



中西結合治療慢性腎炎之 台灣經驗

¹鍾文冠 ²劉寶貞 ³林哲瑩 ⁴洪嘉宏 ⁵戴政

中醫內科醫學會理事長¹
台中鴻仁堂中醫診所院長³
文冠內科診所^{1,2,4}
台灣大學醫學院教授⁵

中國醫藥大學附設醫院中醫合作部之腎病特別門診自88年開始對肌酸酐廓清率（ $\text{Cre} < 70$ 西西／分），肌酸酐（Creatinine） > 1.5 毫克，去除可逆因素後，其肌酸酐值仍不能下降者，進行中西結合治療。

91年至97年，我們對29位患者（14位男性，15位女性），其年齡由31歲至80歲，其肌酸酐值由1.5毫克至6.0毫克予三埔歸地湯3個月，比較其使用前後之檢查，取得統計學（ $P < 0.05$ ）有意義之療效。

因慢性腎炎在進行中，濕、熱、瘀、毒（尿）是重要致病惡化因素，故98年後陸續加用蒲公英、忍冬藤、川芎、雞血藤、丹參，而三黃瀉心湯去黃連和黃柏，僅用大黃來排毒，陸續取得療效，以治療3個月後肌酸酐值下降0.4mg為有效。

然對肌酸酐值超過6.0毫克以上者仍難以控制，故依中醫理論本虛（腎虛、五臟虛、氣血陰陽虛）而分為氣陰兩虛、肝腎陰虛、陰陽兩虛分別施治，而標實（濕、熱、瘀、毒）予以清熱利濕活血排毒之藥，用此補虛、清熱、利濕、活血、排毒之大方複治法取得療效，故提出來報告。

上述患者若血壓超過140／90毫米汞柱則予以西藥（Monopril或Losartan[®]）降壓治療，若攜鐵蛋白值（Ferritin）小於500ng則予輸注鐵劑，若血容比（Hct）值小於28%則予Epo.（促血紅素形成素），血鈣值低於10毫克則予碳酸鈣（Ca. Carbonate）。



Experience on Sino-Western Combination Therapy for Chronic Nephritis Patients in Taiwan

Wen Kuan Chung, Pao-Jane Liu, Der-In Lin, Jar-Hon Hon, John Jen Tai

It is known that reducing creatinine and BUN is a standard treatment in western medicine for chronic nephritis patients. However, such a treatment may not always succeed even if some reversible factors have been removed. From 1991 to 1997, we collected 29 cases (14 males and 15 females aged from 31 to 80 years), whose creatinine levels were ranged from 1.5mg% to 6.0mg%, for a trial on study of the efficacy of sino-western combination therapy for chronic nephritis patients. All patients were treated with San-Pu-Guidi-Tong, which was composed of Sanhuang-Xixxin Tong, Pujiangen, Guipi Tong and Liuwei Dihuang Wan. For those patients whose creatinine value was reduced 0.4 mg% over 3 months duration, the treatment was effective. Nevertheless, for those whose creatinine levels above 6.0mg% the effect is not significant. Based on these results, we thus tried to add extra medicines such as Pu-kung-in, Zan-dong-tan, Gi-shei-tan, Dan-seng, and Ta-huang etc, to the treatment to lower the creatinine level. Western medicines were also given for the treated patients by their biochemical indices. If blood pressures were over 140/90mmHg, monopril or losartan were added. If Hematocrits were below 28%, Epo. was added. If serum Ca levels were below 10mg, Calcium Carbonate was added.

