



慢性腎衰竭

吳芝萱¹、鄭淑鎂²、湯其暉³

¹新竹風澤中醫診所

²培真中醫診所

³國防醫學院三軍總醫院神經外科部

摘要

慢性腎衰竭是當代公共衛生面臨的嚴重挑戰之一，其特徵在於腎功能逐步喪失，維持代謝及體液電解質平衡功能漸趨惡化，最終發展成尿毒症。尿毒症影響身體多個系統，包括消化系統、心血管系統、神經系統、皮膚及免疫系統等。

目前西醫尚無根治慢性腎衰竭的特效藥物。當支持性藥物治療無法有效延緩腎功能惡化且患者持續出現尿毒症症狀時，血液透析、腹膜透析或腎移植成爲唯一的治療選擇。

從中醫角度看，慢性腎衰竭歸納爲「關格、溺毒、水腫、虛勞、痞閉、腎勞、腎風」等範疇。其病機主要爲本虛標實，本虛多由腎虛、血枯、氣血虛等引發，而標實則是指由於腎虛引發肝鬱化火，或肝風內動等亢躁失衡，及痰濕瘀等代謝廢物在體內積聚。通過中醫辨病及辨證治療，能夠有效延緩腎衰竭的進程，推遲進行洗腎治療的時間，甚至在輕度病例中，有可能恢復正常的腎功能。

關鍵詞：慢性腎病、慢性腎衰竭、尿毒症、關格、水腫、腎風

壹、慢性腎衰竭疾病介紹

流行病學

1. 台灣慢性腎臟病盛行率高達 11.9%，僅次於日本和美國，洗腎人口密度世界第一。
2. 2020 年台灣透析盛行患者數共 88,880 人。依性別區分，男性透析盛行數有 46,959 人，女性則有 41,921 人。透析盛行率爲每百萬人口 3,771 人^[1]。

腎臟生理功能

1. 排泄水分及廢物：每天排出 1~2 升之水及 25~35 公克蛋白質代謝的含氮廢物（主要爲尿素、尿酸、肌酸酐）。



2. 調節電解質：維護鈉、鉀、鈣、鎂、磷之穩定及維持血漿滲透壓。
3. 調節酸鹼平衡：排出酸為主，故腎功能下降後，易造成代謝性酸中毒。
4. 調整血壓：經由 RAAS 腎素體系進行調節。
5. 荷爾蒙的製造：製造活性 vit.D3、紅血球生成素、腎素、前列腺素等。
6. 參與荷爾蒙的代謝：胰島素、副甲狀腺素、胃泌激素等。

慢性腎衰竭分期

分期	檢驗數值
第一期	腎功能正常 eGFR ≥ 90 合併尿蛋白異常 UPCR ≥ 150
第二期	腎功能輕微下降 $90 > \text{eGFR} \geq 60$ 合併尿蛋白異常 UPCR ≥ 150
第三期	$60 > \text{eGFR} \geq 30$
第四期	$30 > \text{eGFR} \geq 15$
第五期	eGFR < 15

病因學

各種疾病造成的腎功能損傷，均有其特定的致病機制：

- 糖尿病腎病變：被醣化的蛋白質在腎的細胞外間質沉積，導致間質增生。這些過度醣化的組織刺激血管內皮細胞釋放血管內皮生長因子（VEGF），進而導致入球及出球小動脈的透明質變化，最終引發腎缺血性衰竭。
- 高血壓性腎病：長期未得到控制的高血壓損傷了腎臟的微小血管，使其逐漸硬化和組織纖維化。高血壓還可能導致血管粥樣硬化和阻塞，若這些變化發生在腎動脈，則可能導致缺血性腎病變或腎梗塞。
- 腎病症候群：腎絲球的過濾屏障受損害，致大量白蛋白被過濾出，進而造成白蛋白降低、水腫，肝臟為了製造白蛋白，也會一併製造脂蛋白、凝血蛋白，故常見症狀為大量蛋白尿、低血白蛋白症及高血脂症、高凝血狀態。
- 腎炎症後群：與免疫系統的異常反應有關，造成腎絲球發炎和白血球浸潤。自體免疫抗體和免疫複合物沉積於腎組織，導致尿中出現多型性紅血球、RBC cast 和 WBC cast，進而影響腎絲球的正常功能。
- 慢性間質性腎炎：主要表現為廣泛的腎小管萎縮甚至消失、間質組織的纖維化和慢性發炎細胞的浸潤。雖然腎絲球通常相對完整，但由於腎小管製造紅血球生成素（EPO）的功能受損，常表現為顯著的貧血。
- 多囊性腎病變：囊腫的形成源於腎小管的退化，導致腎小管功能受損，濃縮水分的功能較不完全，患者通常不容易出現水腫，尿量也較為穩定，且蛋白尿不明



顯。然而這種疾病易於合併囊腫感染、尿路結石或囊腫內惡性腫瘤。

以上疾病造成的腎衰竭機制各異，但均會對腎臟功能造成持續的損害，需要針對性的治療和管理以延緩疾病進展。

成因

引起慢性腎功能衰竭的病因，大致可分為以下三類^[2]：

分 類	說 明
實質性腎病變	疾病主要侵犯腎臟，且以腎臟為主要表現，如各種慢性腎小球腎炎、慢性間質性腎炎（包括慢性腎盂腎炎）、腎結石、腎結核、遺傳性腎炎、多囊腎、髓質囊性病、腎動脈狹窄、腎小管性酸中毒等。
腎後氮質血症 （下尿路梗阻）	如前列腺肥大、前列腺腫瘤、尿道狹窄、神經源性膀胱等，主要表現為膀胱功能失調，容易繼發感染而引起腎功能衰竭。
腎前氮質血證 （全身性疾病及中毒）	常因全身性問題導致腎受侵犯進而導致腎功能衰竭。如高血壓腎動脈硬化症、惡性高血壓、心力衰竭、糖尿病、痛風、高血鉀或低血鉀症、原發性與繼發性澱粉樣變性、結節性多動脈炎、系統性紅斑狼瘡、過敏性紫癜、骨髓瘤、巨球蛋白血症、肝硬化、止痛藥及重金屬（鉛、鎘等）中毒等。

常見慢性腎衰

以下為台灣較常引發慢性腎衰之原因：

一、糖尿病腎病變^[3]

第一型糖尿病患者中，約有三到五成在診斷後的 5 到 10 年內發展出糖尿病腎病變；而第二型糖尿病患者中，大約有二到三成同時伴隨著糖尿病腎病變的發現。對於第二型糖尿病患者來說，由於病情通常已發展多年而未被察覺，當診斷確定時，腎臟病變往往已經存在。

糖尿病腎病變的發生原因包括高血壓、代謝異常和遺傳等多種因素。研究顯示，長期高血糖狀態下，血壓也會升高，增加了腎絲球微血管內壓，從而提高了腎絲球的過濾率。同時，高血糖、高胰島素和高血脂等代謝問題的影響，使腎絲球結構發生變化，導致蛋白質在腎小管組織中積聚，引發發炎反應並促進細胞增生和肥厚，最終導致腎臟組織的硬化。此外，糖尿病神經病變引起的膀胱排尿功能障礙，可能導致感染或尿路阻塞，進一步損害腎功能。



糖尿病腎病變分成五個階段：

階 段	特 徵
Stage 1 超高濾期 Hyperfiltration	<ul style="list-style-type: none">• eGFR：130-150。• 腎臟增大，過濾量增大，尚未出現蛋白尿，為無症狀期。• 治療目的：控制血糖，避免 eGFR 過高。
Stage 2 寧靜期 Silent phase	<ul style="list-style-type: none">• eGFR 逐漸下降，但未出現蛋白尿，臨床上無明顯症狀表現，和第一期同稱無症狀期。• 通常會持續 5-15 年，和血糖控制有關，血糖若控制得好，高過濾的情形會改善，在此階段可以維持得較久。
Stage 3 微蛋白尿期 Microalbuminuria	<ul style="list-style-type: none">• 尿中白蛋白量：30-300mg/ 天。• 約罹患糖尿病後 10-15 年會到此階段，eGFR 在正常範圍，但逐漸下降，常伴隨血壓升高。
Stage 4 明顯蛋白尿期 Overt nephropathy	<ul style="list-style-type: none">• 此時期用一般驗尿試紙即可驗出蛋白尿，尿中白蛋白量大於 300mg/ 天。病人血中白蛋白流失，導致水腫，血管內血容積不足故心臟負擔大。• 此時期病人通常伴隨高血壓，eGFR 以每年 10ml/min 之速率下降，至此階段腎功能已較難逆轉。
Stage 5 末期腎病期 ESRD Phase	<ul style="list-style-type: none">• 第四階段後約有 50% 在 10 年內洗腎，75% 在 20 年內進入洗腎。

二、高血壓性腎病^[3]

高血壓引起的腎衰竭是長期高血壓造成的一種結果。腎臟血流量約占心臟每次搏動輸出的五分之一，腎臟由眾多微血管組成，因此容易受到高血壓的影響，導致以下兩種主要機制引起高血壓性腎病：

1. 長期血壓控制不良導致腎臟微小動脈硬化，進而使得腎臟組織逐漸纖維化，最終導致功能減退。
2. 長期高血壓也可能引起血管粥樣硬化，甚至造成血管阻塞。若這些變化發生在腎動脈，則可能引發缺血性腎病變或腎梗塞。

一旦腎血管發生阻塞或硬化，腎血流量相對減少，進而降低腎功能。正常情況下，腎臟負責調節體內水分和電解質平衡，一旦功能受損，水分和電解質會過度積聚，血液體積增加，同時腎素的分泌也會增加，導致血管收縮，使血壓進一步升高，形成惡性循環。

三、慢性腎絲球疾病^[3]

