

张仲景经方论治雷诺病探略

张建平¹, 余土根², 程立峰¹

(¹嘉兴市第二医院, 嘉兴 314000; ²浙江省中医院, 杭州 310006)

摘要: 文章重点介绍张仲景治疗雷诺病的经验, 雷诺病相当于中医学“寒厥”“血痹”“厥逆”等范畴, 理论来源于《黄帝内经》, 张仲景认为“阴阳气不相顺接”是其发生的主要病机, 在此基础上创立了多首有效方剂, 理法方药完备, 具有很强的临床指导性。笔者从理论渊源、经方认识、经方论治等方面对雷诺病的临床诊疗进行探讨, 以资借鉴学习。

关键词: 雷诺病; 张仲景; 伤寒杂病论; 中医药

Exploration on the classical prescription of Raynaud's disease from ZHANG Zhong-jing

ZHANG Jian-ping¹, YU Tu-gen², CHENG Li-feng¹

(¹The Second Hospital of Jiaxing, Jiaxing 314000, China; ²Zhejiang Provincial Hospital of TCM, Hangzhou 310006, China)

Abstract: The paper introduces ZHANG Zhong-jing's experience in the treatment of Raynaud's disease. In TCM, Raynaud's disease is equivalent to blood arthralgia, cold limbs and so on. The theory of Raynaud's Disease is based on Inner Canon of Huangdi, ZHANG Zhong-jing considered that the main pathogenesis of Raynaud's disease is Yin Qi and Yang Qi circulating out of order, these effective prescriptions are based on this theory, and it has a strong clinical guidance. This paper discusses theoretical origin, recognition of classical prescription and classical prescription treatment on Raynaud's disease clinical diagnosis, for the purpose of learning.

Key words: Raynaud's disease; ZHANG Zhong-jing; Shanghan Zabing Lun; Traditional Chinese medicine

雷诺病(Raynaud's disease)为肢端小血管阵发性痉挛性疾病,又称肢端动脉痉挛症,是由于周围血管的交感神经功能紊乱引起肢端小动脉痉挛,导致局部缺血的疾病。常因寒冷或情绪激动而诱发,临床表现为阵发性四肢远端对称性的间歇发白,渐转为紫绀,伴有疼痛、麻木、继而潮红变暖恢复正常为特点。本病多发生于冬季或寒凉气候,进入夏季明显缓解。雷诺病是现代医学名词,中医认为本病属“寒厥”“血痹”“厥逆”“四肢逆冷”等范畴。

医圣张仲景在《伤寒杂病论》以完善的辨证论治体系,融理、法、方、药为一体,奠定了中医临床辨证论治的基础,广泛涉猎外感及内科杂病,对雷诺类病证的论述亦十分详尽,笔者将其整理,探略如下。

理论渊源

雷诺病在《黄帝内经》称为“寒厥”“血痹”“痹厥”等,对此类疾病的理解与现代雷诺病的描述比较一致。《黄帝内经》以“阴阳失衡,寒热失度”为核心理论阐述雷诺病的病因病机及治疗原则,如《素问·金匱真言论》曰:“北风生于冬,病在肾,俞在腰

股……冬气者病在四支……冬善病痹厥”。《素问·厥论》云:“帝曰:寒厥之为寒也,必从五指而上于膝者何也?岐伯曰:阴气起于五指之里,集于膝下而聚于膝上,故阴气盛,则从五指至膝上寒,其寒也,不从外,皆从内也。帝曰:寒厥何失而然也?……春夏则阳气多而阴气少,秋冬则阴气盛而阳气衰。此人者质壮,以秋冬夺于所用,下气上争,不能复,精气溢下,邪气因从之而上也,气因于中,阳气衰,不能渗营其经络,阳气日损,阴气独在,故手足为之寒也”。《素问·五藏生成篇》曰:“故人卧血归于肝……卧出而风吹之,血凝于肤者为痹,凝于脉者为泣,凝于足者为厥,此三者,血行而不得反其空,故为痹厥也”。《素问·至真要大论》病机十九条曰:“诸厥固泄,皆属于下”。可见阳气的充足和御邪于外是避免雷诺病发生的前提,素体阳虚,或感受外界异常寒邪之气,进而导致血脉痹阻,从而发生手足逆冷导致雷诺病。