一、前言

中國醫藥大學附設醫院，84年本人和中醫劉俊昌醫師合作「中西共診」至其去職後，88年由吾主持中西合作部之腎病特別門診，迄今18年。當初以日本的「辨病論治」為基礎，在門診可以西醫診病的思維模式看病，倒是方便。但是碰到解決不了的難題時，就想到需用「辨証論治」，88年底兩岸交流開放，本來難以拿到的中醫資料，可以經由香港及上海、北京購得，而得以開展。但慢性腎炎迄今仍是令西醫束手無策的難題，今日將門診的稍許經驗，提出來就教方家，請予以指正。

近年來末期腎病（end stage renal disease, ESRD）的病人逐年增加，成為全世界共同的公共衛生課題。末期腎病病人的死亡率比正常人高出10到20倍，而慢性腎病

（chronic kidney disease, CKD）的併發症在進展至末期腎病前就存在，與死亡率有極大的相關。另一方面，糖尿病及高血壓是造成末期腎病最普遍的因素，也與心血管疾病造成的死亡有直接的關聯。因此近幾年來我們越來越重視這些病人由慢性腎進入慢性腎衰竭時期的照顧。

二、台灣慢性腎炎發病的特徵：

1. 尿毒症罹病率全世界第二，僅次於日本。
2. 華人世界就診西醫最方便之地，對中醫的挑戰極大。
3. 四面環海的地理位置使“濕”“熱”蘊結是成為重要致病因素。



三、診斷

表1：慢性腎病的分期

分期	描述	肌酸酐廓清率 (mL/min/1.73m ²)	代謝障礙
1	正常或有危險因子	>90	
2	早期腎功能不全	60-89	副甲狀腺素濃度開始上升
3	中度腎衰竭（慢性腎衰竭）	30-59	減少鈣離子的吸收（腎絲球廓清率<50） 脂蛋白活性降低 營養不良 左心室開始肥大 開始出現貧血（因紅血球生成素缺乏）
4	嚴重腎衰竭 （末期腎衰竭前期）	15-29	三酸甘油脂濃度開始上升 高磷酸鹽血症 代謝性酸中毒 高血鉀的趨勢
5	末期腎病變（尿毒症）	<15	產生氮血症（azotemia）

表2：白蛋白尿及蛋白尿的定義

正常白蛋白排除	<30毫克（mg）/24小時
微白蛋白尿（microalbuminuria）	30-300毫克/24小時或20-200微克（ μ g）/分
男性：尿的白蛋白/肌酸酐	17-250毫克/克
女性：尿的白蛋白/肌酸酐	25-355毫克/克
顯著尿蛋白（microalbuminuria, overt proteinuria）	>300毫克/24時

四、可逆因素（感情 Emotion）：尋找可以矯正的西醫病因。

Electrolytes（電解質）：鈣Ca：8.5~10毫克，磷P：2.3~4.0毫克，

鉀K：3.5~5.3mEq/L

Metabolic（代謝產物）：尿酸<6.5毫克，血糖<110毫克

Obstructive uropathy（阻塞性腎病變）：結石，前列腺肥大

Hyper tension（血壓）：大於140/90毫米汞柱，低於90/50毫米汞柱





六、中醫病機：

(一) 腎虛與慢性腎炎

對“腎虛”的認識

- 中醫學認為的“腎”是一個綜合性功能單位，具有主管生長發育生殖，水液代謝、納氣、生髓化血、濡養臟腑等多項功能。
- 腎中的精氣稟賦於先天，充盛於後天。《素問·六節藏象論》說：“腎者主蛰，封藏之本，精之處也。”“精化氣”，“精氣奪則虛”，故腎虛的本質是腎的精氣不足。
- 腎氣由腎精產生，腎精為腎氣之根，腎氣為腎精之象，即腎精的功能活動。腎氣是維持生命活動的基本動力。腎精與腎氣兩者互為體用，相互促進。
- 腎虛證不只是一個綜合症候群，而是概括了產生腎虛的各方面因素，這些因素結合著不同體質而表現出各種不同的證，如腎陰虧虛、腎陽不足等。
- 現代中醫學對“腎虛”本質的研究涉及到免疫缺陷、神經內分泌失常、腎臟局部血流變異常等。

