

• 论 著 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2025.12.019

真武汤联合离照散药灸治疗肝癌癌性腹水的疗效及其对血清 GP73、CEA 水平的影响*

宋春燕¹, 于光华², 宋 雪³, 赵 峰⁴

1. 河北省衡水市第四人民医院中医科, 河北衡水 053000; 2. 中国人民解放军第八十二集团军医院儿科, 河北保定 071000; 3. 河北省衡水市中医医院治未病科, 河北衡水 053000; 4. 河北省衡水市第四人民医院肿瘤科, 河北衡水 053000

摘要:目的 探讨真武汤联合离照散药灸治疗肝癌癌性腹水的疗效及其对血清高尔基体糖蛋白 73 (GP73)、癌胚抗原(CEA)水平的影响。方法 选取 2023 年 7 月至 2024 年 7 月河北省衡水市第四人民医院收治的 90 例肝癌癌性腹水患者作为研究对象, 采用随机数字表法分为药灸组、真武汤组和联合组, 每组 30 例。药灸组给予离照散药灸治疗, 真武汤组给予真武汤治疗, 联合组给予真武汤联合离照散药灸治疗。比较 3 组临床疗效、肝功能指标、血清肿瘤标志物、免疫指标、疼痛程度、卡氏功能状态(KPS)评分、腹围。结果 联合组总有效率高于药灸组和真武汤组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。3 组治疗后丙氨酸转氨酶(ALT)和天冬氨酸转氨酶(AST)水平均低于治疗前, 且联合组治疗后 ALT 和 AST 水平均低于药灸组和真武汤组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 3 组治疗后清蛋白(ALB)水平均高于治疗前, 且联合组治疗后 ALB 水平高于药灸组和真武汤组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。3 组治疗后血清 GP73、CEA 水平均低于治疗前, 且联合组治疗后血清 GP73、CEA 水平均低于药灸组和真武汤组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。3 组治疗后 $CD3^+$ 、 $CD8^+$ T 细胞百分比均低于治疗前, 且联合组治疗后 $CD3^+$ 、 $CD8^+$ T 细胞百分比均低于药灸组和真武汤组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 3 组治疗后 $CD4^+$ T 细胞百分比均高于治疗前, 且联合组治疗后 $CD4^+$ T 细胞百分比高于药灸组和真武汤组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。3 组治疗后数字评定量表(NRS)评分均低于治疗前, 腹围小于治疗前, 且联合组治疗后 NRS 评分低于药灸组和真武汤组, 腹围小于药灸组和真武汤组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 3 组治疗后 KPS 评分均高于治疗前, 且联合组治疗后 KPS 评分高于药灸组和真武汤组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论 真武汤联合离照散药灸治疗肝癌癌性腹水可有效缩小腹围, 降低血清肿瘤标志物水平, 改善肝功能和免疫功能, 具有一定临床应用价值。

关键词: 肝癌; 癌性腹水; 真武汤; 离照散药灸; 高尔基体糖蛋白 73; 癌胚抗原

中图法分类号: R735.7; R289 **文献标志码:** A **文章编号:** 1672-9455(2025)12-1680-06

Effect of Zhenwu decoction combined with Lizhao powder in the medicated moxibustion of liver cancer ascites and its influence on serum GP73 and CEA levels*

SONG Chunyan¹, YU Guanghua², SONG Xue³, ZHAO Feng⁴

1. Department of Traditional Chinese Medicine, the Fourth People's Hospital of Hengshui, Hengshui, Hebei 053000, China; 2. Department of Pediatrics, the 82nd Military Hospital of PLA, Baoding, Hebei 071000, China; 3. Department of Preventive Treatment, Hengshui Hospital of Traditional Chinese Medicine, Hengshui, Hebei 053000, China; 4. Department of Oncology, the Fourth People's Hospital of Hengshui, Hengshui, Hebei 053000, China

