

中西醫結合診療急性腎損傷與慢性腎衰竭之臨床策略應用

吳哲豪¹、王美純²、廖炎智³

1. 保惠中醫診所
2. 台灣健康促進資源發展與研究學會
3. 中國鍼灸學會

摘要

2023年台灣衛生福利部公布腎炎、腎病症候群及腎病變為十大死因之第十位，無論急性腎損傷 (Acute Kidney Injury, AKI) 或是慢性腎衰竭 (Chronic Kidney Disease, CKD) 初期症狀不明顯，一旦症狀出現或加重，又沒有很理想的藥物治療，往往最有效的方法是藉由血液透析來延續病人的生命，中藥有許多治療策略來保護腎臟，本文根據急性腎損傷和慢性腎衰竭的病因，透過四診合參及實驗室檢查，進而提升更明確的中西醫結合診療。

關鍵字：急性腎損傷、慢性腎衰竭、中醫治急性腎損傷、
中醫治慢性腎衰竭

通訊作者：吳哲豪

連絡地址：台灣，台北市大安區嘉興街363巷18弄1號

Tel：02-8732-0566

E-Mail：wu66@wu66.com.tw

2024年10月8日受理；2024年12月29日刊載

前言

腎衰竭是指腎臟無法正常工作，導致無法有效地排除體內廢物、無法維持電解質平衡和調節體內液體。腎衰竭大致可分為急性腎損傷（又稱為急性腎衰竭）和慢性腎衰竭（又稱為慢性腎臟病）。不同類型的腎衰竭要根據具體病因進行相對應治療。2023年衛生福利部公布的國人死亡統計「腎炎、腎病症候群及腎病變」死亡率為每十萬人約有24.9人^[4]，在十大死因中排名第十；2008年台灣國家衛生研究院的統計研究台灣慢性腎衰竭盛行率高達11.9%^[7]，以下針對常見的急性腎損傷及慢性腎衰竭的臨床症狀，分項探討中西醫結合診療經驗與策略。

急性腎損傷的定義與類型

急性腎損傷乃是短時間內發生的腎功能突然喪失，初期的急性腎損傷大多無症狀，因此容易被忽略，惡化到中末期的急性腎損傷會出現明顯的尿少、下肢水腫、疲倦、食慾不振、甚至胸悶、呼吸急促，這種狀況如果不加以治療，可能會對身體造成嚴重的影響，甚至

威脅生命；2012年 KDIGO criteria^[6] 的定義為下列任一情況即為急性腎損傷：

1. 48小時內sCr (血中肌酸酐) 升高 ≥ 0.3 mg/dL (≥ 26.5 μ mol/L)；或者
2. sCr 升高 \geq 基線的 1.5 倍，已知或推測在前 7 天內發生；或者
3. 6小時尿量 <0.5 mL/kg/h。

急性腎損傷根據嚴重程度又分成三期：

- Stage1 急性腎損傷：
sCr上升至基準值的1.5至1.9倍；
或sCr在48小時內上升超過0.3 mg/dl；尿量小於每小時每公斤0.5ml持續達6-12小時。
- Stage2 急性腎損傷：
sCr上升至基準值的2-2.9倍；尿量小於每小時每公斤0.5ml持續大於12小時。
- Stage3 急性腎損傷：
sCr上升至基準值的3倍以上；
sCr上升至超過4mg/dl以上；或接受腎臟替代治療；尿量小於每小時每公斤0.3ml持續達24小時；或無尿狀態持續達12小時。

可以根據病因分為三種類型急性腎損傷：

1. 腎前性急性腎損傷 (Prerenal acute kidney injury)：

- 原因：血液流入腎臟的量減少，導致腎臟無法正常過濾血液。
- 常見原因：嚴重脫水或大量失血、心臟功能不受損（充血性心臟衰竭、急性心肌梗塞、大量肺栓塞）、全身血管舒張（肝硬化、菌血症、過敏反應）…等。

2. 腎性急性腎損傷 (Intrinsic acute kidney injury) :

