

癌症患者氣虛、血瘀辨證之研究

謝慶良^{1,2} 郭世芳^{2,3} 張光遠⁴ 呂瑾立⁵

中國醫藥大學附設醫院 中醫部¹

中國醫藥大學 中西醫結合研究所²

奇美醫學中心 中醫部³ 醫研部⁵

中山醫學大學附設醫院 中西整合醫療科⁴

目的 探討中醫氣虛證、血瘀證在癌症患者的發生率，以及化療、放療、癌症早、晚期和中醫治療對氣虛、血瘀的影響。

方法 從2005年12月至2006年4月在台灣南部某醫學中心，總共搜集經病理檢查確定為癌症患者200人，依照寺澤捷年(1983年)之氣虛、血瘀診斷標準，分析氣虛、血瘀分數，以及氣虛證與血瘀證發生率，並探討化療、放療、癌症早、晚期、中醫治療等對氣虛、血瘀的影響，並與171名非癌症患者做對照。

結果 癌症組的氣虛分數 37.62 ± 16.69 比非癌症組的 19.92 ± 13.36 高；癌症組的血瘀分數 28.14 ± 9.34 也比非癌症組的 12.60 ± 8.80 高；非癌症組氣虛證的發生率25.7%低於癌症組的67.0%；非癌症組血瘀證發生率為21.1%比癌症組的87.0%低；癌症晚期比早期有較高的氣虛和血瘀分數；化療中的氣虛分數比曾經化療或無化療者高；放療不會影響癌症患者的氣虛或血瘀分數；癌症患者中醫治療兩週減少氣虛分數和血瘀分數比非癌症者多。

結論 癌症患者的氣虛和血瘀嚴重度以及氣虛證和血瘀證發生率都比非癌症組高。腫瘤晚期比早期有較高的氣虛和血瘀分數。化療中影響氣虛最明顯，中醫治療有助於癌症患者的氣虛與血瘀改善。(中台灣醫誌 2007;12:109-16)

關鍵詞

血瘀，血瘀證，癌症，氣虛，氣虛證

前言

癌症患者因為疾病本身及接受手術、放射治療(放療)或化學治療(化療)的關係，在臨床上常常表現疲倦、食慾不佳、呼吸氣短、消化功能減退、頭暈目眩等全身性虛弱症狀，屬於中醫「氣虛證」的範圍[1]，或膚色暗、口唇青紫、舌色暗紫、出血發斑等則歸屬於「血瘀證」[1-3]，因此中醫時常用「補氣」及「活血化瘀」的方法來治療或調理癌症患者[4]。補氣法常用於癌症患者平時的體質調養以及化療時腸胃不適、白血球低下的輔助治療，而活血化瘀法應用於放療造成的局

部循環不良以及增強放療的療效[5]。據我們所知至今為止尚未有客觀的數據說明癌症患者氣虛證、血瘀證的發生率，以及放療、化學和中醫治療對氣虛、血瘀的影響。

本研究目的是探討氣虛證、血瘀證在癌症患者的發生率，以及放療、化療和中醫治療對氣虛、血瘀的影響。我們蒐集台灣南部某醫學中心門診經病理檢查確定為癌症的患者200人，根據日本寺澤捷年(1983年)之氣虛、血瘀診斷標準[6]，分析這些癌症患者氣虛證、血瘀證的發生率，並探討化療、放療、癌症分期、中醫治療等對氣虛、血瘀的影響，結果與171位非癌症患者做比較。

材料與方法

對象

本研究從2005年12月至2006年4月於台灣

聯絡作者：郭世芳

地址：710 台南縣永康市中華路901號

奇美醫學中心 中醫部

收文日期：2006年9月4日 修改日期：2007年1月9日

接受日期：2007年1月17日

南部某醫學中心中醫門診搜集經病理檢查確診為癌症的患者進行研究。研究計畫的設計符合1996年赫爾辛基宣言之倫理規範，且獲研究單位之人體試驗委員會核准。整個研究流程和目的都詳細向受試者說明，經過同意並簽署同意書後才進行研究。本研究分為癌症組和對照組如下：

