



食道癌的中西醫結合思路與治療

張靜如¹、鄭淑鎂²

¹臺北市立聯合醫院仁愛院區中醫科

²培真中醫診所

摘要

食道癌好發於 50~70 歲男性，在台灣男性的發生率為第 6 位、死亡率為第 5 位。食道癌的常見細胞型態為鱗狀細胞癌與腺癌，文章中詳述此兩種分型的特性與相對應的治則。全文依序闡述食道癌的疾病介紹、中西醫治療概況、中醫治療思路，並列舉食道癌臨床案例，望能完整地呈現食道癌的中西醫結合思路與治療。

關鍵詞：食道癌、食道鱗狀細胞癌、食道腺癌、中醫治療、中西醫結合

壹、疾病介紹

一、概述

(一) 定義^[1]

食道位於縱膈腔內，屬於消化系統的一部分，連接口咽及胃，具有輸送食物的功能。當食道壁的細胞產生癌變，即為食道癌的起源。常見細胞型態為鱗狀細胞癌 (squamous cell carcinoma, SCC) 與腺癌 (adenocarcinoma)。

(二) 分型^[2]

細胞型態分為鱗狀細胞癌與腺癌：

1. 食道鱗狀細胞癌：與飲食（亞硝酸胺）、喝酒、吸菸相關，好發於亞洲人。
2. 食道腺癌：與胃食道逆流、巴瑞特氏食道 (Barrett's esophagus)、肥胖、吸菸相關，好發於西方人。

【註】巴瑞特氏食道：胃食道逆流患者之胃酸會逆流至食道，部分食道因長期被胃酸沖刷，組織型態從複層鱗狀上皮轉變成和胃一樣的單層柱狀上皮，是癌化的前兆。

(三) 早中晚期症狀^[2]

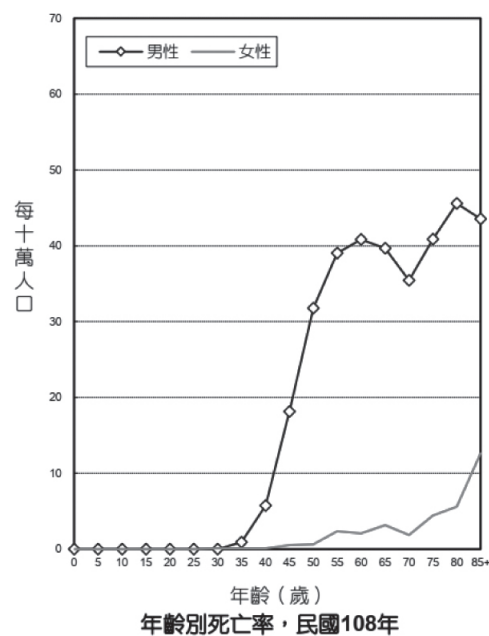
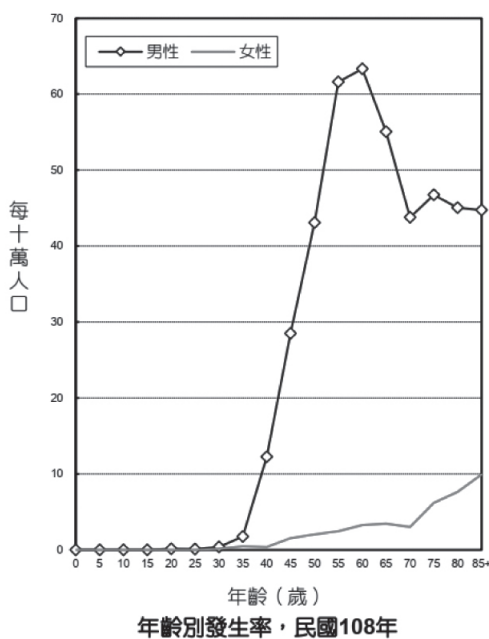
食道癌早期不易出現症狀，故難以早期發現。隨著腫瘤逐漸擴大，最常見的



症狀為「進行性吞嚥困難」，其餘症狀包含體重減輕、呼吸有臭味、咳嗽、聲音嘶啞、胸口痛、大出血等。

(四) 流行病學^[3]

1. 年齡：好發於 50~70 歲，台灣發生的年齡高峰約為 60 歲。
2. 性別：男性居多，男女比約為 14：1。
3. 發生率：男性—第 6 位、女性—第 26 位。
4. 死亡率：男性—第 5 位、女性—第 21 位。
5. 好發於開發中國家，台灣屬於中發生率地區。
6. 根據衛福部國健署於 110 年 12 月發布之 108 年統計資料顯示：當年初次診斷為食道惡性腫瘤者共計 2,833 人（占全部惡性腫瘤發生個案數的 2.34%），發生率排名於男性為第 6 位、女性為第 26 位；當年死因為食道惡性腫瘤者共計 1,983 人（占全部惡性腫瘤死亡人數的 3.95%），死亡率排名於男性為第 5 位、女性為第 21 位。



(五) 隸屬中醫

食道癌隸屬於中醫「噎膈」之範疇。

二、解剖／生理

(一) 組織學

1. 食道壁：有四層構造



分層（由內到外）		組成	說明
Mucosa 黏膜層	Epithelium 上皮	複層鱗狀細胞	和食物直接接觸
	Lamina propria 固有層	結締組織	
	Muscularis mucosa 黏膜肌層	兩層平滑肌 （內環外縱）	
Submucosa 黏膜下層		結締組織	內有血管、神經，少部分位置有腺體
Muscularis propria 肌肉層		兩層骨骼肌或平滑肌 （內環外縱）	推動食物 肌間神經叢位於兩層肌肉間
Tunica adventitia 外膜層		結締組織	消化道外側無腹膜蓋住，僅由疏松結締組織組成

2. 食道肌肉：

- 上段食道：由橫紋肌組成，為隨意肌，可以收縮。
- 中段食道：由橫紋肌與平滑肌共同組成。
- 下段食道：由平滑肌組成，為非隨意肌。

（二）解剖位置^{〔2〕}

食道位於縱膈腔內，在心臟、氣管之後，脊椎之前。為中空、有彈性的管狀肌肉結構，長度約 25~30 公分。始於 C6 高度的咽部，向下經過橫膈膜的食道裂口，在 T11 高度以賁門與胃相連，讓食物從咽部進入胃。

