

老年肿瘤患者治疗与康复需求国内多中心调查结果*

薛冬¹ 蒋姍彤¹ 张培彤² 陈俊强³ 李苏宜⁴ 杨宇飞⁵ 孙涛⁶ 孙红¹ 张伟¹ 李萍萍^{1,7}

摘要

目的:了解老年肿瘤患者治疗常见症状与康复需求的情况,为老年肿瘤患者提供恰当的康复指导方法。

方法:国内共6家三甲医院采用便利抽样的方法纳入年龄65岁及以上的经病理学诊断明确的恶性肿瘤的老年患者。通过日常生活活动能力量表(activities of daily life, ADL),查尔森并发症指数(Charlson comorbidity index, CCI),安德森(MD Anderson)症状问卷-中医版(MDASI-TCM)及康复需求调查问卷等形式调查患者的康复需求情况。

结果:共收回有效问卷637份。637例老年肿瘤患者中男性340例(53.4%),女性297例(46.6%),患者中位年龄71岁(65—92岁)。ADL评分>60分占95.5%。采用MDASI-TCM肿瘤常见症状问卷对常见症状进行调查,困扰患者前十位的症状为:乏力77.5%,健忘62.0%,睡眠不安60.6%,口干56.4%,苦恼51.8%,胃口差51.7%,疼痛51.7%,咳嗽50.1%,气短49.9%和怕冷49.0%。绝大多数患者(283/637, 44.4%)认为对生活质量影响最大的痛苦是没有控制的症状,其次为心情不好(82/637, 12.9%)。在影响生活质量的最大痛苦症状方面,乏力(149/637, 23.4%),疼痛(119/637, 18.7%),失眠(58/637, 9.1%),纳差(56/637, 8.8%)和咳嗽(50/637, 7.8%)。与MDSIA-TCM症状结果基本一致。有超过一半的患者(334/637, 52.4%)了解康复相关知识,且无论是否了解康复相关知识,83.7%(533/637)的患者愿意接受康复指导。康复需求具体包括:希望得到康复指导(372/637, 58.4%)肿瘤知识咨询(323/637, 50.7%),营养指导(293/637, 46.0%)和心理辅导(137/637, 21.5%)。有81.0%的患者愿意接受中医康复,并希望能够达到增加免疫(461/637, 72.4%),身体调节(390/637, 61.2%),减轻症状(381/637, 59.8%)和改善体力(339/637, 53.2%)等目的。

结论:由老年肿瘤患者自诉的不适症状与MDASI-TCM症状量表所得到的症状分布情况基本一致,说明MDASI-TCM量表适用于老年肿瘤患者的症状评估;老年肿瘤患者的治疗目的和康复需求基本一致,减少痛苦症状应得到高度重视,老年肿瘤患者康复过程中对中医中药有极大的需求。

关键词 老年;肿瘤;康复;日常生活活动能力;查尔森并发症指数;安德森症状问卷

中图分类号:R493, R273 **文献标识码:**B **文章编号:**1001-1242(2017)-03-0313-05

肿瘤的康复治疗是指帮助患者最大限度地改善因肿瘤及其治疗导致的躯体和(或)心理功能障碍、社会属性受损和职业能力下降等^[1]。康复治疗是针对肿瘤本身及其治疗所致躯体功能障碍和由此引发的诸多心理社会学问题所发展起来的新兴学科^[2]。老年肿瘤患者兼具肿瘤患者和老年人的双重特点,常伴有一种或多种内科并发症,具有治疗耐受性和反应性差的特点,因此个体差异性较显著。使得老年肿瘤患者的康复治疗更具有针对性,往往需要多学科协作,从生物、心理、社会和环境各方面制定康复计划,达到延缓病情发展,增加治疗依从性,改善生活质量,延长预期寿命等目的^[3-4]。

老年康复治疗的目标根据疾病的发展,个体情况和需求

情况的选择不同而不同,其中,疾病的发展,个体情况包括躯体症状和心理社会状态可由CGA方法进行量化评估^[5-6]。需求情况则往往由患者本人或家人主观因素主导。目前,我国老年肿瘤患者的治疗,无论是老年综合评估(comprehensive geriatric assessment, CGA)还是康复治疗皆处在探索与起步阶段。关于老年肿瘤患者治疗和康复需求情况的了解对于康复事业的发展起着重要的作用。因此,本文对近期国内6个中心关于老年肿瘤患者查尔森内科并发症、ADL能力及安德森(MD Anderson)症状的评估和对康复需求的调查结果做总结报告。

