

八珍汤加减联合针灸治疗气血两虚型癌因性疲乏对患者疲乏程度及生活质量的影响观察

谷 宁, 程艳野, 王振祥, 李志刚*

(河南中医药大学第三附属医院, 河南 郑州 450008)

【摘要】目的 探究八珍汤加减联合针灸治疗气血两虚型癌因性疲乏(CRF)对患者疲乏程度及生活质量的影响。**方法** 选取160例气血两虚型 CRF 患者作为研究对象,按照随机数字法分为对照组、针灸组、中药组及联合组,各40例。对照组采用常规治疗,针灸组在对照组基础上联合针灸治疗,中药组在对照组基础上联合八珍汤加减口服治疗,联合组在对照组基础上采用八珍汤加减口服联合针灸治疗,均治疗2个疗程,共14 d。比较两组治疗前后中医证候积分、疲乏程度[Piper疲乏修订量表评分(PFS-R)]、营养状态[总蛋白(TP)、白蛋白(Alb)、血红蛋白(Hb)]、免疫功能[白细胞表面分化抗原3(CD₃⁺)、CD₄⁺、CD₈⁺、自然杀伤细胞(NK)]、生活质量[欧洲癌症研究与治疗组织肺癌患者生存质量量表(EORTC QLQ-30)]。**结果** 治疗14 d后,针灸组、中药组及联合组各项中医证候积分、PFS-R、EORTC QLQ-30 中症状评分均降低,且联合组最低($P<0.05$),中药组与针灸组均低于对照组($P<0.05$),组间差异无统计学意义($P>0.05$);针灸组、中药组及联合组外周血 TP、Alb、Hb、CD₃⁺、CD₄⁺、NK 水平均升高,且联合组 $>$ 中药组 $>$ 针灸组($P<0.05$),外周血 CD₈⁺均降低,且联合组 $<$ 中药组 $<$ 针灸组($P<0.05$);针灸组、中药组及联合组 EORTC QLQ-30 中功能及总体健康评分均升高,且联合组最高($P<0.05$),中药组与针灸组均高于对照组($P<0.05$),组间差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 八珍汤加减联合针灸应用于气血两虚型 CRF 患者,可有效调节患者免疫能力,增强患者营养,改善患者疲乏程度,进而提高患者生活质量。

【关键词】 肺癌; 癌因性疲乏; 气血两虚型; 八珍汤; 针灸; 疲乏程度; 生活质量

DOI 标识:doi:10.3969/j.issn.1008-0805.2024.13.16

【中图分类号】R246 **【文献标识码】**A **【文章编号】**1008-0805(2024)13-3009-05

调查显示,2018 年中国新发恶性肿瘤患者占全球 23.7%,其死亡率高达 30.0%,严重危及我国群众身体健康。目前临床对恶性肿瘤晚期患者行放化疗治疗,虽可有效提高中位生存期,但约 80% 以上患者易并发癌因性疲乏(CRF),因该症表现出持续性主观疲劳,降低患者放化疗治疗积极性,同时困扰患者而产生负性情绪,严重影响其生活质量^[1,2]。目前临床针对 CRF 没有明确药物治疗,仅能通过对症治疗缓解患者症状,且服用药物会产生一定副作用^[3]。中医学将 CRF 归于“虚劳”范畴,肿瘤的发生以正气不足为根本原因,而放化疗治疗属攻伐之物,正邪交争而加剧气血损耗,致使五脏失调,气血生化不足而无法濡养脏腑、脑络及全身而引发“虚劳”之症,由此该症以气血虚损为主要病机,补气益血为主要治则^[4]。八珍汤由补气四君子与补血四物联合配伍,注重气血双补,临床已应用于急性淋巴细胞白血病、中晚期宫颈癌放化疗等患者,通过提高机体免疫力与造血功能而发挥较好疗效^[5,6],同时针灸疗法亦能有效改善气血两虚型疾病临床症状^[7,8]。中药汤药为内治之法,灌注体内而

