

目 錄

摘要.....	1
前言.....	2
第一篇 中醫腎藏象與西醫腎臟腑的差異.....	3
第一章 從西醫的角度看中醫的腎藏象.....	3
第一節 腎之生理.....	3
一、腎氣的作用.....	3
二、腎實質的研究.....	4
三、腎主水.....	4
四、腎主納氣.....	5
五、腎在志為恐.....	5
六、腎藏精.....	5
七、腎開竅於二陰.....	6
八、腎主技巧.....	6
第二節 腎之病理.....	6
一、從現代醫學探討腎陰虛.....	6
二、腎陽虛之實質.....	7
三、腎精不足.....	7
四、腎虛水泛.....	8
五、腎氣不固.....	8
六、腎不納氣.....	8
第三節 腎與心肝藏象的關係.....	8
一、從中樞自主神經系統看心肝腎的關係.....	8
二、從腦中結構特殊性看心肝腎的關係.....	9
三、從朱丹溪「相火」的觀念看心肝腎的關係... ..	10
第二章 從中醫的角度看西醫的腎臟... ..	12
第一節 腎臟的功能.....	12
第二節 水液代謝.....	12
第三節 酸鹼平衡.....	12
第四節 電解質平衡.....	12
第五節 尿素的排泄.....	13
第六節 腎臟的其他生理功能.....	13
第七節 中醫對腎解剖的論述.....	13
第三章 腎病的不同階段.....	14

第二篇	中醫對水腫的論述.....	15
第一章	歷代醫家對水腫的論述.....	15
第一節	<<內經>>對水腫病的相關論述.....	15
第二節	<<金匱要略>>對水腫病的相關論述.....	21
第三節	<<諸病源候論>>對水腫病的相關論述.....	22
第四節	<<千金要方>>對水腫病的相關論述.....	24
第五節	<<外臺秘要>>對水腫病的相關論述.....	25
第六節	<<太平惠民和劑局方>>對水腫病的相關論述.....	26
第七節	<<臨證指南醫案>>對水腫病的相關論述.....	26
第八節	<<醫學衷中參西錄>>對水腫病的相關論述.....	27
第九節	<<吳鞠通醫案>>對水腫病的相關論述.....	28
第十節	<<針灸大成>>對水腫病的相關論述.....	28
第二章	水腫形成的原因與機理.....	31
第一節	水腫與外邪的關係.....	31
第二節	水腫與虛勞的關係.....	32
第三節	水腫與氣化的關係.....	35
第四節	水腫與三焦的關係.....	38
第五節	簡介腎病症候群之中醫發病機理.....	40
第六節	腎病症候群的致病因.....	40
	附論腎病症候群與濕熱的關係.....	42
第三篇	腎病症候群之中西醫觀.....	43
第一章	簡介腎病症候群.....	43
第一節	腎病症候群的分類.....	43
第二節	腎病症候群的發病機轉.....	43
第三節	微小腎病變.....	44
第四節	膜性腎病變.....	44
第五節	膜增生型腎病變.....	45
第六節	局部硬化型腎病變.....	45
第七節	IgA 腎病變之中西醫觀念及療法.....	45
	附論西醫水腫形成機理.....	47
第二章	低白蛋白血症之中醫觀.....	48
第一節	低白蛋白血症的原因.....	48
第二節	低白蛋白血症之中醫觀.....	48
第三章	蛋白尿的中醫觀.....	51
第四章	高脂血症之中醫觀.....	53
第五章	高凝血狀態之中醫觀.....	54
第六章	血尿的中醫觀.....	55
第七章	腰痛的中醫觀.....	57

第八章 腎病症候群預後的中醫相關論述	58
第四篇 腎病症候群的治療	59
第一章 分型治療.....	59
第二章 腎病症候群的日常生活保健.....	61
第五篇 腎病症候群治驗.....	63
結論.....	72
參考文獻.....	73

摘要

中醫歷代典籍並無腎病症候群的名詞，但根據其最主要的臨床表現「水腫」，可在典籍中找到詳細的論述，從《內經》以降，到漢、唐、宋的《金匱要略》、《諸病源候論》、《千金要方》、《外臺祕要》及《太平惠民和劑局方》，以及明、清的《針灸大成》、《臨症指南醫案》及《吳鞠通醫案》，對水腫病均有相關描述。本計劃即以上述諸書為主，根據所製作的光碟，搜尋相關資料整理之，加以分析描述，並旁及《濟生方》、《丹溪心法》、《醫宗必讀》等數十本著作，加以引用論述。針對腎病症候群有關的水腫，根據外邪、虛勞、氣化、三焦的觀念，加以分類歸納，最後整理出有關腎病症候群中醫發病機轉及其影響因素，期能提供臨床上治療本病的理論基礎。

對於腎病症候群的其他表現，如低白蛋白血症、蛋白尿、高脂血症及高凝血狀態，亦以中醫的觀點，從上列古籍對其相關觀念的描述加以整理探討，期能對腎病症候群的治療提供更多觀念及方法。

關鍵詞：腎病症候群，水腫，中醫典籍。

前言

腎病症候群是多種病因所造成的疾病，主要病變為腎絲球結構受損，其臨床表現為水腫、蛋白尿（24小時大於3.5克）、低白蛋白血症（小於3.0g/dl）與高脂血症（Cholesterol > 220mg/dl），可分為原發性和繼發性，前者又可分為微小病變型、膜性、膜增生型以及局部硬化型，後者則可分為糖尿病、紅斑性狼瘡及肝炎等疾病所引起，現代醫學對其病理表現、預後、致病機理已研究得非常詳細，唯中醫對其研究尚少有完整的論述，本計畫分別從中西醫的角度，對於腎病症候群從生理、病理到疾病之臨床表現，作一對比的研究探討。主要以現代醫學對腎病症候群之描述為基礎，再從《內經》、《難經》、《類經》、《千金要方》、《外台祕要》、《諸病源候論》等已完成光碟磁片製作之典籍，對本病進行搜尋與整理，期在治療本病時，能夠有較多的古典原文當作參考，在此基礎上，更可以提供對其他疾病的診治觀念，則在此套光碟的運用之下，對醫界當能有所助益。

以古籍探討腎病症候群之前，要了解的是，西醫所稱解剖學的腎臟和中醫所稱的腎藏象，到底有何差異？首先可從西醫解剖生理的角度探討中醫所稱「腎藏象」的生理及病理，再從中醫藏象學說的角度來探討西醫所稱解剖的腎，據上對中西醫所稱腎的差異，做一初步的了解。其次再對腎病症候群作一簡介，並且對其不同的病理分型加以介紹。腎病症候群在古代是沒有這一名詞的，但可在「水腫」及「虛勞」相關的領域中探討，因腎病症候群最主要的臨床表現是水腫，因此可從歷代醫籍當中對水腫的介紹，整理出規律，例如水腫和外邪、虛勞、氣化、三焦的關係。其次再介紹腎病症候群病理及臨床表現，以中醫古籍之描述，如水腫、虛勞、痰濁、血尿、淋、外感……對其深入的探討，此外對西醫所稱低白蛋白血症、蛋白尿、高脂血症、水腫、血尿、小便泡沫等腎病症候群的臨床表現，亦作一比較性的探討，以腎病症候群所表現之症狀在中醫所代表之涵義加以介紹，並對其治療加以評估。本計畫對腎病症候群的中西醫觀念作一整理，並且作成電腦檔以利查詢，冀能拋磚引玉，以供中西結合研究者，在此基礎上能更進一步發揮。

第一篇 中醫腎藏象與西醫腎臟腑的差異

第一章 從西醫的角度看中醫的腎藏象

藏象學說為中醫基礎理論重要的部分，是古人對於人體生理病理長期觀察所獲得的寶貴經驗。藏象學說以五臟為中心，將人體的臟腑，形體、諸竅和精神意識、思維活動均歸屬於五臟。藏象學說的五臟和解剖學的五臟，在生理、病理以及疾病診治上，雖有關連，但亦有所差別。

「腎」是藏象學說中一個重要的概念，以下就內經以降，經過宋元、明清至民國以後之中醫典籍，所記載和「腎」有關的文獻，從現代醫學的角度，對於「腎」藏象的實質做一個初步的探討。首先從《上古天真論》所描述腎氣的功能：生長、生殖、發育，以現代醫學對其機轉的描述觀之，再根據現代對腎實質研究所作出的結論，對腎的主要生理功能：「腎主水」、「腎主納氣」、「腎在志為恐」加以探討，再對腎所具有的特性「腎藏精」、「開竅於二陰」、「腎主伎巧」一併論述，最後對腎之病理亦加以探討。

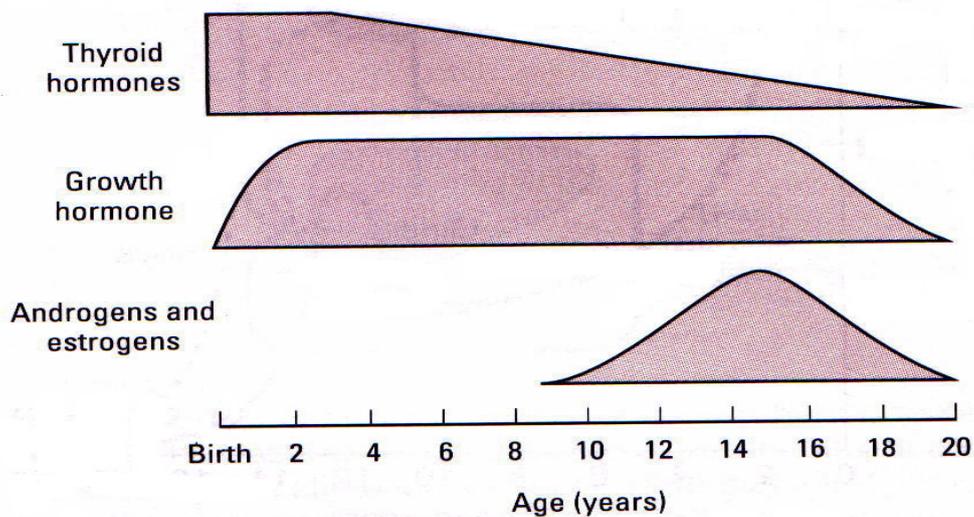
第一節 腎之生理

以下就腎主生長、生殖、發育的觀點和今人對「腎」實質所做之研究，分別從不同的角度，對「腎」的實質做更進一步之探討。

一、腎氣的作用

《素問·上古天真論》云：「女子七歲，腎氣盛，齒更髮長；二七而天癸至，任脈通，太沖脈盛，月事以時下，故有子；三七，腎氣平均，故真牙生而長極；四七，筋骨堅，髮長極，身體盛壯；五七，陽陰脈衰，面始焦，髮始墮；六七，三陽脈于上，面皆焦，髮始白；七七，任脈虛，太沖脈衰少，天癸竭，地道不通，故形壞而無子也。丈夫八歲腎氣實，髮長齒更；二八，腎氣盛，天癸至，精氣溢瀉，陰陽和……腎臟衰，形體皆極；八八，則齒髮去。」⁽¹⁾《上古天真論》這段文字，明確地表示了人一生的生長、發育、生殖的生理功能，以及人體新陳代謝之調節是由腎氣所推動促進的。因此，如果我們由推動人體一生之生長、生殖、發育之生理功能去瞭解腎氣的觀念，進而瞭解腎的實質，也是一個好的方法。

人一生的生長發育與荷爾蒙的關係，如圖(一)⁽²⁾所示，人體之生長、發育、生殖，和甲狀腺、生長激素、生殖腺等內分泌，有著極密切之關連，而此等內分泌中樞位於下視丘，故而可以初步的認為，腎的實質，和下視丘之關係是非常密切的。



圖一：與人體生長、發育相關之荷爾蒙

二、腎實質的研究

上海醫科大學在五十年代後期，發現了現代醫學認為全然不同的六種疾病（支氣哮喘、無排卵型功能性子宮出血等），可以同樣用補腎的方法提高療效。對於不同的病而同樣表現為腎陽虛證的患者從神經體液方面進行較為系統的觀察，發現了一些共同的改變，其中最明顯的是二十四小時尿 17-OH 類固醇值普遍低於正常，顯示腎上腺皮質功能不足。為了進一步了解 17-OH 類固醇低下的原因，對腎陽虛證患者又應用了「下丘腦（血皮質醇晝夜節律測定）—垂體（甲酮試驗）—腎上腺皮質（ACTH 興奮試驗）」軸，這三個層次的測定方法，對正常人、腎陰虛、腎陽虛進行對比觀察，證明腎陽虛證病人有下丘腦—垂體—腎上腺皮質軸的不同環節、不同程度功能紊亂，從而首次證明腎陽虛證有其物質基礎⁽³⁾，和下視丘關係密切。

總結內經《上古天真論》的描述和今人對腎實質的研究，腎藏精、腎主生殖、生長、發育生理功能等，就相當於下視丘的功能軸 H-P-O（下視丘-垂體-靶器官）。

就以上論述，腎的實質和下視丘的關係十分密切，以下再就此觀點，以「腎主水」、「腎主納氣」、「在志為恐」、「腎藏精」、「腎開竅於二陰」、「腎主技巧」等「腎」的特性，加以說明之。

三、腎主水

《素問·逆調論》「腎者水臟，主津液」⁽⁴⁾，故知腎主水指腎臟有主持和調節人體津液代謝的作用，除了指解剖之腎臟經由濾過、重吸收等排尿過程以調節體內水分平衡之外，亦包括調控其過程之自主

另外 DNA 基本組成為：

1. 含氮鹼基 → 嘌呤（氨基酸、CO₂）
→ 嘧啶（氨基酸、CO₂）
2. 脫氧核糖 → 由葡萄糖通過磷酸戊糖途徑轉化而來
3. 磷酸

由上可知 DNA 除了為遺傳物質、是先天之精之外，本身亦需要由後天之精來供給它一切原料和能量，以為 DNA 之更新和複製。另外，蛋白質合成所需的原料，亦需要後天營養的補充。《素問·上古天真論》云：「腎者主水，受五臟六腑之精而藏之。」⁽¹⁷⁾

以上的論述，合乎腎精來自於先天、後天的觀念。

總之腎所藏的精的特性，即其是由先天而來的，此先天之精，又賴後天之精的滋養。

七、腎開竅於二陰

《素問·金匱真言論》曰：「北方色黑，入通於腎，開竅於二陰。」⁽¹⁸⁾，指出腎具有調節身體排泄系統的功能，使其固攝，不至於失禁。大腸居小腸之下，主出糟粕，故為腸胃變化之傳道。大腸傳化糟粕，受交感和副交感神經的支配，以上所述自主神經之功能亦是在下視丘的調控下所完成的。膀胱的功能是貯存尿液和排尿，其功能亦受到自主神經的調控。⁽¹⁹⁾

八、腎主伎巧

《素問·靈蘭秘典》曰：「腎者，作強之官，伎巧出焉。」⁽²⁰⁾張景岳在《類經》解釋此經文曰：「伎，技同。腎屬水而藏精，精為有形之本，故為作強之官。水能化生萬物，精妙莫測，故曰伎巧出焉。」⁽²¹⁾此說明腎之「作強」與「伎巧」均和腎藏精的機制有關。下視丘內有許多「核」為內分泌及自主神經之中樞，此二系統為調節體內生理活動之最主要系統，其調控中樞均位於下視丘，其「精妙莫測」可見一般。「精盛形成則作用強」，故曰調節生理作用皆是在「腎臟之伎巧」下所完成的。

第二節 腎之病理

腎常見之病理機制為腎陰虛與腎陽虛，下面就其所表現之主要症狀，分別以現代醫學探討之。

一、從現代醫學探討腎陰虛

從現代醫學探討腎陰虛之前，必須先列出腎陰虛的臨床表現如下⁽²²⁾：五心煩熱、口乾舌燥、失眠多夢、眩暈耳鳴、顴紅盜汗、遺精早洩、腰膝酸軟。茲以現代醫學之觀點對以上症狀分別加以討論：

1. 五心煩熱：「五心」即手足掌心加上胸腔中心。煩熱之意，是煩躁而感覺發熱。五心為何發熱？除了其間密佈血管之外，棕色脂肪的存在可能有關。所謂棕色脂肪，是一種不須 ATP 存在，即能發熱的組織。位於身體內血管較多的地方，諸如四肢末端，心臟及胸腹主動脈⁽²³⁾，內有自主神經之 Norepinephrine 分佈⁽²⁴⁾。
2. 口乾舌燥：如果交感神經被興奮，則副交感神經被相對的抑制，口水分泌減少，可產生口乾舌燥的症狀。抗組織胺藥物服用後會產生口乾舌燥，其原因即在於其有抗副交感神經的作用，而減少口水分泌，導致口乾舌燥。
3. 失眠多夢：睡眠週期之快速動眼期（REM）最主要是由腦幹兩側的藍斑核（Locus Ceruleus）所引起，其內有許多正腎上腺素（Norepinephrine）之神經纖維分佈至大腦，其受刺激時，可引起大腦的活化，而產生多夢，即使在睡眠中，腦部活動亦酷似清醒⁽²⁵⁾。
4. 眩暈耳鳴：自主神經失調可引起姿態性低血壓（Orthostatic hypotension）而產生眩暈的症狀⁽²⁶⁾。
5. 盜汗：刺激交感神經可促使汗腺大量分泌⁽²⁷⁾。
6. 遺精早洩：刺激交感神經可引起射精⁽²⁸⁾。

腎陰虛雖然表現的症狀非常多樣，然而似有共通性，皆和自主神經的關係非常密切。自主神經的中樞位於下視丘與腦幹，前者主要有整合協調的作用，而後者主要是內源性表現。下視丘內自主神經的核為室旁核（Paraventricular nucleus）因此理論上，用電刺激下視丘內之室旁核，可引起腎陰虛的症狀。

二、腎陽虛之實質

根據前文上海醫科大學所做之研究，其結論為腎陽虛和下視丘內控制內分泌的中樞功能低下有關。

三、腎精不足

常見之症狀，在骨為骨骼發育不良，身材矮小；在脊髓表現為生殖功能減退；在腦表現為智力減退。以上症狀類似腎主生長、生殖、發育所需荷爾蒙，生長激素、生殖激素、甲狀腺素，缺少時所表現出來的症狀⁽²⁹⁾。因此腎精不足之實質，和下視丘內主管生長、生殖、發育之內分泌有關。

腎精不足在小兒的表現為：發育不良、身材短小、智力不足、動作遲緩、囟門遲閉；在成人則表現為早衰、性功能減退、腰膝痠軟、

齒搖髮脫⁽³⁰⁾等下視丘內分泌不足之現象。其造成之原因除了先天稟賦不足之外，前人認為和房勞過度、工作勞累有關。

和腎精不足相關之中醫病證為：解顱、五遲、五軟、痿證、痴呆眩暈、陽痿、不孕……⁽³¹⁾。

四、腎虛水泛

腎虛水泛指的是腎陽虛衰，造成全身水腫的一種病證。除了指解剖之腎臟通過濾過、重吸收等排尿過程以調節體內水分失衡之外，亦指調控其間過程之自主神經、內分泌、醛固酮、抗利尿激素等內分泌調控的水分代謝有關⁽³²⁾。

五、腎氣不固

腎氣不固指的是腎氣虧損，封藏固攝之功能失職，造成遺精、遺尿、尿濁、帶下等症⁽³³⁾。由以上病症可知，腎氣不固之生理功能和自主神經之薦椎(Sacrum)段有關，而其中樞位於下視丘⁽³⁴⁾。

六、腎不納氣

腎不納氣指的是腎對於肺調節吸氣的功能，失去控制，造成喘氣，應指下視丘中自主神經的中樞，對於肺部的呼與吸調控不良。

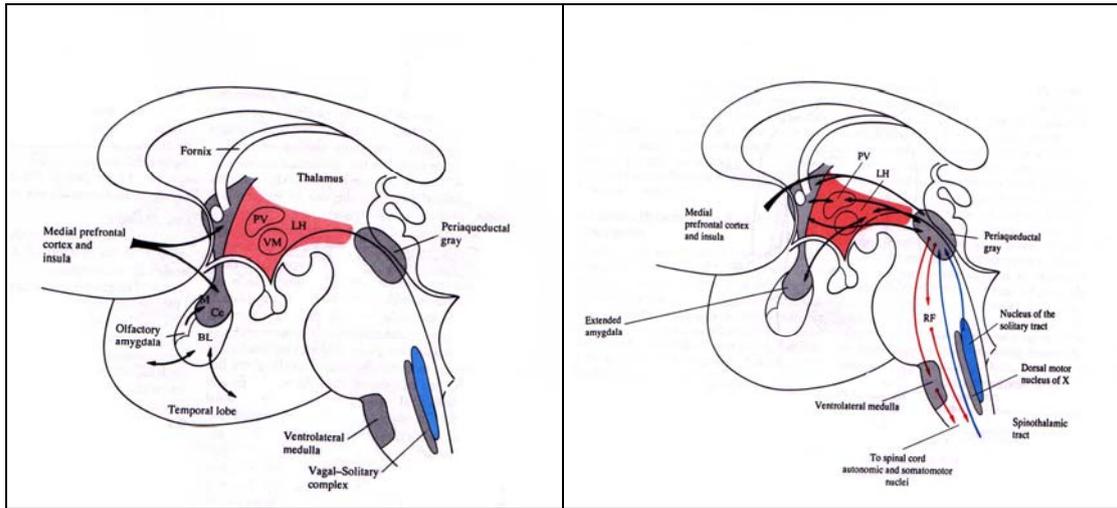
總結以上論述，不管是從生理的角度或從病理的觀點，腎與下視丘功能軸的關係是十分密切的。

第三節 腎與心肝藏象的關係

《素問·靈蘭秘典》曰：「凡此十二官者，不得相失也。」⁽³⁵⁾即說明中醫的藏象系統彼此之間的關係是密切的。同樣的，腦中的結構，彼此之間亦是互相影響的。在談到腎與心肝臟腑的關係時，首先要介紹的是中樞自主神經系統。

一、從中樞自主神經系統看心肝腎的關係

所謂中樞自主神經系統，是相對於週邊自主神經系統所建立的名詞，其簡單的解釋即為腦中控制週邊自主神經系統的結構。由腦的前額部(Forebrain)之皮層，往下延伸至邊緣系統之杏仁核，再往下到達下視丘與腦幹，如圖(二)⁽³⁶⁾，這其中有幾個重點，即①邊緣系統有功能類似於大腦皮層的部分②下視丘亦有屬於邊緣系統的部分③下視丘透過內分泌、自主神經，腦幹透過體運動神經系統與自主神經系統與週邊聯繫，如圖(三)⁽³⁷⁾。



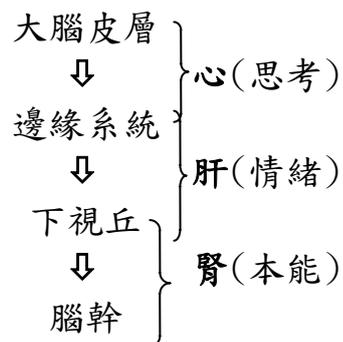
圖二、圖三:中樞自主神經系統相關解剖構造

由以上認識可知心比之於大腦皮層、肝比之邊緣系統、腎比之於下視丘，其間的關係，用中樞自主神經系統的觀點來說明，可謂異曲同工。

二、從腦中結構特殊性看心肝腎的關係

就腦功能分類腦之結構，大致可分成維持人類基本生存的「本能腦」，此部分由下視丘、腦幹所負責，又稱爬虫類的腦；和人類感情有關之「情緒腦」，由邊緣系統控制，又稱貓狗的腦；維持人類理性，使人類和其他動物不同之「知性腦」，此部分由大腦皮層負責調控。當然，以上之分法是一個粗略大概的分法，以腦結構為主，除此以外，腦中的神經傳遞物質在維持生存本能、情緒與知性的功能亦扮演了重要的角色。

由以上說明可知，其實「本能腦」即類似中醫藏象學說中的「腎」，而「情緒腦」則比之於「肝」，「知性腦」則類似「心」，總結以上說明如下圖(四)。



由上可知，中醫所稱說的五臟，和體腔內的五臟，是有差別的，這一點惲鐵樵先生早在其著作《群經見智錄》中提出：「蓋內經之五臟，非解剖的五臟，乃氣化的五臟。」⁽³⁸⁾

三、從朱丹溪「相火」的觀念看心肝腎的關係

以上所討論的結果，應用在朱丹溪所論述之相火，是非常適合的，以下說明之。《靈樞·本神篇》云：「所以任物謂之心」⁽³⁹⁾指出心具有接受外來訊息經過整合而作出應答的功能，根據前述，心的功能即類似今日所稱之大腦皮層。