- 原因：腎臟內部結構受損，無法正常工作。
- 常見原因：腎小管壞死、腎小球腎炎、腎血管狹窄或栓塞、藥物毒性（抗生素、抗腫瘤藥、顯影劑、有機溶劑、麻醉藥、重金屬）、感染或自體免疫疾病…等。

3. 腎後性急性腎損傷 (Post-renal acute kidney injury) :

- 原因：尿液排出受阻，導致腎臟壓力增加，並最終損害腎功能。
- 常見原因：腎結石、前列腺肥大、膀胱癌、攝護腺癌、子宮頸癌、尿道阻塞…等。

中西醫結合診療各類型腎損傷之臨床策略與應用

臨床常見的腎損傷有創傷性腎損傷、心血管性腎損傷、肝性腎損傷、感染性腎損傷、免疫性腎損傷、藥物性腎損傷、腎後性腎損傷，茲就左列各類型腎損傷於中西醫結合診療之經驗與臨床策略應用，進行分項探討。

一、創傷性腎損傷

骨折、手術或是車禍意外導致大量脂肪、肌蛋白質大量釋放到血液中，進入腎臟循環系統，致使創傷性腎損傷，導致肌酸酐大量上升，或是寡尿無尿的緊急狀態；除了治療或手術創傷的臟器之外，腎臟的部分可能會要進行緊急透過血液透析 (Hemodialysis) 方式，把血液中過多的代謝物質、水和電解質盡速排出體外，減少腎臟不可逆的大面積的損傷。

中醫診療初期以瘀熱證的方向思考，以清熱解毒、活血化瘀的方藥為主，快速降低發炎反應所產生的發炎細胞及滲出液，並快速清除、溶解大量代謝廢物排出體外，方用乳沒四物湯為主、加重乳香、沒藥、當歸、丹蔘、赤芍…等，並



重用清熱解藥快速消腫退熱，如：黃芩、黃連、黃柏、青蒿、知母、地骨皮…等，再加上淡滲利濕藥茯苓、豬苓、澤瀉來消除體內過多水份儲留，及通腑瀉熱藥大黃、卜硝、火麻仁，維持一天大便3-4次以上，透過解便的方式，排除大量的代謝廢物、水分及電解質，以快速讓腎臟休息並且增加修復腎臟的功能。

若患處(如：骨折、縫合的外傷傷口…)紅腫熱痛大消之後，血中尿素氮或血中肌酸酐停滯不再進步，此時期進入了陰虛火旺兼有血虛、氣虛，方用知柏地黃湯、地骨皮飲或通經方為主，並開始快速增加補氣藥或補血藥，如當歸、何首烏、菟絲子、熟地黃、生地黃、黃耆、黨蔘，以增加患處肌肉生長、血管新生、淋巴接通的速度外，更是提高腎臟血管的修復力，加速血管或腎臟細胞生長因子活化，以促進腎功能的啟動，將血中尿素氮及血中肌酸酐排出體外的效率。

治療一段時間，創傷或骨折部位仍舊無法消腫，觸之冰涼而無明顯紅腫熱，此時進入了腎陽虛，需大補腎陽，方用右歸飲、濟生腎氣丸，除了加重茯苓、豬苓、澤瀉之

外、更需要重用乾薑、附子、玉桂子，原則上補腎陽藥加重一兩，清熱藥加三錢，以及增加骨髓幹細胞的分泌，促使骨漿分泌、啟動造血功能的龜板、鹿茸、人參、川七，並要維持每天大便溏三次以上；鼓勵患者務必營養加強及運動復健；若血中白蛋白低者，可以加重白果、山藥、薏仁、蓮子、扁豆以增加腸胃道吸收蛋白質的效能，並使體內產生大量的白蛋白，以消除體內過多的水份；亦可考慮加鹿茸，此時務必要用細鹿茸，先由一錢慢慢地加，對於改善腎功能排除血中肌酸酐效能，經過了一個多月之後，血中肌酸酐進步遲滯之下，再加入五分細鹿茸，最多總量加到三錢，否則量大容易導致膀胱括約肌收縮太緊、攝護腺傾向肥大而小便困難，若患者小便困難，除了加重茯苓、澤瀉、豬苓之外，亦要加重黃柏、龍膽草，及適量地大黃，以緩解骨盆腔的壓力^[1]。

