

● 文献研究 ●

引用:陈小霞,陈国忠,梁毅锋,谢彩杏,杨昕,郑日辉. 中药复方联合化疗治疗中晚期老年胃癌疗效与安全性的 Meta 分析[J]. 湖南中医杂志,2021,37(8):137-141,146.

中药复方联合化疗治疗 中晚期老年胃癌疗效与安全性的 Meta 分析

陈小霞¹,陈国忠²,梁毅锋¹,谢彩杏¹,杨昕¹,郑日辉¹

(1. 广西中医药大学,广西 南宁,530001;

2. 广西中医药大学第一附属医院,广西 南宁,530001)

[摘要] 目的:评价中药复方联合化疗治疗中晚期老年胃癌的有效性和安全性,为临床实践提供参考和支持。方法:计算机检索中国知网(CNKI)、维普中文科技期刊数据库(VIP)、万方数据(WANFANG DATA)、中国生物医学文献数据库(CBM)、PubMed、Embase、The Cochrane Library 中中药复方联合化疗治疗中晚期老年胃癌的随机对照试验(RCT)。检索年限均从建库至 2020 年 4 月 12 日。严格根据 Cochrane 标准,对纳入标准的文献进行筛选、数据提取、质量评价,采用 RevMan 5.3 软件进行数据分析。结果:共纳入 21 篇 RCTs,共 1728 例患者。Meta 分析结果显示:中药复方联合化疗的临床症状改善率[OR=3.75,95%CI(2.31,6.08), $P<0.00001$]、肿瘤缓解率[OR=1.90,95%CI(1.53,2.36), $P<0.00001$]、生活质量(KPS)评分[OR=2.35,95%CI(1.77,3.13), $P<0.00001$]、免疫功能中 CD3⁺[MD=13.73,95%CI(7.19,20.27), $P<0.0001$]和 CD4⁺/CD8⁺[MD=0.49,95%CI(0.33,0.64), $P<0.00001$]、胃肠道不良反应[OR=0.29,95%CI(0.19,0.45), $P<0.00001$]均优于对照组。结论:中药复方联合化疗治疗中晚期老年胃癌具有明显的潜在疗效,能提高治疗效率,减少不良反应,值得临床进一步探讨。

[关键词] 老年胃癌;化疗;中药复方;随机对照;Meta 分析

[中图分类号] R273.52 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.08.049

胃癌是一种异质性极强、带有侵袭性的恶性肿瘤,随着城市化、老龄化等因素的加速发展,我国胃癌的发病率与病死率远高于世界平均水平,每年胃癌的死亡病例占全球同期胃癌总死亡数的 40% 以上^[1]。其中,老年人常因身体各系统处于衰退期,痛觉减退、自觉症状轻微等导致起病隐蔽,病情加重,是胃癌的高发人群^[2]。目前临床主要采取手术、放化疗、免疫靶向等手段干预肿瘤的发展进程,但老年患者自身基础疾病较多、储备能力及营养状况下降,术后并发症的发生率及病死率均较高,西医的放、化疗后毒副作用明显,中晚期的老年患者常无法耐受,预后较差^[3]。因此,在提倡多学科联合治疗癌症的新形势下,中医药以能改善手术后并发症,减轻放、化疗的不良副作用,提高患者的生活质量等优势逐渐引起研究人员的重视^[4]。基于中药复方联合化疗在治疗中晚期老年胃癌的研究越来越多,但仍缺乏系统性、统一性的临床疗效评价标准和用药指导。本文通过对大量中药复方联合化疗治疗中晚期老年胃癌的随机对照试验(RCT)进行汇总分析,以期临床提供更深层次的循证医学证据。

1 资料与方法

1.1 文献纳入标准 1)研究类型:RCT;2)研究对象:符合相应时期公认的诊断的标准,经组织或细胞病理学确诊的中晚期胃癌,在 TNM 分期中属于 II~IV 期,不考虑是否采用手术治疗;年龄 ≥ 60 岁或文献中明确指出为老年患者;3)干预措施:治疗组为中药复方联合常规化疗,对照组为单纯常规化疗,不包括胶囊等制剂;4)结局指标:包括临床症状改善率、肿瘤缓解率、生活质量[卡氏(KPS)评分]、免疫功能、胃肠道不良反应中的一种或多种。

1.2 文献排除标准 1)重复发表及不相关的文献;2)结局指标不完整;3)接受其他抗肿瘤方案;4)有化疗禁忌证。

1.3 文献检索策略 文献检索采用主题词和关键词组合的形式进行,检索数据库范围包括中国知网(CNKI)、维普中文科技期刊数据库(VIP)、万方数据(WANFANG DATA)、中国生物医学文献数据库(CBM)、PubMed、Embase、The Cochrane Library。检索年限均从建库至 2020 年 4 月 12 日。中文检索词:老年、胃癌、中药、中医药、化疗;英文检索词:elderly, aged, stomach cancer, gastric cancer, traditional Chinese medi-

第一作者:陈小霞,女,2019 级硕士研究生,研究方向:中医药防治脾胃病研究

通讯作者:陈国忠,男,医学博士,主任医师,博士研究生导师,研究方向:中医药防治脾胃病研究,E-mail:Cheninjp@163.com

cine, chemotherapy.

