

· 临床报道 ·

中药协同阿贝西利联合内分泌治疗乳腺癌的临床研究 及证型用药分析

张毫溪¹, 高宏², 杨君²

(1. 辽宁中医药大学, 辽宁 沈阳 110847; 2. 辽宁中医药大学附属医院, 辽宁 沈阳 110032)

摘要:目的 研究中药对阿贝西利联合内分泌治疗HR (+)/HER2 (-)型乳腺癌疗效的协同作用, 及对阿贝西利常见不良反应的临床疗效, 对口服中药患者进行证候分型及用药分析。**方法** 采用回顾性分析, 纳入2022年9月—2024年9月于辽宁中医药大学附属医院住院或门诊治疗符合纳入与排除标准的60例患者, 其中A队列为术后辅助治疗(34例), B队列为晚期解救治疗(26例)。**结果** A队列患者, 观察组(24例)疾病复发率为16.67%, 对照组(10例)疾病复发率为20.00%, 两组无显著统计学差异。B队列患者, 观察组(16例)中位无进展生存期18个月, 对照组(10例)中位无进展生存期13.5个月, 且观察组氧还原反应高于对照组, 差异均具有统计学意义($P=0.025$)。两队列中, 观察组中首次出现不良反应的时间均晚于对照组且不良反应完全缓解的时间短于对照组, 差异性均具有统计学意义($P<0.05$)。中医证候分型A队列应用中药患者共24例, 以阴虚内热最多(12例); B队列应用中药患者共16例, 以气阴两虚最多(7例)。中医用药方面, 柴胡、龙骨、牡蛎这三味软坚散结中药均依次排在两队列前3位。此外, A队列应用中药的24例患者, 重在滋阴化痰、软坚散结, 佐以补益气阴。B队列应用中药的16例患者, 重在顾护正气, 辅以抗癌。**结论** 中药联合阿贝西利及内分泌治疗可延长患者无进展生存期, 且中药对阿贝西利不良反应有一定的缓解作用。中医证型及用药分析可对临床辨证论治提供一定参考。

关键词: 中药; 阿贝西利; 无进展生存期; 术后辅助治疗; 晚期解救治疗; 不良反应; 证候分型

中图分类号: R285.6; R737.9 **文献标志码:** A **文章编号:** 2097-5031(2025)02-0061-05

Clinical Study and Symptomatic Drug Use Analysis of Traditional Chinese Medicine on the Combination of Abacilide and Endocrine Therapy for Breast Cancer

ZHANG Boxi¹, GAO Hong², YANG Jun²

(1. Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Shenyang 110847, Liaoning, China; 2. Affiliated Hospital of Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Shenyang 110032, Liaoning, China)

Abstract: Objective To study the synergistic effect of traditional Chinese medicine on the efficacy of arbacilli combined with endocrine therapy for HR (+)/HER2 (-) breast cancer and the clinical efficacy of common adverse reactions of arbacilli; Classify symptoms and analyze medication for patients taking oral traditional Chinese medicine. **Methods** A retrospective analysis was conducted to include 60 patients who met the admission and exclusion criteria for inpatient or outpatient treatment at Liaoning University of Traditional Chinese Medicine Affiliated Hospital from September 2022 to September 2024. Among them, queue A consisted of 34 patients receiving postoperative adjuvant therapy, and queue B consisted of 26 patients receiving advanced rescue treatment. **Results** Among patients in queue A, the observation group (24 cases) had a disease recurrence rate of 16.67%, while the control group (10 cases) had a disease recurrence rate of 20.00%. There was no significant statistical difference between the two groups. Patients in queue B had a median progression free survival of 18 months in the observation group (16 cases) and 13.5 months in the control group (10 cases). The oxygen reduction response in the observation group was 68.75% higher than that in the control group, and the differences were statistically significant ($P=0.025$). The time of the first occurrence of adverse reactions in the two patient observation groups was later than that in the control group; The time for complete relief of adverse reactions was shorter than that of the control group, and the differences were statistically significant ($P<0.05$). A total of 24 patients in queue A of traditional Chinese medicine syndrome classification were treated with traditional Chinese medicine, with the highest number of cases being Yin deficiency and internal heat (12 cases); There were a total of 16 patients in queue B who received traditional Chinese medicine, with