Abstract: **Objective** To investigate the efficacy of Zhenwu decoction combined with Lizhao powder in the medicated moxibustion of liver cancer ascites and its effect on serum levels of Golgi glycoprotein 73 (GP73) and carcinoembryonic antigen (CEA). **Methods** A total of 90 patients with liver cancer ascites admitted to the Fourth People's Hospital of Hengshui from July 2023 to July 2024 were selected as the research objects, and they were divided into medicated moxibustion group, Zhenwu decoction group and combined group by random number table method, with 30 cases in each group. The medicated moxibustion group was treated with medication-moxibustion of Lichao powder, the Zhenwu decoction group was treated with Zhenwu decoction, and the

* 基金项目: 河北省中医药管理局中医药类科学研究课题计划项目(2024513)。

作者简介: 宋春燕, 女, 副主任医师, 主要从事中医内科(肿瘤学)方面的研究。

网络首发 <http://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1167.R.20250425.1400.006.html>(2025-04-25)

combined group was treated with Zhenwu decoction combined with Lichao powder. The clinical efficacy, liver function indexes, serum tumor markers, immune indexes, pain degree, Karnofsky performance status (KPS) score and abdominal circumference were compared among the three groups. **Results** The total effective rate of the combined group was higher than that of the medicated moxibustion group and Zhenwu decoction group, and the differences were statistically significant ($P<0.05$). The levels of alanine aminotransferase (ALT) and aspartate aminotransferase (AST) in the three groups after treatment were lower than those before treatment, and the levels of ALT and AST in the combined group after treatment were lower than those in the medicated moxibustion group and Zhenwu decoction group, and the differences were statistically significant ($P<0.05$). After treatment, the albumin (ALB) levels of the three groups were higher than those before treatment, and the ALB level of the combined group was higher than that of the medicated moxibustion group and Zhenwu decoction group, and the differences were statistically significant ($P<0.05$). After treatment, the levels of GP73 and CEA in the three groups were lower than those before treatment, and the levels of GP73 and CEA in the combined group were lower than those in the medicated moxibustion group and Zhenwu decoction group, and the differences were statistically significant ($P<0.05$). After treatment, the percentages of $CD3^{+}$ and $CD8^{+}$ T cells in the three groups were lower than those before treatment, and the percentages of $CD3^{+}$ and $CD8^{+}$ T cells in the combined group were lower than those in the medicated moxibustion group and Zhenwu decoction group, and the differences were statistically significant ($P<0.05$). After treatment, the percentage of $CD4^{+}$ T cells in the three groups was higher than that before treatment, and the percentage of $CD4^{+}$ T cells in the combined group was higher than that in the medicated moxibustion group and Zhenwu decoction group, and the differences were statistically significant ($P<0.05$). After treatment, the numerical rating scale (NRS) scores of the three groups were lower than those before treatment, and the abdominal circumference was lower than that before treatment, and the NRS score of the combined group was lower than that of the medicated moxibustion group and the Zhenwu decoction group, and the abdominal circumference was lower than that of the medicated moxibustion group and the Zhenwu decoction group, and the differences were statistically significant ($P<0.05$). The KPS scores of the three groups after treatment were higher than those before treatment, and the KPS scores of the combined group after treatment were higher than those of the medicated moxibustion group and Zhenwu decoction group, and the differences were statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** Zhenwu decoction combined with Lizhao powder moxibustion in the treatment of liver cancer ascites can effectively reduce abdominal circumference, reduce serum tumor marker levels, improve liver function and immune function, and has certain clinical application value.

Key words: liver cancer; cancerous ascites; Zhenwu decoction; medicated moxibustion with Lizhao powder; Golgi glycoprotein 73; carcinoembryonic antigen