1.4 文献筛选与资料提取 由 2 名课题组成员严格按照纳入、排除标准进行文献筛选并提取资料,若意见不一致,则咨询第三方协助判断达成一致。提取资料的内容包括: 1)一般资料。包括第一作者、发表年份、样本量、干预措施; 2)方法学资料。包括随机方法、分配隐藏、盲法采用与否等;3)结局指标。

1.5 文献质量评价 采用 Cochrane 协作网的偏倚风险评估工具进行评估,包括 6 个方面:1)随机序列的产生;2)是否采用分组隐藏;3)是否采用盲法;4)文献数据报道是否完整;5)是否选择性报告;6)其他产生偏倚的来源。同时根据上述评估结果进行分级:完全满足上述标准,发生偏倚可能性最小,为 A 级;其中一项或多项标准未描述则为不清楚或部分满足,为 B 级;任意一项或多项完全不满足,为 C 级。

1.6 统计学方法 采用 RevMan 5.3 处理文献,对所得数据进行 χ^2 检验并计算 I^2 值。 $P \geq 0.1$ 或 $I^2 \leq 50\%$,认为不存在异质性,合并数据采用固定效应模型; $P < 0.1$ 或 $I^2 > 50\%$,认为存在异质性,采用随机效应模型。连续性变量资料使用均数差(MD),若对相同变量使用不同测量工具,则采用标准化均数差(SMD)进行分析;分类变量使用相对危险度(RR),可信区间均用 95%CI 表示, $P < 0.05$ 可认为差异有统计学意义。当纳入文献数量 ≥ 10 篇,绘制倒漏斗图判断是否存在发表偏倚。

2 结 果

2.1 文献检索结果和纳入文献的基本特征 检索到相关文献 1244 篇,阅读标题、摘要及全文,严格筛选与排除和纳入标准不符的文献,最终纳入文献 21 篇^[5-25],共收集 1728 例病例。纳入文献的流程图见图 1。纳入文献的基本特征见表 1。

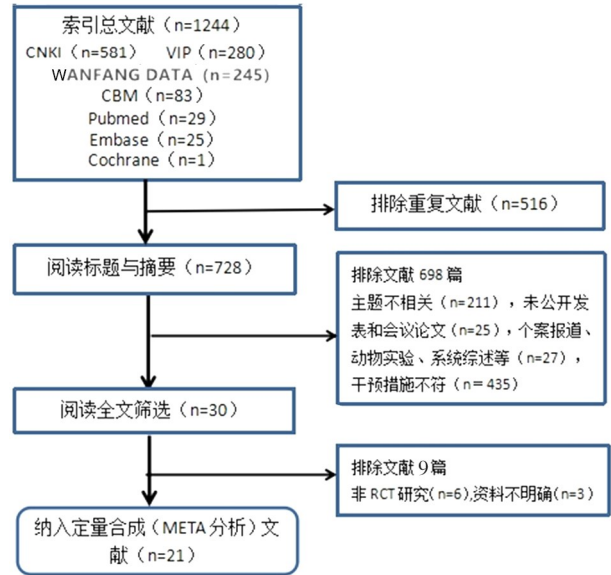


图 1 纳入文献的流程图

表 1 纳入文献的基本特征

纳入文献	样本量(例) T/C	分期	干预措施		结局 指标	方法学 质量
			T	C		
王晓露 2002 ^[5]	90/40	晚期	化疗+健脾消癌汤 ≥ 3 个月	ELF 方案 ≥ 3 个月	bc	随机
吴燕波 2008 ^[6]	36/36	晚期	化疗+健脾益气解毒祛瘀方 ≥ 2 个月	LFP 方案 2 个疗程	abce	未提及
张石峰 2012 ^[7]	23/23	晚期	化疗+健脾消癌汤 3 个月	顺铂+四氢乙酸钙+5-Fu 方案 3 个月	bce	随机数字表法
张子文 2013 ^[8]	34/34	晚期	化疗+补脾消瘤方 6 周	卡培他滨 6 周	bd	随机
顾根网 2014 ^[9]	30/30	中晚期	化疗+益气生化汤 ≥ 2 周	FOLFOX 方案 6~9 周	bce	随机
王碧泉 2015 ^[10]	30/30	晚期	化疗+健脾益肾汤 40 d	吡柔比星+顺铂+卡培他滨方案 3 周	bcde	随机
郭 军 2015 ^[11]	125/118	晚期	化疗+健脾滋肾方 ≥ 2 年	XELOX 方案 18 周	bce	随机
刘旭辉 2015 ^[12]	35/35	晚期	化疗+自拟参蛇消瘤方 12 周	XELOX 方案 12 周	be	随机
张 冀 2016 ^[13]	28/28	进展期	化疗+健脾扶正消瘤方 9~12 周	XELOX 方案 6~8 周	ab	随机数字表法
姚 强 2016 ^[14]	34/34	晚期	化疗+自拟益气养阴方 6 周	XELOX 方案 8 周	bce	随机
孙 鑫 2017 ^[15]	43/43	晚期	化疗+自拟益气养阴解毒方 25 d	XELOX 方案 28 d	bc	依照入院的次序
杜 敏 2017 ^[16]	49/49	中晚期	化疗+自拟健脾益气消瘀方 2 个月	FMC 方案 2 个月	bce	随机数字表法
丁 晖 2017 ^[17]	36/36	进展期	化疗+健脾扶正消瘤方 9 周	奥沙利铂+卡培他滨方案 6~8 周	ab	随机数字表法
张 翼 2017 ^[18]	28/28	进展期	化疗+健脾扶正消瘤方 3~4 个月	XELOX 方案 3~4 个月	a	随机数字表法
梁劲波 2018 ^[19]	40/40	中晚期	化疗+益气生化汤 2 周	FOLFOX 方案 6~9 周	b	随机数字表法
许 刚 2018 ^[20]	35/35	晚期	化疗+健脾益肾汤 40 d	吡柔比星+顺铂+卡培他滨 8 周	b	随机
颜宏锐 2019 ^[21]	30/30	晚期	化疗+四君子汤 2 周	恩丹西酮 2 周	ae	随机
徐 涛 2019 ^[22]	49/49	晚期	化疗+参芪养胃汤 12 周	FOLFOX6 方案 12 周	a	随机数字表法
隆 豫 2019 ^[23]	30/30	晚期	化疗+健脾益肾汤 40 d	吡柔比星+顺铂+卡培他滨 8 周	b	依照入院的次序
顾国群 2020 ^[24]	51/51	晚期	化疗+益气健脾、行气化痰方 6~12 周	替吉奥+奥沙利铂方案 6~12 周	bde	随机数字表法
黄智芬 2020 ^[25]	37/36	晚期	化疗+健脾消积汤 16 周	FOLFOX4 方案 8 周	de	随机数字表法

