

DOI: 10.6528/CAMS.2015.0001

長期慢性免疫疾病致萎縮性腎衰竭（尿毒）中西醫結合治療淺介

李政育¹、吳哲豪^{2,3}、柯中龍³

羅瑞陽³、張文淮³、羅晉專³、陳俐蓉³、黃景宏³、陳怡蓉³、爐水林³
廖炎智⁴

1. 育生中醫診所
2. 育生中醫診所、遼寧中醫藥大學博士生
3. 遼寧中醫藥大學碩、博士研究生
4. 三軍總醫院核子醫學部

摘要

長期慢性免疫疾病（例如：紅斑性狼瘡、免疫性腎炎等……）引發萎縮性腎衰竭，以目前西醫的治療，僅能長期服用免疫抑制劑、類固醇、奎寧等……來抑制免疫疾病。腎臟功能只能定期血檢追蹤其惡化狀況，末期僅能靠洗腎來處理。不管是藥物的副作用或是洗腎，給病人帶來莫大的壓力與副作用。中醫治療相對的細膩且無副作用。中醫治療需分多種證型：若各種血液檢查指數偏高者，屬於瘀熱症、瘀血症，可用活血化瘀而涼血、破血的方劑；若長期服用類固醇或免疫抑制劑，伴隨體力差、臉色蒼白，屬於氣虛、陽虛症，可用補氣補陽方劑；若血小板偏低形成紫斑症，女性偏向血虛以養肝血方劑如育生聖愈湯加方、男性偏向大補腎陽，以右歸飲加方為主；若各種血象偏低，進入骨髓乾枯者屬於腎陽虛，宜用大補腎陽方劑為主；若水腫嚴重，屬於水蓄寒濕症者，可用淡滲利濕方劑如五苓散（腎炎方）為主；上述為常見的中醫辨證論治下之中西醫結合治療慢性免疫性萎縮性腎衰竭的証型，供中西醫同道臨床參考。

關鍵字：中西醫治腎衰竭、免疫性腎衰竭、藥物性腎衰竭、萎縮性腎衰竭

通訊作者：李政育

連絡地址：台北市大安區羅斯福路三段261號4樓

Tel：02-2367-0436

E-Mail：chenyr.lee@msa.hinet.net

2015年08月02日受理；2015年12月27日刊載



常見的萎縮型腎衰竭，皆因有各種慢性疾病，日久引發腎動脈或腎內血管的狹窄、萎縮、或筋攣，導致腎細胞慢慢的因缺血而縮小，形成萎縮型的慢性腎衰竭……尿毒，最嚴重的會完全無尿，如無獲得血液透析、或腹膜透析以維持生命功能，往往二三週後全身水腫、或腦水腫而昏睡中去世^[1]。或胸肋、心包囊的積液，在喘息、倚息、不得臥，坐著以物墊於前額的睡覺，吸短，足、胸腔水腫，而於俯頸無力以抬之下去世。

腎萎縮的尿毒，皆慢慢發生的，如在腎尚未完全萎縮到尿未完全解不出來的情形，能獲得會醫治這些慢性疾病的中西醫師搭配聯手治療，尚可在一方面延緩惡化速度，一方面尚能令腎細胞慢慢因增加供血而改善腎的體內循環，一方面能啟動腎本體的幹細胞活化，或週邊器官的幹細胞的移置並自我轉殖為新生腎細胞；或誘導週邊血幹細胞的找家，返歸腎臟，修復並新生腎細胞；並令骨髓胚幹細胞大量釋放進入週邊血，並予返歸腎臟，以修復並新生腎細胞。