(二) 本虛標實

1. 正虛—久病及腎

- 《景岳全書》曰：“虛邪之至，害歸少陰，五臟所傷，窮必及腎。”
- 多種外感內傷疾病，久病不愈，遷延反復，耗氣傷精，傷陰損陽，傷及腎臟，導致多種腎臟疾病，特別是繼發性腎臟病變。
- 腎氣不足更易受傳變。

2. 正虛—老弱體虛

- 《內經·上古天真論》云：“女子

……七七，任脈虛，太沖脈衰少，天癸竭，地道不通，故形壞而無子也。丈夫八歲，腎氣實，發長齒更；……五八，腎氣衰，發墮齒槁；……而天地之精氣皆竭矣。”

- 年老體弱，腎氣自虧，機體失養，更易感邪，或受傳變。

3. 標實—衛氣與腎虛

- 衛氣即《內經》所謂衛外而為固者也，《難經》名為守邪之神。人體在防禦外邪侵襲的過程中衛氣起到了重要作用，衛氣固密，則百邪不能侵，若少有罅隙，則邪即襲之。
- 衛氣之根在腎，《內經》謂：“衛氣出於下焦，常從足少陰之分，間行於臟腑者是也”。《難經》稱為腎間動氣，後世稱為丹田真陽，即此衛氣。
- 腎氣不足，衛外之功亦薄弱，易於外感六淫之邪。如《內經》曰：“正氣存內，邪不可幹”，“邪之所湊，其正必虛。”

4. 標實—濕邪與腎虛

- 《素問·逆調論》“腎為水臟，主津液”。在津液的代謝過程中，腎的蒸騰氣化起著主宰作用。《素問·水熱穴論》曰：“腎者，胃之關也。關門不利，故聚水而從其類也”。
- 濕為水邪之一，腎主水，故內濕之根在腎。
- 《瘡瘍指南》說：“濕有內外之殊。外感則入經絡而流關節。內傷則由臟腑而歸脾腎。”外濕與衛氣密切相關，內濕的產生源於腎虛。
- 羅東逸在《名醫彙粹》中說：



“腎，藏真水而行客水”，“腎氣溫則客水亦攝而歸真水；腎氣寒則真水亦從而為客水”，這裏的“客水”即為內生之濕邪。腎氣充足，則水濕之邪不易生產，若腎氣虧虛，氣化無權，則津液代謝不循常道，化為濕邪，濕邪遏滯氣機，腎氣更虛。

- 熱與濕密切相關，《素問·至真要大論》謂：“水液渾濁，皆屬於熱”，《黃帝素問宣明論方·水濕總論》有云：“凡病濕者，多自熱生。”
- 反之，濕邪更易化熱，正如徐靈胎所云：“有濕則有熱，雖未必盡然，但濕邪每易化熱”。
- 濕為陰，無論外感內傷，均易流注下焦，腎居下焦，故《醫方考》有云：“下焦之病，責之濕熱”。《雜病證治準繩》亦云：“濕氣入腎，腎主水，水流濕，從其類也”。
- 腎臟氣陰兩虛，濕熱膠結，由虛致實，由實致虛，虛虛實實，造成病情遷延。
- 因此，臨床上慢性腎炎患者多有濕熱證表現，尤其是在腎病綜合征、氮質血症期、尿毒癥患者中尤為突出。
- 脾腎兩虛與氣陰兩虛兩型患者更易兼夾濕熱。
- 可見腎氣虧虛、腎陰不足與濕邪的產生關係較為密切，反之濕熱之邪更易耗氣傷陰。

5. 標實一瘀血與腎虛

- 在組織學上腎小球實際上是一團毛細血管球，“久病及腎”，“久病入絡”，“久病成瘀”，可見腎與“瘀”在病理上密切相關。
- 腎中陰陽氣血的不足均可導致瘀血的產生。
- 瘀血日久，腎得不到氣血濡養，可加重正虛，故《讀醫隨筆》亦云：“脈絡之中，必有推蕩不盡之瘀血，若不驅除，新生之血不能流通，元氣終不能復，甚有傳為勞損者”。

