中醫藥治療腸癌的切入點和臨床實踐

The entry point and clinical practice of Chinese medicine for the treatment of colorectal cancer

程劍華　*CHENG Jianhua*

（香港中文大學醫學院中西醫結合研究所醫務中心）

[摘要]　本文從現代醫學治療腸癌的盲點入手，從中醫的角度來論述中醫藥治療腸癌的思路和策略 。中醫藥治療腸癌的切入點和策略是:1.年老體弱不能接受手術的晚期腸癌患者;2. 不願接受手術或化療的晚期腸癌患者；3. 手術發現有淋巴轉移術後不願接受輔助化療治療的老年腸癌患者；4. 腸癌術後復發和/或轉移不願接受化療或/和標靶治療的晚期腸癌患者；5. 未獲得細胞學或病理診斷的腸癌患者；另外中醫藥辨證配合治療舒緩手術、化療、電療和標靶治療的毒副作用以及大腸癌高危人群預防和治療癌前病變的研究都是中藥有效的切入點。並列舉臨床中藥治療有效的病例，說明中醫藥治療對老年及中、晚期腸癌具有一定優勢 。

[關鍵詞]　結直腸癌；中醫藥治療

結直腸癌已嚴重威脅人類的健康， 2012年全世界約有136萬結直腸癌新發病例，是世界第3高發惡性腫瘤，在世界男性發病排第3位，女性排第2位；死亡約69萬例，居惡性腫瘤第4位。世界結直腸癌發病死亡比例均隨時間而增加，且整體趨勢為男性高於女性，發達地區高於欠發達地區，城市高於農村。在發達國家，90%以上患者年齡在50歲以上，但在發展中國家，患者發病年齡較小[1]。

美國癌症學會（ACS）研究團隊美國CDC研究者Henley等[2]報告：發佈了2020年美國結直腸癌統計報告，提醒結直腸癌負擔正在迅速轉移到年輕人身上。 在全球和中國，結直腸癌都是第三大常見癌症，也是導致死亡的主要癌症之一。

我國結直腸癌（colorectal cancer，CRC）的發病率和死亡 率均保持上升趨勢。2018 中國癌症統計報告顯示：我國結直腸癌發病率、死亡率在全部惡性腫瘤中分別位居第3及第5位，其中新發病例37.6萬，死亡病例19.1萬。其中，城市遠高於農村，且結腸癌的發病率上升顯著。多數患者在確診時已屬於中晚期[3]。

大腸癌是香港最常見的癌症。大腸癌成為香港頭號癌症。根據醫院管理局香港癌症資料統計中心數據，在2017年，大腸癌佔癌症新症總數的17.0%。本港2017年便有逾5635宗大腸癌新症，同年的死亡個案亦有逾2,000多宗。大腸癌風險一般會隨着年齡增加而上升，香港每年大腸癌新症和死亡個案中亦以65歲以上的患者為主。由1983年至2017年，香港大腸癌的總年齡標準化發病率呈上升趨勢[4]。

大腸癌的主要治療模式以手術切除為主，結合化療、放療、免疫治療、分子靶向治療等手段的綜合治療。「腸癌治療一般以手術，化療，放療和靶向治療為主，晚期患者在上述常規治療不適用的前提下，可以選擇中醫中藥治療[5]」。

中醫藥治療腸癌的切入點和策略是治療西醫治療腸癌的盲點。西醫治療腸癌的盲點包括 1.年老體弱不能接受手術的晚期腸癌患者；2. 不願接受手術或化療的晚期腸癌患者；3. 手術發現有淋巴轉移術後不願接受輔助化療治療的老年腸癌患者；4. 腸癌術後復發和/或轉移不願接受化療或/和標靶治療的晚期腸癌患者；5. 未獲得細胞學或病理診斷的腸癌患者；另外中醫藥辨證配合治療舒緩手術、化療、電療和標靶治療的毒副作用以及大腸癌高危人群預防和治療癌前病變的研究都是中藥有效的切入點。

1　年老體弱不能接受手術的晚期腸癌患者

結直腸癌其主要發病群體是老年人[6]，而人口老齡化的情況正在不斷加劇。近年來，我國城市人群結直腸癌的發病年齡明顯升高，上海市結直腸癌的中位發病年齡達到61歲。這與飲食品質提高，壽命延長， 老年人在

香港中醫學會版權所有 Copyright HKTCMP All Rights Reserved

人群中所占比例增加有關[7]。對年老體弱多病的晚期腸癌患者，治療的重點不在於消除癌瘤，而重在調理和改善症狀，提高生存品質。

對不能接受手術的晚期腸癌患者用中醫藥治療是合理的選擇和符合個體化、人性化治療的原則，中藥可以同時治療其基礎疾病，同時中藥可以控制或延緩腫瘤的增長，改善和提高其生活品質。使這些病人最大程度的受益。

