

第 三 章  
內分泌、營養及新陳代謝  
疾病與免疫性疾患

**ENDOCRINE, NUTRITIONAL AND  
METABOLIC DISEASES AND  
IMMUNITY DISORDERS**



## 單純性及未明示之甲狀腺腫 *Simple and unspecified goiter*

一、本書編號：201

二、國際疾病分類（ICD-9/ICD-10）編號：240/E04

三、現代醫學病名及定義：

單純性甲狀腺腫是一種發生於甲狀腺的非炎症瀰漫性腫大，包括地方性甲狀腺腫及散發性甲狀腺腫，俗稱「大脖子」。地方性甲狀腺腫是由某些特定的地區所共有的病因學之因素所引起，該地區有10%以上的人存在普遍性或侷限性狀腺腫大；而散發性甲狀腺腫，乃在非地方性流行區均出現，常由於不影響人群因素所引起。故凡非炎症或腫瘤引起，且最初不伴有甲狀腺毒症或甲狀腺低下的甲狀腺腫大即可定義為單純性甲狀腺腫或非毒性甲狀腺腫。本病的起因主要是由於甲狀腺荷爾蒙產量的相對性不足，致使甲狀腺增大，但是沒有臨床症狀，所以一般的症狀僅為頸部兩側腫大。

四、中醫相關病名及文獻出處：

### 瘰

1.《呂氏春秋·盡數篇》

「輕水所，多禿與瘰人。」

2.《諸病源候論·瘰癧等病諸候·瘰候》

(1)「養生方云：諸山水黑土中，出泉流者，不可久居，常食令人作瘰病，動氣增患。」

(2)「瘰者憂恚氣結所生，亦曰飲沙水，沙隨氣入於脈，搏頸下而成之。」

3.《儒門事親·瘰》

「夫瘰囊腫悶，……頸如險而瘰，水土之使然也。」

### 瘰癧

1.《聖濟總錄·瘰癧門·諸瘰統論》

「山居多瘰頸，處險而瘰也。」

2.《明醫指掌·外科·瘰癧證》

「五瘰多緣氣與痰，結於頸項兩頤間。」

3.《雜病源流犀燭·頸項源流病·瘰癧》

(1)「瘰癧者，氣血凝滯，年數深遠，漸長漸大之症。……亦名瘰氣。」

(2)「西北方依山聚澗之民，食谷之水，受冷毒之氣，其間婦女，往往生結囊如瘰。」

### 氣瘰

《證治準繩·瘍醫·瘰癧》

(1)「隨憂秋消長者，名氣瘰。」

(2)「藻藥散，治氣瘰，海藻一兩，黃藥子二兩。」

### 泥瘰

《聖濟總錄·瘰癧門·諸瘰統論》

「五瘰，……石與泥則因山水飲食而得之。」

**血瘰**

1. 《三因極一病證方論·瘰癧證治》  
「赤脈交絡曰血瘰。」
2. 《外科正宗·上部疽毒門·瘰癧論》  
「症見頸生瘰塊，皮色紫紅，上有交叉露現的赤脈紅絲。」

**筋瘰**

1. 《外科真詮》  
「筋脈呈露曰筋瘰。」
2. 《簡明中醫辭典》  
「症見瘰塊青筋顯露，結如蚯蚓。」

**石瘰**

- 《三因極一病證方論·瘰癧證治》  
「堅硬不可移者，名曰石瘰；皮色不變者，名曰肉瘰；筋脈露結，名曰筋瘰；赤脈交絡者，名血瘰；隨憂愁消長者，名氣瘰。」

**五、診斷要點：**

甲狀腺功能檢查（T3、T4、free T3、freeT4、TSH）：

由於單純性甲狀腺腫乃為甲狀腺的代償性增大，甲狀腺的功能沒有改變。故 T3、T4、free T3、freeT4、TSH 的濃度均正常。

超音波檢查：甲狀腺形態正常，密度正常均勻回音。

**六、綜論：**

病因病機

**1.西醫方面**

大多數單純性甲狀腺腫的原因不明，而有部分是因碘的攝取不足，或攝入致甲狀腺腫的物質或甲狀腺激素在生物合成過程中有缺陷等明確的因素所引起的。其已知的原因可以包括：

- (2)碘的攝取不足：由於碘的缺乏，使甲狀腺過度地代償性增大，來使人體保持正常甲狀腺功能狀態。
- (3)甲狀腺激素需要量的增加：在青春期、妊娠期、哺乳期及斷經期，此時甲狀腺激素需要量增加時，引起長時期的促甲狀腺分泌激素（TSH）過度分泌，而促使甲狀腺腫。
- (4)甲狀腺激素合成及分泌的障礙：在非流行地區，部分單純性甲狀腺腫的發生是由於分泌或合成過程上的缺陷所致。某些藥物（如磺胺類）會阻止甲狀腺激素的生合成。

**2.中醫方面**

本病根據其表現屬於中醫「氣瘰」的範圍，其原因可分為：

- (1)感受山嵐水氣：此即地方性甲狀腺腫。主要是指該地區的食物及飲水中，所含碘的不足，所以觀察中，該地區的人有多數會形成甲狀腺腫。

- (2)情志所傷：此外，由於肝脈循喉嚨，肝鬱氣滯，循經留滯於結喉，積久聚而成形，乃成「氣瘰」。
- (3)腎氣虧虛，外邪侵入：由於生長發育、妊娠、產後，哺乳等皆可致腎氣虧虛，使水不涵木，肝木旺而氣滯，故腎虛而肝旺，亦可引起氣瘰之發生。現代醫學亦證明，該病好發於年青人、值妊娠期或哺乳期之婦女，及流行地區的學齡兒童。
- (4)中醫在很早即對地方性甲狀腺腫有所描述，在《諸病源候論》及《雜病源流犀燭》中即提到了山居者，易患此病。故在治療中，尤以海藻、昆布、海帶等含碘較多之物來治療。

臨床症狀：

- 1.主要的臨床表現為頸部兩側或一側呈瀰漫性腫大。由於其腫大於頸前結喉處，外觀皮色如常，按之柔軟，可以隨吞嚥而上下移動，相當於中醫的「氣瘰」的範圍。
- 2.一般的症狀僅表現為頸部腫大，但身體的代謝狀況正常。
- 3.嚴重缺碘的地區，甲狀腺腫大還可伴隨不同程度的甲狀腺機能低下症。
- 4.中醫的辨證：
 

根據其常見的證候及其表現特點可分為下列幾種證型：

  - (1)肝氣鬱結：此型可一側或兩側瀰漫性腫大，有時可能隨情緒而消長。
  - (2)感受山嵐之氣：此型多呈單側腫大，腫塊上可摸及結節，有一定的區域性，相當地方性甲狀腺腫。
  - (3)腎陽虧虛：頸部瀰漫性腫大。

其中前二證屬實證，而腎氣虧虛所致者呈虛證，治療時是在各型的用藥基礎上，加添軟堅散腫的藥物。
- 5.此外，當甲狀腺腫大壓迫至頸靜脈時，所表現的頸部表淺靜脈明的擴張，中醫上稱之為「血瘰」，乃氣瘰與石瘰之併發症；而特別在胸骨後甲狀腺腫大，導致除了頸部表淺靜脈曲張外，胸前表淺靜脈亦曲張，則稱為「筋瘰」。此亦為氣瘰與石瘰之併發症，與血瘰在程度上稍有不同。

## 甲狀腺腫，未明示者 *Goitre, unspecified*

一、本書編號：202

二、國際疾病分類（ICD-9/ICD-10）編號：240.9/E04

三、現代醫學病名及定義：

甲狀腺腫最常見的原因是單純性甲狀腺，所以若未明示為何種甲狀腺腫時，一般指單純性甲狀腺腫。單純性甲狀腺腫指的是非由炎症及腫瘤所引起，不產生甲狀腺機能亢進或黏液水腫。臨床上只有甲狀腺腫大，甲狀腺功能正常。如果腺腫增大太厲害，會壓迫周圍之組織，使氣管、食道移位甚至阻塞。

四、中醫相關病名及文獻出處：

### 瘰

1. 《諸病源候論·瘰癧病諸候·瘰候》

(1) 「瘰者憂恚氣結所生，亦曰飲沙水，沙隨氣入於脈，搏頸下而成之。初作與櫻核相似，而當頸下也。」

(2) 「養生方云：諸山水黑土中，出泉流者，不可久居，常食令人作瘰病，動氣增患。」

2. 《外台秘要·瘰病》

「小品瘰病者始作與瘰核相似，其瘰病喜當頸下，當中央不偏兩邊也。」

### 瘰囊

《儒門事親·瘰》

「夫瘰囊腫悶，稽叔夜養生論云：頸如險而瘰，水土之使然也。可用人參化瘰丹，服之則消也。」

### 瘰氣

《太平聖惠方·治瘰氣咽喉腫塞諸方》

「夫瘰氣咽喉腫塞者，由人憂恚之氣，在於胸膈，不能消散，搏於肺脾故也。咽門者，胃氣之道路。喉嚨者，肺氣之往來。今二經俱為邪之所乘，則經絡痞塞，氣不宣通，故令結聚成瘰，致咽喉腫塞也。」

### 石瘰

《三因極一病證方論·瘰癧證治》

「堅硬不可移者，名曰石瘰，皮色不變者，名曰肉瘰，筋脈露結者，名曰筋瘰，赤脈交絡者，名曰血瘰，隨憂愁消長者，名曰氣瘰。」

### 瘰癧

1. 《證治準繩·瘍醫·瘰癧》

「藻藥散，治氣瘰。海藻一兩，黃藥子二兩。黃藥酒，治忽生瘰疾及一二年者。」

2. 《壽世保元·瘰癧》

「夫瘰癧者，多因氣血所傷，而作斯疾也。大抵人之氣血，循環無滯，瘰癧之患，如調攝失宜，血凝結皮肉之中，忽然腫起，狀如梅子，久則滋長。瘰有五種：曰

石、肉、筋、血、氣是也。」

### 3. 《明醫指掌·外科·癭瘤證》

「五癭多緣氣與痰，結於頸項兩頤間。癭但生於頸項之間；瘤則遍身體頭面、手足，上下不拘其處，隨氣凝結於皮膚之間，日久結聚不散，積累而成。若人之元氣循環周流，脈絡清順流通，焉有癭瘤之患也。必因氣滯疾凝，隧道中有所留止故也。癭氣絕不可破，破則膿血崩潰，多致夭枉。但當破氣豁痰，咸劑以軟其堅結，自然消散。」

### 4. 《雜病源流犀燭·頸項源流病·癭瘤》

「癭瘤者，氣血凝滯，年數深遠，漸長漸大之症。何謂癭，其皮寬，有似櫻桃，故名癭，亦名癭氣，又名影袋。」

## 五、診斷要點：

一般只須檢查血中 T4（或 FT4）、TSH，且在正常範圍內。  
自體抗體 AMIA，ATA 測定，懷疑橋本氏甲狀腺炎才須測定。

## 六、綜論：

本病診斷要點為甲狀腺腫大和甲狀腺功能正常。基礎代謝率正常或偏低（少數），血漿蛋白結合碘和 T4 基本正常或稍低，但 T3 可略高以維持甲狀腺功能正常。當多種因素使甲狀腺在基礎狀態無法分泌足夠周圍組織使用之量時，單純甲狀腺腫就產生了。雖然假定上述之結果會導致促甲狀腺分泌激素（TSH）之分泌增加，但已知單純腺腫病人血中 TSH 往往正常，因此其他之機轉應考慮。其中較可能的是腺體內有機碘之缺乏及荷爾蒙合成之減少，使甲狀腺對基礎 TSH 之反應增加，機能性甲狀腺組織隨之增加，細胞活性也增加來補償輕度或中度之荷爾蒙合成不足，因此臨床上無機能低下之症狀，但是有甲狀腺腫出現。不過當疾病進行得極嚴重時，增加 TSH 分泌亦無法使甲狀腺維持正常之分泌量，此時病人不但有腺腫，機能低下症也同時產生了。

腫大腺體可引起壓迫症候群；如氣管受壓，可有喉頭緊縮感，慢性刺激性乾咳、勞動後氣促；如甲狀腺腫位於胸骨後或胸腔內，可引起上腔靜脈壓迫症候群。

在中醫的觀點方面，可以癭來代表此病。癭的病位，在頸前結喉兩側，頸前屬任脈所主。任脈起於少腹中極穴之下，沿腹和胸部正中線直上，抵達咽喉，再上至頰部，經過面部進入兩目。且頸前亦屬督脈，蓋督脈其少腹直上者，貫臍中央，上貫心，入喉。而任督兩脈皆係於肝腎，且肝腎之經脈，皆循喉嚨。所以頸前部位，與任、督、肝、腎經絡有一定的聯繫。故氣癭的成因，除由於長期飲用沙水（缺碘之水）外，情志不暢，肝氣鬱結，亦為發病原因之一。癭病有時伴有月經紊亂，兩手震顫，突眼，心悸等，與衝任不調，肝木失養，腎陰不足等有關。所以在癭的治療過程中，結合其病位的經脈所屬辨證施治，對指導臨床有一定的意義。

## 非毒性甲狀腺結節腫 *Nontoxic nodular goitre*

一、本書編號：203

二、國際疾病分類（ICD-9/ICD-10）編號：241/E04

三、現代醫學病名及定義：

甲狀腺結節為甲狀腺局部腫大，由外表觀察時或觸摸，呈現結節，叫甲狀腺結節腫，可以是單一結節，也可以是多發性結節。是頸部最常見的腫瘤，大約4%的成人有甲狀腺結節，男女發生的比例為4:1，在小孩子的發生率低於1%，而年齡大於60歲的發生率約5%。引起結節性甲狀腺腫的原因有很多，比較常見的是良性結節，包括多發性甲狀腺結節、單一甲狀腺結節及單純甲狀腺囊腫，有的結節會因為出血而產生囊腫，而囊液的顏色則隨出血的時間會有不同，由鮮紅、暗紅、茸綠而變黃。極少數的甲狀腺結節為甲狀腺癌，亞急性甲狀腺炎也會形成結節狀，此時甲狀腺觸摸起來硬而成條狀或腫塊狀，病人會感到非常疼痛，急性甲狀腺炎造成的結節比較少見，除壓痛外，局部皮膚會紅腫。

四、中醫相關病名及文獻出處：

### 肉癭

1.《三因極一病證方論·癭瘤證治》

「皮色不變者名曰肉癭。」

2.《醫宗金鑑·外科心法要訣·癭瘤》

「脾主肌肉，鬱結傷脾，肌肉淺薄，土氣不行，逆於肉裏，致生肉癭、肉瘤。」

### 癭囊

《儒門事親·癭》

「夫癭囊腫悶，稽叔夜養生論云：頸如險而癭，水土之使然也。可用人參化癭丹，服之則消也。」

### 癭氣

《太平聖惠方·治癭氣咽喉腫塞諸方》

「夫癭氣咽喉腫塞者，由人憂恚之氣，在於胸膈，不能消散，搏於肺脾故也。咽門者，胃氣之道路。喉嚨者，肺氣之往來。今二經俱為邪之所乘，則經絡痞塞氣不宣通，故令結聚成癭，致咽喉腫塞也。」

### 石癭

《三因極一病證方論·癭瘤證治》

「堅硬不可移者，名曰石癭，皮色不變者，名曰肉癭，筋脈露結者，名曰筋癭，赤脈交絡者，名曰血癭，隨憂愁消長者，名曰氣癭。」

### 癭瘤

1.《證治準繩·瘍醫·癭瘤》

「藻藥散，治氣癭。海藻一兩，黃藥子二兩。黃藥酒，治忽生癭疾及一二年者。」

## 2. 《壽世保元·癭瘤》

「夫癭瘤者，多因氣血所傷，而作斯疾也。大抵人之氣血，循環無滯，癭瘤之患，如調攝失宜，血凝結皮肉之中，忽然腫起，狀如梅子，久則滋長。癭有五種：曰石、肉、筋、血、氣是也。」

## 3. 《明醫指掌·外科·癭瘤證》

「五癭多緣氣與痰，結於頸項兩頤間。癭但生於頸項之間；瘤則遍身體頭面、手足，上下不拘其處，隨氣凝結於皮膚之間，日久結聚不散，積累而成。若人之元氣循環周流，脈絡清順流通，焉有癭瘤之患也。必因氣滯疾凝，隧道中有所留止故也。癭氣絕不可破，破則膿血崩潰，多致夭枉。但當破氣豁痰，咸劑以軟其堅結，自然消散。」

## 4. 《雜病源流犀燭·頸項源流病·癭瘤》

「癭瘤者，氣血凝滯，年數深遠，漸長漸大之症。何謂癭，其皮寬，有似櫻桃，故名癭，亦名癭氣，又名影袋。」

## 五、診斷要點：

甲狀腺功能檢查：絕大部份甲狀腺結節的甲狀腺功能為正常，只有少部分為甲狀腺亢進。

血清腫瘤標記：甲狀腺球蛋白（**thyroglobulin**）的測定，對甲狀腺癌的診斷無法提供參考價值，一般不列為常規性檢查，只有在甲狀腺癌手術後，作為甲狀腺癌是否復發的指標。而抑鈣素（**calcitonin**）及血清癌胚抗原（**CEA**）的測定，對診斷甲狀腺髓質癌（**medullary thyroid carcinoma**）有幫忙。

甲狀腺超音波檢查：可以清楚的瞭解甲狀腺結節的形狀和結構。例如結節的數目大小、形狀，以及結節內部的性質，例如囊腫與實心結節可以在超音波下明顯的區別開來。而囊腫本身，在超音波下又可分辨是部份囊腫，或完全囊腫，一般而言，實心結節惡性的機會高於部份囊腫，而部份囊腫又高於完全囊腫。如果在結節內有很多鈣化小點，則正確診斷為癌症的機會很大。

甲狀腺核子掃描（**Thyroid nuclear scan**）可以決定結節為單一結節或多發性結節，並可定出結節的功能。

熱結節（**Hot nodule**）：結節對碘之攝取高於結節外之甲狀腺組織，一般癌症之機率很少。

溫結節（**Warm nodule**）：結節對碘之攝取等於結節外之甲狀腺組織，一般癌症之機率很少。

冷結節（**Cold nodule**）：對碘之攝取低於結節外之甲狀腺組織，冷結節甲狀腺癌之機率為 10.8%。

細胞穿刺抽吸細胞學檢查：任何結節無論大小及性質都必須定期接受細胞穿刺抽吸細胞學檢查，以早期發現甲狀腺癌，而早期接受治療。

## 六、綜論：

### 病因病機

#### 1.西醫方面

引起甲狀腺結節的原因，例如碘攝取不足或過多、食物中的致腫物、遺傳、頭頸部 X 光的長期照射等等。

#### 2.中醫方面

本病的病因主要是情志內傷和飲食及水土失宜，與先天因素也有密切關係。由於長期忿鬱惱怒或憂思鬱慮，使氣機鬱滯、肝氣失於條達，橫剋脾土，脾失健運，痰濁內生，氣滯痰凝，壅結頸前，則形成瘰癧。痰氣凝滯日久，使血液的運行亦受到障礙而產生血行痕滯，則可致瘰癧較硬或結節。又因家族中有本病史者，其後代發病率較無家族史者為高，說明本病與先天遺傳有關。

### 臨床症狀

主要的臨床表現為甲狀腺出現了局部腫大，可以是單一的結節，也可以是多發性結節，病人吞嚥時，結節會上下移動，大部份病人甲狀腺功能正常，沒有什麼不舒服的症狀，有的病人會感覺有異物感或壓迫感，少數病人會因結節壓迫到氣管而有呼吸困難的情形。甲狀腺結節大部份為良性，但是如果結節摸起來硬而且表面不平滑，或是結節旁出現淋巴腫大以及結節快速變大，則必須高度懷疑甲狀腺癌的可能。

### 治療：

#### 1.西醫治療

對於良性甲狀腺結節的治療，一般使用甲狀腺素，利用甲狀腺素來抑制腦下垂體分泌促甲狀腺分泌激素，通常可以防止結節繼續變大，再定期作甲狀腺超音波，配合甲狀腺細針吸收細胞學檢查。如果結節太大，產生壓迫的症狀或是服甲狀腺素治療仍持續變大，則建議外科手術治療。

#### 2.中醫治療

氣滯痰凝壅結頸前是本病的基本病理，日久引起血脈瘀阻，以致氣、痰、瘀三者合而為患，治療應以理氣化痰；消癭散結為基本治則。

### 中西醫結合

中醫藥對於良性甲狀腺結節的治療有不少的研究報導，或以中藥內服；或局部外敷；或用針灸，但都缺乏科學的研究方法。而西藥也沒有很好的治療的方法，中西醫結合治療良性甲狀腺節有待更進一步的研究來突破。

## 甲狀腺毒症，合併或未合併甲狀腺腫 *Thyrotoxicosis with or without goiter*

一、本書編號：204

二、國際疾病分類（ICD-9/ICD-10）編號：242/E05

三、現代醫學病名及定義：

甲狀腺毒症是指身體組織對於過多的甲狀腺素所產生的臨床、生理和生化學上的變化。而甲狀腺機能亢進（hyperthyroidism）則是指甲狀腺本身過度的分泌甲狀腺素造成的甲狀腺毒症。

四、中醫相關病名及文獻出處：

### 瘰

1.《呂氏春秋·盡數篇》

「輕水所，多禿與瘰人。」

2.《諸病源候論·瘰癧等病諸候·瘰候》

(1)「養生方云：諸山水黑土中，出泉流者，不可久居，常食令人作瘰病，動氣增患。」

(2)「瘰者憂恚氣結所生，亦曰飲沙水，沙隨氣入於脈，搏頸下而成之。」

3.《儒門事親·瘰》

「夫瘰囊腫悶，……頸如險而瘰，水土之使然也。」

### 氣瘰

《證治準繩·瘍醫·瘰癧》

(1)「隨憂愁消長者，名氣瘰。」

(2)「藻藥散，治氣瘰，海藻一兩，黃藥子二兩。」

### 心悸

《諸病源候論·虛勞病諸候·虛勞驚悸候》

「心藏神而主血脈，虛勞損傷血脈，致令心氣不足，因為邪氣所乘，則使驚而悸動不定。」

### 怔忡

1.《素問玄機原病式·六氣為病·火類》

「心胸躁動，謂之怔忡。」

2.《景岳全書·理集·雜證謨·怔忡驚恐》

「怔忡之病，心胸筑筑振動，惶惶惕惕，無時得寧者是也。……此證惟陰虛勞損之乃有之，蓋陰虛於下，則宗氣無根，而氣不歸源，所以在上則浮撼於胸臆，在下則振動於臍旁，虛微動亦微，虛甚者動亦甚。」

3.《醫學正傳·怔忡驚悸健忘證》

「怔忡者，心中惕惕然動搖而不得安靜，無時而作者是也；驚悸者，驀然，而跳躍驚動，而有欲厥之狀，有時而作者是也。」

4. 《醫學入門·外集·雜病分類·內傷類·痰類》  
「怔忡因驚悸久而成。」
5. 《赤水玄珠》  
「怔忡者，心中惕惕然動不自安也。」
6. 《張氏醫通·神志門·悸》  
「悸即怔忡之謂，心下惕惕然跳，筑筑然動，怔怔忡忡，本無所驚，自心不動而不寧，即所謂悸也。」
7. 《醫確·雜症·悸》  
「悸即怔忡。悸者，心筑筑惕惕然動不安，俗名心跳。」
8. 《雜病源流犀燭·怔忡源流》  
「人所主者心，心所主者血，心血消亡，神氣失守，則心中空虛，怏怏動搖，不得安寧，無時不作，名曰忡。」

### 五、診斷要點：

甲狀腺功能檢查（T3、T4、Free T3、Free T4、促甲狀腺分泌激素（TSH））：

1. 通常 T3、T4、FreeT3、FreeT4 會升高，而 TSH 會下降（ $<0.01$ ） $\mu\text{IU/ml}$ 。Free T3、Free T4 為血中真正發生作用的甲狀腺荷爾蒙，比較精確，不會受其他疾病或藥物的影響，但必須是大型的醫院才有此兩項檢驗。
2. 大約有 5-10% 的病人，T4 正常，而只有 T3 升高，稱為 T3 毒血症，這是早期階段的甲狀腺毒症（T3 toxicosis），往往過了一段時間 T4 也會上升。
3. 甲狀腺微粒性抗體（AMIA），甲狀腺球蛋白抗體（ATA），促甲狀腺分泌激素接受器抗體（TSH-receptor Ab）大部分的病人會呈陽性。

超音波檢查：葛瑞夫茲病甲狀腺形態瀰漫性腫大，峽部亦變厚，密度不均勻，低回音；毒性多發性甲狀腺結節，甲狀腺大都變大，可見多個界限清晰的結節散佈於正常的實質之中，偶而結節伴有鈣化，呈點狀或團狀；毒性單一甲狀腺結節（Plummer's disease）為單一結節散佈於正常的實質之中，一般結節為中低回音病灶最常見，其次為高回音，最少見為等回音性。

核子醫學檢查：葛瑞夫茲病甲狀腺碘攝取率（uptake rate）增加，但通常不須作此項檢查；毒性多發性甲狀腺結節整體攝取量增加，有功能的結節呈現高的吸收，為熱結節（hot nodule），沒有功能的結節及正常組織則呈抑制，沒有攝取；毒性單一甲狀腺結節呈現高攝取量（hot nodule），而其他正常組織則呈抑制，沒有攝取。

### 六、綜論：

病因病機：

#### 1. 西醫方面

- (1) 甲狀腺毒症是一種症狀群（syndrome），臨床上可依有無甲狀腺本身機能亢進而分為兩類，甲狀腺機能亢進與甲狀腺毒症，例如葛瑞夫茲病、毒性多發性甲狀腺結節、毒性單一甲狀腺結節及罕見的腦下腺 TSH 腺瘤。
- (2) 非甲狀腺機能亢進甲狀腺毒症：例如亞急性甲狀腺炎、伴隨暫時性甲狀腺毒症

的橋本氏甲狀腺炎、人爲甲狀腺毒症（thyrotoxicosis factitia）、異位甲狀腺組織如 struma ovarii。

## 2.中醫方面

本病根據其表現屬於中醫「氣瘰」的範圍，其原因可分爲：

- (1)感受山嵐水氣：此即地方性甲狀腺腫。主要是指該地區的食物及飲水中，所含碘的不足，所以觀察中，該地區的人有多數會形成甲狀腺腫。
- (2)情志所傷：由於肝脈循喉嚨，肝鬱氣滯，循經留滯於結喉，積久聚而成形，乃成「氣瘰」。
- (3)腎氣虧虛，外邪侵入：由於生長發育、妊娠、產後，哺乳等皆可致腎氣虧虛，使水不涵木，肝木旺而氣滯，故腎虛而肝旺，亦可引起氣瘰之發生。在現代醫學亦證明了，該病好發於年青人、值妊娠期或哺乳期之婦女，及流行地區的學齡兒童。
- (4)中醫在很早即對地方性甲狀腺腫有所描述，在《諸病源候論》及《雜病源流犀燭》中即提到了山居者，易患此病。故在治療中，尤以海藻、昆布、海帶等含碘較多之物來治療。

臨床症狀：

主要的臨床表現爲頸部兩側或一側呈瀰漫性腫大。由於其腫大於頸前結喉處，外觀皮色如常，按之柔軟，可以隨吞嚥而上下移動，相當於中醫的「氣瘰」的範圍。

中醫的辨證：

根據其常見的證候及其表現特點可分爲下列幾種證型：

- 1.氣陰兩虛者：心悸不寧，自汗乏力，五心煩熱，氣短胸悶，少寐多夢，口乾煩熱，舌質紅，少苔，脈沉細數或細弱無力，或脈結代伴有甲狀腺腫大。
- 2.陰虛胃熱：燥熱自汗、多食易飢，反而消瘦，體乏無力，煩渴多飲，舌紅少津或有裂紋，脈弦細數，或兼有甲狀腺腫大。
- 3.肝鬱血虛者：焦躁不安、多疑易怒，失眠多夢，頭暈目眩，眼乾睛脹、舌顫手抖，舌質紅，苔黃、脈弦細數，或兼有甲狀腺腫大。

