# 郭岳峰教授醫案五則

Five clinical cases treated by Professor *GUO Yuefeng*

郭歌　*GUO Ge*

（香港仲景堂中醫綜合診療中心　註冊中醫師　）

**[摘要]**　總結整理跟師郭岳峰教授期間的五個典型醫案並進行討論，認為中醫藥治療乳腺癌、病毒性心肌炎、心絞痛、術後長期發熱等西醫治療療效不佳的疾病有其獨特的優勢。中醫強調整體觀念、辨證論治，可根據患者的具體病情綜合調理機體陰陽、氣血、臟腑和經絡功能，驅除病邪、扶助正氣，從而增強機體免疫功能和抗病能力，以達到治療的目的。

**[關鍵詞]**　乳岩；心悸；胸痺；內傷發熱；中醫藥治療

郭岳峰教授是世中聯癌症姑息治療專業委員會常務理事，中國中醫藥學會腫瘤委員會委員，香港註冊中醫學會腫瘤專業委員會主任委員，原香港浸會大學中醫藥學院臨床部高級講師，原河南中醫學院教授、主任中醫師。郭教授出身於醫聖張仲景故里，秉持着「勤求古訓，博采眾方」的精神，在醫學道路上深入探索，先後獲得河南中醫藥大學中醫全科醫學學士，天津中醫藥大學中醫婦科醫學碩士，南方醫科大學中西醫結合醫學博士。郭教授從事中醫、中西醫結合內科及婦科臨床、教學、科研工作30多年，臨床經驗豐富。擅長治療各種癌症和癌前病變、萎縮性胃炎、慢性結腸炎、乳腺增生；關節炎症、哮喘及泌尿系疾病等。同時對於各種婦科常見病症，如漿細胞性乳腺炎、肉芽腫性乳腺炎、尿道炎、陰道炎、月經不調、痛經、閉經、不孕不育及產前後調理等都得心應手。本人跟師郭教授應診數年，獲益非淺，現整理郭岳峰教授醫案五則，供同道參考。

案一：乳岩（乳腺癌肺轉移）案

病人姓名：蘇XX，女，84歲（朋友之母）。病案號：P00002142。

初診日期：2017年12月04日。

主訴及病史：體形偏胖，高血壓病史5年餘，平時服西藥控制。1989年患腦部良性腫瘤行開顱手術；1996患多發性甲狀腺腫瘤（多數良性，一粒惡性）行腫瘤切除術，無須服用甲狀腺素。此後身體狀況一直平穩。2017年4月發現左側乳腺腫物，並有血性分泌物，經活檢後確診為「左側乳腺高分化導管內癌」，Pet scan掃描發現兩肺（右肺門及肺尖部）已轉移。於2017年10月19日在法國醫院行手術切除左乳腫瘤。考慮患者年事已高，未予化療及放療。刻下自覺神疲乏力，周身疼痛，足踝腫脹，西醫有給降壓及利尿藥；口乾，納可，失眠，大便成形，1~2次/日。舌質紅苔薄黃而乾，脈沉細弦澀。

X光片提示：1.左肺尖及右肺門部占位；2.第2腰椎壓縮性骨折。

西醫診斷：1.左乳腺癌兩肺轉移術後；2.高血壓病；3.甲狀腺腫瘤及顱內腫瘤切除術後；4.第2腰椎壓縮性骨折。

中醫診斷：乳岩-氣陰兩虛，痰濁瘀結證。

治療原則：益氣養陰，化痰活血。

方藥：黃芪20g，西洋參10g，豬苓20g，冬瓜子30，玄駒10g，鼠婦蟲12g，香附10g，蒲公英24g，茯神15g，海浮石15g，合歡皮24g，夜交籐24g，生牡蠣20g，百合10g，郁金15g，生地黃15g。

