



## 原發性腦癌在中西醫結合的全人醫療（上）

黃英傑<sup>1</sup>、廖炎智<sup>2</sup>、馬辛一<sup>3</sup>、李政育<sup>4</sup>

<sup>1</sup>明醫中醫聯合診所

<sup>2</sup>三軍總醫院核子醫學部

<sup>3</sup>三軍總醫院神經外科部

<sup>4</sup>育生中醫診所

### 摘要

原發性腦癌病因尚不明，但惡性高、預後不佳，亦缺乏預防之法，目前西醫治療以手術切除、放射線、化學藥物、標靶治療，卻仍無法避免腦癌復發，甚至後續又再需要重複手術、化放療。由於原發性腦癌初期往往沒有症狀，後續因腫塊效應壓迫不同腦組織，而又呈現多樣性症狀，若以傳統中醫的「辨證」顯然不足因應。本文以中西醫結合為基礎，據臨床治療為實證研究提出「三治、三陣、十一法」。三大治則為：一、扶正祛邪，「病傷同治」；二、辨證論治，「位性形勢」。三、靈性關懷，全人醫治。所謂「病傷同治」是兼顧腦癌的「病」與西醫治療後身體的「傷」；「位性形勢」是關注腦癌的「位」（顱內位置，腫塊佔位效應）、「性」（惡性、病理性）、「形」（型態、大小）、與病「勢」（癌細胞增殖、凋零、或轉移趨勢），並「辨證論治」。「臨證如臨陣，用藥如用兵」，師法《景岳八陣》歸納腦癌三種樣態之用藥陣法：一、本態，熱毒瘀痰濕，正不虛；二、虛實夾雜，邪正爭；三、虛損邪伏，神失養，甚或累及身心俱病。施治以育生十一法「清熱、活血、利濕、化痰」；「和解、通降、攻毒、補養、瀉下」；「滋養、鎮定、開竅、散結」的主用互用合用。所謂「靈性關懷，全人醫治」是因腦癌不僅是腦組織細胞實質病變，更屬「形、氣、神」的全人俱病，中醫源於《易經》太極之理，乃關注「人」在「大而無外，小而無內」的每一個維度「致中和」的平衡和諧，是「保合太和」的天人合一，贊育生命之道。

本文列舉原發性腦癌七位置治療案例，包含 GBM (Glioblastoma multiforme)、AA (Anaplastic Astrocytoma)、astrocytoma、oligodendroglioma 等，採用評估指標有 PFS (Progression Free Survival，無惡化存活期)；醫學影像 MRI、CT、MRS (spectroscopy)；免疫指標 ki-67、p53、NLR；身體生理功能，Karnofsky (Performance Scale)、MRS (Modified Rankin Scale)；並以《CYCU-GSR 靈性健康評估表》評估全人中的關鍵「靈性」狀態。

本文揭櫫腦癌在西醫「微觀實證」、在中醫「宏觀辨證」、與在「全人」醫療，



靈性觀照，在臨床治療實務的合一，作為腦癌治療維度的建言。

**關鍵字：**原發性腦癌、GBM、中西醫結合、全人醫療、太極

## 壹、前言

### 一、定義

腦癌可分為原發性與繼發性，原發性腦癌是指起源於大腦組織，或大腦周圍環境的惡性（malignant）腫瘤<sup>[1]</sup>，繼發性腦癌亦即「腦轉移」，是指身體其他部位的惡性腫瘤經血液擴散到腦部，例如肺癌、乳癌常見出現的腦轉移。原發性腦部惡性腫瘤最常見的是腦膠質瘤（glioma），佔80%<sup>[2]</sup>。一般以原發的腦細胞命名，如星形膠質瘤（Astrocytoma），便是由星形細胞病變而成；膠質母細胞（glioblastoma），又稱多形性膠質母細胞瘤（glioblastoma multiforme），縮寫GBM。膠質瘤（Glioma）級別越高，惡性程度越高，預後越差，而GBM是最常見，也是最具侵襲性、最惡性的腦癌<sup>[3]</sup>。

### 二、發生率與死亡率

衛福部癌症登記年報顯示，2009~2011年這三年的統計，台灣每年發生案例為577~734，初次被診斷（fresh case）為原發性惡性腦瘤的病人，占當年度惡性腫瘤發生個案0.66~0.81%；惡性腦瘤每年死亡案例455~516位<sup>[4]</sup>（表一）。

表一 民國2009~2011年腦部惡性腫瘤分佈

	2009年		2010年		2011年	
	個案數	百分比	個案數	百分比	個案數	百分比
多形性神經膠母細胞瘤	224	38.82	299	40.74	273	39.34
惡性星形細胞瘤	114	19.76	129	17.57	118	17.00
其他特定之星形細胞瘤	12	2.08	20	2.72	23	3.31
寡樹突膠質細胞瘤	47	8.15	47	6.40	47	6.77
非特定之神經膠質瘤	53	9.19	75	10.22	79	11.38
非膠質瘤	127	22.01	164	22.34	154	22.19
總計	577	100	734	100	694	100

腫瘤護理雜誌 第十五卷第二期

中華民國一〇四年十二月

筆者比對2009年與2019年原發性惡性腦瘤的初次被診斷患者數，從577人上升到718人；死亡人數從455人上升到641人；原發性腦癌在全部惡性腫瘤占比從0.59%上升到1.28%，幾乎超過一倍；而原發性腦癌中最惡性的GBM發生率亦從2009年38.82%上升到2019年的48.6%。



表二、衛福部 2019 年腦神經膠質瘤總數與類型統計

腦部惡性腫瘤	男性	女性	人數	總計
神經膠質瘤 總數	410	308	718	100%
1. 神經膠母細胞瘤	209	140	349	48.6%
2. 退行性星形細胞瘤	40	49	89	12.3%
3. 瀰漫性星形細胞瘤	40	27	67	9.3%
4. 寡樹突膠質細胞瘤	35	21	56	7.8%
5. 其他特定之星形細胞瘤	10	9	19	2.6%
6. 室管膜瘤	9	9	18	2.5%

罹患原發性腦癌逐漸升高，年齡層卻有逐漸降低趨勢，尤其是膠質性惡性腦瘤，幾乎遍及在各個年齡層。臺北榮總神經外科陳敏雄醫師亦在《腦瘤（brain tumors）治療準則》指出國內每年有超過一千人死於腦癌，即使經過開刀和放療，還是有八成的患者會在病發後的一年內死亡。

流行病學研究上的國民健康署「台灣癌症登錄」，惡性腦瘤的發生率及死亡率不在十大癌症死因之內，且好發之機率低，但死亡率卻名列前茅，每年新病人不多（每 2300 萬人口有 600 多人），但超過 2/3 皆往生。不論多努力治療，其一年存活率也不到三分之一，而且發生殘障、失能、甚至腦殘、植物人之機會也很大。

### 三、治療現況的瓶頸

原發性腦癌的低存活率，高復發性也是臨床治療的一大挑戰，而目前西醫在臨床的手術、放療、化療、及標靶等四大療法，這些治療方案的合併是為提高攻癌的果效，但其副作用與合併症，卻是成功完成療程的最大障礙，由於腦癌容易復發，惡性度高，在治療期間，如何掌握評估指標，以確定目前治療成果，或病「勢」的轉移、傳變，無疑是治療中不可或缺的關鍵。

#### （一）、預後不佳，低存活率

腦癌雖佔全部惡性腫瘤僅約 1~2%，致死率（mortality）高、預後差（poor prognosis）、無預防方法，即使是早期的診斷也沒有證據顯示可以增加患者的存活期。若不做任何治療，確診後病人的存活中位數為三個月，一般經過治療後可以延長一到兩年，且病人的年齡越高其預測越糟糕。死亡一般是由於腦水腫或者不斷增高的顱內壓導致<sup>[5]</sup>。惡性腦瘤病人手術後存活率往往無法超過五年，低度分化的星狀細胞瘤、或寡樹突膠質瘤（oligodendrogliomas）患者的平均存活時間約六到八年。再生不良星狀細胞瘤（anaplastic astrocytomas）患者的平均存活期間約



為三年。然而，神經膠母細胞瘤（glioblastomas）患者的平均存活時間大約只有12~18個月。

2003年美國加利福尼亞大學，神經病理學系研究GBM患者存活期的三個中位數，是依據身體生理功能KPS評分、年齡和療法分析，如表二〔6〕。

表三、GBM 存活期中位數

級別	定義	存活時間： 中位數（月）	一年 存活率	三年 存活率	五年 存活率
III	50歲以下，KPS 評分 ≥ 90	17.1 個月	70%	20%	14%
IV	50歲以下，KPS 評分 < 90	11.2 個月	46%	7%	4%
	50歲以上，KPS 評分 ≥ 70， 手術切除，神經功能良好				
V+ VI	50歲以上，KPS 評分 ≥ 70， 手術切除，神經功能不良	7.5 個月	28%	1%	0%
	50歲以上，KPS 評分 ≥ 70， 無手術				
	50歲以上，KPS 評分 < 70				

台北榮民總醫院〈腦瘤治療準則〉：影響惡性膠質細胞治療成效與預後，主要因素為：一、病人年紀；二、術前病人之身體功能狀態（Karnofsky）指數，即自我照顧能力；三、腫瘤MGMT基因甲基化；四、手術切除腫瘤殘餘體積，故應設法盡量切除乾淨腦癌細胞的病灶區。前三者在手術前都已經決定，所以切除乾淨是醫師能做的最重要的工作。