腎絲球腎炎分為急性與慢性兩種：



1. 急性腎絲球腎炎，症狀出現極快，但經過適當藥物治療或短期洗腎，通常有機會恢復或痊癒。
2. **慢性腎絲球腎炎**，則因患者較無自覺症狀，多數是在健康檢查時意外發現，往往機能已**明顯衰竭**，大部分只能做支持性治療，甚至逐步進入末期腎病。腎絲球疾病可分為原發性和繼發性兩類：
 1. 原發性腎絲球腎炎包括非增生性和增生性兩種類型：
 - 非增生性腎絲球疾病通常表現為**腎病症候群**，因腎絲球過濾屏障受損，大量白蛋白被過濾出，導致蛋白尿、低血白蛋白症、高血脂症和高凝血狀態等症狀。常見的非增生性腎絲球疾病包括輕微病變性腎炎、局部硬化性壞死性腎炎和膜性腎炎。
 - 增生性腎炎以腎炎症後群表現，和體內**免疫機轉**變化有關，因腎絲球發炎，**白血球浸潤**，**自體免疫抗體**、**免疫複合體**沉著於腎組織，尿中可見多型性紅血球、RBC cast、WBC cast，腎絲球因發炎而失能，水無法藉由腎元濾出，故常見症狀為**水腫及高血壓**、**寡尿**、**血尿**。常見的原發性腎絲球腎炎，成人包括免疫球蛋白 A 型腎病變、膜性增生性腎絲球腎炎、血管性腎炎等。
 2. 繼發性腎絲球腎炎通常與感染、腫瘤或某些藥物有關，常見的引發因素包括 B 型或 C 型肝炎、鏈球菌感染、血管炎和紅斑性狼瘡等。

四、慢性間質性腎炎^{〔3〕}

1. 病因：

急性間質性腎炎的發生通常與重金屬、輻射、代謝異常或藥物使用有關，部分病例原因不明，其中以**藥物**引起最為常見。許多藥物通過腎臟代謝後排泄，高濃度的藥物可能導致腎小管間質區域發生急性損傷。已知超過 100 種藥物可能引發間質性腎炎，尤其是抗生素、止痛藥和治療胃酸過多的藥物。若及早發現，停止藥物使用，必要時再施與短期類固醇治療，大部分皆能痊癒。但若忽略未及時察覺，則可能演變成慢性腎衰竭。

2. 症狀：

- 急性間質性腎炎的典型症狀包括發燒、皮膚紅疹、腎功能惡化、輕度或無蛋白尿、輕微高血壓和貧血等。
- 若在急性期未得到適當治療，可能導致腎小管萎縮。近四成患者可能持續出現腎功能不全，進而發展為慢性腎臟病。

3. 病理：

腎臟病理檢查通常顯示，腎小管廣泛萎縮甚至消失、間質組織纖維化以及慢性發炎細胞浸潤，但腎絲球結構相對完整。由於主要損害發生在腎小管而非腎絲



球，患者不容易出現水腫，即使進入尿毒症階段，尿量仍可維持。但腎小管負責製造紅血球生成素（EPO），因此患者通常會出現較明顯的貧血症狀。

五、多囊性腎病變^[4]

多囊性腎病又稱為自體顯性多囊性腎病（Autosomal Dominant Polycystic Kidney Disease, ADPKD），是一種遺傳性腎病，其特徵為腎臟內逐漸形成多個囊腫，最終損害腎功能。這種病症主要由 PKD1 和 PKD2 基因的突變引起。這些基因在調控腎小管結構和功能方面發揮關鍵作用，當基因突變發生時，腎小管無法正常調整其形態，導致囊腫形成。

ADPKD 的發病機轉為囊腫的形成和擴大。隨著囊腫增大，會壓迫腎臟組織，導致腎功能下降。病程因人而異，一些患者在 30 至 40 歲才開始出現症狀，而另一些患者則可能在更早的年齡就表現出症狀。

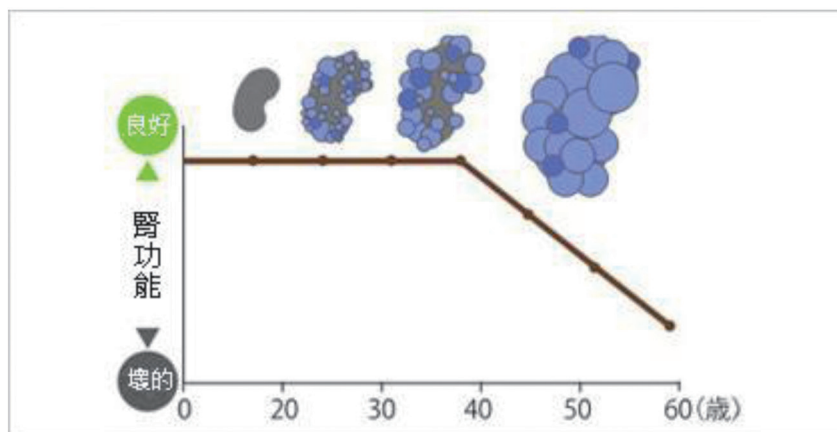
ADPKD 的症狀包括：

- 腰痛或腹痛：由於囊腫增大引起。
- 高血壓：常見於多囊腎患者，可能是由腎臟內部壓力增加引起。
- 血尿：囊腫破裂可能導致血尿。
- 腎結石：由於尿流受阻，增加了腎結石的風險。
- 腎功能衰竭：最終可能導致腎功能衰竭，需要透析或腎移植。

多囊性腎病的常見併發症包括：

- 肝囊腫：一些患者可能會在肝臟中形成囊腫。
- 動脈瘤：腦動脈瘤的風險增加，可能引發腦出血。
- 心臟瓣膜病：多囊腎患者易患心臟瓣膜病。
- 腎感染：囊腫可能會感染，引發腎感染。

透過早期診斷和適當的管理，可以延緩腎功能的衰退並改善生活品質。多囊性腎病患者應定期進行醫療檢查，以監測病情發展並及時處理併發症。



圖片來源：中華民國多囊腎腎友協會 <https://adpkdtw.org/a1-0-0/>



六、狼瘡性腎炎^[3]

狼瘡性腎炎（Lupus Nephritis, LN）是系統性紅斑狼瘡（SLE）的一種嚴重腎臟併發症。好發於生育年齡的婦女，女與男之比約為九比一，約 50% 的 SLE 患者會發展成狼瘡性腎炎。該病的主要特徵是腎臟炎症和腎小球的免疫複合物沉積，導致腎功能的損害。

狼瘡性腎炎的症狀多樣，常見包括血尿、蛋白尿、腎病症候群（嚴重蛋白尿，水腫，高血脂症，血中白蛋白低下）、高血壓。

治療狼瘡性腎炎的主要目標是減少腎損傷，控制炎症反應並防止疾病進展。常用的治療包括免疫抑制劑、生物製劑、ACEI、ARB 等。若狼瘡腎炎的活性無法藉由以上治療控制，腎臟本身的急性變化，終將轉為慢性，只能依賴洗腎維持生命。

狼瘡性腎炎是一種嚴重的 SLE 併發症，需要及早診斷和積極治療。通過適當的治療和管理，大多數患者可以有效控制病情，延緩腎功能衰竭的進展。

七、其他

除了上述常見原因，鹿角結石、先天性泌尿系統異常，甚至慢性攝護腺肥大所造成的阻塞性尿路病變，也是臨床上造成腎衰竭常見的原因。部分孩童則可因遺傳性疾病造成腎衰竭，如亞伯氏症候群（Alport Syndrome）及法布瑞氏症（Fabry Disease）。

症狀

腎衰竭症狀可分為四個階段：腎功能儲備減退期、腎功能不全、腎衰竭和尿毒症。

一、腎功能儲備減退期

- 腎功能狀態：腎功能下降但可代償。
- 症狀：
 - 常規腎功能檢查無異常。
 - 最早出現的是尿液濃縮功能異常，患者可能有夜尿增多。
 - 尿液分析可能顯示尿比重異常、糖尿、血尿、膿尿或尿蛋白等。

二、腎功能不全

- 腎功能狀態：血清肌酸酐濃度已超過 1.5-2mg/100c.c，進入此階段，症狀便逐漸浮現。
- 症狀：
 - 貧血。



- 水腫。
- 血壓上升。
- 輕度酸血症。
- 電解質異常逐漸明顯，如：高血鉀、高血磷、低血鈣。
- 大部分病患仍只有輕微症狀，除非併發脫水、感染或心臟衰竭，否則不易察覺。

三、腎衰竭

- 腎功能狀態：腎功能嚴重下降，血清肌酸酐濃度通常在 4-5mg/dL 以上。尿肌酸酐廓清率往往低於每分鐘 30-40c.c 以下。
- 症狀：
 - 明顯貧血、運動耐受量低。
 - 尿液濃縮功能異常，夜尿增加。
 - 酸血症加重：病患容易疲倦、懶散、嗜睡，並易有氣促的感覺。
 - 明顯低血鈣、高血磷：部分患者甚至已產生明顯的續發性副甲狀腺病變。
 - 血中鉀離子偏高：若遇**感染**、高血糖、便秘或藥物服用不慣，極易發生致命性之高血鉀症。
- 中醫辨證：脾腎兩虛。

四、尿毒症

- 腎功能狀態：末期腎病，全身各組織系統皆受影響。
- 尿毒症毒素：慢性腎病病人因腎功能衰竭，造成體內代謝酸物堆積，而這些毒素干擾細胞代謝及功能，而造成各器官系統的症狀。毒素在尿毒症病人組織或血漿濃度應超過正常人，且濃度愈高，症狀越明顯。
 - 蛋白質代謝廢物：高尿素狀態下，會有**倦怠、無力、嗜睡和出血傾向**（uremic bleeding）。
 - 亞氨基甲二胺：包括 Methylguanidine, Guanidosuccinic acid, Creatinine 等。
 - > Guanidines：使一氧化氮製造減少，造成**血管收縮、高血壓、免疫功能異常和神經學上的變化**。
 - > Guanidosuccinic acid：干擾血小板凝集功能。
 - 電解質：尿毒症病人血中**磷酸鹽值升高**，造成副甲狀腺功能亢進及皮膚癢，減少活性維生素 D 的製造。
 - 代謝性酸中毒：腎臟無法增加 ammoniagenesis，導致酸中毒，症狀包括噁心、嘔吐、胃口差，並加速骨中礦物質流失和胰島素抗性。



