



肺癌中醫治療初探

陳俐蓉¹、鄭淑鎂¹、朱大同²、湯其暎²、劉偉修²

¹培真中醫診所

²三軍總醫院神經外科部

摘要

肺癌是指源自於肺部呼吸道或肺實質的惡性腫瘤。臨床上以咳嗽、咳血痰、胸痛、發熱等為主要表現，隨病情的進展還會出現臟器會淋巴結的轉移，所引起的相應臨床表現。本文闡述肺癌的概況及中醫治療法則，除了傳統的辨證論治，亦探討了腫瘤的毒邪特性，及中醫治療的介入時機（包括單純中醫治療、中西醫結合治療、西醫遇瓶頸後中醫接手治療），併發症的治療，預防肺癌的復發及轉移。

關鍵詞：肺癌、中醫治療、中西醫結合

前言

肺癌是世界上最常見的癌症之一，且為全球男性和女性癌症死亡的主要原因，在台灣肺癌位居國人癌症死因首位，也是癌症發生率第二位，其中肺腺癌比例占所有肺癌約 6-7 成，自 1986 年到 2017 年間^[1,2]，台灣肺癌的整體年齡標準化發生率在男性由每十萬人為 22.1 人增加至 43.5 人；女性則由每十萬人為 9.3 人增加至 31.6 人。年齡標準化死亡率則分別為每十萬人在男性由 28 人增加至 31.6 人，及女性由 13.5 人增加至 15.9 人。暴露於菸草煙霧，包括吸入菸草及二手菸，是導致肺癌的主要病因，其他危險因素包括接觸多種職業和環境致癌物質，如石棉、砷、氫、與多環芳香烴等等。

肺癌隸屬於中醫學的“咳嗽”、“咯血”、“胸痛”等範疇。古又有“肺積”、“痞癖”、“息賁”、“肺癰”等^[3]。

病因病機^[3,4]

一、西醫病因病機

肺癌的發生主要和吸菸、環境因素（接觸多種職業和環境致癌物質，如石棉、



砷、氫、多環芳香烴以及輻射等等)、空氣汙染、基因遺傳、肺部慢性疾病史、飲食與營養等。

二、中醫病因病機

肺癌的中醫病因主要為外感六淫邪毒，或先天稟賦不足，素體臟腑虧虛，衛外不固，外邪乘虛而入；或飲食不節、情志失調、臟腑虧虛、勞倦失宜等損傷臟腑氣血功能，致使熱、毒、痰、瘀等，留滯於肺，久羈不去，凝聚而成，最終導致肺癌。肺癌主要病機虛實夾雜，本虛標實，早中期以標實為主，後期以本虛為主。其病位主要在肺，與脾、肝、腎密切相關，肺癌失治，後期癌毒走注會出現淋巴結、骨、腦、胸膜等部位的癌轉移。

病理^[4]

肺癌依其生物特性和臨床表現，可分為非小細胞肺癌（non-small cell carcinoma）和小細胞肺癌（small cell carcinoma）兩大類。而非小細胞肺癌則可再依其組織學型態再做分類，主要包括肺腺癌（adenocarcinoma）、鱗狀細胞癌（squamous cell carcinoma）與大細胞癌（large cell carcinoma）三種類型。小細胞肺癌的生物學特性表現為高度惡性，早期即發生廣泛的轉移，對於化療及放療敏感，與其他病理類型治療原則有所不同。其他還有腺鱗癌（adenosquamous carcinoma）、類癌（carcinoid）、肉瘤樣癌（sarcomatoid carcinoma）、神經內分泌瘤（neuroendocrine tumor）、唾液腺源性癌（carcinoma of the salivary glands）等。

臨床表現^[3,4]

肺癌的臨床表現與症狀和體徵的有無、輕重以及出現的早晚，取決於腫瘤發生部位、病理類型、有無轉移及有無併發症，以及患者的反應程度和耐受性的差異。肺癌早期症狀常較輕微，甚至可無任何不適。中央型肺癌症狀出現較早，周圍型肺癌症狀出現晚。

