

腦性糖尿病之中西結合療效研究

李政育¹、吳哲豪²、柯中龍²

羅瑞陽²、黃景宏²、陳怡蓉²、爐冰林²、陳金順³、廖炎智⁴

1. 育生中醫診所
2. 遼寧中醫藥大學國際學院
3. 國防醫學院 三軍總醫院 腎臟科
4. 國防醫學院 三軍總醫院 核醫部

摘要

張錫純「健瓴湯」加方，對腦中各種內分泌調控中樞因受干擾所致分泌亢進引發的疾病，如促泌乳素、促甲狀腺素、促泌糖激素、促性腺激素等……分泌過亢，皆能快速有效控制。

頑固型、急性「陽越」症性糖尿病，可在健瓴湯加入黃連、桑白皮、大黃……等單味藥，對沒服過或長期服用降血糖西藥，或已大量注射胰島素仍無法控制的糖尿病，可快速治癒，或將胰島素減量與戒停。

關鍵詞：健瓴湯、陽越、健瓴湯加方治糖尿病、泌糖中樞受干擾性糖尿病
中藥對胰島素注射減量與戒停

通訊作者：李政育

連絡地址：台北市大安區羅斯福路三段261號4樓

Tel：02-2367-0436

E-Mail：chenyr.lee@msa.hinet.net

2016年08月02日受理；2016年12月11日刊載



壹、前言：對治療各種証型糖尿病中醫界不能逃避責任

五臟、六腑、腦、血管、肌肉、神經、脂肪……各種組織有所受干擾時，皆會引發血糖高起形成糖尿病，西方醫學為目前主流，所用藥物在中醫各症型分類與治法之引導之下，慢慢也自我發展出與中醫快要相接近的治法，但因單一化學結構式的藥物，有其長期服用之有所不足，只能控制一段時間，而中醫的祖國—中國大陸有關糖尿病的治法，已自我限縮到只注意到「養陰」的部份；對於糖尿病的辨證論治好像已忘記了，不管急熱期的敗血症性休克併發超高血糖酮酸中毒；或腸病毒攻擊引發胰島細胞急性發炎的急性糖尿病發作；或脈管炎引發血熱性急慢性糖尿病；或以前無實驗診斷、微觀診斷，必等到症狀具體了，才依症狀歸經、辨證論治，但也皆有處方、有治則，但目前在中國大陸的基礎研究界與臨床界好像看不到了，用西藥比較快、簡單，不必花腦筋再學、再辨證，只有在教科書中聊備一格。

在大陸糖尿病臨床又以西醫模式，將市面已經作過研究統計分析

的處方，列出七八個排列組合式開處方，所以常可見有一方者，有二三方同一組合者，有七八方同一組合者，反正西藥也只能控制，中醫加入治療，更加有療效就好了。

如何突破目前西醫困境，用純中藥依辨證論治而加減處方，快速將急慢性糖尿病、或頑固、或嚴重倚賴型糖尿病，借中藥減輕注射胰島素劑量、或將西藥快速戒停、或其惡變成心、腦、眼、腎、神經…病變，快速控制恢復正常功能，也就是西醫治療無能乏力了，如何借用中醫藥的協助，補救其惡變減少國家、社會、家庭負擔，竊思中醫界不能自我放棄、推卸責任。

貳、調控腦內分泌激素性的糖尿病與頑固倚賴性的糖尿病入腦是健瓴湯主要使用目標

對腦性糖尿病、或急性急速發作惡化的糖尿病性腦病、或頑固倚賴嚴重大腦泌糖中樞干擾，導致泌糖中樞過度亢奮，抑糖分泌中樞功能減退，或促胰島素分泌中樞功能受抑制時，在中醫屬「陽越」階段必須使用重鎮安神降逆的處方—健瓴湯，並配合能抑制各種系統

組織發炎或感染的中藥，如黃芩、黃連、黃柏……類苦寒退熱藥；或天花、知母、麥冬、生地……類養陰潤燥類藥；或大黃、卜硝、生石膏、桃仁、杏仁、火麻仁、郁李仁……等退腸熱潤腸藥；或當歸、何首烏、菟絲子、沙苑子、女貞子……等養血潤心肝藥；或乳香、沒藥、牛膝、續斷、碎補、茜草……類活血化瘀而破血，促進血管與細胞通透性藥物；或川芎、赤芍、銀杏葉、丹參、川七……類活血化瘀類藥物，……可將各種已久病入腦，或腦性糖尿病快速控制下來，不只病人健康自覺症狀改善，血檢飯前血糖、或糖化血色素、或

糖勝肽快速恢復正常，並可對已服用或注射西藥，進行有耐心慢慢減量，甚或戒停。尚未服用西藥病患，純中醫醫起來效果最快。初服西藥，尚未有倚賴者，其次。口服西藥降血糖藥效果不佳者，須經一段減量、反彈，服中藥或搭配針灸而又恢復正常。又減量、又反彈，接受中醫治療，又穩定下來，再減量……的過程，可達西藥完全戒停，經再服中藥三五個月後，如飯前血糖與糖化血色素，糖勝肽也穩定，就可將中藥慢慢戒停，達到完全治癒。注射大劑量胰島素者的戒停較須花時間，但也可在一二年內達到完全戒停中西藥的境地。