## （二）、無法完全清除腦癌細胞與無可避免的腦損傷

惡性腦癌的治療第一步仍是以手術為主。文獻研究顯示，切除95%一定比75%預後好，雖然手術可在短時間內可移除腫瘤，解除顱內壓升高及壓迫；但還要考量病患術後的生活品質，因此在切除癌細胞同時，要同時避免傷害患者的神經血管功能，但是麻醉及手術對正常腦組織有無可避免的損傷，尤其在腦部重要功能區及結構旁的腫瘤，是手術無法完全切除的主要原因之一，這考驗了醫師的技術與判斷力。

手術遺留的惡性腫瘤就只能以其他治療來彌補，例如放射線治療，但又必須再考慮腫瘤組織對放射線的敏感度，才能決定放療成效，並同時也必須注意放療引起傷害，和腦組織能承受的程度，例如伽馬刀是立體定位手術的一種工具，對病變周圍的正常組織造成傷害的機會可降至最低〔7〕。



### (三)、西醫手術化放療成效侷限與副作用後遺症

西醫治療的瓶頸是大多僅能短時間控制病情無法閉復發與副作用。手術治療不一定可以完全切除腫瘤；放療不一定可以縮小腫瘤、減輕症狀、延緩腫瘤生長速度；化療僅對 20% 有效，存活率上無顯著成效，僅能延長疾病的進展，尤其無法改善腫瘤佔位性效應（mass effect）損傷神經功能。癌症的治療常常會引起副作用，肇因於在破壞癌細胞的同時，也對健康細胞造成損傷，因此西醫治療的副作用是多樣性且無可避免的，因此中醫介入治療，增效減副，改善病狀有具體的意義。

#### 1、西醫治療副作用

臨床上手術，放、化療，標靶治療的副作用不同：

- (1) 手術治療的主要為開顱術，可能傷害到正常的腦部組織或造成腦水腫、抽痙、虛弱、協調能力失常、性格改變，及語言思考等障礙。事實上，在手術後的短時間內症狀可能比術前更嚴重，但大部份的副作用在手術後會隨著時間而減少或消失。
- (2) 放射線治療的副作用，最大的威脅是腦細胞被放射線殺死之後在腦內會形成腫塊，這個腫塊可能看起來像是一個腫瘤，而且可能會引起類似像頭痛、記憶力喪失或抽搐等症狀，後續再用手術或使用類固醇治療。其他常見副作用是在治療結束後病患會噁心持續幾小時；嗜睡、非常的疲倦；食慾降低；掉頭髮，有時僅是暫時，有時形成永久的禿髮；皮膚反應，在頭皮、手臂變紅、變暗、會癢；放療結束之後副作用會很快消失、或在治療終止之後產生，但也有持續一段時間才會消失，然而，伽馬刀若持續半年，將造成起失智的不可逆傷害。另外病人於放療前後要投予類固醇以避免因一次大量放射線引起腦水腫。但是，類固醇對腫瘤的新生、神經細胞壁的玻璃樣沉澱、神經纖維軸突代謝廢物的阻斷，易致病患快速老化、失智、失能、甚至死亡<sup>〔8〕</sup>。
- (3) 化學治療僅對 10-20% 患者有效，化療藥物只有三個：

BCNU 貼片，1996 年美國食品藥物管理局批准 BCNU（亞硝酸尿素類）的化療浸漬晶圓，Gliadel<sup>®</sup> 藥片，能通過 BBB，在手術中直接植入切除後惡性膠質細胞瘤的空腔中，在 2 週內讓藥物慢慢釋出做直接化學治療，以期延長患者的存活期，但效果有限，且產生全身性副作用。

口服藥帝盟多（Temazolomide）對 GBM 患者反應率為 46%，平均存活期為 7.34 個月，對腦癌的存活率上無顯著成效，僅能延長疾病進展時間。其副作用源自化學藥物會對快速生長細胞的影響，如對抗感染的血球細胞、消化道的上皮細胞及頭髮的毛囊細胞，因此造成抗感染力降低、食慾下降、噁心、嘔吐、口腔潰瘍、活力減少或掉髮等現象。這些副作用在治療停止後會逐漸地消失，食慾減



退喪失、噁心、嘔吐，影響患者的營養吸收；亦有造成腿部血栓性靜脈炎，引起靜脈血管內的血塊或發炎。

靜脈注射劑型「癌思停」(Bevacizumab; Avastin) 標靶藥物，是抑制血管新生 (angiogenesis) 的單株抗體 (monoclonal antibody)，副作用包括血壓上升、流鼻血、蛋白尿、腸胃不適、白血球細胞減少等。

## 2、原發性腦癌後遺症

腦瘤 (brain tumors) 治療準則包括「死亡、癱瘓、智力減退、人格改變、頭痛、肥胖、視力模糊、步態不穩、運動失調，生活品質降低」。

綜此，目前對腦癌的治療除了手術減少顱內高壓對腫瘤病況有緩解，化療、放療，對原發性腦癌的治療相當有限。研究顯示，西醫對腦癌早期診斷和治療沒有證據顯示可以增加存活的時間，因此極需更有效的治療方法。

### (四)、「辨證論治」有所不足，病「位性形勢」四項綱領不可忽視

腦瘤早期幾乎沒有症狀，依據傳統「辨證論治」有所不足，因為腦癌起初往往缺乏辨證所依據的症狀 (symptom)，病徵 (sign)、綜合徵 (syndrom) 的表現，可能無證可辨，但是當腦部腫瘤往往是長大到 2 公分以上，有產生多樣化的症狀，端視腫瘤佔位與壓迫的腦組織而定，而使傳統的辨證法，有所侷限和窒礙難行。

腦瘤的腫塊效應、引起顱內壓升高開始產生症狀，如頭痛、癲癇、或神經症狀、內分泌系統症狀才會被發現，例如認知障礙 (突然地莫名其妙的言語、文句不通順、突然不認得路等等)；運動功能受損，手腳無力、或感覺異常，複視、視野缺損等等。具體症狀要由腫瘤出現的位置部位決定，產生症狀的多樣化，亦造成辨證的難度。

原發性腦癌在臨床治療應是與時俱進的，傳統所謂的「辨證論治」的特色，僅是每次門診時對疾病診治的某一個時間斷點的呈現，無法因應與預見整個腦癌療程，和其中的轉折，故應結合病的「位、性、形、勢」，充分掌握腦癌細胞的病位、特性、型態形狀，與身體因應而形成的證型，結合對「趨勢」的判斷，體現「上醫治未病」，預後與疾病生死之趨勢。

本文提出在病「位性形勢」基礎上，進行辨證論治為宜，《腦瘤指引》：腦癌的存活機率，是因腫瘤的「位置」和「形態」而定，而非與發現診斷的時間早晚而定；而腦癌的臨床症狀表現，亦非由腫瘤的種類性質決定，也視「位置」和「形態」而定，例如最重要的症狀是記憶的不斷惡化、性格轉變、或者神經功能的衰退，這些症狀最主要是在顳葉和額葉的位置的神經被破壞所致。

綜合腦癌治療「位、性、形、勢」不可忽視的四項綱領，應契合呼應中醫在「脈象」的「位、性、形、勢」、並在「處方用藥」亦有「位、性、形、勢」：



方藥的「位」是歸經臟腑、「性」是藥性氣味、「形」質是輕重，形態、與「勢」，是方藥配伍後的走勢、與病的趨「勢」。故應從病、脈、藥的「位、性、形、勢」，彼此合參，以彌補「辨證論治」的不足。

#### (五)、「位性形勢」的臨床指標項目

腦癌中西醫結合治療必須關注定期檢查的評估指標，有助於對「位性形勢」趨勢、預後的判斷。例如：一、醫學影像 MRI、CT、MRS (spectroscopy) 核磁共振頻譜；二、無惡化存活期 PFS (Progression-Free Survival)、存活期；三、免疫指標 ki-67、p53、NLR 等為依據；四、身體生理功能狀態 (Performance Status) 的評估 Karnofsky score，而 MRS (Modified Rankin Scale) 量表可用於腦部手術後神經功能評估；五、「靈性」健康可用《CYCU-GSR》靈性健康評估表<sup>[9]</sup>。據前述諸多指標，用以體現，實踐腦癌在西醫腫瘤微環境 (TME) 的微觀、與中醫宏觀，與整合的全人醫療成效評估。

#### (六)、腦癌的中西醫結合治療指引亟待建立

腦癌在中西醫結合治療臨床成功案例與日俱增，台灣名醫李政育醫師、蔣永孝教授及馬辛一教授已對腦腫瘤成功申請九個中醫處方的中華民國專利。中醫對腫瘤的治療，育生方之「三陣十一法」，近年來在中西結合神經醫學的實證領域成效卓著，常被臨床醫師奉為腫瘤治療的圭臬。本文亦根據育生方，在臨床門診的七個原發性腦癌的治疗經驗中取得驗證，故擬依據作為中西醫結合對原發性腦癌的治疗指引。