各系統症狀

一、消化系統^[3]

- 因腸胃道蠕動障礙，產生**食慾不振、噁心、嘔吐、打嗝**，因代謝廢物排出障礙故口腔有尿騷味或異味。
- 胃腸黏膜容易發炎或潰瘍，產生**瀰漫性出血**。
- 由於噁心、嘔吐、進食量少、腸胃道黏膜潰瘍等，常引起**嚴重營養不良**。

二、神經系統^[3]

- 中樞神經病變：隨著尿毒症加重，病患記憶力減退，注意力不集中，浮躁不安；深部肌腱反射增強，肌肉痙攣，雙手**撲翼般的顫抖 (flapping tremor)**，甚至驚厥；病患意識模糊甚至昏迷。症狀之出現與嚴重度與不正常化學物質積聚之速度有關。
- 周邊神經病變：周邊神經病變好發於慢性尿毒症患者，初期神經傳導變慢，逐漸感覺異常，遠側肢端刺痛，甚至知覺麻木。運動神經受影響，產生垂足，雙足無法行走，甚至四肢癱瘓。

三、血液系統^[3]

- 貧血：85% 至 90% 之尿毒症病患會出現**中重度貧血**，而且有明顯出血傾向。
 - **紅血球生成素 (EPO) 製造不足**，以致紅血球製造過少。屬紅血球容積正常型，以紅血球生成素治療，大部分的貧血可獲得改善。
 - 出血性胃腸炎引起**胃腸失血**。
 - 合成血液相關之要素缺乏：造血原料如葉酸、維生素 B12 或鐵質缺乏。
- 白血球減少：尿毒症病患白血球功能大多會受影響，**噬菌機能明顯低下，免疫功能不足**。
- 血小板：**數目不變但功能下降**，故會有出血傾向。

四、心臟血管系統^[3]

- 高血壓：腎功能減退會導致體內鈉和水分滯留，進而引發高血壓。持續的高血壓會對心臟和血管造成進一步的損害，增加心血管疾病的風險。
- 左心室肥厚：由於高血壓和容量超負荷，腎衰竭患者常常出現左心室肥厚，心臟負擔增加，長期下來可能發展成心衰竭。
- 心衰竭：隨著腎功能惡化，患者容易出現液體滯留，導致心臟負擔加重，最終可能引發心衰竭。
- 冠心病：腎衰竭患者冠狀動脈粥樣硬化的風險較高，這主要與高血壓、糖尿病和脂質代謝異常等因素有關。冠狀動脈粥狀硬化可能導致心絞痛和心肌梗塞。



- 心包炎：尿毒症晚期患者容易出現尿毒性心包炎，此為一種由尿毒素積聚引起的心包膜炎，可能引發胸痛和呼吸困難。
- 動脈粥樣硬化：腎衰竭患者血脂異常較常見，導致動脈粥樣硬化進展加快，增加中風和心肌梗塞的風險。
- 心律失常：電解質異常，特別是高鉀血症，常見於腎衰竭患者。這會導致心律不整，嚴重時可能引發致命性心律失常。

五、代謝性酸血症^[3]

- 腎臟會自動把氫離子排出體外，同時吸收大部份已經過濾出去的重碳酸鹽（ HCO_3 ），重碳酸鹽為鹼性，是身體重要的酸鹼緩衝系統。尿症患者因無法有效地將每日身體代謝所產生的非揮發性酸排出，故會產生代謝性酸血症。
- Kussmaul 氏呼吸：呼吸變深變快，以增加二氧化碳的排出來代償體內的酸性環境。
- 嗜睡、困倦：代謝性酸中毒會影響中樞神經系統功能，導致嗜睡和困倦。
- 意識狀態改變：嚴重情況下，患者可能出現意識模糊、定向障礙，甚至昏迷。
- 肌肉無力：酸中毒會影響肌肉功能，導致肌肉無力和疲勞。
- 噁心、嘔吐：酸中毒刺激胃腸道，可能引起噁心和嘔吐。
- 心律失常：酸中毒可能引起心肌細胞的電解質紊亂，導致心律失常。
- 高血鉀：酸中毒會使細胞內的鉀離子釋放到血液中，導致高血鉀，進而影響心臟功能。

六、水分與電解質失衡^[3]

- 水腫、心肺水腫：腎功能下降，水分與電解質調節失衡，體液過多導致水腫，體重增加，心肺水腫。
- 高血鉀：
 - 腎衰竭後，腎臟排泄鉀離子減少，導致疲倦、全身無力、手指麻痺、嘴唇麻木、舌頭僵硬等，嚴重的高血鉀可引起**心律不整、心臟麻痺死亡**。
 - 腸道可協助排出部分鉀離子，腎衰竭後**經胃腸道排鉀的比例增加**，因此尿毒症病患應保持大便通暢，否則會加重高血鉀的危險。
- 高血磷、低血鈣：
 - 磷主要靠腎臟排泄，腎衰竭後磷無法順利代謝而上升。磷主要來自食物，故需限制高磷食物之攝取，並配合服用磷吸附劑。
 - 高血磷常合併低血鈣，高血磷、低血鈣會造成**續發性副甲狀腺機能亢進**，引起軟組織鈣化，腎小管上皮細胞內鈣沉著增多，引起腎小管間質鈣化的發生，致腎元損害不斷進展。



七、皮膚與外觀變化^{〔3〕}

- 皮膚呈**暗黃色甚至變黑、乾燥、易搔癢**，為大顆粒代謝廢物沉積在皮膚、關節導致。
- **皮膚搔癢**：腎衰竭的病人由於腎臟失去排除代謝廢物的能力，所以含氮的分解物存積在體內，皮膚上常會出現尿毒霜。若體內因副甲狀腺亢進，致使磷酸鹽結晶積於皮膚下時，則可能會出現皮膚搔癢現象。
- 有出血傾向，皮膚可見**瘀斑瘀點**。
- 頭髮乾燥，易斷裂脫落；指甲變薄、易碎、凹凸不平，甚至色素沉著。

八、內分泌及新陳代謝的變化

- **胰島素阻抗**：尿毒症病患幾乎都有葡萄糖耐量異常現象，血糖易偏高，主因是體內組織產生胰島素阻抗。但糖尿病患者，反而因腎衰竭的進展，血糖比較容易控制。
- **高血脂**：尿毒症病患容易產生高血脂症，以**三酸甘油脂、膽固醇**上升等最為常見。腎絲球過濾屏障受破壞後，蛋白大量被過濾出，會造成低白蛋白、水腫，肝臟為了製造白蛋白，連脂蛋白、凝血蛋白也一起製造，因此產生高血脂、高血凝狀態。
- **不孕**：不管男女，大部分尿毒症患者都有生育上的困擾，不孕症相當常見，症狀包括**性慾降低、男性精蟲數目減少、女性月經不規則、月經量減少甚至停止**^{〔3〕}。

九、腎性骨失養症

- 嚴重腎衰竭時，因腎臟無法合成足夠的維生素D，加上低血鈣、高血磷，導致副甲狀腺機能亢進，副甲狀腺激素過度製造分泌，引起骨纖維囊腫性骨炎^{〔3〕}。
- 為降低高血磷，過量服用含鋁的磷吸附劑，導致鋁大量沉積於骨頭，影響骨成熟與發育，產生骨軟化症與靜止性骨病變。
- 嚴重的骨纖維囊腫性骨炎，甚至侵犯頭蓋骨、肋骨與脊椎，形成壓迫性骨折。患者還會出現身高縮短、駝背等。

實驗室檢查與判讀

一、抽血

1. Serum creatinine 血清肌酸酐

- 血中的肌酸酐主要是來自於身體肌肉活動的代謝產物，而每天的產量全部都經腎臟由尿液排泄。
- 若腎功能有問題，無法完全排出每日所產生肌酸酐，即會造成血中肌酸酐濃度上升的現象。



2. Serum BUN 血清尿素氮

- 濃度過高表示腎臟無法順利將尿素氮排出體外，Serum creatinine 和 Serum BUN 都是身體的代謝廢物，若無法正常排出時會堆積於體內，因此可用來評估腎方面的疾病。

3. 確診腎衰竭後須三個月抽血追蹤，須檢驗的項目如下：

檢驗項目(中文 / 英文)	正常數值範圍	檢驗項目說明
腎絲球過濾率 GFR (Glomerular Filtration Rate)	ml/min/1.73 m ²	評估腎臟功能，受年齡及性別影響。
尿素氮 BUN (Blood Urea Nitrogen)	5-25 mg/dl	易受飲食或藥物影響，須配合肌酸酐參考。
肌酸酐 Cr (Creatinine)	0.7-1.4 mg/dl	腎功能受損時，數值會上升。
白蛋白 Albumin	3.5-4.0 g/dl	評估營養狀況。
血色素 Hb (Hemoglobin)	10-11 g/dl	了解是否貧血。
血鈣 Ca (Calcium)	8.4-10.2 mg/dl	過高會昏迷，過低易肌肉痙攣。
血磷 P (Phosphorus)	2.5-4.5 mg/dl	過高易造成腎骨病變、皮膚癢、血管鈣化。
血鈉 Na (Sodium)	137-153 mEq/l	代表身體內水分平衡狀態。
血鉀 K (Potassium)	3.5-5.3 mEq/l	過高會引起心律不整，甚至心臟停止。
膽固醇 Chol (Cholesterol)	< 200 mg/dl	過高易造成動脈硬化、冠狀動脈心臟疾病。
三酸甘油酯 TG (Triglycerides)	< 150 mg/dl	與喝酒、甜食過量有關，過高易急性胰臟炎、動脈硬化。
低密度膽固醇 LDL-C	< 100 mg/dl	易使動脈硬化、阻塞血管。
糖化血色素 HbA1C	糖尿病 < 7 %	了解近三個月血糖控制情況。
空腹血糖 AC sugar	< 100 mg/dl (非糖尿病) 70-130 mg/dl (糖尿病)	過高會加速腎功能退化，及併發症發生。