注重濡养脏腑,促进气血生化,针灸为外治之法,以体表腧穴注重通经活络而使气血运行畅达,由此本研究联合中医内外之法,探究八珍汤加减与针灸合用对 CRF 患者临床症状的改善效果,以此为临床治疗 CRF 提供新的治疗思路,同时为中医药改善气血两虚型 CRF 患者提供临床数据支撑。现将报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2022 年 1 月至 2023 年 12 月收治 160 例气血两虚型 CRF 患者作为研究对象,按照随机数字法分为对照组、针灸组、中药组及联合组,各 40 例。两组基线资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。见表 1。

1.2 诊断标准

西医诊断标准:符合《肿瘤临床诊疗指南》^[9]中相关肿瘤诊断标准,并经过病理或组织学确诊。同时符合第 10 次国际疾病分类修订会议(ICD-10)^[10]所提出关于 CRF 诊断标准制定。

收稿日期:2024-03-12; 修订日期:2024-09-04

基金项目:国家中医优势专科建设项目(国中医药政函[2024]90号);河南省中医药管理局科学研究专项课题(2022zy1095)

作者简介:谷 宁(1980-),女(汉族),河南南阳人,河南中医药大学第三附属医院主治医师,硕士学位,主要从事各系统肿瘤及消化内科疾病临床治疗研究工作。

*通讯作者简介:李志刚(1964-),男(汉族),河南周口人,河南中医药大学第三附属医院主任医师,硕士学位,主要从事各系统肿瘤及消化内科疾病临床治疗研究工作。

中医诊断标准:参照《中药新药临床研究指导原则》^[11]中气虚证及血虚证辨证标准。主证:神疲体倦、懒言乏力、头晕目眩、气短声低、心悸、面淡无华;次证:

自汗、健忘、手足麻木、食少纳呆、夜寐难安;舌象:舌质淡;脉象:脉细或虚。

表 1 两组患者基线资料比较($\bar{x} \pm s$)

组别	病例数			年龄/岁	Kamofsky 评分	肿瘤分类/例					TNM 分期/例	
	n	男	女			肺癌	胃癌	结直肠癌	乳腺癌	其他癌	Ⅲ	Ⅳ
联合组	40	24	16	61.67 ± 8.17	54.63 ± 11.53	15	4	11	5	5	27	13
中药组	40	19	21	60.87 ± 9.01	55.89 ± 12.07	16	6	9	7	2	31	9
针灸组	40	23	17	62.53 ± 8.46	53.14 ± 11.74	18	3	8	4	7	24	16
对照组	40	21	19	61.07 ± 8.61	55.51 ± 12.88	17	5	7	6	5	28	12

1.3 纳入与排除标准

1.3.1 纳入标准

(1)同时符合上述西、中诊断标准;(2)年龄 > 18 岁;(3)预估生存期 ≥ 3 个月;(4)Kamofsky 评分 ≥ 50 分;(5)患者及家属接受研究方案,且签署知情同意书。

1.3.2 排除标准

(1)存在近 3 个月内接受其他疗法者,如中药益气补血法等;(2)施针部位存在局部感染者;(3)存在研究药物过敏史者;(4)合并内分泌系统或免疫系统病变者;(5)合并原发性抑郁、焦虑者;(6)存在近 1 个月内经历重大变故者;(7)伴随心肝肾等严重器质性病变者;(8)合并精神性疾病者。

1.4 治疗方法

1.4.1 对照组

对照组予常规西医支持治疗及对症处理,包括抗肿瘤治疗后并发症处理,心理咨询,肿瘤合并症治疗等。予以患者甘露聚糖肽(江苏苏中药业,H20003532)20 mg 静脉滴注,1 次/d,7d 为 1 个疗程,连续治疗 2 个疗程。

