

## 目錄

中醫內科病房工作規範.....	1
頭頸部腫瘤.....	2
鼻咽癌.....	5
乳癌.....	10
肺癌.....	14
放射治療副作用的中醫治療.....	21
化學治療副作用的中醫治療.....	23
僵直性脊椎炎.....	24
頭頸部癌症放射線療法後副作用之中醫觀點與相關實證研究進展 .....	33

## 中醫內科病房工作規範

---

1. 週一至週五每日需於 AM7:30 前抵達病房，PM5:00 下班。
2. 參加各主治醫師查房與 Chart round。
3. 病歷書寫須照院方規定如下：
  - (1) Admission note 須依中醫入院記錄格式書寫，記載中醫四診及中西醫診斷，證型及方藥。
  - (2) New patient 除 admission note 及 order 外，須根據病人情況書寫住院診療計畫。
  - (3) 根據病人的病情發展確實書寫問題導向表。
  - (4) Progression note 須依 S.O.A.P. 方式書寫，並應記載主治醫師迴診時的意見或醫囑。
  - (5) 簽名須有職級和中文全名，intern 病歷書寫及醫囑部分，其簽名處，住院醫師須核簽於後，如：intern 李四/R2 張三。
  - (6) 應於病人住院滿一週後於每週書寫 weekly summary。
  - (7) 醫囑不能塗改，寫錯時應於醫囑上、下、前或後面寫上 error，並於醫囑上劃二條線。
  - (8) 於病人出院時病歷書寫須包含出院摘要、出院診斷表、出院計畫記錄單，並完成問題導向表，如須診斷書須請住院醫師以上職級開立。
4. 藥品開立部分：
  - (1) 開立科學中藥或飲片原則上須徵詢主治醫師同意，開立天數以不超過兩日為宜。
  - (2) 如須開立西藥，須告知病人為自費項目並獲得同意。
  - (3) 如有藥品開立錯誤，請盡速致電中藥局(分機：2019)詢問是否已配製及更改事宜。
5. 病房住院醫師(沒有方章者)開立醫囑時，請找上級醫師 double check，蓋方章後才可給護理人員 check order，此問題在晚上時較常發生，請晚上值班總醫師協助配合無方章的住院醫師。
6. 各級值班醫師於當月班表排好後，若臨時有急事或有不可避免的因素(如需跟夜診)等原因以致需要換班時，請最慢於值班當日中午 12 點前，與當月病房總醫師報備(可寄信或傳簡訊通知病房總醫師，若當日臨時要換班一律以簡訊通知)，說明原因後才可換班(因為已經有給大家預約不值班的時間，且中醫值班數已經很少了，請大家配合班表盡量不要換來換去)，報備過後才可去修改班表，若發生病房護理人員 call 不到醫師且病房總醫師不知道換班的情形時，會視同原值班醫師曠職。

## 頭頸部腫瘤

---

### 一、 西醫治療

#### ● Chemotherapy:

For patients with metastatic or incurable locoregional disease, chemotherapy is palliative. In contrast, for patients with potentially curable locoregional HNC, chemotherapy is an integral component of the multimodality approach, particularly when organ preservation is one of the goals of therapy.

The most common drugs used in the treatment of HNC include cisplatin and carboplatin, 5-fluorouracil, and the taxanes, paclitaxel and docetaxel

#### ● Radiation therapy:

For early (T1 and T2) lesions radiotherapy is effective treatment. Furthermore, radiotherapy is preferred over surgery at some sites because of issues related to organ preservation. For more advanced lesions, radiotherapy is often used postoperatively as adjuvant therapy or given with chemotherapy (concomitant chemoradiotherapy).

Control of microscopic disease in head and neck cancer usually requires a dosage of approximately 50 Gy, while large (T3 and T4) tumors require dosages in the range of 70 Gy to achieve adequate tumor control. Conventional radiation therapy for definitive treatment of HNC is defined as 1.8 to 2.0 Gy/fraction, five fractions/week, to total doses of 66 to 70 Gy over six to seven weeks.

#### ● Complication of chemotherapy

- ◇ cisplatin and carboplatin: neurotoxicity, nephrotoxicity, and ototoxicity.
- ◇ Fluorouracil: mucositis (independent of radiation), diarrhea, and acral erythema (also called hand-foot syndrome or palmar-plantar erythrodysesthesia), cardiotoxicity (The most common symptom is chest pain associated with electrocardiographic changes.)
- ◇ The taxanes: acute allergic reaction, peripheral neuropathies, myalgias. Fluid retention often occurs with

docetaxel. High dose therapy may also be associated with pulmonary toxicity.

As with most chemotherapy drugs, these drugs may all cause myelosuppression, and nausea and vomiting, which is especially common with cisplatin.

● **Complication of radiotherapy**

- ◇ Mucositis
- ◇ Dermatitis
- ◇ Xerostomia

二、 中醫病名

頭頸部腫瘤依病位不同而有不同的病名，也可以包含於失榮的範圍。

- ◇ 舌癌：舌菌、舌蕈
- ◇ 甲狀腺腫瘤：癭瘤
- ◇ 頸部淋巴結腫大：瘰癧
- ◇ 喉癌：喉菌
- ◇ 唇癌：唇岩

三、 中醫病因

先天稟賦失常，後天飲食不節，煙酒不忌

四、 中醫病機

正虛於內，邪毒趁虛侵襲，致臟腑功能失調，痰熱瘀毒等搏結，阻塞經絡，日久而成癌腫。

五、 辨證論治

證型	治則	方藥
消化道反應		
胃氣上逆	和胃降逆	橘皮竹茹湯、旋覆代赭湯
脾氣虛	健脾益氣	香砂六君子
脾虛痰阻	健脾化痰	二陳湯、溫膽湯
餘熱未清， 氣津兩傷	清熱生津，益氣和胃	竹葉石膏湯
頭頸部症狀		
上焦熱盛	清熱解毒	清咽利膈湯
陰虛火旺	滋陰清熱	甘露飲
肝肺鬱熱	疏肝理氣，清熱化痰	丹梔逍遙散合瀉白散
痰熱蘊結	清熱化痰	清金化痰丸
肺腎陰虛	滋肺腎陰	麥味地黃湯
全身症候		

氣血兩虛	氣血雙補	十全大補湯、聖愈湯
脾腎兩虛	健脾補腎	附子理中湯
肝腎兩虛	滋補肝腎	六味地黃丸
氣陰兩虛	益氣養陰	生脈散
血瘀	活血化瘀	桃紅四物湯

#### 六、 治療原則及方藥

- ◇ 化療中產生的噁心、嘔吐以脾虛胃逆、痰濁阻滯為常見治療方向，方劑以香砂六君子湯、二陳湯較多
- ◇ 骨髓抑制方面則以氣血兩虛為治療方向，方劑以聖愈湯、當歸補血湯、人參養榮湯為主，靈芝、紅棗飲片煎服也有提升白血球的效果。
- ◇ 放療所造成的皮炎以白芷蘆薈凝膠、皮炎一號外用
- ◇ 放療所造成的口腔黏膜炎黃連解毒湯或黃連解毒湯合增液湯漱口，清咽利膈湯、甘露飲內服改善。

## 鼻咽癌

---

### 一、西醫治療

#### ● Treatment Option Overview

High-dose radiation therapy with chemotherapy is the primary treatment of nasopharyngeal cancer, both for the primary tumor site and the neck. When feasible, surgery is usually reserved for nodes that fail to regress after radiation therapy or for nodes that reappear following clinical complete response. Radiation therapy dose and field margins are individually tailored to the location and size of the primary tumor and lymph nodes. Although most tumors are treated with external-beam radiation therapy (EBRT) exclusively, in some tumors radiation therapy may be boosted with intracavitary or interstitial implants or by the use of stereotactic radiosurgery when clinical expertise is available, and the anatomy is suitable. A review of published clinical results of radical radiation therapy for head and neck cancer suggests a significant loss of local control when the administration of radiation therapy was prolonged; therefore, lengthening of standard treatment schedules should be avoided whenever possible.

Accumulating evidence has demonstrated a high incidence (>30%–40%) of hypothyroidism in patients who have received radiation therapy that delivered EBRT to the entire thyroid gland or to the pituitary gland. Thyroid-function testing of patients should be considered prior to therapy and as part of posttreatment follow-up.

The designations in PDQ that treatments are “standard” or “under clinical evaluation” are not to be used as a basis for reimbursement determinations.

#### ● Stage I Nasopharyngeal Cancer

##### ✧ Standard treatment options:

- ✓ High-dose radiation therapy to the primary tumor site and prophylactic radiation therapy to the nodal drainage.

- **Stage II Nasopharyngeal Cancer**

- ✧ **Standard treatment options:**

- ✓ Chemoradiation therapy.
- ✓ High-dose radiation therapy to the primary tumor site and prophylactic radiation therapy to the nodal drainage.

- ✧ **Stage III Nasopharyngeal Cancer**

- ✧ **Standard treatment options:**

- ✓ Chemoradiation therapy.
- ✓ High-dose or superfractionated radiation therapy to the primary tumor site and bilateral neck nodes that are clinically positive.
- ✓ Neck dissection may be indicated for persistent or recurrent nodes if the primary tumor site is controlled.

- ✧ **Treatment options under clinical evaluation**

Neoadjuvant chemotherapy as given in clinical trials has been used to shrink tumors, which renders them more definitively treatable with radiation therapy. Chemotherapy is given prior to the other modalities, hence the designation neoadjuvant to distinguish it from standard adjuvant therapy, which is given after or during definitive therapy with radiation or after surgery. Many drug combinations have been used in neoadjuvant chemotherapy. Two randomized prospective trials compared combination chemotherapy (cisplatin, epirubicin, and bleomycin or cisplatin plus fluorouracil [5-FU] infusion) plus radiation therapy to radiation therapy alone. Although disease-free survival was improved in the chemotherapy group for both groups, improvement in overall survival was reported only from the intergroup in which chemotherapy with cisplatin was ever concurrently given.

Clinical trials for advanced tumors evaluating the use of chemotherapy before radiation therapy, concomitant with radiation therapy, or as adjuvant therapy after radiation therapy should be considered.

- ✧ **Stage IV Nasopharyngeal Cancer**

- ✧ **Standard treatment options:**

- ✓ Chemoradiation therapy.
- ✓ High-dose or superfractionated radiation therapy to the

primary tumor site and bilateral lymph nodes that are clinically positive.

- ✓ Neck dissection should be reserved for persistent or recurrent nodes.
- ✓ Chemotherapy for patients with stage IVC disease.

#### ✧ **Treatment options under clinical evaluation**

- ✓ Neoadjuvant chemotherapy as given in clinical trials has been used to shrink tumors, which renders them more definitively treatable with radiation therapy. Chemotherapy is given prior to the other modalities, hence the designation neoadjuvant to distinguish it from standard adjuvant therapy, which is given after or during definitive therapy with radiation or after surgery. Many drug combinations have been used in neoadjuvant chemotherapy. Three randomized prospective trials compared combination chemotherapy (cisplatin, epirubicin, and bleomycin or cisplatin plus fluorouracil [5-FU] infusion) plus radiation therapy to radiation therapy alone. Although disease-free survival was improved in the chemotherapy group for both groups, improvement in overall survival was reported only from the intergroup in which chemotherapy with cisplatin was ever concurrently given.
- ✓ Clinical trials for advanced tumors to evaluate the use of chemotherapy before radiation therapy, concomitant with radiation therapy, or as adjuvant therapy after radiation therapy should be considered.
- ✓ New radiation therapy techniques such as intensity-modulated radiation therapy.

#### ✧ **Recurrent Nasopharyngeal Cancer**

##### ✧ **Standard treatment options:**

- ✓ Selected patients may be re-treated with moderate-dose external-beam radiation therapy using limited ports and an intracavitary or interstitial radiation boost to the site of recurrence.
- ✓ In highly selected patients, surgical resection of



recurrent lesions may be considered.