（三）解剖構造^{〔4〕}

1. 上下食道括約肌：防止食物從胃逆流回口腔。
2. 三個狹窄處：將食道分成上下擴張處（直徑 25mm）。是異物容易停留之處，也是食道癌好發的位置。
 - 環咽肌狹窄處（食道上端起始處）：直徑 14mm，為最狹窄處。
 - 左主支氣管主動脈狹窄處（食道中段氣管分岔處下方）：T4 高度，直徑 15~17mm。
 - 橫膈狹窄處（食道下端食道裂口處）：直徑 16~19mm。
3. 食道胃接合處（Esophagogastric junction, EGJ）：位於橫膈下方。

（四）血管與神經支配

食道有豐富的頸部、胸部、腹部血管網與淋巴，故腫瘤易轉移。

1. 血管支配：由鄰近血管的分支供應（因食道比較長）。



- 頸段：
 - > 動脈：下甲狀腺動脈食道支、甲狀頸幹與總頸動脈分支。
 - > 靜脈：下甲狀腺靜脈。
- 胸段：
 - > 動脈：胸主動脈食道支、右支氣管動脈食道支。
 - > 靜脈：奇靜脈、半奇靜脈、副半奇靜脈。
- 過橫膈進入腹腔：
 - > 動脈：左胃動脈食道支。
 - > 靜脈：左胃靜脈。

2. 神經支配：

- 交感：頸部、胸部、腹部交感神經幹。
- 副交感：迷走神經發出的上喉神經、喉返神經。

(五) 功能

吞嚥過程中，食道壁肌肉收縮與放鬆、腺體分泌黏液潤滑食道，幫助食物通過食道並推向胃部。無吞嚥時，食道會保持排空，括約肌也會緊閉。

三、病因／病機／病理

(一) 中醫病因病機^[5,6]

1. 病因：內傷飲食、情志、臟腑功能失調，各病因相互影響而共同致病，形成氣滯、痰阻、血瘀而阻滯食道、使食道狹窄，進而造成津傷血耗、失於濡潤，導致飲食難下。
2. 病機：本虛標實。病位在食道，屬胃氣所主。與肝、脾、腎關係密切，當肝脾腎功能失調，會導致氣、痰、血互結，津枯血燥而致食道狹窄、乾澀。

(二) 西醫病理^[4,7]

1. 細胞型態分類：

- 食道鱗狀細胞癌 (Esophageal squamous cell carcinoma, ESCC)：起源於鱗狀細胞，好發於上段及中段食道，也可在下段食道發現。
- 食道腺癌 (Esophageal adenocarcinoma, EAC)：起源於製造黏液的細胞，好發於下段食道，也可在中段食道發現。當食道下段的鱗狀細胞被不正常的細胞所取代，有很高的機率罹患腺癌。

2. 傳播距離分類：食道癌通常由食道之最內層組織開始往外層侵犯，可侵犯到附近的淋巴結、動靜脈、器官（肝臟、胰臟、肺臟、脾臟），也可以經由血管及淋巴轉移。



根據腫瘤在體內傳播的距離可分為三類：

- Early-stage cancer：腫瘤還在黏膜層以內，大小通常小於 2cm，尚未淋巴轉移。
- Locoregional (locally advanced) cancer：已侵犯到黏膜層以外，或侵犯到局部淋巴結，或直接侵犯附近的器官。
- Metastatic cancer：已轉移到身體其他部位，常見的轉移部位為肝臟、遠處淋巴結、肺臟、骨、腦。

四、臨床表現^[2,6-8]

(一) 前言

食道癌在急速進展前，會先經過多年緩慢的發展，癌前病變多在食道的黏膜層，但癌前病變很少出現症狀，故難以察覺。直到腫瘤逐漸擴大並影響到食道的運送功能時，患者才會出現「吞嚥困難」的症狀並就醫。根據腫瘤侵犯到不同的部位，會有相關症狀。

(二) 症狀

1. **吞嚥困難**：腫瘤使食道內腔狹窄，造成進行性吞嚥困難（剛開始不易吞嚥固體，隨疾病進展，連液體也難以吞嚥）。患者剛開始會透過仔細咀嚼與減慢進食速度以克服吞嚥困難。當患者就醫時，食道之管腔直徑通常已小於 13mm（約減少 70% 管腔直徑），疾病也已進入晚期。約 20% 的患者會伴隨吞嚥疼痛。
2. **體重減輕**：因吞嚥困難，造成進食量減少或改變飲食型態，使吸收的營養不足，身體衰弱、體重減輕。
3. **呼吸有臭味**：若食道被腫瘤阻塞，食物會堆積在腫瘤上，散發出發酵的惡臭。
4. **咳嗽**：唾液及食物會聚積在腫瘤上方並阻塞食道，當蓄積的唾液及食物逆流並吸入氣管會引起咳嗽，於平躺時較為嚴重，故患者的睡眠品質不佳。當腫瘤向外侵犯、穿出食道壁，形成食道氣管瘻管，會引起反覆劇烈的咳嗽、噎到，並引發吸入性肺炎或窒息，有致命危險。
5. **聲音嘶啞**：原發腫瘤或相關淋巴結轉移侵犯到喉返神經。
6. **胸口痛**：腫瘤侵犯到神經，會有難以忍受的胸痛。
7. **大出血**：腫瘤侵犯到鄰近大動脈，導致大動脈破裂出血，是致命的併發症。
8. **腫瘤侵犯到肋膜腔**：胸腔積水、胸痛、呼吸困難。
9. **慢性胃腸道出血**：缺鐵性貧血、解黑便。

