

中醫內科臨床手冊

長庚中醫內兒科編製

2011年1月 第三版

目錄

肺病證	
感冒.....	沈建忠、郭忠禎、徐佳吟、張容蓁.....1
過敏性鼻炎.....	楊賢鴻、林意旋.....3
鼻竇炎.....	郭忠禎、張容蓁.....5
氣喘.....	楊賢鴻、沈建忠、徐佳吟、林意旋.....7
慢性支氣管炎.....	沈建忠、徐佳吟.....9
心腦病證	
心律不整.....	游智勝、高依帆.....11
冠心病.....	游智勝、高依帆.....13
高血壓.....	游智勝、高依帆.....15
睡眠障礙.....	李克成、許珮毓.....17
胃腸病證	
胃痛.....	郭忠禎、張容蓁.....19
消化性潰瘍.....	陳柏全.....21
大腸激躁症.....	陳柏全.....23
肝病證	
慢性肝炎.....	郭忠禎、陳柏全、張容蓁.....25
肝硬化.....	郭忠禎、陳柏全、張容蓁.....27
腎病證	
慢性腎炎.....	陳俊良、張容蓁.....29
慢性腎衰竭.....	陳俊良、張容蓁.....32
馬兜鈴酸腎病.....	陳俊良、張容蓁.....34
內分泌病證	
甲狀腺機能亢進症.....	喬聖琳.....37
甲狀腺機能減退症.....	喬聖琳.....39
尿崩症.....	喬聖琳.....41
慢性腎上腺皮質功能減退症.....	喬聖琳.....43
皮膚病證	
異位性皮膚炎.....	楊賢鴻、林胤谷、林意旋.....45
蕁麻疹.....	李克成、林胤谷、許珮毓.....48
青春痘.....	林胤谷.....50
乾癬.....	林胤谷.....52
褥瘡.....	李克成、許珮毓.....54
化放療副作用	
化學治療副作用.....	吳宜鴻、陳怡婷.....56
放射治療副作用.....	吳宜鴻、陳怡婷.....58
中西藥交互作用60

感冒

一、定義：

凡感受風邪或時行疫毒，導致肺衛失和，以鼻塞、流涕、噴嚏、頭痛、惡寒、發熱、全身不適等為主要臨床表現的外感疾病稱之。

二、中醫病名：

感冒

三、病因：

主要為感受風邪疫毒，尤在氣候突變，寒暖失常，正氣虛弱的情況下易發。

四、病機：

外感風邪疫毒，從皮毛或口鼻侵犯人體，使肺衛失和而發病。風邪為六淫之首，於不同季節往往合時氣或非時之氣挾疫毒而侵入。若生活起居不慎，寒暖不調或過度疲勞，皆使肌腠不密，肺衛調節功能失常，衛外不固，遇外邪侵襲易發病。至於年老體衰或先天不足，後天失調，久病、重病之後致正氣虛弱，衛表不固，極易為外邪所侵為體虛感冒。

五、辨證要點：

辨風寒風熱、辨兼挾症、辨一般感冒、虛人感冒、時行感冒

六、治療原則及方藥：

	治則	方藥
風寒感冒	辛溫解表，宣肺散寒	蔥豉湯或荊防敗毒散加減
風熱感冒	辛涼解表，清肺透邪	銀翹散加減
暑溼感冒	清暑去溼解表	新加香薷飲
氣虛感冒	益氣解表	參蘇飲加減
陰虛感冒	滋陰解表	加減葳蕤湯化裁

七、臨床討論：

● 沈建忠醫師

1. 以風邪為主因，風邪雖為六淫之首，但在不同季節，往往與其他當今之時氣相合而傷人，如：冬季多屬風寒，春季多屬風熱，夏季多夾暑濕，秋季多兼燥氣，梅雨季節多夾濕邪。限於季節性，病情多重，往往互為傳染流行。
2. 至於外邪侵犯人體，是否引起發病，關鍵還在於正氣之強弱，同時與感邪的輕重，也有一定關係。當衛外功能減弱，而外邪乘襲時，則易感受發病。

3. 首先要辨清偏於風寒還是偏於風熱。風寒感冒以怕冷重，發熱輕，頭痛身疼，鼻塞流清涕；風熱感冒以發熱重，怕冷輕，頭痛，口渴，鼻塞流涕黃稠，咽痛或紅腫為特徵。
4. 咽部腫痛與否常為風寒與風熱辨證主要依據。亦有初起屬風寒感冒，數日出現咽喉疼痛，流涕由清稀轉為黃稠，此為寒邪鬱而化熱，可參照風熱論治。
5. 感冒一般多屬實證，但也不盡然。在辨證中，首先須辨表虛、表實：
 - 發熱、汗出、惡風者屬表虛；宜疏風以解表，不宜過用辛散。
 - 發熱、無汗、惡寒、身痛者屬表實；宜發汗以解表，汗出則身熱退。
 - 如虛體感邪，往往反覆感冒，當以扶正祛邪為為主，除根據感邪之不同而施用不同的解表法外，必須時時顧護正氣，隨證調補之。

● 郭忠禎醫師

- 風寒感冒若見頸項強痛無汗可用葛根湯，有汗用桂枝湯加葛根，但注意口渴咽痛明顯者慎用。若用經方無把握可用荊防敗毒散，特別是全身痠痛者，如汗多或淋雨游泳後受寒者，效果甚佳，即使化熱出現黃痰也可使用，可加黃芩、魚腥草、桔萎仁、貝母，或併用清肺湯，涕多加蒼耳子、辛夷；畏寒身體酸合併頭痛明顯，又見口乾口渴，可用九味羌活湯，但體虛易心悸者慎用，畏寒不明顯頭痛明顯者可用柴葛解肌湯。
- 老年人或體虛人感冒宜加黨參，如人參敗毒散，咳嗽痰多色白而少氣者改用參蘇飲加減。
- 壯實之人風寒感冒發燒，畏寒明顯者，若不口渴無咽喉腫痛可用大青龍湯、或九味羌活湯。
- 風熱感冒輕症可用銀翹散，若出現高熱，銀翹散通常無法退燒，可合升降散，無便秘者去大黃，並可再加石膏、知母。若扁桃腺化膿或紅腫明顯，可用普濟消毒飲，便秘明顯者可用銀翹散加涼膈散。需注意寒涼藥不宜久用，邪勢已退，需注意健脾，若見陰虛酌予養陰。
- 患者若素體陰虛因本院無葳蕤湯及組成中單味藥，可於風寒或風熱感冒中酌加生地、玉竹。

過敏性鼻炎

一、定義：

當鼻部接觸到過敏原之後，在鼻部所引起的過敏免疫反應。症狀以突然反覆性發作鼻塞、鼻癢、打噴涕為主。

二、中醫病名：

相當於中醫的鼻鼽範疇。

三、病因：

內因：臟腑功能失調

外因：感受風寒, 異氣之邪侵襲鼻竅而致

四、病機：

臟腑功能失調以肺脾腎之虛損為主。其病主要在肺。

五、辨證要點：

肺氣虛：鼻癢鼻塞，大量清涕

肺脾氣虛：鼻塞鼻脹較重，食慾不佳，小孩常見

腎氣虛：噴涕連連，時間較長，屬全年性，常見於年紀較大者

六、治療原則及方藥：

	治則	方藥
肺氣虛	溫補肺臟、祛散風寒	玉屏風散，蒼耳子散
肺脾氣虛	健脾益氣、補肺斂氣	四君子湯，參苓白朮散
腎氣虛	溫補腎陽	金匱腎氣丸，左歸丸

七、臨床討論：

● 楊賢鴻醫師

- 過敏性鼻炎臨床上常見的類型有兩種，風寒型及風熱型。臨床上如何辨證此兩型，風寒型的臨床症狀主要以早上起床容易打噴嚏、流鼻水，鼻水為清涕，有時伴有鼻塞、眼睛癢，這種病人基本上是沒有併發感染。風熱型的特色以鼻塞、鼻涕倒流為主，打噴嚏不顯著，鼻涕多倒流而不易擤出，常咽喉有痰感，易咳嗽，咳痰可為白色或黃色。病人可同時打噴嚏、流鼻水，鼻涕倒流，咳痰或黃或白，如有打噴嚏但鼻涕不易擤出，以倒流為主，表示發炎的部位以鼻竇為主，故鼻涕不易從鼻子流出，而以倒流入喉嚨，以鼻涕倒流，喉嚨有痰，咳嗽等症狀表現，此情況下以風熱處理較恰當。如鼻涕容易擤出，量較多，則以風寒為主。
- 風寒型過敏性鼻炎過去研究可以複方辛夷散+小青龍湯+香砂六君子湯為主，比例是 3: 1: 1，治療需約三個月效果較佳，此複方使用時可有口乾、

腸胃刺激胃不舒、便軟或腹瀉等副作用明顯時，可適當增加香砂六君子湯的劑量。此方以治標為主，如治療一個月以上，患者症狀已緩解，則應加入補氣藥，臨床多選用補中益氣湯為主，補中益氣湯應使用 2-3 個月後再慢慢減量。

- 風熱型以葛根湯、龍膽瀉肝湯、小青龍湯、銀翹散四個方子混合使用為主。風熱的發炎部位主要在鼻竇，故應重用清熱解毒藥，故使用龍膽瀉肝湯及銀翹散，葛根湯的效果主要在減少鼻涕量、減緩鼻塞，小青龍湯可以抗過敏，四方同時使用對於風熱型過敏性鼻炎臨床效果佳。
- 過敏性鼻炎治療過程中應注意如何與感冒區分，臨床常有患者有過敏性鼻炎而誤以為是長年感冒不癒，也有過敏性鼻炎患者併發感冒症狀使症狀加劇，臨床上問診時應注意病史的詢問，區分其為風寒型過敏性鼻炎併發感染或為感冒初期症狀，兩者臨床上並不易區分，一旦感冒原本風寒型過敏性鼻炎三合一的複方便不適合，應立刻停藥，應先治療感冒，治療感冒一週後則可回復到原本過敏性鼻炎的治療。如病人在中藥治療之前已有使用西藥如抗組織胺、類固醇吸入劑控制，因中藥治療效果發揮較西藥慢，較不易在短時間內緩解症狀，所以會建議患者西藥繼續服用，在服用中藥數週後再慢慢減低西藥使用劑量。

鼻竇炎

一、定義：

是指以鼻流濁涕，如泉下滲，量多不止為主要特徵的鼻病。本病常伴有頭痛、鼻塞、嗅覺減退，久則虛眩不已等。

二、中醫病名：

在中醫屬於鼻淵的範疇。

三、病因：

在實與肺經風熱、膽腑鬱熱、脾胃濕熱有關；在虛與肺氣虛寒、脾氣虛弱有關。

四、病機：

- 實證部分，肺主皮毛，開竅於鼻，風熱壅滯肺經，肺失清肅，致使邪毒循經上犯，灼傷鼻竇肌膜而為病。膽為剛腑，內寄相火，其氣通腦，若膽失疏泄，氣鬱化火，膽火循經上犯，移熱於腦，傷及鼻竇，熱煉津液而為涕。而若素嗜酒醴肥甘之物，濕熱內生，上蒸鼻竇灼損竇內肌膜而致。
- 虛證部分，久病肺氣不足，清肅不力，或飲食不節、勞倦過度損傷脾胃，清陽不升，邪毒滯留，凝聚於鼻竇，傷蝕肌膜而為病。

五、辨證要點：

本病以鼻流濁涕而量多，涕從鼻腔上方向下流為其特徵，伴有頭痛、鼻塞、嗅覺減退、鼻內肌膜紅赤或淡紅腫脹，眉間或顴部有壓痛等症狀為診斷要點。先辨虛實，再辨偏於那個臟腑受病。

六、治療原則及方藥：

	治則	方藥
肺經風熱	疏風清熱，芳香通竅	蒼耳子散加味
膽腑鬱熱	清泄膽熱，利濕通竅	龍膽瀉肝湯加減
脾胃濕熱	清脾瀉熱，利濕祛濁	黃芩滑石湯加減
肺氣虛寒	溫補肺氣，疏散風寒	溫肺止流丹加味
脾氣虛弱	健脾益氣，清利濕濁	參苓白朮散加味

七、臨床討論：

● 郭忠禎醫師

鼻竇炎中醫稱為鼻淵亦名腦漏、腦滲、腦崩、控腦砂，是指鼻竇時流濁涕，經年累月不止，如淌泉水，甚則涕出腥臭的一種疾病。以我們今日之認知，對於鼻竇炎應當特別注意鼻涕倒流之問題，不見得有濁涕由鼻孔流出，就算流清涕，仍需看咽喉有無鼻涕倒流，是否為黃涕。對於涕黃或黏白而量多之肺經風

熱型之治療通常合併銀翹散，若鼻塞明顯可加路路通、石菖蒲、皂角刺或鵝不食草。對於黃綠色濁涕黏稠如膿樣、量多、有臭味，口苦，咽乾，頭暈之膽腑鬱熱可用龍膽瀉肝湯，通常與蒼耳散或辛夷清肺湯合用，加防風、石菖蒲散表，敗醬草、薏苡仁排膿。黃芩滑石湯加減臨床上較少用。脾肺虛寒型因無成方溫肺止流丹，可用蒼耳散合玉屏風散加細辛、扁豆、山藥、薏苡仁，或合參苓白朮散，涕量多者可加訶子。另外對於容易便秘者腸胃有積滯化熱者可用防風通聖散加黃連。

氣喘

一、定義：

支氣管哮喘是一種慢性氣道炎症性疾患。其中有許多炎症細胞起作用，特別是肥大細胞、嗜酸性粒細胞和T淋巴細胞。在易感人群中這種炎症會造成反復發作的喘息、呼吸困難、胸悶和咳嗽，尤其在夜間或清晨。

二、中醫病名：

支氣管哮喘的臨床特徵，中醫稱之為“哮喘”。古時也有“呷嗽”、“哮吼”、“哮喘”等病。

三、病因：

致病因素包括有吸入性過敏原、呼吸道感染、勞倦體虛、氣候環境、遺傳體質，誘發因素包括有氣候因素如冷空氣、空氣濕度變化、運動過度和換氣過度、地理環境因素、精神因素、內分泌因素等。

四、病機：

哮喘的病位在氣道、肺管，發作時以邪實為主，若因失治、遷延日久，寒痰傷及脾腎之陽，痰熱耗灼肺腎之陰，導致肺、脾、腎三臟益虛，臟腑功能漸衰，氣血津液生化受阻，水液代謝紊亂，出現本虛標實，甚則肺氣衰竭或胸陽被遏，進而發生“暴喘”、“喘脫”、“水氣凌心”或“痰迷心竅”等危候。緩解時，以本虛為主，肺脾氣虛、肺腎陰虛、脾腎陽虛為主，相互影響。

