

卵巢癌中西医结合诊疗指南

中华中医药学会

通信作者: 卢雯平, Email: lu_wenping@sina.com; 侯炜, Email: houwei1964@163.com

【摘要】 卵巢癌病死率位于女性生殖系统恶性肿瘤之首, 严重威胁女性健康。本指南工作组在遵循循证医学原则的基础上, 参考国际国内最新临床实践指南制订方法, 客观评价卵巢癌中西医结合诊治证据, 广泛征求中医学、临床医学、方法学等多学科专家的意见, 最终形成本指南, 旨在为中西医结合诊治卵巢癌的临床实践提供参考。

【关键词】 卵巢癌; 中西医结合; 诊疗指南

【DOI】 10.3760/j.issn.1673-4777.2024.05.001

【中图分类号】 R 737.31

【文献标识码】 A

Guideline for diagnosis and treatment of ovarian cancer with integrated traditional Chinese and western medicine China Association of Chinese Medicine

Corresponding authors: Lu Wenping, Email: lu_wenping@sina.com; Hou Wei, Email: houwei1964@163.com

【Abstract】 Ovarian cancer is the leading cause of death among malignant tumors of the female reproductive system, which seriously threatens the health of women. Based on the principles of evidence-based medicine, the guideline development group referred to the latest international and domestic clinical practice guidelines to formulate methods, objectively evaluate the evidence of integrated traditional Chinese and western medicine in the diagnosis and treatment of ovarian cancer, and extensively consulted experts from various disciplines such as Chinese medicine, clinical medicine, and methodology. The final result is this guideline, aiming to provide guidance for the clinical practice of integrated traditional Chinese and western medicine in the diagnosis and treatment of ovarian cancer.

【Keywords】 Ovarian cancer; Integrated traditional Chinese and western medicine; Diagnosis and treatment guidelines

卵巢癌是一种起源于卵巢或输卵管的原发性恶性肿瘤, 在妇科恶性肿瘤中, 其死亡率居第 1 位, 2022 年我国卵巢癌新发患者 61 060 例, 死亡 32 646 例。卵巢癌中卵巢上皮性癌约占 90%, 卵巢癌起病隐匿、早期常无特殊症状, 约 70% 患者确诊时已属晚期。卵巢、输卵管在古医典籍中归属于“胞络”, 是络于胞宫的组织, 为女子胞的附属组织, 在古籍中可见于“肠覃、癥瘕、积证、积聚”的描述。卵巢癌的发病与女性一生中排卵数量、家族史、基因易感性、年龄等多个因素相关。

中医药治疗卵巢癌具有悠久的历史, 尤其是近些年来, 随着众多较高水平循证医学研究的逐步开展, 探索出了中医药与手术、化疗、靶向治疗相结合的治疗规律, 明确了中西医结合治疗卵巢癌的途径与方法, 显示了以整体观和辨证论治为核心思想的传统中医药与现代医学结合可以发挥中西医各自优势, 扬长避短。

《卵巢癌中西医结合诊疗方案》的编撰, 参照了国际国内最新临床实践指南的制订方法, 在相关法律法规和技术文件指导的框架下进行, 通过检索梳

理中医治疗卵巢癌文献和现代研究成果, 基于循证医学证据, 在符合中医药理论的原则基础上, 经过中西医卵巢肿瘤领域相关专家广泛多次论证而形成。本诊疗方案旨在规范卵巢癌的中西医结合诊断、治疗, 为临床医师提供中西医结合的标准化处理策略与方法, 全面提高中西医结合治疗卵巢癌的临床效果和科研水平, 促进与国际学术发展接轨。

本指南 2022 年 8 月 16 日在国际实践指南平台登记(注册号: PREPARE-2022CN467)。指南制定初期通过问卷调查、专家深度访谈以及专家共识会议的形式, 构建主要临床问题, 采用 GRADE 方法对证据体进行汇总和质量评价, 将证据体分为高(A)、中(B)、低(C)、极低(D) 4 个等级。基于专家意见, 采用德尔菲法达成共识, 形成推荐强度。若无法进行 GRADE 证据评价, 但专家认可度 $\geq 75\%$ 的条款综合推荐等级为弱推荐。纳入证据均为发表在核心期刊或 Science Citation Index 上的随机对照研究和 Meta 分析。专家组成员来自北京、上海、广东、黑龙江、内蒙古、河北等多个地区, 涉及多领域专家。

由于受地域、民族、种族、环境、生活习惯的影

【引用本文】 中华中医药学会. 卵巢癌中西医结合诊疗指南[J]. 中国医药, 2024, 19(5): 641-648. DOI: 10.3760/j.issn.1673-4777.2024.05.001.

响,在临床应用过程中,应充分结合临床实际情况而定。

1 范围

本指南在循证基础上概述了卵巢上皮性癌现代医学诊断、治疗的现状和方法,制定了围手术期不良反应(伤口不愈合、肠梗阻/肠粘连、淋巴囊肿)的中医药管理、西药全身系统治疗包括化疗、靶向治疗相关不良反应(消化道反应、骨髓抑制、周围神经病变、脱发、高血压、手足皮肤不良反应)的中医药管理、晚期卵巢癌的中医辨病辨证维持治疗及卵巢癌伴随焦虑、癌因性疲乏(CRF)的中医管理。

本指南适用于卵巢癌(ICD11:2C73.0)的中西医结合诊疗。上皮性输卵管癌和原发性腹膜癌生物学行为及治疗原则均同卵巢上皮性癌。本指南适用于各级医院肿瘤科的中医(中西医结合)执业医师及经过中医培训的西医临床执业医师,相关的护理人员和药师也可参考。

2 诊断及鉴别诊断

2.1 西医诊断思路

2.1.1 诊断标准 卵巢癌诊断应遵循临床-实验室-影像-病理相结合的形式进行。主要临床症状有腹部增大、腹胀、疲劳、盆腔部位疼痛,肿瘤标志物糖类抗原 125(CA125)、人附睾蛋白 4 水平升高,腹盆腔超声、增强 CT、增强磁共振成像检查结果支持卵巢癌诊断,组织病理学是卵巢癌诊断的金标准。