- ✓ If a patient has metastatic disease or local recurrence that is no longer amenable to surgery or radiation therapy, chemotherapy should be considered.

✧ **Treatment options under clinical evaluation**

Clinical trials such as those evaluating chemotherapy and interferon should be considered.

二、 中醫病名：

在中醫古代文獻中沒有鼻咽癌之名，現代認為鼻咽癌屬於中醫學的“鼻痔”，“鼻衄”、“鼻淵”、“上石疽”、“失榮”、“挖腦痧”等範疇。

三、 中醫病因

主要與邪毒入侵、飲食不潔、七情所傷、素體羸弱有關。

1. 邪毒入侵：當身體虛弱，復感邪毒，肺氣不宣，熱毒內阻，積久化火，久而成瘤。
2. 飲食不潔：當飲食不潔，損傷脾胃，脾失健運，水濕內停，痰濁上擾，阻塞經絡，久成凝塊而為瘤。
3. 七情所傷：當七情所傷，肝失疏泄，鬱而化火，循經而上，久而阻絡，血凝為瘀。
4. 素體羸弱：當素體羸弱，氣陰兩虛，腎不納氣，陰失所養，日虧夜損，久而生痰。

四、 中醫病機

鼻咽癌是由於臟腑功能失調，正虛於內，受七情六淫所傷，邪毒乘虛侵襲，致肺熱內盛，或肝膽熱毒，熱毒灼津為痰，痰火互結，搏於少陽，進而氣、血、痰、瘀、毒互結，最終痰熱瘀毒等集結於鼻竇，堵塞經絡，日久而成鼻咽癌腫。

五、 辨證論治

早期鼻咽癌以放射線治療為主，中醫藥辨證扶正治療為輔，並兼治放射治療的副作用；晚期或復發的病人在化療或手術治療時也應配合中醫扶正治療；不能放化療或手術治療的晚期病人，中醫藥治療為主這時應標本兼治，或扶正為主兼以祛邪。

證型	主證	治法	方藥
痰濁結聚	咳嗽有痰，胸悶，身重體倦，頭重頭痛，納差便溏，舌胖或有齒印，苔膩，脈滑	祛痰濁，散結聚，和脾胃	清氣化痰丸，選加雞內金、黨參、山慈姑
痰熱蘊結	鼻塞鼻流濁涕或涕中帶血頸淋巴結	化痰散結，	清金化痰丸加減

	腫大重者可見口舌歪斜頭痛等；舌質晦暗，舌苔厚膩，脈弦滑或滑數。	清熱解毒	
肝肺鬱熱	鼻塞不通，涕血或鼻衄；或有咳嗽，痰少而粘，口苦咽乾，煩躁易怒，頭暈頭痛等；舌質紅，苔黃，脈弦滑而數。	清肝瀉肺	丹梔逍遙散合瀉白散加減
火毒困結	頭痛劇烈，心煩失眠，咳嗽痰稠，顴潮紅，口臭口苦，小便赤，舌紅或紅絳	瀉火結毒， 疏肝健脾	柴胡清肝湯，選加白朮、沙參、白茅根、雞內金
肺腎陰虛	頭暈目眩，耳鳴耳聾，視物不清，聲音嘶啞，腰膝酸軟，潮熱盜汗；舌質紅，少苔或苔薄黃，脈細數無力。	滋養肺腎	麥味地黃湯加減
※ 若氣血衰敗 → 歸脾湯加減 若脾虛 → 四君子湯加減 腎陽不足 → 附桂八味丸			

## 六、 治療原則及方藥

在 NPC 患者中醫治療的過程中，特別注意患者治療過程中常見的階段性證型，放射治療初期熱毒損傷未重，可先依照患者咽痛或口乾程度給予清咽利膈湯、黃連解毒湯或甘露飲加減，放射治療到達中期放射熱毒日漸加重，咽痛咽乾加重或口咽喉黏膜破損，疼痛難忍，可以加入知柏地黃丸加強其清熱養陰之功，並使用養陰藥物可加速黏膜修復，放射治療到了後期，細胞凋亡脫落，加以纖毛被放射治療破壞，分泌物及痰液排出障礙，常出現有黃痰、鼻塞、鼻涕倒流等症狀，治療後期因咽痛納食減少，或是合併化療影響腸胃道功能，出現食欲減、納差、腹脹等脾虛證候，治療上先區分患者寒熱證，屬虛寒的以二陳湯合香砂六君子湯調理脾胃，兼以化痰減少痰多、鼻涕倒流等症狀。屬於濕熱證的患者可以使用龍膽瀉肝湯合葛根湯清泄少陽溼熱，通鼻竅引流痰濁，亦可依患者脾胃氣虛程度酌用香砂六君子湯、補中益氣湯、六君子湯等補脾益氣。治療完畢後可依照患者鼻涕鼻塞情況給予清黃涕或黃痰等藥物，患者在治療完成後常有頭暈、血壓較低、容易疲倦等全身氣虛症狀，可以適當給予益氣健脾藥物或方劑，如六君子湯、補中益氣湯、人參養榮湯等。治療過程中，如果遇到化學治療時期患者出現納差腹脹等腸胃道功能障礙症狀，可以使用香砂六君子湯、六君子湯、異功散等益氣健脾幫助運化。如出現嘔吐、胃部灼熱等副作用，可以用半夏瀉心湯、平胃散等緩解胃炎症狀。

## 乳癌

---

### 一、西醫治療

- 1 · Noninvasive breast cancer:
  - (1) ductal carcinoma in situ (DCIS): therapeutic options range from simple excision to total mastectomy or skin-sparing mastectomy with reconstruction, depending on the size, grade, margin status, multicentricity of disease, and the age of the patient. Axillary dissection is not performed for pure DCIS. For patients with extensive DCIS lesions that are treated with mastectomy, a sentinel lymph node biopsy (SLNB) can be performed at the time of mastectomy. Adjuvant radiotherapy should be given to patients with DCIS who wish breast conservation, especially for younger women with close margins or large tumors. Adjuvant tamoxifen may further reduce the risk of recurrence in these patients.
  - (2) lobular carcinoma in situ (LCIS): it is not considered a preinvasive lesion but rather an indicator for increased breast cancer risk. Two treatment options are currently accepted: either lifelong surveillance or possible prophylaxis with tamoxifen.
- 2 · Invasive breast cancers: surgical options for early-stage (I and II) invasive breast cancer include modified radical mastectomy (MRM, total mastectomy + axillary dissection) with or without reconstruction, or breast conservation therapy (lympectomy + axillary dissection + breast irradiation).
- 3 · Locally advanced breast cancer (stage IIIa, IIIb): 3-4 cycles of induction chemotherapy (cyclophosphamide, 5-FU, and either doxorubicin or methotrexate) is the initial step in treatment, followed by MRM, radiotherapy to the chest wall axilla and supraclavicular nodes, and further chemotherapy to complete a total of 6-12 cycles.
- 4 · Locoregional recurrence: All patients need metastatic workup and should be evaluated for systemic chemotherapy or hormonal therapy.
  - (1) in breast—requires salvage mastectomy
  - (2) in axilla—surgical resection followed by radiation, and systemic therapy is considered
  - (3) in chest wall—excision followed by radiotherapy.

5 · Adjuvant systemic therapy:

(1) all node(+) patients should receive adjuvant chemo-endocrinotherapy:

	ER(+) or PR(+)	ER(-) and PR(-)
Pre-menopausal	Chemotherapy + tamoxifen ± ovarian ablation	Chemotherapy
Post-menopausal	Tamoxifen ± chemotherapy	chemotherapy

- all ER(+) patients should receive tamoxifen (20mg/day x 5 years).
- In postmenopausal women ER(+) patients, tamoxifen is the drug of choice.
- Chemotherapy regimen: 4-8 cycles of cyclophosphamide/5FU and Methotrexate or cyclophosphamide/doxorubicin followed by a taxane. If Her-2/neu(+), doxorubicin regimen is usually chosen.

(2) node(-) patients:

Prognostic factors	Low risk	Intermediate risk	High risk
Tumor size	<1cm	1-2 cm	>2 cm
ER status	Positive	Positive	Negative
Nuclear grade	Grade 1	Grade 1-2	Grade 2-3

- High risk group: treated as node(+).
- Intermediate risk group: if ER(+), receive tamoxifen (both premenopausal and post menopausal). If ER(-), patients may not receive adjuvant therapy.
- Low risk group: adjuvant therapy is not needed.

6 · Indications for postmastectomy radiation: T3, T4 tumors, attachment or pectoral fascia, positive surgical margins, internal mammary nodes involvement, inadequate or no axillary dissection, > 8 positive nodes, residual tumors on axillary vein.

二、 中醫病名

乳癌屬於中醫學「乳岩」、「乳痞」等範圍，另外「石癰」、「乳核」、「苟抄乳」、「乳痛堅」、「妒乳」、「石榴翻花發」等也與乳癌相似。

三、 中醫病因病機

中醫學關於乳癌病因包括內因和外因兩方面。

《外科正宗》曰：「憂鬱傷肝，思慮傷脾，積想在心，所願不得者，致經絡痞澀，聚結成核。」認為乳癌與精神因素有關。因婦女乳頭屬肝，乳房屬胃，

脾胃互為表裡，憂思鬱怒則肝脾兩傷，肝失疏瀉，氣鬱化火，脾失健運，痰濁內生，以致痰熱搏結，氣血瘀滯，經絡痞塞，結滯乳中而成本病，即《醫宗金鑑》所云：「乳癌由肝脾兩傷，氣鬱凝結而成」。

正氣虛損、陰陽不和，亦是發病的一個重要因素，如《諸病源候論》所云：「積聚者，由陰陽不和，臟腑虛弱，受於風邪，搏於臟腑之氣所為也。」、《婦人大全良方》：「肝脾鬱怒、氣血虧損，名曰乳岩。」，即氣、血、陰、陽俱虛，同時氣鬱、痰濁、瘀血、熱毒等邪氣內蘊，結滯乳絡而成乳岩因虛致實，因實致虛，虛實夾雜。日久耗精傷血，損及元氣，正虛而邪盛，使癌腫進一步擴散。

此外，中醫學也重視飲食因素與乳癌發生的關係。如朱丹溪所說：「厚味所釀，以致厥陰之氣不行，故竅不得通，而不得生。」飲食厚味損傷脾胃，運化失司，釀痰生熱，以致經絡不通、氣血不行，滯於乳絡而為病。

而現代西醫學進步，治療發達，如手術治療創面較大，放化學治療積極，副作用可表現為消化道反應、骨髓抑制、機體衰弱等，因此現今乳癌患者在既治之後，病機多以氣血雙虧、熱毒傷津為主。

#### 四、 辨證論治

因中醫學認為乳癌的發生是在正氣虧虛、臟腑功能衰退基礎上，外邪與內生的痰溼瘀血等病理產物相搏，結於乳絡而成，故治療應以扶正、祛邪相結合為原則。明辨正邪盛衰、病程階段確立不同治法，決定攻補之比重。

證型	治則	方藥
肝氣鬱結	疏肝解鬱，化痰散結	逍遙散加減
痰濕蘊結	化痰利濕，軟堅散結	海藻玉壺湯合化痰消核丸加減
瘀血內阻	活血化瘀，消積破結	血府逐瘀湯加減
熱毒壅盛	清熱解毒，涼血降火	清瘟敗毒飲加減
脾胃虛弱	益氣健脾，溫陽補腎	參苓白朮散或補中益氣湯加減
氣血兩虛	益氣養血	人參養榮湯加減
肝腎虧損	補益肝腎	左歸丸加減
陽虛津虧	益氣養陰	沙參麥冬湯及大補陰丸加減