经方认识

张仲景对雷诺病的认识源于《黄帝内经》而高于《黄帝内经》。在《伤寒杂病论》中雷诺病证主要属于

“厥、血痹、手足逆冷”范畴,张仲景对此类疾病主要是以阴阳为纲,以六经为辨证体系,从失治误治伤及气血阴阳等方面加以论述,《伤寒论》第337条对其病机作出明确定义:“凡厥者,阴阳气不相顺接,便为厥。厥者,手足逆冷者是也”,并在第330条提出用药禁忌:“诸四逆厥者,不可下之;虚家亦然”。张仲景认为导致四肢厥逆不外阴阳两方面:阳者多为脾肾阳虚,不能温煦四肢;阴者为寒邪侵袭客于脉络,或(和)肝郁气滞,致阳郁不得宣发而不达四末,故见肢体冰凉厥逆。对疾病认识较《黄帝内经》更进一步,其创制多首有效方剂,理法方药完备,更具临床指导性。

经方论治

1. 四逆汤证 《伤寒论》第354条:“大汗,若大下利而厥冷者,四逆汤主之”。此条为论述因汗或因下等失治误治致阳随液脱,阳伤至衰,导致阴阳之气不相顺接而出现四肢厥冷。现代因汗法或下法失治误治导致阳虚厥冷情况不多,但因熬夜、房劳过度等不健康的生活方式导致的阳虚逐渐增多,阳气不断消耗得不到足够的补充,日久阳气虚耗太过不得温煦四末而发为四肢厥冷,可采用此方治之。此方证者,阳虚甚,炎炎夏月稍触冷水亦可觉手足厥冷难耐发为雷诺病。

《伤寒论》第353条:“大汗出,热不去,内拘急,四肢疼,又下利厥逆而恶寒者,四逆汤主之”;第377条:“呕而脉弱,小便复利,身有微热,见厥者,难治,四逆汤主之”;第388条:“吐利汗出,发热恶寒,四肢拘急,手足厥冷者,四逆汤主之”。此3条论述或汗或吐或下太过之后真阳大伤,阴盛格阳于外而反见身有发热者,寒凝经脉脏腑四肢则可见腹部四肢拘急冷痛,阳虚不能制水见小便复利,方用四逆汤温经扶阳,以消阴寒。现代研究表明,四逆汤具有明显降低血管阻力、强心升血压、改善微循环、抗休克等作用^[1],可使四肢厥冷,皮肤灰白或青紫症状及疼痛或麻木等异常感觉得到明显改善。

2. 当归四逆汤证 《伤寒论》第351条:“手足厥寒,脉细欲绝者,当归四逆汤主之”。此条论述血虚感寒导致四肢厥冷的证治,患者素体肝血亏虚,而复感外寒,血虚不能充盈脉道则见脉细欲绝,血虚感寒阴阳气不相顺接,四末失养,从而形成血虚寒厥之证。当归四逆汤为养血通脉,温经散寒之剂,血得温养,外寒得散,手足故暖。本方证者阳气不亏或亏虚不甚,如见脉微欲绝,则属阳衰阴盛之证,其治当用四逆汤以温经扶阳。现代研究表明,当归四逆汤有效成分能促使血管内皮细胞释放舒张血管物质NO,从而使血管壁平滑,使血液保持通畅的流动^[2],临床上常用治疗血栓闭塞性脉管炎、雷诺病、冻疮、血管性头痛等属血虚寒厥之证。

3. 四逆散证 《伤寒论》第318条:“少阴病,四逆,其人或咳、或悸、或小便不利、或腹中痛、或泄利下重者,四逆散主之”。此条论述精神刺激因素导致肝气郁结不舒,少阳枢机不利进而使阳气抑郁,脉流不畅,不能达于四末,肢端出现持续性青紫、厥冷、胀痛、麻木,遇寒凉更甚,或咳或悸或腹痛或泄利皆是由阳气郁滞不化所致。此方证雷诺病者可常伴胁肋胀痛,心烦易怒,失眠,情绪不稳或猜疑抑郁,发作期还可见腹痛腹泻等症状。故用四逆散疏肝解郁治之。近来有研究证明四逆散能调整神经系统,明显延长实验小鼠睡眠时间^[3],其作用机制^[4]与增加脑组织中的5-羟色胺含量及降低5-羟吲哚乙酸含量有关。