二、心血管性腎損傷

嚴重脫水、大量失血、低血壓或心臟功能不全，血液流入腎臟的量減少，導致腎臟無法正常過濾血液，除了輸血，輸液治療之外，必須緊急血液透析減少腎臟的損傷，

血氧太低要給予氣喘插管，並且安裝鼻胃管維持患者的養份，直到病況穩定。

心血管性腎損傷屬於氣虛血瘀證，方用活血化瘀兼補氣的方劑，如：補陽還五湯、血府逐瘀湯…等，重用當歸、川芎、赤芍、桃仁、紅花、川七…等，活血化瘀而生新血、破血或行血，溶解血栓並打通心臟血管跟腎臟血管的梗塞，並加重黃耆、人參來補氣，快速活化心臟及腎臟機能、並刺激骨髓幹細胞以增加造血功能；雙下肢水腫甚，重用茯苓、豬苓、澤瀉、蒼朮、白朮等淡滲利濕藥。

若肺積水嚴重喘息抬肩、倚息不得臥，頸動脈怒張之時，要加重麻黃、黃芩、茯苓、豬苓、澤瀉、防己、葶歷子…等，橫膈膜下降不良，可加重半夏以辛開散結、化痰消痞和止嘔，促使胸腹部的體液透過淋巴管、血管循環對流以降低肺積水；此外，管灌餵食導致營養不良，白蛋白低下之外，可以加重補脾胃的山藥、山楂、白果、薏仁、芡實、蓮子…等，來增加腸胃血管的吸收，增加血中白蛋白的產生，也務必重用大黃、卜硝來維持大便溏每天三次以上降低腹部壓力，並減少腎臟排出代謝廢物的負擔。

脫離了呼吸器，由加護病房轉到普通病房，進入穩定期之時，可自行飲食，進行復健的狀態，若心臟功能比較差，依舊以補陽還五湯補氣活血化瘀為主方，淡滲利濕藥為輔；若腎臟功能較差者，可以考慮以五苓散腎炎方[註]、濟生腎氣丸或右歸飲為主方，佐以活血化瘀藥。

註：五苓散腎炎方組成：豬苓五錢、茯苓五錢、蒼朮五錢、澤瀉五錢、玉桂子五錢、乾薑三錢、附子三錢、黃柏三錢、當歸二錢、黃耆一兩。

三、肝性腎損傷

因急性肝炎、肝硬化或肝腫瘤…等，肝臟疾病引起的患者呈現皮膚蠟黃、眼白發黃、疲倦、低血壓、心跳加快、腹水腹脹想吐，納差，大便難以及雙下肢水腫、尿少之現象；肝性腎損傷乃因腹水、多處靜脈屈張導致的內源性血管擴張，減少腎臟灌注，引發血中尿素氮、血中肌酸酐升高，尿量減少之急性腎損傷，西醫初期只能透過利尿劑及白蛋白針劑來緩解症狀，若症狀未獲改善，就是屬於肝腎綜合症 (hepatorenal syndrome, HRS)。

嚴重的肝腎綜合症類似《金匱



要略·黃疸病脈證並治》中所提到黑疸的範疇，「黃家，日晡所發熱，而反惡寒，此為女勞得之，膀胱急，少腹滿，身盡黃，額上黑，足下熱，因作黑疸，其腹脹如水狀，大便必黑，時澹，此女勞之病，非水也，腹滿者難治，硝石礬石散主之。」「酒疸下之，久久為黑疸，目青面黑，心中如噉蒜齏狀，大便正黑，皮膚爪之不仁，其脈浮弱，雖黑微黃，故知之。」此時，要盡速安排血液透析及洗肝來保護肝、腎、腦細胞功能以免受損。常見的洗肝方式是透過血漿置換術 (Plasma Exchange) 或是分子吸附再循環系統 (Molecular Adsorbents Recirculating System, MARS)，然而洗肝治療只能暫時替代肝臟的解毒功能而已，在短期間內降低病人血中的肝毒素，爭取患者等待換肝的時間，但是無法幫助解決其他肝臟功能喪失的問題，如果病人的肝臟沒能快速再生，或是藉由換肝回復肝臟功能，持續洗肝下去，最終仍無法維持生命^[2]。

