



二個特殊頸部腫塊之病歷探討

--菊池氏病 and 原發位不明癌

Kikuch's Disease and Unknow Primary Cancer

鄭淑鎂

培真中醫診所

病案一介紹：

陳XX同學，男，22歲，就讀台中XX大學，有氣喘及異位性皮膚炎病史。就診時症狀為：高燒，右側頭痛欲裂，關節及全身酸痛，全身皮膚泛紅脫屑，搔癢熱燙，頭皮癢且皮屑紛多，食慾減退，倦怠乏力，症狀發生一周，服止痛消炎藥及抗生素無法緩解。

理學檢查時發現病人右耳後下方有一6*8cm不規則腫塊，觸之堅硬不移，且有壓痛，頰下亦有數粒約2-3cm之淋巴結，右腋下及雙鼠蹊部有堅硬之腫塊，而鼠蹊部延大腿內側有累累如串之淋巴結腫大（病人告知此累串淋巴腫已年餘），消瘦，面膚晦暗，舌瘦而紅絳，舌下靜脈瘀張，脈弦細極數。病人無咳嗽、咽痛、鼻塞、頻尿、腹痛瀉、嘔吐、便秘…等呼吸道、腸胃道或泌尿道感染之症狀，其母親告知此病於二年前夏天至今反復發作，常因熬夜及疲勞後發，每次約3個多月才能緩解，發作期間多方治療效果不佳，平日小便起泡極多，隔夜不消；且自國中起，皮膚紅癢嚴重脫屑，容易感冒，個性焦躁，不易溝通，似有強迫症。

經中醫處方後二周快速改善，腫塊消散。病人於初診後二個月發生皮膚嚴重紅癢脫屑且灼熱，囑其配合類固醇（三日）續服中藥後改善。於初診後四個月，因A型肝炎至GOT/GPT 3000以上、T-Bil 10，配服中藥後快速緩解，且並無合併皮膚病或淋巴腫塊發生。此期間中藥治療調理共約五個月，以上症狀全部改善，皮膚光滑潤澤，之後追蹤一年，不曾再發，且體力佳極少感冒，仍持續追蹤觀察。

病案二介紹：

男，40歲，雙側耳下頸部皆各有硬塊，堅硬不移，右頸10*8cm，左頸3*4cm，病人表示腫塊已一段時日，但無任何不適故不以為意，體型中廣腹大，體胖壯碩，面膚暗晦，說話聲音宏亮，口僅能開二指寬，口腔內慘白似纖維化狀態，病人過去食煙酒檳榔多年，但已戒斷四年。本院告知此應為頭頸部癌症淋巴



轉移，必須積極治療，且須至西醫院確診，病人表示欲先行確診後，再考慮是否配合中醫治療，初診無給予中藥帶回。

病人於一個月後回診，表示經新光醫院及長庚醫院檢查，皆找不到原發部位，令病人感到相當疑惑，而其頸部腫瘤切片屬 squamous cell carcinoma，醫師判斷應為口腔癌或鼻咽癌淋巴轉移，已屬第四期，病人配合化療二次及放療一次後，因對化放療副作用感到相當不舒而不願繼續，遂轉回中醫治療。經一年中醫診治，腫塊已全數消除，治療期間，照常工作，無任何不適，且面色潤澤，減重近 10 公斤，原體胖腹大之中年體型，變成神采自信，年輕健美，之後減藥，仍繼續追蹤治療。

〈討論〉

病案一：菊池氏病 (Kikuch's Disease)

一、西醫觀察與治療

菊池氏病，又稱為組織球壞死性淋巴炎，此病十分罕見，是 Kikuchi 與 Fujimoto 兩人於 1972 年在日本首次發現並詳細描述，故稱 Kikuch's disease。此疾病好發於 20-30 歲的年輕人，女性多於男性。臨床典型特徵為頸部淋巴腺腫大，可能伴有不明原因發燒，可能有輕度中性球減少及淋巴球增生。後頸部三角淋巴結最易受侵犯，腋下、縱膈腔內或鼠蹊部等淋巴結也可能腫大。腫大的淋巴結可能有壓痛感，也可能不會。其他症狀可能有伴上呼吸道感染，或體重減輕、關節酸痛、噁心、嘔吐、盜汗、肝功能異常。一部份病人在發病後一至二個月出現皮膚病灶如臉部紅疹，血管炎或斑塊狀紅疹，症狀會在 2-4 個月後自行緩解。病因未知，可能是病毒感染或自體免疫造成。但有部分病人於日後會復發或轉變成紅斑性狼瘡或其他自體免疫性疾病。

