

· 指南与规范 ·

DOI: 10.12449/JCH240509

原发性肝癌中医诊疗指南

中华中医药学会肝胆病分会

通信作者: 李秀惠, lixihui@sohu.com (ORCID: 0000-0002-6707-1693)

摘要: 原发性肝癌是我国最常见的恶性肿瘤之一,严重威胁人民的生命健康。近年来,随着基础及临床研究的开展,原发性肝癌的诊疗手段不断丰富。中医药在原发性肝癌诊疗领域发挥了重要作用,但目前尚无统一的辨治及疗效评价标准。为进一步规范原发性肝癌的中医诊疗,根据中医标准化和相关技术指导文件的要求,起草组通过文献研究、专家访谈、问卷调查、共识会议等方式编写本指南,供临床医师参考。本指南经中华中医药学会批准发布,标准编号:T/CACM 1575—2024。

关键词: 肝肿瘤; 中医; 诊疗准则

Guideline for traditional Chinese medicine diagnosis and treatment of primary liver cancer

Branch of Hepatobiliary Diseases, China Association of Chinese Medicine

Corresponding author: LI Xiuhui, lixihui@sohu.com (ORCID: 0000-0002-6707-1693)

Abstract: Primary liver cancer is one of the most common malignant tumors in China and has been a major threat to human health. With advances in the basic and clinical research on primary liver cancer in recent years, the diagnosis and treatment methods for primary liver cancer have been constantly enriched. Traditional Chinese medicine (TCM) has played an important role in the diagnosis and treatment of primary liver cancer, but there is still a lack of standardized guidelines for syndrome differentiation-based treatment and response evaluation criteria. In order to further standardize the TCM diagnosis and treatment of primary liver cancer, the drafting group developed this guideline through literature review, expert interviews, questionnaire surveys, and consensus meetings based on the requirements of TCM standardization and related technical guidance documents, so as to provide a reference for clinicians. This guideline has been approved by China Association of Chinese Medicine, with the standard number of T/CACM1575—2024.

Key words: Liver Neoplasms; Traditional Chinese Medicine; Practice Guideline

原发性肝癌是目前我国第4位常见恶性肿瘤及第2位肿瘤致死病因,严重威胁我国人民的生命和健康^[1-3]。根据国家癌症中心数据统计,2020年我国肝癌新发病例数41万,死亡人数39万,分别占中国男性癌症死亡人数的第2位、女性癌症死亡人数的第5位。原发性肝癌的治疗需要多学科合作,有序组合、规范化应用肝切除术、肝移植术、消融治疗、经动脉化疗栓塞、放射治疗、系统抗肿瘤治疗、中医中药等疗法可获最佳长期疗效。

中医对原发性肝癌的治疗有丰富的临床经验,结合病因病机特点,在不同的阶段,根据不同的中医辨证,采取的治法不同。中医药治疗肝癌在改善症状、减少不良反应、延长生存期、改善生活质量等方面临床疗效显著,

但目前尚无统一的辨证及疗效评价标准,缺少高水平的循证医学依据。

为进一步规范原发性肝癌的中医诊疗,本文件起草组在系统文献荟萃和历代专家经验继承的基础上,结合近年原发性肝癌中医药防治进展,遵照循证医学方法编写本文件(附录A),共回答了原发性肝癌治疗中涉及的13个临床问题(附录B),供临床医师参考。

1 范围

本文件规定了原发性肝癌临床诊疗的中医诊断、治疗和调护。

本文件适用于原发性肝癌患者的临床诊疗。

本文件适合各级医院及社区卫生服务中心中医科等相关科室临床医师以及从事临床教学、科研等工作使用。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中,注日期的引用文件,仅该日期对应的版本适用于本文件;不注日期的引用文件,其最新版本(包括所有的修改单)适用于本文件。

《GB/T 1.1—2020 标准化工作导则第1部分:标准化文件的结构和起草规则》^[4]

《GB/T 16751.1 中医临床诊疗术语 第1部分:疾病》^[5]

《GB/T 16751.2 中医临床诊疗术语 第2部分:证候》^[6]

《GB/T 15657—2021 中医病证分类与代码》^[7]

《GB/T 7714—2015 文后参考文献著录规则》^[8]

3 术语和定义

《GB/T 16751.1》和《GB/T 16751.2》界定的以及下列术语和定义适用于本文件。

3.1 原发性肝癌 原发于肝脏的恶性肿瘤。包括肝细胞癌(hepatocellular carcinoma, HCC)、肝内胆管癌(intrahepatic cholangiocarcinoma, ICC)和HCC-ICC混合型3种不同病理学类型。

3.2 肝积 因多种原因导致肝络瘀滞不通,肝体失却柔润,疏泄失职。以右胁痛,或胁下肿块,腹胀纳少及肝瘀证候为主要表现的积聚类疾病^[9]。

3.3 癥瘕 触及腹腔内有形可征的包块,一般为有形之邪搏结,如血瘀、虫积、食积、燥屎、痰凝等^[9]。

3.4 栓塞后综合征 为原发性肝癌患者在经动脉化疗栓塞(transarterial chemoembolization, TACE)后出现的不良反应,表现为发热、恶心、呕吐、肝区疼痛、腹胀、厌食等症状^[10]。

4 中医病名诊断

原发性肝癌可归属于“肝积”“癥瘕”“肝癌”等范畴。

推荐意见1:原发性肝癌的中医病名可以为“肝积”“癥瘕”“肝癌”。

5 中医病因病机

肝癌多由于素体亏虚,或久病体弱,或情志怫郁,或饮食不节、嗜酒过度,或感受邪毒,而致正虚邪实,气滞、

瘀血、痰湿、热毒纠缠日久而成积。正如《医宗必读》曰:“积之成也,正气不足而后邪气居之。”肝癌的病因病机错综复杂,本虚为根,因虚而患,因虚致实。病理表现为浊毒内结,气滞血瘀,脉络瘀阻。疾病初期机体气、血、阴、阳之虚与毒、瘀、痰、滞之实尚可交争,至晚期肝脾肾俱损,气血生化乏源,邪毒炽盛,丛生积聚、癥瘕、黄疸、鼓胀、血证等变证。故而肝癌临证表现不一,中医证候多样,治疗总以扶正祛邪为大法。扶正多用健脾、益气、养阴、补血、温阳等,祛邪多用行气、活血、化瘀、化湿、解毒、清热、散结等,临证需处理好扶正与祛邪的关系。

