

中西結合神經醫學雜誌

創刊人：李政育

理事長：馬辛一

發行人：馬辛一

編輯顧問：林欣榮、蘇三稜、蔣永孝、林寶華

總編輯：洪東源、林坤成

主編：馬辛一

執行編輯：鄭淑鎂

編輯委員：方志男、朱大同、何秀琴、何宗融、林久乃、
林坤成、林慶恆、洪東源、張成富、郭奕德、
陳元皓、湯其暉、程維德、黃文盛、黃英傑、
廖炎智、蔡東翰、鄭淑鎂、韓鴻志

(依姓氏筆劃排列)

秘書長：劉偉修

編輯助理：陳燕芬

發行所：中華民國中西結合神經醫學會

電話：02-28927701

秘書處：新北市五股區御史路1巷51-2號4樓

E-mail：kirifen@yahoo.com.tw

網址：www.tcwmna.org.tw

發行日期：2019年12月15日

印刷設計：裕祈企業有限公司·電話：02-28850683



理事長的話

中西結合神經醫學會多年來為融合中西醫神經醫學新知，致力發揚中西結合醫學技術，積極規劃全方位的學習課程，以期達成本會創會理事長李政育教授的期許：目標為儘早恢復病人健康、提升生活品質；腦神經疾病是現代醫學的難題！眾生疾苦，常令醫者掛懷，每位醫師都應持續努力、精益求精，各自發揮中西醫各領域的專長、分工合作，治療疾病就能更有效率，也更安全。

本會為協助許多中醫師排除畏懼心理，逐步學習複雜的現代腦神經醫學，協助會員有機會觸及與自身專業相關的尖端知識，並進行跨領域的整合性交流與討論，也是因應目前多變的醫療生態必要努力的方向。本屆理監事會秉持承先啓後的精神，在YWCA台灣基督教女青年會安排每月兩次下午的《中西醫結合神經醫學專業訓練課程》，共辦理三個例行性腦神經疾病教育課程，有系統地循著「難易層次、理論而臨床、學員而講師」，期望醫術向前行，拯救腦神經病人更現曙光；同時晚上在新領域教育中心持續進行《神經醫學暨水煎藥臨床應用》課程；其中本會十幾年來如一日，兢兢業業不間斷在三軍總醫院內湖院區每星期五上午辦理《會員臨床實驗進修班》，敦聘腦神經內外科西醫教授專家、中醫教授專家授課，備受好評，學員收穫滿載。

過去一年，本會有更多位中西醫教授專家應邀去公會、學會、協會專題演講，傳播腦神經醫學新知，這一期《中西結合神經醫學雜誌》文章充滿醫術創新的思維，將有助於醫療從業人員的新啓發。再度感謝李政育老師長期辛苦地領導、教學，副理事長洪東源、林坤成及執行編輯鄭淑鎂協助規劃，指導學弟妹們論文寫作、校稿。也感謝全力團隊合作的編輯群道長、各位名譽理事長、理監事、會員道長和劉偉修秘書長、陳燕芬秘書。

祝福大家萬事如意、健康平安！

理事長 **馬辛一** 謹上

2019年12月15日



目 錄

- 1** 中西醫結合之「周圍神經疾病」中醫療法之個人經驗介紹
..... 李政育／曾宣靜／湯其暉／廖炎智
- 15** 從癌症生物學的十大特徵來看育生乳沒四物湯加方治療
多形性膠質母細胞瘤（GBM）的探討
..... 程維德／李政育／曾宣靜
- 40** 化學藥物治療導致中性顆粒白血球低下發燒（Febrile Neutropenia）
中醫治療探討
..... 何秀琴
- 53** 腦中風復健治療的新趨勢 — 靜脈雷射
..... 張正強
- 57** 血小板減少症的韓方治療淺解 -- 免疫性血小板減少症爲主
..... 梁珠勞
- 67** 骨骼肌癱瘓無力的中醫證病合辨治療探討
..... 簡鸞瑤／李政育／鄭淑鎂
- 90** 中醫藥治療腦中風的特點
..... 郭奕德
- 113** 惡性腦腫瘤的中醫藥協同治療
..... 黃月順
- 121** 血小板增多症病例探討
..... 鄧欣怡

127 月經諸病中醫治療

.....鄭淑鎂

166 中西結合「皮膚癌」中醫療法之我見

.....李政育／郭奕德／曾宣靜
湯其暉／廖炎智／林烈生



中西醫結合之「周圍神經疾病」中醫療法之 個人經驗介紹

李政育¹、曾宣靜²、湯其暎³、廖炎智⁴

¹ 育生中醫診所

² 臺北市立聯合醫院林森中醫昆明院區

³ 三軍總醫院神經外科部

⁴ 三軍總醫院核子醫學部

摘要

本文為周圍神經疾病中醫療法做一全面性之探討，分總論與分論說明。於總論將顏面神經麻痺分為四類：瘀紫腫硬（創傷急性血腫、水腫期）、外感、繼發性、免疫性導致顏面神經麻痺，詳述各類中，患者未接受西醫治療以及接受西醫不同階段治療後，中醫用藥施針之方法。分論則分別探究中醫傳統治療中風方劑於周圍神經疾病之運用、腦壓高時之處理方法、類固醇使用後中醫接手治療之方式、循經取穴與循神經流布走向取穴之問題以及中醫如何幫助患者減量與戒停精神或神經西藥。期以本文與中西醫師共同探討配合，讓治療更能收效滿意。

壹、個人對周圍神經損傷治法之總論

一、瘀紫腫硬（創傷急性血腫、水腫期）之治法：

1. 放血創傷處四週各選一處，大椎上中下，三陽經之指井穴、或趾井穴放血，如在枕神經損傷，再於委中放血，進針取穴以風池、天柱、合谷、手足三里、衝陽，用野火燒山法。內服藥以育生乳沒四物湯加茯苓、澤瀉、白朮或蒼朮、豬苓、黃芩、黃連、黃柏、白芷或升麻、柴胡，川七粉。
* 育生乳沒四物湯：當歸、川芎、赤芍、生地、乳香、沒藥、蒼朮、甘草、桃仁各三錢、紅花一錢半。
2. 血腫、水腫稍穩定不再腫脹，而已稍有皺紋或變軟，針取穴用瀉法，內服藥可加入少量乾薑、附子、桂枝。
3. 血腫、水腫消退，出血開始回收，皮膚出現淺黃且微瘀色，改用溫針，並內服藥快速將乾薑、附子、玉桂加重到五錢左右。
4. 瘀腫完全回收，但純神經麻痺，改臉部循顏面神經走向進針，並可於穴位



上加艾粒灸，以起泡為佳，體針溫針。內服藥改用育生補陽還五湯或補中益氣湯、回陽升陷湯、育生歸耆建中湯、聖愈湯……等諸黃耆劑，以黃耆為君，加入乾薑、附子、玉桂、茯苓、澤瀉、人參、川七，用丹參、赤芍，原則上乾薑、附子如總量為一兩，應保留三錢左右的黃芩或黃連、黃柏。顏面神經以黃芩較另二黃為佳。黃耆用二兩，初服會患處稍有充血腫脹感，但三五天即動作與感覺大為恢復與正常。如痛麻甚，可加入白芷或防風，或全蠍、蜈蚣、白僵蠶。附子以黑天雄，須搥碎細如米粒以下。一直針灸與藥物服用到顏面神經傳導與感覺完全正常為止；或有眼球受壓擠，形成不等距視，服用到完全恢復共軛與無重疊影為止。此療法對所有創傷性顏面神經疾病，包括拉皮後遺的急性期、植牙或拔牙的急性顏面麻痺期，或有所意外的頭面部撕裂、骨折、壓擠、變形、挫傷、腦部腫瘤手術或放療時或後的水腫期、血腫期，一直到顏面神經麻痺的血管與神經完全修復為止。腦腫瘤者須先醫腫瘤，到 PET 無反應，再修補神經。

* 育生補陽還五湯：當歸、川芎、赤芍、丹參、銀杏葉各四錢、黃耆二兩。

* 育生補中益氣湯：當歸二錢、丹參、蒼朮、陳皮、生草、升麻、柴胡各三錢、黃耆一兩。

* 育生歸耆建中湯：當歸二錢、乾薑、黃芩、蒼朮各三錢、玉桂子、赤芍、生草、附子各五錢、紅棗五枚、黃耆一兩。

* 育生聖愈湯：當歸、川芎、赤芍、生地、蒼朮各三錢、丹參五錢、黃耆一兩半。

5. 縱然顏面神經麻痺二十年以上，眼瞼無法全閉，嘴唇外翻無法覆蓋牙齒，亦可依此法，治到完全再生正常^{〔1〕}。

二、外感致顏面神經麻痺：

1. 急性期患處轉紅，捫之有熱；或微腫時期，於患部循神經走向放血，大椎上中下、三陽經之指（趾）井穴放血，針風池、天柱、合谷、手足三里，用瀉法。內服藥以葛根湯加黃芩、黃連、黃柏、生石膏、茯苓、澤瀉，或再加升麻、柴胡、白芷，痛多加重白芷、或防風、全蠍、蜈蚣、白僵蠶，或乳香、沒藥。此法可用到無惡寒發熱，身重痛，患部色正常，溫度正常。

* 育生葛根湯：麻黃一錢半、黃芩、蒼朮各三錢、紅棗五枚、葛根、赤芍、生草、玉桂子各五錢、生薑五錢。

2. 外感穩定期，當患部痛減，色不再紅，捫之雙側溫覺皆相同，即可於前方加入乾薑、附子。而葛根湯中的桂改用玉桂子或肉桂，可一下即開到五錢，此時亦可加入丹參、丹皮、赤芍、當歸、川芎、銀杏葉。針用瀉法。

3. 當外感症已全無，只剩顏面神經麻痺，可改以黃耆劑，如本文「一」之



「4」，直到痊癒為止。此法可應用在一切細菌、病毒、疫苗、帶狀疱疹……的各種感染性顏面神經麻痺、發炎在內。

三、繼發性顏面神經麻痺^[2]：

1. 腦部、或顏面外科手術、或肉毒桿菌毒素注射，或顏面整形、植牙、拔牙、注射玻尿酸、或自體血小板注射……致顏面神經麻痺，如未予類固醇脈衝療法或注射或口服，則視患部充血發炎情形作決定，紅熱者先予活血化癥而涼血，加淡滲利濕，苦寒退熱的方劑，再加止癢單味藥，例如育生乳沒四物湯加黃芩、黃連、黃柏、白朮、茯苓、澤瀉、川七、丹皮、天麻、或全蠍、蜈蚣、白僵蠶，並加入每天能維持二三次大便的酒浸大黃。
2. 如果仍有引流管尚未拔管，還在 ICU 病房中，以降腦壓、止血、消腦水腫、止癢為主，此時本段「1」的方法可用外，可另選育生大柴苓湯，加入黃連、黃柏、天麻、川七、全蠍、蜈蚣、白僵蠶，或鈎藤、地龍、水蛭……。
* 育生大柴苓湯：茯苓、黃芩、豬苓、澤瀉、蒼朮、元胡、木香、桂枝各三錢、丹參、半夏、生草各五錢、生薑五錢、紅棗五枚、柴胡六錢、大黃。
3. 如初拔管，仍視腦壓與腦水腫，病人昏迷指數為用藥判斷標準，本段之「1」「2」皆可用，但亦可選育生溫膽湯、或半夏厚朴湯，加黃連、黃柏、澤瀉、白朮、豬苓、蒼朮、大黃、川七、天麻，少量大黃。
4. 如拔管後昏迷指數恢復到 8 → 9 以上，但神智與肢體動作差些，如係惡性腫瘤所引起的手術，或該腫瘤雖良性，但會反復發作者，以醫腫瘤為優先考慮用藥，一直服藥到 PET 無發現該腫瘤經手術化放療與口服中藥，完全不再有腫瘤再生與活動功能了，才可進入修復顏面神經麻痺，否則腦腫瘤不管良惡性，只要仍有功能，絕對會在服用中藥補氣、補血、補陽的方劑之後，快速再生、或增生、或轉移，抑制腫瘤新生、抑制腫瘤血管新生、抑制癌幹細胞活化，原則上，以育生乳沒四物湯、育生大柴苓湯、或育生通經方、育生免疫過亢方為主方，加入黃芩黃連黃柏、川七、保安萬靈丹，重用天麻，至少一劑量要八錢到一兩半之間，甚或要再加吳茱萸以止癢、止痛，治眩暈，維持腦壓的恆定。如引流閥的開關因誤按，或腦壓一直不穩定，稍一坐或站，就形成血壓下降，除要請主治醫師調整引流速度外，可加入山茱萸、或女貞子、或升麻^[3]。
* 育生通經方：蒼朮四錢、甘草五錢、續斷、骨碎補、茜草、牛膝各八錢。
* 育生免疫過亢方：黃芩、黃連、黃柏、甘草、蒼朮、青蒿、知母、地骨皮各五錢。
5. 如 PET 確定腫瘤已不起作用，就可進入補氣、補血、補陽的方劑，以促進



腦循環，促進腦幹細胞、或周邊血幹細胞的增生，但在補氣、補血、補陽方劑中，初期仍須將至少三黃之一，或丹皮、赤芍、知母、青蒿、地骨皮，加重劑量，以抑制周邊血癌幹細胞的活化與增生，並應加入適量麻黃、杏仁以預防吸入性或外感性呼吸中樞病變。在此階段針灸仍依顏面神經走向進針，但有時要逆著神經走向進針，而進針位置與針數量不限制，但在無穴位處，只須依神經走向或逆走向進針即可，例如自育生「聽宮」（按非針灸書籍所定位的聽宮，係於耳上顳葉當顏面神經出腦殼處）循顏面神經三分支方向進針。而自絲竹空亦向魚腰、承泣、耳門方向進針。耳門亦循下頷三個方向進針。口角則向上下唇進針，迎香則逆向睛明方向進針。而攢竹向魚腰進針，上星向攢竹進針，並於眉毛到髮際之間可選三處，自髮際向眉橫進針，亦可選逆向進針。最後如顏面轉正，且眼瞼可閉關與升提正常後，只剩眼球痙攣、或斜視、或眼球四週軟組織硬化，或眼球底部軟組織增生太慢，球後血管神經增生慢，則可取上眶下，下眶上（一般的球後或承泣），睛明，小眥進針（可用寸半針進針六到八分），更且可作針上灸的溫針。

6. 如已注射或口服類固醇，或尚在進行中或已作完血液置換，可直接進入補氣、補血、補陽方劑治療，但初期可將三黃之一，加大劑量。當乾薑、附子的量已加到各五錢左右，服用一段時間，顏面功能大為穩定進步，此時可斟酌將三黃之一劑量漸減，而黃耆或人參、細鹿茸的量日益增加，至少日常補腦芳香劑如紫蘇子（或油），各種荳蔻（或油），縮砂仁……或地龍、水蛭、蟻螯、螻蛄、蟻蟲……皆可加入與加重。黃耆原則上如係腫瘤術後所致顏面神經麻痺者，可由一兩開起，再慢慢加到二兩，就停頓一段時間的觀察，慢慢最重可開到四兩，雖然腫瘤已不活動與無功能了，仍須將適量的保安萬靈丹，川七或育生丸加入。天麻與吳茱萸可減量，但不可全停，預防不明原因的眩暈與頭痛突然發作。川椒、良薑、石菖蒲、元胡、三稜、莪朮、三奈，亦皆對腦腫瘤有大功效，神經修復亦然。針灸的進針處艾粒灸、或溫針，皆可進行，體針與前述相同。
7. 如係腫瘤正作化療，不管口服或注射，當 HB、WBC、RBC、PLT、T.PRO、ALB，受干擾抑制時，雖然仍在使用活血化癥而涼血、破血、苦寒退熱方劑的階段，亦須可加入人參、乾薑、附子、玉桂，以促進造血與腸胃道的吸收功能（補脾陽），但當化療結束後，不管療效如何，在血相恢復到最低參考值時，就應將補陽藥減量，並在短時間內戒停，或只留極低劑量，以維持固定腦血流與生命功能的恆定。
8. 如與腫瘤無關的顏面神經麻痺，可於患處四週放血消腫之同時，直接予補氣、補血、補陽並加入各種通經活絡、善竄的單味藥，如地龍、水蛭、



懷牛膝、麻黃、玉桂、葛根……，人參、川七、水蛭隨方皆應加入，如尙在因初發生期內，只須將苦寒與涼血、淡滲利濕藥加大些即可，黃耆一開就可直接以二兩使用〔4〕。

四、免疫性顏面神經麻痺：

1. 初發急性期如果沒有使用類固醇作脈衝療法，則使用育生免疫過亢方加丹皮、赤芍、連翹、大青葉或板藍根、麻黃、生地、苦參、或再配服紫雪丹，各種牛癩丸，以三黃、丹皮爲君，劑量要大，在短時間內將抗體，尤其 ANA、ANTI-DS-DAN、ANTI-CARDIOLIPINE、WBC 壓到參考值的範圍內，當然這些藥同時可降 D-DIMER、LDH、CPK 與各種 IG。當血象接近到高參考值時，可先加入懷牛膝、續斷、碎補，或雞血藤、川七。更接近或已進入參考值正常值內，而有神經病變尙未糾正過來，則可再加入丹參、川芎、酒當歸、銀杏葉，並再將赤芍劑量適當加重，或再加入地龍、人參、黃耆。
2. 免疫性疾病當補體比參考值的低標準稍低點時，應先增加動物蛋白，先以補脾胃、開胃之藥促進腸胃吸收，絕對禁止吃素或飢餓減肥，可服香砂六君子湯、四君子湯、補中益氣湯、參苓白朮散、調中益氣湯或王荊公妙香散類方劑，而加入三黃、丹皮、赤芍、大青葉或板藍根、連翹……即可，一方面提升補體，不只 C3、C4、CD4、CD8……，連帶血中 ALB、T.PRO、HB、PLT 皆可快速獲得糾正，當補體已進入正常參考值內了，而抗體如仍高時，再將黃芩或黃連、黃柏、丹皮、赤芍、連翹、青蒿、知母、地骨皮，加大劑量，這是先提升補體之後再抑制免疫的治法，與本段「1」先抑制抗體再提升補體的方法角度不同，「1」係表症與血熱，脈管炎發作性極急猛，先抑制血熱，因爲免疫疾病幾乎皆爲微細脈管炎或血管內皮細胞病變所致。
3. HIV（後天免疫缺乏症候群）在中醫學理來說係大寒大熱，可依本段「1」之用藥方法，將三黃劑量快速由八錢，慢慢快速度加到二兩到二兩半，並將人參粉，由三錢慢慢快速加到五錢到七八錢，乾薑、附子、玉桂，如 CD4 低於低參考值太多，可慢慢快速開到八錢到一兩以上，如此又大寒苦、大補陽、大補氣，自可快速將病毒抑制在三五萬，而 CD4 維持在 800 到 1100 左右，如 CD4 超過 1100 以上，只須將乾薑、附子、玉桂、人參減量即可，目前西醫雞尾酒療法的缺點就是無法升高 CD4，或許血檢可以已無發現病毒，但長期低補體，仍然日久無法修正受損的組織、器官、細胞與神經。

如果病毒在中西醫結合之下，快速將補體提升到正常中間標準值內了，而病毒數亦依現代血檢方法找不到了，此時可將雞尾酒療法用藥劑量漸減，



直到完全戒停，到底長期服用抗病毒藥物對人體還是有戕害生機的現象，中醫所稱長服久服某些藥仍會「一臟偏勝，暴斃而亡」的現象。而中藥在雞尾酒藥物戒停之後，經三五次追蹤亦不再有病毒發現，而 CD4 仍維持在正常範圍內。或經過一個冬天，或經過二三次感冒使用前述中藥抑制血熱的藥為君，再加入宣肺止咳，糾正呼吸中樞的受抑制之後，也可將中藥慢慢戒停，只須長期追蹤即可，但病患不可忌口、偏食、飢餓減肥、斷食、熬夜，每有外感懷疑，就應儘快找會醫外感疾病的中醫師診治，並測病毒數與補體，如果外感愈後一二週，血檢無任何變化，亦可將中藥又再停服，再追蹤即可。

4. 免疫性疾病除「紅斑性狼瘡」之有補體偏低，而「皮膚炎」、「硬皮症」之全身發作伴有全身性「雷諾」之「免疫綜合癥」之有寒熱交雜，熱多寒少或寒多熱少之外，其餘免疫性疾病幾乎皆為大熱症，血熱兼有表症，但此種表症並非麻黃、桂枝、葛根之表，而為連翹、銀花之表，而皮膚炎、硬皮症在全身性雷諾氏症未出現之前，亦為大熱症，屬陽明肌熱，可由育生免疫過亢方、或葛根芩連湯、或黃連解毒湯、清胃散、芩連四物湯……為主方，三黃與丹皮為君，當然可加入一些入脾胃的發表藥，如葛根、白芷、防風、升麻……類。但如有雷諾氏症出現，就應考慮肝經厥寒，應將乾薑、附子、玉桂、川椒、吳茱萸等治厥冷藥加入，且須隨季節變化，冬天將辛溫大熱藥加重，夏天要減輕，否則雷諾氏症會冬天大發，而皮膚炎、硬皮症的血熱在夏天又加重。如已有肺栓塞了，就應將丹參、川芎、赤芍、當歸、銀杏葉、川七、麻黃或杏仁加入，一方面消除栓塞，一方面止咳、止喘，為了改善肺心症，亦應考慮加入葶藶子、防己，或桔梗之開胸利膈；或將茯苓、豬苓、澤瀉、白朮、蒼朮、葶藶子、防己加入，以利胸肋膜、縱膈腔、心包膜，或肺泡內，肺泡間隙，心肌內的水蓄。而或活血化瘀而涼血藥、破血藥，亦可用「育生通經方」代替丹參、川芎、當歸、銀杏葉、川七……之使用，效果各有優點，且成本與炮製較為簡單，省成本。並可配合西藥降肺動脈高壓、消肺鬱血、栓塞的藥物，儘快讓病況緩解。如伴發雷諾的免疫綜合癥就應多保暖，尤其手足，可用手套或襪套內置加熱電極片，外出時可配用充電補充器，居家就用家中行動電源，長期讓手足維持溫暖，並可不時以酒當歸或吳茱萸、川椒、川烏、草烏……類大補陽藥物的軟膏，或作成傳統藥膏貼敷於手足掌心，並一邊以加熱手套、襪套保溫，其防治雷諾氏症，避免進入末稍血管或肌膚之「冷凝蛋白」(CRYOGLOBULIN)的沉積，導致壞死的「脫疽」，致神經與手足之殘障。如進入或只發雷諾氏症，或突發厥冷末稍血管栓塞的對稱性壞死了，則為大寒厥冷，應改為當歸四逆加吳茱萸乾薑湯，並將川椒、川烏或草烏



加入，再調整黃芩或黃連、或黃柏的劑量，黃耆、人參、川七皆應加入，並加入四苓以防大補陽、祛厥冷藥的突然大劑量使用，導致末稍突然供血加而肌膚破裂，而滲出淋巴液之「屍臭」，雖然肌膚自壞死處潰破滲出淋巴液係消腫退熱，避免進一步引發敗血症的最佳且速度最快的治法，可是目前市面中西醫、與病患、與家屬的了解未到此境界，為免誤解與糾紛，還是應將四苓加入。當然如果不使用「當歸四逆加吳茱萸乾薑湯」，亦可用「七寶美髯丹」或育生「血枯方」加乾薑、附子、玉桂、川椒、吳茱萸、四苓、三黃，調整其最佳劑量，亦可快速抑制「冷凝蛋白」的過度沉積的脫疽與肌膚潰硬，發癩黑、冷冰，麻黃與葛根在此階段皆可加入，改善末稍與肌表的循環，與糾正皮血屏障的受干擾。

* **育生血枯方**：蒼朮、刺蒺藜、各四錢、當歸、何首烏、菟絲子、沙苑蒺藜各八錢。

5. SLE（紅斑性狼瘡）與雷諾氏症之外，所有免疫性疾病皆為大熱症，牛皮癬（又稱乾癬、紅癬、銀屑病、松皮癬），初發期為表風熱與表濕，可用榮衛不相共協和之大青龍湯合併陽旦湯，加白蘚皮、路路通，在大量使用類固醇內外敷（服）藥後，有寒熱交雜，表血虛兼表風熱（須用育生血枯方或七寶美髯丹加麻黃、玉桂、乾薑、附子、石膏、黃芩、路路通……，並以育生爽身粉調凡士林軟膏，外塗，更可在外敷藥後照紫外線或紅外線長波，其效極佳，比目前西醫的生物製劑更可痊癒，並非只抑制而已）。所以免疫性、膠原性疾病不准補，尤其不准補陽藥物，頂多可配加酒當歸、酒川芎、丹參、牛膝……之類補血，修正受損的血管內皮的方藥，其餘免疫性疾病療法請參閱拙文「常見免疫系統、結締組織、關節炎的中西醫結合療法初探」，不一贅述。日常食物亦應忌川椒、玉桂與玉桂粉、玉桂油、會辣的辣椒、生蒜，多食膠粘食品與養陰多汁液的蔬果、魚、肉。
6. 幻痛（PHANTOM）在神經疾病中的存在，幾乎是不例外，每種神經疾病所殘留的疼痛，皆可歸在「幻痛」。治療幻痛，在中醫分成幾個方向，不像西醫目前幾乎皆用抗癲癇藥物或精神神經藥物，這些藥物長期服用的「上癮」（依存性）與藥物的副作用，不只身體的痛苦，連帶易導致腦脊髓神經細胞凋亡，傳導障礙，導致失智，老化的提早，死亡的提早，意外的發生。中醫醫「幻痛」，如有很明確病因的，仍須依主病因辨證論治，依其病情在急慢性期，西醫的用藥種類，病程的寒熱虛實而開處方。如不易辨證，則大原則以育生仙方活命飲，加入全蠍或蜈蚣、白僵蠶，或地龍、懷牛膝、育生丸，當然依病患主述，有必要時如眩暈加天麻；偏正頭痛加天麻或白芷、或川芎、或吳茱萸……。但有些人係主述偏精神神經症狀，則臟躁者用甘麥大棗湯合併半夏厚朴湯為主方。偏神經傳導介質者，熱症以育生溫



膽湯或加味小柴胡，加味逍遙散爲主方；寒者以半夏天麻白朮散或人參乾薑半夏丸爲主方。偏躁者用柴胡加龍骨牡蠣湯或建瓴湯爲主方；偏鬱者，用桂枝加龍骨牡蠣湯爲主方。所有方劑皆可加入大量的紅棗或龍眼乾、糖與全蠍、蜈蚣、白僵蠶、地龍、育生丸……。當病情穩定，即可先將西藥精神藥物慢慢戒停，而最後將抗癲癇再慢慢戒停。當中藥介入治療，偶遇極端亢進的病患，常須加入劑量大的黃連或黃芩、或黃柏，而服西藥精神神經藥物的病患幾幾乎都會便秘，應加入大黃或卜硝、或火麻仁、桃仁、郁李仁、或番瀉葉的通便藥，維持每天有二三次的大便，直到西藥全部戒停爲止，如西藥完全戒停後仍大便困難，但非硬實便，則可改以生地或熟地或當歸、何首烏；或天冬、麥冬、沙參；或黃精、肉蓯蓉……爲潤滑大腸，改善大便中樞自動調控、腸黏膜或腸壁微循環、腸間神經與脊椎脊髓神經、自主神經與便血屏障的功能修復，依中醫的藥性與病症的寒熱虛實，歸經歸臟而加減藥物。

* 育生仙方活命飲：陳皮、天花、蒲公英、乳香、沒藥、防風、皂刺、當歸、牛蒡子、赤芍、白芷、生草、各三錢、蒼朮四錢、生石膏一兩。

* 育生甘麥大棗湯合併半夏厚朴湯：半夏、厚朴、紫蘇子、茯苓各四錢、甘草五錢、浮小麥一兩、紅棗十枚。

* 育生溫膽湯：黃芩、枳實各三錢、陳皮、半夏、茯苓、生草各四錢、紅棗四枚、竹茹三枚。

* 育生小柴胡湯：黃芩三錢、丹參、半夏、生草各五錢、生薑五錢、紅棗五枚、柴胡六錢。

* 育生半夏天麻白朮散：當歸二錢、半夏、生白朮、茯苓、蒼朮、澤瀉、陳皮、神麴、麥芽、乾薑、黃柏各三錢、天麻、附子各五錢、黃耆一兩。

* 育生桂枝加龍骨牡蠣湯：玉桂子、赤芍、生草、生龍骨、生牡蠣、淮山、生薑、黨參、各五錢、蒼朮四錢、紅棗 5 枚

* 育生健瓴湯：柏子仁四錢、淮山、牛膝、赤芍、生地、生牡蠣、生龍骨各五錢、磁石三錢、代赭石八錢〔5〕。

7. 當已形成正常腦壓性腦萎縮（腦水腫）時，可考慮用育生半夏天麻白朮散或育生五苓散（腎炎方）、育生補陽還五湯、或桂枝人參湯、真武湯……爲主方，適當依動作或反應、或思考、或情志之不同而分別加入一些單味藥，如促進腦循環可加重黃耆、人參、川芎；或當歸、川芎、葛根；或麻黃、玉桂、石菖蒲、細辛、蒼耳子；腦細胞凋亡快速，失智進行太快，可改用育生右歸飲或腎氣丸、或十全大補湯、乾薑、附子、玉桂皆用，人參快速由二三錢，加重到五至八錢，而細鹿茸粉亦由初服一日一錢快速加到一日三錢，黃耆至少由二兩，慢慢快速度加到三四兩。



- * **育生五苓散（腎炎方）**：當歸二錢、乾薑、附子、黃柏各三錢、豬苓、茯苓、蒼朮、澤瀉、玉桂子、各五錢、黃耆一兩。
 - * **育生右歸飲**：當歸、茯苓各二錢、枸杞子、乾薑、黃柏各三錢、生地、山茱萸、淮山、菟絲子、蒼朮、杜仲各四錢、附子、玉桂子、牛膝各五錢。
 - * **育生十全大補湯**：黃芩二錢、丹參、蒼朮、茯苓、生草、當歸、川芎、赤芍、生地、乾薑、附子、各三錢、玉桂子、黃耆一兩〔6〕。
8. 如神經肌肉關節因久病而萎縮或僵硬、沾粘；除溫針患部及遠心端外，原則上以黃耆劑為主方，如育生補陽還五湯或育生歸耆建中湯、或補中益氣湯、或回陽升陷湯……加入乾薑、附子、玉桂，或其他補陽辛溫藥，如川椒、吳茱萸、或良薑、羌活、獨活、胡椒根莖、辣椒根莖……。但為防藥物促進腦中樞循環之同時，患處會先供血增加而有短時間的「水腫」現象，可加入茯苓、澤瀉。有些病患是須以育生右歸飲合併補陽還五湯，再加入人參、川七、鹿茸……。

貳、分論

於「壹」中已有述及的各部位神經病變，本節中就不再討論，只提個人在這些疾病的未述治法：

1. 顏面神經麻痺，中醫屬「中絡」或「面癱」「口眼歪斜」，治療方劑極多，而醫師所處地域，與所遇疾病原因，與病程又不同，常會懷疑傳統醫學，治中風方劑那麼龐雜，到底用那個方子來治療才對症，就像「牽正散」、溫經湯、當歸四逆湯加吳茱萸乾薑湯、麻桂溫經湯、桂枝或葛根湯加乾薑、附子、四逆湯……皆可治療神經損傷性周邊神經病變，但只適合應用於創傷性或梗塞性、缺血性周邊神經病變，尤其創傷性周邊神經損傷，已經冰敷之後，患部肌肉捫之冰涼、或已用類固醇脈衝療法、或神經脫髓鞘已經用脈衝療法或血液置換之後，仍顏面或其他周邊神經病變就極適合這類方劑，尤其免疫性「冷凝蛋白」性周邊神經病變，更是這些方劑的適應對象，所以常聽中醫藥研究者說，這些方劑怎麼可能用來治療周邊神經損傷，尤其像「口眼歪斜」呢？尤其那些稍微病久的肌肉鬆垮無力，完全無任何韌性與彈性的周邊或中樞神經損傷病患，更是這些方劑適應對象，當這些方劑服用一段時間，配合患部穴位溫針後，會慢慢患部有腫脹感，進而知道自己的患部肌肉被觸摸感，局部有溫度感，進而會稍能使用這些肌肉、神經，再到患部動作與感覺功能部份恢復，最後才完全恢復正常功能。只是在台灣是亞熱帶，不像北方下雪地帶，可直接用張仲景原方，必須在乾薑、



附子總量如爲一兩，加入三錢左右的黃芩、或黃連、或黃柏，甚至於如病人爲易外感型，動不動就呼吸道或生殖泌尿道感染者，就應將所加入的黃芩類藥物加重，可能五錢、八錢。如果有糖尿病所致周邊神經病變，則黃連效果比黃芩有效，如果腫瘤性則看何部位，肺腫瘤的周邊神經轉移性損傷則黃芩爲君；爲抑制各腫瘤的癌幹細胞的，因使用補陽藥物而快速活化，就必須加重抑制癌幹細胞的活血化瘀而涼血，苦寒退熱，清熱解毒藥物，在這些腫瘤性周邊神經病變的方劑中加大劑量，如此一方面修復神經，一方面抑制癌幹細胞活化，追蹤腫瘤標誌爲此類抑制癌幹細胞活化所必須的，當腫瘤標誌在參考值的中央偏低之下，突然往中央偏高活動，就表示這些抑制癌幹細胞的藥物必須立即加大劑量，否則不久不只腫瘤標誌大長，且可能因癌復發，或新癌症產生或轉移了。

2. 如果腦壓高，不管血腫或水腫，或腫瘤佔位大所致，就必須先降腦壓，消腦水腫或血腫，或令腫瘤在苦寒退熱與淡滲利濕藥的共同作用下，先脫水，腫瘤代謝廢物被稍代謝出，並抑制腫瘤血管新生而短暫處於不活動狀態，如因係腦脊髓神經細胞水腫、或神經鞘膜水腫，此時以「育生大柴芩湯」來加減爲主方。
3. 類固醇是神經疾病、腦細胞或周邊神經鞘膜、或因腫瘤、或因免疫攻擊、或因水腫、血腫佔位大時，必用的降腦壓、消腦水腫的治療，不可不用，但類固醇會誘發腫瘤新生癌幹細胞活化，雖然類固醇一使用，病程就幾乎立即進入「陽虛」，但爲免癌幹細胞活化，亦必須將苦寒退熱、活血化瘀而涼血或破血藥物加大劑量，而周邊神經的損傷則用溫針與艾粒、或直接艾灸患部穴位，來刺激神經再生與功能恢復，如在艾粒或艾灸筒、艾絨直接灸時能起泡，其效果比不起泡的療癒速度快得多，反復幾次即可恢復周邊神經功能。
4. 循經取穴與循神經流布走向取穴的問題：在 40 餘年的個人臨床與基礎研究中，得出對神經性疾病以神經流布走向上的穴位，且以迎或隨的瀉針與溫針爲主要方法，陳舊性疾病，或大量使用過類固醇脈衝與血液置換的病患，初接手時，先予瀉針或平補平瀉，再予溫針或溫針加捻針。如有末稍肢體鬱血腫脹，捫之熱，則末稍井穴放血，同時就予平補平瀉，或放完血就予溫針。①而全腦性疾病則風池、風府、天柱、合谷一定要，而手足三里的天幕上下與全腦的影響是立即可見，皆爲每次必取穴位。其他則循神經走向上的穴位取穴爲主。②下肢如坐骨神經痛，須依係膀胱經、或膽經、或胃經、肝腎經的不同，在髓關節的各經進入髓關節縫上進針，其進針角度以針感放射到恥骨或肛口（會陰）、或鼠蹊部爲針對方向與穴位、深度，原則是 4 吋針進入六到十分，瘦者六七分，胖者有些須進針以五吋的，再加



將臀肌往下壓凹，肌肉才可能有被吸咬住的感覺，是針關節縫內。③梨狀肌與膽經在髖關節以下須先在肌腱上用力推按、撥，再循梨狀肌腱內緣或外緣向肌腱下方進針，八髎向荐椎內下方進針，與膽經肌肉走向的肌肉間縫進針，並作扇狀提插，最後留針於肌肉間隙縫，三五分鐘捻針，或溫針與捻針同時進行，即溫針空檔時，針柄不再熱燙時先捻針，捻完針再溫針，反復進行，至少溫三柱艾粒。④如係踝管綜合癥，不管係垂足、或麻痺，BABENSKIN 癥陽性與否，皆須自承山、承筋、足三理或陽陵泉、陰陵泉、陽交、衝陽或解谿、崑崙與懸鐘、太谿處向跟骨與脛腓關節縫向衝陽內進針，然後才是太衝、地五會或五趾間縫。⑤腕管綜合癥或週末夜麻痺的垂手，則自手三里（個人的手三里並非肘紋下三指幅，而是近於曲池下約一寸到一寸半，循肌腱間縫進針，其針感比合谷還強烈，且循橈神經易往上下感傳，得氣明顯之甚，對腦五十二區皆能全面性調整血流，對橈神經的修復再生功能佳甚。）外關透內關、合谷、背勞宮、中渚進針。⑥如為橈神經的則手三里、尺澤、內關透外關或外關透內關、內三指間縫，患肢的第一指掌骨旁在魚際平行處進針，針向第一指掌骨內下方進針，直接刺激橈神經針與溫針，並於內二或三指井穴，初期先放血，穩定期則艾粒灸。⑦如係尺腕神經損傷，則自少海、外關、後溪、中渚、或，外側二三指間縫進針，指間縫的進針，以越靠近指掌關節的指間縫效果越好，不必拘於穴位。尺腕關節的外側與掌側皆應進針。⑧如為高位臂肱關節以下的神經病變，針穴須自肩井、肩貞向天宗進針，肩貞向肩關節縫、臂臑皆進針。⑨如係頸項四週神經病變，取風池、天柱、夾頸脊旁、肩井、附分、天窗、天容、巨骨，或甚至於須取穴到患側鎖骨下方，取病人仰臥，進針與軀體成直角且微向肩缺盆方向透針。取二三處下針，患側胸鎖關節縫、或胸骨與鎖骨交接縫下方的肋間縫進針，原則在胸骨旁肋間縫進針，以一寸進五到六分為限，瘦者有針感即可。⑩擴胸神經損傷的，除風池、天柱、風府、天容、天窗、頸夾脊，第一到三四胸椎的夾脊，雲門、中府、胸骨旁肋間縫外，尚可取尺澤、內關、三陰交、太衝、衝陽、解谿、足三里。⑪顏面神經的部份在總論中已有述及，此處要提的是我個人的「聽宮」與傳統針灸書籍的「聽宮」不同位置，個人的「聽宮」相當於太陽穴當耳上同身寸二寸到二寸半的地方，也就是傳統針灸圖的，「角孫」上一寸處，約同三叉神經或顏面神經自顱骨出於肌表處，循神經走向進針三針，自絲竹空或魚尾向魚腰，攢竹向魚腰進針，自絲竹空或魚尾向耳門，魚尾向顱膠進針，再自耳門向第三分支（下頷支），依神經走向進針三針，自迎香向睛明進針，口角向地閣骨角，口角自上唇皮下向人中，口角自下唇皮下向承漿進針，或針後在進針處艾粒灸，以起泡為佳。而合谷、手足三里是上於顏面



爲必取穴位。⑫三叉神經痛的取穴與顏面神經相同，但尚須寧心安神，平肝解鬱，所以內關、神門、心俞、膈俞、噎嘻、腎俞、或三陰交、太衝，皆可配穴。⑬前面所述坐骨神經痛的取穴，有時要取到脾俞、腎俞、大腸俞、關元俞、膀胱經環跳，而承扶的進針係自坐骨下緣往近心方向進針。承扶與委中間約一半處進針約二寸半到三寸針，可全進針，承扶則至少三寸到四寸針。委中係治療膝後側十字韌帶與關節液囊之用，並非治坐骨神經之用，應將委中與委陽相同的移到內側邊（無穴位名稱，估稱爲內委中），或往下移將委陽與委中移到膝後小腿肚的肌腱起點進針（無穴位名，估稱下內委中，下外委陽），與傳統委中下方約二寸處（無穴位名稱，估稱下委中）進針，此處的針，下肢神經走向，進針亦約二寸半進七八分，而下委中如針入脛腓在膝處的交接處，有時可透入脛上嶠旁的脛腓正面關節縫，此針法對神經損傷者的神經再生效果較快速。⑭第一、二頸神經損傷，但非脊椎脊髓神經橫斷面損傷所致之「截癱」，則取穴只須啞門、風池、風府、天柱、或完骨、太陽穴、（耳上二三指幅處）、百會、循神經流布走向再取幾處進針，如眉上到前髮際的一半處，上星與攢竹間的一半處，橫向進針，手則合谷、後溪、或足則陽陵泉，皆可配穴。⑮動眼神經麻痺的，在約至少二三週的進針（比照顏面神經）與內服藥後，可自下眶上（約承泣處），上眶下（上脛在上眶下中央下緣，睛明，小眥向球後的眼窩內神經血管進針，約一寸半可進六到八分。但取針要慢且長時間壓針〔7〕。

5. 中西醫結合用藥的西藥，精神或神經用藥的減量與戒停的問題探討；長期的服用，多種精神神經藥物的使用，不管是神經興奮或抑制劑，或神經內分泌促進增加劑，神經傳導介質的稀釋，或代謝減慢，或增加……的各種西藥，抗癲癇，腦內嗎啡的刺激或抑制……的藥物，長期的多種服用，會導致藥物性的神經性傳導，感覺動作的障礙，自主神經功能的抑制，腦神經細胞與神經纖維的萎縮，再生不良，代謝廢物對神經軸突的阻斷……副作用極多，且提早形成藥物性失智，藥物性神經萎縮，藥物性老化，甚至於意外的發生，呼吸的抑制……。所以中藥介入之後，如何進行西藥的減量與戒停，那些藥要先減量，那些藥除非有長時間在非維持生命功能恆定所必須，可以先停藥，中西醫同道應靜下心來探討。①大原則是如有用類固醇及其他藥物，當病情稍進步，就可將類固醇外的神經精神用藥，慢慢以每一至三四週減半的方式予減量到戒停，而類固醇留在最後，戒停速度要更緩慢，除非各種免疫的抗體與補體檢查皆處於相當穩定的狀態，補體至少在參考值中間偏高，抗體在中間偏低狀態才可開始減量，如發現減量後，參考值有異動，如抗體往中間偏高，或稍超過高標參考值，就應將苦寒退熱與活血化瘀而涼血藥加重，而補陽藥不動。如補體自中間偏高，往



中間偏低，或低於參考低標準，就應將補氣、補血、補陽或大補藥加重，而苦寒退熱與活血化癥而涼血藥不動，如此的不斷動態調整，直到類固醇全戒停，經過一個冬天，或經過二三次感冒，才可將中藥慢慢減量與戒停。②當類固醇完全戒停，原有效中藥處方續服過程，也可能又突然補體正常，可是抗體又高起，此時為病情受類固醇抑制的現象已完全解除，又進入「本態」未被干擾狀態，就恢復表風熱或陰虛陽亢的「熱亢」階段，此時應改方劑回醫表風熱，或表裡三焦實熱的方劑，或大劑量活血化癥而涼血方劑，將「本態」治好，此時的神經損傷，不管何原因所致，就完全表散完，完全解除了，痊癒了，但此後如有任何感冒，必須請會醫感冒急症的中醫師診治，如純西醫服藥，可能原有的損傷原因會被再度活化，因為到目前西醫治感冒只是減輕病患的不舒服感覺，病是靠病人慢慢去自我修復，而治感冒的西藥本身又有毒副作用，甚至於克流感或治各種病毒性肝炎的用藥，只是抑制病毒複製，無法殺死病毒的，病毒仍存在體內，隨時待機反撲複製的。③如有服帕金森氏病（或症）藥，則各種含 DOPAMINE 的藥物要最慢停，而且最好能在中藥使用一段時日，經影像檢查其 P.D 的 STAGE 有進步，表示黑質或尾核、殼核，紋狀體處的細胞有再生，且血流有進步，DOPAMINE 的製造量有增加，肢體動作、表情、感傳皆有進步，才可將含 DOPAMINE 成份的藥物減量，否則太快減量，會致病人成不動機器人。④抗癲癇藥，尤其傳統最常用，最有效但副作用亦最大的三種藥：DEPARKEN（帝拔癲）、TEGRETOL（癲通）、DILANTIN（癲能停），要最慢減量與戒停，一但發作頻率又高起到有統計意義，不是要將中藥調整劑量，就必須將西藥再加回，等一段長時間再評估是否可減量〔8〕。

參、結論

中樞神經與周邊神經損傷只須依病因、病情、病程，西醫進行何種療法，服何種藥物，中醫對這些病的生理、病理、病因、辨症的寒熱虛實，通常皆有脈絡可循，可以快速治癒，期待中西醫師大家靜下心來，慢慢互相探討配合，是可以有令病患相當滿意的效果的。

參考文獻

1. Robinson MW, Baiungo J: Facial Rehabilitation: Evaluation and Treatment Strategies for the Patient with Facial Palsy. *Otolaryngol Clin North Am* 2018. 51(6):1151-1167.



2. Hohman MH, Hadlock TA: Etiology, diagnosis, and management of facial palsy: 2000 patients at a facial nerve center. *Laryngoscope* 2014. 124(7):E283-93.
3. 李政育：中醫腦神經治療學，臺灣，臺北，啓業書局，2001。
4. 李政育、鄭淑鎂：中西醫結合治癌新法，臺灣，新北市，元氣齋出版社，2016。
5. 張錫純：衷中參西錄，中國，北京，中國文史出版社，2003。
6. (清)汪昂：醫方集解，臺灣，臺北，集文出版社，2004。
7. (明)楊繼洲：針灸大成，臺灣，臺北，大中國出版社，1994。
8. 孫怡、楊任民、韓景獻：實用中西醫結合神經病學，中國，北京，人民衛生出版社，2011。

通訊作者：李政育

聯絡地址：台北市羅斯福路三段 261 號 4 樓

聯絡電話：02-23670436

E-mail：chenyr.lee@msa.hinet.net

受理日期：2019 年 11 月 22 日；接受日期：2019 年 11 月 30 日



從癌症生物學的十大特徵來看育生乳沒四物湯加方治療多形性膠質母細胞瘤（GBM）的探討

程維德¹、李政育²、曾宣靜³

¹程維德中醫診所院長

²育生中醫診所

³台北市立聯合醫院林森中醫昆明院區

壹、摘要

以中醫的八綱觀點看兩位教授歸納的癌症十大共同特徵，用八綱的陰陽表裡寒熱虛實來區分，腫瘤細胞能不斷的生長，逃避本身的抑制作用，並能抵抗死亡及不斷的複製，一直在侵略正常的組織器官攻城掠地，且能不斷促進血管新生來供給氧氣及養分，能欺騙人體的免疫系統，甚至戰勝並降伏免疫系統為腫瘤所用，不斷打仗造成發炎的環境，甚至還能不斷突變，這些腫瘤特徵造成的微環境，表現在人體的症狀在中醫辨證都是表風熱症、大熱症、大實證、表裡三焦的實熱症等等，一派的大實熱症狀，若在西醫未介入之前（稱為本態）或末期之前幾無虛症，多形性神經膠質母細胞瘤（GBM）也是一樣，甚至是更強烈。故個人認為中醫治療多形性神經膠質母細胞瘤（GBM）的本態準則是用大劑量的活血化瘀、苦寒清熱、利濕化痰、解毒殺蟲，所以其方劑組合是用乳沒四物湯合通經方、免疫過亢方、柴芩湯等的加方，以乳沒四物湯為主的治療組合。

關鍵詞：多形性神經膠質母細胞瘤、神經膠母細胞瘤、腦瘤

貳、前言

這篇文章的緣起主要是我們中西結合神經醫學會在年初的理監事會議中馬辛一理事長以數十年神經外科臨床經驗提出中西結合三個方向的觀點，第一是腦中風（包含出血性及缺血性）的中西合療，其次是惡性腦瘤的中醫輔助治療，第三是癌症免疫療法的中醫輔助治療等，希望中醫師能深入研究。

107年3月18日華人盡知的名作家李敖大師病逝於台北榮民總醫院，享壽83歲。過世原因是瀰漫性橋腦神經膠質細胞瘤（Diffuse intrinsic pontine glioma,



DIPG)，李敖大師在民國 104 年 7 月因步態不穩到台北榮民總醫院求診，經診斷為瀰漫性橋腦神經膠質細胞瘤，做過西醫完整的治療，兩年多來腦瘤變化不大，但有其併發症，大師從發現腫瘤到過世期間經歷了約 32 個月^[1]。而同一時間另一個政論節目名嘴陳立宏先生在 104 年初因為屢次視野障礙而發生車禍，因此 1 月初在台北榮總檢查發現多型性神經膠質母細胞瘤（Glioblastoma Multiform, GBM），隨後並開刀做完整的西醫療法，歷經手術、化療、標靶治療和免疫治療等等，但隨後在術後第 14 月發現腫瘤復發再次手術及一連串的治療，治療無效於 106 年 6 月過世，享年 53 歲，正值壯年仍不敵癌細胞，從發現腫瘤後手術到死亡只有短短不到 29 個月^[2]。兩個人都是神經膠質瘤，李敖大師 83 歲已經超過了國人平均壽命，尤其是男性平均壽命約 76 歲，所以李大師治療成功與否大概遺憾也不多；但以名嘴陳立宏而言 53 歲正值壯年，加上西醫全力治療仍空留遺憾，不禁感嘆多型性神經膠質母細胞瘤（Glioblastoma Multiform, GBM）的惡性程度。

參、本文

一、簡介

腦瘤可以發生在腦組織或脊髓內的任何地方，簡單由來源可區分為原發性及轉移性，原發性是源自於腦組織的腫瘤，而轉移性是從身體其他部位或器官所移轉過來的，如從肺癌或乳癌所轉移至腦部的。若從腫瘤性質可區分為良性及惡性，雖然良性腫瘤成長緩慢、分化良好，但仍有其破壞性，因為腦部空間是相當有限，雖然良性顱內腫瘤長大緩慢但仍會隨著時間的推移慢慢壓迫到鄰近的大腦組織而產生局部神經症狀，甚至產生高顱內壓及腦疝的現象；若是良性顱內腫瘤生長在很重要的地方，而手術是無法進行，仍會危急生命。若惡性的顱內腫瘤其特性就是生長得很快、分化不良、細胞數增多、細胞不斷分裂、內部有壞死、血管增生、治療率低及容易復發等等的特性。但與其他組織、器官的惡性癌症來講它很少轉移到顱外。本文主要聚焦在惡性的顱內腫瘤—多型性神經膠質母細胞瘤（Glioblastoma Multiform, GBM）上。

二、分級^[3-6]

腦部最常見的原發性腦腫瘤是膠質瘤（glioma），源自於腦部的膠質細胞，而這些膠質細胞主要是腦部神經元支持、保護及提供營養的組織，所以原發性腦腫瘤佔成人所有惡性腫瘤的 2% 左右，其中大約 80% 是膠質母細胞瘤，它源自神經上皮細胞，膠質瘤包含星狀細胞瘤（Astrocytoma）、寡樹突膠質瘤、室管膜膜等。其中星狀細胞瘤（Astrocytoma）是最常見的膠質瘤，占膠質瘤的 70~80%，成人的



星狀細胞瘤大多長在大腦，而兒童的星狀細胞瘤則經常長在小腦及腦幹。就星狀細胞瘤的惡性度而言，可分為四級如下：

第一級：毛狀星細胞瘤（Pilocytic Astrocytoma）屬低惡性腫瘤。

第二級：星細胞瘤（Astrocytoma）屬低惡性腫瘤。

第三級：退分化星細胞瘤（Anaplastic Astrocytoma, AA）即分化不良的細胞瘤，屬惡性腫瘤。是高度有絲分裂，但沒有內皮細胞增生或壞死。預後差，可活幾年。

第四級：多型性神經膠質母細胞瘤（Glioblastoma Multiform, GBM）屬惡性腫瘤，高度有絲分裂，和內皮細胞增生或壞死。退分化的細胞包圍的壞死組織及血管增生是它與三級星形細胞瘤的區別。多型性神經膠質母細胞瘤可以是直接發生，但通常都在年老患者；也可以從低惡性神經膠質瘤演變而來，通常在年輕患者，從第一、二級演變到第三或第四級，預後差，通常很少活過二年。

三、特徵^[3,7]

Glioblastoma multiforme, GBM, glioblastoma, grade IV astrocytoma 這些都是多型性神經膠質母細胞瘤的英文名稱，大多數的腦瘤和胰腺癌都是由神經膠質母細胞（神經膠質細胞）瘤形成的。它的特徵：

- 1. 壞死囊或囊狀空腔：**大部分是在腫瘤的內部中央部位，其原因是腫瘤細胞快速增長及增加細胞數目，內部腫瘤細胞因供血不足，缺氧、缺糖而壞死水腫，呈現囊或囊狀血水的空腔，空腔數目不一。腫瘤靠近外層血液供給較好，越外層血液供給越好，故可以看到腫瘤不規則的外層。
- 2. 血管新生：**腫瘤長大到 2mm 時，腫瘤細胞數目約略 10^7 個時便會分泌血管新生因子，刺激腫瘤周圍血管新生，提供腫瘤更多氧氣、葡萄糖與養分，讓腫瘤不斷的複製、不斷的生長。
- 3. 異常有絲分裂：**表示腫瘤細胞不斷複製、不斷分裂、不斷長大，甚至於腫瘤一個月就可能長大數倍，雷同於幹細胞。但由於生長太快便呈現分化不良細胞，稱為退分化型，這是星狀細胞瘤第三級的主要特徵，所以歸在惡性腫瘤。
- 4. 廣泛侵犯故形狀不規則：**表示是非常的惡性，如同章魚有八隻腳，不斷的侵犯其他正常的區域，侵犯到另一側的大腦。腫瘤的密度不一故注射顯影劑後會出現不規則的區域，與大腦並無清楚的界線。
- 5. 腫瘤周圍的低密度區域是由水腫或瀰漫地浸潤造成的：**由於腫瘤幹細胞不斷的生長、複製、變大的過程，便須要不斷的向外擴張、侵犯，故與旁邊的正常組織及免疫細胞之間便有不斷戰鬥、死傷及發炎等等，所以邊界便



呈現著瀰漫性、浸潤性的狀況，正常組織受到腫瘤壓迫也會水腫、發炎、壞死。

- 6. **腫塊效應**：所有的腦腫瘤不管良性或惡性都會有腫塊效應，只是產生腫塊排擠的效應時間的快慢，因為顱內空間是很有限制的。通常腦腫瘤早期幾乎無症狀，直到腦腫瘤長大壓迫到鄰近組織而產生局部的神經症狀，或干擾內分泌系統，才會被發現。腫塊壓迫正常組織輕者產生局部的神經症狀，嚴重會產生腦疝，若壓迫腦幹時，病人會快速昏迷，甚至死亡。越惡性腦腫瘤腫塊效應來臨的時間越短、越快，臨床上多型性神經膠質母細胞瘤（GBM）可能在手術後一個月便長回原來的大小。而良性腦腫瘤術後再產生腫塊效應可能需要數年或十幾年。

四、臨床現象^[3,6]（見表 1）

- 1. **顱內壓升高（ICP）**：頭痛、視乳凸水腫。
- 2. **大腦偏移**：嘔心、嘔吐（水柱狀、噴射性）、意識變差、瞳孔放大。
- 3. **癲癇症（Epilepsy）**：尤其是成人第一次發生癲癇。
- 4. **其它**：記憶力減退，人格、情緒或注意力的變化以及局部神經系統問題。

表 1：全身與局部症狀

全身性	局部性
頭痛	癲癇發作
癲癇發作	虛弱無力
嘔心 / 嘔吐	感覺喪失
意識程度降低	失語症
神經認知功能障礙	

五、診斷^[3,6]

神經影像 — 是腦腫瘤主要診斷的方式

- 1. **X 光**：分胸部與顱部 X 光，尤其是顱部轉移瘤。
- 2. **電腦斷層 CT**：有快速的優點，可偵測對顱底、顱底斜坡或枕骨大孔附近的區域。
- 3. **磁振造影 MRI、磁振血管造影 MRA**：最適合評估腦部與脊髓的實質病灶，加上血管攝影可以觀察腫瘤血管與正常組織的關係。
- 4. **MRS（magnetic resonance spectroscopy, MRS）磁振光譜分析**：可單點或多點取樣分析其成分來區別顱內腫瘤或其它的病灶，尤其是腦膿瘍與神經膠質母細胞瘤（GBM）的區別，腦膿瘍與腦腫瘤的波譜不同，有利於鑒別腦