縱然已經利用血液透析而完全無尿了，尚可利用中醫藥的慢慢少量的服用，讓腎細胞新生，經一、

二週的服藥，由偶而一週有一次的自尿出10或20西西的尿，慢慢的會有一週二、三次的20到30西西的尿，慢慢的就增加到天天皆有20、30西西的尿，然後增加量到經50、100……的正常排尿，只是在這種中西醫結合過程治療時，尿毒血液透析醫師，必須每次透析前先作血檢、BUN、CR的濃度，並逐漸減少透析時間與量，不能因健保給付關係，而三個月才驗一次血，也不能因服用中藥會抑制BUN、CR的產生量，且會經由呼吸與汗增加水份的排泄，或自膀胱排尿多後，因不會重新計算透析時間而過度透析，影響病患的健康品質而反對病患服食中藥，當然，其所找的中醫師必須要會醫治這種慢性腎衰竭的才行，包括營養的配合、水份攝取的配合、體重控制的配合、慢性病的治療的配合、並對E. P. O. 或輸血的用藥配合，隨時建議病患要血檢Hb、BUN、CR、T. PRO、Na、K、P、Mg、Fe，以及其他的plt、AP、APTT甚至於如係免疫性腎衰竭，尚須隨時注意ANA、ANTI-DS-DNA、CRP、ESR、RA、D-DIMER、Anti-Scl-70、ANTI-CARDIOLIPIN、……，的判讀而隨時調中藥，以及建議免疫風濕科醫師與腎臟血液透析中心與





醫師的配合透析時間的控制。

如係腹膜透析的，因自己在家進行，可以每隔固定時間，例如初期三天，慢慢的較清楚中藥進展，並隨著尿量的增加，而改為七天、或二三週、或一月再血檢一次，並自行與腎臟科醫師商討，當尿量開始增多時的初期，因係又進入新的脫水期，初期排除BUN、CR的量，與自己排尿的量，尚不能成比例，此時應如何調整腹膜透析用藥量，等自己排尿可完全將BUN、CR代謝出體外，腎臟完全恢復正常了，才完全停止腹膜透析，但仍暫勿將內置管線取去，再觀察個半年一年以上，甚或再經過二三次外感而未再發作腎衰竭，才將內置透析管取去[2]。

平時如遇知識水準較高，自我清潔照護佳的病患，一旦有慢性萎縮型腎衰竭的病人，在徵詢透析方式時，我會建議他們作腹膜透析，因為腹膜透析病人在服中藥治療萎縮型腎衰竭時，其腎臟泌尿與排毒能力的恢復速度極快，甚至於我曾有病患在服中藥一二個月，就一天有1500到2000西西的排尿量。意即，在已經作透析的病人中，腹膜透析的病人，其腎細胞再生能力極快。

至于萎縮型慢性腎衰竭的病人，除非不喜服中藥，否則縱然已到BUN 100以上、CR 10以上，Hb在7或8以下，尚可或一方面輸血或注射E. P. O.，一方面服用中藥，很快速度將腎細胞再度活化，而Hb快速升到超過9或10以上，而BUN與CR也慢慢降低到不到進入腎衰竭，頂多可稱為高氮質血症的狀態，例如BUN可能在20到30之間，CR在1.5到2或3之間徘徊，如有耐心服藥，仍可完全緩解到正常的，並且將原有的慢性疾病徹底緩解的。當然，這是必須要病患喜服中藥，並經濟條件佳才行，因為目前健保只要Hb超過9或10以上就不再支付E. P. O.，或輸血的費用，但縱然Hb已超過9或10以上，也不能突然立即予中斷完全不予輸注，因為長期慢性病，易形成病患骨髓乾枯，雖然服中藥後，短時間透過週邊血的返歸腎臟，並快速釋放E. P. O.，但乾枯的骨髓要回滲到相當紮實與飽滿，達到完全自我滿足人體的正常Hb，尚須一段長時間，所以當一旦發現E. P. O.、或輸血停止後，Hb立即下降，如無續予輸注，極快的BUN、CR就又会高起，並因胃納差而影響生活品質與健康品質，所以依我的看法，最好是輸注量到時間

間隔慢慢減少或拉長，較不會影響骨髓回滲，與腎臟的再生功能。

當然，E. P. O. 不只能令骨髓多分泌形成Hb、RBC、WBC、plt、…的成份，尚可令週邊血幹細胞自我活化，就因可令週邊血幹細胞自我活化並自我複製，所以很容易導致週邊血癌幹細胞的自我複製，如係癌症病患病程已久，導致的尿毒，對於E. P. O. 的輸注就應謹慎小心，並且可慮隨時追蹤各種腫瘤標幟，與腫瘤的影響檢查，避免腫瘤的復發或第二種癌症的產生，以及癌症的轉移。所以因惡性腫瘤引發慢性腎臟萎縮的病患，中醫師在處方時，亦應將癌幹細胞的自我「克隆」的抑制考慮進去，雖然所加入的抑制週邊血癌幹細胞的中藥，會影響到週邊血幹細胞與骨髓胚幹細胞的釋放與分化的速度，但至少可以維持週邊血幹細胞的良性率，與骨髓胚幹細胞的良性率增加，只是釋放的量或分化速度慢些，吾人以為寧可慢些，也不要讓癌症復發、或轉移、或新生。