若尚不需要洗腎或洗肝之肝腎綜合症，有明顯表證如：發燒、身重痛、皮膚發癢明顯，伴隨黃疸或水腫甚，可以引用《傷寒論》所提到的條文：「傷寒身黃發熱者，麻黃連翹赤小豆湯主之」，但

劑量要大。如無明顯表證，如：猛爆型肝炎、急性肝炎引發的腎衰竭，或是肝癌化療、栓塞治療過程所引發的急性腎損傷，初期考慮瘀熱證兼有水蓄方向，方用大柴胡湯加重丹蔘、赤芍、三稜、莪朮、茯苓、豬苓、澤瀉及蒼朮；肝發炎指數GOT、GPT過高或是腫瘤指數AFP、CEA過高時，先加重黃芩、黃連、黃柏、大青葉、板藍根、蒲公英；黃疸指數 Bilirubin 高時，加重大黃、卜硝、梔子、龍膽草、茵陳蒿、雞內金維持大便澹一天3-4次以上，將腹腔中過多的代謝廢物及滯留體內的腹水，快速透過大便快速地排出體外，減少腹水及雙下肢水腫的可能；並且適量地加重乾薑、附子、玉桂子、人參、川七，以維持肝臟血流量，修復肝細胞壞死，啟動肝細胞生長因子，亦可考慮加入柔肝補血藥，改善肝纖維化及肝硬化如：當歸、白芍、地黃、何首烏、枸杞子、女貞子、旱蓮草…等；血糖高者可加重生石膏、黃連、桑白皮、勿加入任何的甘草、紅棗；納差可加重山藥、山楂、萊服子、神曲、麥芽；白蛋白低時，以白果、大金英、小金英、山藥、蓮子、薏仁、芡實來代替米飯食用。

四、感染性腎損傷

若是突然來一個感冒後，導致腎臟損傷、四肢浮腫，少尿、寡尿，屬於《金匱要略·水氣病脈證并治》所說之的「風水」；初期表證明顯可以用葛根湯、陽旦湯、麻黃湯或小柴胡湯…等，若發燒身重痛甚者，可加重清熱解毒藥，如：黃芩、黃連、黃柏、忍冬藤、丁豎朽，以及加重淡滲利濕藥，如：茯苓、豬苓、澤瀉、白朮、蒼朮，除此之外，急性期皆要考慮排便順暢的治療策略，來快速退燒，因此，適量加入通腑瀉熱藥，如：大黃、芒硝、麻子仁…等，維持每天大便溏一天3-4次，透過排便的過程，將過多的代謝物質與水排出體外，以降低身體水腫的情形。

若是泌尿系統感染則屬於中醫「淋證」的範疇，例如：攝護腺發炎、尿道炎、膀胱炎…等，小便頻數，尿黃灼熱痛、嚴重導致尿血、尿蛋白、甚至急性腎損傷，中醫屬於膀胱濕熱證。濕熱下注，方用龍膽瀉肝湯、梔子柏皮湯、五淋散、八正散為主，要重用龍膽草、黃柏、忍冬藤、丁豎朽、蒲公英來清熱下焦濕熱；若是肺外結核導致泌尿道感染，方要用知柏地黃湯、地骨皮飲為主，加重黃柏、清蒿、知母、地骨皮養陰退熱，以及活血化