治療

### 1.西醫治療

目前治療甲狀腺機能亢進主要有兩大類：

- (1)保守療法：對葛瑞夫茲病的病人，利用抗甲狀腺藥物來維持甲狀腺正常的功能，大概在一個月症狀就可得到明顯改善，但是這種口服抗甲狀腺藥物需較長期服用，一般建議服用半年到二年，以降低停藥後復發的機率。而毒性多發性甲狀腺結節及毒性單一甲狀腺結節爲非自體免疫所引起的疾病，則須長期使用抗甲狀腺藥物治療。
- (2)破壞性療法：利用手術切除部分甲狀腺或用原子碘來破壞甲狀腺，以緩解甲狀腺機能亢進的狀態。手術切除，雖可迅速解除病痛，但手術本身就有一些危險性，也可能引起甲狀腺、副甲狀腺功能不足，永久性失音等併發症。手術通常被建議用於無法長期使用抗甲狀腺藥物又不能使用原子碘的病人，及甲狀腺太大而引起壓迫，或是懷疑有惡性可能的病人身上。至於原子碘的治療，通常只

要服用一次，最多只須二、三次，可說十分方便，只有懷孕的女性不能使用，若使用原子碘治療的女性半年以內不能懷孕，在台灣通常用於復發的甲狀腺機能亢進或使用抗甲狀腺藥物有嚴重副作用及毒性多發性甲狀腺結節腫及毒性單一甲狀腺結節的病人，原子碘的缺點是會造成甲狀腺功能永久性低下，以後須長期服用甲狀腺素。

## 2.中醫治療

中醫治療本病以辨證論治為主，治療則針對不同的證型而分別給予不同的方藥，對於含碘較多的中藥，如海藻、昆布等，並不主張使用，因為碘的使用，早期會抑制甲狀腺素的釋放，但使用 10-14 天後，反而會成為合成甲狀腺素的原料，而使病情惡化。

## 中西醫結合

甲狀腺毒症是自體免疫性疾病，抗甲狀腺西藥的治療多是從抑制 T3、T4 的合成，以降低 T3、T4，似乎是一種治標的方法，而對自體免疫的異常並沒有能夠解決，因此治療的時間長，有半數以上的病患無法徹底根治，且治癒的病患停藥後也容易再復發。根據研究顯示有些中藥能調節機體的免疫功能，因此尋找一些既能抑制甲狀腺荷爾蒙的合成，改善症狀，又能調節免疫系統的中藥，與目前的西藥配合使用，從而徹底根治本病，且能防止復發，是中西醫結合的目標。

## 毒症瀰漫性甲狀腺腫 *Toxic diffuse goiter*

一、本書編號：205

二、國際疾病分類（ICD-9/ICD-10）編號：242.0/E05.0

三、現代醫學病名及定義：

引起甲狀腺機能亢進的原因很多，最常見的是毒症瀰漫性甲狀腺腫（葛瑞夫茲氏病 Graves' disease，或稱巴西氏病 Basedow's disease），是一種自體免疫性疾病，典型三大病徵為瀰漫性甲狀腺腫、眼部病變和皮膚病變，這三大病徵不一定須要同時出現，例如皮膚病變就很少出現於病人身上。葛瑞夫茲氏病可發生於任何年齡，但最常發生於 30~40 歲的女性，具有家族遺傳傾向，約 15% 的病人，其近親中有人有相同的疾病。據研究顯示與 HLA 有關，HLA-Bw46 在中國人的病患，HLA-Bw36 在日本人的病患的發現率較高。

四、中醫相關病名及文獻出處：

### 瘰

1. 《呂氏春秋·盡數篇》

「輕水所，多禿與瘰人。」

2. 《諸病源候論·瘰癧等病諸候·瘰候》

(1) 「養生方云：諸山水黑土中，出泉流者，不可久居，常食令人作瘰病，動氣增患。」

(2) 「瘰者憂恚氣結所生，亦曰飲沙水，沙隨氣入於脈，搏頸下而成之。」

3. 《儒門事親·瘰》

「夫瘰囊腫悶，……頸如險而瘰，水土之使然也。」

### 氣瘰

《證治準繩·癆醫·瘰癧》

(1) 「隨憂愁消長者，名氣瘰。」

(2) 「藻藥散，治氣瘰，海藻一兩，黃藥子二兩。」

### 心悸

《諸病源候論·虛勞病諸候·虛勞驚悸候》

「心藏神而主血脈，虛勞損傷血脈，致令心氣不足，因為邪氣所乘，則使驚而悸動不定。」

### 怔忡

1. 《素問玄機原病式·六氣為病·火類》

「心胸躁動，謂之怔忡。」

2. 《景岳全書·理集·雜證謨·怔忡驚恐》

「怔忡之病，心胸筑筑振動，惶惶惕惕，無時得寧者是也。……此證惟陰虛勞損之乃有之，蓋陰虛於下，則宗氣無根，而氣不歸源，所以在上則浮撼於胸臆，在下則振動於臍旁，虛微動亦微，虛甚者動亦甚。」

## 3. 《醫學正傳·怔忡驚悸健忘證》

「怔忡者，心中惕惕然動搖而不得安靜，無時而作者是也；驚悸者，驀然，而跳躍驚動，而有欲厥之狀，有時而作者是也。」

## 4. 《醫學入門·外集·雜病分類·內傷類·痰類》

「怔忡因驚悸久而成。」

## 5. 《赤水玄珠》

「怔忡者，心中惕惕然動不自安也。」

## 6. 《張氏醫通·神志門·悸》

「悸即怔忡之謂，心下惕惕然跳，筑筑然動，怔怔忡忡，本無所驚，自心不動而不寧，即所謂悸也。」

## 7. 《醫碕·雜症·悸》

「悸即怔忡。悸者，心筑筑惕惕然動不安，俗名心跳。」

## 8. 《雜病源流犀燭·怔忡源流》

「人所主者心，心所主者血，心血消亡，神氣失守，則心中空虛，快快動搖，不得安寧，無時不作，名曰忡。」

## 五、診斷要點：

甲狀腺功能檢查（T3、T4、Free T3、Free T4、促甲狀腺分泌激素（TSH））：

1. 通常 T3、T4、Free T3、Free T4 會升高，而 TSH 會下降（ $<0.01\mu\text{IU/ml}$ ）。Free T3、Free T4 為血中真正發生作用的甲狀腺荷爾蒙，比較精確，不會受其他疾病或藥物的影響，但必須是大型的醫院才有此兩項檢驗。
2. 大約有 5-10% 的病人，T4 正常，而只有 T3 升高，稱為 T3 毒症，這是早期階段的甲狀腺毒症，往往過了一段時間 T4 也會上升。
3. 甲狀腺微粒性抗體（AMIA），甲狀腺球蛋白抗體（ATA），促甲狀腺分泌激素接受器抗體（TSH-receptor Ab）大部分的病人會呈陽性。

超音波檢查：甲狀腺形態瀰漫性腫大，峽部亦變厚，密度不均勻低回音。

核子醫學檢查：甲狀腺碘攝取率（uptake rate）增加，通常不須作此項檢查。

## 六、綜論：

病因病機：

## 1. 西醫方面

引起葛瑞夫茲氏病的原因，目前認為病人先天體內已有遺傳的因素，再加一些誘因的影響，如緊張、身心壓力、感染及生產等，導致淋巴球異常，製造出不正常的抗體（TSH-receptorAb），刺激甲狀腺分泌過多的甲狀腺荷爾蒙。

## 2. 中醫方面

本病根據其表現屬於中醫「氣瘰」的範圍，其原因可分為：

- (1) 感受山嵐水氣：此即地方性甲狀腺腫。主要是指該地區的食物及飲水中，所含碘的不足，所以觀察該地區的人有多數會形成甲狀腺腫。
- (2) 情志所傷：由於肝脈循喉嚨，肝鬱氣滯，循經留滯於結喉，積久聚而成形，乃

成「氣癭」。

- (3)腎氣虧虛，外邪侵入：由於生長發育、妊娠、產後，哺乳等皆可致腎氣虧虛，使水不涵木，肝木旺而氣滯，故腎虛而肝旺，亦可引起氣癭之發生。在現代醫學亦證明了，該病好發於年青人、值妊娠期或哺乳期之婦女，及流行地區的學齡兒童。
- (4)中醫在很早即對地方性甲狀腺腫有所描述，在《諸病源候論》及《雜病源流犀燭》中即提到了山居者，易患此病。故在治療中，尤以海藻、昆布、海帶等含碘較多之物來治療。

臨床症狀：

主要的臨床表現為頸部兩側或一側呈瀰漫性腫大。由於其腫大於頸前結喉處，外觀皮色如常，按之柔軟，可以隨吞嚥而上下移動，相當於中醫的「氣癭」的範圍。

中醫的辨證：

根據其常見的證候及其表現特點可分為下列幾種證型：

- 1.氣陰兩虛者：心悸不寧，自汗乏力，五心煩熱，氣短胸悶，少寐多夢，口乾煩熱，舌質紅，少苔，脈沉細數或細弱無力，或脈結代伴有甲狀腺腫大。
- 2.陰虛胃熱：燥熱自汗、多食易飢，反而消瘦，體乏無力，煩渴多飲，舌紅少津或有裂紋，脈弦細數，或兼有甲狀腺腫大。
- 3.肝鬱血虛者：焦躁不安、多疑易怒，失眠多夢，頭暈目眩，眼乾睛脹、舌顫手抖，舌質紅，苔黃、脈弦細數，或兼有甲狀腺腫大。

治療：

#### 1.西醫治療

西醫目前治療葛瑞夫茲氏病主要有兩大類：

- (1)保守療法：利用抗甲狀腺藥物來維持甲狀腺正常的功能，一般在一個月症狀就可得到明顯改善，但是這種口服抗甲狀腺藥物需較長期服用，一般建議服用半年到二年，以降低停藥後復發的機率。
- (2)破壞性療法：利用手術切除部分甲狀腺或用原子碘來破壞甲狀腺，以緩解甲狀腺機能亢進的狀態。手術切除，雖可迅速解除病痛，但手術本身就有一些危險性，也可能引起甲狀腺、副甲狀腺功能不足，永久性失音等併發症。手術通常被建議用於無法長期使用抗甲狀腺藥物又不能使用原子碘的病人，及甲狀腺太大而引起壓迫，或是懷疑有惡性可能的病人身上。至於原子碘的治療，通常只要服用一次，最多只須二、三次，可說十分方便，只有懷孕的女性不能使用，若使用原子碘治療的女性半年以內不能懷孕，在台灣通常用於復發的甲狀腺機能亢進或使用抗甲狀腺藥物有嚴重副作用的病人，原子碘的缺點是會造成甲狀腺功能永久性低下，以後須長期服用甲狀腺素。

#### 2.中醫治療

中醫治療本病以辨證論治為主，治療則針對不同的證型而分別給予不同的方藥，對於含碘較多的中藥，如海藻、昆布等，並不主張使用，因為碘的使用，早期會抑制甲狀腺素的釋放，但使用 10-14 天後，反而會成為合成甲狀腺素的原料，而使病情惡化。

### 中西醫結合

甲狀腺毒症是自體免疫性疾病，抗甲狀腺西藥的治療多是從抑制 T3、T4 的合成，以降低 T3、T4，似乎是一種治標的方法，而對自體免疫的異常並沒有能夠解決，因此治療的時間長，有半數以上的病患無法徹底根治，且治癒的病患停藥後也容易再復發。根據研究顯示中藥中有些藥物能調節機體的免疫功能，因此尋找一些既能抑制甲狀腺荷爾蒙的合成，改善症狀，又能調節免疫系統的中藥，與目前的西藥配合使用，從而徹底根治本病，且能防止復發，是中西醫結合的目標。

## 後天性甲狀腺功能不足 *Acquired hypothyroidism*

一、本書編號：206

二、國際疾病分類（ICD-9/ICD-10）編號：244/E03.2

三、現代醫學病名及定義：

甲狀腺功能低下是指製造甲狀腺荷爾蒙不夠，造成全身各細胞及組織的新陳代謝減慢，產生的症狀視甲狀腺荷爾蒙的多寡而異，輕度者臨床表現不明顯，有症狀可能會出現水腫、心跳減慢、便秘、月經過多、反應遲鈍、脫髮、皮膚粗糙、聲音沙啞、貧血、血鈉過低、怕冷、嚴重者心臟衰竭、甚至昏迷死亡，稱為黏液性昏迷（myxedema coma）。可分為原發性或續發性甲狀腺機能低下，原發性甲狀腺機能低下主要是甲狀腺本身有問題，不能產生足夠的甲狀腺荷爾蒙，常見的原因為慢性淋巴性甲狀腺炎（橋本氏甲狀腺炎）、萎縮性甲狀腺炎、甲狀腺手術後、使用放射性碘治療、或碘缺乏。續發性甲狀腺低下則是下視丘或是腦下垂體的問題，常見的原因為腦下垂體腫瘤壓迫或手術後、腦下垂體萎縮、頭部接受電療及下視丘異常等。

四、中醫相關病名及文獻出處：

### 虛勞

1. 《素問·通評虛實論》

「黃帝問曰：何謂虛實？歧伯對曰：邪氣盛則實，精氣奪則虛。」

2. 《素問·調經論》

「陽虛則外寒，陰虛則內熱，陽盛則內熱，陰盛則內寒。」

3. 《素問·三部九候論》

「帝曰：以候奈何？歧伯曰：必先度其形之肥瘦，以調其氣之虛實，實則瀉之，虛則補之。」

4. 《難經·十四難》

「損其肺者，益其氣，損其心者，調其榮衛；損其脾者，調其飲食，適其寒溫；損其肝者，緩其中；損其腎者，益其精，此治損之法也。」

5. 《金匱要略·血痺虛勞病脈證並治》

「本篇首先提出虛勞的病名，論述了虛勞的一些臨床表現及治療。在治療上，若重溫補脾腎，腎氣丸、小建中湯、黃耆建中湯等，在此已用於臨床。此外，還應用到扶正祛邪的薯蕷丸及祛瘀生新的大黃蟄蟲丸，用以治療虛勞感邪及因瘀致宜的病症。」

6. 《諸病源候論·虛勞病諸候·虛勞候》

「夫虛勞者，五勞、六極、七傷是也。五勞者：一曰志勞、二曰思勞、三曰心勞、四曰憂勞、五曰瘦勞；六極者：一曰氣極、二曰血極、三曰筋極、四曰骨極、五曰肌極、六曰精極；七傷則指肺、心、肝、脾、腎及形、志之傷。」

7. 《濟生方·諸虛門·虛損論治》

「收載天地煎、雙補丸、鹿兔丸等組威精練的治虛損的多個方劑。在配方用藥上

有新的貢獻。」

8. 《脾胃論·脾胃虛實傳變論》

「脾胃之氣既傷，而元氣亦不能充，而諸病之所由生也。」

9. 《格致餘論》

「本書為朱丹溪所著，在治療上擅長滋陰降火，創制以大補陰尤為代表的滋陰諸方。」

10. 《景岳全書·理集·雜證謨·虛損》

「病之虛損，變態不同，因有五勞七傷，證有營衛臟腑，然總之則人賴以生者，惟此精氣，而病為虛損者，亦惟此精氣，氣虛者，即陽虛也；精虛者，即陰虛也。」

11. 《醫碯·雜症·虛損癆瘵》

「虛者，血氣不足也，久則肌膚臟腑亦漸消損；故曰虛損。勞者，久為病苦，不得安息，如勞苦不息者然。」

### 水腫

1. 《素問·水熱穴論》

「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、行於皮裡，傳為附腫，本之於腎，名曰風水。」

2. 《靈樞·五癯津液別》

「陰陽氣道不通，四海閉塞，三焦不瀉，津液不化，……留於下焦，不得滲膀胱，則下焦脹，水溢則為水脹。」

3. 《金匱要略·水氣病脈證並治》

「風水其脈自浮，外證骨節疼痛，惡風。皮水，其脈亦浮，外證附腫，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。」

4. 《諸病源候論·水腫病諸候·水腫候》

「腎者主水，脾胃俱主土，土性克水，脾與胃合，相為表裡，胃為水谷之海，今胃虛不能傳化水氣，使水氣滲溢經絡，浸漬腑臟，…水氣溢於皮膚而令腫也。」

5. 《丹溪心法·水腫》

「若遍身腫，煩渴，小便赤澀，大便閉，此屬陽水，……若遍身腫，不煩渴，大便溏，小便少、不澀赤，此屬陰水。」

6. 《景岳全書·心集·雜證謨·腫脹》

(1) 「故凡病水者，本即身中之血氣，但其為邪為正，總在化與不化耳，水不能化，因氣之虛，豈非陰中無陽乎？此水腫之病，所以多屬陽虛也。」

(2) 「凡水腫等證，乃脾、肺、腎三臟相干之病。……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。故傳入於脾而肌肉浮腫，傳入子肺則氣息喘急，……然合而言之，則總由陰勝之害。」

## 五、診斷要點：

甲狀腺功能及抗體檢查：原發性甲狀腺機能低下，典型的病例 T4、T3、free T4、freeT3 低，而促甲狀腺分泌激素（TSH）高（ $> 20\mu\text{IU/ml}$ ），續發性甲狀腺低下則 T4、T3、free T4、freeT3 低，而 TSH 值偏低或正常（low normal），其他腦下垂體的荷爾蒙，有時亦須一起檢查以排除泛腦下垂體低下症（panhypopituitarism）。在慢性淋巴性甲狀腺炎，常會出現甲狀腺抗體，如甲狀腺微粒性抗體（AMIA）90-100%和甲狀腺球蛋白抗體（ATA）80-90%。

甲狀腺超音波檢查：慢性淋巴性甲狀腺炎可以看到瀰漫性腫大和低回音，萎縮性甲狀腺炎則甲狀腺明顯縮小和低回音。

甲狀腺細胞檢查：橋本氏甲狀腺炎，可以看到很多成熟的淋巴球，以及較大而不成熟的淋巴球（centroblast）。

血脂測定：膽固醇及三酸甘油酯會增加，這是續發性高血脂症，為甲狀腺低下所引起。

## 六、綜論：

臨床表現：

橋本氏甲狀腺炎（Hashimoto's thyroiditis）亦稱慢性淋巴腺性甲狀腺炎，為後天性甲狀腺低下最常見的原因，好發於中年婦女，雙側瀰漫性甲狀腺腫大為顯著特徵，少數病患可出現兩側不對稱腫大，理學檢查質地堅韌而有彈性，呈橡皮樣硬塊，會隨吞咽而移動，有時會呈結節狀，質較硬，若腺體內如有多量纖維化時，則可堅硬如石。有 20%病患會出現甲狀腺低下的症狀，而有怕冷、疲乏、記憶力減退、表現遲鈍、便秘、體重增加、水腫、皮膚乾燥粗厚。

中醫的辨證

本病的病機重點為脾腎陽虛，所以其治療原則必然是溫陽益氣（脾腎雙補）為主。但是，根據本病的發展規律，結合臨床實際，除脾腎陽虛外，還常兼夾出現陽虛濕盛、痰瘀互阻、氣血虧虛、心腎陽虛、腎精虧損以及陽微欲脫等證。

西藥治療

一般每天服用甲狀腺素一顆約（100 微克）即可讓甲狀腺功能正常，除非特殊狀況，如太胖、腸胃疾病使藥物吸收不良等。服用甲狀腺荷爾蒙後約一個月，病患甲狀腺低下症會有明顯改善，且甲狀腺也會縮小，以後定期抽血檢查甲狀腺功能，以便適時調整甲狀腺素劑量，病患往往須長期服用甲狀腺素，不可隨意停藥。

中西醫結合

西醫治療甲狀腺低下時，補充甲狀腺素，明顯改善甲狀腺低下所造成的不適症狀，但對自體免疫過程則沒有作用。中醫藥目前對本病的研究不多，但依中藥治療多方向的特性，或許能調節免疫功能，而有機會使甲狀腺功能恢復。

## 慢性淋巴性甲狀腺炎 *Chronic lymphocystic thyroiditis*

一、本書編號：207

二、國際疾病分類（ICD-9/ICD-10）編號：245.2/E06.3,E06.5

三、現代醫學病名及定義：

慢性淋巴性甲狀腺炎，最早由日本人橋本策於 1912 年於德國的臨床醫學雜誌上首先報告，因此本病又稱為橋本氏甲狀腺炎。患者以 30~50 歲的女性為多，約比男性多 15~20 倍，目前在碘攝取充足地區，是造成甲狀腺機能低下最常見的原因。本疾病是一種自體免疫的疾病，病人會抱怨無痛性腺體增大或喉部飽脹感，檢查時，則會發現有瀰漫性甲狀腺腫大，觸感堅實有彈性，常有結節出現，其中有 20% 的病人時會有甲狀腺低下的情形，常會有合併其他自體免疫問題，包括第一型糖尿病、風濕性關節炎、紅斑性狼瘡、修格蘭氏（Sjogren）症候群、重症肌無力及惡性貧血。

四、中醫相關病名及文獻出處：

### 瘰（瘰癧）

1. 《諸病源候論·瘰癧等病諸候·瘰候》

「瘰者，由憂恚氣結所生。亦曰飲沙水，沙隨氣入於脈，搏頸下而成之，初作與櫻核相似，而當頸下也，皮寬不急，重捶捶然是也。恚氣結成瘰者，但垂核捶捶無脈也。」

2. 《太平聖惠方·瘰氣咽喉腫塞》

「夫瘰氣咽喉腫塞者，由人憂恚之氣，在於胸膈，不能消散，搏於肺脾故也。咽門者，胃氣之道路；喉嚨者，肺氣之往來。今二經俱為邪之所乘，則經絡痞塞，氣不宣通，故令結聚成瘰，致咽喉腫塞也。」

3. 《濟生方·瘰癧瘰癧門·瘰癧論治》

「夫瘰癧者，多由喜怒不節，憂思過度，而成斯疾焉。大抵人之氣血，循環一身，常欲無滯留之患，調攝失宜，氣凝血滯，為瘰為癧。」

4. 《醫宗金鑑·外科心法要訣》

「瘰癧，……多外周六邪，榮衛氣血凝鬱；內因七情，憂恚怒氣，濕痰瘀滯，山嵐水氣而成，皆不痛癢。」

### 虛勞

1. 《素問·通評虛實論》

「黃帝問曰：何謂虛實？歧伯對曰：邪氣盛則實，精氣奪則虛。」

2. 《素問·調經論》

「陽虛則外寒，陰虛則內熱，進一步說明虛證有陰虛、陽虛的區別，並指明陽虛。」

3. 《素問·三部九候論》

「帝曰：以候奈何？歧伯曰：必先度其形之肥瘦，以調其氣之虛實，實則瀉之，虛則補之。」

## 4. 《難經·十四難》

「損其肺者，益其氣，損其心者，調其榮衛；損其脾者，調其飲食，適其寒溫；損其肝者，緩其中；損其腎者，益其精，此治損之法也。」

## 5. 《金匱要略·血痺虛勞病脈證並治》

「本篇首先提出虛勞的病名，論述了虛勞的一些臨床表現及治療。在治療上，若重溫補脾腎，腎氣丸、小建中湯、黃耆建中湯等，在此已用於臨床。此外，還應用到扶正祛邪的薯蕷丸及祛瘀生新的大黃蟄蟲丸，用以治療虛勞感邪及因瘀致直的病症。」

## 6. 《諸病源候論·虛勞病諸候·虛勞候》

「夫虛勞者，五勞、六極、七傷是也。五勞者：一曰志勞、二曰思勞、三曰心勞、四曰憂勞、五曰瘦勞；六極者：一曰氣極、二曰血極、三曰筋極、四曰骨極、五曰肌極、六曰精極；七傷則指肺、心、肝、脾、腎及形、志之傷。」

## 7. 《濟生方·諸虛門·虛損論治》

「收載天地煎、雙補丸、鹿兔丸等組威精練的治虛損的多個方劑。在配方用藥上有新的貢獻。」

## 8. 《脾胃論·脾胃虛實傳變論》

「脾胃之氣既傷，而元氣亦不能充，而諸病之所由生也。」

## 9. 《格致餘論》

「本書為朱丹溪所著，在治療上擅長滋陰降火，創制以大補陰丸為代表的滋陰諸方。」

## 10. 《景岳全書·理集·雜症謨·虛損》

「病之虛損，變態不同，因有五勞七傷，證有營衛臟腑，然總之則人賴以生者，惟此精氣，而病為虛損者，亦惟此精氣，氣虛者，即陽虛也；精虛者，即陰虛也。」

## 11. 《醫碕·雜症·虛損癆瘵》

「虛者，血氣不足也，久則肌膚臟腑亦漸消損；故曰虛損。勞者，久為病苦，不得安息，如勞苦不息者然。」

**水腫**

## 1. 《素問·水熱穴論》

「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、行於皮裡，傳為胛腫，本之於腎，名曰風水。」

## 2. 《靈樞·五癃津液別》

「陰陽氣道不通，四海閉塞，三焦不瀉，津液不化，……留於下焦，不得滲膀胱，則下焦脹，水溢則為水脹。」

## 3. 《金匱要略·水氣病脈證並治》

「風水其脈自浮，外證骨節疼痛，惡風。皮水，其脈亦浮，外證附腫，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。」

## 4. 《諸病源候論·水腫病諸候·水腫候》

「腎者主水，脾胃俱主土，土性克水，脾與胃合，相為表裡，胃為水谷之海，今

胃虛不能傳化水氣，使水氣滲溢經絡，浸漬腑臟，……水氣溢於皮膚而令腫也。」

#### 5.《丹溪心法·水腫》

「若遍身腫，煩渴，小便赤澀，大便閉，此屬陽水，……若遍身腫，不煩渴，大便溏，小便少、不澀赤，此屬陰水。」

#### 6.《景岳全書·心集·雜證謨·腫脹》

(1)「故凡病水者，本即身中之血氣，但其為邪為正，總在化與不化耳，水不能化，因氣之虛，豈非陰中無陽乎？此水腫之病，所以多屬陽虛也。」

(2)「凡水腫等證，乃脾、肺、腎三臟相干之病。……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。故傳入於脾而肌肉浮腫，傳入子肺則氣息喘急，……然合而言之，則總由陰勝之害。」

### 五、診斷要點：

在慢性淋巴性甲狀腺炎，常會出現甲狀腺抗體，如甲狀腺微粒性抗體（AMIA）90-100%和甲狀腺球蛋白抗體（ATA）80-90%，甲狀腺抗體價數越高的，甲狀腺低下的機會較多。

甲狀腺功能檢查：在慢性甲狀腺炎初期，有2-4%的病人可出現暫時性血清T3、T4、FreeT3、Free T4增高，而促甲狀腺分泌激素（TSH）下降，有甲狀腺機能亢進的情形，稱為Hashitoxicosis。大部份的病患甲狀腺功能正常，約有20%的病人時會有甲狀腺低下的情形。

甲狀腺超音波檢查：可以看到瀰漫性腫大和低回音，回音越低的，甲狀腺低下的機會越大（76.2%）。

甲狀腺細胞檢查：是診斷橋本氏甲狀腺炎的輔助方法，可以看到很多成熟的淋巴球，以及較大而不成熟的淋巴球（centroblast）。

### 六、綜論：

病因與病機：

#### 1.西醫方面：

橋本氏甲狀腺炎（Hashimoto's thyroiditis）亦稱慢性淋巴腺性甲狀腺炎，屬自體免疫的疾病，有遺傳的傾向，其發病機理可能是由於後天免疫系統出了問題，在某一特定條件產生甲狀腺自身抗體，進而破壞了的甲狀腺細胞而造成甲狀腺代償性腫大。

#### 2.中醫方面：

中醫學認為，本病多由長期情志失暢，肝失和調導致肝氣鬱結，氣滯血瘀。若肝氣鬱結日久，氣鬱化火，灼傷陰液，則見陰虛內熱或肝陽上亢諸證；若病情遷延日久，陰虛而漸損及陽，而見脾腎陽虛諸證。