水煎服，每日1 劑，分2次溫服。

加減：牙齦腫痛，去玄駒，香附，加生石膏，知母；口乾加麥冬，身痛去生地、百合、公英，加雞血籐、牛膝、狗脊、續斷；夜尿頻多，加菟絲子、桑螵蛸、蜂房；大便不暢，加核桃仁、肉蓯蓉；下肢腫脹加益母草、白茅根。

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

治療經過：以上方藥加減治療至2017年07月27日，去西醫處復診，心肺無雜音，呼吸音清，血壓正常，X光胸部片示原右上肺之腫塊較前縮小（由3cm縮小至2.5cm），似有膜包裹，中下葉之圓形陰影變淡，咳嗽止。惟仍感兩膝關節疼痛。神疲多寐，口乾納差，腹脹噯氣，腰痛日間甚，夜間皮膚瘙癢，影響睡眠，大便3日未行，夜尿1~2次。舌質紅苔薄黃而乾，脈沉細弦澀。繼續以中藥治療。至2017年12月22日，朋友發來短訊稱其母的肺腫瘤最近一次檢查結果證實已全部消失，此後間斷服用中藥。至2019年8月患者突感胸悶氣急，呼吸困難，不能平臥，經Pet scan掃描見兩肺滿布小圓形高密度影，提示兩肺內擴散，於2019年9月初去世。

案二：單純中醫藥治療乳岩（乳腺癌IIIB期）案

病人姓名：周XX，性別：女，出生年月：1967-10-20。病案號：P00001881

初診日期：2017-03-16

主訴及病史：3年前確診「左乳腺癌II期」，未曾手術，化療及放療。兩年來病情穩定，近3個月來左乳腺破潰出血、疼痛，自敷雲南白藥，效果不佳。曾看西醫，建議化療，患者仍拒絕，經他人介紹於今日來我處求中醫治療。刻下：面色萎黃，消瘦，疲倦乏力，納差寐差易醒，大便不暢，平時常服瀉藥。舌質淡紅苔薄白，脈沉細弱。

查體：左側乳房腫脹隆起，直徑約20cm，中間部分已破潰，外周皮膚呈紫色，高低不平，觸之堅硬，疼痛不明顯。

西醫診斷：左乳腺癌IIIB期。

中醫診斷：乳岩-氣血兩虛，痰毒蘊結證。

治療原則：益氣養血，化痰解毒。

治療方法：

1. 內服湯藥：黃芪30g，生曬參10g，壁虎12g，鼠婦15g，皂角刺15g，王不留行15g，合歡皮24g，夜交籐24g，藕節20g、仙鶴草20g，蒲公英30g，雞內金10g，透骨草15g，瓜蔞子24g，制天南星12g，阿膠6g（烊化）、土茯苓15g、地榆12g、乾蟾蜍皮10g、鬼針草15g、僵蠶12g。

水煎服，每日1劑，分2次溫服。

2. 外用藥：先以生理鹽水清洗患處，再以紫草膏20g+雲南白藥2g，混勻後外敷。

3. 隔薑灸：以下兩組穴位交替應用，即第1、3、5次背部，2、4、6次腹部，每週2~3次。

背部七穴：大椎、肺俞（雙）、脾俞（雙）、腎俞（雙）；

腹部七穴：中脘、下脘、神闕、氣海、關元、天樞（雙）。

治療經過：2017年6月中旬曾做全身Pet scan掃描，所幸未發現轉移。以上述湯藥處方加減配合外用藥及艾柱隔薑灸治療至2017年7月10日，腫塊較前明顯縮小，質地變軟，直徑約11cm，周圍皮膚色澤轉紅活。其間4月18日因排大便用力導致腫瘤處小動脈血管破裂出血,伊麗莎白醫院醫生予壓迫、電灼止血及抗生素、止痛藥，並予清創。此後多次到養和醫院清洗患處及換藥，主要為抗生素。除此之外，未有接受化療及放療。此例僅單純服中藥治療3個多月，腫脹範圍較前縮小1/2，連養和醫院為其換藥的西醫亦覺神奇。患者信心大增，目前仍繼續中醫治療中。其間2019年12月在5點位又新生一直徑2.5cm之小腫瘤，破潰處時常有小量出血。該患者自2014年確診至今已經7年，情況未有進一步惡化，生活自理，正常工作。