參、健瓴湯加方治驗之臨床案例

甲、未服西藥的糖尿病治驗例舉

姓名：翁先生

病歷號碼：10505079○○○

職業：警

年齡：50歲

住址：桃園縣蘆竹區營盤里六福

病史：無，無家族糖尿病史

治療過程：

日期	診斷檢查	主述病情	處方
初診： 民國105年 5月7日	4月21日邱內科血檢 飯前血糖362、 HBA1C 12.4%、T.Chole 357、 BUA 5.7、T.G. 352、Hb 16.1、 RBC 490萬、WBC 7170、 lt 253k、BUN/CR=18 / 1.07、 eGFR 75.183、CA19-9 54.37、 T.PA 117 (<75)、T.PRO 7.5、 A/G=4.8 / 2.7、 GOT/GPT=21 / 20	1. 大便一天二次 2. 脈診：浮弦濇 而微數，二關 皮毛，沉取右 緊 ⁽¹⁾	1. 放血肝脾胃井穴， 針公孫、太白 2. 內服健瓚湯 黃連8 桑白皮8 大黃0.5 碎補4 (單位：錢，一錢 為3.75克) 以水八碗煮一小時 成2碗半到3碗，分 三次服，一日一帖 七帖 ⁽²⁾
二診： 民國105年 5月12日	5月8日 飯前血糖280 mg/dl 5月12日 飯前血糖225		1. 針如初診， 加左天宗 2. 健瓚湯 黃連15 桑白皮15 碎補6 大黃1 (單位：錢) 七帖
三診： 民國105年 5月19日	飯前血糖142 mg/dl	大便質軟一天一 行，左天宗酸痛 循三焦經，轉大 腸經，到內三指 麻木感，已有二 個月	1. 針如初診， 加左天宗、肩貞 2. 健瓚湯 黃連18 桑白皮20 碎補10 大黃1 (單位：錢) 七帖
四診： 民國105年 5月26日		左手肘略酸痛， 睡眠7小時	如三診 七帖
五診： 民國105年 6月2日	飯前血糖132 mg/dl	左內三指麻感較 減緩，大便一日 一行、軟 脈診： 浮弦濇緩長代	如三診 14帖
六診： 民國105年 6月16日	飯前血糖在123↔124 mg/dl 間，已穩定，無反彈。		如三診 14帖

日期	診斷檢查	主述病情	處方
七診： 民國105年 6月30日	邱內科 6月24日 飯前血糖128 mg/dl BUN/CR=17.2/ 1.01、 T.G.133、T.Chole252、 T.P.A68.7、T.Bili 1.4、 BUA5.5、CA19-9 23(-)、 HBA1C 10.2%、HDL-C 43.1、 LDL-C 189.8、VLDL-C 19.1 尿檢皆(-) 6月30日 飯前血糖119 mg/dl	大便一次，自發現 糖尿服中藥後， 遂醫囑天天至少 運動一小時(慢跑) 脈診： 浮大芤長代	如三診方 再加續斷4 (單位：錢) 14帖
八診： 民國105年 7月14日			電話取藥 14帖
九診： 民國105年 7月28日 ⁽³⁾	飯前血糖112 mg/dl、 HBA1C 7.8%		如七診 14帖
十診： 民國105年 8月11日	飯前血糖89 mg/dl	脈診： 浮大芤弱緩長	如七診 14帖 ⁽⁴⁾

說明：

1. 血糖、與膽固醇、三酸甘油酯、胰臟腫瘤標記同時高起，應考慮胰島細胞或有發炎、或腫大、肥厚而形成大腦命令修復的一種急性糖尿病
2. 平時對常用方劑依台灣病情劑量修正後，先準備好置放恆溫冷藏，要用時再取出，加入臨時依病情須要新加藥物，所以以下所稱「健領湯」皆如是處理，其組成與劑量為生牡蠣粉5 生龍骨粉5 代赭石粉8 磁石粉3 懷牛膝5 山藥5 赤芍5 生地黃5 柏子仁4
3. 經九次門診服藥84帖，就HBA1C由12.4%降到已可容忍的7.8%，而且在服藥56帖，就CA19-9正常、T.G.正常、T.P.A正常
4. 處方的劑量，改為一帖服一天半，準備觀察看能否慢慢將中藥戒停，交代病患如HBA1C降到6.5%到7.5%之間，飯前血糖皆在年齡參考值內，T.P.A也正常，就可以將一帖藥由一天半，改為兩天、三天直到七天仍正常，就可中藥全戒停，表示已全癒，但以後仍應繼續保持運動、戒酒，如有感冒請速回診。

乙、已服多種西藥的糖尿病患健瓚湯加方治驗例舉

姓名：廖女士

病歷號碼：10401078○○○

職業：家庭主婦

年齡：五十七歲

住址：台中市沙鹿區北勢里北勢

病史：服降血糖西藥近五年

治療過程：

日期	診斷檢查	主述病情	處方
初診： 民國104年 1月29日	1月26日飯前血糖 186 mg/dl、 T.Chole 168、T.G. 89、 GOT/GPT=31 / 32、 HDL-C 52、LDL-C 98.2、 CR 0.93、eGFR 66.28、 BP 120 / 78	1. 服西消藥致噯 氣、胃悶痛、 緊張，兩肩易 酸疼連天宗， 大便軟，一日 二三行，納 可，體重78kg 2. 目前服用 Glimepiride、 Pioglitazone、 Gludobose、 metform、 atorvastatin、 zolpidem 及一 不明降血壓藥 3. 脈診： 浮弦濇代 ⁽¹⁾ ， 微數	1. 放血肝脾胃井穴、 背俞穴，針公孫、 太白 2. 嚼飯後運動 3. 健瓚湯 黃連8 桑白皮8 萊菔子8 (單位：錢) 14帖
二診： 民國104年 2月10日		1月31日到2月8 日間飯前血糖在 126 mg/dl到137 mg/dl間，有三 天145 mg/dl左右	健瓚湯 黃連13 桑白皮13 (單位：錢) 20帖