推荐意见2:原发性肝癌的中医病因病机:毒邪留滞,损耗正气,虚损生积。

6 中医证候诊断

6.1 概述 参照《原发性肝癌诊疗指南(2022年版)》^[3]和《原发性肝癌中西医结合介入诊疗专家共识》^[11]。综合分析1984—2022年国内生物医学期刊发表的有关中医药及中西医结合治疗原发性肝癌的临床研究文献,通过出现频数和应用病例统计中医证型诊断标准,具体内容见6.2~6.6。

6.2 肝气郁结证 临床表现:胁肋胀痛,痛无定处,脘腹胀满,胸闷,善太息,急躁易怒。舌质淡红,苔薄白,脉弦。

6.3 气滞血瘀证 临床表现:胸胁胀闷窜痛、刺痛,上腹肿块,疼痛固定拒按,或胸胁掣痛,入夜尤甚,或见肝掌、蜘蛛痣和腹壁青筋暴露,甚则肌肤甲错。舌暗或暗红,有瘀斑或瘀点,舌下静脉延长、增粗或迂曲,舌苔薄白或薄黄,脉弦细或细涩无力。

6.4 湿热毒蕴证 临床表现:右胁胀痛灼热,纳呆,脘闷,大便秘结或黏滞不爽,或发热,口苦口干,心烦易怒,小便黄。舌质红,苔黄腻,脉数或滑。

6.5 肝郁脾虚证 临床表现:胸腹胀满,消瘦乏力,倦怠短气,腹胀纳少,进食后胀甚,口干不喜饮,大便溏数,小便黄短,甚则出现腹水、黄疸、下肢浮肿。舌体胖,舌苔白,脉弦细。

6.6 肝肾阴虚证 临床表现:颧红口干,潮热或手足心热,烦躁不眠,纳呆厌食,便秘,腹胀、腹大,青筋暴露,四肢消瘦,肢肿,短气喘促,甚则神昏谵语,齿衄鼻衄,或二便下血。舌红少苔,脉细数无力。

推荐意见3:原发性肝癌临床常见中医证型有肝气郁结证、气滞血瘀证、湿热毒蕴证、肝郁脾虚证、肝肾阴虚证。但临床需注意兼证或合证,上述证型如出现兼杂,可根据临床表现辨证为复合证型。

7 中医治疗目标

病证结合,辨证论治,扶正祛邪,标本兼治,改善患者临床症状、改善肿瘤相关指标,减少肿瘤复发,提高患者生活质量,延长患者生存期。

8 治疗方案

8.1 西医治疗 凡符合《原发性肝癌诊疗指南》^[3]的原发性肝癌临床诊断标准,需要进行治疗的患者,可以根据病情选择外科治疗、消融治疗、TACE、放射治疗、系统抗肿瘤治疗[靶向、免疫、系统化疗及其他治疗(抗病毒以及保肝治疗、对症支持治疗)],具体方案可参照《原发性肝癌诊疗指南(2022年版)》^[3]。

8.2 中医辨证论治

8.2.1 概述 综合分析1984—2022年国内生物医学期刊发表的有关中医药及中西医结合治疗原发性肝癌的临床研究文献,参照《肿瘤中医诊疗指南》^[12]《恶性肿瘤中医诊疗指南》^[13]《原发性肝癌中西医结合介入诊疗专家共识》^[11]和《原发性肝癌中西医结合诊疗指南》^[14]。本文件中对症治疗的疗程约为7~14天,其他治疗目的一般以4~8周为一个疗程,阶段随访。抗肿瘤有效率是参照世界卫生组织实体肿瘤近期客观疗效评价标准或改良实体瘤疗效评价标准(modified response evaluation criteria in solid tumours, mRECIST),包括完全缓解、部分缓解、疾病稳定和疾病进展,客观有效率为完全缓解与部分缓解之和,疾病缓解率为完全缓解、部分缓解和疾病稳定之和^[15-16]。本文件中抗肿瘤有效率指客观有效率或疾病缓解率。

8.2.2 肝气郁结证

治法:疏肝解郁,理气消癥。

推荐方药:柴胡疏肝散加减^[17-21]。

组成:陈皮、柴胡、川芎、香附、枳壳、芍药、甘草等。

证据级别:Ⅱ级,强推荐。

柴胡疏肝散联合TACE治疗能提高疾病缓解率^[17-20],提高患者生活质量^[17]。联合芬太尼贴治疗原发性肝癌癌性疼痛,能显著降低芬太尼贴的使用量^[21]。

8.2.3 气滞血瘀证

治法:活血化瘀,软坚散结。

推荐方药:血府逐瘀汤合鳖甲煎丸加减^[22-23]。

组成:桃仁、红花、当归、生地黄、牛膝、川芎、桔梗、赤芍、枳壳、甘草、柴胡、鳖甲(炙)、土鳖虫、蜂巢、黄芩、柴胡、干姜、大黄、桂枝、石韦、厚朴、半夏、人参、阿胶等。

证据级别:Ⅲ级,强推荐。

血府逐瘀汤能显著缓解原发性肝癌TACE术后肝区

疼痛^[22],提高患者生活质量^[22]。联合卡培他滨+奥沙利铂(capecitabine and oxaliplatin, XELOX)化疗治疗原发性肝癌能提高疾病缓解率^[23],提高患者生活质量^[23]。

8.2.4 湿热毒蕴证

治法:清热利湿,解毒消癥。

推荐方药:茵陈蒿汤合五苓散加减^[24-26]。

组成:茵陈蒿、大黄、栀子、猪苓、茯苓、白术、泽泻、桂枝等。

证据级别:Ⅲ级,强推荐。

茵陈蒿汤加减联合常规保肝退黄治疗原发性肝癌相关黄疸能提高有效率^[24-26],降低总胆红素水平^[24,26]。

8.2.5 肝郁脾虚证

治法:疏肝健脾,理气消癥。

推荐方药:逍遥散加减^[27-33]。

组成:柴胡、当归、白芍、党参、白术、茯苓、甘草等。

证据级别:Ⅱ级,强推荐。

逍遥散联合TACE/消融治疗能提高客观有效率^[34],提高患者生活质量^[27-33],降低术后恶心呕吐、肝区痛等不良反应的发生率^[28,33]。

8.2.6 肝肾阴虚证

治法:滋养肝肾,化瘀消癥。

推荐方药:一贯煎加减^[35-38]。

组成:北沙参、麦冬、当归、生地黄、枸杞子、川楝子等。

证据级别:Ⅲ级,强推荐。

一贯煎加减联合放疗能提高客观有效率^[35];联合TACE/消融治疗能提高患者生活质量,改善肝损伤,降低甲胎蛋白(alphafetoprotein, AFP)水平^[36-37]。联合甲磺酸阿帕替尼能提高抗肿瘤有效率,提高患者生存质量^[38]。