2.1.2 鉴别诊断 ①与结核性腹膜炎鉴别:卵巢癌临床表现缺乏特异性,与结核性腹膜炎存在诸多相似症状,腹胀、腹水、盆腔包块“三联征”是女性腹部结核患者的主要临床特征,和卵巢癌极为相似,临床易误诊为卵巢癌,CT 检查有一定的诊断价值,而 CA125 无诊断与鉴别诊断意义。腹部结核病的 CT 检查一般具有较特异征象,包括子宫附件包块、淋巴结内出现钙化,但同时需要观察整个盆腔表现,其中隔膜形成、韧带增厚、盆内脂肪密度增高,应考虑结核灶的可能,另外高密度的腹水为结核高蛋白含量腹水的 CT 特征。②与卵巢转移瘤鉴别:卵巢转移瘤占卵巢肿瘤的 10%~28%,胃肠道、乳腺、胰腺和子宫等来源常见。原发肿瘤可通过血行、淋巴、种植和输卵管等途径转移至卵巢,70%~90%累及双侧卵巢。其中库肯勃瘤主要源于胃肠道转移。卵巢转移瘤可有原发肿瘤病史,也可先于原发肿瘤被发现。卵巢转移瘤典型的 CT 表现为双侧子宫附件区实性肿物,增强后明显强化;库肯勃瘤的 CT 表现为囊实性或实性为主的肿块,多有包膜,边界清楚,增强后包膜和实性成分有强化。对于卵

巢囊实混合性肿物,实性为主者转移瘤明显多于原发肿瘤,囊性为主者原发肿瘤明显多于转移瘤。

③主要与卵巢子宫内膜异位症(EMT)进行鉴别:EMT 是指具有活性和生长功能的异位子宫内膜种植于卵巢引起的疾病,常见于育龄期女性,虽为良性,却具有侵袭、种植、复发等类恶性肿瘤行为。潜在卵巢 EMT 恶变可增加卵巢癌发生率,EMT 病史大于 10 年或在 30 岁前诊断者罹患卵巢癌风险显著增加。卵巢 EMT 患者常有进行性痛经,B 型超声、腹腔镜检查是最有效的辅助诊断方法,有时需剖腹探查才能确诊。B 型超声示卵巢癌患者新生血管从肿瘤中央开始,血流丰富,往往会出现血流阻力下降的情况。血流信号与阻力指数对判断肿瘤良恶性有重要意义。

2.2 中西医结合诊断思路 卵巢癌可归属中医“石瘕”“瘕积”“肠覃”等范畴,临床采用辨病与辨证相结合诊断方式,中医病名因循古代,多以“积聚”命名,辨证多根据望闻问切四诊,采用八纲辨证、脏腑辨证,辨明邪正盛衰,最后形成病名及证型,指导临床实践。

3 卵巢癌的西医治疗

3.1 新诊断卵巢癌的西医治疗 对于新诊断卵巢癌的治疗,分期手术和肿瘤减灭术是重要的治疗方法,早期可手术切除者需进行全面分期手术,对于晚期患者,应综合患者一般状况、腹盆腔 CT、腹腔镜探查所见等首先评估能否实现满意减瘤术,如有可能满意减瘤,则先行手术,满意的肿瘤细胞减灭术能够让患者最大临床获益,若晚期卵巢癌患者由于年龄大、身体虚弱、或难以行满意肿瘤减灭术可以考虑新辅助化疗后行肿瘤间期减灭术。

全部 II~IV 期及部分 I 期卵巢上皮癌需接受紫杉和铂类药物(顺铂、卡铂、洛铂)为基础的化疗±贝伐珠单抗治疗方案,推荐至少进行 6 个周期辅助化疗(黏液样癌还可以 5-氟尿嘧啶+甲酰四氢叶酸+奥沙利铂±贝伐珠单抗),若先行新辅助化疗,肿瘤间期减瘤术术后至少进行 3 个周期的辅助化疗,新辅助化疗加肿瘤减灭术后辅助化疗的总周期数不少于 6 个周期,若新辅助化疗后肿瘤稳定且患者可耐受,整个化疗周期可超过 6 个周期。

一线维持治疗推荐人群是经初始治疗后的 II~IV 期高级别浆液性或 2/3 级子宫内膜样癌,可考虑人群是经初始治疗后的透明细胞癌或癌肉瘤伴 BRCA1/2 突变的人群,若一线化疗中未联合贝伐珠单抗的患者,在化疗达到完全缓解/部分缓解后 BRCA 野生型或未知状态者可选择尼拉帕利维持治疗;BRCA 突变者可选择奥拉帕利或尼拉帕利维持

治疗。若一线化疗中联合贝伐珠单抗的患者,在化疗达到完全缓解/部分缓解后 *BRCA* 野生型或未知状态者,可进一步行同源重组修复缺陷(HRD)检测,HRD 阳性者可选择奥拉帕利+贝伐珠单抗,无法耐受奥拉帕利者可选择尼拉帕利+贝伐珠单抗,或单用贝伐珠单抗。HRD 阴性或状态未知者可选择贝伐珠单抗。*BRCA* 突变者可选择奥拉帕利+贝伐珠单抗,无法耐受奥拉帕利者选择尼拉帕利+贝伐珠单抗,或单用奥拉帕利或尼拉帕利。

对于 IA/IB 期的黏液性癌、高分化子宫内膜样癌、低级别浆液性癌无需化疗,对于 IC 期及更晚期的子宫内膜样癌和低级别浆液性癌可以紫杉类+铂类化疗后以内分泌治疗维持,或直接内分泌治疗。抗血管的贝伐珠单抗建议在术后 4~6 周使用,以免影响伤口愈合。

建议手术同时留取肿瘤组织进行卵巢癌相关基因 *BRCA1/2* 及 HRD 基因检测,为卵巢癌、输卵管癌、原发性腹膜癌精准治疗提供支撑,同时有助于判断预后及治疗效果,为患者提供遗传咨询。

3.2 复发后卵巢癌的西医治疗 卵巢癌即使经过系统规范的初始治疗,大部分患者仍会复发。根据复发时间是否大于 6 个月分为铂敏感复发和铂耐药复发,主要的治疗方法有化疗和抗血管生成药物治疗,病情达到最大限度临床缓解后可根据复发类型决定是否进行维持治疗。①铂敏感复发患者(无铂治疗间期 ≥ 6 个月),依据患者的病史及全身影像学评估,如评估手术可以达到 R0 切除则选择二次肿瘤细胞减灭术+术后首选含铂的联合化疗(紫杉类或脂质体阿霉素或吉西他滨) \pm 贝伐珠单抗,如手术无法达到 R0 切除或不愿手术则选择含铂的联合化疗 \pm 贝伐珠单抗。结合国内外指南推荐以及中国适应证获批情况,目前铂敏感复发性卵巢癌在接受至少 2 线含铂化疗后达完全缓解/部分缓解者可给予多腺苷二磷酸核糖聚合酶抑制剂(PARP_i)进行维持治疗,且无论 *BRCA* 是否突变。PARP_i 可选择奥拉帕利、尼拉帕利和氟唑帕利。②铂耐药复发患者(无铂治疗间期 < 6 个月)首选非铂类单药化疗(多西他赛、口服依托泊苷、吉西他滨、紫杉醇周疗、脂质体阿霉素、拓扑替康),或与贝伐珠单抗或小分子抗血管生成药物联合,安罗替尼、阿帕替尼等小分子抗血管生成药物的临床应用价值仍需大样本多中心前瞻性研究进一步证实。这部分患者鼓励参加临床试验。

