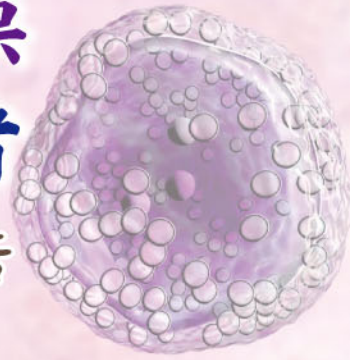


中醫緩解結外邊緣區黏膜 相關淋巴組織淋巴瘤患者 化學與標靶治療副作用的病例報告



柯青秀、邱詩方 佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院中醫部

壹、前言

黏膜相關淋巴組織的結外邊緣區淋巴瘤(extranodal marginal zone lymphoma of mucosa-associated lymphoid tissue)，簡稱MALT lymphoma，是一種成熟的B細胞腫瘤，發生在多樣化的淋巴結外組織中。研究發現，許多MALT lymphoma病例是在慢性免疫刺激下發生，如幽門螺桿菌感染和胃部的MALT lymphoma相關，唾液腺和甲狀腺的MALT lymphoma與乾燥症和橋本甲狀腺炎相關。其症狀取決於所涉及的部位，消化系統受累可能造成腹痛、腹脹和體重減輕，肺部受累可能出現無癥狀的肺結節或氣腔實變，在淺表的部位，可能導致生長緩慢的腫塊^{1,2}。

中醫對於惡性淋巴瘤的相關描述，像是「瘰癧」、「痰核」、「惡核」、「失榮」、「陰疽」等。根據古籍，本病由風火血燥，或寒痰凝滯，內因憂思喜怒，肝鬱氣結或氣滯血瘀，積而成結，日久臟腑內虛，肝腎虧損，氣血兩虧。所以惡性淋巴瘤是由病理產物痰、氣、血搏結而成，應治以化痰去瘀，軟堅散結³。根據現代研究顯示，中醫根據臨床分期、辨證分型、放射、化學治療等的副作用以及病人整體情況來制定治療方案，可以減輕副作用、保護骨髓、提高血象及生存率。

本病例是一位55歲女性，於112年3月診斷為肺部結外邊緣區黏膜相關淋巴組織淋巴瘤[Extranodal marginal zone lymphoma of mucosa-associated lymphoid tissue (MALT) lymphoma]，骨髓轉移，分期為IVB，後續進行六次化學治療和標靶治療，藥物為Bendamustine(Innomustine)和Rituximab(Mabthera)，本篇記錄此期間中西醫合併治療的過程。

貳、病例報告

一、基本資料：

問診日期：112年5月31日

姓名：黃○○ 性別：女 年齡：55

身高/體重/BMI：156.7cm/43.5kg/17.67(體重過輕)

二、主訴：化療後納差、噁心、嘔吐3天

三、現病史：

107年更年期約50歲後，筋骨痠痛，經常跌倒，108年1月查驗風濕免疫科，發現類風濕性關節炎和乾燥症。111年6月確診COVID-19後，體重一直下降(111/6:48~50kg=>112/2:42kg)，無明顯發燒、咳嗽症狀，只是咽痛，胸悶持續很久，常常想搥胸，111年12月CT檢查，發現右中肺葉7mm肺結節和右上肺葉11mm肺腫瘤，112年2月進行胸腔鏡楔狀右中及右下肺葉切除手術治療，胸中癢至脅肋，頭常流汗，112年3月查驗骨髓才發現轉移，西醫診斷為肺部結外邊緣區黏膜相關淋巴組織淋巴瘤(MALT lymphoma)，遂進行化學治療和標靶治療，第一次藥物為Rituximab(Mabthera)和Bendamustine (Innomustine)，化療後納差、噁心，嘔吐，虛脫，頭顛頂抽痛VAS2約持續3天漸緩。還同時有兩手麻電感，右側踝關節僵硬感活動不利欲伸，便秘，羊屎便量少不暢，眠差易醒。這次為第2次入院進行藥物治療。本次化療採用相同藥物和劑量。

四、過去病史：自小心律不整(病患自述)、類風濕性關節炎、乾燥症(108/01)、高血壓、COVID-19確診(111/6)

五、手術史：25年前車禍造成右足脛骨骨折，手術鋼釘固定。

六、個人史：職業為理髮師，無菸酒檳榔史，無藥物食物過敏史。

七、家族史：姐：類風濕性關節炎、大腸癌。母：高血壓、心臟病、糖尿病。父：糖尿病。

八、中醫四診：

1. 望診

神識/神情：意識清楚，精神可

體型：體型偏瘦，BMI屬體重過輕

顏面/爪甲：面色偏黃偏乾燥、唇色稍暗偏乾、爪甲無光澤

舌診：舌薄長、質淡紅，苔淡黃膩，津少

2. 聞診

語音氣味：語音偏乾燥、清晰，無磁性、厚度，氣味無特殊

3. 問診

全身：平日怕冷

情志：心情平靜

睡眠：平時睡眠因口乾、眼乾而容易醒。化療後眠差易醒

頭項：頸部無淋巴腫大，偶肩頸僵硬，左側肩胛骨後側容易痠痛。化療後頭顛頂抽痛VAS2

五官：口乾眼乾，上週迄今口破未癒，大約7日

胸部：常覺得胸悶

腹部：平日不覺得脹氣，無胃酸上逆

飲食：平時容易餓，可以吃下一整個便當。化療後納差、噁心，次日嘔吐，虛脫持續3日

二便：平日大便一日一行，成形不硬。化療後會便秘，羊屎便量少不暢。尿平

四肢腰背：偶痠痛。化療後兩手麻電感，右側踝關節僵硬感活動不利欲伸。

4. 切診

觸診：手足溫

脈診：脈弦稍數，兩關上滑數

九、理學檢查：

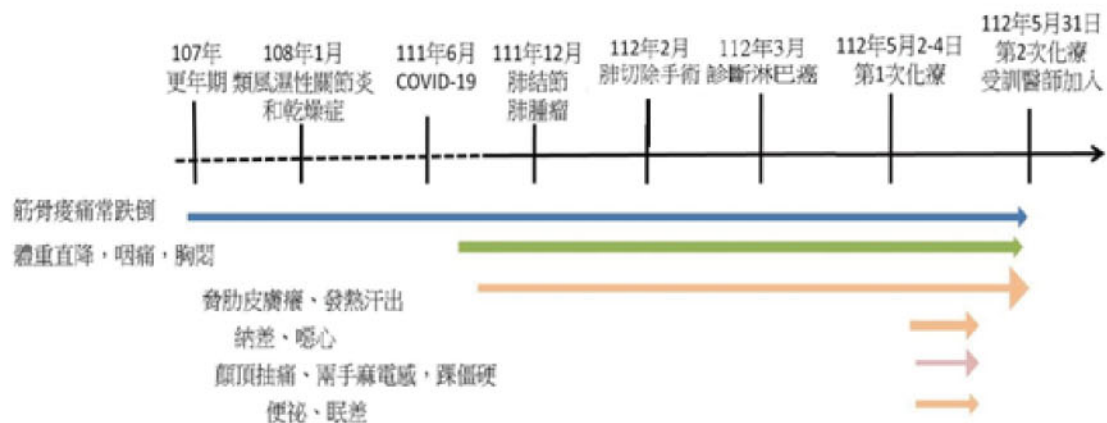
112年5月31日生化值正常，血液檢驗數據異常如下：

WBC： $3.20 \times 10^3/\mu\text{L}$ 偏低(Normal:4.0~11.0)