一、症狀

1. **咳嗽**：為最常見的症狀，約有 3/4 的病人出現不同程度的咳嗽。其特點是陣發性刺激性咳嗽為主，無痰或少量泡沫白痰。如咳嗽程度加重，次數變頻繁，咳嗽性質改變如呈高音調金屬音。
2. **咯血**：也是肺癌的常見症狀，咳血的特徵為間斷性或持續性、反復少量的痰中帶血絲，或少量咯血，偶見大咯血，血色多鮮紅。一般僅數日，但也有達數月



者。

3. **胸痛**：腫瘤累及胸膜，可產生胸部不規則的隱痛或鈍痛；腫瘤侵蝕胸壁肋骨或壓迫肋間神經，則胸痛尖銳劇烈，且有定點或局部壓痛，併隨呼吸、咳嗽、變換體位而加重。
4. **發熱**：以此首發症狀者占 20% ~ 30%。發熱原因有兩種，一是肺癌壓迫、阻塞引起的炎性發熱；另一種是腫瘤組織變性壞死引起的癌性發熱。
5. **氣急**：由於腫瘤壓迫阻塞，氣管支氣管狹窄阻塞導致，可出現氣急。

另外，隨病情進展，肺癌患者還可出現消瘦、食慾不振、乏力、惡液質等症狀。

二、體徵

1. **侷限性喘鳴音**：多在吸氣時出現，咳嗽後並不消失。
2. **聲音嘶啞**：淋巴結轉移壓迫或侵犯喉返神經時出現。
3. **上腔靜脈綜合徵**：腫瘤壓迫或侵犯上腔靜脈，靜脈回流受阻，產生頭面、頸、上肢水腫，上胸部靜脈曲張併水腫，伴頭暈、胸悶、氣急等症狀。
4. **Horner's 綜合徵**：肺尖腫瘤壓迫或侵犯交感神經節時，出現患側瞳孔縮小，上眼瞼下垂、眼球內陷和眼裂狹窄，患側上胸部皮膚溫度升高、無汗。
5. **肩臂疼痛**：腫瘤壓迫或侵犯臂叢神經時，出現該側肩部及上肢放射狀灼熱疼痛。
6. **膈神經麻痺**：膈神經受侵犯時，出現膈肌麻痺，胸悶、氣急。
7. **吞嚥困難**：縱膈淋巴結腫大壓迫食道所致，壓迫氣管可至呼吸困難，甚至窒息死亡。
8. **心包受侵犯**：出現心包積液，氣急、心律不整，心臟功能不全等臨床表現。
9. **胸膜轉移**：可見胸痛、癌性胸水等。
10. **肺癌轉移**：肺癌的血行轉移常見部位為骨、肝、腦、腎、腎上腺、皮下組織等，另外肺癌肺內轉移也較常見。
11. **肺外體徵**：常見有四肢關節疼痛或肥大、杵狀指、多發性神經炎、重症肌無力、庫興氏症、男性女乳症、高血鈣或低血鈣症、精神異常等。

三、常見併發症

1. **肺部感染**：是肺癌最常見的併發症，治療效果差，常危及生命。
2. **大咯血**：是肺癌常見的致死併發症，多為腫瘤侵犯較大支氣管動脈，引起血管破裂致大咯血。
3. **自發性氣胸**：是晚期肺癌的併發症之一，肺癌病人突然出現氣促、胸痛、噎咳、口唇發紺、大汗等。