膿腫、囊性腫瘤和腫瘤壞死的差異。炎症所致的細胞外蛋白分解或細菌代謝產物為乙酸鹽、丁二酸鹽和各種胺基酸表現是炎症波譜；而腫瘤波譜多表現為膽鹼、乳酸和脂質波。

5. 功能性磁共振造影 fMRI - 特定區域血流量的差異。
6. 灌注加權磁共振造影 PWI - 反應高度血管性。
7. 單光子造影 SPECT - 區別良惡性病灶
8. 正子造影 PET - 葡萄糖代謝。

六、治療^[3,6,7]

多形性神經膠質母細胞瘤（GBM）是最迅速惡化的神經膠質瘤，目前最好是用整合性的療法，就是併用最大手術切除、術後的輔助性放射治療、及輔助性的化療，這是當前的治療共識與準則。（見表 2）

1. **手術 Surgery (含類固醇療法)**：手術是最基本、最有效的治療方法，手術原則是儘量保留神經完整功能下做最大程度的腫瘤切除。在一項 416 例經組織學證實的神經膠質母細胞瘤（GBM）切除研究中，術後中位期 8.8 個月^[8]。手術前類固醇治療可以減輕腫瘤周圍的水腫，減輕質量效應和降低顱內壓，並可減少頭痛或嗜睡。一個神經膠質母細胞瘤（GBM）平均包含 10^{11} 個細胞（估計直徑約 4cm），手術後平均減少到 10^9 個細胞，減少 99% 細胞（估計直徑約剩 1cm）。儘管手術已經對腫瘤進行了最大程度的切除，但大多數 GBM 患者後來還是在原始部位附近或在大腦中遠處的組織復發。爲了抑制和減緩復發疾病，在手術後並用其他療法，通常是放射療法和化學療法。
2. **放射療法 Radiation**：放射治療是顱內腫瘤重要的輔助療法。放射線治療的功效決定於劑量（可以高達 60 Gy）及治療時間。治療目標是在對於特定區域提供可能的最大劑量，同時對鄰近正常組織傷害能儘量降到最小。平均而言，術後放療可以將腫瘤縮小到 10^7 個細胞。神經膠質母細胞瘤（GBM）內部包含有「低氧組織的區域」，此區域對放射療法具有高度抵抗性，雖然已採取了多種放射增敏劑的方法，但收效甚微。目前可用在治療顱內腫瘤的放射線方法有：
 - A. X 射線：是目前最常見的方法，X 射線由直線加速器的電子束製造出來的百萬伏特的 X 射線。如 X 光刀、光子刀、電腦刀、螺旋刀等等
 - B. γ 射線：使用放射源鈷 60 的 γ 射線有更好的組織穿透性，也可以避免對皮膚的放射線傷害。如加馬刀等。
 - C. 質子（protons）射線：用加速器產生的質子射線，是較新的技術，可給予高劑量的放射線在附近重要器官的特定區域，如顱底等。



D. 重粒子射線：用加速器產生的重粒子射線，是較新的技術，可給予高劑量的重粒子射線在腫瘤的區域，能避免傷害正常組織。

E. 放射線治療的併發症：

- i. 水腫：在治療中水腫會加重，但可回復。
- ii. 神經去髓鞘化：在治療數週或數月後可能會發生神經脫髓鞘或去髓鞘化，但通常可回復。
- iii. 放射線壞死（Radionecrosis）：通常是 1~2 年內，但可能時間更晚到數年，不可回復。
- iv. 認知功能受損：整個大腦受到放射線照射，有 10% 的人在一年內可能會造成失智，步態不穩或尿失禁等。
- v. 放射線可能會誘發腫瘤，如腦膜瘤，可能會在治療數年後發生。
- vi. 其它傷害：包括掉髮，皮膚灼傷及內分泌失調等等。

3. 化學療法 Chemotherapy^[3,7]：

A. 卡莫司汀 Carmustine, BCNU（商品名 Gliadel[®], CED）藥物：是傳統化療最常見的經典藥物，也是當作烷化劑來治療神經膠質母細胞瘤（GBM），現在應用是在手術後放入卡莫司汀 BCNU 的藥物晶片，讓它緩慢釋放來毒殺剩餘的腫瘤細胞。

B. 替莫唑胺 Temozolomide, TMZ（商品名 Temodar[®] 帝盟多）藥物：是一種可已通過腦血屏障（BBB）的口服烷化劑，如果病人有 MGMT 基因的甲基化治療效果更好。在一項針對 575 名參與者的大型臨床試驗將隨機分為標準放療與放療加替莫唑胺 TMZ 化療方案，結果顯示放療聯合替莫唑胺 TMZ 的中位生存期為 14.6 個月，單獨放療的中位生存期為 12.1 個月，因此聯合替莫唑胺 TMZ 的治療組中位生存期多了 2.5 個月。放療聯合替莫唑胺 TMZ 的兩年生存率為 26.5%，僅放療則為 10.4%^[9]。

C. Cerebraca[™] wafer 藥物晶片^[10]：這是我國林欣榮、韓鴻志、邱紫文教授領導的新藥開發團隊以中藥當歸研發的小分子抗癌標靶新藥 EF001，並結合生醫材料聚酸酐來製造成 Cerebraca[™] wafer 晶片。以大鼠為實驗對象，植入 Cerebraca[™] wafer 晶片後將藥物釋放至腦瘤區域，動物平均存活時間比無治療組別延長 2.5 倍。特別是 Cerebraca[™] wafer 的主成分 EF001 是一個多標靶的小分子藥物，相關論文十九篇分別發表在 Journal of Neurochemistry、Neuro-Oncology、Biochemical pharmacology、Clinical Cancer Research 與 Oncogene 等著名國際期刊；並取得臺灣、中國大陸、美國、日本及歐盟等多國專利。標靶藥物 EF001 對 Axl、端粒酶（telomerase）與去氧核糖核酸修復酶（O6-methylguanine-DNA-methyltransferase, MGMT）具專一性。Cerebraca[™] wafer 有效成分 EF001



可被緩慢釋放並擴散至周邊腦組織，以清除手術無法清除之腫瘤細胞；進一步研究中發現，EF001 有效的降低腦瘤細胞對於現行一線腦瘤化療藥物 TMZ 之抗藥性，顯示標靶新藥 Cerebraca™ wafer 與 TMZ 並用後，將能達到更佳的治療效果。2016 年 8 月已通過美國 FDA 及台灣 TFDA 之 IND (investigate new drug; 新藥臨床試驗許可)，長弘生物科技公司委託花蓮慈濟醫院及台北三軍總醫院於 2017 年展開第 I 到 IIa 期臨床實驗現已完成六例受試者，進展順利且通過安全性評估，第一例病人仍然存活，並已超過 13 個月，高於目前 GBM 復發後的平均存活時間 6.5 個月。2019 年將進入臨床二期，並加強尋求國際合作發展機會。

- D. 貝伐單抗 Bevacizumab (商品名 Avastin, 阿瓦斯汀): 是一種用於治療多種癌症和特定眼病的藥物。屬於血管生成抑制劑和單克隆抗體家族藥物。它主要是通過抑制新的血管生長的血管內皮生長因子 A (VEGF-A)，於 2004 年在美國被批准用於醫療。對於癌症，通過緩慢注入靜脈給予，用於結腸癌、肺癌、膠質母細胞瘤和腎細胞癌。此篇「Anti-angiogenic therapy for high-grade glioma」文章作者結論是在新診斷的膠質母細胞瘤患者中，抗血管生成療法的使用並不會顯著提高總體生存率。因此，目前尚無足夠的證據支持對新診斷的膠質母細胞瘤患者進行抗血管生成治療。總體而言，在復發性膠質母細胞瘤中，尚無證據表明抗血管生成治療優於化療具有生存優勢。所以應該考慮將抗血管生成療法與化學療法相結合，而不是單獨進行相同的化學療法時，總體生存率可能會有所改善^[11]。

4. 交替電場療法 Alternating Electric Field Therapy, TFields :

- A. 美國 FDA 於 2015 年 10 月批准了 Optune 裝置的擴展適應症^[12]，該裝置可用於治療患有新診斷的多形性膠質母細胞瘤 GBM 的患者，而美國國家綜合癌症網 NCCN 也將它列為多形性膠質母細胞瘤 GBM 的治療準則之一。它與化療藥物替莫唑胺 TMZ 一起接受，包括手術、放射療法和化學療法一起使用的標準治療方法。研究人員發現將某些類型的腫瘤細胞暴露於交替電場（也稱為腫瘤治療區）可能會干擾腫瘤細胞的有絲分裂，而影響腫瘤細胞的生長和擴散能力。
- B. 一項臨床試驗的結果：中期分析包括 210 例隨機分配給 TFields 加替莫唑胺的患者和 105 例隨機分配給替莫唑胺的患者，平均隨訪時間為 38 個月（18-60 個月）。TFields 加替莫唑胺組的意向治療人群中位無進展生存期為 7.1 個月（95%CI，5.9-8.2 個月），僅替莫唑胺組為 4.0 個月（95%CI，3.3-5.2 個月）。在 TFields 加替莫唑胺組（n = 196）中，中位總生存期為 20.5 個月（95%CI，16.7-25.0 個月），僅替莫唑胺是 15.6 個



月 (95%CI, 13.3-19.1 個月) [13]。

C. 作法：將頭部剃光並在頭皮上放置 4 組電極。電極連接到電池組（保存在背包中）並且在一天中的大部分時間都佩戴。該裝置的副作用往往很小，並且可能包括電極部位的皮膚刺激，睡眠困難，情緒變化以及頭痛和癲癇發作的輕微增加的風險。

5. **靶向生物製劑 Targeted biologic agents**：大部分是單株抗體或小分子藥物，這也是許多醫生、研究者、藥廠努力的標的。
6. **基因治療 Gene therapy**：目前臨床上仍無確確的進展。
7. **免疫療法 Immunotherapies**：應用在顱內實體腫瘤仍在人體試驗中，應該還是要聯合其它療法。

表 2：多形性神經膠母細胞瘤 GBM 治療組合 [3,7,14]

	平均存活時間 (中位期 ? 月)
(切片) 不治療	3~4
手術切除	6
切片 + 放射	6~8
手術 + 放射	12~14 (12.1)
手術 + 放射 + 化療 (TMZ)	14~18 (14.6)
手術 + 放射 + 化療 (TMZ) + TTFields	17.1 (中位期多 3.1)
手術 + 放射 + 化療 (TMZ) + TTFields + Avastin	?

七、抑癌或抗癌基因 (antioncogene)

抑癌基因 (antioncogene) 是一類抑制細胞過度生長、增殖從而遏制腫瘤形成的基因。這些基因損傷會使得此基因發生突變或丟失時，細胞分裂等過程的正常抑制就被解除，若細胞 DNA 修復和備用機制都未能發揮作用，就可能導致正常的細胞轉變成為失控的癌細胞。另外遺傳變異和非遺傳性的改變 (如 DNA 甲基化)，會導致基因的正常表達和功能丟失，並產生生理信號傳導系統異常，因此非遺傳性的改變也是抑癌基因失常導致癌變的主要環節。

抑癌基因除為細胞周期 (cell cycle) 增殖過程中的重要調控因子外，也參與多個生理信號的傳導 (signaling transduction)，控制腫瘤的轉移和血管生成及 DNA 的損傷和修復等。故抑癌基因為靶向基因治療被認為是未來治療腫瘤的主要手段。理論上一個基因的兩個等位基因位點均受到變異或損傷時 (兩次打擊)，基因的正常表達和功能才完全丟失。

因此不論是靶向藥物、小分子藥物、免疫治療藥物及細胞治療藥物都要注重腫瘤的基因、胞內間質及訊號傳導的物質，如各種蛋白酶、傳遞訊息鏈及之間的



離子通道等。及腫瘤細胞表面分泌的物質及受體等等，尤其會影響自體的免疫系統等等的微環境，這種腫瘤微環境經常是影響腫瘤治療的關鍵。所以在治療神經膠質母細胞瘤（GBM）時會先檢測其基因、標記、小分子或其它酶等等。神經膠質母細胞瘤（GBM）的分子標記如下：

1. MGMT (O [6]- 甲基鳥嘌呤 -DNA 甲基轉移酶)：是一種 DNA 修復酶。這種酶可以挽救腫瘤細胞免受烷基化劑誘導的損害，並導致對烷基化劑的化學療法產生抵抗力。通過啟動子甲基化使 MGMT 基因表觀遺傳沉默會導致 MGMT 蛋白表達降低，DNA 修復活性降低以及對治療的潛在敏感性增加。MGMT 啟動子甲基化狀態可通過甲基化特異性 PCR 方法進行了最廣泛的評估，該方法既靈敏又具有特異性。因此美國國家癌症資訊網 NCCN 在多形性神經膠質母細胞瘤（GBM）治療準則上首先便是確定患者有無 MGMT 甲基化的基因，這與用烷基化劑如替莫唑胺 TMZ 治療效果息息相關 [6,7,15]。
2. Epidermal Growth Factor Receptor, EGFR (表皮生長因子受體) 抑制劑：在多形性神經膠質母細胞瘤（GBM）中，EGFR 或激活的突變體 EGFRvIII 的過表達是主要特徵，並且與腫瘤發生和更具侵略性的表型（如侵襲性和治療抗性）相關。因此，兩者都是 GBM 治療的主要目標。另外在神經膠質母細胞瘤（GBM）的亞型腫瘤中約有 97% 攜帶的額外複製的表皮生長因子受體（EGFR）基因，比正常細胞表達更高表皮生長因子受體（EGFR）。而基因 TP53 (p53 蛋白) 通常是在膠質母細胞瘤中發生突變的角色。PDGFRA (a 型血小板衍生的生長因子受體的基因) 和 IDH1 (異檸檬酸脫氫酶 -1) 的基因中，亞型的變化率通常很高。超過 80% 的繼發性膠質母細胞瘤（從第 1 或第 2 級變成第 3 或 4 級）在 IDH1 中攜帶突變，而該突變在原發性中很少見 (5-10%)，因此可用來區分。因此推斷癌細胞之表皮生長因子受體（EGFR）抑制劑對於繼發性神經膠質母細胞瘤（GBM）應該些治療效果。但實際在另一篇文章中指出：EGFR 的臨床試驗 - 和 EGFR vIII 靶向療法的治療效果不佳，可能與基因 PTEN 在預測 GBM 對 EGFR 靶向治療的反應中起著重要作用。或與異常的 Akt / mTOR 途徑相關，這與耐藥性有關。另外可能與 EGFR/ EGFR vIII 與致癌轉錄因子 STAT3 和受體酪氨酸激酶 (c-Met 和 PDGFR) 的相互作用可能會導致 GBM 對抗 EGFR 治療產生耐藥性。涉及 HMG-CoA 還原酶的機制 [7,16]。
3. IDH1 (異檸檬酸脫氫酶 1) 基因：在「IDH1 突變和 MGMT 甲基化狀態…」文中根據 IDH1 和 MGMT 的遺傳和表觀遺傳狀態，將膠質母細胞瘤患者分為 3 種臨床上不同的基因型：異檸檬酸脫氫酶 1 (IDH1 mt) / MGMT 符合的膠質母細胞瘤患者存活時間最長，及 IDH1 wt / MGMT 未滿足生存期最



短。該 2 種基因預測因子是一個獨立的預後因素，與單獨的 IDH1 突變或 MGMT 甲基化相比，在預測生存率方面表現顯著更好〔6,7,17〕。

4. GBM 突變的其它基因：p16 缺失 10q 異型合子性缺失、PTEN（磷酸脂酶蛋白產物，調整 Akt/PKB 信號通道）突變。繼發性 GBM 如 P53 缺失。1p/19q 缺失〔6,7〕。
5. 腫瘤幹細胞假說（Cancer Stem Cell, CSC）：癌症幹細胞（Cancer Stem Cell, CSC），又稱癌幹細胞、腫瘤幹細胞，是指具有幹細胞性質的癌細胞，也就是具有「自我複製」（self-renewal）及「具有多細胞分化」（differentiation）等能力，且以腫瘤細胞數目及世代以倍增的速度不斷增多變大（見表 3）。通常這類的細胞被會隨著癌症轉移出去後，產生新型癌症的來源。腫瘤內許多的細胞，其實只有一群細胞具有永生不死、持續分裂、分化的能力，而這些細胞，就稱為癌症幹細胞。癌症幹細胞被認為是造成癌症轉移、復發，或是腫瘤對於化療、放射性療法產生抗性的原因之一〔7,18〕。這個腫瘤幹細胞的假說是來自於 GBM 的。

表 3：癌症生長世代、倍增時間（Tumor doubling time, TDT= 代）〔14〕

癌細胞生長（以肺癌為例）（腫瘤的倍增時間（Tumor doubling time, TDT= 代） （癌細胞由單一細胞（大小約 20 μm）開始癌化分裂）			
分裂次數（？代）	細胞數	Ø 直徑大小約？	臨床特性
10 代	10 ³		
20 代	10 ⁶	0.1cm（約 1mg）	腫瘤標記 Tumor Markers
22 代	10 ⁷	0.2cm	就會有血管新生的現象（Angiogenesis）
27 代		0.5cm	PET 可檢出
30 代	10 ⁹	1cm（約 1g）	容易被 X 光線照出來
36 代	估 10 ¹¹	4cm	一個 GBM 大小（因局部症狀被發現）
40 代	10 ¹²	10cm（約 1kg）	約 1kg 病人不堪負荷而死亡

八、復發〔6〕

對神經膠質母細胞瘤（GBM）復發的機率是很大的，一般在原址附近 3cm 處內，10~20% 的情況下在別的地方。所以為什麼手術後會在腫瘤切除區放置 BCNU 晶片或 wafer 晶片，就是要將手術後殘餘的腫瘤細胞消滅及避免復發，復發後治療選擇依舊是相同的，但隨著時間的演變也許有更適合的藥物及療法加入。



九、預後^[3]

診斷後最常見的生存時間 < 15 個月，少於 2% 的患者生存時間超過 5 年。未經治療，生存期通常為 3 個月。年齡增加 (> 60 歲) 會帶來更差的預後風險。死亡通常是由於廣泛的腫瘤浸潤伴腦水腫和顱內壓升高所致癌化現象。

近來對於多形性神經膠質母細胞瘤 (GBM) 或其他惡性末期腫瘤的趨勢是聯合治療，不再採用單一種藥物，而是同時聯合二種或二種以上的藥物治療，或是藥物配合手術、放療等同時進行。如 91 歲的美國前總統卡特，2015 年 5 月不適時檢查，8 月發現黑色素細胞癌轉移到腦部及肝臟。他肝部轉移只有一個病灶，用手術完全切除。其次腦部轉移病灶非常小，約 2mm，基本的放療就搞定。黑色素瘤又接受新的免疫療法，用檢查點抑制劑 (PD1 抑制劑) 的療法，便成功的治療黑色素瘤。卡特宣布：「我這禮拜回診，他們找不到任何癌細胞，這是好消息」。這便是將手術、放射線和免疫檢查點抑制劑等複合治療。另一篇文章在《新英格蘭雜誌》上超過一千人的大型 3 期臨床試驗，題目叫做「Nivolumab plus Ipilimumab versus Sunitinib in Advanced Renal-Cell Carcinoma」，即聯合 Nivolumab (PD1 抗體) 和 Ipilimumab (CTLA4 抗體) 治療晚期腎細胞癌和腎癌標準靶向治療藥物 Sunitinib (小分子多靶點酪氨酸激酶，RTK) 的對比研究^[19]。聯合治療的總生存率和客觀應答率顯著高於單一藥物的治療。

卡特前總統的複合治療是醫界本來就在做的，而聯合治療是趨勢，也有很多治療已經在進行或嚐試，尤其對惡性腫瘤已非單一治療能勝認，但是最大問題仍在於新的藥物如免疫療法藥物、靶向生物製劑、小分子藥物或細胞療法等等的費用都是非常昂貴，並非一般患者有能力負擔的。事實上有一些腫瘤患者也都私下自行聯合治療—尋求中醫治療的幫助，尤其是惡性腫瘤，包含多形性神經膠質母細胞瘤 (GBM)，所以有時候治療醫師會發現患者在同樣基因、同樣藥物、同樣療法，為什麼療效差異性這麼大，且患者也會視醫師的態度來決定告知與否。

肆、中醫

一、病因

中醫講一個疾病不外乎「三因致病」，三因指的是內因、外因、不內外因。癌症亦然，多型性神經膠質母細胞瘤 (GBM) 亦然，所謂「內因七情」指的七種情緒一怒、喜、憂、思、悲、恐、驚，這七種情緒過度不但會影響人的情緒，情緒亦會影響到人的作息及壓力，如過飢、或過飽、或不寐、或嗜睡……等等，間接也會影響人體的免疫系統，尤其是情緒造成的壓力更會造成免疫系統的低落。

其次是「外因六淫」指的是四季的變化—風、火、暑、濕、燥、寒，「風」指



風邪就是外感，指的是感冒、流感等等，因為冬末春初季節在溶冰過程中病毒、細菌、微生物被釋放出來，變得活躍起來，天氣乍暖還寒，稍一不注意人體即被感染，所以中醫稱此受寒為「傷寒」，不論古今還是指病毒性的流感，但越接近南方的熱帶氣候反而指的是「溫病」，即細菌性的流感，當然也有可能是複合的感染。隨季節更替進到炎熱的夏季是「火邪」，長夏因為下雨造成人體散熱不易容易中暑，即所謂「暑邪」。秋季因氣候變乾燥即所謂的「燥邪」，之後回到嚴冬即所謂的「寒邪」。除了暑濕夾水分濕氣及燥邪外，其於不論風、火、寒等都是不同的病毒、細菌、微生物等造成的，尤其是病毒變化更是可怕且快速，因此又認為是夾有風邪故，如風寒、風熱（火）、風溫等等，所以中醫認為「風為百病之長」。一旦發病之後靠的是人體的營衛系統來抵抗，衛氣是免疫系統，營氣是血中營養及後勤系統，當邪氣（即病毒、細菌、微生物）與人體免疫系統戰鬥後，凡戰鬥後不論輸贏的程度都會影響免疫系統（衛氣）及各器官（正氣）的運行，這種影響可能是短期或長期，如人體免疫系統及自體正氣變弱，需要長時間的調養。長期虛弱更會造成各種病毒的潛伏，甚至發作成腫瘤，如 B 肝帶原是造成肝癌很重要的一個原因；人類乳突病毒 HPV 已被判定為子宮頸癌的重大因子；EB 病毒感染也是鼻咽癌致病因子。

再談到「不內外因」指的是飲食起居、外傷、勞役過度、抽煙、輻射、過度陽光照射、毒品、藥物、空污、有害的氣體等等產生的傷害，這有很多是肯定的致癌因子，如穀類食物發霉產生的黃麴毒素便是肝炎及肝癌的因子；輻射過量已經是很明確的因子，容易有白血病、皮膚癌等。

最重要是這三因都會降低人體的免疫系統防禦及戰鬥的能力，甚至變成癌細胞的附庸、助力等為虎作倀，幫助腫瘤細胞不斷的複製、增多及生長。依目前的基礎研究，人體周邊血的癌幹細胞約在五百萬個以內時，在這個範圍內，幹細胞分化成免疫細胞來抑制癌幹細胞，與癌幹細胞自我分化、複製能力，處於基本平衡點；免疫系統就能控制癌細胞的增長，甚至消滅。若超過這個數目，癌幹細胞的分化與複製能力就會失控，通常必須有外力介入才會失控〔20〕。這些外力就是上面所提的「三因」致病，這些三因並非單一而來，可能是同時或多個或依次不斷的來，形成腫瘤的微環境，在這微環境下正常細胞也可能會發生基因的不穩定，若原本在不穩定基因就可能產生突變，原本致癌基因就會上升，而抑癌基因相對就會下降，突變基因無法自行修護或自我凋亡抑制系統失敗時就會轉化成為癌幹細胞。若已經產生癌細胞時就會不斷的複製及成長，不斷向外蔓延開來。

二、治則

從中醫的觀點來看，癌幹細胞與癌症是屬於大熱症的形性，已佔位形成癌細胞時，如未經化放療，則該細胞所在的臟腑、器官、組織、系統，多少都具有表



風熱或表裡三焦實熱，或熱毒蘊積，因此均不受補，包括補氣、補血、補陽、養陰等皆要避免，否則極易引發癌幹細胞快速自我複製。所有補氣、補血、補陽、養陰等這些手段都只能運用在已經手術或化放療時（包括口服化療藥物在內），且已經造成臟腑、組織、器官、系統傷害，或出現抑制作用時，才可以用「補法」解除其所受的傷害，恢復其「本態」功能^[20]。簡單來講就是當手術、化療、放療、免疫療法或基因療法時會造成機體傷害，不論是手術的直接傷害，或放射線的灼傷，或化療藥物的傷害，或免疫療法的副作用、或靶向藥物的傷害，皆會反應在血檢上如白血球及其分類（WBC DC）的低下，或紅血球（RBC）數目的不足、或血色素（HB）的低下、或血小板（PLT）的低下或總蛋白（T-pro）低下等等狀況時，中醫治療便要改變方劑成爲補氣、補血的方劑，若低落狀況仍無法提升或提升速度過慢時就要在加入補陽、補腎、養陰的藥物。

三、方劑與藥物^[21]

故中醫在多型性神經膠質母細胞瘤（GBM）治療方法仍同一般惡性腫瘤的治療方法，只是藥物劑量要用得更大，速度要加得更快而已。在治法上可區分三大類：純中醫抗癌、中西醫結合抗癌、西醫放棄以後的中醫抗癌，各有固定方法可依循來論治，而各種六經辨證是必須的依據，輔助以實驗診斷、影像診斷等等，以提高病人的存活率，在保持相當的生活品質下能帶病延年，甚至理想是不再復發。

我們在治療多型性神經膠質母細胞瘤（GBM）或其他腦瘤常用有效方劑，這些都是傳統中醫方劑經過李政育醫師臨床使用演化而來的，故經常在方劑前加入「育生」二字，以區別古方^[20,21,22]：（以下單位：錢）

1. 乳沒四物湯—乳香 3、沒藥 3、當歸 3、川芎 3、生地 3、赤芍 3、桃仁 3、紅花 1.5、蒼朮 3、甘草 3。
2. 通經方—續斷 8、骨碎補 8、淮牛膝 8、茜草 8、蒼朮 4、甘草 5。
3. 免疫過亢方—黃芩 5、黃連 5、黃柏 5、蒼朮 5、甘草 5、清蒿 5、知母 5、地骨皮 5。
4. 柴苓湯—柴胡 6、黃芩 3、半夏 5、丹參 5、生草 5、生薑 5、大棗 5、茯苓 3、豬苓 3、澤瀉 3、蒼朮 3、桂枝 3、木香 3、延胡 3。
5. 聖愈湯—當歸 3、赤芍 3、川芎 3、生地 3、蒼朮 3、丹參 5、北耆 10。
6. 建瓴湯—代赭石 8、牛膝 5、赤芍 5、生地 5、牡蠣 5、龍骨 5、柏子仁 4、淮山 5、磁石 3。
7. 二陳湯—黃芩 3、陳皮 4、半夏 4、茯苓 4、甘草 4。
8. 保安萬靈丹、育生丸、川七。



四、中藥作用及劑量〔21,22〕

1. 清熱：黃連解毒解湯、免疫過亢方、黃芩 8~30、黃連 8~30、黃柏 8~30
2. 活血化癥：乳沒四物湯、通經方、丹參 8~20、續斷 8~30、碎補 8~30、牛膝 8~20、丹皮 8~20、地龍 3~8、水蛭 1~5、地龍 1~5、川七 1~5
3. 利尿：五苓散、八正散、白朮 3~10、蒼朮 3~10、茯苓 8~30、澤瀉 8~20、豬苓 5~20、車前子 8
4. 化痰：二陳湯、溫膽湯、半夏 3~10、陳皮 3~10、萊菔子、竹茹、括蕁仁
5. 毒殺：萬靈丹 24~84 顆、化毒丸、黑神丹、雄黃、全蠍、蜈蚣、斑蝥
6. 引經：天麻 5~20、吳茱萸 3-10
7. 理氣健脾：陳皮 3~10、砂仁 3~8、山楂 3~8、萊菔子 3~8
8. 補氣血：聖愈湯、補中益氣、八珍湯、十全大補湯、人參、黨參、黃耆、當歸、白朮
9. 補陽：四逆輩、乾薑 1~10、附子 1~10、肉桂 1~10、川椒
10. 補腎：腎氣右歸、杜仲 5~20、熟地 5~50、山茱萸 5~20、何首烏 5~20
11. 潤燥養陰：知柏地黃、蒿知地、二冬、地黃、元參
12. 重鎮：龍骨 5~20、牡蠣 5~20、代赭石 5~20、硃砂 1~4
13. 疏肝：柴胡 3~6、白芍 3~10、香附 3~5
14. 瀉下通腑：承氣輩、大黃 1~10、芒硝 1~10

五、病例

這些病例主要取自於李政育醫師、鍾世芳醫師、鄭淑鎂醫師等臨床的醫案：

1. 病例 1（李醫師）：小腦髓母細胞瘤（WHO IV）術後化放療併發糖尿病 - 林 XX 女士、34 歲、已婚、10206066XXX、居住在中國福建省福清市。因反復頭痛、頭暈伴嘔吐二個月，加重 2 週。於 2013/04/08 入院（南京軍區福州總醫院），檢查：小腦蚓部佔位、髓母細胞瘤、腦積水，於 2013/04/10 全麻下行“開顱第四腦室腫瘤切除術”，切片為促纖維增生型髓母細胞（WHO IV 級），目前全腦及脊椎脊髓放療中，2013/07 初將結束。2013/0629 初診，開始吃帝盟多 TMZ。2013/06/29 目前臉色轉黑，反應正常。抗體：Ki-67=30%、NSE+++、GFAP++、S-100+++、SYN+++。陽性抗體類型：P53、CK7、CD99、CK20、Villin、Olig-2、CgA、CD45。
 - I. 乳沒四物湯+黃芩 8-20、黃連 5、黃柏 5 + 茯苓 5、澤瀉 5、天麻 8-12、麻黃 2-2.5 +（人參 3 天雄 5 玉桂子 5）（2016/01/13 開始+黃連 5-18、桑白皮 5-10）。
 - II. 2016/03/23 改建瓠湯（去甘草）+黃連 20、桑白皮 15、大黃 1.5、



生石膏 8、仙楂 4。

III. 保安萬靈丹 8*3*7。育生丸 1 顆 *7。

IV. 針刺穴位：大椎及手足三陽井放血。針風池、天柱、手三里、足三里、合谷、太衝、三陰交、陰谷、陰陵泉。

追蹤：至 2018/06/27，血糖完全正常、腫瘤已完全緩解，化放療併發症已完全被充分糾正。仍持續服中藥及針灸治療中

2. 病例 2（鍾醫師）：鍾先生，61 年次（44 歲）、已婚。

2016/03/27 上午人在深圳，猝然不識親疏，不知身處何處，右手右腳無力，反覆跌倒。2016/03/31 朋友護送至香港搭機返台，中午家人至桃園機場接回台北，行走步伐向右側歪斜不穩，手足冰冷，說話無力音量弱，血壓 110/66 mmHg，大便溏 2 次 / 天，脈弦細，舌質淡紅、苔薄白、形偏斜。

2016/04/01 掛三總神內楊醫師，楊醫師建議改掛急診緊急處置，CT 檢查後，發現是一個大的腦瘤（6.78x6.78cm），外觀看來不是很友善的腦瘤。轉至神外朱醫師處治，口服帝拔癲 Depakine，大量類固醇輸液，開始尿失禁，BP167/82 mmHg，大便 2-3 次 / 天。

R：黨參、附子、赤芍、吳茱萸各 5、當歸、生地各 2、肉桂子、川芎各 7、澤瀉 6、杜牛膝、牡丹皮、骨碎補各 10、細辛、麻黃各 1、茯苓 15、續斷 20、黑棗 7 枚。

2016/04/06 5：00~ 夜間 10：15 神經外科進行額骨切開…手術，2016/04/07-10 加護病房住 3 天，3 天睡少、噪擾，一直想下床大小便，大便 2-3 次 / 天。顱內壓 9-12，顱內血流灌注 56-72，血氧濃度 90，血壓 108/67mmHg，心律 76。

R：黨參、黃耆、附子、赤芍、澤瀉各 5、當歸、生地、麻黃各 2、吳茱萸 7、炒白朮 4、牡丹皮 30、細辛 1.5、茯苓 40、黃芩 30、黑棗 5 枚。

2016/04/10 中午轉住普通病房，血壓 126/82mmHg，心律 67，神智清晰、計算能力正常，可以下床大、小便。

R：黨參、黃耆、附子、赤芍、吳茱萸、黃芩、澤瀉各 5、當歸、生地各 2、麻黃 3、炒白朮 4、牡丹皮 20、細辛 1.5、茯苓 30、黑棗 5 枚、骨碎補 10、續斷 30。

2016/04/12 說話無力音量變弱，全身軟癱無力，全身骨節肌肉痠痛。

R：附子、赤芍、吳茱萸、黃芩、澤瀉各 5、當歸、生地各 2、麻黃 3、石菖蒲 5、肉桂子 4、牡丹皮 20、細辛 1.5、茯苓 30、黑棗 5 枚、黨參



10、續斷 30。

2016/04/14 血尿。

R：附子、赤芍、吳茱萸、黃芩、澤瀉各 5、當歸、生地各 2、麻黃 3、石菖蒲 5、肉桂子 4、牡丹皮 20、細辛 1.5、茯苓 30、黑棗 5 枚、黨參 10、續斷 30、龍膽草、川芎各 5。

2016/04/16 大、小便失禁，可以閱讀書報，Na125，K3.3。

R：附子、赤芍、吳茱萸、澤瀉各 5、當歸、生地各 2、麻黃 3、石菖蒲 5、肉桂子 4、牡丹皮 20、細辛 1.5、茯苓 30、黑棗 5 枚，黃芩 15、黨參 10、續斷 30、龍膽草、川芎各 5。加鹽三匙。

2016/04/18 出院。2016/04/24 稍可以憋尿，學彈鋼琴。2016/05/03-06/20 化療 Tamos Capsules 140mg。(特莫斯膠囊、主要成分 TEMOZOLOMIDE) 放療計量：201.7 CGY。2016/05/10 後軟癱需坐輪椅，無法喝水、喝藥。無法表達，不認得自家人，左側額骨切開處時而呈凹陷狀，頭部一直都向左轉，目光偏向左視，唾液有時自左嘴角流出，唇紅裂微微破皮，手足冰冷、可以上下左右移動，大便 1、2 天 1 行。脈弦細。

R1：北黃耆、附子、赤芍、吳茱萸、天麻、川芎、豬苓、澤瀉、知母、地骨皮各 5、當歸、生地各 2、麻黃 8、炒白朮 4、牡丹皮 20、細辛 1.5、茯苓 30、黑棗 5 枚，黃芩 15、黨參 10。

R2：針灸治療：百會、中衝、兩合谷、三陰交透懸鐘、陷谷透湧泉、耳針（枕、顳、額穴）。

2016/05/24 Hb9.6。2016/05/31 Hb10.6。改黑棗 10 枚、麻黃 10、減生地加何首烏 5。

2016/07/08-07/12 第 1 次化療 Tamos Capsules 360mg/ 日。

R：當歸 3、北黃耆、肉桂子、大黃、何首烏、澤瀉各 5、黨參、吳茱萸、附子、菟絲子、麻黃、肉桂子、雞血藤、枸杞子、骨碎補各 10、川芎 7 錢、細辛 1.5、茯苓 35。人參、川七粉各 6g 沖服。

2016/07/13 MRI 發現腦室水腫嚴重。

R：附子 2、肉桂子、當歸、生地 2、大黃、半夏、炒萊服子、枳實各 4、黨參、赤芍、澤瀉各 5、竹茹 6、吳茱萸、川芎各 7、黃芩、牡丹皮、麻黃、骨碎補各 10、續斷、茯苓各 30。

2016/09/18 住院。2016/09/19 手術埋腦室腹腔引流管。



R：北黃耆、附子、肉桂子、川芎、當歸 3、炒萊服子 4、澤瀉 5、大黃 8、吳茱萸、威靈仙、麻黃、半夏、黃芩各 10、牡丹皮、黨參 25、茯苓、續斷 20。

2016/09/20 表情靈敏。2016/09/21 可以回應 1.2 字，發燒 38°C（麻醉後遺症）。加地骨皮、知母各 5。2016/09/22 可以自己切水果送進嘴巴，但無法單獨喝水、喝藥。BP180/90 mmHg，嘔吐 2 次腹瀉 3、4 次。

R：減大黃 6。

2016/09/23 可以回應簡單中英文句子，笑時嘴角往左斜，腹瀉六、七行。

R：附子、肉桂子、當歸 3、炒萊服子 4、北黃耆 6、菟絲子、澤瀉 5、黃芩、川芎 7、丁豎朽、忍冬藤各 8、吳茱萸、威靈仙、麻黃、半夏、懷牛膝、骨碎補各 10、牡丹皮、黨參 15、茯苓、續斷 20。

2016/10/10 MRI 檢查，術後周圍有復發。

R：細辛 1.5、肉桂子、當歸 3、炒萊服子、黃芩、白芷 4、澤瀉 5、川芎 7、吳茱萸、威靈仙、麻黃、半夏、雞血陳各 10、牡丹皮、黨參 15、茯苓、續斷 20。

2016/11/11 可以自己走，可以刷牙、洗澡。2016/10/30 可以單獨喝水、喝藥。2016/11/01、2016/11/15、2016/11/29 住院 1 天注射癌思停。2016/11/02-12/06 腹瀉 5-7 次 / 日，2016/12/06 耳溫 37.4°C。

R：細辛 1.5、肉桂子、升麻、柴胡 3、炒萊服子、防風、白芷 4、澤瀉 5、川芎 7、牡丹皮、黃芩、吳茱萸、威靈仙、麻黃、半夏、蒼朮各 10、茯苓 15、黨參、續斷 20。

追蹤：經中西聯合治療多爭取 15 個月壽命，超出原本西醫的主治醫師所估計的存活期 2 個月。

3. 病例 3（鄭醫師）：顱咽管腫瘤（Craniopharyngioma）。女性 36 歲，顱咽管腫瘤侵犯腦下垂體後葉及下視丘，尿崩症西藥控制，因腫瘤與正常組織融合粘連，西醫不能手術或放療，轉求中醫治療。失眠安眠劑多年，劑量增加仍終夜難眠，藥物性夢遊，大便 3 日 1 行，燥渴。頭脹痛甚，頻吐眩暈，目睛脹痛，面浮腫，行偏斜，頸以下乏力，焦躁易怒，語意不清，血壓高，血糖高，舌質暗紅瘀，脈弦緊。

R：黃芩 8-10、黃連 5-8、黃柏 8、大黃 3-6、懷牛膝 8、代赭石 8、白芍 5、乳香 4、沒藥 4、丹參 10-20、陳皮 8、半夏 4、茯苓 4-8、澤瀉 4-8、水蛭丸 3g、地鳖丸 3g。



追蹤：連續治療三個月後，諸症改善，經 MRI 檢查腫瘤變小，與正常組織分離，台大原預做三次電腦刀，放療期間仍續服中藥，僅做一次便效果極佳，告知無須再做。前後共服中藥六個月。

4. 病例 4（鄭醫師）：惡性室管膜瘤（Ependymoma）。女性，34 歲。2006 年發病，經電腦刀治療緩解；2010 年復發，經手術合併伽瑪刀治療；2012 年復發，經螺旋刀治療後，加入中醫治療。面晦膚暗，神情亢奮，語音宏亮，暴躁易怒，常對其子施暴不能控制，不能入眠，大便硬，7 日 1 行，燥渴。舌質暗紅，脈弦緊數滑。

R：黃芩 8、黃連 8、黃柏 8、大黃 6-8、芒硝 1-3、甘草 3、柴胡 4、白芍 4、乳香 4、沒藥 8、丹參 15-20、陳皮 8、半夏 4、茯苓 4、澤瀉 4、水蛭丸 3g、地盤丸 3g。

治療經過與追蹤：病人持續服水煎藥二年，經追蹤腫瘤持續萎縮，遂停中藥。一年後腫瘤復發，再歷經手術減壓及伽瑪刀放療，現仍持續服中藥控制。

5. 病例 5（鄭醫師）：寡樹突惡性腦瘤（Oligodendroglioma）。女性 57 歲。左額葉寡樹突惡性腫瘤三期。2013/11 手術，2014/11 復發，復手術並放療，預計放療結束後進行化療。放療期間即配合中醫藥治療。體胖、腹大、虛弱、神滯、行暈，無華，舌暗紅，舌下瘀深，脈弦弱帶滑。放療期間中醫處方。

R：車前子 4、澤瀉 8、柴胡 4、黃芩 5、黃連 3、半夏 4、陳皮 8、丹參 8-10、沒藥 4、桃仁 4、大黃 1-3、黃耆 10-15 錢（體力尚可去黃耆）。

放療結束後再檢查腫瘤縮小，改善極佳，無須再做化療。

R：柴胡 4、黃芩 5、半夏 4、丹參 8-15、沒藥 4、黃連 3、黃柏 5、陳皮 8、砂仁 4、骨碎補 8、大黃 2 錢。

追蹤：原西醫判斷病人的生命不超過二年，但追蹤至今一年八個月，腦瘤尚無再復發。

6. 病例 6（鄭醫師）腦幹惡性間質性腦膜瘤（Anaplastic meningioma）。60 歲男性。小腦有 2cm 惡性間質性腦膜瘤，西醫囑咐手術及放射線治療，病人畏懼，轉求中醫。面膚晦暗，腰痠，小便起泡多，入眠難，易醒，燥渴，大便日 2，易溏便，舌質暗瘀、紅絳少苔，脈弦滑。曾職業廚師十多年。

R：丹參 10、懷牛膝 5-8、骨碎補 8、白芍 5、黃芩 5-10、黃連 3-5、黃柏 5-10、蒼朮 8、陳皮 8、砂仁 4、生杜仲 5、山茱萸 4、青蒿 5、葛根 5。



追蹤：經過中醫治療半年後，腫瘤停滯不長，病人無任何不適。西醫師驚訝為何病人無依照病勢快速惡化，再三詢問是否有他處服藥治療。

六、癌症生物學 (Cancer Biology) 特徵 [23-26]

The Investigator Taiwan 在 102 年刊出 2000 年時美國加州大學舊金山分校 (University of California at San Francisco; UCSF) 的 Douglas Hanahan 教授和麻省理工學院 (Massachusetts Institute of Technology; MIT) 的 Robert A. Weinberg 教授，兩人提出了『癌症共同特徵 (The Hallmarks of Cancer)』的觀念，歸納了癌細胞與正常細胞間差異的六大特徵。兩教授又於 2011 年又增加了四種特徵並歸類成兩大類特徵，但我依舊將它還原成十大特徵：

1. 促進細胞生長的訊息持續活化 (Sustaining Proliferative Signaling)
2. 逃避抑制生長蛋白的作用 (Evading Growth Suppressors)
3. 抵抗細胞死亡 (Resisting Cell Death)
4. 癌細胞能夠永遠複製 (Enabling Replicative Immortality)
5. 促進血管新生 (Inducing Angiogenesis)
6. 腫瘤的侵犯和轉移 (Activating Invasion and Metastasis)
7. 重整能量代謝之方式 (Reprogramming of Energy Metabolism)
8. 逃離免疫系統之追殺 (Evading Immune Destruction)
9. 腫瘤促進發炎 (Tumor-promoting inflammation)
10. 基因組不穩定性與突變 (Genome instability and mutation)

以中醫八綱辨證的觀點看兩位教授歸納癌症十大共同特徵，用八綱的陰陽表裡寒熱虛實來區分，腫瘤細胞能不斷的生長，逃避本身的抑制作用，並能抵抗死亡及不斷的複製，一直在侵略正常的組織器官攻城掠地，且能不斷促進血管新生來供給氧氣、葡萄糖及養分，能欺騙人體的免疫系統，甚至戰勝並降伏免疫系統為腫瘤所用，不斷打仗造成發炎等等的微環境，甚至還能不斷突變，這些腫瘤特徵造成的微環境，表現在人體的症狀在中醫辨證都是表風熱症、大熱症、大實證、表裡三焦的實熱症等等，一派的大實大熱症狀，若在西醫未介入之前（稱為本態）或病危末期之前幾乎無虛證、幾乎無寒證，多形性神經膠質母細胞瘤 (GBM) 也是一樣，甚至是更強烈。故個人認為中醫在治療多形性神經膠質母細胞瘤 (GBM) 的本態準則：

- 1、用大劑量的活血化癥、苦寒清熱、利濕化痰、解毒殺蟲，所以其方劑組合是用乳沒四物湯合通經方、免疫過亢方、柴苓湯等的加方，以乳沒四物湯為主的治療組合。
- 2、在手術後 1 週內可用補中益氣湯加上延胡索、木香、黃芩等。
- 3、在化放療其間可用小柴胡湯合聖愈湯加方，白血球、紅血球、血色素、血



小板等不足或總蛋白不足，仍升不上來就要加入少量肉桂、附子、乾薑。或將主方改成十全大補湯或右歸飲加方。

其實多形性神經膠質母細胞瘤（GBM）的治療最好是採用中西聯合治療，可以多方向同時來抑制它、消滅它。加上多形性神經膠質母細胞瘤（GBM）是無法像身體其它的癌症可以用手術完全切除，若術後不做化放療或中醫介入，臨床上可能一個月來就長回原來大小，二個月就比原來更大、更嚴重了，這就是為什麼要用乳沒四物湯合通經方、免疫過亢方加方不斷的由各個方向、路徑攻擊它、抑制它、消滅它。當然不用將上述方劑全部疊加進去，只要每個方劑主要作用的幾味藥物代表即可，如通經方用其中的續斷、骨碎補、牛膝即可，免疫過亢方用黃芩、黃連、黃柏即可，柴芩湯用柴胡、半夏、蒼朮、茯苓、澤瀉、豬苓即可，如上述鄭醫師用法是很值得大家學習的。由於多形性神經膠質母細胞瘤（GBM）如同「異形」般的不斷分裂、複製、擴增、長大、轉移等，所以仍要以「本態」為主，故藥物劑量要「慢慢快速度」的加重，其意思就是要三~五天就加重一次，或是週週加重，一次加重三~五錢，單位藥物用到二~三兩重。解毒殺蟲藥物亦然，這是毒殺癌細胞，讓癌細胞不再分裂、複製、增殖、長大，最好能自動凋亡，如上述李醫師用的萬靈丹從一天 24 顆，視其嚴重程度可以不斷加重至 84 顆，加到二倍或三倍。大腦最大問題是腦部空間有其侷限，當腫瘤長大佔位到一定的程度時，會壓迫到鄰近的正常神經，且顱內壓便會漸漸升高，故會頭痛及影響局部神經功能，所以用蒼朮、茯苓、澤瀉、豬苓等利水藥物，能讓腫瘤脫水、減少神經壓迫、減少發炎、減輕顱內壓力等等的作用，這些利水藥物在腫瘤治療中一定要持續使用，且劑量要夠大。表 4 是我用癌症生物學的共同特徵來解釋中藥的作用及方向，可以供大家參考。

表 4：癌症共同特徵與中藥作用及方向

中藥作用及方向 癌症共同特徵	苦寒 清熱	活血 化瘀	利水 化痰	解毒 殺蟲	引經	瀉下	解表	疏肝	健脾	重鎮	補氣 補血	補陽	養陰
1. 維持細胞分裂訊號	+++	++	+	+++	++	+	+	+					
2. 誘導血管生成	++	+++	++	+	+			+					
3. 逃避生長抑制因素	+++	++	+	+++	+	+	+	+	+				
4. 抵抗細胞死亡	++	++	+	+++	+	+	+	+	+				
5. 無限複製	+++	+++	+	+++	++		+	+	+				
6. 啟動侵入與轉移	+++	+++	+++	++	+	+		+					
7. 細胞能量異常	+++	+				+	+						
8. 避免被免疫系統破壞	+++	+++	+	+	+	+	+	+					+
9. 腫瘤促進發炎	+++	+++	++	++	+	+	+	+	+		+		+
10. 基因組不穩定性與突變	++	++	+	++	+	+		+			+		

藥物臨床治療效果，空白表示不知；+ 可；++ 好；+++ 佳



所以我對治療多形性神經膠質母細胞瘤 (GBM) 的藥物及劑量的所擬的方劑處方是：乳香 3~10、沒藥 3~10、當歸 3、川芎 3、生地 3、赤芍 3、桃仁 3、紅花 1.5 + 續斷 8~30、骨碎補 8~30、淮牛膝 8~30 + 黃芩 8~30、黃連 8~30、黃柏 8~30 + 茯苓 8~30、澤瀉 8~20、豬苓 4、蒼朮 4 + 天麻 5~20、吳茱萸 5~15、陳皮 4、麻黃 1~3、羌活 3~4、柴胡 4-6、陳皮 4 + 川七 3 + 保安萬靈丹 24~84 顆、育生丸 1-3 顆。我們希望中西聯合協同治療能讓多形性神經膠質母細胞瘤 (GBM) 可以比原來治療組合的效果更佳，病人的存活時間更久，從活的品質更好。(見表 5)

表 5：多形性神經膠母細胞瘤 GBM 治療組合

治療組合	平均存活時間 (中位期 ? 月)
(切片)不治療 + 中藥	> 3
手術切除 + 中藥	> 6
切片 + 放射 + 中藥	> 6~8
手術 + 放射 + 中藥	> 12~14 (12.1)
手術 + 放射 + 化療 (TMZ) + 中藥	> 14~18 (14.6)
手術 + 放射 + 化療 (TMZ) + TTFields + 中藥	> 17.1 (中位期多 3.1)
手術 + 放射 + 化療 (TMZ) + TTFields + Avastin + 中藥	?

七、未來展望

我們都知道靶向藥物是這個階段治療癌症的主要方向之一。而在多形性神經膠質母細胞瘤 (GBM) 化療中靶向藥物也其實沒有很多，主要是因為血腦屏障 (BBB)，真正患者基因有甲基化含有 MGMT 基因時，用帝盟多 TMZ 的效果就很好，若沒有效果就不好。在臨床上也發現有些病患在接受帝盟多 TMZ 治療一段時間後，也會產生抗藥性。原因是靶向藥物是抑制某一主要的訊息傳遞路徑或某一重要調控因子而設計的。但癌細胞的適應力很強，經過一段時間後便開始利用其他的訊息傳遞路徑來維持其基本的功能，使得一些腫瘤細胞能夠繼續存活下來，甚至長大轉移出去，而這些殘存的癌細胞或癌幹細胞由於基因的不穩定性，很容易再突變下去，或是藉由重整腫瘤細胞的微環境 (tumor microenvironment)，導致腫瘤的復發。

因此醫生為了同時抑制不同的癌症特徵，及有效的抑制癌細胞生長，增加原來藥物的效用，減少腫瘤的復發、轉移和抗藥性的產生。所以可把各類靶向藥物做各式組合，或使用多重靶向抑制劑，或併用化療藥物。但最簡單及對病人最低的負擔是與中醫做協同治療，弭補雙方的不足，減少化療及靶向藥物對患者的副作用。個人化的醫療是現在及未來癌症治療的趨勢，即使是多形性神經膠質母細胞瘤 (GBM) 也會因患者有無 MGMT 甲基化的基因，治療效果有非常大的變化；



因此同一種癌症會因為有不同基因的表現而治療藥物及治療的組合有所不同。這是二千年多年來中醫固有觀念，即所謂的「同病異治」及「異病同治」的觀念，「同病異治」即同一種腫瘤，同樣的大小及分級，卻用不同的方劑藥物及治療組合，在中醫是因為症狀不同而辨證有異故，現在知道是因為基因的差別而表現不同。「異病同治」就是不同的癌症卻用相同的方劑藥物及治療組合，原因是同一個基因所產生，在中醫是根據其表現的症狀來辨證是相同的。因此癌症的西醫治療會先做基因篩檢，了解病患腫瘤細胞的基因特徵是化療或其它藥物治療的第一步，之後才再量身訂作適合的治療組合。

伍、結論

腫瘤微環境 (Tumor microenvironment, TME) 是指腫瘤細胞存在的周圍微環境，包括周圍的血管、免疫細胞、成纖維細胞、骨髓源性炎性細胞、各種信號分子和細胞外基質 (ECM)。腫瘤和周圍環境密切相關，不斷進行交互作用，腫瘤可以通過釋放細胞信號分子影響其微環境，促進腫瘤的血管生成和誘導免疫耐受，而微環境中的免疫細胞可影響癌細胞增長和發育，並有助於腫瘤異質性的形成^[24]。我們發現只要改善腫瘤微環境就會大幅地改善腫瘤治療的效果，在中醫的介入及協同治療下，經常有以發現化療藥物或靶向藥物效果增加許多，化放療的次數也可以減少卻效果更好，或手術後患者快速的恢復。我們以前也許不知道中醫藥介入治療癌症改善的原因，但由癌症生物學上的十大特徵及腫瘤微環境漸漸明瞭，所以可以比較清楚各類的中藥在治療腫瘤時作用的方向及所扮演的分工角色了。

參考文獻

1. <https://zh.wikipedia.org/wiki/%E6%9D%8E%E6%95%96>
2. <https://zh.wikipedia.org/wiki/%E9%99%B3%E7%AB%8B%E5%AE%8F>
3. Kenneth W. Lindsay; Ian Bone; Geraint Fuller 著，顏君霖譯，圖解神經醫學及神經外科學 (Neurology and Neurosurgery Illustrated 6/e)，合記圖書出版社，2012年，P299-304, 88-207, 389-462, 490-550.
4. 孫怡、陽任民、韓景獻主編，實用中西醫結合神經病學第2版，人民衛生出版社，2011年，P691.
5. 腦瘤之診斷與治療共識，癌症研究組，國家衛生研究院 (NHRI)，2004年，P1-5.
6. 廖繼鼎，臨床腫瘤實戰，合記圖書出版社，2013年，P652-655.



7. 維基百科，膠質母細胞瘤，<https://en.wikipedia.org/wiki/Glioblastoma>
8. Lacroix Michel; Abi-Said Dima; Fournay Daryl R.; Gokaslan Ziya L.; Shi Weiming; Demonte Franco; Lang Frederick F.; McCutcheon Ian E.; et al. A multivariate analysis of 416 patients with glioblastoma multiforme: Prognosis, extent of resection, and survival. *Journal of Neurosurgery*. 2001; 95(2):190-98.
9. Stupp Roger; Mason Warren P.; Van Den Bent Martin J.; Weller Michael; Fisher Barbara; Taphoorn Martin J.B.; Belanger Karl; Brandes Alba A.; et al. Radiotherapy plus Concomitant and Adjuvant Temozolomide for Glioblastoma. *New England Journal of Medicine*. 2005; 352(10):987-96.
10. <http://www.efbiotech.com/wordpress/?p=456>
11. Ameratunga M, Pavlakis N, Wheeler H, Grant R, Simes J, Khasraw M. Anti-angiogenic therapy for high-grade glioma. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018 Nov; 11:CD008218.
12. <https://web.archive.org/web/20160323083354/http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm465744.htm>
13. Stupp R, Taillibert S, Kanner AA, et al. Maintenance Therapy With Tumor-Treating Fields Plus Temozolomide vs Temozolomide Alone for Glioblastoma: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2015; 314(23):2535-2543.
14. <http://www2.cch.org.tw/lungcancer/develop.htm>
15. Hegi ME, Diserens AC, Gorlia T, et al: MGMT gene silencing and benefit from temozolomide in glioblastoma. *N Engl J Med*. 2005; 352(10):997-1003
16. Hui-Wen Lo. EGFR-Targeted Therapy in Malignant Glioma: Novel Aspects and Mechanisms of Drug Resistance. *Current Molecular Pharmacology*, 2010; Volume 3, Issue 1
17. Remco J. Molenaar, Dagmar Verbaan, Simona Lamba, et al. The combination of IDH1 mutations and MGMT methylation status predicts survival in glioblastoma better than either IDH1 or MGMT alone. *Nuro Oncol*. 2014 Sep; 16(9):1263–1273.
18. Hanahan D & Weinberg RA. Hallmarks of cancer: the next generation. *Cell*. 2011; 144(5):646-674.
19. Robert J. Motzer, Nizar M. Tannir, David F. McDermott, Osvaldo Arén Frontera, Bohuslav Melichar, Toni K. Choueiri, Elizabeth R. Plimack, Philippe Barthélémy, Camillo Porta, Saby George, Thomas Powles, Frede Donskov, et al. For the CheckMate 214 Investigators*, Nivolumab plus Ipilimumab versus Sunitinib in Advanced Renal-Cell Carcinoma. *N Engl J Med*. 2018 Apr 5; 378:1277-1290.
20. 李政育、鄭淑鎡著，中西醫結合治癌新法，元氣齋出版社，2016年，P3-7, 60-



63.