上二案討論：

乳腺癌是女性最常見的惡性腫瘤之一，近年來其發病率呈上升趨勢，發病高峰年齡亦有提前，且發病高峰持續時間延長。

西醫認為乳腺癌是乳腺導管上皮細胞在各種內外致癌因素的作用下，細胞失去正常特性而異常增生，以致超過自我修復的限度而發生癌變的疾病，以乳腺腫塊為主要臨床表現。在中醫學中屬於「乳癖」、「乳岩」等範疇，其發生是因為在正氣虛衰，同時氣鬱、痰濁、瘀血、熱毒等邪氣盛實的基礎上，產生因虛致實、因實而虛、虛實夾雜的複雜病理過程，以致氣滯、痰凝、血瘀、邪毒內蘊，結聚而成乳岩。

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

乳腺癌的臨床治療應以扶正與祛邪相結合為總原則。明辨正邪盛衰、病變部位及病程階段而確立不同的治法。早期宜扶正祛邪同時兼顧；晚期宜扶正為主，祛邪為輔，強調扶正不留邪，祛邪不傷正，攻補兼施。

案一與案二雖同屬乳腺癌，且均未進行過放療及化療，但因患者年齡、體質、病情不同，中醫所採取的治則治法亦有不同。醫案一的患者從既往病史中不難發現該患者應屬於腫瘤易感體質。這種體質的患者由於家族因素、生活因素、環境因素的綜合影響，導致人體罹患腫瘤的風險大大增高。該患者過往所患之腦部腫瘤及甲狀腺腫瘤均為良性，僅行切除術切除術切除病灶；此次患乳腺癌後因年事已高手術後亦未再行放療及化療，郭教授針對該患者氣陰兩虛，痰濁瘀結的體質及具體病情，制定了益氣養陰，化痰活血的治法，其目的主要在於延長患者的生存期，改善患者的生存品質，取得了良好的療效。

案二的患者情況比較特殊，自確診至今已有七年，但病灶僅局限於原發部位，無擴散無轉移。該患者拒絕一切西醫抗癌治療，初來我處就診時亦未知純中醫治療乳腺癌能夠取得何種療效，只能說盡力而為。所幸患者對治療反應不錯，病情控制良好，現仍間斷服用中藥。

由上述兩案可知，中醫藥療法可調整機體陰陽、氣血、臟腑和經絡功能，改善機體物質代謝，增強機體免疫功能和抗病能力，對減少復發和轉移，提高乳腺癌患者的生存率和生存品質，延長生存時間具有重要作用。

案三：心悸（病毒性心肌炎合併擴張型心肌病）案

病人姓名：駱XX，女，45歲。病案號：P00001264

初診日期：2015年8月26日。

主訴及病史:2015年6月20日自覺咽痛咳嗽,胸悶氣短,7月初入將軍澳醫院經查發現胸腔積液,心包積液，心臟增大，考慮」病毒性心肌炎合併擴張型心肌病「。西醫給予抗病毒、營養心肌、強心、利尿等治療，病情減輕后出院。因心悸胸痛，神疲氣短，動則汗出，心情煩躁，雙腿沉困，酸軟無力等症狀持續不能緩解而來我處求中醫治療。納可寐差易醒，大便正常，1次/日。舌質淡紅苔薄白，脈沉細結代、略數。

