

汤宗明经方临证发挥—当归四逆汤治疗血虚寒凝失眠的临床经验与辨证思路

谢保弟 汤宗明 王孝冬 严兴茂 薛美婷

遵义市中医院 贵州 遵义 563000

【摘要】 失眠（中医学“不寐”）是临床高发病症，病因复杂且现代医学镇静催眠药物长期使用易致依赖。其中血虚寒凝型失眠因“血虚失养、寒凝阻络”致心神不安、阳气不达，临床易被忽视，常规安神方药疗效有限。贵州省首批名中医汤宗明教授深耕中医药领域近60年，善用经方“异病同治”，其学术思想传承团队受其启发，将当归四逆汤（出自《伤寒论》）拓展应用于血虚寒凝型失眠，通过温经散寒、养血通脉、安神定志，标本兼顾改善睡眠。本文结合3则典型临床案例，系统梳理该方治疗此类失眠的辨证要点、方药加减及疗效规律，为临床处理顽固性血虚寒凝失眠提供实用参考。

【关键词】 当归四逆汤；血虚寒凝；失眠；不寐；汤宗明；经方临床应用；温经散寒；养血安神

DOI:10.12417/2811-051X.26.02.067

在中医理论的浩渺长河中，经方以其严谨精妙的配伍、卓著的临床疗效传承千年而熠熠生辉。当归四逆汤作为《伤寒论》中的经典方剂，原用于血虚寒凝之手足厥逆，然其温经散寒、养血通脉之效，却在后世医家的探索实践中，展现出更为广阔的应用前景^[1]。失眠，这一困扰现代人的常见病症，不仅影响生活质量，更威胁身心健康。血虚寒凝型失眠，因其独特的病机与隐匿的症状，常被临床忽视。汤宗明教授，这位深耕中医领域近60载的名宿，以其深厚的学术造诣与丰富的临证经验为我们打开了经方治疗失眠的新思路。他的学术思想传承团队，受其启发，将当归四逆汤灵活运用于血虚寒凝型失眠的治疗，在临幊上收获显著成效。本文将结合典型案例，深入剖析当归四逆汤治疗该证型失眠的辨证思路与用药精髓，为临床诊疗提供珍贵参考。

1 血虚寒凝型失眠的病机阐释与临床辨识

失眠以“睡眠时长不足、睡眠质量低下、醒后疲惫”为核心，长期不愈可引发焦虑、记忆力减退等并发症，严重影响患者生活质量。现代医学多以苯二氮草类、非苯二氮草类药物干预，但易出现药物依赖、日间嗜睡等副作用。中医辨证论治强调“审证求因”，血虚寒凝型失眠作为失眠的特殊证型，其病机与治疗均有鲜明特色。

1.1 病机核心：血虚为本，寒凝为标

血虚失养是根本：素体血虚、久病耗血或脾胃虚弱（化源不足）均可导致阴血亏虚。心主血、藏神，血虚则心神失养，如《灵枢·本神》所言“血舍神，血不足则神不安”，心神浮越于外则难以入寐；肝藏血、舍魂，肝血虚则魂不归肝，夜间多梦易醒；脑为“元神之府”，精血亏虚则脑海空虚，亦致睡

眠失序。

寒凝阻络是诱因：素体阳虚、外感寒邪或长期处于寒冷环境，寒邪易侵袭经脉，导致气血运行不畅。阳气被寒邪遏阻，不能通达四肢，既加重血虚所致的心神失养，又因“寒凝气滞”进一步扰乱脏腑功能—脾阳被遏则气血生化更弱，肾阳被抑则温煦不足，形成“血虚→寒凝→更血虚”的恶性循环，最终导致失眠迁延不愈。

1.2 临床特征：睡眠异常与虚寒征象并存

睡眠异常表现：以“顽固性入睡困难”为主，部分患者伴多梦、易醒，醒后难以复寐；常规养心安神类中药或单纯镇静西药疗效不佳，停药后易复发。

虚寒典型征象：手足厥寒（手足冰凉、畏寒，冬季或遇冷加重，触摸时手足温度明显低于躯体）；面色苍白或萎黄、唇甲色淡、精神倦怠；女性患者常兼月经异常，如月经量少、色淡，甚至闭经，经期伴畏寒腹痛；舌脉多为舌淡红或淡黯、苔薄白（无黄苔、厚腻苔，排除实热、痰湿），脉细弦、沉细涩或浮小弦（无洪大、滑数脉，排除实热；无细数脉，排除阴虚火旺）。