#### 五、 治療原則及方藥

1. 由古代文獻及現代報導來看，多數醫家皆認為對於乳癌患者，疏肝理氣的治則應一以貫之。如《外證醫案匯編》所說：「若治乳癌從一氣字著筆，無論虛實新久，溫涼攻補，各方之中，扶理氣疏絡之品，使其乳絡疏通，氣為血之帥，氣行則血行，陰生陽長，氣旺流通，血亦隨之而生，自壅者易通，鬱者易達，結者易散，堅者易軟。」用方以逍遙散為主。

2. 脾胃為後天之本、氣血生化之源，《金匱要略》亦提到「見肝之病，知肝傳脾，當先實脾」，因此在整個治療過程中，須注重顧護脾胃，正氣充足，方能祛邪，病情才得以穩定或減退。方如香砂六君子湯。
3. 重視調攝沖任：西方醫學認為乳癌可由黃體素減少、雌激素的相對增多，或由泌乳素升高、睪固酮分泌不足而引起。中藥中具有調節下丘腦—垂體—性腺軸功能的，多屬溫補腎陽、調補肝腎，溫而不熱、潤而不燥之藥物，《外科醫案匯編》亦指出「乳中結核，雖云肝病，其病在腎。」，說明腎氣的不足，亦為發本病之原因，如淫羊藿、鹿角霜、仙茅、肉蓯蓉、女貞子、菟絲子、補骨脂等。
4. 常用抗癌藥物：白花蛇舌草、半支蓮、山慈菇、蒲公英。
5. 軟堅散結之品如夏枯草、生牡蠣、海藻、昆布、瓜蒌、半夏、浙貝母，理氣常用青皮、佛手、柴胡、香附等。亦常加入藤類、蟲類藥物，以除乳絡中之痰瘀。

## 肺癌

---

### 一、西醫治療

- ◇ Symptoms : related to the cell type, location of the tumor, or rapidity of metastases
  - ◇ Cough, hemoptysis, hoarseness, wheezing, dyspnea, sputum production, chest pain, fever, weight loss; complication as SVC syndrome, Horner's syndrome, lymphadenopathy
  - ◇ Paraneoplastic syndrome: SIADH, Cushing syndrome, Eaton-Lambert syndrome (small cell carcinoma); hypercalcemia (epidermoid carcinoma); Gynecomastia ( large cell carcinoma)
- ◇ Classification of malignant epithelial lung tumors:
  - ◇ Squamous cell carcinoma (epidermoid carcinoma)
  - ◇ Small cell carcinoma ( oat cell carcinoma)
  - ◇ Adenocarcinoma (bronchioalveolar carcinoma)
  - ◇ Large cell carcinoma (giant cell or clear cell carcinoma)
  - ◇ Adenosquamous carcinoma
  - ◇ Carcinoid tumor
  - ◇ Bronchial gland carcinoma (adenoid cystic carcinoma; mucoepidermoid carcinoma)
- ◇ Diagnosis
  - ◇ CXR:
    - ✓ Central lesion: squamous cell carcinoma or small cell carcinoma
    - ✓ Peripheral lesion: adenocarcinoma, bronchioloalveolar carcinoma, large cell carcinoma
    - ✓ Cavitation: squamous cell carcinoma, large cell carcinoma
    - ✓ Early mediastinal, hilar involvement : small cell carcinoma

✧ Staging

**Staging Classifications for Lung Cancer**

<i>Stage</i>	<i>Description</i>
<b>Non-small cell carcinoma (TNM staging system)</b>	
Local	
IA (T1N0M0)	T1: 3 cm or less in diameter; surrounded by lung or pleura; does not invade main bronchus
IB (T2N0M0)	T2: more than 3 cm in diameter; may invade pleura; may extend into main bronchus but remains 2 cm or more distal to carina; may cause segmental atelectasis or pneumonitis
IIA (T1N1M0)	N1: involvement of ipsilateral peribronchial or hilar nodes and intrapulmonary nodes
Locally advanced	
IIIB (T2N1M0 and T3N0M0)	T3: invasion of chest wall, diaphragm, pleura, or pericardium; main bronchus less than 2 cm distal to carina; atelectasis of entire lung
IIIA (T1N2M0, T2N2M0, T3N1M0, and T3N2M0)	N2: involvement of ipsilateral mediastinal or subcarinal nodes
IIIB (T1-4N3M0)	N3: involvement of contralateral nodes or any supraclavicular nodes
Advanced	
IIIB (T4N1-3M0)	T4: invasion of mediastinum, heart, great vessels, trachea, esophagus, vertebral body, or carina; separate tumor nodules; malignant pleural effusion
IV (T1-4N1-3M1)	Distant metastasis
<b>Small cell carcinoma</b>	
Limited	Disease confined to the ipsilateral hemithorax
Extensive	Disease with metastasis beyond the ipsilateral hemithorax

*TNM = tumor-nodes-metastasis.  
Adapted with permission from Spira A, Ettinger DS. Multidisciplinary management of lung cancer. N Engl J Med 2004;350:382.*



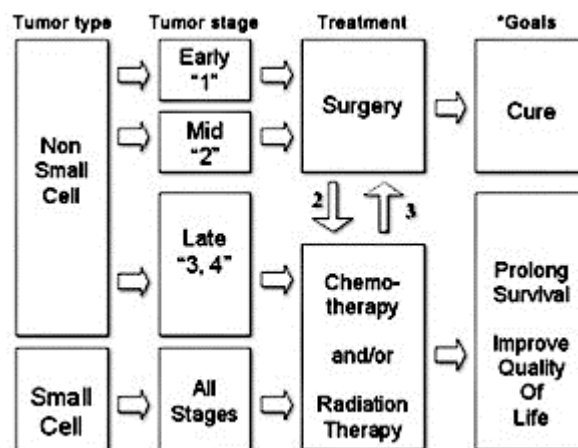
✧ Treatment

- ✧ According to cell type, staging of disease (TMN system), premorbid condition, performance status (ECOG), and underlying lung function.

**Treatment of Lung Cancer According to Stage**

<u>Stage</u>	<u>Primary treatment</u>	<u>Adjuvant therapy</u>	<u>Five-year survival rate (%)</u>
<b>Non-small cell carcinoma</b>			
I	Resection	Chemotherapy	60 to 70
II	Resection	Chemotherapy with or without radiotherapy	40 to 50
IIIA (resectable)	Resection with or without preoperative chemotherapy	Chemotherapy with or without radiotherapy	15 to 30
IIIA (unresectable) or IIIB (involvement of contralateral or supraclavicular lymph nodes)	Chemotherapy with concurrent or subsequent radiotherapy	None	10 to 20
IIIB (pleural effusion) or IV	Chemotherapy or resection of primary brain metastasis and primary T1 tumor	None	10 to 15 (two-year survival)
<b>Small cell carcinoma</b>			
Limited disease	Chemotherapy with concurrent radiotherapy	None	15 to 25
Extensive disease	Chemotherapy	None	< 5

*Adapted with permission from Spira A, Ettinger DS. Multidisciplinary management of lung cancer. N Engl J Med 2004;350:388.*



### Drugs used in the treatment of small cell and non-small cell lung cancer.

<i>Drug</i>	<i>Usual duration and schedule for intravenous infusion.</i>	<i>Commonest adverse effects</i>
Carboplatin	1 hour every 21 days	Thrombocytopenia, neutropenia, anaemia
Cisplatin	1-2 hours every 21 days	Nausea, vomiting, renal impairment, anaemia, neuropathy, tinnitus, hearing loss
Docetaxel	1 hour every 21 days	Neutropenia, fluid retention, neuropathy, alopecia
Etoposide	1 hour daily for 3 days every 21 days	Neutropenia, alopecia
Gemcitabine	30 minutes every 7 days	Thrombocytopenia, lethargy
Paclitaxel	3 hours every 21 days	Neutropenia, neuropathy, allergic reactions, alopecia
Vinorelbine	5-10 minutes every 7 days	Neutropenia, neuropathy, pain during infusion, erythema at infusion site.

### Commonly used combinations for treating non-small cell lung cancer

Cisplatin + gemcitabine

Cisplatin + vinorelbine

Cisplatin + docetaxel

Carboplatin + paclitaxel

Carboplatin + gemcitabine.

## 二、中醫病名

肺癌根據臨床中的各種不同表現，於中醫可歸屬於“息賁”、“肺壅”、“息積”、“肺積”、“肺咳”、“肺痿”、“胸中氣滿”、“積聚癥瘕”、“痞癖”、“咳嗽”、“咯血”、“胸痛”等範疇。

## 三、中醫病因

肺、脾、腎三臟虛損為內因，是患肺癌的主要基礎，邪毒是重要的致病條件，如長期吸煙，工業廢氣，礦石粉塵，放射性物質等等，均可使肺氣肅降失司，鬱滯不宣，進而血瘀不行，毒瘀互結而形成癌瘤。

## 四、中醫病機

正虛邪實是肺癌的基本病機。正虛不僅是指正氣虧虛，還包括臟腑功能減退，氣血陰陽失調，機體抗病能力降低等內環境失衡；邪實，是指各種致病因素導致機體臟腑，陰陽氣血功能障礙，引起氣滯、血瘀、痰凝、毒聚等相互交結，這些既是致病因素，又是病理產。正虛是肺癌發生的基礎，也是肺癌復發、轉移的關鍵，痰瘀毒結是肺癌的主要病理表現，故以

扶正、祛痰、化瘀、解毒是肺癌的主要治法。

五、 辨證論治：

證型	治則	方藥
氣血瘀滯	活血散瘀、行氣化滯	桃紅四物湯、血府逐瘀湯丸等
痰濕蘊肺	行氣祛痰、健脾燥濕	二陳湯合瓜蒌薤白半夏湯、滌痰湯等
陰虛毒熱	養陰清熱、解毒散結	沙參麥冬湯合五味消毒飲、生脈散等
氣陰兩虛	益氣養陰	人參養榮湯、參耆麥味地黃湯、生脈飲等
抗癌中藥		
清熱解毒類	魚腥草、白花蛇舌草、大青葉、蚤休、山豆根、蒲公英、野菊花等	
化痰散結類	夏枯草、山慈菇、土貝母、土茯苓、黃藥子、瓜蒌、貝母、南星、半夏、杏仁、百部、馬兜鈴、守宮、乾蟾皮等	
活血止血類	乳香、沒藥!桃仁、地榆、大黃、穿山甲、三棱、莪朮、澤蘭、水紅花子、威靈仙、紫草、延胡索、郁金、蘇木、徐長卿、三七等"	
攻逐水飲類	葶藶子、大戟、芫花、商陸、車前子、豬苓、澤瀉等	

六、 治療原則及方藥：

✚ 吳宜鴻醫師

- ◇ 歸納為內虛、熱毒、痰凝（兼氣滯血瘀）。內虛為陰陽失衡，氣虛津虧。
  - ✓ 張景岳：脾腎不足失調多有積聚
  - ✓ 脾為生痰之源，肺為貯痰之器
  - ✓ 腎不納氣，肺腎兩虛，木火刑金
  - ✓ “瘡瘍者，火之屬也”：火毒內蘊為重要的病因病機（治以清肺消腫）
  - ✓ 朱丹溪：痰之為物，隨氣升降，無處不到
  - ✓ 癌瘤者，非陰陽正氣所結腫，乃五臟瘀血濁氣痰滯而成
  - ✓ 徐振暉：重苔舌論治肺癌。苔淨舌紅必用養陰法（沙參麥冬湯）。舌質淡肺有齒印必補益肺氣。
- ◇ 治療惡性腫瘤的關鍵在於恰當適時地調整陰陽變化。
  - ✓ 陰虛內熱、脾肺氣虛、肺腎陽虛、精氣虧虛（化療後神疲乏力，腰膝酸軟）
  - ✓ 氣虛痰濕、氣陰兩虛、陰陽兩虛、瘀血阻絡
- ◇ 陳銳深認為以正氣內虛、痰瘀互結為主要病機。諸虛之中，脾虛為