Mono.：16.9 % 偏高(Normal:2~10)

Eosin.：7.2 % 偏高(Normal:1~6)

十、時序圖



十一、臟腑病機四要素

1. 病因

外因：Rituximab(Mabthera)，Bendamustine (Innomustine)、COVID-19 時疫

內因：無明顯情志失調

不內外因：年長、勞倦

2. 病勢

(1)病患更年期後天癸竭，腎氣衰弱，又長期勞倦，勞倦傷脾，脾主運化，脾失溫煦，脾腎虧虛，則水液分布失調，病理產物代謝不利，氣機不暢，痰瘀互結，導致筋骨痠痛，骨

髓、關節慢性發炎，經常跌倒，口乾、眼乾，進而影響睡眠。

(2)111年6月確診COVID-19疫毒，為濕熱毒邪，進犯上焦，病患沒有明顯發燒、咳嗽症狀，但咽痛和胸悶明顯，乃濕邪疫毒未解，濕毒與裡熱持續纏綿，濕從熱化，最終熱勢漸盛，濕熱鬱閉肺氣，內傳而蘊化裡熱，阻遏肺竅與氣機，後來痰瘀互結於胸中，形成結節和腫瘤，影響上焦的宣發功能，因此胸悶，常常想搥胸。熱病久病造成氣陰兩虛，氣不攝津，故發熱汗出，頭常大流汗，陰虛內熱致體重減輕。

(3)標靶藥物Rituximab的不良反應包括細胞激素釋出症候群，發燒、冷顫和寒顫，淋巴球低下、周邊水腫、白血球低下、腹瀉、噁心、蕁麻疹。Bendamustine的副作用則有噁心、疲勞、嘔吐、腹瀉、發燒、骨髓抑制及皮疹等。由副作用可推測，化療藥物損傷脾胃，致脾之清氣不升則運化不行，濕濁內生，故見噁心、身重、苔淡黃膩，又胃之濁氣不降則胃氣上逆作嘔、納差。吐後津液損傷則虛弱無力，脾胃損傷久則陰傷，加重新冠後陰虛內熱的狀態，心陰不足則眠淺多夢；筋失所養則兩手麻電、踝關節不利；腸道失於濡潤則大便閉結、量少不暢；陰虛血熱則紅疹作。

3. 病位

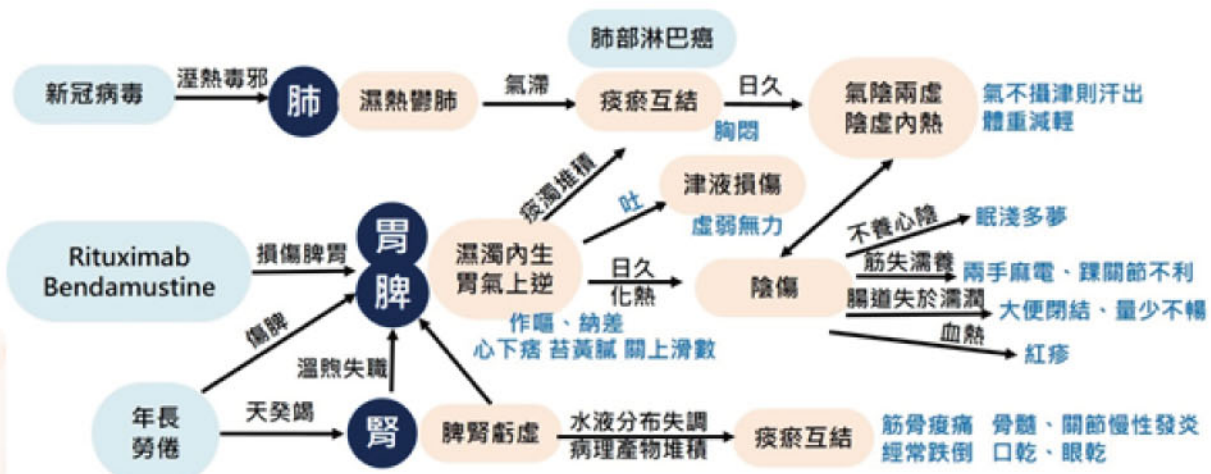
西醫解剖：胃

中醫臟腑：胃、脾、肺、腎

4. 病性

患者無惡寒發熱明顯表證，噁心、嘔吐、便秘為裡證，主訴為裡證。患者平時怕冷屬寒，口乾、眼睛乾、苔黃膩、脈數屬熱，為寒熱夾雜。病患長年勞倦，熱病久病為本虛，西醫治療藥物造成副作用為邪實，整體為本虛標實。

十二、病因病機分析圖



十三、診斷

西醫：肺部黏膜相關淋巴組織結外邊緣區淋巴瘤(MALT lymphoma)·骨髓牽連 Extranodal MALT lymphoma of lung with BM involvement, stage IVB