日期	診斷檢查	主述病情	處方
三診： 民國104年 3月28日	沙鹿醫檢所 3月26日血檢： T.PRO 7.7、 A/G= 5.1 / 2.6、BUA 3.5、 BUN/CR= 26.8 / 1.1(2)、 GOT/GPT= 18 / 19、 T.G. 65、T.Chole 150、 飯前血糖 156 mg/dl 尿檢： WBC 12-15、 EPITH CELL 5-7	1. 3月27日當天 早上自測飯前血糖 125 2. 降血糖西藥只 服飯前二種，下午 與晚上的皆無服 3. 脈診： 沉瀟長緩	健瓴湯 黃連18 桑白皮13 茯苓5 澤瀉5 (單位：錢) 14帖
四診： 民國104年 4月16日	沙鹿醫檢 4月15日血檢： BUN/CR=15.4 / 0.9、 eGFR 68.4、 飯前血糖 169 mg/dl、 HBA1C 6.8%	但3月30日到4月16 日自測 飯前血糖 在 91↔129	健瓴湯 黃連23 桑白皮13 茯苓5 澤瀉5 (單位：錢) 20帖
五診： 民國104年 5月9日	沙鹿醫檢 5月6日血檢： BUN/CR= 17.9 / 1、 eGFR 60.5、 飯前血糖 151 mg/dl、 HBA1C 6.9%	1. 自測血檢4月17日 到5月9日飯前血糖 67↔128 mg/dl， 有一天160 2. 二週前內犢鼻酸 疼，去針灸放血感 染，腫癢大片，注 意力與聽力不太集 中。 3. 目前仍服用西藥： glimaryl x1x2、 Glitis x 1、 Atoty x 1、 Olsaa x 1/2、 DEURONX1、 Glucobose x1 x3、 glibudon x1 x3、 Zolpidem x 1	1. 放血左內三趾井 穴，針左內犢鼻、 陰陵泉、公孫、太 白 2. 健瓴湯 黃連25 桑白皮15 茯苓5 澤瀉5 (單位：錢) 14帖

日期	診斷檢查	主述病情	處方
六診： 民國104年 5月29日			如五診方 20帖
七診： 民國104年 6月10日			如五診方 7帖
八診： 民國104年 6月27日		1. 近二個月中，自測血糖飯前皆在98↔139間，其中有二天超過150，三天超過140，BP 120 / 76 2. 近日有位移性暈黑 ⁽³⁾ ，夜臥胃上腕疼，體重由78KG降到73KG。降血糖西藥已改為二天服半粒	1. 放血肝脾胃井穴、俞穴，針公孫、太白、內關、太沖 2. 自五診到八診皆同一處方。 此診予14帖
九診： 民國104年 7月16日			如五診方 20帖
十診： 民國104年 8月15日		主述病情： 自8月1日到8月14日飯前血糖 117↔159 mg/dl間，曾一度降到50，半夜趕快起來吃東西。自言有服龜鹿二仙膠而頭暈。	1、針灸如八診 2、健瓠湯 黃連25 桑白皮15 茯苓5 澤瀉5 懷牛膝4 天麻4 (單位：錢) 14帖
十一診： 民國104年 8月28日			如十診方 20帖
十二診： 民國104年 9月18日			如十診方 20帖

日期	診斷檢查	主述病情	處方
十三診： 民國104年 10月9日	沙鹿醫檢血檢： 10月2日 BUN/CR= 12.8 / 0.8、 eGFR 78.6、 飯前血糖 171 mg/dl、 HBA1C 7.2%	自己血檢 飯前血糖 138↔176 mg/dl 1. 大便一天一行， 軟，頭暈改善 2. 脈診：弦細而澹在 中沉，微數	健瓚湯 黃連25 桑白皮18 大黃0.5 萊菔子8 (單位：錢) 14帖
十四診： 民國104年 10月28日			與十三診同方 20帖
十五診： 民國104年 11月27日			與十三診同方 20帖
十六診： 民國104年 12月18日	沙鹿醫檢血檢 12月15日： BUN/CR=21.6 / 0.9、 BUA 7.7、eGFR 68.6、 飯前血糖 186 mg/dl、 HBA1C 7.8%、 尿檢：PRO(-)、 SUGAR 2(+)、WBC 35-40	1. 脈診：澹大代， 微數 2、大便一次 67KG	1. 針如初診，再加關 元俞、委中、肝脾 腎背俞穴、風池， 遠紅外線長波照大 椎上中下 2. a. 健瓚湯 黃連25 桑白皮25 大黃0.5 麻黃2 b. 川七粉3 包成三包，送藥下 (單位：錢) 14帖
十七診： 民國105年 1月7日	沙鹿醫檢： 尿(-)	自測 飯前血糖 130↔160 mg/dl	如十六診方 20帖
十八診： 民國105年 1月18日			如十六診方 20帖
十九診： 民國105年 2月16日			如十六診方 20帖

日期	診斷檢查	主述病情	處方
二十診： 民國105年 3月5日	沙鹿醫檢血檢： 3月4日 BUN/CR=19.9 / 0.9、 BUA 7.8、eGFR 68.4、 HBA1C 7.3%、 飯前血糖 150 mg/dl	1. 自測飯前血糖 126↔160 mg/dl 尿檢WBC 8-10、 Epithel 3-5 2. 腰酸、左肩沿三焦 經酸疼到肘	針藥與十六診同，但 加取穴左肩三針、肘 三針、左合谷、中堵 14 帖
二十一診： 民國105年 3月30日		三月十八日跌倒，左 腳背有蹠骨裂，外敷 中藥。	與十六診相同 20帖
二十二診： 民國105年 4月20日		1. 4月6日腫已較消， 但傷口仍疼，今天 是微腫，自測血檢 GLU (A/C) 120 -130 2. 4月24日到5月1日 將赴大陸旅遊 3. 已完全無服西藥降 血糖	與十六診相同 20帖
二十三診： 民國105年 5月19日	沙鹿醫檢血檢 5月17日， T./D. Bili = 0.5 / 0.2、 T.PRO 7.8、A/G=4.4/3.4、 GOT/GPT=14/13、 ALK 95、r-GT 19、 BUN/CR=13/ 0.8、 eGRF 78.3、BUA 8.3、 T.G. 90、T.Chole 176、 飯前血糖 165 mg/dl、 HBA1C 7.4%、 HDL-C 53、尿檢(-)	腰微酸	與十六診方中加入 杜仲 4 (單位：錢) 20帖
二十四診： 民國105年 6月16日		夜臥身遊走疼癢， 大便二天一行	1. 針地五會、關元 俞、委中、脾肝腎 背俞穴、遠紅外線 長波照羔肱 2. 健瓚湯 黃連 25 桑白皮 25 麻黃 2 大黃 1 生杜仲 3 川七粉 3 (包成三包，送藥下) (單位：錢) 20帖