醫案1 吳某某，男，76歲，香港人。結腸癌，支氣管哮喘

2018年10月腸鏡檢查發現結腸癌，準備手術切除，但患者有嚴重的支氣管哮喘，肺功能差，不能麻醉，無法手術，患者要求中藥治療。患者左下腹痛，大便時不暢，無便血，不咳嗽，氣喘，口乾，夜尿頻，舌淡紅苔薄，脈細數。證屬肺氣不宣，腎不納氣，痰瘀互結。治宜宣肺化痰，益氣補腎，去瘀散結。方藥：蜜麻黃6g，黃芩12g，炒萊菔子15g，芥子10g，炒蘇子20g，人參10g，老鸛草20g，細辛3g，半夏10g，瓜蔞皮15g，黃芪20g，沉香10g（後下），金櫻子20g，無花果15g，獼猴桃根30g，半枝蓮15g，制芡實15g，升麻10g，白果10g，地榆10g，槐花10g。隨診加減，治療2年多，患者病情穩定，無腹痛，大便正常，條狀黃色，納好，精神好，中氣足，不咳嗽，行走過快氣喘，平時無吸氧，生活自理。2020年11月複查掃描腫瘤病灶無明顯變化，未見轉移和惡化情況。中藥治療2年多，患者病情穩定，生活自理，卡氏評分85分。現健康存活。

注：患者為結腸癌合併有支氣管哮喘，由於肺功能差不能手術，求治中醫，症屬肺腎虧虛，痰瘀互結，治宜溫腎納氣，化瘀散結。方藥既用地榆、槐花、無花果、獼猴桃根、半枝蓮、腫節風等抗癌化瘀散結，又用蜜麻黃、芥子、炒蘇子、人參、老鸛草、黃芪、沉香等溫腎納氣平喘，標本共治，基礎病和癌症同治，療效滿意，患者2年多沒有住院，中藥治療病情非常穩定，生活自理，可自由活動，卡氏評分85分。現健康存活。

醫案2. 中藥治療晚期直結腸腺癌存活1年半

陳某某，男，75歲，廣州市人。2007年11月20日首診。患者大便稀爛，每日10餘次，時有便血，無腹痛，結腸鏡示：降結腸癌，病理為中分化腺癌；乙狀結腸癌，病理為中-低分化腺癌；直腸癌，病理為中分化腺癌。

患者從直腸到降結腸均為腺癌，根本無法手術，加上患者體弱多病，要求中藥治療。辨證：脾胃虛弱、濕熱下注、瘀毒互結。治法：健脾和胃、止痢利濕、化瘀散結。方藥：炒薏米20g，黃芪30g，土茯苓15g，黨參15g，補骨脂15g，川加皮20g，炒黃連10g，肉豆蔻15g（後下），煨葛根30g，砂仁10g（後下），炒萊菔子30g，仙鶴草20g，石榴皮10g，白芨15g，白頭翁20g。隨症加減，治療1年餘。

2008年11月18日 複查腸鏡示：直腸環形腫塊，呈菜花狀，表面潰爛、滲血，腸腔狹窄。CT示：直腸及左半結腸癌，侵及漿膜及周圍脂肪，盆腔多發淋巴結轉移。B超示：肝內多發轉移，大小約36x35mm、29x20mm等。病情穩定，大便稀爛，每日10餘次，時成形，時便秘，無腹痛，面色少華，頭不暈，下肢輕腫，食納呆。舌淡紅苔薄，脈細。證屬脾氣虛弱、固攝無權、瘀毒互結。治宜健脾益氣、止痢固澀、通因通用、化瘀散結。藥後精神好轉，食納增加，可進1碗飯，無腹痛，有時大便10餘次，黃色，無便血，有時不大便，腹脹，雙手稍腫。隨症加減治療。2009年3月31日因全身衰竭死亡。

按：該患者病理檢查為結直腸腺癌，病變範圍大，從直腸到乙狀結腸、降結腸病灶長達30cm，根本無法手術。患者體弱多病，也不願手術，要求中藥治療。證屬脾氣虛弱、固攝無權、瘀毒互結。治宜健脾益氣、止痢固澀、通因通用、化瘀散結。收效後加服益氣健脾之品，患者一直病情穩定，1年後複查腸癌廣泛轉移，但患者生活品質好，沒有住院，生活自理，費用低廉，2007年至2008年全部醫療費用為13895.27元。如此嚴重的直結腸癌中藥治療後帶瘤生存1年半。