瘀藥如：赤芍、牡丹皮、乳香、沒藥…等；若是小便困難，在醫院就會進行導尿，中醫屬於“癃閉”，重用淡滲利濕藥。

五、免疫性腎損傷

常見的免疫系統腎損傷有：系統性紅斑狼瘡 (Systemic Lupus Erythematosus, SLE)、腎小管間質性腎炎 (Tubulointerstitial nephritis)、抗磷脂抗體綜合症 (Antiphospholipid syndrome)、IgA腎病 (IgA nephropathy)、類脂質腎病 Lipid nephrosis (=Minimal change disease)、膜性腎絲球病變 (Membranous glomerulonephritis, MGN)、古柏氏症候群 (Goodpasture syndrome)…等，患者抽血發現抗體為陽性，自體免疫系統異常導致自我攻擊腎小管、腎小球或腎間質，以致出現血尿或蛋白尿、少尿不等之腎損傷，初級急性損傷，久病更是進入慢性腎衰竭。西醫往往會給予利尿劑、奎寧、類固醇、免疫抑制劑來治療免疫性腎損傷，中醫初期介入可以先停用西藥利尿劑，減少腎臟過於負荷，改重用中藥淡滲利濕方劑來取西藥代替利尿劑，不僅效果比西醫好，更能保護腎臟免於過度負荷；至於患者長期服用類固醇或免疫抑制劑，絕對不可以馬上請患者



停下來，初期中醫治療還是以表風熱來治療，方用：五苓散原方、葛根湯、麻黃湯、小青龍湯等…等，加重黃柏、黃芩、黃連、茯苓、豬苓、澤瀉為主，納差時少或白蛋白偏低者，可以加重山藥、山楂、蓮子、薏仁、芡實；若血中尿素氮或血中肌酸酐、尿中白蛋白有明顯改善，就可以開始減少類固醇或免疫抑制劑的劑量，以半顆劑量為單位，慢慢快速度地減少，切勿貿然停服類固醇，導致身體反彈性發炎，甚至加重肋膜積水、雙腳水腫的風險；亦可請腎臟科醫師決定減量，當發現血中尿素氮或血中肌酸酐明顯進步，尿中白蛋白下降，西醫也會自動降低西藥的劑量，直到西藥全部停止服用為止，中藥才可以慢慢減量。

當腎功能進展一段時間又停住了，血中尿素氮或血中肌酸酐、尿蛋白又沒有明顯下降，就要考慮久病入腎，水蓄兼有陽虛，就要開始加重乾薑、附子、玉桂子等補腎陽藥，一兩的補腎陽藥要搭配三錢的黃柏避免陽亢，補腎陽藥能促進腎血流，加速腎絲球及腎小管的修護，啟動腎臟的幹細胞活化再生，等穩定下降之後，再慢慢地戒停西藥類固醇跟免疫抑制劑的使用。

六、藥物性腎損傷

根據國家衛生研究院出版的《避免腎損傷用藥安全手冊》一書當中提到，引起腎損傷之藥品如下：止痛藥、顯影劑、利尿劑；降血壓藥；降尿酸藥 allopurinol、抗血栓藥如：clopidogrel, ticlopidine；抗腫瘤藥；免疫調節劑如：Methotrexate, Cyclophosphamide, cyclosporine, tacrolimus；治療骨質疏鬆的雙磷酸鹽 (bisphosphonates)、胃酸抑制劑如 proton pump inhibitors 類及 H2 receptor antagonists、抗癲癇藥如 phenytoin、抗精神病藥如鋰鹽 (lithium)、感染症用藥物如：抗生素、抗病毒藥及抗結核病藥；大腸鏡檢查前的口服磷酸鈉瀉劑 (oral sodium phosphate)；降腦壓的甘露醇 (Mannitol)^[3]。

藥物性腎衰竭初期屬於表濕熱證，可以用原方五苓散、梔子柏皮湯、龍膽瀉肝湯等，加重麻黃、黃柏、黃芩、忍冬藤、丁豎朽、茯苓、豬苓、澤瀉…等，若血中尿素氮或血中肌酸酐快速下降到正常，此方就可以繼續服用；若服用一段時間後，血中尿素氮或血中肌酸酐仍居高不下，就要考慮是開始出現腎陽虛兼有寒瘀，原方可以加重黃耆；乾薑、附子、玉桂子，一方面啟動腎臟內分泌功能，一方面讓破