推荐意见4:中医辨证论治联合TACE/消融、放疗、化疗或靶向治疗可提高原发性肝癌抗肿瘤有效率,提高生活质量、降低不良反应发生率、改善肝功能。原发性肝癌临床表现多样,更多见复合证型,临证需要病症结合,辨证论治,施方用药精准,避免过度治疗。

8.3 经典名方

8.3.1 香砂六君子汤 TACE后联合香砂六君子汤可降低上腹痛、恶心呕吐等栓塞后综合征的发生率^[39](证据级别:Ⅲ级,强推荐)。

8.3.2 小柴胡汤 TACE/消融联合小柴胡汤可提高抗肿瘤有效率,延长无进展生存期,改善患者生活质量^[40-43](证据级别:Ⅱ级,强推荐),并改善发热、恶心呕吐、肝区疼痛等栓塞后综合征^[41,44](证据级别:Ⅱ级,强推荐)。索拉非尼联合小柴胡汤可降低腹泻、蛋白尿等不良反应的发生率^[45](证据级别:Ⅲ级,强推荐)。

8.3.3 龙胆泻肝汤 TACE术后联合龙胆泻肝汤可改善发热、腹泻、恶心呕吐、肝区疼痛等栓塞后综合征^[46-47](证据级别:Ⅲ级,弱推荐)。

8.3.4 四磨汤 TACE术后联合四磨汤可改善原发性肝癌患者TACE术后胃肠道功能,改善便秘^[48-49](证据级别:Ⅲ级,强推荐)。

推荐意见5: 香砂六君子汤、小柴胡汤、四磨汤、龙胆泻肝汤可有效改善TACE/消融术后栓塞综合征;小柴胡汤可降低索拉非尼治疗中不良反应的发生率。

8.4 中成药治疗

8.4.1 概述 中成药治疗原发性肝癌历史悠久,具有“简、便、廉、验”的特点,目前临床应用广泛。按其作用可分为扶正固本、攻邪抑瘤和扶正抑瘤三大类。

扶正固本类具有益气健脾、补气养血、补肾益精、养阴润燥的功效。常用中成药包括:康艾注射液、参芪扶正注射液、养正消积胶囊、生脉注射液、参麦注射液。

攻邪抑瘤类具有理气活血、清热解毒、软坚散结、化痰祛湿、以毒攻毒的功效。常用中成药包括:回生口服液、复方斑蝥胶囊、斑蝥酸钠维生素B₆注射液、金龙胶囊、复方苦参注射液、华蟾素片/胶囊/注射液、消癌平/通关藤注射液、艾迪注射液、鸦胆子油乳/软胶囊、榄香烯乳剂/注射液、血必净注射液、消癌益肝片、西黄胶囊、去甲斑蝥酸钠、清开灵注射液、片仔癀、复方叶下珠颗粒剂、复方丹参注射液、大黄廬虫丸、八宝丹胶囊等。

扶正抑瘤类具有扶助正气、解毒散结的功效。常用中成药包括:槐耳颗粒、慈丹胶囊、肝复乐胶囊/片、康莱特注射液等。

8.4.2 外科切除术后联合中成药辨证治疗(附录C表6)

8.4.2.1 降低术后复发率,延长生存期 原发性肝癌外科切除术后5年复发率为40%~70%,以肝内复发为主^[50]。降低肝癌患者外科切除术后术后的复发率,延长患者生存期的药物有槐耳颗粒^[51-53](证据级别:Ⅰ级,强推荐)、金龙胶囊^[54-55](证据级别:Ⅱ级,强推荐)、华蟾素胶囊^[56](证据级别:Ⅱ级,强推荐)、复方苦参注射液^[57](证据级别:Ⅲ级,弱推荐)。

推荐意见6: 原发性肝癌外科切除术后,使用槐耳颗粒、金龙胶囊或华蟾素胶囊可有效降低术后复发率,延长患者生存期;复方苦参注射液可能有同样疗效。

8.4.2.2 调节机体免疫功能 原发性肝癌术后使用金龙胶囊^[55](证据级别:Ⅱ级,强推荐)、参芪扶正注射液^[58-59](证据级别:Ⅱ级,强推荐)、复方苦参注射液^[57](证据级别:Ⅲ级,弱推荐)等药物可显著提高患者CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺T淋巴细胞水平,华蟾素胶囊^[56](证据级别:

Ⅱ级,强推荐)可提高补体C3、补体C4、IgA、IgM、IgG,增强机体免疫功能。

推荐意见7: 原发性肝癌外科切除术后,使用金龙胶囊、参芪扶正注射液或华蟾素胶囊可有效调节机体免疫功能;复方苦参注射液可能有同样疗效。

8.4.2.3 改善术后不良反应 复方苦参注射液^[57](证据级别:Ⅲ级,弱推荐)、生脉注射液^[60](证据级别:Ⅲ级,强推荐)、参芪扶正注射液^[58-59](证据级别:Ⅱ级,强推荐)等药物能改善原发性肝癌切除术后肝功能异常。生脉注射液(证据级别:Ⅲ级,强推荐)治疗能显著改善术后疲乏、汗出、气短等症状,缩短住院时长。

推荐意见8: 生脉注射液、参芪扶正注射液可有效改善原发性肝癌外科切除术后不良反应;复方苦参注射液可能有同样疗效。

8.4.2.4 改善术后生活质量 原发性肝癌外科切除术后联合金龙胶囊^[54-55](证据级别:Ⅱ级,强推荐)治疗能提高患者的生活质量。

推荐意见9: 金龙胶囊可提高原发性肝癌外科切除术后生活质量。

8.4.3 TACE/消融联合中成药辨证治疗(附录C表7)

8.4.3.1 提高疗效

(1)提高客观有效率:

