

引用:苗植婧,黄宏丽,夏艳秋,董莉.董莉基于“得寒乃生,厥乃成积”治疗子宫内膜异位症经验[J].中医药导报,2025,31(1):193-198.

董莉基于“得寒乃生,厥乃成积”治疗子宫内膜异位症经验*

苗植婧^{1,2},黄宏丽¹,夏艳秋¹,董莉¹

(1.上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院,上海 200437;

2.上海中医药大学,上海 200120)

[摘要] 子宫内膜异位症是育龄期妇女常见的慢性疾病,属中医“癥积”范畴。董莉基于《黄帝内经》“积之始生,得寒乃生,厥乃成积”的观点,认为子宫内膜异位症由感受寒邪而起,或有外寒直中于里,或因阳虚寒从中生。下焦为寒邪所蔽,气血凝涩;冲任为寒邪所犯,气机上逆;肾阳为寒邪所伤,日渐虚耗,最终形成肾阳亏虚,冲任气逆,气滞瘀阻成癥的痼结之症。基于以上对子宫内膜异位症病因病机的认识,并继承国医大师朱南孙“活血化瘀、扶正达邪、攻补兼施”的治疗特色,董莉强调临证当以化瘀消癥、行气降气、温补肾阳三法合治,如此则标实得攻,气机得畅,本虚得补,邪气易去,无由复生。董莉遵上法辨证论治子宫内膜异位症,临证多见佳效。附验案1则。

[关键词] 子宫内膜异位症;癥积;得寒乃生,厥乃成积;化瘀消癥;逆折冲任;温补肾阳;名医经验

[中图分类号] R249 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1672-951X(2025)01-0193-06

DOI:10.13862/j.cn43-1446/r.2025.01.036

子宫内膜异位症(endometriosis,EMs)的特点是子宫外存在具有生长功能的子宫内膜组织。该组织在局部黏附浸润、反复出血,引起痛经、慢性盆腔痛及不孕等临床症状^[1]。子宫内膜异位症属慢性衰弱性疾病,病位广泛,表现多样,影响全球5%~10%的育龄期女性^[2]。子宫内膜异位症的现代医学治疗手段主要以口服激素类药物或手术切除异位病灶为主,但前者多伴不规则阴道出血、消化道症状、血栓风险、围绝经期症状等副作用;后者存在卵巢损伤、术后长期辅助药物治疗的弊端,且两种治疗手段都有一定的复发率^[3]。中医药治疗子宫内膜异位症不仅可以缓解症状、改善体征,控制疾病进展,还可降低副作用发生率,抑制复发^[4]。

本病因子宫内膜异位种植生长,形成囊肿或结节之有形病灶的特点而被中医学归于“癥积”范畴。《黄帝内经》以“积之始生,得寒乃生,厥乃成积”概括了癥积发生发展过程中的两个关键因素——寒邪和气逆。董莉师从国医大师朱南孙,是朱氏妇科第四代传人,从事中医妇科疾病诊疗工作三十余年,积累了丰富的临证经验。朱南孙认为本病虽属败血坚于内,看似一派邪实,然若正气无虚,邪气亦难盘结,治疗时需将攻邪与扶正有机地结合在一起^[5]。董莉在继承朱南孙学术经验的基础上,根据《黄帝内经》对癥积“得寒乃生,厥乃成

积”的认识,结合临证体悟,将子宫内膜异位症的病因病机及治法归纳如下:寒客下焦,本病乃生;至其成,则以肾阳亏虚为本,冲任气逆、气滞瘀阻成癥为标。治疗应以化瘀消癥、行气降气、温补肾阳三法为核心,并视邪正盛衰、病势进退权衡三法的主次地位,以达攻补兼施,标本同治之效。笔者师从董莉,随师侍诊临证,受益匪浅,现将董莉基于“得寒乃生,厥乃成积”治疗子宫内膜异位症的临证经验总结如下,以飨同道。

1 “积之始生,得寒乃生,厥乃成积”的理论内涵

1.1 得寒乃生 “积之始生,得寒乃生,厥乃成积”^[6]出自《灵枢·百病始生》,后文将癥积的形成过程分为三类。(1)“厥气生足锐,足锐生胫寒……寒气上入肠胃,入于肠胃则胀满,胀满则肠外之汁沫迫聚不散,日以成积。”^[7]下肢寒气上犯胃肠,中阳不运,胃肠气滞胀满,肠外汁沫壅聚,日久成积。(2)“起居不节,用力过度,则络脉伤……肠外之络伤,则血溢于肠外,肠外有寒,汁沫与血相薄,则并合淤聚不得散,积成矣。”^[7]劳力过度致胃肠之络伤,血溢于络,逢寒宿络外,则寒气、离经之血与肠外汁沫搏结,渐成积矣。(3)“卒然外中于寒,若内伤于忧怒,则气上逆,气上逆则六输不通,温气不行,淤血蕴里而不散……而积皆成矣。”^[7]寒邪中于外,情志伤于内,内外相引,则“厥气逆上,阴气既盛,遂令六府阳经六输皆不得

*基金项目:国家自然科学基金青年基金项目(82205162);国家中医药管理局高水平中医药重点学科建设项目(zyyzdxk-2023065)