五、辨證要點：

首先辨明哮喘的虛實，虛喘再細辨屬肺虛、腎虛、脾虛；實喘再細辨屬寒喘還是熱喘，並注意寒熱的相兼和轉化。一般認為，急性哮喘發作期多屬實證，緩解期多屬虛證。

六、治療原則及方藥：

發作期	治則	方藥
寒哮	溫肺散寒，化痰平喘	射干麻黃湯
熱哮	清熱宣肺，化痰定喘	定喘湯

緩解期	治則	方藥
肺虛	補肺固衛	玉屏風散
脾虛	健脾化痰	六君子湯
腎虛	補腎攝納	金匱腎氣丸

七、臨床討論：

● 楊賢鴻醫師

1. 氣喘的機理與過敏性鼻炎相似，本質偏寒，治療過程中與過敏性鼻炎相同，應盡量減少寒性食物，常見的寒性食物包括茶葉、飲料、冰品、白菜、竹筍、香菇、橘子、柳丁、葡萄、西瓜、芒果、柚子、奇異果等。
2. 藥物給予應分辨其為寒喘或熱喘，從現代醫學角度來看熱喘多見於小兒原本有過敏體質，併發反覆性鼻竇發炎，此類患者常見鼻竇感染，鼻涕倒流，鼻涕倒流刺激支氣管造成氣喘的反覆發作，所以臨床上可見黃鼻涕或咳黃痰，此為較典型的風熱型氣喘，風熱型氣喘除宣肺止咳外，應適量給予清熱解毒藥，或給予清肺熱藥如桔梗、桑白皮、葶蘆子，急性發作時以麻杏石甘湯為主方。
3. 寒喘為沒有明確的感染誘發氣喘發作，常見在冬天天冷或接觸大量過敏原、運動後誘發氣喘，通常患者不會有黃鼻涕或黃痰，而是以咳嗽、胸悶喘促為主，不一定會有痰，此時以小青龍湯為主方。
4. 氣喘可致命，故臨床用藥並不似過敏性鼻炎有固定方，應注重臨床辨證調理。
5. 氣喘治療進入緩解期還是以補益為主，可選用補中益氣湯或其他補氣方藥。

● 沈建忠醫師

1. 氣喘的發生，為宿痰內伏於肺，復加外感、飲食、情志、勞倦等因素，以致痰阻氣道，肺氣上逆所致。氣喘的病理因素以痰為主，痰的產生責之於肺不能布散津液，脾不能運輸精微，腎不能蒸化水液，以致津液凝聚成痰，伏藏於肺，成為發病的“夙根”。此後如遇氣候突變、飲食不當、情志失調、勞累等多種誘因，均可引起發作。這些誘因每多互相關聯，其中尤以氣候為主。
2. 發作期的基本病理變化：“伏痰”遇感引觸，痰隨氣升，氣因痰阻，相互搏結，壅塞氣道，肺管狹窄，通暢不利，肺氣宣降失常，引動停積之痰，而致痰鳴如吼，氣息喘促。發作時的病理環節：為痰阻氣閉，以邪實為主，故以呼氣困難，自覺呼出為快。
3. 以發時治標、平時治本為原則。由於痰濁是本病之宿根，故發時以宣肺豁痰為重點，並根據證候寒熱之特性，或宣肺散寒，或宣肺清熱。治本主要從肺、脾、腎著手，區別不同的證候，或補益脾肺，或肺腎雙補。

慢性支氣管炎

一、定義：

慢性支氣管炎是由感染或非感染因素引起的氣管、支氣管黏膜及其周圍組織的慢性非特異性炎症。

二、中醫病名：

根據臨床症狀以往多歸屬於中醫學"咳嗽"、"喘證"、"哮病"範疇。

三、病因：

慢性支氣管炎的病因極為複雜，至今尚有許多因素不夠明了。近年來認為與大氣污染、吸煙、感染、過敏因素、氣候等因素有關。另外植物神經功能失調，也可能是本病的一個內因。

四、病機：

外感六淫或吸入煙塵、花粉、異味氣體或氣溫突變等，長期反復作用於氣道、肺管，肺氣被束，肺失宣肅；或氣道攣急，痰窒氣道。臟氣不和，營衛失其常道，或氣迫於肺，肺失宣降；或肝氣乘脾，脾失健運，脾不散精，聚而成痰；痰濁蘊肺，發為咳嗽、咯痰。本病病位在肺，與肝、腎關係密切，並可涉及心、脾。病性多虛實夾雜，痰濁窒肺為基本病理，痰有寒熱屬性不同。正虛多以臟腑氣虛為主或兼陰虛。久咳反復發作遷延不癒，病變由肺累及於心、腎、脾，病由氣及血，出現心肺同病，則為肺心病。

五、辨證要點：

久咳的辨證首當區別有無表證。注意觀察痰色、量、質及咳嗽頻率、發作的新久、病情的輕重，辨別寒熱虛實。

六、治療原則及方藥：

	治則	方藥
痰濕阻肺	化痰燥濕	二陳湯合三子養親湯
寒飲停肺	溫肺化飲	小青龍湯
風痰戀肺	疏風宣肺，化痰止咳	止嗽散
痰熱塞肺	清熱化痰止咳	清金化痰湯
肝火犯肺	清肝瀉肺，化痰止咳	黛蛤散合瀉白散
肺氣虧虛	補肺益氣	補肺湯
肺脾氣虛	補脾益肺	六君子湯
脾腎陽虛	補脾納腎	七味都氣丸合四君子湯

七、臨床討論：

● 沈建忠 醫師

- 病程一般較長，有先病在肺而影響他臟者，亦有他臟先傷而病及於肺者。其中尤以肺、脾、腎三臟的關係最為密切。
- 正虛邪實者，當祛邪止咳，兼以扶正；正虛為主者，則當根據虛之所在而著重補正。
- 急性期、慢性遷延期多以治標為主，重在祛邪利肺；慢性緩解期，多屬虛實夾雜，以虛為主，治宜扶正補虛，佐以扶痰止咳。急性發作期可參考咳嗽進行辨證施治。結合久咳基本病機多有臟腑虛損，痰濁內蘊，與單純咳嗽不同，而應配合補益之法，對於年老體衰者，應注意攻、補，不可偏廢。遣方用藥時，應時刻注意固護胃氣，用藥不宜過於滑膩與寒涼。
- 久咳多呈慢性反復發作，尤其應注意飲食起居的調護，可據病情選用適當食品，如梨、山藥、百合、枇杷等。

心律不整

一、定義：

心律不整是指心臟衝動的頻率、節律、起源部位，傳導速度與激動次序的異常。

二、中醫病名：

中醫學上與心律不整相近似的病名為「心悸」、「心動悸」。是由諸種原因導致心動異常、慌亂不安、不能自主之感，常伴有胸悶、氣短甚則眩暈、暈厥等。「心悸」又可分為「驚悸」與「怔忡」。因驚而悸者為驚悸，無所觸而悸為怔忡。

三、病因：

可由於體質因素、飲食勞倦、或情志所傷所致，亦有因感受外邪或藥物中毒等。

四、病機：

本病以虛證為多，又可因虛致實，而導致臨床表現多為虛實夾雜。虛者為氣血陰陽虧損，心神失養；實者多為瘀血、痰濁、水飲、火邪擾心，致使氣血運行不暢。

五、辨證要點：

1. 辨驚悸、怔忡之不同：驚悸常由外因而成，與情志因素有關，多為陣發，實證居多，病勢淺而短暫。怔忡多由臟腑虛損引起，病來雖漸，病情較重，多為虛證或虛實夾雜。
2. 辨病變的虛實兼挾：心悸多為虛實夾雜，故當首辨虛實。其次，虛者初起以心為主，後期臟腑之間互相影響，數臟同病，並當審臟腑氣、血、陰、陽何者偏虛；實當辨痰、飲、瘀、火邪何邪為主。
3. 辨脈象：脈搏的節律異常為本病的特徵性徵象，一般認為，數為陽熱，遲為陰寒，結脈為氣血凝滯，代脈常表元氣虛衰。久病體虛而脈象弦滑搏指者為逆，病情重篤而脈象散亂模糊者為病危之象。但臨床仍應結合病史、症狀，推斷脈症從捨。

六、治療原則及方藥：

- 治則為補益氣血，調理陰陽，配合養心安神之品，因於痰濁、瘀血、水飲等邪所致者，當化痰滌飲，活血化瘀。根據虛實輕重之多少，靈活加減運用。

	治則	方藥
--	----	----

心膽氣虛	鎮驚定志，養心安神	安神定志丸加減
心脾兩虛	補血養心，益氣安神	歸脾湯加減
陰虛火旺	滋陰清火，養心安神	天王補心丹、朱砂安神丸、黃連阿膠湯加減
心血瘀阻	活血化瘀，理氣通脈	桃仁紅花煎加減
心陽不振	溫補心陽，安神定悸	桂枝甘草龍骨牡蠣湯加減
水飲凌心	振奮心陽，化氣行水	苓桂朮甘湯加減
痰火擾心	清熱化痰，寧心安神	黃連溫膽湯加減
氣陰兩虛	益氣養陰	炙甘草湯加減

七、臨床討論：

● 游智勝醫師

1. 不同的異常脈象，可能為同一類型的心律不整，不同類型的心律不整，往往可能出現同一異常的脈象。因此，還無法從本質上將中醫的異常脈象與西醫的心律不整等同起來。
2. 心悸多為本虛標實，痰瘀同證常是關鍵。痰瘀需辨孰主，孰次或併治。化痰藥如陳皮、法半夏、茯苓、遠志、石菖蒲、鬱金、瓜蒌、枳實、厚樸；祛瘀藥如丹參、川芎、紅花、桃仁、三七、莪朮、赤芍、血竭、降香。用藥不可孟浪，中病即止。
3. 扶正補虛、養心通脈為治本之道。心悸加重期：化痰祛瘀攻邪治標，消補兼施，標本共治；太子參、黨參、沙參、玉竹、麥冬、生耆、當歸、生地；間歇期：重視養心治本。
4. 痰瘀為津血停聚，津血賴氣化以宣通，調暢氣機，助消痰瘀可加適量理氣藥，調達氣機：柴胡、香附、薤白。

冠心病

一、定義：

冠心病是指冠狀動脈粥樣硬化使血管腔阻塞導致心肌缺血、缺氧而引起的心臟病。臨床上以膻中或左胸膺部發作性疼痛、窒悶感為主要表現。

二、中醫病名：

本病歸屬於中醫的「胸痺」、「胸痛」、「心痛」、「真心痛」等範圍中。

三、病因：

氣血陰陽之不足，五臟失調，兼有痰濁、瘀血、氣滯、寒凝等病理產物阻於心脈。多由勞累、飽餐、寒冷，及情緒激動而誘發。

四、病機：

- 主要病機為各種誘因導致胸陽痺阻，氣機不暢，心脈攣急或閉塞而發。
- 病位以心為主，然發病多與肝、脾、腎三臟功能失調有關。
- 主要表現為虛實兼夾。本虛可有氣虛、陽虛、陰虛、血虛；標實多為氣滯、寒凝、痰濁、瘀血，且又可相互為病。
- 發作期以標實表現為主，並以血瘀為突出，緩解期主要為陰陽氣血之虧虛，又以心氣虛最為常見。

五、辨證要點：

- 1· 辨疼痛性質：刺痛多為血瘀；絞痛多因寒凝；灼痛多由陰虛或痰火所致；悶痛兼脅脹、善太息者多屬氣滯；陰雨易作、苔膩者為痰濁。
- 2· 辨標本輕重：標要分清陰寒、痰濁、血瘀、氣滯，本要分清氣、血、陰、陽虧虛，並分清孰輕孰重。病位主要在心，但亦須注意其他諸臟之盛衰。
- 3· 辨舌苔脈象：
 - (1) 舌苔：薄白苔常見於早期或恢復期，一般病情較輕，預後較好。膩苔多見於急性期，痰濁明顯。
 - (2) 苔質：紫暗、瘀斑舌為血瘀。淡暗或胖大之舌多有氣虛。舌質光紅為陰津衰少，病情危重。
 - (3) 脈象：沈滑脈多為痰濁內阻；沈細見於虛寒，脈微欲絕者見於陽脫。
- 4· 辨證候之順逆：若疼痛不解或加重，躁動不安，舌苔由薄轉厚膩、由淺變深者，多屬逆證。一旦有疼痛劇烈、持續不解，四肢厥冷，自汗淋漓，神萎、煩躁，氣短喘促，脈或速、或遲、或結、或代、或脈微欲絕等，須盡早益氣固脫，配合西醫治療。

六、治療原則及方藥：

針對本病的病機表現為虛實兼夾，總治則不外「通」、「補」二字。祛邪常用溫通、滌痰、活血、理氣，尤重活血通絡之法，扶正常以益氣、養血、溫陽、滋陰等法，尤應重視補益心氣。注意因虛實夾雜，治療應通補兼施，不可猛攻或峻補。

		治則	方藥
實	寒凝心脈	祛寒活血，宣痺通陽	栝蒌薤白白酒湯
	氣滯心胸	疏調氣機，和血舒脈	柴胡疏肝散
	痰濁閉阻	通陽泄濁，豁痰開結	栝蒌薤白半夏湯
	瘀血痺阻	活血化瘀，通脈止痛	血府逐瘀湯
虛	心氣不足	補養心氣，鼓動心脈	保元湯合甘麥大棗湯
	心陰虧損	滋陰清熱，活血養心	天王補心丹
	心陽不振	補益陽氣，溫振心陽	參附湯合桂枝甘草湯
	氣陰兩虛	益氣養陰	生脈散

七、臨床討論：

● 游智勝醫師

1. 在確立病機前，先剔除無關病機，抓主症確立最後病機。複合病機確定主次先後。兼證多時，有先加後加藥的區別。
2. 治法以通為用補為主。通法—祛邪治標如行氣解鬱法、祛痰化瘀法、活血化瘀法、消滯化濕法、通補開泄法。補法—扶正治本如益氣養陰法、健脾益氣法、溫補腎陽法、平肝柔肝法
3. 氣陽不足用紅參、黨參、黃耆、附子、白朮、仙靈脾；氣陰不足用太子參、麥冬、五味子、何首烏、枸杞；血瘀用丹參、益母草、鬱金、旋覆花、桂枝；痰濁用瓜蒌、薤白、半夏、陳皮
4. 五臟皆有心痛，不可見心之痛，一味治心。注意本虛標實的發病特點，重視其他臟腑功能失調對心的影響

高血壓

一、定義：

高血壓是以體循環動脈壓增高為主要表現的臨床綜合徵，可分為原發性及繼發性兩大類。目前採用 WHO 標準，即收縮壓 $\geq 140\text{mmHg}$ 和(或)舒張壓 $\geq 90\text{mmHg}$ 即診斷為高血壓。

二、中醫病名：

中醫並無高血壓之病名，依其常見症狀多歸屬於中醫「眩暈」、「頭痛」等病中。若高血壓出現心、腦、腎等 target organ damage 時，則分別依其出現症狀歸於「心悸」、「中風」、「水腫」等病來認識。

三、病因：

情志失調、飲食不節、腎精不足。

四、病機：

本病與肝、腎兩臟關係最為密切。體質的陰陽偏盛或偏虛、氣血功能失調，是發病的內在因素。其發病機理主要是上實下虛，上實為肝陽上亢，肝火、肝風上擾，氣血並走於上；下虛為肝腎陰虛，水不涵木，肝失滋養，而致肝陽偏盛。患病日久，陰損及陽，又導致陰陽兩虛，出現相應的證候。一般而言，本病演變的規律是，病的早期多為肝陽偏盛，中期多屬肝腎陰虛，晚期多屬陰陽兩虛。