①攻邪抑瘤类:金龙胶囊^[61](证据级别:Ⅱ级,强推荐)、华蟾素注射液^[62](证据级别:Ⅱ级,强推荐)、榄香烯乳剂/注射液^[63](证据级别:Ⅱ级,强推荐)、复方苦参注射液^[64](证据级别:Ⅱ级,强推荐)、回生口服液^[65](证据级别:Ⅱ级,弱推荐)、消癌平注射液^[66](证据级别:Ⅱ级,弱推荐)、艾迪注射液^[67](证据级别:Ⅱ级,弱推荐)、鸦胆子油乳^[68](证据级别:Ⅱ级,弱推荐);

②扶正固本类:康艾注射液^[69](证据级别:Ⅱ级,强推荐)、参芪扶正注射液^[70](证据级别:Ⅱ级,强推荐);

③扶正抑瘤类:槐耳颗粒^[71](证据级别:Ⅱ级,强推荐)、养正消积胶囊^[72-76](证据级别:Ⅱ级,强推荐)、肝复乐胶囊/片^[77](证据级别:Ⅱ级,强推荐)、康莱特注射液^[78](证据级别:Ⅱ级,强推荐)、慈丹胶囊^[79](证据级别:Ⅱ级,弱推荐)。

推荐意见10: TACE/消融联合金龙胶囊、华蟾素注射液、榄香烯乳剂/注射液、复方苦参注射液、康艾注射液、参芪扶正注射液、槐耳颗粒、养正消积胶囊、肝复乐胶囊/片或康莱特注射液可显著提高客观有效率;联合回生口服液、消癌平注射液、艾迪注射液、鸦胆子油乳或慈丹胶囊可能有同样疗效。

(2)延长生存期:

①攻邪抑瘤类:复方苦参注射液^[64](证据级别:Ⅱ

级,强推荐)、华蟾素注射液^[62](证据级别:Ⅱ级,强推荐)、金龙胶囊^[61,80](证据级别:Ⅱ级,强推荐)、艾迪注射液^[67](证据级别:Ⅱ级,弱推荐)、鸦胆子油乳^[68](证据级别:Ⅱ级,弱推荐)、榄香烯乳剂/注射液^[63](证据级别:Ⅱ级,强推荐)、斑蝥酸钠维生素B₆注射液^[81](证据级别:Ⅲ级,强推荐);

⑥扶正抑瘤类:肝复乐胶囊/片^[77](证据级别:Ⅱ级,强推荐)、槐耳颗粒^[71](证据级别:Ⅱ级,强推荐)、慈丹胶囊^[79](证据级别:Ⅱ级,弱推荐)。

推荐意见 11:TACE/消融联合复方苦参注射液、华蟾素注射液、金龙胶囊、榄香烯乳剂/注射液、斑蝥酸钠维生素B₆注射液、槐耳颗粒或肝复乐胶囊/片可有效延长患者生存期;联合艾迪注射液、鸦胆子油乳或慈丹胶囊可能有同样疗效。

(3)改善TACE/消融术后患者生活质量:

①攻邪抑瘤类:复方苦参注射液^[82](证据级别:Ⅱ级,强推荐)、华蟾素注射液^[62](证据级别:Ⅱ级,强推荐)、消癌平注射液^[66](证据级别:Ⅱ级,弱推荐)、回生口服液^[65](证据级别:Ⅱ级,弱推荐)、艾迪注射液^[67](证据级别:Ⅱ级,弱推荐)、鸦胆子油乳^[68](证据级别:Ⅱ级,弱推荐);

②扶正固本类:参芪扶正注射液^[70](证据级别:Ⅱ级,强推荐);

③扶正抑瘤类:康莱特注射液^[78](证据级别:Ⅱ级,强推荐)。

推荐意见 12:TACE/消融联合华蟾素注射液、复方苦参注射液、参芪扶正注射液或康莱特注射液可有效提高术后生活质量;联合回生口服液、消癌平注射液、艾迪注射液或鸦胆子油乳可能有同样疗效。

(4)调节机体免疫功能:

①攻邪抑瘤类:金龙胶囊^[61](证据级别:Ⅱ级,强推荐)、艾迪注射液^[67](证据级别:Ⅲ级,弱推荐)能够提高患者CD3⁺、CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺T淋巴细胞水平;

②扶正固本类:康艾注射液^[69](证据级别:Ⅱ级,强推荐)、参芪扶正注射液^[70](证据级别:Ⅱ级,强推荐)、养正消积胶囊^[72-76](证据级别:Ⅱ级,强推荐)能够提高患者CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺、NK、CD4⁺/CD8⁺T淋巴细胞水平;

③扶正抑瘤类:槐耳颗粒^[71]能够提高患者CD4⁺/CD8⁺T淋巴细胞比值(证据级别:Ⅱ级,强推荐)。

推荐意见 13:TACE/消融联合金龙胶囊、康艾注射液、参芪扶正注射液、养正消积胶囊或槐耳颗粒可有效调节机体免疫功能;联合艾迪注射液可能有同样疗效。

8.4.3.2 改善不良反应

(1)改善术后不良反应:

①攻邪抑瘤类:榄香烯注射液可降低术后胃肠道反应、发热、骨髓抑制的发生率^[63](证据级别:Ⅱ级,强推荐);复方苦参注射液可改善TACE术后胃肠道反应、白细胞减少、肝功能异常^[82](证据级别:Ⅱ级,强推荐);华蟾素注射液^[62](证据级别:Ⅱ级,强推荐)、金龙胶囊^[61](证据级别:Ⅱ级,强推荐)、消癌平注射液可改善术后白细胞减少、肝功能异常^[66](证据级别:Ⅱ级,弱推荐);艾迪注射液可改善术后肝功能异常^[67](证据级别:Ⅱ级,弱推荐);鸦胆子油乳改善术后白细胞减少^[68](证据级别:Ⅱ级,弱推荐);

②扶正固本类:参芪扶正注射液可改善白细胞减少、降低胃肠道反应的发生率^[70](证据级别:Ⅱ级,强推荐)。

推荐意见 14:榄香烯注射液、复方苦参注射液、华蟾素注射液、金龙胶囊、参芪扶正注射液均可有效减轻术后不良反应;消癌平注射液、艾迪注射液、鸦胆子油乳可能有同样疗效。

(2)改善栓塞后综合征:

养正消积胶囊^[83-84](证据级别:Ⅲ级,弱推荐)、血必净注射液^[85-88](证据级别:Ⅱ级,强推荐)、清开灵注射液^[89](证据级别:Ⅲ级,弱推荐)、康艾注射液^[90-91](证据级别:Ⅲ级,弱推荐)、复方叶下珠颗粒剂^[92](证据级别:Ⅲ级,弱推荐)、八宝丹胶囊^[93-94](证据级别:Ⅲ级,弱推荐)、西黄胶囊^[95](证据级别:Ⅲ级,弱推荐)等中成药能显著降低原发性肝癌患者栓塞后综合征的发生率。

推荐意见 15:TACE/消融联合血必净注射液可显著降低患者栓塞后综合征的发生率;联合养正消积胶囊、清开灵注射液、康艾注射液、复方叶下珠颗粒剂、八宝丹胶囊或西黄胶囊可能有同样疗效。

8.4.4 放疗联合中成药辨证治疗(附录C表8)

8.4.4.1 提高抗肿瘤有效率

(1)提高客观有效率:

槐耳颗粒^[96](证据级别:Ⅲ级,强推荐)、金龙胶囊^[97](证据级别:Ⅱ级,强推荐)、华蟾素注射液/片^[98-100](证据级别:Ⅲ级,弱推荐)、复方斑蝥胶囊^[101](证据级别:Ⅱ级,强推荐)、艾迪注射液^[102-104](证据级别:Ⅱ级,弱推荐)、复方丹参注射液^[105-107](证据级别:Ⅱ级,弱推荐)。

(2)提高疾病缓解率:

康莱特注射液^[108-110](证据级别:Ⅱ级,强推荐)、去甲斑蝥酸钠^[111](证据级别:Ⅱ级,强推荐)、康艾注射液^[112](证据级别:Ⅲ级,弱推荐)。

推荐意见 16:放疗联合槐耳颗粒、金龙胶囊、复方斑蝥胶囊或康莱特注射液可显著提高患者的抗肿瘤有效率;联

合华蟾素注射液/片、艾迪注射液、复方丹参注射液、去甲斑蝥酸钠或康艾注射液可能有同样疗效。

8.4.4.2 延长生存期 复方斑蝥胶囊^[101](证据级别:Ⅱ级,强推荐)、去甲斑蝥酸钠^[111](证据级别:Ⅱ级,强推荐)、斑蝥酸钠维生素B₆注射液^[113](证据级别:Ⅲ级,弱推荐)、艾迪注射液^[102-104](证据级别:Ⅱ级,弱推荐)、华蟾素注射液^[98-99](证据级别:Ⅲ级,弱推荐)、槐耳颗粒^[96](证据级别:Ⅲ级,强推荐)、康莱特注射液^[108-110](证据级别:Ⅱ级,强推荐)、片仔癀^[114](证据级别:Ⅲ级,强推荐)等药物联合放疗可提高患者生存率或延长生存期。

推荐意见17:放疗联合复方斑蝥胶囊、去甲斑蝥酸钠、槐耳颗粒、康莱特注射液或片仔癀可有效延长患者生存期;联合斑蝥酸钠维生素B₆注射液、艾迪注射液或华蟾素注射液可能有同样疗效。

8.4.4.3 提高生活质量 艾迪注射液^[102-104](证据级别:Ⅱ级,弱推荐)、斑蝥酸钠维生素B₆注射液^[113](证据级别:Ⅲ级,弱推荐)、复方丹参注射液^[105-107](证据级别:Ⅱ级,弱推荐)、康艾注射液^[112](证据级别:Ⅲ级,弱推荐)、康莱特注射液^[108-110](证据级别:Ⅱ级,强推荐)等药物联合放疗可提高患者生活质量。

推荐意见18:放疗联合康莱特注射液可有效提高患者生活质量;联合艾迪注射液、斑蝥酸钠维生素B₆注射液、复方丹参注射液或康艾注射液可能有同样疗效。

8.4.4.4 调节机体免疫功能 复方斑蝥胶囊^[101](证据级别:Ⅱ级,强推荐)、去甲斑蝥酸钠^[111](证据级别:Ⅱ级,强推荐)、艾迪注射液^[102-104](证据级别:Ⅱ级,弱推荐)、复方丹参注射液^[105-107](证据级别:Ⅱ级,弱推荐)、华蟾素片^[100](证据级别:Ⅲ级,弱推荐)、康莱特注射液^[108-110](证据级别:Ⅱ级,强推荐)可提高患者CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺ T淋巴细胞水平。

推荐意见19:放疗联合复方斑蝥胶囊、去甲斑蝥酸钠或康莱特注射液可有效调节患者机体免疫功能;联合艾迪注射液、复方丹参注射液或华蟾素片可能有同样疗效。

8.4.4.5 降低复发、转移率 康艾注射液^[112](证据级别:Ⅲ级,弱推荐)。

推荐意见20:放疗联合康艾注射液可能有助于降低患者的复发、转移率。

8.4.4.6 改善不良反应 康艾注射液改善消化道反应、白细胞减少、血小板减少^[112](证据级别:Ⅲ级,弱推荐)、康莱特注射液^[108-110](证据级别:Ⅱ级,强推荐)及片仔癀^[114](证据级别:Ⅲ级,强推荐)改善乏力、消化道反应、骨髓抑制、肝功能异常,复方斑蝥胶囊降低骨髓抑制发生率^[101](证据级别:Ⅱ级,强推荐),去甲斑蝥酸钠可改善肝功能异常^[111](证据级别:Ⅱ级,强推荐)。

推荐意见21:康莱特注射液、片仔癀、复方斑蝥胶囊、去甲斑蝥酸钠可有效减轻放疗后患者的不良反应;康艾注射液可能有同样疗效。

8.4.5 化疗联合中成药辨证治疗(附录C表9)

8.4.5.1 提高抗肿瘤有效率

(1)提高客观有效率:

康艾注射液^[115-117](证据级别:Ⅱ级,弱推荐)、参麦注射液^[118](证据级别:Ⅲ级,强推荐)、康莱特注射液^[119-124](证据级别:Ⅱ级,强推荐)、复方苦参注射液^[125-131](证据级别:Ⅱ级,弱推荐)。

(2)提高疾病缓解率:

慈丹胶囊^[132-134](证据级别:Ⅲ级,强推荐)、艾迪注射液^[135-143](证据级别:Ⅱ级,强推荐)、大黄廬虫丸^[144-146](证据级别:Ⅲ级,弱推荐)。