二、驗尿

1. 尿量和尿比重：正常尿量通常為每天 1500 毫升至 2000 毫升。正常尿比重通常為 1.005 至 1.030。尿量減少或尿比重偏低可能代表腎小管功能受損，無法濃縮尿液。
2. 尿蛋白：正常尿蛋白濃度通常低於 150 毫克 / 每日。大於 150 毫克 / 每日，可被視為蛋白尿，可能代表腎小球濾過功能受損或腎小管功能異常。
3. 尿液微白蛋白量（Microalbuminuria）篩檢：尿液微白蛋白量可反應出腎絲球內皮細胞是否受損。長期高血壓或糖尿病患者，在常規尿液或血液檢查皆無任何變化前，尿液微白蛋白量即可先行反應。
4. 尿白血球：尿中白細胞數目增加，可能代表尿路感染或其他炎症狀況，如結石、腫瘤或腎絲球腎炎。
5. 潛血反應：可能是血尿，也可能是血色素或肌球蛋白造成的色素尿。
6. 尿液中含有糖分，除了可能是糖尿病外，有可能是腎小管異常初期症狀。
7. 肌酸酐廓清率（Creatinine clearance）：用來評估腎功能的高低，當每分鐘低於 10c.c 時，即達尿毒症。

三、其他檢查

1. 腎臟超音波：
 - 可區分為急慢性腎衰竭：急性腎衰竭，通常腎臟外觀保存完整；慢性腎衰竭則可見腎臟萎縮，腎實質緻密度加深。
 - 超音波可清楚看到腎水腫，可判斷腎衰竭是否源於阻塞性尿路疾病。
 - 對囊腫性腎病變、結石、腫瘤，超音波檢查也提供相當可靠的診斷。
2. 腎臟切片組織病理檢查：又稱腎臟穿刺，屬於侵入性檢查，是診斷腎臟疾病最重要檢查之一，協助疾病診斷、用藥治療的方向及預後判斷，瞭解腎臟病變嚴重程度。
3. 靜脈注射腎盂 X 光攝影或電腦斷層。

西醫治療

一、藥物治療

慢性腎臟病的藥物治療著重兩個層面，一是使用藥物減緩殘餘腎功能下降，二是避免殘餘腎功能惡化及產生藥物副作用〔5〕。



藥物	使用目的	作用機轉與副作用
改善腎臟血流	減輕血尿 改善腎功能	<ul style="list-style-type: none"> • Dipyridamole 和 Pentoxifylline 屬於非選擇性磷酸二酯酶 (Phosphodiesterase) 抑制劑，具有抗發炎及抗氧化的作用，可減少腎臟發炎並改善蛋白尿。 • 可能的副作用包括胃腸不適，如噁心、嘔吐。
降血壓藥品	控制血壓 改善尿酸 減輕蛋白尿	<ul style="list-style-type: none"> • 血管收縮素轉化酶抑制劑 (ACEI) 和血管收縮素受體阻斷劑 (ARB) 能擴張血管、減輕腎小球內壓和降低蛋白濃度，降低蛋白尿的發生率。 • 常見副作用包括低血壓、高血鉀等。
磷酸鹽結合劑	降低血磷水平	<ul style="list-style-type: none"> • 碳酸鈣和鋁磷酸鹽結合劑通過與食物中的磷酸鹽結合，減少其吸收和循環。 • 可能的副作用包括便秘、腹脹等消化道不良反應。
降血鉀藥物	降低血鉀	<ul style="list-style-type: none"> • 透過腸道內的離子交換 (如：鈉離子交換鉀離子) 以降低血鉀。 • 藉由在腸胃道與鉀離子結合以降低鉀離子吸收。
含鈣藥品	降低血磷 治療骨代謝異常	<ul style="list-style-type: none"> • 碳酸鈣和檸檬酸鈣可用於治療骨代謝異常。 • 過度使用可能導致高血鈣和鈣化病變。
貧血改善藥品	治療腎臟病引起的貧血	<ul style="list-style-type: none"> • EPO 用於刺激紅血球的生成，鐵劑則用於補充缺乏的鐵元。
降血脂藥品	降低血脂水平 減輕腎功能惡化	<ul style="list-style-type: none"> • STATIN 類藥物能減緩腎功能惡化的速度，降低蛋白尿水平，並減少心血管事件的發生率。
腎功能保護劑	預防顯影劑引起的腎病變	<ul style="list-style-type: none"> • N-acetylcysteine (NAC) 用於預防顯影劑引起的腎病變。
降尿酸藥物	降低尿酸水平、 改善腎功能	<ul style="list-style-type: none"> • 包括異噻哈醇、Febuxostat 和 Benzbromarone 等藥物，用於治療痛風和改善腎功能。
奈米活性碳藥物	吸附尿毒素，減少腸胃道吸收， 降低血磷	<ul style="list-style-type: none"> • 微球形碳素粒子，可以在胃腸道選擇性的吸附硫酸吡啶酚的前驅物質吡啶和對硫甲酚，減少人體吸收的機會，有效降低血液中硫酸吡啶酚和對硫甲酚的濃度，改善尿毒症症狀 (疲勞、食慾不振、口臭、搔癢)，增加紅血球生成素的效果。



二、透析治療

1. 血液透析。
2. 腹膜透析。

三、腎臟移植

血液透析與其併發症

血液透析是利用擴散和超過濾原理來移除血液中過多的代謝廢物（尿毒、肌酸酐、磷、鉀）和水分，並補充體內不足的鈣和重碳酸，以達淨化血液、維持電解質和酸鹼平衡之目的。然而血液透析過程中可能出現多種不適症狀和併發症，其中包括：

一、透析導致低血壓^[6]

1. **定義**：透析低血壓（Intra-dialysis hypotension, IDH）是指在透析中，收縮壓下降超過 20mmHg 或平均動脈壓下降超過 10mmHg，伴隨症狀如頭昏眼花、抽筋、噁心嘔吐、呼吸困難、腹痛等。
2. **原因**：包括超過濾太快或太多、滲透壓快速改變、心臟功能異常、自律神經病變，以及其他因素如感染、服用血壓藥物、透析液溫度或組成的不良反應、透析前後用餐等。
3. **症狀**：頭昏眼花、抽筋、噁心嘔吐、呼吸困難、腹痛等。
4. **處置**：當發生 IDH 時，可給予氧氣、降低透析速率或停止透析、維持頭低腳高姿勢、必要時給予輸液。若以上處理血壓仍無法回復，則需要積極介入尋找原因。針對預防及反覆發生 IDH 的患者，需要階梯式的介入評估，包括重新評估目標體重、暫停使用血壓藥物、限制鹽分攝取、使用利尿劑，甚至考慮使用藥物或更換透析模式。
5. **影響**：IDH 的發生常伴隨較高的併發症與死亡率，且可能導致透析時數提早結束，造成無法達到目標體重，甚至造成組織缺血、瘻管栓塞等。

二、肌肉痙攣^[6]

1. **定義**：肌肉痙攣是血液透析後常見的急性併發症，其發生率約為 5-20%。在肌肉痙攣發作時，肌肉會突然發生強直性收縮，導致疼痛極大，且持續時間可能數秒至數分鐘，有時可能會因疼痛嚴重而導致透析提前結束。
2. **症狀**：主要表現為肌肉疼痛和抽筋，最常見於下肢，也可能影響腹部和上肢肌肉。
3. **機轉**：肌肉痙攣的發生可能與透析過程中血漿滲透壓和細胞外液量的變化有



關。導致肌肉痙攣的原因可能包括脫水過快、低血鈉、組織缺氧、低血鎂、肉鹼（carnitine）缺乏以及血清中升高的瘦素（leptin）水平等。

4. **處置**：緩解肌肉痙攣的疼痛可給予輸液，若伴隨低血壓則須先校正；預防發作可透過控制體重、預防透析低血壓、調整透析液的含鈉量、適當補充肉鹼以及維他命 E 等方法。

三、噁心嘔吐〔6〕

1. **定義**：噁心嘔吐是血液透析後常見的併發症之一，其發生率約為 5-15%。其發生機轉尚未完全明確，但可能與透析時間過長以及超過濾溶質過多有關，也歸類為透析不平衡症候群的一部分。
2. **症狀**：主要表現為噁心和嘔吐，有時伴隨頭痛等不適感。
3. **機轉**：可能與透析過程中的溶質濃度改變有關，超過濾溶質過多可能刺激胃黏膜，導致患者出現噁心和嘔吐的症狀。一些患者亦可能因心理因素而出現相關症狀。

四、透析不平衡症候群 (Dialysis disequilibrium syndrome, DDS)〔6〕

1. **定義**：透析不平衡症候群是指透析過程中出現的急性神經學症狀，包括高血壓、噁心、嘔吐、頭痛等。其發生率約為 5-20%，嚴重者可能導致昏迷甚至死亡，但隨著醫療水平的提高，其發生率已逐漸下降。
2. **症狀**：主要表現為高血壓、噁心、嘔吐、頭痛、視覺模糊、胸痛、癲癇、意識改變等症狀。
3. **機轉**：DDS 的發生機制可能與腦水腫有關，其中尿素的快速清除可能導致腦內外滲透壓的差異，從而引起水分進入腦內，導致腦水腫和相關症狀的發生。
4. **處置**：預防發作可透過縮短透析時間、增加次數、減少血流速度等方式進行。同時，也可評估透析液組成、限制患者的蛋白質攝取。在發作時，可以控制相應的症狀，如癲癇、噁心嘔吐等，並給予相應的治療。