21. 李政育著，古丹譯，中醫腦神經治療學，啓業書局，2001年，P5-24, 33-40, 121-137.
22. 李政育著，省視養神則目不病，元氣齋出版社，2018年，P100-110.
23. Hanahan D & Weinberg RA. The hallmarks of cancer. Cell. 2000; 100(1):57-70.
24. Hanahan D & Weinberg RA. Hallmarks of cancer: the next generation. Cell. 2011; 144(5):646-674.
25. <https://investigatortw.wordpress.com/2013/10/20/%E7%99%8C%E7%97%87%E7%94%9F%E7%89%A9%E5%AD%B8-cancer-biology-%E5%B0%88%E9%A1%8C-%E4%B8%8A/>
26. <https://investigatortw.wordpress.com/2013/10/30/%E7%99%8C%E7%97%87%E7%94%9F%E7%89%A9%E5%AD%B8-cancer-biology-%E5%B0%88%E9%A1%8C-%E4%B8%8B/>

通訊作者：程維德

聯絡地址：新北市板橋區實踐路 117 號

聯絡電話：02-29598113

E-Mail：chengweide@kimo.com

受理日期：2019年11月12日；接受日期：2019年12月3日



From the ten characteristics of cancer biology, the study of Yu-Sheng Ru-Mo Si-wu Tang plus side in the treatment of glioblastoma multiforme (GBM)

Wei-De Cheng¹, Chen-Yu Lee², Hsuan-Ching Tseng³

¹Cheng Wei-De Chinese Medical Clinic

²Yu-Sheng Chinese Medical Clinic

³Linsen Taipei City Hospital of Traditional Chinese Medicine Hospital District Kunming

Abstract

To the eight principles of traditional Chinese medicine point of view to see the two professors induction of cancer ten common characteristics, with the eight principles of Yin and Yang, Exterior, Interior, Cold, Heat, Deficiency, Excess to distinguish, Can deceive the body's immune system, even defeat and down the immune system for tumor use, constantly fighting to create an inflammatory environment, and even continue to mutations, these tumor characteristics caused by the micro-environment, Performance in the human body in TCM symptoms are Exterior Wind Heat , large Heat, large Excess, Exterior Interior San Jiao of Excess Heat, etc., with one of the big real fever symptoms. If the Western medicine is not involved (called the original state), or before the end of the period, there is no Deficiency, glioblastoma multiforme (GBM) is the same, or even more intense. Therefore, I personally think that Chinese medicine treatment of polymorphic glioblastoma (GBM) of the state of the standard: is to use large doses of stimulating blood circulation breaking clots, bitter cold heat, dampness and phlegm, detoxification and insecticide. Therefore, the combination of the prescriptions is the combination of the Ru-Mo Si-wu Tang and Tong-Jing Fang, Main-yi Guo-Kang Fang, Addition of Chai-Lin Tang, etc. A combination of treatments based on Ru-Mo Si-wu Tang.

Key words: Glioblastoma Multiforme, Glioblastoma, glioma, GBM, Ru-Mo Si-wu Tang



化學藥物治療導致中性顆粒白血球低下發燒 (Febrile Neutropenia) 中醫治療探討

何秀琴

何合安中醫診所

中文摘要

目的：藉由臨床乳癌手術、放射治療後復發，接受化學藥物治療實例，探討中醫對於乳癌治療後復發，接受化學藥物治療，發生骨髓造血抑制副作用的相關臨床觀察及治療研究。

材料與方法：以中醫辨證論治為治療理論基礎，從整體觀念著手，以辨證論治為依規，施與口服傳統中藥水煎劑，治療方藥包括小柴胡湯、聖愈湯、柴芩湯、柴胡桂枝湯、桂枝龍骨牡蠣湯，十全大補湯、右歸丸，合併清熱化痰、淡滲利濕藥，方藥及劑量隨症化裁加減。

結果：結果發現，經中藥方劑施治後，確能明顯改善化學藥物治療骨髓造血抑制副作用，作用顯著而持續，使病情穩定，有效減少病患的症狀，減輕治療過程中沉重的身心負擔。

結論：中醫治療癌證化學藥物治療引起的中性球低下和中性球低下發燒，從整體觀念著手，以辨證論治為依規，施予中醫補氣、補血、補陽方藥，可以有效改善化療後發生骨髓造血抑制副作用，血象偏低的問題（WBC、HB、PLT），避免 G-CSF 的副作用，療效肯定。

癌症的治療需要多團隊的運作（Multidisciplinary Approach）。由本臨床研究及回顧先前相關的研究文獻發現，藉由非侵入性口服中藥，確實改善癌症病患化學藥物治療骨髓造血抑制副作用。此初步結果提供正面且具療效的治療方向，為癌症治療開啓一個新思維，值得中西醫學界共同合作，進一步大規模的基礎及臨床實症病例研究，及早中西醫共同治療癌症，可有效提高治癒率、減少後遺症，改善生活品質，使治療趨於完善。

關鍵字：化學藥物治療 骨髓造血抑制 小柴胡湯、聖愈湯、十全大補湯、右歸丸、補氣補血補陽



壹、前言 (INTRODUCTION)

化學藥物治療是目前癌症治療主要的方式之一，但治療所產生的副作用，往往是導致病患中斷治療的主因。中性球低下 (neutropenia) 是癌症病人接受化學治療後常見的副作用，引起中性球低下的機率、嚴重程度及期間，取決於所使用的化學治療藥物的種類、劑量及給法，及病人本身的造血功能。若發生中性球低下發燒 (Febrile Neutropenia)，病患之免疫抵抗力低下，潛在增加感染的機會，甚至會導致致命的感染併發症，是必須要積極處理的危急的狀況。

中醫治療化學藥物治療引起的中性球低下和中性球低下發燒，從整體觀念著手，以辨證論治為依規，施予中藥方劑，隨症化裁，療效肯定。如何使癌症病人在治療過程中能維持穩定，使病人能如期完成療程得到較好的療效，是中西醫必須努力的課題。

概述

嗜中性白血球是人體第一道防線，同時也是發生感染的重要指標。白血球生成於骨髓組織。骨髓對放射線治療和化學治療藥物敏感，化學治療藥物，對於生長快速的細胞影響較大，除了腫瘤細胞，白血球的生成也容易受到抑制，導致白血球下降；因此，接受這類治療的病人，血液中白血球數目很容易減少，白血球下降的程度與時間，因藥物的種類、劑量及病人自身骨髓功能、造血細胞，對藥物的敏感度不同而有很大的差異。

白血球 (正常範圍是 $4,000\sim 10,000 / \text{mm}^3$) 可分為嗜中性白血球 (又稱顆粒性白血球)、淋巴球、單核球、嗜鹼性球及嗜伊紅性球，主要功能為吞噬及消滅細菌，若白血球下降，人體抵抗力會降低，感染可能因此發生。

嗜中性白血球數值小於 $1500 / \text{mm}^3$ ，稱為嗜中性白血球低下症，當嗜中性白血球數值小於 $500 / \text{mm}^3$ 時，就必需積極採取保護性隔離措施，以降低感染的機會。

嗜中性球低下發燒之定義

嗜中性球低下：

嗜中性球 $< 500 / \text{mm}^3$ ，或嗜中性球 $< 1000 / \text{mm}^3$ 且預期會少於 $500 / \text{mm}^3$ 。

發燒的定義：

耳溫大於或等於 38.3°C (101°F)，或耳溫大於或等於 38.0°C (100.4°F) 且持續至少 1 小時，或在 24 小時內有三次 38.0°C 。

臨床症狀

一般常見於化學治療後第 7-14 天。



發燒

發燒常是一個早期的徵候，但嗜中性球低下的病人罹患感染時，症狀常不明顯。

感染常發生於皮膚、腸胃道、呼吸道、泌尿道…等。

因感染源不同而有不同的表現，如：腹瀉、咳嗽。

致病源

早期以細菌及病毒感染為主，晚期則以抗藥性細菌或黴菌感染為常見。

檢查

血液培養、全血球計數、生化檢查、細菌培養（尿液、痰液、糞便）。

治療

— 廣泛性抗生素。

— 輸液至少 2000cc，並密集監測生命徵象。

— 白血球生成激素 GCSF。

曾發生嗜中性球低下的病人，於化療後可以預防性投予白血球生成激素，以縮短白血球低下的時間，但 GCSF 的給予並不能減少病人發燒感染的機會或減少死亡率。

— 抗黴菌藥

視實際感染情況，或持續嗜中性球低下超過七日即可考慮給予。

— 抗病毒藥

視實際感染情況而給予〔1-7〕。

臨床病例

劉×蘭，女，62歲

診斷

1. 1999/02/02 Biopsy: Left breast invasive lobular carcinoma
2. 2013/08/08 local recurrence, s/p wide excision on 2013/09/06
3. 2018/05/04 Infraclavical lymph node recurrence s/p lymph node dissection on 2018/05/04

現病史

化學藥物治療 (chemotherapy)

Taxotere + Cyclophosphamide (I, C I D I; 2018/06/13)

入院診斷

1. Neutropenic fever
2. Left breast invasive lobular carcinoma, status post excisional biopsy on 1999, ER



(+) , PR (+) , status post BCT + ALND on1999 , s/p XRT , s/ptamoxifen 1999/03/04 - 2004/03/05 , with local recurrence , s/p wide excision on 2013/09/06 (ER (100%) , PR- , HER-2 : 0 + /3 +) , s/p RT , s/p Femara since 2013/11/18-2014/10/13 , s/p tamoxifen since 2014/10/13 , with Infraclavical lymph node recurrence s/p lymph node dissection on 2018/05/04 , status post port-A implantation on 2018/06/12 , status post taxotere + Cyclophosphamide (I , C I D I ; 2018/06/13)

- 3. Bilateral lung mutiple cavity nodule , suspect fungal infection
- 4. Brochiectasis
- 5. Rheumatoid arthritis
- 6. Mediastinal methothlial cyst status post VATs excisional biopsy on 2013/10
- 7. Previous TB infection , treated

出院診斷

- 1. Neutropenic fever , resolved
- 2. Left breast invasive lobular carcinoma , status post excisional biopsy on 1999 , ER (+) , PR (+) , status post BCT + ALND on 1999 , s/p XRT , s/p tamoxifen 1999/03/04 -2004/03/05 , with local recurrence , s/p wide excision on 2013/09/06 (ER (100%) , PR- , Her-2 : 0 + /3 +) , s/p RT , s/p Femara since 2013/11/18-2014/10/13 , s/ptamoxifensince 2014/10/13 , with Infraclavical lymph node recurrence s/p lymph node dissection on 2018/05/04 , status post port-A implantation on 2018/06/12 , status post taxotere + Cyclophosphamide (I , C I D I ; 2018/06/13)
- 3. Bilateral lung mutiple cavity nodule , suspect fungal infection
- 4. Brochiectasis
- 5. Rheumatoid arthritis
- 6. Mediastinal methothlial cyst status post VATs excisional biopsy on 2013/10
- 7. Previous TB infection , treated

中醫治療摘要 (表一)

病例 劉XX	西醫 抗生素治療	中醫中藥 治療	WBC (/uL)	RBC (M/uL)	Hb (g/dL)	PLT (K/uL)	Cr (mg/dL)	K (mmol/L)	細菌培養
2018/ 6/ 21	V (Cefepime)	V	1,260	0.9	7.6	199	0.8	3.2	(尿)Enterococcus faecalis & Yeast-like organism
2018/ 6/ 23	V (+Filgrastim)	V	4,090	2.4	7.5	183	0.9	2.9	
2018/ 6/ 25	V	V	11,860	2.5	7.5	291		3.0	
2018/ 6/ 28	V	V	11,860	2.5	7.5	291		3.0	
2018/ 6/ 29	口服Cravit 出院	V							



病例 劉XX	西醫 抗生素治療	中醫中藥 治療	WBC (/uL)	RBC (M/uL)	Hb (g/dL)	PLT (K/uL)	Cr (mg/dL)	Na (mmol/L)	細菌培養
2018/8/12	V(Cefepime)	V							
2018/8/20	V(換Cravit)	V							
2018/8/23	V(換Tienam)	V	12960	3.3	9.9		0.8	140	(痰)Mycoplasma pneumoniae
2018/8/25	V	V	7,490	3.5	10.4			136	
2018/8/28	V	V	6,300	3.6	10.9		0.7		(痰) Aspergillus Ag (+)
2018/8/31	V	V	9,140	3.1	9.3		0.6	140	
2018/9/4	停用Tienam 口服Meptin	V	12,940	3.1	9.4		0.8		
2018/9/6	口服Meptin 出院	V							

107/05/04 行鎖骨下淋巴結切除術

107/06/12 第一次化療(表一)

Taxotere + Cyclophosphamide (I, C I D I; 2018/06/13)

常見副作用：骨髓抑制，中性白血球低下及貧血、掉髮、末梢神經毒性、腹瀉，肌肉、關節痛、水份滯留、疲勞倦怠、味覺改變...

107/06/17 發燒耳溫 38.3°C

Hb7.6 WBC1260

顆粒性白血球生長激素 (G-CSF)

107/06/23 耳溫 39°C 寒熱往來

Hb7.2 WBC1000

小柴胡湯、聖愈湯合方加人參、竹七、丹參、北芪

被告知肺部黴漿菌感染

107/06/29 住院 9 日 病情穩定出院

107/07/06 第二次化療(表一)

107/07/09 顆粒性白血球生長激素 (G-CSF) 治療

107/07/12 發燒、住院

Hb ↓ WBC ↓ ↓ ↓ 寒熱往來

小柴胡湯、十全大補湯加方

住院 6 日 病情穩定出院

107/08/03 第三次化療(表一)

107/08/09 發燒、住院

Hb9.0 WBC1260 耳溫 39.7°C



寒熱往來
顆粒性白血球生長激素 (G-CSF)
柴胡桂枝湯
107/08/20 肋膜積水 寒熱往來
107/08/24 柴苓湯加方
107/08/28 耳溫 39.7°C
每 6 小時給藥退熱
汗出淋漓 汗冷清稀
桂枝龍骨牡蠣湯
107/08/29 血氧偏低 (70-80± %))
Hb (5.5) 輸血漿二次
Hb7⁺ 又下降
十全大補湯、右歸飲合方，加白曬參、竹七
107/09/06 Hb10⁺ WBC7000
住院 29 日 配戴氧氣 (流量 3L/ 每分鐘) 病情穩定出院
共配戴氧氣三十日。

貳、討論

一、白血球生長激素 (granulocyte colony-stimulating factor, G-CSF)

Filgrastim 即白血球生長激素 (granulocyte colony-stimulating factor, G-CSF)，臨床上，常被用為防治中性球低下。目前在癌症醫療界所稱的白血球生長激素有兩大類，一為可同時刺激顆粒性白血球及單核白血球 (吞噬細胞) 的顆粒性白血球，即吞噬性白血球生長激素 (GM-CSF)，另一為只刺激顆粒性白血球及分化的顆粒性白血球生長激素 (G-CSF)

目前使用以顆粒性白血球生長激素 (G-CSF) 為主

Filgrastim 主要的三項藥理作用：

1. 促進嗜中性白血球前驅細胞的增殖分化
2. 促進成熟的嗜中性白血球由骨髓釋出
3. 促進成熟的嗜中性白血球機能亢進

顆粒性白血球生長激素不只是刺激顆粒性白血球的生長分裂，使其數目顯著增加，同時也促進其分化，增加其殺菌能力。臨床上除作為預防性的使用外，當顆粒性白血球下降到危險的程度，則用來治療血球過低的病況，減少患者因感染致命的發生。



雖然顆粒性白血球生長激素的使用，可以減少白血球降低的程度，同時也促進白血球的生長分化，使白血球足夠，讓病患能如期接受適當的化學治療。顆粒性白血球生長激素最重要的用途是在預防性使用，目的在不使患者的顆粒性白血球因抗癌藥物的使用而降至危險的程度，不使患者因白血球低下而發生嚴重感染甚至致命的病況。因此，預防性的投藥，比在患者的顆粒性白血球下降至有危險時，再使用白血球生長激素促進其復原的方式更能保護患者。

顆粒性白血球生長激素（G-CSF）預防性治療適應症：

1. 容易引起白血球低下而感染發燒的化學治療（約四成的病患發生白血球低下及發燒）接受化療後，在血球尚未顯著降低前，即給予這種顆粒性白血球生長激素，便可減少白血球降低的程度，而且能增進白血球復原的速度。
2. 若患者在接受某化學治療後有因白血球低下引致之發燒或其他嚴重之感染之情形，病人如再接受以後的療程時，便可在白血球未降低時，預防性的使用白血球生長激素當能減少以上情形再度發生。
3. 病人在接受骨髓移植或週邊幹細胞移植後，即預防性地使用白血球生長激素，可促進白血球再生。
4. 白血球生長激素治療白血球過低的臨床病況
顆粒性白血球原本即已降低而又有感染的病況，如嚴重型再生不良性貧血、骨髓增生不良症候群、先天性顆粒性白血球降低及循環性顆粒白血球降低等。
抗癌治療後白血球降低又產生嚴重感染者，則使用白血球生長激素的效果不佳。
5. 白血球生長激素在臨床上其他重要的適應症
連續注射數天白血球生長激素，可以將骨髓內的造血幹細胞驅動至人體周邊血液中，經由血液分離技術，可以取得足夠的幹細胞來進行移植使用。

白血球生長激素最重要的用途是在預防性的使用。預防性的投藥，比在患者的顆粒性白血球下降至有危險時，再使用白血球生長激素促進其復原的方式更能保護患者。

中性球低下會影響到後續的化學治療療程，較早的研究顯示化學藥物劑量不足或是一直延遲給予的時程，會影響化學治療的效果，使用 G-CSF 使中性球上升，讓病人能夠按時接受化學治療，理論上腫瘤會得到較好的治療；但另一項大規模乳癌化學治療的研究中顯示 如果在治療過程中使用 G-CSF 來維持白血球的數目，使化學藥物能夠更密集給予，那麼病人的預後也會較佳。但 G-CSF 會干擾 T 細胞的免疫功能，會不會使原來的癌症惡化，目前還沒有定論。

G-CSF 或 GM-CSF 可以縮短 neutropenia 的時間，但是無法減少發燒時間、抗生素使用、花費和死亡率。在某些預期病情會惡化的情形下，可以使用血液生長激素，例如肺炎、低血壓、嚴重蜂窩性組織炎或鼻竇炎、全身性黴菌感染、多重



器官功能失調、或是已被證實的感染但是對抗生素反應不佳時。

因此對於沒有併發症的 febrile neutropenia，2001 年的 ASCO guidelines 並不建議常規使用血液生長激素^[1-7]。

二、中醫治療思維

(一) 小柴胡湯

少陽樞機的暢達，能使人體的五臟六腑的氣機暢達，表裡內外的氣機暢達。

※ 小柴胡湯組成：柴胡、半夏、人參、黃芩、炙甘草、生薑、大棗

藥理學研究發現：

小柴胡湯具有免疫調節作用，可抑制細胞增殖及誘導異常增殖細胞凋亡。能促進骨髓機能，啟動巨噬細胞，增加白細胞介素 1 的產生，增強 TH 細胞與 B 細胞活化，誘導干擾素，增加抗體的產生，而達到增強機體免疫功能的目的。

※ 小柴胡湯適應證：

少陽為病，口苦、咽乾、目眩、往來寒熱、胸脅苦滿、默默不欲飲食、心煩喜嘔、脈弦，小柴胡湯主之。

傷寒中風，有柴胡證，但見一證便是，不必悉俱。（傷寒論註 辨少陽病脈證并治）

※ 《黃帝內經·素問·陰陽離合論》、《靈樞·根結篇》：太陽為開，陽明為闔，少陽為樞。

根據中醫學理論，氣化活動為開闔樞的生理功能表現。

開闔樞學說：

太陽主表，為開。主氣的外出、上升、布散，敷布陽氣以衛外。

陽明主裏，為闔。受納陽氣以支援內臟，主氣的內入、下降、收蓄。

少陽居半表半裏之間，轉輸內外，為樞。主氣的內外運轉、上下流行的樞紐調節作用。少陽樞機的暢達，能使人體的五臟六腑的氣機暢達，表裡內外的氣機暢。

少陽，開則為寒，閉則為熱，故少陽病常兼有太陽不和、兼有陽明不和、兼有太陰不和等。如果只是輕微兼證，小柴胡湯即可，如果兼證明顯，則隨症化裁。

小柴胡湯，和樞機、解鬱結、行氣機、暢三焦、化痰濁，攻補兼施，寒熱同調，溫而不燥，寒而不凝。少陽氣機調暢，則陽明胃（土）可以降濁，太陰脾可以升清，三焦氣機通達，氣通津佈，太陽表氣就可以調和。所以凡是表裡寒熱虛實，氣血津液各種病證，都可以用小柴胡湯加減使用：熱病用之可以解熱，鬱證用之可以解鬱；配合補藥，可以扶正祛邪；配合血分藥，可以行氣活血；配合生津藥，可以解熱而生津；配合利水藥，可以行氣以利水；配合助陽的藥，可以調氣以通



陽；配合祛寒的藥，可以行氣以祛寒；配合養陰藥，可以行氣以育陰。

※ 小柴胡湯、聖愈湯合方

病例 107/06/13 第一次化療，接受預防性顆粒性白血球生長激素（G-CSF）治療，107/06/16 發現嗜中性白血球低下（Neutropenia），更出現 Febrile Neutropenia。

107/06/17 發燒，Hb7.6、WBC1260，投予顆粒性白血球生長激素（G-CSF）治療，耳溫 39°C，寒熱往來，治療方藥為小柴胡湯、聖愈湯合方加人參、竹七、丹參、北芪，服藥五天，體溫正常，病情穩定。

“血弱氣盡，腠理開，邪氣因入，與正氣相搏，結於脅下，正邪分爭，往來寒熱，休作有時…小柴胡湯主之”。正氣不足，氣血虛弱，抗邪能力差，此“邪之所湊，其氣必虛”；小柴胡湯，寒熱並用、攻補兼施，和解少陽、和胃降逆、扶正祛邪。聖愈湯，出自《蘭室密藏》，為四物湯加人參、黃耆，臨床常用於血虛證的治療，研究顯示，聖愈湯全方及其各拆方組均有提高血虛小鼠全血 WBC、RBC、HGB 和 PLT 數量的作用。

小柴胡湯、聖愈湯合方加白曬參、竹七、丹參、北芪、赤芍，能益氣養胃，清熱涼血，補血、活血化癥，調和陰陽，病例服藥後病情穩定出院。

※ 小柴胡湯、十全大補湯合方加味

病例 107/07/06 第二次化療，107/07/09 院方預防性投予顆粒性白血球生長激素（G-CSF），107/07/12 發燒、住院。檢查發現 Hb ↓ WBC ↓ ↓ ↓，寒熱往來。治療方藥為小柴胡湯、十全大補湯加方。

病例治療過程中，反覆使用類固醇、抗發炎、抗腫瘤製劑等，出現疲勞、反胃、嘔吐、腹瀉，脫髮、皮膚癢、帶狀泡疹反覆發作，末梢麻痺感…。顯示化療後，造血功能受抑制，出現貧血，胃腸道障礙，皮膚反應…。機體呈現氣血津液虧虛，脾腎兩虛，陰陽失調，本虛氣虛。

中醫治療原則，補氣健脾和胃、補血補陽，佐以清熱解毒，活血祛癥。十全大補為四君子湯與四物湯合方，加玉桂、黃耆、生薑、大棗。四君子湯，補氣健脾，養胃和中；四物湯補血行血，活血化癥，再加竹七、牛膝、鹿茸、乾薑、天雄、黃柏，人參，氣血同補，調和營衛而補虛損，住院 6 日病情穩定出院。

※ 柴苓湯

病例 107/08/03 第三次化療，107/08/06 預防性給予 G-CSF，107/08/09 發燒、住院。檢查發現 Hb9.0，WBC1260，耳溫 39.7°C，院方再予顆粒性白血球生長激素（G-CSF）治療，體溫仍不穩定。107/08/20，肋膜積水、寒熱往來，107/08/24 治療方劑為柴苓湯加方，服藥後，肋膜積水漸緩解。

少陽不和常兼有三焦水道失調而生痰生飲生水。少陽主樞，開則為寒，閉則為熱，少陽受邪，樞機不利，少陽不和，常常兼有太陽、陽明和太陰之氣的不和，



也常兼有三焦水道的失調而生痰生飲生水。水飲邪氣內生，水邪犯肺出現咳嗽，水氣凌心而心下悸，倚息不得臥。柴苓湯係小柴胡湯、五苓散合方。適用於兩方證候並存者。小柴胡湯證（往來寒熱或身熱、口苦、苔白、胸脅苦滿、納呆）；五苓散證（口渴、小便不利、浮腫、瀉痢等）。方中柴胡能疏肝氣治胸脅苦滿，得黃芩苦寒清熱，疏通胸脅之鬱滯；半夏、生薑、止嘔吐或鎮噁心；人參、甘草、大棗補氣和中增進食慾及緩和胸脅之不暢；澤瀉、茯苓、豬苓、白朮，滲淡燥濕健脾、利水；桂枝去在表之餘邪並治氣上衝。

以小柴胡湯和解少陽，疏解表里之邪；五苓散，淡滲利濕邪，對邪在半表半裡且兼有裡濕症候者尤為適宜。

（二）、柴胡桂枝湯、桂枝龍骨牡蠣湯

桂枝湯《傷寒雜病論·卷六·辨太陽病脈證並治上·第十三》：“太陽中風。陽浮而陰弱。陽浮者熱自發。陰弱者汗自出。嗇嗇惡寒。淅淅惡風。翁翁發熱。鼻鳴。乾嘔者。桂枝湯主之。”故桂枝湯，外證得之，解肌祛邪；內證得之，能補虛調陰陽。臨床適用於虛弱體質的人，外感時，呈現脈浮弱、惡寒、惡風、發熱、頭痛自汗、身體疼痛等，時有內氣上衝、乾嘔、心下苦悶…。

少陽病禁汗、吐、下。汗吐下不僅無法祛邪，且消耗正氣，容易使少陽病發生變證，或惡化，後世醫家更認為利水也不宜。《傷寒論·陽明病篇》第205條：「發汗多，亡陽譫語者，不可下，與柴胡桂枝湯和其營衛，以通津液後自愈。」

病例 107/08/03 第三次化療，107/08/06 預防性給予 G-CSF，107/08/09 發燒、住院。檢查發現 Hb9.0，WBC1260，耳溫 39.7℃，院方再予顆粒性白血球生長激素（G-CSF）治療，寒熱往來。院方給藥後，鎮日汗出淋漓、汗冷清稀，寒熱往來，乏力少氣，汗冷惡寒，蹠臥神疲，乏力少氣，無法下床如廁，神昏、譫語、循衣摸床，日夜需賴氧氣供給，已現亡陽之象，中醫治療先予柴胡桂枝湯和營衛，小柴胡湯暢達三焦，在小柴胡湯的基礎上配合桂枝湯，取和解少陽兼解表，服藥後，上焦得通、津液得下、胃氣因和、身濺然汗出而解；復予桂枝龍骨牡蠣湯加白曬參，調補陰陽，收斂浮越，藥後，汗漸斂，解亡陽之危〔8-19〕。

（三）、十全大補湯、右歸丸 甘溫除大熱

病例具肺結核、支氣管擴張、類風濕關節炎、乾燥症等病史，脾胃功能差、元氣不足，更因化療後發生低中性球發熱，寒熱往來，即使接受顆粒性白血球生長激素（G-CSF）、輸血治療，仍無法恢復正常的血象。

病例治療過程中出現肋膜積水，穩定後，血氧偏低（70-80±%），合併血色素低下，輸血漿二次，Hb（5.5）仍低，血氧更低，治療方藥為十全大補湯、右歸飲加方，藥後 Hb10⁺，WBC7000，耳溫正常。107/09/06，住院 29 日病情穩定出院。

造血功能受抑制，出現貧血，胃腸道障礙等副作用，機體呈現氣血津液虧虛，



脾腎兩虛，陰陽失調，本虛氣虛。中醫治療著重補氣健脾和胃、補血補陽，佐以清熱解毒，活血祛瘀。四君子湯，補氣健脾，養胃和中。四物湯補血行血，活血化瘀。十全大補為四君子湯與四物湯合方加玉桂、黃耆、生薑、大棗，加竹七、牛膝、鹿茸、乾薑、天雄、黃柏，人參，氣血同補，調和營衛而補虛損；造血功能受抑制，屬腎陽虛衰，腎藏先天之精，主骨主髓，精血同源，精充則血足，治療方劑為十全大補湯、右歸丸。

根據內經「勞者溫之」、「損者益之」的原則，在不同階段治以小柴胡湯、聖愈湯或十全大補湯、右歸丸加方，病情得以穩定，這是甘溫治大熱的臨床實踐〔1,3,5,7,15,19,20〕。

參、結論

中醫治療化學藥物治療引起的中性球低下和中性球低下發燒，從整體觀念著手，以辨證論治為依規，施予補氣補血補陽中藥方劑，隨症化裁，療效肯定。

癌症的治療需要多團隊的運作（Multidisciplinary Approach）。由本臨床研究及回顧先前相關的研究文獻發現，藉由非侵入性口服中藥，確實改善癌症化學骨髓造血抑制的表現，此初步結果提供正面且具療效的治療方向，為癌症治療開啓一個新思維，值得中西醫學界共同合作，進一步大規模的基礎及臨床實症病例研究，及早中西醫共同治療癌症，可有效提高治癒率、減少後遺症，改善生活品質，使治療趨於完善。

致謝

謹以此文獻給我們敬愛的李政育老師，蒙黃菁菁醫師、李昆晏醫師的協助英文摘要得以順利完成，僅致以由衷的感謝。

參考文獻

1. 哈里遜內科學，15/e. 臺灣，臺北，合記書局，2006，P.465-467.
2. 台大內科主治醫師合著：台大內科學第六版第三冊，橘井文化，2013/04，P.1185-1189.
3. 曾崧元總編輯：Robbins 病理學疾病的基礎，6/e. 臺灣，臺北，合記書局，2005，P.645-647.
4. 白禮源：癌症新探 51 期，中國醫藥大學附設醫院血液腫瘤科，2010/01
5. 潘震澤總編譯：人體生理學 Human Physiology The Mechanisms of Body



- Function, 9/e. 台灣, 台北, 合記書局, 2005, P.453-455.
6. 徐偉成、王孝榮、林欣榮:腦中風的幹細胞治療策略, 臺灣, 臺北, 中國醫訊, 2008. Adams, H.P., Jr., Brott, T.G., Furlan, A.J, P.9-12.
 7. 遲萬明、裴雪濤主編:外周血幹細胞移植, 中國, 北京, 人民衛生出版, 2000, P.3-12, 16-40, 45-74.
 8. (漢)張仲景:傷寒雜病論—桂林古本, 臺灣, 臺北, 中醫整合研究小組發行, 1986/06, P.110-111.
 9. 郝萬山蔣傷寒論 47 講—少陽病概說, 2018/08
 10. 郝萬山蔣傷寒論 48 講—少陽病綱要、小柴胡湯的適應證 (1), 2018/08
 11. 郝萬山蔣傷寒論 49 講—小柴胡湯的適應證 (2), 2018/08
 12. 郝萬山蔣傷寒論 50 講—少陽病綱要、小柴胡湯的適應證 (3), 2017/03
 13. 郝萬山蔣傷寒論 51 講—少陽病兼證, 2018/08
 14. 李德新:中醫基礎理論講稿, 中國, 北京, 人民衛生出版社, 2008, P.229-230
 15. 中藥藥理及運用, 臺灣, 臺北啓業書局, 2013/05, P12-22, 29-35, 49-56.
 16. Heng-Sheng Lee. Tissue renewal and repair:regeneration, healing, and fibrosis. Department of Pathology, Tri-Service General Hospital, National Defense Medical Center, Taipei, Taiwan. 2016/03
 18. 方志男: Yang-Dan-Tang, Identified from 15 Chinese Herbal Formulae, inhibits Human Lung Cancer Cell proliferation via Cell Cycle Arrest. 臺灣, 臺北, 2012/03
 19. 李政育:中西醫結合腫瘤共治法, 臺灣, 臺北啓業書局, 2005, P.203-210.
 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、修復的體會, 2015/09

通訊作者:何秀琴

聯絡地址:新北市三重區忠孝路一段 35 號 4 樓之 1

聯絡電話:02-29816188

E-mail: he-hsiu-chin@hotmail.com

受理日期:2019年11月6日;接受日期:2019年12月1日



Chinese Medicine therapy on the patient with Febrile Neutropenia During Chemical drug treatment A Case Report

Hsiu-Chin Ho

Ho-Ha-An TCM clinic

Abstract

Case report: The case report presents the traditional Chinese medical [TCM] therapy in a 62-years-old female patient suffered from Febrile Neutropenia, a side-effect of chemotherapy for recurrent breast cancer. The patient was given the following prescriptions: Hsiao Chaihu decoction, ShengYu decoction, Chaihu-Guizhi decoction, Guizhi Lunggu Muli decoction, Shi-Quan Da Bu decoction, and You-Gui decoction. Doses and prescriptions were adjusted according to the symptoms and signs.

Results: After the treatment of the Chinese medicine, the patient clinical symptoms and signs were relieved. The condition was stabilized fast. The heavy physical and mental burden of care were also alleviated.

Conclusions: Chinese medical therapy of recurrent breast cancer chemotherapy related Febrile Neutropenia could decrease the inhibition of hematopoiesis, improve WBC, RBC and Hb production. Multidisciplinary approach of TCM and modern therapy may increase the success rate of cancer treatment, decrease the comorbidity and improve the patients' quality of life.

Key words: traditional Chinese medical, TCM, therapy, chemotherapy

Febrile Neutropenia, Hsiao Chaihu decoction, ShengYu decoction, Shi-Quan Da Bu decoction, You-Gui decoction.



腦中風復健治療的新趨勢—靜脈雷射

張正強

三軍總醫院 復健醫學部

腦中風

腦中風乃國人十大死因之一，而且是造成肢體、認知或語言功能障礙的主因之一。依照其產生的病理機轉，主要可區分為缺血型 (ischemia) 及出血型 (hemorrhage)，而缺血型腦中風佔了腦中風疾病的 80%~85%。缺血性腦中風發生的潛在因子之一為血管壁脂質不正常堆積，也稱為動脈粥狀硬化 (atherosclerosis)，依據其發生部位與病理發生機轉的不同，可能進一步引起血栓性 (thrombotic) 或栓塞性 (embolic) 的缺血型腦中風。在臨床上，缺血型腦中風以中大腦動脈堵塞佔最多。無論是缺血型或出血型腦中風，皆可能造成腦部的「中樞神經細胞」受損，但這些中樞神經細胞是無再生能力的，一旦被破壞即無法被修復；因此，病人的預後和腦中風時，腦部受損的情形，具有絕對之關係，且可導致不同程度之神經功能障礙，例如認知障礙、意識中不清、記憶力減退、肢體偏癱、失語、手腳麻木、運動功能喪失等臨床症狀〔1-3〕。

典型的缺血型腦中風 (ischemia stroke) 會因發作期間腦部血管梗塞、血流停止等原因，造成血液供應短暫或永久性的中斷，使得梗塞部分呈現為缺氧 (hypoxia) 狀態；而出血性腦中風，一旦血管破裂，患處血流的供應也會中止，且患處與周邊相鄰的腦細胞會被流出之血液壓迫。總之，梗塞與出血兩者狀況，皆可導致腦部能量代謝失衡，當腦部持續缺氧，造成呼吸鏈系統無法運作時，會有過多的自由基產生，導致細胞膜脂質有過氧化現象及細胞胞器和骨架的損傷，引發細胞凋亡的機制〔4,5〕。

當腦血流量低至正常值的 25% 時開始，即可引起腦部的損傷，若繼續長時間缺氧及栓塞，則會形成腦內大範圍的損傷〔6〕，使腦部血管內皮細胞呈現受傷狀態，增加血管內皮細胞的滲透性及破損，腦脊髓液及血漿中的內皮因子 Endothelin-1 的表現量會增加〔7〕，引起腦血管障壁 (blood brain barrier ; BBB) 崩解，進而引發腦水腫，而細胞性的水腫，尤其在腦部灰質最為明顯，而某些胺基酸傳遞物質、自由基、等皆與腦水腫有關，容易造成後續腦壓的增加，使腦部局部循環產生障礙。

靜脈雷射療法

近來全球各國，已採用一些進階的中風後復健之治療方式，如鏡像治療、虛



擬實境治療、穿顱磁刺激術、限制健側誘發患側動作、低能量靜脈雷射、自動機器步態訓練系統等，來促進復健效果，以早日讓病人恢復日常生活功能。其中的低能量靜脈雷射，又稱生化雷射血液療法（Intravascular Laser Irradiation of Blood, ILIB）或低能量生化雷射血管內照射療法，近年來在國內已逐漸成為中樞神經損傷後復健治療的其中一項選擇與趨勢〔8〕。

低能量靜脈雷射光療乃是一種透過雷射光照射原理，激發約 100 倍的太陽光亮度，以單一紅光 632.8 nm 的光波波長，經由光纖導入周邊靜脈、照射體內循環的血液與細胞，使血液與細胞內的蛋白質分子結構發生改變。當患者血液受到雷射光照射後，紅血球、白血球、血小板分別會有不同的功能變化，包括：紅血球可提升變形能力與攜氧能力；白血球細胞中的粒腺體產生更多能量，來調控有核細胞的發炎物質與血管擴張素，進而調節身體的免疫系統；並可降低血小板凝集性，改變血液的濃稠度與血液流速以促進血液循環。因此，臨床上對高血糖、高血脂、腦中風及心血管疾病病人而言，亦可做為藥物之外的輔助治療，亦可促進一般常見的傷口復原及組織修復、預防組織死亡、緩解慢性疾病的發炎反應及緩解神經痛等相關疾患的療效〔9〕。

根據研究，在急性中風後 24 小時，採用局部低能量雷射的非侵犯性之介入治療，可誘導神經細胞之生長及改善神經功能〔10〕，也會藉由調控肌肉纖維的功能，可以減少中風患者感覺異常的疼痛強度〔11〕。近年來，科學家亦分析了低能量靜脈雷射對於小鼠神經細胞和分子層面的基本機制，當低能量靜脈雷射光通過頭皮和頭骨，被大腦皮層的神經元粒線體呼吸鏈的細胞色素 c 氧化酶吸收，刺激線粒體活性提高 ROS、NO 和 ATP 訊號，激活轉錄因子 NF-kB 和 AP-1 並進入細胞核，產生一系列新的基因產物〔12,13〕。以動物模式研究亦指出有關低能量靜脈雷射的治療的最適化條件，採用 10 Hz 脈衝呈現最好的效果；至於波長，則以 660 和 810 nm 低能量靜脈雷射最具有有效性，而 732 和 980 nm 的波長範圍則無顯著效果。另外一項研究也針對處於亞急性階段的中風病人做連續 10 天，每天 1 小時低能量靜脈雷射的療程的研究，能有效改善腦部的局部循環〔14〕。

結論

現今醫療體系已逐漸邁入高科技時代，可提供民眾更新更完善的整體醫療品質及全方面的照護，而藉由低能量靜脈雷射進階治療，讓腦中風的患者有了新的復健治療選擇，但仍建議腦中風患者應找專業醫師評估與診斷，以尋求適合個人相關疾病的復健治療模式，方能改善生理系統之功能障礙。



參考文獻

1. Donnan GA, Fisher M, Macleod M, Davis SM: Stroke. *wwwthelancetcom* 2008, **371**:1612-1623.
2. Braun RD, Lanzen JL, Snyder SA, Dewhirst MW: Comparison of tumor and normal tissue oxygen tension measurements using OxyLite or microelectrodes in rodents. *American journal of physiology Heart and circulatory physiology* 2001, **280**(6):H2533-2544.
3. Green AR: Pharmacological approaches to acute ischaemic stroke: reperfusion certainly, neuroprotection possibly. *British journal of pharmacology* 2008, **153 Suppl 1**:S325-338.
4. Lipton P: Ischemic cell death in brain neurons. *Physiological reviews* 1999, **79**(4):1431-1568.
5. Warner DS, Sheng H, Batinic-Haberle I: Oxidants, antioxidants and the ischemic brain. *The Journal of experimental biology* 2004, **207**(Pt 18):3221-3231.
6. Lin HW, Lee EJ: Effects of melatonin in experimental stroke models in acute, sub-acute, and chronic stages. *Neuropsychiatric disease and treatment* 2009, **5**:157-162.
7. Lampl Y, Fleminger G, Gilad R, Galron R, Sarova-Pinhas I, Sokolovsky M: Endothelin in cerebrospinal fluid and plasma of patients in the early stage of ischemic stroke. *Stroke* 1997, **28**(10):1951-1955.
8. Huang SF, Tsai YA, Wu SB, Wei YH, Tsai PY, Chuang TY. Effects of intravascular laser irradiation of blood in mitochondria dysfunction and oxidative stress in adults with chronic spinal cord injury. *Photomed Laser Surg.* 2012 Oct;**30**(10):579-86. doi: 10.1089/pho.2012.3228. Epub 2012 Aug 14.
9. Cui Y, Guo Z, Zhao Y, Zheng Y, Qiao Y, Cai J, Liu S: Reactive effect of low intensity He-Ne laser upon damaged ultrastructure of human erythrocyte membrane in Fenton system by atomic force microscopy. *Acta biochimica et biophysica Sinica* 2007, **39**(7):484-489.
10. Oron A, Oron U, Chen J, Eilam A, Zhang C, Sadeh M, Lampl Y, Streeter J, DeTaboada L, Chopp M: Low-level laser therapy applied transcranially to rats after induction of stroke significantly reduces long-term neurological deficits. *Stroke* 2006, **37**(10):2620-2624.
11. das Neves MF, Dos Reis MC, de Andrade EA, Lima FP, Nicolau RA, Arisawa EA, Andrade AO, Lima MO: Effects of low-level laser therapy (LLLT 808 nm) on lower limb spastic muscle activity in chronic stroke patients. *Lasers in medical science*



2016, **31**(7):1293-1300.

12. Thunshelle C, Hamblin MR: Transcranial Low-Level Laser (Light) Therapy for Brain Injury. *Photomedicine and laser surgery* 2016, **34**(12):587-598.
13. de Freitas LF, Hamblin MR: Proposed Mechanisms of Photobiomodulation or Low-Level Light Therapy. *IEEE journal of selected topics in quantum electronics : a publication of the IEEE Lasers and Electro-optics Society* 2016, **22**(3).
14. Yang WH, Lin SP, Chang ST: Case report: Rapid improvement of crossed cerebellar diaschisis after intravascular laser irradiation of blood in a case of stroke. *Medicine* 2017, **96**(2):e5646.

通訊作者：張正強

聯絡地址：台北市內湖區成功路二段 325 號 復健醫學部

聯絡電話：02-87923311 ext 13782

E-mail：drdoc31146@gmail.com

受理日期：2019 年 11 月 15 日；接受日期：2019 年 11 月 28 日



血小板減少症的韓方治療淺解 -- 免疫性血小板減少症為主

梁珠勞

韓國慶熙叡堂韓醫院

摘要

免疫性血小板減少症 (Immune thrombocytopenia, ITP) 是既往稱特發性血小板減少性紫斑症 (Idiopathic thrombocytopenic purpura, ITP)。ITP 是最常見的出血性疾患，發病原因未詳而複雜機制引起的自家免疫性疾病。發病率為 5-10/10 萬，任何年齡可發，兒童與成人無差，男女發病率相近，可妊期女性發病率高于男性。ITP 的病因至今未明，其主要發病機轉是體液和細胞免疫媒介的血小板過度破壞和免疫媒介性巨核細胞的數及質異常。雖然西醫有 corticosteroids，脾臟切除術，rituximab，免疫抑制劑，TPO 受容體激動劑 (romiplostin, eltrombopag)，但效果不理想。韓醫學沒有 ITP 的病名，其臨床症狀有鼻衄、齒衄、舌衄、目衄、吐血、便血、尿血、膚衄、崩漏等出血，歸納于血證、發斑、肌衄、葡萄疫等範疇。傳統醫學的辨證類型有血熱、陰虛火旺、氣不攝血、瘀血內阻等。而現代醫學情況上大部分的病患先經西醫治療後接授傳統醫學治療，因需深層主意判斷。以下是幾例有關血小板減少症臨床參考證例報告而臨床例數不豐富，所以爲了成立理論還需要多種證例。

壹、ITP 之西醫治療

ITP 是沒有血小板減少的原因或其他症候群的血小板破壞 ($100 \times 10^9/L$ 以下)。其主要臨床表現是出血傾向但不一定有出血。西醫對 ITP 的第一線治療方法是 corticosteroids，免疫球蛋白注 (IVIG)，anti-D globulin。Corticosteroids 是最先治療方策，而病患有 corticosteroids 禁忌時免疫球蛋白注 (IVIG) 和 anti-D globulin 也會是第一線治療方策 [1-4]。如果第一線治療方法失敗即考慮脾臟切除術，rituximab，免疫抑制劑 (cyclophosphamide, azathioprine)，TPO 受容體激動劑 (romiplostin, eltrombopag) [5]。脾臟切除術是第一線治療方法沒有反應時最于先考慮治療法，而大部分病患不願意手術，因爲憂慮手術後的不良反應和失敗的報告 [6]。



貳、ITP 之韓醫治療

在傳統醫學的觀點 ITP 是血症、肌衄、虛勞、葡萄疫、發斑〔7-9〕。臨床辨證類型有血熱、陰虛火旺、氣不攝血、瘀血內阻等〔1〕。可用代表處方有銀翹敗毒散、犀角地黃湯、桂麻各半湯、四物湯、地骨皮飲、歸脾湯、加味逍遙散、聖愈湯、十全大補湯、左歸飲、右歸飲等等。而臨床治療時考慮從發病到韓方治療開始的經過時間、服用藥物、治療經過。在 ITP 治療上傳統醫學的或體質醫學的辨證手段大部分無法確定，只會參考病人的治療反應來判斷療效。所以決定治療方向前充分了解參考 ITP 的西醫基本病理，即血小板的自家免疫性破壞及血小板生性的數質異常。ITP 初發時常發見血小板關聯免疫球蛋白（PAIgG），但是過一段時間即不顯，所以臨床辨證時不能依據。實際上所被診斷 ITP（包括骨髓檢查）患者中偶有隱性自家免疫疾患或其他骨髓疾患（骨髓異形性證，再生不良性貧血，白血病等），這類病患的初期表現是血小板減少症。或有先被診斷為 ITP 而後變成其他骨髓疾患。所以治療中需持續觀察確認白血球分劃（WBC DC）。如果出現未成熟細胞，即改抑制骨髓的治法。

成人和小兒 ITP 病態有一些不一樣。小兒 ITP 是大部分屬外感後遺或其他感染後遺，可用銀翹敗毒散、地骨皮飲、麻桂各半湯、越婢湯等加減。效果不明時可變成肝血虛或氣血兩虛或腎陽虛，可合聖愈湯、十全大補湯、右歸飲加減。此時可有外感餘熱未盡，所以轉方初期黃芩、黃連、黃柏、連翹、銀花、白花蛇舌草等清熱解毒也維持高劑量，以後看經過慢慢減量。如已經過西醫治療長時間無效時即準成人型 ITP 治療法。成人 ITP 是已過長時間進行後被診斷的，所以患者沒有外感的表現，但是治療上不能省略癰疹內陷的可能性。常用處方是聖愈湯、一貫煎、大補陰丸、七寶美髯丹、左歸飲、十全大補湯、右歸飲。隨藥物反應來加減（只是血小板變化，不能依據患者主觀症狀變化）。一般境遇先從補氣生血抑血熱開始，以後依反應改方向。加減法是憂慮餘熱未盡時加三黃、銀花、連翹、玄蔘、白花蛇舌草等。屬血熱加地骨皮、丹皮、赤芍、紫草、紫花地丁，常用止血藥是仙鶴草、側柏葉、白茅根、槐花等。脾臟腫大時合龜甲煎元（脾臟不一定腫大而常需考慮）。服用類固醇時考慮腎陽虛合四逆或右歸，加鹿茸。

以下是幾例比較有效的關聯血小板減少症醫案。

參、有效醫案

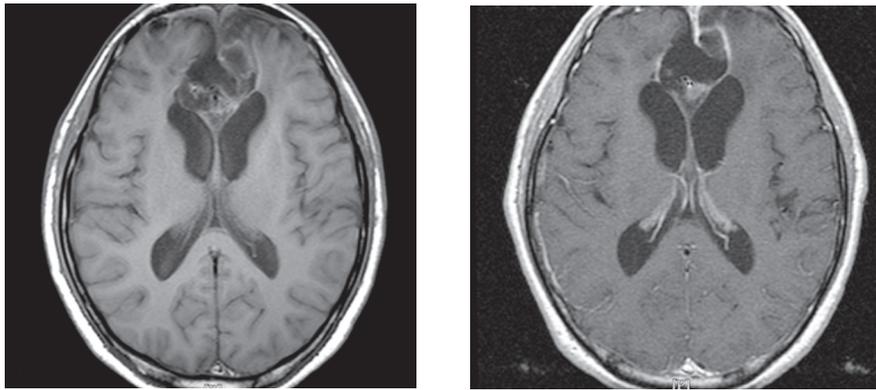
（化學療法後骨髓機能抑制，骨髓低形成性血小板減少症，小兒外感後 ITP，先 ITP 後 SLE，成人外感後血小板減少和類固醇副作用，成人慢性 ITP，成人純粹 ITP）



1. 抗癌化學療法後骨髓機能抑制(白血球，血小板低下)

49 歲，男子

患者因腦部寡樹突膠質細胞瘤 (Oligodendroglioma) 先手術後接受抗癌化學療法 (PCV: ACNU, CCNU, vincristine, procarbazine) 中 (2nd cycle 後) 白血球 2800 血小板 66k (6 萬 6 千/ μ l) 而暫停化療。服右歸飲加味方 (加入人參 12g) 15 天後白血球 3500 血小板 150k。再開化療後又骨髓機能抑制白血球 2400 血小板 30k。使用同一處方後白血球 6000 血小板 143k。以後進行韓方治療，安全終了化療。

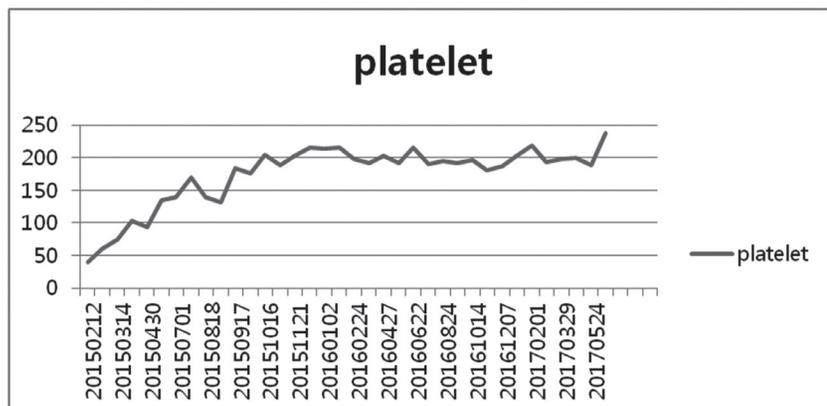


2. 骨髓低形成性血小板減少症 (amgakaryocytic thrombocytopenia)

22 歲，男子

診療日：2015 年 1 月 28 日

患者 2014 年 9 月入軍。在軍隊訓練中發生下肢紫斑症。當時國軍統合病院受診後轉大學病院骨髓檢查後確診。服免疫抑制劑 (cyclosporine 175mg 2T/d) 和 solondo (prednisolone 5mg 1T/d) 中血小板維持 20~30k。2 天前退院後轉來本院。證屬腎陽虛開右歸飲加減方 (人參 6g~30g、兔絲子 12g~30g、天雄 15g~30g、鹿茸 2g~9g、黃耆 30g~60g、骨碎補 30g)。服藥後血小板上升到 100k 前後時免疫抑制劑中斷，血小板 200k 時 solondo 中斷，1 年後開始韓藥中斷而總 2 年餘治療。現在中斷韓方治療已 2 年餘，每 3 個月追蹤觀察血小板維持 230k 前後。





3. 小兒外感後 ITP

3 歲，女子

診療日：2018 年 6 月 23 日

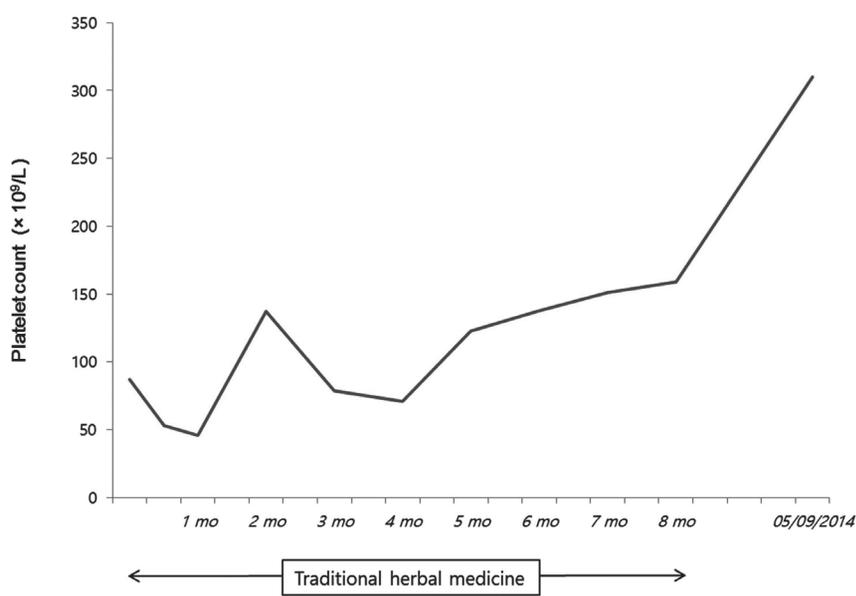
患者 4 天前兩手腕處發生多數米粒大紫斑，經過地域小兒科轉大學病院受診時血小板 9k。在病院打免疫球蛋白 (IVIG) 2 次。今日午前退院時血小板是 38k。患兒的父母急著查網路上的內容後轉來本院。這位患兒發病後至來診經過時間短，所以開桂麻各半湯加味方 (加青蒿、知母、地骨皮各 24g、黃芩、側柏葉各 30g，2 帖分 3 日服)。患兒開始韓方治療後又打免疫球蛋白 1 次。韓洋方結合治療後快速得到緩解。2018 年 7 月 10 日 380k。韓方治療持續到 2018 年 10 月末。2019 年 1 月 29 血小板是 410k。

4. 小兒外感後慢性 ITP

14 個月，女子

診療日：2012 年 11 月 3 日

患者 2012 年 8 月發生發熱及全身紫斑。經過地區小兒科轉入院大學病院。9 月 21 日大學病院診療時血小板是 4k。入院後被打 anti D globulin 血小板無反應。那之後被打 IVIG 即血小板上昇到 132k。退院後每周間隔檢查觀察，一直下降。10 月 29 日再入院 (當時血小板 20k) 又被打 IVIG 後退院。而昨天起患兒的肘關節周圍皮膚發生紫斑，所以轉來本院。患者已進入慢性期所以判斷肝血虛兼腎陽虛開聖愈湯加味方 (黃耆 30g~60g、天雄 12g~30g、乾薑 12g~24g、人蔘 18g~24g、鹿茸 2g~6g、黃芩 30g~15g、兔絲子 30g，1 帖服三天)。服藥總期間 8 個月。藥物中斷後 2014 年 5 月 9 日最終確認血小板 310k。





