



原發性肺癌的中西醫結合思路與治療

鄧欣怡¹、吳東霖²、鄭淑鎂³、李政育⁴

¹懷恩堂中醫聯合診所

²三軍總醫院中醫部

³培真中醫診所

⁴育生中醫診所

摘要

原發性肺癌不管在全世界、台灣，都是發生率與死亡率排名前三之原發性腫瘤。本文完整的闡述原發性肺癌的各種中醫與西醫知識，包括疾病介紹、診斷、西醫治療、中醫治療、病案等等。文章中結合中醫與西醫的生理、病理，並提出相對應的論治，以祈能將肺癌的中西醫結合思路與治療完整的呈現出。

關鍵詞：原發性肺癌、中醫治療、中西醫結合

壹、疾病介紹

一、概述

(一) 定義^[1]

原發性肺癌是指原發生長於肺部支氣管、肺泡之惡性腫瘤，主要為上皮細胞、神經內分泌細胞的變異，可大致區分為小細胞肺癌、非小細胞肺癌兩大類。

(二) 簡介／特性^[1,2]

1. **高發病率、高死亡率：**高死亡率是因肺癌有症狀不明顯、篩檢不易、易早期轉移等特性。
2. **症狀不明顯、篩檢不易：**原發性肺癌的分期呈現兩極分布，超過八成的患者在被診斷時為第零期、第一期、第四期。第零期、一期的患者多無症狀，是經篩檢而發現，約占40%。第四期患者的症狀相對較為明顯，約占45%，所以可知約一半患者在被診斷時已無法經由開刀治癒，僅能延長生命。
3. **個人化治療：**因其高發病率、高死亡率的特性，故肺癌為目前被研究最多的癌症，其治療也已進入個人化、精準醫療的時代，包括基因檢測、標靶治療、免疫染色、免疫治療等。在標靶治療、免疫治療出現前，末期肺癌患者的中位存



活率僅半年，無法談及五年存活率，但在這兩種治療出現後，末期肺癌患者的五年中位存活率上升至 10%。

4. **容易早期轉移**：尤其是小細胞肺癌，且易轉移至腦部、骨骼等處。上述提到原發性肺癌的第四期患者約占 45%，而原發性大腸癌則僅 17%、原發性乳癌也僅 7%。

（三）流行病學^[2,3]

1. **發生率**：在男性為第 2 位，僅次於大腸癌；女性則為第 2 位，僅次於乳癌。發生個案數則約 16000 人，占全部惡性腫瘤 13%。
2. **死亡率**：在男性為第 1 位、女性也是第 1 位。死亡人數則約 9700 人，占全部惡性腫瘤約 19%。
3. **發病中位數**：在男性、女性皆在 65~67 歲。
4. **男女性之病理分型**：女性的病理分型光肺腺癌即占 87%；男性較常見的病理分型則有肺腺癌 58%、鱗狀細胞肺癌 19%、小細胞肺癌 11% 等。
5. **各種病理分型**：
 - 小細胞肺癌：7%，為第三多之病理分型，占男性約 11%、占女性約 1.5%。
 - 非小細胞肺癌：93%
 - (1) 肺腺癌占 74%，為最大宗之病理分型，占女性約 87%、占男性約 58%。
 - (2) 鱗狀細胞癌占 12%，為第二多之病理分型，占男性約 19%、占女性約 4%。
 - (3) 其餘 7% 為其他病理分型，包括大細胞肺癌、腺性鱗狀肺癌等。

（四）大致區分^[2]

1. **可大致分成小細胞肺癌、非小細胞肺癌**
2. **小細胞肺癌**：發生率僅占肺癌之 7%。特性為高度惡性之腫瘤，包括更快的生長速度、早期即發生轉移、更短的總生存時間，整體預後也較非小細胞肺癌差很多。治療則因其高度惡性之特性，故治療原則與非小細胞肺癌大相逕庭。所有小細胞肺癌在發現時幾乎都已或多或少有遠端轉移，故幾乎皆無法開刀，且即使無轉移證據，仍需全身性治療。另外雖無標靶藥物可使用，但對化學治療、放射治療較敏感。
3. **非小細胞肺癌**：發生率佔肺癌大部分，約 93%。其特性相較於小細胞肺癌，生長及擴散的速度較慢，但仍是所有惡性腫瘤中偏快的。且有多種病理組織分型，包括腺癌（最大宗）、鱗狀細胞癌、大細胞癌、腺鱗癌等，治療方式也各有差異。治療則對化學治療、放射治療較沒有小細胞肺癌那麼敏感，但有許多其他治療，包括手術治療、標靶治療等。



(五) 早中晚期症狀^[2]

1. 常見症狀：包括咳嗽、咳血、呼吸困難、胸悶胸痛、喘等。
2. 胸腔症狀明顯程度 ≠ 疾病嚴重程度：原發性肺癌早期多無症狀，至晚期症狀也不一定很明顯，但中央型肺癌相對較早出現症狀、周圍型肺癌相對較晚出現症狀。
3. 末期肺癌：多有腦、骨、肝等遠端轉移，及相對應症狀。

(六) 隸屬中醫^[4]

肺癌隸屬於中醫之「肺癰」、「肺痿」、「咳血」、「肺積」、「息賁」、「痞癖」…等範疇。

二、解剖／生理^[2]

1. 解剖：位於胸腔，左右各一片肺葉，中間有縱膈腔隔開。且左肺分上、下兩葉，右肺分上、中、下三葉。
2. 生理：交換氣體，負責吸入氧氣、排出二氧化碳，以維持組織供氧。

三、病因／病機／病理^[4-6]

(一) 中醫病因病機

因先天不足、過度勞損，導致臟腑虛弱、氣血不足，進而造成人體衛外功能失調、外邪易內侵，影響到肺宣發肅降營衛津液至各處的能力而形成肺病—氣機升降失調、水道不通、痰瘀阻肺，同時肺病也會反過來更易誘發感染。不斷反覆進展的結果，最後即產生積塊、痰瘀熱毒之腫瘤病理產物。

(二) 中醫治則

1. 扶正：提升免疫辨識，喚醒抑癌基因，改善正氣虛弱，預防感染。
2. 解表：宣肺解表，或和解表裏，啟動肺臟生理運作，引邪出表。
3. 祛邪：腫瘤微環境。
 - 清熱解毒：抑制腫瘤血管內皮生長因子、發炎反應。
 - 活血化癥：抑制腫瘤藉由纖維母細胞生長因子、間質細胞，快速分裂增生。並暢通血路、新生正常血管，使免疫細胞、藥物可進入腫瘤本體。
 - 化痰利濕：清除腫瘤代謝廢物，使神經傳遞正常。並可使腫瘤本體脫水固定不再長大。
 - 和解解表：肺癌易因感染而誘發加重，故和解、解表考慮貫穿整個病程。有表症者需解表，如柴胡、桂枝、白芍、麻黃；無表症者用和解，如柴胡、白芍。



(三) 西醫病因

1. **抽菸**：會產生許多自由基、發炎反應、造成缺血缺氧狀態而刺激呼吸道黏膜上皮變性。同時也是一種治療方式。抽菸者死於肺癌的機會比非吸菸者高出 10 倍，1 PPD>30 年者則高出 22 倍，尤其鱗狀細胞肺癌、小細胞肺癌，與抽菸的關聯性更高。戒菸者需經 10~15 年，罹肺癌風險才會與從沒有抽菸的人相同。
2. **環境暴露**：包括空汙，或職業上暴露於石棉、焦油、煤灰，至於廚房油煙目前仍不確定。
3. **肺部慢性病變**：包括慢性阻塞性肺疾病、肺結核、間質性肺病等。雖為肺癌之危險因子，但目前看來對於預後、治療反應之影響則不一定有差異。
4. **肺癌家族病史**：代表有相關的基因變異，罹癌機率為一般人的 1.5~4 倍。

(四) 西醫病理

1. 以發生位置分型：

- **中央型**：較靠近肺門，發生在氣管或三級（段）以上的支氣管。因較易阻塞氣體進出、刺激支氣管壁，故較易有咳嗽、咳血痰、阻塞性肺炎等症狀。病理分型多為小細胞肺癌、鱗狀細胞肺癌等。
- **周圍型**：較靠近肺部周圍，發生在三、四級的段以下的支氣管。因較不會阻塞氣體進出，故早期較少有症狀，通常等腫瘤大到一定程度後才會出現胸痛、肋膜積水、呼吸困難等症狀。病理分型多為肺腺癌、大細胞肺癌等。
- **瀰漫型**：多發生在細支氣管（約十級以後）及肺泡，瀰漫分布於兩肺。

2. 小細胞肺癌：

- **發生率**：佔約 7% 的肺癌患者，好發於男性，在男性中佔約 11%。
- **特性**：多是中央型肺癌，男多於女，與吸菸相關性強。
- **神經內分泌腫瘤**：為神經內分泌細胞之癌變，而非上皮細胞。癌細胞內含有神經內分泌顆粒，因此常有內分泌相關之副癌症候群。

3. 肺腺癌：

- **發生率**：佔約 75% 的肺癌患者，好發於女性，在女性中佔約 87%，為最常見的肺癌。
- **特性**：多是周邊型肺癌，與吸菸較無相關性。症狀較不明顯。
- **病理分型**：依據病理組織切片，可再細分為腺泡型癌、乳突型癌、微乳突型癌、伏壁型癌、實體型癌等五大類。其中以微乳頭型、實體型為主之肺腺癌較可能有縱膈腔淋巴結轉移，且較易復發、存活率也明顯較以其他三型為主的差。



4. 鱗狀細胞肺癌：

- 發生率：佔約 12% 的肺癌患者，好發於男性，在男性中佔約 19%，為第二常見的肺癌。
- 特性：同小細胞肺癌，多是中央型肺癌、男多於女、與吸菸相關性強。症狀較明顯。
- 治療：因幾乎沒有驅動基因的突變，故無標靶治療可以使用。末期鱗狀細胞肺癌只能用化學治療加免疫治療。
- 預後：擴散速度較其他類型肺癌慢。

5. 大細胞肺癌：

- 發生率：佔約 1~2% 的肺癌患者，少見。
- 特性：多周邊型肺癌，症狀較不明顯。且雖生長速度較慢，但常有早期轉移。
- 可能合併神經內分泌性：有些大細胞肺癌會有神經內分泌細胞的變異，相較於類癌，同小細胞肺癌皆為較具侵襲性之神經內分泌瘤，與單純的大細胞肺癌不同。

6. 腺鱗癌：

- 發生率：佔約 1~2% 的肺癌患者，較少見。
- 特性：為混合組織學之肺癌。
- 定義：同時有 10% 以上的惡性腺體及 10% 以上的鱗狀細胞所總成之惡性腫瘤。
- 特性：同時具備肺腺癌及鱗狀細胞肺癌的特性，但又跟兩者不完全一樣。
- 預後：較肺腺癌、鱗狀細胞肺癌都還要更差。

7. 類癌：

- 發生率：佔比 <1%。
- 神經內分泌腫瘤：相較於小細胞肺癌、大細胞神經內分泌瘤，類癌的分化較好、惡性程度低。
- 分類：典型類癌、不典型類癌。
- 類癌症候群：機轉為神經內分泌細胞分泌血清素（5-HT）等神經傳導物質，造成臉胸潮紅、盜汗、腹瀉、腹絞痛、喘促等交感神經相關之症狀。

四、臨床表現^[7]

（一）前言

肺癌初期多無明顯體徵、症狀，許多是因其他原因照胸部 X 光發現。最常出現的症狀包括咳嗽 55%、呼吸困難 45%、疼痛 38%、體重減輕 36%。



(二) 症狀

- 咳嗽**：發生率約 50~75%，為最常見的症狀。病因為支氣管內之腫瘤本體刺激支氣管壁。特點為陣發性刺激性咳嗽，無痰、少量泡沫白痰。好發於小細胞肺癌、鱗狀細胞肺癌，因此二者最常發生於大氣道。需與其他常見疾病鑑別，包括鼻涕倒流、GERD、URI 後遺症、COPD、氣喘、支氣管擴張症等。
中醫治療原則：和解解表（柴胡、桂枝、白芍）+清熱（黃芩、黃連、黃柏）+化痰（丹參、沒藥、骨碎補）+扶正（補氣、補腎、少量溫陽）+利濕化痰。
- 呼吸困難、胸悶、喘**：發生率約 45%，為肺癌第二常見的症狀。病因包括腫瘤實體阻塞及壓迫支氣管，影響空氣進出、肺活量減少，甚至造成肺塌陷；以及惡性肋膜積液壓迫肺臟、橫膈膜，使其難以升降、開闔而呼吸。
中醫治療原則：和解解表（柴胡、桂枝、白芍）+清熱（黃芩、黃連、黃柏）+化痰（丹參、沒藥、骨碎補）+扶正（補氣、補腎、少量溫陽）+利濕化痰。
- 咳血**：發生率約 25~50%。病因為腫瘤侵犯至支氣管黏膜血管，在咳嗽時可能會將血管咳破。特點為間斷性或持續性，咳血量通常不多，一般僅持續數日。
中醫治療原則：以止血+涼血+活血的處方，正氣尚可者加柴胡、白芍和解；正氣虛衰者加補氣養血。
- 上腔靜脈症候群**：病因為腫瘤壓迫、侵犯上腔靜脈，使上半身靜脈血回流心臟受阻。會造成頭面、頸、上肢水腫，及上胸部靜脈曲張（類似爆青筋）等症狀。如壓迫較嚴重則可能會產生頭暈、胸悶、呼吸困難、腦壓增高、意識不清等較嚴重的症狀。
中醫治療原則：通經（骨碎補、續斷、丹參、銀杏葉）+利濕+加重化痰。
- 胸痛**：發生率約 20~40%。如腫瘤侵犯至胸膜，則會有胸部不規則之隱痛、鈍痛；如腫瘤侵犯至胸壁肋骨、肋間神經，則胸痛較尖銳劇烈，且有定點、局部壓痛，並隨呼吸、咳嗽加重。
中醫治療原則：行氣化痰+疏肝+清熱解毒。（正氣虛衰加補氣養血）
- 肩臂疼痛**：病因為腫瘤壓迫臂叢神經，會造成患側肩部、上肢放射狀灼熱疼痛等症狀，為潘科斯特症候群其中一項。
- 發熱**：發生率約 20%~30%。病因包括腫瘤壓迫、阻塞氣道引起的發炎性發熱，以及腫瘤組織變性壞死而又發的腫瘤熱。
腫瘤熱在中醫屬「少陽熱」，治療原則：和解+養陰退熱。
- 吞嚥困難**：病因為腫瘤、縱膈淋巴結之腫大壓迫至食道。
- 其他症狀**：包括肺癌末期惡液質會有的消瘦、食慾不振、癌因性疲勞…等，另外腫瘤壓迫神經也會造成手腳無力與麻木。
中醫治療原則：健脾補氣、補腎、溫陽，同時加重清熱。