醫案 3. 中草藥治療晚期直腸癌並出血存活1年半

屠某某，男，88歲，廣州市人。

2002年6月21日首診　患者大便帶膿血伴裏急後重1月餘. 外院腸鏡示:直腸12~18cm處腫塊,病理為腺癌。患者年老體弱多病不能手術，要求中藥治療。症見：大便難，裏急後重，大便帶膿血，口乾口苦，全身乏力，腳軟，食納呆，舌稍紅苔薄膩，脈細弱。辨證：濕熱下注、痰瘀互結。治法：清熱利濕、止血化瘀、解毒散結。

Copyright HKPCMRAU Rights Reserved

方藥：白頭翁15g，槐花20g，地榆15g，金銀花20g，大黃8g（後下），枳殼12g，黃芩15g，黃連10g，半枝蓮20g，茵陳20g，白花蛇舌草20g，葛根20g，茯苓20g，木香10g。隨證加減，每週1次，治療半年多。

2003年1月25日　病情穩定，食納可，大便正常，無腹痛，下肢痛減，喜食雜糧，行走可，舌稍紅苔薄，脈滑。治宜益氣健脾、補腎利濕、化瘀散結。隨證加減，每週1次，堅持中草藥治療，生活品質明顯好。

按：患者為高齡晚期直腸癌，年老體弱多病，用中藥治療1年餘，初治宜清熱利濕、止血化瘀、解毒散結、通因通用，收效後治宜益氣健脾、清熱利濕、化瘀散結，後治以益氣健脾、補腎利濕、化瘀散結。治治療後收效明顯，大便難、裏急後重、大便帶膿血等症狀完全消失，病情明顯好轉，大便正常，生活品質明顯改善，沒有住院，全部在門診治療，費用低廉，全年費用約5000餘元，治療後生存1年半。本案的用藥特點就是通下藥和收斂藥並用，健脾益氣藥和化瘀散結藥合使，攻補兼施，收效甚捷。

2　年老體弱或不願接受手術或化療的晚期腸癌患者

對拒絕或不願接受手術、放化療的癌症患者用中醫藥治療是合理的選擇和符合個體化、人性化治療的原則，使這些病人最大程度的受益。

醫案1.　韓某某，男，78歲，香港人。直腸癌

患者大便帶血半年多，2018年12月檢查發現直腸癌，約3cm，距離肛門口約3cm，患者拒絕手術治療，要求中藥治療。症見：大便不規律，時通暢時便秘，大便成型，時大便急脹解不出，時便血，食納好，夜尿頻，精神可，無腹痛，舌淡紅苔薄，脈滑。證屬濕毒下注，痰瘀互結。方藥：黃芪20g，地榆炭15g，槐花10g，三七5g，蛇莓15g，仙鶴草15g，半枝蓮20g，腫節風20g，獼猴桃根20g，全蠍3g，貓爪草15g，金櫻子20g，益智仁10g，枸杞15g，雷公藤10g。隨診加減，患者病情穩定，生活自理，無腹痛，大便有，時有出血，截至到2020年11月，患者生活正常，中藥治療約2年，患者沒有住院，一直門診治療。現健康存活，生活自理，患者生活品質好，卡氏評分90分。

注：患者確診為直腸癌，拒絕手術治療，要求中藥治療，治予清熱解毒，化痰散結，祛瘀止血，病情穩定，生活自理，可作適量工作，「人瘤共存」。患者生活品質好卡氏評分90分。

醫案2. 陳某某，女，54，汕頭人，結腸癌肝轉移

陳某某，女，54歲，汕頭人。

患者腹痛，大便時帶血，消瘦明顯，2018年10月住院，腸鏡檢查為乙狀結腸癌，約3.5cm，病理為中分化腺癌，PET-CT檢查為乙狀結腸癌，肝多發轉移瘤。患者不能手術，也不願接受化療，要求中藥治療。症見：消瘦，大便不正常，時有便血，伴腹痛，大便日10多次，解不淨，有裏急後重感，面不黃，小便正常，納可，寐欠寧，無頭痛頭暈，舌淡紅苔薄，脈細滑。證屬脾胃虛弱，固攝無權，濕毒下注，痰瘀互結。方藥：黃芪20g，黨參15g，炒白朮15g，補骨脂10g，肉豆蔻15g（後），葛根20g，黃芩12g，黃連5g，地榆炭15g，槐花10g，半枝蓮20g，腫節風20g，獼猴桃根20g，全蠍3g，白頭翁15g，石榴皮10g，烏梅12g，制芡實12g，火炭母12g，救必應12g，枸杞15g，甘草10g。隨診加減，病情好轉，大便無血，轉為每天2-3次，量多成型黃色，體重維持正常，食納好，善饑消食，精神好，體力充沛，每月外出拜佛，不感疲倦，截至到2020年11月，患者生活正常，中藥治療約2年，患者沒有住院，一直門診治療，費用低廉。生活自理，精神好，體力充沛，患者生活品質好。