基金项目: 辽宁省自然科学基金创新能力提升计划项目(2022-NLTS-13-05)

作者简介: 张毫溪(1999-), 男, 辽宁沈阳人, 硕士在读, 研究方向: 中西医结合治疗肿瘤。

通讯作者: 高宏(1973-), 女, 辽宁沈阳人, 主任医师、教授, 硕士研究生导师, 博士, 研究方向: 中西医结合治疗肿瘤。E-mail: 1048490619@qq.com。

引用格式: 张毫溪, 高宏, 杨君. 中药协同阿贝西利联合内分泌治疗乳腺癌的临床研究及证型用药分析[J]. 中西医结合慢性病杂志, 2025, 2(2): 61-65.

Qi Yin deficiency being the most common (7 cases). In terms of traditional Chinese medicine, Chaihu, Longgu, and Oyster, three soft, firm, and dispersing herbs, are all ranked in the top three of the two groups. In addition, the 24 patients in queue A who received traditional Chinese medicine mainly focused on nourishing yin and resolving phlegm, softening hardness and dispersing nodules, and supplementing qi and yin. Sixteen patients in queue B were treated with traditional Chinese medicine, with a focus on caring for their vital energy and supplemented with anti-cancer measures. **Conclusion** The combination of traditional Chinese medicine with abexili and endocrine therapy can prolong the progression free survival of patients, and traditional Chinese medicine has a certain alleviating effect on the adverse reactions of abexili. The analysis of TCM syndrome types and medication can provide some reference for clinical diagnosis and treatment.

Keywords: Traditional Chinese Medicine; abexili; progression free survival period; postoperative adjuvant therapy; late stage rescue treatment; adverse reactions; syndrome classification

据统计,乳腺癌是全球最常见的恶性肿瘤之一^[1]。国际癌症研究机构(international agency for research on cancer, IARC)估计2020年全球的乳腺癌新发病例约为230万例,占所有恶性肿瘤总数的11.7%,且乳腺癌引发的病死率位列全球癌症致死原因的第五位^[2]。可见乳腺癌的患者基数庞大并对人类生命造成巨大危害。因此对乳腺癌治疗及预后的研究尤为重要。病理表现为激素受体阳性即HR(+)且人表皮生长因子受体2阴性即HER2(-)在所有乳腺癌中占60%~80%^[3]。在对于HR(+)/HER2(-)这类患者的治疗上,以内分泌治疗为基础,联合CDK4/6抑制剂(如阿贝西利)已得到国内外专家的一致共识,并被列入了标准的一线及二线治疗^[4]。但在患者应用内分泌治疗联合阿贝西利的方案时易出现腹泻、中性粒细胞和白细胞减少,甚至引发严重感染等一系列不良反应^[5]。本研究旨在通过回顾性分析,探究服用对证中药汤剂对内分泌治疗联合阿贝西利疗效的协同作用及对阿贝西利常见不良反应(发生率>10%)的缓解效果;将本研究纳入的应用中药的病例,根据患者四诊,按《恶性肿瘤中医诊疗指南》^[6]及《中医内科学》^[7]中的乳腺癌证候进行分组归纳,并对不同证候的乳腺患者进行用药规律分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2022年9月—2024年9月于辽宁中医药大学附属医院肿瘤科住院治疗或门诊治疗的患者,参照中华人民共和国卫生部医政司《中国常见恶性肿瘤诊治规范》的病理学上为HR(+)/HER2(-)的乳腺癌患者60例^[8]。

1.2 纳入与排除标准

1.2.1 纳入标准

①病理为HR(+)/HER2(-)的乳腺癌患者;②应用阿贝西利联合内分泌治疗大于3个月且对阿贝西利及内分泌药物均不过敏;③患者精神智力正常,可明确形容自身的身体状况;④中医四诊及其他临床资料完整;⑤连续口服中药汤剂3个月以上且