(三) 遠處轉移性疾病

常見的遠處轉移部位是肝臟、遠處淋巴結、肺臟、骨、腦轉移。



1. 肝臟：腹脹、腹痛、黃疸、腹水。
2. 肺臟：氣喘、咳嗽、音啞、胸痛、咳血、肺積水。
3. 骨骼：骨骼疼痛。

(四) 併發症

腫瘤侵犯不同部位，會有相關併發症：

1. 侵犯縱膈、氣管、支氣管、肺門、心包、大血管：肺炎、肺膿瘍、氣管食管瘻、致死性大出血。
2. 侵犯膈神經：持續性膈肌痙攣、膈肌麻痺。
3. 侵犯迷走神經：心率加速。
4. 侵犯氣管：呼吸困難。
5. 侵犯頸部淋巴結：淋巴結腫大。
6. 侵犯喉返神經：聲音嘶啞。
7. 壓迫上腔靜脈：壓迫症候群。

五、診斷／鑑別^[1,6]

(一) 診斷要點

食道癌的診斷需要對腫瘤組織進行切片檢查，可以經由上消化道內視鏡取得。

(二) 鑑別診斷

1. 食道功能失常：食道賁門鬆弛、賁門痙攣、食道痙攣、硬皮病食道。
2. 食道其他疾病：食道靜脈曲張、食道炎、逆流性食道炎、食道憩室、食道良性狹窄、食道狹窄、食道結核。

六、實驗室和其他輔助檢查

(一) 血液檢查^[7,9]

1. 全血細胞計數 CBC (complete blood count)：紅血球、白血球、血小板。
2. 生化檢查 (即綜合代謝檢查 CMP)：葡萄糖 (Glucose)、鈣 (Calcium)、鈉 (Sodium)、鉀 (Potassium)、二氧化碳 (CO₂)、氯化物 (Chloride)、白蛋白 (Albumin)、總蛋白質 (Total protein)、ALK-P (鹼性磷酸酶)、ALT (丙氨酸轉氨酶)、AST (天門冬胺酸胺基轉移酶)、膽紅素 (Bilirubin)、BUN (血尿素氮)、Creatinine (肌酸酐)。
3. 腫瘤標記 (Tumor marker)：CA19-9、CEA。



(二) 內視鏡／切片^[7,10]

1. 上消化道內視鏡：確認腫瘤於食道的位置，也可組織切片以診斷並進行臨床分期。
2. 內視鏡超音波：看出腫瘤侵犯食道壁的深度，及是否侵犯鄰近器官與淋巴結。
3. 支氣管鏡：評估腫瘤是否侵犯或壓迫到氣管、支氣管。
4. 腹腔鏡：組織切片、切除腫瘤。

(三) 影像學檢查^[7]

1. 電腦斷層攝影 (CT scan)：胸部至上腹部 CT 可評估腫瘤大小、腫瘤侵犯範圍，及腫瘤是否局部淋巴轉移或遠端轉移。
2. 正子斷層攝影 (PET scan)：評估腫瘤是否侵犯其他器官或轉移，也可作為治療結果之評估。當臨床上懷疑腫瘤復發時 (腫瘤標誌升高、出現異常症狀)，可藉由 PET 找出復發的病灶。
3. 鋇劑攝影：病人喝下鋇劑顯影劑後，癌症侵犯的部位可能出現黏膜不規則、邊緣缺陷或管腔狹窄，而阻塞處上方會有食道擴張的現象。
4. 腹部超音波／骨骼掃描檢查：評估腫瘤是否已轉移。

(四) 生物標記檢測^[7]

檢測腫瘤組織切片中是否有特定的 DNA 突變、蛋白質或其他分子特徵 (HER2、MSI-H/dMMR、NTRK gene fusions、PD-L1)

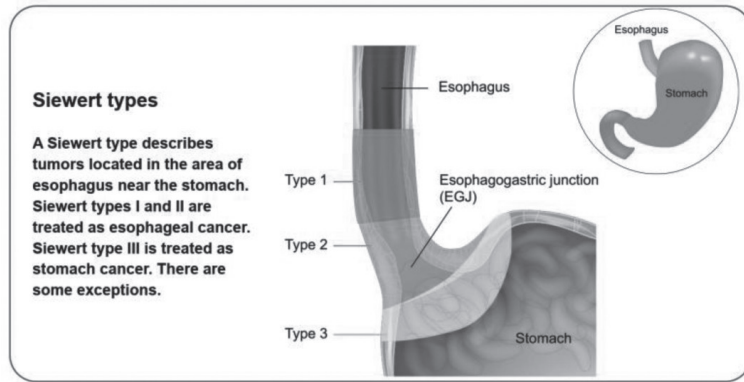
七、分期^[4,7,8]

(一) Siewert Types

1. Siewert Type 依據腫瘤中心所在的位置，將位於 EGJ 及賁門的腫瘤分類為食道癌或胃癌。
2. Type I & II 為食道癌，Type III 為胃癌。

Siewert Type	腫瘤中心位置	癌別
Type I	EGJ 上方 1~5cm	食道癌
Type II	EGJ 上方 1cm 到下方 2cm 之間	
Type III	EGJ 下方 2~5cm	胃癌

【註】EGJ= 食道胃接合處 (Esophagogastric junction)



(二) 分期標準

1. TNM 系統 AJCC TNM 分期 (8th, 2017) :

癌症分期是用來描述癌症進展程度的方法，美國癌症聯合委員會 AJCC (American Joint Committee on Cancer) 所制定的 TNM 系統是目前最常使用的分期系統。食道癌之分期會進行兩次，分別為臨床分期 Clinical stage (c) 及病理分期 Pathologic stage (p)。

- 臨床分期：在治療之前依據切片、影像學的結果進行分期。
- 病理分期：依據手術後的病理檢查結果進行分期。

TNM 系統	
T (Tumor)	腫瘤程度：原發性腫瘤在食道壁所侵蝕的深度
N (Node)	腫瘤侵犯局部淋巴結程度
M (Metastasis)	遠端轉移程度：腫瘤是否轉移至身體的遠端部位

T	標準
TX	無法評估腫瘤
T0	無原發性腫瘤的證據
Tis	高度分化異常 HGD (High-grade dysplasia)，腫瘤侵犯部位尚未超過上皮 (epithelium)
T1	腫瘤侵犯到固有層 (lamina propria)、黏膜肌層 (muscularis mucosa)，或黏膜下層 (submucosa)
T1a	腫瘤侵犯到固有層 (lamina propria) 或黏膜肌層 (muscularis mucosa)
T1b	腫瘤侵犯到黏膜下層 (submucosa)
T2	腫瘤侵犯到肌肉層 (Muscularis propria)
T3	腫瘤侵犯到外膜層 (Tunica adventitia)