通信作者:董莉,女,教授,主任医师,研究方向为中医药治疗妇科生殖内分泌疾病

通,卫气不行”¹⁷,气血凝涩,著而成积。可见《黄帝内经》认为三类癥积的发生皆不离于寒。从本质上讲,疾病的发生是由于人体阴阳二气的动态平衡遭到了破坏,或外感寒邪直中于里,阴盛则寒;或阳气亏虚,寒从中生。寒性收引,盘踞血脉,气血运行艰涩,留结不行;阳气亏虚,无法发挥其温煦、推动血液运行输布的功能,气血不流而滞,久即成癥,即《黄帝内经太素》所注:“若言从生,阴阳生也。故积之始生,邪得寒气。”¹⁸故癥积一病,因寒而生。《黄帝内经》“寒气生积”的理论,也被后世医家继承下来。如《诸病源候论》云:“积聚者,由寒气在内所生也……寒多则气涩,气涩则生积聚也。”¹⁹及至明清,张介宾指出“积以寒留”²⁰。《医宗金鉴》曰:“癥类积痕聚癖,肠满汁溢外寒因。”²¹当代中医学者进一步将寒邪与肿瘤、息肉等癥积疾患联系起来,从寒伤阳气,阳气不行,气化不及的角度解释前后两者的因果关系²²⁻²⁴,遣方用药立足温阳散寒、扶阳抑阴之法,临证可获良效²⁵⁻²⁶。由此可见,寒邪是癥积肇始之基。

1.2 癥乃成积 《素问经注节解》将《黄帝内经》全书之厥分为三类:下气逆而上、寒或热之极及昏迷不醒²⁷。这三类释义也是今人对《黄帝内经》之厥的主流认识。根据下文对三类癥积的描述,尤其是“寒气上入”“气上逆”,“厥”字当作“气逆”解。后世历代医家也多以“气逆”释厥。如《黄帝内经太素》注“寒厥邪气上行”²⁸。《灵枢悬解》以“气上逆”注厥²⁹。再者,从字体形义的角度出发,厥为欬之古字,说文解字云“欬,肺气也”,肺又为逆之古字,故今人认为“厥”指再三出现的气逆²⁹。综上,“厥乃成积”之“厥”当指气逆。

脏腑的生理机能与气血的运行密切相关。气是推动、调控脏腑生理机能的根本动力,血则为脏腑生理机能的正常发挥提供物质基础。只有气机调畅,血流无碍,各脏腑方能各司其职,积无由生。一旦气机上逆,血行紊乱,必致脏腑功能失调。波及心肺,心气不足,肺失宣降,宗气虚羸,血脉壅遏。波及肝脾,或肝失疏泄,脾失健运,气血虚滞;或肝脾藏统失司,血溢脉外,最终导致瘀血的形成。瘀血的存在反之又影响气血的正常输布,以致气血盘结,渐痼成癥。

1.3 寒邪-气厥-癥积的因果关系 《素问经注节解》认为“气之所以逆而为病者,由于寒热之所致……盛极而逆行也”²⁷。人体上为阳,下为阴。寒为阴邪,易袭阴位,阴寒盛而无制,上乘阳位,遂见气逆。气逆则血行乖悖,脏腑功能失调。这对感受寒邪后出现气血凝涩的局部病灶而言无疑雪上加霜,终致局部气血壅结化积,即《灵枢注证发微》所注:“此原积之始生者必由于寒,而其所成则由于气之逆也。”²⁸从五脏疾病传变及三焦气机升降的关系来看,寒邪袭下,氤氲下焦,渐耗肾阳,火不生土,脾土失温。“太阴之土,得阳始运”²⁹,今无阳无温,脾为寒困,运化无力,中焦气机斡旋失司,一则无法抑制下焦寒盛所致气机上逆之势,二则受其引动,以致中焦气逆²²,三则有碍周身气血运行之调畅。因此,癥积是感受寒邪后致气血滞涩、气机上逆,最终引起气血痼结沉伏而成的一种病理产物。

2 基于“得寒乃生,厥乃成积”理论的子宫内膜异位症病因机特点

2.1 感受寒邪是子宫内膜异位症发生的根本原因 子宫内膜异位症作为癥积之一,亦由寒而生。《黄帝内经》首次记载“肠覃何如……寒气客于肠外”,“石瘕何如……寒气客于子门”³⁰,指出女子癥积,病起于寒。后世巢元方有言:“妇人病积经久……所以然者,积聚起于冷气,结入子脏。”³¹《陈素庵妇科补解》云:“妇人未免恣性纵情,贪食生冷,不避风寒,以致寒气客于冲、任,经血得寒则滞,滞久则成块。”³²寒邪内乘,蛰伏下焦,暗耗阳气,气血失温,运行迟滞,经年累日,变生癥积。现代女性因调摄失宜,尤易为寒邪所伤,或保暖不当,外感风雨寒湿;或饮食失慎,恣食生冷,甚至在经期前后忽视防寒保暖及进食生冷,以致外寒内犯。或劳累过度,或房劳多产,或久病体虚,以致寒从中生。寒为阴邪,易伤阳气,本病非一日所成,久病亦伤阳气。因此,以阴阳辨证为纲,结合朱南孙对于本病邪实正虚的病机认识,董莉认为寒邪是本病发生的根本病因。寒邪或自外感,或因内伤,氤氲下焦,一则气血凝涩,阻于胞宫,日渐成癥;二则日久伤及肾中元阳,且经脉瘀血不去,新血不生,气机不畅,脏腑功能减退,元阳复伤,终致癥积内阻、肾阳亏虚的虚实夹杂之证。子宫内膜异位症自寒而生并非是一家之言。国医大师夏桂成基于“阳化气,阴成形”理论,认为子宫内膜异位症虽以瘀血内阻为核心病机,然瘀血之生,本在肾阳亏虚、阴寒内盛³³。郭志强秉持同样观点³⁴。赵瑞华所持观点与之相似,认为脾肾阳虚,阴寒内盛为子宫内膜子宫内膜异位症发病之本³⁵。大样本的临床观察也发现了子宫内膜子宫内膜异位症与“寒邪”“肾阳不足”息息相关。梅珊珊等³⁶通过聚类分析总结子宫内膜异位症患者的主要中医证型,发现“寒凝气滞血瘀”一证最为常见;对子宫内膜异位症患者的症状体征进行分析后,发现排名前10位的症状体征中,有4项(神疲肢倦、腰膝酸软、畏寒肢冷、少气懒言)与肾阳亏虚有关。