癌症組

納入標準：1)癌症一組，經病理檢查確定為癌症並持有癌症重大傷病卡及進入研究前2週內在中醫門診接受中醫治療者；年齡大於14歲而小於或等於70歲；經醫師詳細解釋整個試驗流程和目的後同意參加，並簽署受試者同意書者。2)癌症二組，除了進入研究的前2週內未在中醫門診接受中醫治療外，其餘同癌症一組。

排除標準：1)拒絕簽署同意書者，2)沒有證據說明患有癌症患者，3)癌症二組發現進入研究前的二週內有接受中醫治療。中醫治療中斷3天以上則不再進行第2次評分。

對照組(非癌症組)

納入標準：1)進入研究時無證據顯示患有癌症之健康成人，2)經醫師詳細解釋整個試驗流程和目的後自願參加，並完成簽署受試者同意書者。

排除標準：1)不簽署受試者同意書者，2)發現患有癌症。

診斷標準

由兩名有3年以上經驗之中醫師依日本寺澤捷年(1983年)之「氣虛診斷基準」和「血瘀診斷基準」[6]進行評分，兩人分數相差10分(含)以內才納入研究。

氣虛證

身體脫力感(10分)；無氣力(10分)；容易疲勞(10分)；白天想睡(6分)；食慾不振(4分)；容易感冒(8分)；對事物容易驚嚇(4分)；對開眼、發聲無力(6分)；舌淡紅及胖大(8分)；脈無力(8分)；腹力軟弱(8分)；內臟無張力(胃、腎、子宮下垂或脫肛)(10分)；小腹軟弱無力(6分)；下瀉傾向(4分)，總共100分。若30分以上則為氣虛證。

血瘀證

眼臉部的色素沈著(男10分，女10分)；顏面的色素沈著(男2分，女2分)；皮膚的甲錯(男2分，女5分)；口唇的暗紅化(男2分，女2分)；齒肉的暗紅化(男10分，女5分)；舌的暗紅紫化(男10分，女10分)；細絡(微血管的擴張)(男5分，女5分)；皮下出血(男2分，女10分)；手掌

紅斑(男2分，女5分)；臍旁壓痛抵抗感—左(男5分，女5分)；臍旁壓痛抵抗感—右(男10分，女10分)；臍壓痛抵抗感—正中(男5分，女5分)；迴盲部壓痛·抵抗感(男5分，女2分)；乙狀結腸部壓痛·抵抗感(男5分，女5分)；季肋部壓痛·抵抗感(男5分，女5分)；痔瘡(男10分，女5分)；月經障礙(女10分)，總共100分。20分以下為非血瘀證；21分以上為血瘀證；40分以上為重症的血瘀證。

研究流程

癌癆分數。2週後進行第二次評估，即得到W2的氣虛、血瘀分數。

統計分析

數值以「平均值±標準差」來表示，以 t 檢定(Student's t test)檢視癌症組與非癌症組的氣虛、血瘀分數差別，以及比較癌症組中氣虛、血瘀分數與癌症分期、中醫治療的關聯性。用one-way ANOVA 檢視化療與放療不同時期差異性。以卡方檢定(chi-square test)檢視氣虛證、血瘀證等類別變項在癌症組與非癌症組，以及癌症分期、化療、放療、中醫治療的關聯性。用配對 t 檢定(paired- t test)比較中醫治療兩週前(W0)、後(W2)的差異。 p 值小於0.05被認為有統計上的意義。

結果

本研究總共完成371例，其中癌症組為200人，而非癌症組171人，分析如下：

基本資料分析

性別

癌症組200人中女性101人(50.5%)，男性99人(49.5%)；癌症一組114人，癌症二組86人。非癌症組171人中女性93人(54.4%)，男性78人(44.6%)。癌症組與非癌症組之性別，兩組之間無顯著差異(卡方檢定， $p > 0.05$)。

年齡

癌症組年齡從16歲到69歲(平均，52.7 ± 10.7歲)，非癌症組年齡從30歲到70歲(平均，51.0 ± 11.1歲)，兩組之間年齡沒有顯著差異(Student's t 檢定， $p > 0.05$)。

