



尿毒的中西醫結合療法 -- 腎腫大的尿毒症中西醫結合療法介紹

李政育¹、鄭淑鎂²、吳哲豪³

¹ 育生中醫診所

² 培真中醫診所

³ 育生中醫診所

摘要

導致腎腫大的腎衰竭（尿毒症）BUN、CR 急速升起者，可能原因如：腹腔動脈、主動脈、胸腔動脈或腎動靜脈梗塞或剝離；創傷性腎臟破裂或瘀腫，敗血症；肝病引起的肝腎綜合癥；藥物性肝腎衰竭；橫紋肌溶解症；免疫性疾病導致的血管性壞死；骨折（創傷）誘發急性腎衰竭；腹腔腫瘤的溶解與佔位，進行性的浸潤與轉移；腎盂、輸尿管急性阻塞或創傷破裂、筋攣；腎結石脫落；外感細菌、病毒、微生物。腎腫大急性期除了應立即或預防性洗腎，減少大量腎臟不可逆的壞死之外，更應該配合中醫，透過清熱、涼血、快速度降低腎臟細胞損傷；清熱、解表、以解除細菌、病毒、微生物，對腎臟血管與細胞的干擾；活血、化瘀、化痰、通利二便藥，將其損傷代謝廢物排出，一旦由急性期轉變成穩定期，可以考慮慢慢快速度地，用健脾、補氣、補血、補陽方劑以增加腎絲球的供血並加強修復。針對不同的病因，導致腎腫大的尿毒症，透過中醫四診合參，與西醫血檢，辨證施治，可提供完善且有效的治則治法。

關鍵字： 中西醫結合腎衰竭治法、腎腫大性腎衰竭、繼發性腎衰竭、中西醫結合腎腫大性腎衰竭之中醫証治

壹、前言

尿毒可由急慢性發生水腫、瘀腫、或萎縮，腎前的腎動脈血流、腎本體的動靜脈瘀阻、或腫瘤、或結核、膿瘍，腎後的輸尿管與膀胱病變，可能為腫瘤發生在輸尿管，或輸尿管外的腫瘤壓擠輸尿管，導致腎水腫；或膀胱腫瘤進行性逆行轉移增生到腎盂、腎細胞，或輸尿管結核的長期慢性出血……，皆會引發尿毒。甚至於藥物性的腎病，急性或超急性肝炎、肝衰竭、肝硬變的持續惡化，肝腫瘤的大面積佔位，皆會引發尿毒。大面積的腎囊腫會由本體佔位慢慢增大而導致尿毒。所以引發尿毒原因很多，無法一一贅析。



本文想只著重腎臟腫大或萎縮，來分別原因，對這些原因導致的尿毒，做粗淺的介紹，提供較簡單的理念，供中西醫同道參考，當然尚有許多原因導致之尿毒，因個人的才識與能力問題，未能一一細述，敬請諸家方正稍盼，待以後為文再增補。

貳、腎腫大的尿毒症中醫治法介紹

急性腎水腫之尿毒，先淺介以下十二種大類病因與各別治法方藥供參考：

一、腹腔動脈或主動脈、胸腔動脈或腎動靜脈梗塞或剝離

動靜脈破裂或剝離導致腎急性缺血、瘀腫，BUN 急速升起，在短短三五小時或半天一天就超過 80、90 以上，甚或 150 以上，應立即或預防性洗腎，減低 ICU 的急性腎衰竭性死亡，此時應一邊洗腎一邊加入中藥，以乳沒四物湯加黃芩、黃連、黃柏、蒼朮、白朮、茯苓、豬苓、澤瀉、大黃為主方，如有肺心病致喘急、倚息、喘息抬肩、不得臥、頸動脈怒張，頭臉手足靜脈粗如姆指，應再加入麻黃、葶藶子、防己。如橫膈膜下降不良，或反而上縮，應立即作氣切或口內氣管插管，用人工呼吸機，在用藥上應加重大黃、卜硝，先減輕腹腔壓力，放鬆橫膈膜，並再加入半夏開胸利膈，尤其橫膈膜上下臟器的蠕動與淋巴、血、水的對流，自可減輕胸腔壓力，進而減輕腦水腫的壓力與枕骨大孔的狹窄。此時的大黃、卜硝的量，至少要用到一天至少有七次大便以上的量才行，如小腸已受出血量大而壓擠致又不能蠕動，鼻胃管餵食已不能，只有極微量的藥物可餵入，這時只能用大劑量的十棗湯、或大陷胸湯、或舟車神祐丸、或黎峒丸、三黃寶臘丸……類藥，自鼻胃管灌入、或自肛口灌入藥物，令大便「水泄」的攻峻法予藥。待大便泄出十餘行，腹已變軟，橫膈膜已可放鬆，稍可自主呼吸時，即可將「攻峻」類藥快速予減量，並用抵擋湯或桃仁承氣湯、或大黃蟪蟲丸、朴硝盪胞湯，慢慢快速代替過來，以每天維持三次以上大便為劑量原則，並在處方中，將黃芩、黃連、或黃柏，快速加量到二兩半左右，而四苓的成分茯苓、澤瀉也至少要加到八錢以上，讓滲出的組織或細胞間液，快速回滲入血管。在攻峻降腹腔、胸腔壓力時，大便可能皆為黑血或血塊、或鮮紅血，當症狀稍緩解，即為粉紅色的淋巴液、血水，當腹腔壓力恢復正常了，腹腔、胸腔、腎動脈的筋攣或梗塞、或破裂已穩，並慢性化了，大便自可恢復黃色，當大便恢復黃色時，已進入穩定慢性化了，這時就應改變處方了，可能為柴苓湯加方，可能為育生五苓散（腎炎方）加方，可能為育生補陽還五湯合併五苓散（傷寒雜病論）加方……，視情形而定。

當正在破裂中的主動脈或腹腔動脈，或腎動脈，如面積大，並有向胸腔腹腔快速腫大或出血，則應立即外科手術，這是腹腔的超急症，死亡率極高，除止血、



人工血管置換外，並將腹腔出血引流清除，輸血、輸液。手術完能自鼻胃管灌食水份了，就可自鼻胃管依症狀而予中藥處方，對人工血管與原血管的吻合、契合、水腫、血腫、再度破裂與出血，皆有防治效果。此時亦可以活血化瘀而涼血，並加入四苓，少量大黃或不用大黃，而予火麻仁、桃仁類，可軟堅並活血的藥物代替，對提早拔管（包括手術引流管、鼻胃管、口內氣管插管、導尿管）大有助益。

此種症型的病人，在病情急性期會有重昏迷，或腦缺血灌注、或水腫過甚，一旦病情穩定，會有像一般中風後的現象，此時再改依中風後遺的腦病治法。也會有自胸腰椎某一椎以下的脊椎脊髓神經缺血性損傷之「截癱」，待病情稍穩定，就可加入能引諸藥入脊椎脊髓神經的單味藥或處方，例如麻黃、地龍、牛膝、生杜仲、威靈仙……類，或改爲育生「截癱二、三號方」加方，自可一邊修復腎細胞，一邊修復脊椎脊髓神經損傷所致之下半身癱瘓、萎軟。

二、外感細菌、病毒、微生物，導致急慢性腎水腫而成尿癱閉，或BUN、CR急速升起者：

這種病症在公共衛生發達的今天，仍有許多急性腎水腫導致腎衰竭的病人，係外感而引起。在目前西醫仍然注射抗生素、利尿劑、或類固醇，預防性洗腎，讓腎臟休息，待急性期過後，如未形成不可逆轉性的腎衰竭，自可慢慢自我修復；如已形成不可逆轉性的腎衰竭，只有長期或血液或腹膜透析。我比較喜歡腹膜透析。因腹膜透析的腎臟仍有泌尿功能的維持，當中藥介入之後，可讓腎細胞快速增生，並調整腎本體的血行，恢復泌尿功能，初期是尿大量快速出了，但仍高BUN、CR，慢慢的就會降，並且可借透析量減少而完全修復到不再腹膜透析。

最常用的治療外感性急性腎衰竭，仍然是「傷寒雜病論」的方法，以陽旦湯、或麻黃湯、或大青龍湯、或葛根湯、或大柴胡湯、小柴胡湯，……加入茯苓、豬苓、蒼朮、白朮、澤瀉、大黃、黃連、黃芩、黃柏的方法，一方面發表，一方面淡滲利濕，一方面苦寒退熱以抑制各種感染性免疫過亢反應，並降低腹腔壓力。當然感染會引發咳喘、身重疼、噁心、嘔吐、胸腹滿脹硬、腹如覆盤，所以大黃、卜硝的量，要加到一日能有七八次以上的大便水泄的量，或可仿「一」用「攻峻」法搭配。待証象轉穩定，再以柴苓湯，用桂枝，或少量玉桂，加大黃、人參、川七、麻黃、半夏的方子來作第二道線的用藥。當然亦可用五苓散原方，加入黃柏、大黃、麻黃的用藥法，以黃柏爲君。

三、創傷性腎臟破裂或瘀腫，導致之急性腎衰竭：

還好腎臟有二個，如只有一個腎臟，一旦有瘀腫，或破裂，立即會急性腎衰竭，外感型的急性腎衰竭通常會兩邊腎皆發作，而創傷性腎病也有兩邊的可能，但一邊爲多，如真的急性破裂，面積範圍大，大不了將該腎切除就沒事了，但只



有一側腎臟，在時日久遠之後，也易過度使用而形成慢性腎萎縮性腎衰竭，所以創傷性腎衰竭，能保留腎臟應盡量保留，不要一下就切除，西醫沒有藥可以修復時，不妨請中醫能醫急症者的配合，也可將該腎保留下來，並充分修復的。