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2017.03.014

*基金项目:北京医院管理局青苗人才计划;北京市卫生局首都卫生发展科研专项课题

1 北京大学肿瘤医院暨北京市肿瘤防治研究所中西医结合暨老年肿瘤科,恶性肿瘤发病机制及转化研究教育部重点实验室,北京,100142;

2 中国中医科学院西苑医院肿瘤科; 3 福建省肿瘤医院放射治疗科; 4 安徽省肿瘤医院肿瘤内科; 5 中国中医科学院西苑医院肿瘤科;

6 辽宁省肿瘤医院内科; 7 通讯作者

作者简介:薛冬,男,博士,副主任医师; 收稿日期:2016-12-30

1 对象与方法

1.1 调查对象

采用便利抽样的方法于2016年1—8月对国内6家三甲医院住院及门诊患者637例进行调查,其中,北京大学肿瘤医院117(18.4%)例,中国中医科学院西苑医院74(11.6%)例,中国中医科学院广安门医院203(31.9%)例,辽宁省肿瘤医院50(7.8%)例,安徽省肿瘤医院94(14.8%)例,福建省肿瘤医院99(15.5%)例。

入组标准:年龄65岁及以上;经病理学诊断明确的恶性肿瘤;意识清楚能独立填写问卷;自愿参与本研究的住院及门诊患者。

排除标准:重度认知障碍;交流障碍;病情危重;不配合者。

本研究在调查前已于各中心医学伦理委员会审核,并取得每位调查对象的知情同意,各调查对象有随时退出调查的权利。

1.2 调查方法

患者基本状况调查问卷:包括性别、年龄、受教育程度、目前工作情况、婚姻状况、三个月以前及最近两个月所做的治疗等一般情况。

Barthel指数评定量表用以反映老年人基本的日常生活能力,由进餐、洗澡、修饰(洗脸刷牙等)、穿衣、控制大便、控制小便、如厕、床椅转移、平地走45m和上下楼梯共10项考评指标组成,每一项考评的等级分为完全自理、部分自理或需要部分帮助、需要极大帮助和完全依赖。Barthel指数正常总分100分,60分以上者为良,生活基本自理;60—40分者为中度功能障碍,生活需要帮助;40—20分者为重度功能障碍,生活依赖明显;20分以下者为完全残疾,生活完全依赖。

查尔森并发症指数(Charlson comorbidity index, CCI)用以评价老年肿瘤患者除基础疾病以外的其他器官或组织的损伤及异常,其基于19种基础疾病进行权重评分,具体权重分数如表2。

安德森症状问卷-中医版(MDASI-TCM),以2008年李萍萍^[7]等设计制定的肿瘤常见症状及中医症状调查量表为基础删除腹泻、咳痰、烦躁和口腔溃疡四项症状,添加怕冷症状,形成修订版《肿瘤常见症状及中医症状调查表》,第一部分共计20项症状及3个自由选项,以0—10分由患者根据自身感受填写症状有无及严重程度,0分代表无症状,10分为能想象的最严重程度。量化各个症状,1—3分表示轻度;4—6分表示中度;7—10分表示重度。第二部分按照同样方法评价肿瘤症状对患者一般活动、工作、情绪等6个项目的影响。

肿瘤康复需求情况问卷:由研究者自行设计,用以了解老年肿瘤患者治疗和康复需求等情况,包括是否了解康复相关知识,是否愿意接受康复指导及希望得到哪些帮助等10

个问题,由患者选择作答。

1.3 统计学分析

建立问卷资料Excel数据表格,双人独立录入比对。导出至SPSS20.0中,进行数据的描述性分析及不同得分程度分布的频数分析。

2 结果

2.1 患者一般资料

见表1。637例调查对象中,男性340例(53.4%),女性297例(46.6%)。637例老年肿瘤患者的中位年龄为71岁(65—92岁)其中,65—74岁423例(66.4%),75—84岁192例(30.1%),≥85岁22例(3.5%)。207例(32.5%)患者文化程度为小学及以下,123例(19.3%)为初中,119例(18.7%)为高中,188例(29.5%)为大专及以上。85.2%(543/637)的老年患者与配偶生活在一起,11.0%(70/637)患者丧偶或无配偶。子女个数方面,6例患者(1.0%)无子女,108例(17.0%)有1个子女,271例(42.5%)有2个子女,134例(21.0%)有3个子女,118例(18.5%)患者有4个及以上子女。肿瘤分布以肺癌(35.5%,226/637)和消化道肿瘤(38.6%,246/637)为主。