癌症種類

200例癌症患者包括乳癌33例，鼻咽癌24例，大腸癌22例，口腔癌22例，肝癌16例，肺癌14例，其他癌症總共69例(圖)。

癌症組與非癌症組，兩組間氣虛分數、血瘀分數，以及氣虛證、血虛證、氣虛血瘀證發生率之比較

癌症組之氣虛分數為 37.62 ± 16.69 ，而非癌症組為 19.92 ± 13.36 而，兩組有顯著差異(Student's *t* 檢定， $p < 0.001$)。而癌症組血瘀分數為 28.14 ± 9.34 ，而非癌症組為 12.60 ± 8.80 ，兩組之間有顯著差異(Student's *t* 檢定， $p < 0.001$)。癌症組氣虛發生率為 67.0%，而非癌症組為 25.7%，兩者之間有顯著差異(卡方檢定， $p < 0.001$)。癌症組發生率為 87.0%，而非癌症組為 21.1%，兩者之間有顯著差異(卡方檢定， $p < 0.001$)。癌症組氣虛血瘀發生率為 56.0%，而非癌症組為 7.6%，兩者之間有顯著差異(卡方檢定， $p < 0.001$)。

癌症患者性別對氣虛分數、血瘀分數，以及氣虛證、血瘀證和氣虛血瘀證發生率之影響

癌症患者 200 人中男性 99 人之平均 W0 氣虛分數為 33.01 ± 16.24 ，而女性 101 人(50.5%)平均氣虛分數為 42.14 ± 15.95 ，兩者之間有顯著差異(Student's *t* 檢定， $p < 0.001$)。男性之平均 W0 血瘀分數為 29.97 ± 8.89 ，而女性為 26.34 ± 9.46 ，兩者之間有顯著差異(Student's *t* 檢定， $p < 0.01$)。男性之 W0 氣虛證發生率 55.6%，而女性為 78.2%，兩者之間有顯著差異(卡方檢定， $p < 0.001$)；男性之 W0 血瘀證發生率 86.9%，而女性為 75.2%，兩之間有顯著差異(卡方檢定， $p < 0.05$)；男性之 W0 氣虛血瘀證發生率 49.5%，而女性 62.4%，兩者之間無顯著差異(卡方檢定， $p > 0.05$)。

癌症患者早、晚期對氣虛分數、血瘀分數，以及氣虛證、血瘀證、氣虛血瘀證發生率之影響

癌症患者 200 人中分類為早期 112 人，而晚期 88 人。早期與晚期兩者男、女間之比率沒有顯著差異(卡方檢定， $p > 0.05$)。癌症早期平均 W0

氣虛分數為 34.78 ± 15.46 ，而晚期為 41.24 ± 17.57 ，兩者之間有顯著差異(Student's *t* 檢定， $p < 0.01$)，癌症早期平均 W0 血瘀分數 26.96 ± 8.94 ，而晚期為 29.63 ± 9.67 ，兩者之間有顯著差異(Student's *t* 檢定， $p < 0.05$)。癌症早和晚期間之氣虛證、血瘀證和氣虛血瘀證發生率都沒有顯著差異(卡方檢定， $p > 0.05$)。

化療對癌症患者氣虛分數、血虛分數，以及氣虛證、血瘀證和氣虛血瘀證發生率的影響

癌症患者無化療、化療中以及曾經化療，男、女間之人數比沒有顯著差異(卡方檢定， $p > 0.05$)。無化療之氣虛平均分數為 33.14 ± 16.58 ，化療中之氣虛分數為 41.81 ± 16.02 ，而曾經化療之氣虛分數為 38.85 ± 16.49 ，三者之間有顯著差異(Scheffe's 檢定， $p > 0.05$)。化療中之氣虛分數比無化療高(Scheffe's 檢定， $p > 0.05$)。另外，無化療、化療中以及曾經化療，三者之間的血瘀平均分數沒有顯著差異(Scheffe's 檢定， $p > 0.05$)。

癌症患者無化療之 W0 氣虛證發生率為 55.7%，化療中 W0 氣虛證發生為 78.8%，曾經化療之 W0 氣虛證發生率為 69.2%，三者之間有顯著差異(卡方檢定， $p < 0.05$ ，表一)。癌症患者無化療、化療中以及曾經化療三者的血瘀證及氣虛血瘀證發生率相似沒有顯著差異(卡方檢定，兩者 $p > 0.05$ ，表一)。