根據前述，中醫所稱的肝和中樞神經系統中的邊緣系統；中醫所稱的腎和下視丘的關係可相對應。丹溪言「相火寄於肝腎二部」⁽⁴⁰⁾，而此「相火」是在「心」的調攝之下作用的，故丹溪又曰：「主閉藏者腎也，司疏泄者肝也，二臟皆有相火，而其系上屬於心。」⁽⁴¹⁾正好比之於杏仁核及下視丘，其系上連於大腦皮層一般。大腦皮層接受外來事物之訊息，經過中樞自主神經系統(Central autonomic system)作出反應，以維持內環境的平衡，正所謂「心君火也，為物所感則易動，心動則相火亦動」⁽⁴²⁾，相火在正常情況下寄於肝腎，正如同少火溫養臟腑一般；然而在長期或劇烈之情志變動之下，生理少火即成病理之壯火，葉天士在《臨證指南醫案·鬱》曰：「情志不適，鬱則少火變壯」⁽⁴³⁾就在說明此點。

參考文獻

1. 唐、王冰，黃帝素問靈樞經。何清湖主編，傳世藏書，海南國際新聞出版中心，湖南，p. 5，1995。
2. Willan F. Gangong, Review of Medical Physiology, Appleton & Lange, East Norwalk, p. 375, 1995.
3. 沈自尹，腎的研究，上海科學技術出版社，上海，p. 14，1990。
4. 同(1)，p. 27。
5. 同(1)，p. 664。
6. 同(1)，p. 145。
7. 清、林佩琴，類證治裁。吳敦序主編，中醫基礎理論，上海科學技術出版社，上海，p. 59，1995。
8. 清、何夢瑤，醫碕，人民衛生出版社，北京，p40，1994。
9. 同(2)，p. 593。
10. 同(1)，p. 8。
11. 隋、楊上善，黃帝內經太素，文光圖書公司，台北，p. 75，1981。
12. Eric R. Kandel: Essentials of Neural Science and Behavior, Appleton & Lange. East Norwalk, p. 610, 1995.
13. 同(1)，p. 14。

14. 同(1)，p. 11。
15. 雷順群，〈〈內經〉〉多學科研究，江蘇科學技術出版社，江蘇，p. 308，1990。
16. 同(1)，p. 91。
17. 同(1)，p. 5。
18. 同(1)，p. 7。
19. 同(2)，p. 206。
20. 同(1)，p. 10。
21. 明、張景岳，類經。何清湖主編，傳世藏書，海南國際新聞出版中心，湖南，p. 186，1995。
22. 柯雪帆，中醫症狀學，上海中醫學院出版社，上海，p. 165，1988。
23. Robert. Murray, Daryl K. Granner, Peter A Mayes, Harper's Biochemistry. Appleton & Lange, East Norwalk, p. 264, 1993。
24. 同(2)，p. 217。
25. Arthur C. Guyton, Human Physiology and Mechansm of Disease，華杏出版公司，台北，pp. 453-454，1995。
26. 同(2)，p. 567。
27. 同(25)，p. 463。
28. 同(2)，p. 394。
29. Isselbacher et. ;Harrison's Principles of Internal Medicine 13th ed. McGraw Hill Book Company, New York. pp. 1918-1921, 1994.
30. 同(22)，p. 293。
31. 鄧鐵濤，中醫診斷學，人民衛生出版社，北京，p. 446，1994。
32. 同(29)，p. 184。
33. 同(31)，p. 447。
34. 同(12)，p. 599。
35. 同(1)，p. 24。
36. Lennart Hemer, The Human Brain and Spinal Cord, Springer-Verlag, Berlin, p. 409, 1995.
37. 同(36)，p. 408。
38. 惲鐵樵，群經見智錄，華鼎出版社，台北，p. 35，1988。
39. 同(1)，p. 91。
40. 元、朱震亨，丹溪醫集，人民衛生出版社，北京，p. 10，1993。
41. 同(40)。
42. 同(40)。
43. 清、葉天士，臨症指南醫案，新文豐出版社，台北，p. 398，1980。

第二章 從中醫的角度看西醫的腎臟

前文論述，中醫藏象腎的功能及症候，與西醫所稱下視丘功能軸極有關連，相當於本能腦的範疇，以上是從西醫的角度看待中醫所稱的腎。然而從中醫的角度，又如何看待西醫的腎臟呢？以下即就腎臟之解剖、生理及病症，以中醫的觀點作初步探討。

第一節 腎臟的功能

如果人的機體內環境能維持恆定，與外環境保持平衡，則不容易生病，腎臟就是維持此平衡狀態重要之器官，因為其對水液、電解質、蛋白質代謝、酸鹼度及電解質與血壓的平衡起著重要的調節作用。

第二節 水液代謝

體液內有許多水分、電解質及新陳代謝所產生之廢物，並有一定之酸鹼度，其間之平衡若失去了正常，就會產生各種失調現象。腎臟經由濾過、再吸收、分泌等功能，可將體內過多的水分、電解質及廢物排出體外，以維持身體的平衡。

腎臟的功能受損會造成氯化鈉及水分的排泄受阻，因而滯留體內，造成水腫及高血壓，急性腎炎發生症狀的機轉即在於此。

*附論中醫所稱的「腎主水」

中醫稱腎主水，和西醫所論腎臟參與水分代謝的過程是合拍的，如《靈樞·本輸篇》所言「腎合膀胱，膀胱者，津液之腑」。但就另一方面而言，其更指的是下視丘功能軸對水分調節的機能，其中自主神經中樞、醛固酮、抗利尿激素等，對水液的調節均起著重要的作用。故《素問·上古天真論》稱：「腎者主水，受五臟六腑之精而藏之，故五臟盛乃能瀉。」《素問·逆調論》亦曰：「腎者，水臟，主津液。」

第三節 酸鹼平衡

肺臟、體液及腎臟對於酸鹼的平衡有調節的作用，若肺臟及體液失常造成酸鹼中毒，腎臟會進行最後的緩衝調節。若連腎臟也出了問題，終會造成酸鹼不平衡。酸中毒一般會產生中樞神經系統抑制的症狀，首先會出現定向力障礙，然後昏迷，造成中醫所稱「心主神明」的功能異常；鹼中毒則會產生神經系統功能的異常興奮，出現肌肉強直的狀態，頗類似中醫所稱「肝風內動」。不論是酸中毒或鹼中毒，其所產生的病症，和中醫所稱的腎藏象，關係並不那麼密切。

第四節 電解質平衡

腎臟可調節細胞外液中之氫、鈉、鉀、磷酸鹽等許多離子的濃度，例如鈉離子的平衡失調，則會產生水腫或口渴等病症；若鉀離子低至正常三分之一時會產生麻痺現象；若高至二倍以上時，則心肌活動有可能會被抑制。以上鈉、鉀離子的失衡，中醫會從各種藏象氣機的角度來看待它，而非獨只從腎論治。

第五節 尿素的排泄

人若吃了蛋白質的飲食，經過代謝之後會產生尿素氮等廢物，當腎臟得病，腎小球濾過率下降，會造成代謝廢物在體內的堆積，因而產生疲倦、納差、噁心、嘔吐、打嗝、失眠等種種病症，中醫會從濕濁，或種種藏府氣血的失常來看待，而不單從腎論治。

第六節 腎臟的其他生理功能

腎臟對於血管收縮素（Angiotensin）或紅血球生成素（EPO），以及維他命 D 的代謝，以及許多代謝廢物的形成，均起著重要的調節作用，此外對於血壓的調控亦屬重要。若這些調節功能異常，則會產生種種病症，中醫一般從水濕痰飲、臟腑陰陽氣血的失調來看待，亦不獨從腎來解釋。

腎臟對於維持體內環境之恆定起著重要的作用，而中醫對腎臟解剖生理的論述，不似西醫詳盡，甚至闕如。不論是腎臟內的血管、神經、內分泌、免疫系統，都蘊含著中醫心主神明、主血，肝主疏泄、藏血，腎主水、脾主升清、肺主宣發肅降等許多藏象的層次，另一方面更有著陰陽氣血的觀念在其中。總之中醫對西醫所稱腎臟的生理及病理，是用肝心脾肺腎等藏象理論及陰陽水火氣血的觀念來分析的。

第七節 中醫對腎解剖的論述

《難經》：「腎有二枚，重一斤一兩」，此段文字是中醫對腎臟解剖最早之論述，只對腎之重量作一初步的描述，然而對其位置、結構均少有解說。即便是對解剖論述較多的《醫林改錯》，其對臟腑解剖詳細的解說，也是相當有限度的，茲摘要其對「腎」相關的說法如下：

「其論腎，有兩枚，即腰子。兩腎為腎，中間動氣為命門。既云中間動氣為命門，何得又云左腎為腎，右腎為命門？兩腎一體，如何兩立其名，有何憑據？若以中間動氣為命門，藏動氣者，又何物也？其論腎錯誤又如是。」

「兩腎凹處有氣管兩根，通衛總管，兩傍腎體堅實，內無孔竅，絕不能藏精。」

「衛總管，對背心兩邊有兩管，粗如箸，向兩肩長，對腰有兩管，通連兩腎，腰下有兩管，通兩胯。腰上對脊正中，有十一支管連脊。此管皆行氣，行津液。氣足火旺，將津液煎稠，稠者名曰痰；氣虛火衰，不能煎熬津液，津液必稀，稀者名曰飲。痰飲在管，總以管中之氣上攻，上行過心。」

「不知咽喉兩傍，有氣管兩根，行至肺管前，歸併一根，入心，由心左轉出，過肺入脊，名曰衛總管，前通氣府、精道，後通脊，上通兩肩，中通兩腎，下通兩腿，此管乃存元氣與津液之所，氣之出入。」

第三章 腎病的不同階段

中國人一談到腎病，常稱其「腰子不好」或「腎虛」。西醫所稱的腎病即指位於腰部之腎臟的病變，此腎與彼腎到底有何差別，往往使人容易混淆。以下就中醫所稱的「腎虛」表現，以及西醫所稱腎實質的病變，對其做一說明。

中醫所稱「腎虛」的表現

民間一般會把小便白濁、有泡沫、小便遺精、良性蛋白尿、甚至腰酸背痛、陽痿等，均認為是腎虛的一種表現。一般中醫所稱的腎即是身體本能之表現，所謂本能，即指生殖、生長、發育、體能、智力的綜合表現，因此腎亦包括了內分泌、免疫、神經、泌尿生殖系統的功能。據此，以上所稱小便白濁等症狀，西醫不一定認為有問題，但就中醫所稱腎的層次而言，也許是身體早期出現的警訊，總之中醫會把它當作一個問題來處理。總之，在治療蛋白尿等各種狀況之前，對其做詳細的評估是有必要的。

西醫所稱「腎實質」的表現

所謂腎實質病變，這一類疾病包括了腎病症候群、慢性腎炎、糖尿病腎病變、高血壓腎病變、痛風性腎病變、狼瘡性腎炎……等，其表現也許是水腫，也許是蛋白尿，甚至根本沒有症狀，這一類患者依據不同的病理表現，會有不同的預後。所有的腎病若進展到一個地步沒有恢復的話，則會往慢性腎衰竭的路上走去，即腎功能剩下原來的1/3或1/4。其造成慢性腎衰竭時間的長短，則除了和病理類型有關之外，心情、生活型態的調適亦有莫大的關連。是否接受正確的治療，亦為決定是否洗腎之關鍵。

慢性腎功能受損

慢性腎功能受損，即血中尿素氮(BUN)、肌酸酐(Cre)值的變化，超過三個月以上，無法恢復者稱之。其值異常，即所謂的氮血症，會造成一些症狀，例如疲倦、面色蒼白、食慾差、噁心、嘔吐、打嗝、夜尿、性無能、皮膚癢、易瘀青破皮……等慢性病之變化，甚至有些毫無症狀。慢性腎功能受損雖然終究會往洗腎的路去，但不同疾病的類型，心情以及生活型態的調適，以及治療得當與否，決定了或早或晚洗腎的命運。有人調適得當，一、二十年不須洗腎者，也大有人在；但也有人病急亂投醫，很快的就決定了洗腎的命運。

無論如何，洗腎並不等於死亡，洗腎一、二十年的人絕非罕見，端視各人調治得當與否。

第二篇 中醫對水腫的論述

腎病症候群最主要的症狀是水腫，因此在探討本病之前，對於歷代醫家所描述之水腫，以及其形成的原因及發病機理作一歸納整理。

第一章 歷代醫家對水腫的論述

第一節 <<內經>>對水腫病的相關論述

腎病症候群初始的表現以水腫為主，因此要從內經中尋找有關腎病症候群的資料，需先從水腫相關論述著手，尤其是和感冒、肺衛有關的水腫。

一、腎風的臨床表現

腎病症候群初始所造成水腫的情狀，頗類似<<內經>>所稱的「腎風」。如<<素問·評熱病論>>：「有病腎風者，面胗癭然壅」，張景岳<<類經>>之<<素問·疾病類·三十一>>云：「胗，浮腫也；癭然，失色貌；壅，重濁不清也。」丹波元簡<<素問識>>中認為「癭然」即龐然，為腫大貌。再根據<<素問·風論>>所言：「腎風之狀，多汗惡風，面癭然浮腫。」可知「腎風」的表現為顏面浮腫，尤其是「目下」，正如<<素問·評熱病論>>所言：「諸有水氣者，微腫先見于目下也。」其形成的機理亦如同篇所言：「水者陰也，目下亦陰也，腹者至陰之所居，故水在腹者，必使目下腫也。」

其臨床表現之更進一步說明則如<<素問·奇病論>>所言：「有病癭然如有水狀，切其脈大緊，身無痛者，形不瘦，不能食，食少，名為何病？岐伯曰：病生在腎，名為腎風。腎風而不能食，善驚，驚已，心氣痿者死。」對於腎風所產生的症狀「不能食」，及其預後「善驚」的病機，景岳於<<類經·疾病類·三十一>>：解釋曰「風生於腎，則反剋脾土，故不能食，腎邪犯心，則神氣失守，故善驚，驚後而心氣痿弱不能復者，心腎俱敗，水火俱困也，故死。」

腎風的臨床表現除了以上所言之外，<<素問·風論>>亦有所論述：「腎風之狀，多汗惡風，面癭然浮腫，脊痛，不能正立，其色皏，隱曲不利，診在肌上，其色黑。」

二、水腫形成的機理---和肺、脾、腎、三焦、膀胱有關

(一) 肺脾腎與水腫的形成

<<素問·水熱穴論>>：「黃帝問曰：少陰何以主腎？腎何以主水？岐伯對曰：腎者至陰也，至陰者盛水也，肺者太陰也，少陰者冬脈也，故其本在腎，其末在肺，皆積水也。」「腎何以能聚水而生病？岐伯曰：腎者胃之關也，關門不利，故聚水而從其類也。上下溢於皮膚，故為胗腫。胗腫者，聚水而生病也。」<<素問·太陰陽明論>>曰：「脾主為胃行其津液。」以上條文說明了水的形成機理和肺、脾、腎的關

係是密切的。正如《景岳全書》所言：「蓋水為至陰，故其本在腎；水化於氣，故其標在肺，水惟畏土，故其制在脾。」

（二）三焦膀胱與水腫的形成

《靈樞·五癰津液別論》曰：「陰陽氣道不通，四海塞閉，三焦不瀉，津液不化、水穀并行腸胃之中，別於迴腸，留於下焦，不得滲膀胱則下焦脹，水溢則為水脹。」本條文說明了水腫的形成和三焦及膀胱的關係。《靈樞·本輸篇》「三焦者，中瀆之腑也，水道出焉，屬膀胱，是孤之腑也。」再經由以上的探討可知，三焦有通行水道的功能，因此三焦不通暢的話，則肺、脾、腎輸佈水液的功能將難以實現。《傷寒論·辨脈法》：「三焦相溷，內外不通。」其表現則如張景岳於《類經·藏象類》曰：「上焦不治則水泛高原，中焦不治則水留中脘，下焦不治則水亂二便。」可知三焦水行不暢的話，根據其部位的不同，會有不同的表現。

《難經·三十一難》曰：「下焦者，當膀胱上口，主分別清濁，主出而不內，以傳導也。」指出了下焦的功能為分清別濁，若其作用失職，則如《素問·宣明五氣》曰：「下焦溢為水」《類經·疾病類·二十五》解釋曰：「下焦為分注之所，氣不化則津液不行，故溢於肌肉而為水。」孫一奎《醫旨緒餘》曰：「上焦主內而不出，下焦主出而不內，其內其出，皆系中焦之腑熟。」則指出了上、中、下三焦之功能特性。《靈樞·邪氣臟腑病形篇》：「三焦病者，腹氣滿，小腹尤堅，不得小便，窘急液，則水留為脹。」由上可知，其間產生的症狀，為膀胱脹所致。《諸病源候論》亦稱：「三焦閉塞，小便不通，水氣結聚於內，乃腹大而腫。」《金匱要略》亦稱：「上焦肺痿、中焦留飲、下焦腫滿」總之三焦的氣化、水液作用若有所失職，都與腫脹的形成有關。

（三）氣化功能的重要性

《類經·攝生類·六》引吳氏所言：「人身膻中之氣，猶雲霧也，膻中氣化則通調水道，下輸膀胱，若膻中之氣不化則不能通調水道，下輸膀胱而失降下之令，猶之白露不降矣。」認為膻中之氣對於通調水道亦有一定的功能。對此，《難經·三十一難》稱：「三焦者，水穀之道路，氣之所終始也。上焦者，在心下，下鬲，在胃上口，主內而不出，其治在膻中。」說明了上焦對於通調水道的機理，而其治在膻中。《靈樞·決氣篇》曰：「上焦開發，宣五穀味，熏膚、充身、澤毛，若霧露之溉，是謂氣。」亦強調了上焦對氣機影響的重要性。

關於氣化的功能，景岳《類經·論治類·十五》「脹論曰：凡陰陽之要，陰無陽不行，水無氣不化，故靈蘭秘典論曰：「氣化則能出矣。」有著生動的描述。

《素問·靈蘭秘典論》曰：「膀胱者，州都之官，津液藏焉，氣

化則能出矣。」強調了水道的通調和氣化功能的關係是極為重要的。《類經·疾病類·五十八》注云：「此津液之為水脹也，三焦為決瀆之官，膀胱為津液之府，氣不化則水不行，所以三焦不能瀉，膀胱不能滲，而腫脹之病所由作，故治此者，當以氣化為主，試觀水潦為災，使非太陽照臨，則陰凝終不能散，泥滯終不能乾，能知此義則知陰陽氣化之道矣。」氣化的功能又和陰陽調和有關，如《類經·疾病類·五十八》注云：「陰陽和，則五液皆精，而充實於內；陰陽不和，則五精皆液，而流溢於外，此其所謂逆順也。」對此，清朝醫家沈金鰲於《雜病源流犀燭》亦有說明：「水之為病，有不由脾土虛弱，不能制水，水逆上行，干及於肺，滲透經絡，流注溪谷，灌入隧道，血亦因而化水，精亦因而化水者乎……，氣即火，陰即水，陽旺則化，而精能為氣，陽衰則不能化，而水即為邪也……，故水不能化，則陰不從陽，而精氣亦皆化為水。」

三、腎水形成的原因---風、虛

(一) 風夾雜寒、濕、熱

景岳於《類經·疾病類·三十一》中解釋了水腫最主要的成因為「風」，其稱：「腎主水，風在腎經，即名風水。」吳崑在解釋水腫的成因時亦稱：「腎者水臟，水邪居之，水邪又夾風熱，名曰腎風。」認為風熱是形成風水的主因。《素問·至真要大論》「太陰在泉，客勝則足痿下重，便溲不時，濕客下焦，發而濡瀉，及為腫、隱曲之疾。」則更進一步的說明：外邪侵犯，造成「濕客下焦」，終而成腫，除了風之外，亦包括了濕。關於此點，景岳於《類經·疾病類·三十一》提出：「濕氣大來，土之勝也，寒水受邪，腎病生焉。」亦有相類似之看法。除了以上所稱風、熱、濕相結會造成腎水之外，寒亦為形成水病的重要因子，如《類經》「三陰竭謂之水」，而《素問·疾病類·六》「脾肺二經也，脾土所以制水，土病則水反侮之，肺金所以生水，氣病則水為不行，故寒結三陰，則氣化為水。」除了說明寒邪導致水邪的致病機理之外，亦說明了其和脾肺二臟的虛損有關。

(二) 水病的形成和本虛有關

水腫造成的原因除了標實之外，本虛亦有相當的影響，如《諸病源候論·風水候》「風水病者，由脾腎氣虛弱所為也。腎勞則虛，虛則汗出，汗出逢風，風氣內入，還客於腎，脾虛又不能制於水，故水散溢皮膚，又與風濕相搏，故云風水也。」脾腎氣虛導致了「風」邪的病症，病邪又惡化脾腎臟腑機能失調的狀況，終而形成「風水」。《素問·水熱穴論》稱：「腎汗出，逢於風……，本之於腎，名曰風水。」亦以風為形成水病的原因，但究其底則為腎虛所造成。

《素問·湯液醪醴論》「五藏陽以竭也，津液充郭，其魄獨居，精孤於內，氣耗於外。」景岳於《素問·論治類·十五》解釋曰：「五

藏陽以竭，有陰無陽也。」說明了陽氣的溫煦作用被鬱而竭，於是陰邪的病理產物積聚，如水腫；此病邪又反過來耗損正氣而造成「精孤於內，氣耗於外」。總結以上，水腫的形成和本虛標實相關，因虛致實會造成病邪的入侵，形成水腫，終而又惡化本虛。本虛指的是肺脾腎三臟的虛，而標實則為風、寒、濕、熱等邪夾雜而成。

另外節氣的變化也是造成水腫的原因之一，如《素問·至真要大論》稱：「太陰司天，客勝則首面胛腫，呼吸氣喘。」

四、腎風加重演變為風水

《素問·評熱病論》曰：「有病腎風者，面胛癢然壅，……目下腫，腹中鳴，身重難以行……，不能正偃，正偃則咳，病名曰風水，論在刺法中。」可見風水可以由腎風進一步發展而來。景岳於《類經·疾病類·三十一》解釋其機理，而稱「腎主水，風在腎經，即名風水……此病以腎陰不足而復刺之，則重傷真陰，乃成是病。」再觀《素問·水熱穴論》所言：「腎汗出逢於風，內不得入於藏府，外不得越於皮膚，客於玄府，行於皮裏，傳為胛腫，本之於腎，名曰風水。」《靈樞·論疾診尺論》稱：「視人之目窠上微壅，如新臥起狀，其頸脈動，時咳，按其手足上，窅而不起者，風水膚脹也。」可知腎風與風水的關係。《靈樞·水脹》「水始起也，目窠上微腫，如新臥起之狀，其頸脈動，時咳，陰股間寒，足脛腫，腹乃大，其水已成矣。以手按其腹，隨手而起，如裡水之狀，此其候也。」則說明了從腎風發展到風水，病症的演變。

風水之病如《素問·平人氣象論》所言：「頸脈動，喘疾，曰水。目裏微腫，如臥蠶起之狀，曰水。……面腫曰風，足脛腫曰水。」本段亦說明了風水的情狀，風水症狀的描述亦如《素問·大奇論》所言：「腎雍，腳下至少腹滿，脛有大小，髀胕大跛，易偏枯。……腎肝并沉為石水，并浮為風水。」風水症狀更進一步的發展則如《素問·逆調論》所言：「夫不得臥，臥則喘者，是水氣之客也。」亦如《素問·氣厥論》曰：「肺移寒於腎，為涌水，涌水者，按腹不堅，水氣客於大腸，疾行則鳴濯濯如囊裹漿，水之病也。」說明了水客於大腸的情狀。水腫產生喘脹胸痛的情形則如《素問·脈解》所言：「所謂上喘而為水者，陰氣下而復上，上則邪客于藏府間，故為水也。所謂胸痛少氣者，水氣在藏府也。水者陰氣也，陰氣在中，故胸痛少氣也。……太陰所謂病脹者，太陰子也。十一月萬物皆氣藏於中，故曰病脹。」

五、水腫的治療原則

關於水腫的治療原則，無非是從肺、脾、腎三臟著手，內經雖未出方劑，但對於治療原則是有精闢見解的。《素問·湯液醪醴論》「五藏陽以竭也，津液充郭，其魄獨居，精孤於內，氣耗於外，形不

可與衣相保，此四極急而動中，是氣拒於內，而形施於外，治之奈何？岐伯曰：平治於權衡，去宛陳莖，微動四極，溫衣，繆刺其處，以復其形。開鬼門，潔淨府，精以時服，五陽已布，疏滌五藏，故精自生，形自盛，骨肉相保，巨氣乃平。」本條文亦提出了水腫形成的機理為「五藏陽以竭」。《類經·論治類·十五》解釋曰：「五藏陽以竭，有陰無陽也。」陽氣的溫煦作用被鬱扼而竭，便會產生陰邪的病理產物積聚，如水濕痰飲，更進一步「精孤於內，氣耗於外」。《類經》《素問·疾病類·十五》解釋曰：「精中無氣，則孤精於內；陰內無陽，則氣耗在外。」《景岳全書·雜證謨·腫脹》進一步解釋說：「凡欲辨水氣之異者，在欲辨其陰陽耳，若病在氣分，則陽證陰證皆有之，若病在水分，則多為陰證。何也？蓋水之與氣，雖為同類，但陽王則氣化，而水即為精，陽衰則氣不化，而精即為水。故凡病水者，水即身中之血氣，但其為邪為正，總在化與不化耳。水不能化，因氣之虛。」以上說明了水的形成和臟腑氣化功能失司有關，為後世提供了以附子、桂枝等溫陽藥物治水腫的理論基礎。正如《類經·疾病類·五十二》所言：「若命門陽虛，不能納氣，則參薑桂附之類，亦所必用，否則氣不化水，終無濟於陰也。」