注：患者確診為結腸癌合併肝轉移，一般治療為化療加標靶治療，費用昂貴，副作用大，患者拒絕接受，要求中藥治療，症屬脾胃虛弱，固攝無權，痰瘀互結。治予健脾固攝，抗癌化痰散結。治療2年多。患者大便基本正常，食納極好，精神佳，中氣足，體力充沛，每月外出旅行拜佛，患者生活品質好，「人瘤共存」。卡氏評分90分。

3　手術發現有淋巴轉移術後不願接受輔助化療治療的老年腸癌患者

II~III期直腸癌根治術後患者局部復發率為15%~65%，即使是行全直腸系膜切除術的III期患者，局

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCMD All Rights Reserved

部復發率仍可達20%~30%[8]，而大腸癌術後遠處轉移的總發生率高達30%~50%[9]。因此，降低大腸癌術後復發轉移率已成為當今大腸癌研究領域面臨的重大課題。

對已接受手術切除腸癌治療，術中發現腹腔淋巴結轉移的老年晚期腸癌患者，許多老年患者術後不願接受輔助化療，由於化療對腸癌療效有限，且老年患者難以耐受化療的毒付作用，因此對這些患者用中醫藥治療是合理的選擇和符合個體化、人性化治療的原則，使這些病人最大程度的受益。

醫案1. 中藥治療直腸癌朮後腹腔淋巴結轉移

何某某，女，68歲，廣州市人。

2005年12月2日初診：患者因直腸癌於2005年11月行直腸癌根治術，病理為中分化腺癌，蕈傘型，浸潤腸壁淺肌層，腸系膜可見淋巴結轉移，手術斷端無浸潤。術後恢復良好，患者拒絕化療，要求中藥治療。現患者食納呆，時氣促，大便不暢，量少，小便可，舌淡紅苔薄，脈細。證屬濕熱下注、氣虛腎虧、痰瘀互結。治宜清熱利濕、益氣健脾、理氣通便、化痰祛瘀。方藥：地榆15g，槐花10g，厚樸10g。萊菔子30g，穿山甲10g（先煎），全蠍10g，蜈蚣1條，枳實10g，淮山20g，穀麥芽各30g，扁豆15g，石上柏20g，砂仁10g（後下），郁李仁30g，茯苓20g，黨參20g，黃芪20g。藥後好轉，食納增，大便改善，無腹痛，

2007年3月12日，2009年3月16日和2010年4月13日複查CT示：直腸癌術後改變，未見腫大的淋巴結，未見明確腫塊復發。至2011年5月患者病情穩定，無腹痛，精神好，大便成型，生活起居正常，每日可做家務事。

按：按腸癌診療指南：腸癌術後腹腔有淋巴結轉移者必須化療。現實生活中有許多年老體弱的腸癌患者，不願或不能耐受化療。患者拒絕化療，中藥治療從保正腑氣通暢為切入點。保證腑氣通暢、不傷正氣。同時用黃芪、黨參、扁豆、砂仁、茯苓、淮山等益氣健脾，用地榆、槐花、厚樸、萊菔子、枳實等理氣通便，用水蛭、貓爪草、山慈菇、山慈菇、蒲黃、石楠藤、桃仁、土鱉蟲等化痰祛瘀散結，用穿山甲、全蠍、蜈蚣、烏梢蛇等通絡散結。全方合用收到益氣健脾、理氣通便、化痰祛瘀、通絡散結的效果。該患者中藥治療後已7年沒有復發和轉移，現生活起居正常，健康存活已8年。

醫案2. 何某某，男，80歲，廣州人。乙狀結腸癌腹腔淋巴結轉移

大便不規則改變4月，腸鏡檢查為乙狀結腸癌。於2019年6月手術切除乙狀結腸癌，病理為腺癌，腹腔淋巴結轉移。由於年老體弱，術後曾給予口服化療藥希羅達，但藥後患者腹瀉嚴重，患者無法耐受，1周后停服化療藥，要求中藥治療。10月26日初診：乙狀結腸癌術後4月，腹腔淋巴結轉移，無法耐受化療，現患者每日腹瀉6-7次，晚上2-3次，多時甚達10-20次，水樣便，全身乏力，食納不多，無腹痛，寐不寧，舌淡紅，苔薄白，脈細滑。證屬脾胃虛弱，固攝無權，治宜健脾和胃，固攝抗癌，方药：黃芪30g，生曬參10g，炒白朮12g，白芍15g，腫節風20g，無花果15g，半枝蓮15g，烏梅10g，黃連4g，肉豆蔻15g（後），火炭母10g，救必應10g，白頭翁10g，石榴皮10g，枸杞12g，補骨脂10g，甘草5g。以後隨症加減，藥後好轉，大便基本正常，精神好轉，體力增加，可外出活動，體重增到120斤，恢復到術前水準。檢查未見復發轉移，現繼續中藥治療，術後已健康存活1年半。