五、辨證要點：

辨標本虛實：多肝腎陰虛、氣血不足為本，風、火、痰、瘀為標，與肝、脾、腎三臟功能失常密切相關。

六、治療原則及方藥：

本病以陰虛陽亢者居多，治療當以滋陰潛陽為原則。

	治則	方藥
陰虛陽亢	滋陰潛陽、平肝息風	天麻鉤藤飲、羚羊角湯加減
肝火上擾	清瀉肝火	龍膽瀉肝湯
肝腎陰虛	滋補肝腎	首烏湯加減
沖任失調	調養沖任	二仙湯加減
痰溼阻逆	化痰除溼	半夏天麻白朮湯或溫膽湯加減
陽虛水泛	溫補脾腎，化溼利水	真武湯加減
陰陽兩虛	補腎養肝，益陰助陽	金匱腎氣丸加減

七、臨床經驗：

● 游智勝醫師

1. 高血壓病雖臟腑陰陽氣血失調，但以肝為病變重點，尤其在疾病的中後期以肝腎陰陽失調為基礎，陰虧與陽亢化風、化火、化痰共存於一體中，風火痰瘀的產生，多以肝腎陰虛為前提。
2. 平衡臟腑陰陽主要需滋肝陰而平肝陽，兼熄風火，滋陰用酸柔之品如山萸肉、女貞子、何首烏等；潛陽用介類藥及重鎮墜降之品如龍骨、牡蠣、龜甲、磁石、代赭石、羚羊角，清化風陽藥如夏枯草、菊花、決明子等。
3. 鎮肝息風湯降壓作用比天麻鉤藤飲迅速且確實，可惜無科中可用。
4. 中醫療效以肝火上擾與陽虛等證型較佳。

睡眠障礙

一、定義：

是指經常不能獲得正常睡眠為特徵的一種病證。輕者有入寐困難，有寐而易醒，有醒後不能再寐，亦有時寐時醒等；嚴重者則整夜不能入寐。

二、中醫病名：

不寐、失眠、不得眠、不得臥、目不瞑等。

三、病因：

形成不寐的原因很多。思慮勞倦，內傷心脾，陽不交陰，心腎不交，陰虛火旺，肝陽擾動，心膽氣虛以及胃中不和等因素，均可影響心神而導致不寐。

四、病機：

總是與心脾肝腎及陰血不足有關。其病理變化總屬陽盛陰衰，陰陽失交。若暴怒、思慮、憂鬱、勞倦等傷及諸臟，精血內耗，彼此影響，每多形成頑固性不寐。所以，不寐之證，虛者尤多。

五、辨證要點：

1. 辨受病臟腑之不同：

- 由於受累的臟腑不同，表現的兼證也互有差異，必須抓住臟腑病變的特點。
- 不寐患者除主訴失眠外，尚有不思飲食，或食慾減退，口淡無味，飯後覺胃脘脹悶，腹脹，便溏，面色萎黃，四肢困乏，或噯腐吞酸等一系列症狀者，多屬脾胃病變。
- 若兼有多夢、頭昏、頭痛、健忘等症狀者，則其病在心。

2. 辨臨床表現不同：

- 輕者少眠或不眠，重者徹夜不眠，輕者數日即安，重者數月不解，甚至終年不眠，最常見者為入睡困難。
- 如患者雖能入睡，但睡間易醒，醒後不易再睡者，多系心脾兩虛。
- 心煩失眠，不易入睡，又有心悸，口舌潰爛，夜半口乾者，多系陰虛火旺。
- 入睡後易於驚醒，平時善驚，易怒，常嘆息者，多為心虛膽怯或血虛肝旺等。

六、治療原則及方藥：

	治則	方藥
心火熾盛	清瀉心火，安神寧心	朱砂安神丸
肝鬱化火	清肝瀉火，鎮心安神	龍膽瀉肝湯
痰熱內擾	化痰清熱，和中安神	溫膽湯
胃氣失和	和胃健脾	半夏秫米湯
陰虛火旺	滋陰降火，交通心腎	六味地黃丸合黃連阿膠湯
心脾兩虛	補益心脾，養心安神	歸脾湯
心膽氣虛	益氣鎮驚，安神定志	安神定志丸合酸棗仁湯

七、臨床討論：

● 李克成醫師：

1. 現代人有睡眠障礙困擾的比例越來越高，其主要的原由是來自生活中各種有形及無形的壓力，找出真正的原因加以解決，才是治療睡眠障礙的根本方法。但要找出真正的原因，則需要非常細心的問診，有時必需取得患者的信賴。
2. 中醫的辨證治療原則效果相對緩慢但較為持久，尤其是針對虛證(陰虛、心脾兩虛、心膽氣虛)不眠的患者，只要辨證對了，要堅持一段時間，不可因三、五日無效就要變方。
3. 大部分有睡眠障礙患者的活動量多偏不足，因此處方時不妨酌加活血行氣之品，如香附、鬱金、川芎、澤蘭等，並鼓勵患者多作放鬆身心的簡易運動。
4. 中醫藥的另一優點是不會產生依賴性，也少見劑量越吃越重的情況。
5. 臨床亦曾遇見針對失眠治療多次無效，後改治其腸胃之兼症後，睡眠亦漸改善者，可見「胃不和則臥不安」有一定的道理。

胃痛

一、定義：

凡由於脾胃受損，氣血不調所引起的胃脘部疼痛，稱之。

二、中醫病名：

胃痛

三、病因：

外邪犯胃、飲食不節、情志不暢、脾胃虛弱均可引發。

四、病機：

胃為陽土，喜潤惡燥，主受納、腐熟水谷，以和降為順。胃氣傷，初則壅滯，繼則上逆，此即氣滯為病。首先是胃氣的壅滯，無論外感、食積均可引發；其次是肝胃氣滯，即肝氣鬱結，橫逆犯胃所造成的氣機阻滯，氣滯日久必致血瘀。另外氣機不暢，蘊久亦化熱。總之胃痛雖有上述種種不同，其發病機裡共同點為“不通則痛”。

五、辨證要點：

辨寒熱、辨虛實、辨氣血、辨在胃、在肝、在脾

六、治療原則及方藥：

常以理氣和胃止痛為基本原則。

	治則	方藥
胃氣壅滯	理氣和胃止痛	香蘇散化裁
肝胃氣滯	疏肝和胃，理氣止痛	柴胡疏肝散加減
胃中蘊熱	清胃瀉熱，和中止痛	瀉心湯合金鈴子散
肝胃鬱熱	清肝瀉熱，和胃止痛	化肝煎加減
瘀血阻滯	理氣活血，化瘀止痛	失笑散合丹蔘飲
胃陰不足	益陰止痛	益胃湯合芍藥甘草湯加減
脾胃虛寒	溫中健脾	黃耆建中湯加減

七、臨床討論：

● 郭忠禎醫師

- 若寒熱無法清楚辨證，可用半夏瀉心湯為主方合烏貝散，痛明顯加金鈴子散，兼脅肋不適或胸悶者可加柴胡疏肝散，口苦便稍硬者可加化肝煎，兼腹部悶脹者可合平胃散。
- 天冷胃痛吃冷物胃痛者可用安中散，若兼舌胖、齒痕、苔白少氣者，改與黃耆建中湯或合用可加烏貝散。畏寒明顯或便稀軟者改予人參湯。

- 以上證型若見局部有刺痛點者或舌脈見瘀象者，可合用失笑散或丹參飲
- 舌苔薄少、口乾不欲飲，可用益胃湯(沙參、麥冬、生地黃、玉竹) 加芍藥甘草湯加百合、烏藥。

消化性潰瘍

一、定義：

消化性潰瘍指上消化道所產生的潰瘍，也就是說，從食道，胃，以及十二指腸的潰瘍性病變皆屬之。

二、中醫病名：

屬中醫胃脘痛、胃氣痛、肝胃氣痛的範疇

三、病因：

寒邪客胃、飲食傷胃、肝氣犯胃、脾胃虛弱

四、病機：

胃失和降，不通則痛

五、辨證要點：

1. 辨虛實：

虛證多為久病，痛勢綿綿，喜按，得食痛減，痛處不定

實證則疼痛暴作，痛勢劇烈，拒按，食後痛增，痛有定處

2. 辨寒熱：

寒—拘急而痛，得溫痛減，遇寒痛劇，苔白，脈弦緊

熱—灼熱，痛勢急迫，常伴口臭、便秘，得冷飲則舒，苔黃少津，脈弦數

3. 辨氣血：

在氣者多是新病，以脹痛為主，疼痛不定

在血者多為久病，以刺痛為主，痛有定處，夜間加重

4. 辨緩急：

緩—漸發，多見於脾胃虛弱或情志所傷

急—爆發，多見於感受外邪或飲食所傷

六、治療原則及方藥：

	治則	方藥
寒邪客胃	散寒止痛	良附丸
飲食停滯	消食導滯	保和丸
肝氣犯胃	疏肝理氣	柴胡疏肝散
肝胃鬱熱	疏肝泄熱和胃	加味逍遙散 or 化肝煎
濕熱中阻	清熱化濕	清中湯
瘀血停滯	活血化瘀	失笑散合丹參飲
胃陰虧虛	滋陰益胃	一貫煎合芍藥甘草湯
脾胃虛寒	溫中健脾	黃耆建中湯

七、臨床討論：

● 陳柏全醫師

1. 臨床表現主要為脾胃虛寒和溼熱中阻最多見。
2. 溼熱互結者，一般以燥濕為先，清熱次之，理氣為佐，濕去熱孤，鬱解火降。
3. 消化性潰瘍疼痛日久者，不可俱謂虛證，臨床上屬實證者也不少。實證大致分為兩類，一為日久化熱，一為久病必瘀。
4. HP 陽性率與證型的關係：鬱熱證>瘀血證>虛寒症>氣滯證>陰虛證
5. 潰瘍階段與證型的關係：潰瘍病活動期多見胃熱或肝胃氣滯證；潰瘍病癒合期多見氣虛濕滯證；潰瘍病疤痕期多見脾胃虛弱證或正常證型。
6. 潰瘍病活動期的治療應立足於辨病治療，癒合期及疤痕期則以辨證為主。
7. 各證型常有縱橫交錯，互相兼夾，而脾胃虛弱是根本，胃絡瘀阻是關鍵，寒熱虛實是標象，治療則以清熱化瘀、健脾益氣、溫絡活血為主。

大腸激躁症

一、定義：

是大腸功能失調的一種慢性疾病，大腸在生理結構上並沒有異常，只是大腸過度敏感，當它接受到吞下的食物、水、氣體及情緒壓力等刺激時反應過度，使得腸道肌肉痙攣而產生腹痛、腹脹、腹瀉或便秘等主要症狀。

二、中醫病名：

屬於腹痛、泄瀉、便秘與鬱證等範疇。

三、病因：

涉及精神因素、飲食不節、勞倦體虛、氣候環境、遺傳體質、藥物性腸道菌群紊亂等諸多方面，但概括而言在外多為情志刺激，在內多為脾胃虛弱。

四、病機：

肝鬱脾虛是其病理基礎。病變主要在肝脾，並可累及胃、大腸、腎等臟腑，其病理性質則多屬寒熱錯雜、虛實夾雜。

五、辨證要點：

依泄瀉、腹痛、便秘主證不同，來辨證論治。

六、治療原則及方藥：

	治則	方藥
肝鬱脾虛	疏肝健脾	痛瀉要方
脾腎陽虛	溫補脾腎	四神丸
陽明熱結	滋陰增液，泄熱通便	增液承氣湯

七、臨床討論：

● 陳柏全醫師

1. 在肝鬱脾虛的病變基礎之上，文獻總共論及了八大病理產物，它們按涉及頻率由多到少依次為：氣滯、濕阻、食積、濕熱、痰飲、瘀血、熱毒和寒結
2. 腹痛型大腸激躁症要與有形之積相鑒別。前者氣滯日久，血行隨之鬱結，腹痛會加重，但此型之血瘀並非有形之積，而是反應在病程久、疼痛部位相對固定、久痛入絡而疼痛較甚上，是指一種病理意義而言。
3. 腹瀉型大腸激躁症以晨起腹瀉多見，貌似腎陽虛的雞鳴瀉，但屢投四神丸等溫補腎陽固澀之劑，或難以奏效，或服藥期間腹瀉緩解，而停藥後復發，此時應注意二者的鑒別。
4. 腹脹型大腸激躁症頗似脾胃虛弱型腹脹，二者均以腹脹為主，尤以食後或下午為甚，伴四肢疲困，倦怠乏力。若以參苓白朮散或健脾丸之類治療大腸激躁症的腹脹，則不僅無益，反使腹脹更甚。大腸激躁症病人的肢困乏力，並

非脾胃虛弱、氣虛支持無力，而是肝脾不調、氣機鬱而不伸所致，其腹脹以攻沖走竄為特徵，多因憂思鬱怒而誘發和加重，肝氣不疏而壅滯、脾氣不暢而留結。

慢性肝炎

一、定義：

是指肝臟的炎症、組織學及生物化學的異常徵象持續超過六個月，病情無明顯好轉，或肝內有活動性炎症變化者。

二、中醫病名：

在中醫屬於脅痛、黃疸、積聚等範疇。

三、病因：

情志鬱結、飲酒過多、感染蟲毒、以及黃疸、脅痛遷延不癒有關。

四、病機：

- 早期溼熱壅阻，薰蒸肝膽，形成肝膽濕熱，肝鬱氣滯；
- 中期溼熱留滯中焦，臟腑功能失調，形成氣鬱化火，肝鬱脾虛；
- 晚期正氣受傷，臟腑虛弱，氣血陰陽虧損，形成肝腎陰虛，脾腎陽虛，正不勝邪則入血成瘀。

五、辨證要點：

各依據脅痛、黃疸、積聚的主證多寡來辨證

六、治療原則及方藥：

	治則	方藥
肝膽濕熱	清熱利濕，涼血解毒	茵陳蒿湯加涼血解毒藥
肝鬱脾虛	疏肝解鬱，健脾和中	逍遙散加減
肝腎陰虛	養血柔肝，滋陰補腎	一貫煎
脾腎陽虛	健脾益氣，助腎扶揚	附子理中湯合五苓散
瘀血阻絡	活血化瘀，散結通絡	膈下逐瘀湯

七、臨床討論：

● 郭忠禎醫師

治肝炎須分正氣夠不夠，溼熱重不重，瘀明顯不明顯。

1. 正氣不足脾虛者為主者用加味逍遙散或逍遙散為主方加黃耆、丹參、川七、薑黃、鬱金、鱉甲，有熱加黃芩，若血瘀明顯者合併膈下逐瘀湯，溼偏重加藿香、白豆蔻；脾腎虛寒較明顯者可加附子、枸杞、菟絲子。
2. 正氣足者若溼熱重以龍膽瀉肝湯或甘露消毒丹為主方，龍膽瀉肝湯不宜久用，久用宜轉為加味逍遙散加減；寒濕重者以藿香正氣散為主方，加活血藥丹參、桃仁、紅花、雞血藤，有黃疸加茵陳；肝鬱氣滯用柴胡疏肝散為主方，若血瘀較明顯稍有熱象者以血府逐瘀湯為主方；若舌苔少、口乾不欲飲、眼乾澀有肝陰虛表現者可用一貫煎為主方。

