

肿瘤患者伴发精神心理障碍多学科诊断用药康复 全程干预首都医科大学专家共识——临床干预篇[△]

许宁^{1*}, 肖刚², 李 岨³, 李新刚⁴, 程 凯⁵, 周福春⁶, 李 波⁷, 李纪千⁴, 许 瑞⁵, 张兴涵⁸, 陈柯谋⁸, 郭鑫然⁸, 黄 瑞⁸, 陈思宇⁸, 庞 宇^{9#1}, 张庆娥^{6#2} (1. 首都医科大学附属北京胸科医院科技处, 北京 101149; 2. 首都医科大学附属北京复兴医院精神心理科, 北京 100038; 3. 首都医科大学附属北京潞河医院精神心理科, 北京 101100; 4. 首都医科大学附属北京友谊医院药学部, 北京 100050; 5. 首都医科大学附属北京胸科医院药学部, 北京 101149; 6. 首都医科大学附属北京安定医院国家精神疾病医学中心, 国家精神心理疾病临床医学研究中心, 精神疾病诊断与治疗北京市重点实验室, 北京 100088; 7. 首都医科大学附属北京胸科医院中医科, 北京 101149; 8. 首都医科大学附属北京中医医院肿瘤科, 北京 100010; 9. 首都医科大学附属北京胸科医院精神心理科, 北京 101149)

中图分类号 R97 文献标志码 A 文章编号 1672-2124(2025)08-0897-11

DOI 10.14009/j.issn.1672-2124.2025.08.001



摘 要 肿瘤患者伴发精神心理障碍诊断及治疗的复杂性给临床带来很大挑战, 多学科协作在该领域非常重要。该共识由首都医科大学肿瘤学系联合临床心理学系发起, 汇集国内外循证医学研究和丰富的临床实践经验, 组织首都医科大学系统内多学科专家共同编写, 从临床发现、临床干预、临床管理 3 个篇章, 围绕 13 个临床问题形成 40 项共识意见, 旨在为肿瘤学医务工作者提供有关肿瘤患者伴发精神心理障碍全面、个性化的指导方案, 改善该类患者的整体治疗效果与生活质量。其中, 临床干预篇围绕肿瘤患者伴发精神心理障碍展开, 系统介绍药物干预的分类与注意事项、心理干预的应用, 以及中医药在改善症状、增效减毒方面的作用, 强调多学科协作的综合干预模式。

关键词 肿瘤患者; 精神心理障碍; 多学科团队; 全程干预; 专家共识

Experts Consensus of Capital Medical University on Full-Process Intervention of Multidisciplinary Diagnosis and Medication Treatment for Mental and Psychological Disorders in Cancer Patients——Clinical Intervention Section[△]

XU Ning¹, XIAO Gang², LI Huan³, LI Xingang⁴, CHENG Kai⁵, ZHOU Fuchun⁶, LI Bo⁷, LI Jiqian⁴, XU Rui⁵, ZHANG Xinghan⁸, CHEN Kemou⁸, GUO Xinran⁸, HUANG Rui⁸, CHEN Siyu⁸, PANG Yu⁹, ZHANG Qing'e⁶ (1. Office of Science and Technology Administration, Beijing Chest Hospital, Capital Medical University, Beijing 101149, China; 2. Dept. of Psychiatry and Psychology, Beijing Fuxing Hospital, Capital Medical University, Beijing 100038, China; 3. Dept. of Psychiatry and Psychology, Beijing Luhe Hospital, Capital Medical University, Beijing 101100, China; 4. Dept. of Pharmacy, Beijing Friendship Hospital, Capital Medical University, Beijing 100050, China; 5. Dept. of Pharmacy, Beijing Chest Hospital, Capital Medical University, Beijing 101149, China; 6. National Medical Center for Mental Disorders, National Clinical Research Center for Mental and Psychiatric Disorders, Beijing Key Laboratory for Diagnosis and Treatment of Mental Disorders, Beijing Anding Hospital, Capital Medical University, Beijing 100088, China; 7. Dept. of Traditional Chinese Medicine, Beijing Chest Hospital, Capital Medical University, Beijing 101149, China; 8. Dept. of

[△] 基金项目: 国家自然科学基金面上项目 (No. 82372954); 北京市卫生健康委员会高层次公共卫生技术人才建设项目 (No. 学科骨干-01-046); 吴阶平医学基金会临床科研专项资助基金项目 (No. 320.6750.2024-03-11, No. 320.6750.2021-04-59)

* 护师。研究方向: 肿瘤护理。E-mail: ningxu0512@163.com

通信作者 1: 主任医师。研究方向: 精神医学。E-mail: hlgypp@126.com

通信作者 2: 主任医师。研究方向: 精神医学。E-mail: zqe81@126.com

ABSTRACT The complexity of diagnosis and treatment for cancer patients, accompanied by mental and psychological disorders, poses significant challenges to clinical practice. Multidisciplinary collaboration is of great importance in this field. This consensus was initiated by the School of Oncology in collaboration with the School of Clinical Psychology of Capital Medical University. It draws on domestic and international evidence-based medical research and rich clinical experience. Experts from multiple disciplines from the Capital Medical University system, including oncology, psychiatry, clinical psychology, traditional Chinese medicine, pharmacy, health management, and social work, jointly compiled this consensus. From three chapters of clinical discovery, clinical intervention and clinical management, 40 consensus opinions were formed around 13 clinical problems, in order to provide medical staff in oncology with comprehensive and individualized guidance programs related to cancer patients accompanied by mental and psychological disorders, and to improve the overall treatment efficacy and quality of life. The clinical intervention section focuses on the mental and psychological disorders in cancer patients, systematically introduces the classification and precautions of pharmacotherapy, the application of psychological intervention, as well as the role of traditional Chinese medicine in alleviating symptoms, enhancing therapeutic efficacy and reducing toxicity. It also emphasizes the comprehensive intervention model based on multidisciplinary collaboration.

KEYWORDS Cancer patients; Mental and psychological disorders; Multidisciplinary team; Integrated care; Expert consensus

1 编写背景与问题挑战

精神心理障碍的诊断是医务工作者面临的一大挑战。有许多未被归类为疾病的部分精神心理表现无法使用国际疾病分类(ICD)或精神障碍诊断与统计手册(DSM)系统予以诊断,但是已被确定为许多肿瘤患者痛苦和心理负担的重要来源^[1]。目前的诊断标准往往无法捕捉肿瘤患者精神心理现象的全貌,需要更准确的诊断工具和方法^[2]。因此,首都医科大学肿瘤学系联合临床心理学系发起并组织多学科专家编写了《肿瘤患者伴发精神心理障碍多学科诊断用药康复全程干预首都医科大学专家共识——临床干预篇》,旨在为我国肿瘤学医务工作者提供参考意见。

2 临床问题与共识内容

2.1 临床问题四:肿瘤患者伴发精神心理障碍的药物干预有哪些?

2.1.1 共识意见 10:药物治疗的有效性已在肿瘤伴发焦虑、抑郁、谵妄、疲劳和疼痛等症状的干预中被证实,应在知情同意前提下,依据个体化和安全性优先原则,对患者积极进行药物干预(证据等级:高;推荐强度:强推荐)。

(1)抗抑郁药:①选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂(SSRI)。一系列随机对照试验(RCT)结果显示,SSRI 在改善恶性肿瘤患者的抑郁症状方面具有疗效^[3]。与三环类抗抑郁药(TCA)相比,SSRI 较少引起心律失常、低血压和抗胆碱能作用等问题。一项大型双盲研究结果显示,氟西汀 20 mg/d 对晚期恶性肿瘤门诊患者抑郁和整体生活质量的改善效果优于安慰剂^[4]。②5-羟色胺去甲肾上腺素再摄取抑制剂(SNRI)。一项多中心双盲交叉试验结果显示,度洛西汀对疼痛性化疗所致周围神经病变(CIPN)的患者有益;与那些最初接受安慰剂的

患者比较,最初 5 周接受度洛西汀治疗的患者平均疼痛评分下降更显著(平均下降 1.06 分 vs. 平均下降 0.34 分, $P=0.003$)^[5]。一项试验随机分配 CIPN 患者接受文拉法辛、度洛西汀或安慰剂治疗,文拉法辛组和度洛西汀组患者均可见神经病变减少,与文拉法辛组比较,度洛西汀组的减少更明显($P<0.05$)^[6]。一项小型随机试验纳入了 34 例使用奥沙利铂、紫杉醇、长春新碱或硼替佐米后发生 CIPN 的患者,结果显示,度洛西汀改善神经病变的效果优于维生素 B₁₂^[7]。③去甲肾上腺素能和特异性 5-羟色胺能抗抑郁药(NASSA)。研究表明,米氮平对抑郁患者的食欲减退和睡眠紊乱相关症状有明显改善效果^[8]。一项关于米氮平(睡前 15 或 30 mg)的开放性初步研究结果表明,晚期恶性肿瘤患者使用该药可改善情绪、体重减轻和失眠^[9]。④去甲肾上腺素和多巴胺再摄取抑制剂(NDRI)。一篇综述报告了 7 项研究(3 项 RCT、3 项非 RCT 和 1 项病例系列研究),共纳入了 584 例患者;其中,5 项研究测试了安非他酮用于治疗恶性肿瘤相关的疲劳,2 项研究测试了安非他酮用于治疗非恶性肿瘤相关的疲劳。尽管这 7 项研究使用了不同的量表来评估疲劳的改善效果,但是其中有 6 项研究认为安非他酮显著减轻了疲劳负担,且未引起重大不良反应^[10]。

