

尿血과 IgA 腎症에 관한 比較 考察

李政遠 · 金哲中*

Abstract

The Comparative study on the IgA Nephropathy and hematuria

Lee Jung Wŏn, O.M.D., Kim Chul Jung, O.M.D., Ph.D.
Dept. of Oriental Internal Medicine,
College of Oriental Medicine, Taejon University, Taejon, Korea.

According to The Comparative study on the IgA Nephropathy and hematuria, the results were as follows.

1. IgA nephropathy is included in category of the hematuria the part in deficiency of liver-kidney and damp-heat in oriental medicine.
2. The symptoms of hematuria is changes in color of urine-bloody, dark brown, or rusty colored-without pain in oriental medicine.
2. It is occurred IgA nephropathy due to vacuity exhaustion, fidgetiness, internal damage, infection.
3. For the medical prescriptions due to IgA nephropathy are used Sogyeeumja(小薊飲子), Dayebunchŏnggeum(大分清飲), Dangguieum(當歸飲), Chŏngjangtang(清腸湯), Silyungtang(柴苓湯), Kamisagunjatang(加味四君子湯) as hematuria of symptom of IgA nephropathy.

I. 緒 論

IgA(Immunoglobulin A) 腎症은 1968년 Berger와 Hinglais¹⁾가 처음으로 사구체의 mesangium에 IgA의 沈着을 보이는 腎疾患을 발견하고 이름지었다. 泌尿器系의 異常疾患이나 全身性 疾患에 續發된 腎疾患이 없는 原發性 絲球體腎炎 중 20~40%를 차지하는 單一疾患으로, 反復性 血尿를 主症狀으로 하는 腎疾患^{2,3,4)}이다.

現在 發病은 免疫機轉의 異常으로 發生한다고 推定하며⁵⁾, 臨床症狀은 無症狀이거나 上氣道 感染後 肉眼的 血尿, 輕微한 蛋白尿나 血尿 등을 보이

며 正確한 原因과 特별한 治療法이 없는 상태이다

IgA 腎症에 대한 韓醫學의 研究로는 黃⁶⁾이 IgA 腎症에서 柴苓湯, 柴朴湯, 清腸湯, 小薊飲子가 免疫抑制에 미치는 影響을 實驗하여 柴苓湯, 柴朴湯이 腎症候群 및 IgA 腎症에서 優秀한 效果가 있음을 發表하였고 東西醫學 協診에 의한 共同研究로 杜 등⁷⁾이 小兒微細變化腎症候群에서 柴苓湯과 스테로이드를 併用投與함으로써 注目할 만한 治療效果가 있음을 發表한 바 있으나 아직까지 IgA 腎症에 대한 본격적인 東西醫學的인 檢討는 없었다.

이에 著者는 IgA 腎症의 主訴로서 血尿가 一般的으로 많으므로 歷代 醫家들의 尿血에 대한 研究와 IgA 腎症에 대하여 文獻적으로 考察한 結果,

* 大田大學校 韓醫科大學 腎系內科學教室

若干의 智見을 얻었기에 報告하는 바이다.

II. 本論

1. 黃帝內經素問⁸⁾

〈氣厥論篇 第三十七〉

胞移熱於膀胱 則隆溺血.

〈痿論 第四十四〉

悲哀太甚 則胞絡絕 胞絡絕 則陽氣內動 發則心下崩數澁血也.

〈四時刺逆從論篇 第六十四〉

少陰有餘病皮痺隱軫 不足病肺痺 滑則病肺風疝 澁則病積澁血.

2. 黃帝內經靈樞⁹⁾

〈熱病 第二十三〉

熱病七日八日 脈微小 病者澁血 口中乾 一日半而死.

3. 金匱要略¹⁰⁾

〈五臟風寒積聚病脈證并治第十一〉

師曰 熱在上焦者 因欬爲肺痿 熱在中焦者則爲堅 熱在下焦者則尿血

4. 諸病源候論¹¹⁾

小便血候

心主于血 與小腸合. 若心家有熱 結于小腸 故小便血也. 下部脈急而弦者 風邪入于少陰 則尿血. 尺脈微而扎 亦尿血. 勞傷而生客熱 血滲於胞故也. 血得溫而妄行 故因熱流散 滲於胞而尿血也

5. 外臺秘要¹²⁾

小便血及九竅出血一十二首

6. 三因極一病證方論¹³⁾

病者小便出血 多因心腎氣結所致 或因憂怒房室過度 此乃得之虛寒 故養生云 不可專以血得熱爲渾溢爲說. 二者皆治尿血 與淋不同 以其不痛 故屬尿血 痛則當在血淋門

7. 仁齋直指方¹⁴⁾

巢氏云心主於血與小腸合 若心家有熱結於小腸故小便血也 血虛者 四物湯加牛膝腎 實者 當歸承氣湯下之

8. 新增 醫門寶鑑¹⁵⁾

溺血者血從菴中出也 心與小腸爲表裏故 心移熱於小腸則爲溺血 此因酒色縱恣嗜慾無節以動火源之致也 蓋其症則純血溺 而不通治之大要必分虛實 實宜清利 虛宜滋補 撮其五條 詳陳于下通用清腸湯 導赤散(臟腑)或單山梔水煎服

清腸湯(回春)治尿血 當歸 生地黃 梔子炒 黃連 赤芍藥 黃柏 瞿麥 赤茯苓 木通 蕭蓄 知母 麥門冬 各七分 甘草 五分 燈心 一團 梅一個

○一日心移熱於小腸則爲溺血者 四物湯加山梔芩連 實者承氣湯(傷寒)加當歸下之

○一日房勞傷精火動而溺血者 宜腎氣丸(臟腑) 左歸飲(虛損) 鹿角膠丸 膠艾四物湯(婦人)

鹿角膠丸(得效)治房勞尿血 鹿角膠珠一兩 沒藥油 髮灰各六錢爲末白茅根汁打糊和丸梧子大鹽湯下七十九

○一日心氣不完精神外馳水火相殘而尿血者 天王補心丹(健忘) 歸脾湯(健忘) 妙香散(驚悸)

○一日脾肺氣下陷不能攝而溺血者宜補中益氣湯(內傷) 舉元煎

舉元煎(景岳) 治氣虛下陷血崩血脫亡陽乖危 人參 黃耆 各三錢 白朮 二錢 甘草炙一錢 升麻炒五分 水煎服

○一日酒麵過度而溺血者宜茯苓調血湯

○又有婦人小兒溺血二證 ○婦人宜當歸散 孕婦四物湯加山梔髮灰 ○小兒宜立效散 或甘草升麻煎湯調益元散(暑)

9. 醫學正傳¹⁶⁾

論 ……又曰 脾熱於肝 則爲驚衄 胞移熱於膀胱 則隆溺血……

10. 編註醫學入門¹⁷⁾

血純血全不痛 血從精窺中來 乃心移熱小腸 四物湯加山梔芩連 單髮灰散 入壽半釐 淡苦酒湯下 單苦

賣菜飲 單琥珀散 暴熱實熱利之宜 暴起熱者 山梔一味 水煎服 實熱者 承氣湯加當歸 下之 或 小蘗飲子 後以四物湯加山梔調之 心經熱者 導赤散 暴熱者 益元散 升麻煎湯下 或五苓散 虛損房勞兼日久 滋陰補腎更無疑 虛者 四物湯加山梔牛膝 或單牛膝膏 房勞傷精 火動瀉血者 膠艾四物湯 腎氣丸 小兒絲子丸 虛甚病久者 鹿角丸 秋石固真丸 金櫻膏 痛不可忍者 單豆豉一撮 煎湯溫服 甚效此疾 日久中乾 非清心靜養 不可救也