腹水是肝癌晚期常见的并发症,其腹部疼痛、尿量减少和腹胀等症状会进一步导致患者恶心、呕吐和食欲减退,严重影响患者的生活质量,严重的腹水甚至可能威胁患者生命^[1]。目前,化疗、剖腹手术、利尿剂和腹腔静脉分流术等已被用于缓解肝癌癌性腹水的相关症状,但只能缓解症状,不能解决根本问题,因此,寻找能够有效控制癌性腹水的治疗手段至关重要^[2]。根据传统中医理论,癌性腹水属于中医学“臌胀”范畴,其临床特征符合“臌胀”“积聚”的描述^[3]。癌性腹水的核心病机在于肝、脾、肾的功能失调:癌症损害肝、脾,导致水湿内停;病情进一步发展可致血瘀,反过来导致脾气更虚。由于肝、脾、肾三者相互关联,肾阳不足和命门火衰会进一步削弱脾阳,形成恶性循环,最终导致腹水加重^[4]。因此,治疗癌性腹水应以滋肾柔肝、固本利水为主。真武汤源于《伤寒杂

病论》,适合用于脾肾阳虚型的“臌胀”,对肝癌癌性腹水有一定的改善作用^[5]。离照散药灸是一种中医外治法,通过在疾病相关穴位贴敷离照散进行艾灸,促进机体气血运行,可达到镇痛利湿、行气化瘀的疗效。但真武汤联合离照散药灸作为一种新型中医治疗方案,在临床实践中尚未得到验证,因此本研究旨在探讨该治疗方案的确切疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2023 年 7 月至 2024 年 7 月河北省衡水市第四人民医院收治的 90 例肝癌癌性腹水患者作为研究对象,采用随机数字表法分为药灸组、真武汤组和联合组,每组 30 例。纳入标准:(1)符合原发性肝癌合并腹水的诊断标准^[6-7],中医辨证分型符合臌胀的气滞湿阻证。主症:①腹部胀满,按压时无明显硬块;②肋下有胀满感或疼痛;③食欲不振,食

量减少,进食后腹胀加重,嗳气或排气后稍有缓解;④舌苔薄白而腻。次症:①下肢出现水肿;②小便量少;③脉象弦紧。具备主症中的 2 项加上次症中的 2 项,或者主症第 1 项加上次症中的 3 项即可确诊。(2)预计生存期>3 个月;(3)入组前 1 个月内未经其他方式治疗。排除标准:(1)有肝癌结节破裂征象;(2)存在酒精、药物滥用或依赖;(3)肿瘤体积>肝脏体积的

70%;(4)合并心、肾严重功能障碍;(5)非肝癌导致的腹水;(6)存在沟通障碍;(7)合并其他部位肿瘤。3 组性别、年龄、体质量指数(BMI)、腹水病程、病灶最大径、Child-Pugh 分级比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。见表 1。所有研究对象均知情同意并签署知情同意书。本研究经河北省衡水市第四人民医院医学伦理委员会审核批准(20230537)。

表 1 3 组患者一般资料比较[n(%)或 $\bar{x}\pm s$]

组别	n	性别		年龄(岁)	BMI(kg/m ²)
		男	女		
联合组	30	18(60.00)	12(40.00)	52.60±5.27	24.63±1.29
药灸组	30	16(53.33)	14(46.67)	52.43±5.82	24.82±1.16
真武汤组	30	14(46.67)	16(53.33)	51.93±5.56	24.59±1.22
χ^2/t		1.071		0.118	0.302
P		0.585		0.889	0.740

组别	n	腹水病程 (月)	病灶最大径 (cm)	Child-Pugh 分级		
				A 级	B 级	C 级
联合组	30	19.25±4.69	5.19±1.13	8(26.67)	14(46.67)	8(26.67)
药灸组	30	18.87±4.43	5.15±1.08	6(20.00)	17(56.67)	7(23.33)
真武汤组	30	19.06±4.82	5.21±1.14	10(33.33)	14(46.67)	6(20.00)
t/ χ^2		0.050	0.022	1.690		
P		0.951	0.978	0.431		

