

中醫治療復發性口腔潰瘍合併雷諾氏現象 一病例報告

郭忠禎¹ 張恆鴻^{1,2}

¹ 台北市立中醫醫院 內科

台北

² 中國醫藥學院 中國醫學研究所

台中

(1999 年 6 月 5 日受理, 1999 年 10 月 20 日收校訂稿, 1999 年 10 月 27 日接受刊載)

一位 27 歲男性病患, 患口破已 13 年, 單發或多發, 癒合時間約需 7 至 10 天以上。過去曾多次尋求中醫治療, 效果並不明顯。去年曾於本院以滋陰清熱法治療約三個月, 病情稍有改善, 癒合時間縮短, 發作頻率減少, 但仍無法根治。近因口瘡疼痛加劇, 至門診求診。

患者素體畏寒, 手足厥冷, 遇冷手指發白、發紫。常上腹脹, 偶吐微酸水, 遇風則顫頂及側頭痛, 脈沉弦, 舌淡紅, 苔薄白。診斷為復發性口瘡合併雷諾氏現象, 中醫辨證屬厥陰寒逆, 肝寒犯胃之證, 治以當歸四逆湯合理中湯加減, 服藥兩週, 口瘡癒合。其後又以當歸四逆湯合吳茱萸湯加減治其頭痛, 服藥兩週, 頭痛亦不再發, 唯手溫仍稍低於常人。追蹤七個月, 口瘡及雷諾氏現象均未見復發。

關鍵詞：復發性口腔潰瘍, 雷諾氏現象, 中醫藥。

前 言

多數學者認為復發性口腔潰瘍 (Recurrent aphthous ulcer) 是一種自體免疫疾病, 好發於青壯年期, 大多數患者帶有多種自體免疫抗體, 部分病例又有遺傳傾向¹⁻³, 其發病機制, 推測是由於口腔上皮和一些微生物抗原產生交叉反應, 刺激細胞免疫和體液免疫反應, 使淋巴樣細胞釋放細胞毒性因子, 引起口腔黏膜棘細胞變性, 而產生潰瘍, 此與 HLA-DR 抗原之呈現有關⁴。

復發性口瘡發病之相關因素相當複雜, 全身因素方面如: 內分泌紊亂、中樞神經系統障礙、性情急躁、發怒、過度勞累、月經不調、發熱、腸道寄生蟲、細菌或病毒感染、細胞體液免疫反應減退及慢性疾

病(如：慢性肝炎、胃及十二指腸潰瘍)等，局部因素則與上皮角化不全有關^{5,6}。

病灶特徵為口腔內之唇、舌、頰及上顎等處黏膜發生單個或多個黃白色如豆大的潰爛點，局部疼痛，初起患部稍隆起，一天後破潰成圓形或橢圓形，病變直徑小則 1 至 2 mm，大則 5 至 15 mm。通常 1 至 2 週癒合，但常每月數次或一年數次復發，病程可長達二十年之久，好發於青壯年期^{6,7}。

西醫以秋水仙素(colchicine)、或免疫抑制劑如糖皮質激素、細胞代謝拮抗劑、cyclophosphamide、或免疫增強劑如轉移因子、脂多醣、丙種球蛋白，或性激素、維生素 C、B1、B2、B6 等治療；局部治療包括燒灼藥、保護潰瘍面促進癒合藥，然而除了秋水仙素效果較佳外，其他療法效果並不理想⁶。

雷諾氏現象(Raynaud's phenomenon)以發作性的肢端缺血為特徵，臨床上表現為遇冷指(趾)發白、發紺、發紅，情緒激動可誘發。雷諾氏現象可分為原發性(又稱雷諾氏病)及繼發性，包括膠原病(如硬皮病、全身性紅斑狼瘡)、動脈阻塞性疾病(如四肢血管粥樣硬化)、肺動脈高壓、神經系統疾病(如腕隧道徵候群)、血液異常(如冷凝集素增高)、損傷(如震動傷)及藥物引起者。西醫治療繼發性雷諾氏現象以治療原發疾病為主，原發性雷諾氏現象則以腎上腺素阻斷劑、抗交感神經藥、鈣通道阻斷劑或手術治療⁸，但亦無根治性療法。