● 陳柏全醫師

1. 留意藥物肝毒性和不良反應

例如用桃仁活血化瘀治療肝脾腫大時，要當心其所含苯甲醛氰酸的毒性，防止因長期大量應用反而損肝。用川楝子理氣止痛時，若忽略其肝毒作用，只會使病情加重。重用天花粉治療肝源性糖尿病時，不要只注意其滋陰、生津對消渴的治療效果，而忽略其損害肝細胞，造成肝功能受損的毒副作用，以免加重肝病又妨礙糖尿病的治療。用青皮、陳皮治療門脈高壓性胃病時，勿忘酸味藥物對胃粘膜的不良影響。用甘草時勿忘其使水鈉瀦留，可能會使活動性肝硬化伴腹水的治療事倍功半。

2. 避免用藥方法上的盲目性

例如五味子可以降酶，不少醫生一見ALT升高就在方藥中加入五味子。事實上，此法對大部分ALT升高患者所具有的濕熱證候並不相宜，即使就降酶而言也難以達到目的。因為五味子降酶的有效成分“五味子丙素”不溶於水，需用乙醇方能提取，水煎起不到降酶作用。再如水蛭，“水蛭素”是其主要作用成分，加水煎煮能使水蛭素受到破壞，故煎服收效甚微。

3. 避免用藥劑量上的盲目性

不可過分強調經驗或習慣，應嚴格按章行事。如大黃本身為瀉下通腑藥，能滌蕩臟腑實熱，但因其含有鞣質，用量過大反而會產生止瀉作用。大黃還有利膽退黃功效，臨床用於治療黃疸，但新近研究證實大黃能導致膽紅素代謝障礙，中小劑量有一定的利膽退黃作用，大劑量或長時間應用，則反而使膽紅素升高。

4. B型肝炎患者證型與肝功能變化關係：

- 肝鬱脾虛型，肝功能大致正常。
- 溼熱中阻型，GPT顯著升高，血清白蛋白(A)正常， γ 球蛋白(G)升高，A/G值輕度降低。
- 肝腎陰虛型，GPT明顯升高，血清白蛋白(A)明顯降低， γ 球蛋白(G)升高，A/G值降低。
- 瘀血阻絡型，GPT輕度升高，血清白蛋白(A)明顯降低， γ 球蛋白(G)顯著升高，A/G明顯降低或倒置。

5. C型肝炎臨床表現特點：

- 毒邪直入營血，因此表現為氣分證者較少見，轉氨酶呈中低度異常，黃疸病例較少；但也少見營血熱證，反而表現出一種性質屬陰的毒邪，具有濕滯、陰凝、聚毒、阻絡、傷氣礙陽的性質。
- 毒瘀易聚，纏綿難癒，腎虛者易感，中老年多發。
- 濕偏重者居多，瘀血阻絡證常見，致虛偏早。
- 瘀血阻絡證，比B型肝炎多見。

肝硬化

一、定義：

肝硬化是一種常見的由不同病因引起的慢性進行性、瀰漫性肝臟疾病。其病理特點為廣泛的肝細胞變性和壞死，纖維組織瀰漫性增生，並有再生小結節形成，正常肝小葉結構和血管解剖的破壞，導致肝臟逐漸變形、變硬。

二、中醫病名：

肝硬化在中醫屬於脅痛、積聚、臌脹、黃疸等範疇。

三、病因：

情志鬱結、飲酒過多、感染蟲毒、以及黃疸、脅痛遷延不癒有關。

四、病機：

特點為肝脾腎功能受損，氣血水代謝失常。本病早、中期為肝脾腎俱損，血瘀積聚，濕熱內蘊；晚期則致氣血水搏結，三焦失司，水泛傷絡。

五、辨證要點：

1. 辨虛實：肝硬化雖屬虛中挾實，虛實錯雜，但虛實在不同階段各有側重。
2. 辨氣、血、水孰輕孰重：肝硬化以氣滯、瘀血、水飲互結為主要矛盾。
3. 辨別病象：初期多僅覺腹部脹痛，脅下不適，但觸之尚柔軟；中期腹大如鼓，甚則青筋暴露，腹滿，轉側時有振水聲；晚期腹大堅硬，面色黧黑，四肢瘦削，肌膚甲錯等。

六、治療原則及方藥：

本病在功能代償期參照「積聚」治療，失代償期則參照「臌脹」辨析。

● 積聚型：

	治則	方藥
肝鬱脾虛	疏肝健脾，兼以活血	柴胡疏肝散合四君子湯加減
氣滯血瘀	疏肝理氣，活血消積	血府逐瘀湯加減

● 臌脹型：

	治則	方藥
水濕內阻	健脾利濕，理氣行水	胃苓湯加減
瘀血阻絡	祛瘀通絡，活血利水	膈下逐瘀湯加減
肝腎陰虛	滋補肝腎，育陰利水	一貫煎合豬苓湯加減
脾腎陽虛	健脾溫腎，化氣行水	附子理中湯合五苓散加減(或真武湯合四君子湯加減)
溼熱蘊結	清熱利濕，攻下逐水	茵陳蒿湯合中滿分消丸

七、臨床討論：

● 郭忠禎醫師

肝硬化須分有無腹水：

1. 無腹水之治療原則與慢性肝炎相同
2. 有腹水正氣已虛，個人以為苦寒藥不宜使用。化瘀藥宜用，可選膈下逐瘀湯，單味選用澤蘭、桃仁、丹參、當歸、川七。但角色及份量上也不宜為主方。
 - 水濕內阻者，用胃苓湯或實脾飲加白茅根、車前子，氣虛較重者，重用黃耆、白朮，或加防己黃耆湯
 - 肝腎陰虛者用一貫煎合豬苓湯去滑石，加白茅根、車前子
 - 脾腎陽虛用附子理中湯合五苓散加減化裁。濟生腎氣丸雖可用但恐有礙脾胃應加藿香、砂仁、大腹皮。
 - 有神昏傾向者仍宜加少許大黃令大便通以日二到三次，不可令大瀉，體較虛者須合用補中益氣湯；若大便本已溏稀者，除健脾外可加石菖蒲、鬱金。
 - 出血傾向者宜加川七、仙鶴草、白及，或黃土湯。
 - 有黃疸加茵陳。

● 陳柏全醫師

1. 早期肝硬化辨證用疏肝理氣藥，如柴胡疏肝散等，在理論上無可厚非，但肝硬化的病理基礎為肝纖維化，而大多數疏肝行氣藥抗纖維化作用較小，若根據某些藥物的藥效學，適當加用丹參、赤芍、鱉甲、冬蟲夏草、桃仁、紅花、三七、黃耆、雞內金、莢朮等有抗肝纖維化功效的藥物，則預後更佳。
2. 中醫治療肝硬化腹水低蛋白血症是以補益氣血為主，活血化瘀為輔，滋陰柔肝為佐，疏肝理氣為使。常用藥物為白朮、黨參、當歸、黃耆、丹參、鱉甲、柴胡、赤芍、茯苓、甘草、枸杞、黃精、龜板、大棗、白芍、枳實、橘皮。
3. 文獻報導有抗肝纖維化功效的藥物，單味藥有丹參、桃仁、當歸、冬蟲夏草、黃耆、柴胡、薑黃、三七以及漢防己甲素(tetrandrine，又稱粉防己鹼)、桃仁提取物、葫蘆素B(cucurbitacin B 絲瓜、苦瓜、香瓜內含)、齊墩果酸(oleanolic acid 枸杞、連翹內含)、甘草皂甙(glycyrrhizic acid)、甘草次酸(glycyrrhetic acid)、蒼朮酮(atractylone)等等；複方有扶正化瘀方(上海中藥大學)、複方 861(北京友誼醫院)、複方鱉甲軟肝片(北京 302 醫院)、強肝膠囊(山西省中醫研究所)、肝纖寧顆粒(湖南中醫學院)、軟堅糖漿(湖北中醫學院)、軟肝顆粒(深圳市中醫院)等等
4. 肝硬化患者，以肝腎陰虛及溼熱蘊結證的療效最差，且肝腎陰虛證的死亡率最高。

慢性腎炎

一、定義：

表現為持續性的蛋白尿、血尿及緩慢進行性腎功能失常，臨床上常見高血壓、貧血及腎臟萎縮。病理變化為腎臟組織瀰漫性的壞死萎縮及纖維化稱之。

二、中醫病名：

在中醫屬於水腫、虛勞、腰痛の範疇。

三、病因：

可為外邪致病；臟腑內傷致病；或內邪和外傷共同致病；另有伏邪發病論，即指邪氣感人不即時發病，而是潛伏於體內伺時而作。

四、病機：

多數認為本虛標實、虛實夾雜。以肺、脾、腎三臟虛損為主，標實指風、寒、濕熱、瘡毒以及瘀血等病理產物。肺脾腎功能失調，則上不能制約水源，中不能運化水濕，下不能通調水道，水液代謝失常。水濕壅盛必損其陽，腎陽虛不能溫養脾土，脾腎俱虛可使病情加重。另外腎氣不足，封藏失職，以致精氣外泄，亦是蛋白尿形成的主要原因。

五、辨證要點：

辨肺、脾、腎三臟之虛損程度；辨風邪、濕熱、瘀血等兼夾因素。

六、治療原則及方藥：

	治則	方藥
肺閉失宣	提壺揭蓋法，固表利水	玉屏風散加利水藥
脾腎陽虛	溫陽行水	實脾飲
脾腎氣虛	健脾益腎	四君子湯合六味地黃湯
腎虛濕熱	滋腎清利	知柏地黃湯加味
氣虛血瘀	益氣活血	補陽還五湯
氣陰兩虛	養氣養陰	清心蓮子飲
水虧木旺	滋養肝腎	杞菊地黃湯加味
脾虛不固	健脾益氣	參苓白朮散
脾肺兩虛	補土生金	補中益氣湯
外感濕熱	清熱祛風利濕	麻黃連翹赤小豆湯

· 參考資料：1.慢性腎炎的中醫分型法，新疆中醫藥 2002 年第 20 卷第 2 期

2.慢性腎炎的中醫病因病機研究近況，陝西中醫學院學報 Vol. 25. No. 2. 2002. 3

七、臨床討論：

● 陳俊良醫師

1. 腎小球疾病過程中的“濃、黏、凝、聚”特徵，這一病理過程當屬於中醫學的血瘀範疇，“內結為血瘀”的內涵之中。古代醫家從瘀血辨證治療水腫、關格、尿血、淋證中均有豐富的經驗，如《金匱要略》在水氣病篇中有血分一證，認為婦女經水不通，經為血，血不利則為水，名曰血分，說明瞭血病可以及水；《脈經》中除了血分以外，還提出先病水後經水斷，名曰水分，指出了水病也可以及血。可見古人對血與水的關係非常重視。由於血能病水，水能病血，氣滯則血瘀，血瘀不通，三焦氣化通路受阻，水濕停聚即可發生水腫，此時治療宜採用活血、化瘀和滲水利濕之劑，方可用當歸芍藥散、桂枝茯苓丸合五皮飲加減。清代王清任、唐容川等醫家運用補陽還五湯、血府逐瘀湯的經驗在腎臟病治療上均有較好療效。清代葉天士治療絡病的經驗也是中醫治療腎臟病的特色。由於腎病日久，久則入絡，且必見瘀血滯；脾腎兩虛久則陽損及陰，脾腎及肝，肝主疏泄，肝病則氣滯，進一步則血脈瘀阻。葉天士根據寒熱虛實的不同辨證，將活血化瘀分為辛香通絡、辛潤通絡等不同用藥的方法。繼發性腎病中，如狼瘡性腎炎、糖尿病腎病、痛風性腎病等，活血化瘀是治療大法，且貫穿始終。病理分型腎病如膜性腎病、IgA 腎病、微小病變、膜增殖性腎病等的治療中亦要重視活血化瘀的運用。
2. CGN 一方面在整體上表現為肺、脾、腎虛損(表現為氣虛，陽虛，陰虛或氣陰兩虛，陰陽兩虛。在臟腑方面又表現肺腎氣虛，脾腎陽虛，肝腎陰虛)。另一方面在病理上又表現為風邪、水濕、濕熱、瘀血、痰濁與濕濁。補氣常用黃耆、黨參、太子參、白朮，補陽重用淫羊藿、附子，補陰益陽重用菟絲子、芡實、金櫻子、覆盆子、續斷、桑寄生，補陰重用山茱萸、山藥。在標實方面應當辨風邪、水濕、濕熱、瘀血、濕濁。強調有風必祛，祛風解毒，有濕必除，除濕必盡，有瘀必化，有痰必化，以絕夙根，有熱必清，清熱徹底，有濁必降，降濁小心。溫補脾腎通常選用制附子、淫羊藿、巴戟天、補骨脂、杜仲等；清熱化濕通常選用石韋、薏苡仁、茯苓、豬苓、車前子、澤瀉、半枝蓮、白花蛇舌草、黃芩、連翹、蒲公英、紫花地丁、金銀花等。消痰化瘀通常選用丹參、益母草、川芎、赤芍、地龍、僵蠶、蟬蛻，特別是白芥子擅于祛除皮裏膜外之痰。在 CGN 的治療中維護中氣，調和脾胃非常重要。調理脾胃不在補而貴在運，臨床應當以運脾胃為治療大法，多選用陳皮、蒼朮、白朮、茯苓、山楂、麥芽等。現代研究證明，補血活血化瘀藥可以改善腎臟血微循環障礙，增加腎血流量，促進腎小球的再生和修復，減輕腎小球的病理變化，改善腎功能，使腎臟恢復正常的氣化及封藏功能。臨床通常選用當歸、川芎、赤芍、白芍、丹參、雞血藤、牛膝、桃仁、紅花等。配合健脾利濕之劑，即《內經》所謂“開鬼門、潔淨府”。CGN 患者腎氣往往衰微，膀胱氣化無權，不能泄濁于外，水濕之邪內停，導致水腫，甚則一身悉腫，當選宣肺、健脾利濕之品，以助膀胱氣化，如炙麻黃、石韋、桑白皮、連翹、豬苓、車前草、冬瓜皮、白朮、薏苡仁等。另外，治療 CGN 應抓住其本

虛的病機,擅於肺腎雙治,調節免疫力。禦邪於外,進一步預防感染,通常藥用冬蟲夏草。慢性腎炎治療原則應為清化濕熱、補益脾腎,標本同治。在濕熱蘊阻、耗氣傷陰階段,治以化濕清熱、補脾益腎,在正氣虧損、邪毒內盛階段,腎功能損害嚴重,治宜化濕清熱、益氣養營。所以說有濕必化,化濕可以降低其複發率(通常選用石韋、牛膝、徐長卿、知母、黃柏、蒼朮、馬鞭草、茵陳、金錢草等)。