### 四、全人醫治，靈性關懷，保合太和

醫學正在走向何處？端看當代的醫學觀！全人醫療是當今世紀醫學潮流，並在臺灣形成全人醫療政策至今已逾 20 年。腦癌至今原因不明、也無從預防！從過往醫療史可得知，每當遇到臨床醫學的瓶頸，都將促使醫學對人觀 (anthropology) 的省思和修正，當代醫學的人觀，是據 1980 年美國恩格爾醫師 (George Libman Engel, 1913-1999) 首位提出「全人」(the whole person) 照護的模式，指稱全人這是整合「生物-心理-社會」新的醫學模式 (biopsychosocial model)，取代傳統的生物醫學觀 (biomedical)，以免醫療將人看作生「物」，治病如同修理機器。1998 年 WHO 揭櫫人的健康「靈性」維度，促使全人進入「身、心、靈與社會」四大維度。本文以腦癌治療的瓶頸臨床醫學在「全人」的基礎上，回歸於對「人」本質的認識，以更高醫療的視野，擴展對人的維度的認識，秉持「靈性關懷，全人醫治」，使腦癌的治疗在「全人」的醫療絲路上，進入臨床實務上的實踐。

「靈性」是全人最重要的關鍵，本文的「全人」定義是依據近代護理學、心



理學、臨床醫學在靈性的實證研究，並綜合神學的研究結論：「全人是指整全而完全的人，而這整全而完全質與量，呈現在涵蓋個體自我的身心靈，與外展五我關係的維度」。「全人」係為靈性為根本的「靈性五我」是自我（身心靈）、人我、物我、神我、靈我關係維度的結構模型〔9〕。

全人又為何？健康為何？1998年WHO《健康促進詞彙》定義健康涵蓋「生理、心理、社會、與靈性」，故而全人不僅是身心靈（自我關係）而已，還有「社會」面向，才是全人的健康，因此缺乏「人我關係」的社會面向、缺乏人我互動，人是不健康、不整全的，並且可能呈現病態，如自閉症、亞斯伯格症等。全人醫療是當代醫學的國際潮流，「身、心、社、靈」儼然已成為全人的健康必要維度，但參核中醫的人觀則更有深意，中醫源於《易經》，人之太極是「大而無外，小而無內」的無數個維度，「全人」的醫療不應狹隘而囿於於軀體、器官組織、或臟腑經絡，抑或身、心、靈而已，為符現今全人醫療實務之用，筆者，提出在腦癌的治療上，應關注「全人」所涵蓋的五我（自我、人我、物我、神我、靈我）面向的維度，而全人健康，是全人五我維度「致中和」的和諧，即《易經》：「保合太和」與天人合一，方能贖育生命，成就全人醫療。

## 貳、病例介紹

### 一、GBM 案例中西醫結合治療

**病況概述：**本文為一位 GBM 患者，經四年醫院治療，四年每年復發惡化，重複開顱手術已四次，但經中西醫結合治療後病況趨穩，腦癌無惡化，而身體生理功能已趨改善。患者自 2017 年初發分化不良星狀細胞瘤（AA），手術、放療、化療再復發，2019 年轉為多形性膠質母細胞瘤（GBM）；回顧自 2017~2022 年一再復發，每年復發，直到 2022 年 11 月 3 日中醫介入治療，一、影像檢查不再惡化，無再復發；二、免疫檢查：NLR 原 4.13，降為（2.8-1.62）<3，ki 67，20；三、目前維持 PFS（無惡化存期）>1 年（據 2003 年美國加利福尼亞大學，神經病理學系研究，50 歲以上，KPS 評分 <70 結論，本案例存活時間中位數平均為 7.5 個月（何況本案例 KPS 僅 20 分），本案目前 PFS 已達 12 月。顯示中西醫結合至今病況持續平穩！詳細療過程，如下：

（一）、**姓名年齡：**王先生，男 52 歲，病歷號碼：XX118

（二）、**主診斷：**C719 原發性腦惡性腫瘤：AA&GBM

➢ 2017 年 AA，進行手術、放、化療治療；

➢ 2019 年復發轉為 GBM 腦癌。

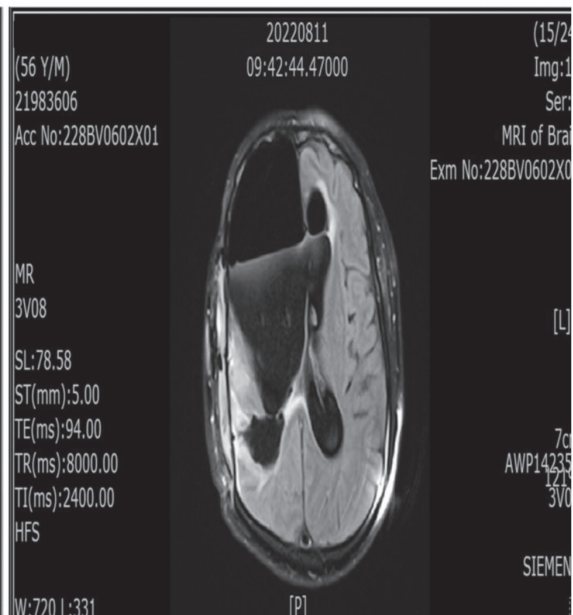
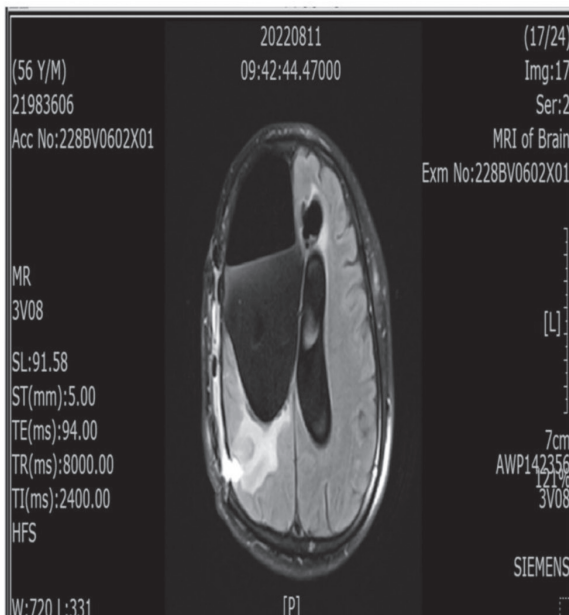
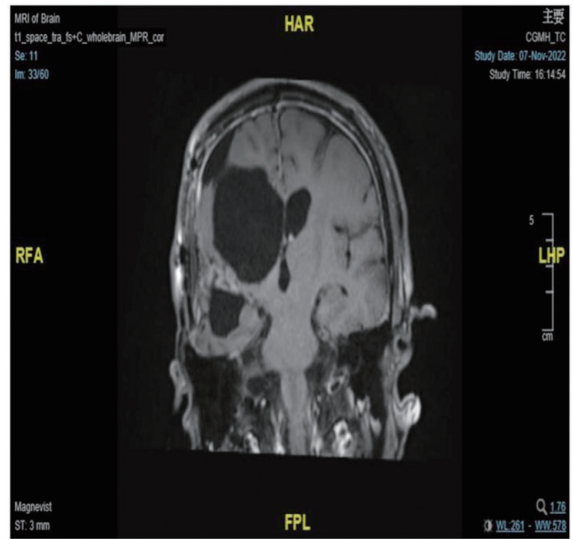
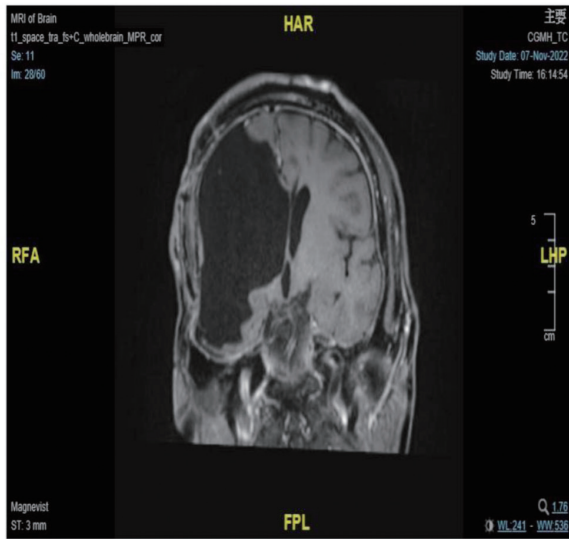
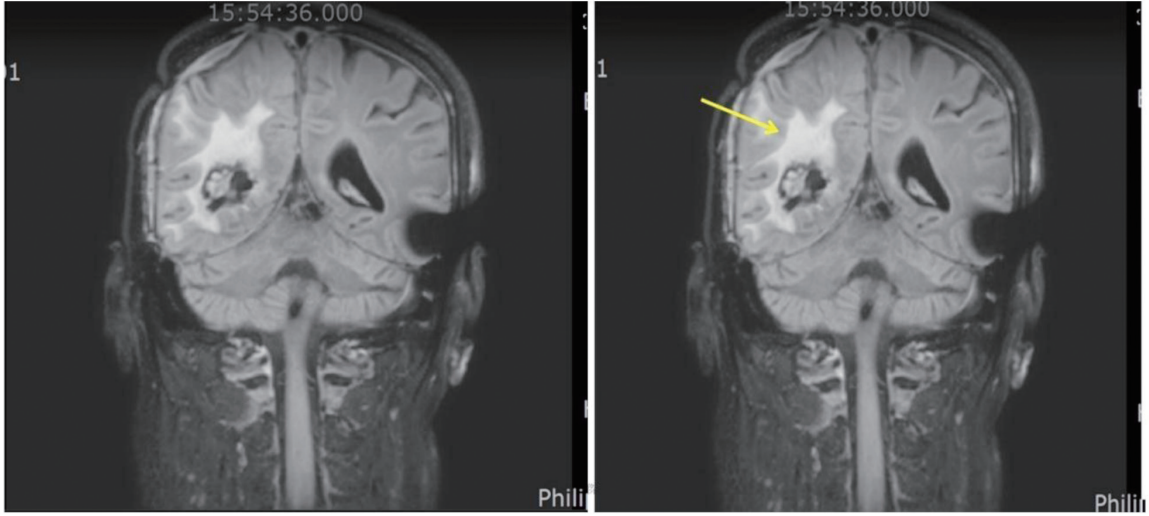