注:T—治疗组;C—对照组;化疗—实验组与对照组有相同化疗方案及疗程;a—临床症状改善率;b—肿瘤缓解率;c—KPS 评分;d—免疫功能;e—胃肠道不良反应。

2.2 文献质量评价结果 纳入的文献中有 19 篇文献^[5-19,21-24]评为 B 级, 2 篇文献^[20,25]评为 C 级。在随机序列产生方面, 9 篇文献^[7,13,16-19,22,24-25]使用随机数字表法, 评为低风险, 2 篇文献^[20,25]按入院时间分组, 评为高风险, 其余文献仅提及随机并未详细说明或未提及, 评为未知风险; 另外, 在分配隐藏、盲法、数据失访、发表偏倚、其他偏倚风险等方面, 除了 1 篇文献^[23]在治疗过程中 2 组失访相同 2 例病例, 在允许范围外, 其余文献均未提及, 评为未知风险。

2.3 Meta 分析结果

2.3.1 临床症状改善率 有 6 篇文献^[6,13,17-18,21-22]报道了临床症状改善率, Meta 分析显示不存在统计学异质性 ($P=0.40, I^2=3\%$), 采用固定效应模型, 结果显示 2 组差异有统计学意义 [$OR=3.75, 95\%CI(2.31, 6.08), P<0.00001$], 表明中药复方联合化疗对比单纯化疗能明显提高老年胃癌患者临床症状的改善率。(见图 2)

2.3.2 肿瘤缓解率 有 17 篇文献^[5-17,19-20,23-24]报道了肿瘤缓解率, 经异质性检验, $P=0.77, I^2=0\%$, 说明各研究间不存在异质性, 故采用固定效应模型, 合并效应值 [$OR=1.90, 95\%CI(1.53, 2.36), P<0.00001$], 差异具有显著统计学意义。

说明中药联合化疗能显著改善老年胃癌患者的肿瘤缓解率。(见图 3)

2.3.3 KPS 评分 有 9 篇文献^[5-7,9-11,14-16]报道了 KPS 评分, 结果显示为异质性 ($P=0.03, I^2=53\%$), 采用随机效应模型, 2 组差异有统计学意义 [$OR=2.35, 95\%CI(1.77, 3.13), P<0.00001$], 提示中药复方联合化疗能提高老年患者的生活质量。(见图 4)

2.3.4 免疫功能 纳入的 4 篇文献^[8,10,24-25]分别对免疫功能中的 CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺ 和 CD4⁺/CD8⁺ 的表达进行了评价。各亚组的异质性检验显示: CD3⁺ ($P<0.00001, I^2=92\%$); CD4⁺ ($P<0.00001, I^2=94\%$); CD8⁺ ($P<0.00001, I^2=92\%$); CD4/CD8 ($P=0.03, I^2=68\%$), 表明各研究间存在异质性, 采用随机效应模型。结果显示, 治疗后治疗组 CD3⁺、CD4⁺/CD8⁺ 高于对照组, [$MD=13.73, 95\%CI(7.19, 20.27), P<0.0001$], [$MD=0.49, 95\%CI(0.33, 0.64), P<0.00001$], 2 组差异具有统计学意义; 而 CD4⁺、CD8⁺ 的结果显示为 [$MD=4.70, 95\%CI(-1.77, 11.18), P=0.15$], [$MD=-3.55, 95\%CI(-9.84, 2.73), P=0.27$], 组间差异无统计学意义。表明中药复方联合化疗对比单纯化疗可提高部分中晚期老年胃癌患者的免疫功能。(见图 5)