(三) 體徵

1. **肋膜積液**：發生率約 10~15%，為滲出液。病因為腫瘤侵犯至肋膜、改變肋膜的通透性，導致液體從臟層肋膜滲透出去而停留在兩層肋膜間，形成肋膜積液。診斷方式包括胸部X光、超音波、胸部電腦斷層等。
中醫屬「水蓄」，治療原則：利濕+化痰，可使用柴苓湯、葶藶子等以降低引流頻率。
2. **霍納氏症候群**：病因為位於肺尖的腫瘤壓迫交感神經節，引起一些交感神經的症狀，包括患側瞳孔縮小、眼瞼下垂、單側無汗，及患側上半胸部皮膚溫度升高、眼球內陷、眼裂狹窄等。
3. **潘科斯特症候群**：別名為肺尖腫瘤症候群，病因為位於肺尖各種腫瘤壓迫，造成肩部疼痛、無力，及霍納氏症候群等症狀，多是非小細胞肺癌所造成。
4. **聲音嘶啞**：病因為淋巴結轉移壓迫或侵犯喉返神經，導致聲帶麻痺。
5. **侷限性喘鳴音**：症狀多在吸氣時出現，且咳嗽後不會消失。
6. **副癌症後群**：主要是與腫瘤有關，但與腫瘤的直接侵襲、阻塞、轉移等無關之遠程效應，多與神經、內分泌相關。成因可能和腫瘤分泌神經傳導物質、代謝廢物，甚至分泌激素有關。
 - (1) **高血鈣**：病因為腫瘤分泌過多副甲狀腺激素，造成厭食、噁心、嘔吐、便秘、嗜睡、多尿、脫水等症狀，多是非小細胞肺癌造成。
 - (2) **抗利尿激素分泌過多症候群 (SIADH)**：病因為抗利尿激素 ADH 分泌過多，造成水分滯留、低血鈉，多是小細胞肺癌造成。
 - (3) **庫欣氏症候群**：病因為促腎上腺激素 ACTH 分泌過多，造成肌肉無力、高血壓、多毛、骨質疏鬆、體重增加等症狀，多是小細胞肺癌造成。
 - (4) **類癌症後群**：病因為神經內分泌腫瘤細胞分泌血清素 (5-HT) 等神經傳導物質，造成臉胸潮紅、盜汗、腹瀉、腹絞痛、喘促等交感神經症狀。
 - (5) 中醫屬「瘀熱亢進」，治療原則：清熱+化瘀+重鎮。

(四) 併發症

1. 肺部感染：

肺癌患者易併發反覆氣管或肺部輕重程度的感染，而呼吸道感染亦是肺癌惡化的誘發因素，改善咳喘及清除痰液，有助於穩定肺癌的進展。

中醫治療原則：解表+清熱+扶正+化瘀+化痰利濕。解表（或和解表裏）、清熱可改善發炎與感染；扶正（補氣養血）可啟動免疫辨識及抑癌基因；清熱、化瘀可抑制腫瘤快速增殖；化痰利濕可清除黏液性病理產物。

如進展至惡液質，則屬脾氣虛、脾腎陽虛，需大補氣血、補腎、大溫陽。如



感染嚴重造成胸腔積液，需加重利濕。另外也可以補氣、溫陽來促進修復氣管黏膜、擴張深層氣管、增加咳痰能力。

2. 腦轉移：

腫瘤轉移至腦部，會改變病灶周遭 pH 值、電解質，及產生佔位性效應，造成頭痛、嘔吐、癲癇、眩暈，及其他神經學症狀。

中醫治療原則：清熱化瘀＋疏肝＋利濕＋通腑。顱內壓上升則需注意二便通利，若有腹脹便秘，藉由通腑降低腹壓進而放鬆橫膈膜、枕骨大孔的痙攣狹窄，並搭配利濕以促進腦脊髓液的排出。如有引起神經學症狀，表現亢奮、躁煩，需疏肝、重鎮。如西醫類固醇治療後、正氣較低下，還需加入補氣、少許溫陽。

3. 骨轉移：

腫瘤轉移至骨骼，容易誘發蝕骨細胞活性增強，主要症狀為骨骼疼痛，如轉移至脊椎甚至會壓迫脊髓形成腫瘤急症。

中醫認為此屬本虛標實，為腎虛勞損合併血瘀熱毒，治療原則為補腎滋陰＋通經破血。若偏腎陰虛，加重清熱養陰（黃柏為君），若以腎陰陽兩虛，加補氣養血，並於滋補腎陰中加少量溫陽。補腎滋陰及堅筋骨可以改善骨質，治療或預防骨轉移，方藥包括熟地黃、山茱萸、炒杜仲、黃柏、續斷、骨碎補、懷牛膝…等；也可以育生通經方（骨碎補、續斷、懷牛膝、茜草），從抑制骨髓中癌胚幹細胞著手。若表現腎陰陽兩虛，可以大補腎陰陽（右歸飲）來喚醒自體細胞、免疫再生與修復，進而抑制腫瘤。如兼有高血鈣，則為陰虛陽亢，需補腎滋陰、平肝重鎮。如骨轉移疼痛明顯，可視虛證、實證比例加入補氣養血、補腎滋陰，或是通經破血化瘀來處理較堅硬之病灶。

4. 大咳血：

為肺癌之致死併發症之一，病因為腫瘤侵犯大支氣管之動脈，引起血管破裂致大咳血。

中醫治療原則：以能止血＋涼血＋活血的處方，正氣尚可者加和解（離經之血易致交感神經啟動邪正相爭）；正氣虛者加補氣養血；正氣虛衰者加大補氣養血之劑量。

5. 自發性氣胸：

同為肺癌末期之併發症，可能會突然出現氣促、胸痛、嗆咳、口唇發紺、大汗等症狀。

中醫屬「氣陰兩虛」，治療原則：大補氣血、大補腎陰腎陽，並酌加清熱養陰藥。



貳、診斷相關^[1,8]

一、檢查

(一) 篩檢

1. **低密度電腦斷層**：因胸部 X 光對於 1 公分以下的病灶敏感性太差，因此無法當作篩檢工具，建議 2~3 年做一次。

(二) 實驗室檢查^[9]

1. **腫瘤指數**：腫瘤指數無法用以診斷腫瘤，僅可用於後續治療、疾病之追蹤，且可能會有偽陽性。
 - (1) **CEA 癌胚胎抗原**：可用於小細胞肺癌 + 非小細胞肺癌，為各種肺癌使用最廣泛的腫瘤指數。
 - (2) **NSE 神經元特異性烯醇化酶**：僅能用於神經內分泌腫瘤，像是小細胞肺癌。此指數之特異性很高，且 NSE 愈高代表轉移性愈高、預後愈差，但僅為輔助角色。
 - (3) **CYFRA21-1 細胞角質蛋白片段**：僅能用於非小細胞肺癌，尤其是鱗狀細胞肺癌。且僅為輔助之角色。
 - (4) **其他**：包括以鱗狀細胞肺癌為主之 SCC 鱗狀細胞癌抗原、CA125 糖類抗原 125、CA199 糖類抗原 199、TPA 腫瘤多胜酶抗原。
2. **其他**：可用 T.Ca/Free Ca 來評估骨轉移、副癌症後群的可能性。或是用 ALK-P 來評估骨轉移、肝轉移的可能性。

(三) 影像學檢查

1. **胸部 X 光**：可概知病灶之大小、位置，並偵測肋膜積水、是否有肋膜轉移，但對 1 公分以下之病灶敏感性較差。
2. **胸部 CT**：可用以確定病灶大小、數目、位置、是否侵犯到鄰近組織及淋巴結。
3. **腦部核磁共振**：確定是否有腦轉移。
4. **腹部超音波**：確定是否有腹腔轉移，尤其是肝臟。
5. **正子斷層造影**：偵測全身遠端轉移，但對偵測腦部轉移較不敏感。
6. **骨骼掃描**：偵測有無骨轉移。

(四) 組織切片

1. **支氣管鏡**：適用於較偏中央型之肺癌，且距支氣管壁不遠者。
2. **支氣管鏡超音波**：為合併支氣管鏡、超音波之技術，適用於距支氣管壁更遠之病灶。



3. **經皮穿胸細針抽吸及切片檢查**：即影像導引切片。有些病灶位置較難介入，則可先以影像導引找出腫瘤位置，再以細針經體表穿刺皮膚抵達病灶。可再分成超音波導引、電腦斷層導引兩大類。
4. **縱膈腔鏡**：適用於淋巴結，主要用於分期有爭議、不確定是否可手術之淋巴結轉移病灶，可經由縱膈腔鏡摘除並切片，做為術前之病理分期評估。但目前支氣管內視鏡超音波可取代部份縱膈腔鏡檢查。
5. **胸腔鏡**：適用於對於上述各種方式皆無法觸及之病灶，可用胸腔鏡切片。
6. **結論**：
 - (1) 中央型病灶：以支氣管鏡、支氣管鏡超音波為主。
 - (2) 周邊型、表淺型病灶：以經皮穿胸細針抽吸及切片檢查為主。如是非常表淺的病灶，則用超音波導引即可。但如果較不表淺的病灶，則需電腦斷層導引。
 - (3) 胸腔鏡切片：用於以上方式都無法得到病理切片的病灶。
 - (4) 縱膈腔鏡檢查：確認胸腔淋巴結轉移。

(五) 生物標記檢測

1. 在非小細胞肺癌中，有某些特定的生物分子會促使細胞產生變異、快速生長，最終成為癌細胞。檢驗方式為將組織切片進行檢驗、染色，並可大致分為兩大類—標靶治療之驅動基因突變、免疫治療之 PD-1 及 PD-L1 染色。
2. **免疫治療**：可藉由免疫染色，確認 PD-1、PD-L1 的腫瘤比率分數是否 $\geq 50\%$ 。
3. **標靶治療**：可檢測是否有驅動基因之變異，如果有基因突變才可使用相對應之標靶藥物。常見的三大基因包括 EGFR、ALK、ROS-1，其中有近一半的末期非小細胞肺癌患者有 EGFR 突變，而 ALK、ROS-1 則各約 5%，如三者皆無即三陰性肺癌，需再做 NGS 次世代基因定序來檢測是否有其他 BRAF、MET、KRAS、RET、NTRK 等罕見基因的變異，並使用相對應的標靶藥物。不過多數的非小細胞肺癌都只有不超過一種的驅動基因突變，且鱗狀細胞肺癌因其多數無驅動基因突變，故不一定須要基因檢測，但所有非小細胞肺癌都建議檢測 PD-L1。

(六) 其他

1. **胸腔穿刺術**：適用於有肋膜積液者，目的為檢驗積液中是否有癌細胞。可藉由積液、血清中的白蛋白、LDH 比例，鑑別濾出液、滲出液。

二、診斷／鑑別

(一) 診斷要點



肺癌的診斷需要對腫瘤組織進行切片檢查，可經由上述各種方式取得，包括支氣管鏡、支氣管內視鏡超音波、影像導引經皮穿胸細針抽吸、胸腔鏡、縱膈腔鏡檢測淋巴結…等。

（二）鑑別診斷

肺癌在影像學多表現為毛玻璃狀病灶，但毛玻璃狀病灶也有很大的機率是其他問題，故需切片。如病灶大小 <0.6 公分，則可半年再追蹤一次胸部電腦斷層；如病灶大小 >0.6 公分，則會建議積極處理，包括切片、手術、治療等。其他有相似症狀、影像學之疾病，最常見者為轉移性肺癌，無論有無其他腫瘤，皆需切片以鑑別原發、轉移性，其餘包括肺結核、肺炎、慢性間質性肺炎、肺水腫、肺纖維化、肺膿瘍、縱膈腔腫瘤、肺良性腫瘤…等疾病。

三、分期^[10-15]

