

現代中醫藥診治結核病進展之評論

楊仕哲^{1,2,*}、張耀友²、張又仁²

¹中國醫藥大學中醫學系，台中，台灣

²中國醫藥大學附設醫院放射線部，台中，台灣

(101年05月14日受理，101年11月08日接受刊載)

評析現代中醫藥診治結核病的進展，發現在病因、病機方面，仍承襲內外因兼具和先正虛後外邪侵犯的傳統思想。在辨證分型方面，主要有三大類，仍未產生共識。另外，還有不少運用中藥萃取物或純化成分所完成的人體外基礎研究，僅少數以中藥複方實驗。至於臨床試驗方面，絕大多數採中西醫結合模式診治，雖有不少觀察性研究，但也漸漸看到隨機分組試驗增多的趨勢，相關研究似乎顯示中西醫結合的診治優於單純西醫藥療效。

關鍵字：結核病、中醫藥、文獻回顧

前 言

現代醫學自從結核桿菌的發現、輔助診斷工具的日新月異、以及組合性藥物療法的應用後，在消滅病菌和公共衛生的推廣方面，都有極大的進展。不過近年來由於抗生素的濫用¹⁻²、HIV感染的人數日益增多（HIV陽性的患者在感染結核菌後，終生發病的風險高達50%）³、國際間移民人數逐年增多⁴、結核病患者服藥順從性不佳導致的抗藥性結核菌等等⁵⁻⁷，使得結核病疫情有捲土重來的跡象。儘管WHO自1993年起便大力推動全球的結核病防治，但它仍然是最致命的細菌性感染。在公元2006年，全世界有920萬個新病例，估算全年約有150萬人死於此病⁸。此外，WHO也估計全球約三分之一（即20億）的人口體內潛藏著結核菌（latent infection）⁹，而

其中會有越來越多的多重抗藥性菌種（multidrug-resistant TB, MDR-TB）出現¹⁰。由於現代醫學的療法較缺乏增強免疫力和強健體質的方法和藥物，且隨著多重抗藥性結核病和廣泛抗藥性結核病（extensively drug-resistant tuberculosis, XDRTB）的出現，尋找更多有效的治療方法和藥物，是必然的發展趨勢。中醫藥迄今雖然也缺乏明確的證據來支持其可以根治結核病，卻已被證實可以有效地抑制結核桿菌生長¹¹⁻¹⁷，提高耐多藥結核鼠的免疫力¹⁸，進而達到治療結核病的目的。在臨床治療淋巴結結核¹⁹⁻²⁰、結核性腎病²¹、踝關節結核²²等均有很好的效果，因此從中藥資源中尋找有效的抗結核藥物，已引起越來越多的關注。期待能藉由評析現代中醫藥診治結核病的進展，引起更多進一步的細項研究，為結核病的診治尋找新的方向。

*聯絡人：楊仕哲，中國醫藥大學附設醫院放射線部，40447 台中市北區育德路 2 號放射線部，電話：04-22052121 分機 5470，傳真：04-22071556，電子郵件信箱：yangst@mail.cmu.edu.tw

研究與方法

I、現代中醫藥診治結核病期刊論文的搜集

爲了能了解近年來中醫藥診治結核病的進展，遂運用中國期刊全文數據庫（CNKI，China National Knowledge Infrastructure）做爲搜尋的平台，設定年限爲公元2001至2011年，鍵入「中醫」和「結核」兩個關鍵詞交集檢索，初步取得166筆篇名。排除掉篇名裏非以結核病爲主題、單純的醫史性論述、與診斷和治療無關、罕見病例、無法下載全文等類的論文之後，剩下80篇的論文以供參考。當中與肺結核、結核性胸膜炎、淋巴結結核相關的論文共計有58筆，其餘則分別爲與結核性腦膜炎、骨關節結核、胃結核、腸結核、腎結核、乳房結核、生殖器結核及腱鞘結核相關的少數文章，共計22筆。本文將著重探討肺結核、結核性胸膜炎及淋巴結結核的中醫藥診治進展，並將參考文獻分爲「肺結核中醫病因、病機」、「肺結核中醫辨證分型」、「肺結核中醫藥治療」、「肺結核中西醫藥結合治療」、「結核性胸膜炎中醫藥診治」、「淋巴結結核中醫藥診治」6部分，擇要概述於隨後的小節。

II、有關肺結核中醫病因、病機的研究

對於肺結核中醫病因的論述，大多數的學者都認爲是內外因兼備，承襲傳統的中醫思想。像高冰等人和勞獻寧等人就簡述爲正氣虛弱，再感染癆蟲所致²³⁻²⁴；錢繼偉則增加爲虛勞、癆蟲、痰及血、戾氣、鬼怪等五項²⁵；林淑華又擴展爲以稟賦薄弱、起居不慎、憂思惱怒、酒色勞倦爲基本因，外加癆蟲乘虛而入以致病²⁶；上述論述完全符合《內經》裏先正氣虛弱、復感外邪的概念。較不一樣的想法，則是由韋袞政所提出，與上述先正虛、後外邪的說法大相庭逕，韋氏反而提議是由感染癆蟲外因爲主體的火熱外邪在先，

才導致陰虛內因體質的產生。甚至以西醫爲例，他說：「西醫治療以殺滅結核分枝桿菌爲主，主要使用抗癆藥，沒有合用免疫調節劑，也沒有添加滋陰藥物，病癒時陰虛症狀消失，同樣表明結核分枝桿菌的存在是引起陰虛的根本²⁷。」此種論點可推論至病情較輕的患者身上，卻不能解釋伴有嚴重肺部纖維化、空洞化的病患在經過西藥治療後，儘管痰液中已無結核分枝桿菌，仍可見陰虛、氣虛的臨床表現，在文章中也無提及患者感染肺結核之前是否有陰虛的基本體質。

