中医妇科理论与实践

主编 夏桂成

人民卫生出版社

策划编辑　匡罗均　责任编辑　张虹　封面设计　陈朊　版式设计　马煜

ISBN 7-117-05451-4

9 787117 054515 >

定　价：54.00 元

中医妇科

理论与实践

主　编　夏桂成
副主编　赵可宁　谈　勇
编　委　夏桂成　赵可宁　谈　勇
　　王应兰　施艳秋　田炳照

人民卫生出版社

0185676

0185676

图书在版编目（CIP）数据

中医妇科理论与实践/夏桂成主编.—北京：
人民卫生出版社，2003.4
ISBN 7-117-05451-4

Ⅰ.中… Ⅱ.夏… Ⅲ.中医妇科学 Ⅳ.R271.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字（2003）第 022914 号

中医妇科理论与实践

主　　编：夏桂成
出版发行：人民卫生出版社（中继线 67616688）
地　　址：（100078）北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼
网　　址：http://www.pmph.com
E-mail：pmph@pmph.com
印　　刷：北京市卫顺印刷厂（胜　利）
经　　销：新华书店
开　　本：787×1092　1/16　　**印张**：39.25
字　　数：882 千字
版　　次：2003 年 5 月第 1 版　2003 年 5 月第 1 版第 1 次印刷
标准书号：ISBN 7-117-05451-4/R·5452
定　　价：54.00 元

著作权所有，请勿擅自用本书制作各类出版物，违者必究
（凡属质量问题请与本社发行部联系退换）

内容提要

本书由老一辈全国著名中医妇科专家、江苏省中医院夏桂成先生主编，全面反映出夏老在中医妇科理论方面的深入探索和宝贵研究成果，以及夏老和该院妇科在这一新的理论研究成果指导下，于中医妇科临床上积累的新经验、新体会。

上篇中，首次将月经周期分为五期，进一步完善了月经周期分期方法，为科学地顺畅地阐明这五个连续的月经生理期的生理、病理及其诊治特点，提供了可能；揭示了月经周期中的奇偶数律尤其是“3、5、7”奇数律，及其在妇科生理、病理、治疗、疗效评定等方面的广泛应用，由此将带来中医辨证治疗许多妇科病证的精准化，有利于提高疗效；介绍了夏老在辨证、辨病和病证合辨方面的体会；还从五行学说和运气学说中，进一步探求了妇科理论与临床诊疗中的深层次问题与规律。

下篇为妇科病证治疗每病均从［病因病理］、［诊断与鉴别诊断］、［辨证论治］、［临床体会］四个方面展开。［辨证论治］对主证型、次证型、兼证型分而介绍，重点突出。尤其是［临床体会］一项，为夏老亲自撰写，客观反映了他对每一种病证的诊断辨证经验、治疗思路、组方用药经验和心得体会等，尤为宝贵。他采用西医检查手段，赋予了月经病（包括崩漏）病因病机认识不少新的内涵，将为寻求治法和疗效的突破找到突破口。

附篇中介绍了夏老临床常用验方和临床病案分析。这27个验方的［按语］和［加减］，有助于读者提高对该方的认识水平和运用水平。临床病案分析中的医案，全部为夏老亲自治疗的，在辨证、治法、治疗步骤等方面有特点的，能够充分反映名老中医临证思维水平的验案。

本书理论建树极高，其理论对临床的指导性非常强，她对你的裨益将是巨大的、深远的。

中医妇科学的发展，一方面固然要在继承传统的基础上，不断创新，在理论上要有一定的深度，并有所突破，形成专科的系统的理论特色；另一方面要汲取现代妇产科学的新知识、新方法，推动中医妇科学的前进。在实践上，要不断总结经验，摸索出经、带、胎、产各个病证的诊治规律，特别是各个病证发展的纵向规律。余从事中医妇产科医、教、研工作近 50 年，有志于此久矣，常欲完成一本理论、实践均较为深刻的妇产科著作。今得人民卫生出版社所提供的机遇，特撰写《中医妇科理论与实践》一书，能够全面反映余之理论探索与临床实践。

本书分列上篇、下篇、附篇。上篇计 10 章，是全书的理论中心，也是我们多年来所倡导的“月经周期与调周法”，是迄今为止对余在中医妇科理论探索（包括临证印证、不断完善）方面最为全面的反映。我们认为：在肾（包括天癸）-心（包括脑）-子宫（包括冲任）生殖轴的有力调控下，阴阳消长转化所形成的月经周期节律、生殖节律与天、地、人之间的阴阳消长转化规律有关，具有共同性。但每个女性，由于遗传、生活、地区、气候、肤色、人种之不同，通过微观的内在观察，可以了解到其各不相同的规律变化，具有特殊性，共性与特性、宏观与微观、整体与局部、外部与内部等，组成了月经周期中的复杂变化，我们通过长期的深入观察，不得不将月经周期由四期即行经期、经后期、经间排卵期、经前期，再划分为五期，即在前四期中，再划出一个经前后半期，亦即古人所称的经前期。从生理、病理、诊治三个方面，对这几期加以较为全面的论述。同时又增加以“7、5、3”为主的奇偶数律临床运用的一章，以便阐明女性生理病理的特殊性规律。同时根据宏观推导的需要，又设立了五行学说章和运气学说章，为预测疾病和防治未病服务。

下篇计 9 章，按传统的经、带、胎、产、杂病顺序进行论述。考虑到妇专科发展的需要和以往妇女杂病的概念模糊，故将妇科杂病分化为不孕症、盆腔生殖器官炎症、女性生殖器官肿瘤、外阴与阴道疾病、乳房疾病等。对各病证均从病因病理、诊断与

R249.07/21

鉴别诊断、辨证论治、临床体会等几方面进行阐述。其中，病因病理、辨证论治两项，力求符合临床实际，突出主证型的论述和辨治，尽可能反映出主证型发展的纵向辨治规律。临床体会一项是各论中的着重点，主要介绍我们的认识、理论特点、辨证论治的经验、临床常用验方、药化药理分析、实验研究、现代医学的有关论述、中西医药结合的治疗方法和药物，以及前人和当代学者的名论和辨治的新方法、新途径等。在病证选择方面，也以临床需要为前提，不仅需要常见的传统的病证，而且亦需要新的病证，如带下过少、母儿血型不合、妊娠身痒、卵巢过度刺激综合征等。总之，做到理论联系实际，实践促进理论的提高，力求反映出我们的特点和优势。

附篇有 2 章。一章是介绍近几年来我们摸索出来的临床常用验方 27 首，来之于 3 个方面。其一，古方新用，以古人之方，治今人之病，必须进行加减，加减后的方药，已非原貌，故为我们的临床验方；其二，对新出现的病证拟定的新方，以适应对新病证的治疗需求，且久用有效者；其三，对原有验方的再加减，可以进一步提高临床疗效。另一章是临床病案分析，不仅要求所选医案资料必须完整、客观，而且要反映出病情的演变过程和治疗的系统性，同时还要求对读者具有启迪性和思考性，故对每一个精选过的医案，均从病历摘要、诊治经过、病案分析、按语等方面介绍。

夏桂成写于金陵

2003 年 3 月仲春

上　篇

第一章　月经产生及其调节系统概论 …… 2

第一节　月经的命名 …… 3

第二节　月经的产生 …… 3

第三节　月经的调节 …… 5

一、心、肾、子宫轴的主调作用 …… 5

（一）子宫的调节作用 …… 5

（二）心肾交合的调节 …… 6

（三）心、肾、子宫轴的纵横反馈式的调节作用 …… 8

二、冲任督带循环圈为主的奇经八脉的调节作用 …… 9

三、肝脾气血升降的调节 …… 10

第二章　行经期的生理、病理、诊治特点 …… 12

第一节　行经期的生理特点 …… 12

一、排泄月经 …… 12

二、重阳必阴 …… 15

（一）关于重阳的认识 …… 15

（二）关于重阳必阴转化的认识 …… 16

（三）关于重阳水平上的差别性 …… 17

三、月圆运动生物钟节律 …… 18

（一）月圆运动生物钟的普遍性 …… 18

（二）月经周期与月圆运动生物钟的关系 …… 18

（三）月圆运动与“7、5、3”特殊性内源节律的关系 …… 19

第二节 行经期的病理特点 …… 20
一、排经失常 …… 21
(一) 排经不畅 …… 21
(二) 排经过甚 …… 23
(三) 排经不足 …… 23
二、转化失常 …… 23
(一) 转化欠利 …… 24
(二) 转化太过 …… 25
(三) 转化不协调 …… 25
三、月圆运动生物钟节律失常 …… 26
(一) 月经周期中阴阳消长运动的失常 …… 26
(二) 行经期转化运动不协调与“7、5、3”奇数的关系 …… 28
(三) 天、地、人三者间大整体影响致病 …… 29
第三节 行经期的诊治特点 …… 30
一、行经期的主要调治法 …… 30
(一) 引血下行，排经顺畅 …… 31
(二) 利湿排浊，除旧涤污 …… 31
(三) 补肾助阳，温经调血 …… 32
(四) 疏肝理气，气行血行 …… 32
(五) 宁心安神，气降血调 …… 32
(六) 必须按初、中、末三时的特点选用方药 …… 33
二、行经期的几种有关治法 …… 33
(一) 温经止痛法 …… 33
(二) 调经止血法 …… 34
(三) 消癥通络法 …… 34
(四) 清肝调经法 …… 35
(五) 健脾调经法 …… 35
(六) 化利调经法 …… 36
第三章 经后期的生理、病理、诊治特点 …… 37
第一节 经后期的生理特点 …… 37
一、血、阴（水）、精的生理变化 …… 38
(一) 血、阴（水）、精的概念 …… 38
(二) 三者间的依存性 …… 39
(三) 三者间的特点 …… 40
二、阴长的形式与规律 …… 40
(一) 7 数律 …… 41
(二) 5 数律 …… 42
(三) 3 数律 …… 43
三、阳消的形式和规律 …… 44

（一）阳消的内含实质 …… 44
（二）阳消的形式 …… 45
（三）阳消的规律 …… 45
第二节 经后期的病理特点 …… 47
一、血、阴、精的病理变化 …… 47
（一）血分病变 …… 47
（二）阴分病变 …… 48
（三）精的病变 …… 49
二、经后期阴长特点及形式的失常 …… 49
（一）阴长运动特点的失常 …… 50
（二）“7、5、3”奇数律运动的失常 …… 51
（三）微观阴长运动的失常 …… 52
三、阳消失常的病变 …… 52
（一）阳虚及阴 …… 53
（二）阳虚气弱，以致阳消不利者 …… 53
（三）阴虚火旺中的阳虚 …… 53
第三节 经后期的诊治特点 …… 54
一、分段论治，复阴（水）精调 …… 54
（一）经后初期，滋阴养水 …… 55
（二）经后中期，即第二阶段，滋阴养水，必佐助阳 …… 55
（三）经后末期，即第三阶段，滋阴助阳，阴阳并调 …… 56
（四）几点注意 …… 57
二、分析阴长的特点性质，深层次论治 …… 58
（一）阴长运动中动静失常的调治 …… 58
（二）“7、5、3”奇数律失常的调治 …… 60
（三）微观辨病为主的调治 …… 60
三、推导五行生克，论治未病 …… 61
（一）水能克火，先治其火，或水火同治 …… 62
（二）以土制水，先治其土，或水土合治 …… 63
（三）水能生木，精血同源，先治其木，或水木同治 …… 63
（四）以金生水，先治其金，或金水同治 …… 64
四、从阳虚论治，扶阳复阴 …… 65
（一）阴中扶阳，重在助阳 …… 65
（二）气中补阳，健脾化阴 …… 66
（三）清热护阴，不忘助阳 …… 66

第四章 经间排卵期的生理、病理、诊治特点 …… 68
第一节 经间排卵期的生理特点 …… 68
一、排出精卵 …… 69
（一）细缊状较强 …… 70

（二）细缊状一般 …… 70
（三）细缊状不明显 …… 70
（四）偶尔呈现两次，或者时间稍长的细缊状 …… 70
二、重阴必阳 …… 71
（一）关于重阴的认识 …… 72
（二）重阴水平的差别性 …… 73
（三）对于重阴必阳的认识 …… 74
三、月圆运动生物钟节律 …… 75
（一）7数律 …… 75
（二）5数律 …… 76
（三）3数律 …… 77
第二节 经间排卵期的病理特点 …… 78
一、排卵失常 …… 79
（一）排卵障碍 …… 79
（二）排卵欠利 …… 80
（三）排卵不协调 …… 81
二、重阴必阳的失常 …… 82
（一）重阴病变 …… 82
（二）必阳转化病变 …… 85
三、月圆运动生物钟节律失常 …… 85
（一）节律运动的形式失常 …… 85
（二）时数律的失常 …… 87
第三节 经间排卵期的诊治特点 …… 88
一、促排卵的主要方法 …… 88
（一）排卵汤 …… 89
（二）复方当归注射液 …… 89
（三）补肾促排卵汤 …… 90
（四）几点注意 …… 90
二、其他促排卵方法 …… 91
（一）宁心益肾，活血通络法 …… 92
（二）健脾补肾，理气活血法 …… 93
（三）温阳活血，扶正通络法 …… 94
（四）燥湿化痰，活血化瘀法 …… 94
（五）清热利湿，活血化瘀法 …… 95

第五章 经前期的生理、病理、诊治特点 …… 96
第一节 经前期的生理特点 …… 96
一、血、气、阳的生理变化 …… 97
（一）血、气、阳的概念 …… 97
（二）血、气、阳三者间的依存性 …… 98

（三）血、气、阳的特点 …… 98
二、阳长的形式与规律 …… 99
（一）阳的性质及其内含 …… 99
（二）阳的作用及其临床意义 …… 100
（三）阳长的形式与规律 …… 100
三、阴消的形式与规律 …… 103
（一）阴消的内含 …… 104
（二）阴消的形式 …… 104
（三）阴消的规律 …… 105
第二节 经前期的病理特点 …… 106
一、血、气、阳的病理变化 …… 106
（一）血的病变 …… 107
（二）气的病变 …… 108
（三）阳的病变 …… 108
二、阳长运动失常的病变 …… 109
（一）阳长运动的特点失常 …… 109
（二）阳长运动的形式失常 …… 111
（三）阳长运动的规律失常 …… 116
三、阴消失常的病变 …… 117
（一）互根生化之不足，阴少助阳 …… 117
（二）消长对抗之失常，阴致阳乱 …… 118
（三）阴盛阳衰，浊阴用事 …… 118
第三节 经前期的诊治特点 …… 119
一、补肾助阳，养血理气 …… 119
（一）阴中求阳 …… 120
（二）气中补阳 …… 120
（三）血中补阳 …… 121
（四）几点注意事项 …… 122
二、分析阳长的特点和性质，深层论治 …… 122
（一）阳长运动中动静失常的调治 …… 122
（二）阳长运动中偶数律失常的调治 …… 124
（三）根据微观检查结果对阳的属性进行调治 …… 124
三、推导五行生克，论治未病 …… 125
（一）肾阳不足，可以从心火论治或心肾论治 …… 125
（二）肾阳不足，可以从脾土论治或脾肾论治 …… 126
（三）肾阴阳不足，可先从肝木论治，也可肝肾合治 …… 126
（四）肾阴阳不足可先从肺金论治，或肺肾合治 …… 127
四、从阴虚论治，滋阴助阳 …… 127
（一）从阴虚论治，扶阴以复阳 …… 127
（二）阴阳并治，侧重滋阴以复阳 …… 128
（三）清火抑阳，滋阴以复阳 …… 129

第六章 经前后半期的生理病理诊治特点 …… 131
第一节 经前后半期的生理特点 …… 132
一、重阳维持期的特点 …… 133
二、心肝气火亦呈现稍旺的特征 …… 133
第二节 经前后半期的病理特点 …… 134
一、重阳不足 …… 134
二、重阳有余 …… 135
三、重阳有余与重阳不足交替，出现不协调的病变 …… 135
第三节 经前后半期的诊治特点 …… 136
一、疏肝理气 …… 136
二、理气化瘀 …… 137
三、助阳疏肝 …… 137

第七章 奇偶数律 …… 139
第一节 奇偶数律总述 …… 140
一、奇偶数律在妇科学中的应用 …… 140
（一）月经周期演变与阴阳奇偶数律的关系 …… 140
（二）奇数律在经后阴长中之探析 …… 141
（三）奇数律在胎产中应用 …… 143
（四）偶数律在经前期阳长中之探析 …… 143
二、奇偶数律在月经生理病理中的应用 …… 143
（一）奇偶数律与月经的关系 …… 144
（二）阴中有阴，奇数中有奇数 …… 144
（三）阳中有阳，偶数中有偶数 …… 145
（四）阴下阳上，下奇上偶；或偶中寓奇，奇中寓偶 …… 146
（五）阳下阴上，下偶上奇；或奇中寓偶，偶中寓奇 …… 146
（六）左阴右阳，左奇右偶，奇偶互寓 …… 146
（七）左阳右阴，左偶右奇，奇偶互寓 …… 146
（八）运用奇偶数律，防治未病 …… 146
三、奇偶数律与脏腑经络的关系 …… 147
（一）奇偶数律与脏腑经络的关系 …… 147
（二）对少数反常数律的认识 …… 148
第二节 奇数律分述 …… 149
一、7数律在临床上的应用 …… 149
（一）理论依据 …… 149
（二）临床应用 …… 150
（三）体会 …… 151
二、5数律在临床上的应用 …… 152

（一）理论依据…… 152
（二）临床应用…… 152
（三）体会 …… 153
三、3 数律在临床上的应用 …… 154
（一）理论依据…… 154
（二）临床应用…… 155
（三）体会 …… 156

第八章 妇科辨证与诊断概述…… 157
第一节 妇科的辨证…… 158
一、一般辨证…… 158
（一）月经辨证…… 158
（二）带下辨证 …… 160
二、矛盾分析…… 162
（一）妇科特征之间的矛盾分析…… 162
（二）妇科特征与全身症状之间的矛盾分析…… 163
（三）妇科特征之间与全身症状之间均有矛盾之分析 …… 165
第二节 妇科的微观辨证…… 165
一、女性内分泌激素的检查…… 166
二、血查微量元素…… 166
三、诊断性刮宫，子宫内膜病检…… 166
四、输卵管通畅与形体检测…… 166
五、基础体温测定…… 167
六、超声波检查…… 167
第三节 妇科的宏观推导…… 167
第四节 妇科的辨病与辨证相结合…… 168
一、舍证从病…… 168
二、舍病从证…… 168
三、辨证中辨病…… 168
四、辨病中辨证…… 169

第九章 五行学说…… 170
第一节 五行学说的基本内容与特点…… 170
一、五行分类法…… 171
二、五行相生相克的关系…… 172
（一）五行相生的关系…… 172
（二）五行相克的关系 …… 173
三、五行相乘与相侮的关系…… 174
第二节 五行学说在妇科临床上的应用…… 175

一、生理方面…… 175
(一) 对心肾子宫生理生殖轴所致周期节律的阐述…… 175
(二) 对脏腑间生克制化关系的阐述…… 176
(三) 对其他生理功能的解释 …… 178
二、病理方面…… 178
(一) 对心肾子宫生殖轴病变的论述…… 179
(二) 对脏腑间生克制化关系失常的论述…… 179
(三) 对其他病变的解释…… 180
三、防治方面…… 181
(一) 依从圆运动生物钟的整体演变规律进行防治…… 181
(二) 根据五脏间的生克关系进行调治…… 182
(三) 根据五行通性和病证特性进行防治…… 184
第十章 运气学说…… 185
第一节 运气学说的基本内容…… 186
一、干支甲子…… 186
(一) 十干…… 186
(二) 十二支…… 187
(三) 甲子 …… 187
二、五运…… 188
(一) 大运…… 188
(二) 主运…… 189
(三) 客运…… 189
(四) 大运、主运、客运之间的关系 …… 190
三、六气…… 190
(一) 主气…… 190
(二) 客气 …… 191
四、运气相合…… 192
(一) 运和气的盛衰…… 193
(二) 天符与岁会…… 193
(三) 平气 …… 194
第二节 运气学说在临床上的应用…… 195
一、运气学说在生理方面的应用…… 195
二、运气学说在病理方面的运用…… 197
(一) 圆运动生物钟节律失常所致月经失常或生殖方面的病变…… 197
(二) 从五运六气推导气候的变化与疾病的流行…… 198
(三) 各年气候变化和疾病特殊情况的推测…… 198
(四) 从值年司天在泉之气来推测各年气候与发病的特殊关系 …… 199
三、运气学说在防治方面的运用…… 200
(一) 根据内外阴阳相平衡的理论进行推导防治…… 200

（二）根据天干地支的年运进行推导防治 …… 200
（三）根据五行五脏五季的演变规律进行推导防治 …… 200

下 篇

第十一章 月经疾病 …… 204
第一节 月经先期 …… 207
第二节 月经后期 …… 212
第三节 月经先后无定期 …… 216
第四节 月经过多 …… 220
第五节 月经过少 …… 223
第六节 经期延长 …… 227
第七节 经间期出血 …… 231
第八节 崩漏 …… 236
第九节 痛经 …… 247
第十节 子宫内膜异位症 …… 253
第十一节 闭经 …… 258
第十二节 经前期综合征 …… 265
第十三节 经行头痛 …… 271
第十四节 经前期漏红 …… 276
第十五节 围绝经期综合征 …… 280

第十二章 带下疾病 …… 288
第一节 带下过多 …… 289
第二节 带下过少 …… 295

第十三章 妊娠疾病 …… 300
第一节 妊娠恶阻 …… 301
第二节 胎漏、胎动不安 …… 308
第三节 滑胎 …… 312
第四节 异位妊娠 …… 315
第五节 妊娠高血压综合征 …… 321
第六节 羊水过多 …… 326
第七节 羊水过少 …… 329
第八节 胎萎不长 …… 331
第九节 妊娠咳嗽 …… 335
第十节 妊娠小便淋痛 …… 336
第十一节 妊娠小便不通 …… 339

第十二节 妊娠身痒 …… 341
第十三节 母儿血型不合 …… 343
第十四节 孕痛 …… 348

第十四章 产后疾病 …… 351
第一节 产后血崩 …… 353
第二节 产后血晕 …… 357
第三节 产后腹痛 …… 360
第四节 产褥感染 …… 364
第五节 产后血虚发热 …… 370
第六节 产后恶露不绝 …… 372
第七节 产后汗证 …… 377
第八节 产后身痛 …… 381
第九节 产后排尿异常 …… 384
第十节 产褥期精神障碍 …… 389

第十五章 不孕症 …… 394
第一节 排卵功能障碍性不孕症 …… 395
第二节 黄体功能不全性不孕症 …… 402
第三节 免疫性不孕症 …… 408
第四节 卵巢过度刺激综合征 …… 413

第十六章 盆腔生殖器官炎症 …… 417
第一节 子宫内膜炎 …… 417
第二节 输卵管炎 …… 423
第三节 卵巢炎 …… 430
第四节 盆腔结缔组织炎 …… 433

第十七章 女性生殖器官肿瘤 …… 439
第一节 子宫肌瘤 …… 440
第二节 卵巢囊肿 …… 443
第三节 输卵管肿瘤 …… 447
第四节 子宫颈癌 …… 450
第五节 绒毛膜上皮癌 …… 454

第十八章 外阴与阴道疾病 …… 460
第一节 阴挺 …… 461
一、子宫脱垂 …… 461

二、阴道脱垂 …… 465
第二节 阴痒 …… 468
一、一般阴痒 …… 468
二、霉菌性外阴阴道炎 …… 472
三、滴虫性阴道炎 …… 474
四、老年性阴道炎 …… 475
五、外阴白色病变 …… 478
第三节 阴疮 …… 481
第四节 阴吹 …… 484

第十九章 乳房疾病 …… 488
第一节 乳癖 …… 489
第二节 乳泣 …… 492
第三节 乳衄 …… 494
第四节 产后缺乳 …… 497
第五节 产后乳汁自出 …… 500
第六节 乳痈 …… 502

附 篇

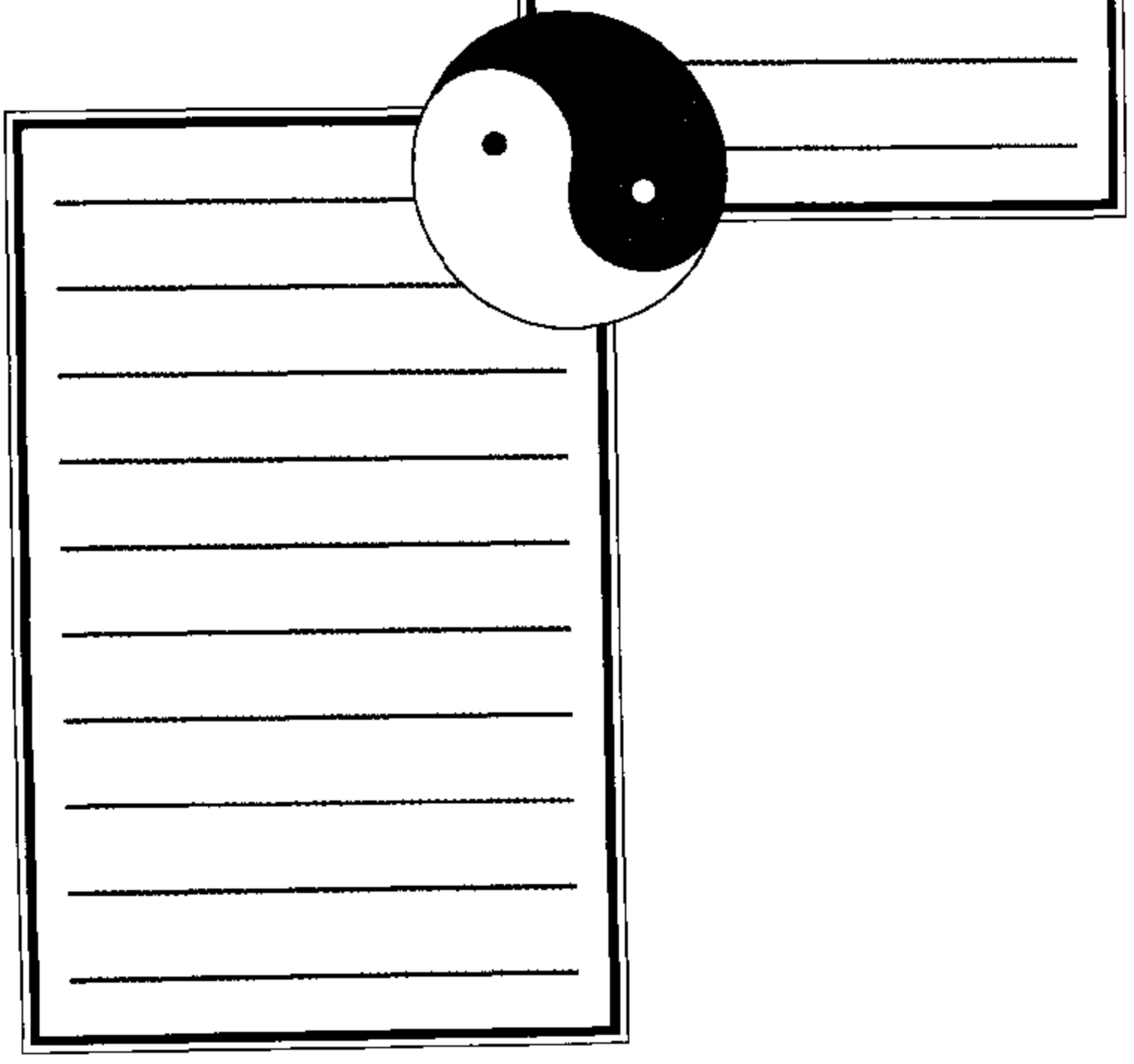
第二十章 临床常用验方 …… 508
第一节 月经病验方 …… 509
一、逐瘀脱膜汤 …… 509
二、痛经汤 …… 511
三、补肾促排卵汤 …… 514
四、清心滋肾汤 …… 516
五、新加抑乳散 …… 518
六、清心健脾汤 …… 520
七、加减坎离既济汤 …… 521
八、加减补天五子种玉丹 …… 524
九、新加固经汤 …… 526
十、健脾滋阴汤 …… 528
十一、扶阳菟丝汤 …… 530
十二、逐瘀排浊汤 …… 531
十三、活血生精汤 …… 533
第二节 不孕不育症验方 …… 535
一、补肾助孕汤 …… 535
二、健脾补肾促排卵汤 …… 537

三、温阳促排卵汤 …… 539
四、化痰湿促排卵汤 …… 541
第三节 胎产病验方 …… 542
一、抑肝和胃饮 …… 542
二、新加马兜铃汤 …… 544
三、新加生化汤 …… 546
四、补肾活络汤 …… 548
五、解郁和营汤 …… 549
第四节 盆腔炎验方 …… 552
慢性盆腔炎方 …… 552
第五节 乳房病验方 …… 553
一、乳癖消甲方 …… 554
二、乳癖消乙方 …… 555
第六节 杂病验方 …… 557
一、补肾生髓汤 …… 557
二、凤疹饮子 …… 559

第二十一章 临床病案分析 …… 562
第一节 月经病案 …… 563
一、崩漏病案 …… 563
二、月经过多病案 …… 568
三、经间期出血病案 …… 570
四、经期延长病案 …… 573
五、老年复经病案 …… 574
六、痛经病案 …… 575
(一) 原发性膜样痛经病案 …… 575
(二) 功能性痛经病案 …… 576
(三) 子宫内膜异位性痛经病案 …… 578
七、闭经病案 …… 581
八、经行疼痛病案 …… 583
(一) 经行头痛病案 …… 583
(二) 经行身痛病案 …… 584
(三) 经行乳房胀痛病案 …… 586
九、经行狂躁病案 …… 587
十、围绝经期综合征病案 …… 588
第二节 带下病案 …… 589
一、带下过少病案 …… 589
二、带下过多病案 …… 590

第三节 妊娠病案 …… 591
一、恶阻病案 …… 591
二、滑胎病案 …… 592
三、试管婴儿保胎案 …… 594
四、胎萎不长病案 …… 595
五、乳泣病案 …… 596
第四节 产后病案 …… 597
一、恶露不绝病案 …… 597
二、产后盗汗病案 …… 599
三、产后身痛病案 …… 600
第五节 不孕不育案 …… 601
一、功能性不孕症病案 …… 601
二、免疫性不孕症病案 …… 602
第六节 盆腔炎病案 …… 603
一、急性盆腔炎病案 …… 603
二、慢性盆腔炎病案 …… 604
第七节 杂证病案 …… 605
一、围绝经期干燥综合征病案 …… 605
二、围绝经期阴痒病案 …… 606
三、面部痤疮病案 …… 607
四、面部黄褐斑病案 …… 609

上篇



第一章

月经产生及其调节系统概论

月经产生及其调节系统，是女性生殖生理中极为重要的问题，也是整个妇产科学的重要问题。在月经产生的基本物质方面，我们注重天癸。天癸中的阴水，亦概括阳水，行其消长转化的节律，是月经来潮及其周期演变的主要物质基础。而阴阳消长转化运动，特别是在转化期的运动中，非常激烈，所以其调节系统就显得十分重要。因而我们在分析月经周期中各个时期的生理、病理、诊治特点之前，很有必要先予论述之。

关于月经周期的分类，我们根据多年来的临床观察，认为按太极阴阳分为四个时期，最为常用，也最为主要。即行经期、经后期、经间排卵期、经前期，也即是两个消长期、两个转化期。行经期重阳转阴，排出经血。经间排卵期重阴转阳，排出精卵。当然也有少数女性排卵并非在经间期，所以这里所指的经间期，含有特定的意义，即必须与排卵期联系。经后期，阴长阳消，经前期阳长阴消。四个时期的特点是十分明显的，故临床多采用之。其次，对少数女性的月经周期也可按五行运动规律进行分类，即分为行经期、经后期、经间排卵期、经前期、经前后半期五个时期，即将经前期分列为两个时期，即经前期，也是阳长至重的时期；经前后半期，也即是经前重阳维持期，是前人所说的真正的经前期，具有明显的经前期心肝气火偏旺的反应，也符合前人在年相变化中将四季分列为五季的分类，即在夏季中列出长夏的要求。还可对月经周期按照“7、5、3”奇数律进行分类，把月经周期分为三期、五期或七期，对此，将在本书有关章节中加以阐述。关于月经周期中的演变，不仅具有普遍相一致的规律性，而且还有着各自不同的特殊性节律。既有关于天、地、人之间的大整

体的圆运动生物钟的影响，又有着深层次局部的主要指子宫冲任处的特殊变化。为此，我们在简要概述月经产生及其调节系统后，将对月经周期中行经期、经后期、经间排卵期、经前期（并附经前后半期）进行分章论述，尽可能阐明各个时期的生理、病理、诊治特点和理论特色。

第一节　月经的命名

月经，是女子特有的生理现象。月经的来潮，表示女性生殖功能发育趋向成熟，有繁殖下一代的可能。之所以命名为月经者，就一般意义而言，是从“一月一次，经常不变”而言，把一月的“月”与经常不变的“经”联系起来，就称之为月经，其本身的含义，就有着生物钟的意义。因此，我们对待月经，不仅要从月经来潮，排出经血的现象去认识，而且还要从有规律的周期性，即生物钟方面去探讨。从前人对月经的命名来看，亦有三个方面的意义。其一，含有与天相应的意义。即月经每月一次，规律性来潮，与天空中的日月光照有关，故称为月信、月事。如《妇人大全良方》“调经门”中说：“所谓之月事者，平和之气，常以三旬一见，以像月盈则亏也。”李时珍所著《本草纲目》“论月水”中亦说“女子，阴类也，以血为主，其血上应太阴，……月事一月一行，与之相符，故谓之月信。”太阴者，月亮也，月亮的盈缺规律所表现的时间，称为月相，与月经相一致，故呼之为月信、月事。考“信”或“事”字，均为有物可据，但又带有一定的时空观念。其二，含有与地相应的意义。地面有规律流动的物质，当推水也，潮水的涨落非常有规律，所以月经来潮，与地相应，即与海潮相应，且月经实由天癸之水所组成，因此，与水的涨落自然更有关系，《本草纲目》“论月水”中说“女子，阴类也，以血为主，……下应海潮，……潮有朝夕，月事一月一行，与之相符，故谓之……月水。”或亦有称为月汛、汛水、癸汛、经汛等不同名称，凡是与水有关的名称，均为言月经与地（水）相应的命名。其三，含有与人相应的意义。人们间的生物钟相互影响，工作、生活的规律对人们亦有一定的影响，在临床与实际生活中，的确能碰到月经周期相互影响的现象。由于月经的规律性，故俗有例假之称者。

第二节　月经的产生

月经产生的机制十分复杂，不仅与脏腑经络气血阴阳之间的纵横错杂的调节机制有关，而且月经排出物的成分也较复杂性，更为重要的是也与天、地、人三者间的影响有比较重要的关系。本节仅概略论之，因为在行经期、经后期等有关章节，还要较为详细地论述。

历来论述月经产生的机制着重在气血，如第2版全国中医妇科教材《中医妇科学》中说：“月经的产生，是脏腑经络气血作用于胞宫的正常生理现象。”指出：“月经的成分，主要是血，而血为脏腑所生化，通过经脉，才能到胞宫。月经的产生和它的正常与否，都是直接受着脏腑经脉盛衰的影响。脏腑无病，气血充足，经脉畅通，月经也

就正常。反之月经亦随之而改变。”因此，探讨月经产生的机制，必须从脏腑经脉与月经的关系来阐明。

冲任二脉的通盛，是产生月经的主要条件。冲脉，为十二经气血汇聚之所，是全身气血运行的要冲。故《灵枢·海论》称它为“十二经之海”和“血海”。女子发育成熟后，脏腑气血俱盛，血海满盈，下行则为月经。任脉，主一身之阴，经、血、津液等阴液，都属任脉总司，为人体妊养之本。任脉之气通，冲脉之盛，下达胞宫，故月经得以时下。冲任两脉的通盛，是产生月经的主要条件。但月经要保持正常，又与督脉、带脉密切关联。督脉与任脉同出会阴，一行身后而主阳，一行身前而主阴，两脉相会维持阴阳脉气的平衡，从而也保持了月经的正常来潮和经量，以及促进受孕。带脉约束全身诸经脉，才能包括冲、任、督脉的正常功能。月经的主要成分是血，而血的生成、统摄运行，有赖于气的生化与调节，同时气又更依靠血的营养。因此，在产生月经的机制上，气血不但是最根本的物质基础，而且它们之间的关系又是互相为用的。但气血来源于脏腑，脏腑之中，心主血，肝藏血，脾统血，胃主受纳，腐熟水谷，与脾同为气血生化之源；肾藏精，精又为气血生成之本；肺主一身之气，朝百脉而输精微，是以五脏安和，气血通畅，则血海按时满盈，经事如期。这就是历来论述月经产生的机制重在气血的原因。

但我们认为，气血固然在月经的产生机制中占有重要地位，但仅仅是一种表面现象，尚不能反映本质。前人限于历史条件缺乏微观手段，不能认清深层次特别是血中以及子宫腔内的变化。首先从排出的月经而言，我们承认血是其中的成分之一，然而月经的血，呈周期排出，以及其排出的一定数量，其中就应有天癸，脂膜即现代医学所说的子宫内膜，以及水湿浊液，其中最为重要的是天癸。考天癸之命名含义，天者，有三层意义，脏腑中的先天指肾，后天指脾胃，还有自然界中的天；癸者，为十天干中的水干，所谓北方壬癸水，癸为阴水，是一种水样物质，古人不可能认识到血液中的激素类水样物质，但在实践中朦胧意识到有一种物质能促使月经来潮，我们称之为癸水，张景岳称之为无形之水，即肉眼所不能及。女性以癸水中的阴水为主。这种癸水，来之于先天肾，故亦有人称之为肾水，其实是不太确切的，但得后天水谷之精以养之，故称之为天癸。之所以命名天癸者，还有一层深意，即这种促使月经来潮的癸水，与自然界中的“天”亦有关，即具有与天相应的动态变化，十天干中的癸干——水也在不断地运动，周而复始地变化。天癸中的阴水为主，包括阳水也溶入血之中，自然汇聚到冲任，达于子宫，行其消长转化的月节律运动，排出月经，是阴阳消长转化运动中的一环，因为排出月经不是目的，目的在于繁育下一代，所以在阴阳消长转化运动中所排出的精卵，不能达到受孕目的的话，就必须结束本次月经，进入新的月经周期，形成新的阴阳消长转化运动，是以排出的月经就包括了陈旧性的过剩的癸水，血液，被溶解或溶解未尽的子宫内膜、浊液（败精卵所化之浊）及水湿等。

由于月经现象为血液的排出，故与冲、任二脉有关，但不能因此忽略了子宫。我们认为子宫是最重要的排泄月经的脏器，溶解或未被完全溶解的子宫内膜的排出，全来之于子宫，即使冲任也是指在子宫内的脉络。我们认为月经来自胞脉、胞络，或者说是在子宫内的冲脉、任脉。

天癸之所以至，及其充实，直至竭者，又与肾气有关。肾气盛，则天癸至。肾气，是整个生长发育，亦概括生殖繁育的重要因素和动力。所以女子7岁而肾气盛，在整个生长发育中，已开始生殖发育的起步；二七14岁时，天癸至，任脉通，太冲脉盛，月事以时下，故有子；四七28岁时肾气平均，天癸已很充实，是生殖生育的最佳时期；五七35岁时，生理上开始出现衰退现象；七七49岁时，肾气开始衰退，天癸将终止，但根据我们临床观察，天癸的完全衰竭，一般要待进入老年期以后，即在绝经后相当一段时期内仍然有一定的或少量的天癸存在，这亦是生理之所需。所以肾气、天癸、子宫冲任，包括心、肾、肝、脾等脏腑的调节功能在内，是产生月经的机制所在。

第三节　月经的调节

月经主要指的是周期的形成和演变，其调节功能十分重要。过去，我们从单一的脏腑功能及冲任两脉的作用阐述月经的调节机制。对月经的来潮，从气血角度，犹可言之；然而对月经周期演变，整体性复杂性的机制，就必须从阴阳运动，从脏腑间的纵横联系，以及冲任督带等奇经八脉整体结构上去进行探讨了，以阐明其整体性复杂性反馈式的调节机制。因为月经周期中的阴阳消长转化运动是非常明显的，特别是阴阳转化运动时，其消长对抗已达生理的限度，十分激烈，需要强有力的调节系统，才能使其稳定在生理范围内。根据我们多年来的临床观察与体会，其调节系统主要有三个方面，一是心肾子宫生殖轴的主调作用，二是任督为主的奇经八脉调节，三是肝脾气血的协调作用。兹分别阐述如下。

一、心、肾、子宫轴的主调作用

心、肾、子宫生理生殖轴的提出，是我们根据长期的临床实践，以及推导阴阳运动的太极八卦理论认识而来。所谓心者，以其为君主之官，是脏腑经络的主宰者，同时概括脑，脑为元神之府。肾者，为生殖之本，天癸之源，阴阳之宅，生殖之精卵，亦来源于肾。子宫者，为女子所独有的器官，为女子生殖的主要脏器。子宫之排经、受孕、分娩，肾之分泌天癸、精卵，均与心脑神明有关，特别是女性生殖方面的阴阳消长转化的主要调节功能必须在心肾子宫轴的纵横反馈的作用下形成。为此，我们首先讨论子宫的调节作用，然后再讨论心肾交合和心肾子宫轴的整体作用。在讨论心肾交合作用中，必须结合后天八卦的重要性和指导意义。

（一）子宫的调节作用

子宫是女性的特有器官，也是月经生殖的主要器官，代表了女性的生理病理特点。主要的功能在于藏泻。子宫正是通过藏泻来调节阴阳消长转化的月节律。藏者，闭阖也，具有五脏的功能，泻者，排泄也，开动也，类似六腑的作用，因此，后人有似脏似腑，非脏非腑，属于奇恒之腑的说法。我们认为子宫之所以具有这些特殊的功能，正是为了适应调节月经周期与生殖节律的需要。藏者，藏精气，包括阴水津液等物质，还包括胚胎。而泻者，排除瘀浊，包括陈旧性的阴阳水、气、血液等物质，亦包括娩

出胎儿。泻而不藏，藏而不泻，泻为了藏，藏之坚固，泻之则顺利。行经期子宫行泻的作用，泻即排泄经血，泻除有余，祛瘀生新，让位于阴长；如泻之不足，重阳排泄不利，所谓留得一分旧血，影响一分新生，以致阴长不利也，必然影响子宫之藏。故行经期之泻，是由阳长至重，重阳必阴的转化结果。行经期之泻当然也与子宫的局部调节有关。因为子宫加强收缩，可以完全、干净、彻底、全部地排除有余，以利于阴长新生。经后期阴长为主，子宫行藏的作用，只有藏之坚固，才利于阴长的发展，而且藏者，在一定程度上，亦有如五脏之产生阴阳水的作用，以弥补阴之不足。经间期重阴必阳，子宫开放，行泻的作用，排出精卵，同时亦排出过多的阴津浊液，排除有余，让位于阳，此乃泻之正常，排卵顺利，才能开始阳长，如若泻之不利，亦将影响阳长，经前期阳长为主，子宫又将行藏的作用，藏得坚固，才有利于阳长运动，所以藏是为了促进阴阳的滋长，泻是有助于阴阳的转化，转化的目的，在于排除有余，排除陈旧性的瘀浊水湿，才能转化为新的阴阳滋长，当阴阳滋长太过时，子宫又可通过藏中之泻，排除一些有余，使之处于正常，当阴阳滋长有所不足之时，通过子宫之藏的生新，以弥补其不足。转化期中重阴重阳亦有时存在太过不及者，亦赖子宫之泻，以及泻中有藏的功能，纠正阴阳间偏盛偏衰，调节到正常或接近正常水平，从而保证了阴阳转化节律的进行。

（二）心肾交合的调节

心肾相交，实际上意味着水火阴阳的交合，只有水火阴阳交合，才有可能推动阴阳消长转化运动的发展。因而阴阳的交合，水火的统一，形成了太极阴阳的圆图，从而也就产生了月经周期中的四期。如图 1-1。

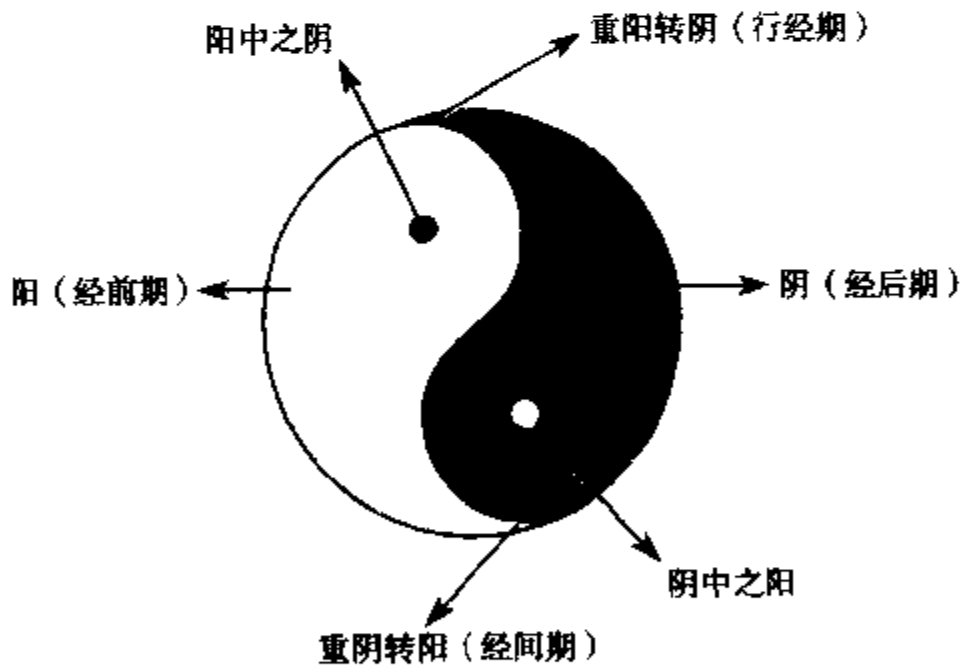


图 1-1　太极阴阳图

从图 1-1 可以看出，阴阳在交合的情况下，才能形成圆运动规律。但在具体的运动变化中，又必须应用后天八卦学说。心肾相交，实际上亦是后天八卦中坎离既济，说明后天八卦与心肾相交有密切关系，有必要重点论及。其次，心肾相交与经脉的关联，心肾相交与精髓的关系，也将分别论述。

1. 后天八卦与心肾的关系　后天八卦是以坎离卦或称离坎卦为中心轴，而离者与心有关，坎者与肾有关，离者为火，坎者为水，坎离既济，亦即水火相济也。水火交合，不仅推动阴阳运动的发展变化，而且是维持阴阳平衡的所在。如图 1-2。

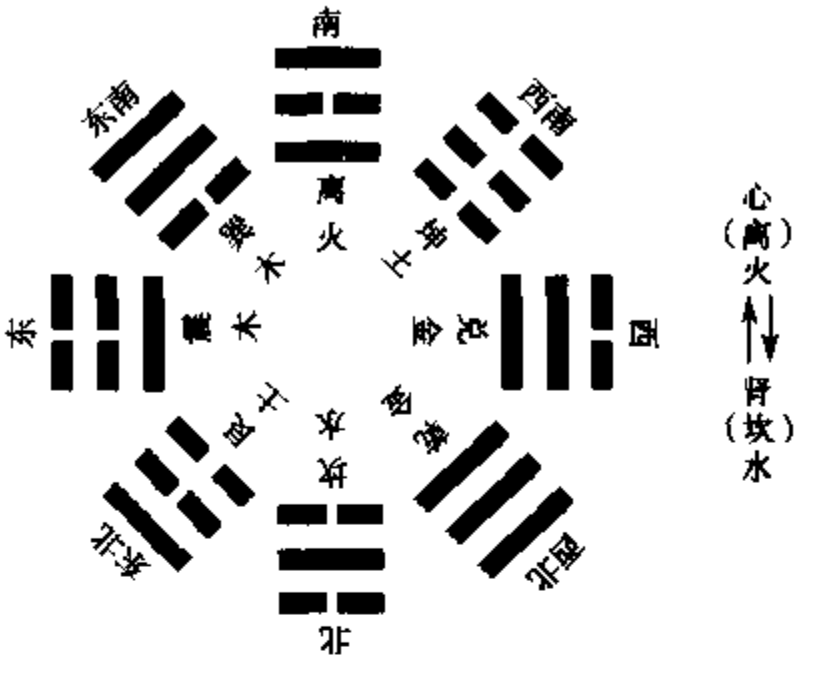


图 1-2　后天八卦与心肾关系图

因此，应用后天八卦学说，是指导研究和分析心肾，包括子宫轴主调下的阴阳运动及其变化规律。后天八卦图，相传由周文王所制，故又叫“文王八卦”。它的产生，是取象的结果，所谓“取象比类”，是古人采用的一种形象思维方法，八卦的产生，与“仰则观象于天，俯则观象于地，……近取诸身，远取诸物”，说明易学八卦，是从具体事物概括出来的，卦象产生后，不再代表个别具体物象，可用以概括同类事物，卦象被看成抽象的逻辑符号，帮助人们以“类族辨物”，既别其异，分析事物的特性，又统其类，概括事物的共性，是对宇宙自然、人体全息现象的抽象概括，是对天、地、人三才统为一体的精辟阐述，亦包括天干地支的运气学说在内，不仅能用它解释推演体内阴阳消长转化的节律，而且运用它推演整个自然界生物钟运动规律及其对人体内部的影响。后天八卦是以离坎或坎离为中心轴的，而心肾子宫的生殖轴，也是以心肾为中心的，心肾与离坎密切相关，离居南方，属火，常可称为离火，心居上焦，亦属火，常称为心火，与离火相一致，肾居下焦，亦属水，坎居北方，属水，常可称为坎水，肾水坎水相一致。离坎相济，心肾相交，才能推动和调节阴阳运动的正常发展，以及维持在一定的生理性平衡范围内。且坎中之水，即天癸之水，亦即是《傅青主女科》所谓之肾中之水，月经来之于肾水。在前人的诸多论述中，指天癸为坎中之水，如《医学人门·妇人门》中所说：“……女子以血为主，离火用事，故血盈而经色红。”王冰注释《素问·上古天真论》中说：“癸谓壬癸，北方水干名也。”《女科精华》引陆九芝曰：“妇人经带，皆水也，人不知经之为水，……乃天一之水耳，天一之水，出自坎宫，至阴之精，而有至阳之气，其色赤，阴中有阳也。古圣所以立经水之名者，经者，常也，谓常道也，以其为壬癸北方之水，故又曰，天癸。世人沿习之久，见其色赤类血，而即以血视之，倘果是血，则何不名为血，而必曰水乎？且血岂可使之常出，而乃曰乎？妇人一有妊，即以此水养胎，则不月矣，一有子，即以此水化乳，亦不月矣。……年四十九天癸绝，所绝者，癸水也，……女子二七天癸至，七七而天癸竭，经水先期者，水中火旺也，经水后期者，火旺水亏也，先后无定期，水与火之不调也。”将天癸之水纳入到坎宫，及坎离交济的后天八卦的范围中来。《傅青主女科》虽未提到后天八卦的名称，但在“调经”、“种子”门中所提出的“既济之道”，“水旺则血旺，血旺则火消，便成水在火上之卦”，“古昔圣贤，创呼经水之名者，原以水出于肾，乃癸水所化，故以名之。”凡是著名的妇科书籍，在深入

阐明月经胎孕时，对后天八卦说，均有所论及。唐容川在《周易详解》进而运用八卦对照月经周期，如说："每月以五日为候，以 ·候应--卦，除去坎离，其余六卦，以应六候，所以除去坎离者，离为日，坎为月，日月乃其本体，故坎离不应候也。"之所以要重视后天八卦者，因为我们在前面已经论述过，月经周期的演变与太极阴阳钟关系密切，而太极阴阳钟又与阴阳八卦有关，阴阳八卦正是演算、推导阴阳运动及其节律有关的变化，包括奇偶数律在内，因为每一个女性，受先天遗传、地理环境、气候影响、生活习惯、肤色人种等的不同，虽然在总体的运动规律上有共同性、一致性，但在具体的演变运动中，又各有所不同，从而形成个体内部的特异性，即"7、5、3"奇数律的特异性，亦包括"2、4、6、8"偶数律在内。

在后天八卦中，坎离既济，水火相交，就等于心肾相交。肾水心火之相交，这里尚有一个问题要说清楚。即：心火在上，肾水在下，火性炎上，缘何下降，此火中有水，阳中有阴，水性就下，故引导火之下降；肾水下降，缘何上升，此乃水中有火，阴中有阳，火性上炎，自然可以促之上升也。心肾两脏，原本就有双相调节的作用。而今心肾相交后，互相间本来就有着相吸相依的作用，自然会有升者引之以降，降者引之以升。该升时升之，该降时降之，需要上升时，即降者亦能令其升，需要下降时，即升者亦能令其降，动之过多，可令其静，静之有余，可令其动，在总体上以维持其升降动静的相对性平衡。

2. 心肾相交与经络的关系　心与肾，同属少阴经脉。心者手少阴经脉也，肾者足少阴经脉也，均属少阴，为阴中之阴。根据有关的经络记载，足少阴肾经通过脊柱内的经脉，属于肾脏，联络膀胱，直行的经脉，从肾上行通过肝脏和横膈，进入肺中，沿着喉咙，夹于舌根部，从肺分出的支脉，联络心脏，流注于胸中。由此可知，心肾通过少阴经脉，紧密地联系在一处。且心为君主之官，主一身之血脉，推动血液的运行。肾者主水，是天癸之源，亦包括癸水在内，癸水与血相合，溶于血中，虽为肾所主，但随血行而流注于冲任子宫之内，在心肾交合下，化为经水而为月经。

3. 心肾相交与精髓的关系　心者，包括脑，内藏神明，脑为骨髓之海。肾者藏精，而亦主骨髓，精能生髓，髓自精生。髓者是骨质中的重要组成部分，髓通过脊背骨腔，上达于脑，以养脑，由此心脑通过骨髓与肾亦发生关联，心脑为神之所藏。精能生髓，髓能养神，亦等于精能养神。神亦能驭精，特别是驾驭生殖之精，因此，精卵的排出及其受孕，均与神有关。但神又必须得到精的滋养，精神合一，心肾相交，不仅能维护和体现生殖功能，而且亦体现在整个体质的健康方面。心肾相交，精神合一，对心脑的血管方面，亦有着滋养作用，从而保证心血管与大脑健康地工作。

（三）心、肾、子宫轴的纵横反馈式的调节作用

心、肾、子宫结合在一处，行其纵横及反馈式的调节，才能起到生殖生理轴的作用。子宫包括胞脉、胞络，甚至还应包括冲任等奇经在内，是女性生殖器的主要部分。肾藏精，为天癸之源，司生殖，亦为生殖的主要脏器，心包括脑，主神明，为君主之官，主宰肾精（卵）的发育和排出，亦有主宰子宫的作用，在生殖生理中具有重要作用。三者间通过胞脉、胞络有着直接的关联。《傅青主女科》在"种子门"中说："盖胞胎居于心肾之间，且上属于心而下系于肾"，又说："胞胎上系于心包，下系于命门。

系心包者通于心，心者，阳也；系命门者，通于肾，肾者阴也。”不仅把心肾子宫直接关联，而且还把三者间的部位描述出来。子宫在下焦，肾亦居下焦，两者相近，故有子宫居心肾之间之说，有如图 1-3。

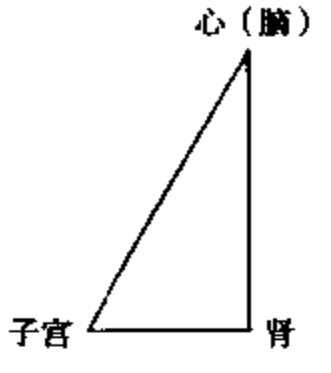


图 1-3　心肾子宫关系图

从 1-3 图可以看出心肾子宫的直接关联，故而形成了心肾子宫生理生殖轴，及三者间的纵横反馈形式的调节。首先论述纵向调节及其反馈形式。一般来说，存在着两种形式，其一是以心脑神明为主，是三角式的纵向调节，包括反馈形式，可见图 1-3。即子宫与肾，同居下焦，心脑居上焦最高之处。心脑者，君主之宫，肾与子宫均受命于心脑，因此，肾脏排出精卵，子宫排出月经，或者在肾排出精卵时，子宫需要开放，表面上看起来，似乎是子宫、肾脏本身的作用，但实际上是受命于心脑，为心脑所主宰。心脑下达排泄信息后，子宫与肾，才能行其排泄的作用。正如前人“心气不得下通，胞脉闭塞，月事不来”，反过来说，心气下通，胞脉通达，月经来潮。肾之排精者，前人亦有“有动乎于中，必摇其精”之说，且神能驭精，所以精卵的排出亦是受命于心脑神明的，这就是由上向下的纵向调节形式。但心脑之所以形成纵向调节者，实际上存在着反馈作用，因为精卵发育成熟后，需要排出，通过肾，发出精已经成熟的信号，同时亦下达子宫开放，迎接男精入内，促进孕育。子宫血液充盈需要排经，但子宫反映到心脑，心脑下达排经信号，从而子宫行泻，排出月经。其二，以心脑为主，逐级调节的纵向过程。即是排出月经，子宫行泻，首由心脑，通过肾，再由肾下达子宫冲任，开始排经，心脑调节肾，肾调节子宫冲任，排卵期的活动亦是如此。其反馈形式，亦是子宫冲任反映到肾，再由肾上达到心脑，从而心脑下达排经，亦由肾而达冲任。所以有人提出胞胎系于肾，八脉属于肾，子宫的藏泻，取决于肾，亦包括肝。但我们认为，子宫通过胞脉胞络与心脑直接有关，故以第一种形式为多见。反过来说，由于子宫冲任的反馈过甚过多，干扰肾之固藏，扰乱心脑神明的安宁，从而出现较多的心脑症状，如围绝经期综合征等病变，亦有心脑突然兴奋增强，下达于肾，排出精卵者，将会出现经间期外排卵，在临床上也有所见。

所谓横向调节者，指心肾子宫轴的某一环节方面的协调。首先是子宫，包括冲任脉，通过所藏的阴阳气血及其“藏”“泻”功能，调节本身所存在的有余不足状态。一般来说，有余者，通过泻排除之，不足者，通过藏以补充之。现代医学也证实，子宫内膜也有产生女性激素即阴阳癸水的作用。肾者，阴阳之所由生，阴阳有所不调，可通过肾调节之。阳不足，则阴助之；阴不足，则阳扶之，使之处于动态的平衡中。心脑本身，亦有阴阳气血，亦存在互相调节的过程，始终保持在相对性平衡协调的状态，才有可能发挥其纵向反馈式的调节，从而保持较为正常的月经周期节律和生殖节律。

二、冲任督带循环圈为主的奇经八脉的调节作用

任督冲三脉，是奇经八脉中最主要的经脉，内起子子宫，与胞脉相连，故有人提出胞脉胞络者，即为子宫内的冲任等经脉也，我们赞同此说。因为冲任等奇经之所以能主持月经来潮，必然与子宫内的脉络有关，冲任督三脉外则始于会阴，一源而三歧，

督向后行，循背膂脊柱两侧上行，在腰部与带脉相连，受带脉的约束，再上行，在颈项下大椎穴与诸阳经交会，再循颈项至巅顶，复向前下行，络于唇口，终于上口唇龈交穴；任脉向前行，循小腹上行，在曲骨、神阙、关元穴与诸阴经交会，在腰部与带脉相连，受带脉所约束，再向上行，至胸中，又循咽喉，冲脉行中，上行至咽喉，与任脉相会合，然后，由任脉继续上行，环绕唇口，终于下唇龈交穴，冲任脉的支者，可达乳房，与乳房乳头发生直接关联，任脉再分行，止于两目中，当目瞑口闭时，则任督交合，形成任督循环，在心肾交合下，阴阳贯通，调节阴阳的动态平衡。有如图 1-4。

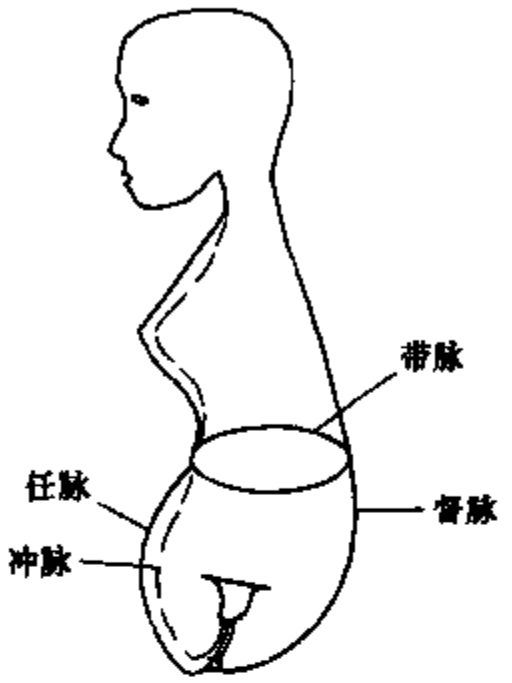


图 1-4 冲任督带起迄循行路线与女性有关生理示意图

从图 1-4 可以看出，冲任督带所构成的曲线循环图，亦正是体现了女性生理的形象特征。但是在功能上与阴阳维、阴阳跷亦有关。如阴维脉起于小腿内侧，循大腿内侧上行，经腹、胁、胸，至咽喉部；阳维脉起于下肢外侧上行，过膝、髋、胁、肩，至侧头项部。阴阳维为病，怅然失志，苦心痛，阴中痛，苦寒热，善忘恍惚。阴跷脉起于然骨后方，经内踝直上，沿腿内侧，经阴部、胸颈、颧面部至目内眦；阳跷脉，起于足跟外侧，循外踝上行，经胸胁外侧，至头面侧部。阴阳跷脉为病，阳气盛则瞋目不眠，或则狂走、癫痫等，阴盛则瞑目，少腹痛、阴中痛等，可见，阴阳维脉有着协助任督脉维系阴阳之间动态平衡的作用，阴阳跷脉有着贯通阴阳，促进阴阳和谐，有如鹊桥的作用。总之，二者均是为阴阳的动态平衡服务。

三、肝脾气血升降的调节

肝脾气血通过以下三个方面对心肾子宫所主调的阴阳消长转化节律有协调作用。

一是通过肝脾升降疏泄功能，协助心肾交合，以调节阴阳的动态平衡。肝者，有疏泄的作用，疏者，升也，泄者，降也，肝气疏泄，虽然作用于消化系统，疏者升，可协助脾气升清，泄者降，可协助胃之降浊，除此之外，其疏泄功能，尚有多方面的协助作用，如协助泌尿系统的排尿，协助精神情志系统的兴奋与抑制，在月经周期与生殖系统方面，有协助排经、排卵、分泌乳汁等。更为重要的是协助心肾相交，达到调节阴阳的动态平衡。正如《傅青主女科》在“经前大便下血”的方药后注释说：“不知肝乃肾之子，心之母也，补肝则肝气往来于心肾之间，不啻介绍之助也”，此乃心肾相交之一大法门，不特调经而然也。脾胃居中焦，为上下升降之枢纽，心居上焦，属火，宜下降，肾居下焦，属水，宜上济。心肾相交，水火交济，上下交合，必涉及升降，所以有时需得脾胃升降枢纽的协助。前人曾有“童男（指心）坨女（指肾）交合，需得黄婆（指脾胃）为之媒合”之说。黄婆者，即指中央脾胃之土而言，因土为黄色，且性敦和，故喻为黄婆。

二是通过生化及母子的关系，达到心肾交合。先以肝而言，肾为肝之母，即水生

木之意，肝又为心之母，即木生火之意，所以肝木既为肾水之子，但又为心火之母，母子相生，乙癸同源，肾藏精，肝藏血，精血互生，且肝血供应心血，自然在母子供养方向把心肾联系在一处。脾胃为后天之本，气血生化之源，水谷之精，既能养先天之精以固肾，又能化血而奉养心神，精血充盈，自然能促进心肾的交合。

三是通过肝脾气血之间的活动，纠正阴阳消长转化运动中的太过和不及，以保证阴阳运动的动态平衡，从而也就间接地保证了心肾之间的交合。如阴阳均有所不足，或偏阴偏阳不足，而这种阴阳实际上就是溶于血分中的阴水阳水物质，虽然主要来源于肾，但也要得到肝脾气血的补充，如阴阳均有所过盛，或者偏阴偏阳的过盛，更要得到气血的活动而排泄之，特别是转化期的显著活动，使过多的阴或阳而排出，实际上阴阳运动中纠正阴或阳的偏颇状态已达生理限度。排泄有余，扶助不足，目的就在于维持阴阳运动的总体平衡，从而保证了正常的月经周期与生殖节律。

关于具体的月经周期演变内容，经过我们多年来的系统临床的观察，资料非常丰富，虽然大多数是我们的体会和认识，但的确也反映了月经周期中各个阶段演变的特点，有着极为重要的意义，故我们将按月经周期中各个阶段的特点，分章分节论述之。目的在于倡导调周法，提高临床治疗水平。

第一章

行经期的生理、病理、诊治特点

月经，是妇科学研究的重要内容。月经的重要性，不仅表现为来潮时的量、色、质等方面的变化，面且亦表现为周期性的变化。月经的周期性、规律性，是我们更需要观察和研究的内容。行经期，排出经血，有着显著的标志。行经期的出现，既是月经周期的结束，又是新周期的开始。就一般意义来说，新周期的开始是主要的，旧周期的结束是次要的，此乃新陈代谢的必然规律，因而整个行经期的时间也体现了这一方面，除旧时间较短，生新时间较长。对此，我们是深有体会的，并将行经期的生理、病理、诊治特点，分节逐一介绍如下。

第一节　行经期的生理特点

行经期的生理特点，根据我们临床上多年来的观察，主要反应在以下三个方面。其一是排泄月经；其二是重阳必阴；其三是月圆运动生物钟节律。

一、排泄月经

月经的来潮，表示旧的月经周期的结束，新的月经周期的开始，所以在月经来潮的时期内，称之为行经期。在正常情况下行经期是不难判别的，但是在一些特殊情况下，如何识别行经期，这就有着行经期的标志问题。一般来说，可概括为如下几个方面。①一贯的周期已到：虽然月经周期是很有规律的，前人亦曾提出应一月一次，经常不变，但在有些情况

下，或者是特殊体质者，其月经周期是有出入的，并不完全一致。古人的记载里亦有二月一行的，谓之并月；三月一行的，谓之居经，或称季经，但若有其一贯的规律性，并无病证者，可作为特殊生理现象。又如有些女性每逢暑令冬寒季节就有歇经，即月经不来，有的歇两个月，有的歇三个月，如无症状出现，又无任何不适，一贯如此，亦可不作疾病论。即使在正常健康的月经周期中，也常有几天的出入，有的月经周期在25～26天，有的月经周期在33～35天。所以，计算女性的月经周期应以她一贯的周期天数而定，以衡定她的行经期是否到来。②阴道见红，即阴道下血：这是行经期到来的最显著的标志，也是肉眼所能观察到的生理现象。一般经血自阴道排出，血量由少转较多，然后又转为较少而干净，且经血排出的数量、质量和时间，每个女性都有她一贯的数量、质量和时数律，在特殊情况下，其数量、质量较差。时间最少为2～3天，最多为7～8天，但亦均有其一贯性。③经前、经期出现一些生理反应：这也常是行经期的标志，如经前期常可见到胸闷烦躁、乳房胀痛、睡眠较差、白带稍有增多等，行经期亦可伴见轻度的腰俞酸楚，小腹作胀，或有隐痛等。④测量基础体温(BBT)，观察BBT高温相是否下降：正常的月经周期，BBT高温相下降，表示月经的来潮。月经来潮时，BBT高温相必须下降。下降得较快和明显，则月经来潮顺利，和排经通畅。所有这些，均可作为月经来潮的标志。

月经来潮时，必然体现出了宫胞脉胞络以及冲任等的气血活动。正由于气血的活动，才能排出经血，前人所提出的“女子以血为主，以气为用”者，即指此时而言。《女科经纶》“月经门”中引戴元礼言曰：“经事来而腹痛，不来腹亦痛，皆血之不调故也。欲调其血，先调其气。”从病理反衬生理，亦说明了气血活动在行经期的重要性。根据我们长期的临床观察发现，行经期的气血活动具有以下一些特点，首先是行经期气血活动呈下行性，即气血下行，才能排送应泄之经血，由子宫而排泄出阴道，所以子宫是排泄经血的重要脏器，自然也与胞脉、胞络及冲、任等经脉有关。但以往常以冲任两脉来代替子宫，至少说是不够全面的。关于冲任说，自《素问·上古天真论》提出“任脉通，太冲脉盛，月事以时下”后，宋明以来均宗此说，认为冲为血海，任主胞胎，冲任流通，经血既盈，月事始以时下；一旦发病，亦以冲任为主。清代以来，这种观点更为盛行，更重视冲、任等奇经的作用，叶天士、吴鞠通等医学名家在调治妇女疾病时，无不把奇经列为首位。近代已故妇科专家何子淮，在其所著的《何子淮妇科经验集》“月经病治疗经验”中提出了调冲十法，实际上是调理气血的分类。我们认为：行经期的气血活动，主要在于子宫，应以子宫为立足点，概括胞脉、胞络、冲脉、任脉等，子宫是女性生理特点的脏器，胞脉、胞络是子宫内的组成部分，冲任与胞脉、胞络相连。由于气血活动主要体现在血分之中，所以在一定程度上着重论述冲任。但这种活动有其规律性，先弱后强，再由强转弱，呈阵发性，此乃是子宫的作用，是排经的必然，正由于子宫收缩活动有节律性，所以形成排经的顺序。排经的早期，是发动阶段，呈轻度的缓慢的子宫收缩活动，然后进入排经的中期。排经的中期，亦即是排经的高峰时期，子宫阵发性收缩活动加强，气血呈下行性活动十分显著，排出的应泄之经血量较多，此时正是除旧的重要时期，为时较排经早期稍长，但较排经末期为短。排经的末期，为行经期的结束阶段，子宫收缩活动减弱，气血活动已不明显，

排经除旧实际上已让位于新生，子宫内大部分区域开始生新，仅有少部区域特别是子宫角落处仍有应泄之余瘀留着，有待清除，故此期较长，是行经期与经后期紧密相连的时期，也是生新的奠基阶段，但又不同于经后期，因为余瘀尚待清除，不清除余瘀，将影响生新，亦将延长行经末期。

排出月经的实质，是妇专科的重要问题，也是中医妇科历史上争论最早、最多的问题。首先是经血与癸水之争，这亦涉及到肾与肝孰为先天的问题。《女科经纶》“月经门”中引马玄台言曰：“经云，女子二七而天癸至。天癸者，阴精也，肾属水，癸亦属水，由先天之气畜极而生，故谓阴精为天癸，王冰以月事为天癸者，非也，……今王注以女子之天癸为血，则男子之天癸亦为血耶”。可见揭开排经是血还是天癸之争，始于唐代王冰。宋代《圣济总录》“妇人血气门”中说：“妇人纯阴，以血为本，以气为用，在上为乳饮，在下为月事”，齐仲甫也持此说：“妇人月水本于四经，二者冲任，二者手太阳小肠与手少阴心。然冲为血海，任主胞胎，……小肠经属腑主表为阳，少阴经为脏主里属阴……上为乳汁，下为月水”。尽管排经属血而非天癸之论言之有据，但仍然有相当多的学者坚持排经属天癸而非血。如宋代陈自明（良甫）亦提出来月经属天癸，常以三旬一见，以像月盈则亏，不失其期；刘河间亦以天癸为月经，提出天癸未行、天癸既行、天癸既绝的言论。《妇科精化·卷中》引陆九芝言曰：“妇人经带皆水也，人之不知经为水，故治之不得其道。夫经岂血之谓乎？乃天一之水耳，天一之水出自坎宫，至阴之精，而有至阳之气，其色赤，阴中有阳也，所以主经水之名者。经，常也，谓常道也，以其壬癸北方之水，故曰天癸，世人沿习之久，见其色赤类血，而即以血视之，倘果是血，则何不即名为血而必曰水乎？且血岂可使之常出，而乃曰经乎？……尚不知天癸非女子血乎？尚不知血之不可以为经乎？”我们认为排出应泄之月经内含，的确有癸水和血液两部分，由于癸水溶人血液之中，且癸水占有主导地位，应该肯定癸水的重要性，在排出的经水中，亦的确有血的成分，正由于此，那种以天癸作为月经的代名词者，似也有欠妥之处，运用现代医学微观的手段，是不难发现的。那种以血为月经内含者，自然认为女子以肝为先天，因肝为藏血之脏，那种以癸水为月经内含者，自然认为女子仍以肾为先天，因肾属水，藏精而主生殖。我们同意后者之说，但不能忽略肝的重要性。在月经之水的问题上，又有着肾水、癸水的不同说法。如《傅青主女科》在“经水先后无定期”中说：“经水出诸肾”，在“经水先期量多”中说：“妇人有先期而经来者，其经甚多，……谁知是肾中水火太旺乎?”在“经水先期量少”中说：“妇人先期，经来只一二点者，……谁知肾中火旺而阴水亏乎!”并接着说：“先期者，火气之冲，多寡者，水气之验，故先期而来多者，火热而水有余也；先期而来少者，火热而水不足也。”甚至还有坎水之说。坎水者，实即肾水也，近代已故妇科名医罗元恺主编的《中医妇科学》（即教学参考丛书）中说：“《景岳全书·阴阳篇》明确地指出‘元阴者，即无形之水，以长以立，天癸是也’，所谓无形之水，是对有异于肉眼可以看见者，如血液、尿液、汗液、唾液、泪液、鼻液、精液等有形之体液而言。认为体液除了肉眼可以看见者外，还有一种肉眼看不见而客观存在于体内的微量体液，故曰无形之水，天癸是其中的一种。”所以我们认为，月经来潮，主要是癸水的作用，排泄的经血，其主要内含在于癸水，而癸水与肾水有关，癸水

必须得到肾水的支持，才能保持癸水之不竭，前人限于历史条件，缺乏微观手段，把肾水与癸水混为一体，无可厚非，但我们今天，有现代医学的微观手段，应加以区别和认识。

其次是关于精浊的问题。所谓精者，生殖之精也，即现代医学所谓之卵泡卵子。《沈氏女科辑要笺正》在“受胎总论”中指出：“夫胎者，两精两搏，翕合而成者也，媾合之际，其情既洽，其精乃至，阳精至而阴精不至，阴精至而阳精不至，皆不能成，……此生化自然之妙。”指出了女子之卵谓之阴精，月经来潮，为了繁殖下一代，如果阴精（卵泡）不能与阳精相结合，则排出之精卵将成为败精，败精化浊，既然化为浊，就成为有害物质，虽被腹腔内正气所吸收，但残余部分，特别是残留子卵巢的余浊，亦可通过月经顺畅的排泄而清除之，否则余浊残留，久则结成卵巢处的类癥瘕。正如武叔卿所说：“盖痞气之中，未尝无饮，而血癥、食癥之内，未尝无痰，则痰、食、血未有不因气病而后形成。”指出了痰、饮（包括余浊）、血、气的联系性，一旦在卵巢处形成类癥瘕，自然将影响排卵，导致肥胖和不孕。所谓浊者，尚包括子宫内腔应泄之瘀浊。现代医学认为，月经的来潮与子宫内膜的分泌、脱落有关。前人限于历史条件，缺乏微观手段，但是在长期的实践中，已经意识到子宫脂膜的存在。如《女科经纶》“嗣育门”中引朱丹溪言曰：“妇人肥盛者，多不能孕育，以身中有脂膜闭塞子宫，致经事不行。”我们认为，朱丹溪在妇科学上的最大贡献，就在对痰湿的认识，对“脂膜闭塞子宫”的认识。《济阴纲目》“求子门”并创制出“消脂膜导痰汤”，在排泄出的月经的内含方面，提出了新的见解。随着现代医学微观手段的发展，子宫脂膜说，将更加受到重视和发扬。

总地概括起来说，就中医学而论之，排经内含，应为癸水、血、浊、脂膜等，其中尤以脂膜、癸水最为重要，也是我们今后深入研究行经期生理特点的主要内容。

二、重阳必阴

月经之所以来潮，经血之所以能顺利排泄，固然与子宫之泻、太冲脉盛、血海充盈、任脉通达、胞脉胞络畅利、气血活动显著等有关，但是子宫之所以泻，冲任胞脉胞络之所以通利，气血之所以活动，月经之所以顺利排出，又必与重阳必阴的转化有关。换句话说，重阳必阴，才是推动月经来潮的主要因素。排泄月经的前提在于重阳必阴，只有重阳，才有可能必阴的转化，有必阴的转化，才有可能排泄出正常的经血，所以排泄经血是否顺利，排出的经血包括量、色、质是否正常，实际上决定是否达到重阳，以及必阴的转化是否顺利。重阳必阴，这是月经周期演变中生理调节的重要环节。重阳者，指的是阳长至重的高水平阶段，亦即是阳长阴消的不平衡状态已达生理的极限。如不通过重阳必阴转化的调节，排泄有余之阳，让位于阴长，则阴阳之间的相对性平衡必遭破坏，而月经周期中的生理性平衡亦将被破坏。所以说，重阳必阴的转化，是行经期除旧生新的重要手段，自然也就体现出妇科最大的生理特点。为此，我们很有必要探讨重阳的性质，重阳必阴转化的差异性，以及重阳水平的差别性等。

（一）关于重阳的认识

重阳，首载于《素问·阴阳应象大论》，如说：“天有四时五行，以生长收藏，以生

寒暑燥湿风，人有五脏化五气，以生喜怒悲忧恐。……故重阴必阳，重阳必阴。”其意思是，重阳者，双重性也。近代已故名医任应秋先生在注释重阳重阴时认为：重者，重叠的意思。虽然本段文字是针对病理而言，但亦含有生理的意义，因为在重阳重阴的前面有四时、五脏的变化，是指正常的生理面言。但我们以往对重阳的认识，是从阳长至重，即阳长达到高水平，相似于两个阳的水平，是指单一性阳的高涨。通过反复实践以及现代医学微观手段，觉得单一性的阳长达重有其局限性。临床上的情况是复杂的，人的生理机制是复杂的，月经周期中的演变也是够复杂的。如《女科经纶》引陈良甫曰：“女子二七而天癸至。天谓天真之气，癸为壬癸之水，壬为阳水，癸为阴水。女子阴类，冲为血海，任主胞胎，二脉流通，经血渐盈，应时而下，天真气降，故曰天癸。”陈良甫这段文字，说明了三个问题：其一，将天癸分为阴水、阳水，月经的来潮及其周期之所以形成就在于阴水阳水，有着非常重要的意义；其二，说明月经来潮与冲任两脉亦有重要关系，此乃受《素问·上古天真论》的影响，忽略了子宫的重要性；其三，月经来潮，“天真气降，故曰天癸”，此处尾所指的天癸，实际上是月经的代名词，而天真气降，实际上指阳气下降，结合临床，特别是应用一些观察的方法，如 BBT 高温相下降表示月经来潮，就不难理解陈良甫所说。对此我们认为：重阳者，含有如下两方面内容，一是壬癸之阳水，阳长至重，阳水达到高水平，是主要的内容；二是天真之气，即阳气的旺盛，这种阳气旺，还可包括正常的心肝气火在内，通过阳气旺盛，推动月经来潮，而月经来潮，阳气下降或下泄，关于这一点，通过测量得到的 BBT 高温相迅即下降可以证实。阳的下降下泄，才能保证月经正常来潮，也才能保证必阴的转化，让位于阴，开始阴长，开始新周期的演变。

（二）关于重阳必阴转化的认识

有了重阳的前提，才能有必阴的转化，转化的顺利与否与重阳的水平有着直接的关系，但转化是在血分通过子宫冲任、胞脉胞络等的一系列气血活动中进行的，因此，气血活动的强弱，子宫、冲任等的功能支持，对重阳必阴的转化亦有着重要关系。换言之，即使有了重阳的基础，如没有子宫冲任等气血的显著活动，转化亦不能出现。由于禀赋、体质的有别，所处环境、生活习惯、寒热温凉的摄生不同，必然会出现气血活动的差异性，也即是体现转化的差异性，气血活动不仅能促进重阳必阴的转化，而且有调节重阳的太过与不及的作用。重阳太过，通过气血活动，大量阳气下泄，排除有余，重阳有所不足，通过转化，让位于阴，可有弥补重阳有所不足之功用。根据我们临床观察，气血活动所表现出的转化差异性，亦有三种情况：一是气血活动很流畅、很顺利，排出应泄之经血亦很顺利、很彻底，其重阳必阴转化亦必然很顺利，天真气降、阳气下泄根快，阴长亦快，在临床上所见行经期可无任何症状，或偶有轻度的小腹作胀作坠的感觉，BBT 从高温相下降很快，下降的幅度在 0.4℃或 0.5℃之间，即达到原来低温相水平，下降后亦趋于平稳，没有波动状态；二是气血活动一般流畅、一般顺利，排出应泄之经血亦呈一般状，而且亦较彻底，其重阳必阴的转化亦较为顺利，天真气降、阳气下泄亦呈一般状，在临床上所见行经期可见轻度的腰酸，小腹胀痛，烦躁寐差，或伴有轻度乳房胀痛，BBT 高温相下降亦较快，下降在 0.3℃～0.4℃之间，达到原有低温相水平，但下降后或有波动，有时可在行经第 2 或第 3 天，才能

达到原低温相水平，或偶有1～2天下降后又升高0.1℃～0.2℃之间；三是气血活动较差或较强，但仍在生理范围内，仍能较为顺利地推动转化，使经血尚能正常排泄，天真气降、阳气下泄亦基本符合生理要求，临床上所见行经期时常可见到腰酸，小腹胀痛，胸闷烦躁，乳房胀痛，而且排经有时不畅，有时少，经色欠艳或较艳，BBT高温相下降0.2℃～0.3℃之间，下降后稳定性较差，有波动，或者在行经期第3天才能达到原有低温相水平，这种现象，或则每月如此，或则间隔2～3月一次，实际上已处于生理与病理的临界线。

（三）关于重阳水平上的差别性

同在正常生理范围内，不同女性个体的重阳水平亦存在差异。我们在长期的临床观察中，发现由于个人的禀赋不同，环境有异，营养、生活、工作甚至肤色等不同，其重阳的水平也不一致，特别是通过现代医学微观的手段，即通过检查血中内分泌激素（主要是孕酮即黄体激素水平）及BBT高温相的变化，不难发现生理上亦存在重阳水平的差异性。

高水平的重阳，其转化必然很顺利。因为高水平重阳，不仅阳水高涨，而且阳气旺盛，当然亦包括有充实的阴的基础，所以不仅转化很顺利，而且转化后阴长亦较快，在转化中排泄应去之经血亦很顺利，其经量、经色、经质均正常，特别是排经的日期很有规律，免疫能力亦强，可以经受行经期内外各种因素的干扰，包括环境、气候、生活及较强烈的精神因素的刺激，不致发生病变，这是一种很健康的月经周期（包括行经期）的演变。判定高水平重阳标志，除了根据临床反应外，还需要通过血查黄体激素水平确认其必须在高水平的数值内，BBT高温相与低温相差距在0.4℃～0.5℃之间，其高温相必须维持在14天左右，而且下降迅速。重阳水平高的女性在临床上较为少见。

较高水平的重阳，其转化亦较顺。，因为较高水平的重阳，不仅阳水较高涨，而且阳气亦较旺盛，当然亦包括具有较为充实之阴，阳以阴为基础，所以阳气下降亦快，阳水排泄亦较正常，转化亦较顺利，转化后阴长亦较快，转化中排泄应去之经血亦较正常，其排经的日期亦较有规律，行经期免疫能力亦较强，可以经受一般因素的干扰，如环境、气候、生活及精神因素的刺激，但不能经受强烈因素的干扰，亦属于健康的月经周期（包括行经期）。判定较高水平重阳的标志，除了临床反应外，还需要通过血查黄体激素水平确认其在较高的数值内，BBT高温相与低温相差距在0.3℃～0.4℃之间，其高温相维持在12～14天之内。临床上这样的女性颇为多见。

水平较差之重阳，其转化虽亦较顺利，但有时较差。因为水平较差之重阳，不仅阳水高涨时略有不足，而且阳气旺盛亦略有不足，当然亦包括阴的基础有所不足，或者是后天脾胃功能有时较差，所以转化时好时差，转化后阴长或时有所不及，在转化中排出应泄之血亦必然表现出时好时差，其排经的时数律有时不一致，免疫功能也显得时强时弱，在行经期有时不能经受外界因素的干扰，特别是寒冷因素、精神刺激常易致病，尚属于健康的月经周期（包括行经期）。判定其重阳水平较差，需要通过血查黄体激素水平，虽亦在正常范围内但偏低，有时可达最低临界线，BBT高温相与低温相差距在0.3℃，有时偶然出现0.2℃差距，高温相维持在12～11天之间。临床上此类

女性亦常有所见，一般应属亚健康的月经周期（亦包括行经期）。

总之，重阳必阴是行经期的生理特点。在正常生理范围内，不同女性个体亦间存在着较为显著的差异性。因此，我们不得不加以深入研究。

三、月圆运动生物钟节律

月经之所以来潮，排经之所以正常，首先在于子宫冲任等显著的气血活动，而气血之所以能显著活动，尤在于重阳必阴的转化，具有重阳必阴的转化，才有可能出现正常的气血活动，促使月经来潮，顺利地排出应泄之经血，但重阳必阴的转化运动之所以形成，又必与月经周期中整个月圆运动生物钟节律演变有关。所以月经周期中的月圆运动生物钟节律是主宰月经周期演变的主要动因。而行经期是月圆运动生物钟节律中最具显著特征的时期。兹阐明如下：

（一）月圆运动生物钟的普遍性

圆运动，在易学中称为圆道。它不仅指形象上的圆圈，更为重要的是指内在的运动是呈周（圆周）而复始的规律进行着的，或者说事物是以圆的形式相互联系发展的，宇宙间万事万物都以圆周的形式循环运动着，一个个大圆连着一个个小圆，不停地旋转着，无论从宇宙、银河、太阳系，到生物细胞的原子、电子、质子，都是圆的动态循环，说明圆运动是万事万物运动的普遍规律。

生物钟，指生物的周期节律现象。生物钟是一种普遍现象，无论从低级到高级、从简单到复杂的生物，都存在着生物钟节律现象。人类和哺乳动物的周期节律就更为明显了，动物的发情、交配、睡眠等都存在着节律性，人的体温、血压、血糖、呼吸、脉搏无不存在着昼夜节律。

圆运动是存在于自然界的普遍规律，而生物钟又是存在于自然界的普遍现象，所以有人将这两种有关的规律和现象，谓之太极阴阳消长节律，简称为太极钟。在人体内部的确存在气机升降、经络循环、脏腑间联系制约等上下左右、周而复始的运动，在运动中均有节律现象，以维持生理功能和生命活动，直至生命终结。月经周期节律更与此有关，而行经期正是月经周期中圆运动生物节律中重要的一个环节，也是体现节律活动现象的重要时期。

（二）月经周期与月圆运动生物钟的关系

月经周期的演变，的确体现了太极阴阳消长及两次明显的转化节律运动现象，与圆运动生物钟的关系极为密切。而且体内月圆运动生物钟节律，在一定程度上受自然界圆运动生物钟规律的影响和制约。正如李时珍《本草纲目》“论月水”中说：“女子，阴类也，以血为主，其血上应太阴，下应海潮，月有盈亏，潮有朝夕，月事一月一行，与之相符，故谓之月信、月水、月经。经者，常也，有常轨也。”说明了月经的周期节律演变与天之月亮的盈亏规律、地之海潮的涨落规律、行经期与经间排卵期等均有密切关系。关于妇人与天之月亮盈亏规律的关系《万氏妇人科·种子章》更进一步说明：“妇人阴质，取象于阴，若自朔至望，经水行不失其候者，结孕宜，生子多寿，以月光渐生，月轮渐满也。若自望至晦，经水行或失其期者，胎难结，生子多夭，以月光渐消，月廓渐空也，此造化之理。”说明光照与生物节律有着重要的关系。地之海潮涨落

实际上即是水的运动变化，月经的周期节律，是癸水中的阴阳消长转化所致的，因此水与水之间有着内在的联系，即人体之内的癸水与地面海潮的海水，有一定的关联性并受其影响。人类之间的阴阳变化，特别是生殖节律与月经周期中的阴阳消长转化运动，是在心—肾—子宫生理生殖轴的调节下完成的，所以人类间的影响，有着“心”与“气”的互通性，而女性与女性之间在周期节律的活动方而，也会发生相互的影响，这在临床上亦时有所见。

正由于以上所述的天、地、人之间的圆运动生物钟的影响，月经一月一次，经常不变，从行经期开始，除旧生新，新周期的月圆运动开始，进入经后期阴长阳消阶段，阴长至重，引起转化活动，以纠正这种不平衡状态已达生理限度，这就是经间排卵期，转化后开始阳长阴消的经前期，推动生理运动的发展，然后又进人阳长至重，重阳必阴的转化期，即又一次新的行经期，目的就在于纠正月圆运动中阴阳不平衡的生理状态，再次开始新周的期运动，终而复始，始而复终，循环往复，如环无端，从 14 岁左右开始到 50 岁左右结束，一次又一次的月经周期演变，把女性生殖功能推向发育的高峰，又趋向衰竭，在开始发育阶段和将绝经的衰退时期，由于肾气初盛和衰退，天癸的将至和将竭，心肾子宫之间的平衡性有所失衡，但由于已形成之月圆运动生物钟节律的存在，所以月经周期尽管有所失常，但总体上仍有一定周期性。我们在临床上还常发现，正常育龄妇女已建立了月经周期的月圆运动生物钟后，在一年之中偶有 1～2 次月圆运动生物钟节律失常，但仍能保持应有的月经周期性；有的在应用西药乙黄周期序贯疗法后建立了正常的月经周期节律，在停药后 1～2 个月经周期中仍能保持月经来潮者，即这种月圆运动规律所致。

（三）月圆运动与“7、5、3”特殊性内源节律的关系

月经的月圆运动生物钟节律的总体演变是以月为标准的，按四期进行消长转化运动。但节律变化，亦即是说，其阴阳消长转化虽亦按四期进行，但其时数及其演变方式是有差别的，根据我们临床上长期观察和系统总结，发现“7、5、3”数律及其形成，不仅是十分明显的，而且非常有规律。我们曾经随机统计过器质性不孕症患者排卵功能和月经周期正常者 40 例，要求以连续 3～5 个月经周期中的行经期作为统计对象。结果：行经期 3 天的占 6 例，属于 3 数律；4 天的占 4 例，其中 1 例 4 数与 5 数相交替，1 例 4 数与 3 数相交替；行经期 5 天的占 15 例，属于 5 数律，其中 2 例 5 数与 3 数相交替；6 天的 2 例，7 天的占 11 例，属于 7 数律，其中 1 例 7 数与 5 数相交替，1 例 7 数与 6 数相交替。虽然统计的数量不够多，但已可看出“7、5、3”奇数律的重要。

在具体的转化运动中，随“7、5、3”数律的不同，其行经时间和表现形式也有区别。属于 5 数律者，在行经期的转化运动过程中，虽然初、中、末的转化顺序相同，如行经初期 1 天，中期 1 天或 1.5 天，甚则有 2 天，末期 2～3 天，行经第 1 天量少，色呈淡红，第 2 天至第 3 天半为排经的高峰时期，也是转化运动的主要时期，子宫呈一般节律性收缩，量较多，经色红，一般无血块，或偶有小血块，重阳自经行第 1 天开始下降，而至此高峰时期，则随经血而大量下泄之，让位于阴，转化运动顺利与否，与排泄的重阳及血量有关，重阳下泄，必假血量以泄之，血量少则重阳下泄亦少，转

化运动不利，血量过多则重阳下泄亦过甚，同时限令5天之内结束行经期，每月如此，直至绝经期，这是5数律的特点，转化的节律运动呈一般性。属于7数律者，在行经期的转化运动中，其初、中、末的转化顺序相同，但时数与节律性的强度有所不同。一般行经初期1天，亦或有1天半的，中期2天，亦或有2天半，末期3~4天，经行第1或第2天，经量少，色呈淡红，说明转化刚刚开始，排经尚处发动阶段，经行第2天或第3、4天，为排经的高峰时期，也是转化运动的主要时期，子宫节律性收缩较之5数律稍为缓慢，排经量虽亦较多，经色红，一般无血块，或偶有小血块，重阳自经行第1天开始下降，至排经高峰时期，随经血而大量下泄，但下泄亦较缓慢，以让位于阴长，转化运动与排泄的重阳，与血量有关。血量少则重阳下泄亦少，血量多则重阳下泄亦多，同时要求在7天内结束行经期，每月如此，直至绝经期，这是7数律的特点，转化运动的节律较5数律为弱。属于3数律者，在行经期的转化运动中，其初、中、末的转化顺序相同，但时数与节律的强度有别，一般行经初期1天，亦或半天，中期1天，末期1天，经行第1天，经量少，经色淡红，无血块，转化运动刚开始，排经处于发动阶段，经行第2天，为排经的高峰时期，也是转化运动的主要时期，子宫节律性收缩较之5数律为快，排经量多，色红，一般无血块，有的甚至只有半天，重阳至此时期内，随经血而大量下泄，下泄亦快，以让位阴长，同时亦要求在3天内结束行经期，每月如此，直至绝经期，这是3数律的特点，其转化运动的节律较5数律为强。

此外，在行经期转化运动过程中，也可能出现“7、5、3”奇数交替混杂不很规律者，但必须有一贯性。如有些女性，自初经来潮后，一贯体现3数与5数交替者，即有时出现行经期3天，有时出现5天，或者有出现行经期连续2~3个月的5天，偶尔出现1个月的3天，或者出现连续2~3个月的3天，偶尔出现一个月的5天；或亦有初潮后一贯体现7数与5数的交替，即有时出现行经期5天，有时出现行经期7天，5天与7天相交替，或者有时连续2~3个月出现行经期5天，偶尔1个月出现行经期7天，或者有时连续2~3个月出现行经期7天，偶尔1个月出现行经期5天。行经时转化时数不一致，规律性欠强，虽不属于病理，但亦说明生理上阴阳消长转化运动的波动性和不稳定性，也说明在个体特异性方面的“7、5、3”奇数律中仍有不稳定的较为复杂的生理变化，需要我们进一步探讨。

第二节 行经期的病理特点

行经期，是新旧交替时期，排出应泄之经血，即所谓除旧迎新，以利新生，亦有利于新周期的开始。因此，我们认为：除旧，即排出应泄之经血，必须是“完全干净，彻底全部”地排清，如果留得一分瘀浊，将影响一分新生，故凡旧周期中所遗留的残余一切，哪怕是点滴物质，亦必须清除。反过来说，新周期中所产生的一切，必须加以扶植，但在排出应泄经血的同时，程度不同地损耗一些好血，正如《灵枢·五音五味》中说：“冲脉、任脉，皆起于胞中，上循脊里，为经络之海，……今妇人之生，有余于气，不足于血，以其数脱血也。”血去气亦弱，但毕竟血去较多，故呈现血少气多

历代中医资料大全分享

你好，我是逢原，你现在看到的这本资料是我从网上收集整理的。

本人自学中医多年，耗时多年搜集珍藏了众多的中医资料，包括了目前已经出版的大多数中医书籍，以及丰富的视频教程，而这些中医资料，是博览群书，勤求古训之必备。

如果有你也喜欢中医，需要一些学习中医的资料；或者是学习中医的路上碰到了什么问题需要交流；或者碰到一些疾病的困扰，需要求助，可以通过以下方式联系我：

一、发邮件：fyzy999@qq.com

二、加我 **QQ/微信：2049346637**

三、关注微信公众平台——**逢原中医**，经常有中医文章更新。

四、关注我的**空间**：**http://user.qzone.qq.com/2049346637**

免责申明：所有资源均是网上搜集，本人收集整理这些中医资料，仅仅为了方便中医同道中人私下交流学习之用，不为营利，将不对任何资源负法律责任。所有资源请在下载后 24 小时内删除，任何涉及商业营利目的均不得使用，否则产生的一切后果将由您自己承担！如果您觉得满意，请购买正版资源。

私人微信号：2049346637

公众平台：逢原中医

的偏颇状态，亦反应了这一时期的特点，前人在论述新产时说："新产多虚多瘀"、"易寒易热"，而行经期亦有类于此，同样存在着"多瘀多虚"、"易虚易实"的特点，虽然在程度上没有新产那么严重，但也不容忽视。稍有不慎，亦易致病，且影响整个月经周期的演变。《妇人大全良方·产定方序》云："气血，人之神也，不可不谨为调护，然妇人以血为基本，血气宣行，其神自清，所谓血室，不蓄则气和，血凝结则水火相刑。"影响及局部者，则子宫冲任，包括胞脉胞络在内，将形成气血病变，导致排经失常；影响整体病变者，则整体性的重阳必阴的转化运动以及月圆运动生物钟节律亦将出现失常，形成行经期的病理特点。

一、排经失常

月经之所以来潮，排出经血的量、色、质之所以正常，首先在于子宫包括胞脉胞络，以及冲任等经脉的气血活动，特别是于宫节律性收缩的结果。《素问·评热病》曰："月事不来者，胞脉闭也；胞脉者属心而络于胞中。今气上迫肺，心气不得下通，故月事不来也。"可见排经在于胞脉通畅，气机下降，经血下通，才能促使经血顺利排泄。反过来说，如气机下降不利，经血下通欠佳，胞脉胞络等功能有所失常，必将影响月经的正常来潮，月经在来潮的过程中子宫的节律性收缩受到内外因素的干扰，亦将导致排经失常，排经虽在血分，但气分有病，由气及血，同样可以影响月经的正常来潮。根据我们多年来的临床体会，偏于子宫冲任等所谓局部因素所致的排经失常者，有排经不畅、排经太过、排经不足三者，其中尤以排经不畅为多。兹详述如下。

（一）排经不畅

或因行经期感袭风寒，或则内伤情郁，以致子宫冲任等气血活动受阻，导致排经不畅。根据我们的临床观察，外因通过内因起作用，即外感六淫和内伤七情，均需通过子宫冲任之虚方能发病，前人所谓"邪之所凑，其气必虚"、"最虚之处，便是容邪之所"。经行之际，子宫冲任是最虚之处，是以导致病变，形成排经不畅，多为邪与瘀浊相搏，此即实中致实的病变。但亦有少数因气血不足，经行劳累等所致虚中致虚的病变，同样形成排经不畅者。

1. 实中致实　由于月经内含，是由癸水、血液、精浊、脂膜等组成的，一旦为外邪所袭，邪与经血相搏，此即实中致实的病变。就临床所见而言之，有血瘀、湿浊性瘀阻、脂膜性瘀阻之不同，且病变的性质、程度、范围各不相同，复杂性亦不一样，应加以分析。

（1）血瘀：外界的寒冷因素和内在的情郁因素所致血瘀者较为多见，正如《女科经纶》引滑伯仁言所云："有经行前脐腹绞痛如刺，寒热交作，下如黑豆汁，两尺沉涩，余皆弦急，此由下焦寒湿之邪，搏于冲任，冲为血海，任主胞胎，为妇人之血室，经事来，邪与血争，故作瘀痛，寒湿生浊，下如豆汁，宜治下焦，以辛散苦温血药治之。"气郁则血滞，滞久必生瘀，而且气机郁阻，经行不畅，亦易残留成瘀。一般性血瘀，阻塞子宫冲任之内，影响下一次经行，旧血余浊不得排清，更将加深血瘀，此即实中致实也。临床上常可见到月经量少，经行不畅，或经期延长，或经行腹痛，瘀阻于内，损伤血络，或者血瘀占据血室，好血不得归经，常可见到月经过多、经期延长

等病证。如血瘀流注到子宫冲任之外，达于厥阴少阴经络，常夹湿浊湿热者，必将引起少腹疼痛、寒热带下等病证，甚则形成癥瘕等病。

(2) 湿浊样血瘀：一方面是由于外湿乘经行之际而入侵，而另一方面由于内在的癸水致浊，此外，更为重要的是刮宫手术，或者行经期不注意卫生，或者行经期性交等，使外湿与内湿相交合，夹以残浊余血，形成湿浊样血瘀，湿蕴生热，瘀浊伤络，常可出现寒热腹痛、淋漓出血、赤白带下之生殖道炎症，湿浊血瘀浸淫于子宫冲任之外，凝结于盆腔内脉络脏腑之间，将可致湿浊凝结，形成子宫外附件的积水、积液、粘连等较为难治之症。此外，尚有一种因排经不畅，血中浊液不能排尽，以致对腹腔中特别是卵巢卵泡间的湿浊吸收不良，形成卵巢卵泡间的痰湿瘀结。我们在长期临床中，特别是对高年妇女试管婴儿保胎治疗中发现，经间排卵期排出精卵的同时，由于重阴所带来的水湿偏盛，且排出的精卵不能受孕，败精必将化浊，化浊后除通过血分吸收由大小便排出体外，但还必须通过排泄月经才能清除之，所以行经期排出湿浊，还有着深层次的意义，排经不畅，湿浊样血瘀，可以在卵巢或者附件处凝成囊性癥瘕。

(3) 脂膜样血瘀：所谓脂膜样血瘀，是指膜样物质残留于子宫内，影响月经周期和生殖节律演变。在前生理特点中，已经论述了经血内含中脂膜物质的重要性。金元四大家之一的朱丹溪曾经指出有“脂膜闭塞子宫”的病变，《叶天士女科证治》亦指出“经来如牛膜片”，虽然前人没有认识到脂膜的深刻意义，仅把它列入痰湿中，有一定的局限性，但难能可贵是指出了脂膜闭塞子宫，不能不说是一大进展，今天，我们借助现代医学的微观检查手段，发现于宫的内膜组织具有顽强的生理活性，不同于一般痰湿证，在阴阳消长转化的月节律影响下生成、增殖，以致脱落、溶解而排出，具体来说，得阴长而形成发展，得阳长而松软，且逐渐溶解，然后随经行而排出，再开始形成，再开始溶解，循环往复，形成内膜的周期性变化。如阳长有所不及，重阳有所不足，则子宫的内膜组织不可能完全溶解，或溶解程度不够，虽然亦能随经行而排出，但必须加强子宫冲任的气血活动，特别是子宫的节律性收缩，才能排出，如果子宫冲任的气血活动有所不足，强度不够，或者残留的膜样瘀阻于子宫角落处，更不易排出，临床常可出现痛经、经期延长、不孕不育等病证。如膜样血瘀流注于子宫肌肉之间，必致血癥，可见经行疼痛剧烈，且伴经量过多。如膜样血瘀流注于子宫外的其他脏腑经络之间，甚则头身四肢关节者，虽为少见，但随月经周期演变而发展，随经行而发作疼痛、酸胀、出血等症状，久而酿成顽证，颇难治愈。

2. 虚中致虚　排经不畅，当以瘀实为多见，但亦有少数属虚者。如禀赋不足，素体薄弱，或劳倦过度，或大病久病之后，体质虚弱，气血不足，以致子宫冲任等功能欠佳，经行之际，乏力推动应泄之经血排出，但应泄之经血又不得不排出者，因此需要加强气血活动的能量，同时经血排泄又必耗损一定的气血，是以虚中致虚，即虚虚病变。根据临床体会，虚虚病变者，又可分为气血虚、脾虚、肾虚三者。

(1) 气血两虚：素体气血不足，加以劳累过度，以致经行不畅。但经期已到，应泄之经血又不得不下泄，不得不加强气血的活动，常可见到经行先少继较多，及小腹坠胀、头昏心悸、神疲乏力等证；经行之后，气血更弱，以致表现出气血更为虚弱的证候。

（2）脾虚：平素脾胃薄弱，或者劳倦过度，饮食不节，以致脾胃虚弱，气血不足，经期推动运行乏力，经血难于下泄，故致排经不畅，临床上常可见到经行量少，小腹胀坠，每逢经行则大便溏泄、神疲乏力等证，经行之后，脾胃更差，故神疲更甚，纳呆嗜睡等。

（3）肾虚：素体肾虚，或则产育过多，包括流产，或则房事过频，肾虚则阴阳失衡，经行之时，子宫冲任功能不足，故致经行不畅，临床上常可见到经行后期，经量偏少，小腹坠痛，腰俞酸楚，小便频数，经行前后带下过多等病证，经行之后，肾虚更著，腰俞酸楚更为明显，及小便频数等。

（二）排经过甚

此与子宫泻之有余、藏之不足，冲任通达过甚、约制偏少等有关。从病变的性质上讲有两种情况：一种属于实证病变，要以血热为主，所谓血得热则行，迫血妄行，常可见到月经先期、经行量多、经期延长，胸闷烦躁、乳房胀痛等病证；经行之后，热随血泄，血热清除，但心肝气郁，情绪烦躁，得排卵期后阳气内动，经前期阳长至重，心肝气郁又必化火，火热有余入乎血分，又必使子宫失藏、冲任失约，上述诸病证又必发作，此排经过甚者，必须除火热之根，泄有余之火，重在解除心肝肾之不平衡及有余之气火。一种属于虚证病变，主要是气虚与阴虚两类：气虚者，摄纳功能不足，以致经行子宫失藏，冲任失约，内外俱为不足，排经过甚，出血漏红或经期延长，虚中致虚，则为重虚，故经行之后，神疲乏力，头昏心慌，更为明显；阴虚者，阴虚则火旺，火旺则血热，血热则迫血妄行，形似有余，实为不足，虽亦表现为月经先期、量多、淋漓延长等病证，但经行之后，火热虽有所泄，而阴虚则更甚，阴愈虚，则火愈旺，火愈旺则阴愈虚，转辗反复，病情加重，尤其是经间排卵期后，阳气内动，阳长至重，必然又易激动火旺，是以再次出现形似有余排经过甚的表现，但实际上虚者更虚，必须予以重视。

（三）排经不足

此与血海之内源物质不足，基础薄弱，天癸衰少有关。子宫内膜不充，故行经前带下亦少，其原因常与人工流产手术较多、较频，子宫内膜损伤，冲任匮乏有关，以致源泉断流，血下甚少。此外还有因产后不慎，感染病菌，尤其是感染结核杆菌，损害子宫内膜，破坏内膜组织，形成瘀浊内结，以致排经不足，经血不得下行，常可表现为月经量少、月经后期等病证，形似不足，实为瘀结。性质上与上述者不同，即使夹有虚证者，亦系实中有虚，不可不知。

二、转化失常

月经周期之所以形成，以及周期中的健康发展，就在于周期中有正常的转化运动，如果周期中没有正常的转化运动，则月经周期就不可能形成，以及保持其长期的规律性，可见转化运动的重要。行经期之所以正常，排出应泄之经血之所顺利，均与重阳必阴的转化有关，转化得及时、顺利，才能保障排经的及时和顺利。反过来说，转化得不顺利、不及时，自然导致排经的失常和不顺利。前面所论的排经失常，在一定程度上有着局部病变的性质，而此处所论述的重阳必阴的转化失常，有着整体的意义。

整体影响局部，同样导致排经的失常，气血的失和，但其意义远较单纯的排经失常重要得多。

根据我们长期的临床观察，转化失常者，系指存在着转化，但在转化过程中出现功能失常，影响子宫冲任的气血活动，出现排经的不正常，就其病变来说，一般有三种情况。第一，是指转化比较困难，或者称之为转化欠利，转化欠佳，也可称之为转化不足，这种病变临床上颇为多见，当予首先论述之。第二，是指转化太过，也可以称之为转化过甚，有真假两种病变：真者，有余之病变也，假者，本虚标实，看起来转化太过，实质上转化不足。第三，是指转化不协调，即有时转化过甚，有时转化欠利，存在着矛盾病变，一般与脏腑的双相调节功能失常有关。我们认为：只有从理论上分析清楚，才能在临床上做到心中有数，辨治明确，提高临床治愈率。

（一）转化欠利

或称转化困难、转化不足。这类病变，在临床上颇为常见。具体分析，又有以下三种原因。

其一，是先天有所不足，功能较差，精卵发育亦有所欠佳，此与禀赋稍差、肾气盛、天癸至者亦有所不足有关。根据长期临床观察与分析，我们认为，凡属先天因素者，又有：①肾气、天癸的整体因素的问题，即整个生殖功能都有所不足，但仍有一定基础，仍能按时转化，或间隔一定时间转化，转化时必然存在困难者，常可见于月经后期，或类乎并月、居经、避年等特异性月经，以及月经量少、原发性不孕不育者；②肾气、天癸、冲任等奇经，其中有一个方面的环节原发功能较差者，或者在天癸因素中，有一种激素低落者，同样可以影响转化，导致转化不利，特别是致重阳有所不足者，必致排经亦不利；③先天生殖器官中，如子宫、卵巢等某一方面发育较差，或器官中生理上有所不足，虽然功能上尚可致阴阳消长转化运动，但必然水平偏低，或延迟周期节律运动者，其转化必然欠利，排经亦必然不畅，在这里尚必须说明一点，即先天发育很差，或生殖器官畸形、阙如，程度较重，亦即是肾气、天癸、冲任功能很差者，阴阳消长转化的节律运动无法形成者，临床上表现为闭经、稀发者，均不属于本处所论病理范围。

其二，是后天因素所致的肾气、天癸、冲任功能较差，以致阴阳消长转化特别是重阳有所不足，以致转化欠利，排经欠畅。所谓后天因素，一般指烦心过多，劳累过度，产育过众，尤其是人工流产过多，房事过频，长期失眠，长期工作极端紧张，自然损伤脾肾，出现两种不同的病理变化：一种是耗损肾阴，由阴及阳，即经间排卵期转阳较差，以致阳长至重时，重阳有所不足，自然影响转化、转化欠利，临床上较为多见；另一种是损伤脾胃，脾胃虚弱，阳气薄弱，以致阳长至重时，使重阳有所不足，自然影响正常的转化。

其三，是指某些较剧的因素，直接影响或干扰重阳必阴的转化，导致转化欠利。如较强烈的寒湿或风寒因素，凝滞经血的活动，直接影响转化，以致转化欠利，或者强烈的持续的情志因素，干扰气血活动，影响重阳必阴的转化，以致排经困难。

关于转化欠利的具体病变，根据我们长期的临床观察和分析，亦有以下几种类别。首先是转化缓慢，是指重阳必阴得气血活动的转化缓慢。实际上是指转化的高峰时期，

也即是行经的中期呈缓慢状态，子宫的收缩强度不够，气血的活动不力，排出的经血不够多，使行经的中期，也即是转化的高峰期相应延长，临床上常可见到经期延长、经量偏少、痛经等病证；其次是延迟转化，或称转化延迟，此与重阳延后，阳长至重不能按时，一般与阴虚及阳有关，常与重阴转阳的延后有关，本质是由阴虚所致，在临床上也颇为多见，如月经落后、经行量少、不孕不育等病证。在这里尚必须说明一个问题，即阳长至重延后者，就阳长而言，延后的时间，一般只有3～4天，最长5～7天为止，必须转化，否则要注意早早孕的可能，此乃阳长不同于阴长的所在。恰恰相反，阳长至重的时间有所不足，而阴长至重的时间延长，甚至很长，造成行经期转化的延后，亦导致转化的欠利，用测量BBT、观察高温相变化是不难判定的。再次是出现两次转化，一般是紧密相连，亦有间断进行的，临床上较为常见到的为先强后弱。所谓强与弱，是比较而言，并非真的强，恰恰相反，强者，仍有所不足。如月经周期已到，BBT高温相开始下降，月经来潮，行经中期，是转化排经的高峰时期，也是BBT下降到低温相水平线的时期，转化的力度尚不够，排经不太多，BBT下降后又有所回升，重阳下泄不够，故于行经的末期，或者行经期已经结束或即将结束时，又排出稍多的经血或血块，但较之行经中期为少者，此乃第2次转化，务使该泄之重阳排出，才有利新周期阴长的开始。这类病变，在临床上可见到每月如此者，也有间隔一月，或2月、3月一次者，务必加以细心观察和分析，才能识别。

（二）转化太过

或称为转化过甚、转化过快，此与重阳过甚，气火有余有关。阳盛则火旺，火旺则血热，血热趁转化之时，迫血通达有余，约制不足，自然导致月经先期、经行量多、经期延长等。正如《傅青主女科》所说："妇人有先期经来者，其经甚多，人以为血热之极也，谁知是肾中水火太旺乎！夫火太旺则血热，水太旺则血多，此有余之病，非不足之症也……但过于有余，则子宫太热。"重阳过甚者，与气火有关。一般禀赋阳旺，或嗜食辛辣、烟酒过多、情志过甚等，均足以导致气火过旺，加以在经前经期阳长至重，势必激动和加剧气火的旺盛，从而导致血热，临床上除月经先期、经行量多之外，尚可出现经行发热、经行头痛、经行烦躁等病证。病程稍久，可致阴血亏虚，因为水火是对立的，火旺则水亏，水亏火旺，加以月经先期量多，必耗阴血而致水亏，貌似有余，实为不足，由实转虚，不可不察。此外，我们在临床上还发现一种表面上转化过甚，实质上转化不利的情况。如阳虚肝旺者，阳虚则重阳有所不足，子宫内膜溶解不够，瘀浊内阻，使之转化欠利，但肝旺则火甚，火甚则迫血妄行，推动转化加快，子宫藏之不足，泻之有余，因而出现表面上的转化过甚，亦可见到月经先期、经量偏多等病证，但因转化并非真正顺利，相反较为困难，故同时伴有经期延长、经行腹痛等病证。在育龄后期、围绝经早中期常易见到此类病证，有一定的复杂性和顽固性。

（三）转化不协调

如出现转化不协调者，说明病情复杂，有矛盾性，大多与脏腑双相调节功能失常有关。如因精神因素所致的肝郁者，当其肝郁化火，又得经前期阳长至重的促动，其阳火益甚，重阳有余，看起来迫血妄行，实际上气血活动过强，转化加快，自然导致

月经先期、经量过多等病证；经行之后，火热随经血下泄，让位于肝郁，肝郁则气滞，气滞则血滞，至行经期必然影响气血的活动，使转化欠利，转化缓慢，必然导致月经后期、经行量少、经期延长等病证；经行之后，由经量偏少，气随血泄亦少，气滞明显，郁而化火，在经前期重阳的促动下，气火益旺，又必然致转化过甚，致使月经先期、经量过多等；气火随经血下泄，让位于肝郁，从而又见月经后期、经量偏少等矛盾病证。其次，肾虚阴阳失衡者，亦致转化不协调，颇为常见。正如《校注妇人良方》引王子亨言曰："经者，常候也，谓候其一身之阴阳愆伏，知其安危，故每月一至，太过不及，皆为不调，阳太过则先期而至，阴不及则后期而来，其有乍多乍少，断绝不行，崩漏不止，皆由阴阳衰盛所致。"因此阳太过则转化过甚，即转化加快，阴不足，则转化欠利，即转化缓慢，从而出现行经期忽前忽后，经量或多或少的变化。但是必须注意到经量过少，属于经间排卵期出血者。此外，尚有肾虚肝郁，肝脾失调，肝郁血瘀等病变所致转化不协调者，临床上当予详察之。

三、月圆运动生物钟节律失常

月圆运动生物钟节律，是整个月经周期生理演变的原因所在，因此，月圆运动生物钟节律有所失常，也是整个月经周期失调以及生殖生育功能异常的原因。或由子内在的整体性的病变轻微，或者仅是某一环节失常并不严重，临床上无症状可言，但从行经期的期、量、色、质四个方面加以细心观察和分析，还是不难发现问题的，因为月经的量、色、质等方面的变化与行经期的时数律不相符者，均属于病证。某一个病证的出现，常常需要从整个月经周期中阴阳消长转化的节律运动失常去考虑。我们从长期的临床观察中发现，月圆运动生物钟节律失常者，主要有月经周期中阴阳消长运动的失常，行经期转化运动中初、中、末及其"7、5、3"奇数演变过程中的病变，天、地、人三者间生物钟节律的影响。因为本文所涉及的内容极为广泛和深刻，更为重要的是运用阴阳及时数律，脏腑等转变规律进行推导，是推导医学的重要组成部分，其理论上的难度、高度是不言而喻的。下面我们将根据临床所得，结合多年来的理论探讨，试对月圆运动生物钟节律失常这一问题阐述如下。

（一）月经周期中阴阳消长运动的失常

众所周知，月经周期之所以形成并有规律性，是阴阳消长转化的月节律运动的结果，而其中的消长运动尤为重要。固然在消长转化中任何一个环节的失常，均可导致月经周期性的病变，反过来说任何一个环节的失常，又常常与整体的阴阳消长转化不协调有关。行经期的期、量、色、质的失常，特别是排经与时数律不符者，均需要考虑阴阳消长转化整体运动失调，特别是消长运动的失调。我们认为：月经周期实际上由阴半月、阳半月组成。行经期由重阳转阴，让位于阴，实际上已开始阴长为主，经后阴长阳消，把阴长逐步推向重的地位。经间排卵期重阴转阳，开始阳长，实际上阴阳占半，经前期阳长阴消，把阳推向重的地位，行经期重阳转阴，又一次开始阴长，结束旧周期，开始新周期的演变，转化是短暂的，消长是长期的，转化是消长对抗到生理限度的必然。因为阴阳消长对抗的不平衡状态已达到极限时，不得不通过转化来纠正这种不平衡极限，达到暂时性的相对平衡。因此，阴阳在消长对抗运动的总体上

是对等的，其运动形式阴阳是不同的，阴静阳动。因此，发生病变，必然出现阴阳消长运动不对等性，低水平阴阳的绝对性平衡，以及过高水平阴阳消长运动的障碍和假运动等。

1. 阴阳消长运动的不对等　在阴阳消长转化运动中，为了保持总体上的相对平衡性，故阴阳各占半月，呈对等性，但是，在阴阳消长转化运动中发生病变，根据我们的体会，大多发生在阴阳消长对抗方面，就临床所见，又有三种状况：其一是阴长阳短；其二是阴短阳长；其三是阴阳长短不协调。

首先是阴长运动的缓慢，亦即是阴长运动的过长，带下少，BBT 始终处于低温相，而经后期的阴长运动超过半月，甚至一个月以上，仍处于经后的初、中期。但是，必须说明的是，这时阴长运动并未停止，仍在缓慢地进行着，仍有白带出现，正由于经后期的延长，故使得整个周期落后，形成阴长阳短的不对等病态。其次是阳长期偏短，即阴长半月，而阳长偏短，一般在 10 天或者 8 天之内，甚至只有 6～7 天，这里又有两种情况：一种是阳长有余，气火偏旺，使转化加快，或转化提前，表面上看起来似乎阳气不足，实乃有余之病证也；第二种，阳长不及，阳气有所不足，或因劳累过度，或因情志刺激过甚，或因长期紧张过度、入夜难寐等；以使阳长近重，子宫失藏，冲任失约，因而转化提前者，此乃不足之虚变，故使月经周期先期，形成阳短阴长的不对等性病态。此外还有一种阴长过长、阳长过短的病态，从表面上看月经周期仍然保持正常的周期性，似乎属于正常范围，但实际上阴长在 20 天左右，而阳长只有 10 天，甚至不足 10 天，阴阳在总体上缺乏其相对性的平衡，即使在整体的症状不多，但在月经期的量、色、质方面，必然有证可查，特别在色、质方面，必然出现色紫红、紫黑，质黏腻，有较大血块、腐肉状血块等。

其二是阴短阳长，其病变主要在阳长，即 BBT 高温相延长，但又非早孕者，甚则行经期高温相下降偏少。

其三阴阳长短不协调，忽面阴长，忽而阳长，忽而阴短，忽面阳短，很不一致，表示病变复杂，阴阳气血紊乱，脏腑失调明显。

2. 低水平阴阳的绝对性平衡　在临床上常可碰到一些年轻女子患闭经，或者月经稀发等病证，除月经不来潮外，无任何不适，少数可伴有偏于肥胖、多毛的特征，在排除先天性生殖器官发育不良，或者卵巢、脑垂体、肾上腺、甲状腺等处肿瘤外，可以行血查女性雌激素、雄性激素、催乳素、黄体激素等，有助于分析判断病情。我们认为：此与天癸中阴阳水平均低，处于低水平的阴阳平衡，缺乏一种消长对抗的生理性不平衡，形成一种静止的、不发展的类乎绝对性的平衡，是以临床上无任何症状，所以一般采用补肾助长发育的方药治疗亦未必能获效。我们在多次失败中总结教训，反复思考，认为补养肾阴，奠定基础故当所需，但更为重要的是助阳以促动阴阳之间的消长对抗，推动月经周期运动的发展。在如此促动阴阳消长对抗中，患者很可能出现一些胸闷烦躁、乳房胀痛、夜寐不熟等症状，甚至可以出现头昏晕厥、烦热出汗等，特别是有带下增加的反应。治疗此类病证之前应该清醒地认识到，提高阴阳特别是阴的水平不易，有相当的顽固性，同时促动阴阳消长对抗的主要方面在于阳和气血活动，但必须注意到时间的短暂性和紧迫性，以及反复多次治疗的艰难性。

3. 过高水平的阴阳运动障碍或假运动　临床实践中我们发现，功能性崩漏、闭经、不孕不育病证的少部分患者，确系高雌激素血症所致，属于过高水平阴长运动障碍。对这类病证的患者，首先得排除肿瘤性的器质性疾病。然后检验血中的雌激素和雄性激素水平。如雌激素水平过高，又可称为高雌激素血症，即重阴不转，阴长运动障碍，在总体上有阴无阳，重阴过甚，破坏了阴阳相对性的平衡，且重阴过甚，阴极似阳，反可出现一些阳火的症状，此与阴虚火旺同，故可观察到带下分泌多，或者甚多。如雄激素水平过高，又可称为高雄性激素血症，重阳不转，阳长运动障碍，在总体上有阳无阴，重阳过甚，破坏了阴阳相对性的平衡，因而月经周期无法形成，且阳盛则气火旺，或夹痰浊脂肪，故出现烦躁、痤疮、多脂多毛、出油汗、面红等症状。此外还有一种无排卵性的黄素化病症，测量 BBT 仍可见到正常的高低双温相，有的其高温相较之正常者尤好，月经仍能按时来潮，一般量、色、质尚趋正常，一切现象似乎均符合正常的阳长运动，但是通过 B 超及有关检查，证实并无排卵，说明排卵期的重阴转阳是假的，其阳长运动也是假的，所以在经历一段时间后，必然呈现病证，如经量的偏少、体形的渐胖、带下的减少以及不能孕育等。

(二) 行经期转化运动不协调与“7、5、3”奇数的关系

行经期的转化运动，将经历初、中、末三个时期。初期较短，属于发动时期，运动较小较缓。中期亦较短，但较之初期为长，是排经转化的高峰时期，其运动形式较强较激烈。末期较长，属于结束时期，开始新周期的阴长运动。分析转化运动在初、中、末三期中的不协调，必须结合“7、5、3”奇数律进行。

7 数律者，初期 1 天或 1 天半，经量应偏少，如经量多或过多者，说明转化运动过甚，如此期内经量过少者，说明转化运动有欠利的病理现象；中期，即行经期的第 2 天或第 2 天的后半天，或者第 3 天，排经量应多，如排经量不多，甚或偏少，转化欠利，或排经量过多，转化过甚，均属病理表现；末期自第 3 天或第 4 天开始，直至第 7 天结束，由经量较多，转变为减少至净，是行经期转化运动将结束的时期，实际上已开始新周期的阴长阳消的消长运动，如经量过少，或间断之，则转化欠利，余瘀不能排净，如经量又转增多，说明转化过甚，或又形成一次转化，或转化中的高峰期延后，均属病理变化。

5 数律者，行经初期 1 天，经量应少，如经量多者，为转化过甚偏早，经量过少，为转化欠利；中期 1 天，自第 2 天开始，或者 1 天半，第 2 天至第 3 天前半天，经量应多，利于转化运动进行，如经量过多者，为转化运动过甚，经量偏少者，转化欠利，均为病理；末期 3 天，一般自第 3 天开始，至第 5 天结束，或者 2 天半，自第 3 天后半天开始，至第 5 天结束，或者 2 天半，自第 3 天后半天开始自第 5 天结束，如经量突然增多，除因劳累过度所引起者外，要注意转化运动高峰期延后，还是形成第 2 次转化，如经量过少，或间断之，转化欠利，排瘀不净，不利于新周期的形成，阴长的开始。

3 数律者，初期一般半天到一天，经量应少，如经量多者，为转化过甚，或提前转化，经量过少，为转化欠利，发动不力；中期 1 天，一般为行经第 2 天，亦有行经第 1 天的后半天开始，至第 2 天的前半天，经量应多，如过多则属转化过甚，过少则属转化欠利；末期 1 天或 1 天半，行经期的第 3 天，或第 2 天的后半天至 3 天，经量应少，

如突然多者，或者突然少者，其病理变化均同前5数律。

行经期经量的排泄不符合时数律者，不仅仅是经血失常的局部问题，而是涉及整个月经周期月圆运动生物钟节律的问题。

（三）天、地、人三者间大整体影响致病

人在整个宇宙节律的作用下，其阴阳气血的运行流注必随四季时期递变、寒暑的往来、昼夜的更替、月象的盈亏等变化而发生同步节律的变化，这是生物体对季节及昼夜变化的一种长期历史性的适应性反应，符合“天人相应”说。古人认为宇宙为一大周天，人体为一小周天，人的一切生理活动，随着天地日月星辰的变化而变化着，两者的运动变化是协调统一和同步的，是人体健康生存的基本条件。而月经周期性演变及生殖节律更与此有关。

首先以年相而论之，一年四季，春夏秋冬，春夏温热，心肝气火易升，秋冬凉寒，肺肾易失肃藏，有如《素问·六节藏象论》所说：“心者，生之本，神之处也……通于夏气；肺者，气之本，魄之处也……通于秋气；肾者主蛰，封藏之本……精之处也……通于冬气；肝者，罢极之本，魂之居也……通于春气；脾胃者，仓廪之本，营之居也……通于土（长夏）气。”因此，属于阴虚或偏阴虚之崩漏、闭经者，易在春夏季节发病，阳气虚或偏于阳虚者，易在秋冬季节发病。按月经周期阴阳消长转化节律与年相阴阳消长转化节律来说，行经期由阳转阴，与夏季相似，经后期阴长阳消，相似秋季，经间排卵期重阴转阳，相似冬季，经前期阳长阴消，相似春季。气温光照的失常，将会引致病变。

其次以月相论之，月经与月相有着更直接的关联，月亮的盈亏规律早就被引用于月经周期的演变。《灵枢·岁露论》曰：“故月满则海水西盛，人血气积，……月郭空则海水东盛，人气血虚”，指出了月象盈亏作为月节律调节以及易发病的时期。月相中的朔、望、上弦、下弦四个时期，与月经周期中的经间排卵期、行经期、经前期、经后期相符合。月相的变化，亦有可能影响月经周期的正常演变。

以日相而论之，《素问·金匮真言论》曰：“平旦至日中，天之阳，阳中之阳也；日中至黄昏，天之阴，阳中之阴也；合夜至鸡鸣，天之阳，阴中之阳也，故人亦应之。”把一日分成四个时期——昼（午）、夜（子）、黎明、黄昏。黎明阳长阴消，相似经前期；昼（午）重阳转阴，相似行经期；黄昏阴长阳消，相似经后期，夜（子）重阴转阳，相似经间排卵期。

兹将时相阴阳与月经周期中阴阳消长转化节律有关者，总结为表2-1。

表2-1

月经周期	行经期	经后期	经间排卵期	经前期
	重阳转阴	阴长阳消	重阴转阳	阳长阴消
年相	夏季	秋季	冬季	春季
月相	望	下弦	朔	上弦
日相	日晡（午）	黄昏	夜半（子）	黎明

江阴名医邓养初先生曾经说过：“黄昏盗汗，阴虚火旺也，夜半盗汗，阴分伏热

也，黎明盗汗，肝火旺也。”如阴虚火旺的出血病证，午后、黄昏、夜半加重，阳气虚弱的出血病证，晨起、日晡易加重。因此，对于凡属与月圆运动生物钟节律有关的病变，不仅要从人体本身的调节功能失常来考虑，更为重要的是要从阴阳演变规律及奇数律进行推导，论治未病。

就地的因素来说，水、土与环境因素亦很重要。女性疾病多与水湿有关，水土环境的不好和不安静，亦常易导致月经周期失常的病变。人的因素，主要指人际关系影响心理的变化，以及女性与女性间周期节律的相互影响和干扰，有时形成相似的病证，有时形成相似的周期节律，甚则相似的行经期。所以我们认为不能忽略地与人的因素对机体的影响。

第三节 行经期的诊治特点

行经期的诊治特点，主要是指治疗特点，因为在一般情况下，行经期的生理病理反应，是不难诊断的。行经期的调治法，就在于调经。调经者，是指运用一些活血化瘀的药物，来排除应泄的陈旧性经血，避免其残留危害生新，影响新周期的阴阳消长转化运动的形成和发展。虽然前人限于历史条件，不可能认清经血的实质，及排经对整个周期影响的机制，但在长期的实践中，亦朦胧地意识到排经的重要性，所以创制了大量的有针对性的调经方药，其内含药物已越出了单纯的活血化瘀的范围，不能不说是有所发展，有所进步。今天，我们借助现代医学微观手段，除 BBT 高温相的指标外，子宫内膜的病理检查、B 超等，以及对行经期的量、色、质、气味等的分析，结合分析排经与时数律的顺序相符性等，不难作出较为明确和细微的诊断，然后结合古人关于天、地、人大整体规律的影响，提出了行经期的主要调治法及有关的几种调治法等。

一、行经期的主要调治法

所谓行经期的主要调治法，就是俗称的调经方法，即运用一般的调经方法。但是在确立治法之前，首先要进行检查诊断。虽然行经期是月经周期中最为显著的时期，阴道见红，排出经血，BBT 高温相下降等，但要进一步明确诊断，特别是对于宫内膜病理检验及 B 超等探查以明确之，明确之后运用调经，才有针对性。考前人在调经方药运用中，创制了很多有效的名方，汉代张仲景的《金匮要略》妇人三篇，所制胶艾汤、桂枝茯苓丸、温经汤、抵当汤等，至今尤为临床所常用；宋代陈自明的《妇人大全良方》所引用的泽兰叶汤、桂枝红花汤、温经汤、柏子仁丸等，亦为临床所常用；明清以来，所制调经方药重多。分析其内容，除活血化瘀之外，尚有理气行滞、化痰除湿、利水排浊等，目的在于排除应泄之经血，荡涤一切陈旧的有害物质，促进重阳必阴的转化顺利。

我们在前人调经方法的基础上，借助现代医学检查结果，结合多年来的临床实践体会，制定了五味调经汤。方中用药有丹参、赤芍、五灵脂、艾叶、益母草，在一般月经来潮时，除少数出血特多，有明显的气虚或血热症状者外，一般均可使用之，具

体应用载于拙著《实用妇科方剂学》（人民卫生出版社，1997年）。该方早期使用时无丹参，而有当归，后经临床应用，因有相当部分女性在行经期大便易溏，当归润肠，便秘者用之宜，大便偏溏者非所宜也，故以丹参易之，如大便不溏泄甚或干燥者，仍当选用当归。这是一般较为常用的调经方药，经行即服，经净即停。

如排经失常，排出腐肉状血块，经内膜病检，确诊为膜样性痛经，或膜样性出血病证者，必须予以温阳化浊，逐瘀脱膜，常用逐瘀脱膜汤。方中用药有丹参、赤芍、五灵脂、肉桂、广木香、炒三棱、炒莪术、炒枳壳、川续断、茯苓、益母草等，方载于《实用妇科方剂学》。该方排除瘀浊的力量较五味调经汤要大得多，且佐以补肾助阳的药品，以利于逐瘀脱膜，以利于转化。因为补肾助阳药物有溶解子宫内膜及使其松软的作用，并增强重阳水平，促使转化顺利，如临床上伴有经行泄泻者，去枳壳，加六曲；小腹疼痛剧烈者，应加入延胡索以止之，经行即服，腐肉样血块下净后停服。本方在行经期虽较五味调经汤用之为少，但亦为常用之方。如排经失常，排出黏液较多，或有痰浊样血块，小腹胀坠，舌苔根部或中下部厚腻，经子宫内膜病检为腺囊型病变患者，或为内膜等炎性病变者，属于湿浊性瘀阻，致使排经失常者，可用利湿排浊，逐瘀调经的方法，应用我们所制的逐瘀排浊汤。方中用药有丹参、赤芍、制苍术、川断、马鞭草、泽兰、茯苓、五灵脂、乌齿苋等，在临床上具体应用时还应根据属寒属热性质不同而予加减。如：属热者，务必加入清利之品，如红藤、败酱草、黄柏、晚蚕砂等品；属寒者，加入温化之品，如桂枝、吴茱萸、艾叶、台乌药等，目的虽在于排除湿浊样瘀阻，实际上是推动转化运动的发展，除旧迎新，才有利于新周期的形成和发展。逐瘀排浊方药，临床上应用虽较少，但亦有用此者。

根据我们的体会，在运用以上调经方药时，还必须掌握以下六大特点进行加减化裁，进退运用，达到更好地调经，促进转化，推动月经周期的健康运动发展。

（一）引血下行，排经顺畅

我们在前行经期生理项中已经指出，行经期气血活动的特点呈下行性，所以排泄月经的形式亦呈下行性，因此，一切调经方药，必须符合下行性的要求，正如《傅青主女科·调经》中说："此方（指顺经汤）于补肾调经之中，而用引血归经之品，是和血之法，实寓顺气之法也。肝气不逆，而肾气自顺，肾气既顺，又何经逆之有哉。"指出了顺气降逆，引血下行，调理月经的特点，同时又指出，顺气降逆，引血下行的根本在于肝肾，而重点还在于肝，虽在血分体现，但还必须结合气分考虑，选用香附、乌药、枳壳、青皮之属。当然血分占有主导作用，故前人所制的泽兰叶汤、免怀汤、顺经汤，均从血分考虑。免怀汤载于《医方考·妇人门》，药用当归尾、赤芍、红花、牛膝等品，原书认为："妇人之血，下则为月，上则为乳，欲摘乳者，通其月事。"很清楚地说明，血下则为月经，故用当归尾、赤芍、红花、牛膝等。考牛膝为人肾的引经药，有引血下行之功，一般倒经病证者多用之。所以我们认为：欲经血下行，需选用牛膝、归尾、丹参、泽兰、茜草等品，同时结合香附、乌药、枳壳等理气药1～2味为佳。

（二）利湿排浊，除旧涤污

通过前面关于经血实质的讨论已知，经血主要内含癸水。前人之所以命名天癸，

就含有水的意义。随着癸阴长至重的水平，则水湿津液亦随之高涨，为精卵之发育成熟及其受孕等服务。如不能受孕，所分泌的天癸及其伴随的水湿津液则将随经血而排泄之。水湿为黏腻之物，如不能及时排除，则将与残留之经血、内膜组织蕴蓄为害，更不利于其他残余遗留有害物质的排除，所以前人将其喻之为污血。前人的一些调经方药，如《金匮要略》的土瓜根散、大黄甘遂汤、泽兰叶汤、琥珀散等，均有不同程度的利湿排浊，活血化瘀作用。众所周知，治疗妇女癥疾痼害的桂枝茯苓丸，现有资料证实其治疗子宫肌瘤、卵巢囊肿有一定效果。考桂枝茯苓丸命名含义，是言桂枝合茯苓是五苓散中的主要药物，合芍药亦有一定的利湿作用。由此可以考虑妇科的癥瘕不仅仅是血瘀所致的，而且含有湿浊或者脂肪等组织。为此，我们在临床上运用活血化瘀、攻消癥瘕时，务必更加人茯苓、薏苡仁、泽兰、马鞭草等 1～2 味药，有时尚需加瞿麦、滑石、晚蚕砂等 1～2 味，行经期服此，更有必要。此外，行经期加人利湿排浊的药物，还有着排除腹腔中及卵巢处的积液和浊液浸淫的作用，因为经间期排卵后，随着重阴所带来的水湿偏盛，以及排卵后未能受孕卵子的衰亡，败精化浊，均需通过血分吸收后，由小便和行经期应泄经血得以清除之，免得影响以后排卵功能的正常。此中之义，不可不知。

（三）补肾助阳，温经调血

鉴于前生理章所言，月经来潮，以及行经期排经正常，是与重阳必阴的转化有关的，因此，要求排经顺利，就必须保证转化顺利，而转化顺利，又必须保证重阳，这是阳长运动的必然。根据我们临床上长期观察和体会，我国女性在月经周期演变中达到高水平重阳者，虽亦有之，但不占多数，而稍次或中等水平重阳者较为多见，因而在排经的量、色、质方面，严格地说均存在一些问题，或者说是病证。重阳稍差。重阳者天癸之阳水，与肾有关，扩大范围而言，亦可属于肾阳的范围，肾阳有所不足，不能支持天癸之阳水，天癸之阳水自然亦表现者虽达重阳仍有所不足，因而易致瘀浊与排经功能较差。这时不振奋肾阳，不足以荡涤瘀浊，为此，我们常在行经期排经的方药中加人川断、紫石英、肉桂，甚则附片、鹿角片等药 1～2 味，不仅有利于排经祛浊，而且更有利于重阳必阴的转化，推动阴阳运动的发展。

（四）疏肝理气，气行血行

这是基于气血相关学说而来的。前人亦有“经血未动，理气为先”之说，又有“气行则血行”、“气滞则血滞”之论，故凡活血化瘀方药中，恒多加入理气之品，如著名的活血化瘀方剂血府逐瘀汤、膈下逐瘀汤、通瘀煎等，均有相当理气药的加人。泻者，排出月经是主要作用，根据我们多年来的临床体会，凡欲活血化瘀，促进排经顺利者，常需加人理气的药物，此不等于有气滞症状者。临床上常选择制香附、广郁金、青皮、枳壳、绿梅花、苏梗、橘叶核、天仙藤、大小茴香等 1～2 味，甚则 3～4 味，则将更有利于活血化瘀之排经顺利，而且亦有利于推动阴阳转化运动的进展。

（五）宁心安神，气降血调

子宫者，上属于心，下系于肾。行经期必须子宫开放，行泻的作用，从而排出经血。而子宫之开，又必须心神安定，心气下降，前人所谓：“胞脉者，属心而络于胞中，今心气不得下降，胞脉闭塞，月事不来也。”因此，宁心安神，令心气下降，才能

保证胞脉顺畅，子宫开放，排经始能正常。前人所用柏子仁丸、琥珀散等方，就为此而设，具体药物有柏子仁、合欢皮、琥珀、丹参、炙远志，必要时可加青龙齿、紫贝齿、灯心等品1~2味以调之，特别对经量偏少者，更应考虑斟酌用之。

(六) 必须按初、中、末三时的特点选用方药

在行经期中存在着初、中、末三个时期，这三个时期存在着不同的特点，因而需要用不同的治法。行经初期，相似经前期，以理气为主，应重用香附、乌药、枳壳、青皮、木香等品，亦即是经血未动理气为先之意。经行中期，是排经的高峰时期，也是调经的主要时期，排经与转化是否顺利，也就在这一时期，一般所谓调经方药，均在此期运用。经行末期，是行经期行将结束的时期，与经后期相连，前人曾有“经后期以补虚为当”之说，因此，经行末期，亦要着意于滋阴养血，所以在临床上至经行末期，常需加入炒当归、赤白芍、淮山药、熟地、炙鳖甲等2~4味，为新周期阴长运动奠定良好的基础。可见行经期虽为时短暂，但初、中、末三期的治疗特点还是要注意区别的，顺应周期生理演变的特点，因势利导，顺水推舟，此乃调周法的特点，也就能更好地达到调理月经周期的要求。

总之，在行经期运用主要调经方法药物的前提下，尽可能照顾到以上六个方面的特点。此不等于兼证治疗，亦不是复方治疗，完全是使主要调经方法更完善，更具有针对性，更能顺应生理特点，更能提高临床疗效。

二、行经期的几种有关治法

行经期的主要治法，就在于调经，而调经就在于活血排瘀，促进转化顺利，推动新周期运动的开始。但是临床上的情况是复杂的，应针对一些不同体质、不同类型、兼夹不同症状、不同证候、不同疾病，采取不同的处理方法，这就需要运用行经期的几种有关治法。如果说主要调经法是针对生理特点而用的，在于防病治病而用，提高健康水平，而几种有关治法，则完全适用于行经期的各主要病证。根据我们多年来临床体会，行经期的有关治法有，温经止痛法、调经止血法、消癥通络法、清肝调经法、健脾调经法、化利调经法等，而且在具体运用中，尚需根据各种兼夹证型的复杂情况，予以两法或三法合治或兼治。例如在出血病证中，常常有阴虚血热、气滞血瘀证型的兼夹，所以在治疗上也常需补肾滋阴、清肝调经、调经止血等法的结合应用，才能提高临床上的效果。但是必须说明，兼证兼病治疗，不能忽略主证主方的重要性，就行经期而言，调经仍为主要方而，以便治愈病证，更好地康复生理。

(一) 温经止痛法

是指温经祛寒与化瘀止痛法的结合，也即是具有温经祛寒与化瘀止痛方药的有机结合。适用于排经不畅，或由血瘀、血寒、寒瘀交阻所致，但必须具有疼痛的症状，一般尚可伴见经量偏少，色紫黑，有血块，月经后期，经行不畅，或则经行量多，色紫红，有较大血块，亦伴有小腹疼痛等症状。我们体会，凡血瘀所致排经不畅者，大多需用温经药，此即前人所谓“血得热则行，得寒则凝”的之理，《金匮》温经汤治疗围绝经期崩漏病证属于血瘀者有效，非为夹寒者而用，但如血瘀夹热，或夹湿热，或阴虚夹瘀，致血管脆性明显者，亦非温经药所宜也。临床上常用的温经祛寒、化瘀止

痛的方剂有：少腹逐瘀汤、折冲饮、琥珀散等。我们在临床上尤为常用的验方痛经汤，载于《实用妇科方剂学》，药用钩藤、丹皮、丹参、赤芍、广木香、肉桂、延胡索、五灵脂、川断、益母草等品，必要时尚可加入炙乳香、炙没药、琥珀、徐长卿之类，以加强止痛作用。在具体药物运用上，亦要贯彻温经、化瘀、止痛三原则，即可选用当归、赤白芍、川芎、鸡血藤、桃仁、红花等活血化瘀药，艾叶、川桂枝、肉桂、吴茱萸、大小茴香、苏梗、台乌药等温经药，延胡索、五灵脂、乳香、没药、徐长卿、琥珀等止痛药，恰当地有机地选取各类药物 1～3 味，但活血化瘀是主要的，因此选用的药物也必然要较多，温经次之，止痛更次之。只有这样，才能适应经行腹痛时的治疗要求。

（二）调经止血法

是指调经与止血法的有机结合，也即是调经活血与止血固冲方药的有机结合。活血调经与止血固冲两法是矛盾的，是通与止、动与静的冲突，因此，要求尽可能避免其矛盾性。所以称为有机结合，原因在于月经后期量多，经期延长，血块偏多者需要综合这两方面的治法。这类病证，表面上看起来转化太过，排经过利，但实际上转化不协调，排经不一致，故必须通止并用、动静兼施。

对调经止血法可从三个方面加以论述。其一是调经、止血两法并重，各占一半，以适应瘀阻出血较多者。前人有逐瘀止血汤、失笑散、逐瘀止崩汤等，面我们在临床上常用的验方为加味失笑散（《实用妇科方剂学》），药用当归、赤白芍、香附、五灵脂、蒲黄、大小蓟、茜草、益母草等品，必要时加入血余炭、大黄炭。其中当归、赤芍、香附、五灵脂、益母草是常用的活血调经药，而炒蒲黄、白芍、大小蓟、血余炭是常用的止血药，调经不会影响出血，面止血亦不会影响调经，这就是有机结合，用之得当，效果显著。其二是调中寓止，以调为主，亦即是以调经为主的方法，适用于以血瘀为主，出血淋漓不易净者，或者瘀结较重较深，阵发性出血较多者。常用的方剂有生化汤、清化止痛汤等，面我们临床上较为常用的是四草汤（《实用妇科方剂学》），药用马鞭草、鹿衔草、生茜草、益母草，亦可合用加味失笑散，如因湿热夹血瘀的盆腔炎，所致行经期延长者，可用清化止痛汤（《实用妇科方剂学》），由复方红藤煎加减而来，是治疗慢性盆腔炎的有效方药，也是控制炎症性出血的有效方药。其三是止中寓通，以止为主的治疗方法。适用于一些出血量多、色鲜红、少量血块、无明显血瘀的病证。常用的方剂有胶艾汤、震灵丹、固经丸等。前两方偏温，后一方固经丸偏凉，是我们临床上较为多用之方。固经丸中龟甲、黄柏是主要药物，白芍、椿根白皮也是协助止血的常用药，但香附一味，即含有理气活血、调经排瘀的作用，我们常以五灵脂、蒲黄代香附，则调经排瘀为之更好，亦能有助于止血。

（三）消癥通络法

是指化瘀消癥与活血通络方法的结合，也即是选取具有化瘀消癥、活血通络功效的方药组方。血瘀所致的癥瘕除了包括单纯性的子宫肌瘤、卵巢囊肿外，其他如盆腔炎性包块，一般与脉络不通、输卵管阻塞有关，所以化瘀消癥的药物，特别是虫类药物，如地鳖虫、干地龙、山甲片、水蛭、虻虫等品，不仅消癥散积，而且有活血通络的作用。如临床上诊断为癥瘕病证，特别是行经期，即应运用化瘀消癥的方法与药物，

如桂枝茯苓丸、大黄䗪虫丸、化癥回生丹等，而我们临床常用验方为消癥汤（《实用妇科方剂学》），药用石打穿、五灵脂、丹参、炙地鳖虫、生山楂、炒当归、赤芍、生鸡内金。小腹疼痛明显者，加入延胡索、琥珀；气血不足，面乏华色者，加入黄芪、党参等。如临床上诊断为输卵管阻塞，属于炎症粘连病证者，需运用疏肝通络的方药，如活络效灵丹、大小活络丸等，我们临床上常用验方为通管散（《实用妇科方剂学》），药用山甲片、天仙藤、苏木、炒当归、赤白芍、路路通、丝瓜络、鸡血藤、川续断、干地龙等，并可用本方煎剂的 1/3 药液进行保留灌肠，则疗效较好，不仅有利于排经通络，亦有利于重阳必阴的转化，康复新的月经周期的运动。

（四）清肝调经法

是指清肝解郁与活血调经法的结合，也即是选取具有清肝解郁与活血调经的方药有机组合。在临床上具体应用中，需针对三种相似而又有区别的症情使用。其一是以火为主，迫血妄行，转化太过，但又有气郁血滞，经血不易排尽的病变，临床上常可见到先期、量多、色红、质黏、有血块，并可见胸闷烦躁、口干便艰、尿黄量少，治当清肝解郁为主，佐以调经，方取荆芩四物汤加减，药用荆芥、黄芩、黑当归、赤白芍、生地、黑山栀、炒丹皮、钩藤、地榆等。其二是以气郁为主，气郁则血滞，血滞则经行不畅，转化欠利，但又有部分气郁化火，经行淋漓不易净等病变，临床上常可见到月经后期，经量或多或少，色紫红，有血块，经期延长，胸闷烦躁，小腹作胀。治当疏肝解郁为主，佐以清热调经，方取越鞠丸加减。药用制苍术、制香附、黑山栀、六曲、川芎、泽兰叶、广郁金等。其三是火与郁居半，即火热与气郁占据相等的程度，转化不协调，时盛时差，或表面上转化太过，但实际上转化不利，临床上可见先后不一，经量多少不定，或则先期、量多，但血块较多，阵发性不畅，胸闷烦躁，口苦口干，乳房胀痛，小腹胀坠。治当清肝解郁，化瘀调经，方取丹栀逍遥散合五味调经散，药用栀子、丹皮、当归、赤白芍、白术、茯苓、柴胡、广郁金、制香附、丹参、五灵脂、益母草等。如出血量多者，应予丹栀逍遥散合加味失笑散，如伴痛经明显者，应予丹栀逍遥散合折冲饮，始为允当。

（五）健脾调经法

是指健脾益气与活血调经法的结合，也即是选用具有健脾益气与活血调经药物的方剂组合。之所以要将此两法结合应用，原由脾虚气弱，以致转化不利，但气虚者，又易致子宫失藏，冲任失约，故临床上一面又见经量或时很少，行而欠畅；或时经前期漏红，甚则崩漏等。治当健脾益气，略佐调经，方取归脾汤、补中益气汤、补气固经丸等。在临床上具体使用时，尚需加入茜草炭、血余炭、黑当归、炒荆芥、蒲黄炭、五灵脂等。气虚夹血瘀，可出现转化不协调，排经时好时差，临床上可出现月经先后无定期，经量多少不定，色淡红，有较大血块，常可见神疲乏力、腹胀便溏、小腹作痛等，治当益气健脾，化瘀调经，方取归脾汤、补中补益气汤、香砂六君汤，再组合加味失笑散，具体药物有：黄芪、党参、白术、陈皮、煨木香、砂仁、炒川断、炒荆芥、五灵脂、炒蒲黄、血见愁、茜草炭等品，其中需要说明的是人参与五灵脂的相畏问题。古有十九畏的明训，但据我们多年临床使用体会，党参与五灵脂合用后，未见有任何不良反应，偶有极个别有不适之象者，可停用。在健脾调经方药使用时，尚需

注意两点，一是适当加入温阳的药物，如炮姜、肉桂、大小茴香等品 1～2 味，以适应脾喜温的特性；二是适当加入芳香化湿的药物，如苍术、薏苡仁、广藿香、制半夏等品 1～2 味，在暑令天时，尚需加入六一散、佩兰等品，达到更好地健脾调经的目的。

（六）化利调经法

是指化痰、利湿、调经三法的结合，也即是选取具有化痰利湿、活血调经功效的方药组方。之所以要将此三法结合运用，原由临床上确有痰湿蕴阻，排经不畅，转化不利，常可出现月经后期，经量偏少，质地黏腻，夹有痰湿状血块，并伴见形体肥胖，或有浮肿，或平时带下甚多，质黏腻，或带下甚少，或两少腹作痛，或腹胀腰酸，周身乏力，关节酸痛者，或亦有月经量多，色淡红，夹有黏腻状痰湿样血块偏多，神疲乏力，懒于行动，下肢浮肿，尿少便易溏者，治当燥湿化痰，活血调经，前人有防己黄芪汤、苍附导痰丸、启宫丸、芎归平胃丸、越鞠二陈汤等，合泽兰叶汤、五味调经散，我们临床上较为常用的是越鞠二陈合泽兰叶汤，再加入茯苓、川断、益母草等。具体可供选用的药物有：苍白术、陈皮、茯苓、制半夏、炒枳壳、广木香、制香附、制南星、泽兰叶、赤芍、川芎、车前子等品，必要时尚可加入羌独活、防风、桂枝、川断、防己、黄芪等品，如痰湿不消者，尚需进而从脾肾论治，此乃治本之法也，不属本法范围。

第二章

经后期的生理、病理、诊治特点

经后期，是月经周期中颇为重要的一个时期。在整个月经周期中，经后期较之其他时期为长，这也是经后期的特点。经后期之所以重要，就在于这一时期，是奠定周期演变的物质基础，是肾阴、天癸滋长的阶段。这期阴长的主要目的，为了扶助精（卵）的发育成长，促进孕育、繁殖下一代。其发生的病理变化，也在于阴长运动的失调，“7、5、3”奇数律的运动失常。由于阴长阳消的运动形式存在于体内，存在于血液之中，故凡诊治这一时期的病证，就必须通过有关检查，及观察带下分泌情况而定。治疗虽着重在“阴”，但亦必须照顾到阳，我们多年来所倡导的调周法，其重点就在于经后期的奠基。只有奠定了物质基础，才有可能恢复和提高月经周期演变的水平。

第一节　经后期的生理特点

所谓经后期，是指经净之后，到经间排卵期的一段时期。由于体质各异，禀赋不同，气候不一致，每一个女性的经后期也有所不同，有长至半月，甚则两旬者，有短至3～5天者，但一般应在7天，或者10～12天。在这一时期内，现代妇科学认为是卵泡发育趋向成熟的时期，故旧称之为经后卵泡期，现称为增生期。前人认为经行之后，血海空虚，需赖经后期阴血的恢复，故亦有经后血海增盈期之称。经后期的生理特点，主要是围绕血、阴、精三者的恢复和滋长，并随着时间的推移，而提高到一定的高度，故亦可称为奠定基础的时期，尤其是阴与精更为重要。

为了较为全面地论述经后期的生理特点，我们将从以下三个方面展开。其一是血、阴、精的关系和演变特点（实际上应该是血、阴、水、精的关系和演变特点，由于阴与水在治疗上的区分意义不大，故在分别论述中仍以前三者为主）；其二是阴长的形式和规律，较为详细地分析“7、5、3”奇数律的运动规律；其三是阳消的形式和规律。

一、血、阴（水）、精的生理变化

血、阴（水）、精在月经周期中特别是经后期的生理演变中有着极为重要的意义。我们在长期的“月经周期与调周法”的运用观察中，发现此三者，既有其共同的联系性，又有其不同的特性，有同有异，既有相关性，又有特殊性，共同组成经后期生理演变的特点，同时亦组成了经后期生理演变的物质基础。由于前人缺乏微观手段，所以对该期内在的变化缺乏深入的认识，我们今天借助现代妇科学微观检查，再结合我们在长期实践中的观察和体会，所以提出一些较为明确的概念，列论如下。

（一）血、阴（水）、精的概念

女子以血为主，月经的来潮与否与天癸之阴有着极为重要的关系，精为繁殖下一代的根本，所以说血、阴、精的重要性是不言而喻的。

1. 血　女子以血为主，是中医历来论述妇人生理特点的基本观点。因此，在前人阐述月经及生殖生理病理中，均把血列为前提。如《圣济总录·妇人血气门》说：“矧妇人纯阴，以血为本，以气为用，在上为乳饮，在下为月事。”后来的学者，秉承《素问·上古天真论》的观点，指出太冲脉盛，血海充满，任脉通达，气血流畅，则月经应期来潮，反之冲脉不能盛，血海不能充盈，任脉不能通达，气血流通不利，则月经不能来潮。可见月经的能否来潮，从表面上看，首先与血有关，排经之后，血海空虚，所以前人指出女性经后期的生理特点以血虚为主，而且由于经常排泄月经，损耗血液，所以体内呈现“不足于血，有余于气”的一种血气偏颇状态，从而也为女性容易情绪波动、心理不稳定奠定了理论依据。不仅如此，血在生命科学上也有着重要意义，因为血流注于全身，外而头面四肢，汗窍毛孔，内而五脏六腑，腔管皮膜，无处不至，循环往复，营养全身，促进新陈代谢，维持生命存在，推动生命发展。

2. 阴　这里所指的阴，主要是天癸之水，亦包括肾阴。天癸在月经周期中的重要性和实际作用，我们在前行经期生理特点和经血内含实质中分析过。关于天癸属阴，是毋庸置疑的，虽然历来各家有不同的看法，但绝大多医家倾向于属阴，属于肾阴类物质。已故名医罗元恺教授在其点注的《妇人规》中指出“张氏（指张景岳）说‘盖天癸者，言后天之阴气，阴气足而月事通’，又说‘元阴者，即无形之水，以长以立，天癸是也，强弱系之，故亦曰元精’，其意认为天癸是人体经过后天水谷之滋养而逐渐产生的一种阴液，而这种阴液物质是肉眼看不到的，与唾液、汗液、血液、尿液、泪液、涕液、精液等肉眼所能看见者不同，故称为无形之水，惟其作用却非常重要，人体的生长发育和盛衰都与它有密切关系，故曰‘以长以立’、‘强弱系之’，它对月经之来潮与否更有直接的作用，天癸至则月经按期来潮，天癸竭则月经便终止，这与今天所言之性腺内分泌素相似。”虽然张景岳将生长激素与性腺激素等混为一谈，但所提出

的无形之水，不能不说是一大进步。《傅青主女科》将天癸之癸水，直接作为肾水，提出肾水多则月经多，肾水少则月经少，是不够恰当的，但肾水与癸水的确有着内在联系。就命名含义而言，天癸者，属于壬癸之水，肾者，亦为北方壬癸水，所以癸水属于肾水范畴，仰赖先天肾水的涵养与转化。正由于癸阴有赖肾阴，所以阴长运动就有了保障，故为月经周期中演变的重要物质。不仅精卵赖此滋养，而且子宫内膜的增生变化无不与此有关。

3. 精　生殖之精，即卵泡卵子之谓也。古人认为肾藏精而主生殖，所以生殖之精藏之于肾，广言之亦属于肾阴的范围。《灵枢·本神》谓："两精相搏谓之神。"罗元恺教授认为："两精指男女双方生殖之精，两精相结合之后，成为胚胎，胚胎形成以后，不断变化成脏腑形神俱备的胎儿。""变化不测谓之神"神字，指具有生机之物体不断变化发展之意。《灵枢·决气》进而指出："两神相搏，合而成形，常先身生，是谓精。"两种有生殖能力的物质，相结合后，成为一种新生命的形体。所以后世有人把卵子直接称为女精，以示与男精的区别。月经之所以来潮，所以终而复始，始而复终，循环往复，目的就在于排出精卵，准备受孕，繁殖下一代，故《素问·上古天真论》指出："二七而天癸至，……月事以时下，故有于；七七而天癸竭……故形坏而无子也。"前人限于历史条件，缺乏微观手段，常把女精与血相混淆，所以提出女血与男精的结合，甚至还有精开裹血、血开裹精的受孕机制，以及天癸之阴与生殖之精相混合的论点。今天，我们借助现代妇科学的微观检查手段，不难发现性激素样癸水与精卵的区别、精卵与血的区别等，高科技产物一试管婴儿的出现，更能证实精卵的存在和重要性。

（二）三者间的依存性

血、阴、精三者间互相依存，互为统一。广言之，均属于阴的范畴。首先从血来说，为人体生命活动包括生殖活动的基本物质，肉眼所能见，环流周身，无处不至，无时不到，由心所主，由肝所藏，汇聚于血海，下达于子宫排出月经，上至于乳房，化为乳汁。阴者，天癸之水也，张景岳称之为无形之水，溶注于血分，随血液流动的一种水样物质，非肉眼所能及，需要通过血液检测，才能发现此类物质，系统观察，可发现此类物质的运动规律。精者，生殖之精也，亦非肉眼所能及，来源于肾，藏之于肾，得癸水之养，始能发育成熟。血、阴、精三者，互为依存，阴赖血以存在，赖血以运送，精赖阴以滋养，赖阴阳转化以排出，血赖精以生成，精血合一。又考，血来源于先天，培育于后天，所谓后天乃生化之源，主宰于心，藏之于肝，汇聚于血海，下达于胞宫，从而排出月经。持血为主者，提出"女子以肝为先天"之说，但女子所排出的月经，血仅是一种表象，实际上月经之所以排出，仰赖于天癸，而天癸之水滋养精卵，精卵在癸阴滋长的前提下发育成熟，这是经后期生理演变的主要目的，癸阴与精卵，皆属于肾阴的范畴，故我们认为女子仍以肾为先天。且肾精包括骨髓，是化生血液的先天基础，所以前人有着"精血互生"、"乙癸同源"之说。且精与阴亦有着互相依赖、互相生成的作用。精需得阴的滋养，反过来精亦有益于阴的提高，精与阴的共同依存性，又常在血的基础上才能完成。血藏于肝，精藏于肾，肝肾有着母子关系，所以一些有造诣的临床妇科学家，在调治妇科月经病及生殖方面的疾病时，均以血为基础，如《傅青主女科》的两地汤、养精种玉汤，《妇人规》的归肾丸、毓麟珠

等，就是明征。

（三）三者间的特点

血、阴、精三者，存在着各不相同的特点。血者，指周身流动的血液，肉眼所能及，它是营养全身的基本物质，与月经有关者，仅是其中的一部分，而绝大部分，是为生命服务的，它的特点，在于循环不息的流动，具有营养全身、推动新陈代谢、维持生命的作用。女性由于有经、带、胎、产的生理特点，易于耗损血液，故体内常呈现为不足于血、有余于气的状态。阴者，指天癸之水，即现代妇科学所谓之性腺激素也，溶入血液之中，作用于卵巢、子宫、阴道等生殖器官，维系月经等生殖功能，肉眼不能见，受心肾所主宰的调节，而且天癸之阴水，有着长消运动的规律，经我们临床观察，有着“7、5、3”奇数律运动的节律。月经的来潮及其周期性者，决定于天癸。天癸至，月经始能来潮，天癸竭，月经闭止，天癸长消运动规律，自然月经周期正常。精者，指生殖之精，实际上就是卵泡卵子，属于肾，受心肾所主宰和调节，是生殖中的物质基础，肉眼亦不能见，有此则能受孕，无此则不能受孕。它的特点在于是一个能分离的独立活体，有生长发育以至成熟的发育过程。生殖之精与天癸之水密切有关，前人曾把它与天癸联系在一处，而且作为一种物质，那是不够恰当的。今天，我们可以借助现代微观检查手段观察到血液中性激素的演变，借助 B 超探查到卵泡的发育，已经能将两者的作用和特点区分开来。所以在论述经后期生理特点时，首先要较为全而认识血、阴、精三者的内容。

二、阴长的形式与规律

经后期最大的特点，在于阴长阳消，而阴长运动尤为重要。阴长的目的在于精卵的发育，子宫内膜的增殖。肾阴癸水有滋养精卵、增厚内膜、润泽生殖道的作用，所以阴长运动实际上是为精卵的发育成熟以及孕育服务，反过来说精卵的产生和发育成熟是阴阳消长转化运动的产物。根据我们长期的临床观察，经后期阴长运动又有三个阶段，即初、中、末，或称初、中、高。经后初期，亦称有为经后早期，与行经末期相连接，是阴长的开始阶段，阴的水平很低，带下很少，阴道涂片可见角化细胞数值处于轻度影响，示雌激素水平低下；经后中期，与初期相连，阴长的水平有所升高，成已达中等水平，带下已开始出现，且或有一定量的带下，阴道涂片可见角化细胞数值处于轻中度或中度影响，示雌激素中等度水平；经后末期，与经间排卵期相连接，是排卵期的前期，是阴长运动的较高时期，阴长的水平已将临近重阴的准备时期，阴道涂片可见角化细胞数值处于较高或中高度影响时期，示雌激素水平已达较高水平，一般伴有较多的带下，或夹有少量的锦丝状带下，B 超观察示卵泡卵子发育已趋向成熟。一般来说，经后初、中期较长，末期很短，有时几乎与经间排卵期很难区分，其阴长的形式与“7、5、3”奇数规律有密切关系。

就阴长形式而言，经后初期水平很低，中期需达中等度水平，末期达较高水平。因此，我们以往认为低、中、高的阴长运动形式呈斜直线上升状，由于阴偏静的特点，所以阴长运动的形式是缓慢的平稳的。经临床反复观察，觉得这种运动形式尚不符合实际，不得不否定这种观点，从而又提出了阶段式的阴长运动，即经后初期低水平一

个阶段，中期中水平一个阶段，末期较高水平一个阶段，三个阶段形成均等的刻板的阴长形式。经过进一步的临床观察，发现这也不符合实际，并进而通过连续检测阴道细胞，观察雌激素水平及白带的分泌情况，了解到阴长运动，主要指雌激素的起伏波动，呈曲线式的上升运动，到经后末期时，其阴长运动，即雌激素的变化，达到较高水平。随着临床观察资料的积累，微观检测方法的丰富，使我们对经后初、中期的观察更为深入，发现其阴长运动的缓慢和平稳是明显的，呈现相对性的静息状，即使出现一些起伏波动，也是缓慢的平稳的，而至经后中末期，阴长运动才明显起来，起伏波动也较为活跃，起伏亦较大，有的呈突然上升状，把经后期推向经间排卵期，有的把经后末期与经间排卵期紧密联系在一起。这种由非常缓慢平稳的上升到突然上升的跃升，反映出阴长运动的特点，与自然界光照下的生物钟相一致，并受到自然界生物钟或称太极阴阳钟的影响和制约，这是中医学所强调的“人与自然”的普遍规律。然而人由于遗传、禀赋、气候、环境、肤色等不同，因而月经周期尽管总体一月一次规律不变，但内在的消长转化节律各不一致，反映了人体内源节律的特异性。为了研究内源性节律间的共性，我们考古论今，经过较长时间对临床观察资料进行归纳分析研究，特别是应用易学八卦中的奇偶数，观察出女性经后期的阴长运动呈现出“7、5、3”奇数律，这一规律基本上可概括阴长运动中各不相同的规律和形式特点。奇数属阳，阴赖阳长，因此阴长运动中出现阳奇数律者，即互根之理也。而且有了数律，更便于推导运用。兹详析阐述如下。

（一）7 数律

依据行经期 7 天，且一贯有规律者而确定。因为月经一月一次，经常不变，则阴半月的周期演变规律要求经后期阴长应有 7 天。因为行经期 7 天，合计 14 天，相当于阴半月，而经后期阴长运动有主要和次要，次要者不太符合规律要求，但又相差不大，基本上属于生理范围者，有的介于生理病理之间，但无症状出现者。根据我们临床上长期摸索，7 数律的阴长运动形式如表 3-1 所示。

表 3-1　7 数律阴长运动形式

类别＼周期	形式	经期	经后期		
			初	中	末
主式	Ⅰ	7	3	3	1
	Ⅱ	7	3	2	2
次式	Ⅰ	7	7	5	2
	Ⅱ	7	5	7	2
	Ⅲ	7	5—3—4—2		

表 3-1 中所列阴长的主要形式有二，其中Ⅰ式呈经后初、中期稍长，阴长的低水平有所延长，其运动形式虽有所起伏波动，但幅度很小，一般趋向于平静和缓慢，末期甚短，一般仅 1 天，但起伏波动较大，呈很不稳定状，有的可见突然上升而进入经间排卵期；其中Ⅱ式是经后初期较长，阴长运动有所延长，其形式平静而稳定，中、末期虽较短，但基本上呈均等状，波动起伏稍大，呈不稳定状，然后进入经间排卵期。

阴长的次要形式有三，虽然此类形式较为少见，但亦有所见。其一是Ⅰ式，即两个7天，计14天，表现形式是经后初期延长，阴长运动极为缓慢，基本上呈平静状态，进入经后中期，时间上仍有所延长，而且阴长运动的波动起伏较大，甚则回归到初期，然后又忽回升到经后中期的中等度水平，然后再进入经后末期，阴长运动将进入较高水平阶段；其二，即Ⅱ式，经后初期虽有所延长；阴长运动缓慢，但进入经后中期后，阴长运动亦缓慢，时间较经后初期还要长，较Ⅰ式的中期还要长，所以起伏波动较一般为差，但亦有起伏波动较大者，忽而回归到初期，忽而又恢复到中期，在经中期时间内，较大幅度地波动，但始终稽留在中期中等水平内，到7天后，才有可能进入经后末期，阴长运动达到较高水平阶段；其三，即Ⅲ式，经后阴长运动初期稍长，中期一般，末期甚短，而在初期与中期的交替时期内，存在着2~3次的较大起伏波动，较之Ⅱ式尤为明显，然后才能较为稳定地进入经后中期，再通过波动而进入经后末期。以上所述的阴长运动次要形式，一般仍属于生理范围。

（二）5数律

5数律是临床上颇为常见的一种。它是依据行经期5天，且一贯很有规律而确定。月经一月一次，经常不变。因此，按阴半月周期演变规律要求，则经后期阴长期应有两个5天，即10天，但在具体的运动演变中，又有主要和次要两种，主要形式中有两种稍有区别者，次要形式中却有四种不同变化，兹列表3-2分析如下。

表3-2 5数律阴长运动形式

类别＼周期	形式	经期	经后期		
			初	中	末
主式	Ⅰ	5	5	4	1
	Ⅱ	5	4	5	1
次式	Ⅰ	5	2	2	1
	Ⅱ	5		5—3—5—2	
	Ⅲ	5		10—5—3—2	
	Ⅳ	5		5—8—5—2	

表3-2中所列，阴长运动的两种形式，其主要形式中Ⅰ式尤为重要。即经后初期较长，中期亦稍长，末期短，阴长运动初期缓慢平静，中期有起伏，波动稍大，末期进入较高阶段，波动大，很快进入经间排卵期；Ⅱ式与Ⅰ式相比较，不同点在于经后中期较初期为长，也即阴长运动在中等水平时有所滞留，其中期时起伏波动亦较Ⅰ式为缓和，有时或可能出现1天回归到初期时的水平，但迅即上升，然后起伏波动大，又复上升到较高水平，而进入经间排卵期。次要的阴长运动形式，虽为少见，有的甚至已属于病理边缘，但临床上无明显的症状者，仍可属生理范围。其中Ⅰ式阴长运动较快，精卵成熟早，因此经后初、中、末三期均短，仅5天，就进入经间排卵期；Ⅱ式整个经后期延长，可达15天，即3个5天，一般初期时间较长，阴长运动缓慢，呈相对性静息状态，中期时间亦有所延长，但初、中期有交替现象，阴长运动呈较慢性的波动起伏状，到末期时，其波动起伏状就明显起来，正由于波动起伏较大，故把阴长

运动推向重阴转阳的经间排卵期；Ⅲ式是经后期更为延长，达20天，即4个5天，初期更长，可达10天，阴长运动极为缓慢和静息，中期亦相应延长，可达5天，甚则9天，其阴长运动起伏较明显，至经后中期的3～4天，更明显地活动起来，把阴长运动推向较高水平阶段，并进入高水平的经间排卵期。Ⅳ式亦是整个经后期长，亦达到20天，与Ⅲ式相似，所不同者是在经后初期与中期时间内，有一个波动交替期，很可能出现2～3次的初、中期大交替，即忽而阴长低落，回归到初期，忽而阴长上升，恢复到中期，但又低落，又高涨，所以我们名之为交替期，然后才能真正地进入到中期，再经过阴长运动而进入末期。

（三）3数律

依据行经期3天，且很有规律而确定。按月经一月一次的规律，则阴半月的周期规律，经后期应有4个3天，即12天，其主要运动形式有三，次要运动形式有四，兹先列表3-3分析之。

表3-3　3数律阴长运动形式

类别＼周期	形式	经期	经后期		
			初	中	末
主式	Ⅰ	3	6	5	1
	Ⅱ	3	5	3	1
	Ⅲ	3	7	6	2
次式	Ⅰ	3	3	2	1
	Ⅱ	3	1	1	1
	Ⅲ	3	9	7	2
	Ⅳ	3	9	9	3

表3-3中所列，阴长运动的主要形式有三，其中Ⅰ式最为主要，即经后初期较长，中期亦较长，末期偏短，阴长运动的形式，初期缓慢、平稳，中末期时起伏波动较大，正由于波动大，把运动推向高峰，故呈突进式，迅速就进入经间排卵期，且时间12天，完全符合阴半月的要求；Ⅱ式基本上同于Ⅰ式，但时间较Ⅰ式为短，整个经后期仅3个3天，即9天，所以初、中时间均有所减少，其阴长运动也较Ⅰ式为快，且波动起伏亦较明显；Ⅲ式的阴长运动形式亦相同于Ⅰ式，但时间较Ⅰ式为长，整个经后期有5个3天，即15天，所以初、中、末时间均有所增加，而初、中期时间增加较多，其阴长运动亦较Ⅰ式为缓慢，起伏波动亦较少，偶或出现初、中期回复运动，其波动起伏较长时间，末期增加1天，亦很快进入经间排卵期。阴长运动的次要形式，虽然少见，但亦有之，Ⅰ式在其中较为多见，其经后初期与中期均相对性减少，整个经后期仅6天，阴长运动较快，波动起伏亦较为明显，末期很短，阴长运动由于波动起伏大，所以很快进入较高水平阶段，从而亦很快进入经间排卵期；Ⅱ式时间更短，只有3天，其初、中、末三期各有1天，由于时间短，阴长运动波动起伏大，所以有时很难区分初、中、末三个时期，或者经净之后即进入中期或中末期；Ⅲ式是经后期偏长，可达18天，即6个3天，其经后初、中期均偏长，一般达到8～9天，行经末期亦有所

延长，阴长运动相当缓慢，至经后中期的后 3 天，才有可能形成明显的起伏波浪式运动，因而也稍延长了经后末期的运动；Ⅳ式经后期更有所延长，可达 21 天，即 7 个 3 天，实际上已属于病理范围，但由于无临床症状者，亦可归属于生理波动范围内，其经后的初、中期，亦相应地更有所延长，其阴长运动亦更为缓慢，其波动起伏的运动亦更不明显，必至经后中、末期时，始能出现明显的波动起伏运动，才能把阴长运动推向较高水平阶段，从而进入更高的重阴必阳的转化时期，亦即进入了经间排卵期，结束经后期的消长运动。

总之，经后期的阴长运动，主要在于“7、5、3”奇数律的变化，掌握“7、5、3”奇数律演变的关键时刻，便于推导生理病理的主要所在，其波动起伏的反应，能推动阴长运动，所以必须重视经后期的动态反应，就中医学的临床而言，就是观察白带分泌的情况。有白带，其数量与质量的变化，就可以了解动态反应及进展情况。一般来说，行经期 7 天，或 5 天，或 3 天，且很有规律者，即为 7 数律，或 5 或 3 数律，经后期亦应与之相符，故上列表分析均以经期数律而定。但临床上是复杂的，有少数未必与之相符，即行经期 3 数律，而经后期表现为 5 数律或 7 数律者，或经期限 5 数律而经后期表现 3 数律或 7 数律者。此外尚有极少数人表现出“2、4、6、8”偶数律者，需要我们今后近一步研究。

三、阳消的形式和规律

经后期最大的生理特点，在于阴长阳消的运动。阴长固然重要，没有阴长运动的发展，就谈不上经后期的生理变化，但阳消亦不能忽视，阳消的重要性就表现在阴长方面，还表现在阴长运动的波动起伏方面。因为阴长必然阳消，阳消才能阴长，阴愈长，阳愈消，并不是由于阴长而克伐阳，导致阳消，恰恰相反，由于阴长赖阳，阳转化为阴，因而出现阳消，这就是阴阳之间的对抗消长，必须建立在互根统一的基础上，此乃太极阴阳钟的必然现象。另外还有一个很重要的方面，就是推动阴长运动发展的波动起伏状，亦必须得到阳的支持，才有可能实现。众所周知，阴主静，阳主动，阴为物质基础，阳为功能作用，但我们这里所论述的阳，亦有着物质基础的一面。所以就阴而言，它是相对静止的，它一般代表物质基础，这里所指的阴，前而已经指出，是一种溶于血分的水样物质，前人称之为天癸之水，使这种水样物质，处于一种有规律的波动起伏运动，及其源源不断地滋长来供养精卵，促使精卵发育成熟为繁殖下一代作准备，需要阳的支助和促动。张景岳在《求正录·大宝论》中对生命科学等进而阐明，说“命之系，惟阴与阳，不识阴阳，焉知医理？夫阴阳之体曰乾与坤，阴阳之用曰水与火，阴阳之化曰形与气。……先天因气以化形，阳生阴也；后天因形以化气，阴生阳也，形即精也，精即水也。”把阴阳的互根关系、先后天关系，扼要地阐明，兹就经后期阳消的内含实质，阳消的形式、规律等分析之。

(一) 阳消的内含实质

阳消为了阴长，阴长则阳消，阳的水平下降，阴的水平才能提高，才不会受到阳的干扰和克伐，同时又处于互相依赖的关系上，即互相生化，互相依赖，所谓“独阴则不长，孤阳则不生”。阴长之时，特别到达近重阴的高水平时，更需要阳的大力支

持，因而阳就显然要消，此即是互相转化之理。那么阳消究系内含何种物质呢？我们通过长期的临床观察，发现阳消亦是水样的物质基础，亦即是张景岳所谓的无形之水，指肉眼不能看到的水样物质，正如《女科经纶》引陈良甫所云："天癸者，天谓天真之气，癸谓壬癸之水，壬为阳水，癸为阴水"，壬为阳水，即阳消之水也。与癸为阴水相一致，又相对立，阴长者，即癸阴之水长也，阳消者，即壬阳之水消也。两者均属于水样物质，肉眼所不能见，溶于血分，达于冲任血海，至于子宫，行其消长转化的周期性变化，用现代妇科学微观检验的方法，即阴道涂片、血液检查，就可以发现到癸阴之水、壬阳之水的变化。壬阳之水，与黄体激素、雄激素相一致，甚至还可包括肾上腺皮激素、甲状腺激素的部分功能在内，当然整个肾上腺皮质激素、甲状腺激素的功能，范围还要大得多，实际上这里所指的阳水，主要还是指黄体激素而言，因为它与癸阴的雌激素的确存在消长转化的月周期变化。在经后期癸阴即雌激素滋长过程中，属于壬阳的黄体激素自然要消，且两者来源于肾，为精卵的发育成熟、排卵受孕服务，亦与雌孕激素来源于卵巢，为排卵生殖服务相一致，但作为阳，以及阳消的概念，除了主要的黄体激素外，还要扩大到雄激素等功能在内。

（二）阳消的形式

总地来说，阳消与阴长的运动曲线相对立，即阴长时其运动曲线升高，阳消时其运动曲线下降，阴愈长，其运动曲线愈升高，而阳愈消，其运动曲线愈下降，所以二者处于对立状态，但在经后末期时，其阳消的运动形式有所不同，不是下降过低，而是迅速上升，与阴长运动曲线呈一致性。兹则分析如下。经后初期，阴长处于低水平，所以阳消也就显得平稳，阴阳消长对抗几乎处于均等状态，阳消的曲线运动与阴长的曲线运动亦基本上相一致，均处于相对静止的状态，一般无较大的波动起伏，到了经后初期的末后 1～3 天，必然要开始波动起伏，阴长与阳消的曲线运动将要拉开距离，进入经后中期，阴长水平必须达到中等水平，而阳消也就明显起来，由于阴长运动的动态反应，其波动起伏较大，固然是阴长本身的关系，但需要得到阳的支持和促动，才有可能，因而阳消就更为明显，所以经后中期阴长阳消的对立状态也越发明显，阳消运动的倒曲线状自然形成。当进入经后末期时，阴长达近高水平时，其波动起伏状的运动形式，也更为明显和激烈，按理说，阳更为消，这就是阴长阳消，阴愈长，阳愈消，阴长到最高，阳消到最低的道理。但是，人体内部的生理机制是复杂的，其运动形式也就有所不同，因为阴长到近高水平时，阳消到近低水平，就不能保障阴长的持续高涨及激烈波动性运动，故而出现阳消中见长，而且长到一定水平，其运动形式及其曲线状变化，与阴长相一致，否则就不能保证阴的持续滋长及其波动起伏的激烈生理变化，这就是临床上所出现的复杂情况。亦说明了阳消的曲线运动形式与阴长的曲线运动形式之不同，也反映了阳消的生理特点。

（三）阳消的规律

基于上述，阳消的形式与阴长的形式相对立，但至经后末期时，又趋于一致，即阴长至近高水平时，阳消转为阳长，由慢至快，由静止到波动，由低水平的平稳到中水平的起伏，其形式基本固定，从而也表示其规律的相对固定。具体地说，经后初期，阴长缓慢，阳消也缓慢，消长之间趋向平稳，进入经后中期，阴长见快，其波动起伏

亦较明显，阴长已达中水平阶段，是以阳消也见快，阳消的曲线与阴长的曲线呈对立状态，阳消之故，使阳的水平下降，成为较低水平，进入经后末期，实际上应包括经后中期的最末1～2天在内，由于阴长进入近高水平阶段，加上波动起伏的加快加大，原本阴愈长，阳愈消，但由于生理上要维持高强度的活动和高水平的阴长，所以阳反见消中有长，而且长过于消，使阳达到一定高度的水平，或者亦达到中度水平，才有可能保证阴长水平的持续高涨及其加快加大的活动，这样就必然形成经后初期阳的缓消，经后中期的消长对立和加快，末期反见阳消有长，不仅是形式，亦是阳消的规律。但是具体的人各有不同，归纳起来，又有“7、5、3”三种奇数律之异。