(2)抗焦虑药:临床常使用苯二氮草类药物短期治疗焦虑障碍^[11]。劳拉西泮、阿普唑仑和奥沙西泮等中短效苯二氮草类药物对恶性肿瘤患者是相对安全的,因其不易在患者代谢受损的情况下导致药物蓄积相关不良反应^[12]。劳拉西泮和奥沙西泮在肝脏通过结合反应进行代谢,因此其是肝病患者相对安全的选择^[8]。

(3)心境稳定剂:长期服用碳酸锂可引起甲状腺功能低下

和肾功能损害,因此使用过程中需监测血锂浓度。脑器质性疾病、严重躯体疾病和低钠血症患者应慎用碳酸锂;肾功能不全及严重心脏疾病患者应禁用碳酸锂^[8];恶性肿瘤患者使用丙戊酸钠、卡马西平、拉莫三嗪等抗癫痫药时,需注意药物相互作用,监测血药浓度^[8]。

(4)抗精神病药:①化疗相关的恶心呕吐。奥氮平是难治性化疗所致恶心呕吐(CINV)的有效补救性止吐药,能在50%~70%的患者中完全控制恶心和呕吐^[13]。一项RCT纳入了80例接受高致吐性化疗的患者,结果显示,奥氮平(1次10 mg,口服,1日1次,持续3 d)的止吐效果优于甲氧氯普胺(1次10 mg,口服,1日3次,持续3 d);在72 h观察期内,奥氮平治疗组无反复呕吐(70% vs. 31%)和无恶心(68% vs. 23%)的患者所占比例较甲氧氯普胺组显著增加,且在第1日或第3日出现镇静的患者所占比例<2%;两组患者均未出现3级或4级不良反应,镇静等症状评分也无显著差异^[14]。②恶性肿瘤相关厌食和恶病质。随机试验结果显示,恶性肿瘤相关厌食和恶病质可首选奥氮平(2.5~5 mg/d)治疗。一项随机双盲试验将124例化疗的肺癌、胆胰癌或胃癌患者随机分配至奥氮平组(2.5 mg/d)或安慰剂组,与安慰剂组比较,奥氮平组中食欲显著改善的患者所占比例更高(43% vs. 30%, $P<0.001$),奥氮平组患者的3级及以上化疗毒性发生率更低(12% vs. 37%, $P=0.002$),未见明显的奥氮平相关毒性^[15]。③谵妄。一项随机试验纳入了90例合并激越型谵妄的晚期恶性肿瘤患者,结果显示,在8 h内,氟哌啶醇联合劳拉西泮对激越型谵妄的改善效果优于单纯使用氟哌啶醇^[16]。一项回顾性研究探讨了平均剂量下氟哌啶醇(6 mg)、阿立哌唑(18 mg)、奥氮平(7 mg)和利培酮(1 mg)治疗合并谵妄的恶性肿瘤患者的情况,每种药物均用于21例患者,四组患者的平均年龄为64~70岁;四组患者在初次评估后4~7 d内的谵妄缓解率相近(氟哌啶醇组为76%,阿立哌唑组为76%,奥氮平组为62%,利培酮组为86%),但氟哌啶醇组中发生帕金森综合征的患者所占比例(19%)高于其他药物组,奥氮平组患者更易出现镇静(29%)^[17]。

(5)认知增强与替代治疗:已有研究评估了莫达非尼和哌甲酯对恶性肿瘤治疗后认知功能下降患者的记忆力和注意力的影响^[18-19]。对于有严重疲劳的非恶性肿瘤患者,若锻炼或认知行为疗法(CBT)等措施疗效不足或存在禁忌证,则可以尝试使用中枢兴奋剂治疗,如哌甲酯、莫达非尼或安非他酮^[11]。

2.1.2 共识意见11:针对老年、儿童、孕产妇等特殊人群和肿瘤的不同分期,在评估精神病症状对肿瘤患者生活状态和社会功能的损害程度后合理选择药物,可以提高其生活品质及生活质量(证据等级:中;推荐强度:强推荐)。

(1)老年患者的治疗:老年抑郁障碍患者首选SSRI,最大的优点在于抗胆碱能及心血管系统不良反应轻微,老年患者易耐受,可长期维持治疗。SNRI也可以用于老年抑郁障碍的治疗,但可能引起血压升高,使用过程中需监测血压。米氮平能显著改善睡眠质量,适用于伴有失眠、焦虑症状的老年抑郁

障碍患者。米氮平可小剂量联合应用第2代抗精神病药,如利培酮、喹硫平、阿立哌唑等,应同时监测肝肾功能、血糖、血脂等指标^[20]。所有精神科药物均考虑从尽可能低的剂量开始,并根据患者耐受性逐渐增加剂量^[21]。

(2)孕产期患者的治疗:当前孕产期患者使用最多的抗抑郁药为SSRI,除帕罗西汀外,妊娠期使用SSRI并未增加胎儿心脏疾病和死亡的风险。产后抑郁要考虑患者产后的代谢改变、乳汁对新生儿的影响。SSRI常作为治疗产后抑郁的首选药物,除氟西汀外,其他抗抑郁药在乳汁中的浓度较低^[20]。妊娠期患者如存在心境稳定剂使用的适应证时,应首选可作为心境稳定剂的抗精神病药^[8]。

(3)儿童、青少年患者的治疗:SSRI可用于儿童、青少年抑郁障碍,舍曲林适用于>6岁的儿童,氟西汀和西酞普兰也是国外儿童青少年抑郁障碍的一线用药。但抗抑郁药可能与<18岁的儿童、青少年的自杀相关行为和敌意有关,使用时应密切监测患者的自杀及冲动征兆^[20]。

(4)终末期患者:①舒缓镇静。咪达唑仑是一种半衰期短、起效快的苯二氮草类药物,可经胃肠外给药,是最常用的舒缓镇静药物^[22-23]。也可选择劳拉西泮,其起效慢于咪达唑仑(10 min vs. 2 min)。还可选用左美丙嗪^[24]、氯丙嗪^[25]、苯巴比妥^[26]和丙泊酚^[27]。无论选择何种舒缓镇静药物,首先需逐步调整剂量以实现充分的缓解,之后持续治疗以维持效果。一般而言,镇静剂量应为充分缓解痛苦所需的最低剂量。②抗抑郁。一项系统评价纳入25项安慰剂的RCT,评估了姑息治疗期患者使用抗抑郁药的疗效,结果显示,抗抑郁药在4~5周内能够带来显著获益,且效果持续存在^[28]。

2.2 临床问题五:肿瘤患者联合应用精神科药物的注意事项有哪些?

2.2.1 共识意见12:常见精神科药物与抗肿瘤治疗存在药动学和药效学相互作用,可能影响抗肿瘤疗效或增加不良反应风险,应根据药物类别、作用机制及患者个体情况制定监测与管理策略(证据等级:高;推荐强度:强推荐)。

(1)药动学相互作用:药物在代谢过程中的相互影响,可能会导致血药浓度改变,需要重点关注细胞色素P450酶中的CYP3A4、CYP2D6、CYP1A2亚型和P糖蛋白(P-gp)介导的药物浓度变化,优先选择相互作用较小的药物。部分抗肿瘤药(如他莫昔芬)需CYP2D6酶代谢为活性形式(4-羟基他莫昔芬),而SSRI(如帕罗西汀、氟西汀)可抑制CYP2D6酶,降低他莫昔芬的疗效^[29]。氟伏沙明可抑制CYP1A2酶,使厄洛替尼血药浓度升高,增加毒性作用,二者合用时需降低厄洛替尼的剂量^[30]。帕罗西汀可使地高辛血药浓度升高,可能的机制是帕罗西汀介导的P-gp抑制作用^[31]。

心境稳定剂锂盐与肾毒性药物(如顺铂)联合应用可致急性肾损伤风险升高5倍,长期使用锂盐的患者中约20%出现渐进性肾功能减退[估算肾小球滤过率(eGFR)<60 mL/min]^[32],建议避免二者联合应用,如果合用则需监测血锂浓度及肾功能。此外,非甾体抗炎药(NSAID)会抑制锂盐的肾排泄,导致血锂浓度升高25%~50%,从而诱发中毒。有病