帕博利珠单抗对用于微卫星高度不稳定或实体瘤组织存在基因 HRD 或肿瘤突变负荷 ≥ 10 mut/Mb 者可考虑使用。

4 卵巢癌的中医治疗

4.1 围手术期中医治疗 围手术期是指从患者决定接受手术治疗开始,到手术完成直至基本康复的全过程,包含手术前、手术中及手术后的一段时间。术后合理、规范处理可以调节患者心理状态、减少并发症,促进患者康复。

中医理论认为,手术为金刃所伤,易伤正留瘀,围手术期的中医治疗指根据具体症状给予辨证基础上的中药或中医适宜技术治疗。

4.1.1 肠梗阻/肠粘连 肠梗阻/肠粘连是卵巢癌术后常见的并发症之一,表现为腹痛、腹胀、排气排便困难、恶心呕吐等胃肠道症状。肠梗阻的西医保守治疗包括禁食、胃肠减压、营养支持、抑制消化液分泌等,对于肠梗阻一般保守治疗的时间在 10 d 左右,如症状未缓解,应及时、积极地采取手术治疗。中医主要以灌肠、外治、针灸为主,口服需在术后肠鸣音恢复后才可使用。达到疏畅肠胃气机的目的。

推荐意见:卵巢癌术后肠梗阻(肠粘连)可使用口服中药或使用中医适宜技术干预。治则:和胃消滞,行气通腹;方剂:大承气汤加减灌肠或口服(木香、厚朴、熟大黄、枳实、槟榔、陈皮、黄芪、枳壳、甘草)(证据等级:C级,专家认可度 $\geq 75\%$,强推荐);或可使用中药大黄、厚朴、枳实、木香、槟榔、冰片、吴茱萸、白芥子用姜汁调和成汁穴位贴敷内关(双)、足三里、三阴交、中脘、上脘,或针灸足三里、中脘、天枢、上巨虚,或耳穴贴压大肠、小肠、胃、三焦(证据等级:C级,专家认可度 $\geq 75\%$,强推荐)。

4.1.2 切口不愈合 卵巢癌患者常因年龄、肥胖、糖尿病、营养不良等因素的影响,术后易发生脂肪液化、局部感染、创面裂开等,影响到手术切口愈合,目前西医多采用控制创面感染、应用生长因子(如重组牛碱性成纤维细胞生长因子)、新型敷料、纱条填塞、负压吸引、微波治疗等方式,以减少伤口渗液,加快炎症吸收及新生血管生成,促进创面愈合。中医认为手术损伤会导致局部气机运行不畅、经脉不通,气血精微无以上荣创面,创面失于濡养,影响恢复。中药治疗以外治为主,早期炎症反应期宜清热解毒止痛,后期遵循“煨脓长肉”中医愈创理论,运用外敷中草药膏或散剂,直接使创面吸收药物,促进局部气血温通,增强脓液分泌,保持创面湿润,促进创面生长愈合。

推荐意见:卵巢癌术后可外用防治手术切口不愈合/难愈合。治则:活血化瘀,祛腐生肌;中成药:生肌玉红膏(当归、血竭、紫草、白蜡、白芷、轻粉、甘草)、康复新液(美洲大蠊)(证据等级:C级,专家认可度 $\geq 75\%$,强推荐)、龙血竭胶囊(证据等级:

C 级 $60\% \leq$ 专家认可度 $< 75\%$, 弱推荐); 或外敷中药大黄 100 g、芒硝 200 g(证据等级: C 级 $60\% \leq$ 专家认可度 $< 75\%$, 弱推荐)。

4.1.3 淋巴囊肿 腹和/或盆腔淋巴结切除术是妇科恶性肿瘤手术治疗的重要步骤, 淋巴囊肿是淋巴结切除术后常见的并发症, 发生率为 $23\% \sim 65\%$, 绝大多数淋巴囊肿无明显临床症状, 但是仍有少数淋巴囊肿会引发不同程度的症状, 包括局部疼痛、下肢水肿、继发感染、压迫输尿管或血管导致肾盂积水或输尿管扩张甚至下肢静脉血栓等, 严重者可影响术后生活质量乃至延迟后续治疗。淋巴囊肿的形成机制尚不完全明确。目前主流观点认为, 淋巴囊肿的形成由术中淋巴管残端未得以有效闭合或处理不彻底, 导致淋巴液渗出, 连同组织液、创面渗液等一并滞留在腹膜后狭小腔隙内, 且腹膜不足以完全吸收形成。淋巴囊肿的治疗遵循个体化原则: 无症状型一般不需特殊治疗, 定期随访观察即可; 症状型淋巴囊肿的治疗原则为排出囊液、解除压迫、闭合囊腔, 西医治疗手段包括介入治疗、手术治疗等, 合并感染者应积极配合抗菌药物治疗, 祖国医学认为, 妇科恶性肿瘤盆腔淋巴结切除术后盆腔淋巴囊肿的形成大多由创面渗液淋漓不断或久不收口, 造成盆腔局部瘀血阻络、血不归经所致, 使得湿毒邪乘虚入侵, 引发诸症, 盆腔淋巴囊肿主要病机是瘀血与湿热。因此, 治疗原则为活血化瘀、消癥散结、清利湿热。

推荐意见: 卵巢癌术后可用中药外敷干预防治淋巴囊肿。治则: 活血化瘀、消癥散结; 中药组成: 大黄 60 g、芒硝 120 g(证据等级: C 级, 专家认可度 $\geq 75\%$, 强推荐)。