（一）小細胞肺癌

1. 因其生長快速之特性，故跟預後最有關聯之分期系統，並非同一般實體腫瘤之 TNM 系統，而是依據病灶是否能完全涵蓋在單一治癒性放射線劑量之照野中，區分侷限期、廣佈期。
2. **侷限期**：定義為病灶侷限於單側肺部，只要還沒有對側肺部轉移、遠端轉移、惡性肋膜積水的小細胞肺癌都屬於此期，可用單一治癒性同步化學放射治療的劑量治療。
3. **廣佈期**：定義為病灶已有轉移（包括對側肺部轉移、遠端轉移、惡性肋膜積水任一），或腫瘤體積太大，故無法使用單一治癒性同步化學放射治療的劑量來治療，僅能使用化學治療+免疫治療。

（二）非小細胞肺癌

1. 以 IIIB 後為分界：IIIA 前可直接手術、IIIB 後無法直接手術。
2. IIIB 後之定義為至少有腫瘤侵犯附近器官（且淋巴有吃到同側縱膈腔）、淋巴對側轉移、遠端轉移任一者，且大部分 IIIB 後都無法開刀（即無法治癒，僅能緩解疾病進展），僅少在同步化學放射治療後範圍有縮小，才有機會開刀治癒。第四期之定義則為肋膜積水有癌細胞、轉移到對側肺、遠處轉移任一者。
3. 肺癌易遠處轉移器官：包括腦部、骨骼、肝臟、腎上腺。



T	標準
<u>T_x</u>	無法評估腫瘤
<u>T₀</u>	無原發腫瘤
<u>T_{is}</u>	原位癌
<u>T₁</u>	腫瘤小於三公分，且腫瘤未侵犯至其他週邊組織
T1a(mi)	微侵犯的腺癌
T1ass	位於中心氣道表面的腫瘤。大小不限，只要三公分以下都歸於此類，但腫瘤僅限於氣管及支氣管壁
T1a	腫瘤不大於1公分(1公分)
T1b	腫瘤大於1公分(>1公分)，但不大於2公分(2公分)
T1c	腫瘤大於2公分(>2公分)，但不大於3公分(3公分)
<u>T₂</u>	符合下列其中一項標準，且未達T3或T4的任一標準： 腫瘤大於3公分(>3公分)，但不大於5公分(5公分)
T2 ViscPl	腫瘤侵犯臟層胸膜。但若>3且4公分，歸於T2a；若>4且5公分歸於T2b
T2Centr	因腫瘤引起肺塌陷或阻塞性肺炎，且延伸至肺門
T2a	腫瘤大於3公分(>3公分)，但不大於4公分(4公分)
T2b	腫瘤大於4公分(>4公分)，但不大於5公分(5公分)
<u>T₃</u>	腫瘤大於5公分(>5公分)，但不大於7公分(5公分)，或符合下面任一條件，但未及T4
T3 Inv	腫瘤侵犯胸壁、心包膜、膈神經
T3 Satell	單一肺葉有超過一顆獨立結節
<u>T₄</u>	腫瘤大於7公分(>7公分)，或符合下面任一條件
T4 Inv	腫瘤侵犯至縱隔腔、橫膈、心臟、大血管、喉返神經、氣管隆凸、氣管、食道、脊椎骨
T4Ipsi Nod	腫瘤細胞同時出現於同側不同肺葉

N	標準
<u>N_x</u>	淋巴結侵犯、轉移無法評估
<u>N₀</u>	無周邊淋巴結侵犯、轉移
<u>N₁</u>	腫瘤侵犯、轉移至原發腫瘤同側之支氣管周圍、肺內、肺門淋巴結
<u>N₂</u>	腫瘤侵犯或轉移至原發腫瘤同側之縱隔腔淋巴結或氣管隆凸下淋巴結
<u>N₃</u>	腫瘤侵犯、轉移至原發腫瘤對側之縱隔腔、肺門淋巴結，或有同側、對側鎖骨上淋巴結轉移



M	標準
M0	無遠端轉移
M1	有遠端轉移
→M1a	對側肺轉移或有惡性腫瘤引致的肋膜積液、心包積液； 或肋膜或心包上有結節生成
→M1b	胸外轉移且局限於單一器官、單一病灶
→M1c	胸外轉移且單一器官多重病灶，或多重器官之轉移胸外轉移

Stage	T	N	M
Stage 0	Tis	N0	M0
Stage IA1	T1mi	N0	M0
	T1a	N0	M0
Stage IA2	T1b	N0	M0
Stage IA3	T1c	N0	M0
Stage IB	T2a	N0	M0
Stage IIA	T2b	N0	M0
Stage IIB	T1a	N1	M0
	T1b	N1	M0
	T1c	N1	M0
	T2a	N1	M0
	T2b	N1	M0
Stage IIIA	T3	N0	M0
	T1a	N2	M0
	T1b	N2	M0
	T1c	N2	M0
	T2a	N2	M0
	T2b	N2	M0
	T4	N1	M0
Stage IIIB	T4	N0	M0
	T1a	N3	M0
	T1b	N3	M0
	T1c	N3	M0
	T2a	N3	M0
	T2b	N3	M0
Stage IIIC	T3	N2	M0
	T4	N2	M0
	T3	N3	M0
Stage IVA	T4	N3	M0
	任何T	任何N	M1a
Stage IVB	任何T	任何N	M1b
	任何T	任何N	M1c



參、治療相關^[1,4,5,11-17]

一、治療大方向

(一) 小細胞肺癌治療大方向

1. 因其高度惡性之特性，在被診斷時多已有遠處隱藏性、明顯之轉移，故即使手術切除，日後遠端復發機率也很高，因此手術切除在小細胞肺癌的治療幾乎無角色。且所有小細胞肺癌之患者，即使影像學檢查看起來是侷限期，也需全身性治療，不僅限於廣泛期。
2. **侷限期之治療**：同步化學及放射治療，並視情況加入預防性腦部照射。侷限期是胸部放射治療之適應症，如已進展至廣泛期，則不會用胸部放射治療。而預防性腦部照射的劑量較低，用來預防腦部轉移，可清除已轉移、但未在影像表現出之癌細胞。不同於全腦放射線治療是全劑量，用於腦 MRI、PET 確定有轉移之病灶。
3. **廣泛期之治療**：化學治療加免疫治療（緩解），並針對有症狀之遠端轉移加入放射治療。有症狀之遠端轉移包括腦轉移、骨轉移疼痛、上腔靜脈症候群、急性氣道阻塞等。另外如果初始治療達完全緩解、部分緩解，也可視情況加入預防性腦部照射、胸部放射治療，以鞏固療效。

(二) 非小細胞肺癌治療大方向

1. 依可否手術，區分成三大類：IIIA 期前可直接手術；IIIB、C 期可能可手術，但無法直接手術；IV 期則不可手術。
2. **IIIA 期前**：皆可直接手術切除，術後再依照二次分期的期別加入化療、放療、標靶。其中 I、II 期可直接手術切除，II 期建議術後加做輔助性化學治療、標靶治療，防止復發。IIIA 期建議術後一定要加輔助性化學治療、標靶治療。如果是高齡、體力差無法接受手術者，則可用治癒性同步化放療、放療，替代手術。
3. **IIIB、C 期**：無法直接手術，需以體力區分可接受、無法接受同步化學放射治療兩大類。如無法接受同步化學放射治療者，則治療同 IV 期。如體力可接受同步化學放射治療者，則先接受同步化學放射治療。如變小而能手術者，則同步化學放射治療→手術切除→依照術後分期加入其他治療；如仍無法手術者，則同步化學放射治療→免疫治療（鞏固治療）。
4. **IV 期**：以標靶治療優先為原則，如無法使用標靶治療則用化學治療加入免疫治療。標靶治療需先測 EGFR、ALK、ROS-1 三大驅動基因，決定可否使用相對應的標靶治療，如三者皆陰性再測 NGS 次世代基因檢測，看有無罕見基因突變，決定可否用其他標靶治療。如有驅動基因突變者，則先使用標靶治療，待



產生耐藥性後改其他標靶治療或化學治療加免疫治療；如沒有驅動基因突變者，則直接接受化學治療加免疫治療。另外鱗狀細胞肺癌因多無驅動基因突變，故多直接用化學治療加免疫治療，但也可自費基因檢測。

二、各種治療介紹

(一) 觀察

如果是小於 0.6 公分之病灶，則半年後追蹤電腦斷層即可；如果是大於 0.6 公分之病灶，則建議積極治療，包括切片、手術、全身性治療…等。

(二) 戒菸

可減少疾病風險，因肺癌患者有較高的機率在同時／之後有另個肺部惡性腫瘤。同時也可加強化學治療和放射治療的反應，因尼古丁會增加藥物抗性、不敏感性。另外也可減少手術後併發症。

(三) 手術

1. 全肺切除：適用於腫瘤已橫跨單側多個肺葉、或位於主支氣管者。
2. 肺葉切除：最常用來治療肺癌。若腫瘤僅侵犯某肺葉，則僅須切除該肺葉即可。
3. 肺節切除：左肺八、右肺十。若腫瘤較小、僅侵犯某個肺節，則將該肺節切除。
4. 楔形切除：若手術風險高，肺功能很差，則進行更小之楔形切除。
5. 袖式肺葉切除手術：將有腫瘤的肺葉及支氣管切除後，再將兩端支氣管端吻合。
6. 其中僅全肺切除、肺葉切除為根治性療法，而最常使用的手術方式為肺葉切除及楔形切除。另小細胞肺癌因其特性，故基本上皆無法開刀。

(四) 化學治療

肺癌的每個治療方案皆由兩種化學治療藥物組成，美國臨床腫瘤學會 (AJCC) 建議至少其中一種是鉑類，其它可搭配包括愛寧達、太平洋紫杉醇、歐洲紫杉醇、健擇、溫諾平等。目前化學治療的角色在末期非小細胞肺癌已漸被標靶取代、不全是第一線，主要是營救性、緩解性；但在末期外之非小細胞肺癌、小細胞肺癌仍有一定角色，包括治癒性同步放化療、前導輔助性、輔助性。

(五) 放射治療

1. 治癒性胸部放射治療：侷限期小細胞肺癌、IIIB C 非小細胞肺癌。
2. 前導性／輔助性放射治療：II、III 非小細胞肺癌術前後，可縮小體積、鞏固療效。
3. 緩和性放射治療：改善不適、症狀。無論期別，皆可用於腫瘤佔位造成症狀時，包括：骨轉移、腦轉移、上腔靜脈症候群、脊髓壓迫、急性氣道阻塞。



4. 預防性腦部照射／全腦放射線治療：預防性腦部照射使用較低劑量，用於侷限期的小細胞肺癌以預防腦轉移；全腦放射線治療則使用全劑量，用於影像學上確定有轉移病灶，屬緩和性放射治療。

（六）標靶治療

當肺癌用到標靶治療時，基本上已放棄治癒疾病，目標為增加存活年限。標靶治療的機轉為針對有基因變異之生物標記進行抑制，像是 EGFR 驅動基因的藥物是其酪氨酸激酶抑制劑 TKI。目前標靶治療為有基因突變之末期非小細胞肺癌第一線治療，約占肺癌患者約 25%，但易有抗藥性，各標靶藥物平均的抗藥性約在使用 8~12 月後會產生，之後即無效，需再檢測是否有其他基因突變，或是改用化學治療、免疫治療。但並非所有非小細胞肺癌都易有驅動基因突變，像是鱗狀細胞肺癌通常會直接使用化學治療＋免疫治療。

（七）免疫治療

需檢測 PD-L1，因腫瘤比率分率 TPS>50% 者效果才會較好，但沒達標者不代表沒效，只是效果可能較差，建議搭配化學治療。另適合免疫治療者、適合標靶治療者常是兩群不同病人。適合免疫治療者多為鱗狀細胞肺癌、腫瘤突變量越大、抽菸者；適合標靶治療者多為肺腺癌、腫瘤突變量越小、不抽菸者，較易有驅動基因突變。另如果有自體免疫相關問題則不可用，否則副作用很強。現還有較昂貴的細胞免疫治療，包括 Car-T、Car-NK 等，但因價格因素，故較不普及。

三、治療副作用

（一）手術治療

1. **麻醉抑制**：病因為麻醉後遺持續干擾神經、內分泌，會有血壓不穩、灌流不足、易感染等臨床表現。

中醫治療原則：益氣＋升提＋強心肺。如補中益氣湯。

2. **疼痛**：在現今主流使用胸腔鏡進行手術後，術後疼痛已大幅改善，而疼痛最大的問題是會影響術後肺功能訓練、咳痰，造成支氣管被痰阻塞、肺塌陷、肺炎、呼吸衰竭等。

中醫治療原則：以行氣化瘀、疏肝、補氣養血、清熱解毒等不同方式止痛。

3. **肺塌陷**：其實肺部腫瘤切除手術在術前都已經過嚴密評估，所以不會嚴重影響肺功能。主要的病因是術後支氣管被痰、分泌物阻塞，影響空氣進入、肺葉無法擴張，會有呼吸困難、心跳加速、血氧掉、患側呼吸音降低、胸部 X 光單側白色等臨床表現。

中醫治療原則：大補氣血＋溫陽＋宣肺＋清熱＋化痰利濕。



4. **咳痰能力差**：中醫治療原則可用補氣、溫陽、宣肺，來幫助增加咳痰能力。
5. **感染**：手術後組織液、痰很容易蓄積，如果引流、咳痰不暢，易誘發肺炎、敗血症。

中醫治療原則：宣肺解表＋清熱＋補氣養血＋化痰利濕。

（二）放射治療

1. **概述**：放射線治療造成的病機多為氣陰兩虛＋陰虛血熱＋熱毒傷陰。因放射線治療是用高劑量 X 光破壞細胞核，會誘發發炎反應，故副作用多為正常細胞之發炎。
2. **疲勞**：為短期副作用，主要是因為放射線治療會破壞正常組織，所以身體需消耗能量修復。通常在每天治療後約一至三小時會發生，並在療程結束後消失。