7数律者，属于奇数中的一种。奇数属阳，故7数律者，阳数也。根据前人所论，结合我们实践的认识，7为少阳数，少阳数为7，少阳与厥阴相为表里，相为联系，一般来说少阳属胆，为胆经，厥阴属肝，为肝经，在中医妇科学上，曾有“女子以肝为先天”之说，且少阳与厥阴，反映了阴中之阳、阳中有阴、寒热错杂等特点，因而属于有少阳厥阴特色的阴长阳消的经后期生理变化，必然带有错杂多变的特色，其经行初期中期，波动起伏也较多较快，且奇中兼偶数，经行末期时，起伏波动更大，甚至突然上升等运动现象，均充分反映了少阳厥阴阴长阳消的运动特色。

5数律者，亦属于奇数中的一种。奇数属阳，故5数律者，亦是推动阴长的一种数律，根据前人所论，结合我们实践的认识，5为中土阳明数，阳明中土数为5，阳明与太阴为表里、为联系，一般来说，阳明与胃腑有关，太阴与脾脏有关，脾胃同居中焦，皆属于土，脾胃在妇科学上有“后天之本”之说，且太阴者，阴中之至阴也，所以脾亦为至阴之脏，属于阴中之阴脏，而阳明为多气多血，阳中之阳腑。阴者至柔，阳者至刚，阳明与太阴均属中土，刚柔相济，出现中和之性，所以消长运动变化也属于中和的现象，但在经后初、中期时，常可兼夹偶数律现象，波动起伏状的运动，似较7数律为小。

3数律者，亦属奇数中的一种数律。奇数属阳，故3数律者，亦是推动阴长阳消中的一种常见的数律。据古人所论，结合我们临床实践的体会，3数者，为太阳数，太阳本身就为三阳，太阳与少阴为表里、为联系。一般来说，太阳与膀胱有关，属膀胱经脉，少阴与肾或心有关，属肾与心的经脉，肾心亦藉少阴经脉相连系，在妇科学上心肾相交有着调节阴阳的重要意义。且肾主生殖，为“先天之本”，天癸亦属肾的范畴。且少阴亦属阴中之少阴脏腑，所以经后期阴长阳消的运动虽表现为3数律，但实际上其主导的根本还在于少阴肾心，或者应包括天癸在内的作用。由于肾心天癸在内的主导，所出现太阳3数律的运动具有较为广泛的普遍意义。当然前面所论述的少阳、厥阴7数律，阳明、太阴5数律，虽然反映出其消长转化的特点，但仍以肾心天癸为前提，所以月经周期消长转化的节律运动是一致的，反应在经后期太阳少阴3数律的消长运动，其形式规律复杂多变，就其主要者而言，就有3种，而且以3数为一波动起伏，也较7数律和5数律的波动为多，在次要形式变化中，甚至有3天就进入经间排卵期者。这是3数律中的特点。

第二节　经后期的病理特点

经后期的病理特点，是在经后期的生理功能有所失常的情况下形成的。而经后期的生理特点，就在于阴长运动的开始和滋长，以奠定周期演变的物质基础，因此，其病变所在，也在于血、阴、精的物质基础有所不足，影响阴长运动的发展，或致运动失常，也有极少数阴盛有余，反致不能转化者，亦或有一些病理产物，影响阴长运动者。这里所指的阴，是指溶于血分的癸水，即张景岳所说的无形之水，傅青主所说的肾中之水。癸水的滋长，目的在于滋养精卵，阴不足，癸水不充，则精不熟，精不熟者指发育不得成熟，自然不能排卵，将大大地延长经后期，而且阴的病变，也常与血分病变有关，此所以我们要首先论述血、阴、精病变的缘故。再就是阴长运动中的深层次病变，亦即是阴长运动中动静失调，或者静之有余，缺乏动态变化，或者动之过甚，动之不协调，以及在个体中的“7、5、3”奇数律运动中失常的病变。最后还要论述的是阳消病变，因为经后期阴长阳消，阴长运动的发展，必然要涉及阳消，阳消的失常，必然要影响阴长，所以在论述经后期病理特点时，务必要注意到这类问题。

一、血、阴、精的病理变化

女子以血为主，阴与精是在血的基础上产生与发展的，因此，女子的病变，首在于血分，但最主要的机制还在于阴与精。女子每月行经，虽然为生理现象，但亦程度不同地耗损一些血液，故前人有：有余于气，不足于血，以其数脱血也。所以经行之后，血海空虚，体内出现一种血少气多的不平衡状态。正由于这种血少气多的不平衡状态的存在，所以极易导致血分的病变。阴与血有关，血分病变易致阴分病变，而阴分病变，才能真正地导致月经周期疾病。此正如《女科经纶》引虞天民言所云：“妇人百病，皆自心生，……先因心事不足，心血亏耗，故乏血以归肝，……况月水全赖肾水施化，肾水既乏，则经水日以干涸，或先或后，淋漓无时。”说明月经周期性疾病，表面上看起来与血有关，但实际上是肾水即癸水的病变所致。肾阴、癸水的病变在月经病变中占有重要地位。其次是生殖之精，其病变亦在月经病中占有重要地位。兹分析如下。

（一）血分病变

月经后期血分发生病变，主要形成虚实寒热以及错杂性病变。而其中尤以虚变为主，或者血虚夹血瘀，血虚夹血寒，血虚夹血热。具体来讲，血虚则冲任不足，血海空虚，轻则症状不著，或仅感月经经量偏少，偶有头昏之感，稍重则月经失调，头晕眼花，重则月经后期、量少、色淡、质稀，而色㿠白，头昏心慌，夜寐甚差等，而且进而影响心、肝、脾、胃等脏腑而发病，且可间接影响肝肾，肝肾不足，可以导致闭经、不孕等一系列病证；血虚又必耗气，此乃气血互生之理，血虚则气亦弱，气弱则反过来不能统摄血液，常可导致月经先期量多、崩漏等出血性病证，由于失血较多，必致血气更虚，虚弱程度加重。其次是血虚夹血瘀，即血实中的瘀滞性病变。瘀滞性病变可致两种不同的病患，如因阻滞性病变，可以出现月经后期、量少、经行不畅、

痛经，其则闭经、癥瘕，有时无临床症状，常可通过现代微观检查方法发现之；血瘀又可以阻滞经络，络损血溢，或者占据血室，以致血不归经，可以出现各种出血性病证。如夹有血寒者，寒凝血滞，经行不利，可以发生月经后期、量少、痛经、闭经等疾病。如夹血热，热迫血行，不仅使月经周期提前，而且使经量增多，可以出现月经先期、量多、经期延长、崩漏等病证，或者热迫血升逆，又可致经行吐衄、乳衄等出血性病证。至于虚实中又兼夹寒热错杂病变者，临床上亦有所见，不仅病情错杂，而且与脏腑功能失调有关，尤其以肝脾失调为主要。肝脾是血气生成的主要所在，如《校注妇人良方》在“月经不通方论”中说：“伤损肝脾，但滋其化源，其经自通”，历来认为血气的化源在于脾胃，而妇科必须加入肝者，有其重要意义，而且肝脾两脏还有着调节血气的作用，肝脾失调，常为血气失调的所在，血中所出现的寒热错杂，实际上是肝热脾寒的结果，所以我们认为：抓住肝脾两脏，是调理血气的关键。

（二）阴分病变

月经后期的阴分病变是指肾阴与天癸的病变。就临床来说，主要是肾阴不足，天癸不充，虚证多见。其原因尚有先后天之别。先天原因者，与遗传、禀赋等有关，致使发育不良，或生殖器官发育异常或阙如，或者功能差，以致肾阴有所不足，天癸不充，从而导致阴长运动的不良和迟缓。后天性原因者，主要与房劳多产，包括刮宫流产多，七情内伤，紧张烦躁，晚睡失眠等有关，正如《校注妇人良方》在“室女经闭成劳方论”中所说：“积想在心，思虑过度，多致劳损。……盖忧愁思虑则伤心，而血逆竭，神色先散，月水先闭。……肾水绝则木气不荣，而四肢干萎，故多怒，鬓发焦，筋骨痿，若五脏传遍则死。”或者还有其他因素所致体虚，久而有如张景岳所说：“五脏之伤，穷必及肾”。肾虚阴伤，癸水不足，水不足则不能涵养精卵，精卵发育不能成熟，或则延后排卵，或则不能排卵，是以导致一系列病证。

肾阴偏虚，癸水不足者，其发展有五。一是阴虚血少，血少阴虚，相互影响，相互推进。阴者属于肾，血者属于肝，肝者，藏血之脏，血少则肝之藏血不足，血之与阴，亦包括精髓在内，与血有着互相生成的关系，故有乙癸同源之说，血虚虽致阴虚，而阴虚则血亦更不足，从而加深了阴血之间的虚损程度，血海空虚，甚则血枯。二是阴虚火旺。火旺亦致阴虚，阴愈虚，火愈旺，火愈旺则阴愈虚，则且火旺又必伤精，以致精卵不得发育成熟，兼之阴虚不能滋长，不得滋长则月经周期中的阴阳转化运动无法进行，是以周期失常。阴虚火旺轻者，仅感带下甚少，胸闷烦躁等，重者，必致带下全无，形体消瘦，午后低热，月经先期量少等。三是阴虚津伤。即阴虚易致津液匮乏。张景岳曾经指出：五脏之阴，非此不能滋，此者指肾阴而言。说明肾阴充实时，阴长至重时，津液亦将丰富，反之，肾阴不足，则津液必然有所亏少，故前人曾有“年逾四十，阴气自半”，说明四十岁以上肾阴有所不足，女性在这一年龄内，天癸将绝，肾阴不足，月经将要闭绝，是以津液亦有所不足，故皮肤渐趋干燥，并出现烦躁口渴等。四是肾虚癸水渐竭。癸水不足，生殖之精亦不得发育成熟，是以精衰髓空。前人认为：肾藏精而主骨髓，由于肾阴虚，癸水衰少，精不能熟，因而不能生髓，自然致骨髓不充，《傅青主女科》在“骨蒸夜热不孕”中说“况胞胎既通于肾，而骨髓者，亦肾之所化也……且胞胎非骨髓之养，则婴儿何以生骨。……则骨中空虚。”故在

四十岁绝经前后时期，由于阴虚癸水衰少，出现骨中空虚类病变者，似与此有关。五是阴虚及阳。阴阳是相互化生的，无阴则阳无以生，无阳则阴无以化，亦即是物质与功能的相互转化，所以阴虚日久，必然导致阳的不足，前人对此论述颇多，而且在阴长运动的动态演变中亦必得到阳的支持才有可能，是以阴虚之后，必然要加强阳的消耗来弥补阴的不足，所以阴虚日久，必然要导致阳的不足，但由于阴虚占主导，或则阴虚火旺占主导，故阳不足的症状不能体现出来，或者有所体现，亦被阴虚或火旺的症状所掩盖，需要通过细心的观察或者微观检测才能发现，有的甚则要通过治疗才能发现。

在阴虚的病变过程中，必须注意到心肾的失济。关于心肾子宫生殖生理轴，我们在前面有关章节已经阐明。而心肾的交济是调节阴阳消长转化运动的主要所在。前人对此论述甚多，冯楚瞻在其《锦囊秘录》中说："水（指肾）火（指心）宜平不宜偏，宜交不宜分，火性炎上，故宜使之下；水性就下，故宜使之上，水火上下，名之曰交，交则为既济，不交为未济。"《慎斋遗书》亦说："故欲补心者，需实肾，使肾得升，欲补肾者，须宁心，使心得降。"只有在心肾相交之下，任督脉才能协调阴阳之间的平衡，也才能保持在阴阳相对性平衡下的消长转化运动。故后人提出了肾虚的核心问题，是阴阳失去平衡，而阴阳失衡，又常与心火失降有关，所以肾阴偏虚，癸水不足的形成和发展，亦常与心肾水火之间的失济有关。

（三）精的病变

生殖之精，其主要病变在于发育不良或不得发育。其原因，首在于先天发育不足；其次是与后天肾虚，癸水不足，不能滋养精卵有关；再次由于肾阴亏虚，癸水不足，生殖之精在滋长运动和排卵运动中均为不利；此外还有阴长过盛，津液水湿也偏多，蕴阻不化，形成有害的病理物质，不仅使精卵不得发育，甚至引起卵泡的囊性变化，形成多囊性卵巢病证；还有精卵本身的问题，如卵巢的肿瘤、炎症等均将影响精卵，影响月经周期的正常。

综上所述，血、阴、精各有其独特的病变，但三者互有影响，互有关联，虚则皆虚，实则皆实，但有时三者间并不一致，如血虚阴盛，即营血不足，癸水过盛，以及阴盛而精不熟者，这就是病变的多样性复杂性。就经后期而言，既要分析血、阴、精的不足，物质基础的薄弱，又要分析血、阴、精的过盛和不协调，从而为经后期的治疗奠定理论基础。

二、经后期阴长特点及形式的失常

经后期阴长运动的特点及其形式有所失常，也是经后期最大的病理特点。所谓阴长运动的特点，实际上是指阴长运动中的动静的反应。一般来说，经后期的阴长运动，是一种较为缓慢的波浪式的运动，是以静为主的动态反应，至经后期，方见明显的或者突然的上升式的动态反应，如果在运动中动静失常，或者静之有余，甚则绝对性的静，或者动之较甚超过了静，不仅影响阴长运动本身的发展，而且也将导致脏腑经络气血的失和，特别是心肾子宫包括冲任等奇经的失和，或者正由于脏腑经络的功能失常，所致阴长运动中的动静失常，而其主要的还在阴虚静之有余，动之不足，不能应

时地推动阴长运动的发展，其结果，造成子宫内膜及卵巢卵泡的发育不足和异常。至于阴长运动中的具体形式失常，主要是与“7、5、3”奇数律中的主次形式失常有关。有的虽然并不严重，程度较轻，介于生理病理之间，亦没有明显症状，但恰恰由于这些轻微的病变，可以导致月经病变、不孕症等，甚则可酿成器质性重病，防微杜渐，乃治本之道，借助现代医学微观手段，进行深层次的病理分析，是我们今天的需要，也是妇专科发展的必然。

(一) 阴长运动特点的失常

所谓阴长运动中的特点，即以静为主的动态反应，也即是阴长运动中的动静失常。因为经后期以阴长为主，阴主静，所以阴长运动也必然体现出静的特点，即使动，也在静的基础上反应动态。但正由于阴静的特点，所以病理特点也就反映出静之有余，动之不足，所以阴长运动也必然极为缓慢，必然也带来子宫内膜的病理变化及卵泡的发育欠佳。但如动之过甚，使子宫失藏，冲任失约，反致阴长运动加快，也属异常。

1. 阴长乏动，静之有余　在阴长运动中，由于阴虚癸水不充，以致阴长运动极为缓慢，静之有余，缺乏动态反应，必然导致一系列月经病变。根据我们的临床体会，之所以形成静之有余，动之不足，阴长运动极为缓慢者，其原因有五：一是肾阴亏虚，癸水不充，以致阴长缓慢，该动而动之不足，处于一种静之有余，这是阴长运动中乏动的主要方面；二是阴盛有余，反致该动不动，趋向于绝对静止状态；三是阳气虚弱，不能助阴长的动态反应；四是痰湿瘀阻，阻碍阴长运动的进展，以致有静无动；五是心肝郁滞，气机不畅，亦必窒痹阴阳的消长运动。兹分述如下。

(1) 肾阴亏虚，癸水不充：这是阴长运动不佳的最主要的病变。由于肾阴亏虚，癸水不足，故阴长不能及时，经后期将大大延长，而且阴长水平不够，亦必影响其动态反应，因而出现一种静止状态，对子宫内膜的生长增殖和卵巢卵泡的发育不利，反过来又将使肾阴癸水更有所不足，相互影响，必使病变加重。根据我们临床的观察，阴虚癸水不充者在程度上又有轻、中、重的区别。程度重者，其阴长运动趋于停止，有静无动，绝对性地静止，始终停留在经后初期，如先天发育不良者，可见原发性闭经，如因后天因素损害者，可见继发性闭经，或者卵巢早衰等病证；程度中等者，其阴长运动极其缓慢，有静少动，虽不至绝对静止，但动之极少，阴长运动常在经后初期与中期徘徊，可见于月经后期、量少等病证；程度轻者，其阴长运动缓慢，静多动少，一般在经后中期徘徊，可见月经先后无定期、经量偏少、经期延长等病证。

(2) 阴盛欠动：我们在临床上也的确发现极少数女性因为阴盛癸水过多，反致阴长不利，因为阴的水平过高，因而其阴长运动也就没有动态反应，始终处于静止状态，但子宫内膜在阴盛癸水过多的培养下过度增生，卵巢卵泡也不能循序发育，从面导致闭经、崩漏。

(3) 阳弱致阴静乏动：肾阴亏虚，癸水不充，因面阴长不利，静而乏动，其中有少部分是由阳弱所致的。因阴阳是互相转化的，阳弱不能化阴，以致阴虚，阴虚必致癸水不充，是以阴长运动不利；其次阳主动，阴主静，在一定程度上阴长运动的动态反应，必须得到阳的支持才能较好地进行，是以阳虚所致阴不足而乏动者，亦将程度不同地影响经间排卵期的转化活动，可见月经量多、经期延长、不孕不育等病证。

(4) 痰湿瘀阻：痰湿蕴阻或血瘀内停，不仅影响气血的正常运行，而且在一定程度上亦影响阴阳的消长和转化；而且痰湿和血瘀均是脏腑功能失调的病理产物，有害于阴阳的产生及其长消运动的发展。我们在临床上发现一些女性患者，在行子宫输卵管碘油造影术、通水术、诊刮术，或者在子宫颈口行电烙术、激光、冷冻、敷贴药物后，常有影响月经周期演变者，测量 BBT，可见高温相推后，高温相不稳定，低温相起伏不定，亦类似病理产物的影响，同样出现月经周期落后、经量多少不一等病证。

(5) 心肝气郁：心肝气机郁阻，必然影响肾阴癸水的滋长。一方面由于心肝肾之间存在着密切的关系，对阴与精的滋长有着重要的影响；另方面由于气机的郁阻，影响阴长运动的反应，是以出现有静乏动的状态。临床上同样可见月经后期、量少等病证。

2. 阴长运动过强，动之有余　即阴长运动中动态反应较为强烈，使月经周期演变中动之有余，静之不足，违反了经后期阴长运动以静为主的规律，这也是一种较为常见的病变。根据我们的临床体会，主要是与两种原因有关，一是火旺，火热迫血；二是阳盛化火，血液妄行。

(1) 火旺：主要指阴虚火旺，肾阴不足，癸水不充，气火偏旺，火旺则气血运行加快，必然导致阴长运动的动态加强，以致子宫失藏，冲任失约，故可见月经先期、经量偏多等病证。

(2) 阳盛化火：阳气内盛，邪热内甚，势必化火，火热迫血妄行，亦必迫阴长运动加速，从而出现月经周期先期、经量增多、经期延长等病证。

(二)“7、5、3”奇数律运动的失常

经后期阴长运动失常表现在每位女性个体上即是“7、5、3”奇数律失常。兹分述之。

1. 7 数律阴长运动失常　鉴于 7 数律阴长运动的生理变化，其主要形式的病变有二。一是经后初期较长，如果发生病变，阴长缓慢，则经后初期，将更加延长。二是经后中期较长，如发生病变，阴长失常，则经后中期将更加延长，而且阴长的水平有可能徘徊在初期与中期之间，导致整个经后期延长，可出现月经后期、经量偏少等病证；有时还表现在周期连续性不能达到 7 个月经周期正常者，即连续正常 3 个月，失调 1～2 月，或亦达 3 月者；亦有连续 4～5 个月经周期正常，接着又失调 2～3 个月者。

2. 5 数律阴长运动失常　其主要病变形式基本上与 7 数律的相一致，亦表现在经后初期与中期的延长，阴长运动的缓慢，其程度、差距较之 7 数律为大，而且亦将影响经间排卵期的转化运动，且为临床所常见。其表现在正常月经周期不能连续达 5 个月，即连续正常 3 个月或 4 个月就失调 1～2 个月，或者失调 2～3 个月，接着正常 2～3 个月，接着又见失调，而且失调的主要病变所在，就在于经后期阴长不利，不能适应 5 数律的运动演变。

3. 3 数律阴长运动失常　3 数律阴长运动失常的主要病变形式，基本上与 5 数律、7 数律的相一致，亦表现在经后初、中期的延长，阴长运动缓慢。所不同者，其一是经后末期亦有所延长：就一般情况而论，包括 7 数律与 5 数律在内，其末期只有 1～2 天，即进入经间排卵期，而 3 数律者此期可达 3 天，或者 6 天，有的甚则进入经后末期 1～

2天，即带下增多，有少量锦丝状带下，但旋即又返回到经后中期，带下减少，BBT低温相；其二是经后初期与经后中期，其延长较之5数律、7数律的还要长。3数律阴长运动失常，表现为连续性地出现3个周期的月经周期失调者较为多见。我们多年来运用BBT观察女性双温相的变化，发现多数患者很难保持连续性3个月经周期的正常和BBT双温相的正常。

（三）微观阴长运动的失常

阴者，癸水也，其长消运动，实际上是癸水中阴阳的生理演变。癸为阴水，壬为阳水。水者，乃无形之水，非肉眼所能及，必须通过现代医学微观检验的方法，始能发现。阴水者，即女性雌激素；阳水者，即黄体激素，亦包括雄性激素在内。经后期阴长运动，即雌激素水平的提高，而雌激素水平不能随着经后期的发展而提高，水平处于轻度影响或低落状态，将影响子宫内膜与卵泡的发育。而肝郁肝火所致的症状，与催乳素偏高或过高相一致。心神气血所主的证候也与前列腺素偏高相似。这些因素都将有干扰阴阳消长转化运动，特别干扰阴长运动，因此通过微观检验，更能深入了解内在病变的存在。其次检查磷、钙、锌、铜的微量元素的变化，亦有助于了解内在阴阳消长的变化，特别是锌、铜、钙、镁在月经周期中、经后末期及经间排卵前期处于高峰时期，亦证实经后末期与经间排卵前期，阳不仅是消，而是消中见长已达到一定的较高水平，否则就将形成病变，影响阴长运动达高水平的演变，从而也将影响转化，影响排卵。只有通过微观的检验，了解深层次阴阳的变化，同时亦为未病论治提供了重要依据。

三、阳消失常的病变

经后期最大的生理特点，在于阴长阳消，而其病理特点亦在于阴长与阳消两个方面。阴长虽是主要方面，其病变亦占主要地位，但阳消亦不容忽视，是对立的统一体。在阴长失常的病变中，自然也依附着阳消的病变。就一般而言，阴长失常与阳消不及有着密切的关系，但亦有一定的独立性。因此，在分析阳消病变时，既要注意到阴与阳的联系性，即从阴长失常的主要病变方而，分析有否阳消失常的存在，又要从阳虚或涉及气虚方面的单一性分析。

根据我们多年来对月经周期与调周法运用的观察，可以将经后期阳消失常归纳为以下三种病变。其一是阳消失常，所致阴长不利，由阳及阴，其病原在于阳；其二是阳消失常，阳的基础薄弱，必然于转阳后阳长不利，且阳者，火也，阳火不旺，火不暖土，影响脾胃运化，将出现脾肾薄弱的状态；其三阳消失常，不仅影响阴阳之间的关系，而且亦将影响气血之间的协调，出现阴阳气血的错杂病变。因此，在探析阴长失常的病理变化时，不仅要从阴长不利的本身去分析，还要善于从对立而的阳去寻找发病的原因。我们认为有相当部分阴长失常的原因，就在于阳消不及，或阳旺不消，气火偏旺，反而阻碍干扰阴长运动，甚或导致痰脂、水湿、血瘀、气火等病理产物。从而加深或加剧病情发展。但是经后期，毕竟以阴长为主，因此，所涉及的阳消病变，仅占其次，且经后期的病变，一般均表现出缓慢性、渐进性，也就容易忽略此一时期阳消失常病变的存在。

（一）阳虚及阴

阴阳者，互相依赖、互相生化，阴赖阳以生长，阳赖阴以生存，所以在阴长不利的病变中，有相当一部分系属阳虚所致。根据我们多年来的临床观察发现，阳虚所致阴长失常者有两种情况。其一是阴虚及阳、阳虚及阴的互相影响所致。因为阴虚日久，势必及阳，阳虚久之，亦必致阴虚。《素问·阴阳离合论》曰："天复地载，万物方生，阳予之正，阴为主生。"王冰谓：阳施正气，万物方生，阴为主持，群形乃立。可见阳包括气在内是万物方生，群阴乃立的前提。而且在月经周期生殖生理中，阴阳处于对立统一运动过程中，阴长运动，更有赖于阳，是以一旦有阳虚为主者，既不能化阴以助阴长，又不能推动阴长运动的发展。因此，要从阳虚的高度来分析阴长不利的病变。但是亦必须注意到阴虚中稍有阳虚，而这种阳虚，并未或者稍有影响阴长运动者，仍应从阴的本身分析。其二，阳虚及阴。这里所说的阳虚，与上述之阳虚不同。这里的阳虚，是与体质因素、脾胃虚弱有关，其导致阴虚的病变有三，第一是属于先天性发育欠佳，亦即是禀赋阳虚，阳虚者在一定程度上亦必致阴虚，可见于先天性子宫卵巢发育欠佳性的月经后期量少，或者继发性闭经者；第二是后天病理性阳虚及阴，大多与产育过多，包括人工流产在内，或者劳累过度、房事过多、长期紧张过度等，先致阳虚，再致阴虚，由阳及阴，即阳虚不能化阴，以致出现阴阳俱虚而偏于阴虚；第三是精神心理因素，或者忧郁过久，或者烦劳过度，以致心肾失济，阴阳失衡，阳虚者，亦将致阴长不利，但在经后期阴长运动过程中首先是阳消不及。

（二）阳虚气弱，以致阳消不利者

在经后期阴长运动过程中，还应看到有一种虽然少见但确实有之的纯系阳虚气弱所致病变者。所以这里所指的阳虚气弱，实际上是指肾与脾胃的不足。气与阳有着密切关系，而且脾胃为后天之本，先天之精包括天癸之水全赖后天水谷的供养。但后天的运化功能，必须得到先天肾之阴阳的支持，特别是先天肾阳命火的温煦。火能暖土，亦即是肾阳命火有助于脾胃运化。肾阳温煦不足，是以出现脾胃虚弱的种种病证。在脾胃虚弱的情况下，不仅可以反过来影响癸水肾精的充实，还有可能导致水温痰浊的滋生，水湿痰浊（包括脂肪）一旦成为病理产物，蕴阻于内，或泛溢于四肢头面，又将影响阴阳的消长转化，特别是阴长运动的发展。

肾阳不足属于先天性的，与发育有关。有些发育欠佳，禀赋不足者，表现出的肾阳虚症状一般较之阴虚或阴阳两虚者的症状明显，但是较之后天性损伤所致肾阳虚者，其症状要少得多，常常需要较详细地问诊才能发现。症状偏少，并不等于病变程度的轻微，相反，有的还顽固得多。如因后天病理因素损伤肾阳者，即使损伤的程度并不重，但在临床症状上所表现出的腰酸形寒，肢冷畏风，小便频数，甚则淋漓失禁，或者月经延后，经行腹痛，久婚不育等症状，较之先天性肾阳虚者多而且明显，其处于经后期者，仍应从阳分析，但必须考虑阴长运动的特点。

（三）阴虚火旺中的阳虚

阴虚火旺中间夹阳虚，是一种极为错杂的病变。我们在长期的临床观察中发现，在某些长期性的阴虚火旺病证中，如闭经、崩漏等，其病变虽然主要是阴虚火旺，在火旺的病理演变中，一般先伤其阴，阴愈伤，火愈旺，则阴更伤，火旺与阴虚相对立，

但是还要看到在火旺阴虚的对立中，火旺亦有伤阳的一面。因为火旺与阳，从根本上来说有着统一性。阳者，正气也，火旺，邪气也，也可以说，火之所以旺，正由于阳气亢盛，人体功能处于一种代偿性的兴奋状态，因而稍久反而耗损其阳。另一方而，正由于阴虚火旺的病变存在，如烦热口渴，目赤舌红，便干尿黄，在治疗上自然要应用滋阴降火甚至清热泻火的治法，长期服用这种方药，亦必然会损伤脾肾之阳气。此外，由于阴虚火旺病变的存在，必然会使患者贪凉饮冷，居住于较凉的环境中，时间稍久，必伤其阳。在阴虚火旺的病变中，尚有一种原本阳火有余，伤及阴分，导致阴虚火旺者，反过来亦耗损阳气，始则有余，久而又成不足，亦将影响经后期的阴长运动。更有甚者，在阴虚火旺的前提下，既伤阴，又伤阳，伤阳之后，湿浊痰脂滋生，又易致湿浊痰脂积储，影响经后期的阴长阳消运动，将会出现月经后期、量少、闭经、肥胖、多毛多脂、面部痤疮等病证，致使病情更为复杂，而且在阴虚火旺，湿浊痰脂壅阻下，很容易掩盖阳虚的病变，很可能出现头昏头痛、烦热口渴、面部潮红、有时喜冷饮等表面上的上部的火热证候，如不细心体察，就容易忽略腰酸肢冷、大便易溏、小腹亦有冷感、小便较频等内在的下部的阳虚症状。需要详加询问，始能辨别之。

第三节 经后期的诊治特点

在诊断方面，由于经后期一般无明显症状，无证可辨，自然也就忽略了治疗，所以以往不太重视这一时期的治疗。近年来，由于我们从事月经周期及调周法的临床观察，发现经后期不仅需要治疗，而且是治病防病的重要时期，因为经后期是整个月经周期演变的奠基阶段，非常重要。前面的经后期生理、病理部分已经阐明，阴（水）长、精卵的发育、子宫内膜的生长等，无不与此期密切相关，所以诊断辨证需要借助现代医学微观的检查手段，从阴道涂片观察角化细胞指数，以了解雌激素水平是否与经后期生理演变相适应，或者查血中的雌激素（E_2）、卵泡刺激素（FSH）、促黄体生成激素（LH）、雄激素（T），观察癸水中的（阴阳）长消运动，BBT 低温相的波动，如此就可从微小的变化中进行辨证，而且从阴道的干涩度及带下分泌的数量、质量等也可进行辨证。在治疗方面，前人曾经指出“经后以补虚为当”。前人所谓之补虚，无非是指养血而言，因为前人的观念认为女子以血为主，经行之后，血海空虚，是以补虚者，即是养血也。但是，我们今天通过现代医学微观诊察的方法，已经了解到了癸水的重要性，知道了补养和提高癸水之阴，达到精卵的发育成熟，才是经后期生理演变的主要目的，为此，有着“经后卵泡期”之说。由于经后卵泡期较长，故整个经后期需分段论治，而且还要根据阴长特点和“7、5、3”奇数律属性进行深层次论治。作为一个专科医师，需要遵循“上工治未病”的原则，从五行生克推导知道论治，同时亦要从阴阳消长的阳消反而论治，这将大大拓宽经后期的阴水论治内容。为了提高经后期的治疗效果，奠定好月经周期演变的基础十分重要。

一、分段论治，复阴(水)精调

经后期阴长阳消，因此经后期的主要治法在子滋阴养血。但由于经后期的时间较

长，因此治疗需分三个阶段：第一阶段，即经后初期，阴长水平低，滋阴养血即可；第二阶段，即经后中期，阴长运动必须达到中等度水平，滋阴养血必须佐以助阳，才能达到这一时期的要求；第三阶段，经后末期，阴长运动必须达到近高水平，而且运动中的波动起伏较大，应滋阴养血，补肾助阳，阴阳并补，把滋阴与助阳放到均等地位，同时尚需注意滋阴的特点，以达到更好的滋阴效果。

（一）经后初期，滋阴养水

滋阴养水，不仅在于恢复或者充实阴水，而且更在于推动阴阳消长运动的发展，育精排卵，繁殖下一代。由于天癸之阴水溶于血液之中，非肉眼所能见，因此，在经后期除少数人有头昏腰酸的轻微症状外，一般无明显的症状，故治疗上把血、阴、精联系在一处，以阴水为重点，以养血为基础，《傅青主女科》所制调经种子的补阴方药，均以四物汤为基础者可鉴。血中养阴（水），阴中育精，这也是整个经后期的治疗主法，从调周序贯法而言，临床上常选用的归芍地黄汤，也是我们在临床上常用而有验的方药。具体药物有：炒当归、白芍、山药、山萸肉、熟地、丹皮、茯苓、泽泻、川断、寄生、怀牛膝等，常规使用剂量，服药时间，按“7、5、3”奇数律的时间而定。我们体会：当归合熟地同用，常易引起腹泻，或者大便偏软、腹胀矢气，特别是暑湿天，更易引起腹泻，故一般去当归，甚至还要去熟地，或者在去当归后，加人砂仁以制之，丹参以代当归。川断、寄生、牛膝均是补肾滋阴的药物，有助于滋阴效果的提高。

如阴虚较重，雌激素偏低，癸水明显衰少，又见子月经后期、量少、闭经等较为顽固的病证者，治疗上必须加强滋阴补水的作用，我们经过较长时间摸索创制的滋阴奠基汤，为我们的临床验方之一，适用于此类病证，具体药物有：丹参、白芍、山药、干地黄、女贞子、丹皮、茯苓、炙鳖甲、紫河车、山萸肉、怀牛膝等，必要时可加入炙龟甲、制首乌等品。本方药味重质沉，峻补肾阴，提高癸水滋长的水平，在具体使用时，尚需注意两点，第一是阴虚即癸水衰少的程度，必须是程度较重者，癸水衰少，带下很少，阴道干涩，性欲缺乏，皮肤干燥，阴道涂片和血查雌激素表现为雌激素水平明显低落者；第二是脾胃功能薄弱，大便易软或偏溏，午后腹胀，矢气频作，或者纳食不馨，口腻多痰，舌苔厚腻者，但夹有湿浊或湿热者，则非此方所宜。若临床上出现症状，应根据不同病证进行加减。大便偏软，或服用本方后大便有溏薄现象者，去女贞子、干地黄，加人炒白术、六曲或砂仁；心烦失眠者，加人炒枣仁、合欢皮、莲子心等；腰酸明显，小便较频者，加人川断、寄生、菟丝子等品；形体清瘦，午后低热，上方加人软白薇、青蒿等品；形体肥胖，口腻多痰者，去干地黄，加人制苍术、制半夏、陈胆星等品。

（二）经后中期，即第二阶段，滋阴养水，必佐助阳

进入经后中期的第二阶段，阴长运动亦进人中等水平阶段，其波动起伏较为明显，卵泡发育亦较经后早期为快，因而在滋阴养水的同时，必须加入一定量的补肾助阳类药物。这不仅是滋阴养水，使阴长达中等水平，促进精卵发育加快的需要，也符合阴阳互根化生之理。有如张景岳在《新方八略·补略》中所说：“善补阴者，必于阳中求阴，则阴得阳升而泉源不竭。”又说：“善治精者，能使精中生气，此自有可分不可分

之妙用也。”而且在阴长运动的波动起伏中，活动次数的增加，活动力的加大，均赖阳的资助，才有可能实现阴的增长，所以进入经后中期，务必要在滋阴养水方药中加入一定量的补肾助阳方药，才能顺应这一阶段的生理变化。为此，我们在临床上常选用归芍地黄汤合菟蓉散加减。药用炒当归（或以丹参代之）、山药、山萸肉、熟地、丹皮、茯苓、泽泻、川断、菟丝子、肉苁蓉等品，常规用量，服药时间按每个人应合的数律而定。我们体会：凡属一般性的月经不调，功能性不孕不育等病证的患者，均可应用此方药物，并随症加减。如阴虚较重，雌激素水平偏低，虽有时恢复到经后中期，有带下出现，血查雌激素或阴道涂片检验角化细胞数值，均证实阴长运动已达中等度水平，但仍与经后早期相交替，阴长运动不稳定者，或者在服用上方归芍地黄场合菟蓉散后，效果不太理想，即阴长运动不能发展前进者，甚或返回到初期者，不得不加强滋阴养水及补肾助阳的药力，所以必须选用较强的滋阴方法，即用滋阴奠基汤合菟蓉散加减。药用丹参、赤白芍、山药、山萸肉、川断、菟丝子、肉苁蓉、锁阳等品，必要时加入制首乌、玄参、鳖甲、鲍鱼等品，常规剂量，服药时间按病证特点和“7、5、3”奇数律的日期而定。我们认为本方药的特点，滋阴助阳，养血调肝，血肉有情之品，实际上是清代以来所强调的治理奇经的方法。柳宝诒在《柳选四家医案》中说：“古无专治奇经之病，亦无专人奇经之药，考《内经》经脉行度及前贤议论，均谓十二经气血有余，则溢人奇经，有病者，亦必日久病深，由正经而侵入之，然则用药治病，自觉仍以正经为主。”但叶天士、吴鞠通、谢映庐等医家非常重视奇经的治疗，并创制和提供了不少治疗奇经病证的药物。如把血气阴阳有机结合在一处的方药，重用血肉有情的药物、秽浊补养之品、酸涩柔敛之物，均视这些为补养奇经的方剂，所以本方在加重滋阴养水的同时，重用龟甲、鳖甲、紫河车等血肉有情之品，不仅在于滋阴养水、调补奇经，推动阴长运动的进展，而且还有着育精的意义。方中所用丹参、赤芍者，一方面由于经后中期阴长阳消运动的活动所需，另方面亦由于能动地养精育精的需要，故凡闭经、崩漏、顽固性不孕不育病证处于经后中期者，均应考虑用此，柳氏所谓日久病深，意即指此面言。在服药过程中，还必须注意脾胃的运化，若脾胃薄弱，大便易塘，湿热蕴阻，纳欠腹胀者，不宜服用，必待脾胃运化转佳，始能服此。

（三）经后末期，即第三阶段，滋阴助阳，阴阳并调

经后末期为时甚短，一般常与经间排卵早期紧密相连。由于这一时期，阴长运动接近重阴的较高水平，为了保证阴长进入重阴，故阳消者，消中见长，而长过于消，以便支持阴长近重阴的需要。同时由于阴长运动的加快和波动明显起来，也需要得到阳的支持，是以滋阴养水已不能满足生理变化之所需，故必须加强补肾助阳的方药应用，或者在经后中期的方药中，再加入适当助阳药，我们在临床上常选用《产科心法》所制的补天五子种玉丹。我们作了临床加减，名加减补天五子种玉丹，药用大生地、山萸肉、山药、丹皮、泽泻、当归身、茯苓、怀牛膝、杜仲、川续断、枸杞子、五味子、女贞子、覆盆子、紫河车、巴戟天等，常规用量，一般服用2～3剂即可。本方原为治疗男子不育症的方剂，所谓补天者，补乾也，乾为天，天一生水，补血添精之意；五子者，因方中有五子之药；种玉者，即为不孕不育症的专用方药。方中巴戟天，原为加减项中，我们鉴于临床需要，故加入之，同时尚可加入赤白芍、丹参之流，以便

为阴长运动的活动所需。在服用此方药时，仍然要注意到脾胃的运化，以及是否夹有明显的湿浊或者湿热蕴阻，免致服药后引起腹胀泄泻等不良反应，从而亦影响治疗效果。

（四）几点注意

在整个经后期以滋阴养水为主的调治过程中，为了保证肾阴癸水的充足，及其长消运动的健康发展，亦即是长消运动要在高水平基础上进展，同时亦为提高滋阴养水的临床疗效，除了临床上运用恰当的方法施治外，还必须注意如下几点。结合应用，将能更好地提高疗效，为病员解除痛苦。

1. 镇降　所谓镇降者，重在降也。因为阴阳的变化，在于阳升阴降，故滋阴养水亦要考虑降，故凡一切补阴方药，多味厚质重，用味而不用其气，是以沉降为主。沉降的方药，必然有利于补阴护阴，所以一些著名的补阴方药，如三甲复脉汤、六味地黄丸、左归等。方中所用熟地、山萸肉、龟甲、鳖甲、制首乌、怀牛膝等，均为镇降之品，我们在滋阴奠基汤、加减归芍地黄汤中也加有此类药物，如不足，则加重之。滋阴奠基汤中重浊镇降的药物较多，故滋阴养水之作用亦强，所谓填补下元，大补肝肾者，亦含有此意。此外，降者，还含有降火泻火的意义在内，我们在临床上，经常碰到一些阴虚患者，伴有火旺，所谓阴虚则火旺，火旺则阴虚，阴愈虚，火愈旺，火性上炎，所以必须降火。虽然从根本上说治疗阴虚火旺证主要在于滋阴养水，但当火旺之时，急则治标，降火亦为要着。一般均以滋阴与降火合用，如大补阴丸、知柏地黄汤等，均具有滋阴降火、标本同治的作用。我们在处理一些阴虚火旺病证，证见月经紊乱，先期量多，或量少，烘热出汗，或烦热口苦，头痛头晕，两目红赤，夜寐甚差，大便艰干，小便黄少，时常腰酸，治疗上有时先降火，后滋阴，《傅青主女科》的清经散、清骨滋肾汤等均为降火为主的方剂，甚至也有火降热除，阴水自复的情况，不可不知。

2. 静息　静者安静也，息者休息也。这是一种通过生活起居，心理情绪调节的方法，以弥补滋阴养水药力的不足。前人有云："静能生水"，意即安静有护阴养水的作用，反过来说，心烦急躁，忧虑紧张，均是以耗损肾阴，所以经后期以阴（水）长为主的时期，必须保持心理平和，戒急戒躁，避免紧张，保证充足的睡眠，必要时，可于午后晚上行"静松气功"，即驱除一切烦虑，保持灵台清静，意守丹田，进行一种缓慢的深呼吸运动，将有利于阴水的恢复和提高。此外注意生活规律，劳逸合度，特别是睡眠要规律，防止过晚睡眠，要求保持与自然界生物钟节律相一致，此不仅有利于经后期护阴，而且亦有利于身体的健康。

3. 敛藏　肾阴癸水，皆属于肾的范畴，肾的特点在于封藏敛固，尤其是肾阴，易静而不易动，易藏而不易泻，故五脏皆有泻，独肾脏无泻。前人提出"治肾宜补涩。"所以在治疗过程中务必要注意这些特点。我们曾经对《傅青主女科》的6张补阴方剂进行过统计和分析，发现这6张滋阴方剂中，对山萸肉、山药、菟丝子、芡实、五味子等较为常用和多用，由此可知，在滋阴养水的方药中务必加入敛藏之品，如发现带下过多质稀如水、小便频数、梦交等病证，尤当加入敛藏之品以护阴。

4. 择时　所谓择时，就是选择较佳的时间服药或调养。这里含有两个意义。其一

是在整个经后期中选择初期与末期，作为治疗的重点时期。因为经行初期，实际上包括行经期，是奠基的重要时期，基础的好否，有关阴长运动的进展是否正常，所以滋阴养水的方药必须在这一时期服用。经行期，包括经后中期 1～2 天时间在内，是阴长运动进入较高水平的阶段，动态反应明显，白带增多，质地稍黏，能否顺利地进入经间排卵期，此期至关重要。因此抓紧这一时期服药，是不容轻视的。其二是与日相、年相阴阳相对应的服药时间。经后期服滋阴养水的药物，应选择午后与晚间服药。在前人的医疗实践中亦常有晨起服补气药、补阳药，入晚服滋阴药的记载，此乃与日相阴阳相对应。还有冬令进补，宜服滋阴养血补精的方药，因冬属阴，阴交沉降，大补肝肾，填塞下焦，此时最宜，此乃与年相阴阳相对应，不可忽此。

二、分析阴长的特点性质，深层次论治

经后期滋阴养水法是最主要的治疗方法，目的在于奠定经后期的生理演变基础，实际上是整个月经周期演变的物质基础，促进阴长运动的进展，保证精卵的发育正常。但是随着实践的深入，随着对阴长运动中动静概念及其运动中形成规律及其内含性质等认识上的加深，我们认为应用滋阴养水法的水平也必须提高，也必须多样化，应结合每位女性个体“7、5、3”奇数律的特点进行治疗，才能适应不同女性经后期生理变化的需要。

众所周知，张景岳是补肾名家，擘理阴阳的高手，他之所以研究肾阴阳有成，就在于他研究易理，非常熟悉太极八卦的深层含义。他所创制的左归、右归方剂，至今仍是我们调补肾阴阳的名方。虽然由于时代的局限，他不可能深层次地了解人体内在阴阳的变化及内在阴阳的实质及其血内性腺激素、微量元素等的周期性变化，但在实践过程中，亦意识到阴阳的物质性、多样性以及与五脏阴阳的相关性等，创造了一阴煎、二阴煎、三阴煎……五阴煎等，以调理五脏各不相同的阴的变化，这启迪我们应对阴的内涵概念及阴长运动的特点形成等作进一步观察分析，以提供更为合适的治疗；同时也启迪我们应着重对阴长运动中“7、5、3”奇数律有所失常患者的治疗，以保障月经周期运动的正常。

(一) 阴长运动中动静失常的调治

阴长运动，是经后期生理演变中的特点，所以滋阴法也是经后期的主要治法。阴长运动，既要反应了阴长运动“动”的特点。一般来说，动者，阳也，阳主动，阴长之动，说明阴不是绝对的静，也有两面性，即静与静中有动，所以前人常有“阴中有阴，阳中有阳”之说，我们体会，此需从阴的两面性去理解，即阴中有阴者，静也，阴中有阳者，静中有动也。我们在临床上长期观察中，的确发现滋阴养水的方药亦有着偏静偏动的区别。作为阴本身来说，静则生水，滋阴方药偏静偏降偏凉，面且还偏于固藏，如二至地黄汤、三甲复脉汤、滋阴奠基汤等属此，就药物来说，龟甲、牡蛎、熟地、山萸肉、女贞于、墨旱莲等属此。但阴长运动中，又必赖阴之动，动则阴长，阴长就需要动，推进阴动的方药有益肾通经汤、活血生精汤、归芍地黄汤等，具体药物有鳖甲、怀牛膝、枸杞子、穞豆、胡麻、玄参等。兹则分析如下：

1. 阴动较甚者的治疗　阴长运动需要动，但静中有动，如动之较甚，将形成病变。

此常与体质因素，以及精神心理上的不稳定、急躁、紧张、失眠等因素有关，常易出现月经先期、量多、崩漏等病证，或者亦可出现火旺所引起的系列病证。治疗的方法，在滋阴养水法中，务必加入镇静与敛藏方药，我们在临床上较为常用的是加减二至地黄汤，药用女贞子、墨旱莲、山药、山萸肉、干地黄、左牡蛎、炒丹皮、茯苓、钩藤、五味子、白芍等品，常规用量，服药时间按具体人的经后初中期天数而定。临床使用时，必须注意脾胃的运化和兼夹的湿浊情况，如脾胃运化不健侧重于脾，可见腹胀矢气、大便溏泄，上方去干地黄，加入煨木香、砂仁、炒白术等品；侧重于胃，可见脘痞纳呆、恶心呕吐，上方去干地黄，加入陈皮、制半夏、广木香等品；脾胃均失调，且脘腹胀滞，并伴冷痛，上方去干地黄、女贞子，加入干姜、佛手片、砂蔻仁、沉香片等。进入经后中期或末期，应根据阴长的要求，加入补肾助阳药物，但亦要选择补阳药中较为平和，动中有静之品，如菟丝子、覆盆子、韭菜子等。进入经后末期，由于这一时期动态反应较明显，选用补阳药就不必拘泥于动中有静的特点，相反要加入如川续断、巴戟天，甚则仙灵脾等动性助阳药。

2. 阴静较甚者的治疗　阴静较甚者，不利于阴长运动，因而亦易致病。此亦与体质因素，精神心理上的忧郁、思虑过度，或活动少、睡眠过多有关。常可出现月经后期、量少，甚则闭经、不孕等病证。所以在治疗上除用滋阴养水法外，务必要加入促动的方药，根据我们临床上的经验，有如下三种。

(1) 阴中选动：我们在临床实践中发现，虽然大多数滋阴方药具有静的特性，但也有部分滋阴方药的特性为静中有动。考所有滋阴的药物，其中也有像牛膝、鳖甲、穞豆、胡麻等品，均有一定的动态性能。所以我们在临床上所常用的加减归芍地黄汤，药用当归（或以丹参代之）、白芍、山药、大生地、怀牛膝、玄参、柏子仁、炙鳖甲、丹皮、茯苓等。常规用量，经后初期服用为佳。

(2) 阳中求阴：即在滋阴方药中加入补肾助阳药。一般来说，补阳药除极少数外，均有程度不同的动态性能，所以在治疗中所体现的阴静阳动，非常有意义。而且在进入经后中期时，其阴长运动的动态反应更需要阳的支持，所以我们在临床上常用加减归芍地黄汤中加入川断、菟丝子、肉苁蓉、巴戟天一类药物，必要时尚可加入仙灵脾、仙茅等少量阳药。这样不仅有利于阴的物质基础的充实，而且亦有利于阴长运动的发展。

(3) 阴中活血：即在滋阴方药中加入一定量的活血化瘀药物，以促进阴长运动的发展。但是必须注意到活血化瘀与滋阴养水的对抗性，即活血化瘀方药有损耗阴水的弊端，所以在使用活血化瘀的药物时，必须注意到每一味药的特点，尽可能筛选那些损耗阴水较轻的药物，以保证在消长中阴水物质的充实，所以我们临床所制活血生精汤，药用当归、赤白芍、山药、山萸肉、熟地、炙鳖甲、红花、山楂、川断、丹皮、茯苓。其中红花用量宜小，一般用 3～5 克，或者以藏红花代之，有时需要加入蜈蚣 3～5 克，五灵脂 3～5 克，其他药物，均按常规用量，服药时间以经后初中期为宜。据药理研究证明：当归、红花、赤芍等活血化瘀药，有改善盆腔血液流变学和微循环的作用，能使卵巢和子宫的供血加强，功能得到改善，从而收到调经种子的功效，以此也可测知卵巢得到较多的供血，其氧气与阴水将源源不断且较多供养卵巢，自然保证

卵泡发育的健康，所以名之曰生精，也是我们针对阴长特点应用滋阴养水法的发展。在进入经后中期时，要加入菟丝子、巴戟天、肉苁蓉等品，如能加入公鸡睾丸、雀卵等血肉有情之品为更佳。

(二)"7、5、3"奇数律失常的调治

"7、5、3"奇数律在月经周期演变中的重要意义，我们在前面作了论述。但由于"7、5、3"奇数律与脏腑经络有关，因此不管7数或5数或3数律，均有着脏腑经络的特色，反映了脏腑经络之特点，但月经周期演变的前提在于肾水天癸，所以奇数律有所失常者，其调治的方法，仍以肾水天癸为前提，但必须照顾到某一数律的特点。

1. 7数律失常的调治　7数律者，属于少阳也。少阳与厥阴为表里，在脏腑属性上，应以胆、肝为主。少阳与厥阴的特点，是半阴半阳，或者阴将净，阳将生，因而一旦致病，将可出现寒热错杂的特征。所以在调治肝胆病证的方药中，也必然会反应出寒热错杂以及酸甘化阴的用药特点。如乌梅丸、小柴胡汤，就是调治肝胆的著名方剂。我们在临床上对属于7数律失常者，在归芍地黄汤的基础上加入小柴胡汤，这样就组合成滋肾生肝饮，所以我们常用的验方是加减滋肾生肝饮，药用当归、赤白芍、山药、甘草、山萸肉、熟地、炒柴胡、丹皮、川断、巴戟天等。如伴有头昏头痛者，加入钩藤、白蒺藜、苦丁茶；烦躁、乳房胀痛者，加入青皮、绿萼梅、金铃子；口苦纳差、呕吐明显者，加入吴茱萸、黄连、竹茹等。以上药物为常规用量，服药时间按要求在5剂后，加入肉苁蓉、菟丝子等，以适应经后期阴长至近重的生理演变的需要。

2. 5数律失常的调治　5数律者，属于阳明中土也。而阳明与太阴相表里，在脏腑归属上应以脾胃为主，特别是5数属于中土数，故明确是脾胃，属于足阳明足太阴。阳明者阳盛也，太阴者，阴盛也，一为阳中之阳，一为阴中之阴，但中土脾胃的特点还在于运化方面。所以对5数律有所失常者，调治的方法是在六地黄味丸的基础上必须组合调理脾胃的方药，张景岳对此甚有研究，他所制的五福饮、七福饮、理阴煎等，均是滋阴补肾合健脾和胃，但尽管如此，有时脾胃薄弱者，仍不能达到预期目的，因此，我们根据临床多年经验，创制了健脾滋阴汤，药用太子参、制黄精、山药、炒白术、山萸肉、广木香、陈皮、白芍、怀牛膝、建莲肉、川断、菟丝子。如大便正常者，加入熟地；烦躁失眠者，加入钩藤、合欢皮、莲子心；胃脘不舒，有时冷痛者，加入陈皮、干姜、沉香片；腰酸腿软者，加入杜仲、寄生。服药时间按5数面定。进入经后中期，加入肉苁蓉、巴戟天、紫河车等补肾助阳药，以适应阴长运动的生理要求。

3. 3数律失常的调治　3数律者，属于太阳数也。太阳为三阳，人皆知之，太阳与少阴相为表里，在脏腑归属上，应以膀胱与肾为主，但亦包括小肠与心在内。肾者，司生殖，包括天癸，天癸亦有初、中、末3数的变化。所以3数者，外属太阳，内与少阴肾有关，肾与天癸，本来就是月经来潮的前提，是以3数律者具有普遍性的意义。3数律失常者，其调治按一般滋阴养水及早、中、末三期的特点论治，但在治疗过程中，有必要加入丹参、莲子心、茯苓、灯心、赤芍等品，以安心宁神，和络利湿，必要时加入黄连、龙齿等品更好。

(三)微观辨病为主的调治

这是一种通过内在的微观检验手段，了解阴长的内涵实质，即通过血和尿检查女

性性激素的失常情况，进行针对性的调治。一般以调治雌激素水平的异常为主，包括对与雌激素有关的男性激素、催乳素等失常的调治。

若雌激素水平低者，又可分为偏低、低、过低三种情况。在治疗上，由于程度不同，治法方药亦有异。偏低者临床上无任何不适，一般应用滋阴法，可选用归芍地黄汤；低者，在临床上可能会出现带下偏少，轻度的头昏腰酸，治法滋阴养血，佐以助阳，归芍地黄汤加入川续断、菟丝子或再加肉苁蓉等，或者选用定经汤；过低者，在临床可出现头昏腰酸，带下少，甚则全无，治法滋阴助阳，阴阳并调，一般可用归芍地黄汤合菟蓉散，药用丹参、赤白芍、山药、山萸肉、熟地、丹皮、茯苓、川断、菟丝子、肉苁蓉、巴戟天等，以促进雌激素水平的尽快提高。在辨病的同时，还要结合辨证。如出现气阴两虚者，在归芍地黄汤的基础上，需加入黄芪、太子参、黄精等品；如伴有脾胃薄弱，腹胀矢气，大便偏溏者，归芍地黄汤去当归、熟地，加入党参、炒白术、煨木香、砂仁（后下）等品。

若雌激素水平高者，一般可表现出火旺阴虚的症状，亦即是《傅青主女科》所说的“肾中水火俱旺”的证候。治法：泻火滋阴，可用知柏地黄汤、清经散，药用黄柏、知母、青蒿、地骨皮、大生地、山药、山萸肉、丹皮、茯苓、泽泻等品；如出现锦丝状带下过多，舌红苔腻者，当以清利为主，可用四妙丸、导赤散、四苓散等，药如苍术、黄柏、川牛膝、薏苡仁、马鞭草、泽泻、碧玉散等；如出现舌质边红，小腹隐痛者，清化为主，可用知柏地黄汤加入丹参、赤芍、五灵脂、红花、山楂等。

若雄激素高者，一般可表现出痰热的证候。可见多毛多脂、痤疮等证候，治法清热化痰，甚则清热泻痰，轻则用越鞠二陈汤，重则用龙胆泻肝汤从小便以清泻之，或者用防风通圣丸从大便以泻之。

若催乳素高者，一般可出现月经后期量少，乳房肿痛，或时溢乳，属于肾虚肝郁，或肝郁化火的病证，治法清肝解郁，化肝煎、一贯煎等加减，药用当归、白芍、大贝母、金铃子、炒麦芽、青陈皮、广郁金等，必要时加入敛肝柔肝法，药用白芍、甘草、山萸肉、炒丹皮、枸杞子、白蒺藜等品，同时结合辨证加减，可获效。

三、推导五行生克，论治未病

经后期的滋阴养水，奠定月经周期演变的物质基础，顺应了女性生殖生理的最大特色，有着复杂的内涵。当按此原则治疗未能获得满意效果时，还要考虑到脏腑间的息息相关的关系，要从五行生克的关系，推导未病已病的所在。

在一定程度上，论治未病，尤为重要。经后期滋阴养水，疗效有不佳时，或者需要未病论治者，可按五行生克规律进行推导。一般五行相生的规律为木生火，火生土，土生金，金生水，水生木，所以水的母为金，水的子为木，水病可以治金，亦可治木，木虽为子，但反过来亦可供养其母。五行相克的规律为木克土，火刑金：土制水，金克木，水克火，水病可以治土，亦可治火，所以水病时治金治木，治土治火，皆谓治未病。仿此，经后期就应从见肾传心，当先宁心；土制水，从脾治肾，然后再从相生规律上治肝、治肺，由此将该期治疗分为四个方面。这不仅能大大拓宽治疗领域，启迪思路，而且亦的确能提高疗效，为妇女解除痛苦。

（一）水能克火，先治其火，或水火同治

在五行相克规律中，水能克火。在脏腑上，水者，肾也，居北方，为壬癸之水，所以天癸之水亦属于肾。火者，心也，居南方，为丙丁之火。水通过克火，可用来调节火的过甚与上炎，从而保证水不受损耗，亦可藉此维持水火的平衡。故凡出现肾水有所不足，用滋阴养水的方法尚不足使肾水恢复，或恢复后尚不能适应经后期长消运动发展者，或者亦的确伴有一些虽不明但存在的心烦寐差等火旺症状者，测量 BBT 低温相偏高，或低温相波动起伏呈犬齿状者，知肾传心，先当清心宁心。我们临床上常用加减《金匮》酸枣仁汤治之。此方为我们的临床验方，药用：酸枣仁 10 克，炙知母 6～10 克，青龙齿（先煎）10 克，合欢皮 9 克，茯苓 10 克，莲子肉 10 克，炙远志 6 克，或者加入夜交藤 15 克，柏子仁 10 克，莲子心 5 克，灯心 1 米；同时保证正常而充裕的睡眠，的确有保护或提高肾阴癸水的作用。考酸枣仁汤有数方，除《金匮》方外，尚有《证治准绳》的酸枣仁汤，药用酸枣仁、甘草、生地、栀子、麦冬、人参、当归等，《中医大辞典》所载酸枣仁汤，系由酸枣仁、远志、黄芪、茯苓、莲子肉、当归、人参、陈皮、甘草，外加姜、枣所组成，临床使用时，可参考之。其他如朱砂安神丸、天王补心丹、清心莲子饮等均可选用。必须注意，在治疗心火时，务必要进行心理疏导，以解除心理思想上的障碍和压力，所谓：改易心志，用药扶助，才能取得良效，如薛己在《校注妇人良方》“精血篇”后说：“夫肾乃阴中之阴也，主闭藏者；肝乃阴中之阳也，主疏泄者，二脏皆有相火，其系上属于心。心火一动，则相火翕然而从之，所以丹溪先生只是教人收心养性，其旨深矣！”所以通过心理疏导，收心养性以达到保护和提高肝肾阴水的水平，有着深层的意义。

其次心、肾之间存在着多种关系。首先是同属少阴，通过少阴经脉有着直接的联系，且心藏神，肾藏精，精神互依，在后天八卦上心居南方为离火，肾居北方为坎火，坎离相济，水火交合，维持一身阴阳的相对性平衡；在妇科学上，心肾通过子宫脉络有着紧密的联系，且心肾子宫的紧密联系为女性生理生殖轴，主宰和维系月经周期与生殖之间的阴阳消长转化的节律运动，是以心肾合治者多，故凡有心肾不交现象者，均须心肾水火同治。我们在临床上常用加减坎离既济丹，药用肉苁蓉、生地黄、麦冬、山萸肉、枸杞子、五味子、黄柏、当归身、白芍、天门冬、熟地、远志、茯苓神、丹皮、酸枣仁、太子参等，常规用量。此方系《杂病源流犀烛》所载，具体应用时可将原方去生地、麦冬、天门冬、泽泻等品，加入炙龟甲、黄连、肉桂等品较为合适。但在服药过程中，必须注意到脾胃的运化情况，如脾胃薄弱者，或夹有较明显的湿浊、湿热者，暂不宜服用此方。我们在碰到 40 岁左右，或围绝经期中后期者，在经后期，或者绝经期内，不论有无围绝经期综合征，或其他心肾症状者，甚则无任何症状，但检查雌激素水平低下，月经有所失调，甚或后期量少者，均可应用我们的验方滋肾清心汤，药用：钩藤、丹皮各 10 克，黄连、莲子心各 3～5 克，紫贝齿（先煎）12 克，合欢皮 9 克，太子参、浮小麦各 30 克，山药、熟地、怀牛膝各 10 克，茯苓 12 克等，以清心火、安心神为主，滋养肾水亦不容忽视。服药后一般均能达到预期效果，并有着抗卵巢早衰的作用。

（二）以土制水，先治其土，或水土合治

在五行相克规律中，土能制水。水者，肾也，土者，脾也，脾土通过运输功能有着调节肾阴癸水的作用，而且由于阴长所带来的津液水湿较甚者，还包括排卵后未能受孕的精卵化为精浊的吸收，无不有赖于脾土。可见脾土通过其制水作用，可控制肾阴癸水的有余，而且通过运化功能，亦可调节肾阴癸水的不足。故凡服用滋阴养水的方药有所不适应，或服药后腹胀矢气、大便偏溏者，或伴有轻度的午后入晚腹胀者，或有脾胃病史者，或值暑令季节，或见舌苔黄白腻者，均需先治脾土，运用健脾滋阴的方法，在选择方药时，避免温燥类方剂，注意选用有一定滋阴作用的健脾方剂。我们临床上常用加减参苓白术散，药用党参、白术、茯苓、山药、陈皮、广木香、薏苡仁、建莲子肉、砂仁等。如平素系阴虚火旺之体，则党参改为太子参，加入白芍、丹皮；如已进入经后中末期，尚可加入川断、菟丝子；舌苔腻厚，纳食欠佳者，加入广藿香、佩兰等；如伴有胸闷烦躁者，加入广郁金、合欢皮等；如若肾阴不足，舌质偏红，苔黄腻者，应改用加减资生健脾丸，这亦为我们临床上常用的验方之一，药用太子参、炒白术、茯苓、山药、钩藤、黄连、丹皮、砂仁、薏苡仁、合欢皮等。加减资生健脾丸原为《先醒斋医学广笔记》的方剂，又名资生丸，是治疗脾虚夹湿热的病证。我们对其进行加减，变成补土生水、清心利湿的方剂，以适应临床上部分兼有心肝郁热者的需要。

其次水土之间，除了生理上的相克关系外，肾水脾土之间还存在着先后天互相依赖的关系。正由于有这种互相依赖的关系，历来就存在着“治脾不如治肾”、“治肾不如治脾”之说。我们认为应根据病情和五行传变规律而定。在妇科学上，肾阴脾气有着重要意义。《景岳全书》“经不调”中说：“调经之要，责在补脾胃以滋血之源，养肾气以安血室。”脾肾合治，历来就有之，但一般脾肾合治者，均着眼于脾肾之间的阳气。但在经后期对肾阴与脾气的合治，似为少见。在张景岳的《妇人规》中有所记载。如张氏所制的五福饮、理阴煎、补阴益气煎，均是肾阴脾气合治的方药，其中人参、熟地合用者多。反映了张氏用药的特点，他认为：“人参有健运之功，熟地禀静顺之德，一阳一阴，相为表里，一形一气互主生成，性味中和，无逾于此。”所以我们所用的健脾滋阴汤，是我们的验方，即把香砂六君汤合六味地黄汤有机的结合，药用：熟地 10 克、砂仁（后下）5 克、山药、山萸肉、丹皮、茯苓各 10 克，煨木香 6 克，炒白术 12 克，陈皮 5 克，赤白芍、六曲各 12 克。必要时加入川断、菟丝子各 10 克；如胃脘胀痛、腹鸣便溏者，可加入干姜、肉桂各 3 克之类；如腹胀泄泻明显者，可暂去熟地，待泄泻愈后再加入之。

（三）水能生木，精血同源，先治其木，或水木同治

在五行相生规律中，水能生木。水者肾也，木者肝也。肾通过阴水而涵养肝木，所以肾与肝有着相生的母子关系。从肾藏精、肝藏血来看，精髓化生血液，较之后天水谷化生血液更加重要。反过来说，肝木亦能涵养肾水，此乃精血互生，乙癸同源之故，在前人的记述中，不乏其论。所以，一旦肾阴癸水有所不足，精卵发育欠佳，在治疗肾水乏效时，必须考虑从肝血论治，这也属于治未病的范畴。我们在《傅青主女科》“种子”中所见养精种玉汤，是四物汤去川芎加山萸肉而成。四物汤原为养血调经的要方，去川芎之升散，加入山萸肉酸敛之品，当然属于肝阴肝血的方剂，但却名为

养精种玉汤，意即通过调养肝阴来提高癸水水平，促进精卵发育成熟，从而有利于受孕。有鉴于此，我们临床上常用加减养精种玉汤，药用：当归、赤白芍、熟地、山萸肉、山药、丹皮、茯苓、枸杞子各 10 克，炙鳖甲 9～12 克。如有烦躁者，加入广郁金、荆芥各 6 克；如夜寐欠佳，头昏头疼者，加入钩藤、白蒺藜、合欢皮各 10 克；纳食欠佳，脘腹痞闷者，加入青陈皮、玫瑰花各 5 克，炒麦芽 30 克等。

在肾肝水木之间，的确存在着母子相生的亲密关系，而且癸水溶于血液中，血与精之间有着可分又不可分的关联，因此，肝肾合治，水木同疗，是临床上颇为常用的方法。众所周知，《傅青主女科》在“调经”中用清经散治疗肾中水火俱旺的月经先期量多，两地汤治疗肾中水亏火旺的月经先期量少。从两方所用的药物分析，除了滋阴清热的补肾药外，均有白芍、丹皮、阿胶等品，可见兼用养肝调肝，肝肾合治的意义。我们在临床上所常用的滋肾生肝饮，药用：炒当归、赤白芍、山药、山萸肉各 10 克，炒柴胡 5 克，甘草 3 克，丹皮、茯苓、熟地各 12 克，川断、寄生各 9 克，即属于肝肾同治，水木合疗的方法。进入经后中期，尚需加入菟丝子、肉苁蓉等；脾胃不和，尚需加入白术、陈皮、山楂之类。肝肾不足，常夹肝经郁火，以致出现溢乳或乳房胀痛明显者，可选用加减一贯煎治之，药用沙参、麦冬、当归、生地、枸杞子、川楝子、赤白芍、甘草、怀牛膝等品。如果说滋肾生肝饮偏于滋肾，水中生木，则一贯煎偏于养木，木中生水；滋肾生肝饮在滋养中疏木，而一贯煎在润养中泄木，两方有所不同，使用时可参考之。

（四）以金生水，先治其金，或金水同治

在五行相生规律中，金能生水。水者，肾也，金者，肺也，肺金通过自身的阴液可以滋养肾阴癸水，所以金水之间有着母子相生的关系，关于这一点，方书论述较少，但我们在临床上亦有所用。如对临床常见的闭经，或月经后期量少，带下阙如，烦热口渴，饮不解渴，尤喜冷饮者，从肾阴论治乏效者，可用养肺清热，先从金治，此亦治未病之法也。我们借用天门冬单方治闭经有效的基础上，组成二冬饮加味，药用：天门冬 10～30 克，麦冬 6～10 克，沙参 10 克，甘草 5 克，百合 9 克，丹参、赤白芍各 10 克。据考，天冬能治疗肺痈虚劳咳嗽、消渴、热病津耗、大便秘结等证，李时珍谓其沁润滋阴，清金降火，并有令人肌体滑泽白净之功；麦冬甘苦寒，主治基本上同于天冬。两药相比较，天冬滋腻寒冷甚于麦冬，且有一定的滋肾清虚热的作用，因此，月经过少，闭经，烦渴喜饮者，先从金治，用二冬饮加味，以复肾阴癸水。

金水肺肾之间，亦存在母子相生的关系，所谓肺肾合治，金水同治，也是临床上常用的方法。如麦味地黄汤、金水六君煎，皆属肺金肾水同治的方药，《金匮要略》中的百合地黄汤，药用在百合、地黄两药，亦属于此。但我们在临床上常用加减麦味地黄汤，即用麦冬、天冬、五味子、山药、山萸肉、干地黄、丹皮、茯苓、赤白芍，常规用量，在具有月经失调、烦热口渴、大便秘结者，即可应用此方，颇能获效。

最后还必须说明一点，结合五行相生律与年相阴阳对应的时令论治，如春令先调肝木，夏令要调心火，长夏调理脾胃，秋令善调肺金，冬令大补肾水，或者结合辨证论治，可以获取更好的调整月经周期的效果。

四、从阳虚论治，扶阳复阴

经后期的滋阴养水是谓正治，但如经后期从阳虚论治，扶阳以复阴，此谓反治。在运用正治方法时，有时的确有少数人需要结合这种反治，也即是要提高阴长水平，推动阴长运动的进展，必须从阴水的对立面——阳气这方面治疗。通过前面的阐明已知，阴的化生与滋长及其运动有赖于阳，是以阴长则阳消，阳消才能阴长，阴愈长，阳愈消，没有阳消，也就没有阴长，这是物质转化为能量、能量又转化为物质的关系，能量不足，产生的物质必然不足，所以阳虚则化生的阴也必然见少。有相当部分的女性，正由于阳消不力，以致阴长失常，此乃阴阳互根之理。阳气不足，阴水难长，病既在阳，徒增补其阴，非其治也，是以必须从阳消方面论治，才能真正地提高或恢复阴水及其滋长运动。所以前人一再教导，辨证求因，审因论治，就是要求找出原因。原因者，非阴之不足，而是阳之不强，治在扶阳，仙灵脾、肉苁蓉等方药，能使癸水充足，这在临床上也有所报道。我们认为：天癸者，究系阴水也，但阴水中也有阳水，这里所指的阳消不足，亦大多是指此而言，亦包括阳气，包括脾胃的不足。对那些长期服用滋阴养水方药后、未建寸功者，均需从阳消论治，以获佳效。

（一）阴中扶阳，重在助阳

经后期阳消阴长，但病在于阳消不及，以致阴长不足者，重在助阳，或则平素阳气不强者，亦当助阳益气，或则长期使用滋阴养水方法后，仍不理想者，亦当助阳。助阳者，可先从平补阴阳，或稍着重在阳的方面入手。对此前人早有例范。如《女科准绳》所引用的赵氏苁蓉菟丝丸，药用肉苁蓉、菟丝子、覆盆子、蛇床子、川芎、当归、白芍、牡蛎、乌贼骨、五味子、防风、条芩。此方虽然亦属于平补阴阳，正如方后所说，此方不寒不热，助阴生子，但实际上还是重于助阳，目的在于扶阴。江西省妇幼保健院所用调周二号方中的菟蓉散，实际上就是对本方的加减，明是助阳，实为扶阴。《景岳全书·古方八阵》所引载的无比山药丸，药用淮山药，菟丝子重用，其次是五味子、肉苁蓉、杜仲、牛膝、熟地、泽泻、山萸肉、茯苓、巴戟天、赤石脂。景岳指出，此方来源于《太平惠民和剂局方》，原书指出，本方常服壮筋骨，益肾水，令人不老，由此可知，平补阴阳，着重扶阳，确能益肾水之阴。正由于此，张景岳仿此而制左归丸，药用熟地、山药、山萸肉、菟丝子、枸杞子、怀牛膝、鹿角胶，亦含有阴阳并补之意，但毕竟是补阴之剂，正如张景岳自己所说："善补阴者，必于阳中求阴。"我们在临床上有鉴于此，根据经验，组成扶阳菟丝汤，药用菟丝子、山药、熟地、肉苁蓉、炒丹皮、茯苓、川断、杜仲、巴戟天、白术。必要时加入鹿角胶、紫河车等。治疗在于扶阳济阴，着重扶阳，但目的还在于实阴，以促进阴长运动的进展。在扶阳促阴的治疗过程中，也可间断使用助阳剂，即先服滋阴养水方药5天，再服助阳方药5天，然后再服滋阴药，再服助阳药，对经后期偏长者合宜。我们曾经治疗一例月经后期量少不孕。患者月经后期量少已3年，结婚3年未孕，平时带下甚少，口干烦躁，偶有头昏腰酸，脉象细弦，舌质偏红，苔黄白稍腻，余症不著。检验雌激素水平低下，测量BBT呈单温相，或偶有双温相，但高温相偏低偏短，所以治疗上着重经后期，从滋阴养血入手，方取归芍地黄汤加减。连续服药4个月经周期，疗效不著，

再在本方中加入菟丝子、川断、肉苁蓉，治疗2个月经周期，效果仍不理想。经再三推敲，患者形体较胖，手足偏冷，不得不转从扶阳为主论治，用扶阳菟丝汤加入紫河车、锁阳等品，同时加入公鸡睾丸1对为药引。连续服药3个月经周期，带下增多，并出现锦丝状带下，即进入经间排卵期，经后期亦较前缩短，用补肾促排卵汤治疗，BBT上升呈高温相，按经前期论治，BBT高温相正常，隔月受孕，病恙告痊。

(二) 气中补阳，健脾化阴

此类患者，实系气阴两虚，脾胃失和，用滋阴养水的方法，必然导致脾胃更弱，阳气更虚，则阴不能复，是以健脾益气为主，稍佐助阳，兼顾其阴。如著名的理阴煎，实际上是六味地黄丸（汤）合理中汤而成，缘于脾胃虚弱者可以用之，但若脾胃失和较为严重者，应先调理脾胃，故张景岳又制寿脾煎，药用白术、山药、炙甘草、酸枣仁、干姜、莲子肉、人参、大枣，此乃归脾汤之变方。景岳意图还在于摄血护阴，故又名摄脾煎。《傅青主女科》有健固汤，原为治疗经前泄水之证，药用人参、白芍、茯苓、薏苡仁、巴戟天，其中白芍用量最大，其他是人参、巴戟天。我们常用来作为经后期气中补阳的方药。我们认为虽然本方属于气中补阳，健脾利水，但方中白芍用量最大，可见气中补阳，其目的还在于阴，且固者，亦在于固护真阴也。为此，我们在临床上将其加减，一变而为健脾助阳化阴汤，药用党参、白术、白芍、山药、炒丹皮、茯苓、巴戟天、山萸肉、菟丝子。必要时尚需加入木香、砂仁、佩兰等品。凡见脾胃薄弱、或则在服用滋阴养水药后，腹胀矢气、大便或溏、或则午后或黎明时腹胀明显者，必用此方药，曾经有张姓女，患月经后期量少，结婚3年未孕，伴有胸闷烦躁，面部痤疮，或有头昏腰酸，带下甚少，形体清瘦，舌质偏红，脉象细弦，亦为较典型阴虚病证。以往用过己烯雌酚、黄体酮周期序贯疗法，但停药后，月经依然如故。此病证的治疗重点，就在于经后期迭经滋阴养血，佐以健脾助阳，效果欠佳，心中烦急，加以性欲淡漠，夫妻间感情不洽，已临离婚之界。余再三询问病情，发现患者在服药后，午后入暮腹胀矢气明显，常觉腰膝小腹有冷感，舌苔虽然罩黄，但底层白腻，不得不从阳论治，予以健脾助阳化阴汤，即原方加入广木香、广郁金。药服7剂，诸证减轻，见有白带，再服5剂，带下呈锦丝状、自感精神较佳，性欲恢复，按经间期论治，药后BBT上升呈双相，下次经行后先服滋阴养血方药7剂，再服健脾助阳化阴剂7剂，即出现锦丝状带下的排卵状，继从经间期论治，遂即受孕而痊。由此，我们深刻体会了《医宗金鉴·妇科心法要诀》所谓“先天天癸始父母，后天精血水谷生”的意义。后天脾胃气血旺盛，则水谷的精微自然能滋生来之于先天天癸之阴水，阳与阴有着密切的互根性。

(三) 清热护阴，不忘助阳

一般在具备阳虚或脾弱的证候时，运用助阳运脾益气的方药并非难事，但如要在阴虚火旺证候的同时不忘助阳，加入补阳健脾益气的方药，的确是有难度的。根据我们的经验，从以下几个方面可以帮助我们分析是否应该对阴虚火旺者施用补阳健脾益气的方药。其一是善于洞察先机，见微知著，即细心地观察有无阳不足的端倪，如足冷，小腹冷感，舌苔根部白腻厚，测量的BBT有无低温相偏低的波动；其二，在较长期服用滋阴降火药后进展不大，未建寸功；其三，在服用滋阴清热药后，无其他原因，

而引起腹胀矢气，大便先硬后溏，或有溏泄现象者；其四，在长期服用滋阴降火药后，舌苔根部的白腻苔反增厚者；其五，虽具备阴虚火旺的典型证候，但 BBT 测量低温相均偏低，雌激素水平低落，在服用滋阴降火药后，症状虽有所改善，但雌激素水平仍未见上升者，均须兼以助阳或健脾益气。在使用过程中，一般应用兼加式，即在滋阴清热方药中加入川断、菟丝子、肉苁蓉，或者广木香、砂仁、黄芪、党参之属，或者间断专用式，即在滋阴清热方药之后，间断用 3 剂助阳药，或健脾益气方药，然后再以滋阴清热药，在一些经后期偏长或过长的病证中，此类方式屡用不鲜，我们在临床上较为常用的方药是加减滋水清肝饮，药用丹参、赤白芍、干地黄、山药、山萸肉、钩藤、炒栀子、柴胡、丹皮、茯苓、五味子、杜仲、菟丝子、锁阳等品，常规用量，按经后 7、5、3 数律决定服药剂数，这也是维持阳消阴长的正常生理演变，自然能获取较佳的临床效果。我们曾治愈一例顽固性闭经，倪性，闭经 3 年，带下甚少，形体消瘦，头晕腰酸，烦热口渴，午后低热，人夜寐差，大便偏干，小便黄少，脉象细数，舌红少苔，属于典型的阴虚火旺型闭经。用滋阴降火的知柏地黄汤加味，初服药时，症情大减，并有少量白带，继服则效果欠佳，但因阴虚火旺症状明显，不敢使用助阳药，惟恐用助阳药后引发火旺，基本上守用原方，病情无进退，带下仍少，偶患感冒，恶寒发热，关节酸痛，咳嗽有痰，从感冒论治。感冒愈后，神疲乏力，纳食不馨，时有恶寒，脉象细数，但软弱少力，舌质虽红，有薄白苔。经再三考虑，患者虽系阴虚火旺，但感冒之后，阳气虚者，已露端倪，且久病阴虚，必及其阳，阳虚则阴更不能复。因此，重用扶阳，乃当前之治法也，用扶阳菟丝汤合二仙汤治之，药用仙灵脾、仙茅、菟丝子、肉苁蓉、黄芪、太子参、巴戟天、山药、知母、黄柏等。药后未见火旺，相反午后低热未见，精神大振，纳食转佳，带下亦有所增加，病人见症状大减，要求服用原方，余曰：病属阴虚火旺。因久病及阳，阳方不足，且感冒之后，表气亦虚，故阳气虚者，始露端倪，用扶阳方药者，可暂而不可久，检视舌质，果然红绛较前为著，且口渴明显，故当滋阴降火为治，否则将火旺灼阴；致使阴虚加深，火旺益甚也，再予滋阴降火之知柏地黄汤，加入川断、菟丝子、肉苁蓉等品。服后带下更多，遂即来经。因闭经无经间排卵期的转化，始终属于经后期，此例纯系阴虚火旺，故久而亦当从间断扶阳为主的治疗，以便更好地复阴，且不失为一个好的治疗方法。如阳虚症状明显者，更应从阳论治，但亦要考虑到经后阴长为主的前提。

第四章

经间排卵期的生理、病理、诊治特点

月经周期中的经间期，一般来说即排卵期，所以我们称之为经间排卵期。尽管有人提出经间期外排卵，即不在经间期的排卵，在临床上的确有所见，但是我们从正常的大多数情况出发，仍然称之为经间排卵期。这一时期，非常关键，因为它不仅是整个周期中阴阳的分界处，也是推动周期演变，维持健康的月经周期的重要时刻。在古人的医籍中没有这一时期的提法。这是近年来我们在中西医学互相渗透、互相应用的过程中提出来的，并已为当前妇科界同仁所接受。这一时期的生理、病理、诊治均有着明显的特点，故分节论述之。

第一节　经间排卵期的生理特点

经间排卵期的生理特点，在前人的医籍中缺乏具体的明确的记载，但在《女科准绳》中引述袁了凡所谓之“凡妇人月经一月一度，必有一日绡缊之候”，提出了的候、真机的名称，并且指出顺而施治则成胎。这已较为具体地描述了排卵时的生理变化。

月经周期中的经间期，含有特定的意义，即不仅是指时间概念，而且指还必须具有绡缊状的气血活动，包括锦丝状带下，以及少腹胀痛、腰俞酸楚等反应，后者较前者更为重要。一般来说，经间期是指在两次月经的中间时间，具有绡缊状和锦丝样带下，相当于现代医学所谓之排卵期，因此，我们常常以“经间排卵期”名之，似乎更为明确、合适。但也有少数因经后期缩短或延长，仍在正常生理范围内，从时间概念上说，虽已非经

间期，但有绚缊状和锦丝样带下出现者，亦可属于“经间期”。

经间排卵期，在前人妇科著作中，虽然无此明确记载，但在有关的记载中，还是有所记述的。如《女科准绳》引袁了凡语说：“天地生物，必有絪缊时，万物化生，必有乐育之时，猫犬至微，将受娠也，其雌必狂呼而奔跳，以絪缊乐育之气，触之不能自止耳。……凡妇人一月经行一度，必有一日絪缊之候，……此的候也。……乃生化之真机。”所谓月经一月一度，必有一日絪缊之候，即经间排卵期的真实描写。所谈到的“的候”、“真机”，均是前人对经间排卵期的一种比喻称呼。《古今医鉴》在“求嗣门”亦说：“人欲求嗣，……经脉既调，庶不失其候也。诀云：三十时中两日半，二十八九君须算，……但解开花能结子，何愁丹桂不成丛。”这里所指出的三十时中两日半，也就说明了在三十时日中有两天半的时间，属于与排卵有关的受孕时间，所谓三十时者，即一月30天的时间，扣除二十八九天，剩下两日或加半日，是最易受孕的时间，其他二十八九日就不易受孕，而排卵受孕的时间，等于是开花的时间，因此亦有将经间排卵期称为开花期的。这种推算排卵日期的方法，有着重要意义。我们今天已经能够借助现代医学的微观手段，如女性内分泌激素的检测，宫颈黏液结晶的观察，特别是B超跟踪观察卵巢卵泡的发育成熟及排卵的具体日期，有助于我们更加深入、细致地认识月经周期中经间排卵期生理病理的特殊性。我们认为，经间排卵期的生理虽然与行经期有着相同的方面，但较之行经期更为复杂，更具有特点。通过长期的临床深入观察，我们发现经间排卵期的最大生理特点，首先在于排出精卵，排出精卵，又要通过絪缊乐育之气血活动；但气血活动，排出精卵，又必须在重阴必阳的前提下才有可能；重阴必阳既然形成生物钟节律，又必然与自然界的圆运动生物钟节律有关。因此，在论述经间排卵期生理特点时，必须从这三个方面入手，尤其要阐明其生理上的特点。

一、排出精卵

经间期的到来，表示着经后期的结束，而经间期是整个月经周期中的重要转化时期，因此，经间期的到来，对整个月经周期来说，具有非常重要的意义。

经间期的最大生理特点，在于排出精卵，而排出精卵的主要生理现象，是阴道出现一定量的锦丝状带下，有的较多，且能维持一定时间，锦丝状带下，俗称蛋清样带下，或者称之为拉丝状带下，在出现锦丝状带下的同时，一般亦可出现两少腹或少腹一侧轻度的作胀或作痛的反应，以及胸闷烦躁，乳房或乳头胀痛等所谓絪缊状的气血活动，在前人的有关记载中，是表示排出精卵的现象，是以前人十分重视经间排卵期的絪缊状气血活动，故在《女科准绳》引袁了凡所说：“妇人一月经行一度，必有一日絪缊之候”，并指出，此的候也，乃生化之真机，顺而施之则成胎，可见排卵期的絪缊气血活动，具有极为重要的意义。所谓絪缊者，即氤氲也，是一种十分明显的气体流动状态，这种气体流动的状态，就是排卵受孕的最佳时间，故前人称之为“的候”、“真机”，对于这种气体流动，又称之为乐育之气，而且将有可能影响到脏腑，特别是心（脑）肝等神魂之脏，引起更大的反应，在《女科准绳》引袁了凡中说到：“絪缊乐育之气触之不能自止”，人是有自控能力的，故反应不如猫犬那么强烈，我们在长期的

临床观察中，发现每一个具体女性，其排出精卵时的细缊状态各不相同，区别性很大，仅就生理而言，亦有强、中、弱三种反应，兹分别阐明如下。

(一) 细缊状较强

在两次月经的中间时期内排出精卵，其细缊气血活动较强者，一般在临床上可表现出少腹两侧或一侧胀痛较为明显，我们还发现左右少腹交替发作胀者，伴有腰俞酸楚，锦丝状带下虽有，但带下的质量与数量较正常略有减少，且维持时间虽亦在正常范围内，但有所减少，同时在整体方面出现胸闷烦躁，乳房胀痛，性欲增强，正如前人所云：气蒸而热，昏而闷，有欲交接不可忍之状。所有这些生理性反应，虽然较一般正常健康者有所加重，但尚不足以影响工作、学习和生活。之所以形成细缊状较强者，我们认为：与以下一些情况有关：其一，与体质的特点有关：有一些人的体质具有一定的特点，或者体禀阳盛，或者心肝气火易动，在经间排卵期时，细缊气血活动，必然触动阳盛或心肝气火，是以出现一贯的细缊状较强的状态；其二，与癸水肾阴的重阴略有不足有关：因为重阴癸水在高水平时，始能气血活动，转化顺利，排出精卵，如略有不足或略偏高，则必然要加强气血活动，才能保证顺利排卵；其三，与情志的变化有关：如心情有所不畅，情怀抑郁，或者较长期地处于精神轻度的刺激状态下，以致气机有所不畅，心肝气郁，在一定程度上会影响排卵期气血细缊状的活动，但排卵期的气血又必须活动，因而要保障排卵顺利，自然要加强细缊状的气血活动。

(二) 细缊状一般

经间排卵期所出现的一般性细缊状，其临床表现为：可出现轻度的腰俞酸楚，少腹两侧或一侧作胀或作痛，胸闷烦躁，轻度的乳房胀痛，或者无任何生理反应。锦丝状较多，从数量上质量上以及维持的时间上均符合正常的经间排卵期的生理要求。由于细缊状的气血活动处于一般程度，影响心（脑）肝的乐育之气不甚强烈，所以出现的整体性反应亦很轻微，不会影响工作、学习和生活，此属于正常健康类的女性月经周期演变，其癸水肾阴已达到高水平的重阴，可以不受一般内外在因素的干扰，行其健康的顺利的转化。

(三) 细缊状不明显

经间排卵期所出现的细缊状气血活动不明显，或者说很轻微，无任何局部的或全身整体的生理反应，或者亦可出现很轻微的腰酸少腹胀痛，以及很轻微的胸闷烦躁、乳房乳头胀痛等生理反应。但必须指出，锦丝状带下在数量上较多，在质量上较黏稠，完全符合生理上所需要的时间，且转化极为顺利，BBT 由低温相上升到高温相时较快，高温相与低温相的差距在 0.4℃以上，亦符合阴转阳的健康要求，可以抵御各种内外在因素的干扰和侵袭，即使在转换较差的环境下，亦能维持其正常经间排卵期的气血活动，或者偶尔遭受一次强烈的精神因素刺激，或者过度的疲劳因素，虽有所影响经间排卵期的转化，但能迅即自我调节正常，恢复健康的经间排卵期气血活动。此外，亦可能有一种体质特异者，耐受性较强，感觉迟钝，在经间排卵期气血活动引起局部或者全身反应自然也就不明显。

(四) 偶尔呈现两次，或者时间稍长的细缊状

我们在长期的临床观察中，的确亦发现一些类似亚健康的经间期气血活动。一种

情况是经间期出现正常的绸缪状气血活动，但因锦丝状带下偏少，或者维持的时间有所不足，或者偶因生活失常，情绪欠稳定，或偶因环境改变，或突因劳累过度，以致转化不利，排卵未获成功，待3、5、7天后，再次出现锦丝状带下，绸缪状气血活动较好，转化顺利，排卵成功，亦可作为生理。另一种情况是经间期出现正常的绸缪气血活动，或有因锦丝状带下略有减少，维持时间稍短，或者亦因精神因素、环境因素、疲劳等的影响，以致经间期绸缪状气血活动延长，排卵有所推迟，BBT上升呈高温相者亦向后，但仍在一定的生理范围内，局部与整体方面也可以出现明显的反应，亦可能出现轻微的反应，均可属于生理范畴。

我们在长期的经间排卵期的观察中，发现绸缪状的气血活动具有以下一些特点，与行经期相似而不同。首先是绸缪状气血活动呈上行性，显然与行经期的气血活动呈下行性不同。这里所指的上行性，一方面是指与行经期气血活动所存在的差异性比较而言，但同时又含有成熟卵泡破裂后排向腹腔，有上行性倾向，而且在排卵时的绸缪乐育之气，上行触动心（脑）肝，然后心（脑）肝神魂气血活动，才有排卵的可能，所以经间排卵期，一般均出现兴奋性，兴奋有助于排卵，心脑居于头胸、肾与卵巢均在下焦，排出精卵，虽在于下焦，但由于排卵期的绸缪乐育之气触动心脑，呈现兴奋性，这就是从深层方面所认识的上行性。其次是气血活动的部位。行经期气血活动在于小腹子宫部位，而经间排卵期的气血活动在少腹卵巢部位，属于厥阴少阳的经络要处，所以出现少腹作胀或作痛，以及烦躁、乳头胀痛等反应。再次是气血活动的规律。一般来说，排卵的日期，应在锦丝状带下最多的时候，但由于地区、体质、气候、心情等的不同，具体女性的排卵日期并不一致，有的偏前、有的偏后，即使个体的不同月经周期，亦有偏前偏后的差异。因此，现代医学微观的方法，特别是B超的探查，方能准确确定排卵的具体时间；关于气血活动的节律性，显然与行经期子宫冲任的气血活动不同，此则卵巢活动呈突破性，输卵管活动呈蠕动性，一般来说，其活动的强度与节律没有行经期子宫冲任明显，但涉及腹腔中的范围更大，排出精卵的同时，阴津水湿排出亦多。

排出精卵时气血活动的简要机制：首先具有成熟的精卵，然后通过心（脑）肝肾及有关的经络，特别是冲任气血活动，才能形成排卵。虽然排卵时卵子排出，输卵管蠕动，冲任厥阴少阳等经络气血活动明显，但是支配排卵气血活动的最高主宰者在于心（脑）肝，心主血，藏神明，肝藏血又藏魂，主疏泄，脑为元神之府，神能驭精，因此，精卵的排出，是受神所主宰，且心肝者，阴中之阳也，子宫之开，也即子宫之泻，来之于心肝，子宫开放，精卵才能结合，结合的精卵，摄受于子宫，亦藉冲任厥阴等的活动。而在排卵期所出现的上通下达，左右流动的颇为明显的一种态势，称之绸缪乐育之气，表示着排卵期的到来。

二、重阴必阳

经间期之所以到来，排卵之所以顺利，固然与绸缪状的气血活动有关，但更为重要的是，必须具有重阴的前提。所谓重阴必阳，有了重阴，才有可能向阳的转化，有转化才能产生绸缪乐育之气，有了绸缪乐育之气，反过来又推动转化之顺利，从面排

出卵子以及一些过盛的津液水湿。所以排卵是否顺利，排出的卵子是否健康，卵子的成熟程度等，均取决于是否能达到重阴，以及必阳转化的是否顺利等。重阴必阳，这是月经周期演变中极为重要的时期。重阴者，是指阴长至重的高水平阶段，也即是阴长阳消的不平衡状态已达生理极限，如不通过转化的调节，排泄有余之阴，让位于阳长，则阴阳间的消长对抗运动将会破坏，相对性的平衡就无法维持，月经周期性的生理演变，阴阳各半月的总体性平衡亦无法进行，必然形成病理变化，所以这一时期的转化调节，意义十分重大，也是阴阳运动生理调节所必然，正由于月经周期中阴阳运动所存在的这一调节时期，即经间排卵期，从而就保证了月经周期一次又一次顺利发展。经间排卵期与行经期一样，有着除旧迎新，迎新也即是生新的任务，生新是主要的，不仅有关推动月经周期的演变，而且更为重要的是为繁殖下一代服务。因此，我们极为重视这一时期的生理特点，着重探讨重阴的性质、内含、水平的差别性和必阳的转化性等。

（一）关于重阴的认识

重阴必阳，与重阳必阴一样，载于《素问·阴阳应象大论》，如说："天有四时五行，以生长收藏，……人有五脏化五气，以生喜怒悲忧恐，……故重阴必阳……。"其意义是，重阴者，双重性也，已故名医任应秋先生认为：重阴者，重叠之阴也。由此可以悟出，这里所指的重阴，实际上包含着双重，即两种阴以上；重叠，即两阴重叠，亦即指阴的高水平，有如两阴重叠。我从事月经周期与调周法观察已近 20 年，觉得分析重阴的意义及内含十分重要。的确，重阴者，不仅概括阴长的高水平，有如两个阴重叠在一处，而且也概括其他多种阴的成分在内，正如陈良甫所说：女子二七而天癸至，癸为壬癸之水，癸为阴水，因此，重阴者，首先是指天癸之阴水也，阴长至重，亦即是天癸之阴水高涨达到有如两个阴的重叠，即高水平之意。所谓阴水，亦即是张景岳所指出的无形之水，以长以立，通过微观的方法，才能发现阴水即雌激素水样物质，高涨达到非常高的水平，根据我们临床上对雌激素的观察，的确发现经间排卵期雌激素处于高水平，阴道涂片可发现角化细胞在 40%～50%以上，这样才能促使精卵发育成熟，从而排出精卵，这是重阴的主要方面。但重阴者，包括多种阴的提高，精卵的成熟，也是重阴的主要内容。精卵者，在一定意义内，与癸水肾阴分不开，前人在论述天癸时，常将其联系在一起，所谓天癸者，阴精也。《女科经纶》引马玄台曰："经云，女子二七而天癸至。天癸者，阴精也，肾属水，癸亦属水，由先天之气蓄极而生，故谓阴精为天癸，……男女之精，皆可以天癸称，……男女当交媾之时，各有精，……《灵枢》云：两神相搏，合而成形，常先身生，是谓精者是也，但女子之精，以二七而至。"因此，癸水之阴，滋长至重，实际上亦意味着精卵之发育成熟，所以癸水之阴与生殖之精有着极为密切不可分割的关系。癸水之阴长，滋养精卵成熟，而精卵的发育成熟，亦可促进癸水之阴的提高，重阴必阳的根本目的在于排卵，排卵后才有可能繁殖下一代，完成女性生殖生理的最终任务。精卵就中医学面言，藏之于肾，前人所谓肾藏精，为生殖之本，而现代医学认为，卵子藏于卵巢，卵泡卵子是卵巢的主要组成部分，卵泡的发育，卵子的成熟，排卵的顺利，均有赖于雌激素水平不断提高。因此，雌激素与卵泡卵子的关系，的确类乎肾阴癸水与精的密切关系。所以重阴

者，不仅癸水之阴长水平很高，类乎两个阴的重叠，亦包含着精卵发育成熟，成熟的卵子，亦应概括在重阴之内。

其次，重阴还当概括津液的增加。在癸水之阴滋长的同时，必然亦涉及津液的增长，因为癸水属于肾阴，肾阴者，与诸阴有关，张景岳在其所著的《景岳全书》“命门余义”中说：“五脏之阴，非此（指肾命门之阴）不能滋”，且调节阴阳的奇经八脉中的任脉，专司诸阴，称为阴脉之海，故凡精、津、液、水湿，皆为任脉所司，而任脉隶属于肾，故肾阴癸水长至重时，津液自然也随之增加，从生殖学而言，最易观察到的带下数量增多，而且质量上的黏稠如拉丝状也极为明显，故出现锦丝状样的带下，或者称为鸡蛋清样带下。一般而言，津液主要有滋润、濡养全身，包括皮肤毛发在内，鉴于津液在性质、分布部位上的不同，其作用也有所不同，清而稀者为津，主要渗透浸润于肌肤腠理之间，流动性较大，主要在于濡养肌肉，充润皮肤，泽及毛发；浊而稠者为液，主要流行灌注于关节、脑髓、孔窍，二者都是流动于体内的液体。在其运行过程中，互相影响，互相转化，所以常常津液并称，并不严格区分，与肾阴癸水有着内在关联，常可随肾阴癸水的滋长而增加，亦可随肾阴癸水的衰落而减少，甚则燥枯。

再次是水湿的代谢，也与肾阴癸水的滋长有关。当癸水之阴滋长达重时，水湿也必然增多，水湿与津液本为一体，但水湿则更为清稀，流动更为广泛，更为充实，全身对此的需要量也最大。水湿代谢规律，虽与肺、脾、肾、三焦、膀胱的阳气有关，但水湿毕竟属于阴类的物质，就妇科而言，尚与任、督、带脉等奇经有关，因而也就与北方癸水之阴长运动有关，阴长至重时，水湿亦必然高涨。阴长水平偏低时，水湿必然低落，所以当癸水衰少时，生殖道包括阴道也因而减少水湿而显得干燥。

综上所述，重阴的内含包括多方面，虽然以癸水之阴、生殖之精卵为主，还应包括津液水湿等在内，反映了重阴内含及其意义的多样性。

（二）重阴水平的差别性

我们在长期的临床观察中，深切体会到经间排卵期在重阴的水平上，即使在生理范围内，亦有着很大差别性。我们通过对周期正常，内分泌功能较好之女性进行长期的系统的观察，以及对西欧国家女性月经周期变化的观察，发现由于禀赋不同，环境有异，气候变迁，营养、生活、工作、情绪甚至肤色等不同，其重阴水平的差异性是很显然的，通过现代医学的微观检测手段，观察女性内分泌激素中的雌激素，及带下的数量、质量及其维持的时间等，是不难对重阴水平的差异性进行区别和分类的。根据我们的认识，大概有高、中、稍低三种重阴水平。所谓高、中、稍低者，也系比较而言，虽有差异，但也都在重阴的基础上发生的，属于正常的健康水平上的差异。

1. 高水平的重阴　即雌激素水平处于高度影响中的高水平。高水平的重阴不仅反映了阴长水平甚高，而且也反映了阳的水平较充实，正由于阳的水平亦较高，至少亦达到中等水平。所以，不仅转化很顺利，而且转化后阳长亦较快，由于转化顺利，排卵自然也顺利，而且所排出的卵子，质量好，容易受孕，且伴随的津液水湿亦较多，而且排卵期所出现的反应很有规律，免疫功能较为强健，可以经受内外因素的干扰，包括气候、环境、生活因素等的干扰以及强烈的精神因素的刺激，不致发生病变。判

定高水平重阴的标准，首先是观察白带的分泌，即数量上较多，质量上黏稠如蛋清样，且呈拉丝状很长，完全符合生理时间节律的要求；检验阴道细胞，观察角化细胞指数，应在80%以上；血查雌激素，亦必在高数值上。高水平的重阴属于非常健康的经间排卵期，从而可以保证进入健康的经前期。

2. 中高水平的重阴　即雌激素水平亦在高度影响的水平中处于中高度者。这种水平的重阴，同样亦反映了阴长水平之高，阳的水平亦较充实。所以，不仅转化顺利，而且转化后阳长也较快，在转化的过程中，排卵也很顺利，排出的卵子，一般质量亦较好，也容易受孕。所伴随的津液水湿也较多，排卵的反应亦很有规律，免疫功能亦较强健，亦可以经受一般的内外因素的干扰，包括一般的精神因素的刺激，但经受不了稍强的内外因素，特别是较强的精神因素的刺激，从而可能导致病证。判定中高水平重阴的标准，首先是观察白带的分泌，即数量上的增多，质量上黏稠如蛋清样拉丝状带下，基本上符合生理时间节律的要求；检验阴道细胞，观察角化细胞的指数值，应在60%～70%以上；血查雌激素亦在中高水平数值上。中高水平的重阴亦属于健康的经间排卵期，也可以保证顺利地进入健康的经前期。

3. 稍次高水平的重阴　即雌激素在高度影响中处于稍低水平的重阴。这不仅反映了阴长的较高，而且也反映了阳的水平也有一定的基础。所以，不仅转化较为顺利，而且转化后阳长亦较快，但有时不太顺利；在转化过程中排卵有时顺利，有时不太顺利，排出的卵子质量一般，有时较好，有时稍差；且伴随的津液水湿等也属于一般，排卵期的生理反应所维持的时间基本上有规律；免疫功能一般，虽然亦可以抵御一般较轻微的因素的干扰，但抵御不了稍强因素的干扰，特别是精神因素的干扰。判定稍次高水平重阴的标准与同前高水平重阴一样，首先是观察带下的分泌，量上虽亦较多，但较中高水平重阴者略少，质量上的黏稠如蛋清样者，其拉丝状较短，维持时间上虽勉强符合生理节律的要求，但有时偏短；检验阴道细胞，观察角化细胞指数值，在50%左右；血查雌激素虽亦在较高水平数量上，但有时偏低，属于正常偏低水平，缺乏稳定性，虽亦属于健康的经间排卵期，但常有波动性，有时只能归入亚健康的经间排卵期。

（三）对于重阴必阳的认识

有了重阴的前提，才有可能发生必阳的转化。因为重阴者，即双重之阴，是阴长的重叠，说明阴长运动已发展到高水平的生理极限，在太极阴阳钟运动规律的作用下，发展到不平衡的顶点，必须通过转化，让有余的重阴下泄，让位于阳长，从而来纠正这种不平衡已到极限的状态，重新趋向相对性的总体性平衡，开始新的消长运动，以推动周期的正常发展。所以，经间排卵期的转化运动，是维持相对平衡即太极阴阳钟的重要手段，在重阴必阳的转化过程中，既存在消长对抗运动的关系和必然，又存在互根统一的关系，即开始转化时虽然阴长至重，重阴是主要的，但必须得有足够的阳，至少要相当于中等水平阳的支持和促动，才能产生絪缊乐育之气，推动转化，排出卵子。正由于阳有基础，转化后，让位于阳长，阳长亦顺利。由此我们认为重阴必阳，首先取决于重阴，但亦取决于阳，其次取决于气血活动，更重要的是取决于阴阳运动的自身规律。

总之，高水平重阴者，重阴必阳的转化很顺利，细缊状气血活动有时不明显；中高水平重阴者，转化虽亦顺利，但细缊状气血活动较为明显；稍次高水平重阴者，转化一般，细缊状气血活动显著，有时需藉气血活动才能顺利转化。这就是经间期的生理特点。

三、月圆运动生物钟节律

经间期之所以到来，排出精卵活动之所以正常，细缊气血活动之所以产生，从表面上看，是与气血活动有关，故活血调气有助于促发排卵，而且在临床上也的确有重要意义，因而也更加证实了气血活动的重要性。然而，细缊状的气血活动，又必须要在重阴的前提下才有可能产生，换言之，气血活动必须建立在重阴欲要转阳的前提下，但重阴必阳的转化，一次又一次很有规律地进行，乃月圆运动生物钟节律所致。重阴，是阴长运动已达不平衡的极限，转阳是将形成有阴少阳、阴盛阳衰的极端局面进行生理性节律的调节，从而达到新的相对性平衡，所以调节是重要手段，是阴阳运动发展的必然性规律。但重阴必阳的转化规律，是月经周期中一次非常重要的节律性调节，属于月圆运动生物钟节律，与自然界的生物钟节律相一致，并受其影响和制约。中医学中所强调的整体观，提出了人与自然的统一性，则月经周期的演变，特别是经间排卵期与行经期两次显著的节律性变化，与自然界的生物钟节律密切关联。由于个体的差异性，环境、情绪、生活、气候等影响因素的不同，不同个体女性的月经周期节律性变化颇不一致。我们经过长期统计归纳，发现不外乎“7、5、3”奇数律三种。兹分述如下。

（一）7数律

所谓7数律者，是月圆运动规律中阴长运动按7数进行，特别是两次节律运动即行经期的阳转阴、经间排卵期的阴转阳中更是按此规律进行。7数律的提出，首先源于我们在临床上对女性生理节律长期观察的结果，同时亦根据《素问·上古天真论》中生殖生理发育过程的描述而来，而生殖生理发育过程中的7数律运动，同样可以应用到月经周期演变中来。经间排卵期生理反应的指标，有外在内在之别。内在的指标，通过现代医学微观检验的方法才能发现，而外在的指标，主要是锦丝状带下的观察与分析。一般而言，凡出现锦丝状带下，呈蛋清样拉丝状者，即表明经间排卵期的到来，锦丝状带下所维持的时间，亦即表明经间排卵期的天数，而且对经间排卵期的天数，应该参考行经期排出经血的天数。凡是行经期排经7天者，并连续保持7个月经周期中的行经期均有7天者，始可谓之7数律。一般来说，行经期7天者，其经间排卵期也应有7天，这两个时期前后呼应，互相统一，反应一致的特点，所以行经期排出经血7天者，其经间排卵期排出锦丝状带下亦相应地有7天。可是临床上常有可能观察不到7天者，需要通过阴道检查，才能发现锦丝状带下者，特别是锦丝状带下偏少时，或者有些女性的阴道较深、较紧或狭窄等，内在的锦丝状带下不易排出，故外在不能发现，从而也会影响对何时排泄锦丝状带下的正确判断。就我们多年的临床观察，每个女性在经间期所排泄出的锦丝状带，不仅一个月要维持7天，而且要连续保持7个月经周期中经间排卵期排泄锦丝状带下7天，有时还要了解阴道涂片中的角化细胞指数值和

血中雌激素增长的情况等是否与锦丝状带下相一致。但是在日常的生活中，由于情绪、气候、环境等影响因素不同，7 数律也有一些不同的变化。兹将 7 数律几种不同的生理演变分析如表 4-1。

表 4-1 7 数律的几种运动形式

周期 / 分类	行经期	经间排卵期						
		1 月	2 月	3 月	4 月	5 月	6 月	7 月
Ⅰ	7	7	7	7	7	7	7	7
Ⅱ	7	7	7	5	7	7	5	7
Ⅲ	7	7	3	7	7	3	7	7
Ⅳ	7	7	7	3	7	3	5	7
Ⅴ	7	7	7	5	7	5	3	7

从表 4-1 可以看出 7 数律中形式Ⅰ，属于最正常最健康最有规律的运动，即是在连续 7 个月经周期中均能保持排泄锦丝状带下 7 天的要求，规律性强，与行经期相呼应亦最为明显，是 7 数律中最为主要的一种运动形式，常为高水平重阴的一种运动形式，最为健康。但根据我们临床上的长期观察和调查，这种运动形式，较为多见。形式Ⅱ，即在连续 7 个月经周期中偶或出现 1～2 次 5 天的锦丝状带下排出，但因大多数属于 7 天，故偶然出现 1～2 次 5 天锦丝状带下排出者，不能作为病理，又不能作为 5 数律，所以仍应归属于 7 数律。符合这种运动形式规律的，我们在临床上常有所见。形式Ⅲ，即在连续 7 个月经周期中偶或出现 1～2 次 3 天的锦丝状带下排出，但因大多数属于 7 天，故偶然出现 1～2 次 3 天排出锦丝状带下者，既不能作为病理，又不能作为 3 数律，所以仍应归属 7 数律，临床上仍有所见。形式Ⅳ，即在连续 7 个月经周期中偶或出现 1～2 次 3 天，1 次 5 天有锦丝状带下排出者，但因大多数属于 7 天，故偶然所出现 1～2 次或者 3 次的不同时数，既然不能作为病理，亦不能作为其他数律，所以仍应归属 7 数律。形式Ⅴ，即连续 7 个月经周期中偶或出现 1～2 次 5 天、1 次 3 天有锦丝状带下排出者，但因大多数属于 7 天，故偶尔出现 1～2 次或者 3 次的不同时数，又无临床症状，不能作为病理，亦不能作为其他数律，所以仍应归属于 7 数律。

（二）5 数律

所谓 5 数律月圆运动规律者，是阴长运动按 5 数进行，特别是两次转化时期，即行经期、经间排卵期更是按 5 数进行演变。5 数律的提出，一方面是基于五行生成数的理论而来的，一方面也是我们多年来临床统计所得。这种数律的运动形式，较之 7 数律、3 数律为多见，观察的指标，同样是严格地深入细致地分析排出的锦丝状带下，即蛋清样拉丝状白带，必要时更进行妇科检查以及阴道涂片，检验角化细胞的数值。一般确定 5 数律者，首先要从行经期的天数而定，即行经期 5 天，且连续 5 个月经周期的行经期均是 5 天者，甚或从月经来潮后，其行期一贯是 5 天者，因而经间排卵期所出现的锦丝状带下也需要有 5 天，前后呼应，两个转化期的统一性，而且不仅是一次经

间排卵期5天，还必须连续保持5个月经周期中经间排卵期锦丝状带下有5天，但由于个体有差异性，日常生活中遇有气候、环境、情绪等不同变化，所以5数律的运动形式亦可能会出现一些不同的变化。但是这种变化仍然在生理范围内、程度上较轻，不会影响工作和学习。根据我们临床长期的观察和统计，大约有表4-2所示的几种形式的变化。

表4-2　5数律的几种运动形式

周期 / 分类	行经期	经间排卵期				
		1月	2月	3月	4月	5月
Ⅰ	5	5	5	5	5	5
Ⅱ	5	5	5	3	5	3
Ⅲ	5	5	5	1	5	1
Ⅳ	5	5	5	2	5	1

从表4-2可以看出，5数律中的形式Ⅰ，属于最正常的运动数律，亦即是在连续5个月经周期中的经间排卵期，均能保持排泄锦丝状带下5天的时数，规律性强、转化顺利，是5数律中最为常见的一种运动形式，亦颇为临床所常见，可不受任何内外在因素的干扰和侵袭，同时亦为最佳的生殖节律。形式Ⅱ，即在连续5个月经周期中偶或出现1～2次经间排卵期仅3天的锦丝状带下排出，但因大多数属于5天，故偶尔出现1～2次3天者，不作病理论，又不能作为3数律，所以仍应归属于5数律，这种运动形式，亦颇为临床所多见；形式Ⅲ，即在连续5个月经周期中，偶或出现1～2次经间排卵期1天或1天半的锦丝状带下排出，但因大多数属于5天，故偶尔所出现的1或2次的1天或一天半者，亦不作病理，又不能作为其他数律，故仍应归属于5数律。形式Ⅳ，即在连续5个月经周期中，偶或出现1～2次经间排卵期1天或者3天的锦丝状带下排出，甚或1次2天，1次3天的错杂变化，但因大多数属于5天，故偶然所出现1～2次的错杂变化，亦不作病理论，又不能作为其他数律，所以仍应归属于5数律的范围。最后这一种形式，较为错杂，如在5个月经周期中，有可能出现更为复杂的变化，但程度较轻者，无明显的临床症状，仍应属于生理范围。

（三）3数律

所谓3数律者，是指阴长运动按3数进行，特别是两次转化时期中的经间排卵期，更是按3数进行演变。3数律的提出，基于我们多年来临床观察所得，而且也是基本的奇数律，用之较广，在诊断治疗标准方面，也有着重要的意义。其观察的指标，同样要深入细致地分析排出的锦丝状带下，即蛋清样拉丝状带下，及其所维持的时间，必要时进行妇科检查、阴道涂片，了解角化细胞的数值等。一般判定3数律者，其行经期的3天且很有规律，其经间排卵期排出的锦丝状带下也应有3天，前后相互统一，且经间排卵期与行经期的时数不仅表现在一次周期中一致，而且还必须连续保持3次月经周期中排泄经血与分泌锦丝状带下的3天的一致性。但是在日常的生活中，由于禀赋、体质的不同，气候、环境，特别是情绪的不同影响，有可能出现一些不同的变

化，特别是在3个月经周期中，偶或出现一次时数律的变化，而且很轻微，不能作为病理。根据我们长期临床的观察和体会，3数律亦有表4-3所示的几种运动形式。

表4-3 3数律的几种运动形式

分类＼周期	行经期	经间排卵期		
		1月	2月	3月
Ⅰ	3	3	3	3
Ⅱ	3	3	1	3
Ⅲ	3	3	4～5	3

从表4-3可以看出，3数律中的形式Ⅰ，属于最正常的运动形式，亦即是在连续3个月经周期中均能保持排泄锦丝状带下3天的时数，规律性强，转化极为顺利，是3数律运动中最主要的一种形式，亦为月经周期演变中最为多见的一种，一般说，具有这种运动形式者最为健康，可经受任何内外在因素的干扰和侵袭，同时亦属于最佳的生殖节律。形式Ⅱ，即在连续3个月经周期中偶或出现1次经间排卵期1天或1天半的锦丝状带下排出，但因大多数属于3天，故偶尔出现1次1天者，可不作病理，亦不能作为其他数律，所以仍应归属3数律。形式Ⅲ，即在连续3个月经周期中偶尔出现1次4天或者5天的锦丝状带下排出，但因大多数属于3天，故偶尔出现1次较高的时数，可不能作为其他数律。由于3数律的时间短暂，运动形式较单纯，在临床上较5数律、7数律为少，如果对两个3数律，即6个月经周期中的经间排卵期的时数与运动形式进行观察，那将更为复杂，这就是3数律的生理特点。

此外，在经间排卵期的重阴必阳转化运动中，尽管有着“7、5、3”天的时间规律，但真正的排卵期只有1天，一般来说是在锦丝状带下最多的那天，也即是重阴的高峰时期。若欲确切地判定排卵日期，尚需借助现代医学微观检查手段，特别是B超探查，或者有关的内分泌检查。

最后还必须指出，月圆运动生物钟节律中的经间排卵期，与自然界生物钟节律有关。前人对经间排卵期，还有着“开花期”的称呼；这就意味着与自然界花草植物的生物钟节律相一致，受年月日相规律的影响；年相的春温夏热秋凉冬寒的阴阳消长转化节律，自然对女性的月经周期与生殖节律有影响。如春温是生发的季节，也是自然界植物开花的季节，由阴转阳，阳气温煦，与经间排卵期相一致，亦有助排卵后阳气升发，故易于受孕，我们体会，在年相变化中，这一时期的受孕率较高，年复一年，周而复始。日月相者，经间排卵期相当月初，日相者相当于黎明，由阴转阳，开始阳长，不仅有助于整个月经周期终而复始的圆运动规律的发展，而且亦有助于经间排期的顺利转化，建立健康的经间排卵期。

第二节 经间排卵期的病理特点

经间排卵期，是重要的转化时期，也是生新的时期，生新必然要除旧。生新者，

产生新的精卵，培植新的子宫内膜。除旧者，排除过多的阴与浊。所以说，经间排卵期与行经期相一致，同属于除旧生新的时期，但又有所不同。行经期是整个月经周期的结束阶段，以除旧排瘀为主，化瘀生新，瘀去则新生，所以病变的重点在于瘀浊，而经间排卵期是月经周期的中间阶段，生新除旧，以生新排卵为主，生新排卵顺利，则阴浊自除，阳气自然生长，所以病变的重点，在于排卵生新的失常、重阴转阳的失常、周期节律的失常。所谓排卵失常，即新生精卵的排出有所障碍、有所失利和不协调等；重阴转阳的失常，又有重阴的病变和转化的病变；周期节律的失常，系指月圆运动生物钟节律失常，包括“7、5、3”时数律的运动形式失常。兹按其顺序，论述其病理特点如下。

一、排卵失常

经间排卵期，以排卵为主要任务。排卵必然要具有细缊之状，细缊之状，是转化的标志，但排卵与转化基本上虽趋于一致，但有时亦不完全一致。就排卵功能失常而言，其病变应包括无排卵、排卵功能障碍、排卵功能不良、排卵功能不协调。所谓排卵功能不协调者，即排卵过早过迟，时快时慢，很不规律。至于无排卵者，因其不能发展到经间排卵期，故不在这里论述。

（一）排卵障碍

在论述排卵障碍之前，必先了解其原因。一般来说，排卵障碍可分为两类。一类是无排卵者，又有器质性、功能性之别。其器质性者，除肿瘤及较为严重顽固的多囊卵巢综合征外，尚有先天性生殖器官发育不全、生理缺陷等；其功能性者，如卵巢早衰、内分泌功能紊乱等。因为无排卵，阴长运动无法进行，更不能达到重阴必阳的转化期，形成不了月经周期，所以不应属于经间排卵期病变。而此处所指的排卵功能障碍，仅是指无器质性病变的属功能性病变者。故尚存有周期、有排卵，但排卵不良而有困难者属此。兹分述如下。

1. 肾阴虚，癸水有所不足　肾阴亏虚，癸水不足程度尚轻，仍能行其消长转化的演变，但由于精卵发育成熟欠佳，卵子的质量亦比较差，故致转化欠利，排卵困难。因此，可出现两方面的病变：其一是时间延长，不仅经间排卵期延长，而且经后期亦延长，所出现的锦丝状带下偏少，或者时有时无，忽断忽续，腰酸少腹隐隐作痛，BBT 低温相应延长，经间期 BBT 低温相起伏不定，有明显的波动状；其二是经间期的转化反应时甚时微，有时反应，出现明显的腰酸、少腹作痛、烦躁失眠等证候，有时反应轻微，除头昏、腰酸外无任何反应，锦丝状带下时黏时稀，BBT 的低温相波动将更为明显，或低温相偏高等。

2. 器质性病变所致排卵困难　一般可见以下一些病证，如多囊性卵巢综合征、卵泡膜厚、黄素化病等。

（1）多囊性卵巢综合征：多囊性卵巢综合征简称 PCOS，西医学对 PCOS 的病因病理尚未完全明了，一般认为与下丘脑-垂体-卵巢功能失调，卵巢类固醇激素生物合成过程中酶系统的功能障碍，肾上腺功能紊乱，以及遗传等因素有关。其内分泌学的特点，则为雄激素和黄体生成激素分泌过多，以及雌激素的分泌异常。我们认为 PCOS 一般

应属于无排卵性的经后期，但亦有少数经治疗后，已能进入经间排卵期，出现一些锦丝状带下，但排卵仍存在困难，从而尚缺乏明显的气血活动细缊状。

（2）卵泡膜肥厚：一般属于无排卵的经后期。但亦有少数，或者经过治疗后已能进入经间排卵期，出现锦丝状带下，但因卵泡膜厚、卵子不能排出，气血活动不明显，细缊状不能形成，排卵自然障碍，当然也就不能形成月经周期。在闭经、崩漏、不孕病中这种原因引起者颇为常见。我们曾经碰到一戴姓女，年龄24岁，某校大学生，患闭经崩漏多年，初潮15岁，自来经之后，周期一贯落后，行经量少，或则出现血崩，测量BBT呈单温相，伴有头昏心慌，腰俞酸楚，平时带下偏少，求治于余。余按补肾调周法治疗，逐渐出现带下，甚则有锦丝状带下，说明已能进入经间排卵期，用一般的补肾促排卵汤治之，未获排卵成功，仍按调周法论治，又出现经间排卵期的锦丝状带下，不得不用大剂量的复方当归注射液（系由当归、川芎、红花组成），一次用平时剂量的10倍，获得排卵成功，月经正常，尔后毕业返乡，又引起崩漏，经腹腔手术楔状切开卵巢，基本痊愈，并确诊为卵泡膜肥厚。

（二）排卵欠利

排卵欠利者，系指有排卵，有比较正常的月经周期，但经间排卵期的确存在一定的排卵欠利，此首先与重阴有所不足有关，将在重阴必阳失常中详加论述。此处仅仅阐述出内外在因素所影响气血活动，细缊乐育之气较弱，从而影响转化，在一定程度上影响顺利排卵。我们在临床长期观察中发现，排卵欠利者有以下几种情况：

1. 肝郁气滞　或则心情忧郁，或则忿怒急躁，或则突遭较剧精神刺激，或则遇有不良环境的干扰，以致心肝气机郁滞，故经间排卵期见此者，必然影响这一时期的气血活动，在一定程度上影响转化，从而也影响顺利排卵。肝郁气滞不仅影响排卵，而且肝郁气滞阻碍乳房的气血活动，可以发作经间期乳房胀痛；肝郁化火，灼伤乳头，可以出现乳头触痛；或者肝郁气滞，阻于心胸之间，得阳气内动，痰浊内蒙，可出现经间期情志异常；如肝郁气滞阻于心脑之间，得阳气内动，痰浊上蒙，可出现经间期癫狂。

2. 血瘀内阻　或则经产留瘀，瘀阻胞宫，或则形寒饮冷，寒凝冲任，血行欠利，经间排卵期见此者，必然亦将影响这一时期的气血活动，影响细缊乐育之气的形成，从而也将影响转化，影响排卵。血瘀阻于冲任、厥阴、少阴之经络，影响经间排卵期的气血活动，可以出现经间排卵期的腹痛，瘀阻伤络，络损血溢，加以经间期阳气内动，气血活动必然加剧，是以出现经间排卵期出血；瘀浊内阻，趁经间排卵后，卵巢空虚，流注于内，久而结为癥瘕，形成卵巢肿瘤样病变。

3. 湿浊蕴阻　产生湿浊之邪。湿浊的性质有内湿、外湿之别。内湿者，主要由脾肾不足的脏腑功能失调所产生；外湿者，由自然界的湿邪及地处潮湿的环境所致。内湿颇为多见。妇科的湿浊病邪，又常与任带奇脉亏损，阴盛（即癸水过多）及阳长不及有关。且女性疾患，绝大部分发生在腰带以下，盆腔小腹部，即子宫、输卵管、阴道等部位，湿性下趋，故易在腰带以下，小腹盆腔之中发病；湿蕴生热，至经间排卵期阳气内动，气血活动，与湿热相搏，易致盆腔炎性疾患；气血活动欠利，血瘀气滞，经间期阳气内动，热伤血络，络损血溢，易致经间排卵期出血；经间排卵期，气血活

动，湿浊随之而动，浸淫于下，可发为经间期带多阴痒的周期性疾患；如气血流动，湿浊被吸收入血分，发为周期性身痒；此外，湿浊蕴阻尚可导致卵巢癥瘕。根据我们长期临床的观察，还发现一种因为经间排卵期重阴过度，水湿津液蕴蓄，侵袭卵巢，因排卵后卵巢处空虚，湿浊内阻，久而结为癥瘕，可致卵巢囊肿，或者发为多囊性卵巢，甚则输卵管积水等。具体病理变化在重阴病变中尚需详述。

（三）排卵不协调

亦即是经间排卵期的时间不一致，缺乏规律，或前或后，前后不一，前则周期甚短，后则周期过长，有违常道。我们认为，一般经间排卵期有其规律性，应在两次月经的中间时间，也即是在月经来潮后7～9～12天，即月经周期的半个月左右，下月的周期依然如此，有其一定的规律性，符合阴阳相对应的太极阴阳钟要求，即使稍有先期，亦应有先期的规律性，稍有后期，亦应有后期的规律性，此皆属于生理性变化。但如一旦导致病变，促使经间排卵期失去规律性，先后不一，不仅表现在月经的周期的不协调，而且使经间排卵期亦不协调，从而不能孕育。根据我们在临床上细致的观察，又可分为以下三种类型。

1. 先期病变　即经后期大大缩短，经间排卵期提前，但又缺乏其先期的规律性。一般来说，先期而有规律，且先期时间并不多，亦属生理；一贯月经周期正常，偶有1～2次先期者，亦可不作病理论。如既有正常周期，又常见超2次以上的先期，且先期极为明显，又缺乏一定的规律，或者超前5～6天，或者超前7～8天，甚则10天者，同时由于先期的时日较多，并带来较多的全身症状，而且月经的量、色、质方面也有明显改变者，就属于病理变化了。根据我们的体会，凡先期病变者，常与阳热有关，所谓“阳有余则先期而至”，此即是也。

2. 后期病变　即经后期延长，而经间排卵期亦延后，且呈现经间排卵亦相应延长，排卵欠顺利，而又缺乏其后期的规律性。一般来说，如后期有其规律性，且后期并不太过者，属于生理现象；一贯月经周期正常，经间排卵期正常，偶有1～2次后期，经间排卵期亦有所延长者，亦可不作病理论。如一贯后期，或以往正常，近来已有3次以上后期，且后期极为明显，又无一定的规律性，有时落后7～10天，有时后期15～20天，甚则后期二月、三月者，并带来较多的全身症状，同时月经的量、色、质也有明显的改变，这就是后期的病理变化。我们的体会，凡经间排卵期延后延长者，常与阴血不足有关，所谓“阴不足则后期而来”。经间期的后期病变，亦与经后期的延后相一致也。

3. 前后不一的病变　经间排卵期的忽前忽后，很不一致，很无规律，而且还伴见经间期的忽长忽短，转化排卵亦表现出太过不及的状态，在临床上出现明显的症状，在月经的量、色、质方面亦有明显的改变，这亦属于病理变化。我们体会，此病不仅与阴阳失调有关，而且亦与肝郁脾弱亦有关。肝郁化火，火热迫气血妄行，加速了经间期的转化，是以经间排卵期提前，经间排卵期缩短，但气滞脾弱，气血活动缓慢，是以经间排卵期延后、延长，故出现经间排卵期的前后不一，长短不定，很不协调的病变。

排卵失常，一般与气血活动失常有关，反过来说，气血活动欠佳，其排卵亦必欠

利，这是气血活动与排卵相--致的病变。但亦有气血活动与排卵不 -致的病变，即气血活动基本正常，转化亦较顺利，但排卵欠佳，包括卵泡的发育亦欠佳，甚则无排卵的黄素化病证，通过 B 超以及有关检查，是不难发现的；或者排卵尚顺利，卵泡发育尚佳，但气血活动较强、较长，以致出现经间排卵期的腹痛、出血、情志异常等病证；或者出现忽强忽弱的气血活动或忽快忽慢的转化运动，导致一些错杂的病证。

二、重阴必阳的失常

重阴必阳，既是经间排卵期最显著的生理特点，因此，重阴必阳转化失常，也就是经间排卵期最为重要的病理特点。排卵失常，虽然与排卵的功能失调，包括气血活动失常有关，但从根本的原因上说，大多与重阴必阳的失常有关。因此，在分析排卵失常后，必须进而分析重阴必阳的失常。根据我们多年来的临床体会，重阴必阳失常有以下三个方面。其一，是重阴本身的病变：这也是重阴必阳中最为重要的一面，重阴有所不足，亦即是接近重阴，尚不能达到重阴高水平的要求，一般属于虚变，必然影响转化和排卵；重阴有余，即重阴过甚，一般属于实变，亦将影响转化和排卵；重阴不协调，时盛时衰，忽虚忽实，一般属于虚实夹杂的病变，不仅影响重阴必阳的规律性，而且在转化排卵中带来困难。其二，是必阳的转化失常：有欠利、缓慢、过快等病变。其三，是阳的病变：因为这一时期既存在阳消，又存在阳长的问题。重阴必须以阳消作保证，同时必阳，已开始阳长，所以在这一时期阳本身的消长不应时，易致病变。故需分述如下。

(一) 重阴病变

所谓重阴病变，是指重阴的不足、有余，以及不足与有余交替出现的不协调病变。不足者，虚变也，有余者，实变也。这里需要指出的，不足者，虽为虚变，但能达到接近重阴的水平，所以在程度上有区别性，不足与有余虽处于对立状态，一般不易见此，但在脏腑功能失调的情况下，亦有之。

1. 重阴不足　此种病变，临床上颇为常见，故列为重阴病变的首位。我们根据长年深入观察发现，重阴不足与生理范围内重阴稍次者，有着程度上的差异性，而病理上重阴不足，亦仅仅是有所不足而已，程度上较轻，否则就不可能达到经间排卵期这一阶段的生理要求。且重阴的实际内含，应包含三个方面。

首先的也是主要的是癸水之阴有所不足。癸水之阴，的确是重阴中的主要成分，也是阴阳消长转化运动中的主要物质，它有所不足，主要有先后天的因素。青春期的月经病证及原发性不孕症，大多与先天因素有关，即禀赋与体质的因素，由于禀赋与遗传的关系，或者体质差，影响肾气、天癸，特别是癸水之阴有所不足，故常在初潮后形成月经方面的病变，且先天因素、体质因素所致阴虚者，一般均停留在经后期，较难进入经间排卵期，或亦有少数阴虚程度较轻，能够进入经间排卵期，但癸水之阴滋长达重时显然不足，或者虽然达重阴高水平，但又迅即下降，不能维持排卵期应有的时数节律。一般从月经病史及有关检查检验中，是不难获知的。后天的因素较多，或与心理不稳定，精神方面的烦躁、紧张、忧郁、悲哀等因素长期刺激有关，或与劳倦过度、长期失眠、环境变迁、寒热不调、工作学习节奏过快等因素有关，以致心肾肝脾功能

失调，久而将及肾阴不足，补肾名家张景岳曾经说过："五脏之伤，穷必及肾。"肾阴虚，则癸水必然有所不足，因癸水者，属肾也，乃北方壬癸水的意义。癸水，肾阴，均来源于先天，也均需得后天之滋养，肾阴足则癸水充，反之肾阴有所不足，则癸水自然亦有所不足，癸水不充，既不能滋养精卵，以致精卵发育成熟较差，又不能滋生子宫内膜，以致内膜较差，血海不得充盈，更为重要的是，癸水之阴达重足，重阴必阳转化顺利，重阴不足，转化排卵自然欠利，即使极少数精卵发育成熟，子宫内膜基础较好，但重阴的内含不足，重阴必阳的转化必然有所不利，排卵以及受孕等亦必然欠佳。此外，由于重阴的内含不足，影响子宫内膜的增生或者精卵发育成熟的某一方面，即使重阴必阳的转化顺利，亦将影响月经的经量和精卵发育成熟的质量，从而亦将导致月经病证及不孕症等。

其次是重阴内含的津液不充。一般而言，癸水与津液亦有着密切的关系，癸水不充，津液自然也有所不足，表现在经间排卵期的锦丝状带下，自然也就有所减少，或者锦丝状带下不能维持应有的时数律，而更重要的是阴道的润泽，排卵时输卵管与子宫内的滋养，以及濡动的滑利性，有利于性交及精卵结合后输送运动等，津液不足者，必然影响到这些方面的功能。此外，亦有少数人出现癸水之阴与津液不一致的病变，如癸水之阴达到重，检验雌激素符合排卵高水平要求，探测卵泡发育也已成熟，转化顺利，但因津液不足，带下偏少，子宫输卵管欠滑利，以至不能受孕者，同样属于重阴有所不足的病变范畴。

再者是重阴内含水湿有所不足。就癸水与水湿而言，所谓北方壬癸水。壬癸者，本来就有调节水湿的作用，故癸水之阴滋长，则水湿亦必然增多；癸水衰少，或有所不足，则水湿也就相应减少。所以当癸水之阴滋长达重时，水湿也就增加到一定的饱和状，经间期的带下除锦丝状外，尚有较多的水样带下；重阴有所不足时，水湿也就显得不足，带下因而偏少，生殖道可能有干燥的感觉。但亦有少数癸水之阴与水湿不一致的病变。如癸水之重阴较好，精卵发育成熟，而水湿偏少，水样带下很少，导致转化欠利，排卵时的气血活动亦较差。亦有重阴不足，转化欠利，但水湿过甚，水样带下偏多，或者水湿泛溢，出现面浮肢肿者，反映了经间排卵期重阴的复杂病变。

2. 重阴有余　此种病变，临床上虽属少数，但亦常可见到。根据我们长期深入的观察，所谓重阴有余，就是说癸水之阴过高，雌激素过高，超过了重阴的水平。一般通过血查雌激素水平，或者阴道涂片检验角化细胞指数值，是不难发现这类病变的。不足多为虚变，而有余多为实变。重阴有余，亦必影响阴阳之间的转化，影响阴阳消长运动的发展，从而导致排卵困难。其所以形成重阴有余者，亦有先后天的因素：先天因素与禀赋、遗传有关，后天因素与高营养，多刺激性食物、药物，特别是滥用性激素类药物，或某些湿热性肝炎病变的影响等有关。此外，还要排除一些肿瘤疾病。重阴有余，不仅可以表现为经间期的锦丝状带下的增多或时数律的延长，而且还可以表现为性欲增强等。其次，津液亦必随着癸水之重阴而增多，而且亦超过一般重阴时的量，津液过多，易蕴阻而为脂肪，留着与侵害不同的部位，可导致各种病证。如卵巢冲任不足，痰浊内侵于该处为病，结聚不散，日积月累，必将成为痰浊型癥瘕；痰浊蕴阻，流注于下，随重阴下泄，而为痰浊性带下；痰浊蕴阻，结聚于腹腔，泛溢于

四肢，造成肥胖症；当然，津液凝聚为痰湿，蕴阻于内，必然影响气血的活动，使转化不利，排卵有所困难，这是重阴有余中癸水与津液相一致的病变。亦有少数癸水之重阴并非有余，而津液有余，超过正常重阴的要求，形成痰浊或痰脂样病变者，这同时亦会给转化排卵带来一定的困难。

再次，水湿在重阴时增多，而在重阴有余时则水湿过多，形成病变。水湿过多，亦可蕴阻于腹腔之中，形成腹腔积水，或者流注于生殖道、阴道，以致带下过多呈水样；水湿泛溢于四肢皮肤之间，将会形成经间期浮肿；湿蕴生热，湿热乘气血活动之机而下注，将可导致经间期带下证、阴痒证。一般来说，水湿过多，将对经间期气血活动不利，影响转化，影响排卵，这是重阴过盛中癸水之阴与水湿相一致的病变。但亦有少数癸水之阴并非有余，或者尚有不足，而水湿之阴邪有余者，尚可导致经间期浮肿、泄泻等病变。

3. 重阴不协调　此说明重阴必阳的转化运动，在历次的月经周期运动中，忽而表现有余，忽而表现不足，忽而又趋向正常，同时还出现量、色、质方面的病理改变，谓之重阴不协调的病变。我们根据长期临床观察发现，重阴不协调者又有如下四种形式。

(1) 轻度不协调：既有正常的重阴转阳，顺利转化，排出卵子，亦有轻度的有余不足，重阴变化，表现出经间期的时盛时衰，忽长忽短，但程度较轻，虽不影响排卵，但在气血活动中，在排卵的功能中，必然有所影响，仔细分析经间排卵期的锦丝状带下，可以发现时多时少，时稀时粘，时长时短，很不规律，但又不十分明显，在青春后期，或者围绝经期早期，以及功能性不孕不育病证中，常有此病。

(2) 明显不协调：即重阴有余或重阴不足呈交替发作颇为明显，基本上已没有正常的重阴必阳的转化，在重阴有余时，锦丝状带下多，维持的时间长，在重阴不足时，锦丝状带下偏少，经后期的时间亦长，带下维持的时间很短，转化困难，排卵延后，有的甚至要经过 2～3 次的细缊状变化，才能获转化和排卵的成功。如此有余与不足交替出现，或者交替 2～3 个月经周期出现，同时还伴见明显的全身症状，以及月经量、色、质的明显改变。

(3) 偏向有余的病变：即是在重阴有余与不足的交替发病中，大多数呈有余病变。即在每项月经周期演变中，经间排卵期的转化运动，虽然出现忽前忽后，时短时长，时盛时衰，但大多数呈有余病变，即在较多的经间排卵期中出现锦丝状带下过多，维持时间偏长，经间排卵期提前，转化时的气血活动过于强烈等等，全身症状也出现明显的变化，月经的量、色、质的改变也很明显，而重阴不足，经间排卵期锦丝状带下偏少、偏短，转化排卵延后等病变较为少见，或间隔 3～5 个月一次。这种情况临床上颇为少见。

(4) 偏向不足的病变：即是在重阴有余与不足的交替发作中，大多数出现不足病变。即在每次月经周期，特别是经间排卵期的演变中，大多数呈现经间排卵期锦丝状带下偏少，维持时间偏短，转化排卵期延后、延长，甚则延后很长，亦可能出现 2～3 次的经间期气血活动，才能获得排卵成功，但亦有少数时间出现经间期重阴有余，锦丝状带下特多，维持时间长等变化。这是不协调中偏于不足的病变，临床亦为少见。

（二）必阳转化病变

一般来说，必阳转化的动力在于气血活动，而气血活动又与排卵有关，转化不利，气血活动欠佳，自然影响排卵，导致排卵失常。所以在排卵失常的病理中，实际上已经论述这一点，而且必阳的转化与重阴亦有很大关系，其病变亦必然与重阴的失常有关，故不予赘述。至于转化时的阳消与转化后的阳长病变，亦可参考经后期的阳消的病理特点，本节不再复述。

三、月圆运动生物钟节律失常

对于月圆运动生物钟节律失常，虽然已经在行经期的病理中进行了较为全面的论述，但本节所要讨论的是经间排卵期节律运动失常的病变，也即是说，是针对经间排卵期这一特定时期中的具体病变。我们根据多年来的临床观察，得知这一特定时期的病变涉及两个方面。首先是这一时期的节律运动的形式失常，一般可有三种情况：①节律运动的超前，亦可以说加速运动，经间排卵期亦不例外，出现先期运动或加速运动的形式，破坏了阴阳各半月的运动规律；②节律运动的落后，亦可以说迟缓运动，经间排卵期亦不例外，出现迟缓的减速运动形式，同样破坏了阴阳各半月的运动规律；③节律运动的超前落后不一致、不协调，忽前忽后，忽而加速运动，形成超前性病变，忽而减速运动，形成迟缓性病变。其次是经间排卵期中的“7、5、3”时数节律运动的失常，也即是时数律方面的病变。根据深入观察发现，这一时期所出现的时数律失常，不仅出现在“7”或“5”或“3”的时数不足，或者有余，或者不足与有余紊乱，而且在正常时数律中也会出现不协调、不统一，甚至出现“2、4、6”偶数律现象，并伴有明显的全身症状，以及月经期、量、色、质的明显改变。但据临床所见，时数律的不足较为常见。对此，我们论述如下。

（一）节律运动的形式失常

经间排卵期如同行经期一样，是月经周期中两次极为明显的节律活动时期之一，终而复始，始而复终，如环无端，一次又一次地推动月经周期向前发展。但是在正常的经间排卵期的节律活动中，由于天、地、人诸般因素的影响，干扰了正常的经间期的节律运动，导致运动形式的失常，如果体内的调节功能正常，偶尔出现1～2次的失常，原不属病变。如果体内的调节功能亦有所失常，则必然导致节律运动的形式失常，将会出现太过的先期病变、不及的后期病变，甚则出现忽而先期加速，忽而后期迟缓的不协调的节律运动形式。

1. 先期病变　即节律转化运动加速，经间排卵期提前，所以我们称之为先期病变。在确定先期节律运动病变时，必须排除两种情况。其一，是一贯如此者，亦即是月经初潮后，一贯形成的周期节律运动加速，致使月经周期超前，但程度较轻，超前不太过者，可不作疾病论；其二，偶然1～2次节律运动加速，以致超前者，亦即月经周期运动一贯正常，偶因环境、气候、情绪等的影响，以致转化太过，周期节律运动加速，出现先期病变，甚则达到3次，但无明显的全身病状及月经量、色、质的改变，而能迅速恢复正常周期节律运动者，亦不作疾病论。一般的先期病变，必然是转化太过，周期节律运动加速，先期达3次以上者，同时伴有程度不同的全身症状及显著的月经

量、色、质改变，并影响到生殖繁育者，根据我们的体会与阳旺有关，前人所谓“阳有余则先期而至”。阳者，火热也，热迫阴血运动加快，从表面上看，似乎属于有余的病变，实际上是与阴虚的本质有关，阴虚则火旺，火旺则阴血妄行；或者与自然界的气温偏高，或忿怒急躁的精神因素亦有关。近年来由于自然界的气温有升高趋势，学习工作生活的节奏加快，因而月经周期节律也相应地有所加速，故先期病变有所增加。

2. 后期病变　即周期节律运动迟缓，经间排卵期延后延长，我们称之为后期病变。一方面固然与经后期延后有关，但另一方面亦的确反映出经间排卵期延后与延长，甚则可能出现2~3次经间排卵期的反应，这是由于1~2次经间期的节律运动微弱，排卵未获成功所致，这亦反映了后期病变的特点。在后期病变中，亦要排除两种情况。其一，一贯如此的后期者，是指初潮后，一贯月经周期节律运动缓慢，致使月经周期落后，但程度较轻，落后不太过，又无明显的全身症状，及月经量、色、质的改变，可不作疾病论；其二，偶或出现1~2次，甚至3次的周期节律运动缓慢，经间排卵期延长延后，但能迅速恢复正常周期节律运动，同时又无明显的全身症状，及突出的月经量、色、质改变者，亦可不作疾病论。这里所谓的后期病变，是指在正常的月经周期节律运动中，出现了3次以上的周期节律运动的延后延长，同时伴见月经期、量、色、质的明显改变，全身症状存在，并可影响到生殖生育者。我们体会到，月经周期节律运动缓慢之后期病变与阴虚不足有关，前人所谓“阴不足则后期而来。”说明阴不足则阴长运动缓慢，从而亦延长了经间排卵期的节律活动。后期病变，有时还与自然界的风寒湿阴邪有关，因为寒湿等阴邪有凝滞阻碍气血活动的作用，因而也就可以影响阴阳消长转化运动的发展；其次，抑郁不畅的精神因素，或嗜睡困顿、缺少活动等因素，均可阻碍阴阳消长特别是阴阳转化运动，从而导致月经周期运动节律迟缓的后期病变。

3. 先后不一病变　是指经间排卵期的节律运动超前落后的不一致，亦可称之为月经周期节律运动不协调病变。月经周期特别是经间排卵期的节律运动忽前忽后，时长时短，虽没有一定的规律性，但仍有其周期性，仍有其不太正常的节律活动，仍可以看出不太正常的月圆运动生物钟节律性的存在。其中，超前者，从表面上看，月圆运动生物钟节律呈有余状；落后者，从表面上看，月圆运动生物钟节律呈不足状，有的出现超前落后的交替性发作，有的可能连续出现2~3次超前，然后又来1次或2次落后，有的可能连续出现2~3次落后，然后又来1次或2次超前，超前与落后之间的时间差距很大，同时伴见明显的全身症状和月经量、色、质的病理改变。我们认为，确认为这种前后不一的周期节律运动病变，同样要排除两种情况。其一，是一贯如此的前后不一，即是说，在月经初潮后，其月经周期节律运动忽前忽后，前后不一，但前后的差距不过大，又无明显的全身症状，可不作疾病论；其二，以往月经周期节律正常，偶或出现1~2次，甚则3~4次的前后不一，无明显的全身症状，也可不作疾病论。只有那些月经周期特别是节律运动的前后不一，时长时短，时间差距很大，伴见明显的全身症状，以及月经量、色、质的病理改变，并影响生殖繁育者，始作病论，必须重视。我们认为，之所以出现这类矛盾病变，必然与肾虚阴阳失衡、肝郁化火、脾胃失和等脏腑功能失调有关，与自然界气候失常，忽冷忽热，冷热交替，及精神上

的忧郁烦躁等等因素，亦必有关。

（二）时数律的失常

所谓时数律，就是指在阴长运动中个体差异性所出现的数律，我们在长期的临床观察中发现，“7、5、3”奇数律，基本上代表了阴长运动中的几种形式，如果在数律中出现有余和不足，连续3次以上不能恢复，就谓之病变。见微知著，从时数律的不足或有余的变化中，探测月经周期特别是经间排卵期重阴转阳运动失调的所在，是十分重要的。兹对“7、5、3”奇数律的失调分析如下。

1. 7数律失常　7数律失常的病变，主要反映在三个方面。其一，运动太过，即经间排卵期所出现的锦丝状带下过多，维持的时间过长，即超过7天时间的生理要求，血查雌激素或阴道涂片检查角化细胞数值，均属重阴过高水平，所以反而出现排卵欠利，或有障碍，或者欲排卵而不能，即使有时排卵后，重阴下泄欠佳，转阳不利，所以锦丝状带下依然存在，且排卵很不正常；其二，运动不足，即锦丝状带下较少，维持时间较短，少于7天，甚则少于5天，面且分泌带下的质量亦差，即拉丝状很短，血查雌激素或阴道涂片检验角化细胞数值，均在重阴不足的水平上，也就是接近重阴的水平，因而排卵有一定困难；其三，时数律运动形式有异，或出现紊乱。7数律在经间期的主要排卵运动，不管在中期，如3~1~3，或末期，如3~3~1，但一旦发生病变，太过有余者，由末期转为中期，但排卵并不顺利；不足者，由中期转为末期，甚则还更延长，排卵困难，或者无一定的时间，出现紊乱现象。

2. 5数律失常　5数律失常的病变，主要亦有三个方面。其一，运动太过，呈有余病变。即锦丝状带下过多，时间延长，超过5天，且质量黏稠，甚则夹有浓浊样带下，血查雌激素或阴道涂片检查角化细胞数值，均在重阴过高水平，其排卵亦不太顺利，少数出现排卵障碍；其二，运动不及，呈不足病变，即锦丝状带下偏少，或少，时间偏短，不足5天，甚则少于3天，分泌的带下质量亦差，拉丝状不足，血查雌激素或阴道涂片检验角化细胞数值，均在重阴不足的水平，排卵困难，但仍能排出卵子，质量欠佳，有的1次经间期未获成功，需2~3次的经间期，才能获得排卵成功；其三，时数律运动形式有异常或紊乱，即5天中的第3天或第5天排卵，但太过者，可由第5天提前到第2~3天，但排卵并不太顺利；不足者，可由第3天延后到第5天，甚则第6、7天始能排卵，排卵亦有困难，或者排卵无一定时间，出现紊乱趋向。

3. 3数律失常　3数律失常，如同7数律或5数律失常一样，也有三个方面。其一，运动太过，呈有余病变，即锦丝状带下过多，时间延长，超过3天，甚则可超过5天，而且带下质量黏稠，血查雌激素或阴道涂片检验角化细胞数值，均在重阴过高水平上，其排卵一般也不太顺利，有的有困难，有时过快，有时快慢不协调；其二，运动迟缓，呈不足病变，即锦丝状带下过少，维持时间偏短，不足3天，甚则只有1天，而且带下质量黏稠度差，拉丝状甚短，血查雌激素或阴道涂片检验角化细胞数值，均在重阴不足即接近重阴的水平上，其排卵较为困难，排卵时间延长，排卵时气血活动差，有时甚或通过2次或3次的经间期气血活动，才能获排卵成功；其三，时数律的紊乱，因为3数律以3天为标准，连经后期的四三式为阴半月，转化期的气血活应较7或5数律为明显，如果不足3数，转化过快，或者延后3天，转化过缓，忽而不足3

天，忽而超过3天，其气血活动及其转化亦表现忽快忽慢，很不协调，缺乏规律，此属时数律不协调的病变。

总之，对经间期重阴必阳的转化运动失常，不仅要深入观察重阴水平的内含，而且还要注意到运动形式与时相规律相应的失常情况，不仅要对2~3次的"7、5、3"月圆运动生物钟节律的经间期病变进行观察，而且更要根据更多次的"7、5、3"月圆运动生物钟节律的经间期病变来分析，才能比较全面地探测到月圆运动生物钟节律中经间期的整个病变，以便较好地制定防治计划。同时要注意假排卵运动，可参考此前有关章节。

第三节 经间排卵期的诊治特点

关于经间期的诊治特点，首先应概述此期的诊断特点。一般来说，经间排卵期，通过现代医学有关检查，是不难发现的，首先是测量BBT，观察低温相与高温相交接处，但就有关报道来看，BBT低、高温相呈双相型体温曲线，只能证实其有排卵现象，不能确定其具体的排卵日期，B超的探测，不仅能观察到具体的排卵日期，而且还可以观察到卵泡发育及其成熟的情况，血尿检测雌激素（E_2）、黄体生成激素（LH）的水平亦有助于了解排卵时期，阴道涂片检验角化细胞数值达高度影响水平时，亦有助于了解排卵时间的到来，对宫颈黏液观察有无羊齿状结晶等，均有助于确定排卵日期的来临。从中医的角度而言，观察经间期所出现的锦丝状带下，包括其数量、质量，以及所维持的时数节律，不仅可以了解排卵日期的到来，而且亦可以了解到精卵成熟的质量。由于经间排卵期重阴转阳，气血活动显著，故经间期的治法，亦同行经期一样，活血通络是主要的治疗方法。因为通过活血通络，可以促使卵泡破裂，有助于卵子从卵巢突破而排出。但是由于每一个女性的生理病理不同，体质类型有异，以及气候、环境、生活等的区别，所以在主要治法方面虽有一致性，但其在次要或兼治方面，又有着不相的治法。本节将列出主要的促排卵方法和其他一些促排卵方法。

一、促排卵的主要方法

经间排卵期的主要治疗方法，在于活血通络，促发排卵，促进重阴必阳的顺利转化。由于经间排卵期的活动是在腹腔中进行的，不能通过肉眼观察到，因此，前人限于历史条件，缺乏对此的认识，更谈不上提供治疗的方法。近年来，在中西医学相互渗透下，对经间排卵期的认识，已经有了基础。中医院校五版教材《中医妇科学》中提出了经间期出血，实际上重在论述经间排卵期的生理病理学，弥补了中医对经间排卵期认识的空白。经间排卵期与行经期均属于阴阳转化期，但行经期是由阳转阴，排出经血，结束本周期，而经间排卵期是由阴转阳，排出精卵，推动本周期的继续发展。因此，行经期的活血化瘀，以除旧为主，排出应泄之经血；经间排卵期活血通络，以生新为主，排出精卵，迎接孕育。可见，经间排卵期的活血通络与行经期的活血化瘀，意义不同。根据我们临床多年的体会，经间排卵期促排卵的主要方药，有排卵汤、复方当归注射液、补肾促排卵汤。同时需结合我们在临床上应用时的几个要点，才能获取较佳的疗效。

（一）排卵汤

该方来源于江西省妇保院的中药人工周期疗法，亦为我们的验方之一。

组成：当归、丹参、赤芍、泽兰叶各 10～15 克，茺蔚子 15～30 克，香附 9～15 克，红花 5～10 克。

服法：经间排卵期，或行经期按“7、5、3”时数律服药，每日 1 剂，水煎分 2 次服。

禁忌：经间期出血，锦丝状带下偏少，腰酸头晕，烦热口渴；或者行经期经量过多，腹不痛者。

运用体会：本方适用于经间排卵期气血活动较差，排卵有一定困难，或者行经期经行不畅，经量偏少，色紫有血块，小腹疼痛者。方中由当归、丹参、赤芍等常用活血调经药组成；泽兰叶不仅在于有调达月经的作用，而且还有着利湿化浊的功能；茺蔚子调畅月经，且有引经血下行的作用，合红花活血化瘀，且有破血通络，破裂卵泡，促动排卵的功效；佐以香附理气疏肝，调畅气机，气行则血行，血行则气顺，且香附还有一定的活血作用。因而全方不仅有增强活血的作用，而且亦有破血通络，促发排卵，推动卵子运动的功能。但是根据我们的观察，本方宜加入川芎 5～7 克，五灵脂 10～15 克，川续断 10～15 克；必要时，或者对血瘀严重，或者伴有癥瘕者，尚需加入地鳖虫 6～9 克、蜈蚣 3～6 克、水蛭 5 克、虻虫 5 克等虫类药，因虫类药不仅具有较强的活血化瘀力量，而且攻窜血络，因能导致卵泡破裂而促发排卵，且对推动卵子运行有着较好的作用。由于排卵必须建立在重阴必阳的前提下，地处亚热带的中国女性，一般重阴的水平大多有所不足，因此在使用排卵汤时，还需加入适当的滋阴助阳药，亦即是补肾药，最为常用的有川续断、怀牛膝、枸杞子等，以适应这一时期阴阳转化运动的生理要求。治病本应顺遂生理趋势，因势利导，顺水推舟，才能达到事半功倍的效果。

（二）复方当归注射液

该方来源于我们的临床实践，为临床验方之一。

组成：当归、川芎、红花各等量，加工提取液，制成 2ml 一支的注射液，每盒 10 支，肌内注射。

用法：在经间排卵期使用，每日 1 次，每次 2 支，成可用至 8 支，肌内注射，按“7、5、3”时数律使用之。

禁忌：经间期锦丝状带下少，或伴出血者，或伴头昏、腰酸、烦热口渴等证候者。

运用体会：本方药原名红当川注射剂，我们所使用的是来之于南京中医药大学制药厂所制注射针剂，原为水针疗法室所使用，治疗关节酸痛、胃脘疼痛等病证。我们在偶然的机会中，发现一位无排卵的崩漏患者戴姓女，23 岁，患崩漏疾已 6 年，经常出现闭经崩漏交替发作，崩漏时出血量多，血下如注，经中西医多方调治，虽有一定的止血效果，但不能巩固，平时带下不多，头昏腰酸，形体逐渐肥胖，求治于余，余以补肾调周法的全程调控，系统治疗，服后带下增多，并出现锦丝状带下，测量 BBT 呈单温相图像，血查内分泌激素证实雌激素已有升高现象，证明阴长运动已能达到接近重阴的水平，进入经间排卵期的早初阶段，但排卵障碍，曾经亦用过复方当归注射

液肌内注射，每日1次，每次2支，仍不能获效。再用补肾调周法奠基，又出现锦丝状带下，偶因胃痛发作，在水针室用复方当归注射液治疗，1次用8支，即16ml，大腿内侧肌内注射。用后，不仅胃痛得以控制，而且BBT出现双温相，连用5天，BBT维持高温相，至11天后月经来潮，经量、色质基本正常，下月仍如此调治，经间排卵期仍用8支复方当归注射液获效。第3次进入经间期时，改用复方当归注射液5支，即10ml，亦获效，BBT亦呈双温相，证实排卵已获成功。为此，我们将复方当归注射液根据需要，可以增加到一次8支即16ml的用量，而且我们又体会到经间排卵期时间短暂，用针剂较服药为快，符合这一时期的生理要求。

（三）补肾促排卵汤

该方来源于《实用妇科方剂学》，亦系我们在实践中摸索出的验方。

组成：炒当归、赤白芍、山药、熟地、丹皮、茯苓、川断、菟丝子、鹿角片（先煎）各10克，五灵脂12克，山萸肉、红花各6克。

服法：经间期水煎分服，每日1剂，按“7、5、3”时数律服用。

禁忌：经间期锦丝状带下少，并有烦热、口渴、低热者，或者腹胀矢气、大便溏泄者。

运用体会：这是一张临床极为常用的验方，它是从“中药人工周期”法中的排卵汤演化而来的。排卵前期或排卵期，垂体前叶分泌黄体生成激素与卵泡刺激素，两者共同作用于成熟卵泡，促使排卵及排卵后形成黄体，用排卵汤可以去瘀生新，使成熟卵子突破卵巢表层而排出，故排卵期促排卵的重点在于活血化瘀。然而根据我们临床长期的观察，经间排卵期的生理特点在于重阴，只有阴长达重的高水平，才能促使气血显著活动，形成绸缪状的排卵现象，才有可能顺利进行排卵，故而本方中，不仅要应用当归、赤芍、五灵脂、红花等活血通络的药物来促发排卵，但更需应用归芍地黄汤为主，加入川断、菟丝子、鹿角片等补肾药。这样才有助于肾之阴阳的提高，特别是肾阴的提高，肾阴的充实，将促使癸水之阴滋长达重的高水平。在阴长的同时，也不能忽略阳的重要性，不仅阴长达重需要阳的支持，而且重阴下泄后，让位于阳长，阳亦要有相当的基础，才能顺利地迅速地开始长。此外，在重阴必阳的转化活动中，在气血的绸缪状态中，也需要有足够的阳的参与，才有可能出现较好转化活动状态。所以，方中又加入了相当的补肾助阳药。我们体会，鹿角片一药，不仅有补肾助阳的作用，而且还具有活血通阳的功能，而且前人曾有以此一味药，治疗乳房胀痛结块的乳癖病证，获得较好的疗效的经验。我们在应用鹿角片后观察BBT高温相，即呈双温相变化，确实有着良好的效果。但有时临床上缺此药物，或者对心肝气火偏旺者，可以紫石英代之。紫石英暖宫助阳，镇降人下焦，故阳虚而兼心肝火旺者，亦以用紫石英为宜。此外，滋肾养阴药物中的山萸肉，价格昂贵，可用女贞子代之。熟地与当归相合，常易导致腹泻便溏，特别是对腹泻者，应去当归，以丹参代之，熟地据情而用，非用不可者，可配伍砂仁以防之。总之。应尽可能地避免药物副作用。

（四）几点注意

经间排卵期虽然与行经期同属于阴阳转化时期，气血活动较为显著，但是两者间又有所不同。其不同于行经期的治法与特点有五方面。因此，在同样的调气活血治疗

中，必须注意这五点，同时要进行针对性加减才能取得更好的疗效，更能达到促进排卵，恢复健康的转化功能。

1. 活血通络，重在生新　行经期的气血活动，其结果是排出经血，除旧迎新，以祛瘀为主，结束本周期。而经间排卵期的气血活动，其结果是排出精卵，生新除旧，以生新为主，推动周期发展。因为经间排卵期是整个月经周期的半程阶段，排出精卵是为繁殖下一代服务的，而且排出的精卵，具有较强的生命活力。所以在活血通络的方法中，必须加入补肾之品，以利于排出的精卵的生新活动。所以对肾虚症状明显者，或者卵泡发育欠佳者，尚可加入紫河车 8～10 克、炙鳖甲 8～12 克、怀牛膝 10 克等补养之品，以区别于行经期化瘀为主、不宜补养的特点。

2. 活血化瘀，促之上行　经间排卵期的气血活动，是呈上行性的，此与行经期气血活动呈下行性者，显然不同。之所以出现这种不同的气血活动方向，就在于祛瘀为主与生新为主的不同生理要求。祛瘀为主者，要求将旧瘀排出体外，故活动呈下行性；生新为主者，要求精卵排于腹腔，在体内，故呈上行性，所以我们还可观察到具有一定的兴奋性。前人袁了凡曾经说过："天地生物，必有絪缊之时，万物化生，必有乐育之时，猫犬至微，将受娠也，其雌必狂呼而奔跳，以絪缊乐育之气触之不能自止耳。"由此亦可说明经间排卵期的气血活动有上行性的特点。所以，我们认为在经间排卵期的活血化瘀药物中，要顺应这一生理特点，故应加入川芎、红花、五灵脂等品，尤以川芎为主。

3. 活血化瘀，疏肝通络　我们认为经间排卵期的气血活动部位在两少腹卵巢输卵管处。在中医学中少腹部属于肝经部位，故活血化瘀，需与疏肝通络相结合，因此选用赤芍、五灵脂、香附等药，较为合适，尤其是五灵脂，化瘀疏肝，更为合适，故我们多用之。如需加强活血通络作用时，则地鳖虫、蜈蚣、水蛭、虻虫等亦可加入 1～2 味，以提高促排卵的作用。

4. 利湿化浊，促发排卵　经间排卵期的最大特点在于重阴必阳，而重阴的内含，尚包括津液、水湿在内。但是过盛的津液水湿在一定程度上，亦将影响重阴必阳的转化而影响排卵，或因原有少腹卵巢输卵管处的水湿偏盛而影响顺利排卵。因此，适当配伍利湿化浊药物，亦有助于顺利排卵，如化浊的广藿香、佩兰，利湿的马鞭草、萹蓄、瞿麦之属。我们临床上较为常用的省头草，即佩兰之草，其芳香虽不及兰，但燥湿化浊、理气醒胃之功不减，故亦有一定的促排卵作用，可供临床参考运用。

5. 气血絪缊，时间短暂　我们知道，排卵期属于阴阳转化期，为时短暂，虽然整个经间期有着"7、5、3"天，但真正的排卵日期只有一天。因此，在治疗上必须掌握快速奏效的活血促排卵的方法，选择恰当的服药方法与给药途径。我们认为，肌内注射复方当归注射液针剂快速有效，或者运用复方当归注射液小剂量作穴位注射，取三阴交、足三里、血海、太冲、关元、气海等穴，每次选其中两对穴位，每穴注射 0.2ml，按固有的时数律用之，亦可快捷奏效，以适应这一时期的生理要求。

二、其他促排卵方法

经间排卵期，除了采用活血通络或补肾活血促排卵的方法外，尚有其他一些促排

卵的方法。众所周知，临床上的情况是复杂的，兼夹的因素很多。如心理因素所致心肝气郁，胞脉闭塞，脉络不畅，以致气血活动欠利，转化欠佳，排卵不良者，临床上亦颇为常见，治疗上除用宁心益肾通经法外，还必须加强心理疏导，调节心理，解除思想包袱，减轻精神上的压力，才能获取较佳效果，并能巩固之；对脾肾不足，湿浊蕴阻，以致气血活动欠利，影响排卵，造成排卵困难者，当用健脾补肾，芳香化浊之法以促排卵；对阳虚血瘀，易致经间期气血活动不良，从而影响排卵，造成排卵不良者，可用助阳温经，活血化瘀之法，偏于阳虚者选用各类温经汤，偏于瘀结者，选用桂枝茯苓丸；对痰脂蕴阻，形体肥胖，有碍阴阳转化，以致排卵不良者，可用化痰燥湿，活血化瘀法以促之；对湿热蕴阻，气血活动欠利，影响排卵而导致排卵功能不良者，可用清热利湿，化瘀活血法，以促进排卵，选取红藤败酱散；若或阴虚火旺，火旺明显者，亦或阴盛火旺，血查雌激素过多者，亦可导致气血活动失常，从而影响排卵，造成排卵障碍或不利者，需当降火滋阴，调节排卵，可用知柏地黄汤合柏子仁丸加减之。总之，知其特点而论治之，无可厚非，但尚必须遵循中医辨证施治的原则，针对各种不同情况或所兼夹的各种因素选取不同的治法，才能获取较佳的疗效。同时由于经间排卵期时间短暂，掌握时机，配合针刺，则可提高促排卵的成功率。

(一) 宁心益肾，活血通络法

这是针对心理性因素所致不孕症、月经不调病证的经间排卵期而使用的治法。一般来说，心理性疾患，除少数确因心理因素所致外，大多数存在着肾虚，或者肝肾不足，或者子宫功能欠佳的基础，故此，在药物治疗时，亦必须心肾子宫合治，当然治疗的重点在于心。我们经过长期的临床观察发现，心因性因素所致不孕症、月经病证有两种病变。一种是心气郁结，心肾失于交济，胞脉闭塞，其原因常与心情不畅，积想在心，思虑过度，工作、学习过度紧张等有关，久而久之，心肝气郁，特别是心气郁结，肝气不舒，心气不得下通，胞脉闭塞，可致月经后期，经量偏少，甚或闭经，伴见胸闷忧郁，时欲叹气，夜不能寐，或则寐梦纷纭，纳食较少，或时烦躁不宁，经间排卵期，虽有锦丝状带下，但数量少，质量差，不能维持固有的时数律，可用宁心益肾，活血通络的方法，选用益肾通经汤。另一种是兴奋过度，心神不宁，气火偏旺，但又郁阻不畅，共原因常与心情烦躁，睡眠偏少或失眠有关，久而久之，心肝火旺，神魂不宁，心肝气火不降，同样可致心肾失交，水火不济，阴阳失衡，可致月经先期，或经量多少不一，胸闷烦躁，头昏头疼，失眠心悸，口渴烦热，带下呈锦丝状亦少，或者可见经间期出血等证，可用宁心安神，降火通络的方法，选用远志菖蒲饮加减。

1. 益肾通经汤

该方来源于《实用妇科方剂学》，为我们常用的验方之一。

组成：柏子仁、丹参、合欢皮、熟地、川续断、赤白芍各 12 克，泽兰叶、川牛膝各 12 克，茺蔚子、生茜草各 15 克，广郁金、炙鳖甲（先煎）各 9 克。

服法：经间排卵期服，每日 1 剂，水煎分服。

禁忌：大便溏泄，日行 2 次以上者；或纳欠胃痛，舌苔白腻者；或锦丝状带下少者。

运用体会：本方系从《景岳全书》的柏子仁丸合《妇人大全良方》的泽兰叶汤加

减而成。原用于治疗肝肾阴虚，心火偏旺的闭经，今用于经间排卵期，故方中诸药，还应有所增损。一般尚需加入广郁金 9 克、合欢皮 10 克以宁心安神，合原有之柏子仁、丹参安神解郁，目的就在于降心气、舒气机，开通子宫脉络，行其泻（即开）的作用。众所周知，子宫之开，虽在于子宫本身的功能，但却深受心之影响，心气动，有助于子宫之开，子宫行泻即开的作用，不仅顺利排泄月经，而且亦有助于排出精卵，达到精卵结合受孕的目的，故以宁心安神药为君药。但肾也是主要的，因为精卵属于肾，肾为生殖之本，且胞胎系于肾，所以方中加入熟地、牛膝、川续断等补肾之品。本方与补肾促排卵汤的不同之处在于，除了主要药物着重宁心安神以外，其补肾药也有从阴从阳之别，而此则着重滋阴降火，故属于阴虚心肝火旺之排卵功能不良者宜用此方。我们曾经治疗了一例继发性肝肾阴虚型闭经，目的在于调治闭经，但在应用本方后获得了排卵成功。俟后我们又获得了两例肝肾阴虚，心肝火旺，烦躁失眠，形体消瘦的闭经患者，服本方药 15 剂后，居然也排卵成功，BBT 呈双温相，10 天后月经来潮。

2. 远志菖蒲饮

该方来源于《实用妇科方剂学》，亦为我们常用验方之一。

组成：炙远志、石菖蒲各 6 克，丹参、赤白芍、柏子仁、五灵脂、川续断各 10 克，广郁金、合欢皮各 9 克，青龙齿（先煎）12 克，莲子心 5 克。或可加入川芎 5 克。

服法：经间排卵期服，每日 1 剂，水煎分服。

禁忌：带下偏少，腹胀便溏，舌苔白腻而厚者。

运用体会：本方是从宁心安神的有关方剂中加减而来的。方中诸药，均为安定心神，活血通络，促发排卵而用。在经间排卵期，由于心神不宁，兴奋过度，气火偏旺，气血活动，或则太过，或则不及，从而影响转化，影响排卵，以致排卵欠佳者，当用宁心安神、活血降火、调节排卵的方法，应用远志菖蒲饮治之。我们曾碰到一万姓女，年龄 24 岁，因学习紧张，心情烦躁，以致月经先期，经行量多少不一，继则逐渐闭经，夜寐更差，烦热头痛，大便干燥，脉象弦细带数，舌质红，舌苔薄黄，测量 BBT 呈单温相，有时起伏不定，先予补养肝肾之归芍地黄丸，合宁心安神之酸枣仁汤治之，药后渐有锦丝状带下，但又因烦恼而失眠，予以远志菖蒲饮治之。药后不仅能安然睡眠，而且 BBT 出现双温相，已获排卵成功。从而亦使我们在宁心安神、调节排卵方面增添一个新的方法。我们深切体会，凡心理性所致的排卵功能不良和障碍者，除服药外，必须予以心理疏导，解除心理障碍，放下思想包袱，稳定情绪，然后合以药物治疗，才能获较佳的效果。

（二）健脾补肾，理气活血法

此法用于治疗因脾肾不足，湿浊内阻，以致气血活动不利，转化排卵欠佳者，可见头昏腰酸，神疲乏力，腹胀矢气，大便易溏，经间期带下较稀，量较多，舌苔白腻，脉象细濡，测量 BBT 低温相偏低，上升缓慢。可运用健脾补肾、理气燥湿的药物组成方剂，同时更介入活血促排卵的药物。

健脾补肾促排卵汤

该方来源于我们的临床实践，为常用的验方之一。

组成：党参、炒白术各12克，茯苓、川续断、菟丝子、紫石英（先煎）各10克，五灵脂、省头草各9克，煨木香6克，山楂9克。

服法：经间排卵期服，每日1剂，水煎分服。

禁忌：带下呈锦丝状略少者，头昏胸闷，烦躁，失眠，口干低热，大便干燥，舌红者。

运用体会：本方是从实践中产生的。方中用党参、白术、木香、茯苓以健脾益气，川断、菟丝子、紫石英以温补肾阳，五灵脂、山楂以活血通络，促发排卵；省头草一味，芳香化浊，不仅有燥湿化浊的作用，而且还有理气行滞、推动血行、促动排卵的功能，也可以藿香、佩兰代之。从一般情况而言，经间排卵期乃是重阴必阳的转化时期，首先需有重阴，才能保证必阳的转化；但是重阴者，亦包括大量的津液水湿在内，如脾肾阳虚，津液水湿不能及时运化，必将蕴阻为湿浊，反过来影响必阳的转化，亦将影响到排卵，所以健脾益气，补肾助阳者，不仅能增强脾肾功能，祛除湿浊，而且扶助阳气，有利于必阳的转化和阳的生长，然后再以芳香化浊、活血通络药，达到顺利转化，顺利排卵的目的。如张姓女，29岁，结婚3年未孕，月经周期落后，经量时多时少，有盆腔炎、胃病等病史，测量BBT高温相偏低，且欠稳定，适值月经周期中的经间排卵期，已出现锦丝状带下，但夹有多量的湿浊样带下，同时伴有腹胀、便溏、神疲乏力等症，故予健脾补肾促排卵汤。服药后转化顺利，BBT高温相上升明显，症状减轻，俟后经间排卵期均用本方获效。

（三）温阳活血，扶正通络法

此法用温阳活血、扶正通络的药物组成方剂，治疗阳虚湿浊蕴阻的病证。如经间排卵期，有锦丝状带下，并夹浓浊样带下，腰酸，小腹有冷感，形体较胖，或伴浮肿，BBT高温相偏低，妇科检查等发现或有卵巢囊肿。

温阳活血促排卵汤

该方来源于我们的临床实践，为临床验方之一。

组成：炒当归、赤白芍、熟地、丹皮、茯苓各10克，川桂枝6～9克（或者用肉桂后下代之），川续断12克，红花5克，五灵脂9克，制苍术8克，或可加鹿角片（先煎）10克。

服法：经间排卵期服，每日1剂，水煎分服。

禁忌：锦丝状带下少，头昏头疼，烦热口渴，形体清瘦，大便干燥，舌红少苔者。

运用体会：本方亦是我们从临床实践中摸索出来的方剂。由于适用病证少，所以临床运用亦不多。此方之组成，系从前人所制的各类温经汤的基础上加减而来，尤其是从对《金匮》温经汤、《妇人大全良方》温经汤的变化而来，同时参考了桂枝茯苓丸的方义而制成。方中诸药，意在养血调经，温阳化痰，活血通络，推动血行，促进转化，诱导顺利排卵，较排卵汤的单纯活血化瘀，力量更大。由于温阳活血，易动肝火，耗损阴血，女子阴血虚者多，肝火旺者多，故用时宜慎。

（四）燥湿化痰，活血化瘀法

此法用燥湿化痰、活血化瘀的药物组成方剂，治疗因痰浊脂肪蕴阻所致的排卵功能不良，可见经间期带下或多或少，亦或夹有浓浊样带下，形体肥胖，腹胀矢气，大

便或溏，胸闷烦躁，舌苔黄白腻，根部较厚，脉象细濡，BBT 高温相偏低，妇科检查，或有多囊卵巢综合征。

化痰燥湿促排卵汤

该方来源于临床实践，为我们临床验方之一。

组成：制苍术、制香附、丹皮、山楂各 10 克，陈皮 6 克，川芎 5 克，制南星 9 克，川续断、丹参、赤白芍、五灵脂各 12 克。

服法：经间排卵期服，每日 1 剂，水煎分服。

禁忌：头昏腰酸，锦丝状带下甚少，舌红少苔，脉象弦细带数者。

运用体会：本方是在越鞠二陈丸、启宫丸的基础上加入活血化瘀、补肾助阳的药物而成。考前人在治疗痰湿型月经量少或闭经的方剂，除燥湿化痰的越鞠丸、启宫丸外，还有芎归平胃丸、苍附导痰丸、开郁二陈汤等，但这些方剂平时服用是可以的，而在经间排卵期服用，必须加入活血化瘀的药物，以利于促转化，促排卵。我们深切体会到，痰浊脂肪壅阻者，除与脾胃有关外，与肾阴的不足亦有关，而且就与月经有关的痰浊脂膜而言，尤与肾阳有关，而且经间期重阴必阳，阳气内动，所以方中必须加入助阳补肾之品，才能较好地顺应经间排卵期的生理要求。

（五）清热利湿，活血化瘀法

此法用清热利湿、活血化瘀的药物组成方剂，治疗湿热所致经间期出血、经间期腹痛等病证，如见经间期黄白带多，或赤白杂下，腰酸，少腹作痛，胸闷烦躁，纳欠，苔腻，舌根部厚腻，脉象细弦带数，妇科检查诊断为盆腔炎。

清热利湿促排卵汤

该方来源于临床实践，为我们常用的验方之一。

组成：红藤、败酱草各 15～30 克，马鞭草 15 克，丹参、赤白芍各 10 克，炒黄柏、怀牛膝各 9 克，制苍术、茯苓各 12 克，薏苡仁 30 克，广木香 6 克，延胡索、五灵脂各 10 克，川续断 12 克，或可加紫石英（先煎）9 克。

服法：经间排卵期服，每日 1 剂，水煎分服。

禁忌：阳虚脾弱，腹胀便溏，形体畏寒，舌苔白腻者忌。

运用体会：本方系从红藤败酱散合四妙丸加减而来，一般用于治疗盆腔炎所致排卵功能不良的病证。临床上湿热两者，尚有偏湿偏热，偏气偏瘀之不同。若偏于湿者，小便偏少，舌苔腻厚，尚需加入薏苡、萹蓄、滑石、泽泻之属；偏于热者，舌红口渴，发热溲黄，尚需加入蒲公英、金银花、大黄等品；偏于气分者，还应加入制香附、枸橘李、乌药等类；偏于血分，还应加入桃仁、红花、山楂等品。脾胃薄弱，大便偏溏者，应去黄柏、败酱草、牛膝等药，加入炒白术、砂仁、六曲甚或炮姜等品。

第五章

经前期的生理、病理、诊治特点

经前期针对行经期而言。从经间排卵期后，即属于经前期。这一时期是黄体时期，应用测量基础体温的方法（简称为BBT）应见BBT处于高温相上升时期，也就是阳长运动的时期。由于阳长运动与阴长运动有所不同，这也是由阴静阳动的特性所决定的，所以在排卵期或排卵后，阳长开始，少数女性的个体特点表现为此期心肝气火随阳长运动而稍旺，故可伴随一些乳房、心情方面的反应，其中程度轻微者，可不作为病论。

第一节　经前期的生理特点

经前最大的生理特点在于阳长阴消，是阳长运动的重要时刻，是整个月经周期中的后备阶段，亦即是月经周期行将结束的前期。一般来说，经间排卵期后，BBT开始上升后一直到行经期，也即是BBT高温相上升至开始下降的这一段时期内，称之为经前期。由于经前期是处于黄体时期，排卵后卵子突破卵泡而排卵，排卵后卵泡所形成的黄体分泌出黄体激素，使子宫内膜呈分泌状态，故这一时期，又称为“经前黄体期”。

经前黄体期的最大生理特点，亦有三个方面。其一是阳长至重：俟经间排卵期后，重阴下泄，让位于阳，开始阳长，阳长是经前期最大的最主要的生理特点，也反映了经前期不同于其他时期的生理变化的不同，测量BBT，观察BBT高温相变化的图像，以分析阳长至重的生理、病理变化，同时亦可从临床上观察到一些阳气盛长的情况，如胸闷烦躁、乳房作胀、乳头触痛等。其二是伴随阳长而来的是阴消：阳长与阴消，虽处于对立

面，但又是互相统一的，相辅相成，对抗消长，组成经前期的生理特点，而且经前期与经后期相一致，属于消长期。一般消长期较长，转化期较短。经后期是阴半月中的主要时期，而经前期是阳半月中的主要时期，阴长运动是缓慢的，阳长运动是快速的，有时甚至是急剧的，反映了阴阳属性的特点。阴阳运动中，以消长运动为主，阳长阴消较经后期阴长阳消要快得多，之所以仍然维持到阳半月者，系由阴阳相对性平衡规律的要求所制约，而且在阳长近重时，阴消必须代之以长，消中见长，才能保证阳长至重及维持重阳的生理演变。其三是受月圆运动生物钟节律所支配：在经前期阳长为主的时期内，其运动出现偶数律现象，此乃阳长赖阴，阴为偶数，故“2、4、6、8”偶数，是经前期阳长运动的数律，由于个体的差异性，以及气候、环境、肤色、种族等不同，故可表现为2数、4数、6数或8数律的数律，循环往复，终而复始，始而复终，各按其不同的偶数律进行发展运动。这就是整个经前期的生理特点。

但是，在经前期的生理演变中，很可能出现一些心肝气火偏旺的现象，如头昏胸闷，烦躁乳胀、夜寐欠佳，情绪兴奋，或者亦可见到面部痤疮等反应。观察发现，有相当部分女性，在经前期乳房乳头胀痛亦出现“7、5、3”奇数律反应。此均与阳长至重，重阳所带来的一些生理反应有关。如果这些反应超越了正常的生理范围，甚至影响生活、学习、工作者，就属于病态的了。

一、血、气、阳的生理变化

血、气、阳在月经周期中，特别是经前期的生理演变中有着重要的意义。我们在长期对“月经周期与调周法”的观察运用中，发现血、气、阳三者，既有联系性，又有其不同的特性，有同有异，同中有异，异中有同，既相关，又不同，共同形成经前期生理演变的特点。同时亦为经前期演变的三大物质特征，与经后期的血、阴、精一样，均为月经周期中生理演变的物质。前人限于历史条件，缺乏微观检测手段，只凭理论推导，是以看不到此期的物质所在，而今天，我们已可以借助现代微观检测方法观察到存在于血中的物质基础了。

（一）血、气、阳的概念

女子以血为主，以气为用，不论在月经周期的任何时期，均应贯穿气血的概念。在经前期尤为重要。阳亦含有特定的意义，是经前期重要的特殊物质，不仅有暖宫养精作用，还有其他特殊作用，与血、气有着重要的关联。

1. 血　正如前人所言，女子以血为主，月经、妊娠、产育均赖血以维持，尤其是月经周期演变，更赖血液的支持，阴阳消长转化亦是在血中进行，换言之，阴阳消长转化运动，是通过血来完成的，行经期排出经血，重阳通过排经而泄出，让位于阴，经后期阴长，赖血才能滋长，经间排卵期有时也会有少量出血，重阴下泄，让位于阳，经前期阳长，赖血才能阳长。阳长亦是通过血来完成，尔后又将通过行经期排出经血，使重阳下泄，以便于重新在血中进行阴阳消长转化的运动。由此看来，血不仅是阴阳消长转化运动的所在处，正由于此，冲任血海也随着阴阳消长而出现盈亏变化，这种盈亏变化规律在一定程度上保护阴阳、扶助阴阳。一般人认为血属于阴的范畴，与阴的关系密切，故常阴血合称，对扶助阴者，似无疑意，但对血能扶助阳者，似不赞同。

殊不知，血对阳亦有保护扶助的作用，当阳长至重时，血海盈满，正由于血海盈满，冲任充盛，才能保证重阳，维持重阳，将重阳直接输入冲任子宫，为排经受孕做准备，一旦经血下泄，重阳亦将随之下泄，除旧生新，以调燮阴阳，达到新的相对性平衡。血藏之于肝，主宰于心，故心肝关系尤为密切，血中阳盛，动乎心肝，在经前期出现一些心肝火旺程度较轻者，乃是意料中事，亦属正常的生理反应。

