中醫藥治療慢性腎衰竭驗案數則

蔡濤遠

（香港浸會大學中醫藥學院）

病例1：

曾某，男，62歲，

初診：2009年8月10日。

主訴：頭暈15年，全身浮腫兩年，小便量少兼嘔吐2天。

現病史：患者15年來經常頭暈，兩年前因收縮壓高至250mmHg，入急症科治療，經服用降壓藥後，血壓維持在穩定範圍。近兩年來全身浮腫，尤以頭面四肢腫脹明顯，2天前因小便量少兼有頻繁嘔吐，求診某西醫院，醫院作腎功能檢查，腎功能檢查結果西醫院未有告知患者，但3次電話催促病人須立即洗腎，患者拒絕洗腎而求診中醫。現症見：面黃少華，顏面四肢浮腫，頭暈神疲，納食正常，夜寐安靜，大便偏乾，每日一行，小便量少，雙下肢高度水腫，按之凹陷難起，舌質暗紅，苔黃厚膩，脈沉弦，血壓為93/65mmHg。

既往史：素有高血壓病，服西藥控制。

中醫診斷：眩暈，水腫，關格。

西醫診斷：原發性高血壓病，高血壓腎病，慢性腎衰竭（尿毒症期）。

證型：濁毒內蘊，水濕犯胃。

治法：利水止嘔，泄濁排毒。

方藥：黃連6g，竹茹12g，木香6g（後下），生大黃6g（後下），砂仁6g，（後下）冬瓜皮30g，澤蘭30g，檳榔15g，蒲公英20g，蘇葉6g，丹參15g，枳實12g，豬苓15g，法夏12g，茯苓15g，草果10g，車前子15g，甘草6g。7劑，水煎服。

二診：患者服藥後，水腫明顯消退，嘔吐減輕，精神轉好，大便一日2-3次，守上方加減調治一個月後，患者化驗，血Scre:501.2umol/L，Urea :21.9 mmol/l,，HB:9.6g/ml， HCT:31.5%，尿蛋白++，24小時尿蛋白定量為532.1mg。患者浮腫基本消退，僅小腿踝關節處有輕度水腫，按之微有凹陷，精神轉好，納食正常，睡眠一般，大便一日2-3次，小便量增。患者水腫消退後，治療重點宜滋養肝陰，泄濁排毒。改方如下：竹茹12g，枳實12g，法夏12g，蒲公英20g，茯苓15g，丹參15g，生大黃6g（後下），土茯苓20g，敗醬草15g、蛇舌草30g，女貞子15g，旱蓮草15g，仙靈脾15g，草果10g，甘草6g，加減調治。

2010年7月8日患者血Scre：630umol/L，患者精神納食正常，睡眠安靜，面色轉紅，大便一日2-3次，小便如常。

至2011年10月該名患者因外出旅遊勞累後血肌酐升至800 umol/L左右，建議患者去洗腎。

按：該名患者表現出來的症狀與中醫的關格病十分一致，就診時全身浮腫，小便量少，嘔吐較甚，經中藥利水止嘔，泄濁排毒治療一個月後，血肌酐降至501.2umol/L而無需洗腎，此後一直靠中藥調理，病情穩定達三年之久，也就是說，患者推遲了三年才開始洗腎。

病例2：

香港中醫學會 版權所有 Copyright HKSTCM GROUP All Rights Reserved

龍某，男，49歲。

就診日期：2013年5月2日。

病史 : 患者素有小便帶有蛋白史 , 今年4月在美國查BP:200/100mmHg , 發現腎功能僅18% , 回港後查腎功能，血Scre:551umol/l, Urea:27.4mmol/l, HB; 9.8g，患者精神疲倦，神情黯然，納食一般，面色暗黑，手足不溫，腰部發冷，睡眠尚可，雙下肢輕度水腫，大便2-3日一行，小便多泡，夜尿3-4次，24h尿蛋白定量：0.57g/l，舌淡紅，苔薄黃，脈弦滑。

中醫診斷：水腫。

西醫診斷：慢性腎炎，慢性腎功能衰竭，腎性高血壓。

證型：腎陽虧虛，濁毒內蘊。

治法：溫陽利水，泄濁排毒。

方藥：桂附八味丸加減。

生地黃15g , 山萸肉12g , 山藥12g , 澤蘭12g , 茯苓15g , 牡丹皮10g , 桂枝6g , 巴戟天10g , 淫羊藿 15g , 夏枯草15g , 牛膝12g , 寄生15g , 仙茅12g , 大黃6（後下） , 蘇葉15g , 敗醬草15g , 蟬花10g。患者因在內地工作，帶藥30劑。