西醫診斷：1.病毒性心肌炎；2.擴張性心肌病。

中醫診斷：心悸-氣陰兩虛，氣滯血瘀水停證。

治則：益氣養陰，理氣活血，溫陽利水。

方藥：生脈飲、丹參飲、葶藶大棗瀉肺湯合苓桂術甘湯加減。

黃芪30g，西洋參12g，麥冬15g，五味子10g，丹參20g，檀香10g，砂仁3g，葶藶子30g，大棗15g，冬瓜皮30g，茯神24g，桂枝15g，白朮2g，合歡皮24g，夜交藤24g，地龍15g。

5劑，水煎服，每日1劑，分2次溫服。

治療經過:服藥5劑後,自覺睡眠好轉,心悸、氣短減輕,舌質淡紅苔薄白,脈沉細結代、略數。Bp110/85mmHg。以上方加減治療至2015年9月21日，因患感冒，而出現咽痛咳嗽，痰多色黃，鼻塞涕濁，頭身疼痛，納差寐差，大便稍乾。舌質略紅苔薄微黃，脈浮數。改服下方：魚腥草30g，地龍15g，僵蠶12g，蟬蛻6g，白芷9g，白茅根15g,蘆根15g,合歡皮24g,夜交藤24g,杏仁15g,太子參15g,桔梗6g,甘草6g。10餘劑後感冒方得痊癒。

繼以8月26日方加減服至9月14日，經葛量洪醫院復查心臟射血分數恢復至45%，心臟體積較前縮小，但仍未恢復正常。已停服西藥。

繼續服藥至2015年12月再次復查,胸腔積液及心包積液消失,心臟射血恢復至65%。心悸胸痛,神疲氣短，動則汗出，心情煩躁，雙腿沉困，酸軟無力，寐差易醒等症狀基本消失，恢復工作。

**討論：**

病毒性心肌炎是指病毒侵犯心臟引起的心臟局灶性或彌漫性的急性、亞急性及慢性炎症。可流行或散在發病。病毒感染的人群中約5%的病人發生心肌炎，多數患者預後良好，少數逐漸演變為擴張型心腸病，嚴重病例可致猝死。中醫無固定的病名與其相對應，結合臨床症狀，可將其歸於「心悸」、「胸痺」、「怔忡」、「虛勞」等範疇。

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

病毒性心肌炎西醫無特效療法，除一般營養支持治療外，根據病情多採取對症治療。如抗病毒、抗自由基、改善代謝、糾正心律失常、改善心功能、強心利尿及激素應用等。中醫治療對於縮短病程，減少合併症及後遺症的發生作用肯定。中醫認為正氣不足、溫熱邪毒乘虛侵心為本病發病主因，瘀血、痰濁為病變過程中的病理產物，耗氣傷陰、血脈阻滯為主要病理變化。病初以邪實正虛、虛實夾雜為主，後期則以正氣虧虛、心之氣陰不足、痰瘀阻滯，水氣凌心為主。西醫學認為，病毒對心肌組織的直接損害、細胞介導的細胞毒作用和繼生的自體免疫是本病的主要發病機制，但迄今為止仍缺乏控制本病的有效治療方法。而中醫學根據整體觀念，從正邪兩方面探討病毒性心肌炎的病因病機，辨證論治，更強調正氣在本病發生及其預後轉歸的重要地位，此認識亦為病毒性心肌炎的治療開拓了思路，即心病治心而不專於心，還需調整其他臟腑功能以利於心，抓住「虛、毒、瘀」三個臨床分期的病機關鍵，從祛除病邪與調節機體陰陽氣血、扶助正氣入手進行治療，因而取得較好的療效。

本例患者治療過程中又重複感冒，但治癒感冒康復過程順利，未有後遺症發生。應該說中醫的參與起了一定的作用。

案四：胸痺（變異性心絞痛）案

暨XX，男，69歲。病案號：P00002653

初診日期：2019年01月23日。

主訴及病史：高血壓、高脂血症病史，有服降壓及降脂藥。近2年來時感胸悶胸痛、頭暈惡心，2018年內曾發作3次，近1個月來發作2次，昨晚又有發作，自含硝酸甘油後緩解，經CT、心電圖檢查未見明顯異常。多在夜間發作，發作時除胸悶胸痛外，另感頸咽部拘緊疼痛，渾身發冷，納可寐差易醒、入睡難，平時容易出汗，畏寒肢冷，大便稍溏，1日1~2次。舌質暗苔薄白，脈沉細弦澀。