1.2 治疗方法 所有患者均接受常规西药治疗,施行腹水抽取术,于腹腔内依次注入顺铂(每次 60 mg)、白细胞介素-2(每次 100 万 U),第 1、8 天给药,每 3 周重复,连续 2 个疗程。药灸组:给予离照散药灸治疗,取穴:中脘、神阙、关元。离照散组方:生黄芪 10 g、桂枝 10 g、龙葵 10 g、川椒目 10 g、细辛 3 g、甘遂 3 g。将所有药材研成细末,加水调制,取适量涂抹于无菌敷贴,药泥直径 1.5 cm,厚度约 2.0 mm。由河北省衡水市第四人民医院中药制剂室统一制作。嘱患者取仰卧位,先清洁皮肤,对穴位按摩 5 min,再将无菌敷贴贴于上述穴位,然后将艾条放置于无菌敷贴上,点燃艾条顶端。当患者感到温热不适时,及时更换新的艾条并继续施灸,每个穴位 20 min,1 次/d。真武汤组:给予真武汤治疗。真武汤组方:白芍 12 g、白术 12 g、制附子 10 g、茯苓 12 g、黄芩 10 g、制半夏 10 g、大黄 10 g、生姜 5 g。将药物置于 500 mL 水中煎至 100 mL,1 剂/d,分早、晚服用。联合组:给予真武汤联合离照散药灸治疗,用药方案同上。治疗周期:每个疗程 3 周,共治疗 2 个疗程。

1.3 观察指标 (1)临床疗效^[8]。显效:积分降低≥70%,腹水量减少≥50%,症状基本消失;有效:30%≤积分降低<70%,腹水量减少<50%,症状明显减轻;无效:未达到上述标准。总有效率=(显效例

数+有效例数)/总例数×100%。(2)肝功能指标。采集所有患者治疗前后静脉血 3 mL,采用全自动生化分析仪检测血清清蛋白(ALB)、丙氨酸转氨酶(ALT)、天冬氨酸转氨酶(AST)水平。(3)血清肿瘤标志物:采集所有患者治疗前后静脉血 2 mL,采用酶联免疫吸附试验检测高尔基体糖蛋白 73(GP73)、癌胚抗原(CEA)水平。(4)免疫指标:采集所有患者治疗前后静脉血 3 mL,采用流式细胞仪检测 CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺T 细胞百分比。(5)疼痛程度:采用数字评定量表(NRS)^[9]对所有患者治疗前后进行疼痛评分,无痛:0 分;轻度疼痛:1~3 分,此时虽有疼痛但仍在可忍受范围内,不影响患者睡眠和日常生活;中度疼痛:4~6 分,疼痛明显且难以忍受,需使用止痛药物才能缓解;重度疼痛:7~10 分,疼痛剧烈,可能伴随自主神经紊乱或疼痛性休克等症状。(6)生活能力:采用卡氏功能状态(KPS)^[10]评分对所有患者进行评价,分 10 个等级,共 100 分。分数越高表明生活能力越好。(7)腹围:分别于晨起排尿、排便后测量所有患者治疗前后的腹围,连续测量 3 次取平均值。

1.4 统计学处理 采用 SPSS 27.0 统计软件进行数据分析处理。符合正态分布的计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,多组间比较采用单因素方差分析,多组间两两比较采用 SNK- q 检验,组内比较采用配对 t 检验。计数

资料以例数或百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验,等级资料比较采用秩和检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 3 组临床疗效比较 联合组总有效率高于药灸组和真武汤组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

2.2 3 组治疗前后 AST、ALT 和 ALB 水平比较 3 组治疗前 AST、ALT 和 ALB 水平比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。3 组治疗后 AST、ALT 水平均低于治疗前,且联合组治疗后 AST、ALT 水平均低

药灸组和真武汤组,差异均有统计学意义($P<0.05$);3 组治疗后 ALB 水平高于治疗前,且联合组治疗后 ALB 水平均高于药灸组和真武汤组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 2 3 组临床疗效比较[n(%)]					
组别	n	显效	有效	无效	总有效
联合组	30	20(66.67)	9(30.00)	1(3.33)	29(96.67)*
药灸组	30	12(40.00)	10(33.33)	8(26.67)	22(73.33)
真武汤组	30	14(46.67)	9(30.00)	7(23.33)	23(76.67)