放療對癌症患者氣虛分數、血瘀分數，以及氣虛證、血瘀證、氣虛血瘀證發生率的影響

200 位癌症患者中無放療、放療中和曾經放療三者之男、女間人數比沒有顯著差異(卡方檢定， $p > 0.05$)。癌症患者放療、放療中以及曾經放療，三者間之氣虛平均分數與血瘀平均分數都沒有顯著差異(Scheffe's 檢定，兩者 $p > 0.05$ ，表二)。癌症患者無放療、放療中以及曾經放療，三者間與氣虛證、血瘀證、氣虛血瘀證的發生率相似無顯著差異(卡方檢定， $p > 0.05$ ，表三)。

中醫治療對癌症患者氣虛分數、血瘀分數，以及氣虛證、血瘀證和氣虛血瘀證發生率之影響

200 位癌症患者試驗前的 2 週內接受中醫治療的有 114 人，而沒有接受中醫治療的有 86 人，兩組間男、女人數比都沒有顯著差異(卡方檢定， $p > 0.05$)。

試驗前的 2 週內接受中醫治療之 W0 平均氣虛分數 33.69 ± 17.10 ，而無接受中醫治療為 42.83 ± 14.68 ，兩者之間有顯著差異(Student's *t* 檢定， $p < 0.001$)，而血瘀分數則兩者間沒有顯著

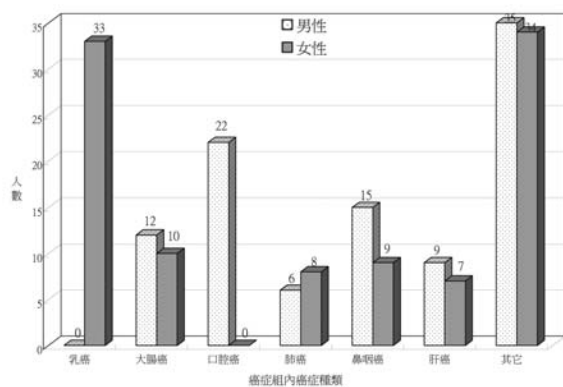


圖 二百位癌症患者種類之分布。

差異(Student's *t* 檢定, $p > 0.05$)。試驗前的2週內接受中醫治療之W0氣虛證發生率為57.9%，而無接受中醫治療為79.1%，兩者間有顯著差異(卡方檢定, $p < 0.01$)。血瘀證發生率分別為78.1%與84.9%，兩者之間沒有顯著差異(卡方檢定, $p > 0.050$)；氣虛血瘀證發生率分別為48.2%與66.3%，兩者之間有顯著差異(卡方檢定, $p < 0.05$)。

不同癌症氣虛、血瘀之嚴重度

200位癌症患者之癌症種類包括乳癌、大腸癌、口腔癌、肺癌、鼻咽癌、肝癌及其它癌症，

其分佈如圖一。乳癌全部為女性，而口腔癌全部為男性。

W0氣虛分數以肺癌最高、其次為乳癌乳癌(表四)，而W0血瘀分數以鼻咽癌最高(表四)。其中口腔癌的氣虛分數比乳癌和肺癌低(Scheffe's 檢定, $p < 0.01$ ，表四)，乳癌的血瘀分數比鼻咽癌低(Scheffe's 檢定, $p < 0.001$ ，表四)。

癌症二組W0與W2間氣虛分數、血瘀分數，以及氣虛證、血瘀證、氣虛血瘀證發生率間之比較

癌症二組86人中，完成W0與W2兩次評估

表一 化療對癌症患者氣虛證、血瘀證以及氣虛血瘀證發生率的影響

證型	無化療 n (%)	化療中 n (%)	曾經化療 n (%)	<i>p</i>
氣虛證				0.023
無	31 (44.3)	11 (21.2)	24 (30.8)	
有	39 (55.7)	41 (78.8)	54 (69.2)	
血瘀證				0.590
無	11 (15.7)	12 (23.1)	15 (19.2)	
有	59 (84.3)	40 (76.9)	63 (80.8)	
氣虛血瘀證				0.243
無	36 (51.4)	19 (36.5)	33 (42.3)	
有	34 (48.6)	33 (63.5)	45 (57.7)	