平常所常見的慢性萎縮性腎衰竭，試列於下，包括其治法，請中西醫同道作臨床參考：

有關長期急慢性免疫疾病，導致腎動脈、腎臟內微細動靜脈狹

窄、發炎、阻塞所致之萎縮性慢性腎衰竭，可分六種情形來討論治法：

1. 體力佳，高血壓而ANA、ANTI-DS-DNA、ANTI-CARDIOLIPIN、CRP、ESR、RA、D-DIMER、Anti-Scl-70、Hb、WBC、RBC、plt、……高者：為瘀血症、瘀熱症，可用活血化瘀而涼血或破血的方，加在抑制免疫的苦寒退熱、或治骨蒸勞熱的方子之中，例如用育生免疫過亢方加入丹皮、梔子、赤芍、仙楂、川七、茯苓、澤瀉……。或以治療血、瘀熱的方子，如育生乳沒四物湯加入苦寒退熱的藥，如黃芩、黃連、黃柏、大黃、龍膽草、各種「瘡」類藥物，再加丹皮、梔子、或青蒿、知母、地骨皮、元參……類藥，以抑制骨髓的急慢性發炎，並製造出過量的異常胚幹細胞，以及抑制胚幹細胞與週邊血幹細胞的轉化成抗體過多，對人體過度的攻擊，減少胸腺對抗體活化的作用。要治這類疾病，在中醫最徹底的方劑，如為WBC/DC有異常，反而是治腎熱、骨蒸勞熱的育生知柏地黃湯，所以如用育生乳沒四物湯為主方時，應以乾地黃、赤芍為君；如

以育生知柏地黃湯加方時，應以乾地黃、知母、黃柏為君；如以免疫過亢方為主方時，黃連、黃柏、知母、青蒿、地骨皮皆可大劑量，才能快速將不正常分泌出的血球，或過度增生的血球快速予以糾正，並抑制其製造量，這種疾病如只從臟器細胞、或週邊血來治療，不容易完全緩解，頂多抑制一段時間而已。

所以免疫過亢的疾病的治療想要完全緩解病情，必須自骨髓來治療，並非自週邊血。只可惜目前西方醫學對這方面的用藥極稀，包括真性紅骨髓增生症、骨髓性白血球過多症、紅斑性狼瘡、急慢性骨髓炎、骨髓瘤(癌)、風濕、類風濕性關節炎、僵直性脊椎關節炎、皮膚炎、脈管炎之熱瘵型、硬皮症……，甚至於連橋本氏甲狀腺疾病、甲狀腺風暴、心肌炎……亦皆如是。

2. 如體力差、臉色蒼白、少有勞則氣高，曾長期服用過大量類固醇或注射過抗癌藥物，或注射大量免疫抑制劑者：為真寒假熱，此時有微低的Hb、WBC、plt、T. PRO、A/G、C3、C4，尿PRO微高，血中RA、ANA、ANTI-DS-DNA，ESR、CRP、Igm、BUN、CR

的微高，eGFR已經到低於60，此時應考慮為營養不良、飢餓減肥的情形、消化道中的正常菌種與免疫勝肽不足，其細胞對藥物與食物營養的吸收反應的親和性低所致，可用香砂六君子湯加方加入補氣、補血，補陽中藥，再加苦寒退熱的中藥，自可將各種已微低或微高的血況快速糾正，但這種糾正到西藥完全戒停後，頂多再服過一、二個月，如發現抗體又再慢慢增高就應快速改回本態。所加入於香砂六君子湯方中的藥，如菟絲子、黃耆、人參、川七、乾薑、附子、玉桂、黃芩、黃連、黃柏……。此種方劑一服用，立即會改善消化道免疫功能，就猛放屁，各種血象就快速糾正。