4.2 化疗及靶向治疗不良反应的中医治疗 化疗及靶向治疗不良反应的中医治疗主要针对化疗、抗血管生成药物和 PARPi 常见的不良反应, 包括消化道反应、骨髓抑制、周围神经病变、脱发、高血压、手足皮肤不良反应等。中医药在这一阶段介入的目的—是缓解患者的不良反应, 提高生存质量; 二是帮助患者接受足量、充分和规范的药物化疗, 间接延长患者的生存期。

4.2.1 骨髓抑制 骨髓抑制是传统化疗药物最常见和较严重的不良反应之一, 新型治疗卵巢癌药物 PARPi 亦可引起, 影响了患者治疗的依从性, 尤其是 PARPi 维持治疗的依从性。临床上西医常用粒细胞集落刺激因子、重组人白细胞介素 11、血小板生成素、促红细胞生成素、输血等来治疗骨髓抑制, 中医认为肾主骨生髓, 为先天之本, 脾为后天之本, 气血生化之源, 有形之血不能自生, 生于无形之气, 并用

血肉有情之品。

推荐意见: 可口服中药、中成药或使用中医适宜技术防治卵巢癌化疗、PARPi 导致的骨髓抑制。治则: 益气健脾, 补血生髓; 方剂: 六君子汤加减^[1] (人参 15 g、茯苓 15 g、白术 10 g、甘草 10 g、陈皮 15 g、法半夏 10 g) 或当归补血汤加减^[2] (黄芪 30 g、当归 6 g) (证据等级: C 级, 专家认可度 $\geq 75\%$, 强推荐) 或肾气丸加减(熟地黄 18 g、当归 18 g、茯苓 15 g、桂枝 12 g、牡丹皮 12 g、怀山药 30 g、泽泻 9 g、茯苓 9 g、怀牛膝 24 g、制首乌 12 g、紫河车 3 g、白花蛇舌草 30 g、泽兰 15 g) (证据等级: C 级 $60\% \leq$ 专家认可度 $< 75\%$, 强推荐); 中成药: 贞芪扶正颗粒 (黄芪、女贞子)、复方皂矾丸 (海马、西洋参、皂矾等)、芪胶升白胶囊 (大枣、阿胶、血人参、淫羊藿、苦参、黄芪、当归)、复方阿胶浆 (阿胶、红参、熟地黄、党参、山楂)、地榆升白片 (地榆)、艾愈胶囊 (山慈菇、白英、苦参、淫羊藿、人参、当归、白术等)、生血宝颗粒 (制何首乌、女贞子、桑椹、墨旱莲、白芍、黄芪、狗脊) (证据级别: C 级, 专家认可度 $\geq 75\%$, 强推荐); 适宜技术: 可针刺足三里、三阴交、血海、肾俞 (均双侧取穴)^[3] (证据级别: C 级, 专家认可度 $\geq 75\%$, 强推荐) , 也可以考虑足三里穴位注射^[4] (证据级别: C 级 $60\% \leq$ 专家认可度 $< 75\%$, 弱推荐)。

4.2.2 消化道不良反应 消化道反应是化疗最常见不良反应, 以恶心、呕吐、便秘、腹泻等为主要临床表现。对于恶心、呕吐患者, 西医采取止吐、保护胃黏膜等治疗, 主要药物有 5-羟色胺 3 (5-HT₃) 受体拮抗剂如昂丹司琼、格拉司琼等, 也可合并异丙嗪、苯海拉明、地塞米松, 多巴胺受体拮抗剂如甲氧氯普胺、多潘立酮联合使用; 对于强致吐性化疗可联合使用人 P 物质神经肽激酶受体的拮抗剂; 对于便秘患者, 症状较轻者可通过调节饮食改善症状, 症状较重者, 可使用缓泻剂; 对于腹泻患者, 治疗一般以补液、保护胃肠黏膜、促进胃肠黏膜再生和修复为主等。中医认为, 化疗药物属克伐之剂, 为一种“药毒”直中脏腑, 损及脾胃, 治疗上常以调节中焦气机、健脾和胃为主。

推荐意见: 可口服中药或使用中医适宜技术防治卵巢癌化疗、PARPi 等导致的消化道不良反应。治则: 益气和胃, 降逆止呕; 方剂: 旋覆代赭汤加减^[5] (党参 15 g、旋覆花 10 g、代赭石 30 g、制半夏 10 g、炙甘草 6 g、生姜 3 片、大枣 6 枚)、香砂六君子汤加减 (太子参 30 g、炒白术 15 g、茯苓 15 g、陈皮 10 g、姜半夏 10 g、砂仁 10 g、炒白扁豆 15 g、炙甘草 3 g) 或丁香柿蒂汤加减 (丁香 10 g、柿蒂 15 g、竹茹 15 g、生姜 10 g、法半夏 10 g、茯苓 25 g、大枣 10 g、枳

实 15 g、甘草 6 g、陈皮 6 g) (证据等级: C 级, 专家认可度 $\geq 75\%$, 强推荐); 适宜技术: 艾灸足三里(双)、内关(双)、中脘、神阙、关元、气海、合谷(双), 或穴位贴敷神阙、中脘、足三里(双)、内关(双)、涌泉(双)、曲池(双), 或足三里穴位注射(证据等级: C 级, 专家认可度 $\geq 75\%$, 强推荐)。

4.2.3 周围神经病变 恶性肿瘤化疗后周围神经病变是化疗后常见的不良反应, 主要表现为四肢远端对称性疼痛、麻木感和触觉异常, 严重者可能累及四肢近端, 伴有腱反射消失或运动失调, 其发病机制复杂, 包括组织、细胞结构改变和功能异常。常见的机制包括离子通道改变、外周敏化、中枢敏化、下行抑制系统功能降低和神经胶质细胞活化等。西医的神经营养剂、抗氧化剂/细胞保护剂和钙镁合剂在预防化疗后周围神经症状上疗效有限。周围神经病变的发生限制了化疗药物的应用剂量, 严重影响了患者生活质量。中医认为, 局部肢体的麻木、疼痛、软弱无力, 属中医“痹证”范畴, 化疗药物峻伤气血, 邪阻脉络, 血不荣筋, 则出现肢端麻木; 脉络空虚, 卫气不达四末, 则出现遇风寒麻木加重。其主要病机为“气虚络痹, 血不荣筋”, 因此对于化疗导致的周围神经病变, 温经通络、益气活血、养血柔筋可取得一定疗效。