中醫治療原則：補氣養血＋清熱養陰。

3. 各種皮膚症狀：

- (1) **發炎（紅腫熱痛）、脫皮、滲出液**：為短期副作用，療程結束後會改善。

中醫治療原則：補氣養血＋清熱涼血；利濕（滲出液多）。

- (2) **乾燥**：為中長期副作用，主要是因放射線治療破壞皮脂腺、汗腺，導致皮膚長期乾燥、不易恢復。

中醫治療原則：以補氣養陰為主，效果不好加少許溫陽。如結束治療兩年後、腫瘤控制穩定者，可加重補氣溫陽藥，需同時加重清熱藥。

- (3) **局部纖維化**：為中長期副作用，多發生於療程結束後 1~2 年，被照射之胸壁處會變較硬、緊繃。

中醫治療原則：養血柔肝、化癥，若萎縮硬化嚴重，再加補氣養血、少許溫陽。

4. **放射性肺炎**：為中期副作用，多發生於療程結束後二至三個月，會有乾咳、喘、低燒，胸部 X 光上有陰影等臨床表現。西醫治療包括類固醇、止咳藥、氧氣等。
中醫治療原則：補氣養血＋養陰退熱＋少許溫陽。其中少許溫陽可促進養陰之修復效果。

5. **放射性肺纖維化**：為長期副作用，多發生於療程結束後半年左右，主要是放射性肺炎患者在身體修復時發生纖維化，導致肺功能下降。

中醫屬「血枯」，治療原則：補氣養血＋柔肝化癥。

6. **放射性食道炎**：為短期副作用，多發生於療程開始一至兩周，在療程結束後二至四周會消失。會有吞嚥困難、吞嚥疼痛、異物感等臨床表現。

（三）化學治療

1. **概述**：化學治療造成的病機多為氣血虛＋少陽熱。其中氣血虛是因是針對細胞週期抑制，而人體也有複製較快之細胞，因此也易影響正常細胞而產生副作用，



包括腸胃道黏膜、骨髓、毛髮、生殖細胞等。(按：少陽熱是因化療藥物會干擾全身神經、內分泌、免疫系統運行，導致其運行紊亂。)

2. **疲勞**：放射線治療、化學治療皆會破壞正常細胞，因此身體皆需消耗能量修復。西醫治療主要是用黃耆萃取之懷特血寶 PG2。

中醫治療原則：補氣養血+升提。

3. **毛髮脫落**

4. **各種腸胃道症狀**：

- (1) **噁心、嘔吐**：包括中樞、周邊機轉。中樞機轉為化療刺激致吐性化學物質釋放，經由腦脊髓液、血液傳遞至腦幹化學受器觸發區 (CTZ)，促使各種神經傳導物質釋放，進一步活化延腦之嘔吐中心 (VC) 致吐；周邊機轉則是當腸內皮細胞因化療受損後，腸道之神經傳導物質接受器會分泌嘔吐神經傳導物質 Serotonin (5-HT)，並接上迷走神經之 5-HT₃ 受體，進一步刺激腦幹 CTZ 致吐。這種神經傳導物質分泌，導致神經混亂的狀況。

中醫屬「肝胃失和」，治療原則：健脾+疏肝+理氣+降逆，調解升降氣機。

- (2) **腹瀉、便秘**：化學治療一方面會影響交感、副交感，造成交感神經混亂、影響腸胃蠕動，造成腹瀉或便秘，中醫治療原則為和解少陽；一方面也會造成腸胃黏膜上皮發炎，進而影響腸道吸收而引起腹瀉，中醫治療原則為健脾利濕。

- (3) **口腔潰瘍**：化療藥物會使口腔黏膜變薄，導致潰瘍。

5. **各種骨髓抑制**：

- (1) **白血球降低**：尤其嗜中性球，會發熱、易感染、誘發敗血症。

- (2) **血紅素降低**：疲勞、頭暈、虛弱無力。

- (3) **血小板降低**：易出血。

- (4) 化學治療造成之骨髓抑制並非長期副作用，當停藥一段時間後即會改善。西醫的治療方式包括 G-CSF、EPO、延後化療間隔、降低化療劑量、輸血等。中醫的治療原則為補氣養血 (修復 WBC、Hb)、補腎 (修復 PLT)、溫陽等扶正以改善骨髓抑制的情形。

6. **周邊神經病變**：因肺癌化療多用鉑類，易造成神經毒性，且多不可逆。容易有手麻、腳麻等臨床表現。西醫治療為高濃度 B 群。

中醫治療原則：補氣養血、溫陽、補腎。

(四) 標靶治療

1. **概述**：標靶治療造成的病機多為氣血虛、血枯、瘀熱、陰虛血熱。且因表皮層之基底層有較多的表皮生長因子受體 EGFR，故標靶治療的副作用主要是皮膚發炎反應。標靶治療、免疫治療的副作用皆多跟發炎有關，故治療上皆要考慮



清除標熱，且兩者的副作用嚴重程度跟存活年限有正相關。

2. **皮疹、膿皰疹、皮膚乾癢、脫屑、光敏感等皮膚症狀**：因表皮層中之基底層有較多的表皮生長因子受體 EGFR，能調控角質細胞增生、分化，而標靶藥即是針對該受體，故會誘發表皮層發炎、角質層增厚、表皮細胞壞死。

中醫治療原則：涼血活血，可搭配外用藥如三黃膏來處理皮膚的發炎狀況。

3. **毛囊炎**：掉髮、捲髮。
4. **甲溝炎**：指甲旁紅腫、疼痛，甚至無法行走，且易誘發感染。
5. **口腔炎、口腔潰瘍**：牙齦發紅、生瘡、出血，及口腔潰瘍。
6. **手足症候群**：是一種由藥物引起之皮膚毒性反應，多發生在手、腳掌。會有紅腫、麻刺，脫皮、潰瘍、疼痛、起水泡、化膿等臨床表現。目前的解釋為手、腳掌之微血管在動作、壓力、溫度上升時會擴張，導致藥物釋放至組織中，進而引起局部發炎。西醫治療為抗組織胺、外用尿素、類固醇、抗生素。可衛教患者包括保濕、防曬、減少刺激清潔液、避免烤炸辣。

中醫治療原則：清熱解毒、清熱涼血、清熱利濕以處理毒性反應。

7. **腹瀉**：中醫治療原則：清利濕熱、健脾利濕。

(五) 免疫治療

1. **概述**：免疫治療造成的病機為少陽熱、陰虛血熱（免疫風暴）。因免疫治療是刺激、活化免疫系統，故副作用多為免疫機制之過度反應，類似自體免疫、發炎。但整體副作用較化學治療大幅下降，且同標靶治療，兩者的副作用嚴重程度都跟存活年限有正相關。另免疫治療的副作用容易快速惡化，所以需早期發現、治療，有些許徵象即需介入，否則易快速進展。且免疫反應為發炎、熱證，不可使用溫陽藥，補氣養血的藥少用或不用，若合併化療，劑量需比化療時減少，避免將免疫補起而亢熱。如果有自體免疫病史者，或陰虛燥熱體質者，可在進行免疫治療前先補腎滋陰+和解，使免疫穩定，以減少免疫治療的副作用。

2. **皮疹、膚癢**：多為局部皮疹，少數為大面積皮疹。

中醫治療原則：和解+清熱養陰+涼血。如小柴胡湯+育生免疫過亢方。

3. **甲狀腺炎**：甲亢、甲低皆有可能。

甲亢的中醫治療原則：重鎮平肝。

甲低的中醫治療原則：補氣養血+補腎滋陰+少溫腎陽。

4. **肝炎**：肝功能指數上升、疲憊、黃疸。

中醫治療原則：和解+清利濕熱。

5. **間質性肺炎**：會有咳嗽、發燒、喘、胸部 X 光呈肺部浸潤等臨床表現。

中醫治療：可使用麻黃、葶藶子等來宣降肺氣。

6. **腸炎、腹瀉**



肆、中藥治療癌症大方向^[11,12,13,18]

一、中醫治療腫瘤方法探討

(一) 清熱解毒法

< 主要應用 >

抑制腫瘤細胞的興奮與複製、腫瘤細胞分裂、血管生成荷爾蒙的分泌、腫瘤分泌毒素，阻斷腫瘤營養之後援，治療腫瘤快速增殖期之發熱、腫瘤性內分泌過亢、腫瘤異位性激素分泌旺盛、腫瘤性血球增多，預防感染。

病程快速增長期，或異位激素分泌旺盛。未接受西醫化放療、或化放療治療之副作用已代謝完，病人腫瘤指數仍異常，但無貧血或低蛋白血症者，需以大劑清熱解毒+活血化瘀藥施治。若腫瘤中晚期正氣虛衰，以扶正處方為主，仍需加入清熱化瘀藥。

< 其他療效 >

消炎、抗菌、解熱、利膽、利尿、止血及鎮靜作用，有瀉下作用，防止大腸吸收毒素，為廣效的抗菌藥。能治療惡性腫瘤的各種合併症，如高膽固醇、高血脂、高尿酸、高AST/ALT、高血糖、高血壓、腦與內分泌過度亢進、細胞及血管發炎、感染、熱性出血、化放療灼傷、血管及上皮細胞異常增生。能削弱組織胺利尿、促膽汁及胰液之分泌。

< 常用藥 >

- (上焦)：黃芩、連翹。
- (中焦)：黃蓮、梔子。
- (下焦)：黃柏、龍膽草、蒲公英。

(二) 活血化瘀法

< 主要應用 >

阻斷腫瘤血管新生，促正常血管修復，消解腫塊，抑制腫瘤分泌毒素，阻斷腫瘤營養之後援，改善癌性疼痛。活血化瘀法的運用貫穿於整個癌症的治療過程。

初中期配合清熱解毒藥，抑制腫瘤血管新生。化放療或攻峻一段時日後，血管狹窄、阻塞，改善末梢血管的再生或溶通或擴張啟動側支循環，促進正常血管新生，帶來大量抗體，清除代謝廢物。

< 常用中藥 >

- 涼血活血：牡丹皮、地骨皮、赤芍（抑制血管壁的發炎出血）。
- 活血化瘀：丹參（常用來改善身體缺氧，帶來血管流動性增加）。



- 活血補氣補血：川七、當歸（活血兼補氣補血功用）。
- 活血破血：懷牛膝、續斷、骨碎補（活血中可以打通癌細胞包膜，穿透進入作用）。

（三）化痰利濕法

< 主要應用 >

令腫瘤細胞脫水、固定、不再長大。清除不正常的水分或分泌物、免疫複合體、細菌、病毒、或腫瘤細胞分泌之毒素或代謝廢物。避免在撲殺癌細胞過程中，因代謝廢物沉澱、阻擋，或神經傳導介質太多或過度黏稠，而減低療效，預防腫瘤溶解性腎炎。

治療任何腫瘤，皆須考慮到化痰飲及淡滲利濕。腎癌、肺癌、肝癌、腦癌、卵巢癌，只要會產生惡性積液，都須大劑量之化痰利濕藥。化痰利濕藥尚可改善鬱血、細胞栓塞或血栓、淋巴液、氣管及食道黏液及濃痰、神經傳導介質的異常增生、免疫細胞撲殺腫瘤或病毒的代謝產物、化放療各階段的病理性廢物。

< 常用中藥 >

- 陳皮、半夏、砂仁、萊菔子、茯苓、澤瀉、白朮。

（四）攻癌祛邪法

< 主要應用 >

中醫藥治療腫瘤，只要對證且劑量大，都會有效果。主要以清熱解毒合併活血化癥，再加上水蛭、地鱉、守宮、地龍、蜈蚣、全蠍、斑蝥，攻癌祛邪。以期達到抑制腫瘤細胞分裂及血管新生，誘導腫瘤，細胞凋亡，抑制癌細胞、DNA 合成，消解已形成之腫塊，攻伐癌瘤。此種方藥有毒性，同時蟲類藥物有腥臭味，李老師已經做成萬靈丹。

（五）通利二便法

< 主要應用 >

中醫之通便法不同於西醫之輕瀉法。中醫的通利二便法溶解膽固醇、利膽，溶解腫瘤細胞分泌的各種毒素，及免疫或中藥撲殺腫瘤產生的代謝廢物，抑制腫瘤細胞血管新生，溶解血栓及水腫的阻滯，防止病理產物形成致病因素。

< 中藥使用 >

- 大黃、大柴胡湯、桃核承氣湯。

（六）重鎮平肝法

< 主要應用 >

治療惡性腫瘤合併顱內壓增高、血壓高、血糖高，甲狀腺亢進，高泌乳素血



症，腫瘤性內分泌過亢，腫瘤異位激素分泌異常旺盛，腦神經亢奮之狂躁、不能鎮靜嚴重睡眠障礙…等。

< 中藥使用 >

- 龍骨、牡蠣、代赭石、建瓴湯、柴胡龍骨牡蠣湯…等。

(七) 滋陰降火法

< 主要應用 >

骨髓腫瘤、白血病、腎腫瘤、生殖細胞腫瘤、泌尿道腫瘤，凡屬陰虛骨蒸勞熱之惡性腫瘤。惡性腫瘤誘發之內分泌過亢、異常興奮、高血壓、高血鈣、高血糖、高泌乳激素血症、高甲狀腺素、煩躁、口乾舌燥、不能鎮靜、不能入眠等症。化放療引起的血管內壁、臟器、神經、結締組織、骨膜、上皮細胞、內外分泌腺體的灼傷。惡性腫瘤病程遷延，耗損津液，陰虛內熱動火。頑固性腫瘤熱。抗生素控制不良之低熱。