2.2 冲任气逆是子宫内膜异位症发展的中间环节 冲任二脉同起胞中,出于会阴,二者的循行路线与女子内外生殖器密不可分。冲为血海,任主胞胎,女子经带胎产的生理过程也与冲任二脉的机能息息相关。朱氏妇科尤为强调冲任二脉对于女性的重要性,认为胞宫气血,全赖冲任下注濡养,冲任当以经气调畅、血液充盛为贵,如此则胞宫气血藏泻有度,无虚滞之患,经带调匀,嗣育有望,杂病可却。一旦冲任气血失调,必变证蜂起:或月经失调,或带下异常;或妊娠恶阻,反复胎漏;或产后暴崩,乳汁不足;或难于受孕,内生癥瘕³⁷。《妇人良方校注》亦认为妇人诸疾,皆由冲任劳损而生³⁸。子宫内膜异位症因寒而起,寒聚胞宫,下焦阴寒之气经胞宫上犯冲任二脉,致冲任气逆。董莉认为,胞宫为寒所蔽,本已致气血滞涩而成生癥之基;复兼冲任气逆,阳气不行,气血乖违,上下无以相济,脏腑功能紊乱,则癥积断无消减之兆,正所谓“气钝血滞,日渐瘀滞,而延癥瘕……气血交乱,病必旋发”³⁹。因此,冲任气逆不降,促进了子宫内膜异位症的进一步发展。

2.3 瘀血内阻是子宫内膜异位症恒定的病理状态 癥积的

本质便是久积之瘀血，虽可兼气滞、痰凝、湿滞、毒蕴，然必不离于瘀血。子宫内膜异位症亦是如此。子宫内膜异位症的形成过程及临床表现都与瘀血有着密切关系。寒袭下焦，致气血凝涩、冲任气逆、肾阳不足。诸邪作乱，气血失调，脏腑失和，血停脉中，日益牢坚，一团败血，瘤结成癥，正如《景岳全书·妇人规》中“瘀血留滞作癥”^[30]之言。癥积盘踞胞宫，气血不通，脏腑失养，故痛证迭起；胞宫气血蓄溢失常，故月经失调；男女之精媾和见碍，故不易成孕；癥积渐长，故扪及结节包块。

从现代医学的角度来看，子宫内膜异位症的发病机制及病理特点与中医学“瘀血”的概念及致病特点相吻合。目前，经血逆行理论是学界广泛接受的子宫内膜异位症发病机制。该理论认为，月经期间，包含腺体、间质成纤维细胞、血管内皮细胞及多种免疫细胞在内的子宫内膜脱落逆流进入腹膜腔，逃离免疫监控后，异位种植生长，从而导致了子宫内膜异位症的发生^[31-32]。中医学认为，子宫内膜周期性的脱落和出血即为经血，经血适时满泄，自阴户而出，方为常道。若不循常道，现于他处（即子宫内膜异位种植），不得消散，是为离经之血，即为瘀血。子宫内膜异位症的病灶多以囊肿或蓝色、青紫色结节的形态出现，且常伴疼痛或压痛。这与瘀血致病的症状特点一脉相承。此外，子宫内膜异位症病灶在炎症因子、细胞因子及性激素的作用下具有周期性出血的特点^[33]。患者自身存在微循环障碍及高黏滞血症状态，常见血流缓慢、血色暗红的特点^[34]。这和瘀血内阻、血不循经、反复出血、阻滞气机、血行不利的瘀血致病特点相似。

因此，瘀血是本病最为突出的病理特点，瘀血内阻作为子宫内膜异位症的核心病机，贯穿了疾病发生发展的全过程。

3 基于“得寒乃生，厥乃成积”的子宫内膜异位症治疗思路

子宫内膜异位症或受于外寒，或生于阳虚。寒邪久稽经脉，气血凝涩不行；寒邪上犯冲任，冲任气逆不降；寒邪留恋下焦，肾阳日渐虚耗，最终形成了本虚标实的癥积之病。因此，子宫内膜异位症所伤有三：一在血分，瘀久成癥；二在气分，气滞气逆；三在肾元，元阳亏虚。董莉据此设定了本病的三则治法：一要化瘀消癥以治血；二要行气降气以治气；三要温补肾阳以治肾。临证当据邪正盛衰筹帷三法权衡，使其各得所宜，以求攻不伤正，补不留邪，标本兼治。