注：對於腸癌術後有腹腔淋巴結轉移的患者，多選用氟尿嘧啶加草酸鉑治療，但其效果有限，且很多患者都難以忍受嚴重的毒副反應，其中腹瀉是最多見的副作用，一般腹瀉3-4次，慢慢會緩解。該患者年老體弱不敢用靜脈化療，改用口服化療。但患者服希羅達後腹瀉嚴重，難於耐受，故用藥1周即停用，求助中藥治療。用中藥健脾固攝，抗癌散結，治療1年多，患者身體恢復正常，食納好，體重增加，生活自理，療後檢查未見腫瘤復發轉移，現術後已健康存活1年半，卡氏評分90分。

4 術後復發和/或轉移的不願接受化療和標靶治療的晚期腸癌患者

對於腸癌術後復發和/或轉移的患者，多採用化療加標靶治療，但其效果有限，且很多患者都難以忍受嚴重的毒副反應，因此對術後復發和/或轉移的不願接受化療和標靶治療的晚期腸癌患者採用中醫藥治療是合理的選

Copyright 中醫藥會 版權所有 All Rights Reserved

擇和符合個體化、人性化治療的原則,中醫藥治療可以最大程度讓病人受益，消滅和殺傷癌細胞不是主要的，讓其生活品質改善是最主要的。

醫案1. 中藥治癒結腸腺癌術後骨轉移縱隔淋巴結轉移現已4年

全某某，男，80歲，遼寧人，2007年11月29日首診。

患者於2000年8月行結腸癌根治術，術後恢復良好。2005年CT檢查示：甲狀腺結節腫，未行手術。2007年8月起，胸背痛，漸加重，咳嗽，氣促，CT檢查示第8胸椎破壞，縱隔淋巴結腫大。ECT骨掃描示：多處骨轉移。（圖1，2）

患者年老體弱，不願化療和放療，要求中藥治療。症見：胸背痛，行走不便，咳嗽，氣促，食納少，大便正常，頭暈，周身乏力，舌淡紅苔薄，脈細滑。辨證：脾虛氣弱、肝腎虧虛、痰瘀互結。治法：健脾理氣、補腎壯骨、止咳平喘、化痰散瘀。方藥：五爪龍30g，黃芪30g，炙麻黃10g，山慈菇10g，杏仁15g，浙貝母30g，黨參10g，杜仲30g，全蠍10g，蜈蚣1條，天竺黃15g，透骨消15g，補骨脂20g，七葉一枝花20g，龍利葉10g，腫節風20g，仙靈脾10g，續斷30g，葦莖20g。同服福善美、阿斯美、新癀片、安康欣膠囊等，

藥後病情明顯好轉，胸背部不痛，行走可，腰不痛，咳嗽減輕，仍有氣喘。

2008年12月4日 藥後好轉，複查CEA、AFP、CA199、CA242均正常。複查ECT全身骨掃描示正常（圖3）。現腰胸背不通，行走可，生活可自理，仍有咳嗽，時有氣喘，食納好，舌淡紅苔薄，脈滑。守方再進。隨症加減，每週1次。

從2007年服中藥後，病情明顯好轉，生活自理，行走可，體力改善，骨轉移病灶消失至今已4年餘，患者至今仍健在。

按：患者腸癌術後骨轉移縱隔淋巴結轉移，腰胸背痛，行走困難，咳嗽氣喘，生活不能自理。由於患者年老體弱多病，拒絕放療和化療，堅持服中藥治療4年餘，治宜健脾理氣、補腎壯骨、止咳平喘、化痰散瘀，隨症加減，病情明顯好轉，生活自理，骨轉移病灶消失，肺部病灶穩定，肺部病症明顯改善，基本沒有住院，療效明顯，費用低廉，生活品質高，疾病緩解期已達4年餘，至今仍健在。