< 中藥使用 >

- 青蒿、知母、地骨皮、知柏地黃丸等。

(八) 扶正祛邪法

< 主要應用 >

喚醒並修復自體抑癌基因，解除免疫的受抑，適用於腫瘤外科手術後，解除麻醉對腦部及神經的抑制，增加腦部、心臟、腎臟的血液灌流，預防感染。化放療後遺之脾胃損傷、低蛋白血症、貧血、神經損傷、心臟病變、腦萎縮退化、脫髓鞘、中風；晚期腫瘤體虛及惡液質。使用苦寒藥一段時日後，或西醫介入後，腫瘤持續增大、或腫瘤標記持續升高，即進入氣虛、血虛、或血枯的階段，須改以扶正祛邪法。

< 中藥使用 >

- 黃耆、人參：喚醒體內抑癌基因，加強周邊血流，讓細胞內 ATP 代謝更有效能。
- 川七、當歸、丹參：活血，打通血液黏稠度過高的循環，提供周邊營養，同時靈活機體代謝運作。
- 何首烏、菟絲子、熟地黃、生地黃：養肝腎之陰，強化肝腎運作所需要的營養，穩定交感、副交感，強化肝臟製造各種酵素的功能，強化身體代謝廢物的排出，同時增強腎臟留住各種電解質以及排出體內有毒物質能力。
- 炒杜仲、生杜仲：提供中醫先天之本，強化腎臟功能。
- 山茱萸：加強肝腎血循，促進各種肝腎回饋作用傳達，同時加壓周邊血循更有效能。



- 乾薑、附子、肉桂：當以上療法遇到瓶頸停滯期，以上三種藥物可以增加心臟強度，促進心臟釋出血液，並擴張周邊血管，改善血液循環，也可以牽制寒涼藥物的副作用。

(九) 通竅法

< 主要應用 >

通過改善腦及身體各種調節能力，解除經脈、循環、神經、免疫、各種屏障的抑制，喚醒自身的抗癌能力，增加藥物的療效。

< 常用中藥 >

- 麻黃：強心、發汗、利尿、通十二經脈。透過腦部解除呼吸、發汗、體溫、心腎的功能受抑。
- 地龍：通過血腦障蔽（BBB），清除血管中的網狀纖維蛋白，通暢血管。
- 銀杏葉：治療淋巴液回流不良，導致的淋巴腫、象皮腫。
- 麻黃、杏仁、半夏：緩解胸腔的痙攣，舒張枕骨大孔血管，讓腦脊髓液以及腦部血循可以更加通暢，幫助腦部韌蛋白以及許多腦部神經代謝廢物的洗出，恢復腦各樣系統的運作。

二、中醫治癌方藥的運用〔11,18〕

第一方：乳沒四物湯加方（適用平滑肌等較軟組織的腫瘤）

（乳沒四物湯+芩連柏、朮芩瀉、川七、育生丸、萬靈丹）／丹皮、黃芩加重。
乳沒四物加方難吃，可加糖或開胃藥，開胃藥如內金、麥芽等。

第二方：通經方加方（偏向橫紋肌等較硬組織，如肌肉型的惡性腫瘤）

（通經方+芩連柏+朮芩瀉+川七、育生丸、保安萬靈丹）

偏向於骨髓、肌肉的硬組織。通經、破血、活血化瘀，由骨髓中癌胚幹細胞的抑制來治療。通經方對骨髓癌、骨癌、腎臟、肺癌、對同型性、少陽系腫瘤有效。

第三方：仙方活命飲（清熱解毒，治無名腫毒）

仙方活命飲劑量需大劑量加上花粉或銀花或黃芩或蒲公英，須劑量大、貝母（浙貝、土貝）8錢~1兩以上、川七、育生丸、萬靈丹。

第四方：柴芩湯加方，適用少陽（各種膜）組織的腫瘤，少陽臟器組織（如肺、肝、腎）

柴芩湯，茯苓、澤瀉加重、川七、萬靈丹、育生丸。肺癌：加葶藶子、防己、麻黃。



柴苓湯以肋膜、心包膜、縱膈腔積水、腹水、或腦水腫為目標。

偏向有水份貯留者，或細胞本身有水腫狀態，如肝癌、肺癌、或腎癌，有肝腎綜合癥、Creatine 上升、水腫，以柴苓湯為主。

柴苓湯對肝、腎、肺腫瘤效果不好時，改為通經方，看是否有水蓄、肋膜積水、肺鬱血，以症狀為主，不以病理切片為依據。

第五方：小柴胡湯加方（偏向淋巴腫瘤、骨髓、肌肉層腫瘤、或腫瘤淋巴轉移）

（小柴胡湯、朮苓瀉、青蒿、知母、地骨皮、丹皮、黃芩加重、川七、育生丸、萬靈丹）

屬少陽熱，偏向淋巴腫瘤、骨髓、肌肉層腫瘤、或腫瘤淋巴轉移。

育生丸：抗腫瘤作用，直接作用在腦

解除腦部受外來的干擾抑制，惡性腫瘤可能係因大腦誤以為體內有大規模老化細胞，命令啟動快速增生修補。只要解除干擾，就會自動修正，育生丸讓腦神經修整後，可以重新發出正確命令。

引經藥的應用

各臟腑的引經報使藥物，可治經絡的腫瘤，令藥物大量聚集對抗腫瘤。

1. 橫膈膜上、下臟器、總膽管、輸膽管、胰臟頭、胃癌、膽囊：良薑、山豆根。
2. 脊椎：粗鹿茸、地龍、麻黃、銀杏葉。
3. 肺：葶藶子（消肋膜、肺、縱膈腔積水）。
4. 腎：茯苓、澤瀉（全身水腫皆可用茯苓、豬苓、澤瀉、白朮、蒼朮）。
5. 子宮卵巢：黃芩、白朮、龍膽草。
6. 泌尿道：龍膽草、梔子、黃柏。
7. 頭部：天麻、吳茱萸（眩暈、噁心、嘔吐、癲癇）、蒿本。
8. 喉部：訶子、半夏。
9. 淋巴瘤：青蒿、知母、地骨皮。
10. 肝：柴胡、黃芩。
11. 直腸：白芷、防風、升麻（入陽明經）。
12. 鼻：辛夷、細辛、蒼耳子、麻黃、白芷。
13. 舌：蒲黃（胃熱、心熱）。
14. 肌肉層腫瘤：以通經方效果好。
15. 骨髓：不單通經方、知柏地黃、地骨皮飲、犀角地黃類亦可應用，是少陽熱、骨蒸勞熱。
16. 乳房：以乳沒四物湯＋牛蒡子八錢、芩連柏、朮苓瀉，效果最好，其次為括萆牛蒡子湯加方，也有以丹梔逍遙散，但比不上括萆牛蒡子湯，又比不上乳沒四



物的加方。

17. 乳房腫瘤與子宮內膜異位或癌變，均可以乳沒四物湯+芩連柏、朮苓瀉，因為在經前不斷刺激充血，久了鬱積成瘀熱證。
18. 《外科正宗》胸乳部位的腫瘤，常用柴胡、牛蒡子。
19. 甲狀腺腫：以夏枯草、紫蘇子（海藻、昆布、牡蠣，甲亢者忌用，甲低者可用）。
20. 散腫潰堅湯：對甲狀腺的癭瘤。
21. 骨腫瘤：引經藥為知母、黃柏。
22. 皮膚腫瘤：麻杏薏甘湯效果最好，局部以艾粒直接灸，隔薑或隔蒜灸。

三、中醫協助化放療副作用治療〔11-13,19〕

（一）手術

手術麻醉會引起神經內分泌紊亂，或經絡氣血的阻斷和干擾，或影響傷口修復，或術後引流管一直無法拔除，可以用補中益氣湯加方。

黃耆 20、當歸 4、丹參 4、甘草 2、大棗 5、柴胡 3、升麻 3、黃芩 5、木香 4、元胡 4、陳皮 4。（單位：錢）

（二）化療副作用

1. 主方有三方

- 柴胡+聖愈湯加川七。
- 十全大補湯加方。
- 右歸飲+川七、山藥、杜仲、牛膝、乾薑、天雄、黃柏…等。

2. 血象異常

- Hb 過低：小柴胡湯+聖愈湯+川七、丹參+人參、鹿茸、乾薑、黃柏…等。
- PLT 過低：酒浸竹七粉+鹿茸+人參、玉桂子、附子…等。

3. WBC 紊亂

- 淋巴球偏高：加虎杖、山苧麻、黃柏、青蒿、知母以及青黛…等。
- 淋巴球偏低：十全大補或是右歸飲。
- 嗜中性白血球偏高：山苧麻根。
- 嗜中性白血球過低：十全大補湯、右歸飲、蓖麻子根（1 錢開始最多到 3 錢）。

4. Protine 偏低

- 補脾藥香砂六君子湯加人參、黃耆，或是加上乾薑、附子、肉桂…等。
- 也可以加上補腎陽藥物，如右歸飲。
- 如果患者腹水仍不減，可以常吃四神湯，加強血中蛋白濃度。



5. 肝功能、腎功能、高血糖

- GOT、GPT、ALK-PT：初起以清熱解毒，後續加入香砂六君+聖愈湯+六味地黃丸，酌量加入大青葉、板藍根、乾薑、肉桂、附子、玉桂子、何首烏。
- BUN、Creatinine、Ammonia：黃連解毒湯+補脾腎藥物+腎炎方+乾薑、忍冬藤、丁豎朽、蒲公英、黃柏、川七、人參…等。
- Glucose：加黃連、生石膏、桑白皮、蒲公英、人參、土芭樂根、大黃…等。
- r-GT、AFP、CEA、CA125、CA199、CA153、CA72-4、NSE、SCC、CYERA-21：主要三方加入乾薑、天雄、玉桂。
- CCF、ZTT、TTT：柔肝養血藥物，加上聖愈湯，或是六味地黃丸。

6. 賀爾蒙類激素過高

- B-HCG、FSH、LH、E2：重鎮安神藥物+活血涼血藥物。
- PROLACTIN：重鎮法。
- T3、T4、Tgb、TBG：重鎮安神+清熱解毒+涼血+夏枯草。

7. 不正常出血：咳血、尿血、便血…等。

- 小柴胡湯+聖愈湯+川七。
- 若有嚴重出血+乳香沒藥+艾草。

(三) 放療副作用

1. 局部放療灼傷：

造成淋巴液滲出，傷口難癒合，是因為組織的生長賀爾蒙被灼傷，無法分泌，可以大補氣血藥物，促進上皮細胞生長賀爾蒙分泌，就可以刺激肉芽使之癒合，剛剛開始可能會流出屍臭味，是正常的不要擔心。

2. 肋骨灼傷：

引起骨髓炎，引發骨蒸勞熱，屬於中醫骨蒸熱，通常在黃昏之後發燒，半夜溫度最高，天亮盜汗，白天體溫仍然比一般人高，此可當作骨髓炎、少陽熱論治，可以於主方中加入大量，青蒿、知母、地骨皮、黃柏、牡丹皮、赤芍等退骨蒸熱，否則骨髓會腐爛。

3. 若有淋巴回流不良，多硬腫：

可以用補陽還五湯，加上蒼朮、茯苓、澤瀉，加上銀杏葉至少 8 錢左右可以溶除。

4. 肋膜炎：

- 乾性肋膜炎：比照肺結核治療法。
> 沙參、麥冬、元參、生地黃。



- > 退熱：黃芩、牡丹皮。
- > 止血：藕節、側柏葉。
- > 最後：少量麻黃、杏仁。
- 濕性肋膜炎：比照氣喘有痰治法。
 - > 稀釋痰液：萊服子、枳殼、枳實、陳皮。
 - > 清熱：黃芩。
 - > 斂痰：白果、五味子、細辛、紫菀、款冬、乾薑、肉桂。
- 肋膜積水：柴苓湯爲主。

5. 心肌炎：

- 清熱藥（黃連最優）＋涼血藥＋茯苓澤瀉。心內膜發炎易引起水腫，因此引起喘咳。

6. 骨折：可以加重乾薑、附子、黃柏、地骨皮…等。

7. 皮膚灼傷：治療大補氣血，加黃耆，加當歸，加上外撒大黃粉。

8. 肺部灼傷：以肺陰虛治療加補腎水藥物。

9. 造血不良：大補氣血加補腎加乾薑、附子、肉桂、黃耆、人參、川七、鹿茸、菟絲子、茯苓、澤瀉。

（四）注意化放療長期作用

1. 神經損傷：

補陽還五湯＋乾薑、附子、肉桂＋天麻、人參、川七＋鹿茸＋黃芩。

2. 肝腎發炎以及腎功能衰竭：

治療肝炎以黃芩效果最好（須重用）。處方用小柴胡湯＋聖愈湯＋人參、川七。腎炎部分加強蒼朮、茯苓、澤瀉。

3. 血管內膜、心肌內膜損壞：

注射化療藥物灼傷後，會快速退化萎縮，多次化療後會引起心肌缺損水腫，此時脈洪大爲假象，仍然應以小柴胡湯＋聖育湯＋乾薑、附子、肉桂＋黃芩、丹皮、梔子＋青蒿、知母、地骨皮，或是加入補陽還五湯。