3.1 活血化瘀，消癥散结 本病具有“邪气重沓，牢瘤盘结”^[35]的特点，无活血药祛瘀消癥之力则不足以攻，即《黄帝内经》所谓“坚者削之，客者除之”^[35]。因此，董莉认为活血化瘀、消癥散结是子宫内膜异位症遣方用药时必须遵循的治法之一。临证中，董莉多以失笑散、血竭、乳香、没药、泽兰、益母草、三棱、莪术、赤芍、丹参入方。其中，常重用蒲黄、五灵脂，即失笑散。蒲黄功擅活血通经，化瘀止痛，为足少阴肾经血分药。《本草蒙筌》言其“消瘀血凝积，癥瘕崩带殊功”^[36]，且蒲黄因清香之气而“兼行气分”^[37]。五灵脂长于活血化瘀止痛，《本草图经》“治伤冷积聚及小儿、女子方”^[38]多用本药。两药皆具活血祛瘀止痛、消解癥积之能，且性皆平和，无寒热偏颇，故以二者重用相合，则活血消癥、化瘀止痛之力大增。网络药理学研究发现失笑散可以通过抑制血小板聚集、扩张动脉、增加动脉血

流量、抗炎抗氧化、抑制细胞迁移侵袭及血管新生等多途径控制子宫内膜异位症的发展^[39]。此外，朱氏妇科常用血竭化瘀祛瘀止痛之功治疗膜样痛经。子宫内膜异位症与膜样痛经皆有血瘀内阻之病机，证同则治同，故董莉亦常用其治疗子宫内膜异位症，用量上少少予之。《本草求真》称血竭“入肝经血分破瘀”，“性最急迫”^[40]。血竭小剂量入药，以此勇将锐卒，使为先锋，佐蒲黄、五灵脂攻邪巢穴，消瘀破积溃坚。临床研究发现，血竭可以通过降低前列腺素浓度、抗炎抗氧化、改善微循环、抑制血管新生、促进细胞凋亡等途径改善子宫内膜异位症的症状体征^[41-42]。然临床应用偶见皮肤过敏之象，停药后多可消失。余药辨证加减。若疼痛甚，酌加乳香、没药活血行气止痛。若病灶较大较多、坚积日久者，加泽兰、益母草活血利水，遵《金匱要略》“血不利则为水”的思想，利水以助化瘀；亦可加三棱、莪术破气破血破积。若瘀久血分生热，予赤芍、丹参化瘀通经，并泄血分之热。

3.2 调整气机，行气降气 董莉认为调气当以行气降气为要。血病必要行气，唐容川言“癥之为病，总是气与血繆戾而成，须破血行气，以推除之”^[43]；且女性每多忧思郁怒，一旦过度，情志内伤，则可与寒邪交合，共致气机上逆，促进癥积伏结。本病存在冲任气逆的病机，故亦需降气以安冲任。

3.2.1 肝经入治以行气 行气常用肝经药对，如柴胡伍延胡索、川楝子伍香附、乌药伍小茴香等。其中，柴胡、延胡索、川楝子、香附共奏疏肝解郁、行气止痛之力，助君药消癥破积。细究则略有不同，延胡索为气血通调之品，柴胡与延胡索合用，行气活血之功得增；香附擅舒肝郁，川楝子、香附合用，理气解郁之力更厚，可结合四诊以取舍。乌药、小茴香除行肝经气滞外，尚有温经散寒止痛之功，适合治疗肝经为寒邪所伤之痛经、少腹冷痛。若兼见脘腹胀满，不思饮食，则加青皮、陈皮，青皮入肝经破气消积，陈皮入脾经理气调中。若患者情绪郁结难解，加玫瑰花、绿萼梅，以花类怡情开郁。

3.2.2 正经入治以降气 降气者，降冲任也。柳宝诒言：“古无专属奇经之病，亦无专入奇经之药……然则用药治病，自当仍以正经为主。”^[44]董莉常用吴茱萸或麦冬，二药皆从正经入治，逆折冲任。吴茱萸，归肝、脾、胃、肾经，味辛苦，善下三阴经及阳明经逆气。《本草衍义》谓其“下气最速”^[45]。冲脉隶属于阳明，又与厥阴相通，与少阴并行。任脉则借中极、关元、中脘等多个交会穴与四经有连带关系。故用吴茱萸，以其降脾、胃、肝、肾经之力逆降冲任。此外，其性热，入中、下二焦以温阳散寒，旨在仿吴茱萸汤治疗胃、肝、肾经寒逆之证，用其温降之力祛寒降气，并补肾阳之虚。然其气味俱厚，若患者阳虚不甚，或兼阴津亏虚，或服之甚燥，则改用麦门冬。麦门冬禀降泄之力，《本草乘雅半偈》谓其“禀春和令，当入足阳明，为阳明之体用药”^[46]，故可降阳明之气。张锡纯认为“冲脉上隶阳明，故冲气与胃气原相贯通”，“治阳明即治冲也”^[47]。故降胃即是降冲。此药入方，一则降逆阳明，逆折冲任。二则滋肾水、补肾阴。张锡纯言：“少阴肾虚，其气化不能闭藏以收摄冲气”^[47]。麦冬合温补肾阳之品则肾中阴阳双补，阴阳相贯，则肾之气化无碍，以降摄冲气。三则滋水涵木，肝木得涵，则肝郁易舒。

