105 年度建立癌症病患的中醫日間照護整合醫療模式之案例報告

＜03 胃癌切除後心下痞悶＞

基本資料

姓名:吳 XX　　性別：女　　年齡：59

現居住地：　　職業：　　婚姻：

病例號碼：

主訴：胃癌術後食慾差已近兩個月

現病史：

59 歲女性，有消化性潰瘍及憂鬱症的病史，2015/09/25 因持續三個月的胃脘痛、灼熱伴隨噁心感就診西醫，經診斷為胃腺癌 stage IIIC (pT4a N3b) ，去年 10/12 作過 2/3 的次胃切除術以及部分肝切除，並於今年 5 月份完成 12 次的 XELOX (capecitabine plus oxaliplatin)化療，目前已改成口服抗腫瘤藥物 tegafur plus leucovorin（UFT/LV)，但因藥物副作用而噁心感嚴重；另外，之前 oxplantin 遺留手腳末稍麻木，兩者嚴重影響生活品質而導致藥物順從度不高，因此轉往中醫治療。

就診時患者表示仍食慾差，厭食，食之無味，但近日體重無下降(體重自去年胃癌發病至今減輕 10kg)，口乾但不喜飲，飲水後易胃脹，手腳末稍麻木，且全身無力，身體輕微顫動，此外，夜眠差，無法熟睡，思慮較多；望診體質瘦，面色垢黯，表情抑鬱寡歡；舌脈診則顯示弦細長脈，舌色紫鬱，苔白濕。

過去病史/個人史/家族史/(婦科胎產史、兒科生產史)/旅遊史

過去病史：Major depressive disorder

手術史：Radical subtotal 2/3 gastrectomy + D2 LNs dissection + B-II anastomosis

個人史：吸煙=從不;飲酒=從不;檳榔=從不;職業=銀行退休

婚姻:

藥物過敏史：無

家族史：母=[糖尿病]

旅遊史：台灣南部，近一個月沒有出國旅遊史

中醫四診

1. 望診：

整體：精神可、略嫌緊張

形體：瘦(身高 158cm，體重 45kg，BMI：18.02)

姿態：無異狀

面色：面色暗垢，出油

皮膚：無異狀

毛髮：無異狀

口唇：偏黯

舌診：舌色紫鬱，苔白濕

2. 聞診：

嗅氣味：無異狀

聽聲音：語音細微，對答流利，呼吸平順

3. 問診：

全身：精神尚可，神識清楚，全身無力，身顫動

情志：抑鬱寡歡

睡眠：思慮多，淺眠

頭項五官：味覺受損，口乾卻不喜飲

胸部：無特殊不適

腹部：厭食，納差；喝水胃脹

二便：大便 2-3 日一行，小便可

腰背：無特殊不適

四肢：手腳末稍麻木

4. **切診：**

脈診：弦細長

觸診：四肢溫暖，腹部不脹滿，按之略痛

現代醫學身體(理學)診察/實驗室檢查/影像暨特殊檢查

身體診察

整體狀況：外觀無異常，體型瘦

意識狀況：清楚

生命徵象：血壓及脈搏在正常範圍內，呼吸平順

血液灌流情況：良好

實驗室檢查

時間	項目	檢測值	單位
2016/02/05	CEA	3.5	ng/mL
2015/10/28	WBC	4.9	1000/uL
	RBC	4.11	million/uL
	Hb	12.7	g/dL
	Plt	139 **(L)**	1000/uL

		AST/GOT	43 **(H)**	U/L
		ALT/GPT	33	U/L
		ALK-P	67	U/L

影像檢查

2016/03/04 CT of Abdomen

Impression:

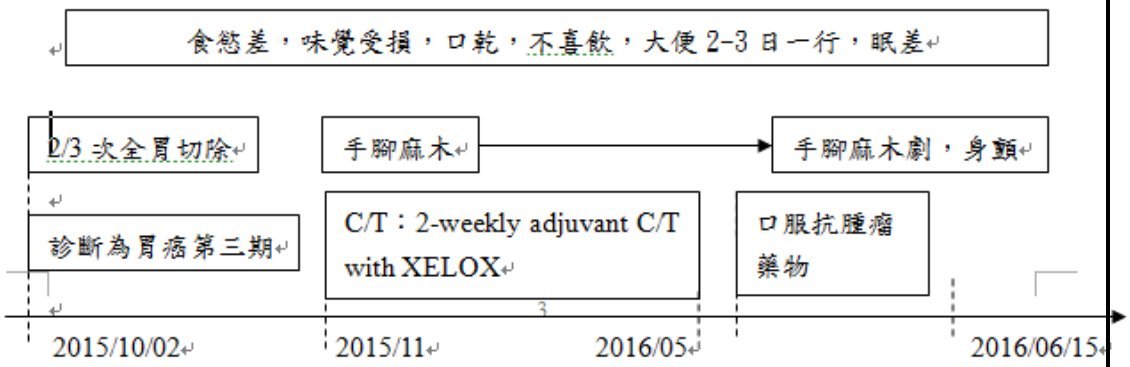
* S/P subtotal gastrectomy and partial right hepatectomy(S7)
* No evidence of local recurrence nor distal metastasis.
* Multiple uterine myomas.

整體回顧

這位59歲女性於去年9/25罹患第三期胃腺癌並在10/2進行2/3胃切除術 (pT4a N3b)，於今年5月完成12次的化療XELOX，之後改成oral UFT/LV，但因藥物副作用而轉往中醫治療。

就診時患者表示仍食慾差，厭食，食之無味，體重自去年胃癌發病至今減輕10kg，口乾但不喜飲，飲水後易胃脹，手腳末稍麻木，且全身無力，身體輕微顫動，此外，夜眠差，無法熟睡，思慮較多；望診體質瘦，面色垢黯，表情抑鬱寡歡；脈弦細長，舌色紫鬱，苔白濕。

時序圖



辨證(病機分析)

1. 理(臟腑病機四大要素)

病因：憂思過度而臟躁，胃癌胃切除後中焦氣虛

病位：

- 解剖病位：胃
- 臟腑病位：心、肝、脾、胃

病性：

- 主證：胃癌術後，食慾差，厭食，食之無味，少食飽脹，抑鬱寡歡；脈弦細長，舌色紫鬱，苔白濕。。

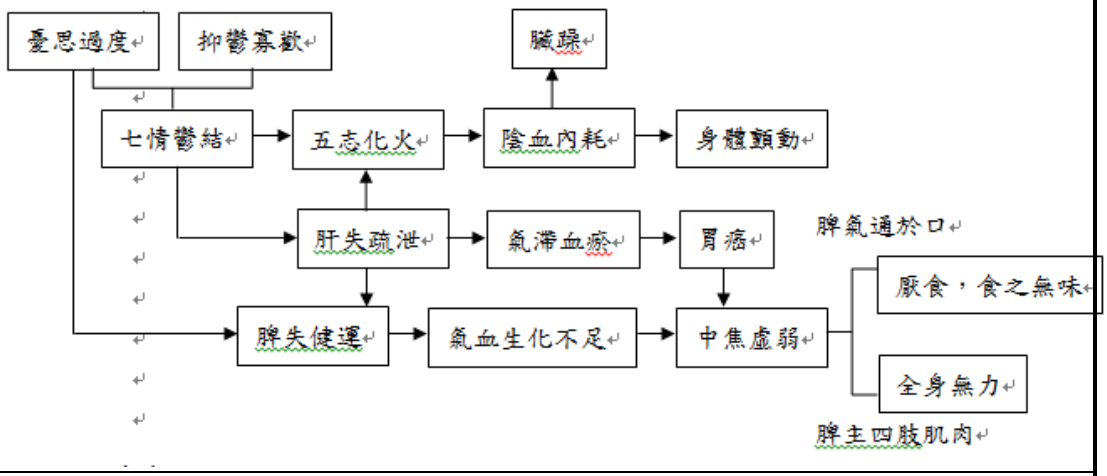
・次證：口乾，手腳末稍麻木，全身無力，身體輕微顫動，夜眠差，思慮多。

病勢：

患者由於憂思過度、抑鬱寡歡等七情鬱結，五志過及化火，導致陰血內耗，而七情鬱結，導致肝失疏泄，氣機不暢，局部氣滯血瘀，發展成癥瘕(胃癌)。

胃癌術後氣血兩傷，加上情志所傷，肝失疏泄，進而使得脾失健運，氣血生化不足，更是加重了中焦虛弱的情況，故症見厭食，食之無味且全身無力。

→病因、病位、病性、病勢推演



診斷

西醫病名：胃腺癌 stage IIIC (pT4a N3b)