4. 黏膜水腫、血管發炎，或是出血性紫斑：

表現爲水腫、皮疹、咳嗽、咽痛、胃痛、便秘…等。主方仍以小柴胡湯＋聖育湯爲主方。

- 水腫：黃芩、茯苓、澤瀉。
- 氣管水腫：麻黃、杏仁、葶藶子、防己。

5. 骨膜溶解：

- 青蒿、知母、地骨皮、加黃柏。



6. 骨髓乾枯抑制造血：

- 補陽還五湯+聖育湯+乾薑、附子、肉桂+人參、鹿茸+黃芩。

7. 生殖腺體萎縮：

- 三方選定後，加入乾薑、附子、肉桂+地龍、麻黃。
- 男性加入荔枝核+龍眼核、橘核。
- 女性加入紫河車+菟絲子+沙苑子+肉從蓉+鹿茸。

(五) 降低荷爾蒙抑制劑影響

對雌激素陽性 (ER+)，或是對黃體素陽性 (PR+)，西醫選擇 SERM 如 Tamoxifen，對 HER2 過度表現，西醫會用單株抗體 Trastuzumab 治療。使用這一些荷爾蒙抑制劑 Tamoxifen 目前已知的副作用有以下：

1. 中樞性：頭痛、頭暈、嗜睡。
2. 皮膚：潮熱、盜汗、紅疹。
3. 腸胃：食慾不振、噁心、腹痛、便秘。
4. 肌肉骨骼：肌肉痠痛、骨折、關節痛。
5. 呼吸：咳嗽、呼吸困難。
6. 陰道：陰道出血乾澀癢、子宮內膜鬱血。
7. 心血管：高血壓、高血脂肪、血栓…等。
8. 肝臟：脂肪肝、腎衰、落髮…等。

中醫治療：瘀熱，兼有水蓄，乳沒四物湯+芩連柏+丹皮，茯苓，澤瀉+黃耆+人參。

(六) 標靶治療副作用

標靶藥物主要副作用為陰虛血熱，合併氣虛，可能出現各種皮疹，膿腫或是皮膚發癢，口腔黏膜潰瘍…等，治療方式以小柴胡湯，加清熱涼血藥物為主。

伍、李政育醫師肺癌中醫方藥的運用^[20]

一、依病程論治

(一) 仍屬表證時

肺癌幹細胞初期活化時的人體癥象，與呼吸道被病毒感染、自體免疫攻擊的現象相同，可以陽旦湯來抑制，或是用葛根湯+芩連柏等處方，將病毒細菌抵擋在表處。



（二）半表半裏時

肺部的上皮細胞，受病邪侵入到基底膜時的「半表半裡」、「寒熱往來」、「盜汗」、「日晡發熱」、「乾咳」、「陰虛發咳」、「小有勞則前板齒燥」、「顴紅」、「唇紅」、「口乾」…的現象，則或可合併「小柴胡湯」。

（三）若病情已經入裏

患者有可能正氣虛，或是深入骨髓，引起造血功能低下，可加入治骨蒸勞熱的單味藥，如黃芩、黃柏、黃連、青蒿、知母、地骨皮、丹皮、柴胡…等。這些藥物即為激發肺組織本體，與其週邊組織或週邊血的幹細胞，產生抑制肺癌幹細胞的分裂的方法與藥物，依實驗所知，可以將肺癌幹細胞抑制在 G0 到 G1 之間。而在小老鼠實體觀察亦發現，確實可以抑制肺癌腫瘤的發展，這與人體實際臨床所見相同。

二、綜觀肺癌治療

（一）肺癌出現病理反應以及症狀

肺組織，一旦受肺癌幹細胞的活化與侵犯，立即會在肺組織內外，肋膜或心臟、呼吸道、肺泡內、肺細胞膜上，形成各種反應，例如：粘稠痰液的沉積、細胞膜的發炎、腫大或變形、細胞間隙的代謝廢物的滯留、肺微細動靜血液鬱積、血管的鬱血、瘀血形成肺心病、肋膜積液、或氣管粘膜水腫、或氣管或支氣管的痙攣。而形成各種令人體痛苦，或走向衰弱以及死亡之路，這種情形已經不是目前西方醫學以「腫瘤新生血管抑制劑」可以解決的，必須配合其他藥物，例如：用「淡滲利濕」的藥，喚醒週邊血幹細胞，快速形成刺激肝臟釋放蛋白，與刺激腎臟，分泌利尿素的週邊血幹細胞的自我活化，如茯苓、豬苓、澤瀉、白朮、蒼朮、車前子、葶藶子、防己等。以清潔肺泡，與細胞間隙、組織內外、及其主要相鄰組織的正常與不正常的液體滯留，並令腫瘤細胞脫水。使用活血化瘀而涼血的藥物如川芎、赤芍、丹皮、梔子等。可消除受損血管發炎與腫脹，並抑制腫瘤血管新生。使用活血化瘀而破血的藥物如乳香、沒藥、續斷、骨碎補、牛膝等之類藥物，一方面溶通受阻塞的正常血管，抑制腫瘤血管新生，並攻擊腫瘤細胞。

（二）若有正氣虛時

若有正氣虛，加入當歸、川芎、菟絲子、何首烏、沙苑子以促進正常血管新生，並抑制腫瘤血管新生。治療停滯期為加強藥物以及細胞本身動能：加入川烏、草烏、天雄、雄黃、硃砂。以大量刺激正常週邊血幹細胞增生、增加正常組織的供血、攻擊腫瘤組織的 DNA、以直接殺死腫瘤細胞。尤其正邪交爭日久，機體自我活化與新生能力不足時，抗腫瘤能力處於低下或不可逆轉性的功能低下時，更



須「大補陽」的藥物協助骨髓、腦髓的啟動生機，如乾薑、附子、玉桂、天雄、鹿茸、人參，令已乾枯或耗竭的腦髓、骨髓、週邊血的幹細胞的自我增生、複製。

（三）治療停滯時

在這些變化過程中，有時因神經傳導介質太粘稠或不足，導致功能遲滯者：必須或加入「化痰熱」或「寒飲」的藥物與方劑，協助以清除阻滯沉積於神經軸突過於粘稠的代謝廢物，與加速傳導介質的稀釋或令傳導介質的濃度增加、分解減慢，再吸收使用率增加的方劑，如溫膽湯、滌痰湯、三子養親湯、葶藶大棗瀉肺湯。去治療熱粘性稠代謝廢物與神經傳導介質；或以半夏天麻白朮散、人參乾薑半夏丸、理中湯、香砂六君子湯的加方以治寒飲。

（四）君臣佐使治療概念

中國傳統醫學中治病是隨著病情症狀，不同病程的久暫，機體部份或全身症狀的發生，代謝廢物對全身影響，自我修復能力之良劣，各有不同的適應方劑與治病理論，尤其臨床上千變萬化，絕不是目前西方腫瘤醫學界用單一化學結構式藥物那麼簡單的，並且在各適應方劑中亦有劑量之增減，以何症狀、何階段，同一處方應以何藥為主藥（君），何藥為輔佐（臣），所謂「君、臣、佐、使」，「一開一闔各有定制」，並非用一群目前中國傳統醫學界或中西醫結合腫瘤醫學界的從業人員，將一群基礎實驗有效的中草藥，置於一爐予病人服用的用藥法，不合中醫用藥學理，如此的用藥，日久會「戕害生機」、「一臟偏勝、暴斃而亡」的。

陸、鄭淑鎡醫師肺癌治療思路^[11,16,19]

一、腫瘤應區分三階段治療

（一）第一階段（以痰熱證論治）

攻邪為主，扶正為輔：活血化癥、清熱解毒、化痰散結

1. 理論基礎：

腫瘤初期腫瘤細胞分裂增生，腫瘤血管生成荷爾蒙過多，血管新生，荷爾蒙受體陽性，會產生高凝血以及發熱現象，正邪交爭之際，會產生發炎以及代謝廢物阻滯，皆屬於痰熱症。少量腫瘤細胞，是自我代謝的功臣，因為可以令人體能夠再生正常細胞以及抗體恢復，因此有少量癌細胞對身體有功用，能夠提供身體細胞生成荷爾蒙、如果超過一定量，會誘發腫瘤生長，故以活血化癥，清熱解毒為主，同時加入理氣化痰，淡滲利濕，直攻癌毒藥以及安定神經等等藥物。



2. 用藥方向：

- 活血化癥：乳香、沒藥、桃仁、丹參、骨碎補、川芎
- 清熱解毒：黃芩、黃連、黃柏、龍膽草、蒲公英
- 淡滲利濕：蒼朮，茯苓、澤瀉、車前子
- 直攻癌毒：黑神丹、化毒丸、大劑清熱化癥
- 安定神經：柴胡、白芍、大棗、代赭石、龍骨、牡蠣

(二) 第二階段 (氣虛、血虛、血枯、氣血虧虛證)

1. 理論基礎：

當腫瘤細胞大量增生，免疫與腫瘤對抗，正邪交爭一段時間之後，會進入氣虛血虛或是血枯的階段，即使已經使用一段苦寒藥物之後，或是西醫介入後，仍然持續血管新生，腫瘤持續變大，腫瘤標記仍然持續上升，必須改以補氣補血柔肝養血，活血補氣以生新血。化療本身引起血管內膜先灼傷，隨即因為血管產生狹窄，阻塞，需要增加末梢血管的再生或是溶通，或是擴張，啟動側枝循環，此時的生新血，是人體正常的血管，非腫瘤的血管，此時血流狀況的改善，正常血管的新生，會帶來大量抗體，清除代謝廢物，可以將腫瘤抑制下來。

2. 用藥重點：

育生血枯方、或聖愈湯、或育生補陽還五湯、或黃耆五物湯…等方，加蒼朮、茯苓、澤瀉、黃芩、黃連、黃柏，加少量乾薑、附子。

(三) 第三階段 (寒瘀)

1. 理論基礎：

第二階段如果仍然無法控制，代表進入寒瘀或是腎陽虛兼寒瘀階段，正邪相爭到最後階段，血管狹窄阻塞，腫瘤血管生成荷爾蒙也釋放不出來，免疫無法帶入抗體，代謝廢物阻塞無法清除。以補氣、補血、柔肝養血為主。

2. 用藥階段：

腫瘤卻仍然持續增大，或是腫瘤標記仍然繼續升高者，為寒瘀或是腎陽虛兼寒瘀階段。需要加大補陽藥，但是同時加入清熱解毒，活血化癥藥物反制。

二、中西醫合療

主要目標：治療以及預防西醫毒副作用，增加西醫療效，維持良好生命狀態。

(一) 手術後治療

1. 適用時機：手術後 1-2 周內。
2. 治療策略：解除麻醉阻斷以及干擾，維持血壓，改善低灌注，預防感染，增強



代謝，促進化放療順利。

3. 治則：補中升提為主，輔以清熱利濕，理氣通便。

4. 用方：補中益氣湯加減：黃耆 20、甘草 3、丹參 4、當歸 4、白朮 5、陳皮 4、升麻 3、柴胡 3、生薑 3、大棗 5 枚、黃芩 5、木香 4、元胡 4。(單位：錢)

(二) 化放療期間

1. 第一階段用藥：

< 處方 >

小柴胡湯 + 聖愈湯，用丹參

柴胡 4、黃芩 5、丹參 5-8、大棗 5 枚、黃耆 15-20、熟地黃 5、白芍 4、當歸 4、川芎 3、陳皮 5、砂仁 5。(單位：錢)

2. 第二階段用藥：

< 適用 >

第一階段效果不佳，血球低下，低蛋白，損傷不易恢復者，或是補氣血藥效果不佳，屬氣血兩虛而且陽虛階段，補氣活血疏肝同時補陽。

< 處方 >

小柴胡湯合併聖愈湯 + 玉桂子、乾薑、附子 (薑附桂少量)

加黃柏 5、黃芩 5、柴胡 4、白芍 5、大棗 5 枚、黃耆 15-20、熟地黃 5、當歸 4、川芎 3、陳皮 5、砂仁 5、乾薑 1-1.5、附子 1-1.5、玉桂子 1.5-3。(單位：錢)

補腎藥加黃耆、玉桂子、乾薑、附子 (薑附桂少量)

丹參 5-8、熟地黃 5、當歸 3、白芍 4、川芎 3、黃芩 5-8、黃耆 15-20、白朮 4、茯苓 4、玉桂子 1.5-3、乾薑 1-1.5、附子 1-1.5。(單位：錢)

3. 第三階段用藥：

< 適用 >

屬於腎陽虛階段，同時因為第二階段用藥效果不佳者，骨髓乾枯、低血鈉、肌酸酐升高、低蛋白血症，各種神經系統如腦、神經、生殖系統的退化萎縮。

< 處方 >

以大補腎陽為主

熟地黃 5、山茱萸 4、杜仲 8、黃耆 20、人參 3-5、當歸 3、陳皮 8、砂仁 4、蒼朮 5、乾薑 3-5、附子 3-5、玉桂子 5。(單位：錢)

(三) 併發症的治療

1. 標靶漸無效：

當西藥治療已經無效，中醫此時可以將增加本體免疫機制的藥物，酌量增加，以提升本體的免疫機制，來達到更進一步的效果。



< 治療原則 >

大劑活血化癥+清熱解毒酌加（養陰）。

< 加減運用 >

- 滋陰潤燥：天門冬、麥門冬、青蒿、地骨皮。
- 少量補陽：乾薑、附子、玉桂子。
- 補腎：何首烏、菟絲子。
- 補氣養血：熟地、黃耆、當歸。

2. 肺纖維化：

代表局部組織，經過慢性發炎，已經有纖維化鈣化現象，中醫針對纖維化，通常會使用滴灌法，也就是利用活血藥物，將養血補氣，以及滋陰補肝腎的藥物，帶入細胞中，幫助細胞新生。和解表裡的風藥，是幫助藥物可以走到表（肺臟的黏膜）中去運用。