日期	診斷檢查	主述病情	處方
二十五診： 民國105年 7月27日		1. 6月23日下午其夫 打電話來問今天飯 前血糖 194 mg/dl 問是否要加服西 藥，答覆：停西藥 後的反彈才190左 右，很不錯，請多 睡眠，心情不緊 張，身體處於壓力 狀態血糖會升高， 服中藥即可。 2. 自測飯前血糖 150-170 mg/dl	與二十四診相同 20帖
二十六診： 民國105年 7月23日	沙鹿醫檢血檢 7月10日： BUN/CR = 21/0.7 BUA 7.6、eGFR 91.3 HBA1C 8.9%、 飯前血糖 207 mg/dl 尿檢(-)	1. 自測血檢 飯前血糖 159-181 mg/dl 一天190 mg/dl，一 天181 mg/dl，六天 170 mg/dl左右 2、體力大好	1. 放血肝脾胃井穴、 背俞穴、針公孫、 太白、肝脾腎俞穴 2. 另加碎補 5 生石膏粉 4 (單位：錢) 12包，與家中未煮 的十二帖藥同煮。
二十七診： 民國105年 8月2日			電話取藥 健瓚湯 黃連 25 桑白皮 25 麻黃 2 大黃 1 生石膏粉 5 川七粉 3 (包成三包，送藥下) 20 帖
二十八診： 民國105年 8月23日 ⁽⁵⁾		1. 8月9日夜開始腹 瀉，10日止，飯前 血糖 170/180 mg/dl 2. 自測飯前血糖 113-129 mg/dl 3. 大便一次，軟	健瓚湯 黃連 25 桑白皮 25 麻黃 2 大黃 1.5 碎補 5 仙楂 4 川七粉 3 (包成三包，送藥下) 育生丸1粒 (單位：錢) 20 帖



說明：

1. 控制不良的糖尿病，皆日久成癥，日久入腦
2. 已有初發糖尿病性高氮質血症之象
3. 近六十歲的人，血壓應稍高些，太低易立位性或位移性低血壓性眩暈或暈黑，何況健瓊湯本身就可降血壓
4. 民國105年7月26日電話：昨天睡前吃一條麵包，今早飯前血糖 200 mg/dl 以上，囑不要緊張，以後晚飯後如餓，請吃生無削皮白蘿蔔
5. 到二十八診，西藥已全戒停四個月以上，已過反彈期，滿穩定的，如能血檢 HBA1C 7.5% 以下，當然最好在 6.5% 以下，就可將中藥一帖吃一天半，慢慢改為一帖吃二天，一帖吃三天，到五七天，如仍穩定，就可中藥完全戒停，即糖尿病已痊癒。

有長期服過西藥而控制不良的病患，在西藥中藥同服過程，必須有耐心觀察各種指標，並指導病患減量戒停，並了解戒停的反彈與本態相同，為實熱症，有可能有宿尿，中焦熱的現象、或表裡三焦實熱，只要過了這一階段，病情就往痊癒方向發展了，也要考慮到久病必癥、久病入腦，「麻黃」通行十二經絡且解表、活血化癥，久服苦寒藥易胃口泥滯，所以加消導兼活血的「仙楂」極妙。

丙、大劑量注射胰島素的糖尿病患

姓名：尤先生

病歷號碼：10409078○○○

年齡：56歲

住址：新北市新莊區昌明

病史：糖尿病27年^[1]，胰島素注射6年，一天注射長效28單位(以下皆用U代替)，短效三次，一次17U，共一天注射胰島素79U^[3]，二眼已有視網膜血管病變，曾右眼發生「瞼廢」^[2](眼瞼肌無力)，在中國醫藥大學內湖分院針灸而癒。其媽媽、姐姐也都糖尿病，姐已糖尿病性腎衰竭，由其姐夫移植一腎臟。

治療過程：

日期	診斷檢查	主述病情	處方
初診： 民國104年 9月29日	9月19日部立台北醫院血檢： HBA1C 7.5%、 CR 1.19、 eGFR 67.2、 T.Chole 136、 T.G. 196、 飯前血糖 102 mg/dl、 GPT35、BUA 5.7、 LDL-C 68	1. 目前服用： Euclian 50mg x 1 x 3 NICAMETATE 500mg x 1 x 3、 OLSAA 200mg x 1 ANXOLIPO 10mg x1、 mecobalamine 500 mg x 1 x 3 2. 大便一次，一天睡不到 5小時 3. 脈診：瀋弱促而數	1. 川七粉、人參粉 各2g x 3 (調入煮好藥湯送服) 2. 健瓚湯 黃連 8 桑白皮 8 川芎 4 碎補 8 紫丹參 4 仙楂 4 (單位：錢) 七帖
二診： 民國104年 10月6日		1. 一週來已將胰島素減注 6U，因飯前血糖皆在 79 ↔ 93 mg/dl，最高 也才132 mg/dl 2. 脈診： 浮大瀋芤，微數躁	健瓚湯 黃連 13 碎補 8 川芎 4 丹參 4 仙楂 4 人參粉 3 川七粉 3 (單位：錢) 七帖
三診： 民國104年 10月15日		1. 本週又快速減注胰島 素，一天長短效共注射 66U，因只有10月11日 飯前血糖 171 mg/dl， 10月12日飯前血糖 195 mg/dl，10月13日飯前 血糖 206 mg/dl，而今 天15日就飯前血糖123 mg/dl 2. 脈診：浮緊實數躁	健瓚湯 黃連 13 桑白皮 13 川芎 4 碎補 8 丹參 4 仙楂 4 當歸 3 人參粉 3 川七粉 3 (單位：錢) 七帖
四診： 民國104年 10月22日		1. 注射長短效共66U，本 週飯前血糖在177 ↔ 180 mg/dl間，有一晚血 糖過低而少注射1U 2. 大便一天二行	1. 放血肝脾胃井穴， 針公孫、太白 2. 健瓚湯 黃連 18 桑白皮 18 川芎 4 碎補 8 丹參 4 仙楂 4 當歸 3 人參粉 3 川七粉 3 (單位：錢) 七帖