推荐意见22:化疗联合参麦注射液、康莱特注射液、慈丹胶囊或艾迪注射液可显著提高患者的抗肿瘤有效率;联合康艾注射液、复方苦参注射液或大黄廬虫丸可能有同样疗效。

8.4.5.2 延长生存期 大黄廬虫丸^[144-146](证据级别:Ⅲ级,弱推荐)、康莱特注射液^[120,122](证据级别:Ⅱ级,强推荐)。

推荐意见23:化疗联合康莱特注射液可有效延长患者生存期;联合大黄廬虫丸可能有同样疗效。

8.4.5.3 提高生活质量 槐耳颗粒^[147-148](证据级别:Ⅱ级,强推荐)、艾迪注射液^[135-143](证据级别:Ⅱ级,强推荐)、康艾注射液^[115-117](证据级别:Ⅱ级,弱推荐)、参麦注射液^[118](证据级别:Ⅲ级,强推荐)、参芪扶正注射液^[149-150](证据级别:Ⅲ级,弱推荐)、慈丹胶囊^[132-134](证据级别:Ⅲ级,强推荐)、大黄廬虫丸^[145](证据级别:Ⅲ级,弱推荐)、华蟾素注射液^[151-153](证据级别:Ⅲ级,强推荐)、鸦胆子油软胶囊^[154](证据级别:Ⅲ级,弱推荐)。

推荐意见24:化疗联合槐耳颗粒、艾迪注射液、参麦注射液、慈丹胶囊或华蟾素注射液可有效提高患者生活质量;联合康艾注射液、参芪扶正注射液、大黄廬虫丸或鸦胆子油软胶囊可能有同样疗效。

8.4.5.4 改善肝功能异常 鸦胆子油软胶囊^[154](证据级别:Ⅲ级,弱推荐)、复方苦参注射液^[125-131](证据级别:Ⅱ级,弱推荐)、复方斑蝥胶囊^[155](证据级别:Ⅲ级,强推荐)。

推荐意见25:复方斑蝥胶囊可有效改善原发性肝癌化疗后肝功能异常;鸦胆子油软胶囊、复方苦参注射液可能有同样疗效。

8.4.5.5 调节机体免疫力 艾迪注射液^[135-143](证据级别:Ⅱ级,强推荐)、康艾注射液^[115-117](证据级别:Ⅱ级,弱推荐)。

推荐)、参麦注射液^[118](证据级别:Ⅲ级,强推荐)、慈丹胶囊^[132-134](证据级别:Ⅲ级,强推荐)、大黄廑虫丸^[144-146](证据级别:Ⅲ级,弱推荐)、复方苦参注射液^[127,131](证据级别:Ⅱ级,弱推荐)、复方斑蝥胶囊^[155](证据级别:Ⅲ级,强推荐)、消癥益肝片^[156](证据级别:Ⅲ级,弱推荐)、康莱特注射液^[121-124](证据级别:Ⅱ级,强推荐)可提高患者CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺T淋巴细胞水平。

推荐意见26:化疗联合艾迪注射液、参麦注射液、慈丹胶囊、复方斑蝥胶囊或康莱特注射液可有效调节患者机体免疫功能;联合康艾注射液、大黄廑虫丸、复方苦参注射液或消癥益肝片可能有同样疗效。

8.4.5.6 改善不良反应 艾迪注射液^[135-143](证据级别:Ⅱ级,强推荐)、康艾注射液^[115-117](证据级别:Ⅱ级,弱推荐)、参麦注射液^[118](证据级别:Ⅲ级,强推荐)、参芪扶正注射液^[149-150](证据级别:Ⅲ级,弱推荐)、慈丹胶囊^[132](证据级别:Ⅲ级,强推荐)、大黄廑虫丸^[145](证据级别:Ⅲ级,弱推荐)、复方苦参注射液^[125-128,130-131](证据级别:Ⅱ级,弱推荐)、华蟾素注射液^[151-153](证据级别:Ⅲ级,强推荐)、康莱特注射液^[120,122](证据级别:Ⅱ级,强推荐),可降低胃肠道反应、脱发、肝肾功能异常、白细胞减少等不良反应的发生率,减轻不良反应程度,缩短不良反应时间。

推荐意见27:艾迪注射液、参麦注射液、慈丹胶囊、华蟾素注射液、康莱特注射液可有效减轻原发性肝癌化疗后不良反应;康艾注射液、参芪扶正注射液、大黄廑虫丸、复方苦参注射液可能有同样疗效。

8.4.6 靶向/免疫治疗联合中成药辨证治疗(附录C表10)

8.4.6.1 提高抗肿瘤有效率

(1)提高客观有效率:

槐耳颗粒联合索拉非尼^[157](证据级别:Ⅲ级,弱推荐)。

(2)提高疾病缓解率:

华蟾素胶囊/片/注射液联合索拉非尼或仑伐替尼^[158-160](证据级别:Ⅱ级,强推荐)、榄香烯注射液联合索拉非尼^[161-162](证据级别:Ⅱ级,弱推荐)。

推荐意见28:靶向治疗联合华蟾素胶囊/片/注射液可有效提高原发性肝癌的抗肿瘤有效率;联合槐耳颗粒、或榄香烯注射液可能有同样疗效。

8.4.6.2 延长生存期 榄香烯注射液联合索拉非尼(延长患者PFS)^[161-162](证据级别:Ⅱ级,弱推荐)、槐耳颗粒联合索拉非尼^[157](证据级别:Ⅲ级,弱推荐)。

推荐意见29:索拉非尼联合榄香烯注射液或槐耳颗粒可能有助于延长患者生存期。

8.4.6.3 提高生活质量 华蟾素片联合索拉非尼或仑伐替尼^[159](证据级别:Ⅱ级,强推荐)、参芪扶正注射液联合索拉非尼或阿帕替尼^[163-166](证据级别:Ⅱ级,强推荐)、槐耳颗粒联合索拉非尼^[157](证据级别:Ⅲ级,弱推荐)。

推荐意见30:靶向治疗联合华蟾素片或参芪扶正注射液可有效提高患者生活质量;联合槐耳颗粒可能有同样疗效。

8.4.6.4 改善肝功能异常 参芪扶正注射液联合索拉非尼或阿帕替尼^[163-166](证据级别:Ⅱ级,强推荐)。

推荐意见31:靶向治疗联合参芪扶正注射液可有效改善肝功能异常。

8.4.6.5 调节机体免疫力 榄香烯注射液联合索拉非尼^[161-162](证据级别:Ⅱ级,弱推荐)、参芪扶正注射液联合索拉非尼或阿帕替尼^[163-166](证据级别:Ⅱ级,强推荐)可提高CD4⁺及CD8⁺T淋巴细胞水平。