11. 證治準繩¹⁸⁾

蓋營血爲水穀之精氣，灌溉五臟六腑，四肢百骸，若脾胃有傷，營衛虛弱，行失常道，故上爲衄血吐血，下爲尿血便血

12. 東醫寶鑑¹⁹⁾

【失血諸證】

失血諸證妄行於上則吐衄衰涸於外則虛勞忘返於下則便紅積熱膀胱則癰閉尿血滲透腸間則爲腸風陰虛陽搏則爲崩中濕蒸熱癆則爲滯下熱極腐化則爲膿血火極似水則血色紫黑熱勝於陰則發爲瘡瘍濕滯於血則發爲痛痒癢疹皮膚則爲冷痺蓄之在上其人喜忘蓄之在下其人喜狂<丹心>○其從肺而上溢于鼻者曰衄血從胃而上溢于口者曰嘔血吐血其咯血唾血者出于腎也咳血嗽血者出于肺也其痰帶血絲出者或從腎或從肺來也其出于小便者曰尿血曰血淋其出于大便者曰腸風曰血痔<正傳>

【尿血】

內經曰胞移熱於膀胱則癰尿血○仲景曰熱在下焦則尿血○凡小便血出成淋作痛或雜尿而出者從膀胱中來也如血出不痛乃心移熱於小腸從精竅中出也<正傳>○小便出血而不痛者爲尿血非淋也是血從精竅中來乃心移熱於小腸四物湯加山梔滑石牛膝芍連或髮灰散琥珀散<入門>○小便出血是心伏熱在於小腸八正散(方見小便)加麥門冬煎服<鉤玄>○尿血宜清腸湯清熱滋陰湯小蘗飲子薑蜜湯或四物湯合五苓散(方見寒門)煎服酒傷尿血茯苓調血湯色傷尿血鹿角膠丸腎氣丸(方見虛勞)老人六味地黃丸(方見虛勞)婦人當歸散小兒立效散○有實熱當歸承氣湯下之(方見下)

【髮灰散】治尿血亂髮燒存性爲末每二錢以醋二合湯

少許調服或以井華水亦得<綱目>○髮灰丸治同髮灰以側柏葉汁調糯米粉和丸梧子大白湯吞下五十丸<正傳>

[琥珀散]治尿血琥珀爲細末燈心薄荷煎湯調二錢服之<入門>

[清腸湯]治尿血當歸生地黃梔子炒黃連赤芍藥黃柏覆麥赤茯苓木通藜蘆知母麥門冬各七分甘草五分右剉作一貼燈心一團烏梅一箇水煎服<回春>

[清熱滋陰湯]治尿血及便血生地黃麥門冬梔子炒黑各一錢玄參牡丹皮各八分當歸川芎芍藥各五分知母黃柏並酒炒白朮陳皮甘草各三分右剉作一貼水煎服<醫鑑>

[小蘗飲子]治下焦結熱尿血藕節二錢當歸一錢山梔仁八分小蘗生地黃滑石通草蒲黃各五分甘草三分右剉作一貼竹葉七片同煎服<丹心>

[薑蜜湯]治小便出血生薑七片蜜半盃白茅根一握右水煎服<得效>

[茯苓調血湯]治酒麪過度房勞後小便出血半赤茯苓一錢半赤芍藥川芎半夏麴各七分前胡柴胡青皮枳殼桔梗桑白皮白茅根燈心甘草各五分右剉作一貼薑五片蜜二匙水煎服<得效>

[鹿角膠丸]治房室勞傷小便出血鹿角膠一兩炒作珠沒藥油髮灰各六錢右爲末取白茅根汁打糊和丸梧子大空心鹽湯吞下七十丸<得效>

[當歸散]治婦人尿血生地黃二錢半小蘗葉二錢當歸羚羊角屑赤芍藥各一錢半右剉作一貼水煎服<丹心>

[立效散]治小兒尿血蒲黃生地黃赤茯苓甘草各一錢右剉水煎服<丹心>○又甘草升麻煎水調益元散服之妙(方見暑門)

13. 丹溪心法附餘²⁰⁾

○瀉血屬熱 用炒山梔子 水煎服 或用小蘗琥珀有血虛四物加牛膝膏 實者用當歸承氣湯下之 後以四物加山梔

14. 景岳全書²¹⁾

溺孔之血 其來近者 出血膀胱……多以酒色欲念致動下焦之火而然 當見相火妄動……其來遠者 出自小腸……蓋小腸與心爲表裏……故無論焦心勞力或厚味酒漿 而上中二焦五志口服之火 凡從清道以強者

必皆由小腸以達膀胱也……精道之血 必自精宮血海而出於命門 蓋腎者主水 受五臟六腑之精而藏之 故凡勞傷五臟或五志之火致令衝任動血者 多以精道而出

15. 張氏醫通²²⁾

經云胞移熱於膀胱 則降溺血 可知溺血之由 無不本諸熱者 多慾之人 腎陰虧損 下焦結熱 血隨溺出 脈必洪數無力 治當壯水以制陽光 六味加生牛膝 溺血不止 牛膝一味煎膏 不時服之 有氣虛不能攝血者 玉屑膏最妙 方用人參黃耆等分爲末 以白萊菔切片蜜炙 不時曬未食之 豈非虛火宜補宜緩之意歟 然痛屬火盛 則謂之血淋 不痛屬虛 謂之澀血 二者不可不辨 澀血先與導赤散加桂苓作湯 若服藥不效 此屬陰虛 五苓散加膠艾 下四味鹿茸丸 小便自利後有血數點者 五苓散加桃仁芍藥 暴病脈滑實者 加大黃滑石甘草延胡索下之 澀血日久 元神大虛而挾虛熱 所下如砂石而色紅 有如石淋之痛 神砂妙香散加澤瀉肉桂病久滑脫者 去黃者山藥桔梗木香 加煨飛龍骨益智仁即王荊公香散虛寒以此湯吞四味鹿茸丸 老人澀血多時陰虛亦有過服助陽藥而致者 多難治 惟大劑六味丸加紫菀茸作湯服之 咳而澀血形 脈小勁而搏逆也 澀血日久形枯六味加五味子作湯 另用肉桂末三錢 飛羅麪糊分三丸 用煎藥調下 甫入喉 其血頓止 少頃 口鼻去血塊數枚而愈 自此數年之患 絕不再發

16. 證治彙補²³⁾

大意
胞移熱于膀胱 則溺血(內經) 是溺血 未有不本于熱者 但有各臟虛實之不同耳 彙補
內因
或肺氣有傷 妄行之血 隨氣化而下降 胞中或脾經濕熱內陷之邪 乘所勝而下傳水腑 或肝傷血枯 或腎虛火動 或思慮勞心 或勞力傷脾 或小腸結熱 或心胞大暑 俱使熱乘下焦 血隨火溢(彙補)
外候
全無疼痛 血從精竅而出 非若血淋莖痛 血隨溺竅而出也(彙補)
治法
暴熱實火 宜甘寒清火 房勞虛損 宜滋陰補腎 次病

日久中枯 非清心靜養 不可治也(彙補)

用藥

實熱 用導赤散加山梔黃芩淡竹葉赤苓 煎成調滑石末飲之 虛熱宜四物湯加生地茯苓山梔牛膝麥冬 煎成調髮灰飲之 久不止者 膠艾四物湯 虛者鹿角秋石丸 阻塞不通 加冬葵子生蒲黃以化之(彙補)