卡方檢定。

表二 放療對癌症患者氣虛分數、血瘀分數的影響

證型	無放療 (n = 97)	放療中 (n = 20)	曾經放療 (n = 83)	<i>p</i>
氣虛分數	39.7 ± 16.9*	36.5 ± 16.3	35.5 ± 16.5	0.233
血瘀分數	27.2 ± 8.6	27.1 ± 10.5	29.5 ± 9.8	0.413

*平均值 ± 標準差。One-way ANOVA, followed by Scheffe's 檢定。

表三 放療對癌症患者氣虛證、血瘀證及氣虛血瘀證的影響

證型	無放療 n (%)	放療中 n (%)	曾經放療 n (%)	<i>p</i>
氣虛證				0.473
無	28 (28.9)	7 (35.0)	31 (37.3)	
有	69 (71.1)	13 (65.0)	52 (62.7)	
血瘀證				0.400
無	18 (18.6)	6 (30.0)	14 (16.9)	
有	79 (81.4)	14 (70.0)	69 (83.1)	
氣虛血瘀證				0.705
無	40 (41.2)	10 (50.0)	38 (45.8)	
有	57 (58.8)	10 (50.0)	45 (54.2)	

卡方檢定。

的有 66 人(76.7%)。W0 氣虛分數為 43.59 ± 14.37 ，而 W2 為 34.26 ± 12.83 ，兩者之間有顯著差異(Paired *t* 檢定， $p < 0.001$)。W0 血瘀分數為 28.18 ± 8.54 ，而 W2 為 25.11 ± 7.92 ，兩者之間也有顯著差異(Paired *t* 檢定， $p < 0.001$)；比較 W0 與 W2 的證型發生率現發現氣虛證和氣虛血瘀證的發生率有顯著差異(McNemar's 檢定， $p < 0.05$ ，表五)，而血瘀證發生率則沒有顯著差異(McNemar's 檢定， $p > 0.05$ ，表五)。

癌症二組與 36 例非癌症組 W0 與 W2 間氣虛分數、血瘀分數差異之比較

非癌症組 171 人中有 36 人完成 W0 與 W2 氣虛分數、血瘀分數，以及氣虛證、血瘀證、氣虛血瘀證發生率之評估。癌症二組 66 人於 W2 之氣虛分數比 W0 減少 9.33 ± 11.05 ，而非癌症組 W2 之氣虛分數比 W0 減少 0.14 ± 3.69 ，兩者間有顯著差異(Student's *t* 檢定， $p < 0.001$ ，表六)；癌症二組 W2 之血瘀分數比 W0 減少 3.08 ± 6.22 ，而非癌症組 W2 之血瘀分數比 W0 減少 $0.75 \pm$

1.38 ，兩者間有顯著差異(Student's *t* 檢定， $p < 0.05$ ，表六)。

討論

本研究總共完成 371 人評估，其中癌症組 200 人包括乳癌、肺癌、大腸癌、鼻咽癌及口腔癌等，而非癌症組 171 人。結果顯示非癌症組氣虛證發生率為 25.7%、血瘀證 21.1%、氣虛血瘀證 7.6%，而癌症組的氣虛證發生率為 67.0%，血瘀證 81.0%，氣虛血瘀證 56.0%，說明癌症患者有較高的氣虛證、血瘀證以及氣虛血瘀證發生率。有研究發現 40 至 80 歲之非癌症人口中氣虛證的發生率約 15% [8]，癌症患者的血瘀證發生率為 53.0%，氣虛血瘀證為 53.8% [9]。肺癌患者氣虛血瘀證的發生率為 60.2% [10]，而非癌症組的血瘀發生率 51.7% [11]，以上不同結果的原因可能來自於採用不同診斷基準所造成，如有用日本寺澤捷年的診斷基準[6]，也有用中國大陸診斷標準[12]。

表四 二百位癌症患者的癌症種類分佈及氣虛分數、血瘀分數之比較

癌症種類 (人)	W0 氣虛分數*	W0 血瘀分數*
乳癌 (33)	$42.9 \pm 17.3^\dagger$	24.0 ± 7.6
大腸癌 (22)	38.1 ± 16.7	28.1 ± 9.2
口腔癌 (22)	27.6 ± 7.0	30.9 ± 7.1
肺癌 (14)	$44.9 \pm 11.4^\dagger$	28.9 ± 9.1
鼻咽癌 (24)	33.4 ± 15.8	$34.8 \pm 9.1^*$
肝癌 (16)	33.1 ± 16.4	30.4 ± 9.3
其它 (69)	39.2 ± 16.1	26.3 ± 9.6