< 治療原則 >

和解表裡+養陰柔肝+清熱化癥+補氣養血（補腎）。

- 和解表裡：柴胡、桂枝、白芍、（麻黃）。
- 養陰柔肝：何首烏、菟絲子、當歸、二冬、青蒿。
- 活血化癥：丹參、沒藥、（桃仁）、（骨碎補）。
- 補氣養血：黃耆、當歸、熟地、山茱萸、杜仲。

3. 喘咳氣急：

喘咳代表氣管發炎水腫，或是氣管痙攣，造成氣管攣縮，或是氣管中有痰液分泌引起喘咳，因此必須要用清熱化癥，同時利濕排痰的藥物，幫助降低氣管水腫，同時用補氣補腎藥物，幫助氣管肺泡黏膜自我修復。

以柴胡桂枝湯為主方

< 加減運用 >

- 清熱化癥：黃芩、黃連、黃柏、丹參、乳香、沒藥，少量乾薑、附子。
- 扶正：黃耆、（人參）、（補腎納氣+首烏、山茱萸、杜仲）。
- 積液：茯苓、澤瀉、（葶藶子、防己）、（白芥子、萊菔子、葛根、銀杏葉）。

4. 胸腔積液：

肺癌細胞特質，特別容易有腫瘤引起的發炎，以及組織液的滲出，因此引起胸腔積液、肺水…等。

以柴胡桂枝湯為主方

< 加減運用 >

- 清熱化癥：黃芩、黃連、黃柏、丹參、乳香、沒藥。
- 利濕：茯苓、澤瀉、（葶藶子、防己）



- 後期傷陰：加補氣養陰，黃耆、人參、二冬、青蒿、石斛。

5. 腦轉移，顱內壓升高：

腦轉移容易引起佔位性，腦壓升高，因此引起頭痛想吐，性格改變，或是頸部僵直等症狀，治療方向以降腦壓為主，同時腦腫瘤容易引起各種神經內分泌的亢進，因此須考慮平肝潛陽。

< 正氣尚可 >

大劑清熱解毒、活血化癥藥，合併化痰、利濕、疏肝、重鎮安神，並通利二便。大柴胡湯＋黃連、黃柏、丹參、沒藥、茯苓、澤瀉，或是使用建瓴湯＋黃芩、黃連、黃柏、丹參、沒藥、茯苓、澤瀉。

< 正氣弱 >

且使用大劑類固醇後期：加補氣養血加溫陽藥（吳茱萸、乾薑、附子、玉桂子），大劑量使用類固醇，容易引起細胞玻璃樣病變，致整體活性變差，代謝變慢。此時若使用活血溫陽藥物，可以溶通玻璃樣病變得細胞膜，增加細胞膜通透性。

6. 骨轉移：

惡性腫瘤遠端轉移最常見於肝、肺，其次是骨骼。每一種惡性腫瘤，最後都有可能轉移到骨骼，骨轉移最常見的臨床症狀為骨痛、骨折、功能障礙、脊椎神經的壓迫。治療方式，除了清熱化癥補氣血以及滋陰補腎之外，可以加入粗鹿茸，生杜仲，以及骨碎補，此三種藥物可以預防骨轉移。

< 治療原則 >

- 陰虛血熱：滋腎養陰＋清熱化癥。
- 腎虛合併氣血兩虛：補腎＋補氣養血＋清熱化癥。
- 高血鈣：滋腎養陰＋平肝潛陽＋清熱化癥。
- 骨痛：大補氣血＋滋腎養陰＋化癥清熱。

7. 感染：

以柴胡桂枝湯為主方，任何感染，無論是細菌或病毒，都是屬於表證。治療可加入桂枝、柴胡，或葛根、羌活…等風藥，其中葛根、羌活，走肌膚腠理，主陽明肌熱；桂枝、麻黃，走皮表，主太陽發熱惡寒。

主方：柴胡桂枝湯

< 加減運用 >

- 清熱：芩、連、柏、連翹。
- 化癥：丹參、沒藥。
- 酌加溫陽：乾薑、附子。
- 補氣養血：黃耆、當歸、熟地黃、杜仲、人參。
- 胸腔積液：茯苓、澤瀉。



8. 咳血：

黏膜細胞處於敏感薄弱，因此經過物理性的陣咳，易引發咳血。

< 治療原則 >

- 正氣尚可：小柴胡湯+清熱化瘀+止血（白茅根、大小薊、仙鶴草）。
- 虛弱衰憊：大補氣血+清熱化瘀+止血（白茅根、大小薊、仙鶴草）。

9. 預防復發或轉移，善用以下三大治則：

< 和解表裡 >

- 易感冒：柴胡、桂枝、白芍。
- 無感冒：柴胡、白芍。

< 清熱（養陰） 化瘀 >

- 黃芩、黃連、黃柏、青蒿、二冬、地骨皮。
- 丹參、沒藥、骨碎補。

< 扶正 >

- 視體質糾正：補氣養血、或補腎養血。
- 久咳：加少量乾薑、附子，可為氣管帶來大量抗體，協助修復氣管黏膜。
- 必加清熱解毒藥：避免溫陽藥過度使用，促癌復發。

柒、中醫治療腫瘤學習後我見

一、敵軍何種角色？應該派何種武器應戰？…直接撲殺腫瘤細胞，抑制癌細胞發展

（一）以毒攻毒法

攻竣癌症的毒性藥物，比如說化毒丸，黑神丹，或保安萬靈丹、育生丸…等，大多都有一定毒性，一定要慎用，以防劑量過多傷害到正常細胞以及組織。清熱解毒法抑制癌細胞發展，通常會使用大劑量的清熱解毒藥物，如黃芩、黃連、黃柏等等，其中黃芩、黃柏，用量可以大到8~10錢，黃連用量1.5~5錢左右。若是病位在表，通常會加入連翹或表藥，若是發炎部位在尿道，通常會加入蒲公英；若是病位在肝膽，可能加入梔子、清熱解毒；若是病位在陰道，可能會加入龍膽草等。

（二）拒敵於千里之外

癌症有20%可能是因為病毒或是細菌誘發，因此面對癌症病人合併感染，須謹慎小心。可使用麻黃、桂枝、羌活、葛根等風藥，協助激發皮下腠理的第一線防疫系統（啟動巨噬細胞白血球等先天免疫功能，第一時間將仍在表的病毒細菌吞噬）。



二、斬斷敵方通路，提供後援通道暢通…抑制腫瘤細胞及血管新生·打開高血凝通路·引藥達病所

以下都是活血化瘀藥物的運用，其中活血化瘀藥物又分：涼血止血、活血、或活血同時生新血等藥物。

(一) 抑制癌細胞血管新生，同時修復血管內皮

其中牡丹皮、地骨皮、白茅根等屬涼血止血藥，可以幫助發炎的血管內皮進行修復，又同時可抑制腫瘤引發的血管新生效應。

(二) 通暢自我運輸道路

活血又生新血可善用川七、丹參。丹參活血偏向血分，同時有補血效果（一味丹參功同四物）。川七活血偏向氣份，可推動氣的運行。二藥可改善腫瘤病人有舌質紫暗，舌下瘀絡，改善身體缺氧，是很有效的藥物。丹參使用劑量可以從 4~20 錢，是鄭醫師常用的治癌中藥。

(三) 銅牆鐵壁有神功

另外續斷、懷牛膝、骨碎補，此三味藥物屬於活血涼血通瘀，當癌症發生在較硬的組織中，可以幫忙打通腫瘤表面膜狀組織，幫助藥物可以進入腫瘤本體，其中懷牛膝善竄，抗腫瘤效佳，骨碎補強調活血涼血同時兼有補腎作用，可以預防骨轉移，用量從 4~10 錢都可以使用。

三、清理戰場，後援補給…清除代謝廢物避免沉澱物阻擋·顧護正氣以及脾胃吸收能力

清除腫瘤代謝廢物，中藥常用藥為陳皮、砂仁、半夏、萊菔子、茯苓、澤瀉…等化痰飲、利濕藥物。此類藥物可助腸胃消化吸收，同時可協助清除疏通治療過程、或腫瘤細胞分泌毒素，引起的神經傳導物質的阻滯，以及細胞的玻璃樣病變。陳皮、砂仁用量可以從 4~10 錢左右。有時痰液太多，或是有肺部、腹部、積水等，可以使用大量白朮、茯苓、或澤瀉，幫助水分排出，用量可以到 8 錢左右。

四、增加我軍實力，從核心到周邊之致勝根本…啟動自身免疫系統，為病邪找出路

有關啟動身體自身的免疫力部分，中藥有多層次不同的處置。首先討論人的先天之本—腎氣，另外也須注意周邊氣血的充足，這一些功能的強健，將協助人體恢復正常的免疫功能及組織細胞再生修復力，擁有更強的抗病能力及條件。

(一) 盤算自我實力，先看中心能量是否足夠

在中醫補腎藥的運用上，可用熟地黃（或何首烏、生地黃）、山茱萸、炒杜仲



(或生杜仲)，以上為基本方。處方化裁如下：若熱象多（擔心化燥），選用生杜仲、生地黃，但如此搭配補性較弱，因此當熱象漸消退，可以改用炒杜仲、熟地黃，何首烏及杜仲的劑量可以用 5~8 錢左右，熟地黃適用於五臟虛弱、骨髓再生力弱、貧血，但同時腸胃狀況尚可者（熟地黃滋膩）。但若治療標的偏向皮表者，如面色皮膚暗沉，或內臟纖維化，或間質細胞過度表現，何首烏優於熟地黃，且較不滋膩，腸胃稍弱者可以使用，劑量可以到 5~10 錢左右。

（二）知己知彼百戰不怠，先計算我方周邊能量推動力如何

補腎的同時，須考慮到加入補氣協助推動，如黃耆、人參等藥物。若主訴中有頭暈疲倦，或是舌質淡白，同時有齒痕現象者，可以使用適量黃耆，增加細胞機體自我修復能力，用量可以 8~20 錢，但不宜如坊間大量使用（30~40 錢），易導致供血暴衝性水腫、或化燥、甚至腦血管破裂之出血性中風；須注意二便是否通利，若便秘可酌量加入大黃 0.5~1 錢，水腫少尿加茯苓 5~8 錢…等；若血色素不足，可加入當歸補血，當歸亦可疏通膽汁分泌，讓肝運轉更有效能，又可促進體內血管及各種管線（如輸尿管、輸卵管、耳咽管）蠕動收縮；若有頭痛或明顯頭暈，可能是血管收縮性頭痛，可以酌加川芎疏肝活血理氣，改善腦部血管痙攣。

（三）能量不足時，如何加壓加強打氣？

如果考慮到補氣血藥物推動力不足時，可以用山茱萸，他的用量可在 5 錢上下，酸而不斂，補而不滯，協助血管收縮，改善周邊組織血流的灌注，促進代謝以及修復。

倘若補腎補氣血方法效果不佳，或頭面部有充血狀況（上盛下虛），可以加入少量玉桂子、附子。劑量為 1~1.5 錢。（注意：附子一定要打碎，若無打碎，其烏頭鹼毒性，無法在 2 小時煎煮中完全被去除，可能會有中毒現象。）

若因化放療骨髓抑制、或內臟衰敗、或腫瘤晚期惡液質…等萎縮退化狀態，須改以大補腎陽、大補脾陽法，即在補脾胃、補氣血、補腎補氣處方上，加入大劑量的乾薑、附子、玉桂子、吳茱萸…等溫陽藥，劑量可用至 3~5 錢。

以上處方，都須考慮加入清熱、化痰藥，避免化燥及誘發腫瘤細胞再度活躍。尤其須觀察患者是否有口乾舌燥、或睡眠差、或口糜，即是將化燥現象，須注意加入黃芩、或黃連、或黃柏，寒熱藥互用。

五、軍民一心，想法是否正確，性格決定命運…平衡自律神經，發展平穩身心靈系統

當身體臟腑失衡、氣機逆亂、邪正相爭等狀態，身體內分泌、免疫、神經各系統已失衡定。身體紊亂與不適亦會誘發負面情緒、增加緊張焦慮感，導致自律神經紊亂，影響到免疫系統，帶來慢性發炎、免疫失控，最後細胞變性、變質。



故治療癌症病人，可考慮用柴胡、白芍、大棗…等藥，疏肝緩急、柔潤肝陰，緩解自律神經紊亂、改善情緒、幫助睡眠或治療腫瘤心身症。柴胡、白芍劑量約 3~5 錢，大棗可用 5~15 枚。當然，醫者的專業素養，視病如親，以及不卑不亢的衛教態度，也是讓患者可以安心信賴，配合治療的重要因素。

如果柴胡、白芍、大棗效果不佳，可以重加龍骨，牡蠣，代赭石，重鎮安神藥物，可以馬上安定亢奮的神經，讓大腦運作恢復正常，同時讓交感與副交感平衡，另外讓神經傳導物質重新調整。讓大腦恢復重新指揮全身功能。

六、整體內部三腔協調性…增強體內互動互助

(一) 顱腔與血腦障蔽

肺癌治療要常常注意三腔是否協調，顱內壓力是否過高或是過低。可以用地龍、麻黃以及天麻，三味藥開啓血腦屏障，開通顱腔與胸腔灌流，但是如果顱腔壓力可以協調，要先注意腹腔以及胸腔壓力是否協調。