推荐意见: 可口服或外用中药防治卵巢癌化疗导致的周围神经病变。治则: 活血通络, 益气温经; 方剂: 补阳还五汤加减(生黄芪 30 g、当归尾 12 g、赤芍 9 g、地龙 3 g、川芎 6 g、红花 6 g、桃仁 6 g)、黄芪桂枝五物汤加减(生黄芪 30 g、桂枝 9 g、白芍 9 g、生姜 18 g、大枣 15 g) (证据等级: C 级, 专家认可度 $\geq 75\%$, 强推荐); 或外用黄芪桂枝五物汤加减(生黄芪、桂枝、艾叶、红花、赤芍、川芎、当归、木瓜、蚕沙) (证据等级: C 级, $60\% \leq$ 专家认可度 $< 75\%$, 弱推荐); 适宜技术: 针刺曲池、手三里、外关、合谷、八邪、环跳、伏兔、风市、血海、阳陵泉、足三里、丰隆、三阴交、太冲、八风(双) (证据级别: C 级, 专家认可度 $\geq 75\%$, 强推荐)。

4.2.4 脱发 脱发是肿瘤患者化疗最常见的不良反应之一, 可引起持续的负面情绪, 降低生活质量; 中医方面, 认为“发为血之余”, 头发的生长与脱落是以血贯穿其始末的, 血是头发生长的物质基础。而脾胃为气血生化之源, 肾主骨生髓, 髓可养脑、化血、生骨。临床常通过益气健脾、补肾治疗化疗后的脱发。

推荐意见: 可口服中药或头皮外用降温冰帽防治卵巢癌化疗后脱发。治则: 益气健脾; 方剂: 四君子汤合七宝美髯丹加减(党参 15 g、黄芪 30 g、太子

参 15 g、白术 15 g、茯苓 15 g、炙甘草 6 g) (证据等级: C 级, 专家认可度 $\geq 75\%$, 强推荐); 头发枯槁严重者, 加枸杞子、制何首乌、当归、桑椹; 阴虚甚者加墨旱莲、女贞子; 或使用冰帽^[6] (证据级别: C 级, 专家认可度 $\geq 75\%$, 强推荐)。

4.2.5 高血压 高血压是使用抗血管生成药物常见的不良反应之一, 严重时可致心肌梗死、脑出血、脑卒中、肾功能损伤等疾病, 影响患者药物使用的依从性。对于使用抗血管生成药物导致的高血压, 一般处理方式遵循高血压常规治疗。临床中以药物治疗为主, 常见一线药物种类包括利尿剂、 β 受体阻滞剂、血管紧张素转换酶抑制剂、血管紧张素 II 受体拮抗剂和钙通道阻滞剂等。尽管高血压患者可选择的药物种类较多, 但在全球范围内接受治疗且血压达到控制目标的人群比例仍然非常低。高血压可归于传统医学中“眩晕病”范畴, 早在《黄帝内经》中就有所提及, 中医药干预方式临床疗效显著, 且有利于提高患者依从性, 减轻单纯降压药物治疗带来的毒副作用。

推荐意见: 可口服中药、中成药或使用中医适宜技术防治抗血管生成靶向药物引起血压升高。治则: 平肝潜阳, 祛痰息风; 方剂: 半夏白术天麻汤加减(制半夏 9 g、白术 12 g、天麻 10 g、橘红 10 g、陈皮 9 g、茯苓 15 g、甘草 6 g)、天麻钩藤饮加减^[7] (天麻 10 g、钩藤 12 g、石决明 20 g、山栀 9 g、黄芩 9 g、牛膝 12 g、杜仲 9 g、益母草 9 g、桑寄生 9 g、首乌藤 9 g、茯神 9 g); 或口服中成药清肝降压胶囊^[8-9] 控制血压(证据等级: C 级, $60\% \leq$ 专家认可度 $< 75\%$, 弱推荐); 适宜技术: 可使用穴位敷贴(吴茱萸、牛膝、杜仲、天麻、龙齿、川芎、三七、朱砂、龙胆草、柴胡、菊花、决明子、夏枯草、石决明、珍珠母、白芥子) 涌泉、太冲、三阴交、中脘、神阙穴^[10], 或耳穴神门、肾、交感、心、降压沟压豆^[11], 或针刺三阴交、太冲、风池、百会、内关、曲池、足三里、太溪、肝俞、合谷穴, 均双侧取穴, 或使用太极拳^[12] (证据等级: C 级, 专家认可度 $\geq 75\%$, 强推荐)。

4.2.6 手足皮肤不良反应 多靶点激酶抑制剂如安罗替尼、仑伐替尼及小分子络氨酸激酶抑制剂阿帕替尼在晚期卵巢癌治疗中应用广泛, 手足皮肤反应是这类药物常见的毒副作用, 与化疗药如阿霉素、卡培他滨等引起的手足综合征统称为手足皮肤不良反应, 主要表现为局部皮肤角化过度、手足部敏感、麻刺感、烧灼感、红斑肿胀, 皮肤变硬、起茧、起泡、发干、皲裂、脱屑等症状, 多为双侧性, 易出现在治疗后 2~4 周, 与药物对血管的损伤、手足部汗腺较多、外部机械压力有关。西医缺乏有效药物, 严重者会迫

使原治疗药物剂量下调或更换方案。中医治以活血、消肿、止痛为法,常局部熏蒸外洗,直达病所。

推荐意见:卵巢癌化疗或靶向治疗导致的手足皮肤不良反应可外用中药或中医适宜技术干预。治法:活血化瘀、祛痒止痛;方剂:黄芪桂枝五物汤加减(红花 10 g,当归 20 g,桂枝 10 g,黄芪 20 g,赤芍 15 g,紫草 30 g,川乌 10 g,草乌 10 g,制附 10 g,鸡血藤 30 g)外洗(证据等级:C级,专家认可度 $\geq 75%$,强推荐);以皲裂为主加黄精、白及;渗出液增多可加黄柏、黄连;疼痛甚加五灵脂、蜂房、老鹳草;或以中成药康复新液外敷(证据等级:D级,60% \leq 专家认可度 $< 75%$,弱推荐);中医适宜技术:可考虑应用灸法(合谷、三阴交、太冲、督脉)(证据等级:D级,60% \leq 专家认可度 $< 75%$,弱推荐)。

4.3 晚期卵巢癌中医维持治疗 中医药维持治疗是指对初次诊断卵巢癌在手术和化疗达到最大限度临床缓解后,或经治疗后复发及难治的卵巢癌,采用辨证论治,调理气血,增强免疫力,祛除毒邪,恢复脏腑功能,改良“土壤”微环境,抑制肿瘤,改善症状。大量的临床实践及研究表明中医药维持治疗晚期卵巢癌对延长患者生存时间、提高生活质量具有不可替代的作用^[13-16]。