Study or Subgroup	Experimental		Control		Weight	Odds Ratio M-H, Fixed, 95% CI
	Events	Total	Events	Total		
丁晖2017	28	36	24	36	30.1%	1.75 [0.61, 4.99]
吴燕波2008	21	36	14	42	30.4%	2.80 [1.11, 7.04]
张冀2016	21	28	7	28	9.9%	9.00 [2.68, 30.17]
张翼2017	21	28	11	28	15.5%	4.64 [1.48, 14.54]
徐涛2019	47	49	42	49	9.7%	3.92 [0.77, 19.90]
颜宏锐2019	29	30	23	30	4.3%	8.83 [1.01, 76.96]
Total (95% CI)		207		213	100.0%	3.75 [2.31, 6.08]
Total events	167		121			
Heterogeneity: Chi ² = 5.17, df = 5 (P = 0.40); I ² = 3%						
Test for overall effect: Z = 5.37 (P < 0.00001)						

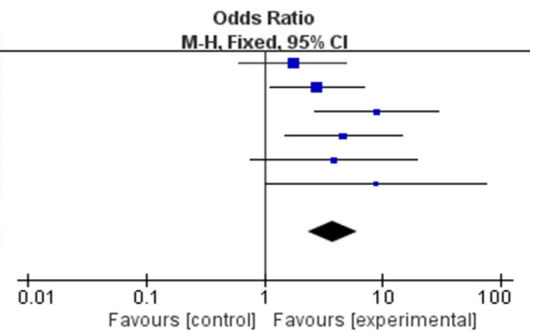


图 2 临床症状改善率森林图

Study or Subgroup	Experimental		Control		Weight	Odds Ratio M-H, Fixed, 95% CI
	Events	Total	Events	Total		
丁晖2017	19	36	14	36	5.5%	1.76 [0.69, 4.48]
刘旭辉2015	28	35	17	35	2.9%	4.24 [1.47, 12.23]
吴燕波2008	21	36	21	42	6.8%	1.40 [0.57, 3.43]
姚强2016	27	34	23	34	4.0%	1.84 [0.61, 5.54]
孙鑫2017	33	43	31	43	6.0%	1.28 [0.48, 3.38]
张冀2016	12	28	6	28	2.9%	2.75 [0.85, 8.88]
张子文2013	13	34	10	34	5.2%	1.49 [0.54, 4.08]
张石峰2012	16	23	10	23	2.6%	2.97 [0.88, 9.98]
杜敏2017	25	49	11	49	4.5%	3.60 [1.50, 8.62]
梁劲波2018	24	40	23	40	7.7%	1.11 [0.46, 2.70]
王晓露2002	42	90	15	40	9.3%	1.46 [0.68, 3.13]
王碧泉2015	20	30	12	30	3.4%	3.00 [1.05, 8.60]
许刚2018	24	35	14	35	3.7%	3.27 [1.22, 8.75]
郭军2015	60	125	45	118	20.2%	1.50 [0.90, 2.50]
隆豫2019	22	30	17	30	3.8%	2.10 [0.71, 6.22]
顾国群2020	33	51	23	51	6.8%	2.23 [1.01, 4.95]
顾根网2014	21	30	19	30	4.8%	1.35 [0.46, 3.97]
Total (95% CI)		749		698	100.0%	1.90 [1.53, 2.36]
Total events	440		311			
Heterogeneity: Chi ² = 11.67, df = 16 (P = 0.77); I ² = 0%						
Test for overall effect: Z = 5.80 (P < 0.00001)						