中醫病名：癥瘕術後，胃痛

論治(治法分析)：行氣舒肝、開鬱止痛、佐以和中緩急

→理法方藥(內、婦、兒)/理法方針(針灸)/理法方數(傷)

越鞠丸 2g、甘麥大棗湯 1g、麥芽 0.3 g、鬱金 0.3 g、青黛 0.1g… 一天三包 14 天份

- ➢越鞠丸：出自《丹溪心法》，治**氣、血、痰、火、濕、食**六鬱之證。方中香附行氣開鬱，治氣鬱胸腹脹滿；川芎活血行氣，治血鬱刺痛；蒼朮燥健脾，治濕鬱胸痞痰多；梔子清熱瀉火，治火鬱嘈雜吞酸；六曲消食和胃，治食鬱不思飲食。痰鬱多因氣、火、濕、食諸鬱所致，氣行通暢，濕去火清，則痰鬱亦因之而解，故不另用化痰藥物。本方雖統治六鬱，實際還是著重于調理肝脾氣機的功能，氣機通暢，氣行則血行，氣暢則痰、火、濕、食諸鬱自解。
- ➢ 甘麥大棗湯：出自《傷寒卒病論》，用於臟躁證。臟躁一般指精神方面的疾病，多見於婦人，多因憂思過度，心陰受損，肝氣失和所致，故治宜養心安神調肝和中。
- ➢ 鬱金：味辛苦，性寒，歸肝、膽、心經，能涼心熱，散肝鬱，既能行氣解鬱，又能活血。
- ➢ 麥芽：性味甘平，歸脾、胃、肝經。能消食健胃，又能疏肝解鬱。

➢ 青黛：性味鹹寒，歸肝、肺、胃經。能瀉肝，散五臟鬱火。

病例追蹤

2016/06/29 夜間較無法熟睡，思緒多，手腳麻，需反覆搓揉，伸手肢顫，淡面暗出油減，脈長，舌郁

→處方：越鞠丸 1.5g、抑肝散 1g、甘麥大棗湯 1g、麥芽 0.3 g、鬱金 0.3 g、青黛 0.1g…一天三包 14 天份

➢ 抑肝散：出自於《小兒直指方・急驚風門》，主要用於小兒急驚風。方中鉤藤清熱平肝，息風止痙；柴胡疏肝解鬱，和解清熱；肝氣有餘則肝血不足，故用當歸養血柔肝；川芎活血行氣；肝木為病，易剋犯脾土，故應實土而防木侮，故用茯苓、白朮、甘草培補脾土，淡滲利濕，甘草並有緩急並助鉤藤止痙之功。七味合用，則肝血得養，脾土得補，肝氣得疏，並能息風鎮痙，則諸症悉癒。

2016/07/13 胃脹痛緩解 3 成，會想吃東西，思緒多，手腳仍麻，需反覆搓揉，，面色較清，脈長，舌郁

→處方：抑肝散 2g、越鞠丸 1.5g、麥芽 0.3 g、佛手 0.3 g、沒藥 0.3g、合歡皮 0.3g…一天三包 14 天份

➢以抑肝散為主，佐以越鞠丸行氣解鬱，治氣、血、痰、火、濕、食六鬱之證，加強沒藥、佛手開竅通絡行氣定痛。

討論：胃癌

(一) 西醫觀點

■ **簡介**

胃癌是國人好發的癌症之一。跟據衛生署 2009 年統計，癌症蟬連國人十大死因之首；其中胃癌發生率占男性第五位，女性第七位，而胃癌死亡率則排名第五。胃癌的治療以外科手術為主，數後並給予輔助性的化療及放射治療。