3. 如plt偏低形成紫癍症，Hb與RBC也微低，而T. PRO、A/G、C3、C4也低者，在女性以育生聖愈湯、或育生血枯方、或七寶美髯丹、地黃飲子…為主方，加入人參、川七、鹿茸、仙楂、黃芩、或黃連、或黃柏……。如plt仍在8~9萬以上，可用川七，如低於8~9萬，使用川七反而會導致溶血更快，應改為酒浸竹節七、或再加入女貞子，或有些人須加入續



斷、碎補、牛膝反而會促進HB與plt的增生。

4. 如Hb、plt、WBC、RBC、MCV、MCH、MCHC、C3、C4、T. PRO、A/G偏低，而ANA、ANTI-DS-DNA微高，且長期使用過各種類固醇、或輸血、或注射E. P. O. 與G-CSF而無水蓄的人，可能已進入骨髓乾枯、空洞、不只E. P. O. 或G-CSF已分泌不足或無量分泌了，此時為久病入腎，可用金匱腎氣丸或右歸飲，加入人參、川七或酒浸竹節七、鹿茸、仙楂、乾薑、黃柏。當類固醇類西藥完全戒停之後，同一方劑如續服，大約一年就又進入造血不良，此時有二途徑，一法為再加入類固醇微量服用，其造血極快就恢復正常，但一旦類固醇又戒停了，也頂多一年就又降下。最徹底的方法是在類固醇完全戒停之後，頂多一二個月，就將處方改回本文「3」的方法，就可一勞永固。如果等到一年左右才改，而無再加入類固醇，只用本文「3」的方法亦可緩慢盤旋上昇到恢復正常，但皆比不上同時服用少量的類固醇，等plt到15萬以上，再慢慢予戒停，此種戒停法就不易再降下來了。

5. 如果血檢情形與本文「4」相同，但有水蓄，甚至於血Na也偏低，其水蓄連肺肋膜、心包膜、腹水也皆有，已有倚息、喘息、不得臥、或已有腦脊髓液的回流不良，腦壓微高，有頭疼、或頭眩、頸乏力、或頸項強几几、嘔心、嘔吐、幻覺、視眩暈、幻聽、幻寒、幻言、幻熱、幻視、或意念停滯於一件事，反復跳躍式表達，…的神經精神症狀出現，可用淡滲利濕加補氣、補血、補陽藥物中加入少量、或黃芩、或黃連、或黃柏。常用方劑可以育生五苓散(腎炎方)、或育生柴苓湯為主方，用玉桂、加當歸、黃耆、麻黃、葶藶子、防己、人參、川七。先重用茯苓、澤瀉、葶藶子、防己、豬苓、白朮、蒼朮…類淡滲利濕藥，等水蓄大為減輕，再將黃耆慢慢快速加重，人參與鹿茸亦慢慢快速加重。如血中蛋白在人參、黃耆加重後仍不易升起，則加入白果、蓮子、芡實、山藥、菟絲子、或大小金英子之類食物性藥物，自可慢慢將血中蛋白升高。如血Na在135左右或以下了，就應加入「塩」，低於130時，一帖藥至少加入二、三錢以上的塩。如血



鉀偏高，則加生石膏、或生牡蠣。如血K偏低則加入粗鹽，或服低鹽醬油、或請腎臟科開予KCL（氯化鉀），並將處方在水蓄稍減時，改為金匱腎氣丸或右歸飲加方。

有水蓄的治療方劑，至少皆應加入每天有三次以上大便的大黃或大黃、卜硝的量，一方面減輕腹腔壓力，一方面溶除代謝廢物對神經軸突的阻斷，減輕腦壓、促進神經傳導。

6. 經大量脈衝、或免疫抑制劑、或抗癌藥注射以抑制免疫過亢，糾正過低的血中T. PRO、A/G、Hb，經中藥配合而慢慢西藥已經戒停後，經一、二個月而反彈為本態者，可考慮二個方向，一為抗體快速高起的用育生免疫過亢方、或知柏地黃湯加方，以黃柏、或黃連為君，將黃耆或再加人參、丹參、沙參或苦參、川七、鹿茸、白果、四神，或再加入乾薑、附子、玉桂，但皆以抑制免疫為主，乾薑、附子、玉桂的量先由少量，等抗體轉降，再於增加三黃的量快速中，將乾薑、附子、玉桂的量也快速加重。