2. 气　与血有着密切的关系。这里所指的气，实际上有两层意义：其一是一般所言的与血有关的气；其二是由阳所表现出来的气，常阳气并称。首先谈与血有关的气。它与血的关系表现在两个方面，一是相互生化，即气能生血，血能化气，气血之间，互相生成，互相依赖，气通过生化关系，与血维持着统一关系；二是相互调节，气为血之帅，血的运行、统摄、调节有赖乎气，所谓气行则血行，气之所至，血亦随至，气有所滞，血亦停滞，气能统摄血，使血行循其常道，脏腑经络血液不匀，亦赖气之调节。气与血之间，正是通过这种调节作用达到协调。气血正是通过生长与调节的双重关系，从面维护阴阳之间的消长转化运动。再谈谈与天癸有关的阳气。在前人的论述中，天癸之天，谓天真之气，癸谓壬癸之水，天真之气与阳水有关，所以经前期阳水长至重时所出现的一些胸闷烦躁、乳房乳头胀痛等周期性反应，至行经期随经血而下泄，亦即前人所谓天真气降，经血始能来潮。

3. 阳　指天癸中的阳水，与阴相对立，但又相互促进。这里所指的阳，并非一般所指的阳，面是水样的阳水物质。正如《女科经纶》引陈良甫言曰："经云女子二七而天癸至，天谓天真之气，癸谓壬癸之水，壬为阳水，癸为阴水。"此即天癸中的阳水与阴水一样，是一种肉眼看不到的水样物质，溶于血液之中，与血有关。水样物质之阳，更符合阴中之阳和阴阳相合的意义。正由于阴阳相合，以阳为主，一方面推动月经周期演变，使之进人经前期；另一方而由于阳的特性和作用，溶解重阴所带来的一些津液脂膜等阴浊类物质，为行经期做好准备，此即阳水的物质作用。此外，阳者，毕竟与气有关，所以当阳长至重时，其气亦较旺盛，不仅 BBT 要上升呈双温相，而且也可出现一些心肝气火偏旺的生理现象。据我们观察，经前期 BBT 上升呈高温相时，其脾胃功能亦较强健，表现在运化运输吸收方面、大小便以及饮食等方面较之经后期为佳。

(二) 血、气、阳三者间的依存性

血、气、阳三者在经前期所反映出的生理特点，就在于三者间的依存性。血为月经周期演变的最普遍最基本的物质，四期均如此，而气与阳的活动，才是经前期生理反应的特点，阳与气的活动，是依附于血的基础上，血不仅周流全身以养生，维持生命节律，而且流注于血海、子宫，维持月经周期节律和生殖节律；血与气，通过生化调节，达到相互间的协调，从而保证正常的生理功能，亦保证了阴阳消长转化月节律的正常。阳者，水样物质，不同于一般所指的阳，是属于天癸中的阳水，溶于血分之中，作用于子宫冲任等有关生殖的器宫与经络。我们今天借助现代医学微观检测手段，即血查内分泌激素，可以观察到经前期黄体激素或称孕酮的变化情况，了解到血中之阳水滋长及其与阳气的密切关系。一般到阳水滋长到一定程度时，其气也必然较为旺盛，此即是经前期血、气、阳三者的相互依存性所表现出来的生理特点。

(三) 血、气、阳的特点

血、气、阳三者，除了相互依存，相互统一，不可分割的一面外，毕竟还有着各不相同，互有矛盾的特点。血者，有形可据，肉眼所能及，属于阴的物质基础，虽环流周身，营养全身，但就妇科而言，血汇聚于冲任血海、充实子宫胞脉胞络，为月经周期演变的最基本的物质，藏之于肝，主宰乎心，清代学者提出了“女子以肝为先天”之说，此是从女子以血为主及肝藏血的观点而来的，虽欠妥当，但也反映了血的特点。气者，虽与血有着密切的关系，但毕竟属于阳的范畴，性能上具有阳的特点，有推动血液运行，畅通脉络，促进精卵活动的作用，又有着统摄血液津液循其常道，与脾胃的关系较大，与肝亦有关系。在经前期生理反应中，气亦有着重要意义。阳者，以阳水为主，是经前期生理活动的主要物质，阳长至重，即指此而言，同时亦包括阳气在内，与肾的关系极为密切，亦可涉及脾胃，经前期的生理活动，实际上决定于阳。至于阳的运动形式和规律，将在有关内容中详述之。

二、阳长的形式与规律

经前期最大的生理特点，在于阳长阴消，而阳长尤为重要。阳长的目的，不仅在于经间排卵期所排出的精卵，需要阳的温养和输送，为受孕、排经做好准备，同时阳长亦为太极阴阳生物钟运动规律支配的必然，推动生殖功能的生长发育。根据我们长期临床观察，以及应用后天八卦理论的分析。经前期属阳，以阳长运动为主，不同于月经周期中的任何一个时期，阳长赖阴，阴为阳长的基础，因此，经前期阳长运动的规律，就出现偶数律。偶者属阴，阴为偶数，所以在经前期的整个时期内，也分为两个阶段，此与月经周期中的行经期、经后期、经间排卵期分为初、中、末三期者不同。由于阳性主动，所以阳长运动远较阴长运动为迅速，一般当阳长至 6～7 天时，已达重阳，故经前的前半期末，实际上阳长达重，而经前后半期，是重阳的维持时期，这是阳长的总体情况。但具体的阳长运动，其形式和规律，与“2、4、6、8”偶数律有关，所以必须对“2、4、6、8”的偶数律进行分析。其中“2”数是最基本的最主要的，也是临床上最为常见的。“4、6、8”偶数律，临床上颇为少见。

为了探讨经前期阳长运动的形式和规律，就必须测量基础体温（简称 BBT），观察高温相的图像变化，这是我们分析阳长运动极为重要的依据；有条件的地方，亦可通过血查内分泌激素中的黄体激素（或称孕酮），以便从内在的深层方面找出依据，这也是十分重要的；然后着重探讨“2、4、6、8”偶数律与阳长运动的关系，主要是在形式和规律方面。

（一）阳的性质及其内含

我们在前面血、气、阳的生理特点中，已经论述到经前期的阳，实际上是属于天癸中的一种阳水。由于这种阳水，属于水样物质，溶于血液之中，非肉眼所能及，必须通过微观的检测方法才能发现它，所以古人只能从阳水、阴水的概念来论述之。既然属于天癸中的阳水物质，自然与天癸中的阴水物质，相互依赖和统一，相互对抗和消长，同时又相互转化，推动月经周期的演变和发展，形成月经周期节律和生殖节律。我们今天可以借助现代医学微观检测的方法，观察黄体激素的变化，来了解阳水的变化。但是，经前期所指的阳，还包括气在内。因为阳水在经前前半期，亦即阳长达 6～

7天时，已达重的高水平，俟后阳水将下降，但经前后半期重阳维持时期，又必须以气阳来代替，且阳者，尽管是水样物质之阳，也必然与气有关，而且在经前后半期时，阳气占有重要地位，所以与脏腑上的脾肾亦有关。正由于经前后半时期，阳气偏盛，必然会动乎心肝之气火，所以在经前期的后半期，常可出现一些与心肝有关的气火偏旺的反应，一般来说，仍属经前期正常的生理反应，不该作为病理看。

(二) 阳的作用及其临床意义

阳的重要作用，首先在于温暖子宫，子宫温暖，才能行使其藏、泻作用，为受孕生殖服务。正如《傅青主女科》："种子"中说"妇人有下身冰冷，非火不暖，……阴中绝无温热之气，……谁知是胞胎寒之极乎？夫寒冰之地，不生草木；重阴之渊，不长鱼龙。今胞胎既寒，又何能受孕。"并进而解释说："盖胞胎居于心肾之间，上系于心，而下系于肾，胞胎之寒凉，乃心肾二火之火衰微也。"指出了阳火与心肾有关，其作用就在温暖子宫，精卵的结合，种植于子宫，胚胎的发育，均赖于阳，有赖乎子宫的温暖，所以前人喻之为：春气温和，万物生长，即此意也，我们在经前期要求测量BBT，观察BBT高温相的变化，有助于对阳长的了解。但更为重要的作用是松软子宫内膜组织，溶解内膜组织，为排经受孕服务。子宫内膜组织，在前人的论述中，属于脂膜，有的称为痰湿，当然痰湿者，多属病理概念。脂膜者，得阴则凝，就是说得阴长则子宫内脂膜组织亦长，得阳则溶，就是说得阳长则子宫内的脂膜组织松软溶化，从而为受孕准备条件，为排经作好准备。阳长的次要作用是输化过盛的水湿液体。我们在经间排卵期重阴内含中，已经详细地分析了重阴者，尚包括过多的水湿津液，在重阴转阳时，虽然重阴下泄，水湿津液亦随之下泄，但毕竟不可能排泄干净，因此，所剩余的或过多的应该排泄的水湿浊液，亦仰赖阳气的输化。因为阳气与脾肾有关，脾肾是脏腑中水湿津液代谢的主要脏器，阳长至重，脾肾气化功能较强，自然能维持强有力的代谢功能，可以保证剩余水湿津液的全部排尽，不致引起卵巢输卵管以及腹腔中水湿浊液蕴积。此外，阳长至重，还有着帮助输卵管输送精卵，移植于子宫，贯通血脉，促进脾胃输化吸收功能，推动或维持血海盈亏规律的进展等。

(三) 阳长的形式与规律

阳长运动不同于阴长运动，是由阴阳的不同特性所决定的。一般来说，阴主静，所以阴长运动缓慢，特别是在经后初中期，阴长运动更为缓慢，至经后末期，才有可能出现剧烈的或者突然的上升性运动；而阳主动，阳长的形式分为两个阶段，呈偶数律运动规律。第一阶段，即经前期的前半时期，阳长上升很快，到前半时期末，一般为6天，或者7天8天，就可达重阳高水平，几乎是呈直线状上升，如能应用测量BBT，观察其高温相图像，即有助于了解阳长运动的形式和规律，但其阳长至重的高水平又须通过血查孕酮才能了解。在阳长开始的1～2天内，或者3天内，实际上应为经间排卵的后半期，因为阳长运动自真正排卵后即开始，其开始时BBT上升呈高温相时，一般要求直线上升，但或有升而复降者，或有缓慢上升者，或有上升偏低者，这些变化，均可从BBT上升呈高温相的图像中观察到，这些不同的上升形式，幅度不大，变化较小者，仍属于生理范围的运动形式，也体现了阳性好动及个体差异性的特点，但如幅度大，变化多者，将为病理。第二阶段，即经前期的后半期，阳长运动是在维

持重阳高水平。阳长至重，重阳必阴，但是为什么当达到重阳时不转化呢？原因就在于阴阳消长运动必须保持其总体上的相对性平衡，也就是是太极阴阳生物钟的规律要求，因此尽管阳长运动已达重，而时间仅仅6～7天，不能达到阳半月的规律要求，因而受月圆运动生物钟的制约，仍然要将重阳维持在相当的日期内，虽然天癸中的阳水达重后即开始下降，而阳气起而代之，亦即前人所谓天癸中的天真之气，阳气代阳水，维持重阳高水平达半月左右，然后天真气降，阳气下泄，重阳转阴，排出月经，进入行经期。这种阳半月的后半期，阳气或称天真之气代阳水维持重阳的观点，是我们近年来通过临床的深入观察，以及掌握了现代医学黄体激素的生理功能后提出来的。因为阳长的后半期，阳气代阳水，亦正是前人所谓的经前期，这样对经前以理气为先，也就可以理解了。正由于阳气代阳水，故对经前后半期之所以出现胸闷烦躁、乳房乳头胀痛，也就更易理解了。

阳长运动的规律，与偶数律有着极为密切的关系。只有了解了阳长运动的偶数律，才能深入地具体地观察和分析阳长运动的规律。掌握了阳长的运动规律，便于临床进行推导，论治未病，我们之所以提倡研究月经周期与调周法，目的就在于此。就经前期与阳长运动有关的“2、4、6、8”偶数律而论之，“2”数律是偶数律中最基本最主要的数律，其他的“4、6、8”偶数律，也是“2”数律的倍数，常可用2数律来概括，但“4、6、8”偶数律有时还有它们的重要性。的确还有少数人也符合“4、6、8”偶数律。我们应用BBT，观察BBT所示高温相维持天数。一般高温相最少必须维持在12天，最好达14天，少数可达16天，甚则18天，如高温相偶然达16天，或18天者，要注意排除早早孕，如高温相维持在12天，而且很有规律性，或者偶有达14天者，此即为2数律；如高温相维持在12天，或者16天，相互交替，基本上有规律者，此即为4数律；如高温相维持在12天，或者18天，相互交替，亦基本上有规律者，此即为6数律；如高温相维持在16天，且有其一定的规律性者，此即为8数律。虽然“4、6、8”偶数律极为少见，但却反映了个体的特异性和多样性，故也应一并介绍之。

1．2数律　在经前期阳长运动中，2数律颇为常见，也是我们着重要论述的。从BBT高温相的图像分析，一般12天，很有规律，或者14天很有规律，其中高温相6天，或者7天，阳长即达重，进入经前期的前半时期，尔后转入重阳维持时期，或者称为重阳延续时期，即进入经前期的后半时期，也即是前人所称为的经前期。兹将2数律具体的运动规律和变化形式，列成表5-1并分析如下。

表5-1中所列的阳长运动形式中，其中Ⅰ式、Ⅱ式是主要的形式和规律，一般在临床上尤以Ⅰ式为常见。Ⅰ式中很明显呈2数律等量发展，前半时期为6天，即BBT高温相6天，阳长达重的高水平，然后进入后半期亦是6天，即BBT高温相合前为12天，加上行经期的早期及经间排卵期的末期，合起来达到阳半月的运动规律。主式中的Ⅱ式，在经前期的前半时期，其阳长运动即BBT高温相6天，或者亦可能7天就到达重阳的高水平，但在经前期的后半期其重阳维持时间确在8天，或者7天，维持重阳时间较之阳长运动时间为长，这种形式和规律虽较Ⅰ式为少见，但亦为临床所见。次式者，次要形式也，不仅较为少见，而且是生理健康较差的几种变态形式。在正常的阳长12天或14天中，偶尔夹杂Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ式的变化。如Ⅲ式，在正常的形式规律

下，一般经前前半期不变，而后半期维持重阳时间延长，可达 10 天；Ⅳ式，在正常的形式规律下，偶有延长呈奇数者，一般经前前半期不变，而后半期重阳维持时间达 9 天，呈整个阳长期为 15 天；Ⅴ式，在正常规律下，偶有更为延长者，一般经前前半期不变，而后半期重阳维持时间竟 12 天，整个阳长期为 18 天，虽然极为少见，但也反映了个体的特异性和波动性。

表 5-1　2 数律阳长运动的形式与规律分析表

周期 / 类别	形式	经前期	
		前半期	后半期
主式	Ⅰ	2—2—2	2—2—2
	Ⅱ	2—2—2（+1）	2（-1）—3—3
次式	Ⅲ	2—2—2（或+1）	2（-1）—4—4
	Ⅳ	2—2—2（或+1）	2（-1）—4—3
	Ⅴ	2—2—2（或+1）	2（-1）—4—6

2．4 数律　在经前期阳长运动，虽较 2 数律为少见，但亦常有之。其特点是阳长运动，即 BBT 高温相 12 天与 16 天相互兼见。在主要形式中如兼见 13 天、15 天、17 天者为次要形式。兹列表 5-2 分析如下。

表 5-2　4 数律阳长运动的形式与规律分析表

周期 / 类别	形式	经前期	
		前半期	后半期
主式	Ⅰ	4—2	2—4
	Ⅱ	4—4（或-1）	4—3
次式	Ⅲ	4—2（+1）	4—3
	Ⅳ	4—4（-1）	4—3
	Ⅴ	4—4（-1）	4—4—1

表 5-2 中列了五种形式。其中的Ⅰ式与Ⅱ式是主要的，两者实际上常常是互相兼见的，以 12 天为主要的是为Ⅰ式，以 14 天为多见的为Ⅱ式。当然从临床上看，Ⅰ式尤为多见，其经前的前半期在 6 天，后半期亦为 6 天，阳长至重刚好在 6 天，即中间时期，重阳维持时间亦在 6 天。Ⅱ式者，尤以 16 天的阳长期为多见，即 BBT 高温相在 16 天，其经前前半期在 7 天，或者 6 天，而经前后半期为 9 天，或者 10 天，为重阳维持日期。其中的Ⅲ式、Ⅳ式、Ⅴ式，主要是重阳维持时间的延长，有时呈奇数现象，但毕竟是以Ⅰ式或Ⅱ式为主要，此种单数偏长的现象毕竟很少，用测量 BBT 观察高温相的变化的方法就可以掌握。Ⅲ式，阳长期大多为 12 天或 16 天，偶有 13 天，也即是 BBT 高温相 12 天或 16 天，偶有 13 天的。Ⅳ式的阳长期，亦即 BBT 高温相 12 天或 14

天，偶有15天的。Ⅴ式，阳长期，亦即BBT高温相12天或14天，偶有17天者，一般阳长至重的经前期仍然在7天或6天，偶有8天者，但重阳维持日期则有偏长者。

3.6数律　虽然在经前期阴长运动中颇为少见，但仍应论述之。其特点是既有阳长期，即BBT高温相的12天，亦或有18天者，其12天与18天，相互交替，亦有一定规律可循者，始能称为6数律。6数律的主要形式和规律亦有两种，次要形式亦有两种。兹列表5-3分析如下。

表5-3　6数律阳长运动的形式与规律分析表

周期 / 类别	形式	经前期	
		前半期	后半期
上式	Ⅰ	6	6
	Ⅱ	6（+1）	6—6
次式	Ⅲ	6（+1）	6—5
	Ⅳ	6（+1）	6—6（+1）

表5-3中所列，6数律有主式和次式两种，但6数律在临床上较之4数律还要少。其主式中，Ⅰ式者以阳长期即BBT高温相12天与18天互见，但以12天为多见，但经前前半期为6天即BBT高温相6天，阳长至重，经前后半期亦为6天，即BBT高温相连前为12天，为重阳维持期；Ⅱ式者，阳长期BBT高温相18天与12天互见，但以18天为多见，经前前半期为7天，或有6天，或有8天，为阳长至重的日期，经前后半期重阳维持期为11天，或者12天，时间偏长。其次要形式中，Ⅲ式者，即在Ⅰ式或Ⅱ式中，偶然兼见阳长期即高温相17天者，但其只需7天或者6天即达到阳长至重，而经前后半期延长，达到11天；而Ⅳ式者，基本上相同于Ⅲ式，所不同的是，重阳维持日期较之Ⅲ式更长，竟达到13天。但是必须说明一点，当BBT高温相达到18天或以上者，要排除早早孕。

4.8数律　在经前期阳长运动中更为少见。其特点是以阳长期即BBT高温相以16天为主，且有一定的规律性者。但在经前前半期时，阳长至重即BBT高温相达7至6天时，或者偶有8天时即达重阳，经前后半期，重阳维持时期一般亦在10天到8天，偶有7天9天的，即阳长至重即BBT高温相连前半期在内达15天或者17天者，为兼见的次要形式。凡是见到兼见次要形式和规律者，说明阳长运动的规律性不强，稳定性较差，虽然属于生理性规律，但易致病理变化，不可不察。

三、阴消的形式与规律

经前期最大的生理特点，在于阳长阴消的运动，阳长固然重要，但阴消亦不能轻视，没有阴消，就不可能有阳长，阳愈长，则阴愈消，阴消为了阳长，阳长必须阴消，只有阴消才能保证阳长。阴阳之间存在着对抗消长运动，促进运动发展的重要关系，而阴阳之间的消长对抗又必须依赖相互间的生化作用，因为阳长特别是阳长达重时，必须通过大量阴消来完成，所谓阳赖阴生，通过阴的生化以转为阳，从而保证阳的迅

速生长，这是阴阳互相转换的道理。而且经前期的阳，是一种水样物质，属于天癸中的阳水，本身就含有一定阴的成分，当进入经前期的后半期，阳水达重，即高水平，然后由盛转衰，但为了维持阳半月的规律，代之而起的是阳气，亦即是天癸中的天真之气，这种阳气在维持月经周期特别经前期的演变中亦很重要。所以以经前期阳长为主时，亦当重视癸水阴血对阳的支持和促进。兹则将阴消的内含，及阴消的形式、规律，分别论述如下。

(一) 阴消的内含

阴消为阳长，阳长需要耗阴，阴耗之后，才能转化为阳，以保证阳长。《景岳全书》"真阴论"中说："盖阴不可以无阳，非气无以生形也，阳不可以无阴，非形无以载气也，故物之生也生于阳；物之成也成于阴。"因此，说明了阴阳的转换和特性。我们在行经期及经后期的生理章节中，已经着重阐述了天癸之水的癸为阴水，壬为阳水。所谓阳水者，是一种有形的物质，水者本身就属于阴的范畴，因为在中医学的术语中，水火的概念是非常明确的，水为阴、火为阳。阳水者，即水中之阳也，亦即水中之火也，所以张景岳制订出相当多的水中补火的方剂，就有以此为据也。而经前期阳长，所谓壬为阳水者，就是指此阳水的滋长运动，而此处所指阴消，就是指天癸中的癸阴之水。阴水主要指雌激素，阳水主要指黄体激素，均来自卵巢。卵巢所分泌的雌、孕激素，是肉眼所看不到的水样物质，溶于血液之中，以血为基础，互相对抗，亦互相依赖，互相促进，从而推动月经周期的不断演变和发展。我们体会，孕激素的演变和提高，亦必须有雌激素的基础和支持，这就是中医学中所谓阴阳的关系。但是当经前期前半期末，亦即是 BBT 高温相 6～7 天时，重阳必阴，即黄体激素下降，阳水下降，而代之以阳气，以维持阳长至重的重阳规律，亦即阳半月的要求，这时随着阳水下降，而阴水也必然下降，而代之以阴血，阴血支持阳气，以维持太极阴阳生物钟阴阳各半月的相对平衡性的规律。阳气者，亦有称之为天真之气的，得肝肾阴血以支持，而且在重阳维持的最后时期，更需要有大量阴血的支持，才能保持阳气的持续充盛，亦即前人所谓的冲任旺盛，血海满盈，盈才能保证行经期的溢泻。

(二) 阴消的形式

总的来说，经前阳长阴消的运动形式相对立，即阳长运动呈斜直线上升，阳长的水平亦必然呈斜直线提高，其 BBT 高温相的曲线一般上升很快，升高后有所波动，在一定程度上 BBT 高温相代表了阳长运动的变化形式。如欲了解内在的阳水滋长情况以及到达重阳高水平的时日，需要通过血查黄体激素，观察其激素水平。一般在 BBT 高温相 6～7 天时，才能了解到其激素水平高峰时的情况，亦可了解到阳长运动的形式。从临床来看，经前期前半时期阳长运动很快，呈斜直线上升的运动形式，反过来亦说明阴消的形式，即随着与阳长形式的对立，出现相反的斜直线下降。阳者阳水也，水中之阳，本身就含有相当阴的意义在内，当阳长至重，呈斜直线快速上升时，亦要有足够的阴，包括阴水及阳水本身所含的阴。才能促使阳迅快上升，达到斜直线的高峰阶段。所以从理论上看，阳愈长阴愈消，阴愈消阳才能愈长。但是实际上当阳长至中等度水平时，阴则消中见长，不仅不呈斜直线下降，相反阴消中之长，长甚于消，出现反弹，反见一定程度的水平提高，曲线由降见升，从而保证阳的迅快上升达重。特

别是重阳维持时期，亦即是经前期的后半期，黄体激素高水平时，其雌激素也必然出现一次高水平时期，随着经前期后半期推移，阳气代替阴水，保持 BBT 的高温相，亦即是保持阳半月的运动规律，虽有所波动，但基本上维持在稳定性相对性平衡的水平上，但其阴消的内容也随着阴水下降而代之以肝肾阴血。阴消的形式，消中见长，以长为主，亦维持在较高水平上，与阳长的形式一样，始终保持在充盈的状态，或稍有波动。阴始终是女性月经周期与生殖节律的基础，经前期亦是如此，但在经前期阴与阳相比较，居于次要地位。就经前期言之，阴虽居于次要地位，虽处于消的趋势，特别是阴消水平低的时期，但仍需保持一定的甚至相当的水平，特别当阳长达重，即黄体激素高水平时，阴的基础极为重要，不仅转化为阳，而且阴本身的消中见长以长为主，甚至在消的时候长至第 2 次高水平。这就是女性属阴以阴为主的生殖生理特点，也是经前期阳长运动中阴消的特点。

（三）阴消的规律

经前期阴消的规律，及其在经前期所反映出的特点，为经前前半期，其阴消呈斜直线下降，但是到接近重阳时，阴消中又见阴长，并于消长中以长为主，达到反长的第 2 次高峰，但较之经间排卵期的重阴为低；接着经前期进入后半期，阴血代之而起，替代阴水，支助阳气以维持重阳，因而阴血亦必须充盈，与阳长达重时保持一致。这即是经前期阳长阴消的形式，也是阳长阴消运动的规律。根据我们多年来的临床体会，阳长与阴消的规律表现在偶数律上，因此“2、4、6、8”的偶数律在经前期的阳长运动中有重要意义，阴消也是为偶数律服务的。

1. 2 数律　2 数律是偶数律中基本数律，也是最为主要的数律。3 数为奇数中的基本数，因此 2 数与 3 数非常接近。3 数属于太阳之数，太阳与少阴相表里，而 2 数是阴的基本数，也是起点数，应与少阴有关。少阴者，与肾或心的脏腑有关，但就妇科而言，尤以肾为主。肾者，是天癸中阴水阳水之依赖者。癸水原本属肾、肾司生殖，为生殖之本，故凡生殖功能中所表现出的月经周期节律，皆与肾有关，亦即与癸水有关，因而在前人的论述中有月经来源于肾的说法，《女科经纶》曰：“月水原赖肾水施化”。所以肾水中的阴水推动阳水运动的规律，是以 2 数为主的，测量 BBT 可以观察到高温相 12 天或者 14 天的阳长运动节律，应与 2 数律有关。

2. 4 数律　偶数律中，4 数律是仅次于 2 数律者，也是偶数律中的主要数律之一。4 数是 2 数的倍数，一般与 2 数有关，但又有其本身的规律性。4 数与 5 数相接近，5 数为阳明中土数，而 4 数较 2 数为大，因而与太阴有关。太阴者，脾与肺也，就妇科而言，应以脾为主。脾为后天之本，气血生化之源，化生水谷之精以养生殖之精，为阴中之阴，可以 4 数又可为偶数中的偶数，故与阴中之阴相合，其推动阳长运动的规律一般高于 2 数律，故 BBT 高温相常 12 天与 16 天相兼见，体现了 4 数律的特点。

3. 6 数律　是偶数中较为少见的数律。6 数亦是 2 数的倍数，但为 2 的 3 倍数，虽与 2 数有关，有时为 2 数所替代，但与 2 数的关系小。6 数与 7 数，7 数为少阳数，而 6 数为厥阴数。少阳与厥阴有着内在的关系，厥阴者属肝与心包络，但应以肝为主。肝者，藏血之脏，可协助心肾以维持生殖功能，协助脾胃维持生化之源。且厥阴者，阴将尽阳将生，其推动阳长的规律为 6 数。根据我们临床体会，经前期阳长运动的一半

过程在6~7天，符合厥阴数的特点，阳长达重，这是厥阴6数的运动特点与规律，也有少数与4数有关，属于太阴脾土运动规律者。

4.8数律 是偶数律的最高数律，临床上更为少见。虽亦为2数的倍数，但为2的4倍数，所以一般与2数关系小。8数与9数相近。9数亦为最高的奇数，根据前人应用后天八卦学说的认识，9为老阳数，相当于乾卦，而8数则为老阴数，相当于坤卦，老阳依赖老阴，老阴依赖老阳，所以8数运动规律，是老阴推动老阳的运动数律，少数与7数相关，其运动与6数相似。一般表现为经前期阳长运动稍有延长，这是老阴数律的特点。

第二节 经前期的病理特点

经前期的病理特点，是在经前期的生理功能失常的情况下所形成的，而经前期的生理特点，就在于阳长活动的开始与重阳维持的规律，还有阴消的形式等，因此，病变所在，除阳长阴消的功能失常外，其中主要是血、气、阳的功能物质的失常影响阳长运动的发展，也有极少数因阳盛有余，反致阳长不利，甚至影响转化者。有的因功能紊乱，产生一些病理物质，反过来影响阳长阴消运动的发展。阳长运动失常，即指阳水的失常，不仅影响受孕，更将影响孕后胚胎的发育，而且亦将影响月经的期、量、色、质正常，特别是于宫中的内膜组织和瘀浊的排出和新生，还要影响月经周期的圆运动生物钟节律。论述经前期的病理变化，首先需要论述血、气、阳的总概念总病变，然后论述阳长运动的形式和规律的失常，最后论述阴消功能的失常，其中着重阐明阳长运动失常的病理分析，凭借BBT高温相曲线图像的异常，反映我们对此分析的特点，以及“2、4、6、8”偶数律的病理变化，还有有关的发病原因、病理产物等复杂变化。

一、血、气、阳的病理变化

女子以血为主，以气为用，气与阳密切相关，阳与血亦有关，阳溶于血中，血内含阳，血、气、阳推动月经周期的发展，因而在女性经前期病变中，血虽然是重要的，但只能作为次要的病变，气病才在经前期病变中占有重要地位，前人曾有经前以理气为先之说。阳病是经前期最重要的病变，气病亦常与此有关。由此可知，女子经前期中，血病具有普遍性，但气病为重要者，阳病最为重要。血与气的关系较大。气血之间，不仅互相依存，互相转化，亦互相协调，以维持气血之间的密切关系。当然在气血的协调关系上，亦必须得到心肝脾胃的支持，因而气血之间发生病变，或则气病，或则血病，均将影响气血双方，进而影响心肝脾胃，或者正由于心肝脾胃的功能失常所影响。其发生病变，由于涉及脏腑及阴阳的消长转化，故除一般的虚实寒热病变外，大多出现虚实寒热升降等复杂矛盾性的病变，反映了经前经期的生理病理特点。阳的病变与气血有关，但就经前期的阳病而言，有两种情况：其一是阳水的病变，是经前期最主要的病变，本处仅论及一般的，对其深层次的病变，将在本节下文“阳长运动的失常”中讨论；其二是阳气的病变，即经前后半期的病变，先介绍一般的阳气病变，再对血中之阳、水中之阳、气中之阳分类介绍。

（一）血的病变

血分病变，从理论上分析，不外虚实寒热四者而已。至于虚实寒热四者的一般病理，已详述于经后期病理特点中的血、阴，精的有关内容中，本节针对经前期病证的特点，详述其复杂性的病理变化，甚至是非常矛盾的病变。所谓复杂与矛盾，是指临床上所出现的症状，或者通过各种检查所收集的资料，有两种以上的病理变化兼夹在一处。根据多年来的临床观察，我们认为经前期血分病变的复杂类型有：血寒与血瘀，血热与血瘀，血虚与血热，血虚与血寒，进而尚有血虚与血实（瘀）、血热与血寒等的相互兼夹。

1. 血寒与血瘀相兼　血寒者，血分之寒变也。血瘀者，血分有瘀，妇科之血瘀主要在于盆腔子宫之中。血寒与血瘀相兼，根据观察得知，常与阳之不足，阳长不及有关。阳不足则寒胜，故有寒变。阳不足，阳长不及，则子宫盆腔之瘀浊不易祛除，子宫的内膜组织溶解不利，是以致瘀。且阳不足，不仅产生内寒，而且易受外寒侵袭，从而形成寒瘀相兼。血寒与血瘀相兼在临床上颇为常见，可见于功能性痛经、膜样性痛经、功能性不孕症等。

2. 血热与血瘀相兼　血热者，血分之热变也。血瘀者，血分有瘀，妇科之瘀在于下焦。血热与血瘀相兼，根据观察得知，常与肾虚肝郁有关。肾虚者，偏阳虚也，肾阳虚弱，阳长不及，则血浊内凝，或子宫内膜溶解不佳，导致血瘀。肝郁者，肝郁气滞也，郁久化火，火热入于血分，迫血妄行。血瘀与血热相兼，可导致热与瘀的病变，出现月经先期，月经量多，经间期出血、痛经，以及经前期综合征等。

3. 血虚与血寒相兼　血虚者，血分之不足也。血寒者，血分有寒变也，寒变的部位在盆腔子宫的下焦。寒有外寒、内寒之别，但大多数系内寒。内寒与血虚相兼，谓之虚寒；外寒与血虚相兼，将形成实寒的病变。就虚寒而论，是与脾肾阳虚有关，尤以肾阳虚为主，故出现下寒现象，一般可导致月经后期、月经量少、痛经、带下过多等病证；而实寒病变者，可致剧烈性痛经、月经量少等病变。

4. 血虚与血热相兼　血虚者，血分不足也。血热者，血分有热也，其热的病变部位在盆腔子宫，亦包括胸乳及头目。热亦有内外之分，但大多数系内热。内热与血虚相兼，谓之虚热；外热与血虚相兼，将形成实热的病变。就虚热而论，是与肝肾阴虚有关，尤以肾阴虚为主，阴虚则火旺，阴虚则血更虚，得经前期阳长至重，其火热自然更旺，以热为主者，可出现月经先期、经行量多、经行头痛、经行发热等，以虚为主者，可出现月经量少、经行眩晕。实热为主者，亦可见月经先期、月经量多、经行吐衄等病证。

5. 血虚与血瘀相兼　血虚者，血分不足也。血瘀者，血分有瘀滞也。血虚为虚变，血瘀为实变，在血分之中出现虚实两种矛盾性病变，按理而言是不可能同时存在的，但是在临床上却常有之。之所以出现此种矛盾病变者，必与肝脾脏腑功能失调有关。肝郁气滞，久而可致血瘀，脾虚不运，生化乏源，以致血虚，故血虚与血瘀同时并存。血虚与血瘀相兼的病变中，以血虚为主者，可出现月经后期、月经量少、不孕不育等病证；以血瘀为主者，可出现痛经、月经量多、经期延长等病证。

6. 血寒与血热相兼　血寒者，血分寒变也。血热者，血分热变也。两者性质不同，

水火不相容，本不应同时并见，但在临床上特别是围绝经期却常有之。之所以出现此种矛盾病变，必与肝肾或心脾的功能失调有关。据观察，所谓血热者，心肝之郁火也，火人乎血分，谓之血热；肾阳虚，或脾肾阳虚，阳虚则下寒，寒及血分，谓之血寒。临床所出现的上热下寒者，即这种病变也，一般在围绝经期综合征、经前期综合征、膜样性痛经中颇为常见。

（二）气的病变

气分的病变，相同于血分病变，亦不外乎虚实寒热四者。其一般变化，已详有关篇章，关于其复杂的病变，基本上与血的病变相似，因为气血之间有着密切的关系，气病及血，血病及气，相互影响。如寒热性的病变，特别是实证性的，常多由气及血，也符合经前期生理病理特点。我们在这里所要介绍的气分病变，主要是矛盾性病变的，如气虚与气滞（实）相兼，气寒与气热并存，气逆与气陷合并，气闭与气溃兼夹。兹分析如下。

1. 气虚与气滞相兼　气虚者，气分之不足也；气滞者，气分之阻滞也。两者相兼，按一般理论而言，相互矛盾，不可能并存，但是在临床上却常有所见。之所以出现这类矛盾病变者，是与肝脾失调有关。肝失调，则肝郁气滞，表现出气实的病变；脾失调，则脾虚气弱，表现出气虚的病变。两者相兼，就为气虚与气实相兼，但实际上应称为肝郁脾虚。一般在经前期综合征、围绝经期综合征、经行泄泻甚则崩漏、闭经等病证中易见此类病变。在经前期也易见此类证候。

2. 气寒与气热并存　气寒者，气分寒变也；气热者，气分有热也。两者相兼，就理论而言，两者具有对抗性，似乎不可同时并存，但在临床上却有所见。特别在围绝经期综合征中还较为常见。之所以出现这类矛盾病变者，与肝脾失调，肝肾失调有关。肝失调者，肝郁化火，首先见于气分；脾失调者，脾阳不足，虚寒见矣，故见气寒。两者并存，实际上应为肝热脾寒，可以导致围绝经期综合征、经前期综合征，特别在经前期可以出现明显的上热下寒的症状，反映了这一时期的特点。

3. 气逆与气陷合并　气逆者，气分之升逆也；气陷者，气分之下陷也。两者合并，虽然临床上并不多见，但亦有之。两者性质不同，似乎不可合并。之所以合并，同时出现上升下降病变者，亦与肝脾脏腑功能失调有关，因为肝与脾均有着升降的功能，肝之疏泄即升降也，脾胃之升清降浊亦即升降也。肝脾失调，升降倒置，亦有所见，如围绝经期综合征、经前期综合征、郁分功能性不孕症等。

4. 气闭与气溃兼夹　气闭者，气分闭塞，气化不利也；气溃者，气分溃散，不能收摄虚脱之状。两者相兼，按理来讲，性质不同，矛盾较大，不能并存，但就临床观之，虽为少见，但亦有之。之所以出现此类矛盾较大的病变者，与肝肾失调有关，其中尤与肾的阳气有关。肝郁气滞，阳气不足，则气机闭塞，气化不利；肾阳之气虚衰，不司摄纳，故可出现经行尿淋与尿不畅并见，及崩漏等病证。

（三）阳的病变

阳的病变，在经前期占有重要地位。本节仅就一般的阳的病变加以论述。鉴于妇科以血为主，故在分析阳的病变时，可从三个方面入手，其一是水中之阳虚，亦即阳水之不足，或者阳水有余，这是经前期的主要病变；其二是气中阳虚，常为脾肾不足

所致，或有过甚者，将为气火发病；其二是血中阳虚，大多为血虚与阳水不足的合并者，亦有气血不足与阳气虚合并者，亦有属有余病变者，临床少见。阳之不足，不仅影响经前期温暖子宫，保持子宫温和状态，溶解子宫内膜组织等功能，而且还将影响对重阴转阳后所带来的过多水湿津液的输化，更为重要的是推动经前期阳长运动就缺乏力量，从而影响到月经周期生物钟节律的正常。下面，我们针对以上三种阳病分析之。

1. 水中阳虚　所谓水中阳虚，应该说是阳水之不足。阳者火也，水者阴也，水中阳虚，也可以说是水中之火不足。水火阴阳来源于肾，得后天水谷之精以养之，所以水中阳虚，完全是肾虚，水火阴阳属于肾的范畴。但阳水者，尚有它的独特性，是因为月经周期中阴阳消长转化属于阳的物质。阳水不足，一般即指黄体激素低下，功能不健全，可导致一系列与月经有关的疾病，如痛经、月经过多，经行浮肿、经行泄泻等，在功能性不孕症、先兆流产、滑胎、暗产中常易见此，甚则还可引起癫痫类疾病。

2. 气中阳虚　所谓气中阳虚，实际上应称之为脾肾不足。从临床上看，脾肾不足，尚有其侧重点，即由脾及肾，即由气虚导致阳虚者，就妇科而言，较为少见；而由肾及脾，即由阳虚导致气虚者，亦称之为火不暖土者，在临床上颇为多见，特别对在经前的后半期发病，更有其重要影响，如经前期出血、月经先期、月经过多、经行泄泻、经行浮肿等，在先兆流产、滑胎、暗产等中，较之水中阳虚者更为多见，不可忽此。

3. 血中阳虚　所谓血中阳虚，实际上是血虚与阳水虚的并见，亦可称之为肝肾阳虚。肝者含血虚，肾者指阳水不足，所以合起来称为肝肾阳虚，这是妇科学上的特点。血中阳虚的病证即阳水不足的病证加上血虚的病证，或者表现为肝肾不足的症状加上一些阳虚的症状。阳虚的症状，有的十分明显，有的不太明显，根据我们长期的临床观察，BBT 高温相的变化，有助于我们对阳虚症状的认识和辨别，特别是对先天性发育较差者，其阴虚阳虚均需通过有关检测才能确定。BBT 高温相异常的变化，将在阳长运动的特点和形式失常中论述，可参考之。

二、阳长运动失常的病变

经前期阳长运动的特点和形式有所失常，是经前期最大的病理特点。所谓阳长运动特点的失常，可从 BBT 高温相的曲线图像观察到，主要是从对 BBT 高温相上升时的情况加以分析。因阳主动，阴主静，动者快也，静者慢也，所以 BBT 高温相上升较快，符合阳长运动的特点，但阳长运动中最大的问题，在于阳长不及，也就是阳的不足，而阳的不足，原因很多，有先天的、后天的，将在阳长不及中论述。但亦有少数属于阳长过甚者，亦应有所论及，还有少数属于阳长运动不协调者，即或快或慢，或甚或微，或过或欠者，也应给予分析。在阳长运动的形式失常中，更应分析 BBT 高温相的曲线图像，我们提出阳长不及、黄体功能不健的 6 种高温相异常的形式，3 种阳有余的高温相异常形式，同时我们还分析了“2、4、6、8”偶数律的失常，对在阳长运动失常的情况下所产生的痰脂、水湿、血瘀、气郁等病理物质，也将予以分析。

(一) 阳长运动的特点失常

经前期以阳长运动为主，而阳长运动的特点就在于动，这固然是与阴长运动的相

对静比较而言的，但亦确实反映了阳长运动的较快较强的动态。如这种动态失常者，根据我们多年来的临床观察，常见的是动之欠佳、动之不足，此与阳虚有关，为阳长之不及。但阳虚者，有先后天的原因，有精神心理上及体质的因素等；亦有少数动之过强过快者，此与阳盛有余，即阳水过甚，或则阳气过旺的因素有关。此外，动之不协调，即动态反映出现时盛时衰，时快时慢，时而太过，时而不及，这与心肝脾肾等脏腑功能失调有关，将予一一论述之。

1. 阳长运动不及　所谓不及者，即动之不足，动之缓慢，动之乏力，不符合阳的特性。如能观察 BBT 从低温相上升为高温相时的形式，亦有助于了解阳长运动不及的情况，以及了解经前期常见的病理变化。根据我们临床的体会，阳长不及与阳虚有关。究阳虚之原因有五：一是肾阳不足：也即是主为阳水的降低以及阳气的不足，命火衰微，导致阳长运动不及，出现该动而乏力，或动之不够，可从 BBT 上升为高温时的形式中看出，这是最为主要的方面；二是阴消不及：阳长有赖于阴，阴消不及，自然导致阳长不及，将在阴消章节中论述；三是肝郁气滞：应该称为心肝气郁，阻碍或影响阳长运动的进展；四是脾土薄弱：气血不足，由气及阳，且脾胃为后天之本、精血化生之源，天癸者，亦赖后天水谷之精以养之，阳水亦不例外；五是痰脂血瘀的蕴塞：阳虚易导致痰脂血瘀，而痰脂血瘀反过来又阻碍或影响阳长运动的进展。阳长不及，一般表现为运动的缓慢，或活动的节奏失常，或者间歇，常可从 BBT 的低温相上升为高温相的形式中观察到，凡见上升缓慢，或间歇性上升，或上升后又复下降，或者上升幅度偏小等，均属于此类病变。

(1) 肾阳不足，阳水不充：这是阳长运动中最为常见的病变。由于肾阳不足，阳水偏少，故致阳长不及，所以出现 BBT 上升缓慢等变化。阳长缓慢，阳水不足，必然会对温暖子宫、溶解子宫内膜、输化重阴时所带来的过多水湿津液、推动精卵结合种植于子宫等方面的功能，带来不利的影响，但毕竟阳虚不重，仅有所不足，故仍能行其长消运动，仍能推动月经周期演变，临床上所表现的病证，如月经先后期、经量过多、痛经、经前期漏红、经行浮肿、经行泄泻，以及不孕不育等，究其原因，主要有先后天的因素。

先天因素：以遗传禀赋为主。先天肾气欠盛，天癸不充，主要是阳水不足，冲任通盛欠利。或则初潮来迟，或则初潮后月经后期、量少，或则初潮后淋漓不易净，或则痛经掉下腐肉样血块等，或原发性不孕症，或子宫发育欠佳者，均与先天肾阳偏虚有关。

后天因素：或因劳累过度，或因房事过多，或因产育众多，流产较频，或则经行产后不慎风寒；或则久卧阴湿之地。根据我们的长期临床观察，学习、工作过度紧张，或则情怀不畅，长期处于心理紧张状态下，心肝气郁，久而窒痹阳气，所有种种，均可致肾阳不足，或者阳虚心肝气郁，正如《傅青主女科》在“经水先后无定期”中说“夫经水出诸肾，而肝为肾之子，肝郁则肾亦郁矣，肾郁而气必不宣，……。”

(2) 阴消不及：关于阴消不及者必然导致阳长不及，将在以下“阴消失常的病变”中加以详述。

(3) 肝郁气滞：准确地说应为心肝气郁。这常与精神情绪不畅有关。而肝郁者，

根据我们临床的体会，常与心郁关联。心肝气郁，不仅有窒痹阳气导致肾阳不足的一面，而且心肝气郁，疏泄不利，从而亦影响肾的活动功能。因为前人认为：肝肾作用于下焦，一主开，一主阖，有开必有阖，有阖必有开，开阖之间，共同维持着下焦的功能；而且心与肾亦有上下交合，水火既济的作用，目的有维持阴阳消长转化的月经周期及生殖的节律；再者心气下降，有助于子宫胞脉胞络的开放和通利。是以心肝气郁，必然导致阴阳运动的进展不利，以及其他相关功能的失常。

（4）脾土薄弱，气分不足：脾土者，乃后天之本，气血生化之源，故凡气血的不足，首先有赖脾胃化生之不足，天癸中的阳水亦不例外。如脾土薄弱，生化之源不足，不仅气血不能及时补充，而且亦影响阳水的充盛，是以导致阳的不足，影响阳的长消运动。

（5）痰脂血瘀：痰脂血瘀，原为阳虚后所产生的病理物质。当然产生这些病理物质，除阳虚外，还有肝脾失调的因素在内。痰脂血瘀内阻，特别是阻塞于子宫内及卵巢者，必然影响阳的滋长运动，同时亦影响气血活动，反过来更将耗损肾阳之气，导致阳虚与痰脂血瘀之间的持续因果性关系的发展。

2. 阳长运动太过　指的是阳长运动有余。这在阳长运动中，原本是反映阳长运动较快速，BBT 低温相上升为高温相时较快速。但如阳长动之过甚，BBT 高温相上升过早过快，属于阳长运动太过，亦是一种病变，临床上虽为少见，但亦有之。其原因主要有三点，一是禀赋阳盛之体，先天发育有关者，其阳水偏甚，以致阳长运动太过；二是心情烦躁，或则忿怒过度，以致心肝气火偏甚，从而导致阳长过甚过快；三是嗜食辛辣，或常服羊肉、鹿血、狗腿、虾子等阳热物品，以致阳火偏甚，迫气血以妄行，这样亦将促成阳长运动太过。阳长运动太过者，一般可见月经先期、经量过多、经前期漏红等病证。

3. 阳长运动不协调　指阳长运动的不及与太过交替出现，时盛时衰，时快时慢，没有一定规律，很不协调。此类病变，临床上亦为少见，但较之阳长运动太过者稍多。其原因主要与肾、肝或肝、脾、肾之间的功能失调有关。《校注妇人良方》曰："经者，常候也，谓候其一身之阴阳愆伏，知其安危，故每月一至，太过、不及，皆由阴阳衰盛所致。"阴阳失调，来源于脏腑，因为脏腑有调节阴阳气血的作用，具有两重性，可以因脏腑功能失调导致阴阳盛衰的矛盾性病变。阳长运动不协调亦有先后天的因素。其先天因素，仍然与禀赋、遗传、发育等有关，后天因素很多，首先是与房事过多，产育过频，生活起居，饮食营养，特别是精神心理等因素有关。阳长运动不协调的病证，有先后无定期、经量或多或少、不孕不育等，通过测量 BBT，观察高温相上升时的变化，或者检查有关的内分泌激素，对此是不难确定的。

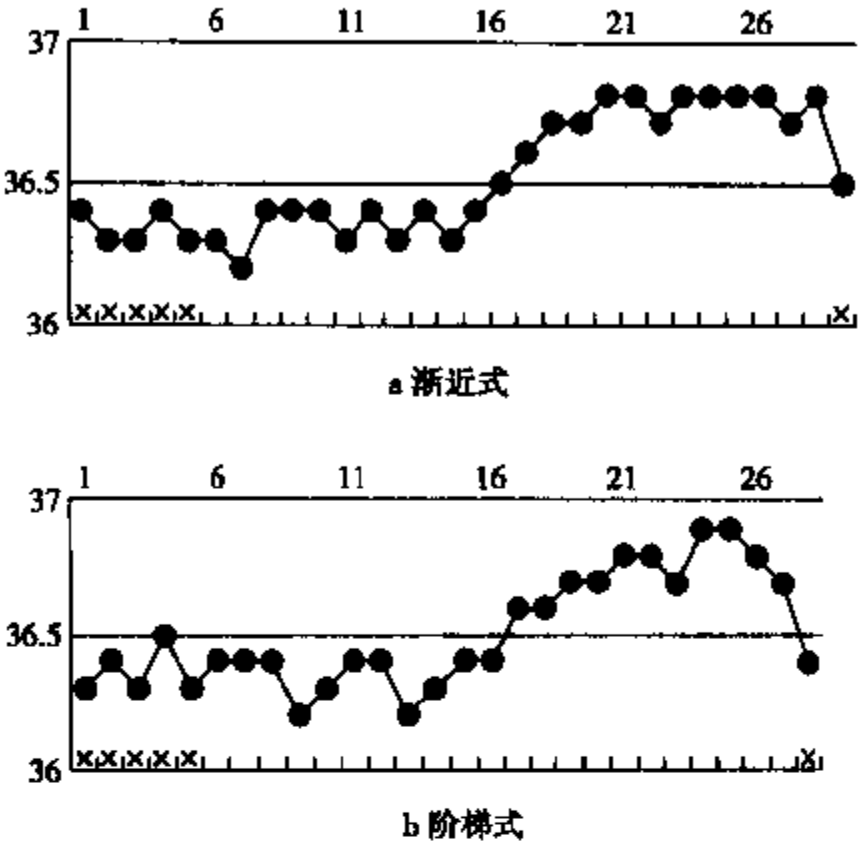
（二）阳长运动的形式失常

我们根据临床上对功能性不孕不育症的长期观察，发现 BBT 高温相的形式变化可代表阳长运动形式的病变。经分析和统计经前期 BBT 高温相形式的变化，发现阳长运动不及所出现的 6 种异常形式，及阳长运动太过所出现的 3 种异常形式，是经前期阳长运动中形式失常的主要内容。

1. 阳长运动不及所出现的形式失常　经前期阳长运动不及导致的 BBT 高温相的形

式异常，经我们长期观察、分析和统计，有以下 6 种形式。

（1）上升缓慢：BBT 由低温相向高温相上升时，按照生理要求，自经间排卵期后，BBT 应迅速上升，一般在 1～2 天上升至高温相，而低温相与高温相之间的温差幅度应在 0.4℃。所谓缓慢上升者，即 BBT 上升的温相缓慢，超过 3 天始能达到高温所要求的幅度。可能有两种缓慢上升的形式（见图 5-1），一种是渐进式，一种是阶梯式。

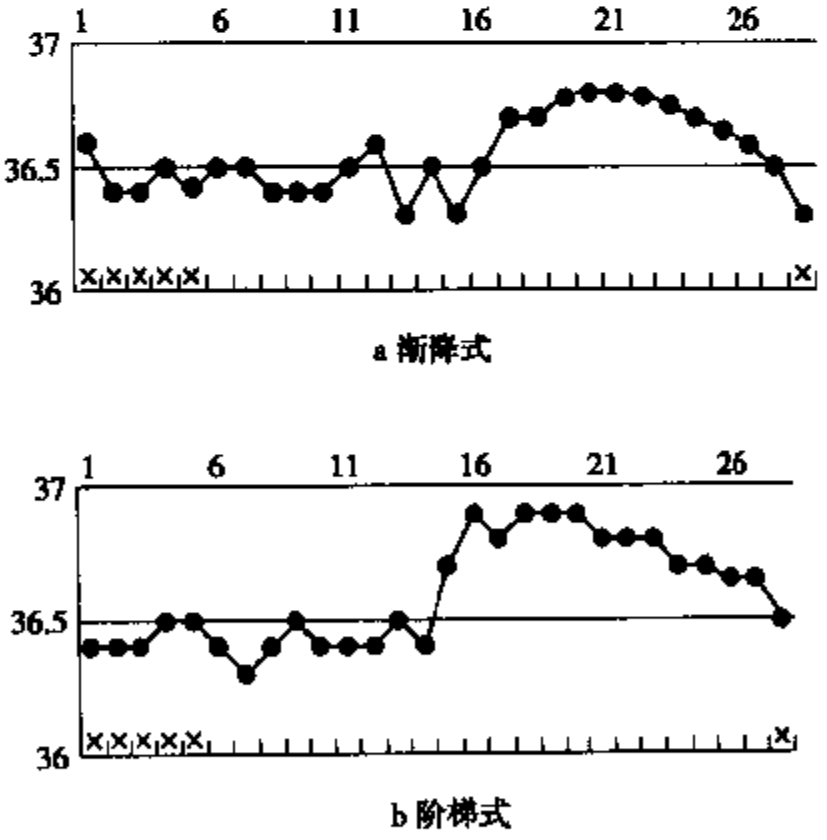


a 渐近式

b 阶梯式

图 5-1 基础体温高温相缓慢上升的两种形式

渐进式者，是指体温逐渐上升，每日上升 0.05℃～0.1℃，低温相上升到高温时需要 4～5 天，甚则 6 天，才能达到高温相的要求；阶梯式上升，是指上升 0.1℃～0.15℃时，必然停留 2 天或者 3 天，然后再上升 0.1℃～0.15℃时，再停留 2 天或者 3 天，呈阶梯状，需要 4～6 天时才能达到高温相水平的要求。这种缓慢上升的形式，主要表现在经前前半期，故与阳水的不足有关，应属于阴中阳虚，水中火弱。



a 渐降式

b 阶梯式

图 5-2 基础体温高温相缓慢下降的两种形式

（2）缓慢下降：即 BBT 高温相在经前期的后半期，开始呈缓慢下降之势，而这一时期，属于重阳时期，不应下降，故亦是阳长运动不及的病理反应。亦有两种形式（见图 5-2），一种是渐降式，一种是阶梯状下降式。

所谓渐降式，是指逐渐下降，指经前后半期每天下降 0.05℃～0.1℃，高温相从行经期前的 5～6 天即开始下降，到行经期达到最低的低温相水平；阶梯式下降式，是指经行前 5～6 天即下降 0.1℃～0.15℃，然后停留 2 天，再下降 0.1℃～0.15℃，再滞留 2 天甚或 3 天，才能达到低温相水平而行经。这种经前期后半期的缓慢下降，性质上均属于气中阳虚，即阳气不足，阶梯式下降者，或可能伴有心肝郁火，很可能出现经前期漏红、经前期综合征等病证。

（3）升后复降：BBT 由低温相上升 1～2 天后，又复下降，但其下降的幅度仍较低

温相为高，见图 5-3。

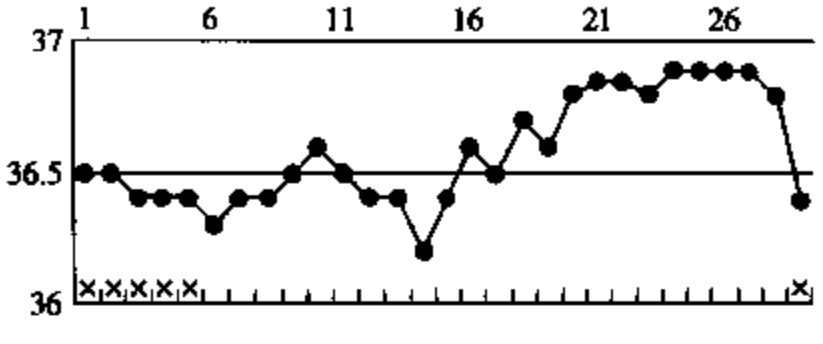
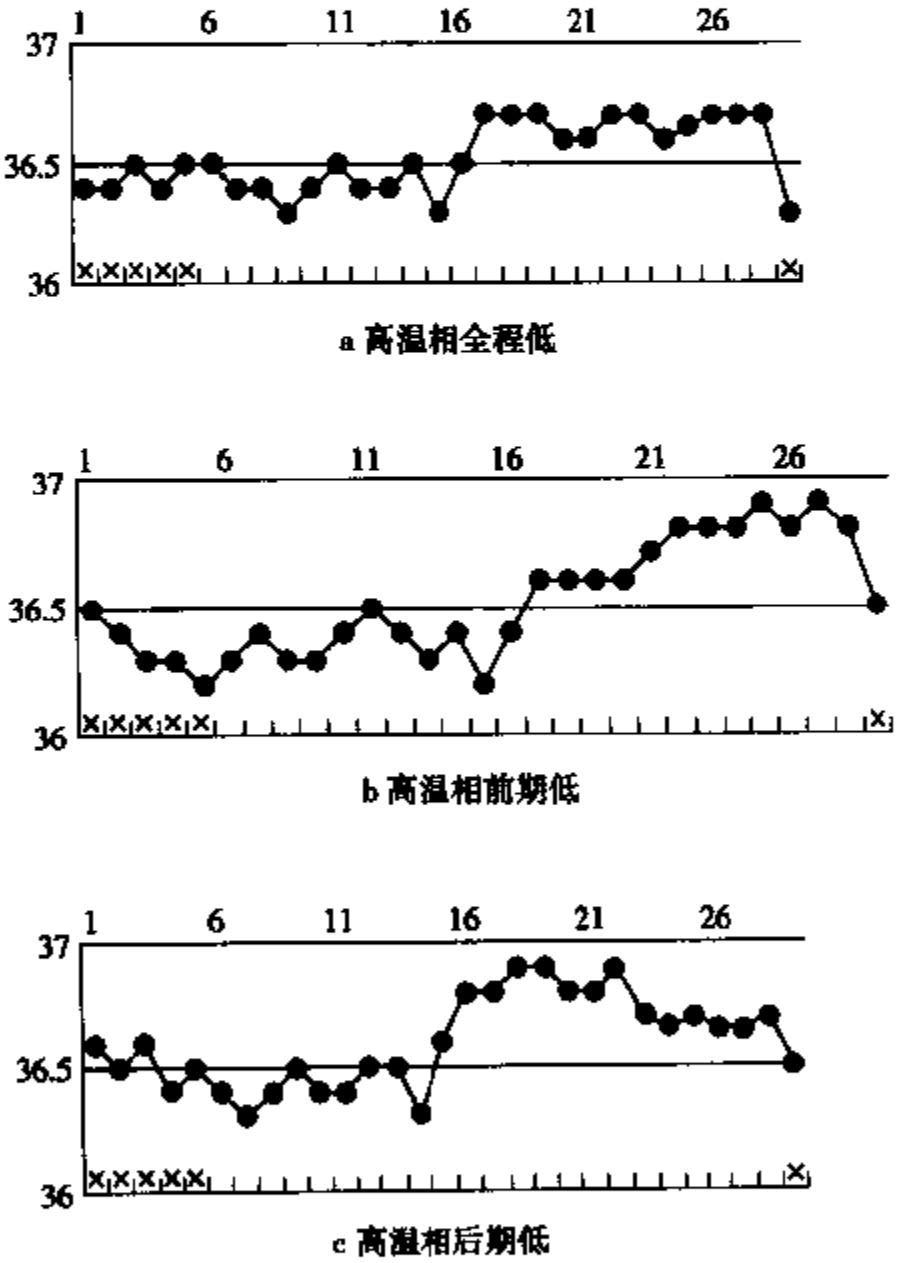


图 5-3　基础体温高温相升后复降的形式

在 BBT 高温相上升之时，其上升幅度基本上达到 0.3℃～0.4℃的生理要求，但上升 1～2 天后又复下降 0.2℃～0.3℃，或下降 1 天，又复上升，上升后又复下降，或者在第 1 次上升后，下降 2 天再上升，说明上升后不能维持。我们分析，其升后复降，基本上与上升缓慢相一致，亦属于阳水不足，水中火弱，阴中阳虚的病变，但与上升缓慢不同者，其气血活动的功能尚较好，所以通过气血的显著活动，尚能冲击达到高温相水平的要求，但由于物质基础的不足，故不能维持其高温相的高度。



a 高温相全程低

b 高温相前期低

c 高温相后期低

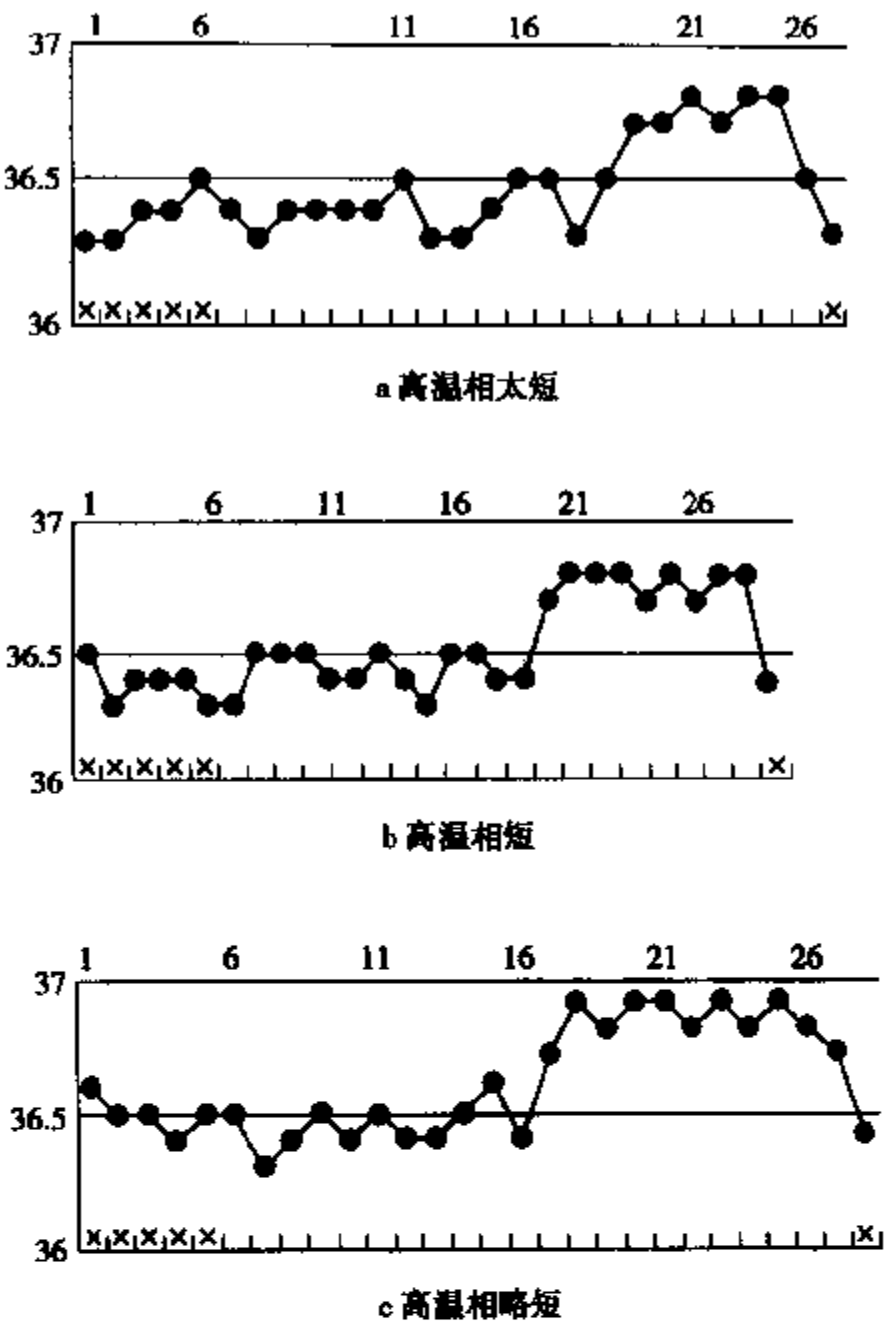
图 5-4　基础体温高温相低的几种形式

(4) 高温相低：即 BBT 的高温相低于正常水平。我们认为：BBT 低温相与高温相之间，需要保持在 0.4℃的差距性，即低温相在 36.5℃者，其高温相应在 36.9℃，或者达到 37℃，偶尔出现 1～2 天的 36.8℃者，均属正常的健康的双温相。但如高温相偏低者，一般高低温相的差距在 0.2℃，或者少数达 0.3℃，并不稳定。根据我们临床观察，高温相偏低者，又有三种形式，一是高温相全程均低，二是高温相前半期低，三是高温相后半期低，见图 5-4。

高温相全程低者，整个高温相时期均低，亦即是低温相在 36.5℃，而高温相仅在 36.7℃，或者偶有达 36.8℃，甚则达 36.9℃者。在高温相低的类型中，还有高低温相均低者，如低温相在 36.1℃或 36.2℃时，其高温相亦在 36.4℃左右。高温相前期低者，即高温相在上升的 5～6 天内温相低，而在高温相 7 天后达到正常水平；高温相后期低者，即高温相在 6～7 天后下降低落，直至月经来潮者。一般来说高温相低者，与阳的不足有关，前半期低者，与阳水的不足有关，后半期低者，与阳气的不足有关。如低高温相期间，出现不规则波动如犬齿状者，说明在阳不足的前提下，尚夹有肝郁脾弱的因素。

(5) 高温相短：即 BBT 高温相维持的时间短于正常者。高温相维持应在 12 天，或者 14 天，甚至可达 16 天、18 天，所以少于 12 天者，谓之高温相短。我们又将其分为太短、短、略短三者，见图 5-5。

高温相太短者，高温相维持的时间很短，一般在 6～7 天；高温相短者，高温相维持的时间短，一般在 8～9 天；高温相略短者，高温相维持时间稍短一些，一般在 10～11 天。这三种形式虽有所不同，但性质上是相同的，均属阳水不足，但程度上有差异，高温相维持时间越短，说明阳虚的程度越重，临床上可见月经过多、月经先期、痛经、不孕等病证。



a 高温相太短

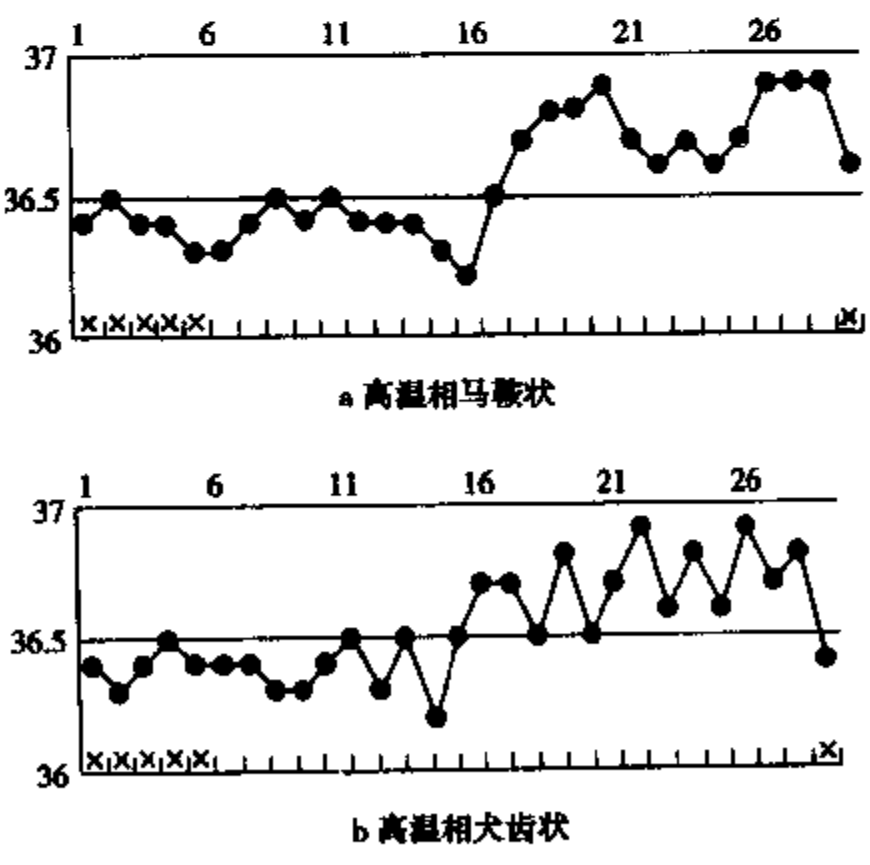
b 高温相短

c 高温相略短

图 5-5 基础体温高温相短的几种形式

(6) 高温相乱：即 BBT 高温相不稳定，出现紊乱状态。根据我们的统计，BBT 高温相乱者，又可出现马鞍状、犬齿式等反应，见图 5-6。

高温相呈马鞍状形式者，即在高温相的中间时间，出现温相低落，下降 0.2℃，甚或 0.3℃，达 3～4 天，或者 5～6 天，然后体温又上升至高温相水平要求，一般与阳水不足有关，如在高温相的后半期出现马鞍状者，与阳气不足有关，或者兼有肝脾失调；高温相犬齿状形式者，即在高温相所维持的时间内，出现明显的波动，上下起伏较大，谓之犬齿状，如高温相整个时期除起伏外，尚能维持在正常水平者，此与心肝脾胃的功能失调有关，如整个高温相偏低，而又出现犬齿状者，应为阳虚夹心肝脾胃功能失调也。



a 高温相马鞍状

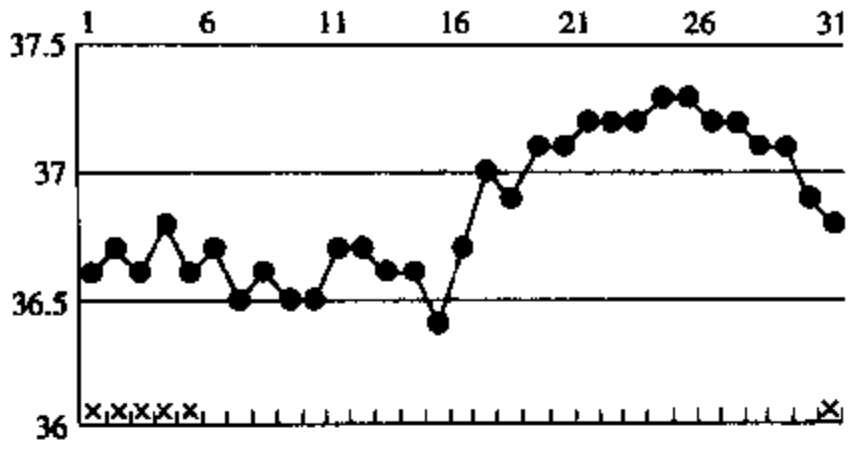
b 高温相犬齿状

图 5-6 基础体温高温相紊乱的几种形式

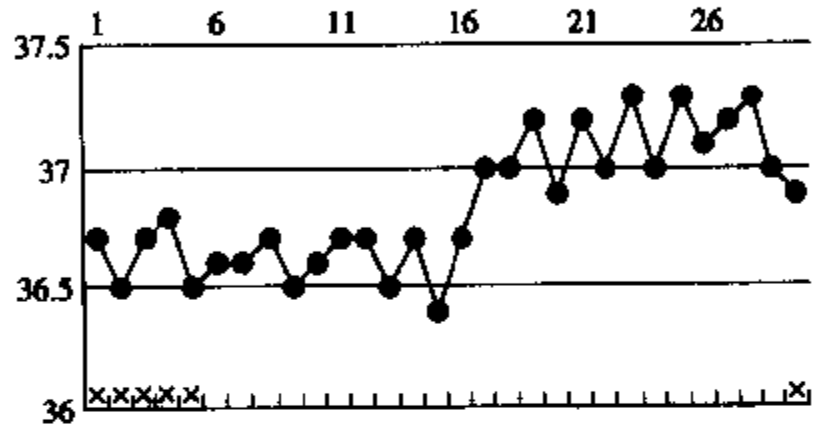
2. 阳长运动有余所出现的形式失常　亦即是 BBT 高温相形式呈有余状的变化。根据我们临床上观察所得有 3 种形式变化。

(1) 高温相高：即 BBT 高温相超过了正常高温相的水平限度。一般又有平高式、犬齿式两种形式，见图 5-7。

高温相平高式，即 BBT 高温相与低温相的温差在 0.5℃或者 0.6℃以上的差距，而且过高较为平稳地维持 37℃以上，有的可达到 37.3℃～37.4℃，当然与低温相的水平有关，而低温相水平偏高者，则高温相水平相应提高，直至行经期始下降，此与阳水有余有关。高温相犬齿式，即高温相不仅过高，而波动起伏较大，所以出现犬齿式，不仅阳长有余，而且心肝气火偏旺，可致出血病证。



a 高温相过高平高式



b 高温相过高犬齿式

图 5-7　基础体温高温相过高的几种形式

(2) 高温相过长：即 BBT 高温相超过了阳长运动的时限，即在 16～18 天以上，亦非早孕者，见图 5-8。

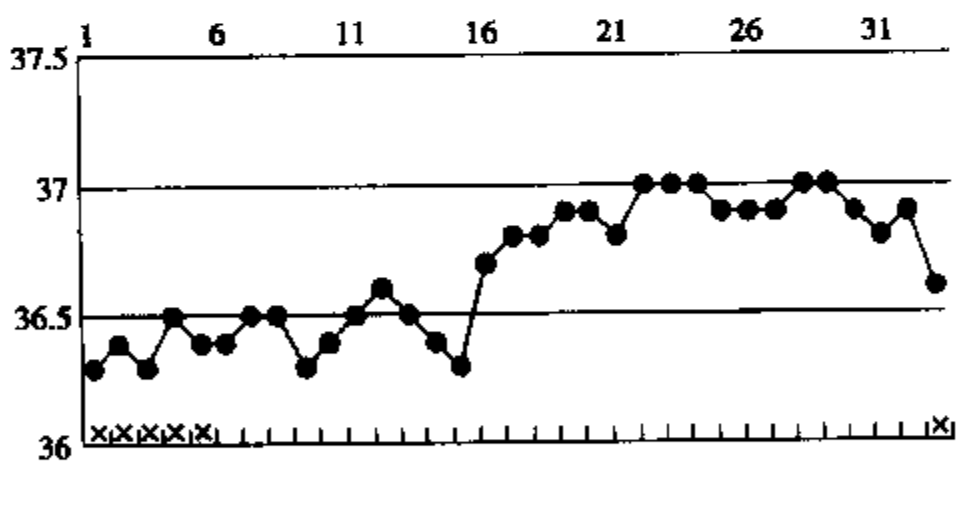


图 5-8　基础体温高温相过长的病变形式

高温相过长者，指原来正常，现连续数次超长。因为我们知道 BBT 高温相，一般维持在 12 天，亦有 14 天，甚至 16 天者，但此则超过 16 天，甚至 18～20 天，有的于 18 天或 20 天后已开始行经，但 BBT 仍在高温相水平。这种情况虽然在临床上颇为少见，但亦有之，可见于经期延长、月经量少、月经量多、不孕等病证中，即现代医学所指出的黄体萎缩不全，或黄素化病证，中医学中认为与阳盛心肝郁火有关，是阳长阴短的一种病变。

(3) 高温相早：即 BBT 高温相过长的病变形式过早出现。一般 BBT 高温相应在阴

半月后出现，亦即是在经行半月后，BBT 开始上升呈高温相，而此则仅在经后 3 天，甚至 2 天，即出现高温相，见图 5-9、5-10。

如无临床症状，高温尚符一般要求，属于亚生理的状态，可不作病论；如过早而高温相偏低者，此阳虚而心肝火旺也；如过早而偏短，亦属于阴虚及阳，阳虚为主，心肝火旺也；如过早而高温相不稳定，此属阴虚火旺，夹有阳虚肝郁。高温相早可出现月经先期，经量或多或少，以及不孕不育等病证。但如一贯高温相早，又无临床症状者，亦可不作病理论。

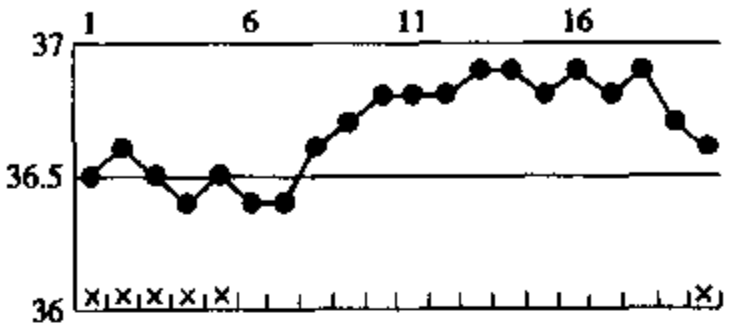
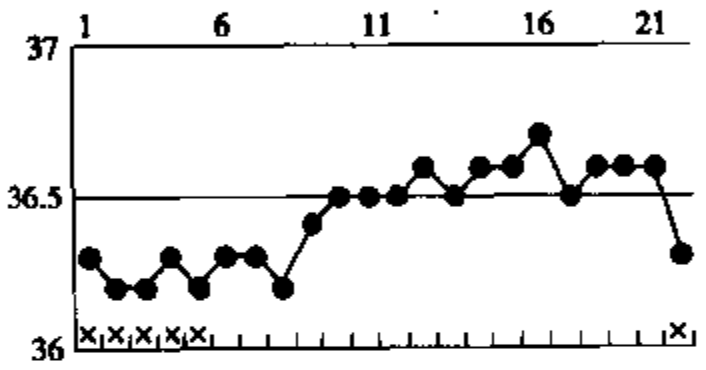
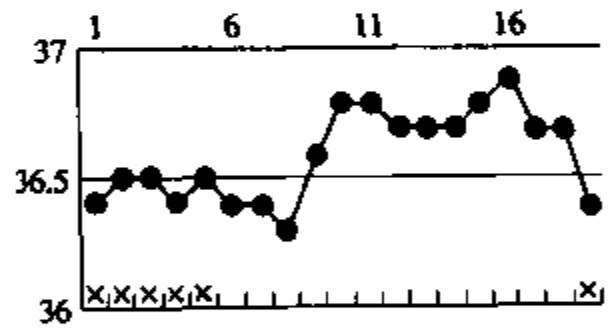


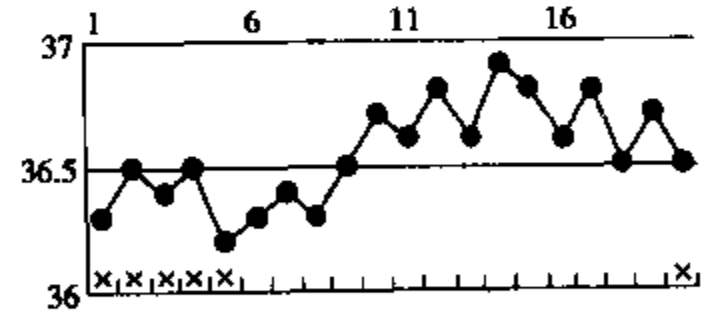
图 5-9 基础体温高温相过早的亚生理形式



a 过早偏低式



b 过早偏短式



c 过早不稳定式

图 5-10 基础体温高温相过早的病变形式

总之，阳长运动的形式失常，可从 BBT 高温相的变化中观察到。因此 BBT 的高温相具有重要的临床意义。测量 BBT，务必按照要求进行，遇有失眠、腹泻、发热、疼痛等，亦应注明，只有客观的正确的 BBT 高温相曲线图像的变化，才能有助于我们分析、诊断和辨证。此外，高温相的形式变化，有时可能会有 2 种或 3 种不同形式兼夹，如高温相低与高温相短并见，缓慢上升与高温相紊乱相兼。所有这些，均反映了经前期阳长运动在形式病变方面的复杂性。

（三）阳长运动的规律失常

阳长运动呈偶数律规律，亦即是说阳长是由阴偶数所推动的。因此，分析阳长运动的规律失常，必须从“2、4、6、8”偶数律找原因，亦要从 BBT 高温相所维持的时数律着手。

1．2 数律的失常　阳长运动以偶数律为主，2 数律是偶数中的基本数，在经前期阳长运动的过程中，2 数律的失常主要表现在两个方面。其一是整个经前期分为两个阶段，即经前前半期和后半期，缓慢上升，实际上是经前前半期的失常，缓慢下降，实际上是经前后半期的失常，高温相低，前半期低与后半期低，从经前期整体来说，实际上也是 2 数律的失常；其二是具体的时数律失常，因为经前期具体的高温相应为 12 天，或者少数人为 14 天，失常则以不足为多见，偶或出现有余之变。不足之变，即 BBT 高温相维持日期不能达到 12 天，或者在连续 3 个、5 个、7 个月经周期中，大部分周期中不能达到 12 天，这就是阳长运动不及，属阳虚不足的

病变；有余之变，即 BBT 高温相超过 12 天，甚至在 17 天，但一般在 13 天或 15 天，亦或在 3 个、5 个、7 个月经周期中，出现多次的周期性高温相延长，出现奇数现象，而且伴有头昏头痛、胸闷烦躁、乳房胀痛等一系列病证。2 数律的失常可见于经前期综合征、不孕症、膜样性痛经等疾病中。

2．4 数律的失常　符合 4 数律者在经前期的阳长运动中虽较 2 数律者为少见，但常亦有之。在具体的经前期变化中，一般表现为 BBT 高温相 12 天与 16 天相交替，但以 12 天为主。4 数律的失常则亦有两种变化，一为不足，一为有余。不足者，即 BBT 高温相不足 12 天，或者偶有延长至 12～15 天，但在 3～5～7 个月经周期中大多数周期中的高温相不足 12 天，此为不足之病变，与阳虚，特别是阳水有所不足有关。有余者，亦即是 BBT 高温相大多数延长，即超过 12 天，甚至超过 16 天，但又非早孕者，并伴有头痛、烦躁、寐差、乳痛等症状，此与阳盛，特别阳气偏盛，兼夹心肝郁火有关。

3．6 数律、8 数律的失常　符合 6 数律与 8 数律者，在经前期阳长运动中颇为少见，仅偶有之。其在具体的经前期阳长运动中发生的病变，亦不外乎不足与有余两方面。不足者，即经前期 BBT 高温相不足 12 天，或不足 16 天，我们曾观察到极少数人的经前期高温相一贯维持在 16 天，符合 8 数律，如不足 16 天，则行经期必掉下腐肉样血块，或者在 3～5～7 个月经周期中，大多数周期出高温相维持不足原有的 12 天或 16 天者，此乃阳水偏少之故也。有余者，更为少见，即 BBT 高温相超过原有的 12 天或 16 天，甚则 18 天，又非早孕，并伴有明显的症状，亦为阳盛夹心肝郁火也。

三、阴消失常的病变

经前期阳长运动的失常，固然重要，但对阴消运动的失常，亦不容忽视。且阴者，指阴水也，本为女性特有的物质基础，也是女性生殖的物质基础，不仅体现在经后期、经间排卵期，而且也体现在经前期阳长运动中。在经前期，阴水的重要性几乎与阳长运动中的阳水等同。所以我们在研讨阳长运动失常的时候，亦必须同样地研讨阴消运动失常的病变。

就阴消失常的病变而言，主要有三个方面。其一，互根生化之不足，阴少助阳：所谓阴少助阳者，不仅指阴有所不足，生化阳不够，而且还包括阴在生化阳时的力度不强；其二，消长对抗之失常，阴致阳乱：所谓消长失常，是指阴不足，则与阳的对抗消长力也弱，阴少消则阳亦少长；其三，阴盛阳衰，浊阴用事：阴盛者，阴之有余也，阳衰者，阳之不足也，至于阴浊用事，说明机制复杂，涉及肝脾气血，前两点着重虚变论析，而后一点，从实论虚，兼析痰脂、血瘀、湿浊、气火等病理物质，所致阴消不利者。

（一）互根生化之不足，阴少助阳

阴者，主要指阴水，阳者，主要指阳水。经前期阴消是为阳长服务的，有阴消才能有阳长，特别是阳长达重，必赖大量阴消作保证，这是由阴阳之间互根生化作用所决定的。因此，阴的充足与否，是有关阳长运动及其迅速达重的重要影响因素。阴水过少，程度较重者，必将影响月经周期的演变，甚则停留在经后期，导致闭经，而属经前期阴少助阳者，阴水仅有所不足，故月经周期仍能顺序进行演变，但将影响到周

期演变中的质量和日期。阴水之所以有所不足，其原因有先天、后天及心理因素等。

1. 先天发育因素　禀赋遗传不足，先天发育欠佳，肾气欠盛，天癸欠充，阳水、阴水均有所不足。阴水有所不足，自然不利于化为阳，阴不助阳，阳的水平亦有会不高，自然在经前期阳长运动容易有所不及，故可见到初潮后，月经先期量少、后期量多、膜样痛经、原发不孕症等。

2. 后天病理因素　或因房事过多，或因流产过频，或因劳累过度，最易损伤肝肾冲任，以致肾阴阳亏虚，天癸之阴阳水有所不足。阴水有所不足，自然使阳水有所不足者更不易恢复，必然影响到经前期阳长运动的发展。在这里，我们还需要指出一点。近年来，由于滥用激素类药物，特别是过多地使用黄体激素，克罗米芬（氯米芬）、人绒毛膜促性腺激素等药物，导致肾阴癸水之亏耗，或者反常地阴水过多，临床上屡见不鲜，重则造成月经不行，轻则可使经后期经前期的阴阳消长不利。

3. 精神心理因素　长期的心理紧张，或则忧郁，或则烦躁，或则忿怒不已，必然导致心肝气郁化火，耗损阴血阴水，轻则影响阳长不利，以致经前期的阳长运动欠佳。

此外，尚有因劳逸失度、睡眠过少、饮食不当、辛辣过多等，导致脏阴癸水不足。脏腑失和，反过来使阴之不足更难恢复。

（二）消长对抗之失常，阴致阳乱

阴阳之间的消长对抗，是推动月经周期发展的主要方面，经前期阳长阴消，亦是推动经前期发展的主要方面。因此，影响阳长的，除了阳本身方面的原因外，主要是由阴消失常所致的。阴消失常影响阳长运动发展的病变又有三个方面。其一是阴消无力，与阳长对抗不强：阴不抗阳，说明阴消无力，其对抗阳长的力量亦弱，阳长与阴消虽然是处于一种生理性的不平衡，但这种不平衡，又必须在阴阳相对性的均衡状态下才能形成，今阴不抗阳，自然也就导致阳长无力，这就是阴阳有所不足的虚性病变。其二是阴消过多，阳长过甚，形成火热病变：一般来说，阴消与阳长基本上是对等的，亦即是阴消一分，阳长一分，阴消十分，阳长十分，阴愈消，阳愈长，但消长应保持在一定的生理限度内，如果消长太过，超过了生理限度，形成阴消过多，必致阴虚，而阳长过甚，又必形成火热病变，前人曾经说过“气有余便化火”，阳盛则更易化火，火热甚则反过来耗损阴水阴血，而火热甚则使阳长过甚，其结果，必然导致阴虚更甚，如围绝经期出血病证，其经前期反应，的确体现了这方面病变的特点。其三是消长不协调：所谓消长不协调者，是指消长之间的不一致，及连续数次月经周期中的经前期消长变化不一样。根据观察，又有三种情况：即消多长少，消少长多，消长前后不一致。所谓消多长少者，即阴消多而阳长偏少，消长之间不相同。其阴之所以消得多，可能有其他因素的影响，如紧张、烦心过度、房事过多，或者因发热出血等其他疾病损耗阴分所致。所谓消少长多者，说明阴消少而阳长多，消长之间颇亦不一致，可能与阴虚较重，物质亏少，因而消之不利有关，面阳长多者，说明心肝郁火，火热所致。所谓消长不协调者，说明在连续数次的月经周期中，时而周期消长太过，时而周期消长不及，出现时盛时衰，时快时慢的不协调状态，此与肝肾、肝脾脏腑功能失调有关，有一定的病理复杂性。

（三）阴盛阳衰，浊阴用事

阴盛者，阴之有余也；阳衰者，即阳之不足也。阴盛阳衰，表现在经前期阳长不利，具有明显的脾肾阳虚症状，如头昏腰酸、神疲乏力、形寒肢冷、腹胀矢气、大便溏泄等，测量 BBT 高温相示偏低、偏短。浊阴用事者，尚可兼见脘腹痞胀，痰多黏腻，带下亦多，舌苔白腻而厚，或伴有盆腔包块，妇科检查常可见到子宫内膜异位症、炎症性包块、输卵管积水、卵巢囊肿等。阴盛与浊阴相关，主要是阳衰所致，阳衰则痰脂、血瘀等浊阴凝结，水湿蕴聚，因而助长了阴盛，实非阴之有余，在一定程度上，真正的阴水阴精尚呈不足，有时浊阴有所溶解，阳气有所恢复时，就会呈现出阴不足的现象。此阴盛阳衰中所夹阴水不足的复杂一面，为医者，不可不预为知之。

第三节　经前期的诊治特点

经前期的诊治特点极为重要，因为根据我们多年来的临床体会，经前期诊断、辨证明确，治疗得当和及时，其疗效远较经后期的治疗为佳。

首先简述经前期的诊断和辨证。经前期以阳长为主，阳者阳水也，亦包括阳气，这是经前期辨治的主要方面。一般来说，经前期辨证的重点，在于经前期的后半期，而经前期的前半期常常是无证可辨的。而经前期的后半期，常可见到胸闷烦躁、乳房胀痛、夜寐较差、头昏腰酸等反应和症状。而在这些症状中，我们必须抓几个主要的证候特点：其一是腰腿酸的情况和程度，这是肾虚的主要表现，特别是程度上的差异性，一般、中等还是十分严重，即重度的腰腿酸，亦决定了肾虚的程度严重；其二是腹胀矢气、大便溏薄否及神疲等情况，用以观察脾虚的情况和程度；其三，带下分泌的情况，同时还要注意到带下的量、色、质、气味的变化，以了解阳虚及湿浊的情况。在诊断上，主要着重在测量 BBT，观察 BBT 高温相变化，来了解阳长运动的病理变化。我们在经前期阳长运动失常的病理论述中，列述了 6 种 BBT 高温相曲线失常的变化，以了解阳长的不足，以及 3 种高温相失常的变化，了解阳长有余的病变。血查内分泌激素，主要是黄体激素与催乳素的失常，更有其诊断与辨证价值。黄体激素的低降，表示阳长不及，这是主要方面，亦可能有少数黄体激素偏高，表示阳长有余；催乳素的偏高或过高，表示系肝郁、郁火的病证，这些是属于深层次辨证的内在要求，也反映了经前期诊断、辨证的特点。

经前期在治疗上，与经后期滋阴养血一样有着多样性。前人虽然提出“经前以理气为先”的大法，但这仅仅是针对经前期心肝气郁或郁火等证候面言，具有一定的调经意义，但并非调整月经周期之要求。因此，我们根据对经前期病理和诊断辨证的特点，与经后期治疗一样，提供正治、反治、深层论治、未病论治四个方面的治疗方法，这样才能较为全面地调理经前期阳长阴消的运动。其中，补肾助阳、养血理气属于正治法；从阳长特点性质深层论治，从五行推导，行未病论治，还有从阴论治，滋阴助阳，均属于反治法。

一、补肾助阳，养血理气

补肾助阳，提高和维持阳长的水平，是经前期的正治方法，也是经前期的一般治

疗方法。因为经前期必须达到阳长运动的高水平，特别经前期的后半期，重阳延续，才能保障行经期的顺利转化，排出经血。前人有“经前期理气为先”之说，其理气的目的在于保证行经期的排经顺利，缓解经前期所常出现的气郁或郁火的症状。我们认为，理气虽有一定的重要性，但毕竟是次要的，因为气血的活动，必须建立在重阳必阴的转化前提下，所以保证重阳，才是主要的，理气要在补肾助阳的主法下结合应用。根据我们多年来的临床运用，补肾助阳亦有三种稍有不同的方法。这种法中之法，是为了区别使用于同类型不同体质和兼证等的病人，亦说明临床上病变的多样性和复杂性。其一是阴中求阳，即水中补火的方法。此法是补肾助阳法中的最常用最主要的一种方法，因为水火阴阳，均属于肾的范畴；其二是气中补阳，实际上是脾肾双补的方法，亦为常用之法，但已涉及到脾肾两脏，虽然前人有肾气之说，但我们从临床上来看，大多涉及脾；其三是血中补阳，是补血与补阳的有机结合，这是由于女子以血为主，月经周期演变，阴阳消长转化是在血中进行的，但血者必涉及肝，所谓肝为藏血之脏，肝肾又需同治。以下将具体分析之。

(一) 阴中求阳

阴中求阳即水中补火的方法。我们认为经前期阳长阴消中的阳，主要就是指天癸中的阳水，阳水的不足、不健，需要通过阴中求阳、水中补火的方法来纠正与提高。有关阴中求阳的方剂较多，具有代表性的，首推《金匮要略》所载的肾气丸，或者名之曰附桂八味丸，或八味肾气丸，后世称为金匮肾气丸，该方中桂附驾驭滋阴的六味地黄丸方药，水中补火，振奋阳气，司气化而行水湿。其后张景岳所制右归丸（饮）加减，仍然是在六味地黄丸的基础上，加入温补肾阳的药物，较之金匮肾气在性能上要纯和，后人多用此。

我们今天针对妇科临床的需要组成滋阴助阳汤，具体方药如下：炒当归、赤白芍、山药、山萸肉、熟地、丹皮、茯苓、川断、菟丝子、鹿角片（胶）、巴戟天等。常规用量，服药从 BBT 开始上升时，至行经前 2～3 天停服，每日 1 剂，2 次分服。临床使用时的加减，如腹胀，大便易溏者，去当归、熟地。根据我们临床的观察，当归合熟地用之，易引起腹胀便溏，故去之，加入牡蛎、炒白术、砂仁等品；若心烦失眠者，去当归、巴戟天，加入钩藤、合欢皮、青龙齿等品；若胸闷烦躁，乳房胀痛者，上方去巴戟天，加入广郁金、绿梅花、青皮、制香附等品；若头昏头痛，烦躁口渴者，去巴戟天，加入钩藤、白蒺藜、苦丁茶等品。

临床体会：本方是对右归饮（丸）稍事加减而成的，其中归芍地黄丸（饮）是滋阴养血的要方；加入川续断、菟丝子、巴戟天、鹿角片为助阳药，其中鹿角片对促 BBT 上升，及维持高温相的高水平有特殊意义。但由于经前期阳长达高水平时的心肝气火偏旺，常可引起一系列的偏热偏实的证候，故我们常以紫石英代鹿角片，因为紫石英属于石类药，有镇降作用，其温暖下焦子宫的同时，对中上焦的心肝气火影响不大，而且其维持 BBT 高温相水平的作用较为明显。如腰腿酸软、小腹冷感明显者，尚可加入杜仲、肉桂、紫河车等品；头昏耳鸣，小便频数者，亦可加入潼蒺藜、覆盆子、鹿角胶等品。

(二) 气中补阳

气中补阳即脾肾双补的方法。虽然在经前期以阴中求阳，水中补火为主要的治疗方法，但我们在临床上观察发现，与阳有关者，脾气之不足关联很大，此亦符合阳与气的密切关系。特别是当水湿、湿浊等阴邪用事时，病机关乎阳与气，肾与脾，所以真武汤会成为脾肾双补、火中暖土、气中补阳的著名方剂的代表方剂。考真武之命名，实亦是北方司水之神之意。真武汤由茯苓、炮附子、芍药、白术、生姜组成，功效温阳化气，健脾利水，但我们在经前期的治疗，目的在于温补脾肾之气，气中补阳，以使阳旺，促使阳长至重及重阳延续正常，并不在于温阳利水，所以临床较为少选用它。

临床上较为多用的是《傅青主女科》的健固汤、温土毓麟汤等方，尤以健固汤加味为常用，药用如下：党参、炒白术、山药、神曲、薏苡仁、巴戟天、川续断、菟丝子、鹿角片等。常规用量，服法同前。临床加减：若腹胀矢气，大便溏泄明显者，加入煨木香、砂仁、炮姜等；胸闷心烦，头昏头痛者，加入钩藤、丹皮、白蒺藜等；乳房胀痛或乳头触痛者，加入绿萼梅、醋青皮、制香附等；若腰酸显著，小便频数者，加入杜仲、覆盆子等品。

临床体会：虽然我们常以健固汤气中补阳，但该方着重在健脾利水方面，因为健固汤所治为经前泄水，温补肾阳只有巴戟天一味，力量偏小，所以常需加入川续断、菟丝子、鹿角片，才有可能达到气中补阳，脾中温肾的目的。在具体运用中，我们又将前健脾补肾方药的鹿角片改成紫石英，并命名为补脾温肾汤，保证了脾肾同治，达到真正的气中补阳。凡临床上见到 BBT 高温相偏低，或缓慢下降，或高温相不稳定，神疲乏力，腹胀大便易溏者，均需运用此方，以达到较快恢复阳长至重特别是重阳维持的规律。

（三）血中补阳

血中补阳实即补血与补阳并重，也可以称之肝肾同治，但一般调补肝肾指阴分而言，而此则通过补养肝血达到温补肾阳的目的。肝与肾存在着子母相生、乙癸同源的关系，正由于这种关系，不仅在阴血方面，而且在阳气方面亦应存在着密切关系。肝气的抒发达到疏泄的作用，目的之一就在于对肾阳命门的推动；反过来肝气的疏泄和行“开”的功能，有利于肾阳之气的活动和行“阖”的功能，而肝气疏泄的作用，常取决于肝体藏血的状况。所谓体阴用阳也。因此养血助阳，也是妇科的特殊治法之一，代表方剂有张景岳所制的毓麟珠。该方以四物汤为基础，再加上四君子汤，并加入温润助阳之品而成。俟后《傅青主女科》所制宽带汤、并提汤，亦属于此类方剂，均以四物汤为基础加入温润补阳等药物。

我们在临床上常以毓麟珠加减用之。药用：炒当归、赤白芍、山药、熟地、茯苓、白术、川续断、菟丝子、紫石英、炒丹皮、枸杞子等。常规用量，服法同阴中求阳法。临床加减：若腹胀矢气，大便易溏者，去当归、熟地，或去当归一味，加入煨木香、砂仁、党参等；头昏头疼、胸闷烦躁者，加入钩藤、广郁金、白蒺藜、合欢皮等；若乳房乳头作疼、胃脘不舒者，加入青陈皮、玫瑰花、绿萼梅、佛手片等。

临床体会：女子以血为主，故血中补阳者，类似于阴中求阳。我们所研制的助孕汤，即以上面的常用方去枸杞子、白术，再加紫河车、炒柴胡而成，其中紫石英的剂量加重，治疗黄体不健性不孕不育症有效率达 94.55%。助孕汤也含有阴中求阳的意

在内，因为血也属于阴的范畴，所以有时也可之将归属于阴中求阳、水中补火的方法内。

（四）几点注意事项

在整个经前期中，以补肾助阳为主，为了保证肾阳癸水及阳气的充足，和重阳延续的要求，除了临床运用确当的治疗方法外，若能注意适当结合运用好如下几点，将能更好地提高助阳的疗效。

1. 宁神　宁神者，宁心也。在温补肾阳，扶助阳长的同时，还需要结合宁神。我们在前面的论述中已经阐明，阴或阳的消长运动，必须建立在心肾交合，水火既济的前提下，也只有保证心肾相交，才能达到阴阳的充实和提高。正如《慎斋遗书》中所说："欲补心者，需实肾，使肾得升，欲补肾者，需宁心，使心得降。"所谓宁神者，安定心神，以保证阳之不足者能较快地恢复。

2. 理气　前人在调经中曾说："经前以理气为先。"理气者，即调理月经也。因为经前期是为行经期做准备的，所谓经血未动理气为先，所以经前期结合理气，有助于保证顺利排泄月经；此外经前期大多伴有胸闷烦躁、乳房乳头胀痛等，所以理气者，还有着缓解经前期这些心肝气郁症状的作用。

3. 利湿　阳长不及，大多与湿浊有关。湿浊蕴阻，固然与脾肾之阳气有所不足有关，但湿浊蕴阻后又必反过来损伤阳气，阳气更虚则湿浊更甚，故利湿化浊有助于阳气的恢复和盛长。所以在经前期补肾助阳的同时，应结合利湿化浊，特别是对脾虚者更具有重要意义。

此外，在经前期补肾助阳的治疗时，还应注意到避免感受寒凉，生活起居有时，适当运动，饮食有节，保护好脾胃等等，才能较好地保证补肾助阳的疗效。

二、分析阳长的特点和性质，深层论治

经前期所使用的一般补肾助阳法，不管是水中补火，还是气中补阳，或者是血中补阳，均是经前期的主要治疗方法。阳长运动与阴长运动不同，阳所具有的特性，包括阳水、阳气等在内，凡是与阳有关者，无不具有阳性刚强好动的特点，前人所谓"阴静阳动"，所以又有"静能生水"、"动则助阳"的方法，指出了助阳更符合动的特点。但如动之过甚或动之不足者，将为病理，必须予以治疗。经前期阳长运动常常呈"2、4、6、8"的偶数律现象。2 数律与 3 数律相近，3 数为太阳数，2 数应为少阴数，少阴属肾，肾者包含天癸，所以 2 数律具有广泛的实用的价值者，也在于此，故 2 数律失常，一般可按少阴肾论治。4 数与 5 数相近，5 数为中土阳明数，则 4 数应为太阴数，太阴者脾也，故 4 数律失常者，一般可按太阴脾论治。6 数与 7 数相近，7 数为少阳数，则 6 数应为厥阴数，厥阴者肝也，故 6 数律失常者，一般可按厥阴肝论治。此外还应根据阳的属性和内含，对从属于阳的黄体激素，包肾上腺皮质激素或部分甲状腺素在内，以及锌、铜等有关微量元素的失常进行调治，此谓之深层次论治，也是提高经前期补肾助阳疗效的方法之一。

（一）阳长运动中动静失常的调治

经前期以阳长运动为主，但亦要静动结合，以动为主。这也表明了阳长运动在发

展过程中需要有阴有静来制约，也反映了“阳中有阴”的特点，但持续发展，其动也随着增强，因而也必然体现出“阳中有阳”的特点。我们在临床上长期实践的基础上发现，补肾助阳药，也即是补阳药，的确也存在着偏于动或偏于动中有静的区别。如肉桂、制附片、仙灵脾、鹿角片等偏于动，有温阳流通的作用，菟丝子、覆盆子、鹿角胶、补骨脂等偏于温涩，有温阳固涩的作用，动中偏静。兹则分别将阳长运动中动静失常者的治疗介绍如下。

1. 阳动过甚者的调治　阳长需要动，但动之太过将形成病变。此常与体质因素，以及精神心理上的不稳定，特别是烦躁、忿怒、失眠等因素有关，以致阳甚化火，火旺血热，但在本质上又存在不足，需从阳治。如本质上属于阳盛有余者，就不能从本治疗。由于标阳有余而化火，必然导致月经先期出血遗溺等病变，所以在治疗上，着重补肾助阳、固经收敛等法，可选用五子补肾丸，药用覆盆子、菟丝子、韭菜子、鹿角胶、五味子等，加入钩藤、炒丹皮等品。另外，脾胃虚弱，虚阳不敛者，还亦出现月经先期、经量过多、便溏、遗溺等，用补阳理中汤治之，即用红参或别直参、鹿角胶、黄芪、炒白术、炮姜、炙甘草等，这类补肾助阳，益气温阳类方药，均属于阳中偏静偏守的方药。如确伴有心肝火旺，出现烦躁头痛者，亦可在补阳理中汤中，加入钩藤、黄连、丹皮等品以调治之。

2. 阳动不足者的调治　阳长需动，而且其动较快较强，若动之不足，或者动之无力，亦为病变，这里就我们临床所见，有两种病变的可能，其一是阳水或阳气本身的有所不足，以致长消运动欠佳而乏力；其二是阳气不足与痰湿、脂浊、血瘀等病理物质的蕴阻有关，从而影响了阳的长消运动。兹分别阐明如下。

(1) 补阳助动：对阳水或阳气不足的治疗，应根据病变属于经前前半期还是经前后半期而定。经前前半期，可应用右归饮加减，如属阳气不足者，可运用补脾温阳汤，但应适当加入山药、山萸肉等品；经前后半期，亦按阳水、阳气的不同选方用药，再适当加入补气理气之品一一调之，如党参、太子参、广木香、荆芥、陈皮之类。

(2) 化痰利湿：在经前期阳长运动过程中，对因痰湿蕴阻而影响阳长运动，从而使阳动欠佳者，应以化痰利湿为主法，结合助阳。痰湿者，阴邪也，在经前期调治，更有其重要意义；助阳是必须结合应用的方法，因为助阳不仅有助于化痰利湿，而且促进阳长运动的发展，反过来达到更好地化痰利湿的目的。一般可以越鞠二陈汤为主，加入川续断、菟丝子、紫石英等品，此为我们临床所常用的方法之一。

(3) 消脂化浊：在经前期阳长运动过程中，对因脂肪脂浊蕴阻而影响阳长运动，从而使阳动欠佳者，当以消脂化浊为主法，结合助阳。脂浊者，被前人列入于痰湿之内，实际上二者是有区别的。脂浊亦属阴邪，但阴中有阳的一而，其特点是肥胖而且有的表现出烦躁多毛、皮肤粗糙等症状，当以消脂化浊主法，结合助阳，轻则仍当以越鞠二陈汤，重则以防风通圣丸等，加入川续断、菟丝子、肉苁蓉、紫河车、紫石英等品，同时还应加入瓜蒌皮、炒枳壳等，但大便溏泄者不宜。这类病证在青年女子中颇为多见，但如无周期者，不能全用本法。

(4) 活血化瘀法：在经前期阳长运动过程中，对因血瘀或瘀结成癥，即子宫肌瘤、卵巢囊肿、子宫内膜异位症等，影响阳长运动，从而使阳动欠佳者，当以活血化瘀为

主法，结合助阳。对于属于妇科的血瘀，特别是与生殖道有关的血瘀癥瘕，采用助阳的治法很重要，因血瘀亦为阴邪，得阳才能溶解，所以这期结合助阳法，不仅有助于阳的长消运动，更能提高活血化瘀的效果。我们临床上常用助阳消癥汤，药用：炒当归、赤白芍、山药、丹皮、茯苓、川续断、菟丝子、紫石英、生山楂、五灵脂、石打穿等。此法亦为临床所常用。

(二) 阳长运动中偶数律失常的调治

对阳长运动中出现“2、4、6、8”偶数律失常者，当从其归属的脏腑经络进行针对性的调治，其中2数律是偶数律中的主要数律，其治疗较为重要。

(1) 2数律失常的调治：2数者与3数相近，因此2数与3数，外属太阳，内属少阴，但皆属于肾脏，而肾者亦包括天癸之水在内。所以对3数律与2数律的失常应从少阴肾的阴阳论治，一般可用阴中求阳或血中补阳的方法，以右归饮或毓麟珠加减即可。药用：丹参、赤白芍、山药、山萸肉、干地黄、丹皮、川断、菟丝子、紫石英、五灵脂等品。必要时尚要加入紫河车、肉苁蓉或者仙灵脾、仙茅等品。尿频尿有失禁现象者，应加入覆盆子、桑螵蛸、潼蒺藜等品。

(2) 4数律失常的调治：4数者与5数相近，因此4数与5数，外属阳明中土，内属太阴脾土，即均属于脾胃。所以出现4数律者，可从太阴脾土论治，一般可用气中补阳、脾肾双补的方法，如健脾补肾汤、健固汤、温土毓麟汤等。但经前期阳有所不足者，大多是与阴虚有关，故应选用那些阴中求阳、水中补火的方药，如右归丸等，同时更应加入健脾益气之品，如太子参、党参、白术、陈皮、广木香等品，必要时尚需加入炮姜、砂仁、肉豆蔻等药，以适应太阴脾土阳明胃土之阳有所不足者的治疗要求。

(3) 6数律失常的调治：6数者偶数也，6偶数应归属厥阴，厥阴者肝也，所以6数律失常者，可从厥阴肝来论治，一般可用血中补阳、肝肾同治的方法，如毓麟珠等。但经前期阳有所不足者大多与阴虚有关，故应注意采用阴中求阳、水中补火的方法，如右归等方药。同时还要加入疏肝类的药物，如炒当归、白芍、荆芥、广郁金等品，如心肝火旺者，还应加入钩藤、陈皮、白蒺藜、绿萼梅、苦丁茶等。

其他尚有8数律失常者，由于临床较少见到，不予详述。

(三) 根据微观检查结果对阳的属性进行调治

我们在实践过程中，常常运用辨病与辨证相结合的方法调治，辨病者，需要通过有关检查，特别是性激素中的黄体激素的不健全，水平有所低下，可用血中补阳的方法，我们所常用的临床验方助孕汤，本方是从毓麟珠方药中加减而成，一般药用炒当归、赤白芍、山药、熟地、炒丹皮、茯苓、川续断、菟丝子、紫石英、紫河车、炒麦芽等品，其中紫石英用量较之在毓麟珠中要大，一般可用至12～15g，超出常规用量。如催乳素偏高者，尚需加入疏肝理气之柴胡、香附、青皮等品，如临床上出现乳房乳头胀痛、烦躁口苦、头痛头昏者，应加入钩藤、金铃子、甘草、生地、白蒺藜等品；如若雌激素亦偏低者即水平低下，应改用右归饮加减，即归芍地黄汤加入菟丝子、肉苁蓉、紫河车、紫石英、五灵脂等品。其次血查锌铜微量元素，如锌铜之间的比例倒置，可用助孕物以治之，若锌铜稀少者，在一般补肾助阳方中加入二仙即可。

三、推导五行生克，论治未病

经前期以补肾助阳为主，促进孕育，或者为排经做准备，这是一种正治的方法，其效果远较经后期滋阴养水为佳。但是在临床实践中，由于经前期所存在的复杂性，其疗效尚不够理想时，要考虑到脏腑间的直接或间接的相关性，即五行的生克关系。推导未病，即虽未病而将很快受到影响，或者已病，但求病由之源的所在，进行调治，亦谓之论治未病。论治未病，必须运用五行生克，甚则奇偶数律、运气学说等推导的方法。正如《金匮要略》在其卷首中即说："上工治未病，何也？师曰：夫治未病，见肝之病，知肝传脾，当先实脾。"这一段文字中清楚地告诉我们，运用肝木克伐脾土的机制，亦即五行相克的规律，推导出木必克土，先治脾土，使肝病不能传土，截断了病情的传变，的确是一种高于"头痛医头，足痛医足"的上工境界。我们体会，在治疗上，对有些疑难病证，按一般常规处理的方法其临床效果并不理想时，需要按五行生克的规律论治未病，这亦反映了临床上治疗方法的多样性。水之母是金，水之子是木，这是相生规律。土能制水，水能克火，这是相克的规律。按五行生克规律推导而论治，这就必然涉及生我（反生）、我生、克我（反克）、我克四个方面（详见本书第九章），为论治未病增添了多种思路。同时根据阴阳消长转化的规律，在一个新的月经周期的开始阶段即予以治疗，也含有未病论治的意义。

（一）肾阳不足，可以从心火论治或心肾论治

在五行相克规律中，水能克火，这是正常的传变规律，也即是说肾阳有所不足，命火有所衰微，必然要影响到心火有所不足，是以提高心火亦有助于弥补肾阳之不足，且心肾同为少阴，心肾之间，本来就存在着密切的交合关系，肾阳的活动和提高亦必须在心肾交合水火既济的前提下，才有可能。所以我们在围绝经期综合征中，偏于肾阳虚所出现的一系列症候常常运用二加龙牡汤调治，常能收到较好的临床效果。药用桂枝、赤白芍、甘草、龙骨、牡蛎、生姜、大枣、茯苓、合欢皮等药，常规用量，同时测量 BBT，观察 BBT 的高温相变化。在治疗心火的同时，务必注意到，心火宜降，降则和，以及心神安宁，故凡在经前期出现烦躁、寐差或夜寐乱梦者，均宜加入炒枣仁、五味子、紫贝齿或青龙齿等镇静降下之品，以宁心神，才能保证肾阴阳的恢复和提高。特别是阴虚及阳的，更要安定心神，舒畅情怀，所以朱丹溪先生教人收心养性，其旨深矣，意味着在宁心安神的治疗中，亦应注意到心理疏导的重要性。前人所言"静能生水"者，不仅通过静养静调，能弥补肾阴之不足，而且生水者，亦包括肾阳在内，所谓水属肾，肾属水，且经前期所谓之阳长，亦即癸水中阳水之长也，故药治之外，精神心理的调节亦至关重要。

其次心肾合治，水火同调，这是临床上最常用的方法。不仅是肾阴方面，亦包括肾阳。我们在围绝经期综合征中所用温肾宁心汤，药用仙灵脾、仙茅、肉桂、党参、白术、连皮茯苓、钩藤、丹皮、紫贝齿、黄连、川断等品。此方系我们的临床验方。可见《实用妇科方剂学》在具体的经前期运用中，一般应去仙茅、肉桂、党参、白术、黄连等品，加入淮山药、炒枣仁、合欢皮、紫石英等品，这样，才能适合经前期的生理病理特点需要，也才能收到较好的效果。

(二) 肾阳不足，可以从脾土论治或脾肾论治

在五行相克规律中，土能制水，这也是传变规律。亦即是说脾土制肾水，在肾之阴阳不足或有余的状态下，后天脾胃可以发挥调节的作用。因脾胃为后天之本，气血化生之源，水谷之精微能够源源不断地滋养天癸，癸水中的阳水自然亦无例外地需要得到后天水谷精微之滋养。在前人很多论述中经常有治肾不如治脾或治脾不如治肾之争。我们认为在治肾无益的情况下，可以考虑治脾。如果经过临床上的细心观察，发现有些患者的确具有脾虚的症状，如腹胀矢气、大便溏泄、神疲乏力、纳食欠佳者，必须从健脾运脾入手。我们曾碰到一女性患者，证候的确属于肾虚、阴阳失衡的功能失调性子宫出血，从调补肾的阴阳入手，治疗效果欠佳。后发现患者在服用补肾药，特别是服滋阴药后腹胀矢气，尤其是入晚腹胀明显，考虑缘于太阴脾土不运，转从脾胃论治，竟以归脾丸而获效。所以我们大多用香砂六君汤加减，药用党参、炒白术、陈皮、茯苓、木香、砂仁、六曲、炙甘草，或者再加入黄芪、炮姜、苏梗等亦可应用归脾汤或补中益气汤加减而成，待脾胃健运后，有可能使肾阴阳得到康复。

其次水土合治，即脾胃双补，在妇科方面极为重要。就经前期阳气而论，其脾胃双补的方药颇多，特别在不孕的生殖医学方面更为多用。《傅青主女科》中的并提汤、温泡饮、化水种子汤、温土毓麟汤、健固汤等，均属于此类方药。其中的健固汤、温土毓麟汤，虽重在于脾，但亦不能忽略肾阳的重要性，例如温土毓麟汤，虽然在药物的数量上补气类的药多于补肾类的药，但温补肾阳的药物如巴戟天、覆盆子，用量上大大超过了补脾土药物的用量，且温土者需得肾阳之火以暖之。我们所制的补脾温肾汤，即在健固汤的基础上加入川续断、菟丝子、紫石英，更适合于经前期使用。

(三) 肾阳不足，可先从肝木论治，也可肝肾合治

在五行相生规律中，水能生木。水者肾也，木者肝也，肾通过水而涵养肝木，所以肾与肝有着相生和反相生的母子关系（详见本书第九章）。这不仅是阴与血的关系，而且亦包含着阳与气的关系。不仅肾精主骨髓，精髓化生血液，血藏之于肝，肝血亦能滋养肾水，此乃精血互生、乙癸同源之故。但是就阳气而言，肾阳与肝气之间亦有着相互支持的关系，且肝肾相互间亦有着开阖协调的作用，肝主开，肾主阖，在子宫的藏（阖）泻（开）的作用中，实亦关乎肝开肾阖的作用在内。因此肾阳之气或阳水的有所不足，则肾的闭阖作用亦必然不强；有时与肝气主开的作用不强有关，或者正由于肝主开的作用太强所致，因此需要补肝、调肝或泄肝，一般可用调肝汤，药用当归、白芍、山萸肉、阿胶、山药、甘草、巴戟天等，如能加入荆芥为最好。在《辨证奇闻》、《辨证录》中将调肝汤加黑荆芥 10g，命名为“后调汤”确有深意。有时亦可加入醋炒柴胡、黄芪、太子参等品，更符合调治肝阴血、肝阳气的作用，从而达到恢复肾阳的目的。

其次肝肾木水同治，即是调治经前期阳之不足的常用方法。一般来说，肝肾同治，水火并疗，是指阴血而言。如经后期五行推导论治未病中所指出的归芍地黄汤、养精种玉汤、杞菊地黄汤等。但在肝肾阳的方面，一般以四物汤为基础，加入温补肾阳的方药，如毓麟珠等，以及《傅青主女科》之宽带汤、并提汤等。临床上常用药物，如炒当归、赤白芍、山萸肉、熟地、丹皮、茯苓、川断、菟丝子、紫石英、荆芥等。若

伴有心肝郁火症状者，尚可加入钩藤、白蒺藜、广郁金、绿萼梅等品，这是临床上较为常用的方法。而且用之亦确实有效。

（四）肾阴阳不足可先从肺金论治，或肺肾合治

在五行相生规律中，金能生水。水者肾也，金者肺也，肺通过金生水与肾呈母子相生的关系。一般来说在经前期以阳长为主，应用补肾助阳法时，欲从肺论治者，即着重调治肺气。如临床上常用的玉屏风散加减，药用黄芪、太子参、炒防风、甘草、泡沙参、寄生、茯苓等。必要时亦可加入桂枝、北细辛等温脾助阳之品，开提肺气，卫外固表，调和营卫，亦确实有提系肾阳之气的作用。

其次金水肺肾之间，亦存在母子相生的关系，从肺气而复肾阳者，虽亦有之，但毕竟少用，一般临床上常常以肺肾合治，金水同疗，虽然滋养肾阴与润肺生津合用者多，但在阳气方面亦常肺肾合治。且肾阴阳特别是肾阳不足时，痰脂蕴阻，多毛，皮肤干燥，面部痤疮，周身常有痒疹者，亦说明肺肾同病也，不必悉具，但见一二症者，亦应考虑合治之。肺肾合治的方法有《经效产宝》的黄芪汤，药用黄芪并重用。白术、防风、熟地、煅牡蛎、白茯苓、麦冬、大枣治疗产后自汗，《济阴纲目》之黄芪汤有甘草一味。我们在临床上曾收得验方一张，治疗月经失调，即月经后期量少，形体肥胖，面部痤疮者，特别注明治疗青春期肥胖症因月经失调者，药用麻黄、桑白皮、熟地、鹿角片、川断、茯苓、牛膝、贝母等品，此亦属于肺肾合治之方，而且是从阳气而化痰脂者。

在进行以上推导论治未病时，还必须掌握体质因素的影响，以及可能出现的一些先兆症状。其次在具体运用中还要考虑时令与五行相对应。如春令属于肝木，届时要适当地照顾到肝血肝气；夏令属于心火，要适当地照顾到心血心气，包括安定神魂；长夏属于脾胃之土，要适当地照顾到脾胃中土；秋令属于肺金，届时要照顾到肺气、肺津；冬令属于肾水，届时要照顾到肾阴肾阳。此亦中医治病的最大特色，亦是运用五行推导治疗的内容之一。此外除药物治疗外，其调养生活起居等，包括心理精神的调养，亦应按照五行的属性而调之。如春令肝木升发时期，肝气宜疏泄，故人要早睡早起，适当运动，抒畅情怀，以应木气升发的要求等。不仅有助于治病，而且亦有助于养生，提高健康水平。余仿此而调之。

四、从阴虚论治，滋阴助阳

经前期的补肾助阳是谓正治法，但如经前期从阴虚论治，扶阴以复阳，此谓反治。在众多的正治方法中，的确也需要有反治的方法。也就是说，即要从提高阳长水平，推动阳长运动进展的方面纠正阳长不足，有时也要从阴虚的方面解决阴虚导致的阳长不利。从阴虚论治包括以下三个方面：其一，是纯从阴治，滋阴以复阳；其二，阴阳并治，侧重滋阴以复阳；其三，清火抑阳，滋阴以复阳。前两法是针对虚证而用的，后一法则是针对实证，或标实证而施的。

（一）从阴虚论治，扶阴以复阳

在经前期阳长运动有所不及或不利，或者长达重阳后又复下降回落者，病变虽在阳，但从阳治而效果欠佳者，不得不考虑是否由于阳长对立面的阴消失常所致。此即

是所谓阴虚及阳，以致阳长不及。因其根源在于阴，自然就要从阴虚方面来论治了，扶阴才能达到复阳的目的。治阴的方法很多，就妇科而言，首先是应用血中补阴的方法，可用归芍地黄汤、六味地黄汤等。曾经有人报道过，经前期应用六味地黄汤（丸）治疗黄体功能不健性不孕不育具有良好的效果。可见滋养肾阴同样能达到扶助阳长的临床效果。文献报道以及我们长期临床的体会，熟地、山萸肉、山药，是六味地黄丸中的主要滋阴药，而熟地、山萸肉性偏温，本身就含有阴中阳药的意义，山药实际上是脾胃两脏的滋阴药，对黄体功能不全亦有着较好的疗效，也可以说是阴中的阳药。所以，我们在临床上，凡是遇有因阴虚而阳不足，从而影响阳长，出现 BBT 高温相缓慢上升，高温相偏短、偏低性的不孕不育症，常用滋阴养血汤，药用：丹参、赤白芍、山药、山萸肉、熟地、丹皮、茯苓、枸杞子、太子参、川断、杜仲、白术等品。必要时加人炙鳖甲、怀牛膝等品。但是阴虚及阳，阴虚为主要者，在经前期大多伴有心肝火旺。伴有心火旺者，可见心烦失眠、舌尖偏红，上方应加人莲子心、炒枣仁、青龙齿等品。肝火旺者，可见头昏、头痛、忿怒烦躁、胸胁胀痛、脉弦舌红，上方应加人钩藤、白蒺藜、绿萼梅、炒栀子等品。我们曾治疗一例阴虚功能性不孕症者，患者 32 岁，结婚 4 年未孕，月经后期、量多、色红、有较大血块并有腐肉状血块排出，经前胸闷烦躁，乳房胀痛，头昏头痛，口苦口渴，平时带下偏少，经间期锦丝状带下亦少，2 天即净，大便干燥，小便偏黄，脉象细弦带数，舌质偏红，苔黄腻。经妇科及特殊检查未发现异常，测量 BBT，示高温相缓慢上升，且高温相偏后偏短，血查女性内分泌激素，示雌激素低于正常水平，孕激素亦偏低，催乳素偏高。诊断为：黄体功能不全性不孕症，曾用滋阴助阳，水中补火的右归治疗未获成功，并出现头疼烦躁加重，可见此系阴虚肝火偏旺所致，而转用滋阴养血汤去杜仲，加人钩藤、白蒺藜、炒栀子、醋炒柴胡等品，经间排卵期后即服本方，经后服用归芍地黄汤。如是调整 3 个月经周期，诸症缓解，BBT 高温相基本上恢复正常。这说明对少数确系阴虚所致阳长不及的患者，施以滋阴以复阳的治疗可获佳效。

(二) 阴阳并治，侧重滋阴以复阳

此指对经前期阳长不及、不利，以及重阳延续不稳者，运用阴中求阳、水中补火的方法，如分析右归饮、右归丸的方药可知，均是阴阳两补，有时甚则滋阴药多于补阳药，但它们仍然属于补肾助阳药者。这里有两个方面的原则。其一是补阳药在数量上占优势：如右归丸，其中滋阴药 4 味，而补阳药却有 5 味，如当归也算为阳药的话，则补阳药能达到 6 味。其二是补阳药在质量上占优势：有些药物，性烈力宏，含有元帅将军之力，有统驭他药的作用，如《金匮》肾气丸，滋阴药有 3 味，而助阳药仅 2 味，但附片、肉桂两药，药性猛烈，有如将军之能力，有统驭他药的作用，故药味虽少，仍然能决定本方的作用，是以为补肾助阳方药。而此处所谓阴阳并补侧重扶阳者，是阴药加阳药，所加人助阳药性能平和，药物数量上仍以滋阴药为主。如左归丸，药用熟地、山药、山萸肉、枸杞子、菟丝子、怀牛膝、鹿角胶、龟甲胶，其中 6 味药属于滋阴药，2 味药属于补阳药，故左归丸属于著名的滋阴方剂。我们临床上所制的妇孕方，是用丹参、赤白芍、山药、山萸肉、熟地、丹皮、茯苓、柴胡、川续断、菟丝子、肉苁蓉等品所组成的，实际上是由定经汤加减而成，原是适用于经后中期的方剂，今

改用于经前期阴虚及阳，阳亦有所不足者。我们曾治一位张姓妇女，年已35岁，继发不孕5年，月经量偏少，平时带下又少，经间排卵期锦丝状带下亦偏少，头昏腰痛，形体清瘦，烦躁口渴，舌质偏红，苔黄而稍腻，大便干燥，小便黄偏少，脉象细弦数，妇科检查未见异常，免疫检查血抗呈阳性，测量BBT低温相偏高，高温相偏低、偏短。血查雌激素、黄体激素低下。前已从右归饮论治，BBT高温相仍然偏低偏短，不得不在经前期改服妇孕方，加入钩藤等品。连续在3个月经周期的经前期服用，BBT高温相渐趋正常，诸症也逐渐缓解，取得较为良好的疗效。

（三）清火抑阳，滋阴以复阳

阴虚大多阳旺，阳旺即火旺，火旺更易阴虚，而且在阴虚过程中亦可导致阳的不足，以致亦有阳虚。因此，这是一种极为复杂的病变。我们根据临床实际，可以将之概括为三种情况：其一是阳盛化火，火热伤阴，其原因在于阳盛火旺；其二是阴虚火旺，火旺则阴更虚，而其火旺者，又有肾火、心火、肝火之别；其三，阴虚火旺，又夹阳虚，但病原在于阴虚。兹则分别论述如下。

阳盛化火，火旺伤阴，必然在经前期表现出烦热口渴，大便艰小便黄，月经淋漓，或多或少，色红有血块，BBT示高温相有所延长，行经期BBT高温相下降不明显，脉象弦数，或舌红苔黄腻，或舌苔黄燥少津。治当泻火清降，方药当选三和饮或玉烛散，药用：当归、赤白芍、生地、丹参、薄荷、栀子、连翘、黄连、大黄、枳实、钩藤等品，以清泻为主，佐以养血滋阴以护阴保津，目的亦在于祛邪热之阳，扶助癸水中的阳长。

阴虚火旺，火旺愈加伤阴，在经前可表现出头昏、头晕或时头痛，烦躁口渴，午后低热，腰俞酸楚，便艰尿黄，夜寐欠佳，月经量多，或有量少色红或有小血块，测量BBT低温相偏高，或低温相不规则波动，高温相有时偏短，脉象细弦带数，舌质红，苔薄黄。治当滋阴降火，可选用知柏地黄丸（汤）、大补阴丸（汤）等加减。药用：知母、黄柏、生熟地、山萸肉、山药、丹皮、茯苓、泽泻、女贞子、钩藤、枸杞子等。另外尚需加入桑寄生、川续断等平补肾阳之品。但在阴虚火旺的病证中，尚需辨别心火、肝火。若肝火偏旺者，尚可伴见头痛、目赤、忿怒、乳房乳头胀痛等证，上方应加入苦丁茶、白蒺藜、栀子等品。若心火偏旺者，尚可伴见五心烦热、失眠、舌尖偏红等，上方应加入黄连、莲子心、黛灯心等品。总之阴虚火旺，重在滋阴降火，火旺者以清热降火为主，佐以滋阴，但经前期应用此方，仍当考虑到阳长为主的方面，故根据病情发展，适当加入平和的助阳补肾药品，目的就在于维护阴消阳长。

阴虚火旺伴见阳虚者，病情至为复杂，也常有所见。一般可见头昏头痛，烦热口渴，夜寐欠佳，或伴乳房胀痛，腰俞酸楚，小腹作痛或有凉感，经间期锦丝带下偏少，月经或前或后，经量大多偏多，色紫红有较大血块或有腐肉状血块，不孕或不育，测量BBT可见低温相偏高、偏长，高温相偏短，或高温相不稳定，脉细弦，舌质偏红，苔白罩黄。治法当以抑阳扶阴，清热助阳，方选右归饮合丹栀逍遥加减。药用：钩藤、丹皮、栀子、丹参、赤白芍、山药、熟地、茯苓、泽泻、川续断、紫石英、菟丝子、怀牛膝、五灵脂等品加减。我们曾治一张姓妇女，继发不孕3年，形体清瘦，月经后期量多，色紫红，有大血块，甚则掉下腐肉状血块，小腹坠痛，腰酸头昏，经前头昏

头痛，胸闷烦躁，乳房作胀，乳头触痛，平时及经间期带下偏少，大便平时干燥行经时有溏软现象，脉象细弦，舌质偏红苔黄腻。测量 BBT，示低温相延长，且呈不规则波动，高温相偏低且欠稳定。血查雌、孕激素低下。从滋阴助阳，清肝解郁论治，以右归饮合丹栀逍遥散治之，从经前期服至月经来时停服，经后期着重滋阴养血。治疗半年，月经基本恢复正常，BBT 恢复到正常高温相，两个月后受孕，翌年产子。

第六章

经前后半期的生理病理诊治特点

整个经前期，我们认为，可以划分为两个时期，即经前前半期，也可以称为经前黄体时期，经前后半期，称之为经前重阳维持期，也就是前人在妇科医籍中所指出的经前期。经前前半期与后半期，同属于经前期，同时以阳为主，缘何要划分为两个时期，我们认为，在一般情况下，可分亦可不分，但在经前后半期的生理反应特别明显时，需要将它划出，另立一个时期，目的在于帮助我们进一步探讨月经周期中的变化、病理和诊治的特点。虽然在前一章经前期的生理、病理、诊治中已作了一些论述，但仍有必要针对经前后半期进行深入的探讨。

我们认为把经前后半期作为一个特定时期提出，其理由有三。

其一，是按五行分类法而设立的。众所周知，月经周期的演变，固然是在太极阴阳钟的规律支配下所形成的，也即是由阴阳消长转化的节律所形成、所分类的，因而按两个转化期、两个消长期进行划分。重阳转阴的行经期，重阴转阳的经间排卵期，阴长阳消的经后期，阳长阴消的经前期，这是月经周期中主要的分类方法，故多年以来，我们均以此阴阳分类方法为准。然而，随着实践的深入，随着我们对自然界生物钟规律的认识积多，以及学习气象、气候等有关的运气学说，发现阴阳与五行的关系极为密切，在圆运动生物钟中，其阴阳五行的结合，更为重要。如前人在阐明年相气候规律中，既分四季，又可分为五季。四季者，阴阳分类也，如春夏秋冬，即春温、夏热、秋凉、冬寒。五季者，五行分类也，即春、夏、长夏、秋、冬，亦即春温、夏热、长夏暑、秋凉、冬寒。长夏者，即夏热的后半期，对应的是木、火、土、金、水五行中的土。以此喻月经周

期，春夏季节，相当于排卵后期与经前期，以阳为主，而划出长夏季节，相当于经前后半期，是重阳维持期，是火让位土，土当令时期，而肾阳脾气主持经前后半期，与年相气候学中分为五季相合，此即月经五行分类法的由来。

其二，是按“7、5、3”奇数律分类而设立的。因为女子属阴，与男子属阳者相对立，其女阴的生殖功能的发育成熟，是以奇数分类，而月经周期的演变，除经前期外，均按奇数律发展和分类。说明阳奇数律，是女阴生长发育的主要动力。在阳奇数律中，根据我们多年来的观察，主要有“7、5、3”三者，而其中尤以5数律更为常见和重要。因此，月经周期的演变，也必然与此有关。既然有关，所以月经周期也可按“7、5、3”奇数来划出。如按5数即五期分类，亦必然分为行经期、经后期、经间排卵期、经前前半期、经前后半期，也是比较符合客观实际的，也是较为常用的分类方法。如按3数律来分类，将月经周期划分为三个时期，则行经期与经间排卵期，有着明显的生理特征，可作为两个时期，经后期是阴长阳消，经前期阳长阴消，两个消长期，一般无明显的生理变化，故可合并为一个消长期，这就是3数律分类法。而且在消长期有些医师采用平补阴阳的方法，认为两个消长期并无大的区别，故在有的著作中作为经后期，或者平时期，亦有的医籍中，以行经期为中心，提出经前、经期、经后的三期分类法，这均属于3数分类法。由于3数分类法，过于简单，且过于笼统，故从月经周期与调周法的角度来看，似嫌笼统，临床上较为少用。如果以7数律分类，则月经周期要分为7个时期，我们按周期中的特点分为：行经期、经后初期、经后中期、经后末期、经间排卵期、经前前半期、经前后半期，即是两个转化期，行经期与经间排卵期，因为时间较短，两个消长期较长，特别是经后期阴长更长，故可分为初、中、末三个时期，而经前期阳长阴消，可分为经前前半期与经前后半期，这样就可分为7个时期。这样不仅分类细致，而且也的确符合客观实际，较之四期分类法，似乎更能反映出月经周期中的阶段特点。但是医学的发展，不仅需要实践资料的积累，而且需要科学研究的证实。我们认为：月经周期的分类，在一般情况下，仍当以四期分类，对经前后半期生理特征较为明显者，可按5数律分类法划分，如经后期过长，为了论治，亦可按7数分类法划分。

其三，是按临床上的生理特征分类。一般来说，经间排卵期后，BBT上升为高温相，标示着已进入经前黄体期的到来，BBT高温相6～7天后，可出现胸闷烦躁、乳房胀痛、小腹作胀、夜寐较差等一系列生理反应特征，则说明经前后半期重阳维持期到来。而且这些经前期特有的生理反应，一般在经前7天，或者5天，少数在3天，有规律地出现，也说明这一时期的重要。由于这一时期的划出，因此，必须针对这一时期的生理、病理、诊治特点，加以专题论述。同时我们在前面的经前期中已有所论述，可参考之。

第一节 经前后半期的生理特点

女子虽然以阴血为主，也必赖阳气为用，经前后半期属重阳维持期，说明癸水之阳长至重的程度后，已开始下降，由阳气起而代之，以维持总体上的阴阳相对性平衡，也即是受太极阴阳钟阴阳各半月的规律的支配。形成这一特点，尚与心、肾、子宫轴

的调节功能有关，并与个体的特异性节律有关，有的稍短，有6天的，有的稍长，可达7天或8天，结合BBT高温相的观察，以及经前期一系列心肝气火稍旺的生理特征等，有助于我们认识经前重阳维持期的生理特点。兹则将论述重阳维持的特点，还将叙述心肝气火稍旺的一系列生理反应。

一、重阳维持期的特点

经前期以阳长为主，阳长则BBT呈高温相。由于阳长不同于阴长，阳主动，其长较快，所以当BBT高温相第6~7天时，阳长已达重的水平，重阳必阴，故阳水下降，阳气起而代之，以维持阳半月的要求。阳气之所以起而代之者，总地来说是受太极阴阳钟的规律支配。我们在长期的观察中发现，阳长至重及其维持阳半月的过程中，的确也存在着两个时期。经前前半期，其阳长是天癸中的阳水为主，阳水者，即张景岳所谓之无形之水，溶于血分，亦即现代医学所描述的黄体激素，或称之为孕激素，溶于血分，推动月经周期发展，溶解增生的子宫内膜，有助于受孕或排经。由子阳长的快速，故在BBT高温相6~7天时即已达到重阳高水平阶段。然后阳水下降，由阳气起而代之，以维持重阳达到半月左右的时间。阳气者，主要来源于肾，亦来源子脾。所谓肾阳之气、肾气或天真之气，名称虽不同，但均属于先天肾的范畴。脾者后天之本，生化之源，气之培育与脾有关，关于这一点，我们长期在临床上的确观察到，凡经前期特别是经前后半期阳长或重阳有所不足者，在行经期，或有少数在经前2~3天时，出现腹胀、便溏的症状，证实了脾阳之气的重要性。阳气的来源，亦与阴血的充盈，特别是冲任血海的充盈有关。在前人的医籍中，描述经前期时的生理变化，责之于冲任气血旺盛，血海充盈，古人在解释月经周期演变时，以及月经之所以来潮，均从血海的盈亏规律入手，并喻之为月亮的盈亏，认为经前期，血海充满，满则血溢，血溢则排经，所以血海阴血盈满，自然亦促使阳气之旺盛，阳气旺盛，重阳延续的目的，不仅在于温煦子宫，溶解增厚的子宫内膜，为受孕、排经做准备，同时亦为排除和吸收因较长期阴长至重所带来的精浊、水湿、津液之残余或潴留于体内者。我们深切体会到，残留于子宫卵巢以及输卵管、盆腹腔内的水湿阴浊，非阳气则不能化除。正如前人所说“离照当空，阴霾自散”。因为经前后半期，也即行经期的前期，准备时期，需要旺盛的阳气来祛除生殖器、包括卵巢输卵管处的阴浊水液，以及有关部位血液中的瘀浊，只有这样，才能达到行经期除旧务尽，生新较快的周期更替要求，从而也就保证了行经期的转化顺利。正由于经前后半期的阳气旺盛，重阳维持，冲任血海充盈，故这一时期表现会表现出阴阳气血充实，体质壮实的状态。

二、心肝气火亦呈现稍旺的特征

心肝气火呈现出稍旺的反应，此亦是经前后半期阳气旺盛所带来的生理反应，也反映了经前后半期不同于经前前半期的特征。之所以出现心肝气火稍旺者，首先是在重阳的影响下，因为阳长至重后，BBT由低温相上升至高温相，而高温相至6~7天后，正由于阳水下降，阳气起而代之，阳气之旺盛也，有可能带动心肝之气亦偏盛，偏盛则呈现出火的现象来。因为心肝是脏腑中的阴脏，但亦是阴中之阳脏，最易激动

气火，从而出现阳盛火动的外在反应。其次冲任血海充盈，盈则不仅阴血的物质基础丰厚，而且亦必然形成阳气的偏盛，且冲任两脉与心肝的关系，至为密切，心主血脉，冲任属于奇经八脉，但亦属血脉的范畴，故亦属于心君之所主。肝为藏血之脏，而司疏泄，其阳气易动，冲为血海，其血来源于肝，故常冲肝并提。冲任血海充盈，由于冲气亦易动，故冲任气血旺盛，亦将激动心肝之气旺，故形成心肝气火稍旺的生理反应，常可见到胸闷烦躁，或时夜寐较差，乳房乳头或胀或痛，但均轻微的反应。小腹作胀，带下稍多，口干便艰，自觉有轻度的兴奋状态。有的还可出现较轻的忧郁、忿怒、急躁、紧张等反应，而且有规律地出现，有的稍为明显一点，有的很轻微，也有少数人晕间歇性发作，一般与工作紧张、学习忙碌、生活节奏长期加快有关。若程度较轻，仍属于经前后半期的生理范围。

第二节 经前后半期的病理特点

经前后半期的病理变化，主要是围绕重阳维持期的生理变化失常。重阳维持期，说明阳长至重后，必须维持到与阴长半月相适应的时期，一般需要6~7天，少数可达8天，始终保持着这一时期的高水平。从测量的BBT高温相上亦可初步观察到，在高温相6~7天后，高温相一般有所上升，而且保持稳定状态，表现出一派有余的气势。如果这一时期发生了生理上的失常，也就是重阳的功能失常。根据我们长期的临床观察，重阳的失常，虽与外界因素有关，但主要的还在于内在的因素，体质因素、先天遗传因素、自我调节不良等因素，在发病学上占有重要地位。我们从实践中发现，重阳失常的病变有三个方面。其一是重阳不足的虚变：即重阳不足，阳气薄弱，或者冲任气血欠盛，这是经前后半期中最主要的病变；其二是重阳有余的实变，即重阳太过，阳气过盛，或者冲任气血过旺，以致经前后期的气火有余，可以导致诸多病证；其三是重阳不协调的病变，即忽而重阳有余，忽而重阳不足，交替发作，很不协调。兹将分别论述之。

一、重阳不足

重阳不足即阳气有所不及，一般与脾肾有关。经前后半期由阳气代替阳水而维持此重阳时期，按五行学说来说，此期应为脾土当令，相当于年相中的长夏时期。长夏者，乃夏季的后半期，夏季为火当令，所以这一时期，虽为土当令，与火亦有关。火者，来源于心肾，以肾为主，因此，阳气不足者，实际上是脾肾不足也。脾土者，后天之本，脾土有不健，必将形成脾虚，表现出气分不足。肾者，先天之本，阳气之根，前人曾有“气者，生化于脾，根源于肾，主宰于肺”之说。所以脾肾有不足，阳气薄弱，不能维持经前后半期重阳延续时期，可以导致诸多病证。

导致脾肾不足的原因，除先天发育因素、体质因素外，还有三个方面的原因。其一是劳累因素：即工作繁忙、劳累，缺乏应有的休息，所谓劳累伤阳气；其二是精神心理因素：长期的紧张心理、忧郁、急躁，甚至思虑过度等等，均能导致脾肾的不足；其三是感受寒冷，饮冷受凉：我们发现女子两足感受寒冷者颇多，足部乃三阴经脉之

所在，足部受寒易使脾肾之阳气受损。

脾肾阳气不足，有轻、中、较重三者，程度不同，表现的证候亦有所不同。

轻者，一般可无明显的全身症状，测量 BBT，双温相虽基本正常，但有所波动，或者维持的时间有所缩短。或可出现腰俞酸楚，行经期间，常可出现大便偏溏，经行时夹有较大血块或掉下腐肉片状血块，或易流产。

中者，一般亦无明显的症状，或者可出现腰酸，小腹有冷感，BBT 高温相后半期欠稳定，或者呈缓慢下降，行经期大便易溏，经行血块较大较多，或夹有腐肉片状较大血块，小腹冷痛，经前 1～2 天漏红，常或有功能性不孕症，或流产、滑胎病证。

较重者，可伴有胸闷烦躁，乳房胀痛，或乳头触痛，腰俞酸楚，小腹冷痛，经行便溏更为明显，行经时小腹坠痛，有大血块，或掉下腐肉片状大血块，腰部亦有冷感，BBT 高温后半期可见明显的不稳定，或呈明显的缓慢下降。常可见于功能性不孕症、流产等病证，亦可出经前期 3～5 天，甚则 7 天就开始漏红。

二、重阳有余

重阳有余即在经前后半期中，出现阳气亢盛，呈有余状的实证病变。之所以出现这类病变，可能与先天肾气偏盛，功能亢盛有关；少数亦可能由肿瘤所致；或者与后天诸多因素的干扰有关，尤其是精神心理因素的不断刺激，如兴奋、烦躁、忿怒、激动等导致心肝气火偏旺，旺则亦致阳气亢盛，从而形成有余状病变；还可因营养过多，或长期、大量进食辛辣刺激，助阳生火的物品，如姜、椒、狗肉、羊肉、虾子、鹿肉、鹿血等，甚或过多地服用人参、鹿茸、附子、肉桂等温补之品，导致体内阳气旺盛，呈现有余状病变。我们在长期的临床观察中还发现，冲任气血过盈亦可促动心肝气火上升，表现出阳气旺盛的状态。对重阳有余者，在临床上可以观察到 BBT 高温相过高或过长，或在高水平的基础上呈不规则的波动，或呈犬齿状。正由于阳盛有余，故可出现诸多病证。阳热有余，迫子宫冲任等有所失藏，可出现经前期漏红；阳盛火旺，升扰清空之窍，可出现经前头痛、目痛、耳痛、衄血等病证；阳盛火郁营卫失和，可出现经前发热、经行失眠、经前惊狂等证；阳盛火旺，犯乎乳房乳络，可出现经前乳房胀痛，乳头触痛、乳泣、乳衄等；阳盛火升，犯乎脘胁，亦可出现经前脘痛、胁肋胀痛，甚则经行呕吐等病证。

三、重阳有余与重阳不足交替，出现不协调的病变

我们在长期的临床观察中，的确亦发现少数患者在经前前半期出现忽虚忽实、忽短忽长的不协调不稳定的状态。分析这类患者的情况，我们发现与大多与肾虚肝郁、脾虚肝郁等矛盾病变有关，亦或与精神心理因素的不协调，如时喜时悲，时怒时郁，或时而积极亢奋，或时而消极忧郁，或者生活起居不一，工作劳逸不匀等有一定关系。在观察这类病变时，必须运用 BBT，观察 BBT 的高温相变化，特别是高温相后半期的变化。我们发现，在此期不协调的病变中，亦有三种情况。

其一，是有余为主的病变：即 BBT 高温相呈偏高、偏长者为主，并伴有烦躁、头痛、胸闷等症状，在 2～3 次有余病变后，偶然出现 1 次或 2 次的 BBT 高温相不稳定，

波动较大，或者高温相后半期呈缓慢下降状态，并伴有腰酸、神疲乏力、大便或溏等病变。

其二，是不足为主的病变：即 BBT 高温相呈不稳定，波动较大，或者高温相后半期呈缓慢下降，或者有所降低者为主，并可伴见腰腿酸软、神疲乏力、腹胀便溏等症状，在连续 2～3 次不足病变后，或可偶然出现 1～2 次的 BBT 高温相偏长、偏高，并伴胸闷、烦躁、头痛、乳胀、乳痛、便干等症状。

其三，是有余与不足相交替，虚实各半的病变：即 BBT 高温相偏高、偏长，并伴烦热、头痛、胸闷胁胀者 1 次或 2 次后，又出现 BBT 高温相后期不稳定，缓慢下降，并伴神疲乏力、腰酸腿软、大便易溏者 1～2 次，继之又将出现有余状病变，然后再出现不足的病变，忽虚忽实，忽寒忽热，交替发作，各占一半，但亦或偶尔出现短时间的有余或不足为主，继则又呈现交替状况。这是一种颇为复杂的病变。

此外，我们在长期的临床观察中，还发现一些寒热虚实更为错杂的病变，特别是在进入 40 岁后的女性患者中较为多见。这都有待于我们今后进一步研究，更好地发掘经前期，特别是经前后半期的病理变化，为提高治疗效果服务。

第三节 经前后半期的诊治特点

经前后半期，此即前人所谓之经前期，其诊断辨证的特点，主要在于观察 BBT 的高温相变化，尤以高温相后半期为主，其他血查女性内分泌激素，以黄体激素为要，还有依据这一时期的明显证候，可参考我们在前面所撰述的经前期诊治特点中的有关内容，这里就不予详述了。我们着重这一时期的治疗。前人提出了“经前期以理气为先”的治法。所谓理气为先，是针对调理月经而言，实际上目的在于顺利地排泄月经，促进转化。鉴于经前期经血未动，故予理气为先。但我们知道，月经之所以按时顺利来潮，重点在于“重阳必阴”转化，所以就月经周期的规律及调周法而言，首先要保证重阳，有了重阳的条件，才有可能行正常的转化，出现气血活动的情况，所以我们认为经前期首先在于助阳，其次才是理气，但前人之所以提出理气，亦有它一定的理由与实践意义。因为经前期理气，调理气分，不仅能为排泄月经做准备，而且也有着缓解经前期一些气分病证的作用，所以在经前期使用理气法时，所选择的方药要贯穿理气解郁，理气调经的意义在内。根据我们临床上应用的情况，需要分为三个具体治法，即理气疏肝（一般称为疏肝理气）、理气化瘀、助阳疏肝。兹分别介绍之。

一、疏肝理气

此为经前后半期，也即是前人所说的经前期所常用的方法。一般来说，这一时期所用的疏肝理气法，有两个目的，其一是缓解经前期所出现的气滞、气郁、气逆等证候；其二是调畅气机，为顺利排泄月经做准备，亦为重阳必阴的顺利转化做准备。为此，凡在经前后半期 BBT 高温相基本正常的情况下，不论有无气分的证候，均可应用之。疏肝理气的方药很多，如《金匮要略》所制的半夏厚朴汤，《局方》所载的逍遥散，《丹溪心法》所制的越鞠丸，以及四制香附丸、加味乌药汤、清肝达郁汤等。在临

床上具体使用时，应根据患者所出现的症状及体质类型而选取方药。如对体禀阴虚，而又肝郁不得舒发的者，可选用逍遥散；如肝脾失调，又兼夹痰湿者，可选用越鞠丸。鉴于具体病人的症状并不完全一致，故临床上选用某一方后，尚有所加减。如临床上所用的加减越鞠丸，药用制苍术、制香附、丹皮、山楂、陈皮、广郁金、茯苓等品；如阴血虚，肝郁不得疏解者，常出现胸闷不舒、乳房胀痛等症状者，可予逍遥散加减，药用当归、赤白芍、白术、茯苓、醋炒柴胡、广郁金、荆芥、玫瑰花、陈皮等药；如是肝郁化火，火热旺盛者，可选用清肝解郁，固冲止血的方法，丹栀逍遥散加减，药用栀子、丹皮、黑当归、白芍、白术、茯苓、荆芥炭、醋炒柴胡、钩藤、大小蓟等品。但如无明显的症状，测量 BBT 双温相又基本正常者，在这经前后半期时亦当予以理气调经，可选用四制香附丸加减，目的就在于为调理月经做准备，药用制香附、当归、赤白芍、陈皮、茯苓、广郁金、川续断、焦山楂等品，理气调经，养血补肾，在 BBT 高温相基本正常的情况下，可作为经前后半期的常规处方。

二、理气化瘀

这也是经前期较为常用的方法。理气者，为经前期所常用，化瘀者，较之一般活血调经之方药力量要大，所用剂量亦较重，为了排除血瘀，促进瘀浊吸收，需用此法，故本法常用于血瘀性月经病证，以及癥瘕类病证。就妇科而言，以血为主，故血滞、血瘀，血癥等疾患颇为多见。近年来，我们在临床上发现子宫内膜异位症、盆腔血瘀证、急慢性盆腔炎症不仅多见，而且发病率呈逐年上升趋向。我们在临床上经常碰到一些子宫内膜异位症患者，在经前 3～5 天，甚则 4～7 天即开始小腹坠痛，个别的甚至疼痛剧烈，有的至行经期反而疼痛减轻，但大多数在行经期加剧，故必运用理气化瘀，控制疼痛的方法和药物，才能有效地控制疼痛。为此，我们制定了消癥汤。药用石打穿、五灵脂、丹参、地鳖虫、生山楂、当归、赤芍、生鸡内金，再加入制香附、广木香等品，疼痛剧烈时，尚需加入延胡索。原方之意，在于消散癥瘕，故方中使用虫类药。如在一般血瘀性月经病证中，可选用加减七制香附丸（汤）。考此方系《医学入门》方，以香附为主药，用当归、莪术、丹皮、艾叶、乌药、川芎、延胡索、三棱、红花、柴胡、乌梅煎汁制香附，再以香附为末，制丸，我们在临床上作用时，化丸为汤，药用制香附，用量加大，一般在 10～12 克，其他加入当归、川芎、乌药、丹皮、红花、延胡索、五灵脂、山楂等品，达到理气化瘀，调经止痛的目的。

三、助阳疏肝

此法在经前后半期颇为常用，是调周法中重要一环。一般用于 BBT 高温相欠稳定，或者高温相出现下降趋向者，常伴有腰酸、小腹有冷感，行经时或者经前期大便易溏者，或者亦伴有胸闷、烦躁、乳房胀痛等气机不畅等证候。在治疗上，一方面必须养血补肾，助阳益气以维持或提高阳气功能，恢复和提高 BBT 高温相的稳定性和高度，同时加入疏肝理气的方药，以适应经前后半期的生理要求，或者亦是为了解除经前所出现的一些气机郁滞或气机不畅的证候。以及有助于保证行经期的顺利转化和排经，根据我们临床上使用方药的体会，以张景岳的毓麟珠合朱丹溪的越鞠丸最为常用。药

用丹参、赤白芍、山药、丹皮、茯苓、川续断、紫石英、制苍术、制香附、五灵脂、山楂、绿萼梅等品，服至月经来潮即停。如月经量少，周期落后，经行不畅，经期延长者，可在前方药中，加入泽兰叶、五灵脂、川牛膝等品，有助于调经。如果患者有经行腹痛、癥瘕、炎症性不孕不育症者，需要补肾助阳，合理气化瘀，可选用毓麟珠合七制香附丸，具体应用时，可参考前面经前期诊治特点与理气化瘀的方药内容。

总之。我们认为：经前后半期的治疗特点，仍以维护重阳为主，仍以经前前半期的治疗特点为主，但要考虑结合疏肝理气，在重阳功能正常，BBT 高温相稳定的情况下，理气为先的治疗占有重要地位。如果这一时期出现气分不畅，或气机郁滞，或气郁化火，并具有较为明显的症状者，更需要应用理气为先的治法，如夹有血瘀性疾患者，则理气化瘀，亦当用之。但在一般情况下，或者无任何症状者，可考虑助阳与理气合用之，以适应这一时期的生理要求，提高这一时期生理演变的水平。

第七章

奇偶数律

所谓奇偶数律者，是指奇数与偶数，而且呈有规律地运行着。奇数者，是单数的意义，不仅指数量，而且也指质量上的单数；偶数者，是双数的含义，不仅指数量，而且也指质量上的双数。奇偶数的重要性，就在于代表阴阳，也可以说是阴阳运动中的具体体现。如果说，阴阳的概念是笼统的、抽象的、很不具体的，而奇偶数则是非常具体的，也是非常客观和实际的。奇数属阳，偶数属阴，阳为奇数，阴为偶数。所以奇偶数，实际上代表阴阳，尤其是代表阴阳运动的形式，在中医妇科学上，有着重要意义。

女子属阴，所以前人提出“女子以血为主”的说法。我们认为“以阴血为主”较为贴切。女阴的生殖生理，包括月经周期，甚则生命节律，均赖阳以推动，此即阴赖阳生，阴阳互根生长的道理。因此，阳是女阴的生殖繁育与生长发育的动力和基础。阳者奇数也，而奇数中的“7、5、3”或者说“3、5、7”有着极为重要的意义。众所周知，肾气、天癸是女性生殖生理最为重要的物质基础。月经周期的演变也是在肾气、天癸的物质演变下形成的。肾气者，内含阴阳也．天癸者，内含阴水阳水，因为癸即是水，故称之为癸水，癸水中的阴水阳水，正是推动月经周期演变，形成周期节律的阴阳物质基础。月经周期中的四个重要阶段，也正是阴阳消长转化的四个时期，因为以癸水为主者，水属阴，阴者本以偶数主之，但阴之所以发生发展者，必赖其阳，阳才能推动阴的生成和发展，前人曾一再指出孤阴、孤阳则不生不长．为此，女阴的生长发展，必赖阳奇数以推动。据前人所论，结合我们多年来的临床观察和分析，发现奇数中的“7、5、3”数律，是女性生殖生理发育过程，特别是月经周期中演变的重要内

容和主要形式。

正由于女子属阴，其生殖生理的发育过程与月经周期演变，主要与阴有关，阴赖于阳，所以“7、5、3”的阳奇数律，有着重要意义。阴偶数及其数律应用较少，只有当其转化为阳，以阳为主的时候，才能涉及“2、4、6（8）”阴偶数律的应用，如月经周期演变中的经前期，以阳长为主，故需运用“2、4、6、（8）”偶数律来分析和推断阳长的规律。所以本章所要介绍的奇偶数律的临床应用，实际上着重介绍“7、5、3”奇数律的应用。文章分为两个部分，首先介绍奇偶数律的概念和应用，奇偶数律在复杂的生理病理中的应用，奇偶数律与脏腑经络的关系等；第二个部分，将分别介绍7数、5数、3数律的临床应用。我们提出来的月经周期“7、5、3”奇数律，不仅仅是个理论问题，而且是重要的实践问题，应当据此对某些月经周期节律、生殖节律以及某些月经病证的诊断疗效标准，做出新的分类和要求，从而更好地进行推导，论治未病。下面将分为总述和分述二节。

第一节　奇偶数律总述

一、奇偶数律在如科学中的应用

从调经到调周，是中医妇科学发展的必然趋向。调经以经前期出现的诸种症状进行辨治，着重调理气血，故以四物汤、逍遥散为主方，是一种较为被动的治疗方法，常有效而不得巩固。调周法，是从中药人工周期演化而来的，目的是调复月经生理功能建立正常的月经周期，强调周期中四期三时分治，不管全程调控或半程调控，均着重治未病，调阴阳，是一种比较积极的治疗方法，对功能性不孕症、崩漏、闭经、膜样性痛经、子宫内膜异位症等尤为合适。笔者自上个世纪60年代初期就开始应用测量基础体温（简称BBT）的方法，后来又结合阴道涂片检验雌激素水平的方法，进行对调理月经周期法的疗效观察，近年来发现阴阳奇偶数律在调周治疗中有重要意义，特别是经后期的阴长与“7、5、3”的奇数律更为重要。为了发挥中医中药在调周法中的优势，故作如下探讨。

（一）月经周期演变与阴阳奇偶数律的关系

女性，阴也，故以阴血为主，体现性生殖功能的月经周期演变，除经前黄体期属阳外，其他行经期、经后期、经间排卵期均属阴，与女子以阴为主相吻合，阴的产生与发展依赖于阳，奇数属阳，偶数属阴，乃前人之所论，所以阴长赖于奇数，奇数是推动阴长之所在。反之，阳长赖乎阴，阴为偶数，偶数是推动阳长的所在。阴阳互依，故能推动阴阳消长的更替，而月经周期的演变及女性生殖的整个发育过程，正是阴阳消长转化的结果，其理早见子古人的太极“阴阳鱼图”。

《傅青主女科》曾经说过：之所以通子变化者，以其阴中有阳也。惟其有阳，才能发展提高，也就是动力基础。阳则反之，以偶数推动发展提高。女子属阴，所以整个生殖功能的发育成熟衰退，是以奇数为主的。研究前人所论，结合临床观察所得，“7、5、3”数律确有重要意义。7数律来自《素问·上古天真论》，从一七、二七到七七，基

本上将女性生殖功能分为六个过程，符合生殖功能生长壮老衰退的过程。张介宾对此阐述尤详，他说："七为少阳数，女本阴体而得阳数者，阴中有阳也，……。愚按，男子属阳，当合阳数，女子属阴，当合阴数，而今女反合七，男反合八，何也？盖天地万物之道，惟阴阳二气而已，阴阳作合，原不相离，所以阳中必有阴，阴中必有阳，儒家谓之互根，道家谓之颠倒，皆所以发明此理也。"五数律来源于五行生成数，最早见于《汉书·五行志》，刘牧说《洛书》就是五行生成数，《河图》也是五行生成数。但具体地说与唐容川所解释的八卦数相符。他在《周易详解》中说："在每月以五日为一候，以一候应一卦，除去坎离，其余六卦以应六候，所以除去坎离者，离为日，坎为月，日与月乃其本体，故坎离二卦不应候也。"故近代学者有把女性生殖的发育过程分为五期者。三数律来自刘河间所著的《素问·病机气宜保命集》。该书是这样描述的："妇人童幼，天癸未行之际，皆属少阴，天癸既行，皆从厥阴论之，天癸既竭，乃属太阴经也。"把女性生殖发育过程分为月经将行、既行、既绝三个阶段。小而言之，月经周期中的经后期、行经期、经间排卵期亦同样与此"7、5、3"的时数律有关。经前期以阳长为主，临床观察到与"8、6、4"的偶数律有关。具体内容将在下面详述。

（二）奇数律在经后阴长中之探析

经后期是阴长的过程，亦即是雌激素不断提高滋养卵泡卵子发育成熟的过程，故又称为经后卵泡期，由于阴精或称天癸不断滋长，血海渐趋充盈，即子宫内膜增生，为排卵受孕及排经奠定基础。阴长的形式和过程，根据我们临床长期观察，很明显是受"7、5、3"阳奇数律的影响所支配的，因此探析"7、5、3"阳奇数律在经后期推动阴长的形式与过程，对调周应用十分重要。

7数律，一般依据经期7天且有规律而定，因此，经后期也有相应的7天，符合周期中阴半月的生理要求，但是亦有少数例外者，其阴长的时数形式，见表7-1。

表7-1　7数律阴长形式及过程（天）

行经期	形式	经后期		
		初	中	末
7	Ⅰ	3	3	1
7	Ⅱ	5	3—3—2	2—1

从表7-1可以看出，Ⅰ式是阴长的主要形式，其低、中期较长，近高时短，呈突然上升状。在低、中水平时也有起落；Ⅱ式临床上虽少见，但在某些疾病的恢复过程中常有所见，主要是阴长不及或生活中某些因素的干扰，以致阴长延后，有趣的是仍然延长7天，再度从低、中水平基础上向近高水平冲击而进入排卵期，如无雌激素检验条件，可从鸡蛋清样白带以及BBT的低温相波动中探知端倪。

5数律，依据经期5天而有规律者定之，因此，经后期也有2个5天的相应数，以符合周期中阴长半月的生理要求，但是在具体的生活中也有按此数律而超前落后者，故表现出月经周期的忽前忽后及各不相同的波动度，见表7-2。

表 7-2 5 数律阴长形式及过程（天）

行经期	形式	经后期		
		初	中	末
5	Ⅰ	5	4	1
5	Ⅱ	5	5—3	1—2
5	Ⅲ	2	2	1

从表 7-2 中可以看出，Ⅰ式是主要的，低中期较长，近高水平较短，一般低 5 天，中 4 天，近高 1 天，在低中时期阴长仍有起伏，近高水平时，阴长呈现突然上升状，亦或有时持续上升者，近高水平之阴长，实已接近重阴，故与经间排卵期相连；Ⅱ式主要是阴长不及，常由某些因素所干扰，或者在某些疾病的恢复过程中可以见到。有趣的是按 5 数律延后，或延后 1 个甚至 2 个 5 天，通过 5 天的低中水平演变向高中水平冲击，成功则将进入排卵期，否则还将延后；Ⅲ式，主要是阴长的基础好，或者是前一次月经周期的基础，其低中时间缩短，低 2 天、中 2 天，第 5 天末期，阴长突然上升呈现近高水平而进入经间排卵期。

3 数律，依据经期 3 天且有规律者定之，由于经后期阴半月的要求较“7、5”数律为长，因此阴长的形式，亦较前两者为多。我们的临床观察有以下几种，见表 7-3。

表 7-3 3 数律阴长形式及过程（天）

行经期	形式	经后期		
		初	中	末
3	Ⅰ	3—3	3—2	1—2
3	Ⅱ	3—1	1—3	1—2
3	Ⅲ	3	3—1 1/2	1—1 1/2
3	Ⅳ	1	1	1

从表 7-3 中可以看出，Ⅰ式是三数律中阴长的主要形式，亦符合周期中阴长半月的生理要求。其低中时间尤长，近高水平短，一般近高水平亦只有 1 天，或者 2 天，而低中水平时亦有一定起落，可以形成 4 次小波浪状，然后进入排卵期；Ⅱ式，基本上与Ⅰ式同，但在低中水平演化中少一次波浪状，于第 3 次波浪状时冲击成功；第Ⅲ式，也是阴长不及，或恢复过程中反复性大，使阴长波动性大，按 3 数律延后，较正常又延后 1～3 个 3 天，然后阴长冲击成功，达近高水平而进入经间排卵期。此式介于病理生理之间；第Ⅳ式，虽然少见，但的确亦有发现。主要是阴长基础好，低中水平时短，低 1 天，中 1 天，第 3 天阴长水平即达近高，进入经间排卵期，使月经周期亦大为缩短，但属于生理范畴。

综上所述，“7、5、3”数律是探讨月经周期中阴长的关键，知常达变，因势利导，是调周法的关键之所在。需要说明的是，少数妇女未必体现出这一规律，有的可以交替出现，有的呈现 4、6 偶数变化，所有这一些值得我们进一步研究。此外，行经期、经间排卵期也体现出“7、5、3”奇数律，我们曾经随机统计不孕症排卵功能正常且月

经周期正常者 30 例，并要求连续 3～5 个月经期作为统计对象。结果：经期 3 天的占 5 例，4 天的占 4 例（但其中有 1 例与经期 5 天相交替），5 天的占 10 例，6 天的占 1 例，7 天的占 10 例。可以说明“7、5、3”数律是主要的，也是行经期演变的时数律。所不同的是行经初期仅 1 天，偶有 2 天。经间排卵期所不同的是经间中期仅 1 天。这是应用调周法时所必须掌握的。

（三）奇数律在胎产中应用

张景岳的《妇人归》在“数堕胎”中说：“堕胎者，多在三个月及五月、七月之间，而下次之堕必如期复然。”我们在临床多年观察中，的确体会到妊娠 50 天、70 天、90 天是关键时期，稍有不慎，容易流产。90 天为 3 个月，亦可与 3 数律相联系。因此，妊娠期要重视“7、5、3”奇数律的重要性。产后 3～5 天内，由于产创出血，所致阴虚阳旺反应明显，一周后逐渐消失，2～3 周内恶露干净，50 天基本恢复，70～90 天谓之大满月，整个产后恢复期结束。

（四）偶数律在经前期阳长中之探析

经前期是阳长至重的过程，亦即是黄体激素高涨的过程，阳长赖阴，阴以偶数为主，故以偶数支配阳长，临床以测量 BBT 观察高温相变化了解阳长。我们随机统计不孕症排卵功能正常周期规律者 31 例的 BBT 高温相变化，以连续 3 个高温相周期进行统计，结果，高温相 11 天（其中有 1 例与 12 天相交替）占 3 例；12 天的占 8 例，13 天的占 5 例（其中有 3 例与 12 天，14 天相交替），14 天的占 14 例，15 天的占 1 例，由此可以看出 BBT 高温相 12 天或 14 天占绝大多数。同时还观察到高温相延续超过 16 天或者 18 天者，可考虑诊断为早孕。由此可知 BBT 高温相之正常者，少则 12 天，多则 16 天或 18 天，呈偶数演变。有意义的是，在我们观察 BBT 高温相的基础数时，发现高温相必须维持在 4 天、6 天甚至 8 天的基数。“8、6、4”偶数律，与“7、5、3”奇数律相对应。8 数律在《素问·上古天真论》中男子一八到八八时已论及，基数八，双数十六，故阳长至重 16 天，与阳半月相合；6 数律在 BBT 高温相的要求中，以 6 天为基本数，故阳长以 2 个 6 数 12 天，与阳半月也基本相合，但可以到 18 天。4 数律，我们在 BBT 高温相观察中，维持 4 天可以算为基数的，其阳长可以达到 12 天、14 天、16 天。在阳长过程中，由于阳动阴静的特点，所以阳长近重较阴长为迅速，一般阳长至 6～8 天时即可达此。所以在阳长前半期尤为重要，甚至在经间排卵期就应着眼于此，这是在应用调周法时所必须注意的地方。1987 年，我们应用张景岳的毓麟珠加味，于阳长的前半期施治，并系统观察 78 例黄体功能不健的不孕症，通过近 1 年如法治疗，黄体功能恢复率达 83.7%，受孕率为 52.5%。必须说明其中有 1/3 在 31 岁以上，最大年龄达 43 岁，由于观察对象年龄偏大，病情复杂，程度不同，也将影响疗效，但是尽管如此，疗效尚能令人满意。

二、奇偶数律在月经生理病理中的应用

我们在观察月经周期演变，运用调理月经周期的系统治法时，发现阴阳消长转化的生物钟节律尚有个体的差异性，其中奇偶数律，与此有着密切的关联，特别是“7、5、3”奇数律，更与之有重要联系。我们认为：各人的禀赋、肤色、地区、气候、水

土之不同，因而内在的生物钟节律也就有所不同。为了分析其异同，我们不得不学习易学八卦，运用易数律，包括奇偶数律，来分析阴阳运动的类别，为防治疾病服务。

女性的体内变化是复杂的，其生殖节律、月经周期节律的变化也是复杂的。从月经周期而言，其中消长期与转化显然不同，经后阴长阳消期，是以奇数为主，而经前阳长阴消期，是以偶数为主，即使在某一时期内，尤有上下左右之不同，上则乳房乳头，下则子宫附件，左右乳房，左右少腹有时变化反应也很不一致，出现奇数中有偶数，奇数中有奇数，偶数中有奇数，偶数中有偶数，上奇下奇，上偶下奇，或上偶下偶，上奇下偶，或左奇右偶，左偶右奇等种种复杂变化，为此，我们运用易数律，深刻分析月经周期中奇偶数律的复杂变化，也就是分析阴阳消长转化的复杂类变，进行科学的推导，掌握关键时刻，防治未病。

(一) 奇偶数律与月经的关系

月经来潮及其周期演变与奇偶数律特别是奇数律有着重要的关联。众所周知，女子属阴，赖阳奇数以推动，女性生殖功能尤其如此。《素问·上古天真论》提出："女子七岁，肾气盛，齿更发长；二七而天癸至，任脉通，太冲脉盛，月事以时下。"阐明了7数律，所以绝经年龄亦在七七之年。根据我们临床观察和统计，初潮年龄：7数律者，14岁；5数律者，一般15岁，最早10岁；3数律者，一般12岁或15岁，但有极少数的最早9岁，最迟到18岁。绝经年龄：7数律者，一般49岁，甚则有到56岁的；5数律者，一般50岁，甚则有到55岁，极个别的可到60岁，亦有提早到45岁的；3数律者，一般48岁，或51岁，甚则可到54岁、57岁，亦有提早到42岁、45岁的。可见5数律、3数律的绝经年龄，存在较大的差异性。月经周期的演变，7数律者，行经期7天，经后期7天，经间排卵期7天，经前期属阳，呈偶数规律；5数律者，行经期5天，经后期一般为2个5天或者有3个5天，经间排卵期5天，经前期属阳，呈偶数律；3数律者，行经期3天，经后期一般应有3个或4个3天，经间排卵期亦只有3天，经前期属阳，呈偶数律。经前期的偶数律，应与经间排卵期的末期相连，维持12、14天，相当于阳半月的要求，以求得阴阳各半月总体上相对平衡性。

(二) 阴中有阴，奇数中有奇数

我们在深入观察月经周期的生理演变中，的确发现"7、5、3"个体特异性奇数律在行经期、经后期、经间排卵期中的重要意义，见表7-4。

表7-4 "7、5、3"奇数律在月经周期中的意义（天）

周期 / 数律	经后卵泡期	行经期	经间排卵期
7数律	7	7	7
5数律	5	5－5	5
3数律	3	3—3—3—3	3

表7-4所示，不难看出"7、5、3"奇数律在行经期等3期中的特殊重要意义，而且随着阴长至重，阴中有阴，其"7、5、3"奇数律还要按3期再分初、中、末3个阶

段。三三分类体现了奇数中的奇数。先以行经期而言，行经期有初、中、末3个小阶段，或称3个小时期，初期只有1天或0.5天，中期一般1天或2天，末期有时较长。如3数律者，一般行经初期0.5天或1天或1.5天，末期2天或2.5天；7数律者，一般初期1天或1.5天，中期2天，末期3天或4天。而且行经中期，是行经期的重点时期。经后卵泡期较长，末期较短，有时与经间排卵期很难区分，不论“7、5、3”哪一种奇数律，均是如此。其重点在于经后末期。经间排卵期亦存在初、中、末3个时期，一般重点在于中期，乃是真正的排卵期。不论哪一种数律，只有1天，甚则0.5天，即前人所谓“必有一日氤氲之候”，“此的候也”，“乃生化之真机”。奇数中有奇数，是体现阴中有阴，重阴演变的动态需要。此外，尚有奇数延长。如经后期7数律延长至2个7数，3数律延长至5个、6个、7个3数，5数律延长至3个、4个5数。这种奇数律的延长属于少数，不能作为奇数中的奇数来推导，相反说明系阴长的动态延长，阴或兼阳有所不足所致。

（三）阳中有阳，偶数中有偶数

我们在观察月经周期经前期的生理演变过程中，发现“2、4、6（8）”偶数律的重要性。经前期属阳，阳长赖阴，因而阴偶数恰恰代表阳长的情况，见表7-5。

表7-5 “2、4、6”偶数律在月经周期中的意义（天）

数律＼周期	经前期	经前后半期
2数律	2—2—2	2—2—2（+2）
4数律	4—4（+2）	4—4（+2）
6数律	6	6（+2，+6）

从表7-5可以看出，经前黄体期还应包括经间排卵期的末期，一般以测量基础体温（简称BBT）观察高温相来判定阳长的情况。因此偶数律者，2数律是基础，故极为多见，根据阳半月、阴半月总体平衡的要求，2数律者，最少需要6个2数，即12天，一般可达7个2数，即14天；4数律者，按阳半月的要求，最少需要3个4数，即12天，一般可达4个4数，即16天；6数律者，按阳半月的要求，最少需要2个6数，即12天，甚则可达3个6数，即18天。从BBT高温相而言，的确符合12天、14天，甚则16天、18天的临床实际情况，但是在高温相的12天或14天中，还必须进行2个阶段或称2个时期的分类，此与阴长为主时需再进行3个时期的分类不同，由于阳长至重远较阴长为快，所以我们分为重阳前半期（即经前前半期）和重阳延续期（即经前后半期）。一般高温相12天者到高温相第6天，高温相14天者到高温相第7天，均达到重阳水平，第6天或7天后进入重阳延续期。为什么达重阳而不转化，我们认为是受月周期总体阴阳需要相对性平衡所制约的，即阳长亦必须达0.5个月左右，这是月经周期中阳长的特点。此外，尚有极少数阳长期延长，即BBT高温相延长到18天，甚至20天，而又非妊娠者，除了阴阳均偏盛、阳长偏长、偶数中寓偶数外，确有少数特殊类型者，不能作为一般偶数中寓偶数论。

（四）阴下阳上，下奇上偶；或偶中寓奇，奇中寓偶

我们在观察月经周期演变过程中发现，居于下焦的子宫、阴道，居于上焦的乳房、乳头，均为女性与生殖生理有关的部位。在经间排卵期出现重阴在下、阳气在上的复杂现象。其重阴现象可见绵丝状带下较多，呈“7、5、3”天的奇数规律，阳火偏重可见心烦、乳胀现象，一般见2天或4天，呈偶数规律；或者锦丝状带下2天、4天，呈偶数规律，经间乳胀见1天、3天，呈奇数规律。亦常有奇数中寓偶数、偶数中寓奇数，且伴有兴奋、失眠等反应，但程度较轻，而且消失较快。所有这些上下不一、阴阳错杂、奇偶数交替，均反映出心肾子宫生殖轴主调阴阳消长转化中复杂的演变特点。如反应较重，上下数律错位，奇偶数律延长或缩短，均将转入病理。

（五）阳下阴上，下偶上奇；或奇中寓偶，偶中寓奇

我们在深入观察月经周期演变过程中发现，下焦子宫在经前黄体期，以阳长为主，温煦宫内，子宫内温度提高，有利于受孕和排经的准备，所以BBT呈双相反应而见高温相。有意义的是高温相必须维持12天或者14天，呈偶数律，而且上升的温度差在0.4℃，亦呈双数，所有这些，均说明下焦子宫、冲任等血液中以阳为主；但是阳的生成与发展，又有赖阴，故出现阴偶数律。反过来说，阴偶数律代表了阳的运动规律。但是居于上焦的心及乳房、乳头，恰恰出现阳奇数的反应，如胸闷烦躁，夜寐较差，尤其是乳房、乳头胀痛，一般常见3～5天，多则7天，呈奇数规律；亦有少数人呈乳房、乳头胀痛2天、4天，多则6天的偶数规律；还有人奇偶数规律交替出现。我们认为，此乃奇中寓偶，反应一般不明显或不严重，可不作病证论。

（六）左阴右阳，左奇右偶，奇偶互寓

我们在临床观察中还发现，在经间排卵期出现左右少腹，即指子宫的左右附件反应有时不一致，而且出现的锦丝带下也不一致。一般来说，经间排卵期亦以阴为主，所以出现的锦丝状带下，也与行经期排经的“7、5、3”奇数律相一致。少腹作胀作痛，左右相符，也应有“3、5、7”天奇数的反应。但有时出现右少腹作痛作胀仅2天、4天或6天，锦丝状带下也是如此，但有时又恢复正常数律，故我们称之为左阴右阳，左奇右偶，奇偶互寓的变态反应和复杂变化，如无症状出现，偶尔出现1～2次，甚则3次者，可不予论治，如伴有明显的症状，出现的次数过多者，当予辨治。

（七）左阳右阴，左偶右奇，奇偶互寓

我们在临床观察中还发现，经前期左右乳房的反应不一致。一般来说，经前期乳房胀痛，左右应保持一致，发作时间亦应保持一致。因乳房、乳头亦为女性生殖器官的组成部分，亦以阴为主，虽然在经前期，仍然较多地呈“7、5、3”奇数律，但有时却仅一侧乳房乳头胀疼，而另一侧无任何反应和症状。左侧乳房乳头有反应或症状者较为多见，如出现2天或4天或6天的偶数现象，我们称之左阳，右侧如无反应和症状，亦或者出现“3、5、7”奇数反应或症状者，均称为右阴。这样就形成左偶右奇、奇偶互寓、阴阳交混的错杂状态。偶尔出现1～2次反应轻者，不予论治，次数过多，反应过重，必须辨治。

（八）运用奇偶数律，防治未病

我们认为中医治病的最大特点在于防治未病。易学八卦中的奇偶数律就在于推导

阴阳运动的内外在规律，就女性月经周期而言，主要是指阴阳消长转化的月圆运动生物钟节律。阴阳消长运动是基础，转化是关键，转化的关键日期是防治病证的最佳时间。女子属阴，月经周期中除经前期外，其他3个时期均属于阴为主，因此“7、5、3”奇数律显得更为重要。

一般来说，如月经量少、月经后期、经间期出血、排卵功能不良性不孕症，其则闭经等病证，均与肾阴不足有关，即阴虚或偏阴虚。开始治疗的时机，7数律者，应在行经期的末期及经后初期或经后末期；5数律者，基本在经后初期；3数律者，完全要从经后初期奠定物质基础，血中滋阴，用归芍地黄丸（汤）加减。经后末期，亦很重要，因为经间排卵期的第1次能否顺利转化，就在于经后末期能否保持阴长近重的水平。因此，在补阴方药中需要加入较多的助阳药。

对黄体功能不健性不孕症、膜样痛经、滑胎、子宫内膜异位症等，均必须掌握患者经间排卵期的“7、5、3”时数律论治，补肾调气血，以促进顺利转化，用补肾促排卵汤加减，服药剂数按经间期的“7、5、3”天数而定。根据我们运用该方的体会，超过时数律的剂数，反而会起到促退的作用；服用剂数不够，有时影响促转化即促排卵的作用。作为八卦中的阴阳奇偶数律，尚需结合天时季节、地理环境，以及自然界生物钟规律的大整体进行推导。阴虚精衰的病证或体衰者，在春温夏热的季节，即阳气升发当令之时，易发闭经、崩漏等病证。阳虚寒胜者，逢秋凉冬寒之季，即阴气肃降之时，易发闭经、痛经等。防治的重点，可在发病前按原有的奇数律3周、5周或者7周进行服药防治；或者则按冬病夏治、夏病冬治的原则，在发病前3个月、5个月或7个月调治，并注意节令、气候地理的突变，进行服药防治，不仅有利于控制疾病发作，也有利于身体康复。

三、奇偶数律与脏腑经络的关系

在探讨月经周期中阴阳消长转化的节律变化时，必然要涉及奇偶数律，只有运用奇偶数律，才能具体地分析月经周期中阴阳消长转化节律的整体及个体变化。应用奇偶数律，不仅有助于分析病机，进行辨治，而且更有助于科学推导，掌握关键时刻，行未病论治。正由于奇偶数律在推导方面的重要，因而要更加深入地了解它与脏腑经络的关系，其中最为主要的是“7、5、3”奇数律与脏腑经络的关系，这是我们推导、分析病情传变的依据及论治未病的依据。