臨床症狀：

好發於中年婦女，雙側瀰漫性甲狀腺腫大為顯著特徵，少數病患可出現兩側不對稱腫大，理學檢查質地堅韌而有彈性呈橡皮樣硬塊，會隨吞咽而移動，有時會有結節

狀，質較硬，若腺體內如有多量纖維化時，則可堅硬如石。本病發展過程緩慢，早期甲狀腺功能多在正常範圍，少數可發生輕微暫時性甲狀腺機能亢進，隨著疾病的發展，當甲狀腺被自體免疫抗體破壞到一定程度，有 20% 病患會出現甲狀腺低下的症狀，而有怕冷、疲乏、記憶力減退、表現遲鈍、便秘、體重增加、水腫、皮膚乾燥粗厚。

#### 中醫的辨證

本病因正氣虧虛，因而痰濁內生，以致痰、氣、瘀互結，壅阻於頸前所致。根據其不同的發病過程，可表現有氣鬱痰阻、痰火擾心、痰瘀互結、脾腎陽虛及氣血雙虧之證，治療可分別採取疏肝解鬱、化痰散結、清心瀉火、活血化瘀、軟堅散結、溫腎健脾、益氣養血之法。

#### 西藥治療

病人如甲狀腺腫大不顯著，一般不須要治療，定期追蹤檢查即可。假如已有出現亞臨床性甲狀腺功能低下（subclinical hypothyroidism），即 T3、T4 正常，而促甲狀腺分泌激素（TSH）升高，即使沒有明顯症狀，也要給予甲狀腺荷爾蒙（thyroxine）治療。有 20% 病患會出現甲狀腺明顯腫大且合併甲狀腺機能低下，就必須給予甲狀腺荷爾蒙治療，服用甲狀腺荷爾蒙後約一個月病患甲狀腺低下症狀會有明顯改善，且甲狀腺也會縮小，病患往往須長期服用，不可隨意停藥。

#### 中西醫結合

西醫治療橋本氏甲狀腺炎的方法為甲狀腺低下時，補充甲狀腺素，可使甲狀腺縮小，並明顯改善甲狀腺低下所造成的不適症狀，但對自體免疫過程則沒有作用，而且也無法早期預防甲狀腺低下的發生，中醫藥目前對本病的研究不多，但依中藥治療多方向的特性，或許能在早期時使用，改善免疫功能，以避免發生永久性甲狀腺低下的結果。

## 甲狀腺炎 *Thyroiditis*

一、本書編號：208

二、國際疾病分類（ICD-9/ICD-10）編號：245.3/E06

三、現代醫學病名及定義：

甲狀腺炎包括一些病因不同的疾病。可分為急性、亞急性和慢性甲狀腺炎（橋本氏甲狀腺炎），其中以橋本氏甲狀腺炎最為常見，亞急性甲狀腺炎次之，而急性甲狀腺炎則較少見。橋本氏甲狀腺炎的病人會抱怨無痛性腺體增大或喉部飽脹感，檢查時，則會發現有瀰漫性甲狀腺腫大，常有結節出現，觸感堅實有彈性，其中有20%的病人時會有甲狀腺低下的情形，常會有合併其他自體免疫問題，包括第一型糖尿病、風濕性關節炎、紅斑性狼瘡、Sjogren氏症候群、重症肌無力及惡性貧血。

四、中醫相關病名及文獻出處：

### 瘰（瘰癧、瘰癧）

1. 《諸病源候論·瘰癧等病諸候·瘰候》

「瘰者，由憂恚氣結所生。亦曰飲沙水，沙隨氣入於脈，搏頸下而成之，初作與櫻核相似，而當頸下也，皮寬不急，重捶捶然是也。恚氣結成瘰者，但垂核捶捶無脈也。」

2. 《太平聖惠方·瘰氣咽喉腫塞》

「夫瘰氣咽喉腫塞者，由人憂恚之氣，在於胸膈，不能消散，搏於肺脾故也。咽門者，胃氣之道路；喉嚨者，肺氣之往來。今二經俱為邪之所乘，則經絡痞塞，氣不宣通，故令結聚成瘰，致咽喉腫塞也。」

3. 《三因極一病證方論·瘰癧證治》

「夫血氣凝滯，結瘰癧者，雖與癰疽不用，所因一也。瘰多著於肩項，癰則隨氣凝結。此等皆年數深遠，寢大寢長，堅硬不可移者，名曰石瘰；皮色不變即為肉瘰；筋脈露結者名筋瘰；赤脈交絡者，名血瘰；隨憂愁消長者名氣瘰。」

4. 《濟生方·瘰癧療癰門·瘰癧證治》

「夫瘰癧者，多由喜怒不節，憂思過度，而成斯疾焉。大抵人之氣血，循環一身，常欲無滯留之患，調攝失宜，氣凝血滯，為瘰為癰。」

5. 《醫學入門·外集·外科·腦頸部》

「原因憂恚所致，故又曰氣瘰，今之所謂瘰癧者是也。」

6. 《外科正宗·上部疽毒門·瘰癧論》

「夫人生瘰癧之症，非陰陽正氣結腫，乃五臟瘀血，濁氣，痰滯而成。」

7. 《醫宗金鑑·外科心法要訣》

「瘰癧，……多外周六邪，榮衛氣血凝鬱；內因七情，憂恚怒氣，濕痰瘀滯，山嵐水氣而成，皆不痛癢。」

## 五、診斷要點：

血液檢查：在急性甲狀腺炎，可有白血球升高，核左移，在亞急性甲狀腺炎可見紅血球沉降率增加。在慢性甲狀腺炎，常會出現甲狀腺抗體，如甲狀腺微粒性抗體和甲狀腺球蛋白抗體。

內分泌相關檢查：在亞急性甲狀腺炎初期。可出暫時性血清 T3、T4 增高。

活組織檢查：在慢性纖維性甲狀腺炎與甲狀腺癌難以鑑別時，作活組織檢查，以幫助診斷。

## 六、綜論：

亞急性甲狀腺炎起源於病毒，常於上呼吸道感染後發生，症狀主要是甲狀腺的局部疼痛或牽涉到下顎、耳或枕部的疼痛。少數病人起病急驟，甲狀腺嚴重疼痛，伴發熱，偶有暫時性甲狀腺毒徵症狀。

橋本氏（Hashimoto's）甲狀腺炎亦稱慢性淋巴腺性甲狀腺炎，在這種疾病中自身免疫因素起重要作用，好發於中年婦女，甲狀腺腫大為顯著特徵，典型者堅韌似橡膠，形成扇形邊緣，維持腺體的大概輪廓。

根據本病的臨床特點，應屬中醫學「癭」病的範圍。實際上，「癭病」的範圍中還包含了甲狀腺腫、甲狀腺機能亢進、甲狀腺癌等多種甲狀腺疾病，其特徵是頸前結喉兩側漫腫或結塊，皮色不變，病程纏綿。

中醫學認為「甲狀腺炎」據其甲狀腺腫塊特點，來辨別病變性質。若見紅腫熱痛，或見有波動感，多屬風火痰毒；若腫塊呈瀰漫性腫大，質似橡膠，腫硬難消，則多屬血瘀痰結。本病風熱外邪或肝鬱火熾為病因，氣滯血瘀痰凝為病機，臨床表現多虛實夾雜，當慎辨之。

## 糖尿病，未提及併發症

### *Diabetes mellitus without mention of complication*

一、本書編號：209

二、國際疾病分類（ICD-9/ICD-10）編號：250.0/E10.9, E11.9, E12.9, E13.9, E14.9

三、現代醫學病名及定義：

糖尿病是一群以血糖過高為表現的疾病。其併發症主要由代謝性和血管性兩種失調所造成，而兩者互相有關連。代謝性失調的特點為血糖控制不良，長期升高，同時伴隨蛋白質和脂肪代謝異常。其最嚴重表現為高滲透壓高血糖非酮酸血症（Hyperosmolar hyperglycemic nonketotic state）及糖尿病酮酸中毒（Diabetic ketoacidosis）。血管性異常包括非特異性動脈粥狀硬化的加速（早老）以及比較具有特定性的微細血管病變，特別會傷害眼睛、神經和腎臟。

四、中醫相關病名及文獻出處：

#### 消、燒

1. 《素問·奇病論》

「此人必數食甘美而多肥也，肥者令人內熱，甘者令人中滿，故其氣上溢，轉為消也。」

2. 《儒門事親·三消之說當從火斷》

「消者、燒也，如火烹燒，物之理也。」

3. 《醫徹·消症》

「或曰腎主五液，則生之者腎也。上焦如霧，中焦如漚，下焦如瀆，則發之者三焦也。而不知越人所謂腎間動氣者，是乃五臟六腑之本，十二經脈之根，呼吸之門，三焦之原，一名守邪之神。是氣之動，則上而蒸津液，肺得之而不渴，胃得之而不飢，膀胱得之而氣化。唯真火衰而真水竭，則不能上輸於肺，而肺反欲借救於矣；不能中養於胃，而胃反欲借助於食矣；不能下調膀胱，而膀胱反欲擾動於精腑矣。於是引飲無度，多食飢虛，小便如膏，皆水火不能相濟乃至此，將至自焚而死矣。」

#### 消渴

1. 《金匱要略·消渴小便利淋病脈證並治》

始以「消渴」作為病證名提出，加以討論。其中述及「消渴」、「渴欲飲水」、「其人苦渴」者，計十七條，方六首。

2. 《蘭室秘藏·消渴門·消渴論》

「臟腑有遠近，心肺位近，宜制小其服。腎肝位遠，宜制大其服，皆適至其所為故。如過與不及，皆誅罰無過之地。如高消中消，制之太急，速過病所，久而成中滿之病，正謂上熱未除，中寒復生者也。非藥之罪，失其緩急之制也。」

3. 《醫學入門·外集·雜病分類·外感·燥類》

「治渴者，初宜養肺降心，久則宜滋腎養脾，……故腎氣丸為消渴良方。」

## 4. 《證治匯補·胸膈門·消渴·治宜滋補》

「初起宜養肺清心，久病宜滋腎養脾。蓋五臟之津液，皆本於腎。故腎氣上升而肺潤，腎冷則不升而肺枯。故腎氣丸為消渴良方也。又五臟精華悉運乎脾，脾旺則心腎相交，脾健而津液自化，故參苓白朮散為收功神藥也。」

## 5. 《醫門法律·消渴門·消渴論》

「下消之火，水中之火也，下之則愈燔。中消之火，竭澤之火也，下之則愈傷。上消之火，燎原之火也，火從天降可滅。徒攻腸胃，無益反損。」

## 6. 《醫學衷中參西錄·醫方·消渴方》

「按，白虎加人參湯，乃傷寒論治外感之熱傳入陽明胃腑，以致作渴之方。方書謂上消者宜用之，此借用也。愚曾試驗多次，然必胃腑有實熱者，用之方的。中消用調胃承氣湯，此須細為斟酌，若右部之脈滑而且實，用之猶可，若其人飲食甚勤，一時不食，即心中怔忡，且脈象微弱者，係胸中大氣下陷，中氣亦隨之下陷，宜用升補氣分之藥，而佐以收澀之品與健補脾胃之品，……若誤用承氣下之則危不旋踵。」

**脾瘕**

## 《素問·奇病論》

「帝曰：有病口甘者，病名為何？何以得之？岐伯曰：此五氣之滯也，名曰脾瘕，……此肥美之所發也！此人必數食甘美而多肥也。肥者令人內熱，甘者令人中滿，故其氣上溢，轉為消渴……。」

**消瘕**

## 1. 《靈樞·本臟》

「心脆則善病消瘕熱中。」。且言「肺脆……肝脆……。」五臟脆俱善病消瘕易傷。

## 2. 《靈樞·五臟》

「五臟皆柔弱者，善病消瘕。」

**糖尿病**

## 《臨床經驗集·糖尿病》

「余認為，三消之表現，僅為糖尿病的一個方面，不容忽視的是，糖尿病中，大多具有氣短神疲，不耐勞累，虛胖無力，或日漸消瘦等正氣虛弱的徵象……，氣虛之證的出現係因脾失健運、精氣不升，生化無源之故耳。脾者喜燥惡濕，一味應用甘寒、苦寒滋陰降火，常使脾功受損，中無不運，造成病人氣虛更趨嚴重，病情遷延不癒。因此治療糖尿病，除滋陰補清熱外，健脾補氣實用關鍵一環，……滋腎陰以降妄炎之火，補脾氣以助運化之功，水升火降，中焦健旺，氣復陰回，糖代謝即可恢復正常。」

**五、診斷要點：**

空腹葡萄糖異常 impaired fasting glycemia (IFG)：血糖  $\geq 110\text{mg/dL}$ ， $< 126\text{mg/dL}$ 。  
葡萄糖耐量異常 Impaired glucose tolerance (IGT)：病人飯前血糖大於  $110\text{mg/dL}$ ，而小於  $126\text{mg/dL}$ ，須作口服  $75\text{gm}$  葡萄糖耐量試驗，二小時血漿葡萄糖濃度  $\geq$

140mg/dL, < 200mg/dL

IGT 和 IFG 均表示介於正常和糖尿病間的一個階段，與胰島素阻抗症有關。

糖尿病的診斷

1. 典型糖尿病症狀，譬如一多尿、多渴、多吃和無法解釋的體重減輕，任意血漿葡萄糖濃度  $\geq 200\text{mg/dL}$ 。
2. 沒有糖尿病症狀的病人，空腹至少八小時，血漿葡萄糖濃度  $\geq 126\text{mg/dL}$ ，必須另日再檢查一次。
3. 病人飯前血糖大於  $110\text{mg/dL}$ ，而小於  $126\text{mg/dL}$ ，須作口服 75g 葡萄糖耐量試驗，二小時血漿葡萄糖濃度  $\geq 200\text{mg/dL}$ 。

## 六、結論：

糖尿病是一種世界性的疾病，美國約有 420 萬個糖尿病患，以年齡較大的人比較常見。根據美國公共衛生部 (U. S. Public Health Service) 的估計，17 歲以下的人，每 1,000 人就有 1.3 個糖尿病人，25 歲~44 歲之間每 1,000 個人有 17 個病人，而 45 歲~64 歲的人則有 43 個，超過 65 歲的人，每 1,000 人之中有 79 位病人。除非發現治癒或預防的方法，否則由於下列的理由，病人的數目一定會越來越多：1. 人口越來越多，而且越來越老；2. 接受治療的糖尿病人之預期壽命確實在增加；3. 由於能活得長久而會生小孩的糖尿病人越來越多，會有更多的小孩遺傳糖尿病的基因；4. 肥胖症似乎會使有糖尿病傾向的人引發糖尿病，而肥胖病人之增加，當然會出現更多可能成為糖尿病的病人；5 糖尿病之診查正在努力普遍進行。

每一個已知的糖尿病人，可能就另外有一個病人未被診斷出來。而因為要施行全人口檢查是不可能的，最好還是集中力量於有這種病之傾向的人。這些人包括：1. 糖尿病病人的親屬，這種人患糖尿病的機會為一般人口的二倍半；2. 肥胖的人，因為 85% 的糖尿病人是或有一段時期會有體重過多；3. 年齡較大的人，因為 5 個糖尿病人中，有 4 個超過 45 歲；4. 曾經生產過巨嬰的母親，因為生產巨嬰是母親罹患潛伏糖尿病的徵象。

糖尿病的分類

1. 第 1 型糖尿病是指胰臟β細胞 ( $\beta$  cell) 破壞，容易導致酮酸血症的糖尿病。β細胞破壞有自體免疫性和原因不明性 (Idiopathic) 兩種。
2. 第 2 型糖尿病是由於胰島素作用阻抗 (insulin resistance) 和分泌缺陷所引起的。此型糖尿病人不易得酮酸血症，除非合併感染等疾病；患者多為體型較肥胖者，或者脂肪的分佈集中於腹部周圍者。
3. 其他類型糖尿病，如庫欣氏症候群、肢端肥大症、甲狀腺機能亢進症、嗜鉻細胞瘤，慢性胰臟炎及血色素沈著病等皆會引起糖尿病。
4. 妊娠糖尿病：篩檢方法為懷孕 24-28 週孕婦喝完 50 克葡萄糖溶液後，一小時檢驗血漿葡萄糖濃度，若不低於每百毫升 140 毫克，就要接受三小時一百公克葡萄糖耐量試驗（與世界衛生組織建議的七十五公克葡萄糖的耐量試驗同）。妊娠糖尿病婦女於生產六週以後，必須複檢，重新歸類為糖尿病，IFG, IGT 或正常。

根據本病多食、多飲、多尿、消瘦的臨床特點，屬於中醫學的「消渴」或「消瘴」的範圍，在世界醫學史中，中醫學對本病的認識最早；消渴的理論源於《內經》，辨證論治出自於《金匱要略》，證候分類起始於《諸病源候論》，體系則形成於唐宋。

病名「消渴」，「渴」是以患者大多口渴而言。至於「消」，則有幾種解析，舉例如下：

#### 1.指消化

如《素問·陰陽別論》：「二陽結謂之消」，王冰注：「善消水穀」，馬蒔注：「胃中熱盛……水穀即消」。

#### 2.指火燒、消灼

金·張元素《儒門事親·三消當從火斷》：「消者、燒也，如火烹燒，物之理也。」明·李梴《醫學入門·消渴》亦取此義。

#### 3.指消耗、消削

明·張介賓《景岳全書·消渴》：「消，消燼也，亦消耗也。凡陰陽氣血日見消敗者，皆謂之消。」

以上第一點是症狀上水穀食入易消而言，二、三點是從病機上多「火」、多「虛」的特性而言，分別從不同角度去解析本病的病理特點。實際上《內經》的「消」是一種病證，即「消瘴」、「消中」、「內消」的簡稱。它的主要證候是「多食數洩，謂之消中」（《後漢書·李通傳》注）。「多食」、「消」、「渴」，為本病臨床上的「三多」之候。

病機方面多與肺、胃、腎三臟關係密切，並視其病變中心位置而分為上、中、下三消。

- 1.一般來說：上消多肺燥，中消多胃熱，下消多腎虛。
- 2.從病的虛實相對而言：則上輕、中重、下危。
- 3.從標本而論：則上中燥熱為標，下焦腎虛為本。
- 4.從傳變常規而言：上、中、下三消可能互相傳變、轉屬、合併發病。上消肺燥不解，可以傳變胃火、腎虛之候；中消胃熱不除，可能傷陰化火，合併肺燥、腎虛；腎中虛火上浮，或陽不蒸動，亦可導致中下燥熱。
- 5.病變中心以腎虛為最重要。無論腎經自病，或與上、中二消合病，病既及於下，即當以腎為主。
- 6.腎有水火陰陽，消證腎虛精耗，火浮為多；久病年老亦有陰衰及陽，火不蒸動的寒化證（景岳稱為「陰消」）。

辨證方面：亦不離臟腑虛實辨證。主要依飲、食、尿多的病狀輕重，分為三消，但本病最多夾雜，雖分三消卻不可截然分治，且三消之中，又分虛實，不可執一。

## 糖尿病，伴有昏迷者 *Diabetes with coma*

一、本書編號：210

二、國際疾病分類（ICD-9/ICD-10）編號：250.2/E10.0,E11.0,E12.0,E13.0,E14.0

三、現代醫學病名及定義：

糖尿病伴有昏迷者，一般是第二型糖尿病（Type2 DM）的急性併發症，它是一種由於高血糖利尿後又不能喝足夠的水，所導致的高滲透壓性昏迷，造成高滲壓性非酮酸糖尿病昏迷（Hyperosmolar non-ketotic diabetic coma），其臨床症狀有意識昏迷、抽搐、極度脫水、極度高血糖，但是不伴有高酮酸症，死亡率大於 50%，病人往往有合併急性感染，尤其是泌尿道感染、肺炎、肝膽道感染或革蘭氏陰性菌敗血症。

四、中醫相關病名及文獻出處：

### 消、燒

1.《素問·奇病論》

「此人必數食甘美而多肥也，肥者，令人內熱，甘者令人中滿，故其氣上溢，故其氣上濫，轉為消也。」

2.《儒門事親·三消之說當從火斷》

「消者、燒也，如火烹燒，物之理也。」

3.《醫徹·消症》

「或曰腎主五液，則生之者腎也。上焦如霧，中焦如漚，下焦如瀆，則發之者三焦也。而不知越人所謂腎間動氣者，是乃五臟六腑之本，十二經脈之根，呼吸之門，三焦之原，一名守邪之神。是氣之動，則上而蒸津液，肺得之而不渴，胃得之而不飢，膀胱得之而氣化。唯真火衰而真水竭，則不能上輸於肺，而肺反欲借救於矣；不能中養於胃，而胃反欲借助於食矣；不能下調膀胱，而膀胱反欲擾動於精腑矣。於是引飲無度，多食飢虛，小便如膏，皆水火不能相濟乃至此，將至自焚而死矣。」

### 消渴

1.《金匱要略·消渴小便利淋病脈證並治》

始以「消渴」作為病證名提出，加以討論。其中述及「消渴」、「渴欲飲水」、「其人苦渴」者，計十七條，方六首。

2.《蘭室秘藏·消渴門·消渴論》

「臟腑有遠近，心肺位近，宜制小其服。腎肝位遠，宜制大其服，皆適至其所為故。如過與不及，皆誅罰無過之地。如高消中消，制之太急，速過病所，久而成中滿之病，正謂上熱未除，中寒復生者也。非藥之罪，失其緩急之制也。」

3.《醫學入門·外集·雜病分類·外感·燥類》

「治渴者，初宜養肺降心，久則宜滋腎養脾，……故腎氣丸為消渴良方。」

## 4. 《證治匯補·胸膈門·消渴·治宜滋補》

「初起宜養肺清心，久病宜滋腎養脾。蓋五臟之津液，皆本於腎。故腎氣上升而肺潤，腎冷則不升而肺枯。故腎氣丸為消渴良方也。又五臟精華悉運乎脾，脾旺則心腎相交，脾健而津液自化，故參苓白朮散為收功神藥也。」

## 5. 《醫門法律·消渴門·消渴論》

(1) 「夫地氣上為雲，然後地氣下為雨，是故雨出地氣。地氣不上，天能雨乎？故亟升地氣以慰三農，與亟升腎氣以灌三焦，皆事理之所必然耳。」

(2) 「下消之火，水中之火也，下之則愈燔。中消之火，竭澤之火也，下之則愈傷。上消之火，燎原之火也，火從天降可滅。徒攻腸胃，無益反損。」

## 6. 《醫學衷中參西錄·醫方·消渴方》

「按，白虎加人參湯，乃傷寒論治外感之熱傳入陽明胃腑，以致作渴之方。方書謂上消者宜用之，此借用也。愚曾試驗多次，然必胃腑有實熱者，用之方的。中消用調胃承氣湯，此須細為斟酌，若右部之脈滑而且實，用之猶可，若其人飲食甚勤，一時不食，即心中怔忡，且脈象微弱者，係胸中大氣下陷，中氣亦隨之下陷，宜用升補氣分之藥，而佐以收澀之品，與健補脾胃之品，……若誤用承氣下之則危不旋踵。」

**脾瘕**

## 《素問·奇病論》

「帝曰：有病口甘者，病名為何？何以得之？岐伯曰：此五氣之滯也，名曰脾瘕，……此肥美之所發也。此人必數食甘美而多肥也。肥者令人內熱，甘者令人中滿，故其氣上溢，轉為消渴……。」

**消瘕**

## 1. 《靈樞·本臟》

「心脆則善病消瘕熱中」，且言「肺脆……肝脆……」五臟脆俱善病消瘕易傷。

## 2. 《靈樞·五臟篇》

「五臟皆柔弱者，善病消瘕。」

**糖尿病**

## 《臨床經驗集·糖尿病》

「余認為，三消之表現，僅為糖尿病的一個方面，不容忽視的是，糖尿病中，大多具有氣短神疲，不耐勞累，虛胖無力，或日漸消瘦等正氣虛弱的徵象，……氣虛之證的出現，係因脾失健運、精氣不升，生化無源之故耳。脾者喜燥惡濕，一味應用甘寒、苦寒滋陰降火，常使脾功受損，中焦不運，造成病人氣虛更趨嚴重，病情遷延不癒。因此治療糖尿病，除滋陰清熱外，健脾補氣實用關鍵一環，……滋腎陰以降妄炎之火，補脾氣以助運化之功，水升水降，中焦健旺，氣復陰回，糖代謝即可恢復正常。」

**五、診斷要點：**

## 糖尿病的分類

第1型糖尿病是指胰臟β細胞破壞，容易導致酮酸血症的糖尿病。β細胞破壞

有自體免疫性和原因不明性 (Idiopathic) 兩種。

第 2 型糖尿病是由於胰島素作用阻抗和分泌缺陷所引起的。此型糖尿病人不易得酮酸血症，除非合併感染等疾病；患者多為體型較肥胖者，或者脂肪的分佈集中於腹部周圍者。

其他類型糖尿病，糖尿病伴有其它內分泌病變，如腦下垂體機能亢進症（肢端肥大症）、嗜鹼性細胞過多症 (basophilism)、甲狀腺機能亢進症、腎上腺機能亢進症（庫欣氏症候群、原發生皮質醛過多症、嗜鉻細胞瘤）

妊娠糖尿病：篩檢方法為懷孕 24-28 週孕婦喝完 50 克葡萄糖溶液後，一小時檢驗血漿葡萄糖濃度，若不低於每百毫升 140 毫克，就要接受三小時一百公克葡萄糖耐量試驗（與世界衛生組織建議的七十五公克葡萄糖的耐量試驗同）。妊娠糖尿病婦女於生產六週以後，必須複檢，重新歸類為糖尿病，IFG，IGT 或正常。

## 六、綜論：

糖尿病是一種世界性的疾病，美國約有 420 萬個糖尿病患，以年齡較大的人比較常見。根據美國公共衛生部 (U. S. Public Health Service) 的估計，17 歲以下的人，每 1,000 人就有 1.3 個糖尿病人，25~44 歲之間每 1,000 個人有 17 個病人，而 45~64 歲的人則有 43 個，超過 65 歲的人，每 1,000 人之中有 79 位病人。除非發現治癒或預防的方法，否則由於下列的理由，病人的數目一定會越來越多：1.人口越來越多，而且越來越老；2.接受治療的糖尿病人之預期壽命確實在增加；3.由於能活得長久而會生小孩的糖尿病人越來越多，會有更多的小孩遺傳糖尿病的基因；4.肥胖症似乎會使有糖尿病傾向的人引發糖尿病，而肥胖病人之增加，當然會出現更多可能成為糖尿病的病人；5.糖尿病之診查正在努力普遍進行。

每一個已知的糖尿病人，可能就另外有一個病人未被診斷出來。而因為要施行全人口檢查是不可能的，最好還是集中力量於有這種病之傾向的人。這些人包括：1.糖尿病病人的親屬，這種人患糖尿病的機會為一般人口的二倍半；2.肥胖的人，因為 85% 的糖尿病人是或有一段時期會有體重過多；3.年齡較大的人，因為 5 個糖尿病人中，有 4 個超過 45 歲；4.曾經生產過巨嬰的母親，因為生產巨嬰是母親罹患潛伏糖尿病的徵象。

高滲透性非酮酸性糖尿病昏迷 (Hyperosmolar non-ketotic diabetic coma) 常常是 Type 2 DM 的併發症，它常常是由於重度缺水引起，此重度缺水乃由於持續性的高血糖，利尿後病人又無法喝足夠的水，致使相對性地重度缺水引發昏迷；一般病人的血糖約在 1,000mg/dL，約為酮酸性昏迷的 2 倍，腎前氮血症兼尿素氮 (BUN) 及肌酸酐 (creatinine) 提高也是特徵之一；實驗室數據可顯示麩胺酸 (glu) 血中濃度至少  $\geq 600\text{mg/dL}$ ，滲透壓  $\geq 320\text{ mosm/liter}$ ；此併發症死亡率極高（大於 50%），所以立即的處理是必須的。

根據本病多食、多飲、多尿、消瘦的臨床特點，屬於中醫學的「消渴」或「消瘴」的範圍，在世界醫學史中，中醫學對本病的認識最早；消渴的理論源於《內經》，辨證論治出自於《金匱要略》，證候分類起始於《諸病源候論》，體系則形成於唐宋。