■ **危險因子**

1. 幽門螺旋桿菌：幽門螺旋桿菌被認為是產生胃癌的重要因子，更被世界衛生組織列為第一類致癌物，會造成胃部慢性發炎。
2. 食物：食用含硝酸鹽食品、醺烤食物、醬油鹹魚等鹽漬物胃癌的發生率較高。抽菸也較易容易促進胃癌的發生。
3. 遺傳：家族內若有一等親罹患胃癌，則會較一般人多 2-3 倍罹癌，但這些人增加胃癌機會可能是由於有較相似的生活環境與飲食習慣。
4. 胃息肉：90%的胃息肉是增生性息肉，其癌化機率小於 1%，通常大於 1 公分的息肉有較高之癌化機會。10%的胃息肉屬於腺瘤，研究發現 4 年追蹤中有 11%的腺瘤產生癌化。
5. 先前有胃部開刀手術：流行病學研究指出曾接受胃部切除手術的人較一

般人患胃癌的比率為高，此種殘餘胃發生癌變的時間由前次手術算起約 15-30 年後。

6. 其他：Menetrier disease、胃潰瘍…等。

■ **臨床症狀**

早期胃癌通常是沒有症狀的，一旦出現症狀時經常已進展到無法完全治癒的進行性胃癌。體重下降及持續性腹痛是最常出現的症狀。體重下降經常伴隨食慾減低、噁心、腹痛、易飽食或吞嚥困難。腹痛通常位於上腹部且界線不清楚，會隨著疾病進展而加劇。

■ **診斷方法**

1. 初步：

(1) 上消化道內視鏡：可直接觀察器官內部，且可同時作組織切片。

(2) 上消化道攝影：在大部分的情況，上消化道內視鏡優於上消化道攝影，但若是皮革胃，上消化道攝影可能優於上消化道內視鏡。

2. 進一步檢驗：電腦斷層

現階段電腦斷層對胃癌診斷的價值，在於評估遠端轉移及輔助內視鏡超音波，作為局部淋巴侵犯的評估。

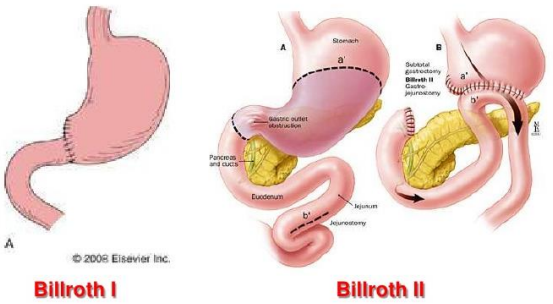
■ **治療**

雖然包括手術、化學藥物及放射治療，但到目前為止，只要病患身體狀況許可，以外科手術切除病灶仍為治療首選。而外科手術又以根除性胃癌切除術為目前之標準手術方式

■ **預後及生活品質**

根據統計，接受根治性胃癌切除手術患者，若 stag IIB 前的五年存活率大於 65%，原則上希望能有較佳的預後，早期診斷早期治療，實為治療胃癌的不二法門。

胃癌病人手術後，因為胃的空間變小，易有打嗝、腹脹、體重減輕等。也可能有膽汁逆流引發胃炎或食道炎，而有心灼熱及腹痛等症狀。另外，病人易產生程度不等的傾倒症候群(Dumping syndrome)，其症狀為快素飽脹感、腹部絞痛、暈眩、噁心、嘔吐、腹瀉及冒冷汗等，改善的方式可經由飲食的調節控制，少量多餐；飯後才喝湯及飲料、避免高醣分的飲食。



胃癌手術中，胃切除的範圍和腸胃道重建的術式對生活品質也有影響，但淋巴廓清的程度並不會影響生活品質。研究發現，接受次全胃切除的病人比全胃切除的病人，飲食狀況較好、體重減輕較少、生活品質較佳；Billroth-I 的病人，體重減輕比 Billroth-II 的病人少；病人接受 Roux-en Y 重建方式比