（一）奇偶数律与脏腑经络的关系

奇偶数律，就女性面言，主要是“7、5、3”奇数律，是代表女性月经周期及生殖节律演变中的3种内在类型，也反映了3种类型的以脏腑经络为主的变化。兹简要分析如下。

7数律，虽来源于《素问·上古天真论》，但我们在行经期、经间排卵期，以及经后期的大量观察中，已确实证实了它的存在。王冰在注释这段经文时说：“老阳之数极于九，少阳之数次于七，女子为少阴之气，故以少阳之数偶之，明阴阳气和，乃能生成其形体。”张介宾对此提出“七为少阳数，女本阴体，而得阳数者，阴中有阳也。”《灵素集注节要》中亦指出：“七为少阳之数，女本阴体，而得阳数者，阴中有阳也。”我

们认为：少阳之数为7，7为少阳之数。少阳与厥阴相表里，外少阳内厥阴，厥阴者，有肝与心包二脏，心包依附于心，所以作为脏腑而言，厥阴应指的是肝。因此7数律者，外为少阳，内属厥阴，应为肝木之特异体质者，前人曾有女子以肝为先天者，实际上应与此有关，故形成7数律的月经周期节律变化。

5数律，虽来源于《尚书·洪范》，但亦得到了临床反复观察结果的证实。《周易与中医学》中引载《尚书·洪范》曰："土为万物之母，土者，万物所资生也"，又说"土为生数之祖，故生数成数皆为五。"在《素问·金匮真言论》亦说："中央黄色，人通于脾，开窍于口，……其数五。"《洛书》九宫图的排列，……中央为五。《大玄经》亦说："……五与五相守而居乎中。"所有这些论述，均说明了5数与阳明中土有关。中土为脾胃所居，外为阳明胃土之经，内实属太阴脾土之经。所以，5数律外属阳明，内属太阴，实为脾体的特异性者，故形成5数律的月经生殖节律变化者。

3数律，虽来源于《素问·阴阳类论》，所谓"三阳者，太阳为经……"，《素问·阴阳离合论》亦提出太阳为三阳，但是与月经、生殖确乎相关。《素问病机气宜保命集》中提出的天癸未行、既行、既绝，即是以天癸为中心的初、中、末3个时期的分类法，并且引申到行经期、经后期、经间排卵期中的初、中、末3数分类。所以3数律外属太阳，太阳与少阴相表里，少阴者，肾与心也，就妇科而言，以天癸为中心，天癸者，与肾有关。因此，少阴应指为肾，由于肾包括天癸，是月经生殖之本，故3数律在月经周期及生殖中具有重要意义及普遍性，故一般判定月经失调及疗效标准，均以3数律即3个月经周期为主，有着一定的道理。

上述分析表明，"7、5、3"奇数律实际上反映了月经周期中经络脏腑的活动规律。我们综合前人所述，结合长期的临床实践，体会到"7、5、3"奇数律与经络脏腑的关系有如表7-6所示。

表7-6 "7、5、3"奇数律与经络脏腑

奇数律	经络		脏腑
7数律	少阳	厥阴	肝（胆）
5数律	阳明	太阴	脾（胃）
3数律	太阳	少阴	肾（膀胱）

从表7-6可以看出，7数律虽为少阳之数，但也反映了足厥阴肝体的活动，5数虽为阳明中土之数，但也反映了足太阴脾体的活动；3数虽为太阳之数，但也反映了足少阴肾体的活动。从"7、5、3"奇数律，不仅可以推测三阳三阴的六经辨治，而且可以推测到属肝属脾属肾脏腑活动的规律和特点，以便于掌握未病论治的最佳时机。

（二）对少数反常数律的认识

在月经周期中的行经期、经后期，甚则经间排卵期，多数人以"7、5、3"奇数律为主，但有少数患者呈"4、6"偶数律者，经间排卵期还呈"2"偶数律者，这些均属反常数律。如临床上无症状反应，一般月经的期、量、色、质无大的异常，可不作病理看，但之所以会出现反常数律者，实际上与行经期、经后期、经间排卵期的个体阳

气禀赋偏盛有关。因为在阴长为主中的生理周期中，阳气偏盛者才有可能呈现偶数律。经前期属阳长为主，多数人表现为“2、4、6”偶数律，即基础体温一般维持在12、14、16天，但有少数人出现BBT高温相13、15天的奇数律，此与经前期的阴盛有关。女子本为阴体，经前期阴亦较盛者，可出现阳奇数律，如无明显症状，亦可不作病理论治。

在我们临床长期观察中尚有一种奇偶数交替，或者称之为正常与反常数交替。如行经期，经间期排卵期，特别是经后期，应以“7、5、3”奇数律为主。如在“7、5、3”奇数之间交替，即7、5或5、3之间交替，仍属奇数律范围，在性质上是一致的。但如与“4、6”偶数相交替，即5与4交替，5、7与6交替，性质上就有所不同了。因为奇数属阳，恰是代表阴长运动的形式；偶数属阴，恰是代表阳长运动的形式。如今奇数中出现偶数，常数中出现反常数，不管间隔1个月或2、3个月者，均反映了阴长运动的失常；或因阳的薄弱或过盛，或因阴的不足，体禀有异。除少数为健康外，一般属于病理，但要排除人为因素。经前期属阳，故BBT高温相维持在12、14天，甚则16天，如12与14交替，或14与16交替，在性质上是一致的，均为偶数律；但如与“11、13”等奇数交替，在性质上就有所不同了，因为偶数中出现奇数、常数中出现反常数，此与阳长运动有所失常有关，或因阴的不足或有余，或因心肝气火偏盛等。除业健康者外，一般对这种奇偶数交替者应该加以调治，以恢复正常数律，恢复正常的月经周期及生殖节律，达到优生的要求。

第二节 奇数律分述

鉴于“7、5、3”奇数律在月经周期中更为重要，也更为具体和客观，故有专门论述的必要。

一、7数律在临床上的应用

7数律，是指由7数所形成的相对性规律，就妇科学来说，有着重要意义。因为7数属于奇数，奇数属阳，7数是代表赖阳为动力的一种运动形式。女子属阴，以阴血为主，其月经周期与生殖节律，是阴阳消长转化运动的结果，其中阴的消长转化运动更为重要和主导，但阴赖乎阳，阳是推动阴长转化的力量，因而月经周期中行经期、经后期、经间排卵期及生殖节律等演变均赖乎阳，故此作为阳奇数中的7数律具有重要意义，就不难理解了。我们依据前人所论，结合多年来的临床观察和实践体会所得，试论如下。

（一）理论依据

7数律，最早载于《素问·上古天真论》：“女子七岁，肾气盛，齿更发长；二七而天癸至，任脉通，太冲脉盛，月事以时下，阴阳和故有子；三七肾气平均，故真牙生而长极；四七筋骨坚，发长极，身体盛壮；五七阳明脉衰，面始焦，发始堕；六七三阳脉衰于上，而皆焦，发始白；七七任脉虚，太冲脉衰少，天癸竭，地道不通，故形坏而无子也。”从一七肾气盛，二七而天癸至，到七七天癸竭，把女性生殖发育过程分

为7个阶段，提出了“7”数分类。后世妇科医家，均以此立论，作为妇科7数分类的理论依据。我们在长期临床观察中，不仅体会到女性生殖发育过程有7数分类法，而且进一步发现在月经周期中的行经期、经后期、经间排卵期的3个主要时期、亦有着7数分类的意义。以行经期而言，我们曾随机统计过不孕症排卵功能正常，周期节律正常者34例，结果见行经期7天的例数，在“3、5、7”奇数律中仅低于5数律的例数，说明了7数律的重要。再以经间排卵期而言，观察经间排卵期功能正常者15例，要求连续3～5个经间期排卵功能均正常者作为对象，结果见经间期出现锦丝状带下（我们以锦丝状带下作为排卵期的标志）达7天者4例，有1例与5天相交替者不计，在“3、5、7”奇数律中虽低于“3、5”数律的例数，但仍然占有一定比例。再以经后期而言，经后期排卵功能正常者20例，连续观察3～5个经后期，结果见经后期7天者有6例，占一定比例。虽然观察的例数不多，但已可证实7数律的存在及其重要，为我们探讨7数律提供了临床依据。

（二）临床应用

无论是生理还是病理，凡属于7数律者，必须按7数分析之。

女性生殖发育过程：前人从一七到七七，将女性一生分为7个阶段。一七从幼女期到少女期，肾气盛，齿更发长；二七天癸至，月经初潮期开始；三七到四七，肾气平均，进入女性生殖的壮盛时期；五七开始出现脱发、面容憔悴等衰退现象；七七天癸竭、月经闭绝、形坏而无子，这是正常的生殖生理发育过程。如果早于二七之年，甚则一七稍过之年，即有月经来潮者，谓之早发月经；或过迟来经，超越二七之年，甚则至三七始行经者，谓之迟发月经，属于病理现象。又如早于七七之年，即天癸竭、月经闭止，甚则在六七到五七之年，即天癸衰少，月经期或量少，均为早衰的病理现象。

月经周期中的生理病理：如行经期7天，很有规律，是为生理。若原为7数律者，行经期变得少于7天，或者多于7天，属于病理。经后期7天，即进入经间排卵期者，属于正常生理；如逾期7天，再进入经间排卵期，无临床症状，一般亦可作生理论；但逾期很久，带下偏少或阙如者，属于病理。经间排卵期，应有较多的锦丝状带下，即俗称拉丝状带下，或蛋清样带下，维持7天者，属正常生理现象；如锦丝状带下偏少，不足7天，甚则少于3天者，就属病理，在功能性不孕患者中，常有此类病证存在。

胎产的生理病理：7数律在胎产生理病理中也有着重要意义。如《脉经·卷九》中说：“妇人怀躯六月七月，暴下斗余水，其胎必倚而堕”。《妇人规》在“数堕胎”中说：“且胎怀十月，经养各有所主，所以屡见小产、堕胎者，多在……七月之间，而下次之堕必如期复然。”根据我们长期临床观察，妊娠70天左右，的确容易流产，妊娠7月左右易滑胎，亦是关键时刻，当严格防范，免致流产。产后7天、70天、7个月，亦为重要时刻，不仅是身体、子宫、月经周期的康复时期，而且亦是容易致病的时期。

诊断与治疗：对7数律者应按“7”数分析。如月经周期不足23天，且连续7次以上月经周期先期者，但临床上亦可将月经周期先期3或5次以上者名为月经先期。月经延后，且必须月经周期落后7天以上，即月经周期在37天以后，且连续7次月经周

期延后者，始可诊断为月经后期，但临床上亦有将连续3次或5次月经周期落后者称之的。月经周期不足23天，或延后7天以上，即月经周期在37天以上，反复连续达7次月经周期失常者，始可诊断为月经先后无定期，但临床上亦有将月经周期先后不定期在3次或5次以上称之的。对闭经者若按7数律分析，月经周期停闭应在7个月以上，而现代妇科学以停止行经6个月以上者，即称为闭经。在治疗上，亦要求按7数律进行调治，如行经期服调经药7剂，经间排卵期服促排卵方药亦需7剂，既不能少，亦不能多，有较严格的要求，少则药力不足，惟恐排卵不利，多则损耗阴阳。排卵期是一个非常重要的时间，前人有“此的候也，乃生化之真机，顺而施之则成胎”之说。掌握好这一时机，对7数律者按7日调治，可收事半功倍之效，而且其疗效标准亦须按7个月经周期计算，即调治7个月经周期，观察亦须7个月经周期。我们应用测量基础体温（简称BBT）、阴道涂片检测雌激素水平、B超观察卵泡及排卵情况，发现部分患者经治疗后暂时恢复了正常的排卵、建立了正常的月经周期3~5次后，又复发病，此类患者就不符合痊愈的疗效品评标准，只能算作有效。这一点对不孕症尤其是滑胎的病人来说有着重要意义。

（三）体会

长期的临床实践，使我们深切体会到阳奇7数律，不仅是阴阳运动中一种重要的形式，而且亦有助于我们分析阴阳运动与脏腑经络的关系。唐代王冰在注释《素问·上古天真论》关于女子一七、二七到七七的生殖生理发育过程中说：“老阳之数极于九，少阳之数次于七，女子为少阴之气，故以少阳之数偶之”。张介宾指出：“七为少阳数，女本阴体，而得阳数者，阴中有阳也”。陈修园在《灵素集注节要》中亦指出：“七为少阳之数。”我们结合临床实践，7为少阳数，少阳之数为7，唐代王冰指出女子为少阴之气，故以少阳之数偶之，所谓少阴之气，实际是指女性整个生殖发育与少阴肾气有关，但在生殖节律及月经周期的运动中，以少阳7数律的形式运动，反映了女性内在的特异性规律。7数律为少阳运动形式，少阳与厥阴相表里，外少阳内厥阴互相联系；厥阴者，肝与心包两脏，但心包从属于心，作为独立的脏腑而言，应以肝为主，且肝为藏血之脏，与女性生殖及月经周期关系尤大。因此，7数律外为少阳，内与厥阴肝脏有关，形成外少阳内厥阴的生殖月经周期节律。

7数律的重要意义，还在于预测疾病，推导未病的关键时刻治疗。对生殖发育欠佳者而言，女子7岁左右，即应调治，应从遗传、体质、某些疾病等考虑。防治女性早衰，从五七、六七开始，通过有关检查，发现先兆，或从家族遗传史而决定之。对月经失调类病证、功能性不孕病证，均按7数律的月经周期演变规律论治，阴虚或偏阴虚者，应着重经后期7天的调治；阳虚或偏阳虚，应着重经间排卵期7天的调治，并严格地按照7数律服用方药。此外，对阴虚或偏阴虚的崩漏、闭经病证，应着重在春、夏季节调治，其预防治疗，应在秋冬季节，乃宗秋冬养阴之意；对阳虚或偏阳虚的崩漏病证，应着重在秋、冬季节调治，其预防治疗，应在春、夏季节，乃宗春夏养阳之意。而且我们认为在防治中要注意到7天、70天、7个月的疗程，以达到防止发作、巩固疗效的目的。

二、5 数律在临床上的应用

5 数律者，指由 5 数所形成的相对性规律。就妇科学来说，5 数律者较 7 数律的应用机会更多，意义亦更为重要。因为 5 数律不仅是属于阳奇数，而且又是奇数中的中间数，更为临床所常见。是以我们根据前人所论，结合我们多年来的临床体会，阐述如下。

（一）理论依据

五行学说，很早为五材说，即木、火、土、金、水。《尚书·洪范》、《汉书·五行志》早有较为详细的论述，《易传·系辞》曰："天数五，地数五，五位相得而各有合。"张景岳《类经图翼·气数统论》称五为数祖说"天数五，一、三、五、七、九是也；地数五，二、四、六、八、十是也。天数二十五，五其五也；数三十，六其五也。小衍为十，两其五也；大衍五十，十其五也。故曰，五为数祖。"用之于妇科者，有唐容川的《周易详解》。他从后天八卦的月相对应，引申到月经周期，他指出每月五日为一候，以一候应一卦，除去坎离，其余六卦，以应六候，凑成一月，阐明月经周期与月相均为太极八卦阴阳运动的结果。《傅青主女科》一书，也贯穿了五行思想，特别是水火既济为该书的中心。我们经长期临床观察，进一步发现月经周期中的行经期、经后期、经间排卵期中，亦有着 5 数律的运动形式，而且较之其他奇数律更为普遍。以行经期而言，我们曾经随机统计过器质性不孕症，有正常月经周期、排卵功能正常者 40 例，连续观察 3～5 次行经期，结果发现行经期 5 天的占 12 例，在"3、5、7"奇数律中虽低于 3 数律，但高于 7 数律。再以经后期而言，我们观察经后期排卵功能正常者 20 例，即带下由少到稍多，由质稀到略稠，连续观察 3～5 次经后期，结果发现经后期 5 天出现的 4 例，10 天出现的 4 例，合计 8 例，占有较高比例。虽然观察的例子尚不多，但亦可从中看出 5 数律存在的普遍性和重要性，为我们今后研究 5 数律提供了临床依据。

（二）临床应用

无论是生理还是病理，凡属于 5 数律者，必须按 5 数分析之。

女性生殖发育过程：临床上常以少女期、青春期、壮盛期（或称育龄期）、围绝经期、老年期分类，分为 5 个阶段，这是目前常用的 5 数分类法。如青春期发育欠佳或异常者，属于病理。一般来讲，5 数律者月经初潮应在 15 岁，如过早来经，甚至不足 10 岁即有月经来潮者，谓之早发月经；如过迟来经，甚至超过 18 岁才来月经的，谓之经来过迟。属于 5 数律者，绝经多在 45 岁到 50 岁，偶有延迟到 55 岁者；过早绝经，甚则早于 40 岁即绝经者，谓之绝经过早，与早衰有关；过晚绝经，甚则 60 岁左右尚未绝经者，谓之绝经过迟，如无明显的病证，可不予调治。

月经周期中的生理病理：如行经期 5 天者，每月如此，有其规律性，是为生理。若原为 5 数律者，行经期变得不足 5 天，连续 5 次以上者，谓之经期过短，属于月经量少；如行经期偏长，超过 5 天，且连续 3～5 次以上者，谓之经期延长，属于病理。经间排卵期，必须具有锦丝状带下，且维持在 5 天者，属于正常生理。如果经间排卵期，锦丝状带下不足 5 天，甚则少于 3 天，质量上的黏稠度亦不够，并连续 5 个周期以上

者，谓之经间期带下偏少，属于病理，这在功能性不孕不育病证中颇为常见。如锦丝状及浓浊性带下过多，且超过5天，并连续5次以上者，谓之经间期带下过多，亦属于病理。经后期，一般10天，带下由量少到略多，质地由稀薄到略黏，属于正常生理，但亦有少则5天，多则15天的生理变化者。如超过15天，依然带下很少，甚则带下全无，此属病理。

妊娠期的生理病理：在妊娠期的生理病理中，5数律也有着重要意义。如《妇人规》在“数堕胎”中说：“且胎怀十月，经养各有所主，所以屡见小产、堕胎者，多在五月之间，而下次之堕，必如期复然。”根据我们长期的临床观察，深切体会到妊娠50天左右，容易流产；滑胎在孕5月左右，稍不注意，亦易流产。产后5天、10天、15天、50天、5个月亦为重要时期，不仅是身体的康复时期，而且亦是易致病的时期。

诊断与治疗：对5数律者，应按5数判定。如月经先期者，为月经周期超前5天以上，即月经周期不足25天，而且连续5次以上者，但临床上亦有将周期超前5天以上，连续3次以上者称之的。月经后期者，为月经周期落后5天以上，即月经周期在35天以上，而且连续5次月经周期落后者，但临床上亦有将周期落后5天以上，连续3次以上者称之的。月经先后无定期者，即指月经忽而超前在25天以内，忽而又落后在35天以上，先后不一，连续5次月经周期失常者。对闭经按5数律分析，则月经周期应停闭在5月以上，始能称之。在治疗上，亦需按5数律进行调治。如对闭经患者以50天为1个疗程，一般3个疗程，合计150天，即5个月的治疗过程。对月经不调者，一般按行经期5天、经间排卵期5天进行调治，经后期较长，应按两个5天即10天服药。特别要指出的是经间排卵期，在服用调气血促排卵方药时，必须严格服用5天，多则损耗肾阴阳，对于促排卵不利；少则药力不逮，不能达到促排卵的目的。故前人对这一时期十分重视，有“的候”、“真机”、“氤氲”等称呼，顺而施之则成胎，可收事半功倍之效。在整个治疗中，一般亦要延续5个月经周期，始能巩固效果。对胎产病证的治疗，亦应按病理、生理中5数时日进行调治。

特别需要指出的是疗效标准。凡月经失调，包括闭经、崩漏在内，在治疗获效后，功能恢复，月经周期正常，但必须保持连续5次月经周期正常，量、色、质亦符合要求，基础体温（简称BBT）、阴道涂片、B超观察排卵等均为正常者，始能判定为痊愈。我们在长期的临床观察中，曾发现有些5数律的月经病患者，恢复3个正常月经周期后，于第4或第5个月时月经周期又复失常，或者又发作月经病证，这就不符合痊愈的疗效评定标准。

（三）体会

温习古人所论，结合临床实践，笔者深切体会到阳奇5数律的确是阴阳消长转化运动中的一种重要形式，而且亦有助于我们进而分析这一种运动形式与脏腑经络的关系。《素问·金匮真言论》中说“中央黄色，入通于脾，开窍于口，……真数五。”说明了奇数中的5数与脾胃中土有关。脾胃居中焦，属土。其中，胃为足阳明经，属阳土，脾为足太阴经，属阴土，二者互为表里。5为奇数，奇数属阳，故5为足阳明胃土之数，足阳明与足太阴相应，足太阴脾为阴土，阳土与阴土相合，所以5数既为阳明胃土之数，实际上亦为太阴脾土之数。由此，我们在临床实践体会中，发现5数外为阳

明内属太阴，是一种在阴阳消长转化运动中的重要形式，亦反映了月经周期节律中5数律的特点。

5数律的重要性，还在于用它可预测病证的发作及防治。5数律者，15岁月经初潮，而防治应在10岁时开始。围绝经期绝经在50岁，防治应在40岁左右，甚则35岁时开始。功能性月经病证、不孕不育病证，均可按周期中5数演变及其转化的关键时日进行调治。其中，阴虚者，着重经后期两个5天的调治；阳虚者，应着重在经间排卵期的5天及经前期的前半期调治。崩漏、闭经患者，不论其发作与否，一般要结合时相规律进行调治。其中，阴虚者，结合“秋冬养阴”的原则，把调补肝肾阴虚放在秋冬季节；阳虚者，结合“春夏养阳”的原则，把培植脾肾阳气放在春夏季节；同时注意每月前半月15天以养阴为主，每月后半月15天以养阳为主。由于5数律与脾胃中土有关，故凡养阴养阳，特别是养阴的同时，务必注意调理脾胃，或者要与调理脾胃相结合。

三、3数律在临床上的应用

3数律，是指由3数及3的倍数所形成的相对性规律。3数是奇数中除1之外的基本数，所以有着更为广泛的应用基础。女子属阴，女阴的生成和发展有赖乎阳，阳是女阴发展的动力，3数作为阳奇数的基本数，自然更符合临床上的实际，并最为常见的变化形式。特别是在月经周期的演变中，更为常见和实用。对此，我们根据前人所论，结合多年来的临床实践体会，阐述如下。

（一）理论依据

关于以3数分类，历史上有很多记载，如阴阳分类下的三阴三阳，诊病观察部位的三部九候，以及三十、三旬、三月、三日等时间概念等。《素问·六节藏象论》说：“五日为一候，三候为一气”，指出五三分类法；但是论述最多的还是三阴三阳经脉的生理病理变化。对于3数律与妇科学关系的论述，应首推《素问病机气宜保命集·妇人胎产论第二十九》：“妇人童幼天癸未行之间，皆属少阴，天癸既行，皆从厥阴论之，天癸既绝，乃属太阴经也。”少阴者肾也；厥阴者肝也，太阴者脾也，所以后人在注释这段文字时说：天癸，系指月经，月经未行将行之间属于少阴肾，月经既行属于厥阴肝，月经将绝属于太阴脾。这即是前人对月经进行的初、中、末3期分类法，也是我们在长期的临床实践中总结出的3数分类的重要规律。以行经期而言，我们曾经随机统计有正常月经周期不孕症者40例，连续观察了3～5个行经期，结果见行经期3天的7例，说明在阳奇数律中占有较为重要的地位。再以经间排卵期而言，我们系统地观察了经间排卵功能正常者15例，连续统计了3～5个经间期，结果见经间期出现正常锦丝状带下达3天者7例，居“3、5、7”奇数律中的首位，可见3数律形式运动在经间排卵期中有着重要意义。再以经后期而言，观察了经后期排卵功能正常者20例，即带下由少到稍多，由带下质稀到略稠，连续统计了3～5个经后期，结果见经后期12天的有4例，9天的有3例，15天的有1例，合计8例，在阳奇数中亦占有较高比例。虽然观察的例子尚不够多，但已可发现3数律的存在和重要性，也为我们今后研究3数律提供了临床上的依据。

（二）临床应用

无论是生理还是病理，凡属于3数律者，必须按3数分析之。

女性生殖发育过程：从临床角度来看，月经将行未行之初潮期，就3数律而言，有12、15、18岁3种类型，一般15岁是正常的初潮年龄；12岁初潮，是发育较早的年龄，以往极为少见，如今生活水平提高，营养状况改善，比较常见；18岁初潮，属迟发月经，极为少见，有的与生殖器官发育欠佳有关。月经既绝或将绝的围绝经期，就3数律而言，一般在48～51岁。54～57岁绝经者，谓较晚绝经，一般亦属正常生理；早于42岁即绝经者，谓之绝经过早，或称早发绝经，常与卵巢早衰有关；超过58岁犹未绝经，且经量异常，并伴有全身症状者，谓之绝经过晚，或称过晚绝经，常与病理有关，必须排除不良的器质性疾病。

月经周期中的生理病理：就行经期而言，经行3天即净者，每月如此，很有规律性，是为生理。若原为3数律者，经行变得不足3天，连续观察3～5次，经期均如是者，谓之经期过短，属于月经量少的病证；行经期超过3天，且连续观察3次以上均如是者，谓之经期延长。经间排卵期，锦丝状带下不足3天，甚则少于2天，质量上亦较稀，并连续观察3次经间期皆如此者，谓之经间期带下偏少，属于病理；如经间期锦丝状带下及稀浊性分泌物过多，且超过3天以上，并连续观察3次以上经间期有此情况者，谓之经间期带下过多，属于病理。经后期有3种生理类型，其中4个3天计12天者最为常见，亦有3个3天计9天，亦有5个3天计15天，带下由少到略多，质地由稀薄到略黏稠，然后到锦丝状带下进入经间排卵期。但如超过15天，依然带下很少，甚则带下阙如，此属经后期带下过少，属于病理。

妊娠的生理病理：3数律在妊娠的生理病理亦有重要意义。根据我们临床观察，早孕30天、90天（即3个月），均是妊娠的重要时期，易致流产，尤其是对有暗产和滑胎病史者，必须掌握这一规律，提前防治。产后期亦如此，产后3天，是阴虚阳旺的恢复期；15天一般恶露干净，子宫复旧；30天谓之满月，或称小满月，也是整个身体的康复时期，稍不注意，易致病变。

诊断与治疗：对3数律者，要按照3数进行判断和处理。如月经先期者，月经周期超前3天以上，即月经周期不足27天，而且连续3次以上者，始可诊断之。月经后期者，即月经周期滞后3天以上，即月经周期在33天以后，且连续3次以上者，始可诊断之。月经先后无定期，即月经周期忽而不足27天，忽而又超过33天，先后不一，连续3次以上者，可以诊断为本病。闭经，按3数律分析，凡月经停闭在3个月以上，排除妊娠和器质性疾病者，就可以诊断为本病。但为了统一标准，按现代西医学标准，月经停闭6个月以上，始判定为闭经。在治疗上，现在对月经类疾病，一般均以3次月经周期为1个疗程，2个疗程为1个治程，然后停药观察3个月，再疗效判断。此实际上是按3数律所执行的。值得指出的是，行经期与经间排卵期，必须严格按3天治疗，即服药3天，均以活血调气、促进转化为主，少则药力不足，不能起到活血调气、促进转化的作用；多则药力过甚，损耗血气，影响肾阴阳的转化。在停药观察疗效中，一般亦从3数律出发，即必须观察3个月经周期。如停药3个月后，功能恢复，月经周期，包括量、色、质均正常，基础体温（简称BBT）、阴道涂片检验雌激素水平、B超

观察排卵等，这些均符合正常者，才能判定为痊愈。这是当前妇科领域里常用的方法，也反映了3数律的普遍性。

（三）体会

集古人所论，结合我们的实践经验，我们深切体会到3数律的普遍性和重要性。它可用于月经周期及生殖发育过程中的生理病理、诊断治疗。仔细阅读《周易》、《内经》等经典著作，如《素问·阴阳类论》曰："所谓三阳者，太阳为经……。"太阳又谓三阳，三阳常是太阳的代名词。考太阳者，有足太阳膀胱经和手太阳小肠经。其中，足太阳膀胱经与足少阴肾经相表里、相联系，手太阳小肠经与手少阴心经相表里、相联系。作为妇科来讲，足少阴肾经较之手少阴心经尤为重要。由此，我们可以认为：妇科学上的3数律应与足太阳膀胱经及其相关的足少阴肾经的关系更大。且古人所谓天癸者，与肾阴密切相关，《傅青主女科》在"调经"中把癸水说成肾水，虽有所偏，但亦指出了肾阴与癸水的一致性。

按3数律进行推导，还可有：童幼时期应从少阴肾进行调治，以助长发育，防治疾病；中壮年时期应从厥阴肝调治，既能防病，又可增强体质；围绝经期的绝经期应从脾胃调治，既可抗衰老，又可防疾病。此外，把年相分为冬冷、夏热、春秋温3个阶段，根据冬冷养阴固藏，夏热防伤阳、防耗散，春秋调气血的原则，进行调治，这对预防疾病，有着重要意义。

第八章

妇科辨证与诊断概述

传统中医诊断疾病，是通过问、望、闻、切四诊手段，结合主要病史，以主要症状来确定病证，方法较为简单，对隐伏在内部的、潜伏在血液中的病证，就很难作出诊断，有一定的缺陷性，但其运用整体观念，收集广泛的资料，进行辨证分析，还是有很大的长处。作为中医妇科学在今天的辨证诊断，必须汲取现代西医妇科的各种检查方法，特别是最为先进的现代仪器检查，不仅能协助排除一些隐性的器质性疾病，特别是有些恶性病证，而且能提供大量的内在的深层次资料，有助于进一步辨证分析，以弥补传统四诊的不足。根据长期临床实践所得，我们认为，辨证诊断的分类有以下几个方面。

其--是，妇科的辨证。对月经病证，要抓住月经的期、量、色、质四个方面，带下的量、色、质、气味亦是四个方面，分为一般辨证和矛盾分析两个部分。

其二是，微观辨证。亦可称之为深层次辨证，即通过现代妇科学有关的特殊检查，达到深层辨证的要求。

其三是，宏观推导。这是一种大整体的，包括天、地、人在内的一种推导演算方法，在论治未病，防病强体的方法中，有着重要意义。

其四是，辨病与辨证相结合。有时辨证中贯穿辨病，要求总结临床，进行主证型的纵向辨析；有时辨病中贯穿辨证，要求在明确病证后，尚要分类处理，以适应相同病证中不同体质类型患者的治疗要求；有时舍病从证，有时舍证从病。

第一节 妇科的辨证

所谓妇科的辨证，就是抓住妇科这一专科的特征，对临床资料进行分析归纳。妇科的专科特征，主要是月经病证中的期、量、色、质四者，以及带下病证中的量、色、质、气味四者，四者之间呈一致的病变，谓之一般辨证，四者之间呈矛盾性的病变，谓之矛盾分析。在月经病与带下病中有着极为重要的意义。

一、一般辨证

首先抓住妇科特征，重点分析妇科特征，将妇科特征分析出的初步结论，与全身症状和脉象舌象进行对照，看看是否符合，符合者，即可作出初步诊断。这就是一般辨证，也就是以妇专科为主的一般辨证方法。为了便于分析，提高分析的要领，就必须熟悉妇科的基本知识。

（一）月经辨证

1. 期　指月经周期，周期失调，其病有三，即先期、后期、先后无定期。先期者，超前而来，甚则一月两行，连续数次，称为月经先期。后期者，落后而至，甚则 2～3 月一行，连续数次，称为月经后期。先后无定期者，既有先期，又有后期，或前或后，时前时后，前后不一；亦有先期 2～3 个月，落后 1 个月；亦有落后 2～3 个月，先期 1 个月，这就是前多后少，后多前少，谓之先后无定期。下面具体来说，先期、后期、先后无定期的原因。

先期者，原因有三：一是血热，热迫血行，故见先期，即前人所谓“阳有余则先期而至”；二是气虚，气不摄血，血无所依而妄行，故亦见先期；三是血瘀，血瘀占据血室，致血不归经，或者瘀阻损络，络损血溢，故亦见先期。先期者，亦系出血病证也，故历来就有“热、虚、瘀”三者之说。

后期者，原因亦有三：一是血寒，寒凝血滞，经行不利，血行不畅，故见月经后期；二是阴血虚，物质不足，肝肾亏损，癸水衰少，血海不充，故见后期，亦即前人所谓“阴不足则后期而来”之意；三是瘀滞，气滞血瘀，阻碍经血运行，以致经行涩滞，故见月经后期，同时亦包括痰滞。

前后无定期者，其原因亦有三：因前后无定期，实际上已属于期之矛盾病变，非较单纯的气血病变所能概括，故与脏腑功能失调有关。首先是与肝郁有关。肝郁可引起两种不同的病变。肝郁则气滞，气滞则血滞，血滞自然经行不利，因而出现月经后期，肝郁则易于化火，火热迫血妄行，因而月经周期超前，经行之后，火热下泄，让位于肝郁，肝郁气滞，气滞血滞，因而月经周期落后，后期量少，经行不畅，气郁加深，又可化火，火热又将迫血妄行，又可出现先期；其次是与肾虚有关。肾虚者，又有阴虚、阳虚两者。以阴虚论之，阴虚则物质亏少，癸水不足，血海空虚，故见后期，阴虚易致火旺，火旺更易阴虚，两者既对立，又相互有关，火旺迫血，血液妄行，可见月经先期，经行之后，火随血泄，让位于阴虚，阴虚癸水不足，又可见后期，是以出现先后无定期。以阳虚论之，阳虚亦有两种病变，阳虚气化不利，气运不及，经行

不畅，故经行后期，阳虚不固，不能固藏，血海失守，经血妄行，可见月经先期，两者交替，是以出现先后无定期。再次是脾虚。脾虚者，亦有两种不同的病理变化。即生化之源不足，阴血不足，癸水不充，是以月经后期，脾虚则统血功能不足，不司统摄，经血妄行，可见先期，两者交替，忽而先期，忽而后期，故致月经先后无定期。

2. 量　指月经排泄的血量。一般来说，经血排泄，均有一定的量。我们认为每个女性，情况各有不同，因此，衡量经血排泄量，可以其一贯的排泄量为准。经量病变，主要有二，即量多与量少。少于一贯经量者为少，多于一贯经量者为多。或多或少，多少不一者，将在“妇科特征的矛盾分析”中讨论。经量过多者，属于出血性病证，其病因同于月经先期。但月经过多者，除血热外，血瘀也占据重要地位。量少者，其病因同于月经后期，但经量偏少者，阴血虚占第一位，瘀滞占第二位，血寒占第三位，此与月经后期以血寒为主要者有所不同。

3. 色　指排出的经血的颜色。其病变主要有两种，即色深与色淡。色深者，经色紫黑、黯红、鲜红等；色淡者，经色淡红、咖啡色等。色深者，大多属于实证；色淡者，大多属于虚证，但对色淡者，必须注意排除行经初期或末期，以及有时经量过少时的经色。一般来说经色的辨证在于变虚实，但经色鲜红属热，经色黯红属寒，也有辨别寒热的意义。

4. 质　指排出经血的质地。其病变也有两种，即质黏有块与质稀如水。质黏有块者，指质地黏稠夹有血块，属于实证，质稀如水者，指质地稀薄而无血块，属于虚证。就质黏有块而言，血块下，血块少者，多为气滞；血块大，血块多，多为血瘀；腐肉状血块者，属于膜样血瘀；黏腻痰浊样血块，属于痰湿。或稀或黏，质稀如水，但夹有大血块者，此属矛盾病变，将在后面的“妇科特征的矛盾分析”中论述之。

熟悉期、量、色、质四者的病理知识，即可进行以妇科为主的辨证分析。即首先把期、量、色、质四者联系起来，进行分析归纳，即可得出妇科特征上的初步辨证结果。我们根据多年临床实践，将月经病妇科特征一般辨证内容归纳如表 8-1。

表 8-1　月经病妇科特征一般辨证分析表

病证 \ 项目	妇专科特征				证型
	期	量	色	质	
月经先期	先 先 先	多 多 多	红 淡 紫黑	黏 稀 黏块	血热 气虚 血瘀
月经后期	后 后 后	少 少 少	紫黯 淡红 紫	黏 稀 黏	血寒 血虚 气滞
月经先后无定期	前后 前后 前后 前后	多少 多少 少多 少多	紫 红 淡或黯 淡	稍黏 稀或黏 稀 稀	肝郁 阴虚 阳虚 脾虚

续表

病证 \ 项目	妇专科特征				证型
	期	量	色	质	
月经过多	或先	多	红	黏稠	血热
	或先	多	紫黑	血块	血瘀
	或先	多	淡红	稀	气（脾）虚
月经过少	或后	少	紫黯	黏腻	血寒
	或后	少	紫黑	血块	血瘀
	或后	少	紫红	黏	气滞
	或后	少	淡红	黏腻	痰滞
	或后	少	较淡红	稀	血虚

从表 8-1 可以看出，将期、量、色、质四方面的情况联系起来，不难作出妇科特征上的初步分析。其中期、量是辨别寒热的主要依据，色、质是辨别虚实的主要依据，但期、量也有一定的辨别虚实的意义，色、质也有一定的辨别寒热的价值。根据妇科特征作出的初步分析，还必须对照全身症状、脉象舌苔的诊察，审查是否相符，才能得出较为正确的辨证。如血热者，必然伴有烦热口渴、便坚尿黄、脉象滑数、舌质红、苔黄腻等证候；气虚者，必然伴有头昏神疲、短气懒言、脉象细弱、舌质淡红、苔白腻等证候；血瘀者，亦必然伴有小腹胀痛、便黑口渴、舌质紫瘀或边有瘀点瘀斑、脉象细涩等证候；血寒者，亦必伴有小腹冷感、四肢作寒、脉象细弦、舌苔白腻等证候；血虚者，亦必伴有头昏心悸、眼花肢麻、脉象细弱、舌质淡红或有裂纹或边如齿轮等证候；气滞者，亦必伴有胸闷腹胀、嗳逆矢气、脉象细弦、舌质偏红、苔黄白腻等证候；肝郁者，必然伴有胸闷不舒、乳房胀痛、精神抑郁、脉象弦细、舌苔黄白腻等证候；脾虚者，亦必伴有纳欠神疲、便溏腹胀、脉象细弱、舌质淡红、苔白腻等证候；肾阴虚者，可有头昏腰酸、烦热口渴或午后低热、形体清瘦、脉象细、舌质红少苔等证候；肾阳虚者，可见腰酸形寒、尿频便溏、脉象细、舌质淡、苔白根厚腻等证候；痰湿者，可见形体肥、口腻多、脉象细、舌苔白腻而厚等证候。凡妇科特征之初步结果与全身症状、脉象舌象之反应相符者，就可作出对月经病证的辨证。

（二）带下辨证

带下的一般辨证，主要是辨量、色、质、气味四方面的一致性。首先论述四者的病因分类。

1. 量　带下者，乃阴道应有的分泌物，津津常润，以润泽生殖道，因此，带下为病者，不外量多与量甚少两者。量多者，主要是湿浊为患，《傅青主女科》有云："夫带下，俱是湿症。"除湿浊外，还有脾虚、肾虚的不同。脾虚者，不能制湿，以致湿浊下注；肾虚者，下元空虚，任带失约，是以肾精下流也。带下甚少者，主要因阴精不足，癸水衰少所致，亦有痰湿、瘀滞所致者。

2. 色　带下颜色的变化较为复杂，前人曾有五色带之别，即白、黄、赤、青、黑，或者五色杂见。一般来说，白色者，除正常的生理性带下外，为病则与湿浊、寒湿、脾虚、肾虚有关；黄色者，多为湿热，湿热蕴蒸，则带色转黄，由于湿热蕴蒸的程度

不同，可见一般黄、深黄、黄褐等变化；赤色者，多与火热有关，实际上赤色带下常为夹有血液的病变，赤褐色带下常与血瘀有关；青色，多为肝经湿热；黑带多为火热所致，亦有少数与虚寒有关。五色杂下，多为湿毒恶候。

3. 质　带下质地的病变，有黏与稀两种。质黏者为实证、热证，质稀者为虚证、寒证，基本上相同于月经质地病变的辨证意义。但其中，质地黏稠如豆腐渣状者，常为霉菌疾，质稍黏呈泡沫状者，多与滴虫有关。

4. 气味　带下有无气味，也是辨证内容。有气味者，多为实证、热证，但对腥臭者要注意寒湿，恶臭者常为湿毒性的恶性疾患；无气味者，多为虚证、寒证。

把量、色、质、气味四方面的情况联系起来，就可作出妇科特征对带下病证分析的初步结论，见表 8-2 所示。

表 8-2　带下病妇科特征一般辨证分析表

项目 / 病证	妇专科特征				证型
	量	色	质	气味	
白带	多	白	黏	有、或	湿浊
	多	白	黏稠	有臭气	湿热
	多	白	黏或稀	有腥气	寒湿
	多	白	稀	无	脾虚
	多	白	稀或锦丝	无	肾虚
黄带	多	黄	黏稠	无	湿热
	多	黄	黏、脓样	有臭气	热湿
	多	深黄	黏、脓样	有臭秽	热毒湿
	多	淡黄	稀	无	脾虚
	多	黄白	稍黏	有腥气	寒湿
赤带	多	赤	黏稠	无臭	肝火
	多	赤白	黏稠	有臭气	湿热
	多	赤黑	黏稠	无臭	血瘀
青带	多	青绿	黏腻	有臭或无	肝经湿热
黑带	多	黑褐	黏稠	或无、或有	火热
带下过少	过少	白	稀	无臭	阳虚
	过少	黄	稀	无臭	阴虚
	过少	白	稀	无臭	痰滞

从 8-2 表不难看出，带下的一般辨证，较之月经病证较为简单，把量、色、质、气味四方面的情况联系起来，就可以作出初步的分析。同样要对照全身症状和脉象舌象的反应，相符合者，即可作出初步诊断。如湿浊者，必伴有纳欠腹胀、尿少身困、舌苔白腻、脉象细濡等证候；湿热者，必伴有腹胀纳差、尿少色黄、舌苔黄腻、脉象濡数等证候；寒湿者，必伴有腰酸形寒、小腹有冷感、舌苔白腻、脉象细濡等证候；脾虚者，必然伴有腹胀便溏、纳欠神疲、脉象细弱、舌苔薄白腻等证候；肾虚者，必伴有头昏腰酸、尿频耳鸣、脉细，舌质淡红等证候；肝郁者，必伴有胸闷烦躁、情绪抑

郁、脉象细弦、舌苔黄白腻等证候；阴虚者，必伴有头昏腰酸、咽干口燥、午后低热、脉象细、舌质红苔黄腻等证候；阳虚者，必伴有腰酸尿频、形寒肢冷、脉象细弱、舌苔白腻等证。

二、矛盾分析

矛盾分析，也即是复杂证候的辨证分析。临床上的证候，互相一致的固然有，但较多的是复杂证候，既有虚证，又有实证，既有寒证，又有热证，互相兼夹，形成虚实寒热矛盾错杂的病证。因此，要求我们深入分析，归纳出主证次证，兼证兼病，孰轻孰重，谁急谁缓，标象本质等，以作出较为正确的诊断，称之为矛盾辨析。经多年来的临床实践我们发现，妇科领域内的复杂证候，主要表现在三个方面，亦称之为三大矛盾病证：一是妇科特征之间的矛盾，二是妇科特征与全身症状之间的矛盾，三是妇科特征之间与全身症状之间均有矛盾。分析处理这三方面的矛盾证候，即是矛盾辨析法。

（一）妇科特征之间的矛盾分析

首先分析一下月经病证中妇科特征之间的矛盾。月经病的妇科特征期、量、色、质四方面之间的矛盾，是妇科所有矛盾的主要所在，根据我们临床观察所得，又有三种情况。

1. 三对一的矛盾分析　所谓三对一的矛盾，即期、量、色、质四者之间有三者是一致的，而其中一者与其他方面有矛盾。分析的方法是，首先归纳三者一致的属性、原因，得出证型。然后分析一者矛盾的原因、属性、证型，与三者的接近的可能性，逐一否定与肯定。一般来说，妇科特征，即期、量、色、质四者间发生矛盾，除少数情况外，一般有四个或两个以上证型兼夹在一处。如先期、色红、质黏这三者是一致的，属于血热，应首先予以肯定。血热者量多，今恰恰是量少，量少与期、色、质的辨证意义不相符，这就是矛盾，这就是三对一的矛盾。因此，要针对一者与三者之间的矛盾进行分析。量少同于后期，其原因属性有三：首先是阴血虚，虚者必须得到色质的支持，色红质黏不能支持阴血虚的可能性，因面可以排除；其次是血寒，寒与热相对立，冲突较大，且期、色亦不能支持血寒存在的可能性，因而亦可排除，第三是瘀滞，色、质是辨别虚实的主要依据，色质支持实证，因而可以确定兼夹瘀滞。瘀滞者包括气滞与血瘀两者，进而还需要分析经质的特点，如质黏稠有小血块者，以兼气滞为合，如质黏稠有血块较大较多者，当以兼血瘀为合。至此再结合全身症状和脉象舌象的变化，就不难作出肯定的辨证，本病证为血热夹气滞或夹血瘀性月经先期。在这里，亦有另外一种分析方法，即将其归纳为二对二的矛盾，然后分析之。将先期、色红作为血热，而量少、质黏为瘀滞，同样亦可得出血热与瘀滞兼夹的诊断，由于二对二，在数量上处于均等地位，不能确定谁是主证型，故临床上一般常用三对一的矛盾分析法，因为色质之间并未存在矛盾。且我们认为，在分析众多矛盾时，尽可能将相同的症状归纳在一处，只要当妇科特征间与全身症状发生矛盾时，才可能运用二对二的矛盾分析方法。又如月经后期，色紫黯，质黏有血块，三者是一致的，属于血寒，应该予以肯定。但血寒者经量应少，今恰恰是量多者，与三者之间存在矛盾，亦属于

三对一的矛盾。分析的方法，就是将量多这一者进行具体的分析。量多同于先期，其原因属性有三，首先是血热，但血热与血寒相对立，冲突较大，一般不易兼夹在一处，且色、质也不能支持血热，因而可以排除；其次是气虚，虚者必须得到色、质的支持，现色、质不能支持虚证，因而气虚亦当排除，第三是血瘀，血瘀能够得到色、质的支持，故可以确定是兼夹血瘀，并可进而观察到有较大较多的血块，然后结合全身症状和脉象舌象等证据，与之相符者，就可作出血寒兼血瘀月经后期，亦可简称为寒瘀性月经后期的证候诊断。

2. 二对二的矛盾分析　在二对一二的矛盾分析中，有时分析的结果与全身症状不符，这时亦可从二对一对一的矛盾分析法入手，但应尽可能应用前法。临床上的病证是复杂的，因此矛盾也是复杂的，在期、量、色、质四者变化中，亦常出现期、量与色、质之间的矛盾，我们将其归纳为二对二的矛盾，然后进行分析。如月经先期、色红、量少、质稀，其中先期、色红是一致的，应属于血热，量少与质稀，亦可以说是一致的，属于血虚，那么从先期、量少、色红、质稀四者分析的结果，应该为血热夹血虚，或血虚夹血热。先期、色红是血热的现象，量少质稀是血虚的症状，二对二，在数量上处于均等，因而不能确定谁是主证型，还必须通过全身症状和脉象舌象的反应，才能衡定血热或是血虚为主证型，或者从期、量方面，所表现出的主证十分突出，如先期十分明显，则考虑血热为主证型，量少十分突出，则应考虑血虚为主证型，当然，尚需得到全身症状和脉象舌象所反映出的证候的支持。一般来说，妇科特征所归纳出的初步结果与全身症状、脉象舌象所反应的证候应该相符，如不符合，则对妇科特征应进行重新分析。我们认为：要采用二对一对一的矛盾分析法，把先期、质稀归纳在一处，则为气虚，量少为血虚，色红为血热，这样，可以最后归纳为气血虚夹血热，对照全身症状和脉象舌苔，如相符合者，就可得出气血虚兼血热的月经先期病证，反映了临床上实际证情的错杂性。

3. 色或质一者之间的矛盾分析　色或质一者之间的矛盾，在临床也是颇为常见的。先以色论之。排出的经色淡，但夹有的血块则呈紫黑，或者经色时淡时深。色淡者，虚证也；色深者，实证也；有淡有深，时淡时深者，说明有虚有实，虚实夹杂也。再以质言之，排出经血质稀薄如水，但又夹有血块，或者经血时稀时黏。稀者，虚证也；黏稠者，实证也；有稀夹黏，时稀时稠，说明有虚有实，虚实夹杂也。何虚何实，可通过全身症状和脉象舌象的变化而定。以下将月经病证以妇科特征为主的矛盾辨证的分析列为表 8-3。

带下病的复杂辨证，较之月经病简单得多，主要表现在质地方面。质地稀薄，但夹脓样带下，或时稀时稠，有稀有稠。稀者为虚证，不外肾虚、脾虚；黏稠者，为实证，不外湿浊、湿热、湿毒也。稀黏夹杂，或时稀时稠者，此虚实夹杂也，一方面有脾虚、肾虚的存在，而另一方面又必兼夹湿浊或湿热等证型。至于带下中的量、色、质、气味四个方面的矛盾，由于涉及面小，因此，分析较易，故不予赘述。

(二) 妇科特征与全身症状之间的矛盾分析

指的是妇科特征上的证候呈一致性，亦即是期、量、色、质四方面反应症状是一致的，并已得出初步的结论，但全身症状与之不符。分析的方法，首先要核对对妇科特

表 8-3 月经病证妇科特征矛盾辨证分析表

病证 \ 项目	妇科特征				（辨析）证型
	期	量	色	质	
月经先期量少	先	少	红	黏	血热气滞
	先	少	紫红	黏血块	血热血瘀
	先	少	淡红	稀	气虚血虚
	先	少	红	稀	阴虚血虚
	先	少	淡红	稀、稍黏	气虚阴虚
	先	少	殷红	稀、稍黏	阴虚血热
月经后期量多	后	多	紫黯	黏、有块	血寒血瘀
	后	多	红紫	黏有块	血热血瘀
	后	多	红	稀、稍黏	阴虚血热
	后	多	紫黑	黏、有块	气虚血瘀
	后	多	淡红	黏腻	血热痰湿
	后	多	紫黑	稀、有块	血瘀气虚
	后	多	红	稀、血块	阴虚血瘀
月经色质错杂证	先	多	红	稀稍黏	阴虚血热
	先	多	紫黑或红	稀有块	阴虚血瘀
	先	多	淡红或紫	稀有块	气虚血瘀
	后	多	淡紫黑	稀有块	阴虚血瘀
	后	少	紫黑淡	血块稀	血瘀阳虚
	后	少	淡、紫	稀黏	气血虚气滞
	后	少	淡、黑	稀血块	肝肾虚血瘀
	后	少	淡或紫	稀黏	阳虚痰湿

征分析的正确性，要详细复核全身症状，防止有虚假症状，或者被忽略的症状，然后依据月经史、病史、各种检查、病程、症状出现的先后，以往治疗的反应等，作全面的逐一的分析。如月经先期病证，其先期、量多，色红、质黏等是一致的，属于血热证型。而全身症状上恰恰出现头昏神疲，四肢懈怠，浮肿纳欠，腹胀便溏，脉象细濡，舌质淡红，显然属于脾虚。血热与脾虚是矛盾的，而且冲突性较大，那么这一患者究系脾虚，还是血热，我们先对照月经史，并分析其重要性。如患者 14 岁初潮，初潮后一贯先期、量多、色红、质黏等，血热就很难成立，最多亦只能作为次要的兼顾的证型。全身症状上所出现的脾虚证候，占有重要地位，并需进一步分析脾虚证候与内科消化系统的疾病有关。如果患者 14 岁初潮后，一贯期、量、色、质正常，近一年来出现先期、量多、色红、质黏的血热性证型，占有重要地位。因此，要对照病史，分析全身症状产生的原因，发现患者近期内胃病发作，或者患有肠炎，出现呕吐泄泻，则全身症状上所反映出的脾虚，是与此有关的，两病相合，在处理上可兼顾之。如果患者未发现胃肠病史，仅仅觉得食欲差、腹胀神疲等脾虚证候，需要通过有关检查，特别是血查肝功能等，证实有肝炎病者，那么全身症状上的脾虚就与此有关，妇科特征上的血热仍占重要地位，血热证型就可确立。如患者无胃肠病史，又无肝炎等病证，那么其全身症状上的脾虚与妇科特征上的血热是否有关，就需要由相互症状出现的前

后及病程长短而定。根据我们临床长期辨证的体会，常可由血热性月经先期量多，耗伤血气，加以病程过长，气血耗损过多，逐渐累及于脾，所以出现脾虚，或者可从病程上看到血热在前、脾虚在后的过程，因此，血热是主要的，脾虚是次要的，血热是因，脾虚是果，但倒果为因，在一定程度上脾虚失统，亦可增剧月经先期、量多病证。亦或有极少数情况下，对其血热、脾虚的矛盾一时难于作出中肯的分析，没有充分的理由来排除和降低任何一方，这时可以从以往的治疗中分析，亦可从今后试探性的治疗中确定孰轻孰重、谁主谁次，只有分析清楚，才能施以确当的治疗。

（三）妇科特征之间与全身症状之间均有矛盾之分析

这一矛盾又可以称为复杂性矛盾。分析的方法是，先解决妇科特征之间的矛盾。再解决全身症状上的矛盾，在分析妇科特征间的矛盾时，还必须注意排除两种情况。其一，症状尚未暴露，或者已将结束，如行经期的初期、末期，或者月经量过少，其色质的辨证就缺乏价值；其二，是一贯如此的期、量、色、质。由于体质、禀赋不同，因此，有些特异体质者，其经量偏多或偏少，色质也有所不同，但一贯如此，又无明显的全身症状，均可不作疾病论。通过分析，把妇科特征上所作出的初步结论，与全身症状上所归纳出的矛盾证型联系起来，通过月经史、病史，各种检查、检验，症状出现先后，病程演变以及治疗经过等，作全面分析，才能有一个较为正确的结论。兹举例分析如下。

一妇患月经过多，伴腹痛已 4 年，近数月来，月经后期、量多、色鲜红，有大小不等之血块较多，经行时小腹胀痛，尤以第 2～3 日为著，掉下血块后疼痛缓解，并伴有小腹冷喜热按，腰酸尿频等症，又见头昏头痛，脉象细弦带数，舌质偏红，苔色白腻罩黄，根部较厚。妇科特征上分析归纳为血热血瘀。把妇科特征上所归纳的热与瘀，与全身症状上的郁火与瘀联系在一处，证明热与郁火相关，瘀与瘀是相合的。但与寒或虚寒有矛盾，所以必须通过月经史、病史，各种检查等才能作出全面的分析。如果患者初经来迟，且初潮后，月经一贯后期，妇科检查子宫小或偏小，说明患者先天发育欠佳，肾气欠盛，肾虚偏阳，阳虚宫寒，自然出现下焦虚寒。那么虚寒、郁火、血瘀三者，是否有着内部的关联，究竟谁是本质，谁是现象。可通过病程演变及症状出现的先后，以及有关的检验，掌握资料，进行理论推导和分析后而确定。一般来说肾气欠盛，肾阳不足，子宫等生殖器发育不良在先，而郁火、血瘀在后，而检查子宫发育不良，亦证实先天肾虚偏阳的本质。按理论推导而言，肾虚偏阳，命门阳火不足，不能推动有关脏腑的气血阴阳运动，张景岳曾有的名言，所谓“五脏之气，非此（指肾阳命火）不能发”，子宫之气化不能发，冲任等奇经亦缺乏此推动，自然形成血瘀，心肝之气不能发，也自然形成气郁，郁久则易化火，郁火见矣。明确本质和现象后，就可为治疗制定措施。至于再深入的分析，可参考上述有关部分，有的还要结合多种微观辨证的指标，寻求深层次的辨证，才能完全衡定。

第二节　妇科的微观辨证

所谓微观辨证，是采用现代医学先进的有关的检查方法，通过微观，进行深层次

的辨证，以弥补传统辨证的不足，从而亦深化辨证内容。对诊断亦有着重要的意义。兹就妇产科而言。其微观辨证内容，根据我们临床实践应用，有以下几种方法。

一、女性内分泌激素的检查

一般在临床上主要采用两种方法。一种是血液检查，一种是阴道细胞学检查。

血液检查：其检查的时间，应选择在雌、孕激素处于高峰时间，经间排卵时间，雌激素高峰时期，亦即是重阴必阳的时期，或者在 BBT 高温相 6～7 天时，亦即是雌激素处第 2 次高峰、孕激素高峰时期抽血以查之。阴道细胞学的检查，应在经净后即开始，至经间排卵期，根据我们长期的临床观察，其雌激素水平低下或过低者，此与肾阴、癸水不足有关，雌激素水平过高，一般出现火旺或伴阴虚症状，或者正如《傅青主女科》所指出的“肾中水火俱旺”，出现阴阳俱盛的现象。孕激素或称黄体激素低下，亦或称为不健，此与肾阳及癸水中的阳水不足有关。如黄体激素过高，即或黄体萎缩不全，或黄素化者，乃阳火偏旺，或心肝气火有余所致；如催乳素偏高或过高者，此与肝郁或郁火偏甚有关；男性激素即睾丸激素偏高或过高者，与肝经湿热及肾火偏盛有关。

二、血查微量元素

微量元素的名目繁多，我们常用的有锌、铜、钙、磷、钾、镁、铁等，若属不孕不育者，尚需检查锰、钼等。检查的时间，应选择在经间排卵期前的 2～4 天，这时锌、铜处在高峰时期，同时要注意锌铜比数值，如比数值倒置，亦应看作为肾虚偏阳的病变。锌、铜不足与肾阳不足，钙、磷低下，又与阴虚有关。钾与心阳有关，镁与心、肝神魂有关，铁元素的低下必致贫血。

三、诊断性刮宫，子宫内膜病检

主要的目的，是对刮取的子宫内膜作病理检查，以明确诊断，并有助于辨证。

子宫内膜病检，内膜呈增生性病理变化者，是观察膜样性血瘀的依据。有分泌但分泌不佳者，是一种可以脱落的膜样血瘀；内膜呈增生性过长者，是一种不易脱落的膜样性血瘀；内膜呈腺囊性增生者，为湿浊样膜性血瘀；内膜呈瑞士干酪样增生病变者，多为干性膜样血瘀，内膜呈腺瘤性增生病变者，为癥性血瘀。子宫内膜由增生过长，发展到腺囊性增生，最后再发展到腺瘤性增生，亦正符合中医学中血瘀→瘀结→癥瘕的发展过程，为深层次辨证提供了依据。

四、输卵管通畅与形体检测

输卵管通畅检测的方法较多。我们多采用子宫输卵管碘油造影术，它有助于对内在输卵管形态病变的辨证，而且亦有助于对功能的辨治。输卵管增粗和输卵管不通畅，均属于少腹血瘀，脉络不通；输卵管积水，说明血瘀中夹水湿；输卵管粘连，湿瘀交阻，病程偏长；输卵管强直僵硬，阴虚血瘀，疗程颇长。输卵管在生理变化上出现过长、过细、弯曲过多者，说明要增强肾与心肝的阴阳气血活动能量，以提高功能，促

进孕育。

五、基础体温测定

BBT是机体的体力和脑力活动处于静止状态下的体温，即指休息6~8个小时后，尚未起床、进食、谈话前所测得的体温。成年妇女卵巢排卵后黄体产生孕酮，孕酮有致热作用，主要是刺激丘脑下部的体温调节中枢，使体温比平时升高0.3℃~0.5℃，故排卵后BBT上升。中医学认为排卵后阴转阳，阳开始盛长，所以BBT的高温相变化，对辨治阳长有着重要意义，这一点已在经前期阳长运动失常中详述过。BBT低温相指经后期时的低温相，偏低者与阳的不足有关，偏高者与阴虚有关，低温相时出现不规则波动明显者，与脾胃不和，心肝气郁有关。可作为辨证时的参考。

六、超声波检查

在妇科临床上，B超比较多用，B超视野广，图像清晰，直观性好，故被广泛用于妇科盆腔检查。对于女性生殖器官炎症、子宫肌瘤、卵巢囊肿等，可以便明确病证，并有助于对血瘀性质的辨别。

第三节　妇科的宏观推导

所谓宏观推导，是论治未病的重要方法，也是强身健体，延长生命的方法。其意义有二：

一是论治未病的意义。当已发生或即将发生病变时，不治已病的脏腑经络，而是治疗将要传变到的脏腑经络，为此，就必须运用五行生克、六经传变、脏腑相移等的关系进行推导，而月经病证，主要是根据月经周期中圆运动生物钟规律，即四个时期中的阴阳更替规律，着重在未病时的经后期，或者经间排卵期，进行调治，待其功能恢复，即能有效地控制出血，缓解疼痛，减轻行经期所出现的诸证。我们所倡导的“7、5、3”奇数律，在妇科临床上具有积极的防治作用。如对3数律者，在月经病证中，应着重经间排卵期3天内的防治；对胎产病者，亦要注意到妊娠30天、60天、90天时间内，及产后30天、50天、70天、90天时的防治。同样地，5数律、7数律亦是如此。

二是天人相应，强身健体。从大的方面讲，包括天、地、人三个方面，按阴阳五行、九宫八卦、五运六气、子午流注等全面推导。首先从年相来推导，一般阴虚气弱之体，或夹有湿热者，若发生出血、闭经等病证者，极易在夏季，特别是长夏季节发病，要求在春季进行防治，立夏时是防治的重要时期；阳虚脾弱之体，常易兼夹痰湿，如发生出血性病证或闭经等病证者，常在冬季，特别是冬至前后发作或加剧，要求在冬季进行防治，立冬更是防治的重要时刻。其次从月相来看，月圆时适逢经行，有人会月经减少，精神抑郁，情绪不畅，而防治应在上弦月、下弦月的时间。再从日相来看，阳虚者，其病在天明晨时加重，阴虚在午后加重，人夜更甚，故其防治的时辰，阳虚者应在寅卯之时，阴虚者应从午时开始。此外，用运气学说推导更远时间的年相

及自然界生物钟的大规律，及其对人体生理病理及生命节律、生殖节律、月经周期节律的影响等，有着重要意义。可参考这方面的有关内容。

第四节 妇科的辨病与辨证相结合

在中医妇科学的领域里，辨病与辨证相结合，也是必用的方法。辨病是现代妇科学的长处，依赖先进的仪器及有关检查，深入地认识疾病，客观指标明确，诊断明确，并能鉴别诊断，免致贻误病情。辨证是中医的长处，运用整体观念，对四诊收集来的资料，分析其证候的关键所在及证型的主次轻重，便于指导治疗。现代中医妇科工作者应把中西医两者的长处结合起来，形成新的辨证和诊断。根据我们长期的临床观察，辨病与辨证相结合，又有以下四种情况。一是舍证从病，二是舍病从证，三是辨证中辨病，四是辨病中辨证。兹分述如下。

一、舍证从病

在临床上既要辨病，又要辨证，故需证病结合。但有两种情况下，必须从病为主。一是无症可辨时必须从病；二是对症状过多者，有时亦需从病。例如：我们平常碰到的是早中期的子宫肌瘤、卵巢囊肿，通常均是通过体检才发现的，临床上无明显的症状，因此多从病论治；还有一种情况，即如症状过多，如卵巢早衰，雌激素低落，可以出现一系列心肝脾胃失和的复杂证候，由上至下、由内至外均有症状出现，我们认为对这种情况亦当从病为主；又如宫颈癌，不仅出现带下过多，色黄白或五色杂下，有臭气，而且伴有头昏神疲、腰酸腹胀、低热不已、心悸寐差等一系列证候，亦当从病为主。

二、舍病从证

有些病证，必须舍病从证。例如临床上常见的带下过多病证，即使检查已证实有慢性宫颈炎或阴道炎症时，亦可从证为主，如从脾虚证，或肾虚证，或湿浊证。又如经前期综合征，但以头痛为主者，可从肝火证论治，以乳房胀痛为主者，可从肝郁论治等。

三、辨证中辨病

在辨证中贯穿辨病，实际上是在传统的辨证前提下，贯穿辨病也是辨主证型的要求，相当于普遍性结合特殊性。因为辨病者，病有特殊性，就必然有其主证型，围绕主证型，形成纵向的辨证规律。如崩漏病证，属于功能性子宫出血之无排卵性者，根据我们长期临床的观察，崩漏的主证型在于肾阴偏虚，但在发展到出血期时，呈血瘀为主的证型，或常兼血热，由于长期出血，崩漏的最后阶段，可致阴虚及阳，阳虚气弱的证型。但肾阴偏虚是贯穿崩漏终始的。亦因在崩漏出血的中后期，感染湿热，亦有可能继发湿热，暂占为主证型者。这就是围绕主证型的纵向辨证规律，也就是辨证中贯穿辨病。

四、辨病中辨证

通过有关检查，辨明病证。但辨病之后，亦当要求辨证。如慢性输卵管炎，已经确诊，但尚需进而辨别为是血瘀性的、湿热性的、肾虚性的等哪种证型。又如免疫性不孕症，虽经辨病明确，但尚需进而辨别属阴虚火旺、阳虚气弱、湿热血瘀等证型。只有这样，才能使辨证更为客观，更为精确。

第九章

五行学说

五行学说认为：宇宙间的一切事物，都是由木、火、土、金、水五种物质的运动与变化所构成的，据《尚书大传》记载，早在公元前1000多年前的殷商时期，人们便有以下的认识："水火者，百姓之饮食也，金木者，百姓之兴生也；土者，万物之所资生，是为人用。"说明古代劳动人民在长期的生活和生产实践中，认识到木、火、土、金、水五种物质是百姓生活中不可缺少的东西，也是人们对五种元素物质最小单位的认识和对事物的分类。后来人们把这五种物质的属性加以抽象推演，用来说明整个物质世界；并认为这五种物质，不仅具有资生、联系、促进的作用，而且还具有制约、克服、调节的意义，而且在不断运动、变化之中，故被称为五行。行者，就是活动、运动的意思，可以弥补阴阳在解释运动方面的不足，特别是用于解释物质内部纵横错杂的关系时；更为重要的是，有助于阴阳推演物质运动的规律。正由于此，五行学说有着极为重要的临床应用价值。

我们认为：深人学习和研究五行学说，应取其合理的内涵，舍弃其不足的方面。如五行对万物的分类，五行的生克乘侮，有着重要的意义。但是我们认为：事物的资生联系、促进，以及制约、调节，是相互的，并非是单方面的，因此，我们提出了反五行，实际上就是五行学说中的反相生、反相克，希望完善五行学说，扩大五行学说的应用范围。更好地为现代中医学服务，特别是对中医学中的推导医学服务。

第一节　五行学说的基本内容与特点

所谓五行学说，就是围绕木、火、土、金、水五种自然事物，对自然

万物进行分类、归纳，同时又揭示这些事物间相生相克、贯通纵横、运动演变规律的一种学说。因此，本节分三个部分展开，首先介绍五行分类法，其次是从正反两个方面分别论述五行相生、相克的关系，最后讨论相乘相侮等五行运动失常的内容。

一、五行分类法

古代学者，对五行学说的应用极为广泛，到处可见。但我们作为医家，亦必然从医学的角度出发，选择古代医家运用五行学说的例证，主要是那些对人体内在的脏腑组织、生理、病理现象，以及与人类生活有关的自然界事物，所作的广泛的联系和研究，并运用“比类取象”的方法，按照事物的不同性质、作用与形态，将它们分别归属于木、火、土、金、水五行之中，借以阐述人体与外界环境之间的相互联系。这种对事物属性的归纳方法，在前人的有关记述中随处可见。《素问》“阴阳应象大论”和“金匮真言论”等篇，对此都有详细的记载，我们根据前人的有关记载，结合我们的学习体会，择其与医学有关之要者而分类如表 9-1 所示。

表 9-1　五行分类法应用表

项目	五行分类	木	火	土	金	水
自然界	五味	酸	苦	甘	辛	咸
	五色	青	赤	黄	白	黑
	五化	生	长	化	收	藏
	五气	风	暑	湿	燥	寒
	五方	东	南	中	西	北
	五季	春	夏	长夏	秋	冬
	五音	角	徵	宫	商	羽
	五谷	麻	麦	稷	稻	豆

这种用五行归纳事物的方法，基本上已经不是木、火、土、金、水的本身，而是按其特点，抽象地概括出不同事物的属性。例如木性的特点，是生发、升散、柔和等，凡是具有这种特性的，便概括为之木；火性的特点是阳热、上炎、明亮等，凡具有这种特性的，便概括为火；土的特点是长养、变化、敦厚等，凡具有这种特性的便概括为土；金的特点是清肃、坚劲、沉凝等，凡具有这种特性的便概括为金；水的特点是寒润、下行、蓄聚等，凡具有这种特性的便概括为水。这就是五行分类的实质，前人正是应用这五种具有较广泛特性的物质来分析归纳事物，研究事物的发展。然而五行学说如与天干地支的运气学说相结合，必然使五行学说进一步深化，从而衍生出许多特定的规律。

天干与五行相配合，早在《素问·脏气法时论》就有记载，原文说“肝主春，其日甲乙（唐·王冰注：甲乙为木，东方干也）；心主夏，其日丙丁（王冰注：丙丁为火，南方干也）；脾主长夏，其日戊己（王冰注：戊己为土，中央干也）；脾主秋，其日庚辛（王冰注：庚辛为金，西方干也）；肾主冬，其日壬癸（王冰注：壬癸为水，北方干也）。”天干者有十，五行之数仅有五，因此，以十干分属五行，则每一行势必并居两干，才能如数落实。所以甲乙属木，丙丁属火，戊己属土，庚辛属金，壬癸属水，有如表 9-2 所归纳。

表 9-2 天干分属五行表

五行	木	火	土	金	水
天干	甲乙	丙丁	戊己	庚辛	壬癸

地支与五行相配合，如《类经图翼·五行统论》所说："十二支以应月，地之五行也，子阳亥阴曰水，午阳巳阴曰火，寅阳卯阴曰木，申阳酉阴曰金，辰戌阳丑未阴曰土。"这是根据《素问·脉解》的月建说演化而来的，该篇按阴阳奇偶的相配原则，提出正月建寅，三月建辰，五月建午，七月建申，九月建戌，十一月建子，二月建卯，四月建巳，六月建未，八月建酉，十月建亥，十二月建丑。而亥月、子月，正当孟、仲两个冬月，是北方寒水之气当令之时，所以亥、子当同属子水。巳月、午月，正当孟、仲两个夏月，是南方火热之气当令之时，所以巳、午同属于火。寅月、卯月，正当孟、仲两个春月，是东方风木之气当令之时，所以寅、卯同属于木。申月、酉月，正当孟、仲两个秋月，是西方燥金之气当令之时，所以申、酉同属于金。辰为季春三月，未为季夏六月，戌为季秋九月，丑为季冬十二月，这四个季月，都是中央土湿之气寄王于四时的月份，所以辰、戌、丑、未在五行当同属于土。表 9-3 对此作了归纳。

表 9-3 地支分属五行表

五行	木	火	土	金	水
地支	寅卯	巳午	辰未、戌丑	申酉	亥子

二、五行相生相克的关系

五行学说的主要内容，除分类法外，主要是相生相克，而在实际运用中，也确以生克关系为主。由于我们在临床上长期实践，觉得，相生相克之中，必须贯穿对立统一的观念，因此提出了反相生反相克的观点，下面将有具体分析。

(一) 五行相生的关系

五行学说的内容，首先就在于叙述相生关系。所谓相生者，含有资生、联系、促进的意思。五种物质间的资生、联系、促进，目的在于推动物质运动发展的主要方面的，具有极为重要的意义。五行相生的次序是：木生火，火生土，土生金，金生水，水生木。形成了五行之首尾相连的一个环，有如图 9-1 所示。

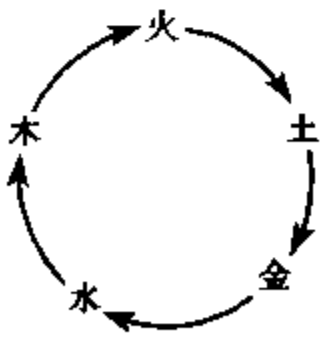


图 9-1 五行相生关系图

图 9-2 五行反相生关系图

从图 9-1 可以看出，五行相贯，前后相连，循环往复，呈圆运动规律。其中必然有

着生我，即母子关系，如木生火，木能生火，木是母，火是子；我生，即子母关系，木能生火，木是火之母，但火能生土，土又是火之子。以土而言，火是生土之母，但土又能生金，金是土之子；以金而言，土能生金，土是金之母，但金能生水，水是金之子；以水而言，金能生水，金是水之母，但水能生木，木是水之子。五行即在生我、我生的母子、子母关系中连续运行，这就构成了一幅生生不息、周而复始的相生规律图。

但是，从对立统一的观念出发，以及我们实践中的体会来说，五行相生，应该是互生的，亦即是母生子，子亦能养母。对于子亦能养母者，我们称其为反相生，或称为反生，是与相生的母子关系相对立的。如木生火，火（阳）亦能养木；火生土，土亦能养火（阳）；金生水，水亦能养金。五行反相生的关系如图 9-2 所示。

反相生者，是指与相生相反者，亦首尾相连，如环无端，亦是一种圆运动规律，只是方向而已，虽为次要方面，但可弥补相生之不足。

相生与反相生的结合，才能形成较为完整的相生圆形图，有如图 9-3 所示。

图 9-3　五行相生与反相生结合图

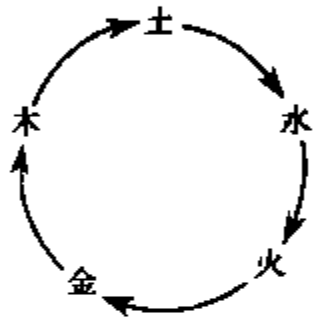


图 9-4　五行相克关系图

只有在这种五行相生与反相生互相联系、互相资生、互相促进的运动中，才能使五种物质运动在生机勃发、循环往复、终而复始的圆运动中进行下去，不致遭受太过、不及等因素的干扰和破坏。

（二）五行相克的关系

五行学说中，相克关系也是其中的主要内容之一。所谓相克者，是指制约、克服、调节的意思。五种物质间的制约、克服、调节，也是推进五行运动发展不可缺少的机制之一。五行相克的次序是：木克土，土克水，水克火，火克金，金克木，由此形成了首尾相连、循环往复的五行相克圆运动规律，如图 9-4 所示。

从图 9-4 可以看出，相克者，亦存我克、克我两种关系。如木克土，土又克水，作为土而言，木是克我者，水是我克者，土之有余，需要木来调节或制约，而水之有余，又必须依赖土来调节或制约；作为水来说，土是克我者，水之有余，赖土以制之，而我克者，为火；火之有余，又赖水以制之，其他均可以此类推，形成五行之间的调节系统。如果说相生是补其不足，增强功能，则相克就是制约有余，防其太过。在物质运动过程中既要补充其不足，推进运动，故有相生关系，又要调节有余，防其太过，故有相克关系，相生与相克伴随始终，不可分割，从而构成生生不息的健康协调的圆运动规律。

从对立统一的观念出发，以及多年来的实践体会，我们认为相克与相生一样，除

我克、克我关系外，在克我之间，亦存在着相互克制的关系，我们称之为反相克，简称为反克。这种反克与反侮之反克，在性质与程度上有别。反克者一般属于生理，而反侮者一般属于病理，此必须加以说明。反克者，乃相克之所需，如木能克土，反过来土亦能克木，当然，我们又必须承认木克土是主要的，土克木是次要的，否则《金匮要略》所提出的“上工治未病”中所说“知肝传脾，当先实脾”，即包含有肝（木）脾（土）相互调节的意义在内。其他反克，有如图 9-5 所示。

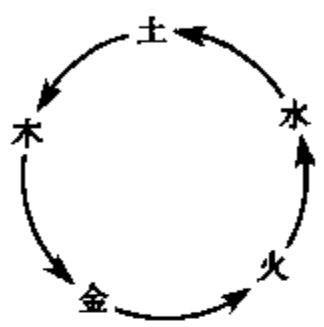


图 9-5 五行反克关系图

图 9-6 五行相克与反克结合图

从图 9-5 可以看出，反相克者，即五行相克中的反向者，如木能克土，反相克者，即土亦能反过来克木；土能克水，水亦能克土；水能克火，则火亦能克水；火能克金，金亦能反过来克火；金能克木，木亦能反过来克金。这种反相克的关系，是伴随相克而产生的，也呈圆运动状态。相克与反克的结合，才能形成较为完整的相克系统，如图 9-6 所示。

只这种双向性的制约、调节、克服，才能使五种物质间的圆运动规律，不会受到太过有余因素的干扰和破坏，在这里，我们还应该看到五种物质在相克运动中，既有横的一面，亦确有纵的一面，正由于有这纵、横相克的关系，故能把复杂事物推向前进。

三、五行相乘与相侮的关系

相乘与相侮，实际上是相克与反相克的程度上的加重，超越了正常范围，已属于反常现象。所谓乘者，即乘虚侵袭的意思。相乘者，即相克太过，超过正常约制程度，是事物间的关系失却了正常协调的一种表现。例如，木气偏亢，而金又不能对木加以正常克制时，太过的木便去乘土，使土更虚；土气过盛，而木又不能对土加以正常克制时，太过的土便去乘水，使水更虚；水气过盛，而土又不能对水加以正常克制时，太过的水便去乘火，使火更虚；火气过盛，而水又不能对火加以正常克制时，太过的火便去乘金，使金更虚；金气过盛，而火又不能对金加以正常克制时，太过的金便去乘木，使木更虚。这就是五行相乘的情况。

侮者，就是恃强凌弱。相侮者，即反相克也，但又不是正常的反相克，而是恃强凌弱的反克相，是一种不正常的反应。如木克土，土反过来亦能克木，如土气过盛，木气不足，则将形成反侮；土克水，水亦能反过来克土，如水气过盛，土气不足，将致水侮土；水克火，火亦能克水，但如火气过盛，水气不足，将致火侮水；火克金，金亦能克火，但如金气过盛，火气不足，将致金侮火；金克木，木亦能克金，如木气

过盛，金气不足，将致木侮金。正如《素问·五运行大论》所说："气有余，则制己所胜而侮所不胜；其不及，则己所不胜，侮而乘之，己所胜，轻而侮之。"这就是对五行乘侮关系的很好的说明。

相乘相侮，均是相克关系上的太过状态。但是从对立统一的观察出发，既然呈现太过有余状，亦必然内潜不足的一面。

第二节 五行学说在妇科临床上的应用

五行学说对于中医妇科学极为重要，因为它不仅有助于阐明复杂的生理病理机制，而且根据这一理论，可以找到多种防治方法，前人曾有隔一隔二隔三的治疗方法，我们亦提出正治、反治、未病论治、深层次论治的方法，这些均与五行学说有关。但是更为重要的是，运用五行学说还可以推导较长时间内病证的发生与发展，也即是预测疾病的发生和加重，并为提前防范提供理论支持。

中医学认识疾病，既运用天、地、人以及人体内部的整体观、统一观，也承认脏腑经络之间，又有其各不相同的独立性、特殊性，而在整体性、统一性和独立性、特殊性之间存在着纵横交错的复杂关系。随着医学科学的发展，检测手段的现代化，对其中纵横交替的关系，已经认识得更为深入，同时愈加重视人与天地间的密切关系。因此，五行学说中生克与反生克理论，将有助于阐明其中之理。可能有人认为：原始的朴素的五行学说，已不能适应今天医学科学的发展，将为时代所舍弃。但我们认为，对在长期医疗实践中一直沿用的五行学说，在没有取得足以替代它的学说之前，仍然要加以应用，特别是大整体观，即人与自然界的规律变化相适应、相平衡，以及养生防病等等内容，尚非以此作为说理依据不可。

中医妇科学研究的主要内容是月经、生殖、胎产等。其中月经、生殖均有周期节律，因此，除应用阴阳学说外，五行学说也很重要，一些著名的妇产科著作中，如《妇人大全良方》、《妇人规》、《傅青主女科》等中，均贯穿了五行学说。如《傅青主女科》在其卷首的带下病证中，就提出了白、黄、赤、青、黑五色分类法，实际上就是运用五行的范例。为此，我们将在下面就五行学说在生理、病理、防治等方面的应用，作较为详细的论述。

一、生理方面

女性的生殖生理，月经周期的生理，都有周期性的节律，多是在心、肾、子宫生殖轴之间的纵横关系所形成，而且终面复始，始而复终的循环往复，因而与五行的循环往复必然有着密切关系，而且也将涉及到五脏，以及五色的病变等等。

（一）对心肾子宫生理生殖轴所致周期节律的阐述

生育期女性的月经周期节律和生殖节律，终而复始，始而复终，循环往复，如环无端，既是开始，又是结束，结束与开始，开始与结束，似可分而实不可分，这就是一种圆运动生物钟节律，古人称为圆道。它们固然与太极阴阳钟有关，但是亦与五行的生克循环有关。春温属木，夏热属火，秋凉属金，冬寒属水，中央属土。土居中央，

不得独居于时，在四季转变中均有土的存在。亦有人提出在四季中，列出长夏暑为土。所以我们在研究月经周期循环学说中，可以了解到在四期中并有土的存在。结合脏腑学说来看，土者脾胃也，阴阳者，心肾两脏也，因为心属火为阳，肾属水为阴，因此，应重视心肾在月经四期中的重要性，还要注意在四期中脾胃的重要性。

从心肾子宫的纵横关系来看，五行学说也很重要。子宫者，为生育之宫，乃女性最为重要的生殖器，亦是排出月经的主要所在，虽有奇恒之腑之称，但实质上应归纳在脏的范围，因为它亦是心肾水火交合之所在。心肾交合，促进子宫的排经和生殖，反过来说亦是联系心肾，促进心肾交合的处所。肾为先天之本、藏精之脏，在五行上属水，所藏之精，亦包括生殖之精，并为阴阳之宅，天癸亦来源于肾，因为，癸者，即为北方之水，属于肾的范畴，所以生殖之精，天癸之水，包括阴阳，均来源于肾。心者，包括脑在内，在五行上属于火，为阴中之阳脏，是五脏六腑之大主，故有心君之称，内藏神明，主血脉。心与子宫肾相联系，有开启子宫，以司子宫泻的作用，且心神亦有助肾驭精司藏的作用。心肾赖子宫以更好地达到交合，水火交济，精神相依，燮理阴阳，推动阴阳消长转化的目的，从而形成健康的月经周期和生殖节律。从五行学说来分析，在心肾水火交合中，还需得到木土的支持。首先从木来说。肝木者，为水（肾）之子，即肾水能生肝木，但木又为火之母，即肝木生心火，木既为肾水之子，又为心火之母，所以《傅青主女科》在“经前大便下血”中的顺经两安汤后说：“然则心肾不交，补心肾可也，又何兼补夫肝木耶？不知肝乃肾之子，而心之母也。补夫肝，则肝气往来于心肾之间，自然上行心而下入于肾，下引肾而上入于心，不啻介绍之助也。”清楚地说明心肾水火交合，必须得到肝木之介绍，即肝木在生我与我生之间进行贯穿。如此，不仅阐明了心火肾水之间复杂的交合机制，同时亦为心火肾水交合提供了防治的一大法门。其次从脾胃来说。脾胃者，居中焦，属土，所谓中土。中土者，不仅能生万物，主统木火金水四者，而且又为上下升降之枢纽，心火肾水相交，上下合一，常需脾胃之土的协助。前人曾喻脾胃为黄婆，因为土色黄，有枢纽转输作用，心火喻为童男，肾水喻为坤女，童男坤女相交，常需黄婆（土）为之媒合，所以心肾水火交合，需赖脾胃之土的协助。这亦为心肾水火交合开倡了又一防治法门。

（二）对脏腑间生克制化关系的阐述

脏腑者，主要是五脏五腑，因此五脏五腑之间的关系，必赖五行以阐明。如肝脏附胆，属于东方甲乙木；心脏附小肠，属于南方丙丁火；脾脏附胃，属于中央戊己土；肺脏附大肠，属于西方庚辛金；肾脏附膀胱，属于北方壬癸水。兹分别阐明如下。

1. 心　心者，居上焦，相似于南方丙丁火。在医学上为君主之官，内藏神明，又主血脉，故有着主宰血液循环，调节血液的功能，又有着驭精的作用。故就妇科学而言，其功能仅次于肾肝两脏。但随着实践的深入，心理医学的发展，以及我们对心肾相交调节生殖生理节律的进一步认识，发现心与肾肝居同等重要的地位。心与其他脏腑的关系，必须应用五行学说才能阐明。

心与肝的关系为木生火，即肝木有着支持心火的作用，反过来心火亦有支持肝木的作用。由于心火在脏腑中的重要地位，且心肝均为阴中的阳脏，内藏神魂，神可以统魂魄，这也可以解释心火何以能够支持肝木。

心与脾的关系为火生土，即心火生脾（胃）土，脾（胃）土需赖心火以支持运化，反过来脾（胃）土亦有支持心火的一面，当然后者的作用是次要。《傅青主女科》在"胸满少食不孕"中说过："盖胃土非心火不能生，脾土非肾火不能化。心肾之火衰，则脾胃失生化之权，即不能消水谷以化精微矣。"从病理反衬生理，也可证明脾（胃）土需赖心火以支持运化。

心与肾的关系为水克火，即肾水可以克制心火，这是克我的关系，心火衰微的患者可以出现水肿，这是乘我的关系，是心肾关系的主要一面。但心火亦可以制约肾水，只有这样，才能把水火维护在一定的相对性的平衡范围内，水火之间的相对性平衡，才能维持月经周期性及生殖节律性。

心火与肺的关系为火克金，肺金需得心火以调节，但肺金亦能反过来调节心火，因为心肺同居上焦，一主气，一主血，相互调节，形成气血心肺之间互克互制的协调正常。

2. 肾　肾者，为北方壬癸之水，居下焦，为先天之本，内寓元阴元阳。奇经八脉亦隶属于肾，所以说肾在妇科学上有着极为重要的意义。肾与其他脏腑的关系如下。

肾与心的关系为水克火，但在妇科生殖学中的生理活动，水火相济，心肾相交，是调节生殖生理活动中阴阳运动的主要所在，水克火者，肾水调节心火，但反过来心火亦能调节肾水，二者间呈相互调节、相反相成的调节机制，使水火阴阳趋于正常。

肾与肝木的关系为水生木。肾藏精髓，化生血液，乃是先天生血之本。反过来说肝木亦有支持肾水的作用，亦即是血能养精，精能生血，精血互生，即前人所谓乙癸同源之说。

肾与脾土的关系为土克水，亦即是脾土有调节肾水的作用，又称土能制水。但反过来说，水亦能制土，说明肾水亦有调节脾土的作用。肾水脾土还有着先后天的密切关系。肾为先天，脾胃为后天，互相协助，互相调节，才能保持阴阳气血运动的正常，从而亦保证月经、生殖的正常。

肾与肺金的关系为金生水。肺金居于上焦，主气，司呼吸，呼出浊气，吸入清气，以养先天之精血，故谓金能生水。但肾水既为先天之本，其阴精元阳，亦有滋养肺金的作用。此即肺肾相互支持也。

3. 肝　肝者，为东方甲乙之木，为藏血之脏，具有疏泄的作用。所谓疏泄者，乃升降也。在妇科学上，有协助排经、泌乳、排卵、受孕等作用。由于肝为藏血之脏，女子以血为主，故有人提出：女子以肝为先天之说。肝与其他脏腑的关系如下。

肝与肾水的关系为水生木，即肾水有着滋养肝木的作用，肝藏血，肾藏精，精生血，乙癸同源，但反过来肝木亦有支持肾水的作用，现代医学亦发现肝脏确有支持肾水包括癸水的作用。

肝与心火的关系为木生火，即肝血有滋养心火的作用，但心为君主之官，内藏神明，反过来亦有支持肝魂、肝血、肝气的作用。

肝与脾土的关系为木克土，说明肝木有调节脾胃运化功能的作用，即肝气疏泄，协助脾胃气机升降，但反过来脾胃气机的升降亦有调节肝气疏泄的作用，故肝脾两脏的协调，亦能保证气血协调。

肝与肺金的关系为金克木，说明肺金气机升降，有制约肝木的作用，反过来说，肝木亦有调节肺金之气的作用。

4. 脾　脾者，为中央戊己之土，居中焦，与胃相合，有升降枢纽的作用，并为后天之本，运输水湿，统摄血流，在妇科学上亦占有重要地位。脾与其他脏腑的关系如下。

脾与心火的关系为火生土，即心火有支持脾胃之土的作用，心火安定，自能保证脾胃运化，开胃进食，但反过来脾胃中土为后天气血生化之源，也有源源不断支持心火、心血、心气的作用。

脾与肝木的关系为木克土，即肝木有调节脾胃运化功能和气机升降的作用，肝气疏泄，就能制约脾胃之土的有余，反过来脾胃之土健旺，亦有制约肝木之气有余的作用。肝木与脾土，相互调节，相互协调，从而亦维持肝脾木土之间、气血之间的稳定。

脾与肾水的关系为土克水，即脾土有制约调节水湿的作用，这是主要的一面，反过来说肾水亦有调节脾土的作用，因水土之间确有互相调节的作用，以防有余与不足。另外脾土肾水之间，还存在着先后天的关系。

脾与肺金的关系为土生金，即肺金需赖脾胃之土化生水谷精微的滋养；反过来说肺金主气，气运则土运，因而肺金亦有一定的生土作用。

5. 肺　肺者，为西方庚辛之金，居上焦，主气，行呼吸，有升降的作用，在妇科学上，虽不及心肝脾肾重要，但因其主宰气机，有调节气分的作用，所以在气血的生理、病理中，也有其重要影响。肺与其他脏腑的关系如下。

肺与心火的关系为火克金，即心火有调节肺金的作用，反过来肺金亦有调节心火的作用，一主气，一主血，通过血气关系相互调节。

肺与脾土的关系为土生金，即肺金需赖脾土以滋养，而脾土在一定程度上亦赖肺金之气以输化。

肺与肝木的关系为金克木，即肺金之气有调节肝木的作用，反过来肝木凭借疏泄的功能亦有调节肺金之气的作用。

肺与肾水的关系为金生水，即肺金能滋养肾水，而肾水反过来亦有滋养肺金的作用。肺金居于上，为水之上源，肾水居于下，为水之下源，两脏统一，互相协调，以调节水的正常的运化、输布与排泄。

（三）对其他生理功能的解释

如五色五方的作用，如带下的生理，虽以肾水、癸水为主，但亦指出湿土、脾土、中土，如《素问·阴阳应象大论》中指出："中央生湿，湿生土，土生甘，甘生脾，脾生肉，……在天为湿，在地为土，在体为肉，在脏为脾，在色为黄。"以及面部、舌苔方面，出现一些很轻微的白、黄、赤、青、黑色者，均代表了肺金、脾土、心火、肝木、肾水的本色，如无临床症状，且各种检查正常者，可不作疾病论，因其反映的是某脏某行的本色，体现了中医辨病的特点。

二、病理方面

五行学说在女性生殖病理和月经周期失调的月经病理方面，亦有着重要的意义。

在阐述生殖病理学、月经病理学时，必然要涉及心肾子宫生殖生理轴的失常，主要表现为脏腑与子宫间纵横错杂关系，以及正负反馈的失常，有时尚须联系天、地、日、月所形成的生物钟规律，运用五行学说，推导其发病的关键所在。在阐述五脏关系的病变时，不用五行学说不足以阐明之。所以，我们将重点论述五脏间的乘侮关系和逆常的生克关系，同时对病变形成的五色五方及其分类等进行论述。由于这方面涉及的内容较多，我们只能择其要者而论之。

（一）对心肾子宫生殖轴病变的论述

心肾子宫生殖轴所形成的周期性节律，是呈圆运动形式的，其中主要是月经周期节律，如四期更替。行经期相似夏季火热，经后期相似秋季金凉，经间排卵期相似冬季水寒，经前期相似春季木温，四季四期的循环，也属于阴阳的更替。但从五行来说，春木、夏火、秋金、冬水的交替，又必与长夏脾土有关，但四季以及月经周期中的四期，均与脾土有关，脾土有所不足，必将影响到月经四期的更换循环。因此，从五行来推导循环，包括月经周期的循环，要注意脾土的影响，以及与此有关的水湿痰浊为患，为分析周期圆运动规律及其病变提供新的内容。其次，在心肾子宫交合中，但如肝木失常者，亦将影响心肾子宫的交合，因为肝郁气滞，上不能济心火，下不能引肾水，失去了肝的介绍作用，反过来影响心肾水火之间的交合。脾胃失常，亦将影响心肾水火之交合，因为心火居上焦，肾水居下焦，上下交合，常需中焦脾胃之土枢纽的转输，脾胃失常，升降不利，必然影响心肾水火的交合，亦将影响月经周期及生殖功能之正常。

（二）对脏腑间生克制化关系失常的论述

脏腑间的生克制化关系，不仅仅维持着人体正常的生理功能，亦包括生殖和月经的功能，而且亦使人与自然界的圆运动生物钟节律保持一致，即相互适应，相互平衡。如果这类功能失常，必将导致病变。兹分述如下。

肝者，藏血而主疏泄，因此，失调者亦在于藏血与疏泄之失常，尤其是疏泄的病变。就五行失常而论，不外乎太过与不及两者。肝木太过者，可导致相克的脏腑出现乘侮的病变。首先是克犯脾胃之土，或者说木乘土。肝木乘犯脾土，将引起腹痛、泄泻；乘犯胃土，将引起脘痛呕吐，甚则吐黄苦绿水；如果木乘土严重，将致脘胀嗳满，呕吐泄泻，形瘦骨立，此谓土败木贼，是危重病证。其次是木强太过，不仅乘犯脾胃之土，还能反克肺金，此谓反侮。原本是金克木，而今则木反侮金，将出现气逆咳嗽、胸闷胸痛、烦躁头痛等病证。肝木不及者，可导致相生的脏腑发生病变。首先是木生火，肝木不足，则不能支持心火，将形成心肝气郁、心血不足、心气不舒、心神不宁等病证；反过来在一定程度上心火亦不能支持肝木，亦将形心火肝木同病。其次，则因水生木，肝木不足，在一定程度上亦不能支持肾水，此亦是乙不养癸、血不养精之病变也，临床上常见于不孕不育症患者。

心者，居上焦南方，属丙丁之火，有主神明、主血脉的功用，特别是与肾水相交合，所谓心肾相交，水火即济，主宰和调节月经周期中阴阳消长转化的节律运动。如心火失常，亦可出现太过火不及的病变。心火太过者，相乘为病，即心火乘犯肺金，亦即是心火太旺，必致伤肺，引起咳嗽、咯血等症，严重者，金竭火盛，乃至肺痨；

水克火，今心火有余，必将反侮肾水，形成水亏火旺，这在妇科临床上颇为常见。心火不及者，相生之脏为病，即心火不能支持脾胃之土，特别对胃土的支持不足，将出现脘痞、纳差等病证，或经行呕吐等。木生火之不足，反过来火对木的支持亦不力，亦将出现心火肝木均不足的现象。临床上可见围绝经期综合征、经前期综合征以及忧郁等病证。

脾胃者，居中央，为戊己之土，有生化气血、运输水湿、统摄血液的作用，并为升降之枢纽。所产生的有余不足病变，同样可以通过生克关系而影响其他脏腑。脾土有余，因土乘水，即脾土乘犯肾水，可出现脘腹膨胀、两便不通、经行量少等病证；还可因木克土而反侮肝木，亦可称之土壅木郁，即脾土壅塞，不司升降，影响肝木之疏泄，临床上可见胸腹胀闷、烦躁不安、时欲叹气、经行不畅、痛经等病证。脾土不足，则我生之脏为病，即后天化源不足，肺金气血不充，是以出现肺脾气虚，常可见气喘、汗多，或者经行咳喘等病证。火生土，土之不足反过来不能支持心火，亦即是脾胃中土不足，气血不充，不能营养心火，心火之气血自然也就不足，临床上可见心悸失眠，也可见到经行量少、经行心悸、经行失眠等病证。

肾者，居下焦，为北方壬癸之水，有藏精、司生殖的作用，内寓元阴元阳，天癸也属于肾水的范围，奇经八脉也隶属于肾，是女子月经生殖的先天之本。肾水与心火相交合，能维持一身阴阳的相对性平衡，同时亦主宰和推动生殖生理中的阴阳消长转化运动。肾水所出现的有余或不足病变，与生克有关。有余则相乘为患，肾水乘犯心火，水气偏旺，上犯心火，致心阳不振，可见心悸、浮肿、胸闷、肢冷，甚则浮肿气喘、胸腹胀满等。肾水过盛，亦可反过来克犯脾胃之土，即水反侮土，亦可见到浮肿、泄泻，以及经行浮肿、经行泄泻等。肾水不足，一般表现为相生方面的病变。肾水不足，则不能涵养肝木，肝木失养，常可致郁、火、风、阳四者的病变，临床上常可见到忧郁、头痛、眩晕、抽搐等病证，妇科学上所见围绝经期综合征、围绝经期眩晕证、经行头痛、经前乳房胀痛等。肾水不足，亦可致生我者病变，即可致水不养金，子不养母，所以亦可出现肺金不足的表现，如肺燥、鼻干、咳而少痰、气短等证。在妇科学上，可见经行咳血、经行吐衄等。临床上不少肺金燥咳，久而不愈，甚则咳血者，多与肾水不足，不能滋养肺金有关。

肺者，居上焦，为西方庚辛之金，有主气、司呼吸、调节气机、调理水道的作用。其产生的病变，亦不外有余与不足两者。肺有余，可以引起相克脏腑间的病变。首先金克木，即肺金乘犯肝木，在具体的病机变化上，肺气肃降过甚，必然抑制肝木之气的疏泄，使肝气郁阻，常可见胸满气喘、忧郁、烦躁，脘腹亦有作胀之感，在妇科方面可出现经行胸胁痛、经行咳嗽、围绝经期忧郁症等。其次是肺金反侮心火，形成肺金心火病证，如心悸、咳喘等，在妇科方而可见经行咳喘、经行胸满心悸等病证。肺金不足所致的病变，主要表现在相生脏腑之间。首先是我生者致病，即肺金不足而致肾水不充，常可表现出咽干口燥、尿频失禁、汗多气短等，在妇科方面可见经行咽痛、经行音哑等病。其次也可影响生我者，即由于肺金不足，反过来影响脾土失运，常可致咽干、腹胀、气虚汗多，妇科方而可见经行咳吐、经行气喘多汗等。

（三）对其他病变的解释

运用五行学说阐述五色、五方、五音等方面的病变，也是颇为常用的。这里仅以五色病变为例。

带下过多的病证，《傅青主女科》在其首篇带下门中，指出："夫白带者，乃湿盛而火衰……，则脾土受伤，湿土之气下陷，是以脾精不守，……使风木不闭塞于地中"，在"黄带"中说"夫黄带，乃任脉之湿也，夫湿者，土之气，实水之浸，热者，火之气，实木之生。水色本黑，火色本红，今湿与热合，欲化红而不能，欲返黑而不得，煎熬成汁。因变为黄色矣。"此乃不从水，火之化，而从湿化也，所以世人有以黄色为脾之湿热。"在"青带"中说"夫青带，乃肝经之湿热，肝属木，而木之色属青，带下流如绿豆汁，明明是肝木之病矣。"在"赤带"中说："夫赤带，亦湿热之病也，然湿土之气，宜见黄白之色。今不见黄白，而见赤色者，火热之故也。火之色赤，故带下亦赤耳。"在"黑带"中说："夫黑带者，乃火热之极也。……殊不知火极似水，……全赖肾水与肺金无病"，黑属肾，系根据《素问·阴阳应象大论》而来。原文说"北方生寒，寒生水，水生咸，咸生肾，……其在天为寒，在地为水，在体为骨，在脏为肾，在色为黑。"黑色原为北方肾家寒水之象，此则黑带指出火极似水，乃假象也。

在面部五色病变中，亦认为面部皖白色，为肺金不足也；面部青色者，乃肝木之色也，面色赤者，为心火之旺也，面色萎黄者，脾虚土弱也，面部有黑色，或黑斑者，乃肾水之不足，虚火上炎也，正如《外科正宗》所说："黧黑斑者，水亏不能制火，血弱不能华肉，以致火燥结成斑黑，色枯不泽。"

总之，五行学说在病理学中的应用，极为广泛，本处仅择其主要者论述之。

三、防治方面

五行学说在防治方面，更具有重要意义。正如《金匮要略》卷首所指出的"夫，治未病者，见肝之病，知肝传脾，当先实脾，四季脾王不受邪，即勿补之，中工不晓相传，见肝之病，不解实脾，惟治肝也。"说明了五行学说在治未病中的重要性。所以唐代医学家王冰在注释时说"传于己所克者也。"我们体会，运用五行中的相生（生我、我生）、相克（克我、我克）关系，以及我们所提出的反相生、反相克的关系，可以提供更多的治疗思路，大大丰富了治疗内容，为治疗疑难顽证提供了多种措施，同时从五行生克的循环，探讨圆运动生物钟中的环节失调的防治，亦有着重要意义。从面促进了防治学的发展。

（一）依从圆运动生物钟的整体演变规律进行防治

我们认为月经周期节律与生殖节律、与圆运动生物钟有着密切的关联，而圆运动是终而复始，始而复终，循环往复，如环无端的，五行中的相生规律是为春温风木→夏热心火→长夏暑湿（土）→秋凉燥金→冬寒肾水，或者春温风木→夏热心火→秋凉燥金→冬寒肾水，土居中央而旺四季，前人论述中多为四季四行，土居中央，在四季四行中均有土的存在。过去我们多讲妇女生理以阴阳消长转化为主，重视了心肾的调节作用，如今结合四行循环，还要注意中央土的重要作用，即在每一时期中，都有土的作用存在。因此，就月经周期而论，亦要重视脾胃之土的作用。在防治上要重视脾胃之土，在两个月经消长期亦更要重视脾胃之土的作用。土者，脾胃也，后天之本，

气血生化之源，重视脾胃之土者，亦即重视生化之源，亦即重视气血也。这样就可以弥补我们过去只重视阴阳，忽略脾胃气血的不足。

其次，在心肾子宫交合下，我们在前面的生理病理中已谈到调节阴阳运动以维持相对性平衡。但是心肾交合尚有肝木、脾胃土的作用参与其中。先从肝木而论，因木为水之子，但又为火之母，即肝为肾之子，又为心之母，肝木处于心肾之间，发挥肝气疏泄，有助于交济心肾，因此保持情绪稳定，避免紧张急躁，条达肝气，有助于心肾交合。再从脾胃中土论之，在心肾交合中，亦常得到中土脾胃的支持，因为心属火，居上焦，肾属水，居下焦，心火下降，肾水上济，心肾上下交合，有赖中土脾胃这一升降枢纽，保持脾胃升降功能正常，亦能间接地保持心肾子宫生殖生理轴的健康功能。

(二) 根据五脏间的生克关系进行调治

我们在生理病理方面，已经较为详细的论述了五脏间生克关系，及其乘侮的病理关系。在治疗中更为注意到生克乘侮的关系，不论按其传变规律论治未病，或者不得不处理现病，均需从五行生克关系的八个方面找出治法方药，亦即是前人所谓的隔一隔二的治法，这将大大地丰富治疗内容，提高防治效果。我们以肝木为例说明之，其他四脏四行均可仿此论治

1. 相生防治法　是根据五行中的相生方法进行预防和治疗。肝木的相生，有生我与我生两个方面。生我者，即母的方面，水生木，肾水是母的方面；我生者，即子的方面，木生火，心火是子的方而；反相生者，即子亦能养母，心能养肝也。依据这三种关系，就可推导出三种防治方法。

(1) 生我者，从母生子方面论治：肾水生肝木，着重从肾水方面防治肝木的病变，如滋阴养血法；或者以肾木为主，照顾到肝木，如滋阴生肝法、滋水清肝法、滋阴平木法、滋阴潜阳法等，均属此。故凡临床上所出现腰酸头昏，烦躁寐差，胸闷不舒，时欲叹气，少腹胁肋作胀，带下偏少，月经失调，需用滋水生木法，可用薛立斋在《校注妇人良方》中的滋肾生肝饮，药用：山萸肉 6～10 克，熟地黄、山药、炒丹皮、茯苓、泽泻、白术、炒当归各 10 克，炒柴胡 5 克，五味子、甘草各 3 克。我们在临床上应用时，常再加入白芍 10～15 克；如应用子月经周期中的经后期，需加入川断、菟丝子各 10～12 克。遇肝郁化火，肝火偏旺者，证见头晕头痛，烦躁口渴，便艰尿黄，月经先期，月经量多，舌质偏红，苔色黄腻，脉象弦数，需用滋水清肝法，自然要用《医宗己任编》的滋水清肝饮，药用：当归、白芍各 10 克，酸枣仁 9 克，栀子 9 克，熟地黄、山药各 10 克，山萸肉 6 克，丹皮、茯苓、泽泻各 10 克，炒柴胡 6 克。临床上具体应用时，常需加入钩藤、生地黄各 12 克。若水亏风阳内动，可出现头痛头晕，腰酸腿软，或经行眩晕，经行抽搐等，需用滋阴熄风法，方用二甲地黄汤加入钩藤、白蒺藜等品。

(2) 我生者，亦属于从母生子方面论治：木生火，即肝木生心火，对此，临床常用的有养血宁心法、养血舒心法、养血安神法等。所有通过养血面达到宁心，或使心血心气功能正常者，均属于肝木生心火的治法。故凡临床上所出现头昏、心悸、失眠、烦躁等病证，在妇科临床上所出现的经行心悸、经行失眠、经行情志异常等，均需应用木生火的治法，临床上我们常用《景岳全书·新方八阵》的逍遥饮，药用：当归、白

芍、熟地黄各 10 克，炒枣仁 6～9 克，茯神 6 克，炙远志 6 克，陈皮 5 克，炙甘草 3 克。在实际应用中，常需加入广郁金、制香附各 6～9 克。

（3）从反相生方面论治：即心火（阳）亦能助长肝木的生长，因此木火之间亦存在互相支持，对肝木不足而言，十分重要，但前提还在于木生火。心火者，君火也，心为君主之官，内藏神明，因此，心君也有统摄肝木气血的作用，在临床上常可见到先有心烦失眠、烘热出汗，进而可见烦躁忿怒、头痛头晕、月经先期量多，甚则闭经、崩漏等。治当从心火而调肝木，安定心火以达到血充魂藏于肝木的目的，在临床上我们常用《金匮要略》的酸枣仁汤加减，药用：酸枣仁 6～12 克，炙知母 5～9 克，茯苓 10 克，川芎 3～5 克，炙甘草 5 克，再加入白芍 10 克、钩藤 12 克。

2. 相克防治法　即五行中相克传变的防治方法。以肝为例，亦有两个方面。但总地来说，相克者，其病变呈有余状，在五行中称之为相乘或反侮。其一是克我者，金克木，应称金乘木，即肺金乘犯肝木，需要通过制金扶木的方法来防治，其次是木火刑金，是反相克，称为反侮，需要通过佐金平木的方法来防治；其二是我克者，木克土，肝木乘犯脾胃之土，简称木乘土，需要通过培土泄木、培土疏木的方法来防治，次者，土亦可能反过来克木，即脾胃之土反侮肝木，临床上所见土壅木郁就属于这一种，需要通过通泄脾胃之土来条达肝木，或称之泄土疏木。

（1）克我者，即乘我者的防治：临床上所用的制金扶木、肃肺调肝、疏木抑肺等法，均用于此类。故凡临床上出现胸闷不舒、时欲叹气、咳嗽痰多、气喘、胸胁胀痛等，亦可见经行咳嗽、经行胸胁痛等病证，需要用制金疏木法，方可用柴前连梅煎。药用柴胡 5～9 克，前胡 6～9 克，黄连 3 克，乌梅 3 克，在临床上具体使用时，常可加入广郁金 6～9 克、丹参 10 克、炙枇杷叶 6～10 克、旋覆花（包煎）6～9 克等，必要时尚需加入川贝母 3～5 克等，将加强制金扶木的作用。

木亦能克金。这是一种反相克现象，称之为反侮，即肝木反侮肺金，形成肺失肃降，可见咳嗽呕吐、胸闷烦躁或胸胁胀痛、乳房胀痛、经行吐衄、经前乳房胀痛、或经行咳喘等病证。抑肝降逆、肃肺抑肝、佐金平木等法，均为此而用。由于妇女病的特点，故佐金平木法较为常用，如佐金丸，即黄连、吴茱萸，以黄连为主药，少佐吴茱萸，或化肝煎，药以贝母为主，我们认为以川贝母为好，因其有一定的滋阴养肺作用，又可化痰降气，用量在 3～5 克，其他如青、陈皮各 6 克，白芍 10 克，泽泻、丹皮各 9 克，炒栀子 5～9 克。临床如再加入炙枇杷叶 9 克、桑白皮 6～9 克等。

（2）我克者，即我乘者：肝木乘犯脾胃之土的病变，临床上极为常见，所用的治法有扶脾疏肝法、培土泄木法、土中抑木法等。故凡临床上所出现的胸闷烦躁、腹痛泄泻、胃痛呕吐、经行泄泻、经行呕吐等病证，均属于此，一般需用培土泄木法，亦即是泄肝和脾法，方用《局方》戊己丸，药用：黄连 3 克，吴茱萸 3 克，白芍 10 克。在临床使用时，尚需加入白术 10 克、茯苓 12 克、陈皮 6 克；如腹痛明显者，尚需加入广木香 9 克、炒防风 5 克。土中疏木法适用于腹痛泄泻为主症者，可用痛泻要方，药用：炒白术 10 克，广陈皮 6 克，白芍 10 克，炒防风 5～9 克；如偏于肝木克伐胃土，以呕吐、烦躁为主症状者，可用越鞠二陈汤，药用：制苍术 10 克，制香附 9 克，炒丹皮（或栀子）、六曲各 10 克，陈皮 6 克，制半夏 5 克，茯苓 10 克等。

（3）从反相克方面论治：土亦能克木，这是反过来的相克，称为反侮，临床上所见的土壅木郁的病变即属此，常可见到脘腹作胀、胸闷烦躁、大便不畅或便秘不行、恶心呕吐、经行不畅、痛经量少、经前乳胀、不孕不育等。泄土疏木，通达阳明法，即为此而设，我们在临床上常用枳实导滞汤。该方系《通俗伤寒论》之方，药用：生枳实 10 克，生大黄 5 克，槟榔 9 克，厚朴 3 克，连翘 5 克，黄连 4 克，神曲 9 克，紫草 5 克，山楂肉 9 克，木通、生甘草各 3 克；或者选用《金匮要略》的厚朴三物汤，药用：厚朴 3～5 克，大黄 3～5 克，枳实 6～9 克，临床上具体使用时，常需加入广木香 9 克，苏梗 6 克，当归、赤白芍各 10 克等。我们的体会，肝郁气滞，阻于中焦脾胃之土时，引起土气壅阻，与上壅木郁相似，均可运用通泄阳明，排泄浊热，泻其有余，通畅气道的治法，有利于肝木之条达疏泄。

（三）根据五行通性和病证特性进行防治

中医病证，必有其病机特性，如对带下过多病证，《傅青主女科》认为“俱是湿证”，因此说湿浊是带下病证的特性。然后再根据五行五色的通性，如：带下色白，为肺金痰湿，应从肺脾湿痰论治，用完带汤，务必加入荆芥、桑叶、白芷等品；带下色黄，为脾土之湿热，应从湿热论治之，方用易黄汤，尚可加入木香、陈皮、薏苡仁、苍术、白术等品；带下色赤，为心火湿热，《傅青主女科》用清肝止淋汤，但我们常用导赤散加入大小蓟、莲子心等品；带下色青绿，为肝经之湿热，《傅青主女科》用加减逍遥散，临证时常需加入荆芥、制苍术等品；带下色黑，为肾水之湿热，但《傅青主女科》认为系火热之极也，用利火汤以清利之，但如是肾水寒浊者，应用《金匮》肾气丸治之，如属血瘀性黑带，可选用震灵丹治之。当然在具体的治疗中，既不能过分拘泥于五行五色之辨证，但亦不能忽此，应以辨证为前提，结合辨病，再结合阴阳五行推导，始为允当。

运气学说

运气学说，是我国先民结合医学探讨气象运动的一门学科。它以阴阳五行学说为支架，结合天干、地支、六气变化等，阐述气象、气候运动的基本规律——动态平衡。由于天地间客观地呈现着周期性循环，古人谓之圆道，即圆运动规律，天象、气候、气象、物候等无不呈一个首尾相接的圆圈，因此先民们便着重从循环运动方面来研究气象、气候运动的根源。

循环运动是自然界整体动态平衡的一种重要表现形式，而阴阳消长、五行生克是最能说明这一动态平衡的。运气学说中十天干、十二地支、六气等，都是从不同角度来说明气象气候的循环运动，但是必须贯穿运用阴阳五行，以阴阳的对立统一及平衡与不平衡，以五行的相生相克及相乘相侮，来阐明和推测循环运动中的复杂性和规律性，既反映了气象、气候运动的循环普遍性，又反映出气象、气候在每一时期以及年相、月相、日相中的特殊性。如能吸收现代气象气候学知识以及空气质量内含等科学内容，将能进一步阐明气象气候学内容。虽然古老的运气学说的科学性在医学领域内，特别是妇科学，尚存在很多争论，没有引起重视，但我们认为人生于天地之间，与自然界息息相关，气象学中的春温夏热秋凉冬寒致使生物多具有春生、夏长、秋收、冬藏的规律，同时女性的月经周期节律、生殖节律也与自然界有所关联。因而我们推导月经周期演变及生殖生理、病理的变化，预测疾病的发生，论治未病的时机，提高月经周期及生殖节律演变的水平，就有着重要的意义。这不仅有助于预防疾病，提高健康水平，而且也将有助于推动中医妇科学关于生殖节律研究的发展。

第一节 运气学说的基本内容

运气学说，在《黄帝内经素问》一书中有七篇是专门论述它的，可见前人对它的重视。但由于其内容丰富，涉及面广，且文意深奥，不易理解，故临床医师对其重视不够。由于篇幅所限，本节亦只能择其主要内容，即干支甲子、五运、六气等分别介绍如下。

一、干支甲子

所谓“干支”，即“天干”和“地支”的统称，是我国古代纪年、纪月、纪日、纪时和表达方位的符号。

十天干、十二地支，又简称十干、十二支。《史记》称十干为十母，十二支为十二子。

(一) 十干

干者，犹个也，又叫作天干。天干有十个，依次相数是甲、乙、丙、丁、戊、己、庚、辛、壬、癸。十干中，“甲”被解释为“出甲于甲”，“甲”字同“荚”，指嫩芽破芽而出的初生现象；“乙”字被解释为“奋轧于乙”，指幼苗逐渐抽轧而生长；“丙”字被解释为“明炳于丙”，指阳气充盛，生长显著；“丁”字被解释为“万物丁壮”，“大盛于丁”，指幼苗不断地壮大成长；“戊”字被解释为“丰楙于戊”，指幼苗日益茂盛；“己”字被解释为“理纪于己”，指幼苗已成熟至极；“庚”字被解释为“敛更于庚”，指生命开始收敛；“辛”字被解释为“悉新于辛”，指新的生机又开始酝酿；“壬”字被解释为“怀任于壬”，指新的生命已开始孕育；“癸”字被解释为“陈揆于癸”，指新的生命又将开始。继因于阴阳五行说的不断发展，分析十干，不仅具有阴阳两种性质，同时亦以之分别纳入五方、五行、五季、五脏，兹列表 10-1 分析之。

表 10-1 天干与阴阳、五行、五方、五季、五脏关系

十干	甲	乙	丙	丁	戊	己	庚	辛	壬	癸
阴阳	阳	阴	阳	阴	阳	阴	阳	阴	阳	阴
五行	木		火		土		金		水	
五方	东		南		中		西		北	
五季	春		夏		长夏		秋		冬	
五脏	肝		心		脾		肺		肾	

对天干配五行，一般有两种解释。一是，十天干本身次序的排列是按每年生长化收藏的次序来排列的，而五行相生的次序也正是生长化收藏的次序，因此也就按次序将天干与木、火、土、金、水五行相配；二是，在方位上甲乙属东方，东方是木位，所以甲乙属木。至于为什么要以两干来配五行中的一行呢？那是因为五行之中又有阴

阳，木有阳木阴木，火有阳火阴火，土、金、水亦如此。

（二）十二支

支者犹枝也，用以化月，月为阴，阴为地，所以支又称地支。地支有十二个，依次是子、丑、寅、卯、辰、巳、午、未、申、酉、戌、亥。十二支中，“子”字被解释为“万物滋于下”；“丑”字被解释为“纽牙于丑”，言阳气在上未降，万物厄纽，未敢出也；“寅”字被解释为万物始生，螾然也；“卯”字被解释为万物茂也；“辰”字被释为万物之蜄也；“巳”字言气之已尽；“午”字言阴阳交也；“未”字被释为万物皆成，有滋味也；“申”字言阴用事贼万物；“酉”字言万物之老；“戌”字言万物尽灭；“亥”字，该也，言阳气藏于下。

十二支有化月、定岁、分立四时的作用，这些又无不与阴阳五行有关，因而古人亦运用十二支观察一岁四时和十二月二十四个节气的阴阳五行的变化，以分析气候变化的规律，十二支为地之五行，子阳亥阴曰水，午阳巳阴曰火，寅阳卯阴曰木，申阳酉阴曰金，辰戌阳丑未阴曰土。其所以如此配合者，是根据阴阳奇偶数的道理而来的。一、三、五、七、九、十一这六个月统为单数，单数为奇属阳，而一月建寅，三月建辰，五月建午，七月建申，九月建戌，十一月建子，所以寅、辰、午、甲、戌、子六子都为阳支，而二、四、六、八、十、十二这六个月统为双数，双数为偶属阴，而二月建卯，四月建巳，六月建未，八月建酉，十月建亥，十二月建丑，所以卯、巳、未、酉、亥、丑六支都为阴支。亥月与子月，一阴一阳，正当孟仲两个冬月，正是北方寒水之气当令，所以亥子在五行间同属于水。巳月与午月，一阴一阳，正当孟仲两个夏月，正是南方火热之气当令，所以巳午在五行上同属于火。寅月与卯月，一阴一阳，正当孟仲两个春月，正是东方风木之气当令，所以寅卯在五行上同属于木。申月与酉月，一阴一阳，正当孟仲两个秋月，正是西方燥金之气当令，所以申酉在五行上同属于金。辰为季春三月，未为季春六月，戌为季秋九月，丑为季冬十二月，这四个季月，都是中央湿土之气寄旺于四时的月份，所以辰、戌、丑、未在五行上同属子土，也是立春、立夏、立秋、立冬节气前的十八天，都是中央土寄王的时候，可推算之。

（三）甲子

天干地支配合，即是甲子。甲子可以用来纪年，也可以用来纪月、纪日，可以依据其所属干支的属性来分析这一年或这一月或这一日变化的大致情况。由于目前我们在医学上运用的主要是干支纪年，因此在这里也主要介绍这方面的常识。

干支结合纪年的方法，是把每一年配上一个天干和一个地支，配的方法，是天干在前，地支在后，按着干支的顺序依次向下排列。天干第一位是甲，地支第一位是子，把天干第一位甲与地支的第一位子相互配合起来便是甲子。因此，这一年便为甲子年。从甲子年开始，天干和地支依次相互配合，每年不同；天干往复排列六次，地支往复排列五次，共得六十年，以后才又轮到甲与子相合，所以每六十年称为一周，或者叫一个甲子。我们一般看见一个快满六十岁的人称为年近花甲，过了六十岁，叫年逾花甲，这就是取六十年为一个甲子的意思。为了避免临时换算的麻烦，我们这里把干支相合一周的次序排列如表 10-2。

表 10-2 六十年干支（甲子）结合纪年表

干 支	甲 子	乙 丑	丙 寅	丁 卯	戊 辰	己 巳	庚 午	辛 未	壬 申	癸 酉
干 支	甲 戌	乙 亥	丙 子	丁 丑	戊 寅	己 卯	庚 辰	辛 巳	壬 午	癸 未
干 支	甲 申	乙 酉	丙 戌	丁 亥	戊 子	己 丑	庚 寅	辛 卯	壬 辰	癸 巳
干 支	甲 午	乙 未	丙 申	丁 酉	戊 戌	己 亥	庚 子	辛 丑	壬 寅	癸 卯
干 支	甲 辰	乙 巳	丙 午	丁 未	戊 申	己 酉	庚 戌	辛 亥	壬 子	癸 丑
干 支	甲 寅	乙 卯	丙 辰	丁 巳	戊 午	己 未	庚 申	辛 酉	壬 戌	癸 亥

二、五　　运

五运就是木运、火运、土运、金运、水运的统称，在自然界中一年四季的气候变化是春去夏来，夏去秋至，秋去冬来，冬去春至，循环运转不已，一年四季都可以用五行概念来加以归类，春属木，夏属火，长夏属土，秋属金，冬属水，一年四季的气候变化循环运转不已，实质上也就是木、火、土、金、火等五行的循环运转不已，因此，木、火、土、金、水五运，实质上也就是指在自然界中各个季节气候方面正常或异常的变化。

（一）大运

1. 何谓大运　大运就是主管每年全年的岁运，换句话说也就是指各年的气候变化以及人体与之相应而发生的脏腑功能变化的一般规律。因此，我们可以用大运来说明这一年全年的气候变化情况和脏腑功能的大致情况。

大运分为土运、金运、水运、火运、木运五种，各运的特点与五行的特性一致。今年是哪一个大运主岁，今年的气候变化和人体脏腑的变化就会表现出与它相应的五行特性。例如，大运是土运，这一年在气候变化上就与湿的作用密切相关，在人体脏腑上就与脾胃的功能密切相关。这是因为湿、脾胃等在五行归类上都属于土。假如大运是金运，这一年在气候变化上就与燥的作用密切相关，在人体脏腑上就与肺、大肠的功能密切相关，这是因为燥、肺、大肠等在五行上都属于金。假如大运是水运，这一年在气候变化上就与寒的作用密切相关，在人体脏腑上就与肾、膀胱等的功能密切相关，这是因为寒、肾、膀胱等在五行归类上都属于水。假如大运是木运，这一年在气候变化上就与风的作用密切相关，在人体脏腑上就与肝、胆的功能密切相关，因为风、肝、胆等在五行归类上都属于春。假如大运是火运，这一年在气候变化上就与热的作用密切相关，在人体脏腑上就与心、心包络、小肠的作用密切相关，因为热、心、心包络、小肠等在五行归类上都属于火。于此可见，大运不过是古人在人与天地相应的观念下所摸索总结出来的一套自然气候和人体脏腑变化的规律而已。

2. 天干化五运　天干配五行，是甲乙属木、丙丁属火、戊己属土、庚辛属金、壬

癸属水。但在五行的变化上，便又要把这十个天干的阴阳干重新配合而有其另外的属性，这就叫作天干化五运。所谓化就是变化，这也就是说天干在五运的变化中，还具有其他的属性而不能以未经变化的五行属性来运用它。天干化生五运的结果：凡是天干上逢甲逢己之年，大运属土运（甲己化土）；逢乙逢庚之年，大运便属金运（乙庚化金）；逢丙逢辛之年，大运便是水运（丙辛化水）；逢丁逢壬之年，大运便是木运（丁壬化木）；逢戊逢癸之年，大运便是火运（戊癸化火）。

为什么十天干在化五运上和配五行上其属性上不一致呢？这是因为十天干配五行是以五方、五季等关系来确定的，而五运则是根据天象变化，也就是天上星辰之间的变化来确定的。

（二）主运

1. 何谓主运　主运就是指每年气候的一般常规变化，这些变化基本上是年年如此，固定不变的，所以叫作主运。每年的主运也分为木运、火运、土运、金运、水运五种，各运的特点与五行的特性一致。这一年中的某一段时间是属于哪一个主运主事，这段时间的气候变化和人体脏腑的变化也就会表现出与它相关的五行特性。例如这段时间是属于木运主事时，这段时间在气候变化上就与风的作用密切相关，在人体脏腑上就与肝的功能密切相关……其余各运也一样可以如此类推。

2. 主运的推算方法　主运分五步，分司一年当中的五个运季，每步所主的时间，亦即每个运季的时间为七十三日零五刻。主运五步的推算，从每年的大寒日开始，按木、火、土、金、水五行相生的次序依次推移，即木为初运，火为二运，土为三运，金为四运，水为终运。

主运五步的交司时间，从日上来说基本相同。即木运都起于大寒日，火运起于春分后十三日，土运起于芒种后十日，金运起于处暑后七日，终运起于立冬后四日，年年如此，但从时上来说，则各年略有出入。其出入与十二支中的值年有关，子、辰、申、寅、午、戌在阴阳属性，属阳，所以子、辰、申、寅、午、戌等年均属阳年，在五行上也是一样，子为阳水，申为阳金，辰、戌为阳土，午为阳火，寅为阳木。丑、巳、酉、卯、未、亥在阴阳属性上属阴，所以丑、巳、酉、卯、未、亥等年均属阴年，在五行上也是一样，巳为阴火，酉为阴金，丑、未为阴土，亥为阴水，卯为阴木。主阳年的初运，均起于阳时，所以申、子、辰三阳年都起于寅，寅、午、戌三阳年都起于申；主阴年的初运，均起于阴时，所以巳、酉、丑三阴年都起于巳，亥、卯、未三阴年都起于亥。

（三）客运

1. 何谓客运　客运是指每年五个运季中的特殊变化。客运是每年轮转的，十年之内，年年不同，如客之来去，所以叫作客运。每年的客运也分为木运、火运、土运、金运、水运五种，也与五行的特点一致。这个运季是哪一个客运主事，这个运季中的气候变化和人体脏腑的变化也就会表现出与它相关的五行特性。例如这个运季的客运是土运时，这个运季在气候变化上就与湿的作用密切相关，在人体脏腑上就与脾的功能密切相关，其余各运也是一样，均可依此类推。

2. 客运的推算方法　客运的推算，是在每年值年大运的基础上进行的。每年值年

大运就是当年客运的初运，客运的初运按照当年大运确定后，以下即按五行相生的运序依次推移。例如丁壬之年，大运为木运，因此丁壬之年客运的初运便是木运，二运便是火运，三运便是土运，四运便是金运，终运便是水运，其余各年依此类推。

（四）大运、主运、客运之间的关系

大运、主运、客运都是运用五行学说配以天干来计算和推测自然界气候变化和人体变化总的情况，主运说明一年之中各个季节中的气候变化和人体脏腑变化的一般情况，客运则说明一年之中各个季节的气候变化和人体脏腑变化的特殊情况。三者之间的关系，以大运为主，因为大运包括全年；其次是客运，因为根据客运可以分析每年各个季节中的特殊变化情况；至于主运则年年如是。提出主运来谈的原因，一方面是根据主运可以了解每年各个运季中的常规变化，另一方面也是为了帮助分析客运，因为没有一般也就无法考虑特殊，没有主运也就没有客运。

三、六　气

六气是对风、寒、暑、湿、燥、火的统称。六气中的暑气与火气，基本上属于一类，所以运气中所说的六气，在运用上一般就不说风、寒、暑、湿、燥、火，而说风、寒、湿、燥、君火、相火等。这六种气候上的变化，基本上在一年四季阴阳消长进退的变化下产生出来的，因此，六气一般又以三阴三阳为主结合十二地支来说明和推算每年气候的一般变化和特殊变化。每年的六气，一般分为主气与客气两种，主气用以述常，客气用以测变，客气与主气相合，称客主加临，可以用来进一步说明气候的复杂变化。下面我们将分述之。

（一）主气

1. 何谓主气　主气和主运的意义基本相同，也是指每年各个季节的常规变化，由于这些变化是常规如此的，年年固定不变，所以叫作主气。主气分为风、君火、相火、湿、燥、寒等六种，各气的特点，也可以用五行加以归类。这一节序是哪一个主气主时，这一节序便会表现与它相应的五行特点。例如这一节序是风气主时，它会在各方面表现出木的特点；这一节序是火气主时，它便会在各方面表现出火的特点；这一节序是湿气主时，它便会在各方面表现出土的特点；这一节序是燥气主时，它便会在各方面表现出金的特点；这一节序是寒气主时，它便会在各方面表现出水的特点。六气主时是年年不变的，所以我们说主气是指每年各个节序的常规变化。

2. 主气的推算方法　根据一年的气候变化特点，一年之中，可以分为二十四年节气。这二十四年节气是：立春、雨水、惊蛰、春分、清明、谷雨、立夏、小满、芒种、夏至、小暑、大暑、立秋、处暑、白露、秋分、寒露、霜降、立冬、小雪、大雪、冬至、小寒、大寒。每一节气值管十五天多一点。

主气有六，因此主气主时，也就分为初、二、三、四、五、终六步。六气六步主时次序是与五行相生的顺序一致的，按木、火、土、金、水顺次推移。一年四季是从春季开始，春主风、属木，因此便以厥阴风木为初之气；春木生火，因此便以少阴君火为二之气；君火相火都属火，同气相随，便以少阳相火为之三气；火能生土，便以太阴湿土为四之气；土能生金，便以阳明燥金为五之气；金能生水，便以太阳寒水为

终之气。

主气的推算方法是：把一年二十四节气分属于六气六步之中，从每年大寒日开始计算，十五天多一点为一个节气，四个节气为一步，每一步为六十天又八十七刻半，六步为一年。

（二）客气

1. 何谓客气　客气是各年气候上的异常变化。这些变化一般说来，虽然也有规律可寻，但是由于它年年转移，其不同的是：主气只管每年的各个季节，而客气除了也管每年中的各个节序而外，它还可以概括全年。客气十二年一转，在这十二年之中是年年不同的，所以我们说客气是指各个年度的具体变化。

2. 客气推算的方法　推算客气，首先要知道三阴、三阳、司天、在泉、四间气等是什么。为了清楚这些，现在有必要加以分述。

（1）三阴与三阳：阴和阳的本身，古人认为可离可合，合则为一阴一阳，离则为三阴三阳。这也就是说明阴和阳的本身都又可以按照所含阴气或阳气的多少而把它们各分为三，阴分为三就是三阴，阳分为三就是三阳。三阴之中，以厥阴阴气最少，其次是少阴，以太阴阴气最盛，因此，厥阴又叫一阴，少阴又叫二阴，太阴又叫三阴。阳也是这样，三阳之中，以少阳阳气最少，阳明次之，以太阳阳气最盛，因此，少阳又叫一阳，阳明又叫二阳，太阳又叫三阳。客气推算是按三阴三阳次序，即以一阴（厥阴）、二阴（少阴）、三阴（太阴）、一阳（少阳）、二阳（阳明）、三阳（太阳），再配以子、丑、寅、卯、辰、巳、午、未、申、酉、戌、亥十二地支和风、寒、湿、燥、君火、相火，再配以木、火、土、金、水五行来进行运算，其相配的方法，我们在干支节内已经谈过，凡是值年地支逢巳逢亥之年，不管它们天干是什么，都配以三阴三阳中的厥阴、六气中的风、五行中的木；凡是值年地支逢子逢午之年，不管它们天干是什么，都配以三阴三阳中的少阴、六气中的君火、五行中的火……。如此相配以后便是：子午少阴君火，丑未太阴湿土，寅申少阳相火，卯酉阳明燥金，辰戌太阳寒水，巳亥厥阴风木。逐年客气的推算，也就依此次序逐年推移，循行不已，六气六年一转，地支十二年一转，周而复始，如环无端。

（2）司天之气、在泉之气、四间气：司天、在泉是对值年客气在这一年之中主事的统称。主管每年上半年的客气，叫作司天之气；主管每年下半年的客气，叫作在泉之气。四间气就是在司天之气和在泉之气左右的气。我们已经知道，六气分作六步来推移。司天之气占一步，司天之气的左边一步是司天左间，司天之气的右边一步是司天右间；在泉之气占一步，在泉之气的左边一步是在泉左间，在泉之气的右边一步是在泉右间。司天之气的左间右间和在泉之气的左间右间加在一起就是四间气。司天、在泉再加上左右间气，共为六气。值年客气逐年转移，因此，司天在泉四间气也每年不同。

司天、在泉及四间气是根据前述地支配三阴三阳的结果来推算的。也就是说凡是逢子逢午之年就是少阴君火司天，凡是逢丑逢未之年就是太阴湿土司天。凡是逢寅逢申之年就是少阳相火司天，凡是逢卯逢酉之年就是阳明燥金司天，凡是逢辰逢戌之年就是太阳寒水司天，凡是逢巳逢亥之年就是厥阴风木司天。在六步中，每年的司天之气总是在六步中的第三步上。司天之气确定了，在泉之气以及左右四间气也就知道了，

因为司天之气的对面就是在泉之气，司天的左右也就是司天的左间右间，在泉的左右也就是在泉的左间右间。

按照三阴三阳的次序，司天与在泉之间有下列的关系，即阳司天，阴就在泉，阴司天，阳就在泉。司天在泉的阴阳，在它们阴阳的多少上也是相应的，即：司天是一阴（厥阴），在泉必定就是一阳（少阳）；司天是二阴（少阴），在泉必定是二阳（阳明）；司天是三阴（太阴），在泉必定就是三阳（太阳）。与此相反也是一样，司天是一阳（少阳），在泉一定就是一阴（厥阴）；司天是二阳（阳明），在泉就一定是二阴（少阴）；司天是三阳（太阳），在泉就一定是三阴（太阴）。司天在泉之气确定了，左右四间气自然就也确定了。以庚子年为例，按照地支配三阴三阳的结果，子午少阴君火，所以庚子年便是少阴君火司天，少阴是二阴，因此该年的在天之气便是二阳（阳明），按照三阴三阳次序排列，司天少阴的左间是太阴，右间是厥阴。在泉阳明的左间是太阳，右间是少阳。其余各年可以依此类推。再如2001年是辛巳年，便是厥阴风司天，因此本年的在泉之气便是少阳，司天厥阴的左间是少阴，右间是太阴，在泉的少阳的左间为阳明，右间为太阳。少阳为相火，故该年天气自显温热。

（3）客气的异常变化：客气的司天在泉左右间气六年一转移，这是客气的一般变化规律，但是在特殊的情况下，也可以出现异常的情况，这就是《内经》中所说的“不迁正”、“不退位”。所谓“不迁正”，也就是应该转到的值年司天之气没有转到。所谓“不退位”，也就是应该转位的司天之气仍然停留。举例来说：己亥年应为厥阴风木，因此该年便是厥阴风木司天，己亥年的次年是庚子年，子午年应为少阴君火，因此庚子年便是少阴君火司天。假使己亥年风木之气有余，留而不去，到了庚子年在气候变化上及其他方面仍然表现出己亥年所有的风气、木气特点，这就是不退位，少阴君火之气自然也就不能到来，这就是不迁正。司天在泉之气有了不迁正、不退位的情况，左右间气自然就应升不升，应降不降。客气的升降失常，不按一般规律进行轮转，这就属于异常。

（4）客主加临：所谓客主加临，就是将客气加在主气上面。换句话说也就是把主气和客气放在一起来加以比较分析和推算。之所以要把主气和客气加在一起来比较分析，是因为主气是一年中气候的一般变化，而客气则是一年中气候的特殊变化，首先了解了一般变化，才能够进一步分析它的特殊变化，才能真正认识这一事物。所以我们在分析每年气候变化的时候，也就必须把主气和客气对照起来加以比较分析，也只有如此，才能从中找出它们各种变化的规律，“以客加主，而推其变”，其意亦即在此。

客主加临的方法是：把值年司天的客气与主气的三之气相加，主气的初之气是厥阴风木，二之气是少阴君火，三之气是少阳相火，四之气是太阴湿土，五之气是阳明燥金，终之气是太阳寒水，值年司天的客气固定地加在主气的三之气上，实际上也就是固定地加在少阳相火之上，相加之后，主气六步不动，客气六步到每年按一阴、二阴、三阴、一阳、二阳、三阳的次序依次推移，六年一转，运行不息。

四、运气相合

每年的年号上都有一个天干，也都有一个地支。我们知道，天干的作用，是用来

分析各年的运，地支的作用则是用来分析各年的气。但运和气两者之间，并不是彼此孤立的，它们常常相互作用，互相影响，《内经》把这叫作同化。因为运与气之间有同化的关系，所以需要分析各年的全面情况，单从运上来分析或者单从气上来分析，是不行的，必须把各年的干与支结合起来分析。只有在运与气相结合的情况下，才能分析和推算出各年的大致变化情况，这也是干与支为什么必须结合起来运用的原因。

（一）运和气的盛衰

运和气的盛衰，要根据运和气的五行生克关系来测定的。

运生气或者运克气，都叫作运盛气衰。例如：辛亥年的年干是辛，丙辛化水，所以辛亥年的大运是水运；辛亥年的支是亥，巳亥厥阴风木，所以辛亥年的值年司天之气便是风木；水与木的关系是水生木，用在这里也就是运生气，因此，辛亥年这一年便是运盛气衰。又如：甲辰年的年干是甲，甲己化土，所以甲辰年的大运是土运；甲辰年的年支是辰，辰戌太阳寒水，所以甲辰年的值年司天之气便是寒水，土与水的关系是土克水，用在这里也就是运克气，因此甲辰年这一年也是运盛气衰。

气生运或者气克运，都叫作气盛运衰。例如：己亥年的年干是己，甲己化土，所以己亥年的大运是土运；年支是亥，巳亥厥阴风木，所以己亥年的值年司天之气便是风木；木与土的关系是木克土，用在这里也就是气克运，因此己亥年这一年便是气盛运衰。又如：甲子年的年干是甲，甲己化土，所以甲子年的大运是土运；年支是子，子午少阴君火，所以甲子年的值年司天之气便是火；火与土的关系是火生土，用在这里也就是气生运，因此甲子年也是气盛运衰。

分析各年运和气的盛衰，其目的有二。其一，根据运气的盛衰可以推算出各年变化的主次，对运盛气衰的年份，在分析当年变化时，应以运为主，以气为次；对气盛运衰的年份，在分析当年变化时，应以气为主，以运为次。其二，根据运气盛衰，可以进一步推算各年的复杂情况，根据生克关系，气生运为顺化，气克运为天刑，运生气为小逆，运克气为不和。顺化之年，变化较为平和，小逆及不和之年变化较大，天刑之年变化特别剧烈。

（二）天符与岁会

天符和岁会是根据运和气不同的结合情况而命名的。天符之中，又可分同天符、太乙天符，岁会之中，又有同岁会。一般说来，逢天符之年，气候变化较大，同天符之年同此；逢岁会之年，气候变化较小，同岁会之年同此；如逢太乙天符之年，则气候变化最烈。其推算方法如下。

1. 天符　凡是每年的值年大运与同年的司天之气在五行属性上相同，便叫天符。以丑年为例：己丑年的年干是己，甲己化土，所以己丑年的大运是土运；年支是丑，丑未太阴湿土司天，所以己丑年值年司天之气也是土；大运与值年司天之气的五行属性相同，所以己丑年便是天符之年。在甲子一周的六十年中，逢天符者计有乙卯、乙酉、丙辰、丙戌、丁巳、丁亥、戊子、戊午、己未、己丑、戊寅、戊申等十二年。

2. 岁会　凡是每年值年的大运与同年年支的五行属性相同，便叫岁会。以乙酉年为例：乙酉年的年干是乙，乙庚化金，所以乙酉年的大运便是金运；年支是酉，酉在五行上属金；大运是金，年支五行属性也是金，所以乙酉年便是岁会之年。在甲子一

周的六十年中，逢岁会者计有甲辰、甲戌、己丑、己未、乙酉、丁卯、戊午、丙子等八年，其中己丑、己未、乙酉、戊午等四年，既属岁会，又属天符，因此，单纯属岁会的年份，实际上只有四年。

3. 同天符　凡是年干与年支在阴阳属性上都属于阳，同时值年大运又与同年的在泉之气的五行属性相同，便叫同天符。以庚子年为例：庚子年的年干为庚，庚是单数，属于阳干；年支是子，子也是单数，属于阳支；庚子年的年干是庚，乙庚化金，所以庚子年的大运是金运；年支是子，子午少阴君火司天，阳明燥金在泉，所以庚子年的在泉之气是阳明燥金；年干属阳，年支也属阳，大运属金，在泉之气也属金，所以庚子年便是同天符之年。在甲子一周的六十年中，逢同天符者计有甲辰、甲戌、庚子、庚午、壬寅、壬申等六年，其中甲辰、甲戌两年，既属同天符又属岁会，因此单属同天符之年的年份，实际上只有四年。

4. 同岁会　凡是年干与年支在阴阳属性上都属于阴，同时值年大运又与同年在泉之气的五行属性相同，便叫同岁会。以辛丑年为例：辛丑年的年干是辛，辛是双数属于阴干；年支是丑，丑也是双数属于阴支；辛丑年的年干是辛，丙辛化水，所以辛丑年的大运是水运；年支是丑，丑未太阴湿土司天，太阳寒水在泉，所以辛丑年的在泉之气是太阳寒水；年支属阴，年支也属阴，大运属水，在泉之气也属水，所以辛丑年便是同岁会之年。在甲子一周六十年中，逢同岁会者计有辛未、辛丑、癸卯、癸酉、癸巳、癸亥等六年。

5. 太乙天符　既逢天符，又为岁会，即是说这一年的大运与司天之气、年支的五行属性均相同，便叫作太乙天符。以戊午年为例：戊午年的年干是戊，戊癸化火，所以戊午的大运是火运；年支是午，子午少阴君火司天，同时午在五行上也属于火；大运是火，司天之气是火，年支的五行属性也是火，所以戊午年便是太乙天符之年。在甲子一周六十年中，逢太乙天符者计有己丑、己未、乙酉、戊午等四年。

（三）平气

平就是平和，气就是变化，五运之气平和，无太大的变化，既非太过，又非不及，这就叫作平气。遇此之年，也就是叫作平气之年。平气的推算方法，从总的原则上说是在五行生克的基础上推算的，至于具体的推算方法一般有二。

1. 根据运气之间的关系来推算　是否平气之年，一般都是按照岁运的太过不及与同年司天之气及干支的五行属性之间的相互关系来确定的。有下列情况之一者，都属于平气之年。

（1）运太过而被抑：所谓运太过而被抑，即凡岁运太过之年，如果同年的司天之气在五行上与它是一种相克关系时，这一年的岁运便可以因受司天之气的克制而不致太过，从而构成平气。以戊戌年为例：戊戌年的年干是戊，戊癸化火，所以戊戌年的大运是火运；戊是单数，是阳干，阳干属太过，所以戊戌年是火运太过；戊戌年的年支是戌，辰戌太阳寒水司天，所以戊戌年的司天之气是水；五行中的水与火是相克的关系，太过的火受司天寒水之气的抑制，便不会太过，所以戊戌便是平和之年。在甲子一周的六十年中，逢运太过被抑而得平气之年者，计有戊辰、戊戌、庚子、庚午、庚寅、庚申六年了。

(2) 运不及而得助：所谓运不及而得助，即凡属岁运不及之年，如果同年的司天之气在五行属性上与之相同，或它的年支五行属性与之相同，这一年的岁运也可以成为平气。以乙酉年为例：乙酉年的年干是乙，乙庚化金，因此乙酉年的大运是金运；乙是双数，是阴干，阴干属不及，所以乙酉年是金运不及之年；乙酉年的年支是酉，卯酉阳明燥金司天，所以乙酉年的司天之气是金；金运不及之年，如果同年司天之气是金，它便会受司天金气的帮助而不会不及，所以乙酉年是平气之年。又如：辛亥年的年干是辛，丙辛化水，因此辛亥年的大运是水运；辛是双数，是阴干，阴干属不及，所以辛亥年是水运不及之年；辛亥年的年支是亥，亥在五行上属水，不及的水运，得到地支水的帮助，便不会不及，所以辛亥年也是平气之年。在甲子一周的六十年中，逢运不及得助而成平气之年的有丁卯、乙酉、丁亥、己丑、癸巳、辛亥、乙卯、丁巳、己未等九年。

2. 根据每年交运时年干与日干的关系来推算　每年初运交运的时间总是在年前的大寒节交接。交运的第一天如果年干与日干相合，也可以产生平气。例如：壬申年初运交运的大寒节第一天日甲子是丁卯，丁壬同可化木，刚柔相济，这就是年干与日干相合，因此壬申年可以算作一个平气之年。其他的甲与己合，乙与庚合，丙与辛合，戊与癸合等，同样都属平气，可以类推。

总地来说，天符、岁会、同天符、同岁会、太乙天符、平气等，都是在运气相合的基础上变化出来的，也就是说只有通过运气相合，我们才能进一步全面地来分析每年的各种复杂变化，因此，我们在临床上运用运气学说时，也必须把运和气结合起来分析。

第二节　运气学说在临床上的应用

运气学说在妇科医学上的应用，我们认为主要有三个方面，即生理方面，主要是月经周期与生殖节律的变化；病理方面，主要是气候变化与疾病关系的预测；防治方面，主要是推导病变发作的时间，论治未病，建立推导医学。

一、运气学说在生理方面的应用

运气学说在女性生理方面的运用，主要是用来阐述阴阳消长转化的周期性运动节律，及气血运动的循环。

首先是关于天癸的命名意义。天者天也，有两种含义，其一是指先后两天，先天者肾也，后天者脾胃也，其二是指天地之天，亦即是自然界也；癸者，癸水也，来源于天干中五行五方排位，即北方壬癸水，属于肾的范畴，即今之所谓水样物质，非肉眼所能看到，需通过现代医学微观检测的方法才能发现，癸水是促进月经来潮的重要物质，它来之于先天肾，培养于后天脾胃，亦即是水谷之精以养之。由于癸水是一种流动性的液体性物质，与自然界天地间的生物钟规律相适应、相平衡，而且受自然界大规律的影响，所以生殖节律与月经周期中阴阳消长转化的规律与天癸有着极为密切的关联，并且使月经周期具有了圆运动生物钟节律，行经期重阳必阴，排出经血，推

动月经来潮，经后期开始阴长阳消，阳消的目的在于推动阴长，阴长至重即进入经间排卵期，经间排卵期是重阴必阳的转化，之所以重阴转阳，原因就在于排出精卵，由阴转阳，让位阳长，进入经前期，经前期阴消阳长，阴消的目的亦在于推动阳长，阳长至重，重阳必阴，又将进入行经期，而行经期即是旧的阴阳消长的结束，又是新的阴阳消长转化的开始。这种月经周期规律性的演化，与天地间的生物钟相一致，故李时珍在《本草纲目》“论月水”中说：“女子，阴类也，以血为主，其血上应太阴，下应海潮，月有盈亏，潮有朝夕，月事一月一行，与之相符，故谓之月事、月水、月经。”在运气学说中，最为强调的亦是阴阳运转，天地循环，终而复始，在于胜复，春夏秋冬四季更替，实系阴阳消长，胜复循环，由渐至盛，由盛转衰所致。而且在阴阳消长运动中，贯穿了三阴三阳的变化。而三阴三阳变化的顺序及其相合相应，似乎更为合理。从阴长而论，提出一阴、二阴、三阴。其中，一阴者厥阴也，即阴长处于低水平，犹有阳的存在；二阴者，少阴也，阴长处于中等水平；三阴者，太阴也，或称为阴中之阴，阴长处于高水平，相似于重阴，月经周期中的经后期，与之相应。从阳长而论，有一阳、二阳、三阳之别。其中，一阳者，少阳也，阳长水平低；二阳者，阳明也，二阳合明，阳长已达中水平；三阳者，太阳也，阳长至重，为阳中之阳，说明阳长处于高水平，相似于月经周期中的经前期。因此，运气学说中所论述的阴阳运动的变化，将有助于我们分析月经周期中经后期阴长、经前期阳长的区别，同时运气学说中一阴与一阳相对应，二阴与二阳相对应，三阴与三阳相对应，即厥阴与少阳相对应，少阴与阳明相对应，太阴与太阳相对应，与一般的阴阳经络相应者有所不同。因此，我们认为月经周期中阴阳运动的规律应以此为据。在阴阳运动的同时，营卫气血亦有其周流不息的运行，而且还有重要的意义，与天时地理亦有着重要的关联。有如《素问·八正神明论》说：“天温日明，则人血淖液而卫气浮，故血易泻，气易行；天寒日阴，则人血凝涩而卫气沉，月始生，则血气始精，卫气始行；月郭满，则血气实，肌肉坚；月郭空，则肌肉减，经络虚，卫气去，形独居。是以因天时而调血气。”提出太阳、月亮对人体的照射，将影响到气血在生理方面的变化，而前苏联的医学气候学家们在1976年日食时，对100名不同年龄的病人进行观察后，认为日食会使许多人的健康恶化，而日食一结束，这一现象很快就消失了。又如《灵枢·五十营》说：“愿闻五十营奈何？曰：天二十八宿，宿三十六分，人气行一周千八分。”即是说营气在人身运行，一昼夜共行五十周，用周天二十八宿，每一宿的等距为三十六分，加起来，共得一千零八分，这就是营气运行的度数。又《灵枢·卫气行》说：“卫气之行，一日一夜五十周于身，昼日行于阳（手足三阳经）二十五周，夜行于阴（手足三阴经）二十五周，终而复始，一日一夜，水下百刻而尽矣。”这是用漏刻来测定卫气运动于人身的节律，从而形成了子午流注学说，也即是时间医学。后世针灸家，竟据以测知营卫气运行在人身一日夜的节律是：“肺寅大卯胃辰宫，脾巳心午小未中，膀申肾酉心包戌，亥三子胆丑肝通。”这一时辰表，标志着五脏六腑十二经气在二十四小时里运行的节律，也就是所谓经气的旺时，针对脏腑不同的功能低下或病变之时，各选定其旺时进行针对性防治，包括针灸在内，可以提高健康水平，预防疾病发作。现代生物钟学说认为，每一种生物，以至于人，都是由一复杂的天生的生理节奏所控制的，使每一

生物有像时钟般地得到调节，保持其特别节奏。现代医学已证明，人体内的细胞分裂、血液成分、直肠温度、脉搏、血压、尿量等，都有着昼夜节律、月节律或年节律。既然具备这些节律，便可以肯定人身上的这些变化与气候的变化规律是分不开的，气候变化，既然对人体生理、病理的关系如此密切，也就不得不令人重视运气学说。

周而复始的圆运动规律，是运气学说中较为重要的观点。我们已经知道月经周期中的阴阳消长转化，与天地间的阴阳消长转化有关，但月经周期的演变，终而复始，循环往复，一次又一次的更替，是受圆运动规律的影响，受日月阴阳消长的影响，受春温夏热秋凉冬寒等消长变化的影响的。根据我们在临床上长期对月经周期演变的观察，发现冬季，由于气候寒冷，气运较为缓慢，月经周期有可能出现后期、量少的现象；夏季气候炎热，气运较为快速，月经周期有可能出现先期、量多的现象。有人曾经报道，当月亮最圆时逢月经来潮者，可能会出现月经过多、精神烦躁的现象。我们在临床上应用测量基础体温的方法，发现正常的月经周期，其 BBT 的变化在各个月经周期中，虽然总体上是一致的，但在具体的变化上各有所不同，特别是在 3、5、7、9 奇数月周时，变化尤为明显，或者 BBT 低温相有长有短，或者 BBT 高温相长短不一，或者上升时有快有慢，或者低高温相时波动状明显，特别在夏冬两季其 BBT 即使在生理范围内，波动也是明显的。此外在气候变化的年运中，有一种胜复现象，达到年运中的所谓平气。即如岁运太过，可通过五行生克以抑之，岁运不及，亦可通过五行生克以助之，达到平气。所以月经周期中的阴阳运动的太过不及，同样通过心肾子宫生殖轴及奇经八脉、有关脏腑等调节之，基本上保持着一次又一次的周期演变。

女性生殖节律与自然界的光照和气温有着密切的关联。就气候变化而论之，春温、夏热、长夏暑、秋凉、冬寒，也就形成了春生、夏长、长夏茂盛、秋收、冬藏的生物生长规律；我们发现，受自然气候变化的影响，春天温和的季节里，受孕率确实较之其他季节为高。《难经·十九难》曰："其言男子女人尺脉者，是阴阳之根本也。逆顺者，为阳抱阴生，阴抱阳生也，三阳始生于立春，正月建寅，故曰男生寅木，阳也……。"从月相来看，上半月，月渐生，受孕较佳。如《万氏妇科·种子章》所说："妇人阴质，取象于月，若自朔至望，经水行不失其候者，结孕宜，生子寿，以月光渐生，月轮渐满也；若自望至晦，经水或失其期者，胎难结，生子多夭，以月光渐消，月廓渐空也。"从日相来看，不仅要选择排卵日期，而且还要注意排卵日的气候变化和环境的情况，《妇人大全良方》"求嗣门"指出："凡欲要儿子生，吉良日交会子，日常避丙丁（丙丁为天干属火），及弦望晦朔，大风大雨，大寒大暑，雷电霹雳，天地昏冥，日月无光……此时结胎，非止百倍横于父母，生子或瘖哑、顽愚……。"由此看出，气候时相不仅与生殖节律有关，而且对优生也有影响。

二、运气学说在病理方面的运用

主要有四个方面，其一是圆运动生物钟所影响的月经周期节律或生殖节律，其二是五运六气失常所脏腑失和及妇科疾病，其三是特殊情况的推测，其四是司天在泉的推测。

（一）圆运动生物钟节律失常所致月经失常或生殖方面的病变

正如《素问·四气调神论》所说："逆春气则少阳不生，肝气内变；逆夏气则太阳不长，心气内洞；逆秋气则太阴不收，肺气焦满；逆冬气则少阴不藏，肾气独沉。"说明四季气候不正常，将直接对阴阳消长不利，直接影响阴长与阳长，从而引致月经周期中的阴阳消长，导致月经与生殖方面的病证。这种气候失常，在《素问·六节藏象论》中说得更为清楚，如说："未至而至，此谓太过，则薄所不胜，而乘所胜也，命曰气淫。至而不至，此谓不及，则所胜妄行，而所胜受病，所不胜薄之也，命曰气迫。"说明时节未至，而气候先至，这是气运太过，太过则为有余，凭我太过有余之气，彼虽是我所不胜，而是克我的，我亦能以盛气凌之，薄即欺凌之意。如立夏季节，气候渐热，但如气温过热，暑温来临，未至而至，故谓气淫，此有余也，原本是水克火，水是胜我的，但由于暑热过甚，君相火旺，反过来克水，即反侮，必然影响体内的变化，阳盛阴虚，月经必然出现先期量多等病变。但如果立夏季节，气候当渐热而反转凉者，至而不至，气运不及，命曰气迫，阴水用事，火气不旺，呈不足之象，火不暖土，影响脾胃，脾胃薄弱，以致阴阳气血不足，可致月经后期、量少等病变。今亦有相当妇女，因天热而日夜避入空调室内，久居其内，形成人为的至而未至，同样火不用事，阴水克火，反侮其土，故致脾胃病，又称空调综合征。这亦将直接影响其体内的阴阳消长运动及气血营卫的昼夜运行。

(二) 从五运六气推导气候的变化与疾病的流行

对每年的气候变化和疾病流行的一般情况，根据五运六气来推导，则为：木为初运，初运的时间从每年的大寒节开始至春分节前，相当于每年的春季，由于木在天为风，在人为肝，因此，每年春季，在气候变化上便以风气变化较大为特点，在人体中便以肝气变化较大、肝病较多为其特点；火为二运，二运的时间每年的清明节开始至芒种节前，相当于每年的夏季，由于火在天为热，在人为心，因此，每年夏季，在气候变化上便以逐渐转热为特点，在人体也以心气转旺、心病较多为其特点；土为三运，三运的时间从每年的夏至节开始至处暑节前，相当于每年的夏秋之间，在气候变化上便以雨水较多、湿气较重为特点，在人体中也以脾气较旺、肠胃病较多为其特点；金为四运，四运的时间是从每年的白露节至立冬节前，相当于每年的秋季，由于金在天为燥，在人为肺，因此，每年的秋季，在气候变化上便以较为干燥为特点，在人体中也以肺气较旺、呼吸道疾病较多为其特点；水为五运，五运的时候是从每年的立冬开始至大寒节前，相当于每年的冬季，由于水在天为寒，在人为肾，因此，每年的冬季，在气候变化上也以比较寒冷为特点，在人体上也以肾气较旺、骨节方面疾病较多、容易感冒为其特点。

从六气来说，基本上与五运相似，春为厥阴肝木多风，多为风病、肝木类病；夏为少阴心火多热，多为热病、心火类病；长夏为太阴脾土多湿，多为湿病、肠胃病；秋为太阴肺金多燥，多为燥病、肺病等；冬为少阴肾水多寒，多为寒病、肾病、骨节类病。

所有上述五运六气的常规气候致病者，均为一般性，亦即是共性的病变。

(三) 各年气候变化和疾病特殊情况的推测

在常规的气候变化之外，有时也有特殊的气候变化，所谓"天有不测风云"。如夏

热冬寒之外，亦可能出现夏寒冬热，或者是夏过热冬过寒的反常情况。由于每年五运属性不同，气候有异，故所致病证亦会有所不同，对这些亦可通过有关的推测（如甲己化土，乙庚化金，丙辛化水，丁壬化木，戊癸化火）而预为知之。大运是土运的年，气候特点以湿为主，疾病方面则以脾胃病、带下病为多，春夏秋冬四季都可以在其常规变化的前提下，表现出湿的变化或者脾的病证；大运是金运的年，气候变化以燥为特点，疾病方面则以肺病、燥证为多，春夏秋冬四季都可以在其常规变化的前提下，表现出燥证、肺病，余可类推。其次，还要根据各年大运的太过不及，所出现的胜复变化来推算。岁运太过之年，岁气来得都比较早，在气候变化和病上除了考虑该岁运本身的影响外，还要根据五行生克关系来考虑它之所胜；岁运不及之年，岁气来得都比较迟，在气候变化和疾病上除了考虑该岁运本身的影响外，还要考虑其所不胜。以戊子年为例：戊子年在值年大运上是属于大运太过之年，因此，在戊子年在气候变化上便以火为特点，在疾病上便以心病为多；太过之年除了考虑火气偏盛之外，还要考虑它之所胜，即火可胜金，因此戊子年除了在气候上考虑火气偏旺的特点外，还要考虑到燥的特点，在疾病上还要考虑到肺病也可能多发。再以辛丑年为例：辛丑年值年大运是属于水运不及之年，因此辛丑年在气候变化上便以寒为特点，在疾病上便以肾、骨节病为多见；不及之年，还要考虑它之所不胜，水不胜土，因此辛丑年除了在气候上考虑寒的特点以外，还要考虑湿的特殊变化，在疾病上还要考虑到脾胃病也较为多发。所以在太过或不及的情况下，必须考虑到胜复，有了胜复，才能纠正太过或不及的不良变化。所谓胜复，两者是相关的，有胜才有复，是指在偏胜过度，或不及明显的情况下，自然界或人体内都会相应产生的一种复气，以制止这种过度偏胜和过度不及。例如庚子年为金运太过，金可制木，火可克金，因此木气被克过甚的情况下，火气便可以成为复气，来制止这种过盛的金气，但或由于复气的程度，因制止的程度亦有差异性，所以在庚子年里，我们不但要在气候上考虑燥的特点，还要考虑热和风的特点，热和风就具有了特殊性。在疾病上除考虑燥证、肺病外，还要考虑到火热、风病，以及心、肝等病证，及女性出血性病证等。又如辛丑年为水运不及之年，水不胜土，但木能克土，因此木气便可以成为复气，而制胜土气，所以辛丑年，我们不但要在气候上考虑到寒的特点，还要考虑到湿与风的特殊性，在疾病上不仅要考虑到肾、骨节病证，还要考虑到脾胃病、湿浊病以及肝病、风病等。

（四）从值年司天在泉之气来推测各年气候与发病的特殊关系

推测各年气候与发病的特殊关系，我们还必须结合动用值年司天在泉的客气来作分析，因为各年气候和疾病方面的变化与各年值年司天在泉之气密切相关。一般来说，司天之气，主管上半年，在泉之气主管下半年。仍以庚子年为例：庚子年的年支为子，子午少阴君火，所以庚子年是火气司天，少阴为二阴，二阴司天，就必须是二阳在泉，所以庚子年便是阳明燥金在泉，由于庚子年是君火司天，燥金在泉，所以庚子年这一年上半年便是火气主事，下半年便是燥气用事；在气候上说，上半年就要比平常热一点，下半年便要比平常燥一点；在疾病上来说，上半年便以热病、心病较多，因而也易导致女性血热性出血病证，下半年便以燥病、肺病较多，因而也易致女性气阴两虚的月经病证。需要说明的是，司天在泉之气虽然各主半年，但从总的情况来说，司天

之气又可影响在泉之气和四间气而主管全年，从而亦因气候偏热而带来有关的热性病证，余可类推。

三、运气学说在防治方面的运用

预测疾病，推导发病关键，进行防治，我们认为亦有三个方面。其一是从内外阴阳相平衡的理论进行推导，其二是从天干地支相应的演变来推导，其三是从五行五脏六气演变的规律进行推导防治。

(一) 根据内外阴阳相平衡的理论进行推导防治

首先从年相的阴阳变化来看。一年四季的气候变化的顺序是春温夏热（长夏暑）秋凉冬寒，体内的阴阳运动变化，亦与相适应相平衡，而月经周期中的阴阳消长转化节律，在一定程度上亦受此影响。如阴虚脾弱者，在夏热长夏暑的季节里，易致病变，阴虚而火不旺，脾弱而湿热不甚者，可致闭经，阴虚而火旺，脾弱而湿热偏甚者，可致崩漏，防治的重点在于夏病冬治，着重在冬季滋阴补肾，以使藏精坚实；又如阳虚痰湿者，在深秋严冬的季节里，亦易致病变，阳虚而瘀浊不甚，痰脂而气虚不明显者，可致月经后期、量少、闭经，阳虚而瘀浊较甚，痰湿而气虚明显者，可致月经过多、崩漏等病证，防治的重点在于冬病夏治，着重夏季长夏养阳护脾，谨防寒湿暑损阳害脾。凡是临床上追询逢季节发病者，主要亦在于体内阴阳欠平衡，故不能与外在阴阳转变特别是六气演变时相适应、相平衡，防治可按上述推导之。

从月相的阴阳变化来看，上半月即上弦月相当于春夏季，下半月即下弦月相当于秋冬季。对阴阳有所不足者，其防治可参考结合年相进行推导防治的方法。

从日相的阴阳变化来看，按子午分时，半夜子时为阴中之阴，日正中午时为阳中之阳，寅卯黎明时为阳出于阴，申酉人晚之时为阳转入阴分，故阳虚者，夜半发病，黎明加剧，阴虚者，午时发病，人晚加剧，所以防治重点应为，寅卯助阳，申酉滋阴，助阳者在于升发，滋阴者在于降敛，按此调治保养，乃要法也。

(二) 根据天干地支的年运进行推导防治

我们可以根据各年气候和疾病流行的大致情况，制定出各种有力的防治措施。如庚子年，按照运气规律来预测热病会居多，也容易发生血热性出血病，从发病的脏腑性质上来说，也容易引发心、肝、肺三脏的病证，因此应在庚子年的年初，就要运用滋阴宁心、调肝养肝的方法加以防治。辛丑年，按运气规律来说，应该比较寒凉潮湿，因此可以预测寒病、湿病会居多，容易发生痛经、带下等妇科病，从发病的脏腑性质上来说，也容易引发与肾、脾，甚则与心有关的病证，骨节肠胃病颇为多见，因此应在辛丑年的年初即可开始进行防治，补肾助阳，健脾利湿，未病论治，以达到未病防治的目的。

(三) 根据五行五脏五季的演变规律进行推导防治

我们根据的是《素问·藏气法时论》所列五行五脏五季相应的生克制化的变化与调治大法。

1. 首先从肝胆而言 “肝主春，足厥阴少阳主治，其日甲乙，肝苦急，急食甘以缓之。……病在肝，愈于夏，夏不愈，甚于秋，秋不死，持于冬，起于春，禁当风。肝

病者，愈于丙丁，丙丁不愈，加于庚辛，庚辛不死，持于壬癸，起于甲乙。肝病者，平旦慧，下晡甚，夜半静。肝欲散，急食辛以散之，用辛补之，酸泻之。”《素问·藏气法时论》这段文字的大意是：肝胆为甲乙木，应春季，夏为丙丁火，长夏为戊己土，秋为庚辛金，冬为壬癸水，所以肝病到了夏季，便可以逐渐好转，相反肝病遇着庚辛秋金旺时，便会加甚，幸而未至于死，遇着冬令壬癸水气旺时，水能生木，便能得到母气维护而逐渐好转，如果肝病适逢春木本气旺时，那就会有更大的起色了，但如风气太盛，于肝病也不利；推而至于一日计，亦复如此，如平旦属寅卯，是木气旺的时候，肝病在这时便会清爽些，下晡是申酉金气胜的时候，金能克木，肝病在这时便会加剧，半夜亥子时属水，水能生木，因而肝病在这时便会安静些；还指出了辛味疏散，酸味敛泄的调治肝病的大法。

2. 从心、小肠而言　“心主夏，手少阴太阳主治，其日丙丁，心苦缓，急食酸以收之。……病在心，愈在长夏，长夏不愈，甚于冬，冬不死，持于春，起于夏，禁温食热衣。心病者，愈在戊己，戊己不愈，加于壬癸，壬癸不死，持于甲乙，起于丙丁。心病者，日中慧，夜半甚，平旦静。心欲软，急食咸以软之，用咸补之，甘泻之。”《素问·藏气法时论》这段文字的大意是说，心为丙丁火，属夏，长夏为戊己土，所以心病到了长夏土气旺时，便会借着土气之维护，可以逐渐好转，相反心火遇着壬癸冬水旺时，便会加甚，幸而未至于死，遇着春令甲乙木气旺时，便能得母气的维持而逐渐好转，如果心病适逢夏季本气时，那就会有更大的起色；不过火气过于亢盛，对心还是不利的；推而至于一日，亦复如此，如日中时属巳午，是火旺的时候，心病在这时可能清爽些，夜半是亥子水气胜的时候，心病在这时便会加剧，平旦寅卯属木，因而心病在这时便会安静些；同时还指出了心火亢盛的防治用咸味药物软之、补之。

3. 从脾、胃而言　“脾主长夏，足太阴阳明主治，其日戊己，脾苦湿，急食苦以燥之。……病在脾，愈在秋，秋不愈，甚于春，春不死，持于夏，起于长夏，禁温食饱食湿地濡衣。脾病者，愈于庚辛，庚辛不愈，加于甲乙，甲乙不死，持于丙丁，起于戊己。脾病者，日昳慧，日出甚，下晡静。脾欲缓，急食甘以缓之，用苦泻之，甘补之。”《素问·藏气法时论》这段文字的大意是，脾胃为戊己土，属于长夏，秋为庚辛金，所以脾胃病到了秋金气旺时，脾土之气便可以逐渐好转，相反脾病遇着甲乙春木旺时，便会加甚，幸而未至于死，遇着夏令丙丁火时，便能得火气的维护而逐渐好转，如果脾胃病适逢长夏土气旺时，那就会更有起色，但如长夏贪凉饮冷，久居空调之室，反将损害脾胃；推而至于一日，日昳未时，土气正旺，脾病者，遇之便会感到清爽些，日出的时候，正当寅卯木气旺时，木能克土，脾病将加剧，时至下晡，正当申酉金气旺盛，脾胃病便能安静些；防治脾胃病，补用甘，泻用苦。

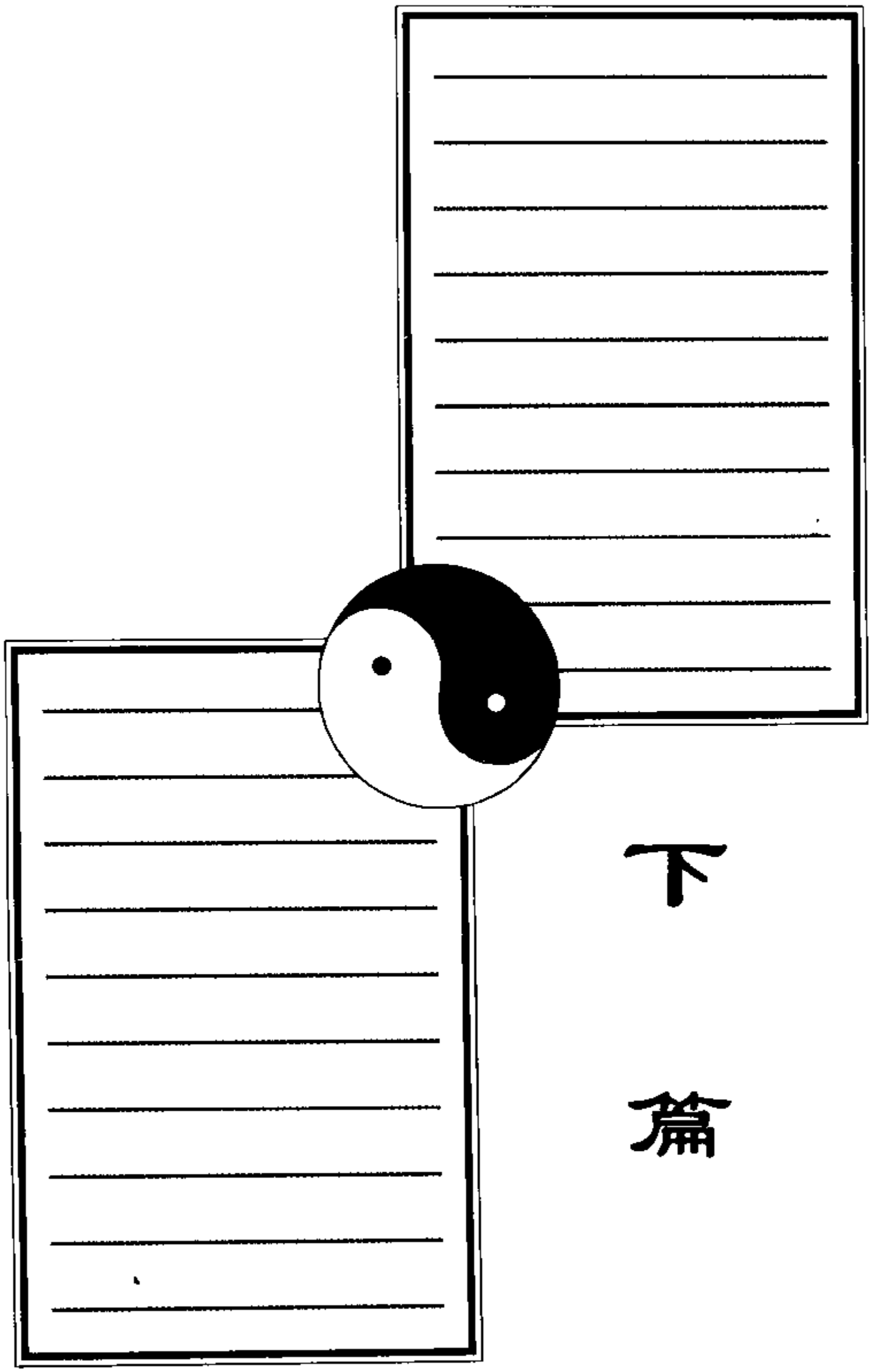
4. 从肺、大肠而言　“肺主秋，手太阴阳明主治，其日庚辛，肺苦气上逆，急食苦以泄之。……病在肺，愈在冬，冬不愈，甚于夏，夏不死，持于长夏，起于秋，禁寒饮食寒衣。肺病者，愈在壬癸，壬癸不愈，加于丙丁，丙丁不死，持于戊己，起于庚辛。肺病者，下晡慧，日中甚，夜半静。肺欲收，急食酸以收之，用酸补之，辛泻之。”《素问·藏气法时论》这段文字的大意是说，肺相当于秋令，属金，所以肺病到冬季水旺时，肺金之气，便可以逐渐好转，相反肺金遇到丙丁夏火旺时，便会加甚，幸

而未至于死，遇着长夏戊己土气旺时，土能生金，便能得到母气的维持而逐渐好转，如果肺病适逢秋金本气时，那就会更有起色；推而至于一日之中，如日下晡时，正当申酉时，金气最旺，肺病在这时，便感觉清爽些，日中属巳午，为火气旺时，肺病在这时便会加甚，夜半属亥子，正当水气旺，肺病于此时亦较安静些；治肺病在子清降，故用酸味收敛肃降之，从而达到调养防治的目的。

5. 从肾、膀胱而言 “肾主冬，足少阴太阳主治，其日壬癸，肾苦燥，急食辛以润之，开腠理，致津液，通气也。……病在肾，愈于春，春不愈，甚于长夏，长夏不死，持于秋，起于冬，禁犯焠晞热食温炙衣。肾病者，愈在甲乙，甲乙不愈，甚于戊己，戊己不死，持于庚辛，起于壬癸。肾病者，夜半慧，四季甚，下晡静。肾欲坚，急食苦以坚之，用苦补之，咸泻之。”《素问·藏气法时论》这段文字的大意是说，肾相当于壬癸之水，属冬季，与膀胱相合，肾病到了春季木旺之时，便借着木气逐渐好转，相反肾水病遇着戊己长夏土气旺时，便会加甚，幸而未至死，遇着庚辛秋金之气旺时，便能得母气的维护而逐渐好转，如肾病适逢冬令时，那就会更有起色；推而至于一日之中，夜半亥子时，水气正旺，肾病之人便会清爽些，若辰、戌、丑、未四个时辰，肾病有所加剧，下晡正当申酉，为金气旺时，肾病在这时便可安静些；肾病防治，可用苦温类、咸味类药物，有助于排泄水邪。

总之，我们认为五运六气的学说在妇科学领域内的应用，不论在生理、病理上方面，还是在防治方面，都具有重要的意义。众所周知天有不测风云，加之空气污染日趋明显，大气层常遭到破坏，以致气候变化失常，即使现代气象科学，短期内所预测的气候变化，也常有与实际情况不尽相符，我们不能因此就否认五运六气学说揭示的一定的自然规律性、正确性。中医学中所用的五行六气、五脏、五季气候变化，顺序推导，虽不尽然，但亦有一定道理。因而我们认为以此为主，结合阴阳太极钟（即生物钟）所建立的推导医学，将在预测疾病、防治未病、强身延寿等方面，发挥重要作用。

（夏桂成）



下篇

第十一章

月经疾病

月经病是指月经的周期、经期、经量、经色、经质的异常，或伴随月经周期出现明显不适症状的疾病。是妇科临床多发病，严重影响女性的健康和生活质量，甚至妨碍正常的行经及其妊育，必须注意调摄，防患于未然，一旦发生则宜及早治疗。

（一）月经病的范围

早在《黄帝内经》中就有关于月事不来、崩漏等的记载，其在《素问·腹中论》中记有“四乌鲗骨一蘘茹丸”，专治血枯经闭。汉·张仲景《金匮要略》妇人病三篇也列出诸多关于月经病治法与方药的条文，其中如胶艾汤治疗漏下、红蓝花酒治疗痛经、抵当汤治疗血瘀经闭等。至隋·巢元方《诸病源候论》在其专论妇人疾病的三十七至四十四卷的283候中，列有很多论述月水不调、崩中漏下的内容。宋·《妇人大全良方》也将“调经门”置于二十四卷之前，并分别对“月水不调”、“月水不通”等列有方论。明·薛己《女科撮要》专篇列出经候不调、经漏不止等内容。此后如万全的《万氏妇人科》、王肯堂的《证治准绳·女科》均将调经置于卷首；张景岳晚年辑成《景岳全书》凡六十四卷，其中两卷为《妇人规》，明确指出：“治妇人之病当以经血为先。”延续至清代，又有肖慎斋的《女科经纶》、吴谦等的《医宗金鉴·妇科心法要诀》等妇科专著，均载有“月经”、“经脉”、“调经”等专门论述。

以月经周期及经期异常为主的病证有月经先期、月经后期、月经先后无定期、崩漏、闭经、经间期出血、经期延长等。以月经量异常为主的病证有月经过多、月经过少。围绕经断前后而出现的病证有绝经前后诸证、经断复来等。以伴随月经周期出现有关症状为特征的病证有痛经、经间期

出血、经行前后诸证，后者包括经前乳胀、经行发热、经行头痛、经行身痛、经行泄泻、经行眩晕、经行浮肿、经行吐衄、经行口糜、经行风疹块、经行情志异常、经行目暗、经行便血等。

（二）月经病的病因病机

主要是七情内伤，或外感六淫，或先天禀赋虚弱，多产劳倦，使脏腑功能失调，气血紊乱，阴阳失衡，冲任损伤，发为月经病变。《女科要诀·论调经》中曰："大凡经水不调，必皆因病而致，无病之妇，益未有不调者也。……必求其所以致病之由，或为六淫外邪，或为七情内伤，或为饮食伤脾，或为痰饮阻隔，或本气多火，迫血妄行，而经无常。或素体虚寒，阳气不足，而血凝滞。"总体而论不外乎下列几方面：

1. 外感内伤为病之因　外感多由寒、热、湿邪阻碍气血，而致月经不调。《妇人大全良方·月水不调方论》中有"妇人月水不调者，由于劳伤气血致体虚、风冷之气乘也。"寒涩经脉，导致月经落后、量少、闭经、痛经；热邪为患，则实热犯于冲任，迫血妄行或虚火内燔，以致月经先期、量多、崩漏、经间期出血等，《妇人规·经不调》中对此提出"以养营安血为主"；湿之为患，亦成寒湿、湿热、湿毒、痰湿诸证，蕴于冲任，变化成诸种月经疾病。

2. 脏腑功能失调为病之本　五脏之中，肾气盛，天癸至，促使任脉通，太冲脉盛，月事以时下，女性获得正常生殖功能。肾藏精，精化为血，注之于冲任为月经之本，肾又为"元气之根"、"水火之宅"，肾之阴阳的失衡易导致月经周期紊乱。肝肾同居下焦，乙癸同源，肾水涵养肝木，一疏一藏，藏泻有度，才能冲任通盛，血海定时溢泻，月经如期而至。脾胃为生化之源，经血藉此以充实；心肺同居上焦，宣血气，朝百脉，敷布全身，《素问·评热病论》云："月事不来者，胞脉闭也。胞脉者，属心而络于胞中，今气上通肺，心气不得下通，故月事衰少不来也。"心主神明，为五脏六腑之大主，具有脑的统辖之功，心与肾在经络上互为络属，于宫藉胞脉、胞络与心肾相连，形成下系于肾、上通于心（脑）的联系，水火既济，阴阳平衡，是维系诸脏活动的主轴。正常情况下，肾水上济心火，使心火不亢，心神宁谧，心主血脉溉于百脉，心肾交济，五脏之间功能协调。月经后期，血海空虚，阴长为主，阳消为辅，若心火偏旺，或肝火上亢，心肝之火相煽，或阴虚火旺，阴虚阳亢，影响经后期阴长至重，前人谓之"有动乎中，必摇其精"，"心动则精泄"，心肾不交，心肝火旺，不仅使阴阳失衡，更是耗伤阴精，使得经后期阴长不复；倘若阴长至重，进入绌绌的经间期时，气血活动有助于"的候"、"真机"的到来。若气火有余，则易迫血妄行，出现经间期出血；如能顺利渡过经间期，进入经前期，以阳长至重为要，若元阳不足，火不暖土，易使阳长不足，难以维持该期阳长的水平，影响顺利进入行经期，易出现月经失调，如是每一环节脏腑功能失常，则易阴阳水平紊乱，遂致恶性循环，影响月经周期的规律演进。

3. 气血紊乱为病之标　妇女以血为主，气行则血行，气滞则血瘀，气化生血，统摄血于脉中，行血输注冲脉血海，血海满盈，藏泻有度。若气虚则生化不足，易致血虚，血海不充，月事不能如期而致，或量少、经闭；虚则不摄，致血妄行，易出现月经延长、量多、崩中漏下；气虚不行血，血涩成瘀，胞脉不畅，而致痛经；气虚不运

化水湿，湿浊内生，阻遏胞脉，或日久酿生痰湿，易使月经落后、量少和闭经；痰、瘀均为气血失调的病理产物，又可成为第二致病因素影响脏腑功能，致生月经病变，多见经行前后诸证及绝经前后诸证。

综上所述，致病因素引起脏腑功能失常。气血失调，直接或间接损伤冲任，导致心肾、天癸、冲任、胞宫之间的失调，便可发生月经疾病。又因各种月经病不同过程，具有其各异的病理特点。