溺血選方

導赤散 生地 木通 甘草
膠艾湯 方見便血
小蓴飲 小蓴 山梔 當歸 生地 滑石 甘草 蒲黃 通草 淡竹葉 加冬葵子
鹿角膠丸 鹿角 熟地 髮灰 茅根汁爲丸 鹽湯下

17. 醫學心悟²⁴⁾

心主血 心氣熱 則遺熱於膀胱 陰血妄行而溺出焉 又肝主疏泄 肝火盛 亦令尿血 清心 阿膠散主之 平肝 加味逍遙散主之 若久病氣血俱虛 而見此症 八珍湯主之 凡治尿血 不可輕用止澀藥 恐積瘀于陰莖 痛楚難當也

阿膠散 阿膠水化開沖服一錢 丹皮 生地 各二錢 黑山梔 丹參 血餘 卽亂髮燒灰性 麥冬 當歸 各八分 煎服

加味逍遙散 見類中 八珍湯 見虛勞

18. 醫宗金鑒²⁵⁾

熱在小便血 八正導赤利之佳 熱癆裏急下膿血 黃連白頭與桃花

【註】陽經之熱下注膀胱 傷其營分 熱少血多 癆成血蓄 熱多血少 熱迫血行 血不得蓄而走下 故尿血也 以八正散導赤散利而清之……

19. 新編辨證奇聞全書²⁶⁾

【辨症論治十七】 人有小便溺血者 其症痛澀馬口之間 如刀割刺觸 人以爲小腸之火也 而不知非也 小腸出血 則人立死 安得痛楚而猶生乎 因人不慎於酒色 欲泄不泄 受驚而成之也 精本欲泄 因驚而縮入 則精已離宮 不能仍反於腎中 而小腸又因受驚 不得直洩其水 則水積而火生 於是熱極而煎熬 將所留之精 化血而出於小便之外 其寔乃腎經之精 而非小便

之血也 治之法 宜解其小腸之火 然而解火而不利其水 則水壅而火仍不得出 精血又何從而外泄哉

【臨床處方】 方用 水火兩通丹 車前子三錢 茯苓五錢 木通一錢 梔子三錢 黃柏一錢 當歸五錢 白芍一兩 扁豆一錢 生地一兩

【藥理說明】 一劑而澁痛除 二劑而溺血止 三劑全愈 不必用四劑 方中通利水火 而又加之平肝補血之藥者 蓋血症最忌肝木剋脾胃 則脾胃之氣 不能升騰 而氣乃下陷 氣陷而血又何從而外散乎 今平其肝 則肝氣舒 而脾胃之氣亦舒 脾胃之氣既舒 而小腸之水火兩通矣 敗精有不速去者乎

20. 國譯 血證論²⁷⁾

膀胱與血室 并域而居 熱入血室 則蓄血 熱結膀胱 則尿血 尿乃水分之病 而亦于動血分者 以與血室并居 故相連累也 其致病之由 則有內外二因

一外因 內太陽陽明傳經之熱 結於下焦 其證 身有寒熱 口渴腹滿 小便不利 溺血疼痛宜仲景桃仁承氣湯治之 小柴胡湯 加桃仁丹皮牛膝 亦治之

一內因 內心經遺熱於小腸 肝經遺熱於血室 其證 淋秘割痛 小便點滴不痛者 呼亦淋 治宜清熱 治心經遺熱 虛煩不眠 或昏睡不醒 或舌咽作痛 或怔忡懊懣 宜導赤飲 加炒梔連翹丹皮牛膝治 肝經遺熱 其證少腹滿 脇肋刺痛 口苦耳聾 或則寒熱往來 宜龍膽瀉肝湯 加桃仁丹皮牛膝鬱金

尿血治心與肝而不愈者 當兼治其肺 肺為水之上源 金清則水清 水寧則血寧 蓋此證原是水病累血 故治水即是治血 人蔘瀉肺湯 去大黃 加苦參治之 清燥救肺湯加藕節蒲黃亦治之

以上結熱之證 其血溺出 皆有淋不通之象 乃尿血之實證也 此外又有虛證 溺出鮮血 如尿長流 絕無滯得者 但當清熱滋虛 兼用止血之藥 無庸再行降利矣 蓋前陰有二竅 一為水竅 一為血室之竅 血竅在女子 則為孕子之門 血竅在男子 則為施精之路 故女子血室之血 能由此崩漏而下 男子血室之血 亦能由此走洩而出 是以血尿之虛證 與女子崩漏之證無異 宜用四物湯加減治之 房勞傷腎 肝如鬱火者 加丹皮炒梔子柴胡阿膠芥灰 心經血虛火旺者 加黃連阿膠血餘 脾氣虛寒 不能攝血者 四肢清冷 脈微遲 面黯淡 加魚鱉黃耆人蔘葉胡黑薑甘草五味治之 房勞傷腎 加

鹿膠海鯨蛭散治之 又有肺虛 不能制節其下 以致尿後滲血者 審係肺陰虛 則兼氣逆痰咳口渴等證 人參清肺湯主之 若肺陽虛 不能治下 則必有遺弱足冷水飲喘嗽之證 甘草乾薑湯治之

21. 類證治載²⁸⁾

溺血與血淋異 痛為血淋出精竅 不痛為溺血 出溺竅 痛屬火盛 不痛屬虛 然經云 胞移熱於膀胱 則癰溺血(膀胱者 胞之室)惟房慾損腎 熱注膀胱(腎與膀胱相表裏)故血隨溺出 亦火所迫也 其脈洪數法當滋化源(六味飲加生牛膝)如肺腎陰虛 口乾腰痠 (六味丸合生脈散)小腸火盛血滲膀胱(導赤散)肝火脈洪不能藏血(龍膽草湯加法)膽火溺血頭痛眩暈(當歸飲)溺血日久 腎液虛涸(六味阿膠飲)陰虛火炎 一切溺血血淋(保陰煎)消洩自利 後瀝血點 痛如血淋(小蘗飲子)小水不利 赤濁淋閉(大分清飲)通治溺血(益母草搗汁一升 服效 柳花炒鬱金煨各一兩 研 每用三錢 豆豉煎湯下效)治血淋(琥珀研細 以燈心薄荷煎湯下二錢)