4. **惡性胸腔積液**：惡性胸腔積液的特點為增長速度快，多呈血性積液，常伴有呼吸困難。

肺癌的分期

肺癌是依照 TNM 系統 (tumor-node-metastasis) 分期，T 代表腫瘤本體的大小或是腫瘤本體於胸廓內部侵犯範圍，N 代表胸廓內外之淋巴結侵犯程度，M 代表遠處器官轉移。根據 TNM 分數的不同，可以將肺癌歸類至四個分期，而視侵犯程度，分期下又可細分為 a, b 與 c。目前全世界採用美國聯合癌症委員會 (American Joint Committee on Cancer, AJCC) 第八版所制定的分級方式^[5,6]，非小細胞肺癌 (NSCLC) 和小細胞肺癌 (SCLC) 皆可使用該分期系統。

一、非小細胞肺癌的分期：

1. 分類

➤ T

- T0 - 無原發腫瘤。
- Tis- 原位癌。
- T1 - 腫瘤小於三公分，且腫瘤未侵犯至其他週邊組織。
 - T1a (mi)：微侵犯的腺癌。
 - T1ass：位於中心氣道表面的腫瘤。大小不限，只要三公分以下都歸於此類，但腫瘤僅限於氣管及支氣管壁。
 - T1a：腫瘤不大於 1 公分。
 - T1b：腫瘤大於 1 公分，但不大於 2 公分。
 - T1c：腫瘤大於 2 公分，但不大於 3 公分。
- T2 - 符合下列其中一項標準，且未達 T3 或 T4 的任一標準，腫瘤大於 3 公分，但不大於 5 公分。
 - T2 ViscPl：腫瘤侵犯臟層胸膜 (visceral pleura)。但若 >3 且 ≤ 4 cm，歸於 T2a；若 >4 且 ≤ 5 cm 歸於 T2b。
 - T2 Centr：因腫瘤引起肺塌陷 (atelectasis) 或阻塞性肺炎 (obstructive pneumonitis)，影像上延伸至肺門 (hilum)。
 - T2a：腫瘤大於 3 公分，但不大於 4 公分。
 - T2b：腫瘤大於 4 公分，但不大於 5 公分。
- T3 - 腫瘤大於 5 公分，但不大於 7 公分，或符合下面任一條件，但未及 T4。



- T3 Inv：腫瘤侵犯胸壁、心包膜、膈神經。
- T3 Satell：單一肺葉有超過一顆獨立結節。
- T4 - 腫瘤大於 7 公分，或符合下面任一條件：
 - T4 Inv：腫瘤侵犯至縱隔腔、橫膈、心臟、大血管、喉返神經、氣管隆凸（Carina）、氣管、食道、脊椎骨。
 - T4 Ipsi Nod：腫瘤細胞同時出現於同側不同肺葉。

➤ N

- Nx - 淋巴結侵犯、轉移無法評估。
- N0 - 無周邊淋巴結侵犯、轉移。
- N1 - 腫瘤侵犯或轉移至原發腫瘤同側之支氣管周圍淋巴結（peribronchial lymph nodes）、肺內淋巴結（intrapulmonary lymph nodes）或肺門淋巴結（hilar lymph nodes）。
- N2 - 腫瘤侵犯或轉移至原發腫瘤同側之縱隔腔淋巴結（mediastinal lymph nodes）或氣管隆凸下淋巴結（subcarinal lymph nodes）。
- N3 - 腫瘤侵犯或轉移至原發腫瘤對側之縱隔腔或肺門淋巴結，或有同側或對側的鎖骨上淋巴結轉移（supraclavicle lymph nodes）。

➤ M

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

2. 期別

根據以上 TNM 之分類，可將肺癌區分為第一期至第四期

| TNM | 期別 |
|-------------|-----|
| T1 N0 M0 | IA |
| T2a N0 M0 | IB |
| T2b N0 M0 | IIA |
| T1-T2 N1 M0 | IIB |
| T3 N0 M0 | |



| | |
|-------------|------|
| T1-T2 N2 M0 | IIIA |
| T3 N1 M0 | |
| T4 N0-N1 M0 | |
| T1-T2 N3 M0 | IIIB |
| T3-T4 N2 M0 | |
| T3-T4 N3 M0 | IIIC |
| M1a-M1b | IVA |
| M1c | IVB |