創傷性腎衰竭，原則上該引流即引流，該縫補應即縫補，口服中藥有三個考慮方向，如只是瘀腫，係腎內出血，為瘀熱兼水蓄，可以活血化瘀而涼血、止血、淡滲、利濕、苦寒退熱以抑制發炎腫熱，所以任何一個活血化瘀方劑，只要加入黃芩、或黃連、或黃柏、或大黃，並再加茯苓、豬苓、澤瀉、蒼朮、川七皆可，例如乳沒四物湯、通經方、桃仁承氣湯、復元活血湯、梔子柏皮湯、大柴胡湯……皆可，原則上大黃的量以維持一天大便三次以上。當患側的腹背的腫硬稍軟了下來，足脛水腫較消軟，就可加入乾薑、附子、玉桂，量由一錢，慢慢快速加到五錢左右，自可將血腫快速回收，減少代謝廢物阻塞腎血管與絲球體、鮑氏囊的排毒能力。當足脛水腫全消，而腹與後腹的水腫已無，而 BUN、或 CR 仍不降，此時可改為育生五苓散（腎炎方）、或育生補陽還五湯加茯苓、澤瀉、乾薑、附子、玉桂、人參、川七、鹿茸、黃柏，原則上乾薑、附子的總量如為一兩，至少要加入三錢左右的黃柏、或黃芩、或黃連。鹿茸用細鹿茸粉，先由一錢使用，對 CR 的下降極為有效，當用一錢，如經三五周的治療，降到一個程度就不再降了，才可再加入五分，如此慢慢加，頂多加到三錢，就不再加重了，一方面太重的鹿茸、或立即突然加重的鹿茸，易導致攝護腺肥大、充血、逼尿肌麻痺、括約肌收縮太緊，所以必須有四苓或黃柏的配合，或加適量的大黃，以緩解小骨盆腔的壓力。

而乾薑、附子、玉桂、黃芩、大黃、卜硝…，依然須每天維持在大便至少三五次以上，然後於日漸加重大黃中，同時將 LACTULOSE 慢慢快速減量，因 LACTULOSE 只是相當於自口腔到肛門口的全消化道抹一層油，讓病人有滿足口腔咀嚼快感，但幾乎營養不吸收，無法矯正「便血屏障」的功能，僅是延長肝腎衰竭的死亡時間而已，但中醫的「溫泄」方，可以一邊增加病患器官的供血代謝，一邊解除神經軸突的玻璃樣沉澱阻斷神經傳導，並溶通細胞壁的玻璃樣沉澱，通過便血屏障，直接作用於肝的 DNA。

如果進入第二階段用藥仍然無法有效改善肝腎衰竭時，就應進入大補氣血之陽或大補腎陽，此時為氣虛、血虛、兼陽虛、寒瘀，只有二方向可考慮，一為用十全大補湯，一為右歸飲或腎氣丸方，分別依症狀，來予以加減方劑，其中大黃、卜硝、人參、丹參、鹿茸、乾薑、附子、玉桂皆應大量使用，可能要加入梔子、或三黃，也可能要加入五味子、女貞子、山茱萸，也可能要加入吳茱萸、川椒、各種豆蔻、細辛、菖蒲……類的芳香健胃藥。總之，在乾薑、附子、玉桂的劑量加重之同時，應將大黃、卜硝跟著加重，以維持每天至少三五次的大便量，否則極易引發食道或大小腸、胃的大出血。並且三黃的劑量，也必須跟著加重，人參由一天三錢的量，慢慢快速加到五錢八錢，甚或一兩以上的搭配，人參可使細胞



含氧量增加，讓細胞可在極端缺氧下繼續存活，有效維持基本生命功能於慢性期。

急性期直接苦寒退熱，攻峻即可，一邊退肝熱，抑制大腸粘膜對 AMMONIA 的異常反吸收，並增加腎臟對 AMMONIA 的排泄，此時可用大柴苓湯、或黃連解毒湯合併五苓散（用桂枝），再加大黃、卜硝。如果在急性期如此用方之後，肝發炎指數與 AMMONIA 指數、膽色素皆下降到一個程度不再下降了，此時如將大黃、卜硝、三黃、梔子繼續加重劑量，到一劑藥中的量可能已到一兩半到二三兩間了，也只稍降一下，就快速反彈，此時可試著先將乾薑、附子、玉桂、人參，由小劑量一二錢，慢慢快速加重到五錢八錢，如仍不能讓 SGOT、SGPT、AMMONIA、BILIRUBIN 下降，並與 BUN、CR 一直往上升，此時即為肝衰竭，應立即將處方修改為三個方向，即香砂六君子湯加方的養脾虛，由消化道免疫功能的促進，藥物營養的細胞接受性提高，是第一個應考慮的方向，這就是攻伐過度反傷脾胃的現象，此階段幾乎皆 A/B、Glu、T.PRO、Na、K 皆偏低，且 Hb、plt 亦低。第二個應考慮的方向係養肝血，促進肝內鬱血回流並增加肝內微循環，以修復肝細胞的大規模壞損，此時可用七寶美髯丹或血枯方、地黃飲子、當歸六黃湯…諸方劑來加方。第三個考慮角度為養肝陰，此時因過度攻伐或利濕，導致肝陰虛、肝經乾枯，發為黑疸，可用知柏地黃湯、梔子柏皮湯……為主的方劑，加入養陰藥物，如元參、沙參、天冬、麥冬、女貞子、地骨皮、青蒿……類藥物。

這三種考慮角度，皆應加入五味子，用丹參、人參，再加入乾薑、附子、玉桂，如乾薑、附子的總量為一兩，至少應加入三錢以上的黃芩、或黃連、或黃柏。

四、敗血症性急性腎衰竭

加護病房（ICU）或 NICU 中最難治療，且變化症狀最多且快，而且最難控制，死亡率最高的一種病就是「敗血症」，而加護病房的敗血症性急性腎衰竭，如無作預防性洗腎，其死亡率更居所有敗血症死亡之冠。對於「敗血症」的臨床，個人有以下的結論與歸納，辨証論治以開處方，可供諸方正大家參考。

（一）、敗血症性休克現象變化

敗血症引發腦神經症狀時，連帶會有 CTS、MRI 影像檢查可見異常外，腦脊髓液（CSF）的細菌培養，可見感染的細菌、或病毒、或原蟲，症狀上可見發燒、重昏迷，輕者頭痛、嘔吐、譫妄、抽筋（抽搐），意識不清、失語、失憶、非意識運動、癲癇、運動失調、偏癱、或四肢癱、或截癱，肢體感覺與五官感覺障礙、腦神經麻痺、疲倦、喉嚨痛、畏光、頸部僵直、或腹泄、或肌痛、或肝脾腫大、肝腎衰竭、腦壓上升，血壓先升高，到多重內臟功能衰竭時，即血壓下降，甚者血壓低於 40mmHg（收縮壓），血小板降低，形成出血性循環系統障礙、與衰竭、



或合併症，白血球升高、血紅素降低、血中蛋白降低、尿素氮與肌酸酐升高，血中與 CSF 中可找到 IgG、IgM、IgA 變化。通常敗血症低血壓會在感染後 12~16 小時內發生。

(二)、敗血症性休克的各種血檢變化

任何感染皆有可能引發敗血症，一旦發生敗血症，通常血液常規檢驗，可見到 WBC、BUN、CR、glu、T.G.、T.Chole、BUA、ESR、LDH、CPK、PT、APTT、CRP……等的升高，Hb、plt、T.PRO……等的下降，電解質、血糖……的上昇或下降，最後引發 DIC 而死亡。

(三)、敗血症休克急慢性期的中藥治療

一般西醫遇到敗血症腦神經疾病，皆會先予抗生素注射與內服，或抗病毒藥注射。如果血壓下降會予度巴胺（Dopamine）與 Levophed，但此二藥長期或大量使用，會形成腎血管筋攣與萎縮、壞死，形成高尿素氮與高肌酸酐，但低劑量反可利尿。當形成尿毒的腎功能衰竭時，一般血壓只要能維持在 60mmHg 即可容忍，不一定要維持到 100~120 以上，但如 BUN 已高於 100 以上，已有全身與肌膚水蓄，腦壓繼續升高，昏迷指數繼續下降，甚至於降到三時，應先使用人工呼吸器、給氧、給輸液、洗腎，並於洗腎時將 Dopamin 與 Levophed 加重劑量。如血小板偏低，應予補充，如有消化道異常出血，應先止血，血小板應維持在不發生全身血管或微循環凝血或出血的最佳狀態，因而約要維持八到十萬以上。輸入血紅素或全血，或血漿與白蛋白是應該的，注意電解質的平衡。如發生腦水腫，應考慮或外科手術裝引流管，或注射類固醇或 Mannitol。敗血性腦神經症狀有可能引起高血糖，亦有可能低血糖，血糖過高時，通常注射降血糖藥如 glucophage Euglucon，過低時則輸入高濃度葡萄糖。如高燒，通常予 Scanol 或 Profenid；凝血則予 Aspirin；水腫要利尿劑予 Lasix，防尿崩則注射 Pitressin；筋攣與反射則予 Baclofen，癲癇予 Dilantin 或 Depakine 或 Tegretol。電解質不平衡則視何種電解質不足，予輸入該種物質。

在還未談及中醫治療方法之前，要先提醒各位中西醫神經醫學道長們，中藥的針劑注射，往往會先降壓，約注射後五到十分鐘，血壓會下降五到十五個 mmHg，約 30~45 分鐘後，才會再昇回原來的血壓水準，並且還會再升高一些，為預防血壓不要低於收縮壓 60mmHg 以下，尤其在洗腎時，應一邊將 Dopamin 與 Levophed 加重外，最好中藥注射劑能與高蛋白同時注射，如此血壓可維持不下降，雖病人已多重內臟功能障礙與重度昏迷，但中西醫結合治療仍有許多發揮空間，因而避免病患



長期過低的血壓，形成立即的腦衰竭的死亡，再慢慢尋求或鼻餵（胃）或液注中藥，以求緩解症狀，與看看有否清醒的一線生機，先維持住生命跡象為先。中西藥同時餵食或注射，只要裝上鼻胃管，可以灌食水份了，就可以管灌中藥湯液，如腸水腫或液體漲滿腸內與外，自靜脈注射，並想辦法全靜脈餵食，不要爲了怕感染，光只輸液，如此容易長期營養不良而失溫、或尿崩、或利尿不良，或心搏異常變化，肢體與肌肉異常抽跳。一般中藥注射劑，一西西中含有各種藥物各二到四克的量萃取者即可，濃度太高時易引起抑制反應。