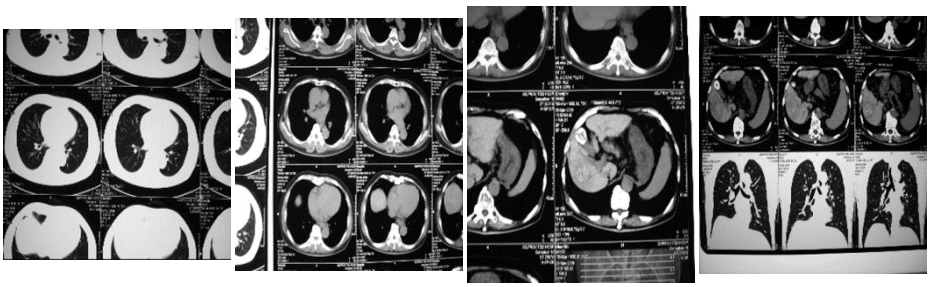
醫案2. 中藥治療結腸腺癌術後肝肺轉移存活4年

陳某，男，70歲，廣州市人，2005年7月18日首診。患者於2004年9月行直腸癌切除術，術後化療6程，病情穩定。2005年7月11日CT示：肝右前上尖部低密結節，考慮轉移癌。肝硬化，脾大，膽囊炎，膽囊結石。患者及家屬均不願再化療，要求中藥治療。症見：食納好，兩便正常，時有腹痛，不發熱，舌淡紅苔薄，脈滑。辨證：肝鬱氣滯，痰瘀互結。治法：健脾理氣，舒肝散結。方藥：柴胡10g，白芍15g，八月扎30g，鷹不泊20g，穿破石20g，穿山甲10g（先煎），白花蛇舌草20g，田七3g，辣蓼20g，茵陳20g，珍珠草20g，金錢草30g，溪黃草20g。隨症加減，治療1年半餘。

2007年5月14日 病情穩定，時有咳嗽，口乾，有痰，食納可，複查胸片示肺部病灶消失。治宜止咳化痰，活血化瘀，軟堅散結。方藥：腫節風20g，仙鶴草15g，卷柏30g，鷹不泊20g，穿破石20g，白花蛇舌草20g，金蕎麥30g，白英30g，葶藶子20g，豬籠草30g，黃芪30g，浙貝母10g，瓜蔞皮15g，烏梢蛇20g，貓爪草20g，山慈菇20g，七葉一枝花20g。

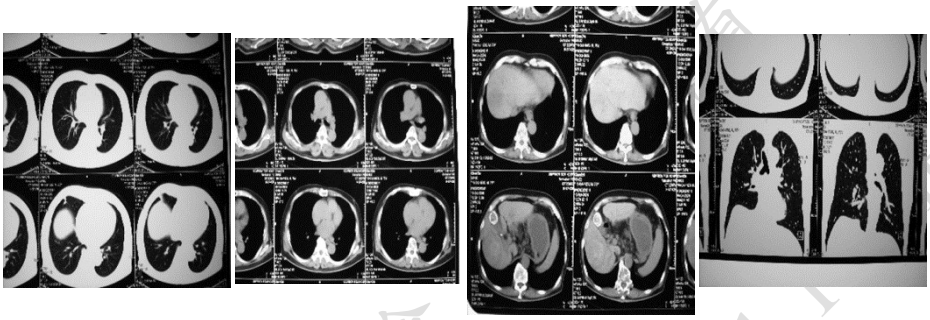
2008年3月8日 病情穩定，精神好，頭不暈，食納可，時有咳嗽，口乾，有痰，舌淡紅苔薄膩，脈滑。複查CT示：右中肺、右下肺、左下肺見多個小結節，最大約0.3cm，縱隔未見腫大淋巴結。右肝下腫塊5.4x4.5cm,顏色轉淡。（圖1，2，3，4）

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved



治宜舒肝理氣，活血化瘀，軟堅散結。方藥：柴胡10g，八月扎30g，鷹不泊20g，穿破石20g，白花蛇舌草20g，珍珠草20g，鷹不泊20g，穿破石20g，黃芪30g，腫節風20g，金蕎麥30g，豬籠草30g，白英30g，烏梢蛇20g，貓爪草20g，山慈菇20g，浙貝母20g，瓜蔞皮15g，七葉一枝花20g。隨症加減，治療6月餘。

10月23日 藥後病情有改善，時有咳嗽，食納可，舌淡紅苔薄膩，脈滑。10月16日複查CT示：右中肺、右下肺、左下肺見多個小結節，無變化，縱隔未見腫大淋巴結。右肝下腫塊顏色明顯變淡（圖5，6，7，8）。繼續守方治療。



2009年1月22日 患者病情穩定，精神佳，兩便調，不咳嗽，行走自如，生活自理。2009年5月因消化道大出血而死亡。

按：患者腸癌術後1年出現肝轉移、繼而出現肺轉移，不願化療，一直服中藥治療，初治宜健脾理氣、舒肝散結、活血化瘀、軟堅散結。治療後肝病灶縮小、肺出現新病灶，此時治療則宜肝肺同治，治宜止咳化痰、活血化瘀、軟堅散結。治療1年餘，肺部病灶消失，肝部病灶穩定。由於經濟問題，停服中藥，1年後肺部病灶複增多，又繼續肝肺同治，治療後病情好轉。患者結腸癌術後肝肺轉移後一直在門診治療，生活自理，行走自如，生活品質高，4年全部醫療費用約4萬元。中藥治療結腸癌術後肝肺轉移後生存期達4年。

