

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2017.06.019

综 述

肺癌实证的证候分布相关研究现状

陈恂^{1,2}, 张培彤^{*}

(1. 中国中医科学院广安门医院, 北京市西城区广安门内大街北线阁 5 号, 100053; 2. 北京中医药大学)

摘要 近年来研究者开展了关于肺癌实证的大量研究, 总体可归纳为对肺癌实证证候分布情况及临床分布特点的研究, 前者通过名医经验总结、临床调查、文献回顾、各证型的关系、实证的预后等方面进行研究, 后者对肺癌实证与 TNM 分期、病理分型、肿瘤标志物、影像学指标、西医治疗手段的相关性进行了探讨。但是目前各研究结果并不统一, 这与肺癌实证包含证型多样、各证型诊断标准不统一等因素有关, 提出应建立统一的诊断标准和以证素体系下单证素为研究单元对肺癌实证进行研究。

关键词 肺癌; 实证; 证素; 中医证候

从虚实论治疾病反映了重视邪正关系的理念, 历来是中医辨治的重点, 把握邪实的组成及其发展和演变规律是治疗肺癌的基础之一。现代中医学对于肺癌实性病机要素的认识不外乎气滞、痰、湿、瘀血、热、毒等, 与其他疾病并无明显分别, 在治疗上, 各医家针对实邪的侧重点而采取的治法各不相同。本研究以文献为基础, 在以证素为核心的体系下探讨肺癌实证各单证的分布情况、相互关系及预后影响等, 以为临床治疗提供思路和参考。

1 肺癌实证证候分布情况

1.1 名医经验

张代钊^[1] 将肺癌分为阴虚内热、脾虚痰湿、气阴两虚、气滞血瘀、肺肾两虚, 实性证素有血瘀、气滞、痰、湿, 其中痰与湿、血瘀与气滞、脾虚与痰湿并存。刘嘉湘^[2] 将肺癌分为阴虚内热、气阴两虚、脾虚痰湿、阴阳两虚和气滞血瘀, 实性证素有痰、湿、气滞、血瘀, 且痰和湿、气滞与血瘀兼见。孙桂芝^[3] 将肺癌分为阴虚内热型、气虚痰阻型、气血瘀滞型、肺肾两虚型, 其中实性证素有痰、气滞、血瘀, 痰以气虚为出现基础, 气滞与血瘀并论。朴炳奎^[4] 将肺癌分为肺脾气虚型、肺阴虚型、气滞血瘀型、痰湿内阻型、气阴两虚型, 实性证素有痰、湿、气滞、血瘀, 其中痰和湿、气滞和血瘀共存。周岱翰^[5] 将肺癌分为肺郁痰瘀、

脾虚痰湿、阴虚痰热、气阴两虚, 实性证素有气滞、痰、湿、热、血瘀, 其中在肺郁基础上痰和瘀、在脾虚基础上痰和湿、在阴虚基础上痰和热可以同时出现。郁仁存^[6] 将肺癌分为阴虚毒热、痰湿蕴肺、气血瘀滞、肺肾两虚, 实性证素有毒、热、痰、湿、气滞、血瘀, 其中痰与湿、气滞和血瘀可并见, 并认为气虚不摄血、不运血是血瘀的前提, 是血瘀证形成的关键, 且在阴虚基础上毒与热也可以同时出现。

虽然各家对于肺癌的中医临床分型不完全相同, 注重的实性证素也不完全一样, 但大体看法仍有共通之处。即肺癌的证素多虚实相见, 鲜有纯实无虚的; 虚性病因病机多考虑气虚和阴伤, 气虚可以出现痰、湿、瘀, 气郁可以出现痰、瘀, 阴虚可以出现痰、毒、热; 实性病机要素大体为痰、湿、气滞、血瘀、热、毒, 其中痰和湿、气滞与血瘀多并见; 病位主要涉及肺、脾、肾。