附方

[化源] 六味湯 見一卷中風

[陰虛] 生脈散 見一卷暑症

[小腸] 導赤散 見一卷溫症

[肝火] 龍膽草湯 一味龍膽草煎服

[膽火] 當歸飲 當歸 羚羊角 赤芍 各二錢 生地 刺薊葉 各一錢

[液涸] 六味阿膠飲 六味湯加阿膠童便

[虛火] 保陰煎 見五卷瘧增

[血淋] 小蘗飲子 蘗 梔 歸 各一錢 地 藕節 各錢半 滑石 蒲黃炒各錢二分 通草 甘草 竹葉 各八分

[淋閉] 大分清飲 見四卷泄瀉

[脾虛] 妙香散 見二卷衄血

22. 醫學門徑²⁹⁾

淋血作痛出於膀胱 溺血不痛出於小腸 心與小腸相為表裏嗜欲不節 房勞太過 火動於中 下逼膀胱 火隨氣小血從溺出清心瀉火 利水祛邪 小蘗 導赤 六味地黃

小蘗飲子 治下焦結熱而成血淋

藕節 三錢 蒲黃 一錢半 木通 一錢 滑石三錢 生

地三錢 甘草五分 當歸一錢 山梔一錢 竹葉十片 小蘗一錢

地黃丸加琥珀黃柏 治腎虛漏血 久不愈 加牛膝鹿茸

歸脾湯 治心脾受傷尿血不止

23. 中醫腎臟病學³⁰⁾

隱匿性腎炎是症狀隱匿，病程綿長；有特續性蛋白尿和/或血尿或發作性肉眼血尿；無水腫，高血壓，腎功能不全的一條腎炎。據現代醫學腎活檢發現：相當一部分患者腎小球中有廣泛IgA(G)沈積；別一部分則IgG, M和C3沈積 表明它們都是由免疫物沈積所引起的疾病。本病過去被列入慢性腎炎中。鑑于本病大部分病情可長期(10-30年)保持良好的腎功能 一部分又表現為無症狀性蛋白尿 甚至可認為臨床“痊愈”。故近年來國內學者認為它與難于治愈的慢性腎炎不應等同看待。本病是一種臨床名稱，只能根據上述表現作出診斷，但準確的病理診斷，則要通過腎活檢。臨床上應與體位性蛋白尿相鑑別。本位性蛋白尿多見于青少年，在仰臥位時蛋白尿全消失，隨年齡增長 蛋白尿會減輕而至消失，可助鑑別。隱匿性腎炎症狀隱匿是指無水腫，高血壓，腎功能不全等突出的腎炎症狀。根據長期的臨床觀察，本病除水腫，高血壓等症外 按中醫診察方法 臨床上還常見腰酸 乏力 晨起眼臉發脹 食慾不振 大便稀懸 面色萎黃或曠白 小便短赤 舌質偏紅或偏淡 脈弱或細數等證。據其常見的臨床表現 本病多見于祖國醫學的虛勞，漏血等疾病中

【病因病機】

本病的發生多因稟賦薄弱 煩勞 飲食內傷 感受外邪等因素 造成脾腎虛弱 濕熱內蘊 由于脾腎虛弱和或濕熱內蘊致脾失運化 腎失封藏 從而使精微物質從腎漏出 出現蛋白尿 血尿等的異常變化。

本病表現以無明顯水腫，高血壓性蛋白尿，血尿為特點。由于脾腎虛弱不甚 濕熱內蘊不重 各臟器功能活動尚能基本正常進行 故無明顯水腫 高血壓等症

本病發生之後 由于脾腎虛弱不甚，濕熱內蘊不重 臟器功能活動尚能基本正常進行 因此在病變過程中多數不累及其他臟器 也因患者平時自賞無特殊不適 不予以積及調治 成為本病病程綿長 甚者長達20-30年不愈的原因之一

本病的一般演變規律 多是病況及定 豫後良好。但某些病例亦會在較長的病情中 或者在某次外感 過勞 食傷後 臟器功能明顯紊亂 出現水腫 高血壓等 則已發展為慢性腎炎 甚者進一步迂延 惡化 內臟功能衰敗 濕蟲熱毒阻滯 氣機逆亂 逐漸出現腎功能不全

【辨證施治】

隱匿性腎炎的治療原則 多以補益脾腎為主法。一般來說 對少數隱匿性腎炎 臨床上除蛋白尿 鏡下血尿外 無症狀者 用補益脾腎 固澁精微法治療。對多數隱匿性腎炎臨床上有症可辨者 應辨證施治

根根文獻記載和臨床治療總結 本病目前常分為：脾腎氣虛 腎陰不足 濕熱內蘊三種類型

(一)脾腎氣虛

主證：面色淡黃 精神乏困 腰痠 晨起眼臉輕度浮腫 舌淡 脈弱

病機分析：由于脾腎氣虛 形體失于營養故見面色淡黃 精神乏困 腰為腎之府 腎氣虛則腰部失于濡養故見腰痠 脾主運化 脾氣虛則運化及受納功能減弱故見納呆

層屬陽主動 夜屬陰主靜。脾主運化水液 腎主調節體內水液平衡 由于脾腎氣虛 晨起時脾腎功能活動恢復較慢 水液留于眼臉疏松組織而不得迅速調節，故晨起時眼臉浮腫 舌淡 脈弱為脾腎氣虛 血脈不充所致

治法：益腎健脾 滲濕利水

方藥： 加味四君子湯(《三因方》):人蔘12g 黃耆20g 白朮12g 炙甘草6g 茯苓15g 扁豆15g

方又及加減：用人蔘 黃耆甘溫益氣 補益脾腎為主藥；脾喜燥惡濕 脾虛不運 則每易生濕 補以白朮甘苦溫健脾燥濕 配以茯苓 扁豆甘淡平滲濕健脾為佐；使以炙甘草甘緩和中。合以益腎健脾 滲濕利水。若腰酸膝酸軟 小便頻數等腎氣虛突出者 加杜仲 山查肉溫補腎氣 若尿蛋白多 長期不消者 加金櫻子 桑螵蛸 菟絲子以補腎固攝

(二)腎陰不足

主症：腰痠 眩暈耳鳴 舌紅 少津 脈沈細

病機分析：腰為腎之府 腎陰不足 失于營養腰部故見腰痠 腎藏精 精生髓 髓匯聚為腦 腎陰不足 髓海不充 腦失營養 故見眩暈耳鳴 舌紅少津 脈沈細為腎陰不足之證

治法：滋補腎陰

方藥：左歸飲(《景岳全書》)熟地黃8g 山茱萸10g 枸杞10g 山藥15g 菟絲子10g 川牛膝10g 鹿角膠6g 龜板膠6g

方又及加減：本方適用於隱匿性腎炎陰虛火不旺者。方用熟地滋腎填精為主；補以山茱萸 枸杞 龜板膠補肝腎之陰滋精；用山藥 鹿角膠 菟絲子溫補腎氣 取“陰得陽升 而源泉不竭”志意；用牛膝以狀筋健骨 均為佐藥。合以滋補腎陰 若兼潮熱 口乾 咽痛 脈數等陰虛火旺者 加知母 黃柏 地骨皮及以滋陰瀉火 若兼血尿 小便短赤等；陰虛火旺 熱聚血絡者 加白茅根 小蓀 藕節以涼血止血。若尿蛋白多 長期不消者 加生牡蠣 金櫻子 蓬須固腎澀精

(三) 濕熱內蘊

主症：小便短赤有熱感 或有血尿 心煩口渴 舌質便紅 脈數。

病機分析：由于濕熱內蘊 影響腎與膀胱之氣化 故見小便端的有熱感 濕熱內蘊 就及下焦 灼傷脈絡 故可見血尿。濕熱內蘊 就難心腎 故見心煩濕熱內蘊 熱傷津液 故口渴 舌紅 脈數為熱症之表現。

治法：清熱利濕

方藥：萹藤分清飲(《醫學心悟》)萹藤10g 萹蒲10g 黃柏8g 車前子15g(別包) 白朮8g 茯苓12g 蓮子心10g 丹參10g

方又及加減：程氏的萹藤分清飲有清利濕熱 分清泄瀉之功。方用萹藤 萹蒲清利濕濁；黃柏 車前子清熱利濕；白朮 茯苓健脾除濕；蓮子心 丹參涼血活血通絡。全方能使清濁分 濕熱去 脈絡通 精微物質重歸其道。若兼便秘者 加生大黃以泄熱通便。若兼濕熱傷陰者 加生地 知母 白茅根以養陰清熱