3.3 补养肾阳,壮阳温阳 子宫内膜异位症得寒乃生,成已阳虚。考虑患者病程长短及体质强弱,董莉认为子宫内膜异位症患者肾阳亏虚之轻重程度可有不同,故设置了一烈一缓两组温补肾阳的药对。

3.3.1 性烈壮阳——仙茅、艾叶 仙茅,味辛性热,功擅温肾壮阳。朱氏妇科常用本药治疗肾阳亏虚之不孕。董莉将本药引入子宫内膜异位症的治疗中,用其纠正元阳不足之根,并有少火生气之意。元阳得温,微微生火,肾气得以兴,一身之气便得化源,一可促进气血流通,以御外寒;二可益火之源,以消阴翳,温煦周身;三可使消癥药攻不伤正。艾叶,味辛苦,性温。《本草汇言》言其为“暖血温经,行气开郁之药也”,可“开关窍,醒一切沉痼,伏匿内闭诸疾”^[48]。以其走窜开窍之力,合仙茅之辛热,则血脉更得温通;助君药活血,则癥积更得消磨。

3.3.2 性缓温阳——桂枝、鸡血藤 二药秉甘温之性,较仙茅、艾叶此辛热之伍更为平和。桂枝入药,其意有四:一者桂枝辛甘温,长于引导阳气入于经脉以达温经通脉散寒之功。《汤液本草》谓其“辛热散经寒,引导阳气”^[49]。二者,桂枝借辛散温通之性,可破妇人瘀血之证,即“桂辛散,能通子宫而破血”^[50]。三者,桂枝乃“下冲妙药”^[51],有平冲降逆之力,正合内异症冲任气逆之病机。四者,桂枝可入下焦温肾助阳,化生肾气,又可走上焦助君火之气,温通心阳,两功相合,则君相安位,君火昭于上,相火潜藏于下,一身皆得温煦,寒邪无由复起。鸡血藤功擅活血补血,亦可温养下焦。《本草纲目拾遗》言其有“暖腰膝”^[52]之功,合桂枝则温通经脉、甘温养血、温肾散寒三功更著。

以上药对,从温补肾阳之效而言,仙茅、艾叶为优;从温经通脉之力而论,桂枝、鸡血藤为佳,兼可养血。

4 验案举隅

患者,女,33岁,2023年5月10日初诊。主诉:痛经4年余,发现卵巢子宫内膜异位症囊肿3年余。现病史:患者2019年起渐发痛经,2020年于外院行妇科超声检查提示双侧卵巢子宫内膜异位囊肿(左卵巢内弱回声32 mm×26 mm×22 mm,右卵巢内弱回声25 mm×24 mm×19 mm)。2023年2月于外院复查妇科超声:卵巢子宫内膜异位囊肿(左卵巢内弱回声29 mm×27 mm×23 mm,右卵巢内弱回声24 mm×22 mm×17 mm,内见细密点状回声)。近2年来畏寒、腰酸明显,冬季尤甚。患者间断服用中药汤剂治疗子宫内膜异位症至今,疗效欠佳,遂来就诊。月经史:初潮14岁,经行规律,周期31 d左右,经期6 d,经量中等,经色略暗,少量血块,痛经明显,需服止痛药,常伴胃痛、泄泻。末次月经:2023年4月28日,痛经伴胃痛、泄泻、腰酸隐隐。婚育史:未婚未育,否认性生活史。刻下症:手足欠温,两侧少腹部时有胀痛,腰部酸软,纳可,夜寐欠安,不易入睡,大便欠实,舌淡暗,苔薄白,舌下络脉粗胀,色紫暗,脉沉细,重按欠实。西医诊断:卵巢子宫内膜异位症。中医诊断:癥积;辨证:癥阻气滞,冲任气逆,肾阳亏虚证。治法:化瘀消癥行气,降逆冲任,温补肾阳。方选自拟温肾定痛汤加减,处方:蒲黄30 g,五灵脂20 g,柴胡12 g,延胡索12 g,川楝子12 g,制香附12 g,陈皮6 g,青皮6 g,吴茱萸6 g,仙茅15 g,艾叶6 g,三棱12 g,莪

术12 g,血竭颗粒3 g(冲服),茯神15 g,夜交藤20 g。14剂,水煎服,1剂/d,2次/d,早晚饭后温服。

2诊:2023年5月24日。患者服上方后,诉睡眠好转,两侧少腹部仍偶见胀痛,舌脉同前。考虑患者经期将近,证未变,大法宗前,酌予暖肝散寒之品。处方:上方加小茴香12 g,乌药12 g。14剂,煎服法如前。

3诊:2023年6月10日。患者服上方后,少腹部胀痛渐止,畏寒好转。末次月经:2023年5月29日,6月3日净,经量中等,经色稍转红,血块较前减少,痛经较前稍好转,仍需服止痛药,经行便溏,胃痛、腰酸稍缓。刻下:纳可,大便欠实,舌淡暗,苔薄白,舌下络脉转细,脉沉细,重按稍欠。患者畏寒减轻,痛仍难缓,守法同前,然活血及温阳之力略增。处方:上方加赤芍15 g,丹参15 g,益母草15 g,肉桂6 g,补骨脂15 g。14剂,煎服法如前。

