中醫腎泌尿科住院醫師病例報告

R1 張馨慧

57歲男性小便有泡沫已五年

基本資料

姓名：謝00

年齡：57

性別：男

病歷號：

居住地：

職業：

婚姻：

籍貫：

初診時基本資料：

身高：171.8 cm

體重：82Kg

BMI：27.72

BP：195/112 mmHg

TPR：36.1℃/92/20

初診日期：105.08.24

門診日期：105.09.07

主訴 57歲男性小便有泡沫已五年

現病史

小便晝6-7次，量少，色清，有泡沫已5年。晨起運動時喘甚，爬樓梯2-3樓覺喘，雙下肢微水腫，無心悸胸悶，便日一行，質軟量少難解，質黏已五年。疲倦，倦甚已三年。105年6月底，中榮健檢:Cre:9，西醫建議洗腎，想尋求中醫治療。眠可，11pm-4am。夜尿無。目糊，右眼視物變形。兩個月前易足抽筋，自服偏方後無作。平素較怕熱。

過去病史

1. PHx:DM，one touch:150
2. 左心室肥大
3. HTN:平時SBP150。

個人史

居住環境：住宅區。

工作情況：退休。

飲食：葷食；飲食不規律、無特殊偏食。

過敏史：無食物或藥物過敏史。

運動史：無運動習慣。

菸：無

酒：無

檳榔：無。
藥物史：無特殊用藥史。
家族史：無特殊
旅遊史：三個月內無出國

中醫四診

望診

整體

意識清楚，GCS：E4M6V5，倦怠神疲

體格中等(BMI：27.72)

面色：黃紅隱隱

毛髮：髮色黑，無稀少

爪甲：色淡紅，無裂紋

眼睛：目光有神。

口唇：唇色淡紅

舌診：舌淡紅苔薄白膩中剝有津

軀幹：腹無鼓脹

四肢：四肢對稱，活動自如，足微水腫

聞診

聲音：

語音無異常。

聽診呼吸音平順。

氣味：

身上及口中無特殊氣味。

問診

全身

疲倦甚。平素較怕熱。

無汗；無自汗、無盜汗。

情志：情緒穩定，無躁動

睡眠：眠可。11pm-4am。

頭項：無頭重著感、無頭脹

五官

眼：目糊，右眼視物變形。無目痛、無目汩、無目眵、無眼紅腫。

鼻：微清涕。無噴嚏。

耳：無特殊異常；無耳鳴、無耳痛、無耳癢。

口：無口乾。無口苦。

咽

無咽乾。無咽痛、無咽梗感。

胸部：晨起運動時喘甚，爬樓梯2-3樓覺喘。

腹部：無脹痛。無腹痛、無泛酸、無胃嘈雜。

大便：便日一行，質軟量少難解，質黏。
小便：小便晝6-7次，量少，色清，有泡沫，小便不利(排出困難)，夜尿無。
腰背：無腰背不舒；無背痛、無腰痠、無腰痛、無腰膝痠軟。
四肢：兩個月前易足抽筋，自服偏方後無作。雙下肢微腫脹、四肢活動無異常，四肢溫、無肢體震顫。

切診

觸診

軀幹溫

手足溫

雙下肢微水腫

脈診

主治醫師：脈軟短

住院醫師：脈軟滑短數

現代醫學身體（理學）診察

chronically ill; well developed and nourished

Mental state: alert and well oriented

Temp: 36.1℃

BP: 195/112 mmHg

Pulse: 92 per min; regular

Respiration: 20 per min; normal respiration pattern

Perfusion (peripheral)/oxygenation status

Extremites: warm and no cyanosis

Integument

Skin: normal skin turgor; no jaundice, petechiae or edema.

Nails: pink color

HEENT

Head: normal in size, contour, scalp appearance and position

Eyes

Vision: normal visual field; normal color perception

Orbits: no edema.

Lids: no ptosis.

Sclera: not icteric

Conjunctiva: not injected

Pupils: normal light reflex

Ears

Auricles: normal in configuration, positive and alignment

Canals: no discharge.

Nose and Sinuses: normal in appearance; no discharge.