【豫防】

本病的發生 後天因素主要與感受外邪 飲食內傷 煩勞過度等有關 所以豫防外感 調節飲食 避免煩勞 對本病的豫防有重要意義。別外 現代醫學認為 本病一部分病例可在較長的病程中 或在某一次感染 過勞 受凍或藥物損害 對防止本病情況惡化具有積極的意義。

【診斷標示】

1977年北戴河腎炎座談會制定表示如下：

(1) 尿蛋白>0.2mg/24小時 但一般不超過 1.5g/24

小時(定性微量~++)

(2) 呈層發性或持續鏡下血尿 優見肉眼血尿

(3) 腎功能良好

(4) 無其他明顯的臨床症狀

1985年南京第二次全國腎臟病學會議制定修正標示如下

隱匿性腎炎的特定是：

(1) 無明顯的臨床及本證 主要表現為無症狀蛋白尿及多形型紅細胞尿。

(2) 腎功能良好

(3) 排除腎外原因的血尿及功能的血尿

(4) 尿檢異常。如以少量尿蛋白為主 尿蛋白,1.0g/24小時 可稱為“無症狀性蛋白尿”；如以持續性鏡下血尿為主 偶發肉眼血尿 相位差鏡尿紅細胞為多形型 汁數>1萬/ml可稱為“單純性血尿”

23. 實用中西醫結合診斷治療學³¹⁾

隱匿性腎小求疾病 過去又稱隱匿性腎炎。是一組腎小球疾病的臨床診斷。其特徵為：症狀及本證不明顯；尿檢查有(間斷或持續性)微量蛋白和(或)血尿甚至可有反復發作性肉眼血尿；一般無水腫 高血壓 血液化學和腎功能改變；患者病程長但豫後好 甚至可以自愈。臨床上發病年齡以20~30歲為多 男性多于女性。由于本病一般無特殊症狀及體證 大部分患者是在體檢或偶然情況下被發現。根據本病臨床表現似屬中醫“溺血”“尿濁”等範疇。

【病因病理】

一、西醫的病因病理

本病大多數患者病因尚不清楚。部分患者于上呼吸道炎後很快出現血尿 有的甚至為肉眼血尿。据此推測 一部分患者可能與鍊球菌感染有關

隱匿性腎小求疾病患者的腎臟病理改變多種多樣。現以局灶性腎小球腎炎反復發性血尿介紹如下：根據腎穿刺活組織檢查 腎小球示有輕微增生性病變 通常只散在累及腎小球的的一個節段 且病變呈局灶性分布。基膜常無病變發現 腎小球系膜細胞上有不同程度的增生。免疫分光研究主要在腎小球系膜部分可見有IgA沈着 有時尚同時有 IgG和 補體C3之沈積。電鏡下可見“駝峰” 詳電子緻密物質沈積于上皮或內皮下及系膜中。其一變化的出現提示近期曾有鍊球菌感染。

二. 中醫的病因病機

隱匿性腎小球疾病臨床上以血尿和蛋白尿爲主要特證. 血尿在中醫古籍中稱“溺血”, “尿血”等; 對於蛋白尿 現在不少學者認爲是脾腎虛損 精微物質下注而成.

中醫很早就對“尿血”, “尿濁”有了初步的認識. 如《素問·氣厥論》《素問·至真要大論》《諸病源候論·小便血候》《醫學入門·血類·溺血》.

指肅了溺血有虛實不同 治法逆異. 對於蛋白尿則由于脾虛不能升清而精微下流 腎虛不能封藏而精微下泄所致.

綜合所述 隱匿性腎炎的中醫病因有虛實兩個方面 其涉及臟腑主要與心, 脾, 腎, 小腸, 膀胱有關. 現從以下凡方面分述之

III. 考察

東洋醫學에서 腎은 作強之官이라고 하며 主藏精, 主納氣, 主津液, 司二陰, 藏志하고 腦髓를 滋生하며³⁵⁾, 西洋醫學에서의 腎臟은 小便의 生成과 排泄을 통한 體液의 量과 造成을 調節함으로써 體內恒常性을 維持하고 細胞外液量과 血壓의 內分泌의 調節, 赤血球 生成 調節, 無機質 代謝의 內分泌의 調節 등을 擔當한다³⁴⁾.

腎臟에 發生하는 疾患은 흔히 絲球體 疾患과 非絲球體 疾患으로 區別하는데, 絲球體 疾患은 蛋白尿, 血尿, 絲球體濾過率의 減少, 高血壓, 浮腫 등의 症狀이 單獨 또는 複合的으로 나타난다³⁵⁾.

絲球體疾患에 속하는 IgA 腎症은 넓은 意味에서 mesangial proliferative glomerulonephritis의 範疇에 속하며³⁶⁾, 이 중 IgA나 IgM 등의 immuno-globulin이 mesangium에 一次的으로 蓄積되어 惹起되는 疾患群을 mesangiopathic glomerulopathy라 명하며 IgA 腎症이 代表的인 疾患이다.

이 疾患은 1968년 Berger와 Hinglais가 全身의 인 疾患없이 絲球體의 mesangium에 IgA가 현저히 沈着되며 慢性 再發性 血尿를 보이는 腎症에 관하여 처음 報告하였으며, Berger 등의 報告以

前에도 再發性 血尿에 대한 報告가 많이 있었는데 著者에 따라 Berger씨병, IgA 腎病證, IgA 絲球體 腎炎, IgA mesangium 絲球體 腎炎, 原發性 血尿, 陽性 再發性 血尿, 無症狀 血尿 등¹⁾으로 불리어졌으나 臨床症狀 및 病理學的 所見이 類似하여 넓은 意味의 同一한 疾患으로 考慮된다³⁴⁾.

發生頻度는 地域에 따라 다르게 報告되는데, 미국에서는 腎生檢 1: 10%, 프랑스에서는 成人에서 原發性 絲球體 疾患의 20~25%가 본 疾患에 該當하였고³⁷⁾, 日本에서는 成人의 原發性 絲球體 腎炎의 30%, 小兒에서는 19.2%로 報告되었으며³⁸⁾, 스페인 26%, 오스트레일리아 18%, 영국 4~7%, 싱가포르 33%이고³⁹⁾, 韓國에서도 김⁴⁰⁾ 등은 16.9%, 김⁴¹⁾ 등은 19.6%로 각각 報告한 바 있어 地域마다 多樣한 分布를 보인다⁴¹⁾. 地域的 發生頻度の 差異는 確實히 밝혀져 있지 않으나 人種間的 遺傳因子의 差異와 關聯이 있다는 說도 있다⁴³⁾.

IgA 腎症의 光學 顯微鏡 所見은 多樣하지만 焦點性 分節性 絲球體 硬化證과 mesangium 增殖이 많이 나타나며^{43,45)}, 免役螢光染色法 所見上 IgA가 주로 沈着되고 IgG, IgM, C3, fibrinogen 및 properdin도 沈着되는 境遇도 있지만 C1q, C4 등은 沈着되지 않는다⁴⁶⁾. IgA의 腎絲球體 mesangium 내의 沈着은 原發性으로 IgA 腎症以外에 SLE, Henoch-Schönlén purpura 등에서 나타나며 續發性으로는 알코올성 肝疾患, portal-systemic shunt 등도 그 原因이 될 수 있다⁴⁵⁾고 한다. 따라서 IgA 腎症은 上記의 全身性 疾患과 同伴되어 IgA가 沈着된 境遇는 排除되어야 한다⁴⁸⁾.