日期	診斷檢查	主述病情	處方
五診： 民國104年 10月29日		1. 本週飯前血糖 93↔ 136 mg/dl，有二次 177、196 mg/dl的，目 前注射由58U，今天因 飯前血糖 93 mg/dl，而 再減為54U 的注射量。 2. 不易入眠，雙脛微水 腫，大便軟一天二行。	1. 針灸與四診同 2. 健瓠湯 黃連 23 桑白皮 18 川芎 4 碎補 8 丹參 4 仙楂 4 當歸 3 人參粉 3 川七粉 3 (單位：錢) 七帖
六診： 民國104年 11月5日		1. 注射長短效共49U，本 週飯前血糖在113↔150 2. 脈診：浮弦濇而微數 胃口尚可，大便一日一 至二行	1. 放血肝脾胃井穴與 背部俞穴，再針公 孫、太白、肝脾腎 背部俞穴 2. 藥物與五診相同， 七帖
七診： 民國104年 11月10日		飯前血糖於11月5日由 150 mg/dl，遞降到11月5 日92，其長短效注射46U	與五診相同。 七帖
八診： 民國104年 11月17日		1. 本週飯前血糖在150 ↔120 mg/dl間，只一 次180 mg/dl，其長短效 胰島素注射38U 2. 脈診：浮弦濇長代	與五診相同。 七帖
九診： 民國104年 11月24日		1. 本週血糖 飯前血糖在 181↔104 mg/dl間， 有一次211 mg/dl，注射 38U。 大便一日二行 2. 部立台北醫院眼科以為 白內障已轉成熟，眼底 無異樣。 3. 脈診：浮芤濡數長大	與五診方相同。 七帖

日期	診斷檢查	主述病情	處方
十診： 民國104年 12月3日		1. 注射長短效胰島素共38U，本週飯前血糖231↔97 mg/dl，有二次273、275 mg/dl 2. 雙脛無水腫，兩大腿易抽筋，大便軟，一日二行 3. 脈診：瀋弱而三五不調	1. 放血肝脾胃井穴與背部俞穴，針公孫、太白、背部肝脾腎俞穴、陽陵泉 2. 健飭湯 黃連25 桑白皮20 川芎4 碎補8 丹參4 仙楂4 人參粉 川七粉3 (單位：錢) 七帖 3、囑吃肝
十一診： 民國104年 12月10日		1. 本週飯前血糖155↔122 mg/dl，大便一日一行 2. 脈診：瀋弱而中沉，微數而代	與十診方相同。七帖。
十二診： 民國104年 12月17日		1. 本週注射長短效33U、飯前血糖172↔108 mg/dl，有一次242 mg/dl。自言每胰島素注射後，半小時內不吃東西就不行，會低血糖反應。 2. 右小腿、雙大腿仍有抽筋，大便一日一行。 3. 脈診：瀋弱濡代，而微短	與十診方相同。七帖。
十三診： 民國104年 12月24日		早上腳才抽筋，飯前血糖150↔111 mg/dl，注射長短效31U，大便略滯，一日二行。	與十診方相同。七帖
十四診： 民國104年 12月29日		本週飯前血糖140↔115 mg/dl，今天125，注射長短效共28U	1. 囑注射長短效共26U即可 2. 處方與十診相同。七帖。

日期	診斷檢查	主述病情	處方
十五診： 民國105年 1月7日		1. 元旦日感染腹泄，吃西藥止泄藥，晚餐與睡前無注射胰島素，第二天飯前血糖 186 mg/dl，1月6日飯前血糖 167，注射長短效胰島素共 27U，1月7日飯前血糖 155 mg/dl，注射長短效胰島素共 28U。 2. 脈診：浮弦濇濡弱	1. 放血大腸井，二三間 2. 與十診同方。七帖。
十六診： 民國105年 1月14日		自1月10日到13日飯前血糖 243↔123 mg/dl，200 mg/dl 以上二次。 注射長短效胰島素共 26U	1. 放血肝脾胃井穴、背俞穴，針公孫、太白、肝脾胃俞穴 2. 健瓠湯 黃連25 桑白皮8 碎補8 丹參4 川芎4 仙楂4 人參粉3 川七粉3 黃柏12 (單位：錢) 七帖
十七診： 民國105年 1月21日	部立台北醫院 1月15日血檢： MCH30.4、 MCHC 34.6、 RBC 411萬、 plt 232K、MCV 87.8 Hb12.5、Ht36.1、 WBC5210、 HBA1C 7.2%、 CR 1.18、eGFR 67.6 T.G. 40、T.Chole 110 飯前血糖 116 mg/dl GPT 29、BUA 5.5 LDL-C 68	自測飯前血糖在 217↔129 mg/dl 間	與十六診同方，但去碎補。七帖