以上所述只是治療敗血性腦疾病的神經重症加護中心的一般工作準則，要視情形隨時加減用藥，直到痊癒或緩解症狀，移出普通病房，改由口或鼻餵的給藥方法爲止。

中醫藥對敗血性腦神經疾病的輔助治療，考慮角度極爲複雜，寒中有熱，熱中有寒，虛實交雜，因而要視每天昏迷指數、神經生理症狀、血檢、心搏、腦脊髓液、腦波、腦壓，須依使用何種藥物、排便、排尿、水份進出計算，瞳孔光反應，腹診、觸診，給氧濃度與流量，人工呼吸器使用頻率、……而隨時改變方劑。但仍有以下原則可依循：

首先要先了解用過類固醇與否？用過類固醇者多陽虛，縱然在接手治療時仍見熱症明顯，在開予清熱解毒藥時，要考慮此時已爲熱中有寒，真寒假熱與寒熱兼有，如不放心，怕餘熱未盡，或熱毒熾盛，不敢一下子就加大量補陽藥物，如乾薑、附子、玉桂，可先於二、三天的全部爲清熱解毒藥，如黃連解毒湯或葛根芩連湯、清咽利膈散、大柴胡湯……之類方子，再於後續處方中加入少量、快速慢慢加入的乾薑、附子、玉桂，由二錢在一、二週內加到五錢，如血壓一直在下降，心搏一直在減慢，則不只五錢、八錢、一兩亦應快速加入。尤其如腎功能在快速衰竭時，亦應快速加入乾薑、附子、玉桂，而方劑中再加入利濕藥，如澤瀉、茯苓、丁豎朽、蒲公英之類單味藥。

其次要了解用了多大劑量的昇壓劑，少劑量的昇壓劑可以利尿，大劑量的昇壓劑反而會導致腎血管筋攣而萎縮與壞死，產生高血中的 BUN、Creatinine、低 Hb、plt。當中藥的人參、乾薑、附子、玉桂的使用。可在短時間內，讓昇壓劑量減少且維持血壓恆定的時間拉長，即少劑量的昇壓劑可以有長效果，甚至於完全配合到停掉昇壓劑。但中藥強心與昇壓藥物，除非用口服或鼻餵，否則注射劑會有先降後昇的作用，口服的不會，因而只要沒有一下子血壓就降到低 40~60mmHg 間，尤其 60mmHg 即可容忍，不必一定要維持在 110 ~ 120 mmHg 以上，尤其台灣地區的居民，有百分之九十以上皆爲低血壓，所以當有敗血症性腦神經症狀出現時，不一定要將血壓升高到超過 90mmHg，女性病患更是如此，所以使用中藥注射劑，如生脈散、四逆湯，或其他自擬之消腦水腫，增高心臟壓力的方劑時，偶



而在初注射時，只要不低於血壓 60mmHg，我認爲是可以容忍的，不必一下子就將 Dopamin 與 Levophed 立即加重，如此方能有機會讓腎臟血流量受抑制的情形，受到有效糾正，增加腎血流量與 BUN、Creatinine 的廓清量。中藥的補陽補氣藥物，除了可增加腎血流量外，亦可讓腦與腎臟低下的內分泌量，肝臟的抗血凝、血管的蠕動無力、心搏的無力、各種低下的內分泌與消化，淋巴、循環、造血……功能進入亢奮狀態，維持基本生命狀態。

第三要了解用過何種抗生素，抗生素有會傷腦與聽神經、視神經、或各種細嫩組織如上皮細胞，亦有傷肝腎功能爲較立即可見者，亦有抑制腎臟的分泌血球生成荷爾蒙的，有會傷腎絲球體與血管、或基底膜，而增加血中 BUN、Cr 者，有傷胃粘膜、抑制胃酸與唾液中的上皮細胞生成荷爾蒙者，……副作用在各不同部位，用過何種抗生素或抗病毒藥，如尚有高燒不退、昏迷、抽搐、疼覺或反射減退、癲癇、抽搐、譫語……之不同病情，考慮用不同方子。例如：用過萬古黴素的病人，多氣血虛兼有熱，宜用育生補陽還五湯或聖愈湯加方；用過青黴素的，多骨蒸癆熱，宜用知柏地黃湯加方或地骨皮飲加方；用過鏈黴素的，多少陽熱與餘熱未盡，宜小柴胡湯加方，所加入的藥物以黃芩或黃柏、知母、青蒿、地骨皮、牡丹皮、銀花、大青葉……爲主。

第四要了解輸過血否？輸過血的人，其血管脈搏多洪大而數孔，服或注射過類固醇的人亦然。輸過血的人，其腎臟分泌的血球生長素，肝臟分泌的抗血凝素皆有不足，血管內分泌有瘀血阻滯。當所輸入的血如已完全爲人體所吸收，並自己所製造的血液量，已可以足夠人體使用了，此時脈象會先變紮實有力而緩平，如所輸入的血已充分被代謝了，脈象會變爲瀋弱或濡弱脈。輸過血的人，開方子時，要一方面補陽促進造血，一方面要活血化瘀而生新血，如輸的血紅素或紅血球，可加人參、川七、鹿茸、兔絲子、牛膝、旱蓮草……等。如輸的是血小板，則要考慮去掉川七，改竹七。不管何種貧血，病程稍久些，就要加入乾薑、附子、玉桂、人參、鹿茸粉（細茸）。

第五要考慮的是有否打過利尿劑或高蛋白，或防止尿崩藥。如已打入或吃入大劑量的利尿劑了，就要以春澤湯用玉桂加乾薑、附子、黃耆、黃柏的方法。如果打入的是高蛋白，則要用補脾氣與燥濕藥，如香砂六君子湯、五味異功散，如大金英、白果、淮山、蓮子、薏苡仁、白扁豆……並再加入乾薑、附子、玉桂，乾薑與附子的總量如爲一兩，應加入黃芩或黃柏三錢以中和其熱，如打入的防尿崩藥而導致尿與體內水份突然斂閉了，全然不對流與排出，此時爲濕熱，應改用五淋或八正散類藥物，或將此類藥物，選幾味加入主方中，例如：燈心草、滑石、梔子、車前子與車前葉……。腦與胸腔積液再加入葶藶子；心包膜與腦的積液，再加入防己爲佳。

第六要考慮的是有否打入消腦水腫與降腦壓藥，如類固醇或 Mannitol，如有



腦壓仍高，腦水腫仍嚴重，仍有嘔吐、眩暈、或昏迷、浮腫與呆滯，昏迷指數低，則可考慮三個用藥方法，一為用（育生）半夏天麻白朮散加重黃耆，用丹參、人參、川七、大黃以維持每天有二、三次大便為準。二為用（育生）補陽還五湯，加入天麻、澤瀉、人參、川七、大黃亦維持每天有二、三次大便以上。如類固醇打的多，則於一段時日後，慢慢快速加入乾薑、附子、玉桂、黃芩。三為如打的是 Mannitol，則可用春澤湯加黃耆、川七、丹參，或加育生補陽還五湯，用玉桂、大黃亦以維持每天二、三次大便的量。

以下講中醫處方的主方與隨症加減方法：

首先，如果沒有打入類固醇，依中醫清熱解毒兼有表症的方法，用黃連解毒湯加麻黃、玉桂，或大柴胡湯加黃連、黃柏，或葛根芩連湯加黃柏、麻黃。如果便秘嚴重，腹如覆盤時，可加入卜硝，待宿屎瀉出，而腹觸診已無腹直肌僵直，或胸肋不再硬滿。臉紅色瘀紫色減，再改減輕卜硝，加重大黃的量；如果不用卜硝而光用大黃時，必須一下就將大黃開到三、五錢（按：用酒浸馬蹄大黃，浸透後切細薄片，低溫烘烤），有維持每天有二、三次以上大便，慢慢逐漸加重到胸肋不滿脹，脈由急實而大或如石的緊疾脈，變回瀟弦而數或緩的狀態，即可改用育生補陽還五湯加黃芩或銀花，或小柴胡湯合併聖愈湯，或地骨皮飲合併育生補陽還五湯，皆加川七粉，如二天以上才解大便，稍加個五分或一錢大黃即可。如有腦水腫的神昏、昏不識人、抽搐、筋攣，可配安宮牛黃丸或紫雪丹。針灸可放血委中、大椎上中下，太陽穴或百會有靜脈浮起處，心包絡井穴，再針風池、太衝、三陰交、風府、百會、合谷、足三里……等穴位。如果有外科手術，頭頸部針應避開內外引流管與開刀切口的手術入路。

如只打抗生素，無注射類固醇，仍高燒、神昏不識人，痰如拽鋸，或日晡潮熱與日晡發熱，可用小柴胡湯或聖愈湯，或地骨皮飲，加青蒿、知母、地骨皮、梔子、黃芩、銀花或大青葉、川七，併用丹參與元參、赤芍、生地；待日晡發熱已減輕，可再於方中加入黃耆。如果開始不用前三方，可以育生補陽還五湯加入青蒿、知母、黃柏、地骨皮、銀花或大青葉、川七的方法。如燒退後，仍然神昏，只要育生補陽還五湯，或前三方加入黃耆一兩半到二兩半之間。可併用安宮牛黃丸消腦水腫、腦細胞與腦膜發炎。病人完全清醒之後，可用這些方劑長期保養，如果要更進一步換方子，可改用左歸飲加黃耆、川七、丹參的方法。針灸亦放血大椎上中下、寸口，針太沖、中封、風池、三陰交。

其次，如果已注射抗生素與類固醇，則以真寒假熱，兼骨蒸勞熱的治法，前述方劑皆可用，但皆應加入乾薑、附子、玉桂、麻黃、人參的方法，乾薑、附子、玉桂慢慢快速由二錢加到五錢、八錢，甚或如無任何熱象反應，亦無血壓與腦壓高起，亦可加重到一兩以上，直到出現熱象，例如流鼻血、唇舌紅絳、血壓、血