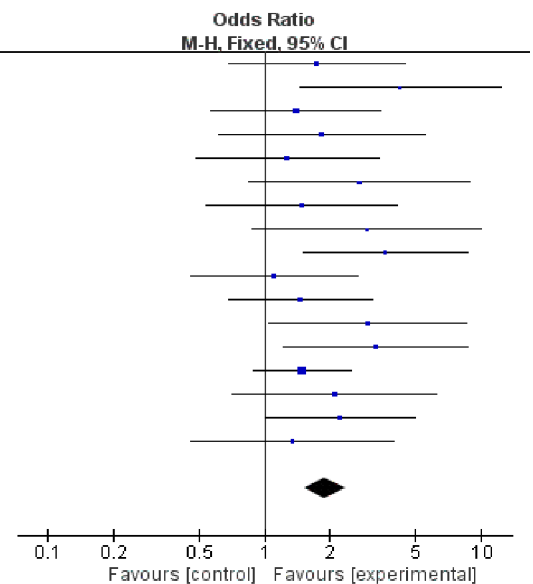


图 3 肿瘤缓解率森林图

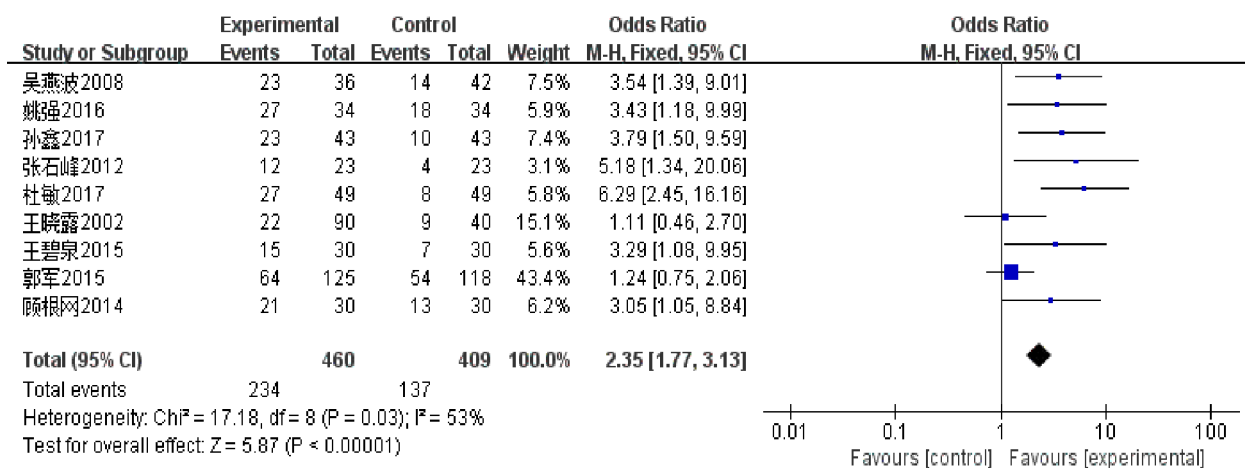


图 4 KPS 评分森林图

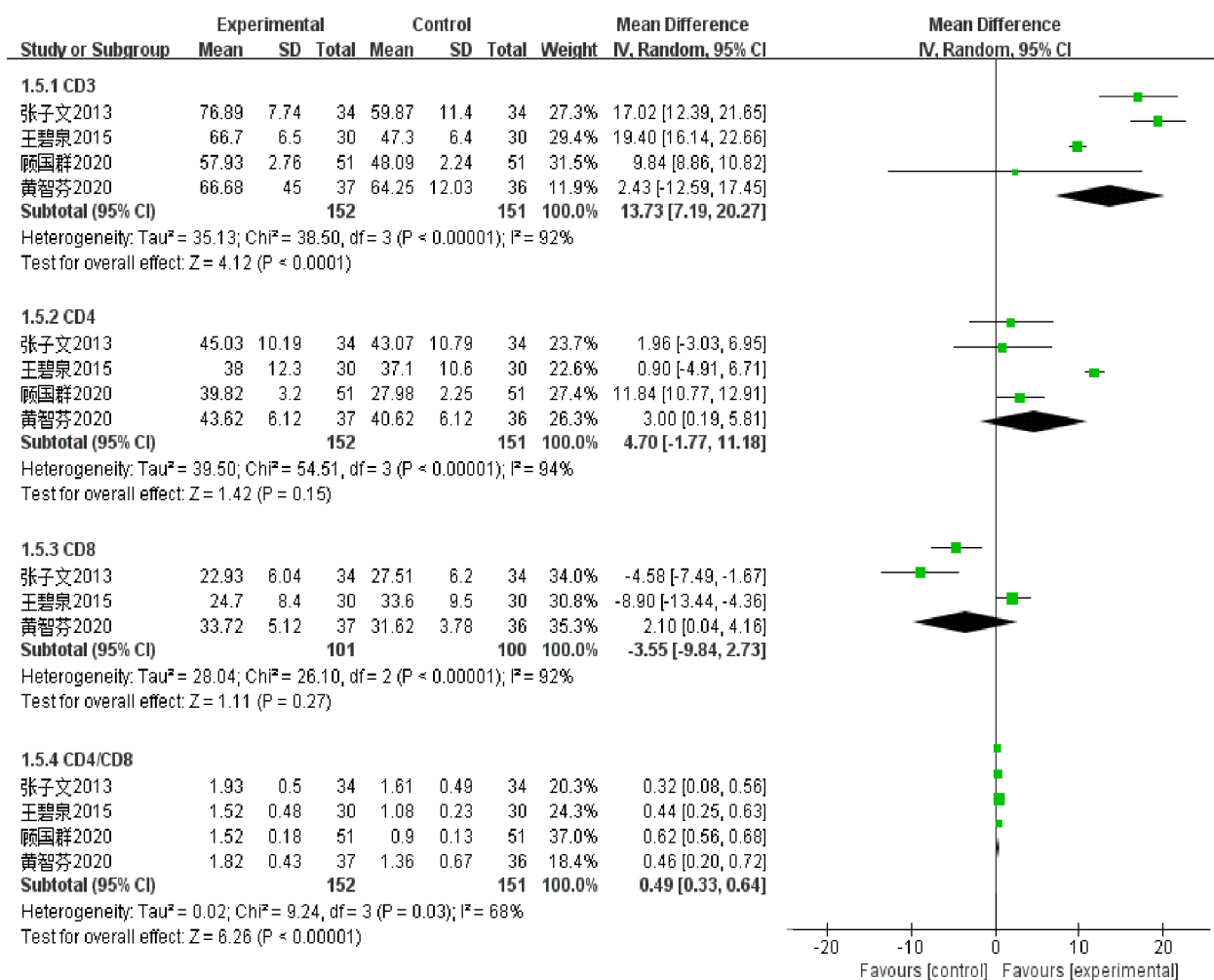


图 5 免疫功能森林图

2.3.5 胃肠道不良反应 纳入的 11 篇文献^[6-7,9-12,14,16,21,24-25]用药后出现恶心呕吐、腹泻及便秘等不良反应,以恶心呕吐为主进行分析,经异质性检验显示为异质性($P = 0.01, I^2 = 56\%$),采用随机效应模型,结果显示 2 组差异有统计学意义 [$OR = 0.29, 95\%CI(0.19, 0.45), P < 0.00001$],表明中药复

方联合化疗对比单纯化疗可明显改善老年胃癌患者胃肠道恶心、呕吐的不良反应。(见图 6)

2.4 发表偏倚分析 对肿瘤缓解率进行漏斗图分析,结果显示漏斗图基本对称,提示纳入的 17 篇文献存在发表偏倚的风险较小。(见图 7)

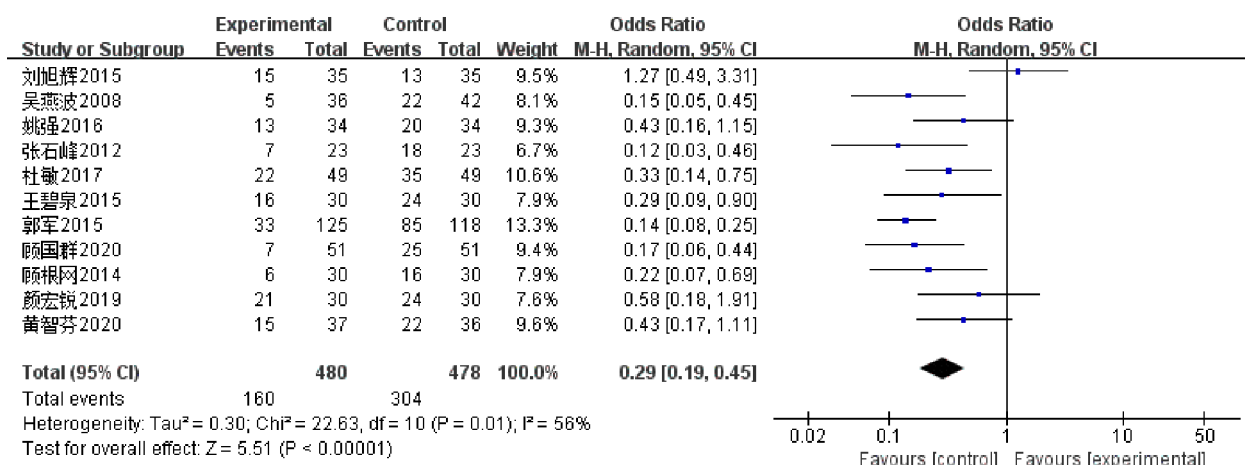


图 6 胃肠道不良反应森林图

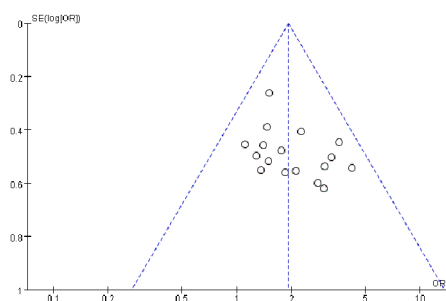