關於治法，則提出了「開鬼門」、「潔淨府」、「去宛陳莖」、「微動四極」、「溫衣」、「繆刺其處」等治療水腫的法則。開鬼門即發汗，潔淨府即利小便。關於「去宛陳莖」則有較多的解釋，「宛」是鬱積，「陳」是陳舊，「莖」是鋤草，可知「去宛陳莖」即腫勢較盛，水濕鬱積，則可暫用蕩滌之法以瀉水，如用十棗湯、瀋川散、舟車丸之類的方劑。《靈樞·小針解》「宛陳則除之者，去血脈也。」解釋了「去宛陳莖」和活血化瘀的關連性。「微動四極」即四肢作輕微運動，「溫衣」即以衣保暖，「繆刺其處」即病在左而取右，並在右而取左的刺絡法，如《類經·論治類·十五》所言：「四極，四支也，微動之，欲其流通而氣易行也；溫衣，欲助其肌表之陽而陰凝易散也；然後繆刺之，以左取右，以右取左，而去其大絡留滯也。」

六、水腫的針灸療法

除了內科療法，其對於針灸的治法亦論述頗詳。《素問·評熱病論》「帝曰：有病腎風者，面胗癭然，壅害於言，可刺不？岐伯曰：虛不當刺，不當刺而刺，後五日其氣必至。帝曰：其至何如？岐伯曰：至必少氣時熱，時熱從胸背上至頭，汗出手熱，口乾苦渴，小便黃，目下腫，腹中鳴，身重難以行，月事不來，煩而不能食，不能正偃，正偃則咳，病名曰風水，論在《刺法》中。」本條文論述了針刺對於腎風的禁忌，有著虛不當刺的說法，若刺之不當則會產生風水。其後所言：「論在《刺法》中」，此所稱的刺法雖已亡佚，但景岳稱「腎主水，風在腎經，即名風水，論在《刺法》中，即《水熱穴論》。」認

為治療腎風的刺法可參考《素問·水熱穴論》。

《素問·水熱穴論》：「帝曰：水俞五十七處者，是何主也？岐伯曰：腎俞五十七穴，積陰之所聚也，水所從出入也。尻上五行，行五者，此腎俞。故水病下為跗腫大腹，上為喘呼，不得臥者，標本俱病，故肺為喘呼，腎為水腫，肺為逆不得臥，分為相輸，俱受者，水氣之所留也。伏兔上各二行，行五者，此腎之街也。三陰之所交結於腳也。踝上各一行，行六者，此腎脈之下行也，名曰太衝。凡五十七穴者，皆藏之陰絡，水之所客也。」

《素問·骨空論》亦曰：「水俞五十七穴者，尻上五行，行五。伏兔上兩行，行五，左右各一行，行五，踝上各一行，行六。」

《黃帝內經研究大成》對以上的說法有進一步的解釋：「尻骨向上，共有五行，脊椎為中行，督脈兩傍各一行，又次，外俠兩傍各一行，每行五穴。具體穴位名稱，正中行為：脊中、懸樞、命門、腰俞、長強，共五穴；督脈兩行：大腸俞（雙）、小腸俞（雙）、膀胱俞（雙）、中膂內俞（雙）、白環俞（雙），共十穴；又次外俠兩傍二行：胃倉（雙）、肓門（雙）、志室（雙）、胞肓（雙）、秩邊（雙），共十穴。第二組在伏兔上，共二十穴。伏兔上左右各兩行，每行五穴。夾中行在任脈兩傍的有中注、四滿、氣穴、大赫、橫骨各二穴；夾外兩傍的有外陵、大巨、水道、歸來、氣衝各兩穴。第三組在踝上，左右各一行，每行六穴，有太谿、復溜、陰谷、照海、交信、築賓各二，共十二穴。這些治水的常用穴位，在臨床上有很好的治療效果。」不管是水俞五十七處或水俞五十七穴，均是陰氣聚集的地方，其治療方法如上所述可分為三組，對於水腫的治療參考應有極大助益。

七、小結---水病形成的機理

津液是人體一切正常水液的總稱，若其分佈失常，則容易產生水腫。《素問·經脈別論》曰：「飲入于胃，游溢精氣，上輸于脾。脾氣散精，上歸于肺，通調水道，下輸膀胱。水精四布，五經並行，合于四時五臟陰陽，揆度以為常也。」由本條文可知，水液進入胃之後，需透過脾氣運化的作用散佈全身，如《素問·太陰陽明論》曰：「脾主為胃行其津液」，或者經過肺和腎，藉由肺和腎氣化的作用，將水液輸佈全身。肺為水之上源，其接受從脾氣散精來的津液之後，通過宣發作用將津液輸佈於上焦和體表，另一方面則藉由肅降的功能，將津液輸佈至下焦的腎與膀胱。《素問·靈蘭秘典論》曰：「膀胱者，州都之官，津液藏焉，氣化則能出矣。」可見膀胱氣化功能的正常與否，亦決定了水液輸佈功能的正常與否。

以上水液的代謝，最主要是由腎中精氣的蒸騰氣化作用所主宰，如《素問·逆調論》曰：「腎為水臟，主津液。」除此之外，三焦氣化的功能在津液的輸佈方面，亦有其重要的一面。總之，水液輸

佈的失常和肺、脾、腎、三焦、膀胱等臟腑功能的失調有著極重要的關連。

第二節 <<金匱要略>>對水腫病的相關論述

對於水腫的分類，<<內經>>分為風水、石水、湧水，而<<金匱要略>>則根據病因、病程、症狀、脈象分成了風水、皮水、正水與石水，<<金匱要略>>「病有風水，有皮水，有正水，有石水，有黃汗。風水其脈自浮，外證骨節疼痛，惡風；皮水其脈亦浮，外證跗腫，按之沒指，不惡風，其腹如鼓，不渴，當發其汗；正水其脈沉遲，外證自喘；石水其脈自沉，外證腹滿不喘。」根據以上描述，風水頗類似腎病症候群的急性發作期，皮水則類似緩解期，正水則類似腎病症候群嚴重時，影響到心肺功能的時期，石水則類似肝硬化所產生的腹水。

一、風水的臨床表現與治療

(一) 風水臨床表現

<<金匱要略>>「寸口脈沉滑者，中有水氣，面目腫大有熱，名曰風水；視人之目裏上微壅，如蠶新臥起狀，其頸脈動，時時咳，按其手足上，陷而不起者，風水。」本段條文之描述頗類似腎病症候群初起之表現，由於腎病造成鈉鉀的滯留，會造成水腫，而眼瞼區的皮膚尤為鬆散，因此會表現出「如蠶新臥起狀」，由於水腫影響心臟功能，故而會有「其頸脈動」的表現，待到風水氾濫，到達較嚴重的階段則會出現「按其手足上，陷而不起」的症狀。若水停造成脾氣虛弱，津液無法上承，則會有消渴的情形出現。<<金匱要略>>曰：「夫水病人，目下有臥蠶，面目鮮澤，脈伏，其人消渴。」

(二) 風水的治療

風水的初期治療可參考<<金匱要略>>所言：「風水惡風，一身悉腫，脈浮不渴，續自汗出，無大熱，越婢湯主之，惡風加附子。」可見以越婢湯治療風水初期，若因為虛而惡風者，可加附子。若屬風水表虛者，則以防己黃耆湯治之。如<<金匱要略>>所言：「風水脈浮，身重，汗出惡風者，防己黃耆湯主之。」

二、皮水的臨床表現與治療

<<金匱要略>>「太陽病脈浮而緊，法當骨節疼痛，反不疼，身體反重而痠，其人不渴，汗出即愈，此為風水。惡寒者，此為極虛。發汗得之，渴而不惡寒者，此為皮水。」此段說明了風水之後，外邪已除，漸漸形成了「其脈亦浮，外證跗腫，按之沒指，不惡風，其腹如鼓，不渴。」的皮水，「當發其汗」，可治療以越婢加朮湯，如<<金匱要略>>所言：「裡水者，一身面目黃腫，其脈沉，小便不利，故令病水，假如小便自利，此亡津液，故令渴也，越婢加朮湯主之。」亦可

用防己茯苓湯治之，如《金匱要略》所言：「皮水為病，四肢腫，水氣在皮膚中，四肢聶聶動者，防己茯苓湯主之。」

三、正水的臨床症狀與治療

《金匱要略》「正水其脈沉遲，外證自喘。」根據本條文可知，風水發展到一個地步，頗類似腎病影響到心肺功能的表現，方用麻黃附子湯，如《金匱要略》所言：「水之為病，其脈沉小，屬少陰，浮者為風，無水虛脹者為氣。水，發其汗即已，脈沉者宜麻黃附子湯。」脈沉小是正氣不足，屬少陰，是腎陽虛的一種表現，屬正水，以麻黃附子湯治之。

第三節 《諸病源候論》對水腫病的相關論述

水腫的治療，發展到了隋朝，《諸病源候論》亦提供了許多寶貴的經驗。如《諸病源候論·水腫候》曰：「腎者主水，脾胃俱主土，土性剋水。脾與胃合，相為表裏。胃為水穀之海，今胃虛不能傳化水氣，使水氣滲溢經絡，浸漬腑臟。脾得水濕之氣，加之則病，脾病則不能制水，故水氣獨歸於腎。三焦不瀉，經脈閉塞，故水氣溢於皮膚而令腫也。其狀：目裏上微腫，如新臥起之狀，頸脈動，時欬，股間冷，以手按腫處，隨手而起，如物裏水之狀，口苦舌乾，不得正偃，偃則欬清水；不得臥，臥則驚，驚則欬甚；小便黃澀是也。」本條文不獨舉出了水腫的臨床表現，對於其形成的病機亦多所說明，指出脾、胃、腎等藏府相互影響，導致三焦水道不通，終而形成水腫的過程。此外，對於水病的預後亦有所說明而曰：「水病有五不可治：第一脣黑傷肝，第二缺盆平傷心，第三臍出傷脾，第四足下平滿傷腎，第五背平傷肺。凡此五傷，必不可治。脈沉者水也，脈洪大者可治，微細者死。」指出了水病傷及五臟，不可治的情狀。

對於腎水的治療及預防則曰：「其湯熨針石，別有正方，補養宣導，今附於後。」其附於後的說明則如「養生方云：十一月，勿食經夏自死肉脯，內動於腎，喜成水病。」此外亦提供了氣功療法「養生方導引法云：蝦蟆行氣，正坐，動搖兩臂，不息十二通。以治五勞、水腫之病。」

一、脾腎氣虛形成了水病及其臨床表現

《諸病源候論·水通身腫候》：「水病者，由腎脾俱虛故也，腎虛不能宣通水氣，脾虛又不能制水，故水氣盈溢，滲液皮膚，流通四肢，所以通身腫也。令人上氣，體重，小便黃澀，腫處按之隨手而起是也。」本條文說明了水病形成的病機為脾腎氣虛，對於其所產生的臨床表現亦描述甚詳。對風水形成的機理亦有說明，如《諸病源候論·風水候》曰：「風水病者，由脾腎氣虛弱所為也。腎勞則虛，虛則汗出，汗出逢風，風氣內入，還客於腎，脾虛又不能制於水，故水

散溢皮膚，又與風濕相搏，故云風水也。令人身浮腫，如裹水之狀，頸脈動，時欬，按腫上凹而不起也，骨節疼痛而惡風是也。脈浮大者，名曰風水也。」此段結合《內經》與《金匱要略》對風水的描述，其形成過程為脾腎氣虛|風濕相搏|風水。

對於水腫起於足部的機轉則如《諸病源候論·水腫從腳起候》所言：「腎者陰氣，主於水而又主腰腳。腎虛則腰腳血氣不足，水之流溢，先從虛而入，故腰腳先腫也。」水腫一般先從顏面開始，若從足部開始者，可能是「腎虛則腰腳血氣不足」之故。

二、水病和肺的關係

《諸病源候論·毛水候》：「夫水之病，皆由腎虛所為，腎虛則水流散經絡，始溢皮毛。今此毛水者，乃肺家停積之水，流溢於外。肺主皮毛，故餘經未傷，皮毛先腫，因名毛水。」水病影響到肺，《諸病源候論》稱其為「毛水」。

三、皮水與正水

《諸病源候論·皮水候》「肺主於皮毛，腎主於水。腎虛則水妄行，流溢於皮膚，故令身體面目悉腫，按之沒指，而無汗也。腹如故而不滿，亦不渴，四支重而不惡風是也。脈浮者，悉曰皮水也。」此段條文和《金匱要略》的論述頗為類似。《諸病源候論·水分候》：「水分者，言腎氣虛弱，不能制水，令水氣分散，流布四支，故云水分。但四支皮膚虛腫，聶聶而動者，名水分也。」本段條文的描述頗類似皮水。《諸病源候論·水腫欬逆上氣候》「腎主水，肺主氣。腎虛不能制水，故水妄行，浸溢皮膚，而身體腫滿。流散不已，上乘於肺，肺得水而浮，浮則上氣而欬嗽也。」此段條文則和《金匱要略》所論的正水相當，為腎虛水泛的一種表現。

四、風水與臃脹的鑑別診斷

《諸病源候論·大腹水腫候》「夫水腫病者，皆由榮衛否澀，腎脾虛弱所為，而大腹水腫者，或因大病之後，或積虛勞損，或新熱食竟入於水，自漬及浴，令水氣不散，流溢腸外，三焦閉塞，小便不通，水氣結聚於內，乃腹大而腫。故四支小，陰下濕，手足逆冷，腰痛。」本條文所描述水腫的情形頗類似肝硬化所造成的腹水，需與腎病症候群造成的水腫加以鑑別診斷。不管是腎病症候群或肝硬化造成的腹水，其形成機理有相似處。如《諸病源候論·二十四水候》「夫水之病，皆生於腑臟。方家所出，立名不同，亦有二十四水，或十八水，或十二水，或五水，不的顯名證。尋其病根，皆由榮衛不調，經脈否澀，脾胃虛弱，使水氣流溢，盈散皮膚，故令遍體腫滿，喘息上氣，目裏浮腫，頸脈急動，不得眠臥，股間冷，小便不通，是其候也。」而稱不管是何種水病，其形成的機理均和「榮衛不調，經脈否澀，脾胃虛弱」有關。亦如《諸病源候論·虛勞浮腫候》所言：「腎主水，

脾主土。若脾虛則不能剋制於水，腎虛則水氣流溢，散於皮膚，故令身體浮腫。若氣血俱滯，則多變為水病也。」為《金匱要略》稱「血不利則為水」做了最好的說明。

總結以上可知，《內經》提出了五水的觀念，《金匱要略》有四水的觀念，而《中藏經》提出了十水，《諸病源候論》則提出了二十四水，其特色為開始將「水腫」當作各種水病的總稱。《諸病源候論》提出了水腫最主要形成的機理為「脾腎氣虛」，亦如其在《疸水候》稱：「水病無不由脾腎虛所為。」巢氏對水病形成的理念最主要突顯出了腎不固精、脾不散精的致病機轉，對北宋嚴用和治水腫的觀念有一定之影響，而於《濟生方》提出了實脾飲、濟生腎氣湯等治療脾腎虛損所造成的水腫，其於《濟生方·水腫論治篇》稱：「水腫之病，皆由真陽怯少，勞傷脾胃，脾胃既害，積寒化水」，並且提出了治水病要：「先實脾土，……後溫腎水。」

第四節 《千金要方》對水腫病的相關論述

孫思邈《千金方》對水腫的論述大都集中於水腫篇，其對水腫形成機理的描述不似《金匱要略》及《諸病源候論》之詳細，關於水腫的臨床表現大致見於《備急千金要方卷第十五·腎臟》「腎水者，其人腹大臍腫，腰痛不得溺，陰下濕如牛鼻頭汗，其足逆寒，大便反堅，一云面反瘦。」

雖然機理的描述較少，但其對水病之後的調理則有其獨特的一面，如《備急千金要方卷第二十一·水腫》「論曰：大凡水病難治，瘥後特須慎於口味，又復病水人多嗜食不廉，所以此病難愈也，代有醫者隨逐時情，意在財物，不本性命，病人欲食肉，於貴勝之處勸令食羊頭蹄肉，如此者未見有一愈者。又此病百脈之中，氣水俱實，治者皆欲令瀉之便虛，羊頭蹄極補，那得瘥愈。」建議治水病瘥後之調理，不主張以補藥妄行。

孫思邈對於水腫的鑑別診斷亦非常注重，其於《備急千金要方卷第二十一·水腫》曰：「又有蠱脹，但腹滿不腫，水脹，脹而四肢面目俱腫，大凡送者不善診候，治蠱以水藥，治水以蠱藥，或但見脹滿，皆以水藥，如此者仲景所云，愚醫殺之。」可見其重視之一般，並援用《內經》對水脹及蠱脹等鑑別診斷之條文。除此之外，並引用《金匱要略》風水、皮水、正水、石水的描述，對於治法亦稱「腰以下腫當利小便；腰以上腫，當發汗即愈。」

同篇之中對於水病的禁忌亦有論及，如「喪孝、產乳、音樂、房室、誼戲、一切魚、一切肉、生冷、醋滑、蒜、粘食米豆、油膩。」上以前並禁不得食之，及不得用心，其不禁者，並具本方之下，其房室等，猶三年慎之，永不復重發。不爾者，瘥而更發，重發，不可更

治也。」告誡水腫患者許多相關禁忌。

對於水病預後較差者則如《水腫篇》所云：「水有十種，不可治者有五，第一腎黑傷肝，第二缺盆平傷心，第三臍出傷脾，第四背平傷肺，第五足下平滿傷腎，此五傷必不可治。凡水病忌腹上出水出水者月死，大忌之。」

對於風水的治療如《水腫篇》所云：「有人患氣虛損久不瘥，遂成水腫，如此者眾，諸皮中腠水攻面目，身體從腰以上腫，皆以此湯發汗悉愈方。」此方即「麻黃（四兩）、甘草（二兩），右二味口父咀，以水五升煮麻黃，再沸去沫，內甘草，取三升，分三服，取汗愈，慎風冷等。」

第五節 《外臺祕要》對水腫病的相關論述

關於水腫，《外臺祕要》摘錄了《內經》、《傷寒論》、《諸病源候論》等著作的論述，並於第十二卷列了水腫方一十三首，例如「范汪：療水腫方。葶藶子（一兩，熬黑）、甘遂（一兩，熬）、吳茱萸（四兩），上三味別搗異下篩，和以蜜丸如梧子，服可至五丸。經心錄云：服三丸，日三服，餘同。」以及「又：葶藶丸。療水腫方。葶藶（一升，熬）、吳茱萸（一升），上二味各別搗篩，合，以蜜和，更搗二萬杵，藥成。飲服二丸如梧實，不知增之，當以小便利及下為候。若下者，但可清旦一服；若不下，但小便利者，日可再三服。常將服腫消耳，一名二利丸。」以上二方對於頑固性水腫的治療，當可提供一定之助益。其他亦摘錄了《小品》、《集驗》、《千金翼方》、《必效》治療水腫方。

關於風水的病機及治療觀念，《外臺祕要·第二十卷》除了引用《諸病源候論》的論述之外，亦列舉了風水方八首，如「深師：療大風水脈浮，浮為在表，其人或頭汗出，表無他病，但下重，故知從腰以上為和，腰以下當腫及陰，難以屈伸，防己黃耆湯。生薑（三兩）、大棗（十二枚，擘）、白朮（四兩）、木防己（四兩）、甘草（二兩，炙）、黃耆（五兩）上六味切，以水六升，煮取二升，分三服。喘者，加麻黃；身重，胃中不和者，加芍藥；氣上衝者，加桂心；下久寒者，加細辛、防己、黃耆。為本服藥欲解，當如蟲行皮中狀，從腰以下冷如冰，服湯後坐被上，又以一被繞腰溫下，令得汗，汗出則愈也。忌海藻、菘菜、桃、李、雀肉等。」提供了治療風水的方劑，其他又引崔氏療風水腫方及《古今錄驗》之越婢湯。

總結《千金要方》及《外臺祕要》所載的治水方劑，大都偏重於攻法，《千金要方》並且稱：「此病百脈之中，氣水俱實，治者皆欲令瀉之便虛，……所以治水藥，多用葶藶子等諸藥。本草云：葶藶久服，令人大虛，故水病非久虛不得絕。」

第六節 <<太平惠民和劑局方>>對水腫病的相關論述

<<太平惠民和劑局方>>列舉了治療風水的相關方劑，如防己黃耆湯，其曰「治風濕相搏，客在皮膚，一身盡重，四肢少力，關節疼痛，時自汗出，洒淅惡風，不欲去衣。及治風冷客搏，腰腳浮腫，上輕下重，不能屈伸。右為粗末，每服三錢，水一盞半，生薑三片，棗一個，煎至一盞，稍熱服，不拘時。蓋覆溫臥，令微汗瘥。防己、黃耆、甘草、白朮。」。

五苓散則為治療水腫的通方，其曰「治傷寒溫熱病，表裏未解，頭痛發熱，口燥咽乾，煩渴飲水，或水入即吐，或小便不利。及汗出表解，渴不止。及治霍亂吐利，躁渴引飲。右為細末，每服二錢，熱湯調下，不拘時，服訖多飲熱湯，有汗出即愈。」

五皮散：「治男子婦人，脾氣停滯，風濕客搏，脾經受濕，氣不流行。治頭面虛浮，四肢腫滿，心腹膨脹，上氣促急，腹脅如鼓，繞臍脹悶，有妨飲食，上攻下疰，來去不定，舉動促乏。右為粗末，每服三錢，水一盞半，煎至八分，去滓稍熱服，不拘時候。切忌生冷、油膩、堅硬等物。」

第七節 <<臨證指南醫案>>對水腫病的相關論述

葉天士對於腎病水腫的治療亦略有提及，如其於<<臨證指南醫案·腫脹篇>>載一患者的病案：「吳：平昔濕痰阻氣為喘，茲因過食停滯，陰臟之陽不運，陽腑之氣不通，二便不爽，跗腫腹滿，診脈沉弦，猶是水寒痰滯，阻遏氣分，上下皆不通調，當從三焦分治。頃見案頭一方，用菟絲子升少陰，吳茱萸泄厥陰，不知作何解釋，不敢附和，仍用河間分消定議（濕壅三焦肺氣不降）。大杏仁、萊菔子、豬苓、澤瀉、葶藶子、厚朴、桑白皮、廣皮、細木通」經診治之後，病情並未好轉，遂思其病當為氣分在上，治以開鬼門之法，終而得癒。如以下所載「又：三焦分消，泄肝通腑，二便不爽如昔。診脈浮小帶促，聞聲呼息不利，是氣分在上結阻，以致中下不通，喘脹要旨，開鬼門以取汗，潔淨腑以利水，無非宣通表裡，務在治病源頭，據脈症參詳，急急開上為法，合金匱風水反登義矣。麻黃、杏仁、石膏、甘草、苡仁。」

其又有另一病例載於<<腫脹篇>>「某，暴腫氣急，小溲澹少，此外邪壅肺，氣分不通，治當從風水、皮水，宣其經隧。以能食能寢為佳，勿得誅伐無過之地。」其用藥為「前胡、蜜炙麻黃、牛蒡子、薑皮、紫苑、杏仁、茯苓皮、廣皮。」

葉天士於<<腫脹篇>>總結了其對腫脹治療的心得，曰：「腫脹證，大約腫本乎水，脹由乎氣，腫分陽水陰水；其有因風因濕因氣因熱，

外來者為有餘，即為陽水。因於大病後，即脾肺虛弱，不能通調水道；因心火剋金，肺不能生腎水，以致小便不利；因腎經陰虧，虛火爍肺金而溺少，誤用行氣分利之劑，漸至喘急痰盛，小水短赤，釀成腫證，內發者為不足，即為陰水。」葉氏對水腫的形成亦認為有虛實之分。

第八節 <<醫學衷中參西錄>>對水腫病的相關論述

<<醫學衷中參西錄·腫脹門>>有關風水的病例及其論述如下：「受風水腫：邑北境常庄劉氏婦，年過三旬，因受風得水腫證。

病因：原系農家，時當孟夏，農家忙甚，將飯炊熱，復自鋤田間，因作飯時受熱出汗，出門時途間受風，此後得水腫證。

證候：腹中脹甚，頭面周身皆腫，兩目之腫不能開視，心中發熱，周身汗閉不出，大便乾燥，小便短赤。其兩腕腫甚不能診脈，按之移時，水氣四開，如能見脈。其左部弦而兼硬，右部滑而頗實，一息近五至。