### (三)、過去病史：

1. 2017年5月13日，診斷為原發性腦癌，AA第三級，進行第一次手術，並且術後放療、化療。
2. 2018年5月再復發，進行放療；化療帝盟多，沒有手術。
3. 2019年5月病情更加惡化：
  - (1). 病人已有頭暈、頭頂抽痛、步態不穩，且右手更加不靈活而無法工作。於是病人轉至醫學中心住院，腦部磁共振造影檢查顯示一處左側視丘腫瘤，腫瘤大小約為30x20x30mm。T1加權影像呈現中低強度訊號，可以被顯影劑加強；T2及FLAIR影像可見腫瘤邊緣水腫的增強訊號。
  - (2). 2019年6月4日進行立體定位切片手術（stereotactic biopsy under Leksell navigation system），病理報告為神經膠母細胞瘤。切片手術後病人發生右側肢體癱瘓，徒手肌力測試為1分，電腦斷層（CT）檢查發現少量腫瘤內出血，這時病人需要使用輪椅代步，日常生活完全依賴他人照顧。隨後，他接受第一個療程的口服化學藥物治療，帝盟多（temozolomide）320mg per day for 5 days及初步復健。
  - (3). 2019年6月30日入院接受復健治療：
    - **理學檢查發現：**意識清楚，口語理解正常，表達稍微不流暢，可經口進食而無噎咳，右側肢體癱瘓，動作能力分級（Brunnstrom's stage）為右上肢近端與遠端均為stage II，右下肢stage II，而右側上下肢體之輕觸覺、針刺痛覺及關節本體位置感覺有明顯下降，且病人抱怨有異常麻木抽痛之不適。
    - **自覺症狀：**病人自覺記憶力較差及注意力不集中，當時以Mini-Mental Status Examination 測試所得分數為25/30，有時間定向及數字計算的困難，巴氏量表分數為30分。
  - (4). 2019年8月28日腦癌再復發，進行第二次手術，術後造成偏癱。
4. 2020年6月11日因腦癌再復發，進行第三次手術，術後左半身偏癱更嚴重，並於6月8日進行腦引流。
5. 2022年8月3日，腦癌再復發，再進行第四次手術，術後給予化療靜脈注射癌思停。

### (四)、檢視既往病史相關醫學影像





### (五)、2022年8月手術的病理報告

1. SNOMED: X2000-B-M94403 DX:Brain,temporal,resection (s/p CCRT) glioblastoma, IDH-wildtype, CNS WHO grade 4
2. GROSS D: The specimen submitted consists of 3 pieces of tissue measuring 1.0 x 0.9 x 0.2 cm to 4.0 x 2.5 x 1.8 cm. Representative sections are taken and labeled A to F. LYC
3. MICRO D: Sections show brain tissue with infiltration of tumor cells displaying hypercellularity, nuclear pleomorphism, increased atypical mitoses, microvascular proliferation, and focal necrosis.
4. Immunohistochemical study :shows that the tumor cells are IDH1(-), GFAP(+), olig2(+), p53(+,~15%), ATRX-retained, and MTAP-retained, with Ki-67 index around 20%, consistent with glioblastoma, IDH-wildtype, CNS WHO grade 4.

### (六)、中西結合治療後影像檢查報告

腦癌治療，在中西醫結合治療中，中醫介入治療為2022年11月3日，定期檢查為必要的措施，以下為醫學中心定期醫學影像檢查報告，以下為每三個月一次，為求真實，茲將院方檢查訊息，原文如實呈附如下：

#### 1. 中醫介入治療4個月，2023年3月23日MRI影像檢查報告：(比對前次2022年11月7日與2022/8/11)

- (1). As compared with 2022/11/7 MRI, the postsurgical changes are unchanged regarding the inflammation (contrast enhancement) in the dorsolateral surgical margin, cavity size and leftward midline shift extent.
- (2). No tumor recurrence is noted. (沒有發現腫瘤復發)
- (3). Image diagnosis: As compared with 2022/8/11 MRI, the postsurgical changes are stationary. No tumor recurrence. (本次影像診斷與2022/8/11相比，亦無發現腫瘤復發)

結論：圖像診斷：2023年3月20日和2022年11月7日MRI相比，手術後的變化是穩定的、平穩。無腫瘤復發。

#### 2. 中醫介入治療8個月，2023年7月17日MRI影像發現：

Hx: GBM s/P Multiplanar multisequence (T1WI, T2WI, FLAIR, DWI/ADC maps) MRI of the brain without and with Gd-DTPA enhancement was performed. Image finding :



- (1). As compared with 2023/3/20 and 2022/11/7 MRI, the postsurgical changes are unchanged regarding the inflammation (contrast enhancement) in the dorsolateral surgical margin, cavity size and leftward midline shift extent. (與 2023/3/20 和 2022/11/7 MRI 相比，術後炎症（對比增強）在背外側手術邊緣、腔體大小和左中線移位程度上無明顯改變)
- (2). No tumor recurrence is noted. (未發現腫瘤復發)
- (3). No MR evidence of acute infarct foci in the brain parenchyma. (腦實質無急性梗塞)

**Image diagnosis:** As compared with 2023/3/20 and 2022/11/7 MRI, the postsurgical changes are stationary. No tumor recurrence.

**結論：**圖像診斷：2023/03/20 和 2022/11/7 MRI 相比，術後變化平穩。沒有腫瘤復發。

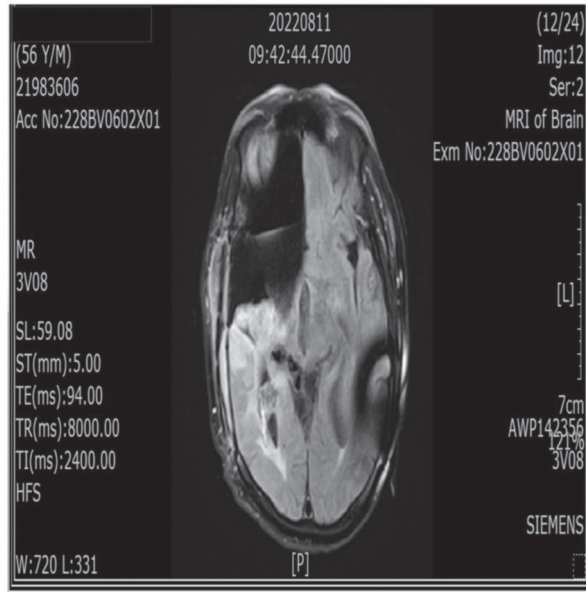
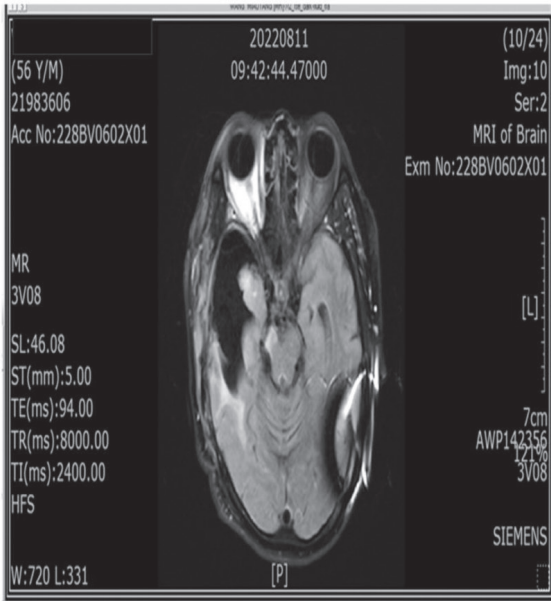
### 3. 中醫介入治療 11 個月，2023 年 10 月 11 日 MRI 檢查結果：(和 2023 年 3 月 20 日相比)

- (1). As compared with 2023/3/20 and 2023/7/12 MRI, the postsurgical changes are unchanged, regarding the inflammation (contrast enhancement) in the dorsolateral surgical margin, cavity size and leftward midline shift extent.
- (2). No tumor recurrence is noted.
- (3). No MR evidence of acute infarction in the brain parenchyma.
- (4). Mild dura thickening at left cerebral convexity, favoerd intracranial hypotension apperance.
- (5). Superficial sclerosis at bil. cerebral and cerebellar surface as post-op change.