图 7 肿瘤缓解率的漏斗图

3 讨 论

目前有研究表明,老年胃癌患者术后情况常不容乐观,与中青年患者对比,老年患者在临床表现、病理特征上更为复杂,因此目前诊疗措施多考虑与化疗手段相结合,尤其是不耐受手术的中晚期老年患者^[26-27]。但是铂类、蒽环类等化疗药物因毒副作用大,容易损伤老年患者的免疫功能,抑制抗肿瘤活性,影响免疫细胞监视功能,使众多化疗方案在老年患者的应用规范尚无统一标准,在衡量其疗效和安全性中遭遇瓶颈^[28]。所以,对于高龄、体质差、病情进展严重需要进一步治疗的患者,无论是否采用手术治疗,仍需采取多学科综合治疗的模式,根据肿瘤病理学类型及临床分期,结合患者一般状况和器官功能状态,在不适合手术或术后化疗的老年患者中有计划、合理地调整治疗手段^[29]。将西医精准直观的理念与中医整体论治相结合,发挥中药复方在抗肿瘤、减毒副作用、增疗效的优势,改善胃癌炎症微环境^[30],同时也可达到预防和治疗因手术或术后化疗带来不良反应的目的,进一步提高中晚期老年胃癌患者的生存质量和中位生存期,为老年胃癌的远期治疗方案带来新的临床意义。

本次 Meta 分析结果指出,中药复方联合化疗对比单纯化疗更有助于改善老年胃癌患者临床症状和肿瘤情况,提高生活质量,降低胃肠道反应的发生。而治疗后外周血 CD3⁺ 的细胞计数、CD4⁺/CD8⁺ 的比值较对照组升高,2 组之