3. 臨床上辨病和辨證相結合為主,以加味逍遙散為主方,氣陰兩虛配合清心蓮子飲,氣虛血瘀合補陽還五湯,脾虛或肺脾氣虛合補中益氣湯。

慢性腎衰竭

一、定義：

慢性腎衰竭是由於多種原因造成的慢性進行性腎實質損害，導致體內代謝產物瀦留、水電解質及酸鹼平衡失調、內分泌紊亂的一種綜合病症。

二、中醫病名：

在中醫屬於水腫、癃閉、關格、腎勞等範疇。

三、病因：

可與風邪外襲，肺失通調；濕毒浸淫，內歸脾肺；濕熱內盛，三焦壅滯；飲食勞倦，傷及脾胃；房勞過度，內傷腎元等有關。

四、病機：

人體水液的運化，主要與肺、脾、腎有關，但與腎的關係更為密切，以腎為本、以肺為標，而以脾為治水之臟，脾腎不足為病機關鍵，脾腎兩虛貫穿始終。此外瘀血阻滯、三焦氣化不利，亦可使本病頑固難癒。

五、辨證要點：

宜辨病與辨證相結合，近年來無症狀的慢性腎衰竭的患者呈現上升趨勢，應用中西醫結合理論相參的方法予以治療，首先確定診斷，其次按照中醫補益脾腎、化濕活血的理論進行治療。

六、治療原則及方藥：

- 補益脾腎為本，瀉濁清熱為標，活血化瘀貫穿始終。
- 辨病與辨證相結合，內外治法兼用。

	治則	方藥
脾腎氣虛	健脾補腎，兼以益氣	四君子湯合六味地黃湯
肝腎陰虛	滋補肝腎	杞菊地黃湯加味
脾腎陽虛	溫中健脾，補腎養血	附子理中湯合右歸丸
氣陰兩虛	益氣補腎，生精養血	大補元煎
陰陽俱虛	溫補腎陽，滋補腎陰	右歸丸加味

兼證可分濕濁、濕熱、熱毒、瘀血、風動等來進行用藥加減。

· 參考資料：

1. 慢性腎衰竭的診斷、辨證分型及療效評定，上海中醫藥雜誌 2006 年第 40 卷第 8 期
2. 中醫治療慢性腎衰竭的思路和方法，中國中醫基礎醫學雜誌 2004 年 8 月第 10 卷第 8 期

七、臨床討論：

● 陳俊良醫師

目前研究認為黃耆、當歸、川芎等中藥可能透過抑制 TGF- β 的分泌，減少 epithelial mesenchymal transition 而改善 early fibrosis，因此臨床上常以加味逍遙散+補中益氣湯+川芎為主方來治療早期的慢性腎功能不全。當 Cr<3 mg/dl 時中藥治療效果較佳；3 mg/dl \leq Cr \leq 5mg/dl 時中藥的治療效果較不穩定，若腎功能改善或持平，則可持續治療，若腎功能持續惡化，則應停用中藥；當 Cr>5mg/dl 時不建議使用中藥治療。另外宜配合西醫。中西醫結合治療、避免有腎毒性的食物（如：楊桃）、藥物（消炎止痛藥、草藥、偏方等），及注意中藥含鉀離子的問題。

馬兜鈴酸腎病

一、定義：

在 1993 年由比利時學者發現有一群服用中藥減肥的婦女出現腎衰竭病例，經深入探討，發現是服含「馬兜鈴酸成分」的減肥藥造成的，因此命名為馬兜鈴酸腎病(ari stolochi c acid nephrophy. AAN)。根據比利時研究專家報告，這種腎臟病的特色是會產生腎間質纖維化，甚而進展至尿毒症，其致病機轉與服用馬兜鈴酸劑量及服藥期長短有密切關聯。後續研究報告指出，馬兜鈴酸腎病患者，數年後常併發泌尿系統的癌症，國際癌症研究所已將馬兜鈴酸列入第一類確定致癌物。

二、中醫病名：

在中醫屬於水腫、癰閉、關格等範疇。

三、病因：

與服用含馬兜鈴酸的中藥有關，目前衛生署公告已禁用含馬兜鈴酸成分的馬兜鈴、關木通、天仙藤、青木香、廣防己等五種藥材。

四、病機：

馬兜鈴酸腎臟損害的臨床表現在短期大劑量服藥者臨床常表現呈非少尿性或少尿性急性腎衰竭，可伴有近端及遠端腎小管功能障礙，慢性馬兜鈴酸腎病多由持續小量服用含馬兜鈴酸藥物引起，亦可由急性馬兜鈴酸腎病不癒發展而來，腎功能損害常緩慢進展，速度不一；腎損害出現後及時停止服用含馬兜鈴酸藥物，大多不能制止病變進展，腎功能仍持續惡化。患者出現腎損害後，常首先出現夜尿增多，而後逐漸出現各種腎衰竭症狀。尿化驗常發現腎性糖尿，低滲透壓尿，輕微蛋白尿，少量紅血球、白血球及管狀細胞。常伴輕至中度高血壓，貧血出現較一般腎衰竭為早，在超音波檢查下，腎臟體積縮小，且兩腎大小可不對稱。

五、辨證要點：

1. 急性損傷可根據其用藥病史，慢性損傷要考慮是否：1. 曾有超規範使用含馬兜鈴酸中草藥史(包括劑量過大、服法不當、炮製不當)；2. 臨床表現為腎小管腎功能減退，伴隨逐漸進展的腎功能減退而很難以其它原因解釋；3. 腎活檢提示間質纖維化及腎小管萎縮，炎症細胞浸潤不明顯，可表現為急性腎小管壞死或慢性小管間質性腎炎。
2. 急性損傷多見短期大劑量服藥者，臨床常呈非少尿性或少尿性急性腎衰竭，可伴近段及遠段腎小管功能障礙；慢性損傷表現為腎小管功能下降(低滲尿、低分子蛋白尿等)，逐漸進展的腎功能衰竭，嚴重貧血，高血壓，尿沉渣無明顯異常。其突出病理表現為廣泛的少細胞性的間質纖維化及腎小

管萎縮,病變在表淺皮層最為嚴重。

六、治療原則及方藥：

1. 及時停藥，治療原則可參考慢性腎衰竭治法。

2. 尚可運用以下中藥改善腎損傷：

- 冬蟲夏草及其制劑：具有補肺腎、益精氣功效。現代藥理證實，冬蟲夏草可促進腎小管上皮細胞的再生與修復、保護缺血性腎損傷，延緩腎功能衰竭，尤對腎小管間質具有較明顯的防治作用。
- 大黃制劑：現代研究表明，大黃不僅能抑制細胞的過度增生和肥大，影響各種相關細胞因子及生長因子，還能抑制細胞外基質的結聚，延緩間質纖維化，主要用於慢性腎小管間質疾病。
- 川芎及其制劑：有抗血小板聚集、解痙、增加腎血流量作用，能保護腎小管再吸收的功能，增加腎內前列腺素合成，降低血漿血管緊張素水平，對急性腎功能衰竭有保護作用。

• 參考資料：

1. 馬兜鈴酸腎病及其防治，浙江中醫學院學報 2002 年 2 月第 26 卷第 1 期
2. 馬兜鈴酸腎病研究概況，中國中醫藥信息雜誌 2002 年 2 月第 9 卷第 2 期

七、臨床討論：

● 陳俊良 醫師

1. 中藥在世界上的應用日益普及，其安全性亦日益受到重視。自 1993 年比利時學者報導，患者在服用含廣防己和厚朴的中草藥減肥治療後出現進行性腎損害(Vanherweghem JL, 1993)，其後陸續相關的報導亦在世界各地被提出。據初步研究，這些中草藥均含有馬兜鈴酸(Aristolochic acid, AA)，因此被建議稱為“馬兜鈴酸腎病”(Aristolochic acid nephropathy, AAN)。
2. 馬兜鈴酸目前認為可能是造成中草藥腎毒性的主要成分，主要含於馬兜鈴科的植物中，常見於木通，防己，細辛等藥材。在台灣常被使用或誤用的有馬兜鈴(北馬兜鈴的果實)、青木香(馬兜鈴的根部)、天仙藤(馬兜鈴的莖)、廣防己(馬兜鈴科防己)、關木通(馬兜鈴科木通)等。由於馬兜鈴酸腎病進展迅速，一年或數年內即可發展為中末期腎功能衰竭，危害較大，因此研究其發生機制及相應的防治方法是很必要的，對認識腎間質纖維化的機制及慢性腎衰竭的預防也有其重要意義。

3. 目前對馬兜鈴酸引起急、慢性腎損害的發生機制尚不十分清楚，治療缺乏有效方法。急性馬兜鈴酸腎病主要可能誘發腎小管上皮細胞的凋亡，而慢性馬兜鈴酸腎病主要透過 TGF- β 的分泌，誘發 epithelial mesenchymal transition(EMT) 形成 interstitial fibrosis。探討馬兜鈴酸腎病的發生機制，尋找有效治療藥物，控制和延緩馬兜鈴酸腎病及腎功能衰竭，具有十分重要的臨床意義。

甲狀腺機能亢進症

一、定義：

甲狀腺機能亢進症（Hyperthyroidism）簡稱甲亢，系指甲狀腺高功能狀態，其特徵有甲狀腺腫大、基礎代謝增加和（自主）神經系統的失常。

二、中醫病名：

中醫病名歸屬於瘰癧病的範疇。

三、病因：

稟賦不足，七情內傷，飲食不節，房勞傷腎，外邪內侵。

四、病機：

陰虛陽亢，痰、氣、火、瘀交結於上下內外是本病的中心環節

五、辨證要點：

本病的主要診斷依據為甲狀腺腫大、神經過敏、易激動、手舌細震顫、突眼症、多汗、怕熱、食慾亢奮、消瘦乏力、心慌、運動後氣急等；甲狀腺聽診可聞及血管雜音；甲狀腺功能試驗異常，如基礎代謝率升高，甲狀腺攝¹³¹I率升高、高峰前移，TT₄、TT₃、FT₄、rT₃均增高；甲狀腺掃描可發現自主性甲狀腺熱結節。根據上述情況，一般可做出診斷。臨床常見證型如下：

- 陰虛火旺：頸前輕度腫大或中度腫大，頭暈目眩，兩目乾澀，口渴喜冷飲，腰膝酸軟，五心煩熱，自汗盜汗，心悸、少寐，舌質紅乾，舌苔薄黃或少苔，脈弦細數。
- 氣陰兩虛：頸前輕度腫大或不腫，心悸氣短，煩躁少寐，便溏自汗，面色萎黃，神疲健忘，納少浮腫，消瘦乏力，腰痠腿軟，耳鳴目澀，或手舌震顫，舌質紅乾，少苔，脈沉細而數，或沉數無力。
- 陽亢風動：心悸而煩，發熱多汗，性急易怒，口苦喜飲，能食形瘦，手舌震顫，頭暈目眩，頸前腫大，兩目怒張如脫，舌質紅，苔黃厚而乾，脈弦數有力。
- 痰氣凝結：頸前腫大或有腫塊，眼球突出，胸悶腹脹，怕熱出汗，心煩善怒，食少便溏，吞嚥不爽，喉間有痰，舌質淡紅，苔白膩或黃膩，脈弦滑或沈弦有力。
- 肝胃火旺：頸前腫大而柔軟，面紅目赤，心悸失眠，性急易怒，口苦咽乾，多食善飢，形體消瘦，畏熱自汗，口渴喜冷飲，或胸脇脹滿，手舌震顫，舌質紅。苔黃燥，脈沈弦有力。

六、治療原則及方藥：

本病以滋陰降火、理氣化痰、活血化瘀為基本治法，後期氣陰兩傷者，以益氣養陰為要。

	治則	方藥
陰虛火旺	滋陰降火，佐以散結	知柏地黃湯加減
氣陰兩虛	益氣養陰，潛鎮散結	生脈散
陽亢風動	潛陽熄風，理氣豁痰	天麻鉤藤飲加減
痰氣凝結	理氣豁痰，軟堅散結	散腫潰堅湯加減
肝胃火旺	清肝瀉胃，育陰散結	黃連解毒湯加減

七、臨床討論：

● 喬聖琳醫師

本病患者的預後主要決定於正氣的盛衰，感邪的輕重，以及診療的及時和正確與否，調護是否得當等。一般而言，本病雖以本虛為主，但就診者每以本虛標實者為多。加之病情發展，或醫者失治誤治，使氣、火、痰、瘀肆行橫逆，則病情日漸加重，變生為氣陰兩虛、正虛邪戀，治療較難。

甲狀腺機能減退症

一、定義：

甲狀腺機能低下症 (Hypothyroidism)，簡稱甲減。是指由於甲狀腺激素缺乏所引起的機體代謝率降低為主要臨床表現的全身性疾病。

二、中醫病名：

中醫病名歸屬於虛勞、水腫等範疇。

三、病因病機：

1. 先天不足：胎稟薄弱，父母年老體弱，精血不旺，胎氣不足，或妊娠期失於調養，臨產受損等，以致臟腑不健，氣血不足，形氣不充，纓脈（甲狀腺）失其溫煦，衛陽之氣不能充達內外上下而成。
2. 外感六邪：六淫之邪，上攻纓脈，日久耗損陽氣而生本病。
3. 飲食不節：長期飲食中缺碘，可致脾胃受傷，不能化生氣血精微，纓脈缺乏氣血溫煦，過用其功，傷其氣而成本病。
4. 其他：濫用某些抑制甲狀腺機能的藥物；或手術外傷或放射線照射損傷纓脈；或產後調護不當；或其他慢性虛損性疾病長期不癒，均能導致纓脈失養、其功不用之症。

四、辨證要點：

根據患者有地方性甲狀腺腫、自身免疫性疾病、甲狀腺炎及抗甲狀腺藥物治療史，表現有工作效率減低、動作遲緩、精神萎靡、面容呆滯、日益加重的疲勞、無力、嗜睡、畏寒、便秘、少汗、腹脹、發音低沉、體重增加、皮膚乾澀，毛髮稀少易脫落、體溫過低或合併關節痛、重度而鬆弛的水腫以及胸水、腹水、心包積液、性慾減低、甚至閉經、黏液性水腫；實驗室檢查基礎代謝率低於正常，血清TT4、T4、T3均減低，TSH增高並在給用TRH後更高；核子掃描時，可見甲狀腺組織很少或甲狀腺中聚積的同位素減少；心電圖示低血壓、Q—T期間延長，ST—T異常；心臟超音波圖示心肌增厚，心包積液；血脂增高，血糖下降，貧血等，便可確診。中醫臨床常見證型如下：

- 脾陽不足：畏寒肢冷，無汗，納差，面白虛浮，倦怠神疲，脘腹冷痛喜溫按，或腹脹便秘，帶下清稀色白量多，舌質淡胖有齒痕，苔白滑，脈象沈遲無力，或微，或弱。
- 脾腎虛衰：畏寒肢冷，食少腹脹，遍身浮腫，面色恍白虛浮，神疲乏力，少汗，毛髮枯槁，肌膚甲錯，腰脊酸楚冷痛，陽痿早洩，經少或經閉，便秘尿清，舌體胖大，苔白潤，脈沈微，或沈遲無力。
- 肝腎陰虛：神情憔悴，面色青黃虛浮，耳鳴耳聾，毛枯髮落，聲啞善怒易恐，腰膝酸軟無力，陽痿閉經，自汗盜汗，頭暈目眩，反應遲鈍，舌淡少苔，脈多沈細無力。