例报告显示,联合应用锂盐与布洛芬或吲哚美辛后出现锂中毒^[33-35]。应优先选择对乙酰氨基酚替代布洛芬和吲哚美辛。

(2)药效学相互作用:①中枢神经系统抑制作用。阿片类抗肿瘤辅助药(如吗啡、芬太尼)与镇静类精神科药物(如苯二氮草类药物)联合应用可增强呼吸抑制,导致过度镇静,应避免合用或使用最小有效剂量^[36]。一项队列研究发现,同时接受苯二氮草类药物治疗的患者阿片类药物过量的死亡风险是单独使用阿片类药物的10倍^[37]。②5-羟色胺综合征。5-羟色胺3受体拮抗剂(如昂丹司琼)与SSRI联合应用可能诱发5-羟色胺综合征,尤其是与芬太尼、帕罗西汀等药物联合应用时。有病例报告显示,昂丹司琼与帕罗西汀、芬太尼联合应用后出现5-羟色胺综合征^[38-39],需密切监测自主神经症状(如高热、震颤)及神经肌肉异常^[40-41]。氟西汀、帕罗西汀为强CYP2D6抑制剂和5-羟色胺再摄取抑制剂,可能增加曲马多致5-羟色胺综合征和癫痫发作的风险^[42]。③对血糖等代谢的影响。奥氮平和氯氮平等药物可引起体重增加,导致胰岛素敏感性降低,引起血糖升高,增加代谢综合征及相关疾病(如糖尿病前期及2型糖尿病)的风险^[43]。糖皮质激素诱导的高血糖在糖尿病患者和非糖尿病患者中均较为常见。接受糖皮质激素治疗的患者新发糖尿病风险升高($OR=1.5\sim2.5$)^[44]。肿瘤患者在预防止吐、处理免疫治疗相关不良反应及治疗放射性肺炎等多种情境下均会使用糖皮质激素,若同时服用奥氮平等药物,需警惕药物对血糖的影响。④其他。肿瘤患者会生成有促凝活性的物质[如组织因子(TF)和肿瘤促凝物(CP)],因此通常处于高凝状态。SSRI(如氟西汀、帕罗西汀)与抗凝血药(如华法林)联合应用时,会增强降低凝血酶原的作用,显著增加出血风险。艾司西酞普兰联合华法林可导致30 d内出血再入院风险($OR=4.2, P=0.02$)^[45];与华法林联合应用时,西酞普兰($OR=1.73, 95\%CI=1.25\sim2.38$)、氟西汀($OR=1.63, 95\%CI=1.11\sim2.38$)、帕罗西汀($OR=1.64, 95\%CI=1.27\sim2.12$)及阿米替林($OR=1.47, 95\%CI=1.02\sim2.11$)均会使胃肠道出血的风险增加^[46]。因此,当华法林与SSRI(西酞普兰、氟西汀、帕罗西汀、艾司西酞普兰等)或阿米替林联合应用时,需每周监测国际标准化比值(INR),并避免联合应用其他抗血小板药。

2.2.2 共识意见13:肿瘤患者使用精神科药物时,需关注代谢系统、心血管系统、神经系统、血液系统等不良反应,定期监测相关指标,及时对症处理,必要时多学科协作,调整治疗方案,保障用药安全和患者生活质量(证据等级:高;推荐强度:强推荐)。

(1)代谢综合征:抗精神病药物的使用与代谢综合征的风险增加有关,包括高血压、高血糖、腹部肥胖和血脂异常等^[47]。研究发现,我国双相情感障碍住院患者的代谢综合征患病率为33.0%,服用第2代抗精神病药患者的代谢综合征患病率达47.5%,其中氯氮平的使用率为51.4%,奥氮平的使用率为39.8%,喹硫平的使用率为39.4%,利培酮的使用率为35.0%^[48]。米氮平和TCA也会使体重增加的发生率升高^[49]。建议优先选用低风险的精神科药物,如阿立哌唑、齐拉西酮、

阿戈美拉汀、度洛西汀等,避免长期使用奥氮平、氯氮平等高风险药物^[50-51]。

(2)对心血管系统的影响:氯丙嗪、奥氮平、奋乃静、喹硫平和齐拉西酮等可引起心电图改变,增加心律失常的风险;氯丙嗪、氯氮平还可导致血管扩张,引发体位性低血压,多见于老年患者及氯氮平治疗初期^[50-51]。氯氮平可能导致罕见但致命的心肌炎/心肌病,其机制可能与免疫反应相关。抗抑郁药过量时也可显著增加心律失常风险,如西酞普兰、环类抗抑郁药等^[52]。

(3)血液系统毒性:所有抗精神病药都有罕见但潜在致命的粒细胞缺乏、中性粒细胞减少和白细胞减少的病例报道。一些证据提示,吩噻嗪类药物(特别是氯丙嗪,以及程度稍低的氟奋乃静、奋乃静)比其他抗精神病药的血液系统毒性风险更高。吩噻嗪类药物发生粒细胞缺乏的总体风险为1/10 000,而氯丙嗪的风险为0.13%^[53]。化疗药可增加中性粒细胞减少的风险,其机制可能与免疫介导的骨髓抑制或其直接毒性相关。此外,观察研究显示,部分抗抑郁药可能增加出血风险^[54]。

(4)神经系统不良反应:不同类型药物的神经系统不良反应有所差异。锂盐常引起震颤,多项研究的汇总结果显示其患病率约为25%^[55]。第1代抗精神病药的锥体外系反应较为常见,氯氮平高剂量或血药浓度波动时还可能增加癫痫发作的风险。第2代抗精神病药的锥体外系反应相对较少,但氯氮平、喹硫平和奥氮平等药物的镇静作用会增强^[50-51]。锂盐所致震颤通常较轻且会逐渐消退,可随诊观察^[56];若持续存在或恶化时,应寻求多学科团队的协助。

2.3 临床问题六:肿瘤患者伴发精神心理障碍的心理干预有哪些?

2.3.1 共识意见14:根据心理干预人员的专业背景和工作经验,结合患者临床特点,可使用CBT、行为激活疗法(BA)、正念减压疗法(MBSR)和结构化运动疗法,改善成年肿瘤患者伴发的抑郁、焦虑症状,并提高其心理韧性(证据等级:高;推荐强度:强推荐)。

(1)CBT:一项针对15项RCT的Meta分析结果表明,CBT能显著改善恶性肿瘤幸存者的抑郁($SMD=0.88$)和焦虑($SMD=0.97$)症状,且疗效可持续至干预后6个月(抑郁: $SMD=0.92$;焦虑: $SMD=1.00$);虽然12个月随访时效果减弱,但亚组分析显示治疗效果不受地域、干预时长和干预形式的影响;尽管各研究间存在一定的异质性,但结果充分证实CBT是恶性肿瘤幸存者心理干预的有效方法^[57]。一项纳入132项临床试验的Meta分析也发现,CBT可中等程度改善恶性肿瘤患者的心理健康和生活质量($d=0.388$);对其中119项研究的亚组分析显示,CBT对恶性肿瘤幸存者的心理健康结局(包括但不限于抑郁、焦虑症状)具有中等显著的效应量($d=0.406$)。CBT对年轻患者的效果更佳,且干预形式(如面对面、线上、混合、预编程等)会影响疗效^[58]。一项网络Meta分析纳入32项RCT,评估了12种提升恶性肿瘤患者心理弹性的干预措施,结果显示,注意和解释疗法($SMD=$

1.42)、认知干预($SMD=1.26$)和积极心理干预($SMD=1.02$)增强心理韧性的效果显著优于常规护理,建议作为临床首选^[59]。

(2)BA:BA是治疗心境障碍的第3代行为疗法,主要强调通过参与积极愉快的活动来提升情绪^[60]。针对非晚期恶性肿瘤患者和晚期肺癌患者的协作护理干预,包含问题解决疗法(PST)和BA的疗法较常规治疗更能显著改善患者的抑郁症状^[61-62]。一项纳入上述研究及5项其他RCT的Meta分析证实,上述包含BA的协作护理干预较常规护理更有效($SMD=-0.49$),且疗效可维持12个月^[63]。2025年发表的一篇系统综述评价了BA对恶性肿瘤患者心理困扰(如抑郁、焦虑)的干预效果,通过分析9项RCT(1811例患者),发现BA能显著改善抑郁($SMD=-0.24$)和焦虑($SMD=-0.56$),其中面对面团体干预效果更优^[64]。

(3)MBSR:通过对15项RCT(1937例患者)的Meta分析发现,8周的MBSR能显著改善乳腺癌患者的焦虑($SMD=-0.60$)、抑郁($SMD=-0.39$)和生活质量($SMD=0.54$),且效果可维持3个月,同时促进创伤后成长(PTG);而6周的MBSR方案效果不显著;MBSR对疲劳的短期改善效果明显,但对疼痛、压力和恶性肿瘤复发恐惧无显著影响^[65]。另一项研究通过对16项RCT(2072例恶性肿瘤患者)进行Meta分析发现,6~8周的MBSR能显著改善恶性肿瘤患者的孤独感($SMD=-0.35$)、焦虑($SMD=-0.51$)和抑郁症状($SMD=-0.61$),对缓解恶性肿瘤患者的情感障碍具有明确效果;MBSR可作为恶性肿瘤患者情感症状管理的有效干预措施,但各研究间存在显著异质性($I^2=46\%\sim94\%$),未来需要更多高质量研究进一步验证^[66]。

(4)运动疗法:在一项针对运动康复与常规护理的RCT的系统评价和Meta分析中,包含465例受试者的2项研究的亚组分析结果显示,基于医院焦虑抑郁量表评估,运动康复对抑郁症状有一定的改善作用($SMD=-0.7$),但对焦虑症状未见显著效果^[67]。另一项系统评价和Meta分析评估了运动对II期及以上乳腺癌患者的安全性、可行性和有效性,结果显示,与常规护理组相比,运动可显著改善患者的生活质量、体能、疲劳、力量、焦虑、抑郁等症状($SMD=0.17\sim0.77$),两组间的不良事件风险无显著差异,因此,运动疗法对中晚期乳腺癌患者安全可行且有效^[68]。

2.3.2 共识意见15:CBT能改善儿童、青少年肿瘤患者的焦虑、抑郁症状并提升自我效能,可将其作为该类患者心理干预的基础措施,并根据患者临床特点及兴趣爱好,联合BA或正念音乐疗法等辅助措施,降低患者的压力水平,提高生活质量(证据等级:高;推荐强度:强推荐)。