1.2 临床调查研究

众多临床观察发现, 肺癌的实性证素主要为痰、湿、血瘀、气滞、热、毒, 也有观察结果认为还包括寒凝, 但各研究对以上因素在临床过程中所占权重却看法不一。沈敏鹤等^[7] 研究发现, 实证证素分为痰湿 (占 55.3%)、血瘀 (占 11.4%)、气滞 (占 4.9%)、寒凝 (占 1.6%)、热毒 (占 15.4%) 共 5 类, 痰湿证候要素占主导地位。左明煥等^[8] 的研究结果显示, 在术前患者中痰和瘀为

* 通讯作者: drzhangpeitong@hotmail.com

非小细胞肺癌的主要证素, 分别占 90% 和 40%。李际强^[8]对 219 例肺癌患者进行中医辨证分型, 结果分为气滞血瘀、痰瘀蕴结、痰热蕴肺、阴虚热毒、气阴两虚、肺脾气虚、肺肾两虚 7 型, 其中实证证型分布情况为痰瘀蕴结 (占 27.4%)、气滞血瘀 (占 9.13%)、痰热蕴肺 (占 5.94%), 分解其证素依次为痰、血瘀、气滞、热, 其中痰、瘀并见最多, 气滞、血瘀并见居次, 痰、热并见最少。周晶晶^[14]研究发现, 实证证素分为痰湿 (177 例)、气滞 (173 例)、血瘀 (44 例)、寒凝 (17 例)、热毒 (7 例) 共 5 类, 并认为痰湿要素和气滞要素贯穿在肺癌患者的整个病程中, 占主导地位。朱翌等^[11]针对肺癌虚性证素和实性证素同时展开研究, 结果显示, 患者以气虚证候的表现为主, 占总病例数的 68.35%, 实性证素依次是气滞 (占 25.90%)、痰湿 (占 12.95%)、血瘀 (占 12.23%)、痰热 (占 8.63%) 4 类, 实证中气滞证最多。张杉等^[12]通过临床调查认为, 肺癌实性证素分为血瘀 (占 23.17%)、气滞 (占 10.83%)、痰湿 (占 10.07%)、痰热 (占 7.12%)、热毒 (占 5.03%) 共 5 类, 其中以血瘀为主。

以上研究结论从主导的实性证素到各证素的分类并不能完全统一, 我们认为主要原因在于: 1) 纳入研究样本的标准不一, 导致纳入研究的样本不同, 样本规模也不一样; 2) 没有相对一致的中医证候分类和诊断标准, 研究者对于中医辨证的不同造成了研究样本分类的不同; 3) 研究分析的方法不同, 有从单一证候入手者, 有从复合证候入手者, 有单从实性证素考虑者, 也有从虚实二者的角度一并考虑者。上述不同造成了研究结果的局限性, 导致研究结果相互之间无法对比参照。

1.3 文献回顾研究

同临床调查研究一样, 进行文献回顾研究的研究者所用研究方法也不一致, 有进行单一证素研究者, 也有进行复合证型研究者。如司富春等^[13]检索了 1977 年 1 月至 2013 年 7 月中国期刊全文数据库收录的中医及中西医结合治疗肺癌的临床研究和个人经验报告类文献, 认为肺癌病机要素以实性居多, 占 58.33%, 主要包括痰浊 (占 18.15%), 火热 (占 10.98%)、血瘀 (占 10.85%)、水湿 (占 7.49%)、气滞 (占 6.33%)、热毒 (占 3.94%)、寒邪 (占 0.26%)、风邪 (占 0.20%)、气逆 (占 0.13%)。陈涛等^[14]收集整理了中国生物医学文献

光盘数据库以及中国期刊全文数据库 1994 年至 2005 年中医药治疗肺癌的相关文献, 筛选其中符合中国抗癌协会颁布的肺癌诊断标准的 68 篇文献, 包含肺癌病例 6320 例, 整理结果显示, 其中医证候以气阴两虚证和阴虚内热证多见, 共占病例数的 42.85%, 而实证所占比例少, 仅气滞血瘀证 (占 13.26%) 与痰热壅肺证 (占 3.18%) 两型, 痰湿证未单列, 而是与脾虚证组成复合证候, 占 14.57%。吴建春等^[13]对 1994 年至 2010 年公开发表的有关肺癌中医辨证治疗的临床文献进行整理, 最终满足条件的文献共 35 篇, 总计病例 1917 例。按每种证型出现的频次进行降序排列, 可见最常见的 6 种证型依次为气阴两虚、阴虚内热、脾虚痰湿、气滞血瘀、气虚、痰湿蕴肺, 其中实证 16 种, 564 例; 虚证 11 种, 800 例; 虚实夹杂 11 种, 535 例。实证包括气滞血瘀 (占 10.4%)、痰湿蕴肺 (占 7.6%)、痰热壅肺 (占 6.6%)、痰瘀互结 (占 4.8%) 等, 以气滞血瘀最为常见。