壞的腎絲球慢慢恢復，以增加血中尿素氮或血中肌酸酐的排出；或是改成五苓散腎炎方、濟生腎氣丸或右歸丸加減。

七、腎後性腎損傷

尿路結石，嚴重者結石卡住，輸尿管痙攣嚴重，一下子尿不出來，會造成腎水腫，嚴重患者會導致急性腎損傷。結石一滑動可能會刮傷輸尿管內皮、或尿道內皮導致痙攣、血尿，患者疼痛不已，西醫會給予止痛消炎藥及止血藥，並且利用體外碎石震波術 (ESWL, Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy)、經皮腎臟造瘻取石手術 (PCNL, Percutaneous Nephrolithotomy) 或逆行性腎臟內視鏡手術 (RIRS, Retrograde Intrarenal Surgery)，術後三天內可能會有暫時性血尿以及碎石沖刷下來，導致輸尿管痙攣疼痛。

中醫治療以五苓散結石方 [註] 最為有效，重用茯苓、澤瀉、黃柏，加理氣止痛藥元胡、木香，使輸尿管不痙攣，可放鬆，減輕疼痛，當歸除了放鬆平滑肌有止痛效果之外，還可以令平滑肌充血以加速修復輸尿管內皮損傷細胞，快速恢復輸尿管蠕動功能，並以加入少量肉桂或玉桂子以增加結石的

排除，可以針灸歸來、水道、內關、太衝、三陰交以鬆解輸尿管的痙攣；若血尿明顯加重川七、乳香、沒藥、黃柏、藕節、側柏葉，並且適量加入大黃降低腹壓，維持一天大便溏三次，並要求患者每天務必多多補充水分，尤其流汗多、天氣炎熱的時節，解尿顏色深黃時，就要盡速補充水份，直到尿液趨近於透明顏色為佳。

註：五苓散 (結石方) 組成如下：豬苓五錢、茯苓五錢、蒼朮五錢、澤瀉一兩、玉桂子二錢、當歸八錢、元胡三錢、木香三錢、黃柏三錢、甘草三錢。

另外，攝護腺肥大 (Benign Prostatic Hyperplasia, BPH) 導致的腎後腎損傷的機制主要是通過尿路阻塞，隨著攝護腺的增大，它可能壓迫尿道，導致尿流受阻，這種阻塞使得膀胱需要更大力氣來排尿，可能導致膀胱肥厚，長期的膀胱過度緊張和肥厚可能導致膀胱的排空能力下降，進一步加重尿路阻塞。當膀胱無法完全排空時，尿液可能回流至腎臟，造成腎積水，久而久之尿液無法排空，形成了急性腎損傷，西藥治療策略是放鬆攝護腺及膀胱尿道的肌肉放鬆，例如：Doxazosin, Tamsulosin；或是抑制睪固酮來減少攝護腺增生的藥，例



如：Finasteride, Dutasteride。

攝護腺肥大導致的急性腎損傷，中醫屬於「癃閉」範疇，初期攝護腺導致的腎後腎損傷，小腹脹滿痛甚，小便不利可以配合西醫先用導尿管處理，中藥以瘀熱兼有水蓄的方藥為主，方用乳沒四物湯、龍膽瀉肝湯加五苓散，加重黃柏、當歸、丹蔘、乳香、沒藥、龍眼核、荔枝核；小腹痛甚加重理氣藥元胡、木香、川棟子…等，伴隨有便秘現象，可以適量的加大黃以減輕骨盆腔瘀血症；

若小腹脹滿痛已緩解，然而腎功能不再進步，血中尿素氮或血中肌酸酐不再下降，屬於氣虛血虛的階段，甚至進入陽虛階段，原處方可以加重黃耆、乾薑、附子、玉桂子或改成補中益氣湯、濟生腎氣丸、五苓散腎炎方或右歸飲為主，以提升腎臟血流循環，並強化膀胱跟骨盆周邊肌肉的強度。若是泌尿道腫瘤，例如：腎細胞癌、膀胱癌、攝護腺癌…等；或婦科腫瘤，例如：子宮頸癌、子宮內膜癌…等，導致的腎後急性腎損傷，未經過化、放療之前，初期皆屬於大熱症，瘀熱症的方向治療，不可以貿然重藥補氣血藥，若有化放療治療，搭配血檢，再根據不同證型，隨證治之。