關鍵。

- ✓ 重視化痰散結忌大苦大寒
- ✓ 重視調理脾胃
- ✓ 重視扶正祛邪

◇ 施志明提出 TNM II 期（氣虛、氣陰兩虛、陰虛）

- ✓ 氣虛型以 II 期為多
- ✓ 氣陰兩虛以 III 期為多
- ✓ 陰虛及陰陽兩虛以 IV 期為多

◇ TNM 與證型

- ✓ 無證候型、氣滯血瘀、氣虛痰濕→I.II 期
- ✓ 肺腎兩虛、陰陽兩虛、瘀毒內阻→III.IV 期
- ✓ 肺虛痰熱→II~IV 期

◇ 病理及分型（尚無定論）

- ✓ 氣虛型：peripheral type 較早期表現
- ✓ 氣滯血瘀、陰虛內熱：中期（多為 II.III 期）
- ✓ 氣陰兩虛、脾虛痰濕：晚期
- ✓ Squamous cell carcinoma：以陰虛內熱為主
  - 氣滯血瘀多為肺癌早期(I)
  - 肺陰虧虛為肺癌中期(II)
  - 肺虛痰熱、脾腎兩虛(III.IV)
- ✓ Central type：肺虛痰熱、脾腎兩虛
- ✓ Peripheral type：氣滯血瘀、肺陰虧虛

◇ 指標

- ✓ CEA 以氣滯血瘀型最高
- ✓ OKT3, OKT4, OKT4/OKT8 比值低於正常
- ✓ OKT8 高於正常

◇ 治療藥物

- ✓ 清熱解毒，軟堅散結
  - 石見穿、石上柏、七葉一支花、蜂房、乾蟾皮、山豆根、苦參、夏枯草、海藻、生牡蠣、山慈菇、蚊六谷
- ✓ 理氣散結，活血消腫
  - 八月札、鬱金、莢朮、丹參、地鱉蟲、蜈蚣、制川烏、鬼箭羽
- ✓ 益氣健脾
  - 人參、黃耆、黨參、太子參、白朮、茯苓
- ✓ 養陰益精
  - 沙參、天麥冬、百合、生地、玄參、黃精、女貞子、山茱萸、靈芝、七葉膽

✓ 溫陽

仙茅、仙靈脾、補骨脂、骨碎補、肉蓯蓉、菟絲子、葫蘆巴

◇ 單味中藥可引發 apoptosis：阿膠、川芎、大黃、丹參、含薑黃素（薑黃、菖蒲、鬱金、莪朮）

◇ 可選用方劑

✓ 補益劑：四君子湯、六君子湯、生脈散、十全大補湯、補中益氣湯、金匱腎氣丸、六味地黃丸、知柏地黃丸、一貫煎、三甲復脈湯、二仙湯、補骨丸

✓ 理氣劑：旋覆代赭湯、橘皮竹茹湯

✓ 理血劑：血府逐瘀湯、補陽還五湯

✓ 祛痰劑：小陷胸湯、導痰湯、清金化痰丸、二冬二母湯

✓ 治燥劑：百合固金湯、沙參麥冬湯

✓ 清熱劑：左金丸、蒿芩清膽湯、竹葉石膏湯、犀角地黃丸、葶藶湯、青蒿鱉甲湯

✓ 祛濕劑：平胃散、葶藶大棗瀉肺湯、己椒藶黃丸、苓桂朮甘湯、海藻玉壺湯

◇ 常用方劑

✓ 陰虛內熱：百合固金湯

✓ 氣陰兩虛：生脈散、沙參麥冬湯

✓ 氣滯血瘀：血府逐瘀湯

✓ 脾虛痰濕：六君子湯

✓ 陰陽兩虛：金匱腎氣丸

◇ 經方之肺癌治療：小柴胡湯、黃耆建中湯、黃耆五物湯、桂枝湯、旋覆代赭湯、百合地黃丸、白虎湯、瀉心湯類、當歸四逆湯、四逆湯

✚ 魯兆麟教授

◇ 化療後白血球低下可用黃耆+女貞子。也可選用人參+枸杞。

◇ 化療後噁心嘔吐主要以和脾胃化濕濁為主，可選用小半夏湯、三仁湯、藿香正氣散、平胃散等。苡仁及莪朮都兼有顧護腸胃及抗腫瘤的功效。

## 放射治療副作用的中醫治療

### 一、 中醫病名

放射治療是現代醫學發展之後才有之醫療，對於其副作用於中醫典籍中並無適當病名，可依其出現之主要症狀來命名。

### 二、 中醫病因

放射治療在中醫多歸為外來火熱毒邪。

### 三、 中醫病機

火熱毒邪，易在治療局部產生熱象；熱邪易傷津耗氣，灼傷真陰，損傷脾胃運化，影響氣血生化，造成全身之虛象。病變部位依其治療部位不同而有所不同，大體而言多為本虛標實之證。

### 四、 辨證要點

- ◇ 依其治療部位不同，出現的症候不同，而有不同的定位。
- ◇ 其副作用可因發生之時間快慢分為急性、慢性副作用，急性副作用多在放射治療開始後第1到90天，主要是因為發炎反應所造成。慢性副作用是在開始治療90天後產生的副作用，如組織纖維化，對治療反應不佳。中醫藥應用，在治療預防急性期的黏膜損傷，和改善骨髓抑制都有一定的效果。

### 五、 治療原則及方藥：

	治則	方藥
嘔吐、噁逆		
胃氣上逆	和胃降逆	橘皮竹茹湯、旋覆代赭湯
脾氣虛	健脾益氣	香砂六君子
脾虛痰阻	健脾化痰	二陳湯、溫膽湯
餘熱未清， 氣津兩傷	清熱生津，益氣和胃	竹葉石膏湯
放射性直腸炎		
大腸濕熱	清熱止利	葛根芩連湯、白頭翁湯
便秘		
燥熱津傷	潤腸瀉熱、行氣通便	麻子仁丸、增液承氣湯
咽痛、吞嚥困難		
上焦熱盛	清熱解毒	清咽利膈湯
陰虛火旺	滋陰清熱	甘露飲

全身症候		
氣血兩虛	氣血雙補	十全大補湯、聖愈湯
肝腎兩虛	滋補肝腎	六味地黃丸
血瘀	活血化瘀	桃紅四物湯

- ◇ 放療所造成的局部熱象，傷津耗氣，灼傷真陰，主要是初起造成皮膚或黏膜下層的血管破裂被激活，產生內皮細胞及白血球互動，引發一連續發炎現象，所以中藥清熱解毒等中藥可以減緩放療之“熱毒”副作用，故初起以“黃連解毒湯”漱口，“清咽利膈湯”內服，但出現陰虛火旺時以內服“甘露飲”為主，到了治療結束後出現餘熱未清，氣津兩傷則以“竹葉石膏湯”清熱生津，益氣和胃。

## 化學治療副作用的中醫治療

### 一、 中醫病名

化學治療為現代醫學發展之後才有之醫療，對於其副作用於中醫典籍中並無適當病名，可依其出現之主要症狀來命名。

### 二、 中醫病因：

化學藥劑屬中醫藥毒之邪

### 三、 中醫病機

癌症病人多半為正虛邪實，化學治療後，藥物毒邪侵犯人體，更加損傷人體正氣，毒邪內蘊而致氣血不和、瘀熱壅盛，致使氣血損傷，脾胃失調，肝腎虧損，故化學治療副作用多以虛證為主。

### 四、 辨證要點

依照不同的藥物引起的主要副作用不同，而有不同的症狀表現，臨床宜依症狀辨證論治，隨證治之。

### 五、 治療原則及方藥

治療大體以培正固本為主，酌以清熱解毒、活血化瘀、理氣通絡療法為主要治療。

	治則	方藥
消化道反應		
胃氣上逆	和胃降逆	橘皮竹茹湯、旋覆代赭湯
脾氣虛	健脾益氣	香砂六君子、參苓白朮散
脾虛痰阻	健脾化痰	二陳湯、溫膽湯
餘熱未清， 氣津兩傷	清熱生津，益氣和胃	竹葉石膏湯
胃陰不足	滋養胃陰	益胃湯
全身症候		
氣血兩虛	氣血雙補	十全大補湯、聖愈湯
脾腎兩虛	健脾補腎	四君子湯合大補元煎
肝腎兩虛	滋補肝腎	六味地黃丸
氣陰兩虛	益氣養陰	生脈散
血瘀	活血化瘀	桃紅四物湯



- ◇ 化療中產生的噁心、嘔吐以脾虛胃逆為治療方向，方劑以《金匱要略》小半夏湯及香砂六君子湯為主，骨髓抑制方面則以氣血兩虛為治療方向，方劑以當歸補血湯、人參養榮湯為主。

## 僵直性脊椎炎

---

### 一、前言：

目前中醫合併內治及外治法對於僵直性脊椎炎患者的治療特點為：

1. 急性疼痛期，可藉由針灸治療來達到疼痛緩解的目的。
2. 中藥內服及藥浴是以中藥「清熱解毒」藥為主，這些藥物在已知的研究中，知道有經由人體內細胞激素(Cytokine)的調節來達到抗炎(Anti-inflammation)及免疫調節的作用，此種治療不但可有效控制血清性關節炎的急性發作，對於血清性關節炎的反覆發作亦有緩解作用，臨床上已有許多相關研究文獻報導。

### 二、何謂僵直性脊椎炎：

僵直性脊椎炎是脊椎的慢性、進行性炎症，侵及薦腸關節、關節突、附近韌帶和近軀幹的大關節，最終導致脊椎的纖維性和骨性僵直畸形。本病時發時止，病程可長達數十年。西醫學認為本病屬於結締組織的血清陰性病變，過去認為它是中樞型的類風濕關節炎，目前認為它與中樞型的關節炎不同，是一種獨立的疾病，但兩者可以並存。本病基本病理是一種原發的、慢性的、血管翳破壞性的炎症，骨化是結締組織膠原纖維化的一種繼發的修復過程。關節面軟骨破壞融化後，軟骨下骨質增生，關節間隙消失，成為骨性強直。

本病目前病因不清，病殘率高，但尚無有效的控制方法。中醫的文獻中沒有僵直性脊椎炎這種病名。但有類似的記載，如《靈樞·寒熱病》記載有「骨痺，舉節不用而痛，汗注。煩心」。《素問·長刺節論》又說：「病在骨，骨重不可舉，骨髓痠痛，寒氣至，名曰骨痺。」由此可見，本病屬「骨痺」範疇。雖然病因尚未查出，但很多學者認為在中醫學上本病屬於「痺證」範疇，稱為「著痺」、「骨痺」、「筋痺」的病變均涉及本病，治療的基本原則是活絡止痛，舒筋骨，利關節。

### 三、診斷要點：

- ◇ 依據 MODIFIED NEW YORK CRITERIA 1984:
- ✓ Low back pain at least 3 months' duration improved by exercise and not relieved by rest
  - ✓ Limitation of motion of lumbar spine in sagittal and frontal planes

- ✓ Chest expansion decreased relative to normal values for age and sex
- ✓ Bilateral sacroillitis grade 2 to 4
- ◇ Unilateral sacroillitis grade 3 to 4
- ◇ Definite ankylosing spondylitis:  
Unilateral grade 3 to 4 or bilateral 2 to 4 sacroillitis and at least one of the 3 clinical criteria