2 当归四逆汤的方义解析与应用依据

当归四逆汤出自《伤寒论·厥阴病篇》第351条：“手足厥寒，脉细欲绝者，当归四逆汤主之”，原方由当归、白芍、桂枝、细辛、通草、炙甘草、大枣7味药组成，本为治疗血虚寒凝所致手足厥逆而设。汤宗明教授认为，经方的价值在于“抓病机、对证型”，而非局限于原发病名—血虚寒凝型失眠虽以“不寐”为主要表现，但其“血虚失养、寒凝阻络”的核心病机，与当归四逆汤“温经散寒、养血通脉”的功效高度契合，

故可通过“异病同治”拓展应用。

2.1 方义配伍：标本兼顾，气血同调

养血补虚，安神定志：当归甘温质润，入肝心脾经，既能补血又能活血，为“补血活血第一药”，可滋养心肝之血以安神^[2]；白芍酸苦微寒，养血柔肝，与当归配伍增强补血之力，同时缓急止痛，改善血虚所致的心神不宁；大枣甘温，补中益气、养血安神，与炙甘草合用，既能补益脾气以助气血生化，又能调和诸药，避免寒药伤脾。

温经散寒，通利血脉：桂枝辛甘温，入心脾经，温通经脉、散寒邪，同时助阳气布散，推动气血运行以达四末，解除“阳气不达”之弊；细辛辛温，入肺肾经，散寒力强，可温散表里之寒，通利经络，与桂枝配伍增强温经散寒之效，破除寒邪对经脉的阻滞；通草甘淡凉，通利血脉、疏导经络，助桂枝、细辛温通经脉，改善气血运行不畅。

正如成无己在《注解伤寒论》中所言：“手足厥患者，阳气外虚，不达四末；脉细欲绝者，阴血内弱，脉行不利，与当归四逆汤可助阳生阴也”。全方既补血虚之本，又散寒凝之标，使气血充盈、经脉通畅、阳气布达，心神得养则睡眠自安。

2.2 应用依据：病机对应，临床验证

汤宗明学术思想传承团队在临床中发现，血虚寒凝型失眠患者虽以“不寐”为主诉，但均存在“手足厥寒、脉细”等当归四逆汤的经典方证，且符合“血虚”“寒凝”的双重病机。通过应用该方，既能改善“手足厥寒”等虚寒症状，又能同步缓解失眠，证实“方证对应”的有效性——其核心在于：该方并非直接“安神”，而是通过“养血”以养神、“温经”以通脉，从根本上解除导致心神不安的病理因素，实现“治病求本”的治疗目标。

3 当归四逆汤治疗血虚寒凝型失眠的典型案例分析

汤宗明学术思想传承团队在临证中，严格遵循“辨证论治”原则，以当归四逆汤为基础方，根据患者兼夹证候灵活加减，治疗血虚寒凝型失眠取得显著疗效，现列举3则典型案例如下：

3.1 案例一：单纯血虚寒凝型失眠（无兼夹证）

2025年1月15日，29岁公司职员张某因“入睡困难4月，夜间手足冰冷明显且冬季尤甚”就诊。4月前冬季受凉后，她每晚需1-2小时方能入睡，偶有多梦，醒后仍疲惫，夜间手足冰凉需戴手套袜子才可勉强入眠；曾服“酸枣仁汤加减”无效，因怕西药安定类药物依赖未服用。四诊见其面色萎黄、唇甲色淡，室温22°C时手足温度约28°C（躯体36°C），舌淡红、苔薄白，脉细弦；辅助检查示血红蛋白115g/L（略低，参考值120-155g/L），甲状腺功能正常，排除贫血性疾病与甲减。诊断为不寐（西医：失眠症），辨证为血虚寒凝、阳不外达，予温经散寒、养血安神之法，方用当归四逆汤原方（当归15g、桂枝15g、白芍15g、细辛3g、通草9g、炙甘草15g、大枣30g