西醫診斷：變異性心絞痛。

中醫診斷：胸痺-氣滯血瘀， 心陽不振證。

治療原則：理氣活血，溫振心陽，通絡止痛。

方藥：補陽還五湯合丹參飲、瓜蔞薤白半夏湯、桂枝附子湯加減。

黃芪30g，當歸15g，地龍15g，赤芍9g，川芎9g，桃仁9g，紅花6g，丹參30g，檀香9g，砂仁6g，瓜蔞子12g，薤白10g，桂枝9g，附子6g，炒白朮18g，夜交藤15g。

4劑，水煎服，每日1劑，分2次溫服。

戒煙、酒、生冷、滑膩、辛辣刺激之品，調情志，適寒溫，節勞逸，適當鍛鍊。

治療經過：服藥4劑，自覺睡眠改善，動則氣短較前減輕，大便較前通暢，1日1~2次。餘症同前，舌質暗苔薄白，脈沉細弦澀。上方桂枝增至12g，附子增至9g，繼續服藥至2月25日，自覺畏寒肢冷明顯減輕，睡眠轉佳，大便轉實，胸部悶塞感大有改善。繼服前方10日。

未再復診。電話聯繫，謂「最近好好，沒甚麼事」。

討論：

本病主要由於冠狀動脈痙攣所致。吸煙是導致變異型心絞痛的重要誘因。變異型心絞痛經常發生在吸煙的人群，尤其是短期內大量吸煙的年輕男性。應用可卡因和安非他命等違禁藥物是發生冠脈痙攣的重要原因。情緒緊張和過大的精神壓力也是發生冠脈痙攣的一個重要原因，嚴重的冠脈痙攣可能是Tako-tsubo心肌病的重要發病機制之一。此外，導致兒茶酚胺分泌等神經體液異常的內分泌疾病也是冠脈痙攣常見的原因，比如嗜鉻細胞瘤，甲狀腺功能亢進等。另外，變異型心絞痛常見的誘發因素還包括酗酒，寒冷刺激，應用收縮血管的藥物等。

此心絞痛的發作與活動無關，疼痛發生在安靜時，發作時心電圖ST段抬高，發作過後ST段下降，不出現病理Q波。其六個月內發生心肌梗死及死亡者較多。變異型心絞痛可導致急性心肌梗死及嚴重心律失常，甚至心室顫動及猝死。

本例患者常在夜間安靜時發作，並伴有畏寒肢冷，動則汗出，舌質紫暗，脈沉細弦澀。中醫辯證屬氣滯血瘀，心

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

陽不振之胸痺證，治以理氣活血，溫振心陽，通絡止痛。共服藥35劑，病情得以明顯緩解。但因患者有高血壓及高脂血症等高危因素，仍不可大意！

案五：內傷發熱（術後長期發熱）案

病人姓名：鄭XX，男，59歲。病案號：P00002556。

初診日期：2020年09月19日。

主訴及病史：慢性非特異性結腸炎病史20餘年，長期服用美沙拉嗪。2020年7月22日因患「肛周膿腫」而行手術治療。術後持續低熱（37.5左右）一個多月，經相關檢查排除「新冠肺炎」及其他感染性疾病，曾服非甾體消炎止痛藥及抗生素。2020年9月10日復查發現肛周瘺管形成，2020年9月17日行肛周瘺管切除術。術後仍持續低熱，發熱一般自午後2點左右開始，持續至晚上10時左右，多為低熱（37.5~38度），服撲熱息痛及類固醇後汗出熱退，但次日午後低熱又起。自覺頭暈頭痛，神疲乏力，Hb11g/L，WBC略高，血壓116/70mmHg，心率96次/分，自汗惡風，口苦微乾，納差寐差，大便成型，1日1~2次。舌質淡紅苔薄微黃，脈右弦左沉細。