推荐意见32:靶向治疗联合参芪扶正注射液可有效调节患者机体免疫功能;联合榄香烯注射液可能有同样疗效。

8.4.6.6 改善不良反应 榄香烯注射液^[161-162](证据级别:Ⅱ级,弱推荐)、参芪扶正注射液^[163-166](证据级别:Ⅱ级,强推荐)或槐耳颗粒^[157](证据级别:Ⅲ级,弱推荐)可缓解索拉非尼等导致的胃肠道反应、高血压、手足综合征等不良反应。

推荐意见33:参芪扶正注射液可有效减轻靶向治疗出现的不良反应;榄香烯注射液、槐耳颗粒可能有同样疗效。

8.4.7 原发性肝癌并发症的中医药治疗(附录C表11)

8.4.7.1 改善癌性腹水 艾迪注射液(证据级别:Ⅱ级,强推荐)、康艾注射液(证据级别:Ⅱ级,弱推荐)、榄香烯(证据级别:Ⅱ级,弱推荐)、复方苦参注射液(证据级别:Ⅱ级,弱推荐)联合顺铂腹腔灌注治疗可改善癌性腹水^[167]。

推荐意见34:艾迪注射液可有效改善原发性肝癌癌性腹水;康艾注射液、榄香烯注射液、复方苦参注射液可能有同样疗效。

8.4.7.2 改善癌性疲乏 康艾注射液可减轻化疗后癌性疲乏,提高生活质量,降低白细胞下降、脱发、便秘等化疗后不良反应的发生率^[168](证据级别:Ⅲ级,弱推荐)。

推荐意见35:康艾注射液可能对改善原发性肝癌癌性疲乏有效。

8.4.7.3 改善癌性疼痛 华蟾素注射液联合吗啡缓释片治疗癌性疼痛,可减少吗啡用量,提高患者的生活质量^[169](证据级别:Ⅲ级,弱推荐)。

推荐意见36:华蟾素注射液联合镇痛药可能对原发性肝癌癌性疼痛有效。

8.5 中医外治法辨证治疗

8.5.1 概述 中医外治法是在中医基础理论指导下,施于体表或从体外进行治疗的方法。主要通过药物、温热及机械三者的作用,通过药物直接作用于肌表、肢体病变部位,具有调和气血、疏通经脉、透达腠理、扶正祛邪、温经散寒、消肿散结、通络止痛等作用,是中医重要组成部分^[170]。常用的中药外治法包括:按摩、拔罐、中药灌肠、穴位贴敷、针灸法(针刺法、电针法和艾灸法)、耳穴压丸等。

本文件中所推荐的中医外治法主要指:中药灌肠、穴位贴敷、针灸法(针刺法、电针法和艾灸法)、经皮穴位电刺激、耳穴压丸。

8.5.2 改善外科术后不良反应 中药外治法可缓解原发性肝癌患者外科术后腹胀、肠梗阻、恶心呕吐、呃逆、睡眠障碍等症状。出现腹胀、肠梗阻等胃肠功能障碍者可选用中药灌肠(大黄附子细辛汤)^[171](证据级别:Ⅲ级,强推荐)、结肠透析序贯中药灌肠(大黄、厚朴、枳实、芒硝按4:8:4:3比例水煎)^[172](证据级别:Ⅲ级,强推荐)、足三里穴位贴敷(厚朴粉)联合耳穴压丸(耳穴:大肠、小肠、胃、脾、交感等)^[173-176](证据级别:Ⅱ级,强推荐),可改善腹胀症状,促进排气、排便及肠鸣音恢复。出现恶心呕吐者,可选用穴位贴敷(吴茱萸粉末用姜汁调匀,选穴:双侧内关、足三里及中脘穴)^[177](证据级别:Ⅲ级,强推荐)。出现顽固性呃逆者,可选用电针针刺颈夹脊穴^[178](证据级别:Ⅲ级,强推荐)。出现睡眠障碍者,可选用耳穴压丸治疗(耳穴:神门、内分泌、肝、肾等)^[179](证据级别:Ⅲ级,强推荐)。肝郁脾虚证可选用耳穴压丸治疗(耳穴:神门、皮质下、心、交感、内分泌、肝、脾等)^[180](证据级别:Ⅲ级,强推荐)。

8.5.3 改善化疗后厌食 经皮穴位电刺激(选穴:合谷、内关、足三里)联合帕洛诺司琼可改善原发性肝癌化疗后厌食^[181](证据级别:Ⅱ级,强推荐)。

8.5.4 改善腹腔积液 中药外敷(贴于腹腔积液最深处在体表投影区域)(常用药:芒硝、大腹皮、猪苓、茯苓等)联合西药对症治疗可减少原发性肝癌患者腹水量,改善腹胀、纳差、下肢浮肿等症状^[182-184](证据级别:Ⅲ级,强推荐)。

8.5.5 改善癌性疲乏 艾灸(选穴:关元、足三里、神阙等)^[185-186]可改善原发性肝癌癌性疲乏(证据级别:Ⅲ级,强推荐)。

8.5.6 缓解癌性疼痛 穴位贴敷(选穴:日月、期门、章门、神阙、肝俞、胆俞等;常用药物:乳香、没药、姜黄、川

芎、丁香等)^[187-193](证据级别:Ⅱ级,强推荐)、针灸(选穴:足三里、内关、合谷、三阴交等)^[194](证据级别:Ⅲ级,强推荐)、热敏灸[选穴:章门(右)、日月(右)、血海(双)、三阴交(双)、太冲(双)]^[195](证据级别:Ⅲ级,强推荐)、耳穴压丸(耳穴:腹、肝、脾、胃、交感、神门、心等)^[196](证据级别:Ⅲ级,强推荐)。