（三）月经病的诊断

月经病系指月经的周期、经期、经量、经色、经质等异常及行经前后、经间期、绝经前后期出现的诸种症状。临床上根据其主症及其妇科特征进行诊断和辨证。

1. 详细询问与月经疾病有关的病史

（1）如年龄：年逾16周岁而初潮未至者，为原发性闭经，与先天肾气不充、天癸不至、子宫发育不良等有关；10～12岁来月经者，常可因天癸尚未稳定充实，导致月经失调，青春期尤为多见；绝经前后也容易出现月经紊乱、崩漏等；中年女性又可因产育等因素继发月经失调、经间期出血。

（2）月经情况：包括初潮年龄、痛经有无、以往月经周期是否规则等，以及伴随月经前后而出现的症状；若是绝经前期，则问清末次月经情况；或是月经病发生的末次和前次月经情况，并对目前月经的量、色、质及伴随症状进一步四诊诊察，协助诊断和辨证。

（3）其他：如既往史、个人史、家族史等，亦应询问清楚，以利进一步分析判断。

2. 注意鉴别诊断　对月经后期、闭经等应注意与生理性停经如妊娠相鉴别；对经期延长、月经过多、崩漏等应与胎产等出血性疾病、癥瘕相鉴别，还要与发生在月经期的内、外科疾病等相鉴别。

3. 正确把握月经病与其他疾患的主次关系　因他病导致月经不调的，当治他病，病去月经自调；因月经不调而变生他病者，当予调经，经调他病则愈。

（四）月经病的治疗原则

以调经治本为宗旨，调经之法，应当“谨守病机”。

1. 调理气血　汪石山在其医案中云：“调经莫先于养血，养血莫先于调气。”说明调经必须重视气血。临证又当分清病在气者当治气，佐以理血，病在血者当治血，佐以理气，调理气血为治疗月经病的常用原则。

2. 补肾　《邯郸遗稿·调经总论》中认为：“调经以滋水为主，不须补血”；傅山亦云：“经水出诸肾”，“养肾气以安血之虚”，故调经之本，以肾为主。肾寓阴阳为元阴元阳。元阴化精生血，五脏之阴非此不能滋，元阳为命门之火，五脏之阳非此不能发；肾中阴阳平衡，精气偶然，经水如期。

3. 扶脾　《景岳全书·妇人规》论及调经之要时谓：“贵在补脾胃以资血之源”，脾胃为生化之源，益气健脾，使之健运，且统摄有权，生化有常，血海充盈，月经适常。

4. 疏肝　《陈素庵妇科补解·调经门》云：“妇人经水不调，多因气郁所致。治宜开郁行气，则血随气行……。”肝宜疏泄条达而使血海蓄溢有常，月经自调，若肝失疏泄，气郁为患，气滞血瘀，则经水失调，疏肝乃调经之要。

5. 调经之根本在于调整月经周期　“谨察阴阳所在而调之，以平为期”。其中“阴阳所在”即月经周期规律的演变和阴阳消长的变化，“以平为期”的宗旨就是要求我们顺应周期规律活动，调平阴阳气血的变化，使“阴平阳秘，精神乃治。”《本草纲目·论月水》曰：“女子，阴类也，以血为主，其血上应太阴，下应海潮，月有盈亏，潮有潮汐，月事一月一行，与之相符，故谓之月信、月水、月经。经者，常也，有常轨也。”月经，一月一行，其常轨即月经周期中阴阳消长转化的节律，顺应女性这一生理特点按经行、经后、经间、经前四期演变调治，其根本在于调整月经周期的规律活动。一般说来，月经周期中有两个转化期，一是行经期重阳转阴，是本次周期的结束，新周期的开始；二是经间排卵期，重阴转阳，是月经周期中第一次至关重要的转化，两个周期演变期，气血活动显著。月经干净后，进入经后阴长期，应以补阴为主，奠定周期演变的物质基础；经间排卵后，进入经前阳长期，常易出现阳长不足，常以补阳为主，促进周期正常演变。

此外，治疗月经病又当标本兼顾，结合分阶段论治的原则。针对经前、经期、经后、经间期不同阶段的病证，除结合气血阴阳活动特点外，还要明辨标本主次，按照经期急则治标、经后缓则治本的步骤论治。

第一节　月经先期

月经周期提前7天以上，甚则一月两次者，称为“月经先期”，亦称“经行先期”、“经期超前”、“经早”、“经行不及期”。如果每次只提前3~5天，或偶尔一次月经提前，下一周期又恢复正常者，均不作本病论。前人曾将月经先期与月经后期、月经先后无定期、经期延长、月经过多、月经过少等，同归属月经不调的范畴。

【病因病理】

本病的产生，主要是热，其次是虚与瘀。根据前人所论，热者，阳热有余，迫血妄行；虚者，气虚不能摄血，亦致血不归经；瘀者，瘀阴伤络，络损血溢。总之均将之隶属出血性疾病的范围。

一、血热

首先应该明确的是，这种热变是脏腑阴阳气血失调的病理现象，非外界因素直接所致。正如《校注妇人良方·调经门》引王子亨所说“阳太过则先期而至。”他从内在的阴阳平衡论提出阳热太过故月经先期而至。阳太过是一种动态反应，月经在一月一次的周期运动中，有两次是子宫行泻的作用，一次是月经来潮时，子宫冲任活动，排出经血，一次是经间排卵期，冲任子宫等活动，排出精卵准备受孕。所以动之过甚，子宫行泻，故排出经血。但从临床角度来看，阳热者，也有虚、实、虚实错杂三种情况，其中尤以虚与虚实错杂者为多见。虚热者，由于阴不足，阴虚则阳胜，阳胜则热，是以虚热者本质上是以虚为主，阳热太过者乃标象也。错杂者一般与郁热有关。这些病理变化虽来之于内部，但与外因也有关，有些外因尚是诱发和加剧内在阳热变化的因素，下面分别论述如下。

1. 阳盛血热　素体阳盛，或禀赋较盛，或过食辛燥助热药物、食物，或外感热邪，必致内在的阳热太过，热扰冲任，血海不宁，子宫失藏，故月经先期而至。

2. 肝郁化火　素体阴虚，情志不畅，烦躁不已，心肝气郁化火，以致冲任化热，扰动血海，迫使子宫失藏，故致先期，正如薛十眉《医药顾问》所云："在性多急躁，多怒多妒者，此气血俱热，且有郁也。"

3. 阴虚血热　素体阴虚，或久病耗伤阴血，或房劳多产，精血两亏，癸水不充，心情烦躁，或工作学习紧张，以致阴虚生内热，阳热颇甚，动而不静，子宫失藏，血海不宁，故发为先期。在经行先期之中，阴虚血热又称虚热。

血热在其演变的过程中，可有两种转变，即血热伤阴和血热伤阳。我们在临床常见，血热必然伤阴，阴虚则血热渐盛。血热者阳热也，阳与阴处于对立状态，所以在月经先期中所见血热者，除少数与阴虚无关外，大多与阴虚有关。血热愈甚，愈将耗损其阴，如阴虚程度加深者，将失去其先期的规律性、周期性，形成先期中的紊乱，即张景岳所谓之"经乱之甚者也"。血热伤阳的机制有两个方面，其一是损耗其阴，由阴及阳，渐见阳虚；其二是血热日久亦将损耗阳气，而且血热者治疗必用清热凉血的药物，而这类药久用之后自然损伤其阳，阳损之后，阴更不易恢复，将转化为无周期性的月经紊乱。

二、气虚

在月经先期中，由于素体虚弱，劳倦过度，饮食失调，思虑伤脾，中气虚弱，不能司子宫冲任之固藏而致月经先期者，临床颇为少见，张景岳《妇人规·上卷》提出有因"气虚"者。据临床观察，气虚导致月经前期的，尤以心脾气虚为主；亦或有肾气虚者，常与先天不足有关，封藏失职，子宫亦失固藏也。

三、血瘀

根据临床观察，绝大部分是由于肾虚肝郁所致的气滞血阻，久而成瘀，瘀结于子宫。《金匮要略·妇人杂病脉证并治》"经一月再见者，土瓜根散主之"之文，即表明了月经先期与血瘀有关。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

1. 临床表现　依据月经周期缩短，一般少于21天而有规律性者，即可诊断为月经先期。若每月仅提前5～6天，或偶见1次，不应诊为本病。

2. 检查　妇科内诊检查，排除炎性、肿瘤等器质性病变；测量基础体温；检测血中 E_2、P、FSH、LH、T 的水平；B 超检查；诊断性刮宫取子宫内膜病检。

二、鉴别诊断

经间期出血发生在月经周期第12～16天，持续2～3天，流血量一般较少，其发生与经间期生理变化密切相关，即排卵之期，阳气易动，阴精易泄，若素体阴阳偏盛，邪伏冲任，或湿盛或瘀阻，均易扰动血海而发生出血。

【辨证论治】

本病治疗重在调整周期，使之恢复常度。按其证候属性或补或泻，或养或清，勿犯虚虚实实之戒。但若月经先期日久失治，或本有血热而过用辛燥活血剂，使邪火更旺，内伤冲任；或本有气虚而过伤阳，使摄纳无力更甚，终致一月二三至，或半月或旬日而至，甚则量多涌急如崩。

一、主证型

血热证是本病的主要证型，可细分为阳盛血热、肝郁血热、阴虚血热三者。

1. 阳盛血热证

主证：月经提前量多，色鲜红或紫，质稠有块。或伴心胸烦躁，面红口干，小便短赤，大便燥结，舌红苔黄，脉滑数或洪数。

治法：清热凉血，调理月经。

方药：清经散（《傅青主女科》）合二至丸（《医方集解》）加减。

熟地、黄柏、炒丹皮、女贞子、墨旱莲、茯苓、地骨皮各 10 克，青蒿 6 克，白芍 9 克，阿胶（另炖烊化）10 克。

服法：水煎分服，经前、经后每日 1 剂。

加减：经量多者，去茯苓，加入地榆炭、血余炭各 10 克；心烦失眠者，加入莲子心 3 克，炒枣仁 9 克；腹胀、大便欠实者，去熟地、黄柏、女贞子等，加上煨木香 9 克，炒白术 10 克，砂仁（后下）5 克；血块较多者，加入炒五灵脂 10 克，炒蒲黄（包）6 克，大、小蓟各 10 克。

2. 肝郁血热证

主证：经期超前，量或多或少，色紫红有块，质稠，头晕目眩，胸胁胀满，少腹及两乳胀痛，精神抑郁，心烦易怒，口苦咽干，喜太息，舌红苔薄黄，脉弦数。

治法：清肝解郁，理气调经。

方药：丹栀逍遥散（《女科撮要》）加减。

丹皮、炒栀子各 9 克，当归、白芍、白术、茯苓各 10 克，醋炒柴胡 6 克，墨旱莲、钩藤各 15 克，莲子心 3 克，甘草 5 克，薄荷 6 克。

服法：水煎分服，经前、经后每日 1 剂。

加减：正值经期或经量多者，可去当归，加仙鹤草、地榆炭各 10 克；量多兼瘀者，加益母草 30 克；胀痛甚者，加川楝子、延胡索各 9 克；如大便干结者加火麻仁 10 克；如肝病传脾，见脘闷纳呆，可加扁豆 15 克、厚朴 10 克；苔腻者加苍术 10 克、薏仁 6 克、藿香 12 克。

3. 阴虚血热证

主证：月经超前，经量少或多，经色红，质稠，或有两颧潮红，手足心热，大便干，小便黄，舌红，苔少或无苔，脉细数。

治法：凉血清热，泻火调经。

方药：两地汤（《傅青主女科》）加减。

生地、地骨皮、玄参、麦冬、阿胶（另炖烊化）、白芍各 10 克，墨旱莲 15 克，马

齿苋 30 克。

服法：水煎分服，经前、经后每日 1 剂。

加减：若虚阳上亢，证见眩晕，烘热，耳鸣，酌加牡蛎、龙骨各 20 克，白蒺藜 12 克；若虚烦不眠，加栀子 6 克、酸枣仁 10 克。若兼见气滞血瘀诸症，经色紫黯有块，下腹刺痛，可加益母草 30 克、延胡索 12 克、川楝子 6 克。

若病久及阳，兼有阳虚者，将按调周法进行调治。

二、次证型

1. 脾气虚弱证

主证：月经提前，常伴经量增多，经色淡而质稀，神疲倦怠，少气懒言，或有小腹空坠，或自觉腹胀，或食少便溏，舌淡苔薄白或腻，脉虚缓无力。

治法：健脾益气，固冲摄血。

方药：归脾丸（《济生方》）加减。

人参（或党参）15～30 克，黄芪 10～25 克，白术、茯苓、远志各 10 克，龙眼肉、炒枣仁各 12 克，木香、白芍各 6 克，甘草 3 克，大枣 10 枚。

服法：水煎分服，经前、经后每日 1 剂。

加减：如脾阳虚衰，证见经色黯黑，质薄量少，腹痛喜暖，苔白而润，加香附 10 克，艾叶 6 克，小茴香 5 克；如脾虚湿滞，证见脘闷便溏，苔白腻，加藿香 10 克、白蔻仁 6 克、茯苓 10 克；如兼血热，更见心烦，苔黄，经量偏少，可加黄芩 10 克，小蓟、茜草根各 12 克。

2. 肾气不固证

主证：月经提前，量多色淡质稀，腰脊酸冷，下肢疲软，手足不温，小便清长，夜尿频多，舌黯淡，苔薄白，脉沉细弱。

治法：补肾益气，固冲调经。

方药：归肾丸（《景岳全书》）。

熟地、山药、山茱萸各 10 克，当归、茯苓、枸杞子 12 克，菟丝子 15 克，杜仲 12 克。

服法：水煎分服，经前、经后每日 1 剂。

加减：肾阳不足，气虚不固者，加菟丝子 15 克，鹿茸、制附片、肉苁蓉各 6 克温补肾阳以固肾气，鹿茸、肉苁蓉又有温肾养精之效；加五味子 6 克，桑螵蛸、益智仁各 10 克，煅牡蛎 30 克，以收敛摄纳肾气以固冲任；加乌药 10 克行气散寒止痛；加山药 15 克、鸡内金 6 克调补脾气以助肾气。肾气充实，摄纳有权，经水自会按期而至。

3. 血瘀证

主证：月经先期，经量多或少，色紫红，有大血块，小腹胀痛，胸闷烦躁，口渴不欲饮，舌质黯紫有瘀斑，脉弦涩。

治法：活血化瘀，调理月经。

方药：加味失笑散。

炒当归 10 克，赤芍 10 克，制香附 9 克，五灵脂 10 克，蒲黄 6 克，益母草 15 克，艾叶 6 克，茯苓 12 克，川断 10 克，山楂 10 克，泽兰叶 12 克，川芎 5 克。

服法：经前3天服，水煎分2次服。

加减：小腹作胀明显者，加入乌药、青陈皮、小茴香各6克；小腹冷痛者，加入肉桂、吴茱萸各5克。

【临床体会】

对月经先期根据经色、经量、经质、伴随症状即舌苔脉象，可分为脾气虚弱、肾气不固、阳盛血热、肝郁血热、阴虚血热等证型，治疗总宜热者寒之，虚者补之，实者泄之，分别对证治以滋阴清热、清热凉血、健脾益气、补肾固冲、疏肝解郁等法；对于病及多脏者，或心脾同治，或脾肾双补；若虚而夹火者，则重在补虚，养营安血为先，不可妄用苦寒之剂。临床上随着对月经病认识的深入，发现女性的月经周期演变，存在“3、5、7”奇数律的不同类型，因此，判定月经先期，亦因根据具体女性属于“3”数、“5”数或“7”数来决定。如月经周期中，四个时期均按“7”数律演变者，即月经周期须提前7天以上者，始能判定为先期；按“5”数律演变者，提前5天以上，才可判定为先期；按“3”数律演变者，提前3天以上，才可判定为先期。而且尚需连续3次以上，有的要连续5次，甚则有的要连续7次，始能真正称之为月经先期。其疗效标准，亦必须按具体女性的奇数律不同而评定之，这也符合中医学中具体对象不同，其诊断、疗效标准应有所区别的要求。

关于先期的病理认识。月经先期的主要原因在于阳热。但我们体会，阳热仅是标证，是在肝肾阴虚的前提下形成的。《傅青主女科》在分析月经先期量多时认为是由于“肾中之水火俱旺乎”，分析月经先期量少时认为是“肾中水亏火旺乎”、“经水出诸肾”。可见肾水亏损程度决定了经水之多寡，而先期者，乃火旺所致。其中阴亏损程度较轻，火旺在外界因素（如天暑地热，嗜食辛辣）和素体阳盛等影响下，火旺偏甚者，谓之实热；肾阴不足，不能涵养心肝，情绪不畅，烦躁忿怒，所致郁热者，与虚热、实热亦有所不同。至于尚有少数血瘀、气虚所致者，从月经先期这一病证而言，血瘀亦大多数属于阴虚病变发展中的兼夹证型或次要证型。阴阳是相互依赖而生存发展的，长期阴虚，又必及阳，导致阳虚。我们在对此病的观察中，运用测量BBT，确实发现不少高温相偏短欠稳定者，可以证明在肾阴虚的前提下，这些患者亦存在偏于肾阳虚的一面。正由于肾阳的不足，阳虚不能溶解膜样血瘀，血瘀占据血室，致血不归经。但此处的血瘀，由于肾阴阳虚损的程度较轻，故形成的血瘀程度较之无排卵性崩漏的“瘀结”要轻得多，所以出血的程度就轻得多，血瘀只能作为兼夹因素或者是标的病理变化。气虚除部分确因素体脾胃薄弱，中虚气不足外，有相当部分系先期量多的病程较久，出血过多，血去气弱，气虚是果面非因，但气虚之后倒果为因，在一定程度上可增剧先期量多的出血病变。但正由于此，必须认清阴虚阳盛是前提，有些患者所表现出的证候的复杂性、顽固性，就是由一面阴虚火旺，一面又出现阳虚血瘀的错杂病变。

在辨治方面，不仅要深入分析月经的量、色、质的变化，如量多、色鲜红、质黏稠者属于血热证；量多、色淡红、质较稀者，属于气虚证；量多、色紫黑、有血块者属血瘀证；还要结合观察BBT和检验性激素的水平。如此就会发现，同样是血热实证，

不仅有着轻、中、重的程度差异，而且其中轻证者，除了先期量多的症状较轻外，BBT 所反应的温相高低度亦基本符合轻证要求，因此，治疗上可选用荆芩四物汤稍微加减即可；而一般血热证，除先期量多的症状有所明显外，全身症状上也可出现烦热口渴、舌红脉数等证候，BBT 温相过高，治疗上需选用凉血清热重剂，如先期汤。通过微观检查，可以观察到女性内分泌激素中雌激素偏低或过高，偏低可以引起阴虚火旺，或者是火旺血热中潜伏着阴虚，在治疗上应用凉血清热方药的同时，必须照顾到阴虚的一面，但阴盛火旺，于理论上似乎很难理解，故《傅青主女科·调经门》中提出“肾中水火之太旺乎”。水者，阴也，火者，热也，在临床上的确有水太旺的所谓雌激素过多引起先期出血病证的。由于水即阴之太旺，旺极也化火，所以在治疗上当以清热为主，苦以燥湿，寒以泻火，故先期汤、清经散正为此而用，但实践告诉我们，水即阴之太旺，泻火燥湿虽是主要的，但不能忽略对血中之阴即肾水的调节，故《傅青主女科》之清经散，仍然使用熟地、白芍等滋养阴血之品，此可以了解到滋阴养血药的双重调节作用。至于阴虚火旺又夹阴虚血虚的复杂病证，可参考前矛盾辨证方法所作出的恰当处理，亦可参阅夏桂成所著《月经病中医诊治》。

第二节 月经后期

月经周期延后 7 天以上，甚或四五十日一至，也有的 2～3 个月一行，连续出现 3 个周期以上者，称“月经后期”。亦称“经行后期”、“经期错后”、“经迟”、“过期经行”。如仅延后三五天，且无其他不适者，不作月经后期病论。若偶见一次延后，下次仍然如期来潮者，或青春期初潮后数月内或于绝经前后月经时有延后，无伴其他证候者，一般也不作病论。

月经后期最早见于汉·张仲景《金匮要略》用温经汤治疗月经至期不来，至明·万全《万氏妇人科》始把月经后期从月经不调中独立出来，专篇论述。历代医家都主血虚之说，明代以后逐渐接受血寒致病说，除此之外，各家各派从不同角度提出了各具特色的观点，使本病病因病机和辨证理论不断丰富。

【病因病理】

月经后期产生的原因，不外乎虚、寒、瘀滞三者。虚者营血亏虚，冲任不充，经事后期；寒者阳气不足，脏腑失于温煦，冲任不盛，月经后期；瘀滞者，阻滞气血运行，以致经行后期。

1. 阴虚　阴虚者是月经后期中主要的原因。根据我们临床长期对月经周期演变现象的观察分析，得知月经周期之所以形成和发展就在于阴阳消长转化的运动；而月经之所以落后，又在于经后期的延长，经后期是阴长至重的过程。这一阴长运动可经历初、中、末三个阶段。初期，阴长运动处于低水平，中期阴长运动必须处于中水平，末期阴长运动必须达到近高水平，然后方能进入经间排卵期。阴虚者，则阴长运动不及，所以始终停留在经后中期或经后初中期，阴长运动本来就较缓慢，阴虚之后，阴长运动更加缓慢，是以经后期延长，正如《校注妇人良方》引王子亨所说：“阴不足则

后期而来”。但必须说明的是，这种情况下的阴虚程度尚轻，虽然阴长运动极为缓慢，但仍能向前发展，如阴虚严重，阴长运动就会停止，就将形成闭经。阴虚的原因，除素体阴虚外，常与久病伤阴，或情志过极，暗耗癸水，或房室不节，损伤肾阴，或内火偏甚，阴不制阳，阳火伤阴等有关。《妇人规·经脉类》说：“其有阴火内灼，血本热而亦过期者，此水亏血少，燥涩而然。”燥涩者即阴虚不能行其滋长运动使然。

2. 阳虚　阳虚，也称之为虚寒，其特点是功能不足，运行极为缓慢。阳虚导致月经后期者，主要有两个方面的原因：其一是阴虚及阳，阳虚为主，阳不生阴，则阴益虚，是以阴长运动更为缓慢；其二是阳者主动的功能不足，这是因为动者不仅有助于气血活动，而且亦有助于阴长的运动，虚寒病变时，阳助阴长不力，是以阴长运动缓慢，经后期延长。此外阳虚之人易感受寒凉，导致寒凝，这或许也与月经后期有关。

3. 血虚气滞　血虚则物质亏少，血海空虚，所以月经过期不能来潮，这在前人论述中颇为多见，如《丹溪心法·妇人八十八》中说：“过期而至，乃是血虚。”因为前人是从血海盈亏规律来认识月经来潮情况的。但我们今天认为，血虚者常与肾阴有关，肾阴者包括癸水也，血虚导致肾阴癸水之不足，始有可能影响月经来潮或导致月经后期；气滞者，气机不畅也，阻滞阴血运行，而且素多忧恚，情志不畅，心肝气郁，阻滞胞脉胞络冲任，血海不能如期溢泻，因而月经后期，正如《万氏女科·经过期后行》所说：“如性急躁，多怒多妒者，责其气逆血少。”而且气机郁滞，关乎心肝，心肝气郁，则冲任胞脉胞络亦不得畅达，是以月经后期。这种情况在临床上虽亦有之，但较为少见。有的常兼见于阴虚或阳虚之中。特别是血虚，与阴虚关系尤为密切，故常合并而论之。

此外还有痰湿证，常与肾虚偏阳虚者兼见，多食肥甘所致肥胖女性者恒多见此。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

1. 临床表现　月经周期延后，较正常周期推迟 7 天以上，并连续出现 3 个周期以上。

2. 检查　妇科检查以排除器质性病变，测基础体温、作阴道细胞涂片及检测血中性激素水平，以观察卵巢功能。

二、鉴别诊断

1. 并月、居经　并月指身体无病而月经常呈两个月一行，居经为身体无病而月经经常三个月一行，此二者都是较为少见的生理现象，周期固定，且不伴有其他症状。

2. 妊娠　育龄期妇女既往月经如期而至，有性生活史，未避孕而月经闭止，伴恶心、呕、乳房作胀、下腹逐渐膨隆，脉象滑，尿妊娠试验呈阳性。

3. 胎漏、胎动不安　妊娠早期，阴道少量出血，或伴下腹疼痛、腰酸或腹坠者。

【辨证论治】

本病证主要有阴虚、虚寒（阳虚），其次是血虚与气滞，故治疗上应着重滋阴养血，疏肝解郁。具体辨治如下。

一、主证型

1. 阴血虚证

主证：月经延后，量少，色淡，质稀，平时带下少，面色萎黄或苍白无华，头晕眼花，腰酸，心悸失眠，甚则小腹隐痛，绵绵不止而喜按揉，唇舌淡，苔薄白，脉细弱。

治法：滋阴养血调经。

方药：小营煎加味（《产宝百问》）。

当归、白芍、茯苓、熟地、枸杞子、山茱萸各10克，山药15克，炙甘草6克，焦山楂9克。

服法：经后期每日1剂，水煎分2次服。

加减：病久伤阴，致生虚热，证见颧红潮热，五心烦热，酌加丹皮、地骨皮各10克，知母6克；若血不养心，证见心悸、失眠者，加夜交藤15克，五味子6克或远志6克，枣仁10克；若久病及肾，兼有腰痛、畏寒、经色黯黑有块者，加艾叶6克，肉桂8克，续断12克。

2. 阳虚证

主证：经期后延，经量少而质薄，经色黑或黯淡，腰骶酸痛，夜尿多，带下量多，质稀色淡，或头晕耳鸣，舌质淡，苔薄白，脉沉迟。

治法：补肾养血调经。

方药：加减苁蓉菟丝子丸（《中医妇科临床手册》）。

肉苁蓉、菟丝子、覆盆子、淫羊藿、枸杞子、当归、熟地、桑寄生各10克，焦艾叶6克，紫河车9克。

方中肉苁蓉、紫河车温肾养精；菟丝子、覆盆子、淫羊藿温肾补肾；枸杞子、当归、熟地养血滋阴；桑寄生温肾养血；艾叶温暖下元。全方温滋并用，精血同补，使肾气足而经自调。

加减：若兼见口干心烦、少寐、舌红等肾阴亦虚证候者，去桂枝、附片，加玄参、枣仁各10克，知母6克；若肾阳虚弱，肾气不固，终日带下量多清稀，可加桑螵蛸、芡实各10克，潼、白蒺藜各12克。

若出现寒凝偏实证者，证见经期后延、量少，色黯红有块，小腹冷痛，得热减轻，或面色青白，畏寒肢冷，苔白，脉沉弦或紧；治法为温经散寒调经；方选温经汤（《校注妇人良方》）加味；药用：党参、当归、赤白芍、莪术、牛膝、丹皮各10克，肉桂6克，川芎6克，炙甘草3克。加减：如经量多，则去莪术、牛膝活血祛瘀之品，酌加炮姜6克、焦艾叶8克以温经止血；如腹痛拒按，时下血块，加蒲黄、炒五灵脂各10克以化瘀止痛。

二、次证型

1. 气郁证

主证：月经延后，经量偏少，色正常或黯红有块，排出不畅，精神郁闷，或少腹胀痛，或乳胀胁痛，舌质或见稍黯，舌苔或见薄黄，脉弦或涩。

治法：行气开郁调经。

方药：柴胡疏肝散（《景岳全书》）。

柴胡6克，枳壳、白芍、香附各10克，川芎5克，甘草3克。

服法：经后期每日1剂，水煎分2次服。

加减：若气滞兼见血瘀，少腹痛剧，舌有瘀斑，脉沉弦紧，加丹参、桃仁各10克；若气郁化火，证见口苦、苔黄，加丹皮、黄芩各10克，栀子6克；若经量偏多，腹痛拒按，经血有块，宜用柴胡疏肝散加益母草15克，蒲黄炭、地榆炭各10克。

2. 痰阻证

主证：月经后期，经色淡而呈黏液状，经行前后带下量多，形体肥胖，眩晕心悸，脘闷呕恶，咳吐痰涎，纳呆，舌胖有齿痕，苔白腻，脉滑利。

治法：健脾化痰调经。

方药：苍附导痰丸（《叶氏女科证治·调经》）。

苍术、香附、枳壳、茯苓各12克，法半夏、陈皮各10克，胆南星6克，神曲10克，甘草3克。

服法：经后期每日1剂，水煎分2次服。

加减：痰湿化热显著者，加椿根皮12克，黄柏6克，鱼腥草6克；呕吐痰涎稀薄清冷者，加菖蒲10克，生姜、附片各5克；经期后延日久，经量少的，加补益冲任之药，如仙茅、淫羊藿各10克，并加理血行血药，如牛膝、红花各10克，泽兰15克。

【临床体会】

月经后期的主要原因，虽在于阴血不足，不能及时地或适应周期演变，亦正由于阴长不及，阴的物质不足而其动态的功能亦必然有所不足，故前人曾云“阳有余则先期而至，阴不足则后期而来”，但亦有“先期者血热有余也，后期者血寒不足”之说。因此月经后期还反可能缘于阳虚血寒。而阳虚血寒的特点，实际上既包括阴血不足，物质亏损的一面，即阴虚及阳者又包括功能不强，消长动态不明显的虚寒性一面，而且阴血的物质基础与阳气的功能活动两者有着密切的关联。无阳则阴无以生，无阴则阳无以长，阴阳本就在彼此互根、消长中形成和发展，月经周期也藉此得到推动。正由于此，月经后期的主证型，就必然有阴血虚损与阳虚血寒两者，舍此则是兼证。

在辨治方面，首先在于辨析妇科特征，若后期、量少、色淡红、质清稀，属于虚证，一般来说是偏于阴血虚；但如色黯，或稍带紫红色者，均为阳虚血寒的现象；后期量少，色紫黑，有血块者，属于兼血瘀；后期量少，色淡红，质黏腻者，属于兼痰湿。再结合全身症状，就不难做出初步诊断。在治疗方面，一般应在滋阴养血的方药中适当地加入温阳祛寒的药物。如前人常用的《医略六书》方过期饮，顾名思义，就是用来治疗月经后期的，方中药物有：熟地、当归、白芍、川芎、肉桂、炮姜、附子、香附、艾叶。其中四物汤是滋阴养血类药物；附、桂、姜完全是为温阳祛寒而用；艾叶不仅有温阳的作用，而且还有调经的功能。此方药适用于经前经期服用，而经后期服用时，附、桂、艾叶或减其量而用之，或删去不用，适当加川断、杜仲、巴戟天等品以调之。必须说明，其中血瘀、痰湿证所用的主方主药，均适宜经前期、行经期服用，如在经后期，一般应以归芍地黄汤加减服用为佳，这也含有调整月经周期节律的

意义。

特别要提出的是，我们对月经后期的诊断，必须按照月经周期中“7、5、3”的内源性节律来衡定。尽管以往有关的妇科书籍提出了月经落后 7 天以上并连续 3 次以上的诊断标准，但我们认为，对月经后期的诊断必须结合患者一贯月经史的内源节律来确定。如：“7”数律者，月经落后，即周期逾期 7 天以上，而且必须连续 3 次以上者，始能确定为月经后期；“5”数律者，月经逾期 5 天以上，连续 3 次以上者，始能确定为月经后期；“3”数律者，月经逾期 3 天以上，连续 3 次以上者，始能确定为月经后期。对那些其内在“7、5、3”数律不明显，即有时 4 数、6 数律者，或者 7、5、3 数律交替出现者，则以一般的超过 7 天以上连续 3 次的诊断标准确定之。还有些人在青春期后 1～2 年内，或者临界围绝经期时，出现“3 数”、“5 数”律月经后期，但无明显临床症状者，可暂不作病论。

第三节　月经先后无定期

月经周期时或提前，时或错后，超过 7 天，连续出现 3 个周期以上者，称“月经先后无定期”。亦称“经行先后无定期”、“经水不定”、“经行或前或后”、“月经愆期”及“经乱”。

“月经先后无定期”经过历代医家的研究与论述，对本病的病因病机及治法的认识渐趋于完善，病因病机突出了血虚、肝郁、肾虚致病的特点，并形成了补益气血、疏肝解郁、益肾等为主的治疗大法，至今仍有重要的临床指导意义。

【病因病理】

《校注妇人良方·王子亨方论》：“经者，常候也。谓候其一身之阴阳愆伏，知其安危，故每月一至，太过不及，皆为不调。阳太过则先期而至，阴不及，则后时而来，其有乍多乍少，断绝不行，崩漏不止，皆由阴阳衰盛所致。”月经先期及月经过多，与阳热有余有关；月经后期及月经量少，与阴血不足有关；而先后无定期者，既有阳热有余的一面，又有阴血不足的一面，所以在病理上必然具有阴阳两方面的病变。本病的发病机制主要是气血失调，冲任功能紊乱，血海蓄溢失常。其致病因素涉及五脏，尤其与肝脾肾三脏功能失常密切相关。若肝失疏泄，脾失运化，肾失闭藏，均可累及气血冲任，造成血海蓄溢失常而致月经先后无定。其中又以肾虚肝郁为多见，且易发展至肝肾同病，阴阳失调。就我们临床所见，本病病因病理主要有肝郁、肾虚及脾弱三者，且脏腑双向功能失调的情况比较复杂。

1. 肝郁　肝郁者常常包括心气郁阻在内，因为心肝气郁，与情志有关，心情不畅，忧郁烦躁、紧张、恚怒等常易致郁。肝郁之后，疏泄失常，而肝气之疏泄有进行排经排卵之功能，如若肝郁气滞，疏泄不利，排经不畅，则月经后期，经行量少，经量少则肝气不得下泄，肝郁加剧，气有余则易化火，肝经郁火，必然疏泄太过，迫血妄行，以致月经先期，经量增多，气随血泄，让位于肝郁，肝郁之后，又必疏泄不利，经行不畅，故又见后期。如此反复发作，故月经先后无定期。此乃临床所常见者。

2. 肾虚　素体虚弱，房劳久病，或禀赋不足，初潮之年，肾气未充，或年届七七，肾气日衰，均可致肾虚。肾虚则子宫亦弱，藏泄失职，冲任受损，当藏不藏，冲任失约，则月经先期量多，当泄不泄，冲任不得通达，则月经后期，经量偏少，藏泄紊乱，则月经先后无定期，经量多少不一。但是肾虚则阴阳失衡，具体地加以分析。源于肾阴亏虚者，天癸之水不足，物质亏少，阴长不及，则经水自然不能应期而潮，是以月经后期，经量偏少，但阴虚则易火旺，火旺则热，热则逼血妄行，以致月经先期，经行量多，经行之时，火热随经血以下泄，是以经行之后，又让位于阴虚，癸水不足，以致月经落后，经量偏少，然后又形成阴虚火旺，火旺迫血以致经行先期，反复发作。肾阳之气具有两种不同的功能，既有封藏统摄的功能，以助子宫之固藏，冲任之约制，又有气运推动的功能，有助于子宫之泻，冲任脉之通。故源于肾阳虚者，子宫失于固藏，冲任失于约制，势必致月经先期、经量增多，又可失去推动作用，则子宫失于泻，冲任通达无力，亦致经行后期，两种功能交替失调，自然形成月经先后无定期。

3. 脾虚　脾为气血生化之源，若劳倦过度，或饮食失节，或思虑过度，使脾气受损，脾胃化源不足，血海过期不能满盈，则月经应期不能来潮，是以月经延后；又脾主统摄血液，若脾虚气弱，统摄失职，冲任亦不能约制，子宫亦失于固藏，则可致月经提前；时而生化不足，时而统摄失常，冲任于宫有时失达，有时失充，自然会出现月经先后无定期。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

1. 临床表现　主要依据临床表现进行诊断。月经不按周期而来，时或提前，时或延后，均超过 7 天，并连续出现 3 个周期以上，经量基本正常。

2. 检查　通过妇科检查、BBT 测量、阴道脱落细胞涂片检查，排除器质性疾病。

二、鉴别诊断

1. 月经先期　月经周期缩短，提前 7 天以上，但无月经周期的延后。

2. 月经后期　月经周期延后，超过 7 天以上，但无月经周期的提前。

3. 崩漏　指月经不按周期地妄行，出血量或如崩或似漏，是期与量的严重紊乱，而月经先后无定期突出表现为周期方面先后无定。

【辨证论治】

本病以肝郁、肾虚、脾虚为主要病机特点，治疗应疏肝解郁或调补脾肾随证治之。由于肝脾肾三脏关系密切，病中可相互转化，出现肝肾同病、脾肾同病、肝脾同病或多脏受累的复杂证候，故临床上要辨别其兼夹情况，分清主次，顺而施之。本病的治疗，以调理气血冲任为原则。其治疗大法为在辨证的基础上，分清虚实寒热，辨别在肝、在脾或在肾，或疏肝调经，或健脾益气，或固肾调冲，总之要达到气血调顺，则经候自然如期。

1. 肝郁证

主证：月经周期先后不定，经量或多或少，行而不畅，有块，色正常或紫红，可

见经前少腹或乳房胀痛，连及两胁，易烦易怒，时欲叹息，舌质正常或红，苔薄白或薄黄，脉弦或弦数。

治法：疏肝解郁，养血调冲。

方药：定经汤（《傅青主女科》）。

柴胡6克，炒荆芥8克，菟丝子15克，山药、当归、白芍、熟地、茯苓各10克。

服法：每日1剂，水煎服。

加减：如见肝郁致瘀之证，经血有块，涩滞不畅，小腹胀痛，可酌加丹参、益母草、泽兰叶各15克以活血化瘀；如见经量多，色红，质稠，口干苦，脉弦数，为肝郁化火，可去煨姜、当归等，加丹参、栀子各5克，茜草炭15克等，以活血凉血。

2. 脾虚证

主证：经来先后无定期，量或多或少，色淡红，质清，倦怠乏力，气短神疲，或纳少便溏，舌淡，苔白，脉缓弱无力。

治法：补脾益气，养血调经。

方药：加减八物汤（《女科秘要》）。

人（党）参12克，白术、茯苓、当归、白芍、香附、陈皮、丹皮各10克，炙甘草5克。

服法：每日1剂，水煎分服。

加减：若兼见气短，小腹下坠，月经以提前多见，且经量多者，可酌加黄芪10克、升麻5克，以补气升提摄血；若因气血生化不足而致后期量少多见者，加熟地10克、阿胶10克（另炖烊化）等以补益气血。

3. 肾虚证

主证：经来先后无定，量少色淡，质清稀，伴有精神不振，头晕耳鸣，腰膝酸软，小便清长，或夜尿频多，舌质淡苔薄白，脉细弱。

治法：补益肾气，调固冲任。

方药：归肾丸（《景岳全书·新方八阵》）。

熟地、山药、山茱萸、茯苓、当归、枸杞子、杜仲各10克，菟丝子10克。

服法：每日1剂，水煎分服。

加减：若见小便清长，夜尿频多者，可去茯苓，加益智仁10克；月经量少延后多见者，加鸡血藤15克、牛膝10克以加强活血行血之功。

【临床体会】

月经先后无定期，在周期的病变上存在着矛盾，忽前忽后，以月相为准则。但是根据我们的长期观察，其月经周期一般存在着“3、5、7”奇数律的周期节律演变。3数律者，其超前落后在3数范围上，即超前在26到27天之前，落后在33～34天之后，且连续在3个月经周期以上者；“5”数律者，其超前落后在5数范围上，即超前在25天之前，落后在35天之后，且连续在3个月经周期以上者；7数律者，其超前落后在7数范围上，即超前在23天之前、落后在37天之后，且连续在3个月经周期以上者。在这里还必须说明一点，即先后无定期，并不全是一次先期一次后

期，又一次先期又一次后期的，有的可能连续两次先期再来一次后期，亦有少数连续三次先期然后出现一次后期，或连续三次后期再来一次先期。但亦要注意到临床上有一种在月经后期中延后的时间不一致的情况，即有时35天左右来一次，有时40天、50天或2~3个月来一次，由于没有月经超前的发生，所以仍然只能作为月经后期，而不能称为先后无定期。既然本病证存在着周期上的矛盾，必然也反映着病理上错杂性。一般来说阳有余则先期而至，阴不足则后期而来，或者亦有人说后期而来者与血寒有关，那么，月经先后无定期就必然存在着阳热有余、阴血不足、血寒滞冲等复杂变化，而这种变化，我们认为是植根于肾虚肝郁的肝肾矛盾病变中的。肾不足，肾阴偏虚，阴精不足，滋长不利，则经后期大大延长，以致月经后期。但阴虚者常易使肝经相火偏旺，阴虚有时程度较轻，仍有着滋长的变化，在肝火的促动下，有时可能提前排卵，但毕竟肾阴有所不足，阳赖阴长，因此排卵后，阴不足则阳长不及，阳长期缩短，月经又必先期；先期量多，必耗阴血，又让位于阴长不及，加之肝郁气滞经血运行不利，因此月经后期，从而形成月经先后无定期，这也是月经先后无定期中的主要机制。

我们认为辨证论治，也必须掌握这一主要的病理变化。辨证上虽然仍以妇科特征为主，即期、量、色、质四者，尤其是色、质的变化。一般而论，色深、质黏属于实证范围，色淡、质稀属于虚证范围，而色淡有时色深，质稀但有时有血块，属于虚实夹杂的范围。虚实夹杂者较为多见，在治疗上，一般要按经前、经期从实论治，从调经入手，以逍遥散加入制香附、五灵脂、焦山楂等品，月经先期量多的，尚需加入黑栀子、炒丹皮、大小蓟、炒荆芥，月经后期量少的，需加入泽兰叶、丹参、益母草等；在经净后，即当以补肾调周法调治，由于治本治标的结合，以补肾调周的系统治疗中，要适当加入疏肝理气的药物，如荆芥、炒柴胡、合欢皮、陈皮等药物。如属于阴虚证型者，即使在经间及经前期补阳为主时，仍然要体现滋阴的特点，即以滋阴为主，加入补阳的药物；如属阳虚证型者，即使在经后期滋阴为主时，仍然要强调补阳的特点，即以补阳为主，加入滋阴的药物，但补阳时，可用平补法以照顾这阶段的特点。至于脾虚、血瘀，亦在一定程度上与阴阳的不足有关，所以治本治标均在肾肝。

本病若得及时治疗，精于调护，生活调摄与药物相互配合，可望治愈。若调护不当，可发展为崩漏或闭经，并可导致不孕，治疗则较困难。同时应注意本病由于各证型之间的转化与兼夹，往往使病情趋于复杂，临证时应重视积极早期治疗，以防变生他证。

临证应把握月经先后无定期的临床特点进行诊断，偶尔的提前或延后不属病理状态。对本病的辨证论治，注意各证型之间兼夹的情况。还应注重平时调治，针对月经周期中不同阶段特点，结合具体证候进行辨治。平素注意调节情志，节制嗜好，预防其发生。一旦确诊后，应积极调治，以防进一步发展为闭经、崩漏，或导致不孕等。

第四节 月经过多

月经周期基本正常，而经量较以往明显增多，称为“月经过多”，亦称“经水过多”或“月水过多”。

月经过多，早在汉·张仲景《金匮要略》温经汤方下就有记载。后世各家针对虚、热、瘀，甚则痰湿等病机进行了论述，认识渐趋完善。病位上突出冲任；病机强调了气虚统摄无权，或血热流行散溢，此外尚有痰湿内阻、痰火虚热、虚寒等；治疗上以摄血止血、引血归经、和其阴阳、调其血气、滋阴制火为大法，并通过诊疗实践积累了不少有效的治疗方药，使后人研究和治疗本病有所依据。

【病因病理】

本病的病因病机与月经先期基本相同，主要是血热流行散溢，或瘀血内阻致经量过多，或气虚统摄无权，使冲任不固，血随经泄所致。

1. 血热　血热者来源于脏腑功能失调，或者体禀阳盛，或者素体阴虚，心肝肾之火动而然，在病变过程中与情志因素似乎关系密切。大怒暴怒，心情急躁，工作紧张均足以使心肝气郁而化火，火热下扰冲任子宫所致。在临床上我们发现血热常与阴虚有关，心肝之所以化火，也常与阴虚有关。

2. 血瘀　一般认为，素性抑郁，或忿怒过度，气滞而致血瘀；或经、产（堕胎、小产、人流）之后余血未尽，感受外邪或不禁房事，瘀血停留，积于冲任，瘀血不去，新血不得归经，以致经行量多。然而我们根据临床观察认为，血瘀之所以形成，主要是肾虚偏阳，心肝气郁，以致冲任不得通达，从而导致血瘀，瘀阻子宫，损伤胞络，故致出血量多。

3. 气虚　体质素弱，或饮食失节，劳倦过度，大病久病，损伤脾气，中气不足。经行之际，气随血泄，其虚益甚，不能摄血固冲，以致出血量多。

本病在发展过程中，由于病程日久，并致气随血耗，阴随血伤，或热随血泄而出现由实转虚或虚实兼夹之象，如气虚血热、气阴两虚而夹血瘀等证。

本病最为多见的是瘀热互兼。因为在肾心肝气郁的病变中，一方面肾虚偏阴，由于月经过多耗伤阴血，故而肾虚偏阴更加明显，程度加深，而另一方面，心肝气郁得阴虚而易化火，化火后将形成血热，在心肝气郁的传变过程中，得肾虚偏阳而易致血滞成瘀。血热与血瘀合并，致成瘀热或者成热瘀。病程日久，气随血耗，阴随血伤，或热随血泄而出现由实转虚，或虚实兼夹的错杂病变。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

1. 临床表现　于行经的第 2 或第 3 天经量明显增多，在一定时间内能自然停止，也可伴月经先期或后期，或经期延长，但仍有一定的周期性。

2. 特殊病史　如凝血机制障碍、甲状腺疾病、精神刺激，或经期、产后感邪或未

节制性生活，或放置了宫内节育器，以及有停经后再出血病史。

3. 检查　妇科检查应注意子宫的大小、质地、活动及压痛情况，必要时需进一步行 B 超、诊断性刮宫、内镜检查，排除子宫肌瘤、子宫内膜腺癌及流产的出血。

二、鉴别诊断

1. 崩漏　崩漏在大量阴道出血时的症状与月经过多相似，但崩漏的出血无周期性，同时伴有经期延长，淋漓日久不能自然停止，与月经过多的有周期性出血和正常的经期显然不同，通过病史、发病经过等的询问，结合临床症状，不难鉴别。

2. 通过 B 超、宫腔镜及子宫内膜病检，排除子宫肌瘤及流产等病证。

【辨证论治】

本病诊断以月经量多而周期、经期正常为要点，辨证重在经色、经质。通常以量多、色鲜红或紫、质稠的属血热；量多，色紫黑有块，伴小腹疼痛的属血瘀；量多、色淡、质薄的属气虚。同时结合其他伴随证候审辨虚实。血热者，重在清热固经，气虚者重在补气摄血，但不能影响正常月经的排出，以免血瘀为害。血瘀者重在化瘀以止血。

本病的治疗，前人谓“和其阴阳，调其血气，使不相乘，以平为福。”

1. 血热证

主证：经行量多，色鲜红或深红，质黏稠，或有小血块，常伴心烦口渴，多梦，尿黄，便结，舌质红，苔黄，脉滑数。

治法：清热凉血，固冲止血。

方药：固经丸加味（《丹溪心法》）。

炙龟甲 10～15 克，生地、白芍、熟地、黄芩各 10 克，黄柏 6 克，椿根皮 15 克，香附、丹皮炭、侧柏叶各 10 克。

服法：每日 1 剂，水煎分 2 次服用，经期量多可加服 1 剂。

加减：若经血黏稠有腐肉气，或平时黄带淋漓，下腹坠痛者，重用黄芩、黄柏，酌加马齿苋 30 克、败酱草 12 克、薏苡仁 10 克；热甚伤津，口干而渴者，酌加天花粉 15 克，玄参、麦冬各 10 克，以生津止渴。

若有以上血热主证，又伴见倦怠乏力，气短懒言，或心悸少寐等证，乃失血伤气耗阴，气虚血热之象。治宜益气养阴，凉血止血。方用安冲汤（《医学衷中参西录》）加党参。

白术、黄芪各 12 克，生龙骨、生牡蛎各 15 克，大生地、生白芍、海螵蛸、茜草、川断、党参各 10 克。

加减：若外感热邪化火成毒，经量多，经色黯红，臭秽，发热恶寒，少腹硬痛拒按，又宜清热解毒化瘀。方用解毒四物汤（《沈氏尊生书》方：黄连 5 克，黄芩、黄柏、栀子各 9 克，生地黄、当归、白芍药各 10 克，川芎 5 克）酌加败酱草、红藤、桃仁、丹皮各 10～12 克。

2. 血瘀证

主证：经行量多，或持续难净，色紫黯，质稠有血块，或伴小腹疼痛拒按，舌有

瘀点，或舌质紫黯、脉细涩。

治法：治血化瘀，固冲止血。

方药：加味失笑散（《实用妇科方剂学》）。

蒲黄 10 克，炒五灵脂 15 克，黑当归、赤白芍、川断、香附、山楂各 10 克，花蕊石 15 克，益母草 30 克。

服法：每日 1 剂，水煎分 2 次服用，经量过多可加服 1 剂。

加减：若见舌红无苔、口干咽燥、五心烦热、自汗盗汗等阴虚证候者，酌加沙参、麦冬各 10 克，五味子 6 克，女贞子、旱莲草各 15 克；若经行腹痛甚者，酌加延胡索 12 克、香附 10 克；兼口渴心烦者，酌加黄芩 10 克，黄柏 6 克，炒地榆 10 克。

3. 气虚证

主证：行经量多，色淡红，质清稀。或兼见面色苍白，气短懒言，肢软无力；或小腹空坠；或心悸怔忡。舌淡苔薄，脉细弱。

治法：补气健脾，摄血固冲。

方药：补气固经丸（《妇科玉尺》）。

党参 15～30 克，黄芪 10～20 克，白术、茯苓各 10 克，川断、马齿苋各 15 克，荆芥炭、陈皮各 6 克，砂仁（后下）5 克，炙甘草 5 克

服法：每日 1 剂，水煎分 2 次服用，经量过多者，可加服 1 剂。

加减：若正值经期量多，加阿胶 10 克，焦艾叶 8 克，乌贼骨 15 克，炮姜炭 6 克，以固涩止血；经期过长，日久不断，加炒蒲黄 10 克，益母草 30 克，以活血止血；腰腹冷痛加续断 15 克，破故纸 10 克，艾叶 8 克，以补肝肾，固冲任，温经止血；兼头晕心悸者，加熟地 10 克，制首乌 10 克，五味子 5 克。

【临床体会】

从长期临床观察中我们发现，血瘀性出血在本病中占很大比重。就血瘀的形成而言，其原因：一是经期，产后将息不慎，余瘀不净，瘀血滞留，积于冲任子宫，瘀血不去，新血不得循经而妄行；二是肾虚肝郁，情志不畅，气滞则冲任不得畅达，而且冲任功能依赖于肾，肾阳之气不足，既不能溶解子宫内的瘀浊，又不能助冲任以司通达，因而造成子宫内血瘀，以致血不归经，离经之血，溢于脉外，排出体外；如排泄不畅，又将加重血瘀，正如《血证论·瘀血》所说："吐衄便崩，其血无不离经。凡系离经之血，与营养周身之血，已睽绝而不合……，此血在身，不能加之好血，而反阻新血之化机……。"从临床角度来看，月经过多的病证，其血瘀大多属于后者，即由肾肝脏腑功能失调，使气血阴阳的月节律变化失常，导致子宫冲任内的血瘀，但其程度、范围、性质远较崩漏为轻，但其出血之理则相同。

瘀热互兼，亦是月经过多中颇为常见的原因。血热除素体阳盛、嗜食辛辣所致外，大多与心肝气郁而化火有关，而心肝气郁所以易于化火以及致瘀者，又常与肾的不足有关。肾阳偏虚，心肝气郁，可以导致瘀痰，肾阴偏虚，心肝气郁，又可以致气郁化火，故心肝气郁病变在肾虚的前提下，极易导致化火、结瘀两种不同病变

的存在。

气虚脾弱而发本病者少，大多为血瘀或瘀热的兼夹因素。

在辨治方面，着重在化瘀调经，控制出血。目前有不少患者在长期服用固涩止血方药后，子宫肌瘤、内膜异位症、盆腔淤血症、盆腔炎症等病证有所增加，而且随着时间的推移，固涩止血药的疗效也渐差，反使经期延长，所以，固涩止血并非良法，对有瘀者，还当化而逐之，以免贻误病情。西医学采用刮宫止血，确实可以起到双重作用。血瘀的程度和范围不同，以及出血的缓急有异，治疗也就不同。一般程度较轻的，用加味失笑散，药用黑当归、赤白芍、五灵脂、蒲黄、川续断、茜草炭、景天三七、血见愁、荆芥、益母草各 10 克等；血瘀程度较甚，手按小腹有疼痛感觉，经血阵下，夹有大血块，用《傅青主女科》的逐瘀止血汤，药用酒炒生地、大黄、赤芍、炒当归、炙鳖甲、炙龟甲、炒枳壳、丹皮、桃仁，水煎服，一剂病轻，两剂病止，三剂血亦全止。根据此方治疗作用的描述，显系月经过多的典型血瘀证，因为我们临床长期观察，发现真正的无排卵性崩漏，一般均无腹痛症状，而有排卵型的月经过多之属于血瘀证者，均有程度不同的腹痛。对血瘀较为严重者，我们可以运用加味脱膜散，药用肉桂、三棱、莪术、五灵脂、三七粉（分服）、益母草等。对功能失调性子宫出血的患者，不论有无排卵，凡属于血瘀证型者，确实应按血瘀的程度、范围，分别轻、中、重予以施治，然而活血化瘀的确也有引起出血增多者，特别是阴虚血管脆弱者，更应有所慎重，如《傅青主女科》的逐瘀止血汤之所以有生地、龟甲、鳖甲，就是针对阴虚而用的；如有气虚者，尚应加入党参、黄芪、甘草、沙参、白术；如有肾虚者，应加入川断、杜仲、补骨脂、鹿角胶等品；肝肾阴虚，虚热偏甚者，应加入女贞子、墨旱莲、山药、熟地、白芍等品；出血特多者，必须加入大小蓟、血余炭、茜草炭、飞廉、血竭、花蕊石、三七粉、琥珀粉、荆芥等偏于止血之品；如若偏于阳气不足者，则应加入艾叶炭、赤石脂、禹余粮、炮姜、补骨脂等温涩止血之品。在活血化瘀的同时，加强控制出血，以防好血外流，带来不应有的损失。

本病因失血过多引起气血俱虚，严重影响健康。如病程过长，将会发展为崩漏。若过用温燥动血之品，则伤阴动血反致经水量多，甚则月水淋漓不断而致崩漏之症；若过用寒凉之品，易致血凝气滞。《素问》曰："天地温和，则经水安静。天寒地冻，则经水凝泣，寒凝气滞，经行不畅，则痛经诸症由此而生。"收敛止血药仅适用于虚损不足的出血证，其属实热出血、湿热下注及瘀血内阻所致月经量多者，若早用收敛止血之品必致留邪为患。

第五节 月经过少

月经周期基本正常，经量明显减少，甚或点滴即净，或经期缩短不足两天，经量亦少者，称为"月经过少"。亦称"经水涩少"、"经量过少"、"经行微少"。

月经过少，在金元以前的医著中归在"月经不调"范畴。《黄帝内经素问》首提其病机为寒凝，为后世医家所遵循。汉·张仲景《金匮要略》称为"经水不利"；隋·巢元

方《诸病源候论》列“月水不利候”；自金·刘完素对于月经过少始有单独论述。经历代医家的不断研讨和论述，对本病的认识渐趋完善。在病位上突出了脾肾、胞脏、冲任，病机中强调了寒凝、热灼、血虚、血瘀、痰湿，治疗上以虚则补之、涩则通之为大法，相应的有补血养血、清热凉血、温经活血、祛痰活血等不同治法。通过诊疗实践，积累了不少有效的治疗方药，为今天研究和治疗月经过少提供了范例。

【病因病理】

本病的主要病机在于阴血不足，血海较为空虚，子宫内物质亏少，所以经行量少。亦有三方面的原因。其一是先天因素，禀赋薄弱，天癸不充，泌至偏少，子宫偏小，故经行量亦偏少。其二是后天因素，或大病久病之后，损耗阴血，或心脾亏损，化源不足，水谷之精不能养先天之精，精血不足，血海空虚；或刮宫流产手术创伤，以致肝肾不足，阴血亏虚，更为重要的是子宫血海受到伤害，恢复不良，致经行血下偏少；或服用激素类药物，或者长期服用避孕药，抑制天癸的泌至，阴长不良，阴阳消长、转化的月节律受到抑制，长期不能形成阴阳消长转化，亦将损害到子宫血海，使子宫血海排泄不良，故终致排经量少。其三，长期的精神紧张，心情忧郁，五志不遂，心肝郁阻，化火伤阴，阴血不足，血海子宫亏虚兼以气郁不畅，胞脉虽不至闭塞，但毕竟开放不利，是以经行量少。

但在阴血不足的发展过程中，还可能出现单纯的气滞、血瘀、血寒、痰湿等病变。气滞者，素体忧郁，情志不畅，气机阻遏，经行不畅，以致经来涩少；血瘀者，常因经、产留瘀，滞于子宫，子宫居下焦，且湿浊常与余瘀交合，粘留于子宫内，阻遏于血海之中，每逢经行，必滞遏经血下行，亦致经血量少；血寒者，常因经行、产后摄生不慎，寒邪内侵，寒客子宫之内，与湿瘀交阻，以致经行不畅，所下涩少；痰湿者，常因肾阳偏虚，脾运不及，气化不利，津液水湿内聚，凝而为痰湿，蕴阻气机，气血运行不畅，经脉受阻，发为经行量少。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

1. 临床表现　月经周期正常，经量少，甚或点滴即净，或行经时间缩短不足 2 日即净，排泄的经血总量少于以往。

2. 病史　注意有无失血病、经期产后腹痛、发热史，发病前有无使用过避孕药史及堕胎史，有无干血痨或痨瘵接触史。

3. 检查　通过 B 超检查和内分泌检查，以观察性激素及子宫、卵巢等的变化。

二、鉴别诊断

1. 激经　妊娠后仍按月行经而无损于胎儿者称为激经。此时月经量较以往月经明显减少，可伴有恶心、头晕等早孕反应。而月经过少一般很少突然发病，多为逐渐减少，且无早孕反应，尿妊娠试验阴性。

2. 经间期出血　其出血量较月经量明显减少，但经间期出血发生在两次月经之间，从时间上可与月经过少鉴别。

3. 胎漏　胎漏是停经一段时间以后发生的少量阴道流血，应与月经后期伴月经过少相鉴别，胎漏者大多有早孕反应。

【辨证论治】

本病虚多实少，即使是瘀滞亦多属气血有伤，不可恣投攻破，以免重伤气血，使经血难复。本病的主要证型为阴血虚，治疗的重点在于滋阴养血。

一、主证型

1. 阴血虚证

主证：月经量少，或点滴即净，经色偏淡，清稀无块，或伴头晕眼花，心悸怔忡，五心烦热，潮热，平时带下偏少，舌质淡红，脉细。

治法：补血养血，佐以益气。

方药：滋血汤（《证治准绳·女科》）

人（党）参、山药、黄芪、当归、白芍、熟地、白茯苓（去皮）各 10 克，川芎 5 克。

服法：水煎分服，每日 1 剂，以经前、经期服用为宜。

加减：若经来过少，点滴即止者，为精血亏虚将成闭经之象，加枸杞子、山茱萸各 10 克以滋养肝肾，填精益血；如脾虚食少者，加砂仁（后下）5 克、陈皮 10 克以行气健脾。

2. 肾阴虚证

主证：经来量少，2～3 日即净，或点滴即止，血色淡红或黯红，质薄，腰脊酸软，足跟痛，头晕耳鸣，或小腹冷，或夜尿多，平时带下偏少，舌淡，脉沉弱或沉迟。

治法：补肾气，益肾精，佐以养血调经。

方药：归肾丸（《景岳全书》）。

菟丝子、山药各 15 克，杜仲、枸杞子、山萸肉、当归、熟地、茯苓各 10 克。

服法：水煎分服，每日 1 剂，以经前、经期服用为宜。

加减：若以经色黯红、小腹冷痛、夜尿多等肾阳虚证候为主者，选加温肾阳药，如仙灵脾、巴戟天、仙茅、补骨脂、益智仁各 10 克等；如以经色红、手足心热、咽干口燥等阴虚火盛证候为主者，去杜仲、菟丝子，加丹皮 10 克，知母 9 克。

二、兼证型

1. 气滞证

主证：经水涩少，行而不畅，色紫或黯红有块，小腹胀痛，胸闷胁胀，乳房胀痛不适，舌质正常，苔薄白，脉弦或涩。

治法：疏肝理气，养血活血。

方药：八物汤（《证治准绳·女科》）。

当归、赤白芍、白术、茯苓、熟地各 10 克，延胡索 12 克，制香附、川楝子、广木香各 9 克，川芎 5 克，山楂 9 克，甘草 3 克。

服法：水煎分服，每日 1 剂，以经前、经期服用为宜。

加减：经来量少，加丹参、茺蔚子各 10 克；小腹冷感，去川楝子，加官桂、乌药

各 6 克；夜寐甚差，烦躁不安，加合欢皮 10 克，钩藤 12 克。

2. 血寒证

主证：经行量少，色黯红，小腹冷痛，得热痛减，畏寒肢冷，面色青白，舌黯，苔白，脉沉紧。

治法：温经散寒，养血活血调经。

方药：温经汤（《金匮要略》）加减。

当归、芍药、党参、牡丹皮各 10 克，川芎、吴茱萸、桂枝各 6 克，阿胶 10 克，半夏 9 克。

服法：水煎分服，每日 1 剂，以经前、经期服用为宜。

加减：小腹刺痛拒按，血块排出者加桃仁、红花各 10 克；若夜尿多等肾阳虚证，加仙灵脾、巴戟天、仙茅、补骨脂各 10 克。

3. 血瘀证

主证：经行量少，色紫黑，有血块，小腹刺痛拒按，血块排出后，刺痛减轻，舌紫黯，或有小瘀点，脉细涩或弦涩。

治法：活血化瘀调经。

方药：桃红四物汤（《医宗金鉴》）。

桃仁、红花、当归、白芍、熟地各 10 克，川芎 9 克。

服法：水煎分服，每日 1 剂，以经前、经期服用为宜。

加减：若小腹胀痛以胀为甚，为气滞血瘀，原方加香附、乌药各 10 克以理气行滞；如小腹冷痛，得热痛减，为寒凝血瘀，原方加桂枝、吴茱萸各 6 克以温通血脉。

4. 痰湿证

主证：月经量少，色淡红，质黏腻如痰，形体肥胖，胸闷呕恶，或带多黏腻，舌淡，苔白腻，脉滑。

治法：化痰燥湿调经。

方药：苍附导痰丸（《叶天士女科诊治秘方》）。

苍术、香附、胆南星、枳壳、茯苓、法半夏、陈皮各 10 克，神曲 9 克，甘草 3 克。

服法：水煎分服，每日 1 剂，以经前、经期服用为宜。

【临床体会】

月经过少的病机有虚实之分，虚者或因血虚，或脾虚，或肾虚致精血不足；实者可因血寒、气滞血瘀、痰阻致气血不畅。宜对因治疗，祛除病因以调经。对本病，详询病史和搜集各种检查资料极为重要。生育年龄妇女，如经量突然减少，应首先排除妊娠后再行治疗。若月经过少合并月经后期者，调治失误或不及时，可转为闭经、不孕。服用避孕药期间血量过少者，停药后多可恢复正常。经量过少除妇科原因导致外，也是机体受病的反应，若因全身性疾病所致者，治愈原发病，经量也可逐渐恢复正常。注意有无痨瘵，以便审因论治。同时长期经量过少，可给病人带来心理压力，因此应积极治疗。临证结合月经色质、全身情况及舌脉以辨虚实寒热。本病虚多实少，故治疗不可恣投攻破，实者宜中病即止，不可过量，以免损伤中气，使经血难复。平素应

注意预防，经期严禁涉水饮冷，以免凝滞气血。本病易向闭经转化，应积极治疗。如因疾病（如痨瘵）导致经少，则预后稍差，当治疗原发疾病后，则月经尚可调畅。根据我们多年来的临床观察，月经量少者阴虚的程度，较之月经后期者尤为严重，过少者常与后期相伴见。治疗时间较长，近40岁或者超过40岁的女性见此，尤需注意是否为卵巢早衰存在，一方面检查激素以确诊之，另一方面应注意烘热出汗、烦躁失眠、带下过少等证，治疗必须心肾合治，可用清心滋肾汤或坎离既济丹，均见下篇，耐心服药，才能有效。

第六节　经期延长

月经周期基本正常，行经时间超过7天以上，甚或淋漓半月方净者，称为经期延长。亦称“月水不断”、“月水不绝”、“经事延长”等。

西医学认为：由于月经期子宫内膜剥脱后，下一周期卵巢新的卵泡发育迟缓或欠佳，所分泌的雌激素不足，以致子宫内膜不能再生修复已剥脱的创面而止血，而使月经期延长。

【病因病理】

本病的形成，主要在于阴虚血热、血瘀内阻，所以会出现阴虚血瘀、血瘀内阻，又与脏腑功能失调，冲任失于固摄所致，还可缘于气虚、脾肾阳虚、湿热缠结等。

行经期，是月经周期演变中的一个重要时期。行经期是旧周期的结束，新周期的开始，其生理特点，在于重阳转阴，是新周期开始时期的转化，转化顺利，经血排泄亦顺利，转化不利，经血排泄亦欠利，之所以排泄不利，与瘀滞密切有关，排泄欠利，又将加深瘀阻，或形成新的瘀血，故经期延长，当然还常与寒凉因素，情志不遂的气滞因素，刮宫、流产等余瘀不净，以及经期性交等有关。正如《校注妇人良方·调经门》所说：“妇人月水不断，淋漓腹痛……或因经行合阴阳，以致外邪客于胞内，滞于血海故也……。”阴虚血热，亦颇为重要。诸凡阴虚者，必易火旺，阴虚久必及阳，阳有所不足，重阴不足，转化自然不利，此其一；阴虚火旺，火旺则动之过甚，促其转化加快，反致转化欠利，而火热又必迫血妄行，是以出现经行淋漓，有如《妇科玉尺》所说：“经来十数日不止者，血热也。”所以血热合血瘀相互兼夹者，乃是经期延长中最为常见和最为主要的病变和证型。

本病因于气虚者，主要在于脾虚，或因素体脾弱，或因劳倦过度，伤脾耗气，脾虚气弱，统摄无权，冲任不能约制经血，以致经血淋漓不净，故《校注妇人良方》云：“妇人月水不断，……或因劳损气血而伤冲任。”

脾肾阳虚，饮食劳伤，房室不节，经行产后失于调养，伤及脾肾，脾肾阳气不充，重阳有所不足，转化不利，血海冲任失摄，故致经期延长。

此外，尚有湿热蕴阻，滞于冲任，扰动血海，以致经行不利，是以经期延长者。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

1. 临床表现　月经周期基本正常，而行经时间延长，超过 7 天以上，甚或淋漓半月始净，连续 3 个周期发作者。

2. 检查　基础体温及子宫内膜病理检查均正常，或有炎性改变；B 超检查示卵泡发育欠佳，与同期相比卵泡较小；血测性激素水平；可行宫腔镜检查，排除子宫肌瘤等器质性病变。

二、鉴别诊断

1. 崩漏　周期紊乱，漏下乃经血非时而下，淋漓不断，持续时间无规律，常与崩交替出现。经期延长则月经周期正常，持续时间延长而能自止，每月反复，有规律可循。

2. 赤带下　赤带者，月经之期、量正常，经净后阴道流出似血非血的赤色黏液，绵绵不绝。本病系经血淋漓不净，所下主要是血，湿热者也是血多黏液少，终与赤带不同。

【辨证论治】

临床辨证以月经量、色、质为主，结合全身兼症及体征综合分析。一般来说以血热、血瘀为主，气虚、脾肾阳虚、湿热蕴阻为次。在治疗上以审因论治去其所病，使血有所统，缩短经期，达正常范围为原则。并应动态观察经期延长的发展、演变，以防变生他病。

一、主证型

1. 阴虚血热证

主证：经行时间延长，量少，色鲜红，质稠，咽干口燥，潮热颧红，手足心热，大便燥结，舌质红，苔少，脉细数。

治法：滋阴清热，调经止血。

方药：固经丸（《妇人良方大全》）去黄芩、香附，加生地、地骨皮。

黄柏 9 克，龟甲 10～15 克，白芍 12 克，黄芩 10 克，樗根皮 15 克，香附 10 克，生地 10 克，地骨皮 10 克。

服法：水煎分服，每日 1 剂，以经前、经期服用为宜。

加减：若口渴者，加麦冬 6 克；若兼血多者，酌加生地榆 10 克；若潮热明显者，加女贞子、旱莲草各 15 克，使滋阴止血之力更强。

2. 血瘀证

主证：经行时间延长，量或多或少，经色紫黯有块，经行小腹疼痛拒按，舌紫黯或有小瘀点，脉涩有力。

治法：活血化瘀，止血调经。

方药：桃红四物汤（《医宗金鉴》）加减。

当归、生地、赤芍、桃仁各 10 克，红花、川芎各 6 克，山楂 10 克，益母草 15～

30克。

加减：若腹痛不止，加失笑散15克；若经血量多者，加茜草15克，乌贼骨、牡蛎各30克；若血少淋漓，佐以清热，加旱莲草、蒲黄各15克；若经行初血少，侧重于温经调经，加艾叶、香附炭、益母草各6克。

服法：水煎分服，每日1剂，以经前、经期服用为宜。

二、次证型

1. 气虚证

主证：经行时间延长，逾期7天不止，每月反复，量多，经色淡红，质清稀，肢倦神疲，气短懒言，面色苍白，舌淡，苔薄，脉缓弱。

治法：补气固冲，止血调经。

方药：归脾汤（《济生方》）。

党参、白术、茯苓、黄芪各10克，龙眼肉、酸枣仁、木香各6克，炙甘草3克。

服法：水煎分服，每日1剂，以经前、经期服用为宜。

加减：若月经量多者，加乌贼骨、茜草、棕榈炭以温经固摄止血；若伴有经行腹痛，有块者，酌加延胡索12克，三七3~5克，血余炭10克；若血虚者，症见头晕心悸，失眠多梦，酌加制首乌、龙眼肉、熟地各10克。

2. 脾肾阳虚证

主证：月经过期不净，色淡红，质稀，形寒肢冷，腰膝酸冷，下腹冷痛，食少，纳呆，大便溏，小便频，夜尿多，舌淡胖，脉沉细或弱。

治法：健脾补肾，固经止血。

方药：健固汤（《傅青主女科》）加补骨脂、乌贼骨。

党参、白术、茯苓、黄芪各10克，巴戟天9~10克，薏苡仁10克。

服法：水煎分服，每日1剂，以经前、经期服用为宜。

加减：若腰冷痛者，加杜仲、菟丝子各12克；若小便频者，加益智仁、桑螵蛸各10克；若气短者，加黄芪15克；便溏者，加五味子、肉豆蔻各6克。

3. 湿热蕴结证

主证：月经淋漓，过期不净，量少，色黯如败酱，混杂黏液，气味秽臭，腰酸胀痛，平素带下量多色黄臭秽，舌质正常或偏红，苔黄腻，脉濡数。

治法：清热利湿，止血调经。

方药：四妙丸（《成方便读》）加金银花藤、炒贯众、炒地榆、茜草、益母草各15克。

黄柏9克，薏苡仁10克，苍术、怀牛膝各10克。

加减：若带下量多色黄者，加炒荆芥6克，金银花藤、益母草各15克，贯众炭、炒地榆、茜草各12克；若经血气味秽臭者，宜加败酱草、白花蛇舌草各15克。

服法：水煎分服，每日1剂，以经前、经期服用为宜。

【临床体会】

经期延长，是从月经过多中衍化而来的，与月经过多相似而有别，虽然均以血瘀、

血热为主要病机，但月经过多者，治疗在于化瘀与止血并重，而经期延长者，在于清除余瘀，缩短经期。

关于经期延长的具体概念，尚需进一步明确。一般认为经期超过7天以上，甚则淋漓达10余日者，谓之“经期延长”，殊不知在日常生活中，不同体质类型的女性，其行经期标准也有所不同。如：3数律者，行经均在3天净，而且有其规律性，如果超过3天，即在3天以上者，就可谓之经期延长；5数律者，行经期均在5天净，亦有其规律性，如果超过5天，即在6天以上者，就可谓之经期延长；因此并非都要7天以上。而且偶然一次或两次经期延长，并无临床症状，迅即恢复正常经期者，可不作经期延长论治。所以须连续3次以上，或者连续2次经期超长，具有一定的临床症状者，才能诊断为“经期延长”的病证。

经期延长，从病变角度而言，主要在于“瘀热”，尤以瘀为主，但亦关系到肾虚与子宫固藏的问题。所以在治疗上必须排除子宫残存的血瘀，才能保障子宫正常地固藏。然而此残存的血瘀，不同于一般血瘀，单纯的祛瘀药有时并不能达到排瘀的目的，在部分患者还会引起出血增多，经期变得更长。何以如此，盖因此瘀与肾阴阳失衡有关，与子宫的藏泻有关，而且这种瘀血为膜样性血瘀，由肾阴阳失衡，特别是阴虚及阳虚所致，阳虚所致膜样血瘀具有脂膜与血瘀相合的特点，在有阴阳转化保持月经周期性的前提下才能排除，但必须与补肾相结合，与收缩子宫相结合。轻则可用失笑散，同时加入川断、杜仲、寄生等品；如果表现为明显的阴虚血热病证，则应选用二至地黄丸（汤）合加味失笑散，即女贞子、墨旱莲、山药、山萸肉、牡蛎、丹皮、茯苓、五灵脂、蒲黄、茜草、益母草等品；如果表现为明显的阳虚血寒病证，则可应用人参鹿茸汤合加味失笑散，即红参、党参、鹿角胶、补骨脂、杜仲、炒白术、赤石脂、五灵脂、蒲黄、茜草、益母草等品，治疗子宫冲任，原本就有通涩并用，补理兼施的方法；血瘀偏重，可运用逐瘀脱膜汤加入补肾之品，即当归、赤芍、五灵脂、肉桂、三棱、莪术、川断、杜仲、益母草、炒枳壳等品，偏于肾阳虚的，尚应加入紫石英、补骨脂等品，偏于阴虚火旺的，应去肉桂，加入钩藤、女贞子、墨旱莲、炒丹皮等，如再兼湿热，必须加马鞭草、鹿衔草、败酱草、薏苡仁等品。

经期延长属于黄体萎缩不全。黄体萎缩不全，可引起经期延长和经量增多。若以经期延长为主者，则可按经期延长辨治，主要抓住心肝郁火论治，但亦必须照顾到血瘀。西医学认为，由于黄体萎缩不全，雌孕激素不能迅速下降，子宫内膜由于激素水平的失衡，不能按时脱落，而呈不规则地脱落，使出血期延长、血量增多，又称子宫内膜脱落不全。辨治虽同上，但我们体会，对黄体萎缩不全，BBT高温相该下降而不顺利，或下降幅度偏小者，应清心肝之郁火，结合化瘀调经，可用钩藤汤、越鞠丸、泽兰汤加减，药用钩藤、白蒺藜、合欢皮、丹皮、制苍术、制香附、泽兰叶、赤芍、丹参、益母草、川牛膝，有时甚则加炒枳壳、大黄等品通泻之方能取效，平时着重滋肾调心肝气血以治之。

第七节 经间期出血

月经周期基本正常，在两次月经中间，绸缪之时，出现周期性的阴道出血，称为经间期出血。

本病即西医所说的排卵期出血。在中医学文献中没有专论，散见于月经先期、月经量少、经漏、赤白带下等有关记载中。明代袁了凡明确指出："…月经行一度，必有一日蕴育之候，此的候也，顺而施之则成胎。"关于经间期出血的名称，因受条件所限，论述不明确。明·王肯堂《证治准绳·妇科·胎前门》载："袁了凡先生云：天地生物，必有绸缪之时。万物化生，必有乐育之时。如猫犬至微，将受娠也，其雌必狂呼而奔跳，以乐育之气触之而不能自止耳。此天然之节候，生化之真机也……丹溪云：一月止有一日，一日止有一时。凡妇人一月经行一度，必有一日乐育之候，于一时辰间气蒸而热，昏而闷，有欲交接不可忍之状，此的候也。于此时逆而取之则成丹，顺而施之则成胎矣。"

【病因病理】

经间期是指两次月经的中间期。它是继经后期由虚至盛，由阴转阳的转化时期。李时珍在《本草纲目》中云："女子阴类也，以血为主，其血上应太阴，下应海潮，月有盈亏，潮有潮汐，月事一月一行，与之相符，故谓月水"，已经意识到天地间有规律的变化，与人体内部特别是周期生物钟样变化，有着相似的阴阳消长转化。就女子月经来说，这种变化，首先奠基于阴血，经血来潮，血海空虚，阴精不足。随着月经周期的后移，阴血逐步滋长，阴精愈加充盛，经过半个月的恢复，阴精充盛，精化为气，阴转为阳，这是月经周期中的一次重要转化，阴气骤盛，绸缪之状萌发。体内阴阳调节功能正常者，自可适应此种变化，无特殊证候。而有些经间期元精充实，阳气内动，加以肾阴不足、湿热内蕴或瘀血内留等因素动血者，便可引致阴道出血。

经间期出血的主要原因，在于肾阴亏虚。其所以出血者，有以下四种情况：其一，是阴精有所不足，重阴有所不及，故重阴必阳的转化就不太顺利，但又不得不转化，因而绸缪状加剧，子宫血海的固藏受到一定影响，故排卵的同时出现漏红；其二，阴精虚弱的程度较前略重，不仅滋长缓慢，经后期延长，而且转化期到来后，在规律支配下，活动较强，动之较甚，火气偏旺，迫血妄行；其三，阴精不充，癸水不足，既不能充实经络血脉，又不能涵养子宫冲任，血脉缺乏阴水滋养而脆性增加，因此出现经间期出血；其四，阴水不足，君相火旺，火旺亦易出血，亦有阴虚及阳，阳气不足，不能固藏子宫，统摄冲任，故常见于经间后期出血。

在阴虚的情况以及发展过程中还可兼夹以下一些因素，导致经间期出血的加重和反复出血。①郁火：常见于未婚女子，年龄偏大，积想在心，或者急躁易怒，动乎心肝，心肝气郁化火，在转化时，阳气内动，郁火更甚，加以阴虚胞脉胞络脆性增强，是以出血；②湿热：外湿与内湿交蕴，阻于盆腔冲任胞脉胞络之间，湿蕴生热，得经间期阳气内动之机，损伤子宫冲任，以致出血；③血瘀：或者体禀阴虚，癸水不足，

经产留瘀，瘀阻胞络，或因七情内伤，气滞冲任，久而成瘀，在阴虚冲任子宫失养的前提下，值缃缊乐育之时，阳气内动，血瘀与之相搏，活动加强，脉络伤损，以致出血。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

1. 临床表现　以两次月经中间，缃缊乐育之时，出血持续 2~7 天，血量少于正常经量，且呈周期性发作为其证候特点，伴有明显的腰酸，白带增多，色泽晶亮透明，质地呈黏稠状，或有下腹一侧的胀痛等症状。

2. 基础体温　测量基础体温，于高低温相交界处出血，当体温升高时出血停止。

二、鉴别诊断

1. 月经先期　月经先期，周期虽然超前，有时亦有半月一次者，但一般经量在正常范围内；经间期出血，发作有规律但血量偏少。

2. 月经量少　月经量少者一般周期尚正常；而经间期出血，常在月经周期中间出血。

3. 赤白带　赤白带无周期，且持续不断，或反复白带夹血；而经间期出血有周期性，持续时间短。

【辨证论治】

本病的辨证，着重在出血时间的异常及色质的辨别。根据“阴虚火伏者，以养阴清热为主”、“肝经郁热者，以清热凉血为主”、“湿热内蕴者，以清肝利湿为主”等理论，经间期出血的治疗总以调摄冲任，燮理阴阳平衡为主。肾虚者宜滋阴助阳，郁火者宜清肝解郁，脾气虚者宜健脾益气，湿热者宜清热利湿，血瘀者宜活血化瘀为主。

一、主证型

肾虚证，以肾阴虚为主，亦有阴虚及阳证。

1. 肾阴虚证

主证：经间期出血，量少或稍多，色红无血块，头昏腰酸，夜寐不熟，便艰溲黄，锦丝状带下较少，舌质偏红，脉细数。

治法：滋阴养血，清热固冲。

方药：二至地黄汤（《实用妇科方剂学》）加减。

女贞子、旱莲草、山药各 15 克，生地、山萸肉、丹皮、茯苓、地骨皮各 10 克。

服法：水煎分服每日 1 剂，于经净后 5 天开始服用。

加减：若兼潮热、盗汗者，加知母、黄柏各 6 克以滋阴清虚热止汗；兼乏力、便溏、脉细弱者，加砂仁（后下）5 克，菟丝子、川断各 15 克，以补肾气，调阴阳；若头晕耳鸣者，酌加珍珠母、生牡蛎各 30 克；夜寐不宁者，酌加远志 6 克，夜交藤 15 克；出血期，酌加旱莲草 15 克，炒地榆 15 克，三七 3 克。

2. 阴虚及阳偏于肾阳虚证

主证：经间期出血，量少，色淡红，无血块，头昏腰酸，神疲乏力，尿频，大便

或溏，脉细软，舌质淡红，苔薄白腻。

治法：滋阴助阳，益气摄血。

方药：健固汤（《辨证录》）加减。

党参、白术各 15 克，黑当归、白芍、干地黄各 10 克，杜仲、菟丝子、鹿角霜各 10 克，黄芪、茯苓各 10 克，甘草 3 克。

服法：水煎分服，每日 1 剂，于经净后 5 天开始服用。

加减：若兼大便溏泄，次数较多者，上方去干地黄、黑当归，加砂仁 3 克，炮姜 5 克；若胸闷，烦热口渴，上方去黄芪、党参，加黑栀子、炒柴胡各 6 克，丹皮炭 10 克。

二、兼证型

1. 郁火证

主证：经间期出血，量稍多，色红，或有小血块，胸闷烦热，头昏头痛，身热口渴，夜寐不佳，大便秘结，小便黄赤，脉弦数，舌质偏红，苔薄黄。

治法：滋阴养血，清肝解郁。

方药：黑逍遥散（《医宗己任编》）加减。

干地黄、丹皮、当归、白芍各 10 克，醋柴胡、栀子各 6 克，白术、茯苓、旱莲草各 10 克，合欢皮、远志各 6 克，莲子心 1 克，川断、菟丝子各 15 克。

服法：水煎分服，每日 1 剂，于经净后 5 天开始服用。

加减：若兼反复出血或出血稍多者，加地榆炭、大小蓟各 10 克；若夜不安眠者，加炒枣仁 10 克，黄连 3 克。

2. 脾气虚证

主证：经间期出血，量少，质稀，神疲体倦，气短懒言，食少腹胀，舌淡，苔薄，脉缓弱。

治法：健脾益气，固冲摄血。

方药：归脾汤（《济生方》）。

白术、黄芪各 10 克，龙眼肉、酸枣仁、党参各 15 克，木香、当归、远志各 6 克，甘草 3 克。

服法：水煎分服，每日 1 剂，于经净后 5 天开始服用。

加减：若出血期间去当归、香附、牛膝，酌加茜草根、乌贼骨各 15～30 克；兼食欲不振或食后腹胀者，去生地、白芍，加厚朴 6 克，谷芽 10 克；兼大便不爽者，去当归、生地，加薏苡仁、白扁豆各 10 克。

3. 湿热证

主证：经间期出血，色深红，量稍多，质黏腻无血块，平时带下量多色黄，小腹时痛，心烦口渴，口苦咽干，舌红，苔黄腻，脉滑数。

治法：清热除湿，凉血止血。

方药：清肝止淋汤（《傅青主女科》）加减。

白芍、生地、当归、丹皮各 10 克，阿胶（烊化顿服）10 克，黄柏 6 克，香附 10 克，茯苓、炒地榆各 10 克，小黑豆 15 克，牛膝 9 克。

服法：水煎分服，每日 1 剂，于经净后 5 天开始服用。

加减：见湿热偏湿甚者，加车前草 10 克，石韦 6 克；偏热甚者，加炒子芩 9 克；出血多，加地榆炭 10 克；兼大便不爽者，去当归、生地，加炒薏苡仁、白扁豆 15 克。

4. 血瘀证

主证：经间期出血，血色紫黯，夹有血块，小腹疼痛拒按，情志抑郁，舌紫黯或有瘀点，脉涩有力。

治法：活血化瘀，理血归经。

方药：逐瘀止血汤（《傅青主女科》）。

大黄 6 克，生地 10 克，当归尾、赤芍各 12 克，丹皮、枳壳、龟甲各 10 克。

服法：水煎分服，每日 1 剂，于经净后 5 天开始服用。

加减：出血期间，去赤芍、当归，加三七 4 克，炒蒲黄 15 克；若腹痛较剧者，加香附、延胡索 12 克；兼夹热者，加马鞭草 15 克，大小蓟各 12 克，炒黄芩 9 克。

【临床体会】

经间期出血病理特点在于肾阴较虚，阴阳转化不利，因此在治疗时务必把补阴养血放在第一位，促使阴阳顺利转化，恢复生理功能。对经间期出血仅仅点滴，1～2 天即净，且偶见于 1～2 个月周期中者，可不作疾病论治，但如出血稍多，时间稍长，伴有明显的临床症状，或者已经影响 BBT 高温图像，或者检验雌激素水平不能与周期后移相同步增长者，均应当作疾病调治。治疗经间期出血的重要意义，并不在于止血，而是在于促进重阴转阳的顺利转化，亦即是促进顺利排卵，保证月经周期的规律进展，我们对此观察多年积有一定经验，特介绍如下：

一、搞清两个概念

关于经间期出血，我们认为有两个概念要弄清楚。其一是经间期，其二是出血的问题。经间期者，含有特定的含义，不仅是指两次月经的中间时期，即时间的概念，而且还包括细缊状的排卵活动，这种排卵状的气血活动较之时间概念尤为重要。出血者，亦即是经间排卵期出血。

经间排卵期的生理特点，有如下几个方面：①重阴必阳；②细缊状气血显著活动；③生物钟节律运动，其中尤以细缊状气血显著活动最为明显。人是高等动物，自控能力较强，所以没有猫犬那般狂呼乱叫的发情状态，但是也的确存在程度不同生理反应，如锦丝状带下的出现，少腹隐隐作痛，或则烦躁兴奋，性欲有所增强。所有这些生理反应，均体现了一种动态反应。经间排卵期的“动”是主要的、绝对的，极为重要的。在“动”的过程中，若动得较明显，有少量出血，而且为时很短暂者，原可不属病变。如果由于重阴不足，转化欠利，因而反致气血活动加剧，细缊乐育之气较盛，阴不能及时滋长，阴阳不得交接，血管脆性增强，所致出血稍多稍长者，即经间排卵期出血。在治疗上，采用清热凉血，或者滋阴降火、固经止血的方法，在一般情况下原是对的，但是在经间期这一特殊生理情况下就有所不宜了，因为清热凉血和滋阴降火，均属于“静”的范围，静虽能达到止血的目的，但在一定程度上会影响经间期“动”的反应，影响动就将影响排卵，排卵受到影响，排卵有所困难，虽然出血得到控制，反而影响

排卵，实非其治也。所以我们认为治疗经间期出血，虽应滋阴降火，清热凉血，控制出血，但必须保证重阴转阳的气血活动，而且气血活动是前提，所以尚需结合助阳兼调气血，保证生理上的动态反应，对出血稍多者、或者出血时间较长者，可适当加入止血之品，对出血不多或时间不长者，有时可不予止血。笔者曾治一金姓女，年龄27岁，患经间期出血已三年，月经周期后期，结婚两年未孕，且经间期亦延后，锦丝状带下较少，排卵有所障碍，淋漓出血7~8日不已，腰酸头昏，形体稍胖，自述婚后月经更加延后，曾经用过固经丸、乌鸡白凤丸等控制经间期出血，药后出血得能控制，但月经周期更长，测量BBT，示高温相延后，呈缓慢上升，有时高温相不明显，曾经在某医院运用补肾法，效果亦不理想，经间期出血反有所延长。我们用补肾调周法，着重经后期与经间排卵期论治，虽有一定的效果，仍不理想，经间期依然出血，BBT高温相上升仍不理想，有时呈缓慢上升。经再三考虑，经间排卵期出血虽然时间较长，但病患并不严重，而排卵有所障碍是主要的，促进顺利排卵应是最重要的治法，故着重在经间排卵期论治，除服用补肾促排卵汤外，加用复方当归注射液（即当归、川芎、红花注射液制剂）每日肌注2支，连用5~7支，目的在于调气血，促排卵，加强气血活动。用后果然排卵较为顺利，BBT上升较快较明显，而经间期出血似乎有所增多，故在补肾促排卵法中加入炒蒲黄、大小蓟、炒荆芥等品，连续治疗5个月经周期，基本上控制了经间期出血，而月经周期也基本上得到恢复。

二、处理兼证的体会

经间期出血的病机阴虚是主要的，但常兼夹郁火、湿热、血瘀三者，其中尤以郁火、湿热为多见。夹郁火者，为阴虚郁火，在经间期细缊状气血活动加剧时，其火动者，更易伤络动血，所以不仅形成出血，而且在一定程度上出血稍有增多，色较鲜红。根据我们长期的临床观察，在大龄未婚女子中所见经间出血患者，颇多此种病变。在治疗上不仅要滋阴解郁，而且尚需加入一定量的止血之品，同时亦要加入一定量的调气活血之品，以促转化，达到顺利排卵的目的。常选用的方药为滋水清肝饮，加入大小蓟、炒五灵脂、蒲黄、侧柏炭等品，同时还需要进行心理疏导，调畅气机，放下思想包袱，才能真正解除心肝之郁。阴虚兼夹湿热者，其湿热内阻不仅影响气血活动，从而不得不加强活动以促顺利排卵，同时湿热也易损络动血，造成出血病患。在治疗上可根据湿热的轻重而决定清利湿热的方药。如湿热较轻，仍当以滋阴为主，适当加入清利之品，归芍地黄汤加入制苍术、薏苡仁、大小蓟即可；如湿热偏甚者，不得不先以清利湿热为主，遵从急则治标的方法，可予四妙丸加入萹蓄、碧玉散、土茯苓、瞿麦、泽泻、石韦、通草等品，亦可加入红藤、败酱草、马鞭草等治之，因为清利之药，其利湿作用较强者，亦有助于气血活动，而促进排卵期的顺利转化，而排出卵子，推动月经周期的演变。

三、关于经间期出血的止血与活血，静与动的认识

我们认为经间期出血者，其病患虽在于出血，但其出血量一般不是多，而是少，或者略多。所以我们认为止血不是主要的，而其细缊状的气血活动是主要的，只有保证气血的活动，才能保证顺利地排卵，因此经间排卵期的“动”是主要的、绝对的，而止血药绝大多数是属于静止性的，静者不利于动。我们在临床上的确发现应用过多

的止血药，特别是清热止血、酸敛止血药后，出血虽能得到控制，但排卵会受到抑制，不能形成排卵，此非其所治也。相反我们有时置出血于不顾，反而加用复方当归注射液肌内注射，促使气血活动，排卵顺利后，BBT 上升呈高温相，出血也迅速得控制。即使亦有些患者在注射复方当归针剂后，出血有所增加，但在 BBT 高温相后亦能很快自行止血。所以我们认为经间期出血，其目的不在于止血，不在于静，而在于绸缪状的气血活动，在于动，对少数出血稍多者可加用一定量的止血药，但不能影响其排卵活动。

第八节 崩 漏

经血非时而下，或量多如注，势若山崩，故谓之崩，即《诸病源候论》所说“忽然暴下，谓之崩中”；或量少淋漓不净，状若器漏，故谓之漏，即《诸病源候论》所说“非时而下，淋沥不断，谓之漏下”。崩中漏下，互相关联，互相转化，均属于经血非时而下的出血性病证，合称为崩漏。

崩漏是妇科常见病，属于急、重、疑难病证，历来为临床家所重视。关于本病的分类，历史上有归属于胎产类、带下类、癥瘕类、月经病类的，但后世大多数妇科著作，均将其列入“调经门”，属于月经病中功能性出血的病证。因此，我们认为：崩漏既然列入月经病范围，只能属于月经病中无周期性功能性出血的病症，不应包括其他疾病在内，这样亦便于判定它的疗效。

本病即西医学所指的功能失调性子宫出血。该病又分为无排卵型和排卵型两大类。无排卵型比较多见，约占 80% ~ 90%，常发生在青春期和绝经期，有相当的顽固性，还有少数患者有定时定期反复发作的可能。根据长期临床观察，我们发现本病尚有以下一些特点。一是病程偏长，反复发作，少数患者病程达数年以上；二是凡属崩漏者，均伴有程度不同的贫血，即出现气血不足的现象；三是本病常见于青年女子或围绝经期妇女；四是发病之前，均有月经失调，绝大多数有闭经史。所以认识本病证，应包括崩漏期、闭经期。实际上本病证治疗的一个重点，应在闭经期。积极预防，未病论治，控制崩漏发作，乃为要着。

【病因病理】

对崩漏的病理变化，应从局部和整体两个方面来分析。崩漏的局部病变在于子宫包括冲任，由瘀、热、虚三方而因素所致，其中瘀最为重要，也即是真正的局部因素，而热、虚两者，尚含有整体因素在内。崩漏的整体因素，为心肾子宫生理生殖轴调节的阴阳消长转化节律失常，简言之即阴阳失衡，出现“阴虚阳搏”的变化。兹则分别阐明如下。

一、局部病变

1. 血瘀　以往在分析崩漏的病因病机时，血瘀列于最后，而我们通过长期临床观察，特别是借助西医学的病理检验，发现崩漏的局部因素，为子宫内的血瘀，而且此血瘀并非一般的血瘀，正如《简明中医妇科学》引《备急千金要方》所说的：

“瘀结占据血室，而致血不归经。”这是一段很精辟的论述，说明了血瘀内结，占据子宫，导致出血，血不归经，这是崩漏最主要的出血因素。这种内结之血瘀，非一般性血瘀，所瘀者，亦不仅是血的成分，还包括脂膜组织、癸水、津液等内容。此血瘀者，实际上是指膜瘀，内结者，说明血瘀蕴结在程度上较重，一旦出血后，自然血不归经，形成顽固性反复性出血。瘀结的形成，过去认为与外界因素的风寒，以及经产留瘀、情怀不畅、气滞血瘀等有关，甚则进而认为就是由这些外因所造成的，今天，我们借助西医学的有关检查，以及系统的临床观察，认为子宫内的膜瘀内结，是在整体功能中脏腑失调、阴阳失衡的影响下所形成的，形成后又在脏腑失调、阴阳失衡的影响下不断发展，阴不足，则阳更弱，瘀结更甚，致使子宫内膜增生过长，瘀结日久，缺乏应有的阴液癸水的滋养，有可能形成干性瘀结；阳更弱，则气化不利，水湿津液内侵，与瘀结相合，有可能形成湿性瘀结，在崩中漏下中伴有大量水湿或液体。瘀结日久，得不到脏腑调节和阴阳正气的分化或溶解，则瘀者更瘀，结者更结，必然发展为癥瘕。在对崩漏病证患者的子宫内膜病检时，可以见到子宫内膜增生过长，任其发展下去会成为腺囊性病变，进而还有成为腺瘤性病变的可能。这在围绝经期崩漏中较为多见。正如《妇人大全良方·妇人腹中瘀血方论》中所说：“夫妇人腹中瘀血者，……血瘀在内，则时时体热面黄，瘀久不消，则变成积聚癥瘕也。”由于长期处于或崩或漏的时期中，外界湿热邪毒，极易入侵，由下而上，达乎子宫血海，与子宫内的瘀结相合，可以形成湿热夹瘀结，或瘀结夹湿热性的崩漏，简称湿热性崩漏。湿热邪毒不仅加剧和延长崩漏，而且将导致发热和腹痛。由于湿热是继发性的，且病情急剧，故称为继发湿热性崩漏，虽为少见，但当引起重视，予以及时处理。

2. 血热　前人认为血热是崩漏的重要因素。《傅青主女科·血崩》中云：“冲脉太热而血即沸，血崩之为病，正冲脉之太热也。”冲脉为血海，实即指子宫太热而致迫血妄行。血热虽含有整体性病变的意义，但以子宫血海而言者，还是着重在局部。我们认为，除瘀结性出血者外，血热的确也为常见的重要的病机，常常合并于瘀结性病变中，成为瘀热，或亦称热瘀性出血。亦有少数可单独出现者。关于形成血热的病因，前人认为与外因有关，如有人认为感受热邪，所谓天暑地热则经水沸溢；有人认为过食辛辣助阳之品，酿成内火；亦有人认为情怀抑郁，或则忿怒急躁，肝郁化火；还有人认为素体阳盛，肝火易动等。所有这些因素，固然在导致血热病变有一定意义，但我们认为，血热之所以形成，主要在于内在的脏腑功能失调，阴阳失衡所致，肾阴虚，癸水不足，阴虚则阳旺，阳旺自然火旺，火旺入血，必成血热，本虚标实，热迫血行，是以出现出血性疾病。但亦有少数阴盛而化火者，此乃物极必反之理，有如《傅青主女科》在“调经”门中所说的“肾中水火太旺乎”，又说“火太旺则血热，水太旺则血多，此有余之症，非不足之症也。”我们在临床上通过微观检验，亦的确发现雌激素过高所表现出的水火俱旺崩漏病证，但我们还发现雌激素过高所致崩漏患者，均有程度不同的而且是较重的瘀结病变，而且也更易发展为癥瘕。

3. 虚　就局部病变而言，主要是阴虚，其次是气虚。阴虚则子宫包括在子宫内的

冲任脉失养，而且也包括子宫肌肉失养，经络失养则血脉脆性增强，因而易致出血，肌肉失养则将影响子宫之收缩，所谓子宫失藏，也将增剧出血，前人谓之“阴虚失守”者此意也。气虚者，必然表现气的不足，子宫气虚，自然收缩乏力，因此不能控制出血，亦即前人所谓“气不摄血”之说也。另方面，由于阴虚癸水不足，阴虚及阳，自然也就导致阳的不足，使阴阳处于低水平的状态，阴阴之间失去对抗消长，从而反过来更影响阴本身的发展，亦将更加影响到对立面阳的发展，阴阳必然始终处于低水平而不能回升。由子阴虚的存在，癸水的不足，不能涵养子宫冲任，而致局部病变发生崩漏。

二、整体病变

本病整体的病变主要在于癸水阴阳的失衡，前人谓之阴虚阳搏。

1. 阳搏的病变　搏者，搏击也。所谓阳搏者，是一种动态的病变。我们认为：阳者，火也，阳搏者，火旺而动也，阳火之所以旺，实际上是由阴虚所致，阴虚则火旺，火旺又必阴虚。《傅青主女科》所谓水亏火旺，亦指此而言。火旺则必然要动，动则又必然涉及气血。就脏腑而言，火旺与心、肝、肾三脏有关，《校注妇人良方》“精血篇”中说：“肾乃阴中之阴也，主闭藏者，肝乃阴中之阳也，主疏泄者，然而二脏皆有相火，其系上属于心，心火一动，则相火翕然而从之。”君火动则相火随之而动。君火者，心也，相火者，肾与肝也，心肾者，水火之脏也，是调节阴阳之所在，而阳搏火旺者，自然与此更有关，或者正由于心肾失于交合，而形成阴虚阳搏。所以我们认为阳搏火旺者，尚需区分心火、肾火、肝火之不同，由于这类火旺阳搏，反映到局部的子宫冲任部位，自然导致迫血妄行，子宫失藏、冲任失约也。

2. 阴虚阳搏同时为病，或者两者交替为病　阴虚不仅使阴阳消长转化的月节律失常，并使局部的子宫冲任失约，进而使心、脑、肝等脏腑失养，使心、肝、脑等调节阴阳功能失调，从而使阴虚者更虚，另方面阳搏火旺者，不仅下扰子宫血海，迫血妄行，加剧崩漏，而且上犯心脑，使火更旺，火更旺则阳搏者更甚，且崩漏之后，阴血大耗，必然使阴虚阳搏者更为加剧，并将涉及肝脾等，导致一系列脏腑功能失调。由于火旺阳搏的长期存在，由于阴虚的加深，病情的加重，最终必致阴阳俱虚，阴虚及阳，渐致阳虚为主的虚衰状态，这就是崩漏发展的纵向过程。

在阴虚阳搏，瘀结占据血室的崩漏发展过程中，常可出现或兼夹脾虚，或兼夹郁火等病变，或者继发湿热病变，这就是崩漏病机的复杂性。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

1. 详细询问病史　应注意患者的年龄，以往月经情况，婚否，孕产次数，分娩经过，发病时间，出血量多少，出血持续时间，有无周期、有无血块及组织排出，采取了何种避孕方法，近期有无精神创伤、情绪波动、过劳等，一般健康状况，有无慢性肝病、血液病、高血压、心衰及代谢性疾病等。

2. 临床表现

（1）于宫出血：不规则于宫出血，其特点是月经的周期经期以及经量发生严重

紊乱。月经周期紊乱，常可在停经数周或数月后月经来潮，出血量多如注，暴下不止，或淋漓不断，甚至屡月不止，血崩时多有较大血块排出，一般无腹痛。

(2) 贫血：流血量多，或时间较长者，可伴有不同程度的贫血症状。

3. 检查

(1) 妇科检查：包括肛门检查，无器质性病变。

(2) 基础体温测定：呈单相型，或不规则的假高温相。

(3) 阴道脱落细胞及宫颈黏液涂片：阴道涂片检查，无孕激素作用，子宫内膜无周期性变化；宫颈黏液结晶在出血前数仍呈单齿植物叶状改变。

(4) 雌、孕激素测定：无周期性波动，特别是孕激素始终停留在增殖期水平。

(5) 诊断性刮宫：提示无排卵，子宫内膜病理多为增生期改变，或单纯增生过长、亚性增生过长，腺性增生过长等。

(6) 宫腔镜检查：功血患者子宫内膜无器质性疾病。

(7) B 超探查：子宫附件等未见器质性疾病，子宫内膜增厚等。

二、鉴别诊断

崩漏常需与下列病证相鉴别。

1. 月经先期，量多，经期延长　月经较正常周期提前 7 天以上而至，经量较以往增多，经期延长，但仍有一定的规律性可循。

2. 月经先后无定期　月经周期先后不定，但超越 7～14 天内外，提前或错后，经期一般正常，与崩漏无周期者不同。

3. 经间期出血　本病亦为非经期出血，常发生在两次月经的中期，出血量少，一般持续 2～5 天左右，常可自然停止，有一定的规律性。

4. 胎漏　妊娠早期，阴道少量流血，常伴有轻度的妊娠反应，尿妊娠试验阳性，且前 3 个月的月经周期正常。

5. 堕胎、小产　停经后阴道出血，伴小腹阵发性疼痛，腰部酸痛，阴道出血量多，甚则胚胎组织排出。少数需通过诊刮、宫腔镜等检查可以鉴别之。

6. 异位妊娠　大多发生在停经后，阴道少量不规则出血，少腹部一侧突然剧烈疼痛，伴肛门坠胀，甚则面色苍白、头晕乏力，尿妊娠试验阳性。

7. 滋养叶细胞类疾病　以往月经规律，停经后阴道少量不规则出血，无腹痛，恶心呕吐明显，B 超可以确诊。

8. 外阴、阴道外伤性出血　病发于外阴、阴道有创伤史或粗暴的性行为史，阴道出血色鲜红，呈活动性，检查未见宫颈口溢血。

9. 赤带　赤带多混夹黏液，局部可有痒痛等刺激症状，常可伴小腹隐痛、腰酸，多有子宫内膜炎。

10. 癥瘕出血　某些良性肿瘤，如子宫肌瘤，可见月经量多，或淋漓不净，恶性肿瘤如子宫内膜癌、宫颈癌会出现非时阴道下血，多少不定，伴有血臭气味。

【辨证论治】

崩漏是妇科疾病中常见的出血性疾病。属于月经病中的功能性疾患。其主要证型

为阴虚或偏阴虚，但在出血阶段时以瘀结、血热为突出。是以本病证在崩漏期，为瘀、热、阴虚三者综合出现为主，瘀结尤为重要。闭经期，以肾阴虚为主要证型。但在出血的后期阶段，能转化为阳气虚衰的证型。同时在病证发展过程中，有可能出现兼夹气虚、郁火、心火等，同时亦可有继发湿热证型，应区别辨治之。

在治疗上，由于崩漏的发病缓急不同，出血的新旧各异，因此，治疗崩漏需本着“急则治其标，缓则治其本”、“暴崩宜温宜涩，久漏宜清宜通”的原则，灵活掌握塞流、澄源、复旧三法。

塞流：即是止血。这是治疗血崩的紧急措施。暴崩之际，急当止血防脱。因气血相依，互为关联，失血过多，气无所依，必致浮散，导致气随血脱，故出血的同时，必佐固气摄血，如独参汤、生脉散。若出现四肢厥逆、脉微欲绝等证，须加附子、炙甘草、炮黑姜等，即使一般大出血者，亦需止血，以防止因出血过多而致贫血加重。塞流属于急则治标法。

澄源：即正本清源。辨证求因，审因论治，是治疗崩漏的重要措施。对一般性的崩漏出血，或者血止之后，根据不同的病因病机和主次证型进行辨证论治，可以运用清热、补肾、健脾、化瘀、解郁等法以取佳效。

复旧：即固本善后。崩漏之疾以经期、经量的严重紊乱为发病特点，血止后当以调理月经周期为治本之法。调理月经周期，必须重视肾，特别是肾阴癸水、肝脾气血、心脑神明，不仅应使贫血得到纠正，而且要恢复正常的月经周期。

治疗崩漏之法又不可截然分割开来，塞流需澄源，澄源当固本，互相参合，因证而施，灵活运用。

一、主证型

本病的主证型为瘀、热、虚三者的综合，但常有所侧重。

1. 偏于瘀结证

主证：经血非时而下，时下时止，时多时少，淋漓不净，或崩中下血，阵发性出血，色红或黑，夹有紫黑血块，有时腐肉片状血块，或伴小腹作胀，脉象细弦，或有涩滞之象，舌质紫黯，或有瘀斑，苔色黄白微腻。

治法：活血化瘀，清热补肾。

方药：四草汤合加味失笑散（《实用妇科方剂学》）。

马鞭草、茜草各 15 克，鹿衔草 30 克，益母草 15 克，黑当归、赤芍、白芍、五灵脂各 10 克，蒲黄（包煎）6～10 克，制香附 9 克，大、小蓟各 12 克，荆芥 6 克，炒川断 12 克。

服法：行经期日服 1 剂，水煎 2 次分服，出血量多时 3 小时服 1 次，日服 2 剂。

加减：出血量多时，加人花蕊石（先煎）12～15 克，三七粉 3～10 克，血余炭 10 克，大黄炭 5～9 克；腰酸明显，头昏耳鸣者，加人寄生 12 克，杜仲 9 克，钩藤 10～15 克；烦热口渴，便艰尿黄者，加人生地黄 10 克，炒黄柏 6～9 克，炒子芩 9 克。

2. 偏于血热证

主证：经血非时而下，量多如注，阵发性出血，色鲜红而质稠，或量一般，淋漓

不净，色红有血块，头昏头疼，心烦内热，夜寐较差，大便干，小便黄少，大便干结，脉象细数，舌质红，苔黄腻。

治法：清热滋阴，化瘀止血。

方药：固经丸（《丹溪心法》）加味。

炙龟甲 15～20 克，炒黄柏 6～10 克，炒黄芩、白芍、椿根白皮各 10 克，制香附 6～9 克，炒川断 10 克，炒五灵脂 10 克，蒲黄炭 6 克，大、小蓟各 15 克，生地黄 10 克。

服法：出血期日服 1 剂，水煎 2 次分服，大出血时日服 2 剂，分 4 次服。

加减：头昏头痛，烦热口渴，夜寐甚差者，加入钩藤 15 克，黑栀子 9 克，莲子心 5 克；腰俞酸楚，小便偏少者，加入碧玉散（包煎）9～12 克，寄生 10 克，茯苓 10 克；胸闷烦躁，腹胀矢气者，加入炒荆芥 6 克，醋炒柴胡 5 克，广木香 6～9 克。

3. 偏于阴虚证

主证：经血非时而下，量或多或少，色红质稀有血块，量多时呈阵发性，头昏腰酸，午后潮热，脉细数，舌质花裂，苔薄黄。

治法：滋阴养血，清热和瘀。

方药：二至地黄丸（汤）（《小儿药证直诀》）。

生熟地、山药、炒丹皮、茯苓各 10 克，山萸肉 6 克，女贞子、墨旱莲各 12 克，大、小蓟各 15 克，炒蒲黄（包煎）6～9 克，桑寄生 12 克。

服法：出血期每日 1 剂，水煎 2 次分服。

加减：夜寐甚差者，加入莲子心 5 克，炒枣仁克，青龙齿（先煎）10 克；头痛烦躁者，加入钩藤 15 克，苦丁茶 10 克，白蒺藜 12 克；腰酸尿频者，加入炒川断 10 克，牡蛎（先煎）10 克；腹胀矢气，大便质软者，加入炒白术 10 克，砂仁（后下）5 克。

4. 阳虚瘀阻证

一般见于崩漏的中后期。

主证：阴道不规则流血，时多时少，多则如注，少则淋漓，色淡，质稀，夹有血块，或掉下腐肉状血块，头昏腰酸，形寒肢冷，或小腹有冷感，面色晦黯，小便较频，脉细，舌质淡紫，苔白腻。

治法：补肾助阳，化瘀固冲。

方药：参芪胶艾汤（《金匮要略》）加减。

黑当归、赤芍、熟地各 10 克，艾叶 9 克，阿胶珠 10 克，鹿角胶（另炖，冲）9 克，党参（红参）6～10 克，炙黄芪 12 克，补骨脂 9 克，炙甘草 5 克，炒五灵脂 10 克，炒蒲黄炭 10 克。

服法：水煎分服，每日 1 剂，出血量多时可日服 2 剂。

加减：腹胀矢气，大便偏溏者，去当归、熟地，加炒白术 10 克，砂仁（后下）5 克，赤石脂 10 克；胸闷心烦，口渴咽燥者，去艾叶、补骨脂，加入莲子心 5 克，钩藤 12 克，炒丹皮 10 克；出血量多时，加入血余炭 10 克，三七粉 6 克（分吞）。

二、兼证型

常见的兼证型有郁火、脾虚。

1. 郁火证

主证：出血量多，或淋漓不净，色紫红，或鲜红有血块，伴有头昏头疼，胸闷烦躁，忿怒不已，情绪激动，纳欠，腹胀，时欲叹气，脉象弦细，舌质红边紫，苔黄。

治法：清肝解郁，化瘀止血。

方药：丹栀逍遥散（《校注妇人良方》）合加味失笑散。

黑栀子 9～12 克，炒丹皮 10 克，黑当归、赤白芍、炒白术、茯苓各 10 克，醋炒柴胡 5 克，钩藤 12 克，荆芥 5 克，炒五灵脂 10 克，蒲黄炭（包煎）6 克，大、小蓟各 15 克。

服法：水煎分服，每日 1 剂，出血量多时服 2 剂。

加减：胸闷腹胀明显者，加入制香附 9 克，陈皮 6 克；大便溏泄，神疲乏力，去当归、黑栀子，加入党参 15 克，砂仁（后下）5 克，煨木香 6 克；头疼、烦热、失眠者，加入苦丁茶 10 克，甘菊花 6 克，莲子心 5 克。

2. 脾虚证

主证：经血非时而下，量多，继而淋漓，血色淡，质稀薄，或夹有血块，有时有较大血块，气短神疲，面色㿠白，纳欠腹胀，或时便溏，头晕心悸，四肢欠温，脉象细弱或沉细，舌质淡，苔薄白腻，或舌质边有瘀点。

治法：补气健脾，化瘀固冲。

方药：归脾汤（《济生方》）合加味失笑散。

党参 15～30 克，黄芪 15～20 克，炒白术 12 克，茯苓 10 克，广木香 9 克，炒枣仁 10 克，陈皮 6 克，黑当归 10 克，炒五灵脂 10 克，炙蒲黄 6 克，荆芥炭 6 克，炮姜 3 克。

服法：水煎分服，每日 1 剂，出血量多时日服 2 剂。

加减：腰腿酸软，小便较频者，加入杜仲 10 克，寄生 12 克，菟丝子 10 克；头昏头疼，烦热口渴者，加入钩藤 15 克，丹皮炭 10 克，炒子芩 6 克；出血多者，尚需加入云南白药或三七粉等分服以止血。

三、继发证型

主要是湿热证。

主证：崩漏日久，大多为淋漓，色不艳，或紫红或紫黑，质黏稠，常夹有带下，或赤白杂下，有血块，腰酸小腹或少腹隐隐作痛，大便时干时溏，尿少色黄，脉象细濡带数，舌质偏红，苔中后部黄腻。

治法：清热利湿，化瘀止血。

方药：红藤败酱散（验方）合加味失笑散。

红藤 15～30 克，败酱散 15～30 克，黑当归、黑白芍各 9～15 克，茯苓 10 克，薏苡仁 30 克，大、小蓟各 15 克，炒五灵脂 10 克，蒲黄（包煎）6 克，炒黄柏 9 克，制苍术 10 克，碧玉散（包煎）10 克，广木香 9 克。

服法：水煎分服，每日 1 剂。

加减：大便溏泄者，去黑当归，加入炒白术 10 克，砂仁（后下）5 克；小腹疼痛明显者，加入元胡 10 克，炙乳、没各 5 克；腰腿酸软明显者，加入川断 10 克，寄生 12 克；纳欠脘痞，夜寐甚差者，加入陈皮 6 克，合欢皮 10 克，佛手片 5 克。

在控制出血后，在闭经期必须要调理月经周期，恢复排卵功能。一般着重在滋养肾阴，提高天癸肾水的滋长水平，因此着重在经后期治疗，但是亦不能忽略经间排卵期的治疗，因为在奠定物质基础后，即肾阴癸水的滋长运动得到恢复后，经间促排卵亦是非常重要的，促排卵成功，才能真正达到恢复月经周期的节律运动的目的，所以经间排卵期的治疗与经后期有着同样的重要性。但必须指出，围绝经中晚期的患者，一般已不适用调周治疗，具体治疗参考月经周期与调周法。

【临床体会】

崩漏病证是月经病中一个常见的比较大的病证。对此我们有着较为深刻的认识，除了上述的资料外，我们将对其病因病理，及青春期崩漏、围绝经期崩漏的特点作进一步论述。

一、病因病理

崩漏列入月经病中，实际上已基本明确为无排卵性功能失调性子宫出血。就其出血而言，可以区分为原发性功能性子宫出血、继发性功能性子宫出血、医源性功能性子宫出血等。所谓原发性功能性子宫出血，是指子宫无器质性病变，而生殖调节功能失常，亦即是本处所指的崩漏。所谓继发性功能性子宫出血，指子宫的出血症状直接由身体其他系统疾病所致，如某些血液病、甲状腺功能失常等。医源性功能性子宫出血病证近年来也常有所见，多在应用激素（如 E_2、P）或者避孕药治疗顽固性月经过多后，由激素应用不当而致子宫非周期性不规则出血。也可由饮食不当，偏嗜择食，或某些不良食物刺激性强的物品，以致体内阴虚火旺而致子宫出血者。根据我们多年来对无排卵性功能性崩漏的观察，我们认为本病证的病机主要在于肾阴虚。阴虚是本病证最主要病变，且与两个方面关系较大。其一是年龄关系：青春期肾气初盛，天癸至而未充，因此肾阴虚；围绝经期肾衰天癸竭，肾阴自然虚。其二，是精神心理因素：心、肝、脑皆需肾阴癸水滋养，紧张烦躁等易致火动，火动则阴虚。

但是在出血期，本病以瘀结与血热为主，而瘀结、血热是阴虚病变发展的结果。有如下面的病机示意图所示。

阴虚及阳→阳亦不足→膜瘀→瘀结

肾阴虚（癸水不足）阴虚阳旺→化火→血热→搏血 } 出血

阴虚→血少→子宫冲任失养→不藏

可见在崩漏的出血时期，瘀结占据血室，致血不归经是矛盾的主要方面，西医学采取刮宫的方法清除膜瘀（即膜样性血瘀）是最有效的止血方法这一点，是帮助我们深层次地认识到瘀结为主要病变的客观证据。但在临床症状上也的确见到血热阴虚的存在，运用滋阴清热也的确有一定的止血效果，从而也证实了崩漏出血期的

存在着综合因素，但肾阴虚癸水不足，始终占有重要地位。崩漏日久，由于阴虚必及其阳，再加上大量耗损阴血，阴虚则阳更弱，血耗则气亦不足，所以其病情发展必然导致阳气的虚衰，由阴崩转为阳崩漏，呈现整个身体的虚衰，这是本病发展的一般结果。

在崩漏病情发展过程中务必注意到心肝脾胃的变化。心肾子宫生殖轴功能异常同样表现在崩漏病证中。肾阴癸水的不足及其消长运动的不良，除肾的因素外，与心有着很大的关系。我们曾经观察过青春期中学生与围绝经期妇女，凡心理紧张，心情烦躁，睡眠过晚、过差者，其发生崩漏的比例不仅多，而且发作亦较严重，说明心火、心神在本病中的重要性。其次是肝郁，肝体阴用阳，为阴中之阳脏，最易产生肝郁，肝郁之后得阴虚而易化火，所以郁火也是本病中常易见到的兼夹因素，在围绝经期崩漏中至关重要。脾胃为后天之天，气血化生之源，崩漏必耗气血，营血既耗，气分亦弱，自然影响脾胃，出现脾胃气虚运化不良的状态。脾胃者，不仅是气血生化之源，而且又有统摄血液的功能，因此脾胃气虚，虽为崩漏出血的结果，但倒果为因，反过来又必然影响到子宫冲任的固藏与统摄血液，从而可以加剧出血。是以前将气虚作为崩漏的主要证型，也是有一定道理的。但我们认为除极少数确实是由于气虚而致崩漏，多数可能是继发性的气虚，属于倒果为因，只能属于兼夹的证型。由于在心肾子宫生殖轴功能失调下所致的肝郁脾虚的病变，常常可以产生脂浊、痰湿、血瘀、气火等病理物质，因此在反复发作的崩漏患者中，同时亦出现肥胖、浮肿、多毛、痤疮等病证，从而使病情的变化更为复杂。

此外还有一种系肾阴盛，癸水过多所致的崩漏。《傅青主女科》在“调经”中说：“妇人有先期而经来者，其经水甚多，人以为血热之极也，谁知是肾中水火太旺乎？夫火太旺则血热，水太旺则血多，此有余之病，非不足之症也。”以往我们对此缺乏深入的认识，经现代微观检验我们发现，过高的雌性激素水平亦影响排卵，亦影响月经周期的演变，也可引起火旺的表现，此与阴盛极化火，物极必反的道理有关，但重点还在阴盛则阳不足，子宫内膜样血瘀蕴结更甚，瘀结占据血室，程度较重，变化亦较多，所以致血不归经者亦更为明显，亦更易内结为癥瘕，且易致恶性变。

二、青春期崩漏的辨治特点

青少年的功血，往往是调节功能尚不足以协调所致，所谓肾气初盛，天癸既至而未充实，冲任虽达通盛但未趋坚强，因此本病证的特点在于阴虚瘀热、阳虚瘀浊、脾蕴湿阻三者。

1. 阴虚瘀热证　崩漏量多，或淋漓不已，色紫红，有血块，并有较大血块，其出血的特点呈阵发性，胸闷烦热，小腹作胀，头昏腰酸，大便干结，小便黄少，脉象弦细带数，舌质偏红边紫，苔色黄腻。治法：滋阴清热，化瘀止血。具体治疗应分为二。一是重在止血：同样以固经丸（汤）合加味失笑散，药用：炙龟甲（先煎）10～15克，炒黄柏6～12克，椿根白皮12克，白芍10克，炒子芩9克，炒五灵脂10克，蒲黄炭（包煎）6～9克，大、小蓟各15克，血余炭10克，大黄炭6克，女贞子15克，墨旱莲15克，另外加服云南白药，每次0.5克，日服2～3次，一日可服2剂；二是以化瘀

为主：出血虽多，但尚未达到崩中的程度，所以同样应用固经丸（汤）合加味失笑散，药用：炙龟甲 6～9 克，炒黄柏 6～9 克，椿根白皮 6～10 克，赤、白芍各 10 克，炒五灵脂 10 克，炒蒲黄（包煎）6～9 克，茜草 15 克，大、小蓟各 15 克，花蕊石（先煎）10 克，大黄炭 6 克，益母草 15 克，另外加服三七粉，每次 1.5 克，日服 2～3 次，一日 1 剂。

关于青少年崩漏，我们的体会有两点。一是，虽然亦以阴虚瘀热为其主要证型，在治疗上也当以固经丸合加味失笑散，但必须更加强调滋养肾阴癸水的重要性，二至丸是较为常用的方药，亦符合青春期以肝肾为主的特色。我们曾治疗一例青春期崩漏病例，自初潮两年后，即患崩漏而偏于漏证，历三年不已，迭经清热、化瘀补气、温肾固涩等法均未获良效，后来嘱长期服用二至地黄丸（汤）合乌鸡白凤丸半年余，不仅控制了出血，而且逐步地恢复了月经周期。二是，青春期崩漏除大出血时必须止血外，一般不宜过用止涩的药物，相反要加入一定的化瘀排经的药物，如五灵脂、蒲黄、荆芥、益母草等。

2. 阳虚瘀浊证　崩漏日久，量多，或淋漓不止，色淡红，质稀或有血块，头昏腰酸，形寒肢冷，面色㿠白，纳欠神疲，心慌心悸，舌质淡，苔色白腻，根部略厚，脉象细弱。治当补肾助阳，化瘀固冲，方仍可用参芪胶艾汤。但必须照顾到青春期的特点，首先要加强补肾助阳、益气养血的作用，可随证加入杜仲、寄生、鹿角胶、补骨脂、黄芪、熟地等品；其次亦可加较强的收缩子宫的药物，即化瘀止血之品，如益母草、马齿苋、荆芥、补骨脂等。另外，可兼服三七粉，以红参汤吞服之，以加强助阳益气之功，控制出血。总之，阳虚气弱夹有血瘀者，应加强补肾化瘀以控制出血，但如血瘀较轻或血瘀不明显者，就不能应用化瘀药物，相反要加入止血类的药物，如九炭、十灰之类。

3. 脾虚湿浊证　一般亦多见于崩漏较久的患者。出血量多，色淡红，有血块，或夹有黏腻如白带状物，头昏心悸，面乏华色，神疲乏力，脘腹痞胀，纳食较差，大便时溏，脉象细弱，舌质淡，苔白腻。治宜益气健脾，利湿化浊，以归脾汤加减。对青春期崩漏见此证者，用药时特别要注意，第一亦要加入炒川断、寄生、补骨脂等品，以补肾助长发育；第二亦必须加入炒蒲黄、大小蓟、荆芥等品，在利湿化浊中仍然要贯穿化瘀以调之的原则。但前提在于有效地益气补脾、理气运脾后加入之。

对青春期崩漏控制出血后的固本复旧，存在两种认识，一是补肾养血，助长发育，顺其自然，不必强调调周与促排卵；另一是务必调整月经周期，促发排卵，才能巩固疗效，防止再度崩漏。我们认为，对初潮 2～3 年内者，应按补肾养血，助长发育论治；对已属青春后期的患者，初潮 3～4 年后，应该运用补肾调周的方法，以恢复排卵功能，达到真正控制出血的目的。

三、围绝经期崩漏的辨治特点

围绝经期功血，是因卵巢功能退化而导致的，即在前人所谓肾气衰、天癸竭的衰退过程中发生。其辨证论治大致如上所述。但围绝经期者，由于心理的稳定性差，整体体质的下降，故在辨治中必须注意心肝郁火偏多，脾胃虚弱者亦不少，而上热下寒

者更为常见，其瘀结成癥者亦较为多见。兹分别介绍之。

1. 心肝郁火证　崩漏量多，色红，有血块，或淋漓不已，色紫红，有小血块，伴有头昏头痛，胸闷烦躁，失眠心悸，胸胁胀闷，时欲叹气，纳欠腹胀，口苦口干，尿黄便坚，脉象弦细，舌质红，苔黄腻。治宜清热解郁，化瘀止血，方以丹栀逍遥散合加味失笑散。但围绝经期患此者，必须注意两大特点，其一是安定心神，于上方加入钩藤 12 克，莲子心 5 克，青龙齿（先煎）10 克，合欢皮 9 克；其二是和脾胃，上方加入太子参 15 克，陈皮 6 克，广木香 6 克，因为心肝气郁者，必影响脾胃，即前人见肝传脾，当先实脾之意也。

2. 脾胃虚弱证　崩漏日久量多，色淡红，或有血块，或则淋漓不已，色淡红无血块，亦或有紫血块，伴有头昏心悸，面乏华色，神疲乏力，纳欠腹胀，大便易溏，或者面浮足肿，气短易汗，脉象细弱或细，舌质淡红，苔白腻。治当益气健脾，养血止血，以归脾汤加减，夹血瘀者合加味失笑散。但围绝经期患者亦当照顾到以下两个方面，其一是疏肝解郁，常须加入炒荆芥、白芍，或者炒柴胡、钩藤等品；其二是安定心神，常须加入合欢皮、紫贝齿（先煎）10 克，炒枣仁等品。在脾胃虚弱病证中，务必注意到肝热脾寒的情况，有时候，需要用钩藤、丹皮合干姜或炮姜同用，寒热夹杂的情况在围绝经期患者中常见。

3. 上热下寒证　崩漏量多色红有血块，或淋漓不已，色紫红有小血块，一面可见头昏头疼，烦热口渴，一面又可见腰酸小腹有冷感，大便稍溏，尿频，脉象细弦舌质偏红，苔黄根白偏腻，舌质紫瘀。上热者，心肝之热也，下寒者，肾阳偏虚也，故其治疗当分两种情况：下寒较轻者，即从血热夹瘀论治，仍以固经丸（汤）合加味失笑散，但需加入炮姜，或者肉桂，或者艾叶一味；下寒较重者，必须与上热合治，可在清热化瘀的固经丸合加味失笑散方药中，加入川断 12 克、炒白术 10 克、炮姜 3 克、肉桂（后下）3 克以治之，以适应围绝经期病情错杂的要求。此外，下寒者，虽属肾阳偏虚，但常反映在血分之中，故我们认为，应选用震灵丹治之。震灵丹不仅化瘀止血，偏于止血，而且温下作用亦十分明显，其中有赤石脂、白石脂、余粮等石类温涩之品，而且温涩下焦之石类药物并用有调治奇经的作用。

崩漏控制后，除对围绝经期早期或部分中期患者需运用调周法，恢复月经周期和恢复排卵功能外，对围绝经期晚期或中期者已不适用调周法来固本复旧，其固本复旧的重点应转为调理脾胃与心肝，因脾胃为后天之本，先天已衰需赖水谷以滋养，面调理心肝者，在于稳定心理，舒畅情怀，防其发作，以巩固疗效。

此外，在青春期或围绝经期崩漏中的确有部分患者属于肾阴癸水过盛者。对这样的患者，不仅要尽快控制出血，而且要防止其结为癥瘕。一般来讲，清热滋阴可选用清经散、知柏地黄汤以治之，同时加入化瘀止血之品，务在于止血，必要时应采取综合措施以止血。

在整个崩漏的辨治中，临床体会中所列出的青春期、围绝经期的治疗特点，亦需在辨证论治的前提下应用。

第九节 痛 经

妇女正值经期，或经行前后，出现周期性小腹疼痛或痛引腰骶，甚则剧痛至昏厥者，称痛经，亦称“经行腹痛”。其中经过详细妇科临床检查，未发生器质性异常者，称为原发性痛经，亦谓之功能性痛经。原发性痛经是青春期女性常见的妇科疾患之一，发病率达30%～50%，其中大约10%的患者由于疼痛，难以在经期正常地工作和生活。因而诊治痛经对改善女性个体健康，提高工作效率和生活质量有着重要的意义。

痛经之症，最早的记载见汉代《金匮要略·妇人杂病脉证并治》：“带下，经水不利，少腹满痛”之中。至宋·《妇人良方大全·调经门·月水行止腹痛》列出了治疗痛经方温经汤，均责之“风冷之气客于胞络，损伤冲任之脉”所致。后来《丹溪心法·妇人》指出痛经有经行作痛、经后作痛，分辨虚实。明清时期《景岳全书·妇人规·经期腹痛》才对本病辨证作了较系统的论述，《宋氏女科秘书》、《傅青主女科》、《医宗金鉴·妇科心法要诀》等对本病治法及方药作了大量的探索。纵贯前人对本病发生的认识，结合西医学知识，现在认为原发性痛经可由子宫发育不全、子宫屈曲、宫颈管狭窄、子宫内膜脱落、不良体态姿势、体质因素、变态反应状态及精神因素等原因所致，与前人所提出的先天禀赋不足，后天风冷、寒湿、气滞瘀阻胞宫等，颇相谋和。

有关痛经的记载反映出历代医家在实践中观察到痛经反复性大，治疗较为棘手，因而在治法及方药上作了大量探索，为临床论治痛经积累了宝贵的经验。

【病因病理】

本病大多于经水初潮后即发生，或有在经行1～2年或数年后发作的、而疼痛颇为明显者称之。按《素问·上古天真论》中女性生殖发育过程来分析，此期正应是肾气盛，天癸至的时期，所以这一时期发生周期性的与月经有关的腹痛，必与肾气、天癸有关。《圣济总录·室女月水来腹痛》中说：“室女月水来腹痛者，以天癸初至，营卫未和，心神不宁，间为寒气所客，其血与气不流利，致令月经结搏于脐腹间，如刺疼痛。”这一论述的确反映了天癸营卫气血的本质有所不足，寒气与血瘀相搏结而成为痛经。《景岳全书·妇人规》亦云：“凡妇人经行作痛，实虚者多，全实者少，……然有气血本虚，而血未得行者，亦每拒按，故于经前亦常有此证，此以气虚血滞，无力流通而然。”清楚地说明痛经的形成在于本虚标实，本虚者在于肾，在于肾气的欠盛，癸水的不充，然肾气、天癸的不足，也会影响到营卫的气血和畅，从而导致气滞血瘀而痛经。后人在论述痛经时，首先从不通立论，认为不通则痛，通则不痛，故在疼痛剧烈时，均责之瘀滞、寒凝，还有郁火。

1. 瘀滞　在肾虚的前提下，通过心肝气郁而致血瘀，从而形成不通则痛。《沈氏女科辑要笺正·辨色与痛》中云：“经前疼痛无非厥阴气滞，络脉不疏。”气血不通，络脉失疏是瘀滞疼痛的病变所在。

2. 寒凝　在肾虚偏阳前提下，或因临经冒雨受寒，涉水游泳，或贪食生冷，或久居湿地，使寒湿客于冲任，入侵胞宫，运行滞阻，不通则痛。如《傅青主女科·调经》在“经水将来脐下先疼痛”中说：“寒湿乃邪气也，妇人有冲任之脉，居于下焦……经水由二经而外出，而寒湿满二经而内乱，两相争而作疼痛。”

3. 郁火　在肾虚偏阴的前提下，肝郁气滞，郁而化火，郁则气滞瘀阻不通则痛，如《傅青主女科·调经》“经水未来腹先疼痛”中说：“夫肝属木，其中有火，舒则通畅，郁则不畅，经欲行而肝不应，则抑拂其气而疼生。”然而火热灼伤络脉亦可致痛。此外亦可能有湿热影响气血运行，不通则痛者，占少数。

本病本虚标实。就本虚而言，主要是肾虚，其次是气血虚，肾虚和气血虚不仅可以形成瘀滞、寒凝、郁火等病变，而且在一定程度亦可致冲任虚损，子宫脉络失养，不荣则痛。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

1. 临床表现　以随月经周期发作的小腹疼痛为主症。一般多发在经期前一二日或行经第一天，随后即逐渐减轻至消失，偶见有延缓至经净或于经净后始发生疼痛者。疼痛程度有轻有重，剧烈疼痛常历时约半小时至2小时，继而为阵发性中等度疼痛，约12~24小时渐渐消失。疼痛部位多在下腹部，亦可波及全腹或腰骶部作痛，或有外阴、肛门坠痛。疼痛严重者可出现恶心、呕吐、面色苍白、冷汗淋漓，甚至昏厥。

2. 检查　B超、妇科肛查等，未发现器质性疾病。

二、鉴别诊断

根据临床表现，动态观察疼痛与月经周期的关系，一般可明确诊断。其他疾病出现的腹痛虽可发生在经期或于经期加重，但不具周期性发作的特点。

【辨证论治】

痛经的辨证要点，关键是辨别疼痛的时间、部位、性质以及程度，再结合全身症状及舌脉之象，正确判断其寒、热、虚、实属性。从疼痛时间辨，经前、经期疼痛者属实，或虚中夹实；经后痛者属虚。临床常见三种情况，一为经前始痛，经行痛减；一为经行即痛，经净痛止；一为经行无苦，经后疼痛。其中尤以前二者为多见。从疼痛部位辨，痛在小腹正中者，多为血瘀或血虚；痛在小腹两侧者，多为气滞；腰骶部疼痛者，多为肾虚。从疼痛性质辨，拒按者属实，喜按者属虚；得热痛甚者属热，得热痛减者属寒；胀甚于痛者，多以气滞为主；痛甚于胀者，多以血瘀为主；刺痛者多为瘀血相攻；绞痛者多为寒瘀交阻；持续抽掣性疼痛，多以瘀血为主；阵发性剧痛，多为气滞血瘀。尚需全面参合，知常达变，才能识其本质。治疗据“不通则痛”“不荣则痛”的病机，以调养气血为主，并根据不同证类，或行气、或活血、或散寒、或清热、或补虚、或泻实。以“急则治标，缓则治本”为治疗原则，经期调血止痛治标，平时辨证求因治本，并结合素体情况，或调肝，或益肾，或扶脾，使气血流通，经血

畅行。

1. 瘀滞证

主证：经前或经期小腹疼痛拒按，行经量少，淋漓不畅，血色紫黯有血块，或呈腐肉片样物，块下则疼痛减轻，经前乳房作胀，胸闷不舒，舌质紫黯，舌边或有瘀点，脉沉弦或弦紧。

治法：理气活血，逐瘀止痛。血瘀甚者以化瘀止痛为主，取膈下逐瘀汤；气滞甚者以理气止痛为主，取八物汤。

方药：（1）膈下逐瘀汤（《医林改错》）。

当归10克，川芎6克，赤芍　桃仁　红花　枳壳　延胡索　五灵脂　丹皮各10克，乌药　香附各6克，甘草3克。

服法：经前经期，水煎分服，每日1~2剂。

加减：若兼热者，证见经色深红而有块，苔黄脉数者，治宜清热凉血，化瘀止痛。

（2）八物汤（《医垒元戎》）。

当归　芍药各10克，川芎6克，熟地　川楝子各10克，木香6克，槟榔　延胡索各9克。

加减：若兼口苦、苔黄，月经持续时间延长，经色紫黯，经质稠黏者，为肝郁化热之象，当佐以清泄肝热，加栀子、夏枯草、仙鹤草各9克。兼前后二阴坠胀者，宜用八物汤加柴胡、升麻各5克。若证见食少，胸脘闷者，为肝郁伐脾，宜加炒白术、茯苓各10克，陈皮6克。痛而见恶心呕吐者，为肝气夹冲气犯胃，当佐以和胃降逆，可于方中加黄连、吴茱萸、生姜各3克。

服法：经前、经期，水煎分服，每日1剂。

2. 寒凝证

（1）阳虚内寒证

主证：经期或经后小腹冷痛喜按，得热痛减，经量少，经色黯淡，腰腿酸软，小便清长，脉沉，苔白润。

治法：温经暖宫，调血止痛。

方药：温经汤（《金匮要略》）加附子、艾叶、小茴香。

吴茱萸3克，当归　芍药各10克，川芎3克，人参9克，生姜3克，制半夏6克，丹皮　阿胶各9克，桂枝6克，甘草3克，益母草15克。

服法：经前经期，水煎分服，每日1剂。

加减：疼痛剧烈者，加延胡索、五灵脂各10克；经行不畅者，加人川牛膝、泽兰叶各10克。

（2）寒湿凝滞证

主证：经前或经期小腹冷痛，得热痛减，按之痛甚，月经后期，经量少，经色黯黑有块或黑豆汁样，畏寒，手足欠温，带下量多，苔白腻，脉沉紧。

治法：温经散寒除湿，活血理气止痛。

方药：少腹逐瘀汤（《医林改错》）加减。

茴香、干姜各5克，延胡索10克，没药5克，当归10克，川芎6克，官桂5克，赤芍、蒲黄、五灵脂各10克，苍术、茯苓各10克。

服法：经前经期，水煎分服，每日1剂。

加减：若胀甚于痛者酌加乌药、香附各9克；兼腰痛者，酌加川断、狗脊各10克；寒湿证重者，酌加附子、艾叶、干姜各9克。

3. 郁火证

主证：经前、经期小腹刺痛或胀痛，拒按，有灼热感，或伴有腰部胀痛，或平时小腹部时痛，经来疼痛加剧，月经不调，经色黯红，质稠或有块，平时带下色黄或有秽臭，时伴低热起伏，舌红，苔黄或腻，脉弦数或滑数。

治法：清肝解郁，化瘀止痛。

方药：宣郁通经汤（《傅青主女科》）。

丹皮、当归、白芍各10克，炒柴胡6克，广郁金10克，香附、延胡索各9克，甘草3克，金铃子9克。

服法：经前经期，水煎分服，每日1剂。

4. 气虚血弱证

主证：经后小腹隐隐作痛，少腹及阴部空坠，喜按，月经量少，色淡质清稀，面色不华，食欲不振，精神倦怠，舌淡苔薄，脉细弱。

治法：益气补血止痛。

方药：圣愈汤（《兰室秘藏·疼痛门》）去生地，加白芍、香附、延胡索。

人参、黄芪各15克，熟地、当归各10克，川芎5克，白芍、香附、延胡索各10克，甘草5克。

服法：经前经期，水煎分服，每日1剂。

加减：若证见胁痛、乳胀、小腹胀痛，属血虚肝郁者，上方加柴胡、小茴香、乌药各5克；证见头晕、心悸、眠差等，属血虚者，加枸杞子、夜交藤各10克；若见腰腿酸软，属肾虚者，加菟丝子、续断、桑寄生各10克；畏冷喜热熨者，酌加附子、艾叶各6克，仙茅10克。

5. 肝肾阴虚证

主证：经后小腹绵绵作痛，经来色黯淡，量少质薄，腰膝酸软，头晕耳鸣，健忘失眠，或有潮热，舌质淡红，脉细弱或沉细。

治法：益肾养肝止痛。

方药：调肝汤（《傅青主女科》）。

当归、白芍、山茱萸、巴戟天、阿胶、山药各10克，甘草6克。

服法：经前经期，水煎分服，每日1剂。

加减：若兼胸胁胀者，酌加川楝子、郁金各6克；目眩、苔薄黄者，用调肝汤加菊花6克，丹皮、赤芍各10克；潮热者酌加鳖甲、青蒿、地骨皮各9克；小腹空冷者，去益母草，酌加附子6克。

【临床体会】

首先在发病机制上要认识到疼痛发作时心肝的重要性，而在平时期与肾的密切关联。先从疼痛时而言。《素问·至真要大论》有言："诸痛疮疡，皆属于心。"说明一切疼痛与心脑神明有着关系。我们曾经发现一些痛经患者，由于对疼痛存在着恐惧紧张的心理，即使在轻微的疼痛状态下，也突然会感到疼痛剧烈，甚或发生疼痛性休克，说明对疼痛的感觉特别敏锐，可以出现一些人为性的疼痛，西医学也证实疼痛的感觉来之于脑部神经，因而古人所言"诸痛……皆属于心者"确有实据也。《金匮·心痛短气病脉证治》云："夫脉当取太过不及……所以胸痹心痛者，以其阴弦故也。"《金匮要略·腹满寒疝宿食病脉证治》云："寸口脉弦者，即胁下拘急而痛。"可见《金匮要略》以阴弦即尺弦或寸口脉弦者均主痛。脉弦者一般属于肝脉，说明疼痛与肝亦有关。而且肝主筋脉，子宫呈痉挛状收缩者，亦与肝有关。故疼痛剧烈，甚则晕厥，在一定程度上与心肝的神魂有关；又由于痛经来之于血分，有其周期性，更应从疼痛的深层次研究，考虑心肝方面发病机制。西医学在研究痛经时，已发现前列腺素浓度升高而微量元素镁的浓度降低，是一个内在的重要因素，为此我们认为，在分析痛经的机制时，应该进而分析主宰气血、主宰血脉的心肝两脏，才能更好地为临床提供止痛的方法。但是之所以形成气血不调或者血瘀者，不仅仅在于肝，更在于肾。肾者生殖之本，经血之源，痛经基本上来之于初潮，而且呈周期性发作。其中有相当部分的确是与先天发育有关，张景岳所指出的"全实者少，夹虚者多"，其所谓夹虚者实即指肾而言，因此肾虚偏阳，亦即是肾阳有所不足者，乃系原发性痛经之根本也。我们认为认识痛经，亦必如此。

对于痛经的辨证，从疼痛的性质和程度上分析最为重要，发作时间和部位虽亦有一定的意义，但只能占次要地位。如胀甚于痛，时痛时止，是气滞为主的疼痛；痛甚于胀，持续性、抽掣性、阵发性剧痛，是血瘀性为主的疼痛；灼热痛属于肉热；酸冷痛属于寒湿；跳痛、刺痛有热有寒但均夹有血瘀，但要注意有无炎症化脓病灶的存在；绞痛、收缩痛多为较重的瘀证或寒证；绵绵隐痛、空痛、挛急性痛，按之疼痛减轻者，大多为虚证。此外还有一些疼痛的性质颇为复杂。如下坠性痛者有虚有实，一般而言，坠痛明显者偏于实，临床上所见内膜异位症者见此；坠痛轻微者偏于虚；坠痛见于行经初期者偏于实；坠痛见于经行末期或经净时者偏于虚，但亦有例外者；撑痛者，即腹部膨胀有如开裂状，其痛剧烈者，常是阳虚血瘀较为严重。还有一种出现呼吸性疼痛，即既有收吸性作痛，又有呼胀性疼痛，此不仅有气滞血瘀性存在，又有肝脾肾不足的一面。临床上必须仔细辨别之。微观辨证亦颇为重要。首先，在有条件的地方，应检测血中的前列腺素（$PGF_2\alpha$）含量，凡前列腺素浓度高者，其疼痛必剧。血查微量元素镁（Mg）的浓度，低下者亦易使痛经加剧。这些微观指标均可为治疗提供参考。

在治疗上，存在发作时与平时两种不同的治疗思路。

一、疼痛发作时的治疗

疼痛发作时的治疗，亦即是从标论治，控制疼痛。在这方面我们的体会必须照顾

到止痛、温阳、利湿、宁心、止痉、降低前列腺素这六个方面。

其一是止痛。对痛经者，必须控制疼痛，越是疼痛剧烈，越要止痛，止痛是治疗痛经的首要任务，疼痛减轻或者疼痛消失，是治疗痛经的要求。前人虽然提出了“不通则痛”、“通则不痛”的认识和治疗方法，但是我们在临床上体会到通畅气血，活血化瘀，虽然亦能达到缓解疼痛的作用，有时却很难满意，如众所周知的血府逐瘀汤虽可用于治疗痛经，但有时止痛效果并不满意，故改用膈下逐瘀汤，止痛作用就较为明显，原因就在于活血化瘀的方药中，尚必须加入止痛的药物效果才好，如膈下逐瘀汤中的五灵脂、延胡索就属于止痛药物。因此，我们认为应在活血化瘀、疏通脉络的方剂中，加入延胡索、乳香、没药、五灵脂、琥珀等1～2味，以加强止痛的作用。

其二是温阳。温阳者是指温经祛寒，助阳活血。疼痛剧烈来之于血分者，常与血分的瘀滞有关，而血分的瘀滞，阻滞气血运行，不通则痛，瘀阻严重，不通亦重，是以疼痛加剧，通则不痛。欲其通畅，除活血化瘀外，还需要温阳，因为“血得热则行，得寒则凝”。温阳者，即助阳火也，火热甚则推动血行，而且血瘀不畅，仅是标象，而本质上还是肾虚偏阳，正由于肾阳偏虚，而瘀浊内阻，温阳不仅有助于推动血行，而且还有着助阳补肾的深层含义，如前人治疗痛经的大多数方剂，均偏于温阳，如温经汤、琥珀散、折冲饮等方剂，其中用了肉桂、桂枝、艾叶、乌药，甚则干姜、附片。其中肉桂尤为常用或主用，因为肉桂不仅有助于活血化瘀，通畅血脉，而且还有补肾助阳、溶解瘀浊膜瘀的功能，有着重要的临床意义。

其三是利湿。在前人的论述中，经血的内含，主要是天癸之水，实际上内含大量的液体，也即是湿浊。特别要指出的是败精成浊的问题，即排出的精卵，由于没有能受孕，则败精也即是衰败的卵子将化为浊液，通过经血而排出体外，由于湿浊不仅内含于子宫内的经血之中，而且还散布浸润冲任少腹的有关部位，故而利湿化浊，不仅有助于排泄月经，通利血脉，缓解疼痛，而且还有着清除冲任即卵巢、盆腔处的积液和残浊的作用。临床上常用的利湿化浊药物有茯苓、泽泻、车前子、泽兰叶等，甚则可以加入马鞭草、萹蓄、蚕砂等品1～2味甚或3味以助之。

其四是宁心镇静。即是应用宁心安神的药品，安定心神，因为疼痛与心肝有关。我们在临床常用的宁心镇静药物有琥珀、丹参、合欢皮、青龙齿、茯神等，可以加入2～3味，以便更好地控制疼痛。同时，有人认为，注意维生素B_6类的摄入，利用维生素B_6促进镁离子透过细胞膜，增加胞浆内镁离子浓度，可治疗原发性痛经，一般每日量200毫克，4周后可见红细胞镁含量增加。也可与镁—氨基酸螯合物合用，每种各100毫克，日服2次，治疗4～6个月，痛经的严重程度及持续时间均呈进行性下降。镁有着镇静宁心的功能，所以我们将其列入宁心镇静的范围内。宁心镇静还应包括心理疏导，避免心理的紧张、恐惧等，保持平和的心理状态，有助于减轻或控制疼痛的发作。

其五是止痉。止痉者即控制痉挛状态，因为痛经之所以发作和加剧，与于宫的收缩强度有关。凡子宫出现一种强烈性，呈痉挛状态的收缩，必然出现疼痛，而且是剧烈的疼痛，因此，控制子宫痉挛状的收缩，也有利于控制疼痛。一般临床上常用的止

痉药物有全蝎、蜈蚣、干地龙、青风藤、葛根、赤白芍、甘草等品，常可选用2～3味，而其中，赤白芍必须与甘草合用，才能缓解痉挛，控制疼痛。

其六是降低血中的前列腺素（$PGF_2\alpha$）。西医学认为子宫之所以痉挛状收缩，亦即所以发生痛经，虽然与子宫内的血瘀有关，但更重要的是与血中 $PGF_2\alpha$ 的浓度增加有关。因此降低血中的 $PGF_2\alpha$，减轻或解除子宫痉挛状收缩，才能真正控制疼痛。临床上常用的可以降低 $PGF_2\alpha$ 的中药，大多是调理心肝经的血分药，如琥珀、当归、赤芍、红花、延胡索等，尽管如此，有时效果尚不满意，尚需进一步进行临床探索。有人用棉酚片治疗痛经，其降低血中前列腺素浓度的作用明显。一般用棉酚20毫克，每日一次，连用3～6个月，其疗效，据报道达到95%以上的镇痛效果，但有时会出现心悸、恶心、水肿、头昏头晕、潮热、厌食、腹泻等副作用，严重者出现血小板减少、低血钾等，因此在服用棉酚的同时，应该兼服一定量的含钾药物，同时严格观察副反应。根据我们以往使用的体会，在服用棉酚片后两月左右，月经逐渐停闭，停药1～2个月后，始能恢复月经来潮。

二、平时治本的方法

平时治本的方法，亦即是补肾调周法，主要着重在经间排卵期的治疗。经间排卵期是治疗痛经的重要时期，但是在怎样治疗方面存在两种不同的观点。一种认为排卵与痛经的等同性，即有排卵就可以发生痛经，抑制排卵就可控制痛经，把排卵和痛经放在等同的地位，因而不赞成经间期促排卵的治疗方法，相反采取抑制排卵的方法以控制痛经。另一种是补肾促排卵，加强排卵功能，恢复和提高阳长的功能和水平，从而达到溶解瘀浊，推动血行，消除痛经的目的，是治本之道。后一种观点是我们提出的，亦是由我们所倡导的“月经周期与调周法”的学说而来的。不仅如此，经间排卵期的补肾调气血，扶助阳水阳气，客观上还起到了促进子宫等生殖器官的生长和发育的作用，原发性功能性痛经与生殖器官的发育以及天癸之不充有着密切的关系，因而助长发育提高癸水之水平，的确是治本的方法。所用的补肾促排卵汤，与一般调周法所用的加减亦有所不同，我们临床上常用的具体药物如：当归、赤白芍、山药、熟地、怀牛膝、丹皮、茯苓、川断、菟丝子、紫河车、鹿角片、红花、肉苁蓉等品，从经间排卵期开始服，服至经前前半期结束，一般服10剂即可。当然在具体服药时，还可根据患者临床表现、月经周期的变化以及有关的检查和检验调节。我们体会原发痛经大多是青年女子未婚者，学生占的比例大，有紧张的心理，包括学习紧张等因素，因而在应用补肾促排卵汤的同时，进行心理疏导，注意经期卫生，注意生活规律，避免饮冷着凉，才能达到较为理想的效果。

第十节　子宫内膜异位症

当具有生长功能的子宫内膜组织出现在子宫腔被覆黏膜以外的身体其他部位（不包括子宫肌层），在卵巢内分泌影响下，这些异位的子宫内膜组织亦呈周期性改变，因而引起所在部位的一系列病变，称子宫内膜异位症。本病的确切发病率虽然尚不清楚，但近年来在世界范围内均有上升趋势，是目前常见妇科疾病之一。在妇科剖腹手术中，

约5%～15%的患者发现有此病存在。此病一般仅见于生育年龄妇女，以30～40岁妇女居多，病变部位常限于盆腔，80%在卵巢，其次为直肠陷凹及子宫骶骨韧带，也可发生在身体的几乎任何器官。子宫内膜异位症在组织学上是良性的，恶变者罕见，但确有与癌瘤相似的侵犯能力，以致可广泛破坏卵巢，引起输卵管、膀胱、肠纤维化及变形，并造成肠道及输卵管梗阻。

子宫内膜异位症属中医“痛经”、“癥瘕”、“不孕”等范围。本病的特点为经期及行经前后下腹胀痛，肛门作坠，疼痛剧烈，进行性加剧，经量甚少，或有量多，一般伴有不孕不育，类似古人所描述的血瘕。如《证治准绳》所说：“血瘕之聚，……腰痛不可俯仰，……小腹里急苦痛，背膂疼，深达腰腹，……此病令人无子。”

【病因病理】

本病多因正气不足，肾虚气弱，六淫外侵，七情内伤，或经期、产后养息失调，余血流注于子宫冲任脉络之外，或手术损伤等因素导致脏腑失和、气血乖违，离经之血不循常道，阻滞冲任而发生，其主要病机是血瘀。瘀血阻滞，不通则痛而见痛经；瘀血积久遂成癥瘕。

西医学则认为本病系因子宫内膜组织随经血逆流入腹腔种植；或在慢性炎症的反复刺激和卵巢激素的长期作用下，使体腔上皮化生而演变为子宫内膜样组织；或因子宫内膜碎屑通过淋巴或静脉播散而致；亦有因局部细胞免疫功能不足，或因经期输卵管逆流入腹腔内的子宫内膜细胞数量过多，免疫细胞不足以将其杀灭。其主要的病理变化为异位的子宫内膜随卵巢激素的变化而发生周期性出血，伴有纤维增生和粘连形成，以致在病变区出现紫褐色斑点，或小泡，最后发展为大小不等的紫蓝色实质结节和包块，但病变可因发生部位和程度不同而有所差异。

1. 肾虚瘀结　肾阳虚弱，经行感寒，或者经期同房，经行不净，血行不畅，积于子宫，逆流于子宫之外，蕴结于脉络肌肉之间，形成本病。

2. 气滞血瘀　情态内伤，肝郁气滞，冲任气血运行不利而瘀滞不行，以致形成本病。

3. 寒凝瘀滞　经期或产后将息失宜，阴寒之邪乘虚侵入，经血凝滞不行，或经期性交，或妇科手术等损伤，以致瘀血内伤，瘀阻胞络而形成本病。

4. 气虚血瘀　体质不足，肝胃虚弱，或者大产、流产后，正气虚弱，气虚下陷，瘀浊郁结于下所致；或患者病程相对较长，其疾病演变过程为由实转虚而致。

5. 痰瘀互结　脾肾不足，阳气虚弱，脾失健运，水湿不化，聚而成痰，痰滞胞络，与血气相结，积而形成本病。

总之，本病证的主要病机在于肾虚气弱，正气不足，经产余血浊液，流注于胞脉胞络之中，泛溢于子宫之外，并随着肾阴阳的消长转化而发作。经产余血，本属于阴，因此，阴长则留瘀亦长，得阳长始有所化，因而亦出现消长的变化，异位的子宫内膜不易吸收，不易消散，所以在临床从属难治的疾患。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

1. 临床表现　经期或经期前后小腹或少腹剧痛，进行性加剧，伴腰骶部疼痛，可放射至阴道、会阴、肛门或大腿，常于月经来潮前 1～2 个月开始，经期第一日最剧，后随异位内膜出血停止而逐渐缓解，至月经干净时消失。常有经量增多、经期延长或周期紊乱，不孕史甚为常见。如果卵巢内膜异位囊肿发生破裂，则可引起剧烈腹痛，并可伴有恶心、呕吐、肛门坠胀感等。

2. 检查

(1) 妇科检查：子宫多后倾固定，直肠子宫陷凹，或宫骶韧带，或子宫后壁下段等部位扪及触痛结节，在子宫的一侧，或双侧附件处扪到与子宫相连的不活动囊性偏实包块，往往有轻压痛。若病变累及直肠阴道隔，可在阴道后穹隆处扪及甚至可看到隆起的紫蓝色斑点，小结节或包块。

(2) B 型超声检查：B 超可确定卵巢子宫内膜异位囊肿的位置、大小和形状，偶能发现盆腔检查时未能扪及的包块。B 超显示卵巢内膜异位囊肿壁较厚，且粗糙不平，与周围脏器特别是与子宫粘连较紧。

(3) 腹腔镜检查：是目前诊断子宫内膜异位症的最佳方法，特别是对盆腔检查，和 B 超检查均无阳性发现的不育或腹痛患者，更是惟一手段，往往在腹腔镜下对可疑病变进行活检，即可确诊为子宫内膜异位症。

二、鉴别诊断

通过有关检查应与子宫肌瘤、慢性盆腔炎性包块、子宫腺肌病、生殖器结核及卵巢肿瘤相鉴别。

【辨证论治】

本病主要是由于正气不足、肾虚气弱、六淫外侵等因素导致脏腑失和、气血乖违，离经之血不循常道，阻滞冲任而发生，其主要病机是血瘀，故治病原则总的是活血化瘀，临床上根据不同病机，分别配用行气活血、温经散寒、益气补血、化痰消瘀、软坚散结之法。

1. 肾虚瘀结证

主证：经行不畅，色紫黯，夹小血块，或经量过多，色紫红有大血块，少腹胀痛，拒按，痛甚则恶心呕吐，四肢厥冷，面色苍白，舌质黯边有瘀点，苔薄脉弦。

治法：活血化瘀，消癥止痛。

方药：琥珀散（《医宗金鉴》）加减。

琥珀粉 3 克（分吞），当归 10 克，赤芍 10 克，生蒲黄（包煎）6 克，延胡索 10 克，肉桂（后下）3 克，三棱 9 克，莪术 9 克，制乳、没各 6 克，广陈皮 6 克。

服法：经前经期，水煎分服，每日 1 剂。

加减：疼痛剧烈者加蜈蚣粉 1.5 克，全蝎粉 1.5 克（吞）；血量过多者加三七粉 1.5 克（吞），醋炒五灵脂 10 克；小腹冷痛，经前白带偏多者，加艾叶 9 克，

吴茱萸6克；少腹刺痛，经前黄带多者，上方加败酱草15克，红藤15克，薏苡仁15克等。

2. 气滞血瘀证

主证：经行小腹胀痛难忍、拒按，月经提前或错后，经色紫红，质稠为血块，量少，行而不畅，胸胁乳房胀痛，善叹息，心烦易怒，舌黯或有瘀斑，脉涩或弦涩。

治法：行气活血，逐瘀软坚。

方药：血府逐瘀汤（《医林改错》）加减。

桃仁、红花、川芎、柴胡、枳壳、川牛膝各10克，生地、白芍、当归各12克，桔梗、甘草各6克。

服法：经前5天服至月经期，水煎分服，每日1剂。

加减：方中可加地鳖虫、昆布、海藻各12克，以软坚散活；腹痛剧烈者加血竭（冲服）3克，三棱、莪术各10克，以逐瘀止痛；腹胀重者，加青皮、香附各12克，以行气消胀；出血量多者加败酱草12克，三七粉3克（冲服），以活血止血；病久化热者加丹皮、黄芩、栀子各12克，以清热活血。

3. 寒凝瘀滞证

主证：经行小腹剧烈绞痛或冷痛，拒按，喜热，经色紫黯，多血块，质稀，面青唇紫，肢冷畏寒，带为清稀，舌黯或有瘀斑，脉沉细或沉紧。

治法：温经散寒，逐瘀软坚。

方药：少腹逐瘀汤（《医林改错》）加减。

当归、赤芍、五灵脂、延胡索各10克，川芎、蒲黄、干姜、没药、小茴香、肉桂各6克。

服法：经前3天，水煎温服，每日1剂。

加减：寒邪重者，可再加炮附子6克、艾叶12克以散寒；肾阳不足者，加仙灵脾15克、仙茅10克以助阳；腹痛重者，加青皮、香附、莪术各12克，全蝎6克，以行气祛瘀，解痉止痛；白带多者，加苍术、白术各12克，炒薏苡仁30克，以健脾燥湿止带。

4. 气虚血瘀证

主证：经后一二日或经期小腹隐隐作痛，或小腹及阴部空坠，喜揉按，月经量少色淡质薄，但淋漓不尽，或神疲乏力，面色无华，舌质淡，脉细弱。

治法：益气补血，活血化瘀。

方药：益母草汤（《古今医彻》）加减。

黄芪、鸡血藤各30克，生蒲黄、猫爪草、莪术各15克，乌药10克，田三七粉（冲服）1克。

服法：月经期将结束前1～2天，水煎分服，每日1剂。

加减：使用时根据月经周期加减用药，如经净后，加滋水之味，如女贞子、墨旱莲、山茱萸；经前加温肾之品，如巴戟天、菟丝子、仙灵脾；经期和经间期（排卵期）加重活血化瘀药用量，因势利导，促使排卵和经血排出，包块较大者，将上药渣调醋外敷腹部。

5. 痰瘀互结证

主证：经行剧烈腹痛，形体偏胖，带下量多，质黏稠，月经量少色黯，质黏腻，头晕心悸，胸闷泛恶，苔白腻，脉滑涩。

治法：蠲化痰浊，活血消瘀。

方药：苍附导痰汤合血府逐瘀汤。

制苍、白术各10克，枳壳、全瓜蒌各12克，桃仁、浙贝母、香附各10克，丹参、焦山楂、夏枯草各15克，生牡蛎、鳖甲各30克，薏苡仁24克。

服法：经前3~5天，水煎温服，每日1剂。

加减：痛经剧烈者，加乳香、没药、川楝子、延胡索各10克；月经量多兼夹血块者，加蒲黄炭10克；便秘者，加大黄6克；寒结者，加白附子6克；便溏者加白术6克；畏寒者，加桂枝3克；腰痛者，加续断10克，菟丝子12克；经血不畅者，加当归10克，益母草15克。

【临床体会】

子宫内膜异位症是临床较难治的疾病，不论单纯中医或单纯西医治疗，远期疗效均不能令人十分满意，如果采用中西医各取所长的治疗方法，或者应用西医学的检查或诊察的方法，采用中医药的治疗方法，或者中西医药互用的方法才能取得较好的疗效。

运用中医药治疗子宫内膜异位症，一般均从“痛经”、“癥瘕”的病证入手。据近代有关报道：因刮宫、剖宫产及人工流产术的增加，也使本病的绝对发病率上升。本病分布范围广泛，最常发生在卵巢，约占80%左右，子宫、子宫骶骨韧带、覆盖子宫直肠陷凹、乙状结肠的盆腔腹膜和阴道直肠隔等部位，而且呈散在性，早期较难诊断。因此历来重视以活血化瘀方法治疗，轻则以桃红四物汤加减，中则琥珀散、莪术散，重则抵当汤、大黄䗪虫丸，疼痛剧烈者，可加入炙乳香、炙没药、延胡索、琥珀粉，经行量多者，应加入三七粉、五灵脂、花蕊石、蒲黄，经行量少者可加入川牛膝、泽兰叶、益母草等品，在治疗上不仅内服外用，以及制成针剂等方法，但治疗效果并不理想。我们对此病经长期实践的观察，在测量BBT、观察BBT曲线变化的情况下，使用补肾调周法，并加入一定的活血化瘀药物。兹则分为两个部分介绍之。

一、测量BBT，观察BBT曲线变化，有助于早期诊断辨证

一般子宫内膜异位症患者的BBT曲线的反应中，BBT低温相偏高，特别是行经期，BBT应该下降，却降而复升，或下降不快、下降不明显。对这种低温相偏高，或低落后又上升，或缓慢下降者，且伴有高温相亦差者，一般应考虑有子宫内膜异位症的存在。根据我们临床上对30例子宫内异位患者的BBT的观察，其高温相主要出现如下三种形式：①缓慢上升式，即排卵之后BBT高温相呈明显的缓慢上升；②高温相偏短，即BBT高温相不能达到12天的要求，一般维持在9~10天，或者偶尔达到11天；③高温相偏低，BBT高温相与低温相之间的差距较少，一般在0.2℃~0.3℃之间。而且BBT低高温相的曲线变化有助于辨证，低温相偏高者，不外乎两者，一者气滞血瘀，

经血内结而不行；二者阴虚气火偏旺，或者心肝郁火偏甚者，而高温相之不足、偏短偏低、缓慢上升等，皆属于肾虚偏阳或脾肾阳虚的病证。在观察疗效的过程中维持BBT正常的高温相，或高温相较正常还要好，才可以确定其治疗的效果。我们认为也只有维持好BBT的高温相，而且要连续在3或5或7个月经周期的BBT高温相正常者，才能达到稳定效果。

二、补肾调周法

按月经周期中四个时期进行调治。行经期以活血化瘀为主法，一般可运用膈下逐瘀汤，药用炒当归、赤芍、五灵脂、益母草、青皮、延胡索、制香附、泽兰叶、山楂、茯苓等品。经后期滋阴养血，当以归芍地黄汤加减，药用丹参、赤白芍、山药、山萸肉、熟地、丹皮、茯苓、牡蛎（先煎）、川断、菟丝子等品，由于子宫内膜异位症是血瘀成癥所致的，因此，在滋阴养血的方药中常常需要加入山楂、五灵脂、石打穿等品。经间排卵期当以补肾调气血为主法，一般可用补肾促排卵汤，药用丹参、赤白芍、山药、山萸肉、熟地、丹皮、茯苓、川断、菟丝子、紫石英、五灵脂，再加入红花、石打穿等品，服药的剂数按“7、5、3”时数律服药。经前期当以补肾助阳为主，再加入化瘀消癥之品，对此，我们常运用助阳消癥汤，药用炒当归、赤白芍、山药、丹皮、茯苓、川断、菟丝子、紫石英（先煎）、蛇床子、石打穿、生山楂等品，自BBT高温相后即服，直至经行即停，恢复和维持正常的高温相。根据我们多年来的临床体会，助阳消癥汤对控制症状和抑制内异症的发展还是有效的，但根治内异症尚有待进一步研究和发掘。

在痛经疾患中，子宫腺肌病是常见的病症。如子宫腺肌病病情不甚严重，痛经虽较重，但病人又要求保留生育能力时，西医常无有效的治疗方法，到目前为止，还没有一种公认的疗效可靠的西药能够治愈本病，此时可用中医中药辨证施治，经治疗后多数病人临床症状改善，痛经消失，甚至治愈，但需较长时间服药，非一朝一夕服药就能解决。远期临床效果尚待今后进一步验证。对于一些顽固性疼痛剧烈者，可运用棉酚片治疗，一般每天服棉酚60毫克，给药1个月起症状逐渐好转，第2个月起盆腔肿块缩小，一般可用6个月到1年，第4个月闭经，在服药期间补充钾很重要，因服棉酚片后，缺钾情况明显，故防止低钾乏力的副作用十分重要。

第十一节 闭 经

女子年逾16周岁月经尚未来潮，或初潮后月经停闭超过3个周期或时间超过6个月者，称为闭经。但妊娠期、哺乳期、绝经期的停经，或室女肾气未实，月经初潮后间歇几个月甚至半年以上，以及部分妇女因生活环境的改变，偶见月经不潮者，如无其他不适，均不作闭经论。中医学常将闭经称之为“经闭”、“经水不通”、“月事不来”、“不月”等。

自《内经》有“血枯经闭”的记载以来，经历代医家的研究及发挥，对本病的认识渐趋完善。在脏腑病理中强调了肾、脾胃、肝，在发病机制上突出了虚、实两个方面，虚者冲任亏败、源断其源；实者邪气阻隔、经血不通，治疗上虚者以补肾培脾为

主，实者以疏肝行滞、活血通经为要。历史上医家通过治疗实践，积累了不少宝贵的经验，为后人研究本病奠定了一定的基础。

【病因病理】

本病的病因病机较为复杂，按“辨证求因”原则可分为虚、实两端。虚者多由肾气不足，冲任未充；或肝肾亏虚，精血匮乏；或阴虚血燥，血海干涸；或脾胃虚弱，气血乏源。实者多因气滞血瘀，或寒凝血滞，或痰湿阻塞，致冲任不通，脉道阻隔。但就临床所见，虚者较为多见和主要。

1. 肾气不足　先天肾气不足，禀赋素虚，或幼年多病，发育障碍，天癸不能如期而至，任脉不返，冲脉不盛，而致月事迟迟不行，或经来后期量少，行后又闭。如《妇人大全良方》曰：“女子二七而天癸至，肾气全盛，冲任流通，经血渐盈，应时而下，否则不通也。”也可因房劳过度、多产、屡孕屡堕或流产手术不当，损伤肾气冲任，而导致经闭。

2. 肝肾亏损　禀赋不足，肾精气未充，肝血虚少，冲任失于充养，无以化为经血，乃致经闭；或因多产、堕胎、房劳，或久病及肾，以致肾精亏耗，肝血亦虚，精血匮乏，源断其流，冲任亏损，胞宫无血可下，而成闭经。《医学正传》云：“月经全借肾水施化，肾水既乏，则经血日以干涸。”《景岳全书·妇人规》引薛立斋云：“经闭‘有因肾水亏不能生肝血而闭者’。”

3. 气血虚弱　脾胃素弱，或饮食劳倦，或忧思过度，损伤心脾，营血不足，或大病、久病，或吐血、下血、堕胎、小产等数脱干血，或哺乳过长过久，或患虫积耗血，以致冲任大虚，血海空乏，无血可下，故成闭经。《兰室秘藏》云：“妇人脾胃久虚，或形羸气血俱衰，而致经水断绝不行。”

4. 阴虚血燥　素体阴虚或失血伤阴，或久病耗血，或过食辛燥灼烁津血，以致血海燥涩干涸，故成经闭。若日久病深，精亏阴竭，血海涸竭，则可发展为虚劳闭经。如《景岳全书·妇人规》说：“正因阴竭，所以血枯，……或以咳嗽，或以夜热。”

5. 气滞血瘀　因情志不遂，郁怒伤肝，或环境改变，精神紧张，或突受刺激，致肝气郁结，气机不通，血滞不行，发为经闭。《万氏女科》曰：“忧愁思虑，恼怒怨恨，气郁血滞而经不行。”

6. 寒凝血瘀　经期、产时血室正开，风冷寒邪客于胞中，或临经涉水受寒，或内伤生冷，血为寒凝，冲任瘀滞，胞脉阻隔，故经水不行。如《妇人大全良方》云：“寒气客于血室，以致血气凝滞。”也有因阳虚生内寒，寒凝经脉，而致虚寒经闭的。

7. 痰湿阻滞　肥胖之人，多痰多湿，痰湿壅阻经隧，或脾阳失运，湿聚成痰，脂膏痰湿阻滞冲任，胞脉闭而经不行。《女科切要》说：“肥白妇人，经闭而不通者，必是湿痰与脂膜壅塞之故也。”

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

1. 临床表现　闭经的诊断较为容易，主要依据临床表现及兼证进行诊断。临床表现以女子年满16周岁，月经尚未来潮，或初潮后月经停闭超过3个周期或时间超过6个月为其主要依据。

2. 检查　通过体格检查和辅助诊断方法判断患者的一般生长发育状态是否正常，有无畸形，精神状态及智力发育情况是否正常；性发育的状态与其年龄是否符合，内外生殖器的大小、形态及有无缺陷或畸形，以及第二性征发育是否正常。

二、鉴别诊断

临诊时应详问病史，并作有关检查，首先应排除生理性停经，特别应注意与早期妊娠相鉴别。同时应了解患者的发育、营养、第二性征、精神状况等，检查有无生殖器官发育异常，询问有无服用不适当的药物，或有不良的饮食习惯及全身性疾病史，以明闭经的原因。同时通过有关检查排除器质性疾患。

【辨证论治】

闭经病因复杂，证型繁多，但不外虚、实两类。故其辨证要点是分清虚实。一般而论，已逾16周岁初潮尚未至，或月经逐渐稀发至停闭，并有头晕眼花，心悸怔忡，肢软乏力，纳少便溏，或有潮热，咳嗽，或腰酸神疲，形体消瘦，腹无胀痛，舌淡或红，脉沉细无力或细数者为虚；如以往月经尚属正常而突然停经，且伴有腰酸疼痛，胸胁胀满或脘闷痰多，脉沉弦或沉者为实。然闭经在临床虽有虚实之分，但以虚证多见，实证闭经如失治或误治，也可转化成虚，出现虚实夹杂之复杂证候。

由于闭经的发病机制有虚、实之别，故其治疗应遵循“虚则补之，实则泻之”的原则。如《类经·疾病类》所云：“隔者病发于暂，其证则成痛成实，通之则血行而愈，可攻者也。枯者其来也渐，冲任内竭，其证无形，必不可通者也。”具体治疗时，虚者当补益肾气，填精滋肝，益气养血，养阴润燥为主，使肾气充盛，冲任流通，血海滋盈，月经方能应时而下。实者当根据其寒、郁、痰、瘀之不同病因及证候，分别以温经散寒、行气解郁、祛痰除湿、活血通经为治，而绝非单纯行血破血之类所能囊括。

闭经是血病，全实者少，虚而夹实者多，故治疗时“勿以通经见血为快”。切不可一见经闭即谓血滞，滥用攻破通利之法，重伤气血。也不可一见经闭即谓虚损血枯，频用滋腻养血之品，以致脾胃受伤或肾阳被遏，化源不足反燥精血。此外，治疗闭经也分清经病和他病之先后，若先因他病而致闭经，则当先治他病，病愈则经水自通。但就闭经这一病证而言，仍应抓住肝肾亏损与肾气不足的主要证型。

1. 肾气不足证

主证：年逾16周岁尚未行经，或初潮较晚，周期延后，量少，经色淡或黯，质稀，逐渐发为闭经，面色淡白或晦黯，腰酸腿软，头晕耳鸣，夜尿频多，大便不实，或四肢不温，带下甚少，舌淡苔白，脉沉细或沉迟。

治法：补益肾气调经。

方药：益肾通经汤（《实用妇科方剂》）加紫河车。

熟地、当归、赤芍、柏子仁、泽兰、卷柏、仙灵脾、续断、牛膝、丹参各 10 克，菟蔚子 15 克。

加减：若肢冷、畏寒，可加肉桂以温肾阳通经络；若带下清冷，腰酸腹冷，可加紫石英、巴戟天以温肾暖宫；若兼见脾气虚者，可加入四君子汤。

服法：水煎分服，每日 1 剂。

2. 肝肾亏损证

主证：月经后期量少，渐至闭经，头晕目涩，腰膝酸软，足跟作痛，阴部干涩，带下甚少，甚则全无，或失眠健忘，舌淡苔薄，脉沉细弱。

治法：滋肾养肝调经。

方药：归肾丸（《景岳全书》）加鸡血藤、首乌。

熟地、山药各 12 克，山茱萸 6 克，茯苓、枸杞子、杜仲、菟丝子、当归各 10 克。

服法：水煎分服，每日 1 剂。

加减：若咽干、手足心热者，加知母，地骨皮各 6 克以清虚热；若喜叹息，纳谷不香者，加制香附、党参各 10 克以调肝健脾，有益于精血化生；如见健忘、失眠，可加入炒枣仁、五味子各 6 克，夜交藤 15 克，以养血安神。

3. 气血虚弱证

主证：月经逐渐后延，量少，经色淡而质薄，继而停经不行，或头昏眼花，或心悸气短，神疲肢倦，或食欲不振，毛发不泽或易脱落，羸瘦萎黄，脉沉缓或虚数，舌淡苔少或白薄。

治法：补气养血调经。

方药：人参养荣汤（《太平惠民和剂局方》）。

人参 10 克，桂心、炙甘草各 6 克，炒当归、白芍、熟地、白术、茯苓各 10 克，黄芪 12 克。

服法：水煎分服，每日 1 剂。

加减：若因产后大出血所致经闭者，除见气血虚弱征象外，更见神情淡漠、阴道干涩、阴毛腋毛脱落、性欲减退、生殖器官萎缩等症，此乃精血亏败，肾气虚惫，冲任虚衰之证，可于上方加鹿茸 3 克、鹿角霜 10 克、紫河车 10 克等血肉之品，长期服用。若因虫积而致血虚闭经，当先治虫（同内科），继以扶脾胃，补气血而治经闭。

4. 阴虚血燥证

主证：经血由少而渐至闭经，五心烦热，潮热汗出，两颧潮红，或有咳嗽唾血，舌红苔少，脉弦数或细数。

治法：养阴清热调经。

方药：加减一阴煎（《景岳全书》）加黄精、丹参、枳壳。

生地、熟地、白芍各 10 克，知母 6 克，地骨皮、麦冬各 9 克，炙甘草 6 克。

服法：水煎分服，每日1剂。

加减：若虚烦潮热甚者，加青蒿6克、鳖甲10克；兼咳嗽，唾血者，酌加五味子6克、百合、川贝母各9克，阿胶（炖冲）10克；虚烦少寐，心悸者，加柏子仁、夜交藤各12克；若因实火灼阴，而致血燥闭经者，宜于方中加玄参、黄柏各10克；如有结核病，同时应给以抗痨治疗。

5. 气滞血瘀证

主证：月经数月不行，精神抑郁，烦躁易怒，胸胁胀满，少腹胀痛或拒按，舌边紫黯，或有瘀点，脉沉弦或沉涩。

治法：理气活血，祛瘀通经。

方药：血府逐瘀汤（《医林改错》）。

桃仁、红花、当归、生地黄各10克，川芎6克，赤芍、牛膝各12克，桔梗、柴胡、枳壳、甘草各5克。

服法：水煎分服，每日1剂。

加减：偏于气滞，证见胸胁及少腹胀甚者，上方加莪术9克，青皮、木香各6克；偏于血瘀，证见少腹疼痛拒按者，上方加姜黄、三棱各9克；若气郁化火，证见口苦心烦，胸胁胀满，舌红苔薄黄，脉弦而数者，可加黄芩、栀子各9克以清泻肝火；若肝郁脾虚，纳少便溏者，可改用逍遥散加味。

6. 寒凝血瘀证

主证：以往月经正常，突然停闭，数月不行，小腹疼痛拒按，得热痛减或四肢不温，带下量多色白，舌质紫黯，或边尖有瘀点，脉沉涩。

治法：散寒化瘀调经。

方药：温经汤（《金匮要略》）去丹皮、麦冬加丹参。

吴茱萸6克，当归、川芎、芍药各9克，人参、桂枝、阿胶、丹皮各10克，生姜、甘草各3克，半夏、麦冬各6克。

服法：水煎分服，每日1剂。

加减：若腹痛甚加乳香、没药各5克以化瘀止痛；若小腹冷痛明显者，加小茴香、艾叶各6克以暖宫散寒止痛；若因内有癥积，瘀血阻滞明显者，如正气尚实，可用大黄䗪虫丸以化瘀破血，若久攻无效，则当改用养血调经之法，以免伤正。

7. 痰湿阻滞证

主证：月经停闭，形体肥胖，胸胁满闷，呕恶痰多，神疲倦怠，或面浮足肿，或带下量多色白，苔腻，脉滑。

治法：豁痰除湿调经。

方药：苍附导痰丸（《叶天士女科》）合佛手散（《普济本事方》）。

苍术、香附各10克，枳壳、陈皮各6克，南星10克，甘草、半夏各5克，神曲10克，生姜3克，当归10克，川芎5克。

服法：水煎分服，每日1剂。

加减：若呕恶，脘闷可加厚朴、竹茹以宽胸和胃止呕；若因经期或人流术后感染湿热之邪，或痰湿郁久化热，湿热阻滞而经闭者，可用四妙散加味治疗，以清利湿热，

活血通经。本型闭经在祛痰除湿治疗一段时间后，宜佐以温肾药，可选用菟丝子、巴戟天、仙灵脾，以温肾益冲，使痰去而经通。

【临床体会】

闭经是一种临床症状，它包括的疾病很多。从西医学而言，闭经多属下丘脑—垂体—卵巢轴功能不成熟所致。西医强调内分泌方法治疗，即服用外源性激素调经，虽有一定效果，但副作用较大，且长期服用，会使外源性激素对下丘脑—垂体产生负反馈作用，一旦停药往往出现过度抑制现象，反而更进一步引起女性内分泌失调而达不到治疗目的。而中医辨证则从整体观念出发，结合卵巢周期性变化，调整肾阴肾阳间平衡，促进肾的功能，使失调的肾—心—子宫轴之间的阴阳平衡重新建立，从而调整内分泌，促进月经按期正常来潮，达到治疗目的。为此，将中西医有机结合，做到扬长避短，既可在近期获得明显效果，又可长期巩固疗效。

据现代研究证明：补肾中药可以兴奋垂体，如紫河车具有脑垂体激素类作用，甘草有肾上腺激素样作用，人参、鹿茸、仙灵脾等具有性激素类作用，可调节内分泌腺功能，它们都具有兴奋“下丘脑—垂体”的功能。但是从闭经这个病证的主要方面来说，在于肾阴不足，癸水不充，因此解决肾阴不足，提高癸水水平，才是治疗闭经的主要方法。一般使用的方药，可以选用归芍地黄汤、归肾丸等。具体的药物有：丹参、赤白芍、熟地、怀牛膝、山药、山萸肉、川断、丹皮、茯苓等品，但是在使用这类药物时，有时效果并不理想，所以还应该考虑到以下几个结合才能提高治疗效果。

