

# 78 年度研究成果

## 中醫藥對 IgA 腎炎之療效評估

鍾國俊

中國醫藥學院附設醫院

### 前言

一自從一九六八年 Berger 氏首先報告原發性 IgA 腎小球腎炎以來，有許多關於此病之研究發表。此病並不像以前初發現時認為是一種良性復發性血尿，因為有的病例發現在發病後 5 ~ 10 年即進行至腎衰竭，需要支持性的透析治療來幫助。此病的發生率明顯的因地區性的差異而有很大的差別。在歐洲多於美洲，此病例在臺灣近來發現亦多，尤其發生於年青的成年病人。復發性肉眼或顯微血尿和輕度蛋白尿是此腎臟疾病的唯一特徵。回顧性的研究顯示此腎疾之發展，有腎絲球之破壞，腎功能之損害，並常伴有高血壓。上呼吸道感染時會使病情惡化，病程的進展較緩慢，可持續 20 ~ 30 年。

二 IgA 腎小球炎如今已成為一種眾所皆知的原發性腎小球疾病，現在包括於免疫複合體腎病中。IgA 免疫複合體的沈積形狀是多樣的，一般是以顆粒形態由 IgA、C 3 和纖維蛋白相關抗原沈積於腎絲球間質。近年來之研究顯示 IgA 腎小球炎之一部份可能破壞基底膜等組織、產生蛋白尿、血尿及高血壓，並可導致腎小球之萎塌及硬化，因而發生腎功能衰竭，但其真正機轉尚未明瞭。

三 Berger's 腎病變曾出現於子代和同卵雙生，HLA-DR4 抗原發生在 49% 的患者，罹患率是控制人口的 2.5 倍，診斷靠腎穿刺，證明 IgA 與 C3 沈積於間質，並有少許的 IgG 夾於其間，IgA 亦可沈積於皮膚的微血管。同樣的沈積亦可見於 Henoch-Schönlein purpura，系統性紅斑性狼瘡、子癩症、膜性腎絲球腎炎、急性感染後腎絲球腎炎和其它少見之腎疾，因此臨床需作鑑別診斷，此病目前在西醫尚無有效的治療方法。四臨床表徵由最初認為是反復性血尿與輕微蛋白尿至後來各種程度的蛋白尿及較不常見的浮腫、高血壓、腎病症候群和急性進行性之腎功能衰竭亦有報告。許多的研究也指出高血壓、顯著的蛋白尿為不良臨床結果的指標，較高的血液 IgA 濃度，較長的患病期間及此疾病的不良預後也有關係。

五中醫傳統的診治原則是『辨症論治』，因而治療是據此而來。但古典文獻中，原無 IgA 腎病變之名稱，但依據臨床出現的血尿來看，IgA 腎病變可從中醫學中之溺血（或尿血）的範疇中去追尋探索。尿血的成因，在中醫大體可分成“勞傷”與“熱傷”兩方面，熱傷以心（移熱於膀胱）肝為主，勞傷則以房勞傷腎為主，此外久病氣血俱虛，陰陽不能相守，致脾不統血，肺虛不能節制其下時，也可導致尿血。



證型	症 狀	舌 脈	治則	方 劑
心火 亢盛	小便灼熱澀痛， 心煩口渴， 面赤口瘡，心 悸失眠，便秘	舌尖紅 苔黃 脈數	清心 瀉火 涼血 止血	小蓳飲子
膀胱 濕熱	小便頻急灼痛， 少腹脹滿， 身熱不揚，渴 不欲飲。	質紅 苔黃膩 脈滑數	清熱 利濕 涼血 止血	八正散
腎虛 火旺	小便頻數，眩 暈正鳴，腰膝 酸軟，五心煩 熱，虛煩不眠	質鮮紅 少苔或 無苔 脈細數	滋陰 降火 涼血 止血	知柏地黃丸
脾腎 兩虧	小便頻數，納 呆，神疲，便 溏，面色萎黃 ，頭暈耳鳴， 腰膝酸軟。	質淡 脈細弱	健脾 益氣 補腎 止血	無比山藥丸