至於中醫病機的探討，有單純以內因論述的，像孫長明和杜天虹就認爲陰虛會造成陽亢，陽亢則火旺，火旺進而灼傷肺絡，促使血熱妄行而咯血²⁸。大多數的學者仍然是以先內因、後外因的程序立論的，如王鴻翔即重溫《內經》「正氣存內、邪不可干」、「邪氣所湊、其氣必虛」的道理，強調正邪雙方反覆較勁的結果會影響病理的演變，指出肺部纖維化即是免疫力強的表現，而肺部空洞化則代表免疫力低下²⁹；高冰等人則提出發病後，正氣虛弱和癆蟲感染可互相爲因而傷肺陰，並可進一步依五臟傳變之理而傳至脾腎²³；勞獻寧和王曉杰所敘述的機轉較爲詳盡，先談到正氣虛弱而致感染癆蟲，進而癆蟲蝕肺，漸生陰液缺損，致使虛火內熾，再迫熱外泄²⁴。較特殊的仍屬韋袞政以癆蟲外因爲本，進而癆蟲傷陰形成內因，導致火旺現象的說法²⁷，對於相關想法業已評論，故不復贅述。另外，鄧小娥還專門闡釋結核病盜汗證的機轉，以陰虛內熱爲本質，經虛熱逼蒸導致津液外泄，隨著真陰日耗而形成惡性循環³⁰。

III、有關肺結核中醫辨證分型的研究

肺結核中醫辨證分型的方式，主要有三大類。第一大類是二分法，例如吳繼良即劃分爲陰虛肺燥型和陰陽兩虛型，並陳述陰虛肺燥型的症候是乾咳少痰、咳聲短促、痰粘色黃或時帶血

絲、胸悶隱痛、五心煩熱、午後低熱、盜汗、消瘦、舌苔白或薄黃、舌質紅、脈細數等，陰陽兩虛型的表現則是顴紅面白、神疲氣短、咳逆喘息、痰中夾血、潮熱、盜汗、形寒、面浮肢腫、心悸汗出、食少便溏、舌苔白薄膩、舌質淡體胖、脈沉細數無力等³¹；王新元等僅簡述為陰虛肺燥型和肺脾氣虛型，卻未詳加解釋其內涵³²。第二大類是三分法，例如高冰等即列出癆熱毒鬱肺血敗肉腐型、氣滯血瘀痰凝濕阻型、氣血不足氣陰虧虛型等²³，試圖把較完整的病機帶入證型的名稱裏；又如肖燕僅簡述為肺陰虛、肺脾兩虛、脾腎衰敗等三型³³。第三大類是四分法，先有韓承鎮簡略地劃分為陰虛、精血虧甚、陰虛火旺、氣陰兩虛等四型³⁴；續有《河北中醫》雜誌於公元2009年參照1994年版的《中醫病證診斷療效標準》，而定出肺陰虧虛、陰虛火旺、氣陰兩虛、陰陽兩虛等四型，它們的症候內容如下：

- | | |
|------|---|
| 肺陰虧虛 | 乾咳，痰少黏白，或帶血絲，口乾咽燥。舌質紅，苔薄，脈細帶數。 |
| 陰虛火旺 | 咳喘氣急，咯血，痰少黏白或黃，口乾咽燥，午後顴紅，潮熱，骨蒸，盜汗。舌紅或絳，苔薄黃或剝，脈弦細數。 |
| 氣陰兩虛 | 咳嗽氣短，咯痰清稀，偶有咯血，神疲乏力，自汗盜汗，或食少腹脹，便溏。舌質紅嫩，苔薄，脈弱而數。 |
| 陰陽兩虛 | 咳逆喘息，痰呈泡沫狀或夾血，形寒自汗，聲嘶音啞，形體消瘦，或伴有水腫、腹瀉等症。舌質淡而少津，苔光剝，脈微數或虛大無力 ³⁵ 。 |

此種分型法也見載於2011年錢繼偉所寫的〈肺結核中醫治療研究進展〉一文裏。

至於辨證分型與病情分期的關聯，吳繼良將陰虛肺燥型歸為初、中期，而陰陽兩虛型則屬晚期³¹。《河北中醫》則依《中醫病證診斷療效標準》定出初期和病重者，其細節如下：

初期僅感疲勞乏力，乾咳，食慾不振，形體逐漸消瘦；

病重者可出現咳（咯）血，潮熱，顴紅，盜汗，形體明顯消瘦等症³⁵。

另外，還有高冰等將中醫辨證分型結合支氣管鏡鏡下表現，來區分病情的初、中、晚期，其中早期的中醫證型為癆熱毒鬱肺血敗肉腐型，對應的支氣管鏡表現是炎症浸潤型和潰瘍及乾酪壞死型；中期的中醫證型是氣滯血瘀痰凝濕阻型，對應的支氣管鏡表現是肉芽增殖型；晚期的中醫證型是氣血不足氣陰虧虛型，對應的支氣管鏡表現是斑痕狹窄型²³。

大致來看，應當是以《河北中醫》雜誌於2009年依1994年版《中醫病證診斷療效標準》所定出的中醫辨證分型和病情分期較為明確嚴謹，唯缺乏分型與分期間直接關聯的描述。另外，高冰等所提出中醫證型與支氣管鏡表現和病情分期的關係，也頗具新意和發展性，較可惜的是其中醫辨證分型的證名似乎獨具一格，無法與其他論文相提並論。由此可見，在現階段肺結核的中醫藥臨床研究中，仍未見統一的證型分類方式，然而中醫診斷須有公認的辨證標準，才能有紮實的根基與嚴謹的受控科學實驗進行結合，故此尚有整合各方想法的空間。

IV、肺結核中醫藥治療的研究

針對有抗結核作用的單味中藥及其有效成分，宋文剛等先於2007年做了一次初步綜述³⁶，邵豔新等續於2008年擴展了類似的評論³⁷。結合兩篇的論述，可整理出表一，分別釐列相關中藥名稱、有效成分、最低抑菌濃度等項目。另外，邵豔新等還記錄了臨床上常用來治療結核病的中成藥十種，於表二中可查考其名稱和組成；並收載了文獻裏有治療結核病的中成藥，計有補金片、大補陰丸、河車大造丸、麥味地黃口服液（丸）、阿膠補血膏（顆粒、口服液）、山東阿

表一 有抗結核作用的單味中藥

單味中藥名	有效成分	最低抑菌濃度
百部	百部鹼	浸出液 1 : 80 10 min
水車前	水煎浸膏	1 : 10 至 1 : 10,000
狼毒	狼毒甲素	
	狼毒乙素	
狼毒	狼毒大戟根：	
	1. 水、乙醇、乙酸乙酯、氯仿 2. 石油醚	1 : 400 1 : 3,200
貓爪草	煎劑、生藥粉末	1 : 10
	醇提液	1 : 1,000
白頭翁	提取物	1 : 50,000
夏枯草	水提液、醇提液	
苦參	苦參鹼	10 mg/L
黃連	黃連素	100 mg/L 殺菌
		60 mg/L 抑菌
大蒜	大蒜素	0.56 mg/L
巴豆	巴豆油	