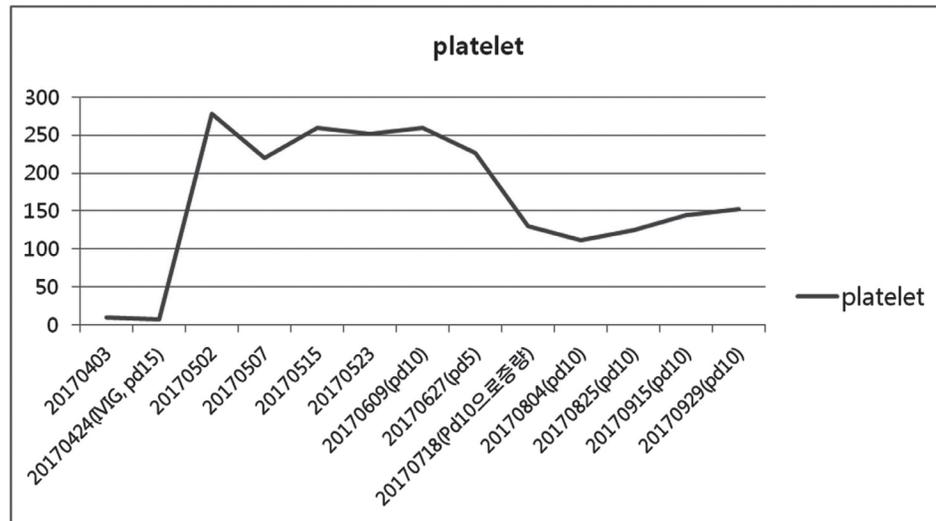
5. 先 ITP 後 SLE

15 歲，女子

診療日：2017 年 4 月 5 日

患者是住 Argentina 的韓國人。2016 年 1 月當地旅行中發生大量鼻衄血。當時在醫院 ITP 診斷（骨髓檢查正常）後類固醇，IVIG，Romiplostin 等治療，而血小板持續維持低水準。2016 年 12 月 26 日回韓國。回國 2 日後發生腦血管梗塞（但血小板 380k，因歸國 7 日前被打 Romiplostin 爲了預防意外事情）。2017 年 2 月 28 日退院後，今日來本院。來院當時症狀是右側上下肢弛緩性麻痺和 broca 失語而常可獨立步行。患者的血小板數是 2k。韓方治療同時勸服類固醇。準一般慢性 ITP 開聖愈湯加味方（黃芩 30g、青蒿、知母、地骨皮各 15g、天雄 6g~24g、乾薑 6g~24g、肉桂 9g、人參 4g~30g、鹿茸 4g），患者的血小板順利上昇。而 2017 年 6 月前額部發生濕疹樣紅斑。那後血小板開始急速下降。所以增量類固醇，把黃芩大量加味，而乾薑和附子各減量到 15g 後又安定。

規勸檢查 SLE 即 ANA=1:1280，C3/C4=139.7（70~150mg/dl）/36.1（10~35 mg/dl）。



6. 成人外感後血小板減少和類固醇副作用

26 歲，男子

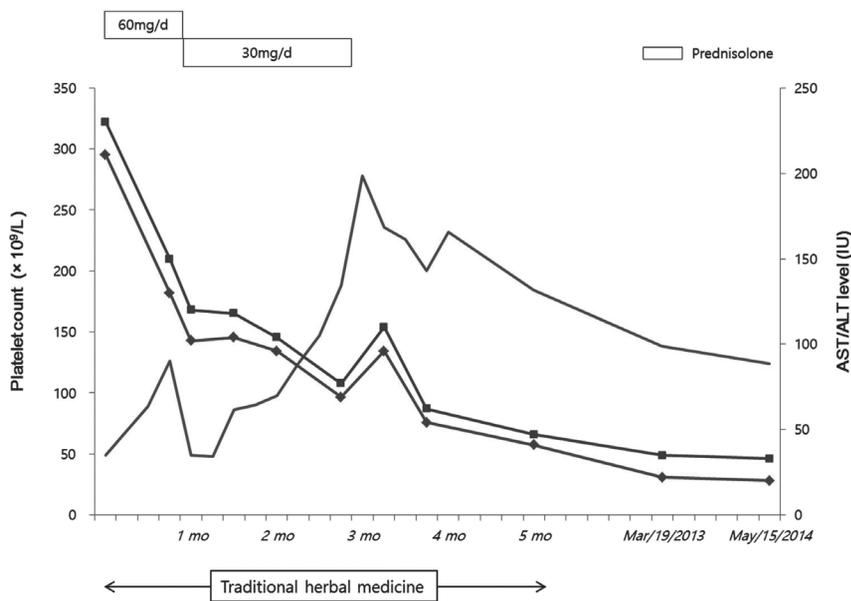
診療日：2011 年 8 月 5 日

患者是住 philipines 的韓國人。

2011 年 1 月發微熱後發紫斑，而經大型病院診斷爲 ITP。philipines 主治醫師開高用量類固醇（180mg/d）。來院當時服 prednisolone60mg/d，血小板 49k，AST/ALT=190/250。除了血小板減少症以外還有典型的類固醇副作用（lymphedema，



bull's hump, bone pain, LFT, folliculitis)。因腰痛太甚所以坐輪椅來診。勸他維持類固醇劑量，用補肝血兼補陽兼清肝解毒的聖愈湯加味方（天雄 3g~30g、乾薑 3g~24g、肉桂 6g~24g、黃芩 36g~15g、人蔘 3g~30g）。隨 AST/ALT 下降，把黃芩減量而增量天雄和肉桂。患者所有的西藥都中斷後到現在血小板維持 120k 以上。

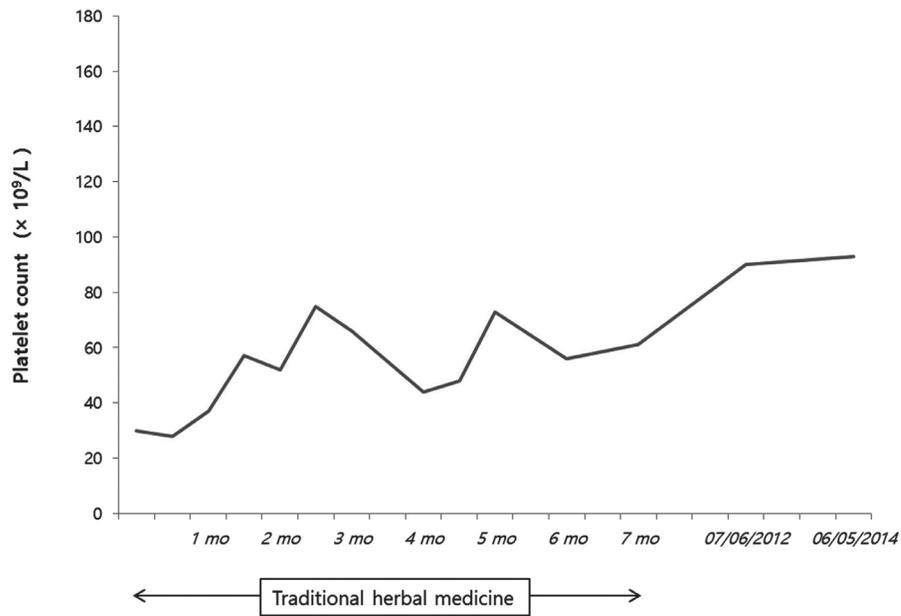


7. 成人慢性 ITP

18 歲，女子

診療日：2011 年 4 月 2 日

9 歲時發病而服類固醇幾個月後緩解。2009 年 1 月再發又服類固醇無效而發生脫毛，全身痛症，體重增加等副作用。以後其他韓方治療而無效。2011 年 2 月檢查時血小板 37k。今日來院，判斷一般的肝血虛，開聖愈湯加味方（天雄 4g~36g、乾薑 4g~36g、菟絲子 30g、山藥 30g、側柏葉 36g、艾葉 30g、人蔘 6g~18g、鹿茸 4g~12g）。治療終了後到現在血小板維持 100~120k。

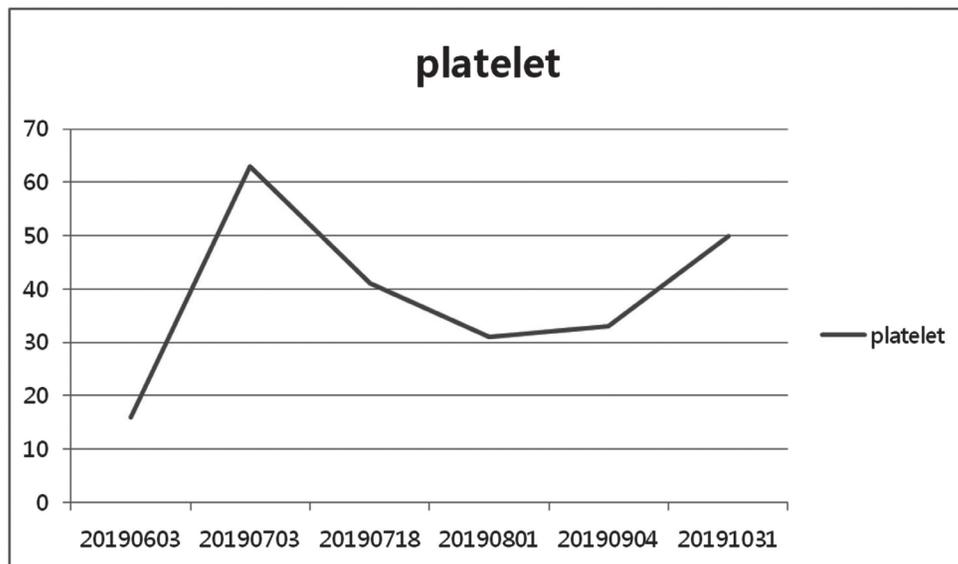


8. 成人純粹 ITP

1966 年生，男子

診療日：2019 年 6 月 3 日

2019 年 3 月定期檢診中發現血小板 54000。在過 10 天後再檢查是 24000。2019 年 4 月 17 日檢查 30000。患者自述去年秋天起發生下肢紫斑。2019 年 6 月 3 日檢查結果 16000。大學病院開 solondo (prednisolone) 60mg/d，而患者不願服藥轉來本院。患者除了血小板減少以外無其他異常。開聖愈湯加味方(黃芩 30g、赤芍、丹皮、紫草各 18g、天雄、肉桂各 9g、龍骨、牡蠣、代赭石各 24g)。現在也治療觀察中。





肆、結論

免疫性或原發性血小板減少症是血小板的破壞亢進和妨礙生產為特徵的血小板抗體媒介的自家免疫疾患^{〔10,11〕}。發病率是每年兒童 1.9~6.4 名 /10 萬，成人 3.3 名 /10 萬^{〔24〕}。發病兒童之 2/3 會第一線治療後完全治癒，而 1/3 會進展成慢性 ITP^{〔12,13〕}。成人 ITP 是第一線治療後大部分 1 年內再發。第二線治療對策有脾臟切除，rituximab，免疫抑制劑（cyclophosphamide，azathioprine），TPO 受容體激動劑（romiplostin，eltrombopag）。在韓國有幾種標準治療，大部分患者被血液腫瘤科學者診斷後伴隨骨髓檢查。類固醇是常用第一線治療法，脾臟切除是第一線治療失敗後實行^{〔14,15〕}。主要治療目標是為預防出血維持血小板數不是正常化血小板數。血小板數 30k 以下是可發生大部分危險出血。如果沒有肉體的勞動（木工或農業從事者等），血小板數 30k 以上是被認為安全範圍內^{〔16-18〕}。

在傳統醫學中血小板減少症屬血證、發斑、肌衄、葡萄疫等範疇。其臨床辨證有血熱妄行、陰虛火旺、氣不攝血、脾腎兩虛等。急性期屬血熱、外感風熱兼餘熱未盡，急性期和慢性期中間屬血熱兼肝血虛、或肝血虛兼餘熱未盡，慢性期屬肝血虛、肝血虛兼腎陽虛、氣血兩虛、腎陽虛。依據辨證論治開處方，隨證加減。

本文報告總八個病例，其中間有一連處方觀念。第 1，第 2 有骨髓造血機能抑制或損傷的明顯根據。第 3 到第 8 是沒有明確辨證根據而只是要類推。ITP 是免疫媒介炎症性疾病，傳統中醫治療首先考慮是血熱。而現在臨床醫學狀況來看，願意傳統醫學治療患者大部分已經過西醫標準治療，所以一般的血熱不多。或兼肝血虛，或兼肝血虛和腎陽虛等。即血小板減少症大部分是寒熱夾雜類型。又有辨證時除了血小板低下以外沒有參考血檢特徵，這是治療難點。隨然獲得比較的良好結果而還沒有傳統醫學治療準則。

結論是傳統醫學對西醫治療效果不彰或慢性 ITP 可提示協同輔助治療法。將來為了評價傳統醫學治療效果還需要二重盲檢等其他研究。

參考文獻

1. 孫偉正等. 中醫血液病學. 中華人民共和國. 人民衛生出版社. pp. 2017. 267-284.
2. D.B. Cines and V.S. Blanchette. "Immune Thrombocytopenic Purpura," *New England Journal of Medicine*, vol. 346, no. 13, pp. 995-1008.
3. A. Cuker and D.B. Cines. "Immune Thrombocytopenia," *ASH Education Program Book*, vol. 2010, no. 1, pp. 377-384.



4. F. Rodeghiero and M. Ruggeri. "ITP and international guidelines: What do we know, what do we need?" *La Presse Médicale*, vol. 43, no. 4, pp. e61-e67.
5. C. Nakaseko, N. Shimizu, E. Sakaida, et al. "Partial Splenic Embolization For The Treatment Of Steroid-Resistant Chronic Idiopathic Thrombocytopenic Purpura," *Blood*, vol. 122, no. 21, pp. 3543-3543.
6. C. Balagué, S. Vela, E. Targarona, et al. "Predictive factors for successful laparoscopic splenectomy in immune thrombocytopenic purpura," *Surgical Endoscopy And Other Interventional Techniques*, vol. 20, no. 8, pp. 1208-1213.
7. Z.-z. CHU, N. LI, X.-y. CHEN, J.-h. FENG, Z.-x. HUANG, and L.-m. XU. "Probe into Chinese medicine treatment of idiopathic thrombocytopenic purpura [J]," *China Journal of Traditional Chinese Medicine and Pharmacy*, vol. 5, p. 038.
8. W.P.L. Xin. "Clinical observation on traditional Chinese medicine syndrome differentiation and treatment in chronic idiopathic thrombocytopenic purpura," *Modern Journal of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine*, vol. 22, no. 33, pp. 3657-3659.
9. Z. CHEN, W. DAI, T. YU, H. YANG, and Y. CHEN. "Clinical Observation on Therapy of Dispelling Wind, Cooling Blood and Tonifying Kidney for Refractory Idiopathic Thrombocytopenic Purpura [J]," *Journal of Guangzhou University of Traditional Chinese Medicine*, vol. 6, p. 00
10. E. Lo and S. Deane. "Diagnosis and classification of immune-mediated thrombocytopenia," *Autoimmunity reviews*, vol. 13, no. 4, pp. 577-583.
11. D.B. Cines, J.B. Bussel, H.A. Liebman, and E.T. Luning Prak. "The ITP syndrome: pathogenic and clinical diversity," *Blood*, vol. 113, no. 26, pp. 6511-6521.
12. T. Kühne, P. Imbach, P.H.B. Bolton-Maggs, W. Berchtold, V. Blanchette, and G.R. Buchanan. "Newly diagnosed idiopathic thrombocytopenic purpura in childhood: an observational study," *The Lancet*, vol. 358, no. 9299, pp. 2122-2125.
13. V. Blanchette and P. Bolton-Maggs. "Childhood immune thrombocytopenic purpura: diagnosis and management," *Pediatric Clinics of North America*, vol. 55, no. 2, pp. 393-420.
14. S. Kyung Soon, L. Jung Lim, C. Sun Joo, et al. "Long-term Observation of 87 Cases with Chronic Idiopathic Thrombocytopenic Purpura in Adult," *The Korean journal of hematology*, vol. 35, no. 3, pp. 233-240.
15. L. Heng, P. Caguioa, N. Chin, et al. "Chronic adult primary immune thrombocytopenia (ITP) in the Asia-Pacific region," *International Journal of Hematology*, vol. 94, no. 2, pp. 142-149.



16. S. Cortelazzo, G. Finazzi, M. Buelli, A. Molteni, P. Viero, and T. Barbui. "High risk of severe bleeding in aged patients with chronic idiopathic thrombocytopenic purpura," *Blood*, vol. 77, no. 1, pp. 31-33.
17. Y.C. Cohen, B. Djulbegovic, O. Shamai-Lubovitz, and B. Mozes. "The bleeding risk and natural history of idiopathic thrombocytopenic purpura in patients with persistent low platelet counts," *Archives of internal medicine*, vol. 160, no. 11, pp. 1630-1638.
18. R. Stasi. "Immune thrombocytopenic purpura: the treatment paradigm," *European Journal of Haematology*, vol. 82, pp. 13-19.

通訊作者：梁珠勞

聯絡地址：Kyunghee Yedang Oriental Medical Clinic, 412, dreampia B/D, 958-1 Yeongtong-dong, Yeongtong-Gu, Suwon-si, Kyonggi-Do, Republic of Korea

聯絡電話：+82-31-202-2662

E-mail：kkals@hanmail.net

受理日期：2019年11月19日；接受日期：2019年12月3日



骨骼肌癱瘓無力的中醫證病合辨治療探討

簡鸞瑤¹、李政育²、鄭淑鎂³

¹ 劉桂蘭中醫診所 / 同心堂中醫診所

² 育生中醫診所

³ 培真中醫診所

摘要

骨骼肌癱瘓無力為骨骼肌活動能力的減低或消失，包含肌張力異常與肌肉收縮時產生無力感兩類型，前者多因神經系統調控失常所致，後者則主要受神經作用程度與肌纖維數目多寡之影響。出現這些症狀的疾病，與中醫學理所論述的「痿」證相當，泛指肌膚枯萎，筋骨關節弛緩、四肢痿弱無力，舉動不能的一類病證。

中醫採辨證論治，所謂「證」為疾病進展過程中相類的臨床表現之統稱，若加上「辨病」與「辨病性病理」即為中西結合之中醫「證病合辨」療法，整合中醫學理與現代醫學對生理，及疾病的病因、病理之微觀認識，將可更靈活發揮中醫「有是證，用是藥」的治療精神。

本文除回顧中醫古籍對痿證的深刻認識與治則方藥外，也簡要歸納現代醫學認為造成骨骼肌癱瘓無力的可能原因、疾病機轉與預後發展，再依證病合辨討論幾種表現痿證的常見疾病之中醫治療，最後舉五個源於不同原因導致骨骼肌癱瘓無力的病案，以呼應證病合辨的必要性與療效性，期供同道臨診參酌之。

關鍵詞：痿證、肌無力、證病合辨、骨骼肌癱瘓無力、神經肌肉疾病

壹、前言

在臨床上經常會遇到主訴「肌無力」的病患，醫者必須先透過望聞問切 --- 仔細問診、觸診查看肌肉無力分佈情形、依舌脈症象細審寒熱淺深，必要時需參考理學檢查與實驗室檢查結果，目的除仔細斟酌病情的虛實緩急外，也可對病因、病位與病勢更加瞭然於心，務期盡可能釐清病患的肌肉癱瘓無力究竟是由於神經肌肉系統的某種損傷病變所造成，還是因為心肺疾病、關節疾病、貧血、身心症、慢性或久病不癒所出現的虛弱無力症狀？以求診治療效之最大化。

在治療過程中可發現「異病有同證」、「同病有異證」、「一病有數證」屢見不



鮮，因此本文以中西醫結合之證病合辨療法來探討骨骼肌癱瘓無力，亦即結合中醫「辨證」論治之橫向思維，與「辨病」之縱向微觀，及「辨病性病理」之方向原則，不拘泥孰輕孰重，惟統整診療所得資訊以靈活用藥。

貳、骨骼肌癱瘓無力的中醫學理回顧

與骨骼肌癱瘓無力有關的病證，大致相當於中醫的「痿」、「五軟」、「體墮」等範疇，症象表現為肌膚枯萎、筋骨關節弛緩、四肢痿弱無力，甚而舉動不能。

劉完素《素問玄機原病式》

「痿，謂手足痿弱，無力以運也」

張子和《儒門事親》

「四末之疾，動而或瘳者為風，不仁或痛者為痺，弱而不用者為痿，逆而寒熱者為厥。」

王肯堂《證治準繩》

「痿者，手足痿軟而無力，百節緩縱而不收也。」

《張氏醫通·嬰兒門》

「頭、項、手、足、身軟，是名五軟。」

《保嬰撮要·五軟》

「五軟者，頭項、手、足、肉、口是也。」

《嬰童百問·五軟》

「五軟者，頭軟、項軟、手軟、腳軟、肉軟是也。」

《靈樞·寒熱病》

「身有所傷，血出多及中風寒，若有所墮墜，四肢懈惰不收，名曰體墮。」

中醫古籍對這類病證或疾病的病因探討相當豐富，《皇帝內經》首先提出五臟內熱皆可導致不同之痿，有皮痿、脈痿、筋痿、肉痿、骨痿。

《素問·痿論》

「肺熱葉焦，則皮毛虛弱，急薄，著則生痿躄也。」

心氣熱，則下脈厥而上，上則下脈虛，虛則生脈痿，樞折挈，脛縱而不任地也。

肝氣熱，則膽泄口苦，筋膜幹，筋膜幹則筋急而攣，發為筋痿。

脾氣熱，則胃幹而渴，肌肉不仁，發為肉痿。

腎氣熱，則腰脊不舉，骨枯而髓減，發為骨痿。」

除五臟內熱之外，導致痿證的原因可歸納為先天不足、脾虛、七情勞色所傷、飲食勞倦所傷、六淫所傷以及外傷出血過多。無論源於內因或外因，一旦營衛、精血、脾胃系統的功能受損，導致肌肉筋脈得不到溫煦與營養，就可能出現肢體弛緩、軟弱無力，甚至日久不用而引起肌肉萎縮或癱瘓。



一、先天不足

《張氏醫通·嬰兒門》

「皆胎弱也，良由父母精血不足，腎氣虛弱，不能榮養而然。」

《活幼心書·五軟》

「良由父精不足，母血素衰而得。」

《保嬰撮要·五軟》

「因稟五臟之氣虛弱，不能滋養充達。」

二、脾虛

《素問·太陰陽明論》

「脾病而四支不用，何也。歧伯曰：四支皆稟氣於胃，而不得至經，必因於脾，乃得稟也。今脾病不能為胃行其津液，四支不得稟水穀氣，氣日以衰，脈道不利，筋骨肌肉，皆無氣以生，故不用焉。」

《醫宗必讀·痿》

「陽明者胃也，主納水谷，化精微以資養表里，故為五臟六腑之海，而下潤宗筋，…，主束骨而利機關。」

「陽明虛則血氣少，不能潤養宗筋，故弛縱；宗筋縱則帶脈不能收引，故足痿不用。」

《素問·藏氣法時論》

「脾病者，身重善肌肉痿，足不收，行善痠，腳下痛，虛則腹滿腸鳴，殮泄食不化，取其經，太陰陽明少陰血者。」

三、七情、勞色所傷

《靈樞·本神篇》

「恐懼而不解則精傷，精傷則骨酸痿厥，精時自下。」

《證治彙補》

「惟喜怒勞色、五內虛耗、使皮膚血脈肌肉筋膜骨髓，無以運養，故致痿。」

張介賓《景岳全書·雜證謨·痿症》

「元氣敗傷，則精虛不能灌溉，血虛不能營養者，亦不少矣。」

陳無擇《三因方·五痿序論》

「夫人身之有皮毛、血脈、筋膜、肌肉、骨髓以成形，內則有肝、心、脾、肺、腎以主之，若隨情妄用，喜怒不節，勞佚兼併，致內臟精血虛耗，榮衛失度，發為寒熱，使皮血、筋骨、肌肉痿弱，無力以運動，故致痿躄。狀與柔風腳弱皆相類，以脈證並所因別之，不可混濫。柔風腳氣，皆外所因；痿躄則屬內臟氣不足之所為也。」



「柔風腳氣，皆外因風寒，正氣與邪氣相搏，故作腫苦痛，為邪實；痿由五內不足之所致，但不任用，亦無痛楚，此血氣之虛也。」

《儒門事親·指風痺痿厥近世差玄說》

「痿之為狀，…由腎水不能勝心火，…腎主兩足，故骨髓衰竭，由使內太過而致然。」

四、飲食、勞倦所傷

陳士鐸《辨證錄·痿症》

「素常貪色，加之行役勞瘁，傷骨動火，復又行房鼓勇大戰，遂至兩足痿弱，立則腿顫，行則膝痛，臥床不起，然頗能健飯易消，人以爲食消之症也，誰知是腎火之盛，引動胃火以成腎痿乎。」

「人有好酒，久坐腰痛，漸次痛及右腹，又及右腳，又延及右手，不能行動，已而齒痛，人以爲賊風之侵體也，誰知是痿症乎。」

五、六淫所傷

《素問·生氣通天論》

「因於濕，首如裹，濕熱不攘，大筋縲短，小筋弛長，縲短爲拘，弛長爲痿。」

《素問·痿論》

「有漸於濕，以水爲事，若有所留，居處相濕，肌肉濡漬，痺而不仁，發爲肉痿。」

李用粹《證治彙補》

「內熱成痿，此論病之本也，若有感發，必因所挾而致，有濕熱者，有濕痰者，有氣虛者，有血虛者，有陰虛者，有死血者，有食積妨礙升降道路者，當明辨之。」

朱丹溪《丹溪治法心要·痿》

「有熱、濕痰、血虛、氣虛。」「亦有死血者，亦有食積妨礙不得降者。」「肺傷則不能管攝一身，脾傷則四肢不能爲用，而諸痿作矣。」

六、外傷

《靈樞·寒熱病》

「身有所傷，血出多及中風寒，若有所墮墜，四肢懈惰不收，名曰體惰。取其小腹臍下三結交。三結交者，陽明太陰也，臍下三寸關元也。」

中醫古籍對痿證的治則與方藥探討很多。《素問·痿論》開宗明義提及「治痿者獨取陽明」，並透過榮穴、俞穴調虛實、和逆順；朱丹溪則主張養血清金，以養肺氣爲主，而且需注意清淡飲食；王清任、李用粹、張介賓、陳士鐸雖分別有所主張，但不外以下幾類：氣虛者首重陽明，但需佐以瀉火之品；內熱血虛者需先



復其胃氣，不可久用寒涼；陰虛者需補養肝腎；濕熱者可暫行清涼攻下。

可見與肌肉癱瘓無力相關的臟腑主要為脾、胃、肝、腎。脾主肌肉與四肢，脾陽不足則生化之源缺乏，氣血相生不足，脾腎兩虛故神疲畏寒、肢冷、頭暈眼花、肌肉失養、四肢不用、痿躄震顫；腎藏精為先天之本，主骨生髓充腦，若先天腎精虧虛則無以充髓實腦，或因於後天失養，久病及腎，亦可致髓海空虛。茲將歷代醫家對於「痿」證治則整理如表一、痿證證型與治療方藥整理如表二：

表一、古代中醫痿證治則總表

《素問·痿論》	治痿者獨取陽明。各補其榮，而通其俞，調其虛實，和其逆順，筋脈骨肉，各以其時受月，則病已矣。
朱丹溪	專主養肺氣，養血清金，不可作風治。瀉南方、補北方。但患痿之人，若不淡薄食味，吾知其必不安全也。
王清任	以清涼攻下之藥，治濕熱腿疼痺症則可，治痿症則不相宜。
李用粹	古人治痿，首重陽明，此為氣虛者立法也。 腎主骨而藏精，肝主筋而藏血，補養腎肝，此為陰虛者立法也。 食少肌瘦，或泄瀉者，雖有內熱血虛之症，必以芳香甘溫之品，先復胃氣為主，蓋胃為萬物之母，資生氣血之鄉，飲食進而痿弱自健，若拘于瀉南補北之說，久任寒涼，則穀氣益衰，四末益枯矣。
張介賓	若概從火論，則恐真陽虧敗，及土衰水涸者，有不能堪，故當酌寒熱之淺深，審虛實之緩急，以施治療，庶得治痿之全矣。
陳士鐸	大補腎水以制陽光；專治陽明以生胃氣，佐之瀉火之品。

表二、古代中醫痿證證型與方藥總表

丹溪心法	濕熱	東垣健步丸，加芩、柏、蒼朮
	濕痰	二陳湯加蒼朮、白朮、芩、柏、薑汁、竹瀝
	血虛	四物湯加芩、柏、蒼朮，下補陰丸
	氣虛	四君子湯加芩、柏、蒼朮
	壯人痿，涼膈散；老人並虛人痿，八味丸。 大補丸去腎經火，燥下焦濕，治筋骨軟。 氣虛用補氣藥下，血虛補血藥下，並不單用。	



景岳全書	濕熱，脈洪滑而證多煩熱者	二妙散加減
	陰虛兼熱	加味四物湯、虎脛骨丸、丹溪補陰丹、滋陰八味丸
	腎水、肝血不足而無火證	鹿角膠丸、加味四斤丸、八味地黃丸、金剛丸
	陰虛無濕，或多汗	不宜輕用蒼朮（痿證最忌散表、傷陰也）
證治匯補	血虛	四物湯，加牛膝、秦艽、杜仲、獨活 有火者，加黃柏、知母 有瘀血者加桃仁、紅花、丹皮、牛膝、元胡
	氣虛	四君子湯
	虛熱	補中益氣湯加蒼朮、黃柏、白芍、茯苓
	腎虛	地黃丸或丹溪補陰丸 虛熱者，虎潛丸；虛寒者，還少丹加鹿茸
	食積痿	二陳湯，加神麴、山楂、麥芽、枳實
	濕痰痿	二陳湯，加蒼朮、白朮、薑汁、竹瀝
	痰火痿	二陳湯，加芩、梔子，或柏、竹瀝
	濕熱痿	東垣健步丸、清燥湯
	膏粱壅熱	承氣湯
雜病心法	胃有濕痰	控涎丹
	濕熱	小胃丹；兩足痿軟熱難當，加味二妙散；時令濕熱，清燥湯；陰虛濕熱，虎潛丸
	積熱	三承氣湯
	久病氣血虛	十全大補湯
	筋骨痿軟	加味金剛丸
辨證錄	腎痿	起痿降火湯
	兼濕、兼熱	釋痛湯

參、骨骼肌癱瘓無力的中醫辨證

由以上古籍歸納與臨床治療心得，筆者歸納導致骨骼肌癱瘓無力者，常見有以下六類證型：脾胃氣虛、肝腎虛損、氣血兩虛、肺熱津傷、濕熱浸淫、血瘀



阻絡。

脾胃氣虛者，源於素體脾胃虛弱或久病成虛，使受納功能失常，氣血津液生化之源不足，無以濡養五臟；使運化功能失常，以致筋骨失養，關節不利，肌肉瘦削，肢體痿弱不用，同時也是此類型兼見濕熱內滯、痰濕不化之原因。臨床症見四肢軟弱無力，漸至緩縱不收，肌肉枯萎瘦削伴見神疲乏力，食少便溏，面目虛浮無華，舌淡胖，脈沈細或沈弱。

肝腎虛損者，多因素來腎虛，溫煦不充，或加之房色、勞役太過，傷本損精；或加之七情過極，火起於內，腎水虛不能制約，以致火燄肺金，肺失制節，不能輸布津液以潤澤五臟，遂致四肢筋脈失養，痿弱不用。臨床症見一側或雙側下肢感覺障礙或感覺消失，漸至下肢痿廢不用，腰脊酸軟，頭暈耳鳴，遺精滑泄，或月經不調，舌淡紅少苔，脈沈細數。

氣血兩虛者，為素來體虛或久病不癒，氣虛不能生血或血虛無以化氣，遂致四肢筋脈失養，痿弱不用，甚則氣虛血瘀、氣不攝血亦常兼而有之。臨床症見頭暈目眩，少氣懶言，自汗，肢體乏力、肌肉消瘦，面色淡白或萎黃，心悸失眠，舌淡而嫩，苔薄白，脈細弱。

肺熱津傷者，為感受溫熱毒邪後，高熱不退，或病後餘熱未盡，導致津傷氣耗，濡養不足，肺熱葉焦不能輸布津液以潤澤五臟，遂致四肢筋脈失養，痿弱不用。臨床症見發熱或熱退後突然肢體軟弱無力，皮膚枯燥，心煩口渴，咽乾咳少痰，小便短赤，大便秘結，舌紅苔黃，脈細數。

濕熱浸淫者，可能久處濕地，或冒雨露，濕邪浸淫經脈中，使營衛運行受阻，郁遏生熱，久則氣血運行不利，筋脈肌肉失於濡養而弛縱不收；或因飲食不節，如過食肥甘，或嗜酒，或多食辛辣，損傷脾胃而內生濕熱，阻礙運化，導致脾失健運、筋脈肌肉失養而致痿病。初發時臨床症見四肢感覺異常，繼而手足無力，以下肢較多見，肢體困重麻木，胸脘痞悶，大便粘濁，小便赤澀，舌黃厚膩，脈滑數而濡。

血瘀阻絡者，可為原發性或繼發性夾雜表現，如情志不遂或外邪侵擾，導致肝失疏泄、氣機與血行不暢而致四肢筋脈失養為氣滯血瘀型；若素體氣虛或久病，氣血運行無力，血行瘀滯而致四肢筋脈失養為氣虛血瘀型；亦有寒熱六淫或創傷所致血寒、血熱、出血，使血行不暢或出血未能消散之外因血瘀型。臨床症見四肢軟弱無力，或麻木不仁，筋脈抽掣，甚則枯萎不用，四肢脈絡青澀，舌紫唇暗，或舌淡暗有瘀斑，脈沈澀。

肆、骨骼肌癱瘓無力的生理與病理

人體的 600 多塊骨骼肌佔體重的 40%，每塊肌肉都是由縱向排列的肌纖維聚



集而成的肌束所組成，肌纖維（肌細胞）外被肌膜，膜上的終板與神經末梢構成神經肌肉突觸，負責神經肌肉的興奮傳遞功能，我們日常生活所需的各種動作得以順暢完成，有賴神經與肌肉兩系統間的協調合作。

骨骼肌同時也是內分泌器官，其分泌的活性物質可調節肌纖維本身的生長、代謝和運動功能，並以血液循環內分泌的方式調節自身與其他遠隔器官組織間的功能〔1〕，對於運動系統疾病和某些全身性疾病的發病機轉舉足輕重。本文僅從運動系統相關疾病切入討論。

骨骼肌癱瘓無力為肌張力不足（弛緩性癱瘓）伴隨肌纖維無力。若損傷或病變部位在運動皮質或錐體束，稱為中樞性，表現為廣泛性肌無力；若損傷部位在腦幹下運動神經元、脊髓前角細胞以及這些神經元的軸突連結骨骼肌之前的通路，稱為周邊性，因為失去了神經的營養性作用，此類的肌肉萎縮較為明顯，表現為局限性的遠端肌肉無力；若因肌纖維損傷或神經肌肉接合疾病所致肌肉癱瘓無力，屬於肌源性無力，多表現為近端肌肉無力。各種損傷或病變定位與相關表現之鑑別可彙整如表三。

表三、損傷或病變定位之鑑別

	中樞性	周邊性	肌源性
肌肉萎縮	無	明顯	輕度
肌肉顫動	無	通常有	無
肌張力	痙攣性	降低	正常或降低
肌無力分佈	廣泛性	遠端 / 侷限性	近端
肌腱反射	亢進	低下或消失	正常或低下
Babinski 徵象	陽性	陰性	陰性

自腦部運動皮質起，通過皮質脊髓束、前角細胞、脊神經根、周邊神經、神經肌肉接合處，最後來到肌肉，整個過程中出現足以影響神經傳遞與肌肉分泌與條件的任何狀況，都會導致骨骼肌癱瘓無力，上運動神經元性的偏向痙攣性癱瘓，下運動神經元性與肌源性的偏向弛緩性癱瘓。病因包括機體表裡內外的各種因素，如：遺傳基因缺陷、發炎性、腫瘤性、缺血缺氧性、藥品毒素性、代謝性等；其中參與病理機轉者包含神經元、神經纖維、傳導介質、離子與離子通道，內傷疾病、過勞或過少使用所造成的失用性癱瘓無力，為骨骼肌本身質量的改變。

以下依中樞性、周邊性、肌源性之損傷或病變部位，分別闡述致病因素導致骨骼肌癱瘓無力的疾病類別（如表四）。



一、中樞性

常見於梗塞性或出血性腦中風後遺、腦瘤等佔位性病變、腦膜炎或腦膿瘍等感染、腦白質營養性萎縮與維生素 B12 缺乏症等疾病以及腦外傷。急性期會出現腦水腫、腦幹缺氧、腦實質性損傷等，接連因腦細胞缺血壞死、神經系統損傷或離子代謝失調而導致骨骼肌癱瘓無力。

表四、各種導致肌肉癱瘓無力的疾病—依病因與病位分類

分類	病變部位與疾病例舉		
	中樞性	周邊性（含前角細胞）	肌源性
遺傳性	腦發育不全 腦性麻痺	脊柱肌肉萎縮 腓骨肌肉萎縮	重症肌無力 肌肉失養症
發炎症 免疫性 傳染性	腦中風 血管瘤破裂 腦膿瘍 挫傷初期	肌萎縮側索硬化症 多發性硬化症 脊髓灰質炎 GBS 麻風 HIV 等病毒感染 挫傷初期	重症肌無力 肉毒桿菌中毒 多發性肌炎 皮炎 HIV 等病毒等感染
腫瘤性	腦瘤 顱內高壓神經損傷	副癌綜合症候群 腫瘤侵犯及浸潤性相應神經損傷 骨髓瘤 澱粉樣沈澱	LEMS 惡性相關性肌炎
藥毒性	輻射損傷	鉛中毒 癌症化療藥物	有機磷中毒 類固醇副作用 解痙藥副作用
代謝性	維生素 B12 缺乏症 甲狀腺疾病（甲亢性 / 甲低性） 糖尿病（高血糖性 / 低血糖性） 週期性麻痺（低血鉀 / 高血鉀 / 正常血鉀）		

註：GBS = Guillain-barré 症候群；LEMS = Lambert-Eaton 症候群；HIV = 人類免疫缺乏病毒

二、周邊性

脊髓前角細胞損傷最具代表性的兩種疾病為家族性脊柱肌肉萎縮與脊髓灰質炎（小兒麻痺），前者為隱性遺傳疾病，前角運動神經元會出現漸進性退化，後者為受到脊髓灰質炎病毒感染消化系統並通過血液傳播而發病，進而形成肌肉痿軟



無力、萎縮。

周邊神經系統的病變可分為多發性神經病變與單神經病變。多發性神經病變是糖尿病常見的後遺症，除骨骼肌痿軟無力還伴有感覺異常，其他如鉛中毒、代謝性損傷也是神經細胞損傷的可能原因。單神經病變是指單一神經受壓的病症，如腕隧道症候群、尺神經或橈神經損傷等，此類僅有神經症狀，肌肉不會萎縮。偶而也有單神經病多發的現象，即不對稱多發性神經病，此屬糖尿病或血管炎性神經病的範疇內。

神經損害除急性期直接造成神經脫髓鞘、神經細胞死亡外，也會因為血腫、水腫的壓迫，造成慢性缺血、缺氧而凋亡，產生一連串神經退化及萎縮、神經功能缺損終致肢體失能，可分為四肢癱、偏癱、截癱、單肢癱〔2〕。

三、肌源性

肌源性無力的產生主要是因為肌原纖維結構的破壞、斷裂或變性，使得肌細胞質量改變、內外離子分泌異常，而運動單位內啟動的肌纖維數目減少、收縮力量隨之下降所致，如近端肌肉無力的肌肉失養症，或伴隨皮疹、間質性肺病、多關節炎、雷諾現象的肌肉炎性疾病，如多發性肌炎、皮肌炎。肌力減弱呈緩慢持續進展者，為進行性肌肉失養症；若肌力衰弱在短時間內達到高峰，並常見復發與緩解交替者，為多發性肌炎或皮肌炎；另有發作型的肌肉軟癱無力則為週期性麻痺。

常見的流感病毒、柯薩奇病毒、腺病毒等，都可能引發急性肌炎，感染初期首先出現發燒現象，一兩天後突然兩腿痿軟痠痛甚至無法走路，若檢驗血液會看到肌酸酐指數大幅升高，此即為「病毒性感染合併急性肌炎」，可能是病毒直接侵犯引起肌肉發炎，或是病毒分泌的酵素與毒素、代謝廢物干擾了神經傳導與離子代謝所致；副流感病毒、愛滋病毒、埃可病毒雖較少出現急性肌炎，但代謝廢物也會對神經傳導造成一定程度的干擾，如肌膜通透異常就會造成鈉、鉀離子濃度在肌膜內外失衡，使終板電位暫時不能發生，即週期性麻痺；另外，有些糖原累積病、甲亢性肌病、溶酶體肌症等，皆會使肌質網內鈣離子轉運不良而致肌肉弛緩時間延長。

近端型肌肉無力多見於肌肉疾患，遠端型骨骼肌的對稱性無力，則是早期運動神經元疾病或周邊神經病變的特徵。如果存在上運動神經元損傷徵象而神志清楚者，通常從頸部 MRI 檢查開始，如果肌無力是下運動神經元或肌源性，或不確定病位所在，則需進行肌酶和電解質等血液學檢查，並搭配肌電圖和神經傳導速度之測定。

在神經與肌肉接合處有突觸，突觸前膜病變如 LEMS 症 (藍伯 - 伊頓肌無力症 / Lambert-Eaton myasthenic syndrome)、肉毒桿菌中毒，突觸間隙病變如有機磷



中毒，突觸後膜病變如重症肌無力。

LEMS 是一種自體免疫疾病，許多患者可合併其他的自體免疫疾病，此病常合併惡性腫瘤（如小細胞肺癌），但不管是否伴隨癌症，都可偵測到有一種鈣離子通道的抗體，此抗體會導致乙醯膽素的釋放減少，引發軀幹及近端肌肉的無力及疲倦。攝食被肉毒桿菌污染的食物，其菌外毒素會作用於神經肌肉接合處，抑制乙醯膽鹼的釋放，而產生神經功能異常及神經肌肉接合傳遞受到阻斷，呈現一種急性癱瘓。重症肌無力也是一種自體免疫性疾病，因為抗體堵塞或破壞神經肌肉接合處的尼古丁受器，阻斷了神經傳導而致肌肉收縮無法進行，且具有疲倦加重、休息改善的「晨輕暮重」特點，臨床發現胸腺病變（尤其是胸腺瘤）與甲狀腺疾患合併重症肌無力的比例偏高^{〔1〕}。

伍、從「五痿」看中醫對現代醫學疾病的認識

回顧古籍對「五痿」病因、症狀與治療的描述，顯見中醫對造成骨骼肌癱瘓無力的疾病，已有相當的認識。

「皮痿」偏向於營養不良或表淺皮膚的萎縮。「肌痿」範圍較廣，相當於肌肉失養症、皮炎，或外感病毒、創傷所導致的表風熱或陽明肌熱，後因失於治療而致肌肉萎縮無力^{〔3〕}。肌肉失養症是遺傳基因缺陷造成緩慢進行性、對稱性的肌肉萎縮無力，治療首要為調補脾腎不足之處（腎為先天、脾主肌肉），並清理痰濁血瘀等病理產物，以免阻滯經脈造成肌肉假性肥大。皮炎導因於病毒感染並誘發自體免疫反應，造成皮膚、小血管瀰漫性發炎、變性壞死，接連出現膠原纖維增生、周圍神經損傷而致肌肉萎縮無力，治療需兼顧「標實本虛」：清熱抑亢以及調補脾胃與肝腎不足^{〔4〕}。由上述疾病發展過程可見皮炎是一種「脈痿」導致的「肌痿」。

同樣可歸屬於皮痿與肌痿的還有「肌少症」。原發性肌少症為自然老化造成的肌肉質量下降，屬於中醫「虛勞」範疇，著重調補脾肝腎三臟的虧虛不足，續發性肌少症是由老年慢性疾病伴隨多重疾病或風險因子所造成，如癌症、內分泌疾病、器官衰竭、營養不良、長期臥床、因失能而活動下降所引起，因此除了調治「虛勞」之根本外，還要明辨兼雜諸證，如虛火、痰凝、血瘀等，分別從養陰清熱、溫陽祛寒、化痰除濕、通絡行氣以求標本兼治^{〔5〕}。

「脈痿」相當於脈管炎或自體免疫性血管炎接連導致的神經肌肉的急慢性萎縮，如雷諾氏症等。「筋痿」為久年的肌無力，一般為神經傳導物質不足、代謝太快，或過於黏稠使再吸收不良而導致的筋膜與肌腱無力，甚至神經進行性凋亡與萎縮；「骨痿」多因嚴重或急性的神經病變後遺之神經損傷與傳導障礙，病人甚至無法自如飲水吞嚥，遑論自理翻身與大小二便^{〔3〕}，此為最嚴重的慢性化痿證，



詳下段所載論述。

陸、李政育醫師「截癱後中樞神經再生理論」簡介^[2]

一、背景

1. 李政育醫師與林欣榮醫師臨床研究合作，成功治療十八位截癱病患，並於 1997 年中醫藥學術暨臨床病例研討會中發表。
2. 「截癱後中樞神經再生」被美國 Science 雜誌評為 1997 年十大科學成就之一：證實經由中藥臨床治療，可修補並再生因損傷而壞死的大腦和脊髓神經細胞，使神經肌肉系統的傳導、指揮、控制功能恢復正常。
3. 取得美國及台灣有關「截癱後中樞神經再生及腦神經再生」之多樣專利。

二、理論依據與發現

1. 代謝廢物易干擾受損神經的軸突傳導與血液灌流而阻礙自身修復，因此清理代謝廢物為促進神經修復與再生之必要。
2. 神經細胞受損後，人體會自動發展「側枝循環」以代償原有功能並嘗試自我修復，此時以清熱解毒、活血化瘀的中藥介入治療，適可助「自癒」一臂之力，相較於單純使用消炎、鎮痛藥物反會抑制側枝循環啟動，中藥治療的療程更為縮短、療效更好。
3. 治療中會出現一些神經反應症狀：發燒與發冷、反射與痙攣、知覺（尤其痛覺）、束緊感（胸腰段脊椎最明顯，尤其胸段）、吞嚥繩束感，以及大小二便或性功能改變之現象，皆可能在神經修復過程中出現，無庸擔心，但需事先與病患溝通，以維良好醫病關係。
4. 急性期於患部嚴禁推拿、按摩、針灸等治療，以免加重神經受損狀況。

三、治療方藥

1. 急性期（損傷一週內）：治則為清熱解毒、活血化瘀、通經活絡
病毒引起：大青龍湯合併黃連解毒湯，加上乳香、沒藥、牛膝、地龍、杜仲、銀花、青蒿等。
創傷造成：乳沒四物湯加桃仁、紅花、黃芩、麻黃、地龍、牛膝、杜仲等。
細胞分化突變所致：以脊髓梗塞症為例，可以大柴胡湯合併補陽還五湯，再加乳香、沒藥、牛膝、地龍、生杜仲、麻黃等。
繼發性原因引起：如手術後的缺血性截癱，可以補陽還五湯，加大黃、朴硝、麻黃、牛膝、地龍等。



2. 慢性期：甫過急性期時，神經餘熱持續存在、肌陣攣依然亢進、神經肌肉尚未萎縮為慢性前期，需以活血化癥、酌清餘熱、通竅兼補表陽為主要治則；若見神經肌肉進入萎縮則為慢性後期，治則改以補氣、補血、補陽、大補腎陽之溫化寒癥法為主。

表陽虛兼寒癥證，使用地龍散加方，即截癱一號方。

氣血兩虛、陽虛兼寒癥證，使用十全大補湯加方，即截癱二號方。

腎陽虛兼寒癥證，使用右歸飲加方，即截癱三號方。

若證型不甚明確者，可依損傷部位處方：損傷在胸椎 12 椎以上者，以截癱二號方治療；損傷在胸椎 12 椎以下，以截癱三號方治療；若療效在一段時間的治療後仍停滯不前時，試著將二方互換使用，或改為補陽還五湯、乳沒四物湯加方，並再加入乾薑、附子、肉桂。

柒、動態性病因病理

中醫認為人體受到某種致病因素（原發性致病因素）侵犯後，會依寒熱虛實相異之先天體質，各自發展形成內風、內寒、內濕、內燥、內火（熱）以及痰飲、癥血等特殊病理產物，而這些病理產物又可同時扮演新的致病因素（續發性致病因素）角色，直接或間接作用於五臟六腑、神經肌肉組織上，進而引發新的證型與疾病，因此整個病程發展可謂虛實間歇，兼證夾雜，呈現出一種動態性的病因病理（圖一），在臨床治療時需綜合考量貫穿於動態線性上的體質、致病因素、病理產物、證型、疾病之不同內涵與特點，如此可充分掌握治療先機與疾病預後。



圖一、中醫動態性病因病理示意圖



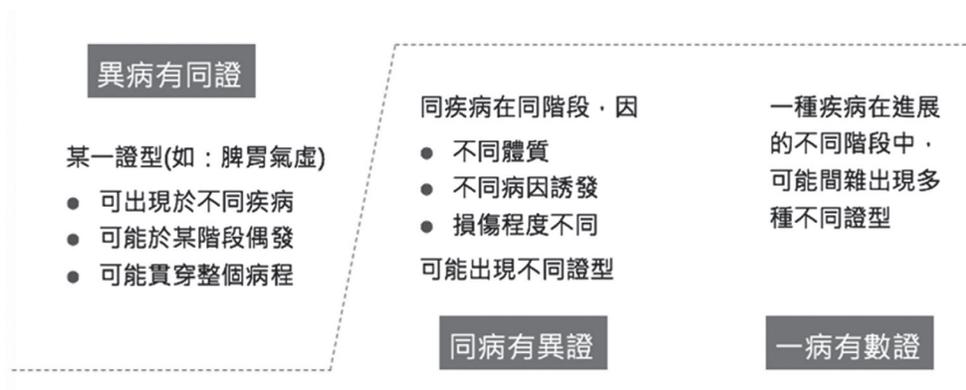
捌、痿證中西醫結合之中醫治療—證病合辨

綜合上述各段所言，中醫診斷流程為：透過望聞問切所得體質證型、參考理學檢查與實驗室檢查數據，並結合現代醫學對造成骨骼肌癱瘓無力疾病之病性病理解與預後認識，即為匯通古今、結合中西之中醫治療，簡稱為「證病合辨」中醫治療法。

辨「證」	辨「病」	辨「病性病理解」
脾胃氣虛 肝腎虛損 氣血兩虛 肺熱津傷 濕熱浸淫 瘀血阻絡	週期性麻痺 皮膚炎 肌肉失養症 重症肌無力 周邊神經損傷	遺傳性 發炎性 腫瘤性 缺血缺氧 藥物因素 代謝性

圖二、證病合辨之中醫治療

所謂「證」是疾病發展過程中相類似的臨床表現之統稱，某一證型可出現於不同疾病，可能於某階段偶發，也可能貫穿整個病程，亦即「異病有同證」；反之，同疾病在同階段，因不同體質、不同病因誘發或損傷程度不同而出現不同證象，則為「同病有異證」，其中也涵蓋同一疾病進展的不同階段，間雜出現不同證型之「一病有數證」（圖三）。



圖三、中醫證病合辨思維

以三種疾病舉例說明「異病有同證」。若出現以下症狀，皆可辨證為「脾胃氣虛」：「重症肌無力」病患出現面色無華，上眼瞼下垂，睜眼無力，朝輕暮重，



少氣懶言，肢體無力，納差便溏，舌質淡，舌體胖 邊齒痕，苔薄白，脈細弱；「皮膚炎」病患延日久，肢體痿軟無力加重，消瘦、肌萎酸痛，舌淡紅 苔薄白，脈沉細無力；「週期性麻痺」病患肢體酸軟，甚則癱瘓，口渴多汗，腹部脹滿，神疲納呆，大便溏薄，舌淡、邊齒痕，苔薄白，脈細弱。

「同病有異證」如「週期性麻痺」的病患可有甲亢與脾腎陽虛之證象差異；同樣是感染或挫傷，也會有傳經、合病、並病、直中的不同演變，進而表現出不同的證型。

「一病有數證」以疾病「皮膚炎」為例：症見四肢痿軟疼痛、身體困重、紫紅色皮疹，局部腫脹，舌紅苔黃膩，脈濡數或滑數，辨證為「濕熱浸淫」；病延日久，肢體痿軟無力加重，消瘦、肌萎酸痛，舌淡紅苔薄白，脈沉細無力，辨證為「脾胃氣虛」；當四肢肌肉酸痛隱隱，近端肌肉萎縮，暗色紅斑，焦烤狀皮膚，舌紅少苔或有裂紋，脈細數，辨證為「肝腎陰虛」。

可見臨床疾病變化多端，唯有統合橫向思維之「辨證」與縱向微觀之「辨病」、「辨病性病理」，治療效果才能達到最大，茲舉例四種會導致骨骼肌癱瘓無力之疾病：週期性麻痺、皮膚炎、重症肌無力與發炎性神經肌肉痿之證病合辨治療為例，羅列不同病程階段出現某些證型、兼證時之治療方藥。

一、週期性麻痺

1. **前驅期**：過度飢餓、煩渴、噁心、腹瀉；心悸、面色潮紅、多汗、少尿、緊張、恐懼；疲勞、嗜睡、肢體酸脹和麻木。以治療陰虛火旺為主，知柏地黃丸、炙甘草湯、何首烏主之；陽亢者可用柴胡龍骨牡蠣湯、加味逍遙散、天王補心丹；腎虛者重用生地、熟地、杜仲、山茱萸；有血瘀者酌用丹參、骨碎補、川芎、當歸。
2. **發作期**：血清鈣離子濃度異常，症見肢體肌肉無力或癱瘓，肌肉酸脹、針刺感。高血鉀可用生石膏、生龍骨、生牡蠣^[8]；肝風內動者用全蠍、蜈蚣、白僵蠶、鉤藤；陰虛陽亢者重用生地、杜仲、代赭石、建瓴湯；熱盛血瘀者用芩連柏、牡丹皮、赤芍、丹參；脾虛濕勝者用蒼朮、茯苓、豬苓、澤瀉。
3. **緩解期**：頭痛、虛脫、多尿、腹瀉、汗出、麻痺肌群酸痛與僵硬，且甲狀腺功能亢進體質依然存在。甲亢可用建瓴湯、夏枯花、元胡、紫蘇子、龍骨、牡蠣；偏脾胃氣虛者以香砂六君子湯、補中益氣湯加減；偏氣血兩虛者以八珍湯、補陽還五湯加減；偏腎陰虛者需重用熟地、何首烏、杜仲、黃柏、知母。

二、皮膚炎

1. **濕熱浸淫**：四肢近端逐漸痿軟疼痛、身體困重，紫紅色皮疹，局部腫脹，舌紅苔黃膩，脈濡數或滑數。主證為濕熱浸淫，用二妙散、三妙散、四妙散、芩連



柏翹、朮苓瀉；兼血瘀阻絡者，用紅花、川芎、地龍、續斷、丹參、骨碎補、牛膝；兼脾胃氣虛者，用香砂六君子湯、參苓白朮散。

2. **脾胃氣虛**：病延日久，肢體痿軟無力加重、酸痛，消瘦，舌淡紅苔薄白，脈沉細無力。主證為脾胃氣虛用香砂六君子湯、參苓白朮散；兼有血瘀阻絡者用紅花、川芎、當歸、鉤藤；兼有食積者用神麴、山楂、萊菔子；注意餘熱未盡者，黃芩、黃連、黃柏、連翹仍需兼用。
3. **肝腎陰虛**：四肢肌肉酸痛隱隱，近端肌肉萎縮，暗色紅斑，焦烤狀皮膚，舌紅少苔或有裂紋，脈細數。陰虛火旺者用六味地黃丸、菟絲子、黃柏、知母；兼脾胃氣虛者，用香砂六君子湯、參苓白朮散；若氣虛精虧者，重用黃耆、黨參、鹿角膠、阿膠。