衛教 - 生活習慣調整

1. **食物控制**：低蛋白、低鹽、低鉀和低磷是基本原則。減少高血脂食物的攝入，因高血脂可能加速腎功能惡化。
2. **蛋白質攝入的限制**：減少蛋白質代謝產生的尿毒素，可避免因尿毒造成的症狀加重。低蛋白飲食可降低腎小球內壓，減輕腎小球肥大的現象。
3. **鹽分限制**：可減少體液滯留和改善高血壓。
4. **鉀的限制**：當尿量較少或存在高血鉀傾向時，需要減少含鉀食物的攝入，以避免心律不整。



5. **磷的限制**：當血清肌酐濃度超過每 3mg/100c.c 時，需要特別注意避免攝入高磷食物，以防止發生副甲狀腺功能亢進。
6. **血壓控制**：為延緩腎疾病進展，血壓應控制在 135/85mmHg 以下。
7. **血脂控制**：高血脂可能加速腎小球內壓上升，造成慢性腎小球損傷。除了生活方式改變外，也需要藥物干預，如 Statin 類藥物。
8. **血糖控制（對於糖尿病患者）**：降低高血糖對血管的損害，減緩腎小球硬化的發生。
9. **避免潛在的損傷因素**：包括感染、血壓異常、心臟衰竭、尿路梗阻等。

貳、中醫治療思路

簡介

中醫並無慢性腎衰竭的專有名詞，但古代文獻中所描述的病症，如淋毒、癰閉、腎勞、關格、腎風，與慢性腎功能衰竭患者的臨床表現十分相似。如：《素問·風論》中提到「風之狀，多汗、惡風、面浮然浮腫、脊痛不能正立，其色赤，隱曲不利，診在肌上，其色黑」，其症狀多符合慢性腎衰的早、中期病情穩定階段。巢元方在《諸病源候論·大便病諸候》中提出「大便不通謂之內關，小便不通謂之外格」，孫思邈《千金要方》宗仲景之說認為關格以「不得小便，吐逆，食不得入」為主要症狀，反映了慢性腎衰晚期時的臨床症狀特點。根據慢性腎功能衰竭臨床表現，慢性腎衰竭屬中醫學關格、溺毒、水腫、虛勞、瘕閉、腎勞、腎風等範疇^[7]。

病因病機分析

慢性腎衰竭之病因病機屬本虛標實，為正虛邪實並見之候。

一、本虛

腎衰竭患者之虛證多為以下幾種類型的兼夾，可藉由症狀表現，舌質型態，脈象表現以辨證論治。

脾氣陽虛	<ul style="list-style-type: none">▪ 消化功能下降，食慾不振、噁心、嘔吐、打嗝。▪ 由於進食量少引起嚴重營養不良，體重快速下降。▪ 白蛋白流失，營養不良。
腎陰陽兩虛	<ul style="list-style-type: none">▪ 腎絲球功能下降。▪ 夜尿，多尿或少尿。▪ 不孕，性欲降低、男性精蟲數目減少、女性月經不規則、月經量減少。▪ 腎性骨失養症。



心陽虛	<ul style="list-style-type: none">▪ 高血壓導致左心室肥大。▪ 體內水液滯留導致心臟負擔增大，漸成心衰竭。
氣血兩虛	<ul style="list-style-type: none">▪ 中重度貧血。▪ 免疫功能下降，易受感染。▪ 血小板功能下降。▪ 周邊神經病變，感覺異常，遠側肢端刺痛，甚至疼痛性知覺麻木。
肝腎陰虛、血枯	<ul style="list-style-type: none">▪ 皮膚呈暗黃色甚至變黑、乾燥。▪ 頭髮乾燥，易斷裂脫落。▪ 指甲變薄、易碎、凹凸不平，甚至色素沉著。▪ 舌瘦薄暗紅，甚則萎枯。

二、標實

腎衰竭患者之邪實多為以下幾種類型的兼夾，臨床上依據患者的症狀和證象，分證論治。

水氣	<ul style="list-style-type: none">▪ 尿量減少及白蛋白流失導致面浮腫或全身浮腫。▪ 甚則水氣凌心導致肺水腫及胸水、脾腎陽虛造成腹水等。
濁毒、濕熱	<ul style="list-style-type: none">▪ 代謝廢物排出不暢，電解質失衡，BUN、Cr 上升。▪ 嘔吐頻作，舌苔白膩，口有尿味，口黏不欲飲。▪ 代謝性酸中毒導致噁心嘔吐，沒有食慾。▪ 磷離子過高導致皮膚搔癢，鉀離子過高引起心律不整。
痰濁壅滯	<ul style="list-style-type: none">▪ 全身黏液性淋巴腫：常見於長期糖尿病導致腎衰者，因長期腎虛陽亢 + 氣虛 + 血瘀所致，較一般水腫難處理。
血瘀	<ul style="list-style-type: none">▪ 凝血蛋白異常分泌導致高凝血狀態。▪ 易出血導致皮膚多瘀斑瘀點。▪ 面色晦暗、唇暗，腰痛固定或刺痛，肌膚甲錯或肢體麻木。▪ 舌質紫暗或有瘀點瘀斑。
肝陽上亢、肝風內動	<ul style="list-style-type: none">▪ 高血壓性腦病、高血糖性腦病。▪ 因濁毒不出造成之神經學症狀，如注意力與思想不能集中，浮躁不安，頭痛頭暈、抽搐、肌肉痙攣，雙手會呈現撲翼般的顫抖，甚至發生驚厥、意識模糊、昏倒等。
血熱	<ul style="list-style-type: none">▪ 免疫疾病造成之腎衰竭（如：狼瘡性腎炎），免疫仍躁動，同時有抗體、免疫複合體沉積於腎臟。▪ 高血糖，胰島素阻抗。▪ 高血脂，肝臟為代償性製造白蛋白，一併製造三酸甘油脂及膽固醇、凝血蛋白，屬肝腎陰虛夾血熱血瘀。



基本治療原則

- 補正虛 + 祛邪實 + 調理陰陽。
- 基本治則為**補腎 / 補氣養血 + 化瘀清熱利濕瀉濁 + 理氣健脾**，進一步考慮扶正和祛邪實的用藥比例，以及依照患者的症象做扶正祛邪藥物的選用和加減。

腎衰藥陣：

補正虛	
補腎 補氣養血 柔肝	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 治療腎虛、血枯、氣血兩虛。 ▪ 處理虛弱症象，如貧血動喘，腰酸痛，乏力，耳鳴，盜汗，尿少，水腫，挽救並維持殘餘腎功能。 ▪ 補腎、養血柔肝：熟地、何首烏、菟絲子、炒杜仲、當歸。 <ul style="list-style-type: none"> • 若為紅血球低下，選用熟地 + 當歸 + 杜仲 + 黃耆（人參），幫助造血。 • 若為面色枯黃晦暗、舌質瘦薄萎，優先選用柔肝法，以柔肝法慢慢滴灌，修復腎臟功能，常用藥物為何首烏、菟絲子、當歸等，並配合丹參化瘀，可以改善腎絲球發炎後纖維化，腎小管萎縮、間質組織纖維化等。 ▪ 補氣：黃耆，保證腎臟的供血供氧，修復腎臟功能。
補腎陽	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 乾薑、附子、玉桂子。 ▪ 依體質狀態加減，用在挽救殘餘腎功能，心衰竭。 ▪ 使用注意：從小劑量慢慢增加，搭配疏肝法，避免血管痙攣。
理氣健脾消食	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 處理納差、噁心嘔吐、食慾不振。 ▪ 陳皮、砂仁、山楂、神麩。
祛邪實	
清熱、利濕、瀉濁 化瘀、化痰	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 治療體內慢性發炎、血管發炎、高凝血狀態，排出代謝廢物、離子，治療水腫尿少，治療淋巴腫。 ▪ 清熱利濕：黃柏、茯苓、澤瀉、蒲公英。 ▪ 瀉濁通大便：桃仁、生大黃、枳實、厚朴。 ▪ 化瘀：丹參，有血瘀症象如舌質暗紫，身上有瘀斑瘀點，肌膚甲錯等加入。 ▪ 化痰：銀杏葉、刺蒺藜、丹參，治療全身黏液性淋巴腫。
調理陰陽	
依症象辨證論治	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 臨床證見失眠、項強、胸悶吸短、口乾、口苦、痞脹氣逆、偏頭痛，脈弦、弦緊、弦細、弦細數，屬邪正相爭、肝腎陰虛、自律失調、體溫調節紊亂、伏邪，須用疏肝法，加入柴胡、白芍等，減去溫陽藥，加清熱藥。



處方舉例

熟地黃 5 (何首烏 5-8)、炒杜仲 8、當歸 5、黃耆 10-15、乾薑 1-3、附子 1-3、玉桂子 1-5、黃柏 4、茯苓 4、蒲公英 4-8、丹參 5-8、生大黃 1、陳皮 5-8、砂仁 5-8 (單位：錢)

依症狀加減

尿路感染	減去補陽藥，原方中加重清熱利濕，如：蒲公英、龍膽草，加重補氣藥扶正以阻斷反覆感染。
嚴重貧血	熟地、當歸、山茱萸、黃耆、人參。
水腫嚴重	茯苓、澤瀉、乾薑、附子、玉桂子 (溫陽利水法)。
消化差、食慾差	陳皮、砂仁劑量加重，加山楂、神麩等。
消化道糜爛、發炎、出血	加重補腎，加入黃連，和補陽藥寒熱互用以修復潰瘍。
皮膚癢	柔肝化瘀利濕 (何首烏、當歸、丹參、蒲公英)，加強通大便，衛教抹保濕產品。
末梢感覺異常、麻木	補氣養血。
眠難	補腎 + 疏肝 + 清熱潛陽。
肝風內動	補腎 + 健脾 + 疏肝 + 清熱利濕 + 通便 (土敗木賊 → 肝風內動) 腎衰患者出現神經學症狀，如注意力不能集中，浮躁不安，頭痛頭暈、抽搐、肌肉痙攣等，代表交感神經已相當亢奮，若治療不當會發生厥證，此時須審視血檢數值，若 Cr 大於 8 或 BUN 大於 80，須考慮隨時加入透析治療。