注:与药灸组和真武汤组比较,* $P<0.05$ 。

表 3 3 组治疗前后 AST、ALT 和 ALB 水平比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	ALB(g/L)		AST(U/L)		ALT(U/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	30	20.84±3.85	38.85±3.75* [#]	48.85±5.43	22.91±3.11* [#]	49.16±6.23	23.57±3.02* [#]
药灸组	30	21.03±4.02	34.22±3.62*	48.66±5.22	29.24±3.24*	48.83±5.94	30.37±3.46*
真武汤组	30	20.88±3.82	34.09±3.52*	48.51±5.54	29.31±3.15*	48.93±5.88	30.62±3.25*
F		0.020	16.727	0.030	40.393	0.024	45.494
P		0.980	<0.001	0.971	<0.001	0.977	<0.001

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$;与药灸组和真武汤组治疗后比较,[#] $P<0.05$ 。

2.3 3 组治疗前后血清 GP73、CEA 水平比较 3 组治疗前血清 GP73、CEA 水平比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。3 组治疗后血清 GP73、CEA 水平均低于治疗前,且联合组治疗后血清 GP73、CEA 水平均低于药灸组和真武汤组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 4。

表 4 3 组治疗前后血清 GP73、CEA 水平比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	GP73(ng/mL)		CEA(μg/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	30	221.52±26.82	121.58±15.65* [#]	28.93±4.59	10.19±2.14* [#]
药灸组	30	223.42±25.47	165.63±20.87*	29.16±4.68	14.26±2.57*
真武汤组	30	224.64±28.43	163.49±18.44*	29.09±5.13	14.16±2.28*
F		0.102	54.405	0.018	29.606
P		0.903	<0.001	0.982	<0.001

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$;与药灸组和真武汤组治疗后比较,[#] $P<0.05$ 。

2.4 3 组治疗前后 CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺ T 细胞百分

比比比较 3 组治疗前 CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺ T 细胞百分比比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。3 组治疗后 CD3⁺、CD8⁺ T 细胞百分比均低于治疗前,且联合组治疗后 CD3⁺、CD8⁺ T 细胞百分比均低于药灸组和真武汤组,差异均有统计学意义($P<0.05$);3 组治疗后 CD4⁺ T 细胞百分比均高于治疗前,且联合组治疗后 CD4⁺ T 细胞百分比高于药灸组和真武汤组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 5。

2.5 3 组 NRS 评分、KPS 评分、腹围比较 3 组治疗前 NRS 评分、KPS 评分及腹围比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。3 组治疗后 NRS 评分均低于治疗前,腹围均小于治疗前,且联合组治疗后 NRS 评分均低于药灸组和真武汤组,腹围小于药灸组和真武汤组,差异均有统计学意义($P<0.05$);3 组治疗后 KPS 评分高于治疗前,且联合组治疗后 KPS 评分高于药灸组和真武汤组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 6。

表 5 3 组治疗前后 CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺ T 细胞百分比比较($\bar{x}\pm s, \%$)

组别	n	CD3 ⁺ T 细胞		CD4 ⁺ T 细胞		CD8 ⁺ T 细胞	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	30	62.62±5.28	54.19±3.95* [#]	28.68±4.62	47.85±4.11* [#]	27.58±4.13	21.28±3.25* [#]
药灸组	30	60.85±6.54	57.42±4.27*	28.75±4.90	42.63±3.95*	27.44±3.95	24.67±3.72*
真武汤组	30	61.82±5.52	57.25±4.18*	28.79±5.10	42.39±4.26*	27.72±4.24	24.36±3.49*
F		0.699	5.796	0.004	16.918	0.035	8.642
P		0.500	0.004	0.996	<0.001	0.966	<0.001

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$;与药灸组和真武汤组治疗后比较,[#] $P<0.05$ 。