分析以上研究资料述及的水湿、热毒、痰热、痰湿、气滞血瘀证候, 我们认为, 还有进一步细化到水、湿、热、毒、痰、热、湿、气滞、血瘀层级的必要。此外, 缺乏对于肺癌实证证候分类的规范以及研究方法的差异, 造成了各研究者研究结论的分歧。梳理各家分歧, 确定证候评价和诊断规范是相关研究取得进展的前提。

1.4 实证各证型间的关系

对肺癌实证各证型关系的研究目的多是为了探究实性证素的相关性, 但目前其研究结果也并不一致。如孟晓等^[14]通过临床调查发现, 二证相兼证型占 33.0%, 实性证素排序为痰湿 + 热毒证、痰湿 + 邪毒证最多 (均占 21.9%), 气滞 + 血瘀证其次 (占 6.3%); 三证相兼证型占 28.9%, 实证病素依次为痰湿热毒邪毒型 (占 10.7%)、气滞血瘀邪毒型 (占 7.1%)。胡小梅等^[17]调查 282 例非小细胞肺癌患者证候分布情况, 结果两证相兼证型 133 例 (占 47.16%), 其中痰湿 + 血瘀 15 例 (占 5.32%)、气滞 + 血瘀 10 例 (占 3.55%); 三证及以上的复证 62 例 (占 21.99%), 其中气虚 + 痰湿 + 血瘀 23 例 (占 8.16%)、气虚 + 气滞 + 血瘀 11 例 (占 3.90%)、气阴两虚 + 痰湿 + 血瘀 2 例 (占 0.71%)、气血两虚 + 痰湿 + 血瘀 1 例 (占 0.35%)、血虚 + 阴虚 + 气滞 + 血虚 1 例 (占 0.35%)。总体来看以气虚证兼夹各种实证最多, 而实性证素复合情况以血瘀 + 痰、湿, 血瘀 + 气滞

多见。杨丹^[18]通过临床观察 152 例肺癌患者发现,患者中单一证型共 48 例(占 31.6%);两证相兼型共 51 例(占 33.6%),其中实证要素痰瘀互结 10 例(占 19.6%)、湿热血瘀证 5 例(占 9.8%)、痰热夹湿型 5 例(占 9.8%)、气滞痰阻型 1 例(占 2.1%)、痰热血瘀型 1 例(占 2.1%)、血瘀火旺型 1 例(占 2.1%);三证相兼型共 30 例(占 19.7%),其中实证要素痰热血瘀兼夹湿型 4 例(占 13.3%)、气滞痰瘀互阻型 2 例(占 6.7%)。韩燕等^[19]采用文献研究肺癌证型,结果显示,实证素多为单因素(占 42.9%)、双因素组合(占 44.3%)、三因素组合(占 11.8%),四因素组合病例数较少,在双因素组合类型中,气滞+血瘀、热+毒、痰+血瘀、痰湿+血瘀出现频率较高。

以上研究结果不完全一样,这与样本的局限性、统计方式不一、辨证标准不同、肺癌不同分期等因素有关,但大致可以推测出气滞、血瘀、痰、湿、热、毒是常同时互现的组合,但个中比例及关系还有待进一步明晰。