瘀血的產生

- 腎氣虧虛，水濕停聚，氣血運行不暢，而成瘀血。
- 腎絡受損，水濕阻絡，血溢脈外，“離經之血為瘀”。
- 《內經》有云：“陽虛則寒”，“氣血者，喜溫而惡寒，寒凝則泣不能流”，血受寒則凝，寒凝經脈，血行不暢，寒凝成瘀。
- “陰虛則熱”，《醫林改錯》云：“血受熱則煎熬成塊”，《金匱要略》認為：“熱之所過，血為之凝滯”，“血瘀經脈，亦久而生熱”，“熱附血而愈覺纏綿，血得熱而愈形膠固”。朱丹溪謂：“濕熱薰蒸而為瘀”，即由熱生瘀，陰虛致瘀。
- 氣虛亦可成瘀，正如周學海在《讀醫隨筆》中說：“氣虛不足以推血，則血必有瘀”，《醫林改錯》亦云：“元氣既虛，必不能達於血管，血管元氣必停留而瘀”。



(三) 殃及他臟

- 《侶山堂類辨》云：“五臟之氣，皆相貫通”。腎中陰陽經氣已嚴重虧虛，累及他臟，出現其他臟腑功能異常的表現。

- ※ 腎病及心
- ※ 腎病及肺
- ※ 腎病及脾
- ※ 腎病及肝

1. 腎病及心：

- 心腎二臟“水火既濟”，腎病及心主要表現腎陽不足、腎水凌心，腎陰不足、水虧火旺兩方面。
- 腎陽不足，不能溫化腎水，水動於下，循沖脈上逆，凌犯心臟；
- 若腎水不足，不能上濟心火，則心火偏亢。

2. 腎病及肺：

- “肺司呼吸，腎主納氣”，《難經》曰：“金生水，水流下行而不能上，故在下部也”，《景岳全書》認為：“水病而喘者，以腎邪幹肺也”。
- 子病及母，可見腎水泛肺，腎不納氣、肺氣上逆，肺腎陰虛等三方面病機。

3. 腎病及脾：

- 脾腎是先天與後天相互資生的關係。嚴用和雲：“腎氣若壯，丹田火盛，上蒸脾土，脾土溫和，中焦自治”，《聖濟總錄》言：“腎，水也，脾土治之”，故命門火衰、脾陽虧虛，腎水氾濫、水濕困脾，腎陰虧虛，脾陰失養是腎病傳脾的三方面主要病機表現。

4. 腎病及肝：

“肝腎同源”，同居下焦，更易傳變。何夢謠在《醫碁》中說：“腎水為命門之火所蒸，化氣上升，肝氣受益”，《臨證指南醫案》謂：“肝為風臟，因精血衰耗，水不涵木，木少滋榮，故肝陽偏亢，內風時起”。《景岳全書》中雲：“腎水絕則水氣不榮，而四肢幹癢，故多怒，鬢髮焦，筋骨痠”。故腎病及肝主要有水不涵木、肝陽上亢，腎陰虧虛、肝木失養兩方面病機表現。

5. 尿毒及於全身：

血尿酸素，肌酸酐：尿酸是末期腎疾無法處理的病理解代謝產物。但其蓄積後，又可導致全身各組織系統的病變：

(四) 辨證要點

- 腎虛以腰酸、乏力、疲倦為辨證要點；
- 濕熱以水腫、噁心嘔吐、舌苔黃膩為辨證要點；
- 瘀血以病久、痛經、腰痛固定、舌質有紫氣或瘀點瘀斑為辨證要點。
- 濁毒以BUN、Scr、Ua等明顯升高，噁心、嘔吐，舌苔濁膩為辨證要點。