瓣开），每日1剂，加水600ml浸泡30分钟后大火煮沸转小火煎30分钟，取药液450ml分早中晚温服，嘱避生冷、注意手足保暖。1月22日二诊，服药5剂后患者手足转温、无需穿戴保暖用品，入睡时间缩至30分钟内，多梦消失且醒后精力充沛，舌脉改善，继服7剂并将桂枝减为12g。停药1月随访，患者睡眠正常（入睡15-20分钟），手足冰凉未再发，面色红润，复查血红蛋白125g/L（恢复正常）。此为单纯血虚寒凝型失眠，方证高度契合，原方标本兼顾故短期见效。

3.2 案例二：血虚寒凝兼瘀型失眠（伴闭经）

2025年2月19日，47岁教师王某因“入睡困难1年伴闭经3月”就诊。1年前她无明显诱因出现入睡困难，每晚需2小时以上入睡，严重时彻夜不眠，曾被诊为“心脾两虚”“阴虚火旺”，服归脾汤、知柏地黄丸加减无效；后服西药佐匹克隆，停药后失眠加重且伴头晕乏力，遂自行停药。3月前失眠加重后月经骤停，西医B超示子宫内膜厚度8mm（无器质性病变），激素六项提示雌激素略低（排除卵巢功能早衰）。四诊见其面色苍白，室温23°C时双手温度约27°C，身软头昏、偶有小腹冷痛，舌淡黯、苔薄，脉浮小弦。诊断为不寐（西医：失眠症）、闭经（西医：继发性闭经），辨证为血虚寒凝、神不守舍兼瘀滞，予养血和营、温经散寒、重镇安神、活血化瘀之法，方用当归四逆汤加龙骨、煅牡蛎（当归15g、桂枝15g、白芍15g、细辛3g、通草9g、炙甘草15g、大枣30g、龙骨30g先煎、煅牡蛎30g先煎）。煎服时先煎龙骨、煅牡蛎30分钟，再加其余药材（大枣瓣开）加水700ml煮至450ml，分早中晚温服，嘱避劳累、注意小腹保暖（每晚热敷15分钟）。服药1周复诊，患者入睡时间缩至20分钟，睡眠质量改善，身软头昏、小腹冷痛减轻，服药第6天月经来潮（经量中等、色淡无血块），舌脉好转，未续服。1月后随访，患者睡眠正常，月经周期规律（约30天），经量色正常，未再服西药安眠剂。

3.3 案例三：血虚寒凝兼肝郁型失眠（伴乳房胀痛）

2025年3月18日，36岁销售经理王某因“入睡困难3月，伴乳房胀痛、晨起手足麻木”就诊。3月前因季度业绩考核压力大，她每晚需服1mg艾司唑仑才能入睡，且整夜多梦、晨起疲惫^[3]；双侧乳房胀痛（经前重、经后轻），手足不温，晨起手足麻木（活动5分钟缓解），调作息、服逍遥丸无效。四诊见其面色淡红，室温24°C时手足温度约29°C，乳房触痛无肿块，舌淡红、苔薄微滑，脉沉细涩小数；既往无慢性病，月经周期28天但量少色淡。诊断为不寐（西医：失眠症，艾司唑仑依赖倾向），辨证为血虚寒凝、肝郁气滞，予温经散寒、养血疏肝、兼以健脾之法，方用当归四逆汤加炒白术、麦芽（当归15g、桂枝15g、白芍15g、细辛3g、通草9g、炙甘草15g、大枣30g、炒白术15g、麦芽30g）。每日1剂，浸泡30分钟后煎煮取450ml分3次温服，连服5剂，期间逐步减停艾司唑仑。3月25日二诊，患者服药1剂即自主入睡，多梦减轻，乳房胀痛缓解，手

足麻木消失，月经来潮量增多；舌脉改善，继服5剂并将麦芽减至20g。停药2周随访，患者睡眠正常，乳房胀痛、手足麻木未再发，月经正常，无艾司唑仑依赖反应。

4 当归四逆汤治疗血虚寒凝型失眠的辨证要点与临证思路

汤宗明教授及其学术思想传承团队在长期临床实践中，总结出当归四逆汤治疗血虚寒凝型失眠的“辨证核心”与“加减规律”，核心在于“精准抓病机、灵活调方药”，避免辨证偏差与用药失误。