中醫：惡核

十四、證型、病機和治則：

證型：胃氣不和、心下痞滿、陰虛痰瘀、虛火擾神

病機：胃氣上逆、心下痞滿

治則：消痞除滿、和胃降逆、化痰去瘀、滋陰寧神

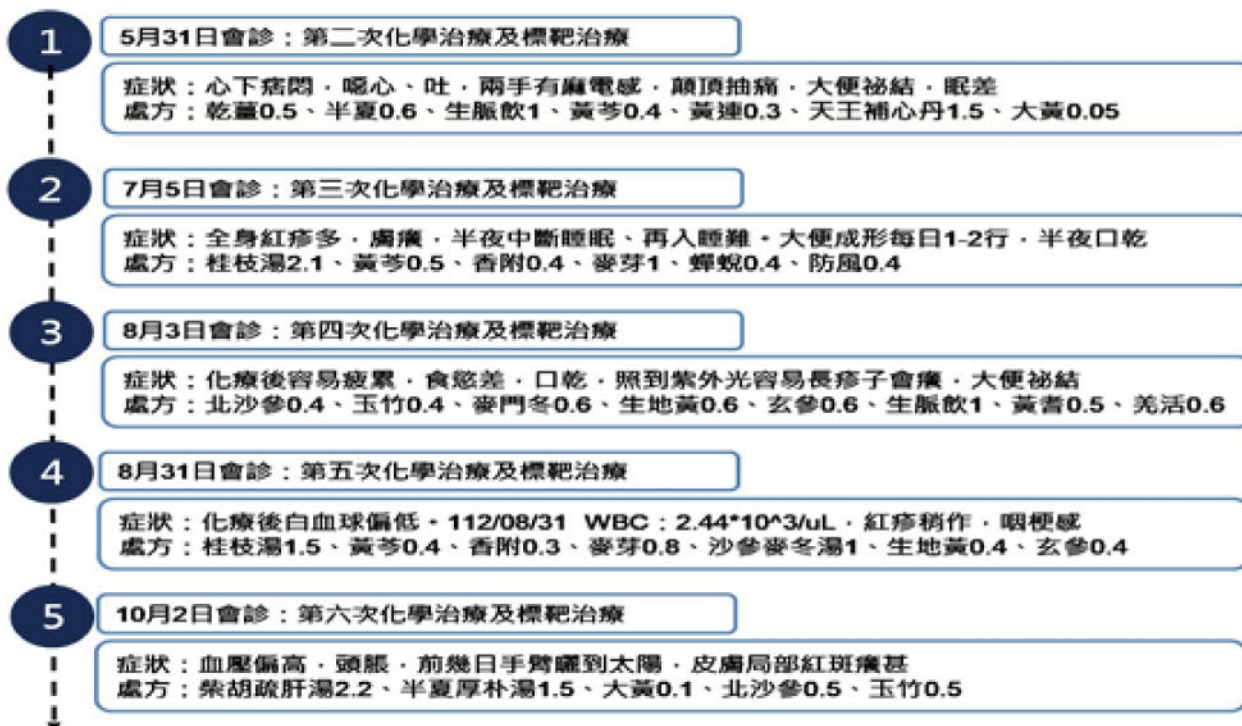
十五、方藥

科學中藥：112年5月31日 TID*1日 PC 單位：克

半夏瀉心湯加減合天王補心丹：乾薑0.5、半夏0.6、生脈飲1.0、黃芩0.4、黃連0.3、天王補心丹1.5、大黃0.05，總量4.0克。

方藥分析與思路：半夏瀉心湯主治脾寒胃熱，心下痞悶，以辛開苦降法恢復脾升胃降的氣機。天王補心丹養心安神、滋陰清熱。大黃瀉下攻積，清熱瀉火，活血祛瘀，預防便秘。

十六、後續住院治療過程：



參、討論

在病患化療、標靶期間，中醫介入的目標主要在顧護脾胃，幫患者穩定脾胃的基礎，使得後天氣血生化之源不受傷害，正氣存內，則邪不可干，使得癌症邪氣不至於再深入臟腑，擴散蔓延，等化療、標靶治療之後，再針對患者病後體質修護，改善氣陰兩虛，痰瘀互結的狀態，提升患者正氣，降低癌症復發的機會。

參考資料：

1. Arnold S Freedman, Jonathan W Friedberg&Andrea K Ng (2023). Treatment of extranodal marginal zone lymphoma of mucosa associated lymphoid tissue (MALT lymphoma).UP TO DATE. Retrieved November 30, 2023.
2. 陳智文、劉嘉仁(2020)，黏膜相關淋巴組織淋巴瘤之診斷與治療現況。臨床醫學，85(6)，344-349。
3. 陳明和、官良印、林臻瑋、吳蓉茹、謝文哲(2009)，中西醫整合治療惡性淋巴瘤的病例報告。臺灣中醫臨床醫學雜誌，15(4)，315-328。

談再生不良性貧血

中西醫治療

戴維辰¹、莊佳穎^{1、2}

¹ 佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院中醫部

² 花蓮慈濟大學學士後中醫學系



從花蓮慈濟醫院幹細胞與精準醫療研發中心主任李啟誠醫師與花蓮慈濟醫院中醫部針灸科主任林郁甯醫師的合作開始，慈濟醫院體系以人本醫療、尊重生命為宗旨，持續進行中西醫整合醫療合作，並取得良好療效。經過許多案例累積經驗後，治療再生不良性貧血終於不再是不可能的事。同樣是進行中西醫整合性治療，在佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院，中醫腫瘤科主任莊佳穎醫師也和台中慈濟醫院血液腫瘤科主任李典錕醫師持續多年中西醫結合，在治療再生不良性貧血的諸多案例中取得豐厚經驗，並建立起一套新的辨證論治治療方針。筆者紀錄並整理莊佳穎醫師臨床經驗，提供各位前輩、同道等參考討論。

當骨髓其內之造血幹細胞受傷或受到破壞，無法製造出足量的血液細胞，造血功能低下，周邊血管抽血發現有各種血液細胞數量減少的病變，包括貧血、白血球減少、血小板缺乏，就稱為再生不良性貧血。再生不良性貧血從兒童至成人都可能發生，50~60歲以後的發生率急速上升，而約只有1/4的病例是發生於20歲以前，大部分發生於較大的孩童。

林郁甯主任以往遇到的問題是，針對於缺鐵性貧血、B12之類單純性貧血，使用中藥大補氣血的方式處理，往往可以見效，但在再生不良性貧血的案例中卻正好相反，反而會越補越差。當時主任就開始思考並查閱文獻仔細比較對比，探討後發現，西醫治療再生不良貧血用的是免疫抑制，這時中醫若使用補法，則方向上與西醫相反，或許需要更改處理思維。

若是直接補氣，用了一堆黃耆、高麗參、黨參等補氣藥，白血球會越補越低。這是因為在身體虛弱時，直接補氣會補到破壞骨髓造血細胞的免疫細胞，而需要營養的骨髓造血細胞反而拿不到，數量就會越來越少，反應在外的現象就是血球越補越低。所以我們要用清熱解毒藥，像銀花、板藍根、魚腥草、黃芩等都可以代替白血球去對抗細菌病毒，白血球存活的多，數量就會慢慢增加。而不是一味使用補法。

在佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院中醫部，莊佳穎醫師進一步發現，當作為症狀治

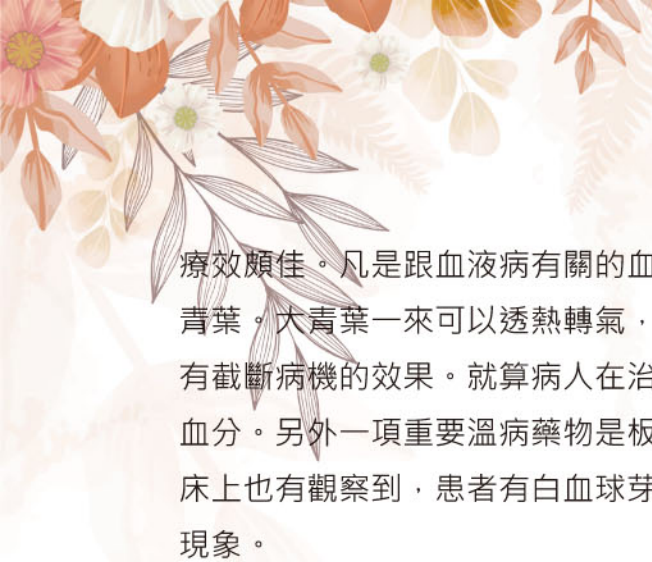
療，只要給補藥如十全大補湯，基本上患者癒後不用擔心會惡化，病人可能會覺得氣陰兩虛口瘡潰瘍較多、比較燥熱，調整氣和陰的用藥比例，往往效果取得還不錯。補脾胃(如：黃耆、黨蔘、山藥、白朮、茯苓、參苓白朮散、四君子湯、香砂六君子湯、八珍湯、十全大補湯、人參養榮湯)，病人都會覺得比較舒服或是也從補腎來著手，讓患者精神好體力好不會怕冷(如：二仙湯、黃精、骨碎補)。但是這些補脾腎用藥，並不一定能夠看到病人的血球上升。

從基質細胞來治本思考。治本是什麼？首先，就是從炎症反應著手，炎症反應會攻擊基質細胞。因為免疫反應攻擊基質細胞，使之減少，而不能夠給幹細胞足夠的訊號及營養，所以治本的部分，就是在控制這個免疫反應。免疫事件就是風（外風or內風），外邪入侵，導致的免疫事件，所以病人造成再生不良性貧血的一派虛象，卻應使用清熱解毒藥如：連翹、白茅根、葛根、白花蛇舌草、蒲公英等)。且配合進行診脈和辨證，判斷現在病邪種類，給予對應藥物來調養。如診到病人促脈就可以考慮使用葛根芩連湯；診到濡數脈就可以考慮給予甘露消毒丹；診到病人浮細脈就可以考慮使用大黃、砂仁、甘草的藥物組合，即可對於病情進行良好控制，病人血球數量也得以穩定逐步上升。這種處理方式，尤為適用於有外邪的表徵或是脈象。若不注意而使病人再犯外感風邪，則血球數會有急劇下降的風險。必要放一點風藥來防範於未然。邪不外乎從腸胃道或呼吸道來的這兩套路徑，所以常需要用到治腸胃炎的藥物或是處理一些上呼吸道感染的藥物。腸胃道的用藥可以考慮葛根芩連湯或是甘露消毒丹；呼吸道的用藥最常用的是大黃、砂仁、甘草、白芷，也可以加佩蘭和白荳蔻等溫病處方。

上述這些藥物都在處理較單純的表證問題。其次當從中醫典籍裡面去思考病邪如何影響人體。溫病特別會入血分，會暗耗陰血。因此，另一個重點是要會處理透熱轉氣，另外亦需處理患者體內伏邪，使用溫病清血分熱的藥方，例如青蒿鱉甲湯或是有外感又要伏邪外出，處理表裡雙解的蒿芩清膽湯，方可取得較佳的療效。

患者大部分是血小板、紅血球血色素很低、拉不起來的隱性症狀，許多患者臨床上沒有什麼不舒服，驗血數值卻都很低。在這類狀況下，使用透熱轉氣的處方，基本上就可以讓血球慢慢的提升。例如清營湯，可以取得一定的療效。或者單味藥如荊芥、防風、淡竹葉、連翹、牡丹皮、芍藥、青蒿、鱉甲、升麻、葛根等，也可以視八綱辨證寒熱虛實搭配使用，或者使用升麻配鱉甲、大青葉等藥對，也在臨床中取得不錯效果。

單味藥中，大青葉或許扮演重要角色，大青葉臨床上驗證中發現，對於免疫反應的控制



療效頗佳。凡是跟血液病有關的血球的問題，病人有外感，不管有沒有喉嚨痛，都能使用大青葉。大青葉一來可以透熱轉氣，去除血中邪轉出氣分，病程就可以往輕症發展。二來也具有截斷病機的效果。就算病人在治療過程中發生外感風邪，病程發展中也比較不會迅速傳入血分。另外一項重要溫病藥物是板藍根。大青葉可以搭配板藍根，從咽喉根本截斷病勢。臨床上也有觀察到，患者有白血球芽細胞（惡性細胞）發生後，使用大青葉後數值逐漸降低的現象。

另外經方部份，例如桂枝湯、葛根湯也會使用。只要血液病血液材質的問題都是厥陰病。許多辨證上常見太陰病、厥陰病、腎陽虛、氣血虛等。莊佳穎醫師認為如果沒有很嚴重的喉嚨痛、頭痛，只是覺得有點打噴嚏，覺得有點疲累的，受風寒使用當歸四逆湯，或者溫經湯都是首選。溫經湯是當歸四逆湯變方，當歸四逆湯的重點是厥陰病，在營少的前提下受到風寒時會使用，治療效果就會對證。尤其當患者有手腳麻木、抽筋，那麼會更加切合當歸四逆湯的使用時機。而在溫經湯裡面，更多了一些活血養精的藥物：如川芎、半夏，且重用麥門冬。這些藥物會更有效率讓這些氣陰兩虛和血瘀滯的狀況更緩解，所以治療本病以外，此二方亦可減緩症狀。

治療副作用的方面：西醫免疫療法中，使用雄性荷爾蒙可以治療再生不良性貧血，所以在中醫處方當中可加入溫腎陽的用藥。另外，這些病人常常需要輸血。常常補充血紅素，就會常有鐵質過多的問題。鐵質過多會引起病人筋骨容易酸痛，西醫會打排鐵針，如果要減少這些副作用，首先就是減少輸血的頻率，把血球拉上來，不需要經常輸血；如果很常出現肌肉痠痛，那是因為心臟因為鐵質的沉積造成容易喘，對於這類患者，腸胃道系統的症狀控制與處理相當重要。這時候若考慮從心肺來著手，例如給予生脈飲或者蛤蚧，效果往往不甚理想。因為紅血球的降解是在肝臟，形成膽色素排到腸胃道，如果要很有效率地讓鐵質等排泄到體外，臨床使用中最有效處方是葛根芩連湯。葛根芩連湯的條文當中有喘而汗出，並加木香去理氣。但最重要的關鍵還是得把血球拉上來，才可以終止這類副作用。

在這樣的過程中，若是使用補腎陽的藥，要注意補的方向。如果是在補命門相火，那就得謹慎使用。患者的預後可能會變差。例如：鹿角膠、紫河車、龜鹿二仙膠、附子、仙茅、巴戟天、官桂等。例如在治療白血病癌症病人打完化療後氣血兩虛，這些病人要補的時候，要很小心，可能會引動相火(伏火)，造成癌細胞增加，造成白血球芽細胞增生。若是骨髓纖維化(acytopenia)就是氣血兩虛，絕對不可以去引動他的相火，否則骨髓纖維化就會變成Leukemia(白血病)。但如果是一般的再生不良性貧血患者服用補藥則不會有太大問題。