间的差异有统计学意义;CD4⁺、CD8⁺ 的细胞计数则显示 2 组之间的差异无统计学意义,该结果跟一项运用中医药联合化疗治疗晚期大肠癌患者的 Meta 分析结果类似^[31]。可能是由于纳入文献数量少,样本量小,尚不能发现 2 组间差异的原因,并且各文献的化疗方案和剂量不统一、纳入患者的分期不同和评判标准不一致等导致缺乏明确的对比性和指向性,可能会影响结论的内在真实性。今后仍需更合理、更严谨地设计符合官方指南标准的大样本、多中心的随机对照试验,从而为改善老年胃癌的临床疗效提供更可靠的循证依据,充分发挥中医药治疗老年胃癌的优势。

参考文献

- [1] BRAY F, FERLAY J, SOERJOMATARAM I, et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries[J]. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 2018, 68(6): 394-424.
- [2] 胃癌诊疗规范(2018年版)[J]. 肿瘤综合治疗电子杂志, 2019, 5(1): 55-82.
- [3] 金红顺, 徐红, 王京, 等. 老年胃癌的诊疗研究进展[J]. 中国老年学杂志, 2016, 36(7): 1773-1774.
- [4] 赵林, 应红艳, 管梅, 等. 老年胃癌的临床特点[J]. 中国医学科学院学报, 2010, 32(4): 412-416.
- [5] 王晓露, 王瑞平, 戴虹. 健脾消癌汤配合化疗治疗老年胃癌晚期 90 例[J]. 山东中医杂志, 2002, 21(9): 527-528.
- [6] 吴燕波. 中药配合 LFP 方案化疗治疗老年晚期胃癌 36 例[J]. 江西中医药, 2008, 39(10): 25-26.
- [7] 张石峰. 健脾消癌汤配合化疗治疗老年胃癌晚期的疗效[J]. 中国医药指南, 2012, 10(34): 280-281.
- [8] 张子文, 叶静华, 万俊. 中西医结合治疗老年晚期胃癌的临床研究[J]. 四川中医, 2013, 31(11): 67-68.
- [9] 顾根网, 王国方, 戎云霞. 益气生汤结合化疗治疗老年胃癌疗效观察[J]. 亚太传统医药, 2014, 10(22): 94-95.
- [10] 王碧泉, 刘晓东. 健脾益肾汤联合化疗治疗老年晚期胃癌的临床疗效及安全性观察[J]. 中医药学报, 2015, 43(6): 97-99.

(下转第 146 页)

[6] 刘达,叶柏. 叶柏运用清热解毒、凉血活血法治疗重度溃疡性结肠炎经验[J]. 中医药学报,2013,41(6):28-30.

[7] 原小千. 溃疡性结肠炎中医证型与体质的相关性研究[D]. 北京:北京中医药大学,2014.

[8] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病协作组. 对我国炎症性肠病诊断治疗规范的共识意见(2007年,济南)[J]. 中华消化杂志,2007,27(8):545-550.

[9] 许爱军. 葛根芩连汤灌肠联合柳氮磺吡啶肠溶片口服治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎临床观察[J]. 北方药学,2018,15(3):60-61.

[10] 王传颂. 葛根芩连汤联合柳氮磺胺吡啶对溃疡性结肠炎患者炎症反应的影响[J]. 光明中医,2018,33(10):1465-1467.

[11] 曾云. 葛根芩连汤加白及灌肠治疗慢性溃疡性结肠炎急性发作的疗效分析[J]. 中外医疗,2017,36(23):180-181,184.

[12] 陈淑君,张双喜. 葛根芩连汤联合柳氮磺胺吡啶治疗溃疡性结肠炎临床研究[J]. 陕西中医,2017,38(8):1110-1111.

[13] 谭亚云. 葛根芩连汤加仙桔汤治疗慢性结肠炎疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志,2016,25(22):2484-2485,2508.

[14] 方春梅. 中西医结合治疗溃疡性结肠炎 36 例[J]. 世界最新医学信息文摘,2015,15(47):17-18.

[15] 黄丹丹,邓铭俊. 葛根芩连五炭汤联合柳氮磺吡啶治疗活动期溃疡性结肠炎临床研究[J]. 白求恩医学杂志,2015,13(2):119-120.

[16] 王家华. 葛根芩连汤治疗溃疡性结肠炎的疗效观察[J]. 现代医药卫生,2011,27(22):3462.

[17] 李树斌. 加味葛根芩连汤治疗溃疡性结肠炎 58 例[J]. 中国中医药现代远程教育,2010,8(16):76.

[18] 袁勇,陈华伟. 葛根芩连汤加蒲公英灌肠治疗溃疡性结肠炎的临床观察[J]. 现代生物医学进展,2007,7(9):1336-1337.

[19] 张宁,周晓丽,刘帅. 加味葛根芩连汤联合常规治疗对重度湿热型溃疡性结肠炎患者的临床疗效[J]. 中成药,2020,42(2):351-355.