中西醫結合診療慢性腎衰竭

慢性腎衰竭是指腎臟功能在數月或數年內逐漸減退，最終導致腎臟無法有效執行其基本功能，如排除體內廢物、維持電解質及體液平衡及生成激素…等。慢性腎衰竭通常是一個逐步惡化的過程，並且不會有明顯的早期症狀，直到腎功能已經顯著下降。慢性腎衰竭的定義^[5]為病人有下列表現持續三個月以上，即可診斷為慢性腎衰竭：

1. 腎絲球過濾率 (glomerular filtration rate, GFR) 低於60 ml/min/1.73m²。
2. 尿液出現微白蛋白尿，定義為白蛋白與血清肌酸酐比值(albumin-creatinine ratio, ACR)≥ 30 mg/g(≥ 3 mg/mmol)。
3. 尿液檢查出現異常沉積物。
4. 影像學顯示有構造異常。
5. 腎臟有組織學異常。
6. 腎小管疾病所造成的電解質及其他異常。
7. 有腎臟移植病史。

常見的慢性腎衰竭的原因包括：高血壓、糖尿病、遺傳疾病，如多囊腎病、自免疫疾病或慢性腎炎…等，久病導致慢性腎衰竭。西醫治療目標是減緩腎功能進一步惡化，控制相關病情及飲食，以減



少進入末期階段血液透析或腎臟移植的機率。

長期高血壓導致慢性腎衰竭的機制，主要因高血壓會增加腎小球的過濾壓，這會導致腎小球的動靜脈結構性損傷，甚至導致腎臟血管的硬化，久而腎臟的纖維化過程會加劇，減少血流供應亦可能影響到腎小管的血流量減少，影響其對電解質和水的重吸收，導致腎功能下降。若是本態性高血壓，遺傳型高血壓患者，屬於陽越兼有水蓄，方用健瓠湯、加重黃芩、黃連、黃柏、牡丹皮、赤芍、茯苓、澤瀉、豬…等；血管硬化明顯的患者，可以考慮活血化瘀氣虛兼有水蓄，方用補陽還五湯加方、加重黃耆、當歸、川芎、銀杏葉、牡丹皮、赤芍、川七、茯苓、澤瀉、豬苓為主；若患者情志不舒，失眠嚴重者，易怒型屬於陽亢，可以加重疏肝理氣、重鎮安神藥，丹梔逍遙散、柴胡加龍骨牡蠣湯；若是憂鬱型屬於臟躁，可以加重甘草、龍眼乾、紅棗，或用甘麥大棗湯、半夏厚朴湯或用半夏天麻白朮湯、或桂枝加龍骨牡蠣湯…等。

糖尿病控制不佳導致的慢性腎衰竭，主要機制是通過高血糖對腎臟內微血管的損害，使腎小球的過濾率增加，而導致腎小球的壓力上

升，最終造成小球的動靜脈結構性改變，並且影響電解質和水的重吸收異常，進一步損害腎功能。此外，糖尿病控制不佳患者會引發全身性炎症反應，導致腎組織反覆發炎而纖維化，以至於腎臟功能逐漸下降。久病入腎，嚴重慢性腎衰竭之糖尿病患者，通常血糖會正常，尿素氮、肌苷酸會增高，這時候需要用五苓散腎炎方加重茯苓、豬苓、澤瀉、川七、石膏、桑白皮…等來大補腎陽為主，以修復損傷的腎絲球與腎小管；若血糖高者，可以加重石膏、桑白皮、黃連，並將西藥降血糖的藥減量，以減少腎臟的負擔；若伴隨有咳喘甚、呼吸急促，倚息不得臥、肋膜積水現象，方用大柴苓湯、加重麻黃、黃芩、葶歷子、防己、乾薑、附子、玉桂子；咳喘及呼吸短加半夏、柴胡、麻黃，少量的麻黃有利於胸腔利水，抑制氣管粘膜水腫；若小便黃，口乾、口臭嚴重、大便秘結，可以加重黃連、龍膽草、忍冬藤、丁豎朽、梔子、車前葉，並加重大黃、卜硝、火麻仁，維持每天大便秘3-4次以上；若蛋白尿嚴重屬於氣虛，則要加重黃耆、白果、人參、薏仁、芡實、蓮子，來維持血中白蛋白的濃度；少量的麻黃有利於胸腔不積液，與氣管粘膜水腫或