* 平均值±標準差。One-way ANOVA，followed by Scheffe's 檢定。 $^\dagger p = 0.007$ (與口腔癌相比較)； $^* p < 0.001$ (與乳癌相比較)。

表五 癌症二組中 W0 與 W2 間氣虛證、血瘀證和氣虛血瘀證發生率之比較

證型	氣虛診斷		<i>p</i>
	無 n (%)	有 n (%)	
氣虛證			0.039
無	10 (83.3)	2 (16.7)	
有	10 (18.5)	44 (81.5)	
血瘀證			0.092
無	8 (72.7)	3 (27.3)	
有	10 (18.2)	45 (81.8)	
氣虛血瘀證			0.031
無	18 (81.8)	4 (18.2)	
有	14 (31.8)	30 (68.2)	

McNemar's 檢定。

表六 癌症二組與非癌症組W0與W2間氣虛分數、血瘀分數差異之比較

	組別	人數	W2-W0 之分數	P
氣虛證	非癌症組	36	-0.1 ± 3.7*	< 0.001
	癌症組	66	-9.3 ± 11.1	
血瘀證	非癌症組	36	-0.8 ± 1.4	0.029
	癌症組	66	-3.1 ± 6.2	

* 平均值±標準差。Student's *t* 檢定。

一般認為形成氣虛血瘀證的病程較久，多由於遷延失治而來[13]，推測是氣虛證所演變而來[14]，氣虛血瘀證也可進一步發展成為氣滯、痰凝、積聚等證而與癌症的轉移有關[15]，病理變化包括免疫功能低下、血液高凝狀態、組織水腫、血中內皮素上升，降鈣素基因相關勝肽(CGRP)降低等[16-18]，這些現象在腫瘤患者相當常見[19]，其他如心臟衰竭患者的氣虛血瘀證出現率達35.1% [20]。

本研究的結果顯示不論非癌症組或癌症患者的氣虛分數與年齡無關，而有研究認為血瘀證會隨年齡增加而加重[11]。癌症患者女性氣虛分數、氣虛證發生率較男性高，而男性的血瘀分數和血瘀證發生率則較女性高，但男女間的氣虛血瘀證發生率則相似，造成這種結果的原因需要進一步的探討，由於本研究顯示不論癌症的早期或晚期、化療、放療、接受中醫治療與否各組間男、女人數相似無統計學上的顯著差異，因此推論與樣本數無關。本研究發現癌症組W0氣虛分數乳癌、肺癌比口腔癌高，而血瘀分數最高的鼻咽癌也比最低的乳癌有顯著的差異。值得注意的是乳癌33人全部都為女性，而口腔癌22人完全為男性，而本研究的結果顯示女性氣虛分數較高男性高，而血瘀分數男性較女性高，因此需進一步觀察。肺癌氣虛分數較高是否與「肺主氣」有關有待進一步探討，又鼻咽癌以放療為主容易破壞唇、舌及口腔黏膜而容易出現瘀的表現，而造成血瘀分數較高的原因。

本研究的結果發現癌症晚期的氣虛分數、血瘀分數都比早期高，但氣虛證、血瘀證發生率則早和晚期相似，是否與晚期血瘀較重，陰陽俱虛有關[21,22]。有研究指出高血凝愈嚴重腫瘤愈容易轉移[23]，所以活血化瘀有助於癌症的治療[24]。

本研究的結果顯示化療中癌症患者的氣虛分數和氣虛證發生率比無化療和曾經化療之癌症患者低，但血瘀分數、血瘀證發生率和氣虛血瘀證

發生率則三者相似，說明化療中對氣的損傷最大。造成氣損傷的原因是否由於化療損傷脾胃之氣，造成食慾不振、納差，使氣虛生化不足所致。有研究發現補氣藥和活血化瘀藥可以增加多形核白血球的cyclic GMP，加強多形核白血球的功能[25]。本研究的結果也顯示放療中、無放療和曾經放療三者的氣虛分數、血瘀分數、氣虛證發生率、血瘀發生率，以及氣虛血瘀分數和氣虛血瘀證發生率相似，導致這些結果的原因是否由於正在放療的樣本數只有20人造成誤差所致，需進一步的探討。放療造成血瘀及熱毒，所以活血化瘀及涼血清熱解毒成為治療的主流，有研究發現活血化瘀藥如三七能抑制癌細胞之血管內皮細胞的血管新生，產生抗腫瘤的效果[26-28]。