表二 臨床常用的治療結核病中成藥

中成藥名稱	組 成
骨癆敵注射液	三七、黃耆、骨碎補、乳香、沒藥
複方柳菊片	旱柳葉、野菊花、白花蛇舌草
夏枯草膠囊	夏枯草
膽黃片	豬膽汁、黃柏、青黛
抗癆膠囊	矮地茶、百部、穿破石、五指毛桃、白芨、桑白皮
內消癭癰丸	夏枯草、玄參、大青鹽、海藻、浙貝母、薄荷、天花粉、蛤殼、白蘞、連翹、大黃、甘草、地黃、桔梗、枳殼、當歸、玄明粉
貓爪草膠囊	貓爪草
抗癆丸	矮地茶、百部、穿破石、五指毛桃、白芨、桑白皮
耆貝膠囊	黃耆、冬蟲夏草、蛤蚧、川貝母等
優福寧膠囊	狼毒提取物

膠膏、人參固本丸、三七血傷寧膠囊、益氣止血顆粒、荷葉丸、參苓白朮散、防風通聖丸、牛黃醒消丸、小金丸、散結靈膠囊、陽和解凝膏等 16 種；最後，分析中藥在治療結核病所產生的作用，計有抑制或殺滅結核桿菌、提高機體免疫力、消除結核病相關症狀、減輕西藥抗結核不良反應等四項。

至於較傳統的中醫辨證論治方面，肖燕認為肺陰虛證患者可用百合固金湯、月華丸、清燥救肺湯、炙甘草湯、青蒿鱉甲湯等方，當病情進展到脾肺兩虛或是脾腎衰敗的階段時，主張先補後攻，以養護脾胃為優先，用來培土生金，保存正氣，再考慮加入有攻殺效力的單味藥，如黃連、百部、白芨、貓爪等等，並指出此類藥若像提煉

西藥一樣，只取有效成分去使用，其實殺菌效果是有限的³³。另外，錢繼偉於2011年提出更細的辨證分型，建議用方也有出入。他提出肺陰虧損型宜滋陰潤肺兼清熱殺蟲，臨床上多用月華丸加減；陰虛火旺型宜補益肺腎兼滋陰清火，方用百合固金湯合秦艽鱉甲散加減，但臨床宜與抗結核的西藥合用，可明顯提高空洞閉合率，否則療效欠佳；氣陰兩虛型宜培土生金兼養陰潤肺，主方用保真湯加減，同樣可輔助西藥的抗癆效果；陰陽兩虛型宜溫補脾腎兼滋養精血，主方用補天大造丸之類加減²⁵。

此外，有學者公開他們治療肺結核的自擬方，如王鴻翔提出一個自擬抗結核方（表三）²⁹。孫長明和林天虹亦提出治療肺結核咯血的自擬「潤肺寧絡湯」，並進行初步的觀察性研究（表四）²⁸。也有學者公開他們的肺結核中醫治療絕招或是師傅秘方，以供學界參考³⁸⁻³⁹。

至於中醫方劑的體外抑制結核桿菌效力研

究，可參見劉婷婷等以「肺癆康」處置非耐藥性及耐藥性菌株的實驗，此方是由百部、白芨、天冬、川貝、紫河車等11味中藥所組成，對照藥物是利福平（rifampin）。其結果較有趣的是，「肺癆康」對耐rifampin和isoniacid菌株的抑菌作用，並不隨著藥物濃度的不斷升高而增加，這和一般化療藥物濃度越高抑或殺菌效果越強的趨勢顯然不同，劉婷婷等人將這種雙向性歸究於「藥物配伍組方後通過多成分、多靶點、多途徑調節人體功能所反映出的治療效果」⁴⁰。

V、肺結核中西醫藥結合治療的研究

關於肺結核的中西醫結合治療，吳繼良於2001年提出一篇〈短程化療結合中醫辨證治療肺結核〉的論文，文中隨機採樣分配97個病例為對照組和治療組，其療效的評估依胸部X光片和痰液檢查，可分為治癒、顯效、有效、無效等四項，分別對應為胸片和痰檢均陰性、胸片空洞癒

表三 王鴻翔於2001年提出的自擬抗結核方

組方	功用	常用藥	作者處方
君藥 佔30-50%劑量	特異性抗結核菌	夏枯草、白芨、百部、貓爪草、十大功勞葉等	夏枯草20、白芨20、百部12、炙鱉甲9（伴有空洞，加阿膠9）、煨龜板9、黃耆20、北沙參9、麥冬9、地骨皮8、青蒿8、銀柴胡8、糯稻根12（無盜汗，除去）、紫金牛8、仙鶴草20、田七8（加炙甘草調和諸藥）
臣藥 佔30-40%劑量	特異性增強細胞 免疫效力	炙鱉甲、煨龜板、阿膠、黃耆、北沙參、麥冬等	
佐藥 佔10%劑量	對症處理結核性 毒血症	潮熱：地骨皮、青蒿、銀柴胡 盜汗：浮小麥、糯稻根	
使藥 佔10%劑量	對症處理結核性 呼吸系統病症	咳嗽：紫菀、紫金牛 咳血胸痛：仙鶴草、田七、生蒲黃	

表四 孫長明和林天虹於2007年提出自擬的「潤肺寧絡湯」

作者，年份	病例數	治則	處方	療程	咯血消失	復發	P值
孫長明和 林天虹， 2007	55例	滋陰潤肺， 寧絡止血	自擬「潤肺寧絡湯」，含生地15g、熟地12g、西洋參10g、麥冬10g、百合10g、白芍10g、當歸12g、川貝10g、玄參10g、白芨10g、茜草10g、藕節15g、鮮白茅根20g，每日1劑，5天為1個療程	1	47例	3例	未提供
				2	6例		
				3	2例		