四、痺症辨証論治：

證型	症狀	治則	方藥	加減
肝腎虧虛	脊椎僵硬疼痛，綿綿不休，運動受限，腰背部肌肉緊張、痠痛，不能久立久坐，腰膝痠軟，頭暈耳鳴，口乾口舌。舌偏紅或邊尖紅。苔薄白或薄黃，脈弦細數。檢查時可見脊椎有壓痛，脊椎關節僵直，彎腰活動受限，腰背部肌肉緊張僵硬。血液沉降加快，HLA-27 的陽性率很高。X 光片可見類風濕性關節炎的改變。	補腎益精，養肝柔筋	三痺湯加減治之，以獨活、秦艽、防風、當歸、白芍、川芎、杜仲、牛膝、黨參、茯苓、續斷、絡石藤、薑黃、海桐皮各三錢，黃耆五錢，細辛一錢。	伸曲不利者，加伸筋草、絡石藤以舒筋通絡。腰背痛甚者，加制乳香、制沒藥、木香、薑黃、海桐皮以活血止痛。
氣血虛弱	腰背僵硬疼痛，胸廓擴張受限，倦怠乏力，腰膝痠痛，心悸氣短，自汗，納差，消瘦，面色少華或萎黃。舌淡，苔薄白，脈細。檢查可見腰背部肌肉僵硬，測量胸廓呼吸差明顯減少。血紅蛋白降低，紅細胞計數減少，血液沉降加快，HLA-27 可為陽性。X 光片可見類風濕性關節炎的改變。本證多見於該病之中晚期。	益氣養血，舒筋活絡	蠲痺湯加減治之。川獨活、羌活、桂枝、秦艽、當歸、川芎、木香、稀簽草各三錢，桑枝一兩，乳香二錢，炙甘草一錢五分。	濕盛者，加稀簽草、千年健以祛濕 寒甚，加桂枝、制附子以溫經。
瘀阻筋骨	腰背及髖部疼痛，僵硬如板樣，甚者不能平臥，夜間痛甚，心悸氣短，面色黯滯。舌質紫暗或瘀斑，舌下靜脈粗長，苔白潤，脈沈細或弦細。檢查可見脊椎如板狀，完全不能彎腰或側彎，面色暗淡，高度貧血。血液沉降加快，X 光表現脊椎各椎間關節骨性強直，形似“竹節”樣改	化瘀通絡，養血活血	通絡威靈散治之。威靈仙、當歸、土鱉蟲、血竭、透骨草、防風各三錢。生黃耆、太子參各四錢，川烏、杜仲、川續斷、桑寄生、赤芍、桃仁、紅花各二錢	心悸氣短者，加生黃耆、太子參以益氣養心 寒甚者，加制附子、川烏以散寒溫經 痛劇者，加蜈蚣或全蠍以搜絡

	變。本證多見於該病之晚期。	血 行 氣		止痛 腰腿痛者，加杜仲、川續斷、桑寄生以壯腰健腎 瘀阻過甚者，加赤芍、桃仁、紅花以活血行瘀。
寒 凝 督 脈	腰脊僵硬冷痛，頸項僵硬，遇寒則甚，遇熱則舒，畏寒肢冷，步履艱難，彎腰駝背。舌質淡紅，苔白厚，脈沈弦或弦緊。檢查可見脊椎已嚴重變形，呈彎腰駝背畸形，行動困難，肺活量很小。本證多見於該病之晚期。	扶 陽 溫 督 ， 祛 寒 通 絡	溫陽宣痺湯治之。以黃耆五錢，全當歸四錢，桂枝、白芍、木通、附片、白朮、木防己、秦艽各三錢，炙甘草二錢，北細辛一錢，煨薑二片，大棗六枚	痛甚者，去木通、炙甘草、煨薑、白芍，加薑黃、海桐皮、製乳香、製沒藥以活血止痛 寒甚者，加制草烏、制川烏以散寒。

#### 五、 住院條件：

- 1.已診斷為僵直性脊椎炎(Ankylosing spondylitis)或疑似僵直性脊椎炎需進一步診斷且患者併發急性腰背疼痛致行動難者。
- 2.僵直性脊椎炎患者臨床西醫療效不佳，疼痛症狀持續，且ESR大於正常值者。

#### 六、 住院流程：

##### Clinical Paths for Ankylosing Spondylitis

##### ◇ Practice Guidelines：

Acute onset → ER or OPD → Admission → Discharge → OPD → Recovery.

##### ◇ Approach to the Diagnosis and Management：

##### ◇ Diagnosis (Assessment)：

PE(Physical Examination) Day1

Check X-ray(Pelvis and Spine, AP&Lat) Day1

Check blood HLA-B27 Day1

BUS Routines and Biochemistry exam Day1.PRN

##### ◇ Management (包括 Treatments)：

1.Medications(內科處置) Day1~Day5 Qid or Q6h

2.Acupuncture(針灸處置)Day1~Day5 Bid & PRN

3.Massage and Manipulations(傷科處置) Day1~Day5 Qd & PRN

- 4.Steaming and Washing(薰洗或藥浴) Qd & PRN
- 5.Consultation(有合併症時) Day2.PRN
- 6.Nursing Care Day1-Day5
- 7.Education and training(衛教) Day1.PRN
- 8.Discharge planning Day3 之後
- 9.Progress Follow-up OPD 追蹤治療 1 wk~2 Months

七、 治療：

1.內科：

①針對本病，急性發作所產生的臨床症狀，以中醫「扶陽溫督，祛寒通絡」治療法，則給予飲片藥物治療內容如下：

全當歸 4 錢    赤芍 1.5 錢    桃仁 1 錢    雞血藤 3 錢  
 白朮 3 錢    制乳香 0.5 錢    制沒藥 0.5 錢    木通 3 錢  
 木防己 1.5 錢    秦艽 3 錢    防風 5 錢    桂枝 5 錢  
 制附子 2 錢    蜈蚣 1 錢    全蠍 1 錢    蒼朮 2 錢  
 細辛 1 錢    薑黃 1 錢    葛根 5 錢    麻黃 1 錢

以上藥物濃煎後每次服用 60ml BID

科學中藥：依疼痛部位分別給藥。內容如下：

i. 頸部：

僵硬	葛根湯	4g Tid or Qid
疼痛	當歸拈痛湯	4g Tid or Qid
疼痛加僵硬	當歸拈痛湯	2g Tid or Qid
	葛根湯	2g Tid or Qid

ii. 背部：

僵硬	葛根湯	2g Tid or Qid
	疏經活血湯	2g Tid or Qid
疼痛	當歸拈痛湯	2g Tid or Qid
	疏經活血湯	2g Tid or Qid
疼痛加僵硬	葛根湯	1g Tid or Qid
	當歸拈痛湯	1.5g Tid or Qid
	疏經活血湯	1.5g Tid or Qid

iii. 腰部：

僵硬	當歸拈痛湯	2g Tid or Qid
	獨活寄生湯	2g Tid or Qid
酸	獨活寄生湯	4g Tid or Qid
酸痛	獨活寄生湯	1.5g Tid or Qid
	當歸拈痛湯	1.5g Tid or Qid
	疏經活血湯	1.5g Tid or Qid

iv. Hip joint :