1.5 实证患者的预后

肺癌患者实证素及相关预后的研究对于治疗的指导有现实意义。王芬^[20]研究发现,在所有晚期非小细胞肺癌患者证型分类中实证以血瘀证及痰证为主,在卡氏评分 20~40 分的 200 例患者中实证证型共 100 例,痰证占 17.58% (32 例),血瘀证占 17.03% (31 例),寒湿证占 14.18% (27 例),气滞证占 4.95% (9 例),随着卡氏评分的降低,痰和血瘀逐渐成为主要实证素。唐文秀等^[21]对 391 例晚期原发性肺癌辨证分型与疗效的关系进行研究,其中 51 例痰湿瘀阻型患者通过西医化疗与中医治疗后有效率为 7.84%,明显恶化为 64.71%,一年生存率为 37.93%,二年生存率为 10.42%,三年生存率为 3.30%,提示预后不佳。上述研究提示,晚期肺癌实证素以血瘀和痰湿为主,且预后不佳。李丛煌^[22]的临床调查显示,肺癌各中医实证证型按中位生存期长短排列依次为血瘀型、痰湿型、痰湿瘀阻型。此外,席静^[23]采用癌症患者生命质量测定量表 QLQ-C30 描述患者的认知功能、情绪功能、躯体功能、角色功能和社会功能 5 个功能维度,发现不同证型对肺癌患者各功能维度的总体影响其差异并无统计学意义。

以上研究结果提示,存在血瘀、痰、湿证素患者的生存质量可能不佳,血瘀与痰、湿同时出现预后最差。

2 肺癌实证临床分布特点

2.1 与 TNM 分期的相关性

徐建林^[24]研究了 110 例肺癌患者的证候分布特点,发现实证证候在 TNM 分期的 I 期、III 期患者中以痰湿证多见,IV 期患者则以气滞血瘀多见。谢长生等^[25]对 561 例肺癌患者中医证型与 TNM 分期的相关性进行分析,结果发现, I 期患者以痰浊壅肺证多见, II 期以热毒蕴肺证多见, III 期、IV 期以气阴两虚的虚证多见。顾梦飏^[26]通过对 480 例肺癌患者的调查发现, II 期肺癌以痰瘀为主,正虚程度多不重; III 期和 IV 期正虚和痰瘀并重。

综合以上资料,肺癌患者的实证证候以痰、湿、血瘀、气滞、热毒证为主,临床分期对实证证候的分布有一定影响。

2.2 与病理分型的相关性

胡小梅等^[27]探讨 282 例中晚期非小细胞肺癌患者病例分类与中医证候分布的规律,结果发现,在腺癌、鳞癌中出现较多的实证证型有:血瘀,分别为 80 例(占 25.32%)和 54 例(占 22.41%);痰湿,分别为 43 例(占 13.61%)和 35 例(占 14.52%),血瘀和痰湿出现的频率在鳞癌和腺癌患者之间无明显差异。冯月娟等^[28]分析 112 例肺癌患者中医证型与病理分型的相关性,发现鳞癌以痰湿蕴肺证多见,腺癌以阴虚毒热证多见,小细胞肺癌以气滞血瘀证多见,肺泡细胞癌以痰湿蕴肺证与气滞血瘀证多见。施志明^[29]对 368 例肺癌患者的调查结果显示,细胞类型与中医证型分布无显著相关性。

以上各研究结果存在差异,故目前肺癌实证与病理分型的相关性尚无定论,我们认为,这可能与研究者采用的中医辨证分型、样本选择标准的差异和患者治疗状态以及研究方法的不一致有关。

2.3 与肿瘤标志物的相关性

晏雪生等^[30]对比了 32 例原发性肺癌患者(中医不同证候)和 30 例正常人血清中 12 项肿瘤标志物的水平,发现气血瘀滞型、痰湿蕴肺型、热毒炽盛型 CEA、CA19-9 和 CA242 的浓度明显高于气阴两虚型,但热毒炽盛型、气血瘀滞型、痰湿蕴肺型间差异无统计学意义;气血瘀滞型、痰湿蕴肺型、气阴两虚型 CA125 的浓度明显高于热毒炽盛型。说明 CEA、CA19-9、CA242 的浓度与气血瘀滞型、痰湿蕴肺型、热毒炽盛型相关性强,但这三个证型之间没有差异性;热毒炽盛型的 CA125 浓度则较