日期	診斷檢查	主述病情	處方
十八診： 民國105年 1月28日		飯前血糖 218 \longleftrightarrow 163 mg/dl， 1月26日霸王寒流來時飯 前血糖 335 mg/dl	1. 針灸如十六診方。 2. 健瓠湯 黃連25 桑白皮13 黃柏12 碎補8 丹參4 仙楂4 川芎4 人參粉3 川七粉3 鹿茸粉1 (單位：錢) 七帖
十九診： 民國105年 2月4日		飯前血糖 222 \longleftrightarrow 146 mg/dl	與十八診方相同。 14帖
二十診： 民國105年 2月18日		自霸王寒流來後，吃得 多，運動減少，飯前血 糖 246 \longleftrightarrow 142 mg/dl，注 射胰島素調整為長短效共 29U	與十八診方相同。 七帖。
二十一診： 民國105年 2月23日		1. 飯前血糖224 \longleftrightarrow 103， 注射長短效共30U 2. 大便質軟，一日一行	與十八診方相同， 去仙楂，避免胃口太 好。
二十二診： 民國105年 3月3日		飯前血糖 168 \longleftrightarrow 121 mg/dl、 2月26日198 mg/dl、 2月25日181 mg/dl	
二十三診： 民國105年 3月10日		飯前血糖 175 \longleftrightarrow 101 mg/dl，皆注 射長短效胰島素28U	與十八診相同， 七帖。
二十四診： 民國105年 3月17日		1. 飯前血糖 185 \longleftrightarrow 95 mg/dl，注射長短效共 24U 2. 溏便惡臭，近二天一日 3到4行，左肋間神經 疼，無長紅疹	與十八診方相同， 加葛根五錢，七帖

日期	診斷檢查	主述病情	處方
二十五診： 民國105年 3月24日		飯前血糖 137↔101 mg/dl， 有一天(3月20日)146	健飴湯 黃連25 桑白皮15 黃柏12 丹參4 川芎4 人參粉3 川七粉3 鹿茸粉1 (單位：錢) 七帖
二十六診： 民國105年 3月31日		飯前血糖 182↔120 mg/dl， 3月26日239 mg/dl， 注射長短效共24U	於二十五診方中將黃 柏改為15錢，七帖
二十七診： 民國105年 4月5日		飯前血糖 180↔134 mg/dl， 有一天233 mg/dl， 一天362 mg/dl，注射25U	於二十五診方中加入 生石膏10錢，七帖
二十八診： 民國105年 4月21日		飯前血糖 224↔169 mg/dl， 200 mg/dl以上只一次， 注射27U	1. 針肝脾腎俞穴、三 陰交、陰陵泉、血 海 2. 於二十五診方中加 入碎補5錢，七帖
二十九診： 民國105年 4月28日		1. 飯前血糖 206↔130 mg/dl，一 次222 mg/dl，注射24U 2. 自覺左眼飛蠅症發作較 頻繁，較多	1. 放血肝脾胃井、背 俞穴、左攢竹、絲 竹空。針風池、公 孫太白、肝脾腎俞 穴、三陰交、陰陵 泉、血海、左聽宮 2. 與二十九診同處方 七帖。
三十診： 民國105年 5月5日		1. 飯前血糖 178↔115 mg/dl， 有一次193 mg/dl 2. 4月30日晚上20時左右 發大眩暈，吐後才稍舒 緩	1. 於3月24日二十五 診方中加入天麻四 錢，七帖 2. 針灸與三十診相同 再加天柱、神門、 合谷

日期	診斷檢查	主述病情	處方
三十一診： 民國105年 5月12日	部立台北醫院 5月6日血檢： HBA1C 7.1%、 飯前血糖 151、 GPT 17、BUA 5.9、 CR 1.17、eGFR 68.3、 Hb12.6、WBC 4940、 RBC 415萬、 plt 203K、T.G. 44、 T.Chole 129、 HDL-C 25、LDL-C 78	1. 自測飯前血糖 169 \longleftrightarrow 121 mg/dl， 有一次243，注射24U 2. 眩暈較為緩解	於三十診方中加入 天冬四錢 七帖
三十二診： 民國105年 5月19日		1. 飯前血糖 171 \longleftrightarrow 134 mg/dl， 一次215 mg/dl， B.P. 90/40，注射24U 2. 雙脛微水腫，迎風落淚 (晨起)。大便一行。	1. 針風池、天柱、內 關、肝脾腎俞穴 2. 於二十五診(3月24 日)方再加入桑白 皮5、續斷8、麻黃 2.5 (說明：即桑白皮 共二兩) (單位：錢) 七帖
三十三診： 民國105年 5月26日		飯前血糖 178 \longleftrightarrow 113 mg/dl， 注射21U，雙脛水腫	與三十二診同。 七帖。
三十四診： 民國105年 6月2日		飯前血糖 137 \longleftrightarrow 121 mg/dl， 注射16U	與三十二診同。 七帖
三十五診： 民國105年 6月7日		飯前血糖 172 \longleftrightarrow 104 mg/dl， 注射15U，雙脛微水腫	與三十二診相同。 七帖
三十六診： 民國105年 6月16日		1. 飯前血糖 175 \longleftrightarrow 117 mg/dl， 有一次200 mg/dl，一次 224 mg/dl，注射15U 2. 雙脛水腫 ⁽⁶⁾ 較緩和， 大便軟，一行	於五月十九日三十二 診方中加入鹽一錢