七、(1) 辨病治療

- 蛋白尿：人參、黃耆、玉米鬚、丹參、益母草
- 膿尿：白花蛇舌草、（蒲公英、扁蓄、車前子）、敗醬草、
- 血尿：白茅根、仙鶴草、大小蓟、蒲黃



主症	方藥		主証
高血壓	三黃瀉心湯	淫羊藿、桑寄生、黃芩	補（陽）、清熱
貧血	歸脾湯	"	虛（氣血）
氮質血症	埔姜根	大黃、川芎、半夏、柴胡	毒、瘀
萎縮腎、水腫	六味丸	"	虛（陰）、利濕

(2) a. 治療原則—扶正清利活血

- 益腎即維護腎氣，扶正固本，避免觸發因素。治療時需審有無臟腑兼症，具體辨證當分健脾益腎、滋養肝腎、潤肺清腎。
- 清利即清濕熱、利小便（減少炎症刺激、抑制炎症介質、調節免疫反應等的釋放）；具體來說清利指治療標證，當分清病位，區
- 活血即流暢氣機、張顯腎氣（改善血循環，抑制增生，防止硬化）。活血法可有補氣活血、滋陰活血、化濕活血。

常用益腎之品：

- 常用益腎平補之品：細生地、旱蓮草、女貞子、厚杜仲、川斷肉、山萸肉、懷牛膝、枸杞子、桑寄生、菟絲子等；
- 陽虛明顯者：選用炮薑、肉桂、淡附片、仙靈脾、威靈仙；
- 健脾益腎常用藥：生黃耆、潞黨

參、炒白朮、淮山藥、薏苡仁、蘇梗、法半夏、炒陳皮；苔膩者多用太子參、蒼朮、藿香、佩蘭；

- 肝血不足者：滋養肝腎多用炙黃耆、炒當歸、赤白芍、阿膠珠、制首烏、山萸肉；
- 肺臟不足者：多用南北沙參、大麥冬、天花粉、粉葛根滋陰潤肺，易感冒者以玉屏風散加減補肺固表。

常用清利活血藥

- 常用的活血藥物：益母草、大黃、丹參、當歸、赤芍等。
- 常用兼有活血利水與涼血止血的藥物：益母草。
- 偏於清熱解毒者：蒲公英、魚腥草、白花蛇舌草等。
- 既可利尿消腫又有解毒活血者：車前草、白茅根、石葦、土茯苓、淡竹葉等。



b. 辨証治療：補虛清熱利濕活血排毒法

補虛：

腎虛	氣虛	血虛	陰虛	陽虛
山茱萸 山藥 生地	黨參 麥冬 白朮	黃耆 當歸 紫河車 阿膠	枸杞 女貞子 石斛 沙參 玉竹	杜仲 桑寄生 附子 乾薑 桂枝

清熱	利濕	活血化瘀	排毒
黃芩、柴胡 白花蛇舌草 虎杖	澤瀉、藿香 半夏、石葦	丹參、莪朮 川芎、雞血藤 益母草	大黃 番瀉葉 白埔姜

八、結論：

①. 肌酸酐 $< 2.0\text{mg}$ (177mmol) ← 辨病論治
黃埔歸地湯（大黃、埔姜根、歸脾湯、地黃丸）

②. 肌酸酐 $> 6.0\text{mg}$ (531mmol) ← 辨症論治

1. 益腎清利補陽法
2. 益腎清利滋陰法
3. 益腎清利活血法
4. 扶正清利活血排毒法
5. 扶正清利活血化毒法

③. 腎臟是解毒器官，使用藥物的劑量愈低愈好。

1. 科學中藥：每10公斤1公克（6-8克／天）

2. 湯劑：每1公斤錢（6-7兩／天）

④. 獲南京中醫藥大學孫偉教授指導益腎清利活血法治療慢性腎炎。在其基礎下擴大為補虛清利活血排毒法。蓋腎病可波及心、肝、脾、肺四臟，此為中醫特色用臟腑療法來擴大治療範圍，盼能對慢性腎炎患者提供更佳的服務。