表 6 3 组治疗前后 NRS 评分、KPS 评分及腹围比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	NRS 评分(分)		KPS 评分(分)		腹围(cm)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	30	6.15±1.23	3.44±0.59* [#]	53.12±5.72	74.93±6.51* [#]	96.35±8.26	87.26±3.74* [#]
药灸组	30	6.11±1.18	4.13±0.87*	52.76±5.62	63.30±6.09*	95.83±8.54	90.25±4.11*
真武汤组	30	6.09±1.20	4.08±0.77*	52.91±6.03	63.15±6.27*	96.73±8.58	90.19±4.03*
F		0.019	7.847	0.029	34.608	0.086	5.580
P		0.981	0.001	0.971	<0.001	0.918	0.005

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$;与药灸组和真武汤组治疗后比较,[#] $P<0.05$ 。

3 讨 论

目前,临床治疗肝癌癌性腹水的方法有腹腔穿刺、服用利尿剂等,虽在一定程度上减少了腹水量,但总体疗效有限^[11-12]。中医认为,癌症患者体内气机因积聚而受阻,导致水液运行不畅;脾为后天之本,癌症中晚期患者脾气亏虚,气虚无力推动水液正常运行,进而造成水液停滞,形成腹水;腹水的出现进一步加重了气机阻滞,由此形成了恶性循环^[13]。因此,治疗肝癌癌性腹水应健脾益气扶正,气行则水行。真武汤方中白芍疏肝解郁止痛、敛阴止汗;制附子回阳救逆,补火助阳;白术、茯苓可健脾宁心、补益气血、利水祛湿;黄芩清热燥湿、泻火解毒;制半夏可去除体内湿气、化解痰浊,调理气机,消痞散结;大黄可清热凉血,促进大便通畅,活血化瘀,疏经通络;生姜散寒解表,降逆止呕。全方配伍,共同发挥温补肝脾、行气利水之效。离照散药灸中的生黄芪利水消肿、补气升阳;桂枝可发表解肌,驱散寒邪,活血化瘀,增强阳气,促进气化;龙葵清热解毒、利水消肿;川椒目利水消肿,祛痰平喘;细辛祛风、散寒、止痛、温肺祛痰;甘遂泻水逐饮,消肿散结。以上 6 种药材联合应用共奏利湿行气、消肿止痛、健脾温肾的功效。同时,中脘穴是小肠经、三焦经、胃经、任脉交会穴,与 4 条经脉气相通,具有健脾利水、理气化痰之功;神阙邻近消化器官,通过温养神阙,可强脾健胃、利水消肿、行气止痛等;关元穴为元阴元阳之气闭藏之门户,艾灸关元能增强命门真火,促进小肠的吸收功能,补气补血,主治诸虚百损^[14]。三穴配合离照散药灸,可在患处发挥药物、热疗和穴位刺激 3 种疗效。孙思邈在《千金方》中说:“针灸而不药,药而不针灸,尤非良医也……知针知药,固是良药”。《针灸逢源》中也强调针灸与汤液是中医治疗中相辅相成、不可偏废的 2 种重要治疗方法。中药汤剂可通过内服,经消化系统吸收后进入血液循环,到达全身各处;药灸在局部穴位产生温热刺激的同时,药物的有效成分也渗透到组织中,与汤剂配合从整体上调节身体机能^[15]。本研究结果显示,联合组治疗总有效率较高,且腹围和 NRS 评分降低幅度更明显,表明真武汤联合离照散药灸治疗能够明显