- 陰濁內閉：面色蒼白晦滯，頭暈目眩，四肢冰冷，尿少浮腫，少氣難續，胸悶腹脹，鄭聲不語，嗜睡，漸至昏迷，舌淡，脈微欲絕。

五、治療原則及方藥：

脾腎陽虛是本病的中心環節，故溫補脾腎是基本治療大法。若陽損及陰，肝腎不足，則當滋補肝腎之陰；晚期濁陰上泛，則以泄濁開竅為要。

	治則	方藥
脾陽不足	溫陽健脾，除濕驅寒	附子理中湯加減
脾腎虛衰	溫補脾腎，化氣利水	真武湯加減
肝腎陰虛	滋補肝腎，佐以溫陽	八味地黃丸加減
陰濁內閉	溫陽化濁，醒神開竅	真武湯送服蘇合香丸

六、臨床討論：

● 喬聖琳醫師

稟賦體質的強弱、治療的正確與否、正氣的盛衰是決定本病轉歸的主要因素。初病為虛，若及時治療，一般半年左右患者即可復原。若遷延失治、誤治，正氣耗散，虛邪留滯，則轉化為虛中挾實，虛邪互結，如油入面，難以消解；此時，若診治得當，精心調護，亦可正復邪退而使病情穩定，乃至痊癒。

尿崩症

一、定義：

尿崩症（Diabetes insipidus），是因下丘腦—垂體後葉系統機能減退，抗利尿激素部份或完全缺乏，以致影響腎臟遠曲管和集合管對水分重吸收所引起的疾病。

二、中醫病名：

西醫病名為尿崩症；中醫病名歸屬於消渴、燥證等範疇。

三、病因：

素體腎虛，情志失調，飲食偏嗜。勞倦過度

四、病機：

腎失固攝為本病的主要病機，故以固腎攝納為基本治療大法。

五、辨證要點：

診斷尿崩症主要根據異常多尿、尿量達每日 5 升以上、煩渴多飲、禁飲後尿量不減、尿比重低於 1.006 等臨床特點，結合禁水試驗、禁水加血管加壓素試驗及高滲鹽水試驗陽性，尿糖陰性，血電解質、血糖、腎功能正常；在排除糖尿病、腎源性尿崩症、高血鈣症、低鉀血症及精神性煩渴伴多飲多尿症之後即能確診。臨床常見證型如下：

- 肺胃燥熱：煩渴引飲，飲不解渴，渴喜冷飲，多尿，咽乾唇焦，心煩不安，神疲乏力，大便秘結，舌紅絳，苔黃燥，脈洪大或滑數。
- 心肝火旺：多尿煩渴，胸悶太息，口苦目赤，急躁易怒，心煩心悸，失眠多夢，舌邊尖紅，脈弦細數。
- 腎陰不足：尿頻量多，煩渴引飲，飲一洩一，形體消瘦，皮毛乾枯，腰酸膝軟，五心煩熱，舌紅少苔，脈細數。
- 脾腎陽虛：洩泄如崩，口渴引飲，腰酸下墜，畏寒肢冷，神疲乏力，不耐勞力，納差便溏或大便秘結，舌淡胖，脈沉細弱。
- 陰陽兩虛：多尿煩渴，夜尿頻多，小便清長，面色白晄，畏寒肢冷，腰膝酸軟，頭暈耳鳴，陽萎或月經延期，舌淡乏津，脈沉細無力。
- 膀胱蓄飲：渴欲飲水，飲後時泛清水或嘔吐痰涎，尿多而時有不暢，少腹脹滿拘急，四肢欠溫，面色黧黑，頭暈心悸，舌淡胖，苔白滑，脈沉弦。

六、治療原則及方藥：

	治則	方藥
肺胃燥熱	清熱潤燥，益氣生津	白虎加人參湯加減
心肝火旺	清心瀉肝，交通心腎	龍膽瀉肝湯合黃連阿膠湯加減
腎陰不足	滋補腎陰，益氣攝津	六味地黃丸
脾腎陽虛	溫腎健脾，升陽固尿	四神丸合四君子湯加減
陰陽兩虛	溫補腎陽，育陰固津	金匱腎氣丸合縮泉丸加減
膀胱蓄飲	溫陽化飲，分利水濕	真武湯合五苓散加減

七、臨床討論：

● 喬聖琳醫師

本病患者的轉當主要取決於正虛程度及津液丟失的多少。初起燥熱津傷，病情相對較輕，潤燥固津得法，病勢可控；若水津大量丟失，傷陰損陽，或素有陰弱陽虛，則可轉化為陰虛、陽虛或陰陽兩虛之證，治亦難取速效；若氣隨津脫，陰陽不維，則可見譫妄、抽搐等症，甚或轉化為厥脫證，心肝火旺證與膀胱蓄飲證是本病發展過程中某一階段所出現的標證，應急治其標，緩治其本，若失治或誤治，則可加重正損而使病情加重。

本病患者的預後與原發病有關。若因腦部術後發病者，經積極治療可冀告癒；若幼年發病，證輕，習以為常，則可遺患終生；若由腦內腫瘤而致者，可經手術治療而好轉，但因惡性腫瘤或白血病浸潤而致本病者，預後不良。

慢性腎上腺皮質功能減退症

一、定義：

慢性腎上腺皮質功能減退症 (Chronic adrenal insufficiency)，又稱阿狄森氏症 (Addison's disease)，是由於結核、自身免疫等原因，破壞了雙側腎上腺皮質的絕大部份而引起腎上腺皮質分泌不足所致的疾病。

二、中醫病名：

中醫病名歸屬於黑疸、虛勞等病症範疇。

三、病因：

稟賦虛弱，勞倦所傷，久病失治。

四、病機：

臟腑虛損、瘀血阻滯是本病的基本病機，故以補虛化瘀為本病的治療大法。

五、辨證要點：

本病多見於 20~50 歲之間的成年人，男女發病率約相等。臨床表現為皮膚黏膜色素沉著、體重減輕、血壓降低、衰弱、乏力，胃腸及神經系統各種症狀以及低鈉、脫水等所引起的代謝紊亂。根據其臨床表現，結合腎上腺皮質功能測定結果可以確診。臨床所見，本病之虛以命火衰微、真陽不足為主，故補虛重在溫補腎陽，適當兼以填補腎精、益氣健脾之法。臨床常見證型如下：

- 氣虛血瘀：面色晦暗不華，皮膚色素由棕黃漸至褐黑，神疲乏力，少氣懶言，食欲不振，舌淡紅，有瘀點、瘀斑，脈緩或澀。
- 脾腎陽虛：皮膚黧黑，畏寒肢冷，腹脹便溏，腰膝酸軟，毛髮脫落，肢體浮腫，性欲減退，男子陽痿、遺精，女子閉經或月經延期、帶下清冷，舌淡胖有齒痕或瘀斑，苔白滑，脈沉遲無力。
- 肝腎陰虛：肌膚黧黑，頭暈目眩，腰膝酸軟，心悸不寐，手足心熱，或長期低熱，盜汗，耳鳴，男子遺精，女子月經不調，舌紅少津，脈細數。
- 陰陽虛極
 - 陽脫：四肢厥冷，大汗淋漓，如珠如雨，氣息微弱，舌質淡潤，脈微欲絕。
 - 陰脫：肌膚乾癟，眼眶深陷，汗出身熱，煩躁昏譫，唇乾齒燥，舌質乾紅，脈虛數躁急。嚴重時均可昏迷不醒人事。

六、治療原則及方藥：

	治則	方藥
氣虛血瘀	補益元氣，兼以化瘀	歸脾湯加減
脾腎陽虛	溫補脾腎，益氣活血	右歸丸加減
肝腎陰虛	滋補肝腎，養血化瘀	六味地黃丸合四物湯加減
陰陽虛極	陽脫：回陽救逆，補氣固脫。 陰脫：養陰生津，益氣固脫。	陽脫：四味回陽飲加減。 陰脫：生脈散加減。

七、臨床討論：

● 喬聖琳醫師

本病病位在腎，損及人身之根本，腎病日久，往往累及肝、脾、心、肺諸臟，導致五臟氣血陰陽虛損，恢復不易，兼之瘀血阻滯不化，治療難求速效。患者若能堅持運用扶正培本，活血化瘀中藥長期調治，配合正確、合理的西藥抗結核菌治療、類固醇治療，多能收到良效，患者壽命及勞動力、生育力均可恢復至接近正常。由於病患抵抗力降低，易招致外邪入侵，罹患呼吸道感染、胃腸功能紊亂等，形成虛實夾雜的複雜局面，必須嚴加注意，積極治療。否則，可導致腎上線危象突發，表現為噁心、嘔吐、腹痛腹瀉、血壓下降、高熱神昏，甚至休克、昏迷等陽脫、陰脫危證，預後不良，往往危及生命。

異位性皮膚炎

一、定義：

異位性皮膚炎是一種慢性、反覆發作的致癢性皮膚炎，好發於嬰幼兒及兒童身上。患者通常血清中IgE值會升高，且有容易罹患氣喘、過敏性鼻炎、蕁麻疹、濕疹等病的家族史。

二、中醫病名：

相當於中醫四彎風、奶癬、風癬、濕瘡、浸淫瘡、血風瘡範疇

三、病因：

中醫的理論認為皮膚病與脾胃臟腑的失調有密切關係，異位性皮膚炎發病原因，主要有內外二因，其中內因，體質因素是發病的根本原因，患者表現稟賦不耐，脾腎不足，肌疏表虛。外因為本病的誘發因素，如感受風濕熱邪，食用魚腥發物。

四、病機：

嬰幼兒的發病往往來自先天胎毒遺熱(母體懷孕期間飲食不當)，或後天餵養失調，而以脾虛胃熱的病機為表現，脾虛濕勝，化熱化燥。現代醫學則對本病的病因尚不明瞭，一般認為與遺傳、免疫和對生理藥理介質反應異常有關，很可能是某些遺傳控制的基本環節缺陷和障礙在多方面的表現，環境因素在本病的發生中也起著重要作用。

五、辨證要點：

- 急性期皮損以紅斑丘疹，糜爛滲出為主
- 緩解期以皮膚乾燥，細薄鱗屑為主
- 臨床上可參考以下特徵作診斷：

(1) 主要特徵：(至少三項)

- 癢
- 典型皮疹：成人在屈側(手肘窩、脛窩)形成苔癬樣濕疹或線狀排列；嬰幼兒在臉部及四肢伸側濕疹型
- 慢性或反覆性發作之濕疹
- 本身或家人有異位性體質

(2) 次要特徵：(至少三項)

- 皮膚乾燥
- 容易皮膚感染
- 非特異性手、足濕疹
- 魚鱗癬，掌紋增加，毛孔角化

- 白色糠疹
- 乳頭溼疹
- 白色劃紋症，遲發性皮膚劃紋變白
- 前囊下白內障，圓錐形角膜
- 血清中 IgE 值高
- 立即型皮膚測試陽性
- 從小即發作
- 黑眼圈
- 顏面紅斑或蒼白
- 毛囊突出明顯
- 病受環境和/或情緒影響

六、治療原則及方藥：

異位性皮膚炎的中醫治療，在急性期常使用清熱解毒、祛風止癢的方藥。而對慢性纏綿不癒的異位性皮膚炎，除了清熱除濕藥物治其標外，更強調“治病必求其本”，注重以健脾除濕、養血潤燥來治本，減少發作。

	治則	方藥
嬰兒期		
胎毒、濕熱	清熱利濕	龍膽瀉肝湯合參苓白朮散
兒童期		
血熱風燥	疏風清熱	消風散
成人期		
血虛風燥	養血祛風	地黃飲子或當歸飲子

➤ 用藥加減

- 祛風止癢：白蒺藜、白蘚皮、防風、蘇葉、荊芥、蟬蛻
- 抗過敏：烏梅、五味子、魚腥草、生甘草
- 安神止癢：酸棗仁、合歡皮、夜交藤、遠志、鉤藤
- 重鎮安神止癢：龍骨、牡蠣、磁石、代赭石
- 抗感染外用藥：馬齒莧、黃柏

➤ 外用藥在急性期，病患可使用的中藥大黃、苦參、黃芩、黃柏等中藥濕敷或煎煮藥浴，慢性期使用青黛或黃連油膏潤膚消炎，會有效改善患部病灶及皮膚搔癢。

七、臨床討論：

● 楊賢鴻醫師

異位性皮膚炎為過敏性疾病造成的慢性皮膚炎，好發於小兒。隨不同年紀其好發部位會改變，小兒多發生在手肘曲側或膝蓋曲側（手彎或腳彎），中醫稱為四彎風，有些小兒會出現在手掌或腳掌，甚至被誤認為香港腳或慢性濕疹。異位性皮膚炎的患者常伴有過敏性鼻炎或氣喘，但當異位性皮膚炎發作反而不易誘發氣喘發作，但對過敏性鼻炎則不一定。異位性皮膚炎的治療時間長久，常需要一年以上，西醫治療效果目前仍不甚佳，也只是緩解症狀改善體質，無法痊癒。異位性皮膚炎的本質以氣虛為主，但臨床上常表現出熱象，這是因為過度發炎而表現出熱象，很多人只見熱象便誤以為異位性皮膚炎的患者應多食用寒性食物或是重用寒涼藥，但實際上服用寒性食物反而使患者體質更虛，癢的症狀更難以控制。故飲食方面不應服用溫補及燥熱食物，但偏寒性食物也應節制。治療上以疏風清熱為主，消風散、真人活命飲、白鮮皮、魚腥草、地膚子等此類中藥常用，內服中藥效果不佳時應考慮使用飲片或外用中藥，目前外用中藥以蘆薈製作的藥膏為主，但蘆薈本身的缺點是塗抹過後容易使皮膚更乾燥，故建議患者塗抹蘆薈後可塗抹凡士林或保濕乳液，以避免皮膚過於乾燥皸裂而加重病情。過敏性皮膚炎患者使用中藥約需兩至三週症狀才會比較明顯減輕，故如原本有服用西藥者應繼續服用西藥，中西藥隔開一個小時，西藥的外用藥膏也可與中藥藥膏間隔開使用，長期的治療還是以中藥體質調理為主。患者長期皮膚病變也亦有精神壓力造成焦慮、煩躁不安或人際關係不佳等，可適度使用中藥調理穩定情緒。全面改善其身心理症狀。長期異位性皮膚炎也可造成神經性皮膚癢，患者會過度搔抓皮膚，尤其在夜晚時更嚴重，常造成多處搔抓傷口，造成細菌感染，此時清熱解毒藥或西藥抗生素的服用有其必要，因此類患者本身抵抗力就較差，要小心避免因細菌經由皮膚感染造成類似敗血症的併發症。