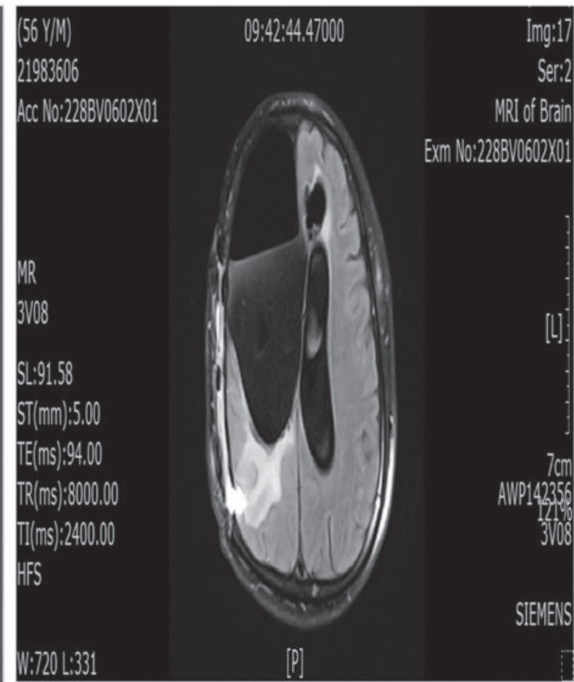
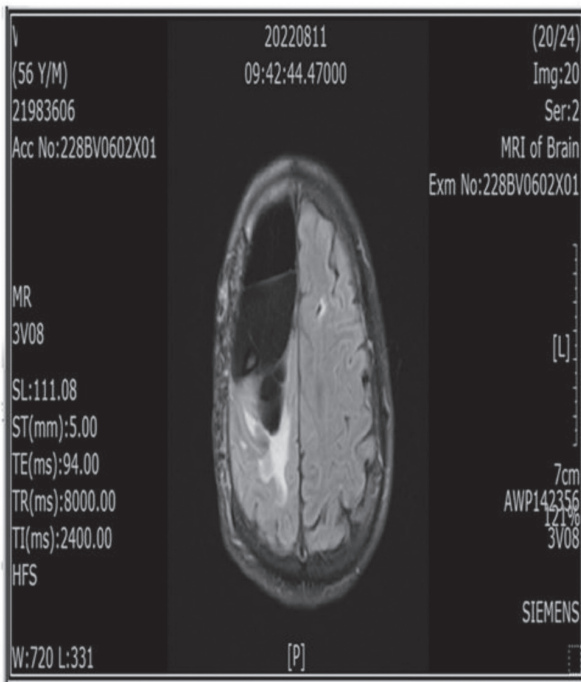
**Image diagnosis:** As compared with 2023/3/20 and 2022/7/12 MRI, the postsurgical changes are stationary. No tumor recurrence.

**結論：**圖像診斷：2023/3/20 and 2022/7/12 MRI 相比，術後變化平穩。沒有腫瘤復發。

### 4. 2023 年 08 月 11 日 MRI 影像如下：



2022.08.11 黃英傑醫師



### (七)、中西結合治療後

相關量表與評估指標改善

#### 1. Karnofsky (Performance Scale) 報告：

Karnofsky (Performance Scale) 評分：2022年11月3日評估 KPS:20；治療後 2023年10月30日 KPS:40。

#### 2. 徒手肌力測試為治療前 1 分，目前 2~3 分，常自行進行電玩。



Karnofsky (Performance Scale) 評估	
➤ 體力狀況	評分
➤ 正常，無症狀和體徵	100分
➤ 能進行正常活動，有輕微症狀和體徵	90分
➤ 勉強進行正常活動，有一些症狀或體徵	80分
➤ 生活能自理，但不能維持正常生活和工作	70分
➤ 生活能大部分自理，但偶爾需要別人幫助	60分
➤ 常需要人照料	50分
➤ <b>生活不能自理，需要特別照顧和幫助</b>	<b>40分</b>
➤ 生活嚴重不能自理	30分
➤ <b>病重，需要住院和積極的支持治療</b>	<b>20分</b>
➤ 重危，臨近死亡	10分
➤ 死亡	0分
註：Karnofsky 1) 大於80分者術後狀態較好，存活期較長，為非依賴級（independent），即生活自理級。 2) 50~70分為半依賴級（semi-independent），即生活半自理。 3) 50分一下為依賴級（dependent），即生活需要別人幫助。 4) 得分越低，健康狀況越差，若低於60分，許多有效的抗腫瘤治療就無法實施。	

### 評估指標

2022年11月3日中醫介入治療，西醫定時檢查，並減少，最後已停止癌思停注射，結論：

1. 影像檢查不再惡化，無再復發；
2. PFS（無惡化存期）>12個月。（據2003年美國加利福尼亞大學，神經病理學系研究，50歲以上，KPS評分<70之案例存活時間中位數平均為7.5個月。）
3. 免疫檢查：NLR原4.13，降為（2.8-1.62）<3！ki 67:20，綜合顯示中西醫結合至今病況持續平穩。

### （八）、中醫介入治療的處方之方法與轉折

第一階段，自2022年11月3日初診～2022年11月24日，術後虛實互見。

1. 初診日期：2022年11月3日
2. 主訴：現今頭痛、噁心、嘔吐、據告2017年5月13日原本星狀細胞瘤3級，在西醫持續治療2019年確診為GBM手術已經四次，手術後左邊肢體無力、偏癱、視力模糊、失語症、感覺障礙，或步態不穩、運動失調、注意力變差、情緒化或人格變化。
3. 四診
  - (1). 望診：神疲，坐輪椅，活動不便，口眼歪斜，舌偏向一邊。檢查開顱手術傷口乾淨，無感染。舌象：舌淡白、苔薄白。



(2). **聞診**：病患僅能回答簡單 1~3 個字的話，無法完整說完一句話，說話斷斷續續，氣音，語音低微，氣短，有時聽不清說話內容。

(3). **問診**：記憶力減退，口乾，內熱，二便可以自行控制、可以自行刷牙、洗臉、進餐，但不能自行去廁所，因為左側癱，無法平衡，無法行走，單手也無法控制輪椅方向。無：第六對腦神經麻痺（造成複視）；無抽搐、癲癇；無心智狀態改變。

(4). **切脈**：沉無力。

4. **辨證**：手術後，氣血大虛；化療與癌病之癥熱痰濕交雜未清。

5. **治則**：病與傷同治，扶正去邪兩施；觀「位性形勢」、再辨證論治。

此屬「虛實夾雜」，以「病與傷（手術損傷）同治」為目標：一方面採用「清熱、活血、利濕、化痰」法，治腦癌，腫瘤之病；一方面「補氣血化癥」法，為受傷的腦組織進行「滴灌」滋養；後續，據身體呈現之症狀、徵象進行「辨證論治」，補脾健運，益腎精髓。

用藥之外，診後給予鼓勵、衛教訊息進行靈性關懷，靜心觀照。

6. **處方用藥**：

**飲片湯劑**：早服，扶正為主，補氣血，扶陽湯劑。晚服，祛邪為主，清熱活血利濕祛癥湯劑。藥粉用以靈活微調，因應腦癌在臨床症狀的多元性。

**第一階段：2022 年 11 月 3 日～11 月 24 日，處方共 21 天：**

(1). **晨服湯劑處方**：通腦方（育生補陽還五湯加減）扶正為主，補氣血扶陽。

方解：通腦方是補陽還五湯加減，是以『補陽還五湯』為基本方，加入：銀杏葉改善微循環；紫丹參以活血；合益母草活血兼以利尿去濕；懷牛膝引血下行；獨活《本草備要》：「氣緩善搜，入足少陰氣分（腎），以理伏風」；明天麻、鉤藤用治氣鬱化火而傷陰，可增平肝潛陽息風、止癱與祛風通絡之效，故擬為方，『通腦方』為治腦疾之通劑。

(2). **晚服湯劑處方**：〈育生乳沒三黃三苓通經湯加減〉，祛邪為主，清熱活血利濕祛癥。

方解：處方：乳香 4.0 錢、沒藥 3.0 錢、當歸尾 3.0 錢、赤芍 3.0 錢、黃芩 6.0 錢、黃連 2.0 錢、黃柏 3 錢、白朮 3.0 錢、茯苓 3 錢、澤瀉 3.0 錢、骨碎補 4.0 錢、續斷 4.0 錢、牡丹皮 3.0 錢、地骨皮 3.0 錢、半夏 3.0 錢。

(3). **三餐藥粉處方如下**：本態，清活利化法，祛邪為主，扶正為輔，三餐飯後服。因應證型加減

腦癌手術後，症狀雖複雜，但常見癌症本態性表現「熱、癥、痰、濕」等證型：

a. 清熱：黃連解毒湯 4.0 克。



- b. 化痰：溫膽湯金定神 5.0 克。
- c. 活血：血府逐瘀湯 3.0 克，銀丹七香砂 1.0、紅景天 1.0 克，丹七散 1.0 克。
- d. 滋陰鎮定：天麻鉤藤飲 1.0 克。
- e. 天麻、川芎 1.0 克（《聖濟總錄》大芎丸）。
- f. 滋養與活血：骨碎補 1.0 克、續斷 1.0 克、懷牛膝 1.0 克（為育生通經湯法）。
- g. 開竅清熱：加味牛黃解毒散 1.0 克。單位克 / 日，以七天為一期。