T4	腫瘤侵犯到食道壁以外，附近的構造
T4a	腫瘤侵犯到食道壁以外，附近的構造，如：肋膜、心包膜、奇靜脈、橫膈膜、腹膜
T4b	腫瘤侵犯到食道壁以外，附近的構造，如：主動脈、脊柱、心臟、呼吸道（氣管）
<ul style="list-style-type: none"> ■ Tis、T1 通常屬於 early-stage cancer，極少數能在此階段發現 ■ T2、T3、T4 通常屬於 locoregional cancer 	

N	標準
NX	無法評估局部淋巴結
N0	無局部淋巴結轉移
N1	有 1~2 個局部淋巴結轉移
N2	有 3~6 個局部淋巴結轉移
N3	有 7 個以上（含）局部淋巴結轉移
<ul style="list-style-type: none"> ■ 淋巴網絡集中於黏膜下層，所以 early stage 也可能發現淋巴轉移 ■ 需切除至少 15 個局部淋巴結以評估腫瘤是否有局部淋巴結轉移 	

M	標準
MX	無法評估遠處轉移
M0	無遠端轉移
M1	有遠端轉移

2. 分級 (Grade):

描述不正常細胞在組織學的分化程度，即腫瘤形態上的惡性程度。級別越高的腫瘤分化程度越低、生長與傳播的速度越快。

Grade	定義	說明
GX	無法確定分級	
G1	高分化	<ul style="list-style-type: none"> ■ 癌細胞看起來和正常細胞相似 ■ 腫瘤通常緩慢生長
G2	中等分化	<ul style="list-style-type: none"> ■ 癌細胞看起來不像正常細胞 ■ 腫瘤生長速度較快
G3	低分化	<ul style="list-style-type: none"> ■ 癌細胞和正常細胞差異極大 ■ 腫瘤生長速度極快 ■ G3 是食道癌的最高級別



3. 數字分期 (Numbered stages) :

根據 TNM 系統及分級的分數分爲第一期到第四期 (stage I ~ stage IV)。

- 臨床分期 Clinical stage (c) : 爲初期診斷的一部份，在進行任何治療之前，依據切片、內視鏡超音波、影像學的結果進行分期。食道癌臨床分期之評估標準爲 TNM 系統。
- 病理分期 Pathologic stage (p) : 依據手術切除部分食道的腫瘤組織及局部淋巴結所取得的病理檢查進行分期，能夠更準確的評估腫瘤侵犯範圍及決定術後的治療。食道癌病理分期之評估標準除了 TNM 系統之外，尚須考慮分級或腫瘤位置 (鱗狀細胞癌 : TNM、分級、腫瘤位置 ; 腺癌 : TNM、分級)。

食道鱗狀細胞癌 臨床分期 Clinical stage (cTNM)			
Stage	T	N	M
Stage 0	Tis	N0	M0
Stage I	T1	N0, N1	M0
Stage II	T2	N0, N1	M0
	T3	N0	M0
Stage III	T3	N1	M0
	T1, T2, T3	N2	M0
Stage IVA	T4	N0, N1, N2	M0
	任何 T	N3	M0
Stage IVB	任何 T	任何 N	M1

食道腺癌 臨床分期 Clinical stage (cTNM)			
Stage	T	N	M
Stage 0	Tis	N0	M0
Stage I	T1	N0	M0
Stage IIA	T1	N1	M0
Stage IIB	T2	N0	M0
Stage III	T2	N1	M0
	T3	N0, N1	M0
	T4a	N0, N1	M0
Stage IVA	T1~T4a	N2	M0
	T4b	任何 N	M0
	任何 T	N3	M0
Stage IVB	任何 T	任何 N	M1



食道鱗狀細胞癌 病理分期 Pathologic stage (pTNM)					
Stage	T	N	M	Grade	位置
Stage 0	Tis	N0	M0		任何位置
Stage IA	T1a	N0	M0	GX, G1	任何位置
Stage IB	T1a	N0	M0	G2, G3	任何位置
	T1b	N0	M0	GX, G1, G2	任何位置
	T2	N0	M0	G1	任何位置
Stage IIA	T2	N0	M0	GX, G2, G3	任何位置
	T3	N0	M0	G1, G2, G3	下段食道
	T3	N0	M0	G1	上、中段食道
Stage IIB	T3	N0	M0	G2, G3	上、中段食道
	T3	N0	M0	GX	任何位置
	T3	N0	M0	任何分級	未知
	T1	N1	M0	任何分級	任何位置
Stage IIIA	T1	N2	M0	任何分級	任何位置
	T2	N1	M0	任何分級	任何位置
Stage IIIB	T2	N2	M0	任何分級	任何位置
	T3	N1, N2	M0	任何分級	任何位置
	T4b	N0, N1	M0	任何分級	任何位置
Stage IVA	T4a	N2	M0	任何分級	任何位置
	T4b	N0, N1, N2	M0	任何分級	任何位置
	任何 T	N3	M0	任何分級	任何位置
Stage IVB	任何 T	任何 N	M1	任何分級	任何位置

食道腺癌 病理分期 Pathologic stage (pTNM)				
Stage	T	N	M	Grade
Stage 0	Tis	N0	M0	
Stage IA	T1a	N0	M0	GX, G1
Stage IB	T1a	N0	M0	G2
	T1b	N0	M0	GX, G1, G2
Stage IC	T1	N0	M0	G3
	T2	N0	M0	G1, G2
Stage IIA	T2	N0	M0	GX, G3
Stage IIB	T1	N1	M0	任何分級
	T3	N0	M0	任何分級



Stage IIIA	T1	N2	M0	任何分級
	T2	N1	M0	任何分級
Stage IIIB	T2	N2	M0	任何分級
	T3	N1, N2	M0	任何分級
	T4b	N0, N1	M0	任何分級
Stage IVA	T4a	N2	M0	任何分級
	T4b	N0, N1, N2	M0	任何分級
	任何 T	N3	M0	任何分級
Stage IVB	任何 T	任何 N	M1	任何分級

貳、中西醫治療概況

一、西醫治療概況^[7]