4诊:2023年6月24日。患者服上方后未见不适。刻下:纳眠可,二便调,舌色较前有红活之态,苔象同前,脉沉弦有力。已见佳象,经行将近,大法宗前,略备活血柔肝止痛之品。处方:上方加乳香3 g,没药3 g,白芍12 g。14剂,煎服法如前。

5诊:2023年7月12日。患者末次月经为2023年6月30日,7月5日净。经量中等,经色转红,痛经较前好转,可忍受,未见血块,经行便溏较前好转,胃痛未见,腰酸隐隐,偶觉脘腹痞闷。刻下:纳眠可,二便调,舌淡红稍暗,苔仍薄白,舌下络脉紫色渐浅,脉沉有力。攻伐邪气日久,已见疗效,适逢月经初净,进补脾肾,斡旋升降,活血势减,养正除积。方选自拟补肾活血方加减,处方:党参15 g,当归15 g,丹参15 g,黄芪15 g,白术12 g,葛根9 g,菟丝子12 g,吴茱萸6 g,仙茅15 g,艾叶6 g,三棱15 g,莪术15 g,川楝子12 g,制香附12 g,青皮6 g,陈皮6 g。14剂,煎服法如前。

6诊:2023年7月26日。患者服上方后未见不适。刻下:纳眠可,二便调,舌淡红稍暗,苔薄白,舌下络脉淡紫一线,脉沉缓有力。瘀血顽结,正气不虚,可耐攻伐,遂一鼓作气,遵初诊之法,以活血消癥为主力,臣佐调气温阳之品,顺来经之势引败血下行。方选自拟温肾定痛汤加减,处方:蒲黄20 g,五灵脂12 g,柴胡12 g,延胡索12 g,川楝子12 g,制香附12 g,青皮6 g,陈皮6 g,吴茱萸6 g,仙茅15 g,艾叶6 g,三棱15 g,莪术15 g,血竭颗粒3 g(冲服)。14剂,煎服法如前。

后随访患者,痛经及经行不适较用药前均有明显缓解,无需服用止痛药,复查妇科超声提示附件囊肿较前缩小(左卵巢内弱回声18 mm×18 mm×15 mm,右侧卵巢未见异常)。

按语:本案患者的症情具有四大特点:一为患者痛经明显,超声见卵巢内异症囊肿病灶,以上皆属于子宫内膜异位症典型的症状体征;二为病程日久,但囊肿体积未增,且患者正值盛年,形体不虚,脉虽重按欠实,然非无根柢,可见虽有癥积伏结于内,然正非虚羸,尚可与邪气相持;三为患者长期畏寒腰酸,舌淡暗,脉沉细,经行泄泻,一派肾阳亏虚之症;四为患者经行胃痛,此症与冲任气逆、上犯阳明有关。

患者癥结在内,正气不虚,故可大力活血消癥,重用蒲黄、五灵脂为君药,并佐血竭,加用三棱及莪术佐助破结,以

冀药治其内,正气有应,合力攻邪。臣药调气温阳并行:柴胡、延胡索、川楝子、制香附并用,以疏肝解郁,行气止痛;陈皮理气健脾,青皮疏肝破气,以调和肝脾。患者两侧少腹时发胀痛,少腹属肝,以上诸药并可治之。肾阳亏虚,阳虚阴寒内盛,冲任气逆,逢经期胞宫气血溢泄动荡,气逆无制,遂上犯阳明,致胃脘疼痛,故予吴茱萸,亦为臣药,折降冲任,合诸活血药又为冲任开下行之路,如此引之导之,以安冲任。患者元阳不足,火不生土,亦致中焦虚损,难制冲任之逆,亦无力运化水谷,故平素大便欠实,经行泄泻。佐以仙茅、艾叶温肾壮阳、温通经脉、益火补土,吴茱萸亦有温补脾肾之功。患者不易入睡,故佐予茯神宁心安神,合陈皮健脾,首乌藤养血安神,并有通经止痛之功。2诊时因温肾疏肝之法未缓少腹胀痛,考虑肝经亦为寒邪所犯致肝寒气滞,故加用小茴香及乌药入肝经散寒理气止痛。3诊时患者服药已1个月,未见不适,本次月经见痛经稍有缓解,舌脉略见起色,沉邪松动,故在原法基础上再予活血及温阳之品:加赤芍、牡丹皮、益母草以活血化瘀,三药偏苦寒。《临证指南医案》言“医药消导寒凉,不能中病,反伤胃口,致冲脉上冲”^[21]。患者畏寒始缓,恐苦寒之品复伤初生阳气,引冲脉气逆,故仍守吴萸,并加肉桂、补骨脂并诸温阳药固护脾肾之阳。4诊患者未见不适,月经将近,加用乳香、没药及白芍,意在预防痛经。5诊时患者痛经、经行诸症皆有起色,正气渐复,舌脉仍见邪气留恋。攻伐近两月,逢经净血海空虚,稍事休息,以党参、黄芪、丹参、当归、菟丝子等补益脾肾,益气行气,养血活血,并以吴茱萸、葛根斡旋中焦气机,一升一降,配合仙茅、艾叶温阳散寒,引冲任下行;配合党参、黄芪、白术、陈皮调补脾胃。另守三棱、莪术、川楝子、制香附等以行气破气,化瘀消积。全方攻补各半,养正除积。6诊时患者一般情况可,未见畏寒,舌脉阳虚瘀血之象较前略有改善,适逢经前,回归原法,顺应血海将泄之势以活血消瘀,佐以行气温阳,以散余邪。唯因正气见复,邪气亦非深重,减少蒲黄及五灵脂用量。