病名「消渴」，「渴」是以患者大多口渴而言。至於「消」，則有幾種解析，舉例如下：

### 1.指消化

如《素問·陰陽別論》：「二陽結謂之消。」，王冰注：「善消水穀。」，馬蒔注：「胃中熱盛……水穀即消。」

### 2.指火燒、消灼

金·張元素《儒門事親·三消當從火斷》：「消者、燒也，如火烹燒，物之理也。」明·李梴《醫學入門·消渴》亦取此義。

### 3.指消耗、消削

明·張介賓《景岳全書·消渴》：「消，消燼也，亦消耗也。凡陰陽氣血日見消敗者，皆謂之消。」

以上第一點是症狀上水穀食入易消而言，二、三點是從病機上多「火」、多「虛」的特性而言，分別從不同角度去解析本病的病理特點。實際上《內經》的「消」是一種病證，即「消瘴」、「消中」、「內消」的簡稱。它的主要證候是「多食數洩，謂之消中」（《後漢書·李通傳》注）。「多食」、「消」、「渴」，為本病臨床上的「三多」之候。

病機方面多與肺、胃、腎三臟關係密切，並視其病變中心位置而分為上、中、下三消。

- 1.一般來說：上消多肺燥，中消多胃熱，下消多腎虛。
- 2.從病的虛實相對而言：則上輕、中重、下危。
- 3.從標本而論：則上中燥熱為標，下焦腎虛為本。
- 4.從傳變常規而言：上、中、下三消可能互相傳變、轉屬、合併發病。上消肺燥不解，可以傳變胃火、腎虛之候；中消胃熱不除，可能傷陰化火，合併肺燥、腎虛；腎中虛火上浮，或陽不蒸動，亦可導致中下燥熱。
- 5.病變中心以腎虛最為重要。無論腎經自病，或與上、中二消合病，病既及於下，即當以腎為主。
- 6.腎有水火陰陽，消證腎虛精耗，火浮為多；久病年老亦有陰衰及陽，火不蒸動的寒化證（景岳稱為「陰消」）。

辨證方面：亦不離臟腑虛實辨證。主要依飲、食、尿多的病狀輕重，分為三消，但本病最多夾雜，雖分三消卻不可截然分治，且三消之中，又分虛實，不可執一。古代中醫學是以證候來辨證論治，所以，如果該糖尿病病人如果兼有「昏迷」的併發症，則中醫視此「併發症」為他症，而見於「厥」、「厥逆」的討論中，在此，不作重覆性討論。

## 糖尿病，伴有腎病表徵

### *Diabetes with renal manifestations*

一、本書編號：211

二、國際疾病分類 (ICD-9/ICD-10) 編號：250.3/E10.2,E11.2,E12.2,E13.2,E14.2

三、現代醫學病名及定義：

糖尿病病變是導致末期腎衰竭的最常見原因，約佔有 40%。糖尿病人比非糖尿病人有高過二十倍的機會進入末期腎衰竭的階段，大約有 30% 第一型糖尿病患及 10~20 % 的第二型糖尿病患，若不積極控制血糖，十五年後就會有腎臟疾病產生。

糖尿病腎病變是一種微血管病變 (microangiopathy)，主要病變的部位在腎絲球 (glomerulus)，病理機轉主要是高血糖使得血管調節機制受損，腎血流增加，造成初期腎絲球濾過率增加，進而造成腎絲球內高壓，使得基底膜電位消失，通透性增加，臨床上出現微量白蛋白尿 (microalbuminuria)；其他可能機轉為高血糖造成細胞內氧化劑的增加，進而使此細胞死亡；此外還有很多因素如糖化蛋白產物 (advanced glycation end products, AGE)、醛糖還原酶 (aldose reductase) 的增加、山梨醇 (sorbital) 的產生、以及蛋白質激酶 C (protein kinase C, PKC)、糖尿病腎病變家族史、高血壓等等都有很大的關連。

糖尿病腎病變的分期，丹麥 Morgensen 根據第一型糖尿病人腎病自然的病程分為五期：

第一期：高過濾期及肥大期，血液流經腎臟和腎絲球的量增加，腎臟大多正常。

第二期：沉默期 (silent phase) 腎絲球過濾率仍為維持在正常值之上，但腎絲球開始產生細微損傷。少量的白蛋白會流失到小便裡。

第三期：初期腎病變 (incipient nephropathy)，或臨床白蛋白尿期 (clinical microalbuminuria)，每天尿液白蛋白流失 30-300 毫克，這時有一些病人會產生高血壓。

第四期：臨床腎病變 (clinical nephropathy) 或臨床蛋白尿期 (clinical proteinuria)，出現明顯的蛋白尿，每天尿液白蛋白流失超過 300 毫克。腎絲球過濾率低於每分鐘 70 毫升，高血壓幾乎發生在所有病人身上，肌酸酐及血中尿素氮上升更多。

第五期：末期腎衰竭 (end-stage renal failure)，腎絲球過濾率低於每分鐘 20 毫升，腎衰竭的症狀產生。

四、中醫相關病名及文獻出處：

#### 消渴

1. 《外台秘要》引《古今錄驗論》

「渴而飲水多小便數，無脂似麩片甜者，皆是消渴病也。」

2. 《醫學入門·外集·雜病分類·外感·燥類》

「治渴者，初宜養肺降心，久則宜滋腎養脾，……故腎氣丸為消渴良方。」

## 3. 《證治匯補·胸膈門·消渴·治宜滋補》

「初起宜養肺清心，久病宜滋腎養脾。蓋五臟之津液，皆本於腎。故腎氣上升而肺潤，腎冷則不升而肺枯。故腎氣丸為消渴良方也。又五臟精華悉運乎脾，脾旺則心腎相交，脾健而津液自化，故參苓白朮散為收功神藥也。」

## 4. 《醫門法律·消渴門·消渴論》

「下消之火，水中之火也，下之則愈燔。中消之火，竭澤之火也，下之則愈傷。上消之火，燎原之火也，火從天降可滅。徒攻腸胃，無益反損。」

**水疾**

《諸病源候論·消渴病諸候·消渴候》

「夫消渴者，……其病變，或發好癰疽，或成水疾。」

**小便如膏**

《醫微·消症》

「或曰腎主五液，則生之者腎也。上焦如霧，中焦如漚，下焦如瀆，則發之者三焦也。而不知越人所謂腎間動氣者，是乃五臟六腑之本，十二經脈之根，呼吸之門，三焦之原，一名守邪之神。是氣之動，則上而蒸津液，肺得之而不渴，胃得之而不飢，膀胱得之而氣化。唯真火衰而真水竭，則不能上輸於肺，而肺反欲借救於矣；不能中養於胃，而胃反欲借助於食矣；不能下調膀胱，而膀胱反欲擾動於精腑矣。於是引飲無度，多食飢虛，小便如膏，皆水火不能相濟乃至此，將至自焚而死矣。」

**水腫**

## 1. 《聖濟總錄·久渴》

「消渴病多傳變，宜知慎忌，此病久不癒，能為水腫癰疽之病，又說消渴病久，腎氣受傷，腎主水，腎氣虛衰，氣化失常，開闔不利，水液聚於體內而出現水腫。」

## 2. 《雜病源流犀燭·三消源流》

「有消渴後身腫者，有消渴面目足膝腫、小便少者。」

**浮溺**

《證治要訣》

「三消久而小便不臭，反作甜氣，在溺中滾滿，更有浮溺，面如豬脂，此精不禁，其元竭也。」

**五、診斷要點：**

微量白蛋白尿 (microalbuminuria) 是目前臨床上糖尿病腎病變最早診斷的指標。

24 小時尿液的收集：在六個月內至少有連續三次每天尿液白蛋白流失 30-300 毫克。晨起第一次小便，尿液白蛋白 (μg/dl) 與尿液肌酸酐 (mg/dl) 比值介於 30-300 之間。

眼底視網膜的檢查：到了糖尿病腎病變時，約有 80-90% 會有糖尿病眼病變。

高血壓：有一些病人在臨床白蛋白尿期會產生高血壓，而到了臨床蛋白尿期高血壓幾乎發生在所有病人身上。

## 六、綜論：

糖尿病腎病變起初時是毫無症狀的，一開始有症狀時往往是以「功能亢進」來表現，接著才出現白蛋白尿、蛋白尿，一旦蛋白尿出現時，腎絲球過濾率將呈穩定性下降，平均每月下降約  $1\text{cc}/\text{min}$ ，一般而言，從第一期到第三期，如果積極治療的話，腎臟病變是可逆的，如果沒有早期治療，而進展到第四、五期，則腎功能是不可逆的。西醫預防和治療糖尿病腎病變及糖尿病腎功能不全主要如下：

1. 加強血糖的控制：1991 United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) 及 1993 The diabetes Control and Complication Trial (DCCT) 大型研究群發表嚴格的血糖控制，能使第一型糖尿病病患能減少 39% 微量白蛋白尿的發生，而對第二型糖尿病病患能減少 34% 微量白蛋白尿的發生，進而延緩糖尿病腎臟病變的發生和進行，同時也能預防糖尿病眼底病變和神經病變的發生。

2. 嚴格血壓控制：糖尿病病患比較容易得到高血壓，尤其是到腎功能不全的階段，糖尿病病患如果合併高血壓比單獨高血壓患者有 5-6 倍的機會發展到末期腎衰竭。在 UKPDS 和 Hypertension Optimal Treatment (HOT) 的試驗中發現嚴格血壓控制可維持腎功能及減少心血管病變。對糖尿病病患而言，高血壓藥物的選擇要考慮其優缺點，避免副作用的發生。

(1) 血管張力素轉化酶抑制劑 (angiotensin converting enzyme inhibitors, ACEI)：是最受重視的高血壓藥物，糖尿病腎病變出現微量白蛋白尿時，即使血壓正常，也要給予 ACEI，可減少微量白蛋白尿及延緩腎病變的進展，在 Microalbuminuria and cardiovascular and renal outcomes (MICRO-HOPE) 研究中發現糖尿病人給予 ramipril 可減少 25% 發生心肌梗塞、腦中風和心血管疾病造成死亡的機會，也可減少 16% 進展到嚴重腎病變的階段。

(2) 第二型血管張力素接受器阻斷劑 (angiotensin II receptor blockers, ARB)：近年來也有幾篇研究顯示能保護腎臟，延緩糖尿病腎病變的進行，其保護腎臟的作用並不是只靠降低血壓的機轉而已，而是阻斷了腎素-血管張力素系統 (renin angiotensin system)。

(3) 鈣離子阻斷劑類 (calcium channel blockers)：鈣離子阻斷劑 (CCB) 能延緩糖尿病腎病變的進行是由於降低血壓與降低蛋白尿的作用，而降低蛋白尿的機轉主要是改善腎絲球的通透性。

(4) 利尿劑 (diuretic)：低劑量利尿劑的使用，在很多研究中顯示對糖尿病人合併高血壓有一定的療效，在 SHEP (Systolic Hypertension in the Elderly Program Cooperative research Group) 試驗中，利尿劑可減少糖尿病人發生腦中風 (22%)、心肌梗塞 (56%)、心血管疾病 (34%) 的機會。

糖尿病人高血壓治療的理想目標，最好維持在低於  $130/85\text{mmHg}$ ；每天蛋白尿超過 1 公克，則血壓須控制低於  $125/75\text{mmHg}$ 。

限鹽及低蛋白飲食：可減緩腎病變的進行。在微量白蛋白尿期應攝取每日每公斤體重 0.8 公克的蛋白質，在蛋白尿期則減為每日每公斤體重 0.6 到 0.7 公克，蛋白質來源為高生理價值的蛋白質如牛奶、蛋及瘦肉等食物。

以上的治療均對糖尿病腎病變有良好的效果，目前也有許多新的藥物在研發中，如糖化蛋白產物(AGE)抑制劑、醛糖還原酶抑制劑(aldose reductase inhibitor, ARI)、蛋白質激酶抑制劑等。

中國古典醫籍中並沒有糖尿病腎病變這一名稱，但古人對糖尿病腎病變的臨床表現及發病機理早有論述。並且指出本病的發病機制為消渴病日久，腎體受損，腎陽虛衰而致。糖尿病腎病變及腎功能不全，乃中醫學水腫、關格、腎衰等範疇，本病由於糖尿病遷延不癒而併發，究其病因病機，歷代醫家多重視腎虛，消渴病之本在於陰虛，病情遷延未癒，因陰虛內熱，日久必損陽氣，故臨床上又多見氣陰兩虛；病變後期，陰損及陽，傷及心脾，脾腎陽虛，水濕潑留，泛溢肌膚，而足水腫，畏寒肢冷；病變晚期，腎用失司，水濕泛濫，濁毒內停，變證峰起，濁毒上犯，胃失和降，則噁心嘔吐，食欲不振，脾腎衰敗，則見面色萎黃，唇甲舌淡，血虛之候；若水濕濁毒上凌心肺，則見心悸氣短，胸悶喘息不能平臥，少尿，全身水腫等危重證候，相當於現代醫學的尿毒症。

#### 中西醫結合

西醫預防和治療糖尿病慢性腎功能不全的方法為嚴謹的血糖控制、維持正常血壓、血管張力素轉化酶抑制劑的早期使用、限鹽低蛋白飲食和高血脂的治療。的確能延緩腎功能的惡化及其他慢性併發症的產生，但是許多糖尿病腎功能不全病患所出現的臨床症狀如疲倦乏力、畏寒肢冷、腰酸腿軟、浮腫、夜尿多，目前西醫治療療效不彰，影響病患的生活品質，根據文獻及研究報告，中藥降血糖的效果無法與西藥口服降血糖藥或胰島素相比，但中藥的確能緩解糖尿病的症狀，日本學者的研究指出腎氣丸能改善疲倦、夜間多尿、浮腫及手腳發冷的症狀，而這些症狀都是西藥治療不理想的。成功大學鄭瑞棠教授指出，在臨床上，中藥乃治療消渴病的症狀，降血糖並不是中藥的主要目標，中國醫藥大學中西醫結合所王子源醫師以隨機雙盲安慰劑對照試驗法來評估濟生腎氣丸對糖尿病併發慢性腎功能不全病人的療效。結果顯示糖尿病腎功能不全病人，依中醫辨證論治原則，排除熱症及陰虛火旺證型，在接受西藥治療的情況下，服用濟生腎氣丸十二週，能使糖化血色素值下降，濟生腎氣丸與西藥有加成作用而且沒有明顯副作用，能改善臨床症狀及提升生活品質。濟生腎氣丸對於腎陽虛類型病患效果尤佳。

## 糖尿病，伴有眼之表徵

### *Diabetes with ophthalmic manifestations*

一、本書編號：212

二、國際疾病分類（ICD-9/ICD-10）編號：250.4/E10.3,E11.3,E12.3,E13.3,E14.3

三、現代醫學病名及定義：

糖尿病合併視網膜病變是引起失明的首要因素。視網膜位於眼球內的後方，是眼球感應外界景物光暗、顏色的主要部分，由無數的感光細胞組成，視網膜上有很豐富的小血管，糖尿病長期高血糖會使視網膜上的小血管受到傷害，引致體液從血管滲出，影響了視網膜上感光細胞的功能，視力自然會受到影響；嚴重時，因視網膜局部缺血的关系，導致視網膜上的小血管增生，形成許多脆弱的新生血管，這些脆弱新生血管很容易出血，或因出血後的血塊收縮結疤等併發症。

糖尿病眼病變可分為兩大類，即單純性視網膜病變和增殖性視網膜病變，單純性視網膜病變為早期的糖尿病視網膜病變，視網膜上的血管形成小血管瘤，體液滲出，視網膜有點狀出血，水腫等變化。增殖性視網膜病變即網膜上有許多新生血管形成。第一型糖尿病在罹病五年內很少會有糖尿病眼病變，但是在罹病二十年後，卻幾乎都會有不同程度的視網膜病變；而第二型糖尿病，有 25% 的糖尿病病人在被診斷出時就已有視網膜病變，在罹病二十年後約有 60% 的病人會產生不同程度的視網膜病變。除了視網膜病變處，糖尿病人發生白內障和青光眼都較普通人多出一倍。

四、中醫相關病名及文獻出處：

#### 盲

《儒門事親·劉河間先生三消論》

「夫消渴者，多藥為聾、盲、瘡、癩、瘰、瘵、癩之類，皆腸胃燥熱佛鬱，水液不能浸潤於周身故也。」

#### 目無所見

《證治要訣》

「三消久之，精血既虧，或目無所見或手足偏廢……。」

#### 視瞻昏渺症

《證治準繩·雜病·七竅門上·目·目昏花》

「視瞻昏渺症，謂目內外別無證候，但自視昏渺，蒙昧不清也。有神勞、有血少、有元氣弱、有元精虧而昏渺者，致害不一。若人年五十以外而昏者，雖治不復光明。」

#### 暴盲

1. 《證治準繩·雜病·七竅門上·目·暴盲》

「暴盲，平日素無他病，外不傷輪廓，內不損瞳神，倏然盲而不見也。病致有三：曰陽寡，曰陰孤，曰神離，乃否塞關格之病。」

2. 《審棉瑤函·暴盲症》

「此症謂目平素別無他症，外不傷於輪廓，內不損乎瞳神，倏然盲而不見也。其故有三，曰陰孤，曰陽寡，曰神離，乃閉塞關格之病。」

**青盲**

青盲病名始見於《神農本草經》，但無描述症狀。

## 1. 《諸病源候論·目病諸侯·目青盲候》

「青盲者，謂眼本無異，瞳子黑白分明，直不見物耳。」

## 2. 《證治準繩·雜病·七竅門·上·目·青盲》

「青盲，目內外並無障弱氣色等病，只自不見者。」

**落氣眼**

《抄本眼科》

「落氣眼，不害疾，忽然眼目黑暗，不能補見，白日如夜，此乃是元氣下陷，陰氣上升。」

**五、診斷要點：**

糖尿病病史：第一型糖尿病診斷五年後及第二型糖尿病診斷後就必須作眼底檢查。眼底檢查：第一型糖尿病發病後五年起，應每年接受一次視網膜檢查，第二型糖尿病患，於糖尿病診斷後應儘速檢查，使用眼底鏡篩檢者往後應每年接受一次視網膜檢查，準備懷孕之糖尿病婦女，應接受有關視網膜病變之檢查與諮詢，懷孕第一期即應接受完整的視網膜檢查，及往後之定期追蹤。

眼底螢光血管攝影：早期病例可見螢光素不能灌注的毛細血管閉鎖區，在中等程度的視網膜病變患者，毛細血管閉鎖範圍較廣泛，攝影所見視網膜毛細血管瘤遠比眼底鏡下所見的數目為多。臨床上應用眼底螢光血管攝影，動態地觀察視網膜微循環和血管病變，陽性體徵發現率較眼底鏡檢查發現率高。

視電生理檢查：視覺誘發電位和視網膜電圖檢查，特別應注意視網膜振盪電位的改變。

**六、綜論：**

糖尿病視網膜病變最可怕的地方是在視網膜病變的早期並無任何症狀，但當症狀出現時，視網膜病變已經到達某種程度，這是為什麼定期的例行檢查對糖尿病人的眼睛那麼重要。糖尿病控制愈差或發病時間愈長的人，愈容易發生糖尿病視網膜病變。糖尿病視網膜病變的治療原則嚴格的控制血糖、血壓、血脂及雷射治療，1993 **Diabetes Control and Complications Trial** 指出積極良好的血糖控制，可以防止或減少視網膜病變的發生率達 27%。糖尿病視網膜病變早期都可以用雷射治療，雷射是集中的一種強力光來可準確地照入眼睛底部，把有問題的血管處理掉，及早的雷射治療可減少 90% 的視網膜病變發生失明。至於黃斑部的病變，雷射治療可阻止液體繼續從血管滲出，但不能恢復已失去的視力。

糖尿病視網膜病變中醫的病理性質為本虛標實，以氣陰虧虛，肝腎陰虛為本；火熱、痰濁，血瘀為標。其病機主要為氣陰兩虛，肝腎陰虧，目失所養，虛火上炎，痰瘀互阻，損傷目絡。治療當以益氣養陰，滋補肝腎，滋陰降火，化痰祛瘀，涼血止血，益睛明目為主。其後期出現脾腎虧虛，氣不化水之水濕泛濫。

## 糖尿病，伴有神經表徵

### *Diabetes with neurological manifestations*

一、本書編號：213

二、國際疾病分類 ICD-9/ICD-10) 編號：250.5/E10.4,E11.4,E12.4,E13.4,E14.4

三、現代醫學病名及定義：

糖尿病伴有神經表徵乃指因糖尿病造成的神經病變；糖尿病神經病變包括感覺神經病變、運動神經病變及自主神經病變三種。最常見的病變為對稱性感覺神經病變，以四肢遠端居多，呈現手套和襪套樣感覺障礙，主要症狀是發麻、刺痛、怕冷或灼熱。感覺神經病變常使病人腳部、腿部及指頭對震動、溫度、及痛的感覺日漸喪失，最後完全喪失感覺。運動神經病變會引起病人小塊肌肉萎縮，力量失衡，足部變形，及足壓增加等。急性局部神經病變（影響第 3、4 或 6 腦神經）可能發生於較老年的糖尿病患者身上，常見為一眼上眼皮下垂，但瞳孔大小不變，且對光仍有反應，症狀往往在數月之內消失。自主神經病變則使病人汗腺失去功能，上半身出汗而下半身無汗，造成足部皮膚乾裂，容易感染。自主神經病變也可影響到內臟自主神經，造成心跳過快、消化障礙（胃排空減緩、食道功能障礙、便秘或泄瀉）、姿態性低血壓、膀胱功能障礙、男性性器勃起功能障礙而造成性無能等。

四、中醫相關病名及文獻出處：

#### 痺

1. 《諸病源候論·風病諸候·風濕痺身體手足不隨候》

(1) 「人腠理虛者，則由風濕氣傷之，搏於血氣，血氣不行則不宣，真邪相擊，在於肌肉之間，故其肌膚盡痛。」

(2) 「由血氣虛，則受風濕，而成此病。」

2. 《景岳全書·從集·雜證謨·風痺》

「痺者閉也，以血氣為邪所閉，不得通行而病也。」

3. 《雜病涼流犀燭·諸痺源流》

「痺者，閉也，三氣雜至，壅蔽經絡，血氣不行，不能隨時祛散，故久而為痺。」

4. 《醫宗必讀·痺》

「治外者，散邪為急；治臟者，養正為先。」

5. 《症因脈治·痺症論》

「痺者閉也、經絡閉塞，麻痺不仁。或攻注作疼、或礙結關節、或重著難移，故名曰閉。」

#### 血痺

《金匱要略·血痺虛勞病脈證並治》

「血痺病從何得之？師曰：夫尊榮人，骨弱，肌膚盛重，因疲勞，汗出，臥不時動搖，如被微風，遂得之。」

## 瘀血

《醫林改錯·痺症有瘀血說》

「以活血化瘀爲主的身痛逐瘀湯，擴充了治療痺症方劑的類型。」

### 五、診斷要點：

足部神經檢查：感覺功能測試最爲重要，包括觸感、震動感、溫度感及神經反射。

電氣試驗：神經傳導速度（nerve conducting velocity）、肌電圖（electromyography）。

### 六、綜論：

早期的症狀是手腳刺痛、麻感、感覺異常，膝與阿基里斯（Achilles）肌腱反射減少或消失，對震動的感覺會減少或消失，常有持續性痛覺，尤其在晚上好發。

糖尿病合併多發性神經炎，古代文獻中並無記載。根據多發性神經炎有肌膚麻木及疼痛的表現，屬於中醫學上之「痺症」、「血痺」、「四肢麻木」、「四肢疼痛」及「熱痺」的範圍，痺證是由於風、寒、濕、熱等外邪侵襲人體，閉阻經絡，氣血運行不暢所導致的，血痺的病機是陰陽俱微，肌膚營衛不足。衛氣出下焦，腎氣不足則衛氣亦虛，氣虛則血滯，血滯則營虛，血痺的症狀是「身體不仁如風痺狀」，《諸病源候論》指出風痺的臨床表現是肌肉頑厚或疼痛，可知血痺之如風痺狀，亦必有疼痛。

中醫的臟腑辨證是以內在的臟腑與肌表的經絡互相聯屬成爲一個整體來進行辨治的，若患者的腰背、胸脇、少腹及大腿前、內側疼痛，並連及拇趾內側，有明顯的按經絡循行部位疼痛的表現，在治療上除按「原發在腎，氣陰兩虛」治其本病外，還要治療繼發的肝、脾、胃、膀胱、督脈諸經的症狀，繼發的麻木、疼痛雖然都是肌表營衛失和所引起，但各經循行部位不同，而藥性又有歸經的屬性不同，故各經用藥均不一致。根據治療體會，各經用藥有以下的選擇：足厥陰肝經用藥：柴胡、赤芍、白芍、木瓜、山萸肉、丹參、雞血藤、川芎、桑枝、當歸。足太陰脾經及足陽明胃經用藥：黨參、黃耆、蒼朮、淮山藥、天花粉、麥冬、甘草。足少陰腎經及足太陽膀胱經用藥：生地、熟地、五味子、玄參、肉蓯蓉、仙靈脾、製附片、桂枝、茯苓、澤瀉。督脈用藥：金毛狗脊、鹿角膠。根據以上經絡循行部位用藥，不僅對多發性神經炎有一定療效，對於糖尿病本身，亦有很好效果，其作用機理，值得進一步探討。

#### 中西醫結合

糖尿病神經病變所引起的神經痛是不容易治療的，改善血糖控制對部分病人可能有幫助，西醫治療糖尿病神經病變用藥如三環抗憂慮藥、非類固醇類止痛藥、維生素 B<sub>12</sub>、末梢循環藥、抗癲癇等，主要的治療是緩解症狀，但療效並不令人滿意。近年來中醫藥治療糖尿病神經病變愈來愈受到重視，臨床上使用中醫金匱八味丸、桂枝加朮附湯等方藥，在治療糖尿病的同時常能收到消除疼痛麻痺的良好效果，但亦有患者全然無效。糖尿病性神經痛，如用桂枝芍藥知母湯浸膏（桂枝、芍藥、乾薑、大棗、白朮各4，甘草2的比例配成），多發性神經炎加木瓜、丹參、雞血藤、赤芍，足跟痛加用青黛、木瓜。日本名古屋大學醫學部第一內科、第三內科佐藤祐造、富田明夫等報告：35至75歲患者，糖尿病神經障礙者69例，投與牛車腎氣丸一天七·五公克，投與十二週，觀察自

暈症狀。全般改善佔 73.19%，對麻痺疼痛為中心之糖尿病性神經障礙有用。

## **糖尿病，伴有末梢血管循環疾患** *Diabetes with peripheral circulatory disorders*

一、本書編號：214

二、國際疾病分類 (ICD-9/ICD-10) 編號：250.6/E10.5,E11.5,E12.5,E13.5,E14.5

三、現代醫學病名及定義：

糖尿病末梢血管病變屬於糖尿病大血管病變。常侵犯遠端血管，血管阻塞常為多段式，且阻塞鄰近亦有變化，側枝循環受阻，常見雙側下肢一起侵犯，根據台灣北部之調查，糖尿病末梢血管疾病之發生率為 0.4%。末梢血管疾病的早期症狀為下肢皮膚感覺較冷，足背動脈的脈搏消失，皮膚較乾燥萎縮，小腿皮膚上的毛髮脫落，指甲變厚。晚期則出現間歇性跛行，夜間或休息時下肢疼痛，缺血性壞死，足部潰瘍，細菌感染，腳趾壞疽。

四、中醫相關病名及文獻出處：

### **脫癱**

《靈樞·癰疽篇》

「發於足指，名脫癱，其狀赤黑，死不治，不赤黑，不死。不衰，急斬之，不則死矣。」

### **脫疽**

1. 《神醫秘傳》

「此症發於手指或足趾之端，先癢而後痛，甲現黑色，久則潰敗，節節脫落。」

2. 《劉涓子鬼遺方·黃父一疽論》

「發於足指名曰脫疽，其狀赤黑，不死，治之不衰，急斬之去，治不去必死矣。」

3. 《千金翼方·瘡癰上·黃父相癰疽論》

「毒在肉則割，毒在骨則切。」

4. 《外科正宗·上部癰疽門·脫疽》

(1) 「夫脫疽者，外腐而內壞也。此因平昔厚味膏粱薰蒸臟腑，丹石補藥消燬腎水，房勞過度，氣竭精傷……，多致陽精煽惑，淫火猖狂，其蘊蓄於臟腑者，終成燥熱火症，其毒積於骨髓者，終為疽毒陰瘡。」