當歸拈痛湯	2g Tid or Qid
疏經活血湯	2g Tid or Qid

v. 單位藥常用藥：

桂枝、薑黃、地骨皮、丹參 0.3-0.5g

②藥浴：以中藥煮過之湯浴會患者全身浸泡，每日 30 分鐘，  
BID, 藥物內容如下：

川烏 3.5 兩 草烏 3.5 兩 細辛 3.5 兩 桂枝 3.5 兩

薑黃 3.5 兩 海桐皮 3.5 兩

濃縮液 500ml 稀釋, 水溫 42°C

2. 針灸：

①以針刺治療為主內容包括：腎俞、大腸俞、關元俞、小腸俞、命門、足三里、曲池，留針 20 分鐘，每日治療二次。

②蟒針沿夾脊穴透刺，留針 20 分鐘，每日治療一次。

依病變部位治療穴位如下：

i. 頭頸部：

第一組：後谿，養老，完骨，百會，阿是穴

第二組：風池，翳風，肩井，率谷，內關，華佗夾脊，阿是穴，  
大杼，大椎

ii. 腰薦部：

第一組：太沖，崑崙，腰腿點，養老

第二組：腎俞，大腸俞，小腸俞，膀胱俞，八髎，環跳，居髎，  
風市，華佗夾脊，阿是穴

第三組：命門，三陰交，絕骨，足三里，陽陵泉，腎關

iii. 火罐及艾灸：在脊椎兩旁及脊椎上作拔罐及灸療

3. 傷科：

◎治療項目：

(1) 輔助儀器：IR、薰洗機。

(2) 傷科理筋手法：

※手法：用滾法、按揉法、屈伸關節法、拔伸牽引及被動運動等。

※部位：脊椎部、背部、雙側薦腸關節部、臀部及下肢後部、踝部為主，與四肢關節及肌肉等可能侵犯的部位。

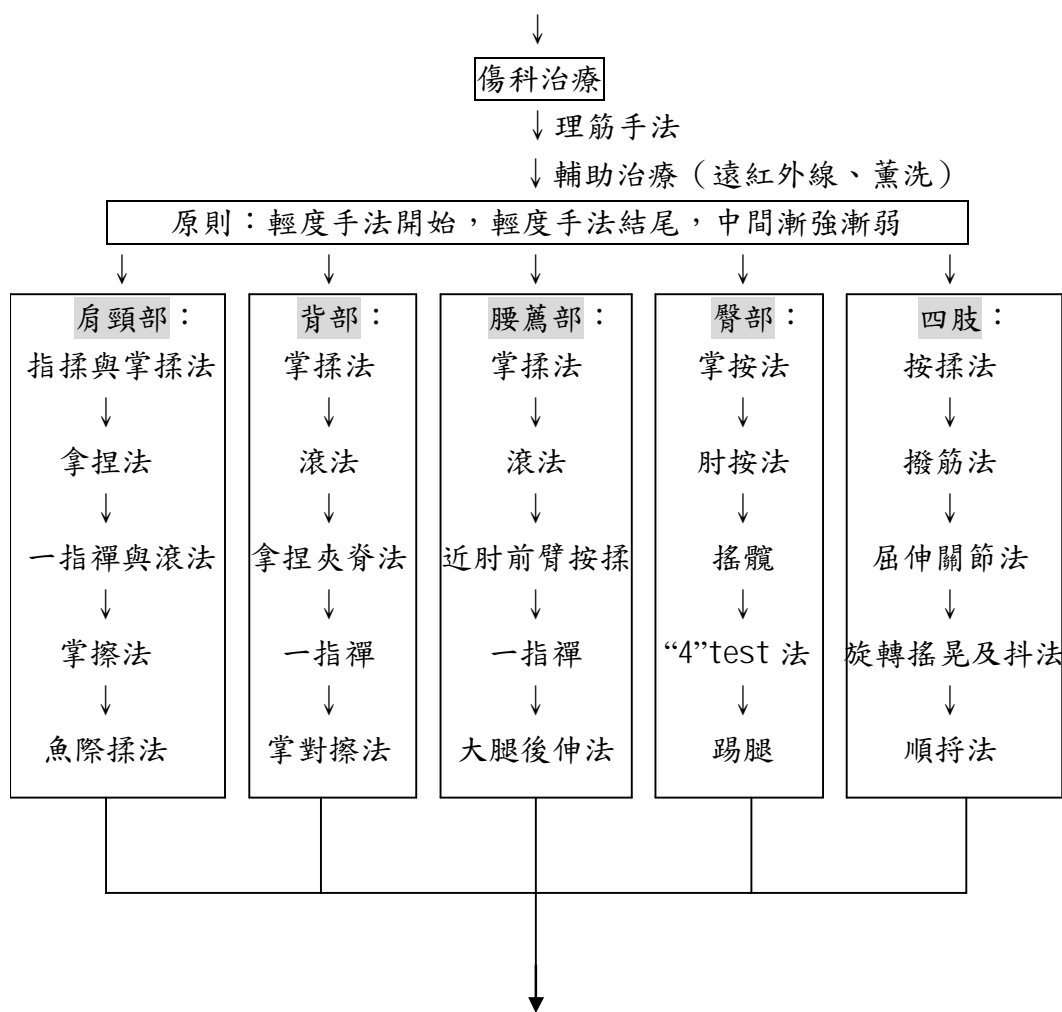
※操作：採俯臥姿勢，胸部墊軟枕頭，醫者立於旁。

膀胱經→督脈→薦腸關節→臀部→大腿後側、膝脛窩、小腿、踝部

(3) 外敷藥：

如意金黃散、紫雲膏、金創膏、生春堂寧痛膏、得生滅痛膏。

(4) 包紮或膠布固定。



#### 4.護理：

##### 護理處置

- 一、痺症肢體關節疼痛，可配合針灸、熱敷、薰洗、電療、外敷法等治療。

病證	中醫治療方式
風寒濕痺	用艾灸、隔姜灸、拔火罐並用食鹽 500 公克，大蔥數段熱火布包熨患處，以祛寒止痛。亦可用外用藥膏貼麝香虎骨膏、汾酒按摩。
熱痺紅腫熱痛	用金黃膏外敷，也可用牛膝、黃芩煎水，稍冷後外洗患部，有清熱解毒效果。
針刺療法	痛痺：加刺腎俞、關元以振陽氣，趨散寒邪。
藥浴、薰洗治療	水中加入中草藥液，利用水的溫熱作用及物理作用，洗浴全身或局部，達到治療疾病的目的。（每天浸泡 30 分鐘，水溫 26℃）中草藥成分：川烏 50g、草烏 50g、細辛 50g、桂枝 50g、薑黃 50g、海桐皮 50g

推拿按摩併行復健運動	每天執行簡易復健運動保持關節功能，避免關節僵硬，功能減退，造成肌肉萎縮及關節功能障礙，以防久痺成萎。
------------	--

## 二·口服中藥處方籤：A S11 20味

藥物	性味	功用
1.麻黃	辛、苦、溫	發汗解表、止咳平喘、利水消腫、溫散寒邪
2.蒼朮	辛、苦、溫	燥溫健脾、發汗祛風濕、明目
3.薑黃	辛、苦、溫	破血行氣、通經止痛
4.蜈蚣	辛、溫、有毒	息風止癱、解毒散結、通絡止痛
5.附子	辛、熱、有毒	回陽救逆、溫經散寒、補火助陽
6.秦艽	辛、苦、微寒	祛風濕、舒經絡、清虛熱
7.木通	苦、寒	利水通淋、通乳、瀉心火、通血脈
8.沒藥	苦、平	活血止痛、消腫止痛
9.桃仁	苦、平	活血祛瘀、潤腸通便
10.乳香	辛、苦、溫	活血止痛、消腫生肌
11.全蠍	辛、平、有毒	息風止癱、解毒散結、通絡止痛
12.赤芍	苦、微寒	清熱涼血、祛瘀止痛
13.防己	苦、辛、寒	祛風寒、止痛、利水
14.桂枝	甘、辛、溫	發汗解肌、溫經通陽
15.細辛	辛、溫	散風祛寒、溫肺化飲、祛風止痛
16.防風	甘、辛、微溫	祛風解表、勝濕止痛
17.白朮	甘、苦、溫	補氣健脾、止汗安胎
18.當歸	甘、辛、溫	補血、潤腸、活血、止痛
19.雞血藤	微甘、苦、溫	行血補血、舒筋活絡
20.葛根	甘、辛、涼	發表解肌、解熱生津、透發麻疹、升陽止瀉

## 三·注意事項：

- ❶ 在應用祛風利濕藥或使用抗風濕藥物（如柳枝、西河柳以及水楊酸製劑）應觀察藥物引起的噁心、嘔吐、胃痛、厭食、胃出血等），故應囑病患飯後服用，必要時與白發粉、牛奶等一起服用，可減輕胃部症狀，水楊酸類還可引起耳鳴、頭痛、頭暈、呼吸過度及精神症狀，偶有過敏性皮炎等副作用，發現時應立即通知醫師處理。
- ❷ 若臨床運用毒性較大的生川、草烏等藥物時須先煮二小時，病患服藥後多加觀察有無毒性反應，如發現病患有唇舌發麻、頭暈心悸、脈遲、呼吸困難、血壓下降等症狀，則為中毒表現，應立即停藥，及時進行搶救。
- ❸ 口服中藥與西藥需間隔一小時，並用溫開水服用。

#### 四·施護

1. 病之初起，疼痛劇烈，關節腫脹明顯或兼發熱者，應臥床休息。將痛肢用被褥等墊起，採取舒適體位，以減疼痛，但需時時變換體位，以免局部皮膚受壓，日久且可造成肌肉廢用性萎縮及關節功能不良。
2. 病情穩定，疼痛減輕後，可增加活動，由少而多，由弱而強，循序漸進，以加強體質，恢復關節功能。
3. 痛痺病人忌食生冷，宜羊肉等溫性食物。
4. 痛痺病人尤應特別注意保暖，可在疼痛處加用護套，陰雨寒濕天氣，慎勿外出活動，天晴時可多曬太陽。
5. 局部痛重者，可用下列方法緩痛：
  - ① 坎離砂醋調敷患處。
  - ② 食鹽一斤，大蔥數段，炒熱後布包熨患處。上述兩法不適用於熱痺。
  - ③ 油松節、牛膝、黃芩水煎，稍冷後外洗患處，此法可用於熱痺。
  - ④ 針灸：取穴（上肢：肩髃、曲池、尺澤、合谷、外關等。下肢：環跳、足三里、陽陵泉、三陰交、膝眼、委中、風市等，中等刺激，寒重可加灸。
6. 必須使用阿斯匹林類或激素類治療的病人應注意觀察是否出現藥物反應。
7. 注意觀察有無心悸、發熱、皮疹等併發症,及時反映情況。

#### 五·中醫痺證（僵直性脊椎炎）疾病護理措施

項次	項目	疾病護理措施
一	飲食護理	痺證病患的飲食應為高熱量、高蛋白、易消化並含豐富維生素的食物。
	風寒濕痺	⇒以熱性食物為主，可於食物中加適量薑、辣、茴香、桂皮類調料以助驅散風寒濕邪，禁生冷，忌食肥厚、膩食品。酒類如五加膠（五加皮、糯米、酒曲發酵成酒釀）、薏苡仁膠（生薏苡仁、糯米、酒曲發酵成酒釀），其他如虎骨、豹骨、木瓜浸酒後食用，對治療風寒濕痺亦有良好的作用。
	熱痺	⇒宜食清淡、易消化的飲食，不宜用酒、膠等做食料，忌食辛辣、醇酒、肥甘食品，多飲清涼飲料，多食水果以生津止渴。
二	給藥護理	
	行痺	⇒常以防風湯加減以疏風通絡、散寒除濕。中藥煎劑宜熱服，以黃酒為引，服藥後以熱粥熱飲輔助藥力。
	痛痺	⇒常以烏頭湯加減以散寒止痛、祛風除濕。中藥煎劑宜溫



	<p>著痺</p> <p>熱痺</p>	<p>服，服藥後飲熱粥以助藥力。</p> <p>⇒常以薏苡仁湯加減以除濕通絡，祛風散寒。煎劑宜溫服，後食苡米粥，以除濕和胃。</p> <p>⇒常用白虎湯與桂枝湯加減以清熱通絡，疏風勝濕。</p>
--	---------------------	---

#### ◇ 出院養生護理指導

1. 住室宜通風乾燥，冬春季節宜注意防寒防濕，切記勿吹風受寒或淋雨受濕。尤其關節部位要注意局部保暖，使用護套保護。夏季切記貪涼，穿長袖長褲睡覺，不宜用竹蓆、竹床，避免游泳。
2. 久痺證虛患者應注意生活起居規律，心情舒暢，適當控制勞動量，勞逸結合。
3. 飲食宜高熱量、高蛋白、易消化並含豐富維生素食物為主，以扶正固本，促進健康。
4. 維持正常身體姿勢，避免長時間同一姿勢。
5. 每日可根據身體狀況進行適當醫療體育活動如太極拳、易筋經、八段錦、使關節、筋脈疏利，氣血通暢。
6. 避免太激烈運動，如舉重、足球、橄欖球等。
7. 慎防外傷，開車一定繫安全帶，以避免脊椎受創，避免騎乘機車。
8. 多喝水避免尿路感染及多吃水果蔬菜防止便秘。
9. 執行簡易復健運動，以改善關節活動度。

#### 八、門診追蹤：

Progress follow up in the OPD for one week to two months

#### 九、臨床療效評估：

1. 病人自我評估：評估疼痛程度，晨間僵硬程度之人 0-100 分量表。
2. 醫師臨床評估：評估腰椎彎曲試驗(Schober test)，關節疼痛程度及數目(joints count)，接骨點病變量表(Enthesitis score)及指尖離地(finger to floor test)試驗，胸圍活動度試驗(Chest expansion test), Occipital to wall test
3. 實驗室評估：檢測血液常規(CBC)、尿液常規(U/A)、紅血球沉降速率(ESR)、反應球蛋白(CRP)、免疫球蛋白(IgG.A.M.)及肝腎功能(GPT,Cr)。

### 摘要

頭頸部腫瘤是國人常見的癌症之一，其中鼻咽癌更是台灣特有的疾病。由於放射線療法為目前的標準治療之一，面對該療法產生之諸多副作用，特別是口腔毒性(orotoxicity)，不僅危害生活品質，甚至降低腫瘤控制率與存活率。估計所有接受放射線照射口腔的患者，皆會產生程度不等的放射性口炎症狀，而此為中醫藥可以介入的病症。古代文獻對於放射性口炎約與「噤痛」、「痞塞」、「口疳」、「口瘡」、「舌疔」等相類似。臨床表現上，包括感染、疼痛、口乾、吞嚥困難等，依據世界衛生組織的定義，分為五個等級。中醫認為頭頸部腫瘤與上焦熱毒熾盛、痰濕蘊結、氣血凝聚有關，而放射線療法則為外加之火邪熱毒。基礎醫學的研究發現，放射線在局部產生自由基、破壞表皮細胞，促使細胞凋亡並產生發炎因子訊號的傳遞與放大，破壞黏膜完整性，進一步造成感染、潰瘍，與疼痛。中醫的治療上需以養陰益氣扶正為主，活血化瘀、清熱解毒祛邪為輔，實證醫學證實有效的方法包括中藥複方口服與針灸。整體而言，中醫藥在治療放射性口炎有其一定的療效，我們希望可以設計更為嚴謹的隨機雙盲臨床對照實驗，探討中醫藥治療的臨床療效與機轉。

### 關鍵詞

頭頸部癌症、放射線療法、黏膜炎、中醫藥、實證醫學

### 前言

頭頸部癌症包括口腔癌與鼻咽癌，是國人常見的腫瘤，根據台灣癌症登記小組公布的 96 年度統計資料顯示，男性鼻咽癌年齡標準化發生率為 8.41 人/每十萬人口，女性則為 2.93 人/每十萬人口；而逐年增加的口腔、口咽及下咽癌的年齡標準化發生率，男性為 36.02 人/每十萬人口，女性為 3.19 人/每十萬人口<sup>[1]</sup>。由於此類腫瘤有對放射線反應佳的特性，因此放射線治療(或合併化學治療)是目前的標準療法之一。然而治療過程中，放射線對組織產生的傷害會增加患者的不適，不僅降低生活品質，一旦產生較嚴重的毒副作用，甚至需中斷治療，降低腫瘤控制率與存活率。根據國外統計<sup>[2]</sup>，放射線治療頭頸部癌症若延長 14 天，腫瘤局部控制率會下降 13~24%。是故控制其產生的毒副作用是醫護團隊須面對最緊要的問題。