本例患者因正气不虚,故初始以攻为主,中期在经净后攻补兼施,扶助正气,养精蓄锐,待经前再予活血行气之品相合祛散余邪,畅达经脉。本例患者的治疗中,化瘀消瘀、行气降气、温补肾阳三法鼎立,并视病程、疗程及邪正进退之势调整三法比例,灵活调变之中始终以标本兼治、攻补兼施为原则,终见沉疴向愈。

5 结语

子宫内膜异位症是一种全身性、慢性衰弱性疾病,难以治愈,需长期管理。中医药治疗该病具有独特优势。董莉从瘤积的概念出发,立足“得寒乃生,厥乃成积”的理论以认识子宫内膜异位症的病因病机,建立了感受寒邪、冲任气逆与子宫内膜异位症的因果关系。在此基础上,取化瘀消瘀、行气降气、温补肾阳三法合治子宫内膜异位症,实有收效,亦为临床辨治子宫内膜异位症提供了借鉴。

参考文献

[1] GIUDICE L C. Endometriosis[J].N Engl J Med, 2010, 362(25):2389-2398.

- [2] TAYLOR H S, KOTLYAR A M, FLORES V A. Endometriosis is a chronic systemic disease: Clinical challenges and novel innovations[J].Lancet, 2021, 397(10276): 839-852.
- [3] 中国医师协会妇产科医师分会,中华医学会妇产科学分会子宫内膜异位症协作组.子宫内膜异位症诊治指南(第三版)[J].中华妇产科杂志,2021, 56(12):812-824.
- [4] 赵瑞华.中医药治疗子宫内膜异位症的研究述评[J].北京中医药大学学报,2023, 46(9):1185-1194.
- [5] 吴中恺,曹阳,许传荃,等.朱南孙治疗子宫内膜异位症痛经经验[J].中医文献杂志,2018, 36(3):47-48.
- [6] 郭霭春.黄帝内经灵枢校注语译[M].天津:天津科学技术出版社,1989.
- [7] 杨上善.黄帝内经太素[M].北京:人民卫生出版社,1965.
- [8] 巢元方.诸病源候论[M].黄作阵,点校.沈阳:辽宁科学技术出版社,1997.
- [9] 张介宾.景岳全书:上册[M].李继明,整理.北京:人民卫生出版社,2007.
- [10] 吴谦.医宗金鉴:杂病心法要诀[M].北京:人民卫生出版社,1963.
- [11] 赵令竹,鞠宝兆.寒邪与肿瘤关系探要[J].中国医药导报,2015, 12(25):104-106.
- [12] 朱鹏程,罗毅.基于“阳化气,阴成形”及伏阳学说的肿瘤病机刍议[J].南京中医药大学学报,2022, 38(3):187-192.
- [13] 沈影,韩凤娟,王秀霞.“温煦肾阳,搜剔胞络瘀滞”理论提出、应用及发展的思考[J].中华中医药杂志,2020, 35(3): 1336-1339.
- [14] 任聪,刘大胜,王凤,等.中医药治疗子宫肌瘤的研究进展及述评[J].中国中医基础医学杂志,2019, 25(1):135-138.
- [15] 许博文,张潇潇,李杰,等.诠释肿瘤“虚—寒—毒—闭—衰”五期演变中“寒”的因机证治[J].环球中医药,2023, 16(7):1407-1411.
- [16] 郭红玉,任青玲,胡荣魁,等.国医大师夏桂成运用“阳化气、阴成形”理论防治子宫内膜息肉经验[J].南京中医药大学学报,2021, 37(4):574-576.
- [17] 姚止庵.素问经注节解[M].北京:人民卫生出版社,1963.
- [18] 黄元御.黄元御医集2灵枢悬解 难经悬解[M].麻瑞亭,点校.北京:人民卫生出版社,2015.
- [19] 梁秋语,熊益亮,张其成.出土文献“厥”字形义及医学内涵考[J].中医杂志,2018, 59(23):2064-2067.
- [20] 马莳.黄帝内经灵枢注证发微[M].田代华,主校.刘更生,郭瑞华,点校.北京:人民卫生出版社,1994.
- [21] 叶天士.临证指南医案[M].北京:中国中医药出版社,2008.
- [22] 罗安明.从《河图》五行变化理论探讨肿瘤的基本病机[J].中医学报,2022, 37(1):41-45.
- [23] 陈素庵妇科补解[M].陈素庵,著.陈文昭,补解.上海:上海科学技术文献组,整理.上海:上海科学技术出版社,1983.
- [24] 张玉涵,夏桂成,谈勇.从“阳”论治子宫内膜异位症[J].南