不对服用中药成分过敏;⑥中医用药与中医辨证分型相符。

1.2.2 排除标准

①既往因自身原因有胃肠道疾病的患者;②既往有血液病的患者;③合并有其他肿瘤的患者。

1.3 方法

因患者一般状态及观察指标存在差异,遂将所有患者进行分层研究:A队列为术后辅助治疗应用阿贝西利联合内分泌治疗;B队列为晚期解救治疗应用阿贝西利联合内分泌治疗。在研究中药对阿贝西利联合内分泌治疗疗效的协同作用及不良反应的缓解效果时,两队列均按如下分组观察。(1)对照组:患者应用阿贝西利100~200 mg/次口服,2次/d,并联合符合要求剂量的内分泌治疗^[9]。(2)观察组:患者按医嘱规律口服医院提供的中药汤剂(1剂/d,每次150 mL,2次/d)并联合阿贝西利100~200 mg/次口服,2次/d,及符合要求剂量的内分泌药物治疗。在研究中药联合阿贝西利及内分泌治疗对患者的中医证候分型及用药规律时,只选取两队列中应用中药的患者,并将两队列患者按其中医证候分型分组。

1.4 观测指标

1.4.1 中药对疗效的协同作用

(1)远期疗效:比较A队列在患者研究时间内,观察组与对照组出现复发转移的比例;比较B队列患者无进展生存期(progression-free survival, PFS),即从开始治疗至首次发现肿瘤出现进展的时间。(2)近期客观疗效:因乳腺癌术后复发率低,无病生存期(disease-free survival, DFS)长,A队列患者不观测此项指标;参照实体瘤疗效评价标准(response evaluation criteria in solid tumors, RECIST)1.1版^[10-11]。B队列患者通过计算机断层扫描(computerized tomography, CT)及磁共振成像(magnetic resonance imaging, MRI)等影像学检查进行评价。①完全缓解(complete remission, CR):所有的靶病灶完全消失,且无新病灶形成,至少需维持4周的时间;②部分缓解(partial response, PR):与基线相比,所有的靶病灶最长径之和减少30%以上,且没有新病灶形成,并至少维持4周时间;

③疾病稳定(stable disease, SD):靶病灶最长径之和没有达到疾病进展期,也没有达到PR,即介于PR与疾病进展期之间。④疾病进展(progressive disease, PD):与基线相比较,靶病灶最长径之和增加 $\geq 20\%$ 或有新的病灶出现。疾病控制率(disease control rate, DCR)=[(CR+PR+SD)/总例数] $\times 100\%$ 。

1.4.2 中药对不良反应的缓解情况

不良反应发生率=(不良反应发生例数/总病例数) $\times 100\%$ 。统计首次不良反应(任意级别)发生的中位数时间,各级不良反应发生的例数,各级不良反应持续的中位数时间,不良反应(任意级别)到完全缓解所需的中位数时间,患者是否会反复出现不良反应。

1.4.3 中医观测指标

经四诊收集到的患者的舌苔、脉象及全身证状。统计患者使用中药的种类、频次。

1.4.4 其他观察指标

患者年龄、是否绝经、KPS评分、肿瘤治疗史、中医证候评分(包括神疲乏力、恶心呕吐、食少纳差、心悸失眠、腹满便溏等5项,每出现1项加1分,最高5分,未出现此类不适为0分)等。

1.4.5 阿贝西利常见不良反应

腹泻,中性粒细胞减少,白细胞减少等^[12]。

1.5 安全性指标

参考通用的不良事件术语标准(common terminology criteria for adverse events, CTCAE)第4版。

1.5.1 腹泻分级

1级,每日排便次数较基线增加且增加 < 4 次;2级,每日排便次数相比于基线增加4~6次;3级,每日排便次数相比于基线增加 ≥ 7 次或失禁或需住院治疗或限制自我照顾或造瘘口排出物相比于基线重度增加;4级,需紧急干预或危及生命^[13]。

1.5.2 中性粒细胞计数(neutrophil count, NEUT)分级

1级, $1.5 \times 10^9/L \leq NEUT < \text{正常值下限}$;2级, $1.0 \times 10^9/L \leq NEUT < 1.5 \times 10^9/L$;3级, $0.5 \times 10^9/L \leq NEUT <$