糖或腦壓過高、口舌糜、尿或便血，此時可考慮二個角度，一為加重黃芩、黃連、黃柏的劑量，一為減輕乾薑、附子、玉桂的劑量。此二方各有好處，加重黃芩、黃連、黃柏的量，可以寒熱二症兼醫，即一方面糾正類固醇對腦細胞的水腫或玻璃樣沉澱，或腦細胞萎縮的副作用，一方面對仍在發炎或感染中的腦細胞有治療功能；減輕乾薑、附子、玉桂的好處，在於避免動靜脈畸型處，或腦有血管瘤處，或原已高壓或有所變形處的腦血管，產生新的破裂而出血；對仍在發炎中的細胞減少供血，避免加重發炎與水腫。

不管什麼方劑，一定要加入澤瀉、蒼朮以利水消腫、降低腦壓；加入天麻以緩解筋攣、眩暈、肌顫、抽搐；加入全蠍、蜈蚣、白僵蠶以鎮痛、解痙及癲癇反射的緩解；川七、丹參，以消除血栓與血管粥狀硬化或狹窄；葛根、川芎、加重赤芍，可以緩解血管的筋攣與狹窄。人參可以增加 dopamine 的分泌量，不易形成腦幹萎縮及腦幹缺氧症候群，人參可讓腦細胞與傳導纖維不萎縮、硬化與阻滯；大黃除了通便利腸外，尚可溶除神經細胞的玻璃樣沉澱、與神經代謝廢物對傳導的阻滯、麩胺酸的沉澱，所以要適量的加入，如本身不宿尿便秘，而需加入大黃時，可以澤瀉、蒼朮並用，或將大黃炒黑以破壞其大黃兒茶酚的鏈結，緩解腹瀉。

三者，如果快速 BUN、Creatinine 高起，在未超過 BUN100 或更高，尿仍可自解，血壓無下降，只須於前述方劑中加入乾薑、附子、玉桂、忍冬藤、丁豎朽或蒲公英，不須另改方劑，因 BUN 有約 25% 係由大腸代謝，因而要將大黃加入，而利尿排毒仍最重要，所以澤瀉的加入，一方面可緩解大黃的瀉下過甚，一方面可增加腎臟的血流量與毒素的廓清率，緩解各內臟的水蓄與腦水腫。

如果將乾薑、附子、玉桂，皆已開到八、九錢，仍然 BUN、Creatinine 不降的一直往上升，此時應考慮改成五苓散加乾薑、附子、人參、丁豎朽、忍冬藤、黃柏、大黃，用玉桂，加重澤瀉，有肋膜積水加葶藶子，心胞膜積水加防己；黃耆有強心利尿，改善大腦的側枝循環功能，更能改善缺氧組織的血流，每方劑藥一兩半到二兩，如果劑量太大，可將黃耆另包，煮成開水喝。

四者，如果血小板不生長，初期可加川七，長期不行，長期輸入大量血小板的病患，初服川七仍會促進血小板的生長，再服下去反而會溶血，因而如在川七加乾薑、附子、玉桂之下，仍然血小板昇不起來，就必須立即將川七去掉，改用懷牛膝、酒浸竹七粉（或飲片）、鹿茸粉、人參、旱蓮草、地黃、菟絲子之類藥物，如果於前述方中加入能促進血小板的藥物，仍然血小板昇不起來，此時應考慮改以聖愈湯為主，加入乾薑、附子、玉桂；酒浸竹七、黃芩、澤瀉、蒼朮、人參與鹿茸粉，配合西醫繼續或輸血小板，或口服或注射類固醇，通常短時間內會高起，等血小板高到 30~40 萬了，再將類固醇慢慢減量，完全停用類固醇之後，聖愈湯加方至少要再吃個半年到一年，再將藥劑一帖服二天或三、五天的慢慢減量，萬一減停所有藥物後，有再度發作，應將方劑儘快加回原來的劑量與服用頻率，皆



加酒浸泡後再煎煮。

五者，如果血紅素不生長，可先考慮於前述清熱解毒兼祛表方，加入乾薑、附子、玉桂，亦昇不上來，可考慮加入 E.P.O. 的注射，或類固醇。如果這樣配合，也只高一陣子就又下降了，就要考慮改為治療脾陽虛兼寒瘀，再加清熱解毒藥；或腎陽虛兼寒瘀，再加清熱解毒藥，前者用育生香砂六君子湯加乾薑、附子、玉桂、人參、黃耆、黃柏、黃芩；後者育生右歸飲加人參、鹿茸粉。

六者，如果白血球偏高，不須特別加藥，但如果血球分類異常，則應視情形作決定，blast cell 偏高者為骨蒸勞熱，縱然作過骨髓移植者亦然，可用地骨皮飲或知柏地黃湯，加入地骨皮、青蒿，再加大青葉、虎杖、元參，可以快速將超 blast cell 降回微量的異常。如果 blast cell 恢復可容忍的微量異常，而 Hb 反昇不起，如為骨髓移植前的過度化放療所導致者，配合輸血也會變成效率遞減，此時就應加入乾薑、附子、玉桂，太早加入乾薑、附子、玉桂，會導致白血球分類的異常，而 blast cell 會快速昇高，但如果已經知柏地黃湯加方治療一段時間者，慢慢加重乾薑、附子、玉桂、人參、鹿茸，則不易誘發，當然造血促進藥劑是可以併用，輸血繼續，等 Hb 漸趨正常時，再慢慢停輸血與注射白血球或血紅素生成荷爾蒙，減低脾臟對血球破壞功能，亦應列為考慮方向，應而加入歸脾系列藥物是應該的。

如果白血球偏高而 blast cell 無異常，反而嗜中性球與淋巴球的比例不對時，分別依看何者為高，如淋巴球過高可用虎杖，如中性球過高可用山苧麻根。如果白血球分類正常，但白血球仍然高，可於前述方劑中，加入大青葉或青黛，或加用青黛與雄黃合併成的丸子，或用雄黃調甘草粉送藥下，原則上，雄黃一錢分三天九次服用。如不加入青黛與雄黃，亦可加入銀花與蒲公英。黃柏為君是治不成熟細胞的主藥。

七者，如果血糖太高，於前述方劑中去甘草與紅棗，加入桑白皮與知母、或大黃與石膏，或加健瓠湯於前述方劑中，亦可用健瓠湯為主方，加入黃芩、黃連、黃柏、大青葉、蒲公英、麻黃、大黃、澤瀉的方法。如果已經長期注射或服用降血糖西藥時，可再加入玉桂、人參、黃芩，或改為育生補陽還五湯加入桑白皮、知母、大黃、黃芩、黃連、黃柏、川七、生石膏、代赭石，如還不行則再加入附子、玉桂、人參。

如血糖太低，只須於前述方中加入乾薑、附子、玉桂、人參、鹿茸、紅棗或龍眼乾即可。

八者，如果因血壓下降而輸入大量 Dopamin 與 Levophed，只須加入乾薑、附子、玉桂、麻黃、人參、黃耆，即可減低二者用量，但如蠕動不良的腸子充滿水份了，不能自口腔或鼻餵管灌食了，沒有其他方法，只能用中藥注射針劑，立即開處方製作。如果因長期使用 Dopamin 與 Levophed 形成高 BUN、creatinine，只須於前述諸方中，加入補陽藥，再加入丁豎朽（苦地膽）、忍冬藤、澤瀉、大黃、



蒲公英……之類藥物即可。如果如此處方，仍繼續須輸入大量的 Dopamin 與 Levophed，而加入的中藥又不能緩解 BUN、Creatinine 的高起，只好先作短時間的血液或腹膜透析，一般常規西醫處理方法，中藥亦繼續服用，如還不能緩解，就應改爲五苓散的加方。

九者，如有呼吸窘迫者，於前述方劑中加入麻黃、細辛、地龍，並使用人工呼吸器與氧氣。

十者，如爲血管內凝血異常者，溶血型者頂多大量輸入血小板及前述血小板不足之療法；凝血者，則往往立即快速惡化，導致先由血壓下降，強心劑無效，而形成全身黑痧，半天中即去世。因而敗血性腦神經病患的照顧，縱然到了用盡各種方法，血壓仍然一直往下降，亦不可使用彈性襪子穿於下肢，此法或有效於一、二次，但再下去，往往造成血管內瀰漫性栓塞 (DIC) 而去世。

限於時間且危急重症的變化繁複，無法進一步的介紹溫病學在癌症、危急重症、ICU 或 NICU 的各種疾病用藥與處方、辨証心得，敬請見諒，以後有機會再另行撰文，來向各位專家學者報告。

五、肝病引起的肝腎綜合癥

肝病不管是肝炎、肝硬化、肝癌、高膽色素症、肝性腦病……皆會在控制不好，而引發肝腎綜合癥，可分急性肝病，立即猛爆性惡化成的肝腎綜合癥，或慢性化後的肝病，突然急性產生猛爆性肝炎引發肝腎綜合癥的二種急性肝病致肝腎綜合癥者爲熱症，較易緩解；慢性肝腎綜合癥、肝性昏迷，較須花長時間的治療。如有急性高膽色素症，並引發腎衰竭時，該洗腎或洗肝皆要極速進行，並配合中醫藥治療，否則能完全緩解的肝衰竭致肝腎綜合癥的病例，成功者不多，甚至於牽延時日，全身「黑疸」，四末脫清泄數行外，也可能腹水、全身水腫、便秘、胸腔積液、低蛋白血症、低或高電解質血症、昏睡、神昏、譫語、隔空撮理、循衣摸床、幻語如見鬼神、或倚息喘息不得臥。或因腹水嚴重，橫隔膜下降不良而作腹水引流，反復幾次的引流心肺衰竭而死亡。如服西藥的 Lactulose 會越服劑量越重，食物入消化道皆不吸收，消蝕人體既有儲存的脂肪、肌肉而慢慢的消瘦成皮包骨，慢慢走向心肺衰竭。當有服用 Lactulose 以由大腸排出 Ammonia 時，在中藥用藥上亦應分急性期或慢性期而有不同處方法，急性期可用攻瀉法，慢性期要用溫瀉法。