其他证型低。房才龙等^[6]检测了 56 例肺癌患者外周血 CEA 的水平,结果显示,气滞血瘀型患者的 CEA 值最高。

以上研究结果均提示,CEA 与气滞血瘀证型相关性强,但与其他证型相关性的研究结果却不一致,值得我们进一步探究。

2.4 与影像学指标的相关性

田锦林等^[6]采用螺旋 CT 对中央型肺癌的临床分期进行研究并判断其诊断价值,结果发现,螺旋 CT 表现为阻塞性肺炎的患者,其痰浊壅肺证的比例明显多于其他证型。河文峰等^[6]采用螺旋 CT 观察肺癌表现与中医证候分型的相关性,显示肺癌侵犯气管、伴恶性胸水的患者其中医辨证分型均以气虚痰湿型最多见,其次为气阴两虚型、气滞血瘀型,据此认为螺旋 CT 表现与中医证候分型之间存在着一定相关性,可作为临床辨证论治的一种依据。

上两项研究结果表明,肺癌实证证型与螺旋 CT 的影像之间有相关性,特别是与痰湿证型的相关性最大,但这一结论还有待证实。

2.5 西医治疗手段对实证证候的影响

孙叙敏^[6]总结了 50 例中晚期原发性非小细胞肺癌化疗前后中医证候的演变规律,结果发现,气滞血瘀型患者在化疗前占 16%,化疗后占 20%,其构成比升高。李本达^[6]对 100 例中晚期原发性非小细胞肺癌患者进行了相同的调查,显示气滞血瘀型患者在化疗后呈增加趋势,由化疗前的 14% 增至 17%,同时血瘀证患者化疗后的比例亦有增加。孙韬^[6]通过对 30 例原发小细胞肺癌患者的研究发现,化疗前中医证候以实证为主,且实证以痰证(包括痰热和痰湿)为主,占 70%,血瘀证占 13.3%;化疗后痰证明显减轻(减少率为 36.7%),血瘀证明显加重(增加率为 50%),说明化疗可以减少痰湿证,增加血瘀证。左明焕等^[6]研究了 60 例非小细胞肺癌患者手术前后的中医证候特征,结果发现,手术后较手术前 I、II、III 期患者痰证分别减少了 75.0%、66.7% 和 57.1%,血瘀证分别减少了 33.3%、10.0% 和 20.8%;手术前与手术后各期患者痰证比较差异均有显著性。孙韬等^[6]采用前瞻性研究观察了 54 例非小细胞肺癌患者氩氦刀治疗前后中医证候的变化,发现治疗后 2 周较治疗前痰证、虚证明显减少,血瘀证无明显差异;术后仍存在痰湿、血瘀、气虚证候,说明常规手术及氩氦刀冷冻治疗是消除或缓解患者中医证候的有效方法之一。王蒙^[6]分

析 92 例接受靶向治疗的肺癌患者的中医证候,在单证证型分布中出现频次最多的实证是血瘀证(占 48.91%),其次是痰湿证(占 33.7%),再次是气滞证(占 21.74%)、痰热证(占 15.30%)。屠洪斌等^[6]观察了 181 例肺癌靶向治疗患者,治疗后经中医辨证共得出 21 种证型,除肺阴虚证(占 45.30%)为多见外,实证证候类型中瘀阻肺络证(占 14.36%)为最多。以上两个研究表明,靶向治疗后的实性证素主要有血瘀,但对其原因研究者都没有进一步分析。

3 实证研究存在的问题

肺癌实证相关研究中存在的问题集中表现于诊断标准。在研究中,有研究者参照国家标准、业内指南、教科书标准,有研究者按照名家经验或个人临床心得自行拟定标准,也有将前两者结合而自拟标准者。但就算是一些公认度较高的实证标准,相互之间也有差异,以气滞血瘀证为例,在《中医临床诊疗术语·证候部分》^[4]、《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[5]以及《中医诊断学》^[2]中的标准共同提及了胀痛、刺痛、舌紫暗、瘀斑、脉弦、涩等症状,但《中药新药临床研究指导原则(试行)》还提到大便干结、痰血,《中医诊断学》另提到了情志抑郁、狂躁、肌肤甲错、脉结代等。诊断标准的不一致会造成辨证的不同,导致研究结论没有可比性,不利于学术研究的进步和研究成果的认可和推广。