(二) 胸腔和橫膈膜升降是否協調

肺癌常因為積水問題或是長期咳嗽，引起胸腔內肌肉痙攣或是橫膈膜痙攣，導致胸腔與腹腔壓力不協調，麻黃、杏仁、半夏三味藥可以鬆解胸腔及橫膈肌痙攣。

(三) 腹腔注重二便通利

腹腔問題，最主要大小便要通利，大黃 0.5~1 錢為用量以每天一次為主，小便可以用茯苓 5~8 錢或是澤瀉…等讓大小便通暢，腹腔清空之後，胸腔，顱腔，就可以更加順暢。

捌、病案介紹

案一、肺癌／拒絕西醫治療

< 病況概述 >

女性，50 歲。家族肺癌史（叔、伯、祖父、母 / 皆半年歿）、肺癌 7.5cm（102 年檢／無全身性檢查），拒絕西醫治療。

< 初診 > 103/11/29

症狀：咳喘甚，乾咳，血絲，面膚晦暗，易醒難再眠，納便常。頸 2 處淋巴結，硬痛。

舌質暗紅，舌下絡脈瘀深，脈弦。



處方：水煎劑

柴胡 4、黃芩 5、半夏 4、丹參 15、甘草 3、大棗 5、陳皮 8、砂仁 4、沒藥 5、黃柏 5、骨碎補 10、黑神丹 4g、化毒丸 9 粒。帖 / 日（單位：錢）

< 治療過程及結果 >

經每日一帖持續治療約半年，相似主方，諸症改善，已無咳嗽，淋巴結硬腫消失，頸椎痛改善，好眠，氣色佳。之後回職場工作，改服科學中藥約 1 月後自行停用中藥。104/5/12 西醫複診：腫瘤 5cm。可惜患者長期持續過勞，工作以外，照顧老病父親及媳婦生產育孫。

105 年底再回本院：腫瘤已長滿左肺，且突出肋骨，疼痛難緩解。

< 思考與學習 >

1. 其中黑神丹 4g，化毒丸 9 粒，為本態性治療腫瘤的藥物，正所謂以毒攻毒法。黑神丹組成為水蛭、地鱉蟲，破血逐瘀、通絡理傷，促進纖維蛋白溶解，抑制腫瘤細胞。
2. 化毒丸：斑蝥、守宮、全蠍、蜈蚣、攻毒蝕瘡，逐瘀散結通絡解痙，祛風止痛癰疽腫毒、癥瘕積聚、瘡瘍、癰疽、疔毒、濕痰流注、附骨陰疽、風濕痺痛、癩癧、中風淋巴結、破傷風、頑癬。
3. 患者此用以毒攻毒法，另外患者有淋巴處硬腫，因此使用骨碎補 10 錢，可以涼血軟堅通絡化瘀同時預防骨轉移。

案二、疑似肺癌初發

< 病況概述 >

女性，62 歲。右胸悶多日，咳血絲及痰血數次，夜燥渴，持續低熱 37.5~38 度，右頸 2cm 硬腫淋巴結。舌質紅 / 舌下絡瘀，脈弦數。

< 初診 > 104/8/12

處方：水煎劑

柴胡 4、黃芩 5~8、黃連 5~8、黃柏 5~8、丹參 8~10、陳皮 8、半夏 4、青蒿 5~8、知母 5~8、地骨皮 5~8。帖 / 日（單位：錢）

< 二診 > 104/8/19

胸悶改善 1/2，MR 顯示有不明病灶，高度懷疑肺癌 / 建議手術切除。

治療到該年 11/23，每周持續治療，到該年 11 月西醫複檢結果，原先病灶點已找不到。

以下陸續症狀皆改善：黃稠痰塊、胸悶痛、低熱、咳嗽、膚熱、咳血、虛倦、淋巴結硬腫。其中加減變化



- 不眠：加柴胡、白芍。
- 感冒：加麻黃、桂枝。
- 咳血：加白茅根。
- 虛倦：加少量黃耆。

< 思考與學習 >

陰虛有熱患者，經過免疫過抗方的治療。改善身體條件，一樣可以治療腫瘤。因此治療腫瘤無定方無定法。

案三、肺鱗狀細胞癌四期

< 病況概述 >

71 歲男性（家人告知 3/31 檢查報告為肺鱗狀上皮細胞癌 4 期）。面晦萎黃，脊椎側彎／骨刺，駝行。小碎步俯衝，起步難且不穩，下肢無力，左肩背痛。

< 初診 >106/3/29

長期咳嗽反覆，近 2 月咳喘顯，痰深難出，咳血絲，左胸痛顯，側、左臥不咳，側右臥咳，眠可，納少（粥），大便 5 日 2 行，舌暗紅苔膩，舌下絡脈瘀深，脈弦弱。

處方：水煎劑

< 初診 >106/3/29

柴胡 4、桂枝 5、陳皮 8、砂仁 4、黃芩 4、黃柏 4、黃連 1.5、乾薑 1.5、附子 1.5、麻黃 1.5 黃耆 15、丹參 8。共 7 帖（單位：錢）

< 二診 >106/4/3

柴胡 4、桂枝 5、陳皮 8、砂仁 4、黃芩 4、黃柏 4、黃連 1.5、乾薑 1.5、附子 1.5、麻黃 1.5 黃耆 15、丹參 8。共 7 帖（單位：錢）

< 三診 >106/4/10

柴胡 4、桂枝 5、陳皮 8、砂仁 4、黃芩 4、黃柏 4、黃連 1.5、乾薑 1.5、附子 1.5、麻黃 1.5 黃耆 15、丹參 10、茯苓 4。共 3 帖（單位：錢）

< 四診 >106/4/17

柴胡 4、桂枝 5、陳皮 8、砂仁 4、黃芩 4、黃柏 4、黃連 3、乾薑 1.5、附子 1.5、麻黃 1.5、黃耆 10、丹參 15、茯苓 4。共 7 帖（單位：錢）

< 治療過程及結果 >

< 二診 >106/4/3：家人告知 3/31 檢查報告為肺鱗狀上皮細胞癌 4 期，慈濟醫院住院檢查腦 CT 中。病人自覺服中藥後，咳喘及體力改善許多，希望繼續服用，託家人來院取藥。



< 三診 >106/4/10：親自就診，氣色體力改善多。胸痛背痛改善，挺胸，小碎步改善，喘減多，納可，大便日 1 行。

< 四診 >106/4/17：氣色佳，體力佳，胸背不痛不喘，好眠，納善（食飯），僅偶而輕微小咳，大便日 1 行。

< 思考與學習 >

看準患者年紀大同時體虛倦怠虛弱本質，重用補氣啓動患者自我修復機制，爲決勝關鍵。

案四、肺腺癌術後拒化放療

< 病況概述 >

日本女性，54 歲。肺腺癌 4.2 公分。102/7/17 手術，不願化放療，轉赴台灣就醫。

< 初診 >102/8/30

陣咳顯，白痰濃稠，症已 3 年。左乳房刺痛，觸痛顯。腰痛不能久站。胃脹痞甚，食後久不消化，大便 3 日 1 次。舌淡暗紅／舌下瘀深，脈弦。

處方：水煎劑

陳皮 8、砂仁 4、白朮 4、茯苓 4、丹參 8、沒藥 4、黃芩 5、黃柏 5、柴胡 4、半夏 4、乾薑 1、骨碎補、生大黃 1、黑神丹 3g。共 240 帖（單位：錢）

之後將黑神丹拿除，再服用 180 帖之後，改善一周 2 次頻率降低。

< 治療過程及結果 >

< 二診 >102/11：諸症皆改善，肺癌複檢 = 改善。60 帖

< 四診 >103/3：複檢：善，無腫瘤復發。60 帖

< 五診 >103/7：血檢常，eGFR:60，Cr:1.5，影像 = 腫瘤找不到，已長新肺。60 帖

< 六診 >104/12：檢善。60 帖

< 七診 >104/6：複檢：皆善，腫瘤無發，Cr:0.7，便秘，眠淺，眠不足，抽筋。60 帖

< 八診 >104/10：檢善，同前方 60 帖

< 九診 >105/1：檢常，Cr:0.6，BUN:19（每周服 2 劑／每帖分 2 日服）。

< + 診 >105/9：檢常 60 帖（每周服 2 劑／每帖分 2 日服）。

< 思考與學習 >

胃脹痞甚，食後久不消化，大便 3 日 1 次，因此治療重心圍繞化痰、飲利濕健脾胃爲主要，同時兼顧，活血，通血，散堅，補骨的丹參以及骨碎補，也是治療重點。



案五、肺癌純中醫

< 病況概述 >

男性，62 歲。久咳不癒，CT=1.5cm（107/3 檢查，未切片），西醫（三總）判斷高度惡性，建議手術切除。CEA=7，病人暫不手術／轉求診中醫。

< 初診 >107/5/4

肺炎／抗生素治療已 2 周，仍胸腔積液，咳嗽頻且深，痰多黃稠，胸悶吸短。痞脹納差，消瘦無華，倦怠乏力，眠尚可，大便日 2 行。舌質暗紅，舌下瘀深，脈弦弱。

處方：水煎劑

柴胡 4、桂枝 5、陳皮 8、砂仁 4、黃芩 4、黃連 1.5、連翹 4、乾薑 1、丹參 8~10、沒藥 4、骨碎補 8、黃耆 8~15、麻黃 1.5。共 14 帖（單位：錢）

< 治療過程及結果 >

服 14 帖後諸症緩解，西醫複診，X 片肺炎改善多。接續中醫調理。107/7/25 胸腔 CT 顯示腫瘤已不見。中藥共治療半年，追蹤 4 年腫瘤無復發。治療期間發生嚴重帶狀疱疹，原處方加重補氣、清熱藥。

< 思考與學習 >

即使是 62 歲年齡，見患者有虛證，一樣大量使用補氣藥物，當然當患者有表證時，仍然需要加強風藥柴胡，桂枝，麻黃等，恢復肺部宣發特性為要，另外有實體腫瘤，丹參、沒藥、骨碎補，三者也是重要化瘀散堅要藥。

參考文獻

1. NCCN Guidelines 2022 ver.2 — Small Cell Lung Cancer.
<https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=1&id=1462>
2. NCCN Guidelines 2022 ver.1 — Non-Small Cell Lung Cancer.
<https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=1&id=1450>
3. NCCN Guidelines 2022 — For patient-Non-Small Cell Lung Cancer- Early and Locally Advanced.
<https://www.nccn.org/patientresources/patient-resources/guidelines-for-patients/guidelines-for-patients-details?patientGuidelineId=11>
4. NCCN Guidelines 2022 — For patient-Non-Small Cell Lung Cancer- Metastatic.
<https://www.nccn.org/patientresources/patient-resources/guidelines-for-patients/>



- guidelines-for-patients-details?patientGuidelineId=23
5. NCCN Guidelines 2022 – For patient- Small Cell Lung Cancer.
<https://www.nccn.org/patientresources/patient-resources/guidelines-for-patients/guidelines-for-patients-details?patientGuidelineId=59>
 6. Tazelaar HD. Pathology of Lung Malignancies. UpToDate.
<https://reurl.cc/VRXn8n>
 7. Thomas KW, Gould MK. Tumor, Node, Metastasis (TNM) staging system for lung cancer. UpToDate.
<https://reurl.cc/vm1GkN>
 8. Thomas KW, Gould MK, Naeger D. Overview of the initial evaluation, diagnosis, and staging of patients with suspected lung cancer. UpToDate.
<https://reurl.cc/bGRe9E>
 9. Midthun DE. Overview of the initial treatment and prognosis of lung cancer. UpToDate.
<https://reurl.cc/x10e74>
 10. Midthun DE. Clinical manifestations of lung cancer. UpToDate.
<https://reurl.cc/de5OD6>
 11. 李政育、鄭淑鎂，中西醫結合治癌新法。元氣齋出版社，2016年，P58-91。
 12. 鄭淑鎂，110年鄭淑鎂腫瘤科應用講座資料。社團法人新北市中醫師公會，2020年。
 13. 鄭淑鎂，癌症治療相關血檢講座資料。中華民國癌症醫學會，2021年。
 14. 廖繼鼎，臨床腫瘤學（第二版）。合記圖書出版社，2010年，P271-351。
 15. 民國108年癌症登記報告。衛生福利部國民健康署，2019年。
 16. 陳俐蓉、鄭淑鎂，肺癌中醫治療初探。中西結合神經醫學雜誌，第14卷1期，2021年12月，P62-75。
 17. 希望之路手冊—面對肺癌。財團法人癌症希望基金會，第十七版五刷，2021。
 18. 李政育，惡性腫瘤中西結合共治法探索。中華民國中西結合神經醫學會「週五進修課程」，2018年。
 19. 鄭淑鎂，惡性腫瘤治則治法及臨床實踐。社團法人新北市中醫師公會「國醫節」，2014年。
 20. 李政育，我在肺癌幹細胞與週邊血幹細胞間的侵襲、活化、抑制、新生、修復相互關係的基礎與臨床心得歸納。中華民國中西結合神經醫學會「週五進修課程」，200年。



通訊作者：鄧欣怡

聯絡地址：桃園市龍潭區中正路 314 號

聯絡電話：0917234325

E-mail：sindy09156830101@gmail.com

受理日期：2022 年 10 月 29 日；接受日期：2022 年 11 月 17 日