一项系统评价分析了CBT对儿童恶性肿瘤患者心理、生理和社会功能的影响,纳入了8项研究,发现CBT能显著改善焦虑($SMD=-0.89$)、抑郁($SMD=-0.90$)和疼痛($SMD=-0.56$),对行为困扰也有积极效果;该研究还显示,CBT可能减轻压力、减少愤怒并提高自我效能,但需更多研究的验证^[69]。一项研究考察了基于互联网的BA干预对于在儿童期罹患过脑肿瘤的青年患者的有效性,127例参与者被随机分为

接受BA的研究组和等待名单对照组,结果显示,与对照组相比,研究组参与者在接受基于互联网的BA干预后生活满意度显著提高[$F_{(1,125)}=4.793,P=0.03$],并且支持干预与随时间推移的积极变化相关,因此,基于互联网的BA可以积极影响生活质量,为寻求提升情绪和生活满意度的年轻恶性肿瘤幸存者提供了循证支持的有效干预途径^[70]。一项单臂纵向预试验评估了正念音乐疗法对15~39岁青少年和年轻的成年人(AYAs)焦虑和压力的干预效果,研究人员招募了37例恶性肿瘤患者,并安排其在12周内接受4次个体化正念音乐治疗(线下或线上),结果显示,27例完成者(占73%)的感知压力显著改善(中位变化值为-4.0, $P=0.013$),患者满意度高,但焦虑未见显著改善^[71]。

2.3.3 共识意见16:尊严疗法(DT)可以减轻临终患者的心理痛苦,降低失志综合征的发生率,提高患者的尊严感;意义中心团体心理治疗(MCGP)可以减轻患者的抑郁情绪和绝望感,提升晚期恶性肿瘤患者的心理健康水平和生活质量(证据等级:高;推荐强度:强推荐)。

一项RCT评估了DT对80例临终患者心理痛苦的影响,结果显示,与仅接受标准姑息治疗(SPC)的对照组相比,接受DT的患者在随访第4日表现出更低的失志综合征发生率(12.1% vs. 60.0%)和求死意愿(0% vs. 14.3%);此外,DT组患者在尊严感量表(PDI)的19/25个条目方面也有显著改善,提示DT能有效缓解临终患者的心理痛苦,建议将DT纳入临床治疗方案和护理方案^[72]。另一项RCT评估了MCGP对253例晚期恶性肿瘤患者的疗效,结果显示,与支持性团体治疗(SGP)相比,完成≥3次MCGP干预的患者在精神健康、生活质量方面得到显著改善,抑郁、绝望感、死亡意愿及躯体症状也显著减轻,但两组患者的焦虑情况无明显差异;意向性分析显示,MCGP在改善生活质量、抑郁和绝望感方面优势显著^[73]。

2.4 临床问题七:中医学对肿瘤患者伴发精神心理障碍的认识及其干预有哪些?

2.4.1 共识意见17:肿瘤患者伴发精神心理障碍属于中医“郁证”“不寐”等神志病范畴,“毒-郁-虚”是其核心病机,“形神同调”是中医治疗此类患者的主要原则(证据等级:低;推荐强度:强推荐)。

临床中,肿瘤相关精神心理障碍在现代医学理论中以焦虑、抑郁和失眠障碍为主,在中医学领域,并未设定特定的疾病名称,依据其临床表现,该症状可被归类于“郁证”或“不寐”等神志病范畴^[74-76]。在中医学理论体系中,肿瘤患者伴发精神心理障碍被视为“形神同病”的典型表现形式,其病理机制的核心在于癌毒内蕴与情志逆乱,导致五脏神机功能失调,形成“毒-郁-虚”相互交织的复杂病理状态^[75-77]。在疾病初期,常见肝郁脾伤;中期则表现为心肾不交;晚期则多见五脏俱损,形成“毒盛致郁-郁久助毒”的恶性循环。因此,治疗策略需遵循“疏郁解毒以治标,调神固本以治根”的原则,通过疏肝解郁、健脾化痰、养心安神与抗癌解毒相结合的方法,既调节气机又稳定神志,体现了中医学“形神一体”的整体观和肿瘤

性神志病的特殊病理本质。

2.4.2 共识意见 18:中医注重对患者个体的整体调治,干预方法包括中药内服和外用,以及针灸、推拿、情志疗法、情志护理、音乐疗法、运动养生功法等非药物疗法(证据等级:中;推荐强度:强推荐)。

中医干预肿瘤患者伴发精神心理障碍的手段丰富多样,涵盖药物与非药物疗法,强调辨证论治与个体化施治。在药物疗法方面,中药内服通过辨证选用疏肝解郁(如柴胡疏肝散)^[78]、养心安神(如甘麦大枣汤)^[79]或健脾益气(如归脾汤)^[80]等方剂调节气血阴阳;中药外治则采用穴位贴敷(如吴茱萸贴涌泉穴)^[81]、药枕熏洗^[82]等方法辅助宁心安神。非药物疗法包括针灸(取百会、神门等穴调神解郁)^[83]、推拿(循经按摩疏肝理气)^[84]、情志疗法(言语疏导结合五志相胜理论)^[85]、音乐疗法(五音入五脏调节情志)^[86]以及八段锦^[87]、太极拳^[88]等运动养生功法,通过形神共调、身心同治,在改善肿瘤症状的同时有效缓解焦虑、抑郁等精神心理障碍,全面提升患者的生活质量^[76]。

2.5 临床问题八:中医药对肿瘤患者伴发精神心理障碍的具体干预方法有哪些?

2.5.1 共识意见 19:中草药和中成药等中药内服是改善焦虑抑郁、失眠的核心疗法,辨证论治是中医治疗的精髓所在,该理论指导下的中药复方内服治疗能改善肿瘤患者的症状,联合西医治疗还能增效减毒(证据等级:高;推荐强度:强推荐)。

(1) 焦虑抑郁:①中草药。使用柴胡疏肝散联合心理干预的肝郁气滞型原发性肝癌相关抑郁状态患者,其汉密尔顿抑郁量表(HAMD-17)评分和生活质量核心量表(QLQ-C30)评分的降低情况相比对照组(单纯心理干预)更为显著^[89];在森田疗法心理治疗+口服阿普唑仑的基础上联合应用黄连温胆汤治疗的胆郁痰扰型中度焦虑失眠肿瘤患者,其有效率高于对照组(森田疗法心理治疗+口服阿普唑仑),可有效降低血清炎症因子白细胞介素6水平,提高肿瘤坏死因子 α 和5-羟色胺水平^[90];在心理治疗的基础上联合应用血府逐瘀汤治疗的气滞血瘀型肺癌相关性抑郁患者,其HAMD-24评分、抑郁自评量表(SDS)评分、蒙哥马利抑郁评定量表(MADRS)评分、贝克抑郁量表(BDI)评分的降低情况均较对照组(单纯心理治疗)更为显著^[91];在医患沟通以及正念减压疗法的基础上,采用丹栀逍遥散治疗的肝郁化火型乳腺癌相关性焦虑抑郁障碍患者,其HAMD-24评分、HAMA-14评分和卡诺夫斯凯计分(KPS)的降低情况相比对照组(氟哌噻吨美利曲辛片)更为显著^[92];采用逍遥散加减治疗的肝郁脾虚型乳腺癌术后化疗抑郁综合征患者,其HAMD-24评分、SDS评分的降低情况相比对照组更为显著^[93]。

②中成药。A. 舒肝颗粒。一项RCT研究探讨了氢溴酸西酞普兰片联合舒肝颗粒(观察组)治疗抑郁症患者的效果,结果显示,观察组患者的总有效率为87.8%(79/90),高于单纯使用氢溴酸西酞普兰片的对照组患者(75.6%,68/90);观察组患者的HAMD-24评分降低情况相比于对照组更为显

著^[94]。B. 逍遥丸。一项RCT研究结果表明,轻中度抑郁症患者接受6周干预治疗后,逍遥丸组患者的HAMD-17评分降低情况相比对照组(安慰剂)更为显著^[95]。C. 解郁丸。一项RCT研究结果显示,对于肝郁化火型广泛性焦虑症,解郁丸组患者的HAMA-14评分、HAMD-17评分及临床疗效总评量表(CGI)评分降低情况相比对照组(丁螺环酮)更为显著^[96]。D. 枣仁安神胶囊。一项RCT研究结果表明,焦虑失眠患者接受4周干预治疗后,枣仁安神胶囊+阿普唑仑组患者HAMA-14评分的降低情况和焦虑缓解比例的提升相比对照组(阿普唑仑)均更为显著^[97]。

(2) 睡眠障碍:①中草药。有研究采用国际睡眠指数(ISI)评估恶性肿瘤患者的睡眠障碍,发现归脾汤治疗组患者的睡眠障碍改善程度显著优于对照组(常规护理)^[98]。研究发现,对于阴虚火旺型肿瘤相关性失眠患者,在对症支持治疗的基础上联合应用补心安神汤的有效率显著高于单纯使用对症支持治疗(80% vs. 20%)^[99];在治疗乳腺癌术后心胆气虚型失眠症患者方面,在地西洋基础上联合应用金鼎汤的有效率高于单纯使用地西洋(失眠复发/加重比例:2.22% vs. 17.78%)^[100];采用血府逐瘀汤治疗的气滞血瘀型肺癌相关性失眠患者,其匹兹堡睡眠指数量表(PSQI)评分和睡眠状况自评量表(SRSS)评分的降低幅度较对照组(艾司唑仑)更为显著^[101];对于原发性肝癌合并肝血不足型失眠患者,在常规中西医结合治疗原发性肝癌的基础上,酸枣仁汤组患者的总有效率达88.2%,而对照组(安慰剂)患者的总有效率仅为27.3%^[102]。