推荐意见37:针灸、中药灌肠、穴位贴敷、耳穴压丸等中医外治法对改善原发性肝癌外科术后不良反应、化疗后厌食、腹腔积液、癌性疲乏、癌性疼痛等有效。

9 健康调护

9.1 调摄情志 肝癌患者常存在恐惧、焦虑、抑郁等负面情绪,严重影响疾病的治疗和康复。心理干预可引导患者积极地应对疾病和治疗^[197]。医护人员可采用中医情志疏导疗法,包括释疑解惑法、移情易性法、情志相胜法等多种干预方法调节患者情绪,促使患者体内阴阳调和、气血通达、精神愉悦^[13,198-199]。必要时可以寻求心理医生的支持。

9.2 饮食调护 肝癌患者在日常饮食中应遵循“高蛋白、高维生素、平衡膳食”的原则。适量食用高蛋白食物,如鱼、虾、蛋、奶等。适量食用新鲜蔬菜水果,保持大便通畅。严格戒酒,避免高脂饮食,避免食用坚硬及刺激性的食物。肝癌患者术后易出现腹水,应严格控制盐的摄入量,以低盐饮食为主^[200]。肝硬化失代偿期者,适当给予夜间加餐。

9.3 康复休养 肝癌患者可根据病情适当运动,以有氧运动为主,如慢走、健身气功、太极拳、瑜伽、跳广场舞等,具体的运动计划应根据患者的年龄、性别、接受治疗的情况及身体状况来定,应循序渐进,并根据患者的具体情况适时调整。适当运动锻炼有助于提高患者的生命质量,促进疾病康复^[201-202]。

10 病情监测随访

根据中医治未病理论,原发性肝癌的防治以“未病先防、既病防变、瘥后防复”为主。按照《原发性肝癌三级预防共识(2022年版)》^[203]提出的三级预防原则:针对肝癌根治性治疗后人群,依据复发风险分层进行监测、控制病因相关疾病及抗肿瘤复发治疗,以减少复发、提高复发性肝癌的早期诊断率、改善长期预后。肝癌患者应进行定期监测,可采用血清AFP和/或AFP-L3、异常凝血酶原(DCP)联合腹部超声,或多参数MRI、动态增强CT监测肝癌肝内复发及肝外转移的措施,必要时联合PET-CT和/或骨扫描检查^[203]。

11 预防

参照《中国肝癌一级预防专家共识(2018)》^[204]和《原发性肝癌二级预防共识(2021年版)》^[205]制定以下预防措施。

一级预防是防止可导致HCC发生的危险因素对普通人群初始危害的措施。预防目标人群为普通人群,预防具体措施:

(1)乙型肝炎疫苗预防性接种,包括针对不同HBV感染状态母亲的新生儿及儿童的乙型肝炎疫苗接种程序;

(2)慢性乙型、丙型肝炎患者的抗病毒治疗;

(3)预防和避免黄曲霉毒素及蓝藻毒素暴露;

(4)改变高危致癌风险相关的生活方式等。

二级预防是针对患有慢性肝病人群,控制相关病因和危险因素并根据危险分层筛查及监测,以减少或延缓HCC发生的措施。预防目标人群为慢性肝病人群,预防具体措施:

(1)抗HBV/HCV及其他肝病病因治疗;

(2)抗纤维化治疗;

(3)控制相关危险因素;

(4)筛查及监测HCC发生。

主要起草人:李秀惠(首都医科大学附属北京佑安医院)、王宪波(首都医科大学附属北京地坛医院)、汪静(西南医科大学附属中医医院)

参与起草人(按姓氏笔画排序):

王岩(沈阳市第六人民医院)、王宇(中国疾病预防控制中心)、王守云(河北省秦皇岛市第三医院)、王晓忠(新疆维吾尔自治区中医院)、牛倩倩(首都医科大学附属北京佑安医院)、毛德文(广西中医药大学第一附属医院)、尹东豪(首都医科大学附属北京佑安医院)、邓欣(深圳市第三人民医院)、邓雪梅(内蒙古呼和浩特市第二医院)、石磊(陕西省西安市中医医院)、龙江(首都医科大学附属北京佑安医院)、卢秉久(辽宁中医药大学附属医院)、田广俊(广东省中医院珠海医院)、田霞(沈阳市第六医院)、白飞云(鄂尔多斯市第二人民医院)、白晓玲(内蒙古鄂尔多斯市第二人民医院)、包剑锋(杭州市西溪医院)、尼福苓(首都医科大学附属北京佑安医院)、过建春(浙江大学医学院附属杭州市西溪医院)、朱晓宁

(西南医科大学附属中医医院)、刘洋(首都医科大学附属北京佑安医院)、闫凤娜(首都医科大学附属北京地坛医院)、池晓玲(广东省中医院)、李芹(福建医科大学孟超肝胆医院)、李丽(首都医科大学附属北京佑安医院)、李勇(山东中医药大学附属医院)、李京涛(陕西中医药大学附属医院)、杨华升(首都医科大学附属北京佑安医院)、杨志云(首都医科大学附属北京地坛医院)、吴仕明(福建医科大学孟超肝胆医院)、汪晓军(首都医科大学附属北京佑安医院)、汪猛(海军军医大学第一附属医院)、陈欢(首都医科大学附属北京佑安医院)、陈玮(福建医科大学孟超肝胆医院)、陈薇(北京中医药大学)、陈欣菊(河南中医药大学第一附属医院)、岳小强(上海长征医院)、郑浩杰(石家庄市第五医院)、赵文霞(河南中医药大学第一附属医院)、郝建梅(西安市中医医院)、南月敏(河北医科大学第三医院)、姚杨(首都医科大学附属北京佑安医院)、聂广(深圳市第三人民医院)、贾建伟(天津市第二人民医院)、徐小元(北京大学第一医院)、徐春军(首都医科大学附属北京中医医院)、曹立华(秦皇岛市第三医院)、常占杰(陕西中医药大学附属医院)、温井奎(河北省秦皇岛市第三医院)、靳华(首都医科大学附属北京佑安医院)、翟笑枫(海军军医大学第一附属医院)

利益冲突声明:本文件由中华中医药学会组织,制定过程与任何单位、个人无经济利益关系。



附录A~C和参考文献见二维码

收稿日期:2024-03-30;录用日期:2024-04-18

本文编辑:邢翔宇

引证本文: Branch of Hepatobiliary Diseases, China Association of Chinese Medicine. Guideline for traditional Chinese medicine diagnosis and treatment of primary liver cancer[J]. J Clin Hepatol, 2024, 40(5): 919-927.
中华中医药学会肝胆病分会. 原发性肝癌中医诊疗指南[J]. 临床肝胆病杂志, 2024, 40(5): 919-927.