診斷：<<金匱>>辨水證之脈，謂風水脈浮，此證脈之部位腫甚，原無從辨其脈之浮沉，然即其自述，謂于有汗受風之後，其為風水無疑也。其左脈弦硬者，肝膽有鬱熱也，其右脈滑而實者，外為風束，胃中亦寢生熱也。至於大便乾燥，小便短赤，皆肝胃有熱之所致也。當用<<金匱>>越婢湯加減治之。

處方：生石膏 一兩搗細、滑石 四錢、生杭芍 四錢、麻黃 三錢、甘草 二錢、大棗 四枚擘開、生薑 二錢，西藥阿斯匹林 一瓦。」「中藥七味，共煎湯一大盅，當煎湯將成之時，先用白糖水將西藥阿斯匹林送下，候周身出汗（若不出汗仍可再服一瓦），將所煎之湯藥溫服下，其汗必益多，其小便當利，腫即可消矣。」

「復診：如法將藥服完，果周身皆得透汗，心中已不發熱，小便遂利，腹脹身腫皆愈強半，脈象已近和平，擬再治以滋陰利水之劑，以消其餘腫。**處方：**生杭芍 六錢、生薏米 六錢搗碎、鮮白茅根 一兩，藥共三味，先將前二味水煎十餘沸，加入白茅根再煎四五沸，取湯一大盅，溫服。**效果：**將藥連服十劑，其腫全消，俾每日但用鮮白茅根一兩，煎數沸當茶飲之，以善其後。」

「或問：前方中用麻黃三錢原可發汗，何必先用西藥阿斯匹林先發其汗乎？答曰：麻黃用至三錢雖能發汗，然有石膏、滑石、芍藥以監制之，則其發汗之力頓減，況肌膚腫甚者，汗尤不易透出也。若因其汗不易出，擬復多加麻黃，而其性熱而且燥，又非所宜。惟西藥阿斯匹林，其原質存於楊柳皮津液之中，其性涼而能散，既善發汗又善清熱，以之為麻黃之前驅，則麻黃自易奏功也。」

「或問：風襲人之皮膚，何以能令人小便不利積成水腫？答曰：小便出於膀胱，膀胱者太陽之腑也。襲入之風由經傳腑，致膀胱失其

所司，是以小便不利。麻黃能祛太陽在腑之風，佐以石膏、滑石，更能清太陽在腑之熱，是以服藥汗出而小便自利也。況此證肝中亦有蘊熱，〈〈內經〉〉謂：『肝熱病者小便先黃。』是肝與小便亦大有關係也。方中兼用芍藥以清肝熱，則小便之利者當益利。至於薏米、茅根，亦皆為利小便之輔佐品，彙集諸藥為方，是以用之必效也。」

以上張氏所列舉治療本病的經驗，可為後世治療腎病症候群之參考。尤其是麻黃與阿斯匹林，中西藥的合用，對後世治療本病提供了新的思考方向。

第九節 〈〈吳鞠通醫案〉〉對水腫病的相關論述

〈〈吳鞠通醫案·水氣〉〉：「甲子三月廿一日，女，十四歲，脈數，水氣由面腫至足心。經謂病始于上而盛于下者，先治其上，後治其下。議腰以上腫當發汗例，越婢加朮湯法。麻黃 去節五錢、白朮三錢、杏仁泥 五錢、石膏 六錢、桂枝 三錢、炙甘草 一錢，水五杯，煮取二杯。先服一杯，得汗止後服，不汗再服。」

「廿二日：生石膏 八錢、麻黃 去節三錢、生薑 三片、炙甘草 二錢、杏仁泥 五錢、桂枝 二錢、大棗 去核，二枚，水八杯，煮取三杯，分三次服。以汗出至足為度，又不可使汗淋漓。」

「廿四日：水氣由頭面腫至足下，與越婢法，上身之腫已消其半；茲脈沉而數，以涼淡復微苦，利其小便。飛滑石 五錢、生薏仁 五錢、杏仁 三錢、茯苓皮 六錢、黃柏炭 一錢、海金砂 六錢、澤瀉 三錢、白通草 三錢，不能戒鹹，不必服藥。」

〈〈吳鞠通醫案·水氣〉〉：「范，十八歲，風水腫脹，生石膏 四兩、麻黃 去節 六錢、生薑 三錢、桂枝 三錢、杏仁泥 五錢、炙甘草 三錢、大棗 去核 二枚，煮成三杯，分三次服。」

「一帖而汗解，頭面腫消；次日與實脾利水，五日全愈。戒其避風，伊不聽，後八日，腹腫如故，仍與前法而愈。後受戒規，故不再發。」

〈〈吳鞠通醫案·水氣〉〉：「周，十八歲，腫從頭面起。麻黃 去節 六錢、生石膏 一兩、杏仁 五錢、桂枝 三錢、炙甘草 三錢、蒼朮 三錢，煮成三杯，分三次服。如汗出不止，以松花粉補之。服一帖，汗出不至足。次日又服半帖，腫全消。後以理脾收功。」

第十節 〈〈針灸大成〉〉對水腫病的相關論述

〈〈素問·水熱穴論〉〉：「帝曰：水俞五十七處者，是何主也？岐伯曰：腎俞五十七穴，積陰之所聚也，水所從出入也。尻上五行，行五者，此腎俞。故水病下為臑腫大腹，上為喘呼，不得臥者，標本俱病，故肺為喘呼，腎為水腫，肺為逆，不得臥，分為相輸，俱受者，水氣之所留也。伏兔上各二行，行五者，此腎之街也。三陰之所交結

於腳也。踝上各一行，行六者，此腎脈之下行也，名曰太衝。凡五十七穴者，皆藏之陰絡，水之所客也。」

《針灸大成·卷一·刺水熱穴論》：「腎汗出逢於風，內不得入於臟腑，外不得越於皮膚，客於玄府，行於皮裏，傳為胛腫，本之於腎，名曰風水，所謂玄府者，汗孔也。帝曰：水俞五十七處者，是何主也？岐伯曰：腎俞五十七穴，積陰之所聚也，水所從出入也。尻上五行，行五者，此腎俞。故水病下為胛腫大腹，上為喘呼，不得臥者，標本俱病。故肺為喘呼，腎為水腫，肺為逆不得臥，分為相，輸俱受者，水氣之所留也。伏兔上各二行，行五者，此腎之街也。三陰之所交，結於腳也。踝上各一行，行六者，此腎脈之下行也。名曰太衝，凡五十七穴者，皆臟之陰絡，水之所客也。」

《針灸大成·卷一·骨空論》：「水俞五十七穴者，尻上五行，行五。伏兔上兩行，行五，左右各一行，行五，踝上各一行，行六。」

《黃帝內經研究大成》：「尻骨向上，共有五行，脊椎為中行，督脈兩傍各一行，又次，外俠兩傍各一行，每行五穴。具體穴位名稱，正中行為：脊中、懸樞、命門、腰俞、長強，共五穴；督脈兩行：大腸俞（雙）、小腸俞（雙）、膀胱俞（雙）、中膂內俞（雙）、白環俞（雙），共十穴；又次外俠兩傍二行：胃倉（雙）、肓門（雙）、志室（雙）、胞肓（雙）、秩邊（雙），共十穴。第二組在伏兔上，共二十穴。伏兔上左右各兩行，每行五穴。夾中行在任脈兩傍的有中注、四滿、氣穴、大赫、橫骨各二穴；夾外兩傍的有外陵、大巨、水道、歸來、氣衝各兩穴。第三組在踝上，左右各一行，每行六穴，有太谿、復溜、陰谷、照海、交信、築賓各二，共十二穴。這些治水的常用穴位，在臨床上有很好的治療效果。」

不管是水俞五十七處或水俞五十七穴，均是陰氣聚集的地方。可分為三組，如以上所言。

《針灸大成·卷二·百症賦》：「原夫面腫虛浮，須仗水溝前頂。」

《針灸大成·卷二·百症賦》：「陰陵、水分，去水腫之臍盈。」

《針灸大成·卷二·弘席賦》：「水腫水分兼氣海。」

《針灸大成·卷二·靈光賦》：「水腫水分灸即安。」

《針灸大成·卷三·雜病穴法歌》：「水腫水分與復溜。」

《針灸大成·卷七·治病要穴》：「氣海...主一切氣疾，陰症痼冷，及風寒暑濕水腫。」

「足三里：主中風中濕，諸虛耳聾，上牙疼，痺風，水腫，心腹脹。」

《針灸大成·卷八·穴法圖》：「水溝：在鼻柱下溝中央，針四分，灸不及針，水腫，惟針此穴，灸日三壯，止二百壯。」

《針灸大成·卷八·腫脹門》：「渾身浮腫：曲池、合谷、三里、

內庭、行間、三陰交。」

「水腫：列缺、腕骨、合谷、間使、陽陵、陰谷、三里、曲泉、解谿、
陷谷、復溜、公孫、厲兌、沖陽、陰陵、胃俞、水分、神闕。」

「四肢浮腫：曲池、通里、合谷、中渚、液門、三里、三陰交。」

「風浮身腫：解谿」「腫水氣脹滿：復溜、神闕。」

《《針灸大成·卷八·雜病門》》「水腫：皮水，正水，石水，風水，
因氣濕食。針胃倉、合谷、石門、水溝、三里、復溜、曲泉、四滿。」

第二章 水腫形成的原因與機理

第一節 水腫與外邪的關係

《素問·經脈別論》曰：「飲入于胃，游溢精氣，上輸于脾。脾氣散精，上歸于肺，通調水道，下輸膀胱。水精四布，五經並行，合于四時五臟陰陽，揆度以為常也。」由本條文可知，水液進入胃之後，需透過脾氣運化的作用散佈全身，肺為水之上源，通過宣發肅降的作用將津液輸佈於全身，膀胱氣化功能的正常與否，亦決定了水液輸佈功能的正常與否。水液的代謝，最主要是由腎中精氣的蒸騰氣化作用所主宰。三焦氣化的功能在津液的輸佈方面，亦有其重要的一面。總之，水液輸佈的失常和肺、脾、腎、三焦、膀胱等臟腑功能的失調有著極重要的關聯。由上觀之，腎病症候群所產生的水腫，最主要的關鍵是臟腑的虛衰，由於臟腑機能減退，造成氣化不利，因虛致實的結果，造成水液的代謝失常，終而形成水腫。另一方面，外邪的入侵，也是水腫形成的重要因子之一，所謂「邪之所湊，其氣必虛。」在本虛的條件之下，容易引致外邪的入侵，尤其是外感六淫。此外邪太盛也是形成水病的重要原因。

一、肺與水腫的關係

《類經·藏象類·十二》「水因氣生，氣為水母，凡肺氣所及，則水精布焉，然水名雖一，而清濁有分，清者為精，精如雨露，濁者為水，水如江河，故精歸五藏，水歸膀胱，而五經並行矣。」可見肺對於通調水道的重要性，如果肺氣功能失於宣降，或因本身虛衰，或因外邪侵犯，均可以形成水腫。明朝醫家秦景明《症因脈治》云：「風寒身腫之因，表氣素虛，肺氣素熱，表氣虛則外邪易入，肺氣熱則皮毛易開。寒襲於肌表，鬱而不散，則發熱身腫之症作矣。」其對於水腫成因，因於肺氣虛者則稱：「勞役過度，肺氣久虛，清肅之令不行，下降之權失職，衛氣壅遏，營氣不從，則腫症作矣。」可見水腫的形成，除了外感之外，本虛亦佔了重要的地位。

二、外感風邪形成水病的成因---風、濕、熱、寒

《金匱要略》稱「風水，其脈自浮，外證骨節疼痛，惡風。」認為水腫的形成和「風」有關，吳謙註解本條文時稱：「風水得之內有水氣，外感風邪，風則從上腫，故面浮腫，骨節疼痛惡風，風在經表也。」。王冰云：「從風而水，故曰風水」，亦有類似見解，均認為風邪客於肌表，導致肺失宣降，三焦水道通調失職，終而形成水腫。

桂林古本《傷寒雜病論》「風為百病之長，……中于項，則下太陽，甚則入腎」「風病，面浮腫，脊痛不能正立，隱曲不利，甚則骨痿，脈沉而弦，此風邪乘腎也，柴胡桂枝湯主之。」「熱病，咽中乾，腰痛，足熱，脈沉而數，此熱邪移腎也，地黃黃柏黃連半夏湯主之。」

景岳於《類經·疾病類·三十一》中解釋水腫最主要的成因為風：「腎主水，風在腎經，即名風水。」吳崑在解釋水腫的成因時亦稱：「腎者水臟，水邪居之，水邪又夾風熱，名曰腎風。」而認為風熱是形成風水的主因。《素問·至真要大論》「太陰在泉，客勝則足痿下重，便溲不時，濕客下焦，發而濡瀉，及為腫、隱曲之疾。」則更進一步的說明了：環境外風侵犯，造成「濕客下焦」，終而成腫，除了風之外，亦包括了濕。關於此點，景岳於《類經·疾病類·三十一》提出：「濕氣大來，土之勝也，寒水受邪，腎病生焉。」亦有相類似之看法。《症因脈治》云：「或濕熱行令，襲人肌表；或先傷於濕，濕氣久流，鬱而成熱，則濕熱腫脹作矣。」亦說明了濕邪形成水腫的機轉。除了以上所稱風、熱、濕相結會造成腎水之外，寒亦為形成水病的重要因子。

《類經》解釋《素問》「三陰竭謂之水」，於《素問·疾病類·六》言：「脾肺二經也，脾土所以制水，土病則水反侮之，肺金所以生水，氣病則水為不行，故寒結三陰，則氣化為水。」本段條文除了說明了寒邪導致水邪的致病機理之外，亦說明了其和脾肺二臟的虛損有關，關於本虛的說明，《素問·水熱穴論》稱：「勇而勞甚則腎汗出，腎汗出逢於風，內不得入於臟腑，外不得越於皮膚，客於玄府，行於皮裏，傳為胛腫，本之於腎，名曰風水。」說明了腎亦為水病的成因。

明朝醫家秦景明分析了《內經》和《金匱要略》所論述風水形成病機的差異，《症因脈治》中曰：「金匱之風水，乃是太陽之外感，實非內經肝腎之內傷。」可見風水的成因，有和外感風邪相關的一面。

由以上所論述風和水腫的關係可知，經由感冒所造成的腎病水腫，即稱為腎風，如《素問·評熱病論》「有病腎風者，面胛癢然壅。」頗類似現代醫學之急性腎絲球腎炎病症發作之表現，對於和上呼吸道感染有關之腎病症候群，如微小病變型、部分膜增生型以及IgA（免疫球蛋白甲）腎病變亦有相當的關聯。

第二節 水腫與虛勞的關係

腎病症候群急性期過後，由於病邪會耗損正氣，阻滯氣機，灼傷陰液，故而造成氣陰兩虛。氣虛常導致風寒或寒濕外客，陰虛則易招致溼熱，故而形成病情的反復，氣陰兩虛久了之後，由於氣虛無法推動血行，陰虛造成津液虧損，因此容易併發血瘀，而更加惡化本病的預後。《素問·調經論》亦云：「百病之生，皆有虛實。」

不論是寒濕或溼熱及血瘀均會反過來造成本病氣陰兩虛的情形加重，故而腎病症候群平常的調理是重要的，對於虛勞病機的了解亦是有必要的。

虛勞是元氣或精血不足造成臟腑虧損的一種慢性疾病，如《素問·通評虛實論》所言「精氣奪則虛」，其所造成的情形則如《素問·宣明五氣論》所言：「五勞所傷：久視傷血，久臥傷氣，久坐傷肉，久立傷骨，久行傷筋，是謂五勞所傷。」《難經》亦云：「一損損於皮毛，皮聚而毛落；二損損於血脈，血脈虛少，不能榮於五臟六腑；三損損於肌肉，肌肉消瘦，飲食不能為肌膚；四損損於筋，筋緩不能自收持；五損損於骨，骨痿不能起於床。反此者，至脈之病也。從上下者，骨痿不能起於床者死，從下上者，皮聚而毛落者死」說明了虛損之症，自上而下，自下而上演變的兩種趨勢，給後世治虛損從上中下分治的理論指導方向。《諸病源候論》所載「虛勞諸候」，多至七十五候，《千金方》則運用血肉有情之品補虛勞。

虛勞病名則首見於《金匱要略》之虛勞篇，對其病因、病機、症狀、治療提出了說明，為後世對虛勞的觀念立下基礎。宋代錢乙《小兒藥證直訣》論小兒虛羸：「脾胃不和，不能食乳致肌瘦，亦因大病或吐瀉後，脾胃尚弱，不能傳化谷氣也。有冷者，時時下利，唇口青白；有熱者，溫壯身熱，肌肉微黃，此冷熱虛羸也。」則說明了脾胃損傷，因而致虛的情形。

虛勞之因：《素問·陰陽應象大論》「喜怒傷氣，寒暑傷形。暴怒傷陰，暴喜傷陽。厥氣上行，滿脈去形。喜怒不節，寒暑過度，生乃不固。」指出外感寒暑、內傷喜怒，則形氣受損而為虛。《金匱要略》稱：「食傷、憂傷、飲傷、房室傷、飢傷、勞傷」為虛勞之因。隋朝巢元方《諸病源候論·虛勞病諸候》較系統地論述了虛損之病理與分類：「夫虛勞者，五勞六極七傷是也。」其中五勞有二：一為情志勞傷：志勞、思勞、心勞、怵勞、疲勞；二為五臟勞傷：即肺勞、肝勞、心勞、脾勞、腎勞。六極者，指六種虛損重症，包括氣極、血極、精極、骨極、肌極與精極。七傷者，一為虛勞之七種病症：陰寒、陰萎、裏急、精連連、精少、陰下濕、精清、小便苦數、臨事不卒；二指臟氣受傷：大飽傷脾、大怒氣逆傷肝、強力舉重久坐濕地傷腎、形寒寒飲傷肺、怵愁思慮傷心、風雨寒濕傷形、大恐懼不節傷志。」《千金翼方》亦有類似的說明：「疾之所起，生自五勞、五勞既用，二臟先損，心腎受邪，腑臟俱病。」

《景岳全書》稱：「凡虛損之由，無非酒色、勞倦、七情、飲食所致。」「夫勞之于人，孰能免之？如奔走食力之夫，終日營營而未聞其勞者，豈非勞乎？但勞有不同耳。蓋貧賤之勞，作息有度，無關榮辱，習以為常，何病之有！惟安閒柔脆之輩，而苦竭心力，斯為害矣。故或勞于名利，而不知寒暑之傷形；或勞于色欲，而不知旦暮之疲困；或勞于游蕩，而忍飢竭力于呼盧馳驟之場；或勞于疾病，而剝削傷殘于無術庸醫之手；或為詩書困厄，每緣螢雪成災；或以好勇逞

強，遂致絕筋之力。總之，不知自量，而務從勉強，則一應妄作妄為，皆能致損。」將虛勞之因，述說極為生動詳細。明末醫家綺石則於其著作《理虛元鑑》提出了先天、後天、痘疹、外感、病后、境遇、醫藥等原因。

總結以上造成虛勞之因有多端，但本篇著重於外感病邪，侵入人體，耗損正氣，因而形成慢性虛症，其中有可能是正邪交爭之後，病情遷延日久，邪少虛多，日益耗損正氣，終成虛證，亦有可能是因為寒濕之邪侵入人體，日久損傷陽氣，因而成為虛證的；燥熱之邪則會耗損陰液，亦可致虛。如《靈樞·本神篇》所稱：「是故五臟，主藏精者也，不可傷，傷則失守而陰虛，陰虛則無氣，無氣則死矣。」風邪襲表的結果，也會導致表氣虛。清朝醫家吳澄《不居集》稱：「虛損一症，不獨內傷，而外邪亦有之矣。」指出了外邪致虛的情形。《素問·宣明五氣篇》亦指出「勞則氣耗」，有相同的說法。

虛勞的治療《雜病源流犀燭》稱：「所以致損者有四，曰氣虛、曰陰虛、曰血虛、曰陽虛。」《內經》稱：「虛則補之」「勞者溫之」「損者益之」。清初醫家顧松園於其著作《醫鏡》中對陰虛所造成的虛勞有較全面之論述而認為「世之偏於陰虛者，比比皆是，其治有三大要法：一曰補腎水，二曰培脾土，三曰慎調攝，用藥以甘寒為主。」

清朝醫家吳澄所著《不居集》對養脾陰有獨到見解，葉天士則提出了養胃陰的方法。《理虛元鑑》：提出了理虛三法「一清金保肺，無犯中州之土；二培土調中，不損至高之氣；三金行清化，不覺水自流長。」並進一步說明：「理虛有三本，肺、脾、腎是也。肺為五臟之天，脾為百骸之本，腎為一身之根，知斯三者，治虛之道盡矣。」朱肱《活人書》稱：好用涼藥的醫生，見附子、硫黃便加以攻訐，好用熱藥的醫生，則畏硝、黃而不敢用，認為是「偏見所趨然」，可見虛勞的治療還是要以辨證論治為基礎。

腎病症候群若平常調理得當，正氣得平，體內之神經、免疫系統得以恢復正常，則本病反復發作的情形當可緩解，正復邪退，疾病會往好的方向轉歸，甚至痊癒。若正衰邪進，則終而亦有造成機體毀滅的可能。一般而言，病邪初起，由於邪氣盛，實證較多，病情日久反覆者，則可能造成虛證或虛實夾雜。造成虛證的狀況除了病邪本身的特性之外，亦有因日久耗損正氣所造成者，也有因病邪太盛，直接致虛者。此外失治或誤治也是造成虛證的原因之一。或誤用苦寒清熱之劑，敗胃傷脾，耗損正氣者；或因誤用燥熱之劑，劫傷陰液，因而致虛者；或誤用攻伐之劑，正氣更傷者；或不當補而補，造成邪更盛而正更衰的情形。總之，在治療疾病時，當步步為營，小心謹慎為是，當不致使病邪復發，此外患者本身的調理亦屬重要，運動的適當與否、心情的調適、飲食的節制，對疾病預後的發展，均是重要的環節。

第三節 水腫與氣化的關係

水腫形成的機轉除了和外邪及臟腑的虛衰有關之外，其中最主要的關聯即在於氣化的機制。

一、氣化的觀念

中醫所稱的氣化和臟腑精氣功能的互相轉化有關，即通過氣的運作而產生各種生理變化，也就是精、氣、血、津液彼此間的互相轉化。氣化是新陳代謝的過程，也就是物質轉化和能量轉化的過程。若氣化順利，則藏府氣血功能調和，若氣化不利則藏府功能失調，易生病邪。

(一) 陰精與陽氣

中醫所稱的精微物質，其本身存在的狀態稱為「陰精」，其作用型態則為「陽氣」。《素問·陰陽應象大論》曰：「陽化氣，陰成形。」張景岳《類經》註曰：「陽動而散，故化氣，陰靜而凝，故成形。」以上均說明了物質動與靜的觀念。

《素問·陰陽應象大論》所言：「水為陰，火為陽，陽為氣，陰為味。味歸形，形歸氣，氣歸精，精歸化，精食氣，形食味，化生精，氣生形。味傷形，氣傷精，精化為氣，氣傷於味。」精氣互化的觀念幾乎可說就是作用物質動靜之間的變化。《管子·內業》「精也者，氣之精者也。」即說明了精和氣的關係。

(二) 升降的觀念和氣化的關係

透過氣的運動，形成機體內生理功能的轉化，即稱為氣化。《素問·六微旨大論》曰：「帝曰：其升降何如？岐伯曰：氣之升降，天地之更用也。帝曰：願聞其用何如？岐伯曰：升已而降，降者謂天；降已而升，升者謂地。天氣下降，氣流於地；地氣上升，氣騰於天。故高下相召，升降相因，而變作矣。」氣化的前提是氣要產生運動，尤其是氣機升降的變化。同篇亦指出：「出入廢則神機化滅，升降息則氣立孤危。故非出入，則無以生長壯老已；非升降，則無以生長化收藏。是以升降出入，無器不有。」可見升降出入對於氣化的重要性，而此升降的樞紐位於脾胃。《臨症指南醫案》曰：「納食主胃，運化主脾，脾宜升則健，胃宜降則和。」又云：「太陰濕土，得陽始運，陽明陽土，得陰自安，以脾喜剛燥，胃喜柔潤也。」肝肺升降的觀念則又更廣泛的概括了氣化的特性，《臨症指南醫案》曰：「但人身氣機，合乎天地自然，肺氣從右而降，肝氣由左而升，肺病主降日遲，肝橫司升日速。」除以上脾升胃降，肝升肺降的觀念之外，心火與腎水的既濟，對於升降的觀念也是重要的一環。

一般而言，中醫所稱的氣化一般可分為廣義及狹義，前者為機體生理功能的運行變化，包括了藏府氣血功能的運行，狹義氣化即指三

焦氣化。

(三) 藏府和氣化的關係

藏府和氣化的關係除了以上所稱：脾升胃降、肝升肺降、心火腎水的觀念之外，對於精氣的來源，以及其間的傳變，亦有其另外一層次的關係。一般而言，精藏於腎，氣亦來自於腎，透過三焦的傳導作用，可作用於五藏六府及經絡之間。除以上之外，脾對於精氣的化源，亦起著重要的作用，因此對於脾藏象的功能是有必要加以了解的。