改善肝癌癌性腹水患者的临床症状,疗效确切。

GP73 是一种跨膜糖蛋白,在正常肝脏的干细胞中表达较少,在肝癌患者的干细胞中表达明显上调,已被提议作为肝癌的标志物^[16]。CEA 最初于结肠癌组织中被发现,后来在胰腺癌、胃癌、肝癌等癌症中常发现其水平升高,因此被作为辅助诊断肝癌的标志物^[17-18]。联合组治疗后血清 AST、ALT、GP73、CEA 水平均低于药灸组和真武汤组,ALB 水平均高于药灸组和真武汤组,表明真武汤联合离照散药灸治疗不仅可以改善肝癌癌性腹水患者的肝功能,还有助于降低血清肿瘤指标水平。究其原因,桂枝中的桂枝皮醛等成分有助于控制肿瘤生长和改善肝功能^[19];白芍具备明显的抗肿瘤和保护肝脏的功效^[20];茯苓多糖可通过加速免疫细胞的增殖与分化,提升抗体数量,从而有效抑制癌细胞扩散^[21]。同时,在指定穴位处进行药灸,药灸产生的温热作用刺激穴位,改善机体气血运行,从而提升疗效。本研究还观察到,联合组治疗后 CD3⁺、CD8⁺T 细胞百分比降低幅度和 CD4⁺T 细胞百分比升高幅度更为明显,表明真武汤联合离照散药灸治疗有助于改善肝癌癌性腹水患者的免疫功能,这是由于黄芩、茯苓等药材配合穴位药灸治疗,可达到固本培元、补益回阳的作用,从而提高机体免疫力。联合组治疗后 KPS 评分升高,提示真武汤联合离照散药灸治疗可有效提高肝癌癌性腹水患者的生活质量。

综上所述,真武汤联合离照散药灸治疗肝癌癌性腹水可有效减小患者腹围,改善其肝功能和免疫功能,具有一定临床应用价值。但本研究仍存在不足,如未对长期疗效进行随访观察,本研究样本量偏小,后续需进行大样本研究以确定该治疗方案的疗效。

参考文献

[1] IKEGAMI T,ISHIKI H,KADONO T,et al. Narrative review of malignant ascites:epidemiology,pathophysiology, assessment, and treatment[J]. Ann Palliat Med, 2024,13(4):842-857.

[2] HAN F,GUO J,MU M,et al. Mechanism of ozone alleviation of malignant ascites in hepatocellular carcinoma

through the inhibition of neutrophil extracellular traps [J]. PNAS Nexus, 2023, 2(9):pgad280.

[3] 贺忠宁,程孟祺,石伯伦,等. 基于“诸湿肿满,皆属于脾”辨治癌性腹水[J]. 辽宁中医杂志, 2024, 51(4):22-25.

[4] 张帆,陈斌,伍玉南,等. 原发性肝癌并腹水的中医临床用药规律分析[J]. 肿瘤防治研究, 2019, 46(10):901-904.

[5] 江巍,陈瑞,刘先姜. 真武汤联合穴位敷贴治疗原发性肝癌合并腹水的效果[J]. 保健医学研究与实践, 2023, 20(5):57-60.

[6] 中华人民共和国国家卫生健康委员会医政医管局. 原发性肝癌诊疗指南(2022 年版)[J]. 中华消化外科杂志, 2022, 21(2):143-168.

[7] 中国中西医结合学会消化疾病专业委员会. 肝硬化腹水的中西医结合诊疗共识意见[J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(9):1171-1174.

[8] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2002:243-252.

[9] 王春梅,陈弟洪,刘燕,等. 活动性疼痛管理在肺癌术后肺康复相关活动中的应用研究[J]. 实用医院临床杂志, 2023, 20(4):73-77.

[10] 王倩,蒋思雨,刘倩希,等. 加味麦门冬汤联合安罗替尼治疗晚期驱动基因阴性非小细胞肺癌临床疗效[J]. 陕西中医, 2024, 45(8):1048-1051.

[11] 任素华,杨春旭,魏晓. 解表剂桂枝汤加味治疗晚期肝癌合并腹水的临床疗效及对血清炎症因子影响分析[J]. 广州中医药大学学报, 2023, 40(5):1096-1103.

[12] 宋媛,谢蓝珠,黄明辉,等. CHG 抗菌透明敷料联合吸收性明胶海绵在癌性腹水患者腹腔穿刺拔管后渗液中的应用效果[J]. 中国医药导报, 2024, 21(4):183-187.

[13] 张晔铭,郑红刚,贺用和. 贺用和治疗原发性肝癌腹水的经验[J]. 湖南中医药大学学报, 2021, 41(5):746-748.

[14] 陈作海,王月明,冯丽娟,等. 穴位贴敷治疗肝硬化腹水临床研究进展[J]. 国际中医中药杂志, 2022, 44(12):1451-1454.