制定业内公认的诊断标准是一切关于肺癌实证研究的基石。刘永衡^[4]运用统计比较法选定证素相关症状、使用条件概率换算方法建立相关因素赋分表、应用聚类分析方法制定程度分级标准,对肺癌血瘀证进行诊断并对之进行分级定量,我们认为这一方法值得借鉴,其所采用的方法科学,所得结论简单明确、易于应用。然而此类研究需要大量样本的积累,要将各家经验及研究成果融汇,需要研究者分工协作才能完成,是一个有前景但却浩大、艰难的研究过程。

参考文献

- [1] 崔慧娟,张培宇. 张代钊教授治疗肺癌经验 [J]. 中日友好医院学报, 2011, 25(1): 57-58.
- [2] 刘苓霜. 刘嘉湘辨治肺癌经验 [J]. 中医文献杂志, 2006, 24(2): 38-40.
- [3] 何立丽. 孙桂芝治疗肺癌经验 [J]. 北京中医药, 2009, 28(4): 263-264.
- [4] 容志航. 北京市名老中医治疗肺癌的经验总结与临床

- 研究 [D]. 北京: 北京中医药大学, 2013.
- [5] 陈华良. 周岱翰教授治肺癌临证精粹 [J]. 天津中医药, 2005, 22(2): 101-103.
- [6] 郁存仁. 中医肿瘤学 [M]. 北京: 科学出版社, 1997: 274-283.
- [7] 沈敏鹤, 阮善明, 舒琦瑾. 肺癌中医实证证候要素与临床相关因素的单因素分析 [J]. 世界中医药, 2008, 3(4): 209-212.
- [8] 左明焕, 胡凯文, 陈信义. 非小细胞肺癌患者手术前后中医证候特征研究 [J]. 中医杂志, 2002, 43(8): 615-617.
- [9] 李际强. 肺癌患者中医证候分型与 T 淋巴细胞亚群及 NK 细胞的相关性研究 [J]. 江西中医学院学报, 2007, 19(4): 36-39.
- [10] 周晶晶. 肺癌中医实证证类要素的临床研究 [J]. 中国中医急症, 2011, 20(8): 1235-1236.
- [11] 朱婴, 李萍萍, 黄立中. 肺癌初诊患者的中医证候分布规律研究 [J]. 湖南中医药大学学报, 2009, 29(6): 71-72.
- [12] 张杉, 李世杰. 372 例肺癌患者中医证型及其舌象分析 [J]. 湖南中医杂志, 2014, 30(9): 10-12.
- [13] 司富春, 宋雪杰, 陈瑞, 等. 原发性支气管肺癌中医证候和方药分布规律文献研究 [J]. 中医杂志, 2014, 55(13): 1146-1152.
- [14] 陈涛, 陈茂华. 原发性支气管肺癌临床证型的文献统计分析 [J]. 时珍国医国药, 2006, 17(5): 854-855.
- [15] 吴建春, 李雁. 原发性支气管肺癌中医证治规律的研究 [J]. 长春中医药大学学报, 2011, 27(6): 930-931.
- [16] 孟晓, 韩燕, 徐咏梅, 等. 180 例晚期非小细胞肺癌患者中医证候分布与组合规律 [J]. 中华中医药杂志, 2014, 29(9): 2978-2982.
- [17] 胡小梅, 张培彤, 杨宗艳, 等. 中晚期非小细胞肺癌患者中医证型分布规律研究 [J]. 中国肿瘤, 2007, 16(1): 51-53.
- [18] 杨丹. 北京协和医院收治肺癌患者中医辨证分型特点的研究 [D]. 北京: 中国医学科学院, 2010.
- [19] 韩燕, 杨国旺, 王笑民. 晚期非小细胞肺癌中医证候分布及组合规律文献研究 [J]. 北京中医药, 2014, 33(3): 175-178.
- [20] 王芬. 晚期肺癌的中医证候研究 [D]. 北京: 北京中医药大学, 2003.
- [21] 唐文秀, 张宗歧, 林洪生, 等. 91 例晚期原发性肺癌中医辨证分型与疗效关系初探 [J]. 中国中西医结合外科杂志, 1995, 1(5): 281-284.
- [22] 李丛煌. 中晚期原发性非小细胞肺癌证候分布特点及证候相关因素研究 [D]. 北京: 中国中医科学院, 2008.