表五 肺結核中西醫藥結合治療的研究

作者，年份	病例數	組別	處方	治癒率	P 值
吳繼良， 2001	97 例， 治療 60 天 後觀察	對照組 40 例	標準化西醫抗結核化療方案	治癒 7 例 (17.5%)、 顯效 13 例 (32.5%)、 有效 9 例 (22.5%)、 無效 11 例 (27.5%) 有效率 72.5%	p<0.01
		治療組 57 例	標準化西醫抗結核化療方案+中醫辨證論治 (未註明各證型含多少病例)： 1. 陰虛肺燥型採用滋陰清熱、潤肺殺蟲的潤肺抗癆湯 2. 陰陽兩虛型採用健脾潤肺、補益精血的健脾益肺抗癆湯	治癒 41 例 (71.9%)、 顯效 12 例 (21.1%)、 有效 4 例 (7%) 有效率 100%	
王新元等， 2002	26 例兒童， 治療 90 天 後觀察	未設立 對照組	西藥雷米封片治療+中醫辨證論治 (未註明各證型含多少病例)： 1. 陰虛肺燥型以養陰潤肺殺蟲為主，用沙參麥冬湯加白芨、百部、烏梅、牡蠣、杭菊、桑皮、地骨皮 2. 肺脾氣虛型以補肺益氣殺蟲為主，用百合固金湯合四君子湯加白芨、山藥	21 例治癒 5 例明顯好轉	未提供
勞獻寧和 王曉杰， 2001	105 例伴 盜汗患者， 治療時間 最長 14 天， 最短 3 天	對照組 23 例	西藥常規抗癆治療 (2SHRZ/4HR)	痊癒 3 例、好轉 7 例、 無效 13 例， 總有效率為 43.48%	未提供
		治療組 82 例	2SHRZ/4HR + 當歸六黃湯	痊癒 63 例、 好轉 16 例、 無效 3 例， 總有效率達 96.34%	
鄧小娥， 2006	30 例伴 盜汗患者， 中藥治療 14 天後 觀察	未設立 對照組	標準抗癆方案+中藥六黃湯加減治療 肺結核伴咳嗽明顯者加羅漢果、川貝；肺結核伴少量咯血者加藕節、白芨、側柏炭；淋巴結核者加鼈甲、牡蠣、貓爪草 穴位注射垂體後葉素 0.2-0.4ml (主穴為止紅穴，輔穴為孔最、尺澤、曲池) +自擬肺癆湯 (白芨、地榆炭、生地、沙參、麥冬各 20g、炙百部、側柏葉各 10g、茅根 30g)	治癒 26 例 (86.7%)、 好轉 3 例 (10%)、 無效 1 例 (3.3%)， 總有效率 96.7%	未提供
韓承鎮， 2003	58 例伴咯 血患者	未設立 對照組	陰虛證加百合、生地、天花粉、玉竹； 精血虧甚加紫河車、鹿角膠、冬蟲夏草； 陰虛火旺加桑白皮、黃芩、栝樓仁、馬兜鈴； 氣陰兩虛加黃耆、黨參、沙參	2 天止血者 12 例 4 天止血者 35 例 7 天止血者 8 例 8 天以上止血者 2 例	未提供

合或病灶縮小2/3以上及陰性痰檢、胸片病灶縮小1/2以上但呈陽性痰檢、胸片病灶僅部分吸收或無改變且陽性痰檢等項。分析治療結果，中西醫結合治療組明顯優於對照組，且兩組有統計上的顯著差異， $p < 0.01$ （表五）³¹。此外，王新元等也於2002年發表〈中西醫結合治療小兒肺癆病26例體會〉一文，所有患者均接受西藥抗結核治療及中醫辨證論治，在療效評估標準方面，臨床治癒代表咳嗽、盜汗症狀消失，無頸部及耳後淋巴結腫大，發育良好，胸部X光片複查肺部病灶吸收鈣化。結果21例治癒，5例明顯好轉（表五）³²，但詳查其內容，僅止於觀察性研究，沒有對照組，更沒隨機分配設計，參考價值不高。

至於結核病兼證的治療，有2篇涉及盜汗、1篇探討咯血。在盜汗的中西醫結合治療方面，勞獻寧和王曉杰於2001年發表〈當歸六黃湯治療肺結核盜汗症82例〉一文，文中一開始即談到《素問·蘭室秘藏》的當歸六黃湯是治療陰虛火旺型盜汗症的首選方，組成是當歸、生地黃、熟地黃、黃芩、黃柏、黃連、黃耆、糯稻根等。遂收集6年間，經西醫診斷為肺結核III或IV型，且中醫診斷為肺癆陰虛火旺兼盜汗症的患者105例，將其分為對照組23例及治療組82例。療效評估分三類，一是痊癒，所有症狀均消失；二是好轉，盜汗明顯減少，其他症狀有改善；三是無效，即盜汗和其他症狀皆無改善。結果中西醫結合治療組的療效明顯優於對照組（表五）²⁴。鄧小娥也於2006年的〈當歸六黃湯治療結核病盜汗證30例〉一文中，談到類似的有效率（96.7%），不過該文僅是一篇觀察性研究，沒設對照組，參考價值不高（表五）³⁰。

在肺結核咯血的中西醫結合治療方面，韓承鎮於2003年發表〈肺癆湯加穴位注射治療肺結核咯血58例〉一文，共收集了大量咯血（每日超過500 ml）患者22例、中量咯血（每日100～500 ml）患者25例、小量咯血（每日100 ml以

下）患者11例，均經胸部X光片證實為III型肺結核，其中痰檢陽性者31例，伴有空洞者27例。經西醫常規止血藥（如垂體後葉素、6-氨基乙酸靜脈注射、靜推止血三聯針）治療無效後，加入自擬肺癆湯辨證論治。此外，同時加上穴位注射垂體後葉素0.2-0.4 ml，不過其機理不明。結果2天止血者12例，4天止血者35例，7天止血者8例，8天以上止血者2例。由於此篇論文僅是一篇觀察性研究，研究的設計裏沒有對照組及隨機分組，不能排除安慰劑效應（placebo effect），故參考價值也不高（表五）³⁴。

VI、結核性胸膜炎中醫藥診治的研究

對於結核性胸膜炎的傳統中醫診治思路，陰智敏和田正良於2005年整理條列成〈淺述結核性胸膜炎的辨證論治〉一文⁴¹。文中指出癆蟲侵襲肺臟或胸膜，是結核性胸膜炎的主要病因；中陽內虛或腎氣不足是基礎的病理體質；主要的病機是飲停胸脇而阻礙氣機，鬱久化熱而痰濁瘀滯，進而中氣內虛而陰液耗傷；主要的後遺症是膜絡滯厚。分析肺體結核是以陰虛為主，後及於陽虛；結核性胸膜炎則是以中陽不足為主，後及於陰虛。在治療上，陰氏和田氏將結核性胸膜炎分為五證，採辨證論治（表六之一）。相較於此，劉呂敏於2001年所寫的〈李學銘治療結核性滲出性胸膜炎經驗〉一文，就略嫌簡略，其辨證分型僅遵照《中醫內科學》教材分為邪犯胸肺、飲停胸脇、絡氣不和、陰虛內熱等4型，治方也只提供十棗湯（攻下逐飲）和自擬抗滲胸湯（清熱散結、活血通絡、行水消痰）二種⁴²。