(一) 治療方式

依據治療的範圍分為局部性治療與全身性治療，局部性治療包含內視鏡治療、手術、放射線治療，全身性治療包含化學治療、同步化學放射治療、標靶治療、免疫療法。

1. 內視鏡治療：

- 內視鏡切除：內視鏡黏膜切除術、內視鏡黏膜下剝離術。
- 消融術：冰凍治療、射頻消融術、光化學動力療法。

2. 手術：

目標是完全移除腫瘤，手術方式分成開放手術及微創手術，在手術前可能會接受前導性治療（Neoadjuvant therapy），其目的是使腫瘤縮小。

- 食道切除術：移除部分、大部分或全部食道。
 - > 手術方式：微創手術，術式為經橫膈裂孔或經胸壁。
 - > 重建導管：將胃和剩餘的食道連接，或是取一小段小腸或結腸來取代被切除的食道。最常使用的方式為胃導管。
- 其他手術：食道胃切除術、胃切除術、淋巴結切除（需移除至少 15 個局部淋巴結）、胃造口術（G-tube）、空腸造口術（J-tube）、食道擴張術。
- 手術組織邊緣：手術除了切除腫瘤外，也會切除一些病變部位附近無關的組織，以確認疾病是否有擴散到腫瘤以外的部位。

依據病理檢查，可分為三類：



分類	說明
R0 (negative)	組織邊緣在病理檢查中沒有發現癌細胞，是最好的手術結果
R1 (positive)	手術移除所有可見的腫瘤，但組織邊緣在病理檢查中發現癌細胞
R2 (positive)	手術無法移除所有可見的腫瘤，或已遠端轉移 (M1)

3. 放射線治療：

使用高能量放射線殺死癌細胞或縮小腫瘤，照射範圍可以針對個別腫瘤、身體的小範圍或特定的淋巴結，照射方式分為體外放射治療或近接（腔內）放射治療。可以當作初步治療，也可以在術前、術後使用以減緩腫瘤的生長，特別是在手術組織邊緣發現癌細胞時。

4. 化學治療：

殺死體內所有快速生長的細胞（包含正常細胞），可在手術前後使用，常合併放射線治療使用。

5. 同步化學放射治療 CCRT：

放射治療是以局部控制為主，加上化學治療可提升局部控制率、殺死已轉移出去的癌細胞。常用於控制腫瘤症狀、術前縮小腫瘤、術後預防復發，或是當作腫瘤初步治療。

6. 標靶治療：

透過干預癌症生長、進展和擴散的特定分子（分子標靶），以阻斷癌症生長和擴散的藥物或其他物質。標靶治療通常是在抑制細胞（即阻斷腫瘤細胞的增殖擴散），而非直接殺死細胞。

7. 免疫療法：藉由強化自身免疫系統或外加賦予免疫能力，以對抗癌細胞。

（二）分期治療

治療方式會依據腫瘤大小、侵犯範圍、患者整體健康狀況而有所不同。

1. 第一期早期（癌細胞只局限於表淺上皮）：以內視鏡治療為主，可考慮食道切除術。
2. 第一期後期、第二期：以食道切除術為主。
3. 第三期：多先採取同步化放療以縮小腫瘤，再進行手術。
4. 當已遠端轉移：同步化放療為主。
5. 當患者不適合手術時：考慮只進行同步化放療。



二、傳統中醫辨證論治^[6]

傳統中醫辨證論治包括氣滯痰瘀、熱結津虧、氣滯血瘀、氣血兩虛等證型。傳統辨證論治為中醫的整體觀念，能改善當前症狀、糾正體質偏頗、預防未發疾病，但單純辨證不足以處理腫瘤，尚須考慮腫瘤的病因、病性、病勢、病理，惡性腫瘤的併發症，以及經過西醫治療後副作用與邪正交爭。

參、中醫治療思路^[5,6]

一、依腫瘤型態論治

(一) 腫瘤生物特性

1. 血瘀：纖維蛋白酶元增生

→ 活血化癥法：抑制血管新生並促進血管修復、打開通路、消解腫塊。

2. 熱毒：發炎反應利於快速分裂增殖

→ 清熱解毒法：抑制腫瘤分裂及血管新生、解除感染及腫瘤分泌毒素。

3. 痰壅：腫瘤代謝黏液

→ 化痰利濕法：可清除代謝廢物、病理產物，促進對腫瘤的偵測以提高療效，同時也可使腫瘤細胞脫水、固定、體積不再變大。腫瘤的代謝廢物、病理產物包括免疫複合體、細菌、病毒、腫瘤細胞分泌之毒素、神經傳導介質等。

(二) 食道癌基本治則

1. 鱗狀細胞癌特性：抑制增生、修復潰瘍

- 因細胞反覆受傷、無法長成正常細胞，才會進展成食道鱗狀細胞癌。
- 治則：寒熱互用法，清熱化癥+補腎（引火歸元）。
 - > 黃芩、黃連、丹參：抑制腫瘤，改善病灶發炎感染。
 - > 補腎（熟地、山茱萸、杜仲、黃耆）+少量乾薑、附子、玉桂子：快速修復潰瘍。

2. 腺癌特性：處理寒熱升降失調（賁門段，與胃的功能相關）

- 胃熱脾虛：
消化機能差，但神經敏感及胃酸生成過度表現，常見於長期壓力、熬夜、飲食不正常。
 - > 胃熱：癥熱嚴重、胃酸分泌過多、發炎。
 - > 脾虛：消化差，痞脹、嘔逆、食少久滯。
- 升降失調：長期逆亂。
- 治則：健脾降逆、疏肝理氣、清熱化癥。



- > 半夏瀉心湯精神：寒熱升降互用。
- > 柴胡、白芍：疏肝緩肝。
- > 黃芩、黃連、丹參：抑制腫瘤，降低發炎。
- > 乾薑、附子：少量薑附，協助修復黏膜。
- > 黃耆、陳皮、砂仁：健脾理氣消滯，修復消化機能。