日期	診斷檢查	主述病情	處方
三十七診： 民國105年 6月23日		1. 飯前血糖 187↔135 mg/dl， 注射15U 2. 運動與工作走動不再吸 短與喘，雙脛水腫較 消，只左脛較明顯，以 前開車久坐起皆抽筋， 自服中藥後已無，近日 又在久坐起時抽筋。	1. 嚼吃肝、香蕉、柑 橘類、楊桃、牛蒡 2. 健瓠湯 黃連25 桑白皮20 黃柏12 丹參4 川芎4 續斷8 麻黃2.5 鹽1.5 澤瀉4 人參粉3 川七粉3 鹿茸粉1 (單位：錢) 七帖 3. 放血肝脾胃井穴、 背俞穴，針公孫、 太白、肝脾腎俞、 承山、承筋
三十八診： 民國105年 6月30日		飯前血糖 170↔114 mg/dl， 一天180 mg/dl， 一天198 mg/dl， 注射15U，睡七小時	1. 健瓠湯 黃連25 桑白皮20 黃柏12 丹參4 川芎4 鹽2 澤瀉4 續斷8 麻黃2.5 玉桂子3 粉人參3 粉川七3 鹿茸粉1 (單位：錢) 七帖 2. 針風池、天柱、內 關、肝脾腎俞、公 孫、太白
三十九診： 民國105年 7月7日		1. 飯前血糖 165↔120 mg/dl 2. 脈診：濇長而扁長、 微數	1. 於前方(6月30日) 再加入玉桂子2錢， 七帖。 2. 針與前方相同
四十診： 民國105年 7月14日		飯前血糖 174↔121 mg/dl、 174 mg/dl一天， 156 mg/dl一天， 154 mg/dl一天， 注射12U，已少抽筋	

日期	診斷檢查	主述病情	處方
四十一診： 民國105年 7月21日		飯前血糖 237 \longleftrightarrow 139 mg/dl， 一天193 mg/dl， 二天170 mg/dl左右， 注射10U，水腫右已無， 左脛仍微水腫。近日睡 可，因宗教工作。 脈診：浮大濇弱代，微數	1. 與三十九診同。 七帖 2. 囑每天最好睡八到 十小時以上，要量 力佈施。
四十二診： 民國105年 7月28日		飯前血糖 214 \longleftrightarrow 174 mg/dl， 200 mg/dl以上二天， 170 mg/dl以上五天， 注射10U	與三十八診(6月30日) 同方，但去玉桂子。 14帖
四十三診： 民國105年 8月4日		1. 飯前血糖 216 \longleftrightarrow 136 mg/dl， 216 mg/dl一天， 200 mg/dl一天 2. 脈診：浮芤弱，微數 3. 近三個月瘦6 KG，但自 覺體力更好，慢跑更有 體力。	與四十二診同方， 14帖。
四十四診： 民國105年 8月25日		二週中平均飯前血糖 172 \leftrightarrow 121 mg/dl，但一次 99 mg/dl，一次191 mg/dl， 一次250，注射10U。 今天8月25日下午左太陽 穴疼	放血左太陽穴疼點， 針風池、天柱、合 谷、公孫、太白、肝 脾腎藥與四十二診 相同。七帖。
四十五診： 民國105年 8月30日	部立台北醫院 8月26日血檢： CR1.05、eGFR 77.4、 T.G. 52、T.Chole 122、 飯前血糖 172、 HBA1C 8.9%、 GPT 17、BUA4.4、 HDL-C 29、LDL-C 69、 WBC 5580、 RBC 385萬、Hb 11.5、 plt 33.8、mcv 87.8、 MCH29.9、MCHE34、 RDW 12.3、plt 174 k	1. 自測飯前血糖 182 \leftrightarrow 123，182一次， 172一次，165一次。 2. 脈診：浮濇弱數，右關 溢 3. 注射6 \leftrightarrow 8U	1. 放血肝脾胃井穴、 背俞穴，針公孫、 太白、三陰交、肝 脾腎俞(背)、並紅 外線長波照 2. 健瓚湯 黃連25 桑白皮20 黃柏12 丹參4 川芎4 麻黃2.5 鹽2 澤瀉4 續斷8 蒼朮3 人參粉3 川七粉3 鹿茸粉1 (單位：錢) 七帖



說明：

1. 此病患應為家族遺傳型糖尿病，其母姐皆有，推斷應為母系遺傳。因已注射長短效胰島素一天共79U，且發生已視網膜血管病變，所以想不管如何也要將注射胰島素戒停，如能也不用再服西藥，最理想是完全治癒，連中藥也能停掉，所以下定決心，有耐心搭配中藥，先慢慢將減量注射，再完全停掉西藥後，再慢慢將口服中西藥亦慢慢減量。
2. 而其右眼的「瞼廢」應非眼瞼肌無力，應為糖尿病性視覺中樞血管神經病變中的「提眼肌」缺血性梗塞(即中風)所致，所以經針灸而緩解。此病患可診斷為：家族遺傳型糖尿病、糖尿病性是視網膜病變、糖尿病性提眼肌中風。
3. 充分告知，當中西醫藥合用，飯前血糖如降到110↔120之間，連續三五天皆如此，或突然飯前血糖降低於70↔80，所注射胰島素就須減量，原則上一天減長短效2U即可。如戒減到一天少注射6U，會進入反彈期，此時不用急著又將注射加量。只須中藥繼續配合，不久就會又慢慢快速進入飯前血糖110 ↔120間，此時也是再開始注射減量，相同的，當減到6U又會進入另一個反彈期，如此循環而可慢慢減量與戒停。
4. 以前不知餓，係胰島素對細胞的作用親和性不足，今增加而餓快，不吃東西易自汗、手足無力、頭暈這是好現象。
5. 抽筋應為營養有所欠缺，故囑吃肝。
6. 其水腫開始時，就請吃鹹些，但仍有水腫，表示進食量不足，故再加入鹽一錢，這是目前台灣推廣低鹽、低糖、低脂肪飲食過度，導致清淡飲食甚至於煮菜皆不加鹽的過度，所以當脛足水腫的病人，幾乎可以直接判斷低鈉血症，直接加鹽入處方中即可，因病人已被長期洗腦了，縱然多吃一點點鹽，也說加很多，對脛足水腫的可以在處方中直接加入鹽，只告訴說藥物炮製須要，也不用告訴加多少鹽，只要水腫消了，胸肺中無積液，反應加快(腦不再有低鈉血症性腦病)了，才告訴病患加了多少鹽，他們才會相信自己矯枉過正了。所以如遇到脛足水腫的病患，如有血檢應加入Na、K、P。