所以在洗肝、洗腎之同時的配合法，不同於治療急性肝炎所致的肝衰竭、肝腎綜合癥性的尿毒醫法，四苓的成份或台灣中藥的「四神」的成份，一方面可代謝多餘的細胞內外液，一方面可促進消化道對蛋白質的吸收，增加肝臟與肌肉對蛋白的儲存與釋放，所以「四苓」在稍有「水蓄」就應加入，或稍微嚴重點的肝功能異常時，爲了將代謝廢物拉回細胞內，使能自腎或大便排出，皆依症狀的嚴



重程度，適度加入「四苓」。而「四神」可長年當食物進食，燉煮或打粉調液灌食，或加入藥方中同煮亦可，但「四神」勿是光只有蓮子、茯苓、山藥、薏仁而已，像白果、藕粉、白扁豆、鷹嘴豆、碗豆（荷蘭豆）、黃豆、各種豆莢的成熟曬乾者，如赤小豆、大紅豆……皆可加入，這些豆類對急慢性肝病，低血中蛋白濃度，肝硬變導致體循環者，大有助益。

六、藥物性肝腎衰竭

藥物性肝腎衰竭，通常 GOT/GPT、T.Bili、D.Bili、CR 會急性高起，而 BUN 高的速度沒有 CR 快，BUN 升高偏向腎血管的筋攣或狹窄，而 CR 升高偏向腎細胞的中毒壞死，無過濾能力所致。

藥物性急性肝腎衰竭在急性期屬於急熱症，應予苦寒退熱加淡滲利濕，攻峻藥為主，例如大柴苓湯（小柴胡湯合併五苓散，加大黃、卜硝）為主方，亦可以黃連解毒湯或梔子柏皮湯，皆合併五苓散（用桂枝）加大黃、卜硝；或亦可用茵陳五苓散，再加黃柏、卜硝、黃芩、黃連，方劑極多。如一旦藥物性肝腎衰竭一發生就來勢凶凶，立即有肋膜、心包膜、腦的積水，有倚息、喘息不得臥、或昏迷、嘔吐、頭眩、頸項僵直癱，則於前述方中，加入麻黃、杏仁、葶藶子、防己、天麻，如果腦壓高起過快，應配合類固醇或甘露醇，或甘油的輸注；如利尿排水效果不佳，應立急預防性洗腎，並配合利尿劑的注射或口服。

所有中藥方劑中，急性肝腎衰竭，尤其腎衰竭，應以黃柏、黃連為君，稍有病勢趨緩就以淡滲利濕為君，並增加腎臟血流量，以多排除 BUN、CR，並抑制增生速度，稍慢性化就可加入人參、川七、鹿茸，並將乾薑、附子、玉桂慢慢快速加入，在短短三五天內，將人參由三錢增加到五錢以上。乾薑、附子、玉桂的量則在病勢稍衰，即苦寒退熱、淡滲利濕、攻峻藥中，先小量的加入一二錢，在短短幾天要加到五錢以上。而大黃、卜硝在急性期，要劑量大到每天大便七八次，將毒素與腹腔中的積液、腸的水腫，快速自大腸泄出，如病人無法一次口服太多水份，可以用十棗湯、大陷胸湯、舟車神祐丸、疏鑿飲子、三黃寶臘丸、或紫金錠、或黎峒丸……類藥物快速予灌服，劑量亦應大些，立即短時間必須自口或肛門大量泄出腐臭或腥酸之胃內或腸胃間的腐敗積液與物體，自然在腹腔壓力一減輕，腎動脈自可不受壓迫而增加腎臟供血，消腫退熱，利濕泌尿而消腎水腫或瘀腫。

當攻峻藥有大便解出三五次以上，腹腔壓力有減輕至手觸診時，捫之熱稍退，或腫脹較減，不再腹如覆盤的現象，進入仍有腫熱，但較痞軟為主時，即應進入前述方劑用法。

當腎腫大已正常，不再脈急緊大實了，就可進入育生五苓散（腎炎方），但仍應以黃柏為君，但在加重乾薑、附子、玉桂的過程中，可將黃柏慢慢減輕，以尿液中找不到血球時的黃柏劑量為準，長期服用一段時間到 BUN、CR 完全正常後，



再慢慢輕服藥量。長期的愈後保養，可以用參苓白朮散、或香砂六君子湯、或腎氣丸、右歸飲為主，胃納差的為補脾胃，此時應仍稍有水腫為膚脹。如無水蓄而胃納差者，可用腎氣丸、或右歸丸，讓腎受損細胞完全增生復原為優先考慮目標。

急性期除了為給藥方便時予以輸液外，應儘量減少輸液，避免藥物性腎衰竭而尿癱閉，不能排尿，輸液會導致胸、腹、腦、肌肉、皮下的水腫加速，而導致項背反弓、強張、拘急、仿如破傷風一般，且癲癇，咬牙切齒（嚙啞齒），眼上吊，此時應予插管，並快速由減少甚至停止輸液，並由大便與胃作引流或灌洗，將多餘的水份先排除，以減輕橫膈膜上下的壓力，橫膈膜壓力的減輕，能讓胸腹腔的淋巴可對流與回收。

麻黃能增加腎血流量，鬆弛橫膈膜的筋攣、擴胸神經的功能促進、氣管的擴張與粘膜水腫的吸滲與蒸發、呼吸中樞功能的維護，所以在急性藥物性腎衰竭的病患，應加入至少三錢的麻黃（打成棉絮狀）。

細鹿茸粉對 CR 的排除極有效，但必須在病勢稍穩，熱症較緩時才可先由一天頂多一錢的量的加入，再慢慢加到頂多三錢，可以合併人參粉、川七粉、鹿茸粉的調勻後，加入已煎煮藥的藥液中，24 小時自鼻胃管少少多次餵食完畢即可。但如果用苦寒退熱、淡滲利濕、攻峻方法或預防性洗腎後，在短短一二週即 CR 快速降低，表示腎衰竭壞死的細胞仍有再生與自我修復能力，此時頂多使用人參、川七即可。較穩定或有泌尿量已恢復到代償期時，大黃、卜硝的量，只須維持每天有二三次大便即可。而逐水峻劑只要大便解出七八次以上，病勢一減即應予減量或停用，改用大黃、卜硝、或火麻仁、車前子之可軟潤大便的藥，來維持每天二三次大便即可，逐水峻劑易導致低電解質與脫水，不能長期使用，反復長期的逐水峻劑的大量使用，易導致血液粘稠度增加，產生心臟與腦、腸的梗塞，或腎血流量減少，形成初期 BUN、CR 下降，長期反而升高 BUN、CR，這種情形不可不謹慎觀察。

會形成藥物性腎衰竭的西藥極多，目前最長見的為抗生素、顯影劑、昇壓劑如 DOPAMINE、抗癲癇藥、止疼藥、化療、腎臟瘤的全腎放療……極多，而西藥會引起（Stevens-Johnson syndrome, SJS）（史蒂文生強生症候群）的藥皆會形成急性腎衰竭。克流感的過度使用亦會。

中藥本身就有劇毒藥，如莽草、魚藤、雷公藤、八卦癩……類藥，只要劑量稍大就中毒。「斑蝥」沒炮製好，或劑量稍大，即會灼傷腎血管內膜、或腎絲球，亦應小心使用。炒燬過的雄黃、或砷劑、或輕粉、紅降丹、白信、砒霜……皆稍大劑量就腎中毒。

七、橫紋肌溶解面積太大

肌肉、神經的壓迫與輾磨壞死面積太大；肌肉大面積撕裂、燒燙傷的面積太



大、且深度太深……等的引起急性腎衰竭或敗血症，這種損傷的面積一大，立即會引發嚴重脫水與敗血症，至人類機體無法有效快速代謝出損傷所產生的大量代謝廢物，與人體動員修復的功能的爆量釋放的調控，此時該切除損傷部位，或將損傷肌肉擴創的速度要快，預防性洗腎、降低人體代謝速率、燒、燙、磨擦、撕裂、挫傷及擴創後的肌體人工皮膚 ---「濕布」與「屍皮」的覆蓋應立即進行，其他常規治療皆應同時會診。雖然中國大陸發展出大量的中藥濕布，但台灣沒引入。

中醫藥在此階段，只能借鼻胃管給藥，並先應予清熱解毒、驅表風、潤燥、固表，同時利濕、通便，亦即要一方面減低肌表外壞損處的感染與蒸發，抑制肌表異常的滲出，潤華肌表的乾燥，增加大腸的排除代謝廢物的能力，增加腎臟血流量，排除代謝廢物分解後產生新的毒素對腎臟的傷害，抑制發炎，此時最理想方劑為柴苓湯加大黃、黃連、黃柏、天冬、麥冬、元參、人參、川七、生地、沙參、桑白皮、麻黃、桔梗、黨參……。大黃須維持每天至少三次以上的大便，黃芩、或黃連、或黃柏須劑量大，維持血中白血球在一萬上下，最好不超過一萬五千以上，各種血檢在高標的稍高，所以每味藥劑量在一二天內，至少要開二三兩以上，才能有效控制病情。只要體溫稍受控制，方劑中即可快速將乾薑、附子、玉桂加入，以維持肌體大量損傷的急性自我代償期，自高峰期突然下降的失控，危及生命功能的恆定。人參的劑量也應在短時間開到五錢到一兩以上，或以人參注射液輸注。

損傷肌體在有「屍臭」的淋巴液的產生時，是表皮細胞生長荷爾蒙開始大量恢復功能的時刻，此時的表皮分泌物開始變粘稠，不應予以擴創清洗，讓其慢慢累積形成一片厚的黃的淋巴層，慢慢自我結痂。但目前整型外科或燒燙傷中心，為預防感染大多予以清創，再外敷濕布或屍皮。