$1.0 \times 10^9/L$;4级, $NEUT < 0.5 \times 10^9/L$ ^[14]。

1.5.3 白细胞计数(white blood cell count, WBC)分级

1级, $3.0 \times 10^9/L \leq WBC < \text{正常值下限}$;2级, $2.0 \times 10^9/L \leq WBC < 3.0 \times 10^9/L$;3级, $1.0 \times 10^9/L \leq WBC < 2.0 \times 10^9/L$;4级, $WBC < 1.0 \times 10^9/L$ ^[15]。

1.6 中医证候分型标准

参考郁仁存所著《中医肿瘤学》^[16]及《中医内科学(第7版)》。

1.7 统计学方法

采用SPSS 27.0进行处理,计算资料采用百分数表示,组间比较、连续校正均用卡方检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义^[17]。

2 结果

2.1 一般资料

本研究纳入60例HR(+)/HER2(-)的乳腺癌患者,均为女性。A队列观察组24例,中位年龄61岁,未绝经6例(25.00%),中位KPS评分85,中位中医证候评分1分,服用抗肿瘤中成药21例(87.50%);对照组10例,中位年龄60岁,未绝经3例(30.00%),中位KPS评分90,中位中医证候评分1分,服用抗肿瘤中成药9例(90.00%)。B队列观察组16例,中位年龄68岁,未绝经3例(18.75%),中位KPS评分80,中位中医证候评分2分,服用抗肿瘤中成药14例(87.50%);对照组10例,中位年龄60.5岁,未绝经2例(20.00%),中位KPS评分80,中位中医证候评分2分,服用抗肿瘤中成药9例(90.00%)。两队列患者观察组与对照组的年龄、是否绝经、KPS评分、中医证候评分及是否服用抗肿瘤药物,差异无统计学意义($P > 0.05$),证明分组合理。见表1、表2。

2.2 中医药对阿贝西利联合内分泌治疗疗效的协同治疗

A队列观察组有4例复发,复发率16.67%;对照组有2例复发,复发率20.00%,比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。B队列观察组中位PFS为18个月长于对照组13.5个月($P = 0.025$)。观察组PR 6例,SD 4

表1 A队列患者客观因素对分组影响

组别	例数	年龄/岁		是否绝经		KPS评分/分		中医证候评分/分		是否口服抗肿瘤中成药	
		≤ 60	> 60	是	否	≤ 80	> 80	≤ 1	> 1	服用	未服用
对照组	10	5	5	7	3	4	6	6	4	9	1
观察组	24	11	13	18	6	12	12	13	11	21	3
P值		0.708		0.692		0.327		0.186		0.824	

表2 B队列患者客观因素对分组影响

组别	例数	年龄/岁		是否绝经		KPS评分/分		中医证候评分/分		是否口服抗肿瘤中成药	
		≤ 60	> 60	是	否	≤ 80	> 80	≤ 1	> 1	服用	未服用
对照组	10	6	4	8	2	3	7	4	6	9	1
观察组	16	9	7	13	3	5	11	7	9	14	2
P值		0.180		0.941		0.792		0.778		0.854	

例, CR 1例, PD 5例, 客观缓解率(objective response rate, ORR)为68.75%; 对照组PR 2例, SD 3例, PD 5例, ORR为50%。

2.3 中药对阿贝西利不良反应的缓解效果

2.3.1 对腹泻的缓解

(1) A队列腹泻情况。观察组首次出现腹泻中位数时间为20 d, 晚于对照组($P=0.021$); 观察组腹泻缓解的中位数时间为6 d, 早于对照组($P=0.023$)。见表3。

表3 A队列两组患者腹泻缓解情况 单位:例

组别	例数	腹泻数	发生2级以上腹泻	反复腹泻
观察组	24	14	0	10
对照组	10	8	1	7

(2) B队列腹泻情况。观察组首次出现腹泻中位数时间为15 d, 晚于对照组($P=0.01$); 观察组腹泻缓解的中位数时间为8 d, 早于对照组($P=0.03$)。见表4。