在這些治療的患者中，有一個慘痛的經驗，一位白血病 (Leukemia)--骨髓增生不良症候群(Myelodysplastic syndrome, MDS)的病人，被西醫診斷為Pancytopenia，依據相似經驗處理，因此只重用補脾腎藥物和沒有使用祛邪透熱轉氣藥物。第一次看診時，重用巴戟天、黃耆、半夏、乾薑、人參，大補元氣與腎陽，第二個星期來的時候患者非常開心，因為血球第一次回到正常值。在繼續守方治療一個星期後抽血檢查，發現病人的芽細胞（惡性細胞）竟然上升，並且發現血小板下降。莊佳穎醫師當機立斷馬上改方。雖然病人沒有喉嚨痛但是有俯仰脈和咽喉點，仍緊急使用銀翹散、大青葉、板藍根來截斷病機，並馬上轉診到台中慈濟醫院血液腫瘤科配合西醫治療。檢驗後發現，其實病人是骨髓增生不良症候群，而不是再生性不良貧血。最後病患需要打標靶藥物治療。這類的病人一定不能補，骨髓增生不良症候群的病人只要有外感，芽細胞（惡性細胞）就會上升。如果要早期控制，不能只是補腎陽補脾胃，這些做法會讓病人的病程提早變成白血病。使用正確透熱轉氣藥物後之後，病人的芽細胞就會回到正常。

臨床看過眾多患者針對這些血液病的中西醫結合治療結論是，在治療前要給病人長期、中期、短期目標的策略。且症狀治療處理非常重要。針對再生性不良貧血的症狀做控制。其次才是不要讓症狀再度發展惡化，最後需要積極處理治療副作用。

有以下幾個標的可以讓我們觀察到病程轉變癒後較佳。首先，看到血球下降速度變慢，從一開始數字慢慢掉（掉得比較慢），變成持平，之後變成慢慢上升。再來可以望診觀察病患的反應。若確定藥物有效果，可逐步減量，到最後就真的不用吃藥，很多患者都沒再復發。

另外在衛教方面，首先要告知病人不能感染、不能按摩刮痧拔罐損耗血球、不能吃不好消化的東西傷害脾胃、不熬夜傷害腎氣等，造成治療效果變差。持續並且長期對於脾、胃、腎的照護與防範外感，是治療再生不良性貧血中最重要的一環。再來。治療過程需要時間。從亞健康狀態到患病是數年的時間，服用中藥後，身體沒有不良反應，就表示這個治療方向正確，當然還是需要長期回診檢驗與追蹤。血球的數量不會在服藥後立即回升，患者與家屬、醫師都要有耐心

淺談黃帝內針

之理論與心悟

蕭鈺臻、傅元聰 台中慈濟醫院中醫部針灸科



兩千多年前中醫的理論薈萃由黃帝內經為源起濫觴，內經由《素問》、《靈樞》二篇匯合。而自古以來，醫家們更視《靈樞》篇為針道之始，並稱為針經，開宗明義〈九針十二原〉為針醫習業之圭臬。因此，黃帝內針的傳承交託，即是以內經為根基，談心悟、演技法，皆不離其道，〈九針十二原〉云：“善用鍼者，取其疾也，猶拔刺也，猶雪污也，猶解結也，猶決閉也”，稱施針者，治療疾病，必須立竿見影；面對邪熱熾盛，必須釜底抽薪。

傳燈黃帝內針

內針的傳承為道家一脈單傳，宗金丹派南五祖白玉蟾為祖師⁽¹⁾，手上操持的法器為：“芭蕉扇”(圖一)，扇羽乾坤間蘊含了黃帝內針的心悟與道法，希冀每位接觸、學習內針的醫者，在穿越時空中能夠受到祖師們“芭蕉神韻”道脈傳承。而黃帝內針的廣泛傳揚與興起，不得不談到《思考中醫》一書作者劉力紅博士，書中劉博士為中醫古典經典大力疾呼，欲學好中醫必須回歸根本上求，內科如是，針法必如是。因此他走訪鄉間希望探得真正針道的傳承，也是恰此因緣，尋訪到黃帝內針第十一代傳人——楊真海先生。見到楊真海先生有如道家世外高人之貌，綰髻束髮，仙風道骨，但言談間確是分外平易近人，談到黃帝內針的針法與心悟時，兩眼更是炯炯有神，喜悅與興奮之情溢於言表。



圖一、白玉蟾像⁽¹⁾

明萬曆刻本《海瓊玉蟾先生文集》

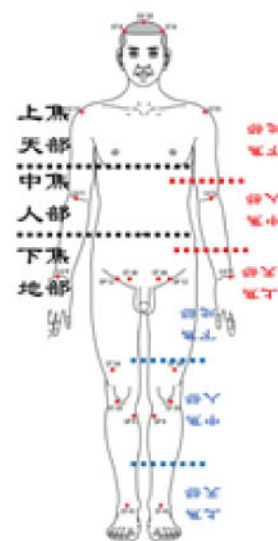
黃帝內針技法淺談

總結黃帝內針針法圍繞著三法則：“三、二、一法則(三焦、陰陽、阿是)”與四總則：“總則一：上病治下，下病治上；總則二：左病治右，右病治左；總則三：同氣相求；總則四：陰陽倒換求”。只要熟稔此操作要領，則天地乾坤，人體化宇便可操作在針下指掌之間。

一、三法則：

(一)三焦定位：

《易經·系辭傳》：“天地氤氲，萬物化醇；男女媾精，萬物化生。”，《黃帝內經·素問》：“人以天地之氣生，四時之法成。”傳統的中國文化與中醫的生命觀，認為生命的起源並不是孤立生成的，當生命火種點燃之際，便有天地氤氲之氣相參其中。“三才”者天地人，對應到黃帝內針運用即是“三焦”，上焦對應天部、中焦對應人部、下焦對應地部。而三焦的劃分可以在各處映照，靈活倒換(圖二)⁽²⁾。



圖二、三焦定位⁽²⁾

(二)二分陰陽：

《素問·陰陽應象大論》：“陰陽者，天地之道也，萬物之綱紀，變化之父母，生殺之本始，神明之府也。治病必求於本。男女、氣血、左右皆分陰陽之道路，水火是陰陽之征兆，還有前後、上下、內外都不離開陰陽。陰陽變化了，萬事萬物的組合與內涵之義也會跟著變化。諸多變化的累積、串聯、運化，便會構成生殺。因此黃帝內針希冀藉由一根針，調度及轉換陰陽毫針雖微，若觸及了陰陽，就連帶出天地、萬物、生殺，千變萬化的可能性。針道必要參究到這個層面，才有治本的基礎。