Throat and Mouth
Lips: no cyanosis.
Tongue: in midline
Chest and Lungs
Ausculation: normal
Heart
Palpation: normal
Ausculation: normal S1 and S2
Abdomen
Inspection: rounded
Ausculation: bowel sound normal
Palpation: soft; no tenderness or rebound tenderness.
Anus and Rectum
absence of hemorrhoids; brown stool
Musculoskeletal System
Posture: spine and extremities in good alignment
Joints: no deformities or swelling.
Neurologic System
Reflexes: symmetrical and normal superficial and deep tendon reflexes
Deep tendon reflex response
Extremities
Bilateral feet edema

實驗室檢查

空腹血糖one touch 150mg/dL，Cre:9

影像暨特殊檢查

無

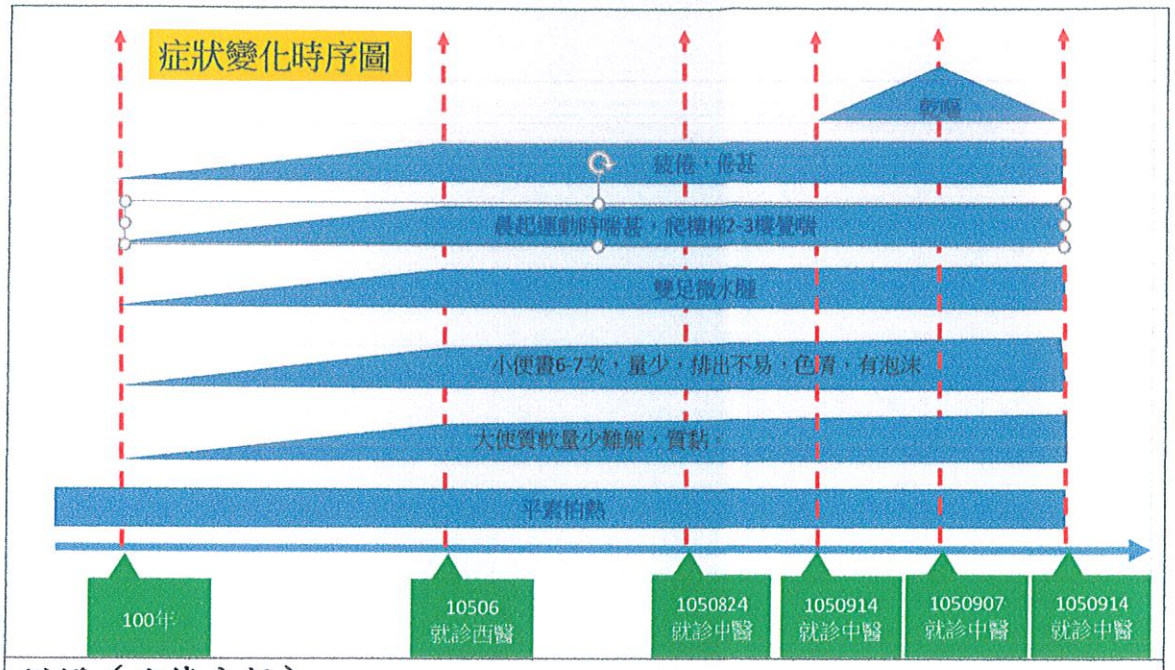
整體回顧

這位57歲男性退休人士，過去病史有1. PHx:DM，one touch:150 2. 左心室肥大 3. HTN:平時SBP150。本次就診是因為小便晝6-7次，量少，排出困難，色清，有泡沫，晨起運動時喘甚，爬樓梯2-3樓覺喘，雙足微水腫，大便一日一行，質軟量少難解，質黏已五年。疲倦，倦甚已三年。105年6月底，中榮健檢:Cre:9，西醫建議洗腎，想尋求中醫治療。無心悸胸悶。無夜尿。目糊，右眼視物變形。兩個月前易足抽筋，自服偏方後無作。平素較怕熱。

脈診：軟滑短

舌診：舌淡紅苔薄白膩中剝有津

時序圖



辨證（病機分析）

病因

體質病因：腎陰陽兩虛。心氣虛。脾氣虛。

病位

解剖定位：腎臟

臟腑定位：心、脾、腎

病性

主證：小便畫6-7次，量少，色清，有泡沫已3-5年。晨起運動時喘甚，爬樓梯2-3樓覺喘。雙足微水腫。疲倦，倦甚。105年6月底，中榮健檢:Cre:9，西醫建議洗腎，想尋求中醫治療。平素怕熱。