八、免疫性疾病導致的血管性壞死

其可能發生在手指、或腳趾、或一半下肢、或在肺、心、腎，導致急性腎衰竭、肺栓塞、心肌炎、或肢體大面積的栓塞致壞疽（中醫稱脫疽）。這種栓塞如發生在心肺血管，往往立即喘息、呼吸短促、無力以言或動，言與動則氣高、發為剛瘧或柔瘧、坐息、或墊高桌面的俯頭坐息，此時除應以大劑量免疫抑制劑、抗凝血劑的輸注外，應考慮作口內氣管插管或氣切，應用人工呼吸器以維持生命。如有肋膜或心包膜填塞或積液，腹水嚴重導致橫膈膜上縮、便秘、尿癱閉應作負壓引流，亦應快速進行。預防性洗腎亦應立即進行。急性期的中醫藥方劑，還是柴苓湯為主方，治法與「七」大同小異，但已有大便超過三五次以上，腫喘之勢稍緩，應立即開始加入乾薑、附子、玉桂。積液在胸腔者，應加入葶藶子、防己，麻黃的量以能維持心肺功能，但不致心搏太速以及睡眠影響為準，所以可能為五錢到八錢以上。丹皮、赤芍、枝子……等對血管內膜疾病特別有效的單味藥，應予加入。



如肢體大面積的栓塞壞死，不管是熱而瘀黑、或冰涼仿如冷凍庫取出的「凍肉條塊」，如無法找到會治療此疾的中醫師，應予立即切除、截肢，避免惡化成敗血症。內臟與肢體「雷諾」惡化的壞死，一但演變成敗血症，幾乎百分之百的死亡，所以能「截肢」或切除壞死的組織，能保留多少算多少，留下命最重要。熱性壞疽為血液與神經中的熱凝蛋白高且沉澱所致，較好控制，只要苦寒退熱、活血、破血而涼血，再加淡滲利濕，往往可以快速痊癒，此種壞疽，通常其分泌物為血、血水、膿血水，屍臭味極濃，滿室屍臭味，蒼蠅飛滿患處，吸吮膿血水，患處痛甚，如湯潑火燃，肢體捫之熱烙手，色紅而瘀黑，患者通常熱視矇矓。如黃連解毒湯、免疫過亢方、仙方活命飲、葛根芩連湯、解毒濟生湯……皆為極佳方劑，而黃芩、黃連、黃柏、銀花、蒲公英、連翹、丹皮……等，可清熱解毒而活血涼血的藥味皆應劑量大，甚或光予銀花、或蒲公英、天花粉……類藥大劑量，煮成開水，整天飲用，中醫藥物用得快，不用截肢，可快速復原。

如係熱凝蛋白急性攻擊本體，則 BUN、CR 立即高起，腎腫大而尿癱閉、腰酸、體熱、全身膚漲、風水、神昏、便秘、腹脹、橫膈膜上縮、呼短、心搏急速，在中醫此時為腎經濕熱而瘀鬱，要用「傷寒雜病論」之五苓散或茵陳五苓湯、或大柴苓湯類加入丹皮、梔子、或黃柏、大黃、黃連、黃芩、赤芍；並再將能活血化瘀類中藥的乳香、沒藥、川七、續斷、碎補、牛膝……類藥酌量加入，大黃的量原則上以每天能有三次以上的大便量為準；如病急，應將卜硝立即加入，或先予十棗湯或大陷胸湯……類含甘遂、大戟、芫花類藥方，先能利下數次，緩解腹腔壓力，再予服用治腎經濕熱方劑，有必要時，在這些方劑中，可予「甘遂」粉配水煎藥送下。

如不予淡滲利濕與治腎經濕熱方劑，則可以用育生乳沒四物湯或免疫過亢方、黃連解毒湯類方劑為主方，加入茯苓、豬苓、白朮、澤瀉、大黃、麻黃，其中黃芩、或黃連、黃柏、青蒿、知母、地骨皮、丹皮、赤芍的劑量要大，快速將腎腫大消下來，利尿出來，再於相關方劑中，慢慢加入元參、或天冬、麥冬、沙參、黨參、黃耆……類養陰補氣藥，以軟化剩餘的瘀腫。或加入白果、山藥、蓮子、薏仁、芡實……類補脾瀉腎的藥物，以修復腎絲球體的漏洞，治療蛋白尿。或乾脆改為補中益氣湯、或香砂六君子湯、或參苓白朮散、或育生補陽還五湯……加抑制免疫中藥，如三黃、青蒿、知母、地骨皮、丹皮、赤芍……以修補腎細胞與血管的壞損。

「冷性脫疽」為血液神經中的「冷凝蛋白」太高所致，應予中醫藥的辛溫大熱有毒的藥物，且芳香健胃藥物為主方，並補氣、補血、大補陽的藥物為主，例如麻桂溫經湯、吳茱萸湯、當歸四逆湯加吳茱萸乾薑湯、桂枝人參湯、溫經湯、歸耆建中湯、十全大補湯、腎氣丸、右歸丸……諸方劑，將乾薑、附子、玉桂、吳茱萸為主，並加入淡滲利濕藥如茯苓、豬苓、白朮、蒼朮、澤瀉……類。黃耆、



人參、丹參要重用，當歸、川芎、赤芍、銀杏葉、茜草、牛膝……諸活血化癥藥應加入，於所開方劑中，如用乾薑、附子總量一兩以上，應加入黃芩、或黃連、或黃柏的量三錢以綜合其熱，該藥隨乾薑、附子的量加入，亦應隨即加重，並可預防感染，以及補陽、補氣藥物如一次開太重，所導致的冷性脫疽壞死處的突然過度充血而引起的破裂。一直服藥到壞死處的遠心端完全黑白分明，黑的如完全成枯炭了，正常的近遠心端溫度掃描已血行完全正常了，可令其自動脫落或以手術刀截下完全枯炭部分，截端予以縫合，正常手術護理即可。冷性脫疽者遠心端捫之冰，近心端腫熱中帶有冰凝的透明白色的肌塊，亦有粉紅色，如潰爛通常不流分泌物，為乾爛；或只流無屍臭味的清淅血水淋巴液，無法結成黏稠分泌物，當一旦屍臭味出，且表皮生出黏稠分泌物，即表示壞死的細胞已開始能分泌表皮細胞生長荷爾蒙，是最好的兆頭。

如係冷凝蛋白攻擊，則可用「傷寒雜病論」之五苓散、或桂枝人參湯、或真武湯、或苓桂朮甘湯、育生五苓散（不管腎炎方或結石方皆可），用玉桂、加乾薑、附子、或再加麻黃、細辛、吳茱萸、或加各種豆蔻、砂仁類藥物，人參可保護腎細胞不因缺氧而快速壞死；川七可維持腎血管的通透性，皆應加入。維持每天有三次以上大便量的大黃是應該的。為防止乾薑、附子、玉桂、黃耆類的突然增加腎血流量而導致繼發性、藥物性的腎再灌注性的水腫，應加入適量的黃柏、或黃芩、或黃連。人參可能短時間內就要開到五錢到八錢以上，而鹿茸就可在此階段加入，以抑制腎本體細胞壞死而釋出大量的CR，並促進腎細胞新生，或活化周邊血幹細胞，以修復腎細胞的壞損。當腎腫大已消，尿蛋白已無，而血中BUN、CR已正常，而無再水蓄時，可改用右歸飲或金匱腎氣丸長期保養。但仍應加入抑制免疫中藥。

九、骨折(創傷)誘發急性腎衰竭

骨折時或脫臼水腫期，或大面積、深度挫傷時，容易造成脂肪、或血栓、或肌紅蛋白的脫落、溶解，分解進入血液，到處游走，當人體無力「活血化癥」而溶血、破血、生新血時，該栓子就易對心、腦、肺、肝、腎、脾、淋巴管、微細血管形成栓塞，當發生在腎本體與腎前，腎後嚴重的栓塞時，就形成急性腎衰竭。這種急性腎衰竭，在目前西方醫學，通常先予預防性洗腎，讓腎臟休息一段時間，看能否讓正常腎細胞，儘少被浸潤而恢復其功能，已受浸潤的腎細胞就處於先水腫，慢性化而形成萎縮，部份具有正常功能的腎臟，只要沒有快速的其他因素的傷害，往往尚可長期維持功能到一段極長的時間，甚至于到極高的腎泌毒素的功能衰退的階段。這是目前西醫的治療方式，當然這期間有可能會使用一些利尿劑、溶血酶、周邊血管擴張劑、降血壓藥物，以維持其日常功能的進行，但這些藥物是否其使用是正確的呢？仍處於頗有爭議的階段，是否有益未被浸潤的腎細胞呢？



會否因這些藥物的使用，導致未被浸潤的腎細胞，受藥物急慢性的灼傷而惡化更快呢？或這種藥物的使用，只是人道的安慰性質呢？皆有可能，因為依目前所使用西藥的長期時間使用的毒副作用，併發症的觀察，並無有效樣本，最大的原因是西醫到目前仍無法讓腎細胞自我新生。

中醫面對創傷性腎衰竭的治法，可分成初發前幾天的急性期，三五天後的穩定期，一二周後的慢性化階段，皆應分開來辨証論治，否則一味的活血化瘀而涼血與破血，只適合於體力強壯，自我抗血凝、血栓、脂肪能力正常與強盛的人，可以一服而愈，可是現今台灣地區，因為類固醇、強力止痛藥、抗生素、免疫抑制劑、抗凝血藥物的過度使用，讓人體的熱性血栓、蛋白、脂肪能力，不必特殊維護就可借用藥物而達到，一旦有所栓塞病症的產生，往往三五天的西藥或中藥的苦寒退熱，活血、涼血、破血的藥物使用，進入「冷凝蛋白」，冷凝血栓大量產生，形成人體器官或末梢血管、淋巴管的「厥冷」、「雷諾」的現象，稍嚴重就形成末梢血管栓塞引起的「壞疽」、「壞死」、「脫疽」的現象，這種現象發生在腎臟就是以目前中西醫藥的溶血、活血、涼血藥物所無法緩解或治療的病例越來越多，導致必須走向補陽，大補陽的原因之一，而這種補陽、大補陽的病例也是越來越多，除非該病患平時幾乎皆未曾接受西醫的藥物治療，且對日常食物也極少接觸到各種精煉或部份分解萃取的，並有正常在太陽下運動，才可能保持人體機能的維持在自我抗熱性血凝、血栓的功能正常，不使一有創傷，沒有幾天就進入「寒凝」的狀態，也就是中醫所謂的「陽虛」「血虛」「氣虛」的狀態。