- 京中医药大学学报,2022,38(4):298-302.
- [25] 张家蔚,薛晓鸥,李军,等.郭志强教授基于“阳化气,阴成形”理论治疗子宫内膜异位症经验[J].现代中西医结合杂志,2023,32(13):1815-1819.
- [26] 鲍美如,张永嘉,孙文杰,等.基于“阳化气,阴成形”理论辨治子宫内膜异位性疾病痛经经验[J].吉林中医药,2022,42(6):664-667.
- [27] 梅珊珊,俞超芹,丁杰,等.1918例子宫内膜异位症患者中医证候学特征分析的多中心研究[J].中医杂志,2022,63(2):149-156.
- [28] 朱小南.朱小南妇科经验选[M].朱南孙,朱荣达,整理.北京:人民卫生出版社,1981.
- [29] 徐春娟,何晓晖,陈荣.中医妇科学奠基者陈自明学术思想的现代研究[J].江西中医药学院学报,2012,24(6):7-10.
- [30] 张景岳.妇人规[M].罗元恺,点注.广州:广东科技出版社,1984.
- [31] CHAPRON C, MARCELLIN L, BORGHESE B, et al. Rethinking mechanisms, diagnosis and management of endometriosis[J]. Nat Rev Endocrinol, 2019, 15(11):666-682.[PubMed]
- [32] SAUNDERS P T K, HORNE A W. Endometriosis: Etiology, pathobiology, and therapeutic prospects[J]. Cell, 2021, 184(11):2807-2824.
- [33] GUO S W. Fibrogenesis resulting from cyclic bleeding: The Holy Grail of the natural history of ectopic endometrium[J]. Hum Reprod, 2018, 33(3):353-356.
- [34] 连方,王希波,张建伟,等.中医治疗子宫内膜异位症的思路与方法[J].中医杂志,2002,43(7):545-546.
- [35] 郭霭春.黄帝内经素问校注语译[M].贵州:贵州教育出版社,1981.
- [36] 陈嘉漠.本草蒙筌[M].张印生,韩学杰,赵慧玲,主校.北京:中医古籍出版社,2009.
- [37] 张山雷.本草正义[M].程东旗,点校.福州:福建科学技术出版社,2006.
- [38] 苏颂.本草图经[M].尚志钧,辑校.合肥:安徽科学技术出版社,1994.
- [39] 伍娟娟,何嘉,邓海婷,等.基于网络药理学探讨失笑散治疗子宫内膜异位症痛经的作用机制研究[J].世界科学技术-中医药现代化,2019,21(11):2386-2395.
- [40] 黄宫绣.本草求真[M].北京:人民卫生出版社,1987.
- [41] 陈素,吴水才,曾毅,等.龙血竭总黄酮抗炎镇痛作用及其镇痛机制探讨[J].时珍国医国药,2013,24(5):1030-1032.
- [42] 张丽,王绪平,黄孝闻,等.血竭及龙血竭化学成分、药理作用研究进展[J].中国现代应用药学,2019,36(20):2605-2611.
- [43] 唐宗海.血证论[M].魏武英,李佺,整理.北京:人民卫生出版社,2005.
- [44] 柳宝诒.评校柳选四家医案[M].洪嘉禾,潘华信,评校.上海:上海中医药学院出版社,1993.
- [45] 寇宗奭.本草衍义[M].颜正华,点校.北京:人民卫生出版社,1990.
- [46] 卢之颐.本草乘雅半偈[M].刘更生,校注.北京:中国中医药出版社,2016.
- [47] 张锡纯.医学衷中参西录:方剂篇[M].吴施国,熊洪艳,杨胜林,校注.郑州:河南科学技术出版社,2017.
- [48] 倪朱漠.本草汇言[M].郑金生,甄雪燕,杨梅香,校点.北京:中医古籍出版社,2005.
- [49] 王好古.汤液本草[M].陆拯,郭教礼,薛今俊,校点.北京:中医中医药出版社,2013.
- [50] 赵学敏.本草纲目拾遗[M].闫冰,校注.北京:中国中医药出版社,1998.
- [51] 周严.本草思辨录4卷[M].北京:人民卫生出版社,1960.
- [52] 赵学敏.本草纲目拾遗[M].闫冰,校注.北京:中国中医药出版社,1998.

(收稿日期:2024-01-26 编辑:罗英姣)

- (上接第184页)医药临床杂志,2023,35(9):1664-1668.
- [30] 曹晖,陈亚进,顾小萍,等.中国加速康复外科临床实践指南(2021版)[J].中国实用外科杂志,2021,41(9):961-992.
- [31] 连建伦,吴秀敏,孙雪,等.调督解郁法针刺治疗肿瘤相关性抑郁:随机对照研究[J].中国针灸,2021,41(4):381-385.
- [32] 邓小月,徐天舒.针刺治疗60例肿瘤伴发焦虑抑郁患者的临床研究[J].浙江中医药大学学报,2018,42(9):748-751,768.
- [33] 陈小鹏.中医心理三步走法在疾病管理中的应用[J].中医药管理杂志,2023,31(19):248-250.
- [34] 盛仙,朱春兰.中医特色健康管理在肿瘤科病房中的应

- 用[J].中医药管理杂志,2022,30(7):192-193.
- [35] 仇奕文,朱莹杰.健脾法改善结直肠癌患者免疫功能的研究进展[J].中医药导报,2022,28(5):120-124.
- [36] 汤晓霞,邓皖利,张勇,等.逍遥散通过调节肿瘤免疫微环境抑制肺转移前微环境形成[J].天津医药,2023,51(3):263-268.
- [37] 吴霖光缙,王婷,宋和平,等.四君子汤加减联合化疗对脾虚型晚期胃癌患者预后影响的双向队列研究[J].中医杂志,2022,63(4):341-348.
- [38] 陈彬,王婷,王杰,等.肠胃清颗粒联合阿帕替尼对晚期胃癌患者的临床疗效[J].中成药,2022,44(5):1471-1475.

(收稿日期:2024-04-30 编辑:刘国华)