3. 善用補腎法：來時路，去時程

- 本病有一定程度的腎虛、腎陰腎陽失衡（尤其是賁門段腺癌）。
 - > 日夜顛倒、壓力、熬夜。
 - > 易心悸、失眠、緊張焦慮。
 - > 胃酸分泌較多＋自我修復力弱＋免疫不穩定。
- 以補腎法穩定腎上腺、交感：改善胃賁門段神經過度敏感所致胃酸分泌及消化。

4. 疏肝理氣：長期逆亂致病

- 疏肝緩肝（柴胡、白芍、大棗）：改善胃酸分泌（釜底抽薪）。

（三）食道癌治則整理

1. 食道鱗狀細胞癌

- 腫瘤基本特性－熱、瘀、痰。
 - > 清熱解毒、活血化瘀、化痰利濕。
- 寒熱互用
 - > 清熱解毒、活血化瘀＝抑制腫瘤增生。
 - > 補腎補氣＋少量溫陽＝修復潰瘍。

2. 食道腺癌

- 腫瘤基本特性－熱、瘀、痰。
 - > 清熱解毒、活血化瘀、化痰利濕。
- 寒熱互用＝改善脾胃寒熱升降失調。
 - > 半夏瀉心湯。
- 補腎＋補氣＝穩定腎上腺、交感。
- 疏肝理氣＝改善胃酸分泌。

（四）腫瘤病理

1. 潰瘍型

- 寒熱互用。
- 補腎補氣→修復潰瘍，可加少量溫陽。
- 清熱利濕＋化瘀→抑制腫瘤增生。



2. 隆起型

- 化痰利濕→令腫瘤細胞脫水固定。
- 清熱+化瘀→抑制腫瘤增生。

3. 縮窄型

- 養血柔肝：何首烏、當歸、菟絲子→誘導正常細胞再生。
- 酌加養陰→反覆發炎致細胞萎縮，必傷陰。
- 加補氣：推動養血滋陰藥，誘導正確修復。
- 清熱+化瘀→抑制腫瘤增生。

【註】以上各種治療法，皆須加入一定劑量的健脾理氣藥（如陳皮、砂仁），並注意醒脾開胃（如焦山楂、內金、神麴），注意通便（如大黃、承氣湯類）。

二、中醫介入時機

（一）純中醫治療

1. 初中期：本態性（瘀熱症）

- 病機：熱毒、血瘀、痰壅。
- 治則：清熱解毒、活血化瘀、淡滲利濕。
- 可能合併證型：脾胃氣虛、腎虛、血枯、陰虛、痰熱。
- 處方參考：
 - > 丹沒四物湯加方：丹參 8~15、沒藥 4、熟地黃 5、當歸 4、川芎 3、赤芍 4、黃芩 5~10、黃連 3~8、黃柏 5~10、茯苓 4~8、澤瀉 4~8、丹參 8、砂仁 8。（單位：錢）
 - > 通經方加方（可再加入清熱活血藥）：懷牛膝 8、續斷 8、骨碎補 8、茜草 8、黃芩 8、黃連 5、黃柏 8。（單位：錢）

2. 晚期：氣血兩虛、脾陽虛、脾腎陽虛合併瘀熱

- 治則：扶正，酌加清熱解毒、活血化瘀。

（二）中西醫合療

- 評估正氣是否堪攻
 - > 正氣尚可：足量清熱解毒+活血化瘀。
 - > 正氣受損：
 - 稍扶正保護不受副作用傷害。
 - 仍需加入清熱解毒+活血化瘀。
- 依據西醫治療階段搭配用藥
 - > 手術後的中醫治療。
 - > 化放療三階段處方。



1. 手術後的中醫治療

- 適用時機：
 - > 局部手術：術後 1~2 周。
 - > 手術範圍較大、手術前已有不適：術前可先調整體質。
- 治療重點：回復陰平陽秘
 - > 解除麻醉阻斷及干擾，維持血壓，改善低灌流。
 - 麻醉會抑制心、腎、腦，所以要先解除抑制。
 - > 預防感染，加強代謝，促進化放療順利。
 - (1) 預防感染、解除麻醉抑制
 - > 治則：補氣升提為主，輔以清熱利濕、理氣通便。
 - > 用藥：補中益氣湯加方。
 - 黃耆 20、升麻 3、柴胡 3、丹參 4、當歸 4、白朮 5、生薑 3、大棗 5、黃芩 5、陳皮 4、木香 4、延胡索 4、甘草 3。(單位：錢)
 - (2) 抑制麻醉誘導之交感亢奮、陽亢（睡不著、口乾燥）
 - > 治則：先滋腎陰，再重鎮、緩肝。
 - > 用藥：知柏地黃丸、代赭石與建瓴湯精神、柴胡白芍。
 - (3) 改善麻醉抑制腸道造成的不大便
 - > 不大便可能會吃不下藥，一吃就吐。
 - > 備桃核承氣湯、抵當湯藥粉（1 包 2g）。

2. 化放療期間的中醫治療：三階段處方

- 治療策略：
 - > 治療及預防化放療毒副作用。
 - > 增加西醫療效。
 - > 維持良好生命狀態。
 - > 各階段均需加入足夠的清熱解毒、活血化瘀。
 - (1) 第一階段：
 - > 治則：疏肝+補氣養血活血。
 - > 用藥：小柴胡湯+聖愈湯（丹參）。
 - ☉ 小柴胡湯：邪正相爭、抑制化療引發的交感亢奮（例：化療病人多見失眠）。
 - ☉ 聖愈湯：扶正，補氣養血活血。
 - > 劑量參考：柴胡 4、黃芩 5、丹參 5~8、大棗 5 枚、北耆 15~20、熟地黃 5、白芍 4、當歸 4、川芎 3、陳皮 5、砂仁 5。(單位：錢)
 - (2) 第二階段：進入陽虛階段（以補氣血效果不佳者，屬氣血兩虛+陽虛）



> 適用時機：

- ☉ 第一階段用藥不足以啟動能量修復→稍加溫陽（少量薑附桂）。
- ☉ 血球低下、低蛋白、損傷不易恢復。

> 治則：

- ☉ 有邪正相爭：疏肝（小柴胡湯）+補氣養血活血（聖愈湯）+稍溫陽（少量薑附桂）。
- ☉ 無力邪正相爭：補腎方（熟地、山茱萸、炒杜仲）+大補氣（北耆）+稍溫陽（少量薑附桂）。