[20] 高东,邵喜凤. 葛根芩连汤治疗溃疡性结肠炎的疗效及对患者炎症反应和免疫功能的影响[J]. 解放军医药杂志,2018,30(10):89-92.

[21] 卞银燕. 联用葛根芩连汤和美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎的效果分析[J]. 当代医药论丛,2015,13(17):182-183.

[22] 龚文亮. 葛根芩连汤联合益生菌治疗溃疡性结肠炎的疗效及睡眠状态的影响[J]. 世界睡眠医学杂志,2019,6(7):906-907.

[23] 农远志. 葛根芩连汤联合益生菌治疗溃疡性结肠炎 40 例临床观察[J]. 中国民族民间医药,2017,26(18):106-107.

[24] 刘文,王钰乐,卿勇军,等. 葛根芩连汤治疗溃疡性结肠炎谱效关系研究[J]. 中华中医药杂志,2018,33(9):4093-4097.

(收稿日期:2020-12-07)

(上接第 141 页)

[11] 郭军,刘登湘,王娜,等. 健脾滋肾为本的中医辨证论治联合 XELOX 方案化疗对老年晚期胃癌疗效及生存期的影响观察[J]. 北京中医药,2015,34(4):317-320.

[12] 刘旭辉,蔡桂香,沈静侠. 参苓消瘤方加减联合 XELOX 化疗方案配合护理干预对老年晚期胃癌的临床研究[J]. 四川中医,2015,33(1):102-104.

[13] 张冀. 健脾扶正消瘤方联合化疗治疗进展期老年胃癌 56 例[J]. 中医研究,2016,29(5):16-18.

[14] 姚强,邓建良,周炎,等. 自拟益气养阴方联合 XELOX 方案治疗老年晚期胃癌[J]. 现代肿瘤医学,2016,24(21):3446-3448.

[15] 孙鑫. 自拟益气养阴解毒方联合 XELOX 方案治疗老年晚期胃癌的疗效分析[J]. 大医生,2017,2(8):73-78.

[16] 杜敏,曾宝珠,屈艳艳. 自拟健脾益气消瘀方联合 FMC 化疗方案治疗老年中晚期胃癌的临床疗效:一项随机对照研究结果[J]. 2017,24(2):170-173.

[17] 丁晖. 36 例进展期老年胃癌行健脾扶正消瘤方联合化疗治疗的效果分析[J]. 内蒙古中医药,2017,36(6):58-59.

[18] 张翼. 健脾扶正消瘤方联合化疗治疗老年胃癌进展期 28 例[J]. 中医研究,2017,30(6):29-31.

[19] 梁劲波. 益气生化汤结合化疗治疗老年胃癌的临床效果观察[J]. 临床医药文献电子杂志,2018,5(70):146.

[20] 许刚. 中药健脾益肾汤在常规化疗基础上对老年晚期胃癌患者的治疗疗效观察[J]. 双足与保健,2018,27(18):181-182.

[21] 颜宏锐,朱焕明. 四君子汤加减治疗老年胃癌术后化疗患者消化道毒副反应临床观察[J]. 湖北中医药大学学报,2019,21(3):92-94.

[22] 徐涛. 参芪养胃汤在老年胃癌姑息治疗中对患者生存时间及肿瘤标志物表达的影响[J]. 光明中医,2019,34(7):1058-1061.

[23] 隆豫. 中药健脾益肾汤联合常规化疗对晚期胃癌患者的疗效探究[J]. 中国社区医师,2019,35(21):104-106.

[24] 顾国群,张斌忠,范耀华,等. 中药方剂口服联合化疗对老年胃癌患者外周血 T 淋巴细胞亚群及血清 MMP-9、TIMP-1 和 VEGF 表达的影响[J]. 中国老年学杂志,2020,40(3):526-529.

[25] 黄智芬,卢旭全,袁颖,等. 健脾消积汤联合化疗对老年晚期胃癌患者生活质量及免疫功能的影响[J]. 中国中医药现代远程教育,2020,18(2):108-111.

[26] 薛永飞,任中海,沈艳丽. 化疗对老年胃癌患者免疫相关功能的影响[J]. 中国老年学杂志,2014,34(2):492-493.

[27] DE PASCALE S,BELOTTI D,CELOTTI A,et al. Prognostic factors for short-term and long-term outcomes of gastric cancer surgery for elderly patients:10 years of experience at a single tertiary care center[J]. Updates in Surgery,2018,70(2):265-271.

[28] 董智平,张静喆. 中医治疗胃癌研究进展[J]. 中国中西医结合外科杂志,2019,25(2):206-209.

[29] 苏向前,邢加迪. 胃癌多学科综合治疗协作组诊疗模式专家共识[J]. 中国实用外科杂志,2017,37(1):37-38.

[30] 陈婉珍,胡莹,邵长乐,等. 中医药调节胃癌炎症微环境的机制研究进展[J]. 中华中医药学刊,2018,36(10):2484-2487.

[31] 苗雯蓉,刘宁宁,朱惠蓉,等. 中医药联合化疗治疗晚期大肠癌疗效 Meta 分析[J]. 中华中医药学刊,2018,36(5):1119-1124.

(收稿日期:2020-12-07)