5 未獲得細胞學或病理診斷的腸癌患者是中醫藥治療的切入點

老年患者由於年老體弱，其本人和家屬往往對創傷性檢查採取拒絕態度。對於未獲得細胞學或病理診斷的腸癌患者，能否開始抗癌（放化療），這是臨床工作中一直爭議而未解決的問題。不治療則病情進展，病人只能坐以待斃，治療會存在極大的隱患。在目前「舉證倒置」的前提下，若發生嚴重的毒副作用，對醫生是不利的。因此對這些患者，很多都採用等待、觀察，實在是無奈之舉。對無病理診斷的腸癌患者，中醫藥治療無疑是一種恰當的治療方法。

醫案1. 中藥治療晚期直結腸癌並出血存活1年餘

楊某某，女，76歲，廣東佛山人。1998年1月21日初診。患者因腹痛、便血不止而住院，檢查發現距肛門10cm處直腸可見菜花樣腫塊，觸之易出血，左下腹可捫及8cmx8cm腫塊，質硬。診為直腸癌並出血。因患者有嚴重的心臟病，頻發室早，不能手術，而求治於中醫。診見：面色萎黃，臥床不起，便血每日30-40次，多為鮮血夾少許糞便，食納少，少氣懶言，口乾口苦，腹痛，舌淡紅苔薄，脈數細結代。辨證：濕熱下注，氣血虧虛。治法：益氣補血、止血斂腸、清熱化濕。方藥：西洋參、黃連、訶子各10g，黃芪30g，黃芩、麥冬、肉豆蔻、石榴皮、地榆、白芨各15g，苦參、阿膠珠各20g，雲南白藥1瓶。每週診療1次，藥後便血明顯減少，每天仍有20餘次，食納增，精神好轉。7月底加用紅參6g和西洋參10g，交替服用，處方中適當加淫羊藿、仙茅、紫河車、制附子等溫陽之品，隨證加減，繼續治療半年餘，病情穩定，便血基本控制，瘤體未見增大，無腸梗阻

香港註冊中醫學會 Copyright HKSCM All Rights Reserved

等併發症，可外出活動。1999年2月因心臟病發作而死亡，患者經中藥治療後帶瘤生存1年餘。

按：對年老體弱多病的晚期腸癌患者，治療的重點不在消除癌瘤，而重在調理和改善症狀，提高生活品質。治療上應以治本為主。重視六腑以通為用，更強調寒溫並用，攻補兼施。選用藥物以西洋參、黃芪、阿膠珠、紫河車等益氣補血；以地榆、白芨、雲南白藥、血餘炭10g、蒲黃炭10g等收斂止血；以黃連、訶子、肉豆蔻、石榴皮等斂腸止痢；以苦參、山豆根等抗癌消瘤；以大黃、制附子溫通消滯。同時輔以飲食療法，服用番薯、獼猴桃、玉米粉等，改善了生活品質，延長了生存期，取得較滿意的療效。

6　中醫藥配合手術、化療或放療等減輕和預防其毒副作用

中醫藥配合手術、化療或放療等減輕和預防其毒副作用的研究已有廣泛的研究和實踐，已有眾多的學者論述和大量的報導[10],[11]，故此不再重複。

7　大腸癌高危人群預防和治療癌前病變的研究是中藥有效的切入點。

炎性息肉及腺瘤、慢性潰瘍性結腸炎、慢性痢疾、血吸蟲性腸炎都是大腸癌癌前病變的高危因素。中藥治療癌前病變的研究有特色與優勢[12]。中藥治療炎性息肉及腺瘤[13,14]、慢性潰瘍性結腸炎、慢性痢疾、血吸蟲性腸炎，以恢復腸粘膜屏障，有明顯優勢。

腺瘤樣多發性結腸息肉占大腸息肉的50%左右[15]，結腸息肉初期大多屬良性腫瘤，隨着息肉的進行性增大，息肉腺體細胞往往開始逐步變性、轉化，先是異性增生，異性增生逐步由輕度向中度發展，最後到重度異性增生，就是醫學界公認的癌前病變，即是結腸癌早期病變。有學者經過研究報導，其癌變率在10%以上[16]，因此積極治療腺瘤樣結腸息肉對預防結腸癌有重要意義。內鏡治療本病是最直接、有效的方法,但是腸鏡下切除後復發率很高，尤其是病理有異性增生的多發性結腸息肉，復發率更高。因此開展中醫藥治療癌前病變炎性息肉及腺瘤的研究非常必要。