> 劑量參考：

- ☉ 有邪正相爭：柴胡 4、白芍 3、大棗 5 枚、北耆 15~20、丹參 5~8、當歸 4、川芎 3、熟地黃 5、乾薑 1~1.5、附子 1~1.5、玉桂子 1.5~3、黃芩 5、陳皮 5、砂仁 5。（單位：錢）
- ☉ 無力邪正相爭—補腎方加方：丹參 5~8、白朮 4、茯苓 4、甘草 1.5、熟地黃 5、當歸 3、白芍 4、川芎 3、北耆 15~20、乾薑 1~1.5、附子 1~1.5、玉桂子 1.5~3、黃芩 5~8。（單位：錢）

(3) 第三階段：屬於腎陽虛階段

> 適用時機：

- ☉ 前兩階段用藥效果不佳。
- ☉ 骨髓乾枯、低血鈉、低蛋白血症、肌酸酐升高。
- ☉ 腦、神經、生殖等系統退化萎縮。

> 治則：補腎方+大補氣（參耆加重）+大溫陽（薑附桂）。

> 劑量參考：炒杜仲 8、熟地黃 5、山茱萸 4、黃耆 20、人參 3~5、當歸 4、乾薑 3~5、附子 3~5、玉桂子 5、黃柏 5、蒼朮 5、陳皮 8、砂仁 4。（單位：錢）

（三）西醫遇瓶頸

1. 正氣尚可：以本態性（瘀熱）治療。
2. 體虛正弱：恢復身體機能後，回復本態性治療。

（四）西醫治療結束 - 預防復發及轉移

1. 正氣尚可：大劑量清熱化瘀。
2. 氣血虛：補氣養血+清熱化瘀。
3. 胃酸多，消化不良：
 - 調養脾胃寒熱升降+化瘀。
 - 補腎+疏肝緩肝。



4. 萎縮硬化：養血柔肝＋養陰＋理氣＋化瘀。
5. 舌瘦薄：補腎＋柔肝＋化瘀＋清熱。

三、併發症治療

1. 淋巴腫塊：

- 消解軟腫：活血化瘀＋淡滲利濕。
- 正氣強：清熱解毒＋活血化瘀＋淡滲利濕。
- 正氣弱：補氣養血＋清熱解毒＋活血化瘀＋淡滲利濕。

2. 貧血：

- 原因：出血、感染、骨髓內轉移、營養障礙、腎功能減退、溶血、化療。
- 屬於萎縮退化期。
- 治則：維持身體機能，補氣養血→補腎補血→大補腎陽。

3. 腫瘤惡液質：

- 主要表現：
 - > 厭食、代謝消耗升高、蛋白質及脂肪耗竭→體重、體力、活動能力進行性喪失；味覺異常，導致減少熱量攝取，病人日益衰竭，表現淡漠甚至輕生傾向，屬於萎縮退化期。
- 治療策略：
 - > 初期：補脾胃、補氣血、補脾陽腎陽，以恢復脾胃功能、升高血色素與血中蛋白、糾正低血鈉、改善 BUN 及 Cr，調節氣機，喚醒抑癌基因，增加抗癌力，使腫瘤標誌下降。
 - > 恢復本態：清熱化瘀＋淡滲利濕。當造血正常一段時間，腫瘤標誌可能會再度往上升，則恢復初中期本態性治療法。

4. 血便：大補氣血＋止血＋清熱化瘀＋淡滲利濕。

5. 大出血（侵犯大血管）：回陽救逆，大補氣血、大補腎陽、獨參湯。並至西醫輸血、加護。

6. 肺炎、肺膿瘍：柴胡桂枝湯＋麻黃＋扶正＋清熱化瘀。

7. 氣管食道瘻管：治則：大補氣血＋解表＋疏肝＋清熱化瘀，鼻胃管、胃造瘻管。

8. 聲音嘶啞（壓迫喉返神經）：補氣養血修復喉返神經，清熱化瘀抑制腫瘤。

9. 上腔靜脈壓迫（胸部以上瘀腫）：清熱化瘀＋淡滲利濕＋銀杏葉（改善淋巴液回流），正氣虛可加補氣。

10. 心率加速（侵犯迷走神經）：柴胡、白芍、大棗緩肝以緩解神經敏感度；清熱化瘀、淡滲利濕抑制腫瘤。



四、遠處轉移性疾病

1. 肝轉移

- 正氣尚可：柴苓湯+清熱解毒+活血化癥。
→ 柴苓湯：小柴胡湯緩解邪正相爭，茯苓、澤瀉預防處理肝轉移造成的腹水產生。
- 正氣偏弱：柴苓湯+補氣養血+清熱解毒+活血化癥。
- 腹水，白蛋白偏低（屬於萎縮退化期）：柴苓湯+補氣養血（加重）+溫陽（乾薑、附子、玉桂子）+通大便（大黃）+清熱解毒+活血化癥。
→ 健脾補氣養血加重、薑附桂溫陽藥加重，以促進白蛋白生成；再加大黃通大便以幫助腹水排除，且肝臟代謝功能降低，Amonia 跟含氮代謝廢物都會累積，可以透過通大便協助排出。

2. 肺轉移：要預防感染

- 正氣尚可：柴胡桂枝湯／小柴胡湯，加麻黃、清熱解毒、活血化癥。
- 喘咳+正氣偏弱：柴胡桂枝湯+麻黃+補氣養血+少量溫陽（乾薑、附子）+清熱解毒+活血化癥。
→ 少量溫陽幫助深層氣管擴張，並且促進咳痰能力，把病理產物咳出。
- 喘咳+胸腔積液：柴胡桂枝湯+麻黃+補氣養血+溫陽（乾薑、附子）+利水（茯苓、澤瀉、葶藶子、防己）+清熱解毒+活血化癥。

3. 骨轉移、高血鈣、骨痛：

- 補腎滋陰（抑制蝕骨細胞）+酌加補氣養血+清熱解毒+活血化癥。

肆、案例分析^[6]