臨床表現與淋巴癌無法區分，切片檢查，組織學可見淋巴結局部、界限清楚、並位於 paracortical area 的壞死。只有很少的漿細胞與中性白血球，而有多量的 plasma-cytoid monocytes 與死掉細胞核的殘骸。

西醫治療多與支持性療法，予消炎退熱藥、抗生素，若病情嚴重給與類固醇治療。〔7〕

二、中醫治療過程

〈初診〉 98 年 7 月 6 日

症狀：高燒、右側頭痛欲裂，關節及全身酸痛，全身皮膚泛紅脫屑，搔癢熱燙，食慾減退，言語低微，倦怠乏力，右耳後 6*8 cm 不規則腫塊，觸之堅硬不



移，且有壓痛，右腋下及雙鼠蹊部亦有堅硬腫大之硬塊，鼠蹊部延大腿內側有累累如串之淋巴結腫大，消瘦，面膚晦暗，舌瘦而紅絳，舌下靜脈瘀張，脈弦細極數。

【診斷】：正虛邪盛，三焦實熱，氣血兩燔。

【論治】：清熱解毒，補氣解表，活血化瘀。

【處方】：黃芩八錢 黃連五錢 黃柏五錢 當歸五錢 北耆二兩 羌活三錢 川芎三錢 白芷五錢 桂枝五錢 桃仁四錢 枳實四錢
七帖（每日一帖）

【醫囑】：囑附此病可能是自體免疫疾病感染誘發，若嚴重可能併發腦膜炎或菌血症；亦可能是淋巴癌。須至醫學中心作病理切片，並血檢：Urine，CBC，WBC DC，AST，ALT，ALB，C3，C4，ANA，ESR，CRP，BUN，Creatinine，AC GLU。

<二診> 98年7月13日

病人來診時神情愉悅，熱退，食進，體力改善，腫塊消減一半，但傍晚後仍低熱乏力，皮膚雖仍脫屑紅癢但晚間較嚴重，不似一周前終日發作。病人因服藥漸舒，不願至醫院作病理切片，僅自行血檢，7/12血檢報告如下：

WBC=15800 RBC=353萬 Hb=11.2 M.C.V.=69 M.C.H.=22 PLT=13.5K

WBC DC：Band.=4% Seg.=80% Eosin.=2% Baso.=1% Mono.=5% Lym.=7.6%

ALB=3.9 C3=105 C4=29 GOT/GPT=65/75 CRP=7.49 ESR=18 ANA=1：160

AC GLU=95 BUN=25 Creatinine=0.9 無蛋白尿

【診斷】：餘熱未盡，正虛邪戀，血枯膚燥。

【論治】：清熱解毒，補氣養陰，涼血養血。

【處方】：黃芩五錢 黃連三錢 黃柏五錢 北耆二兩 川芎三錢 枳實四錢 青蒿八錢 知母八錢 地骨皮八錢 當歸四錢 何首烏四錢 刺蒺藜四錢 菟絲子四錢 白蘚皮八錢
七帖（每日一帖）

<三診> 98年7月20日

已無低熱，症狀大為改善，頸部、腋下及鼠蹊部之腫塊全消，僅皮膚仍乾癢泛紅易角質增生，而頰下數粒淋巴結及大腿內側之累累串淋巴結仍未消退。舌質偏暗紅，舌下靜脈瘀張，脈弦緩。