4.1 辨证要点：紧扣“血虚”“寒凝”双重核心

临症时需从症状、舌脉、病史三方面综合判断以确保方证对应。必见症状为同时具备“失眠”与“手足厥寒”一失眠以入睡困难为主，可伴多梦、易醒；手足厥寒表现为持续冰凉、畏寒明显，冬季或遇冷加重，且手足温度显著低于躯体，非偶发怕冷。血虚佐证包括面色苍白或萎黄、唇甲色淡、精神倦怠，女性多伴月经量少色淡（非血块增多），部分患者血常规提示血红蛋白略低（非重度贫血）。舌脉特征为舌淡红或淡黯、苔薄白（无黄苔、厚腻苔，排除实热、痰湿），脉细弦、沉细涩或浮小弦（无洪大、滑数脉，排除实热；无细数脉，排除阴虚火旺）。病史方面，患者多有素体虚弱、久病耗伤、长期受寒或脾胃功能差（如食欲不振、大便溏薄）等背景，且常规安神方药（如酸枣仁汤、归脾汤）或单纯西药疗效不佳。

4.2 临证思路：基础方不变，随证灵活加减

该方当归、桂枝、白芍、细辛、通草、炙甘草、大枣的核心配伍不可随意删减，以确保“扶正不留邪、祛邪不伤正”。具体加减如下：兼心神不宁（多梦、易醒、醒后难寐），可加龙骨30g（先煎）、煅牡蛎30g（先煎）重镇安神，偏虚者则选酸枣仁15g、远志9g养心安神；兼瘀血阻滞（闭经、痛经、舌黯有瘀点），加桃仁9g、红花6g（少量用以防活血伤血），或加大当归用量至20g增强活血通脉之力，女性患者可加益母

草15g调经；兼肝郁气滞（乳房胀痛、情绪抑郁、烦躁），加麦芽20-30g疏肝解郁，肝郁重者选柴胡9g、香附9g理气，且需避免用梔子、龙胆草等苦寒疏肝药以防伤阳；兼脾虚湿滞（食欲不振、大便溏薄、苔滑），加炒白术15g、茯苓15g健脾除湿，便溏重者选山药15g、莲子肉12g健脾益气；兼阳虚明显（畏寒重、腰膝冷痛、夜尿多），加制附子9g（先煎1小时防毒性）、干姜6g温阳散寒，同时需将细辛用量减至2g以防温燥太过。

4.3 注意事项：规避用药风险与辨证误区

实热证（口苦、舌红苔黄等）、阴虚火旺证（潮热盗汗等）、痰湿证（舌苔厚腻等）患者禁用，以防温燥助热或滋腻生湿。用药剂量上，细辛控制在3-5g（常规3g），避免毒性风险；桂枝12-15g，阳虚重者可增至18g，需留意温燥反应。煎服时，含附子、龙骨、牡蛎需先煎（附子先煎1小时），大枣掰开煮，药液温服。辨证勿将“手足凉”均归为血虚寒凝，若伴舌红苔黄、脉数，为热厥，需用清热通腑药，禁用此方。

5 结论

血虚寒凝型失眠因“血虚失养、寒凝阻络”致心神不安，临床易被忽视，常规治疗疗效有限。汤宗明教授基于“异病同治”的经方思想，将当归四逆汤拓展应用于此类失眠，通过“温经散寒以通脉、养血补虚以安神”，标本兼顾改善睡眠。结合3则典型案例可见，该方的核心在于“方证对应”一只要紧扣“血虚”“寒凝”病机，无论是否兼夹瘀、郁、湿等证候，均能通过灵活加减取得良效。

本研究不仅验证当归四逆汤治疗血虚寒凝型失眠的有效性，更彰显经方的临床价值：经方并非局限于“原病名”，而是以“病机”为核心，只要病机相符，即可跨病症应用。未来临床中，需进一步传承汤宗明教授“精准辨证、活用经方”的学术思想，为更多顽固性失眠患者提供安全、有效的中医治疗方案。

参考文献：

- [1] 林子琦,巩复旦,周辉,文证,吴凡伟.经典名方当归四逆汤古今文献分析[J].中国中医药图书情报杂志,2025,49(4):136-140.
- [2] 沈启明,李飞泽(指导).李飞泽治疗血瘀型失眠用药经验[J].浙江中医杂志,2024,59(1):20-22.
- [3] 张建华.艾司唑仑片联合酸枣仁汤治疗肝郁血虚型失眠患者的治疗效果研究[J].中国社区医师,2022,38(21):75-77.