至於已發表的結核性胸膜炎中醫藥療效論文，絕大多數是採用中西結合方式治療的。黃國東等於2002年提出〈血府逐瘀口服液合抗癆藥治療結核性滲出性胸膜炎的臨床觀察〉一文，以非隨機方式將78例經胸水抹片抗酸染色鏡檢或胸膜生檢病理檢查確診的患者分為對照組和治療組，

表六之一 結核性胸膜炎中醫藥辨證論治

作者，年份	證型	特點	治則	處方
陰智敏和田正良， 2005	熱擾胸膈證	初期表現，多為乾性胸膜炎，邪在半表半裏	清熱涼膈止痛	小柴胡湯加減
	痰熱結胸證	多見於早期，邪已入裏，發熱不惡寒	清熱化痰、寬胸止痛	柴胡陷胸湯加減
	飲停胸脇證	最常見的證型，胸腔積液或多或少	化飲逐水兼寬胸理氣，並強調即時抽水最重要，重用甘草也是必要的	葶藶大棗瀉肺湯或椒目栝樓湯加減
	膜絡滯厚證	常見證型之一，胸悶胸痛，天陰時加劇，在臨床上比較棘手	理氣通絡兼活血止痛	香附旋覆花湯加減
	陰虛邪戀證	飲邪化熱傷陰	滋陰祛邪	沙參麥冬湯加減

表六之二 結核性胸膜炎中醫藥診治的研究

作者，年份	病例數	組別	處方	療效	P 值
黃國東等， 2002	78 例， 治療 30 天後 觀察	對照組	西藥抗癆治療及常規性抽放胸水	總有效率、症狀改善、胸膜肥厚粘黏發生率、復發率等方面，治療組的療效都優於對照組。	未提供
		治療組	西藥抗癆治療及常規性抽放胸水+血府逐瘀口服液		
陳斯寧， 2002	70 例， 治療 20 天後 觀察	對照組	西藥抗結核治療	治癒 15 例 (42.86%)、顯效 14 例 (40.0%)、好轉 6 例 (17.14%)。追蹤發現胸膜肥厚 18 例 (51.43%)	未提供
		治療組	西藥抗結核治療+葶藶大棗瀉肺湯加味 乏力、氣短明顯者加黨參、白朮；咳痰黃稠者加黃芩、栝樓殼；乾咳無痰者加麥冬、沙參；發熱、盜汗者加地骨皮		
曹瑛， 2007	142 例， 治療 60 天後 觀察	對照組	西藥抗癆治療、皮質激素及胸腔穿刺抽液	有效率 86%	未提供
		治療組	對照組治療方案+中藥治療： 1. 口服複方丹參片 2. 靜脈滴注香丹注射液 3. 自擬中藥方劑（當歸 12g，川芎 9g，生地 12g，三七 12g，桔梗 9g，枳殼 9g，牛膝 9g，桃仁 12g，紅花 12g，丹參 12g，莪朮 12g，延胡索 12g，甘草 6g，葶藶子 10g）		

表六之二 結核性胸膜炎中醫藥診治的研究 (續)

作者, 年份	病例數	組別	處方	療效	P 值
陳子昂等, 2005	162 例, 短期: 治療 2 周或 4 周後觀察; 長期: 停藥 2 年後觀察	對照組 80 例 治療組 82 例	西藥抗癆治療及胸腔穿刺抽液 (急性、中毒症狀嚴重, 胸液較多時給予皮質激素治療) 對照組治療方案 + 中醫辨證論治: 1. 邪犯胸肺型 12 例, 予柴枳半夏湯加減 咳逆氣急、脅痛加白芥子; 幹嘔痞硬加黃連; 高熱汗出不解, 咳嗽氣粗, 去柴胡, 加麻杏石甘湯 2. 飲停胸脇型 44 例, 用椒目栝樓湯加減 痰濁偏盛, 胸部滿悶, 苔濁加薤白、苦杏仁; 水飲久停, 胸脅支滿, 體弱食少, 加桂枝、白朮、甘草; 絡氣不和者加香附、桃仁 3. 絡氣不和型 14 例, 投香附旋覆花湯加減 痰氣鬱阻, 胸悶苔膩加栝樓; 久痛不已, 痛勢如刺加桃仁、紅花、當歸鬚、赤芍藥、乳香、沒藥; 水飲不淨加通草、冬瓜皮、路路通 4. 陰虛內熱型 12 例, 採沙參麥冬湯合瀉白散加減 潮熱加龜甲 (先煎)、胡黃連; 咳嗽加百部、紫菀; 胸部悶痛加栝樓皮、枳殼、郁金; 兼氣虛, 神疲, 氣短易汗, 面色黃白加太子參、黃耆、五味子	短期總有效率: 對照組: 82.5% 治療組: 96.3% 長期總有效率: 對照組: 76.0% 治療組: 93.5%	p<0.01

兩組共同觀察 6 周, 追蹤達 1 年, 療效評估依《臨床疾病診斷依據治癒好轉標準》判定。結果治療組的療效明顯優於對照組 (表六之二)⁴³。同一年, 陳斯寧也公佈了類似的研究方式和成果, 只不過其中醫治療藥方是用葶藶大棗瀉肺湯 (表六之二)⁴⁴。

接著有三篇中西醫結合治療的臨床試驗, 皆採隨機方式分組, 分配為僅接受西醫抗結核治療的對照組和以中西醫結合方式處治的治療組。陳子昂等即於 2005 年發表了 162 例的臨床試驗, 其

治療組參照《中醫內科學》教材辨證分型治療, 實驗結果治療組的短期及長期療效均優於對照組, 且有統計學上的差異 ($p < 0.01$) (表六之二)⁴⁵。第二篇是由曹瑛於 2007 年發表的, 共收集治療組 100 例和對照組 42 例, 治療組沒採中醫的辨證論治模式, 直接給予口服複方丹參片、靜脈滴注香丹注射液、煎服自擬中藥方劑等, 以三種方式共同治療, 結果治療組有效率竟高達 100%。此研究較讓人詬病的部分, 在於沒採辨證論治模式和沒有完整的統計差異分析, 且治療組療效 100% 的