二、小細胞肺癌分期

小細胞肺癌亦可使用 TNM 系統作為分期，但小細胞肺癌以此系統分期與預後的關聯不如非小細胞肺癌來的密切。因此臨床上更普遍只分侷限期（limited stage）和廣泛期（extensive stage）。

侷限期：病灶侷限於半側胸腔和區域淋巴結（包括橫膈、對側肺門、同側鎖骨上淋巴結）。

1. 病灶侷限於半側胸腔和區域淋巴結（包括橫膈、對側肺門、同側鎖骨上淋巴結）

另一種分法

2. 肺癌只局限在一葉肺以及和胸部同一側的淋巴結。也就是單側胸廓內的病灶，可被涵蓋入單一放射線治療照野。

廣泛期：指病灶範圍超過了上述的這些界線，而無法被涵蓋入單一放射線治療照野。

診斷及鑑別^[3]

一、診斷要點

肺癌早期缺乏典型症狀，對 40 歲以上人群，應定期進行胸部 X 光檢查。出現肺癌原發症狀或轉移症狀者及時做胸部 X 光檢查或胸部 CT 檢查，發現肺部有腫塊陰影時，應首先考慮到肺癌的診斷，並作進一步檢查，經過組織病理學檢查明確診斷。

二、鑑別診斷

1. **肺結核：**肺結核較常見於年輕患者，病灶多見於上葉尖或後段，病程較長，少



見痰帶血，痰中發現結核菌。病灶一般小於 3cm，邊界清楚，可見包膜，密度不均勻，有時含有鈣化點。

2. **肺炎**：肺炎有肺炎症狀臨床改變，抗菌藥物治療有效，病灶消失。肺癌所引起的阻塞性肺炎，抗菌藥物雖然有效，但在同一部位反覆，痰液檢查、穿刺或細菌學檢查可鑑別。
3. **肺部良性腫瘤**：如纖維瘤、血管瘤、動靜脈瘤等，良性腫瘤病程較長，多無臨床上症狀，腫瘤生長緩慢，結合各項檢查可以鑑別。

中西醫治療概況

一、西醫治療概況

1. **手術治療**：第 I 期及第 II 期之非小細胞肺癌。對於第 IIIA 期且非 N2 淋巴結轉移之肺癌病患，考慮手術切除。第 IIIA 期且懷疑有 N2 淋巴結轉移之肺癌病患，可以進行 PET/CT 或縱膈腔淋巴結切片檢查，進一步確認 N2 淋巴結是否轉移。若為切片結果陰性，則建議進行手術切除。若切片結果為陽性，則建議接受化學及放射治療，或先進行前導性化學治療（neoadjuvant chemotherapy），再視治療效果決定是否接受手術切除。
2. **化學治療**：化療對手術後和不宜做手術、放療的患者可施行，也可與放療協同治療。目前化學治療藥物建議皆以 cisplatin 為基礎，再合併其他藥物。
3. **放射線治療**：不適合手術或有手術禁忌症的肺癌患者，可以考慮放射治療。
4. **標靶藥物**：對於 EGFR 基因突變者，可用上皮生長因子受體的抑制劑，像是「艾瑞莎」（gefitinib, Iressa[®]）、「得舒緩」（erlotinib, Tarceva[®]）對肺腺癌及不抽煙的病人會產生較好的效果。
5. **免疫療法**：肺癌方面，目前進展最快及成效最顯著的是免疫檢查點抑制劑（immune checkpoint inhibitors），是透過抑制 PD1 或 PD-L1，改善對抗腫瘤之免疫反應。