4. 黄芪桂枝五物汤证 《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治第六》:“血痹阴阳俱微,寸口关上微,尺中小紧,外证身体不仁,如风痹状,黄芪桂枝五物汤主之”。此条主要论述营卫气血不足,复感外寒阻滞而无以濡养四肢的病症,对于血痹病因,经曰:“问曰:血痹病从何得之?师曰:夫尊荣人骨弱肌肤盛,重因疲劳汗出,卧不时动摇,加被微风,遂得之”。此条对于当下雷诺病的认识具有非常好的现实指导意义,现代城市人缺少锻炼,嗜食肥甘厚味,肌肤腠理不固,加之体力劳动或房劳过度,稍有外感风寒之邪即可阻碍气血运行发生肢体感觉异常麻木或疼痛,气为血帅,血为气母,气虚则血运不畅且不能温达四末,故以黄芪助卫固表行气血,桂枝通阳行痹,芍药和营理血,生姜、红枣调和营卫,五药相合,气血和壮而祛外邪,四肢得养。范永升宗张仲景之意使用黄芪桂枝五物汤治疗雷诺病,重用黄芪鼓舞气血,灵活辨证,取得了较好的临床效果^[5]。

5. 乌梅丸证 《伤寒论》第338条:“伤寒脉微而厥,至七八日肤冷,其人躁,无暂安时者,此为藏厥,非蛔厥也。蛔厥者,其人当吐蛔。今病者静,而复时烦者,此为藏寒。蛔上入其膈,故烦,须臾复止;得食而呕,又烦者,蛔闻食臭出,其人常自吐蛔。蛔厥者,乌梅丸主之。又主久利”。此条论述病患素有蛔病,复又感脏寒,蛔虫不安其处,上扰为患,阴阳逆乱不相顺接而手足厥冷,经方虽论述乌梅丸为蛔厥所设,但历代医家认识到经方运用乃是有是证使用是方,程郊倩曰“乌梅丸于辛酸入肝药中微加苦寒,纳上逆之阳邪而顺之使下也,名曰安蛔,实是安胃,故并主久痢,见阴阳不相顺接而下利之证,皆可以此方括之也”。在本方证雷诺病中,但凡出现胃脘不适,吞酸嘈杂,虚寒下利及手足畏寒等症状,辨证为寒热错杂,上热下寒之证,均可使用本方加减治。目前临床上不仅使用本方治疗雷诺病,而且还用来治疗胃肠

道疾病、神经系统疾病、心血管疾病等病^[6]。

6. 橘皮汤证 《金匱要略·呕吐下利病脉证治第十七》：“干呕、哕，若手足厥者，橘皮汤主之”。本证病患素体脾胃阳气不足，加之过服寒凉之品或过食生冷导致胃寒气逆，胃气上逆见呃逆暖气，寒气阻滞胃阳，不能伸达四肢则见手足厥冷，橘皮汤方方药精炼，方用橘皮理气和胃、生姜散寒降逆，寒去气顺，阳气得通，四肢得暖，《金匱悬解·呕哕二十三》：“干呕哕者，胃气上逆，浊阴涌泛也。肺气阻滞，郁生痰涎，遏抑清阳，不得四布，故手足厥逆。橘皮汤，橘皮、生姜，降冲逆而行瘀浊也”。现代医学研究证明呃逆的发生与交感神经兴奋紊乱相关，这种神经紊乱可能与雷诺病的交感神经功能障碍有某种交叉相关性。药理学研究证明橘皮对心脏有兴奋作用，能增强心肌收缩力、明显升高实验动物血压，生姜能兴奋血管运动中枢和心脏，对于雷诺病的血管功能障碍能起到改善的临床效果。