醫案1. 結腸管狀腺瘤

廖某某，男，67歲。

患者反復發作腸息肉多年，2008年3月5日腸鏡下行息肉切除，腸鏡報告及病理報告為結腸管狀腺瘤。2008年7月17日腸鏡檢查又有息肉，再次切除，腸鏡報告及病理報告為結腸管狀腺瘤。

2009年3月10日和2009年11月10日作腸鏡檢查發現又有息肉，再次切除。

2009年11月16日就診：患者大便正常，無腹痛，較消瘦，食納可，舌淡紅，脈滑。中藥處方：五指毛桃20g，肉蓯蓉10g，烏梢蛇10g，辣蓼15g，黃芪10g，桃仁10g，山慈菇10g，郁李仁10g，升麻10g，漏蘆10g，炒萊菔子30g，貓爪草10g。隨診加減，治療半年餘。2010年12月3日複查腸鏡未見異常。見圖8。患者堅持服中藥，至今未見復發。

按：結腸管狀腺瘤或息肉是消化道常見的疾病，現代研究認為結腸管狀腺瘤或息肉是腸癌的癌前病變，是腸癌的高危因素。治療多採用腸鏡下切除的辦法。但是這種方法治標不治本，本案就是如此，二年內已4次在腸鏡下切除息肉，後用中藥治療後沒有再復發。說明中藥在治療腸癌的癌前病變如結腸管狀腺瘤或息肉是大有作為的。

本文從現代醫學治療腸癌的盲點入手，從中醫的角度來論述中醫藥治療腸癌症的思路和策略並列舉臨床治療有效的病例，說明中醫藥治療對老年及中、晚期腸癌具有一定優勢。中醫治癌的優勢(整體觀念和辨證論治)、強調以「人」為本，注重全身整體調節；強調個體化治療，重視病人主觀感受與提高生活品質；強調中醫治療癌症的臨床特色就是「帶瘤生存」；強調癌症是「慢性病」的觀點。中醫的這種理念將為更多的腸癌患者帶來福音。

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKSCMP All Rights Reserved

參考文獻：

[1] 李道娟，李倩，賀宇彤. 結直腸癌流行病學趨勢[J]. 腫瘤防治研究, 2014, 03(42): 305-310.
[2] Cancer. CA Cancer Journal for Clinicians .2020年3月12日線上版 doi: 10.1002/cncr.32802)
[3] 中國結直腸癌診療規範（2020年版）專家組. 國家衛生健康委員會中國結直腸癌診療規範（2020年版）.中華胃腸外科雜誌2020年6月第23卷第6期 Chin J Gastrointest Surg，June 2020，Vol.23，No.6 . 521-540.
[4] 資訊,. 2020年5月20日. 資料來源：政府統計處衛生署 醫院管理局癌症資料統計中心.
[5] 中華人民共和國國家衛生健康委員會醫政醫管局,中華醫學會腫瘤學分會. 中國結直腸癌診療規範(2020年版.). 中國實用外科雜誌. 2020,40(6):601-624.
[6] Nationa l Cancer Institu te ：SEER Cancer Statistics Review，1975-2001 http ：// seer. cancer. gov/csr/1975-2001
[7] 賴躍興, 靖大道. 結直腸癌流行因素的研究現狀. 中國腫瘤, 2007，16（5）：323-326.
[8] 李曄雄, 金晶. 直腸癌同步放化療. 中國臨床腫瘤學教育專輯，2009 ：345-351.
[9] Ohlsson B, Paisson B. Follow-up after colorectal cancer surgery. Acta Oncol, 2003, 2 ：816- 826.
[10] 馬瑞, 徐玲, 曲秀娟, 等. 結直腸癌的中藥治療進展. 遼寧中醫雜誌, 2017 - cqvip.com
[11] 張歡, 耿耘, 陳熙. 近年中醫藥治療結腸癌的研究進展. 中華中醫藥學刊, 2015 - cqvip.com
[12] 嚴小軍, 左錚雲. 中醫對結腸癌前病變機理的探討.遼寧中醫雜誌.2007年第34卷第7期:905-906)
[13] 薛晶, 林一帆, 劉楊,等. 結腸息肉發生及生物學特徵與中醫證型的關係. 中國中西醫結合消化雜誌. 2011年4月第19卷第2期:88-90
[14] 馬曉霖,肖政, 饒振芳,等.結腸息肉病因病機及臨床證治淺探.新中醫.2008年5月第40卷第5期：105-106
[15] 朱成, 張建萍, 張子其, 等. 老年人大腸息肉的內鏡治療及5 年以上隨訪. 中華消化雜誌, 1995, 15(4) : 198~ 199
[16] 陳俊威, 陳影波. 結腸息肉86 例分析. 廣東醫學, 1994, 15(6) : 379~ 380

（編委：王冠明審校2021.01.11）

香港註冊中醫學會 版權所有
Copyright HKRCMP All Rights Reserved