脈診：軟滑短

舌診：舌淡紅苔薄白膩中剝有津

病勢推演

病人怕熱多年，有陰虛的體質。五年前開始小便畫6-7次，量少，色清，有泡沫，有腎氣虛的情形。晨起運動時喘甚，爬樓梯2-3樓覺喘，有心氣虛的情形。大便質軟量少難解，質黏有脾氣虛的情形。心腎脾氣虛都會造成疲倦，倦甚。舌淡紅苔中裂有陰虛的情形，脈短指振幅不足乃心氣不足之徵。雙足水腫及舌有津乃陽虛水泛，陽虛不能運化水濕之徵。

診斷

→ 西醫病名 慢性腎臟疾病

→ 中醫證型

主：腎陰陽兩虛，心氣虛

次：脾失健運

疾病名 關格、風水

論治（治法分析）

理

本病人小便晝6-7次，量少，排出困難，色清，有泡沫已3-5年為。105年6月底，中榮健檢:Cre:9，西醫建議洗腎，想尋求中醫治療。晨起運動時喘甚，爬樓梯2-3樓覺喘。無心悸胸悶。疲倦，倦甚。目糊，右眼視物變形。兩個月前易足抽筋，自服偏方後無作。平素較怕熱。便日一行，質軟量少難解，質黏。

脈診：軟滑短

舌診：舌淡紅苔薄白膩中剝有津

真武湯(溫賦湯) 溫腎陽，治療病人水腫，炙甘草湯養血復脈，丹參，丁豎朽針對腎小管增加通透性，活血化瘀。巴戟天，菟絲子補腎陽，旱蓮草，女貞子補腎陰，因病人剝苔，有陰不足的情形。補骨脂補腎助陽，夏枯草清肝降壓。

西醫對慢性腎病的診斷

Making the diagnosis:

- Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) defines CKD as either of the following for > 3 months
  - glomerular filtration rate (GFR) < 60 mL/minute/1.73 m^2
  - kidney damage as evidenced by ≥ 1 of
    - albuminuria
    - urine sediment abnormalities
    - electrolyte or other abnormalities due to tubular disorders
    - abnormal histology
    - abnormal structure detected by imaging
    - history of kidney transplant

西醫對慢性腎病的治療

Treatment overview:

- early referral to nephrologist associated with reduced mortality (level 2 [mid-level] evidence)
- interventions to slow loss of kidney function include
  - target blood pressure < 140/90 mm Hg, with multiple guidelines suggesting < 130/80 mm Hg if proteinuria or diabetes present
  - guidelines recommend strict control of diabetes - HbA1c goal of about 7% in most patients (KDIGO Level 1, Grade A), however evidence suggests
  - for adults with moderate-to-severe CKD, reduced protein intake may be associated with reduced risk of death or ESRD (level 2 [mid-level] evidence), however, very low-protein diet in patients with advanced kidney disease might increase mortality (level 2 [mid-level] evidence)

- bicarbonate supplementation in patients with severe CKD and metabolic acidosis may slow progression of kidney disease and reduce need for dialysis (level 2 [mid-level] evidence)
- other treatments associated with slowing progression of CKD include
  - surgical weight loss interventions (level 3 [lacking direct] evidence)
  - pentoxifylline (level 3 [lacking direct] evidence)
  - allopurinol (level 3 [lacking direct] evidence)

- prevention and treatment of comorbidities and complications of decreased kidney function
  - consider erythropoiesis-stimulating agent (ESA) to treat anemia with target hemoglobin levels < 12 g/dL as higher targets increase the risk of stroke (KDIGO Level 2, Grade C) (Kidney Disease Improving Global Outcomes [KDIGO] 2012 clinical practice guideline for anemia in chronic kidney disease
  - prevent and treat cardiovascular disease (CVD) - patients with CKD at high risk for CVD
    - lipid-lowering therapy with statins reduces major cardiovascular events (level 1 [likely reliable] evidence) and may reduce all-cause mortality and cardiovascular mortality (level 2 [mid-level] evidence) in patients with chronic kidney disease not on dialysis
    - antiplatelet agents may reduce the risk of myocardial infarction but might increase bleeding risk in patients with chronic kidney disease with stable or no cardiovascular disease (level 2 [mid-level] evidence)
    - fibrates may reduce cardiovascular events and improve lipid profile in patients with CKD (level 2 [mid-level] evidence)
    - folic acid-based homocysteine lowering does not reduce cardiovascular events in patients with kidney disease (level 1 [likely reliable] evidence)
  - vaccinations that may be needed include influenza vaccine, pneumococcal vaccine, and hepatitis B vaccine
  - see also Complications section
- prepare for kidney replacement therapy
  - predialysis educational intervention may improve clinical outcomes in patients with early stages of CKD (level 2 [mid-level] evidence)
  - educate patients about different modalities of renal replacement therapy when glomerular filtration rate < 30 mL/minute/1.73 m^2 (stage 4 CKD) (NKF Grade A)
  - preemptive kidney transplant is preferred form of kidney replacement therapy (CST Grade A)