2.2 Barthel指数评定结果

共发放637份问卷,回收有效问卷624份。具体总得分情况,低于20分5例(0.8%),21—40分9例(1.4%),31—60分14例(2.2%),>60分121例(19.1%),100分477例(76.4%)。

2.3 CCI结果

由于所有患者均有肿瘤基础病存在,因此,所有患者的CCI总分均≥2分,其中,患者总分为2分236例(37.0%),3分120例(18.8%),4—5分43例(6.8%),6分152例(23.9%),7分52例(8.2%),≥8分34例(5.3%)。除肿瘤(无论有无转移)基础病外,并发症的前五位分别为:糖尿病102例占16.0%(无并发症100例占15.7%,有并发症2例占0.3%),脑血管疾病(除外偏瘫)58例占9.1%,消化性溃疡病49例为7.7%,周围血管疾病30例占4.7%和心肌梗死25例占3.9%。见表2。

2.4 MDASI-TCM症状分布情况

此处有效问卷635份,共调查不适症状20项,其他未纳入项目由患者自己填写,结果显示,发生频率最高的症状前十位依次为疲劳乏力77.5%(492/635),其中4—6分即中等程度患者223例(35.1%),健忘62.0%(394/635),睡眠不安60.6%(385/635),口干56.4%(358/635),苦恼51.8%(329/635),胃口差51.7%(328/635),疼痛51.7%(328/635),咳嗽50.1%(318/635),气短49.9%(317/635)和怕冷49.0%(311/635)。所有症状的程度分级分布情况见表3。关于这些症状对肿瘤患者生活困扰的影响情况分析得出,症状困扰发生率较高的依次为情绪51.0%(324/635),走路47.4%(301/635),工作包括家务劳动47.1%(299/635),生活乐趣46.9%(298/

表1 637例老年肿瘤患者的基本信息

项目	例数	百分比(%)
性别		
男	340	53.4
女	297	46.6
年龄(岁)		
65—74	423	66.4
75—84	192	30.1
≥85	22	3.5
文化程度		
小学及以下	207	32.5
初中	123	19.3
高中	119	18.7
大专及以上	188	29.5
目前是否工作		
是	26	4.1
否	611	95.9
婚姻状况		
与配偶生活在一起	54	85.2
未与配偶生活在一起	24	3.8
丧偶或无配偶	70	11.0
子女个数(个)		
0	6	1.0
1	108	17.0
2	271	42.5
3	134	21.0
≥4	118	18.5
肿瘤分布情况		
肺癌	226	35.5
乳腺癌	63	9.9
消化系统肿瘤	246	38.6
食管癌	58	9.1
胃癌	62	9.7
大肠癌	99	15.5
肝癌	11	1.7
胰腺癌	16	2.5
泌尿系统肿瘤	21	3.3
淋巴瘤	22	3.5
其他肿瘤	80	12.6
3个月前做过的治疗		
西医	276	43.3
中医药	108	17.0
中西医结合	104	16.3
无治疗	149	23.4
近2个月前做过的治疗		
西医	269	42.2
中医药	233	36.6
中西医结合	74	11.6
无治疗	61	9.6

635)和与他人关系 32.6%(207/635)。严重程度分布见表4。

2.5 肿瘤康复需求情况

42.2%(269/637)的肿瘤患者对治疗的期望是能够治愈肿瘤,42.7%(272/637)为控制肿瘤,15.1%(96/637)的患者希望提高生活质量。而绝大多数患者(283/637,44.4%)认为对生活质量影响最大的痛苦是没有控制的症状,其次为心情不

表2 637例患者内科并发症情况(Charlson并发症指数)