三、重症肌無力

1. **脾胃氣虛**：面色無華，上眼瞼下垂，睜眼無力，朝輕暮重，少氣懶言，肢體無力，或吞嚥困難、納差便溏，舌淡胖、邊齒痕，苔薄白，脈細弱。主要為治療氣虛下陷，用補中益氣湯、香砂六君子湯、人參；兼有脾虛濕滯者，用茯苓、白朮、蒼朮、薏苡仁；兼內熱津傷者，用麥冬、天冬、五味子、枸杞；兼氣血兩虛者，用八珍湯、十全大補湯。
2. **脾腎陽虛**：四肢倦怠無力，眼瞼下垂，或咀嚼無力、吞嚥困難，畏寒肢冷，腰膝酸軟，小便清長，便溏，舌質淡胖，苔薄白，脈沉細無力。偏腎陽虛者，用右歸丸、胡桃肉、杜仲；偏脾陽虛者，重用黃耆、人參、山藥、補骨脂、肉苁蓉；已有寒瘀現象者，必用乾薑、附子、肉桂、川七、鹿茸。
3. **肝腎陰虛**：上瞼下垂，視物不清，或複視，目乾而澀、頭暈耳鳴，少寐多夢，口燥咽乾，腰膝酸軟，四肢痿軟無力，舌紅少苔，脈細數。已至腎虛髓枯者，需用左歸丸、龜鹿二仙膠、女貞子、旱蓮草；氣虛下陷者，重用人參、黃耆、柴胡；兼陰虛煩熱者，用知母、地骨皮、夜交藤、桑葚子。
4. **大氣下陷**：即已出現重症肌無力危象，如：肢體痿軟無力，活動後加重，喘促氣短，不足以息，神疲乏力、呼吸無力、畏寒肢冷，汗出如珠，舌淡或淡黯，脈沈遲微弱，或三五不調。大氣下陷用升陷湯（黃耆、升麻、柴胡、桔梗、知母）、人參、生熟地、山茱萸；兼氣陰兩虛者，用麥冬、天冬、玄參；兼寒凝血瘀阻絡者，用丹參、川七、乾薑、附子、肉桂。

四、發炎性神經肌肉痿

1. **前驅期**：發熱、身重痛、全身不適等上呼吸道感染症狀，或有負重、扭挫傷等誘因，背痛、腰痛和束帶感、肢體麻木、乏力、步履沈重，舌淡紅，苔薄白，脈浮數或浮緊。風熱襲表者，用葛根湯、陽旦湯、芩連柏、青蒿、地骨皮；兼



氣血兩虛者，用黃耆、當歸、丹參、黨參、八珍湯；兼肝腎虧虛者，用熟地、山茱萸、杜仲、何首烏。

2. **發作期**：高熱不退，肢體紅熱腫重、無力感，小便閉塞不通，大便乾結，舌紅，苔黃，脈洪大數。治療風熱灼絡，用芩連柏、金銀花、連翹；肺熱津傷者，用清燥救肺湯、天花粉、桑白皮、大黃；脾虛濕盛者，用朮苓瀉、薏苡仁、車前子。
3. **緩解期**：肢體肌痿，麻痛已無，面色萎黃、神疲乏力，舌淡胖苔薄白，脈細，形體消瘦，潮熱盜汗，舌質紅絳少苔，脈細數。主證為脾胃氣虛，用補中益氣湯、香砂六君子湯；兼肝腎陰虛者，用左歸丸、虎潛丸、玄參；若有餘熱未盡，可用芩連柏、青蒿、知母、地骨皮；兼有血瘀阻絡現象者，用丹參、骨碎補、川芎、當歸、川七。

玖、用藥需考慮病理產物影響病程發展的程度

在「動態性病因病理」一節中曾提到，常見的病理產物有內風、內寒、內濕、內燥、內火（熱）以及痰飲、瘀血，這些病理產物可能直接作用於五臟六腑與全身的細胞組織上，導致神經肌肉條件降低而致痿；又可同時扮演續發性致病因素的角色，而間接加重痿證原發證型與疾病的程度，進而引發新的證型與疾病，使預後發展更為錯綜膠著，因此，若能在病理產物甫出現時，就立即用藥處置，對於縮短療程、簡化病情有絕對的助益。

以下簡述與肌肉癱瘓無力相關性較高的幾種病理產物之治療思路與常用方藥，臨證可依四診與血液檢查報告以診斷病理產物之多寡，有助用藥劑量之拿捏。

一、火（熱）

症見：發燒，身重痛，咳嗽，痿軟無力，患部摸起來熱燙；舌紅、苔黃；脈弦、數或滑

例舉：1. 疾病急性期，2. 自體免疫疾病的陽亢期（抗體+），3. 病毒、細菌、微生物感染初期（患流行性感冒、疫苗接種史、肉毒桿菌中毒等），4. 皮炎或脈管炎初發期，5. 神經脫髓鞘初期，6. 神經受壓迫初期（梗塞、出血、水腫、腫瘤等），7. 胸腺發炎腫大初期，8. ESR、CPK、LDH 升高階段

治則：清熱解毒，疏風解表，退陽明肌熱或和解少陽

原理：消腫退熱、抑制出血或免疫反應，阻斷神經及細胞受損與凋亡之擴大

方藥：免疫過亢方，大青龍湯或葛根湯合併黃連解毒湯，陽旦湯，小柴胡湯加青蒿、知母、地骨皮，仙方活命飲，竹葉石膏湯，清上防風湯，亢極甚至要用保安萬靈丹、建瓴湯。



外治：急性期間避免於患部推拿按摩或針灸，以免加重神經受損

二、瘀

症見：患部色偏暗紅、皮膚摸起來較正常溫度略高；舌紅、暗紅或有瘀點、苔黃、舌下絡瘀；脈弦、滑帶澹

例舉：幾乎整個病程階段皆可見到，只是程度不同，其中以創傷所致瘀象最甚。

治則：活血散瘀，涼血清熱

原理：溶解受損神經軸突與微血管之結痂或玻璃樣沈澱，促進軸突再生、誘導血管側枝循環新生、活絡神經失能區域血液循環

方藥：乳沒四物湯、補陽還五湯、地骨皮飲，腫熱稍退後可逐漸加入黃耆、川七、乾薑、附子、肉桂

三、濕熱

症見：口氣穢重、腰腳痠重難舉，舌紅、苔黃膩，脈緩兼數或滑

例舉：1. 疾病、創傷、感染急性期兼有水蓄或後期餘熱未盡，2. 神經脫髓鞘急性後期、神經傳導障礙，3. 藥物副作用（腫瘤放療後神經燙傷，干擾素、抗生素、免疫抑制劑、類固醇等）

治則：清熱解毒、淡滲利濕為主，活血化瘀兼通竅為輔

原理：清除代謝廢物以避免神經傳導受到干擾，改善神經傳導障礙

方藥：二妙散，加味二妙散，三妙散，清燥湯，清胃散、地龍散；丹皮、梔子、麻黃、地龍、牛膝、威靈仙、杜仲、附子、細辛。

四、痰飲

症見：人昏沉、全身痠軟無力、眼睛無力睜開，血液檢查可能存在免疫抗體與炎性反應（如：ANA、ANTI-DS-DNA、LDH、CPK、ANTI-ACETYLCHOLINE Ab）

例舉：1. 胸腺發炎腫大（兼熱證）或胸腺淋巴增生，2. 胸腺腫瘤（頑痰怪飲），3. 重症肌無力慢性期（已經服用過大力丸、類固醇者），但未進入「加重西藥仍無效」階段

治則：祛痰化飲，開胸利膈（初發期未西醫治療者依「一、熱」方法治療）

原理：稀釋過於黏稠的神經傳導介質，改善神經傳導；又因胸腺位肋膜與縱膈腔間，故酌加開胸利膈之引經藥物

方藥：二陳湯、溫膽湯、橘皮竹茹湯、小半夏湯、柴苓湯，麻黃、葶藶子、防己，另視熱象多寡處以清熱藥物；熱象已無則進入「寒飲」，改用半夏天麻白朮散加黃耆。



胸腺腫瘤，良性者用乳沒四物湯或通經方加芩連柏、朮芩瀉再加保安萬靈丹、川七，或治頑痰怪飲的礞石滾痰丸；惡性者喘咳偏氣管者以柴芩湯加麻黃、杏仁、細辛、防己，咳喘偏心臟或慢性化者，以補陽還五湯加五苓散，或再加乾附桂芩〔6〕。

五、內燥

症見：心煩納呆，肢軟無力，腰膝痠軟無力，夢遺盜汗；舌質瘦紅少苔或薄黃苔，脈弦細數。

例舉：1. 細菌感染後期（如肺結核），2. 疾病或創傷慢性期

治則：滋陰清熱補腎

原理：改善因感染、創傷導致的陰液暗耗、虛而火動等不利神經、細胞復原之條件，滋陰則虛火自降，補腎則本固自強。

方藥：知柏地黃丸，虎潛丸，百合固金湯，八仙長壽丸，秦艽鱉甲散，秦艽扶羸湯，當歸六黃湯，小柴胡湯加青蒿、知母、地骨皮。

六、寒癱

症見：動則喘促，肢體乏力，食少便溏，遺精陽痿，局部黯硬；舌質淡胖有齒痕，苔薄白，脈細、沈或遲。

例舉：1. 疾病或創傷慢性後期已服用抗生素、抗凝血劑者（神經由水腫變成傳導受阻），2. 自體免疫性疾病已服用已服用過類固醇、免疫抑制劑者，3. 周邊神經損傷慢性期，4. 小腦萎縮，5. 胸腺萎縮或已切除胸腺與淋巴增生者，6. 低血鉀性週期性麻痺，7. 肌肉失養症後期，8. 久病入腎，9. 久病虛弱或廢用致痿，如心肺疾病、關節疾病、貧血、身心症等，10. 肌少症，11. 重症肌無力慢性後期（已經服用過大力丸、類固醇，但加重西藥仍無效者）

治則：健運脾胃，補氣、補血、補陽、大補腎陽，活血化癥而生新血

原理：1. 健運脾胃增加營養吸收，連帶提升神經、肌肉細胞對營養、水分的吸收與代謝能力，2. 改善血管萎縮狹窄以增加供氧供血量，滋養神經修復力與再生力，3. 喚醒大腦啟動幹細胞、增加幹細胞數量以促進神經再生

方藥：補中益氣湯，香砂六君子湯，歸耆建中湯，聖愈湯，十全大補湯，補陽還五湯，桂枝黃耆五物湯，乾薑、附子、肉桂；防止呼吸肌無力，加麻黃、杏仁；腎氣丸、右歸丸、還少丹、桂附地黃丸

外治：溫針（特別是周邊神經損傷後期，若溫灸到輕微燙傷程度，淋巴液流出後即可見神經功能改善；未流淋巴液者需在上述方藥中加入朮芩瀉，以避免血液灌流突增而腫大）



拾、病案討論

一、神經損傷致痿

病歷摘要：

- 孔小姐，48歲，一個月前，左膝半月板撕裂3cm，經北醫關節鏡縫合，因復健使用夾板，致腓神經損傷，垂足。
- 現左膝仍腫熱，膝以下痛麻，不能眠，小腿肌肉萎軟瘦削。
- 已停經，自述平日體力佳，常運動，自幼眠難易醒/助眠劑，面膚萎無華。納便常。舌淡暗紅 瘦薄 齒痕，脈弦弱。

用藥：

- 第一階段：清熱消腫、補氣養血
黃耆 20 錢、當歸 4 錢、丹參 8 錢、懷牛膝 5 錢、黃芩 5 錢、黃連 5 錢、黃柏 5 錢、陳皮 8 錢、車前子 4 錢。(劑/日)
7 劑後，膝關節熱腫減。
- 第二階段：補腎益氣、化瘀清熱
黃耆 20 錢、當歸 4 錢、丹參 4 錢、懷牛膝 5 錢、黃連 1.5 ~ 3 錢、黃柏 5 錢、陳皮 8 錢、砂仁 4 錢、熟地黃 5 錢、山茱萸 4 錢、炒杜仲 8 錢、骨碎補 8 錢。(劑/日)
21 劑後(共 28 劑)，全不麻痛，仍垂足肌萎。
- 第三階段：補腎益氣養血
黃耆 20 錢、當歸 4 錢、丹參 4 錢、懷牛膝 5 錢、黃柏 5 錢、陳皮 8 錢、砂仁 4 錢、熟地黃 5 錢、山茱萸 4 錢、炒杜仲 8 錢、骨碎補 8 錢(劑/日)
28 劑後(共 56 劑)，能抬足，膝善，肌萎改善，但大趾仍知覺及活動較差。目前持續治療中。

二、小腦炎症致痿

病歷摘要：

- 鄧先生，37歲，氣喘史20年，慢性鼻竇炎史。
- 二年前在醫院陪妻待產，無預警性突然暈厥跌倒，當時無發熱，經住院治療，診斷為小腦發炎，但原因不明。
- 初診需助行器，說話極困難，顫音甚，吞嚥困難需分解動作，手顫抖，兩食指不能對焦，眼震，無低熱，意識尚可，但智力退化嚴重，天冷易喘，入眠難，大便2日1行。
- 舌瘦紅，脈弦弱。



用藥：

- 第一階段：大補腎陽，酌以清熱

黃耆 20 錢、熟地黃 5 錢、山茱萸 4 錢、玉桂子 5 錢、附子 3 錢、乾薑 1.5 錢、黃柏 5 錢、川芎 3 錢、陳皮 5 錢、砂仁 4 錢。(劑/日)

服 28 劑後，手不抖，有力，指可對焦

再 14 劑（共 42 劑）後，可自行夾麵食

再 14 劑（共 56 劑）後，起身行走穩，音顫及眼震改善，能順利說出完整句子。

再 14 劑（共 70 劑）後，突發生嚴重口糜，改方如下：

- 第二階段：補腎活血、和解清熱

黃耆 15 錢、熟地黃 5 錢、當歸 3 錢、川芎 3 錢、黃連 1.5 錢、黃柏 5 錢、柴胡 4 錢、骨碎補 5 錢、炒杜仲 5 錢、陳皮 5 錢、砂仁 4 錢。(劑/日)

服 14 劑（共 84 劑），口糜改善，之後進步迅速。

再 28 劑後（共 112 劑），去助行器，行路穩當，腿有力，語音清晰，輕鬆自行用餐。

三、胸腺炎致痿

病歷摘要：

- 郭小姐，75 歲，有反覆頭痛、脫肛病史。
- 右眼瞼無力，疲倦，曾休克。
- 檢：自體免疫性胸腺炎，CRP = 9(<1)，Hb=11。作血液置換，服類固醇、乙醯膽鹼分解酶抑制劑。
- 舌瘦紅 苔薄白，脈浮弦濇。

用藥：補中益氣、補陽化癥，兼清免疫內熱

- 黃耆 20 錢、丹參 3 錢、當歸 2 錢、乾薑 5 錢、附子 5 錢、黃芩 8、青蒿 4 錢、知母 4 錢、地骨皮 4 錢、升麻 3 錢、柴胡 3 錢、陳皮 3 錢、蒼朮 3 錢、生草 3 錢。(1 日 1 劑，1 劑分 3 次服用)

- 服 28 劑後，右眼皮可上揚，仍需用力，加入黃芩 5~10 錢

- 再 28 劑（共 56 劑）後，左乳頭出血，檢：無特殊狀況。上方再加黃芩 5 錢，左肝脾胃井穴放血，針右聽宮、右太衝、攢竹透魚腰、絲竹空透魚腰。

- 再 28 劑（共 84 劑）後，乳頭出血已無，右眼上瞼可自然抬起，較有精神。CRP = 0.35。

四、皮膚炎致痿



病歷摘要：

- 汪小姐，35 歲，檢= 皮炎，服類固醇。
- 全身捫之冰冷，手指、掌、臂尤甚，色瘀紅，肌無力。
- 皮膚狀如焦烤之麥芽糖一般硬腫，用力壓略有彈性，五指不能屈伸如烤焦雞爪，口頰皺縮，嘴唇無法全張飲食，僅能啣嘴吸麵，面膚緊繃色淺瘀紅。
- 舌瘦紅少苔，脈數急而短。

用藥：清熱抑亢化瘀 → 溫陽滲濕

- 黃芩 5 ~ 13 錢、黃連 5~13 錢、黃柏 5 錢、青蒿 5 錢、知母 5 錢、地骨皮 5 錢、蒼朮 5 錢、生草 5 錢、茯苓 4 錢、澤瀉 4 錢（1 日 1 劑，1 劑分 3 次服用），代赭石粉 4g*3 川七粉 3g*3 溶入，育生丸 *1/ 日。
- 服 28 劑後，指僵可動，肌肉軟。
- 再 28 劑（共 56 劑）後，指關節紋路出現，反胃。上方再加黃芩 8 錢、黃連 8 錢、仙楂 4 錢。
- 再 28 劑（共 84 劑）後，皮膚室溫，肌僵縮改善。上方再加半夏 4 錢、乾薑 1 → 2 → 3 錢、附子 1 → 2 → 3 錢。
- 再 28 劑（共 112 劑）後，寒流來襲，五指仍溫暖，類固醇減至 1 顆。處方中用乾薑 5~6 錢、附子 5 ~ 6 錢、玉桂子 5 ~ 7 錢。
- 大致維持上方五個月後，肌緊開始有熱感，舌央潰瘍、喉乾咳。
- 表示神經肌肉修復已達一階段，病人自體免疫體質逐漸浮現，需立即去掉薑、附、桂，並依證候加重本態的清熱用藥。

五、腎虛致痿

病歷摘要：

- 蔡先生，51 歲，自開餐廳，長期多年過勞。
- 嘈雜，飢飽不舒，胃酸逆流，胃脹痞甚，納差，食少久不消化，虛倦，耳鳴，眠淺易醒，大便稀溏日二行。
- 近期常發生：雙腿晨起或久坐起身，或多行，即發生僵緊軟癱無力。
- 舌嫩暗紅淨苔，脈弦弱。
- 檢：無甲亢，無離子異常。

用藥：補腎陰、腎陽為主，酌以清熱通絡

- 熟地黃 5 錢、山茱萸 4 錢、炒杜仲 8 錢、骨碎補 8 錢、黃柏 5 錢、乾薑 1.5 錢、附子 1.5 錢、玉桂子 3 錢、黃耆 15 錢、陳皮 8 錢、砂仁 8 錢。（劑 / 日）
- 自服藥後極少再發病，但因病人其工作量不能減少，故囑其須服至舌象及脈象均善後方可停藥。



拾壹、結論

骨骼肌癱瘓無力只是臨床的一種症狀，在決定治療方案之前，需要彙整各方面所得診療資訊，才能提升用藥精準度、朝精準醫學更邁前進。透過中醫診斷法，可以基本歸納疾病透過五臟六腑、氣血經絡所表現的寒熱虛實徵象，並結合現代醫學對病因、病性病理的微觀認識，讓醫者對疾病特性、病勢發展方向更了然於胸。而「中醫不傳之秘在於量」，即便已經熟稔「證病合辨」之診斷法了，仍只是確保治療大方向不致偏差，或在某些關鍵點提供醫者當下立判處方是否轉彎之原則，而用藥的選擇與劑量的拿捏，更是左右療效之優劣程度！

期許本文對骨骼肌癱瘓無力治療方案的整理，一則精進筆者對治療體會更上層樓，一則提供同道臨診參考之用，共同為肌無力病患提供最佳診療而努力。

參考文獻

1. 顏君霖 . W. Lindsay, 圖解神經醫學及神經外科學 (第五版), 合計圖書出版社, 2012, pp. 464-487.
2. 程維德、李政育、曾宣靜、施志隆, “創傷性的截癱與指癱,” 中西結合神經醫學雜誌, 第 冊 11, 編號 1, 2018/12, pp. 90-120.
3. 李政育、羅瑞陽, 省視養神則目不病, 新北市: 元氣齋出版社, 2018, pp. 24-27.
4. 孫怡、楊任民、韓景獻, 實用中西醫結合神經病學 (第二版), 人民衛生出版社, 2011.
5. 賴品融、張心寧、黃澤宏、葉沅杰, “肌少症中醫藥之文獻回顧與治療展望,” J Chin Med, 第 冊 29, 編號 2, 2018/9/10, pp. 1-27.
6. 李政育、陳淑芬、張成富、馬辛一、蔣永孝, “常見神經肌肉疾病 - 痿證,” 中西結合神經醫學雜誌, 第 冊 五, 編號 一, 2009, pp. 110-118.
7. 張靚、唐朝樞, “骨骼肌的內分泌功能,” 生理科學進展, 第 37 冊, 編號 3, 2006/7/25, pp. 193-198.
8. 吳哲豪, “週期性麻痺之病因與中醫探討,” 中國鍼灸學雜誌, 1(1), 2013/12, pp.98-109.

通訊作者：簡鸞瑤

聯絡地址：台北市中正區忠孝東路一段 35 號 2 樓

聯絡電話：02-33224323

E-mail：cyo0922@gmail.com

受理日期：2019 年 10 月 25 日；接受日期：2019 年 11 月 27 日



中醫藥治療腦中風的特點

郭奕德

佳德中醫診所

壹、前言

腦中風在全球，已成為第一致殘及第三致死的疾病。腦中風分為缺血型和出血型，缺血型腦中風約占 80%，出血型腦中風約占 20%。急性腦中風發作後，幸存者約 2/3，其中約有 3/4 有不同程度致殘，重度致殘約占 40%，對其本人、家人與社會皆是造成極大的負擔。

近年來，腦中風一直佔國人十大死因的第二位，僅次於所有惡性腫瘤的總合，如果以個別惡性腫瘤來比較，腦中風則遠高於任何單一種類的惡性腫瘤〔1〕。

台灣地區三十五歲以上的成人，每年約有三萬人會發生第一次中風，導致死亡或殘障。其中十分之一的病人一年內會再發生第二次腦中風，而且一旦再發作時，殘障程度都會比第一次嚴重。

九成的腦中風患者發生於五十歲以上，但近年來腦中風已逐漸有年輕化的趨勢，顯示腦中風已經不是老年人的疾病，預防腦中風值得我們高度予於重視。

每一種治療都有其長處與不足，台灣地區現有醫療體系有中醫及西醫，中、西醫學各有其特色與專長，若能結合一起醫治病患，提高療效，將能更加造福病患與其家人，並能減少更多的社會成本。

中、西醫結合治療疾病，是值得我們中西醫療人員共同努力。

貳、中醫藥治療腦中風的特點

治療原則：腦中風後，預防腦水腫、顱內壓的上升，改善缺血、缺氧，或降低發炎，是治療的重點。

給藥治療的三大原則〔5〕：

1、降腦壓

2、抗筋攣

3、止血與活血化癥

儘早開始物理治療和職能治療，促進神經功能和生活功能的和恢復。

急性期：活血化癥、清熱化痰、平肝潛陽、通腑瀉下

穩定期：補氣、補血、補陽、補腎、健脾



急性期：

1、腦梗塞

治則：活血化癥

方藥：乳沒四物湯或血府逐癥湯加減。

2、腦水腫、高顱內壓

治則：通腑瀉下

方藥：大柴苓湯加減。

3、清熱化痰開竅

方藥：牛黃清心丸、溫膽湯加減。

穩定期：

病情穩定後，應以促進復原為主。

1、益氣逐癥

方藥：補陽還五湯、半夏天麻白朮湯加減。

2、活血通絡

方藥：八珍湯加減。

恢復期：

除鞏固療效外，同時病因治療。

1、溫補氣血腎陽：十全大補湯。

2、補養肝腎：右歸飲、左歸飲。

3、佐以平肝、潛陽、熄風：建瓴湯、鎮肝熄風湯。

一、常見合併症治療

發燒

方藥：小柴胡湯加方。

感染

呼吸道感染：以吸入性肺炎為多見

清熱解毒、宣肺平喘化痰：

方藥：銀翹散、麻杏甘石湯、黃連解毒湯合方加減。

泌尿道感染：

清熱利濕

方藥：龍膽瀉肝湯、八正散合方加減。



上消化道出血

吐血、嘔血色鮮量多：活血祛瘀、涼血止血

方藥：大黃黃連瀉心湯、乳沒四物湯合方加側柏葉、丹皮、藕節、大黃。

顱內再出血

肝陽上擾：平肝潛陽，佐以活血祛瘀

方藥：天麻鉤藤飲、柴胡龍骨牡蠣湯、…等

陰虛陽亢：滋陰潛陽佐以活血祛瘀。

方藥：鎮肝熄風湯、健瓚湯加減。

腎虛型

腎陽虛型：常見於久服降高血壓藥物者

方藥：右歸丸加減方或半夏天麻白朮散加減。

腎陰虛型：

方藥：杞菊地黃丸或左歸飲加加減。

無論任何證型均要加入 --- 活血祛瘀、通下藥物。

癲癇

平肝、熄風、化痰、祛風、鎮靜、解癥。

主治方藥加入：天麻、鬱金、石菖蒲、全蠍、蜈蚣、白僵蠶…等

腦血管痙攣

減少血管的炎症反應、血栓形成，改善血液黏稠度，使血液循環正常。

活血、化瘀、滋陰、平肝、潛陽、熄風、止癥。

方藥：乳沒四物湯合建瓚湯或芍藥甘草湯、四逆散加減。

急性肺積水

方藥：柴苓湯或柴陷湯合葶苈湯加車前子、葶藶子。

二、腦中風針灸治療^[2]

1、體針

主穴：百會、四神聰、風池、人中、關元、氣海、極泉、內關、肩髃、曲池、尺澤、合谷、神門、足三里、環跳、陽陵泉、懸鐘、委中、陰陵泉、三陰交、太沖。

配穴：根據患者的具體表現，適當選穴，每次取穴須根據辨證，不宜過多，可轉換交替使用。

智力低下：血海、神庭、風池、風府、腦戶、內關、外關、尺澤、委中。



失眠：神門、內關、三陰交、關元、氣海。

頭痛：百會、太陽、印堂、頭維、風池、列缺、合谷。

暈眩：風池、內關、外關、列缺、合谷、足三里、三陰交。

耳鳴：耳門、聽宮、聽會、翳風。

口舌歪斜：頰車、四白、內庭、地倉。

舌強、言語不利：百會、大椎、風池、風府、廉泉、啞門、神門、通里、湧泉；
金津、玉液點刺放血。

吞嚥困難：風池、完骨、天柱、廉泉、合谷。

呃逆：天突、內關、膈俞、中脘、足三里。

嘔吐：中脘、足三里、合谷。

抽搐：人中、長強、內關、少商、合谷、太沖、湧泉。

便秘：豐隆、支溝。

尿失禁、尿潴留、遺尿：氣海、關元、中極、曲骨、八髎、陰陵泉、三陰交。

偏癱者，可根據部位選穴

面癱：上星、印堂、顴髎、下關、地倉、頰車、翳風、合谷、中渚。

上肢癱：肩髃、曲池、手三里、外關、合谷。

下肢癱：環跳、風市、陽陵泉、懸鐘、伏兔、足三里、陰陵泉、三陰交。

足內翻：絕骨、丘墟透照海。

足外翻：中封、太溪。

足下垂：解溪。

肌膚不仁：可配皮膚針局部叩刺。

針法：毫針刺，補虛瀉實，每日或隔日1次，每次留針30分鐘。

2、耳針

選穴：腦皮質下、腦點、神門、脾、肝、腎…。

方法：可毫針刺，每日或隔日1次，每次留針30分鐘，或用耳針或王不留行子貼壓1~3天。

參、中醫藥治療腦壓高的方法

一、通腑瀉熱降壓法

適用：腦壓高，腦脊髓神經細胞或纖維或血管神經患者，急性期腦壓高時使用，有胸肋滿硬兼宿尿。

治則：降腦壓、消腦水腫、放鬆橫膈膜、放鬆枕骨大孔、抗癲癇、抗痙攣、止血活血化瘀。



方劑：(育生)大柴胡湯、(育生)大柴苓湯。

特點：初期酒浸大黃量較大，與卜硝的量，以維持患者一日大便7~8次以上，中期或寒閉兼瘀時加入乾薑、附子、玉桂(子)，由少量開始；大黃可以通便及有溶膽汁，利膽汁與溶除腦與脊椎脊髓神經纖維代謝廢物的阻滯。
(育生)大柴苓湯+麻黃、杏仁，降腦壓、消腦水腫、放鬆橫膈膜、放鬆枕骨大孔、改善腦疝，調節呼吸中樞及體溫中樞。

(育生)大柴胡湯

組成：柴胡6、大黃1、枳實4、黃芩3、赤芍4、半夏3、生薑4(單位：錢)、大棗5枚。

《臨床應用》

只要符合「心下按之滿痛者」的必用方；有退熱、利膽、通便、降腦壓。降血壓(優於三黃錠)、治心腦血管疾病、氣喘非常有效；清利三焦，尤其對於上焦疾病。
多瘀血症：加桂枝茯苓丸，療效突出。

(育生)大柴苓湯

組成：茯苓3、豬苓3、澤瀉3、蒼朮3、桂枝3、元胡3、木香3、柴胡6、黃芩3、丹參5、半夏3、枳實4、大黃1、生草3、生薑4(單位：錢)、大棗5枚。

二、利水降壓法

適用：正常腦壓的腦水腫，腦萎縮，腦病急性期腦壓高時或腹水或胸肋膜或心包膜積水或全身水腫、利尿不良時使用，無胸肋滿硬及宿尿。

治則：降壓利水。

方劑：(育生)五苓散、(育生)五苓散腎炎方。

特點：腦病急性期腦壓高時，或腹水，或胸肋膜，或心包膜積水時使用。正常腦壓的腦水腫，腦室擴大，改善腦脊髓液回流，+人參、川七、北耆、丹參。低血鈉症(血鈉不足是引起失智的主要原因)+鹽。

(育生)五苓散

組成：茯苓5、豬苓5、澤瀉5、蒼朮5、玉桂3(單位：錢)。

《臨床應用》

1. 是外邪裡飲第一方。水液的總司令，主管三焦水液失調，水出現在不該出現的地方，無論過多或過少。
2. 凡頭部所有症狀、胃腸、腰骨痠痛或小便不利，有腫、煩渴、小便不利、水逆、痞(喝水胃不適)、眩暈等特點均適用，脈見弦或濡最適用。
3. 玉桂3錢以上再+黃柏1錢、大黃5分。



(育生)五苓散腎炎方

組成：當歸 2、乾薑 3、附子 3、黃柏 3、豬苓 5、茯苓 5、蒼朮 5、澤瀉 5、玉桂子 5、黃耆 10 (單位：錢)。

三、化痰飲法：

適用：感冒或感染後遺的腦病，藥物性失智，影響神經傳導介質，痰飲或水蓄為病 (眩暈)，包括神經代謝廢物等。

治則：溫化痰飲、將神經代謝廢物排出。

方劑：(育生)半夏天麻白朮湯、香砂六君子湯、(育生)溫膽湯、二陳湯。

特點：增加水飲吸收，將神經代謝廢物排出，穩定腦壓。

加減：服腦神經的西藥引發血糖高者，先將西藥減量或戒斷，再加黃連、知母、石膏、大黃、桑白皮。

(育生)半夏天麻白朮湯

組成：半夏 3、天麻 5、生白朮 3、麥芽 3、神麴 3、生草、蒼朮 3、茯苓 3、澤瀉 3、陳皮 3、黃柏 3、乾薑 3、附子 5、當歸 2、北耆 10 (單位：錢)。

《臨床應用》

1. 中風後憂鬱、不想動、倦怠症、想不開+補陽還五湯+甘草、紅棗、龍眼乾，能穩定情緒。
2. 單純眩暈或眩暈即嘔吐+川芎、葛根、鉤藤、天麻。
3. 梅尼爾氏病。
4. 腦室水腫、腦脊髓液回流較慢者、或手術後裝腦室外引流管常阻塞者，增加水飲吸收+蒼朮、茯苓、澤瀉；減少代謝廢物沉積，掃除障礙+大黃；預防癲癇抽搐+天麻、全蠍；預防嗆咳+麻黃、細辛、菖蒲。
5. 枕骨大孔狹窄或椎基底動脈狹窄，有舌狀疝者，便秘+大黃；神經軟癱+麻黃、地龍。
6. 用過類固醇而腦壓仍不穩定者，能穩定腦壓。頭痛+吳茱萸、(加重)天麻。

(育生)溫膽湯

組成：半夏 4、陳皮 4、茯苓 4、甘草 4、黃芩 3、枳實 3、竹茹 3 (單位：錢)、紅棗 4 枚。

《臨床應用》



是傳統的壯膽方，具有化痰理氣清熱和胃功效，加黃芩效更佳。

化痰飲或水蓄為病

對腦部病變，神經傳導不好者（乙醯膽鹼過多）或外感引起腦神經病變，將神經代謝廢物排出。

四、重鎮安神法

適用：肝陽上亢或陽越。血壓高及腦壓高、供血太大、創傷、精神亢奮、狂躁、藥物性亢奮、病毒性性亢奮、內分泌偏高、甲狀腺發炎、妥瑞氏症，腦性糖尿病，服用神經精神安定劑或促進劑仍然無法控制病情。

治則：重鎮安神、平肝潛陽。

方劑：（育生）建瓴湯、（育生）柴胡加龍骨牡蠣湯。

特點：（方中礦物藥不可炒），鎮靜安神，降血壓及腦壓。

加減：腦創傷泌糖中樞受干擾，腦性糖尿病，建瓴湯 + 黃連、知母、石膏、大黃、桑白皮。

頭暈 + 天麻

（育生）建瓴湯

組成：代赭石 8、懷牛膝 5、赤芍 5、生地 5、生牡蠣 5、生龍骨 5、柏子仁 4、淮山 5、磁石 3、生草 5（單位：錢）。（方中礦物藥不可炒）。

（育生）柴胡加龍骨牡蠣湯

組成：柴胡 6、黃芩 3、半夏 5、丹參 5、生草 5、生龍骨 8、生牡蠣 8、生薑 5、（單位：錢）、大棗 5 枚。

五、清熱解毒法

適用：感染性及免疫性的，一切內外邪熱、三焦實熱火毒。神經介質過於黏膩，感染或創傷後大腦皮質活動阻滯或神呆。

治則：清熱瀉火解毒。

方劑：黃連解毒湯、（育生）免疫過亢方。

特點：一切內外邪熱、三焦實熱火毒。神經介質過於黏膩，感染或創傷後大腦皮質活動阻滯或神呆。

雜病發熱造成的胡言亂語，無便秘。

便秘錯語加服桃仁承氣湯。

（育生）免疫過亢方

組成：黃芩 5、黃連 5、黃柏 5、甘草 5、蒼朮 5、青蒿 5、知母 5、地骨皮 5（單位：錢）。



六、活血化癥法

適用：創傷性或血管性及免疫性的，瘀血、腦神經細胞挫傷、血栓、斑塊、水腫。

治則：活血化癥消腫。

方劑：乳沒四物湯、桃紅四物湯、通竅活血湯。

特點：改變血管內與血管外的微循環。

加減：溶解阻塞、促生新生血管加川七、當歸、川芎、丹參、銀杏葉、續斷、骨碎補、牛膝。

七、通便溶血法

適用：宿食導致氨（Ammonia 阿摩尼亞）太高，大腸反吸收太多，干擾腦的活動，承氣湯證與血蓄瘀血、宿尿、血蓄膀胱、中風閉症。

治則：活血化癥、通腑瀉熱、鬆膈降壓、消腫消炎。

方劑：大承氣湯、小承氣湯、大黃蠟蟲丸。

特點：主要是大黃能通便降壓，溶解血栓，促進神經代謝廢物的排除。

加減：寒閉時加乾薑、炮附子、玉桂（子）。

八、補氣活血化癥法

適用：氣虛血瘀。血管性的腦病，創傷性的腦病，腦血管神經細胞組織因發炎感染創傷壓迫後的病變及循環障礙。

治則：補氣活血化癥。

方劑：（育生）補陽還五湯、黃耆五物湯、歸耆建中湯。

特點：改善腦循環、增加腦血流、減少循環障礙。

加減：加川七粉三錢。

注意黃耆用量 1~4 兩，量大於 4 兩，久服易造成血管性病變。

（育生）補陽還五湯

組成：當歸 4、赤芍 4、川芎 4、北耆 20、丹參 4、銀杏葉 4（單位：錢）。

《臨床應用》：補氣活血化癥。

腦血管神經細胞組織因發炎、感染、創傷壓迫後的病變及循環障礙，有改善腦循環、增加腦血流、減少循環障礙功效。

對各種老化（因血管慢性阻塞）。

健忘、記憶減退、老人癡呆的預防。

巴金森氏病。



九、辛涼芳香通竅法

適用：急性腦膜發炎的腦病，腦細胞壁損傷，感染後遺的腦病，神昏譫語。

治則：辛涼芳香、僻惡除穢、通竅醒腦。

方劑：清心牛黃丸、安宮牛黃丸、蘇合香丸。

特點：各種治療腦部方劑皆可加含：冰片、薄荷、細辛、辛夷、石菖蒲、麝香…等辛涼芳香藥物。如補陽還五湯、大小柴胡湯、半夏天麻白朮湯、溫膽湯…等等。

缺點：昂貴。

十、氣血雙補法

適用：腦病氣血兩虛，腦細胞實質性萎縮。

治則：大補氣血、恢復元氣。

方劑：十全大補湯、八珍湯、聖愈湯。

特點：重建神經通路，活化腦細胞。

加減：可再加人參、川七、細鹿茸。

十一、溫補腎陽法

適用：腦病腎陰陽兩虛，腦細胞實質性萎縮。

治則：溫補腎陽、修補腦髓。

方劑：右歸飲、(育生)腎氣丸。

特點：重建神經通路，活化腦細胞。

加減：可再加人參、川七、細鹿茸。

(育生)腎氣丸

組成：澤瀉 2、丹皮 2、茯苓 2、黃柏 2.5、甘草 3、乾薑 3、牛膝 5、玉桂(子) 5、附子 5、生地 4、山茱萸 4、淮山藥 4、杜仲 4、蒼朮 4 (單位：錢)。

十二、滋陰補腎法

適用：結核性腦病，腦病腎陰虛，陰虛發熱或餘熱未盡，腦細胞實質性萎縮。

治則：滋陰補腎、修補腦髓。

方劑：左歸飲、六味地黃丸、知柏地黃湯、防己地黃湯、八仙長壽丸。

特點：重建神經通路，活化腦細胞。

加減：可再加人參、川七、細鹿茸。



十三、柔肝緩癥法^[4]

適用：肝陰不足，肝鬱陰虛，筋脈拘急，血管痙攣，短暫性腦缺血 TIA 或腦循環障礙。

治則：柔肝緩癥，疏肝透熱解癥。

方劑：芍藥甘草湯、四逆散、七寶美髯丹、(育生)聖愈湯、(育生)血枯方。

特點：疏肝解鬱，緩癥止痛，緩解肌肉、血管痙攣，促進血液循環。

加減：疼痛加延胡索。

(育生)聖愈湯

組成：當歸 3、川芎 3、赤芍 3、生地 3、蒼朮 3、丹參 5、黃耆 15 (單位：錢)。

(育生)血枯方

組成：蒼朮 4、刺蒺藜 4、當歸 8、何首烏 8、菟絲子 8、沙苑蒺藜 8 (單位：錢)。

十四、祛風止癥法

適用：風寒外束，頸項強急，筋脈拘急，血管痙攣，短暫性腦缺血 TIA 或腦循環障礙。

治則：解肌發汗，調和營衛，溫經通陽，祛風止癥。

方劑：桂枝湯、葛根湯、小續命湯、柴葛解肌湯。

特點：祛風止癥，緩解肌肉、血管痙攣，促進血液循環。

加減：疼痛加延胡索。

病毒性腦病加黃芩、黃連、黃柏。

十五、和解少陽熱法

適用：腦部因感染或手術或化放療之後發熱或神經熱或免疫熱或移植熱或血管病變後發熱等等。

治則：和解、滋陰、涼血、活血。

方劑：小柴胡湯、地骨皮飲。

特點：日晡發熱、白天低熱，黃昏開始疲勞倦怠及發熱，半夜溫度最高，清晨熱退汗出身涼。或潮熱或骨蒸勞熱。西藥退不下來的發熱症。

加減：青蒿、知母、地骨皮、天門冬、麥門冬、北柴胡、赤芍、丹皮、黃柏。

中西醫結合臨床治療腦病的原則

腦壓升高先降腦壓、消水腫、抗痙攣、止血與活血化癥，改善中樞神經血液循環，解除代謝廢物的阻斷神經傳導，調整神經傳導介質濃度，興奮神經細胞，興奮神經傳導功能，促進或抑制神經傳導速度，改善椎體外束症狀，調整大腦皮

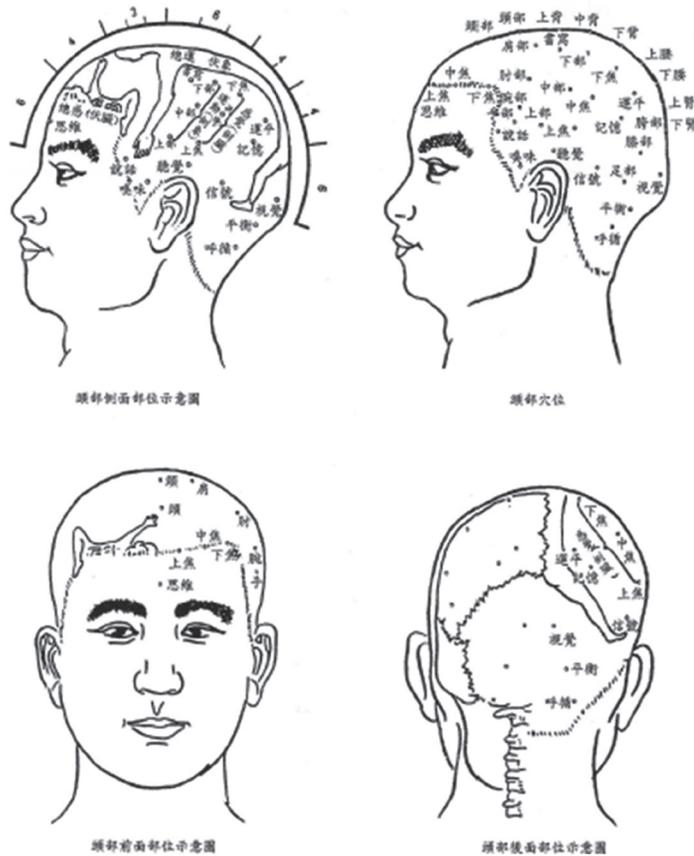


質活動，促進或抑制大腦的神經內分泌。

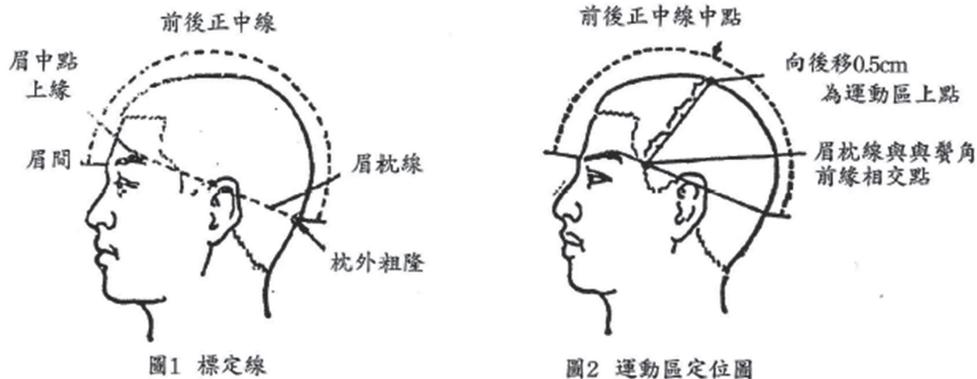
肆、失智症的頭皮針治療

一、常見頭皮針主要流派各家示意圖〔6〕

1、方氏（雲鵬）頭皮針穴區示意圖



2、焦氏（順發）頭皮針刺激區





吳博雄針法〔7〕：

1、百會對刺

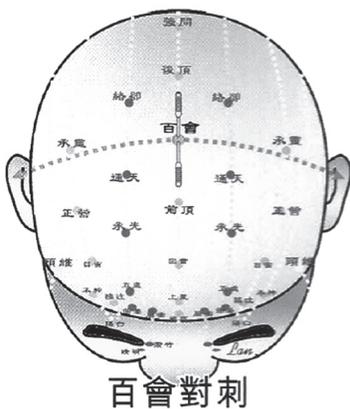
2、四神聰：

百會前後左右各旁開一寸，針尖向百會，沿皮下針 0.8 寸。

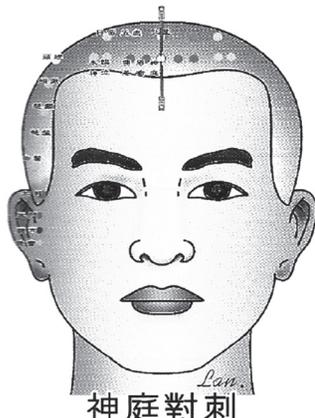
3、神庭對刺

4、凶三針：

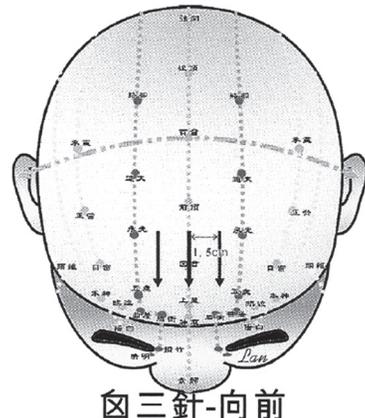
第一針由凶會向神庭，向前沿皮下刺入。第二、三針凶會左右兩側各旁開 0.5 寸，平行向前刺入。



百會對刺



神庭對刺



凶三針-向前

靳瑞：靳三針〔8〕

智三針：【神庭、本神】

第一針為神庭，向後沿皮下針 1 寸。

第二、三針為兩側本神（神庭旁開 3 寸），各向後沿皮下針 1 寸。

四神針：【前頂、後頂、（雙）絡却】

百會前後左右各旁開 1.5 寸，針尖朝向百會，沿皮下針 1 寸。

腦三針：【腦戶、腦空】

第一針為腦戶（後髮際正中直上 2.5 寸），針尖由上往下沿皮針入 1 寸。

第二、三針為兩側腦空（腦戶左右各旁開 2.5 寸），針尖由上往下沿皮針入 1 寸。

顛三針：【顛 I 針、顛 II 針、顛 III 針】

顛 I 針：耳尖直上入髮際二寸處，針尖由上往下沿皮針入 1 寸。

顛 II 針：以顛 I 針為中點，向其同一平線前旁開一寸為顛 II 針，針尖由上往下沿皮針入 1 寸。

顛 III 針：以顛 I 針為中點，向其同一水平線後旁開一寸為顛 III 針，針尖由上往下沿皮針入 1 寸。



图 2-1 智三針

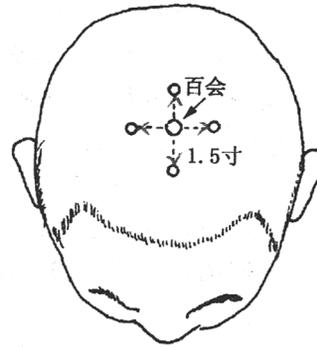


图 2-2 四神針

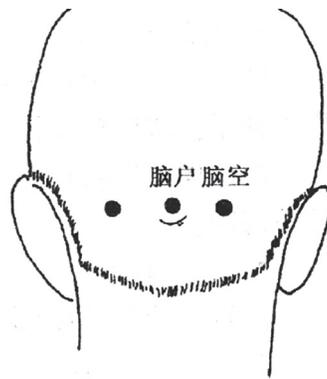


图 2-3 腦三針



图 2-4 顳三針

郭奕德針法：益智六針^{〔9〕}



1、百會：

穴位：頭頂正中線與兩耳尖連線的交點處，前髮際後 5 寸，後髮際上 7 寸。



百會向前沿皮下針 8 分〔3〕。

2、神庭：

穴位：頭頂正中線入髮際 5 分處。

神庭向後沿皮下針 8 分。



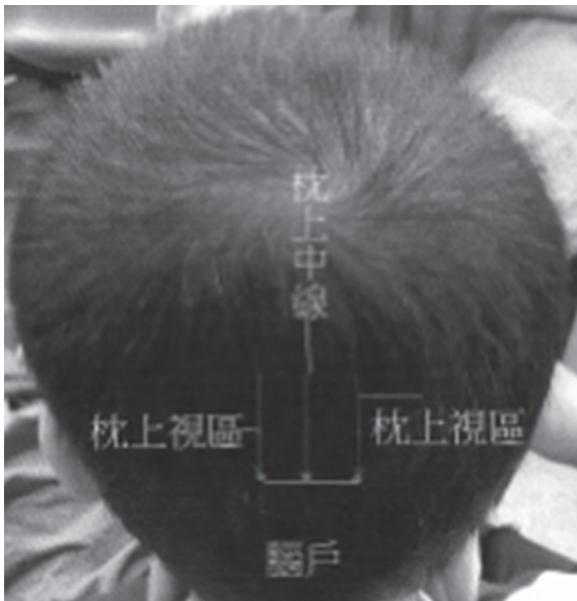
3、四神聰：

百會前後左右旁開 1 寸處，針尖向百會入針，沿皮下針入 8 分。

施行【郭氏催氣手法】1 至 ~3 分鐘後，再夾電針，百會 + 神庭一組，四神聰前後一組，四神聰左右一組，調《疏密波》留針 20 分，強度以病患皮膚表層微震動，病患有感而能夠忍受為度。

（明目六針）

【枕上中線 + 枕上視區】〔9〕



（圖片引用自：戴吉雄編著，戴氏頭皮針）



【枕上中線】

穴位：位於強間穴與腦戶穴之間連成一直線，長 1.5 寸的垂直線〔6〕。

相關穴位：

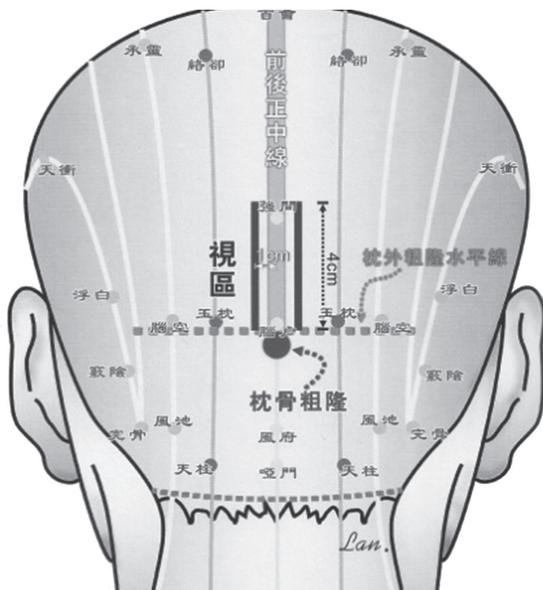
【強間穴】：後髮際上 4 寸，百會穴後 3 寸，後頂穴後 1.5 寸，腦戶穴上 1.5 寸。

【腦戶穴】：枕骨粗隆之上緣，後髮際上 2.5 寸，強間穴下 1.5 寸，風府穴直上 1.5 寸。

【枕上正中線 1 針】：病患宜采坐姿，手持 30 號 1 吋的毫針，與頭皮呈 15 度角，使用【接力針法】，第 1 針於枕上正中線上，強間穴上 1 公分處，針尖向下，快速刺入皮膚，進針到腱膜下層後，將針體平臥，緩緩插入 8 分左右，

【枕上正中線 2 針】：第 2 針於枕上正中線上，強間穴與腦戶穴的中點，針尖向下入針，快速刺入皮膚，進針到腱膜下層後，將針體平臥，緩緩插入 8 分左右，施行【郭氏催氣手法】1 至 ~3 分鐘後，再夾電針，調《疏密波》留針 20 分，強度以病患皮膚表層微震動，病患有感而能夠忍受為度。

焦氏頭皮針的【枕上視區】〔7〕



(圖片引用自：吳博雄編著 - 吳氏頭皮針)

【枕上視區】

穴位：沿枕部粗隆上緣的水平線，正中線旁開左右各 1 公分，向上引 4 公分長的垂直線〔7〕。



【枕上視區 1 針】：病患宜采坐姿，手持 30 號 1 吋的毫針，與頭皮呈 15 度角，使用【接力針法】，第 1 針於左側枕上視區上 1 公分處，針尖向下，快速刺入皮膚，進針到腱膜下層後，將針體平臥，緩緩插入 8 分左右，

【枕上視區 2 針】：第 2 針於左側枕上視區中點，針尖向下入針，快速刺入皮膚，進針到腱膜下層後，將針體平臥，緩緩插入 8 分左右；

【枕上視區 3 針】：第 3 針於右側枕上視區上 1 公分處，針尖向下，快速刺入皮膚，進針到腱膜下層後，將針體平臥，緩緩插入 8 分左右，

【枕上視區 4 針】：第 4 針於右側枕上視區中點，針尖向下入針，快速刺入皮膚，進針到腱膜下層後，將針體平臥，緩緩插入 8 分左右；

施行【郭氏催氣手法】1 至 3 分鐘後，再夾電針，【枕上正中線 1 針】+【枕上正中線 2 針】一組，【枕上視區 1 針】+【枕上視區 2 針】一組，【枕上視區 3 針】+【枕上視區 4 針】一組，調《疏密波》留針 20 分，強度以病患皮膚表層微震動，病患有感而能夠忍受為度。

（聽耳六針）^{〔9〕}

耳 1 針：耳尖直上入髮際 2 寸處，針尖由上往下沿皮針入 8 分。

耳 2 針：耳 1 針直下 1 寸處，針尖由上往下沿皮針入 8 分。

耳 3 針：以耳 1 針為中點，同一平線向前旁開 1 寸為耳 3 針，針尖由上往下沿皮針入 1 寸。

耳 4 針：耳 3 針直下 1 寸處，針尖由上往下沿皮針入 8 分。

耳 5 針：以耳 1 針為中點，同一平線向後旁開 1 寸為耳 5 針，針尖由上往下沿皮針入 8 分。

耳 6 針：耳 5 針直下 1 寸處，針尖由上往下沿皮針入 8 分。



施行【郭氏催氣手法】1 至 3 分鐘後，再夾電針，耳 1 針+耳 2 針一組，耳 3 針+耳 4 針一組，耳 5 針+耳 6 針一組，調《疏密波》留針 20 分，強度以病患皮膚表層微震動，病患有感而能夠忍受為度。



(平衡六針) [9]

【平衡區】

穴位：沿枕部粗隆上緣的水平線，旁開正中線左右各 3.5 公分，向下引 4 公分長的垂直線。

平衡 1 針：腦戶穴針尖由上往下沿皮針入 8 分。

平衡 2 針：腦戶穴至啞門穴的連線中點，針尖由上往下沿皮針入 8 分。

平衡 3 針：左平衡區上方，針尖由上往下沿皮針入 8 分。

平衡 4 針：左平衡區中點，針尖由上往下沿皮針入 8 分。

平衡 5 針：右平衡區上方，針尖由上往下沿皮針入 8 分。

平衡 6 針：右平衡區中點，針尖由上往下沿皮針入 8 分。

施行【郭氏催氣手法】1 至 ~3 分鐘後，再夾電針，平衡 1 針 + 平衡 2 針一組，平衡 3 針 + 平衡 4 針一組，平衡 5 針 + 平衡 6 針一組，調《疏密波》留針 20 分，強度以病患皮膚表層微震動，病患有感而能夠忍受為度。



【郭氏催氣手法】

醫者以手半握拳狀，拇指與食指握住針身，運氣於手指上，施作與頭皮水平方向“快速提插震動”的平補平瀉手法，以達到催氣的功效。





伍、腦中風復健治療

中風復健可分三階段

急性期：生命象徵已穩定超過 24 小時後，就可開始在病床上翻身及做肢體關節運動，可防止褥瘡及關節僵硬的發生。

亞急性期：約中風發生後一週至 3 月間，治療目標在促進神經修復或重新整合、訓練日常生活功能，減輕照顧者負擔並增加患者的獨立。

慢性期：約中風後滿 3 月至年餘，治療目標將患者的功能發揮到最大，並增進生活品質。

中風的復健包括：

中風的後遺症與併發症相當多，復健治療會盡量依個別病人的症狀與程度來進行，包括：

物理治療：運動困難、步態異常或平衡失調，重建運動功能（肌耐力、平衡、協調）及步行能力。

職能治療：日常生活訓練，例如：進食、衛生、穿脫衣物等自我照顧活動、副木、支架製作、輔具評估與訓練。

中醫藥、針灸、按摩、推拿、練功療法

陸、腦中風預防保健

- 1、飲食清淡，少油少鹽，飲食有節，不暴飲暴食
- 2、每天攝取五份以上的蔬果
- 3、保持大便順暢
- 4、控制體重
- 5、戒除菸酒
- 6、養成運動的習慣（八段錦、五禽戲、易筋經、太極導引、瑜珈…）
- 7、按摩穴道（全身經絡，加強：五輸穴、背輸穴、頭頸部、五官、足部）
- 8、坐息有常，保持充分的睡眠，避免熬夜及過度勞累
- 9、注意保暖、保濕、避風寒、適度的照陽光（早晨、傍晚）
- 10、定時量血壓、血糖、血脂
- 11、保持心情愉快，勿惱怒、憂思
- 12、定期健檢、積極治療疾病（特別是三高 & 尿酸 & 免疫疾病）