另一個方向為直接以右歸飲或腎氣丸加入黃耆、人參、川

七、白果、四神，皆加入乾薑、附子、玉桂、黃柏、黃連、仙楂，如用此方劑而抗體仍高者，以生(乾)地黃、黃柏、或黃連、知母、丹參為主藥。

附註：本文為中國鍼灸學會2015年年會學術研討會專題演講稿全文

參考文獻：

1. Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J. (2008). Harrison's principles of internal medicine (17th ed.). New York: McGraw-Hill Medical Publishing Division.
2. Windus, editor, David(2008). The Washington manual nephrology subspecialty consult (2nd ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health / Lippincott



An Introduction to Integrated Traditional Chinese Medicine (TCM) and Western Medicine Treatment of Chronic Enduring Autoimmune Disease Inducing Chronic Renal Failure (Atrophy and Uremia)

Lee, Chen-yu¹ ; Wu, Che-hao^{2,3} ; Ke, Zhong-long³

Luo, Rui-yang³ ; Zhang, Wen-huai³ ; Luo, Jin-zhuan³ ; Chen, Li-rong³ ;

Huang, Jing-xiung³ ; Chen, Yi-rong³ ; Liao, Yong-lin³

Liao, Yan-chih⁴

- 1. Director of Yu Sheng Traditional Chinese Medicine Clinic, Honorary Chairperson of the R.O.C. Chinese and Western Medicine Neurology Foundation, and Liaoning University of Traditional Chinese Medicine Honorary Ph.D. Advisor*
- 2. Yu Sheng Traditional Chinese Medicine Clinic, Liaoning University of Traditional Chinese Medicine Doctoral Candidate and Master's Candidate*
- 3. Liaoning University of Traditional Chinese Medicine Master's and Doctoral Candidate*
- 4. Journal of Chinese Medical Acupuncture Science Chairperson and Tri-Service General Hospital Department of Nuclear Medicine Chief Technologist*

Abstract

Longstanding chronic autoimmune diseases (e.g., systemic lupus erythematosus (SLE), autoimmune-induced renal failure, etc.) may induce chronic atrophic renal failure. Currently, Western medicine treatment for this condition simply involves long-term administration of immunosuppressants, corticosteroids, quinine, etc. to suppress the immune system. Periodic blood tests are performed to assess renal function to determine whether there has been damage or further deterioration, and in the advanced stages of disease the only option is to perform dialysis. The side effects from the drugs and dialysis puts a lot of stress and suffering on the patient. Conversely, Traditional Chinese medicine (TCM) treatment is comparatively mild and without side effects. TCM treatment should be divided into the following



patterns: If blood test results reveal increased levels of key indicators, then this is stasis heat and stasis blood pattern, requiring the administration of blood-quickening and stasis-transforming, blood-cooling, and blood-breaking medicinals. If long-term administration of corticosteroids and/or immunosuppressants have been administered and generalized weakness and pale face presents, then this is qi and yang vacuity pattern, requiring the administration of yang and qi-supplementing formulas. If PLT count is low (thrombocytopenia) and purpura presents, then for females this is blood vacuity, requiring administration of liver blood-nourishing medicinals such as (Yu Sheng) Sheng Yu Tang variant, and for males requires the administration of great kidney yang supplementing medicinals such as You Gui Yin variant. If blood test results reveal decreased levels of key indicators, then the condition can be classified as marrow desiccation (suppressed marrow function) and is kidney yang vacuity pattern, requiring the administration of great kidney yang supplementing medicinals. If severe edema presents, then this is water amassment cold-damp pattern, requiring the administration of dampness-disinhibiting by bland percolation medicinals such as Wu Ling San (Nephritis Formula). These are the most common TCM pattern identification and treatment approaches administered for TCM and Western medicine integrated treatment of chronic autoimmune-induced renal failure conditions. Both TCM and Western medicine doctors can use this material as a reference for clinical application.

Key words:

TCM and Western medicine integrated treatment of renal failure,
autoimmune-induced renal failure, drug-induced renal failure,
chronic atrophic renal failure

Authors : Lee Chen-Yu

Address : 4 Fl., No.261, Sec.3, Roosevelt Rd. Taipei, Taiwan, R.O.C

Tel : 886-2-2367-0436

E-Mail : chenyr.lee@msa.hinet.net

Received : 2015.08.02; Published : 2015.12.27