【診斷】：氣虛血熱，血枯膚燥

【論治】：補氣養陰，涼血養血

【處方】：當歸八錢 刺蒺藜八錢 何首烏八錢 菟絲子八錢 白蘚皮八錢



黃芩五錢 黃連三錢 北耆一兩 枳實四錢
七帖（每日一帖）

<三診>～<九診> 處方大致相同，皮膚症狀亦時進退。

<十診> 98年9月7日

病人自9月5日凌晨起，皮膚大發紅癢捫之灼熱，大面積脫屑，唇乾裂，面紅目赤，頭皮屑多且癢甚，測體溫不高，但煩熱異常，口燥渴，飲水不解，大便正常，舌質紅絳，脈弦數。

【診斷】：血熱，血枯膚燥

【論治】：清熱解毒，涼血養血

【處方】：黃芩八錢 黃連五錢 黃柏五錢 蒲公英八錢 荊芥四錢 黃耆一兩 當歸四錢 刺蒺藜四錢 何首烏四錢 菟絲子四錢 白蘚皮八錢 枳實四錢
七帖（每日一帖）

【醫囑】：見此症起病迅速，因考慮病人已開學有課業壓力，故囑咐其若二日後無改善，須配合西醫類固醇治療。

<十一診> 98年9月14日

病人配合服用三日類固醇後，病情控制下來，繼續接受中醫體質調理。

【調理處方】：當歸八錢 刺蒺藜八錢 何首烏八錢 菟絲子八錢 白蘚皮八錢 黃芩五錢 黃連三錢 北耆一兩 枳實四錢 青蒿四錢 知母四錢 大棗10枚

<備註>

1. 自98年9月14日至12月9日期間，調理處方大致相同。
2. 病人於98年11月6日感染A型肝炎，GOT/GPT 3000以上、T-Bil 10，配服中藥後快速緩解，且並無合併皮膚病或淋巴腫塊發生。
3. 自初診98年7月6日～至12月9日，共五個月治療後，病人皮膚光滑潤澤，頰下及鼠蹊部延大腿內側之累串淋巴結全部消散，之後追蹤一年，不曾再發，且體力佳，少感冒。
4. 囑咐病人：不能熬夜及長時間打電動，不宜油炸燒烤食物或含防腐劑之罐裝甜飲，每日11點前入睡，須睡足8H，多喝水，多蔬果，營養正常，感冒須看中醫並考慮前症。



三、中醫治療思路

菊池氏病目前在西醫方面，經病理切片確認後，多給予支持性療法，然後等待自行緩解。而臨床上病人容易反復發病，或病程冗長，體力耗損，生活品質受到很大的影響。若因發病期間免疫降低併發伺機感染，即可能進展成更嚴重之病情，如腦炎、菌血症、急性腎衰竭、甚至肝腎綜合症等。

本案病人在發病前反復皮膚如紅癬症多年，影響情緒、睡眠、學習及人際關係，導致讓家長誤認為病人有精神疾病。西醫對於之後可能進展成自體免疫性疾病，如乾癬、SLE等，較無積極之無預防對測，觀察之下，中醫在糾正免疫，抑制免疫過亢方面，確實有許多可發揮之處。

中醫透過脈象、舌象及問診過程，初診時以大劑量之北耆，截斷反復感染之脈虛體弱，促骨髓幹細胞快速製造專一免疫細胞，恢復抗病的有利條件；另以大劑量之黃芩、黃連、黃柏，抑制免疫及感染，同時治療高熱及皮膚燻灼；用當歸、川芎、桃仁活血破血生新血，以治硬結之腫塊；佐以桂枝、白芷、羌活以解表。之後的調理，以補氣、清熱、養陰、涼血、養血為主，終可順利將二年來反復發作之菊池氏病消退，且多年來紅癬亦得到滿意緩解，相信病人若按照醫囑作息得當，應可避免未來發展成自體免疫性疾病。

病人的頸部、腋下及鼠蹊部之腫塊堅硬不移，與頭頸癌、肺癌等各種癌症之淋巴轉移，其外觀及觸感，實難分辨。但考慮其腫塊旋起，且壓痛，久捫之有蘊熱，又有發熱，判斷應為感染誘發自體免疫疾病的機會較大，但仍須考慮淋巴癌之可能，所幸其白血球分類正常，可排除淋巴癌之疑慮。

另外，血液檢查亦能協助我們，檢驗思路判斷是否正確，進而放膽用藥。如本案病人的血色素、補體偏低，白血球、中性球增多，淋巴球降低，表示屬正虛邪實，確實處於感染狀態；CRP、ESR、ANA等指數升高，表示處於全身性的發炎狀態；但BUN、Creatinine、ALB正常，表示尚無進展至腎炎，且體力易快速恢復；白血球的分類正常，排除淋巴癌之疑慮。