- dialysis may be started for uremic symptoms, volume overload, malnutrition, or inability to control blood pressure
- earlier initiation of dialysis does not appear to increase survival in patients with CKD (level 2 [mid-level] evidence)

中醫對慢性腎病的看法

1. 關格

關格一詞最早見于《內經》，初為脈診術語，"人迎四盛，且大且數，名為外格"，"寸口四盛，且大且數，名為內關"，"關格之脈贏，不能極于天地之精氣則死矣"。說明關格為人迎與寸口之脈四倍于常人，預后差。《難經》所述"陰氣太盛，則陽氣不得相榮也，故日格，陽氣太盛，則陰氣不得相榮也，故日關。陰陽俱盛，不得相榮也，故曰關格"，其意為邪留臟腑致陰陽脈俱盛，臟腑氣血逆亂。《內經》與《難經》所述"關格"雖不盡相同，但均指出其為陰陽離絕之危象。

后世醫家在此基礎上將"關格"一詞的內涵逐漸豐富。張仲景指出"寸口脈浮而大，浮為虛，火為實；在尺為關，在寸為格"，"關則不得小便，格則吐逆"。巢元方稱"由陰陽氣不和，榮衛不通故也"，"大小便不通"為"關格"。龔廷賢在《壽世保元》中說："溺溲不通，非細故也，期朝不通，便令人嘔，名日關格。"李用粹《證治匯補•癃閉附關格》："關應下而小便閉，格應上而嘔吐。"費伯雄《醫醇賸義》以嘔吐漸見大小便不通者為關格。可見大多數醫家認同"關格"表現多為嘔吐與小便(甚至大便)不通并見，其病機多為陰陽不和，虛實并見。張景岳在《類經》中稱"關格之癥，則以陰陽偏盛之極，或見于人迎，或見于氣口，皆孤陽之逆候，實真陰之敗竭也"，"其脈則堅盛至極，其證則喘息日增，甚至手頸通身之脈，俱為振動不已"，進一步指出其根本在于真陰敗竭。

關格的基本病理變化為脾腎衰憊，氣化不利，濕濁毒邪內蘊三焦。CRF患者終末期存在脾。腎衰憊，濁毒內蘊，甚至出現陰陽格拒，與"關格"之病機相似。而CRF患者體內毒素聚集而致消化道反應及二便不暢等證與"關格"所指癥狀相符。需注意，并非所有CRF患者均與"關格"之病機等同。

2. 癃閉

"癃閉"證名首見于《內經》。《素問•宣明五氣篇》提出"膀胱不利為癃，不約為遺溺"，《景岳全書•癃閉》："小水不通，是為癃閉，此最為急證也。水道不通則上侵脾胃而為脹，外侵肌肉而為腫，泛及中焦而為嘔，再及上焦則為喘，數日不通則奔迫難堪，必致危殆。"癃閉的主要表現為小便不暢，少尿或無尿，其基本病理變化為膀胱氣化功能失調，其病位在膀胱與腎。CRF患者多存在腎氣衰憊，氣機不暢，濁瘀阻塞等病機，皆可導致膀胱氣化功能失調而出現少尿或無尿。病理上，由于腎小球硬化，腎小球濾過率降低，常出現的少尿或無尿等癥狀，與癃閉所述癥狀相符合。

3. 水腫

《素問•藏氣法時論》有"腎病者，腹大脛腫，咳喘身重"。《素問•水熱穴論》："勇而勞甚則腎汗出，腎汗出逢于風，內不得入于臟腑，外不得越于皮膚，客于玄府，行于皮里，傳為肘腫，本之于腎，名日風水。"水腫之病位在肺、脾、腎，而關鍵在。腎。腎主水，水液的輸化有賴于腎陽的蒸化、開闔作用。腎氣衰憊則可致水液泛溢肌膚為水腫"。從病理上看，CRF患者常伴有低蛋白血癥，血漿容量降低，刺激腎臟水鈉潴留，形成水腫，故水腫為CRF常見癥狀。