柒、結語

目前對於腦中風，西醫藥的治療，針對急性缺血性腦中風，（發作 3~6 小時）採取靜脈溶栓術（iv t-PA）、動脈導管機械式取栓手術（前循環：發作 8 小時以內，後循環：發作 24 小時以內）；慢性缺血性腦中風：顱內動脈狹窄或阻塞，採取顱內血管支架手術、顱內外血管吻合繞道手術；慢性缺血性腦中風：顱外頸動脈狹窄，採取頸動脈支架手術、頸動脈剝脫手術；慢性缺血性腦中風：顱外近端椎動脈狹窄，臨床無症狀，一般僅需抗血小板藥物預防血栓，臨床若產生後循環不足的眩暈現象，則考慮採取球囊擴張式的支架術，改善血流；慢性缺血性腦中風：顱外近端鎖骨下動脈狹窄，產生偷血現象或暈眩，則考慮採取球囊擴張式的支架術或人工血管繞道重建手術，改善血流〔10〕。

出血性腦中風，腦內出血不嚴重者，採取在加護病房內監控意識變化，接受藥物治療，控制血壓及矯正可能誘發出血的因素，嚴重者則需要外科手術治療，如：傳統開顱清除血塊手術、內視鏡清除血塊手術、影像導引式抽血塊手術、腦室血水引流術、腦壓監測器植入術、顱骨切除手術，動脈瘤破裂之蜘蛛網膜下腔出血：開顱動脈瘤夾閉手術、動脈瘤栓塞手術、動脈瘤密網導流支架栓塞手術。

一般手術治療的原則有：

- 1、大腦實質內的出血 30cc 以上有腫塊壓迫效應者。
- 2、小腦出血大於三公分者或有腦幹壓迫者。
- 3、腦室內大量積血水者。
- 4、特殊腦血管病變所造成的腦出血，如動脈瘤、動靜脈畸形、硬腦膜瘻管或海綿狀血管瘤等，可依臨床判斷做外科手術。
- 5、昏迷指數正常（15 分）或太差（3~5 分）者，手術幫助有限，可以考慮保守治療。
- 6、若為深部視丘或腦幹出血，開刀可能破壞更多正常功能的腦組織，除非產生水腦症，需做引流手術外，一般以不採開顱手術為原則。其他的手術療法，如內視鏡或立體定位手術等微創手術，可能可施用於視丘或腦幹出血，但尚需有更多的臨床證據來支持。

預防腦中風的藥物治療：

- 1、抗血小板藥物
- 2、抗凝血劑
- 3、腦循環改善藥物
- 4、消血脂藥物
- 5、降血壓藥物



6、降血糖藥物

目前腦中風的西醫藥治療，仍有所不足，藥物治療常有不同的副作用，手術治療亦有所力不及，也有其潛在的風險性，有些腦中風狀況，西醫亦只能監控意識變化，維持生命徵象，而無法積極改善病況，而對於腦實質萎縮，目前西藥尚無法有效治療；中藥在臨床上，確實能有所改善，若能與中醫協同治療，中西醫結合治療，互補長短，使醫療更臻完善，病患及家屬亦可有更多的選擇與協助。

在多年行醫的臨床上，應用中藥與針灸及練功療法幫病患治療腦中風的過程中，病患的認知能力及生活行動能力，都有不同程度的改善，許多病患也常常回報，他們好像變聰明了，記憶力、注意力、運算能力、視力、行動能力、生活功能、睡眠、精神、情緒……變好了，很多病患也能再重回職場，我想中西醫結合治療，為病患提供更有效的醫療，減少病患、家屬、社會及國家的負擔，是需要中西醫療人員繼續共同攜手努力。

參考文獻

1. 第一版腦中風治療共識 (102)，台灣腦中風學會。
2. 實用中西醫結合神經病學 (第 2 版)，孫怡、楊任民、韓景獻主編。
3. 電針百會、大椎對全腦缺血 - 再灌注腦損傷大鼠干預作用機制的研究，郭奕德醫師。
4. 缺血性腦中風之治療概論，郭奕德醫師。
5. 中醫腦神經治療學，李政育醫師。
6. 戴氏頭皮針顱骨縫刺激區的研究及臨床應用，戴吉雄中醫博士。
7. 吳氏頭皮針，吳博雄醫師。
8. 斬三針療法，彭增福編著，斬瑞審訂。
9. 看見中醫藥治療失智症的曙光，郭奕德醫師。
10. 腦中風神救援，崔源生醫師著。

通訊作者：郭奕德

聯絡地址：新北市汐止區連興街 28 號 1 樓

聯絡電話：02-26411899

E-mail：kuo100999@gmail.com

受理日期：2019 年 11 月 15 日；接受日期：2019 年 12 月 2 日



惡性腦腫瘤的中醫藥協同治療

黃月順

明師中醫聯合診所

摘要

手術切除是治療腦腫瘤的首選方法，但手術切除腦腫瘤常伴有後遺症及併發症。部分病人因合併全身多處轉移而無法手術，此時放射、化學治療成爲腦腫瘤治療的主要方法，無法手術和放化療的病人或是對西醫治療的後遺症或併發症，中醫藥協同西醫的手術、放化療治療惡性腦瘤，中醫藥的使用是本文探討的重點，並介紹良惡性腦瘤的差異，腦瘤的診斷及症狀，並說明中醫治療的原則與辨證論治。

關鍵詞：腦瘤、惡性腦瘤、中醫藥治療腦瘤

壹、前言

中醫治病具有整體觀念，從患者的病情與體質特點加以考量，不只局限在癌症病灶本身，中醫藥協同治療一方面可以提高治療效果，一方面可以減輕西醫治療的毒副作用，提高人體免疫機能，增強抗病能力，療效比單一療法爲好。在腦瘤的治療上，中醫藥確有它的長處^{〔1〕}。

腦部腫瘤種類繁多，有許多異於其他部位之腫瘤，腦瘤原因不明。可以發生在任何年齡，研究顯示最常發生在兩個年齡層，第一個是3到12歲之間，第二個是40到70歲之間。遺傳因素、特定行業、病毒感染、綜合因素、腫瘤轉移等可能是腦瘤的原因。

貳、良性腦瘤與惡性腦瘤差異

良性腦瘤不含癌細胞，腫瘤可被移除，不容易復發，有清楚界線，不會侵犯到鄰近組織，但可能壓迫到腦組織造成症狀。當一良性腫瘤位於腦部的生命功能區域，即使它不含癌細胞，臨床上應被視爲惡性的。

惡性腦瘤包含癌細胞，影響生命功能並且致命性高。惡性腦瘤生長快速，並侵犯周圍組織，腫塊會伸出根並植入健康腦組織。有些惡性腫瘤周圍清楚且沒有



“根”，具有外囊。

參、原發性腦瘤與轉移性腦瘤

原發性腦瘤：源發於腦組織之腫瘤被稱為原發性腦瘤。原發性腦瘤依據源發組織類型加以分類，最常見的腦瘤是膠質瘤（glioma），來自支持性組織。

轉移性腦瘤：在身體其他組織的癌症會擴散到腦部，稱為續發性腫瘤。轉移到腦部的癌症和原發性腫瘤是相同的疾病，例如肺癌轉移到腦部，稱為轉移性肺癌。

肆、腦瘤的症狀

良性的腦瘤長在運動區附近，即使只有一、兩公分，也會因為壓迫到掌管運動的腦區而造成患者肢體無力，活動出問題。如果不是長在功能區，可能腫瘤長到四、五公分以上才使腦壓升高而出現症狀，此時可能才發現腦瘤。腦瘤長的位置在功能區，腦下垂體是人類控制荷爾蒙的主宰，長在腦下垂體的腦瘤會影響內分泌，像泌乳激素分泌過多，荷爾蒙的變化，導致女性乳頭有不正常的分泌物出現，月經沒來或月經不規則，腫瘤可能僅僅長到一公分時，患者症狀就很明顯了。腦瘤也會造成腫瘤及周遭區域的組織腫脹發炎，使腦壓升高而造成患者不適。

腫瘤周圍腫脹和水腫造成腦壓升高，導致噁心嘔吐等症狀。若腫瘤影響到腦脊髓液的流通，使得腦室的水分增多，會造成水腦症狀發生。有時腦瘤長的很慢，初期往往沒有症狀。

腦瘤常發生的症狀包括：

1. 頭痛（夜間、早晨特別痛）
2. 走路不協調
3. 抽搐
4. 眼球運動不正常或視力改變或喪失
5. 聽力障礙
6. 噁心、嘔吐
7. 記憶力變差
8. 人格或行為改變
9. 手、足無力
10. 感覺喪失
11. 說話能力改變〔2〕



伍、診斷方式

理學檢查：個人疾病史、腦瘤家族史與神經功能評估。

其他

- 1、電腦斷層掃描（CT）：能篩檢出腦瘤與其他腦部病變如鈣化、頭顱損傷、急性腦出血（或腦中風）。配合含碘對比劑應用，可以提高X光對腫瘤之解析度。
- 2、磁共振造影（MRI）：對於腦部腫瘤診斷效果佳，注射特殊顯影劑能增加腦瘤被診斷之機會。
- 3、X-光檢查：顯示出顱骨被腫瘤侵犯或破壞的程度，及某些腦瘤所引起鈣質堆積等情形。
- 4、血管攝影：特殊顯影劑注入動脈後腦部血管之影像，能顯示出腫瘤及周圍血管的情形。
- 5、立體定位：以特殊頭架配合電腦斷層或磁共振造影確定腫瘤位置，然後在頭骨上穿一小洞引導細針進入腫瘤，進行切片或治療稱之為立體定位。
- 6、正子斷層攝影（PET）：藉由評估身體組織葡萄糖代謝活動程度，來區分腫瘤組織或放射治療壞死組織^[3]。

陸、治療方式

腦瘤治療方法包括手術切除、放射治療、化學治療。視病人的需求，可能會用到數種治療方式，及不同專家團隊，包括不同科別如神經外科醫師、內科腫瘤專家、放射腫瘤專家、護士、營養學專家及社工人員、物理治療師、職業治療師、語言治療師，及配合中醫師使用中藥、針灸、推拿等治療。

柒、惡性腦瘤的中醫學認識

中醫學認為「邪之所湊，其氣必虛」，腫瘤是正氣虛弱所致，腦腫瘤也是正虛邪入，陰陽失調，寒熱相搏，毒積臟腑，營衛壅塞所致。內傷七情，鬱悶暴怒，神志失調，飲食內傷，勞損過度。外感六淫，風寒外襲，寒濕阻絡，熱燥傷津，致氣血瘀結，正氣虛衰，邪氣乘虛而入，導致清陽之氣不得升，濁陰之氣不得降，格於腦內，腫大成積，遂發生為腦腫瘤^[4]。

捌、惡性腦瘤中醫治療

中醫藥治療是臨床常用的選擇，中醫聯合西醫的手術、放化療治療惡性腦瘤，



一方面可以提高治療效果，一方面可以減輕西醫治療的毒副作用，提高人體免疫機能，增強抗病能力，療效比單一療法為好。

一、依病患體質治療原則

惡性腦瘤可分初期、中期和晚期。初期患者，正氣尚盛，或未經西醫放化療，僅純中醫治療，多以攻為主，或大攻小補，或先攻後調；中期，腦瘤發展到一定程度，若正氣尚可，正邪相爭處於勢均力敵階段，仍以攻邪為主或攻補並重，若正氣已憊，或西醫介入治療期間，須改以扶正為主兼以攻邪；晚期，腫瘤已增至嚴重階段，正虛邪盛，患者不任攻伐，當扶正為主，少佐祛邪抗腫瘤藥。

1、正氣虛者：補益正氣、補血健脾、養肝益腎。

選用聖愈湯、歸耆建中湯、補中益氣湯、八珍湯、十全大補湯、右歸丸、補陽還五湯等方。

加黃耆、桂枝、人參、川七、女貞子、旱蓮草、杜仲、寄生、乾薑、附子等藥。

2、虛實夾雜者：攻補兼施，分清主次。

予化痰開鬱、軟堅消腫、活血化瘀〔5〕。

加全蠍、地龍、蜈蚣、白僵蠶、天麻、山甲等藥，可入腦通絡止痛。

加乳沒四物湯，抵擋湯，通竅活血湯，血府逐瘀湯等方可破血行瘀。

加五苓散，白朮、茯苓、澤瀉等藥可利水消腦水腫。

加黃連解毒湯，三黃瀉心湯，大柴胡湯，黃芩、黃連、黃柏、大黃等藥可消炎瀉熱降腦壓。

加半夏、南星、昆布、浙貝、牡蠣、海藻、昆布、夏枯草可化痰軟堅。

加菖蒲、遠志、白芥子、僵蠶能開竅醒腦。

加川芎、赤芍、丹參、桃仁、川七、當歸、三稜、莪朮能活血行氣〔6〕。

二、惡性腦瘤的中醫辨證論治

1、痰濕內阻

症見：頭痛頭暈、肢體麻木、半身不遂、噁心嘔吐、舌強語蹇、胸悶視糊。

治則：化痰軟堅

處方：溫膽湯加減

心煩熱加黃連、梔子、竹葉

不能眠加柏子仁、酸棗仁、夜交藤、遠志、琥珀粉

驚悸多夢加琥珀粉、珍珠母、牡蠣、龍骨

嘔逆加竹茹、紫蘇、旋覆花、半夏、枇杷葉

2、肝膽實熱

症見：面紅目赤、口苦咽乾、急躁易怒、舌紅苔黃



治則清肝瀉火

處方：龍膽瀉肝湯

3、肝腎陰虛

症見：煩躁易怒、五心煩熱、口乾目澀、失眠盜汗、頭暈頭痛。

治則：滋陰益肝腎

處方：六味地黃丸，天王補心丹

目澀加枸杞子、菊花

火旺加知母、黃柏

脾虛食滯加白朮、木香、砂仁、神麴、麥芽

4、氣滯血瘀

症見：口乾氣短、面色晦暗、舌紫唇青、頭痛身痛、視物模糊。

治則：活血化瘀

處方：血府逐瘀湯加減

頭痛身痛劇加三稜、莪朮、延胡索、全蠍、蜈蚣、地龍

氣滯明顯加川棟、香附、木香

女子經閉加益母草、澤蘭、桃仁、紅花

5、肝風內動

症見：頭暈目眩、半身不遂、肢體麻木、震顫手抖、舌歪語蹇、視物模糊。

治則：鎮肝息風

處方：天麻鉤藤飲，鎮肝息風湯

心中煩熱者加石膏、梔子

痰多加陳皮、半夏

有瘀加地龍、丹參、桃仁、紅花

虛瘀可加補陽還五湯^{〔7〕}。

三、臨床治癌常用中藥

1、清熱解毒

金線蓮、七葉一枝花、白花蛇舌草、半枝蓮、龍葵、山豆根、敗醬草、菊花、薄荷、連翹、黃芩、黃連、黃柏、大黃、板藍根、地骨皮、牡丹皮，可抑制腫瘤生長。

2、扶正固本

人參、黃耆、黨參、太子參、西洋參、冬蟲夏草、靈芝、薏苡仁、女貞子、刺五加、蘑菇、猴頭菇、黑木耳、銀耳、百合可提升免疫細胞功能。

3、健脾理氣

白朮、白朮、白扁豆、芡實、陳皮、木香、砂仁、厚朴、山藥、山楂、蓮子、



麥芽、紅麴，改善腸胃功能。

4、活血化瘀

丹參、紅花、桃仁、莪朮、三稜、沒藥、乳香、虎杖、地龍、斑蝥等能改善血液循環。

5、滋補肝腎

當歸、白芍、熟地、丹參、阿膠、何首烏、雞血藤、紅棗、紅豆、枸杞、龍眼肉、黑芝麻、黑木耳能補血，修補受傷黏膜。

6、散腫潰堅

牡蠣、皂刺、穿山甲（保育類動物）、浙貝母、夏枯草、鱉甲、海藻、海帶、昆布、三稜、莪朮等藥能軟化消腫瘤。

7、養陰生津

生地、牡丹皮、地骨皮、麥門冬、天門冬、玄參、石斛、茯苓、天花粉、玉竹、百合、沙參、冬瓜、枇杷葉能調節體液代謝〔8〕。

四、針灸療法

針灸治療可一定程度上緩解腫瘤所引起的多種症狀：

嘔吐者：取中脘、內關、足三里、公孫為主。

痰飲：加內關、照海、公孫、風門、肺俞、豐隆。

肝氣鬱積：加太沖、行間、三陰交。

中氣虛者：兼用脾俞、章門、足三里。

劇烈頭痛：取合谷、列缺、風池、百會、懸顱、行間。

氣血不足頭痛：百會、氣海、肝俞、脾俞、腎俞、合谷、足三里。

玖、保健與調護

1. 飲食調護：術後及放、化療期間飲食要注意營養，可食各種魚、肉、蛋、肝、四神、堅果等。忌辛辣走竄的刺激性食品、菸酒之類，忌暴飲暴食、飲食不節。放射線照射後易口乾舌燥、嘴破喉嚨痛、聲音沙啞、黏膜受傷宜滋陰生津、清熱降火之品，嚴重者要用流質半流質食物。選用蓮藕、梨子、綠豆、荸薺、橘子、蘋果、綠豆、冬瓜、西瓜、楊桃、蜂蜜、柚子、苦瓜、檸檬、木耳、海蜇皮、蘆筍、筍白筍等〔9〕。

2. 避免過度用腦、用力：勿用力大便，勿劇烈咳嗽等，以免升高顱內壓，發生症狀。



3. 睡眠充足：睡滿 8 小時、心情放鬆，勿過勞。
4. 適度運動：選擇太極拳、八段錦、易筋經、瑜珈、禪坐、散步等運動，強度不宜過大。
5. 調適身心：多樂觀積極正面思考，多與病友交流調整心態。
6. 勤做復健：手術後，應進行適當的復健理療，及早恢復神經功能和生活自理能力〔10〕。

拾、病例

黃女，72 年次、未婚。

病史：

101 年 8 月，榮總診斷右顳葉腦神經鞘膜瘤，放射治療 33 次

102 年 8 月又復發，10 月增大，12 月 10 日於長庚開刀，1 月初將放療，但右視神經有殘存癌細胞。

102 年 12 月 16 日長庚醫院診斷，MRI:1.5CM，位於右外側眼窩壁及外直肌。

102 年 12 月 20 日中醫初診：便日行，脈浮細澀濡芤，面色、精神尚可，不易入睡。

診斷：（腦神經鞘膜瘤）復發性腦腫瘤

處置：腦癌放療中醫輔助治療

治療處方

- 1、乳沒四物湯加黃芩八錢、黃連五錢、黃柏五錢、茯苓八錢、澤瀉八錢、天麻八錢、吳茱萸五錢、仙楂四錢，七帖，代煎。
- 2、川七 4 克，一日三次，溶入湯劑服。
- 3、育生丸（育生中醫方）1 粒，睡前服。
- 4、萬靈丹（育生中醫方）12 粒，一日三次溶入服。並囑其不准隨意吃補。

因腫瘤復發，未做放化療，無使用類固醇，以乳沒四物湯＋芩連柏＋茯苓、澤瀉、川七、加育生丸、萬靈丹〔11〕。

治療經過

102 年 12 月 20 日至 103 年 3 月 29 日持續治療，期間有配合放療 10 次，中藥劑量持續慢慢加大。以乳沒四物爲主方隨症出入加減，黃芩加至三兩，育生丸加至五顆，至 103 年 3 月 29 日回診告知 103 年 3 月 27 日於榮總診斷：

- 1、發現復發顳下角神經鞘膜瘤無增大。
- 2、無其他部位之正子電腦斷層造影上的異常。



拾壹、結論

中醫聯合西醫的手術、放、化療治療惡性腦瘤，一方面可以提高治療結果，一方面可以減輕西醫治療的毒副作用，提高人體免疫機能，增強抗病能力，療效比單一療法為好。中醫治病具有整體觀念，從患者的病情與體質特點加以考量，不只局限在癌症病灶本身，因此在腦瘤的治療，中醫有它的長處。

參考文獻

1. 賴鎮源、黃碧松、任益民主編：中西醫癌症診斷與治療匯編，台灣，中華民國癌症醫學會，2009，p44-47
2. 賴鎮源、黃碧松、任益民主編：中西醫癌症診斷與治療匯編，台灣，中華民國癌症醫學會，2009，p105-122
3. 賴鎮源、黃碧松、任益民主編：中西醫癌症診斷與治療匯編，台灣，中華民國癌症醫學會，2009，p56-75
5. 王沛：王沛腫瘤治驗，北京中學科技出版社，大陸，2012，p246-254
6. 李政育：惡性腫瘤中西結合共治法探索，台灣，中西醫神經醫學會講義，2009
7. 李政育、鄭淑鎂：中西醫結合治癌新法，元氣出版社，台灣，2016，p27-127
8. 賴易成著：癌症全方位治療，如何出版社，台灣，2019，p80-87
9. 賴易成著：癌症全方位治療，如何出版社，台灣，2019，p106-138
10. 許玲、王菊勇、勞力行：癌痛中醫治療策略，上海科學技術出版社，大陸，2012，p50-57，p180-186
11. 李政育、鄭淑鎂：危急重症·難治之病中西醫結合之中醫治則與臨床例舉，養沛文化出版社，台灣，2017，p15-35

通訊作者：黃月順

聯絡地址：新北市永和區永和路一段 2 號

聯絡電話：0927498900

E-mail：3728alen.moon@gmail.com

受理日期：2019 年 11 月 15 日；接受日期：2019 年 11 月 28 日



血小板增多症病例探討

鄧欣怡

懷恩堂中醫聯合診所

壹、血小板增多症定義

人體正常的血小板參考值為 $150\sim 500\times 10^9/L$ ，當血小板數量大於 $600\times 10^9/L$ 時，稱為血小板增多症（primary thrombocythemia）。血小板增多症是骨髓增生性疾病，骨髓巨核細胞過度增殖，其特徵為出血傾向及血栓形成，外周血小板持續明顯增多，功能也不正常。

貳、血小板增多症分類

一、原發性血小板增多症

本病是由於骨髓過度增生引起的血小板增多。特徵為骨髓巨核細胞過度增生，外周血中血小板持續明顯增多，且有功能異常，半數患者 JAK2 基因檢測陽性。血小板計數多在 $600\times 10^9/L$ 以上，白血球計數可正常或增高，臨床有自發出血傾向及或有血栓形成，病人常有脾腫大，亦可能導致貧血。

二、其他骨髓增生性疾病

包括慢性粒細胞白血病、真性紅細胞增多症、原發性骨髓纖維化等，可伴有血小板增多。

慢性粒細胞白血病患者白血球增多和脾臟腫大較為明顯，外周血和骨髓以中晚幼粒細胞、杆狀核粒細胞增多為主，Ph1 染色體陽性，或 BCR-ABL 陽性。

真性紅細胞增多症以紅血球、血紅蛋白增多為主，紅血球大多在 $7\sim 10\times 10^{12}/L$ ，血紅蛋白在 $180\sim 240g/L$ 。除上述原發性血小板增多症的症狀外，真性紅細胞增多症另外的主要表現為皮膚粘膜紫紅，且常見肝脾腫大，部分患者血壓升高，80% 以上患者 JAK2 基因檢測陽性。

原發性骨髓纖維化常有脾腫大和貧血，外周血有幼稚紅血球和淚滴狀紅血球，骨髓常乾枯，骨髓活檢有纖維化表現，約超過半數患者 JAK2 基因檢測陽性。

三、繼發性（反應性）血小板增多症

繼發性血小板增多症血小板數一般不超過 $600\times 10^9/L$ ，個別患者偶可超過



$1000 \times 10e^9/L$ ，血小板功能基本正常，通常不伴有血栓形成和脾腫大，原發病控制或病因去除後血小板可恢復正常。臨床常見病因如下：

1. 急慢性炎症性疾病：

急性炎症恢復期、風濕熱、類風濕性關節炎、結節性動脈周圍炎、潰瘍性結腸炎、局限性結腸炎、結核、結節病、慢性肺膿腫、骨髓炎等。

2. 血液疾病：

缺鐵性貧血、溶血性貧血、急性或慢性失血。

3. 血小板減少症的恢復期（反彈性血小板增多）：

如化療骨髓抑制期之後血細胞恢復期、巨幼細胞貧血治療後、酒精中毒糾正後。

4. 脾切除後：

半數脾切除後一周內即有血小板增多，一般兩個月恢復正常。

5. 惡性腫瘤：

部分實體腫瘤、淋巴瘤等可伴有血小板增多。

6. 其他：

包括外傷、手術後、分娩、運動後、應用腎上腺素後。

參、原發性血小板增多症症狀

20% 的病人，尤其年輕患者無症狀。

30% 的病人有頭痛、頭昏、視覺模糊、手掌及足底灼痛感，末梢麻木。

80% 病人有出血及血栓形成。出血以胃腸道出血常見，也可有鼻、齒齦出血、血尿、呼吸道出血、皮膚、粘膜瘀斑。30% 患者有動脈或靜脈血栓形成。靜脈以脾、腸系膜及下肢靜脈為血栓好發部位。下肢血管栓塞後，可表現肢體麻木感、疼痛、甚至壞疽。也有表現紅斑性肢痛病、間歇性跛行。腸系膜血管血栓形成可致嘔吐、腹痛。肺、腎、腎上腺或腦內如發生栓塞可引起相應臨床症狀，可成為致死的原因。

80% 以上的病例會出現脾腫大，一般為輕到中度腫大，少數病人有肝腫大。

因此，如果出現血小板增多，要綜合病史、臨床表現、併發症，和相關檢查結果分析，方能明確發病原因。血小板增多症由於並不常見，屬於血液病中的疑難雜症之一。目前國際上尚無一種方法可以有效的將其治癒，各類治療方法基本只能緩解症狀。但中醫療法在眾多療法中可以說效果顯著，且無副作用〔1〕。



肆、西醫治療藥物

治療目的要求血小板減少至正常或接近正常，以預防血栓及出血的發生。

一、骨髓抑制性藥物

Hydroxyurea 為早期最常用的藥物，價格低，效果雖佳，但作用點在幹細胞，較無選擇性，同時會抑制其他血球，臨床上常見白血球亦同時下降的困擾，或整體免疫下降。近來報導長期使用有導致皮膚癌的可能，及造成白血病的風險。

二、放射核素磷（ ^{32}P ）

口服或靜脈注射，首次劑量 0.08~0.11MBq，如有必要三月後再給藥一次。一般不主張使用，因為有誘發白血病的可能。

三、血小板分離術

迅速減少血小板數量，改善症狀。常用于胃腸道出血、妊娠及分娩、選擇性手術前。

四、干擾素

最近有人提出用 α 干擾素治療原發性血小板增多症。可對巨核細胞生成抑制及血小板生存期縮短。劑量為 3~5mu/d。也容易造成免疫力下降 臨床上已少使用。

五、Anagrelide

此較新的藥物近年歐美開始採用，由於其專一性高，只直接抑制血小板分化，因此長期安全性高，有發展成主流治療藥物的趨勢〔2〕。

目前西醫主流治療：

原發性血小板過多症之主要治療藥物有二，一是傳統的化療藥品 hydroxyurea（愛治）；另一則是新藥 anagrelide（Agrylin 安閣靈）。

Hydroxyurea（愛治）有色素沈著、皮膚潰爛、肺纖維化、急性白血病等副作用；對年輕人而言，長期使用這類化療藥品有引發癌症的疑慮。

Anagrelide（安閣靈）並不干擾細胞的分裂增生，較無白血球降低之虞，上市之後曾被視為控制血小板過多症的第一線藥物，但因頭痛、胸痛、水腫、腸胃不適、呼吸困難等副作用的發生率不低，且有引發血管擴張、心悸及心衰竭的可能，曾有心血管功能異常病史者用藥後須小心監測病況之變化〔2〕。



伍、病案介紹

一、病患資料分析

邱先生，男 63 歲，體瘦。2008 年開始，轉換工作因為長期跑外務，因此生活作息開始不正常，經過 1~2 年這樣的生活之後，2010 年被西醫檢查出來為原發性血小板症，檢驗數據高達 $1600 \times 10^9/L$ ，開始服用西藥愛治一天 3 顆，1 個月後血小板竟降至 $80 \times 10^9/L$ 。2011~2015 年因此西醫減量治療，變 2 顆 / 一天，血小板在 1300~1600 浮動。2015~2017 年患者因為長期服用西藥不舒服，因此減量西藥 1 顆 / 一天，血小板仍然在 1300~1600 左右。

(二) 中醫治療過程

2018/09/22 初次進診所，血小板為 $1361 \times 10^9/L$ ，體瘦舌紅無苔，常有口乾咽乾現象。脈弦細，稍便秘，目前除睡眠多夢外，基本上並無任何不適。

初起治療：認為患者陰虛火旺，以滋陰涼血，減低血液黏稠度，同時活血去瘀預防栓塞。處方如下：

滋陰降火湯：大柴胡湯：丹參為主要方劑。服用 3 月之後檢查數據如下：2018/12/10 檢查數據為 $1125 \times 10^9/L$ 。繼續服用 3 月後 2018/03/08 檢查數據為 $1286 \times 10^9/L$ 。

陸、討論

一、以中醫藥免疫治癌觀念，思考以下方法應用

1. 清熱解毒法
2. 活血化瘀法
3. 化痰利濕法
4. 滋陰降火法
5. 攻癌祛邪法
6. 通利二便法
7. 扶正祛邪法
8. 重鎮平肝法
9. 通竅法^[3,4]

二、神經—內分泌—免疫調節網絡學說的啟發

20 世紀 70 年代，Besedovsky 提出神經-內分泌-免疫調節網絡學說



(neuroendocrine-immuno-modulation, NIM) 認為神經、內分泌、免疫三大系統可通過神經遞質，激素和細胞因子傳遞信息，形成整體調節網絡。而精神刺激直接作用於大腦皮質後，神經傳導影響下丘腦，垂體，直接或間接經末梢效應激素作用於免疫系統。

由此項學說的提出，可以物質上的證明精神心理因素也可影響免疫系統。因此抑鬱、緊張、悲傷等精神狀態，可導致免疫抑制的現象。精神醫學更因此顯得對於臨床治療疾病過程的重要性。自古以來就強調身心合一的中醫理論，可發揮其舉足輕重的腳色〔5〕。

三、檢討

之前處方太過保守，以預防血小板栓塞為主，並無針對血小板增生原因做積極治療。經李政育老師指導後，改變治療策略，重新調整患者免疫過亢表現，以治癌思路，加上神經—內分泌—免疫調節網絡學說修正處方。以清熱+重鎮安神+涼血為主要治法。

2019/03/20 之後處方為

黃連解毒湯+鎮肝息風湯+柴胡龍骨牡蠣湯+丹皮赤芍地骨皮為主方。

2019/06/08 檢驗數據 $1048 \times 10^9/L$

2019/08/31 檢驗數據 $968 \times 10^9/L$ 。

2019/11/18 檢驗數據為 $752 \times 10^9/L$ 。

目前仍然繼續努力中。回診西醫時，西醫驚嘆不已，因為該患者已經有8年血小板沒有低過 $1300 \times 10^9/L$ ，因此患者仍然繼續努力服藥當中。

參考文獻

原文網址：

1. <https://kknews.cc/health/5mppzz3.html>

2. <http://www.tspc.com.tw/populace>

參考書籍：

3. 危急重症·難治之病中西醫結合之中醫治則與臨床例舉 作者李政育, 鄭淑鎂

4. 中西醫結合治癌新法作者李政育, 鄭淑鎂

5. 2009年國際精神醫學論壇 從神經—內分泌—免疫調節網絡看精神醫學對疑難疾病治療的重要性 方志男醫師



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：0917-234325

E-mail：sindy03250209@hotmail.com

受理日期：2019 年 11 月 21 日；接受日期：2019 年 11 月 28 日



月經諸病中醫治療

鄭淑鎂

培真中醫診所

摘要

女性月經正常運作，須有中樞神經系統、內分泌腺體和生殖器官整體協同，生殖軸線涵蓋腦下垂體、下視丘、卵巢、輸卵管、子宮體、子宮內膜。各種神經、內分泌、免疫的不足或過亢，或各種外感內傷，都可能會導致月經失常。

本文討論月經不調諸病症及經前症候群。中醫治療女性月經疾病，須整體考量各種致病因素，導致體質的變異，產生寒熱虛實夾雜的證型，加以辨證辨病施治，可達到調經與治病兼顧，回復健康。

關鍵字：月經異常、經痛、崩漏、經前症候群、中醫治療月經疾病

壹、前言

女性月經正常運作，是建立在中樞神經系統、內分泌腺體和生殖器官整體協同作用的基礎上，需要整體生殖軸的功能正常運作相互協調，生殖軸涵蓋腦下垂體、下視丘、卵巢、輸卵管、子宮體、子宮內膜。各種神經、內分泌、免疫的不足或過亢、感染、創傷、精神壓力、藥物干擾，或因全身性疾病、器質性病變、腫瘤…等，都可能會導致月經失常。

本文討論各種月經不調病症及各種經前症候群。月經不調是指月經的週期、經期、經量、經色、經質的異常，或伴隨月經週期出現的症狀為特徵的疾病。包括：月經先期（提早）、月經後期（延後）、先後無定期；月經過多、過少；經期延長，經期間出血，崩漏，痛經，閉經，逆經等諸症。經前症候群包括經前精神症狀、水腫、乳痛、體痛、皮膚症狀、胃腸症狀、黏膜症狀、外感、免疫疾病、眩暈、抽搐、嗜睡…等。

中醫治療女性月經疾病，除整體考量外感內傷各種致病因素外，其他如臟腑失調、情緒、作息、年齡、飲食、勞倦、孕產…等，導致體質的變異，產生各種寒熱虛實夾雜的證型，如痰飲、血瘀、肝鬱氣滯、脾虛、腎虛、氣血兩虛…等，辨證辨病論治，可達到調經與治病兼顧，回復健康。



貳：第一部分 月經不調

一、痛經

定義：

婦女在經間及經期前後，小腹墜脹疼痛，或腰部疼痛，輕者僅墜脹焮痛，嚴重者伴隨噁心嘔吐，腹瀉，頭痛，冷汗，手足逆冷，甚至暈厥。

病因病機

排卵後黃體素刺激子宮內膜，合成前列腺素 PGF_{2a}，前列腺素刺激子宮收縮，會產生疼痛。

經痛主要區分：原發性經痛和繼發性經痛。原發性痛經是指生殖器官無器質性病變。繼發性痛經主要是骨盆腔內疾病所引起，如子宮肌瘤、子宮內膜異位、子宮肌腺症、子宮後傾等。

經痛的原因，可能是：

子宮肌痙攣性收縮：如子宮頸狹窄、或子宮後傾，導致組織缺血。

子宮肌不協調收縮：如子宮發育不良、或子宮畸形。

子宮內膜塊狀剝落，排出不暢，引起子宮痙攣性收縮疼痛。

骨盆腔內疾病：如子宮肌瘤，子宮內膜異位症，肌腺症，骨盆腔發炎、沾連。

其他因素：如惡血留內（產後、小產、墮胎），精神過度緊張、敏感，過勞，貪涼受寒，生活習慣改變，氣血虛弱，慢性疾病。

中醫認為過度勞損，氣虛血虛，肝鬱氣滯，血瘀，寒凝等，均會導致痛經。

《金匱要略》：“帶下經水不利，小腹滿痛，經一月再現……”。

《諸病源候論》：“婦人月水來腹痛者，由勞傷血氣，以致體虛，受風冷之氣，客于胞絡，損傷衝任之脈。”

《景岳全書》：“婦人經行腹痛，證有虛實，然夾虛者多，全實者少。實者或因寒滯，或因血滯，或因氣滯；虛者有因血虛，有因氣虛。然實痛者多痛於未行之前，經通而痛自減；虛痛者于即行之後，血去而痛未止，或血去而痛益甚。大都可按可揉者為虛，拒按拒揉者為實。有滯無滯于此可察，但實中有虛，虛中亦有實，此當于形氣秉質兼而辨之，當以察意，言不能悉也。”

《傅青主女科》：“經欲行而肝不應，則抑拂其氣而痛生〔1〕。”

中醫治療

中醫治療痛經，應區分虛、實、寒、熱。主要考慮不通則痛，不榮則痛。

- 痛經在經前及經間、經量多、有瘀塊、經色暗或鮮紅，多屬實。
- 痛在經後、經量少或經色淡，多屬虛。
- 疼痛劇烈拒按，多屬實。



- 隱隱作痛，喜按喜揉者，多屬虛。
- 得熱痛增屬熱；得熱痛減屬寒。
- 絞痛、冷痛者，多屬寒。
- 灼熱痛者，多屬熱。
- 刺痛，或痛甚於脹，血塊排出則痛減，多屬血瘀。
- 脹甚於痛者屬氣滯。
- 痛在兩側少腹者須理氣疏肝。
- 痛在腰際者，須補腎強筋〔2〕。

《辨證治療》

氣滯血瘀：

症狀：經痛，合併情志抑鬱，易怒焦躁，乳房脹痛，胸脅滿悶，心悸失眠，舌紅，脈弦。

治則：疏肝理氣，養血化瘀。

處方：如加味逍遙散加川芎、桃仁、香附。

熱瘀：

症狀：經痛，月經先期，量多有瘀塊，色鮮紅，腹痛拒按，口燥渴，尿赤便秘，舌紅暗紫，脈數。

治則：清熱活血，化瘀止痛。

處方：如芩連四物湯加丹參、沒藥、骨碎補。

寒瘀：

症狀：經痛，腹痛腰痛，喜溫喜按，形寒肢冷，或平日貪食生冷，或身處寒涼，舌淡，脈細弱。

治則：溫經散寒。

處方：如四物湯加肉桂、附子、吳茱萸；十全大補湯。

濕熱夾瘀：

症狀：經痛，曾腹腔手術，或房事不節，或清潔不當，合併免疫降低或過亢，骨盆腔沾連性腹痛。

治則：補氣解表，清熱化瘀。

處方：如柴胡桂枝湯加方。或清熱活血化瘀，如乳沒四物湯加黃芩、黃連、黃柏。

氣血兩虛：

症狀：經後綿綿作痛，喜溫喜按，脾胃虛弱，或大病久病之後；合併氣血兩虛症狀。



治則：補氣養血。

處方：如歸脾湯、聖愈湯、八珍湯〔3〕。

《病案介紹》

痛經

【痛經，經少，頭痛】

莊女，37歲，育二子，經間少腹痛甚，頭痛至吐，週期正常，經量過少。胃痛痞脹，口和，舌淡紅，脈細弱。

《處方》科學中藥

四物湯 7g、砂仁 2g、黃耆 2g、肉桂 1g、附子 1g、黃柏 1g。(3包/日)

以上處方共服 8 周後，諸症改善。

《治療思路》

病人氣血虛弱，在補氣養血方中，加入足量砂仁，改善胃痛胃脹促進吸收，加入桂附可令補氣養血效果加倍，但須加入少量清熱藥黃柏反制，預防化燥。

【痛經，失眠，癢疹】

吳女，36歲，經痛甚 3 年（服止痛，須請假），經前下腹痛甚，腰薦痛，乳脹，經間多滯，入眠極難，頻尿，面膚晦暗，暗痘，癢疹，口渴，舌偏紅，脈弦。

《處方》科學中藥

何首烏 2g、當歸 2g、黃柏 1.5g、丹參 2g、黃耆 1.5g、肉桂 1g、附子 1g、川棟子 1.5g、延胡索 1.5g。(3包/日)

以上處方共服 5 周後，諸症改善。

《治療思路》

治療此病人需補腎養血、疏肝清熱化瘀。重點在於處方的劑量上，須能達到陰平陽秘。

何首烏、當歸可改善面膚晦暗，合併黃柏、丹參，共治暗痘癢疹，加入川棟子、延胡索疏肝理氣，可改善睡眠頻尿及經痛。此病人本虛標實，故需加入黃耆、桂附，平衡賀爾蒙，改善經前症候群。

【痛經甚，內膜異位症，沾連】

林女，38歲，曾二次因巧克力囊腫手術（18歲/35歲，皆 5cm）。

自 20 歲起經痛至今，經間痛如刀割，經後右腹抽痛甚 1 周，皆須服止痛。

乳脹痛，經量過多或過少，週期 30，經前便秘，經後滯。舌暗紅淡紫，舌下瘀，脈弦弱。

近期檢查：子宮肌瘤 4cm，輕度腺瘤，右卵巢巧克力囊腫 5cm，輸卵管水腫，腸沾連，右腹沾連。CA125=96



《處方》水煎藥

骨碎補 8 錢、丹參 8 錢、沒藥 4 錢、黃柏 5 錢、當歸 4 錢、柴胡 4 錢、白芍 4 錢、黃耆 8 錢、延胡索 4 錢、陳皮 8 錢、蒼朮 4 錢。(1 劑 / 日)

以上處方共服 45 劑後，諸症改善。

《治療思路》

此病患以疏肝理氣，清熱化瘀施治。以骨碎補、丹參、沒藥、黃柏活血化瘀清熱，治療子宮肌瘤腺瘤及巧克力囊腫，佐以柴胡、白芍、延胡索疏肝理氣，陳皮、蒼朮促腸胃吸收，加黃耆、當歸，慎防因大劑活血理氣清熱藥耗損正氣。

【痛經甚，巧克力囊腫，鼻過敏】

陳女，26 歲，經痛甚數日，須服止痛，經量過多，週期 28。

鼻過敏顯，終日噴嚏鼻涕，易感冒，面白無華，消瘦，納可，二便常。舌淡紅，脈弱。

檢查：巧克力囊腫（卵巢 = 左側 5.5cm / 右側 3.7cm），CA125=132

《處方》水煎藥

柴胡 4 錢、桂枝 5 錢、白芍 4 錢、黃耆 10 ~ 15 錢、黃芩 8 錢、丹參 8 錢、骨碎補 8 錢、沒藥 4 錢、桃仁 4 錢、陳皮 8 錢。(1 劑 / 日)

以上處方加減，共服 90 劑後，諸症改善。

複檢：巧克力囊腫（卵巢 = 左側 2.4cm / 右側 1.6cm），CA125=55

《治療思路》

本病患屬氣虛血瘀，故以柴胡桂枝湯為主方，改善鼻過敏及易感冒，並加入大劑活血化瘀藥治療巧克力囊腫，用黃芩 8 錢可協助化瘀藥抑制子宮內膜過度增生，並避免巧克力囊腫因使用補氣藥化燥增大。

【痛經甚，胃痛】

高女，47 歲，經痛 3 年，痙痛甚不能眠，經血瘀塊多，子宮肌瘤 3.2cm。胃脹痛，易嘔，胃酸逆流，多夢，倦怠，頭項僵緊，大便硬 3 日 1 行。舌淡紅胖大齒痕，脈弦弱。

《處方》科學中藥

柴胡 1.5g、丹參 2g、砂仁 2g、黃柏 1g、白芍 1.5g、甘草 1g、大黃 0.5g、川楝子 1.5g、延胡索 1.5g、桃核承氣湯 1.5g。(3 包 / 日)

以上處方共服 8 周後，諸症改善。

《治療思路》

本病患以疏肝理氣，化瘀止痛治療，並加入通便藥可改善便秘及小骨盆腔鬱血。



【痛經甚，量少，不孕】

張女，33歲，經間刺痛甚十多年，經量少，瘀塊多，墜重感，週期正常。行房出血，結婚十年無孕，西醫檢查正常。舌淡暗紅，舌下瘀甚，脈弦。

《處方》科學中藥

懷牛膝 2g、乳香 2g、沒藥 2g、乾薑 1.5g、附子 1.5g、桃仁 2g、黃芩 1g、枳實 1.5g。(3包/日)

以上處方共服2月後，諸症改善，於半年後順利懷孕。

《治療思路》

本病患症屬寒瘀，故以溫陽化瘀法，加入懷牛膝引藥入腹腔，枳實理氣助腸胃吸收，加少量黃芩預防化燥。

二、經量不正

(一) 月經過少

定義：

月經周期基本正常，但經量明顯減少，甚至點滴即淨；或經期縮短不足兩天，經量亦少者。

病因病機

月經過少的原因，應考慮以下幾項因素，如過度節食，作息失常，情緒壓力，反覆刮宮，卵巢功能衰退，貧血，大病久病，內膜萎縮…等。

中醫認為經量過少的發病機制，可能是氣血兩虛，或肝腎陰虛，或脾腎陽虛，或氣滯血瘀，或血瘀，或痰濕等。

《丹溪心法》：“經水澀少，為虛為澀，虛者補之，澀者濡之。”

《女科證治約旨》：“形瘦多火，消燬津液，致成經水衰少〔1〕。”

中醫治療

中醫治療月經量過少，須區分虛實。

虛症：

色淡，質清，無血塊，腹無脹痛，經血逐漸減少者，甚至點滴而淨者。多合併有全身氣血虛弱症象，如頭暈、心悸、面白或萎黃無華、小腹墜重、腰膝乏力，舌淡，脈細弱。

虛者，多因平素體虛，或大病、久病、貧血、多產、外感、反覆刮宮，或長期勞倦，致使血海虧虛，經量減少。

實證：

色紫暗有血塊，腹痛拒按者，屬血瘀。驟然減少者，屬實。色淡紅質黏膩屬痰瘀。



實者，多因情志抑鬱，或瘀血內停，或痰濕壅滯，致經脈阻滯，氣血運行不良，經血減少〔2〕。

《辨證治療》

氣血兩虛：

症狀：月經過少，經色淡，頭暈目眩，心悸無力，面色萎黃，下腹悶墜。舌淡，脈細。

治則：補氣養血。

處方：如八珍湯，聖愈湯。

腎陰虛：

症狀：月經過少，經少色暗，腰痠膝軟，頭暈耳鳴，心悸失眠，尿頻色赤，乾渴。舌紅瘦薄少苔，脈細數。

治則：補腎養陰。

處方：如四物湯加山茱萸、杜仲、天冬、黃柏，少量肉桂、附子。

腎陽虛：

症狀：月經過少，經少色淡，腰酸膝軟，足跟痛，頭暈耳鳴，尿頻色淡，口淡畏冷。舌淡，脈沉細無力。

治則：補腎合併補氣養血。

處方：如八珍湯加黃耆、乾薑、肉桂、附子、黃柏。

肝鬱氣滯：

症狀：月經過少，經少色暗，胸悶氣短，乳房脹痛拒按，情緒焦躁易怒或憂鬱，眠難或短。舌淡紅，脈弦。

治則：疏肝化瘀。

處方：如加味逍遙散加桃仁、川芎。

血瘀：

症狀：月經過少，經少色紫，有瘀塊，小腹脹痛拒按，血塊排出後痛減。舌紫暗，脈澀。

治則：活血化瘀。

處方：如桃紅四物湯加方。

痰濕：

症狀：月經過少，經少色淡質粘膩，形體肥胖，胸悶嘔惡，帶多粘膩。舌胖，苔白膩，脈滑。

治則：理氣化痰。



處方：如半夏白朮湯麻湯加方；香砂六君子湯加方〔3〕。

《病案介紹》

【經量過少】

王女，31歲，經量長期偏少，週期35～45日，經前乳脹、腹痛。

無華，易頭暈，項背麻，多夢，口渴，眠納便常。舌淡暗薄，齒痕，脈弱。

《處方》水煎藥

熟地黃5錢、山茱萸4錢、當歸4錢、川芎3錢、黃柏5錢、附子1.5錢、玉桂子3錢、陳皮8錢、砂仁4錢、炒杜仲5錢、蒼朮4錢、黃耆10錢、丹參4錢。

(1劑/日)

以上處方服完10劑，於24日後月經來潮，經量正常，諸症改善，續開15劑鞏固療效。

《治療思路》

此病患以補腎養血治療，但因會多夢口渴，故玉桂子、附子、黃耆、黃柏的劑量，須能維持平衡，補不化燥，涼不傷正。

【經量過少，憂鬱，失眠】

蔡女，36歲，育二子。自產後經量過少（僅護墊/2日）。左半側皆麻、痠痛，易紫斑，腰背痠痛，腫脹，膚晦暗，大便軟，尿濁味穢。焦慮低潮，失眠多年，多驚恐夢，飲酒方能睡。舌胖大淡暗，下瘀，脈弦弱。

《處方》水煎藥

熟地黃5錢、山茱萸4錢、當歸3錢、川芎3錢、柴胡4錢、白芍4錢、黃柏5錢、陳皮8錢、乾薑1錢、炒杜仲5錢、黃耆15錢、大棗10枚。(1劑/日)

以上處共服21劑，經量正常，諸症改善。

《治療思路》

此病患以補腎養血為主要治則。黃耆用至15錢改善體麻痠痛。加入少量乾薑協助腸胃吸收，並增強補氣養血的藥力。加入柴胡、白芍、大棗，改善焦慮低潮及睡眠障礙。

(二) 月經過多(崩)

定義：

月經量超過正常，或行經時間延長，其出血量增多(失血量多於80ml)，仍維持正常週期性，或失正常週期。

病因病機

月經過多的原因，可能是：宮內置避孕器，口服避孕藥，血液疾病，服用抗凝血劑，更年期徵兆，子宮肌瘤，肌腺症，子宮內膜過度增生，子宮內膜感染，



多囊性卵巢，子宮功能失調性出血…等。

中醫認為發病機制，多因心脾血虛，或血瘀血熱，或腎虛夾熱等因素。

《證治準繩》：“經水過多，為血熱，為氣虛不能攝血。”

《婦科玉尺》：“經水過多不止，平日肥壯，不發熱者，體虛寒也。平日瘦弱，常發熱者，由火旺也。”

《傳青主女科》：“婦人經水過多，行後復行，面色萎黃，身體倦怠而困乏愈甚者，人以為血熱有餘之故，誰知是血虛而不歸經乎……血不歸經，雖衰而經亦不少……治法宜大補氣血而引之歸經〔1〕。”

中醫治療

中醫治療經血過多，需分辨虛實：

若經血色淡紅，伴隨倦怠乏力，頭暈目眩，面白無華，腹墜悶痛，舌淡，脈細弱，屬氣血虛弱，衝任不固。

若經色暗紅且瘀塊多，舌紅，舌下瘀，脈滑數，屬血瘀有熱。

《辨證治療》

心脾氣血兩虛：

症狀：經色淡且多，心悸怔忡，健忘失眠，頭暈目眩，納少體倦，面色萎黃。舌淡，脈細。

治則：補氣養血健脾。

處方：如歸脾湯加方。

血瘀血熱：

症狀：經血量多色鮮或暗紅，質黏稠，瘀塊多，煩熱燥渴，尿赤。舌紅苔黃，脈弦數。

治則：清熱化瘀。

處方：如乳沒四物湯加黃芩、黃連、黃柏。

腎虛夾熱：

症狀：經血量多色紅，腰膝痠軟，頭暈目眩，虛弱乏力，燥渴失眠。舌紅苔少，脈細數或弦數。

治則：補腎化瘀清熱。

處方：如聖愈湯用丹參，加山茱萸，加重黃芩、杜仲，加少量肉桂、附子〔3〕。

《病案介紹》

【經崩，先期，腺肌瘤，血小板再生不良，白血病前期】

郭女，41歲，經先期，經崩四日，經痛甚。



西醫診斷：血小板再生不良，低血色素，白血病前期，腺肌瘤 3.5cm。

常脾臟發炎，長期低熱，低血色素，血小板長期維持 3~5 萬間，過去曾數月服龜鹿二仙膠，近期白血球及芽細胞偏高，Hb=10（過去 Hb=4），PLT=4.3 萬，西醫診斷為白血病前期，囑咐化療。目前服鐵劑、葉酸、B12。暫無化療，轉求中醫。

虛倦，五心熱，盜汗，逆冷，面膚晦暗，膚癢，心悸，眠難。舌暗紅，脈弦弱。

《處方》水煎藥

熟地黃 5 錢、山茱萸 4 錢、黃芩 8 錢、青蒿 8 錢、骨碎補 8 錢、生杜仲 8 錢、當歸 4 錢、陳皮 8 錢、砂仁 4 錢、黃耆 8 錢。（1 劑 / 日）

以上處方加減，共服 42 劑後，諸症改善，月經輕痛，週期及經量正常，PLT=9.3 萬，WBC 及芽細胞正常。之後因國外工作過勞，且須熬夜應酬，服藥斷續，回復經量過多 1 日，但血檢仍可維持。

《治療思路》

病人五心熱、盜汗、心悸、眠難、長期低熱，是屬腎陰虛，臨床雖表現虛倦、逆冷，及血小板再生困難，但疾病潛在免疫過亢，血中伏火，虛不受補，故自服龜鹿二仙膠一段時日，導致白血球及芽細胞偏高，進展成白血病前期。

本處方以熟地黃、山茱萸、黃芩、青蒿，滋補腎陰，穩定骨髓，抑制免疫過亢，以生杜仲、骨碎補、當歸、少量黃耆，穩定生理軸線，改善月經過多。全方穩當，平衡陰陽，故可於寒熱虛實夾雜狀態，撥亂反正。

【經量過多，經遲】

江女，42 歲，經過多 2 日，經遲半月，經間腰痠痛、逆冷，胃瘕肉，胃酸逆流。舌淡暗，脈弱。

《處方》科學中藥

何首烏 1.5g、山茱萸 1.5g、柴胡 1.5g、白芍 1.5g、砂仁 1.5g、黃芩 1.5g、肉桂 1g、附子 1g、黃耆 1.5g、丹參 1.5g。（3 包 / 日）

以上處方共服 4 周後，諸症改善。

《治療思路》

此案經遲、經量過多、腰痠逆冷，是為腎虛夾熱夾瘀，以補腎陽中，加黃芩牽制，從改善平衡賀爾蒙入手，進而抑制內膜過度表現，柴胡、白芍、砂仁協助平衡樞機，並改善胃酸。

【經量過多，胃腸弱】

林女，45 歲，地中海貧血，面膚晦暗無華。經崩、瘀多、經痛 3 日，週期 30。頭暈痛，虛倦，自幼胃脹痛，常腹悶痛，脹氣甚，胃酸逆流，食不正易瀉瀉，腰痠，眠過少 4~5h。舌淡嫩瘦薄，脈弦弱。



《處方》水煎藥

熟地黃 5 錢、山茱萸 4 錢、蒼朮 5 錢、陳皮 8 錢、砂仁 4 錢、黃芩 8 錢、丹參 5 錢、炒杜仲 8 錢、乾薑 1.5 錢、附子 1.5 錢、玉桂子 3、黃耆 10。(1 劑 / 日)

囑咐多睡，若溲便頻自行加薏仁同煮。

以上處方加減，共服 27 劑後，諸症改善，並繼續調理。

《治療思路》

病人長期睡眠過少，表現腎虛及中氣下陷，故以補腎陽處方治療，方中重加黃芩 8 錢是重要關鍵，除了可抑制子宮內膜過度表現，且避免因補腎陽導致內膜增生充血。

【經量過多，功能性出血】

施女，36 歲，子宮內膜異位症手術三次，近二月經崩、瘀多。本次經崩持續至今已 13 日仍量過多，貧血相，虛暈。舌淡白瘦齒痕，脈弦細弱數。

《處方》水煎藥

熟地黃 5 錢、當歸 3 錢、山茱萸 4 錢、黃芩 8 錢、丹參 5 錢、炒杜仲 8 錢、玉桂子 5 錢、附子 3 錢、陳皮 5 錢、枳實 5 錢、黃耆 15 錢。(1 劑 / 日)

服藥二劑後崩停，僅小褐出血，共服 12 劑改善。一年半後因持續過勞二個月，復終月經血淋漓，術處稍動即痛，服止痛，虛暈。

依前方去炒杜仲 8 錢，加骨碎補 8 錢，共服 7 劑後改善。

《治療思路》

本案大補氣血補腎陽，加黃芩避免處方化燥且抑制子宮內膜增生。

術處疼痛，以骨碎補易杜仲，既協同補腎且活血化瘀，對傷口沾連及改善腹腔血循皆有助益。

【經量過多，功能性出血】

王女，42 歲，經崩持續至今已 20 日，經色暗紅且瘀多。

西醫檢：腺肌瘤，建議刮除內膜。10 年前曾因巧克力囊腫手術。

近期數月情緒壓力大，搬家過勞，睡眠不足。舌淡紅，脈弦滑。

《處方》水煎藥

熟地黃 5 錢、當歸 3 錢、山茱萸 4 錢、蒼朮 4 錢、黃芩 10 錢、玉桂子 5 錢、附子 5 錢、香附 4 錢、黃耆 10 錢、大小薊 8 錢。(1 劑 / 日)