西醫診斷：術後發熱。

中醫診斷：內傷發熱-氣陰兩虛證。

治療原則：益氣養陰，清熱安神。

治療方法：

1.方藥：補中益氣湯加味。黃芪24g，生曬參10g，白朮12g，升麻6g，柴胡6g，當歸15g，陳皮6g，炙甘草6g，功勞葉12g，浮小麥30g，合歡皮24g，夜交藤24g，蒲公英20g，青蒿10g，山海螺24g，生薏米30g。

水煎服，每日1 劑 ，分2次溫服。

2．艾柱溫和灸：神闕、足三裏各15分鐘，每日1次，連續10日為一療程。

二診：2020年09月23日

服藥4劑，自覺每日發熱時間較前縮短，持續約3~4個小時，幅度減小。睡眠改善，口乾減輕，精神略振，胃口仍差。舌質淡紅黃而乾，脈沉細。上方去陳皮，加生麥芽12g。繼服5劑。

三診：2020年09月28日

發熱時間進一步縮短，每日約2個小時左右，多在勞累後出現。納可寐安，口苦口乾，動則汗出，時感頭暈，二便正常。舌質淡紅苔黃而乾，脈沉細弱。

處方調整如下：黃芪24g，生曬參10g，佩蘭15g，升麻6g，柴胡6g，當歸15g，五倍子10g，炙甘草6g，功勞葉12g，浮小麥30g，合歡皮24g，夜交藤24g，蒲公英20g，兒茶10g，山海螺24g，生薏米30g。繼服4劑。

四診：2020年610月03日

低熱除，自汗止。納差多寐神疲，口苦微乾。舌質淡紅苔薄微黃，脈沉細。

處方調整如下：黃芪24g，生曬參10g，佩蘭15g，麥芽12g，雞內金10g，當歸15g，五倍子10g，炙甘草6g，功勞葉12g，浮小麥30g，合歡皮24g，夜交藤24g，蒲公英20g，兒茶10g，山海螺24g，生薏米30g。繼服4劑。

討論：

術後發熱的原因主要有以下幾種：1.術後感染，一般這種發熱體溫較高，但在患者一般情況較差時，可表現為低熱；2.術後綜合症：手術既是一種治療手段，又是一種創傷，會導致一定程度的創傷性或缺血性組織損傷，造成細胞失活、組織碎片脫落、異物存留、血腫、液體積聚、細菌感染等後果，創傷反應引起代謝過盛；3.手術後免疫功能低下，如脾切除術後、各種抗癌藥物、廣譜抗生素、免疫抑制劑在術後長期使用；4.藥物熱、反應熱（即輸血、輸液反應熱）等。手術後低熱以功能性發熱較為常見。西醫治療主要是抗感染和對症治療，使用抗生素和解熱鎮痛藥。抗生素對於手術後感染引起的發熱療效較好，但對功能發熱無效。

該患者因「肛周膿腫」，而行手術，術後發熱月餘，經用抗生素及解熱鎮痛藥治療無效，復查發現肛周有

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

瘺管形成而再次手術，術後仍持續發熱。綜合脈症考慮為「氣陰兩虛發熱」，治宜益氣養陰，清熱安神之法，方用補中益氣湯甘溫益氣，加功勞葉、青蒿養陰，蒲公英、山海螺清熱解毒，合歡皮、夜交藤、浮小麥安神；另以艾柱隔薑灸溫陽益氣。服藥4劑，即獲顯效，根據病情變化略作加減治療2周左右病即向愈。體現了中醫治療功能性疾病的獨特優勢。

（編委：劉碧鳳審校 2021.03.19）

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