血檢數值之中醫應對治療

檢驗項目 (中文/英文)	數值意義與中醫治療
尿素氮 BUN (Blood Urea Nitrogen)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 為體內代謝廢物，易受飲食或藥物影響，須配合肌酸酐參考。 ▪ 僅 BUN 上升而 Cr 未上升，在中醫屬濕熱濁毒滯留，治以清熱利濕瀉濁。 ▪ 若 BUN>80 為嚴重氮血證，須考慮隨時加入透析治療



<p>肌酸酐 Cr (Creatinine)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 腎功能受損時，數值會上升，高於 1.2mg/dl 就要注意是否有腎功能減退狀況，此數值雖只高 0.1mg/dl 都有很大意義。 ▪ Cr 上升代表已經傷到腎實質，屬氣血兩虛，腎虛，血枯等，依照患者證象治以補腎、補氣養血、柔肝。 ▪ 中醫治療目標是將 Cr 控制在 5mg/dl 以下，若超過 5mg/dl，代表體內濁毒排出相當困難，已累積許多代謝廢物且電解質嚴重失衡，恐發生突昏倒或心臟麻痺等急症。 ▪ 若 Cr 已超過 8mg/dl，須建議患者接受西醫治療。
<p>白蛋白 Albumin</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 腎衰患者白蛋白會從尿液中流失，此數值用以評估營養狀況。 ▪ 白蛋白過低者屬脾腎陽虛，須補脾益腎。
<p>血色素 Hb (Hemoglobin)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 了解是否貧血。 ▪ 中醫屬氣血兩虛，須益氣生血。
<p>血鉀 K (Potassium) 血磷 P (Phosphorus) 尿酸 UA (Uric Acid)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 血鉀過高會引起心律不整，甚至心臟停止。 ▪ 血磷過高易造成腎骨病變、皮膚癢、血管鈣化。 ▪ 尿酸易導致痛風性關節炎、腎臟病、腎結石。 ▪ 在中醫屬濁毒排出不暢，須疏肝以擴張血管，利濕通腑、通利二便，時刻注意患者排便及排尿情況，以避免因電解質失衡造成的危證。
<p>24 小時蛋白尿 PROT 隨機蛋白尿 UPCR 微量蛋白尿 UACR</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 蛋白尿代表腎臟有實質的受損，精微物質從尿中流失，中醫屬脾腎陽虛，固攝失職，治以補脾益腎。

慢性腎衰竭治療難點與對策

一、補氣補陽藥物之使用時機與劑量

- 難點：補陽藥如乾薑、附子、玉桂子等，可挽救缺氧缺血但尚未完全死亡的腎臟細胞，爭取腎功能回復；北耆可確保腎臟血氧供應，維持腎功能。但若鉀離子偏高或患者處在邪正相爭狀態，則須謹慎使用，以免補氣補陽藥造成血管痙攣收縮，代謝廢物及離子更加難以排出。
- 禁（慎）用薑附桂等補陽藥的狀況：脈弦、大小便不通暢、鉀離子高。
 - 脈弦：若脈弦代表交感神經亢奮，血管易痙攣，加入補陽藥則加重亢奮現象。
 - 大小便不通暢：大小便不通則代謝廢物鬱積，體內痰瘀濁毒盛，不宜加入補陽。



- 鉀高：鉀高若又發生血管痙攣閉塞，水液及鉀離子等更加排不出而滯留體內，會有生命危險。
- 用藥進退與配伍：若患者處在邪正相爭狀態下，如治療過程中出現外感、交感神經啟動，則腎衰藥陣中補陽藥需減去或降低劑量，並加入疏肝藥緩解邪正相爭。

二、外感

- 外感會加重慢性腎病，臨床常見病情穩定的慢性腎病患者，感冒後病情明顯加重，表現為尿中蛋白增多，水腫明顯，Cr 升高，甚則發生肺水腫等。主要是因為感冒觸發了身體的免疫炎症反應，而累及腎臟。如果治療得當，有一部分患者腎功能可以有所恢復。但對一些原本腎臟病變較重且感冒比較嚴重的病人來說，一次感冒則可能出現少尿、浮腫、喘悶、Cr 急劇升高，甚至從此介入血液透析治療，故腎衰患者須謹慎預防外感發生。
- 證象：惡寒發熱，咳嗽，喉嚨痛，咳痰，流涕，喘悶，頭痛，頭昏，四肢全身痠痛，脈浮弦或浮滑。
- 治療原則：改以柴胡桂枝湯加減，加入**解表疏肝**，**加重清熱藥**，**補氣藥不可重用**，**減去補陽藥避免血管痙攣閉塞**。
- 處方舉例：
何首烏 / 熟地 5、炒杜仲 8、黃耆 15、(高麗人參 3-5)、蒲公英 4、生大黃 1、陳皮 5、砂仁 5、柴胡 4、桂枝 5、白芍 3、黃芩 4、連翹 4 (單位：錢)

三、外感後水氣凌心

- 外感後身體為了應付外來壓力，交感神經興奮，交感—腎上腺髓質軸興奮，中樞神經會減少腦內抑制性神經傳導物質，而形成**興奮、激動、失眠**的狀態，並會增加納和水液的儲留，同時血管收縮，進一步導致代謝廢物難以排除，而出現少尿、浮腫、動喘，無法平臥，極度疲乏無力、嚴重呼吸困難及持續性咳嗽，肺部聽診濕囉音 (crackles)，晚間症狀會加重而影響睡眠。
- 中醫屬於**邪正相爭、陽亢、水氣凌心**，治以**解表疏肝 + 清熱 + 加重利濕**，注意此時補氣藥劑量需減低，不可用補陽藥，避免交感更加亢進而導致血管痙攣，代謝廢物更難排出。
- 處方舉例：
柴胡 4、桂枝 5、白芍 3、黃芩 4、連翹 4、茯苓 8、澤瀉 8、蒲公英 5、炒杜仲 8、北耆 10~15、(高麗人參 3-5)、陳皮 8、砂仁 4 (單位：錢)
- 治療進退：當應激反應進入疲憊期，個體資源耗盡，處於機體耗弱狀態，水腫喘滿漸漸改善後，利濕藥劑量降低，並加入補腎藥穩定根本。



四、腎臟衰竭合併高血糖

以糖尿病三階段治療為基礎，並參考糖尿病患者腎衰竭之進程。

（一）第一階段

糖尿病初期，升糖激素與抑糖素分泌的調控異常，血糖易升高。腎臟處於超高濾期（Hyperfiltration）或寧靜期（Silent phase），腎臟增大，過濾量增大，且腎小管增加醣類再吸收，尚未出現蛋白尿。中醫屬陰虛陽亢、陰虛血熱階段，身體多亢熱性表徵，如口乾舌燥，夜間燥渴、精神亢奮、情緒躁動、睡臥不安，脈弦滑或弦數，舌質瘀紅。治療以清熱益陰為主，且因糖尿病患者易發生進行性小血管病變及粥狀動脈狹窄等，須加入化瘀化痰藥，延緩腎臟病變的發生。

（二）第二階段

第二階段虛實寒熱夾雜期。此階段腎臟處於微蛋白尿期（Microalbuminuria），尿中白蛋白量 30-300mg/天，eGFR 在正常範圍，但逐漸下降，常伴隨血壓升高。

此階段的糖尿病患者，反而因腎衰竭的進展，血糖比較容易控制，因糖尿病患者初期多屬於陰虛血熱、亢燥的體質狀態，隨著疾病進展，小血管損傷，腎衰竭漸漸發生，身體也因多年的陰虛血熱狀態漸漸耗損，升糖激素無力分泌，至後期身體虛憊而無法再維持血熱亢進狀態，血糖趨於穩定。

此階段治療視正氣強弱，正氣不虛用補腎養陰，正氣偏弱用氣陰兩補，若正氣弱但火性仍炎上用補腎陰加引火歸元，須注意此階段腎功能逐漸下降，故處方中須有一定比例補腎、補氣血藥物，可在不化燥情況下加入溫陽藥，且須注意濁毒排出狀況，必問二便是否通暢，處方中加入清熱利濕、化濁通便藥物，幫助代謝廢物排出。

（三）第三階段

此階段腎臟處於明顯蛋白尿期（Overt nephropathy），血中白蛋白流失，導致水腫，血管內血容積不足故心臟負擔大，通常伴隨高血壓，eGFR 以每年 10ml/min 之速率下降，Cr、BUN 皆升高，胰島細胞進行性萎縮，血色素降低，出現心悸、水腫、納呆、貧血等陰陽俱損的晚期併發症，治以溫腎利水、溫補脾腎、大補氣血為底，並加入足量清熱利濕通腑。患者素體易外感或正值流行期間可直接改以柴胡桂枝湯為主方，避免外感後腎功能大幅退步。補氣補陽藥可以挽救缺氧缺血的腎細胞，增加胰島細胞的活性與循環，但須防溫補太過化燥，或治療過程中突發外感等造成邪正相爭，血管痙攣閉塞，水液和電解質滯留體內導致高鉀血症。

五、多囊性腎病變

多囊性腎病變為自體顯性遺傳性疾病，腎囊腫從出生時起就漸漸產生，因



PKD 基因的異常，無法調整腎小管的厚度，故形成囊腫，隨著囊腫增加並變大，正常腎臟的組織被壓縮，造成腎功能降低。此為全身性囊腫疾病，除了腎臟外，還可能形成肝囊腫，腦動脈瘤等。中醫臨床觀察，病機多為腎虛氣虛夾瘀熱，其根本為腎虛氣虛，須代償性亢熱以維持身體所需，治以補腎 + 補氣 + 活血 + 清利濕熱。多囊性腎病變易併發囊腫感染、尿路結石等，故須注意小便是否通暢，或預防性加入蒲公英、龍膽草等清熱利濕藥物。