晚期卵巢癌中医单用或联合西药维持治疗在延长无进展生存期、提升患者生存质量方面更具有优势。卵巢癌临床常见 5 种证型。

(1) 冲任失调证主症:身倦乏力,气少懒言,面色淡白或晦滞,疼痛如刺,痛处不移,拒按。次症:腰酸乏力,神疲倦怠,潮热汗出,眩晕,大便难出。舌脉:舌淡暗或有紫斑,脉弦或沉涩。

治法:益气活血,调理冲任。方药:理冲汤加减(《医学衷中参西录》)(证据等级:B级,专家认可度 $\geq 60%$,强推荐)。药物组成:黄芪 30 g,党参 12 g,白术 12 g,山药 15 g,天花粉 12 g,知母 9 g,三棱 6 g,莪术 9 g,鸡内金 9 g。

(2) 气滞血瘀证主症:情志抑郁或易怒,面色晦暗,形体消瘦,少腹胀痛,神疲乏力。次症:纳呆食少,呃逆上气,口唇紫暗或爪甲紫暗,善太息。舌脉:舌紫暗或有瘀点,脉细或涩。

治法:行气活血,祛瘀消癥。方药:加味乌药散(《证治准绳》)合桂枝茯苓丸加减(《金匱要略》)(证据等级:C级,专家认可度 $\geq 75%$,强推荐)。药物组成:乌药 9 g,莪术 9 g,肉桂 5 g,当归 9 g,桃仁 9 g,青皮 9 g,木香 6 g,砂仁 6 g,延胡索 9 g,甘草 6 g,桂枝 9 g,茯苓 12 g,牡丹皮 12 g,白芍 12 g。

(3) 寒凝血瘀证主症:症见少腹积块,按之痛甚,得温痛减,肢冷色青。次症:经前或经期小腹冷

痛拒按,经血量少,色黯有块,畏寒肢冷。舌脉:舌紫暗,苔白,脉沉迟而涩。

治法:温中散寒,活血化瘀。方药:附子理中汤合三棱煎加减(《三因极一病证方论》《妇人大全良方》)(证据等级:C级,专家认可度 $\geq 75%$,强推荐)。药物组成:炮附子 12 g,人参 6 g,干姜 6 g,炙甘草 9 g,白术 12 g,三棱 6 g,莪术 6 g,青皮 9 g,姜半夏 9 g,炒麦芽 15 g。

(4) 阳虚水泛证主症:腰膝酸软,形寒肢冷,腹胀如鼓,身肿。次症:肢体浮肿,腹中冷痛,小便少,大便不畅,面色白,神疲乏力。舌脉:舌淡胖,边有齿痕,苔白,脉沉细无力。

治法:温阳健脾利水。方药:真武汤加减(《伤寒论》)(证据等级:C级,专家认可度 $\geq 75%$,强推荐)。药物组成:茯苓 15 g,白芍 15 g,生姜 10 g,炮附子 9 g,白术 12 g,黄芪 30 g,大腹皮 15 g,葶苈子 9 g。

(5) 瘀毒互结证主症:腹中积块,坚硬如石,固定不移,刺痛拒按,痛有定处,生长快速或有转移。次症:发热烦躁,皮下瘀斑,腹大如鼓。舌脉:舌暗或见紫斑,瘀点,脉涩。

治法:破气活血,解毒散结。方药:大七气汤加减(《严氏济生方》)(证据等级:C级,专家认可度 $\geq 75%$,强推荐)。药物组成:三棱 6 g,莪术 6 g,青皮 9 g,陈皮 9 g,广藿香 9 g,桔梗 9 g,肉桂 5 g,益智仁 9 g,甘草 9 g,香附 9 g。

随证/症加减:毒热炽盛者加白花蛇舌草 30 g,半枝莲 15 g,龙葵 12 g,蛇莓 12 g,腹水多者加牵牛子黑白各 6 g,葶苈子 9 g,大腹皮 9 g,水红花子 12 g,泽泻 9 g;腹胀甚者加厚朴 9 g,槟榔 9 g,枳实 9 g,熟大黄 12 g;腹腔可触及肿块酌加山慈菇 9 g,皂角刺 9 g,蜂房 5 g,猫爪草 12 g,海藻 12 g,制天南星 9 g,土鳖虫 6 g,水蛭 3 g,蜈蚣 2 条,全蝎 6 g(无法进行 GRADE 证据评价,专家认可度 $\geq 75%$,弱推荐)。

中成药可口服复方斑蝥胶囊(斑蝥、刺五加、半枝莲、黄芪女贞子、山茱萸、人参、三棱、莪术、熊胆粉、甘草)、西黄胶囊(人工牛黄、人工麝香、醋乳香、醋没药),静脉推荐给予艾迪注射液(斑蝥、人参、黄芪、刺五加)、康艾注射液(黄芪、人参、苦参素)、复方苦参注射液(苦参、白土苓)、参芪扶正注射液(党参、黄芪)^[14]、参麦注射液(红参、麦冬)在卵巢癌维持治疗中更具有优势(证据等级:C级,专家认可度 $\geq 75%$,强推荐)。

4.4 其他

4.4.1 CRF 的中医治疗 CRF 是一种由癌症或癌症治疗相关及其他多种因素引起的患者的主观疲劳感,包括身体、情感和/或认知上的疲倦,与近期

活动不成比例,常伴有机体正常功能障碍。CRF 的特点是发生快、程度重、持续时间长,并且不能通过休息缓解等。常发生在肿瘤患者的各个时期、放化疗后、肿瘤术后,发生率高达 70%~100%。许多学者将 CRF 称之为癌症患者“最重要却无法治疗的症状”之一,对其病理机制及临床治疗措施,还有待进一步研究。目前常用的西药包括精神兴奋药如哌醋甲酯、莫达非尼,短期使用地塞米松等,但研究表明其临床获益非常有限。因此,关于 CRF 的中西医干预治疗日益受到关注。CRF 临床上以虚证及虚实夹杂证患者多见。虚主要以气、血、阴、阳不足为主;虚实夹杂则主要由脏腑功能失调,同时兼有痰湿、气郁及血瘀等病邪阻滞。