癌症組中在W0接受中醫治療的氣虛分數較無接受中醫治療的低，氣虛證發生率57.9%也比無接受中醫治療的79.1%低。另外，氣虛血瘀證發生率也較低。中醫藉著補氣改善癌症患者的頭暈、食慾不振、神疲乏力等氣虛的表現，這種補氣的觀點與西醫治療癌症以clinical benefit response [29]為考慮的理念不謀而合。中醫認為腫瘤為血瘀的一種而採用活血化瘀的方法治療腫瘤[30,31]，本研究的結果發現中醫治療2週無法改變癌症患者的血瘀分數及血瘀證發生率，說明久病血瘀一旦形成則難以根除。

本研究的結果發現癌症患者在新接受中醫治療2週後，氣虛分數降9分，血瘀分數降3分，氣虛證發生率從81.8%降至69.7%，氣虛血瘀證發生率從66.7%降至51.5%，都呈現顯著的差異，但血瘀證發生率則不變，上述結果推測癌症氣虛的治療比血瘀較為容易。另外，接受中醫治療2週後癌症患者的氣虛分數和血瘀分數下降比非癌症組更為顯著，這個結果支持中醫治療發揮矯正癌症患者氣虛和血瘀的效果。

我們的結論是癌症患者的氣虛和血瘀嚴重度以及氣虛證和血瘀證發生率都比非癌症組高。腫瘤

晚期比早期有較高的氣虛和血瘀分數。化療中影響氣虛最明顯，但不影響血瘀。中醫治療兩週有助於癌症患者的氣虛與血瘀改善。

參考文獻

- 姚乃禮，朱建貴，高榮林。中醫證候鑑別診斷學。北京：人民衛生出版社，2002:11-55。
- 傅世垣。中醫大百科全書。台北：遠流出版公司，2002:464。
- 易法銀。中醫瘀血證診療大全。北京：中國中醫藥出版社，1999:6。
- 孟琳升，趙滿華，孟仲岐。中醫治癆大成。北京：北京科學技術出版社，2000:97-100。
- 陳銳深。現代中醫腫瘤學。北京：人民衛生出版，2003:104-161。
- 寺澤捷年。症例から学ぶ和漢診療学。第2版。日本東京都：醫學書院，2003:17,47。
- Beahrs OD, Henson, DE. Manual for staging of Cancer 4th edition. Philadelphia, U.S. Lippincott Company, 1998.
- 李東濤。氣虛體質與年齡變化關係。新疆中醫藥1998;16:8。
- 王禹堂，王笑民，郁仁存。癌症患者的血瘀證研究。中國醫藥學報1996;11:57。
- 王笑民。晚期非小細胞肺癌患者氣虛血瘀證的研究。中國中西醫結合雜誌1994;14:72。
- 梁民里道，呂聯煌。健康老年人血瘀證的調查及血漿t-PA、PAI活性的研究。中國中西醫結合雜誌1994;14:721-3。
- 陳達理。血瘀證的研究概況。血栓與止血學雜誌1994;1:83-4。
- 程立新。氣虛血瘀證淺談。現代中醫藥2003;5:54。
- 王睿林，鄭守曾。氣虛體質與氣虛證的關係探討。遼寧中醫雜誌2004;31:555-6。
- 華何與，楊運高。論氣虛血瘀與腫瘤轉移。中國中醫基礎醫學雜誌2005;11:564-5。
- 覃喬靜。氣虛血瘀證血漿NPY、ET、CGRP的改變及相關性研究。重慶醫科大學學報2003;28:202-4。
- 高渝軍，覃喬靜。血FDP、D-二聚體與氣虛血瘀證。四川省衛生管理幹部學院學報2001;20:249-50。
- 孟慶剛。氣虛血瘀證客觀化研究述評。中國中醫藥信息雜誌2002;9:72-3。
- 曾志立。氣虛血瘀症患者血漿ANP、ET、CGRP、NPY的變化及意義。中國中醫基礎醫學雜誌2004;10:21-3。
- 關繼華。94例心衰氣虛血瘀證的血液流變學分析。四川中醫1994;2:16。
- 魏開建。68例原發性胃癌中醫證型與TNM分期的相關分析。福建中醫藥2004;35:5-6。
- 顧夢颺。480例原發性肺癌中醫證型與國際TNM分期相關分析。上海中醫藥雜誌1994;1:1-4。
- 吳朝泰。血瘀證在腫瘤不同階段的變化特徵。國醫論壇2000;15:23-5。
- 薛雨芳，陳群。活血化癥中藥抗腫瘤血行轉移的思路探討。廣州中醫藥大學學報1997;14:206-13。
- 洪傳岳。活血化癥中藥對人體白血球功能的影響。行政院衛生署計畫編號DOH-85-CM-031。
- 鄧哲明。活血化癥中草藥之生物活性評估。J Chin Med 2004;15:125-36。
- 吳榮燦。活血化癥中草藥抗腫瘤作用的研究。行政院衛生署中醫藥委員會編號CCMP88-RD-016。
- 吳榮燦。活血化癥中草藥中血管新生調節物質的研究。行政院衛生署中醫藥委員會編號CCMP86-RD-019。
- 汪久生，秦叔達。參一膠囊聯合化療治療非小細胞肺癌氣虛證的臨床研究。臨床腫瘤學雜誌2001;6:327-31。
- 李景德。中西醫結合研究血瘀證、活血化癥治則的思路、途徑和經驗。天津中醫1998;15:1-3。
- 王殿俊。血瘀證臨床及實驗研究進展。微循環技術雜誌1995;1:34-8。