并发症	权重	例数	比例(%)
心肌梗死	1	25	3.9
充血性心脏衰竭	1	3	0.5
周围血管疾病	1	30	4.7
脑血管疾病(除外偏瘫)	1	58	9.1
痴呆	1	2	0.3
慢性阻塞性肺疾病	1	24	3.8
结缔组织疾病	1	3	0.5
消化性溃疡疾病	1	49	7.7
轻度肝脏疾病	1	19	3.0
(单纯肝硬化、不合并门脉高压)			
糖尿病(无并发症)	1	100	15.7
糖尿病伴有器官损害	2	2	0.3
偏瘫	2	2	0.3
中重度肾脏疾病	2	4	0.6
恶性肿瘤(无转移)	2	389	61.1
白血病	2	0	0.0
淋巴瘤/多发性骨髓瘤	2	10	1.6
中重度肝脏疾病(肝硬化合并门脉			
高压、伴随或不伴随出血)	3	12	1.9
恶性肿瘤(有转移)	6	231	36.3
获得性免疫缺陷综合征(AIDS)	6	0	0.0

表3 635例患者肿瘤常见症状及程度分布 [例(%)]

症状	例数(%)	1—3分	4—6分	7—10分
疲劳(乏力)	492(77.5)	214(33.7)	223(35.1)	55(8.7)
健忘	394(62.0)	227(35.7)	139(21.9)	28(4.4)
睡眠不安	385(60.6)	198(31.2)	144(22.7)	43(6.8)
口干	358(56.4)	186(29.3)	138(21.7)	33(5.2)
苦恼(心烦)	329(51.8)	211(33.2)	98(15.4)	20(3.1)
胃口差	328(51.7)	181(28.5)	112(17.6)	35(5.5)
疼痛	328(51.7)	173(27.2)	124(19.5)	31(4.9)
咳嗽	318(50.1)	201(31.7)	92(14.5)	24(3.8)
气短	317(49.9)	173(27.2)	115(18.1)	29(4.6)
怕冷	311(49.0)	157(24.7)	129(20.3)	24(3.8)
瞌睡(昏昏欲睡)	310(48.8)	196(30.9)	99(15.6)	14(2.2)
出汗	304(47.9)	195(30.7)	86(13.5)	23(3.6)
口苦	288(45.4)	178(28.0)	88(13.9)	22(3.5)
便秘	279(43.9)	160(25.2)	99(15.6)	20(3.1)
疼痛麻木感	283(43.9)	165(25.6)	86(13.3)	32(5.0)
心慌	269(42.4)	196(30.9)	64(10.1)	8(1.3)
悲伤	262(41.3)	180(28.3)	65(10.2)	17(2.7)
手足心热	221(34.8)	163(25.7)	50(7.9)	7(1.1)
恶心	184(29.0)	121(19.1)	7(1.1)	15(2.4)
呕吐	144(22.7)	101(15.9)	33(5.2)	10(1.6)
其他	47(7.4)	11(1.7)	28(4.4)	8(1.3)

表4 肿瘤症状对患者生活的影响及程度 [例(%)]

症状	例数(%)	1—3分	4—6分	7—10分
情绪	324(51.0)	212(33.4)	100(15.7)	12(1.9)
走路	301(47.4)	177(27.9)	90(14.2)	34(5.4)
工作	299(47.1)	162(25.5)	101(15.9)	35(5.5)
(包括家务劳动)				
生活乐趣	298(46.9)	174(27.4)	97(15.3)	27(4.3)
一般活动	279(43.9)	174(27.4)	85(13.4)	20(3.1)
与他人关系	207(32.6)	165(26.0)	31(4.9)	11(1.7)

好(82/637,12.9%)。在影响生活质量的^{最大痛苦}症状方面,疲乏无力(149/637,23.4%),疼痛(119/637,18.7%),失眠(58/637,9.1%),纳差(56/637,8.8%)和咳嗽(50/637,7.8%)。与MDSIA-TCM症状结果基本一致。见表5。结果显示,有超过一半的患者(334,52.4%)是了解康复相关知识的,且无论是否了解康复相关知识,83.7%(533/637)的患者表示愿意接受康复指导。除最希望得到康复指导外(372/637,58.4%)并希望得到肿瘤知识咨询(323/637,50.7%),营养指导(293/637,46.0%)和心理辅导(137/637,21.5%)。有81.0%的患者愿意接受中医康复,并希望能够达到增加免疫(461/637,72.4%),身体调节(390/637,61.2%),减轻症状(381/637,59.8%)和改善体力(339/637,53.2%)等目的。见表5。