● 林胤谷醫師

- 用藥上由於嬰幼兒發育未全，氣血未充，脾胃易虛易實，嬰幼兒用藥切忌大熱大補之品，以免熱其熱；少兒期，久病脾虛，切忌大苦大寒之品，以免傷其陽，致虛其虛。健脾除濕可選用白朮、茯苓、山藥、苡仁、黃耆、黨參；清熱除濕可用苦參、車前子、滑石、竹葉、白蘚皮、地膚子；清熱涼血解毒可用銀花、野菊花、蓮子心、甘草梢；養血潤燥可用當歸、生地黃、赤白芍、首烏藤、丹參、天冬、麥冬、玉竹。
- 有關中藥對異位性皮膚炎的治療，黃連解毒湯、當歸飲子、溫清飲、消風散，補中益氣湯…等都曾經被報導有一定的療效。但由於異位性皮膚炎的病因及發病機轉複雜，在治療這種慢性、難治性、發炎性、癢痒性的皮膚病的同時，預防會誘發或惡化異位性皮膚炎症狀的因素的也相當重要。

蕁麻疹

一、定義：

是一種以皮膚出現紅色或蒼白色風團、時隱時現的搔癢性、過敏性皮膚病。其特點是皮膚上出現搔癢性風團，發無定處，驟起驟退，消退後不留任何痕跡。單一病灶通常在 24 小時內就自動消退，但其他區域又不停地有新的病灶出現。

二、中醫病名：

在中醫屬於癩疹、風疹塊、鬼飯疙疔、風瘙癩疹等範疇。〈台語“起清膜”、“起清 nah”〉

三、病因：

皮膚膨疹(wheal)或風團是皮膚黏膜的暫時血管通透性增加和水腫反應，病因複雜，常見的有：食物(牛奶、雞蛋、海產類、食品添加物等)、藥物(抗生素、止痛劑、維他命等)、感染(蟲咬、尿路感染、肝炎、病毒感染、寄生蟲感染)、吸入物(黴菌、花粉、粉塵、動物的毛屑、化學溶劑)、內科疾病(自體免疫疾病、甲狀腺異常、惡性腫瘤)、物理性(陽光曝曬、冷熱變化、騷抓、皮膚受壓迫、運動、流汗、水)、體質和精神因素(精神壓力、情緒緊張)。中醫認為蕁麻疹的病因多由稟性不耐，人體對某些物質敏感所致。可因上述原因而發。

四、病機：

風寒外襲致營衛不和，風熱客表使營衛失調，飲食不節或寄生蟲致腸胃濕熱，體弱氣血不足，脾胃虛寒，情志內傷，衝任不調等。急性蕁麻疹發病多與風邪有關，以風寒、風熱為主。慢性蕁麻疹多屬虛證，氣虛、血虛以致風從內生或從外而感。

五、辨證要點：

1. 病灶為大小及形態不一的鮮紅色或白色風團。
2. 陣發性、一過性、多發性，一般不超過 24 小時，消退後不留痕跡。
3. 有劇癢、燒灼或刺痛感。
4. 「急性」蕁麻疹通常是數天到一、兩個星期就會消失。如果超過六個星期以上，則稱為「慢性」蕁麻疹。
 - 對於持續性的慢性蕁麻疹，CBC、eosinophil count、urinalysis、stool exam for ova or parasites、complement study、ANA 和 skin biopsy 等檢查有助於病因的診斷。

六、治療原則及方藥：

	治則	方藥
風寒束表	疏風散寒止癢	荊防敗毒散或葛根湯
風熱犯表	疏風清熱止癢	銀翹散或桑菊飲
胃腸濕熱	疏風解表，通腑泄熱	防風通聖散
血熱風燥	清熱涼血，消風止癢	消風散合知柏地黃丸
血虛風燥	養血祛風，潤燥止癢	當歸飲子加減
脾胃虛寒	溫中健脾，調和營衛	附子理中湯合桂枝湯
氣血兩虛	滋陰養血，疏風散邪	當歸飲子合十全大補湯
衝任不調	調攝衝任	四物湯合二仙湯

七、臨床討論：

● 李克成醫師：

1. 隨著過敏相關疾病的人口增加，本病的發病率也有漸增的趨勢，尤其是慢性蕁麻疹。急性蕁麻疹較少到中醫部的門診出現，但慢性蕁麻疹則屬中醫的優勢病種。
2. 目前西醫對蕁麻疹的主要治療方式是長效型抗組織胺服用三個月，並慢慢減量停藥、避免接觸過敏原，還要調整生活方式及飲食內容。但仍不少患者害怕西藥的副作用而不願吃西藥。
3. 中醫的辨證論治方式對慢性蕁麻疹而言效果頗佳。上述的四大類型已涵蓋臨床常見證型，只要辨證清楚，多能應效。若患者癢得厲害，容易消耗陰分，除加重疏風之品，外宜稍加養陰藥，如玄參、麥冬、生地等。
4. 若皮疹色偏暗紅，患者體病偏寒者，則溫陽無妨。理中、桂附視脾陽、腎陽何者偏重，隨證加減。
5. 另有針對過敏專用的藥物，如烏梅、地龍、蟬蛻等，亦可酌加使用。

● 林胤谷醫師

多數的「急性」蕁麻疹是因食物(如海鮮)或藥物(如抗生素、消炎藥)所引起，很容易察出原因，去除過敏原後，整個病程通常在數天到一、兩個星期內就會消失，並不會造成病人太大的困擾。門診中，最麻煩的是「慢性」蕁麻疹(病程持續六個星期以上)，許多患者的蕁麻疹發生都是原因不明的，這類病人女性約為男性的兩倍，情緒壓力通常是造成病情加重的主因；因為要確認慢性蕁麻疹的病因相當困難，所以很難根治，只能內服抗組織胺劑對症止癢，有時需要服用數年以上，如果中止使用，常會再度復發。慢性蕁麻疹在中醫辨證多屬虛，治療上以益氣養血、活血祛風，祛風固表、調和營衛為主。頑固難癒者，多損及腎陰腎陽，臨床上使用補腎療法，往往可見療效。

青春痘

一、定義：

青春痘，又稱尋常痤瘡(*Acne vulgaris*)，是一種與性腺內分泌功能失調有關的毛囊、皮脂腺發生了阻塞的慢性發炎性疾病，臨床上以形成粉刺、紅色丘疹、膿疱、結節及囊腫為特徵。一般多發生在 14-18 歲青年男女，現今社會由於升學競爭及工作環境造成的慢性壓力，由小學生到中年婦女相較以往常見。

二、中醫病名：

《諸病源候論》：面瘡。《醫宗金鑒·外科心法》：肺風粉刺。

三、病因病機

- 中醫認為青春痘的產生主要是腎陰不足、沖任失調、相火妄動，腎之陰陽平衡失調，導致相火亢盛、天癸過旺，加之後天飲食生活失調，肺胃蘊熱上蒸頭面，血熱鬱滯而形成痰瘀互阻。
- 現代醫學認為，青春痘的致病機轉為(1)青春後期後雄性激素比雌性激素分泌量相對的增多，皮脂腺對雄性素太敏感，皮脂腺分泌功能較以往旺盛；(2)毛囊開口部位細胞過度角化，皮脂分泌過多或排泄不暢，皮脂淤積堵塞毛囊口，形成粉刺；(3)毛囊皮脂腺內的細菌(主要是痤瘡棒狀桿菌)過度增生，引局部發炎反應。壓力、遺傳、免疫、環境等諸多因素也被認為有關。

四、辨證要點：

- 除了臉部和常見青春痘的區域外，頸部、前胸、上臂及上背部也是好發部位，常伴有皮脂溢出。粉刺是青春痘最根本和最具特徵的病變，常伴有丘疹、膿疱、結節、囊腫及疤痕等。臨床上須與酒糟(*rosacea*)、粟粒腫(*milia*)、細菌性毛囊炎(*folliculitis*) ...等鑑別診斷。
- 中醫認為本病涉及腎陰不足引起沖任失調、脾胃濕熱、肺胃蘊熱、痰瘀互結等病理過程，治療法則常採用滋陰瀉火、調理沖任，清熱解毒、通腑化濕，宣肺解毒、清熱涼血，祛瘀解毒、活血散結等方法。在治療方法上應內、外合治，才能達到較好的療效。
 - 肺胃蘊熱：顏面潮紅，以紅色丘疹或粉刺為主，臉易出油，或伴有小膿疱、小結節。舌紅薄黃苔，脈弦滑或數。
 - 脾胃濕熱：丘疹色紅伴有膿疱，發炎顯著，皮膚油脂分泌較多，或伴有腹脹、便秘等。舌紅潤苔黃膩，脈滑數。

- 沖任失調：多見於女性，面部粉刺的發生和輕重與月經週期有明顯關係。月經前面部皮疹明顯增多加重，月經後皮疹減少。或伴有月經不調，經前心煩易怒，乳房脹痛不適，舌紅薄黃苔，脈弦細數。
- 痰瘀互結：以暗紅結節、囊腫和凹凸不平的疤痕為主，或伴有小膿疱、小粉刺和色素沉著。舌紅或暗紅有瘀點，薄黃苔，脈弦滑或細澀。

五、治療原則及方藥：

	治則	方藥
肺胃蘊熱	宣肺解毒、清熱涼血	清上防風湯加蒲公英、金銀花、石膏、牡丹皮、土茯苓
脾胃濕熱	清熱解毒、通腑化濕	龍膽瀉肝湯加蒲公英、金銀花、土茯苓、山楂。便秘加桃核承氣湯
沖任失調	滋陰瀉火，調理衝任	知柏地黃丸、真人活命飲加女貞子、旱蓮草、蒲公英、柴胡、鬱金等
痰瘀互結	祛瘀解毒、活血散結	血府逐瘀湯、溫清飲加紅花、夏枯草、蒲公英、丹參、皂刺等

➤ 外治法：

中藥倒模面模、中藥熏洗、塗敷(如意金黃散、三黃洗劑)、外擦蘆薈(長庚醫院皮炎方)。

六、臨床討論：

● 林胤谷醫師

青春痘治療上的主要困難有：反復的發作、女性病人月經前症狀明顯加重和重症青春痘的治療。防止青春痘的復發，除了用藥治療外，飲食生活、精神壓力的調整也很重要。女性病人在月經前面部青春痘增多加重，可在經前七日開始使用具有疏肝調經和調理沖任的方藥。具有結節、囊腫、膿疱、疤痕的重症青春痘，必要時須進一步檢查，排除內分泌系統的器質性病變。治療上可中西醫結合，內服、外用藥兼顧。中藥治療重在清熱化瘀、消痰散結。

乾癬

一、定義：

是一種反覆發作的慢性皮膚病，臨床上以皮膚出現散在性鮮紅色、境界鮮明的丘疹或斑塊，病灶表面覆蓋銀白色鱗屑為特徵，好發於四肢伸側，如頭皮、肘、膝及生殖器等。

二、中醫病名：

銀屑病、白疔、松皮癬、白殼瘡

三、病因病機：

乾癬的發生是在遺傳因素背景下，內外環境因素綜合作用的結果。創傷、感染、藥物、氣候、內分泌、代謝及免疫等因素皆可誘發此病。中醫認為本病多由營血虧損，生風生燥，肌膚失養而成。病位在血分，急性期多為血熱熾盛，壅於肌表而發，慢性期多為血虛、血燥及血瘀，肌膚失養所致。發病過程中可兼加風、寒、濕等。紅皮性乾癬多氣血兩燔；膿疱性乾癬多為熱毒熾盛；乾癬性關節炎多為風濕痹阻。

四、辨證要點：

- 依據乾癬的臨床特徵，一般分為尋常性、點滴狀、紅皮性、膿疱性。
 - 尋常性乾癬(又稱慢性斑塊型)的特徵為：(1)鮮紅色的丘疹或斑塊丘疹，(2)境界鮮明，(3)病灶乾燥，表面覆蓋銀白色鱗屑，(4)若剝除鱗屑，可以看見病灶表面有小點狀出血，稱為 Auspitz sign。好發於頭皮、手肘、膝蓋、小腿及後腰際。
 - 點滴狀乾癬的病灶如雨滴般，呈小點狀，一般見於小孩，多在上呼吸道感染後形成。
 - 紅皮性乾癬則是全身發紅、腫脹脫皮。
 - 膿疱性乾癬出現在原患有尋常性或紅皮性乾癬病人，先有大塊紅斑及許多小膿疱出現，而後會融合成大膿疱(pustular lake)，嚴重時會伴隨發燒現象。
- 診斷為乾癬的病患約有 10%會合併乾癬性關節炎發生，主要侵犯手足小關節，嚴重者膝、踝、脊椎等大關節亦可受累，造成關節腫痛變形，甚至喪失功能。臨床特點為關節炎通常是不對稱性，多侵犯遠端指間關節炎，肌腱或韌帶與骨骼附著處發炎(enthesis)，出現香腸指(趾)和脊椎炎。

五、治療原則及方藥：

	治則	方藥
急性期		
血熱	清熱涼血解毒	溫清飲合白虎湯加紫草、生地、牡丹皮、大青葉
濕熱蘊結	清熱利濕	甘露消毒丹加減
火毒熾盛	涼血解毒、清熱化斑	黃連解毒湯合五味消毒飲加減
慢性期		
血燥	養血祛風潤燥	桃紅四物湯加天冬、麥冬、黃耆、黃芩等
血瘀	活血化瘀	血府逐瘀湯加減

- 乾癬性關節炎，急性期多為血熱風盛或風濕熱毒所致，治宜涼血解毒，處方可選生地、丹皮、紫草根、白茅根以清營涼血，板藍根、大青葉、銀花、土茯苓、白花蛇舌草清熱解毒，秦艽、木瓜、羌獨活通利關節、疏風通絡，赤芍活血養血。緩解期多表現寒濕痹阻或肝腎陰虛，治宜滋補肝腎，溫經通絡，方用獨活寄生湯加減。
- 外治法：青黛藥粉加凡士林調敷。

六、臨床討論：

● 林胤谷醫師

中醫認為血熱是乾癬發病的重要原因，治療方法很多，總體來說不外內、外兼治。臨床上以清熱、涼血、解毒、活血化瘀、滋陰潤燥藥物辨證施治，配合外用藥物，通常都有一定療效。不過本病易於反覆發作，且受心理及環境因素影響很大，需給予患者更多關心和支持。

褥瘡

一、定義：

褥瘡是指長期臥床的患者，由於軀體的重壓與摩擦而引起的皮膚潰爛。其特點是多見於半身不遂，下肢癱瘓，久病臥床不起，長時間昏迷的患者。好發於易受壓和摩擦的部位，如骶尾部、髖部、足跟部、脊背部。輕者經治療及細心護理即可痊癒，重者潰爛，滲流組織液，經久不癒，更嚴重者有引發感染致死之虞。

二、中醫病名：

亦稱為席瘡。

三、病因病機：

內因是由於久臥傷氣，氣虛而血行不暢，出現久病氣血虧虛。外因為軀體重量對軀體著褥點的壓迫，及軀體著褥點部位的摩擦擠壓而致受壓部位氣血失於流暢，造成局部肌膚失養而壞死肉腐，形成瘡瘍。

四、辨證要點：

初起受壓部位皮膚出現暗紅，漸趨暗紫，迅速變成黑色壞死皮膚，疼痛或不痛，壞死皮膚與周圍形成明顯分界，周圍腫勢平塌散漫。進而壞死皮膚與正常皮膚分界處漸液化潰爛，形成環周狀潰爛區，滋水、腐爛自環周向壞死皮膚下方擴大，使死皮脫落，形成巨大潰瘍面。