表4 B队列两组患者腹泻缓解情况 单位:例

组别	例数	腹泻数	发生2级以上腹泻	反复腹泻
观察组	16	11	0	7
对照组	10	9	1	8

2.3.2 对中性粒细胞减少的缓解

(1) A队列中性粒细胞减少情况。观察组首次出现中性粒细胞减少中位数时间为20 d, 晚于对照

组($P=0.043$); 观察组中性粒细胞减少缓解的中位数为13 d, 早于对照组($P=0.016$)。见表5。

表5 A队列两组患者中性粒细胞减少的缓解情况 单位:例

A队列	例数	发生中性粒细胞减少	发生2级以上中性粒细胞减少	反复发生中性粒细胞减少
观察组	24	13	1	9
对照组	10	7	2	6

(2) B队列中性粒细胞减少情况。观察组首次出现中性粒细胞减少中位数时间为16 d, 晚于对照组($P=0.042$); 观察组中性粒细胞减少缓解的中位数为20 d, 早于对照组($P=0.006$)。见表6。

表6 B队列两组患者中性粒细胞减少的缓解情况 单位:例

组别	例数	发生中性粒细胞减少	发生2级以上中性粒细胞减少	反复发生中性粒细胞减少
观察组	16	12	2	9
对照组	10	9	3	7

2.3.3 对白细胞减少的缓解

A队列白细胞减少具体情况见表7。观察组首次出现白细胞减少中位数时间为21 d, 晚于对照组的14 d($P=0.045$)。观察组白细胞减少缓解的中位数为14 d, 早于对照组的20 d($P=0.016$)。B队列患者白细胞减少具体情况见表8。观察组首次出现白细胞减少中位数时间为17 d, 晚于对照组的11 d($P=0.043$)。观察组白细胞减少缓解的中位数为21 d, 早于对照组的27 d($P=0.006$)。

表7 A队列两组患者中性粒细胞减少的缓解情况

A队列	例数	发生白细胞减少/例	发生2级以上白细胞减少/例	反复发生白细胞减少/例	首次出现白细胞减少中位数时间/d	白细胞减少缓解的中位数时间/d
观察组	24	13	1	9	21	14
对照组	10	7	2	6	14	20

表8 B队列两组患者中性粒细胞减少的缓解情况

B队列	例数	发生白细胞减少/例	发生2级以上白细胞减少/例	反复发生白细胞减少/例	首次出现白细胞减少中位数时间/d	白细胞减少缓解的中位数时间/d
观察组	16	12	2	9	17	21
对照组	10	9	3	7	11	27

2.4 中药联合阿贝西利配合内分泌治疗患者的证候分型及用药规律

2.4.1 A队列两组患者的证候分型及用药规律

A队列中有24例中药联合阿贝西利配合内分泌治疗的患者, 参考林洪生《实用中医肿瘤病学》及《中医内科学(第7版)》中医四诊的定义, 将患者分为阴虚内热型(14例)、气阴两虚型(2例)、肝气郁结型(7例)、热毒蕴结型(1例)。A队列患者服用中药频率由高至低前30味依次为: 柴胡、龙骨、牡蛎、太子参、桂枝、茯苓、白术、丹皮、当归、浙贝母、白芍、栀子、半枝莲、白花蛇舌草、土茯苓、薏苡仁、瓜蒌、甘草、山慈菇、黄芪、法半夏、麦冬、玄参、香附、熟地黄、山药、百合、墨旱莲、薄荷、夏枯草。

2.4.2 B队列两组患者的证候分型及用药规律

B队列中有16例中药联合阿贝西利配合内分泌

治疗的患者, 参考林洪生《实用中医肿瘤病学》及《中医内科学(第7版)》中医四诊定义, 将患者分为气阴两虚型(8例)、阴虚内热型(4例)、热毒蕴结型(2例)、肝气郁结型(2例)。B队列患者服用中药频率由高至低前30味依次为: 柴胡、龙骨、牡蛎、桂枝、太子参、黄芪、半枝莲、白花蛇舌草、山药、当归、甘草、茯苓、山慈菇、薏苡仁、浙贝母、陈皮、芍药、土茯苓、麦冬、白术、北沙参、熟地黄、夏枯草、五味子、瓜蒌、槭藤子、鸡血藤、半夏、阿胶珠、莪术。