二、中醫治療概況

（一）傳統中醫辨證論治^{〔3〕}

1. 本虛標實

疾病早期以攻邪為主，扶正為輔，故治則以活血化瘀、清熱解毒、化痰散結為主，輔以補氣健脾；晚期以扶正祛邪、益氣養陰為主或健脾除濕化痰或滋陰清熱解毒法。



2. 證型

(1) 氣滯血瘀

症狀：咳嗽不暢，胸痛如錐刺，痛有定處，或胸悶氣急，或痰血黯紅，便秘，口乾，口唇紫黯，舌黯紅或紫黯，有瘀斑、瘀點等，舌苔薄，脈細澀或弦細。

方劑：桃紅四物湯加減。

(2) 脾虛痰濕

症狀：咳嗽痰多，色白而黏，少氣胸悶，神疲乏力，大便溏薄，舌淡，苔白膩，脈細或濡滑。

方劑：六君子湯加減。

(3) 陰虛毒熱

症狀：咳嗽無痰或痰少而黏，或痰中帶血，或咯血量多不止，伴胸痛氣急，心煩少寐。潮熱盜汗，或狀熱不退，口乾渴，小便黃赤，大便乾結，舌質紅，苔黃乾，或光剝無苔，脈細數或數大。

方劑：百合固金湯加減。

(4) 氣陰兩虛

症狀：咳嗽痰少，或痰稀黏稠，咳聲低弱，氣短喘促，神疲乏力，微惡風寒，或有胸背部隱隱作痛，自汗或盜汗，口乾少飲，舌質紅，少苔，脈細弱。

方劑：沙參麥冬湯合生脈散加減。

(5) 腎陽虧虛

症狀：咳嗽氣急，動則喘促，胸悶腰痠，畏寒肢冷，或心悸自汗，夜間尿頻，舌淡紅苔白，脈沉細或細數。

方劑：金匱腎氣丸加減。

(二) 中醫治療思路^[7-9]

惡性腫瘤的特性有著不間斷的生長、浸潤和轉移的特性，並能將其特性遺傳給子細胞，廣泛散播，其中的癌幹細胞能自我調節更新數量，分化形成特定組織；再者癌細胞透過血管新生，藉由血管內皮生長因子及纖維母細胞的作用，快速的侵襲其他組織或轉移。因此，根據腫瘤的生物特性，倘若病人的正氣不虛，且尚無西醫介入時，屬瘀熱證型，需以大劑量活血化瘀加清熱解毒藥，以抑制癌細胞的活性，阻斷腫瘤血管新生，削減腫塊。惡性腫瘤浸潤周圍組織，產生大量的淋巴滲出液及病理產物，如肺癌易產生惡性胸腔積液，需適時加入淡滲利濕藥。



1. 中醫介入時機

(1) 純中醫治療

癌症初期至中期，體力尚可，無低血色素及血中蛋白濃度偏低，無 Cr 升高…等虛象，若以純中醫的治法，而無西醫介入治療，稱之為“本態性腫瘤”，屬於“瘀熱症”的證型。

若病人正氣強，以清熱解毒、活血化瘀、化痰利濕法等治則治療。清熱解毒藥可以抑制腫瘤分裂及血管新生，解除感染及腫瘤分泌毒素。活血化瘀藥可打開通路，抑制癌細胞血管新生的作用，促進血管修復，削減已成的腫塊。化痰利濕藥可以清除代謝廢物，促進對腫瘤的偵測。但若病人正氣虧虛，則可再加上補氣養血的藥物治療。

(2) 中西醫結合治療

此時主要以治療及預防西醫腫瘤治療過程之毒副作用，盡量維持良好的生命狀態，協助順利完成西醫的療程及增加療效。

A. 手術後的治療：

術後 1～2 周，中醫的治療策略主要在於解除麻醉阻斷及干擾，維持血壓，改善低灌注，預防感染，加強代謝，促進化放療能順利進行。治則以補氣升提為主，輔以清熱利濕，理氣通便。方藥為補中益氣湯加方。