當一位中西醫師面對急性創傷性疾病，在水腫、血腫發炎期，皆會想到消腫、退熱，但這不是抗生素、利尿劑的西藥所可適應的，在西醫往往等待自行消腫、慢性化。中藥則皆會以活血、化瘀、淡滲利濕、苦寒退熱，並讓患處的組織快速先進入抑制供血，促進滲出液回收，甚至於「結痂」的狀態，這時候最常用的藥方，可能以苦寒退熱藥方，如黃連解毒湯為主方，再加入利濕、活血的藥物。也可能以抑制骨蒸勞熱的方劑，如知柏地黃湯、或地骨皮飲類方劑，先抑制骨髓的繼續發炎與滲出，並快速進入「結痂」階段。也可能利用乳沒四物湯（用赤芍、生地）加方，先行消除熱性血栓、血凝、脂肪。或用骨傷科的書籍常使用的「復元活血湯」、「育生通經方」……加方，以活血化瘀而破血，並抑制破骨激素的大量產生，讓長骨激素的快速釋放，肌肉組織的生長荷爾蒙的快速產生的方劑。也有可能因急性腎衰竭、腹腔壓力驟昇，而使用「承氣湯」類加方，先降低腹腔壓力並溶血，增加受擠壓而減低或阻斷了的腎動脈、靜脈、輸尿管的血行與排尿功能，而讓急性水腫的腎臟快速消腫。當然還有許多其他方劑可使用，例如先以淡滲利濕方子，如傷寒雜病論的「五苓散」，加入活血、涼血、苦寒退熱的藥物，由腎水腫、血腫、腹腔滲出液的回收，腹腔壓力的減輕……，而達到救活該腎臟的受損。不一贅述。



但如能依創傷病理來進行治療，即為化繁為簡的方法，縱然使用不同方劑，一是皆可適用。創傷的產生，絕對經過水腫期、結痂期、化痂期，促進骨漿或肌肉、血管、淋巴……的再生期等四個階段。水腫期是實熱、瘀熱症，為陰陽兩亢期，結痂期為陰陽兩亢而偏陰虛期，化痂期偏於陰陽兩虛而陽虛期，促進再生期偏陰陽兩虛，而陽虛期，須予大補陽才能讓壞損的組織強迫增加供血，改善不可逆轉性的缺血、缺氧，再生能力的誘導，這種情形，有可能係以補陽或大補陽方劑與藥物，促進腎本體幹細胞或周邊組織或周邊血幹細胞，或骨髓組織的原生池，儲存池的「胚幹細胞」的大量生長與釋放，讓可形成腎細胞自我增生的幹細胞，快速自動回家修復與再生腎組織，減緩壞損，並恢復腎的原生功能。

所以在創傷性腎急性衰竭的階段，用藥絕對是活血化瘀而涼血、破血、淡滲利濕、苦寒退熱，所以活血化瘀藥如乳香、沒藥、銀杏葉、歸尾、川芎、赤芍、牛膝、續斷、碎補……；涼血藥如丹皮、知母、地骨皮、赤芍、梔子、藕節、側柏葉……；淡滲利濕藥如茯苓、豬苓、蒼朮、澤瀉、白朮、車前葉、蓮鬚……；苦寒退熱藥如黃芩、黃連、黃柏、梔子、大黃、天竹癩、牛癩、大疔癩、茶匙癩、柳枝癩……；促進骨漿分泌藥如碎補、續斷、杜仲、牛膝、鹿角膠、鹿茸、寄生、寄奴、五加皮……，皆可依症狀嚴重程度而加入，並為君藥。

但真正一個創傷屬於急熱期，如果處理得對，通常二三天就過去了，即水腫期已穩定，結痂期已實際進入，此時就必須加入補氣、補血藥物，例如當歸、何首烏、菟絲子、沙苑蒺藜、鎖陽、肉蓯蓉、地黃……類為補血藥，黃耆、黨參、人參、玉竹、刺五加……為補氣藥，這些藥的加入可令受損組織一方面血循加速，淋巴與水腫代謝加快，並誘發腎本體幹細胞的大量自我活化。這個階段也頂多一二周即渡過，這也就是為何有許多骨折病人，當其身體機能極佳者，有些人用初階活血化瘀而涼血、破血、苦寒退熱、淡滲利濕藥就可以好，有些人要進入補氣、補血藥物的使用也會好，但也有許多「陽虛」「腎陽虛」的病人，服用這些方子。再怎麼服用，其水腫的急熱硬雖然消除了，但轉為「漫腫」的軟的「氣腫」，再怎麼予以熱療、推、按、針刺、電阻刺激，其氣腫也不消。同理用在腎臟由急實硬熱腫，也有部份人變化軟的「氣腫」，再怎麼預防性洗腎、利尿劑、淡滲利濕劑、溶血、活血化瘀……皆無法消除這種漫腫、氣腫，只能讓機體慢性的長期慢性腎衰竭。或如在骨折則為「假關節」，如在肌肉則為「乾爛」或肌肉外皮長出來了，但撕裂處的肌肉卻無法生長而凹陷或有縫隙；或殖皮的皮膚無法與組織完全貼牢而鬆軟澎起，中間有淋巴液或空氣填充在內的原因。

此時的化痂期與促進機體再生期為進入中醫的陽虛，脾、腎、肝、肺、心的五臟陽虛期，須予補陽、大補陽，才能誘導骨髓，周邊血的幹細胞的大量活化、增生，並強迫進入（傷如輪胎打氣的唧筒打氣一般）患處組織，進行溶解結痂，促進壞損組織的生長荷爾蒙的分泌，送回代謝廢物的阻斷各種回滲通道，此時的



藥物是目前西醫所沒有的，例如乾薑、良薑、玉桂、附子、鹿茸、吳茱萸、山茱萸、川烏、草烏……，這些藥物加入淡滲利濕的藥方中，形成治療「寒濕」，加入補氣、補血方劑中治療「寒瘀」、「寒氣」，加入活血化瘀方中，形成治療「寒瘀」，加入化痰飲方劑中，形成治療「寒痰」、「寒飲」……等的腎陽虛、脾陽虛、心陽虛、肺陽虛、肝陽虛……的方劑，就能將已「冷凝」化、「寒凝」化的組織慢慢快速予以修復與新生，包括「雷諾」(厥冷)所形成的組織與器官、肌體的「壞死」(脫疽)在內。

所以萎縮了，或冷凝了、寒凝了的腎組織，必須使用補陽、大補陽藥物，加入各種方劑中，有二個原則可依循，有水蓄的使用育生五苓散(腎炎方)，或育生柴苓湯、或原方五苓散、桂枝人參湯、真武湯……類方劑，加入人參、川七、鹿茸……加方。如無水蓄則以腎氣丸或右歸飲、或十全大補湯、或歸耆建中湯、或育生補陽還五湯……加入大補陽藥物，再加人參、川七、鹿茸……，並維持每天有三次左右大便的量的軟便或通便藥，如火麻仁、大黃、生石膏、當歸、何首烏、桃仁……。

十、繼發性急性腎衰竭

心臟繞道或主動脈剝離，腹腔動脈剝離、換心、冠狀動脈狹窄汽球擴張或內置支架失能，或換肺、換肝、換腎……等的治療，引發的急性腎衰竭是常見的，只是傳媒資訊往往都是報導成功的案例。又因這些病的治療對象一般皆久病、重病，家屬在治療失能時，也都較不會有意見反應，反而會認為是病患的快樂的解脫。

發生敗血症時，為了將下降的血壓維持在一個不傷腦與心腎功能上，皆會注射 DOPAMIN，但 DOPAMIN 少量雖會利尿而升壓，但劑量稍控制不對，往往形成加護病房的急性腎衰竭，如果無在加護病房立即進行預防性洗腎，往往形成在極短時間內，立即去世。

而器官移植與手術極易院內感染而引發敗血症，尤以心肺系統的手術，一但引發呼吸道感染，在抗生素，免疫抑制劑的作用下，病人免疫功能易受抑制而院內感染。縱然腎移植幾乎已成常習性的治療，但失敗引發急性腎衰竭的情形亦有的。骨髓移植引發的急性排斥，除了可能立即腦血管神經疾病的發生是立即性的，心肺栓塞，腎栓塞致急性腎衰竭，也是例行常見病例。

甚至于在作核醫與放射影像檢查時，其顯影劑的過敏反應對腎臟的立即形成發炎，水腫，腎衰竭的情形，雖然醫院皆會立即注射類固醇以抑制急性反應，並預防性洗腎，但醫院沒有給病患充足資訊，且長期的醫療社會教育沒有充分告知，反而鼓勵式的資訊單向傳播，讓病人一旦有自我懷疑，往往要求作核醫放射影像檢查，將來這種顯影劑對腎臟的傷害相信仍會產生。



對繼發性急性腎衰竭，醫院通常皆會積極治療，但當無效果時，中醫如何補救呢？此時必須視血檢內容作決定，但大原則是淡滲利濕，活血化瘀、補氣、補血、補陽與苦寒退熱、宣肺、通腸……皆是會合併使用諸藥於一方劑中，所以最常用的方劑為五苓散湯劑加方，如熱多，由膀胱出來的發炎組織多，可以苦寒退熱藥為君；如熱少，但水蓄多，則以補氣、補血、淡滲利濕藥為君；如病稍久（按：此稍久只表示一二周，頂多三四周），就要以育生五苓散（腎炎方）為主治方劑。

因腎衰竭的急性發作，往往心搏急速、肺肋膜、心包膜皆易急性鬱血、栓塞，水份滯留，而影響呼吸中樞對呼吸肌、擴胸肌、橫膈膜的升降功能的抑制，所以應立即口內氣管插管，中藥的麻黃、杏仁、葶藶子、防己、半夏的加入，或再加溫膽湯的化痰，或加三子養親湯類的稀釋痰液，大黃除了由腸蠕動的促進，達到放鬆橫膈膜，降低腹腔壓力，同時對枕骨大孔狹窄，或腦水腫的腦壓高皆有降低功能，並且溶除神經代謝廢物阻斷神經傳導，稀釋神經傳導介質是極為有效的。人參、川七的先期使用，當肌酸酐長期不降時，就必須加入鹿茸。補氣、補血、補陽藥物可以讓腎組織血行改善，並促進腎細胞的自我本體腎幹細胞的活化新生。