②中成药。A. 舒眠胶囊。一项RCT研究结果表明,治疗2、4周后,舒眠胶囊治疗组失眠患者的PSQI评分显著降低^[103]。一项Meta分析结果显示,舒眠胶囊治疗组与西医治疗组患者PSQI评分的差异有统计学意义($P=0.0005$),舒眠胶囊治疗组患者的临床有效率(89.8%)略高于西医治疗组(85.9%)^[104]。B. 枣仁安神胶囊。一项RCT研究将慢性失眠患者分为四组,分别为ZA+Z5组(枣仁安神胶囊+5mg酒石酸唑吡坦)、Z5组(5mg酒石酸唑吡坦+安慰剂胶囊)、Z10组(10mg酒石酸唑吡坦+安慰剂胶囊)、ZA组(枣仁安神胶囊+安慰剂丸),结果表明,ZA+Z5组、Z10组的治疗反应更佳^[105]。C. 七叶神安滴丸。一项RCT研究结果显示,对于失眠症气虚证,七叶神安滴丸组患者的全分析集临床总有效率(76.89%)显著高于对照组(七叶神安滴丸模拟剂,27.78%);治疗后两组患者的PSQI评分、疲劳严重程度量表(FSS)评分均较治疗前有所降低,且七叶神安滴丸组相较于对照组降低更为显著;治疗前后,七叶神安滴丸组患者PSQI评分、FSS评分的差值较对照组显著增加^[106]。D. 乌灵胶囊。一项RCT研究纳入了心血亏虚、肾精不足型失眠症患者,结果显示,对照组(常规西药治疗)患者的临床治疗效果显著低于观察组(常规西药+乌灵胶囊),对照组患者的有效率为70.00%,而观察组患者的总有效率达到92.50%^[107]。

2.5.2 共识意见 20:中医外治法是中医治疗的重要组成部分,其中针灸、耳穴疗法通过经络传导产生作用,穴位贴敷、中

药泡洗通过皮肤透入起效,均可作为联合干预肿瘤患者精神心理障碍的优选方案(证据等级:高;推荐强度:强推荐)。

(1)焦虑抑郁:①针灸疗法。一项针对乳腺癌相关性抑郁的 RCT 研究,将 93 例患者随机分为治疗组(疏肝调神法针刺)、假针刺组、对照组(抗抑郁药物内服),治疗后,三组患者的 HAMD-24 总分均显著降低;治疗组、对照组方案的疗效总体优于假针刺组;治疗组与对照组方案疗效相当,对照组方案起效更快,但治疗组的疏肝调神针法疗程短、不良反应少^[108]。②耳穴疗法。一项 RCT 研究纳入了 100 例肿瘤相关性抑郁患者,结果显示,在 HAMD-24 评分方面,治疗组(耳穴埋豆联合氟哌噻吨美利曲辛片内服)患者的总有效率达 97.91%,对照组(单纯氟哌噻吨美利曲辛片口服)为 76.60%^[109]。③穴位贴敷。一项 RCT 研究纳入了 60 例肿瘤相关性焦虑患者,结果显示,治疗组(疏肝健脾贴外敷三阴交穴联合耳穴贴压)患者 HAMA-24 评分、SAS 评分及 QLQ-C30 评分的降低情况相比对照组(安慰剂外敷三阴交穴联合耳穴贴压)更为显著^[110]。④中药沐足。一项前瞻性队列研究纳入了 73 例癌症疼痛伴焦虑抑郁患者,结果显示,治疗组(温经通络方熏蒸疼痛部位联合肿瘤常规治疗)患者 SAS 评分、SDS 评分的降低情况相比对照组(清水熏蒸治疗联合肿瘤常规治疗)更为显著^[111]。

(2)睡眠障碍:①针灸疗法。一项 RCT 研究纳入了 60 例心脾两虚型肿瘤相关性失眠患者,结果显示,针灸与加味归脾汤内服相结合的治疗方案(治疗组)相较于单纯加味归脾汤内服的对照方案具有更为显著的疗效,治疗组患者的总有效率达 90%,而对照组患者的有效率为 63.33%^[112]。②耳穴疗法。一篇 Meta 分析综合了 15 项研究,结果显示,对于女性恶性肿瘤失眠患者,耳穴压丸治疗在提升睡眠质量及改善生活质量方面具有显著效果^[113]。③穴位贴敷。一项 RCT 研究纳入了 144 例妇科恶性肿瘤术后睡眠障碍患者,结果显示,穴位贴敷联合渐进性放松训练在改善睡眠质量方面效果显著,与单独使用穴位贴敷相比,联合疗法的改善效果更佳^[114]。④中药沐足。一项 RCT 研究纳入了 88 例非小细胞肺癌伴有癌因性失眠患者,随机分为两组,治疗组患者接受中药安眠沐足方沐足治疗,对照组患者接受温水沐足,结果显示,治疗组患者的总有效率为 73.17%,高于对照组(51.35%)^[115]。

2.5.3 共识意见 21:中医情志疗法、音乐疗法、养生功法等是中医学的特色疗法,各自具有独特的适用范围和干预效果,需要根据肿瘤患者的具体情况进行个体化选择与相应调整(证据等级:高;推荐强度:强推荐)。

(1)焦虑抑郁:①音乐疗法。一项 RCT 研究纳入了 60 例骨转移癌疼痛伴抑郁患者,随机分为治疗组(五音疗法联合镇痛药口服)和对照组(单纯镇痛药口服),结果显示,治疗组方案的抗抑郁疗效高于对照组,治疗组患者的总有效率达 93.33%,而对照组为 70.00%,且治疗组患者 HAMD-24 评分、KPS 评分的改善情况相比于对照组更为显著^[116]。②养生功法。一项 RCT 研究纳入了 58 例 I—III 期乳腺癌患者,随机分为正念太极拳组和等待名单对照组(采用延迟干预,干预措施与正念太极拳组相同),结果显示,经过 8 周太极拳养生功法

干预后,正念太极拳组患者 SAS 评分、感知压力量表(PSS)评分的降低情况及创伤后生长量表(PTGI)评分的升高情况相比于对照组更显著^[117]。

(2)睡眠障碍:①音乐疗法。一项 RCT 研究纳入了 60 例诊断为肝气郁结型失眠的晚期肿瘤患者,结果显示,在皮内埋针的基础上联合中医五行音乐相较于单纯皮内埋针有着更好的疗效^[118]。②养生功法。一项 RCT 研究纳入了 90 例乳腺癌幸存者,结果显示,CBT 组、太极组患者的失眠治疗应答率分别为 43.7%、46.7%;在 15 个月($P=0.02$)、第 3 个月($P=0.02$)和第 6 个月($P<0.01$)的疗效评估中,太极组患者的疗效均不低于 CBT 组^[119]。

2.6 临床问题九:中医药对肿瘤患者伴发精神心理障碍干预的注意事项有哪些?

2.6.1 共识意见 22:中医干预尤其是中药使用的安全性管理要贯穿患者治疗始终,其中药物毒性的有效管理除了要基于现代医学毒理研究外,还需要结合中医学理论的指导(证据等级:低;推荐强度:强推荐)。

研究结果显示,包括大黄、柴胡、附子和半夏在内的诸多常用中药确实存在一定的毒性特征,但必须基于科学态度辩证地认识这一问题。从中医药理论视角来看,中药毒性的表现受到多重因素的共同影响:(1)药物本身的化学成分固然重要,但炮制工艺的差异、配伍组方的变化、用药剂量的大小、疗程长短以及患者体质特点等关键因素都会显著影响中药毒性的表达;(2)中药毒性往往在特定条件下才会显现,在规范的辨证论治和合理用药前提下,这些药物通常能够发挥治疗作用而不产生有害影响^[120]。正如中医经典理论“十八反”“十九畏”所警示的,违反配伍禁忌可能导致潜在毒性的显现或加重^[121-123]。

2.6.2 共识意见 23:肿瘤患者伴发的精神心理障碍需要采用多学科协作的中西医结合治疗模式,通过优势互补、协同增效,为患者提供全方位、个性化的综合干预方案(证据等级:中;推荐强度:强推荐)。

大量临床研究证实,中医药在改善肿瘤患者抑郁、焦虑症状方面具有显著疗效^[78-79,82,86,88-89],并能有效缓解化疗相关疲劳、失眠等不良反应^[80,83-84,90,93]。特别是在难治性症状管理、减少西药不良反应及疾病康复阶段,中医药展现出独特价值^[124]。

中西医结合的核心价值主要体现在 3 个方面:(1)整体调节与精准干预相结合。中医“形气神同调”^[125-126]和“病证结合”^[127]的理念,强调从整体功能状态到局部症状的系统调节^[128];而西医则擅长针对特定病理机制的精准干预;二者结合,可实现“宏观整体”与“微观观点”的优势互补。(2)症状控制与功能改善并重。西药可快速控制急性精神症状,而中医药通过多靶点调节可改善长期生活质量,减少西药依赖^[129]。(3)治疗与康复一体化。在肿瘤治疗的不同阶段,中西医各有侧重。如化疗期间可辅以中医药减轻不良反应,康复期可通过中医的情志调理、功法训练等促进身心恢复。