3 讨论

如今乳腺癌是全球最常见的癌种之一, 对人类的生命安全造成了严重威胁^[17]。对于HR(+)/HER2(-)的患者, 以内分泌治疗作为其治疗基石得到广泛认可^[18]。随着CDK4/6抑制剂的出现, 使HR(+)/HER2(-)乳腺癌患者的PFS及DFS得到了进

一步的提升^[19]。随着此类型的患者整体生存期的提升,患者的生活质量越来越受到重视^[20]。

基于本研究数据得出以下结论:首先对于晚期解救治疗的患者,中药的介入能有效提高患者的PFS,并能在一定程度上提升患者ORR。对于术后辅助治疗的患者,因其复发率低,DFS长,未见观察组与对照组存在显著差异。

其次,口服中药汤剂可在一定程度上降低患者在应用阿贝西利后产生不良反应的发生率,并能有效延缓患者出现不良反应的时间,加快不良反应的恢复。且服用中药汤剂后,3级及以上不良反应发生率也有所下降(本研究主要研究的不良反应包括:腹泻、中性粒细胞减少和白细胞减少)。

在中医证型及用药规律的研究上:(1)A队列联合中药治疗的患者,因绝大多数患者正气未虚,中医证型以阴虚内热型最多,占58.33%,主要病因为内分泌药物致患者冲任失调,阴阳失衡,终成阴虚内热之证;其次为肝气郁结型,占25%,主要病因为患者术后,受自身或外界影响,忧思过度,气机不畅,而至肝气郁结;热毒蕴结证及气阴两虚证均比较少见,各占8.33%,主要病因为患者术后,耗伤气血,加之素体虚弱,恢复不利,而至阴液损失,终成气阴两虚之证;患者术后,联合放疗,皮肤破溃,维护不利,而至热毒蕴结。在中医用药规律上,以柴胡、龙骨、牡蛎、浙贝母、薏苡仁等具有散结功效中药最多见;其次为丹皮、白芍、栀子、麦冬、玄参、甘草、熟地、百合、墨旱莲、薄荷等具有滋阴功效中药;因痰湿蕴结为乳腺癌的主要病机之一,法半夏、瓜蒌、茯苓、桂枝、白术这类可化痰祛湿中药出现频率排在第3位;乳腺癌术后具有高危因素患者需接受辅助治疗,遂半枝莲、白花蛇舌草、山慈菇、夏枯草、土茯苓等具有抗癌功效的中药出现频率排在第4位。对于虚证患者,出现频率最高的补益中药为太子参、当归、黄芪;对于郁证患者常用香附理气。(2)B队列联合中药治疗患者,因癌症晚期,日久消耗,多数患者正气不足,中医证型以气阴两虚最常见,占50%;其次为阴虚内热,占25%;肝气郁结及热毒蕴结均占12.5%。在中医用药规律上,出现频次最高为柴胡、龙骨、牡蛎、薏苡仁、浙贝母、莪术、白花蛇舌草、半枝莲、土茯苓、山慈菇、鸡血藤、夏枯草、榭藤子可散结抗癌中药;其次为黄芪、太子参、山药、当归、北沙参、熟地、白芍等具有补益作用的中药;半夏、陈皮、茯苓、瓜蒌等可化痰祛湿中药出现频率排在第3位。本研究存在一定局限性,首先本研究为回顾性研究,样本量偏少,个体性差异可能使研究数据产生偏差。其次乳腺癌生存期长,可能对随访期间PFS产生影响。