### 中醫文獻相關名詞

古代對於頭頸部癌症的描述，既無特定命名，也無放射線療法，僅能從症狀來推斷，如局部腫脹疼痛相當於「噎腫」、「噎痛」、「咽腫」、「咽痛」，唾腺炎症歸屬「發頤」、「汗毒」，牙周病變則為「牙疔」、「牙宣」，功能障礙如吞嚥困難、噁心嘔吐、打嗝相當於「噎膈」、「痞塞」、「格證」、「惡心」、「嘔吐」、「噦」、「呃逆」，炎症潰瘍則是「口疳」、「口糜」、「口瘡」、「口瘍」，舌炎相當於「木舌(木舌脹、木舌風)」、「舌(卒)腫」、「舌疔(舌痛、舌上痛)」、「舌卷」、「黑舌」<sup>[3]</sup>。然而這些病名皆無針對性。

頭頸部癌症患者正虛與血瘀並存，上焦熱毒熾盛、痰濕蘊結、氣血凝聚，治療過程所外加的放射線屬於火熱毒邪，因此針對病機，須以養陰益氣扶正為主，而活血化瘀、清熱解毒祛邪為輔。

### 臨床症狀

患者接受放射線局部照射之後，經常在第2~3周時出現黏膜炎的症狀，最常見的症狀有粘膜充血、感染、口乾(唾腺分泌障礙)、味覺改變、吞嚥不利、發音困難、表皮或粘膜疼痛等，可進一步造成食慾變差、抑鬱、體重下降。其併發症包括須中斷療程等待損傷復原、需要使用鴉片類止痛劑、嚴重營養不良需要使用靜脈營養、發音困難造成溝通不良、降低腫瘤控制率、甚至增加全身感染與死亡風險<sup>[4][5]</sup>。

臨床症狀的嚴重度與患者接受的放射線劑量相關。10 Gy 就會造成暫時性唾腺分泌障礙，40~50 Gy 則可造成永久性唾腺功能喪失<sup>[6]</sup>；一般來說，總劑量小於 32 Gy 會引發較輕微的黏膜炎(少於一周)，而大於 39 Gy 則會導致較長期的黏膜炎(三周以上)<sup>[7]</sup>。若合併化學治療，症狀即更為惡化。放射線暴露範圍也有影響，如使用新型的強度調控放射線治療(intensity-modulated RT)可以減少症狀程度<sup>[6]</sup>。

症狀與治療的方式有關，就症狀發生的頻率來看，國外研究報告<sup>[8]</sup>指出的比率為：

- 一、10%的輔助性化療(adjunctive chemotherapy)患者；
- 二、40%的主要性化療(primary chemotherapy)患者；
- 三、80%的血液幹細胞移植或骨髓摧毀性前置治療患者(hematopoietic stem cell transplantation in which myeloablative conditioning regimens)；
- 四、100%頭頸部癌症接受放射線照射口腔局部的患者。

### 症狀嚴重度評估法

世界衛生組織發表的 Oral Toxicity Scale<sup>[9]</sup>，是根據病灶外觀、症狀、功能來界定嚴重度，從 grade 0-4 共分為五個等級，其中 grade 3-4 歸類為嚴重型 (severe mucositis)：

Grade	0	1	2	3	4
	None	Soreness ± erythema	Erythema, ulcers, and patient can swallow solid food	Ulcers with extensive erythema and patient cannot swallow solid food	Mucositis to the extent that alimentation is not possible

另外一個分級系統則為美國國家癌症中心(NCI)所規範<sup>[10]</sup>，根據臨床症狀與功能分成 grade 1-5 種等級：

Grade	1	2	3	4	5
Clinical exam	Erythema of the mucosa	Patchy ulcerations or pseudomembranes	Confluent ulcerations or pseudomembranes; bleeding with minor trauma	Tissue necrosis; significant spontaneous bleeding; life-threatening consequences	Death
Functional or symptomatic	Minimal symptoms, normal diet	Symptomatic but can eat and swallow modified diet	Symptomatic and unable to adequately aliment or hydrate orally	Symptoms associated with life-threatening consequences	Death

### 病理機轉基礎醫學觀點(Pathophysiology)

研究顯示，急性的放射性粘膜炎 (radiation mucositis) 是一個複雜的發炎反應，在患者感到疼痛前即開始進行，病理機轉分成五個時期<sup>[11][12]</sup>：

- 一、誘發期 (Initiation phase)：表皮基底細胞 (basal epithelial cells) 接受放射線 (或化學治療藥物) 之後，產生大量自由基，破壞細胞 DNA 造成細胞失能。雖然這時期的黏膜看起來依舊完整，但周圍黏膜下層血管開始被增加的氧化壓力破壞<sup>[13][14]</sup>。
- 二、訊號產生期 (Message generation phase)：上述反應啟動細胞凋亡，並 upregulate 轉錄因子 NF-κB 等<sup>[11][12]</sup>。

- 三、訊號傳遞與放大期(Signaling and amplification phase)：透過訊號傳遞與放大效應(signaling cascades)，製造許多發炎因子如 IL-1 $\beta$  或 TNF- $\alpha$  等，加強局部組織的破壞<sup>[11][12]</sup>。
- 四、潰瘍期(Ulceration phase)：細菌、病毒、真菌等微生物突破受損的黏膜防衛屏障，各種抗原刺激免疫系統進一步惡化發炎反應<sup>[11][12]</sup>，造成局部的疼痛、潰瘍症狀，患者在此時感受最大的痛苦。
- 五、癒合期(Healing phase)：表皮細胞進入潰瘍處，開始重新表皮化(re-epithelialization)，以建立黏膜的完整度<sup>[11][12]</sup>。

治療過程中引起的疼痛相當劇烈，經常需要麻醉性止痛劑，嚴重者甚至需要長效貼片與靜脈注射止痛劑始得緩解，且當病人感到疼痛，伴隨而來的便是進食困難、發音困難、口臭、體重下降，患者情緒低落、憂鬱、醫囑配合度降低，增加照護困難。

### 西醫治療

- 由於放射性口炎的特性，患者需要從生活習慣著手，配合藥物介入<sup>[15]</sup>：
- 一、生活習慣改變：嚴格保持口腔衛生，改變飲食習慣，刺激性大的食物，如烤、炸、辣、咖啡、酒精性食物等，或是較硬的食物如洋芋片都應避免，疼痛時可含冰塊減輕疼痛。
  - 二、外用凝膠：如含有抗菌劑、表面麻醉劑、表皮保護劑的凝膠可以減緩症狀，特別可以防止物理性傷害，如進食等。
  - 三、漱口水：應避免使用含酒精性的漱口水，可使用含有表面麻醉劑、抗炎劑、抗氧化劑、抗菌劑的複方漱口水，能幫助緩解症狀，特別是含有 benzydamine 者，證實可以減緩症狀，可能具預防性保護的作用。
  - 四、藥物介入
    - (一)、Amifostine：美國臨床腫瘤學會(ASCO)建議此藥物可用於減少因放射線治療造成的急性及延遲性的口乾症，卻無法預防；此外 amifostine 對於化療引起的黏膜炎療效不明確。
    - (二)、Sucralfate：雖然常用於預防性含漱，卻無證據顯示其可降低黏膜炎的嚴重度。
    - (三)、低能量氦氖雷射(Helium-neon laser therapy)：一個大型的雙盲研究顯示低能量氦氖雷射可以有效降低口咽癌、下咽癌患者因放射線治療造成的 grade 3 黏膜炎與劇痛，但因為治療機制未知、與原本放射線治療的干擾性未知、需求器材不易取得、亦未建立使用安全性與副作用，因此並未被廣泛使用。
    - (四)、硫酸鋅(Zinc sulfate)：口服硫酸鋅可用於預防與治療放射性口炎，但需要更多實驗來證實。
    - (五)、GM-CSF and G-CSF：無論經皮吸收或皮下注射，對於黏膜炎的療效尚有爭議。

(六)、角質細胞生成素(KGF, palifermin)：用來加速表皮癒合期，實驗證實可以減緩嚴重型黏膜炎的發生率與持續時間。

(七)、麩醯胺酸(Glutamine)：一些小型研究顯示口服或注射麩醯胺酸可能降低放射性口炎的嚴重度與持續時間，但仍需更大型的試驗以證實療效。

#### 相關實證研究文獻與臨床試驗

##### 一、中醫藥治療鼻咽癌的系統性文獻回顧分析與 meta-analysis<sup>[16]</sup>：

香港的 W.C. Cho 與 H.Y. Chen 對 1979~2007 年 12 月底所有針對鼻咽癌患者接受放射性治療後，同時接受中醫藥介入的文獻，進行療效的綜合評估。主要檢索的資料庫包括補充醫學資料庫 AMED(1985~2007 年 11 月)、護理與醫療相關文獻資料庫(CINAHL, 1982~2007 年 11 月)、Cochrane Library (1996~2007 年 11 月)、EMBASE (1980~2007 年 11 月)、MEDLINE (1966~2007 年 11 月)、Ovid EBM Review (1991~2007/11)、中國知網(CNKI, 1979~2007/6)，同時搜尋並人工檢閱這些中、英文論文。作者群篩選了隨機對照研究(治療組為傳統中醫療法加上西醫常規治療；對照組則為西醫常規治療)，並觀察了五種治療指標：存活率、腫瘤反應率、生活品質、降低治療毒副作用、增強免疫，以上所有觀察資訊皆由兩位獨立作者分別審閱，並藉由討論消除意見歧異。

從 178 篇隨機對照研究中，透過篩選，最後符合條件的論文共有 18 篇，從這些論文中，作者歸結了 16 種使用頻率較高的中藥：北沙參、麥冬、地黃、黃耆、玄參、忍冬、石斛、白芍、女貞子、甘草、桔萸、丹參、番紅花、川芎、當歸、白花蛇舌草，符合益氣養陰、清熱活血的治則。在「降低治療毒副作用」這個觀察指標入選的論文，有四篇試驗的結果認為中藥治療可以降低黏膜炎(WHO grade 2~4)的發生率，治療組：對照組=50%：72%，OR=0.38，95% CI 為[0.24, 0.59]， $p < 1.0E-4$ 。

第一篇論文<sup>[17]</sup>之治療組使用「養陰活血方」，其中分為放療期間使用的「養陰活血一號方」(天花粉 30 克、沙參 30 克、麥冬 30 克、玄參 15 克、西洋參 6 克、生黃耆 20 克、山豆根 10 克、崗梅根 25 克、白花蛇舌草 30 克、白茅根 30 克、金銀花 20 克、黃芩 10 克、丹參 25 克、紅花 10 克、赤芍 10 克、山楂 30 克、地龍 10 克)與放療結束後使用的「養陰活血二號方」(為養陰活血一號方加茯苓 15 克、白朮 10 克、淮山藥 30 克)。作者劉氏認為，治療上依照病機使用活血化瘀藥，雖有放射增敏作用，但大多藥性偏於溫熱，唯恐火上加油，因此應以養陰益氣為主，活血化瘀、清熱解毒祛邪為輔。

第二篇文氏<sup>[18]</sup>等人使用「滋腎活血方」，組成為生地 18 克、牡丹皮 10 克、山茱萸 10 克、茯苓 10 克、澤瀉 10 克、淮山 12 克、麥冬 10 克、玄參 10 克、女貞子 15 克、石斛 10 克、天花粉 15 克、枸杞 15 克、金銀花 15 克、連翹 20 克、白花蛇舌草 15 克(打碎煎)、石見穿 30 克、石上柏 20 克、地龍 12 克、田七粉 3 克(裝膠囊吞服)、穿山甲 12 克、法半夏 5 克、雞內金 10 克、甘草 5 克，