二診：2013年5月30日：血Scre:351umol/l，精神轉好，面色改善，腰冷減輕，雙下肢水腫消失，大便一日2-3行，夜尿2-3次，舌淡紅，苔薄黃，脈弦滑。

五爪龍30g , 生地黃15g , 山萸肉12g , 山藥12g , 澤藍12g , 茯苓15g , 牡丹皮10g , 桂枝6g , 巴戟天10g , 淫羊藿 15g , 丹參15g , 川芎10g , 杜仲15g , 大黃6（後下） , 蘇葉15g , 敗醬草15g , 蟬花10g。帶藥30劑。

三診 : 2013年8月15日：血Scre:276umol/l，症狀續有好轉。守上去方敗醬草加土茯苓20g , 草果10g續服。帶藥30劑。

四診：2013年11月12日：血Scre:226umol/l，精神轉好，心情舒坦，面紅有澤，守方續服。

按：該名患者是慢性腎炎導致腎功能衰竭，就診時面色暗黑，手足不溫，腰部發冷，辯證為腎陽虧虛，濁毒內蘊。經用溫陽利水，泄濁排毒治療後，治療一個月後血肌酐下降了200 umol/l，半年後血肌酐下降了330umol/l，取得了顯著療效。

病例3：

李某，男，81歲。

就診時間：2011年4月20日。

主訴：全身黃疸4月，胰頭癌術後伴肝腎功能損害3個月。

現病史：患者2010年12月因全身黃疸，經MRI診斷為胰頭癌，於2011年1月行膽囊、十二指腸全切除，胰頭及部分胃切除術，術後在ICU病房治療一個月之久，全身插管達八條之多，因術後無尿，腎功能異常，曾數次洗腎治療。患者出院後求診中醫。就診時證見形體消瘦，精神疲乏，氣短懶言，納差乏味，白睛黃染，全身皮膚黧黑泛黃，時感眩暈，睡眠欠佳，大便秘結不暢，需服通便藥始能排便，雙下肢輕度水腫，按之微有凹陷，舌淡少華，苔薄黃，脈細滑。實驗室檢查：肝功能：ALP：429u/L，GOT：133 u/L 腎功能；血Scre:260umol/l，Urea:18.3mmol/l.；CT及PET示：右上肺有13x9.7x1.9mm陰影，右側甲狀腺結節增生。

既往史：曾有高血壓、脂肪肝病史。因精神問題，曾服用鎮靜劑。

香港注冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCM All Rights Reserved

中醫診斷：積聚，黃疸，虛勞。

西醫診斷：胰頭癌術後，肝腎功能損害。

證型：肝腎虧虛，濕熱濁毒內蘊，痰瘀互結。

治法：利濕退黃，泄濁排毒，抗癌消積。

方藥：茵陳蒿湯化裁。

茵陳10g，大黃3g（後下），梔子10g，柴胡12g，黃芩12g，黃連3g，板藍根15g，蟬花15g，車前子15g，豬苓30g，茯苓15g，木香（後下）6g，炒麥芽15g，大腹皮15g，靈芝15g，蛇舌草30g，五爪龍30g，女貞子15g，甘草6g。

守上方加減調治7個月後，2011年10月4日化驗示，肝功能恢復正常，腎功能；血Scre；168umol/l，Urea:8.8mmol/l.。患者全身黃疸及雙下肢水腫消退，皮膚及面色轉清爽，精神轉好，納食增加，面色黯黑，頭暈咽幹，腰膝酸軟，睡眠一般，大便一日一行，夜尿2次，舌淡紅，苔薄黃。脈細滑。患者肝功能已恢復正常，肝腎虧虛，濁毒內蘊，

治法：益氣養陰，護腎泄毒，抗癌消積。

方藥：一貫煎合二至丸加減。

柴胡6g，黃芩12g，地黃12g，當歸 15g，積雪草30g，麥冬10g，五味子9g，北沙參30g，五爪龍30g，旱蓮草15g，女貞子15g，重樓15g，薏仁30g，蟬花15g，土茯苓20g，大黃6g（後下），淫羊藿12g，蛇舌草30g，甘草6g。