参考文献

- [1] CARUSO R, BREITBART W. Mental health care in oncology. Contemporary perspective on the psychosocial burden of cancer and evidence-based interventions[J]. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 2020, 29: e86.
- [2] PERNA G, PINTO E, SPITI A, et al. Foundations for a personalized psycho-oncology: the state of the art[J]. *J Pers Med*, 2024, 14(9): 892.
- [3] National Comprehensive Cancer Network. Distress management, version 1.2025, NCCN clinical practice guidelines in oncology [EB/OL]. (2024-11-18) [2025-05-22]. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/distress.pdf.
- [4] FISCH M J, LOEHRER P J, KRISTELLER J, et al. Fluoxetine versus placebo in advanced cancer outpatients: a double-blinded trial of the Hoosier Oncology Group[J]. *J Clin Oncol*, 2003, 21(10): 1937-1943.
- [5] SMITH E M L, PANG H, CIRINCIONE C, et al. Effect of duloxetine on pain, function, and quality of life among patients with chemotherapy-induced painful peripheral neuropathy: a randomized clinical trial[J]. *JAMA*, 2013, 309(13): 1359-1367.
- [6] FARSHCHIAN N, ALAVI A, HEYDARHEYDARI S, et al. Comparative study of the effects of venlafaxine and duloxetine on chemotherapy-induced peripheral neuropathy [J]. *Cancer Chemother Pharmacol*, 2018, 82(5): 787-793.
- [7] HIRAYAMA Y, ISHITANI K, SATO Y, et al. Effect of duloxetine in Japanese patients with chemotherapy-induced peripheral neuropathy: a pilot randomized trial[J]. *Int J Clin Oncol*, 2015, 20(5): 866-871.
- [8] 陆林. 沈渔邨精神病学[M]. 6版. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 361-364, 409, 459.
- [9] THEOBALD D E, KIRSH K L, HOLTSCLOW E, et al. An open-label, crossover trial of mirtazapine (15 and 30 mg) in cancer patients with pain and other distressing symptoms[J]. *J Pain Symptom Manage*, 2002, 23(5): 442-447.
- [10] CORREA-MORALES J E, CUELLAR-VALENCIA L, MANTILLA-MANOSALVA N, et al. Cancer and non-cancer fatigue treated with bupropion: a systematic review [J]. *J Pain Symptom Manage*, 2023, 65(1): e21-e28.
- [11] TRAEGER L, GREER J A, FERNANDEZ-ROBLES C, et al. Evidence-based treatment of anxiety in patients with cancer[J]. *J Clin Oncol*, 2012, 30(11): 1197-1205.
- [12] HOLLISTER L E. Pharmacotherapeutic considerations in anxiety disorders[J]. *J Clin Psychiatry*, 1986, 47 Suppl: 33-36.
- [13] CHANTHAWONG S, SUBONGKOT S, SOOKPRASERT A. Effectiveness of olanzapine for the treatment of breakthrough chemotherapy induced nausea and vomiting[J]. *J Med Assoc Thai*, 2014, 97(3): 349-355.
- [14] VIG S, SEIBERT L, GREEN M R. Olanzapine is effective for refractory chemotherapy-induced nausea and vomiting irrespective of chemotherapy emetogenicity[J]. *J Cancer Res Clin Oncol*, 2014, 140(1): 77-82.
- [15] SANDHYA L, DEVI SREENIVASAN N, GOENKA L, et al. Randomized double-blind placebo-controlled study of olanzapine for chemotherapy-related anorexia in patients with locally advanced or metastatic gastric, hepatopancreaticobiliary, and lung cancer[J]. *J Clin Oncol*, 2023, 41(14): 2617-2627.
- [16] HUI D, FRISBEE-HUME S, WILSON A, et al. Effect of lorazepam with haloperidol vs haloperidol alone on agitated delirium in patients with advanced cancer receiving palliative care: a randomized clinical trial[J]. *JAMA*, 2017, 318(11): 1047-1056.
- [17] BOETTGER S, JENEWEIN J, BREITBART W. Haloperidol, risperidone, olanzapine and aripiprazole in the management of delirium: a comparison of efficacy, safety, and side effects[J]. *Palliat Support Care*, 2015, 13(4): 1079-1085.
- [18] KOHLI S, FISHER S G, TRA Y, et al. The effect of modafinil on cognitive function in breast cancer survivors[J]. *Cancer*, 2009, 115(12): 2605-2616.
- [19] LUNDORFF L E, JØNSSON B H, SJØGREN P. Modafinil for attentional and psychomotor dysfunction in advanced cancer: a double-blind, randomised, cross-over trial [J]. *Palliat Med*, 2009, 23(8): 731-738.
- [20] 李凌江, 马辛. 中国抑郁障碍防治指南[M]. 2版. 北京: 中华医学电子音像出版社, 2015: 93-98.
- [21] National Comprehensive Cancer Network. Older adult oncology, version 2.2025[EB/OL]. (2025-05-13)[2025-05-23]. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/older_adult.pdf.
- [22] SCHUR S, WEIXLER D, GABL C, et al. Sedation at the end of life - a nation-wide study in palliative care units in Austria[J]. *BMC Palliat Care*, 2016, 15: 50.
- [23] LUX M R, PROTUS B M, KIMBREL J, et al. A survey of hospice and palliative care physicians regarding palliative sedation practices [J]. *Am J Hosp Palliat Care*, 2017, 34(3): 217-222.
- [24] DIETZ I, SCHMITZ A, LAMPEY I, et al. Evidence for the use of levomepromazine for symptom control in the palliative care setting: a systematic review[J]. *BMC Palliat Care*, 2013, 12: 2.
- [25] MCIVER B, WALSH D, NELSON K. The use of chlorpromazine for symptom control in dying cancer patients[J]. *J Pain Symptom Manage*, 1994, 9(5): 341-345.
- [26] TRUOG R D, BERDE C B, MITCHELL C, et al. Barbiturates in the care of the terminally ill[J]. *N Engl J Med*, 1992, 327(23): 1678-1682.
- [27] KRAKAUER E L, PENSON R T, TRUOG R D, et al. Sedation for intractable distress of a dying patient: acute palliative care and the principle of double effect[J]. *Oncologist*, 2000, 5(1): 53-62.
- [28] RAYNER L, PRICE A, EVANS A, et al. Antidepressants for the treatment of depression in palliative care: systematic review and meta-analysis[J]. *Palliat Med*, 2011, 25(1): 36-51.
- [29] KELLY C M, JUURLINK D N, GOMES T, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors and breast cancer mortality in women receiving tamoxifen: a population based cohort study[J]. *BMJ*, 2010, 340: e693.
- [30] YANG S, SUN R, WANG L, et al. Fluvoxamine, an inhibitor of