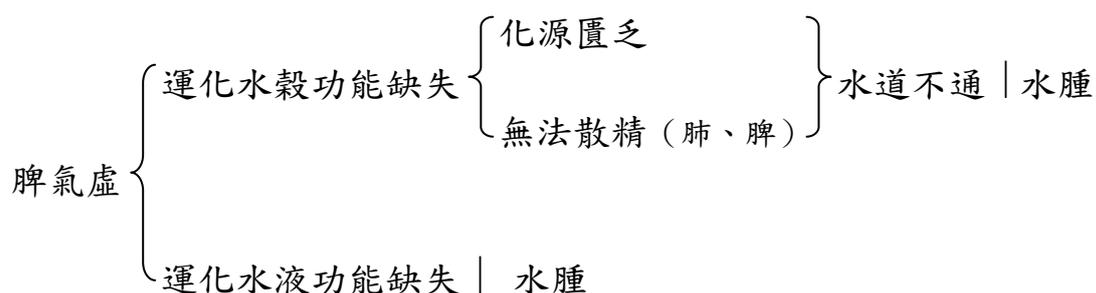
1. 脾主運化水穀

《素問·經脈別論》曰：「飲入于胃，游溢精氣，上輸于脾。脾氣散精，上歸于肺，通調水道，下輸膀胱。水精四布，五經並行。」說明了脾氣具有化生水穀及散精的作用，如果化源虧乏及脾氣散精的功能有了缺失，會造成氣化的功能出現問題，終而形成水腫。

脾氣轉化所成的水穀精微，可經過脾主運化的作用，輸佈至全身，此輸佈至全身的路徑有兩條，一為前面所稱，「上歸於肺」，經過肺氣宣發肅降的功能，將水穀精微輸佈於全身。另一則是透過脾氣本身的作用，如《素問·厥論》所言：「脾主為胃行其津液者也。」以上說明了脾氣可推動及調節津液在人體中的代謝，若脾氣虛弱，造成水穀精微的輸佈產生了缺失，則容易產生水腫。

2. 脾主運化水液

脾除了具有運化水穀的功能之外，其亦有運化水液的作用，若脾對體內水液的代謝功能失調亦會產生水腫。《素問·至真要大論》稱：「諸濕腫滿，皆屬於脾。」總結以上，不管是脾主運化水穀或水液的功能有所缺失，均會導致水腫的形成。脾氣運化失常造成水腫的機轉簡列如下：



此外，腎失封藏亦可影響脾對水液代謝功能的調節，《素問·水熱穴論》「腎者，胃之關，關門不利，故聚水而從其類也。」腎的氣化蒸騰功能失司，造成脾胃功能的虛損，水液運化無權，終而形成水腫。水腫形成之後，會侮脾土，「脾惡濕」，終而又更惡化水腫的產生，除以上之外，脾自身的虛損，亦可惡化水腫的形成。

由上可知，津液的代謝最主要是靠肺、脾、腎、肝、三焦、膀胱

等藏府氣化的作用所共同完成的。脾運化水液的功能已如上所述，肺主行水的功能則是接受脾所轉輸來的津液之後，通過宣發肅降的功能，將水液輸佈至上焦體表或下焦的腎與膀胱。《素問·逆調論》「腎為水藏，主津液。」許多藏府對水液的代謝，均要靠腎蒸騰氣化的功能所完成。此外水液的代謝亦要靠肝主疏泄，氣機通暢，使津液得行。

《素問·靈蘭秘典論》曰：「膀胱者，州都之官，津液藏焉，氣化則能出矣。」《類經·疾病類·五十八》注云：「此津液之為水脹也，三焦為決瀆之官，膀胱為津液之府，氣不化則水不行，所以三焦不能瀉，膀胱不能滲，而腫脹之病所由作，故治此者，當以氣化為主。」強調了水道的通調與津液輸佈正常與否，和膀胱三焦氣化功能的關係是極為密切的。《素問·宣明五氣》曰：「下焦溢為水」《類經·疾病類·二十五》解釋：「下焦為分注之所，氣不化則津液不行，故溢於肌肉而為水。」本條文亦強調了氣化的重要性。

（四）水腫的形成和氣化的關係

1. 氣化失常導致水腫

精微物質，即「陰精」，當其作用時即化為「陽氣」，物質動靜之間的作用，維持了體內環境的衡定。「陰精」行於脈管之中，其維持水液代謝平衡的功能則為「陽氣」，其間功能的轉換即形成了所謂「氣化」的觀念。王冰解釋《素問·湯液醪醴論》「五藏陽以竭也，津液充郭，其魄獨居，精孤於內，氣耗於外。」釋曰：「陰精損削於內，陽氣耗損於外，則三焦閉溢，水道不通，水滿皮膚，身體否腫。」認為「陰精損削於內」，即造成水腫。

2. 陰陽失和導致水腫

《類經·疾病類·五十八》注云：「陰陽和，則五液皆精，而充實於內，陰陽不和，則五精皆液，而流溢於外，此其所謂逆順也。」可見機體的功能正常，陰陽調和，則陰精流於津液之中行其功能，若機體功能失常，陰陽失去平衡，則陰精皆液，流液於外而成水腫。《景岳全書·雜證謨·腫脹》進一步解釋說：「凡欲辨水氣之異者，在欲辨其陰陽耳，若病在氣分，則陽證陰證皆有之；若病在水分，則多為陰證。何也？蓋水之與氣，雖為同類，但陽王則氣化，而水即為精；陽衰則氣不化，而精即為水。故凡病水者，水即身中之血氣，但其為邪為正，總在化與不化耳。水不能化，因氣之虛。」除了說明陰陽和水液代謝的功能，亦強調了其與陽衰、氣虛的關係。《脹論》曰：「凡陰陽之要，陰無陽不行，水無氣不化」，《靈蘭秘典論》曰：「氣化則能出矣。」

3. 氣虛水停與氣滯水停

水病與氣分的關係，如《金匱要略·水氣病篇》曰：「陰陽相得，

其氣乃行，大氣一轉，其氣乃散，實則失氣，虛則遺溺，名曰氣分。」說明了水病和氣分的關係。關於「氣分」，〈〈諸病源候論·氣分候〉〉解釋：「夫氣分者，由水飲搏於氣，結聚所成。氣之流行，常無壅滯，若有停積，水飲搏於氣，則氣分結而住，故云氣分。」可見水液的代謝和氣的流通是極有關連的。

氣虛水停多和肺脾腎三藏的虛損有關，前已有多所論及。〈〈諸病源候論·風水候〉〉所言「風水病者，由脾腎氣虛弱所為也。腎勞則虛，虛則汗出，汗出逢風，風氣內入，還客於腎，脾虛又不能制於水，故水散溢皮膚，又與風濕相搏，故云風水也。」。至於氣滯水停，〈〈靈樞·五癰津液別篇〉〉曰：「邪氣內逆則氣為之閉塞而不行，不行則為水脹。」說明了邪氣所至，造成三焦水道閉塞不通，因而形成水腫。陳修園稱：「氣滯水亦滯」。〈〈臨症指南醫案〉〉亦認為腫脹為：「邪干陽位、氣壅不通」所造成。相反的，如果水停，也會造成氣滯，如〈〈血證論〉〉曰：「若水質一停，則氣便阻滯。」

第四節 水腫與三焦的關係

三焦和水道的通路極有關連，因此要探討水腫之前，對於三焦的實質有必要加以探討。

三焦之實質

〈〈內經〉〉在描述三焦時，提及其和身體內水分通道的關係，〈〈素問·靈蘭秘典〉〉曰：「三焦者，決瀆之官，水道出焉。」張景岳在其著作〈〈類經·藏象類〉〉中解釋「決瀆之官」時稱：「決，通也；瀆，水道也。」即說明了三焦具有通調水道的功能，因此在探討三焦實質時，對於身體內水分的分佈，有必要加以瞭解。

身體的體液可分為細胞內液和細胞外液，後者包括了血液和間質液(淋巴液存於間質液內)與轉移細胞液(Transcellular fluids)，所謂轉移細胞液即包括了消化道分泌液、胸腔液、腹腔液、眼內液、腦脊髓液、關節液，以對細胞外液中之其它部分作一區別。微血管是由很薄之內皮細胞所構成，水分可藉由壓力的改變，經過擴散進出淋巴系統與間質系統之中。由上觀之，三焦的實質和水液通過之道路即淋巴管、微血管膜、以及體腔內之膜組織是有極大關連的。〈〈難經·三十一難〉〉云：「三焦者，水穀之道路。」亦說明了三焦是津液在體內流注、輸佈之道路，幾乎可說只要有水液存在的地方，就應有三焦的功能存在。

一般而言，中醫對於人體一切正常的水液稱為「津液」，性質清稀，流動性大者稱為「津」，主要存在於體表的皮膚、肌肉和孔竅等部位，即包括了以上所稱血液及間質液；其性較為稠厚，流動性較小者稱為「液」，即轉移細胞液，包括了骨節、臟腑、腦髓等組織內之

液體。唐容川在《醫經精義》中直指三焦是臟腑間的膈膜與皮裏膜外之腠理，根據以上說明，實有其一定的道理。

王冰在注釋《素問·皮部論》稱：「腠理，皆謂皮空及紋理也。」腠理即肌肉和皮膚的紋理，腠即為肌肉之紋理，又稱肌腠，即肌纖維之間的空隙；理指皮膚的紋理，即皮膚之間的縫隙。《金匱要略》稱：「腠者，三焦通會元真之處，為血氣所注。」

由上觀之，三焦的實質和淋巴管、血管膜、微血管膜、以及體腔、關節、腦、眼等器官內之「膜組織」是有極大關連的，而這些組織器官行走皮表的地方即稱為「腠理」，位於體腔臟腑之間則稱為「腔膜」。正如孫一奎在《醫旨緒餘》稱三焦「于膈膜膏脂之內，五臟六腑之隙，水谷流化之關，其氣融會於其間，薰蒸膈膜，發達皮膚分肉，運行四旁。」可見三焦是位於四肢臟腑之「膜腠」。

三焦的病理(腫脹)

《靈樞·本輸篇》「三焦者，中瀆之府也，水道出焉，屬膀胱，是孤之腑也。」再經由以上的探討可知：三焦有通行水道的功能，因此三焦不通暢的話，則肺、脾、腎輸佈水液的功能將難以實現。《傷寒論·辨脈法》「三焦相溷，內外不通。」其表現則如張景岳於《類經·藏象類》曰：「上焦不治則水泛高原，中焦不治則水留中脘，下焦不治則水亂二便。」可知三焦水行不暢的話，根據其部位的不同，會有不同水病的表現。

《難經·三十一難》曰：「下焦者，當膀胱上口，主分別清濁，主出而不內，以傳導也。」指出了下焦的功能為分清別濁，若其作用失職，則如《素問·宣明五氣》「下焦溢為水」。

孫一奎《醫旨緒餘》曰：「上焦主內而不出，下焦主出而不內，其內其出，皆系中焦之腐熟。」指出了上、中、下三焦之功能特性。

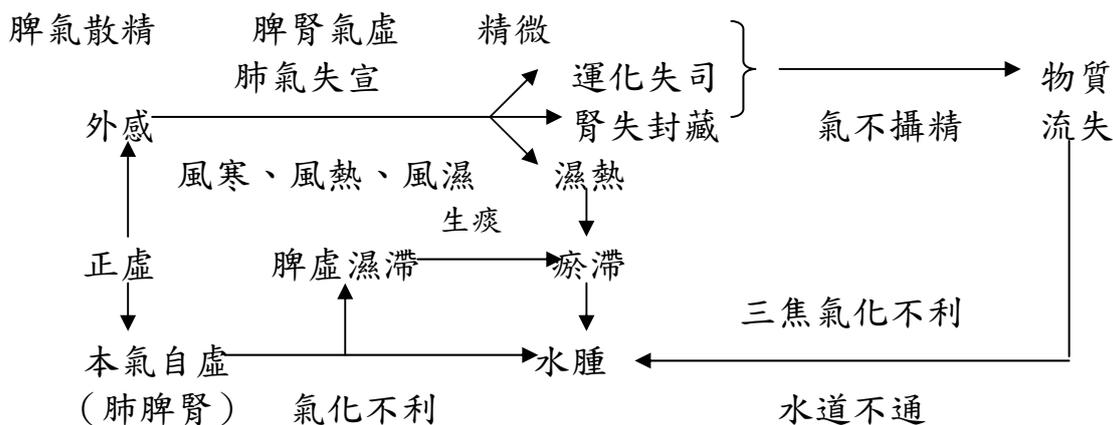
《靈樞·邪氣藏府病形篇》：「三焦病者，腹氣滿，小腹尤堅，不得小便，窘急，溢則水留，即為脹。」此等症狀為膀胱脹所致。《諸病源候論》亦稱：「三焦閉塞，小便不通，水氣結聚於內，乃腹大而腫。」《金匱要略》亦稱：「上焦肺痿，中焦留飲，下焦腫滿」總之三焦氣化水液的作用若有所失職，和腫脹的形成是極有關連的，其間貫穿著精氣互化的觀念。

第五節 簡介腎病症候群之中醫發病機理

總結以上各節，古代雖無腎病症候群的名詞，但可根據其產生的症狀如水腫、虛勞、腰痛等症狀加以探討研究，尤其是氣化、三焦的觀念，因此腎病症候群的中醫發病機轉和前所論述水腫形成的機理是相通的。

形成本病最主要是由於正氣虛，造成病邪入侵，所謂「邪之所湊，其氣必虛」，此病邪有可能是外感之邪或內傷之邪，邪犯機體的結果，可能會加重脾腎氣虛的形成，因而產生氣不攝精，精微物質流失的結果，會造成三焦氣化不利，終而產生水腫。濕熱壅盛亦會造成血尿的產生。

水腫形成之後，水反侮脾的結果會加重脾氣虛損，甚或併發腎虛，所謂「腎者，胃之關也，關門不利，故聚水而從其類也。」脾虛生濕，濕聚成水，水聚成飲，飲聚成痰。水腫的形成常會阻滯氣機，加上痰聚的結果，氣機阻滯的情形會更加嚴重，終而可能導致血瘀、痰瘀的形成，最後又會惡化水腫，進一步使脾腎氣虛的情形更加惡化，終而造成水濕泛濫。腎病症候群發病的中醫機轉簡列如下：



第六節 腎病症候群的致病因

腎病症候群的致病因子除了上篇所稱的風之外，亦包括了五志七情、飲食起居。《靈樞·口問篇》云：「夫百病之始生也，皆生於風、雨、寒、暑、陰、陽、喜怒、飲食、居處。」《靈樞·順氣一日分為四時篇》云：「夫百病之所以生者，必起於燥濕、寒暑、風雨、陰陽喜怒、飲食居處，氣合而有形，得藏而有名。」《素問·調經論》亦有相類似的說明而曰：「夫邪之生也，或生於陰，或生於陽。其生於陽者，得之風雨寒暑；其生於陰者，得之飲食居處，陰陽喜怒。」

總結以上，除了外感風邪之外，五志七情、飲食起居的不正常、正氣的不足、藏府的虛衰，均是致病的重要因子。如《靈樞·賊風篇

>>云：「夫子言賊風邪氣之傷人也，令人病焉，今有其不離屏蔽，不出室穴之中，卒然病者，非不離賊風邪氣，其故何也？歧伯曰：此皆嘗有所傷於濕氣，藏於血脈之中，分肉之間，久留而不去。若有所墮墜，惡血在內而不去，卒然喜怒不節，飲食不適，寒溫不時，腠理閉而不通。其開而遇風寒，則血氣凝結，與故邪相襲，則為寒痺。其有熱則汗出，汗出則受風，雖不遇賊風邪氣，必有因加而發焉。」可知正氣的虛衰，遇到外邪伏鬱，再因情志、飲食等致病因子的出現，終而引動伏邪而發病。

雖然外邪入侵，但亦有不發病或發病輕者，則和人體的正氣強弱有關。《靈樞·歲露論》云：「人血氣積，肌肉充，皮膚緻，毛髮堅，腠理郄，煙垢著，當是之時，雖遇賊風，其入淺不深。至其月郭空，則海水東盛，人氣血虛，其衛氣去，形獨居，肌肉減，皮膚縱，腠理開，毛髮殘，腠理薄，煙垢落，當是之時，遇賊風則其入深，其病人也，卒暴。」

由上可知，腎病症候群的發病因子最主要和上呼吸道感染有關，此外其他的「邪」亦為本病提供了致病因素，其發病與否則和正氣的虛衰有關。

***附論腎病症候群與濕熱的關係

濕與熱互化

台灣地處亞熱帶，屬海島型氣候，天氣潮濕，加上人們喜歡冷飲冰品，葉天士云：「外邪入裡，裡濕為合。」吳鞠通亦曰：「內不能運水穀之濕，外復感時令之濕。」因此造成濕的疾患極為容易。濕與熱其關係是密切的，濕滯久了會化熱。《素問·氣交變大論》：「中央生濕，濕生土，其德溽蒸。」《醫學正傳》亦曰：「濕滯而成熱」，反之，熱亦能生濕。《宣明方論·水濕門》：「濕為土氣，火熱能生土濕。」丹溪於《格致餘論》亦云：「熱留日久，氣化成濕，濕熱相生。」總之，濕熱是會互相轉化的，《醫學入門》曰：「濕熱者，因濕生熱，或因熱生濕。」薛生白：「中氣實則病在陽明，中氣虛則病在太陰」朱丹溪《格致餘論》云：「濕熱相火為患最多」。

腎病症候群濕熱病機的形成及演變

腎病症候群的致病機轉，最主要為免疫反應造成抗體沉澱於腎絲球，破壞其結構，以及與抗原形成免疫複合體，使腎絲球受損。外感疾患可能為本病提供了抗原，與抗體結合之後沉澱於腎絲球引起臨床症狀。薛生白云：「濕熱之邪從表傷者，十之一二。」章虛谷解釋：「是濕隨風寒而表傷，鬱其陽氣而變熱，如仲景條內之麻黃連翹赤小豆湯證是也」，以上推論溫病方如黃芩滑石湯、藿朴夏苓湯、三仁湯、甘露消毒丹等方，對腎病症候群之濕熱型應有一定之助益。

濕熱蘊結脾胃，阻滯氣機，會造成身熱困倦、脘腹悶脹、口苦納呆、尿黃赤、甚至水液運化失調，出現水腫。濕熱留戀肝膽則易出現頭暈耳鳴、五心煩熱、心煩易怒等症。腎炎之基本病機為濕、風、熱、毒相結合，其發病基礎則為虛，發病日久，易造成邪實正虛。腎炎預後的關鍵在於瘀，其可決定腎炎的病情惡化與否。

第三篇 腎病症候群之中西醫觀

第一章 簡介腎病症候群

腎病症候群是由於腎絲球受損，因而表現出許多臨床症狀的疾病，其臨床表現包括了蛋白尿（24 小時蛋白尿大於 3500 毫克），低白蛋白血症（Hypoalbuminemia，小於 3g/dL），以及高脂血症（Hypercholesterolemia，大於 200mg/dL），並且有水腫的出現。有些則會出現高凝血狀態、腎靜脈栓塞、血尿、高血壓。由於抵抗力降低之故，因而常常併發感染。

第一節 腎病症候群的分類

腎病症候群的原因可分為原發性和繼發性，前者的病理型態包括了微小病變型、膜型、膜增生型、局部硬化型，以及免疫球蛋白甲型（IgA）等。屬繼發性者，其原因可包括為紅斑性狼瘡、糖尿病、類澱粉沉著症、藥物過敏（如青黴胺）、梅毒、感染、汞金屬、惡性腫瘤、以及家族遺傳之先天性腎病症候群。原發性佔了約 80%，原發性與繼發性的鑑別診斷，除了靠病史了解之外，作病理切片是最好的鑑別診斷方法。

第二節 腎病症候群的發病機轉

腎病症候群形成水腫最主要的機理為免疫反應之後，破壞腎臟之結構，導致白蛋白之精微物質的流失，尿蛋白流失的結果，影響血中維持滲透壓濃度之改變，於是造成水腫。為了維持水液代謝之正常，機體會促進抗利尿激素的分泌（Antidiuretic hormone、Vasopressin），使腎小管吸收更多的水分，並且會致活腎素-血管緊張素-醛固酮（Renin-angiotensin-aldosterone）使腎小管對鈉的再吸收增加，促進交感神經系統以利水液之代謝，抑制心房利鈉（Atrial natriuretic peptide）之釋放，終而造成鈉、水滯留，形成水腫更嚴重。高脂血症則和血中白蛋白降低，因而促成肝臟合成低密度脂蛋白及膽固醇的增加有關，較嚴重者非常低密度脂蛋白及三酸甘油脂會增加。腎病症候群之所以會形成高凝血狀態（Hypercoagulability），其主要機理為 Antithrombin III 從尿液流失增加、蛋白質 C 與 S 之活性降低，肝臟之合成 Hyperfibrinogenemia 增加，最後造成纖維溶解（Fibrinolysis）的功能下降，另一方面會增加血小板凝集，終而形成高凝血狀態。其臨床表現會產生周邊動靜脈血管之栓塞，腎靜脈亦會形成栓塞，並且會造成肺部的栓塞，可能表現之臨床症狀包括腰痛、腹痛、血尿、蛋白尿（慢性腎靜脈栓塞沒有症狀）。

第三節 微小腎病變

微小腎病變是小兒腎病症候群最常見的一種類型，其發生原因可能和上呼吸道感染、免疫失調、藥物過敏有關，亦有可能由何杰金氏病造成。發生本病和遺傳有關（HLA-B12），其在顯微鏡底下及免疫螢光反應沒有特殊發現，電子顯微鏡底下則可發現融合的足突。

微小腎病變不會進行至腎衰竭，高血壓亦較少出現，百分之二十至三十的患者可出現鏡下血尿，可導致許多併發症，例如增加格蘭氏陽性菌的感染，較易形成血栓，嚴重之高脂血症，蛋白質缺乏性之營養不良。本病對類固醇的反應不錯，使用劑量為（1mg/公斤/天），如果太早停藥，會造成反跳，並且要加重劑量。對於類固醇依賴或常反覆發作者，可使用免疫抑制劑如 Cyclophosphamide。

有些腎病症候群之亞型，可在鏡下發現不同程度的系膜增生，但較少有硬化之傾向，本群較容易有血尿及高血壓，對類固醇治療的反應亦較差。

第四節 膜性腎病變

膜性腎病變是成人型腎病症候群中，最常見的病理分型（約佔了40%），好發於五十歲到六十歲的年齡層，其最主要的致病機轉為免疫沉澱物沉積於基底膜之表皮細胞下層，顯微鏡下可發現血管壁增厚，沒有發炎細胞的浸潤，銀染後可發現針頂型（Spike and dome）的結構於基底膜處，免疫螢光可發現微血管處有 IgG 和 C3。除不明原因之原發性之外，如屬繼發性者，其沉澱物可以是惡性腫瘤的沉澱抗原，特別是肺癌和大腸癌，也可以是自體免疫疾病如紅斑性狼瘡所造成，或金屬類，即金、汞，或一些藥物，例如 Penicillamine、Captopril，或由感染所造成如：B 型肝炎、梅毒、血絲虫或瘧疾，或一些代謝性之疾病，諸如 DM、甲狀腺炎，85%是原發型。

本病之臨床表現最主要是腎病症候群（佔了 80%），其中有 50% 的患者會出現鏡下血尿，20%一開始會有高血壓。許多病人會有腎靜脈栓塞的併發症，有 50%患者，三到十年內，腎功能會減退。其預後可根據蛋白尿的多寡，腎功能是否惡化，高血壓的有無以及是否為男性判斷之，另有統計稱 40%左右的患者會自行緩解恢復，30%至 40% 的患者會反覆發作，另外 10%至 20% 的患者十到十五年之後會演變至最後階段，西醫對本病的治療一般用類固醇，但效果不好，亦可用免疫抑制劑如 Cyclophosphamide 或 Cyclosporine。

第五節 膜增生型腎病變

膜增生型腎病變約佔了 10% 腎病症候群的患者，好發於三十歲以下的年輕人，最主要有兩個亞型，第一型約有三分之一的患者會有最近感染呼吸道的病史，其病理特性最主要是發現免疫沉澱物於表皮下或內皮下，補體會下降，系膜增厚會插入 (interpose) 基底膜與內皮間，呈雙軌型。免疫螢光反應可發現 C3、C4 的沉澱。第二型的特徵為會出現 C3NeF，顯微鏡下發現類似第一型，但免疫螢光反應僅發現 C3，雖然有些病人會自己恢復，但大多數患者會惡化至腎病末期。

第六節 局部硬化型腎病變

局部硬化型腎病症候群，顧名思義即是其腎臟之病理病化，出現局部之纖維化稱之，約佔腎病症候群孩童患者之 10-15%，於大人則約佔 15-25% 的患者。

本型的患者約 80% 會出現鏡下血尿，25-50% 的患者會有腎功能下降的情形，亦可出現高血壓。本型患者有些和逆流性腎病變、海洛因、愛滋病、和非類固醇止痛藥的使用及肥胖有關。於免疫螢光反應可發現硬化段有 C3、IgM。其治療多以類固醇或免疫抑制劑為主，大部分的病人於五至十年會進行至腎病末期，接近洗腎階段。