病案二：原發位不明癌

一、西醫觀察與治療

原發位不明癌的定義，是在病史詢問、理學檢查、常規實驗室檢查、X光、CT、MRI等檢查以後，仍然不明來源的轉移性癌症，佔所有癌症診斷約2%。

臨床診斷是將其病理切片之檢體，在光學顯微鏡下將腫瘤歸入五種組織學類別，然後再進一步評估治療方向及期別。其五種組織學類別為：



1. 腺癌 (adenocarcinoma)：大約 70%
多見乳癌或卵巢癌轉移。
 2. 分化不良癌 (poorly differentiated carcinoma, PDC) 或分化不良腺癌 (poorly differentiated adenocarcinoma)：約 15-25 %
 3. 分化不良瘤 (poorly differentiated neoplasm)：少於 5%
多見非何杰金淋巴瘤(NHL)，亦可見黑色素瘤(melanoma)和肉瘤(sarcoma)。
 4. 鱗狀細胞癌 (squamous cell carcinoma)
以頸部腫塊表現較常見，其他部位少見。
 5. 神經內分泌癌 (neuroendocrine carcinoma)：少於 5%
以組織學可辨認的神經內分泌癌或有神經內分泌特徵的分化不良癌。
- 臨床判斷原發位不明癌及治療大致如下，若病理切片是：
- * squamous cell carcinoma，頸部淋巴結轉移，當作頭頸部癌症晚期治療。
 - * squamous cell carcinoma，單一鼠蹊部淋巴結轉移，當作子宮頸癌或生殖器腫瘤轉移，以局部性放療或合併化療。
 - * adenocarcinoma、PDC，女性，單一腋下淋巴轉移，當作原發性第二期乳癌治療；
 - * adenocarcinoma、PDC，女性，腹膜轉移，當作原發性卵巢癌晚期治療。
 - * adenocarcinoma，轉移主要侵犯肝臟或腹膜，有典型之腸胃道來源的組織學，當作轉移性大腸癌治療。
 - * poorly differentiated carcinoma，年輕男性，腫瘤位於縱隔腔或腹膜後，AFP 或 β -hCG 有異常，當作預後不良型生殖細胞癌治療。
 - * adenocarcinoma，男性，成骨細胞性轉移，當作轉移性攝護腺癌治療。
 - * 其他尚有無法歸類在上述特殊族群的原發位不明癌。〔2〕

二、中醫治療過程

<初診>

雙側耳下頸部皆各有硬塊，堅硬不移，右頸10*8cm，左頸3*4cm，腫塊已久但無不適，病人體胖壯碩，面膚暗晦，聲音宏亮，口僅能開二指寬，口腔內纖維化，過去食煙酒檳榔多年，但已戒斷四年，睡眠及二便正常，口乾渴，舌紫暗僵緊感，舌下靜脈瘀暗，脈弦緊。

【處方】：無給藥

<二診>：一個月後

病人接受二次化療及一次放療，因覺化放療副作用相當不舒而放棄，轉回中醫治療。



觸診腫塊雖如前但邊境較圓整，四診如前，因考慮病人雖經二次化療，但無體虛或造血受抑，故仍依本態性癌症治療。

【診斷】：血熱血瘀，邪毒積滯。

【論治】：清熱解毒，破瘀散結，行滯化痰，攻癌祛毒，引達病所。

【處方】：A：乳香三錢 沒藥三錢 黃芩八錢 黃連三錢 牡丹皮五錢 骨碎補八錢 續斷八錢 茜草八錢 皂刺八錢 桔梗五錢 枳實四錢 陳皮四錢 茯苓八錢 川芎五錢 白芷五錢 蒼耳子五錢 大黃一錢