综上,本研究进一步佐证合理运用中药进行选

方配伍,对阿贝西利联合内分泌治疗在临床上具有减毒增效作用。

参考文献

- [1] SUN K, ZHANG B LEI S, et al. Incidence, mortality, and disability-adjusted life years of female breast cancer in China, 2022 [J]. *Chin Med J (Engl)*, 2024, 137(20): 2429-2436.
- [2] 邹天辉,冯铎,王寰昱,等.参苓白术颗粒缓解HR+/HER2-乳腺癌患者接受阿贝西利联合内分泌治疗方案所致不良反应的效果[J]. *中国社区医师*, 2023, 39(29): 101-103.
- [3] KALIA S S, BODDICKER N J, YADAV S, et al. Development of a breast cancer risk prediction model integrating monogenic, polygenic, and epidemiologic risk [J]. *Cancer Epidemiol Biomark Prev*, 2024, 33(11): 1490-1499.
- [4] 王晓稼,王薇.HR阳性/HER2阴性乳腺癌CDK4/6抑制剂联合内分泌治疗-《中国临床肿瘤学会(CSCO)乳腺癌诊疗指南(2022版)》解读[J]. *浙江医学*, 2022, 44(24): 2595-2599.
- [5] 许金,张青,王皓,等.四神丸加味方联合阿贝西利及内分泌治疗HR+/HER2-晚期乳腺癌的临床观察[J]. *中国合理用药探索*, 2022, 19(12): 38-43.
- [6] 林洪生. *恶性肿瘤中医诊疗指南:2014年版* [M].北京:人民卫生出版社,2014.
- [7] 国家中医药管理局中医师资格认证中心. *全国中医住院医师规范化培训结业考核指导用书-中医内科学* [M].北京:中国中医药出版社,2020.
- [8] 卫生部医政司. *《中国常见恶性肿瘤诊治规范》序* [J]. *中国肿瘤*, 1993, 2(5): 3.
- [9] 中国抗癌协会乳腺癌专业委员会,中华医学会肿瘤学分会乳腺肿瘤学组. *中国抗癌协会乳腺癌诊疗指南与规范(2024年版)* [J]. *中国癌症杂志*, 2023, 33(12): 1092-1187.
- [10] 王一乔,高宏,邢向荣.中医药对于晚期实体肿瘤抗血管靶向药减毒增效作用的回顾性研究[J]. *实用中医内科杂志*, 2023, 37(7): 73-76.
- [11] 张培彤.中医肿瘤临床疗效标准的探讨[J]. *中国肿瘤*, 1999, 8(10): 453-454.
- [12] RUGO H S, HUOBER J, GARCÍA-SÁENZ J A, et al. Management of abemaciclib-associated adverse events in patients with hormone receptor-positive, human epidermal growth factor receptor 2-negative advanced breast cancer: safety analysis of MONARCH 2 and MONARCH 3 [J]. *Oncologist*, 2021, 26(1): e53-e65.
- [13] 徐金华.隔姜灸法干预奥希替尼所致腹泻的效果研究[J]. *中国医药指南*, 2023, 21(19): 152-154.
- [14] SUN J, BAI H, WANG Z, et al. Pegylated recombinant human granulocyte colony-stimulating factor regulates the immune status of patients with small cell lung cancer [J]. *Thorac Cancer*, 2020, 11(3): 713-722.
- [15] 冀博文.扶正生白饮治疗乳腺癌化疗后脾肾虚型白细胞减少证的临床观察[D].石家庄:河北北方学院,2023.
- [16] 郁仁存. *中医肿瘤学(下册)* [M].北京:科学出版社,1985.
- [17] 王一乔. *中医药联合抗血管靶向药治疗晚期实体肿瘤单中心回顾性研究* [D].沈阳:辽宁中医药大学,2023.
- [18] 刘宗超,李哲轩,张阳,等.2020全球癌症统计报告解读[J]. *肿瘤综合治疗电子杂志*, 2021, 7(2): 1-14.
- [19] 中国抗癌协会乳腺癌专业委员会,中华医学会肿瘤学分会乳腺肿瘤学组. *中国抗癌协会乳腺癌诊疗指南与规范(2024年版)* [J]. *中国癌症杂志*, 2023, 33(12): 1092-1187.
- [20] GERRATANA L, KOCHERGINSKY M, DAVIS A A, et al. Circulating tumor cells prediction in hormone receptor positive HER2-negative advanced breast cancer: a retrospective analysis of the MONARCH 2 trial [J]. *Oncologist*, 2024, 29(2): 123-131.