Pattern Identification of Qi Deficiency and Blood Stasis in Cancer Patients

Ching-Liang Hsieh^{1,2}, Shih-Fang Kuo^{2,3}, Qwang-Yuen Chang⁴, Chin-Li Lu⁵

¹Department of Chinese Medicine, China Medical University Hospital; ²Graduate Institute of Integrated Medicine, China Medical University, Taichung; ³Department of Chinese Medicine, ⁵Department of Medical Research, Chi-Mei Medical Center, Tainan; ⁴Clinical Department of Integration Chinese and Western Medicine, Chung Shan Medical University Hospital, Taichung, Taiwan.

Purpose. To investigate the incidence of qi deficiency and blood stasis in cancer patients, as well as the effects of chemotherapy, radiation therapy, early and later stage of cancer and Chinese medicine therapy on qi deficiency and blood stasis.

Methods. A total of 200 cancer patients were studied from December 2005 to April 2006 in a medical center in southern Taiwan. Cancer was confirmed by pathological examination, and the severities and patterns of qi-deficiency and blood stasis were diagnosed according to the diagnostic standards established by Terasawa and Katsutoshi (1983). The effects of chemotherapy, radiation therapy, cancer staging and Chinese medicine therapy also were studied. In addition, 171 non-cancer patients were included as the control group.

Results. The mean total qi deficiency scores were higher in the cancer group (37.62 ± 16.69) than in the non-cancer group (19.92 ± 13.36). The blood stasis score was higher in the cancer group (28.14 ± 9.34) than in the non-cancer group (12.60 ± 8.80). The incidence of qi-deficiency pattern was 67.0% in the cancer group and 25.7% in the non-cancer group. The incidence of blood stasis pattern was higher in the cancer group (87.0%) than in the non-cancer group (21.1%). Qi-deficiency and blood stasis were greater in patients with early stage cancer than in patients with late stage cancer. Chinese Medicine therapy was more effective in reducing the qi-deficiency and blood stasis scores in cancer patients than in non-cancer patients.

Conclusion. Chinese Medicine therapy may improve qi-deficiency and blood stasis in cancer patients. (*Mid Taiwan J Med* 2007;12:109-16)

Key words

cancer, blood stasis, blood stasis pattern, qi-deficiency, qi-deficiency pattern

Received : 4 September 2006.

Revised : 9 January 2007.

Accepted : 17 January 2007.

Address reprint requests to : Shih-Fang Kuo, Department of Chinese Medicine, Chi-Mei Medical Center, 901 Zhonghua Road, Yongkang City, Tainan 710, Taiwan.