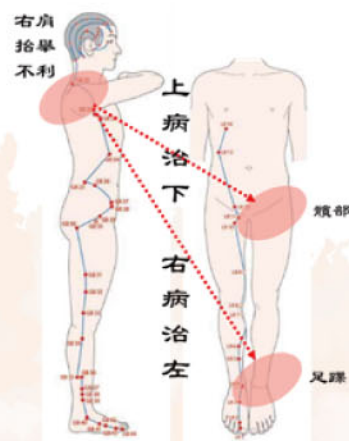
(三)一取阿是：

阿是穴又名天應穴，孫思邈於《千金方》：“言人有病痛，即令捏其上，若里當其處，不問孔穴，即得便成痛處，即云阿是。灸刺皆驗，故云阿是穴也”。即本內經：“以痛為俞”為準則。但法則“一”不單單是技法操作上取阿是穴如此之簡單，背後蘊含內針心法“中和”之義，萬法歸一，再由“一”起衍生萬物。《道德經》：“道生一，一生二，二生三，三生萬物。萬物負陰而抱陽，沖氣以為和。黃帝內針唯一目的，就是實現陰陽自和。

二、四總則：

(一)總則一：上病治下，下病治上

總則一、二，宗法《素問·陰陽應象大論》之精神，上下左右者分別陰陽，“審其陰陽，以別柔剛，陽病治陰，陰病治陽，定其血氣，各守其鄉，血實宜決之，氣虛宜掣引之”，故善用鍼者，從陰引陽，從陽引陰，以右治左，以左治右。因此探病所，擇穴處，在總則一、二中將“陰陽”的核心之錨，錨定精準於機體



圖三、上病治下，下病治上⁽³⁾；
左病治右，右病治左。

中，而餘下的便是有賴經脈中氣血的螺旋之流，來調整穩固人體療的陰平陽秘。

病案舉例：

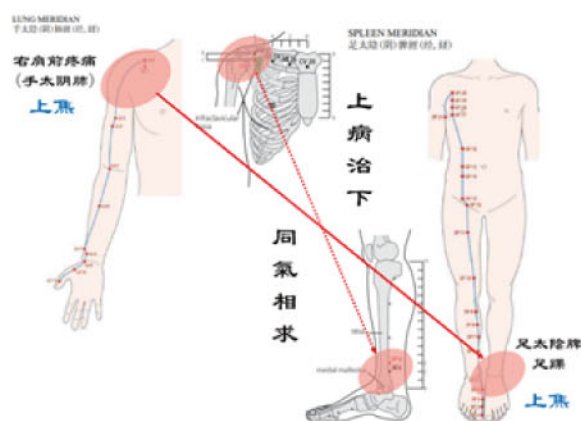
患者右肩(上肢)疼痛，抬舉不利(圖三)(3)，運用上病治下的法則，則可搜尋“下肢”部位為針刺，例如可選取髖部、或足踝部為對應穴區選擇。(備註：黃帝內針法則，肘膝以上禁針，所以最終取穴區為：足踝部)

(二)總則二：左病治右，右病治左

《繆刺論》：“邪客於經，左盛則右病，右盛則左病，亦有移易者，左痛未已而右脈先病，如此者，必巨刺之，必中其經，非絡脈也。故絡病者，其痛與經脈繆處，故命曰繆刺。繆刺法，以左取右，以右取左。故左病取右，內涵繆刺心法以及調度平衡陰陽的精神。因此，左右相移為內針不可違背原則。就上病案，“右”肩疼痛，必取“左”髖或足踝為針刺(圖三)⁽³⁾。另外，若疾病無左右病位之分，如內科--腸胃疾病，泛酸、偶噁，則以男左女右，男子取穴左側，女子取穴右側，類推為原則。

(三)總則三：同氣相求

楊真海先生認為，內針是否能夠一針取效？猶拔刺，猶雪污達立竿見影之效，關鍵在於“同氣”若諸上原則皆能恪守，但同氣求不好，則失之毫釐，差之千里。黃帝內針是由陰陽發端，《道德經》：“道生一，一生二，二生三，三生萬物。”三而二之，便稱“六合”，即為三陰、三陽的六經變化，黃帝內針以六經辨證為基礎。由三焦同氣出發，再演為六經同氣，再化為十二經絡同氣概念。步步精準為“求同氣”。



圖四、同氣相求⁽³⁾

舉例：右肩前手太陰肺經循行處疼痛(圖四)⁽³⁾：

三焦同氣	六經同氣	十二經脈同氣
肩部為上焦區→取下部足踝(上焦區)	→太陰經同氣	→手足互對，取足太陰脾經，為同氣

(四)總則四：陰陽倒換求

黃帝內針針刺原則必取肘膝以下，軀幹部禁針。舉例若病位在肩部或髖部(地部)，可運用總則四：陰陽倒換求，以扭轉乾坤，選取足踝(天部)處作為治療部位(圖五)⁽³⁾。軀幹、肩髖部禁針，除了在臨床取穴便易外，也回歸古樸的內針針法，試想於古代因針刺要寬衣解帶，封建保守過往操作更屬不易。

內針心法—芭蕉神韻，以心映心

黃帝內針不講求針刺手法，毋須提插捻轉，用針數少，求一針知，二針已，效若桴鼓。〈九針十二原〉：“小針之要，易陳而難入。粗守形，上守神。”因此執針者必須身心安住，若與金針形神合一，再者與患者心神相會中，求其導引，請病者專注感受疼痛變化，以及氣血匯流的湧動之感，方屬完成一次圓滿的療程--內針心要，心神相依。

而心與神的串聯故事，必再談內針傳承法器—芭蕉神韻。〈異法方宜論〉：“九鍼者，從南方來。”南方火熱，心之所繫，心者君主之官，神明出焉。相對凜冽的北方，要人民寬敞衣帶，裸露出腰背針刺，必先受寒傷所凍，為九針出南方有實質上的根據。溫熱的南方，薰風習習吹來，一片片芭蕉葉隨風搖曳”(圖六)⁽⁴⁾，碩大的葉片由厚實的中央脈貫穿，而側脈和諧的由兩方展出。嶄露中醫的核心精神“中”，致中和，中庸道，中化生陰陽、合陰陽。每一次療程的神聖開展，都期許--持針者立身天地間，凝神靜氣，惟精惟一，允執厥中，傳承針道。

Reference：

- (1) 瓊玉蟾先生文集：六卷，續集二卷 / 白玉蟾撰；朱權重編；何繼高等校.[China : s.n.], 明 [between 1465 and 1620] 10 v. TNC 5364 2615 Harvard-Yenching Library.目錄：玉蟾先生像。
- (2) WHO standard acupuncture point locations in the Western Pacific region.(2008). 〈General Guidelines For Acupuncture Point Locations〉 P19, Fig.15.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/353407>
- (3) WHO standard acupuncture point locations in the Western Pacific region.(2008). 〈General Guidelines For Acupuncture Point Locations〉 P25.26 & P69.72 & P171. P195
- (4) 元·劉貫道·消夏圖。長卷，絹本，淺設色 30.5x71.1釐米。納爾遜-阿特金斯藝術博物館藏，中華珍寶館線上展示：<https://www.ltfc.net/img/5ce5705d2874f71898b941c4>