B. 化放療期間的中醫治療，主要分為三個階段進行：

第一階段：以小柴胡湯合併聖愈湯治療。適用於西醫治療之任何階段，治療初期或預防化放療的副作用，此時病人正氣較弱但經中藥處方可快速恢復者，屬氣血兩虛，餘熱未盡階段，以補氣補血，活血清熱，疏肝和解為治療原則。

第二階段：以小柴胡湯合併聖愈湯加補腎藥及少量乾薑、附子、玉桂子。適用於第一階段用藥效果不佳，病人全血球低下，低蛋白血症，各種損傷不易恢復，以補氣血效果不佳者，屬氣血兩虛且陽虛階段，以補氣活血疏肝，合併補陽為治療原則。

第三階段：以右歸飲加減。適用於第一、二階段用藥皆效果不佳，骨髓乾枯，低血鈉、低蛋白血症、各種系統如腦、神經、生殖系統的退化萎縮，屬腎陽虛階段，以大補氣血，大補腎陽為治療原則。

(3) 西醫遇瓶頸後中醫接手治療

若病人正氣尚可，依本態性治療法則，加上改善症狀的處方；若正氣弱，則以修復損傷為主，加上改善症狀的處方，先將不足部份先補起來，再回歸本態。排除藥物的治療與治療干擾的部份，維持生命徵象穩定，其餘的需視臨床症狀做不同處置。



2. 併發症治療

(1) 標靶漸無效

此時以大劑活血化癥加清熱解毒藥為主，加上養陰藥如天門冬、麥門冬、青蒿、地骨皮，並加少量補陽藥如乾薑、附子、玉桂子；若腎虛加何首烏、菟絲子；若需補氣養血加熟地、黃耆、當歸。

(2) 肺纖維化

肺癌的病人易反覆感染及肺癌化放療灼傷，易產生肺纖維化。此時以和解表裡、養陰柔肝、清熱化癥、補氣養血補腎為主。常用藥物如下：和解表裡用柴胡、桂枝、白芍、麻黃；養陰柔肝加何首烏、菟絲子、當歸、二冬、青蒿；活血化癥加丹參、沒藥、桃仁、骨碎補；補氣養血補腎加黃耆、當歸、熟地、山茱萸、杜仲。

(3) 喘咳氣急

若合併感染以柴胡桂枝湯加清熱解毒、活血化癥藥，若無感染則以小柴胡湯加減。清熱化癥藥如：黃芩、黃連、黃柏、丹參、乳香、沒藥。此時可加少量乾薑、附子；若氣虛者加黃耆、人參；若腎不納氣加何首烏、山茱萸、杜仲；合併胸腔積液清者加茯苓、澤瀉、葶藶子、防己，積液黏稠加白芥子、萊菔子、葛根、銀杏葉。

(4) 胸腔積液

若合併感染，以柴胡桂枝湯加清熱、化癥、利濕藥。清熱可加黃芩、黃連、黃柏；化癥加丹參、乳香、沒藥；利濕加茯苓、澤瀉、葶藶子、防己；若後期傷陰加補氣養陰，如：黃耆、人參、二冬、青蒿、石斛。若無感染，以五苓散加清熱化癥藥，加麻黃、葶藶子、防己。

(5) 腦轉移，顱內壓升高

若病人正氣尚可，以大劑清熱解毒、活血化癥藥，合併化痰、利濕、疏肝、重鎮安神，並通利二便。處方可以大柴胡湯加黃連、黃柏、丹參、沒藥、茯苓、澤瀉；或建瓴湯加黃芩、黃連、黃柏、丹參、沒藥、茯苓、澤瀉。若病人正氣弱、使用大劑類固醇一段時日後，在清熱化癥利濕藥的基礎上，加補氣養血及溫陽藥（如吳茱萸、乾薑、附子、玉桂子）。

(6) 骨轉移

病人多屬陰虛血熱，可以滋腎養陰加清熱化癥藥；若腎虛合併氣血兩虛，以補腎加補氣養血加清熱化癥；若高血鈣以滋腎養陰加平肝潛陽加清熱化癥；若骨痛則以大補氣血加滋腎養陰加化癥清熱。