(2) 「凡患此者，多生於手足，故手足乃五臟枝幹，瘡之初生，形如粟米，頭便一點黃泡，其皮猶如煮熟紅棗，黑氣侵漫，相傳五指，傳遍上至腳面，其疼如湯潑火燃，其形則骨枯筋練，其穢異香難解，其命仙方難活。」

5. 《景岳全書·賢集·外科鈐·脫疽》

「一膏粱之人先作渴，足熱，後足大指赤痛，六脈洪數而無力，左尺為甚，予謂此足三陰虛證，當滋化源為主，被固服除濕敗毒等劑，元氣益虛，色黯延足，余乃朝用補中益氣湯，夕用補陰八珍湯各三十餘劑，及桑枝炙潰而膿清作渴不止，遂朝以前湯送加減八味丸，夕用十全大補湯三十餘劑而痊。」

## 五、診斷要點：

身體理學檢查：看表皮是否有異常，觸診動脈脈搏及聽診是否有雜音（bruit）。

下肢及足部 X 光攝影：看血管動脈是否有鈣化。

量足踝及上臂的血壓比值（ratio of ankle and brachial blood pressure）：比值大於 1 為正常，小於 1 表示有血管的阻塞，小於 0.5 表示有嚴重的阻塞。

彩色血管都卜勒超音波檢查。

下肢動脈攝影：為最後確定的診斷，可配合氣球擴張術及置放支架治療。

## 六、綜論：

長期糖尿病患者血管變化是很普遍的，大血管疾病常使流入腳的血液減少，並引起間歇跛行、腳冷、感覺異常，受傷處癒合緩慢，局部感染、潰瘍與壞疽（gangrene）。一半以上的病患合併有冠狀動脈硬化。

西醫治療

加強足部護理，每天檢視足部是否有切傷、傷口、撞傷及紅點產生。洗乾及擦乾足部；擦乾足間部位，穿著合適的鞋襪，勿赤腳走路，勿吸煙及安排適宜之運動。

藥物如 Pentoxifylline[Trental]可改善血流，aspirine 或 dipyridamole 有抗血小板作用對於腦中風及心肌梗塞之預防效果較明確，而對於糖尿病末梢血管病變之療效未確定，血管擴張劑可能適得其反，因為病灶早已血管擴張，反而將血流引至身體其他部位，形成所謂 Steal-竊取效應。外科治療為血管整形術（angioplasty）及繞道手術（Bypass surgery）。

中醫治療糖尿病病程的早、中、晚期三個階段，在中醫辨證時分為陰虛內熱、氣陰兩虛、及陰陽兩虛三種類型。糖尿病末梢血管病變多在中、晚期，即氣陰兩虛和陰陽兩虛兩種類型，氣虛、陰虛致氣血運行不暢，痰濁內阻，血瘀。患者肢體麻木，肢端紫紅，血栓形成，肢體疼痛，皮下瘀斑，下肢色素沉著等表現均為血瘀證。治則為化痰軟堅，活血通絡。藥用丹參、當歸、川芎、赤芍、雞血藤、牛膝、虎杖、夏枯草、海藻等。老年人腎虛者，治宜溫陽補腎。藥物有鹿角膠、肉蓯蓉、巴戟天、補骨脂、骨碎補、淫羊藿、杜仲、續斷、狗脊等。

## 糖尿病，伴有未明示之併發症

### *Diabetes with unspecified complications*

一、本書編號：215

二、國際疾病分類（ICD-9/ICD-10）編號：250.9/E10.8,E11.8,E12.8,E13.8,E14.8

三、現代醫學病名及定義：

糖尿病是一群以血糖過高為表現的疾病。其併發症主要由代謝性和血管性兩種失調所造成，而兩者互相有關連。代謝性失調的特點為血糖控制不良，長期升高，同時伴隨蛋白質和脂肪代謝異常。血管性異常包括非特異性動脈粥狀硬化的加速，以及比較具有特定性的微細血管病變，特別會傷害眼睛、神經和腎臟。一般糖尿病病患若飯前血糖在二百左右，往往沒有什麼不舒服的症狀，因此病人並不以為意。然而持續過高的血糖卻逐漸對身體各個器官造成破壞，宛如不可見的隱形殺手。過高的血糖除了會導至日後的各種慢性併發症外，同時也提供病菌滋生的溫床，造成急性感染併發症而威脅到生命。

四、中醫相關病名及文獻出處：

#### 盲

《儒門事親·劉河間先生三消論》

「夫消渴者，多藥為聾、盲、瘡、癩、瘞、瘵、癩之類，皆腸胃燥熱佛鬱，水液不能浸潤於周身故也。」

#### 目無所見

《證治要訣》

「三消久之，精血既虧，或目無所見或手足偏廢……。」

#### 視瞻昏渺症

《證治準繩·雜病·七竅門上·目·目昏花》

「視瞻昏渺症，謂目內外別無證候，但自視昏渺，蒙昧不清也。有神勞、有血少、有元氣弱、有元精虧而昏渺者，致害不一。若人年五十以外而昏者，雖治不復光明。」

#### 暴盲

1. 《證治準繩·雜病·七竅門上·目·暴盲》

「暴盲，平日素無他病，外不傷輪廓，內不損瞳神，倏然盲而不見也。病致有三：曰陽寡，曰陰孤，曰神離，乃否塞關格之病。」

2. 《審棉瑤函·暴盲症》

「此症謂目平素別無他症，外不傷於輪廓，內不損乎瞳神，倏然盲而不見也。其故有三，曰陰孤，曰陽寡，曰神離，乃閉塞關格之病。」

#### 痺

1. 《諸病源候論·風病諸候·風濕痺身體手足不隨候》

(1) 「人腠理虛者，則由風濕氣傷之，搏於血氣，血氣不行則不宣，真邪相擊，在於肌肉之間，故其肌膚盡痛。」

(2) 「由血氣虛，則受風濕，而成此病。」

2. 《景岳全書·從集·雜證謨·風痺》  
「痺者閉也，以血氣為邪所閉，不得通行而病也。」
3. 《雜病涼流犀燭·諸痺源流》  
「痺者，閉也，三氣雜至，壅蔽經絡，血氣不行，不能隨時祛散，放久而為痺。」
4. 《醫宗必讀·痺》  
「治外者，散邪為急；治臟者，養正為先。」
5. 《症因脈治痺症論》  
「痺者閉也、經絡閉塞，麻痺不仁。或攻注作疼、或礙結關節、或重著難移，故名曰閉。」

### 血痺

《金匱要略·血痺虛勞病脈證並治》

「血痺病從何得之？師曰：夫尊榮人，骨弱，肌膚盛重，因疲勞，汗出，臥不時動搖，如被微風，遂得之。」

### 瘀血

《醫林改錯·痺症有瘀血說》

「以活血化瘀為主的身痛逐瘀湯，擴充了治療痺症方劑的類型。」

### 消渴

1. 《外台秘要》引《古今錄驗論》  
「渴而飲水多小便數，無脂似麩片甜者，皆是消渴病也。」
2. 《醫學入門·外集·雜病分類·外感·燥類》  
「治渴者，初宜養肺降心，久則宜滋腎養脾，……故腎氣丸為消渴良方。」
3. 《證治匯補·胸膈門·消渴·治宜滋補》  
「初起宜養肺清心，久病宜滋腎養脾。蓋五臟之津液，皆本於腎。故腎氣上升而肺潤，腎冷則不升而肺枯。故腎氣丸為消渴良方也。又五臟精華悉運乎脾，脾旺則心腎相交，脾健而津液自化，故參苓白朮散為收功神藥也。」

### 水疾

《諸病源候論·消渴病諸候·消渴候》

「夫消渴者，……其病變，或發好癰疽，或成水疾。」

### 小便如膏

《醫微·消症》

「或曰腎主五液，則生之者腎也。上焦如霧，中焦如漚，下焦如瀆，則發之者三焦也。而不知越人所謂腎間動氣者，是乃五臟六腑之本，十二經脈之根，呼吸之門，三焦之原，一名守邪之神。是氣之動，則上而蒸津液，肺得之而不渴，胃得之而不飢，膀胱得之而氣化。唯真火衰而真水竭，則不能上輸於肺，而肺反欲借救於矣；不能中養於胃，而胃反欲借助於食矣；不能下調膀胱，而膀胱反欲擾動於精腑矣。於是引飲無度，多食飢虛，小便如膏，皆水火不能相濟乃至此，將至自焚而死矣。」

### 水腫

1. 《聖濟總錄·久渴》  
「消渴病多傳變，宜知慎忌，此病久不癒，能為水腫癰疽之病，又說消渴病久，

腎氣受傷，腎主水，腎氣虛衰，氣化失常，開闔不利，水液聚於體內而出現水腫。」

## 2. 《雜病源流犀燭·三消源流》

「有消渴後身腫者，有消渴面目足膝腫、小便少者。」

### 浮溺

《證治要訣》

「三消久而小便不臭，反作甜氣，在溺中滾滿，更有浮溺，面如豬脂，此精不禁，其元竭也。」

## 五、診斷要點：

### 糖尿病眼病變

須定期作視力、屈光變化、細隙燈檢查、隅角鏡檢查、眼壓檢查、眼底檢查、眼底攝影及螢光眼底攝影。第一型糖尿病患，發病後五年起，應每年接受一次視網膜檢查第二型糖尿病患，於糖尿病診斷後應儘速查，使用眼底鏡篩檢者，往後應每年接受一次視網膜檢查，準備懷孕之糖尿病婦女，應接受有關視網膜病變之檢查與諮詢，懷孕第一期即應接受完整的視網膜檢查，及往後之定期追蹤。

### 糖尿病神經病變

足部神經檢查：感覺功能測試最為重要，包括觸感、震動感、溫度感及神經反射。電氣試驗：神經傳導速度（nerve conducting velocity）、肌電圖（electromyography）

### 糖尿病腎病變

必須完成以下例行檢查：測量血壓、尿液常規檢查、尿液白蛋白排泄率、血清尿素、肌酸酐、電解質、尿酸、血糖和糖化血色素、血清脂質（TC，TG，LDL-C, HDL-C）、心電圖。

## 六、綜論：

### 糖尿病眼病變（diabetic retinopathy）

在美國，此併發症乃是造成視盲的主因之一；視網膜病變可分成二大群，一是單純性，二是增生性；此病最早的徵象是可以看到打入的染色劑（Dye）會滲透入水晶體液；接著，造成視網膜微血管阻塞，然後再形成血管瘤（aneurysms）；緊跟著血管周圍組織增生，接著造成點狀出血。將近 85% 的糖尿病患者都逃不過此種併發症；而患有增殖性的視網膜病變的人約有半數會在 5 年內瞎掉。

### 糖尿病神經病變（diabetic neuropathy）

早期的症狀是手腳刺痛、麻感、感覺異常，膝與阿基里斯（Achilles）肌腱反射減少或消失。對震動的感覺會減少或消失。常有持續性痛覺，尤其在晚上。脊髓液檢查並無特殊處，但蛋白質常增加，偶而有淋巴球增多（Pleocytosis）。但以上這些症狀與脊髓液的變化在非糖尿病神經炎患者也會發生，自主神經系統與中樞神經系統有時也被侵犯，能控制的糖尿病患者這併發症很少見。

### 糖尿病腎臟病變（diabetic nephropathy）

腎臟病變是糖尿病致死的原因之一；在美國有近 1/2 的末期腎病變是來自糖尿病腎病

變；將近 40~50%的胰島素依賴性糖尿病患者會有此併發症，而非胰島素依賴性的患者則較少此併發症；腎病變一般可分為結節型 (nodular) 及散漫型 (diffuse type)，以前者較常見，而腎病變在糖尿病患者起初時是毫無症狀的，一開始有症狀時往往是以「功能亢進」來表現，接著才出現蛋白尿，一但蛋白尿出現時，腎絲球過濾率將呈穩定性下降，平均每月下降約 1cc/mim。

#### 皮膚感染

若病人有再發性癰 (furuncle) 或 carbuncle 應考慮糖尿病的可能性。

#### 足部潰瘍 (Diabetic foot ulcers)

會形成足部潰瘍，起因應在於神經病變使足部壓力感覺改變，使足部無法適當轉換壓力，血液循環不佳，而壞死潰瘍。

#### 中西醫結合

中醫藥治療糖尿病有著數千年的歷史，積累了豐廣的經驗。我們根據臨床觀察，中藥的確能緩解糖尿病的症狀，同時也有一定的降血糖作用，雖然中藥降血糖的效果無法與西藥口服降血糖藥或胰島素相比，但是用中藥治療糖尿病幾乎沒有嚴重的副作用或過敏反應的報告；研究顯示中藥亦可和西醫口服降血糖藥配合使用，可減低口服降血糖藥的劑量，減少低血糖發生的頻率，對腎功能不全及老年人的糖尿病有明顯的好處，在急性併發症方面，如糖尿病酮酸中毒、高血糖高滲透壓非酮酸性狀態、感染，中藥可能幫忙不大，但在慢性併發症方面，如神經病變、眼病變、及腎病變，中醫藥的治療是有一定的療效，近年研究較多的是醛糖還原酶抑制劑及蛋白非酶糖基化的抑制劑，西藥目前仍在試驗中，而大陸從 1985 年起進行這方面的研究，實驗結果基本上證明有些中藥能抑制醛糖還原酶及蛋白非酶糖基化。

糖尿病的主要併發症可分為大血管或微血管病變，目前西醫的治療為積極控制血糖及血壓，但仍無法完全預防心血管疾病的發展，糖尿病患者所具有的血液流變學異常、微血管循環障礙，正是中醫血瘀的客觀表現，研究顯示活血化瘀法對於糖尿病患者取得了不錯的療效，並認為活血化瘀法的應用，正是現在中醫治療糖尿病的一個方向，中藥對機體內有不同程度的調節作用，能使陰陽平衡，提高免疫力，增強患者抵抗力，這些都是西藥所缺乏的。充分發揮中醫藥的優勢，並且溶入現代化西醫治療糖尿病的精華，以嶄新的中西醫結合觀念治療糖尿病，是指日可待。

## 尿崩症

### *Diabetes insipidus*

一、本書編號：216

二、國際疾病分類（ICD-9/ICD-10）編號：253.5/E22.2

三、現代醫學病名及定義：

尿崩症是指抗利尿激素（antidiuretic hormone，ADH）分泌不足（又稱中樞性或垂體性尿崩症），或腎臟對抗利尿激素反應缺陷（又稱腎性尿崩症）而引起的症候群，其特點是多尿、煩渴、低比重尿和低滲透壓尿。造成此種疾病原因很多，如腦下腺前葉腺瘤、轉移性癌、化膿性感染等，尿崩症發生年齡以青年人為多見；根據ADH分泌不足的程度，可分為完全性尿崩症和部分性尿崩症。

四、中醫相關病名及文獻出處：

#### 消渴

1.《素問·氣厥論》

「心移寒於肺，則為肺消，肺消者飲一溲二，死不治。」

2.《金匱要略·消渴小便利淋病脈證並治》

「男子消渴，小便反多，以飲一斗，小便一斗，腎氣丸主之。」

3.《蘭室秘藏·消渴門·消渴論》

「臟腑有遠近，心肺位近，宜制小其服。腎肝位遠，宜制大其服，皆適至其所為故。如過與不及，皆誅罰無過之地。如高消中消，制之太急，速過病所，久而成中滿之病，正謂上熱未除，中寒復生者也。非藥之罪，失其緩急之制也。」

4.《證治匯補·胸膈門·消渴·治宜滋補》

「初起宜養肺清心，久病宜滋腎養脾。蓋五臟之津液，皆本於腎。故腎氣上升而肺潤，腎冷則不升而肺枯。故腎氣丸為消渴良方也。又五臟精華悉運乎脾，脾旺則心腎相交，脾健而津液自化，故參苓白朮散為收功神藥也。」

5.《醫門法律·消渴門·消渴論》

「下消之火，水中之火也，下之則愈燔。中消之火，竭澤之火也，下之則愈傷。上消之火，燎原之火也，火從天降可滅。徒攻腸胃，無益反損。」

6.《醫學衷中參西錄·醫方·消渴方》

「按，白虎加人參湯，乃傷寒論治外感之熱傳入陽明胃腑，以致作渴之方。方書謂上消者宜用之，此借用也。愚曾試驗多次，然必胃腑有實熱者，用之方的。中消用調胃承氣湯，此須細為斟酌，若右部之脈滑而且實，用之猶可，若其人飲食甚勤，一時不食，即心中怔忡，且脈象微弱者，係胸中大氣下陷，中氣亦隨之下陷，宜用升補氣分之藥，而佐以收澀之品與健補脾胃之品，……若誤用承氣下之則危不旋踵。」

#### 消瘰

1.《素問·通評虛實論》

「凡治消瘰撲擊，偏枯痿厥，氣滿發逆，甘肥貴人，則膏粱之疾也。」

## 2. 《靈樞·本臟》

「心脆則善病消瘴熱中」，且言「肺脆……肝脆……」五臟脆俱善病消瘴。

## 3. 《靈樞·五臟》

「五臟皆柔弱者，善病消瘴。」

**內消**

《小品方·治渴利諸方》

「內消之為病，皆熱中所作也，小便多於所飲，令人虛極短氣，內消者，食物皆消作小便去，而不渴。」

**腎消**

《古今錄驗》

「消渴病有三：一渴而飲水多，小便多，無脂似麩片甜者，皆是消渴病也。二吃食多，不甚渴，小便少，似有油而數者，此是消中病也。三渴飲水而不能多，但腿腫，腳變瘦小，陰痿弱，數小便者，此是腎消病也。」

**五、診斷要點：**

尿液檢驗：24 小時尿量 5,000~10,000mL，比重小於 1.005，尿滲透壓 50~200 mosm/L，尿色清淡，部分型尿崩症尿量 3,000~5,000ml，比重 1.010 以上，尿滲透壓大於 300mosm/L 會出現脫水，若不處理，重者會死亡。

禁水試驗 (Water deprivation test)：禁水 8~12 小時，每 2 小時收集尿量。禁水前後每 2 小時分別測尿量、尿比重、滲透壓、體重、血壓，尿崩症患者若尿液滲透壓大於 800，則不可能是尿崩症；若少於 800，則經鼻輸注去氨加壓素 (desmopressin)，若尿液滲透壓大於 800，則為中樞性尿崩症，否則為腎性尿崩症。

高張性鹽液試驗：給患者飲水 20mL/kg，30 分鐘內喝完，每 15 分鐘收集尿液一次，計算每分量之尿量，當每分鐘尿量大於 5ml，靜脈注射 (IV) 2.5% 高張鹽液，IV 速率為 0.25mg/kg，時間為 45 分，尿崩症患者尿量不減，比重不升。

**六、綜論：**

尿崩症可分為中樞性尿崩症和腎性尿崩症，以 ADH 完全或部分缺乏為屬於中樞性尿崩症；腎臟對 ADH 的抗利尿作用有抗拒性，而無法濃縮尿液為腎性尿崩症，臨床症狀可見多尿、劇渴、多飲、低尿比重 (1.001~1.007)，若患者未補充水分，會有脫水及混亂現象。

引起中樞性尿崩症的原因有頭部外傷、腦垂體切除、顱咽瘤病、腦膜炎、遺傳性及原因不明 (50%)；而腎性尿崩症與藥物使用有關，或血鉀過少、血鈣過多、腎臟疾病及糖尿病；遺傳性尿崩症幼年起病，但口渴中樞發育不全，可引起脫水熱及高鈉血症。

檢查方面測定 24 小時尿液排出量來證實多尿症，水分剝奪試驗 (Water deprivation test) 來區分中樞性尿崩症或腎性尿崩症；對於難以診斷的病例，可靜脈注射高張性鹽液測定血漿之 ADH。

現代醫學統計指出，垂體性尿崩症可見於任何年齡，但青年人居多，男女比率約 2:1。

一般起病日期明確，夜尿顯著，尿量比較固定，一般在 4 升/日以上，最多不超過 18 升/日。尿比重小於 1.006。尿滲透壓多數小於 200mosm/kg。由於失水、口渴常嚴重，入水量與出水量大致相等，一般尿崩症患者喜冷飲。

尿崩症，在中醫根據臨床表現，可歸屬在消渴的範圍。消渴之名，首見於《內經》，如《素問·氣厥論》中提到「肺消者，飲一溲二，死不治。」而在《金匱要略》中已提出對消渴症的治療如「男子消渴，小便反多，以飲一斗，小便一斗，腎氣丸主之。」在晉唐之後，將消渴分為消渴、消中、消腎，尿崩症的臨床表現與中醫消腎描述的內容相似：「渴飲水不能多，但腿腫，腳先瘦，陰痿軟，數小便。」從中醫病機來看，下消的臟腑辨證以腎虛為本，腎在五臟中地位重要，腎為水火之臟，腎中陰陽失調，水虧火散，均與消渴病的發展有很大關係，故《金匱要略》治療消渴主用八味丸。《外台秘要》中論三消者，本起腎虛；而《仁齋直指方·消渴》：「腎水不竭，安有渴哉，所以腎氣不足，腎元固攝失司，津液氣化不能，膀胱失攝，小便清長而量多，尿多而飲水多。」

本病之病變中心以腎虛最為重要。無論腎經自病，或與上、中二消合病，病既及於下，即當以腎為主。腎有水火陰陽，消證腎虛精耗，火浮為多；久病年老亦有陰衰及陽，火不蒸動的寒化證。因此臨床上凡遇多尿、煩渴、低比重尿、腎功能正常者應考慮尿崩症的可能。多尿需與下列疾病加以鑑別：精神性疾病，糖尿病，腎性尿崩症。

## 庫欣氏症候群 *Cushing's syndrome*

一、本書編號：217

二、國際疾病分類（ICD-9/ICD-10）編號：255/E24

三、現代醫學病名及定義：

庫欣氏症候群泛指體內糖皮質類固醇過多所引起的疾病，臨床的症狀與表徵有中心性肥胖、滿月臉、水牛肩、體重增加、疲倦及無力、高血壓、多毛症（尤其是臉部）、無月經、皮膚的條紋、易於瘀傷、水腫及糖尿病等。主要可分為 ACTH-dependent 和 non-ACTH-dependent 兩大類，前者是指腎上腺皮質受體內過多的 ACTH（腦下垂體分泌、異位性 ACTH 症候群）刺激而引起腎上腺皮質的束狀區和網狀區肥厚增生，並過度分泌皮質素醇、雄性激素所造成的症候群，而後者則是由於腎上腺皮質腺瘤或惡性腫瘤、和過度使用糖皮質類固醇藥物所引起的症候群；其中，由於病人長時間服用過量的糖皮質類固醇所引起，稱為醫源性庫欣氏症候群，這是臨床上最常見的庫欣氏症候群類型。

四、中醫相關病名及文獻出處：

### 膏脂

《靈樞·衛氣失常》

「臑肉堅，皮滿者，脂（肥）。臑肉不堅，皮緩者，膏。皮肉不相離者，肉。」

### 少腹滿

《靈樞·脹論》

「腎脹者，腹滿引背，央央然，腰髀痛。」

### 肥胖

1. 《金匱要略·血痺虛勞脈證並治》

「夫尊榮人，骨弱肌膚盛重。」

2. 《雜病源流犀燭·身形門·身形病源流》

「穀氣勝元氣，其人肥而不壽。」

### 痿

1. 《儒門事親·指風痺痿厥近世差玄說》

「痿之為狀，……，由腎水勝心火，心火上燬肺金，肺金受火制，六葉皆焦，皮毛虛弱而薄者，則生痿。」

2. 《素問玄機原病式·五運主病·諸氣·鬱病痿》

「痿，手足痿弱，無力以運動也。」

五、診斷要點：

對於庫欣氏症候群的診斷並不難，由病史、症狀及理學檢查多可獲得初步的診斷，在台灣由於坊間的許多藥物（風濕丸、止痛丸）常含有大量的類固醇，以及一般醫師對類固醇的濫用，詳細詢問用藥史是診斷醫源性庫欣氏症候群所不可或缺的，再

加上血中皮質素醇 (cortisol) 濃度偏低，即可診斷出醫源性庫欣氏症候群。臨床上由病史、外觀的表現，高度懷疑是內源性庫欣氏症候群，接下來便需做以下檢測：

### 1. 篩檢 (screen)

(1) 皮質素醇 (cortisol) 濃度早晚分泌的規律消失：皮質素醇在早上約八點時會最高，再慢慢下降，正常皮質素醇濃度早上八點比上下午四點為二比一。所以可以監測病人的早上下午的皮質素醇量，若病人沒有符合這種變化，也就是分泌的規律消失 (loss diurnal change)。

(2) 1 mg overnight dexamethasone suppression test：在晚上十一點時給病人吃 1mg 的 dexamethasone，隔天早上八點時再去測他的皮質素醇的量。若一個懷疑有庫欣氏症候群的病人在做完這個試驗後，血中 cortisol 的量大於  $3 \mu\text{g/dL}$ 。

### 2. 鑑別診斷 (differentiation)

(1) 血中 ACTH (正常是 9-52 pg/m) 如果病人 ACTH 高於 52，通常就是庫欣氏病 (Cushing's disease)，主要由腦下垂體腫瘤造成，若是小於 9，那往往就是腎上腺的問題。

(2) High-dose dexamethasone suppression test 有傳統高劑量 dexamethasone 抑制試驗 (2 mg dexamethasone q 6hrs for 2 days) 及隔夜 high 8 mg dexamethasone 抑制試驗-晚上十一點時給予病人 8mg dexamethasone，隔天早上八點時測血中 cortisol，如果 cortisol 下降到基本點 50% 以下，那就可能是庫欣氏病；如果 cortisol 沒有下降到基本點 50% 以下，那就可能是腎上腺的問題。

### 3. 定位 (location)

由實驗數據懷疑是腎上腺的問題，就作腹部電腦斷層攝影；懷疑是腦下垂體腫瘤就作碟鞍腦下垂體核磁共振。

## 六、綜論：

病因病機：

### 1. 西醫方面

可分為 ACTH-dependent：如腦下腺腫瘤 (庫欣氏病)、非腦下腺腫瘤 (異位性 ACTH 症候群) 及 ACTH-independent：如醫源性庫欣氏症候群、腎上腺皮質腺瘤、皮質惡性腫瘤或兩側微小結節性腎上腺皮質增生。

### 2. 中醫方面

本病的主要病機是肝失條達，鬱而化火出現氣火亢盛之徵，表現為煩躁失眠、顏面潮紅、皮膚痤瘡、血壓升高等症。肝氣太過，克伐脾土、脾不健運，蘊濕生痰出現痰濕之徵，表現為體型肥胖，面色垢濁，噁心嘔吐、全身乏力。素體陰虛，復加肝鬱不舒，易從火化，引動相火，暗耗陰精，熬灼血液，久則成癆，出現皮下癍斑或紫紋，病久陰損及陽，導致腎陰陽雙虧，腰膝酸軟，骨質不堅，出現性慾減退，男子陽痿，女子閉經，抗病能力下降。總之，本病主要病機為肝腎不適，脾腎虧虛，陰陽失調。