- [23] 席静. 中晚期肺癌患者证候与生活质量关系的研究 [D]. 石家庄: 河北医科大学, 2014.
- [24] 徐健林. 肺癌中医证型与 TMN 分期的相关性研究 [D]. 南京: 南京中医药大学, 2006.
- [25] 谢长生, 王建东, 陈培丰, 等. 561 例肺癌中医证型与 TNM 分期及病理类型的相关性探索 [J]. 浙江中医杂志, 2010, 45(6): 398-399.
- [26] 顾梦飏. 480 例原发性肺癌中医证型与国际 TNM 分期相关性分析 [J]. 上海中医杂志, 1994, 10(1): 1-3.
- [27] 胡小梅, 张培彤, 杨宗艳. 非小细胞肺癌不同病理分类与中医证候分布规律关系探讨 [J]. 中国中医药信息杂志, 2006, 12(12): 19.
- [28] 冯月娟, 张建芳, 张国良. 112 例肺癌中医证型、舌象与病理分型关系探讨 [J]. 中国中医急症, 2004, 13(7): 446-447.
- [29] 施志明. 原发性肺癌中医辨证分型与西医分期及细胞类型关系 [J]. 中国癌症杂志, 1998, 15(4): 317.
- [30] 晏雪生, 李瀚旻, 彭亚琴. 肺癌肿瘤标志物与中医辨证分型的相关性研究 [J]. 湖北中医杂志, 2007, 29(9): 11.
- [31] 房才龙, 宗文九, 范国荣, 等. 肺癌患者辨证分型与外周血 T 淋巴细胞亚群和癌胚抗原的关系 [J]. 中国中西医结合杂志, 1995, 15(7): 405-407.
- [32] 田锦林, 杜双存, 廖云贵, 等. 螺旋 CT 对中央型肺癌临床分期的诊断价值 [J]. 放射学实践, 2003, 18(11): 34-35.
- [33] 河文峰, 张丽玲, 吴万垠, 等. (T4NxMx) NSCLC 的 T4 螺旋 CT 表现与中医证候分型间相关性初探 [J]. 山西中医, 2010, 26(3): 45-47.
- [34] 孙叙敏. 中晚期原发性非小细胞肺癌化疗前后中医证候演变规律探讨 [D]. 北京: 北京中医药大学, 2008.
- [35] 李本达. 中晚期非小细胞肺癌化疗前后中医证型变化规律研究 [D]. 北京: 北京中医药大学, 2009.
- [36] 孙韬. 原发小细胞肺癌患者化疗前后中医证候特征研究 [J]. 中国医药学报, 2002, 17(6): 378.
- [37] 孙韬, 胡凯文, 姜敏, 等. 非小细胞肺癌氩氦刀冷冻治疗前后中医证候特点研究 [J]. 北京中医药大学学报 (中医临床版), 2007, 14(1): 22-24.
- [38] 王蒙. 肺癌靶向治疗后的中医证候分析 [D]. 北京: 北京中医药大学, 2014.
- [39] 屠洪斌, 董志毅, 王少墨, 等. 原发性肺癌中医证型规律与化疗及靶向治疗的相关性研究 [J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2014, 16(9): 1997-2014.
- [40] 国家技术监督局. 中医临床诊疗术语: 证候部分 [S]. 北京: 中国标准出版社, 1997.
- [41] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则 (试行) [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002.
- [42] 季绍良, 成肇智. 中医诊断学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002.
- [43] 刘永衡. 中晚期原发性肺癌血瘀证分级量化诊断标准的探索性研究 [D]. 北京: 中国中医科学院, 2007.

(收稿日期: 2016-03-28; 修回日期: 2016-07-09)

编辑: 崔京艳