- CYP1A2, improves CS-induced pulmonary inflammation through estrogen deficiency [J]. *Toxicol Appl Pharmacol*, 2025, 501: 117395.
- [31] YASUI-FURUKORI N, KANEKO S. Digitalis intoxication induced by paroxetine co-administration[J]. *Lancet*, 2006, 367(9512): 788.
- [32] AIFF H, ATTMAN P O, AURELL M, et al. End-stage renal disease associated with prophylactic lithium treatment [J]. *Eur Neuropsychopharmacol*, 2014, 24(4): 540-544.
- [33] RAGHEB M, BAN T A, BUCHANAN D, et al. Interaction of indomethacin and ibuprofen with lithium in manic patients under a steady-state lithium level[J]. *J Clin Psychiatry*, 1980, 41(11): 397-398.
- [34] RAGHEB M. Ibuprofen can increase serum lithium level in lithium-treated patients[J]. *J Clin Psychiatry*, 1987, 48(4): 161-163.
- [35] FRÖLICH J C, LEFTWICH R, RAGHEB M, et al. Indomethacin increases plasma lithium[J]. *Br Med J*, 1979, 1(6171): 1115-1116.
- [36] U.S. Food & Drug Administration. FDA drug safety communication; FDA urges caution about withholding opioid addiction medications from patients taking benzodiazepines or CNS depressants; careful medication management can reduce risks[EB/OL]. (2017-09-20) [2025-05-20]. <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-drug-safety-communication-fda-urges-caution-about-withholding-opioid-addiction-medications>.
- [37] DASGUPTA N, FUNK M J, PROESCHOLDBELL S, et al. Cohort study of the impact of high-dose opioid analgesics on overdose mortality[J]. *Pain Med*, 2016, 17(1): 85-98.
- [38] Zofran (ondansetron) [prescribing information]. East Hanover, NJ; Novartis Pharmaceuticals Corporation; October 2017. (2021-10) [2025-05-17]. https://www.novartis.com/us-en/sites/novartis_us/files/zofran.pdf.
- [39] BOYER E W, SHANNON M. The serotonin syndrome[J]. *N Engl J Med*, 2005, 352(11): 1112-1120.
- [40] DUNKLEY E J C, ISBISTER G K, SIBBRITT D, et al. The hunter serotonin toxicity criteria; simple and accurate diagnostic decision rules for serotonin toxicity[J]. *QJM*, 2003, 96(9): 635-642.
- [41] STERNBACH H. The serotonin syndrome[J]. *Am J Psychiatry*, 1991, 148(6): 705-713.
- [42] GUDLA S S, BHUMIREDDY S K A, VADAGA A K. Tramadol and mental health; A systematic review of case reports describing psychological side-effects [J]. *Int J Psychiatry Med*, 2025; 912174251322356.
- [43] NEWCOMER J W, HAUPT D W. The metabolic effects of antipsychotic medications[J]. *Can J Psychiatry*, 2006, 51(8): 480-491.
- [44] CLORE J N, THURBY-HAY L. Glucocorticoid-induced hyperglycemia[J]. *Endocr Pract*, 2009, 15(5): 469-474.
- [45] MOFFETT B S, KIM S, BOMGAARS L R. Readmissions for warfarin-related bleeding in pediatric patients after hospital discharge[J]. *Pediatr Blood Cancer*, 2013, 60(9): 1503-1506.
- [46] SCHELLEMAN H, BRENSINGER C M, BILKER W B, et al. Antidepressant-warfarin interaction and associated gastrointestinal bleeding risk in a case-control study[J]. *PLoS One*, 2011, 6(6): e21447.
- [47] DE HERT M A, VAN WINKEL R, VAN EYCK D, et al. Prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia treated with antipsychotic medication[J]. *Schizophr Res*, 2006, 83(1): 87-93.
- [48] TAO H J, SHEN D, ZHOU Y, et al. A systematic review and meta-analysis of metabolic syndrome prevalence in Chinese inpatients with bipolar disorder[J]. *Horm Metab Res*, 2022, 54(9): 587-592.
- [49] DODD S, MITCHELL P B, BAUER M, et al. Monitoring for antidepressant-associated adverse events in the treatment of patients with major depressive disorder; an international consensus statement [J]. *World J Biol Psychiatry*, 2018, 19(5): 330-348.
- [50] American Psychiatric Association. Treatment of patients with schizophrenia [EB/OL]. [2025-05-24]. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/clinical-practice-guidelines>.
- [51] UpToDate. Second-generation and other antipsychotic medications; pharmacology, administration, and side effects[EB/OL]. [2025-05-24]. <https://www.uptodate.com/contents/second-generation-and-other-antipsychotic-medications-pharmacology-administration-and-side-effects>.
- [52] WENZEL-SEIFERT K, WITTMANN M, HAEN E. QTc prolongation by psychotropic drugs and the risk of Torsade de Pointes[J]. *Dtsch Arztebl Int*, 2011, 108(41): 687-693.
- [53] FLANAGAN R J, DUNK L. Haematological toxicity of drugs used in psychiatry[J]. *Hum Psychopharmacol*, 2008, 23(Suppl 1): 27-41.
- [54] LAPORTE S, CHAPELLE C, CAILLET P, et al. Bleeding risk under selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) antidepressants; a meta-analysis of observational studies[J]. *Pharmacol Res*, 2017, 118: 19-32.
- [55] BAEK J H, KINRYS G, NIERENBERG A A. Lithium tremor revisited; pathophysiology and treatment [J]. *Acta Psychiatr Scand*, 2014, 129(1): 17-23.
- [56] GITLIN M. Lithium side effects and toxicity; prevalence and management strategies[J]. *Int J Bipolar Disord*, 2016, 4(1): 27.
- [57] ZHANG L M, LIU X H, TONG F, et al. Cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in cancer survivors; a meta-analysis[J]. *Sci Rep*, 2022, 12(1): 21466.
- [58] DILS A T, O'KEEFE K, DAKKA N, et al. The efficacy of cognitive behavioral therapy for mental health and quality of life among individuals diagnosed with cancer; a systematic review and meta-analysis[J]. *Cancer Med*, 2024, 13(16): e70063.
- [59] DING X T, ZHAO F, WANG Q, et al. Effects of interventions for enhancing resilience in cancer patients; a systematic review and network meta-analysis[J]. *Clin Psychol Rev*, 2024, 108: 102381.
- [60] HAN A, KIM T H. Effects of internet-delivered behavioral activation on individuals with depressive symptoms; a systematic review and meta-analysis[J]. *J Psychiatr Res*, 2022, 152: 104-118.
- [61] SHARPE M, WALKER J, HOLM HANSEN C, et al. Integrated collaborative care for comorbid major depression in patients with cancer (SMaRT Oncology-2); a multicentre randomised controlled effectiveness trial[J]. *Lancet*, 2014, 384(9948): 1099-1108.

- [62] WALKER J, HANSEN C H, MARTIN P, et al. Integrated collaborative care for major depression comorbid with a poor prognosis cancer (SMaRT oncology-3): a multicentre randomised controlled trial in patients with lung cancer[J]. *Lancet Oncol*, 2014, 15(10): 1168-1176.
- [63] LI M, KENNEDY E B, BYRNE N, et al. Systematic review and meta-analysis of collaborative care interventions for depression in patients with cancer[J]. *Psychooncology*, 2017, 26(5): 573-587.
- [64] WEI M, YUSUF A, HSIEN C C M, et al. Effects of behavioural activation on psychological distress among people with cancer: a systematic review and meta-analysis[J]. *Int J Nurs Stud*, 2025, 164: 104983.
- [65] DONG X, LIU Y, FANG K, et al. The use of mindfulness-based stress reduction (MBSR) for breast cancer patients-meta-analysis[J]. *BMC Psychol*, 2024, 12(1): 619.
- [66] YU J Y, HAN M Y, MIAO F R, et al. Using mindfulness-based stress reduction to relieve loneliness, anxiety, and depression in cancer patients: a systematic review and meta-analysis[J]. *Medicine (Baltimore)*, 2023, 102(37): e34917.
- [67] DENNETT A M, SARKIES M, SHIELDS N, et al. Multidisciplinary, exercise-based oncology rehabilitation programs improve patient outcomes but their effects on healthcare service-level outcomes remain uncertain: a systematic review[J]. *J Physiother*, 2021, 67(1): 12-26.
- [68] SINGH B, SPENCE R R, STEELE M L, et al. A systematic review and meta-analysis of the safety, feasibility, and effect of exercise in women with stage II + breast cancer[J]. *Arch Phys Med Rehabil*, 2018, 99(12): 2621-2636.
- [69] MELESSE T G, CHAU J P C, NAN M A. Effects of cognitive-behavioural therapy on psychological, physical and social outcomes of children with cancer: a systematic review and meta-analysis[J]. *J Psychosom Res*, 2022, 157: 110805.
- [70] GRENAWALT T A, TANSEY T N, PHILLIPS B N, et al. Effectiveness of internet-based behavioral activation on quality of life among young adult survivors of childhood brain tumor: a randomized controlled trial[J]. *Disabil Rehabil*, 2023, 45(15): 2480-2487.
- [71] KNOERL R, MAZZOLA E, WOODS H, et al. Exploring the feasibility of a mindfulness-music therapy intervention to improve anxiety and stress in adolescents and young adults with cancer[J]. *J Pain Symptom Manage*, 2022, 63(4): e357-e363.
- [72] JULIÃO M, OLIVEIRA F, NUNES B, et al. Effect of dignity therapy on end-of-life psychological distress in terminally ill Portuguese patients: a randomized controlled trial[J]. *Palliat Support Care*, 2017, 15(6): 628-637.
- [73] BREITBART W, ROSENFELD B, PESSIN H, et al. Meaning-centered group psychotherapy: an effective intervention for improving psychological well-being in patients with advanced cancer[J]. *J Clin Oncol*, 2015, 33(7): 749-754.
- [74] 赵永厚, 赵玉萍, 于明, 等. 中医神志病学学术体系与发展框架的构建[J]. *中医杂志*, 2013, 54(15): 1267-1272.
- [75] 中华中医药学会血液病分会, 中国民族医药学会血液病分会, 中国中西医结合肿瘤专业委员会, 等. 肿瘤相关抑郁中医诊疗专家共识[J]. *北京中医药大学学报*, 2023, 46(1): 12-17.
- [76] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1988: 441-447.
- [77] 曾书莹, 徐鑫鑫, 武富平, 等. 针灸治疗肿瘤相关性抑郁 Meta 分析及穴位分布特点[J]. *中医临床研究*, 2025, 17(6): 1-6.
- [78] 邓海燕, 武胜萍, 吴晓芳, 等. 柴胡疏肝散治疗肿瘤相关性抑郁肝郁脾虚证临床研究[J]. *国际中医中药杂志*, 2022, 44(2): 150-153.
- [79] 吴继, 王中奇, 马海峰, 等. 甘麦大枣汤改善肿瘤抑郁的临床疗效[J]. *世界中医药*, 2020, 15(16): 2434-2437, 2442.
- [80] 刘海涛, 许雯, 张璐, 等. 基于“形神并调”评价归脾汤对胃癌心脾两虚型患者合并睡眠障碍的疗效观察[J]. *辽宁中医药大学学报*, 2025, 27(4): 80-85.
- [81] 黄燕羽, 刘萍. 吴茱萸贴敷涌泉穴联合耳穴压豆治疗癌症不寐的疗效观察[J]. *护理实践与研究*, 2020, 17(19): 146-148.
- [82] 林雪梅, 符梅华, 黄丽娜, 等. 药枕联合耳穴贴压缓解胃肠道恶性肿瘤患者围手术期焦虑、抑郁的临床研究[J]. *北京中医药*, 2019, 38(10): 968-973.
- [83] 彭晓虹, 张纪良, 宋建蓉, 等. 针灸治疗肿瘤患者失眠临床疗效观察[J]. *中华中医药杂志*, 2016, 31(6): 2409-2411.
- [84] 上官小影, 陈小青, 林慧静, 等. 手足穴位按摩对恶性肿瘤患者失眠、便秘的影响[J]. *解放军护理杂志*, 2009, 26(3): 14-15.
- [85] 李阳, 黄立中, 龚辉, 等. 中医情志疗法对三阴性乳腺癌患者术后恢复期的生存质量的影响[J]. *湖南中医药大学学报*, 2015, 35(10): 54-56, 62.
- [86] 项春雁, 郭全, 廖娟, 等. 中医五行音乐结合音乐电针疗法对恶性肿瘤患者抑郁状态的影响[J]. *中华护理杂志*, 2006, 41(11): 969-972.
- [87] 韩燕, 王清馨, 罗丹, 等. 八段锦训练对乳腺癌术后患者焦虑及血清相关焦虑蛋白质的影响[J]. *护理学杂志*, 2017, 32(8): 42-44.
- [88] 汪红英. 太极拳锻炼模式对乳腺癌患者术后焦虑的影响[J]. *中华现代护理杂志*, 2015, 21(28): 3386-3388.
- [89] 方璐. 柴胡疏肝散联合心理干预治疗原发性肝癌相关抑郁状态的临床观察[D]. 长沙: 湖南中医药大学, 2018.
- [90] 丁井永, 任秦有, 郑瑾. 黄连温胆汤加减对中度焦虑失眠肿瘤患者胆郁痰扰型效果观察[J]. *北京中医药*, 2019, 38(4): 384-387.
- [91] 晋逢晨. 血府逐瘀汤治疗肺癌相关抑郁的临床研究[D]. 成都: 成都中医药大学, 2023.
- [92] 贺宏伟. 丹桅逍遥散治疗肝郁化火型乳腺癌患者相关性焦虑抑郁障碍的临床疗效观察[D]. 成都: 成都中医药大学, 2019.
- [93] 焦蕉, 罗康华, 黎月恒, 等. 逍遥散加减方治疗乳腺癌术后化疗患者肝郁脾虚型抑郁综合征的临床观察[J]. *肿瘤药学*, 2019, 9(1): 107-111.
- [94] 刘肖莉, 张立霞, 刘照佩, 等. 舒肝散郁疗法治疗抑郁症的疗效及对神经递质含量的影响[J]. *河北医药*, 2019, 41(8): 1207-1210.
- [95] FAN L L, ZENG P G H, WANG X H, et al. Xiaoyao Pills, a Chinese patent medicine, treats mild and moderate depression: a randomized clinical trial combined with DNA methylation analysis