以上處方共服 7 劑後，經崩改善無再復發。

《治療思路》

本方以大補腎陽，穩定生殖軸，加入大劑量黃芩、大小薊協助抑制子宮內膜過度增生。



【多囊性卵巢，經量過多或淋漓】

曹女，24歲，自初經起，經痛甚須服止痛，終月淋漓，或月二行且經量過多，瘀塊多。近一年準備考試，壓力大，睡眠過少。面白無華，虛暈，消瘦，喘悸，腰薦酸，口和，二便常。舌淡紅，舌下瘀，脈弦細。

西醫檢查：多囊性卵巢，賀爾蒙不足。

《處方》水煎藥

熟地黃 5 錢、山茱萸 4 錢、丹參 5 錢、骨碎補 5 錢、炒杜仲 5 錢、黃芩 5 錢、玉桂子 5 錢、附子 5 錢、蒼朮 4 錢、陳皮 5 錢、砂仁 4 錢、黃耆 10 錢。(1 劑/日)

以上處方加減，續調 4 個月改善，後續訪查無再發。

《治療思路》

病人賀爾蒙及卵巢發育不成熟，故以補腎陽法長期調理，加入 5 錢黃芩避免化燥。

(三) 月經淋瀝(漏)

定義：

月經周期基本正常，行經時間超過 7 天以上，甚至淋漓半月才淨的症狀。

病因病機

月經淋漓可能原因有：子宮收縮不良，子宮肌瘤，內膜異位症，內膜癒肉，內膜感染，內分泌紊亂，凝血異常，子宮頸癌，藥物因素（避孕藥、止血劑、抗凝血劑、減肥藥）…等。

中醫認為發病機制多因：虛，如氣血兩虛、腎陽虛；熱，如腎陰虛熱、濕熱；血瘀，及肝氣鬱結。

《諸病源候論》：“勞傷經脈，衝任之氣虛損，故不能制其經血，故令月水不斷也。”

《沈氏女科》：“女子經事延長，淋漓不斷，下元無固攝之權，虛象顯然。”

《婦人大全良方》：“婦人月水不斷，淋瀝腹痛，或因勞損氣血而傷衝任；或因經行而和陰陽，以致外邪客于胞內，至於血海故也。但調養元氣，而病邪自愈，若攻其邪，則元氣反傷。”

《中醫婦科學》：“瘀血內停，阻滯胞脈，新血不得歸經而妄行，故月經淋漓十餘日不止〔1〕。”

中醫治療

中醫治療月經淋瀝，需分辨虛實：

若經色淡紅，伴隨頭暈頭痛，面白無華，心悸乏力，畏寒肢冷，腰膝痠軟，舌淡白，脈細弱，屬氣血兩虛或腎陽虛。



若經量少色紅，伴隨五心煩熱，口乾渴，心悸失眠，腰膝痠痛，舌瘦紅，脈細數，屬腎陰虛熱。

若經量少色紫暗，有瘀塊，小腹壓痛拒按，舌暗紅，舌下瘀脈，屬血瘀夾熱。

若經血淋漓，合併腹痛腰痛，夾雜帶下分泌物，溲痛，頻尿，發熱，屬下焦濕熱。

若經血淋漓，合併煩躁、易怒、失眠、焦慮、乳房脹痛，屬肝氣鬱結〔2〕。

《辨證治療》

氣血兩虛：

症狀：經血淋漓，量少色淡質稀，氣短懶言，舌淡苔薄，脈細弱。

治則：補氣養血。

處方：如八珍湯、聖愈湯。

腎陽虛：

症狀：經血淋漓，量少色暗，形寒肢冷，腰膝痠痛，眩暈耳鳴，小便清長，舌淡瘦薄，脈細弱。

治療：補腎溫陽。如右歸飲加方。

腎陰虛：

症狀：經血淋漓，色紅質稠，咽干口燥，潮熱颧紅，手足心熱，大便燥結，舌紅苔少，脈細數。

治則：補腎養陰。

處方：如四物湯加山茱萸、黃芩、天冬、杜仲。

濕熱下注：

症狀：經血淋漓，伴隨帶下量多，色赤白或黃，或下腹熱痛，舌紅苔黃膩。

治則：清利濕熱。

處方：如加味逍遙散加龍膽草。

肝氣鬱結：

症狀：經血淋漓，胸悶氣短，乳房脹痛，情緒易怒或憂鬱，眠難或短。舌淡紅，脈弦。

治則：疏肝理氣。

處方：如加味逍遙散。

血瘀證

症狀：經血淋漓，經色紫黯，有塊，小腹疼痛；舌質紫黯或有瘀點。

治則：活血化瘀。



處方：如桃紅四物湯加方〔3〕。

《病案介紹》

【經崩、久淋、經閉，多囊】

江女，檢查多囊性卵巢，自初經起，月經或崩，或極少，或久淋 1~2 月，或閉經數月不來，自 17~24 歲，陸續來院調理。

《17 歲》

近期久淋數周，或經量極少，情緒緊張，頭麻，蕁麻疹，多處刺痛。舌淡紅下瘀，脈弦。

《處方》水煎藥

當歸 3 錢、白芍 4 錢、白朮 4 錢、甘草 3 錢、柴胡 5 錢、茯苓 4 錢、延胡索 4 錢、牡丹皮 4 錢、香附 5 錢、大棗 10 枚、黃耆 10 錢。(1 劑/日)

以上處方 7 劑，經期及經量改善，膚癢改善。

《18 歲》

月經復久淋或遲滯，眠 4~5h，考試壓力。

《處方》水煎藥

如前方 7 劑，改善 2 年。

《20 歲》

備考眠少，經過多已持續 6 周，血色鮮紅，虛暈，逆冷，燥渴，反覆口糜，易感冒，舌暗紅下瘀，脈弱。

《處方》水煎藥

熟地黃 5 錢、當歸 3 錢、山茱萸 4 錢、炒杜仲 8 錢、黃芩 8 錢、丹參 4 錢、蒼朮 5 錢、黃耆 15 錢、附子 3 錢、玉桂子 5 錢、陳皮 8 錢、砂仁 4 錢。(1 劑/日)

以上處方續服 9 周(共 63 劑)，症狀改善 4 年。

《24 歲》

復經久淋持續已 6 周，鮮紅有量，有瘀塊，腹痛，眠少，逆冷，燥，口糜反覆，舌暗紅下瘀，脈弦滑。

《處方》水煎藥

熟地黃 5 錢、當歸 3 錢、山茱萸 4 錢、骨碎補 8 錢、黃芩 8 錢、丹參 8 錢、蒼朮 5 錢、黃耆 15 錢、附子 1.5 錢、玉桂子 3 錢、陳皮 8 錢、砂仁 4 錢。(1 劑/日)

以上處方續服 4 周(共 28 劑)，症狀改善。

《治療思路》

本案病人在 17、18 歲期間，因緊張壓力，導致月經紊亂，屬氣滯血瘀，故以逍遙散加方治療。20 歲期間，長期眠少，虛弱口糜，反覆感冒，已傷根本，故以



補腎陽補氣血治療，加足量黃芩反制。24 歲病機如前但夾瘀，故加重丹參治療。

三、月經週期不正

(一)月經先期

定義：

月經周期提前七天以上，甚至十餘天一行，歷時三個月以上者。

病因病機

月經提前的原因，應考慮器質性病變及內分泌因素。如生殖器官的炎症、腫瘤、發育異常，營養不良，顱內疾患，藥物因素，內分泌功能失調如甲狀腺，或下丘腦－垂體－卵巢軸的功能不穩定或是有缺陷。

中醫認為，月經先期主要考慮因氣虛和血熱所引起。

血熱：

如素體陽盛，或過食辛辣和補品，或情志抑鬱，易致血熱妄行，月經先期。素體陰虛內熱，或久病陰虧，或因失血後傷陰，均可致陰虛生內熱，熱擾衝任，而致月經先期。

氣虛：

如飲食失節或勞累過度，或久病失血，而使脾虛氣弱，衝任不固，無力統攝經血，以致月經提前。

《傳青主女科》：“先期而來多者，火熱而水有餘也；先期而來少者，或熱而水不足也。”

《景岳全書》：“凡血熱者，多有先期而至，然必察其陰氣之虛實。若形色多赤，或紫而濃，或去多，其脈洪滑，飲食喜冷畏熱，皆火之類也……先期而至，雖曰有火，若虛而夾火，則所重在虛，當以營養安血為主；矧亦有無火而先期者，則或補中氣，或固命門，皆不宜過用寒涼。”

《醫學心悟》：“如果脈數內熱，唇焦口燥，畏熱喜冷，斯為有熱。如果脈遲腹冷，唇淡口和，喜熱畏寒，斯為有寒。”

《沈氏女科》：“先期有火，後期火衰，是固有之，然持其一端耳。如虛不能攝，則雖無火，亦必先期；或血液漸枯，則雖有火，亦必後期〔1〕。”

中醫治療

中醫治療月經先期需辨別氣虛或血熱。

若月經量多，色淡，伴隨面白無華，頭暈目眩，神疲乏力，腰腿痠軟，舌淡，脈細弱，屬氣虛衝任不固。

若月經量多，色暗紅，口燥渴，畏熱，喜涼飲，舌質紅，脈弦數，屬血熱妄行。



《辨證治療》

血熱而實：

症狀：月經先期，經色鮮紅質稠，燥渴，舌質紅，脈弦滑。

治則：養血清熱。如四物湯加黃芩、黃連。

血熱而虛：

症狀：月經先期，經色鮮紅，五心煩熱，心悸失眠，頭暈目眩，腰腿乏力。舌瘦紅，脈弦細。

治則：補血養陰。

處方：如地骨皮飲加方。

血熱夾瘀：

症狀：月經先期，經色鮮紅質稠且瘀塊多，腹痛拒按，燥渴，舌質紅有瘀象，脈弦滑。

治療：養血清熱化瘀。

處方：如四物湯加黃芩、黃連、丹參。

氣血兩虛：

症狀：月經先期，色淡質稀，量少或多，頭暈目眩，氣短懶言，舌淡苔薄，脈細弱。

治則：補氣養血。

處方：聖愈湯；歸脾湯。

肝氣鬱結：

症狀：月經先期，腹脹胸悶，乳房脹痛，心悸失眠，焦躁易怒。舌紅，脈弦。

治則：疏肝理氣。

處方：如加味逍遙散加方^{〔3〕}。

《病案》

【經先期、經崩、久淋】

林女，15歲，月經20日1行，經量過多或淋漓持續10日，虛倦，嗜睡，項肩強，便秘，青春痘。(初經小六，持續一年量多不停)。舌淡紅齒痕下瘀，脈弦滑芤。

《處方》水煎藥

熟地黃5錢、當歸3錢、山茱萸4錢、炒杜仲8錢、黃芩8錢、黃耆15錢、附子3錢、玉桂子5錢、陳皮8錢、砂仁4錢、大黃1錢。(1劑/日)

以上處方續服五個月，月經改善。



《治療思路》

本案病人青少年幼，生殖軸及賀爾蒙尚未發育完全，故以大補腎陽補氣血長期施治，並以大劑黃芩抑制內膜過度增生，改善因出血導致虛弱嗜睡狀態。

(二)、月經後期

定義：

月經週期延後七天或一月以上，甚至兩、三月一行，歷時三個月以上者。

病因病機

月經遲滯後期，可能原因是：過度減重，長期抑鬱情緒不佳，甲狀腺功能失衡，多囊性卵巢症候群，藥物或避孕器影響，卵巢早衰，生活習慣差者如濫用藥物、熬夜、抽菸酗酒…等。

中醫認為月經後期的發病機制，多因腎陽虛，肝鬱氣滯寒凝，或氣血兩虛所致。

《婦科玉尺》：“惟憂愁思慮，心火受傷，則脾氣失養，鬱結不通。”

《傳青主女科》：“經水後期而來少，血寒而不足；後期而來多，血寒而有餘。”

《婦人大全良方》：“婦人月水不利者，由勞傷血氣，致令體虛而受風冷，客於胞內，損傷衝任之脈〔1〕。”

中醫治療

中醫治療月經後期需辨別虛實：

月經後期，量少或過多，經色淡，伴隨虛弱倦怠，面白無華，畏寒肢冷，腰膝痠軟，小便清長，大便溏薄，舌淡白，脈細弱。屬氣血兩虛或腎陽虛。

月經後期，量少有瘀塊，乳脹痛，小腹痛，胸悶吸短，煩躁失眠，舌暗有瘀，脈弦澀，屬氣滯血瘀寒凝。

《辨證治療》

氣滯血瘀

症狀：月經後期，小腹脹痛，胸悶吸短，乳房脹痛，情緒不定。舌淡暗，脈弦。

治則：疏肝理氣溫陽。

處方：過期飲；加味逍遙散加肉桂、附子、桃仁、丹參。

氣血兩虛

症狀：月經後期，色淡質稀量少，頭暈目眩，氣短懶言，舌淡苔薄，脈細弱。

治則：補氣養血。

處方：如聖愈湯；人參養榮湯。

腎陽虛



症狀：月經後期，色淡質稀，小腹冷痛，喜暖喜按，形寒肢冷，腰膝冷痛，或神疲乏力，捲臥多睡。或小便清長，大便溏薄。面色白，舌淡胖嫩，脈弱無力。

治則：大補腎陽。

處方：如右歸丸加方。

腎陰虛

症狀：月經後期，咽乾口燥，五心煩熱，頭暈耳鳴，心煩失眠，舌紅無苔或花剝苔，脈細數。

治則：滋腎養陰。

處方：如左歸丸加方。

痰熱

症狀：月經後期，經血色淡質稠，平日帶多質稠。體質肥胖，脘悶嘔惡，眩暈心悸，舌苔厚膩，脈弦滑。

治則：理氣化痰。

處方：如半夏白朮湯麻湯加方；香砂六君子湯加方〔2〕。

《病案》

【痛經甚，經遲，紫斑】

林女，20歲，經痛顯，須止痛，經遲一周，易紫斑，常熬夜，起身暈，無華。舌紅下瘀，脈弱。

《處方》科學中藥

歸脾湯 9g、附子 1g、肉桂 1g、丹參 1.5g、沒藥 1.5g。(3包/日)

以上處方共服7周後，諸症改善。

《治療思路》

本案以歸脾湯改善貧血虛暈及紫斑，加桂附協助歸脾湯改善月經後期，加丹參、沒藥改善經痛。

(三) 月經先後無定期

定義

月經週期提前或延後七天以上，並連續三個月經週期以上，月經量或多或少。

病因病機

月經先後不定期多因內分泌失調，可能是FSH(濾泡刺激素)分泌不足，濾泡發育緩慢，排卵延後而致月經後期；或雖有排卵，但LH(黃體生成激素)分泌不足，致使排卵後黃體發育不全，提早衰退，月經提前而至；或者是月經周期中不



能形成 LH/FSH 高峰，導致不排卵性月經紊亂，可表現為月經先後不定。

中醫月經先後不定期的發病機制，多因氣滯血瘀，或氣血兩虛，或腎虛所致。

《景岳全書》：“凡欲念不遂，沉思積鬱，心脾氣結，致傷衝任之源，而腎氣日消，輕則或早或遲，重則漸致枯閉。”

《景岳全書》：“凡女子血虛者，或遲或早，經多不調。”

《傅青主女科》：“婦人有經來斷續，或前或後無定期，……是肝氣之鬱結乎…〔1〕。”

中醫治療

中醫治療月經先後無定期需辨別虛實：

月經先後無定期，量少色淡，虛弱倦怠，頭暈目眩，心悸，耳鳴，腰膝痠軟，舌淡白或瘦薄，脈細弱，屬氣血兩虛或腎虛。

月經先後無定期，色紫暗有瘀塊，腹痛，乳脹痛，煩躁失眠，胸悶吸短，舌暗紅，舌下瘀脈，脈弦，屬肝鬱氣滯血瘀。

《辨證治療》

氣血兩虛

症狀：月經先後不定，經量或多或少，色淡質稀，頭暈目眩，氣短懶言，舌淡苔薄，脈細弱。

治則：補氣養血。

處方：如聖愈湯；人參養榮湯。

肝鬱氣滯

症狀：月經先後不定，經色紫暗且夾瘀塊，腹痛拒按，乳房脹痛，胸肋滿悶，舌暗紅，脈弦。

治則：疏肝理氣，養血化瘀。

處方：如加味逍遙散加方。

腎陽虛

症狀：月經先後不定，月經量少，色淡質清，小腹棉痛，喜溫喜按，腰膝痠軟，頭暈耳鳴，舌淡，脈細弱。

治則：大補腎陽。

處方：聖愈湯加山茱萸、杜仲、肉桂、附子。

腎陰虛

症狀：月經先後不定，月經量少，色紅質暗，口乾少飲，五心熱，心悸失眠，腰膝痠軟，頭暈耳鳴，舌瘦薄紅，脈細弱數。



治則：養血滋陰。

處方：如地骨皮飲加山茱萸、杜仲〔3〕。

《病案》

【經期先後不定，經痛，痘瘡】

王女，29歲，月經先後不定期，乳脹痛、經痛顯，無服止痛，背部痘瘡多 / 硬結，大便軟3日1行。舌偏暗紅，舌下瘀，脈弦。

《處方》科學中藥

加味逍遙散9g、沒藥1.5g、乳香1.5g、銀花2g。(3包/日)

以上處方續服4周，經期規律，經痛改善，背部痘瘡減少。(追蹤三個月)

(四) 排卵出血

定義

兩次月經期的中間(即綳縊之時)，有規律性的少量陰道出血。短則1~2日，長則可達一週以上。

病因病機

排卵時，若雌激素水平迅速下降，不能維持子宮內膜生長，會引起內膜表層局部潰破、脫落，導致少量出血。之後隨著黃體的形成，分泌足量的雌、孕激素，潰破的子宮內膜表層得以迅速修復而停止出血。

中醫認為排卵出血，主要病機多屬氣滯血瘀夾熱，或腎陰虛陽亢。

《中醫婦科學》：“腎陰不足，精虧血損，於綳縊之時陽氣內動，損傷陰絡，衝任不固，因而出血。瘀阻胞絡，或因七情內傷，氣滯衝任，久而成瘀，當此綳縊之時，陽氣內動，動乎瘀血，損傷胞絡，以致出血。”

中醫治療

中醫治療排卵出血，需辨別氣滯血瘀夾熱或腎陰虛。

若出血量少，伴隨腰膝痠軟，頭暈目眩，心悸失眠，口乾澀黃，舌紅或瘦薄，脈細數，屬腎陰虛，衝任不固。

若出血量少有瘀塊，伴隨腹痛，胸脅脹悶，煩躁易怒，失眠多夢，舌紅暗，脈弦，屬氣滯血瘀夾熱。

《辨證治療》

腎虛血熱

症狀：排卵期出血，腰膝痠軟，頭暈目眩，五心煩熱，失眠心悸，尿赤便秘，舌紅少苔，脈細數。

治則：補腎養陰。



處方：如四物湯加山茱萸、黃芩、知母、杜仲

血瘀血熱

症狀：排卵期出血，血色紫黑有血塊，小腹兩側脹痛拒按，胸悶煩躁，口乾渴，舌紅暗瘀，脈弦澀。

治則：養血清熱化瘀。

處方：如桃紅四物湯加沒藥、黃芩。

《病案》

【過勞後經月2行】

林女，28歲，每過勞後經月2行，皆常量，壓力大，眠差，便秘3日1行，工作持重，腰背痠痛，頭暈痛，脹痞嘔，燥渴，逆冷，晨間手足麻顯。舌暗紅下瘀，脈弦緊。

《處方》水煎藥

當歸3錢、白芍4錢、甘草1.5錢、柴胡4錢、黃連1.5錢、黃柏5錢、玉桂子1.5錢、附子1錢、川芎3錢、炒杜仲8錢、黃耆15錢、陳皮8錢、萊菔子8錢、大棗10。(1劑/日)

以上處方服7劑後改善。(註：自28～33歲期間，每年發病1次，皆來院就診服7劑後改善。)

《治療思路》

病人氣血兩虛，壓力大，眠品差，過勞損腎，故有諸症，以疏肝養血合補氣補腎施治，以桂附耆協助陳皮、萊菔子治療脹痞頭暈之中氣下陷，重點在清熱藥與補氣溫陽藥的比例平衡，須於治療過勞經月2行同時，既能改善頭暈、脹痞、虛弱、肢麻、體酸、逆冷，又能改善睡眠並避免燥渴。

(五)閉經

定義：

月經三五月一行，或更長時經月經不至，或年逾二十仍初經未至者。

臨床上閉經區分有原發性閉經、繼發性閉經，及生理性閉經。原發性閉經，即年過十八歲仍無初潮，或十四歲第二性徵仍不發育者。繼發性閉經，即婦女月經三五月一至，或更長時間月經不行者。生理性閉經，即妊娠、哺乳和停經。

病因病機

導致閉經的原因有多方面。如先天性畸形，發育不全，內分泌紊亂、免疫疾病，精神神經因素，腫瘤，創傷與藥物影響等。正常月經的建立和維持有賴於下丘腦－垂體－卵巢軸的神經內分泌調節，以及子宮內膜對性激素的周期性反應，



其中任何一個環節發生障礙就會出現月經失調，甚至導致閉經。依發病部位可分為子宮、卵巢、垂體、下視丘及其他內分泌疾病閉經。

子宮因素：子宮發育不良、子宮內膜缺損，對激素無反應。

卵巢因素：卵巢早衰；卵巢功能失調；卵巢腫瘤；多囊性卵巢。

垂體因素：垂體腫瘤，垂體不足或減退。

內分泌疾病：如甲狀腺、腎上腺、糖尿病。

其他因素：神經精神因素；假孕；嚴重營養不良；口服避孕藥；肥胖症；貧血；藥物抑制。

【西醫閉經相關檢查】

《子宮功能檢查》

內膜檢查；子宮輸卵管造影；內視鏡檢查；藥物試驗（黃體素、雌激素）。

《卵巢功能檢查》

基礎體溫；陰道脫落細胞及子宮頸黏液檢查；血清黃體素、雌激素含量測定。

《性激素檢查》

雌激素 (E2)、促濾泡生成激素 (FSH)、黃體生成素 (LH)、泌乳素 (PRL)、睪酮 (T)。

《其他檢查》

甲狀腺、腎上腺功能測定。

中醫認為氣血兩虛，精血不足，或情志不遂，肝鬱氣滯，或痰濕壅塞，阻滯經脈，均可導致閉經。

《內經》：“二陽之變發心脾，有不得隱曲，女子不月。”“血實者宜決之。”

《景岳全書》：“凡婦女病損至旬月半載之後，則未有不閉經者，正因陰竭，所以血枯……故或以羸弱……或以亡血失血，及一切無脹無痛，無阻無隔，而經有久不至者。”

《醫學正傳》：“月經全借腎水施化，腎水即乏，則經血日以乾涸。”

《女科切要》：“肥白婦人，經閉而不通者，必是濕痰及脂膜壅塞之故也〔1〕。”

中醫治療

治療閉經應區分虛實。

虛者：精血不足，血海空虛，無血可下。

多因肝腎不足，或脾胃虛弱，或形羸，或久病，致氣血虛衰、陰虛血燥，而成經閉。

實者：邪氣阻隔，脈道不通，經血不得下行。

多因肝失調達，或氣滯血瘀，或痰濕阻隔，或肝陽上亢，導致閉經。



《辨證治療》

氣血虛衰：

症狀：身體羸瘦，脾胃虛弱，心悸氣短，頭暈腰痠，神疲乏力，舌淡，脈弱。

治則：大補氣血。

處方：如人參養榮湯，或十全大補湯。

氣滯血瘀：

症狀：情志不遂，煩燥鬱怒，作息失常，焦慮失眠，舌暗，脈沉弦。

治則：疏肝活血。

處方：加味逍遙散加桃仁、川芎、香附、熟地黃。

痰濕壅塞：

症狀：形體肥胖多脂，胸悶嘔惡，帶多粘膩。舌胖，苔白膩或黃膩，脈滑。

治則：理氣化痰。

處方：寒痰者半夏白朮湯麻湯加方；熱痰者溫膽湯加方。

肝陽上亢：

症狀：頭暈頭痛，耳鳴目眩，心悸失眠，煩躁易怒，腰膝痠軟，口乾渴，便秘，尿赤，舌紅，脈弦數。

治則：平肝潛陽降逆。

處方：健甌湯加方〔3〕。

《病案》

【去胎後閉經，合併雜症】

陳女，32歲，多囊性卵巢，子宮後傾。30歲曾RU486墮胎後，閉經4月，今年復RU486墮胎，閉經已8月仍經滯不來，乳房持續脹痛。鼻過敏，膚養，眠難，心悸，頻尿，目脹，易口糜齦腫，甲脆，經痛瘀多，乳脹痛，洗頭即經量驟減。舌淡暗胖，脈弦弱數。

《處方》水煎藥

熟地黃5錢、當歸3錢、白芍4錢、川芎3錢、山茱萸4錢、黃柏5錢、生杜仲8錢、柴胡4錢、甘草3錢、大棗8、黃耆10錢、陳皮8錢、玉桂子1錢、附子1錢。(1劑/日)

以上處續服18劑後，月經來潮，經量正常，諸症改善，繼續調理數周。

《治療思路》

本案病人氣血兩虛，合併肝鬱氣滯，故以小柴胡湯合併聖愈湯，病患易口糜齦腫、心悸，加生杜仲、少量桂附，黃芩改黃柏施治。



【閉經，早衰】

陳女，45歲，閉經半年，生育二子，子宮下垂，缺鐵性貧血，Hb=7.8，服鐵劑。頭暈，姿勢性低血壓，面多黃褐暗斑，晦暗無華，全身膚癢，易殘留疤痕，胃酸，納不定時，長期入眠難，項肩痠痛，工作持重（米店），腰薦痠痛（曾跌挫）。舌胖大淡暗，舌下瘀脈深，脈弱。

《處方》水煎藥

骨碎補5錢、丹參8錢、黃芩4錢、柴胡4錢、白芍3錢、熟地黃5錢、山茱萸4錢、陳皮8錢、炒杜仲5錢、蒲公英4錢、荊芥4錢、黃耆10錢。
（1劑/日）

以上處方加減，續服7周後，月經來潮，諸症改善，接續調理鞏固療效。

《治療思路》

本案病人腎虛早衰，合併氣滯血瘀，故以熟地、山茱萸、骨碎補、炒杜仲、黃耆補腎，輔以疏肝活血施治。

（六）逆經

定義

每逢月經來潮，或經行前後，出現規律性的吐血、咳血，或衄血，謂之逆經，又稱倒經。

病因病機

西醫認為經行吐衄，可能是子宮內膜異位轉移。

中醫應考慮的發病機制，可能是血熱，如：血瘀血熱、腎陰虛血熱、肝鬱化火，或氣血兩虛所致。

《葉氏女科證治》：“經不往下行，而從口鼻中出，名曰逆經……由過食椒薑辛辣之物，熱傷其血，則血亂上行。”

《內經》：“諸逆衝上，皆屬於火”

《類政治裁》：“按月倒經，血出鼻口，此由肝火上迫，不循常道。”

《傅青主女科》：“婦人有經未行之前，一二日忽然腹痛而吐血，……是肝氣之逆乎……”

《辨證治療》

肝鬱化火：

症狀：經行吐衄，血色鮮紅，心煩易怒，面赤失眠，脅肋脹痛，頭暈耳鳴，口苦咽乾，尿赤便秘，舌紅苔黃，脈弦數。

治則：疏肝清熱化瘀，引熱下行。

處方：如加味逍遙散加黃芩、丹皮、懷牛膝、白茅根。



肝腎陰虛：

症狀：經行吐衄，五心煩熱，頭暈耳鳴，潮熱盜汗，腰膝痠軟，心悸失眠，舌紅少苔，脈細數。

治則：清熱滋陰，引熱下行。

處方：如四物湯加生杜仲、白茅根、天冬、懷牛膝、黃柏。

血熱夾瘀：

症狀：經行吐衄，血色鮮紅質稠夾瘀，胸痛胃痛腹痛，煩熱燥渴，舌紅紫暗，舌下絡脈瘀張，脈弦滑。

治則：清熱活血化瘀。

處方：如乳沒四物湯加黃芩、黃連、黃柏。

氣血兩虛：

症狀：經行吐衄，色淡質稀，面白無華，脹痞納少，頭暈目眩，氣短懶言，舌淡苔薄，脈細弱。

治則：補氣養血。

處方：如歸脾湯加方。

《病案》

【逆經 / 實證】

陳女，35歲，經量或多或少，經色紫暗，質稠有瘀塊，經間腹痛。經間終日咳吐腥臭血水，暗紅質稠，持續3~5日，咳前胸悶緊痛，咳後稍舒爽，不久症旋復。本病自初經後二年即發但症微，僅少量咳血，近二年症漸加惡，現終日不舒，影響工作及睡眠。口乾渴，體力可，二便常，眠納可。舌偏暗紅，舌下瘀，脈弦。

檢查：輕度子宮肌腺症；支氣管鏡及胃鏡檢查正常。

《處方》水煎藥

丹參8錢、沒藥4錢、生地黃5錢、當歸3錢、白芍3錢、川芎3錢、黃芩5錢、黃連3錢、黃柏5錢、蒼朮5、陳皮8錢、砂仁4錢。(1劑/日)

以上處方續服2月，服藥第一次經來，咳血減半，第二次經來，僅咳粉紅血水，病人遂自停藥，之後訪查，回復過往偶少量咳血。

《治療思路》

本案屬瘀熱症，故以黃連解毒為主，合併大劑量活血化瘀治療。

【逆經 / 虛證】

劉女，26歲，月經期間時發咳吐血水，量少色淡，檢查無異常。面白無華，平日易感冒，久咳，頭暈目眩，脹痞納少，虛倦乏力，經量偏少，週期正常，過勞即經間咳血。二便常，舌淡白齒痕，脈弱。



《處方》水煎藥

熟地黃 5 錢、當歸 3 錢、白芍 3 錢、川芎 3 錢、黃耆 15 錢、陳皮 8 錢、砂仁 4 錢、蒼朮 4 錢、柴胡 4 錢、桂枝 5 錢、黃芩 5 錢、乾薑 1 錢、附子 1 錢、丹參 5 錢、大棗 8 枚。(1 劑 / 日)

以上處方續服 2 月，無再咳血，諸症改善，精神體力改善。(感冒發熱，加連翹 5 錢)

《治療思路》

病患氣血兩虛且容易感冒，故以聖愈湯加柴胡、桂枝改善體質，加丹參避免胃內鬱血。

參、第二部分 經前症候群 (PMS)

定義：

經前症候群 PMS (Premenstrual Syndrom)，婦女在月經前 7-10 日，伴隨生理上、精神上、行為上的不適及改變。如頭痛、項背強痛、乳房脹痛、全身乏力、緊張焦慮、失眠、腹痛、水腫等。月經來潮後症狀自然消失。

臨床症狀：

1. 精神症狀：

不同程度的緊張、抑鬱、煩躁、易激動、哭泣、易怒，情緒不穩定，注意力不集中，失眠，嗜睡，遲鈍，乏力，孤僻。

2. 水腫：

經前體重增加，常見指、踝、眼瞼，或全身浮腫。

3. 疼痛：

經前或經間出現頭痛，腹痛，腰痛，周身痛，吊陰痛。

4. 乳房脹痛：

乳房腫脹疼痛，乳頭刺痛。

5. 胃腸症狀：

胃腹脹，便秘，泄瀉，便血，噁心嘔吐，食慾不振，食慾增加，嗜甜食。

6. 皮膚症狀：

皮膚過敏，蕁麻疹，痘瘡，癬癩。

7. 黏膜症狀：

口瘡，舌糜，外陰潰瘍，陰道痛癢。



8. 免疫疾病症復：

各種免疫疾病病情惡化。

9. 外感：

感冒，咳喘，寒熱往來，發熱。

10. 其他症狀：

眩暈，抽搐，啞啞。

病因病機

經前症候群的症狀複雜且多變化，可能與以下因素有關：激素的改變，如黃體素，雌激素，前列腺素…等濃度改變；腦神經傳導介質波動：如 5- 羥色胺水平下降， β - 內啡肽不足，多巴胺不足；其他因素，如皮質激素增加，血管調節不穩定，缺乏維生素 B6，營養不均衡（高脂肪、高糖、高鹽），甲狀腺內分泌失調，鈣質缺乏，身心壓力，睡眠障礙，環境汙染，長期缺乏運動…等。

經前症候群亦是一種身心症，常出現焦慮、憂鬱、易怒、嗜食、疲倦、低潮、體重增加等神經精神症狀。依症狀與原因大致可以粗略分為：

焦慮型：

可能是雌激素過多，黃體素不足，前列腺素分泌過多。

情緒低落型：

可能是雌激素不足，黃體素過多，各種傳導介質分泌不足。

無精打采昏沈型：

胰島阻抗，血糖偏高，各種傳導介質分泌不足。

水腫抑鬱型：

腎上腺皮質素分泌過多，各種傳導介質分泌不足。

中醫認為經前症候群主要發病機制，多因血虛合併臟腑功能失調。

女子以血為用，五臟六腑皆賴氣血濡養，女子平素血虛，經期胞宮陰血充盈，全身氣血虧虛，加之素稟陰陽偏頗，累及肝、脾、腎、心等臟腑功能失調，而致諸症。

發病機制如下：

肝鬱氣滯：煩躁易怒，乳房脹痛

肝鬱化火：口糜，吐衄，頭痛，頭暈

火擾心神：情志異常

陰虛陽亢：頭痛，頭暈，煩躁，失眠

陰虛內熱：經行發熱

脾虛陽虛：浮腫，泄瀉



脾不統血：便血，吐衄

血虛生風：癢疹，痘瘡

經脈失養：經行身痛

心神失養：坐臥不寧

腎陰虛，津液不能上承：啞啞

邪正相爭：經行感冒，咳喘，發熱，體痛，寒熱不調，免疫疾病症復。

中醫治療

一、精神症狀

(一) 亢症

經前或經期煩躁，失眠，燥渴，緊張，易怒，激動，情緒不穩定，注意力不集中。

實證：

症狀：實熱陽亢，狂躁不安，面紅目赤，便秘，舌紅苔黃膩，脈弦滑數。

治則：清熱瀉火，平肝降逆。

處方：建瓴湯加方（建瓴湯加黃連、黃柏、大棗）。

虛症：

症狀：正氣偏虛，脈弦弱。

治則：疏肝解鬱。

處方：加味逍遙散加方（加味逍遙散，加黃柏、大棗、杜仲，少量桂、附）。

(二) 鬱症

症狀：經前或經期低潮憂鬱，喜悲哭，嗜睡或失眠，心悸，遲鈍恍惚，虛弱乏力，脈弱遲。

治則：補氣養血，佐以疏肝。

處方：如聖愈湯加方，或甘麥大棗湯加方。

二、經行浮腫

脾腎陽虛：

症狀：經前或經期浮腫，腹脹納減，畏寒肢冷，腰膝痠軟，溏瀉，舌淡苔白，脈緩。

治則：溫補脾腎，化氣行水。

處方：如真武湯加補腎藥（加黃耆、桂枝、炒杜仲、山茱萸、巴戟天、仙靈脾）。

氣滯濕鬱：



症狀：經前或經期浮腫，乳房脹痛，脘悶脅脹，舌淡紅苔白，脈弦滑。

治則：疏肝理氣利濕。

處方：如逍遙散加川楝、延胡、茯苓皮、澤瀉、香附。

三、疼痛

(一) 經行頭痛

經前或經期以頭痛為主症。

氣血兩虛：

症狀：頭痛頭暈，心悸氣短，神疲乏力，少寐多夢，舌淡苔白，脈細弱。

治則：補氣養血。

處方：如八珍湯加方。

血瘀頭痛：

症狀：頭痛劇烈，或脹痛，或刺痛，拒按，舌質暗紅，舌下瘀，脈弦或澀。

治則：活血化瘀。

處方：如桃紅四物湯加沒藥、丹參。

肝陽上亢：

症狀：顛頂掣痛，頭暈目眩，煩躁易怒，口苦咽乾，舌質紅苔黃，脈弦細數。

治則：平肝降逆，補腎養陰。

處方：如知柏地黃湯加方。

(二) 經行身痛

經前或經期出現身體疼痛或肢體麻木為主症。

氣血兩虛：

症狀：肢體痠痛麻木，舌淡，脈弱。

治則：補氣養血。

處方：如聖愈湯加方。

氣滯寒凝：

症狀：肢體疼痛酸重，得熱稍舒。

治則：補氣養血，酌加溫陽藥。

處方：如四物湯加桂枝、附子。

營衛失調：

症狀：經行之際，營血偏虛，風寒之邪趁虛而入，以致發熱惡風。

治則：補氣養血加表散之藥。



處方：如柴胡桂枝湯加補氣血藥，或麻黃四物湯，或桂枝四物湯。

（三）經行腰痛

症狀：經前或經期出現腰腿痠痛得主症。

治則：補腎強筋，補氣養血。

處方：四物湯加黃耆、杜仲、骨碎補。

（四）經行吊陰痛

月經期間，除了少腹、小腹脹痛外，伴隨陣發性外陰掣痛，甚至牽引乳房乳頭疼痛，似有經脈從乳房吊至陰部。

氣滯血瘀：

症狀：經行吊陰痛，心煩易怒，心悸失眠，脅肋脹痛，舌紅苔黃，脈弦數。

治則：疏肝理氣。

處方：如加味逍遙散加川楝子、延胡索。

血虛寒凝：

症狀：經行吊陰痛，經少色暗，頭暈目眩，畏寒肢冷，小便清長，大便溏薄，舌淡白，脈弱遲。

治則：補氣養血，溫經散寒。

處方：如聖愈湯加肉桂、附子、吳茱萸、川楝子。

四、經行乳房脹痛

經前或經期，出現乳房脹痛，甚者乳房硬結腫塊，乳頭硬痛，不能觸衣。

實證：

症狀：經前乳房脹痛刺痛甚，按之有硬塊，口乾口苦，煩躁失眠，舌暗紅有瘀，脈弦滑。

治則：活血祛瘀，疏肝理氣。

處方：如乳沒四物湯加柴胡、黃芩。

虛證：

症狀：經行乳房脹痛，無硬塊，心悸，失眠，腰膝痠軟，舌瘦紅，脈弦弱。

治則：滋腎養肝。

處方：如加味逍遙散加何首烏、山茱萸、杜仲。

五、胃腸症狀

經前或經期，出現胃腹脹，便秘，泄瀉，便血，噁心嘔吐，食慾不振，食慾增加，嗜甜食。



實證：

症狀：便秘，食慾過增，精神亢奮，舌紅苔黃，脈弦數。

治則：中焦有熱，治以清瀉。

處方：如小柴胡湯加黃連、桃仁、大黃。

虛證：

胃腹脹、泄瀉、食慾不振，多屬脾虛，或脾腎陽虛。

《脾虛》

治則：補氣健脾。

處方：如香砂六君子湯，或參白朮散。

《脾腎陽虛》

治則：溫陽健脾。

處方：四君子湯加補腎溫陽藥（何首烏、山茱萸、乾薑、肉桂、附子、炒杜仲）。

六、皮膚症狀

經前或經期，出現皮膚過敏，蕁麻疹，痘瘡，癰癤。

實證：

症狀：素體陽盛，或過食辛辣之品，濕熱內蘊血分，鬱於皮膚，外感風邪。口乾喜飲，便乾溲赤，疹塊搔癢不堪，舌紅苔黃，脈浮數。

治則：涼血清熱，疏風止癢。

處方：如芩連四物湯加蒲公英、荊芥、防風、丹參。

虛證：

症狀：營血不足，血虛生風，面黃無榮，肌膚枯燥。

治則：養血疏風。

處方：如育生血枯方加減（何首烏、當歸、菟絲子、沙苑蒺藜、蒲公英、荊芥）。

七、黏膜症狀

經前或經期，出現口瘡，舌糜，外陰潰瘍，陰道痛癢。

實證：

症狀：平素火熱熾盛，經前或經期口舌生瘡，或外陰糜爛，口乾口苦，口臭燥渴，便乾溲赤，舌紅苔黃，脈滑數。

治則：清熱養陰。

處方：免疫過亢方，或芩連四物湯加地骨皮、丹皮、生石膏。



虛證：

症狀：肝腎陰虛，虛火上乘，經前或經期口舌生瘡，或外陰糜爛。

治則：補腎養陰。

處方：如知柏地黃湯加杜仲，少量桂附，引火歸元。

八、免疫疾病症復

各種免疫疾病症情惡化。

實證：

處方：以育生免疫過亢方加方為主，酌加養血活血藥。

（育生免疫過亢方：黃芩、黃連、黃柏、青蒿、知母、地骨皮）

虛證：

處方：以小柴胡湯加方為主，加重清熱藥。

加減運用：

表 虛：加桂枝、芍藥。

血 枯：加何首烏、當歸。

關節症狀：加杜仲、骨碎補、續斷。

水濕停聚：加茯苓、澤瀉。

血 熱：加生地黃、青蒿、地骨皮。

九、感冒，咳喘，寒熱往來，發熱

經前或經期，常招外感，或出現咳喘、寒熱往來、發熱等症狀。

（一）表邪外感：

處方：四物湯加柴胡、桂枝、黃耆、連翹。

（二）咳喘：

有表邪

處方：四物湯加麻黃、桂枝。

無表邪

處方：香砂六君子湯加六味地黃。

（三）發熱：

有表邪

處方：柴胡桂枝湯合四物湯。

有內熱

處方：加味地骨皮飲。



十、眩暈，抽搐，啞啞

(一) 經行眩暈

素體血虛：

症狀：精血化源不足，不能上榮頭目。表現面色萎黃，唇甲蒼白，疲勞倦怠，舌淡，脈弱。

治則：補氣養血。

處方：如歸脾湯加味。

脾虛痰濕：

症狀：頭暈頭重，噁心嘔吐，舌苔白膩，脈滑濡。

治則：健脾化濕祛痰。

處方：如半夏白朮天麻湯。

陰虛陽亢：

症狀：面紅目赤，心煩易怒，口乾咽燥。

治則：滋陰潛陽。

處方：如知柏地黃湯加天麻、杜仲。

(二) 經行抽搐

婦女在月經期間，四肢拘急抽搐，伴隨肢冷冷汗出，甚至無意識或暫時性昏厥。

氣血兩虛：

症狀：經行抽搐，面白無華，脹痞納少，頭暈目眩，氣短懶言，舌淡苔薄，脈細弱。

治則：補氣養血。

處方：如歸脾湯加方。

肝陽上亢：

症狀：經行抽搐，頭目眩暈、脹痛，頭重腳輕，腰膝酸軟，便秘尿赤，舌紅少津，脈弦或弦細數。

治則：滋陰潛陽。

處方：如健瓴湯加方。

寒凝氣滯：

症狀：經行疼痛劇烈而抽搐，經血淡或暗，頭暈目眩，惡寒肢冷，口唇青紫，舌淡白，脈沉弱。

治則：補血養血，溫經散寒。

處方：如聖愈湯加肉桂、附子、吳茱萸。



（三）經行暗啞

病機：腎水虧虛，津液不能上承。

治則：補腎滋陰。

處方：如知柏地黃湯加黃耆。

《病案介紹》

【經前症候群，感冒，濕疹】

吳女，39歲，經間悶痛、量過多，經後淋漓，週期35，經前感冒、頭痛、癢咳、虛倦。

異位性皮膚炎，蕁麻疹，關節濕疹，多夢，易醒難再眠，痞脹，二便常。舌瘦薄暗紅下瘀，脈弦弱。

《一診》

《處方》水煎藥

柴胡4錢、桂枝5錢、黃芩4錢、黃連1.5錢、黃柏4錢、白芍3錢、丹參8錢、乾薑1錢、附子1錢、黃耆10錢、何首烏5錢、川芎3錢、陳皮8錢、砂仁4錢、大棗8枚。（1劑/日）

以上處方服7劑後回診，汗後濕疹不舒，夜半發蕁麻疹，餘症改善。

《二診》

《處方》水煎藥

柴胡4錢、桂枝5錢、黃芩4錢、黃柏4錢、白芍3錢、蒲公英4錢、荊芥4錢、茯苓5錢、黃耆10錢、何首烏5錢、當歸5錢、陳皮8錢、砂仁4錢。（1劑/日）

以上處方服7劑後，經前諸症改善，膚症改善，少癢，仍有小紅疹。

《治療思路》

一診以柴胡桂枝湯加黃耆、少量薑附，改善體虛容易感冒，加丹參、何首烏，改善異位性皮膚炎及血瘀體質。

二診加蒲公英、荊芥、茯苓，改善濕疹；加當歸協助何首烏改善皮膚條件。

【經痛，類風溼關節炎】

吳女，40歲，育3子，子宮肌瘤3個（2~3cm），類風溼關節炎十多年（第三胎產後發病），斷續服西藥2年。雙手掌指關節、四肢近遠端關節，皆腫且灼熱痛，近半年膝痛顯，晨僵緊，經前及經間症狀加劇。眠難易醒，渴，經痛，有瘀塊，陰部易感染，二便常。舌淡暗紅，脈弦滑弱。近期檢查：ESR=11，CRP=0.46，Hb=11.3。



《處方》水煎藥

熟地黃 5 錢、黃柏 5 錢、龍膽草 5 錢、骨碎補 8 錢、炒杜仲 5 錢、陳皮 8 錢、砂仁 4 錢、黃耆 10 錢、白芍 4 錢、柴胡 4 錢、大棗 8 枚、丹參 5 錢、茯苓 5 錢。
(1 劑 / 日)

以上處方服 6 周後，諸症改善，自行停藥，於半年後復發回診。

《治療思路》

本案病人產第三子後發病，屬氣血大虧導致免疫失衡、辨識不良，故以聖愈湯精神，加碎補、杜仲壯筋骨，加黃柏、龍膽草、茯苓改善關節熱痛及陰部感染，加柴胡樞機，外感內傷進退得宜。

【經期感冒、頭痛、癢疹、乳脹】

林女，42 歲，經前後：頭痛、紅疹熱癢（關節處）、感冒、乳脹，症 20 年。平日痞脹嘔，眠難且淺，二便常。舌紅苔白下瘀，脈弦。

《處方》水煎藥

柴胡 4 錢、桂枝 5 錢、白芍 3 錢、甘草 1.5 錢、丹參 5 錢、黃芩 5 錢、黃連 1.5 錢、黃柏 5 錢、陳皮 8 錢、砂仁 4 錢、黃耆 10 錢、蒲公英 4 錢、荊芥 4 錢、大棗 5 枚。(1 劑 / 日)

以上處方服 4 周後，諸症改善，餘少許癢疹。

《治療思路》

經間易感冒及膚癢，皆是免疫功能偏弱，易陷邪正相爭狀態，故以柴胡桂枝湯加黃耆並加重清熱藥治療，用丹參加荊芥、蒲公英改善癢疹，加陳皮砂仁改善痞脹，加大棗協助柴胡桂枝湯改善睡眠。

【經遲，經間雜症】

張女，39 歲，自 28 歲去胎後常經遲，甚至 3 月 1 行。少肌多脂，經前易頭痛、項強、嗜食或厭食、眠難或嗜睡、右腋下淋巴痛、心悸、膚癢、口糜、虛倦、腰痠、胸悶、低熱、咽痛、低潮、易怒、陰部味穢。舌暗紅齒痕，母親乳癌史，舌下瘀甚，脈弦弱。

《處方》水煎藥

何首烏 5 錢、山茱萸 4 錢、丹參 5 錢、炒杜仲 5 錢、柴胡 4 錢、白芍 3 錢、黃芩 4 錢、黃柏 4 錢、陳皮 8 錢、蒲公英 4 錢、黃耆 15 錢。(1 劑 / 日)

以上處方自 29 ~ 39 歲十年間，共來診五次，每次發病約服 7 ! 14 劑，改善後即自停藥。

《治療思路》

口糜、虛倦、腰痠、低熱、少肌多脂屬腎虛有熱，以何首烏、山茱萸、杜仲、黃柏補腎養陰，加柴胡、白芍、黃耆協助補腎藥改善經前症候群，加丹參、蒲公



英、黃芩改善感染及血瘀症象。

【經遲，經少，胃痛，便秘】

趙女，24歲，大學時過度減重，曾閉經一年半。現經遲，經量極少，經期45~60日，便秘羊屎，3日1行/5年，脹氣打嗝，消化極慢，排便順暢胃症減。眠淺，面晦唇暗，舌暗瘀，脈弦弱。

《處方》科學中藥

枳實 1.5g、大黃 1.5g、乾薑 1g、附子 1g、肉桂 1g、當歸 1.5g、桃仁 1.5g、黃耆 1.5g、丹參 1.5g、桃核承氣湯 2g。(3包/日)

以上處方續服3後，經期改善，腹症改善，但經量仍少。之後改服水煎劑。

《處方》水煎藥

熟地黃 5錢、當歸 3錢、附子 3錢、玉桂子 5錢、乾薑 3錢、黃柏 5錢、陳皮 10錢、砂仁 4錢、黃耆 20錢、大黃 3錢。(1劑/日)

以上處方續服20劑後，經量改善，經期正常，胃症及排便皆善，遂停中藥，日後訪查仍善。

《治療思路》

本案病人顏晦唇暗，閉經，消化極慢，是氣血兩虛合併腎陽虛，故以大劑補腎溫陽，輔以理氣消導治療。

【經間雜症】

蕭女，33歲，經前症候群：頭痛、膚癢、胃痛、嘔吐、全身關節痛、腰腿痠痛、經痛甚。

平日嗜睡，眠淺，虛倦，心悸，手僵，體僵，關節痛，黃昏低熱，鼻過敏，易感冒，突發性水狀帶多。舌暗紅下瘀深，脈弦。

《處方》水煎藥

柴胡 4錢、桂枝 5錢、半夏 4錢、陳皮 8錢、砂仁 4錢、白芍 3錢、黃芩 5錢、黃連 3錢、丹參 8錢、大棗 8枚、黃耆 15錢、當歸 4錢、乾薑 1錢、附子 1錢、炒杜仲 5錢。(1劑/日)

以上處方續服3周後，值經諸症改善，仍眠淺。

《治療思路》

以上經前症候群虛實夾雜，寒熱不調，以柴胡桂枝湯為主方治療，重點在各單位藥的劑量比例，以達和解表裡，補氣養血但不滯邪，清熱化瘀且不傷正。

【經間眩暈、頭痛】

羅女，32歲，經間眩暈、頭痛甚，經量偏少，瘀多，經期正常。富貴手，舌偏紅，脈細弱。



《處方》水煎藥

熟地黃 5 錢、當歸 3 錢、川芎 3 錢、白芍 3 錢、山茱萸 4 錢、陳皮 8 錢、蒼朮 4 錢、黃柏 3 錢、天麻 8 錢、黃耆 20 錢。(1 劑 / 日)

以上處方續服 6 周後改善，二年後訪查偶頭暈痛，但症極輕。

《治療思路》

以聖愈湯重加天麻治療，增強造血及心臟搏動力，改善腦缺氧缺血，進而修復腦神經。

【經間雜症、腰痠痛】

邱女，39 歲，經間：項強，肩背僵，目脹痠，腰痠痛甚，頭暈脹，多夢，易倦，手麻手痠，腹脹痛甚，燥渴，納差噁心。面膚萎黃，舌淡紅，脈弦細弱。

《處方》水煎藥

半夏 4 錢、天麻 4 錢、白朮 4 錢、茯苓 4 錢、生薑 3 片、陳皮 5 錢、木香 4 錢、延胡索 4 錢、黃柏 4 錢、黃耆 10 錢、當歸 3 錢、甘草 3 錢、大棗 10 枚。(1 劑 / 日)

以上處方共服 14 劑後，諸症皆有改善，但仍倦怠，目疲痠澀，腰酸痛甚，面膚萎黃。

調整處方如下：

《處方》水煎藥

熟地黃 5 錢、當歸 3 錢、白芍 3 錢、川芎 3 錢、黃柏 5 錢、白朮 4 錢、枳實 5 錢、茯苓 4 錢、玉桂子 3 錢、附子 1.5 錢、炒杜仲 8 錢、黃耆 15 錢。(1 劑 / 日)

以上處方共服 5 周後，諸症改善停藥。

《治療思路》

以半夏天麻白朮湯加方改善生理軸線功能紊亂，之後改以補氣養血收功。

【經間感冒雜症】

周女，32 歲，經量少，周期常。經前：易感冒，眠難，口乾，口糜，體痠痛，腰痠，乳脹，胃痞脹痛，目多黏眵，大便不暢。

《處方》科學中藥

柴胡 1.5g、桂枝 1.5g、黃芩 1.5g、黃連 1.5g、砂仁 2g、白芍 1g、桃仁 1.5g、黃耆 2g、當歸 1.5g。(3 包 / 日)

以上處方給予 7 日，症復即回診。

【經間腫脹，經量不正】

戴女，28 歲，經前下肢腫脹顯，乳脹痛，體胖，易倦，二便皆少。經間腰痠，周期 28，經量一月過少，一月過多，眠納常，工作忙碌。舌淡暗，脈弱。



《處方》科學中藥

何首烏 1.5g、山茱萸 1.5g、黃芩 1.5g、肉桂 1g、附子 1g、黃耆 3g、桃仁 1.5g、砂仁 1.5g、杜仲 1.5g。(3包/日)

以上處方續服 2 月，諸症改善。

【神經精神，頭痛，胃痛，帶下】

楊女，42 歲，排卵期至經前，焦躁易怒低潮，經前後頭痛至吐，症十多年。經量過少，經痛，無華，眠難易醒，易飢，胃脹痛，嘔頻，易帶下陰癢，大便日 1。舌淡白少苔，脈弦弱。

《處方》水煎藥

何首烏 5 錢、山茱萸 4 錢、炒杜仲 5 錢、當歸 3 錢、白芍 3 錢、甘草 1.5 錢、大棗 8、黃柏 4 錢、龍膽草 4 錢、陳皮 8 錢、砂仁 4 錢、黃耆 10 錢、玉桂子 1.5 錢、附子 1.5 錢。(1 劑/日)

以上處方續服 4 周後，經間頭不痛，但微量。

後再續服 7 周，諸症改善停藥。(胃脹痛改善後，去何首烏改用熟地黃)

《治療思路》

本案病人排卵期至經前諸症，屬腎虛及肝鬱氣滯，故以何首烏、山茱萸、杜仲、黃耆、玉桂、附子溫陽補腎，輔以當歸、白芍、甘草、大棗緩肝，加黃柏、龍膽草預防處方化燥並治療帶下，加重理氣藥改善胃功能。

【經行吊陰痛】

陳女，38 歲，護理人員，常輪班日夜顛倒，近三年月經先後不定期，量或多或少，經色暗紅夾瘀，經前一周即經間，胸悶吸短，乳房脹痛拒觸，腹脹痛，自陰道掣痛，牽引至乳頭陣發性疼痛，二便不暢，眠難多夢，煩躁易怒，口乾渴，腰痠疲倦，納常。舌偏紅下瘀，脈弦。

《處方》水煎藥

當歸 4 錢、白芍 4 錢、甘草 1.5 錢、柴胡 4 錢、黃芩 4 錢、黃柏 4 錢、丹參 5 錢、骨碎補 8 錢、川棟子 4 錢、延胡索 4 錢、枳殼 5 錢、陳皮 5 錢、川芎 3 錢、大棗 10 枚。(1 劑/日)

以上處方續服 2 周，諸症改善。

《治療思路》

本案病人因護理工作，緊張忙碌且作息不定，諸症屬肝鬱氣滯合併血瘀，故以逍遙散加方治療。

【經行抽搐】

羅女，13 歲，來經二年，初經一年尚屬正常，第二年成長過快，常發癲癇。



月經先期甚至月 2 行，經量過多，經色鮮紅。值經期間，常伴隨頭暈目眩，心悸氣短，面白無華，大汗淋漓，四肢抽搖，或無意識手足亂動，不能控制，嚴重甚至暈厥。舌淡紅，脈弱。

北榮檢查多重性癲癇，給予抗癲癇劑，病人無服。

《處方》水煎藥

熟地黃 5 錢、當歸 4 錢、白芍 4 錢、川芎 3 錢、山茱萸 4 錢、黃芩 8 錢、黃耆 20 錢、炒杜仲 8 錢、陳皮 8 錢、砂仁 4 錢、柴胡 4 錢、玉桂子 5 錢、附子 3 錢、大棗 8 枚。(1 劑 / 日)