圖五、陰陽倒換求⁽³⁾



圖六 元·劉貫道 消夏圖

繪畫中寫意竹林七賢-阮咸，解衣袒胸，
臥於芭蕉葉下，炎夏乘涼的自在快活

皮膚基礎病灶形態學

中醫辨證論治

彭一平¹、莊佳穎^{1、2}

¹ 佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院中醫部

² 花蓮慈濟大學學士後中醫學系



前言

文旨在分享從皮膚病灶望診進行辨證論治的臨床經驗。藉由了解不同病灶的表徵，以及背後所代表的生理及病理機轉，經過有系統的定性分類，以便建立起中藥治療的邏輯架構。在面對各式各樣複雜多變的案例時，如能參考本文所整理要點，有條不紊地進行推理，對於臨床診療定能有所助益。

■治療皮膚病的原則

皮膚所有的營養都是靠血管帶入皮膚之中，所以注意動、靜脈和微血管之間的交替作用，養分及氣體才能有效地交換，也就是治療皮膚病首重調理好表皮的血氣，原則如下：

1. 調肝氣

表皮的小血管是由交感神經所調控，所以調理皮膚的血氣一定要使肝氣調達，當微血管的擴張或收縮異常，就會呈現異常紅腫或是異常濡養的狀態。

2. 潤脾土

想要皮膚光澤透亮，主要是靠真皮層的潤養，除了血管以外還要有基質(matrix)，如彈力纖維、膠原纖維蛋白，屬於營養皮膚細胞，這也就是中醫所謂的脾土的部分，就是指陽明，而皮膚膠原蛋白要充足的話，最重要的藥物是中藥裡入陽明經的用藥「白芷」，還有其他一些辛溫甘淡的中藥，如砂仁、白朮、茯苓，也是屬於脾胃用藥，讓男女生皮膚漂亮。

3. 除痰濕

如果代謝廢物堆積在皮膚無法正常排除，是屬於痰的部分；而血管發炎有時候會產生不正常的滲透，水分積在表皮，表皮就會腫脹起來，這時除了化痰之外，還需要考慮活血利水，因為皮膚水份主要是靠組織液的滲透回到血管裡面，表皮的水腫都是由微血管所滲透出來的，所以在處理皮膚病腫脹的狀態一定也要同時考慮血的層面。

結論：處理皮膚中的血、水、氣、脾土(matrix)或陽明，是治療所有皮膚病的大原則。

■從皮膚的病灶型態討論治療皮膚病的原則

1. 斑(Macules)：分立的扁平病灶，通常呈現出較深的紅色或褐色。

隨著年紀增長，皮膚受傷有時會有一些黑色素的沉澱，如果黑色素沉澱沒有很快地被免疫系統所代謝，就容易變成斑(例如黑斑或是肝斑)，所以處理斑屬於退化性問題，跟腎氣、肝精、肝血有關，這種斑通常比較不好處理，需要處理比較久，通常需要一年半才有小成效。

治療原則是去痰濕補肝腎精，使用何首烏、當歸、茯苓。如果很介意外觀，建議直接去皮膚科做雷射治療再回來中醫調理，做完雷射其實還會再長斑，但是經由中藥調理過後，長斑的速度會減緩很多。

2. 丘疹和結節(Papules and nodules)：分立的突起病灶，主要源自於真皮層。

青春痘（痤瘡）、被蚊子叮到的紅腫處、蟹足腫、慢性蕁麻疹都屬於此類。

●青春痘一顆一顆紅紅的但是沒有膿，就不太需要化痰和透膿，只用清熱散結藥物即可，可使用散腫潰堅湯加真人活命飲；整片暗紅的屬於熱瘀，可使用黃連解毒湯；如果病人反反覆覆很多痘疤，加阿膠可促進膠原蛋白增生；在鼻腔眼窩附近兒童附近的青春痘或小粉刺，還要考慮到鼻過敏的問題，因為這些靠近鼻竇，鼻竇發炎充血較容易導致局部的皮膚發炎，處方中經常加入葛根湯、辛夷、川芎；比較特別的是如果青春痘多長在下巴附近，尤其是女生，則大部份跟生殖泌尿系統有關係，可以直接放白頭翁湯，裡面的秦皮和白頭翁是清下焦熱毒的要藥；痤瘡痊癒後，要讓臉一直保持漂亮乾淨，可以定時服用時疫方(大砂草芷)，針對表皮清熱預防感染、針對陽明補氣、及且含有透膿的成份。

●被蚊子叮到一顆一顆不會退的紅腫，可以把它當作是一種血分病來治療，原則是一定要散瘀。觀察重點在於顏色偏紅、偏紫、或偏白，是瘀的程度別。顏色鮮紅的要涼血散血，使用赤芍來處理；偏紫的要放一些破血的藥物，使用桃仁、大黃蟪蟲丸；病灶處範圍大，而顏色又偏紫的，最常用使用血府逐瘀湯加桂枝茯苓丸。

●針對蟹足腫的病人可以使用火針。蟹足腫的治則就是清熱陽明熱毒，局部組織充血嚴重的話，例如術後的或急性外傷造成的傷口組織充血又癢又痛，可使用大承氣湯加金銀花、赤芍；如果是慢性的蟹足腫，很癢又難好的，則需要考慮到Type 3的免疫反應，使用理中湯溫中燥濕。

●有一種慢性蕁麻疹，很癢且拖很久不退，要考慮到虛證兼有清利濕熱，可使用甘露消毒丹合理中湯，加砂仁、半夏、茯苓。或是甘露消毒丹合理中湯合香砂六君子湯，搭配治療就

能逐漸退癢，拖很久不退的原因主要是機體回收水分的功能效率較差，使用真武湯，利用方中的附子、生薑可驅動水分回流，治療效果才會比較好。

3. 膨疹(Wheals)：病灶因真皮中的液體而造成皮膚過度性腫脹，形成明顯的邊界，每個病灶持續的時間小於二十四小時。外觀上，病灶因血管擴張而呈粉紅或紅色，通常觸摸不到紅色邊界，然而如果大量液體堆積太快，真皮中的血管會被壓縮，而變成白色。病灶不會破裂也不會滲漏出液體，沒有影響到表皮，所以無相關的脫屑或表面變化，嚴重病發時可能會留下殘餘的紫斑。常見於特發性蕁麻疹和遺傳性血管性水腫。