**第二階段，自 2022 年 12 月 1 日～2023 年 8 月 30 日，脾腎兩虛，處方轉折。**

**2022 年 12 月 1 日臨診表現：**易腹瀉，疲倦頭暈、手足無力，食慾漸退，夜寐不安，是為「脾腎虛損」是虛損邪伏，神失養。

**1. 晨服湯劑：**早上，扶正為主，用育生半夏天麻白朮湯，化痰飲，補氣血，扶陽，健運。

方解：《育生半夏天麻白朮湯》是半夏天麻白朮湯加附子、當歸，源自《脾胃論》：「此頭痛苦甚，謂之足太陰痰厥頭痛，非半夏不能療；眼黑頭旋，風虛內作，非天麻不能除，其苗為定風草，獨不為風所動也；黃耆甘溫，瀉火補元氣；人參甘溫，瀉火補中益氣；二朮俱苦溫甘，除濕補中益氣；澤、芩利小便導濕；橘皮苦溫，益氣調中升陽；曲消食，蕩胃中滯氣；大麥孽面，寬中助胃氣；干薑辛熱，以滌中寒；黃柏苦大寒，酒洗以主冬天少火在泉發燥也」。

**2. 晚服湯劑，祛邪為主，用〈育生乳沒三三通經湯加減〉，清熱活血利濕祛瘀，維持不變。**

**3. 調整藥粉：**2022 年 12 月 1 日改主方為：香砂平胃散 6.0 克，補陽還五湯 3.0 克以燥濕健脾胃，並扶陽補氣血化瘀，其餘藥粉不變（銀丹七香砂 1.0、紅景天 1.0 克，丹七散 1.0 克，天麻、川芎 1.0 克，滋養與活血：骨碎補 1.0 克、續斷 1.0 克、懷牛膝 1.0 克、加味牛黃解毒散 1.0 克）；因為虛弱腹瀉嚴重，故先去除 1. 清熱：黃連解毒湯；2. 化痰：溫膽湯金定神；3. 活血：血府逐瘀湯；4. 天麻鉤藤飲。

**結果：**自 2022 年 12 月 1 日～12 月 15 日，脾腎陽虛的腹瀉狀況改善，但仍常常疲倦。NLR 已從 4.13 降為 2.80（12 月 12 日）、顯示免疫之發炎內熱、癌病之瘀熱正在改善。

**2022 年 12 月 22 日臨診觀察病況呈現：**腹瀉改善，但是夜尿 4~5 次，影響睡眠與白天精神。

**處方再調整，藥粉與早上飲片湯劑修正改主方為：**1. 補中益氣湯 6.0 克，補陽還五湯 3.0 克，以補中益氣，並補陽化瘀，並加麻黃，地龍採用開竅醒腦方，其餘藥不變；2. 並調整早上飲片湯劑改為「補陽還五湯」。

**結果：**NLR 再降為 1.82（2023 年 1 月 5 日）。腹瀉、夜尿 4~5 次二便改善。





**2023年2月2日臨診觀察病況呈現：**因腹瀉、夜尿已改善為2次，以為熱減，虛仍在。

**2023年2月2日處方再調整，**1.晚上飲片湯劑修正藥處方〈育生乳沒三三通經湯加減〉，黃芩6錢減為4錢（2023年2月9日～5月18日，黃芩4錢）；2.藥粉主用補陽還五湯5克，去除補中益氣湯。

**結果：**腹瀉已無，排便正常日一行、夜尿1~2次；NLR再降為1.62（2023年2月13日），連續三降。易口乾，手足感覺測試與運動改善。

**2023年5月25日臨診觀察病況呈現：**症狀持續改善中，會開心玩電玩遊戲，但是，家屬反應：「我先生在今年NLR上升1月（1.82），2月（1.62）都可以在2以下，之後3月（2.35），5月10日卻持續再增加2.64，有點擔心！本週晚上睡眠品質不錯，夜尿時間：1~2次以上，感謝！另外。本周有三天連續拉肚子，這兩天則正常，軟便」。

檢視長庚報告，觀察2023年3月13日的NLR 2.35；在繼續上升到2023年5月10日的NLR 2.64。顯示內熱瘀熱累積，清熱藥過少，補陽還五湯補性可能過多，應將112年2月2日～5月18日連續處方應盡速做調整。

**2023年5月25日處方再調整。處方轉折：**

1. 早上飲片湯劑，換為〈育生半夏天麻白朮湯〉以免補陽還五過溫熱；
2. 晚上飲片煎劑〈育生乳沒三三通經湯加減〉將黃芩從4錢，加至5錢，去紅花養血活血，加入何首烏、石菖蒲4.0錢；6月15日臨診觀察，惟熱象多，又值端午天熱，再加入青蒿、知母各4錢（直到8月30日），不再續加黃芩以免又過寒凝；
3. 藥粉：「補陽還五湯」為主方加入「黃連解毒湯」清熱解毒、與竹茹清氣分熱化痰，佐制補陽之溫熱。

### **第三階段：2023年9月27日～10月31日**

**2023年9月27日臨診觀察病況呈現：**本周測試手指感覺可正常，說話字數增多，語句較常斷續，發音較清楚，單音可持續>10秒，10月回診義大醫院做定期檢查，但是左手手指肌力進步1~2分，活動仍受限。

**2023年9月27日期處方修正：**

1. 晨服飲片水煎藥，〈育生右歸飲〉與〈補陽還五方〉每日早上交替喝，用以補氣化瘀，中醫腦與腎相通，補腎填精髓，即補腦修復腦組織、術後顱腔空缺區循環與細胞再生。
2. 晚服飲片煎劑〈育生乳沒三三通經湯加減〉在時值中秋，需溫養陽氣，去除青蒿、知母各之清虛熱，加入炒杜仲、山茱萸，溫養肝腎。
3. 藥粉維持：補陽還五與通經湯加減



補陽還五湯 5.0；骨碎補、續斷、懷牛膝各 1.0 克（通經湯法，活血滋養肝腎）；麻黃、地龍各 1.0 克（開竅醒腦法）；竹茹、枇杷葉各 1.0 克以清肺胃之熱。

#### 治療結果：

1. 2023 年 5 月 10 日 NLR 2.64，至 2023 年 10 月 11 日 NLR 降至 2.39。
2. 2023 年 8 月 11 日醫學影像維持正常，無復發。
3. PFS 從 2022 年 11 月到 2023 年 11 月 3 日維持 12 個月，超越美國 GBM 存活期中位數 7.5 個月。
4. Karnofsky (Performance Scale) 評分：2022 年 11 月 3 日評估 KPS:20；治療後 2023 年 10 月 30 日 KPS:40。
5. 目前復健運動與平日生活電玩、益智遊戲均能適應。
6. 靈性健康評估分數：《CYCU-GSR 靈性健康評估表》分數：83 (>60)，為靈性健康狀態。

## 二、AA 分化不良星狀細胞瘤案例中西醫結合治療

本病例治療概述：西醫診斷為頂葉惡性腫瘤—分化不良星狀細胞瘤 (AnaplasticAstrocytoma; AA)，手術後診斷為 AO (Anaplastic oligodendroglioma)。2020 年 10 月 20 日進行開顱手術治療後，並未再進行化療、放療與治療；中醫 2020 年 11 月 26 日承接後治療，自到至 2022 年 10 月 31 日，無惡化；追蹤至目前 2023 年 10 月 31 日仍正常，PFS 增為三年，患者生活起居、工作皆恢復正常，KPS:100。

(一)、**基本資料**：病歷號碼：311\*\*，性別：女，年齡：46，身高：159 公分，體重：67.1 公斤，BMI：26.5（輕度肥胖），婚姻：已婚。

(二)、**主診斷**：頂葉惡性腫瘤—分化不良星狀細胞瘤 (AnaplasticAstrocytoma, AA)，AO (Anaplastic oligodendroglioma)。

(三)、**病理報告** ( pathological report )

(1). PATHOLOGICAL DIAGNOSIS:

Cerebrum、right frontal、tumor removal Anaplastic oligodendroglioma

(2). GROSS FINDING:

Received in formalin consists of several fragments of white tan soft tissue、labeled brain tumor、measuring in aggregate 3.2x2.8x0.5cm and the largest one is 2x1.7x0.5cm.

Entire stains specimen is embedded in two blocks. Immunohistochemical stains for glial fibrillary acidic protein (GFAP)、isocitrate



dehydrogenase-1 (IDH1 , R132H) , alpha-thalassemia/mental retardation syndrome x-linked (ATRX) 、0(6)-methylguanine-DNA (MGMT 、methyl transferase clone MT 3.1) 、P53 and MIB-1 (Ki-67) are performed on block B. (MCY)

(3). MICROSCOPIC FINDING:

- 1) Sections of specimen show cerebral grey and white matter tissue infiltrated with atypical oligodendrocytes 、characterized by round nuclei and perinuclear halo. Hypercellularity 、moderate nuclear pleomorphism (同質異形現象)
- 2) and increased mitotic activity (4/10 HPF) are noted.
- 3) Neither tumor necrosis
- 4) nor endothelial proliferation is identified.