並註明「咽痛重者，加射干 10 克、山豆根 10 克」。相當於六味地黃湯合增液湯，並加入活血化癥類的中藥，推測滋陰益腎之品可增強細胞免疫功能，而活血化癥藥則改善微循環，增加放射線敏感性。

第三篇試驗<sup>[19]</sup>中，蘇氏等人使用「普濟煎液」，為古方普濟消毒飲的基礎上配合扶正中藥的加減方，清熱解毒、利咽喉，化痰散癥，益氣養陰，主要包含黃芩、板藍根、牛蒡子、射干、馬勃、陳皮、丹參、僵蠶、貓爪草、夏枯草、西洋參、北耆、女貞子、玄參、生地。

第四篇論文中，任氏等人以薏苡仁提取物「康萊特注射液」<sup>[20]</sup>進行研究，其對於放射性口炎的療效，治療組出現重度損傷的比例較少，與對照組差異有顯著性意義，但台灣目前並無此藥物供患者使用。

系統文獻回顧研究與 Meta-analysis 的結果顯示，中藥在鼻咽癌放化療的過程中，雖可以降低毒副作用，但並未說明中藥本身的安全性，需要數量更多、設計更嚴謹的實驗來證實；在實驗設計的品質上，多數論文使用的方藥較多，或包含台灣不常見的藥物與劑型，增加了研究的複雜度。

## 二、Interventions for preventing oral mucositis for patients with cancer receiving treatment (Review) The Cochrane Library 2009<sup>[21]</sup>：

Helen V Worthington 等人發表在 The Cochrane Library 的系統文獻回顧研究，評估多種療法治療頭頸部癌症放射線治療副作用的效果。主要檢索 Cochrane 對照試驗註冊庫(CENTRAL, 2006 年 6 月)，Cochrane 口腔衛生組試驗註冊庫(2006 年 6 月)，MEDLINE(1966 年~2006 年 6 月)，EMBASE(1980 年~2006 年 6 月)，CINAHL(2004 年~2006 年 6 月)，以及多種補充醫學資料庫。所有與各研究相關之資訊，如：方法、受試者、實驗方法、療效評估方法...等，皆由兩位作者依據納入標準獨立地評估試驗的品質並提取資訊，任何分歧均通過討論以達成一致意見。本篇系統文獻回顧研究中，共計有兩篇為評估中草藥複方治療頭頸部癌症放射線治療副作用的臨床療效。

其中第一篇試驗<sup>[22]</sup>，黃氏等人選擇 101 例臨床分期為 III 至 IVa 期的鼻咽癌患者，隨機分為實驗組(配合中藥)52 例，對照組(使用朵貝爾氏液：Dobell's solution 含漱)49 例，共兩組患者比較。實驗組所使用中藥為：沙參 30 克、麥冬 30 克、生地 15 克、玄參 15 克、白花蛇舌草 30 克、射干 15 克、桔梗 15 克、兩面針 15 克、銀花 15 克、甘草 3 克、白茅根 20 克。

第二篇王氏等人進行的試驗<sup>[23]</sup>，將 147 例腫瘤化療病患隨機分為實驗組(中草藥煎劑含漱)76 例，對照組(使用朵貝爾氏液：Dobell's solution 含漱)71 例。實驗組所使用中藥為：黃柏、五倍子、馬鞭草、兒茶、連翹、冰片。

本篇系統文獻回顧研究回顧的這二篇試驗，其結果均表明實驗組之口咽急性毒性明顯低於對照組，說明中草藥配合鼻咽癌放化綜合治療可顯減輕口咽部急性毒副作用且其輔助療效明顯優於一般西醫所使用的朵貝爾氏液(Dobell's solution)。

系統文獻回顧研究得到的結論為：中醫藥複方在治療頭頸部癌症放化療副作用方面是有效的。然而，由於這兩篇試驗均未清楚交代退出試驗之人數與原因，故仍存在偏差危機(risk of bias)。

### 三、Clinical effectiveness and safety of acupuncture in the treatment of irradiation-induced xerostomia in patients with head and neck cancer: a systematic review<sup>[24]</sup>：

EM O'Sullivan 等人發表在 *Acupuncture Medicine* 的系統性回顧，研究針灸對於放射性口炎引起的口乾之有效性與安全性，主要檢索資料庫包括補充醫學資料庫 AMED(1985 年~2009 年 3 月)，BNIA(1985 年~2010 年 1 月)，CINAHL(至 2010 年 1 月)，Cochrane，Embase(1980 年~ 2010 年第 5 周)，HPSI，PsycInfo，Medline，與包含多本紙本期刊手工檢索得到的原文。兩位作者獨立分析這些隨機對照研究中所有與各研究相關之資訊及品質，任何分歧意見均通過討論以達成一致。

符合條件的 43 篇研究放射性口炎的隨機對照研究中，作者提取了其中 18 篇可獲得全文者來分析；最後合格者有 3 篇，其中 2 篇試驗有中等偏差危機，另 1 篇試驗則為高度偏差危機；2 篇試驗有使用針刺與假刺(sham acupuncture)對照；1 篇試驗的對照組使用「常規照護(usual care)」；在結果的評量中，2 篇試驗測量了唾液流速(salivary flow rates)，3 篇皆使用主觀的問卷評估。

3 篇試驗結果皆顯示，與患者的基準唾液流速比較後，針灸可以有效改善口乾( $p<0.05$ )，其中一篇之治療組的影響更大( $p<0.01$ )；2 篇試驗的問卷評估結果顯示針刺組可明顯改善口乾( $p<0.02-0.05$ )。然而，這些試驗並未提出風險/效益評估。

這篇系統性回顧認為針灸治療放射性口炎的證據力有限(limited evidence)，設計實驗方法上需要更為嚴謹。

#### 結論

頭頸部癌症如口腔癌、鼻咽癌等在台灣盛行率高，治療過程引發的毒副作用相當常見，也造成照護困難，現有的西醫治療效果有限，中醫藥適時介入治療對患者有一定的幫助。雖然現代醫學已建立詳細的病理機轉，但中藥介入的機制缺乏基礎研究來證實。從現有的大規模系統性文獻回顧來看，中藥在治療放射性口炎是有效的，但許多指標，如用藥選擇、安全性、劑量大多沒有精確的評估；由於中藥口服在方法學上，也較難設計出完整的隨機、雙盲的研究；Cochrane review 提及這些試驗出現偏差，提示研究者須說明退出試驗之人數與原因。我們希望未來可以設計出更嚴謹的實驗，來證實中醫藥治療放射性口炎的療效。

#### 參考文獻



1. 台灣癌症登記小組，癌症年齡標準化發生率之長期趨勢(1979-2007年)，網址：  
[http://tcr.cph.ntu.edu.tw/uploadimages/Year\\_Top10.xls](http://tcr.cph.ntu.edu.tw/uploadimages/Year_Top10.xls).
2. Pajak, TF, Laramore GE, Marcial VA, et al. Elapsed Treatment Days - A Critical Item for Radiotherapy Quality Control Review in Head and Neck Trials: RTOG Report Int J Radiat Oncol Biol Phys 20: 13-20, 1991.
3. 林昭庚，中西醫病名對照大辭典，台北，國立中國醫藥研究所，2004；1199-212，2207-8，2227-35。
4. Robertson C, Robertson AG, Hendry JH. Similar decreases in local tumor control are calculated for treatment protraction and for interruptions in the radiotherapy of carcinoma of the larynx in four centers. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1998; 40:319.
5. Borbasi S, Cameron K, Quested B, Olver I, To B, Evans E. More than a sore mouth: patients' experience of oral mucositis. Oncol Nurs Forum. 2002;29:1051-7.
6. Bruce E Brockstein. Complications of radiotherapy for head and neck cancer, UpToDate, version 18.3, last updated: 2010 Oct 7.
7. Narayan S, Lehmann J, Coleman MA, Vaughan A, Yang CC, Enepekides D, Farwell G, Purdy JA, Laredo G, Nolan K, Pearson FS, Vijayakumar S. Prospective Evaluation to Establish a Dose Response for Clinical Oral Mucositis in Patients Undergoing Head-and-Neck Conformal Radiotherapy. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2008 Apr 14, 756-62.
8. National Cancer Institute. Oral complications of chemotherapy and head/neck radiation. Modified June 22, 2004. Available at:  
<http://www.cancer.gov/cancerinfo/pdq/supportivecare/oralcomplications/healthprofessional>.
9. World Health Organization. Handbook for reporting results of cancer treatment. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1979:15-22.
10. National Cancer Institute. Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) v3.0, Published August 9, 2006. Available at:  
[http://ctep.cancer.gov/protocolDevelopment/electronic\\_applications/docs/ctcae3.pdf](http://ctep.cancer.gov/protocolDevelopment/electronic_applications/docs/ctcae3.pdf)
11. Sonis ST. The pathobiology of mucositis. Nat Rev Cancer. 2004;4:277-84.
12. Sonis ST, Elting LS, Keefe D, et al. Perspectives on cancer therapy induced mucosal injury: pathogenesis, measurement, epidemiology, and consequences for patients. Cancer. 2004;100(suppl 9):1995-2025.
13. Shea TC, Bruner R, Wiley JM, et al. An expanded Phase I/II trial of cyclophosphamide, etoposide, and carboplatin plus total-body irradiation with autologous marrow or stem cell support for patients with hematologic malignancies. Biol Blood Marrow Transplant. 2003;9:443-52.
14. National Cancer Institute. Oral complications of chemotherapy and head/neck radiation. Modified June 22, 2004. Available at:  
<http://www.cancer.gov/cancerinfo/pdq/supportivecare/oralcomplications/healthprofessional>.
15. Bruce E Brockstein. Complications of radiotherapy for head and neck cancer, UpToDate, version 18.3, last updated: 2010 Oct 7.

16. Cho WC, Chen HY. Clinical efficacy of traditional Chinese medicine as a concomitant therapy for nasopharyngeal carcinoma: a systematic review and meta-analysis. *Cancer Invest.* 2009 Mar;27(3):334-44.
17. 劉成林，劉健雄，劉麗萍，王遠東，陳為平，覃麗紅，鄧應業，張玲：養陰活血方對鼻咽癌放療減毒增效的臨床觀察，*中國中西醫結合雜誌*，2002；22(12)：918-20。
18. 文先惠，鐘穎，劉嘉，伍偉景：滋腎活血方對鼻咽癌放療增效作用的臨床觀察，*湖南中醫藥導報*，2002；8(4)：183-6。
19. 蘇旭春，肖柳珍，劉城林，閔冰川，孔嘉欣，宋先璐，陳智明：普濟煎液配合放、化療治療 EB 病毒感染鼻咽癌 30 例臨床觀察，*中醫藥導報*，2005；11(1)：32-6。
20. 任浙平，李先明，吳超權，陳善義，吳冬：康萊特聯合放射治療老年鼻咽癌的臨床觀察，*中國中西醫結合耳鼻喉科雜誌*，2005；13(6)：319-21。
21. Worthington HV, Clarkson JE, Eden TOB. Interventions for preventing oral mucositis for patients with cancer receiving treatment. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 4. Art. No.: CD000978.
22. 黃國賢，趙充，韓非，等：中藥防治鼻咽癌綜合治療中口咽急性毒性的臨床研究，*癌症*，2003；22(10)：1084-7。
23. 王俊葉：中藥煎劑含漱防治化療所致口腔炎效果觀察，*護理研究*，2002；16(10)：578-9。
24. O'Sullivan EM, Higginson IJ. Clinical effectiveness and safety of acupuncture in the treatment of irradiation-induced xerostomia in patients with head and neck cancer: a systematic review. *Acupunct Med.* 2010 Dec;28(4):191-9.