1.4.2 针灸组

在对照组基础上联合针灸治疗,穴位选取中脘、关元、气海、天枢、足三里、血海、三阴交。具体操作:病人取平卧位,以一次性无菌针灸针(无锡佳健医疗,0.30 mm × 40 mm)垂直进针,足三里、血海以提插补法行针,三阴交以平补平泻手法行针,留针 30 min,15 min 后行针 1 次,中脘、关元、气海、天枢予以艾箱悬灸,30min/次,上述针灸疗法 1 次/d。7d 为 1 个疗程,连续治疗 2 个疗程。

1.4.3 中药组

在对照组基础上联合八珍汤加减口服治疗,方剂组成:大枣 2 枚,生姜 3 片,炙甘草 6g,熟地、川芎各 10 g,党参、茯苓、白术、白芍、当归各 15 g,统一由河南中医药大学第三附属医院煎药房代煎,水煎液滤取 400ml,早晚 2 次温服。7d 为 1 个疗程,连续治疗 2 个疗程。

1.4.4 联合组

在对照组基础上联合针灸与八珍汤加减口服治疗,治疗方案与针灸组及中药组保持一致。7d 为 1 个疗程,连续治疗 2 个疗程。

1.5 观察指标

1.5.1 中医证候积分

于治疗前及治疗 14 d 后,依据《中药新药临床研究指导原则》^[11]对中医证候进行量化评分,主证:神疲体倦、懒言乏力、面淡无华、头晕目眩、气短声低、心悸等 6 项,依据病情由“无”“轻”“中”“重”依次赋值 0、2、4、6 分记,总分 0 ~ 48 分;次证:自汗、食少纳呆、夜寐难安、健忘、手足麻木等 5 项,依据病情由“无”“轻”“中”“重”依次赋值 0、1、2、3 分记,总分 0 ~ 15 分。

1.5.2 疲乏程度

于治疗前及治疗 14 d 后,采用 Piper 疲乏修订量表(PFS-R)^[12]评定患者疲乏程度,该量表包括认知、感觉、情绪、行为 4 个维度,共 22 项,每项 0 ~ 10 分,总疲乏评分为 22 项评分之平均值,分值越高则疲乏程度越严重,其详细疲乏细则为:0 ~ 3 分,轻度疲乏;4 ~ 6 分,中度疲乏;≥ 7 分,重度疲乏。

1.5.3 营养状态

于治疗前及治疗 14 d 后,取患者空腹血 3 ml,离心(3600 r/min,10 min,离心半径 10 cm)后取上层血清,以全自动生化分析仪测定总蛋白(TP)、白蛋白(Alb)、血红蛋白(Hb)。

1.5.4 免疫功能

于治疗前及治疗 14 d 后,抽取患者空腹静脉血 3 mL,采用贝克曼公司 CytoFLEX 型流式细胞仪测定患者白细胞表面分化抗原 3(CD₃⁺)、CD₄⁺、CD₈⁺、自然杀伤细胞(NK)水平。

1.5.5 生活质量

于治疗前及治疗 14 d 后,采用欧洲癌症研究与治疗组织生存质量量表(EORTC QLQ-30)^[13],该量表包含功能、症状及总体健康 3 方面,共 30 项条目,其中症状为负向评分,分值越高,症状越严重,其余均为正向评分,分值越高表明患者功能及健康程度越高。

1.6 统计学处理

采用 IBM SPSS Statistics 26.0 进行数据分析,计数资料、等级资料以[n(%)]表示,行 χ^2 检验分析计数资料,Mann-Whitney U 检验分析等级资料,计量资料(符合正态分布)以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间对比行独立样本 t

检验,同组内对比行配对样本 t 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 中医证候积分比较

治疗 14 d,四组神疲体倦、头晕目眩、心悸等证候积分比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),联合组、中药组与针灸组各项证候积分均低于治疗前,差异有统计学意义($P < 0.05$),且联合组最低($P < 0.05$),中药组与针灸组均低于对照组($P < 0.05$),但组间比较差异无统计学意义($P > 0.05$);对照组次证证候积分低于治疗前,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