B：化毒丸6g/日

七帖（每日一帖）

（*化毒丸處方：水蛭、地鱉、守宮、全蝎、蜈蚣、巴豆、雄黃）

治療經過說明：

1. 治療期間，維持每日大便2-3次。
2. 清熱解毒藥以黃芩、黃連、黃柏為主要增減；破瘀散結藥除乳香、沒藥必用外，其他以丹參、赤芍、川芎、三稜、莪朮、茜草、骨碎補、續斷、皂刺、牡丹皮、銀杏葉…等選4-5種藥交替使用，以免因相同靶點讓癌細胞伺機躲避變性；行滯化痰藥以陳皮、半夏、枳實、桔梗、柴胡、茯苓、澤瀉等交互使用；引達病所藥以蒼耳子、白芷、辛夷、麻黃、桔梗等交互使用；攻癌祛毒藥以大黃、水蛭、地鱉、守宮、全蝎、蜈蚣、巴豆霜、雄黃等為主。
3. 以上述處方為原則，依病情進展加減，共治療約一年，病人開始服藥後，腫塊日益消滅，原由單一堅硬如石之巨大腫塊，漸漸圓滑游離，分散成3個，進而鬆軟扁平，最後腫塊全數消除，口開四指，口腔白斑恢復正常，舌質柔軟淡紅，舌下瘀暗靜脈改善，脈象和緩，面膚潤澤，身輕體健，經西醫檢查無發現任何腫瘤病灶或其他轉移，之後減藥持續追蹤。

三、中醫治療思路

本病案之病人，雖經二次化療，但無造血抑制或體虛乏力，且正值盛年，仍應以本態性癌症之血瘀血熱、毒邪壅滯論治。處方大原則中：

- 用清熱解毒合併破瘀散結藥，以抑制腫瘤細胞及腫瘤血管新生，並消解已形成之腫塊，攻伐癌瘤且斷其後援；
- 用化痰飲及淡滲利濕藥，以清除免疫複合體、水分及代謝廢物，避免免疫細胞或中藥在撲殺癌細胞時，因代謝廢物沉澱、阻擋或神經傳導介質太多或過度黏稠，而減低療效，亦可預防腫瘤溶解性腎炎；



- 酌加理氣疏肝藥，交通上下裏外，以喚醒機體正氣順達，可得事半功備之效；
- 必須通利二便，引邪外出；
- 引藥達病所，加入各經臟之癌瘤具高親和性之引經藥；
- 另外，惡性腫瘤的形成，既有六淫、七情、勞損之致病成因，亦必機體陰陽失調、氣血逆亂，乃致氣滯、血瘀、痰飲、熱毒等在一定環境及時間積累下聚結成「毒」（細胞變性），由於「毒」在臟腑內的日積月累才引發成癌，故臨床表現雖是局部性癌腫，其實是整體性全身性病變。若僅當作局部疾病思考，則術後及化放療後，何故會有復發及轉移？所以治療惡性腫瘤若僅用一般的清熱解毒、活血祛瘀、消痰化滯等思考方法，必不能制伏癌細胞的進展，尤其是癌症快速進展期，故用藥劑量須大；另外，必須加入祛毒之藥，如水蛭、地鱉、守宮、全蝎、蜈蚣、巴豆、雄黃、斑蝥、鴉膽子、礞砂…等，助破瘀散結藥攻毒驅邪。

本病案雖頭頸癌第四期，選擇單獨中醫治療，亦獲得滿意的療效。臨床上有些惡性腫瘤，縱然期別已是三、四期，但經由單獨中醫或西醫或中西醫合療，仍可取得良好的預後，如鼻咽癌、乳癌、大腸癌、攝護腺癌、胸腺瘤、多發性骨髓瘤…等，因其癌毒的惡性程度尚不及肝細胞癌、膽管癌、骨肉瘤…等，但須把握治療時機，一但進展至肝、腦及全身性多處轉移，則不論中西醫要逆轉劣勢，實極難成就。至於某些肝細胞癌、肺癌、胃癌、膽管癌、骨肉瘤、生殖細胞癌…等，在快速增生階段，其惡變來勢洶洶，一日千里，中醫不論在何期接手，更須謹慎思考，膽大心細，時時參考檢驗數據，才有機會力挽病勢。

參考文獻

1. 陳儷文、李志鴻、江伯倫：當代醫學，第三十七卷，第十期，橘井文化，2010，P757-759。
2. 廖繼鼎編著：臨床腫瘤學，合記出版社，2010，P115-118。