病例報告

病患是一位 27 歲男性，因口瘡疼痛至台北市立中醫醫院門診求診，據患者自述，從國中起即患口破，單發或 5 至 6 個同時發生，此起彼落，潰瘍癒合時間約需 7 天以上。發生部位由頰內口腔黏膜到舌頭皆可發生。過去曾多次尋求中醫治療，亦無明顯效果。症狀偶稍改善，停藥後即復發。病患亦曾於 87 年 4 月 23 日至本院求診，主訴常口破，吹風則頭脹痛，冬日手腳冰冷、發癢，易兩側脅肋痛、倦怠、脫髮…經給予六味地黃丸、小柴胡湯、天花粉或給予川芎茶調散、右歸丸、葛根，並曾連服二個月的甘露飲、知柏八味丸、天花粉等，共約治療三個月，病情稍有改善。服藥期間，潰瘍癒合時間縮短至 4 至 5 天，復發減少到一個月僅發 1 至 2 次，但仍無法根治。88 年 1 月 15 日因口瘡復發，疼痛較劇，又來求診。

患者面色略白，精神尚可，雙掌色紅，膚稍乾，彈性不佳。口破一處，位於舌根右側約 0.7 至 0.9 公分，其色不紅，舌質淡紅，苔薄白，舌邊齒痕。其人畏寒，手足冰冷冬天更甚，遇冷手指發白、發紫、發紅及手指深部發癢。上腹常有悶脹不適感，偶溢吐微酸之水，食慾稍差。常腰痠，二便可，尿色清，眠可，口不乾渴，脈沉弦。理學檢查除口瘡及手足冷外，頭頸、胸、腹均無異狀。

口瘡反覆發生達 13 年之久，且無其他誘發因素，如病毒、細菌或真菌引起之口腔疾病，亦無涉及口腔之皮膚病、惡性腫瘤或免疫疾病(如全身性紅斑狼瘡、白塞氏症候群)等，應符合復發性口腔潰瘍之診斷。又患者手觸冰涼物或在低溫環境下，會有發作性肢端厥冷變色，且有發癢之感覺異常，亦符合雷諾氏現象之診斷。

88 年 1 月 15 日初診擬定治則為祛寒除厥、溫中健脾，每日給予當歸四逆湯 7 克、理中湯 5 克。1 月 22 日再診，自述精神、體力及畏寒現象皆有改善，口瘡將近完全癒合，但較去年在本院就診期間癒合速度稍慢。無口乾或口渴現象，舌診及脈象無明顯變化。因思去年就診時，服涼潤藥可以改善口瘡，應可考慮標

本同治。每日予當歸四逆湯 6 克、理中湯 5 克、砂仁 1 克、甘露飲 4 克，服用七日。三診口瘡已愈，手冷改善，續服一週，口瘡未再犯，手冷明顯改善，但仍有遇風頭痛現象。其頭痛為頭側痛或顛頂痛，屬厥陰頭痛又兼風寒，故予當歸四逆湯 6 克、砂仁 1 克、吳茱萸湯 5 克、川芎茶調散 3 克七日期。四診口瘡未再犯，但當日又頭痛，手又發涼，因思脈沉為裏證，不宜解表，宜直走厥陰，改予當歸四逆湯 7 克、砂仁 1 克、吳茱萸湯 6 克、蔓荊子 1 克、川芎 1 克，續服二週。五診自述除感冒會引起頭痛外，口瘡未犯，手不再發白或發紫，但因手溫仍較一般人稍低，要求繼續調理，此時脈雖沉，但已緩而不弦，口瘡已兩個半月未復發。其後繼續追蹤共達七個月，口瘡及雷諾氏症均未見復發。

討 論

復發性口腔潰瘍，屬中醫「口瘡」、「口疳」、「口瘍」、「口破」或「口糜」之範圍。口瘡之名，首見於《素問·氣交變大論》：「歲金不及，炎火乃行，…民病口瘡」⁹。《沈氏尊生書》：「臟腑積熱則口糜，口糜者，口瘡糜爛也」¹⁰。故一般常受限於「心脾積熱」、「胃火上乘」或「陰虛火旺」等熱證病機觀念，多以「導赤散」、「消胃散」、「甘露飲」、或「知柏地黃丸」諸方治療，然療效常不盡如意。《壽世保元》云：「口瘡連年不癒者，此虛火也」又「服涼藥不已者，乃上焦虛熱，中焦虛寒，下焦虛火」¹¹；因此，對於此病之治療，沈金鰲指出：「凡口瘡者，皆病之標也，治者當推求其本焉。」¹⁰考之現代文獻，復發性口瘡除上述病機證型外，尚有脾胃溼熱、氣血不足、肝鬱氣滯、脾腎陽虛、心腎不足…等¹²，但如本病患厥陰寒逆者，較為少見。

雷諾氏現象屬中醫「手足厥冷」範圍，《傷寒論》：「凡厥者，陰陽氣不相接便為厥。厥者，手足逆冷者是也。」¹³《傷寒論》中論及手足厥冷者，有白虎湯證的熱厥，四逆湯證的寒厥，四逆散證的氣厥，瓜蒂散證的痰厥，茯苓甘草湯證的飲厥（水厥），當歸四逆湯之血虛寒厥，烏梅丸證的蛔厥及藏厥¹⁴，須詳細辨別。