推荐意见:可口服中药或使用中药注射剂、中医适宜技术干预卵巢癌伴随癌因性疲乏。治则:益气养血,补中健脾;方剂:人参养荣汤加减(黄芪 30 g、当归 10 g、肉桂 3 g、炙甘草 6 g、陈皮 10 g、白术 10 g、党参 10 g、白芍 10 g、熟地黄 15 g、五味子 5 g、茯苓 10 g、远志 5 g)、补中益气汤加减(黄芪 30 g、党参 10 g、白术 10 g、当归 10 g、陈皮 6 g、升麻 3 g、柴胡 3 g、炙甘草 5 g)(证据等级:C 级,60%≤专家认可度<75%,弱推荐);中药注射剂:康艾注射液(党参、黄芪)、参芪扶正注射液(黄芪、人参、苦参素)(证据等级:C 级,专家认可度≥75%,强推荐);适宜技术:针刺足三里、三阴交、合谷、气海、太溪^[15]或艾灸足三里、大椎、关元、气海、三阴交^[16],或耳穴压豆或磁珠耳部肝、脾、胃、神门、皮质下、交感神经穴位^[17](证据等级:C 级,专家认可度≥75%,强推荐)。

4.4.2 卵巢癌相关精神心理障碍的中医治疗 卵巢癌患者中 51.5% 合并焦虑症状或焦虑症,严重影响着卵巢癌的转归和患者预后。目前西医治疗主要有药物治疗与心理治疗两大模式。药物治疗有苯二氮䓬类抗焦虑药、5-HT_{1A} 受体部分激动剂、具有抗焦虑作用的抗抑郁药(包括选择性 5-HT 再摄取抑制剂、5-HT 和去甲肾上腺素再摄取抑制剂等)。国家药品监督管理局批准用于焦虑治疗的药物有文拉法辛、度洛西汀、丁螺环酮、坦度螺酮、曲唑酮、多塞平;美国食品药品监督管理局批准的焦虑治疗药物有文拉法辛、度洛西汀、帕罗西汀、艾司西酞普兰、丁螺环酮。心理治疗包括团体心理疗法、正念疗法等。西药治疗引发的生命体征不稳如抑制呼吸及昼间觉醒质量受影响、消化系统症状、停药反跳、成瘾性等不良反应,患者常具有抵触心理,依从性差;西医心理治疗干预周期较长,干预过程中对干预者的要求较高,难以常规开展。焦虑属于中医学“郁病”“惊悸”等范畴,中医治疗以其作用

缓和、不良反应少等优势更易为患者接受。临床多以辨证论治为主,针药并举,并结合精神治疗,解除致病病因,促进身心健康的恢复。

推荐意见:可口服中药或使用中医适宜技术干预卵巢癌相关精神心理障碍。治则:益气活血,疏肝补肾;方剂:理冲汤合柴胡疏肝散加减(黄芪 30 g、太子参 30 g、茯苓 10 g、麸炒白术 10 g、三棱 9 g、莪术 6 g、柴胡 10 g、川芎 10 g、炒酸枣仁 15 g、合欢花 10 g、熟地黄 12 g、女贞子 12 g、山萸肉 12 g、山药 15 g)(证据等级:D 级,专家认可度≥75%,弱推荐);适宜技术:穴位按摩(证据等级:C 级,60%≤专家认可度<75%,弱推荐),或传统功法(证据等级:D 级,专家认可度≥75%,弱推荐)。

5 结语

《卵巢癌中西医结合诊疗指南》是基于现代循证医学原则并结合中医临床特点、针对中国卵巢癌人群的第一部中西医结合诊疗指南。未尽事宜,需请同道斧正,为实现逐步提高中西医结合治疗卵巢癌的水平,推动中医药治疗卵巢癌规范化及国际化的目标共同努力。

指南顾问 朴炳奎(中国中医科学院广安门医院);王建六(北京大学人民医院);花宝金(中国中医科学院广安门医院)

指南负责人 卢雯平(中国中医科学院广安门医院);李斌(中国医学科学院肿瘤医院);侯炜(中国中医科学院广安门医院)

指南执笔人 卢雯平(中国中医科学院广安门医院);白萍(中国医学科学院肿瘤医院);田小飞(陕西省肿瘤医院);肖静(广东省中医院);康山(河北医科大学第四医院);岑尧(内蒙古自治区人民医院);范秀华(中国中医科学院广安门医院);冯利(中国医学科学院肿瘤医院);韩凤娟(黑龙江中医药大学附属第一医院);李鹤(上海仁济医院);林丽珠(广州中医药大学第一附属医院);宋恩峰(武汉大学人民医院);田建辉(上海市中医医院);许云(中国中医科学院西苑医院);薛冬(北京大学肿瘤医院);张青(首都医科大学附属北京中医医院);侯炜(中国中医科学院广安门医院)

编写秘书小组(按姓氏拼音顺序排列) 崔永佳(中国中医科学院广安门医院);郝志晔(中国中医科学院广安门医院南区);姜奕慈(北京核工业医院);马丹(武汉大学人民医院);梅荷婷(中国中医科学院广安门医院);万亮琴(北京市鼓楼中医医院);王雅楠(中国中医科学院广安门医院);吴晓晴(中国中医科学院广安门医院);闫会苓(山东省济宁市第一人民医院);张冬妮(中国中医科学院广安门医院);张梦凡(中国中医科学院广安门医院);张炜玄(中国中医科学院广安门医院);张一驰(中国中医科学院广安门医院);卓至丽(中国中医科学院广安门医院)

利益冲突 所有参与人员均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] 程权,王舒洁. 中医药联合化疗治疗乳腺癌术后疗效 Meta 分析[J]. 新中医, 2020, 52(13): 9-13. DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2020.13.003.
Cheng Q, Wang SJ. A meta-analysis of curative effect of Chinese medicine combined with chemotherapy for postoperative breast cancer[J]. Journal of New Chinese Medicine, 2020, 52(13): 9-

13. DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2020.13.003.
- [2] 陈诗嘉, 孙姝, 杨光静, 等. 当归补血汤防治肿瘤化疗患者骨髓抑制临床疗效 Meta 分析[J]. 亚太传统医药, 2022, 18(4): 169-176. DOI: 10.11954/ytetyy.202204037.
Chen SJ, Sun S, Yang GJ, et al. Meta analysis of the efficacy of Danggui Buxue decoction in preventing and treating bone marrow suppression in cancer patients undergoing chemotherapy [J]. Asia-Pacific Traditional Medicine, 2022, 18(4): 169-176. DOI: 10.11954/ytetyy.202204037.
- [3] 黄睿, 李童, 李美霞, 等. 针刺治疗化疗后骨髓抑制的系统评价与 Meta 分析[J]. 中国针灸, 2021, 41(5): 557-562. DOI: 10.13703/j.0255-2930.20200618-k0005.
Huang R, Li T, Li MX, et al. Systematic review and meta-analysis on chemotherapy-induced bone marrow suppression treated with acupuncture [J]. Chinese Acupuncture & Moxibustion, 2021, 41(5): 557-562. DOI: 10.13703/j.0255-2930.20200618-k0005.
- [4] 侯超峰, 杨文, 范新政, 等. 穴位注射防治肿瘤放疗后白细胞减少症文献 Meta 分析[J]. 中国中医药现代远程教育, 2019, 17(23): 42-46. DOI: 10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.018.
Hou CF, Yang W, Fan XZ, et al. Literature meta-analysis of acupoint injection in the prevention and treatment of leukopenia after radiotherapy and chemotherapy [J]. Chinese Medicine Modern Distance Education of China, 2019, 17(23): 42-46. DOI: 10.3969/j.issn.1672-2779.2019.23.018.
- [5] 史国军, 山广志, 王海荣, 等. 旋覆代赭汤加味防治肿瘤化疗后恶心呕吐随机对照试验的 Meta 分析[J]. 中华肿瘤防治杂志, 2011, 18(23): 1881-1884. DOI: 10.16073/j.cnki.cjcp.2011.23.020.
Shi GJ, Shan GZ, Wang HR, et al. Prevention and curing of modified decoction of Inulae and haematitium for nausea and vomiting after chemotherapy: a meta-analysis of randomized controlled trials [J]. Chinese Journal of Cancer Prevention and Treatment, 2011, 18(23): 1881-1884. DOI: 10.16073/j.cnki.cjcp.2011.23.020.
- [6] Wang S, Yang T, Shen A, et al. The scalp cooling therapy for hair loss in breast cancer patients undergoing chemotherapy: a systematic review and meta-analysis [J]. Support Care Cancer, 2021, 29(11): 6943-6956. DOI: 10.1007/s00520-021-06188-8.
- [7] 袁晶, 焦福智, 刘欣, 等. 天麻钩藤饮治疗 H 型高血压的 Meta 分析[J]. 世界中医药, 2021, 16(14): 2129-2137. DOI: 10.3969/j.issn.1673-7202.2021.14.013.
Yuan J, Jiao FZ, Liu X, et al. Meta-analysis of Tianma Gouteng drink in the treatment of H-type hypertension [J]. World Chinese Medicine, 2021, 16(14): 2129-2137. DOI: 10.3969/j.issn.1673-7202.2021.14.013.
- [8] 季昭臣, 林姗姗, 胡海殷, 等. 口服中成药联合常规西药治疗高血压病临床疗效与安全性的网状 Meta 分析[J]. 中国中药杂志, 2022, 47(7): 1955-1988. DOI: 10.19540/j.cnki.cjcm.20211223.501.
Ji ZC, Lin SS, Hu HY, et al. Network meta-analysis of efficacy and safety of oral Chinese patent medicines combined with conventional western medicine in treatment of hypertension [J]. China Journal of Chinese Materia Medica, 2022, 47(7): 1955-1988. DOI: 10.19540/j.cnki.cjcm.20211223.501.
- [9] Chen Z, Shi Q, Tan L, et al. Traditional Chinese patent medicine for primary hypertension: a bayesian network meta-analysis [J]. Evid Based Complement Alternat Med, 2020, 2020: 6701272. DOI: 10.1155/2020/6701272.
- [10] Liu W, Xiong XJ, Qiao LM, et al. Acupoint application therapies for essential hypertension: a systematic review and meta-analysis [J]. J Tradit Chin Med, 2022, 42(2): 159-166. DOI: 10.19852/j.cnki.jtcm.2022.02.001.
- [11] Gao J, Chen G, He H, et al. The effect of auricular therapy on blood pressure: a systematic review and meta-analysis [J]. Eur J Cardiovasc Nurs, 2020, 19(1): 20-30. DOI: 10.1177/1474515119876778.
- [12] Wu Y, Johnson BT, Chen S, et al. Tai Ji Quan as antihypertensive lifestyle therapy: a systematic review and meta-analysis [J]. J Sport Health Sci, 2021, 10(2): 211-221. DOI: 10.1016/j.jshs.2020.03.007.
- [13] 王博龙, 刘志强, 邹盛勤. 中药注射液联合化疗药物治疗卵巢癌的网状 Meta 分析[J]. 中药新药与临床药理, 2019, 30(1): 123-130. DOI: 10.19378/j.issn.1003-9783.2019.01.020.
Wang BL, Liu ZQ, Zou SQ. Chinese medicine injection combined with chemotherapy drugs in treatment of ovarian cancer: a network meta-analysis [J]. Traditional Chinese Drug Research and Clinical Pharmacology, 2019, 30(1): 123-130. DOI: 10.19378/j.issn.1003-9783.2019.01.020.
- [14] 周炜杰. 参芪扶正注射液辅助治疗卵巢癌的疗效及安全性 Meta 分析[J]. 临床合理用药杂志, 2020, 13(8): 15-17.
Zhou WJ. Meta-analysis of therapeutic efficacy and safety of Shenqifuzhen injection in the adjunctive treatment of ovarian cancer [J]. Chinese Journal of Clinical Rational Drug Use, 2020, 13(8): 15-17.
- [15] Tan JB, Wang T, Kirshbaum MN, et al. Acupoint stimulation for cancer-related fatigue: a quantitative synthesis of randomised controlled trials [J]. Complement Ther Clin Pract, 2021, 45: 101490. DOI: 10.1016/j.ctcp.2021.101490.
- [16] Han Q, Yang L, Huang SY, et al. Effectiveness of auricular point therapy for cancer-related fatigue: a systematic review and meta-analysis [J]. J Adv Nurs, 2020, 76(8): 1924-1935. DOI: 10.1111/jan.14375.
- [17] 余婷, 刘杰, 杨兵, 等. 灸法治疗癌因性疲乏临床疗效的荟萃分析[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2020, 22(12): 4175-4184. DOI: 10.11842/wst.20200114001.
Yu T, Liu J, Yang B, et al. Clinical effects of moxibustion on cancer-related fatigue in cancer patients: a systematic review and meta-analysis [J]. World Science and Technology-Modernization of Traditional Chinese Medicine, 2020, 22(12): 4175-4184. DOI: 10.11842/wst.20200114001.

(收稿: 2024-01-07)

(本文编辑: 董帅)