以上處方續服半年，諸症改善，始終無服西藥，數年後訪查病無再發。

《治療思路》

此案病人因成長太快，神經功能發育不全，故有月經過多及多重性癲癇，以大補氣血及大補腎陰腎陽治療。

參考文獻

1. 秦世雲編著·中醫婦科實踐錄·人民衛生出版社·中國·2013
2. 陸青節編著·萬病醫藥顧問·大中國圖書公司·台灣台北·1093
3. 中醫婦科學·羅元愷主編·知音出版社·台灣台北·1089

通訊作者：鄭淑鎂

聯絡地址：新北市中和區新生街 220 巷 5 號

聯絡電話：02-22256618

E-mail：mg6618@hotmail.com

受理日期：2019 年 11 月 17 日；接受日期：2019 年 11 月 28 日



中西結合「皮膚癌」中醫療法之我見

李政育¹、郭奕德²、曾宣靜³、

湯其暉⁴、廖炎智⁵、林烈生⁶

¹ 育生中醫診所

² 佳德中醫診所

³ 臺北市立聯合醫院林森中醫昆明院區

⁴ 三軍總醫院神經外科部

⁵ 三軍總醫院核子醫學部

⁶ 臺北醫學大學附設醫院神經外科

摘要

本文從中醫藥科學中的「表」證談起，說明何為中醫之「表」、「表證」與「解表」療法，認為「表邪」、「表風」是誘導「癌幹細胞」活化、複製、自我分化的最大原因與來源，從而未經西醫治療之「本態」癌症，以解表方向治療，常能收效，而西醫免疫療法的解除 T 細胞受抑制，即為中醫的「解表」療法。文中並以「陽明表風濕致疹」、「皮膚 T 細胞癌」、「皮膚黑色素瘤」三個顯效病例闡明從解表觀念治療皮膚癌之方法與關鍵。於文末則論述癌症治療之方向與處方，並提醒新生細胞生長太快為癌，辨證上為大熱症，不可補，但老化細胞凋亡太慢亦是癌，需以補陽藥加速其凋亡代謝，故治癌亦有使用補陽藥之階段，切莫遺漏。以此文與同道相互期勉在癌症治療方面能有更深廣之認識與運用。

壹、前言 – 淺談中醫藥科學中的「表」證

皮膚癌屬於中醫各種「表」證之一，很多生理、病藥原理、治則，常用到「表證」這二個字，到底此「表」包含有多大範圍，相信中醫藥研究與醫療從業人員也不易弄清楚，中國有一句話說「一表三千里」，用來解釋中醫的「表」與「表證」，可以說最傳神的描述，因為舉凡皮膚、汗腺、發汗中樞、體溫中樞、嘔吐中樞、嗅覺中樞、吞嚥中樞、呼吸中樞、病毒（中醫稱外邪，屬於傷寒雜病論研究範圍）^{〔1〕}，細菌（屬於溫病研究範圍）^{〔2〕}，微生物（屬於溫病與虫虺研究範圍）；各種組織、器官、細胞的最外一層粘膜層，例如口腔粘膜、鼻粘膜、消化道粘膜、生殖泌尿道粘膜、眼結膜、眼瞼外皮；而因各組織、器官、系統、細胞……有所病變，引起免疫反應有發燒、發汗或不發汗、發燒而畏寒或不畏寒，有無鼻



或喉、或口腔異常、生殖泌尿道、眼分泌物、皮膚有傷口，不管有無分泌物或流血，分泌物不管為膿、血、淋巴液或乾爛；或各組織器官、系統之有病變而腫大起來，或長期陳舊性病變已由腫大增生進入萎縮、纖維化或凋亡、T細胞、樹突細胞……皆在中醫各有「表」的生理、病理、病因、病名、病象、治則，用藥法，這些皆為或稱太陽表風熱、或陽明表風熱、或表理三焦實熱、或表虛、表寒、表濕、表陽不固、表陽虛、表陰虛……，治法有固表、發表……之不同，而發表又有傷寒與溫病六經與經絡之表的不同。

了解中醫之已化「繁」為「簡」，以「簡」御「繁」，常以一個字，貫通各組織、器官、系統、細胞、經絡、神經……，各種病變，只要經過歸經、歸臟腑，依臟象原理，找出何經絡臟腑之「陰、陽、表、裡、寒、熱、虛、實」，就可找到對症治法與藥物，因此要談「皮膚癌」就必須先了解中醫的「表」與「表證」，才能充分領略到皮膚癌的治法要妙與簡單易學。而西醫免疫療法的解除T細胞受抑制，即為中醫的「解表」療法。

貳、個人在「癌幹細胞」的基礎研究初步結論

「癌細胞」是「週邊血癌幹細胞」找到家，住下來而繼發自我複製分化的組織，而「週邊血癌幹細胞」則由骨髓中的「癌胚幹細胞」釋放入週邊血中游移全身，因某些原因而誘導這些體內一直存在的「週邊血癌幹細胞」產生自我複製分化的功能，這種刺激誘導因素極多，但以「簡」御「繁」的說法，即「五因」----內因、外因、不內外因、藥因、外力傷害因，此五因的過度表現就會造成體內傷害，大腦中樞受干擾而命令游移於體內、臟器內週邊血的幹細胞的找家修復，結果「癌幹細胞」跑得比正常細胞快，常是首先佔位，如又有某些干擾大腦自動控制，大腦就會命令「癌幹細胞」啟動自我複製分化，而此種干擾最常見的是中醫所謂之「邪」氣，此「邪氣」五臟六腑十二經絡，皆會有易感受原因，尤其「表邪」、「表風」是誘導「癌幹細胞」活化、複製、自我分化的最大原因與來源，所以治癌在西醫沒介入之前為「本態」，治法以治表為主，尤其表風熱、表風濕、表裡三焦實熱……。

以下謹附一份極有趣「陽明表風濕致疹」病例當參考：

神經外科名醫的陽明表風濕疹

(附：表風濕致疹的氣虛，汗疱疹，榮衛不相共協和之血熱發癩)

因為此病例無法給予一正確中西醫名詞，只好用中醫辨證用藥來給個病名。該病患為我中華民國神經外科名醫林教授，患此病時先切片，發現切片診斷為牛皮癬（PSORIASIS），皮膚科醫師建議內外服（敷）類固醇，但依自己行醫多年，



知道其病外觀與日常所見「牛皮癬」完全不同，且自己身為神經外科醫師知道類固醇的副作用與缺點，所以前來找中醫治療，加上林教授平常也給我個人許多指點，臨床上亦有許多合作，知道中醫應有方法可治，經依中醫辨證，告訴他個人亦認為非「牛皮癬」，勉強給個病名的話，可以「表風濕疹」。

「牛皮癬」雖在大面積發作時，其外緣會有如一圈橡皮筋浮起，圍箍成不規則圈，但其色紅，皮屑增生快，每天大量脫屑，不會在不規則圈上出有滲出液的痛，不會乾裂，手足掌亦不會乾燥到完全無濕潤的乾裂，必須 24 小時穿戴乳膠手套以保濕。

而此疾在頭臉頸無任何發生，不結痂，不脫屑，色為淺黑，完全圓盤式，大於拇指腹（約目前十元硬幣大），盤外緣有規則點狀均勻。濕疹、癢、濕潤，每一盤圈上約有十粒左右的疹點。手足掌的肉白際乾裂深入肌肉，尤其手掌側刀緣在掌根部、足跟部長達 3 → 4CM，深 0.5-1CM，寬處 0.5CM 的乾裂，此病例對個人來說也是第一次見到。

病患：林先生

初診：民國 103 年 7 月 3 日

主述症狀：全身點狀或圓盤狀，大於拇指腹的皮疹，抓起痛，凸起滲液，足掌肉白際為像汗疱疹樣，手掌指易乾裂，手掌外側近掌根部，足跟皆有深長裂痕，裂處乾燥，必須戴乳膠手套比保濕。大便一天 3、4 次。切片為牛皮癬（PSORIASIS）。

判斷：此症非俗稱牛皮癬（稱呼極多，有乾癬、紅癬、金錢癬、松皮癬，目前西醫皮膚科以銀屑病稱之），依症象可用中醫「表風濕發疹」，故定其病名為「表風濕疹」。

處方：一、育生桂枝湯、麻黃三、杏仁四、薏仁八、生石膏十、天冬八、黃芩八、路路通十粒、蒼朮五、澤瀉五（單位：錢）。

上以水十碗煮一小時，成 2 碗半到 3 碗，真空包，寄到服務的醫院。

二、放血大椎上中下，三陽指（趾）井，針風池、天柱、合谷、太沖、地五會。

（附：育生桂枝湯組成：玉桂子、赤芍、生草、生薑各五錢、黃芩三錢、紅棗五枚）

二診：民國 103 年 7 月 10 日

主述症狀：已大量縮小範圍，也已極少疹紅點。



判斷：由一服藥即見功效，表示方向正確，為加強祛表風之熱象，故將黃芩再加入七錢。

處方：於初診方中加入黃芩七錢，即黃芩總量為一兩八錢。7帖

三診：民國 103 年 7 月 17 日

主述症狀：足肉白際的疹不再有濕滲，已乾燥，手指已無乾燥的龜裂

處方：於初診方中加入滑石八錢，黃芩一兩二錢，即黃芩總量為二兩三錢。7帖

四診：民國 103 年 7 月 24 日

主述症狀：自覺已好 90% 以上，手只剩右拇指腹有疹，足已全乾燥，不再起疹，也無抓出的出血點。

處方：於初診方中加入滑石一兩五錢，黃芩一兩七錢，即黃芩為二兩八錢。7帖

七診：民國 103 年 8 月 14 日

主述症狀：一、五診（7月31日）時，目視與自覺症狀，確可認為好 90% 以上，但仍有幾粒新發點，足幾乎痊癒，但癢，手掌面仍乾。

二、六診（8月7日）時，兩鼠蹊部到大腿間有點狀皮疹，到門診時只剩幾個點。兩腳跟，兩十指末稍脫屑，林醫師懷疑可能是打疫苗所致。此次的皮疹與原表風濕致疹已好 99%，只剩跟骨底粗皮未脫的癢痛。

三、七診（8月14日）已近痊癒。

處方：五、六診仍予 7 帖，七診予 14 帖。

八診：民國 103 年 8 月 28 日

主述症狀：左跟骨底只剩一半的淺粗皮，手指只乾燥，幾乎無裂痕，下軀體與下肢、上肢尚有五六粒，血檢 ANA（抗核抗體）、ANTI-DS-DNA 抗雙股去氧核糖核酸抗體（SLE 特異性抗體）皆正常處方：與初診方同，但另加黃芩七錢、黃連一兩、滑石一兩半，即黃芩總量減為一兩八錢，維持滑石量，另加黃連一兩。14 帖

九診：民國 103 年 9 月 11 日

主述症狀：二小臂只剩一個點的結疤點，左跟骨底剩跟骨底的五分之一仍有痂。

脈象：浮弦長瀼緊代。

處方：與八診方同。14 帖



十診：民國 103 年 9 月 25 日

主述症狀：左跟骨剩肉白際的痂，手指仍乾、易裂，但無疹疱，二小臂仍各有一粒未癒的疹。

處方：於初診方中加入麥冬八錢、黃連一兩半、滑石五錢、黃芩二錢，去薏仁四錢。14 帖

十一診：民國 103 年 10 月 9 日

主述症狀：左手只剩一小點，左足小腿的腎經、膽經仍有一小於五十元幣大的濕疹。

處方：一、於初診方中加入黃連一兩半、黃芩七錢、刺蒺藜一兩、滑石五錢、麥冬八錢，去路路通，減薏仁四錢。14 帖
二、放血左中外三指，二五趾井，針左後溪、中渚、外關、地五會、三陰交、公孫。

十三診：民國 103 年 11 月 6 日

主述症狀：一、十二診電話寄藥。

二、9 月份血檢 GPT=90、CRP=3，兩腳跟結痂不再潰爛，兩手前臂幾個縮小的「膿痂疹」。

處方：與十一診同。14 帖

十四到十九診：民國 103 年 11 月 20 日到民國 104 年 3 月 31 日

主述症狀：一、十四診（11 月 20 日）GPT=47，原發濕疹處的顏色褪掉許多，指甲感染範圍縮小。

二、十五診（12 月 4 日），手已無疹，手指只剩右拇指、左食指指腹極小面積的微剝脫皮，小腿肚及脛骨的疹已乾，剩痕。

三、十六診（12 月 18 日）只剩右小腿有一處，左跟骨外緣外皆已如正常肌膚。

四、十七診（104 年 1 月 16 日）已於十二月底退休。小腿肚的範圍縮小，色褪為淺暗。

五、十八診（104 年 1 月 29 日）在密閉空間易 BP 高起，目前口服降 BP 西藥，已減為 NORVASC 半粒。

六、十九診（104 年 3 月 31 日）只剩小腿上的尚未如正常肌膚，但已平整。

脈象：浮弦大濇長緩而代。

處方：自十四診到十九診皆用同一處方。14 帖



陽明表風濕疹餘熱未盡

二十診：民國 104 年 8 月 25 日

主述症狀：經過五個月皆未再起表風濕致疹，全身手足皆無留下疹後的色素沉澱，但指尖有脹感。

判 斷：此為陽明表風濕疹餘熱未盡。

處 方：於初診方（民國 103 年 7 月 3 日）加入皂刺五錢、刺蒺藜一兩、黃連八錢、麥冬八錢、滑石五錢，去薏仁。14 帖

二十一診：民國 104 年 9 月 10 日

主述症狀：指腹的脹已好 20%。

脈 象：浮弦濇大長，右尺溢。

處 方：與二十診方同。30 帖

陽明表風濕致疹癒後「氣虛」

第二個初診：民國 104 年 10 月 15 日

主述症狀：近日外感好得很慢

判 斷：此為陽明表風濕致疹癒後「氣虛」

處 方：一、育生補陽還五湯、麻黃三、杏仁四、玉桂子五、黃芩四、路路通十粒、天麻三（單位：錢）

二、川七粉三錢，包成三包，送藥下。30 帖

（附：育生補陽還五湯組成：黃耆二兩、當歸、川芎、赤芍、丹參、銀杏葉各四錢（或加蒼朮四錢））

二診：民國 105 年 3 月 29 日

主述症狀：冬天時有點末稍表皮將龜裂之象

處 方：與二十二診方相同，但以當歸粉代替川七。（即三錢當歸粉送藥下，但水煮藥中仍有三錢當歸）。30 帖

汗疱疹

第三個初診：民國 105 年 5 月 10 日

主述症狀：左膝內側有五元硬幣大的紅癢疹，左撓側太淵穴處有些微紅癢疹。

判 斷：此為汗疱疹的水疽（水蛆）與民國 103 年的表風濕致疹不同。

處 方：一、放血大椎上中下，三陽指（趾）井，針風池、天柱、合谷、太沖。
二、外用香港腳泡方一罐。



三、育生仙方活命飲、黃芩八、路路通十粒。

四、浙貝母粉三錢。(單位：錢) 7 帖

(附：育生仙方活命飲組成：陳皮、天花、銀花、乳香、防風、皂刺、沒藥、牛蒡子、當歸、赤芍、白芷、生草各三錢、蒼朮四錢、生石膏粉一兩。)

血熱發癩的風疹

第四個初診：民國 107 年 4 月 27 日

主述症狀：二膝上下有大於手掌的紅癢肌膚，服抗組織胺無效

判斷：依外觀應為血熱發癩的風疹，且有榮衛不相共協和之癢

處方：一、放血肝脾腎井穴，針二三陰交，太沖。

二、育生桂枝湯、麻黃三、杏仁四、路路通十粒、丹皮八、黃芩八、生石膏八。(單位：錢) 7 帖

癌症與癌幹細胞是大熱症，不准補，要在營養不良、或中醫苦寒退熱，攻竣藥物長期大量使用，攻伐過度致寒凝之下，造血功能與骨髓受抑制，血紅素、白血球、血小板，蛋白的吸收、儲存、轉化、釋放的功能降低；腫瘤受攻擊之後，其壞死組織液化與代謝速度太慢……時，經使用各種活血化瘀而軟堅積的藥物大劑量的加入，也無法糾正時，才可進入補氣、補血、補腎、大補陽的藥方與藥物。記住，新生細胞長太快是癌；老化細胞死太慢，也是癌，太快的要抑制，太慢的要促進。太快的要苦寒退熱，活血化瘀而涼血、破血。

參、皮膚癌病例介紹與討論

一、一位皮膚 T 細胞癌病例供大家參考

皮膚 T 細胞癌病例報告

病患：孔女士

病象：自 7 年前（民國 83 年）的 10 月由美國返台始發右臀皮疹，89 年冬天發展到手。二年前（民國 88 年）開始在台大醫院服邱醫師藥 ROACCUTANE x 1 x 4，並照光治療時吃感光劑 METHOXSALEN，2YRTEC，外擦類固醇。大便 1 或 2 天一行，平時打嗝聲大。

脈象：浮弦孔長大。

治療過程：

初診：民國 90 年 6 月 5 日



判斷：依其表皮所呈現的病象，判斷為中醫的表風熱，搔抓脫屑所致，只須予表散完畢，應可快速痊癒。

處方：一、外擦親水性育生爽身粉軟膏。

二、麻黃二點五、杏仁四、薏苡仁十、甘草五、皂刺八、楓球十粒。7帖（單位：錢）

二診：民國90年6月12日

病象：患處有些已脫皮，有點乾緊感與癢。

判斷：表風熱予麻杏薏甘湯加方，方向應對，但為緩解其表皮乾緊與癢而予加入可鎮定表皮神經，消炎退熱的石膏。

處方：於初診方中加入生石膏粉八錢，麻黃再加五分。7帖

三診：民國90年6月19日

病象：有一些患處已掉痂、好睡，大便一两天一行。

處方：與二診方同。

四診：民國90年6月26日

病象：足癢疹已大消，二側頸有藥物灼傷的現象，但非厚出疹癢處，上半身自覺較下半身癢些。

判斷：原處方正確，但其灼傷應係照光過度所致，且有上焦頭目風熱，其熱象尚旺，應再加入解太陽表風熱藥。

處方：於二診方中再加入黃芩三錢。7帖

五診：民國90年7月2日

病象：自服中藥（內外服）後即將西藥外擦類固醇停掉，今覺皮膚有充血的熱症的紅斑，二天前又開始擦西藥

判斷：此熱癢的紅斑，應為新生肉芽之表皮充血的癢，應為正常現象，但為改善病患生活品質，我贊成擦含麻醉劑的類固醇軟膏。尤其其癢在臍下到外陰、鼠蹊部、屬中醫的肝經繞陰器的肝經熱毒蘊積，故將黃芩改為龍膽草。

處方：一、於二診方中加入龍膽草三錢。7帖

二、放血大椎上中下，針風池、三陰交、陰陵泉。

六診：民國90年7月10日

病象：除右內側股膝間與左手背會癢外，全身皆已無癢。吃海鮮有覺得比較會癢。無擦中藥，仍擦西藥。

七診：民國90年7月17日



病象：仍擦西藥，全身都沒再癢，有些患處脫皮並膚色變淡。

八診：民國 90 年 7 月 24 日

病象：已無擦西藥一週，全身已完全無癢，皮膚細緻，發過病的皮膚只留一點點色素沉積。回診台大醫師想再予作照光治療，一週三次。

判斷：病症已大體緩解，何況已有近二個月皆無照光了，應不必再作照光。

處方：自五診到八診皆服同一處方，並針灸，每次予 7 帖。

九診：民國 90 年 7 月 31 日

病象：腹有脹氣感，約在大腸結腸彎處。

判斷：結腸的脹氣感大都係心身症，但龍膽草確難服，病象已初步緩解，故為緩和和其久服苦寒藥的表情，故應予去龍膽草。

十診：民國 90 年 8 月 8 日

病象：自言自九診方去龍膽草後，曾癢了三天，今已無。

十一診：民國 90 年 8 月 16 日

病象：無不適，自言幾乎已好 99% 的完全正常。近日較疲倦些。

十二診：民國 90 年 8 月 22 日

病象：二天前有小發蕁麻疹，約半小時就好，全身原來的皮膚癢已幾乎找不到病灶。

二十一診：民國 91 年 1 月 30 日

病象：自十一診後，經四個多月皆無不適，外觀也找不到任何病兆，肌膚與正常時完全相同，只在天冷時皮膚較乾燥感，又加其母因「腺癌」轉移而住院，忙且心情不佳。

處方：一、自十診後皆服同一處方未更改。

二、自十四診（民國 90 年 9 月 6 日）後，一帖藥改服二天，即將劑量減輕，準備慢慢戒停。

三、第二十診時因心情不佳，胃納差，而予加仙楂三錢，育生丸一日一粒。

二十二診：民國 91 年 3 月 12 日

病象：近日曾發毛囊炎，其痕會脫屑，並非原疾。

處方：一、內服藥仍如初診方，加生石膏一兩、麻黃五分、仙楂三錢。7 帖

二、放血大椎上中下，針風池、合谷、足三里。

二十三診：民國 91 年 3 月 21 日



病象：毛囊炎又將長新肌膚之脫屑狀，吸短。

判斷：吸短、胸中窒皆為心身症。

處方：與二十二診同。

二十四診：民國 91 年 4 月 4 日

病象：右上行結腸彎處的皮膚有一粒毛囊炎。

判斷：原則方其皮膚 T 細胞淋巴瘤已完全緩解。

處方：一、育生仙方活命飲。7 帖

二、浙貝母粉三錢，分三次送藥下。

三、針灸仍與五診（90 年 7 月 2 日）同。

二十五診：民國 91 年 4 月 12 日

病象：皮膚上有將發老人斑前的小點狀出血紅點。溇便一日二次，大便前小腹微痛。

判斷：育生先方活命飲已將穿山甲改為牛蒡子，並加入生石膏，故會溇便。而老人斑將發之兆為皮膚小點狀紅，慢慢的顏色變較深，進入咖啡色，再進入黑色，然後會慢慢加大。

處方：一、育生知柏地黃湯，但將澤瀉再加重五錢。

二、紫河車粉 4g x 3 x 7。

二十六診：係自初診到今，其皮膚 T 細胞淋巴瘤的最後一次來診，仍予二十五診方。

後記：於民國 96 年，相隔其皮膚 T 細胞淋巴瘤完全緩解五年，於一月十一日非常緊張恐慌的衝進診所，也顧不得診所內有許多病患，急沖沖的脫下褲子，露出臀部與大腿讓我看，並問是否舊疾復發，我要她快將褲子穿起，不要緊張，並詢她是否家中有養寵物，答無，上下樓曾亦無，最後問發病前否到公園的花叢中穿繞或坐在公園的椅子上，答有，帶女兒去公園，她坐在椅子上等。我就告訴她，這是跳蚤咬傷，不要緊張，中藥吃了很快會好。同時她問我近日因有感冒感覺，吃西藥會否是藥疹，答予非也。天冷穿少，全身有多處輕度凍傷抓的像風疹般的傷口。

處方：一、放血大椎上中下，針風池、合谷、足三里。

二、育生仙方活命飲加荊芥五錢、防風五錢、麻黃二錢半。7 帖

小結論：於跳蚤咬傷後，仍有點咳、微黃痰，有再予育生溫膽湯加麻黃三錢、杏仁四錢，7 帖。自此疾（皮膚 T 細胞淋巴瘤）到今已過十七年，完全緩解。疾病常有相似症狀，如何仔細鑑別診斷，且不為假象混淆，必須有



主見，且不斷學習，跟診。

後記補白：該皮膚 T 細胞淋巴瘤的孔女士，其公公為台灣大學歷史系教授，而拙荊恰好在輔仁大學任教，常請郭教授前往協助開課，對拙荊幫忙極大。當然他詢問拙荊時講得很客氣，說我係名中醫，不知能否醫此皮膚癌，這又是「面子」的問題，應勇敢站出來，面對挑戰，尤其自初發已有七年，而西醫束手無策的醫案，我是特別有興趣，只有答應治療了，而且不能醫不好，沒想到只用小小的一個「麻杏薏甘湯」加方，竟然就治好了「皮膚 T 細胞淋巴瘤」。

皮膚癌在目前西醫來說，以黑色素瘤較棘手，易轉移不好控制，死亡率高，至於其他的皮膚癌如基底細胞癌，鱗狀細胞癌，黑棘皮症…，甚至於極少見到的「皮膚 T 細胞淋巴瘤」在西醫亦極棘手，並非如日常大家所接到的資訊，好像手術切除或化放療就可幸福快樂過日子了〔3〕。

以下引二個醫案供大家參考，

第一例係發作七年，在台灣大學附設醫院控制不下來才因其公公與拙荊認識，才介紹來醫，這是面子問題，不能醫不好。

第二例係跨國遠距醫療，病人係由在政治大學傳播學院國際傳播學程碩士班的學妹—立陶宛共和國的劉小姐介紹來，劉學妹之父係一腎臟科醫師，該病患亦是醫師，所有資料除檢驗數據外，皆由劉小姐翻譯成極為流利且將醫學名詞非常精準的翻譯，所以非常感謝她的協助，這在跨國遠距醫療中，是非常重要的環。

同時也要向各位同道報告，世界的各種醫學檢驗名詞與參考值有許多種，目前台灣所用大都係美日式的，尚有歐洲式的，蘇聯式的，尚有極少數是各國特殊的，而名詞與字，同樣係以前蘇聯統治下的立陶宛，其文字連在診所學習的柯先生博士夫妻（高小姐，柯先生），亦看不懂，所以如果沒有劉學妹（其醫案有機會再報告）的幫忙，我是無法插足波羅地海三小國。

這位黑色素瘤全身轉移的「JANKAVTCTUS」最近又介紹一位胰腺癌全身多處轉移的女士來醫，「JANKAVTCTUS」先生亦是一位醫師，在疾病被控制下來之後，於去年 9 月 21 到 23 日，赴羅馬尼亞參加癌症會議，親身作見證，由我提供一份簡單的如何治好他黑色素瘤全身轉移的末期醫療經驗，給大會參加人員分享他只口服中藥，而沒有化療的那種不可忍受的痛苦，目前已經過二年二個月了，他仍服藥中，藥物由我診所煮好，寄到立陶宛，一次一個月份。

謹將醫案介紹如下：

壹、惡性黑色素瘤、未分化惡性肉瘤、黑色素瘤肺轉移、黑色素瘤小腸轉移、黑色素瘤淋巴轉移、黑色素瘤肺轉移術後，肺大細胞神經內分泌瘤，BRAF 基因突變的病例報告



二、一個皮膚黑色素瘤全身多處轉移的病例供大家研究

皮膚黑色素瘤全身多處轉移的病例報告

病患：Jankavtctus 先生

病史：將劉小姐的翻譯照列（附有最近血檢報告）

治療過程：

初診：民國 106 年 5 月 10 日

判斷：因有肺與淋巴轉移，神經內分泌瘤，且血檢、血鈉已低到最低參考值，所以處方以育生柴苓湯加方。

一、育生柴苓湯、茯苓五、澤瀉五、葶藶子八、防己四、麻黃三、杏仁四、薏仁八、知母八、青蒿八、地骨皮八、黃芩八、鹽一。（單位：錢）

二、三七粉三。

三、育生丸三粒。

以上水十碗煮一小時成 2 碗半到 3 碗，溶入川七粉與育生丸，分包成三包真空包，一日服三次。

（附：育生柴苓湯組成：茯苓、豬苓、澤瀉、蒼朮、桂枝、元胡、木香、黃芩各三錢、丹參、半夏、生草各五錢、生薑五錢、紅棗五枚、柴胡六錢）

育生丸係每粒含 0.03 克的曼蘿花，此丸極難拿捏劑量，請小心，一稍量重即中毒，最好勿自製。（註：5 月 12 日病人要知處方內容及作用方向）

血液腫瘤化療使用 TAFINLAR 與 MEKINIST

二診：民國 106 年 6 月 8 日

5 月 29 日血檢：AST/ALT=19/12, ALP=64 glu(AC)=5.68, Na/K=146.2/4.11

CR=56 T.Bili=6.9 T.PRO=64 A/G=42/22 CRP=0.4 CI/FE/MG/CA=104.7/15.8/0.92/2.38

Hb=125 RBC=4.51 WBC=5.45 MCV=87.8 MCH=27.7 MCHC=316.

RDW-SD=60.7 (38-51) RDW-cv=19.1 (12-15) PLT=209 PDW=12.

PCT=0.22. WBC=DC:N.49 L.37.1 M.8.1 E.4.8 B 0.6 IG 0.2%

BP157 到 116 口服 SANORAL 後 BP 由 94 降到 58 HR97 降到 66

說明：病人雖亦是醫師，但易緊張，中西藥同服，致 BP 與 HR 徒降，會形成腦缺血、缺氧，但抗病時大腦須大量血氧血糖才能精準靈活調控身體各病的供血與抗病，建議心情放鬆，並減服降 BP 藥，因為六十四歲的人，BP157 可容忍，並非 BP 高，而係人體須要的自然調動。



判斷：初服藥才幾天，因寄藥不方便，所以先以予 30 帖藥，但初步判斷其中藥服用後的血檢尚未發現有造血抑制與肝腎損傷。

處方：與初診方同，但因肺轉移而將黃芩再加重七錢，即黃芩總量接近二兩。

三診：民國 106 年 8 月 16 日

病情敘述：於民國 106 年 6 月 22 日來 E-mail 言口服 OEBRAFINIB 二次，TRAMETINIB 一次，每服中藥皆半夜開始發抖、盜汗、畏寒，體溫（耳） 36.5°C ，服二粒 PANADOL 之後三小時，耳溫 39.9°C HR125，BP180/100，無胃口，藥與食物皆不易服下。第二天再吃二粒 PANADOL，到 17:00 才 38°C ，22:00 37°C 。

說明：PANADOL 主要作用在下視丘的體溫中樞，係抑制下視丘的昇溫作用，而人體為抗癌，必須昇高整體與局部溫度，才能促進免疫，血循、造血，解除免疫（T 細胞）的被抑制，如今口服 PANADOL 反而抑制體溫，人體為保持生命功能的恆定，並具抗病能力，在體溫中樞被化療藥物灼傷，又加 PANADOL 的抑制，故畏寒與發顫抖，中藥反而解除其抑制，將 PANADOL 的藥典所記載之藥理 E-mail 請劉小姐翻譯給病人知悉，並建議以後不要因化療藥的不舒服就服 PANADOL，中藥裡面早就考慮到化療的副作用，請放心。此後戒停 PANADOL 後，就無再體溫下降，反彈的畏寒、顫抖、高燒的反應。

四診：民國 106 年 8 月 17 日

病程敘述：民國 106 年 8 月 16 日 E-mail CT 見腹部癌腫瘤已不見了，肝、膽管的大部份淋巴腫已正常大小，只剩腹膜淋巴結微大，但亦小於前，最大者 7cm，肺有浸潤，口服 Augmentin DUO 了，無再有發燒與高 BP，7 月中曾有吸短、乾咳，偶胸肋疼。

血檢：8 月 8 日 CRP=16 (< 5) WBC=10.56 RBC=4.49 HB=128 HT=0.397 MCV=88.4

MCH=28.5 MEH=C 32. RDW-SD=54.4 (38-51) RDW-CV=17 PLT=296 PDW=10.5 MPV=9.8 PCT=0.29. WBC DC:N.70.5 L19.6 M7.8 E1.7 B 0.4 IG 0.2%

判斷：化療性肺炎，囑可將 Augmentin duo 停掉，中藥中已有防治肺炎，喘咳，肺與肋膜積水，心肌藥物性水腫…的成份。

處方：與初診方同，但將鹽再加入五分，即一錢半，黃芩加入一兩二，即黃芩總量已近二兩半。30 帖

五診：民國 106 年 10 月 17 日



病程敘述：一、劉小姐回 E-mail 言 8 月 24 日即停注抗生素，但無燒，無喘，我交待不要注射類固醇，等自己回收肺的浸潤滲出之後，再接受 Tafinlar 或 Trametinibum。

二、7 月 28 日 C.T.S，無新發現腫瘤，只腹部淋巴結大些。9 月 1 日 E-mail 告知：上週 SONO 見小腸有問題，8 月 31 日 C.T.S，見小腸外的腹腔有 7-8cm 大的腫瘤，腹部與骨盤腔淋巴結無變化。

三、9 月 29 日，E-mail：8 月底，腹腔的瘤體 7-8cm，9 月 7 日手術切除小腸 50cm，瘦了 7kg，交待中西醫合療，中藥在手術時服用可維持大腦的精準調控制，且仍有引流管時可「排膿外托」，與清熱解毒而「內消」的抑制癌幹細胞活化，且讓癌體「鬆碎」，不再具活性，只須等待液化回收即可。預防手術入路的癌轉移

四、10 月 17 日：已作完手術，未化療，無服任何西藥，自覺有氣力不足感。因自覺化療痛苦而停掉化療，只服中藥。

判 斷：腹腔腫瘤切除後無作其他治療，表示病況極佳。

處 方：與初診同方，但再加入黃芩一兩二、鹽五分、續斷八錢、碎補八錢。30 帖

六診：民國 106 年 11 月 30 日

病程敘述：一、11 月 28 日血檢：CR65 (62-106) T.Bili5.1 (21) CRP 0.5 AST/ALT=16/12 ALP=70 LDH=164 GLU=6.01 K=5.04 P69 (66-87) NA/CL/FE/MG/CA=153.1 (141.5-157.5) 107.5/9.7 (10.6-28.3)/0.91/2.5 WBC=8.09 RBC=4.51 HB=133 HT=0.41 PCT= 0.25 PLT=232 PDW=12.1 P-LCR=29.2 MCV=90.9, WBC DC:N.63.1 L.24.2M9.8. E2.5 B 0.4 IG%0.2

二、無再作化療。

判 斷：血鈉已進入參考值的中央偏高，可以少加些。

處 方：與初診方同，但再加黃芩一兩二，碎補八錢、續斷八錢。30 帖

七診：民國 107 年 1 月 17 日

病程敘述：107 年 1 月 11 日的 PET/CT 無發現新病兆或其他病變，二側肺下部胸膜下只剩下一些纖維變性，代謝上為惰性，血檢皆正常。

處 方：與六診方同。30 帖

八診：民國 107 年 2 月 7 日

病程敘述：為應中國農曆年而提早再定與六診方同 30 日份藥。



九診：民國 107 年 3 月 29 日

病程敘述：除 LDL-C3.69 mmol/L 外，自覺身體全身皆不錯。

處方：與六診方同。30 帖

十診：民國 107 年 5 月 2 日

處方：與六診方同。30 帖

十一診：民國 107 年 6 月 2 日

病程敘述：一、劉小姐 5 月 20 日，E-mail: C.T.S，看不到新舊病變與發作，右肺旁的胸膜液已完全不見了，左肺下部纖維變性組織穩定，無變化（約 8mm）。

二、4 月 26 日血檢：亦正常。

處方：與初診方同，但再加黃芩一兩七錢，即總量近三兩，鹽五分，續斷八錢，碎補八錢：30 帖

十二診：民國 107 年 7 月 11 日，予十一診方。30 帖

十三診：民國 107 年 8 月 15 日，予十一診方。30 帖

十四診：民國 107 年 9 月 19 日

病程敘述：劉小姐 9 月 11 日 E-mail 言 C.T.S 無見任何病變存在，原有的肺纖維化病變亦已消，9 月 21 日到 23 日將赴羅馬尼亞參加一癌症會議，分享中醫藥的治癌經驗心得，要我予一篇一二千字內的治他的皮膚黑色素瘤全身轉移，而西藥治療的痛苦配合中醫，與純中醫治療的簡單文章，要翻成大會論文文字。

處方：與十一診同方。30 帖

小結論：自十一診後，經 107 年 10 月 10 日十五診，107 年 11 月 21 日十六診，107 年 12 月 27 日十七診，108 年 1 月 24 日第十八診，108 年 3 月 7 日十九診，108 年 4 月 1 日二十診，108 年 5 月 15 日二十一診，108 年 6 月 6 日第二十二診，皆予與十一診同方，各 30 帖，代煎好，寄立陶宛。

肆、個人治癌的幾個大方向與處方介紹

個人在癌症的治法簡略歸納有幾大方向^[4]：

一、活血化癥而涼血、苦寒退熱、淡滲利濕方劑



主方爲育生乳沒四物湯，加黃芩、黃連、黃柏、茯苓、豬苓、蒼朮、白朮、澤瀉，胸肺加麻黃或杏仁、葶藶子，心包加防己，主治在本態未經西醫化療已到戕害生機時使用。目前西醫化療的「免疫療法」用藥，對人體傷害較少，但亦有肝、腎、胰、肺、腦、心與血管內皮…之損傷，在這些損傷初期仍可使用本法與方劑，但當抑制造血與蛋白吸收、儲存、釋放功能時，就必須加入補氣、補血，或補腎、補陽，大補陽之藥物或方劑。至於各臟腑經絡各有引經藥，如胃加薏仁、元胡、木香、山豆根、良薑；肝加三稜、莪朮、柴胡；腎、骨髓加知母、青蒿、地骨皮；腦加天麻、吳茱萸；膀胱、陰道、尿道、輸尿管加龍膽草、枝子；胰臟加山豆根、良薑；大小腸加白芷、防風；脾胃加升麻、柴胡、葛根…，各有不同，此些引經藥本身自有治此本經臟之腫瘤，又可引眾藥大量進入該臟腑，與目前西醫所謂「載體」相仿，要詳細了解各經絡臟腑引經報使藥，請參看龔廷賢著「萬病回春」乙書。

二、活血化瘀而破血，軟堅積的方劑

主方爲育生通經方加苦寒退熱、淡滲利濕類藥物，包括川七、元胡、三稜、莪朮、薑黃、良薑、土地公拐的根…，所有中藥能軟堅積，讓腰腳有力的藥物，如生杜仲、桑寄生、劉寄奴、芒萁根、金毛狗脊…皆能對腫瘤，尤其較堅韌不易被攻破的如骨癌、滑膜瘤，已具有強大抗藥性的腫瘤，皆可考慮此方劑加方。

三、平肝而淡滲利濕劑，加入苦寒退熱，少量活血化瘀藥物的方劑

主方爲育生大柴芩湯，此方對肺、肋膜、胸腔、縱膈腔、腦壓高、佔位廣的腦腫瘤、肝、腹已有水蓄，腎已腫大或有初期腎高氮質血症，或已入慢性腎衰竭，但仍在代償脫水期之前的腫瘤，當然可以加入三黃，或將四芩成份特別加重，以利濕、脫水，讓腫瘤代謝廢性，與腫瘤本身供血與供水減少，而抑制其生長，如再加入活血化瘀而破血藥物，攻堅藥物，自可穿透腫瘤自我防衛，更須依各不同經絡臟腑而加入引經藥。

四、苦寒退熱、治骨蒸勞熱、抑制免疫過亢的方劑

主方爲育生免疫過亢方，此方實爲黃連解毒湯去枝子，加入青蒿、知母、地骨皮。爲何要去「枝子」呢？因爲有部份人對色素吸收功能太強，在長期服用劑量稍大的枝子之後，皮膚易變成像樹葉一般的「藍色人」，尤其肝、膽、胰臟有病變之人，更易對黃色素吸收，功能太強，先由膚色黃，進而微黑黯，進而成藍、深藍成翡翠的墨黑、墨綠色。此方劑主在初期各種腫瘤標誌高起，但尚找不到，或腫瘤尚未多處轉移階段使用，各經絡臟腑皆可用，但更適合用於骨癌、骨髓癌、淋巴癌、腎臟癌，當然各經絡臟腑器官的發炎，捫之熱的各種關節、肌肉、脈管病



變，如目前西醫免疫風濕科所稱之免疫過亢疾病，只要各種抗體過高的病變、發熱、腫熱、血液常規檢查過高的疾病皆可使用，例如外感肺炎，可用本方加麻黃、杏仁，自可快速痊癒。對各種「少陽熱」（請參看陳淑芬醫師的碩士論文：「台灣醫家李政育學術思想及臨床診療經驗整理研究，2005年4月）尤其腫瘤初發期尚未有目前影像可檢出前的「欣快感」，即莫明其妙的自覺身體非常的健康，自己精神與肉體力量非常強大，睡眠極少但非常有精神體力，有用不完的精力階段。可先使用育生免疫過亢方，包括甲狀腺機能亢進與甲狀腺癌在內。而各種腫瘤經中西醫努力之下，以目前西方醫學已找不到腫瘤，為防「癌幹細胞」快速被「補」或「外感」誘發出來時的養生方劑，適合用本方，或育生知柏地黃湯（傳統知柏地黃湯加蒼朮、牛膝），以抑制骨髓「原生池」就開始啟動「癌胚幹細胞」的製造，徹底防治腫瘤新生。

五、仙方活命飲是當找不到方向時最常用的方劑

主治各種良惡性腫瘤、癰疽的熱症階段，分泌物是粘稠的膿、或血、或淋巴液，屍臭味極為濃重的不易收口的腫瘤首選方劑。當然亦應加入三黃、四苓、川七…。其中連翹、或銀花，如劑量大到三四兩以上，可另以水煮濃湯當茶喝。

六、保安萬靈丹

係「外科正宗」治各種無名腫毒的名方，此方的製造不可高溫烘烤或炒燉，劑量亦應由少量始服，當有耐受性了，再慢慢快速度加重，例如先由一次8粒如梧桐子大，一日三次，每隔一週，每週一次加4粒，直到一次28粒，一天三次為最大劑量，此方與仙方活命飲（注意：「外科正宗」的「保安萬靈丹」與汪昂「醫方集解」的「保安萬靈丹」的方劑組成有些不同）為陳功實在外科疾病最常用方劑。

七、育生丸

此藥實為含極低劑量的中藥「蔓陀蘿花」所作之丸，個人每粒只使用約0.03到0.04克的成份，極不好製作，請小心，劑量稍大就會有中毒反應：口乾、舌燥，突然興奮，尿頻數而不易出，視霧或對焦不良，燥亢發狂…。此藥特別有效於腫瘤腦轉移，或腦腫瘤、中風的預防與治療，腫瘤精神官能症，老人憂郁症。

八、麻杏薏甘湯、或麻杏甘石湯、或大青龍湯合併陽旦湯（實為麻桂各半湯加石膏、黃芩）等發表方劑

為治皮膚癌、皮膚病，如風疹、濕疹、表風濕（但切片則稱牛皮癬的濕疹乾裂，附林教授的醫案），腫、瘤、癰、疽之所最常用方劑，當然應加入三黃，或石膏，或滑石，或四苓同用，為讓藥方更能排膿外托或排毒外托，可加入各種可以



透表疹之藥物如路路通、皂刺、刺蒺藜、蛇莓或覆盆子的根莖葉，或大小薊的根莖花葉，或雀不踏、咬人狗、咬人貓……。此中要再分乾爛者或濕爛之不同而改變處方，濕爛者除四苓外，可加入滑石，乾爛者則改育生歸耆建中湯或十全大補湯、補中益氣湯、參苓白朮散、聖愈湯加入祛表濕藥，甚或將補陽藥加大到有分泌物且屍臭，才將補陽藥減少。為解說方便而分開來敘述，實則治病臨床可互相搭，如真寒假熱則要加入乾薑、附子、玉桂。例如在育生乳沒四物湯加三黃、四苓時，可搭配加入保安萬靈丹、三七、育生丸。

九、育生五苓散（腎炎方）加三黃、川七、人參、細鹿茸為主方

此方為癌症經各種治療後進入慢性腎病，高氮質血症，慢性腎衰竭、或肝腎綜合症，腎衰竭而有水蓄時使用〔5〕。

十、西醫介入之後的中醫藥的合作輔助

以下錄早期個人一篇「中西醫結合腫瘤共治法」一文供參考

甲、目前西醫腫瘤治法副作用：手術、放療、化療的副作用

乙、中醫對西醫腫瘤治法副作用的協助：

（一）低 Hb、WBC、WBC DC 的比例紊亂，PROTEIN 的中醫藥調治法

（二）高 SGOT、SGPT、BUN、CREA、AIK-P-T、r-GT、AFP、CEA、Ammonia、Glucose 的中醫藥調治法

（三）不正常出血、咳、擤、尿、便、膚、牙齦、指甲齦潰爛、口糜、噤口痢……中醫藥調治法

（四）遠心端的酸痛、血管的注射後栓塞、萎縮、麻、壞疽的中醫藥調治法

（五）高 B-HCG、T3、T4、PROLACTIN、E2……等荷爾蒙，高 PSA，高 CA125、CA19-9、CA153-3……的腫瘤標誌的中醫藥調治法

（六）上皮細胞的灼傷、糜爛、膚癢疹的中醫調治法

丙、結論：二期內中西醫可單獨治病

二期以上中西醫共治才能較有效快速控制且緩解時間長

甲、目前西醫腫瘤治法副作用

（一）**手術**：麻醉抑制免疫體系，切斷並干擾了神經、血管、淋巴、經絡氣血的運行，干擾腦神經的內分泌，神經介質與傳導的正常運作，心身兩方面的創傷→精神與神經內分泌。

（二）**化療**：血管內壁、心肌內膜、子宮與卵巢、肝腎的傷害，神經與軟組織傷害，生長點與生長板、骨膜、上皮細胞、內外分泌腺體的灼傷與



抑制細胞生長，骨髓回滲的抑制，形成骨髓空洞或纖維化，抑制與干擾腦、神經、脊髓、腎、肝、脾、肺、胰、胸腺、血管、睪丸、卵巢……的內分泌的促進與代謝的正常功能，癡呆的促發。

- (三) **放療**：細胞的灼傷、水腫、玻璃樣沈澱、硬化、縮小、纖維化或萎縮或壞死或失去功能，血管、神經、骨髓、上皮細胞、軟組織、骨膜的抑制生長與灼傷，出血、萎縮、沾粘、狹窄、傳導障礙而發生疼痛、幻痛，抑制骨髓回滲，形成骨質流失，骨骼空洞症，老化的提早。

乙、中醫對西醫腫瘤治法副作用的協助

主方：① 小柴胡湯+聖愈湯+川七、用丹參、北耆、赤芍。

② 十全大補湯+川七、牛膝、鹿茸、乾薑、天雄、黃柏，用玉桂、丹參與人參併用。

③ 右歸飲+川七、人參、鹿茸、乾薑、天雄、黃柏。

(一) 低 Hb、WBC、PLT、WBC DC 的比例紊亂

① 初期：以小柴胡湯+聖愈湯+川七+牛膝+澤漆（竹七）。

② 中期：

a. 以小柴胡湯+聖愈湯+川七、牛膝、蒼朮、澤漆（竹七）、玉桂、乾薑、天雄，用人參與丹參。

b. 以十全大補湯+川七、牛膝、鹿茸、澤漆（竹七）、乾薑、天雄、用玉桂、人參與丹參。

③ 後期：右歸飲+川七、人參、鹿茸、乾薑、黃柏、澤漆（竹七）、蒼朮，用玉桂。

④ PLT 血小板偏低：

a. 用酒浸澤漆（竹七），如症狀持續長久時，藥可改用酒煎。

b. 鹿茸、旱蓮草、菟絲子、淫羊藿、人參、玉桂、附子……。

⑤ WBC DC 白血球分類：

a. Lymphocytes 淋巴球偏高：虎杖、山苧麻、青黛、知母、黃柏、青蒿。

b. Seg.Neu. 分節中性球偏高：山苧麻根。

c. Band.Neu. 帶狀中性球偏高：山苧麻根。

d. Lymphocytes 淋巴球偏低：十全、右歸加方。

e. Seg.Neu. 分節中性球偏低：十全、右歸加方、蓖麻子根。

f. Band.Neu. 帶狀中性球偏低：十全、右歸加方、蓖麻子根。

g. Blast cell 芽細胞與 young cell 幼細胞偏高：虎杖、知母、鹿茸

⑥ Total PROTEIN 總蛋白偏低：補脾胃或氣血兩補、久年則大補腎陽。



- a. 補脾氣：四君、五味、六君、香砂六君子湯、參苓白朮散、補中益氣……。
- b. 補脾陽：加玉桂、乾薑、天雄。
- c. 氣血兩補：十全、人參養榮、獨活寄生湯、三痺湯……。
- d. 補腎陽：腎氣丸、桂附地黃、右歸飲、龜鹿二仙膠、河車大造丸、三鞭丸……。
- e. 放腹水、肋膜水：右歸飲+五苓散、四逆、柏、參。
- f. 飲食：四神、白果、菱角、淮山、蓮子、糙米、黃豆、白扁豆、……蛋、肝、腦、魚貝類、乾果類、人參、黨參、咖哩、蒜、菇類。

(二) ① 高 SGOT、SGPT ALK-P.T.：

- a. 急性期：清熱解毒藥加入主方中，如大青葉、板藍根、大黃、丹參、黃連、黃芩、枝子。
- b. 緩解期：選擇香砂六君子、或聖愈湯（四物湯）、或六味地黃湯，加何首烏、當歸、菟絲子、枸杞子、五味子、山茱萸…有時要再加入少量大黃，繼續使用大青葉、板藍根、丹參與黨參或人參可同用。
- c. 惡變期：主方三方中，斟酌加入大青葉、板藍根、乾薑、附子、玉桂、何首烏、五味子。

② 高 BUN 尿素氮、CREA 肌酸酐、Ammonia 氨（阿摩尼亞）：

- a. 初期：初期可用黃連解毒湯或小柴胡湯、或香砂六君子湯、或五苓散，加入乾薑、天雄、玉桂、丁豎朽、忍冬藤、蒲公英或水筆子、黃柏、大黃、川七、人參。
- b. 中期：用香砂六君子湯、或聖愈湯、或十全大補湯、或右歸飲，加乾薑、天雄、玉桂、大黃、黃柏、川七、人參及抑制 BUN、CREA、Ammonia 合成的單味藥。
- c. 後期：五苓散加入乾薑、天雄、玉桂、黃柏、大黃、人參、川七、忍冬藤……等，但薑、附、桂的量要加大到八錢到一兩以上。
- d. 如尚尿不出，只好配合洗腎。

③ 高 γ -GT、AFP、CEA、CA-125、CA19-9、CA153-3、CA72-4、N.S.E……S.C.C、CYFRA-21：宜補陽，於主方三方中，加入乾薑、天雄、玉桂，可快速下降。

④ 高 Glucose：於主方中加入生石膏，或玉桂、或大黃、或桑白皮、或土橄欖、或蒲公英、或含羞草、或人參、或龍眼根、或土芭樂根、



或三黃……。

⑤ 高 CCF、ZTT、TTT：

- a. 用柔肝養肝血法，於主方三方中，加入何首烏、當歸、枸杞子、菟絲子、五味子、山茱萸…之類。
- b. 依本節①之 b. 緩解期方法。

(三) 不正常出血

- a. 如係灼傷者：用主方之①方。
- b. 如係血小板偏低：依病程的分期不同，加入澤漆（竹七）或再加鹿茸，因澤漆（竹七）會通便，應加入蒼朮。
- c. 如灼傷嚴重出血：則應加入乳香、沒藥、艾草或側柏葉、牛膝、碎補、蓮藕……。
- d. 脫肛便血兼直腸灼傷：用補中益氣湯或歸耆建中湯，加川七。用北耆，至少二兩。嚴重者加入乾薑、天雄、黃芩、人參、川七，用玉桂，加少量大黃。放血大腸井穴，二、三間，針合谷、尺澤，灸百會。

(四) 遠心端的酸痛、血管的注射後栓塞、萎縮、麻痺、壞疽

- a. 主方三方中加黃耆一兩半到二兩半間。
- b. 坐骨神經痛，加杜仲、寄生、麻黃、地龍，溫針關元俞、環跳、委中。
- c. 下肢加入活絡丹。
- d. 外敷用紫雲膏

(五) ① 高 B-HCG、FSH、LH、E2……：用活血化瘀兼涼血，加些重鎮藥物，例如仙方活命飲，桃紅四物湯，乳沒四物湯，加川七、代赭石、生牡蠣……。

② 高 PROLACTIN：用重鎮法，如健瓠湯、柴胡龍骨牡蠣湯、紫雪丹、牛黃丸……。

③ 高 T3、T4：用重鎮法，再加夏枯花。

(六) 上皮細胞的灼傷、糜爛、膚癢疹

① 如能停化療或放療，則先暫停一段時間，等副作用消失後再進行化放療。

② 如不能停止化、放療則配合中醫療法，以主方三方為準，加入知母、天花、地骨皮、丹皮、沙參、元參、葛根、天冬、麥冬…用生地。

③ 減低黃耆用量到一兩左右，長期大劑量用黃耆，有些人會口糜，膚癢紫塊狀如鈕扣般的厚癢疹。

④ 中藥點茶法，如酸梅湯，菊花，金銀花、天花、桑葉、地骨露、絲瓜露…〔6〕。



丙、中西醫結合腫瘤共治法之結論：

- (一) 二期內中西醫各可單獨治病，常用方為活血化瘀兼清熱解毒，並配用保安萬靈丹，如仙方活命飲加蒲公英、生牡蠣、夏枯花或桃紅四物、乳沒四物、加三菱、莪朮、元胡。
- (二) 臨床到今，沒用過白花蛇舌草、半枝蓮、鐵樹、七月扎、六月雪、八葉一枝花…之類藥物，純依辨證論治，中西醫結合診治。
- (三) 化放療中為防化放療傷害並加強療法，在已有血中蛋白偏低或初發血紅素偏低時，可用當歸、黃耆煮茶喝，長期服用。
- (四) 沒有營養就沒有抵抗力，千萬不可忌口，應多服蛋、肝、腦、魚貝類、乾果類、四神類。糙米、薏苡仁、黃豆、各種豆類。
- (五) 心情平穩，虔誠宗教信仰，每天睡八～十小時，多飲水，一天至少四千到六千西西以上，旺盛生機，旺盛鬥志，樂觀奮鬥。
- (六) 幻痛，可用仙方活命飲或主方三方中，加入全蠍、蜈蚣、白僵蠶、育生丸（係蔓陀蘿丸，一粒含生藥 0.03g，一日一到二粒即可，最多可用到 20～30 粒）。

伍、結論

治癌無常方，必須要辨證論治，但自然的藥物只要劑量大到一個程度，每味中藥皆可治癌，只是有無用對症，用對何種癌症，也就是歸經用藥正確否？如歸經用藥對，每味藥皆可治癌，但各種癌症仍有其共通特性，如西醫用藥，一般腫瘤血管生成荷爾蒙抑制劑就像中藥的活血化瘀而涼血藥方劑，免疫療法就像中藥的解表風熱祛邪劑，但中藥的各藥物成份極為龐雜，如何找對方劑互相組合，並找出君臣佐使還是須努力研究的。

腫瘤標誌初發期直往上竄，為熱症，如用中西藥治療一段時間，降到幾乎標準了。但又開始反彈，此時可能係壞死組織開始在溶解但溶出量太大，如加大苦寒退熱藥亦只稍降一下就又往上竄，可有三方向考慮，

一為加入補陽藥物如乾薑、附子、玉桂，先由一二錢試後，有往下降或上昇速度有趨緩方向就對可將大補陽藥一下就加到五錢、八錢，此為老化細胞死得太慢所致。

二為加入活血化瘀而破血、軟堅積藥，此些藥有「穿透」的功效，或加重活血化瘀而涼血藥，如丹皮、枝子、赤芍，抑制新生血管，消除血管內皮的損傷，而腫瘤標誌亦上昇進度減慢，此時就以活血化瘀而涼血藥為君，此為新生細胞又在蠢動或在轉移中。



三為腸胃與正常細胞對反彈前的處方吸收力下降，細胞對藥物的親和力減退而癌細胞對藥方有抗藥性產生了，此時須找個相同形性的方子替代一下，並加入開脾胃藥物，如仙楂、內金、萊菔子、山藥、五香蟲、油蟲珠…。

參考文獻

1. (東漢)張仲景原著，李政育解讀：傷寒論之現代應用精華，臺灣，新北市，元氣齋出版社，2015。
2. (清)吳鞠通：增批溫病條辨，中國，香港，長興書局，2012。
3. Gordon R: Skin cancer: an overview of epidemiology and risk factors. *Semin Oncol Nurs* 2013; 29(3):160-9.
4. 李政育，鄭淑鎂：中西醫結合治癌新法，臺灣，新北市，元氣齋出版社，2016。
5. (清)汪昂：醫方集解，臺灣，臺北，集文出版社，2004。
6. (魏)吳普述、(清)孫星衍、孫馮翼同輯：神農本草經，中國，上海市，上海科學技術出版社出版，1990。

通訊作者：李政育

聯絡地址：台北市羅斯福路三段 261 號 4 樓

聯絡電話：02-23670436

E-mail：chenyr.lee@msa.hinet.net

受理日期：2019 年 11 月 28 日；接受日期：2019 年 12 月 3 日