近代老中醫傳承的用藥經驗

趙紹琴教授對慢性腎臟疾病（如慢性腎炎、腎病綜合征、慢性腎功能衰竭）研究較深入，他經過大量臨床實踐，提出了創新性的理論。慢性腎

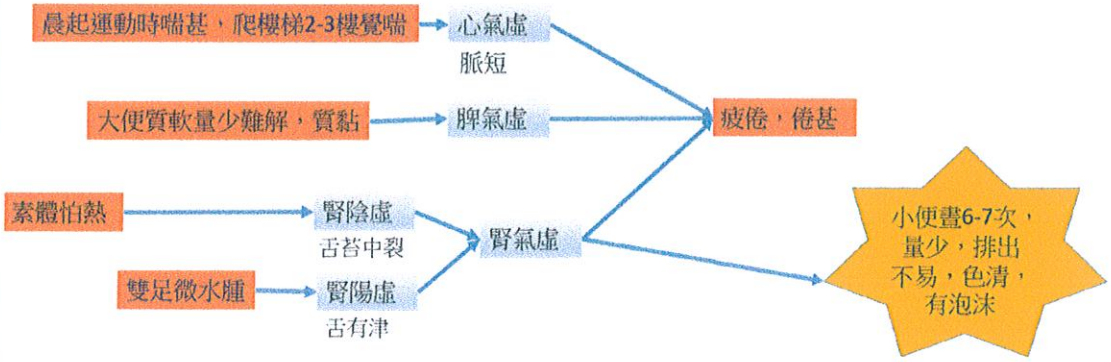
病非虛論，慢性腎病的基本病機爲熱鬱血分，絡脉淤阻。至于一些患者表現出神疲乏力及貧血症狀，可視爲邪實阻滯、氣血失運所致，不可認爲是虛證而用補法。針對慢性腎病熱鬱血分的基本病機，確定以涼血化瘀爲基本治則，佐以疏風勝濕、疏調三焦。在此基礎上隨證加減，可獲預期效果。

藥物治療

腎炎1號：荊芥、防風、生地榆、赤芍、丹參、茅根、蘆根、焦三仙、水紅花子、大黃。主治慢性腎炎尿蛋白持續陽性，舌紅苔膩根厚，脉濡滑數者。

尿毒1號：荊芥炭、蘇葉、生地 榆、茜草、丹參、白鮮皮、地膚子、草河車、大黃、灶心土、黃連。主治 尿毒癥噁心嘔吐、皮膚瘙癢，舌紅苔膩垢厚，脉弦滑數按之有力。上方需經中醫師辨證，依法遣藥，隨證加減。

病因病機圖



法：腎陰陽雙補，健脾利濕，補心氣養血復脈

方(單位：克)：

真武湯(溫賦湯) 3

炙甘草湯 4

藥(單位：克)：

丹參 1.5

丁豎朽 1

巴戟天 1

菟絲子 1

旱蓮草 1

女貞子 1

補骨脂 1.5

夏枯草	1.5

病例追蹤

Data	1050831	舌	舌淡紅稍暗苔薄膩中剝有津
		脈	脈軟滑短數
中醫四診	問：服藥後眠差喘甚		
藥物	真武湯(溫賦湯) 3 歸脾湯 4 脈短 丹參 1.5 丁豎杇 1 巴戟天 1 菟絲子 1 旱蓮草 1 女貞子 1 補骨脂 1.5 夏枯草 1.5		

Data	1050907	舌	舌淡紅稍暗苔薄膩中剝有津
		脈	脈軟滑短數
中醫四診	問：乾嘔		
藥物	真武湯(溫賦湯) 4.5 歸脾湯 3 小柴胡湯 3 乾嘔 丹參 1.5 丁豎杇 1 巴戟天 1 菟絲子 1 旱蓮草 1 女貞子 1 補骨脂 1.5 夏枯草 1.5		

Data	1050914	舌	舌淡紅稍暗苔薄膩中剝有津
		脈	脈軟短
中醫四診	問：乾嘔緩，動喘仍，守方		
藥物	真武湯(溫賦湯) 4.5 歸脾湯 3 小柴胡湯 3		

	丹參 1.5 丁豎杇 1 巴戟天 1 菟絲子 1 旱蓮草 1 女貞子 1 補骨脂 1.5 夏枯草 1.5		

參考文獻資料

1. 中醫內科證治學（陳榮洲主編，弘祥出版社）
2. Dynamed, Chronic kidney disease (CKD) in adults
3. 實用中醫病因病機學(韓成仁主編，山東科學科技出版社)
4. 全國名老中醫治病經驗談系列——趙紹琴教授治慢性腎病經驗