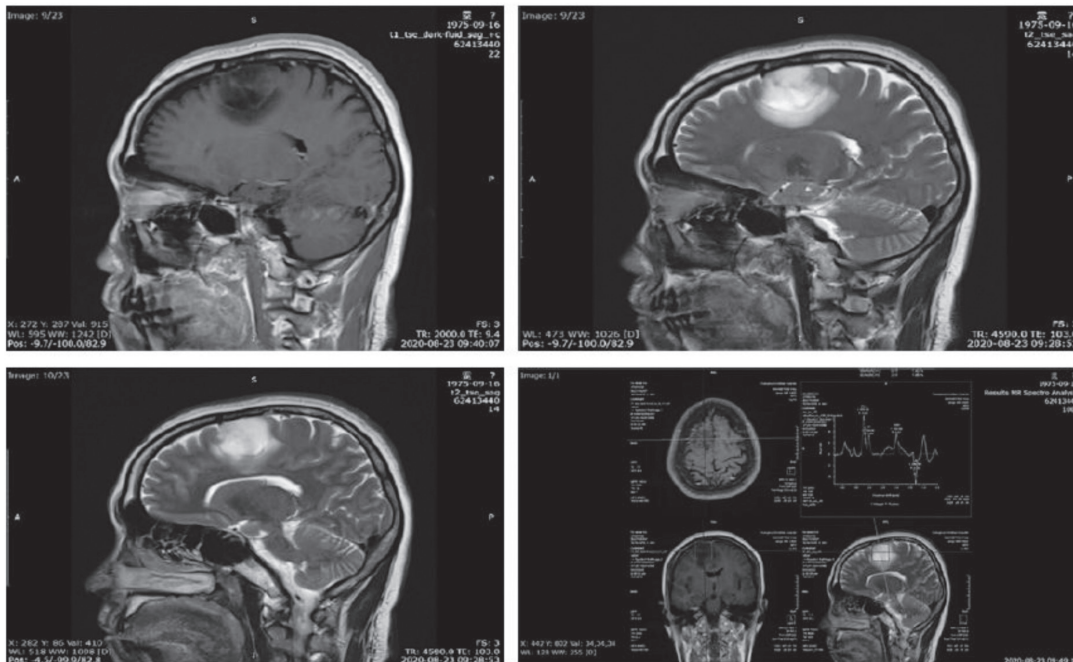
Most of tumor cells are non-reactive for GFAP.

**The histopathologic feature is compatible with anaplastic oligodendroglioma.**

(4). Results of biomarker testing:

- 1) IDH1 R132H IHC : (+) positive (with IDH1 R132H mutation) °
- 2) ATRX IHC: retained expression (no ATRX mutation) : (-) °
- 3) P53 IHC: negative : (-) °
- 4) Ki-67 (MIB-I) labeling index:12 % °

(四)、醫學影像





(五)、治療日期：2020年11月26日～2023年10月31

(六)、治療方法：本文採用「內外合治」法

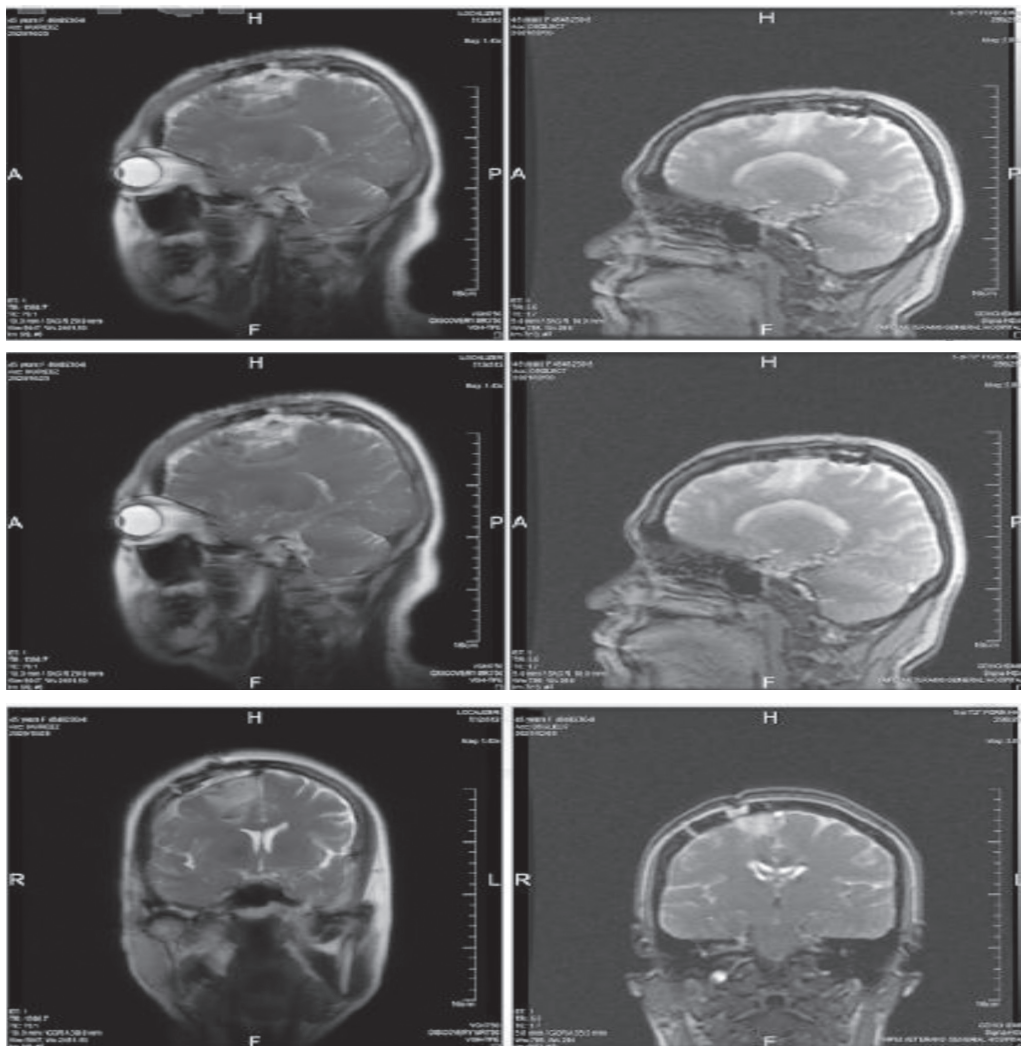
內治：

1. 飲片煎劑，以《育生方》，方分三陣（三樣態）十一法「清活利化、和通攻補瀉、滋鎮開散」，方用育生方，如乳沒四物湯、補陽還五湯、溫膽湯、半夏天麻白朮湯、建瓴湯為基礎方加減、與通腦方、通腦金定神方等，作為水藥內服主方，在扶正祛邪、病傷同治中，斟酌應用。
2. 科學中藥粉，為其他症狀，臨症加減。
3. 中醫茶飲劑，時時清利法，用清血消脂飲煎煮茶飲服等等為內治法。