2.2 疲乏程度比较

治疗 14 d 后,四组各项 PFS-R 及总分比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),联合组、中药组与针灸组 PFS-R 评分及总分均低于治疗前,差异有统计学意义

($P < 0.05$),且联合组最低($P < 0.05$),中药组与针灸组均低于对照组($P < 0.05$),但组间比较差异无统计学意义($P > 0.05$);对照组各项 PFS-R 及总分与治疗前比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。见表 3。

表 2 各组治疗前后中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	时间	主证	次证
联合组	治疗前	18.87 ± 4.29	9.29 ± 2.28
	治疗后	11.54 ± 3.64 ^{abcd}	3.51 ± 1.87 ^{abcd}
中药组	治疗前	19.32 ± 3.94	9.47 ± 2.53
	治疗后	13.89 ± 3.12 ^{ab}	5.06 ± 2.18 ^{ab}
针灸组	治疗前	18.96 ± 4.21	9.39 ± 2.29
	治疗后	14.27 ± 3.26 ^{ab}	4.94 ± 1.98 ^{ab}
对照组	治疗前	18.79 ± 4.36	9.17 ± 2.86
	治疗后	17.42 ± 4.09 ^{cd}	8.07 ± 1.89 ^{cd}

与治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组比较,^b $P < 0.05$;与针灸组比较,^c $P < 0.05$;与中药组比较,^d $P < 0.05$; $n = 40$

表 3 各组疲乏程度比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	时间	行为	情感	感觉	认知	总分
联合组	治疗前	5.77 ± 0.81	6.92 ± 1.07	5.91 ± 1.23	6.64 ± 1.18	6.24 ± 1.41
	治疗后	2.71 ± 0.49 ^{abcd}	2.38 ± 0.52 ^{abcd}	2.77 ± 0.43 ^{abcd}	2.59 ± 0.51 ^{abcd}	2.45 ± 0.67 ^{abcd}
中药组	治疗前	5.63 ± 0.92	7.02 ± 1.16	5.83 ± 1.16	6.51 ± 1.23	6.99 ± 1.38
	治疗后	3.21 ± 0.62 ^{ab}	3.97 ± 0.87 ^{ab}	3.68 ± 0.75 ^{ab}	3.72 ± 0.87 ^{ab}	3.58 ± 0.69 ^{ab}
针灸组	治疗前	5.82 ± 0.84	6.96 ± 1.09	5.96 ± 1.19	6.58 ± 1.17	6.32 ± 1.36
	治疗后	3.36 ± 0.67 ^{ab}	4.03 ± 0.82 ^{ab}	3.74 ± 0.81 ^{ab}	3.68 ± 0.79 ^{ab}	3.81 ± 0.65 ^{ab}
对照组	治疗前	5.72 ± 0.88	7.14 ± 1.21	6.02 ± 1.21	6.61 ± 1.09	6.49 ± 1.44
	治疗后	5.26 ± 0.78 ^{cd}	6.59 ± 0.92 ^{cd}	5.87 ± 1.03 ^{cd}	6.12 ± 0.98 ^{cd}	5.94 ± 1.27 ^{cd}

与治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组比较,^b $P < 0.05$;与针灸组比较,^c $P < 0.05$;与中药组比较,^d $P < 0.05$; $n = 40$

2.3 营养状态比较

治疗 14 d 后,四组各项营养状态指标比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),联合组、中药组与针灸组外周血 TP、Alb、Hb 水平均高于治疗前,差异有统计学意义

($P < 0.05$),且联合组 > 中药组 > 针灸组 > 对照组($P < 0.05$);对照组均低于治疗前,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。见表 4。