至2012年7月27日：實驗室檢查：腎功能；血Scre；123umol/l（正常值：53-130umol/l），Urea:7.7mmol/l.。患者精神轉好，面色紅潤，體重增加5磅，納食量增，時有耳鳴，眠差易醒，大便平調，一日一行，夜尿2-3次，舌質淡紅，苔薄黃，脈滑。此後，患者肝腎功能一直維持正常，治療側重以扶正抗癌為主，

藥用：柴胡12g，黃芩12g，黃連3g，重樓15g，薏仁30g，蛇舌草30g，半枝連30g，蟬花15g，夏枯草15g，浙貝母15g，五爪龍30g，女貞子15g，淫羊藿12g，絞股藍15g，甘草6g。

患者經此法加減調治至今已3年之久，精神納食正常，面色紅潤，近日化驗：肝腎功能正常，CEA：4.1 ug/L，目前尚在治療之中。

按：胰頭癌併發肝腎二臟器功能損害，其病死率極高，該名患者在ICU病房搶救一個月之久，數次洗腎，可謂九死一生。就診時肝腎功能仍然異常，加之年邁體弱，虛贏至極，虛實夾雜，病情頗為複雜，治療也較為棘手，補既不可太滋膩，攻又不可太峻猛。初診時重在護肝利膽退黃，少佐以泄毒扶正之品，第一步先達到使肝功能恢復到正常的目的，繼而重在泄濁排毒，少佐以護肝扶正抗癌之品，使腎功能恢復到了正常，再以扶正抗癌之法調理至今達3年之久，患者仍然生存，且精神飲食日趨好轉，面色紅潤，體重增加，生活質量明顯提高。

討論：

慢性腎衰竭（CRF）系由多種腎病遷延不愈，或其他臟腑疾病，累及於腎，使脾腎嚴重受損，腎失氣化開合之職，脾失通調水道之能，以致當升不升，當降不降，當泄不泄，當藏不藏，水濕內蘊體內，日久化濁，濁腐成毒，毒滯成瘀，溺毒壅結於內，一方面使腎臟封藏固攝之能更加虛衰，致腎絡既失去腎精之濡養，又失去腎陽之溫煦，腎絡萎弱不用，萎則絡中血流不暢，蒸

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

騰氣化失常，既不能使清者重新吸收而起奉養之能，又不能使濁者排泄體外而滯留體內，溺毒由腎絡而逆滲入血分，隨血運行，浸淫臟腑，毒害五體，耗損正氣，又進一步加重了臟器的損害，出現心、肺、肝、腦、筋脈、骨骼病變，正如李中梓《病機沙篆》所言「血之源頭在乎腎」。《內經》曰：「出入廢則神機化滅，升降息則氣立孤危」。

因此CRF的病理基礎是腎元虛損，脾氣受伐。其中，腎失開闔是病機關鍵所在，腎元虛損，氣化不利，開闔失司，清者不能奉養周身，濁者不能排出體外：脾氣受伐，轉輸失司，水液運布失常，滯留肌膚、臟體，從而形成水濕、濕濁、濁毒、血瘀等邪毒。所以說濕、濁、毒、瘀即是因虛致實的病理產物，又是加重CRF病情發展、阻礙氣血生成的重要病理因素。因此，在CRF的整個疾病過程中，正虛邪實貫穿於疾病的始終，正虛包括氣、血、陰、陽及五臟腑的虛損，邪實則有濕、濁、毒、瘀的不同。在疾病早、中期，濁毒瘀滯，損害脾腎，致脾腎的氣化功能失調，出現脾腎氣虛諸症，若調治不及，氣虛及陰，陰損及陽，漸而出現氣陰兩虛、陰陽兩虛，甚至陰陽離決之危候。因此對本病早、中期的治療當緊緊扣住脾腎氣虛、瘀濁阻滯這一病理特點。依據保護臟體，扶助正氣，祛除邪毒，調整陰陽，維持機體在低水準狀態下的陰陽平衡這一思路原則，使水濕、濁毒能從下竅排出而不蓄積體內，瘀滯得以化解而不凝惡脈絡，廢用的腎單位得以修復而不塌萎，從而達到延緩CRF進程的目的。

以上病例說明，中草藥在慢性腎衰竭非透析期，尤其是在早期氮質血症期，能有效降低CRF患者的血肌酐（SCr）、尿素氮（BUN），能修復部分受損害的腎小球，能有效消除水腫和改善患者的臨床症狀，從而起到延緩慢性腎衰竭進程，推遲患者開始透析時間的目的。

（編委：吳志勇審校 2014.03.30）

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