IgA 腎症은 反復的, 肉眼的 혹은 顯微鏡의 血尿를 主症狀으로 하며 急性腎不全, 腎症候群 등의 形態로 나타나는 非典型的 例를 包含하여 多樣한 臨床所見을 보일 수 있고, 衰弱感, 微熱, 排尿痛 또는 옆구리 痛症 등 가벼운 全身症狀도 同伴될 수 있으나 非特異的이며 젊은 成人에서 反復性 無症狀 血尿의 原因 중 가장 많은 數를 차지한다^{32,33,43)}.

發病의 精確한 機轉은 아직 밝혀지지 않았고, 各種 免役指標의 測定 및 림프구의 役割에 대한

研究가 다수 있었으며 주로 免疫調節機轉의 異常으로 IgA 免疫複合體^{46,48,49)}에 의한 免疫性 疾患의 範疇에 속할 可能性이 높다고 推定되고 있다. Clarkson 등⁴⁶⁾은 粘膜의 表面에서 過量 生成된 IgA 抗原抗體 免疫複合體와 C3의 活性化에 의한 絲球體 損傷 때문에 이러한 沈着物이 쌓인다고 했다.

또한 血清 IgA의 增加, 血清 循環免疫複合體의 增加, 血清 C3의 減少, 免疫螢光染色 上 properdin의 mesangium내 沈着을 觀察함으로써 補體의 alternative pathway에 의한 活性化 등 여러 免疫機轉⁴⁷⁾들이 關與함을 推測할 수 있다. IgA 腎症은 全身性 疾患으로 증상 치부혈관에 IgA의 沈着을 觀察할 수 있다는 보고⁵⁰⁾도 있었으나 李 등^{42,51)}에 의하면 國內에서는 IgA의 沈着을 觀察하지 못하였다. 또한 HLA-BW35에서 IgA의 發生頻도가 높고 Sibling에서 함께 IgA 腎症이 發見되었다는 報告^{53,54)}가 있어 遺傳的 要因도 關與되리라 推測된다. 診斷은 免疫螢光顯微鏡 檢査 上 mesangium내에 IgA가 주로 沈着됨을 確認하는 것으로 내릴 수 있다^{36,39,40,51)}.

現在까지 본 疾患에 대한 效果의인 治療法은 없으나, 그 發生機轉을 바탕으로 抗原의 除去, IgA 生成 自體의 抑制, IgA 免疫複合體의 除去와 絲球體 損傷의 中間段階 妨害⁵⁴⁾ 등이 考慮되고 있다.

腎症候群을 同伴한 IgA 腎症의 治療로써 스테로이드 治療를 調査한 Lai 등⁵⁾에 의하면 腎症候群을 同伴한 IgA 腎症의 治療로써 스테로이드는 大部分 效果가 없었으나 病理組織學的 病變이 가벼운 患者의 80%가 스테로이드 治療에 寬解가 있었고⁷⁾, phenytoin 등의 藥物이 血中 IgA의 濃度를 減少시켰으나 治療效果는 없었다^{44,45)}. 스테로이드를 長期 使用함에 따라 副作用이 심하게 發生할 수 있으므로 이들 患者에서 스테로이드를 選擇의 由로 使用할 것을 勸奨하였다. 또한 다른 慢性 絲球體 疾患에서처럼 併發되는 血壓의 調節, 食餌療法, 過勞를 피하는 一般의인 治療가 腎不全의 加速化를 막는데 重要하다⁵⁴⁾.

臨牀經過는 初期 報告에서 比較的 良好한 것⁴⁶⁾으로 알려졌으나 繼續的인 追跡調査로 近來의 報

告에는 患者의 약 19~36% 정도가 診斷 20년 후 末期 腎不全으로 進行하는 것으로 알려져 있다³⁸⁾. 이러한 IgA 腎症의 豫後는 組織檢査 當時의 病理學的인 腎臟의 病變 정도가 심할수록 나쁘며 高血壓이 있거나 病理學的인 所見상 分節性 絲球體 硬化證이 있는 境遇와 interstitial sclerosis가 있는 境遇에 慢性 腎不全症으로 進行할 可能性이 높다고 했다⁴⁷⁾. 國內에서도 李 등⁴²⁾은 27%에서 腎不全이 오고 이 중 血液透析을 施行했던 境遇를 13.9%로 報告하여 豫後가 좋지만은 않다는 것이 밝혀지고 있어 이 疾患에 대한 發病機轉, 豫後, 治療의 經過 등에 더욱 關心이 모아지고 있다.

豫後에 影響을 미치는 因子는 많은 相反된 報告가 있으나 一般的으로 하루에 1mg 이상의 蛋白尿, 高血壓이 있을 때 比較的 나쁜 經過를 밟는 指標가 된다⁴¹⁾.

肉眼的 血尿로 인하여 貧血이 나타난 例가 國內에 報告된 바가 있으나, 肉眼的 血尿는 IgA 腎症 자체의 豫後에는 關聯이 없는 것으로 알려져 있다⁵⁰⁾. 따라서 現在로서는 滿足할 만한 治療方法이 없으며 精確한 疾病 發生機轉의 糾明 및 治療에 대한 많은 研究가 요망된다.

IgA 腎症은 韓醫學에서는 尿血의 範疇에 該當하는데, 尿血은 溺血, 澀血이라고도 하며 尿血은 小便중에 血液이나 血塊가 섞여 있으면서 排尿時 뚜렷한 疼痛이 없는 病證을 말한다. 尿色은 정도에 따라 淡紅色, 鮮紅色을 띄는데 간혹 尿色의 變化가 확실하지 않으면서 顯微鏡的 血尿가 나타나는 경우도 있다⁵⁴⁾. 그런데 古代의 尿血은 一般的으로 尿의 색깔이 紅色이나 暗紅色으로 변하는 肉眼的 血尿를 가리킨 것이므로 西洋醫學의 血尿 概念 가운데 顯微鏡的 血尿는 過去 韓醫學의 觀察 領域은 아니기 때문에 반드시 韓醫學에서 說明하는 血尿가 IgA 腎症의 主症狀인 血尿와 正確히 一致한다고 볼 수는 없다. 그리고 IgA 腎症에서 기타 간헐적으로 나타나는 蛋白尿, 疲勞感, 腰痛 등의 症狀으로 볼 때 尿濁, 虛勞, 腰痛의 範疇에 一部 包含될 수 있다.

古代에는 尿血을 澀血, 溺血, 隆溺血 등으로 指稱하였는데 이 名稱은 모두 <黃帝內經>에서 最

初로 나온 것^{8,9}으로 陽氣가 內動하면 心下崩數澁血이 發한다 하여 發病機轉을 說明하였으며, 診斷上: 脈이 微小하면 澁血이라 하였다. 또한 尿血이라는 이름은 張¹⁰에 의하여 처음으로 言及되었으며 尿血의 發病部位는 下焦이고 病因은 주로 熱이라고 하였다.

以後에도 많은 醫家들이 尿血을 研究하였는데 時代別로 列舉하면 다음과 같다.

巢¹¹는 尿血의 病因을 心家の 熱이 小腸에 結하거나 風邪가 少陰에 入하거나, 熱邪가 胞中으로 滲入하여 形成되었다고 보았고, 王¹²은 尿血 治療에 대한 唐宋代 醫家들의 臨床經驗들을 收錄, 整理하였다.

陳¹³은 尿血의 病因病機와 鑑別診斷에 대하여 尿血은 血熱妄行만이 아니라 虛寒으로도 發生할 수 있으며, 血淋과 血尿의 鑑別點은 痛症의 有無에 있다고 하였고, 揚¹⁴는 原因을 心家の 熱이 小腸에 結하여 尿血이 된다고 하고 血虛와 血實을 區分하였다.