1. 与养血相结合　因为主宰女子月经生殖的阴水，亦即癸水溶于血分之中，促进血海充盈，子宫充实。且血者，肝也，阴者，肾也，养血与滋阴，实则上是肝肾合治，血中养阴，我们在上面所提出的归芍地黄汤、归肾丸等，就属于血中养阴的方剂，《傅青主女科》的两地汤、益经汤、养精种玉汤等，均属于血中补阴、肝肾两补的方剂。具体药物应以当归、白芍、熟地为基础，再加人山药、山萸肉、玄参、牡蛎、龟甲、牛膝、女贞子等品。因为闭经是一个病程极长的病证，因此养血滋阴的服药过程亦较长。血者除静的一面外，主要在于流动，因此尚需加行血调经之品，如丹参、赤芍、川芎、鸡血藤等品，间替使用之。

2. 与降火相结合　阴虚多火旺，火旺则阴更虚，在闭经病证中，主要在于阴虚，癸水不足，因而也就容易出现火旺的证候，《景岳全书·阴阳篇》中说：“火性本热，使火中无水，其热必极，热极则亡阴，而万物焦枯矣”，阐明了火热在阴虚中的危害性，故阴虚出现火旺者，务必要结合降火，火不降则阴亦不能复，降火就是滋阴，滋阴必须降火，在朱丹溪所制大补阴丸以及知柏地黄丸中，均用知母、黄柏以降火，在《傅青主女科》的一些滋阴方中，所用地骨皮、丹皮、黄柏、青蒿之类降火而清虚热，更符合妇科滋阴的要求。

3. 与宁心安神相结合　肾之阴阳处在一种运动状态中，与心火有着特别重要的关联，所谓心肾相交，水火既济，才能保障肾阴阳的提高和正常运动。肾者，水也，其癸水更与水有关，而心者火也，在与肾水相交后，其火有助于水的提高和发展，因此

《慎斋遗书》中说："欲补肾者，须宁心，使心得降；心得降，则肾自实。"前人所提出的"静能生水"，亦指出在安定心神，保证在静的前提下，才能较好地恢复肾阴，提高癸水水平。常用的药物有莲子心、炒枣仁、青龙齿、合欢皮等。

4. 与补阳相结合　水中补火，气中补阳，这亦是基于阴阳互根的观念所提出来的。《景岳全书》中写道："无阳则阴无以生。"因此在补阴的基础上，加入补阳之品，才能更好地提高补阴的作用，所以他创制左归丸（饮）、归肾丸，即是在大量的滋阴养血药物中，加入巴戟天、菟丝子、杜仲、党参、白术等1～2味，甚则3味，我们在临床上常用此法。闭经是一个顽固的病证，更应运用此法。具体运用，可参考调周疗法中有关内容。

5. 心肾子宫生殖轴的合治　在闭经阴虚证型中，我们发现阴虚者，固然属于肾阴虚，但却与心神有关，特别是学习紧张、工作紧张所致的肾阴虚闭经，乃肾阴亏虚后，心火上炎，心气不得下降，胞脉闭塞，子宫有藏无泻，是以月经不能来潮，我们根据《景岳全书》的柏子仁丸与《妇人大全良方》的泽兰叶汤加减而成的益肾通经汤，具体药物有柏子仁、广郁金、益母草（或者改用茺蔚子）、生茜草、川断、熟地、茯苓等药是一般阴虚性闭经的常规用方，也是我们治疗学生因学习紧张所致闭经的有效验方，可供临床参考。

周期节律诱导法治疗闭经，是我们所提出的一种系统的序贯疗法。它是顺应月经周期中四期的变化，将药物治疗与精神心理疏导方法相结合的治疗方法。经后期，即黄体酮撤退出血后，以用滋阴养血、补肾，提高天癸，促进卵泡发育，为此还需"静能生水"，安定心神，注意休息和睡眠，避免烦躁和紧张的心理状态，常用的药物为加减归芍地黄汤，常用的心理方法为静松气功。经间期即排卵期或排卵前期，以补肾调气血，促排卵为重点，使气顺血动，功能增强而促发排卵，常用方药为补肾促排卵汤，常用的心理疏导方法，加上针刺和电兴奋三阴经穴位，促进重阴转阳，提高排卵率。此法至关重要。但有一定时间要求，不能反复使用，以防损耗阴分，反致阴长不利。经前期，是排卵之后的分泌期，以补肾阳为主，健全黄体功能，我们常用毓麟珠加减，重用山药、川断、菟丝子、鹿角片，或者紫石英等，心理疏导主要在于动，不仅要求在身体方面要活动，而且在心理上亦要有动的意识，即兴奋状，有利于阳长的发展。行经期，是重阳转阴，排出月经，所以活血调经，促使月经正常来潮。月经期，必须活血促使经血下行，使子宫内膜剥脱，在心理疏导方面，必须静心下气，并要按摩子宫，由上向下反复顺序按摩，促使月经来潮，一次又一次序贯施治。有时能取得较好的效果。如经3～5个月经周期治疗后仍无效者，可结合西药人工周期疗法，以改善雌激素水平和黄体功能。首先令闭经患者用补肾活血药10～15天，而后再用黄体酮20毫克，1日1次肌注，连续5天，以期月经来潮，月经来潮第5天，开始口服己烯雌酚1毫克，1日1次，连续服22天，月经周期第12天开始，用绒毛膜促性腺激素，每日1000IU，连用5天，第18天，用黄体酮20毫克，1日1次肌注，连续用药5天。在应用西药的同时，根据患者的病因及病证配合补肾调周法，才能求得较好的疗效。

此外，尚有中医学中所谓痰湿闭经，大多与现代医学所谓多囊卵巢综合征相吻

合，治疗虽可按痰湿论治，但乃治标方法，非治本也。治本仍然要按补肾调周法施治。

人流术后所致闭经，有两种不同情况，其一是内膜损伤性，可按肝肾不足论治，加入龟甲、鳖甲等血肉有情之品治之；其二是子宫粘连，经血不能按时排出，在宫腔镜手术分离后，可按周期序贯疗法，加入化瘀利湿之品以巩固之。

产时大出血所致席汉氏闭经，中医谓之血枯闭经，轻则治之尚有效，重则难疗。除辨证施治外，血疗是一种主要疗法。在治疗闭经过程中必须注意到精神心理的变化，务必要放松思想，稳定心理，避免紧张忧郁等因素的影响，保持心气下通，胞脉胞络畅达，则月经不仅有望来潮，而且来潮后亦能保持如期来潮，其他如热涸闭经、溢乳性闭经，可参阅夏桂成著《月经病中医诊治》与《中医临床妇科学》。

第十二节　经前期综合征

经前期综合征，是指妇女在行经前反复周期性出现躯体、精神以及行为方面改变的症状，如表现为精神紧张、烦躁易怒、神经过敏、头痛、乳胀、失眠、浮肿、泄泻、发热、身痛、口舌糜烂、风疹块等，严重影响生活质量，月经期结束后这些症状自然消失者。有发病学统计表明，其发生率为30%～40%，严重者达5%～10%。以往对此无专篇论述，散见于“经行乳房胀痛”、“经行头痛”、“经行浮肿”、“经行泄泻”、“经行发热”、“经行身痛”、“经行口舌糜烂”、“经行风疹块”等病变范畴。后人编著时亦有云“月经前后诸证”。

【病因病理】

月经以血为本，五脏之中，肝藏血；脾统血；肾藏精，精化血；心主血脉，主神明，为五脏六腑之大主，相当于脑的功能，总统五脏六腑。所以说月经的来潮与肾、心、肝、脾的关系密切，若诸脏功能失调，则月经紊乱，或经行前后出现诸多症状。本病主要与心肝功能失调有关，其中尤以心肝气郁为主要的病理机制，因此分析心肝气郁的形成和发展，实际上就是本病证发生发展的机制。从一般而言，肝郁的形成，首先在于阴血不足的内因，或者阴虚及阳，肝肾不足。所谓女子，阴类也，以血为本，以血为用，由于经、孕、产、乳屡耗于血，故使妇女处于阴常不足、阳常有余的状态，此为本病发生的内在条件。但其属生理状态，对健康妇女不足为病。临经之际，阴血下注血海，经前期冲脉血海日渐满盈，行经期血海由藏而泻，由盈而虚，阳长至重，阳气偏旺，使全身本已偏虚之阴血，益显不足，阴血不足，则心肝郁火易于妄动，又因各人体质禀赋不同，阴阳各有所偏，若不能适应此时的生理性失衡，则可能引起脏腑功能失常，气血阴阳紊乱，而于经前经期屡见上述诸证。经净后，阴血渐复，气血顺调，脏腑功能恢复平衡，诸证可随之消失。但如禀赋不足，阴血、肝肾有损，必然有导致肝郁的可能，加以素性抑郁，情志不舒，或恚怒伤肝，或长期紧张烦恼，以致肝失条达冲和，形成肝郁，肝郁之后，由于体质阴虚，故肝郁易于化火，必然导致郁火，火性炎上，故致与肝有关的各种证候；阴虚肝郁化火，火旺则肝阳肝风上扰，必

然又可致肝阳亢盛类疾病；肝郁气滞，脾肾阳气亦虚，气化不利，津液水湿不运，极易凝聚为痰湿。若素体脾肾阳虚，饮食不慎，损伤脾胃，则肝郁气滞，克伐脾胃，脾胃更虚，肝气更郁，更郁则更虚，必致土虚木郁，以致腹痛泄泻、浮肿呕吐等证候；血虚气弱，心肝气郁，可致神魂失宁，亦可导致--系列心脾为主的证候。此外，肾虚肝郁，亦可致气滞、血滞、滞久生瘀的血瘀证候。

西医学对本病的发生尚无确切的病因认识，一般认为，可能是由于卵巢激素、中枢神经和自主神经系统功能失调的综合作用产生的结果，亦有学者认为本病证可能与精神过度紧张引起大脑皮质下神经功能紊乱，包括下丘脑对自主神经和脑垂体以及靶腺之间的调节失常有关。归结起来有：①雌、孕激素比例失调；②阿片肽释放异常；③维生素 B_6 缺乏；④精神因素。当抗利尿激素、肾上腺皮质激素的分泌增加时，可出现水钠潴留现象，亦可因雌孕激素之间的比例失调而引起下丘脑和脑垂体间的功能紊乱，在临床上出现乳房胀痛、水肿、头痛、烦躁等一系列症状。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

1. 临床表现　经前、经期或偶在经后出现头昏头痛、胸闷烦躁、精神紧张、入夜失眠、胸胁作胀、乳房胀痛、浮肿泄泻等症候群，并随月经周期规律性发作者。

2. 检查　内分泌检查，部分病例血、尿中雌激素浓度升高，或雌激素/孕酮比值增高，少数病例催乳素水平增高。阴道细胞学涂片检查，角化细胞异常持久，提示说明雌激素水平增高，孕激素不足。宫颈黏液检查：黄体期涂片仍见宫颈黏液稀薄透明，延展性强，并见羊齿状结晶者，提示雌激素水平高。基础体温测定大多为双相，但排卵后体温曲线上升缓慢，且不规则，或上升日数短，说明黄体功能不全（也有呈单向型的）。

二、鉴别诊断

对本病精神、神经症状，如精神紧张、头痛、烦躁等应与神经官能症鉴别；对浮肿应与心肾疾病相鉴别；对乳房胀痛、结节等应与乳房肿瘤相鉴别。

【辨证论治】

对本病的辨证，应抓住肝郁气滞的主证型，并注意证型演变所表现出的热化、寒化症状。治疗一般亦以调肝为中心。结合清肝、泄肝、柔肝、健脾、补肾等方法，或佐以化痰、化瘀、利湿等。

1. 肝郁气滞证

主证：月经紊乱，先后不一，量或多或少，质紫红有小血块，经前胸闷烦躁，乳房胀痛，烦躁易怒，小腹胀痛，纳食较差，神疲乏力，舌质偏红，舌苔色黄白微腻，脉象细弦。治法：疏肝理气，活血和络。

方药：逍遥散（《太平惠民和剂局方》）加味。

当归、赤白芍、白术、茯苓各 10 克，炒柴胡 6 克，青皮、陈皮各 6 克，广郁金 6 克，制香附 9 克，丹参 10 克。

服法：经前期，水煎分服，每日1剂。

加减：经行量偏少时，上方加入泽兰叶、川牛膝各10克，益母草15克；经行量多时，上方去丹参，加入钩藤15克，大、小蓟各10克，地榆炭9克；若头昏、头痛颇甚者，上方加入钩藤、白蒺藜各10克，甘菊6克；夜寐甚差，心烦颇著，上方加入莲子心5克，炙远志6克，合欢皮9克，青龙齿（先煎）10克；纳欠脘痞，神疲乏力者，上方加入娑罗子10克，炒谷芽、炒麦芽各12克，佛手片6克；乳房胀痛，胸胁不舒者，上方加入路路通5克，八月札6克；乳房胀痛，胸胁不舒者，上方加入路路通5克，八月札16克，绿萼梅3克。

肝郁化火证：除上述症状外，尚有头疼头晕，口苦烦热，乳头作痛，大便艰行，小便黄赤，脉象弦数，舌质红，苔黄腻。治当清肝解郁，方用丹栀逍遥散加减。药用：栀子9克，炒丹皮、当归、赤白芍、山楂、茯苓各10克，炒柴胡5克，钩藤15克，金铃子9克，绿萼梅3克。

肝郁致瘀证：除上述症状外，尚有经行腹痛，经量或多或少，色紫黑，有血块，血块较多、较大，口干不欲饮水，脉细弦或涩，舌质边有紫瘀点。治当调气化瘀，方用血府逐瘀汤加减。药用：桃仁、红花各9克，当归、赤白芍、熟地、川牛膝、炒枳壳各10克，川芎5克，炒柴胡5克，桔梗9克，五灵脂10克，益母草15克。

肝郁凝痰证：除上述症状外，尚可见形体肥胖，且越来越胖，胸闷口腻多痰，带下或多或少，色黄白，质黏腻，脉象细滑，舌苔黄白腻厚。治当理气化痰，方用苍附导痰丸（汤）加减。药用制苍术、制香附各9克，广陈皮、制半夏各6克，炒枳壳9克，广郁金9克，陈胆星、茯苓、川续断各10克，丹参、赤白芍各12克。

2. 血虚肝旺证

主证：月经先期，经量偏多，色红有小血块，经前头晕头疼，烦躁失眠，乳头作痛，腰俞酸楚，或则经后头晕耳鸣，眼花心慌，急躁易怒，脉象弦细带数，舌红质裂，舌苔黄燥。

治法：滋阴柔肝。

方药：杞菊地黄汤（《医级》）加减。

枸杞子、钩藤、山药、山萸肉、熟地、丹皮、茯苓各10克，甘菊6克，白蒺藜12克，白芍10克，牛膝12克，桑椹子、寄生各9克。

服法：经后开始，水煎分服，每日1剂。

加减：心火偏亢，失眠口糜者，上方加黄连、莲子心各5克，黛灯心1米，夜交藤15克；脘腹作胀，大便偏溏者，上方去熟地、桑椹子，加入煨木香9克，砂仁（后下）5克，炒白术12克，陈皮6克；胸闷叹气，情怀不畅者，上方加入广郁金9克，合欢皮10克，娑罗子12克。

3. 脾肾两虚证

主证：月经大多后期，经量或多或少，色淡红，无血块，经前浮肿，纳谷不馨，脘腹胀满，矢气频作，大便溏泄，身困神疲，腰膝酸软，神疲乏力，胸闷烦躁，或有乳胀，舌苔白腻，脉象细弱。

治法：健脾补肾。

方药：温上毓麟汤（《傅青主女科》）加减。

炒白术、党参、茯苓、巴戟天、川续断各 10 克，炮姜、煨木香、六曲各 6 克，菟丝子 12 克，陈皮、荆芥各 6 克，肉桂（后下）3 克，砂仁（后下）5 克。

服法：经前期，水煎分服，每日 1 剂。

加减：经行量少，上方去菟丝子，加入丹参、泽兰叶各 10 克，益母草 15 克；经行量多，色淡红，无血块者，上方去肉桂，加入黄芪 15 克，艾叶炭 6 克，赤石脂、禹余粮各 9 克；若经行量多，色紫红，有血块者，上方去菟丝子、炮姜，加入炒五灵脂、炒蒲黄各 9 克，补骨脂 10 克，三七粉 5 克（分吞）；腰俞酸楚，小便频数者，上方加入杜仲、覆盆子各 10 克，鹿角霜 9 克；若胸闷烦躁，夜寐甚差者，上方加入广郁金、合欢皮各 10 克，炙远志 6 克，钩藤 15 克，炒丹皮 10 克；若浮肿明显，小便偏少者，上方加入黄芪 15 克，防己 10 克，连皮茯苓 10 克。

【临床体会】

本病证的发病原因，至为复杂，西医学中目前的几种病因认识，只能解释部分临床症状，甚至出现相反不符的情况，因此现在倾向于认为经前期综合征系由于多种因素所造成。

中医学中认为本病证的发生发展，主要是与肝郁，实际上应是心肝气郁有重要关系。而且以内因为主。形成肝郁的内因；①血少气多的生理特点：由于女性体内经常处于一种血少气多的状态，血者来源于肝，因肝为藏血之脏，血少必然要影响到肝，肝体阴用阳，体阴不足则用阳不及，将成肝郁，若能得到及时纠正，不至于形成病理，如纠正不力，必将形成病理。②心理欠稳定：心神欠安宁，心气不得抒发，肝受气于心，肝藏魂，但心藏神，神统魂，心为五脏六腑之大主，所以心理欠稳定，心神心气不安宁，亦必然导致肝气不舒，亦是致郁的主要方面。③肾虚：肾有阴阳之分，藏精而主生殖，肾之阴精有着滋养肝的作用，肝之阴血亦必赖肾之肾肝阴血的滋养，阴不足，则不能养肝，体阴不足，肝气疏泄不及，自然形成肝郁；肾阳不足，肾阳者有推动气血运动，促进气化分利的作用。《景岳全书·命门余火》中说："五脏之气，非此（指命门肾阳）不能发。"肝得不到肾阳的支持，肝气不发，肝郁自成，在乳房作胀为主的病证中颇为常见。④脾胃不足：脾胃者，后天之本，生化之源，肝藏之气血，除依赖先天之本肾外，主要来源于后天脾胃之本。脾胃有所不足，气血虚弱，不仅肝之藏血有亏，体阴不足，而且肝用不及，肝气不得疏泄，自然也就形成肝郁。正由于有这些内因，所以本病证的发生率较高。据柴丽娜在 1988 年新中医杂志上报道，她们通过对 1050 例育龄妇女的普查分析，本病的发病率为 59.2%，可见本病的发病率之高，且随着现代生活节奏的加快，妇女的工作学习、生活愈趋紧张，发病率呈上升趋势。且肝郁形成后在这些内因及外在的情志因素、紧张烦恼等因素影响下，可以向郁结、化火、致瘀、凝痰的实证转化，简称实化，亦可以向耗血、克脾、伤肾、损阳等虚证转化，简称虚化，故可产生各种证候群及某些主症突出。因此辨治肝郁是治疗本病的主要内容。

肝郁必须疏肝，气滞又需理气，这是解决肝郁的基本方法，我们在临床上对此处理有以下几种解郁的方法。①轻清疏解：即运用轻清的药物达到疏肝解郁的目的，一般运用于上中焦的气郁证候。就肝脏而言，性喜条达而欲升散，疏泄者，先升后降，升是主要的，轻清疏解，正是适合条达升散的要求。逍遥散、四逆散以及佛手片、玫瑰花、合欢花、代代花、八月札、绿萼梅、苏叶、香橼皮等，大多属此范围。《傅青主女科》在治疗月经病的解郁方中，常取用柴胡、荆芥、桑叶之类者，均寓有此意。我们体会，轻清疏解剂，不仅药用轻清升散，而且用量亦轻，所以对上中焦肝郁气滞症状明显者适合。有的病情较重，反复发作者，亦可加重剂量，提高治疗效果。②理气行滞：即运用理气行滞的方药，来解除气滞较重的病证。一般本方药较轻清疏解在行滞方面力量要大。此法的特点，在于通畅泄解，或称横通旁解，推动气机运行，与逍遥散、四逆散之升散有所不同。代表方剂如四制香附丸、加味乌药汤、八物汤、越鞠丸等。根据病情以及各人的体质不同，在选方用药上不一致，对夹有痰湿的，可选用越鞠丸加入藿梗、苏梗、川厚朴、佩兰、郁金、枳壳等；对引起月经量少，气滞血不畅者，可选用四制香附丸加人丹参、泽兰等品；对引起痛经、气滞血阻者，可选用加味乌药汤加入炙乳没等；对引起月经周期落后者，可选用七制香附丸加入泽兰、月季花、川续断、肉桂、茺蔚子等药；对引起乳房胀痛结块者，可选用越鞠丸加入五灵脂、山甲片、川郁金、川贝母、瓜蒌皮等消散之。总之，理气行滞通过转运气机，导滞化浊的方法，是妇科较为常用的方法。③通泄阳明，泄浊解郁：肝郁气滞常蕴阻在脾胃之间，特别是大肠之间，与浊滞相蕴结，疏肝泄肝，难于见效，转以通泄阳明，排除浊滞，常能较好地解除肝郁，此乃中焦升降枢纽通过胃降而调节肝气的一种方法。江苏省徐州市铜山有位老中医，擅用开胸丸、厚朴三物汤一类方剂，治疗胸闷乳胀不孕症有一定效果，开胸丸由槟榔、木通、川厚朴、六曲、山楂、麦芽、莱菔子、枳壳、乌药、青皮等组成，该老中医谓之行药；厚朴三物汤药物同小承气汤，但用量稍有不同。我科已故黄鹤秋老主任在治疗经前乳房胀痛、胸闷烦躁、夜寐甚差、月经量少的病人时，亦喜欢运用通泄阳明的药物，即越鞠二陈汤加人青皮、川朴、枳壳之类，他并告诫我们，见肝之病，用肝之药，虽谓正治，但如治之无益，当从脾胃论治，《金匮要略》所谓见肝之病，当先实脾，乃治未病之法也，此则见肝之病，运用泻胃腑的方法，乃含有实则泻子的意义。我们按他的经验治疗此类病人，的确有效。④调经解郁，行血达气：调经者，即调达血气，从血分来疏通，所谓血行则气行。因为气机郁滞，必然阻碍血行，血不行则气不畅，气不畅则血更不行，血更不行则气更阻滞，相互影响。但气附于血，血不行则成瘀，血乃有形之物，血瘀之后更加影响气机的流通。且经血排泄每月一次，正由于经血排泄，才能使大量有余之阳气随经血下泄，故凡一切肝郁之气，尤其是周期性发作的肝郁之气，必得经血下泄而排除之，月经量少，则对排除肝郁之气不利，所以必须通过经血正常的排泄，才能排除有余之气。故凡血府逐瘀汤、少腹逐瘀汤、通瘀煎等通过活血化瘀，使月经排泄顺利，月经量增多，表面上看起来为了调经，实际上是为了排泄有余之气，达到疏肝解郁的目的。我们在临床上用此调治肝郁例子颇多，且疗效亦佳。

在辨治本病证前，应首先检查几个与本病有关的女性激素和微量元素的水平。①雌激素（即雌二醇 E_2）：E_2 是卵巢内分泌激素中的主要组成万分，它过少或过多，是导致本病的重要因素。我们认为 E_2 与天癸阴水相一致，是月经来潮的物质基础，相似《傅青主女科》中所指出的肾中之水。所以 E_2 的过少过多，均属于肾阴的范畴，均需运用补肾滋阴的方法，如《傅青主女科》的两地汤、清经散，因为补肾滋阴具有调节 E_2 的作用，既能补其不足，又能抑其有余，如果雌二醇过多，出现阴虚火旺或火旺阴虚的证候者，必加知母、黄柏、黄连等泻火坚阴，或者清经散以清泻肝肾之火为主；如果雌二醇过低，补肾滋阴法不足以提高其水平，恢复天癸肾阴的不足，可在滋阴法中加入川断、菟丝子、肉苁蓉、紫河车等补阳之品，此即张景岳所说“善补阴者，必于阳中求阴，则阴得阳升而泉源不竭”之意也。②黄体激素（即孕激素 P）：P 也是卵巢激素的组成部分，它的过少或过多，亦将导致本病。在长期的观察中发现，P 与肾阳相一致，属于肾阳的范围，但此阳乃水中之阳，又称为阳水，是天癸中的壬，为阳水的部分，可以运用测量基础体温，简称 BBT，观察高温相的变化，有助于了解肾阳的盛衰。BBT 高温相图像所示偏短、偏低、不稳定以及上升缓慢等，均标志着黄体功能不健，也就意味着肾阳的不足和虚衰。肾阳的不足，可以导致水湿的潴留和肝气的不舒，因此也就产生一系列复杂证候。运用补肾助阳的方法，一般可选用毓麟珠、右归饮等方药治疗，如兼脾虚者，可采用脾肾双补的方法，选用健固汤、温土毓麟汤等治疗。如 BBT 高温相下降不显著，或降而又升，以致行经淋漓，经期延长，此与黄体萎缩不全有关，属于阳太过，重阳不转，心肝气火不平，治疗宜轻补肾阳佐以清降和清泄，或运用重剂量的活血化瘀方药，以促经行而使重阳下降，我们对此常选用《妇人大全良方》的柏子仁丸合泽兰叶汤，甚至用张子和的三和饮、玉烛散，或者王清任的血府逐瘀汤加重剂量，务必达到月经正式来潮，使过多之阳随经血而下泄的目的。③催乳素（PRL）：PRL 偏高或过高，亦将导致本病证，特别是乳房胀痛、溢乳、烦躁、头痛等反应。经我们长期临床观察，PRL 与肝郁化火相一致，一般应属肝郁的范畴，可运用疏肝、清肝、柔肝、敛肝等方法。我们常选用一贯煎、化肝煎、芍药甘草汤等治疗之，必要时加入健脾和胃、滋阴助阳的药物，才能获取良效。④微量元素：检测微量元素也是微观辨治的主要手段。检测血清中的镁（Mg）、钙（Ca）、锌（Zn）、铜（Cu）、铁（Fe）等有着重要意义。对 Mg 偏低者，可在辨证论治选用方药的基础上，加入或加重海蛰、牡蛎、人参、章鱼等药治之；如 Mg 过高，可通过发汗及大小便以泄之。钙（Ca）偏低时，可在辨证论治选用方药的基础上，加入龙牡壮骨冲剂，或者加入骨粉、龟甲、鳖甲等品；如 Ca 过高，亦可通二便以泄之。对锌（Zn）、铜（Cu）偏低者，需要在辨证论治选方用药中，加入仙灵脾、仙茅、锁阳、龟甲、鳖甲等，而且这些滋阴补阳的药物，不仅有富集 Zn、Cu 的作用，而又有双相调节的作用。由于我们对微量元素的临床应用观察为时尚短，缺乏系统的研究，但就凭已取得的初步经验，已预示着良好的开端。至子本病证在经前期发作所存在的“3、5、7”奇数律，与内源性月经周期中的“3、5、7”奇数律的关系，亦有着重要意义，为我们推断本病，论治未病，提供了依据。

第十三节 经行头痛

每逢经期或行经前后出现以头痛为主要证候的病证，称为经行头痛。本病在古医籍中缺乏专篇论述，散见于月经不调的各病证中。为临床常见的多发病，严重影响妇女身体健康，和工作学习，现属于经前期综合征的范畴，但因头痛为主，有一定的独立性，故列此专篇。

本病在清·张璐《张氏医通》中有“经行辄头痛”的记载。文中云：“每遇经行辄头痛，气满，心下怔忡，食之减少，肌肤不泽，此痰湿为患也。”并附有治疗方药二陈汤加当归、炮姜、肉桂以化痰除湿。另外，它还认为经行头痛与气血亏虚有关，如：“每遇经行头辄痛，此气虚血弱也。经行时阴血下注冲任，髓海失养，以致头痛。”这些观点为后世医家认识经行头痛这一疾病提供了依据。

因本病头痛与经行有关，发作并且有周期性，可见血瘀、痰湿等仅是局部的证候病变，其整体必与心肾、子宫、冲任的整体功能失调有关，因此不仅要从局部病变，也要从整体考虑。

【病因病理】

历代医家对经行头痛病证的论述虽然不多，对本病的病因病理的认识归结于血虚、肝火、血瘀、痰湿等因素。从经络角度来说，头为诸阳之会，五脏六腑之气血皆上荣于头，而足厥阴肝经上巅络脑。而头部经络又与三阳经有关，少阳行头侧，太阳经与督脉经行头后上巅顶，阳明经行头额前面。子宫冲任与三阴三阳经有关，肝为藏血之脏，为冲脉血海之本。经行时血液下注冲任而为月经，经行时气血亦虚，若素体虚弱，或脾虚化源不足，或失血伤精，或精血不足，经前经行时，阴血下注子宫，或经时出血过多，阴血更虚，虚则肝藏不足，血不上充髓海，清窍失养，脑络空虚，是以发生头痛，或者头晕；或者由于情志所伤，肝气郁结，肝之阴血不足，经前冲脉气旺，易于上逆，夹肝之气火上逆，犯于清窍，遂发生头痛；若肾虚肝郁，气滞不畅，久而血滞致病，足厥阴肝经循巅络脑，若瘀血内阻，脉络不通，因而头痛。或则感寒饮冷，血为寒凝，或倒跌仆外伤，以致血瘀内阻，气横窜入络，上犯清窍，脉络壅阻，不通则痛；肝郁脾弱，水湿痰浊内阻，窜入脉络，上犯清窍，清窍脉络水肿，不通则痛。经前经期头痛常与肝火、血瘀相伴见，反复发作，时重时轻，不可轻视。

本病发作时，表现为肝火、血瘀、痰湿、气血虚的局部病变，而且这些局部病变之所以形成经前、经期、经后发作者，主要是与月经周期的阴阳消长转化有所关联。如阴血有所不足，则转化为阳气亦有所不利，气载血行，经前期阳长较差，重阳有所不及，阴血不足，又不能较多地赖气载上行，故致血虚头痛，或者阴不足，气火偏旺，再加上经前期阳长至重虽有所不足，但毕竟能达到重阳的水平，因而易于激动肝经气火上升，犯于清窍，是以头痛，得经血下行，重阳下泄，气火下降，头痛才能缓解；若阴血不足，阳亦薄弱，经前重阳不及，不能化解子宫内的瘀浊，协助冲任子宫的顺

利排泄，故致血瘀，瘀随督脉上行，犯清窍脉络，经行之前冲任肝气盛而发作头痛。气阳虚则不能助脾运化去肝经之湿，以致痰湿随经前期任督冲肝气盛而犯于清窍，蕴于脉络。所以说疼痛的局部病变，实与阴阳消长转化的较差及冲任督脉络偏盛偏衰有关。总之本病主要是气血为病，病因不外乎火、风、瘀三者。因其与冲任气血有关，所以发作有周期性。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

1. 临床表现　头痛有规律性地发生在经前、经期或者经后较短时期内，与月经周期有密切关系，且反复发作；亦或有平素隐隐头痛，或则偏头痛，但近经期或经前、经后期加剧，且有规律者。

2. 检查　内分泌激素检查可见血中 E_2 和 P 比值异常，BBT、头颅检查（包括 CT 检查、脑电图等）有助于诊断女性内分泌功能失调性病变的诊断。

二、鉴别诊断

通过有关检查，排除脑部器质性疾病，及眼、耳、口腔等所致病变，同时更与感冒头痛和雷头风相区别。

1. 外感头痛　外感头痛适值经期而发时须与经行头痛相鉴别，临床上外感头痛必有表证可辨，且其发病与月经周期无关。

2. 雷头风　初期眩晕呕吐，渐至头痛难忍，头中有声，轻则若蝉鸣，重则两耳若雷响，风动作响，其发病虽可见于经期，但无一定规律，不同于经行头痛。

【辨证论治】

经行头痛有虚有实，临证时要细心辨别，当根据疼痛的时间、性质辨虚实，根据部位辨所属脏腑经络。一般来说，属实者多痛在经前或经期，呈胀痛、刺痛或钝痛；属虚者多痛在经期或经后，呈隐痛、空痛，并常伴头晕。头痛部位，前额属阳明，后头属太阳，两侧属少阳，巅顶属厥阴。当审因辨证。治疗当审因论治去其所病，本病证在发作期，可按肝火、血瘀、血虚、痰湿论治，其中肝火证尤为常见。发作期的治疗，主要是清火化瘀、养血、利湿以控制头痛；经净之后，应转为调理月经周期法，调整和提高阴阳消长转化的周期节律运动，治本为主，一般以调理气血、通经活络为主，或益气养血，或滋阴潜阳，或活血化瘀，或化痰除湿。此外，经行头痛，根据头痛的部位适当配伍引经药物可收效更快：前头痛属阳明，加葛根、白芷，两侧头痛属少阳，加柴胡、蔓荆子，头顶痛属厥阴，加吴茱萸、川芎，后头痛属太阳，加羌活、藁本。气血充足，经络畅通，则头痛之疾自止。

一、主证型

1. 肝火证

主证：头痛多始于经前，疼痛在两侧或巅顶，至经行而痛剧，经行后渐缓，兼有情志抑郁，心烦易怒，头晕目眩，或伴目赤，口苦咽干，胸胁苦满，大便秘结，小便黄赤；或见月经先期，经血量多，鲜红，质黏稠，有血块；舌质偏红，苔黄，脉象弦

数。

治法：疏肝解郁，清热泻火。

方药：丹栀逍遥散（《内科摘要》）加减。

栀子、丹皮、炒当归、白芍、茯苓各 10 克，醋炒柴胡 5 克，钩藤 15 克，白蒺藜 12 克，苦丁茶 10 克，甘菊 6 克，大、小蓟各 10 克。

服法：经前经期，水煎分服，每日 1 剂。

加减：腹脘不舒，恶心呕吐者，上加入陈皮 6 克，制半夏 5 克，竹茹 9 克；头痛目赤，大便秘结甚者，加入石决明（先煎）15 克，草决明 10 克，青葙子 9 克，生地 10 克，必要时可加大黄 5 克；经血量甚多者，加入贯众炭、地榆、血余炭各 10 克；经量不太多，色紫红有血块，行经不畅者，加入丹参、泽泻各 10 克，益母草 15 克，制香附 9 克。

2. 血瘀证

主证：经行头痛剧烈，呈刺痛或跳痛感，经行量多或少，色紫黯，有血块，伴有小腹疼痛，胸闷不舒，口渴不欲饮，舌质紫黯，舌尖边有瘀斑、瘀点，脉象沉细或细涩、细弦。

治法：活血化瘀，通络止痛。

方药：通窍活血汤（《医林改错》）加减。

赤芍、桃仁、红花各 10 克，川芎 6 克，老葱 5 克，丝瓜络 5 克，石菖蒲 6 克，炙乳、没各 5 克，干地龙 10 克，丹参 15 克。

服法：经前经期，水煎分服，每日 1 剂。

加减：原方本有麝香，因缺药改用乳香、没药、菖蒲。如烦躁口渴者，加入钩藤 15 克，苦丁茶 10 克，丹皮 10 克；如形寒腹泻，苔白脉细者，加入北细辛 5 克，川桂皮 3 克，鸡血藤 15 克；若月经量多者，加入炒蒲黄（包煎）6 克，炒五灵脂 10 克，血竭 3 克；若月经量少不畅者，加入制香附、泽兰、牛膝各 10 克，益母草 15 克。

3. 痰湿证

主证：经期头重胀痛，或至头晕，甚则眩晕，动则欲倒，胸闷恶心，呕吐痰涎，平时带下黏腻，质地清稀，体形肥胖，纳食较少，面目或有浮肿，舌质淡胖，边有齿痕，苔白根部微厚，脉象细滑。

治法：燥湿化痰，和络止痛。

方药：半夏白术天麻散（《医学心悟》）加味。

制半夏 6 克，制苍、白术各 12 克，明天麻 9 克，茯苓、泽泻各 10 克，陈皮 5 克，丹参、赤白芍各 10 克，苏梗 6 克。

服法：经前经期，水煎分服，每日 1 剂。

加减：胸痞纳少者，加入广藿香 6 克，广木香 9 克，炒谷麦芽各 10 克；月经量少，色紫黑，有血块者，加入桃仁、红花各 9 克，川芎 6 克；月经过多，色淡红，无血块者，上方去丹参、赤芍，加入党参、炒白术各 15 克，阿胶珠 10 克，血余炭 12 克。

4. 气血两虚证

主证：经后或行经中后期，头部绵绵作痛，或伴头晕目眩，经血量少，色淡红无血块，周期延迟，面色萎黄不荣，头重脚轻，神疲乏力，食少不寐，舌质淡红，苔白，脉细软乏力。

治法：滋阴养血，宁心调肝。

方药：杞菊地黄丸（汤）（《医级》）加减。

枸杞子 10 克，甘菊 6 克，山药、山萸肉、熟地、丹皮、茯苓各 10 克，红花 9 克，桑椹子 12 克，丹参、当归各 10 克。

服法：经期经后，水煎分服，每日 1 剂。

加减：若气虚明显神疲乏力者，加入黄芪、党参、白术各 10 克，甘草 5 克；腹胀便溏者，加入煨木香 9 克，砂仁（后下）5 克，炒白术、六曲各 10 克；经行不畅者，上方去甘菊、山萸肉，加入鸡血藤 15 克，赤白芍、泽兰、川牛膝各 10 克；经血量较多，色淡红，无血块者，上方去丹参、当归，加入阿胶珠 10 克，党参 15 克，血余炭 12 克。

二、次证型

1. 肝阳上亢证

主证：经前或经期头痛，且胀痛如裂，甚或巅顶掣痛，头晕目眩、目胀，烦躁易怒，口苦咽干，腰酸腿软，手足心热，经量少色鲜红，舌红苔少，脉细数。

治法：平肝潜阳，滋阴养血。

方药：天麻钩藤饮（《杂病症治新义》）。

天麻 10 克，钩藤 15 克，栀子 6 克，黄芩、杜仲、桑寄生、川牛膝各 10 克，益母草、夜交藤、石决明各 15 克。

服法：经期经后，水煎分服，每日 1 剂。

加减：若颈项强硬者，加葛根以松解肌肉；若伴有恶心呕吐者，加竹茹以降逆；若肝阴不足者，加枸杞子以补肝阴；肾阴不足者，加女贞子以养肾阴；五心烦热者，加生地、青蒿以清热除烦；头痛重者；加全蝎以搜风止痛。

2. 痰瘀证

主证：经期头重胀痛，甚则眩晕，动则欲倒，胸闷时痛，纳食较少，面目或有浮肿，舌质淡胖紫气，边有齿痕，苔白，脉象细滑。

治法：化瘀涤痰，通络止痛。

方药：越鞠丸（《丹溪心法》）加减。

广郁金、赤芍、桃仁、红花各 10 克，川芎 6 克，石菖蒲 6 克，干地龙 10 克，丹参 15 克。

服法：经前经期，水煎分服，每日 1 剂。

【临床体会】

本病证临床上颇为常见，30～40 岁，尤其是 40 岁以上的妇女为多见。病证虽有肝火、血瘀、血虚、痰湿四者，但临床上以肝火者为常见，而且肝火夹血瘀、肝火夹痰

混者多。从本质上讲，又与阴血虚，或者阴虚及阳，偏于阳虚者有关。

在辨证方面，首先要根据经络的循行辨别头痛的部位。两侧头痛，属于少阳厥阴经络部位。所以大多与厥阴肝经及少阳胆经的郁火有关；前额部疼痛，与阳明胃经有关，大多属于风火痰浊的痛证；后脑部疼痛，乃太阳经与督脉经部位，与太阳膀胱经及少阴肾经的血瘀或风湿等因素有关；头巅作痛，乃督阳不足，或肝火上亢，亦时常夹风寒。头部的不同部位发作疼痛，也有所特异性，要和其他科的疾病相区别。如前额痛，亦常见于眼鼻、咽部的疾病，或贫血和发热性的疼痛；单一侧头痛，多属偏头痛，常见于血管病变；巅顶痛，要排除神经科的神经官能症；头后枕部疼痛，多见于高血压、脑部肿瘤等；全头痛或部位不定的，要与脑震荡、动脉硬化、神经衰弱和中枢神经系统感染相区别。另一辨证要点是从疼痛的性质辨证，如跳痛、胀痛、刺痛，一般属于热证、实证，以风火或血瘀为多见，亦有血瘀夹痰湿者；收缩性疼痛剧烈者，属于血瘀血寒者多；绵绵隐痛、晕痛，大多属于虚证，正如明·陈文昭在《陈素庵妇科补解·卷一》中有关于经行发热兼见头重目暗的论述："血虚发热，阳气下陷，故头重，精血少，故目暗也，宜地黄养血汤。"疼痛发作的时间也有一定的辨证价值，如下午或晚上痛甚的，多属于阴虚火旺；清晨、上午痛甚的，多与痰湿、血瘀有关；进行性加剧，持续不已的头痛，要注意脑部的子宫内膜异位症，但要排除脑部肿瘤；时作时止，间歇发作，一侧为主，多为偏头痛，要排除副鼻窦炎经期加剧者，常与肝经郁火有关。此外尚应了解，经前期发作头痛者，大多属于肝经郁火证型；行经期发作头痛，与血瘀有关，亦要注意痰湿证型；经后发作头痛者，多呈绵绵隐痛、空痛，与阴血虚或气血不足有关。同时要与前面所述痛经的具体部位、性质、时间相参考，以便做出正确的辨证，有条件的地方要与辨病相结合，以提高辨证的水平。

在治疗方面，对肝火头痛的，除了清肝解郁止痛之外，必须注意到两种情况。其一是否夹有痰湿，如若夹有痰湿，必须清利，可运用龙胆泻肝汤，加入白蒺藜、苦丁茶之类以清之利之，非丹栀逍遥散所能治；其二是否热甚化为风阳，即肝阳肝风内动者，亦非丹栀逍遥散所能治，必须借用治疗于痫的羚羊角散，或者较为常用的羚角钩藤汤治之，羚羊角属动物类，已经禁止使用，可以石决明重剂代之，如石决明亦缺者，可以珍珠、白蒺藜、牡蛎等代之，务以潜阳熄风控制疼痛为要务。治疗本病时，不能忽略调经、固经，如经行量少者，要结合调经，促经血畅行，肝火随经血而下泄；如经行量多者，要结合固经，防止阴血损耗过多而致水不涵木，肝火更甚。对血瘀头痛者，必须活血化瘀，但亦要注意到血得热则行，故凡活血化瘀，一般需要加入艾叶、肉桂之属，并非有寒才用。倘如脑部肿瘤病灶存在，行经期用通窍活血汤外，平时期以调周治疗为关键。所谓痰湿证型者，一般单纯的较为少见，大多数夹杂于肝火、血瘀证型中。我们体会，有相当部分兼夹痰湿证型者，需要通过西医学的检查始能发现，如有脑部血管水肿者，属于痰湿，必须运用利湿化痰的方法，有的需要重用利湿之药，才能见效。

第十四节 经前期漏红

经前期阴道点滴漏红，伴随行经期发作者，称为经前期漏红。又称“经前期出血”，一般易被误认为月经来潮和经期延长，西医学称为黄体期出血。

本病的特征，是反复在经前期漏红，有周期性，少则2~3天，很难与行经期相区别。多则7~10天，甚则整个经前黄体期均有出血现象，与经漏、经期延长相似，故散见于这些有关病证的记载中，但实与经期延长、经漏的性质不同。有时较为顽固，反复发作，不易治愈，故立专篇论述之。

【病因病理】

本病证的主要病机在于阳水、阳气的不足，以致子宫有所失藏，冲任有所失固，故而出现漏红。具体来说，所以致阳水、阳气不足者，根据我们观察有两个方面的因素。其一是精神情志因素，气机郁阻，气郁不畅，痹阻脾肾之阳，所以使脾肾之阳虚，有如《傅青主女科》在“种子”门中所说：“肝气郁，则心肾之脉必致郁之极而莫解，盖子母相依，郁必不喜，喜必不郁也……肝木不舒，必下克脾土而致塞，脾土之气塞，则腰脐之气必不利，……则带脉之气亦塞矣。”其二是劳累因素，疲劳过多，亦如《景岳全书·妇人规》所说：“若脉证无火，而经早不及期者，乃心脾气虚，不能固摄而然……。”在阳虚或气虚的前提下，由于经前期的特点，常可兼夹郁火、湿热、血瘀三者，郁火者与精神情志有关，心肝气郁，在经前阳长至重的情况下，气郁可以化火；由于脾肾不足，内湿可以产生，湿性下流，夹郁火可致湿热，肾虚肝郁，又常可致血瘀。

其次，亦有肾阴偏虚，气火偏旺者，此虽然少数，但临床亦有所见。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

1. 临床表现　每次在经前期3~5天，甚则7天以上，阴道有少量出血，血色红，或淡红，一般无血块，接着正式月经来潮。多见于40岁以上的妇女，若发生于生育年龄者，常可影响生育，导致不孕不育，若能怀孕，也易发生早期流产或习惯性流产。

2. 检查　测量BBT，呈双温相，短于12天，面且高温相呈上升下降缓慢状，或者偏短，或高温相不稳定。血查孕酮低下，诊刮子宫内膜病检示分泌欠佳。

二、鉴别诊断

通过妇科（或肛门）检查，BBT测定，卵巢功能检查，甚则宫腔　腹腔镜检查，应排除宫颈宫腔息肉样病变及宫颈肌瘤、炎症等病变，并与经间期出血、经期延长、经漏等病证做出鉴别。

【辨证论治】

本病证除了证候辨证外，BBT 高温相的变化亦有助于辨证，凡高温相欠稳定，高温相偏低、偏短、缓慢下降等，均可作为阳虚辨证，高温相偏高，或锯齿状上升较高者，可作为阴虚火旺辨证。同时要注意主证型、次证型、兼证型的辨别。我们认为脾肾阳虚是主要证型，阴虚火旺是次证型，郁火、湿热、血瘀是兼证型。在治疗上主要是补阳益气，健脾补肾，结合清肝解郁、利湿除热、化瘀止血等法，总的是恢复阳长功能以控制出血。

一、主证型

阳虚证

主证：经前 3～5 天，甚则 7 天以上，阴道漏红，血色淡红无血块，腰酸腿软，神疲乏力，纳谷不佳，行经期大便易溏，舌质淡红，苔薄白腻，脉象细软，BBT 高温相欠稳定，或高温相偏低、偏短等形式。

治法：健脾补肾，温阳固冲。

方药：温土毓麟汤《傅青主女科》加减。

党参、炒白术各 15 克，川续断、菟丝子、鹿角霜、白芍、山药各 10 克，巴戟天 9 克，六曲 12 克，覆盆子 9 克。

服法：经前期服，水煎分服，每日 1 剂。

加减：兼有轻度郁火现象，症见胸闷烦躁，乳房乳头轻度胀痛者，上方应加入炒柴胡 5 克，钩藤 15 克，炒丹皮 10 克，绿萼梅 5 克；心神失宁，夜寐甚差，心慌不安者，上方加入合欢皮、炒枣仁各 9 克，夜交藤 15 克，茯神 10 克；腹胀矢气，大便易溏，小便短少，舌苔黄白腻者，上方去覆盆子，加入制苍术、茯苓各 10 克，薏苡仁 20 克，广藿香 6 克。

二、次证型

阴虚火旺证

主证：经前期 3～5 天，甚则 7 天以上，阴道漏红，色红质稍黏，胸闷烦躁，口干咽燥，头昏头痛，夜寐甚差，腰俞酸楚，大便干燥秘结，尿少色黄，脉象细数，舌质红绛，苔黄而少．BBT 高温相偏高，或锯齿状偏高。

治法：滋阴养血，清火安神。

方药：滋水清肝饮（《医宗己任编》）。

炒当归、白芍、山药、生熟地各 10 克，山萸肉 6 克，炒丹皮、茯苓各 12 克，泽泻 9 克，炒柴胡 5 克，炒枣仁 9 克，炒栀子 9 克，地榆 10 克。

服法：经前期服，水煎分服，每日 1 剂。

加减：腰俞酸楚者，应加入炒川断、寄生各 10 克，菟丝子 9 克；入夜失眠，心慌不安者，应加入合欢皮 10 克，莲子心 5 克，青龙齿（先煎）10 克；若见腹胀矢气，大便先干后溏者，加入炒白术 10 克，太子参 15 克，砂仁（后下）3 克。

三、兼证型

1．郁火证

主证：经前期漏红，反复发作，有时较多，色红，质黏，头昏头痛，腰俞酸楚，胸闷烦躁，口苦咽干，乳房胀痛，夜寐甚差，大便偏干，小便偏黄，舌质偏红，苔色偏黄，脉象弦细或带数，BBT 高温相常呈锯齿状波动。

治法：养血补肾，清肝解郁。

方药：毓麟珠（《景岳全书》）合丹栀逍遥散。

黑当归、赤白芍、山药、炒丹皮、茯苓各 10 克，山萸肉 6 克，川断、菟丝子、紫石英（先煎）各 9 克，钩藤 15 克，黑栀子 10 克，炒柴胡 5 克，白蒺藜 10 克，黛灯心 1 米。

服法：经前期服，水煎分服，每日 1 剂。

加减：如失眠明显者，上方加入炒枣仁 10 克，青龙齿（先煎）12 克；如大便偏溏，腹胀矢气者，上方去黑栀子、黑当归，加入炒白术 10 克，煨木香 9 克，砂仁（后下）5 克；如纳少、神疲、胃脘不舒、小便偏少者，上方去黑栀子，加入广陈皮 6 克，炒谷、麦芽各 10 克，薏苡仁 20 克，泽泻 9 克。

2. 湿热证

主证：经前期漏红，或赤白杂下，量少，色红，质黏腻，胸闷烦躁，口苦口腻，头昏头晕，腰酸神疲，少腹隐隐作痛，平时带下颇多，色黄白，质黏腻，纳食较差，小便黄少，舌红苔腻，脉象弦细带数。

治法：养血补肾，清肝利湿。

方药：毓麟珠合清肝止淋汤加减。

黑当归、赤白芍、山药、炒丹皮、茯苓各 10 克，川断、寄生各 12 克，炒柴胡 5 克，碧玉散（包煎）10 克，大、小蓟各 12 克，黑栀子 9 克，泽泻 10 克，炒黄柏 9 克，鹿角霜 10 克。

服法：经前期服，水煎分服，每日 1 剂。

加减：脾胃失和，脘腹痞胀，大便偏溏者，上方去黑栀子，加入陈皮 6 克，煨木香 9 克，砂仁（后下）5 克，焦山楂 10 克，广木香 9 克，薏苡仁 30 克，延胡索 10 克；腰酸小腹有冷感者，上方去黑栀子，加入紫石英（先煎）10 克，乌药 5 克。

3. 血瘀证

主证：经前期出血，量偏少，或偶有增多状，血色紫黑，或有小血块，少腹或小腹作痛，腰酸头昏，胸闷烦躁，口渴不欲饮，脉象细弦，舌质紫黯，边有瘀点或瘀斑。

治法：养血补肾，活血化瘀。

方药：毓麟珠合加味失笑散。

炒当归、赤白芍、山药各 10 克，牡蛎（先煎）15 克，丹皮、茯苓、川续断各 10 克，五灵脂、紫石英（先煎）各 12 克，蒲黄（包煎）9 克，血见愁 12 克，景天三七 10 克，血竭 6 克。

服法：经前期服，水煎分服，每日 1 剂。

加减：若兼心肝郁火，证见乳房乳头胀痛，夜寐较差者，上方紫石英改用 9 克，

加入钩藤 15 克，广郁金 9 克，绿萼梅 6 克，金铃子 9 克；若兼湿热，证见纳欠脘痞，神疲乏力，舌苔黄白腻厚，带下量多，色黄白，质黏稠者，上方去牡蛎，加入败酱草 15 克，薏苡仁 30 克，制苍术 10 克，陈皮 6 克，马鞭草 12 克；若小腹有冷感，小便欠畅者，加入肉桂（后下）5 克，乌药 6 克。

【临床体会】

经前期漏红临床上较为常见，在病人主诉中，常与经期延长相混淆。因此必须加以细心的审察和鉴别。我们认为必须采取两种方法，其一是测量 BBT，观察高温相的变化，如在高温相时期漏红，就属于经前期漏红，因为月经来潮时，BBT 必由高温相下降至原来低温相水平；其二按行经期初、中、末的时数规律加以分析和判断，一般来说，行经初期为 1 天，偶有一天半，甚或 2 天者，可从患者以往正常时的行经期规律中获得，迅速进入行经中期，中期者为行经期的高峰时期，经量多或较多。常在第 2 天或第 2 天的下午时出现，极少数在第 2 天。经前期漏红者，一般在经前 3 天，甚则 6~7 天，最长的自排卵期后就开始少量出血，淋漓不净，故称之为漏红。故对主诉经期延长或经漏的患者中，需要仔细地分析其出血的多少与时间的关系，再结合 BBT 高温相的观察，是不难确诊的。根据我们多年来的临床观察，经前期漏红大多伴有高温相失常的变化。其高温相失常的变化主要有偏短、偏低以及缓慢下降三种形式，均属于阳虚的病变，因此对此病要从补肾助阳法论治。

但根据我们多年来的临床诊治观察，此病有时颇为复杂和难治，常常在肾阳偏虚之中，兼夹心肝郁火，或者又夹湿浊，甚则再兼夹血瘀，病情错杂，而且在治疗上也相互矛盾，治此碍彼，不易全面照顾和处理，所以治疗的效果有时很不理想。如有一朱姓患者，患经前期漏红已 2~3 年，每次经前期漏红少则 7 天，多则半月，测量 BBT 可见从高温相上升开始即出现少量出血，量少色红，或如咖啡色，无血块，伴有腰酸头昏，胸闷烦躁，纳欠神疲，有时腹胀矢气，大便偏溏，脉象细濡带数，舌质淡红，苔色黄白腻根部厚，BBT 高温相欠稳定，或呈缓慢上升，或呈缓慢下降，治疗上我们采用养血补肾助阳，疏肝解郁理气法，方取毓麟珠合越鞠丸加减，药用黑当归、赤白芍、山药、炒丹皮、茯苓各 10 克，山萸肉 6 克，川续断、菟丝子、紫石英（先煎）各 10 克，制苍、白术各 9 克，制香附、五灵脂、省头草各 10 克，大、小蓟各 12 克。药后出血似有减少，但大便偏稀，不得不改用健脾补肾、清肝解郁的方法，用健固汤合越鞠丸加减，药用党参、炒苍白术、山药、炒丹皮、茯苓、川断、紫石英（先煎）各 10 克，广藿香、佩兰各 6 克，炒荆芥 6 克，五灵脂 9 克。药服 5 剂，月经来潮，经量稍多，色红有小血块，7 天净，净后仍有少量咖啡色，持续 3~5 天始完全净，净后有少量锦丝状带下，转从经间排卵期论治，予以补肾促排卵汤加减之，药后 BBT 高温相进入经前期，又见少量经前期漏红，BBT 呈缓慢上升，舌苔黄白腻厚，腹胀矢气，大便偏溏，但又见胸闷心烦，可见脾肾不足，心肝郁火，湿浊内阻，并夹有血瘀，故治之半年有效而不巩固，不得不进行宫腹腔镜检查，发现宫腔息肉、子宫内膜炎性疾患，子宫内膜病检系内膜炎性病变，分泌反应较差，行手术摘除息肉外，并予以清利化瘀等法治之，病情始为有转。可见是症病情复杂，

治疗上确有顽固之处。特别是夹有血瘀证型者，务必注意到宫颈、宫腔息肉，以及黏膜下肌瘤的器质性病变的可能性；在兼夹湿热证型者，务必注意到子宫内膜的炎性疾患；在兼夹郁火者，务必注意到精神心理方面的因素，要结合心理疏导。在治疗上，要抓住助阳益气，实际上我们在临床上常用益气温肾汤，即党参、炒白术、茯苓、山药、川断、菟丝子、鹿角胶或鹿角霜、紫河车、五灵脂、煨木香、砂仁、钩藤等，或再配服人参鹿茸丸，能收到较好的疗效。

第十五节　围绝经期综合征

妇女一般在“七七”之年，月经终止，称为“绝经”或“断经”。部分妇女在“绝经”前后伴随出现一些与绝经有关的证候，如眩晕耳鸣，烘热汗出，心悸失眠，烦躁易怒，潮热；或面目、下肢浮肿，纳呆，便溏；或月经紊乱，情志不宁等，统称为“围绝经期综合征”。也称为“绝经前后诸证”、“经断前后诸证”。这些证候往往轻重不一，参差出现，持续时间或长或短，短者一年半载，长者迁延数年，甚者可影响生活和工作。

绝经是妇女生命进程中必然发生的生理过程，其到来提示卵巢功能衰退，生殖功能终止。由于卵巢功能的衰退是渐进性的，所以人们一直用“更年期”来描述这一时期的病理生理状况，1994年世界卫生组织根据多年来研究的结果废弃了这一名称，建议用“围绝经期”这一专业术语概括绝经前后出现的与绝经有关的内分泌、生物以及心理方面的改变。

本病在古代医籍无单独记载，但古籍中有关本病的病因病机、临床表现以及中医药的治疗，论述较多，常散见在“年老血崩”、“年老经断复来”、“脏躁”、“百合病”等病证中。尔后在全国编写中医妇科高等教材时，始命名为绝经前后诸证。

【病因病理】

《素问·上古天真论》曰：“女子七岁肾气盛，齿更发长；二七而天癸至，任脉通，太冲脉盛，月事以时下，故有子……；七七任脉虚，太冲脉衰少，天癸竭，地道不通，故形坏而无子也。”这是人体生长衰老的自然规律，多数妇女可以顺利渡过。据统计此期间约有1/3的妇女能通过神经内分泌的自我调节达到新的平衡而无自觉症状，2/3部分妇女则由于体质、产育、疾病、营养、劳逸、社会环境、精神因素等方面的差异，不能适应和调节这一生理变化，阴阳平衡失调而导致本病的发生。

根据《内经》所云，由于以肾衰天癸竭为先导，肾的阴阳不足应出现在其他脏腑之前，多因素体阴虚或房劳多产，数伤阴血；或既往经量过多，耗伤阴血；或情志内伤，气火伤阴；或大病久病，穷必及肾等。到绝经前后，七七之年，肾气渐衰，天癸将竭，精亏血少，则肾阴更显不足。肾阴不足，常随个体差异而有不同病理变化。但肾阴虚癸水过少，是本病的主要原因。

另外，肾阴阳失调，常可涉及到其他脏腑，其中尤以心、肝、脾为主。若肾阴不足，不能上济心火，则常使心火独亢，出现心火亢盛证候；肝肾乙癸同源，肾阴不足，

精亏不能化血，导致肝肾阴虚，肝失柔养，肝阳上亢，出现肝火旺的证候；肾与脾，肾为先天之本，脾为后天之本，先后天互相充养，脾赖肾阳以温煦，先天之精靠后天水谷之精以滋养，肾虚阳衰，火不暖土，又导致脾肾阳虚的证候。综上所述，本病以肾虚为本，肾的阴阳平衡失调，影响到心、肝、脾脏，其中尤以心主神明、心主血脉的功能失常为主要，同时在心、肝、脾失和的境况下，又可导致痰浊、脂膜、血瘀、郁火等病变，形成围绝经期复杂和顽固的状态。从而发生一系列的病理变化，出现诸多证候。

1. 肾阴虚　素体阴虚或经产过多，精血耗伤，天癸渐竭，肾阴亏虚，阴虚则阳失潜藏，虚热内生，而成阴虚内热证；若热伏冲任，扰动血海，血海不宁，可致月经紊乱，甚则崩中漏下。

肾主骨生髓，开窍于耳，其主骨生髓的功能是以肾精为物质基础的，肾阴不足，肾精亏虚，不能养骨生髓，出现肾精亏损证；精血同源，精亏血枯，血海空虚，无血可下，致月经过早停闭。

肾阴不足，精亏血少，化燥生风，肌肤失于濡养，出现阴虚血燥证，血海燥涩干涸，可致月经断绝。肝藏血，肾藏精，精血互生，肝肾同源，肾阴不足，肝阴也亏，水不涵木，肝阳上亢，导致阴虚肝旺证。肾主元阴，肾水不足，不能上济于心，心火独亢，热扰心神，神明不安，又易出现心肾不交证。

2. 肾阳虚　素体阳虚，或大病久病，或平素贪凉饮冷，损伤阳气，七七之年，肾气渐衰，则肾阳更虚，复加房劳等损伤肾气，命门火衰，脏腑失煦，遂致绝经前后诸证发生。但临床上较为常见的是阴虚及阳所致的证候。

素体脾肾不足，或因劳累过度，房事不节，久病损伤等，致使阳虚内寒，脏腑功能衰退，元阳不足，火不暖土，而致脾肾阳虚。气阳不足，难以运化水谷之精微和水湿，水湿内停，泛溢于肌肤，或内蕴日久，酿生痰湿；痰湿壅阻，血行不畅，瘀阻血脉，结为胸痹。

绝经之际，精血亏虚，肾阳失温。真阴真阳亏虚，不能激发、推动机体的正常生理活动而致诸症丛生，呈肾阴阳俱虚之证。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

1. 临床表现　本病发病年龄一般在 45～55 岁，月经紊乱，月经周期改变，或量多、血崩，或稀发、闭经；或见烘热汗出、眩晕心悸、情绪易于激动，抑郁、忧愁、失眠，甚或情志异常。

2. 检查　血测 E_2、T、P、FSH、LH 等项，出现低 E_2、高 FSH 和 LH 者可以诊断为本病。

二、鉴别诊断

1. 某些内科疾病　眩晕、心悸、水肿等内科疾病的临床表现与本病相似，但本病多伴有月经紊乱，且发病年龄在绝经前后临证以此鉴别。

2. 原发性高血压　有高血压史，眩晕头痛，发作时收缩压和舒张压同时升高，休

息后不能缓解。

3. 心绞痛　常因劳累过度、情绪激动或饱餐而诱发，疼痛部位于胸骨后，甚至放射至左上肢，持续约 1～5 分钟，经休息或舌下含服硝酸甘油片后可以缓解。

绝经前后的年龄亦为癌好发之期，此际如出现月经过多或经断复来，或有下腹疼痛，浮肿，或带下五色，气味臭秽，或身体骤然明显消瘦等症者，应详加诊察，明确诊断，以免贻误病情。

【辨证论治】

本病主要因肾虚所致，临证以肾阴虚最为重要，阳虚或阴阳两虚亦常见。治疗以滋肾固肾为主，清热不宜过于苦寒，祛寒不宜过于辛热，更不可妄用克伐，以免犯虚虚之戒。若肾病涉及他脏者，则需兼而治之。

本病的治疗主要以调节肾阴阳为大法，重在清心安神，结合清肝健脾。阴虚者，滋阴清降；阳虚者，温阳宁心。审因论治去其所病，使绝经前后的妇女能较为顺利地度过这一时期。

一、主证型

1. 阴虚证

主证：绝经前后妇女，月经紊乱，先期量少或量多，或崩漏，烘热汗出，潮热面红，头晕耳鸣，腰膝酸软，手足心热，尿少便干，舌红少苔，脉细数．．

治法：养阴清热。

方药：六味地黄汤（《症因脉治》）加减。

生熟地、枸杞子、白芍各 10 克，山茱萸 6 克，山药 15 克，茯苓、丹皮、紫草各 10 克，炙甘草 3 克，莲子心 5 克。

服法：水煎分服，每日 1 剂。

加减：烘热汗出明显，五心烦热，阴虚内热者，可用知柏地黄汤，或加龟甲、鳖甲（先下）、五味子、淮小麦，以增滋阴潜阳、收敛止汗之功；若月经先期量多，或崩或漏者，加旱莲草、地榆炭、茜草炭以增清热凉血止血之功。

2. 阳虚证

主证：绝经前后，月经紊乱，或经行量多，或崩中漏下，经色淡黯，腰背冷痛，形寒肢冷，精神委靡，小便清长，夜尿频数，或面浮肢肿，舌淡，苔薄白，脉沉细弱。

治法：温肾扶阳。

方药：右归丸（《景岳全书》）加减。

山药、菟丝子各 15 克，山茱萸 6 克，熟地、枸杞子、鹿角胶（烊化）、杜仲、仙灵脾各 10 克。

服法：水煎分服，每日 1 剂。

加减：月经量多或崩中漏下者，加赤石脂、补骨脂，以增温肾固冲止崩之功效；腰背冷痛明显者，加川椒、附子，以增补肾扶阳、温补督脉之效；脾肾阳虚者，见有经断前后，腰背冷痛，肢冷畏寒，倦怠乏力，纳呆便溏，甚则五更泄泻，而浮肢肿，或经行量多，崩中漏下，舌淡嫩，苔白润，脉沉迟，宜以温肾健脾为法，上方合理中

丸（《伤寒论》）加减，药如山萸肉、枸杞子、山药、菟丝子、杜仲、肉桂、制附片、党参、白术、炙甘草、干姜、陈皮等。

3. 肾阴阳俱虚证

主证：绝经前后，月经紊乱，或前或后，头晕耳鸣，健忘，乍寒乍热，颜面烘热，汗出恶风，腰背冷痛，舌淡，苔薄，脉沉弱。

治法：阴阳双补。

方药：二仙汤（《中医方剂临床手册》）合二至丸（《医方集解》）加减。

仙茅、仙灵脾各 10 克，巴戟天 9 克，旱莲草、女贞子、菟丝子各 15 克，当归、何首乌各 10 克、生龙骨、牡蛎各 15～30 克，知母、黄柏各 6 克。

服法：水煎分服，每日 1 剂。

加减：便溏者，去润肠之当归，加茯苓、炒白术以健脾止泻；腰背冷痛较重者，加川椒、桑寄生、川断、杜仲以温肾强腰。

4. 心肾不交证

主证：绝经前后，腰膝酸软，头晕耳鸣，烘热汗出，心悸怔忡，心烦不宁，失眠多梦，甚至情志异常，舌尖红，苔薄白，脉细数。

治法：滋阴降火，交通心肾。

方药：黄连阿胶汤（《伤寒论》）加减。

黄连 1.5 克，莲子心 1 克，阿胶（烊化）10 克，生熟地、丹皮、白芍、麦冬各 10 克，百合、远志、五味子各 6 克，山药 15 克。

服法：水煎分服，每日 1 剂。

加减：若彻夜难眠，加紫贝齿（先下）、珍珠母（先下）以镇静安神；若情志异常，加炙甘草、淮小麦、大枣以甘润养心神。

二、兼证型

1. 兼夹痰浊证

主证：绝经前后，月经紊乱，周期落后，经量渐少，逐渐闭绝，伴随月经闭绝，突然发胖，烘热汗出，胸闷烦躁，痰多呕恶，颜面浮肿，神疲乏力，舌质淡，苔白厚腻，脉细滑。

治法：益肾化痰燥湿。

方药：半夏白术天麻散加减。

制半夏、炒白术、天麻、陈皮、薏苡仁、仙灵脾各 10 克，女贞子、菟丝子各 15 克，巴戟天 9 克，茯苓、当归、旱莲草各 10 克。

服法：水煎分服，每日 1 剂。

加减：若四肢浮肿明显，应加用防己、木瓜各 10 克；便溏者，去润肠之当归，加谷芽、六曲各 15 克以健脾止泻；若腰背冷痛较重，加桑寄生、川断、杜仲以温肾强腰。

2. 兼夹瘀血证

主证：绝经前后，月经紊乱，或崩漏不止，烘热汗出，胸闷痹痛，情绪不宁，夜寐较差，舌质紫黯，苔白厚腻，脉细涩。

治法：益肾理气，活血化瘀。

方药：血府逐瘀汤（《医林改错》）加减。

桃仁、红花、丹参皮各10克，当归、赤白芍各12克，炒柴胡、桔梗各6克，山药15克，广郁金12克，茜草15克。

服法：水煎分服，每日1剂。

加减：胸闷烦躁甚者，加行气药，如木香10克，瓜蒌皮15克；若胸前区痹痛时常发作，应加服复方丹参片；若血瘀性崩漏，则去桃仁、红花，加入失笑散15克，三七3克，益母草30克。

3. 兼夹肝郁证

主证：经断前后，腰膝酸软，头晕耳鸣，郁郁不乐，欲哭寡言，或多疑多虑，或胸胁乳房胀痛，或经期延长，经行不畅，色紫黯，舌黯红，苔薄黄，脉细弦。

治法：滋肾养肝，养血疏肝。

方药：归肾丸（《景岳全书》）合逍遥散（《太平惠民和剂局方》）加减。

生、熟地各10克，山茱萸、枸杞子各16克，菟丝子、山药各15克，当归、白芍、茯苓各10克，柴胡、合欢皮各6克。服法：水煎分服，每日1剂。

加减：若胸胁乳房胀痛明显，加川楝子、橘叶，以增疏肝理气止痛之功；若经期延长，经行不畅，加川芎、益母草，以增活血祛瘀调经之力。

【临床体会】

随着社会人口的高龄化，围绝经期综合征的发生亦与日俱增，成为人们关注的热点。在西医看来，围绝经期综合征是一个多脏器多功能失调的整体性病变。就中医学的整体观念来说，虽然本病的前提在于肾衰、天癸将竭，但却与阴阳运动有关的天、地、人三个方面更为大整体的阴阳运动有所失常的影响有关。

天者，不仅是指自然界变化的天，主要指自然界的气象气候亦包括空气质量而言，而且也包括人体、生理上先天之本——肾。自然界的气候与空气质量对人体的影响至关重要。气候的变化，也是有规律的，也是圆运动形成的，如春温、夏热、秋凉、冬寒的规律性变化，促进了生物间的生长收藏变化。而人体内部也必然出现生、长、降、藏的内在变化，自然也就形成体内阴阳消长转化的变化，推动了生命节律、生殖节律、月经周期节律的发展。围绝经期由于生理上的肾衰天癸竭的变化，由于“经、孕、产、乳”数伤于血，易处于“阴常不足，阳常有余”的状态，加上“年余四十而阴气自半”，因此气候的变化，特别是气候过分温热，该凉而不凉，或气候闷热，空气质量不佳，新鲜氧气不足，碳酸气、氮气或者其他污浊气体的侵袭，将不利于阴虚之体，将有可能促进心肝之气火外扰，必将诱发或加剧围绝经期综合征。肾为先天之本，肾衰自然易致天癸的早竭、快竭或应竭未竭，反致肾衰面发病。

地者，主要指地而上的水土，其中尤以水为重要。水者与天癸之水相应，所以李时珍在《本草纲目·论月水》中指出地者下应海潮，潮有潮汐，潮水涨落的规律，与月经内在的阴阳消长转化规律有一定的相应性。一月两次的水涨水落与一个月经周期中两次转化相一致，前人所谓癸水，含有北方壬癸水之意，也即含有地水涨落之意，地

水不足，也包含水质不纯，亦将影响月经周期中的消长转化，以及心肾肝脾脏腑的功能。此外，水内含的微量元素，如锌、铜、钙、钾、磷、铁、镁的稀少，亦将影响心肾肝脾的功能，诱发和加剧本病证的发生。

人者，主要指人的心理因素与社会因素的两个方面。其中尤指心理因素在围绝经期综合征的发病学上，占有重要地位。

我们曾经用人格个性调测的方法，对62例患有围绝经期综合征的妇女进行了调查，同时再以42例正常的健康的围绝经期的妇女进行心理调测对照，发现神经质的个性心理者发病率高，而且神经质的个性心理早在围绝经期前即已形成，说明本病证防重于治。在临床观察中亦发现承受精神创伤或精神紧张、心理忧郁的妇女，远较一个生活在和谐欢乐的环境中的女性更易发生围绝经期综合征。所以夫妻、子女、婆媳之间的关系处理得好坏，环境的优劣，脑力劳动的紧张程度，生活规律性如何，长期的睡眠，对本病证的发生和加剧有着重要的影响。

社会因素尤其是人际关系的影响，以及社会工作的紧张或激烈、文化素质的影响等等，均能诱发或加剧本病证。我们曾经发现某工厂一个小组，有三位女性，相处较好，年龄均在45岁左右，其中有一人发作围绝经综合征，半年后其余两位亦相继发病，症状基本相同，均出现典型的围绝经期综合征，后两位发作者亦承认是受前一人发病的影响。在脑力劳动知识型的女性发病中，尤以工作紧张、睡眠很差者发病率为高。

在发病后的内在病理变化上，主要反应在肾心子宫生殖轴功能的紊乱。其病的根本在于肾虚，在于肾阴亏虚、癸水不充。一般来说，年龄在40岁以上者出现肾衰、天癸将竭者原属正常的生理变化。但如肾衰、天癸竭过早、过快或者紊乱者，必然导致肾阴亏虚，阴虚就不能涵养心肝，特别是不能涵养心血心神，心肾水火失于交济，因而心火偏亢，火性炎上，必将影响到心主血脉、心主神明的功能失常，故而出现烘热出汗，面红升火，心悸失眠，烦躁忧郁。其中以烘热汗出表现最为突出。虽然烘热汗出发生于午后或夜间可以用阴虚火旺来解释，但我们在临床系统观察中发现这种烘热如潮水上涌，遂之汗出一症，当精神紧张，情绪激动，注意力过分集中时容易发作，且也常在上午出现，这尚不足以用阴虚火旺来解释，就必须用心火（气）才能解释。《丹溪心法》云："心之所藏，在内者为血，发外者为汗，盖汗乃心之液。"心火动则汗液外泄，心气虚则汗液亦能外溢。现代有学者以灸感治汗证，也已证实了感传入心经的现象。说明汗出与心密切相关，其烘热也系之于心肝，故我们认为本病的根本，虽在于肾，在于肾阴癸水的不足，但发病时尤主要在于心包括肝在内，在于心神心血的功能失常，在于心火的偏旺，心气的不足。至于子宫失调，还应包括冲任等气血失调，既不能应时下泄，势必上逆，因而必然促动心肝气火上升，有升无降，故使心肝脑部的气火更旺，故而加剧本病证的发作，此亦是本病证的关键所在。

在治疗围绝经期综合征方面，我们认为以下三个方面的措施是非常重要的，一是应用中医药的滋肾清心疗法，二是心理疏导和调节，三是西药激素替代疗法，包括镇静剂的应用。

1. 中医药的滋肾清心疗法　基于长期的临床实践，我们认为围绝经期综合征的病

机特点以阴虚火旺、心肾失济为主，所以我们提出病发较剧时，以治心为主，清心为要，证候稳定后以滋肾为主，养阴为要。所以我们初期所用的滋肾清心汤，以及多年摸索改进的清心滋肾汤，正适合此病证所用。本方药用：钩藤、莲子心、黄连，紫贝齿、合欢皮、太子参、浮小麦、广郁金、炒枣仁、茯苓、丹参等品，必要时尚可加入炙远志、夜交藤、牡蛎、肉桂等品。在具体使用时尚需随证加减，如出现上热下寒，上则心肝火旺，下则脾肾阳虚，故应加入仙灵脾、炮姜、肉桂，甚则补骨脂、制附片等；若出现脾胃失和，脘腹痞胀，矢气频作，大便偏溏者，需加入煨木香、砂仁、炒白术、陈皮、佛手片、娑罗子、玫瑰花等品以调治之；若夹有痰浊者，胸闷口腻，痰多者，需加入制半夏、陈皮、广藿香、石菖蒲等品。总之，根据不同的病证进行加减，但重点在心，兼顾肾与子宫，再结合不同的兼夹因素进行加减。但病情稳定后，再从肾阴阳或肝脾而论治之。但我们认为，45 岁以前的患者，特别是 50 岁以后的患者，应着重脾胃调治兼顾心肝调治。

2. 心理疏导和调节　我们在发病因素中，已经阐明了心理因素的重要性，因此，心理疏导与调节显得十分重要。根据我们的临床体会，在心理调节中，有个性心理调节、家庭调节、社会调节，此处还有气功疗法等几个部分，将予一一叙述之。

(1) 个性心理调节：可采用如下的一些措施。首先要客观地评价自我，不能过高傲横骄躁，亦不能过低的消极悲观，千万要注意防止心理上的衰老观，工作学习生活要养成规律、适当的节奏，注意劳逸适度，避免忙乱和紧张，克服心理上的不平衡，同时注意与他人沟通思想，舒畅情怀，培养业余爱好，如种花、养鱼、书画、听音乐、旅游、打猎等，使心理上有所寄托，可以避免一些不良的心理影响，保持较为稳定和愉快乐观的心理状态。

(2) 家庭调节：家庭境况的好坏，亦有着重要意义。家庭调节，主要是家庭成员之间的关系处理。如处理好夫妻、父子、婆媳间关系。要让丈夫、子女、媳妇等了解围绝经期的生理心理变化，要让他们树立谅解和理解的心情，同时让患者提高心理耐受阈值，或者由家庭成员陪同外出旅游，转换环境，提供比较和睦的家庭生活环境，同时要有豁达的胸怀，随遇而安的心境，正确对待家庭经济收入较低时的心理冲突。

(3) 社会调节：社会竞争渐激烈，对围绝经期的女性来讲，已有力不从心，因为此期的大多数妇女感到精力明显下降，有人对这一时期的女性精力能级作过估计，大约 1/3 左右不可能保持原有的节奏了。所以社会各阶层对妇女围绝经期保健应有一个相当的重视，并有一定的措施，避免较重或过重的工作负担，同时注意协调周围的人际关系，互谅互让，谦虚谨慎，保持心境平和。

(4) 气功疗法：气功是一种加强精神意识控制，锻炼身心的方法。实际上亦含有心理调治的意义。因为此法以调为主，强调意念集中，排除外来干扰，宁心安神，达到动静结合，调整体内的阴阳平衡，提高阴阳运动的水平。一般可应用气功疗法中的静松功，要求思想静，意识放松；调息功，即深呼吸运动；内养强壮功，意守丹田，排除杂念，加强呼吸吐纳等等。

3. 西药激素替代疗法　围绝经期综合征是由于卵巢功能减退，雌激素分泌减少所引起的，因此西医学对本病的治疗，以雌激素治疗为主，故多主张尽量用能控制症状

的最小剂量。如烦躁、头痛、失眠症状明显者，可适当选用一些镇静剂，或调节自主神经功能的药物。安定2.5~5毫克，每日2~3次，口服；眠尔通100~400毫克，每日2~3次，口服；谷维素10~20毫克，每日3次，口服。此外，还可配合服用维生素B_6、复合维生素B、维生素E及维生素A等。但西药激素尚有一部分绝对和相对的禁忌证，因此，这一类患者难以接受激素替代方法的治疗。鉴于目前中医药对本病的防治，尚未发现其毒副作用，又能治疗本病，日益为世人所瞩目。在进入围绝经期前防治未病，使得进入经断前后期，身体各器官功能退行性改变不太显著，从而可以减轻此症的发生，提高广大围绝经期妇女的生活质量。

第十二章

带下疾病

带下，始见于《素问·骨空论》，如说："任脉为病，……女子带下瘕聚。"《史记·扁鹊仓公列传》记载："过邯郸，闻贵妇人，即为带下医。"这里所指的带下，是一种广义性的，也是妇科疾患的统称。业此者，故为带下医，并非指单纯的带下。由此可知，带下有着广义和狭义两者。本章所要讨论的是狭义性带下。

狭义性带下，亦有生理、病理的不同。生理性带下，是指女性阴道内所流出的一种白色或无色的、透明或如蛋清样的、无臭的、黏而不稠的、适量的液体，俗称白带。在经间期出现的一种黏性更大，呈拉丝状的液体，我们称之为锦丝状带下。正如《沈氏女科辑要笺正》引王孟英言云："带下，女子生而即有，津津常润，本非病也。"而经间期出现的锦丝状带下非常重要，它表现出女性有正常排卵的反应，不仅润泽阴道，而且与月经相同步，推动排卵，有助子生殖生育，而且还有着营养生殖器官，促进生殖器官包括乳房在内的发育和生长。我们所提出的锦丝状带下，亦来之于中医学有关书籍。但前人认为这是一种与肾有关的病理性带下。而我们从临床观察中，发现是与生理有关的。正由于此，又有"带下，精之余也"之说，可见其重要性。当然，带下过多，并伴有明显症状者，就应属于病理的了。

狭义性带下的病理，首见于《诸病源候论》，是作为疾病而提出的，有五色带下，即白带、黄带、赤带、青带、黑带，或者五色杂下之带。但临床上多见的主要是白带或黄带。《傅青主女科》中将带下列在篇首，分别补充了治法与方药。该书关子带下病证的命名，是根据此病的主要症状而来的，即阴道流出的一种带下物质。这里，我们认为有两个方而的概

念。其一是，如《傅青主女科》在“带下”门中所说的：“而以带名者，因带脉不能约束而病此患，故以名之”；其二是阴道分泌物绵绵如带之不断，而名此。指出了带下病证，首先是与带脉有关，其次是带下之量多，如带之不断。所以，历来医籍中论述带下者，均指带下之过多而言。实际上，带下之为病，除过多之外，还应有过少的病变。带下过少者，一般方书均未论及。近年来我们观察到带下量少的病变，有着非常重要的意义，如早发围绝经期的前期，就出现带下量少，或者过少，其时尚不能诊断为早发围绝经期综合征，而以带下过少的诊断最为确切。又如结婚将近一年，排卵功能差，或者排出的卵子质量不高，一般均有带下过少的情况，因为尚不符合不孕不育的诊断，但可作为带下过少的病证进行辨治。又如性功能较差，也常表现为带下过少。带下过少一般均指经间排卵期而言。经间排卵期所出现的锦丝状带下，在时间和数量上均有一定的要求，对此我们在前面总论中已作了论述。所谓带下过少有两层意义。第一是指数量的不足，说明分泌出带下少；第二是指持续时间短，即锦丝状带下仅1天或2天，不符合锦丝状带下在时间上的要求。经间期锦丝状带下过少，月经大多相应减少。带下量少，还可见于经前期，此期一般亦有一定量的带下，如果这一时期的带下过少，对月经亦有一定的影响。我们认为不论是在生殖学还是月经病学，锦丝状带下的多少都有着重要的意义，所以我们列出“带下过少”一节以论述之。

第一节　带下过多

带下过多，超过了正常的生理范围，量明显增多，色、质、气味有所异常者，称为带下病证。因为历来在妇产科著作中，所指带下病证，均指带下过多而言。因而凡是提到带下病证，亦必是带下过多。众所周知，女性自14岁左右初潮后，至50岁左右绝经，在这一段长期的行经期间，一般均有一定的带下出现。最明显的是经间排卵期，其次月经将来潮前的2～3天内，有一定量的带下排出，这是生理的需要。但如带下量过多，或者在经后期、排卵后期、经前前半期，亦出现不应有的带下，虽然量不过多，亦将为病证的表现。所以带下过多，实际上包括两个方面的意义，一是数量上的确过多，指经间排卵期与经前期而言；二是某些时间不应有带下，但却出现带下，而且色、质、气味上有明显改变者。带下的名称在历代医籍中说法不一。如《神农本草经》称“沃”，有白沃、赤沃之说，或亦称漏下赤白。《金匮要略》称之“下白物。”《脉经》有称为“五崩”者。《针灸甲乙经》亦称为“沥”。至隋代《诸病源候论》始称为“五色带”，并具体地指出白带、黄带、赤带、青带、黑带，或称白崩等。

带下又分为炎症性带下和非炎症性带下。一般来说，炎症性带下常常包括细菌性阴道炎、滴虫性阴道炎、霉菌性阴道炎、宫颈炎、子宫内膜炎、盆腔炎等；非炎症性的带下过多与某些导致内分泌失调、盆腔充血的疾病及精神因素有关。两者在性质上不同，各有所异，但是在中医学的理论中，特别是辨证论治方面，有着一致性。

【病因病理】

带下病最大的最主要的是湿，正如《傅青主女科》云：“带下俱是湿症。”湿证之

所以形成带下病证者，有着一系列的复杂变化。从局部变化而言，是与子宫、任、带脉有关，首先是子宫行藏泻的功能有所失常，藏者不仅藏经血，亦包括津液、水湿在内，藏中有泻者，只有很微量的水湿津液泄出，是为润泽阴道，濡养生殖器官，但如藏的功能有所失职，则水湿津液下流将为带下。《金匮要略》曾经指出："妇人经水闭不利，脏坚癖不止，中有干血，下白物，矾石丸主之。"尤在泾在《金匮要略心典》中注释这一段文字"脏坚癖不止者，子藏干血……胞宫生湿，湿复生热，所积之血转为湿热，所腐而成白物。"这种子宫生湿的认识确有一定见解，亦符合临床实际。

任脉、带脉失约，在带下的一般病变中占有重要地位。正如《傅青主女科》"带下"中所说的："夫带下俱是湿症，……因带脉不能约束而病此患，然带脉通于任、督，任、督病而带脉始病。带脉者所以约束胞胎之系也。带脉无力，则难于提系，必然胞胎不固。"考带脉围腰一周，有着约束诸经脉的作用，同时又有提系下焦脏腑的作用。带脉发生病变，正如《难经·二十九难》所说："带之为病，腹满，腰溶溶如坐水中。"注释家认为，腹满，言腹部膨满不舒之感；溶溶，是形容腰部寒湿弛缓无力，因而不能有效地制约水湿之下流，水湿下流或称下注，这是形成带下病证的最主要病变。任脉亦具有约束功能，与冲脉相合，是协助子宫调节经血，推动或制约月经来潮，维系津液水湿在月经周期中的变化。任脉失约，除影响调节经血外，还将影响调节水湿津液等的功能。《素问·骨空论》认为："任脉为病……女子带下瘕聚。"所谓带下瘕聚，是指腰带以下的妇科疾病，特别是包块类疾病，亦即是说，任脉的功能亦在气化与约制，以及与督脉相合，维持一身阴阳的平衡，所以任、督、带在维持阴阳相对性平衡时，同样亦维护调节水湿津液的正常，失约自然导致带下过多的病证。

但外湿之盛，或是湿毒，入侵阴道而上行感染者，常在经行、产后、人流术后等，胞脉虚损，或洗浴用具不洁，或不洁性交等，湿热、湿毒不仅入侵阴道，上及子宫、盆腔，任、督、带经脉失约，子宫藏之欠固，因而形成以失约、湿毒为主的带下病证。

带下形成，还与整体有关，内湿的形成亦与整体有关。因为调节水湿代谢的主要脏器在于肺、脾、肾。肺者，居上焦为水之上源，带下与它关系不大，而主要是指脾肾两脏，以及肝脏。脾者，居中焦，属土，有运输水湿的功能；肾者，居下焦，属水，有分泌水湿，气化膀胱，主前后二阴，而且任、督、带等奇经八脉，既属于肾，又隶属于中焦脾胃。因此，脾虚失运，土不制水，水湿下流，任带失约，或肾虚，气化不利，水湿不得分化，因而内湿下注，任、督、带经脉失约，故而发生带下病证。赵养葵曾经说："带者，奇经八脉之一也，……八脉俱属肾经，下焦肾气虚损，带脉漏下。此外尚有一种与肝郁有关的带下，因为心肝气郁，必然克伐脾胃，从而形成带下，或赤白带下。"《妇科玉尺》认为："妇人多思恚怒，损伤心脾，血不归经，而患赤白带下。"

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

1. 临床表现　带下明显增多，淋漓不断，色白或黄，或赤白杂下，质黏腻，或质清稀，或呈黏液脓性，或呈血性带，或呈泡沫黄绿色带，或白色豆渣样，或凝乳状带，

或如黄水样，或无臭气，或秽臭、腐臭、血腥臭气，或伴阴部灼热肿痛，或外阴瘙痒，或坠痛不适，或腰骶酸胀，或尿急尿痛，或性交痛，甚则下腹或全身不适，或伴不孕，或伴月经不调、崩漏、闭经交替而作。

2. 检查

（1）妇科检查：外阴、阴道、宫颈、子宫、附件无异常发现；或外阴、阴道、宫颈红肿、充血、糜烂，或阴道触痛，或阴道口、外阴前庭区黏膜红肿，表面附白色膜状物，拭去后见表面糜烂，或表浅溃疡，或见阴道黏膜红肿，有散在出血点；或见宫颈糜烂，临床上按糜烂面积分为三度，Ⅰ°者糜烂面占整个子宫颈面积的1/3以下，Ⅱ°者糜烂面占整个子宫颈面积的1/3～2/3，Ⅲ°者糜烂面占整个子宫颈面积的2/3以上；或宫颈肥大，比正常大2～4倍；或宫颈腺体囊肿，一般囊肿如米粒大小，偶有直径达到1cm者，或宫颈管黏膜局部增生，逐渐向外形成鲜红色舌突状蒂细长之息肉；或宫颈外观光滑，宫口内有脓性分泌物；或子宫颈外翻，见阴道内白带多，色黄、灰、绿、红，质稠或稀，或泡沫样，豆渣样等。

（2）阴道分泌物检查：清洁度Ⅲ°～Ⅳ°，白带涂片或培养及生物学检查，发现一般病菌，或需氧及厌氧杆菌比例明显失调，或查见滴虫、霉菌，或查见线索细胞，或用PCR技术查见支原体、病毒等。

二、鉴别诊断

1. 白淫　女子骤然从阴道内流出较多的液体，或与欲念的冲动有关，古称白淫。二者从质地上看比较相似，但带下过多者的带下经常存在，淋漓不断，而白淫则为骤下量多，同时白淫其质如水样，而炎性带下为黏液，甚为脓浊，故亦有不同。且患白淫者可有幻觉，常伴梦交。

2. 白浊　白浊是指从尿道流出的秽浊如米泔样的一种尿液，或尿时伴淋漓涩痛，其出于尿窍，而带下出于阴道，故易于区分。

3. 漏下　属经血非时而下，量少面淋漓不断，主要应与赤带相混淆。赤带虽带血色，但质为黏液，故而黏滑，其月经正常，以资鉴别。

4. 其他　赤带还要与经间期出血相鉴别。可通过测量BBT观察低温相而区别之；脓性带下与阴疮相鉴别，可通过妇科检查的局部观察以区别；如带下五色夹杂，似脓似血，其臭难闻，应与宫颈癌相鉴别，可以通过宫颈刮片、活检以鉴别之。

【辨证论治】

一般而言，炎症性带下以湿热、湿毒为主证型，少数有气滞血瘀者，大多与慢性炎症有关；非炎症性带下大多与肾虚、脾虚、肝郁有关。兹则分别论述如下。在治疗上以利湿为主，佐以清利、解毒、燥湿等法，在整体上，以调理脾、肾、肝三脏为主。

1. 湿热证

主证：带下量多，色白，或黄，或黄绿，或黄白，质黏腻，或如脓样，或如乳酪样，或呈泡沫状，或如豆渣样，或赤白相兼，或夹鲜血，有臭气，或秽臭，口苦咽干，小溲黄赤短少，头昏身困，脉象细濡带数，舌质偏红，苔黄白根腻厚。

治法：清热利湿止带。

方药：止带方（《世补斋不谢方》）。

猪苓、茯苓各10克，泽泻、赤芍、牛膝、车前子（包）各10克，丹皮、茵陈、黄柏、栀子各9克。

服法：水煎分服，每日1剂。

加减：若湿重于热，身睏乏力，带下色白，质黏腻，舌苔白腻而厚者，上方去栀子、茵陈，加入制苍术12克，荆芥6克，薏苡仁15～30克，此即止带方合四妙丸；若热重于湿者，可加入龙胆草、炒黄芩各6克，碧玉散（包煎）10克；若痰湿下流者，加入制南星6～9克，制半夏6克，苏梗5克，炒枳壳6克；若夹有寒湿者，上方去栀子、茵陈、黄柏，加入吴茱萸6克，艾叶9克，大、小茴香各5克。

2. 湿毒证

主证：带下量多，色黄白，质黏稠，如脓样，或赤白相间，或五色杂下，有秽臭气，或有奇臭，腰酸，小腹作胀，头晕神疲，纳欠苔腻，口苦咽干，脉象细濡数，舌质红，苔黄腻根厚。

治法：清热利湿，解毒止带。

方药：五味消毒饮（《医宗金鉴》）合蜀羊泉散（临床验方）。

蒲公英10克，金银花15～30克，野菊花6～9克，紫花地丁、紫背天葵各10克，蜀羊泉15～30克，地榆12克，土茯苓15～20克。

服法：水煎分服，每日1剂。

加减：若脾胃不和，出现脘腹作胀，纳欠苔腻者，加入广木香9克，陈皮6克，焦山楂10克，炒白术12克；若气血不足，神疲乏力，面目浮肿者，加入黄芪15～30克，党参15克，炒当归、白芍各10克，茯苓12克，甘草5克；若肾虚明显，腰膝酸软，头昏耳鸣者，加入炒川断、桑寄生各12克，杜仲9克。

3. 血瘀证

主证：带下量稍多，色黄白，质黏稠，或者夹有黑色血液，腰俞酸楚，少腹两侧或一侧疼痛，或喜热按，或痛引腰骶，或少腹刺痛，烦热口渴，但渴不喜饮，舌质淡黯或紫瘀点，或紫瘀斑，脉象弦或涩。

治法：活血化瘀，利湿止带。

方药：复方红藤煎（《中医外科学》加味。

红藤15克，紫花地丁10克，乳香、没药各6克，金银花、连翘各12克，丹皮、延胡索各10克，甘草5克，大黄5克，炒当归、赤白芍各10克，川断10克。

服法：水煎分服，每日1剂，痛剧则日服2剂。

加减：若热象不著，疼痛隐隐者，可去紫花地丁、金银花、连翘等品，加入广木香9克，山楂10克，五灵脂9克；若带下量较多，色黄白，质黏稠者，加入炒黄柏9克，制苍术12克，薏苡仁30克；若腰酸明显者，加入桑寄生、杜仲各9克；若脘腹作胀，矢气频作，大便易溏者，上方去当归、大黄，加入广木香9克，陈皮6克，六曲10克，炒白术10克。

4. 脾虚证

主证：带下量多，或特多，色白，或淡黄，质稀无臭气，或质稀稍黏，绵绵不断，

面色萎黄，脘腹易胀，矢气频作，大便易溏，神疲乏力，四肢欠温，有时浮肿，脉象细弱，舌质淡红，苔薄白腻。

治法：健脾益气，升阳除湿。

方药：完带汤（《傅青主女科》）。

党参、制苍白术、山药、炒白扁豆、茯苓各10克，陈皮、炙甘草、柴胡、荆芥各6克，车前子（包）9克，薏苡仁15～30克。

服法：水煎分服，每日1～2剂。

加减：如脾虚气陷明显，可见神疲气短，小腹作坠者，加入黄芪15～30克，炙升麻5克；如兼肾虚，腰俞酸楚，小便较频者，加入炒川断、杜仲、菟丝各10克；如腹胀便溏明显，肢冷肠鸣者，加入炮姜、砂仁（后下）各5克，制附片6克。

5. 肾虚证

主证：带下量多，或特多，色白，或淡黄，或赤白相间，质稀无臭气，或质稍黏腻，绵绵不断，面色晦黯，腰膝酸软，小腹有冷感，大便时溏，小便清长，或频数失禁，形体畏寒，脉细或沉迟，舌质淡苔薄白。

治法：补肾助阳，固任涩带。

方药：五子衍宗丸（《证治准绳》）加味。

枸杞子10克、菟丝子12克，五味子（炙）6克，覆盆子10克，车前子（包）9克，韭菜子10克，巴戟天6克，砂仁（后下）5克，炒芡实12克。

服法：水煎分服，每日1剂。

加减：如兼夹湿热，带下黄白，质黏腻者，上方去巴戟天、韭菜子，加入炒黄柏9克，败酱草15克，薏苡仁15克；如偏于肾阴虚，头昏腰酸，烦热口干，舌质偏红者，去覆盆子、巴戟天、韭菜子、砂仁，加入山药10克，山萸肉6克，干地黄12克，炒丹皮10克；若阴虚火旺，带下赤白，质黏，低热，上方去覆盆子、巴戟天、韭菜子、砂仁，加入山药10克，干地黄12克，炒黄柏10克，炙知母6克，炒丹皮10克。

6. 肝郁证

主证：带下量多，或稍多，色白或黄，质稍黏，或黏稀不一，无臭气，头昏目眩，胸闷烦躁，两胁作胀，精神抑郁，情志不畅，喜叹息，常伴月经失调，或经行量少，舌质淡红，苔色黄白腻，脉象细弦。

治法：疏肝解郁，健脾止带。

方药：逍遥散（《太平惠民和剂局方》）加味。

服法：水煎分服，每日1剂。

加减：如心肝气郁较为显著，出现性情抑郁，沉默寡言，呵欠连连，嗳逆频见者，加入广郁金9克，娑罗子10克，合欢皮12克；肝郁化火，带下赤白，烦热口渴明显者，加入黑栀子10克，炒丹皮10克，钩藤15克，亦或可加龙胆草6～9克，黄连3克，青黛拌灯心1米；如脾胃不和，出现胸脘痞胀，腹胀矢气，大便溏泄者，加入煨木香9克，砂仁（后下）5克，陈皮6克，玫瑰花3克，炒防风5克；如湿甚带多者，尚可加入制苍术10克，车前子（包煎）10克，金樱子9克等。

【临床体会】

带下病证的分析，结合现代医学的观点，本病主要分为两大类，一是非炎症性带下，一是炎症性带下。非炎症性带下，偏重于全身性与脏腑整体功能失调，与月经的关系较大。炎症性带下与细菌、病毒、微生物、原虫等的感染有关，着重在局部的病变。所以我们在湿热、湿毒的论述中，较多的是阐明炎症性带下。近年来性病中的淋球菌感染亦有所见，但就临床所及，尚不算多，故未予介绍。在论述肾、肝、脾三脏失调中，较多的是阐明非炎症性带下，现代医学认为，非炎症性带下的原因，主要是由于雌激素偏高，或孕激素不足而雌激素相对升高，使黏膜中腺体细胞分泌增多；盆腔充血类疾病，如盆腔静脉淤血综合征、盆腔部分肿瘤等，引起盆腔静脉血液回流受阻，组织渗出液过多，从而可以导致本病的发生。

炎症性带下常见的病原体，主要分为以下3类：

1. 细菌　常见的为链球菌、葡萄球菌、大肠杆菌，或者淋球菌等需氧菌感染为主，也有少数因厌氧菌属的增长，而致加德纳菌、好动月牙杆菌感染。

2. 病毒　近年来阴道、宫颈病毒感染引人注目，常见的病毒如单纯疱疹病毒、巨细胞病毒及人乳头状瘤病毒等。

3. 原虫与霉菌　如阴道毛滴虫、阿米巴原虫，霉菌中的白色念珠菌等可致感染。此外，衣原体、支原体属及弓形虫等都可引起感染。

感染途径主要是直接蔓延，病原体直接扩散于外阴表皮、阴道、宫颈，如细菌、滴虫、霉菌病毒等多为接触性感染；也可由内生殖器炎性分泌物浸渍宫颈、阴道，如子宫内膜炎，或慢性宫颈炎，引起宫颈炎或阴道感染等，也可通过淋巴扩散、血行传播，但比较少见。

在辨证方面，首先在于辨别量、色、质、气味四者。量多或时多时少者，一般多属实证；量多，或甚多者，虚证居多。色黄或黄绿，或深黄者，湿热居多；色淡黄者，脾虚为主；先白后黄，系湿蕴生热之象；黄中夹赤，乃火旺伤络之征；色白者，大多为虚证、寒证、痰湿之证也，亦有属于湿热或湿毒之轻者；色赤或赤白相杂，大多属于湿热伤络，或血瘀伤络，亦有属于阴虚火旺者；五色杂下，多为湿毒所致。带下质稀，属于虚证，带下质黏腻，属于实证。带下有臭气者，属热证、实证；无臭气者，属虚证、寒证。明确了四方面病变的辨证意义，就可以把四者联系起来，即可得出初步的结论。如带下量多，或特多，色白质稀，无臭气，属于虚证，或虚寒证；带下量多，或时多时少，绵绵不断，色黄，质黏腻，有臭气者，属湿热实证；带下量多，或时多时少，色赤白相兼，质黏腻，有臭气者，为湿热伤络之象；带下时多时少，以多为主，色赤质稀，或夹黏液无臭气者，为阴虚火旺，损伤脉络所致。然后结合全身症状、舌苔脉象以及病史检查，不难做出明确诊断，以便更好地针对性治疗。

根据我们临床体会，在脏腑整体功能失调中，脾虚、肾虚、肝部三者间，随着时间的推移，三者间的相兼因素增多。如肝郁脾虚的相兼，脾虚与肾虚的相兼，有的称之为脾肾不足，肾阴虚与肝火旺的相兼，可简称为阴虚肝旺，所以在非炎症性带下病证中，有其复杂的一面。此外，在非炎症性带下疾患中，特别是慢性炎症反复发作中，

湿热与湿毒，亦常兼夹肝郁、脾虚、肾虚的变化，有的既有脾肾两虚，又有湿热内蕴。总之，对炎症性带下，主要是慢性炎症反复发作者，更要注意到虚实夹杂的情况。

在治疗方面，主要着重在湿的治疗。内湿的治疗要与调理肝、脾、肾三脏相结合。前人提出“治肝宜疏达，治脾宜升燥，治肾宜补涩。”这是指导临床辨治带下的要旨。外湿包括湿毒的治疗，虽然着重在清利、风燥、解毒杀虫等法，但如阴道、宫颈局部炎症较重者，尚需结合外治。首先从湿浊而言，主要为湿热，以清利为主，一般方药，用止带方或四妙丸，如热重于湿者，以热为主，且热属于肝火者，为肝火湿热，可用龙胆泻肝汤，在一些细菌性、滴虫性阴道炎中，龙胆泻肝汤颇为常用，而且还有较好的止痒作用；如湿重于热，以湿为主，其湿属于脾者，为脾虚湿浊夹热，可用《丹溪心法》的萆薢分清饮加味，即川萆薢 12 克，石菖蒲 9 克，乌药 9 克，益智仁 6 克，茯苓 10 克，制苍术 12 克，薏苡仁 30 克，荆芥 6 克；还有少数或个别的属于寒湿者，表现出带下色白，质黏腻，有腥气，伴见小腹作胀有冷感，周身酸楚，脉象细濡，舌苔白腻者，当用温经散寒，利湿止带，可用艾附暖宫丸和苓桂术甘汤加减，药用艾叶 9 克，制香附 10 克，炒当归 10 克，川芎 5 克，赤、白芍各 10 克，川断、炙黄芪各 12 克，炙桂枝 6 克，茯苓 12 克，炒苍、白术各 10 克等。外治时，对滴虫性阴道炎，可用蛇花洗剂冲洗阴道；对霉菌性阴道炎，可用土槿皮洗剂冲洗阴道；对细菌性阴道炎，可用龙胆草洗剂冲洗阴道。冲洗阴道的治法，未婚女子不宜。上述三张洗方，均见夏桂成著《实用妇科方剂学》。如属宫颈炎者，亦当用冲洗和敷贴的药物。至于脾虚与肾虚的治疗，还需结合调治心肝，老年性阴道炎所见带下较多者，在治脾、治肾中，更需结合调治心肝。

第二节　带下过少

凡女子阴道内液体过少，以致不能润泽阴道，表现出带下很少，甚则全无，或伴阴道内干枯涩痛者，称之为带下过少。带下过少在前人的文献中缺乏记载，近人也很少有人加以重视。但随着妇科学的发展和对带下与月经内在关联的认识到位，带下与月经相同步的重要性已逐步得到阐明。带下的多少与否，可以反应癸水、经水的多少，不少月经失调、月经后期、月经量少甚或闭经的患者，在病证的早期就已经出现带下过少，对功能性不孕中排卵功能不良者精卵发育是否成熟或健康，从带下的过少与否亦可测知。这里特别要指出的是围绝经期晚期，即绝经期后，至老年期的一段时期内，尽管天癸已竭，但实际上尚未全竭，尚有将竭而有少量的癸水，因此阴道内，包括女性生殖器尚有少量的液体滋养，故这一时期内，带下过少，甚至全无者，必将出现阴道内干枯涩痛的感觉，有时亦列属于老年性阴道炎的范围。所以有相当部分的老年性阴道炎，其带下很少，偶或有少量黄水者，亦应归属于带下过少的范围。

【病因病理】

女子自十四岁左右月经来潮后，阴道内所存有一种液体，前人所谓津津常润，润泽阴道，直至月经绝后的一段时期内，均有一定量的带下分泌物，而且与月经的周期

变化一样，有高有低，经间排卵期，或者经前期，尤其是经间排卵期，带下增加，如果该增加时不能增加，经后的中末期应有带下者，亦很少，这样不仅阴道与内生殖器同时受到影响，而且亦表示月经病的即将发生，或者性功能的即将衰退，卵泡发育不良，甚或不能排卵。因此，带下与月经一样，亦受肾气、天癸、任带等奇经八脉的主宰和影响。之所以导致带下过少者，主要在肝肾不足，癸水不充，但亦与心肝郁火有关，其次还与脾胃虚弱，后天生化之源不足有关系，亦可能与瘀血内阻有关。

1. 肝肾不足，阴亏津伤　这是带下过少最主要的原因。我们认为肝肾不足者，常与先天禀赋不足，或者房劳多产，或者大病久病之后，以致肝肾阴精匮乏，不能充实天癸，天癸衰少，津液不足，故而带下过少。需要指出的是在多次刮宫流产，必将损伤子宫，子宫者亦属于脏腑的范围，前人有称为子脏者，脏者有滋生阴津的作用，根据现代医学的报道，子宫也有充实雌激素即天癸的作用，因而刮宫或药物流产，损伤子宫后，使天癸不充，肝肾不足，且子宫者系于肾，依赖肾阴肾精的支持，其闭藏的作用，亦有赖于肾，所以子宫损伤，也就必然亏及于肾，肾虚亦必及肝，故见肝肾不足。肝肾不足，阴血亏虚，与心肝郁火亦常有关。或因心情不畅，或因烦躁忿怒，或因心理紧张过度，或因思虑过度，以致心肝气郁，气郁得阴虚而易化火，心肝郁火，必耗其阴，从而使阴更虚，阴虚则天癸亦形衰少，从而使带下更少。

2. 后天脾胃不足　脾胃者，后天生化之源。或因素体脾胃较弱，或因饮食不当，或因劳倦过度，或因寒暖不调，损伤脾胃，脾胃虚弱，水谷之精不能涵养先天天癸之阴精，不仅天癸不充，津液匮乏，从而导致带下过少；而且脾虚生化之源不足，气血不足，脾虚血少，血不养阴，亦可致肝肾亏损，但源在脾胃，故以脾胃虚弱为主。

3. 血瘀内阻　或因经产感寒，或气郁滞血，血滞久则成瘀，或湿邪外侵，流注于子宫冲任，湿阻气滞，经血留阻成瘀，瘀血内阻，气机愈发不畅，阻滞阴阳运动，影响津液敷布，故亦可能带下过少。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

1. 临床表现　女子阴道内液体过少，甚则全无，阴内干枯，甚则干涩疼痛，尤其是经后中末期和经间排卵期，带下偏少，或伴有头昏腰酸，胸闷心烦，性功能减退，月经后期、量少等。

2. 检查　阴道涂片，或者血查雌激素水平低下，测量 BBT，常可见低温相延长，或低温相偏高，或单温相体温等。

二、鉴别诊断

1. 席汉综合征　一般可通过病史，产时或产后大出血、昏迷病史，及闭经血枯证候，以及脑垂体检查以鉴别之。

2. 多囊卵巢综合征　带下虽亦过少，但有多脂、多毛，可通过血查内分泌激素、B 超探测卵巢等鉴别之。

3. 围绝经期综合征　带下过少，但有烘热出汗、烦躁失眠、心情忧郁、焦虑、急躁、恐惧、神疲乏力等症候，以及血查促性腺激素（FSH）升高、促黄体激素（LH）

升高、雌激素（E_2）下降、雄性激素（T）下降等辨别之。

【辨证论治】

本病以肝肾不足为主要证型，其他有肝经郁火、脾胃虚弱、血瘀内阻三个兼证型，治疗上也以滋阴养血，调补肝肾为主，稍佐助阳的方法。具体治法方药如下。

一、主证型

肝肾不足证

主证：带下量少，甚或全无，阴道干燥，甚或有阴内干涩疼痛之感，或伴轻度阴痒，头昏腰酸，胸闷烦躁，夜寐较差，口渴咽干，脉象细弦或细数，舌质偏红，苔少偏黄。

治法：滋补肝肾，生津养液。

方药：麦味地黄丸（《医级》）加减。

麦冬10克，五味子5克，山药、生熟地各10克，山萸肉6克，丹皮、茯苓、天门冬各9克，白芍10克，夜交藤15克。

服法：水煎分服，每日1剂。

加减：若头昏头晕，心慌眼花者，加入穞豆衣9克，桑椹子、枸杞子各10克，炒当归12克；若脘痞不舒，纳食不馨，或恶心泛吐者，加入广陈皮6克，制半夏5克，佛手片6克，炒竹茹6克，炒谷芽12克；若腰酸腿软，腰腿恶寒者，加入川断、菟丝子、杜仲各9克。

二、兼证型

1. 心肝郁火证

主证：带下量少，甚或全无，或见阴道内干枯涩痛，头昏头痛，胸闷烦躁，夜寐甚差，甚则失眠，口苦咽干，腰俞酸楚，小便黑少，大便干结，脉象细弦带数，舌质红，苔黄燥。

治法：滋阴养血，清肝解郁。

方药：滋水清肝饮（《医宗己任编》）加减。

生、熟地各12克，山药10克，山萸肉6克，炒丹皮、茯苓、泽泻、炒栀子各10克，炒柴胡5克，五味子6克，莲子心5克，夜交藤15～30克，合欢皮10克。

服法：水煎分服，每日1剂。

加减：若偏于肝经郁火，头痛目赤，忿怒急躁，胁肋胀痛，加入夏枯草10克，钩藤15克，苦丁茶12克；若偏于心经郁火，烦热失眠，心悸口苦明显，舌尖作痛，加入黄连5克，青龙齿（先煎）10克，黛灯心1米；若夹有痰浊，口腻痰多，胃脘痞胀者，加入广陈皮6克，制半夏5克，佛手片6克，炒枳壳6克；若火热伤津，口干舌燥，渴喜冷饮者，加入北沙参10克，天麦冬各6克，天花粉9克。

2. 脾胃虚弱证

主证：带下量少，甚或全无，阴道内干燥，或有阴痒，纳欠神疲，脘腹作胀，矢气频频，大便易溏，或则经行前后便溏，脉象细弱，舌质淡红，苔薄白腻，或中根郁较厚。

治法：健脾和胃，滋阴生津。

方药：参苓白术散（《太平惠民和剂局方》）加减。

白人参 5～15 克，炒白术、茯苓、山药各 10 克，甘草、广陈皮、桔梗各 6 克，煨木香 5 克，建莲子肉 12 克，人乳炒谷芽 10 克，焦建曲 9 克。

服法：水煎分服，每日 1 剂。

加减：便溏较多，日行 2 次以上者，加入砂仁（后下）5 克，炮姜 6 克；纳欠苔腻，口甜痰多者，加制半夏 6 克，省头草 10 克，制川朴 3 克，广藿香 5 克；心烦寐差，时或怔忡者，加入合欢皮 10 克，炒枣仁 9 克，炙远志 6 克。

3. 血瘀内阻证

主证：带下过少，甚或全无，月经失调，经来腹痛，经行不畅，色紫黑，有大血块，经后少腹隐隐作痛，胸闷烦躁，口渴不欲饮，皮肤甲错干燥，脉象细涩，舌质黯红，边有紫斑或瘀点。

治法：活血化瘀，滋阴生津。

方药：活血润燥生津汤（《医方集解》）加减。

当归、赤白芍、生地黄各 10 克，天门冬、麦门冬各 6 克，天花粉、桃仁、红花各 9 克，炙鳖甲 12 克，山楂 10 克。

服法：水煎分服，每日 1 剂。

加减：若瘀热偏甚，口苦，大便干结者，加大黄 6 克，丹皮 10 克；若瘀阻气滞，胸闷腹胀者，加入广木香 6 克，香附 9 克，枸橘李 10 克，炒柴胡 5 克；若瘀阻脉络不通，小腹疼痛明显者，加入五灵脂 10 克，延胡索 12 克；若寒瘀交阻，津液不得输化，可见小腹冷痛，肢节不舒者，非本方所宜，可用《妇人大全良方》的桂枝桃仁汤，即川桂枝 6～9 克，桃仁 10 克，赤、白芍各 9 克，甘草 5 克，熟地 12 克，再加艾叶 6 克、山楂 12 克。

【临床体会】

带下过少病证在临床上的确有其重要性。若能够重视带下过少，就能对一些月经病、不孕不育病证等早期发现、早期治疗。特别是围绝经期的中末期，亦即是绝经期和绝经后期，通过观察带下少否，有助于我们尽早了解围绝经期女性生殖功能的健康与否，也可进行较早的防治。

带下过少，一般反映在经后期的中、末期，尤以经间排卵期为要。因为这两个时期，是癸水中的阴长水平从中水平到高水平运动发展，以及重阴转阳的重要时期，带下是癸水中的阳水发展的标志，也可以从带下的数量、质量观察卵泡的发育成熟，及其发育的质量问题。既然带下过少主要是肝肾不足，癸水不充，因此在治疗上，自然应以滋阴养水为主，我们所用的麦味地黄丸（汤）加减，是一般常规使用的方药。但对经间排卵期锦丝状带下减少者，不仅要用滋阴养水的麦味地黄丸，而且要阴阳并重，一般可合菟蓉散，即在麦味地黄丸（汤）中加入菟丝子、肉苁蓉各 12 克，有时还要加入紫河车、仙灵脾等药物，因为阴阳并重，不仅有利于提高阴水的中、高水平，而且亦有利于重阴转化为阳，更有利于转阳后的阳长运动。而且在滋阴养水的同时，不仅

要注意到阴水虚后的心肝郁火，而且还要注意到阴虚肾火即相火的偏旺。对这种阴虚火旺，不降火就不能保证阴水的提高，因此对凡属肾家相火旺的，要加入炙知母 6～9 克，炒黄柏 10 克。夹有湿热者，最易影响阴水的提高和恢复，虽然麦味地黄丸（汤）中已有茯苓、泽泻等清利湿热的药物，但尚需加入碧玉散（包煎）10 克，薏苡仁 15～30 克，怀牛膝 10 克，制苍术 9 克等，不要因为带下过少，阴水不足，而不敢用燥湿利湿之品，殊不知正或出于湿热蕴阻，才影响了阴水的恢复，这也是通因通用，燥因燥用的意义。

在治疗肝肾不足，阴水亏少的同时，亦要注意一些变证。在我们的临床实践中，发现本病有两种变证，虽然临床极为少见，但仍要提出。一是阴虚及阳，而亦转变为阳虚者，临床上见带下很少，甚则全无，头昏腰酸，胸闷烦躁，但又见腰腿酸冷，小便频数清长，脉象细濡，舌苔白腻，感寒则大便易溏。对此，在治疗上亦得阴阳并用，补阳为主，可用加减二仙汤治之，药用仙灵脾、仙茅、肉桂、山药、炒黄柏、白芍、黄连、杜仲等品，如伴有脾胃失和，还应加入健脾和胃的药物。二是在阴虚肝郁中所产生的痰湿，而逐渐转变为痰湿证型者，临床上不仅可以见到带下过少，甚或全无，阴道内干枯涩痛，胸闷烦躁，夜寐较差，口腻痰多，胃脘痞闷，形体肥胖，脉细苔腻，治当疏肝解郁，化痰燥湿，越鞠二陈汤加减，药用制苍术、制香附、广郁金、广陈皮、制半夏、茯苓、赤白芍、钩藤、合欢皮等品，待痰湿缓解后，再予滋阴疏肝以治本，才能获取较好的效果。

第十二章

妊娠疾病

妊娠期间，由于生理上发生变化，因而容易导致一些与妊娠有关的病证及并发的病证，称为妊娠病，又称为胎前病。

妊娠病的诊治首见于《金匮要略·妇人妊娠病脉证并治》，篇中大多论述的是妊娠合并症的诊治。《诸病源候论》对这类病则有论无方，至《备急千金要方》始，以后诸家才逐步完善了妊娠病的病因病理及诊治方药的阐述，形成了中医妇科对妊娠病的治疗体系。随着医学实践的深入，我们对妊娠病的诊治亦有了更深刻的认识与发展，在此作一介绍。

常见的妊娠病有：妊娠恶阻、流产类疾病（主要指胎漏、胎动不安、滑胎）、妊娠腹痛、异位妊娠、妊娠高血压综合征、羊水过多、胎萎不长、子嗽、子淋、妊娠小便不通、妊娠大便难、妊娠身痒（妊娠期肝内胆汁淤积症）等。

妊娠病的病因十分复杂，有外因、内因、子病、母病等方面的因素，但主要是母体方面的因素。母体方面重点在于虚变，主要为肾虚，有偏阴虚与偏阳虚之分，其次为脾肾两虚，致胎失所系，或胎元失养的病变；胎儿方而在于气火旺的实变，俗有“胎前一盆火”之说，系指此而言，易致各种子病，如恶阻、子嗽等病证。妊娠病多有时间特点，早孕期间多见恶阻、胎漏、胎动不安、滑胎、异位妊娠，及至孕中期，可见子嗽、子淋、妊娠大便难、子肿，而届孕晚期，或称围产期，则多见妊娠高血压综合征、妊娠高胆酸血症、胎萎不长等病为多。

妊娠病的治疗原则为治病与安胎并举，但亦有胎死腹中，或鬼胎、胎堕难留等，胎元不良，安之无益，反损其母，故当从速促其流产，以护母体。母病的治疗当以补肾（补阴或补阳），或健脾补肾为主，以培补养胎，

固胎之本。子病的治疗则当以清疏凉润为主，中病即止，以防扰动胎元。妊娠期的用药，既要注意前人所提出的各类药禁，亦要避免现代医学已经证实了的各类致畸、致流产、致恶变的药物。

妊娠期的胎养胎教极为重要。胎养主要指食养疗法，它不仅有助于胎儿的生长发育，而且可以增强母体健康，防止流产、滑胎以及孕期并发症的发生。北齐徐之才的逐月养胎说，按肝胆、心包、三焦、脾胃、肺大肠、肾膀胱经络养胎，选择相适应的食物养胎，可供参考。胎教，主要是心理调护，要求孕妇不急不躁，情绪稳定，心胸宽泰，聆听优美音乐，生活规律，起居适度，寒温劳逸适宜，保持孕期健康，以达到优生优育的目的。

第一节 妊娠恶阻

妊娠早期，出现恶心呕吐，头晕厌食，恶闻食味，甚则食入即吐，饮食阻隔，称为妊娠恶阻。正如《胎产心法》所云："恶阻者，谓有胎气，恶心阻其饮食也。"由此可知，恶阻之命名，系恶心呕吐，阻隔饮食而致。现代医学称之为"妊娠剧吐"。古人又有"妊娠呕吐"、"子病"、"阻病"等不同名称。但其中亦包括了早孕反应在内。如果妊娠早期，仅仅出现择食、厌食、轻微恶心、头晕倦怠等，称为早孕反应，一般不需治疗，3个月后可自行缓解。

本病证最早见于《金匮要略·妊娠病脉证并治》："妊娠呕吐不止，干姜人参半夏丸主之。"隋代巢元方始提出"恶阻"病名，并且较为详细地描述了恶阻的主要特征，指出："恶阻病者，心中烦闷，头眩，四肢烦疼，懈惰不欲执作，恶闻食气，欲啖咸酸果实，多睡少起，世云恶食，又云恶字是也。"因为恶阻是妊娠早期常见的病证，而且发作严重，不仅影响到孕妇的健康，身心的损害，而且也影响到胎儿的发育，所以需要及时治疗。

根据我们临床上对此病的长期观察，本病多见于初次妊娠者，或者双胎等，亦有多次妊娠发作者，大多于妊娠早期发作，一般在孕后50～80天之内为发作的高峰期，至妊娠中期逐渐减轻或缓解。其发作的程度与心理不稳定、烦躁、紧张、忿怒等因素也有一定关系，因此，在治疗本病证的同时，务必注意稳定心理，调节情绪，避免精神刺激，才能较好地治愈本病，并防止反复发作。

【病因病理】

本病证的主要病理变化，在于冲肝之气上逆，逆犯于胃，胃失和降所致。具体来说，孕后胎元初凝，经血不再下泄，子宫血海充盈，呈内实现象。子宫者，主藏泻也。定期藏泻，乃子宫调整有余不足之功用也。孕后经血壅聚，以养胎儿，有藏无泻，冲任气因而旺盛。冲脉者，血海也，血海充盈，冲脉之气易动，动而不降，必然上升，前人曾有冲脉为病，逆气里急，少腹痛，上抢心等记载，说明了冲脉易动升逆的病理特点。又考冲脉附于肝，与肝的关系极为密切，肝为藏血之脏，冲脉为血海，血海之血，必得肝之藏血以支持，是以前人曾有"女子以肝为先天"之说

者，实亦寓意于此。肝主条达而司疏泄，疏泄者即升降也。冲脉之气因胎元内储而升逆，肝气必然亦随之升逆。在这里必须注意到，子宫内因胎元初凝而气血旺盛，这里因胎元所致气血旺盛，迫冲脉之气升逆者，俗呼为胎气，胎气内动，通过冲气而动乎肝，逆犯于上，程度较轻者，仅出现恶心欲吐之早孕反应，如胎气过旺，冲气升逆明显，或肝气亦甚者，逆犯于胃，胃失和降，此乃恶阻之主要病变也。如因烦躁多怒，或因恚怒伤肝，或因恐惧、紧张等扰动心肝，以致肝经气郁，化火明显，火者，必然上炎升逆，犯胃亦剧，因而加重了胃失和降，亦加重了恶阻的发作。脾胃者，后天之本也，居于中焦，脾主升清，胃主降浊，一升一降，维持着脾胃之间的生理平衡，脾胃正是通过升清降浊完成其消化任务的。除此之外，脾胃居于中焦，其升降功能，还有着升降枢纽的作用。所谓枢纽者，即上焦之降，下焦之升，有赖于中焦之协助或转输。如上焦心肺欲降者，可借助胃降而降之，下焦肝肾欲升者，可借助脾升而升之，维持上下升降之间的生理平衡，即是中焦脾胃的枢纽作用。其次升降枢纽还有一定的调节作用。如上焦心肺不足，其下降不能时，有赖胃降以助之，如上焦心肺有余，该降而升者，亦有赖胃降以调节；下焦肝肾不足时，有赖脾升以助之，下焦肝肾有余时，该升而降者，亦有赖脾升以调节，或该升而升之有所过，特别冲肝之气，则赖中焦胃降以调节，所以在一般情况下，不致酿成病患。因此，孕后冲脉之气与肝气之升逆者，亦必得到脾胃升降枢纽的调节，调节失常，胃失和降，反致升逆者，才能出现病证。由此可知，恶阻之发生，决定于两个方面，一是胎气包括冲脉之气过甚，即程度较重，或者肝气升逆过甚，超过了脾胃升降枢纽的调节能力，这是主要的方面；二是脾胃升降调节功能尤以胃降功能有所不足，以致胎气夹肝气上逆，逆犯于胃，胃易失降而发病。发病后随着胎气与肝气的程度不同，出现轻、中、重度三种类型的恶阻。肝胃不和，这是本病证的主要病变，也是主要证型。在病情发展的过程中，由于呕吐伤津，再加以冲肝胎气逆甚化火，因而阴津耗伤，冲肝气火偏旺，阴津愈耗，冲肝气火愈旺，而偏于火旺者，火热过甚，反过来进一步损伤肝脏，包括肾脏，形成火热伤肝，可以出现目赤、呕血、发热等所谓中毒症状；偏于津伤者，津枯阴伤，脾胃失调，终致气阴两虚。所以，肝胃不和发展到后期，必然出现两种情况，一是火热伤肝，二是气阴两虚。但在今天中西医各取所长的防治下，一般均能将病情控制在肝胃不和的早、中期程度上。

在肝胃不和的病变过程中，首先兼夹脾胃不和。因为脾胃不和与肝胃不和有着密切关系，恶阻的病位在胃，胃失和降，胃气上逆，该降而反逆，自然影响到脾气之升清，脾有所不足，自然出现该升不升，反呈下降，则中焦脾胃出现升降倒置，一方而出现恶心剧吐的胃逆症状，一方而出现神疲乏力、四肢懈怠的脾降症状，而且知肝传脾，故肝病者常及乎脾胃也。是以脾胃不和与肝胃不和的主证型，几乎有着同等重要的意义。其次，由于肝脾失调，胃失和降，极易产生痰湿、食滞等病理物质，如脾胃虚弱，痰湿内阻，或素有痰湿之体，或饮食不慎，嗜食甜腻之物，从而滋生痰湿，形成肝胃不和或脾胃不和兼夹痰湿的病变，亦有少数由于胃失和降，食滞内留，形成肝胃不和兼夹食滞者，亦将加剧恶阻病变。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

(一) 诊断要点

1. 有停经史，而且已明确诊断为早孕者。

2. 临床表现　可分为轻、中、重三种。

轻度：呕吐反复发作，食后即吐，平素厌食乏力，嗜睡，或失眠，心中懊烦不舒，尿酮体弱阳性，或时阴时阳。

中度：呕吐频作，不进食时亦吐，吐出泡沫状，或黏液，或呈黄绿色，口渴口苦，皮肤口唇干燥，眼窝凹陷，体温略有升高，自觉有发热，脉象细滑数，可达 100～120 次/分，血压下降，体重减轻。

重度：持续性恶心呕吐，饮食阻隔，吐出黄绿苦水，或夹血液，神疲乏力，嗜睡，或昏迷抽搐，黄疸，目赤，尿少或无尿，发热，体温升高，血压低，脉象细弱，舌质干红少苔。

3. 尿检　尿妊娠试验呈阳性反应；尿酮体定性试验阳性（+～+++）；尿中蛋白定性试验阳性（+～+++）。

4. 血检　血酮体定性试验阳性；血常规因血液浓缩致血红蛋白升高达 150g/L 以上；红细胞比容增加达 0.45 以上；血中二氧化碳结合力下降至 22mmol/L 以下，血钾 < 3.8mmol/L；血氯 < 95mmol/L。肝肾功能检查，胆红素 > 13.1mmol/L，尿素氮 > 6.4mmol/L。

(二) 诊断标准

1. 确诊为早孕，伴频发呕吐，以晨起为重，不能进食，并且能够除外消化及神经系统所引起的呕吐。

2. 神疲乏力，精神委靡，体重减轻，口腔黏膜干燥，脉象细滑数。

3. 尿少，酮体阳性。

4. 酸中毒及电解质紊乱，或肝肾功能异常。

具备有第 1、2 项者，即可诊断之。兼第 3 或第 4 项，可确认之。具备下列症状之一或二者，可诊断为重度的恶性恶阻。

1. 经治疗 7 天后，仍持续呕吐、酮体不消失；

2. 发热不已，体温超过 38℃；

3. 出现黄疸；

4. 脉象滑数而疾，持续在 130 次/分以上；

5. 谵妄或昏睡；

6. 视网膜出血；

7. 多发性神经炎。

二、鉴别诊断

本病证应与妊娠合并消化道溃疡、急慢性胃肠炎、病毒性肝炎、急性阑尾炎、胆道感染、神经官能症、偏头痛等相鉴别。根据特殊病史，以及相关的化验检查不难鉴

别。

如呕吐剧烈，经积极治疗仍不减轻，而且顽固，同时兼有不规则的阴道流血，子宫大于妊娠月份，可伴有血压升高等，则需排除葡萄胎。

【辨证论治】

本病证的治疗，首先在于降逆止呕，抑肝和胃，但随着病证的发展，要注意保护肝肾、调和脾胃、清热养阴护津，有时尚须结合化痰利湿、润肠通便等法。但必须按其主次兼夹证型而予分别论治。

一、主证型

妊娠早期多见肝胃不和；随着病情的发展，可以出现火热伤肝、气阴两虚之证。

1. 肝胃不和证

主证：妊娠早期，恶心呕吐，吐出酸苦黄水，饮食阻隔，胸闷胁痛，嗳气善太息，头晕头胀，烦热口渴，舌质偏红，苔黄腻，脉象细弦滑数。本证相当于妊娠恶阻的轻型与中型。

治法：抑肝和胃，降逆止呕。

方药：苏叶黄连汤（《温热经纬》）加味。

苏叶 3～9 克，黄连 3～5 克，制半夏、广陈皮各 6 克，姜竹茹 9 克，钩藤 15 克，炒当归、白芍各 10 克，佛手片 5 克，炙枇杷叶 9 克。

服法：水煎频服，每日 1 剂，如病情较剧者可日服 2 剂。

加减：呕吐剧烈者，上方加重剂量，同时加入炙乌梅 3～5 克，生姜汁 1～2 滴；如呕甚伤津，舌红苔燥者，加入北沙参 10 克，麦冬 9 克，芦根 10～15 克；纳欠脘痞者，加入炒香谷、麦芽各 12 克，苏梗 5 克；心烦失眠，舌尖偏红者，加入莲子心 5 克，青龙齿（先煎）10 克。

2. 气阴两虚证

主证：妊娠早期，恶心呕吐，饮食阻隔，呕吐剧烈，饮水亦呕，吐出黄绿黏液，头晕神疲，气短懒言，烦热口渴，皮肤干糙，尿少便艰，脉象细弦滑数，舌质红绛，苔少干糙。本证相当妊娠恶阻之中型。

治法：益气养阴，生津止呕，佐以抑肝。

方药：沙参麦冬汤（《温病条辨》）合生脉散（《内外伤辨惑论》）加减。

北沙参、麦冬各 10 克，天花粉 6 克，太子参 10～30 克，五味子 5 克，鲜石斛（先煎）10 克，苏叶 3 克，黄连 5 克，炒竹茹 9 克，陈皮 6 克。

服法：水煎频服，每日 2 剂。

加减：心烦寐差，甚则失眠者，加入钩藤 15 克，炒枣仁 9 克，青龙齿（先煎）10 克；脘腹作胀，纳食甚差，或不恶食者，上方去麦冬、石斛，加入佛手片 5 克，炒谷芽 10～15 克；胸闷有痰，舌苔中根部较腻厚者，上方去麦冬、石斛、天花粉，加入青盐制半夏 6 克，茯苓 10 克，瓜蒌皮 10 克。

3. 火热伤肝证

主证：妊娠早期，恶心呕吐，呕吐剧烈，吐出黄绿苦水，或夹有血液，伴有烦躁口渴，头晕发热目赤，视网膜出血，或伴黄疸，或伴昏迷，或伴抽搐，脉象细滑数疾，舌质红绛，苔质腻。相当于妊娠恶阻之重型。

治法：养阴护肝，清热解毒，佐以抑肝。

方药：滋水清肝饮（《医宗己任编》）加味。

当归、白芍、生地各10克，山萸肉6克，钩藤15克，黄连5克，苏叶3克，五味子5克，栀子9克，蒲公英10克，炒柴胡5~9克，炙乌梅5克，陈皮6克

服法：水煎频服，不拘时服，每日2剂。

加减：大便秘结，舌苔黄厚者，加入炒枳实10克，大黄6克；口渴、舌干者，加麦冬6克，石斛10克；烦热尿少，黄疸者，加入绵茵陈10克，泽泻9克，益元散（包煎）10克；发热昏迷者，应加入牛黄清心丸，或安宫牛黄丸服之。

注意：本证型极为严重，治之乏效，应尽快终止妊娠，行人工流产术。

二、兼证型

常见的为脾胃不和，其次是痰湿与食滞，食滞者虽为少见，但亦有之。

1. 脾胃不和证

主证：孕后恶心呕吐，不能进食，食入即吐，呕吐清水，口淡无味，不思饮食，神疲乏力，怠惰思睡，脘腹作胀，时或矢气，舌质淡苔白腻，脉象缓滑，重按少力。

治法：健脾和胃，降逆止呕。

方药：香砂六君汤（《景岳全书》）加味。

广藿香6~9克，砂仁（后下）3克，党参10克，白术9克，广陈皮，制半夏各6克，茯苓10克，生姜3片，大枣3枚。

服法：水煎频服，每日1~2剂。

加减：若烦热口渴，口苦，呕吐较剧者，上方去大枣，加入苏叶3克，黄连5克，炒竹茹9克；若头晕心悸，面乏华色者，加入炒当归、白芍各10克，穞豆衣9克；若口腻泛酸，胸脘满闷者，加入陈胆星6克，大贝母5克，淡干姜5克，苏梗6克。

2. 痰湿证

主证：恶心呕吐，不能进食，食入即吐，反复发作，吐出黏腻痰涎较多，胸闷脘痞，纳呆神疲，烦躁口苦，口腻多痰，脉象弦滑，舌质淡红，苔黄白腻较厚。

治法：化痰燥湿，降逆和胃，抑肝止呕。

方药：小半夏加茯苓汤（《金匮要略》）合黄连苏叶汤。

制半夏、广陈皮各6克，茯苓10克，生姜3片，佛手片6克，陈胆星9克，砂仁（后下）3克，白术9~12克，苏梗5~9克，苏叶3克，黄连3克，炒竹茹6~9克。

服法：水煎频服，每日1~2剂。

加减：口腻多痰，纳食甚差，不欲饮食者，加入广藿香6克，佩兰9克，炒谷芽10克；脘腹痞胀，矢气频作者，加入广木香9克，枸橘李6克；头昏头疼，烦热口渴

者，加入钩藤 15 克，黄芩 9 克；腰俞酸楚者，加入川断、寄生各 10 克。

3. 食滞证

主证：恶心呕吐，呕吐剧烈，食入即吐，吐出黄苦水，或夹血液，烦热口渴，大便秘结，腹胀矢气，脉象弦滑，舌苔黄糙，中根部厚。

治法：导滞通腑，顺气降逆。

方药：小承气汤（《伤寒论》）加味。

制川朴 6 克，炒枳实 10 克，大黄 3～6 克，广陈皮 6 克，山楂 10 克，苏叶 3 克，黄连 5 克，当归、白芍各 10 克，竹茹 9 克。

服法：水煎频服，每日 1～2 剂。

加减：口腻痰多者，加入制半夏 6 克，茯苓 10 克；头昏头痛，口渴心烦者，加入钩藤 10～15 克，黄芩 9 克；脘痞纳欠者，加入广木香 9 克，炒谷、麦芽各 12 克。

【临床体会】

妊娠恶阻的病理变化至为复杂，根据我们长期的临床观察，其根本的因素，还在于子宫内的胎气为患，所谓冲脉之气上逆，或者秽气上壅等，实际上均属子宫内的胎气也，病发于胃，有关于肝并及于脾。正如《胎产心法》所云："怀子病月，不在形之强弱，在于脏腑虚实，如中宫气健，胃中宿无痰饮，清浊自能升降，不会秽气上壅，自无恶阻等证。"虽然文中没能明确指出病变所在，但却指出了三个方面，即脏腑的虚实变化，中宫脾胃失调，兼夹痰饮等，脏腑的虚实变化，又概括了子脏实变，肝气郁逆，乃是恶阻的主要所在。

子宫实变，胎气旺盛，这是发生恶阻的最主要的原因。孕后，子宫不再排泄月经，经血壅遏以养胎元，于宫行藏的功能，藏而不泻，因而子宫就趋向于一种实变状态。一般来说，子宫的藏泻，就是调节子宫内虚实平衡的一种功能，即使在藏的时候，亦寓有泻的作用，这就是藏中有泻的意义。但如初孕或者怀有双胎者，子宫行藏的功能较强，而藏寓泻的功能很微弱，因此，形成有藏无泻，子宫内气血充盛，特别应泄的经血，也可以说是陈旧性的经血，留蓄子宫内，故有秽气之称。再加上胚胎种植子宫内，生长发育的动态反应，必然影响到冲任，尤其是冲脉，因为冲任脉内起于子宫，经血壅阻，胎元动态反应，加以子宫有藏无泻，下既不通，必然上逆，冲脉之气也因此而升逆。所有这些上逆的动态反应，即称之为胎气上逆，子宫脏腑尚不能适应，故而孕早期出现恶阻。现代医学认为，本病证主要与体内激素的作用机制和精神状态的平衡失调有关。妊娠早期呕吐最严重时，体内 HCG 水平最高，双胎妊娠及水泡状胎块患者，血内 HCG 浓度明显增高，因而呕吐程度也显著加重，提示本病证与 HCG 的关系密切，而 HCG 的浓度增高与妊娠有关，所以俗称胎气上逆者，其内含就是指此。在胎气上逆之中，实亦包括冲脉之气，冲脉与肝有着密切关联，肝藏血而司疏泄，冲脉血海而喜升逆，且冲脉隶属于肝，故冲脉之气上逆，常可引动肝气上逆，反过来说，肝气上逆，亦将带动冲脉之气上逆，精神因素中的烦躁、恐惧、紧张等亦易动乎肝，从而使胎气上逆更甚，自易导致恶阻。恶阻发生后，烦躁、恐惧、紧张等因素可进一

步激发肝气并涉及胎气的上逆，使呕吐剧烈，呕吐伤阴劫津，阴虚更甚，肝气更甚，甚而化火，火必更伤阴津，且肝木之气火甚则克伐脾胃亦更甚，从而导致气阴两虚。进而致火热伤肝，出现中毒昏迷现象，危及生命。现代医学也认为恶阻发生后，可因剧吐而使体内水及糖代谢紊乱，个别可并发酸中毒，肝为解毒之脏，是以伤肝及肾，终致肝肾功能衰竭而死亡。

在辨治方面，我们认为三大措施的综合，是治疗本病证的有效措施，即抑肝和胃为主的内服药、止吐的外治法和现代医学的补液疗法。

1. 抑肝和胃法为主的内服药　因为本病证的主证型是肝胃不和证，所以主要的治法是抑肝和胃。我们所制定的抑肝和胃饮，药用：黄连 3～5 克，苏叶 3～5 克，陈皮 6 克，制半夏 6～10 克，炒竹茹 6～9 克，炙乌梅 3～5 克，生姜 2～3 片。加减：头昏头疼，烦热呕吐者，加入钩藤 12～15 克，炙枇杷叶 12～15 克；口渴舌燥，津伤喜饮者，加入沙参、麦冬、石斛各 19 克；如发展至火热伤肝的严重型恶阻，尚需加入当归、白芍、猪胆汁炒黄连、绵茵陈、龙胆草，外研服牛黄清心丸或安宫牛黄丸等以治之；如治疗乏效，依然剧吐不进食，并出现黄疸、昏迷、尿素氮升高＞8mmol/L以上，病人脱水、消瘦时，应考虑终止妊娠，行人工流产术。我们曾发现一例顽固性严重型恶阻，张×，女，29 岁。初孕 80 天，妊娠剧吐，吐出黄绿苦水，或夹有血液，不能进食者，已将半月，伴有头昏头疼，口苦口干，烦躁少寐，神疲乏力，大便艰行，已将旬日未行，尿少色赤，入午发热，偶有昏迷，脉象弦细带数，舌质红绛，苔黄糙根部厚腻。迭经抑肝和胃，顺气降逆法治疗，运用抑肝和胃饮加减，少量频饮，疗效欠佳，又在方中加入龙胆汁、猪胆汁炒黄连等药，依然乏效。后请内科马泽人副院长会诊，马院长经再三考虑，认为肝胃不和，兼夹食滞，因此，从抑肝和胃，通腑泄浊，方取抑肝和胃饮合小承气汤加减，药用：黄连 5 克，苏叶 3 克，炒竹茹 9 克，陈皮 6 克，盐制半夏 5 克，钩藤 15 克，制川朴 5 克，炒枳实 10 克，大黄 6 克，山楂 9 克，水煎鼻饲。服药 2～3 剂后，果然解下燥屎 2 小枚，呕吐大减，舌苔根腻渐化，发热渐解，昏迷亦除，病情渐趋稳定。可见凡兼夹痰湿、食滞者，的确增加了治疗的难度。

2. 止吐外治法　对妊娠剧吐者，必须结合外治法。根据我们临床体会，针灸、拔火罐、刮痧疗法，是常用的有效方法。①针灸疗法：取陈艾叶（2 年以上）250 克，苍术 30 克，混匀成条，取中脘、天突、巨阙、内关（双）、足三里（双），每日灸 1 次；同时可配合耳针，取神门、胃、皮质下；或配合体针，取中脘、内关、建里、幽门、足三里、三阴交，每日 1 次。②拔火罐：即在中脘穴拔火罐，每日 1～2 次。③刮痧疗法：取背部的脾俞、肝俞、胆俞，行刮痧疗法，务使被刮处呈红色反应，每日 1～2 次，每次 5～10 分钟，缓缓进行，防止刮破皮肤。④穴位注射法：取天突、中脘、内关穴，用维生素 B_6 50 毫升穴位注射，每穴注射 0.5 毫升，每日 1 次。

3. 补液疗法　呕吐较重，或伴有脱水，尿酮体阳性者，均需补液。补液量应在 3000 毫升左右，需根据病人具体情况酌情增减，另需根据病人化验所测的血钾、血钠、血氯、二氧化碳结合力等指标，决定补充电解质的量。对贫血严重，或营养很差者，应予输血，或静脉滴注必须氨基酸，进而补充能量。治疗期必须定期化验血清电解质

及二氧化碳结合力，以利观察疗效。

在上述治疗的同时，应给予患者安慰，针对患者不同的心理变化，予以不同的疏导，避免紧张、恐惧、烦躁等精神因素，嘱其充分休息，指导服药、进食方法，以少量频饮、不拘时服为宜，多食清淡食品，禁食油炸甜腻之物，但如患者择此为食者，亦应少量食之，以避免致吐。同时还要观察有无腰酸，小腹坠痛，漏下咖啡色物，以及以往有无流产病史，如有之，则应注意到先兆流产的合并存在，待恶阻有所缓解时，应立即合用保胎方法，早为防范。在病情严重时所使用的方药，既要注意到“有故无殒”，有病治病，急则治标的原则，亦要注意到某些方药对胚胎发育之不利，如小承气汤中的枳实、大黄，毕竟容易致堕胎，用时慎之，病缓则舍之。又如半夏，虽有降逆止呕之功，是抑肝和胃饮中的要药，妊娠剧吐需用之，但又要注意到现代医学研究表明半夏具有显著的胚胎毒性，对胎儿有致畸的可能，故应用时宜审慎，非必用者不用之，免致后害。

第二节　胎漏、胎动不安

妊娠期间，见少量阴道流血，时下时止，无腰酸腹痛者，称为“胎漏”；妊娠期间，腰酸腹痛，或小腹坠胀，或伴有少量阴道流血者，称为“胎动不安”。胎漏、胎动不安均属于现代医学“先兆流产”的范畴，属不同的临床表现，《胎产心法·胎动安胎论》谓：“胎动、胎漏，皆能下血，胎动腹痛，胎漏腹不痛。”但究其病因病机及治疗均类似，故于同节而论。

胎漏、胎动不安多由母体因素所致，或肾虚偏阳，或肾虚偏阴，或劳累过度，跌仆闪挫，仅治母病，则胎元亦安，继续生长发育，若母病不愈，则症情进一步发展为堕胎小产，而胎去难留矣，故应重视胎漏、胎动不安的早期治疗，以防变证的出现。

【病因病理】

张景岳认为：“气有虚而不安者，最费调停，然有先天虚者，有后天虚者，胎元攸系，尽在于此，先天虚者，由于禀赋，当随其阴阳之偏，渐加培补，万无欲速，以其保全。后天虚者，由于人事，凡色欲、劳倦、饮食、七情之类，皆能伤及胎气”（《景岳全书·妇人规》）。从我们今天的临床来看，胎漏、胎动不安的病因以肾气不足为主，不能系固胞胎，在孕后劳累过度，或房事不节，或五志化火，跌仆闪挫等原因诱导下发病，形成偏阳虚或偏阴虚的病理机转。

胞胎系于肾，肾精肾气在人之珠胎初结之时，即极具重要性，若父母之精血有所亏虚，受胎不实，或虽能受胎，母之肾气不足，系胎无力，孕后劳作，更伤其气；堕胎小产，房事不节，阴精暗耗；五志化火，阴分受损；跌仆闪挫，气血紊乱，最终均可使胎元有所触动，而见胎漏、胎动不安之症。孕早期有赖肾阳之气温煦胞胎，母体之阳更形不足，且阳气亦有固经摄血的作用，阳虚失摄，故临床上最常见的是肾阳偏虚之胎漏、胎动不安，其次为素体阴虚或孕后房事不节、五志化火使阴血耗损而见的肾虚偏阴的胎漏、胎动不安；气血虚弱、跌仆伤胎均为次要证型。

另外，心肾子宫生殖轴对本病的发生有明显影响。“胞脉者上系于心”，“胞脉者系于肾”，子宫的藏泻，建立在心肾交济的基础上，心肾升降交合与子宫的胞脉胞络紧密联系在一起，子宫摄纳胎孕及胚胎的生长发育与心神的宁静有关，若孕妇心神不宁，使心肾失济，则可导致胎元不固，发为本病。

现代医学认为，遗传基因的缺陷（包括染色体数目和结构的异常）、外界不良因素的影响（如放射性物质、某些化学物质、病原微生物等对胎儿的损害）、内分泌功能失调（如黄体功能不健、催乳素过高、甲状腺功能低下等）、生殖道畸形（如双角子宫、纵隔子宫等）、免疫学因素的存在（如抗心磷脂抗体、抗精子抗体、抗子宫内膜抗体等的影响），及母儿血型不合、过度劳累、创伤、宫颈闭锁不全、严重的全身疾病等等，均可导致先兆流产的发生。另外，胚胎父方的精液异常也是本病的重要原因。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

（一）诊断要点

1. 有停经史，或 BBT 高温相 18 天以上，尿 HCG 阳性，血 β-HCG > 3.9mIU/ml。

2. 临床表现　胎漏者见孕期少量阴道流血，时下时止，无腰酸腹痛；胎动不安者，妊娠期间，腰酸腹痛，或小腹坠胀，或伴有少量阴道流血。

3. 血查 β-HCG、E_2、P、ACA、AsAb、EmAb，有关病毒抗体（CMV、RV、HSV 抗体）等。

（二）诊断标准

1. 确诊为宫内妊娠。

2. 胎漏　妊娠期间，无规律的阴道流血，时下时止。

3. 胎动不安　妊娠期间，腰酸明显，腹痛不著，或小腹坠胀，或伴有少量阴道流血。

二、鉴别诊断

1. 通过上述的妊娠检查，排除异位妊娠、胚停、过期流产、葡萄胎及不全流产、难免流产等疾病，排除因妊娠合并宫颈糜烂、宫颈息肉等引起的阴道流血。

2. 激经　胎漏、胎动不安为病理性阴道出血，而激经为生理性的，每至周期时间规律性的阴道少量流血，对胚胎发育无碍。

【辨证论治】

一、主证型

1. 肾阳偏虚证

主证：妊娠期间，腰酸，腹坠，或阴道漏红，量少，色褐，头晕耳鸣，小便频数，舌胖质淡或边有齿印，尺脉细滑。

治法：补肾益气，养血安胎。

方药：寿胎丸加味（《医学衷中参西录》）。

桑寄生、炒川断、杜仲、菟丝子、炒白术、山药、白芍各 10 克，阿胶 10 克（另炖烊化冲入）、太子参、苎麻根各 15 克，砂仁（后下）5 克。

服法：水煎分服，每日 1 剂。

加减：脾胃不足，兼见腹胀矢气，大便偏溏者，上方去太子参，加党参 10 克，煨木香、苏梗各 6 克；心烦寐差者，上方加钩藤 15 克，炒枣仁 6 克，茯神 10 克。

2. 肾阴偏虚证

主证：妊娠期间，腰酸，腹坠，或阴道漏红，量少，色红，头晕耳鸣，口干欲饮，尿黄便艰，舌红少苔，脉细滑数。

治法：滋阴益肾，养血安胎。

方药：保阴煎加减（《景岳全书》）。

生熟地、山药、杭白芍、炒川断、黄芩、地榆炭各 10 克，炒黄柏 6 克，苎麻根 15 克。

服法：水煎分服，每日 1 剂。

加减：阴道流血略多，色鲜红者，上方加炙龟甲（先煎）10 克，旱莲草，阿胶珠各 10 克；心烦寐差者，上方加莲子心 5 克，钩藤 15 克，五味子 6 克；恶心呕吐者，上方加黄连 3 克，竹茹 10 克。

二、兼证型

1. 气血虚弱证

主证：妊娠期间，腹胀下坠，阴道少量下血，色淡红，质稀薄，神疲乏力，面色不荣，舌质淡，苔薄白，脉细滑。或 B 超提示着床位置偏低。

治法：益气养血，固肾安胎。

方药：胎元饮加减（《景岳全书》）。

党参、黄芪、白术、白芍、熟地、阿胶、杜仲各 10 克，陈皮、炙甘草各 6 克。

服法：水煎分服，每日 1 剂。

加减：大便溏泄者，上方去熟地，加入砂仁（后下）5 克，煨木香 6 克，炒谷芽 15 克；心悸失眠者，上方加钩藤 15 克，炒枣仁 6 克，茯神 10 克。

2. 跌仆伤胎证

主证：妊娠期间，跌仆受伤，腹痛下血，色紫黑，有血块，胸闷腹胀，舌质黯红，边有紫点，脉细滑。或有子宫肌瘤、子宫内膜异位症等病史。

治法：益气化瘀，养血安胎。

方药：胶艾汤（《金匮要略》）合加味失笑散（临床验方）。

黑当归、白芍、阿胶（另炖烊化冲入）、艾叶、黄芪、白术、五灵脂、川断各 10 克，蒲黄（包煎）、木香各 6 克。

服法：水煎分服，每日 1 剂。

加减：腹胀矢气者，上方加入苏梗、陈皮各 6 克，砂仁（后下）5 克；胸闷烦躁，口渴欲饮，舌苔黄燥者，去艾叶，加黄连 3 克，钩藤、苎麻根各 15 克；腰酸明显者，加桑寄生、菟丝子 10 克。

【临床体会】

我们通过临床观察，发现运用辨证论治的方法治疗本病，不仅能止血，缓解腹痛、腰酸等临床症状，而且使用补肾为主的药物，对胎儿的生长发育亦有良好的作用。因此，中医中药治疗本病有显著的优点。现将几点体会介绍如下。

1. 补肾养血，以固先天之本　《女科经纶》引《女科集略》曰："女子肾脏系于胎，是母之真气，子所系也。若肾气亏损，便不能固摄胎元。"因此，补养肾气是固摄胎元的主要方法。又女子以血为主，补肾必当养血，血聚以养胎。可见补肾养血的目的不仅在于固摄胎元，而且还在于养胎以助发育。如补肾的著名方剂寿胎丸就是公认的保胎名方，其中阿胶就是补血养胎的药物。我们还常在本方中加入炒当归、白芍、山药、山萸肉等。前人认为"气以载胎"，凡欲保胎者，务必注意到这一点，故为了使肾气充盛，有必要在补肾的方药中加入黄芪、党参、白术以助之，而非为脾虚所设。黄武光等对杜仲叶冲剂进行了主要药效学及急性毒性研究，发现杜仲叶冲剂能显著对抗垂体后叶素所致子宫平滑肌的强烈收缩，能使垂体后叶素所致的流产动物数明显减少，产仔数相对增加，对小鼠用最大耐受量灌胃，未见急性毒性反应。因此认为杜仲叶冲剂有明显的安胎作用，且无明显急性毒性反应，为临床治疗胎动不安提供了实验依据。日本学者认为当归芍药散的安胎作用机制之一，可能是抑制细胞因子 COX（环氧合酶）级联和 PG 的产生，通过 iNOS 诱导子宫平滑肌中的 NO 的产生，从而导致子宫平滑肌松弛。归绥琪等治疗先兆流产和习惯性流产，药用：党参 12 克，炒白术 9 克，炒白芍 12 克，苏梗 9 克，炒黄芩 15 克，菟丝子、桑寄生、杜仲、枳壳各 12 克，每日 1 剂，一般服至 3 月，或超过以往流产月份，未见明显致畸作用，随访胎儿、新生儿、小儿，发育、智力良好。

2. 宁心安神，调节情志，使心肾相济以固摄胎元　《傅青主女科》一书中多次提到"胞脉者上系于心"，"胞脉者系于肾"。可见，子宫的藏泻，实际上是建立在心肾交济的基础上的，《马培之医案》曾经这样说过："心主定神，肾主定精。"精者，神之依也，神者，精之驭也。所以子宫摄纳胎元及胚胎的生长发育，自然与心神的宁静密切相关。现代医学治疗先兆流产常合用镇静剂，理缘于此。《慎斋遗书》中亦指出："欲补肾者，须宁心，使心得降，肾始实。"为此，我们常在补肾安胎方药中，加入钩藤、枣仁、莲子心、黄连、茯神、青龙齿等安神之品，使胎元得到稳固。此外，稳定心理，调节情志，让患者放下思想包袱，积极配合治疗也是非常重要的。古人十分重视胎教，胎教的中心，就是心理调节，包括行为规范化，如目无邪视，耳无邪听，口无邪言，心无邪念，无妄喜怒，无得思虑，保持正常稳定的心理，有利于优生优育。

3. 健脾和胃以旺生化之源　前人认为胎孕之形成在于肾精，胎元之固在于肾气，而肾须在心神安宁的情况下，才能使肾得实。肾精、肾气又必赖后天水谷之精以充养之，胎儿之成长亦有赖于后天水谷之精，故脾胃为后天之本。孕后由于活动减少，甚至较长期卧床体息，脾胃之运化不健，故健脾和胃亦是十分重要的，如泰山磐石散，我们的验方牛鼻保胎丸、胎元饮等，无不脾肾双补。我们在临床

上，亦常在补肾安胎的治疗中，兼用香砂六君子丸另服的方法，来达到健脾和胃，以旺后天生化之源的目的，不仅使保胎成功率高，而且亦有利于胎儿生长发育。

4. 化瘀止血药物的应用　《血证论》谓："离经之血虽清，鲜血亦是瘀血。"现代医学认为先兆流产是整个流产过程中的一个阶段，多或有底蜕膜下出血、胎盘后出血、绒毛变性和白细胞浸润等病理改变。本病如并非跌仆伤胎证，而见阴道流血量少色黑，小腹隐痛，为兼夹瘀血之征，在补肾养血等的基础上，可酌加化瘀止血的药物，如炒五灵脂、蒲黄炭等品，使瘀血散而新血生，与补肾养血、滋阴养血、益气养血等法共奏安胎之功。现代药理研究证实，活血逐瘀药物有改善子宫及胎盘微循环的功能，而促进胎盘后或底蜕膜下血肿的吸收，并认为活血化瘀法具有通过巨噬细胞吞噬坏死组织和异物的能力。其中五灵脂、蒲黄能缓解平滑肌痉挛而有镇痛作用，并抑制血小板聚集，增加血管通透性；丹参除有抗凝和促进纤溶作用外，并有抑菌和抗炎作用，对多种疼痛能镇痛，尚可调节体液免疫和细胞免疫，促进组织修复和再生。罗献英等认为，临床上对肾虚证"胎漏"、"胎动不安"患者，辨证有瘀，在补肾固冲的同时，酌加活血逐瘀药物，能显著提高疗效。但临证用药尚虚注意：①严格辨证，慎重用药，活血而不破血；②在保胎治疗中，应定期检测 β－HCG 及做 B 超检查，动态观察胚胎发育情况，若发现胎元已殒，则应及时清宫。

5. 应用"7、5、3"奇数律，指导保胎，防治结合　我们在临床上观察到，流产的时间与"7、5、3"奇数律有密切的关系，即早期流产大多发生在 30、50、70、90 天，这也与女子属阴，其生殖节律也与阳奇数有关。因此，我们非常重视本病在这些时期的治疗，尤其是有流产史的患者，即使本次妊娠尚未发生本病诸多临床表现，仍然需要预防性服用保胎方药，若发生本病，服药时间均应超过 50、70、90 天这些易流产时期，这样才较为稳妥。

6. 逐月养胎，注重胎养　北齐徐之才著有《逐月养胎法》，对于胎儿逐月发育的情况叙述较为详尽。如妊娠"一月始胎，二月始膏，三月始胞，四月形体立，五月能动，六月筋骨立，七月毛发生，八月脏腑俱，九月谷气入胃，十月诸神备，日满即产也。"根据这一理论，我们指导孕妇适当调摄饮食。如第 1～2 个月以肝经为主养胎，饮食宜酸性食物，如梅子、糖醋烹调的食物等；第 3～4 个月以心经为主养胎，嘱孕妇饮用宁心养心的莲子汤、鱼头汤等；第 5～6 个月以脾胃经为主养胎，嘱孕妇多食鸡鸭肫、猪肚等；第 7～8 个月以肺经为主养胎，嘱孕妇多食新鲜蔬菜、瓜类水果等；第9～10 个月以肾经为主养胎，嘱孕妇多食甲鱼、黄鳝、瘦肉、鸡蛋等使胎儿发育健壮。《中西医结合治疗常见妇科疾病》中认为保胎需根据孕月使用药物与针灸，效果较佳，可参考之。

第三节　滑　　胎

堕胎或小产连续发生 3 次以上，称为滑胎，或称"数堕胎"。《叶氏女科证治》云："有屡孕屡堕者，……名曰滑胎。"本病首见于《经效产宝》，谓其是"应期而堕。"如《妇婴至宝》亦云："凡遇三、五、七月份，尤易堕胎，下次复坠，辄亦如期。"但滑胎

的另一含义是指临产催生的一种治法，《妇人大全良方·坐月门》的“滑胎例”，《景岳全书·妇人规》的产育类“滑胎”，均是指孕妇临产“易而且速”的催生方法，不属本文讨论范畴。本文所讨论的滑胎，即现代医学的习惯性流产。本病亦为临床所常见，除母体因素外，需排除男方肾气不盛、精弱、血弱等先天因素，以及梅毒等感染性因素。

【病因病理】

本病的主要原因在于肾虚子宫失固，但亦有少数病人与血瘀有关。肾者，封藏之本。子宫者，系于肾。肾虚不能司封藏之职，且不能助子宫之藏，故屡孕屡堕，屡堕则肾愈虚，愈虚则愈不能系胎，所以滑胎也。肾为肝之母，与心相交济，心肝气火偏旺，必然耗损肾阴与肾气，且滑胎患者，孕后心情紧张，思虑过度，心肾不能交合，肾虚不得恢复，更不能系胞固胎也。此外，尚有少数血瘀阻于子宫，或血结成癥，子宫癥积，亦致滑胎也。

现代医学认为本病常见于染色体异常，或生殖道异常，如纵隔子宫、双子宫、宫腔粘连、子宫肌瘤、宫颈闭锁不全等，或内分泌失调如黄体功能不全、高催乳素血症等，以及免疫因素，或男方精液异常等。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

1. 临床表现　屡孕屡堕连续3次以上，常见腰膝酸软、体质较弱、夜尿频数等症。

2. 检查　再次妊娠前，男女双方应进行详细地做体格检查，如卵巢功能测定，精液检查，生殖免疫检查，子宫输卵管碘油造影，超声波检查，宫腔镜、腹腔镜检查，内分泌激素测定，染色体核型分析等。一旦停经，应及早通过有关检查确诊妊娠（妊娠的诊断详见胎漏、胎动不安节）。

二、鉴别诊断

通过详细的病史和检查，在妊娠前主要应鉴别出引起习惯性流产的原因，妊娠后应排除葡萄胎、胎死宫内、胎儿畸形以及羊水过多等。

【辨证论治】

本病的主要证型是肾虚，单纯性血瘀者较为少见。治疗方法除与先兆流产相似之外，以预防为主，重在治本。若已发生先兆流产症状，被动地对症治疗，但往往难免再次堕胎。治宜补肾安胎，固补为要，对兼心肾不交者，必合交济心肾；兼肝郁化火者，佐以清肝解郁；兼肝胃不和者，佐以健脾和胃；血瘀者，活血化瘀，佐以益肾安胎。

一、主证型

肾虚证

主证：屡孕屡堕，甚或应期而堕，小腹隐痛，腰膝酸软，体质较弱，夜尿频数，神疲乏力，纳谷不馨，带下偏多，舌质胖嫩，苔薄白腻，脉沉弱。

治法：补肾固胎。

方药：泰山磐石散加减（《景岳全书》）。

黄芪、党参各15克，炒当归9克，炒川断、杜仲、菟丝子、炒白术各12克，熟地10克，黄芩9克，砂仁（后下）5克。

服法：水煎分服，每日1剂。

加减：兼肝郁化火者，证见胸闷烦躁，乳房胀痛，脉弦，舌苔黄腻者，加入钩藤15克，醋炒柴胡6克；兼心火偏旺，证见心烦失眠，情绪紧张，脉细数，舌质偏红，去当归，加入钩藤15克，黄连5克，炒枣仁6克，茯神10克；兼脾胃薄弱，证见腹胀便溏，矢气频频，去当归、熟地，加入苏梗、煨木香各6克，焦建曲、炒谷芽各10克，茯苓9克。

二、次证型

血瘀证

主证：屡孕屡堕，甚或应期而堕，小腹隐痛或作胀，心烦，口干不欲饮，有子宫肌瘤病史，脉细弦，舌质淡红，边有紫点。

治法：活血化瘀，益肾安胎。

方药：胶艾汤加减（《金匮要略》）。

阿胶（炖烊冲服）、艾叶、炒当归各10克，川芎3克，赤、白芍各9克，熟地、川断、丹参、炒五灵脂各10克，甘草6克。

服法：水煎分服，每日1剂。

加减：小腹作痛明显者，加入木香6克，延胡索10克；腹痛有漏红者，去川芎、赤芍，加入炒蒲黄（包煎）6克，茜草炭10克；神疲乏力，腹胀大便不实者，去当归、熟地，加入炒白术、焦山楂各10克，黄芪、党参各12克，煨木香、砂仁（后下）各5克。

【临床体会】

滑胎的治疗，类同子胎漏、胎动不安，但亦有异于胎漏、胎动不安。此处主要介绍本病的治疗特点。

1. 更强调心肾脾胃的治疗，尤其重视补肾固胎　若欲固肾，必须使心肾相济，除药物上要注意心肾合治以外，心理上的疏导不容忽视，务必使患者稳定情绪，特别是当出现腰酸、小腹胀痛作坠、胎漏见红的先兆流产症状时，心理安和和情绪稳定十分重要。当然经诊断已无保胎价值者，又当从速促其流产，免致流血过多，损害母体健康，影响恢复。

2. 防重于治　有滑胎史的患者，应在滑胎发生前服用补肾安胎药，以防范之。一般自孕后开始服药，同时必须注意到“3、5、7”数的时期，即妊娠第50天、70天，以及3个月、5个月7个月的时期，我们称其为易流产期，故更当预为防范，加强补肾安胎，绝对卧床休息，同时予以心理疏导，以安度危险期，获取较好疗效。服药的时间要超过以往流产的时期，并密切观察胎儿的发育情况，方可步入坦途。

第四节　异位妊娠

受精卵在子宫腔以外的部位生长、发育称为异位妊娠，习称“宫外孕”，但二者仍有区别。宫外孕仅指子宫以外的妊娠，而异位妊娠则包括宫颈妊娠在内的宫腔正常着床部位以外的所有妊娠。因其着床部位的不同，而分为输卵管妊娠、宫颈妊娠、卵巢妊娠、腹腔妊娠等，其中以输卵管妊娠占绝大多数，约占全部异位妊娠的98%。根据本病具有腹痛、腹腔内出血、腹腔内包块形成的特点，与中医学所描述的“妊娠腹痛”、“癥瘕”、“腹中瘀血”相似。

【病因病理】

本病主要由于摄生不当，湿热内蕴胞脉、胞络，与血搏结，或新产、经行时当风受寒，房事不节，余瘀逆行胞脉、胞络，气血运行失畅；或肾气欠盛，胞脉、胞络曲细偏长，冲任通盛欠佳，或脏腑虚弱，气血劳伤。以上诸多因素，导致气血失和，络脉失畅，孕卵滞留，不得达于胞宫，阻滞血脉运行，瘀结少腹，不通则痛，发为本病。

由于瘀阻伤络，阴络受损，血自内溢，故腹部膨大，满急而痛，愈溢则愈瘀，愈瘀则愈痛，痛甚则厥逆，血去则气脱，阴阳分离，昏不知人。或瘀结少腹，日久而为癥瘕。

现代医学认为盆腔的炎症、盆腔手术史、性激素的影响（雌、孕激素平衡的破坏）、体外受精和胚胎移植、过早排卵或延迟排卵、输卵管子宫内膜异位症、输卵管结核、输卵管先天性发育畸形等因素，均可阻碍受精卵的正常运行与着床，导致本病。亦有少数因卵子外游，即一侧卵巢排卵后，被摄入对侧输卵管受精，移行时间过长，受精卵已发育成囊胚种植在输卵管内，而成为输卵管妊娠。由于输卵管管壁薄，内膜的蜕膜反应差，经过一定时间后，胚胎因缺乏营养而不能正常发育，遂与管壁分离脱落，引起出血，并经伞部流入腹腔，称输卵管妊娠流产，此多见于输卵管壶腹部妊娠，如绒毛侵蚀并穿透输卵管壁，使管壁破裂出血，称输卵管妊娠破裂，出血多时可以引起急性失血性休克。

输卵管妊娠破裂或流产，经过反复的内出血，盆腔内血块机化变硬而形成包块，并与周围组织器官粘连，称陈旧性宫外孕。少数患者当输卵管妊娠破裂或流产后，胚胎虽已从破裂部位或伞端排出，但仍与原来着床处保持着血液供应联系，继续生长发育而形成继发性腹腔妊娠。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

(一) 诊断

1. 未破损期输卵管妊娠诊断

(1) 症状：有停经史，小腹或少腹疼痛，阴道流血，有早孕反应等；

(2) 体征：妇检宫颈有举痛、摇摆痛，子宫略大，子宫一侧或其后方可触及肿块；

(3) 检查：妊娠试验阳性。

2. 破损期输卵管妊娠诊断

(1) 症状：上述症状继续存在，但腹痛剧烈，恶心呕吐，晕厥或休克；

(2) 体征：上述体征继续存在，但面色苍白，脉细数，下腹压痛、反跳痛，可叩及移动性浊音；

(3) 检查：B型超声显像示子宫增大，但宫腔内空虚，宫旁出现低回声区，腹腔内存在无回声暗区，或直肠子宫凹陷处积液暗区像。

(二) 诊断要点

输卵管妊娠尚未发生破裂或流产时，由于临床表现不明显，诊断较困难，往往采用辅助检查，才能确诊。

1. 阴道后穹隆穿刺　适用于腹腔内出血的患者。

2. 妊娠试验　采用灵敏度高的定量检测法，测定血β-HCG，尚需鉴别宫内妊娠抑或异位妊娠。

3. B超　B型超声显像对诊断异位妊娠有帮助。

4. 腹腔镜检查　有助于提高异位妊娠的诊断准确性，尤其适用于输卵管妊娠尚未发生破裂或流产的早期患者，并适用于原因不明的急腹症患者。

二、鉴别诊断

本病要与流产、急性输卵管炎、急性阑尾炎、黄体破裂、卵巢囊肿蒂扭转等鉴别(见表13-1)，此外尚需排除急性胃肠炎。

表13-1　异位妊娠鉴别诊断表

疾病 / 症状	输卵管妊娠	流产	黄体破裂	急性输卵管炎	卵巢囊肿蒂扭转
停经	多有	有	多无	无	无
腹痛	突然发生一侧下腹剧痛向全腹扩散	缓慢发生，小腹阵发性坠痛	下腹一侧突然发生疼痛	渐起两下腹持续性疼痛	突然发作下腹一侧疼痛
阴道流血	暗红，量少，可有蜕膜组织和管型排出	量少到多，色鲜红，有小血块，或排出绒毛	无或如月经量	无	无
休克	多有，与外出血不相称	无，如有则与外出血相称	无或轻度	无	无

续表

疾病 / 症状		输卵管妊娠	流产	黄体破裂	急性输卵管炎	卵巢囊肿蒂扭转
体温		多正常，有时稍高	正常	正常	升高	稍高
盆腔检查		宫颈举痛，穹隆触痛，宫旁或子宫直肠凹有包块触痛	宫颈无举痛，子宫增大变软	一侧附件压痛，无包块	宫颈有举痛，两侧附件增厚触痛，输卵管积液时可扪及包块	有宫颈举痛，后穹隆无触痛，宫旁有包块，与子宫间触痛明显
腹部检查		有压痛、反跳痛	无	有压痛、反跳痛	压痛、反跳痛、肌卫等不明显	可及囊性包块，患侧压痛
血象	白细胞	正常或稍高	正常	正常或稍高	升高	稍高
	血红蛋白	降低	正常	降低	正常	正常
后穹隆穿刺		可抽出不凝血	阴性	可抽出不凝血	可抽出浆性渗出液或脓液	阴性
妊娠试验		多为阳性	多为阳性	阴性	阴性	阴性
B超显像		一侧附件低回声区，或可见妊娠囊	宫内可见妊娠囊	一侧附件低回声区	两侧附件低回声区	一侧附件低回声区，边缘清晰，可见条索状蒂

【辨证论治】

一、未破损期

主证：可有停经史和早孕反应，一侧少腹隐痛，舌苔正常，脉细弦滑。妇检宫颈有举痛、摇摆痛，子宫略大，子宫一侧或其后方可触及肿块；妊娠试验阳性；B超可探及一侧附件有囊性块物声象，或宫内无妊娠囊。

治法：活血化瘀，消癥杀胚。

方药：宫外孕Ⅱ号方（山西医学院第一附属医院方）加减。

丹参12克，赤芍10克，乳香、没药各6克，桃仁9克，三棱、莪术各10克，地鳖虫6克，车前子（包）10克，蜈蚣3克。

服法：水煎分服，每日1剂。

加减：阴道流血量多者，去桃仁、三棱，加入五灵脂、蒲黄（包）各10克；大便干结者，加入当归、火麻仁各10克。

二、已破损期

1. 休克型

主证：输卵管妊娠破裂或流产，引起急性大量腹腔内出血，出现气随血脱之休克征象，面色苍白，四肢厥冷，血压降低，甚则冷汗淋漓，下腹剧痛拒按，脉沉细而弱，或细数无力。

治法：回阳固脱，活血化瘀。

方药：参附汤（《妇人大全良方》）合活络效灵丹（《医学衷中参西录》）加减。

制附片 9 克，红参（另煎冲服）6～9 克，炙甘草 5 克，茯苓、丹皮、丹参、赤芍各 10 克，炙乳、没各 6 克。

服法：水煎分服，每日 2 剂，每 3～4 小时一次。

加减：大便秘结，鼓肠腹胀，苔黑腻者，加生大黄（后下）6 克，玄明粉（冲服）9 克，枳实 9 克；形寒，苔白腻者，加服《金匮》九种心痛丸，每次服 3～10 丸；寒热夹杂，苔黄白腻厚者，加生大黄（后下）6 克，玄明粉（冲服）9 克，肉桂（后下）3 克。

2. 不稳定型

主证：输卵管妊娠破裂或流产，内出血量不多，或内出血量较多，经抢救后血压已回升至平稳。在此阶段，主要为腹痛腹胀，此期胚胎还可能成活，还有再次内出血的可能，而重新出现休克型。

治法：化瘀杀胚，理气止痛。

方药：宫外孕Ⅰ号方（山西医学院第一附属医院方）加味。

丹参 15 克，赤芍 10 克，桃仁 9 克，可加土牛膝、五灵脂 10 克，蜈蚣 3 克，制香附 9 克。

服法：水煎分服，每日 1～2 剂。

加减：出血多者，加云南白药 1 克（吞），每日 2～3 次，或三七粉 3 克（吞），每日 3 次。

胚胎成活者，可用天花粉针剂等杀胚，用法见临床体会。

3. 包块型

主证：症情稳定，盆腔内有明显包块，下腹部有轻微胀痛或压痛，舌质黯薄，脉弦细。

治法：化瘀消癥，破坚散结。

方药：宫外孕Ⅱ号方（山西医学院第一附属医院方）加减。

丹参 12 克，赤芍 10 克，乳香、没药各 6 克，桃仁 9 克，三棱、莪术各 10 克，地鳖虫 6 克。

服法：水煎分服，每日 1 剂。

加减：有感染者，加金银花 15 克，连翘 10 克，红藤、败酱草各 30 克；便秘者，加生大黄（后下）6 克，或番泻叶 9 克泡茶饮。

外敷法：樟脑 6 克，血竭、松香、银珠各 9 克，麝香 0.06 克，将前 4 药研细加热成糊状，然后将麝香撒布于药面，趁热贴于腹部疼痛处。

【临床体会】

一、病情观察和调护十分重要

1. 观察患者腹痛部位、性质、时间，以判断病情的进展和病变部位，并注意异位妊娠腹痛和其他炎症如泌尿系统疾病、阑尾炎等腹痛相区别。

(1) 输卵管妊娠将破裂时，常为下腹部一侧持续性憋胀样或撕裂样疼痛，阵发性加剧，一旦破裂，则会突发刀割样剧痛，严重时会突发虚脱，应予警惕。

(2) 输卵管妊娠急性破裂，血液流入腹腔，刺激腹膜，可发生腹痛，因患者体位关系，血液聚集部位不同，可表现为胁肋部痛、肛门坠痛或有大小便意等，同时会有腑实证发生。

(3) 腑实证所致的腹痛，为胃脘部或全腹部不定位置的扭痛，有麻痹性肠梗阻的症状、体征。

(4) 子宫蜕膜排出前的腹痛，多为下腹中部阵发性绞痛，伴有腰部酸胀及较多量的阴道出血。

(5) 血肿包块引起的压迫痛或牵扯痛，多在异位妊娠急性破裂大出血后一周左右发生，表现为下腹或肛门部憋胀或下坠感，于大便前、小便后加重，并有大、小便不利等现象。有时血肿包块与大网膜或其他脏器粘连而有牵扯痛，并常随患者体位变化或活动而有增减，剧烈时可引起一时性休克。

(6) 在服活血化瘀药物治疗过程中，血肿包块局部常有不定时之针刺样疼痛，此为血液吸收过程中常有的现象，可不予处理。

2. 注意观察阴道排出物情况以及出血的色、质、量、气味。如异位妊娠终止后的不规则阴道出血血量较少，但淋漓不断，是正常之现象。如阴道出血时间较长，并有臭气，恐为盆腔炎症，应予区别。

3. 注意观察患者口渴情况，如持续燥渴是继续内出血的征象，应予重视。

4. 注意大、小便的色、质、量。

5. 观察月经恢复情况。

6. 注意观察患者服药后腹痛有否减轻，阴道出血及排出物的性质。

7. 注意观察患者全身症状，有无恶寒发热、怕冷、怕热、舌苔、脉象及口渴等，以辨别有无外邪入侵或湿热感染。

8. 对休克型患者的观察

(1) 注意患者是否表情淡漠、烦躁不安、感觉迟钝、意识模糊。

(2) 注意患者体温、脉象、呼吸、血压的变化，尤其要注意观察脉象，切脉不单纯为从脉象了解心率，更需要掌握脉象变化，从脉象测知患者休克危象往往在测血压之先。密切注意患者的心率变化，如无其他因素，心率往往随着缺氧程度而递增，并随休克的轻重而起伏变化，故应随时观察患者的心率变化，以防意外。

(3) 注意观察患者额头、四肢是否汗出黏冷，是否面色苍白、发绀，皮肤弹性如何。如皮肤黏冷弹性差，甲床呈灰白或青紫，浅静脉尤其手足背静脉塌陷，为体克之

危象，应迅速抢救。

二、活血化瘀，杀死胚胎，乃是治疗本病的主要方法

我们的体会，应从两方面入手。一是活络效灵丹加味，即是在活络效灵丹（丹、芍、桃、乳、没）中，加入三棱、莪术、蜈蚣、土牛膝、地鳖虫等杀胚之品；另一是使用天花粉素、氨甲蝶呤、5-氟尿嘧啶、米非司酮等杀胚、抑胚药物：

1. 天花粉素　使用时需注意以下几点。

（1）用药方法：天花粉素是一种植物蛋白，有较强抗原性，故用药前须做过敏试验，即以生理盐水稀释成每毫升含 2 微克的稀释液，以皮试注射器抽取此稀释液 0.05 毫升（相当于 0.1 微克），注入前臂曲侧皮内 20 分钟，结果阴性者，始可应用。有下列情况者，属阳性反应：①皮丘平均直径大于 1 厘米，伴有或不伴有红晕；②皮丘直径较原来直径增加 0.2 厘米，伴有或不伴有红晕；③皮丘稍增大，伴有红晕；④变红。皮试阴性者再肌内注射试探剂量 0.2 毫克，深部肌内注射，注射前后测量血压及脉搏，2 小时后无反应者，可肌注天花粉素 5～10 毫克。

（2）药物反应及处理：①全身反应：注射 6～8 小时后，可出现发热，高达 38℃～39℃，头痛，咽喉痛，颈项不利，关节痛，一般 2～3 天自动消退，必要时对症处理，口服紫雪丹、安乃近、异丙嗪、扑尔敏等；②局部反应：可出现红、肿、痛、活动受限等反应，2 天后可逐渐好转或消失。还有约 5%的患者可出现全身及局部皮疹，系由于过敏所致，可用抗过敏药。一般用药后 4～7 天，即能杀死胚胎。倘注射后 7 天，妊娠试验仍属阳性，可酌情按前法再注射 1 次。

（3）禁忌证：急性传染病期间及恢复期患者，心、肝、肾疾病伴有功能不良者，活动性肺结核及严重贫血等症患者，均属此药禁忌证。

2. 氨甲蝶呤（MTX）　MTX 是一种抗代谢类抗肿瘤药，能抑制二氢叶酸还原酶，干扰 DNA 合成，从而抑制肿瘤细胞的合成和增生。妊娠时滋养层细胞对 MTX 的抑制作用十分敏感。王琳等报道用 MTX 配合中药治疗异位妊娠 24 例（门诊 21 例，住院 3 例），方法：MTX 20 毫克，肌内注射，每天 1 次，共 5 天。同时服用中药宫外孕Ⅱ号方，以活血祛瘀，消癥散结，每日 1 剂，分 2 次口服，直至 HCG 降至正常。结果：24 例中 22 例治愈，2 例失败，血 HCG 平均降至正常时间为 12.5±4.99 天，治愈率为 91.6%。治疗过程中均未出现严重副作用。

3.5-氟尿嘧啶（5-FU）　5-FU 也是抗代谢类药物，能阻止脱氧核苷酸转变为胸腺嘧啶脱氧苷酸，影响 DNA 合成，从而抑制滋养细胞生长。方方等报道用 5-FU 配合中药治疗异位妊娠 32 例。方法为：5%GS 500 毫升＋5-FU24～26 毫克/千克，静脉滴注 6 小时，6～8 天为一疗程，配合中药杀胚胎、活血化瘀，促进血块早日吸收，药用：当归、川芎、丹参、赤芍、桃仁、莪术、生蒲黄、益母草、黄芪、甘草、天花粉、蜈蚣。每日 1 剂，水煎服，7～14 天为一疗程。结果 30 例治愈，2 例失败。包块消失时间 1～2 个月。使用 5-FU 治疗中有 4 例出现恶心、呕吐、白细胞不同程度下降，停止使用后恢复正常。方氏等认为：本疗法效果可靠，可使病人避免手术之苦，同时能保留输卵管，尤其对于迫切要求保留生育能力的年轻患者更为适宜，但要注意 5-FU 引起的严重不良反应，不应强行。

4. 米非司酮（Ru486）　Ru486 是一种抗孕酮类药物，与孕酮受体结合，阻断孕酮的作用，从而使妊娠不能继续。田雪红等报道应用 Ru486 配合中药治疗早期异位妊娠 23 例。方法：对停经时间不超过 50 天，附件包块 < 5cm 者，给予 Ru486 25 毫克，12 小时口服一次，首次加倍，总量 150 毫克。中药以具有活血化瘀作用的丹参、赤芍、桃仁、地龙等，每日 1 剂，水煎早晚分服。结果：23 例中 21 例非手术治疗成功，2 例因中途拒服中药而采用手术治疗，治愈率 91.3%。治疗后 2 例于 2～4 个月正常宫内妊娠，7 例行通水试验均通畅。田氏等认为：Ru486 在医生的严密监护下，可作为异位妊娠非手术治疗的有效、快速、安全且无副作用的杀胚、抑胚常规用药，配合中药，不失为安全、快速、有效的方法。