(7) 咳血

病人若正氣尚可，可以小柴胡湯加清熱化癥藥及止血藥，如：白茅根、大小



薊、仙鶴草；若虛弱衰憊，咳血量多，則需大補氣血加清熱化瘀加止血藥。

(8) 感染

以柴胡桂枝湯加清熱、化瘀、補氣養血藥併酌加溫陽。清熱藥可加黃芩、黃連、黃柏、連翹；化瘀可加丹參、沒藥；補氣養血加黃耆、當歸、熟地黃、杜仲、人參；溫陽加少量乾薑、附子；若胸腔積液加茯苓、澤瀉。

3. 預防復發及轉移

善用以下治則

(1) 和解法

若病人易感冒可使用柴胡、桂枝、白芍以和解表裡；若無感冒用柴胡、白芍。

(2) 清熱（養陰）加化瘀

方劑中必加清熱化瘀藥。如：黃芩、黃連、黃柏、青蒿、二冬、地骨皮、丹參、沒藥、骨碎補等。

(3) 扶正法

可視體質糾正，適時加入補氣養血、補腎養血藥。久咳可加少量乾薑、附子。在使用扶正法時，必加清熱藥、足量化瘀藥，避免腫瘤因扶正而增大。

病案例舉

《病案一》肺腺癌術後拒化放療

日本女性，54歲，肺腺癌4.2公分，102/7/17手術，不願化放療，轉求診中醫。

初診：102/8/30

症狀：陣咳顯，白痰濃稠，持續3年。左乳房刺痛，觸痛顯。腰痛不能久站。胃脹痞甚，食後久不消化，大便3日1行。舌淡暗紅，舌下絡瘀，脈弦。

處方：陳皮八錢、砂仁四錢、白朮四錢、茯苓四錢、丹參八錢、沒藥四錢、黃芩五錢、黃柏五錢、柴胡四錢、半夏四錢、乾薑一錢、骨碎補八錢、生大黃一錢、黑神丹3g。60帖。

二診：102/11

症狀：諸症皆改善，肺癌複檢改善。

處方：陳皮八錢、砂仁四錢、白朮四錢、茯苓四錢、丹參八錢、沒藥五錢、黃芩五錢、黃柏五錢、柴胡四錢、半夏四錢、乾薑一錢、骨碎補八錢、生大黃一錢、黑神丹3g。60帖。



三診：103/1 如前方，60 帖。

四診：103/3

症狀：檢查皆善，影像學檢查，腫瘤找不到。

處方：陳皮八錢、砂仁四錢、白朮四錢、茯苓四錢、丹參八錢、沒藥五錢、黃芩四錢、黃連一錢半、黃柏四錢、柴胡四錢、半夏四錢、骨碎補八錢、生大黃一錢、黑神丹 3g。60 帖。

五診：103/7

症狀：影像學檢查，腫瘤找不到，已長出新肺。

血檢：eGFR=60 mL/min/1.73m²、Cr=1.5 mg/dL。

處方：陳皮八錢、砂仁四錢、白朮四錢、丹參八錢、沒藥五錢、黃芩四錢、黃連一錢半、黃柏四錢、柴胡四錢、半夏四錢、川芎三錢、骨碎補八錢、生大黃一錢、黑神丹 3g。60 帖。

六診：104/12 檢查皆善

處方：陳皮八錢、砂仁四錢、白朮四錢、丹參一兩、沒藥五錢、黃芩四錢、黃連一錢半、黃柏四錢、柴胡四錢、半夏四錢、川芎三錢、骨碎補一兩、生大黃一錢、黑神丹 3g。60 帖。