五、治療原則及方藥：

	治則	方藥
氣滯血瘀	理氣活血	血府逐瘀湯加減
蘊毒腐潰	益氣養陰，利濕托毒	生脈散、透膿散合萆薢滲濕湯加減
氣血兩虛	氣血雙補，托毒生肌	托裡消毒散加減

六、臨床討論：

● 李克成醫師

1. 褥瘡的防治以預防發生為主，一但發生了，需防止其惡化。

2. 目前西醫有很清楚的臨床分級，要學操作：

第一期(stage I)：皮膚完整，以指壓移開時仍呈紅色的紅斑印，是皮膚潰瘍的前兆。

第二期(stage II)：部分皮膚損傷，包括了表皮完全損傷或部份真皮損傷。這種潰瘍是表層的皮膚擦傷掉皮、水泡出現或淺凹出現。

第三期(stage III)：皮膚全層損傷，包括表皮、真皮及皮下組織的損傷或壞死，延伸至下層的筋膜但未至肌肉層；出現深凹坑有或沒有潛行管至附近的組織。

第四期(stage IV)：廣泛性的完全皮膚被破壞，包括皮下組織的壞死，或破壞深至肌肉、骨頭，或鄰近的支持性結構組織。

3. 褥瘡的中醫療法分二個方面

1. 內治法：依辨證論治方式，但褥瘡患者多久臥病床，氣血兩虛兼挾痰瘀者不在少數。
2. 外敷藥：一、二期用生肌玉紅膏，紫雲膏均可，三、四期則以金創膏為宜。

化學治療副作用

一、定義：

腫瘤病患接受化學治療後，因藥物毒副作用所產生的症候，主要影響人體快速增生之細胞，如黏膜上皮、造血細胞。

二、中醫病名：

化學治療為現代醫學發展之後才有之醫療，對於其副作用於中醫典籍中並無適當病名，可依其出現之主要症狀來命名。

三、病因：

化學藥劑屬中醫藥毒之邪。

四、病機：

癌症病人多半為正虛邪實，化學治療後，藥物毒邪侵犯人體，更加損傷人體正氣，毒邪內蘊而致氣血不和、瘀熱壅盛，致使氣血損傷，脾胃失調，肝腎虧損，故化學治療副作用多以虛證為主。

五、辨證要點：

依照不同的藥物引起的主要副作用不同，而有不同的症狀表現，臨床宜依症狀辨證論治，隨證治之。

六、治療原則及方藥：

治療大體以培正固本為主，酌以清熱解毒、活血化瘀、理氣通絡療法為主要治療。

	治則	方藥
消化道反應		
胃氣上逆	和胃降逆	橘皮竹茹湯、旋覆代赭湯
脾氣虛	健脾益氣	香砂六君子、參苓白朮散
脾虛痰阻	健脾化痰	二陳湯、溫膽湯
餘熱未清，氣津兩傷	清熱生津，益氣和胃	竹葉石膏湯
胃陰不足	滋養胃陰	益胃湯
全身症候		
氣血兩虛	氣血雙補	十全大補湯、聖愈湯
脾腎兩虛	健脾補腎	四君子湯合大補元煎
肝腎兩虛	滋補肝腎	六味地黃丸
氣陰兩虛	益氣養陰	生脈散
血瘀	活血化瘀	桃紅四物湯

七、臨床討論：

● 吳宜鴻醫師

化療中產生的噁心、嘔吐以脾虛胃逆為治療方向，方劑以《金匱要略》小半夏湯及香砂六君子湯為主，骨髓抑制方面則以氣血兩虛為治療方向，方劑以當歸補血湯、人參養榮湯為主。

放射治療副作用

一、定義：

腫瘤病患因接受放射治療後，因放射線傷害所引起之副作用，和放射治療的位置、劑量、療程次數有關。

二、中醫病名：

放射治療是現代醫學發展之後才有之醫療，對於其副作用於中醫典籍中並無適當病名，可依其出現之主要症狀來命名。

三、病因：

放射治療在中醫多歸為外來火熱毒邪。

四、病機：

火熱毒邪，易在治療局部產生熱象；熱邪易傷津耗氣，灼傷真陰，損傷脾胃運化，影響氣血生化，造成全身之虛象。病變部位依其治療部位不同而有所不同，大體而言多為本虛標實之證。

五、辨證要點：

- 依其治療部位不同，出現的症候不同，而有不同的定位。
- 其副作用可因發生之時間快慢分為急性、慢性副作用，急性副作用多在放射治療開始後第1到90天，主要是因為發炎反應所造成。慢性副作用是在開始治療90天後產生的副作用，如組織纖維化，對治療反應不佳。中醫藥應用，在治療預防急性期的黏膜損傷，和改善骨髓抑制都有一定的效果。

六、治療原則及方藥：

	治則	方藥
嘔吐、噁逆		
胃氣上逆	和胃降逆	橘皮竹茹湯、旋覆代赭湯
脾氣虛	健脾益氣	香砂六君子
脾虛痰阻	健脾化痰	二陳湯、溫膽湯
餘熱未清，氣津兩傷	清熱生津，益氣和胃	竹葉石膏湯
放射性直腸炎		
大腸濕熱	清熱止利	葛根芩連湯、白頭翁湯
便秘		
燥熱津傷	潤腸瀉熱、行氣通便	麻子仁丸、增液承氣湯
咽痛、吞嚥困難		

上焦熱盛	清熱解毒	清咽利膈湯
陰虛火旺	滋陰清熱	甘露飲
全身症候		
氣血兩虛	氣血雙補	十全大補湯、聖愈湯
肝腎兩虛	滋補肝腎	六味地黃丸
血瘀	活血化瘀	桃紅四物湯

七、臨床討論：

● 吳宜鴻醫師

放療所造成的局部熱象，傷津耗氣，灼傷真陰，主要是初起造成皮膚或黏膜下層的血管破裂被激活，產生內皮細胞及白血球互動，引發一連續發炎現象，所以中藥清熱解毒等中藥可以減緩放療之“熱毒”副作用，故初起以“黃連解毒湯”漱口，“清咽利膈湯”內服，但出現陰虛火旺時以內服“甘露飲”為主，到了治療結束後出現餘熱未清，氣津兩傷則以“竹葉石膏湯”清熱生津，益氣和胃。

中西藥交互作用

中藥	西藥	相互作用	備註
檳榔	Procyclidine	Extrapyrimal syndrome	抗震顫藥
人參	Phenelzine	serotonin syndrome	MAOi
	Warfarin	出血時間下降、減少 INR	
銀杏	Aspirin	自發性眼前房出血	
	Warfarin	腦內出血	
	Ticlopidine	不影響出血時間及抗血小板作用	抗凝血劑
	Cilostazol	不影響抗血小板作用 出血時間增加	抗血小板劑
	Clopidogrel	不影響抗血小板作用	抗血小板劑
當歸	Warfarin	出血時間和瘀青上升、增加 INR	
丹參	Warfarin	增加 INR、延長 PT/PTT	
黃芩	Rosuvastatin	降低血中濃度	降血脂藥
甘草	digoxin	甘草造成低血鉀容易 digoxin overdose	
龍骨，牡蠣	Tetracycline Quinolones	形成螯合物而失效	含鈣中藥都會

- 心血管疾病的西藥與常用中藥的交互作用討論如下：
(摘錄自《順天醫藥》第 10 期)

一、Digoxin 與中藥的交互作用

Digoxin 選擇性的抑制 Na⁺-K⁺ ATPase，導致細胞內 Ca²⁺濃度上升，增加心肌的收縮力，而被廣泛的利用於充血性心臟衰竭的病人。Digoxin 血中治療濃度狹窄，西醫臨床上藉由血中濃度的監測，來降低中毒的發生率。有一些中藥服用後

會影響 Digoxin 作用，併用可能使 Digoxin 的劑量難以準確掌握。

1. 服用後會增加鈣血中濃度的中藥：

a. 含鈣離子的中藥及其製劑。如珍珠、龜板、石膏、石決明、龍骨、牡蠣、海螵蛸、瓦楞子、防風通聖散、牛黃上清丸、白虎湯等。因含鈣，服用後會增加鈣的血中濃度，可以增強 Digoxin 的作用

b. 阿膠及其製劑。如豬苓湯、炙甘草湯、大定風珠等。因其所含甘氨酸 (Glycine) 能促進食物中鈣的吸收，增加血鈣濃度，故可增加 Digoxin 的作用。

2. 服用後會影響鉀離子濃度的中藥：

a. 甘草、鹿茸及其製劑。如六一散、麻杏石甘湯、炙甘草湯等。因其具有去氧皮質酮樣 (Desoxycortone-like) 作用，促進鉀離子的排泄，增加心臟對 Digoxin 的敏感性。

b. 人參、地黃及其製劑。如八珍湯、十全大補湯、聖愈湯等。因人參能興奮腦下垂體一腎上腺系統，地黃含有促皮質樣物質，長期服用可能導致藥源性低血鉀，易致 Digoxin 中毒反應。

3. 與 Digoxin 作用相似的中藥：

a. 蟾酥及其製劑。如六神丸、牛黃解毒丸等。蟾酥之 bufo steroid 與強心配醣體類結構相似，具有與 Digoxin 相同的強心作用，且易致心律不整，對於兩者的併用應小心。

b. 含烏頭鹼 (Aconitine) 的中藥及其製劑。如四逆湯、小活絡丹、八味地黃丸、真武湯、附子湯等。毛茛科烏頭屬的植物，如川烏、草烏及附子的主要成分烏頭鹼 (Aconitine)，具有強心作用，會增強 Digoxin 的毒性作用，致心律不整。附子中的去甲烏藥鹼 (higenamine)，能興奮 β -receptor 而增加強心作用。

c. 枳實及其製劑。如大柴胡湯、小承氣湯、四逆散、麻子仁丸。因枳實含 Synephrine 及 N-methyl tyramine，可興奮 α 及 β -receptor，增加心肌收縮力，心輸出量增加。但也會使周邊血管收縮，外周阻力增加，加重心臟後負荷而對心衰者不利。

d. 山楂及其製劑。山楂能抑制 Na^+-K^+ ATPase，具有與 Digoxin 相同的藥理作用。

4. 與 Digoxin 作用相反的中藥：

升麻及其製劑。如清胃散、補中益氣湯、乙字湯、升麻葛根湯等。升麻對心臟有抑制心肌、減慢心律的作用，其藥理作用與 Digoxin 相反。

5. 影響 Digoxin 吸收的中藥：

a. 含生物鹼的中藥及其製劑。如黃連、黃芩、黃柏、附子、烏頭、麻黃、

延胡素、苦參、黃連解毒湯、三黃瀉心湯、葛根芩連湯等。因這些藥在胃腸道中具有強的抑菌作用，使腸道內菌群改變，部分 Digoxin 被細菌代謝減少，血中 Digoxin 濃度增高。

b. 含陽性離子的中藥及其製劑。如明礬、滑石、磁石、六一散等。併用會影響 Digoxin 的吸收，降低 Digoxin 血中濃度和藥效。

二、Warfarin 與中藥的相互作用

1. 生薑、丹參及其製劑。如香蘇散。生薑對 arachidonic acid、collagen 有抑制作用；丹參會減少 Warfarin 的排除及增加吸收率，降低血小板的凝集作用及增加 INR，加強 Warfarin 作用。

2. 當歸及其製劑。如四物湯、芎歸膠艾湯。當歸含 coumarin 衍生物，臨床上發現與 Warfarin 併用，明顯延長 prothrombin time 與 INR，加強 Warfarin 作用。白芷亦含 coumarin 衍生物，應小心併用。

3. 銀杏及其製劑。成分中含血小板活化因子(PAF)拮抗劑 Ginkgolides，併用 Warfarin 會導致凝血時間延長、增加出血的危險。

三、利尿劑與中藥的相互作用

利尿劑在心血管疾病治療應用上相當廣泛，病人長期服用利尿劑可能產生體液與電解質不平衡，對於肝硬化、糖尿病、年長及須服用 Digoxin 的病人，血鉀的高低均會對病人造成不良影響。一些中藥服用後可能加重利尿劑的不良反應，使用上必須小心。

1. 甘草、鹿茸、知母、地黃、人參等中藥及其製劑。如人參白虎湯。長期服用有產生藥源性低血鉀的可能，併用 Thiazide 類利尿劑，易加重低血鉀的副作用。

2. 含豐富鉀鹽的中藥，如：篇蓄、澤瀉、白茅根、夏枯草、絲瓜絡等中藥及其製劑。如：八正散、五苓散、豬苓湯、六味地黃丸等。與 Potassium-sparing 類利尿劑併用，會有高血鉀的危險。

四、Quinidine 與中藥的相互作用

1. 含鹼性成分的中藥。如硼砂等，因其能鹼化尿液，增加腎小管 Quinidine 的再吸收，降低排泄，血中濃度增加，故易致 Quinidine 的中毒反應。

2. 含膽汁的中藥製劑。如膽南星等。因 Quinidine 與膽汁的陰離子反應，生成不溶性化合物，使其難以吸收而降低藥效。

五、Reserpine 與中藥的相互作用

含有機酸的中藥及其製劑。如山楂、木瓜、銀花、枳實、白芍、陳皮、烏梅、五味子、山茱萸、女貞子、保和丸、二陳湯等。有機酸會酸化尿液，減少腎小管對弱鹼性藥物 Reserpine 的吸收，增加排泄而降低藥效。與甘草併用會產生沉澱，減少吸收，藥效降低。

六、其他藥物

1. 麻黃及其製劑。如：麻黃湯、葛根湯、定喘湯、小青龍湯、大青龍湯、麻杏甘石湯等。麻黃鹼 (Ephedrine) 作用在 $\alpha\beta$ -receptor，能興奮心肌、增加心輸出量，與收縮周邊血管。與 Digoxin 併用能加強心肌的收縮力，易引起心律不整。麻黃鹼可競爭性阻斷 Reserpine 在交感神經末梢的吸收，併用時，因麻黃鹼降壓作用低，而使血壓升高。與 Epinephrine、Norepinephrine、Isoproterenol 併用可致心悸、血壓增高，缺氧時易致心律不整，甚至心跳停止等。休克時併用，會加重心臟負荷及循環障礙，減少血液灌注。

2. 酒藥類保健藥。如酒當歸、酒大黃、虎骨酒、人參酒、風濕酒等。由於乙醇可使血管擴張，與 NTG、 α -blocker、Ca²⁺channel blocker 心血管作用藥物併用，兩者作用協同，使血管擴張作用增強，加重頭痛、低血壓等副作用。

3. 含碳類中藥。如煅龍骨、煅牡蠣、煅蛤殼、側柏炭、血餘炭、蒲黃炭等。因具有吸附作用，減少西藥在消化道的吸收，而降低其作用和藥效。

4. 含鞣質較多的中藥。如大黃、虎杖、篇蓄、黃連上清丸等。併用西藥時，在胃腸道生成鞣酸鹽沉澱，西藥難以吸收，降低生體可用率和藥效。

● 更多中西藥交互作用請參考”中西藥交互作用資訊網”

<http://dhi.cmu.edu.tw/>