表 4 各组血常规指标比较($\bar{x} \pm s$)

ng · L⁻¹

组别	时间	TP	Alb	Hb
联合组	治疗前	58.61 ± 5.77	33.19 ± 2.69	117.74 ± 11.56
	治疗后	67.28 ± 6.29 ^{abcd}	38.65 ± 3.07 ^{abcd}	135.53 ± 12.41 ^{abcd}
中药组	治疗前	59.35 ± 5.59	32.83 ± 2.84	120.36 ± 12.06
	治疗后	64.45 ± 6.14 ^{abc}	36.14 ± 3.16 ^{abc}	129.71 ± 11.75 ^{abc}
针灸组	治疗前	58.97 ± 5.68	33.31 ± 2.97	118.82 ± 11.54
	治疗后	61.67 ± 6.16 ^{ab}	34.67 ± 3.03 ^{ab}	124.37 ± 12.16 ^{ab}
对照组	治疗前	59.19 ± 5.71	32.69 ± 2.89	119.64 ± 11.68
	治疗后	56.74 ± 6.98 ^c	31.36 ± 3.21 ^c	114.86 ± 15.35 ^c

与治疗前比较,^a $P < 0.05$ 与对照组比较,^b $P < 0.05$;与针灸组比较,^c $P < 0.05$;与中药组比较,^d $P < 0.05$; $n = 40$

2.4 免疫功能比较

治疗 14 d 后,四组各项免疫功能指标比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),联合组、中药组与针灸组外周血 CD₃⁺、CD₄⁺、NK 水平均高于治疗前,差异有统计学意义($P < 0.05$),且联合组 > 中药组 > 针灸组 > 对照

组($P < 0.05$),外周血 CD₈⁺ 水平均降低,差异有统计学意义($P < 0.05$),且联合组 < 中药组 < 针灸组 < 对照组($P < 0.05$);对照组 CD₃⁺、CD₄⁺、CD₈⁺、NK 水平均低于治疗前,差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 5。

表 5 各组免疫功能比较($\bar{x} \pm s$)

%

组别	时间	CD ₃ ⁺	CD ₄ ⁺	CD ₈ ⁺	NK
联合组	治疗前	38.58 ± 5.84	28.57 ± 4.21	44.25 ± 5.13	20.06 ± 3.89
	治疗后	56.64 ± 6.46 ^{abcd}	38.93 ± 5.62 ^{abcd}	36.58 ± 5.43 ^{abcd}	29.21 ± 4.92 ^{abcd}
中药组	治疗前	39.17 ± 6.12	27.96 ± 4.03	45.68 ± 5.24	19.86 ± 4.07
	治疗后	51.72 ± 6.31 ^{abc}	36.27 ± 5.81 ^{abc}	39.86 ± 5.64 ^{abc}	25.06 ± 5.37 ^{abc}
针灸组	治疗前	38.26 ± 6.04	29.15 ± 4.11	44.92 ± 5.07	20.35 ± 4.13
	治疗后	46.83 ± 6.83 ^{ab}	33.82 ± 4.86 ^{ab}	42.61 ± 5.21 ^{ab}	22.57 ± 4.86 ^{ab}
对照组	治疗前	38.87 ± 5.91	28.83 ± 3.98	45.52 ± 5.19	20.24 ± 3.95
	治疗后	36.42 ± 6.07 ^{cd}	26.15 ± 4.85 ^{cd}	44.28 ± 5.34 ^{cd}	19.29 ± 5.02 ^{cd}

与治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组比较,^b $P < 0.05$;与针灸组比较,^c $P < 0.05$;与中药组比较,^d $P < 0.05$;n = 40

2.5 生活质量比较

治疗 14 d 后,四组生活质量评分比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),联合组、中药组与针灸组 EORTC QLO - C30 功能及总体健康评分均高于治疗前,差异有统计学意义($P < 0.05$),且联合组最高,中药组与针灸组均高于对照组($P < 0.05$),两组间比较差异无统计学意义($P > 0.05$);EORTC QLO - C30 症状评分均低

于治疗前,差异有统计学意义($P < 0.05$),且联合组最低,中药组与针灸组均低于对照组($P < 0.05$),两组间比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);对照组 EORTC QLO - C30 功能及总体健康评分均高于治疗前, EORTC QLO - C30 症状评分均低于治疗前,差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 6。