第七節 IgA 腎病變之中西醫觀念及療法

IgA(免疫球蛋白甲)腎病變是以腎小球系膜內有 IgA 沉澱為特徵的一種疾病，1968 年 Berger 氏首次描述了其臨床及病理學的特徵，因此本病又稱為 Berger's 病。本病變是所有原發性腎病變中最常見的一種，好發於小孩及年輕人，其臨床表現以肉眼性血尿、持續性鏡下血尿、偶見蛋白尿為主，通常在上呼吸道感染或腸胃炎後的二至三天，此血尿的表現會到達高峰，平常不一定會有腰酸、水腫、高血壓或腎功能異常的現象，但有出現者則表示其預後不佳。其確定診斷為腎切片後，用免疫螢光染色法顯示出 IgA 的沉澱，有半數的患者則在血中會出現 IgA 上升的情形，血清中的補體一般表現正常，大部分患者在皮下真皮層的微血管中會有 IgA 顆粒的沉澱出現。

IgA 腎病變有 1/3 是沒有症狀的，1/3 表現出反復感冒、持續出現鏡下血尿，1/3 則表現出慢性腎炎、腎病症候群、腎衰竭。其預後與其他腎病變比起來算是不錯的，大約 10% 的患者十年後、20% 的患者二十年後需洗腎，約有一半的患者二十年後腎功能會受影響，成人的預後會比小孩差。高血壓、腎功能指數以及大量蛋白尿是本病惡化的重要指標。西醫對此病之治療除了對於腎功能已稍微惡化者給予魚油(每天 12 克)之外，尚可給予抑制血小板活化之 Persantin。

中醫根據其臨床表現而將本病歸屬於尿血、腰痛、虛勞的範疇，因 IgA 腎病變病程中，感染是常見惡化本病的因子，故而如何經過辨證論治，固護正氣以祛除病邪是中醫治療本病的重點。若有上呼吸道感染屬風熱型者，可用銀翹散或桑菊飲加減，屬風寒型者可用荊防敗毒散加減；若有泌尿道感染屬下焦濕熱者，可用八正散或小蓴飲子加減；平常則可根據病人的症狀加以辨證論治，屬氣虛者可用四君子湯或玉屏風散，屬陰虛火旺者可用知柏地黃湯合二至丸，並可酌加一些活血化瘀的方劑如血府逐瘀湯或丹參、鬱金、三七等藥物加減治療。此外，飲食的節制、心情的調適、運動的適當與否，均是預防本病惡化的不二法門。

***附論西醫水腫形成機理

水腫最主要是間質液 (interstitial fluid) 不正常之累積增加的結果，其和微血管及間質液之壓力有一定之關連，其病理機轉及形成原因摘要如下：

水腫成因：

- 濾過壓增加
動脈擴張、靜脈壓增加、增加靜水壓
靜脈回流受阻:CHF、肝硬化、血栓靜脈炎
- 減少膠體滲透壓:腎病症候群、肝硬化、營養
- 鈉滯留:吸收太多鹽分、RAA、AGN
- 淋巴管阻塞:發炎、手術、腫瘤
- 血管通透度增加:Substance P、Histamine、Kinins

腎病症候群之所以會形成水腫，其和腎絲球結構被破壞之後，導致白蛋白之精微物質流失，尿蛋白流失的結果，會造成低白蛋白血症，影響血中維持滲透壓濃度之改變，水液從血中滲出的結果，終而會造成水腫，其為了維持水液代謝之正常，機體因而會促進抗利尿激素的更多分泌 (Antidiuretic hormone、Vasopressin)，使腎小管吸收更多的水分，並且會致活腎素-血管緊張素-醛固酮 (Renin-Angiotensin-aldosterone) 使腎小管對鈉的再吸收增加，促進交感神經系統以利水液之代謝，抑制心房利鈉 (Atrial natriuretic peptide) 之釋放，終而造成鈉、水滯留，於是水腫的症狀更嚴重。

白蛋白由肝臟細胞合成，因此肝硬化造成腹水及水腫和白蛋白的製造有關，營養不良所造成的化源不足也是形成水腫的原因之一。而腎病症候群形成水腫的機理則為腎絲球受損，造成白蛋白流失，導致血中白蛋白質下降，膠體滲透壓亦下降，終而形成水腫。

肺之所以和水腫形成有關，最主要是由於其受到感染之後，造成免疫機轉的失調，破壞腎臟結構，終而形成水腫，除此之外，肺血管之壓力亦和水液之代謝有關，對於和水液代謝有關的物質如組織胺 (Histamine)、正交感神經素 (Norepinephrine) 以及血管緊張素 (Angiotensin) 之調節，肺臟亦扮演著重要的角色。

第二章 低白蛋白血症之中醫觀

血中白蛋白由肝臟合成，其最主要的功能是維持體內血漿中的膠體滲透壓預防水液自血管內流出，形成水腫。造成低白蛋白血症的原因可分為營養不良，合成障礙（如肝硬化）以及流失過多（如腎病症候群）。本文即著重於對腎病症候群，白蛋白流失所形成的機理及產生的症狀作一探討。

第一節 低白蛋白血症的原因

腎病症候群造成水腫最主要機轉為腎失封藏，〈〈素問·六節藏象論〉〉曰：「腎者，主蛰，封藏之本。」血中白蛋白的精微物質自尿液排出，形成低白蛋白血症，滲透壓改變的結果，終而形成水腫。腎失封藏是造成腎病症候群水腫機理的樞紐，以其為中心，可分別對其形成的原因如外感、濕熱，以及產生病症的結果，作更進一步的描述與探討。腎失封藏的結果會造成血中白蛋白等精微物質的流失，因而形成低白蛋白血症，終而造成水腫，由上可知，腎病症候群之所以會造成水腫，應和血中白蛋白濃度有關，故而首先當對低白蛋白血症，其中醫形成的機理及說法作一描述。

第二節 低白蛋白血症之中醫觀

中醫雖然沒有血中白蛋白的名辭，但根據其存在狀態及功能而言，頗類似中醫所稱的「精」，透過精氣互化而產生作用，因此要探討血中白蛋白，對於精氣互化之氣化的觀念，是有必要加以了解的。此外三焦通行水道的概念亦有必要一併加以討論（前已有論及）。

一、氣化的觀念

中醫所稱的氣化和臟腑精氣功能的互相轉化有關，若氣化有利，則臟腑氣血功能調和，若氣化不利則臟腑功能失調，易生病邪，甚至產生水腫的病症。

（一）陰精與陽氣

血中白蛋白頗類似中醫所稱的精微物質，其本身存在的狀態稱為「陰精」，其作用型態則為「陽氣」，如〈〈素問·陰陽應象大論〉〉曰：「陽化氣，陰成形。」張景岳於〈〈類經〉〉註曰：「陽動而散，故化氣，陰靜而凝，故成形。」以上均說明了物質動與靜的觀念（詳見水腫與氣化的觀念一文）。

前有論及，作用物質的動靜狀態，即類似精氣互化的觀念，例如物質作用於靶器官細胞上之接受器（Receptor），再於細胞膜上產生生化作用，經過第二傳訊物質再繼續作用，終而產生機體之生理反應，此種過程則為精氣互化，正如〈〈素問·陰陽應象大論〉〉所言：「水為陰，火為陽，陽為氣，陰為味。味歸形，形歸氣，氣歸精，精歸化，

精食氣，形食味，化生精，氣生形。味傷形，氣傷精，精化為氣，氣傷於味。」的概念。

前亦有論及，透過氣的運動，形成機體內生理功能的轉化，即稱為氣化，白蛋白在血中維持滲透壓的機轉，即在此升降運動，陰精與陽氣之間的互相轉化所完成的。

（二）臟腑和氣化的關係

臟腑和氣化的關係除了以上所稱，脾升胃降、肝升肺降、心火腎水的觀念之外，對於精氣的來源，以及其間的傳變，亦有其另外一層次的關係。一般而言，精藏於腎，氣亦來自於腎，透過三焦的傳導作用，可作用於五臟六腑及經絡之間。除以上之外，脾對於精氣的化源，亦起著重要的作用，尤其是血中的白蛋白，其和脾的關係較為密切。白蛋白由肝臟所產生，肝屬消化系統，而消化系統歸於中醫所稱的脾藏象，故而在探討血中白蛋白的同時，對於脾藏象的功能是有必要加以了解的，如脾主運化水穀，血中白蛋白為經脾氣轉化所成的水穀精微，而此水穀精微又可經過脾主運化的作用，輸佈至全身，此輸佈至全身的路徑有兩條，一為前面所稱，「上歸於肺」，經過肺氣宣發肅降的功能，將水穀精微輸佈於全身，另一則是透過脾氣本身的作用，將水穀精微輸佈於全身，如《素問·厥論》所言：「脾主為胃行其津液者也。」以上說明了脾氣可推動及調節水液在人體中的代謝，若脾氣虛弱，造成水穀精微的輸佈產生了缺失，則容易產生水腫。

總之，脾失健運，對於血中白蛋白濃度的高低，有著一定的影響。脾失健運之後，造成血中白蛋白濃度的降低，因而造成水腫的病症，最主要和營養不良和肝硬化等病變相關。而腎病症候群之所以會造成低白蛋白血症，除了和腎失封藏有關之外，其亦可影響脾對水液代謝功能的調節，如《素問·水熱穴論》云：「腎者，胃之關，關門不利，故聚水而從其類也。」腎的氣化蒸騰功能失司，造成脾胃功能的虛損，水液運化無權，終而形成水腫。此外，水腫形成之後，會反侮脾土，「脾惡濕」，終而又更惡化水腫的產生，除以上之外，脾臟自身的虛損，亦可惡化水腫的形成。

（三）水腫的形成和氣化的關係

蛋白尿的成分最主要是白蛋白，是一種精微物質，即「陰精」，當其作用時即化為「陽氣」，物質動靜之間的作用，維持了體內環境的衡定。血中白蛋白平常以「陰精」的狀態行於脈管之中，其維持水液代謝平衡的功能則為「陽氣」，其間功能的轉換即形成了所謂精氣互化的觀念。王冰在解釋《素問·湯液醪醴論》：「五藏陽以竭也，津液充郭，其魄獨居，精孤於內，氣耗於外。」時，其解釋曰「陰精損削於內，陽氣耗損於外，則三焦閉溢，水道不通，水滿皮膚，身體否腫。」認為「陰精損削於內」，即造成水腫。此種說法證之以現代

醫學，是有一定的軌跡可尋的，陰精即白蛋白，其若因腎絲球受損，流失於小便，血中白蛋白「損削於內」的情形，終而形成「水滿皮膚，身體痞腫」的結果。

(四) 血中白蛋白質低下與水腫的關係

血中白蛋白值下降會使血管內膠體滲透壓減少，會致活腎素、血管收縮素、醛固酮 (Renin-angiotensin-aldosterone) 及交感神經系統，並且抑制心房利鈉 (Atrial natriuretic peptide) 之釋放，以及促進 Vasopressin (Antidiuretic hormone) 之釋放，終而造成鈉、水滯留，形成水腫。白蛋白由肝臟細胞合成，因此肝硬化造成腹水及水腫和白蛋白的製造有關，營養不良所造成的化源不足也是形成水腫的原因之一。而腎病症候群形成水腫的機理則為腎絲球受損，造成白蛋白流失，導致血中白蛋白質下降，膠體滲透壓亦下降，終而形成水腫。總結以上對於氣化與水液代謝之間的關係，其形成簡要序列如下：

精不化氣

腎失封藏|精微物質流失|||三焦閉溢|水道不通|水腫

血管的通路可比擬成三焦的一部分，(詳見於三焦篇)，血中白蛋白之作用則可比之於精氣互化的作用，若精足則氣化得行，故三焦決瀆可行，水道得而通利。反之，血中白蛋白降低，精不足則氣不化，三焦決瀆失司，水道不利，故而形成水腫。

第三章 蛋白尿的中醫觀

蛋白尿之定義為一天內尿中蛋白質的量大於 150mg，試紙檢測結果若是(+)代表蛋白尿之濃度為 30mg/dL(每天約流失 300mg)、(++)代表蛋白尿之濃度為 100 mg/dL(每天約流失 1000mg)、(+++)代表蛋白尿之濃度為 300mg/dL(每天約流失 3000mg)、(++++)則代表蛋白尿為 1000 mg/dL(每天約流失 10000mg)。雖然檢測蛋白尿非常方便，但其影響因素亦多，例如：飲食所造成的高度鹼性尿或喝水太少造成極濃縮尿、大量血尿、藥物、以及喝水太多造成的尿稀釋，甚至試紙的品質以及人員的判讀，均會影響檢測的結果。

蛋白尿一般可為良性：包括由發燒、運動、壓力、服用止痛藥、蛋白質攝取過多所造成的功能性蛋白尿，只有短暫時間出現的暫時性蛋白尿、和體位有關的姿勢性蛋白尿、以及反反覆覆出現的間歇性蛋白尿。另外，病理性的蛋白尿則和腎臟通透性大小以及電性的改變有關，包括了許多腎臟疾病。根據以上，若發現了蛋白尿，首先要考慮其影響因素，其次判斷其是否為良性，不可因為只發現一次，就當作腎炎治療。

檢測蛋白尿的結果若時常為陽性，排除以上因素之後，有必要進一步做二十四小時蛋白尿的檢查，甚至免疫法的檢測，以確定是否有腎的問題，有必要的話，作腎切片檢查，以做最後的確診。

蛋白尿常常伴隨尿中圓柱體來判斷其結果，玻璃樣圓柱體有可能是發燒、運動所造成；若伴有紅血球圓柱體則表示為腎炎；若圓柱體為白血球則有可能是腎盂炎、間質性腎炎；臘樣圓柱則表示有慢性腎衰竭的可能；脂肪圓柱最有可能的原因是腎病症候群。

蛋白尿雖然是良性，但也要好好追蹤，也許是勞累、壓力大，身體健康出現毛病的一項警訊，不可掉以輕心。中醫認為蛋白尿是精微物質從小便流失，因此大都從健脾固腎、益氣養陰著手治療調理，甚至有外邪入侵的話則祛風清熱利濕著手。

蛋白尿常常會和小便白濁、多泡沫、或小便遺精聯想在一起，這是不正確的觀念，有必要進一步釐清。其間雖有一定之相關，但不一定對等。總之，在治療蛋白尿之前，對其做詳細的評估是有必要的。

腎病造成的蛋白尿最主要是由於腎絲球受損，而腎絲球破壞的機轉，主要是免疫反應造成抗體沉澱於腎絲球，破壞其內之結構，與抗原形成免疫複合體，透過補體與血小板等破壞的作用使腎絲球受損，造成蛋白尿的流失。中醫各種外感疾患均可能為本病提供抗原，與抗體結合之後引起臨床症狀，因此急性期可由祛風濕兼活血著手，慢性期的調理則以益氣養陰、固攝著手。濕熱壅滯於腎，造成腎失封藏，

因而精微流失，故蛋白尿的治療亦當注意固腎。

治療腎病蛋白尿首重祛風、清熱利濕，祛風可用越婢湯合銀翹散，清熱利濕較輕的用藥為車錢子、薏苡仁、滑石，其次為蒲公英、金銀花，再次為連翹、梔子、黃芩、黃連，最後可以清熱解毒之土茯苓、半枝蓮、白花蛇舌草、七葉一枝花。方劑可使用五味消毒飲、八正散加減。李梃於其著作《醫學入門》稱：「陰水身涼大便利，……夾溼熱者，中滿分消湯。」亦可參考使用，其中以知母、黃芩、黃連、豬苓、茯苓、澤瀉清熱利濕，輔以砂仁、半夏、厚朴、枳實、陳皮行氣利水。

關於活血化癥用藥可以較輕的丹參、川芎，其次桃仁、紅花，再次為三稜、莪朮、到最強的水蛭、虻虫，此外以全蠍、地龍活血化癥、搜風通絡、利濕。活血化癥藥於急性期或慢性期皆可使用。益氣養陰可以黃耆、黨參、旱蓮草、女貞子等，方劑可使用參苓白朮散合知柏地黃湯加減使用。蛋白尿的流失亦和腎失封藏有關，故補腎藥如杜仲、淫羊藿、菟絲子、補骨脂的使用亦屬重要。最後才以收瀉藥如金櫻子、芡實、益智仁、龍骨、牡蠣收功，正如《傷寒論》所言：「傷寒服湯藥，下利不止，心下痞硬，服瀉心湯已，復以他藥下之，利不止，醫以理中與之，利益甚；理中者，理中焦，此利在下焦，赤石脂禹餘糧湯主之，復利不止者，當利其小便。」

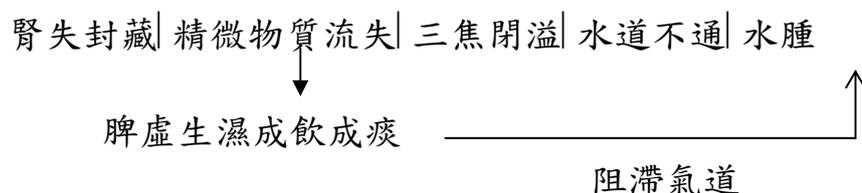
腎病蛋白尿的治療原則如《宣明方論》所言：「濕氣先傷人之陽氣，陽氣傷不能通調水道，如水道下流癥塞，上流氾濫必為水災。一但水退，乾旱從之，亦能使人真陰不能生長，而耗陰液。」

第四章 高脂血症之中醫觀

腎病症候群之所以會形成高脂血症，和血中白蛋白減少，造成肝內脂蛋白合成增加，LDL 及 Cholesterol 血中濃度因而上升有關，較嚴重者 VLDL 及 TG 亦會上升。其臨床表現有可能是肥胖，或者沒有症狀，其併發症則為中風、高血壓、心臟病等。

古代中醫醫家多認為「肥人多痰」、「肥人多痰濕」，〈〈醫學心悟〉〉：「凡人嗜食肥甘，或醇酒乳酪，則濕從內受，……濕生痰。」因此中醫一般會把高脂血症看作是「痰」的一種。

腎失封藏之後，精微物質流失，脾氣化源、轉輸水穀精微的功能會代償性增加負擔，脾虛生濕的結果，會成飲成痰，又會反過來惡化水腫的形成，簡列如下：



腎病症候群造成的高脂血症之治療，如果較嚴重者，西醫會處方降血脂藥，中醫則會根據本虛標實的觀念，辨症論治治療，一般會以四君子湯加山楂、麥芽，其他如決明子、澤瀉、虎杖、大黃、何首烏經研究證實，對於降血脂的功能亦有不錯之療效。但關於腎病症候群高脂血症的治療，如果不是太嚴重的話，其對整個病程而言，並不如水腫或蛋白尿治療之重要，且其併發症的產生，也要經過一段很長的時間，數年或數十年，因此，一般狀況而言，降血脂似乎並非當務之急。

第五章 高凝血狀態之中醫觀

腎病症候群之所以會形成高凝血狀態 (Hypercoagulability)，其主要機理為 Antithrombin III 從尿液流失、Protein C 和 S 活性降低，肝臟對於 fibrinogen 之合成會增加，最後造成纖維溶解 (Fibrinolysis) 的功能下降。另一方面會增加血小板凝集，終而形成高凝血狀態。其臨床表現會產生周邊動靜脈血管之栓塞 (Peripheral arterial or venous thrombosis)，腎靜脈亦會形成栓塞 (Renal vein thrombosis)，並且會造成肺部的栓子 (Pulmonary embolism)，以上可表現之臨床症狀腰痛、腹痛、巨觀血尿、蛋白尿 (慢性腎靜脈栓塞沒有症狀)。

以上所稱高凝血狀態，頗類似中醫所稱的「血瘀」的範疇，除了其本身產生的併發症之外，其亦會反過來惡化腎病症候群的病程，並且對於高血脂的形成有相對加成的作用。

《素問·調經論》：「孫絡水溢，則經有留血。」《類經·疾病類·十八》解釋曰：「邪不在藏而在經，但察其孫絡之 有外溢者，則知其大經之內有留止之血也。」《金匱要略》稱：「血不利則為水」《血証論·腫脹》曰：「瘀血流注，亦發腫脹者，乃血變成水之證。」可見血行不利亦為水腫形成的重要原因之一。

關於血瘀水腫用藥的原則，《血証論》曰：「又有瘀血流注，四肢疼痛腫脹者，宜化去瘀血，消利腫脹。」關於活血化瘀用藥可以較輕的丹參、川芎，其次桃仁、紅花，再次為三稜、莪朮、到最強的水蛭、虻虫，此外可以全蠍、地龍活血化瘀、搜風通絡、利濕。活血化瘀藥於急性期或慢性期皆可使用。

津血同源、瘀痰同源

前有論及腎病症候群之高血脂症與高凝血狀態，是可以互相影響而相互惡化的，《靈樞·癰疽篇》曰：「中焦出氣如霧，上注溪谷，而滲孫脈，津液和調，變化而赤為血。」《靈樞·邪客篇》亦云：「營氣者，泌其津液，注之於脈，化以為血。」可見津和血有相同的來源。血行不暢則為瘀津液不行則亦化為痰，可見瘀和痰的形成亦相關連。《諸病源候論·諸痰候》曰：「諸痰者，此由血脈壅塞。」以上的說法，給腎病症候群的高血脂症與高凝血狀態的中醫說法，作了一個很好的說明。

第六章 血尿的中醫觀

血尿顧名思義就是尿中有血，若顯微鏡底下一個視野可見到3-5個以上的紅血球，即定義為血尿。可分為肉眼可見以及顯微鏡底下見到之血尿，其一般原因可分為受傷、感染、結石、癌症、發炎。

血尿的特性

血尿一般有如下的特性，若伴有蛋白尿則要考慮腎絲球腎炎與其他腎臟疾病，以IgA腎病變為常見之因；血尿若伴有白血球則考慮泌尿道感染，泌尿道感染所造成的血尿，小便時一般會有澀痛的感覺；結石的血尿一般會痛，甚至會有背部肋骨底下敲擊痛或痛至下腹部的情形；腎癌甚至會以無痛性全程血尿(Painless Grossly Hematuria)為表現；男性最常見的鏡下血尿的原因為攝護腺肥大。除了以上造成血尿的原因之外，運動大量出汗、脫水、婦女經期、攝水不足、輕微感染與受傷都要考慮在內。另外，其他原因如高鈣血症、高尿酸血症均有可能包括在內。

血尿中醫的觀點

血尿在中醫的觀點除了以上特性之外，亦有所謂火氣大、氣虛所造成的血尿。可能火氣大或氣虛，讓既存的血尿的病因蠢蠢欲動，如感染、結石或腎炎因而被引發。有可能老年人泌尿道血管較脆弱，每每疲勞或感染即破裂，而其痛神經較不敏感，產生感染亦不覺痛，因此產生全程性無痛性血尿。年輕人血尿也有因火氣大者，或者身體勞累、或者飲食不節，容易引發泌尿道感染，造成疼痛的血尿，往往一吃補，就產生血尿，並且小便澀痛，尤其是女性。

陰虛火旺：《素問·氣厥論》「胞移熱於膀胱，則癢、溺血。」《類經·疾病類·四十六》「胞，子宮也，在男則為精室，在女則為血室，膀胱，津液之府也，俗名謂之溲胞。命門火盛，則胞宮移熱於膀胱，故小便不利為癢，甚則為溺血，常見相火妄動，逆而不通，多患此者，即其證也。」《素問·痿論》「悲哀太甚則胞絡絕，胞絡絕則陽氣內動，發則心下崩，數溲血也。」由上可知，無論是相火妄動或陽氣內動，熱迫血妄行的結果，都是造成血尿的原因。《諸病源候論·虛勞尿血候》曰：「勞傷而生客熱，血滲於胞故也。血得溫而妄行，故因熱流散，滲於胞而尿血也。」亦有相類似的說法，一般藥用知柏地黃丸。

心火移熱於小腸：《諸病源候論·小便血候》曰：「心主于血，與小腸合，若心家有熱，結于小腸，故小便血也。」《外台祕要》「憂愁驚恐，心氣虛熱，客邪氣與熱搏於心，所以小便赤，……驚恐動於心，心不受邪，邪即傳於小腸，滲入胞中，所以小便赤。」以上提出了心火和尿血的關係，一般方用黃連解毒湯、導赤散。

濕熱壅盛：《證治準繩》「脾土是勝水之賊邪，水精不佈，則壅成濕熱，陷下傷於水道，腎與膀胱俱受其害，害則陰絡傷，傷則血散入尿中而洩血。」可見濕熱也是造成血尿的原因之一，若濕熱下注膀胱者可用導赤散，屬肝膽濕熱者，用龍膽瀉肝湯。