- [J]. *Phytomedicine*, 2024, 130: 155660.
- [96] LI X, ZHENG S S, FENG S T, et al. Effects of Jie Yu Wan on generalized anxiety disorder: a randomized clinical trial[J]. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2022, 2022: 9951693.
- [97] YU G, CHENG X, JIN C G. The effect of Zao Ren An Shen Capsule on insomnia among patients with anxiety: a randomized controlled trial[J]. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2022, 2022(1): 6520849.
- [98] LEE J Y, OH H K, RYU H S, et al. Efficacy and safety of the traditional herbal medicine, Gamigui-Tang, in patients with cancer-related sleep disturbance: a prospective, randomized, wait-list-controlled, pilot study[J]. *Integr Cancer Ther*, 2018, 17(2): 524-530.
- [99] 邓湘琴. 补心安神汤治疗阴虚火旺型肿瘤相关性失眠的疗效观察[D]. 长沙: 湖南中医药大学, 2020.
- [100] 陈焕蕾, 刘仁昌, 刘锦霞. 金鼎汤联合地西洋对乳腺癌术后心胆气虚型失眠症的影响[J]. *中医药临床杂志*, 2023, 35(6): 1170-1173.
- [101] 陈昱极. 血府逐瘀汤加減治疗非小细胞肺癌相关性失眠(气滞血瘀型)疗效的临床观察[D]. 成都: 成都中医药大学, 2021.
- [102] 王思宇, 陈矢, 陈珏, 等. 酸枣仁汤治疗原发性肝癌患者肝血不足型失眠的临床研究[J]. *上海中医药杂志*, 2020, 54(10): 50-56.
- [103] CHEN S Z, XU Z, LI Y H, et al. Clinical efficacy of the Chinese herbal medicine Shumian capsule for insomnia: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial [J]. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 2022, 18: 669-679.
- [104] WANG C Y, YANG Y Y, DING X, et al. Efficacy and safety of Shumian capsules in treating insomnia: a systematic review and meta-analysis[J]. *Medicine (Baltimore)*, 2021, 100(50): e28194.
- [105] ZHU X Z, TAO M, HU H Y, et al. The efficacy and safety of Zaoren Anshen capsule in combination with zolpidem for insomnia: a multicentre, randomized, double-blinded, placebo-controlled trial[J]. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2022, 2022: 5867523.
- [106] 陈文洁, 何春颖, 陈芷妍, 等. 七叶神安滴丸治疗失眠症气虚证的随机、双盲、平行对照、多中心临床研究[J]. *中医杂志*, 2022, 63(24): 2339-2345.
- [107] 李东彩, 刘继洪, 陈诗慧, 等. 乌灵胶囊对心血亏虚、肾精不足型失眠症血清 SP、NPY 水平及睡眠质量的影响[J]. *辽宁中医杂志*, 2025, 52(1): 71-74.
- [108] 李薇晗. 疏肝调神针法治疗乳腺癌相关轻度抑郁的临床研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2019.
- [109] 韩金凤. 耳穴埋豆联合黛力新治疗肿瘤抑郁疗效观察[D]. 济南: 山东大学, 2017.
- [110] 杨素林. 疏肝健脾贴外敷三阴交穴联合耳穴贴压治疗肝郁脾虚型肿瘤相关性焦虑的临床研究[D]. 南京: 南京中医药大学, 2024.
- [111] 李蒂文, 焦丽静, 许玲. 温经通络方熏蒸治疗癌性疼痛伴焦虑抑郁状态患者 41 例临床观察[J]. *中医杂志*, 2017, 58(7): 579-581, 596.
- [112] 任晓琳. 针灸治疗心脾两虚型肿瘤相关性失眠的临床研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2020.
- [113] HUANG X R, XU M, XU Y, et al. Auricular acupuncture for insomnia in women with breast cancer: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials [J]. *Medicine (Baltimore)*, 2025, 104(7): e41498.
- [114] 王帆. 穴位贴敷联合渐进性放松训练对妇科恶性肿瘤患者术后睡眠障碍的影响研究[D]. 兰州: 甘肃中医药大学, 2022.
- [115] 陈慧君. 中药沐足治疗非小细胞肺癌患者癌因性失眠的临床观察[D]. 广州: 广州中医药大学, 2019.
- [116] 曹杰, 陈红, 黄颖, 等. 五行音乐疗法联合草酸艾司西酞普兰片、盐酸羟考酮缓释片治疗骨转移癌性疼痛伴抑郁临床观察[J]. *河北中医*, 2021, 43(6): 963-968, 981.
- [117] ZHANG J Y, LI S S, MENG L N, et al. Effectiveness of a nurse-led mindfulness-based Tai Chi Chuan (MTCC) program on posttraumatic growth and perceived stress and anxiety of breast cancer survivors [J]. *Eur J Psychotraumatol*, 2022, 13(1): 2023314.
- [118] 廖娟, 韩布新, 赵楠, 等. 揠针联合五行音乐改善晚期肿瘤患者肝气郁结型失眠的疗效观察[J]. *世界科学技术-中医药现代化*, 2018, 20(2): 219-223.
- [119] IRWIN M R, OLMSTEAD R, CARRILLO C, et al. Tai Chi Chih compared with cognitive behavioral therapy for the treatment of insomnia in survivors of breast cancer: a randomized, partially blinded, noninferiority trial[J]. *J Clin Oncol*, 2017, 35(23): 2656-2665.
- [120] 叶祖光, 张广平. 中药安全性评价的发展、现状及其对策[J]. *中国实验方剂学杂志*, 2014, 20(16): 1-6.
- [121] 曾思明, 莫亚伟, 杨晖. 附子与瓜蒌的配伍应用考证[J]. *中国当代医药*, 2022, 29(17): 28-31.
- [122] 张也, 崔悦, 王柔嘉, 等. 应用 UHPLC-FT-ICR-MS 技术的相反药对甘遂-甘草代谢组学研究[J]. *沈阳药科大学学报*, 2020, 37(10): 908-912.
- [123] 夏成云, 高月, 周京国, 等. 大戟配伍甘草对大鼠肝功能及肝脏微粒体中 CYP3A2 的影响[J]. *中国中医急症*, 2006, 15(9): 1013-1015.
- [124] 贾竑晓, 李雪. 中医药在精神心理健康防治中的作用[J]. *医学综述*, 2020, 26(20): 3953-3958, 3963.
- [125] 张龙, 陆鑫熠, 田建辉, 等. 形气神相失致瘤的生物学机制及中医药防治策略探讨[J]. *广州中医药大学学报*, 2025, 42(8): 2058-2064.
- [126] 韩振蕴. 中医与人文诊疗技巧在心身疾病的应用[J]. *现代中医临床*, 2025, 32(2): 9-13.
- [127] 于美丽, 车方远, 高翔, 等. 中医辨证方法体系的历史沿革与现代发展[J]. *中医杂志*, 2016, 57(12): 991-995.
- [128] 陈志强, 吕立国. 整体辨证、局部辨证与微观辨证——对现代中医辨证论治体系的思考[J]. *中国中西医结合杂志*, 2006, 26(12): 1126-1127.
- [129] SULAIMAN C, GEORGE B P, BALACHANDRAN I, et al. Cancer and traditional medicine: An integrative approach [J]. *Pharmaceuticals (Basel)*, 2025, 18(5): 644.

(收稿日期:2025-07-09 修回日期:2025-07-31)