表 6 各组 EORTC QLO - C30 评分比较($\bar{x} \pm s$)

分

组别	时间	功能	症状	总体健康
联合组	治疗前	42.68 ± 5.12	36.86 ± 3.67	44.86 ± 4.82
	治疗后	51.82 ± 5.89 ^{abcd}	27.86 ± 5.61 ^{abcd}	57.16 ± 5.17 ^{abcd}
中药组	治疗前	41.06 ± 5.36	36.52 ± 3.81	44.68 ± 4.77
	治疗后	47.89 ± 6.21 ^{abc}	30.27 ± 5.32 ^{abc}	52.21 ± 4.98 ^{abc}
针灸组	治疗前	41.83 ± 5.42	37.17 ± 3.91	45.63 ± 5.21
	治疗后	46.86 ± 6.17 ^{ab}	31.08 ± 5.19 ^{ab}	51.93 ± 4.85 ^{ab}
对照组	治疗前	42.12 ± 5.37	36.63 ± 3.79	44.86 ± 5.37
	治疗后	44.06 ± 6.35 ^{cd}	33.37 ± 4.15 ^{cd}	46.27 ± 5.05 ^{cd}

与治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组比较,^b $P < 0.05$;与针灸组比较,^c $P < 0.05$;与中药组比较,^d $P < 0.05$;n = 40

3 讨论

恶性肿瘤在中医学中归属于“积聚”范畴,《医宗必读》有载:“积之成也,正气不足,而后邪气踞之”,以此可知积聚之证,本在正气不足,而后受邪气侵扰所致,治疗中所有抗癌药物属攻伐之品,其性刚烈而易累及素体,故而正邪交争,伤脾而使健运失司,后天生化不足,致气滞血瘀,损及脏腑,故而诱发虚劳之证,况脾胃不足本就多有积聚之证,由此积聚而虚劳者,受攻伐而重创正气,因以缓解虚劳为首,补气益血、扶助正气为其治则。

研究发现四组中医证候积分及 PFS - R 评分虽均较治疗前降低,但以联合组最低,中药组虽低于针刺组,但组间差异不具统计学意义。八珍汤加减以党参、白术、茯苓、甘草配伍四君子汤,联合当归、川芎、白芍、熟地配伍四物汤,以生姜、大枣加味,其中党参味甘入脾肺,注重调和中焦脾胃而补肺益气,善治虚劳内伤之证;白术主入脾经,甘温以健脾益气,味苦以燥湿利水,茯苓利水渗湿力强,兼具宁心、健脾之效,两者共司健脾化湿之功;当归主入肝经,甘温补血养血,辛温活血散瘀,与白芍共司合营生血之功,川芎为血中气药,行散力甚而善

于活血止痛之效,兼具补肝血,治血虚之能;熟地入肝肾,善于益阴补血之效,养肾髓、生精血而补五脏;生姜温肺散寒,大枣善调和营卫,与甘草既司补中益气之功,兼以调和药性,由此诸药共奏健脾养血,补中益气之效。而针刺取中脘,以胃之募,腑之会,具和胃健脾之效,配足三里可疏利中焦气机、补中益气;关元为任脉与足三阴之交,具有补肾培元、温阳固脱之效,配足三里、三阴交与天枢既能补肾固本、补益元气之功,兼具调和脾胃之效,其中天枢善于理气活血,三阴交功在补益肝、肾、脾之阴而具行气活血、疏经通络之能;气海为先天元气聚集之处,善于补益元气,配足三里与关元而具益气升阳之效;血海可调经统血而引血归脾,具健脾化湿之效,由此诸穴合用,主以调和中焦气机,补肝血、益肾髓。现代医学研究证实,八珍汤可通过调节肌酸激酶水平而实现缓解运动性疲劳的功效^[14],同时以该组方可破坏肿瘤组织而发挥抗肿瘤及保护脾脏功效,且可有效降低化疗毒副作用^[15]。由此可见,八珍汤加减联合针灸应用于 CRF 患者对疲乏、心悸等临床症状具有确切改善效果,进而有效降低患者疲乏程度,其疗效均优于单独中药、针灸及常规疗法。