虛證血尿：《臨症指南醫案》認為：「尿血一症，虛者居多，若有火亦能作痛。」《醫學衷中參西錄》「中氣虛弱，不能攝血，又兼命門相火衰弱，乏吸攝之力，以致腎臟不能封固，血隨小便而脫出也。」以上均認為氣不攝血亦為洩血的原因之一，屬脾氣虛者可用歸脾湯，屬腎氣虛者可用無比山藥丸。

瘀血內阻：屬瘀血內阻者一般可用血府逐瘀湯加減。

值得一提的是，血尿若屬瘀血內阻或濕熱壅盛者，涼血藥的使用是要小心的，寒涼鬱遏，有時反使瘀血濕熱更加熾盛，血尿的情形也就更嚴重。另外，血尿屬本虛標實者，如邪熱迫血妄行，傷及血分，亦可加上阿膠等補血藥物，如《千金要方·尿血》：「治小便血方，生地黃（八兩）、棉葉（一把）、黃芩、阿膠（各二兩）。」

血尿之中西醫療法

血尿最主要的治法還是要針對其病因加以治療，例如感染造成的血尿，一般用抗生素會有不錯之效果；若有結石則根據其大小、部位或找泌尿科醫師治之；腎炎所造成的血尿則要由腎臟科醫師評估，總之要確定病因，加以治療。需要強調說明的一點即是，若產生全程性無痛性血尿，要經過醫師檢查，以作確診。若懷疑癌症的話，一般要評估三個月到半年，甚至一年。

中醫在治療血尿方面，首先也是要確定其病因，再根據病人體質辨症論治。一般中醫會根據小便是否疼痛而加以區別。《丹溪心法》曰：「痛者為血淋，不痛者為血尿。」常用方為八正散、知柏地黃湯或益脾固腎之方。藥物方面則常用白茅根、仙鶴草、生地、牡丹皮、益母草、蒲公英、土茯苓、……等清熱涼血解毒之藥。總之治療血尿，要經過望聞問切，確定診斷之後，或中醫配合西醫、或西醫配合中醫，中西醫結合共治，則效果會更理想。

腎病症候群造成血尿最常見的病理分型為 IgA 腎病變及膜增生型。由現代醫學觀念可知，腎病症候群之所以會造成血尿，其最常見原因為免疫功能過度旺盛，頗類似中醫所稱的濕熱壅盛，因此一般治療腎病症候群的還是當以清利濕熱為主，活血化瘀為輔。若有證屬火旺或氣虛者，則有不同之論治。除此之外，腎病症候群若屬風邪犯肺者，則可使用越婢加朮湯加減。

第七章 腰痛的中醫觀

腎病症候群會產生高血凝狀態，原因非常多，Antithrombin III 从小便之中流失，Protein C 和 S 活性降低，纖維溶解的功能會下降，肝合成增加導致 Hyperfibrinogenemia，增加白血球的凝集，以上結果造成週邊血管動靜脈之血栓，腎靜脈血栓，肺栓塞等現象。高血凝狀態會惡化腎病症候群的預後，其中腎靜脈血栓會產生腰痛的症狀，故而中醫在治療腎病症候群時，除了風水的觀念之外，活血化瘀藥的使用亦非常重要，所謂「血不利則為水」。此外腎病症候群有時會表現出腰痛的症狀，故而亦可從此角度對本病加以討論。

「邪之所湊，其氣必虛」，在正氣虛的情況底下，往往易造成外邪的入侵，腎病症候群常由風邪襲表所導致，肺失宣降，因此造成水道不利而產生水腫及小便不利的症狀。急性期過後，由於病邪會耗氣傷陰，易造成氣陰兩虛。氣虛常導致風寒或寒濕外客，陰虛則易招致溼熱，而形成病情反復，氣陰兩虛久後，由於氣虛無法推動血行，陰虛造成津液虧損及化熱，造成血行不利，因此會夾雜血瘀，更加惡化本病的預後。

《素問·脈要精微論》曰：「腰者腎之府，轉搖不能，腎將憊矣。」腰痛形成的病機常亦與風寒入侵有關，寒為陰邪，其性凝滯，氣血為之阻滯，不通則痛；寒主收引，故而會產生經脈拘緊的現象，故除了治療外邪之外，若屬氣滯血瘀者可用桃紅四物湯合活血化瘀藥加減使用，如乳香、沒藥、丹參、地龍、全蠍、地鱉虫。若屬腎虛者則可使用杜仲、菟絲子、淫羊藿、狗脊、骨碎補、肉蓯蓉等補腎壯腰膝之藥，腎的氣化功能如果能加強，對於高凝血狀態的改善，亦有所助益。

第八章 腎病症候群預後的中醫相關論述

腎病症候群發展至一個地步，由於水液代謝失常的關係，不獨會在四肢顏面區產生水腫，也可能會有腹水、肋膜積水的產生，甚至會有心包積液的情形出現。

《靈樞·邪氣臟腑病形篇》「三焦病者，腹氣滿，小腹尤堅，不得小便，窘急液，則水留為脹。」本條文述說了腹水產生病症的情形，嚴重者甚至會有小便不利的症狀出現。風水症狀更進一步的發展則如《素問·逆調論》所言「夫不得臥，臥則喘者，是水氣之客也。」水腫產生喘脹胸痛的情形亦如《素問·脈解》所言：「所謂上喘而為水者，陰氣下而復上，上則邪客于藏府間，故為水也。所謂胸痛少氣者，水氣在藏府也。水者陰氣也，陰氣在中，故胸痛少氣也。……太陰所謂病脹者，太陰子也。十一月萬物皆氣藏於中，故曰病脹」。

《素問·奇病論》所言：「有病癭然如有水狀，切其脈大緊，身無痛者，形不瘦，不能食，食少，名為何病？岐伯曰：病生在腎，名為腎風。腎風而不能食，善驚，驚已，心氣痿者死。」對於其所產生的病機，景岳於《類經·疾病類·三十一》解釋曰：「風生於腎，則反剋脾土，故不能食，腎邪犯心，則神氣失守，故善驚，驚後而心氣痿弱不能復者，心腎俱敗，水火俱困也，故死。」如此之說法頗類似現代醫學之腎臟病，若出現心衰竭及電解質失調和酸鹼不平衡的機理是頗為類似的，而其預後則甚不良。

第四篇 腎病症候群的治療

第一章 分型治療

總結以上各篇章對腎病症候群發病機理的論述，其治療可根據辨證分型及本病所產生的臨床表現，分類歸納如下：

一、風水氾濫

主證：眼瞼及顏面浮腫，之後波及全身，亦可先腫於下肢，可表現出肢節酸重，小便不利的情形。其中有兼見惡風寒、鼻塞、咳嗽、苔薄白、脈浮而緊的風寒證或兼咽部紅腫疼痛、舌紅、苔黃、脈浮數的風熱證。

治法：祛風寒，行水濕；或祛風熱，行水濕。

方藥：最主要以越婢湯合麻黃連翹赤小豆湯，或和五苓散及五皮飲加減使用，夾雜風熱者可使用銀翹散加減。麻黃、石膏一宣一降，一解表、一清裏，佐以五皮飲，疏散在表之水邪，再加上五苓散健脾利水，對於腎病症候群和外感風邪有關的病症有一定之療效。亦可加車前子、益母草增加療效。屬表之風熱者，可酌加蒲公英、魚腥草、黃芩。

二、濕熱中阻

主證：全身浮腫，皮膚顏色可表現出潤澤光亮，症見脘腹痞悶，煩熱口渴，大便乾結或溏瀉，小便短赤，或可見皮膚有瘡瘍，舌紅，苔黃，脈滑數。

治法：清熱利濕、分消走瀉

方藥：中滿分消丸加減。方中用黃芩、黃連、知母清熱，四苓利水，厚朴、枳實、陳皮理氣，前後分消，導濕熱於下；人參、乾薑、砂仁、半夏、甘草溫中益氣，可酌加木通、滑石。除中滿分消丸之外，亦可應用《溫病條辨》之黃芩滑石湯或滑石杏仁湯加減使用。若有皮膚瘡瘍熱腫者，可加銀花、連翹，或蒲公英、紫花地丁等清熱解毒藥，或方用五味消毒飲。

三、瘀血內阻

主證：面浮肢腫，病情遷延日久，或症見皮膚甲錯，或現紅絲、赤縷，瘀點瘀斑，或腰痛尿赤，舌淡或紅，舌邊有瘀點，舌下靜脈瘀紫，苔薄黃或膩，脈細澀。或根據現代醫學發現腎病症候群有高凝血狀態的情形，均可能是瘀血內阻的情形。

治法：活血化瘀

方藥：桃紅四物湯加味。方中用四物湯養血活血，桃仁、紅花行瘀阻，通腎絡。亦可加海藻、益母草等行瘀祛水藥物。瘀阻甚者，可

加水蛭、雲南白藥研粉吞服。兼腎虛者，可酌加杜仲、仙靈脾、菟絲子等藥物；肝腎陰虛者，加地黃、旱蓮草、女貞子、知母；脾腎陽虛者，加入附子；有熱邪者，加金銀花、紫花地丁。丹參、鬱金亦有活血化瘀之功，大黃則可去瘀生新。

四、脾氣虛損

主證：神疲乏力、聲低氣怯、懶言納差、腹脹腹瀉。正邪相爭日久，易因病致虛，首先可導致脾氣虛損，日久甚至可見脾腎陽虛的見證。

治法：健脾益氣

方藥：參苓白朮散、防己茯苓湯加減。腫勢消退之後，一般可服用本方收功，並且預防疾病復發。

五、腎氣虛損

主證：晨起可見顏面浮腫，傍晚則可見跗腫，或腫不甚，且感腰酸身重，形體困倦，甚則疲於行立，不耐久坐，舌淡紅，苔薄，脈偏沉細。

治法：補益腎氣

方藥：濟生腎氣丸加減。方中用桂、附溫陽利水，山藥益氣，山茱萸固腎，牡丹皮涼血活血，熟地、牛膝養血活血，茯苓、澤瀉、車前子利濕。本方對於腎病症候群，水腫消退之後，因病致虛而腎氣虛損者，亦可以本方收功。若屬脾腎氣虛者，可以本方加參苓白朮散調理之，且可預防再發。

六、脾腎陽虛

主證：面色蒼白，形寒肢冷，全身腫脹，按之凹陷沒指，甚者可伴有胸水腹水的情形，因而產生胸悶氣急，小便短少，大便溏薄，舌淡體胖，苔薄或膩，脈沉細。

治法：溫補脾腎，通陽利水

方藥：真武湯合實脾飲加減。方中用附子、乾薑、桂枝溫陽通絡，白朮培土，檳榔理氣，以助豬苓、澤瀉之滲利水濕。白芍通行鬱滯之營陰。真武湯合實脾飲加減的適應症，除以上所稱脾腎陽虛見證之外，適合使用在水溼氾濫、腫勢盛且併見心悸短氣，氣虛已極，躺臥方適的患者。臨床上本型較風水氾濫或濕熱壅盛的證型少見，使用本方要小心，以免斂邪，而造成腫勢更盛。

七、肝腎陰虛

主證：浮腫已減，症見口乾，或咽喉乾痛，頭暈目眩，性情急躁，腰酸尿赤，盜汗，煩熱，舌紅，脈弦細數。

治法：滋補肝腎，兼化水濕

方藥：二至丸合杞菊地黃丸加減。方用地黃、山茱萸、山藥、枸杞子、甘菊、女貞子補肝腎，滋陰液；丹皮、旱蓮草通血絡，清虛熱；

茯苓、澤瀉、益母草消水腫。本型用藥適用於腫勢已退，肝腎陰虛而濕熱留戀不去者，濕熱傷陰而成肝腎陰虛之證。

第二章 腎病症候群的日常生活保健

運動

每星期最少要運動三次、每次至少要二十至三十分鐘以上、以稍微流汗、到達一定之心跳為度。年輕人心率可到達每分鐘 130 至 150 次，中老年人則最好不要超過 120 次，當然有心臟病、高血壓等內科疾病者則又另當別論，不可運動太激烈。其實四十歲以上的人最好還是以柔軟的運動較為合適。

氣功

有些人即使是輕微的運動，也感到受不了的話，最好是做動功，例如達摩易筋經甩手功，其動作簡介如下；

- ① 兩腳擺開，與肩同寬
- ② 雙膝微屈
- ③ 雙手前後自然擺動，手掌縮如雞爪(向後力量百分之七十)
- ④ 舌頂上顎
- ⑤ 兩眼直視
- ⑥ 提肛

注意事項：早晚各五百次為度，視身體能力慢慢增加

飯後一小時之內不宜做，動作之中不可言語，意念要專

注，全身要放鬆。

藥膳

再好的藥物，不管是科學中藥或水煎劑，也不宜長期服用，六味地黃丸、補中益氣湯、或者四君子湯，即便是黃耆、枸杞、大棗等藥物，都是要適合體質才可以服用，如果不視體質盲目長期服用的話，其副作用的影響是無遠弗屆，未蒙其利，先受其害。因此在服用藥物一段時間之後，或者停藥一陣子、或者用藥膳取代，或者服用藥粥。茲舉例介紹藥膳的使用方法，以為腎臟病平常調理之用。

山藥芡實粥

功用：健脾益氣

藥物：山藥六十克、芡實五十克、粳米九十克、油、鹽適量。

製法方法：先將山藥洗淨，刮去外皮，切薄片，將芡實用文火炒至微黃色，粳米用清水洗淨，上述三味，放入砂鍋內，加水適量，煮成粥，放入適量油、食鹽即可。

服法：一天一帖，分一至二次服用。

其他：除以上藥物之外，可根據體質，另以他藥取代。如益智仁、

車前子，扁豆、芋頭、蓮子、銀耳、薏苡仁、黑芝麻、核桃仁、黃耆、白果、大棗等藥物，選取數種搭配，酌加其他配料如冰糖或砂糖，靈活應用，配出合乎自己口味的藥粥或藥膳及湯劑。

藥物保健

無論是腎炎、腎病症候群、慢性腎炎或者是腎功能已經產生變化，除了急性期發作的治療要找尋醫師治療之外，平常的調理亦要配合體質加以用藥。以下藥方打粉，一般平常調理，無特殊狀況者，會有不錯的效果，使用：太子參二兩半、三七粉一兩、蟬蛻一兩、冬虫夏草一兩，以上藥物共研打粉後早晚服用一小平匙，可達到益氣養陰、活血化瘀的效果。當然在服用藥物之前，尋找值得信賴的中醫師，細緻的辨證論治是重要的。

第五篇

腎病症候群治驗

一、基本資料

姓名:歐小姐 姓別:女性
職業:家庭主婦 年齡:40歲 住院日:87年12月29日
婚姻:已婚

二、主訴:全身腫脹近1個月。

三、現在病史:患者於11月底開始體重急遽增加,初始以每天約1公斤的速度增加,初起以眼瞼及臉部為主,5天後(12/4),患者下肢腫脹明顯,併有麻感,造成彎曲不利,每日晨起眼瞼浮腫加重,至上午10時左右稍消退,此時下肢腫脹依然明顯。

患者於12/7求診於某中醫診所,服藥至12/20,服藥期間,體重依然持續增加,同時曾於12/16至新光醫院接受血液及超音波檢查,初步診斷為腎病症候群,由於腫脹未減反而加重,故於12/21至本院中醫內科求治,中醫診斷為風水,予以越婢加朮湯及銀翹散化裁之湯劑處方,1星期後複診,體重已降至67.5公斤,且患者主觀症狀改善,包括體倦乏力、精神狀態等,但咳嗽未減,仍需進一步用藥,故建議患者住院。

詳細詢問患者,約3個月前,患者曾有嚴重咽痛病史,自行服用西藥後,上症消失,自此後,患者即一直有乾咳情形,一般以入夜後咳嗽會加重,除此之外,並無特殊病史。

四、過去病史:

1. 肝功能正常乙型肝炎帶原者,民國77年於國軍811醫院診斷。
2. 否認其他內科疾病。
3. 否認開刀史,除了剖腹生產。

五、個人史:不抽煙、不喝酒

六、家庭史:父親因肺癌,病逝於民國77年。

七、診察:

望:體型微胖,面色恍白,爪甲淡白,下眼瞼浮腫,口唇淡而乾,舌質微嫩,舌色淡紅,舌苔薄白。

聞:無特殊氣味,語音低微。

問:體重約增加14公斤/21天,情志稍顯憂鬱,兩側太陽穴及頭部會抽痛,口乾不欲飲,有時漱口即可,口淡,唇乾,咽喉偶痛;偶胸痛胸悶,少氣,咳嗽無痰,入夜後加重,咽癢即咳;大便成形,1日1行;小便量多頻數,有泡沫,夜尿,3~4次/夜;無腰酸;下肢腫脹,有搔抓痕跡,手足冷。

婦科史：最後經其時間：87/12/初，懷孕三次、三個小孩；初經 12 歲，週期 < 24 天，經行 5~6 天，經量少，色鮮紅，有血塊，帶下透明清晰。

切：右沈滑，左寸弦細，關尺弦滑。

八、理學檢查：

血壓：100/70mmHg 體溫：36.2℃ 脈搏：88 次/分
 呼吸：20 次/分 意識：清楚 體重：67.5 公斤
 頸部：頸靜脈擴張(-) 胸廓：微脹
 腹部：腹微脹 四肢：微腫脹，下肢尤甚。

九、實驗室檢查：

一、血球計數：

	87.12.22	87.12.30		87.12.22	87.12.30
WBC	5.55	3.57×103/ul	RDW-RD	38.8	40.4fl
RBC	4.21	5.91×106/ul	RDW-CV	12.8	13.4%
HGB	12.2	16.7	PDW	9.1	11.0fl
HCT	37.0	52.9	MPV	8.5	10.6fl
MCV	87.9	89.5	P-LCR	15.1	28.2%
MCH	29.0	28.3			
MCHC	33.0	31.6			
PLT	424	269×103/ul			
NEUT%	48.5	42.9%	NEUT	2.69	1.53×103/ul
LYMPH%	38.2	43.7%	LYMPH	2.12	1.56×103/ul
MONO%	6.5	6.4%	MONO	0.36	0.23×103/ul
EO%	6.1	6.2%	EOSINO	0.34	0.22×103/ul
BASO%	0.7	0.8%	BASO	0.04	0.03×103/ul

二、生化檢查：

	87.12.30	88.1.11		87.12.30	88.1.11
AST/GOT	26	30	Na	140.0	
ALT/GPT	17	20	K	4.2	
TP	4.4		Cl	109.0	
ALB	2.1	2.2	Sugar(AC)	72	139
A/G	0.9		Sugar(PC)		161
BUN	7.6	16.4	Cholesterol	614	168
UA	3.5	4.4	Triglyceride	114	150
Cr	0.7	0.9			

三、尿液常規檢查：87.12.31

	87/12/21	87/12/30		87/12/21	87/12/30
RBC	10-15	15-20	GLU	-	-
WBC	20-30	5-8	KET	+/-	-
Epi. Cell	30-40	1-2	OB	1+	2+
Bacteria			PRO	≥ 300 mg/dL	mg ≥ 300/dL
			NIT	-	+
			BIL	-	-

				SG	1.025	1.025
				Ph	7.0	7.0
				URO	0.1	0.1
				WBC	—	—

四、24 小時尿液檢查：

87/12/30：Total protein 260 mg/dL×1300ml×.1300mL=3.38g/day。

87/01/09：Total protein 276 mg/ dL×2050mL=5.658g/day。

五、血清學檢驗：

	87/12/30	88/01/15	
ASLO	(-)	(-)	
RA. Test	(-)	(-)	
HBsAg	(+)		

六、免疫學檢驗：

	87/12/30	88/01/04
IgA	368 (85-385)	
IgG	540 (564-1765)	
IgM	234 (45-250)	
C3	188 (70-176)	
C4	51.9 (16-45)	
Anti-Nuclear Ab	(-)	
Anti-DNA		(-)
Anti-ENA Screening test		(-)

七、胸部放射線檢查：

1.Scoliosis。 Blunting bilateral C-P angle。

十、診斷：西醫診斷：腎病症候群 中醫診斷：風水

十一、治則：祛風宣肺利水

十二、處方用藥：

麻黃一錢 石膏五錢 白朮三錢 甘草一錢 大棗二錢 茯苓五錢
豬苓三錢 澤瀉三錢 桂枝二錢 銀花二錢 連翹二錢 桑白皮二錢 生薑二片

十三、辨證初步分析

《素問·經脈別論》：「飲入于胃，游溢精氣，上輸于脾。脾氣散精，上歸于肺，通調水道，下輸膀胱，水精四布，五經並行。」可知水腫的形成和肺、脾、腎極有關係，此外肝、三焦、膀胱亦有關係。因此治療水腫應從以上臟腑著手為要，正如《素問·水熱穴論》曰：「其本在腎，其末在肺。」，《醫學入門》亦曰：「凡水腫等症，乃脾、肺、腎三藏相干之病。蓋水為至陰，故其本在腎；水化于氣，故其標在肺；水惟畏土，故其制在脾。今肺虛則氣不化精而化水，脾虛則土不制水而反剋，腎虛則水無所主而妄行，水不歸經則逆而上泛。」

《金匱要略》言：「寸口脈沉滑者，中有水氣，面目腫大有熱，名曰風水；視人之目窠上微壅，如蠶新臥起狀，其頸脈動，時時咳，按其手足上，陷而不起者，風水。」，由本患者之臨床表現可知其為風水之表現，而風水主方為越婢湯。水腫之形成和氣化不利有關，肺

主氣，主宣發肅降，為水之上源，主通調水道，因此風水之治療可以宣肺為主，亦可酌加辛涼解表藥如銀翹散。再如《金匱要略》所言：「諸有水者，腰以下腫，當利小便。」故五苓散、五皮飲亦屬合拍，此外亦可加減使用。由上可知，治風水初期常可以越婢五苓散或越婢五皮飲或者以五苓散合五皮飲加減使用，而本患者以越婢五苓散加減為主要方向。

治療水腫可先從宣肺著手，亦可從健脾、固腎、疏肝著手，使三焦決瀆得通，膀胱氣化得利，當以分清主次為要。本病的主要結構為本虛標實，本虛最主要為肺、脾、腎三藏之虛，標實則為水濕、濕熱、夾氣滯、夾瘀血。根據以上，中醫治療腎病症候群之方法，首先宣肺以祛其病因，其次治脾腎。

本方中用麻黃宣肺解表，石膏清胃解鬱熱且制麻黃之辛溫，麻黃、石膏合用，利水之功效大，以生薑制石膏之涼且解表，甘草、大棗和中，四苓湯利膀胱水，桂枝通陽利水，桑白皮清肺熱，下氣行水，銀花、連翹辛涼解表。

十四、診療過程

本患者住院前七天以越婢五苓散合五皮飲加銀翹散為基礎加減治療，一星期內體重減輕了4.5公斤，為求更進一步治療而入院。

【1998.12.29-12.31】

主訴；全身水腫，咳嗽已2~3個月

望診：精神差，眼瞼浮腫，兩頰有肝斑，結膜蒼白，爪甲淡白，舌淡紅，苔少。

聞診；無特殊氣味，語音低微。

問診；咽喉痛，乾咳，夜咳甚，兩側太陽穴附近頭重痛，大便成形；小便頻，量多，夜尿每夜3-4次。體重67.5公斤。

切診；左寸關沈滑、尺沈，右沈滑

生命徵象正常

診斷：西醫診斷：腎病症候群

中醫辨證：風水

治則：祛風宣肺利水

處方；越婢加朮湯6克 銀翹散8克 每天分三次服用

辨證用藥分析：患者於門診中之治療，體重已有明顯下降情形，由71公斤下降至67.5公斤(平均每天體重下降0.7公斤)，唯離其發病前體重57公斤，仍有一段距離，水腫仍重，再根據其血中白蛋白、血脂肪、二十四小時蛋白尿等異常情況，遂予收入院治療。

【1998:1.1-1.3】

望：面白，下肢水腫，舌質紅少苔。

聞：無特殊氣味、語音低微。

問：身重，大便正常，小便有泡沫。

切：沈滑，四肢冰冷

辨證：風水

處方：麻黃一錢 附子一錢 甘草一錢 石膏三錢 白朮三錢 茯苓五錢 白芍三錢 生薑2片 桔梗二錢 厚朴二錢 桂枝一錢 桑白皮二錢。
另加桑菊飲沖服

辨證用藥分析：

患者住院後，開始服用濃縮中藥，唯其利尿效果不似先前明顯，每天體重平均下降0.4公斤（可能為先前使用水煎藥的結果），遂改用水煎藥。於一月三日發現患者體重出現不降反升的情形。

患者畏寒、手腳冰冷、面白形寒等見症，有陽虛的情形。水濕氾濫的情形，除了風水之外，亦應有陽虛水泛的影響。《傷寒論》：「少陰病，得之二、三日，麻黃附子甘草湯微發汗。」，除仍沿用越婢五苓散之方藥之外，更加上附子溫補腎陽，以表裡兼治，另外加厚朴理氣祛濕。