3 讨论

根据WHO的定义,60—74岁为低龄老年人;75—89岁为老年人;≥90岁为长寿老年人或高龄老年人。我国也以60岁作为界定老年人的年龄标准。肿瘤是年龄相关疾病,有数据显示,60岁以后肿瘤的发病率显著增加,>65岁肿瘤发病率为<65岁人群的11倍^[8-9]。恶性肿瘤是影响老年人生命和健康最重要的因素之一。65岁以上人群最容易患癌症,其癌症发病率和死亡率最高。美国国立癌症研究所1994—1998年癌症发病死亡监测数据显示,将近60%新诊断的恶性肿瘤患者和全癌死亡的70%患者都是属于65岁以上人口。美国国家综合癌症网络(National Comprehensive Cancer Network,NCCN)发布的各版老年肿瘤指南中均强调了老年肿瘤患者的特殊性。

本次调查研究采用多种调查问卷全面了解老年肿瘤康复治疗^{的现状和需求}。ADL评分结果显示有95.5%的老年患者日常生活能力为良好。由于参与填写问卷的患者多为门诊患者,因此我们认为,该结果与研究采取的便利抽样调查方法有极大关系。ADL^[10]作为国内外评估老年人自理能力的最常用量表被诸多医疗机构和医生接受和认可,目前中国北京病案首页将ADL评估内容纳入其中,其评估具体实施由经过专业培训的护士完成。

研究表明老年肿瘤患者生存率低于非老年患者的主要原因之一为内科并发症的存在^[11]。对存在并发症存在的老年肿瘤患者进行积极的抗肿瘤治疗虽然可行有效,但治疗期间因并发症的存在导致死亡风险增大^[12]。因此,内科并发症的存在是肿瘤患者康复需求评估的一个重要方面。Charlson并发症指数能够体现老年肿瘤患者的内科并发症存在情况,但目前关于并发症影响老年肿瘤治疗策略的分层依据没有确立,需要进一步研究。

值得注意的是,在研究者自行设计的肿瘤康复问卷结果中,疲乏无力,疼痛,睡眠,纳差和咳嗽是影响患者生活质量

表5 患者目前肿瘤康复需求情况

项目	例数	百分比(%)
目前的治疗方式		
西医	294	46.2
中医药	284	44.6
中西医结合	38	6.0
无治疗	21	3.3
对治疗的期望		
治愈肿瘤	269	42.2
控制肿瘤	272	42.7
提高生活质量	96	15.1
对生活质量影响最大的痛苦		
生活不能自理	38	6.0
行走困难	60	9.4
记忆力减退	54	8.5
心情不好	82	12.9
消瘦	55	8.6
没有控制的 ^{症状}	283	44.4
影响生活质量的 ^{最大痛苦} 症状		
疲劳乏力	149	23.4
疼痛	119	18.7
失眠	58	9.1
纳差	56	8.8
咳嗽	50	7.8
便秘	33	5.2
烦躁	27	4.2
出汗	24	3.8
夜尿多	21	3.3
怕冷	11	1.7
腹泻	9	1.4
心悸	7	1.1
造成最大痛苦的原因		
肿瘤治疗	453	71.1
内科疾病	59	9.3
无人照顾	5	0.8
治疗经济负担	52	8.3
是否了解 ^{康复} 相关知识		
是	334	52.4
否	303	47.6
是否愿意接受 ^{康复} 指导		
是	533	83.7
否	104	16.3
希望得到哪些帮助		
康复指导	372	58.4
心理辅导	137	21.5
营养指导	293	46.0
肿瘤知识咨询	323	50.7
是否愿意接受 ^{中医} 康复治疗		
是	516	81.0
否	121	19.0
中医治疗的目的		
身体调节	390	61.2
改善体力	339	53.2
减轻症状	381	59.8
增加免疫	461	72.4

的最大痛苦症状。与MDASI-TCM量表中前十位的疲劳乏力、健忘、睡眠不安、口干、苦恼、胃口差、疼痛、气短、咳嗽和怕冷等结果基本一致。说明问卷具有较好的信度和效度。我们了解到老年肿瘤患者对于营养指导和心理治疗的需求也占有一定的比例。此外,内科并发症的存在必然导致合并用药的增加,需要进一步考虑基础用药与肿瘤治疗用药的关系来综合评估老年患者的状态。在以后的研究工作中,会继续对以上不足加以改进和完善。