Billroth-I 及 Billroth-II 的病人其膽汁逆流的症狀較少。胃癌病人手術後即使有治療後特異的症狀，但大多數的病人都能維持正常的工作即日常活動。

（二）中醫觀點

■ 病因病機

1. 脾虛

金·李東垣曾指出“內傷脾胃，乃傷其氣”。明·張景嶽也曾指出“反胃者，食猶能入，入而反出…以陽虛不能化也，可溫可補”，可見古人早就認識到脾胃陽氣受損常為多種內科疾病發生之根本。當代多位學者通過自身多年臨床實踐或實驗研究， 亦認識到脾胃虧虛是胃癌的主要病因病機。

鄭堅等實驗研究結果顯示，健脾中藥組、四君子湯組肝轉移率和肝轉移灶均數比較低於對照組，腹膜種植轉移灶均數比較，健脾中藥組低於對照組，腹水率健脾中藥組低於對照組，可見健脾中藥對進展期胃癌患者有延長生存期和抑制轉移復發作用。

2. 痰結

元·朱丹溪首先指出腫瘤與痰有關，《丹溪心法》中記載“凡人身上、中、下有塊者，多是痰”，又言“痰之為物，流動不測，故其為害，上至巔頂，下至湧泉，隨氣升降，周身內外皆到，五臟六腑皆有”，其致病範圍的廣泛性及移動性， 與現代醫學腫瘤發病部位不固定、易轉移頗為相似，並提出“消痰散結法”治療胃癌的思路。清代《景嶽全書發揮》亦指出“膈者在胸膈胃口之間，或痰…阻滯不通，食物入胃不得下達而嘔出，漸至食下即吐而胃反矣”，明確痰結是胃反(胃癌)的一個重要病理因素。故治療上當遵循《內經》“結者散之”的原則。

3. 血瘀

明·龔信《古今醫鑒》中曾記有“凡食下有礙，覺曲屈而下，微作痛，此必有死血”，又說“肚腹結塊，必有形之血”， 可見古人就曾認識到瘀血與腫塊的關係。中醫理論認為，脾主運化，胃主攝納，脾宜升則健，胃宜降則和，如脾胃不和，中焦氣滯，日久則生瘀血，久病入絡，瘀血凝聚則成腫塊，所以當代多位學者亦認為治療上宜予活血化瘀。

如蔣文照認為，胃屬腑以通為用，氣血瘀滯是胃癌產生的一大因素，氣滯、濁阻、血瘀是腫瘤形成的總的因素,其中氣滯可以由氣虛、氣實、氣耗引起；濁阻可由濕濁、痰濁、飲濁、瘀濁引起；血瘀則由瘀滯、瘀積、瘀阻形成，主張胃癌治療以瀉濁導滯、活血化瘀為宜。

4. 癌毒

清代《醫宗金鑒》中記載“熱結不散，灼傷津液…賁門乾枯， 則納入水谷之道路狹隘， 故食不能下，為噎塞也；幽門乾枯，則放出腐化之

道路狹隘，故食入反出，為翻胃也。”可見熱毒內蘊亦可形成腫瘤，以血遇熱則凝、津液遇火則灼液為痰，氣血痰濁阻塞經絡臟腑可結成腫瘤之故。如周仲瑛認為，癌毒是導致癌症發生發展的關健；癌毒既可直接外客，亦可因臟腑機能失調而內生；癌毒阻滯，病變乖戾，誘生痰濁、瘀血、濕濁、熱毒等多種病理因素，並耗氣傷陰。

5. 情志

明·李中梓《醫宗必讀》中謂“大抵氣血虧損，複因悲思憂恚， 則脾胃皆傷， 血液漸耗， 鬱氣而生痰…噎塞所由成也”，並且指出“境緣不偶，所求未遂，深情牽掛，良藥難醫”。

不良情志因素長期作用，可因氣機鬱滯、血行失暢而致瘀血內結；脾胃損傷、宿穀不化、積而化熱、耗傷胃陰，亦可因氣鬱日久化火傷陰；脾虛日久則可耗氣傷陽，以致脾胃陽氣虛，日久損傷腎陽，故產生噎嗝反胃之證。