CRF 患者因放化疗而影响其营养摄入,出现贫血

症而使外周血 TP、Alb、Hb 水平降低,同时出现免疫紊乱而打破 CD_3^+ 、 CD_4^+ 、 CD_8^+ 平衡,导致免疫力下降而使 NK 处于低水平,药理研究证实,八珍汤喂饲血虚证大鼠可有效改善机体免疫功能,其机制通过提高体内混合脾淋巴细胞分泌集落刺激因子水平以实现,同时可刺激红细胞生成素活性而发挥补血养血功效^[16];白术多糖可通过调节肿瘤坏死因子- α (TNF- α)及白细胞介素-6(IL-6)水平,进而激活 NK、T 淋巴细胞等增殖活性而增强免疫应答反应,发挥这一功效的机制是通过介导 Toll 样受体(TLR)4/p38 丝裂原活化蛋白激酶(MAPK)/核因子- κ B 通路而实现^[17,18];党参具有提高红细胞免疫系统功能,同时其水煎液喂饲 CTX 化疗小鼠,可显著增强巨噬细胞吞噬功能,改善免疫力而发挥抗 CTX 免疫抑制作用^[19,20]。同时医学研究证实,刺激足三里穴可改善机体免疫功能,其机制为针刺传导可激活大脑负责免疫活动区域,从而传导至脾脏,促进 NK 等免疫细胞水平升高,增强机体免疫力,同时研究证实刺激该穴位可促进垂体分泌 P 物质水平增加而调节免疫抑制作用^[21,22];另有研究经针刺胃癌大鼠足三里及三阴交穴,发现机体免疫球蛋白含量明显升高,同时可有效调节 CD_4^+ / CD_8^+ 平衡而促进免疫功能恢复^[23]。经治疗 14 d 后发现,四组营养状态及免疫功能指标结果均提示,联合组患者营养及免疫力的改善效果优于另 3 组,中药组优于针灸组且仅次于联合组,由此可见,八珍汤加减联合针灸应用于 CRF 患者,可有效增强机体免疫能力,同时提高机体 TP、Alb、Hb 水平,进而发挥补血益气之效,联合组对免疫功能及营养状态的改善效果最佳,而中药组效果优于针灸组。同时 EORTC QLO-C30 评分结果显示四组患者生活质量的改善效果以联合组为佳,而中药组与针灸组间差异无统计学意义,但均高于对照组,由此提示中医药疗法均可有效改善 CRF 患者症状,提高患者生活质量,但以八珍汤加减联合针灸组最优。

综上所述,八珍汤加减联合针灸应用于 CRF 患者,可有效提高患者外周血 TP、Alb、Hb 水平而增强患者营养状态,同时调节 CD_3^+ 、 CD_4^+ 、 CD_8^+ 、NK 等免疫细胞而增强免疫功能,进而改善患者神疲劳倦等临床症状,其疗效以针药联合之法为优。

参考文献:

- [1] 王宁,刘硕,杨雷,等. 2018 全球癌症统计报告解读[J]. 肿瘤综合治疗电子杂志,2019,5(1):87.
- [2] 张剑军,钱建新. 中国癌症相关性疲乏临床实践诊疗指南(2021 年版)[J]. 中国癌症杂志,2021,31(9):852.
- [3] 崔军正,吕全军,李玉萍,等. 营养状况及膳食因素与癌因性疲乏的研究现状[J]. 现代预防医学,2020,47(6):1008.
- [4] 杨丽惠,王曼,周天,等. 基于“大病直灸”理论探讨灸法治癌因性疲乏[J]. 中医杂志,2019,60(14):1194.
- [5] 牛占恩,井大新,许崇艳. 八珍汤加减方结合化疗方案序贯治疗气阴两虚型急性淋巴细胞白血病患者临床疗效分析[J]. 中国实验血液学杂志,2022,30(1):119.
- [6] 吴艳芳,陈蓉. 八珍汤加味联合放疗治疗中晚期宫颈癌疗效及对患者细胞免疫水平和营养状态的影响[J]. 陕西中医,2022,43(8):1052.
- [7] 侯转转,许世兵,俞惠达,等. 通督调任针刺法治疗气血亏虚型颈性眩晕随机对照研究[J]. 中华中医药杂志,2023,38(3):1387.
- [8] 黄建福,刘建浩,谭春风,等. 针灸配合八珍汤合天麻钩藤饮加减治疗气血两虚型帕金森病的临床研究[J]. 中国中医基础医学杂志,2020,26(8):1134.
- [9] 于世英,胡国清. 肿瘤临床诊疗指南[S]. 北京:科学出版社,2013:1741.
- [10] Portenoy RK, Itri LM. Cancer-related fatigue: guidelines for evaluation and management[J]. Oncologist, 1999,4(1):1.
- [11] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[S]. 北京:中国医药科技出版社,2002:378.
- [12] 孙琳,夏文杰,崔倩倩,等. 2 种筛查工具在肺癌化疗患者癌症相关性疲乏筛查中的效果比较[J]. 中华现代护理杂志,2024,30(2):171.
- [13] 黄子寅,培尔顿·米吉提,凯比努尔·艾尔肯. EORTC QLQ-C30 量表汇总评分在中国结直肠癌患者中的验证[J]. 中华肿瘤防治杂志,2022,29(16):1171.
- [14] 李瑞,舒萍. 八珍汤配合强化营养及抗阻运动训练治疗老年慢性心力衰竭合并肌肉减少症疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志,2020,29(3):268.
- [15] 段胜红,龙再慧,向秋月,等. 八珍汤联合体外高频治疗对恶性肿瘤增效减毒作用分析[J]. 吉林中医药,2023,43(12):1424.
- [16] 李津,殷璐璐,张春,等. 八珍汤对肺癌化疗致白细胞减少症临床疗效及部分机制研究[J]. 世界中医药,2020,15(1):94.
- [17] Son YO, Kook SH, Lee JC. Glycoproteins and Polysaccharides are the Main Class of Active Constituents Required for Lymphocyte Stimulation and Antigen-Specific Immune Response Induction by Traditional Medicinal Herbal Plants[J]. J Med Food, 2017, 20(10):1011.
- [18] 江勇,朱大袂,刘礼剑. 白术多糖通过调控 TLR4/NF- κ B 信号通路对重症急性胰腺炎大鼠肠黏膜免疫屏障的影响[J]. 中成药,2021,43(3):624.
- [19] 谷巍,孙明杰,王丽荣,等. 4 味常见中药对免疫抑制小鼠免疫功能及肠道菌群的影响[J]. 中国畜牧兽医,2019,46(1):147.
- [20] 夏召弟,马若斯,王凤云,等. 党参免疫调节活性及其机制的研究进展[J]. 中草药,2023,54(13):4334.
- [21] 王巍. 益气扶正解毒汤结合足三里穴位注射复方当归注射液治疗晚期胃癌患者疗效及对肿瘤标志物、免疫功能的影响[J]. 辽宁中医杂志,2021,48(12):129.
- [22] 肖逸,周竞颖,尹鸿智,等. 电针“内关”“足三里”对功能性消化不良大鼠胃窦组织胃肠激素的影响[J]. 中国针灸,2023,43(12):1435.
- [23] 单远奎,郭俊华,李光. 足三里穴位注射喘可治注射液联合常规治疗对肺肾气虚型慢性阻塞性肺疾病患者的临床疗效[J]. 中成药,2019,41(4):799.
- [24] 罗业洁,许东涵,黄安,等. 中医药治疗胃癌的临床研究进展[J]. 中华中医药学刊,2023,41(7):145.

(责任编辑:杜国安)