中醫的辨證：

根據其常見的證候及其表現特點可分為下列幾種證型：

1. 肝鬱脾濕。
2. 肺氣鬱閉。
3. 陰虛火旺。
4. 陰陽兩虛。

治療

#### 1. 西醫治療

庫欣氏症候群治療原則視其基本病因而定，但由於這是一種相當嚴重的內分泌疾病，如未治療則有一半左右的病人將於五年內死亡，因此早期診斷及早期治療是最重要的。治療庫欣氏病（Cushing's disease）最佳治療是利用顯微手術經蝶竇摘除 ACTH 腺瘤，可成功地矯正 85% 微小腺瘤所引起的高皮質素血症，相反的，大的腺瘤的手術成功率只有 10-15%。異位性 ACTH 症候群，只有在良性腫瘤（如胸腺瘤、支氣管類癌、嗜鉻細胞瘤）為基本病因者，才可經由腫瘤切除而治療病人；惡性腫瘤引起的庫欣氏症較嚴重且常有轉移現象，因此很難治療，腎上腺皮腺瘤，切除腺瘤側腎上腺多可成功地治癒庫欣氏症候群且長期預後良好。但由於血中 cortisol 濃度偏高已有一段時間，下視丘－腦下腺功能軸及對側腎上腺的功能受到抑制，因此在手術中和手術後一段時間內應補充糖皮質類固醇，以避免手術後腎上腺皮質機能不足的威脅。如為與 ACTH 無關的特異性兩側腎上腺皮質增殖，則需作兩側腎上腺切除術。

#### 2. 中醫治療

庫欣氏症候群多是由於腦下腺腺瘤或腎上腺瘤所引起，大都須要手術治療，中醫根據本病患者的臨床特點，多主張從健脾、補腎、化痰、祛瘀等方面施治，或許可改臨床症狀，但實際上無法根治本病，因為單純使用中藥並不能使造成庫欣氏症候群的腫瘤消失。

中西醫結合

中醫對庫欣氏症候群所能提供的治療，應是輔助的角色，在西醫手術去除了腦下腺或腎上腺的腫瘤後，加上中藥的治療，能增加病人的抵抗力及身體營養，進而使下視丘－腦下腺－腎上腺軸的功能更快的恢復。

## 腎上腺皮質功能不足 *Corticoadrenal insufficiency*

一、本書編號：218

二、國際疾病分類（ICD-9/ICD-10）編號：255.4/E27.1,E27.3,E27.4

三、現代醫學病名及定義：

腎上腺皮質機能不足是指腎上腺皮質分泌的類固醇激素減少所引起的症候群，可分為原發性和續發性兩大類，前者是腎上腺皮質本身的疾病所引起又稱愛迪生氏病（Addison disease），多發生於 20-50 歲之間，女性稍多，後者是長期服用過量的類固醇或是腦下腺、下視丘疾病引起腦下腺的 ACTH 分泌不足所造成。

四、中醫相關病名及文獻出處：

### 虛勞

1.《素問·通評虛實論》

「黃帝問曰：何謂虛實？歧伯對曰：邪氣盛則實，精氣奪則虛。」

2.《靈樞·決氣》

「精脫者，耳聾；氣脫者，目不明；津脫者，腠理開，汗大泄；液脫者，骨屬屈伸不利，色夭，腦髓消，耳數鳴；血脫者，色白，夭然不澤，其脈空虛，此其候也。」

3.《醫宗金鑑·雜病心法要訣·虛勞總括》

「虛者，陰陽、氣血、榮衛、精神、骨髓、津液不足是也。損者，外而皮、脈、血、筋、骨，內而肺、心、脾、肝、腎消損是也。成勞者，謂虛損日久，留連不癒，而成五勞、七傷、六極也。」

4.《醫碕·雜症·虛損癆瘵》

「虛者，血氣不足也，久則肌膚臟腑亦漸消損，故曰虛損。勞者，久為病苦，不得安息。如勞苦不息者然。」

### 虛寒症

《素問·經絡論》

「寒多則凝泣，凝泣則青黑。」

### 面如漆柴

《靈樞·經脈》

「腎足少陰之脈，是動則病：飢不欲食，面如漆柴。」

### 黑疸

《金匱要略·黃疸病脈證並治》

「膀胱急，少腹滿，身盡黃，額上黑，足下熱，因作黑疸。」

五、診斷要點：

病史、臨床症狀：全身衰弱無力是愛迪生氏病的最主要症狀，起先是有時間性的，通常在身體或精神遭受壓力時最明顯，但當腎上腺機能進一步惡化時，症狀也跟著

惡化，病人可能一直覺得疲勞無力而需臥床休息，甚至連講話也變得無力且不清楚。皮膚黏膜色素沈著是由於 ACTH 及其他會刺激黑色素細胞的激素分泌增多所致，因此並不發生於續發性腎上腺皮質機能低下症，通常以皮膚的暴露部位、黏膜表面及疤痕處最為明顯。此外病人也可能會有體重減輕、噁心嘔吐、食慾不振、低血壓、及腹痛的情形。

實驗室檢查：血中皮質素醇 (cortisol) 濃度偏低，即可診斷出腎上腺皮質機能不足，而 cortisol 低、ACTH 很高為原發性腎上腺皮質機能不足，cortisol 低、ACTH 也低則為續發性腎上腺皮質機能不足，最常見的為醫源性庫欣氏症候群。此外也常會有低鈉血症 88%、高鉀血症 64%、高鈣血症 10~20%、輕度的正球性正色素性貧血、嗜中性球減少、嗜伊紅球增多、輕微淋巴球增多、氮血症、輕度酸血症及低血糖。腹部 X 光有時可發現腎上腺鈣化，大約 50% 的結核病引起的愛迪生氏病患者會有此病變，但其他侵犯性或出血性病變也可能有此表徵。

## 六、綜論：

病因病機：

### 1. 西醫方面

(1) 原發性腎上腺皮質機能不足-愛迪生氏病，引起的原因，在 1920 年以前是以結核為最主要病因 (約 70%-90%)，但自從 1950 年以後則以自體免疫腎上腺炎引起腎上腺萎縮為最常見病因，約佔 80%，其餘 20% 則多仍為結核病所引起，其他少見的病因包括：外科切除兩側腎上腺、黴菌感染、愛滋病、先天性疾病 (如醇素缺損、梅毒、腎上腺發育不全、腎上腺出血或梗塞 (抗凝血劑治療、敗血症、產傷、外傷、出血性疾病、一般手術後)、藥物副作用 (如 mitotane、ketoconazole、和 heparin 等)。

(2) 續發性腎上腺皮質機能不足，最常見的為醫源性庫欣氏症候群，而腦下腺或下視丘疾病所引起的則比較少見。

### 2. 中醫方面

愛迪生氏病的病因大概有下列三個方面：1. 先天不足，五臟柔弱；2. 外感六淫，遷延失治，邪氣久羈，正氣耗傷；3. 煩勞過度，飲食不節，傷及脾腎。

中醫的辨證：

根據其常見的證候及其表現特點，可分為下列幾種證型：

1. 腎陽不足
2. 脾腎陽虛
3. 肝腎陰虛
4. 氣血兩虛

治療

### 1. 西醫治療

所有腎上腺皮質機能不足病患者均須接受糖皮質激素治療，Cortisone 25 毫克/顆，服 12.5 毫克以模仿正常的分泌狀況 (或用 prednisolone 5 毫克/顆，早上 5 毫克，下午 2.5 毫克)，但類固醇會刺激胃黏膜增加胃酸分泌，最好能和食物、牛奶或

制酸劑一起服用；在此劑量下，除胃炎外，少有其他併發症。愛迪生氏病的病患連鹽皮質激素（mineralcorticoid）都缺乏，所以大都要再給予鹽皮質激素 fludrocortisone 0.05-0.1 毫克/日。

2.中醫治療

本病以辨證論治為主，治療則針對不同的證型而分別給予不同的藥方。

3.中西醫結合

腎上腺皮質機能不足的治療，以糖皮質激素及鹽皮質激素的補充為主，輔助以中醫藥治療，以改善臨床的症狀。

## 營養性消瘦 *Nutritional marasmus*

一、本書編號：219

二、國際疾病分類（ICD-9/ICD-10）編號：261/E41

三、現代醫學病名及定義：

營養性消瘦是由於人體攝取的總卡路里量長期嚴重缺乏而導致。病人的臨床表現為表情冷漠，顏面及四肢的皮膚有過度角化和皮膚剝脫的病變，看起來就像牆上的油漆剝落一樣，斑斑駁駁的；頭髮乾燥呈紅黃色，有時會出現段落狀的脫色奇怪現象，看來像美國國旗一般。血液中白蛋白的濃度很低，並有貧血（紅白血球的大小及血紅素含量均正常），以及免疫機能降低。

四、中醫相關病名及文獻出處：

### 疳症

1. 《顛囟經·卷上·病證》

「一、眼睛揉癢是肝疳；二、齒焦是骨疳；三、毛落鼻中乾是肺疳；四、皮乾肉裂是筋疳；五、發焦黃是血疳；六、舌上生瘡是心疳，七、愛吃泥土是脾疳。」

2. 《諸病源候論·虛勞骨蒸候》

「蒸盛過傷，內則變為疳，食入五臟。久蒸不除，多變為疳。」

3. 《小兒藥證直訣·脈證治法·諸疳》

「疳皆脾胃病，亡津液之所作也。」

4. 《醫方集宜·小兒門·疳疾》

「小兒疳疾，皆由乳食不調，肥疳無節而作也。蓋因臟腑薄嫩，飽傷胃，飢傷脾，飢飽不勻，致傷脾胃，疳疾由此而生也。其狀身發潮熱，腹脹腸鳴，尿如白漿，頭皮光急，毛髮焦稀，揉鼻擤眉，體黃唇白，口渴自汗，眼昏泄瀉皆疳候，病關五臟，亦有五疳之名。雖起於乳食不調，莫不有因虛積日久而化為蟲，治當殺蟲養胃，是為切要，餘以隨症處方而治療焉。」

5. 《幼科發揮·疳》

「疳為虛證。」

6. 《古今醫統》

「泄瀉乃脾胃傳病，……若不治本，則瀉雖暫止而復瀉，耽誤既久，脾胃益虛，變生他證，良醫莫救。」

7. 《嬰童百問·疳證》

「小兒臟腑嬌嫩，飽則易傷，乳哺飲食，一或失常，不為疳者鮮矣。」

8. 《幼科釋謎·疳積·疳病原由症治》

「大抵疳之為病。皆因過餐飲食，于脾家一臟，有積不治，傳之餘臟，而成五疳之疾。」

9. 《幼幼集成·諸疳症治》

(1)「疳之為病皆虛所致，即熱者亦虛中之熱，寒者亦虛中之寒，積者亦虛中之積。」

(2)「凡病瘠而形不魁者，氣衰也；色不華者，血弱也，氣衰血弱，知其脾胃必傷。」

### 虛勞

#### 1. 《素問·通評虛實論》

「黃帝問曰：何謂虛實？歧伯對曰：邪氣盛則實，精氣奪則虛。」

#### 2. 《素問·三部九候論》

「帝曰：以候奈何？歧伯曰：必先度其形之肥瘦，以調其氣之虛實，實則瀉之，虛則補之。」

#### 3. 《素問·陰陽應象大論》

「因其衰而彰之。形不足者，溫之以氣；精不足者，補之以味。」

#### 4. 《靈樞·決氣》

「精脫者，耳聾；氣脫者，目不明；津脫者，腠理開，汗大泄；液脫者，骨屬屈伸不利，色夭，腦髓消，耳數鳴；血脫者，色白，夭然不澤，其脈空虛，此其候也。」

#### 5. 《難經·十四難》

「一損損於皮毛，皮聚則毛落；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，……從上下者，骨痿不能起於床者死；從上下者，皮聚而毛落者死。」

#### 6. 《金匱要略·血痺虛勞病脈證並治》

(1)「虛勞裏急，悸、衄、腹中痛，夢失精，四肢酸疼，手足煩熱，咽乾口燥，小建中湯主之。」

(2)虛勞裏急，諸不足，黃耆建中湯主之。

(3)虛勞腰痛，小腹拘急，小便不利，八味腎氣丸生之。

(4)虛勞諸不足；風氣百疾，薯蕷丸主之。

(5)虛勞，虛煩不得眠，酸棗仁湯主之。

(6)五勞虛極羸瘦，腹滿不能飲食，食傷、憂傷、飲傷、房室傷、飢傷、勞傷，經絡榮衛氣傷，內有乾血，肌膚甲錯，兩目黯黑，緩中補虛，大黃蟄蟲丸主之。」

#### 7. 《諸病源候論·虛勞病諸候·虛勞候》

「夫虛勞者，五勞、六極、七傷是也。五勞者，一曰志勞，二曰思勞，三曰心勞，四曰憂勞，五曰瘦勞。又肺勞者，短氣而面腫，鼻不聞香臭。肝勞者，面目乾黑，口苦，精神不守，恐畏不能獨臥，目視不明。心勞者，忽忽喜忘，大便苦難，或時鳴澇，口內生瘡。脾勞者，舌本苦直，不得咽唾。腎勞者，背難以俯仰，小便不利，色赤黃而餘瀝，莖內痛，陰濕囊生瘡，小腹滿急。……七傷者，一曰陰寒，二曰陰萎，三曰裏急，四曰精連連，五曰精少，陰下濕，六曰精清，七曰小便苦數，臨事不卒。」

#### 8. 《濟生方·諸虛門·虛損論治》

「夫人稟中和之氣生，常能保守真元，何患乎有病焉。不善衛生者，思慮役其知，嗜欲亂其真，營衛一虛，因茲積微成損，積損成衰。及其病也，既不能御氣以全身，又不能餌藥以延壽。……凡人有虛損之病，豈可不早為之補益，庶有延齡之

望。」

9.《醫宗金鑑·雜病心法要訣·虛勞總括》

「虛者，陰陽、氣血、榮衛、精神、骨髓、津液不足是也。損者，外而皮、脈、肉、筋、骨，內而肺、心、脾、肝、腎消損是也。成勞者，謂虛損日久，留連不愈，而成五勞、七傷、六極也。」

10.《醫碯·雜症·虛損癆瘵》

「虛者，血氣不足也，久則肌膚臟腑亦漸消損，故曰虛損。勞者，久為病苦，不得安息。如勞苦不息者然。」

11.《醫門法律·虛勞門·虛勞脈論》

「凡虛勞病，畏寒發熱者，衛虛則畏寒，榮虛則發熱耳，當緩調其榮衛，俾不相亢戰，則寒熱自止。」

12.《不居集·上集·吳師朗治虛損法》

「虛勞日久，諸藥不效，而所賴以無恐者，胃氣也。蓋人之一耳，以胃氣為主。胃氣旺則五臟受蔭，水津四布，機運流通，飲食漸增，津液漸旺，以至充血而生經，而復其真陰之不足。」

### 五、診斷要點：

體重減少原有的 10%以上，特別是每月體重減少率大於 3~6%。

三頭肌皮褶厚度低於標準值。

手臂中部肌肉區值低於標準值。

肌酸酐—身長指數低於標準值。

血清白蛋白濃度低於標準值。

### 六、綜論：

蛋白質—卡路里營養不良症，又稱蛋白質—能量營養不良症，主要發生於嬰兒及小孩。它包含夸西柯病（金孩病、紅孩病）及營養性消瘦兩種症候群。

營養性消瘦是由於人體攝取的總卡路里長期嚴重不足而導致。

患者小腸絨毛變短或消失，黏膜中雙糖酶和肽酶降低。胃及胰腺分泌物量以及所含的酸和消化酶的量減少，膽汁的量及其中結合膽酸的濃度均降低。在小腸上部大量兼性寄生菌及厭氧菌可將結合膽酸轉變為游離膽酸。胰腺及膽道功能受損，加上小腸結構的改變，導致碳水化合物、維生素及脂肪吸收不良。

患者的細胞及體液免疫系統均受損。T 淋巴球、多形核白血球和補體系統的完整功能測定抗體外反應均遲鈍。至於 B 淋巴細胞功能是否受損，意見不盡相同。這種免疫系統受損造成一個惡性循環，即營養不良損傷宿主防禦功能，使之易受感染，回過來又加重營養不良。

患者內分泌改變是對營養不良狀態生理適應後果。食物攝入不當可降低循環中葡萄糖和胺基酸水平，導致循環中胰島素減少及生長激素、胰昇糖素增加，這些改變結合生長激素降低、糖皮質激素的增加，促進肌肉蛋白質分解，提高游離胺基酸和內臟器官的結合。尿素合成被抑制，流失減少，胺基酸利用增加，脂解作用及糖異生

作用增加可提供更多能量基質。

患者血清中 T3、T4、FT3 增加，與正常甲狀腺病態症候群的表現型相似。T3 濃度降低是患者代謝率降低及蛋白質分解減少的主要原因。主要的性腺功能障礙是伴有循環中睪酮、雌激素濃度降低及生殖力損傷，無月經。促黃體素釋放激素分泌受損在腺功能低下症中起重要作用。

患者顯微鏡檢可見心肌纖維萎縮、水腫和較少見的斑塊狀壞死及慢性炎性細胞浸潤。心肌結構的改變也常伴有心肌工作能力改變，大多數情況是因心輸出量、心搏量及最大工作能力降低而使需要量增加。心臟結構和功能的改變是不可逆的，在營養補充後可見左心室心肌肥厚及最大心輸出量增加。

只要給予病人充分的營養，營養性消瘦症是可以完全復原的。

疳疾指小兒脾胃虛弱，運化失常，以致乾枯羸瘦的疾患。臨床以羸瘦，頭皮光急，毛髮焦稀，腮縮鼻乾，唇白，臉爛，脊聳體黃，咬甲斗牙，焦渴，嗜異等為特徵。古人認為疳由肥甘所致；或說疳者乾也，因脾胃津液乾枯而患；亦有人認為蟲動則侵蝕成疳者。脾胃為後天之本，氣血生化之源，小兒脾胃嫩弱，常為不足，易為乳食，濕熱等病邪所傷，脾胃傷，津液耗則氣血虛衰，諸臟失養，故疳諸症隨之發生。其病機主要是因乳食不節，積滯傷脾，或感染諸蟲，久而生熱，熱灼津傷，因而熱、積、蟲三者交蒸，臟腑、肌肉、筋骨等無以濡養，漸致形體消瘦，因而成疳。

疳症由於病因複雜，病情多變，故其分證甚多，其名亦雜。臨床多以五臟分證，其中尤以脾疳為見。

小兒疳疾的預後，隨其原發疾病的不同而有所不同，但一般均可治癒。由於疳多因大病或吐瀉後以藥下之，致脾胃虛損之津液而成，故其病癒否，視脾胃與津液的恢復程度而定。脾胃、津液恢復快，病癒也快；脾胃、津液恢復差，病癒也差。

虛勞涉及的內容很廣，可以說是中醫內科範圍最廣的一個病證，凡稟賦不足，後天失養，病久體虛，積勞內傷，久虛不復等所致的多種以臟腑氣血陰陽虧損為主要表現的病證，均屬本證的範圍。

五臟氣、血、陰、陽的虧損是虛勞的基本病機。辨證應以氣血陰陽為綱，五臟虛候為目的。又由於氣血同源，陰陽互根，五臟相關，故應同時注意氣血陰陽相兼病及五臟之間的相互影響。

## 其他重度蛋白質、卡路里營養不良 *Other severe protein-calorie malnutrition*

一、本書編號：220

二、國際疾病分類（ICD-9/ICD-10）編號：262/E42,E43

三、現代醫學病名及定義：

營養不良是由於攝食不足，或食物不能充分吸收利用，以致能量缺乏，不能維持正常代謝，迫使機體消耗自身的組織，出現體重不增或減輕，生長發育停滯，脂肪逐漸消失，肌肉萎縮。

隨著生活水準的提高和保健衛教的廣泛，本病發病已逐年明顯減少。但由於營養知識和醫學基礎知識尚不夠普及，故本病仍較常見。營養不良患者不僅有消瘦、體重下降、脂肪消耗等一般表現，同時也可造成全身各系統的功能紊亂、免疫功能低下。根據本病臨床上以食慾減退、體重減輕、面黃肌瘦、毛皮憔悴，甚至遍身骨露、羸瘦如柴等症狀為主要表現。

四、中醫相關病名及文獻出處：

### 虛勞

1. 《素問·通評虛實論》

「黃帝問曰：何謂虛實？歧伯對曰：邪氣盛則實，精氣奪則虛。」

2. 《靈樞·決氣》

「精脫者，耳聾；氣脫者，目不明；津脫者，腠理開，汗大泄；液脫者，骨屬屈伸不利，色夭，腦髓消，耳數鳴；血脫者，色白，夭然不澤，其脈空虛，此其候也。」

3. 《難經·十四難》

「一損損於皮毛，皮聚則毛落；二損損於血脈，血脈虛少，不能營於五臟六腑；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，……從上下者，骨痿不能起於床者死；從上下者，皮聚而毛落者死。」

4. 《金匱要略·血痺虛勞病脈證並治》

「虛勞裏急，悸、衄、腹中痛，夢失精，四肢痠疼，手足煩熱，咽乾口燥，小建中湯主之。虛勞裏急，諸不足，黃耆建中湯主之。虛勞腰痛，小腹拘急，小便不利，八味腎氣丸主之。虛勞諸不足，風氣百疾，薯蕷丸主之。虛勞，虛煩不得眠，酸棗仁湯主之。五勞虛極羸瘦，腹滿不能飲食，食傷、憂傷、飲傷、房室傷、飢傷、勞傷、經絡榮衛氣傷，內有乾血，肌膚甲錯，兩目黯黑，緩中補虛，大黃廕蟲丸主之。」

5. 《諸病源候論·虛勞病諸候·虛勞候》

「夫虛勞者，五勞、六極、七傷是也。五勞者，一曰志勞，二曰思勞，三曰心勞，四曰憂勞，五曰瘦勞。又肺勞者，短氣而面腫，鼻不聞香臭。肝勞者，面目乾黑，口苦，精神不守，恐畏不能獨臥，目視不明。心勞者，忽忽喜忘，大便苦難，或

時鳴漚，口内生瘡。脾勞者，舌本苦直，不得咽唾。腎勞者，背難以俯仰，小便不利，色亦黃而餘瀝，莖內痛，陰濕囊生瘡，小腹滿急。……七傷者，一曰陰寒，二曰陰萎，三曰裏急，四曰精連連，五曰精少，陰下濕，六曰精清，七曰小便苦數，臨事不卒。」

6.《濟生方·諸虛門·虛損論治》

「夫人稟中和之氣生，常能保守真元，何患乎有病焉。不善衛生者，思慮役其知，嗜欲亂其真，營衛一虛，因茲積微成損，積損成衰。及其病也，既不能御氣以全身，又不能餌藥以延壽。……凡人有虛損之病，豈可不早爲之補益，庶有延齡之望。」

7.《醫宗金鑑·雜病心法要訣·虛勞總括》

「虛者，陰陽、氣血、榮衛、精神、骨髓、津液不足是也。損者，外而皮、脈、血、筋、骨，內而肺、心、脾、肝、腎消損是也。成勞者，謂虛損日久，留連不愈，而成五勞、七傷、六極也。」

8.《醫碕·雜症·虛損癆瘵》

「虛者，血氣不足也，久則肌膚臟腑亦漸消損，故曰虛損。勞者，久爲病苦，不得安息。如勞苦不息者然。」

9.《醫門法律·虛勞門·虛勞脈論》

「凡虛勞病，畏寒發熱者，衛虛則畏寒，榮虛則發熱耳，當緩調其榮衛，俾不相亢戰，則寒熱自止。」

10.《不居集·上集·吳師朗治虛損法》

「虛勞日久，諸藥不效，而所賴以無恐者，胃氣也。蓋人之一身，以胃氣爲主。胃氣旺則五臟受蔭，水津四布，機運流通，飲食漸增，津液漸旺，以至充血而生經，而復其真陰之不足。」

**疳症**

1.《顛凶經·卷上·病證》

「一、眼睛揉癢是肝疳，二、齒焦是骨疳，三、毛落鼻乾是肺疳，四、皮乾肉裂是筋疳，五、發焦黃是血疳，六、舌上生瘡是心疳，七、愛吃泥土是脾疳。」

2.《諸病源候論·虛勞骨蒸候》

「蒸盛過傷，內則變爲疳，食人五臟。久蒸不除，多變爲疳。」

3.《小兒藥證直訣·脈證治法·諸疳》

「疳皆爲脾胃病，亡津液之所作。」

4.《醫方集宜·小兒門·疳疾》

「小兒疳疾，皆由乳食不調，肥疳無節而作也。蓋因臟腑薄嫩，飲傷胃，飢傷脾，飢飽不勻，致傷脾胃，疳疾由此而生也。其狀身發潮熱，腹脹腸鳴，尿如白漿，頭皮光急，毛髮焦稀，揉鼻擤眉，體黃唇白，口渴自汗，眼昏泄瀉皆疳候，病關乎五臟，亦有五疳之苦。雖起於乳食不調，莫不有因虛積日久而化爲蟲，治當殺蟲養胃，是爲切要，餘以隨症處方而治療焉。」

5.《幼科發揮·疳》

「疳爲虛證。」

## 6. 《嬰童百問·疳證》

「小兒臟腑嬌嫩，飽則易傷，乳哺飲食，一或失常，不為疳者鮮矣。」

## 7. 《幼幼集成·諸疳症治》

「疳之為病皆虛所致，即熱者亦虛中之熱，寒者亦虛中之寒，積者亦虛中之積。」

## 8. 《幼科釋謎·疳積·疳病原由症治》

「大抵疳之為病。皆因過餐飲食，于脾家一臟，有積不治，傳之餘臟，而成五疳之候。」

## 五、診斷要點：

體重減少原有的 10% 以上，特別是每月體重減少率大於 3~6%。

三頭肌皮褶厚度低於標準值。

手臂中部肌肉區值低於標準值。

若出現貧血，血紅蛋白常低於 100g/L。若合併感染，可出現白血球增多。

血鋅降低。

血漿白蛋白、血糖、膽固醇均可降低。

體液免疫和細胞免疫都可出現低落。

## 六、綜論：

西醫認為營養不良的形成與長期飲食不當、熱量不足、消化系統疾病的影響以及慢性消耗性疾病等有關。

消瘦、體重不增以至減輕是營養不良的最初症狀。皮下脂肪層消滅的順序是先腹部，其次為胸、背、腰部，然後上肢、下肢、臀部，最後是額、頸、頰及面頰部。由於顯著的消化系統損害，腸胃道功能障礙又可加重營養不良，造成惡性循環。胃黏膜萎縮，胃酸減少，嚴重影響消化功能。加之伴有不同程度的貧血，多種微量元素，尤其是鋅元素的缺乏等，造成食慾減退乃至低下。殺菌力減弱，小腸黏膜萎縮，腸蠕動減弱，消化液減少，活力降低，糖及脂肪吸收明顯障礙，可出現感染性腹瀉或脂肪瀉，亦會出現嘔吐、便秘、腹脹等消化道紊亂症狀。

由於能量不足，腦細胞發育和代謝以及正常的生化過程受影響，病兒可出現對外界反應減弱。初期患兒往往多哭而煩躁，斷則變為表情呆板、淡漠、條件反射形成延遲，運動機能發育落後，以致影響智力。睡眠也有障礙、抑鬱與煩躁交替出現。

由於非特異性及特異性免疫功能均降低，皮膚黏膜等屏障功能遭破壞；吞嚥力、消化力、殺菌力均削弱，補體減少，干擾素形成不良，機體抗體生成能力降低等，造成了感染侵入的門戶和機會。故臨床上常見反覆感染，易患併發症。

中醫認為餵養不當、飲食失調或失節、熱病久病後均可損傷脾胃，耗損氣津，導致全身虛弱羸瘦，是疳症發生的主要病因病機。

疳疾指小兒脾胃虛弱，運化失常，以致乾枯羸瘦的疾患。臨床以羸瘦，頭皮光急，毛髮焦稀，腮縮鼻乾，唇白，臉爛，脊脊體黃，咬甲斗牙，焦渴，嗜異等為特徵。古人認為疳由肥甘所致；或說疳者乾也，因脾胃津液乾枯而患；亦有人認為蟲動則侵蝕成疳者。脾胃為後天之本，氣血生化之源，小兒脾胃嫩弱，常為不足，易為乳

食、濕熱等病邪所傷，脾胃傷，津液耗則氣血虛衰，諸臟失養，故疳諸症之發生。其病機主要是：因乳食不節，積滯傷脾，或感染諸蟲，久而生熱，熱灼津傷，因而熱、積、蟲三者交蒸、臟腑、肌肉、筋骨等無以濡養，漸致形體消瘦，因而成疳。疳症由於病因複雜，病情多變，故其分證甚多，其名亦雜。臨床多以五臟分證。其中尤以脾疳為常見。