6. 飲食

明代《景嶽全書》說“酷飲無度，傷於酒濕，或以縱食生冷，敗其真陽”而致反胃；《醫門法律》中指出“過飲滾酒，多成膈症”。可見饑飽無度必損傷脾胃。

而食物中亦不乏抗腫瘤作用者，如柳星等在實驗研究中發現，大蒜素對人胃癌細胞株 SGC-7901 和 BGC-823 增殖具有明顯的抑制作用，通過下調 CDC2 和 CyclinB 蛋白表達水準，抑制有絲分裂促進因數(MPF)活性，使受損傷細胞阻滯於細胞週期的 G2/M 期，而增加損傷 DNA 的修復，減少染色體畸變，不至於使細胞因受損傷而突變產生異常增殖，從而阻止胃癌發生。

■ 現代研究-胃癌術後證型

1. 由於胃癌疾病本身的影響，以及手術、禁食等對機體的再次打擊，胃癌患者術後胃腸功能和免疫功能紊亂，出現脾氣虧虛，兼有氣滯、濕阻，胃癌術後早期以脾虛氣滯、脾虛濕阻最常見。
2. 化療期間以氣血兩虧、脾虛氣滯最常見。
3. 化療間期以脾腎不足最常見；術後 1 年化療基本結束，由於術式和迷走神經離斷的影響，患者出現膽汁反流、胃排空障礙等症狀，表現為肝胃不和的證型。
4. 瘀血證候多見於腫瘤復發和遠處轉移的患者。

■ 抑肝散的應用

1. 加味抑肝散(+四君子湯、焦山楂、陳皮、炒麥芽)可促使機體分泌 NPY，從而增強患兒的攝食行為，使患者飲食量增加，體重及 BMI 指數較治療前上升，有效改善**小兒厭食症**。

註：研究認為缺鋅可引起多種酶的功能紊亂或障礙，進而使生長發育遲緩，免疫器官品質減低，味覺敏感度下降，食欲減退或異常，引起厭食或異食癖。有研究認為

“腦腸肽一食欲中樞”紊亂是小兒厭食發生發展的重要環節，其中 NPY 是一種重要的調節因數，是攝食的強刺激劑。

2. 加味抑肝散(+枳殼、佛手、合歡皮、酸棗仁)能加大胃電幅值，促進胃排空，明顯改善**功能性消化不良**患者胃脘痛、腹脹、噯氣、反酸、夜寐差、抑鬱多思或煩躁易怒等症狀。
3. 在治療認知症方面常用的漢方製劑如：鉤藤散、抑肝散、黃連解毒湯、三黃瀉心湯、八味地黃丸、六味地黃丸、當歸芍藥散等，其中抑肝散是最常用的治療**老年期認知症**的方劑，特別是對認知症的行為和心理(精神)症狀(behavioral and psychological symptoms of dementia, BPSD)的治療效果在日本倍受關注。藤原壽和 Iwasaki 的研究指出在服用藥物一個月後精神症狀評價尺度(Neuropsychiatric Inventory,NPI)和日常生活能力(Activities of Daily Living, ADL)有明顯改善，但巴氏量表(Barthel Index)無明顯差異。
4. 抑肝散治療**廣泛性焦慮症**屬肝鬱血虛型的患者，療效與 Flupentixol and Melitracen Tablets(黛力新)無統計學差異，但不良反應明顯較少。

參考文獻資料

1. 何立麗, 孫桂芝, & 張培彤. (2009). 胃癌的病因病機研究進展. 北京中醫藥, 28(3), 234-236.
2. 王非, 夏永良, 李大偉, & 魏星. (2010). 胃癌術後中醫證型演變的臨床觀察. 中華中醫藥學刊, (9), 2007-2008.
3. 劉洪敏, & 王春霞. (2013). 加味抑肝散治療小兒厭食症. 中國實驗方劑學雜誌, 19(7), 315-317.
4. 郑亮, & 王媛媛. (2010). “加味抑肝散” 治疗功能性消化不良 40 例临床观察. 江苏中医药, 42(12), 28-29.
5. 柴山, 周乃, 杜武勳, 朱明丹, 張俊華, & 張伯禮. (2009). 日本漢方醫學對認知症的認識及抑肝散對其治療的研究進展. 遼寧中醫藥大學學報, 11(9), 39-40.
6. 趙高峰, & 苗治國. (2014). 抑肝散治療廣泛焦慮症臨床研究. 光明中醫, (11), 2330-2331.