六、狼瘡性腎炎（自體免疫性）

此為全身性自體免疫性疾病，除了腎臟病變外，免疫會攻擊全身導致皮膚狼瘡、黏膜潰瘍、非侵蝕性關節炎、心包膜炎、肋膜炎、神經病變，血球低下等，須將焦點放在抑制全身免疫攻擊，緩解全身性發炎並清除沉積於腎臟的免疫複合物，中醫屬血熱、血瘀、濕熱，治以大劑清熱養陰 + 化瘀利濕。

透析併發症治療

一、透析導致低血壓

血液透析時發生低血壓，伴隨四肢厥冷，乏力，氣短，汗出等，中醫理論認為透析患者素體脾腎兩虛，透析時水濕濁毒量排出體外，耗氣傷血，造成陰虧氣耗、虛陽外泄，因而出現「氣隨津脫」、「氣隨血脫」等一系列表現。為本虛標實證，在腎病「久病多虛」的基礎上，同時伴隨「濕、濁、痰、瘀」〔7〕。

透析時可同時輔以中醫治療，治以補腎 + 補氣活血 + 疏肝，病依照證象加減，可避免患者出現透析低血壓。

二、噁心嘔吐

透析患者多以脾腎兩虛為本，脾虛則水液輸布運化失司，腎虛則腎之陰陽失衡，氣化開合失常，故發生噁心嘔吐。且腎絲球過濾功能喪失，會使毒素滯留體內導致噁心嘔吐〔7〕。

中醫治療可在健脾補氣養血中加入降逆溫中止嘔，如：半夏、厚朴、砂仁等以改善噁心嘔吐症狀。

三、透析不平衡症候群

透析不平衡症候群的發生機制可能與腦水腫有關，其中尿素的快速清除可能導致腦內外滲透壓的差異，從而引起水分進入腦內，導致腦水腫和相關症狀的發生，現代中醫學者多認為透析不平衡症候群為脾腎衰憊、津液輸布失常所導致。

腦壓高的臨床分型中，因透析不平衡症候群導致者，臨床多見氣血兩虛型，有眩暈、頭痛、嘔吐、意識改變等腦壓的症狀，治以補陽還五湯加利濕藥，交感



亢奮加入疏肝藥，預防化燥加入清熱，若脾腎虛損較甚者，可改以半夏白朮天麻湯、真武湯為主方〔7〕。

參、病案討論

案 1 / 末期腎衰竭

初診 110/4/17

75 歲女性，

服降壓藥 13 月，心律不整 13 年，107 年發現慢性腎衰，現兩周注一次 EPO。

體瘦，疲勞，膚癢，下肢腫 / 勞顯，右踝舊傷，蛋白尿，便 3 日 1 / 便細時硬，手僵。

入眠難 / 淺眠，夜尿 3-4，膝腿乏力，胃口差，胃食道逆流。

舌質淡暗紅，苔白，下輕瘀。脈右弦細弱關浮，左弦細弱。

服用西藥：鈣片，無服降磷降鉀藥物，降血壓藥物。

檢查：（自 107 年開始至就診前，腎功能緩降）

	Cr	BUN	eGFR	Hb	Na	K	P
107/9	4.2	62	11	9	141	4.8	5.1
107/12	4.59	70	9	9.4	142	5.1	4.5
108/2	4.28	66	10	8.6	143	5.8	4.8
108/5	4.7	59	9	9.7		5.2	5.5
108/8	4.58	53	9	10		5.6	4.8
108/11	4.31	49	10	10.1	140	4.9	4.3
109/1	4.54	72	10	10.2	142	5.3	4.6
109/4	4.06	69	11.5	10.8	141	5.3	4.4
109/7	4.13	61	11	9.3	143	4.8	4.7
110/3/24	5.29	59	8.4	7.6	138	5.2	

處方 水煎藥

何首烏 5 錢、炒杜仲 8 錢、當歸 5 錢、黃耆 15 錢、乾薑 1.5 錢、附子 1.5 錢、玉桂子 5 錢、黃柏 4 錢、蒲公英 4 錢、茯苓 4 錢、生大黃 1 錢、陳皮 8 錢、砂仁 8 錢。

〔思路分析〕

患者處在本虛標實，虛實夾雜狀態

- 虛：年高，末期腎衰多年，貧血（Hb=7.6），疲勞，納差，水腫，白蛋白流失，長期失眠之耗損，消瘦，膝腿乏力，舌淡脈細弱均屬虛證。



- 實：膚癢，水濕與代謝廢物排出障礙為實證，Cr 已上升至 5.29，代表體內代謝廢物與離子之不平衡已相當嚴重，且已傷害到腎實質，治療須兼顧虛實。

方中何首烏、炒杜仲補腎，當歸、黃耆補氣養血，薑附桂補腎陽，諸藥扶正維持腎功能和機體生命所需，幫助消化吸收，其中何首烏、當歸、黃耆合用可以柔肝養血補氣，以滴灌法修復瀕死與過勞之腎細胞，薑附桂則加乘其修復效果。同時黃柏、蒲公英、茯苓清熱利濕，治療水腫，幫助排尿與排出身體代謝廢物，生大黃通大便，令無法從小便排除之毒素可從大便出。因患者胃口差無食慾，消化力差，理氣健脾之陳皮、砂仁皆用大劑量，通過改善胃口，增加進食量以維護患者營養狀況。患者此時處在軸線圖之下層，此時用補腎陰腎氣外，加入補陽藥物可以挽救腎功能且較不會化燥。

110/5/15 尿道炎，夜尿 5-6，倦怠，動喘，眠淺，水氣

處方 水煎藥

何首烏 8 錢、炒杜仲 8 錢、當歸 8 錢、黃耆 15 錢、乾薑 1.5 錢、附子 1.5 錢、玉桂子 5 錢、黃柏 4 錢、蒲公英 4 錢、茯苓 4 錢、生大黃 1 錢、陳皮 8 錢、砂仁 8 錢。

〔思路分析〕

增加當歸、何首烏劑量，持續用柔肝法滴灌修復腎細胞。

110/6/5 尿道炎改善，下肢水氣，納呆，眠好壞，二便可

何首烏 5 錢、炒杜仲 8 錢、當歸 5 錢、黃耆 15 錢、乾薑 1 錢、附子 1 錢、玉桂子 3 錢、黃柏 4 錢、蒲公英 4 錢、茯苓 4 錢、生大黃 1 錢、陳皮 5 錢、砂仁 5 錢、焦山楂 4 錢、神麴 4 錢。

110/7/10 納差，貧血，兩周一次 EPO

	Cr	BUN	eGFR	Na	K	Hb
110/3/24	5.29	59	8.4	138	5.2	7.6
110/7/10	5	57	8.6	141	5	5.9

處方 水煎藥

熟地黃 5 錢、炒杜仲 8 錢、當歸 5 錢、黃耆 15 錢、乾薑 1.5 錢、附子 1.5 錢、玉桂子 3 錢、黃柏 5 錢、蒲公英 5 錢、茯苓 5 錢、生大黃 1 錢、陳皮 8 錢、砂仁 8 錢。

〔思路分析〕

- 納差無食欲，是酸血症，體內毒素堆積，痰濁壅滯導致，中醫屬脾腎兩虛兼痰濕



熱滯留，透過利濕瀉濁，排出代謝廢物可有所改善，但須注意，若患者殘餘腎細胞太少，強迫清利會增快腎衰，治以健脾補腎為底，輔以利濕瀉濁較穩當。

- 因貧血難改善曾到醫院做胃鏡，發現胃輕糜出血。尿毒症毒素會使胃蛋白酶原釋放，刺激胃黏膜，導致黏膜抵抗力降低，加上長期虛衰後上皮細胞萎縮，造成腸胃道易潰瘍出血。
- 因貧血嚴重改何首烏為熟地，但因腎衰 EPO 製造不足，110/9/3 仍因血紅素過低到醫院輸血。

111/7/16 EPO 月一劑 舌瘦暗紅 舌下瘀 脈緩

	Cr	BUN	eGFR	Na	K	Hb
110/3/24	5.29	59	8.4	138	5.2	7.6
110/7/10	5	57	8.6	141	5	5.9
111/5/17	5.1	72	8.8	141	5.1	10.2

處方 水煎藥

熟地黃 5 錢、何首烏 5 錢、炒杜仲 8 錢、當歸 5 錢、黃耆 15 錢、乾薑 1 錢、附子 1 錢、玉桂子 1.5 錢、黃柏 4 錢、黃連 1.5 錢、蒲公英 5 錢、丹參 4 錢、陳皮 8 錢、砂仁 8 錢。

〔思路分析〕

- 因正氣復，故減低補陽劑量預防化燥，天氣轉熱加入黃連維持寒熱平衡。
- 因舌瘦且舌下瘀加何首烏，丹參，增加柔肝化瘀。此時何首烏、熟地同用增強補腎力道，兼顧貧血與修復。
- 自初診起，補陽藥使用上漸漸降低，原因有三：
 - (1) 患者在治療過程中，正氣已漸漸來復，胃納改善，動喘、倦怠皆改善，身體已不須大補陽，反而過多補陽藥易化燥。
 - (2) 患者屬末期腎衰，腎衰進展到第四、五期，鉀離子已偏高，須謹慎使用補陽藥，避免劑量過大造成血管痙攣。
 - (3) 末期腎衰患者若外感，會導致腎功能急遽退化，可能因此須開始洗腎治療，故當患者正氣已來復時，補陽藥需謹慎使用，避免患者感冒而斂邪。

〔後記〕

111/9 月加入克裏美淨，Cr、BUN、鉀離子、磷離子、eGFR 皆進步，但白蛋白降低 (4.2→3.9)。

	Cr	BUN	eGFR	Na	K	Hb
111/8/10	5.2	75	7.8	141	5.2	9.6
111/11/2	4.5	54	10.2		4.5	10.8