虞¹⁶는 尿血 뿐 아니라 驚血, 衄血 등 다른 厥에서 나오는 出血症까지 全體的인 立場에서 尿血을 觀察하였고, 李¹⁷는 尿血의 治療를 純血全不痛, 暴熱實熱, 虛損房勞兼日久 등의 原因에 따라 區分하였다. 純血全不痛은 心이 熱을 小腸으로 옮긴 것으로 精竅病이니 四物湯加味方을 使用하였고, 暴熱實熱, 虛損房勞兼日久證에는 各各 清利, 滋陰補腎의 治法을 使用하였다.

明代에 와서 여러 醫家들이 多様な 의견을 提示하였는데 王¹⁸은 原因을 脾胃가 傷하여 營衛虛弱하여 常道를 잃어버리므로, 위로는 衄血, 吐血이 있고 아래로는 尿血, 便血이 된다고 하여 각종 出血과 마찬가지로 尿血도 脾胃의 虛弱이 바탕이 된다고 하였고, 許¹⁹는 尿血의 病因과 病證에 대한 諸家의 說을 整理하였는데, 대체로 丹溪와 東垣의 說을 따랐다. 또한 方²⁰도 역시 虛實에 따라 區別하였고, 또한 溺血의 病因病理를 酒色慾念으로 인한 相火妄動, 心火移於小腸, 勞傷於腎으로 인한 封藏失職으로 나누는 한편 病位를 膀胱, 小腸, 腎 등으로 區分하였고, 張²²은 溺血의 原因을 熱中の 虛로 보아서 腎陰虧損하여 下焦結熱하여 血隨溺出한

다고 하였다. 治療方法은 壯水로 陽光을 制御해야 한다고 主張하였다. 또한 痛症의 有無에 따라 血淋과 澁血을 나누는데 火盛일 때 痛하고 虛할 때 痛하지 않는다고 하였으며 上記의 辨證으로 澁血의 治療가 되지 않았을 때는 陰虛에 屬한다고 하였다.

清代 以後의 醫家들도 尿血의 病因病理와 治療에 대하여 既存理論을 바탕으로 各各 多様な 見解를 지니고 있었다. 程²⁴은 尿血의 病因을 心熱, 肝熱로 보았으며, 治療에 있어서 止澁藥의 不注意한 使用에 대해 注意하였고, 吳²⁵는 熱이 小便血과 같이 있으면 八正散, 導赤散으로 利하고 熱瘀裏急하여 膿血이 나오면 黃連白頭와 桃花를 사용하라고 하여 尿血이 膿血과 같이 出하는 境遇를 말하였으며, 錢²⁶은 尿血이 小腸之火, 腎經之精이 動하여 나타나며 火를 풀어도 利水を 같이 해야 한다고 하였고, 또한 唐²⁷은 그 以前의 血證에 대한 全般的인 考察과 함께 尿血에 대하여 水之上源인 肺가 虛하여 通調水道하지 못함으로써 尿血이 發生한다고 보고, 治療에 있어서도 肺氣를 清利해야 함을 強調하였고 女子의 崩漏와 같은 機轉의 疾患으로 判斷하였다. 林²⁸은 溺血과 血淋의 區分과 肝火, 小腸火盛, 熱注膀胱, 肺腎陰虛 등으로 나누어 說明하였으며, 徐²⁹도 역시 淋血은 膀胱에서 나오고 溺血은 小腸에서 나온다고 하여 血淋과 溺血을 區分하였다.

最近에는 尿血의 病因病理와 辨證論治에 대하여 더욱 廣範圍한 研究가 進行되고 있다. 王³⁰은 脾腎虛弱이 甚하지 않고 濕熱內蘊이 重하지 않은 경우 각 臟器의 機能이 正常的으로 進行하므로 증상이 뚜렷하지 않고 오랜 기간 症狀이 드러나지 않다가 계속 進行한 境遇에만 腎臟에 여러 變化를 일으킨다고 하였고, 陳³¹은 西洋醫學과 東洋醫學의 病因病理를 같이 說明하고 比較하여 IgA 腎症에 대한 韓醫學의 觀點을 넓혔는데, 먼저 IgA腎症을 確診한 뒤 心火內盛, 陰虛火旺, 濕熱鬱滯, 脾腎氣虛로 辨證하여 治療하였다. 이상과 같이 歷代醫家들이 기술한 바 尿血의 原因을 心家有熱 結於小腸, 肝熱, 心移熱於小腸, 胞移熱於膀胱, 肺氣有傷으로 妄行之血이 隨氣化而下降胞中한 것과 熱注膀胱하는

등 熱이 心, 小腸, 肝, 膀胱에 影響을 주는 경우와 風邪入于少陰, 腎陰虛損 下焦結熱, 動腎經之精, 脾腎虛弱, 酒色慾念, 相火妄動, 濕熱內蘊致脾失運化 腎失封藏, 肺腎陰虛 等 腎虛를 基本으로 한 病理로 크게 區分지을 수 있고 其他 原因으로 癆血, 濕熱內蘊이 提示되었다. 處方으로는 八正散, 導赤散, 大分清飲, 連翹敗毒散, 腎氣丸 등 各各의 辨證에 따라 多樣한 處方이 臨床에서 應用된다.^{30,35,55)}

또한 IgA 腎症에 대한 最近의 研究 및 實驗에 따르면 尿血에 대한 辨證과 處方으로 良好한 效果를 보였으며^{6,7)}, 症狀이 나타나지 않거나 顯微鏡의 血尿가 나타나는 IgA 腎症은 脾腎虛弱이 甚하지 않고 濕熱內蘊이 重하지 않은 경우로 辨證하였는데 아직 이에 대한 實驗이나 臨床報告가 없어서 研究가 必要하다 하겠다.

이와 같은 結果로 보아 IgA 腎症의 原因, 機轉, 治療方法 등에 尿血의 接近이 妥當性 있다고 思料된다.

IV. 結 論

尿血과 IgA 腎症에 對한 文獻을 比較 考察한 結果, 다음과 같은 結論을 얻었다.

1. IgA 腎症은 脾腎虛弱, 濕熱內蘊한 尿血의 範疇에 속한다.
2. IgA 腎症은 稟賦虛弱, 煩勞, 飲食內傷, 感受外邪 등의 素因으로 發生한다.
3. IgA 腎症으로 因한 尿血은 健脾益腎, 滲濕利水, 清熱利濕하며 加味四君子湯, 柴苓湯, 當歸飲, 小薊飲子, 大分清飲 등을 應用한다.

參攷文獻

1. Berger, J., and Hinglais, H. : Les dépôts intercapillaires d'IgA-IgG. J. Urol. Nephrol., 74: 694, 1968.
2. Kobayashi. Y., Tateno. S., and Hiki. Y., et al. : IgA nephropathy: prognostic significance

of proteinuria and histological alteration. Nephron, 34(3):146~153, 1983.