中藥可服用到腎、心、肺、腦的功能完全正常之後，才慢慢予以減量戒停，此時或許免疫檢查可能完全找不到異常的抗體了，但是否要繼續予服抗排斥藥物呢？此時為安病人的心，且能繼續讓病人被追蹤，我是贊成給予極微量的抗排斥藥，免得病人輕忽身體的一些急慢性突發症，導致急性腎衰竭的再度發作。但主治醫師亦不能忽視抗排斥藥的長期對腎臟的慢性傷害，以及各種感染的產生，或各種癌症產生的風險防治。

十一、腹腔腫瘤的溶解與佔位，進行性的浸潤與轉移

尤其靠近腎動脈的腹腔腫瘤與腎本體腫瘤急性外溶解時，立即整個腹腔，或一側腹腔急性血腫積液壓迫，極易立即形成急性腎衰竭，這種急腹症，真是須立即手術擴創，切除、減壓、引流，如已作完手術仍然急性腎衰竭，就應先預防性洗腎。

腫瘤的治療通常經過凋亡、溶解、鈣化三個途徑而被控制下來，溶解有內溶解與外溶解二種，內溶解係腫瘤實心被化成血水，只留空泡囊，外溶解是腫瘤自外層破裂，立即大量滲出血液或淋巴液，直到這些血液或淋巴液充塞了腹腔，其壓力已大到可以強制壓迫止住繼續滲出的情形，而暫時停止外滲，形成急性腹水，中醫稱為「鼓」或「蠱」，這就是鼓脹或蠱脹的來源之最急性者。最理想的腫瘤控制是凋亡，內溶解、鈣化。其鈣化的組織雖名為鈣化，並非像石頭般的硬，有點像皮膚有傷口後轉較粗厚韌的皮一般，其功能會比本體細胞功能強大太多，更能帶病延年，延年益壽，就像老樹的樹瘤之較有支撐力與韌性般。



一旦形成腹腔腫瘤急性外溶解的佔位性急性腎衰竭，如以中醫處理，必須立即以攻峻方劑大劑量，並以乳沒四物湯加黃芩、黃連、黃柏、茯苓、豬苓、蒼朮、澤瀉、大黃、川七、木香……，所煮的湯劑送下攻峻藥，在極短時間內，快速大泄下七八次以上，一方面減輕腹腔壓力，一方面抑制發炎與繼續滲出，減少心臟往腹腔血流量，控制腫瘤的發展。當腫瘤外溶解稍穩定，就可將攻峻藥減少，代之以大黃與卜硝的大劑量以促進腸蠕動而減輕腹腔壓力，此時，黃芩、或黃連、或黃柏的量，就要快速在短時間加到一劑藥至少二三兩，才能將腫瘤抑住，不再繼續發展，並慢慢快速加入續斷、碎補、牛膝、茜草……類的能破血攻堅的藥物，讓腫瘤自內變鬆脆，久而形成內溶解或凋亡。

如中藥醫得快且及時正確，要不要預防性洗腎，或要不要手術擴創或引流、切除，可依症狀緩解速度與血檢數據作決定。未經化療的腫瘤，大都皆仍處於實熱症，大熱症，不准補。除非久經攻伐，已進入血中蛋白偏低，造血功能低下，排除尿素氮、肌酸酐、AMMONIA 的能力，由急性高起，緩解一段時間，由穩定、慢性化、緩解又急性高起，此時方可先補氣、補血，當補氣、補血藥物又將症狀緩解一段時間，又不行了，才可加入補陽、大補陽藥物。

傳統藥物方劑學中，有許多可治血蟲、水蟲的藥，如黑丑、白丑，這種藥的使用，一劑至少要四兩，甚至於八兩以上，才可能有效，三五錢的量，完全無動於衷，連大便的稍軟皆無效的。至于厚朴、青皮、枳實、枳殼、萊菔子、白芥子……亦然。

至于水蟲、血蟲是否要忌鹽呢？或服攻峻藥是否要忌鹽呢？應以血檢的鈉、鉀、磷、鈣、鎂的量為準，偏低得要立即加入，否則腹血或腹水一泄下，沒多久就又一樣的滲出，偏低的電解質無法啟動細胞內外液與組織內外液的回滲功能，最好能讓各種電解質處於檢驗數值的中央偏高的階段，例如血鈉如一般最常採用的參考為 135 到 145 或 150 間，則最好能將血鈉維持在 140 到 145 之間，所以如偏低的血鈉，如病人不在食物中加入鹽，醫師在處方時直接將鹽加入藥方中同時煎煮，尤其台灣推行低鹽、低糖、低脂肪的飲食已矯枉過正了，病人稍一病立即就低血鈉，而導致胸腔、腹腔、肋膜、胸室的慢性積水，一旦急重病來，立即神昏不識人，或喘息倚席不得臥，此時應快速加入鹽同煎，我甚至曾遇到血鈉 123，三天死亡的病例，也有老人失智，正常腦壓性腦萎縮（腦水腫）者，每天三到五錢的鹽加入水煎劑中，連服三年才恢復有清楚神智與頸可抬正，不再虛視無神，轉轉轉睛，解顛，腰腳痿頹的病例。所以水腫、水蟲、血蟲病人，以及服攻峻藥的病人是否須忌鹽，應以血檢為準。

十二、腎盂、輸尿管急性阻塞或創傷破裂、筋攣、或腎結石脫落

腎後急性腎衰竭的發生，以腎盂、輸尿管急性感染或腫瘤，或結石的脫落卡



住輸尿管，或腎後腫瘤壓迫輸血管、或腎後腫瘤化放療，導致灼傷而水腫筋攣，或腎移植輸尿管脫落，或創傷致輸尿管破裂或斷裂，或膀胱腫瘤逆行性的快速轉移浸潤，或異物自膀胱逆行性的移入，並引起輸尿管嚴重被佔位，或輸尿管外的腹腔腫瘤的壓迫……皆可能引發腎後急性腎衰竭。

如係腎移植的排斥，無法排尿，但移植體腎細胞仍未壞死者，可用育生五苓散（腎炎方）加減方，來令腎細胞有泌尿功能，但一發現無功能時，仍須常規洗腎脫水，直到腎臟完全恢復正常功能，中藥仍要服到 BUN、CR 恢復正常後，繼續服用到經過二三次感冒，或度過一個年度的冬天，才可將中藥予以慢慢戒停。

如係腎移植體與受者原有輸尿管脫落，或輸尿管創傷性破裂或斷裂，或腹腔手術誤觸傷及輸尿管者，除可視輸尿管的完整性而決定作重新縫合或人工輸尿管重建，並須預防性洗腎。創傷性撕裂與斷裂者，可以乳沒四物湯加黃柏、或黃連、或黃芩、或梔子、大黃、白朮、豬苓、茯苓、澤瀉、蒼朮、川七……以治之，或亦可用「傷寒雜病論」的五苓散，但用桂枝，或如用玉桂則一二錢即可，只當引經藥，但須將黃柏、元胡、木香、大黃、川七……等視情形加入。或用育生柴苓湯、育生五苓散（結石方）……加乳香、沒藥、川七……皆可。

如係急性輸尿管或腎盂感染導致尿癱閉的急性腎衰竭，例如：結核菌的肺外感染到腎盂與輸尿管，或如水蛭或蛔蟲急性阻塞腎盂……皆有可能，此時須影像配合，並視感染或寄生種類之不同，分別予以不同方劑，如結核菌的，目前抗生素幾乎皆已有抗藥性了，但可用中藥治骨蒸勞熱，養陰藥，大劑量快速予以抑制，如有出血則可視情形，或加川七，或加乳香、沒藥、或加藕節、側柏葉……。如腎水腫嚴重則應苦寒退熱加淡滲利濕，如加入黃芩、或黃連、或黃柏、梔子、大黃……的抑蟲與抑菌，白朮、茯苓、蒼朮、澤瀉、豬苓或車前子、車前葉、或蒲黃、蓮鬚、土茯苓……以消腫，或加保安萬靈丹（外科正宗）、阿魏、使君子、胡連……以殺蟲滅菌，或青蒿、知母、地骨皮、元參、柴胡、黃柏、生地……以抑制結核熱。急者要大劑量的四苓與三黃，更甚者須予手術清除或擴創，或人工輸尿管重建，並長期服用藥物直到尿檢、血檢與尿液培養完全無蟲與菌為止。但將來一旦有膀胱輸尿管發炎或潛血陽性反應，或仿如外感症狀發生，皆應以本症原處方，再加入止咳、止喘的藥物即可。

如係輸尿管結石卡住致筋攣，最急者，當然是手術取出結石，如可用藥物放鬆輸尿管的刺卡，還是以藥物行保守療法為佳，因手術後，極易造成結石快速再脫落，並且再卡住筋攣。先予服三粒以上的「育生丸」，再口服育生五苓散（結石方），加入少量大黃以降腹壓，或半夏以止嘔吐與放鬆輸尿管，出血多加川七、或乳香、沒藥，並以黃柏為君，針刺可取歸來、水道、內關、太沖、三陰交。

如係輸尿管外的腫瘤壓迫，導致腎水腫，無法排尿，急者，仍須手術切除腫瘤，或先內置輸尿管內支架以通尿，消腎水腫，等腎水腫較消些，再予手術切除



輸尿管外腫瘤，手術後的放療，應小心再度灼傷輸尿管，引起輸尿管水腫與筋攣，所以中藥應予配合使用。如係輸尿管本身惡性腫瘤逆行性轉移到腎盂，或輸尿管腫瘤佔位嚴重到尿癱閉，此時亦應考慮是否要全腎與輸尿管的切除，當然能保留應儘量保留，能保守療法亦儘量保守療法，否則這種腫瘤極易雙側輸尿管的逆行性轉移，雙腎皆切除的話，光完全靠洗腎，因無腎臟的各種內分泌功能，極易在短時間去世。此部份請自行參看拙文中西醫結合腫瘤共治法的各篇文章。

通訊作者：李政育

聯絡地址：台北市羅斯福路三段 261 號 4 樓

電 話：02-23670436

E-Mail：chenyr.lee@msa.hinet.net