●以急性蕁麻疹來說，因為發炎造成血管通透性變大，使液體滲出，堆積太快而變成白色，多半是屬於熱毒所導致的風水病。治療原則不是以涼血為主，而是以去濕和祛風為主，常使用防己黃耆湯加上四合湯(荊芥、防風、連翹、金銀花)，可以有效率地去治療急性腫大的蕁麻疹、紅疹。依照造成急性發炎的原因不同，可以用不同的方式去清熱，例如風熱從上焦來，可使用銀翹散或是解表藥物(例如白芷)；從中焦來，可使用甘露消毒丹；源自細菌性感染的，則屬於一種直接的火毒，可使用五味消毒飲；下焦的熱瘀水毒可使用黃柏洗方，方中小本七層塔具有活血利水之作用，可以叫病人煎一帖來當作茶喝。

4. 小水疱和大水疱(Vesicles and bullae)：可能在表皮內或表皮下方形成。

水疱主要是由病毒感染或是免疫反應所造成的血管炎，導致血管通透性變高，水份堆積在組織間，形成廣泛性的一坨紅腫水球。此是直接由熱毒所導致的急性津液回收障礙，治則是直接清熱解毒。方藥需選擇有利水效果的解毒藥，可使用黃連解毒湯加一點知母來養陰。用水煎藥的療效較快，使用黃連解毒湯加小本七層塔或者釘地蜈蚣。急性症狀解除後，再使用丹梔小柴胡湯加減滑石，和解少陽緩和免疫反應，作為收功之用。

5. 膿疱(Pustules)：膿是多形核白血球碎裂的產物，在表皮或上部真皮的積聚；膿在較深部的積聚，會表現成可觸摸的結節，稱為膿瘍。

膿疱就是一種濕濁，很多死的細胞屍體堆積，必定要放化濕排膿解毒的藥物。如果膿有頭排得出來的，就針對皮脂腺化膿，用枳殼、白芷、皂角刺、升麻、茵陳蒿、桔梗、天花粉，可再加入黃芩、赤芍、連翹；或是直接用甘露消毒丹再加重黃芩、赤芍劑量。痘痘很紅、很暗，毛囊中間有一點白，白頭一直出不來的比較難處理，可用散腫潰堅湯及真人活命飲，再加用一點外用藥膏(如金瘡膏)。

6. 潰瘍、糜爛、表皮剝傷和裂痕(Ulcers, erosions, excoriations and fissures)

糜爛(Erosion)：無頂的水疱性類天疱瘡水疱。當水疱的頂面被去除後，露出下方的真皮層，僅涉及表皮表面缺損。

潰瘍(Ulcers)：如靜脈性腿部潰瘍，靜脈曲張潰瘍的整層皮膚缺失，造成深及真皮層的潰瘍。

●糜爛治則為定性(活血、養陰、清熱、理氣)。活血用當歸，養陰用玄參，清熱用金銀花，理氣用枳殼。枳殼搭配天花粉、白芷，既可清熱又透膿，可再搭配六味地黃丸、參苓白朮散、或者清心蓮子飲。

●針對潰瘍，因為損傷到真皮，治則為定性(活血、養陰、清熱、理氣)加定位(選取相對的引經藥)，以口角炎潰瘍到真皮層為例，因為病人的唇一直在充血，屬於血熱，關係到心主血脈，諸瘡痛癢皆屬於心，故口角炎涉及心脾的火，重用淡竹葉清心火和脾火，再加入參苓白朮散養脾陰；若是口角炎反覆，則使用淡竹葉加滑石、白茅根，或使用導赤散。

●如果皮膚一直沒辦法進入修復期，則需要加入傷科聖藥 - 黃耆，使大劑量黃耆一兩以上來治療慢性潰瘍傷口，因為慢性傷口不癒合的病人需要利水理(補)氣化痰濁，大劑量的黃耆就是一個很重要的補氣利水藥。再外用金創膏效果會更好。

7. 鱗屑和痂皮(Scale and crust)

鱗屑(Scale)：是因為角質層的缺損增加，所造成皮膚表面的層狀表現。

痂皮(crust)：是在皮膚上或病灶周圍，由血液或漿液性液體的滲出物乾燥而成。常見於乾癬及膿痂疹。

這種乾乾的鱗屑通常會想到要化痰，但鱗屑是角質的過度蓄積，而不是皮膚沒辦法濡養，性質反而偏向痰濕，可優先使用散腫潰堅湯，方中化痰藥物多，再合併使用二陳湯效果更佳。

8. 萎縮(Atrophy)：皮膚物質的喪失，造成皮膚變薄。單純的真皮萎縮是膠原蛋白的喪失，物質減少，於是產生凹陷的表面和較高的皮膚透明度。

萎縮就是真正的瘀，是因為血液無法濡養所造成。治則是溫散寒瘀，方劑使用溫經湯，加減的搭配原則是根據溫經湯裡面的各種方劑成份比例，再自行調整。例如寒凝很明顯，手腳會有麻刺感，就把當歸四逆湯的劑量調高；皮膚腫有點水毒，經常腰痠的，就把當歸芍藥散的劑量調高。例如治療萎縮性陰道炎，可用溫經湯再加黃柏0.5g/包、延胡索0.5g/包，去



理氣止痛和清下焦的濕熱。

9. 硬化(Sclerosis)：硬化的發生，是因為真皮層膠原的增加、基質使膠原的間隙變大或膠原性質的改變。

治療硬化要使用理中湯加大劑量黃耆，思路是真皮基質屬於營衛、脾土，而再加上化痰藥物抑制過敏免疫反應。

10. 紅斑、微血管擴張、紫斑、瘀點瘀斑：發生在真皮層中。

紅斑：血管擴張及/或血液流量的增加，造成血管內血液的能見度增加。

微血管擴張：接近皮膚表面、一條條肉眼可見、擴張的血管。

紫斑：滲漏出血管外的可視性血液，經常是位在真皮層中，微小的針頭黑點狀，就叫做瘀點，在較深部的組織(如：脂肪或肌肉)有大片的滲血，就叫做瘀斑。

微血管擴張症就是瘀證的表現，治則也是溫散寒瘀，方用溫經湯。

結語

本文分享10類皮膚病灶的望診辨證心得與處方提供給中醫同道作為參考，根據病灶不同的性質和病因隨證治之。診斷大致的順序即是辨別病灶的病位深淺和病勢虛實(在自然病程中的哪種階段)，以及主要是由痰、濕、瘀哪種病理產物堆積造成和病理產物的寒熱性質，透過清熱或溫散，兼之祛痰濕化痰瘀，再經過四診合參，了解病因的源頭偏重體質或是外在刺激的比例拿捏，治病求於本，才能精準有效率地緩解病痛。本文對於皮膚病灶進行系統性地望診辨證分類，雖有助於建立辨證論治大致的輪廓，然而不同的疾病仍然具有個別的疾病、病因、病機，此部分還須由專論及病案進行深入探討。