随着异位妊娠发病率的增高，快速、敏感的 HCG 检测方法和高分辨 B 超监测仪的出现，以及腹腔镜的广泛运用，为早期异位妊娠的诊断提供了可靠依据，从而为非手术治疗奠定了基础。因此，目前非手术治疗是异位妊娠的主要治疗方式，而中西医结合治疗已在非手术治疗中显示了它的优势。寻找一种简单、有效、成功率高，又无毒副作用的疗法，为治疗异位妊娠的近期目的，而保全患者生育功能，提高输卵管通畅率及减少再次异位妊娠的发病率，则为治疗异位妊娠的远期目标。通过临床观察及对近期临床报道的各种非手术方法治疗进行分析比较显示：中西药联合应用，能在短时间内杀死胚胎，血 β-HCG 快速下降至正常，胚胎死亡之后，形成了癥瘕，可长期服用消癥化瘀之大黄䗪虫丸、桂枝茯苓丸消散之，亦可配合中药灌肠、理疗等。但消除癥瘕为时较长，需要耐心坚持治疗，方可取得满意疗效，使异位妊娠的包块短期缩小至消失，阴道出血时间缩短，腹痛减轻。在非手术治疗过程中，急性出血阶段，病人应绝对卧床，尽量减少体位改变和增加腹压的动作，并严密观察血压、脉搏、腹痛情况及血红蛋白、红细胞计数及血 β-HCG 的变化，及时输液、输血，补充血容量，必要时随时改用手术治疗，以免贻误病情，造成不良后果。

第五节　妊娠高血压综合征

妊娠中晚期出现高血压、水肿、蛋白尿，甚至昏迷抽搐等症状，称为妊娠高血压综合征，简称妊高征。中医学称之为“子痫”、“子冒”等。

本病发生在妊娠 20 周以后，除典型症状外，严重的出现抽搐、昏迷、心肾功能衰竭，甚至发生母婴死亡。在产科中，本病与产科出血、妊娠并发心脏病及产后感染，并称为威胁产妇生命安全的四大疾病。防治这类疾病，为妇产科临床的重要课题。

【病因病理】

中医学认为本病发生的主要机制是阴虚阳旺，胎火偏盛，热极生风，痰火内蒙，虚风上扰等。其发作前与发作期的病因病理有所不同。发作前主要为患者素体阴虚，孕后赖阴血以养胎，阴虚益著，心肝失养，胎火偏旺，肝阳上亢所致；其次为阴虚

肝旺之体，脾胃气虚，气虚则运化失司，化源不足，精虚血少，水湿停聚，泛溢为肿，血虚则肝失所养，胎气壅阻，木郁土壅，势必促肝阳上亢，而见孕期头晕目眩，肢体肿胀等症。发作期又有风阳痰火之区别。阴虚肝旺或脾虚肝阳上亢，兼之胎火偏盛，阳亢火盛，势必化风，此即所谓热极生风之理，风阳上旋，淫及四肢，因而发生抽搐子痫；或阴虚肝旺，或脾虚肝旺，胎火偏盛，触动心肝之火，炼液为痰，痰火相结，蒙蔽心脑之窍，因而发为昏迷型子痫。

现代医学认为本病的发病机制有如下几类：

1. 钙代谢异常　低血钙与妊高征有关，已知如果血管平滑肌细胞内游离 Ca^{2+} 浓度升高，即与调钙蛋白（CaM）结合形成 Ca^{2+}-CaM 复合外物，促使血管平滑肌细胞收缩，导致血压升高。当低血钙与甲状旁腺素水平升高时，可控制钠泵活性，使 Na^{+} 与 Ca^{2+} 交换下降，细胞内游离 Ca^{2+} 浓度因而上升，必然引起血管平滑肌细胞收缩。妊高征孕妇较正常孕妇血钙降低（$P<0.01$），甲状旁腺素（PTH）升高极其明显（$P<0.001$），而降钙素（CT）却有明显下降。

2. 血浆内皮素升高　妊高征患者血浆内皮素（ET）升高且与病情严重程度密切相关，如并发溶血、肝酶升高、血小板减少综合征（HELLP），则 ET 值异常升高，ET 有强烈收缩血管作用，妊高征时，可能因组织缺血、缺氧，而使神经肽及儿茶酚胺增加，从而使 ET 的合成与释放增多。

3. 免疫遗传因素　有研究认为先兆子痫及子痫的发生是由于母亲单隐性基因与显性基因共同作用的结果，而显性基因取决于胎儿，可能为 HLA 本身或与 HLA 连锁。先兆子痫及子痫母婴双方 HLA-DR4 的出现率明显高于正常妊娠者。妊高征患者的 T 抑制细胞（Ts）较正常孕妇为低，病情愈重，Ts 下降愈明显，提示 Ts 的数量及功能变化对维持胎儿免遭排斥和妊高征的发生都有一定意义。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

（一）诊断要点

妊娠 20 周以后，产后 48 小时内，出现高血压、水肿、蛋白尿，严重者出现头晕目眩、恶心呕吐，甚至抽搐昏迷。

（二）分类

1. 轻度妊高征　血压≥140/90mmHg，<150/100mmHg，或较基础血压升高 30/15mmHg，可伴有轻微蛋白尿（<0.5g/24h）和（或）水肿。

2. 中度妊高征　血压≥150/100mmHg，<160/110mmHg，蛋白尿 +（≥0.5g/24h）和（或）水肿，无自觉症状或轻度头晕等。

3. 重度妊高征

（1）先兆子痫：血压≥160/110mmHg，蛋白尿 + + ~ + + + +（≥0.5g/24h）和（或）水肿，有头痛、眼花、胸闷等自觉症状。

（2）子痫：在妊高征基础上有抽搐或昏迷。

（三）检查

1. 实验室检查

(1) 血常规检查，红细胞压积增高提示血液浓缩，血小板计数减少，提示妊高征病重。

(2) 血液黏度检查，血浆黏度 > 1.6，全血黏度 > 3.6，提示血液浓缩。

(3) 止血功能检查，除血小板计数外，可测定纤维蛋白原含量、凝血酶原时间、纤维蛋白降解产物、抗凝血酶Ⅲ、外周血涂片找破碎的红细胞。如血小板计数进行性下降、纤维蛋白原减少、凝血酶原时间延长、纤维蛋白降解产物增高、外周血涂片找到破碎的红细胞，提示 DIC，若仅血小板计数下降，外周血出现破碎的红细胞，加上 ALT、AST、胆红素增高，提示 HELLP 综合征。

(4) 肝、肾功能检查：ALT 中度升高，血浆蛋白降低，可出现白/球蛋白比例倒置；尿酸在轻度妊高征时便可增高，常 > 180μmol/L，如 BUN > 5.36mmol/L、Cr > 88.4μmol/L，则提示肾功能损害。

(5) 尿液检查，尿蛋白 ≥ + 提示异常，尿 24 小时蛋白 ≥ 300mg 提示异常，如尿蛋白 ≥ 5g/24 小时，提示病情严重。

2. 眼底检查　视网膜动、静脉管径比例在血管痉挛时由正常的 2:3 变为 1:2 或 1:3，严重时表现为眼底水肿、出血。

3. 其他检查　如心电图、胎盘功能、胎儿成熟度、脑血流图检查等，可视病情而定。

二、鉴别诊断

1. 妊娠合并原发性高血压　妊娠前有高血压史，多无水肿、蛋白尿，血压可很高，但自觉症状轻，眼底检查可见动脉变细、压迹等动脉硬化表现。此类患者可并发先兆子痫。

2. 慢性肾炎合并妊娠　已知妊娠前患慢性肾炎者容易鉴别诊断，若妊娠前症状不明显，则鉴别有一定的困难。一般尿蛋白较多，可有各种管型，血浆蛋白低，尿素氮高，贫血较明显，产后不能完全恢复。

3. 可能伴有抽搐的病　如癫痫，患者多无高血压、水肿、蛋白尿表现。

【辨证论治】

一、先兆子痫

1. 主证型

阴虚阳旺证

主证：妊娠后期，常感头晕目眩，夜寐甚差，腰俞酸楚，心悸气短，面色潮红，高血压，蛋白尿，或下肢浮肿，舌红或绛，脉弦劲而数。

治法：育阴潜阳，平肝清心。

方药：杞菊地黄丸（《医级》）合二甲。

枸杞子 10 克，甘菊 6 克，生地黄、山药、山萸肉、炒丹皮、茯苓、泽泻、白芍各 10 克，炙龟甲（先煎）、生牡蛎（先煎）各 20 克，钩藤（后下）15 克，丹参 10 克。

服法：水煎分服，每日1剂，血压甚高者，日服2剂。

加减：大便秘结者加生大黄（后下）6克，柏子仁9克；浮肿明显者，加天仙藤15克，冬瓜皮、车前子（包煎）各10克；头痛甚者，加夏枯草10克，全蝎粉（吞）3克，僵蚕粉（吞）3克；目糊羞明者加黄连3克，生龙齿（先煎）10克。

2. 次证型

脾虚肝旺证

主证：妊娠后期，面浮肢肿，头重头晕，纳食不馨，胸闷泛恶，大便偏溏，高血压，蛋白尿，舌质淡红，苔腻，脉虚弦而滑。

治法：健脾利湿，平肝潜阳。

方药：半夏白术天麻汤（《医学心悟》）。

煨天麻9克，白术10克，制半夏、陈皮各6克，茯苓、钩藤（后下）各15克，大腹皮9克，防己、苦丁茶、白蒺藜、赤小豆、丹参各10克。

服法：水煎分服，每日1剂，血压高者，每日2剂。

加减：蛋白尿明显者，加猪苓、土茯苓、白茅根各10克；血压甚高者，加入珍珠母、生牡蛎（先煎）各15克。

二、子痫发作期

1. 主证型

风火证

主证：妊娠后期，突然眩晕倒仆，四肢抽搐，牙关紧闭，目睛直视，口吐白沫，少时自醒，醒后复发，发则抽搐，轻则偶发，重则频频发作，昏迷不醒，血压高持续不降，脉搏加快，预后差。

治法：熄风潜阳，平肝清心。

方药：羚羊钩藤汤（《重订通俗伤寒论》）加减。

羚羊角粉0.3~0.6克（吞），钩藤20克，桑叶、川贝母各6克，鲜生地、白芍、竹茹、茯神、白蒺藜、丹参各10克，甘菊花5克，珍珠母（先煎）20克，生牡蛎（先煎）15克。

服法：水煎分服，每日3剂，不能服者改鼻饲。

加减：如心肝火旺盛者，加入龙胆草6克，黄连3克，苦丁茶、夏枯草各10克；夹有昏迷痰多者，加入天竺黄、陈胆星各10克，炙远志6克。

2. 兼证型

痰火证

主证：妊娠后期，突然发作，眩晕仆地，昏迷不醒，喉中痰声漉漉，发作之前头晕恶心，口腻痰多，入夜寐差，烦躁不已，惊悸不安，舌苔黄腻而厚，舌质偏红，脉滑数。

治法：清热豁痰，开窍安神。

方药：清营汤（《温病条辨》）合牛黄清心丸（《痘疹世医心法》）加减。

连翘心、玄参心各6克，莲子心3克，羚羊角粉（吞）3克，犀角粉（吞）1.5

克，丹皮 10 克，广郁金（明矾拌）9 克，炙橘红 6 克，石菖蒲 5 克，天竺黄、陈胆星、丹参各 10 克，竹沥水 1 匙，牛黄粉 0.3 克（吞）。

3. 次证型

虚风证

主证：产后数小时内，突然昏晕倒仆，或头昏眩晕，胸闷心悸，四肢抽搐，汗多，面色无华，舌质淡红，苔薄黄，脉细数，产前有妊高征。

治法：滋阴养血，平肝熄风。

方药：三甲复脉汤（《温病条辨》）加减。

炙龟甲、炙鳖甲、牡蛎各 20 克（均先煎），白芍 10 克，钩藤 15 克，炙甘草 6 克，太子参 15 克，制首乌、山药、熟地、女贞子各 10 克，陈皮 6 克，山楂 10 克。

服法：水煎分服，每日 1 剂。

加减：气血两虚者，加入黄芪、党参、炒当归各 10 克；昏迷有痰声漉漉者，加入天竺黄、陈胆星各 6 克，炙橘红 5 克；眼涩模糊者，加入枸杞子 10 克，甘菊、桑叶各 6 克，赤芍 10 克。

本病证病情紧急，需中西医结合抢救。并适时终止妊娠，防止严重并发症的发生，以保证孕妇生命安全。

【临床体会】

本病证的辨治主要在子痫发作前，先兆子痫是治疗本病的重要时期。由于高血压、水肿、蛋白尿是本病的主要症状，因而临床治疗也应针对这三个症状。

1. 妊娠水肿　又称子肿。轻度妊娠水肿对孕妇影响不大，应当注意休息，注意睡眠，限制食盐摄入量；水肿在中度以上时，应从脾、肾、气滞三个方面制水。①脾虚：水肿加全身脾虚症状，舌质淡红，脉细弦滑，治当健脾补气，分利水湿，全生白术散合防己黄芪汤加减。药用：党参、黄芪、白术、连皮茯苓各 15 克，陈皮 6 克，白芍、泽泻 10 克，钩藤 20 克，桑白皮 9 克等。②肾虚：水肿较重，加肾虚全身症状，舌质淡红，苔白腻，脉细弦滑，治当补肾温阳，化气行水，真武汤加减。药用：制附子 6～9 克，茯苓、炒白术、白芍各 10 克，生姜 5 片，泽泻、车前草各 9 克，钩藤 20 克，川断 10 克。如伴有高血压或蛋白尿，则应在处方中加强利尿平肝的药物。

2. 妊娠高血压　又称子晕、子眩。妊娠高血压初起时，血压时高时低，如果注意休息和治疗，可以恢复正常。如果不注意休息和治疗，亦可很快转为先兆子痫。临床表现除头昏晕、血压高外，尚有失眠、口苦、心烦，舌红，脉弦滑数。治当滋阴平肝，杞菊地黄汤加减。药用：枸杞子 10 克，钩藤 15 克，山药、熟地、山萸肉、茯苓、泽泻各 10 克，石决明（先煎）15 克，苦丁茶 10 克等。水肿尿少者，尚需加入车前子 10 克，黛灯心 3 克。重点在于养阴，长期服用，龟甲、女贞子、旱莲草、牡蛎等均是常用的药物。

3. 妊娠蛋白尿　在排除妊娠合并肾炎后，可给予利尿、降压、镇静的方药。单纯

的微量的尿蛋白有时自行消失，如尿蛋白量多时，则常并发其他征象，可随症辨治。一般以清利为主，导赤四苓散加减。药用：生地、木通、竹叶（连心）、泽泻、茯苓、车前草、荔枝草、白芍等。同时亦要加入钩藤、甘菊、决明子、石决明等有降压作用的药物。

4. 先兆子痫　又称子冒。即上述三种症状并存，而且症状已日益加重，应提高警惕，随时都可进入子痫发作状态。应嘱患者注意休息，这种患者有时因自觉症状不十分明显，往往不愿休息，然而适当的休息和充分的睡眠对病情的缓解是有益的。每周应测 2 次血压与尿蛋白，并要测量体重等。中医辨证治疗主要按阴虚肝旺、脾虚肝旺论治。因其随时都可能发生子痫，故而须让患者住院治疗。护理很重要，密切观察，避免声、光刺激，限制钠的摄入，注意血压的变化，每天测 1 次尿蛋白，必要时测 24 小时尿蛋白量，注意症状的变化，记录 24 小时出入量。药物治疗应给予镇静、利尿、解痉、降压及降低颅内压等药物。中西合治，西药为主。同时可用梅花针敲刺颈部两侧，足心敷贴附子饼，另外加服羚羊角粉等控制或降低血压。

5. 子痫　子痫是妊娠高血压的严重阶段，必须积极抢救。护理较之先兆子痫时尤为重要。应把患者安置在单人病房，除避免声、光、痛等任何刺激外，按中医水能克火的观点，病房（包括灯光）应以白色或深蓝如水之色进行布置，禁止火红色。保持绝对的安静，要防止患者因抽搐而跌至床下，防止撞伤，防止咬舌。当子痫抽搐时，可用纱布缠在压舌板上，垫在臼齿部位，以防将舌咬破，同时将头偏向一侧，以防抽搐或昏迷时舌向后移，而堵塞喉部，造成窒息。要取出活动义齿，以防落入气管。昏迷中禁止进食，药液可通过鼻饲管输入，但动作要轻，防止因此而引起抽搐。药物治疗的目的，在于控制抽搐，降低血压，利尿，恰当地处理产科情况。若子痫不能控制，或由于某种病理原因，可考虑终止妊娠。妊娠终止后，仍要监测血压与观察出血情况，并予以及时治疗。

6. 应用活血化瘀法代替肝素预防 DIC 发生　妊娠高血压综合征患者的血液处于高凝状态，容易发生淤滞，形成慢性 DIC 的恶性循环，对母儿危害性极大，因此对于既往月经不畅，经行腹痛，血色紫黯有块，孕后唇青舌紫有瘀点，浮肿伴见赤缕丝，腹痛，肢体疼痛的病人，适当选用丹参、琥珀、赤芍、苏木、茜草等活血化瘀中药治疗，能够收到代替肝素预防 DIC 形成的作用，并且无毒副作用。

第六节　羊水过多

正常妊娠羊水量随孕周而有所增减，在妊娠任何时期内，羊水量超过 2000 毫升者，称为羊水过多。

羊水量在数天内骤然增多者，称为急性羊水过多；而多数患者羊水量在数周或更长时间内逐渐增加，称为慢性羊水过多。羊水过多前人称之为“胎水肿满”，又称之为“子满”，首见于《诸病源候论·胎间水气子满体肿候》。《胎产心法·子肿子气子满论》即指出：“所谓子满者，妊娠至五六个月，胸腹急胀，腹大异常，或遍身浮

肿，胸胁不分，气逆不安，小便艰涩，名曰子满，又为胎水不利。若不早治，生子手足软短有疾，甚至胎死腹中。”可见前人已经认识到羊水过多病证的存在及其危害性。

【病因病理】

本病的主要原因，在于脾肾不足，阳气薄弱，不能制水，但还有水血相搏等因素。大多由脾胃虚弱，中气不足，运化失职，湿浊阻滞，气机不利，水湿停聚，发为胎水；或者肾阳不足，气化不利，水湿停聚，发为“胎水肿满”；亦有如《校注妇人良方》所说，“胎中夹水，水血相搏”而致。现代医学认为本病的确切原因还不十分清楚，羊水过多患者其羊膜组织与羊水化学成分均无明显改变，可能与胎儿及母体的某些疾病有关。临床上见于如下几种情况：①胎儿畸形：以神经管缺陷性疾病为多，脊柱裂、无脑儿的脑脊膜暴露，易受刺激而脑脊液渗出增多使羊水增加；也可能因无脑儿及脑积水儿丧失中枢吞咽反射和缺少抗利尿激素，胎儿不吞咽羊水并尿量多致羊水蓄积；或消化道闭锁胎儿不吞咽羊水，肺发育不全，胎儿无呼吸动作，使胎儿吸收羊水减少而致羊水增多。②多胎妊娠：尤以单卵双胎居多，优势胎儿循环血量多，尿量增加，而使羊水过多。③孕妇和胎儿的各种疾病：如糖尿病、母儿血型不合、重症胎儿水肿、妊娠高血压综合征、急性肝炎、孕妇严重贫血等，导致胎盘水肿或胎儿多尿，引起羊水过多。有学者认为胎盘绒毛血管瘤、脐带帆状附着有时也能引起羊水过多。另外有30%的羊水过多的患者未合并有胎儿、胎盘及母体的异常，其原因不明，有学者称之为特发性羊水过多。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

（一）临床表现

1. 急性羊水过多　多发生在妊娠 20～40 周，由于羊水快速增多，数日内子宫急剧增大，呼吸困难，心悸甚则发绀，不能平卧，饮食减少，腹胀便秘，下腹及外阴部浮肿、静脉曲张，行走不利。

2. 慢性羊水过多　常发生在妊娠 28～32 周，羊水在数周内缓慢增多，多数孕妇能够适应，临床症状不明显，多在产前检查时发现腹围、宫高均大于正常孕周，胎位不清，胎心遥远或听诊不清。

（二）检查

1. 血、尿常规检查　ABO 及 Rh 血型测定，血糖、肝、肾功能检查，排除孕妇和胎儿的各种疾病。

2. B 型超声波检查　测量最大羊水暗区垂直深度 > 7cm，或羊水指数 > 18cm，胎儿肢体间距宽，呈伸展状态，表示羊水过多。并可同时发现无脑儿、脑积水、脊柱裂等胎儿畸形或多胎妊娠。

3. 羊水及母血甲胎蛋白（AFP）含量测定　妊娠中期如 AFP 升高 4～10 倍，有胎儿开放性神经管缺陷疾病或其他畸形之可疑，需作进一步检查。

4. 羊水快速贴壁细胞、羊水乙酰胆碱酯酶凝胶圆盘电泳、羊水刀豆素 A 以及抗 AFP 单克隆抗体三位夹心固相免疫放射法，数种方法均可检测神经管缺损，同时检测可以弥补 B 超或 AFP 的不足。

5. 羊膜囊及胎儿造影　为进一步明确胎儿有无消化道畸形。羊膜囊造影可能引起早产、宫内感染，且造影剂、放射线对胎儿有一定的损害，而应慎用。

二、鉴别诊断

通过临床表现及上述有关检查，可明确有无羊水过多、胎儿畸形、巨大胎儿或多胎妊娠，并可与腹水、妊娠合并卵巢囊肿相鉴别。

【辨证论治】

一、主证型

血虚脾弱证

主证：妊娠中、后期，腹部增大逾常，胸闷气喘，头昏心悸，甚则不能平卧，或伴面浮足肿，纳呆神疲，小便偏少，舌苔淡白，脉细滑。

治法：健脾养血，利水消肿。

方药：千金鲤鱼汤（《备急千金要方》）合防己黄芪汤（《金匮要略》）加减。

当归、白术、白芍、枸杞子各 10 克，茯苓 15 克，防己、黄芪各 10 克，鲤鱼 1 条。

服法：鲤鱼去鳞、肠洗净，煎汤煮上药，每日 1 剂，2 次分服。

加减：羊水特多者，加入车前子、猪苓等利水之品；脾气虚甚者，加入党参 15 克，炙甘草 6 克，广木香 5 克；合并有肾虚者，加入仙灵脾 9 克，肉桂（后下）3 克。

二、次证型

脾肾阳虚证

主证：妊娠后期，腹大逾常，胸闷气喘，形体畏寒，腰腿酸软，纳欠神疲，腹胀便溏，小便量少，舌苔淡白，脉细滑。

治法：温肾健脾，利水消肿。

方药：真武汤（《伤寒论》）加减。

制附片 9 克，干姜 6 克，鹿角霜、炒白术、白芍、泽泻各 10 克，茯苓、党参各 15 克，首乌 6 克，生姜 3 片。

服法：每日 1 剂，水煎分 4 次服用。

加减：心悸不宁者，加入炙桂枝 5 克，炙甘草 6 克，合欢皮 10 克；烦躁寐差者，加入钩藤 15 克，黄连 3 克；小便不畅并有淋痛之感者，加入炒黄柏 9 克，泽泻 10 克，黛灯心 1 米。

【临床体会】

羊水过多有急性和慢性之别。急性羊水过多症比较少见，大多在妊娠 5～6 个月时发生，症状严重，孕妇自觉腹部迅速增大，有明显压迫症状，腹部胀痛难忍，呼吸困难，心悸气喘，不得平卧，行动不利，纳少呕恶，或便秘，类似前人所描述的“子满”

症状。慢性羊水过多症多发生在妊娠晚期，发病缓慢，子宫逐渐增大，孕妇多数尚可适应。自觉症状较轻，往往在产前检查时发现，腹围、宫高大于孕周，胎位不正，因宫腔内压力过高，容易发生早产。羊水过多的患者，腹壁紧张发亮，子宫比同妊娠月份的大，腹部有液体震荡感，胎心遥远或听不到。现代医学的检查、检验有助于发现胎儿的畸形，以及多胎妊娠等导致羊水过多的原因。

如系急性羊水过多症合并胎儿畸形，应及时终止妊娠。采用高位破膜器自宫颈口经胎膜向上送 15～16cm，刺破胎膜，使羊水以每小时 500 毫升的速度缓慢流出，以免腹压突然下降发生胎盘早剥，腹部放置沙袋或加腹带包扎以防休克。若宫缩乏力，或用人参生化汤加针刺，或用催产素静脉滴注催产。

慢性羊水过多症，如果是胎儿畸形引起的，亦应及早终止妊娠。如果通过各种检查、检验，没有找出羊水过多的原因，仍可按上述进行辨证论治，按其所属血虚脾弱或脾肾阳虚，分别治之，疗效可靠。并应注意到“水血相搏”的情况，必要时加人丹参、炒当归、白芍、川芎，甚至炙桂枝、琥珀、泽兰叶等养血、活血的药物，有利于水血的分利。且妊娠晚期，稍加活血和血，在前人的认识中，有着利于分娩的作用。一般使用得当，不会引起不良反应。

第七节 羊水过少

妊娠晚期羊水量少于 300 毫升者，称为羊水过少。早、中期妊娠的羊水过少，多以流产而告终。羊水过少时，羊水呈黏稠、浑浊、暗绿色，严重影响围生儿的预后，其论治散见于中医“胎萎”、“胎枯”的有关文献中，缺乏专篇论述。本病在临床上虽较羊水过多者少见，近年来由于对高危妊娠的研究及 B 超的广泛运用，其检出率由 0.1%上升为 0.5%～4%。

【病因病理】

中医认为本病的原因主要为阴血不足，津液亏少。患者素体阴虚津亏，或者孕后胎漏淋漓，或者孕后热病，损及肝肾，以致阴精不足，津液亏少，不能充实子宫以养胎儿，故致羊水不足。亦有患者素体脾弱，生化之源不足，气血不充，或便溏泄泻，以致津液亏耗，孕后应阴血下聚以养胎元，由于阴血不足，津液不充，自然养胎之阴精亦少，而致羊水过少。现代医学对羊水生成及循环机制尚未完全阐明，仍有一些羊水过少的病例原因不明，现已知和可能的病因有如下几种。①胎儿畸形：胎尿为羊水的主要来源，先天肾阙如、肾发育不全、多囊肾、尿道闭锁等，胎儿尿少或无尿，致羊水过少，肺发育不全、短颈、巨颌畸形亦可引起羊水过少；②胎儿宫内生长限制：羊水过少是此病的特征之一，因慢性缺氧引起胎血循环重新分配，肾血流减少致胎尿减少而羊水过少；③过期妊娠：胎盘功能减退，灌注量不足，胎儿脱水或缺氧，或胎儿过度成熟，肾小管对抗利尿激素敏感，尿浓缩功能提高，尿量减少所致；④孕妇低血容量：孕妇患妊高征等病血容量过低影响胎盘的灌注量而引起羊水过少；⑤羊膜病变：电镜观察发现羊膜上皮

层在羊水过少时变薄，上皮细胞萎缩，细胞中粗面内质网及高尔基复合体减少，上皮细胞和基底膜之间桥粒和半桥粒减少，Hebertson 认为有些原因不明的羊水过少症可能与羊膜本身病变有关。另外胎膜早破、单卵双胎中双胎输血综合征时的供血儿亦可发生羊水过少症。

【诊断与鉴别诊断】

一、临床表现

腹部较同妊娠月份的为小，胎动减少伴有腹痛，破膜时羊水量少于 300 毫升，常黏稠伴有胎粪，有妊高征、慢性肾炎、过期妊娠等病史。

二、检查

1. 一般检查　注意孕妇的营养状况和血压。

2. 腹部检查　腹围及宫高较同期妊娠者小，能明显触及肢体，胎儿活动受限，自然回转不易，故以臀位为多，子宫受刺激时易发生宫缩。

3. B 型超声波检查　B 超检查最大羊水池直径 < 2cm，羊水指数 < 5cm，胎儿肢体挤压卷曲，羊水胎儿交界面不清，胎盘胎儿面与胎体明显接触。

4. 实验室检查血、尿常规检查；尿雌激素/肌酐 < 10 或下降速度超过 50%，应考虑胎盘功能减退；羊水及母血甲胎蛋白测定值高于正常，提示胎儿有畸形可能；羊水细胞或脐血染色体检查，排除胎儿染色体异常。

5. 羊膜镜检查　可观察发现羊膜及其细胞结构的改变。

三、鉴别诊断

首先通过上述检查、检验排除畸形胎儿。羊水过少时，腹围及宫高均小于妊娠月份，还应与胎儿宫内生长限制、早产等疾病相鉴别。

【辨证论治】

一、主证型

阴虚津亏证

主证：妊娠晚期，腹围及宫高均低于妊娠月份，胎动时小腹疼痛，头昏腰酸，皮肤干燥，溺热黄少，大便艰行，舌红少苔，脉细滑数。

治法：滋阴生津，清热安胎。

方药：一贯煎（《柳州医话》）合沙参麦冬饮（《温病条辨》）加减。

沙参、麦冬各 9 克，生熟地、白芍、枸杞子各 10 克，石斛、玄参各 12 克，金铃子 6 克，芦根 15 克。

服法：水煎频服，每日 2 剂。

加减：头昏头疼，烦躁易怒者，加炒栀子 9 克，钩藤 15 克，甘菊 6 克；夜寐甚差者，加莲子心 3 克，夜交藤 15 克，炒枣仁 9 克；漏下黏稠液体者，加炙龟甲（先煎）20 克，牡蛎 15 克（先煎）、芡实 10 克。

二、次证型

脾虚血少证

主证：妊娠晚期，腹围及宫高均低于妊娠月份，胎动时小腹疼痛，头昏心悸，纳欠腹胀，神疲乏力，矢气频作，小便清长，舌淡红，苔薄白，脉细滑。

治法：健脾益气，养血安胎。

方药：参苓白术散（《太平惠民和剂局方》）合当归补血汤（《兰室秘藏》）加减。

党参、白术各15克，茯苓、山药、扁豆、当归各10克，黄芪30克，陈皮6克，广木香、甘草各5克。

服法：水煎频服，每日2剂。

加减：头昏心悸明显者，加丹参10克，夜交藤15克，合欢皮9克．炒枣仁6克；腰酸腹痛颇著者，加炒川断、桑寄生各10克，白芍12克；纳食甚差者，加炒谷、麦芽各15克；漏下黏稠液体似羊水者，加炒芡实、炙乌贼骨各10克。

【临床体会】

羊水过少一病虽临床较为少见，但上海统计由本病所致围生儿的病死率，较正常高5倍，因此是妇产科重点防治的疾病之一。本病多并见于妊娠高血压综合征、胎儿宫内生长限制、过期妊娠等病。羊水过少患者的胎儿多半似脱水状，皮肤皱缩，或伴有其他畸形等。如羊水过少持续5周以上，则多有明显的羊膜病变或胎儿病变，多与胎儿的肾功能不全或尿道闭锁有关。

在治疗上，主要是补充津液，必须从肾、脾先后天论治。但先后天是相关的，滋阴养血与生津养液往往需要合用。同时注意食养疗法，严禁辛辣刺激、利尿通便、燥湿化痰的药物，以免更伤其阴津，影响疗效。

第八节　胎萎不长

胎儿在母腹内生长发育迟缓，以致妊娠四五月后腹形与宫体明显小于正常妊娠月份者，经检查胎儿尚成活者，称“胎萎不长”。本病首见于《诸病源候论》称其为“妊娠胎萎燥”。前人又有“妊娠胎不长”、“胎不长养”之称。本病相当于现代医学的“胎儿宫内生长限制（FGR）”，或称“胎儿宫内发育迟缓（IUGR）”。

【病因病理】

本病的主要原因在于母体之不足，或先天发育欠佳，脏腑气血亏损；或孕后房事不节，伤及肾气，肾虚脾弱，既不能暖宫以育生发之气，又不能输送较多的血液以营养胎儿；或者孕后将养失宜，营养欠佳，化源不足；或因胎漏下血，血去气弱，均使胎儿失养，遂致胎萎不长。此外，尚有父体孱弱，男精不壮，导致胎元欠实所致者。

现代医学认为本病的发生主要有母体因素与胎儿因素两个方面。母体因素有孕妇营养不良，孕妇患病，如血管病变、贫血、慢性肾病、抗磷脂抗体综合征、慢性缺氧，以及孕妇吸烟、饮酒、吸毒、滥用药物等。胎儿因素有胎儿感染（病毒、原虫、细菌、

螺旋体等)、先天畸形、染色体异常、原发性骨或软骨的疾病等。此外，胎盘脐带的异常与多胎亦可导致本病。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

(一) 临床表现

妊娠四五个月后，腹形与宫体明显小于正常妊娠月份，经检查胎儿尚成活者，可伴有胎漏下血，或有慢性肾病、妊娠高血压综合征、慢性严重贫血等，或有烟酒嗜好，或偏食等。

(二) 分类

FGR 可分为对称性和非对称性两类。对称性的 FGR 发病早，多由遗传或感染等因素所导致，神经系统异常率高，治疗难以纠正；非对称性的 FGR 发病晚，多由胎盘功能不足、营养不良所引起，检查可见头围:腹围在妊娠 32 周以后仍然大于 1。

(三) 检查

1. 确定胎龄　通过详细询问月经史，准确了解末次月经及出现胎动的时间，以确定胎龄。

2. 宫高、腹围、体重的连续测定　18～30 周宫高与胎龄较一致，系统测量宫底高度，观察宫底增长对诊断有重要意义，如低于正常第 10 个百分位时，应考虑胎萎不长的可能。

3. 超声检查　一般 18～20 周测胎龄及检查有无畸形，32～34 周超声监测胎儿的生长。主要依靠头、腹围及股骨的长度测胎儿的大小，腹围是最可靠的指标。

4. 通过胎儿成熟度和胎盘功能检查，以及羊水培育、染色体核型分析，或甲胎蛋白测定等，可帮助诊断及排除胎儿畸形和孕期是否准确等。

二、鉴别诊断

本病主要应与胎死不下相鉴别。胎死不下与本病均有宫体小于妊娠月份的特点，但前者或有胎动不安或反复阴道流血病史，经检查无胎动、胎心，后者胎儿虽然小于停经月份，但有胎动、胎心，主要靠 B 超来鉴别诊断。

【辨证论治】

本病属虚证为多，但治疗仍当审因论治。首先区别对称性和非对称性，然后辨其属气血虚弱或脾肾亏虚，分别论治。治疗中尚需动态观察胎儿发育的情况，若发现胎儿畸形或死胎，当从速促其流产。

一、主证型

1. 气血虚弱证

主证：妊娠四五个月后，腹形与子宫小于正常妊娠月份，胎儿存活，孕妇身体羸弱，面色不荣，头昏心悸，气短少言，神疲乏力，舌质淡红，脉细滑。

治法：益气养血，荣营胎儿。

方药：八珍汤加减（《正体类要》）。

当归、白芍、熟地各 10 克，川芎、党参、白术各 15 克，茯苓、黄芪各 10 克，甘草 6 克，枸杞子、阿胶（另炖冲）各 10 克。

服法：水煎分服，每日 1 剂。

加减：若夜寐甚差者，加入夜交藤 15 克，炒枣仁 9 克；腹胀，大便溏泄者，去当归、熟地，加入砂仁（后下）5 克，煨木香 6 克，炒香谷芽 15 克；胎漏下血者，去川芎，加入苎麻根 15 克，陈棕炭 10 克，艾叶炭 6 克；若见腹胀者，可加入丹参 10 克，鸡血藤 15 克，艾叶 6 克，以加速宫内血运，从而增加氧气和营养物质的供给。

2. 脾肾亏虚证

主证：妊娠四五个月后，腹形与子宫小于正常妊娠月份，胎儿存活，腰酸腿软，小腹冷痛，纳少便溏，神疲乏力，或形寒怕冷，舌淡苔白，脉沉细弱。

治法：健脾益肾，滋育胎儿。

方药：温土毓麟汤加减（《傅青主女科》）。

巴戟天、覆盆子各 10 克，炒白术、党参各 15 克，山药、六曲、补骨脂、炒川断、杜仲各 10 克，艾叶 9 克。

服法：水煎分服，每日 1 剂。

加减：小腹冷痛颇著，大便泄泻次数增多者，加入制附片 6 克，炮姜 5 克；心烦失眠者，加入钩藤 15 克，炒枣仁 6 克；小便偏少者，加入茯苓 10 克，泽泻 9 克。

二、次证型

阴虚血热证

主证：妊娠四五个月后，腹形与子宫小于正常妊娠月份，胎儿存活，口干舌燥，五心烦热，嗜食辛辣，尿黄便艰，检查提示羊水偏少，舌红苔黄，脉细滑数。

治法：养阴清热，滋营胎儿。

方药：保阴煎加减（《景岳全书》）。

生地、熟地、沙参、麦冬、白芍、山药、黄芩各 10 克，黄柏、甘草各 6 克，炒川断、丹参各 10 克。

加减：心烦失眠者，加入黄连 5 克，钩藤 15 克，莲子心 3 克；小腹疼痛者，加入香附、木香各 6 克；纳谷不馨者，加入焦山楂 10 克，炒香谷芽 15 克。

【临床体会】

《景岳全书·妇人规》云："胎不长者，亦为血气之不足耳。故受胎之后而漏血不止者有之，血不归胎也；妇人中年血气衰败者有之，泉源日涸也；妇人多脾胃病者有之，仓廪薄则化源而冲任穷也；妇人多郁怒者有之，肝气逆则血有不调而胎失所养也；或以血气寒而不长者，阳气衰则生气少也；或以血热而不长者，火邪盛而真阴损也。"《朱小南妇科经验选》所载："胎萎不长，又名为胎弱证，……临证间，均因妊娠禀赋虚弱，难以养胎，或怀孕后，跌仆受伤，或房事不节，以致胎漏下血。后流血虽停，

但气血已虚，母腹不再膨大，胎亦不动，拖延日久，每易形成胎死腹中，而久不排出，又能造成过期流产。治疗本症，宜健脾胃，以充生化之源；峻补气血，滋养胎儿，复以固肾安胎。”

《妇产科理论与实践》一书援引 Carrea 之说认为：胎儿宫内生长迟缓可分作两种类型，①内因性匀称型宫内生长迟缓，在妊娠开始或至少在胚胎期，危害的决定因素已经发挥作用；②外因性不匀称型宫内生长迟缓，它的危害因素在妊娠晚期才出现，胎儿内部正常，仅缺乏营养，故体重减轻而头围与身长不受影响；③外因性匀称型宫内生长迟缓，这是一种混合型，由于营养不良，缺乏重要的营养物质（如叶酸、氨基酸等）引起，致病因素是外因，但在整个妊娠期都会发生影响，所以后果类似内因性宫内生长迟缓。在作者统计中，内因性匀称型宫内生长迟缓占 18.18%，内因性不匀称型占 67.27%，外因性匀称型占 6%，因资料不全，未分型占 14.54%。

关于宫内生长迟缓的治疗，除张景岳从气血论治、朱小南提出从脾从肾论治外，还应注意到寒凝与血热的证候。寒凝与子宫有关，宫内寒变，必然影响胎儿的生长发育，祛寒暖宫，有如春回大地，自然万物生长，可选用艾附暖宫丸（汤），如小腹冷感明显者，香附可换成附子，另加鹿角胶等加强补阳温阳之用。血热亦与子宫有关，宫内热变，灼血伤津，也不利于胎儿生长，可选用保阴煎，心肝火旺者，可选用滋水清肝饮，务必降低宫内热度，保持胎儿正常发育。此外，在补肾补脾、补养气血的同时，还应考虑到调畅宫内气血，特别是妊娠中晚期，加强宫内的血液循环，促进宫内新陈代谢，我们愿意推荐将丹参、当归、白芍、鸡血藤等药加入治疗方药内。同时配合左侧卧位和吸氧，增强疗效。《金匮要略》在妇人妊娠病脉证并治篇中提到，妇人养胎，宜常服当归散。当归散养血活血，助胎发育甚佳，但在胎漏时慎用。

本病导致的围产儿患病率及病死率均较高，且影响婴幼儿与青少年期的智力与体格发育，增加成年后缺血性心脏病、高血压和糖尿病发生的危险性。因此，预防和减少本病的发生，对改善围生儿预后、提高人口素质具有重要意义。对于本病还当防治结合，妊娠前应当积极治疗痼疾，并戒烟忌酒，妊娠后重视恶阻、胎漏、妊娠高血压综合征等病的治疗，确保孕妇足够的营养和休息，增强免疫力，预防各种感染，定期产前检查。现代医学已经证明，吸烟是影响胎儿生长最常见的独立因素，吸烟量与胎儿生长受影响程度间呈剂量-效应关系。观察表明，一组主动吸烟者所分娩新生儿出生体重较对照组减少 458g，而被动吸烟组新生儿体重减少 192g；另一观察显示，每天吸烟超过 20 支分娩小于胎龄儿的相对危险性是不吸烟者的 3 倍。饮酒亦对胚胎的发育有影响，国外曾有“星期日婴儿”的报道，即父母在受孕之时饮用烈酒，日后出生低体重儿，并有智力障碍。因此，妊娠前及妊娠期戒除烟酒，对防治胎萎不长是有益的。

第九节　妊娠咳嗽

妊娠期间久咳不已，甚或五心烦热，入晚咳嗽尤剧，胎动不安者，称为“妊娠咳嗽”。前人称为“子咳”、“子嗽”。《诸病源候论》有“妊娠咳嗽候”的记载，“子嗽”则见于宋代《女科百问》一书。《妇人大全良方》谓：“其嗽不已，则传子腑，妊娠病久不已，则伤胎也。”现代临床上本病较为多见，且易反复发作，患者颇感痛苦，应予及时治疗，以防发生变证。

【病因病理】

本病的发生主要因素为阴虚与胎火二者。患者素体阴虚，孕后血聚养胎，则阴血愈亏，阴虚火旺，虚火上炎，加之胎火亦盛，灼肺伤津，肺失濡润，发为咳嗽。另者素体阳旺，孕后胎气偏盛，气盛化火，火乘于肺，炼液成痰，痰火壅塞于肺，肺失肃降，咳嗽乃作。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

1. 临床表现　妊娠中、后期，咳嗽不已，入晚尤甚，咽痒阵咳，胎动不安甚或五心烦热，不得平卧等。

2. 检查　除一般体检外，可作白细胞计数及分类、痰培养找抗酸杆菌，必要时作胸部 X 线检查，均有助于诊断与鉴别诊断。

二、鉴别诊断

通过妊娠咳嗽的时间、程度、特征及有关检查，不难与外感咳嗽、咽喉部炎症及下呼吸道感染性咳嗽等相鉴别。

【辨证论治】

妊娠咳嗽主证型为痰火蕴肺，而阴虚火旺则为次证型。若久嗽不愈，精神倦怠，形体消瘦，潮热盗汗，痰中带血者，属于劳嗽，俗称“抱儿痨”，按痨瘵处理。

一、主证型

痰火蕴肺证

主证：妊娠中、后期，咳嗽不已，入晚尤甚，咽痒阵咳，胎动不安，痰黄黏稠，胸闷烦热，咳剧寐差，舌红苔黄腻，脉弦滑而数。

治法：清热降火，化痰止咳。

方药：马兜铃散（《济阴纲目》）加减。

马兜铃 10 克，沙参 9 克，桔梗、甘草、陈皮、大腹皮各 6 克，大贝母 5 克，紫苏、五味子各 3 克，桑白皮 10 克。

服法：水煎分服，每日 1～2 剂。

加减：兼夹外感，鼻流涕塞者，去五味子，加金银花、荆芥各 10 克；痰火盛则咳逆不得卧者，加入炙知母、黄芩各 9 克，青蛤壳（先煎）10 克；痰中带血者，加入仙鹤草 10 克，蒲黄炭（包煎）6 克；纳谷不馨，脘痞不舒者，加入炒枳壳 10 克，炒谷、麦芽各 10 克，炒竹茹 10 克。

二、次证型

阴虚火旺证

主证：妊娠中、后期，干咳无痰，入晚尤其，久咳不已，有时痰中带血，胎动不安，口干咽燥、头晕目眩，两颧红赤，五心烦热，腰酸腿软，舌红少苔，脉细数而滑。

治法：滋阴润肺，止嗽安胎。

方药：百合固金汤（《医方集解》引赵蕺庵方）加减。

生地、熟地各 10 克，麦冬 6 克，百合、玄参各 10 克，桔梗、川贝母、甘草各 6 克，当归、白芍各 9 克。

服法：水煎分服，每日 1～2 剂。

加减：痰中带血较多者，加入仙鹤草 10 克，五味子 5 克，荆芥炭 6 克；火旺咳剧者，加入炙知母 9 克，炒黄柏 6 克；夜不能寐者，加入青龙齿（先煎）10 克，炒枣仁 9 克。

【临床体会】

子嗽病因虽有外感、内伤之分，但病位均在肺。外感者治疗一般与内科相同，但必须兼顾胎孕，发表不宜太过，以免劫津伤阴而犯虚虚之戒。内伤者，因阴血下聚以养胎，素体阳旺或阴虚者，容易出现灼津为痰或火旺犯肺之证，故见痰火或阴虚子嗽，治疗以清肺化痰或滋阴润肺为主。然而对豁痰滑利之品应当谨慎用之，以防伤胎而有滑堕之虞。我们体会临床所见的子嗽，往往是痰火蕴肺与阴虚火旺兼夹在一处，治疗时应复方并用。如治我院 × × ×，女，34 岁，妊娠 6 月余，始则外感咳嗽不甚介意，未经治疗，继则外感愈而咳嗽不已，愈咳愈剧，经两个月治疗未痊。表现为咽痒作咳，咯痰甚少，入夜尤甚，不能平卧，脉滑数，舌质红绛，苔中根黄腻，迭进清解宣肃之品不应，并见咳甚胎动不安、腹痛明显、腰酸尿频等先兆早产之象。经再三考虑，究系阴虚肺燥，痰火蕴阻于肺，肺失肃降所致，进马兜铃散加减。药用：马兜铃、南北沙参各 10 克，炙知母 6 克，炒黄柏 9 克，生甘草、炙桑白皮、川贝母各 6 克，青蛤壳（先煎）12 克，盐水炙五味子 5 克，甜杏仁 10 克，苎麻根 15 克等。5 剂，咳嗽大减，再以原方加入川百合、麦冬各 6 克，经治半月告痊。

第十节　妊娠小便淋痛

妊娠期间出现小便频数、淋漓涩痛等症状者，称为“妊娠小便淋痛”，也称“子淋”。本病与现代医学的妊娠合并泌尿系感染或妊娠合并急性肾盂肾炎相一

致。

【病因病理】

中医学认为本病的发生主要是火热移于膀胱，以致膀胱气化不利。但之所以形成火热者，除胎孕因素外，主要在于肾阴虚或感受邪热所致，因此有实热、阴虚两者。实热者，由素体阳旺，孕后阴血下聚以养胎儿，阴不济阳，水不制火，心火偏亢，移热小肠，传于膀胱；或因过食肥甘辛热之品，致热蕴于内；或摄生不慎，感受邪热，下扰膀胱，灼伤津液，膀胱气化不利，而发淋证。阴虚者，由素体阴虚，肾水不足，孕后肾精养胎，阴液愈亏，内火更炽，移热膀胱，气化不利，水道不畅，发为淋证。

现代医学认为妊娠期间雌激素明显增加，使输尿管、肾盂、肾盏及膀胱的肌层肥厚；大量的孕激素使输尿管平滑肌松弛，蠕动减弱；膀胱对张力的敏感性减弱，易发生过度充盈；排尿不完全，使残余尿增多，为细菌在膀胱繁殖的有利条件。增大的于宫和胎头将膀胱向上推移变位，易造成排尿不畅或尿潴留。妊娠期尿液中葡萄糖、氨基酸及水溶性维生素等营养物质较非妊娠期增多，有利于细菌生长，形成无症状性菌尿。女性尿道短，尿道口靠近肛门，容易引起感染。另外，抵抗力降低、免疫性肾组织损害也是炎症诱发的因素。致病菌多为革兰阴性杆菌，如大肠杆菌等。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

1. 临床表现　本病以孕后小便频数、窘迫、淋漓涩痛为主症，全身症状可伴有高热、腰痛等症。

2. 检查　肋腰点（腰大肌外缘与第 12 肋骨交叉处）压痛，肾区叩击痛。尿常规检查：白细胞每高倍镜视野超过 10 个或聚集成团，也可有蛋白尿、血尿及管型尿；中段尿培养菌落计数≥10^5/毫升，主要是大肠杆菌，其次是厌氧菌。

二、鉴别诊断

通过病史及各种有关检查可与附件炎、阑尾炎等病相鉴别。

【辨证论治】

一、主证型

1. 心火偏亢证

主证：孕妇小便频数，淋漓涩痛，尿少而赤，面赤心烦，口渴喜饮，甚或口舌糜烂，舌尖红，苔少或无苔，脉细数。

治法：泻火通淋。

方药：导赤散（《小儿药证直诀》）加减。

生地 10 克，甘草梢 6 克，淡竹叶 9 克，麦冬、莲子心各 5 克，炒黄柏、泽泻各 10 克，黛灯心 1 米，黄连 3 克，蒲公英 15 克。

服法：水煎分服，每日 1～2 剂。

加减：失眠烦躁甚者，加钩藤 15 克，青龙齿（先煎）10 克，炒枣仁 6 克；大便秘结者，加玄参 10 克，柏子仁 10 克，炒枳实 10 克，必要时加大黄（后下）3 克；伴有发热者，加金银花 15 克，连翘、大青叶各 10 克。

2. 阴虚火旺证

主证：妊娠中晚期，小便频数淋漓，量少色黄，尿道口隐隐灼热作痛，形体消瘦，午后潮热，心烦不寐，头晕腰酸，大便干结，舌质红苔薄黄而干，脉细滑数。

治法：滋阴润燥，泻火通淋。

方药：知柏地黄丸（《医宗金鉴》）加味。

炙知母 6 克，炒黄柏 9 克，熟地、山药、山萸肉、炒丹皮、茯苓、泽泻各 10 克，龟甲（先煎）15 克，玄参、地骨皮各 10 克。

服法：水煎分服，每日 1～2 剂。

加减：失眠者，加入莲子心 3 克，炒枣仁 10 克，青龙齿（先煎）10 克；腰酸，胎动不安者，加入炒川断、桑寄生、白芍各 10 克，甘草 6 克。

二、兼证型

湿热下注证

主证：妊娠期，小便频数而急，尿黄，尿时艰涩不利，尿道口灼热刺痛，口干口苦，烦热不欲饮，胸闷食少，舌质红，苔黄腻，脉滑数。

治法：清热通淋，利湿化气。

方药：五淋散（《医宗金鉴》）加减。

黑栀子、赤茯苓、当归、白芍、滑石（包）各 10 克，黄芩、泽泻、蒲公英各 9 克，甘草梢 6 克。

服法：水煎分服，每日 1～2 剂。

加减：湿热偏盛者，加黄连解毒汤合治，即加黄连 3 克，黄柏 9 克；肾虚亦明显者，加滋肾丸合治，即加入黄柏 10 克，炙知母 6 克，肉桂（后下）3 克。

【临床体会】

现代医学认为："急性肾盂肾炎是妊娠期常见的合并症，其发病率为 4%～10.2%，若得不到彻底治疗，反复发作可致慢性肾盂肾炎，甚至发生肾功能衰竭。""凡妊娠月份越早，疾病迁延越久，以及症状越剧烈，则流产、早产发生率越高。"因此，对妊娠小便淋痛病证，应尽量做到早期诊断、早期治疗、及早治愈，以免给孕妇和胎儿造成更大的危害，甚至遗患无穷。

在本病的治疗中，心火偏亢者，虽以清心导赤，泻火通淋为主法，但亦要根据肾虚的情况有所加减。一般加入山药、桑寄生、炒川断，甚至生、熟地等品。因为，补肾滋阴，不仅有利于心火下降，而且亦有利于安胎固胎。湿热下注证往往兼夹在心火偏亢证或阴虚火旺证中，但如湿热较甚者，治疗当以清热利湿通淋为主，仍必须考虑到湿热的炽张在一定程度上与脾肾的功能不足有关。因此，根据病情需要，或湿热症状有所缓解后，应加入山药、桑寄生、白术等品，并有防治本病的意义。尿中夹血者，

还应加入大小蓟、侧柏叶、贯众炭等清利止血之品。阴虚火旺者，除滋阴润燥通淋外，应加入桑寄生、炒川断、菟丝子等平补肾阳之品，不仅有助于补肾滋阴，而且能较好地达到固胎以防流产的目的。

第十一节　妊娠小便不通

妊娠期间，小便不通，饮食如故，但小腹胀急疼痛，心烦不得卧，称为“妊娠小便不通”，又称为“转胞”或“胞转”。本病首见于《金匮要略·妇人杂病脉证并治》，称其为“转胞”，《诸病源候论》称为“妊娠小便不通”。

【病因病理】

妊娠小便不通的原因，主要是由于妊娠中、后期盆腔郁血，以及增大的子宫和胎头将膀胱向上推移变位，以致膀胱气化不行，水道不通，故不得溺。临床上有气虚、肾虚之分。气虚者由素体虚弱，中气不足，孕后赖气以载胎，胎儿逐渐增大，气虚无力举胎，胎压膀胱，气化不行，溺不得出；肾虚者由素体肾气不足，胞系子肾，孕后肾气益虚，系胞无力，胎压膀胱，兼之肾虚不能行气于膀胱，气化不行，水道闭塞，故不得溺。此外，由于水道不行，湿浊内蕴，易继发湿热蕴阻者，亦当予重视。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

1. 临床表现　本病多发生在妊娠晚期，小便不通，小腹胀满急痛，甚或喘急，心烦不得卧。

2. 检查　除小腹部膀胱区有膨胀感或囊性感外，尿液（可导尿）检查无异常，必要时可行B超、膀胱镜检查等。

二、鉴别诊断

通过病史和以上检查，应排除泌尿系结石、肿瘤等器质性病变。本病与子淋同属妊娠后小便不利之症，临证时亦应加以鉴别，临床见证，本病为小腹胀急，溺不得出；子淋则以小便淋漓，热痛为主。

【辨证论治】

1. 气虚证

主证：妊娠期间，小便不通，或频数量少，小腹胀急疼痛，坐卧不安，面乏华色，精神疲倦，头昏眩晕，气短懒言，大便不爽，舌质淡，苔薄白，脉细滑。

治法：补气升陷，举胎化气。

方药：补中益气汤（《脾胃论》）加味。

黄芪、党参各30克，白术10克，炙甘草、陈皮、柴胡、乌药各6克，升麻、通草各5克，桔梗9克，茯苓15克。

服法：水煎分服，每日2剂。

加减：形体畏寒者，加入炙桂枝5克，苏梗3克；大便偏溏者，加入六曲10克，砂仁（后下）5克。并注意保暖。

2. 肾虚证

主证：妊娠期间，小便频数不畅，继而癃闭不通，小腹胀满而痛，坐卧不宁，畏寒肢冷，腰酸腿软，舌质淡，苔白滑，脉细滑无力。

治法：温肾扶阳，化气行水。

方药：肾气丸（《金匮要略》）加减。

干地黄、山药、山萸肉、丹皮、茯苓各10克，泽泻9克，炙桂枝5克，制附片6克，车前子（包煎）10克，乌药5克。

服法：水煎分服，每日2剂。

加减：腹胀便溏者，去干地黄，加炒白术10克，煨木香、炮姜各5克；纳欠苔腻者，加入陈皮、通草各6克，炒黄柏9克。

【临床体会】

妊娠小便不通，属急证，为妊娠期少见的并发症。在治疗上，对气虚者，除益气导溺外，补中益气汤亦有一定的效果。此外，尚可运用《医宗金鉴·妇科心法要诀》的举胎四物汤，药用当归、白芍、熟地、川芎、人参、白术、陈皮、升麻等药。据原书指出，此方治转胞，服后以指探吐，吐后再服再吐，如此三四次，则胎举而小便利也。按：此方系朱丹溪的参术饮加减化裁而来，查参术饮即本方无升麻，而有半夏、生姜、甘草，丹溪在原书中说明："孕妇小便闭而不通者，谓之转胞，乃胎气陷下，壅遏过甚，气道梗阻，故水不得通，虚人多有之，宜参术饮作一剂，服后探吐之。"探吐者，乃急则治标之法，先用探吐以使腹肌收缩，逼胎上举，膀胱气化通溺，然后再以参术补养善后。肾虚者，偏于阳虚也，用肾气丸颇合，但应加车前子、通草等通利之品，必要时先行导尿，然后再以补肾助阳，渗利小便，以善其后。气虚、肾虚证均需注意湿热下注，如兼有湿热者，可加入黄柏、知母、贝母、苦参等药以清利之，有助于防治继发感染。本病虽多见于妊娠晚期，但在妊娠早期亦有所见。八十年代初我院曾收治一患者，第一胎孕70余天，因妊娠小便不通，反复导尿，痛苦不堪，而行人流术。此次，第二胎孕2月余，小便不畅，小腹胀急，腰腿冷感，烦不得卧，舌边齿印，苔薄根腻，脉沉细滑。遂拟"妊娠小便不通"收治入院。入院后各项常规检查均在正常范围之内。证属肾虚偏阳，膀胱失煦，气化不利。治拟温肾助阳，化气利水，方选肾气丸加减。药用：肉桂（后下）、制附片各5克，熟地、山药、山萸肉、茯苓、泽泻、黄芪、白术、钩藤各10克，桔梗6克，甘草3克，服药5剂，小便渐畅，诸症亦缓，住院月余，坚持服药，病愈出院。后孕7月，妊娠小便不通之疾又作，自服前方14剂而愈。至孕39周，顺产1女婴。

第十二节 妊娠身痒

妊娠中、晚期，出现四肢瘙痒，甚或全身瘙痒，入夜尤甚，或目珠、皮肤、小溲色黄者，称之为“妊娠身痒”。古典医籍中无此病的专论，散见于“妊娠黄疸”、“妊娠身痒”的描述中，我们认为妊娠身痒往往出现较早，且持续时间较长，治疗不及时或病情进一步发展，继则出现黄疸，本病相当于现代医学的妊娠期肝内胆汁淤积症(ICP)。前人亦意识到“孕妇患此必致腹胀胎腐……”(《陈素庵妇科补解·胎前杂证门卷之三》)，因此，当重视本病的防治。

【病因病理】

妊娠身痒发生的原因在于肝经郁火与湿热。患者素体不足，妊娠之后，阴血下聚以养胎，肝失血养，肝之藏血与疏泄的功能均受影响。肝血不足则肝气易郁，郁久化火，肝胆相表里，肝火内炽则胆热液泄，流入营血，肝又为心之母，母病及子，引动心火，心肝之郁火夹胆液入络，火热之性喜散，故外达肌表，致身痒不已或黄疸。或素体脾虚，湿浊偏盛，孕后过服辛温之剂，或土壅木郁，郁久化火，妊娠中、晚期胎火偏旺，湿热内生，肝火兼胎火夹湿热入络，壅遏肌肤，发为身痒或黄疸。若失治或病日进，肝火、湿热经久不解，更耗阴血，则胎失所养，进而继发气滞血瘀，胎萎不长，甚至胎死宫内。肝失藏血，还可发生产时及产后出血。总之，本病证是以郁火湿热为主，但在发病过程中有偏于郁火和偏于湿热之不同，但因病发于营血之中，与肝胆关系很大，其病理变化亦是顺着肝胆血分而发展，故必须及时控制其发展。

现代医学认为 ICP 的原因至今尚未阐明。许多临床观察发现，其发病原因与雌激素、孕激素、遗传及环境有关。雌激素水平增高，可显著损伤雌激素的硫酸化能力，使雌激素与硫酸结合减少，与葡萄糖醛酸结合增加，硫酸化代谢产物和葡萄糖醛酸化代谢产物出现不平衡，或患者孕酮的代谢降低，均可导致本病易感者体内出现引起淤胆的化合物和沉淀物。由于 ICP 孕妇的胆盐分泌不足，维生素 K 吸收减少，肝功能异常，凝血因子合成减少，分娩时易发生产后出血。高胆酸血症可引起胎盘绒毛表面的血管痉挛，流经胎盘绒毛间隙的氧合血流量减少而导致胎儿灌注及氧交换急剧减少，导致胎儿缺氧甚至死亡。英国近年的研究证明，不明原因的死胎死产中，有半数是由 ICP 引起的。本病的另一特点是具有复发性与家族性，可能遗传代谢缺陷是本病发生的基础。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

1. 临床表现

(1) 瘙痒：80%的患者在妊娠 30 周开始出现，也有在妊娠 25～29 周出现的，个别甚至更早。瘙痒一般呈持续性，入夜尤甚，分娩后可立即消失，或在产后数小时或数日内消失。

(2) 黄疸：瘙痒发生数日或数周内，约半数患者出现轻度黄疸，尿色变深。分娩后1~2周黄疸消失。

严重瘙痒者，可引起失眠、神疲乏力、纳谷不香。

2. 实验室检查

(1) 血清胆汁酸：本病患者血清胆汁酸盐较正常值可增加百余倍，且出现异常的时间早于瘙痒的症状和其他实验室改变，是早期诊断本病的敏感指标。①血清中总胆汁酸浓度>11.0mmol/L；②胆酸/鹅脱氧胆酸>1.5；③甘胆酸/牛磺胆酸<1.0，或甘胆酸浓度>2.0mmol/L。

(2) 肝功能：本病患者早期即有转氨酶呈轻、中度升高，一般为正常值的2~10倍；20%的患者血清胆红素升高，一般很少超过85.5μmol/L。

二、鉴别诊断

通过询问病史及有关检查、检验，本病需与妊娠合并病毒性肝炎、药物性黄疸、妊高征、妊娠急性脂肪肝、妊娠合并胆道感染、妊娠风疹块等病相鉴别。

【辨证论治】

本病证主要在于心肝郁火与湿热，但临床上有偏于郁火、偏于湿热之不同。

1. 偏于郁火证

主证：妊娠晚期，始则四肢瘙痒，继则周身皆痒，入夜尤甚，心烦易怒，胸闷胁胀，小溲黄赤，大便干结，舌质红，苔薄黄，脉弦滑。

治法：清肝利湿，健脾养血。

方药：茵陈蒿汤（《伤寒论》）加味。

茵陈、炒栀子、炒丹皮各10克，钩藤、白蒺藜各15克，当归、白芍、白术、茯苓各10克，炒柴胡、制大黄各6克，地肤子10克。

服法：水煎分服，每日1剂。

加减：心火偏盛者，瘙痒颇剧，心烦寐差，加入黄连、莲子心各3克，丹参10克；脾运不健者，纳谷不馨，大便不实，去当归、制大黄，加煨木香6克，砂仁（后下）3克，炒谷芽15克；湿热偏甚者，胸闷脘痞，目肤皆黄，舌苔黑腻，去当归、白芍，加入白鲜皮、冬葵子、泽泻、车前草各10克，茵陈加至15克。

2. 偏于湿热证

主证：妊娠中、晚期，四肢瘙痒，甚或周身皆痒，继则目肤皆黄，胸闷心烦，纳谷欠香，神疲思睡，溺黄热涩，大便先干后溏，舌红苔黄根腻，脉来濡细。

治法：清热利湿，祛风止痒。

方药：茵陈五苓散（《金匮要略》）加减。

茵陈、钩藤各15克，猪苓、茯苓、白术、泽泻各10克，炒荆芥6克，地肤子、白鲜皮、白蒺藜、炒丹皮各10克，炒谷芽15克。

【临床体会】

妊娠身痒是妊娠期特发的多见的肝脏功能紊乱的疾病，临床上以皮肤瘙痒和生化

上胆汁淤积为特征。孕妇预后良好，但对胎儿有不良影响，可致胎儿宫内生长限制、胎死宫内、早产等，使围产儿患病率和死亡率增高，近年来已被列为高危妊娠而日益受到重视。妊娠身痒，根据文献报道，近年来有增多趋势，国内为0.13%～3.4%，与国外0.68%～3.25%的发病率相似，现代医学治疗予以保肝及对症处理，无特效药。中医学认为本病既以心肝（胆）郁火湿热为其发病的主要原因，因此在临床处理时，把清肝解郁与利湿止痒结合在一处，我们常用的基本方剂为丹栀逍遥散合茵陈蒿汤，基本的药物为炒栀子、炒丹皮、当归、白芍、钩藤、茵陈、泽泻、炒柴胡、茯苓、地肤子等。如偏于郁火，以火热为主者，在治疗上必须清热占主导，可加入生地、黄连，甚则大黄亦可加入，凉血泄热，才能达到止痒的要求；如偏于湿热，以湿为主者，治疗上必须燥湿占主导，可加入制苍白术、防风、藿香、佩兰等，温燥化湿，才能达到除湿的要求；在治疗过程中，我们还要认识到瘀滞的重要性，因为肝经的郁火，有郁必然有瘀滞，有瘀滞就得化滞通瘀，所以我们常常在上述基本方药中，据证加入赤芍、丹参、虎杖等活血之品，这类活血化瘀的药物，性质较为缓和，但毕竟偏于活血，要慎重使用，但“有故无殒”，又不得不用，用之得当，效果颇佳。如果肝肾阴虚，藏血不足，待郁火湿热解除后，就应侧重滋阴养血，以保护肝脏。如脾胃薄弱，湿热清除后，就应健脾和胃，恢复后天生化之源，亦为保肝之措施，更为养胎之要着，有着积极的临床意义。由于本病患者胆汁的胆盐分泌量不足，维生素K的吸收减少，使肝脏合成凝血因子Ⅱ、Ⅶ、Ⅸ、Ⅹ的量亦减少，而引起产后出血。我们重视健脾养血法在本病治疗中的应用，增强肝藏血的功能，对预防产后出血是有积极意义的。我们运用上述方法辨证施治本病，不但能缓解临床症状，而且使血清胆汁酸降至正常范围。在治疗过程中，要定期复查血清胆汁酸，以及观察胎儿发育情况，以防早产、胎儿窘迫、胎死宫内的发生。有些学者认为本病与妊娠期雌激素、孕激素的分泌增加有关。有妊娠期肝内胆汁淤积症病史的患者，口服避孕药可导致类似本病的症状，故此类患者应使用药物以外的其他避孕方法。

第十三节　母儿血型不合

母儿血型不合，是孕妇与胎儿之间因血型不合而产生的同族血型免疫性疾病。胎儿由父亲遗传而获得的血型抗原，恰为母亲所缺少。此抗原通过胎盘进入母体，刺激母体产生相应的免疫抗体，抗体又通过胎盘进入胎儿体内，抗原抗体结合而使胎儿红细胞凝集破坏，发生溶血。根据溶血的程度，可导致新生儿早发性黄疸、心力衰竭、或核黄疸后遗症，甚至反复发生流产、死胎等。

本病主要有A、B、O、AB和Rh血型不合两大类，以ABO血型不合较多见。在所有妊娠中，约有20%～25%为ABO血型不合，而真正发生溶血的只有2%～2.5%，因病情轻，危害小，常被忽视。Rh血型不合，我国少见，以新疆的维吾尔族和回族发病相对较多，一旦发生则病情重，常致胎儿宫内死亡或严重的后遗症，故应重视。

本病在中医学中，根据不同的临床主症，归属于不同的病证。如以新生儿早发性黄疸为主症者，称为胎黄、胎疸；以习惯性流产、死胎为主要表现者，属于滑胎、死

胎的范畴；以孕期胎儿水肿或羊水过多为主要症状者，属于胎水肿满、子肿的范畴。本节主要按胎黄、胎疸论治。

【病因病理】

本病的形成主要是由于血分中的湿热。内在的湿热必然与肝脾两脏的失调有关，与胎儿的胎气因素亦有关，而且占有重要关系。因男精偏旺，孕后易致胎气胎火，复加孕母平时情志抑郁，气机不畅，肝气犯脾，脾失健运，水湿内生，又肝郁日久化热，肝热脾湿结合，加以胎气胎火，必致湿热蕴蒸；或由孕后摄生不慎，湿热之邪乘虚直入胞中，侵犯胎体而发病。正如《证治准绳》所说："胎黄之候，皆因乳母受湿热而传与胎也。"若湿热久蕴不去，加以胎气胎火与肝经气火的熏蒸，必将演化为湿毒、热毒；肝郁则气滞，湿阻亦将影响气运，气机阻滞，血行不畅，日久成瘀，瘀热犯乎胎，将加剧胎黄、胎疸。

若孕母素体脾肾不足，孕后胎气蕴阻，心肝气郁，必将影响脾胃之运化和肾气之固摄，导致肾虚者更虚，脾虚者更弱。脾肾不足，不能支持冲任，冲任失固失约，子宫失藏，不能养胎载胎，每至相应的月份，亦即是阴阳消长转化的关键时刻，一般在孕期的 30 天、50 天、70 天、90 天左右的时间发生堕胎小产。且愈堕愈虚，愈虚愈堕，故致滑胎。又脾肾虚则气化不利，水湿内停，浸渍子宫，蓄于子宫之内，浸及胎体，而致胎水肿满，甚则胎死宫内，致成顽疾。

总之，母儿血型不合之病因病机变化，大多离不开湿热，由湿热而致毒，由湿热而致瘀，是其主要变化。但亦有脾肾虚而致冲任失固失约，子宫失藏者，不仅堕胎、小产、死胎，而且又可致湿蕴浸渍胎儿，而致胎水肿满。

现代医学认为，正常情况下，红细胞不能通过胎盘，在妊娠或流产分娩过程中，胎盘绒毛有小部分破损，胎儿红细胞便可进入母体，成为抗原，致母体产生抗体。再次妊娠时，抗体便可进入胎儿体内，与胎儿红细胞抗原结合，成为抗原抗体复合物。因此，Rh 溶血病，一般第一胎不发病，而在第二胎时发病。分娩次数愈多，抗原进入母体的量愈多，胎儿、新生儿患病的机会愈大，病情愈严重。ABO 血型的抗原，广泛存在于自然界中，孕妇可以经肠道吸收，而在体内产生相应抗体，故 ABO 溶血也可在第一胎时发病。胎儿循环中有大量母体的免疫抗体后，与红细胞上的抗原结合，而使胎儿红细胞破坏，发生溶血。溶血对胎儿各个器官均有影响。ABO 血型不合，导致胎儿出现生命危险的情况较少，Rh 血型不合者，可在胎儿期发生严重腹水、胸水，甚至头皮水肿，B 超下可见颅骨周围有一透明带或双层光环，即"水肿胎儿"。由于溶血而发生严重贫血，可发生骨髓增生及髓外造血，造成肝脾肿大，严重者造成死胎，怀有水肿胎儿的母体，胎盘增大增厚，绒毛及胎盘水肿，常常伴有羊水过多。

母儿血型不合的新生儿出生后，出现不同程度的黄疸。ABO 血型不合者，黄疸一般较轻；Rh 血型不合造成的黄疸一般较重，如不及时处理，易发生核黄疸，造成严重的运动及智力障碍后遗症，甚至死亡。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

1. 临床表现 以往或本次妊娠有不明原因的死胎、死产、流产、早产史，或有新生儿出生后很快死亡；或新生儿于出生后 24～36 小时内出现黄疸；或婴幼儿有核黄疸后遗症史；或有胎水肿满者，均可能为母儿血型不合。

2. 检查

(1) 血型检查：应做好孕妇及丈夫的血型检查。如孕妇为 Rh 阴性而丈夫阳性时，母儿有 Rh 血型不合的可能；如孕妇为 O 型血，而丈夫血型为 A 型、B 型、AB 型时，母儿有 ABO 血型不合的可能。如无 Rh 或 ABO 系统不合，而高度怀疑母儿血型不合时，应再进一步检查其他血型系统。

(2) 抗体效价测定：如孕妇血型学检查阳性，提示已被致敏，则应定期测定抗体效价。在妊娠 28～32 周间，2 周检查一次；妊娠 32 周以后，每周一次。如 Rh 血型不合抗体效价在 1:32 以上，ABO 血型不合抗体效价在 1:512 以上，提示病情严重，结合过去有不良分娩史时，应考虑终止妊娠。

(3) 羊水胆红素吸光检查：仅在抗体滴度提示病情严重或以往因溶血症胎死宫内发生早者，进行该项检查。先经 B 超检查胎盘定位后，作羊膜腔穿刺抽取羊水，用分光光度计作羊水胆红素吸光度分析。胆红素 > 0.06 则为危险值，警戒值是 0.03～0.06，安全值是 0.03 以下。

也可用化学测定法检测羊水中胆红素含量。一般在妊娠 36 周后，羊水中胆红素含量仅为 0.51～1.03μmol/L（0.03～0.06mg%），如果增至 3.42μmol/L（0.2mg%）以上，提示胎儿有溶血损害。

(4) 羊水抗体效价：如 Rh 效价在 1:8 或 1:16，提示胎儿受溶血损害，1:32 以上提示病情严重。

(5) B 超检查：妊娠第 20、26、34 周时，应定期作 B 超检查，观察胎儿发育情况及有无水肿，并借以确定胎龄、胎盘及羊水情况。如胎儿有严重溶血，B 超检查可显示典型的水肿状。胎儿腹腔、胸腔均可见严重的积液；胎儿头颅可见双层光环（头皮水肿），心脏扩大，肝脏肿大；胎盘实质内光点很少（胎盘水肿），但轻度溶血时则无以上典型表现。

二、鉴别诊断

1. 新生儿肝炎综合征 是指一系列不同病因，包括各种病毒、细菌或弓形虫所致肝脏损害的一组症候群。临床表现以新生儿持续黄疸、肝脾肿大和肝功能异常为特征。其父母或其中一方多为肝炎病毒携带者。

2. 新生儿生理性黄疸 于出生后 2～3 天出现，第 4～7 天最明显，一般 7～10 天内自然消退，早产儿 3 周内自然消退。

【辨证论治】

本病以湿热为主要证型，但随着湿热的发展，或体质因素的关系，又可有热毒内

结，瘀热相阻，以及脾肾不足、肝肾亏虚等症。在治疗上清利湿热为主，佐以解毒化瘀以及健脾补肾等法治之。

1. 湿热内结证

主证：有死胎妊娠史，疑有母儿血型不合，或孕期有漏红史，腰酸腹痛，烦躁胸闷，腹胀纳差，口腻，头昏胁胀，大便不爽，小便短黄，或有皮肤瘙痒，脉象弦滑，舌质偏红，苔黄腻。

治法：清热利湿，养血安胎。

方药：茵陈蒿汤（《伤寒论》）加减。

茵陈蒿 10～15 克，栀子 10 克，大黄 6 克，黄芩、广木香各 9 克，茯苓 12 克，薏苡仁 15～30 克，碧玉散（包煎）、泽泻各 10 克，制苍术 9 克，炒柴胡 5 克。

服法：水煎分服，每日 1 剂。

加减：如胃脘不舒，恶心呕吐者，加入陈皮、制半夏各 6 克，佛手片、竹茹各 5 克；若脾虚失运，腹胀矢气，大便偏溏者，上方去大黄、栀子，加入广木香 9 克，砂仁（后下）5 克，炒白术 10 克；如心肝郁火明显，头痛寐差，加入苦丁茶 10 克，钩藤 15 克，黄连 3 克。

2. 热毒内结证

主证：有新生儿溶血史，此次妊娠后，面红口干，喜冷饮，腹胀，心烦易怒，腰酸背胀，四肢肿胀不适，小便黄，大便秘结，舌质红绛，苔色黄燥，脉象滑数。

治法：清热解毒，滋阴降火。

方药：黄连解毒汤（《外台秘要》）加味。

黄连 3～5 克，黄芩、黄柏、栀子各 9 克，炙知母 6 克，玄参 12 克，白芍 10 克，甘草 5 克。

服法：水煎分服，每日 1 剂。

加减：若兼夹湿热明显，可见带下较多，色黄质黏腻，舌苔中根部厚腻者，加入茵陈 10 克，大黄 6 克；若兼心肝郁火，伴有头痛、烦躁、胁痛者，加入炒柴胡 6 克，钩藤 15 克，青皮 6 克，泽泻 10 克；若兼肾虚，腰俞酸楚，耳鸣者，加入炒川断、桑寄生各 10 克，潼、白蒺藜各 9 克。

3. 瘀热互结证

主证：有死胎及流产史，此次孕后小腹部或少腹刺痛，或刺痛不适，胸闷烦躁，口干喜冷饮，但饮不欲多，小便短赤，大便黄少，舌质黯，苔黄，脉象弦涩。

治法：清热化瘀，理气止痛。

方药：丹栀逍遥散（《内科摘要》）合失笑散（《太平惠民和剂局方》）。

丹皮 10 克，炒栀子 9 克，当归、白芍、白术、茯苓各 10 克，五灵脂、蒲黄（包煎）各 10 克，山楂、延胡索各 12 克，炒柴胡 5 克。

服法：水煎分服，每日 1 剂。

加减：若腰俞酸楚者，加入炒川断、桑寄生各 10 克；胸闷脘痞，纳食不馨者，加入广木香 9 克，广陈皮 6 克，炒谷芽 12 克；若心烦失眠者，加入钩藤 15 克，莲子心 5 克，炙远志 6 克。

4. 肝肾不足证

主证：以往有新生儿溶血死亡史，或者流产死胎史，或者屡次胎死宫内，孕后常苦腰酸腿软，头昏耳鸣，情志抑郁，或时烦躁，乳房作胀，夜寐较差，口苦咽干，胎萎不长，舌质黯红，苔色白腻，脉象细弦滑。

治法：补肾调肝，养血安胎。

方药：归芍地黄汤（《薛氏医案》）加减。

炒当归、白芍、山药、熟地各 10 克，炒丹皮 6 克，茯苓、泽泻各 9 克，炒川断、桑寄生各 12 克，山萸肉 6 克。

服法：水煎分服，每日 1 剂。

加减：若腰酸明显，小腹胀坠者，上方去丹皮，加入杜仲 10 克，菟丝子 12 克，苏梗 5 克；若胸闷烦躁，胁肋胀痛者，加入炒柴胡 5 克，青、陈皮各 6 克，甘草 5 克，佛手片 3 克；若心烦失眠，口干咽痛者，加入黄连 5 克，钩藤 15 克，炒枣仁 9 克。

5. 脾肾虚弱证

主证：既往有胎死宫内，或琉璃胎病史，孕后常腰酸腹冷，小腹胀滞，有时便溏，精神不振，神疲乏力，纳食不佳，或有浮肿，小便不利，或尿频不畅，舌质淡红，苔色白腻，脉象濡细。

治法：健脾温阳，利水安胎。

方药：真武汤（《伤寒论》）加减。

制附片 6～9 克，党参 15 克，炒白术 12 克，茯苓 10 克，白芍 10 克，炮姜 5 克，炒川断、杜仲各 9 克。

服法：水煎分服，每日 1 剂。

加减：若面目四肢均见浮肿者，加入防己 10 克，黄芪 15 克；若见周身酸楚，带下黄白，质黏腻，舌苔黄白腻厚者，加入茵陈 10 克，六一散（包煎）10 克；若腹胀矢气，大便溏泄较多者，加煨木香 9 克，砂仁（后下）5 克。

【临床体会】

ABO 血型不合的主要原因，是 O 型母亲血清中的抗 A 或抗 B 抗体为 IgG 免疫抗体，分子量为 7S 球蛋白，较易通过胎盘，进入胎儿体内，引起胎儿溶血。而 A 型或 B 型血母亲血清中的抗 A 或抗 B 抗体为 IgM，分子量为 19S，不能通过胎盘，故母亲为 O 型者较 A 型或 B 型者易于导致胎儿溶血。

在诊治过程中，虽然存在脾胃亏虚与肝肾不足两种虚证，但以脾肾两虚为主。在脾肾两虚中，如以寒湿内聚者，腹腔包括子宫内积水者，当以真武汤加减；如表现脾运欠佳，水湿泛溢者，当以香砂六君汤合防己黄芪汤治之，扶正祛邪，营养与温养胚胎，以防止胎死宫内。但重要的是实证在于湿、热、毒、瘀，而这种湿、热、毒、瘀来之于内，非炎症疾患所可比，因炎症的湿、热、毒、瘀来之于外，比较急骤，发展快，程度重，变化大。面母儿血型不合者仅对胎儿影响大，其中主要在于湿热，以热为主，故一般采用茵陈蒿汤治疗。如因胎儿或新生儿溶血而发生瘀血者，可在茵陈蒿汤中加入五灵脂、蒲黄、大小蓟等品；如热毒明显者，茵陈蒿汤可合五味消毒饮治之，

或者黄连解毒汤亦可用之。另外在妊娠 24、30、33 周左右各进行 10 天的综合治疗，可用 25%葡萄糖 40 毫升及维生素 C 0.5 克，每日静脉注射 1 次，维生素 E 100 毫克，每天 1 次口服，吸氧每日 1 次，每次 20 分钟，以确诊之日起，可服至分娩，配合中药有效。

由于母儿血型不合涉及到分娩期和新生儿的处理，故还应了解以下终止妊娠的指征：ABO 血型不合者，病情较轻时，一般不需提前终止妊娠，如抗体效价达 1:512，提示病情较严重，应根据情况考虑提前终止妊娠，其中孕足月或近足月，预测胎儿已成熟，应适时引产，脱离母体的不良环境。

分娩期处理。产妇最好于预产期前 2 周入院，或于以往发生死胎的孕周前 4 周入院，一般以自然分娩为原则，除非有产科指征，才行剖宫产，因手术操作能够增加母血直接进入胎儿体内的机会而加重溶血，临产后应缩短第二产程，用胎头吸引器或产钳，最好不用麻醉剂或镇静剂，胎儿分娩后，立即夹住脐带，防止带有抗体的母血过多地进入胎儿体内，避免加重溶血。可自胎盘一端收集脐血作相关检验：①Coombs 试验（直接）；②血型；③血红蛋白；④网织红细胞计数；⑤有核红细胞计数；⑥胆红素；⑦黄疸指数；⑧Apgar 评分 < 7 时，应作 A/G、CO_2CP 的检查。保留脐带约 10～15cm，并以浸有 1:5000 呋喃西林溶液的湿纱布包扎脐带，以备换血。

对新生儿的观察：注意新生儿有无贫血、水肿、肝脾肿大、心衰表现。如患儿与母亲血型不合，则应观察黄疸出现时间、程度及消长情况。一般 ABO 血型不合的黄疸多在 24～36 小时出现，3～7 天内消退，轻者无病态、无贫血；但严重时可于 24 小时内发病，胆红素明显增高，甚至出现核黄疸，一般脐血 Hb < 120g/L，血清胆红素 > 68μmol/L，或 72 小时内血清胆红素 > 205μmol/L 则属病理性核黄疸。血清胆红素 342μmol/L 为换血指征。

对新生儿的处理原则：①处理高胆红素血症，以预防核黄疸；②纠正贫血，以避免发生心衰；③换血以阻止溶血继续发生，祛除免疫抗体。关于具体换血方法，参考有关著作。

第十四节 孕 痈

妊娠期间并发肠痈，称为“孕痈”，又称“妊娠合并急性阑尾炎”。本病是妊娠期最常见的外科急腹症，其发生率在妊娠各期相近，阑尾穿孔则多发生在妊娠晚期。由于孕期子宫增大，阑尾的位置发生改变，阑尾炎的症状和体征与非孕期有不同程度的差异，往往病情发展较快，使流产、早产的发病率亦明显增加，因此，本病是妊娠期比较严重的合并症，必须及时诊断与治疗，以改善母儿的预后。

【病因病理】

中医学认为孕妇在妊娠期间，摄生不慎，寒湿乖违，饮食不节，劳力过度，情志过极，喜怒无常，以致脾虚气滞，湿浊留阻，血气蕴结，孕后气血流行有不周之处，湿浊与血气蕴蓄，化为湿热蕴毒，腐化成痈。或宿有肠痈之恙，一旦孕后气血环流不

周，湿热之邪与宿恙接结，导致孕痈。

现代医学认为妊娠期盆腔器官充血，阑尾也充血，炎症发展也很快，阑尾容易发生坏死、穿孔。一旦穿孔不易使炎症局限，造成弥漫性腹膜炎。如炎症波及子宫浆膜，诱发子宫强直性收缩，引起流产、早产，细菌毒素可导致胎儿缺氧，甚至死亡。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

1. 临床表现　腹痛，起病时感上腹或脐周疼痛，数小时后转移至右下腹，在妊娠后期，疼痛可在右上腹，初期伴恶心、呕吐，发热在38℃左右，脉数较体温为著。

2. 检查　妊娠早期合并急性阑尾炎；检查右下腹有压痛、反跳痛、肌紧张等表现，白细胞增高；妊娠中、晚期合并急性阑尾炎，因增大的子宫引起阑尾异位，检查时压痛点升高，可至右上腹，由于妊娠子宫撑起腹壁腹膜，阑尾又位于腹腔深处，被增大的子宫掩盖，使局限性腹膜炎体征不典型。

二、鉴别诊断

通过有关检查，需要与卵巢囊肿蒂扭转、异位妊娠、右侧急性肾盂肾炎、右侧输尿管结石、急性胆囊炎及胆结石、圆韧带综合征、胎盘早剥、子宫破裂等病相鉴别。

【辨证论治】

本病在妊娠早期诊断并不困难，在中、晚期时诊断较为困难，故详细询问病史非常重要。据国内文献报道，在妊娠期急性阑尾炎的病例中，20%～40%有慢性阑尾炎病史。对可疑病例不要轻易否定诊断，腹痛持续并逐渐加重，在排除其他急腹症后，仍应考虑本病的可能。

1. 痈脓未成证

主证：妊娠期间，腹痛初起绕脐疼痛，随而转至右下腹疼痛，按之痛剧，身热恶寒，口渴引饮，恶心呕吐，大便秘结，舌质红苔黄腻，脉滑数或洪数。

治法：清热化瘀。

方药：复方红藤煎（《中医外科学》）加减。

红藤、紫花地丁各30克，制乳、没各6克，金银花、连翘各12克，丹皮、延胡索各10克，大黄、甘草各3克。

服法：水煎分服，每日2剂，4小时服1次。

加减：恶心呕吐剧者，加入陈皮、制半夏各6克，黄连3克，生姜3片；大便偏溏者，上方去大黄，加广木香、青、陈皮各6克，山楂、六曲各10克。

2. 痈脓已成证

主证：妊娠期间，小腹或脘胁疼痛剧烈，发热可达39℃，烦躁口渴，不欲饮，腹皮拘急隆起，按之濡软，尿黄便结，舌苔黄腻，脉滑数。

治法：解毒排脓。

方药：排脓散（《外科正宗》）加减。

黄芪15克，当归、金银花各12克，白芷、防风各6克，栝楼仁、五灵脂、蒲公英

各 10 克，败酱草 30 克，薏苡仁 15 克，川断 9 克。

服法：水煎分服，每日 2 剂，4 小时服 1 次。

加减：腹胀便溏者，加入炒白术、六曲各 10 克，煨木香 5 克，桔梗 9 克；高热不退，需合抗生素治疗。

【临床体会】

在治疗本病时，我们特别重视阑尾炎痈脓未成期的诊治。一旦诊为本病，疼痛、发热较重者，复方红藤煎应每日 2 剂。在辨证时，见舌苔黄腻者，复方红藤煎中的大黄也是主要药物之一。服后大便偏溏，不能随意舍弃。有相当部分妇产科工作者主张一旦确诊本病，不论妊娠期限和病变程度如何，均应立即进行手术，其目的是避免病情迅速发展，并发阑尾穿孔和弥漫性腹膜炎所引起的严重后果。手术以后的患者，还可继续服用中药健脾清利之剂，配合益肾安胎之品，以善其后，使母病去，胎亦安。

第十四章

产后疾病

在论述产后病之前，首先要了解产褥期。产褥期是指从胎盘娩出至产妇全身各个器官（乳腺除外）恢复至正常非孕状态所需的时间，一般为6周，有的还有所延长，俗称之为小满月、大满月。小满月是指1个月左右，大满月是指2个月，甚则3个月。这一阶段内，母体的主要生理变化为乳腺的进一步发育及身体的复原，其中以生殖器官的复原最为明显，其次尚有血液循环系统的变化、泌尿系统的变化及内分泌系统的变化等。由于产褥期内母体各系统的解剖和生理改变很大，特别是子宫内尚有巨大创面，乳房分泌功能旺盛，在产后的1周内，由于体内阴虚阳旺，可以出现低热和出汗的情况；大便亦较为困难；2周之后，阴虚阳旺逐渐纠正，让位于气虚阳弱的状态，因为分娩时用力，特别是难产伤气，分娩在一定程度上亦必致肾的不足，所以在产后2~3周或者再后一些时间内，呈现类似虚寒状态，俗有产后一块冰之说，既是生理特点，也常反映出病理特点；产后3~4周内，恶露应该排尽，膨大的子宫将逐渐恢复正常形态。整个身体也将逐渐恢复，所以满月后，产妇可以短时内到户外活动，一般不至于再遭受外邪，特别是风湿的入侵。经2个月左右或者近3个月的休息，产妇基本上达到康复。

（一）产后的病理特点

产后的病理特点可以归纳为如下三个方面。①虚：由子妊娠期阴血壅聚以养胎元，分娩时期的产创和出血，导致阴血不足，津液不充，《金匮要略》谓之“亡血伤津”，故提出了产后三病，一者病痉，二者病郁冒，三者病大便难。在分娩过程中，由于娩出胎儿，必须用力努责，特别是产程长或较为难产者，必将耗损元气，以致肾虚，而且亡血伤津，久而亦必

累及阳气虚乏，出现气阴或阴血亏耗的状态。故前人提出，在此时期内，一旦出现呕吐、盗汗、泄泻谓三急，说明气血或气阴大虚的情况下再见此三种病证，虚上加虚，故谓急，要防其危及生命也，所以朱丹溪论治产后，必以大补气血为先，虽有他证以末治之。②瘀：即妊娠期子宫内的残剩瘀露浊液，即包括羊水在内。前人曾有产后瘀血上冲之论，即冲心、冲肺、冲胃等三冲危证。冲心者，十难救一；冲肺者，十全一二；冲胃者，五死五生。三冲发生于临产期内，与羊水栓塞有关，而且瘀血可致种种疾病，所以张子和在论述产后时说，产后当从实论治，虽有他证，以末治之，由此揭开了产后病从虚从实治疗争论的序幕。也就是产后“多虚多瘀”、“易寒易热”的病理特点。③寒：俗有“产后多虚寒”、“产后一块冰”之说，《傅青主产后编》在“产后总论”中说：“凡病起于血气之衰，脾胃之虚，而产后尤甚，而且产后多汗，腠理空疏，百节虚，风寒风湿三邪，极易入侵。”所谓“邪之所凑，其气必虚”、“最虚之处，便是容邪之所”。气虚寒侵必成虚寒或寒性病变。

（二）产后病的诊断特点

产后既然存在着多虚多瘀、易寒易热的病理变化，自然也就有其诊断特点。我们遵从前人所强调的产后三审原则，即先审少腹痛与不痛，以别恶露之有无；次审大便之通与不通，以验津液之盛衰；再审乳汁之行与不行及饮食之多少，以察胃气之强弱。通过三审，再结合产妇体质、病证特点、脉舌变化等进行分析，对疾病做出比较客观的诊断与辨析。在产褥期，必须诊查两个重要的有关产后变化最大的生殖器官，一是子宫的复旧情况，二是乳房的分泌及乳房内在的变化。虽然从腹痛与恶露分泌情况可以了解子宫复旧是否顺利和正常，但有时尚需通过妇科以及 B 超的探查，以查知子宫复旧的真实情况；虽然从外在的乳汁分泌可以测知其分泌情况，然而一旦发现乳房胀疼，乳汁分泌不利时，必须通过检查乳房及有关检查，以了解乳房病变。此外，对外阴的检查也很重要。近年来较为重视精神心理的变化，要观察精神心理方面的病变。

（三）产后病的治疗特点

虽然根据多虚多瘀的特点应采用补养、化瘀、温下的方法，但是亦要本着辨证论治的精神，“勿拘于产后，勿忘于产后”的辨证论治的原则加以治疗，就我们多年来的临床体会而言，产后的治疗应注意如下三个方面：

其一是补虚。众所周知，产后是经历过妊娠期与临产期的阶段，身体必然存在损伤阴阳气血的情况，特别是临产期的排污与分娩，更是明显地损耗阴阳气血，无怪朱丹溪倡导补虚为主，《傅青主产后编》亦认为要“大补气血，调理脾胃为主，……如有气，毋专耗散；有食毋专消导；热不可用黄连，寒不可用桂附……苏木、莪术大能破血，青皮、枳壳最消满胀，一应耗气破血之剂，汗吐宣下之法，止可施诸壮实，岂宜用于胎产。”并提出产后用药十误，大多指出攻消克伐药物的禁用，崇尚生化汤与调理脾胃的方剂。虽然有所偏执，但其指出此期治疗应补养气血、调理脾胃的特点是符合实际的。至于亡血伤津，在于清补等，要结合辨证，才能衡定。

其二是排除瘀浊，祛瘀生新。张子和提出产后从实论治为主的观点，也有一定道理。的确有相当患者，因产时或产后排瘀不尽或不力，以致瘀浊残留，导致一系列疾

病，甚至在临产时，瘀浊上冲，发生三冲危证，故排除瘀浊占有十分重要的地位。一般产后服用益母草、赤砂糖、艾叶汤等的习俗，实际上就是排瘀的措施。生化汤是《傅青主产后编》极为推崇的方剂，在今天已有相当多的医院和西医妇产医院将生化汤加山楂、益母草制成水剂，作为产后常规服用。

其三是偏温。根据产后一块冰的病理特点，自然也就应该运用宜温宜补的方法，在《傅青主产后编》中崇尚宜温宜补的方法，反对使用寒凉性的药物，所以对生地、白芍、黄芩、黄连是反对应用的，并列为禁条。但是以产后一周内，体禀阴虚阳旺，宜温宜补者不适于此时，一般需在产后半月或一月后，宜温宜补才较为合适，当然尚需结合体质证情而确定之。其次还要注意产后调护失当，心理情绪上的不稳定，引起产褥期的精神情志方面的疾患，必须给予心理疏导和药物治疗，才能有效地控制症状，并注意预防和巩固治疗。

产后常见病变的应有产后血崩、产后血晕、产后发热、产褥感染、产后恶露不绝、产后腹痛、产后汗证、产后身痛、产后排尿异常、产后忧郁等，兹则分述如下。

第一节　产后血崩

从接生起到胎儿娩出后两小时内出血量达到或超过400ml，或至胎儿娩出后24小时内出血量达到或超过500ml为早期产后出血。24小时后至产褥期末所发生的阴道大出血，为晚期产后出血或产褥期出血。中医学统称之产后血崩。产后血崩易并发产后血晕或胞衣不下等有关病证。本病属于危急重证。必须及时予以处治。产后出血的发生率，据统计约为1.29%，全部足月产后为0.51%，自然产后为4.5%，剖宫产后为0.27%。

【病因病理】

关于产后出血的病因，现代医学认为主要有以下几个方面：①胎盘胎膜组织残留，多发生于产后10天左右，当残留的胎盘组织坏死脱落时，暴露了基底部血管，可引起大量流血；②胎盘附着部位复旧不全，影响产后子宫内膜的修复，使血栓脱落，血窦重新开放，引起大量流血；③剖宫产术后，子宫切口裂开或愈合不良，血管重新开放，引起大量流血；④急性化脓性子宫内膜炎，使内膜不能修复，血栓脱落，血窦开放而引起出血；⑤产后子宫滋养细胞肿瘤，或子宫黏膜下肌瘤，亦可导致子宫持续不断的或大量的流血。

中医学认为产后血崩的原因，主要有以下几个方面：①肾虚气弱：素体气血不足，产后肾虚，复因产时出血较多，肾虚气弱更为明显，正气愈虚，血失统摄，或者肾虚冲任不固，子宫固藏无力，虚上加虚，故致出血量多；②瘀浊内阻：产后恶露不尽，胎物残留未出，或感受寒邪而致瘀血阻于子宫，新血不得归经而致出血量多；③暴怒伤肝，肝脾失于藏统，产后气血亏虚，复因情志过激，暴怒伤肝，肝不藏血，肝木克伐脾胃，脾胃失藏以致暴崩。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

1. 临床表现　阴道出血，或突然大量流血，或多反复发作，伴有不同程度厥脱（休克）表现，诊断即可成立。子宫收缩乏力（临床检查宫体大而软，轮廓不清，收缩无力，宫底升高达脐上）和胎盘组织残留引起的出血，多发生于产后 10 天左右，流血常大量突然；子宫胎盘附着部位复旧不全，多于产后 10～20 天内突然出血，出血量一般较少；剖宫产术后的出血，常发生于术后 4～6 周，出血量较多。另外，软产道损伤（阴道出血或血肿）和凝血功能障碍等因素（皮下紫癜及针孔溢血）也可引起产后血崩。

2. 检查　通过妇科、B 超等有关检查以明确之；若血查全血细胞下降，纤维蛋白原低于 1～1.5g/L，可诊断为纤维蛋白原减少；全血凝块及溶解试验阳性，或外围血快速涂片示血小板减少，则表示有凝血功能障碍。

二、鉴别诊断

1. 功能失调性子宫出血　发生于分娩后的功能失调性子宫出血，应与晚期产后出血相鉴别。功血在妇科检查时多无异常所见，诊断有困难时，可通过诊断性刮宫，经病理检查以确诊之。

2. 产褥期内外伤性出血　产后阴道黏膜菲薄，易致裂伤，故于产褥期内有性交史、外伤史者，可引起阴道大量流血，此时应仔细检查阴道有无裂伤，以资鉴别。

3. 产科休克　多发生在妊高征患者。产后突然发生面色苍白、血压下降、脉搏细弱等循环衰竭现象，但子宫收缩好，凝血功能好，阴道出血量与休征不符合，经快速补充血容量及含钠溶液后可迅速恢复。

4. 产后郁冒　因产后失血复汗，复感寒邪而致。发生在分娩后及产褥期。主要表现为呕不能食，大便反坚，头汗出，虽头晕眼花，但神志清醒，恶露正常。

【控制出血与抗休克】

控制出血与抗休克，是本病证极为重要的治疗措施，也是处理本病证的首要措施。

产后血崩，气随血脱，昏迷不醒，属于休克状态，证情危殆，须中西医结合积极抢救病人，往往需配合输液、输血、吸氧，甚至手术，尽快查明出血原因，对因治疗，以达迅速止血的目的。应根据不同原因采取不同的止血方法。

1. 宫缩剂及抗生素的应用　宫缩剂及抗生素的应用，为治疗产后出血的首选方法。李家福等认为产后出血的主要原因是子宫收缩乏力，经统计在 131 例占 75.7%，胎盘已完全剥离未及时娩出会影响子宫收缩，使子宫肌壁血管不能及时关闭而造成大量流血。首选方法，可给予催产素 10～20u 肌内注射，然后以 10% 葡萄糖注射液加催产素 10～70u 静脉滴注，以促进子宫收缩，达到止血目的。由于大量失血，或流血时间过长，或宫内有残留物，均易合并感染，因此，应常规给予抗生素，以预防和控制感染

的发生及扩散。子宫收缩不良者尚应按辨证论治的方法处理之。

2. 刮宫术　对于经宫缩剂及抗生素使用后，仍时有鲜血流出，或突然大量出血，或疑有胎盘、胎膜组织残留者，均需立即采用刮宫术，清除宫内残留组织，促进子宫收缩，多能奏效。

3. 剖腹探查术　对剖宫产术后的晚期产后出血，疑有子宫切口裂开者，应采取剖腹探查术，必要时需行子宫切除。

【辨证论治】

产后血崩，或因肾虚气弱，或因瘀血内阻，或因肝热脾虚所致，但因重虚之体，在治疗上尤当注意，出血量多势急时，应立即益气固冲，或回阳救逆，待出血稍缓后再分别论治之。

1. 肾虚气弱证

危重时期：产时出血过多，色淡红，质稀，或略黏，头昏晕，心悸心慌，面白，肢冷，汗出较多，舌质淡苔黄白，脉象细弱或大而虚。

治法：益气固脱，回阳救逆，止血。

方药：独参汤合生脉散加减。

上好的人参（先煎另服）20～30 克，党参 15～30 克，五味子炙 5～10 克，炙麦冬 6～9 克，阿胶珠、煅牡蛎（先煎）、煅龙骨（先煎）、炙乌贼骨各 15 克，血余炭 10 克。

服法：日服 1～2 剂，水煎分多次服。

若出血量多，色淡红有小血块，小腹作胀，头昏晕，心慌，汗多肢冷，面色㿠白，形体作寒，脉微欲绝，舌质淡紫，苔白腻。

治法：补肾回阳，益气固脱。

方药：参附回阳汤加味。

红参或别直参 10～30 克，制附片 6～10 克，炙甘草 6～9 克，炮姜 5～9 克，补骨脂 9 克，五味子炙 6 克，炙黄芪 15～30 克，三七粉（分吞）10 克。

服法：急煎分多次服，日尽 2 剂。

若新产或产后，或满月前后，阴道出血量较多，色鲜红或淡红，质稀薄，或有少量血块，小腹作胀，头昏头晕，面色苍白，心慌寐差，神疲乏力，易汗，腰俞酸楚，舌质淡红，脉象细弱。

治法：补气养血，益肾固冲。

方药：黑归脾汤加减。

熟地 9～12 克，党参 15～30 克，黄芪 12～20 克，炒白术 10 克，炙甘草 6 克，煨木香 9 克，炒枣仁 9 克，茯苓 10 克，五味子（盐水炙）6 克，陈棕炭 10 克，阿胶珠 10 克，杜仲 10 克。

服法：日服 1 剂或 1 剂半，水煎分 2～3 次服。

加减：若肾虚明显者，还当加寄生、杜仲各 10 克，煅龙骨（先煎）12 克，煅牡蛎（先煎）15 克；若脾胃失和，腹胀便溏，胃脘不舒者，去熟地，加人砂仁（后下）5

克，陈皮 6 克，炮姜 3 克；若形寒肢冷，汗出稍多者，加入补骨脂 10 克，赤石脂、禹余粮各 12 克。若小腹胀痛，下血有块者，去熟地、陈棕炭，加入炒五灵脂 10 克，炒蒲黄（包煎）6～9 克。

2. 瘀血内阻证

主证：新产后，或产后数日，至产褥期末，突然阴道大量流血，或恶露不绝时，有血量增多，血色黯红，夹有血块或胎物，面色晦黯少华，小腹疼痛拒按，舌紫黯有瘀点，脉象涩。

治法：活血逐瘀，益肾止血。

方药：加减生化汤。

炒当归、赤芍各 10～15 克，桃仁 10 克，炮姜 5 克，山楂 10 克，益母草 15 克，炒川断、杜仲各 10 克，五灵脂、蒲黄（包）各 6 克，广木香 9 克。

服法：每日 1 剂，水煎分服。

加减：若小腹有冷感者，加入艾叶 9 克，肉桂（后下）5 克；若腹胀矢气，大便偏溏者，加入煨木香 9 克，砂仁（后下）5 克，炒白术 10 克；若兼湿热，出血中夹有黄白带下者，加入马鞭草 15 克，红藤、败酱草、薏苡仁各 15 克。

3. 肝热脾虚证

主证：产后数日，或至产褥期末，突然阴道大量下血，血色鲜红，有小血块，伴有胸闷烦躁，容易忿怒，头胀头痛，脘痞纳差，神疲乏力，脉象弦细带数，舌质红绛，苔色黄腻。

治法：清热平肝，健脾止血。

方药：丹栀逍遥散合六君子汤加减。

黑栀子 10 克，炒丹皮、黑当归、赤白芍、白术、茯苓各 10 克，醋炒柴胡 5 克，钩藤 15 克，荆芥炭 5 克，党参 30 克，陈皮 5 克，大小蓟各 12 克。

服法：水煎分服，每日 1 剂。

加减：若心肝火旺，烦热口干，夜寐甚差者，加入黄连 3～5 克，生地 10 克，地榆炭 12 克；若夹有血瘀，小腹作痛，量多阵下血块，加入炒五灵脂 10 克，炒蒲黄（包煎）6 克，花蕊石（先煎）10 克；若脾胃薄弱，腹胀便溏，纳欠胃胀者，加煨木香 9 克，砂仁（后下）5 克，玫瑰花 3 克等。

【临床体会】

产后血崩，是妇产科的危重病证，急救是其关键。故在临证时，首先应抗休克，控制出血，同时迅速查明病因，因为针对病因论治，才能有效地控制出血，止血也才能控制休克。在急救时，中西医两法均可使用，如西医的输氧、输液、输血，中医药的急煎独参汤，或大剂量参附汤，吞服云南白药粉、三七粉或白及粉，以达到回阳救逆，益气固脱，减少出血，以改善患者的一般状态，再配合西医的病因治疗。需手术者，应及早手术救之，不需手术者，西医可使用缩宫剂及抗生素，中医按上述三个证型论治之。

我们体会，产后血崩这一急证的治疗有一定的复杂性。首先从气虚肾弱，子宫

收缩乏力而言，因胞胎冲任隶属于肾，又隶属于后天脾胃，因此补气摄血的同时，务必注意到补肾的一面，偏于阳虚，面须加入红参、鹿角胶、补骨脂等品，同时尚需加入鹿衔草、茯苓等抗感染等药品。在肝经郁火的病证中，用丹栀逍遥散加入清肝止血的治疗中，要注意到两种很重要的病理演变，其一是克伐脾胃，其二是阴虚火旺。克伐脾胃者，常兼夹于肝经郁火中，形成肝热脾虚或肝热脾寒的状态，所以在治疗中，务必注意到这种复杂的证候特点。对肝热脾虚中的出血病证，治疗可参考我们在上面辨证论治中的介绍。但如肝热脾虚中以脾虚为主者，即出血量多色淡红，有小血块，尽管伴有头昏、胸闷、烦热，但以腹胀便溏、神疲乏力、易出汗、气短等为主者，我们认为该以益气健脾，宁心安神为主法，药用加味归脾汤，药用：党参、黄芪各 15 克，炒白术、茯苓各 10 克，煨木香 6～9 克，炒枣仁 9 克，砂仁（后下）5 克，陈皮 5 克，鹿衔草 30 克，黑栀子 9 克，陈棕炭 12 克。若肝热脾寒者，出现出血量多，色红，质稀，或有小血块，伴有烦热口渴，胸闷乳胀，腹胀矢气，神疲乏力，小腹有冷感，大便偏溏，脉象细弦，舌质偏红，苔色白，治当清肝止血，温脾益气，方用丹栀逍遥散合理中汤加减，药用：鹿衔草 30 克，黑栀子 9 克，荆芥 5 克，钩藤 15 克，地榆炭 10 克，党参 15 克，炒白术 10 克，砂仁（后下）5 克，炮干姜 6 克，炒川断 10 克，陈棕炭、血余炭各 10 克。我们还体会在肝热病证中，还有一种属于阴虚火旺者，即出血量多，色红，质黏稠，有小血块，腰酸头昏，烦热口渴，入夜盗汗，便坚尿黄，脉象细弦，舌质红苔黄，治之宜滋阴清热，固经摄血，以固经丸加减，药用：炙龟甲（先煎）10 克，炒黄柏、炒黄芩、黑栀子各 9 克，椿根白皮 12 克，炒荆芥 6 克，地榆炭 10 克，太子参 20 克，大、小蓟各 12 克，同时还应加服各种止血药物。辨证论治不仅能有力地控制出血，而且还可不断改善体质，有利恢复身体健康。

第二节　产后血晕

产妇分娩后，突然头晕目眩，不能起床，或心胸满闷，恶心呕吐，痰涌气急，心烦不定，甚则口噤神昏，不省人事，称为“产后血晕”，为产后急重症之一。“晕”指昏眩、昏厥。若不及时抢救，常危及产妇生命。

【病因病理】

导致产后血晕的病因，有虚、实两端。虚者居多，虚者属于脱晕，常由产后血崩发展而来；实者属于闭晕闭厥，乃瘀血上攻，扰乱心神所致。

1. 虚　此病之虚，为血虚气脱。产妇素体气血虚弱，复因产时失血过多，以致营阴下夺，血分大耗，血者与气分相连，血为气之配，又说血为气之内守，而气又为血之统摄，气赖血存，气血相互依存，相互为用，故营血耗损过甚，气失依附，阳气虚脱，故见气血分离的虚脱状态。气之虚脱，必见汗多神疲，形寒肢冷；血之下脱，则不能涵养心肝，以致心神骤然失养。

2. 实　此病之实，为瘀血内闭。产时排瘀不畅，或胎盘残留，瘀阻于内，损伤胞

络，故致出血过多，或因产后胞脉血虚，瘀浊有所残留，或者因产感寒，血为寒凝，气为寒阻，以致瘀浊不行，或因产后元气亏虚，气血运行失度，以致血瘀气逆，并走于上，扰乱心神，而致血晕。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

1. 临床表现　新产后数小时内多见。突然头晕目眩或心胸满闷，恶心呕吐，重则晕厥不知人，甚或昏迷不醒。

2. 检查　多为出血量多及急性贫血体征，血压下降，或测不到血压，局部表现变化可作参考。

二、鉴别诊断

1. 产后痉证　产后突然颈项强直，四肢抽搐，甚至口噤不开，角弓反张，多因产时创伤，感染邪毒所致。虽与产后血晕中昏晕不省人事有疑似之处，但产后痉证，多有产史及产后数日始发，且以痉挛抽搐，角弓反张为主，易于鉴别。

2. 产后郁冒　产后郁冒由亡血失血后又兼外感寒邪而成，症见头眩目瞀，郁闷不舒，呕不能食，大便反坚，但头汗出，产后郁冒与产后血晕同有眩晕症状，但二者病因不同，发病时间及证候轻重各异。产后血晕多发生于分娩后数小时内，势急症重，晕厥不知人，甚或口噤昏迷不醒，常伴见产后大出血，或恶露不下，无表证。

3. 产后子痫　患者有妊娠期高血压，或曾有妊娠子痫病史；表现有头目眩晕，周身水肿等症，产后突然昏迷，抽搐，血压偏高，虽类产后血晕之晕厥，不省人事，但其抽搐可资鉴别。

【辨证论治】

一、急则治标，复苏为要

产后血晕，不省人事，促其复苏为当务之急。一般亦要大概地辨其虚脱、实闭的不同，予以不同的复苏方法。

1. 实闭

一般下血少，面色紫黯，牙关紧闭，气粗喘促者，胸腹胀满有痛苦状者，可采用下述措施。

(1) 醋炭熏鼻法：即将烧红之炭，淬醋中，熏鼻，或者将铁器烧红淬醋中熏鼻也可。

(2) 烧干漆熏鼻法：将干漆烧燃，使产妇闻其味。

(3) 醋韭熏鼻法：米醋煮韭菜，乘热倒入壶中，壶嘴对准产妇鼻，以热气熏之。

(4) 搐鼻法：开关散搐鼻取嚏。

(5) 针刺法：针刺眉心、人中、涌泉穴，用强刺激手法。

2. 虚脱

一般下血多，面色苍白，汗多，手撒肢冷，胸腹无痛苦，脉微欲绝。应中西医结

合救治之。

(1) 中医：独参汤，或者参附汤频服之。

(2) 西医：输液、输氧、输血等措施。

二、缓则治本，分证论治

本病证应以虚脱为多见，故着重虚脱论治，当然要注意到实闭的一面。

1. 血虚气脱证

主证：产时产后流血多或特多，突然眩晕，心悸、烦闷不适，甚则昏不知人，面色苍白，眼闭口开，手撒肢凉，冷汗淋漓，舌质淡红无苔，脉细微欲绝或浮大而虚。

治法：益气养血，止汗固脱。

方药：(《傅青主女科》) 补气解晕汤。

白人参 15～30 克，黄芪 30 克，黑当归 10 克，黑芥穗 5 克，姜炭 3～5 克，煅牡蛎（先煎）15 克，炙甘草 5 克。

服法：每日 1 剂，水煎分 2 次服。

加减：若出血量多者，加人炙乌贼骨 12 克，阿胶珠 10 克，血余炭 10 克；若心慌失眠者，加炒枣仁 9 克，合欢皮 10 克，夜交藤 15 克；若脘腹作胀，纳欠，大便偏软者，加人煨木香 9 克，砂仁（后下）5 克，炒白术 10 克；若头晕眼花，面色皖白，贫血严重者，尚需加人熟地 10 克，穭豆衣 9 克，阿胶（另炖熔人）10 克。

2. 瘀阻气闭证

主证：产妇分娩后，恶露不下或量少，色紫黑有血块，小腹阵痛拒按，甚至心下急满，气粗喘促，神昏口噤，不省人事，两手握拳，牙关紧闭，面色紫黯，唇舌均紫，苔色黄白根部软厚，脉象细涩。

治法：行血逐瘀，开关通窍。

方药：(《妇人大全良方》) 夺命散合生化汤。

没药 6 克，血竭末 3 克，当归 10 克，川芎 6 克，桃仁 10 克，山楂 10 克，益母草 15 克，荆芥 6 克，石菖蒲 6 克。

服法：每日 1 剂，水煎分 2 次服。

加减：若寒瘀内阻，小腹胀痛有冷感，形体作寒者，加川桂枝 6 克，肉桂（后下）5 克，艾叶 9 克；脘胀呕吐者，加人广木香 9 克，陈皮 6 克，炒枳壳 10 克；若夹有湿热，口苦口臭，舌苔黄腻者，可加人川朴 6 克，黄连 3 克，大黄 6 克；若夹有痰浊内阻者，口泛黏痰，神志昏迷，可加人化橘红 6 克，竹沥制半夏 6 克，广郁金（明矾 1 克拌炒）9 克。

【临床体会】

产后血晕，也是产后的危急重症之一。与产后血崩有着密切的关系，特别是虚脱证型更与产后血崩有关。由于血去过多，血与气之间的相互依存关系必然遭到破坏，由于气血的分离，影响到心肝两脏神魂的安宁，从面出现血晕。在血晕的病发过程中，还应考虑到阴虚阳旺，气火上升化为风阳，风阳上旋而致神魂不宁者，此

乃阴虚气火风阳上升的血晕，非气虚之血晕也，当注意辨别，可用三甲地黄汤养而潜降之，药用：炙龟甲（先煎）10克，炙鳖甲（先煎）12克，左牡蛎（先煎）15克，山药、山萸肉、熟地各10克，炒丹皮9克，茯苓12克，钩藤15克，太子参15~30克，炒枣仁9克。还有一种阴虚阳旺，阳不潜降而越于上，形成虚阳上越，心神失宁，同样可致血晕，病机类似于上述一种，但性质上有所不同，正如《女科医案选粹·孟英案》所述“周鹤庭室，新产眩晕，自汗懒言，目不能开，乃父何新之，视脉虚弦浮大，因拉孟英商治。询其恶露虽无，而脘腹无恙，乃投以牡蛎、石英、龟版、鳖甲、琥珀、丹参、甘草、红枣、小麦之剂，复杯而减，数日霍然。王孟英曰：‘此由血虚有素，既娩则营阴下夺，阳越不潜，设泥新产瘀冲之常则，而不细参脉证，则杀人之事矣。’”可证之。

在实证瘀闭类型中，大多伴有寒邪，故当运用《局方》黑神散。我们认为方中芍药以赤芍为佳，熟地、炮姜、桂心、蒲黄必须用生者，以炙甘草、黑豆、童便、酒各半盏同煎调服。如瘀热交阻者，必须以红花散（《保命方》），药用干荷叶、牡丹皮、当归、红花、蒲黄等分，以童便、酒等煎服。我们认为，在瘀阻气闭的病证中，不论是寒瘀交阻所使用的黑神散，还是瘀热交阻所致的使用的红花散，在具体使用中，最好能加入川牛膝、泽兰叶各10克，花蕊石（先煎）12克。但在瘀阻气闭的病证中，如属胎盘残留所引起的，应采用清宫手术，才能达到有效地排除残留或黏附于子宫内的瘀浊的目的。

在产后血晕的治疗中，前人提出了两味引经药，其一是酒，其二是童便。兹分析之。

酒：甘、苦、辛，温，有毒，入心肝、肺、胃经，有通血脉、御寒气、行药势之功，可治风寒痹痛、筋脉挛急、胸痹、心腹冷痛等。《养生要集》曰：“酒者，能益人，亦能损人。节其分剂而饮之，宜和百脉，消邪却冷也。若升量转久，饮之失度，体气使弱，精神侵昏。宜慎无失节度。”我们认为酒者，在产后血晕中使用，主要取其通血脉、祛寒凉和佐主治药物推动排瘀的势力。

童便：咸，凉，入肺、肝、肾经，有滋阴降火、止血消瘀的作用，可治疗阴虚发热，劳伤咳血、吐血、衄血，产后血瘀、血晕等病证。《本草衍义》曰：“人尿须童便者，产后温一杯饮，压下败血恶物，有饮过七日者，过多，恐久远血脏寒，令人发带病，人亦不觉，气血虚无热者，尤不宜多服。”《医林纂要》曰：“便溺，凡跌打血闷欲死，灌此即苏，新产和酒饮之，可免血晕上攻，血瘀作痛，此皆咸以散瘀，见效甚速者。”

第三节 产后腹痛

产妇在产褥期间，发生与分娩或产褥有关的小腹疼痛，称为“产后腹痛”。其中因瘀血引起的小腹疼痛，称为“儿枕痛”。《医学入门》谓：“产后小腹痛者，名儿枕痛”，其治“单以五灵脂散或加桃仁酢糊为丸。”所谓儿枕痛者，实际上是一种子宫收缩性的疼痛。

西医妇产科认为，产后1～2天内，由于子宫体强烈收缩引起下腹疼痛，称为产后宫缩痛或产后痛，经产妇多见，产后3～4天后自行缓解而消失。此属生理现象，一般无需处理。若腹痛较重，或持续时间较长，仍需按病证论治。

【病因病理】

产后腹痛的发生，与新产后子宫复旧，产妇身体功能状态失常密切相关。妊娠期中，子宫蓄藏精血、阴液以养胎儿，并适应胎儿渐长而逐步膨大，至足月妊娠，瓜熟蒂落，胎儿、胎水、胎衣次递下脱，子宫复旧，逐步收缩，并排出残剩之余血浊液，排出时为泻，泻尽后转藏，在长时间藏的过程中，膨大之子宫必须通过较长时间的泻，以达到缩复如旧，所以泻与藏之间亦维持相对平衡性，在分娩后较长时间泻的过程，有着虚实的变化，极易出现不通，与失养的状态，因而亦要出现疼痛的病证。

在我们的临床体会中，产后腹痛大多与儿枕痛有关，以实者为主要，但是由于产后的生理特点，所谓实者，也无非是属于一种虚中有实，或本虚标实的病变。素体虚弱，心理脆弱情绪不稳定的产妇，易罹此疾。体虚则气血不足，产时又耗气伤血，血虚气弱势必加重，心肝又易郁滞，滞则气血运行不利，加上原本气血重虚，将无力推动血行，是以子宫残剩的余血浊液应排出者，停滞于宫内不能排出，由于瘀滞浊液，不能顺利排出，亦将影响子宫之收缩，于宫收缩不利，则复旧不良，但瘀滞内阻者又不得不排出，故出现代偿性收缩加快，但无力之收缩，故必出现疼痛。或因分娩后血块、胎膜残留，子宫必然加强收缩，希冀将残留排出宫外，因而出现腹痛。或因产后血室未闭之期，起居不慎，调养不当，而又感寒饮冷，血为寒凝，气机郁阻，血瘀子宫之中，胞脉不通而痛。此外，也可因忿怒伤肝，或素体肝气易郁，再因产后失血而肝失血养，故而经气不利，气滞而血不畅，胞脉不通，不通则痛，从而产生产后腹痛。

亦有部分为虚者致痛者，如素体血虚，加之产时耗血，致产后胞脉空虚，营血重耗，血虚不能濡养，则胞脉失荣，子宫复旧中收缩致病，久不消失。或因产时耗气，又因血少而令气的生化不足，阳气虚不能温煦胞脉中之血，也不能运血以行，以致血行迟缓，虚滞作痛。若产妇素体虚弱，或产时耗气过多，气虚清阳不能上升，子宫有下坠趋向，因而气血不能顺利运行，亦可致下坠性疼痛。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

1. 临床表现　产妇分娩1周以后，小腹疼痛仍不消失，或分娩后虽不足一周，但小腹阵发性疼痛程度较剧。其小腹疼痛或呈隐痛，腹软喜按；或疼痛而有冷感，得热痛减；或疼痛较重，按之痛甚，触之有块；或小腹胀痛，胀甚于痛，常有恶露量少，色淡或紫黯有块，排血不畅。可伴头晕心悸，四肢不温，胸胁胀痛。舌淡或黯，脉虚细或沉紧、弦涩等。

2. 检查　注意观察恶露的量、色、质及气味有无异常；检查腹部子宫底位置及有无压痛，必要时作B型超声波检查，探测子宫大小及宫内有无积血、组织残留等。本病在实验室检查方面多无异常。

二、鉴别诊断

1. 产后伤食腹痛　有伤食史，且疼痛部位一般在脘腹，伴有胃脘满闷，进食后尤甚，嗳腐吞酸，呕吐泄泻，大便秽臭，舌苔垢腻等，而恶露无改变。

2. 产褥感染腹痛　分娩 24 小时后至 10 天左右始发；腹痛持续不减，且疼痛拒按，恶露时多时少，色紫黯如败酱，其气秽臭，多见恶露发热，心烦口渴，小便黄少，大便秘结，舌质红，苔黄腻，脉象弦数或洪数。实验室检查、血象及宫腔分泌物有异常变化。

3. 产后泄痢　产后腹痛泄泻，痛即泄泻，大便次数多，粪便稀溏，或则腹痛窘迫，里急后重，大便呈赤白脓血，具有明显的痢疾特征。

【辨证论治】

产后腹痛，主要在于实证性腹痛，可根据恶露的色质及腹痛的特点，进行分析，就不难确定，《景岳全书·妇人规·产后腹痛》所说："产后腹痛……血有留瘀而痛者，实痛也；无血而痛者，虚痛也。大都痛而且胀，或上冲胸胁，或拒按而手不可近者，皆实也，宜行之散之。若无胀满，或喜揉按，或喜热熨，或得食稍缓者，皆属虚痛，不可妄用推逐等剂。"在瘀血之实证中，又须根据疼痛的性质进行论治。

1. 血虚证

主证：产后小腹隐隐作痛，按之则减，喜按喜揉，小腹柔软，无块可及，恶露量少、色淡、无血块，伴有头晕眼花，心悸怔忡，神疲乏力，大便较坚，舌质淡红，苔薄白，脉象虚细。

治法：补血益气，缓急止痛。

方药：肠宁汤（《傅青主女科》）。

当归、熟地、阿胶（另炖烊化）、山药、炒续断各 10 克，党参 15 克，甘草 6 克，肉桂（后下）3 克，麦冬 9 克。

服法：水煎分服，每日 1 剂。

加减：疼痛较明显者，加入广木香 9 克，炒延胡索 10 克；血虚偏寒者，加入艾叶 9 克，肉桂加至 6 克，吴萸 3 克；腰俞亦有酸痛者，加入杜仲、桑寄生各 10 克，怀牛膝（盐水炒）9 克；若阳气虚弱为主，出现虚滞性作痛，可见产后小腹胀痛，有时较为明显，形体作寒，腰酸腿软，神疲乏力，去甘草、麦冬、阿胶等，加入红参 5～9 克，补骨脂 10 克，广木香 6～10 克，延胡索 10 克。

若气虚偏甚，中气下陷，清阳不升，可见产后小腹坠痛，神疲乏力，四肢懈怠，纳欠，肛门亦或作胀坠者，可用补中益气汤治之，亦可在前方中去阿胶、麦冬，加入黄芪 15～30 克，炙升麻 5～9 克。

2. 血瘀证

主证：产后小腹疼痛程度较重，腹部有块，按之痛甚，或得热稍减，恶露量少、色紫黯、有血块，排出血块后疼痛减轻，呈阵发性，或伴胸胁作胀，或伴畏寒肢冷，舌质紫黯，苔色薄白，脉象弦涩。

治法：活血化瘀，通络止痛。

方药：散结定痛汤加减（《傅青主女科》）。

当归 10 克，川芎 6 克，益母草 15 克，黑荆芥 6 克，制乳香 6 克，生山楂 10～20 克，桃仁 10 克。

服法：水煎分服，每日 1 剂。

加减：恶露甚少，小腹涩滞不畅者，加入泽兰叶 10 克，川牛膝 9 克，红花 9 克，炒枳壳 10 克；若脾胃失和，腹胀脘痞，恶心泛吐，矢气频作者，加广木香 9 克，陈皮、制半夏各 6 克，制川朴 5 克；若小腹有冷感，腰腿酸软者，加入肉桂（后下）5 克，川续断 10 克，制狗脊 9 克。

若寒瘀交阻，出现产后小腹冷痛，腰酸头昏，形体作寒，周身关节酸楚者，脉象细弦，舌质紫黯，苔白腻者，可用生化汤，加入大、小茴香各 5 克，吴萸 6 克以治之。

若气滞血瘀，以气滞为主，出现产后小腹胀痛，胸闷烦躁，胁肋作胀，大便不畅，或则矢气频作，脉象弦，舌苔白腻者，可用乌药汤，药用：乌药 6～9 克，制香附 10 克，广木香 9 克，炒当归 12 克，甘草 5 克。另入广郁金 9 克，山楂 10 克，益母草 15 克，较为合适。

【临床体会】

产妇分娩后，由于产后子宫强直性收缩，子宫本身相对缺血缺氧导致宫缩痛。经产妇的子宫肌层纤维组织较多，宫缩时相对地缺血较重，故产后痛较初产妇常常明显。哺乳时由于婴儿的吸吮，反向性使催产素分泌增多，故产后痛较重，但这也有助于子宫的复旧。产后痛多数可以忍受，于产后 2～3 天自然消失，必要时可用镇痛剂止痛。如果应用中医药，我们认为最为合适。产后腹痛虽有血虚与血瘀之分，但在临床实际中常常虚实兼夹，多虚多瘀，易虚易实，而且在虚实兼夹中亦常夹寒，俗有“产后一块冰”之说，所以不仅要虚实兼顾，而且还要考虑到温阳祛寒。在临床上，我们除常用生化汤外，主要是常用殿胞煎。殿胞煎为张景岳所制，原是治疗小产后腹痛、产后儿枕痛等证，药用：当归 15～30 克，川芎 5 克，炙甘草 3 克，茯苓 9 克，肉桂（后下）3～6 克，应加入炒赤、白芍各 9 克，益母草 15～30 克，黄芪、党参各 10 克。夹有气滞者，腹胀矢气，小腹胀痛，再加广木香 9 克，乌药 6 克；若疼痛剧烈者，再加延胡索 10 克，五灵脂 10 克。

产后宫缩痛以实证为主，且夹寒者为多，就现代医学而言，大多宫腔内留有异物，如血块、胎膜或部分胎盘，因而子宫发生阵发性强力性收缩，从而引起疼痛，我们对此常采用生化汤加味，且重用归、芎、赤芍，当归用量可至 30 克，川芎 6～9 克，赤芍 12 克，桃仁 10 克，炙甘草 3 克，炮姜 5 克，尚需加入泽兰叶 12 克，益母草 30 克，山楂 10 克。兼见气滞者，加入制香附 9 克，青、陈皮各 6 克，炒枳壳 10 克；兼夹湿热或湿浊内阻者，加入马鞭草 30 克，败酱草 15 克，薏苡仁 15～30 克，茯苓 12 克，制苍术 10 克；如恶露量甚少，色紫黯，至而不畅，小腹隐隐作痛者，应加入丹参 10 克，红花 9 克，川牛膝 10 克，车前子（包煎）10 克。

在治疗过程中，务必注意调养和护理。以下三点至关重要。

1. 稳定情绪，安定心神　因为有相当部分患者，其疼痛加剧常与心理不稳定有关，所以稳定情绪，消除紧张、恐惧、忧郁的心理变化，使心肝气顺，气血流畅，有助于缓解疼痛。

2. 保护脾胃，注意营养　产后体弱，特别是虚证腹痛者，更应保护脾胃，饮食有节，不能滥补，注意保暖，在脾胃健运下的情况下，选择易消化有营养的食物。

3. 谨避风寒，劳逸适度　产后百脉空虚，加以腹痛者更应避风寒，同时既要注意休息，又要注意适当活动，使血脉和畅。

第四节　产褥感染

凡是在产褥期发生的生殖器官感染，称为产褥感染。又称产褥热。发病率约为17.2%。由于产褥期发热，绝大多数是由产褥感染引起的，因而可将产后发热作为产褥感染的一种征兆。具体规定为产后24小时到10天内，相隔12小时的两次体温达到或超过38℃，而不能证实有其他疾病存在时，均应考虑为产褥感染的可能。产褥感染的病情一般较重，被认为是产妇死亡的重要原因之一。因而应予以足够的重视。

由于我国计划生育工作的广泛开展，接受人工流产术的妇女不在少数，因为手术器械、敷料、手套等消毒不彻底，可能带入致病菌，或术后1个月内不禁性生活等，会出现以发热为主要症状的生殖器官感染，也当属“产褥感染”。其他原因导致自然流产后合并感染，也应归于“产褥感染”范围。中医学中虽没有产褥感染一词，但历代医家所论述的产后发热，实际上就是主要针对产褥感染而言的。

【病因病理】

本病的原因较多，病变亦较为复杂。一般常因妊娠后期不禁房事，或有早期破水，产程延长，或产时处理不当，消毒不严，或产道损伤等，外邪经产道感染而致病。

《景岳全书·妇人规》云：“产后发热……有邪火内盛而热者……。”对此“邪火”，我们认为乃邪毒之意也。由于外邪之盛，病变之重，故谓之邪毒，是致病之源，在最早的医学著作中，均将本病之因归咎于六淫之邪，但真正导致发病的根本原因，还在于体内的多虚多瘀的生理特点。多瘀者，乃产后未排尽之瘀露，亦即是残剩于子宫内的污秽的余血与浊液，由外侵入的邪毒与瘀露相合，则邪毒更不易从外而解，而瘀露在邪毒的蒸发下，亦更不易排除，互相交蕴，必然肆虐。产后多虚，不仅气血不足，而且肝肾亏损，子宫冲任脉虚，所谓“邪之所凑，其气必虚。”“最虚之处便是容邪之所。”产后子宫冲任之处最虚，因而邪毒与瘀露交炽，必然侵犯该处，形成邪正相争，致令产后发热。病发于下焦子宫冲任之处，故不仅出现寒热，而且还将出现小腹疼痛，瘀露脓重而有臭秽气。如邪毒胜则正气更弱，病势加剧可出现高热，由于邪毒与瘀露交合，蕴蒸生热，热腐子宫冲任处的血肉，将化为脓血，邪毒肆虐，入营入血，逆传心包，可出现高热昏迷、谵语痉厥等重证险证，正如外科名家高锦庭曾说的：“外症虽有一定之形，而毒气流行亦无定位，故毒入于心则昏迷，入于肝则痉厥，入于脾则腹疼胀，入于肺则喘咳，入于肾则目黯手冷，入于六腑亦皆各有变端，兼证多端，七恶

迭见。”其病变与急性盆腔炎相类似，可参考之。最终邪瘀遏伏，蕴结血室而为癥瘕。

西医学认为致病菌侵入生殖器官是本病的重要原因。引起产褥感染的细菌种类很多，多属混合感染，常见的细菌为厌氧链球菌、大肠杆菌，其次如溶血性链球菌、金黄色葡萄球菌，少见的如肺炎双球菌、产气荚膜杆菌。若伤口局部感染，多系葡萄球菌引染。内源性感染，即产妇的自身感染也是本病的原因之一。原来存在于阴道或肠道的细菌，平时不致病，当产后机体内在环境改变，或产道损伤时，细菌便可繁殖于生殖道造成感染。当然产褥感染的发生和疾病的严重程度，与产妇的机体抵抗力下降有关，尤其是分娩时过度疲劳、滞产、胎膜残留、手术产、产道损伤、失血过多者，或产前患有贫血、妊娠高血压综合征等病者，患产褥感染的机会将大大增加。

【诊断与鉴别诊断】

·、诊断

1. 临床表现　产褥期发热是本病的主要症状，尤以新产后多见。体温升高则是主要指征，发热持续 3 天以上，体温超过 38℃，或持续高热不退。临床除发热外，还可见恶露、头痛、食欲减退、全身不适，多伴有小腹疼痛及恶露异常。

2. 检查　妇科检查，若会阴、阴道、宫颈局部创面或伤口感染时，局部可见红肿、化脓，伤口边缘裂开，压痛明显。如果出现子宫内膜炎及子宫肌炎时，于宫复旧不良，小腹压痛明显，妇科检查时一侧或双侧结缔组织增厚，触痛或肿块形成，或于宫活动受限。如果炎症蔓延至输卵管、卵巢、宫旁组织时，宫旁或子宫直肠陷窝可出现炎性肿块，或形成脓肿，可见急性盆腔炎及腹膜炎的典型体征。测体温 38℃以上，血液化验白细胞总数及中性粒细胞升高，作宫腔分泌物的培养以鉴定产褥感染的病原菌。或作血培养以查清致病菌的性质分类，并作药敏试验，必要时拍摄胸部平片等。B 超检查在盆腔有脓肿形成时，可探及一个或数个液性暗区，腹腔积脓时，可探及大片液性暗区。

二、鉴别诊断

1. 产后泌尿系感染发热　尿路感染时出现发热，临床必见尿频、尿急、尿痛，肋脊角叩痛等症，尿常规化验可见红白细胞。

2. 产后乳腺炎发热　发病时间多在产后 3～4 周，临床必见乳房局部红、肿、热、痛，甚至溃破化脓，于乳房皮下扣摸到肿块或在肿痛一侧乳房边的腋下可触及到肿大压痛的淋巴结。

3. 产后上呼吸道感染发热　临床所见必有感冒的症状，诸如鼻塞流涕、喷嚏咳嗽、咽喉疼痛等。

4. 剖宫产术后腹部切口感染　于发热的同时，可出现腹部切口红肿、触痛，或有脓性渗出物，严重者切口可裂开。

5. 产后菌痢　发热伴有便次增多，脓血便，可有里急后重感，肛门灼热，大便常规检查，镜下可见到脓细胞。

【辨证论治】

本病证主要有一般感染证型（包括感冒证、血瘀证）和严重感染证型（即邪毒发热证型）。后者不仅病情严重，而且传变迅速，可分为初期热毒证、中期热毒入营证、热传心包证、晚期脓瘀证，治疗上可按温病论治，含有急则治标的意义，但严重时当中西医结合治疗。

一、一般感染证

1. 外感发热证

主证：产后发热，热度较轻，伴有轻度恶寒鼻塞，周身骨节酸痛，小腹隐痛，恶露一般，小便偏少，或有头昏头疼，脉象细弦，舌质稍红，苔黄白腻。

治法：疏风解表，和瘀利湿。

方药：桑菊饮加味。

桑叶 6 克，甘菊花 5 克，桔梗 9 克，甘草 5 克，荆芥 9 克，金银花 15 克，连翘 9 克，鸡苏散（包煎）10 克，山楂 12 克，益母草 15 克。

服法：水煎分服，每日 1 剂。

加减：伴有咯痰多者，加入大贝母 6 克，杏仁 10 克，前胡 9 克；形寒恶寒较著者，加入苏叶 6 克，炙桂枝 5 克，赤、白芍各 10 克；小腹疼痛，恶露不下或下而很少者，加入泽兰叶 10 克，川牛膝 12 克，丹参、赤芍各 9 克。

2. 血瘀发热证

主证：产后数日，发热或寒热时作，恶露较多或不畅，色紫黯有瘀块，少腹阵痛拒按，腰酸而胀，胸闷烦热，口渴不欲饮，身困乏力，舌质紫黯，苔薄黄，脉象细涩或数。

治法：活血化瘀，清热疏解。

方药：生化汤合银翘散加减。

当归 10 克，川芎 5 克，炮姜 6 克，桃仁、山楂各 10 克，甘草、金银花、连翘各 10 克，败酱草 15 克，贯众 9 克。

服法：水煎分服，每日 1 剂。

加减：出现寒热往来者，加入炒柴胡 10 克，黄芩 12 克，生姜 3 克，大枣 5 枚；若胎盘胎膜残留引起感染者，加入川牛膝 10 克，瞿麦、冬葵子 9 克；若纳欠苔腻厚者，加入红藤 15 克，薏苡仁 30 克，制苍术 10 克。

二、热毒感染证

可分为初期、中期、晚期三个发展阶段。

1. 初期——热毒证

主证：产后恶寒高热，腰酸神疲，恶露量多或量少，色紫黯如败酱、秽臭；小腹疼痛拒按，烦躁口渴，尿少色黄，大便燥结，舌红苔黄腻，脉数有力。

治法：清热解毒。

方药：五味消毒饮。

金银花、净连翘、野菊花、紫花地丁、败酱草各 15 克，当归、赤芍、山楂各 10

克，炙没药各 6 克，大黄（后下）5 克。

服法：水煎分服，每日 1 剂到 2 剂。

加减：舌苔黄白腻，大便偏溏者，去大黄、当归，加入广木香 6～9 克，制川朴 6 克，薏苡仁 15 克，制苍术 10 克；小腹痛剧，恶露涩少者，加入延胡索、五灵脂各 10 克，泽兰 12 克，广木香 9 克。

2. 中期

有以下两种病变。

（1）热毒入营证

主证：高热持续不退，斑疹隐隐，恶露量或多或少，色黯红，有秽臭气，小腹疼痛，大便秘结，小便黄少，舌质红绛，苔黄燥，脉象细弦数。

治法：清营凉血。

方药：清营汤加减。

连翘、金银花各 15～30 克，鲜生地 12 克，丹皮、当归、赤芍、山楂各 10 克，大青叶、益母草各 15 克，玄参 10 克，红藤、败酱草各 30 克，大黄（后下）6 克，生薏苡仁 20 克。

服法：水煎分服，每日 2 剂。

加减：恶露过多者，加入地榆、槐花各 10 克；小腹疼痛剧烈者，加入炙乳香、炙没药各 6 克，延胡索 10 克；发热过高，神志不清者，加服安宫牛黄丸，或紫雪丹，同时采取输液、输血等扶正措施。

（2）逆传心包证

主证：高热持续不退，神昏谵语，恶露或多或少，色紫红，有秽臭气颇甚，小腹疼痛，面色苍白，四肢厥冷，舌质紫绛，脉象细数。

治法：凉营托毒。

方药：犀角地黄汤加减。

水牛角 30 克，丹皮、带心连翘、金银花各 15 克，西牛黄 3 克，板蓝根 15 克，生地、生黄芪各 10 克，升麻 5 克，五灵脂 10 克，败酱草 30 克，薏苡仁 30 克。

服法：水煎分服，每日 2 剂。

加减：高热神昏，谵语频作．必须加服安宫牛黄丸，每日 1 粒，每日 2 次，或服紫雪丹，每次 3 克，每日 2 次；大便秘结，恶露秽臭者，加入大黄 6～9 克（后下），元明粉（后冲入）10 克，并应采取中西医结合疗法。

3. 晚期——脓瘀证

主证：低热起伏，或有高热，稽留不退，恶露下少，色紫黯有血块，有秽臭气，小腹疼痛拒按，妇科检查，可触及盆腔包块，烦躁口渴，大便艰行，小便黄少，舌质黯红有瘀点，苔黄腻，脉细滑数。

治法：清热败脓。

方药：大黄牡丹皮汤合败酱苡仁散。

大黄 9 克，牡丹皮 10 克，桃仁 9 克，薏苡仁 15～30 克，赤芍 12 克，败酱草 30 克，山楂 10 克，山甲片 9 克，炙乳、没各 6 克，皂角刺 6 克，桔梗 9 克，益母草 15

克。

服法：水煎分服，每日 1～2 剂。

加减：苔色白腻，形体作寒者，加服桂枝茯苓丸；腹胀矢气，大便偏溏者，去大黄、桃仁，加入煨木香 6 克，六曲 10 克，五灵脂 9 克，茯苓 12 克；发热时轻时重，苔色黄腻者，加入红藤、蒲公英各 15 克；若头昏头疼，恶心呕吐者，加入陈皮 6 克，钩藤 15 克，制半夏 5 克。

【临床体会】

产褥感染，在中医学中隶属于产后发热的范围，由于发热较高，甚则高热持续，故一般从温病论治，其传变的规律也与温病相一致。温病的发生发展及其辨治过程，是从两个方面入手的。其一是按卫、气、营、血的层次传变进行论治。病在卫分时，类于外感病证，治疗当从疏解；病在气分时，有两种治法，一是从气分通过卫分透解，所谓提撤外邪，二是清气分之邪热，说明病邪偏重，非透解所能撤邪，不得不从气分清泄热毒之邪；病在营卫分时，病情颇重，不得不从营分清泄热毒，同时还要注意热传心包，引发昏迷抽搐等危证，治疗还当保护心脑，安定心神，以防不测；病在血分时，热毒蕴蓄，易致痿瘥或者冰伏，颇为难治。其二是按上、中、下三焦的层次传变进行论治。上焦者，肺卫也，相当于卫分或者已及气分的病变，重在提撤外邪；中焦者，脾胃气分也，相当于气分，或者已及营分的病变，重在清气泄热，或者凉营透气；下焦者，肝肾也，相当于血分包括营分的病变，是病变的末期阶段，重在血分泄邪，以及调治肝肾。但产后发热，其一病位在于子宫冲任，属于下焦病变，早期病变虽然亦有一些卫分或气分的病变，但为时很短，迅即传变为气分、营分病证，这是本病的病理特点；其二病变的性质虽为邪毒，但与瘀露亦即是恶露有关，邪毒入侵后，与之交合，益发助长邪毒肆虐，亦为邪毒抵御正气的屏障，使病情演变，更趋于复杂化，而且亦为治疗增加了难度，这也是本病的病理特点；其三，正虚，即所谓重虚，产后不仅阴阳气血不足，而且子宫冲任大虚，必然累及同位于下焦的肝肾也不足。可见产褥感染者邪实正虚，邪毒重者，其传变颇快，危证亦多，原因就在于此。而在处理这种病变时，亦必须考虑到产后重虚，且虚及肝肾的特点，故扶正措施亦很重要，西医学中的输氧、输液、输血的方法必须采用。而且这种措施要早、要得力，才有助于尽早使患者恢复。

在辨证过程中尚需注意以下几点：①年龄特点：凡年龄在 30 岁以下，生育仅一二胎者，往往气血盛，体质强，其感染一般来说较轻，治疗效速；若年逾 40 岁以上，生育多胎，平素体弱，往往气血衰少，抵抗力不强，其感染较重，治疗效缓。②腹痛特点：凡恶露少或多，而小腹作痛，疼痛明显，或按之有块，多为瘀血，必须加强化瘀；凡恶露多或少，小腹不痛，或隐隐作痛，按之不痛，为虚多瘀少，治当扶正为主，益气养血，佐以补肾。③恶露的色质特点：凡恶露量少或多，色紫黑，质黏稠有块，且有秽臭气者，为瘀热实证；凡恶露多或少，色较淡，质较稀，无臭秽气，或轻度秽臭气者，为气血或肝肾亏损虚证。④寒热特点：多寒少热或不热、轻热者，多为阳虚；但热不寒，或少寒多热，多为阴虚；同时还要注意假寒假热，上热下寒，表热里寒等

错杂病变。一般来说，发热无汗，腹胀闷疼痛，胃纳少思，恶露不下，二便欠通者，为表里俱实；发热自汗、盗汗，知饥能纳，二便自利或频数，恶露顺下或过多而色淡者，亦为内外俱虚之证。

在对产褥感染用药治疗时，首先一点，勿拘泥于“产后宜温不宜凉”的陈规，应遵王肯堂之说“当求病起因，病在何经。病气治气，病血治血，何用拘执。”相反，产后感染发热，特别是当邪毒入于气分、营分时，邪毒猖獗，热势偏盛时，不仅要应用西医药的抗菌药物治疗，而且在中医药中的银翘散、五味消毒饮，甚至大黄牡丹皮汤中，还要加入活血化瘀的药物治疗。当高热神昏时，还可加用物理降温，如冰袋等外用。此乃急则治标的意义。其次，不仅要重视邪毒化热的传变，还必须注意到恶露中的“瘀血”。瘀血不仅助长热毒，为热毒的屏障，而且瘀血不除，热毒可能再次来临，所以在辨证上如有明显的瘀血症状，就必须在清解热毒的同时，着重活血化瘀。《医林改错》的解毒活血汤，就具有解毒活血并重的作用，药用连翘、柴胡、葛根、枳壳、当归、赤芍、生地、红花、桃仁、甘草，一般用量，也是产褥感染中常用方剂。在临床上使用时，一般还以加入金银花、山楂、益母草为最好。再者，在治疗过程中还必须注意到恶露中的“湿浊”。湿浊是下焦的最重要的病理物质，不仅由于养胎时的水湿津液残留，而且脾肾等功能不足，水湿停留，极易下注为湿浊。有了湿浊的病理物质，也同样可以助长热毒，并为热毒的屏障，湿浊如不清除，和瘀血一样，将遗害无穷。因此在清热解毒的同时，亦要重视清利湿浊的治疗，故凡见小便偏少，舌苔中根部偏腻偏重者，需要结合清利湿热的四妙丸或四苓散，药用制苍术、炒黄柏、川牛膝、薏苡仁，或者再加入马鞭草、土茯苓、泽泻等品，较为合适，亦为周到。

在“产褥感染”病证中的热毒证型，临床上常可见到引发脉络方面的病变，即下肢血栓性静脉炎。大多于产后 10～20 天发作。开始低热、寒战较轻，患侧腿部温度高于另一侧，即另一腿，常在左下肢股静脉、腘静脉及大隐静脉处有压痛，疼痛常剧烈，有时大腿浮肿，皮肤高度紧张而呈白蜡样，舌质红，苔白微黄，脉数。治当活血化瘀，清热解毒，可用银翘散合桂枝茯苓丸加减，即桂枝、赤芍、丹皮、茯苓、桃仁、金银花、连翘、桔梗、蒲公英等品治之。如为盆腔血栓性静脉炎，热毒与瘀血互结，在产后 1～2 星期，子宫内膜炎之后，寒战与高热交替，一天发作数次，体温高时可达 40℃以上，体温低时，可降至 36℃，下腹有抵抗性压痛，舌质红，脉数有力或无力。治当清热解毒、活血化瘀并重，可选用加味勇安汤，即玄参、当归、金银花、赤芍、甘草、桃仁、丹皮、川芎、红花、紫花地丁等，治之有效。若产褥感染在发作严重时引发腹膜炎，中医学认为是热毒犯脾，亦属危证，可见高热寒战，腹部胀硬，便秘，腹痛拒按，舌红苔干黄，脉数有力，可用大黄牡丹皮汤加入金银花、连翘、蒲公英、知母、枳壳、广木香等品，同时中西医合治。腹膜炎是产褥感染中的严重并发症，病死率约占产褥感染死亡的 1/3，诊断虽无困难但以往治疗效果难令人满意。同时在诊治产褥感染病证时，当参阅急性盆腔炎的有关内容。

第五节 产后血虚发热

产后因营血大耗而引起的发热，名曰产后血虚发热。产褥期亡血伤津，血耗阴伤，或则血虚气弱，以致发热。本病在大失血过多中易见。以往将其作为一个证型附在产后病证中，我们认为本病与产褥感染病因不同，表里不一样，故另立专节讨论。若产后 1～2 天或 3 天内阴虚阳旺，有轻度发热现象者，乃产后常有现象，非病证也。

【病因病理】

产后血虚发热，其原因虽不太复杂，但亦有一定的转变。众所周知，由于妊娠期阴血聚以养胎，长期的养胎必耗阴血；分娩时带来的产创及产时产后大出血，必然大耗阴血。阴血大虚，阳气易旺，阳旺则热。临床资料表明，大出血及创伤为此病最主要的原因。产后出血量超过 1000 毫升者，每见体温增高，此可能因大出血后所致的循环血量减少，散热量减少，及因贫血、休克等所致大脑皮层对体温调节的失控等所致。前人关于血虚发热的论述颇多，如《医宗金鉴·妇科心法要诀》曰："产后发热之故，非止一端……若去血过多，阴血不足，则为血虚发热。"血虚阳火偏旺，就临床而言，是血虚发热中最为常见，亦最为主要的病理变化。血藏于肝，由心所主宰，且血与气之间存在着互相依赖、互相对抗的关系，血属阴，宜静、宜守，气为阳，宜动、宜行，所以阴血亏虚，则阳气偏旺，旺则化火，反过来将消耗阴血，火动乎外，故见发热。另方而，阴血大虚，阳气升浮，气血有分离状态，阳气浮越于外，是以出现发热，此乃血气之间的互相依存关系失常所致，正如《沈氏妇科辑要笺正》所云："新产发热，血虚而阳浮于外居多，亦有头痛，此是虚阳升腾，不可误谓冒，妄投发散，以煽其焰，此惟潜阳摄纳，则气火平而自已。……诸亡血虚家不可发汗。"两者性质不同，发热机制不一，务必注意之。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

1. 临床表现　产后发热一般为低热，午后为著，或则热势颇著，状若高热，但喜热，面色苍白或萎黄，眩晕目花，耳鸣心悸，或则烦躁内热，面赤如涂朱，但又恶寒喜热饮，并有产后产时出血较多的病史。

2. 检查　全身及妇科检查，除低热或发热较高外，一般无明显的病变，实验室检查，可见红细胞、血红蛋白、红细胞比积等降低。

二、鉴别诊断

1. 蒸乳发热　多发生于产后 3～4 天后，乳汁下少或不行，乳房胀硬，恶寒发热。若高热不退，乳房胀硬、红肿、灼热、疼痛，甚则溃腐化脓，则应考虑为乳痈。

2. 伤食发热　产后数日而发热，多有伤食史，发热，伴胸膈饱闷，嗳腐吞酸，或

大便异常。

3. 产褥感染　发热呈高热，小腹疼痛，恶露有秽臭气，妇科检查等可资鉴别。

4. 产后泌尿系感染　产后发热恶寒，依据小便淋漓、尿频、尿急、尿痛可资鉴别。

其他还应注意与结核病、胶原性疾病、产后痢疾、产后疟疾等病证所致的发热相区别。

【辨证论治】

产后血虚发热，主要有血虚阳旺、血虚阳浮两者，在治疗上截然不同。阳旺者补养宜清，阳虚者补养宜温。临证时务必注意之。

1. 血虚阳旺证

主证：产后发热，午后为甚，烦躁失眠，头晕耳鸣，腰俞酸楚，口苦口干，大便干燥，解时困难，小便黄少，舌质偏红，苔黄，脉象细弦带数。

治法：养血清热。

方药：加减一阴煎。

生、熟地各 10～15 克，白芍 10 克，麦冬 6 克，甘草 3 克，怀牛膝 5 克，丹参 6 克，青蒿 9 克，炙鳖甲 10 克，炒丹皮 10 克。

服法：水煎分服，每日 1～2 剂。

加减：心悸失眠者，加人夜交藤 15 克，炒枣仁 6 克，青龙齿（先煎）10 克；神疲乏力，加人太子参 15 克，黄芪 15 克，陈皮 6 克；恶露秽臭，小腹作痛，舌苔黄腻者，加人红藤、败酱草各 15 克，炒黄柏 9 克，炒延胡索 10 克；若有轻度感冒，头痛鼻塞者，加人桑叶 6 克，桔梗 9 克，荆芥 6 克，鸡苏散（包煎）10 克。

2. 血虚阳浮证

主证：产时失血过多，身热，或者热势颇甚，恶寒喜热或见面色红赤如涂朱，头晕目眩，或有头痛、心悸、少寐、小腹隐痛，口渴喜热多饮，舌质淡红，苔色薄白稍腻，脉象细带数，按之无力，或两脉虚大。

治法：补血敛阳。

方药：八珍汤去川芎，加黄芪、炮姜。

炒当归、白芍、熟地、炒白术、党参、茯苓各 10 克，炙甘草 6 克，黄芪 15～30 克，炮黑姜 3～5 克。

服法：水煎分服，每日 1～2 剂。

加减：脾胃薄弱，大便溏泄者，加人砂仁（后下）5 克，六曲 10 克，煨木香 6～9 克；心悸失眠明显者，加人炒枣仁 6 克，合欢皮 10 克，炙远志 5 克；恶露秽臭，小腹隐痛明显者，加人败酱草 15 克，延胡索 10 克，广木香 6 克；若有轻度感冒，头昏鼻塞者，加人荆芥 6 克，桑叶 5 克，桔梗 9 克。

【临床体会】

产后血虚发热，有两种不同的病机和证治。

其一是血虚阳旺，也就是阴血大虚，气旺化火，大多与心肝肾的不足有关，所以君相火旺，低热淹缠，午后为著，在治疗上前人曾以地骨皮饮治之。地骨皮饮，即四物汤加入地骨皮、炒丹皮，必要时尚可加入炒黄柏、鳖血拌炒青蒿、白薇等品。席吉伦在1997年《中国中医急症》中报道："以生脉散加减治疗产后发热取得较好疗效，其方药为：泡参30克，生地15克，川芎12克，炒青蒿10克，地骨皮20克，白薇12克，炮姜6克，知母15克，麦冬15克，丹皮10克。随证加减治疗17例产后发热，结果17例全部治愈。"并认为"产妇分娩失血较多，而致耗气伤阴，阴虚内热，阳随阴散，气血匮乏，此类发热，若投以苦寒之品则不易获效，临床中便以益气养阴清热法治之，方能收到满意疗效。"

其二是营血骤然大耗，气失所附，气血分离，阳浮散于外，从而出现发热，乃虚热，阳浮散于外的假热，需用甘温除热的方法。宓伟毅在1998年的《中国中医药科技》"芪桂退热汤治疗产后发热45例"一文中指出：对产后以发热为主症，并伴有自汗、畏风等症状患者，运用甘温除热法进行组方的芪桂退热汤，对45例产后发热患者，随证加减治疗，取得了较为满意的疗效。芪桂退热汤组成是：桂枝3克，白芍12克，生黄芪15～30克，生白术9～12克，炒当归9克，生甘草6克，柴胡9～12克，升麻9～10克，防风12克，大腹皮9克，青蒿9克，藿梗9克。并认为："本组病例由于产妇分娩时所造成的疲劳、创伤和出血，使阴血受损，元气受伐，复加产后食入量减少与褥汗大量流失，加重了气血的耗伤，阴阳不得平秘，阴不敛阳，卫阳不固，营卫失调，则发热不退，并自汗，因而气虚血亏是病机之本，而发热只是其标。而甘温补气养血，补脾调和营卫，便理所当然地为基本治则，芪桂退热汤正是基于此认识上拟定而成的。"《沈氏女科辑要笺正》在"产后发热"中说："新产后二三朝，每有微热而别无所苦者，此则阴虚于下，而阳外浮，亦不可作感冒治，生化汤中少许炮姜，即所以涵藏此虚阳者，一二剂捷验，此古人所谓甘温除热之真旨也。"对此前人有赞炮姜除产后浮热者，临床确可参考用之。

第六节　产后恶露不绝

产后血性恶露持续半月或3周以上，仍淋漓不断者，称为恶露不绝，又称恶露不尽、恶露不止。

恶露是一种有害物质，是指胎儿娩出后，由子宫排出的余血浊液。正常恶露初为红色，继则变淡呈浆性，后为白色黏稠状，且无特殊臭气，一般血性和浆性恶露在产后3周内应完全排出。如果迁延日久，出血不止，易于耗津伤血，损伤正气，致令体虚，而且寒、湿、热之邪，易于人侵胞中，与瘀浊相合，发为病证，致令难治。

西医学认为恶露为产后子宫排出的坏死脱落的蜕膜、血、宫腔面渗出物等，总量约500ml。产后7天以内为红色恶露，主要为血和少量胎膜、胎脂、胎毛及胎粪等。产后第2周，恶露红色变浅，表明血量减少，以坏死的蜕膜及白细胞渗出物增多，继以白色黏液，白细胞夹杂有微生物，一般4～6周完全干净。西医所称晚期产后出血中的产后子宫复旧不全，类似于中医的产后恶露不绝。

恶露不尽，首见于汉代《金匮要略·妇人产后病脉证并治》“产后七八日，无太阳证，少腹坚痛，此恶露不尽……”。至宋代《妇人大全良方》立有“恶露不绝”之病，并沿用至今。

【病因病理】

产后恶露不绝，首先是与子宫冲任的功能不良有关。冲为血海，任主胞胎，子宫者，藏泻有时，恶露不绝者，是子宫藏之无力，该藏而泻，亦是子宫藏之不固，冲任亦不能行其有力的约制功能。恶露的主要成分为余血与浊液，在一定时期内，应排泄干净，子宫行藏，冲任约制，膨大的子宫亦缩复正常。子宫之所以失藏，冲任缩复失常是主要的原因，正如《医学心悟·恶露不绝》所云：“产后恶露不绝，大抵因产时，劳伤经脉所致，其症，若肝气不和，不能藏血者……。若脾气虚弱，不能统血者，……若气血两虚，经络亏损者……”。所以我们认为气血虚弱，子宫冲任经亏损者，首先与体质因素有关。或素体不足，先天禀赋薄弱，继因产时耗伤气血，产后又不注意调理，或操劳过早，或劳逸失常，或情志不畅，忧思抑郁，或食养不当，饥饱过度，损伤肝脾。脾者为气血生化之源，源流不足，重虚之体，肝虚则不藏，脾虚则不统，冲任气血不足则失于约制，子宫失养，膨大之子宫不能及时缩复，则固藏之功欠佳，是以恶露不绝。恶露不绝，又必耗血伤气，气血更弱，必将反复发作，反复增剧。

其次，瘀露阻滞，气虚血弱，不能推动气血运行，血行迟缓，缓则易致血瘀，再者气虚血弱，不能推动瘀滞下泄。必致瘀露停滞，若外邪侵人，特别是风寒之邪人侵与瘀露相搏结，形成寒瘀，或者阴虚之体，嗜食辛辣，情志烦躁，紧张忿怒，亦将激动阳气，导致阴虚血热，热迫血行，是以血露不绝。

现代西医学认为，本病主要是由于产后子宫复旧不全，产后胎盘或胎膜残留，产后感染（子宫内膜炎、子宫肌炎或盆腔感染），或素有子宫肌瘤、腺肌瘤、子宫过度后倾后屈、多胎妊娠、羊水过多史，或多产妇由于多次分娩引起子宫肌纤维组织增多形成子宫纤维化，或过大胎盘亦影响子宫复旧。临床所见证实，子宫复旧不全，以气血虚弱、气虚血瘀较多见；胎盘或胎膜残留，多为瘀血停滞；产后感染，多属感染邪毒。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

1. 临床表现　产妇分娩 3 周以后，仍有血性或浆性恶露淋漓不断，或突然出血，伴色、质、气味异常，或伴腰酸、小腹作痛。

2. 检查　妇科检查，有血性分泌物从宫腔排出，子宫较正常，产褥子宫大而软，多为后倾屈位，常有轻度压痛，宫颈软，宫口多未关闭。注意有无残留组织及阴道血肿。B 超探查，了解子宫复旧情况及宫内有无残留物，有无合并其他病如子宫肌瘤、肌腺病。诊断性刮宫，取宫内组织送病理检查，血常规及凝血试验，注意血红蛋白及白细胞有无异常及凝血异常。

二、鉴别诊断

1. 绒毛膜癌　患者除有阴道出血外，有时可见转移症状，如咯血等，子宫增大软而不规则，并可触及双侧黄素化囊肿，阴道转移可见此蓝色结节。血或尿中绒毛膜促性腺激素（HCG）持续阳性，可拍胸片及诊刮送病理检查。

2. 子宫肌瘤　产前有子宫肌瘤史，妇科检查，子宫大而硬，或不规则，借助B超确诊之。

3. 性交损伤　产后阴道黏膜菲薄，若产褥期行房事易使阴道后穹隆裂伤而出血。

4. 其他　对剖宫产后子宫切口裂开，或会阴切开缝合术后出血，以及胎盘、胎膜部分残留及炎症出血，凝血功能障碍性出血等疾病，通过有关检查均应予以排除。

【辨证论治】

本病的辨证，应以恶露的量、色、质、气味的变化为主要依据，然后结合全身症状，脉象舌苔等，作出辨证的结论，如量多或量少持续时间长，色淡红，质清稀，无臭气，多为气虚血弱；量多或量少淋漓，色紫红或黯黑，质黏稠，或有血块，并有秽臭气为血瘀；量多淋漓不断，色红，质黏稠，有秽臭气，多为血热或湿热。临床上以气虚血弱为多见。治疗上既要注意产后多虚多瘀的特点，亦要注意到虚者补之、瘀者化之、热者清之的治疗原则。

1. 气虚血弱证

主证：产后恶露过期不止，量多，色淡红，质清稀无臭气，小腹空坠，乳房松软，乳汁量较少而稀，面色㿠白，精神疲倦，四肢乏力，气短懒言，舌质淡红，苔色薄白，脉象缓弱。

治法：益气养血，健脾摄血。

方药：补中益气汤加味。

党参15～30克，黄芪30克，白术10克，炙甘草6克，陈皮5克，炙升麻、炒柴胡各6克，炒当归10克，阿胶（另烊冲）10克，炙乌贼骨12克。

服法：水煎分服，每日1～2剂。

加减：若脾运不佳，腹胀矢气，大便溏泄者，加入煨木香9克，砂仁（后下）5克，炮姜3克；若小腹冷痛，腰俞酸楚者，加入杜仲、鹿角胶（另炖烊冲）各10克，炒川断12克，艾叶炭6克；若小腹作痛，恶露色紫黑有小血块者，加入五灵脂、炒蒲黄（包煎）各6克，益母草15克；若恶露色紫红，质黏腻，舌苔根部腻厚者，加入制苍术12克，茯苓10克，薏苡仁20克，败酱草15克。

2. 瘀血阻滞证

主证：产后恶露淋漓不易净，或有时增多，色紫黯有血块，小腹疼痛拒按，块下痛减，或胸腹胀痛，口干烦热，渴不欲饮，舌质紫黯，或舌质边有瘀点，脉象弦涩，或沉而有力。

治法：活血化瘀，止痛固冲。

方药：加减生化汤。

炒当归、赤芍、桃仁、五灵脂各10克，川芎6克，炮姜5克，炒蒲黄（包煎）6

克，甘草5克，益母草15~30克，茯苓10克，山楂12克。

服法：水煎分服，每日1剂。

加减：气虚脾弱，小腹空坠，神疲无力者，加入党参15克，黄芪20克，荆芥6克；若兼肝郁气滞，胸胁胀痛，情绪忧郁急躁者，加入炒柴胡5克，广郁金10克，制香附9克，川楝子10克；若兼有寒湿，形寒肢冷，小腹有冷感，得热舒适者，加入肉桂（后下）5克，艾叶6~10克，大、小茴香各5克；若脾胃失和，腹胀矢气，大便溏泄者，加入广木香9克，砂仁（后下）5克，六曲10克；若兼湿热下注，恶露黏稠，有秽臭气者，加入红藤15克，败酱草30克，鱼腥草12克，马齿苋15克，薏苡仁30克。

3. 阴虚血热证

主证：产后恶露淋漓不尽，日久不止，量多，色红，质黏稠，或有秽臭气，口干咽燥，胸闷烦热，面色潮红，五心烦热，舌质红绛，苔黄干燥，脉象细数。

治法：滋阴清热，凉血止血。

方药：保阴煎加减。

生熟地、白芍、山药、炒黄柏各10克，炒川断9克，炒黄芩、生甘草各6克，地榆12克，败酱草15克，碧玉散（包煎）10克。

服法：水煎分服，每日1剂。

加减：兼气虚，伴有神疲无力，短气懒言者，加入黄芪15克，太子参30克；若兼肝郁化火，忿怒急躁，头疼口苦者，加入钩藤15克，炒栀子10克，醋炒柴胡5克，苦丁茶12克；若兼夹湿热，可见小便量少，神疲乏力，苔腻，恶露黏稠，有明显的秽臭气者，加入红藤、败酱草各30克，薏苡仁20克，制苍术10克；若兼有血瘀，小腹胀痛，恶露色紫红，有血块者，加入马鞭草15~30克，五灵脂10克，益母草20克。

【临床体会】

就词意面思之，恶者，恶性也，有害也，露者，指出除余血外，而有浊液水湿之意也，合面言之是指分娩后所应排除的一种有害物质。子宫复旧不良，或宫腔有残留胎盘胎膜或感染时，恶露量可增多，持续时间可延长，并混有臭味。在我们临床上所见实证性或者虚性恶露不绝的病证，大多与子宫复旧不良或称子宫复旧不全有关，因为子宫的复旧不全，最突出的临床表现是血性恶露持续时间延长，从正常时仅持续3天延长至7~10天。若病因为胎盘残留，则血性恶露持续的时间更长，而且量也明显增多，出现腹痛，下血块，符合瘀血的证型，所以在瘀血证型中，务必注意胎盘胎膜的残留。也有少数病人血性恶露量极少，而主要是小腹部出现剧烈疼痛，可借助B型超声波检查，若B超检查时见到子宫较大，且子宫由腔内有残留胎盘或残留胎膜影像，则可确诊为胎盘或胎膜残留性血瘀阻滞证型，其子宫复旧不全的原因与残留的胎盘或胎膜性血瘀有关，治疗措施上要行清宫术，特别是行人工流产，药物流产或半产、引产者，更应及时地使用手术清宫，免遗后害。若B超检查见到子宫肌壁间肌瘤或子宫腺肌瘤影像，即可确诊为子宫肌瘤性或腺肌瘤性血瘀证型，其子宫复旧不全也与此有关，治疗上以活血化瘀，消癥散积的桂枝茯苓丸，加入补虚止血的药物，如黄芪、党

参、白术、五灵脂、炒蒲黄、血余炭等药物治疗。如果B超探查，未发现子宫本身的器质性病变，以及宫腔内不存在胎血或胎膜的残留，但临床上仍然出现血瘀证型者，我们最为常用的是生化汤加减。原方为当归、川芎、桃仁、炮姜、甘草五味药，在临床使用时，必须加入山楂、益母草、炒荆芥，如若伴有血热现象者，上方必须去川芎、炮姜，加上赤白芍、丹皮、马鞭草、钩藤等品才更合适。若血瘀并不严重，但血露量较多者，生化汤中应去川芎、桃仁，加五灵脂、蒲黄、血余炭为佳。在恶露不绝证型中，除虚证外，血瘀亦是常见的证型，故临床辨治应与辨病相结合。

虚证类型的子宫复旧不全，亦即是子宫收缩不良，除应用补气养血的药物外，还必须考虑到收缩子宫作用较强的药物，即双管齐下的方法。补气养血的方法，除补中益气汤、归脾汤、八珍汤外，有时尚需加入补肾固摄的药物，如红参、鹿角胶、补骨脂、杜仲、寄生等品，偏于肾阴的，必须加入炙龟甲、山药、生熟地、牡蛎等品补而固之。收缩子宫的药物，西药有催产素、麦角新碱或口服的麦角流浸膏等药物，中药有生化汤、益母草流浸膏。现代药物实验研究发现，马齿苋的提取液对豚鼠、大白鼠及家兔的离体子宫、家兔及犬的在位子宫，都有明显的兴奋作用。产妇口服新鲜马齿苋汁6～8毫升，可见子宫收缩增多，强度增加。马齿苋注射液可代替麦角新碱，使子宫平滑肌收缩，其作用甚至较麦角新碱为强。而且马齿苋对各型痢疾杆菌、伤寒杆菌、金黄色葡萄球菌均有抑制作用，所以该药兼有清热利湿之能，对子宫收缩欠佳兼有湿热感染者，选此甚合。我们认为，治疗虚证型子宫复旧不全，常常需要在补气养血的方药中佐以化瘀缩宫或清利缩宫的方药。如1999年高萍在《陕西中医》上发表“益气化瘀汤治疗产后恶露不绝120例”，益气化瘀汤药用：党参20克，当归、赤芍、贯众炭各12克，蒲黄炒阿胶、桃仁各10克，川芎6克，乌贼骨、益母草各15克，仙鹤草30克，随证加减。治疗产后恶露不绝120例，全部有效。我们还发现，剖宫产后的子宫复旧不全所出现的恶露不绝远较一般虚证型所致子宫复旧不全的恶露不绝为难治，而且在补养气血的方法中，必须贯穿脾肾合治的精神，同时照顾心肝郁火，也就是说在应用归脾汤的基础上，要加入钩藤汤、逍遥散，缓缓调治，才能收到功效。而且由于剖宫产的原因，一些功效活血化瘀而易致出血的药物如川芎、桃仁等，必须禁用或慎用，确需结合化瘀法时，亦只能合用加味失笑散，才能获得较好疗效。

临床上对凡是较长期的恶露不绝，必须注意以下两种情况。一是继发湿热感染：凡属气虚、血热、血瘀性者，特别是后两者，极易引起湿热证继发感染，因为子宫、输卵管等属子下焦，长期出血，湿邪由下人侵，或内湿下注，得瘀热为伍，形成感染，湿热蕴蒸，加剧病情，需按感染论治，不可拘泥“产后宜温宜补”；二是注意恶性病变的存在：凡产后恶露不绝，经治疗乏效时，必须作进一步检查，如尿血的HCG测定，诊刮的病理检查，B超对子宫内腔的探查等，特别是对绒毛膜上皮癌的存在与否要作出判断，以便较早发现、较早防治。

对一些较为顽固的恶露不绝，不管是虚、热证型，特别是瘀滞证型，有必要加入紫草、石打穿、白花蛇舌草、蜀羊泉等具有抗癌作用的药物。同时，还要调情志，审饮食，慎起居，多休息等，这些调护对于早日康复，也是非常重要的。

第七节　产后汗证

产后汗液排泄异常，含自汗与盗汗。产妇于产后出现涔涔汗出，持续不止，动则益甚，称产后自汗；寐中汗出湿衣，醒来即止，为产后盗汗。本病指产后因气血暴虚，血虚阴亏所致汗出不止。若产妇仅汗出稍多于平时，尤以进餐、活动或睡眠时为显，数日内自退，无伴见症，乃产后多虚，营卫不调所致，不属本病。

按汗出之量，产后自汗可分为以下三种：

1. 微微汗出　仅与稍劳时如进食时汗出，全身或上半身出汗，或仅头面部微微出汗，汗出量少，无需更换内衣。此为产后常见的现象，数天后营卫调和自解，无须服药治疗。

2. 涔涔汗出　在安静休养状态下，全身亦汗出潺潺，里衣湿透，甚则日换内衣数次。

3. 大汗淋漓　产后汗出量多，大汗淋漓，精神恍惚，神志模糊，面无华色，此为重症危候。按伴随症状及汗的性质，可分为亡阴之汗或亡阳之汗，需中西医结合治疗以救其脱。

自汗、盗汗一般分别见之，亦可相兼出现。本病证能够治愈，只有极少数患者治不及时，发生亡阴亡阳之危变，以致危及生命。

【病因病理】

中医学说对“汗”的生理、病理和治疗有其独特之处。如《素问·宣明五气论》说：“五脏化液，心为汗”，故有“汗为心液”之说。心之所为汗，主要是心阳之气火蒸发阴液所致，故《素问·阴阳别论》又指出：“阳加于阴谓之汗。”汗为人体津液所化，为心阳所主司。又肾主五液、汗为肾所藏，以心阳化气而为用，排出体外为汗液。汗有生理性和病理性之分，汉代张仲景的《金匮要略·妇人产后病脉证治》曰：“产妇喜汗出者，亡阴血虚，阳气独盛，故当汗出，阴阳乃复。”说明了产后多汗为生理现象，故曰“当汗出”，然而汗出多则为病，过多则有亡阴亡阳之虑。

本病以自汗为主。自汗者，主要因生产伤气耗血所致。人体津液代谢的平衡，赖阳气的运化、输布、固摄，正气虚弱，卫外失固，腠理不密，不能固摄津液，因而汗出。血濡养气，因产失血，亡血伤津，气失所濡，加剧了正气之亏虚，津液失固，故亦自汗出。另外，心主血，汗为心之液，心血不足，心失所养，心不敛藏，心液外泄，也可加剧自汗之程度。

盗汗者，主要因与阴血亏虚。血属阴类，血去阴伤，亡血伤津，阴液不足，阴不制阳，虚火内灼，迫津液外溢，肌表不密，故盗汗。《傅青主女科·产后编》曰：“自汗阳亏，盗汗阴虚，然当归六黄汤又非产后盗汗方也，惟兼气血而调之，乃为得耳。”这说明自汗阳亏、盗汗阴虚中还有气血虚弱的一面，所以《景岳全书·汗证》云：“诸古法云自汗者属阳虚……盗汗者，属阴虚……自汗盗汗亦各有阴阳之证，不得谓自汗必属阳虚，盗汗必属阴虚也。”不仅说明盗汗除阴虚外，还有气虚、阴中阳虚的复杂情

况。在自汗的演变过程中，亦可能出现盗汗，因为自汗日久，心液耗伤，则气阴两虚，就有可能兼有盗汗，盗汗日久也可出现自汗者，因为盗汗久则津液亏损，气随津失，气失濡养，亦致气阴两虚，从而盗汗自汗相兼为患，昼日自汗，寐则盗汗。

在自汗、盗汗的病变中，还有因湿热蕴蒸所致者，或者因盗汗、自汗治不及时，或误服补药后所酿成的湿热病患。

西医学认为：由于身体虚弱，中枢神经处于抑制状态，毛细血管舒张，汗腺开放。活动后代谢增强，产热增加，代谢产物增多，故自汗增加，以排泄废物。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

1. 临床表现　产褥期汗出过多。自汗者，产后汗出不止，动则益甚，日易内衣数次，持续多日不减；盗汗者，产后入睡则周身涔涔汗出，可湿衣褥，醒后渐止，甚者一夜换衣衫 1～2 次。

2. 检查　除一般常规检查外，尚应根据情况选择进行“OT”试验、胸部 X 线透视、抗“O”、血沉及甲状腺功能测定等检查，以辅助诊断合并症的存在。

二、鉴别诊断

1. 产后中暑　虽二者均见多汗，但产后中暑发自夏日炎热酷暑之季，感受暑邪，以骤发高热、汗出、神昏、嗜睡，甚则躁扰抽搐为特征，而产后自汗发病无季节性，无发热及神志的改变。

2. 产后血晕　产后血晕脱证虽有汗多之象，但为冷汗淋漓，且见头晕目眩，心跳，胸闷，四肢厥冷，甚者渐而昏厥不省人事，易于鉴别。

此外，尚需排除发热性疾病、风湿类疾病、结核及甲状腺功能亢进等所致的全身性多汗证。

【辨证论治】

就一般情况而论，气虚是自汗的主要证型，治宜益气固表，止汗和营；阴虚火旺是盗汗的主要证型，治当滋阴降火，固津敛汗为要法。但是在具体的治疗中，还要根据气血阴阳的变化，及其相关相兼的程度和互相转变的情况而选定方药。

1. 气虚自汗证

主证：产后汗出，不能自止，动则益甚；或见头汗出，面色少华，气短懒言，语声低怯，精神疲倦，舌质淡红，舌苔薄白，脉象细弱。

治法：补气固表，和营止汗。

方药：黄芪汤加减。

黄芪 20～30 克，炒白术、麦冬各 10 克，炒防风 6 克，熟地黄 9 克，茯苓 12 克，煅牡蛎（先煎）30 克，大枣 30 克。

服法：水煎温服，每日 1 剂，分 2 次服。

加减：汗出不止，汗多质稀者，加入麻黄根 10 克，瘪桃干 12 克，浮小麦 30 克；心慌心悸，夜寐欠佳者，加入五味子 6 克；酸枣仁 10 克，太子参 30 克；精神紧张，喜

悲伤欲哭者，加入淮小麦 30 克，郁金 9 克，甘草 6 克；形体肢冷，关节酸痛者，上方去麦冬，加入炙桂枝 6～10 克，炒白芍 10 克，生姜 3 片。

2. 阴虚盗汗证

主证：产妇熟睡后汗出，甚则湿透内衣，醒来即止，面色潮红，头晕目眩，两耳鸣响，口燥咽干，五心烦热，腰膝酸软，舌红苔少，脉象细数。

治法：滋阴益气，生津敛汗。

方药：生脉散加减。

白人参 3～10 克，麦冬 10 克，太子参 15～30 克，山萸肉 6～10 克，地骨皮 10 克，五味子 6～10 克，煅牡蛎（先煎）15～30 克，潼、白蒺藜各 10 克。

服法：水煎温服，每日 1 剂，2 次分服。

加减：阴虚火旺，午后低热，口苦，烦热明显者，加入炒黄柏 10 克，炙鳖甲（先煎）10～20 克，青蒿 10 克，瘪桃干 10 克；心慌心悸，夜不能寐者，加入莲子心 3 克，柏子仁 9 克，酸枣仁 10 克；情绪激动，烦躁头痛者，加入钩藤 15 克，煅龙骨（先煎）20 克，淮小麦（包煎）30 克。

3. 兼心脾两虚证

主证：产后自汗或盗汗不止，或昼则自汗，夜则盗汗，心悸少寐，怔忡不安，神疲乏力，面色无华，口干口苦，腹胀矢气，舌质淡红，苔色白腻，脉象细软。

治法：健脾益气，宁心敛汗。

方药：加减归脾汤。

白人参 3～10 克，黄芪 20～30 克，白术、茯苓、炒当归、酸枣仁各 10 克，五味子 6 克，莲子心 5 克，广木香 6 克，浮小麦（包煎）30 克。

服法：水煎温服，每日 1 剂，2 次分服。

加减：汗多淋漓者，加入煅牡蛎（先煎）15～30 克，瘪桃干 10 克；血虚偏甚，头昏心慌明显者，加入制首乌 10 克，枸杞子 12 克，熟地黄 9 克；自汗偏多，形体畏寒者，加入炮姜 3 克，制附片 6 克；盗汗偏多，烦热口渴者，加入麦冬 10 克，炒黄柏 9 克。

4. 兼湿热证

主证：产后自汗、盗汗较久，烦热口渴，口黏纳差，脘腹痞胀，神疲乏力，骨节酸楚，小便偏少，大便或溏，脉象细濡，舌苔黄腻。

治法：清利湿热，和营固表。

方药：甘露消毒丹加减。

山药、炒丹皮、茯苓、泽泻、碧玉散（包煎）各 10 克，黄连 3～5 克，瘪桃干 10 克，白术 12 克，焦山楂 9 克，薏苡仁 15～30 克。

服法：水煎温服，每日 1 剂，分 2 次服。

加减：若大便溏泄，日行 2～3 次者，加入砂仁（后下）5 克，神曲 10 克，炒白扁豆 12 克；若烦热口渴明显，夜失安眠者，加入莲子心 3 克，黛灯心 1 米，青龙齿（先煎）10 克；若口腻痰多，纳食甚差者，加入厚朴花 5 克，广陈皮 6 克，炒谷芽 10 克。

【临床体会】

产后自汗，就一般情况而言，属于气虚表卫失固，劳则加剧，产后盗汗，以阴虚火旺为多，遇烦则甚。所以然者，产后气血亏虚，亡血伤阴均易见之。气血亏虚以气虚为主者，表卫失固，故劳则气更弱，表卫更失固，腠理空疏，津液自然外流。亡血伤阴，阴虚阳火偏旺，寐则气火迫津液以外溢，故见盗汗。是以历来妇产科著作在论述产后自汗均责之气虚，盗汗均责之阴虚。从临床来看，的确也符合实际。但在某些自汗盗汗较重、较顽固的病证中不得不提请注意如下一些变化。其一，汗出过多，时间较长时，务须注意亡阳、亡阴之变，自汗易亡阳，盗汗将亡阴，需及时救治之；其二，汗出过多，腠理玄府空疏，卫外失固，外邪极易侵入，致成虚中夹实，导致产后风湿病证；其三，汗与心的关系：汗为心液，汗出过多，又必亏耗心液，心神受损，不能敛藏心液，势必加剧汗证，因而安定心神，避免紧张烦躁，保持充足睡眠，才能控制汗证；其四，谨防继发湿热：产后气血亏虚，或者亡血伤阴，因而产后增加营养，康复体质，原是无可厚非，但如补养不得法，或者后天脾胃功能欠佳，特别是滥服中西医补药，可能导致继发湿热，加剧汗证，后一种情况我们在临床上时有所见，如有一张姓女，产后盗汗，经治将愈，后忽盗汗淋漓，发作加剧，原来是与服食大量黄芪、党参、桂圆、红枣等有关，反使病情淹缠难治；其五，病情转变，或证情错杂，须及时请医师调整治疗方案，争取早日康复；其六，必须注意产后调护，不能拘泥产后宜温宜补的陈规，但也需要避免风寒湿邪的外侵。