癌症康复的概念在1971年由美国提出,是以提升患者生活质量为主旨的辅助治疗体系。康复治疗的目标应由医师、患者及家属等共同制定,在康复治疗方案实施的过程中,目标应反复权衡,使老年肿瘤患者达到最大程度的临床获益。除了对老年癌症患者进行包括年龄、生理功能、并发症等内容的综合评估^[13]以期制定最佳治疗策略外,癌症康复决策的重点应该为患者建立治疗信心并积极配合和参与治疗,除依从于临床治疗措施外,如何祛除癌症复发、转移的相关诱因是康复治疗中的重要部分,在美国NCCN survivorship(癌症幸存者临床实践指南)(https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/survivorship.pdf)中也明确指出:对于癌症患者,应通过预防、筛查、风险评估等方式来预防癌症的复发、第二癌症的发生。换言之,在老年肿瘤患者中,“带瘤生存”也将成为治疗的重点目标之一。中医注重整体,兼顾局部的特点使得中医康复治疗成为肿瘤康复领域的中药组成部分。林洪生等的研究发现中医肿瘤综合康复治疗可改善患者的生存质量^[14]。从调查结果中了解到,有81.0%的患者愿意接受中医康复,希望能够达到增加免疫,身体调节,减轻症状和改善体力等目的。

虽然老年肿瘤康复治疗的核心为提高患者的生活质量已成为业界共识,但临床实践中,患者的实际需求仍不能完全满足。我国老年肿瘤的康复治疗仍处在探索阶段,相关研究较少,但在肿瘤管理中具有很大的需求。我们应与心理学、营养学、老年学等多学科协作,共同探索中国的老年肿瘤康复医疗服务模式,为我国的肿瘤康复事业贡献力量。

参考文献

- [1] Silver JK, Baima J. Cancer prehabilitation: an opportunity to decrease treatment-related morbidity, increase cancer treatment options, and improve physical and psychological health outcomes[J]. *Am J Phys Med Rehabil*, 2013, 92(8):715—727.
- [2] Kudsk EG, Hoffmann GS. Rehabilitation of the cancer patient[J]. *Prim Care*, 1987, 14(2):381—390.
- [3] Chasen M, Bhargava R, MacDonald N. Rehabilitation for patients with advanced cancer[J]. *CMAJ*, 2014, 186(14):1071—1075.
- [4] Nusbaum NJ. Rehabilitation and the older cancer patient[J]. *Am J Med Sci*, 2004, 327(2):86—90.
- [5] 高亚南, 许永利, 陈雪丽. 老年综合评估在老年康复中的应用[J]. *中国康复理论与实践*, 2013, 5:452—456.
- [6] 蒋姗姗, 薛冬. 老年综合评估及其在老年肿瘤患者中的应用[J]. *世界科学技术-中医药现代化*, 2015, 12:2474—2479.
- [7] 赵翌, 刘基巍, Xin Shelly Wang, 等. 肿瘤常见症状及中医症状调查量表的设计[J]. *中华肿瘤防治杂志*, 2008, 11:861—863.
- [8] Balducci L. Management of cancer in the elderly[J]. *Oncology (Williston Park)*, 2006, 20(2):135—143.
- [9] Jemal A, Siegel R, Ward E, et al. Cancer statistics, 2007[J]. *CA Cancer J Clin*, 2007, 57(1):43—66.
- [10] Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function[J]. *JAMA*, 1963, 185:914—919.
- [11] Hurria A, Kris MG. Management of lung cancer in older adults[J]. *CA Cancer J Clin*, 2003, 53(6):325—341.
- [12] Monfardini S, Aversa SM, Zoli V, et al. Vinorelbine and prednisone in frail elderly patients with intermediate-high grade non-Hodgkin's lymphomas[J]. *Ann Oncol*, 2005, 16(8):1352—1358.
- [13] Xue D, Han SY, Jiang ST, et al. Comprehensive geriatric assessment and traditional Chinese medicine intervention benefit symptom control in elderly patients with advanced non-small cell lung cancer[J]. *Med Oncol*, 2015, 32(4):114.
- [14] 董倩, 刘娅宁, 吴皓, 等. 中医肿瘤综合康复治疗的尝试与初探[J]. *中国肿瘤临床与康复*, 2013, 1:76—79.