《傷寒論》：「手足厥寒，脈細欲絕者，當歸四逆湯主之。」¹³《丹溪心法》：「口瘡服涼藥不癒者，因中焦土虛，且不能食，相火沖上無制。」¹⁵清·尤在涇《醫學讀書記》亦曾提及：以理中湯加茯苓治癒口糜，並說：「蓋土溫火斂，人多不能知此，所以然者，胃虛食少，腎水之氣上而乘之，則為寒中。脾胃虛衰之火，被迫上炎，作為口瘡。」¹⁶由此可知：虛火除陰虛火旺外，亦包括陽氣虛衰之虛火，所謂火不歸原，相火離位。古來醫家認為虛火不可以直折，亦即不宜苦寒清熱，當滋陰降火（陰虛）或以溫藥引火歸原（陽虛），對於陽虛之火，甚至視清熱法為禁忌¹⁷。

本患者手足冷、易腰痠、舌淡紅、苔薄白、舌邊齒印、脈沉弦，又上腹痞悶、溢吐清水不甚酸、口不乾、不渴、尿色清，幾乎是一派寒象。其口瘡色不紅，據《外科心法》：「大人口破分虛實，艷紅為實淡紅虛，實則滿口爛斑腫，虛白不腫點微稀」¹⁸，其口瘡理應屬虛。又其症內外皆見寒象，應可視為陰寒內盛，虛陽上浮所致。但前醫曾以養陰清熱法治之，雖未痊癒，亦有所改善，此與虛火不宜清熱，似乎相互矛盾。雖然，此患者若不用甘露飲而續用當歸四逆湯合理中湯，或亦能使病患口瘡痊癒，然而筆者以涼潤與熱藥兼用治之，而療效似乎更快。

本患者吹風則頭痛，雖然於 87 年就診病歷中已有記載，但本次就診時，初未述及。《傷寒論》：「乾

嘔，吐涎沫，頭痛者，吳茱萸湯主之」¹³，依此於初診時即應予當歸四逆湯合吳茱萸湯。或依「少陰病，吐利，手足逆冷，煩躁欲死者，吳茱萸湯主之」¹³直接予吳茱萸湯。

雖然患者有較畏寒、腰痠及手腳冰冷等陽虛現象，又有腹脹、納呆等脾虛現象，但其畏寒以遇寒則肢端冷為主，不似單純陽虛證之全身畏寒，又患者雖舌有齒痕，但經詢其登山或慢跑時並不氣短喘息，顯示陽虛或氣虛並不嚴重。患者之雷諾氏現象，表現為局部性之動脈血管循環障礙，此症已涉及血分。又常有脅肋痛，依據桂林古本《傷寒論》：「臟結者，五臟各具，寒熱攸分，宜求血分，雖有氣結，皆血為之。假令肝臟結，則兩脅痛而嘔，脈沉弦而結者，宜吳茱萸湯。」¹⁹顯示吳茱萸湯於本病中應為關鍵性之角色。關於藏厥，歷來注釋家說法不一：喻嘉言認為指腎而言；柯韻伯認為當急灸厥陰以救之，言外之意是指肝寒。《傷寒論》：「手足逆冷，煩躁欲死者，吳茱萸湯主之」則肝寒厥逆應屬藏厥之一，可治以吳茱萸湯¹³。此外，因患者有顛頂及側頭痛，脅肋痛，脈見弦象，顯示與肝經（厥陰）有關，然脈沉弦而不細，似乎未符典型當歸四逆湯之血虛寒厥症²⁰。又由於患者吐水不甚酸，通常吐酸水若迅速湧上食道，且酸甚灼喉，則多屬肝熱；若緩緩吐溢清水，不甚酸，則屬脾胃虛寒²¹。因患者無便溏或泄瀉現象，應屬胃寒，但未至脾寒。應符合「厥陰寒逆、肝寒犯胃證」。以此觀之，初診時若予吳茱萸湯即已適症，若四肢冷的症狀能順利緩解，未必須加當歸四逆湯。

吳茱萸湯證屬厥陰寒逆，藏結肝血，由本例來看，其臨床症狀可表現為寒象，而全身性虛象則不甚明顯。亦即長期的陰寒，並不必然發展為明顯的全身性陽虛證，而陰寒之邪，也未必經由明顯的陽虛證才能產生。且手足逆冷一症，亦可從臟結血分證來思考，而不僅從寒厥論治。