外治：用針灸、藥熨（眼鼻康眼罩）、藥枕（舒風活血藥枕）。

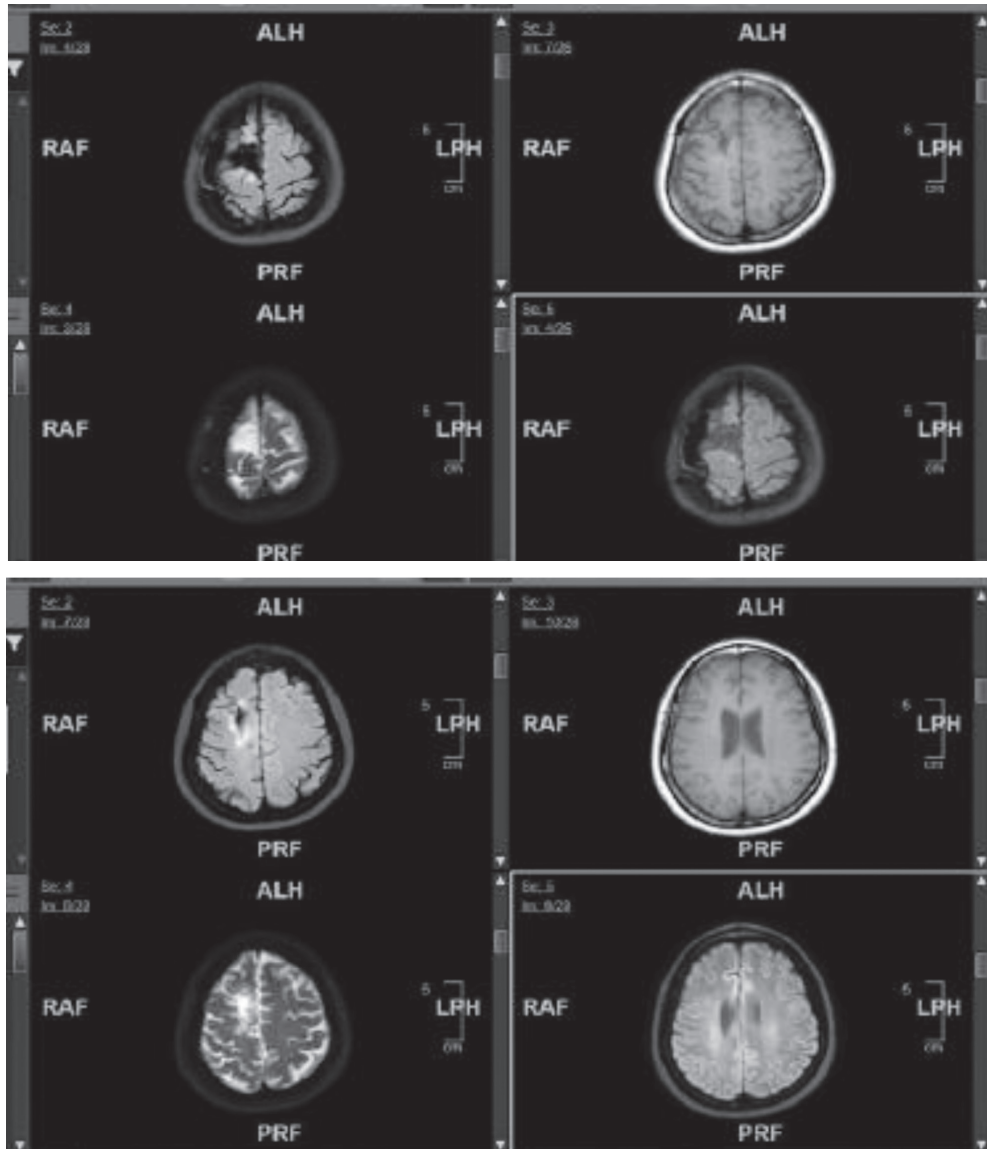
(七)、治療結果

1. 影像比對至今三年無復發：中醫治療三個月前後 MRI 影像比對 2020 年 10 月 23 日及 2021 年 2 月 3 日。





2. 中醫治療一年九個月前後 MRI 影像比對 2020 年 10 月 23 日及 2022 年 8 月 10 日。



- (1). PFS 至今 > 長達 3 年，手術檢體檢測不到癌細胞，臺北榮民總醫院 MRI 等影像追蹤顯示病灶區穩定，醫學影像未見復發。
- (2). 腦癌多種臨床症狀已改或消失。如癲癇、幻覺未再發作；感覺異常（全身蟻行爬行感）、運動功能障礙；頭痛，甚則噁心嘔吐、睡眠障礙等症狀，每每中醫門診治療常可在短期之間，達到緩解或明顯改善。
- (3). 免疫相關疾病：（一）子宮癌前細胞病變術後症狀；與（二）淋巴結腫痛，含右腋下淋巴腫痛 > 7 公分，左邊腹股溝淋巴腫，已超過 3.5 個月（110 年 12 月左右），已經消失。



- (4). 相關評估指標：Karnofsky (Performance Scale) 評分：100；  
《CYCU-GSR 靈性健康評估表》分數：74 (>60)，為靈性健康狀態。
- (5). 本案例經治療後，追蹤長達近三年，已恢復正常生活與工作〔10〕。

### 三、原發性腦癌七案例中西醫結合治療

本文列舉原發性腦癌七位案例，臨床療程（3年~3個月），礙於篇幅僅製簡表四，呈現治療結果。

表四、原發性腦癌七案例中西醫結合治療成效簡表

姓名	性別 年齡	病名 診斷	腫瘤 分級	西醫			中醫		評估&預後		
				診斷評估	醫院	手術	初診&療程	診次	影像	PSF	KI-67
余〇〇	女 45歲	AA	3	109.09.07	彰基		109.11.26 至今	125	無	36月	12
		AO		109.11.04	北榮	1					
張〇〇	女 51歲	OG	2	111.06.08	南京	1	111.08.18 至今	42	無	14月	5
				112.02.07	新竹中大	1					
王〇〇	男 52歲	GBM	4	106.05.17	林口 長庚	手+化 放療 手術 引流 Avastin	111.11.03 至今	47	無	12月	20
				107.05.							
				108.08.27							
				109.6.11							
洪〇〇	男 28歲	GBM	4	111.6.17	台北 榮總	手+放 +Temodal 已結束	111.11.16 至今	17	無	12月	35
				111.09.14							
				112.09.01							
陳〇〇	男 32歲	GBM-	4	111.03.08	林口 長庚	手術 手術 手術 Avastin	111.10.27	14	復發	6月	35
				111.05.31			112.03.25				
				111.06.05			未按時回診				
黃〇〇	男 43歲	OG	3	111.9.12	市立安南	2	111.10.24	6	112.9 +	3月	15
				111.09.13	高雄長庚	手術	112.01.14				
				112.10.06	復發	手術	112.10.16				
徐〇〇〇	男 56歲	A	2	112.03.17	聖保祿		112.05.16	5	穩定		4
				112.05.02	林口長庚		112.08.02				

1.分級：WHO grade  
2.診斷：AA：Anaplastic astrocytoma；OA：Anaplastic oligodendroglioma；  
OG：oligodendroglioma；A：astrocytoma；GBM：(Glioblastoma multiforme)  
3.評估：影像、ki-67、p53、NLR

原發性腦癌七個案例包含：3例GBM (Glioblastoma multiforme)，1例AA (Anaplastic Astrocytoma)、1例astrocytoma、2例oligodendroglioma，WHO grade分級2~4級，皆經西醫手術、化療、放療治療後，都因腦損傷的副作用或合併症



的神經症狀，如癲癇、頭痛、幻覺、視覺、感覺異常（全身蟻行爬行感）或空間感異常；運動功能障礙；噁心嘔吐、睡眠障礙等臨床表現，或因腫瘤重複復發，求助加入中醫治療，在療程三年～3月，結果顯示中西醫結合對原發性腦癌治療效果更加穩定，並且對副作用與腦與神經損傷修復改善。

本文臨床評估方法採用 PFS (Progression-Free Survival)、MRI、CT 影像、ki-67、p53、NLR 等相關可見腦癌具體改善；身體功能狀態 (Performance Status)、Karnofsky (Performance Scale) 評估呈現、MRS (Modified Rankin Scale) 量表評估可見功能的改善，在病患的靈性健康透過《CYCU-GSR 靈性健康評估表》。

### 結果：

- (一)、7 例中，5 例穩定無復發，1 例停止中醫治療後復發，1 例未按醫囑熬夜工作後復發。
- (二)、身體功能狀態 (Performance Status) 六例良好，生活已足自理與工作，僅一例因 GBM 為期 6 年，因重複手術損傷過重，Karnofsky：40-30，MRS：4，但活動已見改善，肌力從 0 到 2，NLR 4.13，降為 (2.8-1.62)。
- (三)、PFS 表現：AA 已超過 36 月、另兩例 GBM、與 oligodendroglioma (二級) 皆超過 > 12 個月，MRI 等影像追蹤顯示病灶區穩定、手術檢體檢測不到癌細胞；五例穩定無復發者，
- (四)、GCYCU-GSR 靈性健康評分在 (83-73)，皆 > 60 分，可見中西結合治療在腦癌患者的全人醫療照護的成效。

### 結論

本文揭櫫原發性腦癌在西醫「微觀實證」、在中醫「宏觀辨證」、與在「全人」醫療，靈性觀照，在臨床治療實務的合一，提出一、扶正祛邪，病傷同治；二、辨證論治，位性形勢。三、靈性關懷，全人醫治；據中醫之法，育生方的「清活利化；和通攻補瀉；滋鎮開散」在臨床七個案例上的實效，並用現代醫學檢查與檢驗的客觀指標評估判斷與預後，呈現中西結合在全人醫療照護的成效，作為腦癌治療維度的建言。

### 參考文獻

1. Brain Tumors-Types of Brain Tumors, American Association of Neurological Surgeons.  
<https://www.aans.org/en/Patients/Neurosurgical-Conditions-and-Treatments/Brain->



### Tumors

2. 廖繼鼎：臨床腫瘤學（第二版）。合記圖書出版社，2010；995-997。
3. Bleeker FE, Molenaar RJ, Leenstra S. Recent advances in the molecular understanding of glioblastoma. *Journal of Neuro-Oncology*. 2012; 108(1):11-27.
4. 劉雅芬、黃子珍等：建立初步診斷原發性分組腦瘤患者各臨床照顧指引。腫瘤護理雜誌，2015；15(2):51-67。
5. Krex D, Klink B, Hartmann C, et al. Long-term survival with glioblastoma multiforme. *Brain*. 2007; 130(Pt 10):2596-2606.
6. Shaw EG, Seiferheld W, Scott C, et al. Reexamining the radiation therapy oncology group (RTOG) recursive partitioning analysis (RPA) for glioblastoma multiforme (GBM) patients. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*. 2003; 57:135-136.
7. 陳敏雄醫師：腦瘤（brain tumors）治療準則。臺北榮民總醫院。  
[https://wd.vghtpe.gov.tw/hemaonco/files/Guide\\_BrainCA.pdf](https://wd.vghtpe.gov.tw/hemaonco/files/Guide_BrainCA.pdf)
8. 李政育、鄭淑鎂、鍾世芳等：腦腫瘤的中醫、中西醫結合療法之我見。中西醫共治腦腫瘤：中醫藥介入治療的理論與實務，元氣齋出版社，2023。
9. 黃英傑：從台灣全人醫療探討臨床醫學的人觀—論靈性全人與五我面向的醫學模式。中原大學宗教研究所碩士論文，2023；176。
10. 黃英傑、李政育、廖炎智等：中西醫結合治療原發性腦腫瘤的新方法。中國針灸學雜誌，2022；10(1):160-185。
11. 華海清：扶正培本法治療惡性腫瘤的探討。南京中醫藥大學學報，2008；24(1):6-8。
12. 陳永梅、丁美萍、陳照云：中醫藥治療癌症多靶點效應研究進展。山西中醫雜誌，2012；31(12):917-919。

通訊作者：黃英傑

聯絡地址：桃園市中壢區中山路 52-54 號

聯絡電話：03-4250191

E-mail：ingjye0209@gmail.com

受理日期：2023 年 11 月 1 日；接受日期：2023 年 11 月 13 日