七診：104/6 檢查皆善，腫瘤無發，Cr=0.7 mg/dL，便秘，眠淺，眠不足，易抽筋。

處方：陳皮八錢、砂仁四錢、白朮四錢、丹參一兩、沒藥五錢、黃芩五錢、黃連三錢、黃柏五錢、柴胡四錢、白芍四錢、甘草三錢、川芎三錢、熟地五錢、生大黃一錢、黑神丹 3g。60 帖。

八診：104/10 檢查皆善，同前方。60 帖。

九診：105/1 檢查正常，Cr=0.6 mg/dL、BUN=19 mg/dL。

處方：陳皮八錢、砂仁四錢、白朮四錢、丹參二兩、沒藥五錢、黃芩五錢、黃連三錢、黃柏五錢、柴胡四錢、骨碎補八錢、生大黃一錢。30 帖。一周服 2 帖。

十診：105/9 檢查正常

處方：陳皮八錢、砂仁四錢、白朮四錢、丹參二兩、沒藥五錢、黃芩五錢、黃連三錢、黃柏五錢、柴胡四錢、骨碎補八錢、生大黃一錢。30 帖。一周服 2 帖。



《病案二》肺癌純中醫治療

男性，62歲。咳不癒，CT=1.5 cm (107/3 檢查)，未切片，西醫（三總）認為惡性度高，建議術除。CEA=7+ng/mL，暫不手術，轉求診中醫。

症狀：咳嗽，痰黃，胸悶，痞脹，消瘦，倦怠，無華，眠納常，大便日二行。仍肺炎，舌質暗紅，舌下瘀深，脈弦弱。

初診：107/5/4

柴胡四錢、桂枝五錢、陳皮八錢、砂仁四錢、黃芩四錢、黃連一錢半、連翹四錢、乾薑一錢、丹參八錢、沒藥四錢、骨碎補八錢、黃耆一兩半、麻黃一錢半。14帖。

註：服藥後，X片檢查，肺炎改善多。後續正氣恢復黃耆減量為八錢，丹參加為一兩半。患者於107/7/25CT檢查，腫瘤已不見。之後減藥持續調理，無復發。治療期間曾發嚴重帶狀泡疹，處方加重補氣、清熱藥。

結論

肺癌居全世界癌症死亡率首位，其高發生率、高復發率，及高死亡率均造成醫師及民眾極大的困擾。中醫藥能提升治療肺癌的療效，以期能有效減輕肺癌患者的臨床症狀及併發症、腫瘤的復發與轉移、提高患者的生活品質及預後。

參考文獻

1. 民國 106 年癌症登記報告，衛生福利部國民健康署，2019 年。
2. 陳建仁、陳光耀、李曜任，臺灣癌病流行病學特性與預防對策。陶聲洋防癌基金會，2011 年。
3. 吳萬垠、劉偉勝，腫瘤科專病中醫臨床診治（第三版）。人民衛生出版社，2013 年 11 月，P106-141。
4. 廖繼鼎，臨床腫瘤學（第二版）。合記出版社，2010 年 5 月，P271-351。
5. Detterbeck FC, Boffa DJ, Kim AW, Tanoue LT. The Eighth Edition Lung Cancer Stage Classification. Chest. 2017 Jan; 151(1):193-203.
6. Goldstraw P, Chansky K, Crowley J, et al. The IASLC Lung Cancer Staging Project: Proposals for Revision of the TNM Stage Groupings in the Forthcoming (Eighth) Edition of the TNM Classification for Lung Cancer. J Thorac Oncol. 2016 Jan; 11(1):39-51.
7. 李政育、鄭淑鎂，中西醫結合治癌新法。元氣齋出版社，2016 年 1 月，P21-91。



8. 鄭淑鎂，鄭淑鎂腫瘤科應用講座。社團法人新北市中醫師公會，2020年1月17日。
9. 鄭淑鎂，鄭淑鎂腫瘤科應用講座。社團法人新北市中醫師公會，2020年5月16日。

通訊作者：陳俐蓉

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：shiauying17@hotmail.com

受理日期：2021年11月20日；接受日期：2021年11月25日