致 謝 詞

本病例於 88 年 4 月 20 日台北市立醫療院所第十三次院際整合中醫臨床研討會中提報，惠承賴鵬舉醫師於會中提供寶貴意見，在此一併致謝。

參考資料

1. Lehner T. Autoimmunity in oral diseases, with special reference to recurrent oral ulceration. Proc R Soc Med 61 : 15-524, 1968.
2. Lennette EH, Magoffin RL. Virologic and immunologic aspects of major oral ulceration. J Am Dent Assoc 87 : 1055-1073, 1973.
3. Williams BD, Lehner T. Immune complexes in Behcet's syndrome and recurrent oral ulceration. BMJ 1 : 1387-1389, 1977.
4. Bork K. Disease of Oral Mucosa and the Lips. Saunders, pp. 35-43, 1996.
5. 王德鑒，中醫耳鼻喉科學（第一版），知音出版社，台北，p. 298，1989。
6. 陳貴廷，楊思澍，實用中西醫結合診斷治療學（第一版），中國醫藥科技出版社，北京，pp. 2014-2018, 1991。
7. 哈里遜，內科學（第十二版），合記圖書出版社，台北，pp. 293-294，1993。
8. 同文獻 7，pp. 1200-1201。
9. 楊維傑，黃帝內經素問譯解（第十三版），志遠書局，台北，p. 538，1994。

10. 沈金鰲，沈氏尊生書，自由出版社，台北，pp. 570-571，1979。
11. 龔廷賢，壽世保元，宏業書局，台北，p. 410，1986。
12. 張進，中醫藥治療復發性口瘡近況，浙江中醫雜誌 9：425-428，1996。
13. 張仲景，傷寒雜病論（第一版），士林出版社，台北，pp. 97-111，1988。
14. 陳瑞春，陳瑞春論傷寒，中國中醫藥出版社，北京，pp. 74-80，1996。
15. 朱震亨，丹溪心法·卷十二風熱門·口舌，五洲出版社，台北，1984。
16. 謝利恆，尤在涇，中國醫學源流論、醫學讀書記合刊，新文豐出版社，台北，p. 224，1997。
17. 楊醫亞，中醫學問答（第一版），人民衛生出版社，北京，pp. 128-129，1985。
18. 吳謙，醫宗金鑑·外科心法，文化圖書公司，台北，p. 1830，1992。
19. 張仲景，傷寒雜病論（桂林古本），中醫整合研究小組，台北，p. 149，1987。
20. 張恆鴻，方劑教學實錄，中國醫藥學院附設醫院中醫部，台中，p. 187，1998。
21. 張伯輿，中醫內科學（第二版），知音出版社，台北，pp. 269-271，1992。

TREATMENT OF RECURRENT APHTHOUS ULCER COMBINED WITH RAYNAUD'S PHENOMENON WITH CHINESE MEDICINE — A CASE REPORT

Jong-Jen Kuo¹ and Hen-Hong Chang^{1,2}

¹ *Department of Internal Medicine, Taipei City Hospital of Traditional Chinese Medicine,
Taipei, Taiwan*

² *Institute of Chinese Medical Science, China Medical College,
Taichung, Taiwan*

(Received 5th June 1999, revised Ms received 20th October 1999, accepted 27th October 1999)

Oral ulcers may be simple or multiple with the time of healing taking usually 7 to 10 days. We report the case of a 27-year-old male with recurrent oral ulcer for about 13 years who visited our hospital last year seeking alternative treatment. After being treated with the method of "enriching yin and clearing heat" (yang yin qing re) for 3 months, the healing time and the recurrent frequency of the oral ulcer improved. However, complete cure remained unattained.

Recently, the patient visited our outpatient department again, with the chief complaint of serious pain due to an oral ulcer. Besides the oral ulcer, the patient also had a history of cold-intolerance, pallor and cyanosis in distal fingers, especially after exposure to cold. Other symptoms included usual upper abdominal fullness, occasional gastric juice regurgitation, chronic recurrent headache, deep and string-like pulsation, light redness of tongue, and thin, white tongue fur. The diagnosis was "recurrent aphthous ulcer combined with Raynaud's phenomenon" or in terms of "pattern identification" in Chinese medicine as "counterflow cold of reverting Yin" and "liver cold seeping into the stomach". The patient was treated with "Tangkuei Counterflow Cold Decoction" (*dang-gui si ni tang*) combined with "Center-Rectifying Decoction" (*li zhong tang*) for 2 weeks. After that time the oral ulcer healed completely. The headache got better following treatments with "Tangkuei Counterflow Cold Decoction" (*dang-gui si ni tang*) and "Evodia Decoction" for 2 weeks. A recent follow-up indicated that the patient had been free of the recurrence of either oral ulcer or Raynaud's phenomenon for 7 months.

Key Words : Recurrent aphthous ulcer, Raynaud's phenomenon, Chinese medicine.