有效率也高得驚人（表六之二）⁴⁶。第三篇是由張小平和劉效文於2008年提出的，文中僅註明收集的病例總數為86人，未講明治療組和對照組各多少人，且治療組雖有採中醫辨證論治的模式，卻未說明其證型分類和對應用方。因此，縱使治療組在病情改善和有效率均優於對照組且有統計上的意義，他人卻無法重複驗證其實驗⁴⁷。

此外，還有多篇論文也推崇中西醫結合治療結核性胸膜炎的療效，不過都僅屬於觀察性研究，沒進行隨機分組，所以參考價值不高，不再贅述⁴⁸⁻⁵²。

Ⅶ、淋巴結結核中醫藥診治的研究

淋巴結結核在傳統中醫學裏隸屬瘰癧的範疇，更早在《靈樞》的經脈篇和癰疽篇裏叫做馬刀俠癭，生於腋下串珠如刀稱做馬刀，長在頸部像櫻桃核狀的叫俠癭。其本質由明代李梴指出是脾濕不運，以致痰流聚皮下而生核，簡稱為痰核⁵³。關於瘰癧的中醫傳統診治，李明吾於2006年公開其師徐學春的多年治療經驗集錦，認為瘰癧相當於現代醫學的淋巴結結核，將其病因、病機概括為「鬱、痰、瘀、虛」四個字，提出局部的診斷有八大要點，含皮色、形狀、活動、核質、數目、部位、觸痛、膿血等，須與惡性淋巴結病變做區分。治療上首重外治，有敷貼消散法、拔核拔管法、提膿祛腐法、止血平腐法、生肌收口法等五種；內治法重化痰祛瘀，須依年齡而有所差別，如對幼兒宜以健脾培土為根本，對年輕婦女宜投疏肝理氣化痰之品兼心理輔導，對年輕力壯男子可以峻攻，對年長體虛者宜調補化痰。也強調須隨季節的變化來調整治療方針，春季要注意疏肝解毒，夏季須留意清暑化濕，秋季宜護陰生津，冬季則要固本培元，慎用苦寒直折，反而宜甘寒、鹹寒之品⁵⁴。

關於淋巴結結核的中醫藥診治，有幾篇觀察性研究論文。劉芳貴和冷崇芬於2000年提出以自

擬的培土生金散治療小兒肺門淋巴結結核89例，該文雖然有採中醫辨證將患者分為肺陰虧虛型、氣虛脾弱型、氣陰兩虛型等三類，但不影響治療方式，結果總有效率達94.3%（表七）⁵⁵。另外尹雪峰和雷清平於2001年發表以參苓白朮散治療小兒肺門淋巴結結核45例，結果總有效率竟高達100%（表七）⁵⁶。還有李永剛於2004年所發表的〈中醫辨治頸淋巴結核〉一文，共收集21例病案，多數患者經抗生素或外敷清熱解毒藥反覆治療卻無法痊癒，所有患者均有西醫的確診，或是有結核病史或接觸史。文中採中醫辨證論治，結果總有效率也是高達100%（表七）⁵⁷。由於上述三篇論文僅完成觀察性研究，且總有效率都高得驚人，其參考價值值得商榷。宜以隨機分組的方式重複其實驗，才能獲得較確切的評估。

至於中西醫結合方面，秦飛虎和楊超月於2001年展示以四君子湯加減配合西藥抗結核治療，來治理慢性頸淋巴結結核的療效評估，此研究採隨機分配92名病患為治療、對照組各46例，結果治療組總有效率為67.39%，遠高於對照組的39.13%，有統計上的差異， $p < 0.01$ ，具有較高的參考價值⁵⁸。另一篇是由李偉志於2006年所提出的〈中醫治療瘰癧臨床分析〉，除了西醫抗結核藥物的治療外，所有23例患者還採中醫辨證論治模式，可惜未註明各證型含多少病例。結果治療率43.5%，有效率47.8%，無效率8.7%，總有效率高達91.3%⁵⁹。不過該文僅屬於觀察性研究，沒採隨機分組，在此仍建議宜採隨機分組方式重複此實驗，並註明各種證型所含的病例數，甚至可比較各證型間的療效差異。

結 論

縱觀近10年來中醫藥診治結核病的研究論文，會發覺在病因、病機方面，仍著重於詮釋傳統診治精神，承襲內外因兼具和正虛導致外邪侵

表七 淋巴結結核中醫藥診治的研究

作者，年份	病例數	組別	處方	療效	P 值
劉芳貴和 冷崇芬， 2000	89 例兒童， 治療 60 天後 觀察	未設立 對照組	自擬培土生金散（山藥 500g，貓爪草 200g， 川貝母、生黃耆各 100g，白芨 300g，磨成 粉後加入蜜汁和溫水調服）	總有效率 94.3%	未提供
尹雪峰和 雷清平， 2001	45 例兒童， 30 日為 1 療 程，輕者 3 療 程，重者 6 療 程後觀察	未設立 對照組	參苓白朮散加味治療。 盜汗、自汗重者加浮小麥、麻黃根 陰虛症明顯者加知母、地骨皮 無明顯咳嗽症狀者，去紫苑、炙款冬花	有效率 100%	未提供
李永剛， 2004	21 例，療程 最短 22 天， 最長 96 天， 平均 44 天	未設立 對照組	採中醫辨證論治： 1. 硬結型 12 例，治則是疏肝解鬱、化痰散 結，基本方是夏枯草、柴胡、玄參、牡蠣、 連翹、茯苓、陳皮、知母、貝母等 2. 膿腫型 4 例，治則是清熱化痰、托裏排 膿，基本方是夏枯草、連翹、貓爪草、赤 芍、白芍、玄參、桔梗、白芷、生黃耆、 甘草等 3. 破潰型 5 例，治則是益氣養血、托裏排 膿，基本方是生黃耆、當歸、白朮、茯苓、 黨參、白芷、桂枝、赤芍、白芍、甘草等	治愈 16 例 (76.19%)、 好轉 5 例 (23.81%)。	未提供
秦飛虎和 楊超月， 2001	92 例， 6 個月 為 1 療程	對照組 46 例 治療組 46 例	口服雷米封、乙胺丁醇等抗結核西藥 對照組治療方案+中藥四君子湯加減治療： 8 歲以上用全量，5 歲以上用半量，3 歲以 上用半量或 1/3 量	總有效率 39.13% 總有效率 67.39%	p<0.01
李偉志， 2006	23 例， 連續服用 15 天為 1 個療程	未設立 對照組	西醫抗結核治療+中醫辨證論治（未註明各 證型含多少病例）： 1. 氣鬱痰結，治宜疏肝養血、健脾化痰，方 用逍遙散合二陳湯加減。肝火偏旺者加生 梔子 2. 陰虛火旺，治宜滋陰降火，方用知柏地黃 湯加減。低熱者加銀柴胡、鼈甲（先煎）； 盜汗者加生牡蠣、浮小麥 3. 氣血兩虛，治宜益氣養血，方用香貝養營 湯加減。兼脾虛者加山藥、砂仁（後下）	總有效率 91.3%	未提供