3. 이영혁, 이재승, 심호식, 김병길, 정현주, 최인준 : 소아 IgA 신병증에 관한 임상적 및 조직학적 고찰, 대한신장학회잡지, 5:37, 1986.
4. 조병수, 엄준희, 차주홍, 안창일 : 소아 IgA nephropathy의 임상적 고찰, 대한신장학회잡지, 6:95, 1987.
5. Lai, K.N., Lai, F.M., and Chan, K.W., et al. : An overlapping syndrome of IgA nephropathy and lipid nephrosis. Am. J. Clin. Pathol., 86:716~723, 1986.
6. 黃相皓, 杜鎬京 : IgA 腎症에서 柴苓湯, 柴朴湯, 清腸湯, 小薊飲子가 免疫抑制에 미치는 影響, 서울, 경희의학 15(1), 1999.
7. 杜鎬京, 趙秉洙 : 스테로이드 依存性 頻回 再發型 腎症候群의 治療에 있어서 韓方製劑인 柴苓湯과 洋方藥物인 스테로이드의 併用效果에 대한 研究, 서울, 경희의학 12(2), 1996.
8. 洪元植 : 精校 黃帝內經素問, 서울, 東洋醫學研究院出版社, p.140, 166, 229, 1981.
9. 洪元植 : 精校 黃帝內經靈樞, 서울, 東洋醫學研究院出版社, p.138, 1985.
10. 張仲景 : 仲景全書, 서울, 大星文化社 p.434, pp.389~391, 1989.
11. 巢元方 : 諸病源候論校注, 北京, 人民衛生出版社, p.132, 1994.
12. 王壽 : 外臺秘要, 서울, 대성문화사, p.714, 1998.
13. 陳言 : 三因極一病證方論, 北京, 人民衛生出版社, p.120, 1957.
14. 揚士瀛 : 仁齋直指方, 서울, 대성문화사, p.260, 1998.
15. 周命新 : 醫門寶鑑, 서울, 成輔社, pp.145~146, 1984.
16. 虞搏 : 醫學正傳, 서울, 成輔社, pp.247~248, 1986.
17. 李樞 : 編註醫學入門, 서울, 大星文化社, p.396, 1992.
18. 王肯堂 : 證治準繩, 北京, 人民衛生出版社,

pp.366~367, 1993.

19. 許浚 : 東醫寶鑑, 서울, 南山堂, pp.110~111, 1991.

20. 方廣 : 丹溪心法附餘, 서울, 大星文化社, p.123, 411, 1982.

21. 張介賓 : 景岳全書(上), 서울, 大星文化社, pp.627~628, 1992.

22. 張璐 : 張氏醫通, 上海, 上海科學出版社, pp.224~225, 1963.

23. 李用粹 : 證治彙補, 台北, 旋風出版社, p.438, 民國 65年.

24. 程國彭 : 醫學心悟, 香港, 大聯出版社, p.200, 1961.

25. 吳謙 : 醫宗金鑒, 北京, 中國中醫藥出版社, p.634, 1995.

26. 錢鏡湖 : 辨證奇門全書, 서울, 杏林出版社, pp.147~148, 1973.

27. 唐宗海, 상지대학교 한의과대학 제4기 졸업 준비위원회 역 : 國譯 血證論, 서울, 一中社, p.124, 1997.

28. 林佩琴 : 類證治載, 台北, 旋風出版社, pp.469~470, 民國67年.

29. 徐學山 : 醫學門徑, 台北, 新文豐出版社, pp.309~310, 民國 66年.

30. 王宇, 矢禾 : 中醫腎臟病學, 河南, 河南科學技術出版社, pp.60~63, 1990.

31. 陳貴廷, 楊思澍 : 實用中西醫結合診斷治療學, 北京, 中國醫藥科技出版社, pp.494~495, 1991.

32. 전국외과대학교수 역 : 오늘의 진단 및 치료, 서울, 도서출판 한우리, pp.977~978, 1999.

33. 서울대학교 의과대학 : 신장학, 서울, 서울대학교 출판부, pp.63~75, 1998.

34. 강성귀 : 신장학, 서울, 도서출판 고려의학, pp.161~162, 1994.

35. 杜鎬京 : 東醫腎系學(上), 서울, 東洋醫學研究院, p.8, pp.112~117, 365~367, 1993.

36. Sargo, B.H., Seymour, A.E., and Ordonez, N.G. : Renal biopsy pathology with diagnostic and therapeutic implications. John Wiley & Sons, New York, p.63, 1980.

37. Berger, J., Yaneva, H., Nabarra, B., and Barbanel, C. : Recurrence of mesangial deposition of IgA after renal transplantation. *Kidney Int.*, 7:232~242, 1975.

38. 堺秀人 : IgA 腎症, 内科, 57(5):53, 1986.

39. Berger, J. : Idiopathic mesangial deposition of IgA. In Hamdurger, J.C. and Rosnier, J. (eds) : *Nephrology*, John Wiley & Sons, New York, p.535, 1979.

40. 김명재, 임천규, 조병수, 김윤화, 양문호 : IgA nephropathy의 병리조직학적 검색, 대한신장학회잡지, 4:197, 1985.

41. 김주현, 김우주, 이명석, 김숙주, 김형규, 홍순국 : IgA nephropathy의 임상적 관찰, 대한신장학회잡지, 5:45, 1986.

42. 이강욱, 신영태 : IgA 신병종의 임상 및 병리학적 고찰, 충남대석사학위논문, 1986.

43. Hogg, R.J., Silva, F., and Walker, P. et al. : A multicenter study of IgA nephropathy in children. A report of the southwest pediatric nephrology study group, *Kidney Int.*, 22:643~652, 1982.

44. Hendler, E.D., Kashgarian, M., and Hayslett, J.P. : Clinicopathological co-relations of primary hematuria. *The Lancet*, 26:458, 1972.

45. Coppo, R., Basalo, B., Bulzomi, M.R., and Piccoli, G. : Ineffectiveness of phenytoin treatment on IgA-containing circulating immune complexes in IgA nephropathy. *Nephron*, 36:275~276, 1984.

46. Clarkson, A.R., Woodroffe, A.J., Bannister, K.M., Lomax-Smith J.D and Aarons, I. : The syndrome of IgA nephropathy. *Clin. Nephrol.*, 21:7, 1984.

47. McCoy, R.C., Abramosky, C.R., and Tisher, C.C. : IgA nephropathy. *Am. J. Pathol.*, 76:123~144, 1974.

48. Egido, J., Sancho, J., Blasco, R., Lozano, L., Sanchez-Crespo, M., and Hernando, L. : Increased rates of polymeric IgA synthesis by

circulating lymphoid cells in IgA mesangial glomerulonephritis. Clin. Exp. Immunol., 47:309~316, 1982.

49. Stachura, I., Singh, G., and Whiteside, T.L. : Immune abnormalities in IgA nephropathy(Berger's disease). Clinical Imm. and Immunopathol. 20:373~388, 1981.

50. Nakamoto, Y., Asano, Y., Dohi, K., Fujojka, M., Iida, H., Kibe, Y., Hattori, N. and Takuchi, J. : Primary IgA glomerulonephritis and H-S purpura nephritis. Q. J. Med., 188:495, 1978.

51. 임영, 양문호 : IgA nephropathy의 병리조직학적 검색, 경희대석사학위논문, 1984.

52. Richman, A.V., Mahoney, J.J., and Fuller, T.J. : Higher prevalence of HLA-BW35 in patient with IgA nephropathy. Ann. Intern. Med., 90:201, 1979.

53. 김대중, 유성철, 김성권, 이정상 : 자매 2인에서 발생한 IgA 신병증, 제 5차 대한신장학회 학술대회 초록, p.148, 1985.

54. D'amico, G. : Natural history and treatment of idiopathic IgA nephropathy. 9th International congress of Nephrology, New York, 1:686, 1983.

55. 楊思樹, 長樹生, 傅景華 : 東醫臨床內科學Ⅱ, 서울, 法人文化社, p.294, 1999.