【案一】食道癌／肝轉移／脾腎陽虛

〈病況概述〉

女性，59歲。賁門處食道癌，3枚肝轉移。使用5-FU化療期間，肝區悶脹痛、腹水、腰以下水腫明顯，納少，消瘦，虛弱，便秘，低熱。實驗室檢查：WBC=2500，Hb=7.8，RBC=2.69，ALB=2.9。舌淡紅，脈弦細弱。

〈處方〉

柴胡5、白芍3、黃芩5、黃連3、黃耆20、人參5、乾薑3、附子3、玉桂子5、大黃1、丹參8、茯苓8、澤瀉8、陳皮8、砂仁4。（單位：錢）

〈醫案分析〉

因有肝轉移、腹水、白蛋白偏低（ALB正常值為3.5~5.5），故用補氣、溫陽



以促進白蛋白生成，並使用柴苓湯精神搭配大黃通大便以排除腹水及含氮代謝廢物，搭配清熱解毒及活血化癥以抑制腫瘤。

【案二】晚期食道癌／陰虛痰熱

〈病況概述〉

男性，64歲。胃接至咽處食道癌，已手術切除。後發現腎上腺轉移而全身腫脹，且也有肺轉移而產生惡性肋膜積水。在化療期間黃稠痰多，夜咳顯且咳至吐、不能眠，消瘦，易驚夢，脹痞甚，嘔吐，腹瀉。實驗室檢查：AST=66，ALT=78。舌暗紅瘦薄苔厚膩，舌下瘀。脈弱。

〈處方〉：共服用七帖

半夏4、竹茹5、萊菔子8、知母5、青蒿8、黃柏5、麻黃2、蒼朮8、茯苓5、葶藶子8、黃耆15、丹參8、陳皮8。(單位：錢)

〈醫案分析〉

舌象暗紅瘦薄顯示血瘀、腎陰虛、痰熱。易驚夢是因腦部痰液蓄積較多而導致，故用半夏、竹茹、萊菔子化痰，搭配蒼朮、茯苓、葶藶子利水。另用知母、青蒿、黃柏清熱養陰。搭配麻黃引經至肺系及解表宣肺。有肺轉移顯示機體抗病力較弱，故用北耆扶正以增強抗病力。再加入丹參活血化癥以抑制腫瘤。

〈追蹤〉

服七帖後諸症皆有改善，體力進步，納佳，續調理。

【案三】食道癌／預防復發

〈病況概述〉

男性，44歲。食道癌二期，在103.08手術，過去為菸酒客。現右背肋（手術處）疼痛難緩解，噁心，胸悶，口咽乾，倦怠，排便不順兩日一行。舌瘦薄紅紫苔白，舌下瘀深。

〈處方〉：103.04.06

柴胡4、白芍4、黃芩5、半夏4、黃耆8、知母8、牡丹皮8、桃仁5、丹參8、木香4、延胡索4、陳皮8。(單位：錢)

〈醫案分析〉

此患者是來治療手術後疼痛，由舌下瘀象可知仍有腫瘤體質，故用桃仁、丹參、牡丹皮、黃芩清熱活血化癥，搭配柴芍、木香、延胡索理氣以協助化癥增強止痛效果。且用小柴胡湯精神之柴胡、芍藥、半夏、黃芩以和解少陽氣機。另因氣虛、較倦怠，故加入黃耆以補氣扶正。



【案四】食道癌／虛實夾雜

〈病況概述〉

男性，69歲，食道癌3期（發現2年前胸痛熱），台大107.03.07手術切除食道癌＋胃近端及食道重建＋淋巴廓清。聲帶、胃皆有瘰肉。畏冷，抽筋，夜燥渴，服安眠藥仍眠難。晨起舌燥僵硬。便日一行，消瘦，倦喘，頸胸麻痺，胸肋痛，吞嚥困難，痰多（清或稠），咳頻。稍食不正即腹痛甚並送急診。舌質紫暗苔白，舌下瘀深。脈弦數弱。目前西醫無處置。

〈處方〉：107.05.04~107.09

半夏4、茯苓4、黃芩4、黃連1.5、黃柏4、乾薑1、附子1、黃耆10~15、丹參10~15、骨碎補10、陳皮8、砂仁4。（單位：錢）

- 胃酸、黏痰多：加萊菔子。
- 夜乾渴：加知母、青蒿。

〈醫案分析〉：寒熱並用之半夏瀉心湯精神

- 寒熱升降：半夏瀉心湯，稍食不正即腹痛甚。
- 補氣溫陽：處理正氣不足，如消瘦、疲倦、喘促。
- 茯苓：處理水濕、痰飲較多。
- 清熱化瘀：針對腫瘤大熱大瘀之生物特性。

參考文獻

1. 廖繼鼎，臨床腫瘤學（第二版）。合記圖書出版社，2010年。
2. 希望之路手冊－面對食道癌。財團法人癌症希望基金會，第八版五刷，2022年1月。
3. 民國108年癌症登記報告。衛生福利部國民健康署，2021年12月。
4. NCCN Guidelines 2022 — For patient- Esophageal Cancer.
<https://www.nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/esophageal-patient.pdf>
5. 李政育、鄭淑鎂，中西醫結合治癌新法。元氣齋出版社，2015年12月。
6. 鄭淑鎂，110年鄭淑鎂腫瘤科應用講座資料。社團法人新北市中醫師公會，2021年。
7. NCCN Guidelines 2022 ver.4 — Esophageal and Esophagogastric Junction Cancers.
https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/esophageal.pdf
8. Saltzman JR, Gibson MK. Clinical manifestations, diagnosis, and staging of esophageal cancer. UpToDate.



<https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-diagnosis-and-staging-of-esophageal-cancer?csi=bcf5c613-0f36-43a4-832c-d95913d3d129&source=contentShare>

9. 鄭淑鎂，癌症治療相關血檢講座。中華民國中醫癌症醫學會，2021年。
10. Cohen J. Patient education: Upper endoscopy (Beyond the Basics). UpToDate
<https://www.uptodate.com/contents/upper-endoscopy-beyond-the-basics>

通訊作者：張靜如

聯絡地址：台北市士林區德行東路 358 巷 17 弄 15 號

聯絡電話：0989352286

E-mail：jingrujhang@gmail.com

受理日期：2022年10月31日；接受日期：2022年11月10日