犯的思想。在辨證分型方面，顯見三大分類，仍未達成共識。同時，也有不少學者提出以現代科學方法所做出的基礎和臨床研究。其中不乏運用中藥萃取物或純化成分所完成的人體外基礎研究，但僅少數以中藥複方實驗。有關臨床試驗方

面，絕大多數採中西醫結合模式診治，其中仍以觀察性研究為主，但也漸漸看到隨機分組試驗增多的趨勢，相關研究皆顯示中西醫結合的診治優於單純西醫藥療效。隨著多重抗藥性結核病和廣泛抗藥性結核病的出現，使得結核病疫情有捲土

重來的跡象，故更能突顯本篇評論的重要性，期待能由上述的文獻探討，引起更多進一步的細項研究，不論是在醫史文獻的評述和傳統診治理念的整理，或是方藥資料庫的建立和統計分析，以及嶄新的基礎研究和嚴謹的臨床試驗等方面，都希望能有拋磚引玉的效果。

誌 謝

感謝行政院衛生署中醫藥委員會（計畫編號：CCMP100-IP-1）贊助。

參考文獻

- Senior K. Russian health-care workers run high risk of latent tuberculosis. *Lancet Infect. Dis.*, 7: 251, 2007.
- Veen J. Drug resistant tuberculosis: back to sanatorium, surgery and cod-liver oil? *Eur. Respir. J.*, 8:1073-1075, 1995.
- 索任，結核病與愛滋病，感染控制雜誌，16: 27-28，2006。
- de Vries G, van Hest NA, Baars HW, Sebek MM, Richardus JH. Factors associated with the high tuberculosis case rate in an urban area. *Int. J. Tuberc. Lung Dis.*, 14:859-865, 2010.
- Mitchison DA. How drug resistance emerges as a result of poor compliance during short course chemotherapy for tuberculosis. *Int. J. Tuberc. Lung Dis.*, 2:10-15, 1998.
- Espinal MA, Laserson K, Camacho M, Fusheng Z, Kim SJ, Tlali RE, Smith I, Suarez P, Antunes ML, George AG, Martin-Casabona N, Simelane P, Weyer K, Binkin N, Raviglione MC. Determinants of drug-resistant tuberculosis: analysis of 11 countries. *Int. J. Tuberc. Lung Dis.*, 5:887-893, 2001.
- Iseman MD. Tuberculosis therapy past, present and future. *Eur. Respir. J. Suppl.*, 36:87s-94s, 2002.
- WHO, Global Tuberculosis Control - Surveillance, Planning, Financing, WHO, 2008.
- Dye C, Scheele S, Dolin P, Pathania V, Raviglione MC. Consensus statement. Global burden of tuberculosis: estimated incidence, prevalence, and mortality by country. WHO Global Surveillance and Monitoring Project. *JAMA*, 282:677-686, 1999.
- Aziz MA, Wright A, Laszlo A, De Muynck A, Portaels F, Van Deun A, Wells C, Nunn P, Blanc L, Raviglione M. Epidemiology of antituberculosis drug resistance (the Global Project on Antituberculosis Drug Resistance Surveillance): an updated analysis. *Lancet*, 368:2142-2154, 2006.
- 李宇飛、明亮、徐林霞、武延隼，三種中草藥抗結核分枝桿菌作用的實驗研究，山西醫科大學學報，41:627-630，2010。
- 劉金偉、王金河、仲斌、董紅，大蒜素結核桿菌體外抑菌效果觀察，人民軍醫，44:236-237，2001。
- 張峰、高鵬、彭俊華，黃芪多糖及黃芪甲苷對巨噬細胞吞噬結核桿菌作用的研究，西北國防醫學雜誌，26:434-436，2005。
- 趙中夫、劉明社、武延隼，巴豆油抗多重耐藥結核分枝桿菌作用實驗研究，長治醫學院學報，18:241-243，2004。
- 李洪敏、馮端浩、曹晶、鄭忠國、王小燕、劉蔚、付春華，中藥苦參碱對結核桿菌的抑制作用，解放軍藥學學報，18:383-384，2002。
- 李建國、張莉、高愛社、李立、李寧寧，抗癆顆粒對H37Rv、耐多藥結核菌體外藥敏實驗研究，中國藥理學通報，20:1318-1319，2004。
- He Y, Yue J, Hu CH, Wang HH, Xie JP, Tang C,