**111/9/28 確診心冠肺炎**

輕 = (涕，咽痛，暈，倦)，納可，有尿，無熱。

處方 水煎藥

柴胡 4 錢、桂枝 5 錢、黃芩 5 錢、黃連 1.5 錢、連翹 5 錢、炒杜仲 8 錢、黃耆 18 錢、乾薑 1 錢、蒲公英 5 錢、陳皮 8 錢、砂仁 4 錢。

〔思路分析〕

- 確診故轉為柴胡桂枝湯的加減，清熱藥增加，北耆劑量增加，減去補陽，避免消化太弱故用乾薑 1 錢。

111/10/1 確診後期**處方 水煎藥**

柴胡 4 錢、桂枝 5 錢、黃芩 4 錢、黃連 1.5 錢、連翹 4 錢、當歸 4 錢、炒杜仲 8 錢、黃耆 15 錢、乾薑 1 錢、附子 1 錢、蒲公英 5 錢、陳皮 8 錢、砂仁 4 錢。

〔思路分析〕

- 確診後期，仍以柴胡桂枝湯為底，清熱減掉一點點，慢慢加上當歸與附子，黃耆劑量改回 15。

112/12/27 感冒

	Cr	BUN	eGFR	Na	K	Hb
111/5/17	5.1	72	8.8	141	5.1	10.2
111/11/2	4.5	54	10.2		4.5	10.8
112/3/23	5.65	67	7.3		5.6	8.6
112/10/25	5.8	74	7.4		5.6	11.6
112/12/19	6.52	84	6.2		5.9	7

約兩周多前感冒，遷延不愈，噴嚏鼻水頻 / 吐白痰，水氣。

處方 水煎藥

柴胡 4 錢、桂枝 5 錢、白芍 3 錢、黃芩 4 錢、連翹 4 錢、何首烏 5 錢、炒杜仲 8 錢、黃耆 15 錢、乾薑 1 錢、蒲公英 5 錢、陳皮 8 錢、砂仁 4 錢。

〔思路分析〕

- 兩周前開始出現感冒症狀，初期未改水藥處方，僅加感冒藥粉，但未能抵擋感冒病勢。
- 就診後改成一天兩次水藥加兩包藥粉，感冒症狀才漸漸緩解。



113/1/27 外感併發症

服上方後鼻涕改善，但仍水氣，不眠4日，不能平臥，平臥則喘顯，呼吸濕囉音加重。

西醫診斷肺水腫，服利尿劑/體僵痛，喘滿。

處方水煎藥

柴胡4錢、桂枝5錢、白芍3錢、黃芩4錢、連翹4錢、何首烏5錢、炒杜仲8錢、黃耆15錢、乾薑1錢、蒲公英5錢、陳皮8錢、砂仁4錢、茯苓8錢、澤瀉8錢，3帖。

〔思路分析〕

- 外感後身體爲了應付外來壓力，交感神經興奮，交感-腎上腺髓質軸興奮，中樞神經會減少腦內抑制性神經傳導物質，而形成興奮、激動、失眠的狀態，並會增加納和水液的儲留，同時血管呈現收縮狀態，進一步導致代謝廢物難以排除，而出現少尿、浮腫、動喘，無法平臥，極度疲乏無力、嚴重呼吸困難及持續性咳嗽，肺部聽診濕囉音（crackles），晚間症狀會加重而影響睡眠。
- 中醫屬於邪正相爭、陽亢、水氣凌心，此階段祛邪爲要，須先將肺水腫的水利出來，治以解表疏肝+清熱+加重利濕，用大劑茯苓、澤瀉，注意此時補氣藥劑量需減低，不可用補陽藥，避免交感更加亢進而導致血管痙攣，代謝廢物更難排出。

113/1/31 進步，喘滿減，能眠5小時，納差無食欲

處方水煎藥

柴胡4錢、桂枝5錢、白芍3錢、黃芩4錢、連翹4錢、何首烏5錢、炒杜仲8錢、黃耆10錢、蒲公英4錢、陳皮8錢、砂仁4錢、茯苓5錢、澤瀉5錢，7帖。

〔思路分析〕

- 能眠代表肝疏泄得宜，沒有處在陽亢階段，體內水液不會有滯留的問題。
- 叮囑患者加強營養，機體處在陽亢後正氣被消耗，資源耗盡之耗弱狀態，所有末梢神經，包含消化系統神經亦有損傷，須加強營養。若因納差無食慾，營養補充不足，會直接掉到軸線圖下層，脾腎陽虛狀態。
- 當水腫喘滿漸漸改善後，利濕藥劑量降低，加入補腎藥穩定機體根本。

113/2/7 納增2日，喘滿善

處方水煎藥

柴胡4錢、桂枝5錢、白芍3錢、黃芩4錢、連翹4錢、何首烏5錢、炒杜仲8



錢、黃耆 10 錢、蒲公英 4 錢、陳皮 8 錢、砂仁 4 錢、茯苓 4 錢、澤瀉 5 錢、乾薑 1 錢，28 帖。

〔思路分析〕

- 胃口恢復，喘滿更改善，體內水液滯留狀態改善，利濕藥可再減，慢慢可加入補陽。

〔後記〕

- 經歷一次外感後水氣凌心，腎功能退步非常多，後續經西醫評估，尚未到需要洗腎，但檢驗數值明顯可見腎功能退步。
- 血鉀升高，原無服西藥降鉀，現須加入西藥降鉀藥，否則會有生命危險。

	Cr	BUN	eGFR	Na	K	Hb
111/7/16	5.1	72	8.8	141	5.1	10.2
112/3/23	5.65	67	7.3		5.6	8.6
112/10/25	5.8	74	7.4		5.6	11.6
112/12/19	6.52	84	6.2		5.9	7
113/1/17	6.28	74	6.5		6	7.4
113/2/16	6.55	84	6.2		6.5	9

案 2 / 挽救腎功能

111/3、112/3 斷續調理約 1-3 個月，病患服藥順從度不高。

112/12/6

56 歲男性，右耳鳴 10 年，腸躁，菸齡 30 年（戒菸 3 年），BP145/100，高血壓 2 年 / 服降壓藥，頭脹，咳痰頻，洩泡，小便不暢，渴，眠納可，膚退化斑，便 1/ 食寒多溏，寒熱調節差，食寒熱皆蕁麻疹。

舌質暗紅，下瘀深，脈弦弱。

	Cr	BUN	eGFR	UA
111/2	1.26		63	
112/3	1.27			7.6
112/7	1.19			7.8
113/1	1.08		74	6.7
113/7	1.01	14.7	76	7.5

處方 水煎藥

何首烏 10 錢、炒杜仲 10 錢、黃耆 10 錢、玉桂子 1.5 錢、黃柏 5 錢、蒲公英 4 錢、



丹參 10 錢、柴胡 4 錢、白芍 3 錢、陳皮 8 錢。

〔思路分析〕

患者體質狀態為虛實夾雜，因抽菸 30 年，身體長期處在缺氧狀態，腎臟細胞因長期缺氧缺血故功能下降，又逢男性更年期，體質為腎虛氣虛，舌暗瘀且下瘀深，血瘀嚴重（家族因素），對外界變化調節不好和腸躁，屬肝鬱氣滯。

方中何首烏、炒杜仲柔肝補腎，除了修復腎臟外更是滿足更年期的生理，一併治療高血壓，何首烏和黃耆搭配可柔肝養血補氣，修復腎臟細胞，此處僅用玉桂子而沒有薑附是因體內血瘀重，用薑附補之反而會導致壅補，達不到修復的目的，因血瘀症象重故用丹參一兩，以及黃柏、蒲公英等清熱利濕排出廢物，因肝鬱氣滯，用柴芍疏肝緩肝。

113/1/31 進步，晨口乾，便 1，斑減

同上方。

113/4/19 退化斑改善，舌下瘀仍深

處方 水煎藥

何首烏 10 錢、炒杜仲 10 錢、黃耆 10 錢、玉桂子 1.5 錢、黃柏 5 錢、蒲公英 4 錢、丹參 15 錢、柴胡 4 錢、白芍 3 錢、陳皮 8 錢。

〔思路分析〕

因下瘀深故加重化瘀，腎衰改善中。

113/6/14 下瘀仍深，曾有口腔白斑，眠淺早醒，口乾

處方 水煎藥

何首烏 8 錢、炒杜仲 8 錢、黃耆 10 錢、玉桂子 1.5 錢、黃柏 8 錢、丹參 20 錢、柴胡 4 錢、白芍 3 錢、陳皮 8 錢、乾薑 1 錢。

〔思路分析〕

腎衰已改善，Cr 回到正常值，故去掉蒲公英，加重化瘀劑量。

上方服 2 個月瘀象方有進步。

參考文獻

1. 2022 台灣腎病年報

<https://www.tsn.org.tw/twrds.html>

2. 陳萍和：慢性腎衰竭的中西醫治療。北市中醫會刊，2012；18 卷 1 期，73-79。



3. 蔡信宏、陳建平，《腎衰竭》。台北市：書泉出版社，2009。
4. 中華民國多囊腎腎友協會
<https://adpkdtw.org/>
5. 腎臟病藥物知多少？常見腎臟病藥物簡介
<https://helloyishi.com.tw/urological-health/kidney-disease/eight-common-medications/>
6. 許詠棠、柳硯文、李文欽、黃惠勇、蔡明諺：中醫對於末期腎病變透析患者之現況、挑戰、與運用。中西整合醫學雜誌，2021；21 卷 1 期，12-27。
7. 王豪：慢性腎衰竭的中醫辨證論治。明通醫藥，2022；551 期，22-25。

通訊作者：吳芝萱

聯絡地址：新竹市東區民族路 157 號

聯絡電話：03-5335658

E-mail：chihhsuan0406@gmail.com

受理日期：2024 年 9 月 2 日；接受日期：2024 年 10 月 15 日