[15] 代冉冉,王欣君. 针药结合疗法的指导理论及其临床应用策略[J]. 南京中医药大学学报, 2023, 39(7):606-612.

[16] GATSELIS N K, ZACHOU K, GIANNOULIS G, et al. Serum cartilage oligomeric matrix protein and golgi protein-73: New diagnostic and predictive tools for liver fibrosis and hepatocellular cancer [J]. Cancers (Basel), 2021, 13(14):3510-3526.

[17] 张利勇,李耿,王超. 原发性肝癌患者血清 FGF19、GP73、LPA 的水平及临床意义[J]. 临床肿瘤学杂志, 2023, 28(12):1030-1034.

[18] 庞玉珍,殷彦华,王婷婷,等. 彩超联合血清 AFP、CEA 及 HBV-DNA 对原发性肝癌的诊断价值[J]. 中国实验诊断学, 2022, 26(2):199-202.

[19] 阳国彬,刘玉芳. 《伤寒论》桂枝汤类方辨治肝癌并发症体会[J]. 中医药通报, 2017, 16(6):26-28.

[20] 贾岚,王蕾蕾,孟靓,等. 白芍对酒精性肝损伤肝阴虚证的保护功效和机制[J]. 北京中医药大学学报, 2020, 43(3):203-211.

[21] 关玉婷,温思萌,冯雪,等. 茯苓渣多糖组成分析及体外抗癌、免疫活性研究[J]. 食品工业科技, 2022, 43(21):381-387.

(收稿日期:2024-11-23 修回日期:2025-03-18)

(上接第 1679 页)

[11] ZHANG Y, XU Y, DIAN Z, et al. Prevalence and genotype distribution of human papillomavirus infection among 40 613 women: an outpatient-based population study in Kunming, Yunnan [J]. Front Public Health, 2022, 10:922587.

[12] GUAN P, HOWELL-JONES R, LI N, et al. Human papillomavirus types in 115 789 HPV-positive women: a meta-analysis from cervical infection to cancer [J]. Int J Cancer, 2012, 131(10):2349-2359.

[13] ZHAO F H, TIGGELAAR S M, HU S Y, et al. A multi-center survey of age of sexual debut and sexual behavior in Chinese women: suggestions for optimal age of human papillomavirus vaccination in China [J]. Cancer Epidemiol, 2012, 36(4):384-390.

[14] LI J, GAO J J, LI N, et al. Distribution of human papillomavirus genotypes in western China and their association with cervical cancer and precancerous lesions [J]. Arch Virol, 2021, 166(3):853-862.

[15] WANG Y, MENG Y F, LI W D, et al. Prevalence and characteristics of hrHPV Infection among 414 540 women: a multicenter study in central and eastern China [J]. J Cancer, 2019, 10(8):1902-1908.

[16] 丁家伟,王佳,杨舒,等. 昆明地区 18 449 例医院就诊患者 HPV 检出情况分析 with 疫苗接种建议[J]. 昆明医科大学学报, 2023, 44(3):81-86.

[17] WU E Q, LIU B, CUI J F, et al. Prevalence of type-specific human papillomavirus and pap results in Chinese women: a multi-center, population-based cross-sectional study [J]. Cancer Cause Control, 2013, 24(4):795-803.

[18] 高超,赵丹青,孙磊,等. 505 例女性体检人群人乳头状瘤病毒感染情况及基因亚型分布[J]. 贵州医科大学学报, 2019, 44(11):1330-1333.

[19] LEE S A, KANG D, SEO S S, et al. Multiple HPV infection in cervical cancer screened by HPV DNAChip [J]. Cancer Lett, 2003, 198(2):187-192.

[20] SCHMITT M, DEPUYDT C, BENOY I, et al. Multiple HPV infections with high viral loads are associated with cervical lesions but do not differentiate grades of cervical abnormalities [J]. J Clin Microbiol, 2013, 51(5):1458-1464.

(收稿日期:2024-11-12 修回日期:2025-04-06)