- Wei XL, Liu XM, Song J. Effects of the Radix Ranuncoli Ternati extracts on Mycobacterium tuberculosis proteome profiling revealed by 2D electrophoresis. *Wei Sheng Wu Xue Bao*, 45:895-899, 2005.
18. 歐陽建軍、伍參榮、陳北陽、白宇乾、曾姣飛，月華膠囊對耐多藥結核鼠T淋巴細胞亞群及細胞因數的影響，中國實驗方劑學雜誌，12:28-31，2006。
 19. Niu XH, Li MW, Han NM. Study on TCM treatment of 210 scrofulous sinus patients. *Zhongguo Zhong Xi Yi Jie He Za Zhi*, 14:412-414, 1994.
 20. Kui G. Professor Han-jun Tang's experience in treating lymphadenopathy with Yin and Yang theory. *Zhong Xi Yi Jie He Xue Bao*, 5:198-200, 2007.
 21. Tong Y, Jia Q, Sun Y. A Renal Tuberculosis Case: Could Chinese Medicine Play a Role? *JACM*, 15: 939-941, 2009.
 22. Kong XH, Chen QY, Mei ZX, Wang R, Tong XY. Surgical operation combined with traditional Chinese medicine for treating tuberculosis of ankle joint in 56 cases. *Zhongguo Gu Shang*, 21: 134-135, 2008.
 23. 高冰、盧家泉、袁希彥、徐光華，140例支氣管結核纖維支氣管鏡鏡下中醫辨證分型初探，醫藥世界，(12):33-35，2006。
 24. 勞獻寧、王曉杰，當歸六黃湯治療肺結核盜汗症82例，新中醫，33:54-55，2001。
 25. 錢繼偉，肺結核中醫治療研究進展，湖北民族學院學報（醫學版），28:71-73，2011。
 26. 林淑華，輔助治療肺結核的藥膳（上），長壽，(9):29，2009。
 27. 韋袞政，肺癆陰虛證的物質基礎，臨床肺科雜誌，12:85，2007。
 28. 孫長明、杜天虹，自擬潤肺寧絡湯治療肺結核後咯血55例，現代中西醫結合雜誌，16:4476，2007。
 29. 王鴻翔，中醫論肺結核，科學中國人，(8): 55-57，2001。
 30. 鄧小娥，當歸六黃湯治療結核病盜汗證30例，四川中醫，24:68，2006。
 31. 吳繼良，短程化療結合中醫辨證治療肺結核，實用鄉村醫生雜誌，8:32，2001。
 32. 王新元、張洪輝、楊麗宏，中西醫結合治療小兒肺癆病26例體會，四川中醫，20:47-48，2002。
 33. 肖燕，肺結核從“後天之本”論治探討，中國醫藥指南，6:378-379，2008。
 34. 韓承鎮，肺愈湯加穴位注射治療肺結核咯血58例，中國中醫急症，12:367，2003。
 35. 河北中醫編輯部，肺結核，河北中醫，31: 319，2009。
 36. 宋文剛、孫玉芹、劉立峰、王麗，中藥抗結核分支桿菌研究，北華大學學報（自然科學版），8:150-151，2007。
 37. 邵艷新、趙良義、張笑丹、王曉靜，中藥在治療結核病中的作用與臨床應用，現代中西醫結合雜誌，18:830-832，2009。
 38. 吳運澤，侗中醫治療肺結核病常用驗方，中國民族醫藥雜誌，14:43-44，2008。
 39. 王玉潔、王彥田，肺結核的中醫治療絕招，中國實用鄉村醫生雜誌，15:47-48，2008。
 40. 劉婷婷、葉品良、王帥、秦玉花、周福松，“肺癆康”對耐多藥結核分枝桿菌抑菌效力的體外研究，光明中醫，23:1453-1454，2008。
 41. 陰智敏、田正良，淺述結核性胸膜炎的辨證論治，陝西中醫，26:1196-1197，2005。
 42. 劉呂敏，李學銘治療結核性滲出性胸膜炎經驗，遼寧中醫學院學報，3:188-189，2001。
 43. 黃國東、鄧維海、范悅、梁青蓮，血府逐瘀口服液合抗癆藥治療結核性滲出性胸膜炎的臨

- 床觀察，吉林中醫藥，22:15-16，2002。
44. 陳斯寧，葶藶大棗瀉肺湯合抗結核藥治療結核性滲出性胸膜炎35例 附抗結核藥治療35例對照，浙江中醫雜誌，37:57，2002。
45. 陳子昂、劉東文、黃美娥、馮文輝，中西醫結合治療結核性滲出性胸膜炎82例臨床觀察，河北中醫，27:284-286，2005。
46. 曹瑛，中西醫結合治療結核性胸腔積液的療效觀察，醫藥論壇雜誌，28:107，2007。
47. 張小平、劉效文，中西醫結合治療結核性滲出性胸膜炎療效觀察，光明中醫，23:947-948，2008。
48. 景子良，137例結核性胸膜炎預後臨床分析，陝西中醫學院學報，27:30，2004。
49. 于永蘭、宋欣妍，中醫中藥治療結核性滲出性胸膜炎，中國社區醫師（醫學專業半月刊），10:120，2008。
50. 李中琳、許娟、高雁，中西醫結合治療結核性胸膜炎35例，新疆中醫藥，22:26，2004。
51. 李健，中醫治療結核性胸膜炎11例臨床體會，江西中醫藥，32:66，2001。
52. 茆建國、葛偉廷、郭燕蓉、朱蔚、鄭媛、趙廷珠、魏哲、蘇龍高，理氣活血湯治療結核性胸膜肥厚粘連36例，臨床軍醫雜誌，33:671，2005。
53. 蘇云放，馬刀與痰核辨析，中醫藥學刊，24:48-49，2006。
54. 李明吾，徐學春治療經驗集錦，江蘇中醫藥，27:18-19，2006。
55. 劉芳貴、冷崇芬，培土生金散治療小兒肺門淋巴結結核89例，浙江中醫雜誌，36:61，2001。
56. 尹雪峰、雷清平，參苓白朮散爲主治療小兒肺門淋巴結核45例，湖南中醫藥導報，7:223，2001。
57. 李永剛，中醫辨治頸淋巴結核，湖北中醫雜誌，26:43，2004。
58. 秦飛虎、楊超月，中西醫結合治療慢性頸淋巴結結核46例療效觀察，山西中醫，17:31，2001。
59. 李偉志，中醫治療癰癤臨床分析，黑龍江中醫藥，(4):15，2006。

COMMENTING ON MODERN TRADITIONAL CHINESE MEDICINE RESEARCHES OF TUBERCULOSIS

Su-Tso Yang^{1,2,*}, Yaw-Yu Chang², Yow-Ren Chang²

¹*School of Chinese Medicine, China Medical University, Taichung, Taiwan*

²*Department of Radiology, China Medical University Hospital, Taichung, Taiwan*

(Received 14th May 2012, accepted 08th November 2012)

Commenting on modern traditional Chinese Medicine (TCM) researches of tuberculosis (TB), we found that a traditional viewpoint of combined internal and external causes and initial inner qi vacuity followed by external pathogen was kept. As for pattern identification, three main categories were used, but no consensus had been reached. On the other hand, quite a few advances were observed in the fields of basic researches dealing with crude extracts and pure compounds of single medicines, but experiments on formulae were relatively lacking. As for clinical trials, most of them were observational studies involving the integration of TCM and modern Western medicine, and an increasing trend of randomized trial was also developing. The modern TCM researches of TB seemed to suggest that integration of TCM and modern Western medicine had better outcomes than those using modern Western medicine alone.

Key words: Tuberculosis, Chinese medicine, literature review

*Correspondence to: Su-Tso Yang, Department of Radiology, China Medical University Hospital, No. 2, Yuh-Der Rd., 40447 Taichung, Taiwan, Tel: +886-4-22052121 ext. 5470, Fax: +886-4-22071556, E-mail: yangst@mail.cmu.edu.tw