【1998:1.3-1.7】

望：舌嫩鮮紅苔少

聞：無特殊氣味，語音低微。

問：咳嗽症狀已有減輕，足跗腫緊，夜尤甚，微覺胸悶。

切：寸關滑數，尺沈。

辨證：風水（疑腎陽虛，水濕氾濫）

處方：

麻黃錢半 附子一錢 甘草一錢 石膏五錢 白朮三錢 茯苓五錢 白芍三錢 生薑2片 桔梗二錢 厚朴二錢 桂枝一錢 桑白皮二錢 大棗3個 車前子二錢 澤瀉二錢 地龍二錢 銀花三錢 杏仁二錢。

濃縮藥粉：射干麻黃湯2.5 止嗽散1.5 間隔服用（一日三次）

辨證用藥分析：

為加強利尿效果，故在上方之基礎上加上車前子、澤瀉、地龍等利濕藥，並加上銀花、杏仁等輕宣肺衛之藥。並用射干麻黃湯、止嗽散等辛溫宣肺之方，以治療咳嗽。

【1998:1.8-1.11】

主訴：咳嗽，咳後腹痛，下肢仍水腫。

望：舌質紅，少苔，舌面乾。

聞：語音仍低微。

問：手腳冰冷，口乾喜熱飲，偶陣咳無痰。

切：左沈滑數，右寸關滑，尺沈。

辨證：風水

處方：

麻黃一錢 杏仁二錢 石膏三錢（先煎） 甘草一錢 白朮三錢 茯苓五錢
豬苓三錢 桂枝二錢 澤瀉三錢 桑白皮二錢 生薑2片 大棗2個 車前子二錢 地龍二錢 銀花二錢 連翹二錢。

辨證用藥分析：

雖然本患者有陽虛的見證，因此加入附子，但其體重下降情形並不如預期，再仔細觀察，其雖有陽虛情形，但精神表現尚可，活動力亦佳，且未出現喘悸等症，知其虛象並不如想像中嚴重。根據正氣尚存，先祛其邪的治療原則底下，於是將溫陽藥去除，仍沿用越婢五苓散的方向治療，加上車錢子、地龍等利濕藥，並加上銀花、連翹等輕宣肺衛之藥。

【1998:1.12-1.15】

望：面白，唇白，舌紅乾、薄黃苔，面有憂容。

聞：無特殊氣味。

問：咳嗽減輕，倦怠感，夜尿，口乾不欲飲。

切：脈沉滑數

辨證：風水、肝鬱

處方：上方加扁豆二錢，薏苡仁二錢，山藥三錢，柴胡二錢，黃芩二錢，
枳殼二錢

辨證用藥分析：

至此，患者之體重經過以上用藥之後，又呈下降狀態，此時發現患者苔稍薄黃、口乾、面有憂容、知有肝鬱的情形，且熱象漸露，故加疏肝清熱之藥。

【1998:1.15.10pm】

主訴：服藥後約2分鐘吐之，嘔吐物有酸味。

望：面有憂容，舌紅苔薄白

問：胃有嘈雜感，並有心下痞，隨後有腹瀉。

切：脈沉細弱

中醫辨證：脾胃寒熱夾雜，升降失司

西醫診斷：疑急性胃炎

治則：辛開苦降、和胃降嘔

用藥：半夏瀉心湯2克 芍藥甘草湯2克 臨時服用

針灸：內關（右），足三里（右）

處置：經上法處理後，均告無效，患者仍有吐利現象，為防萬一，會診西醫處理。

辨證用藥分析：

此患者之所以會發生吐利，應和胃中虛冷較有關。《傷寒論》：「發汗後，水藥不得入口為逆，若更發汗，必吐下不止。」吳謙註解本條文，稱其為胃中虛冷故也。本患者素體陽虛，加上用越婢湯類發

汗，導致其胃中更虛冷，因此服藥最好是飯後半小時較佳，若飯後隨即飲藥，在胃中冷的情況底下，當然會發生吐利的情形，以下條文可為佐證：

《傷寒論》：「傷寒大吐、大下之，極虛，復極汗出者，以其人外氣怫鬱，復與之水，以發其汗，因得嘔。所以然者，胃中寒冷故也。」

《傷寒論》：「病人脈數，數為熱，當消穀引食，而反吐者，此以發汗令陽氣微，膈氣虛，脈乃數也，數為客熱，不能消穀，以胃中虛冷，故吐也。」可見在胃中冷的情況之下，對於患者的用藥是要非常小心的。

【1998:1.16-1.19】

望：面稍白、有倦容，舌紅少苔而乾，下肢腫。

聞：無特殊氣味。

問：患者之吐利情形漸趨緩和，腹微脹、便軟、納差、口乾。

切：左沈、關滑數、尺沈滑，右寸關浮滑數，尺沈。

辨證：脾氣虛夾濕熱，熱重於濕。

治則：健脾、清熱利濕

用藥：參苓白朮散 2.5克 黃芩 0.5克 黃柏 0.5克 每天三餐服用

辨證用藥分析：本患者始初之吐利情形較重時，暫時停用所有飲食，包括藥物，待其症狀漸漸恢復時，處方以濃縮藥粉，以固護其胃，患者出現腹微脹、便軟、納差等脾虛之現象，故處方以健脾藥，且其有口乾、脈數、苔乾等熱象，故加用清熱藥。由於此時著重在調理其腸胃之問題，因此其水腫在這段時間並沒有明顯之下降。

【1998:1.20-1.24】

望：面色白，舌淡紅，苔薄白。

聞：無特殊氣味。

問：下肢水腫，站起肢冷色紅，平躺則肢熱色白。

切：脈滑，左關及兩尺沈。

辨證：水濕氾濫、氣滯血瘀

治則：健脾利水、活血化瘀

用藥：茯苓六錢 白朮五錢 厚朴二錢 豬苓三錢 桑白皮二錢 車前子五錢 紅花一錢 澤瀉三錢 陳皮二錢 丹參二錢 益母草二錢。

西醫處置：一月二十一日及一月二十二日分別注入白蛋白一瓶，以及利尿劑一支。

辨證用藥分析：

本患者治療至今，水腫消退的情形又進入另一瓶頸，依「久病入絡」，「血不利則為水」等觀念，加上患者有下肢顏色改變的情形，故加強活血化瘀藥的使用。注入白蛋白及利尿劑，水腫有下降跡象。

【1998:1.25-1.28】

望:下肢仍水腫，色略紅，舌淡紅，苔薄白。

聞:無特殊氣味。 問:口微渴，大便一行，成形。

切:左緩滑，右寸關滑，尺沈滑。

辨證:水濕氾濫、溼熱蘊結

治則:健脾益氣利水

用藥:茯苓五錢 豬苓三錢 澤瀉二錢 桂枝二錢 白朮三錢 桑白皮二錢，
厚朴二錢 車前子五錢 益母草三錢 薏苡仁三錢 漢防己三錢 黃耆五錢

辨證用藥分析:

<<金匱要略>>:「風濕，脈浮，身重，汗出惡風者，防己黃耆湯主之。」風濕在表，表衛不固，非一般汗劑可用，當益氣固表，故以防己黃耆湯治之。由上可知本方以防己利水，佐白朮祛濕，用黃耆益氣固表，合五苓散及薏苡仁、車前子利濕行水，益母草活血利濕、厚朴健脾益氣利濕。

用藥至今，患者水腫程度只剩下肢微腫不消，其他症狀大致已漸趨穩定，故主其回家休養，門診追蹤即可，並且每天服用類固醇七顆。

出院後追蹤

本患者注入白蛋白之後，水腫雖有下降，但只有施打後的兩天，每天下降一公斤，之後即不再下降。雖然繼續使用中藥，但其利下肢水腫之速度仍然有限，故輔以類固醇療法以加速患者之痊癒。

本患者出院後，三天內回診，發現其下肢水腫的情形更嚴重(由出院前的 59 公斤變成至今 61 公斤)，原因是類固醇剛開始使用時，會有鈉鉀滯留的情形，造成水腫症狀加重，再加上患者回家後開始操煩家事，因此產生症劇。囑患者不用擔心，別太操勞，要多休息。

患者過五天後，於二月九日來複診，發現其下肢水腫已完全消除，五天利水六公斤(由 61 公斤降至 55 公斤)，倍覺疲勞，有頭暈、口乾的現象，故給予益氣養陰之方以復其津氣，鞏固至今已數星期，水腫現象不復現。

歐氏病歷整體回顧

①本患者於住院前七天，以越婢五苓散合五皮飲加銀翹散為基本方(水煎藥)治療，一星期內體重減輕了4.5公斤，為求更進一步加強治療，於是收住院。

②不管是濃縮中藥或水煎藥，由此患者觀之，其療效之出現為一、二天之後，且濃縮中藥之療效有待評估，因其使用之後，體重下降之速度有限，甚至產生不降反升的情形。

③本患者曾使用附子補陽，甚至加入疏肝藥，最後證明效果均不佳，雖然治水腫可從脾、腎、肝等臟腑著手，但秉持著正氣仍存，先祛邪的原則，故當治以宣肺祛風利濕為主，總之以分清主次為要。

④此患者由於胃中虛冷，服用水煎藥，有吐利的情形發生，日後當建議患者飯後半小時服藥方為適當時機。

⑤血不利則為水，故而患者加入活血化瘀藥之時機是重要的。何時加益氣固表祛濕之防己黃耆湯，其時機之選擇亦屬重要。

⑥由治療本患者可知，使用中藥一段時間之後，復加入西藥之類固醇，不但療效增加，而且類固醇劑量幾乎可以減半使用，不獨可以減輕其副作用，而且對日後之劑量遞減亦有一定之幫助，對於提升患者之生活品質及心理因素均有一定之助益。

⑦患者之二十四小時蛋白尿不降反升，當和檢體之取樣有關。

⑧患者之膽固醇治後已降至正常。

⑨患者對飲水及飲食之服用，已到了過度小心的地步，腎病症候群的患者對蛋白質之攝取是不用過度強調的，均衡即可。飲水雖要限制，但如果過分限制的話，會造成血行不暢，反而會影響病情。

⑩本患者雖然水腫全消，但日後對於血中白蛋白以及蛋白尿之追蹤是重要的，並且藥鞏固療效，以預防其再復發。

結論

根據古代典籍對水腫的相關描述，可整理出一套對腎病症候群相關的描述，從而對其發病機轉及致病因子加以整理，以提供臨床治療模式。中醫認為本病是正虛造成邪湊的結果，所謂「邪之所湊，其氣必虛」，「正氣存內，邪不可干」，此邪可以是外感或原因不明所造成者，或繼發性原因，如紅斑性狼瘡、藥物、癌症所形成者。邪犯之後可造成脾腎氣虛，精微物質流失的結果，三焦氣化不利，終成水停，其中瘀血可惡化本病，因此治療本病除祛風除邪之外，並當從健脾固腎、活血化瘀方向治之。

除了從水腫可探討中醫對腎病症候群的相關描述及治療模式之外，亦可從虛勞、瘀血、尿血、腰痛等腎病症候群相關臨床表現，對本病加以論述瞭解，從而提供本虛標實的治療方法。此外，腎病症候群的病理分型亦可對治療提供一定的方向，例如和上呼吸道感染有關的病理分型有微小病變型、膜增生第一型及免疫球蛋白甲型（IgA），可從祛風利水方向治療之，和上呼吸道感染較沒關的膜型腎病變則可以祛濕活血利水為主，局部硬化型則可以活血化瘀為主。

中醫典籍浩如煙海，如欲對相關疾病加以探尋整理則事半功倍，本計畫即利用已整理好之古代醫籍光碟片，對腎病症候群的中醫相關描述加以探索整理之，不只對本病可作一詳細之探討，在時間上亦作了許多節省。

參考文獻

1. 唐、王冰，重廣補註黃帝內經素問，國立中國醫藥研究所出版社，1989。
2. 唐、王冰，黃帝素問靈樞經。何清湖主編，傳世藏書，海南國際新聞出版中心，湖南，1995。
3. 黃維三，難經發揮，正中書局，台北，1994。
4. 漢、張仲景，傷寒論。何清湖主編，傳世藏書，海南國際新聞出版中心，湖南，1995。
5. 漢、張仲景，金匱要略。何清湖主編，傳世藏書，海南國際新聞出版中心，湖南，1995。
6. 漢、華佗，中藏經。李聰甫主編，中藏經校注，人民衛生出版社，北京，1990。
7. 隋、巢元方，諸病源候論。丁光迪主編，諸病源候論校注，人民衛生出版社，北京，1991。
8. 唐、孫思邈，備急千金要方。一木編校，千金方，吉林人民出版社，吉林，1994。
9. 唐、孫思邈，千金翼方。何清湖主編，傳世藏書，海南國際新聞出版中心，湖南，1995。
10. 唐、王燾，外台祕要。何清湖主編，傳世藏書，海南國際新聞出版中心，湖南，1995。
11. 宋、陳師文，太平惠民和劑局方。何清湖主編，傳世藏書，海南國際新聞出版中心，湖南，1995。
12. 宋、錢乙，小兒藥證直訣。何清湖主編，傳世藏書，海南國際新聞出版中心，湖南，1995。
13. 宋、朱肱，類證活人書。何清湖主編，傳世藏書，海南國際新聞出版中心，湖南，1995。
14. 元、朱震亨，丹溪醫集，人民衛生出版社，北京，1993。
15. 明、張景岳，類經。何清湖主編，傳世藏書，海南國際新聞出版中心，湖南，1995。
16. 明、張景岳，景岳全書，台聯國風出版社，台北，1980。
17. 明、楊繼洲，針灸大成，遼寧科學技術出版社，瀋陽，1997。
18. 晉、皇甫謐，針灸甲乙經。何清湖主編，傳世藏書，海南國際新聞出版中心，湖南，1995。
19. 明、孫一奎，醫旨緒餘，上海古籍出版社，上海，1994。
20. 明、綺石，理虛元鑑。何清湖主編，傳世藏書，海南國際新聞出版中心，湖南，1995。

版中心，湖南，1995。

21. 明、虞博，醫學正傳，人民衛生出版社，北京，1981。
22. 明、李梴，醫學入門，江西科學技術出版社，江西，1988。
23. 清、馮兆張，馮氏錦囊秘錄，太冠出版社，台南，1979。
24. 清、徐靈胎，徐靈胎醫書全書，五洲出版社，台北，1990。
25. 清、林佩琴，類證治裁，中國中醫藥出版社，北京，1997。
26. 清、沈金鰲，雜病源流犀燭，中國中醫藥出版社，北京，1994。
27. 清、葉天士，臨症指南醫案，新文豐出版社，台北，1980。
28. 清、薛生白，濕熱病篇。何清湖主編，傳世藏書，海南國際新聞出版中心，湖南，1995。
29. 清、王孟英，溫熱經緯。何清湖主編，傳世藏書，海南國際新聞出版中心，湖南，1995。
30. 清、吳瑭，溫病條辨。傳世藏書，海南國際新聞出版中心，湖南，1995。
31. 清、吳瑭，吳鞠通醫案，中國中醫出版社，北京，1998。
32. 清、張錫純，醫學衷中參西錄，河北科學技術出版社，1994。
33. 唐宗海，血證論，力行書局有限公司，台北，1992。
34. 清、王清任，醫林改錯，台聯國風出版社，台北，1991。
35. 王洪圖總主編，黃帝內經研究大成，北京出版社，北京，1997。
36. 雷順群主編，〈〈內經〉〉多學科研究，江蘇科學技術出版社，江蘇，1990。
37. 柯雪帆等主編，中醫外感病辨治，人民衛生出版社，北京，1993。
38. 吳銀根等主編，中醫外感熱病學，上海科學技術出版社，上海，1991。
39. 沈慶法主編，中醫臨床腎臟病學，上海科學技術文獻出版社，1998。
40. 時振聲，時氏中醫腎臟病學，中國醫藥科技出版社，北京，1997。
41. 張天、陳以平主編，實用中醫腎病學，上海中醫學院出版社，上海，1992。
42. 沈自尹，腎的研究，上海科學技術出版社，上海，1990。
43. 葉任高，腎臟病臨床略要，人民衛生出版社，北京，1997。
44. 周鳳龍等，腎病綜合徵，中國中醫藥出版社，1992。
45. 江自敏、呂宏生、劉玉寧主編，中西醫臨床腎病學，中國中醫藥出版社，北京，1997。
46. 張大寧，實用中醫腎病學，中國醫藥科技出版社，天津，1996。
47. 郭兆安，慢性腎功能衰竭的中西醫治療，中國中醫藥出版社，北京，1996。
48. 朱寧主編，腎功能衰竭防治 300 問，金盾出版社，北京，1996。

49. 戴新民編，水氣症證治，啟業書局有限公司，台北，1987。
50. 劉燕玲編著，水腫，中國中醫藥出版社，北京，1995。
51. 于俊生主編，中西醫結合診治水腫與積液，科學技術文獻出版社，北京，1998。
52. 吳敦序主編，中醫基礎理論，上海科學技術出版社，上海，1995。
53. 柯雪帆主編，中醫辨證學，上海中醫學院出版社，上海，1987。
54. 鄧鐵濤，中醫診斷學，人民衛生出版社，北京，1994。
55. 柯雪帆，中醫症狀學，上海中醫學院出版社，上海，1988。
56. 王琦主編，中醫臟象學，人民衛生出版社，北京，1997。
57. 羅仁編著，郁證論，華南理工大學出版社，廣州，1995。
58. 田維君、魏桂芝編著，陰虛證治，江西科學技術出版社，南昌，1996。
59. 李經緯，鄧鐵濤等主編，中醫大辭典，人民衛生出版社，北京，1995。
60. 陳華，中醫的科學原理，臺灣商務印書館股份有限公司，台北，1994。
61. 邱德文主編，中醫經典著作思路與方法研究，貴州科技出版社
62. 邱文德主編，中醫方法學概論，貴州科技出版社，貴陽，1993。
63. 邱德文主編，中醫方法學概論，貴州科技出版社，貴陽，1993。
64. 寇華星、林建予編著，中醫免疫醫學，湖北科學技術出版社，湖北，1997。
65. 程紹恩等主編，中醫證候診斷治療學，北京科學技術出版社，北京，1993。
66. 徐嵩年，水腫的治法及臨床應用，上海中醫藥雜誌，(7)5，1982。
67. 陳以平等：益氣活血化濕法為主治療膜型腎病臨床及動物實驗研究。中醫雜誌，(2)，1987。
68. 陳以平，中醫辨證治療 IgA 腎病 23 例，中西醫結合雜誌，8，p. 556，1988。
69. 陸軍、周易謙、崔愛東，成人原發性腎病綜合癥的中醫辨證與病理類型的關係，實用中西醫結合雜誌，(11) 10，p. 863~864。
70. 斯建中，略論腎病綜合症是痰瘀同病，實用中西醫結合雜誌，(9) 10，p. 588~589，1996。
71. 王明生、傅文錄，攻毒法治療腎病蛋白尿的思路與方法，新中醫，(30) 11，p. 3~4，1998。
72. 聶莉芳，調理脾胃法運用於腎病綜合徵與慢性腎衰的體會，新中醫，9，p. 9~10，1991。
73. 包力，固腎方治療腎病綜合癥驗案，中醫藥信息，6，p. 24，1995。
74. 侯長安、許志雄、薛巧珍，滋補腎陰腎陽在腎病綜合癥治療中的

- 應用，實用中西醫結合雜誌，(11) 22，p. 2155~2156。
75. 張洪濤、陳茂杰，補陽還五湯對腎病綜合癥高凝狀態的影響，實用中西醫結合雜誌，(11) 23，1998。
 76. 趙德光、趙欣、張基棟、陳軍，補陽還五湯治療腎病綜合癥高凝狀態的臨床觀察，北京中醫，1，p. 21~22，1999。
 77. 余鑒，血府逐瘀湯治療腎病綜合癥 38 例療效觀察，浙江中醫雜誌，3，p. 107，1993。
 78. 曾慶英、任光友等，「開鬼門、潔淨府」主體法治療腎病綜合癥—附 50 例病例分析及實驗研究，貴陽中醫學院學報，1，p. 18~20，1991。
 79. 張菊蓮、王意誠，中西醫結合治療腎病綜合癥 41 例，陝西中醫，(14) 4，p. 158，1993。
 80. 肖才德，分期論治腎病綜合癥 23 例療效觀察，湖南中醫雜誌，3，p. 2~4，1991。
 81. 蓋庄豪，兒童腎病綜合癥 31 例療效比較觀察，湖南中醫雜誌，2，p. 40~41，1991。
 82. 肖淑琴、鄭軍、陳萍，中醫治療 74 例小兒腎病綜合癥，中醫雜誌，3，p. 33~34，1991。
 83. 楊光裕、上官玉梅等，腎病綜合癥 218 例療效對比觀察，中華腎臟病雜誌，(7) 2，p. 106~107，1991。
 84. 王玉秀，多種藥物聯合治療成人腎病綜合癥 22 例，河北醫藥，(12) 4，p. 225~226，1990。
 85. 張書琴、張振卿，中西醫結合治療腎病綜合癥 190 例療效觀察，實用中西醫結合雜誌，(11) 22，p. 2159，1998。
 86. 楊慶賓，中西醫結合治療腎病綜合癥 15 例療效觀察，實用中西醫結合雜誌，(11) 23，p. 2249，1998。
 87. 呂軍，中西醫結合治療腎病綜合癥 120 例，實用中西醫結合雜誌，(11) 10，p. 871，1998。
 88. 朱保權、楊永紅，腎復散減少小兒腎病綜合癥復發的療效觀察，北京中醫大學學報，(22) 2，p. 43~44，1999。
 89. 姚熙慧、賀玉珍，腎炎康復配合激素治療成人原發性腎病綜合癥的治療分析，天津中醫學院學報，(17) 3，p. 11~12，1998。
 90. 王琴、張貴榮，復方丹參注射治療小兒腎病綜合癥的臨床觀察，天津中醫學院學報，(17) 3，p. 12，1998。
 91. 徐景芳，難治性腎病綜合癥治療的若干問題，甘肅中醫學院學報，(11) 3，p. 17~18，1994。
 92. 徐大基、李奮，難治性腎病綜合癥的中醫治療進展，遼寧中醫雜誌，(25) 11，541~542，1998。

93. 傅玉素、倪青，時振聲教授治療難治性腎病綜合癥的經驗，新中醫，(30) 11，p. 7~8，1998。
94. 張振忠、張英，腎病綜合癥中醫臨床研究進展，陝西中醫函授，3，p. 45~46，1998。
95. 錢桐蓀，腎病綜合癥治療的某些新觀念，實用內科雜誌，(11) 5，p. 175~276，1991。
96. 施賽珠，中西醫結合治療腎病綜合癥的臨床分析，中醫雜誌，4，p. 34~36，1991。
97. 周民權、張穎娟，中西醫結合治療腎病綜合癥 II 型的體會，黑龍江中醫藥，2，P. 8~10，1997。
98. 楊霽云，小兒腎病綜合癥的某些進展，實用兒科臨床雜誌，(7) 2，p. 89~90，1992。
99. 方昀霏，淺談腎病綜合癥的辯證施護，中國中醫急症，(8) 2，p. 88~89，1999。
100. Donald W., Gerhard G. : The kidney physiology and pathophysiology 2nd ed, Raven Press, 1995.
101. Glassock C. Adler : Primary glomerular diseases. Textbook of Nephrology, 3rd ed. Williams & Wilkins, Baltimore, pp. 1423-1469, 1995.
102. Anthony S Fauci et al: Harrison's Principles of Internal Medicine. 14th ed. New York : Mcgraw-Hill, 1998.
103. Arthur C. Guyton et al : Human Physiology and Mechanism of Disease. 6th ed. Philadelphia : WB Saunders, pp. 229, 1997.
104. Lawrence M. Tierney et al: Current Medical & Treatment. 37th ed. Stamford: Appleton & Lange, 1999.
105. Willan F. Gangong: Review of Medical Physiology, 18th ed. Appleton & Lange, East Norwalk, 1997.
106. Barratt TM, Clark GB: Minimal change nephrotic syndrome and focal and segmental glomerulosclerosis. In: Holliday MA, Barratt TM, Avner ED (eds) Pediatric Nephrology, 3rd ed. Williams and Wilkins, London, pp. 767-787, 1993.
107. Schieppati A, Mosconi L, Perna A, et al: Prognosis of untreated patients with idiopathic membranous nephropathy. N Engl J Med 329:85-89, 1993.
108. Aiexopoulos E, Sakellariou G. Memmos D, et al: Cyclophosphamide provides no additional benefit to

steroid therapy in the treatment of idiopathic membranous nephropathy. Am J Kidney Dis 21:497-503, 1993.

-
- (1)
 - (2)
 - (3)
 - (4)
 - (5)
 - (6)
 - (7)
 - (8)
 - (9)
 - (10)
 - (11)
 - (12)
 - (13)
 - (14)
 - (15)
 - (16)
 - (17)
 - (18)
 - (19)
 - (20)
 - (21)
 - (22)
 - (23)
 - (24)
 - (25)
 - (26)
 - (27)
 - (28)
 - (29)
 - (30)
 - (31)
 - (32)
 - (33)
 - (34)
 - (35)
 - (36)

(37)

(38)

(39)

(40)

(41)

(42)

(43)