小兒疳疾的預後，隨其原發疾病的不同而有所不同，但一般均可治癒。由於疳多因大病後或吐瀉後以藥下之，致脾胃虛損亡津液而成，故其病癒否，視脾胃與津液的恢復程度而定。脾胃、津液復快，病癒也快；脾胃、津液恢復差，預後也差。

虛勞涉及的內容很廣，可以說是中醫內科裏範圍最廣的一個病證，凡稟賦不足，後天失養，病久體虛，積勞內傷，外虛不復等所致的多種以臟腑氣血陰陽虧損為主要表現的病證，均屬本證的範圍。

又由於氣血同源，陰陽互根，五臟相關，故應同時注意氣血陰陽相兼為病及五臟之間的相互影響。

## 維生素 C 缺乏 *Ascorbic acid deficiency*

一、本書編號：221

二、國際疾病分類 (ICD-9/ICD-10) 編號：267/E54

三、現代醫學病名及定義：

維他命 C (Vit C) 在人體內會活化脯胺酸 (proline) 和離胺酸 (lysine) 羥化酶 (hydroxylase)，使得膠原纖維的結構堅韌。因此當 Vit C 缺乏時，體內膠原纖維 (collagen) 的結構會變得脆弱，於是產生以下的特徵：1. 血管變得脆弱 (特別是管壁沒有肌肉層的小血管)，在皮膚、下肢關節和骨膜下層 (subperiosteum) 等處有出血的現象；2. 類骨質 (osteoid) 的形成有缺陷；傷口癒合速度極慢；3. 牙本質形成異常。以上種種的特徵，我們稱之為壞血病 (scurvy)。

四、中醫相關病名及文獻出處：

### 齒衄

1. 《靈樞·百病始生》

「陽絡傷則血外溢，血外溢則衄血。」

2. 《景岳全書·貫集·雜證謨·血證·論治》

「火盛逼血妄行者，或上或下，必有火脈火證可據。」

3. 《瘍科心得集·辨鼻淵鼻痔鼻衄論》

「有因七情所傷，內動其血，隨氣上溢而致者。」

4. 《血證論·瘀血》

「吐衄便漏，其血無不離經，……既是離經之血，雖清血鮮血亦是痰血。」

### 臙瘡

1. 《外科正宗·雜瘡毒門·臙瘡論》

「臙瘡者，風熱濕毒相聚而成，有新久之別，內外之殊。」

2. 《瘍醫大全·臙瘡門》

「夫臙瘡者，皆由腎臟虛寒，風邪毒氣外攻三里之旁，……兩腳生瘡，腫爛疼痛，臭穢。」

五、診斷要點：

PT、PTT、bleeding time 呈正常。

毛細管脆性試驗：呈陽性。

離心分離血液中白細胞-血小板層內的抗壞血酸小於 0.1ng/dL，即表示與維生素 C 缺乏有相關。

六、綜論：

臨床上壞血病患會有齒齦疼痛、腫脹、出血。壞血病最初的口腔病變在牙間乳頭，蔓延到齒齦邊緣，微血管擴張，發生腫脹，情形嚴重病人會完全將牙齒蓋住，容易造成感染和潰瘍，病人氣味有惡臭，且唾液量會增加，只有在很嚴重的情形才會自

發性滲血和明顯的出血。另外，病患牙間乳頭萎縮和齒齦鬆動，造成牙齒鬆動或掉脫，此乃齒槽內發生骨質疏鬆和再吸收，齒齦會結疤。其它特有病變為：

- 1.毛囊角化過度和毛囊周圍出血，特別在四肢。
- 2.較大型之匯合性斑狀出血點，特別是在關節周圍及臍窩，或在發生輕微創傷之處。
- 3.關節疼痛、壓痛，且有時會腫脹（關節積血）。

4.孩童之骨膜下出血，成人而言，在發生長期嚴重維生素 C 缺乏時會有巨細胞性貧血，骨髓細胞可能產生巨母細胞紅血球性變化。此種原因可能為葉酸還原酶反應之缺陷，抗壞血酸缺乏症可將邊界攝取量之葉酸轉變成完全不足之攝取量狀況。毛囊周圍出現小出血點和齒齦出血，其主要缺陷為膠原生成作用異常。抗壞血酸 (ascorbic acid) 缺乏會減低 prohydroxylase 之活性，並減少羧脯胺酸 (hydroxyproline) 之形成。不穩定之膠原在正常體溫下較容易受到蛋白質分解作用影響，並導致血管破裂，血管脆弱性增加。

中醫所稱的「齒衄」除了因牙齒口腔問題引起外，最常見乃因維生素 C 缺乏引起，中醫的理論認為胃中虛火衄血乃胃陰不足，虛火內擾，血隨火升，上行於齒齦，耗灼胃絡而致故衄血。反覆不癒，主要表現為齒齦出血反覆不止，血色淡紅，兼見齒齦腐爛，由於古代並無血液學的觀念，對於血液中缺乏什麼物質並無法獲知，僅能就其表現出來的臨床症狀來判斷，因此維生素 C 缺乏所引起的「壞血病」，例如齒齦流血，中醫乃稱為「齒衄」。

另外，維生素 C 的不足，亦會引起傷口癒合不良，如「臙瘡」乃位於小腿兩旁因傷口癒合不良引起，此症尚須與糖尿病足病變區分。

## 維生素 D 缺乏 *Vitamin D deficiency*

一、本書編號：222

二、國際疾病分類（ICD-9/ICD-10）編號：268/E55

三、現代醫學病名及定義：

維生素 D 的維生素原：麥角固醇（ergosterol）經紫外光照射而形成維生素，維生素 D 在肝臟經化成 25-羥基維生素 D，再於腎臟化成 1,25 雙羥基維生素 D 及其它代謝物。1,25 雙羥基維生素 D<sub>3</sub> 是骨骼礦物質（鈣及磷）新陳代謝的主要調節性荷爾蒙。若缺乏時兒童會患佝僂症（Rickets），成人會患骨質軟化症（Osteomalacia）。其臨床常見的症狀有手足搐搦、煩躁、睡眠不良、走路時出現疼痛等。

四、中醫相關病名及文獻出處：

### 痿、痿厥、痿躄

1. 《素問·痿論》

「腎氣熱，則腰脊不舉，骨枯而髓減，發為骨痿。」

2. 《素問·生氣通天論》

「因於濕，首如裹，濕熱不攘，大筋軟短，小筋弛長，軟短為拘，弛長為痿。」

3. 《三因極一病證方論·五痿躄論》

「夫人身之有皮毛、血脈、筋膜、肌肉、骨髓以成形，內則有肝、心、脾、肺、腎以主之。若隨情妄用，喜怒不節，勞佚兼併，致內臟精氣虛耗，榮衛失度，發為寒熱，使氣血，筋骨，肌肉痿弱，無力以運動，故致痿躄。」

4. 《儒門事親·風痺痿厥近世差玄說》

「痿之為病……，由腎水勝心火，心火上燦肺金，肺金受火制，六葉皆焦，皮毛虛弱而薄者，則生痿。」

5. 《素問玄機原病式·五運主病·諸氣》

「痿，手足痿弱，無力以運動也。」

### 驚風

1. 《幼科全書》

「驚風有二，有急有慢。急驚風為實為熱，當用涼瀉。慢驚風為虛為寒，當用溫補，……凡治急驚風，除傷飲食一證外，不可遽用下藥，……凡治慢驚風，不可妄用辛香之藥，寒涼之劑，蓋辛香能走竄元氣，寒冷反傷脾胃故也。」

2. 《幼科釋謎·驚風》

「小兒之病，最重惟驚。驚必發搐，驚必竄睛，驚必牙緊，驚必面青，驚必魚口，驚必弓形。心經熱積，肝部風生，肝風心火，二臟交爭，血亂氣壅，痰涎與並，百脈凝滯，關竅不靈。或急或慢，隨其所撻，急由陽盛，慢屬陰凝，急緣實病，慢自虛成。」

## 3. 《東醫寶鑑·雜病篇·小兒》

「凡乳兒欲發驚風者，先神志不定，恍惚懼人，眦眼上視，左顧右盼，伸手握拳，悶鬱努氣，情態不如尋常，皆驚風先證也。……搐既已作，方可下熱退涼，熱若不退，驚亦不散。急驚截風定搐爲要，風搐既定，次與下熱，熱去則無風，風散則不搐。」

**搐**

## 1. 《幼幼新書·搐溺》

「凡搐頻者，風在表也，易治，宜發之。抽稀者，風在臟也，難治宜補脾。」

## 2. 《證治準繩·驚搐》

「急驚以關格不通，略施腦麝開通，定其搐搦尙可。慢驚陰重陽虧，諸經已虛，不直通關，又涼其臟。」

**五軟**

## 1. 《保嬰撮要·五軟》

「五軟者，頭項、手、足、肉、口是也。夫頭項軟者，臟腑骨脈皆虛，諸陽之氣不足也乃天柱骨弱，腎主骨，足少陰太陽經虛也。手足軟者，脾主四肢，乃中州之氣不足，不能營養四肢，故肉少皮寬，飲食不爲肌膚也。口軟者，口爲脾之竅，上下齦屬手足陽明，陽明主胃，脾胃氣虛，舌不能長而常舒出也。夫心主血，肝主筋，脾主肉，肺主氣，腎主骨，此五者因稟五臟之氣虛弱，不能滋養充達，故骨脈不強，肢體痿弱，源其要，總歸於胃。蓋胃爲水穀之海，爲五臟之本，六腑之大源也。治法必先以脾胃爲主，俱用補中益氣湯，以滋化源，頭項手足三軟，兼服地黃丸。凡此證必須多用二藥，仍令壯年乳母飲之，兼慎風寒，調飲食，多能全形。」

## 2. 《古今醫統》

「五軟證名曰胎怯，即由父精不足，母血氣衰而得。」

## 3. 《嬰童百問·五軟第二十六問》

「五軟者，頭軟、項軟、手軟、腳軟、肌肉軟是也。」

**五遲**

## 1. 《諸病源候論》

有「齒不生候」，「數歲不能行候」，「頭髮不生候」，「四五歲不能語候」的記載。

## 2. 《片玉心書·形聲門》

「行遲者何也？蓋骨乃髓之所養，血氣不充，則髓不滿骨，故弱軟不能行，此由腎與肝俱虛得之。蓋肝主筋，筋弱而不能早行；腎主骨，骨弱而不堅，腳細者稟受不足，氣血不充，故肌肉瘦薄，骨節俱露，如鶴之膝。此亦由腎虛，名鶴膝節，加味地黃丸主之。」

## 3. 《證治準繩·幼科·肺臟部·腎臟部·解顛凶》

「齒者，骨之所終，而髓之所養也。小兒稟受腎氣不足，不能上營而髓虛，不能充於骨，又安能及齒，故齒久不生也。」

## 五、診斷要點：

維生素 D 在血漿 (serum) 中正常值：cholecalciferol (D<sub>3</sub>)：25-Hydroxy cholecalciferol 8~55ng/mL (17.4~137nmol/L)，1,25 dihydroxycholecalciferol 26 ~ 65pg/mL (62~155pmol/L)，24,25-dihydroxycholecalciferol 1~5ng/mL (2.4~12nmol/L)。

檢查發現血鈣過少，血內磷酸鹽過少，鹼性磷酸酶高。

骨切片顯示礦物質化不完全。

放射線學：患佝僂症時恥骨枝、肩胛、肱骨和股骨上端出現假骨折 (pseudo-fracture)，幹骺端表面凹陷和高低不平。

## 六、綜論：

自然界中有兩種維生素 D：1.維生素 D<sub>3</sub> (cholecalciferol)，魚肝油中含量很多，人體也會合成；2.維生素 D<sub>2</sub> (ergosterol)，位於植物體內，這兩種維生素 D 在人體內的代謝及功能都相同。

維生素 D 在人體內經過種種代謝過程，最後會在腎內形成具有活性的 1,25(OH)<sub>2</sub>D。它會作用在小腸，提昇小腸吸收鈣離子的能力，使血液中鈣離子濃度升高，另外，它還會促進小腸對磷酸根離子的吸收。

造成維生素 D 缺乏的原因有以下三種：1.體內合成不足；2.原發性維生素 D 缺乏；3.次發性維生素 D 缺乏。當維生素 D 缺乏時，首先血液中的鈣離子濃度會降低，於是副甲腺素體受到刺激而分泌多量的副甲狀腺素，此激素一方面促使骨頭釋出其內的鈣離子和磷酸根離子 (會妨礙骨的鈣化)，另一方面促使腎臟減少對鈣的排泄 (必須藉排除多量的磷才能達到此效果) 以維持血鈣的平衡。

當維生素 D 缺乏時，骨的鈣化作用會受到嚴重的影響，在顯微鏡下，可見許多鈣化的類骨質組織 (osteoid tissue)，若患者為骨骼尚未發育完全的嬰兒或小孩，則會因為骨骺 (epiphyseal bone) 生長的異常而導致佝僂症 (Rickets)，有雞胸 (pigeon breast deformity)、佝僂病性串珠 (rachitic rosary) 等特徵；若患者的骨骼已發育完全，則會因骨骼再塑形 (remodeling) 的缺陷而導致軟骨病 (Osteomalacia)。

在中醫的角度認為，維生素 D 缺乏時起初症狀是以「搐」、「驚風」來表現，也就是因 [Ca<sup>++</sup>] 低下引起肌肉神經系統失調所引起的；進一步地缺乏維生素 D，則會造成所謂的「骨痿」，也相當於成人的軟骨病 (Osteomalacia)，若在小孩身上，則會有「五遲」、「五軟」等症，所謂「五遲」為立遲、行遲、髮遲、齒遲、語遲，「五軟」為頸項軟、手軟、足軟、肌肉軟、口軟；以上的症狀都是因維生素 D 缺乏程度不等所引起的；在中國古代醫學裡並無血液學的觀念，僅就其鈣離子缺乏所表現出的臨床症狀，例如手足搐搦以「搐」及「驚風」來形容，[Ca<sup>++</sup>] 不足造成的骨質不良則以「骨痿」來形容，另外，[Ca<sup>++</sup>] 低下造成小兒的發育障礙則以「五軟」、「五遲」來形容。

## 氨基酸移轉與代謝之失調

### *Disorders of amino-acid transport and metabolism*

一、本書編號：223

二、國際疾病分類（ICD-9/ICD-10）編號：270/E70-E72

三、現代醫學病名及定義：

蛋白質與多肽類都是 20 種不同氨基酸的聚合物，且有 8 種必須氨基酸於人體內不能合成，必須由飲食供給。而氨基酸之移轉與代謝失調多因為遺傳性之氨基酸轉化酶缺乏或活性不足所致。而其臨床表現有智力遲鈍低下、神經精神障礙、代謝性酮酸中毒、癲癇，及皮膚、毛髮顏色變化，另有關節、聽力等方面之缺陷。較常見的是苯丙酮尿症，而其症狀有智力缺陷，行為無法同於常人，一般以為高濃度苯丙胺酸及其代謝物干擾腦的代謝，進而抑制腦內蛋白質合成減少，腦中糖、脂肪代謝發生異常，以及影響血腦屏障功能。總而言之，對腦功能產生嚴重影響，與不可逆的腦損傷。兼有酪氨酸酶受抑制，黑色素形成低下，而有皮膚、毛髮變淡的現象。

四、中醫相關病名及文獻出處：

#### 痴呆、昏憒

因中醫無直接對應之病名，而由症狀可推論為「痴呆」、「五遲」、「昏憒」等症之範疇。因智力低下，反應遲鈍，故與先天之本—「腎」有關。

1. 《素問·五臟生成篇》

「腎之合骨，其榮髮也，其主脾也。」

2. 《素問·陰陽應象大論》

「腎生骨髓。」

3. 《素問·痿論》

「髓者，骨之充也。」

4. 《靈樞·海論》

「腦為髓之海，……髓海不足，則腦轉、耳鳴、脛酸、眩冒、目無所見、懈怠、安卧。」

#### 癲癇

1. 《素問·大奇論篇》

(1) 「二陰急為癲厥。」

(2) 「心脈滿大，癲癇筋攣，肝脈小急，癲癇筋攣。」

2. 《醫學正傳·癲狂癇證》

「癲病主乎痰，因火動之所作也。治法，癲宜乎吐……。」

五、診斷要點：

使用尿三氯化鐵試驗新生兒後期之小兒，是檢查尿中苯丙酮酸最常用之方法。苯丙酮酸遇鐵鹽呈綠色。

患者血苯丙氨酸大於 1.2mmol/L (20mg/dL)。

以 Guthrie 細菌抑制法分析試驗，檢測其血中苯丙氨酸含量，對檢測異常者隨即進行螢光法或層析法定量。典型苯丙酮尿症之測值則大於 20mg/dL。

## 六、綜論：

此類疾病，中醫未有過類似之專論與之對症，但從證分析，仍有相近之處。此病多發於小兒，故應與先天之關係甚大。而無法正常代謝則又與後天之本有關，故此病從腎與脾二臟立論應有其根據。

從病因病機看：

1. 稟賦不足、精血虛損：由於父母精血虛損，使胎元先天稟賦不足，精血虧損，使髓海不充，而心神昏憒、愚痴、行動遲緩。
2. 肝腎陰虛：腎精陰虛不能養肝，日久肝腎二臟皆陰血損虧。肝主風、主筋，若陰血不足，虛熱上擾，肝風內動，可見煩躁、易怒、好動、手足抽搐、震顫，甚則角弓反張、神志不明，則痴呆日重。
3. 脾失健運：面色萎黃，無法輸佈，運化不良而有積存，引發諸疾，氣血之虛耗無法補充，故筋拘急，四肢僵直。

中醫學主要是根據臨床症狀來判定疾病，而本病「氨基酸移轉與代謝之失調」的判定主要是根據血液學檢查而得知，中醫學則根據其臨床表現出的智力遲鈍、精神障礙、聽力缺陷而歸類為「痴呆」、「昏憒」，根據其代謝之異常，造成高濃度苯丙胺酸，干擾腦的代謝，而歸類為「癲癇」。

## 類脂質代謝失調，純高膽固醇血症 *Disorders of lipid metabolism, Pure hypercholesterolaemia*

一、本書編號：224

二、國際疾病分類（ICD-9/ICD-10）編號：272.0/E78.0

三、現代醫學病名及定義：

血漿或血中一種或多種血脂的成分濃度超過正常值的上限時，即稱為高脂血症（Hyperlipidemia）。而依其不正常成分之不同，又可分為單純高膽固醇血症（Pure hypercholesterolaemia）、單純高甘油酯血症（Pure hyperglyceridaemia）、混合性高脂血症（Mixed hyperlipidaemia）、高乳糜粒血症（Hyperchylomicronaemia）等。而單純高膽固醇血症屬於高脂血症中之第Ⅱa型，依其病因可分為原發性及續發性兩種。原發性者，多於嬰兒期或童年即發病；但多數的患者屬於續發性，伴有某種原發性疾病。主要是因為血中低密度脂蛋白（LDL）之增加、血清總膽固醇（TC）之值升高為特點。家族性高膽固醇血症主要是因為低密度脂蛋白的受體（LDL receptor）減少所致，其臨床表現以手掌的結節性黃色瘤和早期動脈硬化為主要特徵。

四、中醫相關病名及文獻出處：

### 膏脂

《靈樞·衛氣失常》

「臍肉堅，皮滿者，脂（肥）。臍肉不堅，皮緩者，膏。皮肉不相離者，肉。」

### 肥胖

1. 《中醫臨證備要》

「體胖人逐漸瘦弱，兼見痰多咳嗽。」

2. 《金匱要略·血痺虛勞病脈證並治》

「夫尊榮人，骨弱肌膚盛。」

3. 《雜病源流犀燭·身形門·身形病源流》

「穀氣勝元氣，其人肥而不壽。」

### 多溼

1. 《素問·至真要大論》

「諸溼腫滿，皆屬於脾。」

2. 《推求師意·溼》

「酒水、乳酪、飲食之溼也，胃為水穀之海，故先損脾胃。」

3. 《雜症會心錄·溼症》

「內因之溼，有由於飲食者，則酒酪炙煇之屬；有由於停積者，則生冷瓜果，多傷人臟腑腸胃者也。」

### 多痰

1. 《聖濟總錄·痰飲門·痰飲統論》

「三焦者水穀之道路，氣之所終始也。三焦調適，氣脈平勻，則能宣通水液，行入於經，化而為血，灌溉全身；若三焦氣塞，脈道壅閉，則水飲停積，不得宣行，

聚成痰飲。」

2. 《丹溪心法·痰》

「百病中多有兼痰者，世所不知也。」

3. 《金匱要略心典·痰飲咳嗽病脈證治》

「留飲即痰飲之留而不去者也。」

4. 《證治匯補·內因門·飲症》

「飲爲痰之漸，痰爲飲之化。」

5. 《類證治裁·痰飲·論治》

「若夫腎陽虛，火不制水，水泛爲痰，爲飲逆上攻，故清而澈，治宜通陽泄溼，忌用膩品助陰。腎陰虛，火必灼金，火結爲痰，爲痰火上升，故稠而濁，治宜滋陰清潤、忌用溫品。」

### 痰濕

1. 《素問·五常政大論》

「太陽司天，……溼氣變物，……水飲內蓋。」

2. 《素問·氣交變大論》

「歲土太過，雨溼流行，腎水受邪，……飲發中滿，食減。」

3. 《丹溪心法·痰》

「痰之爲物，隨氣升降，無處不到；凡人身上、中、下有塊者，多是痰。」

4. 《明醫指掌·痰證》

「夫人之氣道，貴乎清順，順則津液流通，何痰有之也。」

5. 《醫林繩墨》

「或因風寒暑溼之外感，或因七情飲食之。」

6. 《錦囊秘錄·雜症大小合參·痰飲大小總論》

「陰虛火動，火結爲痰。」

7. 《醫碕·痰》

(1) 「腎火虛，水泛爲痰。」

(2) 「痰本吾身之津液，隨氣運行，氣若和平，津液流佈，百骸受其潤澤，何致成痰爲病。」

## 五、診斷要點：

### 血清外觀

1. 血液標本於 4°C 下靜置一夜，觀察血清可見外觀呈澄清。
2. 血液標本於 4°C 下靜置一夜，可見上層乳濁表示乳糜微粒 (chylomicronaemia) 存在，下層混濁表示極低密度脂蛋白 (VLDL) 增多。

### 血脂測定

1. 禁食 12 小時以後，測其血液中可測得血清總膽固醇 (TC) 升高 (大於 200 mg/dL)，血清三酸甘油酯 (TG) 的含量正常。TC/TG 大於 1.5；TG/TC 大於 2。
2. 血清脂蛋白電泳可見  $\beta$ -脂蛋白 (LDL) 呈深染、前  $\beta$ -脂蛋白 (VLDL) 呈輕染、 $\gamma$ -脂蛋白 (HDL) 呈輕染。

## 眼底鏡檢查

可見到不同程度的動脈硬化之眼底現象。

## 其它

其它相關性的檢查，以幫助排除其引起續發性高膽固醇症的疾病（underlying disease）。

## 六、綜論：

西醫方面的病因病機，可分為原發性及續發性兩大類：

## 1. 原發性高膽固醇血症

- (1) 家族性高膽固醇血症（低密度脂蛋白接受器（LDL receptor）缺少）：為體染色體顯性遺傳，發病率約 1/500。最主要是因為 LDL 受體的基因產生突變，而使受體有缺陷或無功能，血漿膽固醇之值約在 350~400mg/dL。異基因合子的血漿膽固醇約升高 2~3 倍；同基因合子的血漿膽固醇則可升高 6~8 倍。
- (2) 家族性多脂蛋白型血脂增高：屬於家族性聯合高脂血症，以體染色體顯性方式遺傳。在一個家族中可顯示為三種不同脂蛋白型中任一種，屬於單基因的突變。
- (3) 多基因性高膽固醇血症：造成此型的原因是由多個遺傳因素與環境因素綜合作用所致。可能是對膽固醇代謝的調節過程中有遺傳上的多形性，加上環境因素（如高脂肪飲食）的相互作用，故使血中膽固醇濃度上升。

## 2. 續發性高膽固醇血症

- (1) 腎病症候群：使極低密度脂蛋白（VLDL）的分泌增加，且肝臟直接分泌 LDL。另外 VLDL 及 LDL 之分解代謝下降。
- (2) 甲狀腺功能減退：VLDL 及 LDL 之分解率下降。
- (3) 異常球蛋白血症。
- (4) Cushing's syndrome：由於 VLDL 分泌增加並轉化為 LDL。
- (5) 急性陣發性紫癍：機制不明。
- (6) 肝細胞瘤（HCC）、原發性膽汁性肝硬化及肝外膽汁阻塞：會造成膽汁中的膽固醇和磷脂返流入血中。
- (7) 口服過量之糖皮質素：亦可造成 VLDL 分泌增加並轉化為 LDL。

## 中醫方面

1. 在中醫古代典籍中並無「高脂血症」一病名，但對於血脂之生成及生理作用，多有描述。最早出現在《內經》，其津液學說及膏脂學說為本病之理論依據，如在《靈樞·衛氣失常》：「人有膏有脂有肉。」另外，在《靈樞·五癰津液別篇》則論述了膏的生成和生理作用。「膏脂」在中醫與現代醫學的血脂可作相類似的討論。
2. 高脂血症係由於膏脂代謝失常的病症。其多由於飲食失節，好坐少動，七情內傷，先天及臟腑功能失常所致。其病發往往由於多食肥甘厚味和醇酒乳酪，使臟腑輸化不及；或臟腑功能失調，飲食不歸正化，膏脂輸化障礙；或先天稟賦不足，無以「陽化氣，陰成形」，上述原因均可導致膏脂過多，滲入血中，而發生高脂血症。
3. 「膏脂」本為正常的營養物質，但過剩則為害，主要化為痰濁，若痰濁存於脈管常使脈絡壅滯不暢，在《景岳全書》中提到：「痰涎皆本血氣，若化失其正，則

- 臟腑病，津液敗，而氣血即成痰涎。」指的即是膏脂為病之理。故痰濁可致血瘀，痰瘀互結，膠著脈道，終致脈痺、中風變端發生。此即現代醫學中所指高脂血症者，多於早期即出現黃色瘤（Xanthoma）動脈粥狀硬化，並造成早發性心肌梗塞。
4. 由於中醫對於高脂血症的型態並無詳細的分類，故高膽固醇血症，僅能自所表現的臨床症狀來探討。總括，皆可自「痰濁」、「痰濕」、「濕熱」及所表現的「胸痺」、「眩暈」來討論。
  5. 本病的病位在肝、脾、腎等臟腑，後期則涉及心。主要是臟腑的功能失調（在正虛的基礎上），或可因先天之稟賦不足，或可因後天所致，加上臨床表現的濕濁、痰濁與血瘀，構成正虛邪實的證候。

#### 臨床症狀

由於續發性高膽固醇血症有其誘發之疾病在，故以下僅簡介原發性高膽固醇血症之臨床症狀：

1. 家族性高膽固醇血症（低密度脂蛋白接受器（LDL receptor）缺少）  
此型多在出生時即可診斷出，由其臍帶血中可測出 LDL 的濃度較正常高出 2~3 倍，膽固醇濃度也因而增加。同基因合子的患者，於一出生即發現扁平狀皮膚黃色瘤，於 10 歲前開始有動脈粥狀硬化的表現，並常於 20 歲以前即死於心肌梗塞的併發症。而異基因合子的患者，其最重要的特徵為冠狀動脈粥樣硬化早發且發展快（即於 30~40 歲出現症狀），第二個主要的臨床特徵為黃色瘤，最常發生於跟腱、膝肘附近及手背的肌腱，有腫脹的結節出現，此乃 LDL 內的膽固醇在組織巨噬細胞內沉積所致。
2. 家族性多脂蛋白型血脂增高  
於青春期開始出現有高膽固醇血症，並持續終身，血脂升高較輕微且隨時間而改變，此症仍然以早發冠狀動脈疾病為特徵。
3. 多基因性高膽固醇血症  
此型的病人，無黃色瘤的出現，且其家族中直系親屬患有高膽固醇血症的人不超過 10%，對於限制飽和脂肪和膽固醇的飲食有反應。