#### 加減藥物大要

熱盛：虎杖、石葦、蒲姜根、連翹、白茅根、木通、玉米鬚

濕盛：苡仁、滑石、地膚子、茵陳

化瘀：益母草、紅花、丹皮



## 材料與方法

一、研究對象的選擇：收集來自中國醫藥學院腎病門診患者中，經腎穿刺作病理診斷為IgA腎炎之病患為研究之對象。

20例原發性IgA腎病變中，年齡分佈自16~61歲，平均年齡33.0歲；其中21歲至40歲最多（佔70%），男比女之人數多（13：7），經腎穿刺檢查20個病例中，屬於class I有一人，class II有六人，class III有七人，class IV有六人。其中現正於中醫治療組中之七人中，class II有一人，class III有三人，class IV有三人。其中二例合併西藥prednisolone治療，皆屬focal sclerosis（局部硬化），有輕度腎功能障礙。

二、研究方法：1.由醫師問診，並填寫腎病中醫問卷表。

2.每一位患者須作下列的檢驗：生化檢查（包括肝腎功能檢查），一般常規檢查（血液（糞便、尿液、包括24小時尿液之收集），胸腹部X光、腹部超音波檢查，一般免疫功能檢查（IgG IgA IgM IgD及C3、C4）以判別是否有其他病因。

3.患者在治療前後，均希望作腎臟穿刺，以瞭解以中藥治療後的效果。

## 結果

一、IgA腎炎之患者，其臨床表徵各異，其中血尿併蛋白尿65%（13/20），腰痛85%（17/20），高血壓15%（3/20），浮腫（5/20）佔25%；單純血尿來診者無（0/20），單純蛋白尿來診較多35%（7/20），發病前有呼吸道感染之症狀35%（7/20），有45%（9/20）患者病發前後有胃腸道之症狀。

二、中藥治療組七人中在治療前之生化檢查有二例腎功能異常，一例為肝功能異常，但治療後均恢復正常。有二例血中三酸甘油脂高，一例血中蛋白 $< 3.5\text{gm}$ ，每日的尿蛋白排出量；七例均大於3 gm；每次的尿液檢查均大於300mg，經治療後，每日蛋白排出量近於或小於2 gm者有三人。七人血清中之IgA與C3，C4均在正常範圍內，七人中基本症狀（腰痛、胃痛、水腫……等）均獲得改善，但因門診作業診療更完善之檢驗數據，有時取得不易。

## 討論

一、此研究是我們從腎穿診斷為原發生IgA腎病變的20個病例來進行臨床，中醫組有七人，治療的時間最長的近九個月，所用藥材是從中國醫藥學院附設醫院的中藥局所配製，如用藥粉則用順天堂的科學中藥。西醫組有十三人，曾用西藥persantin及prednisolone治療一年不等，但療效不彰，現大多停藥觀察中。三、IgA腎炎病理分



級，從 grade I 至 grade IV，病變並非有連貫性，亦即並非是第四級其預後為最差。但如係第三型之局部硬化型時，則一般其預後不良。

如從患者之血尿狀況來評估疾病之預後也是不準確，而從患者每天流失量（DUP）之多寡來評估治療之效果及預後或許更有意義。

三本病在初期研究不敢大量耗費病例。因此僅由隨機取樣七個病例，先作中藥的治療控制。其中肝虛有三例，杞菊地黃湯加減治療；兩例是脾腎虛，其中一例是由肺腎虛轉歸而來，選用無比山藥丸加減治療；兩例辨症是屬肺腎虛用生脈地黃湯加減來治療。

四本研究七個病例中均有濕熱和血瘀之兼證，因而藥物在基本方上均加用了清熱、利濕、化瘀的藥物，雖然臨床症狀均有顯著的改善，但尿液的檢查仍未能完全控制在正常範圍之內，須要多一點的時間來觀察藥物的療效，並進而推展至更多病例之治療。如尿檢生化植在正常範圍內，且症狀基本控制時，則希望作第二次之腎穿刺，以證實中藥的療效；如功效不彰，則至年半或二年時再作第二次之腎穿刺，以觀察其結果。