衛教：

1. 食物除不要太多甜食外，自然的，須煮過或經口腔咀嚼過才能進食的新鮮食物皆可服食。中西藥可同時一道服用，以中藥湯送服西藥皆可。
2. 請慢慢增加運動量，原則上以增加到一天一小時的散步，或增加到快步走的量即可。

每天最好有八到十小時睡眠。湯、茶、水、果汁(新鮮、天然的)一天的量能飲用到馬桶中的尿是清而長。

丁、有趣醫案分享：

一個極稀有但有趣的病例請大家給動動腦筋

病患姓名：吳先生

年齡：52歲

日期	診斷檢查	主述病情	處方
初診： 民國105年 8月23日	血檢： BUN/CR=52/9.7 A/B 2.5、 HBA1C 11.7% 尿 CR 759.2	<ol style="list-style-type: none"> 1. 糖尿病胰島素長短效共一天注射20↔30 U 2. 約20年前顱內出血開刀 3. 今年(民國105年)3月23日右脛骨骨折，併發骨髓炎，只外敷中藥 4. 上週在中心診所(醫院)住院三天，打針後快速少尿 5. 二手因常期注射而自肩以下水腫 6. 大便在8月20日仍有，來門診前已有二天未解 7. 已反應遲鈍，聽不進解釋與建議、解說 8. 脈診：左：實大而數 右：濡弱而代 9. 請病患出院轉介予三軍總醫院門診部主任，前腎臟醫學部主任陳金順教授 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 豬苓5 茯苓13 蒼朮5 澤瀉18 玉桂子5 乾薑3 天雄3 黃柏11 當歸2 黃耆18 丁豎朽(苦地膽)6 忍冬藤6 知母5 酒大黃2 2. 人參粉、川七粉各3，三帖 (單位：錢，一錢=3.75公克) 水十碗煮一小時成三碗，分三次服。

結論：

一、早上來診，下午服第一次服一帖藥，並浣腸劑二罐，下午18時左右，仍未大便，第二天早晨將藥三次服完，第二天下午電話連絡，解出七粒大便硬如石且大。

二、第三天電話告知，第二天大便二次，一次十三粒，一次尿石接續在一起，大且粗長量多，幾乎馬桶沖不掉。
血檢：CR 8.4、飯前血糖50左右，已二天無注射胰島素，尿一天約2400 西西



三、交待第一次大便解出後，如血糖立即降到飯前血糖90以下，不要再注射胰島素。

四、第四天給藥加黃連五錢，五帖
五、第五天電話告知連續在第三、四天時，大便硬且多，多且硬到馬桶無法沖走，滿溢出馬桶外，請人清理。

六、第三天就頭腦清楚，可充分對談。

診斷：

1. 宿尿証性糖尿病性急性腎衰竭。
2. 尿毒性腦病
3. 宿尿太多，壓迫輸尿管導致少尿、腎腫大。
4. 大腦大便中樞受干擾導致宿尿証。

肆、結論

長期注射大劑量胰島素的病患，在戒減量時，一方面要抑制五臟六腑的肌糖、肝糖釋放，一方面要改善血管通透性，一方面要改善大腦泌糖中樞的亢奮，一方面要促進胰島素分泌中樞的功能，促進胰島細胞增生、腎分泌抑糖激素……皆應統合在內，所以要隨時保持調整方劑的處方，如固定一樣內容，不隨時調整無法應付各種變化。西藥都是單一化學結構式，只作用於一小小的分子點，無法全身觀照，所以才說糖尿病無法治療，胰島細胞無法再生長，事實上，各臟腑器官組織皆可再生、新生，只是用什麼方法令幹細胞活化新生而已，這促進幹細胞活化與新生組織細胞，就是中醫藥的強項與治病能痊癒的關鍵所在，更是辨証論治之精華。



DOI: 10.6528/CAMS.2016.0001

Integrated TCM and Western Medicine Efficacy in the Treatment of Diabetic Encephalopathy

Lee, Chen-Yu¹; Wu, Che-Hao²; Ke, Zhong-long (Petr Kakhovskii)^{1,2}
Luo Rui-yang²; Huang Jing-hong²; Chen Yi-rong²; Lu Bing-lin²
Chen Jin Shun³; Liao Yan-Chih⁴
Translator: He Shi-hao (Scott L. Herbster)

1. Yu Sheng Traditional Chinese Medicine Clinic
2. Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, International Academic Institute
3. National Defense Medical Center, Tri-Service General Hospital of Department of Nephrology
4. National Defense Medical Center, Tri-Service General Hospital of Department of Nuclear Medicine

Abstract

Zhang, Xi Chun's Jian Ling Tang variant provides effective treatment for a broad scope of hyperactive pathoconditions induced by disruption of the endocrine system's central regulation of hormones such as prolactin-releasing hormone (PRLH), thyrotropin-releasing hormone (TRH), Adrenocorticotrophic hormone (ACTH), and gonadotropin-releasing hormone (GnRH).

In the case of intractable and acute "yang straying" pattern diabetes, Jian Ling Tang variant adding medicinals such as Huang Lian, Sang Bai Pi, and Da Huang can be prescribed. Regardless of whether the patient has been administered Western medicine diabetes drugs to low ever blood sugar levels or not, or even if large doses of insulin have been injected without successful results, treatment with Jian Ling Tang variant will rapidly promote reduction of Western medicine drug dosage and in some cases discontinue drug administration altogether, completely remedying the condition.

Key words:

Jian Ling Tang, yang straying, Jian Ling Tang variant treats diabetes, disruption of central regulation type diabetes, TCM medicinals enables dosage reduction and discontinuation of insulin injections

Authors : Lee Chen-Yu

Address : 4 Fl., No.261, Sec.3, Roosevelt Rd. Taipei, Taiwan, R.O.C

Tel : 886-2-2367-0436

E-Mail : chenyr.lee@msa.hinet.net

Received : 2016.08.02; Published : 2016.12.11