7. 桔梗汤证 《金匱要略·肺痿肺痛咳嗽上气病脉证治第七》：“桔梗汤方：亦治血痹”。该方虽言亦治血痹，却没有对其进行系统的论述，现代学者研究桔梗汤多因张仲景将此方归类于肺痿肺痛门下，故多侧重于研究肺系病症，血痹甚少提及，然经方言简意赅，言而有物，血痹病机本为气血不甚充足而复感外寒，观桔梗汤仅用桔梗一两，甘草二两，方中桔梗性味辛苦，入走肺经，善宣心肺之气，《本草纲目》曰甘草能“通经脉、利血气”，甘草性味甘平，入走十二经，味甘又能补虚益气。二药合用，使桔梗汤宣补于心肺之气，通利于血脉之瘀，心肺之气得以宣通，周身血脉才能运行流通不息。以方推证，心主血，肺主气，朝百脉，寒邪客于脉络则气血无以行进而四肢不仁，其治血痹当以寒邪闭阻胸部血脉而致阳气不舒为主症，然张仲景言“亦”治血痹，故窃以为本方可加减用来治疗雷诺病之轻症伴有胸部不适郁闷感，药理学研究证明^[7]桔梗水提物可以浓度依赖性地刺激血管舒张物质NO的产生及巨噬细胞的增殖、吞噬以及增强机体的免疫应答，桔梗皂苷对多种炎症模型均有较强的抗炎作用，临床上使用雌激素来治疗轻度雷诺病，甘草中黄酮类物质能起到类似内源性雌激素样作用，这些都可能是桔梗汤治疗雷诺病的药理学基础。

8. 瓜蒂散证 《伤寒论》第355条：“病人手足厥冷，脉乍紧者，邪结在胸中，心下满而烦，饥不能食者，病在胸中，当须吐之，宜瓜蒂散”。此条论述痰饮、宿食等有形之邪阻遏胸中阳气，使阳气不能通达四肢所致四肢厥冷，病位在上，《黄帝内经》曰：“其

高者，因而越之”。故用瓜蒂散涌吐在上之实邪，实邪得去，胸阳通利，手足厥冷去。吐法治疗雷诺病比较少见，唐祖宣诊治1例雷诺病逢惊恐急性发作，遍试西医中医镇静安神祛痰开窍之法无效，后辨证为痰浊壅塞上脘，方用瓜蒂、白矾、赤小豆各9g，服后吐痰浊碗余，雷诺现象亦得明显好转^[8]，临床上遇思维死角，吐法可拓展雷诺病辨证范围，辨证确切，用之卓效。惟谨记虚家、亡阳亡血家均禁用。

体会

雷诺病的早期诊断并不困难，但是其发生肢端动脉痉挛的机制尚不明确，治疗比较困难，目前没有特效药物。而经方对于此类病证论述较多，张仲景继承了《黄帝内经》的相关理论，并且对其进行了比较具体的阐述，在《伤寒杂病论》中从“阴阳气不相顺接”的基本病机出发，论述了阳衰、血虚、气郁、气虚等证型，辨证论治分别予温经扶阳、养血通脉、疏肝解郁等法，最终达到“调阴阳而顺接，手足逆冷去”的目的，《伤寒杂病论》立法严谨，配伍精当，疗效卓著，笔者认为现代中医发展离不开对经方的继承、运用和研究，但古方今用应注意灵活变通，临床上应宗仲景之法而不泥仲景之方，扩大经方使用范围，近年来有学者使用大黄廬虫丸、温经汤等治疗雷诺病有效的报道，临床研究也证明，只要遵循方证辨证的原则，凡符合该方证的各科疾病均可选用此方，正所谓：有是证使用是方。同时也显示出经方异病同治和古方新用的巨大潜力。

参 考 文 献

- [1] 贺金,方艳伟,李永民.四逆汤对大鼠心肌缺血损伤的保护作用.中华中医药杂志,2008,23(7):638-640
- [2] 钱国强,赵国平.当归四逆汤四种有效成分对心肌缺血-再灌注损伤模型大鼠血管内皮细胞保护的最佳配比研究.中药材,2011,34(4):583
- [3] 李越峰,苏云明,严兴科,等.四逆散冻干粉改善睡眠作用的药效物质基础.中国药理学与毒理学杂志,2013,27(1):21
- [4] 张乔,金阳,徐瑞奎,等.四逆散有效组分改善睡眠作用与5-羟色胺能神经系统相关性的实验研究.中国医药导报,2012,9(14):29-34
- [5] 陈秀芳,范永升教授应用温阳祛瘀法通络法治疗雷诺氏征经验.中华中医药杂志,2011,26(4):726-727
- [6] 焦安钦,徐进秀.乌梅丸.北京:中国医药科技出版社,2009:145-147
- [7] 李婷,徐文珊,李西文,等.中药桔梗的现代药理研究进展.中药药理与临床,2013,29(2):205-208
- [8] 陈明,张印生.伤寒名医验案精选.北京:学苑出版社,1998:257-258

(收稿日期:2013年8月3日)