呼吸受抑制。

中後期慢性腎衰竭往往需要長期注射促進紅血球生成素 (Erythropoietin, EPO) 才能穩定造血功能，長期輸血或打針導致骨髓乾枯，無法自我啟動幹細胞造血功能，此時務必要加重人參、黃耆、乾薑、附子、玉桂子、細鹿茸；尿酸高者可以加重龍膽草、梔子。若有血中高血磷或高血鉀者，可以加生牡蠣、生石膏或是大黃；若血中低血鈉，請患者務必加強補充鹽分，不可以吃太清淡，導致電解質失衡。

謝誌

謹此要特別感謝我的恩師育生中醫診所院長李政育老師、中國鍼灸學會名譽理事長廖炎智老師以及台灣健康促進資源發展與研究學會理事長王美純教授，感謝您們在整個研究過程中給予個人無私的指導和支持，並且分享與傳承您們的專業知識和寶貴建議，幫助我拓展中西醫的視野，學生萬分感謝。

參考文獻：

1. 李政育編著，發現尿毒莫驚慌，新北市元氣齋出版社，2016年：53
2. 邱玉珍. (2018.October.15). 洗肝

搶生機！<https://www.liver.org.tw/journalView.php?cat=59&sid=727&page=2>

3. 熊昭等，避免腎損傷用藥安全手冊，財團法人國家衛生研究院，2018年：33-156
4. 衛生福利部統計處.112年國人死因統計結果. <https://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-5069-113-xCategory112.html>
5. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int suppl* 2013; 3:1-150.
6. Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury. *Kidney Int Suppl.* 2012; 2:1-138.
8. Wen CP, Cheng TY, Tsai MK, Chang YC, Chan HT, Tsai SP, Chiang PH, Hsu CC, Sung PK, Hsu YH, Wen SF. All-cause mortality attributable to chronic kidney disease: a prospective cohort study based on 462 293 adults in Taiwan. *Lancet.* 2008 Jun 28; 371(9631):2173-82.



Application of clinical strategies in the diagnosis and treatment of acute kidney injury and chronic kidney disease with integrated traditional Chinese and western medicine

Wu, Che-Hao¹; Wang, Mei-Chuen²; Liao, Yan-Chih³

1. Comforter Chinese Medicine Clinic

2. Taiwan Health Promotion Resource Development and Research Society

3. The Chinese Acupuncture and Moxibustion Society

Abstract

In 2023, the Ministry of Health and Welfare in Taiwan announced that nephritis, nephropathy syndrome, and kidney disease ranked as the tenth leading cause of death. Both acute kidney injury (AKI) and chronic kidney disease (CKD) often have subtle initial symptoms. Once symptoms appear or worsen, and with limited effective pharmacological treatments available, the most effective method to prolong patients' lives is often through hemodialysis. Traditional Chinese medicine offers various treatment strategies to protect the kidneys. This article aims to enhance a clearer integration of traditional and Western medicine by analyzing the causes of acute kidney injury and chronic kidney disease through the four diagnostic methods and laboratory examinations.

Key Words:

acute kidney injury, chronic kidney disease, treatment of acute kidney injury with traditional Chinese medicine, treatment of chronic kidney disease with traditional Chinese medicine

Authors : Wu, Che-Hao

Address : No. 1, Aly. 18, Ln. 363, Jiaying St., Da'an Dist., Taipei City 106035, Taiwan (R.O.C.)

Tel : 886-2-8732-0566

E-Mail : wu66@wu66.com.tw

Received : 2024.10.8; Published : 2024.12.29