#### 中醫的辨證

1. 根據其常見的證候及其表現特點可分為：
  - (1) 濕熱鬱結：此型的患者其肌膚或眼瞼下有黃色斑或結節出現。
  - (2) 脾虛濁痰。
  - (3) 胃熱腑實。
  - (4) 肝鬱化火。
  - (5) 脾腎兩虛。
  - (6) 氣滯血瘀。
2. 根據臨床的研究，高膽固醇血症者，多有舌下瘀點的出現，顯示出「濕熱」及「血瘀」與本症有直接的相關性。

## 痛風 Gout

一、本書編號：225

二、國際疾病分類 (ICD-9/ICD-10) 編號：274/M10

三、現代醫學病名及定義：

痛風是一組嘌呤代謝紊亂所致的疾病，血漿中尿酸的飽和度一般在 pH7.4，正常鈉離子濃度在溫度 37°C 下為 7.0mg/dL，超過時，則會有尿酸鹽結晶物產生，其整個病程中表現有(1)血清尿酸濃度增高；(2)典型的急性關節炎反覆發作，在關節滑囊液白血球中有尿酸鈉鹽化合物結晶；(3)尿酸鈉鹽化合物痛風石在四肢關節和關節周圍聚集沉澱，有時導致關節嚴重喪失活動能力、畸形；(4)腎臟疾病侵犯至間質和血管；(5)尿酸性腎結石。上述表現可單獨或聯合存在，痛風好發於下肢關節，典型發作起病急驟，數小時內症狀達到高峰，關節及周圍軟組織紅腫熱痛，痛甚劇烈，並可伴有頭痛、發燒的全身症狀；久之，則關節發生僵硬變形，尿酸鹽結晶並可沈澱而形成痛風結晶，尿酸鹽結晶物一般在 30°C 時溶解度只有 4mg/dL，針狀結晶物（單鈉尿酸鹽）沉積於無血管區域（例如軟骨）或血管較少的區域（例如韌帶）。

四、中醫相關病名及文獻出處：

### 痺證

1. 《素問·痺論》

(1)「風寒濕三氣雜至，合而為痺也，其風氣勝者為行痺，寒氣勝者為痛痺，濕氣勝者為著痺也。」

(2)「所謂痺者，各以其時，重感於風寒濕者也。」

2. 《諸病源候論·風痺諸候·風濕痺候》

「風濕痺病之狀，或皮膚頑厚，或肌肉酸痛。風寒濕三氣雜至，合而成痺，其風濕氣多而寒氣少者，為風濕痺也；由血氣虛，則受風濕，而成此病。久不瘥，入於經絡，搏於陽經，亦變令身體手足不隨。」

3. 《醫宗必讀·痺》

「治行痺者，散風為主，禦寒利濕仍不可廢，大抵參以補血之劑，蓋治風先治血，血行風自滅也。治痛痺者，散寒為主，疏風燥濕仍不可廢，大抵參以補火之劑，非大辛大溫，不足以釋其凝寒之害也。治著痺者，利濕為主，祛風解寒亦不可缺，大抵參以補脾之劑也，蓋土強可以勝濕，而氣足自無頑麻也。」

4. 《雜病源流犀燭·諸痺源流》

「痺者，閉也。三氣雜至，壅蔽經絡，血氣不行，不能隨時祛散，故久而為痺。」

5. 《類證治裁·痺症論治》

「諸痺，……良由營衛先虛，腠理不密，風寒濕乘虛內襲。正氣為邪所阻，不能宣行，因而留滯，氣血凝滯，久而成痺。」

**歷節病（歷節風）**

## 1. 《金匱要略·中風歷節病脈證並治》

(1) 「寸口脈沉而弱，沉即主骨，弱即主筋，沉即為腎，弱即為肝。汗出入水中，如水傷心，歷節黃汗出，故曰歷節。」

(2) 「諸肢節疼痛，身體尪羸，腳腫如脫。」

## 2. 《諸病源候論·風病諸候·歷節風候》

「歷節風之狀，短氣，自汗出，歷節疼痛不可忍，屈伸不得是也。由飲酒腠理開，汗出當風所致也。亦有血氣虛，受風邪而得之者。」

## 3. 《千金要方·治諸風方·賊風·烏頭湯》

「夫歷節風著人，久不治者，令人骨節蹉跌，變成癩病，不可不知。」

**白虎病**

## 《外台秘要·鬼神交通方四首》

「白虎病者，大都是風寒暑濕之毒，因虛所致，將攝失理，受此風邪，經脈結滯，血氣不行，蓄於骨節之間，或在四肢，肉色不變，其疾晝靜而夜發，發則徹髓，酸疼乍歇，痛如虎之嚙，故名白虎之病也。」

**痛風**

## 1. 《格致餘論·痛風論》

「彼痛風也者，大率因血受熱，已自沸騰，其後或涉冷水，或立濕地，或扇取涼，或臥當風，寒涼外搏，熱血得寒，污濁凝澀，所以作痛。夜則痛甚，行於陰也。」

## 2. 《丹溪心法·痛風》

「痛風者，四肢百節走痛是也，他方謂之白虎歷節風證。」

## 3. 《醫學準繩六要》

「痛風即內經痛痺，……古云三氣合而為痺。今人多內傷，氣血虧損，濕痰陰火，流滯經絡，或在四肢，或客腰背，痛不可當，一名白虎歷節風是也。」

## 4. 《景岳全書·從集·雜證謨·風痺論證》

「風痺一證，即今人所謂痛風也。蓋痺者，閉也，以血氣為邪所閉，不得通行而病也。如痺論曰：風氣勝者為行痺，蓋風者善行數變，故其為痺，則走注歷節，無有定所，是為行痺，此陽邪也。曰：寒氣勝者為痛痺，以血氣受寒，則凝而留聚，聚則為痛，是為痛痺，此陰邪也。曰：濕氣勝者為著痺，以血氣受濕則濡滯，濡滯則肢體沉重，而疼痛頑木，留著不移，是為著痺，亦陰邪也。凡此三者，即痺之大則也。」

## 5. 《醫學正傳·痛風》

「夫古之所謂痛痺者，即今之痛風也。」

## 6. 《張氏醫通·痿痺門·痛風》

「痛風一證，《靈樞》謂之賊風，《素問》謂之痺，《金匱》名曰歷節。多因風寒濕氣，乘虛襲於經絡，氣血凝滯所致。」

## 7. 《醫略六書·痛風》

「痛風，輕則骨節疼痛，走注四肢，難以轉側，肢節或紅或腫；甚則遍體癢塊，或腫或皴，或痛如掣，晝靜夜劇。」

## 五、診斷要點：

血清尿酸鹽測定：痛風患者都伴有血清尿酸鹽的增高。但由於尿酸本身的波動性（如急性發作時，腎上腺皮質激素分泌增多，利尿酸作用增強），以及飲水、利尿和藥物的影響，故需反覆檢查才能免於漏診。

尿液尿酸測定：對診斷急性關節炎幫助不大，因有半數以上痛風患者小便尿酸排出正常，但通過尿液檢查瞭解尿酸排泄情況，對選擇用藥及鑑別尿路結石是否由於尿酸增高引起有所幫助。

滑囊液檢查：急性期如踝、膝大關節腫脹時，可抽取滑囊液進行旋光顯微鏡檢查，於白細胞內可見雙折光的針形尿酸鈉結晶，有診斷意義。滑囊液分析也有幫助，白細胞計數一段在 1,000~7,000 之間，可達 50,000，主要為分葉核粒細胞。

X 光檢查：早期急性關節炎除軟組織腫脹外，關節顯影正常。反覆發作後，才有骨質改變，首先為關節軟骨緣破壞，關節面不規則，關節間隙狹窄，病變發展則在軟骨下骨質及骨髓內均可見痛風石沉積。

痛風石特殊檢查：對痛風結節可作活組織檢查，或特殊化學（Murexide）鑑定，還可作紫外線分光光度計測定及尿酸酶分解測定。

## 六、綜論：

痛風可分為原發性和繼發性兩大類。原發性痛風中除少數由於酶缺陷引起外，大多病因不明，常伴高脂血症、肥胖、糖尿病、高血壓病、動脈硬化和冠心病等，屬遺傳性疾病。繼發者可由腎臟病、血液病及藥物等多種原因引起。痛風是成年男性的常見疾病，女性僅佔其中 5%，青春期男女患痛風者極少見。遺傳學的研究證實痛風大多為基因遺傳。尿酸是人類嘌呤代謝的最終產物，血尿酸鹽濃度和嘌呤代謝密切相關。高尿酸血症是痛風的重要標誌，當尿酸生成增多或（和）尿酸排出減少時，均可引起血中尿酸濃度增高。

痛風的自然病程包括四個時期：無症狀高尿酸血症期；急性痛風性關節炎期；發作間歇期；慢性砂礫性痛風期。腎結石除不發生在第一期，可發生在任何一期。急性痛風性關節炎是原發性痛風最常見的首發症狀，好發於下肢關節，典型發作起病急驟，數小時內症狀達到高峰，關節及周圍軟組織紅腫熱痛，痛甚劇烈。大關節受累時可有關節滲液，並可伴有頭痛、發熱、白細胞增高等全身症狀。未經治療的病人，尿酸鹽在關節內沉積增多，炎症反覆發作進入慢性階段，關節因骨質侵蝕缺損及周圍組織纖維化而發生僵硬畸形，活動受限。尿酸鹽結晶可在關節附近肌腱、韌帶及皮膚結締組織內沉積形成痛風結節（痛風石）。

中醫學雖亦有「痛風」病名，但與現代醫學的「痛風」（gout）並不能劃等號。根據本病的臨床表現特點，應屬於中醫學「痺證」、「歷節病」、「白虎病」、「痛風」等的範圍。早在《內經》即有《痺論》專篇，對痺證的病因、病機、證候分類及預後等方面有較系統的論述。漢《傷寒論》雖未論及，但提及「風濕相搏」而「骨節煩疼，掣痛不得屈伸」；《金匱要略》則立「中風歷節病脈證並治」論述「歷節病」。《外台秘要》又另立「白虎病」病名，強調疼痛之劇烈。金元時期，再立「痛風」病名；至明、清時期，則統一病名，將風寒濕熱之邪侵襲肢體經絡，氣血閉阻

運行不暢所致之病證稱為痺證。痺證輕則肌肉、筋骨、關節酸楚疼痛；重者疼痛劇烈或關節腫脹疼痛、屈伸不利，甚則變形。

本病發生之外因乃感受風寒濕熱之邪，常見為風寒濕、風濕熱雜感；內因乃正氣不足，衛外不固，外邪乘虛而入。主要病機為外邪阻滯經絡，氣血運行不暢，以致關節疼痛、麻木、重著、屈伸不利。由於感邪性質不同，臨床表現亦不相同。風邪偏盛者，則關節疼痛游走不定；寒邪偏盛者，則關節疼痛劇烈，痛有定處；濕邪偏勝者，則關節麻木重著腫脹；熱邪偏勝者，則關節紅腫灼熱，痛不可近。本病初起多為實證，久則正虛邪實，虛實挾雜。痺證日久，氣血津液運行不暢，瘀血痰濁閉阻經絡則關節腫脹，形成結節，屈伸不利。並可由經絡累及臟腑，出現臟腑阻痺的證候。

## 肥胖 *Obesity*

一、本書編號：226

二、國際疾病分類（ICD-9/ICD-10）編號：278.0/E66

三、現代醫學病名及定義：

肥胖症通常定義為脂肪組織的過量，但是過量的意義很難加以界定。除了審美的觀點外，肥胖症的臨床診斷應視為產生健康危險的脂肪過多的程度，一般以體重超過標準的 20% 稱肥胖，肥胖可區分為輕度（超過標準 20~40%）、中度（超過標準 41~100%）及重度（超過標準 100% 以上）。

身體活動有助於調節整個熱量平衡，而肥胖的人傾向於比正常人活動意願低，這可能是一個形成過重體重維持的因素，肥胖症的動物模型具有明確的遺傳原因。

四、中醫相關病名及文獻出處：

### 青脂

《靈樞·衛氣失常》

「伯高曰：臑肉堅，皮滿者，脂（肥）。臑肉不堅，皮緩者，膏。皮肉不相離者，肉。」

### 肥胖

1. 《中醫臨證備要》

「體胖人逐漸瘦弱，兼見痰多咳嗽……。」

2. 《金匱要略·血痺虛勞病脈證並治》

「夫尊榮人，骨弱肌膚盛。」

3. 《雜病源流犀燭·身形門·身形病源流》

「穀氣勝元氣，其人肥而不壽。」

### 多溼

1. 《素問·至真要大論》

「諸溼腫滿，皆屬於脾。」

2. 《推求師意·溼》

「酒水、乳酪、飲食之溼也，胃為水穀之海，故先損脾胃。」

3. 《雜症會心錄·濕症》

「內因之溼，有由於飲食者，則酒酪炙煇之屬；有由於停積者，則生冷瓜果，多傷人臟腑腸胃者也。」

### 多痰

1. 《聖濟總錄·痰飲門·痰飲統論》

「三焦者，水穀之道路，氣之所終始也。三焦調適，氣脈平勻，則能宣通水液，行入於經，化而為血，灌溉全身；三焦氣塞，脈道壅閉，則水飲停積，不得宣行，聚成痰飲。」

2. 《丹溪心法·痰》  
「百病中多有兼痰者，世所不知也。」
3. 《金匱要略心典·痰飲咳嗽病脈證治》  
「留飲即痰飲之留而不去者也。」
4. 《證治匯補·內因門·飲症》  
「飲爲痰之漸，痰爲飲之化。」
5. 《醫貫·先天要論·痰論》  
「痰之本水也，原於腎，痰之動濕者，主於脾。」
6. 《類證治裁·痰飲論治》  
「若夫腎陽虛，火不制水，水泛爲痰，爲飲逆上攻，故清而澈，治宜通陽泄溼，忌用膩品助陰。腎陰虛，火必灼金，火結爲痰，爲痰火上升，故稠而濁，治宜滋陰清潤，忌用溫品。」

### 痰濕

1. 《素問·五常政大論》  
「太陽司天，……溼氣變物，……水飲內蓄。」
2. 《素問·氣交變大論》  
「歲土太過，雨溼流行，腎水受邪，……飲發中滿，食減。」
3. 《丹溪心法·痰》  
「痰之爲物，隨氣升降，無處不到；凡人身上、中、下有塊者，多是痰。」
4. 《明醫指掌·痰證》  
「夫人之氣道，貴乎清順，順則津液流通，何痰有之也。」
5. 《醫林繩墨》  
「或因風寒暑溼之外感，或因七情飲食之。」
6. 《錦囊秘錄·雜症大小合參·痰飲大小總論》  
「陰虛火動，火結爲痰。」
7. 《醫碕·痰》  
(1) 「腎火虛，水泛爲痰。」  
(2) 「痰本吾身之津液，隨氣運行，氣若和平，津液流佈，百骸受其潤澤，何致成痰爲病。」

### 五、診斷要點：

血清膽固醇檢查（Cholesterol），一般大於 200~220mg/dL。  
 血清三酸甘油酯檢查（Triglyceride），一般超過 130~150mg/dL。  
 三酸甘油酯／血清膽固醇（TG/CHO）比值。  
 眼底鏡檢查，是否有動脈硬化的銅線、銀線變化現象。  
 表面皮膚檢查，是否有黃色瘤的存在。  
 其它  
 或可伴有血糖上升、血尿酸升高的現象，葡萄糖耐受試驗異常。

## 六、綜論：

肥胖症已成為一種危險因子，對冠狀動脈疾病及中風的發生來說，肥胖是一個嚴重的危險因子。大部分肥胖症所帶來的危險是經由伴隨而來的高血壓、高脂蛋白血症及糖尿病所造成。當這些異常都排除在外，剩餘的危險雖然小很多，但仍可歸之於肥胖症本身。

肥胖症在中醫文獻上少有記載，最早出現在《靈樞·衛氣失常篇》中有「脂（肥）、膏、肉」之敘述；之後在《金匱要略》中也有「膏粱之人」之敘述，皆與肥胖症有相似症狀之描述。由此可見，中醫典籍當中早就記載飲食過度，會造成肥胖之症。中醫將肥胖稱之肥人。肥胖從外表看來似乎是身強體強，多為實證；然而，大多數的肥胖主要原因是正氣虛衰，以脾、腎虛為本，痰、濁、脂、瘀、濕為標。因而有「肥人多濕」、「肥人多痰」、「肥人多氣虛」之說法。

## 涉及免疫機轉之疾患 *Disorders involving the immune mechanism*

一、本書編號：227

二、國際疾病分類（ICD-9/ICD-10）編號：279/D80-D89

三、現代醫學病名及定義：

免疫功能是由兩類形式上相互獨立，而功能上相互聯繫的淋巴球所主導。B 和 T 淋巴球的活性及其產物，在宿主的防禦中，與網狀內皮系統的其他細胞功能有著緊密的聯結。當 B 淋巴球與抗體產生的過程出現缺陷時，這是代表體液免疫力缺乏（deficiency of humoral immunity）；而與 T 細胞缺陷有關的，則稱作細胞免疫力缺乏（deficiency of cell-mediated immunity）。複合性免疫力缺乏（Combined immunity deficiency）則是指細胞免疫及體液免疫均出現問題，病人對於黴菌、細菌和病毒的侵犯均非常敏感。這些障礙可以是 T 或 B 細胞原發的分化缺陷，也可以是分化過程中的抗原-依賴期缺陷，造成 T-B 淋巴球相互協同作用障礙的結果。在這些免疫系統障礙造成的疾患，不論是先天的、自然獲得的或醫源性所致，其特點是對感染（infection）特別敏感，尤其是那些通常不認為是致病性的感染性病原體，因此往往在治療時須具高度警覺性；若是免疫缺陷綜合症候群，可常伴有自身免疫性疾病或淋巴網狀系統的惡性腫瘤。

四、中醫相關病名及文獻出處：

### 虛勞

1. 《素問·通評虛實論》  
「邪氣盛則實，精氣奪則虛。」
2. 《素問·評熱病論》  
「邪之所湊，其氣必虛。」
3. 《素問·逆調論》  
「榮氣虛則不仁，衛氣虛則不用，榮衛俱虛則不仁且不用，肉如故也。」
4. 《難經·十四難》  
「損脈之為病奈何？然一損，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……。」
5. 《金匱要略·血痺虛勞病脈證並治》
  - (1) 「男子面色薄者，主渴及亡血，卒喘悸，脈浮者，裏虛也。」
  - (2) 「男子脈虛沈弦，無寒熱，短氣裏急，小便不利，面色白，時目瞑兼衄，少腹滿，此為勞使之然。」
  - (3) 「虛勞裏急，悸、衄、腹中痛、夢失精，四肢酸疼，手足煩熱，咽乾口燥，小建中湯主之。」
  - (4) 「虛勞諸不足，……五勞虛極羸瘦，腹滿不能飲食，……經絡榮衛氣傷，內有乾血、肌膚甲錯。」

## 6. 《諸病源候論·虛勞病諸候·虛勞候》

「夫血氣者，所以榮養其身也，虛勞之人，精髓萎竭，血氣虛弱，不能充盛肌膚，此故羸瘦也。」

## 7. 《濟生方·諸虛門·虛損論治》

「夫人稟中和之氣生，常能保守真元，何患乎有病焉。不善衛生者，思慮役其知，嗜欲亂其真，營衛一虛，因茲積微成損，積損成衰。及其病也，既不能御氣以全身，又不能餌藥以延壽。」

## 8. 《證治要訣·五勞》

「五勞者，五臟之勞也，皆因不量才力勉強運為，憂思過度嗜飲無節，或病失調理，將積久成勞，其病頭旋眼運，身疼腳弱，心怯氣短，自汗盜汗，或發寒熱，或五心常熱、或往來潮熱，或骨蒸作熱，夜多惡夢，晝少精神，耳內蟬鳴，口苦無味，飲食減少，此皆勞傷之證，五臟雖皆有勞，心腎為多，心主血，腎主精，精竭血燥則勞生。」

## 9. 《醫學綱目·虛勞》

「虛者，皮、毛、肌肉、筋爪、骨髓、氣血、津液不足也。」

## 10. 《醫宗金鑑·雜病心法要訣·虛勞總括》

「虛者，陰陽、氣血、榮衛、精神、骨髓、津液不足是也。損者，外而皮、脈、肉、筋、骨，內而肺、心、脾、肝、腎消損是也。成勞者，謂虛損日久，留連不癒，而成五勞、七傷、六極是也。」

## 11. 《醫門法律·虛勞門·虛勞脈論》

「凡虛勞病，畏寒發熱者，衛虛則畏寒，榮虛則發熱耳，當緩調其榮衛，則陰得陽升而泉源不竭。」

## 五、診斷要點：

初篩試驗：包括完整的血球計數與抹片分類，血清免疫球蛋白（IgM，G，A，D，E）之值。

T 細胞功能試驗：包括遲發性過敏皮膚試驗（如 PPD、念珠菌、破傷風類毒素）及對有絲分裂原（植物血凝素、刀豆素 A）與同種球（混合淋巴球反應）的增殖性反應。

B 細胞功能試驗：

1. 自然或平常獲得的抗體，常見病毒（如流行性感冒、風疹、麻疹）與細菌毒素（白喉、破傷風的抗體。）
2. 蛋白質（如破傷風類毒素）與碳水化合物（肺炎球菌疫苗、流感嗜血桿菌疫苗）抗原的反應。

補體：CH<sub>50</sub>、C<sub>3</sub>、C<sub>4</sub>的濃度。

吞噬細胞功能：包括四唑氮藍還原試驗、趨化試驗等。

應用單株抗體免疫螢光試驗作血球單個核細胞的亞群分類：如 CD<sub>4</sub>、CD<sub>15</sub>、CD<sub>20</sub>、CD<sub>21</sub>、HLA-DR 等。

## 六、綜論：

「免疫」一詞，最早出現於十八世紀的中醫典籍—《免疫類方》；然而最早由《內經》一書開始，就已提到關於免疫的概念，雖散見在各篇中，但前後相為連貫，互為補充。首先《靈樞·天年》提到：「人之始生，……以母為基，以父為楨，……血氣以和，營衛以通，……乃為成人。」又云「人之壽夭各不同，……血氣虛，脈不通，真邪相攻，亂而相引，故中壽而盡也。」這說明了人體稟受父母之氣而成，其體質特性和強弱與先天稟賦有關；而先天稟賦的盛衰，氣血陰陽衰弱之別，直接影響到機體抗病的能力。而現代醫學也認為，生物體對病原微生物具有天然抵抗力，也是一種非特異性（Non-specific）免疫能力；這個觀點與《內經》先天稟賦理論接近，所以可以說，先天稟賦含有非特異性免疫功能在內。

在西醫免疫理論中，生物體若受某種病原體刺激，則會出現免疫反應；第二次同樣病原體入侵，則有獲得性免疫（即特異性免疫）。而中醫理論中也認為，隨著人體生長發育，正氣漸盛，則其抵抗力逐漸增強。若「風雨寒暑不得虛，邪不能獨傷人。」；倘使「邪之所湊，其氣必虛」則病起。是故感邪致病與否，和機體正氣及免疫力強弱相關。所謂「扶正固本」，亦即加強調節臟腑功能，提高機體免疫力及抵抗力，以達到防治疾病。

中醫的「正氣」在現代醫學來說，就是代表機體的免疫力，也是肺、脾、腎等臟腑組織功能的反映。以下就臟腑觀點，來討論與免疫的關係：

### 1. 衛氣與皮膚黏膜的屏障作用：

衛氣行於皮膚分肉之間，作用乃「肥腠理，司開闔。」，各臟器膏膜也都有衛氣循行，遇病邪則與之相爭，若衛氣實而邪氣弱，則邪氣不能侵入；若正虛不勝邪，則邪氣步步深入至骨。這些表現和現代醫理的單核吞噬細胞系統（即舊稱網狀內皮細胞）很相似。就功能而言，抗原侵入後，白血球、單核吞噬細胞由微血管游離出來，包圍及消化病原體，而衛氣也能包圍和消滅邪氣。就循行分佈言，這些非特異性免疫細胞在血管中循行，分布於各個臟器，也能游離出血管外。而衛氣也能行於脈外。所以說：衛氣的實質包括了單核吞噬細胞系統，也與免疫的防禦功能有關。

### 2. 脾與促進免疫功能：

脾主運化，主肌肉四肢，主統攝血液，是後天之本，生化之源。脾轉化能量失職，會出現營養不良，對於免疫功能自然受到損害。許多健脾方藥如四君子湯、補中益氣湯對免疫功能都有不同的作用。而脾尚包括腸胃道淋巴組織與脾臟，這些都是屬於免疫系統的一部分。所以脾的功能正常，是保護機體健康的重要因素。

### 3. 腎與免疫功能：

腎為水火之宅，內藏的真陰真陽反映著全身陰陽，二者相互制約，相互依存，使陰陽相對平衡。以下丘腦—垂體—腎上腺皮質系統為例，不只是激素的分泌，生長激素、皮質類固醇與許多神經傳遞物質都和免疫的調節有關。此外，以臨床角度而言，「久病及腎」代表了長期慢性疾病中，不同程度的免疫功能低下的現象。通過補腎，可以提高T細胞能力，使抗體提前形成、淋巴細胞轉化而使疾病好轉。

凡此說明，腎為免疫活動之本。

中醫的「虛」證、「虛勞」、「虛損」等證，是以稟賦不足，後天失養，病久體弱，積勞內傷等所致的臟腑氣血陰陽虧損為主要表現。虛就是正氣不足，也就是抵抗力減低，免疫力下降的表現。若免疫缺陷嚴重，例如複合性(Combined)免疫力缺乏，則我們稱之「虛勞」。虛勞是以臟腑氣血陰陽虧損的一系列精氣虧損症狀為主，久虛不復，病程均相當的長；這與其它病證中的虛證不同。如衛氣虛、脾腎虛虧等，這些是在出現虛證的同時，各有其病證所具有的相對症狀(如短氣自汗、心理、大便溏泄等)，病程一般較長，但亦有病程短者。

伴有體液免疫力缺陷的人，常會出現反覆或慢性的副鼻竇-肺部感染、腦膜炎和菌血症；另外，若染水痘或麻疹等病毒，也會造成其病情反覆發作。而細胞媒介反應異常的患者，易患散播性病毒感染，特別是單純性疱疹、帶狀疱疹和巨細胞病毒感染。而黏膜皮膚念珠菌病和廣泛散播性黴菌感染也常存在。

在中藥對免疫功能的調理上，由於氣陰兩虛者多特別表現在細胞免疫水平低下，所以益氣養陰藥可提高細胞免疫能力，另外部分清熱解毒和活血化瘀藥也可促進細胞免疫，例如黨參、黃精、白朮、香菇、薏仁、天冬、雞血藤、女貞子等。對於體液免疫起活化作用的中藥主要有益氣健脾藥和補腎助陽藥。體液中含很多能殺傷外來抗原的非特異性免疫因子(如補體、溶菌酶、干擾素等)，不少中藥也對這類體液免疫因子有顯著影響。綜合上述，這一類健脾、補腎、益氣、養血、育陰的補益藥，不管是細胞免疫、體液免疫、也不論是特異性或非特異性免疫，都有促進增強作用。在動物實驗也發現特別是對細胞免疫、非特異性免疫作用更較明顯。因此，對於免疫功能不足，又有虛損徵象的，就可隨證選用。但是補益藥並不就等於免疫促進劑。像當歸、大棗、補骨脂、肉桂等，是用來抑制免疫功能亢進，調節免疫功能紊亂，治療病理性免疫疾患的。所以不可濫施補藥，唯補是益。在運用補益藥時，仍需重視病人特殊性，必須仔細分辨肺脾腎，陰陽氣血之輕重，決不可亂投補益。

對於免疫功能紊亂的病人，除了對證給予藥物治療外，還需注意病人的病程較長，應避免煩勞過度，防止因勞致虛，並調攝飲食，防止脾胃損傷；更要注意生活起居，防止感受外邪，並適度活動，以促進食慾及體力的恢復，對於預防體虛的發生才是最根本之道。