本病的治疗，气虚自汗者，以《经效产宝》黄芪汤治疗，其具体方药已在前“辨证论治”中介绍过，如兼有外感者，在补气固表法中应参入散邪和营之品，一般以加入桂枝汤为合适，但如汗出过多，形寒肢冷，脉细欲绝者，必须大剂量参附汤合桂枝汤治之，同时配合输液等以抢救之。对阴虚盗汗，虽以生脉散加味治疗，但阴虚之所以盗汗还在于火旺，因此清火敛汗在所必用。根据我们的体会，阴虚所致火旺，一般有心火、肝火、肾火。心火又称之为君火，在汗证中有着重要地位；肝火常为郁火，肾火又称相火。肝经郁火与肾家相火均有可能导致盗汗，心火不仅可致盗汗，而且亦可致自汗。当然心肝之火，常与情志因素有关，心火者，有烦热失眠，肝火者有急躁头痛，肾火者，腰俞酸楚，头晕耳鸣。在治疗时，以生脉散加减，但心火者，应加入黄连 3 克，莲子心 5 克等；肝经郁火，应加入钩藤 15 克、炒栀子 6～9 克、炒丹皮 10 克；肾火者，应加入炒黄柏 10 克，炙知母 6 克。如能在滋阴清火的治疗中，加入炙乌梅 3～5 克，瘪桃干 10 克，淮小麦（包煎）30 克，糯稻根 10～30 克，白芍 12 克，山萸肉 6～9 克，从中选用 1～2 味或 3 味，其控制盗汗的效果将会更好。

在诊治过程中，要注意到变证，即气虚所及心、肝、脾功能失和。在病变的转化关系上，偏于心脾气虚的可用加味归脾汤，具体方药已见上述，但气虚的同时，兼心肝火旺，可以丹栀逍遥散合六君子汤治之，药用钩藤、丹皮、黑栀子、醋炒柴胡、黄芪、太子参、炒白术、茯苓、五味子、碧玉散、白芍等，而且气血虚弱所及肝经郁火、脾胃虚弱的错杂证型，常常可见既有自汗又有盗汗的表现，在治疗的同时，还要注意心理疏导和调控情志相结合的方法，才能取效和巩固疗效。至于继发湿热病证者，在

阴虚盗汗或肝脾失调的病变中较易见到。一旦从辨证上确定有湿热证型者，一般按急则治标，先予清利湿热，然后再予补阴，或者健脾益气，或者调理肝脾，同时要注意保护脾胃，调节饮食等以助之，才能获取较好的效果。

第八节　产后身痛

产妇在产褥期中出现肢体关节酸楚、疼痛、麻木、重着、肿胀等症状者，称为产后身痛，又称为产后遍身痛、产后关节痛、产后痛风，俗称产后风。证候与痹证相似，但因其病发在产后，且与产褥期生理密切相关，故与痹证同中有异。如在产褥期若能积极治疗，常能痊愈；若失治或误治，可延至数月数年，甚则痿痹残疾。西医的产后发生的坐骨神经痛、多发性肌炎、产后栓塞性静脉炎、骨质增生等病出现类似症状时，可参考本病施治。

本病证的临床表现轻重差距很大，绝大多数病人病情虽重但经过治疗后均能痊愈或好转，只有极少数患者不能及时治愈，甚则致残。其病发的临床特点，一为时间性，即发生于产褥期；二为季节性，即以冬春严寒季节为多见；三为地区性，是指北方较多见，南方较少见，农村、山区产妇较多见，而城市较少见；四为突然性，因“风邪善行而数变”，故在产后突然受邪后短时间内肢体即不能屈伸，甚或不能着地行走者。

总之，产后身痛病因虽有不同，但历代医者都重视因产失血多虚为发病之根本，故提出养血为本，兼以和络，这一理论至今仍被临床医生所重视。

【病因病理】

本病的主要原因，是产伤所致气血亏虚。因为产后气血两虚，所谓重虚，百节空虚，经脉失养；或因产伤肾气，腰为肾之府，膝属肾，肾之经脉过足跟，肾虚，府失所养，经络失濡，故见腰痛、膝关节酸痛，足跟痛。本病的兼夹病因多为外感风寒，产后血去伤，正气不足，卫表不固，腠理不密，百节开张，若起居不慎，外邪易侵，风寒之邪，乘虚侵袭，风性善行，走窜于血脉经络，寒主收引，凝滞气血，经脉收引，气血运行不畅，经脉失养，导致身痛；若寒邪凝滞，气滞血瘀，瘀阻脉络、关节，亦致身痛。在我们的临床观察中，还有一种产后身痛，开始并不严重，但由于心情忧郁，情怀不畅，顾虑重重，以致心肝气郁，脉络不畅，气血失和，且心者，主血脉，肝者藏血，而性喜条达，全身之血脉，仰赖以肝血之供应，仰赖心神之主宰，心主血脉失职，肝藏血不足，气血郁阻于中上焦，外则营卫失和，是以周身疼痛，麻木加剧，内则使肝脾包括心在内调节气血脉络的功能失常，自然亦将加剧病证。

西医学认为，妊娠后期及分娩时，由于骨盆各关节的活动性增加，关节松弛，耻骨联合及骶髂关节轻度分离等，可致产后肢体关节疼痛；此外，妊娠，产后均需大量钙质供应，若母体营养未能满足此项需要，势必动用其长骨中储存的钙质来补充，因而也引起肢体骨骼疼痛不适症状。近来有人认为，本病主要由于产后休息不当，过早持久地活动或端坐，致使松弛的关节韧带不能恢复，造成劳损，或增加骶髂关节囊的损伤机会而致痛。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

1. 临床表现　产褥期间，出现肢体关节酸楚疼痛、麻木、重着等，甚则下肢痿痹不能行走，即可诊断为产后身痛。若失治或误治，症状延续至产褥期后，是属“痹证”范畴。

2. 检查　除常规体检外，应注意检查血常规、抗“O”、血沉、类风湿因子等。腰痛者应查尿常规等。

二、鉴别诊断

1. 痿证　二者症状都在肢体关节。产后身痛以肢体关节疼痛、重着、屈伸不利为特点，有时也兼麻木不仁或肿胀，但无瘫痿的表现；痿证则以肢体痿弱不固、肌肉瘦削为特点，肢体关节一般不痛。

2. 通过病史和有关检查，主要排除风湿性、类风湿性疾病，对腰痛者，还要与肾炎等鉴别。

【辨证论治】

本病有虚有实。虚者有血虚与肾虚两者，实者有血瘀与寒湿两者。虚者宜补，兼以和络，实者宜通，兼以温调，正如《沈氏女科辑要笺正》所云：“此证多血虚，宜滋养，或有风寒湿之气杂至之痹，则养血为主，稍参宣络，不可峻投风药。”

1. 血虚证

主证：产褥期中遍身关节酸痛，肢体酸楚、麻木，面色萎黄或㿠白，肌肤不泽，头晕心悸，气短懒言，失眠多梦，神疲乏力，舌质淡红，苔白，脉象细弱。

治法：补气养血，和络止痛。

方药：黄芪桂枝五物汤（《金匮要略》）。

黄芪 15～30 克，炙桂枝 6～10 克，白芍、炒当归各 10 克，党参 15 克，生姜 3 片，大枣 30 克。

服法：水煎分服，每日 1 剂。

加减：营血亏虚，头晕心悸明显，两目昏花者，加入熟地、枸杞子、鸡血藤各 10 克；脾弱气虚，腹胀矢气，大便偏溏者，加入炒白术 10 克，煨木香 6 克，炒山药 9 克；周身骨节酸痛明显者，加炒防风 6 克，防己 10 克，威灵仙 9 克，鸡血藤 15～30 克。

2. 肾虚证

主证：产后身痛，腰背酸痛为主，或有足跟痛，两腿乏力，俯仰不利，头晕目眩，两耳鸣响，按之可缓，眼眶黯黑，夜尿偏多，舌质淡或黯，苔少或薄白，脉象沉弱。

治法：补肾强腰，祛风和络。

方药：养荣壮肾汤（《叶氏女科证治》）。

杜仲、川续断、寄生、炒当归各 10 克，川芎 6 克，川独活 9 克，防风 9 克，肉桂（后下）5 克，生姜 3 片。

服法：水煎分服，每日 1 剂。

加减：若有外感风寒者，腰腿酸冷明显者，加入秦艽、威灵仙各 10 克，北细辛 3 克；若肾阳虚明显，腰腿酸冷，喜热熨者，加入骨碎补 9 克，补骨脂 10 克，仙灵脾 9 克；若兼脾虚夹湿者，腰腿重着，小便量偏少，腹胀矢气者，加入干姜 5 克，茯苓 12 克，制苍术 9 克。

3. 风寒证

主证：产褥期中肢体，关节疼痛，屈伸不利，或痛处游走不定，或疼痛剧烈如针刺，或肢体肿胀，麻木重着，或腰背强痛，步履艰难，或足不能任地，得热则舒，恶风怕冷，初起时可有恶寒发热、头痛，舌质淡红，苔白腻，脉象浮紧或细缓。

治法：散寒祛风，养血利湿。

方药：独活寄生汤（《备急千金要方》）加减。

川独活、桑寄生、秦艽、防风、川桂枝各 10 克，杜仲、怀牛膝各 12 克，川芎 5 克，细辛 3 克，干地黄、党参各 9 克，炒当归 10 克。

服法：水煎分服，每日 1 剂。

加减：若肾虚偏阳，腰腿酸冷明显者，加入炒川续断、仙灵脾各 10 克，骨碎补 9 克；寒凝血瘀，疼痛剧烈，寒冷明显者，加入制附片 6 克，桃仁、红花各 10 克；若湿浊偏甚，肢体关节沉重者，加入制苍、白术各 12 克，薏苡仁 15～30 克，淡干姜 3～5 克，茯苓 12 克。

4. 血瘀证

主证：产后身痛，四肢关节屈伸不利，按之痛甚，或肢体皮肤轻度紫黯，或兼小腹疼痛，恶露不畅，或恶露淋漓不尽，色紫黯类血块，舌质紫黯或有瘀点，苔色黄白，脉象细弦或细涩。

治法：养血活血，化瘀通络。

方药：身痛逐瘀汤（《医林改错》）。

秦艽 10 克，川芎 6 克，桃仁、红花各 9 克，甘草 5 克，羌活 9 克，当归、五灵脂、香附、牛膝各 10 克，干地龙 12 克。

服法：水煎分服，每日 1 剂。

加减：若血瘀较重，疼痛明显者，加入全蝎 5 克，炙乳香 6 克，炙没药 5 克；若兼寒湿，形寒肢冷者，加入炙桂枝 10 克，淡干姜 5 克，鸡血藤 15 克；若兼气血不足，伴有头晕眼花，心慌寐差，神疲乏力者，加入黄芪、党参各 15 克，熟地 10 克。

【临床体会】

产后身痛，最为主要的原因是气血虚弱，经脉失养，不荣则痛，但其痛不剧；其次是肾虚，肾虚所致之痛，大多反映在腰背或两膝，或者还有两足跟作痛，劳则加剧。在实证中，主要是风寒所致，故俗称“产后风”者，意即指本病与风有关，产后百脉空虚，腠理不密，节节亦呈空疏，所以最易为风寒所乘袭。而且其风寒侵袭后，直入于内，留伏于深处，如不及时治疗，常常导致慢性“痹证”，不易治愈。在实证中还有一种血瘀性的关节疼痛，常常局限在某一部分，以腰背关节疼痛为主，疼痛较为明显。此外，我们在临床上发现还有一种湿热性质的，大多发病在下肢或腰背部，以重着、

酸麻为主要反应，亦可能出现一些低热现象，一般均有小便黄少、烦热口渴、舌苔黄白腻厚等证候。但临床上所见者，大多属于上虚下实夹杂的证型，即血虚夹风，或肾虚夹风等证。正如《女科经纶·卷五》在“产后遍身疼痛属血气失其常途”中说：“产后有遍身疼痛证也。产后百节开张，血脉流散，日遍身，则自筋骨、皮肉、手足、胁腹、腰背，无处不痛，《大全》以为血滞经络，似属有余，然去血过多，虚而风寒袭之，亦为疼痛，故趁痛散为的对方药，陈无择乃云，不能疗，不若五积散，殊未确也。”

在治疗方面，一般以补养气血，和络止痛论治为主，但由于疼痛的关系，因此在治法上均偏于温养，如范济平在《陕西中医》1995年第6期上发表“采用《金匮要略》黄芪桂枝五物汤、当归生姜羊肉汤、千金内补当归建中汤合方治疗产后身痛130例，总有效率达到98%，具体药用：羊肉250克（先煎取汤），黄芪、桂枝、生姜、炙甘草各10克，当归、白芍、鸡血藤各30克，大枣5枚，水煎服，每日1剂。但如气血虚弱夹有风寒者，《经效产宝》所载趁痛散是治疗本病较为重要的方剂，药用：当归、黄芪、白术、炙甘草、独活、生姜、桂心、薤白、牛膝。原方主治下注明治产后遍身疼痛，筋脉拘急，四肢屈伸不利，喜按喜揉，头痛形寒等证，在具体运用中原方常去薤白，加入鸡血藤、防己或防风之类，较为合适，亦较为常用，如疼痛剧烈，又夹有血瘀现象者，还当在趁痛散中加入全蝎、炙蜈蚣、干地龙等品，不仅有助于活血通络，而且虫类药还有着搜风止痛的作用。在肾虚阳弱的产后身痛病证中，应用补肾强腰，养血祛风的养荣壮肾汤中，要重视骨碎补与仙灵脾的应用。骨碎补又名毛姜，是治疗腰俞酸痛的良药，《日华子本草》赞仙灵脾“治一切冷风劳气，补腰膝，强心力……筋骨挛急，四肢不任。”若精血已伤，肾性恶燥，虽有阳虚寒象，也不宜桂、附、干姜等大辛大热，有耗津灼液之弊，故不可妄投。若有少数湿热者，产褥期肢体关节红肿热痛，或伴低热淹缠，重在清热除湿，疏风活络，可用四妙丸，药如黄柏、薏苡米、苍术、怀牛膝，但在产后风的病证中，四妙丸还应组合《刘奉五妇科经验》中的清热除痹汤，疗效较好。后方药物用金银花藤、威灵仙、青风藤、海风藤、络石藤、防己、桑枝、追地风等。对湿热所致产后身痛，如不及时治疗，将易酿成痿证。

此外，在临床上诊治产后身痛时，需要注意产后情怀不畅，心肝气郁，气机壅滞，以致外则营卫失和，加剧了身痛、寒热的症状，内则阴阳失衡，脾胃中虚，后天生化之源不足，气血亏虚则不复，故常见产后身痛不易痊愈，或者反复发作，除佐用桂枝汤、逍遥散方外，心理疏导和情志调节很重要。俗云“心病必须心药医”，即此理也。

第九节 产后排尿异常

产褥期中排尿障碍，小便不通，或则小便频数失禁，或则小便淋痛，统称为产后排尿异常。又可分别称为产后小便难、产后小便数、产后尿失禁、产后淋病等，症状虽不一致，但总的病因病机是基本相同的，诊治上基本也是一致的。因其病发于产后，与产有关，故列入妇科范围，并合在一处论述之。

产后排尿异常中，若以小便不通为主症者，西医学称为“产后尿潴留”，多发于初

产妇，也可发生在正常分娩后，但以滞产及手术后为多见。若以小便频数，甚至小便失禁为主症者，则与西医学称为产后尿失禁，或与泌尿生殖瘘相似。若以小便淋痛为主症者，则多属于泌尿系感染。

本病在前人的论述中颇为多见，可能与古人的接生方法不妥有关，特别是一些难产妇，不仅死亡率较高，而且容易损伤膀胱与泌尿生殖器，如元代朱丹溪在《格致余论》中说："常尿胞因收生者不谨，以致破损。"明代王肯堂的《证治准绳·女科》中的再组方、黄芪当归汤治疗"膀胱为坐婆所伤"云：产后尿不禁，固脬散治"临产时伤乎脬破，小便不禁"，《补遗》补脬饮治"产后伤动脬破，终日不小便，但淋湿不干。"可见古法接生损伤或挤破膀胱的机会不在少数，故产后尿失禁者较多，实行新法接生后，产后排尿异常者已大有减少，但仍有所见。

【病因病理】

尿液的正常排出，有赖于膀胱气化的调节，所以膀胱是排尿最重要的脏器，前人亦称之为"胞"或作脬。《素问·灵兰秘典论》云："膀胱者，州都之官，津液藏焉，气化则能出矣。"又《素问·宣明五气论》云："膀胱不利为癃，不约为遗溺。"然而膀胱之气化功能，包括尿液的排出和约束，均有赖于肺、脾、肾的支持和调节，其中尤以肾阳之气更为重要。肺者，主气，通调水道，为水之上源，且津液经肺的肃降而下输至肾、膀胱化为尿液。脾者，主中气，运化水湿，转输于肺。肾者，水藏也，主前后二阴，与膀胱为表里。为泌尿、生殖的主宰。亦为水之下关。膀胱尿液能顺利排出，与肺气的通调、脾气的转输、肾气的开阖息息相关，若肺、脾、肾三脏的气化调节功能失常，涉及膀胱，或因膀胱自身受伤及致病因素的影响，便可发生产后排尿异常。

由此看产后气血不足，损伤膀胱所致气化失常则是最为主要的病变。首先是肾阳之气不足，其原因有二，一是素体或先天肾虚；二是分娩时损伤肾气，尤其是难产、滞产、剖宫产损伤肾气明显，肾阳之气不足，膀胱在一定程度亦受到损害，膀胱的气化功能得不到肾阳之气的支持，如气化不利则为癃闭，如约束不利则为小便失禁和遗溺。有时感受寒凉，使阳气更为不利，从而加重癃闭和遗溺。肺脾气虚，也为本病常见病因，又分两个方面：一是素体虚弱，肺脾气虚；二是产时劳力伤气，或因产程过长，或因产时用力过度，耗气过多，或因产时失血较多，气随血耗，肺脾之气益虚，上虚不能制下，通调水道之力减弱，以致气化功能失常，功能不及，膀胱不利为癃，气机失于约束，膀胱松弛则为遗溺，或频数不止。此外尚有一种肺脾肾气分虽虚，膀胱虽有所损害，虽然有轻度的气化不利或气机不约，但尚不足以形成明显的病变，然而素体抑郁，产后情怀不畅，忧郁烦恼不已，以致心肝气郁，气机阻滞，亦可导致产后膀胱不利为癃，或则郁而化火，肝气疏泄过度，亦将致产后膀胱不约为遗溺。

湿热蕴脬，大多为本病的继发因素，或者继发于肾虚气虚、肝郁之后，或者因产时外阴不洁，或因接生不慎，致阴部创伤，或产后外阴洗具，纸垫不洁，均可感染秽浊湿热之邪，上犯膀胱，或产后过食肥甘厚腻辛热之品，致使脾失健运，积湿生热，湿热秽浊下流人于膀胱，致令膀胱气化失常，排泄尿液不利，致发产后小便淋痛者，亦常有所见。在流产或引产后亦为常见。

西医学认为：由于分娩时膀胱高度伸张，其底部受胎头压迫损伤，有时膀胱三角区水肿，或因神经受压，膀胱收缩功能障碍，可引起产后排尿不畅或尿潴留；兼之手术产、导尿等，易继发感染而引起膀胱炎，倘不及时控制，则可发展为肾盂肾炎；以往有慢性尿路感染病史者，产后亦甚易复发。又据《临床产科学》中“分娩过程中泌尿系统并发症”之分析，产后尿潴留，多因产程延长，膀胱受压过久而充血水肿；或因膀胱受压而神经麻痹，紧张度和感受性降低，使得排尿反射消失。本病还可由于手术或产后会阴伤口局部的疼痛，引起尿道口的痉挛而影响排尿。此外，也可因产后精神紧张不敢排尿，或不习惯于病室内环境，或不习惯于躺在病床上用便盆小便。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

1. 临床表现　产后排尿困难，小便点滴而下，甚或闭塞不通，或尿急频频而欲解不出，小腹胀急疼痛。或小便次数增多，甚则日夜数十次。或产后不能约束小便，尿液不时由阴道内流出。或溺时淋漓涩痛，小便黄赤或浑浊。可伴有面色无华，倦怠乏力，语音低怯，小腹坠胀，或腰膝酸软，四肢不温，或精神抑郁，两胁胀痛，或心腹胀满刺痛，心烦口渴，舌质淡苔白，或苔黄腻，脉象缓弱或沉迟，或弦数等。

2. 检查　妇科检查了解子宫复旧情况，有无尿道膨出、膀胱膨出，尿道横沟是否消失。必要时采用导尿、膀胱镜检查及尿道膀胱镜检查，以确定产伤所致尿瘘的位置与大小。还应作小便常规化验，以了解产后排尿异常是否为尿路感染所致。

二、鉴别诊断

1. 尿血　以小便出血，尿色红赤为其特征，且多无疼痛感；产后排尿异常表现淋漓者，有时也可出现尿色红赤，但以小便时淋漓而疼痛难忍为其特点。

2. 尿浊　小便混浊，色白如泔浆，但排尿时无疼痛滞涩感；产后小便淋痛有时可出现小便混浊，而以其淋痛与尿浊相鉴别。

3. 小便生成障碍　其特点是膀胱内无小便潴留，故无尿或少尿时，腹软无胀急疼痛感；产后小便不通为膀胱内有尿而排出困难，故有小腹膨隆、胀急、疼痛等以资鉴别。

4. 其他　还有泌尿系结石、肿瘤等疼痛也可伴有尿道刺激症状或尿血，临床当根据排尿异常的症状，结合病史、分娩史和采用 X 线肾盂造影及膀胱镜检查等手段以明确诊断。

【辨证论治】

本病证主要为气虚所致，而气虚中尤以肾阳之气虚更为重要，可简称为肾虚，其他气虚实际上是肺脾气虚。同时还有心肝气郁，虚中夹实的气郁；还有继发的湿热证型，可简称湿热。治疗的重点在于补气，癃闭者佐以通利，遗溺者佐以固涩，但对虚中有实的肝郁、湿热，又当分别予以疏解清利等法治之。

1. 肾虚证

主证：产后小便不通，小腹胀急疼痛，或小便频数或自遗，尿液清白，而色晦黯，

精神疲倦，腰膝酸软，形寒肢冷，大便易溏，舌质淡红，苔白润，脉象沉迟。

治法：补肾温阳，化气行水。

方药：肾气丸（《金匮要略》）加减。

干地黄 10 克，山药 15 克，山萸肉 6 克，茯苓、丹皮、泽泻、桂枝各 10 克，制附片 6～10 克。

服法：水煎分服，每日 1～2 剂。

加减：小便不通者，必须加入乌药 6 克，车前子（包煎）15 克，怀牛膝 10 克；小便频数自遗者，必须加入桑螵蛸 10 克，金樱子 10 克，炒芡实、覆盆子各 10 克；偏于阳虚，腰腿酸冷，小腹胀冷者，上方重用附、桂，再加入鹿角片（先煎）10 克，红参 9～10 克；偏于阴虚，见咽干，五心烦热，舌红苔少，脉象细数者，重用地黄，再加炒黄柏 10 克，玄参 9 克，但应去附子、桂枝，肉桂少量加入。

2. 气虚证

主证：产后小便不通，小腹胀急，欲解不能，或小便频数失禁，甚则自遗，面色少华，倦怠少力、短气懒言，语言低弱，舌质淡，苔薄白，脉缓弱或细。

治法：补气温阳，健脾升清。

方药：补中益气汤（《脾胃论》）。

党参 15～30 克，黄芪 30 克，白术、茯苓各 10 克，陈皮 6 克，升麻 6 克，炒枳壳 9 克，炒当归、山药各 10 克，醋炒柴胡 5 克。

服法：水煎分服，每日 1～2 剂。

加减：小便不通者，应加入车前子（包煎）15 克，泽泻 10 克，猪苓 10 克；肺气虚者，加入沙参 10 克，桔梗 10 克，升提肺气，下病上取，提壶揭盖之意；小便频数失禁者，应加入金樱子，炒芡实、益智仁各 10 克。

3. 肝郁证

主证：产后小腹胀急欲解，小便点滴不畅，或小便艰涩而痛，余沥不尽，性情抑郁，胸闷不安，善叹息，甚则两胁、乳房胀痛，或沉默寡言，脉象细弦，舌质偏黯。

治法：疏肝行气，通调水道。

方药：逍遥散。

炒当归、赤白芍、白术、茯苓各 10 克，炒柴胡 5 克，广郁金 9 克，广陈皮 6 克，制香附 9 克，娑罗子 10 克，石菖蒲 5 克。

服法：水煎分服，每日 1～2 剂。

加减：若以癃闭为主，则小腹胀急疼痛，便解不畅者，当合《妇科玉尺》的木通散，木通散药用：木通 6 克，滑石（包煎）10 克，冬葵子 9 克，炒槟榔，炒枳壳各 10 克，甘草 6 克；若以小便频数，甚则失禁遗溺者，当合《妇人良方》的缩泉丸，缩泉丸药用：乌药 6～10 克，益智仁 6～10 克。

4. 湿热证

主证：产后尿意频数，淋漓不畅，艰涩刺痛灼热，尿黄赤或混浊，面色垢黄，口干渴不多饮，胸闷食少，或恶寒发热，面赤心烦，舌质红苔黄腻，脉象滑数。

治法：清热除湿，利湿通淋。

方药：八正散加减（《太平惠民和剂局方》）。

瞿麦 6~10 克，扁蓄、滑石、车前子各 10 克，木通 6 克，甘草梢 6 克，栀子 9 克，大黄 5 克，茯苓 12 克，赤白芍、山药各 10 克。

服法：水煎分服，每日 1 剂。

加减：若伴有恶露不绝者，可加入泽兰叶、大小蓟各 10 克，益母草、马齿苋各 15 克；湿甚于热，出现小腹胀痛，腰骶酸楚者，加入乌药 6 克，肉桂（后下）3 克，寄生 12 克；上方可去大黄；若脾胃失和，出现腹胀矢气，大便偏溏者，上方去栀子、大黄，加煨木香 6~9 克，砂仁（后下）5 克，制苍、白术各 10 克。

【临床体会】

产后排尿异常，是指产后小便不通、频数、失禁等症。在其形成和发展的具体机制方面，现代医学观察很为细致，如《实用妇科学》认为：产后尿潴留多发生子第二产程滞产者，因膀胱受压过久造成暂时性神经支配障碍，膀胱尿道内口水肿，若同时有会阴切口的疼痛反射，三者可共同造成产后尿潴留。尿潴留未能及时处理，膀胱过度扩张而肌肉纤维受损，失去弹性收缩力而麻痹，恢复很慢，甚至可因膀胱顶区肌肉机构虚弱而破裂，或长期膀胱颈受压而发生坏死；膀胱积尿，又可继发膀胱炎、肾盂坚炎，造成产后尿失禁，主要是由于分娩时胎儿先露部对盆底韧带及肌肉的过度扩张，或手术产如产钳、臀位引产损伤以及体力不佳，产后咳嗽及一切增加腹压的因素，均可使盆底松弛，膀胱颈下降，改变了膀胱与尿道间的正常角度，并影响了尿道括约肌功能而发生张力性尿失禁。产伤导致泌尿生殖道瘘，则因滞产发生后，尤其是第二产程延长时，膀胱阴道前壁、尿道等软组织受压于耻骨和胎儿先露之间，逐渐出现水肿、缺血、坏死、溃烂，尤其是在第二产程，受压超过 4 小时，即有可能发生组织坏死，产后 5~14 天，坏死组织脱落，形成瘘孔，根据梗阻部位的高低，可形成泌尿系统与生殖器官之间不同的瘘道，使尿液不时地由阴道内流出。除滞产致瘘外，在产科手术中操作粗暴，所用器械直接操作阴道壁、膀胱及尿道，或子宫破裂，并发膀胱损伤，或剖宫产手术切口撕裂延长，损及膀胱组织，术中疏忽，未予处理，而形成尿瘘。产后尿潴留，产后尿失禁，或泌尿生殖道瘘，加上外阴切口，手术产时导尿，和产妇抵抗力弱，特别是尿瘘，容易并发尿路感染而发生尿路刺激症状等。以往有慢性尿路感染病史者，产后亦甚易复发。中医学对此认为气虚是最为主要的病变，气虚者有肾阳之气之足，肺脾气虚二者，其中肾虚尤为重要。因为泌尿、生殖均与肾有关，而产亦与肾有关，特别是膀胱，与肾相为表里，膀胱的气化功能，其气的来源主要在肾，当然肺脾之气亦有关。所以我们认为在损伤肾气时，常涉及其阳。气虚的同时，尚不能忽略气郁，即气滞，此与精神情志因素有关，在气虚患者中，亦不能忽略原有湿热内伏在产后重虚下发作。关于产伤损胞，即损伤膀胱甚至尿瘘，一般根据具体症状，大多亦与肾虚、气虚有关，局部损伤严重，甚则破损或瘘道者，应考虑手术处理。

在治疗方面。应根据辨证的前提进行论治。气虚的补气，兼调肺脾，临床上常用补中益气汤，重用黄芪党参，肾虚的重在助阳，用肾气丸治疗，最好能加入红参，或者别直参 3~6 克，甚则 9 克，鹿茸粉 3 克（分吞）。肝郁者除药物治疗外尚需结合心理

疏导，调节情绪，解除一切思想顾虑。产伤损胞，大多表现为产后小便淋漓不断，或不能约束而自遗，或尿中夹有血液，治法上一般以补气固脬，一般医学书籍均用黄芪当归散，药用人参、黄芪、当归、白芍、甘草、炒白术、生姜、大枣。但在明代时，就有补脬饮，如《证治准绳·女科》所载的补遗固脬饮，药用生丝绢、白牡丹根皮末、白及粉，实际上早在宋代时，《妇人大全良方》就载有补脬饮，药用黄丝绢三尺，白茅根6克，马勃末6克。近人将黄绢易为蚕茧，再加入白及粉、黄芪、党参、桑螵蛸，更为合适。但损伤膀胱者，极易继发湿热，引起感染。故尚需加入黄柏、马齿苋之属。我们在临床上对肾虚夹湿热所致小便淋漓不畅者，常治以滋肾丸为要方。滋肾丸药用：黄柏、知母、肉桂少量反佐，必要时亦可加入乌药少量以治之。在产后排尿异常中，针灸及外治方法亦颇为重要。针刺一般取用关元、气海、三阴交、阴陵泉等穴，手法用中强刺激，留针20～30分钟，每次取2～个3穴。外治法。(1) 推拿指压法：①利尿穴，位于脐至耻骨联合之间，在此点推压并间断向耻骨联合方向下推，手法按逆时针方向，先轻后重，每次10～15分钟；②取利尿穴，使病人平卧或半卧位，术者立病人一侧，以单手拇指或双手拇指掌侧置穴上，垂直向下按压，先轻后重，逐渐加力，并嘱患者努力排尿，同时利用掌自下腹两侧向内下方逐渐挤压，至尿液排尽为止。(2) 热敷法。以粗盐炒热用布包熨下腹部，每次20～30分钟。

第十节　产褥期精神障碍

产褥期精神障碍，系特指发生于产褥期间的精神活动失常，多发生于产后4周以内。

产褥期精神障碍，中医学中以精神障碍中的主证命名，有称之为“产后发狂”、“产后癫狂”、“产后乍见鬼神”、“产后忧郁”等，表现为产后妇人精神抑郁，沉默寡言，情志烦乱，哭笑无常，哈欠频作，甚则登高而歌，弃衣而走，打人毁物，谩骂不识亲疏。此病最早见于《诸病源候论》，俟后妇科著作均有所论述。本病若不及时治疗，产妇可出现自杀倾向，或伤害婴儿，影响夫妻关系或整个家庭，应当予以重视。

【病因病理】

产后精神障碍的原因多因体质虚弱，产时失血耗气，阴血亏虚，血不养心，心神失养；或素性抑郁，产后气血亏虚，血虚肝木失养，肝失藏血，血不舍魂，则魂不守舍；或过度忧愁思虑，损伤心脾；或产后元气本亏，再因劳倦，气虚无力运血，败血滞留成瘀，败血攻心发为本病，所以本病的发生，第一是体质虚弱，气血不足，心肝肾的内质匮乏；第二是精神情志因素，以及紧张思虑过度等因素的不断刺激；第三是内在的败血成瘀，瘀攻于心，正如《万氏女科》曰：“产后虚弱，败血停积，闭于心窍，神志不能明了，故多昏困。”又云：“心主血，血去太多，心神恍惚，睡卧不安，言语失度。”《普济方·妇人产后诸疾门》中亦有“夫人忧愁思虑则伤心，心虚故邪从之。新产之人，内亡津液，而血虚气弱，使人神志昏乱，言语错谬恍惚不宁，甚者变狂癫之证。”在最早的《诸病源候论》中认为“产后气血俱虚，受风邪入并于阴则

癫……邪人并阳则狂。”《陈素庵妇科补解》中对产后乍见鬼神的机制认为：“乍见鬼神，由心血虚而邪干之也。所谓邪者，败血也，痰也，火也。血与痰有形，而火无形，无形之火能载有形之痰与血而上奔，有形之痰血能随无形之火而上逆。血，水类，血虚则不能制火而上炎，痰随火涌，火上行则瘀血随之而冲入心，是以心神恍惚怖畏，如见鬼神也。”这说明在产后阴亏虚的前提下，心肝失养，不仅心神不宁，而且气火偏旺，火旺则能炼液成痰，痰火上扰心神，如若兼血瘀则病证更为复杂和顽固。

西医学认为：产褥期精神障碍与许多因素有关，如：原有精神病史，社会逆境，早年丧母，孩提时期父母离异，婚前即存在婚姻矛盾，性交稀少，与母亲不和，保守，认真和固执的性格，焦虑的个性，有剖宫产史或产钳术史，分娩后母体内分泌系统功能急剧变化，产后雌激素和孕激素含量迅速下降，胎盘类固醇分泌减少，产后皮质酮消失，尿中去甲肾上腺素减少，分娩后出血、疲劳、子宫复旧不良，照料婴儿等家务琐事不顺心等。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

1. 临床表现　产后1周出现情绪低落，伤心，流泪，且呈昼夜变化的趋势，即夜间加重；尚有内疚、焦虑、易怒、食欲减退、睡眠障碍、性欲减低、易疲劳、处理事情的能力低下，不能履行做母亲的职责等，甚则发为狂躁、癫忧、如见鬼神等。

2. 检查　应常规作如下检查，以排除由于垂体、甲状腺低功能及激素水平低下所致者。

（1）垂体功能检查；

（2）基础代谢率检查；

（3）血常规检查：重点检测血红蛋白及红细胞；

（4）雌激素水平测定。

二、鉴别诊断

1. 产后神经衰弱　主要表现为失眠、多梦、记忆力下降及乏力等，经充分体息，可较快恢复。

2. 产后胃肠神经功能紊乱　精神紧张后多有腹泻症状，可伴有乏力、爱出汗等，但不表现其他精神活动异常。

3. 产母郁闷　从开始分娩至产褥第7天间，所出现的一过性哭泣或忧郁状态，占产妇的50%～70%，以产后3日内发病者最多，又称“三日闷”，病程短，病情轻，发病率高。

【辨证论治】

本病的主要证型，分为心脾两虚、肝郁脾虚、痰火、血瘀四者，治疗上着重在心肝，安定神魂，或清火化痰，活血化瘀宁心等法调治之。

1. 心脾两虚证

主证：产后精神不振，夜寐不安，神志恍惚，悲伤欲哭，不能自主，情绪低落，

舌质淡红，苔色薄白，脉象沉细无力。

治法：养心益脾，滋液安神。

方药：甘麦大枣汤（《金匮要略》）合归脾汤（《济生方》）。

小麦10克，甘草6克，大枣5枚，黄芪20克，太子参30克，广木香6~9克，白术10克，茯苓、神各10克，炙远志6克，炒枣仁10克，合欢皮9克。

服法：水煎分服，每日1剂。

加减：若失眠明显者，应加入柏子仁10克，青龙齿（先煎）10克；若腹胀矢气，大便偏溏者，应加入砂仁（后下）5克，六曲10克；小腹有凉感，腹鸣便溏者，还当加炮姜5克，肉桂（后下）5克；心烦口渴，夜寐甚差，舌尖尤红者，加入黄连5克，莲子心3克，黛灯心1米；若伴痰热，口腻痰多，舌苔厚腻，胡言乱语者，应加入竹沥制半夏6克，广郁金（明矾拌）9克，化橘红6克，陈胆星9克，必要时加入牛黄清心丸。

2. 肝郁脾虚证

主证：精神郁闷，沉默寡言，性情孤僻，或则心烦易怒，头昏头痛，失眠多梦，善太息，胸胁乳房胀痛，或呕恶痰涎，神疲乏力，舌质淡红，苔薄白腻，脉象弦细。

治法：舒肝解郁，健脾安神。

方药：逍遥散（《太平惠民和剂局方》）加味。

炒当归、赤白芍、白术、茯苓各10克，炒柴胡5克，广郁金9克，石菖蒲6克，合欢皮12克，广陈皮5克。

服法：水煎分服，每日1剂。

加减：若脾虚明显，腹胀便溏，神疲乏力明显者，加入广木香9克，党参15克，砂仁（后下）5克；若肝热偏重，大便燥结，口苦口渴者，加入大黄5克，黄连3克，郁李仁10克，柏子仁9克；若肝热扰心，五心烦热，急躁忿怒者，加入栀子10克，丹皮9克，钩藤15克，苦丁茶9克；若胃腑痰浊偏甚，呕恶痰涎，脘部痞闷者，加入制半夏9克，广藿香6克，炒枳壳6克。

3. 痰火证

主证：起病较急，烦躁易怒，哭笑无常，狂躁不安，甚则打人毁物，弃衣而走，登高而歌，喉中痰鸣，面赤目赤，大便秘结，舌质红绛，苔黄腻较厚，脉象滑数。

治法：泻火涤痰，宁心安神。

方药：黄连温胆汤（《温热经纬》）加味。

黄连5克，炒竹茹6克，炒枳实10克，制半夏、炙橘红各6克，茯苓12克，甘草3克，陈胆星10克，青龙齿（先煎）10克，钩藤20~30克。

服法：水煎分服，每日2剂。

加减：若火热偏甚，而红目赤，狂证明显者，加入大黄6~10克，元明粉（后下）9克，青礞石（先煎）10~15克，若夜难入寐，躁动不安者，加入紫贝齿（先煎）10克，生铁落（先煎）30~60克；若口腻痰多，舌苔黄白而厚者，加入竹沥一匙，吞服，瓜蒌皮10克，制川朴6~10克。

4. 血瘀证

主证：产后恶露不下，或下而不畅，色黑有血块，小腹硬痛，拒按，默默无语，焦虑，欲哭无声，神思恍惚，记忆力下降，食欲减退，或神志错乱，如见鬼神，喜怒无常，哭笑不休，登高弃衣，不识亲疏，狂态毕具，面色晦黯，舌质边紫，脉象细涩。

治法：活血化瘀，醒神安脑。

方药：癫狂梦醒汤（《医林改错》）加减。

桃仁15克，红花9克，香附10克，青皮6克，柴胡6克，木通6克，赤芍10克，制半夏5克，桑白皮10克，大腹皮10克，苏子10克，甘草3克。

服法：水煎分服，每日1~2次。

加减：若兼有热结，大便燥艰，加入大黄6克，炒枳实10克；若瘀结较甚者，尚应加入五灵脂10克，琥珀粉（另吞）3克，必要时加入地鳖虫6克，麝香粉0.1~0.3克（另吞）；若兼夹痰浊者，加入制苍术10克，陈胆星9克，炙橘红6克。

【临床体会】

产褥期精神障碍，包括产后抑郁，亦包括中医学中的“产后发狂”、“产后癫狂”、“产后乍见鬼神”等病证在内。产褥期精神障碍以发病急、症状经过多样性为其特点，多有先驱症状，如失眠、焦躁不安、忧郁、悲哀易激动、头痛困惑等，可有一过性精神错乱或谵妄状态，进而入于抑郁状态者多见，躁狂状态少见，也有表现为幻觉妄想型的。据西医学分类精障碍从临床表现可分为以下四种类型。

1. 忧郁淡漠型　本型最为多见，多发生在产后一周。初起言语迟缓，反应迟钝，情绪低落，抑郁，焦虑和激动，有自卑感，无故悲伤落泪，失眠，或可出现言行减少，嗜睡无力，与中医学中的“脏躁”相一致。

2. 狂躁兴奋型　本型较少见，多表现为情绪高昂，焦躁不安易怒，思维错乱，言行增多、夸张，也有打人毁物者，甚则弃衣而走，登高而歌，此即中医学中的“产后如狂”。

3. 神经证型　表现为失眠、头痛、眩晕、疲乏无力、食欲不振、腹泻等自主神经功能紊乱证，类似于中医学中产后失眠、产后头痛等病证。

4. 幻觉妄想型　思想紊乱，情绪淡漠，语言杂乱，行为孤僻，有各种幻想及妄想，思维抽象，违反逻辑，且有打人毁物、自杀等冲动行为，但仅短暂为之，长期内处于幻想或妄想之间，喜欢孤独。

在具体处理时，应注意如下几个方面。

1. 注意心理疗法　分娩本身与产后精神疾病发生有关。此种患者，多在孕期或分娩时有重大精神创伤史，因缺乏早期注意，产后又加重其负担，而导致产后精神失常。精神病的治疗重要的在于矫正其病态心理，因此说心理治疗是精神病的基本疗法之一。医生和病人建立良好的关系，取得病人的信任，解除病人的心理负担，给病人创造良好的生活环境，使病人心情舒畅，精神愉快，促进身心早日康复。在心理疏导的过程中，还必须搞清原因，解决一些实际问题，才能达到要求。

2. 中西医药结合，针药并用　导致产褥期精神障碍病因多种多样，因此在治疗上应针对病因和临床特点，采用中西医结合的方法治疗较为理想。方法如下。

（1）忧郁状态：属于中医气郁痰阻型。中药常选用逍遥散合温胆汤：药用制半夏、陈皮、茯苓、甘草、竹茹、炒枳实、石菖蒲、广郁金、炒柴胡、胆星、炒枣仁、炙远志等品。西药应用多塞平（多虑平）、地西泮（安定）、谷维素等合治之。

（2）狂躁兴奋状态：属于中医痰火扰心证。中医药一般用生铁落饮加味。药用生铁落15～30克，天冬、麦冬各9克，浙贝母6克，陈胆星10克，炙橘红6克，炙远志、石菖蒲各10克，茯苓神各12克，钩藤15～30克，丹参15克，朱砂0.5克（冲服）。同时可兼服礞石滚痰丸、琥珀抱龙丸以治之。西药可用氯丙嗪、奋乃静等促睡眠疗法。

（3）神经症状态：属于中医肝郁脾虚证。中医方药应用越鞠丸或逍遥散等。西医药可选用谷维素、地西泮等。

（4）错乱-谵妄状态：常并发于产褥感染，属中医瘀血乘心。中医药常可选用癫狂梦醒汤，具体方药见前辨证论治项，但要注意两种情况。其一是盆腔炎，热毒犯乎心包证，一般均见有高热，高热神昏，谵语，用清营汤合牛黄清心丸；其二是蓄血证，用下瘀血汤，药用大黄、䗪虫、桃仁等药下之。我院有一位老中医曾经介绍，他在治疗产后瘀血内结，昼则明了，入夜谵语，大便秘结，解下时色呈黑变，自觉小腹胀满，按之有疼痛感，口渴不欲饮，用桃核承气汤5付即愈，亦认为属于产后下焦蓄血证。可与本病参考之。西药亦同上。

（5）无力困惑状态：是产褥期精神障碍转为慢性常见的一种类型，常由产后垂体、甲状腺功能低下引起。属于中医心肾亏虚，可用左、右归丸，加入益智仁、炙远志、胆星、琥珀、太子参或红、白人参等。西医药可用大脑组织液、胎盘组织液、维生素B_1、维生素B_{12}、维生素C，或给予相应的激素疗法。

以上五种类型，皆可配合针灸治疗，对于产后精神障碍心理疗法至为重要，但要针药并投，则可相得益彰，功效较好亦较快，临床上应注意用之。

第十五章

不　孕　症

女子婚后，夫妇同居2年以上，性生活正常，男方生殖功能正常，未避孕而未受孕者；或者曾经孕育过，夫妇同居，男方仍然很健康，未避孕而两年未再受孕者，称为不孕症。前者称为原发性不孕，后者称为继发性不孕。原发性不孕症，在《山海经》中称为无子。《备急千金要方》称为全不产。继发性不孕症，在《备急千金要方》中称为“断绪”。据统计，生殖功能正常，而未避孕的育龄夫妇，60%在婚后6个月内怀孕。80%～85%甚至达90%在婚后1年内怀孕。所以现代国内外有认为：婚后1年以上未怀孕者，即应被怀疑有生殖功能障碍而定为“不孕症”者。因此，我们认为大年龄的结婚夫妇，同居1年以上，未避孕而男方又健康者就可被认为是“不孕症”。

根据不孕的原因分析，又可分为相对性不孕和绝对性不孕。所谓绝对性不孕症，是指夫妇一方先天或后天，主要是先天、解剖生理方面的缺陷异常无法纠正而不能妊娠者。相对性不孕症，是指夫妇一方因某种因素，阻碍受孕，导致暂时性的不孕，一旦得到纠正后，仍能受孕者。因此本章所要讨论的是发生于女方的相对性不孕症。

生殖的基本条件，就中医学来说。我们综合前人所论，应具备①肾中精气充盛，具备发育成熟的精卵；②天癸至，癸水充盛；③冲任通盛，月经应候；④阴阳交媾，两精相搏；⑤子宫摄受，温煦育麟。现代医学认为，受孕是一个复杂的生理过程，必须具备下列条件：卵巢排出正常卵子，卵子和精子能够在输卵管内相遇，并结合成为受精卵，受精卵顺利地被输入子宫腔，子宫内膜已充分准备，适合受精卵着床，并有着各种营养的条件。因此在中西医学所提出受孕条件中有任何一个环节失常，即可导

致不孕，所以中医学首先指出了肾虚、肾阴虚、天癸至而不盛、精卵不得发育成熟者；肾阳虚，阳水阳气不盛，不能温煦子宫，以致精卵结合后，在子宫内不能发育，亦致不孕；阴虚火旺，灼伤精卵，或则阳虚气寒，精卵不能结合，自然导致不孕；其他如心肝气郁，精神紧张，可致阴阳消长转化不利，排卵不畅，亦致不孕；血瘀湿热内结，既影响周期节律，亦影响生殖节律，又影响冲任的通盛气血的流畅，均致不孕；痰浊水湿内阻，蕴结于子宫冲任卵巢，可致多脂多毛，月经后期量少，自然影响孕育，但前提在于肾虚。

现代医学认为不孕的常见因素有：首先是排卵障碍，其原因十分复杂，既有全身性的因素，亦有卵巢局部的因素，既有一般的因素，又有中枢性的影响；其次是输卵管虽然通畅，但由于炎症造成输卵管周围粘连，或输卵管内膜被破坏，管壁僵硬，影响内膜纤毛运动和管壁蠕动，使运送精卵能力下降，也难受孕；还有输卵管的先天缺陷，如输卵管发育不全，过短、细长、扭曲、无管腔等，多形成绝对性不孕。其他还有子宫因素、宫颈因素、外阴与阴道因素，如属先天发育因素而致的绝对性不孕症者，均不属于此。近年来，随着免疫学的发展，免疫因素所致不孕已经得到重视，免疫所致不孕者，认为女子血液中或生殖道局部，可产生抗精子抗体，此种抗体对精子具有凝集或制动作用，以及促进巨噬细胞对精子的吞噬作用。此外，对卵巢产生自身抗体，也可导致不孕，最主要的是抗透明带抗体，其机制可能是由于一种不明来源的抗原致敏所致，这种抗原与透明带具有交叉反应。

本节我们根据临床上较为常见的不孕症，即功能性的如排卵功能障碍性、黄体功能不全、免疫性、卵巢过度刺激综合征等所致的不孕症作为重点介绍。输卵管阻塞性不孕症与急慢性盆腔炎症有关，将在该节介绍，兹不赘述。

第一节 排卵功能障碍性不孕症

排卵功能障碍者，即指卵泡不能发育成熟，或者成熟后不能排出者，卵泡卵子不能排出，自然影响生育。其临床表现，月经虽然能来潮，一般表现出后期、量少，尤以量少为主。有的甚至可能出现闭经或者崩漏，但闭经、崩漏以及月经后期、量少明显者，分别列入闭经、崩漏以及月经后期中；量少明显者，分别列入闭经、月经稀发等有关病证中；此处所指排卵功能障碍性不孕症者，虽亦表现出一定的月经失调、经量少，但这些症状尚不突出。引发本病的原因很多，既有先天发育不良的因素，又有后天病理损伤的因素，既有全身性疾病所引起的，亦有卵巢本身的因素。我们这里所要讨论的是由内分泌调节系统失常所引起的无排卵性功能障碍性病变。这种病变的病人，卵巢内虽有卵泡发育，但并不排卵，也无黄体形成。在不孕症中较为常见，约占女性不孕症的 7.3% - 8.6%，可见排卵功能障碍在女性不孕症中，特别是原发性不孕症中占有重要地位。中医学认为肾藏精，包括生殖之精（卵）。因此排卵功能障碍，甚或无排卵者，必与肾有关，特别是与肾阴不足，癸水不充有关，也是本病证中最为主要的原因与证型。

【病因病理】

无排卵性，排卵功能障碍，是与下丘脑—垂体前叶—卵巢轴内分泌系统间的相互作用、支配、调节育龄妇女排卵和月经的功能失常有关。而体内外的多种因素，如精神过度紧张和焦虑，环境和气候骤变，过度劳累，营养不良，疾病消耗，下丘脑、脑垂体、卵巢疾病、甲状腺、肾上腺等的功能亢进或减退、染色体异常，均可影响上述调节机制，使调节排卵周期的关键信息物质雌二醇的水平和周期变化失常，不能高到激起排卵期 LH 分泌高峰的出现，或低到不足以重新刺激 FSH 分泌促进卵泡发育，从而发生排卵障碍。

从中医学角度来看，无排卵、排卵障碍的最大原因在于肾阴不足，癸水不充，水不足，自然不能滋养精（卵），则精（卵）自然不能发育成熟，故形成排卵障碍。我们体会，无排卵者，有着血、阴、水、精（卵）的内在关联的一系列问题。具体来说，血者，即人之血液也，环流周身，藏之于肝，汇聚于冲脉血海，注入于子宫之内；肾阴者，肾之阴分也，包含多种内容；而癸水者，是一种肉眼看不到的水样物质，与肾阴共同涵养精卵，使精卵发育成熟，同时又有涵养子宫内膜，使之血海不断充盈。血、阴、水三者有所不足，均将影响精卵的发育，尤其是天癸之水的作用更为重要。血、阴、水三者所以有所不足，有着先天的因素，即禀赋不足，肾气欠盛，或遗传因子等，导致癸水欠至，冲任不良；其次是后天的病理因素，如房劳多产，性生活过频，或人工流产，自然流产过多，亦必耗损肾阴，导致肾阴不足，阴水亏少，癸水少则必将影响生殖之精的发育，其他如烦劳过度，烟酒过多，生活很不规律，或大病久病之后，营养较差，劳心过度，均足以耗损阴水，阴水不足程度较重者，不能顺应月经周期的演变，更不能使精卵发育，自然不能形成排卵，亦有阴虚程度较轻，癸水亦有所不足，能够顺应月经周期演变，亦能使卵泡发育，但质量较差，排卵时出现障碍。亦有阴虚阳弱，或者素体不足所致，或者由脾虚所致阳弱者，既有阳弱，则阴虚更不能复，阴虚稍久，阴不养阳可致阳虚，阳虚则阴虚亦加重，甚则阳虚超过了阴虚，此谓偏于阳虚，亦不能助长精卵发育，亦不能形成排卵，故亦出现排卵功能障碍。临床上后一种情况亦有所见，但以阴虚所致者为主。正如《石室秘录》中所说："肾水（包括癸水）亏者，子宫燥涸，禾苗无雨露之濡，亦成萎亏。"说明了肾阴癸水之不足，既不能涵养子宫，又不能滋养禾苗，自然不能发育成熟结出稻谷。我们体会，肾阴不足，癸水不充，或者阳亦不足，阳虚甚于阴者，在其较长时期的病变过程中，常常容易兼夹其他因素，导致阴虚者更不易恢复。仅临床所及，常可兼夹心肝气郁或郁火，气滞血瘀，痰脂湿浊，脾胃虚弱，其中尤以心肝气郁为多见。

1. 心肝气郁或郁火　所谓心肝气郁或郁火者，又常与精神因素有关，亦即是心理欠稳定者。《校注妇人良方》引寇宗奭言曰："……积想在心，思虑过度，多致劳损……女子则月水先闭。"我们在临床上经常观察到一些本病患者常因心情焦急，压力颇大，思想包袱严重，或则内心忧急，情怀抑郁，或则长年精神不乐，思想郁结，心理极不稳定，以致心肝气郁，神魂不宁，或由于体禀阴虚，故气郁易化为火，将直接干扰心肾子宫生殖轴的生理功能，因为化火之后，气火上炎，致心气不得下降，胞脉

易于闭塞，常可致月经后期，经量偏少，而且心肝之间，内藏神魂，神魂者有驾驭精卵排出的功能，是以神魂不宁，排泄精卵失常。此外心肝气郁，反过来，将损耗肾阴癸水，阴虚水亏则气火更旺，火旺则阴水更虚，反过来气火将更旺，从而相互加剧。

2. 气滞血瘀　凡属功能性的血瘀病证。大约有如下一些原因。首先是与经产有关，虽然身体内部处于阴虚状态，但由于经产留瘀，瘀阻胞门胞中，正如《张氏医通》中所说“妇人立身以来，全不产，及断乳后十年、二十年不产，此胞门不净，中有瘀结积滞也。”其次心肝气郁，盆腔内将形成气郁血滞，滞久必成瘀，此亦为较常见的气滞血瘀病变。其三，寒湿的因素，也是最易导致气滞血瘀病变，因血得寒则凝，得湿则滞，凝滞于血，必及其气，是以形成气滞血瘀，在阴虚的体质下，亦必然影响到排卵。

3. 痰湿脂浊　关于痰湿脂浊的形成，《女科经纶》引朱丹溪云：“肥盛妇人，禀受甚厚，恣于酒食，经水不调不能成孕。以躯脂满溢，湿酸闭塞子宫故也。”在这一段文字中，朱丹溪指出了三点：一是禀受甚厚，与遗传有关；二是恣于酒食，肥甘过多，营养过度或不当；三是经水不调，功能失常，所谓脏腑失和，气血失调，从而导致痰湿脂浊等的产生。但是我们认为产生痰脂者，的确在于内在的脏腑功能失和，阴虚阳弱，不能输化水湿脂肪，以致水湿脂肪蓄积，反过来进一步影响脏腑功能，使阴虚阳弱者加重，而痰脂壅阻，也将影响气血活动，从而影响排卵功能，导致排卵障碍。

4. 脾胃虚弱　脾胃者，后天之本，水谷之精华，可以营养先天肾阴癸水。在先天肾阴癸水不足的患者中，的确常有脾胃虚弱者，其原因常或饮食不当，劳倦伤脾，或者由于夏热受凉，空调过度，饮冷过多，损伤脾胃，或者饥饱失常，营养不当，或者房事过多，亦有损伤脾胃者。脾胃虚弱，后天之本不强，化源不足，亦可致肾阴更虚，癸水更少，反过来使脾胃后天之本更差，而脾胃更差则肾虚亦更将加重，则是先后天之间的互相影响。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

1. 临床表现　结婚 2 年以上，大龄女性 1 年以上，夫妇同居且性生活正常，男方生殖功能亦正常，女方除月经失调、经量减少、白带少的主症外，亦无其他不适。或有孕产史，继又间隔 2 年以上，未避孕而不孕者，亦常伴经量少、带下少者。

2. 基础体温测定（简称 BBT）　BBT 必须符合测定要求，保证测温的准确性，其体温曲线呈持续单相型者。

3. 有关检查　子宫内膜活检，内膜在月经周期的任何时候，均表现为增殖型变化，无分泌组织学变化，阴道涂片检查，雌激素水平呈中低影响，宫颈黏液未发现羊齿状结晶，小便及血液检测均无排卵指标。气腹盆腔造影腹腔镜检查或 B 超探查，显示双侧卵巢小于、等于或略大于正常人。血清 LH、FSH 低于正常，或 LH/FSH > 3；LH-RH 垂体兴奋试验呈延迟反应或无反应，或正常反应。

二、鉴别诊断

排除生殖系统的先天性生理缺陷和畸形，以及后天性器质性疾病所引起的不孕，以及心理性、免疫性不孕等。此外还要注意性传播性疾病所引起的不孕。

【辨证论治】

本病证主要在于阴虚或偏阴虚，天癸不充，亦有少数属于偏阳虚，其他均为程度不同的兼夹证型，常见的兼夹证型有心肝郁火、气滞血瘀、痰湿脂浊、脾胃虚弱四者。

一、主证型

1. 阴虚证

主证：婚久不孕，月经一般为后期、量少，亦或先期、量少，经色红或淡红，无血块，平时带下偏少或甚少，头昏腰酸，咽干，烦热，夜寐较差，大便偏干，形体较清瘦，脉象细弦，或细弦带数，舌质偏红或质边有裂痕，呈齿轮状者。

治法：滋阴养血，血中添精。

方药：归芍地黄汤加减。

当归、白芍、山药各 10 克，山萸肉 6 克，熟地、丹皮、茯苓、泽泻各 9 克，女贞子、怀牛膝各 12 克。

服法：经净后即服，每日 1 剂，水煎分服。

加减：阴虚火旺，舌红，口干，烦躁，五心烦热，大便干，小便黄者，加入知母 6 克，炒黄柏 10 克，生地 9 克，地骨皮 12 克；夜寐甚差，或心烦失眠者，加入夜交藤 15 克，炒枣仁 6～9 克，青龙齿（先煎）9～15 克；腰酸明显，带下偏少者，加入川断 10 克，菟丝子 12 克。

2. 偏阳虚证

主证：婚久不孕，或继发不孕，月经后期经量偏少，色淡红，无血块，平时带下甚少，性欲淡漠，头昏，腰酸，四肢或小腹有凉感，小便较频，大便有时偏软，神疲乏力，脉象细弦，舌质淡红，苔黄白腻。

治法：滋阴助阳，血中养精。

方药：补天五子种玉丹加减。

熟地、当归身、枸杞子各 12 克，丹皮、山萸肉、茯苓、泽泻、女贞子、覆盆子、紫河车各 9 克，怀牛膝、山药、杜仲、车前子各 10 克，五味子 5 克，巴戟天 6 克。

服法：经净后即服，每日 1 剂，水煎分服。

加减：脾胃不和，有时腹胀，大便易溏者，上方去熟地、归身，加炒白术 10 克、砂仁（后下）5 克；若心火偏旺，失眠心烦者，加入莲子心 5 克，黄连 3 克，炒枣仁 9 克；形寒腰酸，加入仙灵脾 9 克，补骨脂 10 克。

二、兼证型

1. 心肝郁火证

主证：婚久不孕，月经后期，量少，亦或先期量少，色红，有小血块，小腹作胀，平时带下甚少，头昏腰酸，经前期胸闷烦躁，情志抑郁，时欲叹气，夜寐甚差，有时失眠，咽喉干燥，或有物梗阻，形体清瘦，便干尿黄，两脉细弦，舌质偏红，苔薄黄。

治法：滋阴养血，疏肝宁心。

方药：滋肾生肝饮加减。

炒当归、赤白芍、山药、山萸肉、干地黄、丹皮、茯苓各 10 克，炒柴胡 5 克，广

郁金 9 克，五味子 5 克，钩藤 15 克，合欢皮 9 克。

服法：经净后即服，每日 1 剂，水煎分服。

加减：肾虚明显，腰酸较著者，加入川断、菟丝子各 10 克；心火偏旺，失眠烦躁者，加入莲子心 5 克，青龙齿（先煎）10 克；肝火偏甚，头痛、急躁，忿怒等较甚者，加入炒栀子、白蒺藜各 10 克。

2. 气滞血瘀证

主证：婚后不孕，月经前期，经量偏少，色紫红有时淡红，质稀或黏稠，或月经后期，量多，色紫黑，血块偏多偏大，小腹作胀，头昏腰酸，胸闷烦躁，夜寐甚差，口干不欲饮，脉象细弦带涩，舌质黯紫，或则边有紫瘀点。

治法：滋阴养血，理气化瘀。

方药：滋阴活血生精汤（临床验方）。

丹参、赤白芍、山药、山萸肉、炙鳖甲、干地黄各 10 克，红花 5 克，生山楂、炒丹皮、川断、菟丝子各 12 克，夜交藤 15 克。

服法：经净后服，每日 1 剂，水煎分服。

加减：经行量多，或淋漓不净者，加入五灵脂 10 克，蒲黄（包煎）6 克，茜草炭 12 克；经行量少者，加入川牛膝、泽兰叶各 10 克；大便偏溏者，加入炒白术 10 克，砂仁（后下）5 克。

3. 痰湿脂浊证

主证：婚久不孕，月经后期，量少，色淡红，无血块，平时带下甚少，头昏腰酸，胸闷烦躁，口腻有痰，形体逐渐肥胖，性欲较差，或时神疲，脉象细弦带滑，舌苔黄白腻根部厚。

治法：滋阴养血，理气化痰。

方药：归芍地黄汤合越鞠二陈汤。

炒当归、赤白芍、山药、山萸肉各 10 克，牡蛎（先煎）15 克，丹皮、茯苓、川断、菟丝子各 9 克，制苍术、制香附、制南星各 12 克。

服法：经净后即服，每日 1 剂，水煎分服。

加减：若痰脂不甚者，当以熟地 10 克更换牡蛎，加入女贞子 15 克；若肝胃不和，口腻痰多，大便不实者，上方去当归、牡蛎，加入炒白术 10 克，六曲 9 克，砂仁（后下）5 克。

4. 脾胃虚弱证

主证：婚后不孕，月经前期，经量偏少，色淡红或紫红，质稀或略有黏稠，或月经后期，量多，淋漓不易净，色红或淡，无血块，平时带下少，或有脓浊样带下，头昏，腰酸，神疲乏力，偶或浮肿，腹胀矢气，大便易溏，形体清瘦，或有烦躁、心悸，脉象细弱、舌质淡红，苔色白腻。

治法：健脾滋阴，血中养精。

方药：参苓白术散加减。

太子参（或党参）、炒白术、茯苓、山药各 10 克，桔梗 9 克，煨木香 6 克，赤白芍、山萸肉、建莲子肉、六曲各 10 克。

服法：经净后即服，每日 1 剂，水煎分服。

加减：脾阳亦虚，见腹胀肠鸣，大便溏泄次数较多者，加入炮姜，砂仁（后下）各 5 克；心肝郁火，口干寐差，舌红苔黄腻者，加入炒丹皮 10 克，莲子心 5 克，肾阳亦虚，见腰酸明显，大小便频数者，加入川断、菟丝子、覆盆子各 10 克。

三、促排卵治疗

在滋阴养血，或兼各证型的治疗后，症状有所缓解，开始有少量白带，然后结合补肾调周法，按经后中期或者经后中末期论治，带下开始增多，并已出现少量或者一定量的锦丝状带下者，可按经间排卵期论治，根据我们的临床体会，在促排卵方面，一般又有 3 种方法，常用的是补肾促排卵法，也是最为主要的方法，其次健脾补肾促排卵法，适用于脾虚气弱，天癸欠充，排卵障碍者；三是清心益肾促排卵法，适用于心火偏甚，烦热明显，致排卵功能障碍者。以下将具体介绍之。

1. 一般常用的补肾促排卵法　凡已出现锦丝状带下者，可选用我们的常用验方——补肾促排卵汤。

炒当归（或用丹参）、赤白芍、山药、山萸肉、熟地、丹皮、茯苓各 10 克，川断、菟丝子、紫石英（先煎）各 12 克，五灵脂 10 克，红花 6 克。

服法：如已出现锦线状带下时即服，日服 1～2 剂，水煎分服。

加减：亦可以鹿角片换紫石英，再加入川芎 6 克；如湿浊偏甚者，可去熟地，加入制苍术 10 克，泽泻 10 克；腰酸明显者，加入杜仲、寄生各 10 克。

2. 脾肾不足者，可见腹胀便溏，苔腻痰多，并已出现锦丝状者，治宜健脾补肾，促发排卵，可选用我们常用的验方——健脾补肾促排卵汤。

党参、炒苍白术、山药、丹皮、茯苓各 10 克，川断、菟丝子、紫石英（先煎）各 12 克，煨木香 9 克，省头草 10 克，五灵脂 10 克，砂仁（后下）5 克。

服法：凡出现锦丝带下时即服，每日 1 剂，水煎分服。

加减：胃脘不舒者，可加入制半夏、广陈皮各 6 克；胸闷烦躁者，加入荆芥 6 克，广郁金 9 克，佛手片 6 克。

3. 心肾失交者，可见烦热口干，夜寐甚差，腰酸便艰，但又出现锦丝状带下者，清心益肾，促发排卵，可选用我们的验方——益肾通经汤。

柏子仁 10 克，钩藤 15 克，丹参、赤白芍、川断、熟地、川牛膝、生茜草、五灵脂各 10 克，益母草 15 克，红花、山楂各 9 克。

服法：月经久未来潮，但出现锦丝状带下时服，日服 1 剂，水煎分服。

加减：如大便秘结，口干，舌苔黄厚者，加入炒枳实 10 克，生大黄 5 克；夹有湿浊，小便偏少，舌苔根部腻厚者，加入薏麦穗、萹蓄各 9 克、茯苓 12 克；心慌失眠明显者，加黄连 3 克，合欢皮 10 克，夜交藤 15 克，炒枣仁 6～10 克。

【临床体会】

对无排卵性或排卵功能障碍性不孕症必须解决两大难题。其一是提高肾阴癸水水平，奠定物质基础，促进卵泡发育成熟，具备成熟的卵子；其二是促发排卵，达到卵子能够顺利地从卵巢中排出的目的。就是说补肾养阴，奠定物质基础与促发排卵是治

疗排卵功能障碍的两个主要方面。

补肾养阴，奠定物质基础，目的在于促进卵泡发育，尽早成熟。因此，在一般情况下，我们选用归芍地黄汤（丸）为主方，目的就在于血中养阴。归芍地黄汤实际上融合了六味地黄汤合四物汤以及养精种玉汤、左归饮在内，在经后初期应用此方，血中补阴，奠定癸水滋长的基础，有了癸水的基础，也才能奠定卵泡发育的基础。但在补阴提高癸水的水平上，要采用动态补阴的方法，就必须顺应阴长运动的规律，不断地在补阴方药中加入少量的中等量的甚则几乎与补阴药等量的补阳药物。一方面是为提高补阴的效果，顺应癸水滋长提高的需要，而另一方面亦为阴长运动中的动态需要而用。因为我们知道补肾助阳的药物，不仅有着阳生阴长互相促进的作用，而且亦为动态的变化着想，阳者主动，阴长的活动也有赖于阳，故在阴长过程中必须要加入助阳之品。就一般而言，阴长处于低水平时，用阴药补阴即可，用归芍地黄汤加减。少数人由于体禀有阳虚的一而，所以尽管在经后早期，仍然要加入少量静止性的助阳药，如菟丝子、覆盆子等，一味即可。阴长运动到了中期，阴长的水平必须达到中等度水平，补阴的同时，必须加入一定量的助阳药，如川断、菟丝子、覆盆子、肉苁蓉等四味药。如阴长运动到了经后中后期，其水平应更有所提高，甚则要接近高水平，必须加入相等量的助阳药，就必须在归芍地黄汤中加入川断、菟丝子、肉苁蓉，或紫河车，或锁阳，或巴戟天，或党参、黄芪等，选3～4味，以不断提高肾阴“癸水”水平，为滋养精卵，促进精卵发育成熟，同时亦奠定丰富的子宫内膜基础，更为排卵受孕做好准备，亦为排卵后转阳服务。根据实验研究报道，补肾助阳药中的巴戟天、菟丝子、肉苁蓉能使实验大白鼠增加垂体和卵巢重量，提高垂体对下丘脑、黄体生成激素释放激素（LH－RH）的反应，使之分泌更多的黄体生成激素（LH），又能提高卵巢HCG/LH受体功能，从而改善内在的神经内分泌调节机制，这就是诱发排卵的基础。但是在具体的临床实际中，阴虚、癸水不充者，常常有较多的兼夹因素，其中尤以心肝气郁，或气郁化火为多见，兼夹心肝气郁或郁火者，不仅影响阴长水平的提高，而且亦将影响排卵时的气血活动，所以必须重视在补阴养血的同时，兼用疏肝解郁的方法，或者急则治标，先予解郁，待郁得舒解后，再予滋阴养血均可。我们体会，疏肝解郁服药治疗的同时，进行心理疏导也是十分重要的。因为对不孕症如不解除思想顾虑，放宽情怀，正确认识不孕症的病理病因，就不可能发挥药物解郁的作用。兼气滞血瘀者，主要是血瘀的问题，在应用滋阴养血的前提下，佐用行气化瘀的方法，如临床上所用的归芍地黄汤合七制香附丸。但这里存在一个问题，即滋阴养血与化瘀之间的矛盾冲突，故常以归芍地黄汤用汤剂，化瘀则服成药，以汤剂吞服之。痰湿脂浊者所见以形体肥胖最为显著，在滋阴养血法中，应结合化痰利湿之法，但化痰利湿与滋阴养血亦存在矛盾，因此，必须善于运用这两类药物，尽可避免冲突较大的药物，如取用归芍地黄汤时，可暂去熟地，加入越鞠二陈汤类，较为合适。兼脾胃虚弱者，虽然滋阴与健脾合用，如张景岳的五福饮、七福饮等，但滋阴药与健脾药冲突仍较大，尽管两者合用，仍然有些患者药后会出现腹胀便溏的现象，因此，根据我们的临床体会，应当侧重健脾，选用参苓白术散，健脾之中有一定滋阴的作用；或待脾胃恢复后再予滋阴养血，在治疗上分为二步，也等于急则治标的意义。实际上有些患者，通过健脾和胃

治疗后，脾胃运化正常，肾阴癸水也得到恢复和提高，在临床上也常有所见。

关于促发排卵，必须通过气血的显著活动，也即是活血化瘀的方法，推动卵巢活动，排出卵子，所以促排卵也是排卵功能障碍中最为重要的一个问题。我们所选用的排卵汤，方中所用均是活血化瘀的药物，如当归、赤芍、川芎、桃仁、红花、泽兰叶等。据报道：桃仁与红花合用，能明显增加大鼠卵巢—子宫静脉血中前列腺素 F_2（PGF_2）的含量，这是对发育成熟的卵泡诱发排卵的一个原因，因此，我们常用复方当归注射液，肌内注射，一般用 2～3 支，每支约 2 毫升，1 日 1 次，连用 3～5 天，少数人可用到 7 天，亦有些人在使此法时需要加大剂量，可以一次用到 5～10 支。在使用中必须注意到重阴的基础，也即是要有较多的锦丝状带下始可用之。或者亦可以复方当归注射液，行小剂量穴位注射，一般取穴，以任脉经及肾、肝、脾胃四经穴位为主，常以三阴交（双）关元、中极、血海（双）、气海、肾俞（双）为主，或者施以较强的刺激，亦可配合电针等法以促之。

在促排卵的治疗中，我们体会最好的亦是最为有效的方法，是用中医药补肾为主，奠定基础，然后结合西医药促排卵。一般可用克罗米芬，或再合 HCG 的治法。克罗米芬的用法是，可于月经来潮后，第 5 天开始服用，口服克罗米芬 50 毫克/天，连服 5 天，2～3 个疗程后，如无效，可增至 100 毫克/天，亦连续 5 天。仍无效时，可再每个疗程每天增加 50 毫克，直至每天 200 毫克为止。若经克罗米芬治疗无效时，一般考虑加用 HCG 疗法，即 CC-HCG 法，克罗米芬用法同上，于停服克罗米芬后 7～10 天，一次肌内注射 5000～10000 国际单位的 HCG，以诱发排卵，这是较为有效的治疗方法。

第二节　黄体功能不全性不孕症

黄体功能不全（简称 LPD），是指排卵后黄体形成不全，分泌孕酮不足，或黄体过早退化。本病以不孕或反复早期习惯性流产为主要表现，是造成性不孕的主要原因之一，据报道约占其 3.5%～10%。

在中医书中无本病的记载，近年来的研究认为肾虚是导致本病的重要因素，其中以肾阳虚为多见。在前人的论述中，十分重视宫寒不孕，创制了很多宫寒不孕的名方。本节所要讨论的是肾阳虚不孕症的延伸及其与其有关者，即在肾阳虚的原发因素中，或者在发病的过程中，常可有其他诸多因素的存在，形成了以肾阳虚为主的一系列病变过程，反映了肾阳虚为主的独特性和多样性，这就是本节所要讨论的黄体功能不全性不孕症。

【病因病理】

现代医学认为黄体功能不全，属于内分泌系统疾病，其病因尚不完全明确，一般认为与下列三方面因素有关，一为排卵期垂体前叶分泌促黄体生成素（LH）不典型，二为垂体促卵泡生成素（FSH）分泌不足，三为血清催乳素（PRL）增高。以上因素可能导致卵泡发育不良，黄体形成不全，以及黄体本身分泌雌激素（E_2）和黄体酮（P）的比例失调，有碍孕卵着床，以致不孕。有报道，不孕症患者之子宫内膜观察，将黄

体功能不全分为腺体发育迟缓型、间质发育落后型和腺体间质发育紊乱型，三类中以腺体发育迟缓型比较多见。

我们认为，黄体功能不全，在病理变化上主要是与肾阳虚为主者有着密切关系，因此分析肾阳虚的病因病理有着重要的意义。综合前人所论，结合我们的观察，其病因有以下几点。

1. 风冷或寒湿的长期影响　前人极端重视风冷或寒湿因素的长期影响。因为寒冷或者寒湿与阳虚相对立，寒冷或者寒湿必伤其阳，而阳虚则风冷或寒湿才能人侵，虽为外因致病，实际上是由阳不足所致。正如《诸病源候论》在其“子脏冷无子候”中说：“子脏冷无子者，由将摄失宜，饮食不节，乘风取冷，或劳伤过度，致风冷之气，乘其经血，结于子脏，子脏冷故无子。”这就是说，外侵风冷，长期稽留，与阳气相争，阳虚则冷人侵，或劳伤过度，或先天子脏不强，以致风冷稽留为患。

2. 先天肾气欠盛　禀赋欠佳，发育不良，阳气不旺，自然导致子宫欠暖，除发育程度不良，或畸形缺陷者，非药物所能治。

3. 房劳多产　包括自然流产、人工流产、引产、暗产等在内，刮宫过频，流血较多，气血不足，冲任亏损，致肾阳不足，阴虚阳弱，临床上颇为多见，亦为重要的因素。

4. 情绪不稳定，烦恼不控制，或则紧张过度，或则忿怒不已，或则忧思郁结，或则惊恐无常，或则积思在心，所愿不遂，心理不得平衡，久而必耗阴精，由阴及阳，渐趋阳虚，而且精神心理上的诸多因素日久之后，将会直接干扰心肾子宫生殖轴的生理功能，从而影响孕育。

5. 起居无常，生活不规律，特别是长期晚睡、少睡、不睡，或者虽睡而不能寐者，必致心脾失调，心火偏旺，火性炎上而不能行其火生土的功能，故阴虚阳弱，最后导致阳更弱者。

6. 大病久病之后，元气必伤，气血不足，此即前人所谓之“五脏之伤，穷必及肾”，而致肾阳偏虚。

7. 劳累过度，用脑过多，不能很好地休息，有劳无逸，劳则伤阳，进而导致肾阳偏虚。

8. 饮冷过多，脾胃欠佳，久而亦将及肾，导致肾阳亏虚。

以上种种，不管外因，或者内因者，均有一个过程而致肾阳虚。根据我们长期的临床观察，肾阳虚的演变过程，绝大多数是先由肾阴亏虚，癸水有所不足，但程度轻者，仍能行周期性的演变，但毕竟有所不足，阴有所不足，则精（卵）有所不熟，精卵不太成熟，癸水不能达到高水平，所以排出的精卵亦不太健全，是以转化为阳者亦必然有所不足，故而出现阳虚，阴中阳虚，水中火弱，是临床上黄体功能不健全，也即是肾阳虚不孕病证中最为多见的类型。其次阳与气也有着密切的关联，就月经周期演变而言，当阳长至重的时期，气亦开始旺盛，特别是在重阳维持时期，气更占有重要地位。阳气者，不仅有固护胞宫，温养胞宫的作用，而且还能溶化一切阴浊，为行经期做好一切准备，保证行经期的顺利排泄。阳气者与脾肾有关，如阳气有所不足者，脾肾必然有所不足，故凡在阳虚，特别是阳气虚的情况下，必然会出现程度不同的脾

肾虚弱现象。根据我们的体会，阳虚在演变过程中，常可兼夹如下一些因素，而且有的因素是阳虚所致的病理因素的结果，但反过来又将作为一种兼夹因素，而致阳虚加剧。

1. 心肝郁火　素性抑郁，情怀不畅，或忿怒急躁，或忧虑过多，以致心肝气郁，气机不畅，冲任不得相资，加以肾虚偏阳，子宫既失温暖，又复气血不畅，肾虚肝郁，相互影响，正如《傅青主女科》所说的：肝主开，肾主阖，若不开不阖，故肝郁能窒痹阳气，阳虚又不能助肝的疏泄，故肝肾失调，这在临床上颇为多见。且气郁者又多与心有关，心肝气郁，不仅致肾虚更虚，且易化火，而致郁火。

2. 血瘀　在肾虚偏阳的病变中，更易致血瘀。除此之外，素多抑郁，郁久亦可致瘀，或则经产余瘀未净，或则经期同房，瘀浊内阻。阳虚兼有血瘀者，益发不能成孕。

3. 痰湿　体禀阳虚，脾肾有所不足，恣食膏粱厚味，或营养过多，或又懒于行动，睡眠偏多，活动过少，气运不及，痰湿脂浊壅阻胞中而致不孕。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

1. 临床表现　一般为婚后 2 年不孕，大龄女子婚后 1 年不孕，或流产后 2 年或 1 年者不孕，还必须包括夫妇同居未避孕而男方生殖功能正常者，并伴有腰酸、小腹冷痛、经行有膜样血块、经前伴有乳房胀痛症状者。

2. 测量 BBT，观察高温相曲线的变化　一般认为若 BBT 的高温相持续时间短于 12 天，亦有人认为短于 10 天，平均温度升高低于 0.3℃，以及 BBT 高温相曲线呈阶梯型，缓慢上升，或缓慢下降，极不稳定者，提示可能有黄体功能不全存在。由于 BBT 并非精确方法，所以将 BBT 作为指导，尚需配合其他有关检查。选择合适的子宫内膜组织检查，或行激素测定，但必须指定时间，进一步检查，以利确诊。

3. 子宫内膜检查　一般选于月经第 25～28 天，即月经来潮期作内膜检查，若该期内膜组织仅显示相当于第 20 天或 21 天排卵后的内膜组织，即黄体期过短，若内膜组织显示为分泌型，转换较差或不全，即为黄体功能不足。目前有不少人认为在预期月经来潮前 2～3 天采取组织为好，更有利于确定内膜成熟程度。但月经前活检者，最好在活检周期采取避孕措施，以减少意外妊娠。

4. 激素测定　如在月经周期第 18～26 天内作 4～5 次血浆孕酮测定，皆低于正常值（黄体期血黄体酮平均值应 > 5 微克/毫升），或 24 小时尿中孕值低于 2 毫克者，可认为黄体功能不全。若黄体期血清催乳素（PRL）水平高于正常（> 30 微克/毫升），亦往往提示黄体功能缺陷。

此外，卵巢活组织检查、宫颈黏液检查及阴道涂片等，都可作为诊断的辅助方法。

二、鉴别诊断

黄体功能不全须与分泌期子宫内膜功能不全相鉴别。后者指卵巢黄体功能正常，而于宫内膜对黄体激素的反应不良，故应区别之。

【辨证论治】

一、主证型

本病的主要证型为肾虚偏阳虚，亦即是阴中阳虚；其次是脾肾不足，即气中阳虚。其治疗亦在于补肾助阳，前者为水中补火，阴中求阳，后者为气中补阳。

1. 肾虚偏阳虚证

主证：婚久不孕，或易于流产，月经周期或先或后，经量或少或多，色红，有血块，或夹腐肉状血块，伴有腰酸，小腹冷痛，行经期大便稍溏，经前常可见胸闷烦躁，乳房胀痛，脉象细弦，舌质淡红，苔黄白腻，BBT 高温相偏短、偏低、欠稳定。

治法：养血补肾，助阳调肝。

方药：右归饮加减。

炒当归、赤白芍、山药、熟地各 10 克，山萸肉 6 克，丹皮、茯苓、白术各 9 克，川断、菟丝子、鹿角片（先煎）各 12 克，炒柴胡、陈皮各 6 克。

服法：BBT 上升呈高温相时服，每日 1 剂，水煎分服。

加减：心肝气郁，乳房胀痛明显，胸闷叹气者，加入广郁金、制香附各 9 克，绿梅花 5 克；若夹有血瘀，小腹胀痛，经行有大血块者，加入五灵脂 10 克，益母草 15 克。

2. 脾肾虚弱证

主证：婚久不孕，或自然流产，月经先期或后期，经量一般较多，色红或淡红，质稀或黏腻，无血块，或有腐肉状血块，小腹坠痛，头昏腰酸，腹胀矢气，大便偏溏，神疲乏力，头昏心悸，胸闷烦躁，乳房胀痛，脉象细濡，舌质淡红苔白腻，BBT 高温相偏低，或呈缓慢下降。

治法：健脾补肾，助阳暖宫。

方药：温胞饮加减。

炒白术 10～30 克，巴戟天 9～15 克，党参 15 克，杜仲、菟丝子、山药、芡实各 10 克，肉桂 3 克，补骨脂 9 克，紫石英（先煎）12 克，绿萼花 5 克。

服法：BBT 上升呈高温相时服，直至经行时停，每日 1 剂，水煎分服。

加减：心肝气郁，见胸闷烦躁，乳房胀痛者，加入柴胡 5 克，制香附 9 克，青、陈皮各 6 克；脾虚明显，大便溏泄，日行 3～4 次者，加入砂仁（后下）5 克，煨木香、炮姜各 6 克。

二、兼证型

1. 心肝郁火证

主证：婚久未孕，或有流产史，月经先期、量多、色红有血块，头昏腰酸，胸闷烦躁，乳头胀痛，或则头昏头痛，夜寐甚差，脉象弦细，舌质偏红，苔黄白腻。

治法：补肾助阳，清肝解郁。

方药：调经种玉丸合丹栀逍遥散。

炒当归、赤白芍、山药、山萸肉、熟地各 10 克，丹皮、茯苓各 9 克，川断、菟丝子、紫石英（先煎）各 12 克，制香附 9 克，炒柴胡 5 克，钩藤 12 克，炒栀子 9 克。

服法：BBT 上升呈高温相时服，每日 1 剂，水煎分服。

加减：脾胃较差，腹胀，大便易溏者，上方去当归、熟地，加入炒白术 10 克，煨木香 6 克；心肝火旺，夜寐较差，口舌溃破者，上方去当归、山萸肉，加入黄连 5 克，青龙齿（先煎）10 克，黛灯心 1 米。

2. 痰湿脂浊证

主证：婚久不孕。月经后期，经量偏少，或经量多，色紫红，有血块，小腹冷痛，胸闷烦躁，乳房作胀，形体肥胖，越来越胖，脉象细滑，舌苔黄白腻。

治法：补肾助阳，疏肝化痰。

方药：毓麟珠合越鞠二陈汤。

炒当归、赤白芍、山药、山萸肉各 9 克，牡蛎（先煎）15 克，丹皮、茯苓、川断、菟丝子各 10 克，制苍术 9 克，制香附 12 克，青、陈皮各 6 克。

服法：BBT 上升时服，或相当于经前期服，每日 1 剂，水煎分服。

加减：痰湿偏盛，口腻多痰者，去牡蛎、当归，加制半夏、陈皮各 6 克，陈胆星 9 克；脾胃不和，腹胀便溏，神疲乏力者，上方去当归、牡蛎，加入炒白术 10 克，砂仁（后下）5 克。

3. 血瘀较甚证

主证：婚久未孕，或有流产史，月经后期，量多，色紫红，有血块较大，夹腐肉状血块，腰酸明显，小腹坠痛，胸闷烦躁，夜寐较差，脉象细弦，舌质黯红，边有紫瘀，苔色黄腻。

治法：补肾助阳，活血化瘀。

方药：毓麟珠合脱膜散加减。

炒当归、赤白芍、山药、熟地、丹皮、茯苓各 9 克，川断、菟丝子、鹿角片（先煎）各 10 克，五灵脂 12 克，肉桂（后下）3 克，炒莪术 9 克，制香附 10 克，益母草 15～30 克。

服法：经前期服，每日 1 剂，水煎分服。

加减：心肝郁火，胸闷烦躁，乳房胀痛明显，头痛失眠者，去肉桂、当归，加入钩藤、白蒺藜各 10 克，莲子心 3～9 克；脾胃不和，腹胀泄泻，纳欠神疲者，上方去当归、熟地，加入炒白术 12 克，煨木香 9 克。

【临床体会】

黄体功能不全性不孕症，绝大部分是与肾阳偏虚有关。但是，我们在长期的临床观察中，的确亦发现少数黄体功能不全者是与阴虚火旺有关，所以曾经有人报道，用六味地黄丸（汤）恢复黄体功能不全的病例，我们也体会到的确有这种患者，但必须是具有婚久不孕、月经先期、经量较多、色红、有血块，并伴有头昏腰酸，胸闷烦躁，口干口苦，失眠乳胀，脉象细弦带数，舌质偏红，苔薄黄，BBT 高温相有时呈犬齿状，波动明显，有时过高，超越 37℃，但均出现时间差异性的高温相偏短者，一般以滋阴清热，佐以调肝宁心等法，方用滋肾生肝饮或滋水清肝饮，适当地加入川断、寄生等品，药用丹参、赤白芍、山药、山萸肉、生熟地、丹皮、茯苓、

醋炒柴胡、钩藤、黑栀子、川断等品，必要时尚可加入莲子心、青龙齿、寄生、菟丝子等品。

在肾阳不足的证型中，以阴虚及阳为常见，因为阴阳均属于肾的范畴。以天癸之水而言，也有阴水阳水之别，故所谓肾阳不足者，实际上应为肾虚偏阳虚，而且反映到黄体功能不全性的病变中，大多数可兼夹心肝气郁或气郁化火，所以有人认为黄体功能不足，是与心肝气郁有关，而解除心肝气郁，或者解除郁火病变，即能有助于恢复黄体功能；亦有人认为黄体功能不全，是与肝脾失调，即肝郁脾虚有关，因此，疏肝扶脾亦有助于提高黄体功能。我们认为，所有这些认识，都有一定的道理，但是就整个黄体功能不全而言，还是应该从肾阳偏虚的本质论治。我们在系统的观察中的确亦发现，一部分患者常伴有胸闷烦躁，乳房作胀，腰酸，大便易溏，特别是行经期或者经前期出现便溏的状态。通过血清激素测定，亦可见到催乳素（PRL）升高，黄体酮（P）下降，说明黄体激素的降低与催乳素的升高有关，而催乳素的升高，表现出乳胀，甚则溢乳，说明符合心肝气郁证，心肝气郁可以影响肾阴阳的恢复。我们经过多年的临床观察，发现偏阳虚是主要的，因此我们所制的助孕汤，就是在张景岳毓麟珠的基础上，以归芍地黄汤为基础加入川断、菟丝子、紫河车、鹿角片、五灵脂、炒柴胡而组成，经6个月的治疗观察，统计202例，达到黄体功能恢复率为94.55%。但近年来，我们还发现气虚及阳，脾肾不足的病例，也占有很大比例，且肾虚脾弱型黄体不健性不孕症，缘由先天肾（精）不足，后天气血生化欠旺，天癸元水不充，致使卵泡发育不良，黄体功能不足，孕酮分泌低下，子宫内膜分泌反应欠佳，致使孕卵发育与子宫内膜分泌不同步，孕卵难以着床，临床上此类患者大多具有腰膝酸软、腹胀便溏等症状，有的发现在行经期便溏。我们还总结观察了33例患者的BBT曲线，出现低温相延长、高温相偏短者占70%；高温相缓慢上升者占40%；高温相缓慢下降者占30%；高温相不稳定，呈马鞍状，规则波动状，高温相偏低者，占30%。在对子宫内膜的观察中，增生中晚期行宫腔镜检查，发现宫腔内异常改变增多，尤以内膜苍白肥厚，局部是息肉样增生为多见，在定量分析方面，表现为黄体中期E_2、P的显著偏低，同时对17例肾虚脾弱型黄体功能不健性不孕症患者的血清锌（Zn）、铜（Cu）含量及Cu/Zn比值的临床分析，发现Zn、Cu的含量低下，及Cu、Zn低下的同时Cu含量相对偏高，Cu/Zn比值偏高，及增生中晚期子宫内膜雌二醇受体（ER）、黄体酮受体（PR）的明确降低。从观察中发现，肾虚脾弱是这些临床及病理表现的基础，因为后天脾胃不健，影响了微量元素的吸收、利用，致体内微量元素Zn、Cu等不足，Zn等微量元素的缺乏，可影响肾藏精和精卵的功能活动，从而也影响E_2、P激素的产生，致宫内膜ER合成障碍。从超微结构看，Zn元素是ER的组成成分，因此，我们推测体内Zn元素的缺乏，可致ER的合成障碍。由于多种原因致卵泡发育不良，黄体功能不足，宫内膜ER、PR减少，不能发挥正常的生物效应。而导致黄体不健不孕症。我们对此拟定了温肾健脾汤，又名健脾补肾汤，着重于黄体期服，药用党参、白术、茯苓、山药、山萸肉、川断、菟丝子、鹿角片、煨木香等。其中，川断、菟丝子、鹿角片温肾中之阳；党参、白术、茯苓、煨木香健脾益气，虽为次，但亦很重要；山药、山萸肉以求得阴中补阳，更好地达到助阳的目的，同时亦为下一次转阴后，为阴长服务，这就是

张景岳所谓的“阳得阴助，则生化无穷”的理由。至于诸多兼夹证型者，可根据兼夹证型的程度范围而调治之，有时甚则急则治标，先从标证论治，以达到不断提高疗效的目的。

第三节 免疫性不孕症

在正常性生活情况下，机体对生殖过程中任何一个环节产生自发性免疫，延迟受孕2年以上，称为免疫性不孕症，结婚2年以上不孕，亦符合不孕症的诊断。据统计，在已婚夫妇中约10%患有不孕症，其中20%左右不孕的原因不明，随着生殖免疫学研究的进展，认为这部分患者的不孕，可能由于生殖系统抗原的自身免疫或同种免疫所引起。如精子、精浆、卵透明带及卵巢内产生甾体激素的细胞，均经特异性抗原刺激引起免疫反应，产生相应的抗体，阻碍精子与卵子结合及受精而成不孕。目前国外应用类固醇免疫抑制法，治疗免疫性不孕不育症，治愈率在22%～45%，但由于毒副作用多，而且长期使用有致畸危险，用避孕套隔离法、防凝法及夫妻间血液注射免疫法等的疗效均不甚理想。中医治疗不孕不育，已有悠久的历史，并有其独特的理论与丰富的临床经验，疗效较好。中医强调天人合一，阴阳相应，人体内部的生理功能的平衡与协调的整体观念，在治疗上着重扶正观念，所使用的中药又强调药物之间的组合及复方，在不同环节、不同情况下的加减，可以发挥出不同的或者双相性的作用，既可提高又可抑制免疫功能，并能消除有害的超敏反应和自身免疫反应。因此，中医药治疗免疫性不孕不育，有着显著的优势。

【病因病理】

女性方面免疫因素造成不孕症，一为同种免疫，一为自身免疫。所谓同种免疫，是精子、精液或受精后的受精卵为抗原物质，被阴道及子宫上皮吸收后，通过免疫反应产生抗体物质，使精卵不能结合，或受精卵不能种植。所谓自身免疫，包括不孕妇女血清中存在的透明带自身抗体，这种自身抗体与透明带起反应后，可防止精子穿透卵子，因而阻止受精，导致不孕。中医学认为：免疫性不孕，既与局部的湿热血瘀有关，又与整体的阴阳气血失调有关，在整体的阴阳气血中，与肝肾有关的天癸占有主要地位，整体的阴阳气血失调，阴阳气血不足，功能低下，抗力不强，尤为重要。我们在长期观察中发现，阴虚火旺，或阴虚夹有湿热，或阴虚夹有血瘀，在免疫性不孕中占有较大的比例。因此，我们认为阴虚火旺，是免疫性不孕中最为主要的因素。

阴虚者与肝肾有关，其中天癸的不足是主要的内含。而在免疫亢进或过敏类病变，或对毒性或异常物质的分解，肝脏的作用十分重要。因肝为刚脏，体阴而用阳，内寄相火，属于风脏，最易活动，最易变化，且肝脏有解毒和消散异常物质，转换阴阳的作用。所谓厥阴者，两阴交尽，阴尽阳生，是阴中之阳脏，气火风阳，最易扰乱阴阳的相对性平衡。我们在临床上观察到，阴虚火旺的火旺者，大多有肝火因素在内，肝火旺者，又易化风，风火人于血分，将引起血分风热的过敏状态，由于

火旺，免疫可呈亢进状态，前人曾有“火热烁精”、“火热炉熔精”、“火热凝精”之说，的确反映了抗精抗体的病变，故致冲任不得相资，精卵不得结合，自然不能成孕。

亦有气虚及阳，肺脾不足，累及肾阳，阳虚则抵抗邪毒能力不强，推动精卵促进结合的能力也弱，或者由于素体脾肾不足，长期感受寒凉，或者频发感冒，以致抗力更弱，不能促使精卵结合，或者精卵结合后，不能固摄成孕。或者由于咽喉热痛，或者由于丹毒病史，或者由于疱疹、腮腺炎症等病毒入侵，伏于血分，影响精卵结合，或者深入子宫胞络，精卵结合后，将影响胚胎发育。同时，还需要注意到阴虚及阳，偏于阳虚，或者气虚及阳，脾肺不足，而及乎肾者，夹有郁火、湿热、血瘀等因素，导致免疫功能紊乱，表现出亢进、低下的不协调，从而导致不孕。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

1. 临床表现　结婚2年以上，夫妇同居，性生活正常，男方精液常规及女方生殖道功能均在正常范围内，除免疫因素外，无其他致病因素可寻。

2. 检查　如：血清或宫颈黏液抗精子抗体阳性，或抗卵透明带抗体阳性；性交后试验，即排卵前期性交后2小时内，每高倍傍晚视野下宫颈黏液中有力前进的精子＜5个；精子宫颈黏液接触试验，即排卵前试验，镜下见与宫颈黏液接触面的精子“颤抖”不活动，或活动迟缓。

二、鉴别诊断

必须测量基础体温，观察BBT的温相曲线变化；作阴道脱落细胞检查，宫颈黏液结晶检查，经期诊断性刮宫，B超监测排卵，排卵期血、尿LH峰值测定，黄体中期血尿孕酮水平测定，血PRL测定，宫腹腔镜检查，子宫输卵管造影检查等，以排除排卵功能障碍、子宫内膜异位症、盆腔输卵管炎症、子宫肌腺病、宫腔粘连等因素所导致的不孕。

【辨证论治】

一、主证型

最主要的是阴虚火旺证，其次是阳虚气弱证。

1. 阴虚火旺证

主证：婚后两年不孕不育，月经或先期，经量偏多，或有时偏少，色红，有小血块，头晕耳鸣，心悸失眠，烦躁内热，口苦口干，舌质偏红，苔色黄腻，脉象细弦带数。

治法：滋阴降火，调肝宁神。

方药：滋阴抑亢汤（临床验方）。

炒当归、赤白芍、山药、干地黄各10克，山萸肉6克，甘草5克，钩藤、苎麻根各15克，丹皮9克，蒲黄（包煎）6克，炒柴胡5克。

服法：经净后即服，每日1剂，水煎分服。服至排卵后停，或继服下去，需加入

川断、菟丝子、鹿角片（先煎）各10克。

加减：兼肝郁化火，伴有经前乳房胀痛者，加入荆芥6克，炒栀子9克，广郁金6克；兼湿热者，出现黄白带多者，加入炒黄柏10克，制苍术9克，败酱草15克，薏苡仁30克；兼脾胃薄弱，腹胀脘痞，大便易溏者，上方去当归、地黄，加入炒白术10克，煨木香9克，砂仁（后下）5克。

2. 阳虚气弱证

主证：婚后两年不孕不育，月经大多落后，经量一般，或有偏多，色较淡，质地稍稀，腰酸腿软，小腹有冷感，神疲乏力，气短懒言，小便清长，或频数，有时失禁，舌质淡红，苔白腻，脉象细弱。

治法：补阳益气，健脾温肾。

方药：助阳益气汤（临床验方）。

黄芪30克，党参15克，鹿角片（先煎）10克，丹参、赤白芍、山药、川断、菟丝子各10克，茯苓12克，炒白术10克，荆芥6克。

服法：一般在排卵期开始服，每日1剂，水煎分服，经行即停。

加减：小腹有冷感，形体畏寒者，可加入仙灵脾、仙茅各10克，肉桂（后下）3克；大便溏泄，日行2次以上者，加入砂仁（后下）5克，炮姜5克；伴见黄白带下者，加入败酱草15克，薏苡仁15～30克。

二、兼证型

主要是兼湿热证与血瘀证两者。

1. 兼湿热证

主证：婚后2年以上不孕，月经大多先期，或有后期，经量偏多，色红，质黏腻，有小血块，伴有头昏腰酸，小腹作胀，平时带下黄白，量较多，或有臭气，大便或溏，舌苔黄白腻，脉象细濡带数。

治法：清热利湿，滋阴补肾。

方药：归芍地黄汤合四妙丸加减。

丹参、赤白芍、山药、寄生各10克，山萸肉6克，制苍白术、炒黄柏、怀牛膝、丹皮、茯苓各9克，薏苡仁30克，败酱草15克。

服法：经后期开始服，每日1剂，水煎分服。

加减：黄白带下量多，有臭秽之气者，尚需加入白花蛇舌草、马鞭草、鱼腥草、土茯苓各10～15克；脾肾不足，腹胀便溏，腰腿酸软明显者，加入煨木香6～9克，砂仁（后下）5克，川断12克，炮姜5克。

2. 兼血瘀证

主证：婚后2年不孕，月经大多后期，经量一般偏少，色紫红，有血块，质地黏腻，质边有瘀紫点，脉象细弦或细涩，子宫内膜亦呈阳性抗体反应。

治法：活血化瘀，滋阴助阳。

方药：桃红四物汤加减。

炒当归、赤白芍各10克，川芎6克，桃仁、红花、延胡索各9克，川断、寄生各12克，红藤15克，炙鳖甲（先煎）9克，广木香、山楂各6克。

服法：经期、经后期服，水煎分服，每日1剂。

加减：大便溏泄，腹胀矢气较多者，上方应去当归、桃仁，加入砂仁（后下）5克，六曲、炒白术各10克；伴有较多的黄白带下，且有臭气者，加入败酱草15克，白花蛇舌草12克，土茯苓15克；腰腿酸软明显者，加入怀牛膝、制狗脊各10克；小腹有冷感，四肢清冷者，加入肉桂（后下）3克，仙灵脾9克。

【临床体会】

在不孕不育的专病门诊中，我们发现免疫性不孕不育病证，在整个不孕不育患者中，占有一定的比例，而且随着社会竞争的激烈，生活节奏的加快，本病有上升的趋向，我们运用中医中药治疗本病，疗效明显，具有很大的临床优势。

在长期的临床观察中，我们发现免疫性不孕不育病证，有着极为复杂的内容，在方药的使用中，根据药物的作用方式和部位不同，亦可分为免疫抑制剂、免疫促进剂、免疫调节剂、抗过敏介质剂等。免疫抑制剂是针对免疫功能亢进而用的；免疫促进剂是针对免疫功能低下或免疫功能缺陷而用的；免疫功能低下者，又有着细胞免疫、体液免疫、单核吞噬细胞系统免疫等的功能低下的区别，免疫调节剂是针对免疫功能失调，亢进与低下的不协调而用的，抗过敏介质剂是针对过敏者而用的。以下将分别介绍之。

一、免疫功能亢进或免疫反应过强者的治疗

免疫功能亢进或免疫反应过强者，需要用免疫抑制剂治疗。根据我们长期临床实践的认识以及实验室的检查资料分析，免疫亢进者有三种情况。

其一是阴虚火旺，最为重要。火旺者可以促进亢进，但本质上是阴虚的，所以这类病人一方面表现出阴虚不足现象，如头昏腰酸，形体清瘦，另一方面表现出火旺有余的现象，如精神亢奋、烦躁口渴、夜寐较差等。而抑制主要在于凉血清热，据有关报道，使用凉血清热的药物，如生地、丹皮、白芍、女贞子、旱莲草、天冬等，可以抑制免疫功能亢进，对抗变态反应性病变，复方使用可减轻或消除免疫抑制剂治疗所引起的副作用。所以我们在临床上对阴虚火旺者的特点制成滋阴抑亢汤，其中归芍地黄汤具有滋阴养血的作用，能增强免疫功能，但是熟地改用生地再合丹皮、泽泻，又有抑制免疫亢进的作用。再加入柴胡、钩藤、苎麻根、蒲黄等药，以增强免疫抑制的作用。故在治免疫亢进病变中，有着较好的效果。同时山萸肉、白芍，有时可加入甘草、炙鳖甲等，把滋阴补肾，转变为滋阴养肝，符合“酸甘化阴”的要求。肝为阴中之阳脏，性刚易动，内寄风火，有解毒作用，所以免疫功能亢进或伴有过敏者用我们的滋阴抑亢汤较为合适。

其二是湿热所致者。所谓湿，大多与炎症有关，炎性渗出物，质地黏腻，类似湿浊之物。清热利湿，可以消炎，据报道，黄芩清热解毒，既具有免疫抑制及双向调节作用，又可提高淋巴细胞转换率，及增强白细胞的吞噬功能。由此亦可知红藤、败酱草、白花蛇舌草消炎清利，自然也就具抑制免疫亢进的作用。

其三是血瘀所致者。特别是生殖道的血瘀最为主要。子宫内残留瘀浊者，可促使免疫功能亢进。研究结果表明，丹皮、丹参活血化瘀，具有抗炎作用，能降低毛细血

管的通透性，减少炎症渗出，促进吸收，并具有抑制细胞和体液免疫的作用。特别是子宫内膜抗体呈阳性者，更需要使用这类活血化瘀的药物治疗，才能获取佳效。

二、免疫功能低下者的治疗

免疫功能低下者需使用免疫促进剂。一般来说免疫促进剂，功效与中医药中的扶正方药相一致。但中医学的扶正概念较大，从大的方面来说，不外乎阴血与阳气两个方面。但是在具体的实践中来说，扶正亦常常需要兼用一些清利、化瘀、除痰等方法，才能真正达到扶正的目的，促进免疫功能的提高。就现代医学而言，免疫促进剂激活和提高（扶正）的靶位不同，有的以单核吞噬细胞系统为主，有的以细胞免疫为主，有的以体液免疫为主，临床上必须灵活选用。

1. 单核吞噬细胞系统　该系统是机体防卫功能的一个重要组成部分，对机体特异性免疫反应的形成有着重要的作用，应用具有免疫性促进作用的中医药，可以促进这一作用，增强机体的免疫力，从而达到治疗本病的目的。辨病中必须贯穿辨证。凡属气虚的，应以补气为主，一般用参苓白术散或归脾汤等，常用药物有人参、黄芪、党参、白术、甘草、灵芝、山药、黄精等，其中黄芪、灵芝最为主要。但在临床上具体使用时，尚需加入补肾助阳药，如川断、鹿角等，以符合不孕症治疗的需要。对夹有血瘀者，应在以上补气补肾的方药中加入丹参、赤芍、五灵脂、川芎等品；如夹有热毒湿浊者，应在补气助阳药中，加入金银花、穿心莲、山豆根、百花蛇舌草、黄连等。上述药物的配合运用，均可促进网状内皮系统的吞噬功能，恢复正常的免疫功能。

2. 体液免疫　对体液免疫起激活作用的中药，主要有益气健脾药和补肾助阳药。我们常常将两法合用，制成助阳抑亢汤，现已改名为助阳补气汤。因为本方作用并不在于抑亢，而是在于免疫促进，其中仍然要以黄芪为主药。药理学研究证明黄芪不仅能促进体液免疫，提高免疫球蛋白的含量，增加血浆凝集素的滴度，而且能改善细胞营养，促进蛋白质合成与能量代谢，扩张外周血管，增进血液循环，有利于提高抗病能力。

3. 细胞免疫　对细胞免疫有促进作用的方药有两种，也要贯穿辨证精神。其一是健脾益气，从后天脾胃论治，如归芍六君汤、归脾汤，药物有党参、黄芪、人参、黄精、白术、山药、茯苓、赤白芍、五味子、灵芝等品，适用于气弱脾弱，后天不足之体者，也即是能增加 T 细胞比值。其二是滋阴养血，从先天之精论治，如归芍地黄汤、三甲地黄汤等，其中用了龟甲、鳖甲、旱莲草、白芍等，适用于阴血不足，肝肾亏损者。据报道，六味地黄丸、旱莲草、白芍等可以促进淋巴细胞转化率，将这种药物的药理作用与辨证相结合，能更好地发挥其治疗作用，获得较佳疗效。

三、免疫功能紊乱者的治疗

对免疫功能紊乱者，需应用免疫调节剂。我们体会，滋阴抑亢汤，是从滋肾生肝饮的基础上加减而来的。滋阴补肾结合调肝，加苎麻根、蒲黄、白花蛇舌草等为滋阴抑亢汤，不仅有抑亢的作用，而且亦有免疫促进的作用。如气虚脾弱者，务必要加入补气健脾的方药，再适当地调整滋阴药物，总之根据辨证原则加减方药，才能较好地提高临床疗效，同时还要注意各种潜伏的病毒，加入清热解毒性药物，今后将作进一步研究。

第四节 卵巢过度刺激综合征

试管婴儿的问世，为人类生殖自主调控开创了新纪元。

但是，正由于试管婴儿的高科技医学发展，促排卵药物的广泛应用，出现了卵巢过度刺激综合征（OHSS）的副效应性疾病。其突出表现为：双侧卵巢增大，高雌激素血症，腹水，电解质酸碱失去平衡，血液高凝状态，少尿等，严重者有肾功能衰竭、血栓、DIC，甚至死亡。为杜绝其发生，对促排卵方案及药物着力地进行了研究，但仍难以完全避免其发生。针对 OHSS 的高危因素、症状特征，以及病理生理进行分析，并提供治疗，纠正这种不良状态，向辅助生殖医学的领域迈进新的步伐。

【病因病理】

其 OHSS 的高危因素主要有：①年龄在 35 岁以下，年轻女性，体型瘦小者，易发生 OHSS；②多囊卵巢综合征（PCOS）患者，LH/FSH > 3，排卵前血清 E_2 明显增高，或者 E_2 值在 2～3 天内成倍增加；③医源性诱发因素，使用 HCG 促排卵或作为黄体支撑时易发作，在助孕方案中以 GnRH－a 降调节促排卵容易发生；④合并妊娠及多胎妊育时容易发生；⑤特异性的个体敏感体质，反复重复地发作。

先天禀赋不足，后天功能失调，或者后天损伤（包括药物影响），将可促成不同类型的体质。年轻体瘦的女性常属阴虚之体，阴虚则阳火易偏旺，特别是阴虚之后心肝之阳火易动，因而这种体质类型及内在的体质变化必然影响机体对某种致病因素的易感性，从而也是最容易发病的内在因素。

众所周知，肾气盛，天癸至，是月经来潮以及生殖繁育的前提。在肾气盛的前提下天癸泌至，反过来说天癸泌至，表示肾气盛。现在突然地或者在短时间内人为地使用大剂量药物刺激促使天癸泌至。天癸者，壬癸之水也，偏于阴，亦包括阳，使癸水之阴突然滋长到重，一方面使肾气更盛，因为肾气盛则天癸至；另一方面癸水滋长达重，其水湿精液也必然随着高涨，胞脉胞络，包括卵巢卵泡亦必然过度充盈，故见卵泡过度增大，水湿精液蓄积，从而形成癥瘕。但由于促发肾气过盛，肾阳癸水过盈，因而本质上必致肾阴阳亏耗，所以形成本虚标实。其次宿有多囊卵巢综合征之病史，原本亦有肾虚痰瘀互阻者，其肝气易旺，一旦遇以促排卵的激素类药物大量短时投与后，其肾虚者更虚，肝气旺者更旺，痰瘀交阻者亦将更甚；还有禀赋为敏感体质，一旦接触大剂量促排卵药物后，亦易发作此患。而且这一病证常反复，难以中断。因而可以认为在辅助生殖过程中所出现的 OHSS 并发症，是由于身体受到医源性因素的侵袭后，妨碍或破坏了正常的生理机转，导致脏腑功能失常，阴阳失和，气血失调，从而影响子宫、冲任、胞脉、胞络，进而导致瘀、痰、水湿等病理产物，反过来将更影响脏腑经络、阴阳气血之功能，使之更加紊乱和严重。兹据临床所及，再作具体分析如下：

1. 肝郁血瘀　本病发生在年轻体瘦的女性。一方面是肾阴不足，癸水不充；另一方面又是阳旺肝火偏盛，加之不孕不育心理压力较大，情志怫郁，气机阻滞，火郁于

中，血行不畅，脉络欠利，久而滞血生瘀，瘀阻胞脉胞络，终成癥病。还有肝郁血瘀，宿瘀不去，新血难生，渐成血虚夹瘀之病证。此外，肝郁化火，克伐脾胃中土，所以出现脾胃失和的症状。

2. 阴虚痰瘀　本病或因先天不足，癸水之阴不充，故亦见于年轻体瘦阴虚之体，另外患者有宿疾多囊卵巢综合征，故亦存在阴虚及阳，痰瘀内阻之疾。加以大剂量促排卵药物使用之后，肾阴癸水势必更为之损耗，所以带下甚少，但内蕴之湿浊痰阻蕴阻于卵巢之处，久而结聚成癥，或者使卵泡形成囊性肿大，影响到肾肝脾胃及经络的正常功能的恢复，故亦可出现一系列症状。

3. 阳虚湿蕴　阳虚者，乃脾肾之阳虚也，肾为元阳之府，主前后二阴而分利水道，脾乃中土，运化水湿。若命门火衰，中阳不振，水湿停滞，积于腹中，水湿不化，碍及心阳，心阳不布，肺失宣降，水湿滞于上焦，致成胸水；积于中下焦，易成腹水；推延日久，元阳衰退，气阴两竭，形成危象。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

1. 临床表现　首先有年轻体瘦的阴虚特征及使用促排卵药物的病史。同时，双侧卵巢增大，高雌激素血症，腹水，电解质酸碱失去平衡，血液高凝状态，少尿等，严重者有肾功能衰竭、血栓、DIC 甚至死亡。

2. 检查　通过妇科检查及 B 超探查，可以发现双侧卵巢增大及腹水，血查内分泌激素，高雌激素血症，以及血液的高凝状态。

二、鉴别诊断

通过 B 超、宫腹腔镜检查以及有关内分泌检验排除多囊性卵巢综合征、高雌激素血症、肝腹水，病变后期还要与肾功能衰竭，DIC、成人呼吸窘迫综合征等相鉴别。

【辨证论治】

1. 肝郁血瘀证

主证：卵巢肿大，腹痛，腹胀，胸胁满闷，口渴，叹息稍舒，性情怫郁，舌质紫红或有瘀斑，脉弦细涩。

治法：疏肝解郁，养血活血。

方药：逍遥散合桂枝茯苓丸加减。

丹参、赤白芍、白术、茯苓各 10 克，炒柴胡、广郁金、广木香各 6 克，桃仁、丹皮、川桂枝各 9 克，大腹皮 10 克，青皮 5 克，泽泻 9 克。

服法：每日 1 剂，水煎分服。

加减：若气滞血瘀，偏于血瘀者，加红花 10 克，川牛膝 9 克，延胡索 12 克；若肝郁化火，以火为主者，去桂枝，加人钩藤 15 克，夏枯草 10 克：腹痛明显者，加人五灵脂 10 克，炙乳、没各 5 克；兼痰湿者，加入制苍术 10 克，陈皮、制半夏各 6 克；若兼湿热者，可加人制苍术、怀牛膝各 10 克，炒黄柏 9 克，薏苡仁 30 克。

2. 阴虚痰瘀证

主证：卵巢肿大，腹痛隐隐，头昏腰酸，带下偏少，形体稍丰，心烦口渴，舌质光红，苔中根部较腻厚，脉象细弦滑。

治法：滋阴养血，化痰通络。

方药：归芍地黄汤合越鞠二陈汤加减。

丹参、赤白芍、山药、干地黄、丹皮、茯苓各 10 克，山萸肉 5 克，制苍术 12 克，制香附 9 克，陈皮、制半夏各 6 克，山楂 12 克，川牛膝 10 克。

服法：每日 1 剂，水煮分服。

加减：若脘腹痞，口黏多痰者，上方去干地黄，加入广木香 9 克，佛手片 5 克；若腰酸尿频者，加入川续断、菟丝子各 10 克；若腹痛明显者，加入五灵脂 10 克，延胡索 12 克，炙地鳖虫 6 克。

3. 阳虚湿蕴证

主证：腹部胀满，恶心呕吐，腹水，面色黄白，气短时汗，肢体肿胀，神疲无力，少气懒言，舌质淡红，苔色白滑，脉象沉细。

治法：健脾补肾，温阳化水。

方药：真武汤加减。

制附片 6～9 克，生姜 3～5 克，炙桂枝 6～9 克，白术、茯苓各 12 克，白芍 10 克，甘草 5 克，薏苡仁 30 克。

服法：每日 1 剂，水煎分服。

加减：若大便溏泄偏多者，加入煨木香 6～9 克，砂仁（后下）5 克，炮姜 5 克；若面浮足肿，小便偏少者，加入防己 10 克，黄芪 12 克，泽泻、大腹皮各 10 克。

4. 气阴衰竭证

主证：胸闷气促，心慌心悸，胸腹积水，腹泻，少尿，腹痛剧烈，甚则内出血，舌质淡红，苔少色白，脉象细数。

治法：益气养阴，扶正固脱。

方药；生脉散合参茸丸加减。

白人参 6～10 克，黄芪 10～30 克，麦冬 6～9 克，炙五味子 6 克，广木香 6～9 克，延胡索 10 克，茯苓 12 克，炙甘草 6 克，鹿茸粉（另吞）6 克，炮姜 5 克。

服法：每日 1～2 剂，水煎分服。

加减：有出血现象者，加入白及粉 3 克（分吞），三七粉 9 克（分吞）；形寒肢冷，汗出较多者，加入制附片 9 克，红参 6 克；腹胀腹泻明显者，加入砂仁（后下）5 克，六曲 10 克。

【临床体会】

Bristol 大学研究者认为：OHSS 可分为早晚病期。早期指肌注 HCG 刺激排卵后3～7 天，晚期则发生于 12～17 天，多属多胎妊娠。OHSS 平均发病为 7 天（2～21），其中 PCOS 患者易发于早期，早期发作者与 E_2 浓度的升高相关，晚期发作者多为年轻女性，均有妊娠，甚则多胎妊娠，妊娠数目较早期为多。卵泡数目增加使发生在早晚期的 OHSS 危险性均增加。轻度 OHSS 无须治疗，1 周内恢复，对中度者则应积极治疗并

采取保胎措施，若经治疗仍不缓解，发生肾衰及血栓者，渐成重度，属于 OHSS 危象，则须遵循“下胎益母”之原则，终止妊娠。

对于 OHSS，除治疗以外，尚不可忽视其预防与调护。

预防的方法：必须正确掌握适应证，作好内分泌监测；根据病人个体实际拟促排卵方案，谨慎恰当掌握药物用量，注意监测排卵，特别注意正确使用 HCG，注射后5～8天时严密监测 E_2 及卵泡发育。若引起过度效应，则宜停用 HCG 数日；修改应用 GnRH-COHT 方案；用小剂量 γ-HFSH 或 PFSH 代替 HMG。对已出现 OHSS 患者，需要重复治疗间歇 3～6 个周期，其中用中药调整内分泌环境，改善个体敏感性，达到预防 OHSSI 之目的。

调护方面：对于中度以下的患者，采取门诊治疗，卧床休息，口服饮料或淡盐水，观察症状、食欲、体重，记录每日出入量。若病人出现食欲降低，恶心呕吐，腹围增加 1～2cm/d，体重增加 2 磅/d，尿量小于 1000ml/d，总蛋白小于 35g/L，病情可能恶化，须及时人院治疗。

生活起居上，避免长期静坐，可以用弹力袜促进下肢静脉回流。

第十六章

盆腔生殖器官炎症

盆腔生殖器官炎症，是指盆腔的生殖器官及其周围结缔组织包括腹膜发生的炎症，其中包括子宫内膜、子宫体、输卵管、卵巢、盆腔结缔组织，以及盆腔腹膜的炎症。我们针对中医辨治的特点，主要介绍子宫内膜炎、输卵管炎、卵巢炎、盆腔结缔组织炎四者，而对盆腔腹膜炎将扼要地在盆腔结缔组织炎的临床体会中介绍。

盆腔生殖器官炎症的发生，以逆行感染引起者多见。在一般情况下，女性生殖道的自然防御功能比较完善，具有一定的抗感染能力，但若生殖道有损伤，或机体抵抗力下降，常易导致炎症的发生，即中医所谓之“邪之所凑，其气必虚”、“最虚之处，便是容邪之所”。子宫、卵巢、输卵管以及盆腔结缔组织之最虚之处，便是炎症发生之所在。炎症发生后，常可涉及相邻近的器官，因为，可以见到几个器官同时发病。其临床经过，可表现为急性和慢性两大类，或者还有亚急性者。急性炎症期，属于中医学的温病范围，可见高热寒战，甚则昏迷、斑疹、腹胀等。现代医学认为：严重时可引起弥漫性腹膜炎、败血症，甚则感染性休克，慢性炎症亦可因久治不愈，反复发作，从而转变为慢性杂病，符合中医学中的“热入血室”、“腹痛”、“带下病”、“癥瘕”、“不孕”、“月经不调”等病证。

鉴于本类病证在临床上颇为常见，尤其是转变为慢性炎症病变时，中医学的治疗具有一定的优势，故列专章介绍之。

第一节　子宫内膜炎

子宫内膜炎，是指由致病菌感染造成的子宫内膜炎症病变，是妇科常

见病之一。临床上根据其发病经过，可分为急性子宫内膜炎、慢性子宫内膜炎、结核性子宫内膜炎和老年性子宫内膜炎。本病证多发生于已婚育龄妇女，但亦有部分老年妇女，由于闭经后子宫内膜萎缩，功能消失，亦易继发细菌感染而发生老年性子宫内膜炎，有可能发生老年复经。

子宫内膜炎，就其出现的带下、小腹痛、出血三大症状而言，在中医妇科学中与“带下病”、“腹痛”、“痛经”、“月经不调”相似。急性者，伴有发热寒战，甚则高热，属温病范围；慢性者，以持续性小腹痛更为主要，属于妇科杂病范围，均须及时治疗，并予根治。

【病因病理】

本病证的形成，主要与湿热毒邪有关。但我们认为血瘀也是其中发病的因素，不能单纯地将它视为病理产物，血瘀是一种重要的能够体现妇科特点的发病因素。因此说，“湿、热、毒、瘀”为本病发生的主要病因。因为本病常因经期产后、胞脉空虚之时，热毒、湿邪乘虚而入，由下向上，与败血（即血瘀）搏结于胞中，伤及冲任督带诸奇脉，从而使带脉失约，任脉失固，或湿热毒壅，阻于冲任脉，气血运行不畅所形成。发病之初，由于邪气壅盛，正气奋起与之抗争，但由于有败血瘀阻，热毒或湿热之邪势必与之结合，从而增加了邪正相争的长期性与顽固性。由于相争的激烈，故表现出发热寒战的状态，热毒较甚，或湿热颇甚，则邪正相争的程度不仅激烈和严重，而且涉及的范围亦较广，故出现高热寒战甚至神昏等表现，热毒与湿热之邪与败血瘀阻相伍，则结聚于胞脉胞络之中，以致气血运行受阻，胞脉胞络血行不通，故引起小腹疼痛。程度较甚者疼痛剧烈，特别是急性期，热毒腐化血肉为脓液时，其痛更为剧烈且常呈跳痛、灼热痛、刺痛等状。湿热毒邪循经下注，则带下量多，湿热熏蒸，则带下通贯，且极黏稠，化脓时，可见脓样带下。若热毒炽盛，可致病情加剧，甚则毒热入血，上犯心脑，可致病情恶化，亦可能有非经期、产后摄生不慎，感受寒湿，或久居寒湿之地，或冒雨涉水，体质虚弱，亦可致寒湿之邪内侵，入于子宫胞脉胞络，凝滞血行，亦致腹痛带下，此为寒湿瘀阻，临床虽为少见，但在慢性炎症期间较为常见。其原因除寒湿内侵外，还有体质因素，如素禀脾肾不足，阳气虚弱，即使湿热之邪入侵，亦可使湿热之邪随阳虚而寒化，此外由子急性演变成慢性者，病程较长，邪去正虚瘀浊不化，冰伏内结，亦可出现寒化。特别是老年性子宫内膜炎，缘由天癸竭，肝肾不足，气血衰少，子宫抗力甚差，虽有湿热瘀阻，一般均为次要者，此即老年性子宫内膜炎的特点。结核性子宫内膜炎亦与阴虚瘀结有关，较之一般的湿热瘀阻与气滞血瘀者顽固得多。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

1. 病史　本病发作前多有分娩、流产、剖宫产史或宫腔内手术操作史，或经期使用不洁月经垫，经期性生活，或既往有阑尾炎、腹膜炎等病史。

2. 临床表现　急性子宫内膜炎起病急骤，主要临床表现为发热，严重时可高热、

寒战，突然下腹疼痛下坠及腰部疼痛，白带增多，色黄或脓性、血性，有异味气；慢性子宫内膜炎发病较缓，主要临床表现为下腹部坠胀而痛，连及腰骶，月经量多，经期延长，或伴有痛经，或出现闭经，白带增多，呈稀水样、淡黄色，偶为血性或脓性，子宫积脓时，可排出恶臭分泌物；老年性子宫内膜炎，多呈脓性白带，并含少量血液，宫腔积脓时，可有脓性恶臭白带。

3. 妇科检查　子宫颈上有大量脓性或血性分泌物外溢，有臭气，子宫颈举痛，子宫体略大而软，有压痛，急性淋菌性子宫内膜炎时，多伴有肌紧张，子宫活动不良，子宫两侧有触痛；慢性子宫内膜炎一般无明显体征，子宫可正常大小或轻度压痛，宫体积脓时，子宫颈口可见脓性或血性白带，子宫可呈球形增大，较软，有压痛。

4. 辅助检查

(1) 实验室检查：急性炎症期，周围白细胞总数及中性白细胞均增多，同时可做血及宫腔分泌物细菌培养及药物敏感试验，可明确诊断。

(2) 诊断性刮宫的取材，经病理学检查，符合急慢性子宫内膜炎改变。

二、鉴别诊断

1. 子宫体炎　子宫体炎是子宫内膜炎病变的进一步发展，两者临床表现相同，因此，无子宫内膜炎的单纯子宫体炎，几乎是不存在的。子宫体炎一般疗程长，病理检查可见炎症侵及子宫体。

2. 子宫颈炎　急性子宫颈炎，表现为白带增多，脓性白带，但以宫颈局部充血、水肿并有触痛为其特征，急性子宫颈炎与急性子宫内膜炎、急性阴道炎同时发生时，多为同一致病菌感染。

3. 子宫内膜结核　子宫内膜结核有下腹坠痛、白带增多等类似慢性子宫内膜炎的症状，但前者在活动期可有低热盗汗、乏力等症。晚期可出现月经稀少，甚则闭经，大多丧失生育能力；临床上可通过诊断性刮宫或子宫输卵管造影协助诊断。

4. 子宫内膜息肉　子宫内膜息肉以月经过多、经期延长为特点，发生感染或坏死时，可有不规则出血、脓性白带等，诊断有困难时，可通过诊断性刮宫、宫腔镜检查或取活检协助诊断。

5. 子宫内膜癌　子宫内膜癌以黄水样或血样白带为特点。感染时可有不规则出血及脓性白带，晚期可出现疼痛、贫血、消瘦、恶病质等，临床可采用分段诊断性刮宫的方法，进行病理学诊断。还可以通过宫腔镜检查方法明确诊断。

【辨证论治】

本病的辨证论治，可分为两大阶段，即急性期，辨证以发热、腹痛、带下为主，慢性期，以下腹作痛、带下、经行不畅利为主。治疗上急性期清热解毒镇痛为法，慢性期以扶正化瘀，佐以清利为法。

一、急性期

可分为热毒蕴胞、湿热阻宫两大证型为主。治疗重点在于清除热、毒、湿、瘀四大病患。

1. 热毒蕴胞证

主证：经期产后，突然小腹剧烈疼痛，拒按，腰骶胀痛，带下量多，色黄如脓样，或夹杂血丝，质黏稠，有臭秽气，伴有高热寒战，食欲不振，小便短赤，大便秘结，舌红苔黄而燥，脉象洪数或弦数。

治法：清热解毒，化瘀止痛。

方药：五味消毒饮（《医宗金鉴》）合复方红藤煎（《中医外科学》）。

金银花 3 克，蒲公英 20 克，野菊花 15 克，紫花地丁 20 克，天葵子 20 克，丹参、赤芍各 15 克，红藤 30 克，败酱草 30 克，延胡索 12 克，制乳、没各 6 克。

服法：水煎分服，日服 2 剂，4 小时服 1 次。

加减，若腹胀较甚者，加入广木香 10 克，枳壳 9 克；带下混浊如脓，臭秽气重者，加入鱼腥草 30 克，黄柏 10 克；若痛甚者，还应加入青木香 9 克，川楝子 10 克；若大便干结者，加入大黄 6 克，桃仁 10 克；若盆腔脓肿，形成包块者，加入山甲片 9 克，冬瓜仁 10 克，三棱、莪术各 9 克。

2. 湿热阻宫证

主证：小腹疼痛，拒按，伴腰骶胀痛，带下黄稠、量多、有臭秽气，发热，食欲不振，神疲乏力，小便短赤，大便或秘或溏，腹胀矢气，舌质红，苔黄白腻，根部厚腻，脉象弦数或濡数。

治法：清热利湿，化瘀止带。

方药：银翘红酱解毒汤（《中医妇科临床手册》）合四妙丸（《中成药处方集》）。

金银花 30 克，连翘 15 克，红藤，败酱草各 30 克，丹参 10 克，赤芍 12 克，薏苡仁 30 克，制苍术 12 克，炒黄柏 9 克，延胡索 12 胡，广木香 9 克，鱼腥草 12 克。

服法：水煎分服，每日 2 剂，4 小时服 1 次。

加减：若大便干结者，加入大黄 5 克，桃仁 12 克；纳欠脘痞者，加入陈皮 6 克，制川朴 6 克，茯苓 12 克；尿频尿痛者，加入滑石 10 克，萹蓄 10 克，甘草梢 6 克；腹痛较剧者，加入琥珀 5 克，制没药 5 克。

二、慢性炎症期

一般可分湿热瘀阻、气滞血瘀、寒湿凝滞，其中以湿热瘀阻为主要，常由湿热阻宫延续而来。治疗的重点在化瘀利湿，但必须兼以扶正，才能巩固疗效。

1. 湿热瘀阻证

主证：小腹作痛作坠，带下量较多，色黄白、质黏稠有臭秽气，或有低热，纳食不馨，小便黄少，大便或溏或秘，经行淋漓，经期延长，经量少，色紫红，舌质偏红，苔黄白腻，脉象细弦带数。

治法：清热利湿，化瘀止痛。

方药：复方红藤败酱散（验方）。

红藤、败酱草各 15～30 克，丹参、赤白芍各 10 克，广木香 9 克，延胡索 12 克，制苍术 10 克，薏苡仁 15～30 克，寄生 10 克，山楂 10 克，茯苓 12 克。

服法：水煎分服，每日 1 剂。

加减：腹胀矢气，大便溏泄者，加入炒白术 12 克，砂仁（后下）5 克，六曲 10 克；腰俞酸楚者，加入川独活 6 克，炒川断 10 克；低热不止，舌苔黄腻者，加入炒黄柏 9 克，蒲公英 10 克，炒柴胡 9 克；胃脘痞胀，恶心呕吐者，加入陈皮 6 克，制半夏 5 克，佛手片 6 克；尿频尿少，尿痛者，加入马鞭草 15 克，泽泻 9 克，炒黄柏 6～9 克。

2. 气滞血瘀证

主证：小腹胀痛，胸闷脘痞，带下或多或少，色黄白，质黏稠，或夹血丝，腰骶酸痛，经行淋漓不畅，色紫黑，有血块，经期延长，脉象细弦，舌质边紫，苔色黄白腻。

治法：理气行滞，化瘀固宫。

方药：七制香附丸（《医学入门》）加减。

制香附 12 克，炒当归、炒莪术、炒丹皮各 9 克，艾叶 6 克，乌药 5 克，川芎 3 克，延胡索 10 克，红花 5 克，炒柴胡 5 克，马鞭草 15 克，荆芥 6 克。

服法：水煎分服，每日 1 剂。

加减：胸闷烦躁，或情怀抑郁者，加入广郁金、合欢皮各 9 克，玫瑰花 5 克；胃脘胀痛，纳食甚差者，加入广木香 9 克，陈皮 6 克，炒谷、麦芽各 12 克；带下量多，色黄白，质黏稠有臭气，舌苔黄腻而厚者，加入制苍术 10 克，炒黄柏 9 克，薏苡仁 30 克；腰俞酸楚，小便频数者，加入川续断、寄生各 10 克，菟丝子 12 克。

3. 寒湿凝滞证

主证：小腹冷痛，持续不已，喜热按，遇冷则痛甚，腰骶疼痛下坠，带下量多，色白质稀，经期腹痛加重，经量偏少，色紫黯，有小血块，畏冷形寒，舌质淡红，苔薄白，脉象沉弦，或沉紧。

治法：温经散寒，化瘀止痛。

方药：少腹逐瘀汤（《医林改错》）。

当归 12 克，赤芍 9 克，川芎 3～6 克，小茴香 9 克，干姜 6 克，肉桂（后下）5 克，炙乳、没各 6 克，延胡索 10 克，五灵脂 10 克，川断 12 克。

服法：水煎分服，每日 1 剂。

加减：两少腹疼痛明显者，加入荔枝核、橘核各 9 克，川楝子 10 克；腰酸下坠者，加入寄生、杜仲、枸杞子各 10 克；带下量多，质稀黏不一者，加入炒白术 10 克，山药 9 克，炒芡实 12 克；小腹胀痛者，加入乌药 6 克，制香附 9 克。

【临床体会】

子宫内膜炎急性发作期间，与“热、毒、湿、瘀”四大因素有关，但在病情发展过程中，热毒与湿热是有区分的。热毒炽盛者，极易传变，且发作较快，与子宫内的血瘀相合，变化尤多。一般临床上所使用的清热解毒，化瘀止痛的方法，所选用的五味消毒饮合复方红藤煎，在早期使用则可，当其发展到中期时，脓已成与脓未成，其治疗方法不同。脓已成者，五味消毒饮合大黄牡丹汤，同时亦说明本病证已进入蕴毒期，药物的剂量要加大，同时必须加入败脓散毒的药物，如金银花 30～60 克，蒲公

英、紫花地丁、紫背蜀葵用量亦各在30克，大黄用6~10克，丹皮、桃仁各15克，炙乳、没各6~9克，赤、白芍各15克，广木香、山甲片各10克，必要时尚需加人六神丸同服，每次10粒，每隔3~4小时服1次，每日2次。如病情进一步趋重，邪毒侵入营血，上犯心脑，不仅出现高热寒战，而且出现昏迷谵语状态者，此乃危重病证，切勿等闲视之，一般需中西医结合救治。中医方面必须予以清热解毒，凉营安神，保护心脑，可用《温病条辨》的清营汤，药用：生地、麦冬各10克，玄参12克，金银花60克，净连翘20克，竹叶心9克，黄连5克，蒲公英30克，大黄5克等，同时加服安宫牛黄丸以调治之，务必控制症状，稳定病情。

我们体会，在高热腹痛的初发时期，如能取子宫内膜的急性分泌物，进行细菌培养，发现球菌类感染者，大多与热毒炽盛有关，如系杆菌类感染者，特别是大肠杆菌感染者，为湿热阻宫。湿热阻宫者，虽然较球菌类感染的毒性稍轻，但淹缠难愈，治当从清热利湿、化瘀止痛人手，选用大黄解毒汤、进退黄连汤，加人通瘀煎等方药，治之较为合适。

慢性子宫内膜炎的一般证治，已见上述辨证论治内，此则必须指出正虚的一面。我们在临床上经常发现慢性子宫内膜炎还有肾气不足，或肾阴亏损，兼夹湿热瘀阻者，治以单纯的清热利湿，化瘀止痛，或者理气行滞，化瘀止血等方法，虽有效面并不理想也，或者治之无效，且有影响脾胃者，因而我们提出对慢性子宫内膜炎，必须兼以扶正，甚则全从扶正人手。而扶正的中心在于补肾，而补肾需与月经周期的演变相结合，而对子宫内膜炎所反应的出血与月经不调，需要调理月经周期，因而提出“补肾调周法”治疗本病证，具体内容，可参考前月经周期与调周法的有关论述。寒湿凝滞属于慢性炎症期者，常与肾阳虚有关，所以在应用少腹逐瘀汤外，尚需考虑加人补肾暖宫的方药，如毓麟珠、艾附暖宫丸等，间用或按月经周期的阶段特点面用之。

结核性子宫内膜炎，临床上亦常见到。一般初中期时表现月经先期量多，劳则发热，常有低热，小腹坠痛，隐痛不已，与阴虚血瘀有关，阴虚则火旺，血瘀则内结，内结之血瘀，在阴虚的情况下，极易形成干性血瘀，因而出现硬性结聚。治疗的重点，亦在于滋阴与化瘀并重，初中期在经前经行时，可选用固经丸合加味失笑散，药用炙龟甲、炒黄柏、炒黄芩、椿根白皮、制香附、五灵脂、蒲黄、炒川断、大小蓟、功劳叶等品，平时期可服银甲地黄汤，即银柴胡、炙鳖甲合六味地黄丸。本病晚期，常表现为月经量少，甚则闭经，体形消瘦，低热颧红，舌质光红少苔，脉象细数者，经期予以益肾通经，可用益肾通经汤（见夏桂成著《实用妇科方剂学》），平时仍用银甲地黄丸（汤），加入青蒿、太子参、功劳叶，间服大黄䗪虫丸，因病情较重，子宫内膜损害较重者，故非旦夕所能收功。

老年性子宫内膜炎，常表现老年性带下，或老年复经，常伴小腹隐痛、腰酸头昏、烦热口渴、神疲乏力等，虽然具有湿热瘀阻，或气滞血瘀，但程度甚轻。在辨治方面，根据我们的体会主要着重在虚证方面。其一是肝肾阴虚，以滋阴清热调养肝肾为前提，适当加人清利之品或疏化之品，杞菊地黄丸（汤）加味，药用枸杞子、菊花、山药、山萸肉、干地黄、丹皮、茯苓、泽泻、牛膝、楮实子、炒黄柏、大小蓟等药，或者加

人蜀羊泉、地榆、白花蛇舌草之类；其二是心脾不足，夹有湿热或瘀滞者，从健脾养血，宁心安神入手，适当加入清利或疏化之品，加味归脾汤加味，药用党参、黄芪、白术、茯苓、广木香、陈皮、白芍、炒枣仁、炙远志等品，或者加入鹿衔草、炒丹皮、白花蛇舌草，或者加入五灵脂、蒲黄等品以调治之。总之，老年性子宫内膜炎的治疗特点，在于扶正，虽有实象以末治之，除非个别湿热十分明显或者瘀阻腹痛较著者，当从急则治标者也。

此外，本病证尚需配合有关的外治法，以提高药物治疗的效果。如针灸、外敷、理疗等。1992 年《辽宁中医杂志》增刊介绍了张玉的激光针灸治疗子宫内膜炎有较好的疗效。他们用 JZ－2 型双光针激光针疗仪。取穴三阴交、足三里、归来、中极、关元、肾俞，在 47 例中治愈 29 例，显效 10 例，好转 5 例，无效 3 例，总有效率为 93.6%，具体疗程不详。但用针灸或激光针疗仪治疗本病证，特别是在控制疼痛方面，的确是有较好效果的。

第二节　输卵管炎

由于病菌的感染，造成输卵管的炎症性变化者，称为输卵管炎，是女性盆腔生殖器炎症中最为常见的一种疾病。它常与卵巢炎合并存在，有时与盆腔腹膜炎、盆腔结缔组织炎同时存在，并互相影响。根据临床的发病经过，输卵管炎可分为急性、慢性和肉芽性三大类。急性输卵管炎主要表现为高热，甚或寒战，下腹两侧剧烈疼痛，或一侧较另侧疼痛严重，白带增多，有时伴有尿频尿痛。慢性输卵管炎，主要表现为下腹两侧或一侧不同程度疼痛，腰骶疼痛下坠，月经紊乱、痛经、白带增多、不孕等。肉芽肿性输卵管炎与慢性输卵管炎临床表现相似，但多伴有全身消耗症状。本病多发生于生育期年龄的妇女，绝经后较少发生。

本病证属于中医妇科学中的“带下病证”、“少腹痛”、“癥瘕”等病证。但在急性发作期时，由于高热腹痛的变化，故应属于温病范畴，称为热入血室更为合适。慢性输卵管炎与不孕不育病证关系密切，故可参考夏桂成著《不孕不育与月经周期调理》一书。

【病因病理】

本病的主要因素亦在于“热、毒、湿、瘀”四者，与子宫内膜炎的病因病理相一致，所不同的是病变的部位。子宫内膜炎病变的部位在小腹中央子宫内部，而输卵管炎的病变部位在两侧少腹部的输卵管，部位不同，范围不同，接触面亦不同，输卵管在两少腹，因此与肝胆经有关，与冲任脉亦有关，涉及的经络较多较广，因此也决定了炎性病变的范围、程度及变化也较深、较广、较复杂。

急性输卵管炎根据临床观察，大多发生在流产，或足月产，或月经期性交及宫腔操作手术之后，可见与血的关系很大，热毒湿邪沿着宫颈管内膜由下上行，通过宫颈壁淋巴，引起宫颈旁淋巴周围炎，阔韧带内结缔组织炎，最后沿淋巴或直接扩散到输卵管周围，引起急性输卵管炎，少数热毒湿邪沿宫腔黏膜向上蔓延，引起输卵管炎。

沿宫颈淋巴引起的输卵管炎，主要累及输卵管浆膜层和肌层，黏膜常轻微受累，而沿宫腔黏膜上行感染的输卵管炎，则首先累及黏膜层。急性输卵管炎的病理变化，主要为充血、水肿，重者输卵管明显增粗、弯曲，并可与周围粘连，当急性输卵管炎在输卵管间质层发生出血，并突破黏膜，进入管腔，引起输卵管或腹腔积血时，又称为出血性输卵管炎。在热毒湿邪侵入输卵管之后，必然与输卵管部位的气血相搏击，气血壅阻，瘀血内停，邪正相争，因而引起发热寒战，由于热毒湿邪与瘀血相搏击的气血，形成不通则痛，且灼伤经络，自然出现剧烈性腹痛，或者伤络出血，热毒湿邪腐化血肉，必致痈脓；热毒湿邪入侵血分，上犯心脑，甚则可以出现高热昏迷状态。此为邪正相争，正虚邪陷的危急现象。

如正气渐复，邪气渐衰，病情趋缓，湿热瘀毒之邪残留于内，形成慢性输卵管炎，甚则导致癥瘕。因此，我们认为，病变部位在少腹部两侧输卵管处，属于肝胆经络冲任经脉部位，故慢性输卵管炎，是以气滞血瘀为主，湿热瘀阻为次，寒湿留滞再次，但慢性炎症期，正气渐虚，脾肾不足，加以瘀阻湿浊，均为阴邪，邪阻瘀聚，反过来，又必耗损阳气，阻遏阳气运行，以致少腹输卵管处失于温煦，可以导致少腹冷痛，带下量多，色白质稀，月经紊乱，甚则宫寒不孕等。但根据我们临床观察，亦有少数患者，始终没有急性炎症发作过程，而是由于长期情怀抑郁，心情不畅，心肝气郁，气郁则血滞，少腹输卵管部位，是肝胆经络所在，气郁则血滞，脉络不畅，输卵管处的气郁血滞，则新陈代谢的能量减低，局部抵抗力下降，强力的新生细胞较少，衰老细胞较多，因而在局部形成慢性炎症病变，亦呈现轻度的气滞血瘀或者湿热瘀阻。

关于肉芽肿性输卵管炎，一般均表现为慢性炎症过程，其中以结核性炎症最为常见。所谓阴虚瘀阻，而肉芽性瘀结，非一般性血瘀性可比拟，类似子宫肌瘤性血瘀，因此在活血化瘀的治疗上提出了新的要求。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

(一) 病史

急性输卵管炎，如炎症发生在月经期、流产、分娩期及宫腔操作术后，结合临床表现则可作出诊断。慢性输卵管炎多有急性输卵管炎的病史。

(二) 临床表现

1. 急性输卵管炎

(1) 症状：突然少腹疼痛，腹胀，重则可有高热，寒战，脓血性白带，或伴有尿痛，尿急、便秘，或腹泻，或不规则阴道流血。

(2) 体征：体温升高，甚则可达 39～40℃，脉数，少腹一侧或两侧显著压痛，或反跳痛，肌紧张，肠鸣音弱。

(3) 妇科检查：子宫颈高度充血，宫口可有脓血性分泌物流出，子宫多后倾，粘连或固定，且移动子宫时疼痛加重，双侧输卵管可肿大增粗，并有明显压痛。

2. 慢性输卵管炎

(1) 症状：少腹部不同程度疼痛，伴腰骶坠胀，经期或性交、劳累后加重，月经

量多，亦或量少，痛经，白带增多或继发性不孕。

(2) 体征：多无明显体征，部分患者少腹压痛，以髋凹处明显。

(3) 妇科检查：宫颈可见慢性炎症，有多量黏分泌物，宫体多后倾、粘连、固定，有压痛；双侧输卵管增粗，有压痛，有时可触及附件炎性包块，如输卵管积水，或输卵管、卵巢囊肿，可触及囊性肿块。

3. 肉芽肿性输卵管炎

(1) 症状：多表现为月经失调，后期渐至闭经，腰痛难以忍受，单侧或双侧少腹隐痛，不孕，并有低热、乏力、盗汗等症。

(2) 妇科检查：子宫可正常大小，于子宫两侧可触及大小不等、形态不规则的实性包块。

此外，实验室检查，急性输卵管炎时，周围白血细胞总数及中性白细胞均明显增高，血沉亦增快，后穹隆穿刺测定腹水，同种淀粉酶值/血清同种淀粉酶值的商 < 1.5，腹水中白细胞计数明显增高，肉芽肿性输卵管炎，周围血白细胞总数可正常，而淋巴细胞增多。

二、鉴别诊断

1. 急性阑尾炎　急性阑尾炎，亦发病急骤，有发热及腹部剧痛，但腹痛多从上腹部开始，或脐周痛，逐渐局限于右下腹，并伴有恶心呕吐，腹部检查，麦氏点压痛，肌紧张，反跳痛，腰大肌试验及结肠充气试验阳性。妇科检查，双侧附件多无异常，而右侧高于附件区有压痛，急性阑尾炎有时亦可引起急性右侧输卵管炎，此时，应以治疗急性阑尾炎为主。

2. 异位妊娠破裂，或流产，黄体破裂，输卵管妊娠破裂，或流产于发病前，多有闭经史、早孕反应、尿 HCG 阳性，以及不规则阴道流血，多无寒战、高热等症状，白细胞计数一般在正常范围，而以腹痛更为剧烈，或伴休克，双合诊，可触及一侧附件有触痛及包块，后穹隆饱满而有触痛，穿刺可抽出黯红色不凝血。黄体破裂时，亦以伴有休克及后穹隆穿刺抽出不凝血为特点。

3. 卵巢囊肿蒂扭转　卵巢囊肿蒂扭转多发病突然，且常与体位突然改变有关，下腹一侧绞痛，伴恶心呕吐，可有下腹部肿块病史，无发热及阴道出血。妇科检查时，一侧附件区可触及囊性肿块，表面光滑，触痛明显，同时子宫角有压痛，合并感染，可有发热或白细胞增高。

4. 急性结肠炎　本病多有进不洁食物史，腹痛呈绞窄样，并伴有呕吐腹泻，腹痛时有排便感，便后腹痛可暂缓解。腹部检查，可有触痛，但无肌紧张，粪便检查，可发现脓细胞。妇科检查，一般无异常可见。

5. 陈旧性宫外孕　陈旧性宫外孕，易与慢性输卵管炎混淆，但前者多有停经以及急性下腹痛病史，以后自行缓解，且反复发作，少腹痛可触及包块，伴疼痛可有阴道持续性少量出血。妇科检查时，可见肿块多偏于一侧，后穹隆穿刺可抽出陈旧性血液及小血块。

6. 子宫内膜异位症　多表现为严重的痛经，并以继发性及进行性加重为特点，由于子宫内膜异位症亦多有广泛性粘连，并有不孕，月经过多，性交痛、排便痛等

病史，有时与慢性输卵管炎较难区别，对于诊断有困难者，可通过腹腔镜检查协助鉴别之。

7. 卵巢囊肿　主要需与输卵管积水相鉴别。卵巢囊肿一般无炎症病史，妇科检查发现，肿物多呈圆形或椭圆形囊性感，表面光滑，活动性好，位于下腹一侧。输卵管积水多为双侧，且多与周围有粘连，囊壁薄，二者在临床上常不易鉴别，多于手术时才能确诊。

【辨证论治】

本病分为三种类型，即急性、慢性、肉芽肿性。在急性期，临床上又可分为热毒炽盛、湿热瘀阻两大证型。慢性盆腔炎，又可分为气滞血瘀、湿热瘀阻、寒湿留滞三大证型。兹分别论述如下。

一、急性期

1. 热毒炽盛证

主证：经期或产后，突然两侧少腹剧烈疼痛，灼痛拒按，牵引腰骶，带下量多，脓血样，有臭秽气，伴高热寒战，纳食不馨，口苦口渴，或尿频、尿急、尿痛，大便秘结，舌质红，苔黄燥厚，脉象洪数或滑数。

治法：清热解毒，化瘀止痛。

方药：银翘散、五味消毒饮。

金银花 15～30 克，蒲公英 20 克，紫花地丁 20 克，野菊花 15 克，天葵子 15 克，连翘 15～30 克，红藤 15 克，败酱草 15 克，当归 10 克，赤、白芍各 10 克，青木香 10 克，延胡索 12 克。

服法：水煎分服，每日 2 剂，4 小时服 1 次。

加减：若小腹疼痛剧烈者，可加人炙乳、没各 6 克，川楝子 9 克；若带下腥臭气重者，加人鱼腥草 15～30 克，土茯苓 15～30 克，马鞭草 15 克；伴有尿频、尿急、尿痛者，可加人萹蓄 10 克，泽泻 10 克，甘草梢 6 克；若大便干燥者，可加大黄 6 克，桃仁 10 克。

2. 湿热蕴结证

主证：两侧少腹疼痛拒按，腰骶坠痛，带下量多，色黄，质黏腻如脓样，有异臭气，伴发热恶寒，纳欠神疲，或伴尿频、尿少，大便或秘或溏，舌质红，苔黄腻中根部厚，脉象弦数或濡数。

治法：清热利湿，化瘀止痛。

方药：复方红藤煎合四妙丸加减。

红藤 15～30 克，败酱草 15～30 克，薏苡仁 30 克，桃仁 12 克，青木香 10 克，延胡索 12 克，制苍术 10 克，炒黄柏 10 克，土茯苓 12 克，怀牛膝 10 克，赤、白芍各 12 克。

服法：水煎分服，每日 2 剂，4 小时 1 次。

加减：若腹痛明显者，加人川楝子 10 克，赤、白芍各 12 克，五灵脂 10 克；带下量甚多，腹臭气重者，加入鱼腥草 15 克，马鞭草 15 克；脘痞纳欠者，加人陈皮 6 克，

炒谷芽 10 克，省头草 10 克。

二、慢性期

主要为气滞血瘀，其次是湿热瘀阻、寒湿留滞三者，治疗各不相同。

1. 气滞血瘀证

主证：少腹一侧或两侧胀痛，或刺痛，或坠胀，劳累后，或经期加甚，经期延长，经量或多或少有血块，块下痛减；胸闷烦躁，情绪抑郁，带下量多，色黄或白，质黏稠，或有臭气，脉象细弦，舌质黯红，苔薄黄。

治法：疏肝理气，活血通络。

方药：血府逐瘀汤（《医林改错》）加减。

桃仁、红花、熟地、当归、赤芍各 10 克，川芎 6 克，柴胡、桔梗各 6 克，甘草 5 克，川牛膝 12 克，丝瓜络 6 克，川断 10 克。

服法：水煎分服，每日 1 剂

加减：若见低热不已，舌苔黄腻者，加入红藤、败酱草各 15 克，蒲公英 10 克；腹痛较甚者，加入五灵脂、延胡索各 10 克；大便秘结者，加入大黄 6 克，枳实 10 克；经量偏多者，加入震灵丹（包）10 克，花蕊石（先煎）10 克；月经先期者，加入炒栀子 9 克，炒丹皮 10 克；带下过多，色黄质黏腻者，加入炒黄柏 9 克，薏苡仁 15 克，白芷 5 克。

2. 湿热瘀阻证

主证：少腹作痛，或有灼热性痛，带下量多，色黄质黏稠，有气味，低热起伏，纳差神疲，或时腹胀，大便偏溏，或则经行腹痛，经量增多，色红，质黏稠，有小血块，尿少色黄，脉象细弦，舌质偏红，苔色黄腻。

治法：清热利湿，化瘀通络。

方药：红藤败酱薏仁散（验方）加减。

红藤、败酱草各 15～30 克，赤、白芍各 12 克，薏苡仁 15 克，延胡索 12 克，制苍术 10 克，炒黄柏 9 克，怀牛膝 10 克，茯苓 10 克，煨木香 9 克，寄生 12 克。

服法：水煎分服，每日 1 剂。

加减：若湿浊偏盛，纳欠神疲者，加入陈皮 6 克，广藿香 6 克，炒谷芽 10 克；腹胀便溏，日行 2～3 次者，加入砂、薏仁（后下）各 5 克，炒白术 10 克，六曲 10 克；低热明显者，加入蒲公英 10 克，炒丹皮 10 克；小便偏少，尿频尿痛者，加入泽泻、萹蓄各 10 克，甘草梢 6 克。

3. 寒湿留滞证

主证：少腹冷痛，得热则舒，腰骶酸痛，带下量多，色白淡黄，质黏或稀，形体作寒，小腹作胀，脉象细弦，舌质淡红，苔白腻。

治法：温经散寒，化瘀止痛。

方药：温经汤（《妇人大全良方》）加减。

炒当归、赤芍各 10 克，川芎 6 克，川断 12 克，小茴香 5 克，肉桂（后下）5 克，莪术 9 克，川牛膝 10 克，艾叶 6 克，茯苓 10 克，川桂枝 5 克，炙甘草 5 克。

服法：水煎分服，每日 1 剂。

加减：少腹胀甚者，加入乌药 5 克，制香附 9 克；腰俞酸楚明显者，加入川断、杜仲各 10 克；腹胀矢气，大便溏泄者，加入炒白术 10 克，砂仁（后下）5 克，六曲 10 克。

【临床体会】

现代医学认为输卵管炎的主要致病菌，为链球菌、葡萄球菌、大肠杆菌及绿脓杆菌，其次为厌氧性链球菌、脆弱杆菌等。我们认为链球菌与葡萄球菌所致的感染，常表现出热毒炽盛的证候，且易致脓疡；大肠杆菌所致者，常表现出湿热瘀阻的证候，一般来说，证情淹缠，但临床上没有热毒炽盛传变快、证候剧烈且易化脓的变化。但是在急性期，湿热与热毒炽盛一样，同样会向两个方面转化，一是邪热入血，上犯心脑，引发危证；另一是腹痛剧烈，热腐血肉为脓血。因而在辨治过程中，仍然要注意这两种变化的及时治疗。

第一，邪热入血，上犯心脑，引发危证者，不仅具有高热寒战，少腹疼痛剧烈，而且还伴有昏迷谵语，烦躁不安，甚则斑疹隐隐，舌质红绛中见黄腻苔。治疗必须中西医合用，中医处方不仅要应用银翘散、五味消毒饮等方，而且还应运用清营汤、犀角地黄汤等加减，药用：钩藤 15 克，丹皮 10 克，水牛角 30 克，黄连 5 克，金银花、连翘各 15 克，竹叶心 6 克，蒲公英 12 克，败酱草 15 克，延胡索 10 克，熟地 12 克，大青叶 10 克等。还必须兼服牛黄清心丸，或者安宫牛黄丸等，必要时尚需加入大黄 5 克。

第二，热毒炽盛，腐肉成脓，形成脓性癥瘕者，可见高热寒战，少腹剧痛，痛如针刺状，或呈跳痛状，脉象洪数，此乃痈脓时期，即《金匮要略》“疮痈肠痈浸淫病脉证并治”中所说：“脉洪数者，脓已成，不可下也，大黄牡丹汤主之。”因此我们常在五味消毒饮方中，组合大黄汤，同时加入败脓之品，如金银花 15～30 克，连翘 15 克，蒲公英 15 克，天葵子 12 克，大黄 6 克，牡丹皮 10 克，炙乳、没各 6 克，冬瓜仁 10 克，桃仁 10 克，败酱草 15～30 克，皂角刺 6 克，山甲片 6 克，薏苡仁 30 克。

在慢性输卵管炎中，还有由于情怀抑郁，心肝不舒所致盆腔输卵管慢性炎症的，患者始终回忆不起急性炎症过程。我们常采用疏肝解郁的逍遥散加减，药用：炒当归、赤白芍、白术、茯苓各 10 克，炒柴胡 5 克，广郁金 9 克，丝瓜络 6 克，延胡索 10 克，川断、寄生各 12 克，长期服用，并结合心理疏导，解除思想顾虑，才能有效地提高治疗效果。

肉芽肿输卵管炎，一般与结核性病变有关，中医学认为有阴虚血瘀、气虚血瘀两者。阴虚血瘀者，其瘀程度较甚，应予二甲地黄汤合血府逐瘀汤加减治之，如瘀结成癥，疼痛剧烈者，尚可加入地鳖虫、炙蜈蚣、全蝎等虫类药，或者兼服大黄䗪虫丸。如气虚血瘀者，必须采用补气健脾，化瘀消癥的方药，一般可用补阳还五汤，加入化瘀消癥的药物。如党参、黄芪、白术、茯苓、红花、赤芍、五灵脂、延胡索，同时要加山楂、生鸡内金等消散肉积等的方药，治疗较为合适。

此外，我们还必须指出，慢性输卵管炎的治疗还要注意到扶正的一面，补肾调周法在慢性输卵管炎中亦为常用的治法，应按照月经周期中四期特点论治，可参考夏桂

成著《不孕不育与月经周期调理》。在长期的扶正治疗中我们体会，对于慢性盆腔炎(包括肿瘤在内）而言，“扶正改邪，改邪归正”的治法与“扶正祛邪”的治法有所不同，虽然从表面上看只是“祛”“改”一字之差，但意义上是不同的。因为，“扶正祛邪”是通过扶正，达到祛除邪气的目的。邪气者，主要指病毒、细菌等微生物之有害者，因邪气乘正虚而入，最虚之处，便是容邪之所，邪气潜入或残留在最虚之处，亦即是盆腔中子宫、输卵管部位，必将影响和危害正气，故需通过养血、益气、补肾、助阳以及清热利湿的方法，来达到扶助正气，提高免疫功能，排除邪气的目的。扶正祛邪法虽然适用于慢性炎症及肿瘤病患，但亚急性的炎症或慢性炎症急性发作时，也可据情而用。面“扶正改邪”者，只宜于慢性炎症或肿瘤疾病患者，因为此邪非病毒、细菌等微生物类，面是指正气的部分在长期与邪抗争中转化之邪，因为此类病证时间较长，病情顽固，邪气入侵后，长期在盆腔内子宫输卵管处稽留，与正气相对抗，相影响，逐渐使正气改变，最终由正转邪，即细胞变态、变质成有害的细胞，组织变形，纤维结缔组织增生明显，甚则形成硬化、僵化，反过来有害正气，亦称为邪。通过扶正，把变坏的细胞重新改变过来，把变形的组织重新恢复过来，使纤维结缔组织增生减轻，硬化变形的组织软化，即所谓“改邪归正”，免致助邪为虐。我们体会，扶正改邪主要有以下三种治法，即滋阴养血法、血中助阳法、活血化瘀法，其中尤以滋阴养血法为重要，但需要临床长期使用，并当佐以怡情养性，调畅情志，稳定心理，才能收到较好的效果。

1. 滋阴养血法　本法必须在辨证和辨体质特点的指导下使用。就妇科的输卵管、子宫而言，其滋阴养血的方剂应以归芍地黄汤为主方。归芍者，当归、白芍也，养血活血，是四物汤中的主要成分；六味地黄汤，是以地黄为主的六味药物，是滋养肾阴的主方，在临床上具体使用时，我们常加入龟甲、鳖甲，因为此二药为血肉有情之品，不仅有助于六味地黄汤补肾阴，而且有提高天癸癸水的作用。阴水有着润泽子宫、输卵管，滋养生殖器官细胞组织的重要作用，使子宫、输卵管内变坏的细胞组织重新变过来，也就是说阴水是改邪归正的物质基础。由于输卵管处于少腹两侧，属肝经部位，因此我们在临床上对此常用滋肾生肝饮。滋肾生肝饮是由归芍地黄汤合逍遥散，逍遥散有利于肝经部位的病变恢复，更适合慢性输卵管炎的病患，但脾胃运化欠佳，甚则腹泻、胃痛者不宜之。

2. 血中助阳法　本法亦为扶正改邪中的常用方法。凡具有肾虚偏阳及血虚的特点，同时或夹有水湿、血瘀等病理物质者，可应用本法。我们临床上常用的方剂为毓麟珠。毓麟珠者，是在四物四君的基础上，加入川断、菟丝子、鹿角等助阳之品。四物四君又称之为八珍，补气补血，为血奠定基础，然后加入助阳，目的是提高天癸中的阳水，增强组织细胞的活力，提高免疫水平，而且推动血液流动，促进吸收或排除残存的水湿、血瘀等有害物质。

3. 活血化瘀法　论述较多，就中医学来讲，轻剂量的活血化瘀药，如当归、赤白芍、红花、鸡血藤等，的确亦有一定的扶正作用，是改邪中的兼用常法。

第三节 卵 巢 炎

当病原体的感染波及到卵巢，引起卵巢的炎性改变时，称为卵巢炎。卵巢炎大多继发于输卵管炎症，且多与输卵管炎同时存在，很少单独发生。单纯的卵巢炎，常由其他部位的感染病灶，通过血液循环播散而致，根据其临床发病经过，可将卵巢炎分为急性卵巢炎和慢性卵巢炎两大类。急性卵巢炎多见于生育年龄的妇女，其中以25～35岁患病率最高，发病时主要表现为发热寒战，两少腹剧痛，大便时加重，脓性白带等；慢性卵巢炎主要表现为经常性的少腹隐痛或坠痛，腰骶骨痛，劳累后、性交后、排便时症状加重，并伴有月经失调。

【病因病理】

本病证相似于热入血室的病证。《温病条辨》所谓“热入血室……为邪热陷入，搏结而不行，胸腹少腹必有牵引作痛拒按者”，不正是对本病证的描述吗？然而温病中的热入血室，不仅指卵巢炎，而且亦包括子宫内膜炎，特别是输卵管炎、盆腔结缔组织炎等在内。其病变的形成，多由输卵管炎症蔓延而来，故亦多继发于经期、产后，原因亦在于“湿、热、毒、瘀”乘虚犯于于宫胞脉胞络之气血，胞脉胞络之气血与之相搏击，所谓邪正相争，故出现发热寒战、两少腹作痛等反应。亦有部分发生于某些急性热性病之后，邪毒残留于子宫、胞脉、胞络三处而来，由于邪热伤阴，肝肾不足，邪热夹瘀滞内蓄于胞门胞络，结聚不去，将进一步消灼肝肾之阴，实中有虚，虚中夹实，故不仅出现少腹隐隐作痛，或下坠性痛，而且劳累后、性交后或者排便时加剧，久而久之，虚者愈虚，实者愈实，致不易治痊。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

1. 病史　急性卵巢炎多继发于急性输卵管炎后，并常与输卵管炎同时存在。单独的卵巢炎多继发于其他部位的感染，尤其多发生急性腮腺炎、伤寒、副伤寒、猩红热皮疹之后；慢性卵巢炎亦多为输卵管炎波及而致。因此应详细询问病史。

2. 临床表现　急性卵巢炎以少腹剧痛为主，多为双侧，大便时加重，伴有高热寒战、头痛、食欲不振、脓性白带等，多伴有月经过多、经期延长或月经失调，部分患者可伴有尿频、里急后重等症状。慢性卵巢炎多为经常性的少腹隐痛或坠痛，腰骶部酸痛，劳累后、性交后、排便时及月经前后均可加剧，并有月经失调、白带增多、不孕、低热、乏力等。急性卵巢炎患者体温升高，可达39℃以上，心率增快。

3. 妇科检查　可见明显的阴道充血，有脓性分泌物，妇科检查：宫颈举痛，子宫多较固定，两侧附件压触痛明显，成可触到肿块；慢性卵巢炎多无明显体征，有时两侧少腹可触及深压痛。妇科检查：子宫多后倾，并粘连固定，双侧附件区轻度触痛，或有肿块，有时可触到盆腔一侧，或两侧有囊性包块。

4. 实验室检查　同于输卵管炎。

二、鉴别诊断

1. 急性阑尾炎　两者相似，但急性阑尾炎发病初多为上腹或脐周疼痛，逐渐局限至右下腹，多伴有恶心呕吐，体温一般不超过38℃，麦氏点压痛及反跳痛明显，腰大肌试验及结肠充气试验阳性，妇科检查多无异常所见。

2. 输卵管妊娠破裂　输卵管妊娠破裂，发病前多有停经史及不规则阴道流血史，部分患者有早孕反应或尿HCG阳性；发病多较突然，疼痛剧烈，甚则休克，全腹均压痛、反跳痛，或有移动性浊音，一般无发热；周围白细胞计数可正常或略高；妇科检查可见后穹隆饱满，并有触痛，宫颈举痛，一侧附件区有时可触及包块，后穹隆穿刺可抽出不凝血。

3. 卵巢囊肿蒂扭转　卵巢囊肿蒂扭转，多有下腹部肿块病史，发病突然，多与体位突然变化有关，一侧少腹绞痛，伴恶心呕吐，多无发热和白细胞升高；妇科检查，可于一侧附件区触到表面光滑有触痛的囊性包块，同侧子宫角处触痛明显。

4. 急性肾盂肾炎　急性肾盂肾炎多有腹痛，伴发热及周围血白细胞增多，但疼痛多位于上腹部，肾区有触痛及叩击痛，尿常规检查有脓细胞及红细胞、妇科检查多无异常发现。

5. 盆腔瘀血症　盆腔瘀血症亦主要表现为少腹坠痛及腰骶部疼痛，且劳累后加重，与慢性卵巢炎、输卵管炎都极易混淆。但盆腔瘀血症可有阴道静脉曲张，子宫常后倾且大而软，诊断有困难时，可通过盆腔静脉造影、盆腔血流图及腹腔镜检查，协助诊断。

【辨证论治】

本病证的主要症状为两少腹疼痛，临床上应根据少腹疼痛的性质、程度不同，以及结合全身症状等辨别虚实。急性炎症期为湿热蕴阻证，慢性炎症期为肝肾亏损证。但在具体证治中，仍要注意实中有虚，虚中有实，治标治本相结合。

一、急性期——湿热蕴阻证

主证：经期或产后，两少腹剧痛，大便时加重，或有里急后重感，伴高热寒战，纳差神疲，带下量多、色黄、质黏稠如脓样，有臭秽气，月经量多，或经期延长，经色深红，质地黏腻，舌质红苔黄腻，脉象弦数或洪数。

治法：清热解毒，利湿化瘀。

方药：红藤败酱散合大黄牡丹汤加减。

红藤、败酱草各15~30克，蒲公英15克，薏苡仁30克，大黄5克，丹皮12克，冬瓜仁10克，延胡索12克，五灵脂10克，广木香9克，制苍术10克。

服法：水煎分服，每日2剂，4小时服1次。

加减：若带下过多，质地黏稠，臭气颇重者，加入土茯苓15克，鱼腥草12克，炒黄柏9克；脘痞纳欠，大便偏溏者，去大黄，加入炒白术10克，陈皮6克，砂蔻仁(后下）各5克；若发热明显者，去制苍术，加紫地丁、金银花各15克，连翘10克；若腹痛剧烈者，加入川楝子10克，炙乳、没各6克；行经期经量甚多者，加入大、小蓟各12克，地榆炭10克，蒲黄炭9克。

二、慢性期——肝肾亏损证

主证：热病之后，两少腹隐痛或坠痛，腰骶酸痛，性交或排便时，或劳累后加重，伴低热，神疲，头昏耳鸣，月经量多，经期延长，舌红少苔，脉象细数。

治法：补养肝肾，化瘀止痛。

方药：归芍地黄汤（《薛氏医案》）加减。

炒当归、赤白芍各 12 克，山药 10 克，熟地 12 克，山萸肉 6 克，丹皮、茯苓、泽泻各 10 克，川断、寄生各 9 克，山楂、五灵脂各 10 克。

服法：水煎分服，每日 1 剂。

加减：疼痛较剧时，加入川楝子 10 克，琥珀粉 1.5 克（另吞），当归、白芍各 15 克；腰骶酸痛明显者，加入杜仲、制狗脊各 10 克；低热明显者，加入钩藤 15 克，白薇 9 克，青蒿 9 克；腹胀矢气纳欠便溏者，去当归、熟地，加入党参 10 克，炒白术 12 克，陈皮 6 克，砂仁（后下）5 克；头昏失眠者，加入枸杞子 10 克，合欢皮 10 克，炒枣仁 9 克。

【临床体会】

本病证与子宫内膜炎等同样相似于中医学中的热入血室，也有相似于中医学癥瘕病中的痃瘕病证的。因此在探讨和诊治本病证时，首先从热入血室着手。

对于热入血室究竟是否为盆腔生殖器官炎症，颇多争议。我们认为，从热入血室的命名含义及一系列证候群来看，主要是指盆腔生殖器官炎症而言。我们将热入血室的主要证候特点归纳如下：①谵语如狂，昼则明了，夜则发作，日轻夜重；②寒热如疟，或身热暮甚；③胸胁满如结胸状，或少腹满痛；④阳明热病，下血谵语；⑤热性病与月经适来适断有关。其中第 5 点最为重要，因为这是热入血室最为主要的一点，少腹满痛也反映了病变的所在。但是古人限于历史条件，缺乏微观手段，因此，只能停留在对外在证候的分析上。可贵的是，根据热入血室的程度范围，提供了几个非常重要的值得我们今天借用的治疗方法，如：早期者，可运用提撤外邪，从表而解，或者表里双解；中期重证，直须凉血清热，或者泄热、通瘀；后期结为癥瘕时的疏肝通络、化瘀消癥等法。

1. 提撤外邪　凡是具有寒热或身热的早期症状，病情较轻，可予提撤外邪法治疗，希望从外而解。正如叶天士《外感温热篇》所说："仲景立小柴胡汤，提出所陷热邪，以参枣扶胃气，冲脉隶属阳明也。"因此在恶寒发热的盆腔生殖器官炎症早期的确可用轻清疏解或和解法治之，如小柴胡汤和银翘散加减，药如柴胡、黄芩、陈皮、荆芥、丹皮、金银花、连翘、桑叶等。

2. 表里双解　邪热汇聚于血室，有着表里的证候，有如血结胸证候。胸者，上焦也，犹可转气透表，尚未达到血结下焦的血海部位，必然具有发热、胸腹疼痛的症状，故需运用表里双解的方法，此法最妙，如桂枝红花汤加海蛤、桃仁，正如《近代中医流派经验选集·先师范文虎先生临床经验简介》一文中所载热入血室病案："郑右，伤寒十余日，经水来不止，热入于里，幸不太重，但须防其热入血室。舌质淡白，胸中有痰，又有下利，先从血分取法，桃仁、红花、蛤壳各三钱（相当 9 克），桂枝、白

芍、生姜各一钵半（相当9～10克），炙甘草一钵（3克），红枣六枚。本例复诊后证即减，四诊得痊愈。此证为伤寒邪热由表渐入里，而经水适来，并有下利，气阴两伤之象，但须防其热入血室，……王海藏出一桂枝红花汤加海蛤、桃仁，原是表里上下一齐尽解之理。”但是我们体会，炎症性的病变大多为温热之邪入侵，由卫至气，由气入营，由营入血，气营之交，陷于胸胁者，犹可表里双解，需用凉膈散之类的方药，加入海蛤、桃仁等血分药最为合适。

3. 凉血清热　此法适用于热毒之邪陷于营血之间，结聚于血室，或者热毒炽盛，上犯心脑，或者热迫血妄行，一方面可出现高热昏迷，少腹作痛，一方面又可出现月经过多，斑疹隐隐，所以必须运用凉血清热的犀角地黄汤、清营汤、玉女煎等，同时针对邪热性质，如热毒甚者，需合五味消毒饮，如系湿浊甚者，需合四妙丸、四苓散等加减，即在凉血清热解毒的方药中加入制苍术、黄柏、薏苡仁、川牛膝、马鞭草、泽泻等，但同时必须注意到化瘀止痛药的加入如五灵脂、赤芍、桃仁、红花等，必要时，尚可加入炙乳没、地鳖虫、干地龙、全蝎、蜈蚣。蜈蚣为助阳药，热性病用此，宜慎之。

4. 通瘀泄热　热入血室，久而与血相结，热在血中，血在热外，相互胶结，已非清热所能医治，必须从通瘀的方法，才能使热随血泄。叶天士《外感温热篇》所说：“若本经血结自甚，必少腹满痛，轻者刺期门，重者（按稍重之意）小柴胡汤去甘草，加延胡、归尾、桃仁、赤芍、夹寒加肉桂；心气滞者，加香附、广郁金、陈皮、枳壳等，甚者亦有用桃核承气汤者，始能获取疗效。”即是通过排除血瘀，也才能排除血热，从而也才能解除入夜的昏迷谵语。

对于卵巢炎属于中医癥瘕中的痃瘕者，除了理气疏肝，入其肝经部位外，如橘核丸、橘核、荔枝核、川楝子、炒柴胡等肝经方药外，还必须加化瘀消癥的桂枝茯苓丸、五灵脂、地鳖虫、石打穿等方药，才能消除长期卵巢炎症所致的痃瘕病变。但是在慢性卵巢炎的发展过程中，还要注意肝阴脾气的不足，因为也正由于肝阴脾气的不足，才能使瘀热蕴结而成癥瘕，所以兼服归芍地黄汤合木香六君汤加减服之也很重要。前人曾有“养正则积自除”，理由缘由于此，不可不知。其他如外治法、针刺法，亦可结合应用。

第四节　盆腔结缔组织炎

盆腔结缔组织炎，是指腹膜以外的子宫旁、膀胱直肠周围的疏松结缔组织发生的炎症。由于炎症发生的具体部位不同，可分为子宫旁结缔组织炎、阴道周围炎、子宫颈周围炎、膀胱周围炎及直肠周围炎。根据其发病经过，又可分为急性结缔组织炎和慢性结缔组织炎。急性结缔组织炎以高热、下腹痛及膀胱、直肠刺激症状为主要临床表现，多发生于流产、分娩及盆腔手术后，尤以有局部损伤者为多见。慢性结缔组织炎，则以下腹腰骶部疼痛、性交痛等为其主要临床表现，多由急性结缔组织炎未经彻底治愈遗留而来，或继发于较严重的慢性宫颈炎。

中医学对此虽没有专病论述，但亦散见于“少腹痛”、“带下”、“热入血室”、“月

经不调”等有关疾病中，如《傅青主女科》谓：“妇人有带下而色黑者……其气亦脱……乃火热之极也……。其症必腹中疼痛，小便时如刀刺，阴户必发肿。”《温病条辨》谓：“热人血室……搏结而不行，胸腹少腹必有牵引发痛拒按者。”《叶天士女科证治》“保产”中说：“产后恶露不净，留滞作痛者，亦常有之，然此与虚痛者不同……或大小便不行，或小腹鞭实作胀，痛极不可近乎。”其描述有类于本类疾病。

【病因病理】

本病证的发生，大多为盆腔手术损伤，或分娩流产时造成局部损伤，尤其是宫颈部位的损伤后，导致局部正气不足，抵抗力低下，因而热毒湿邪乘虚而入，通过淋巴系统扩散传播至盆腔结缔组织；或者当内生殖器急性炎症，如子宫内膜炎时，通过淋巴系统扩散至盆腔结缔组织，引起局部的气血相争，从而汇聚了较多的气血、水湿，形成充血、水肿、血瘀等病变，这就是急性结缔组织炎。由于以热毒为主者将形成热毒炽盛的病变，由于以湿邪为主者，湿邪化热，又必形成湿热瘀阻的状态。一旦发生盆腔结缔组织炎后，局部炎症处必然呈现充血、水肿以及与邪搏斗之气血中的大量细胞及浆细胞浸润，使局部组织增厚，形成瘀肿状态，神经因受压而疼痛。当炎症的渗出物向四周浸润时，由于盆腔组织的疏松性，可导致大量渗出液积存于结缔组织中，若未得到及时有效的治疗，渗出物未能及时吸收，则可形成脓肿。当病情转入慢性阶段时，抵抗力极为重要，由于痛发于下焦，一般与肾虚、奇经八脉亏损有关。在叶天士的《临证指南医案》中，凡是见到腰酸痛，腰骶部酸痛，小腹下坠痛，无不与奇脉亏损有关，而奇经八脉主要隶属于肾，亦包括肝、肾主八脉，所以归根到底在于肾虚。肾虚之后，其由急性转变而来的慢性炎症，由于纤维组织的增生，宫底韧带增厚变硬的血瘀状态，使盆腔内组织弹性消失，子宫多固定于后位，严重时宫旁结缔组织增厚，活动受限，使盆腔内形成冰冻骨盆状态。中医认为本病的病机病理，一是肾虚血瘀，即抵抗力衰退，血瘀冰伏；另一是寒凝血瘀，亦的确与外感寒湿，内饮凉食有关。病程偏长，是本病的特点。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

（一）病史

急性盆腔结缔组织炎最常见的病因为手术操作后继发感染，如扩张宫颈造成裂伤，机械性子宫穿孔、宫颈电烙术后坏死组织引流不畅，分娩或手术产时造成宫颈及阴道上端损伤，子宫全切术后阴道断端感染等。慢性盆腔结缔组织炎多由急性结缔组织炎遗留而来，亦常继发于较严重的慢性子宫颈炎。因此，对上述病史的了解有助于临床诊断。

（二）临床表现

1. 急性盆腔结缔组织炎

（1）症状：①高热：多在感染后 1～2 周内出现，也有手术后 3～4 日即出现发热寒战等；②下腹痛：神经受压及炎症扩散至盆腔腹膜，均可引起下腹剧痛，是持续性

或向臀部及下肢放射，并伴有恶心、呕吐、腹胀等症；③膀胱、直肠刺激症状：如尿频、尿痛、里急后重，肛门坠胀等；④脓肿形成及破溃：炎症未得到控制，脓肿形成，又未及时引流，则脓肿可自行破溃，或穿破皮肤、腹腔，或经尿道、肛门、阴道排出脓液。

(2) 妇科检查：可见盆腔灼热，子宫略增大，有触痛，活动度受限，子宫一侧或两侧有明显触痛或增厚感；或可触到盆腔内坚硬的肿块；如有脓肿形成，可于穹隆处触及张力较大的囊性肿块，有触痛或波动感，经直肠检查时更为明显。

(3) 实验室检查：周围血白细胞总数及中性白细胞均增高，血沉加快，尤其是盆腔脓肿时，血沉可达 20～30mm/h 以上，体温升高，可达 40℃。

(4) 后穹隆穿刺：有脓肿形成时，可于后穹隆向脓肿部位穿刺，有脓液抽出时，对诊断有意义。

2. 慢性盆腔结缔组织炎　轻微者可无症状。较重者，可见下腹及腰骶部胀痛，经期加重，伴有性交痛、月经不调、白带增多、低热等，亦可继发不孕。妇科检查时，可见双侧宫骶韧带明显增厚、变粗、变硬，或呈条索状，有触痛，双侧呈韧带及阔韧带亦可增厚，子宫位置固定，活动受限，或见子宫偏移于一侧，当结缔组织变成较坚硬的瘢痕组织时，盆腔可呈冰冻样改变。

二、鉴别诊断

1. 急性阑尾炎　病初多为上腹或脐周疼痛，逐渐转移至右下腹，且以麦氏点触痛和反跳痛最为明显，腰大肌试验及结肠充气试验均为阳性，体温虽有升高，但一般很少超过 38℃，妇科检查多无异常所见，无脓性白带。

2. 卵巢囊肿蒂扭转　多突然发生，且多与体位变化有关。疼痛多为一侧下腹痛，呈绞痛状，可伴恶心或呕吐，体温多正常，周围血白细胞数可正常或稍升高，妇科检查时，常为患侧一侧触痛，并可触及张力较大的囊性包块，患侧子宫角触痛明显。

3. 输卵管积脓及输卵管卵巢脓肿　输卵管积脓或输卵管卵巢脓肿与周围发生粘连时，有时与盆腔结缔组织炎不易区别，但输卵管积脓多可触及较大的腊肠状块物，且二者与盆壁之间多无广泛的粘连。

4. 阔韧带肿瘤　一侧阔韧带内的肿瘤，往往将子宫推向对侧，多无腹痛病史，体温正常，周围血白细胞无异常改变，妇科检查时，子宫可正常大小，或呈不规则增大，并凸向一侧，子宫及宫旁组织多无压痛。

5. 晚期宫颈癌　宫颈癌晚期宫旁结缔组织可有癌细胞浸润，此时盆腔检查可触及宫旁高低不平的坚硬包块，易与盆腔结缔组织炎混淆。可通过阴道检查或活检明确诊断。

6. 盆腔结核　往往合并有腹膜结核，或身体其他部位有结核病灶存在。本病多有持续性下腹钝痛，伴有低热、盗汗等症，妇科检查时，盆腔可触及无明显触痛的、不规则的、活动性差的包块。

7. 子宫内膜异位症　以继发性渐进性痛经为特点，妇科检查时，一般可触及子宫一侧或两侧有触痛的、活动性差的囊性包块。

【辨证论治】

本病证的主证是下腹部疼痛，临证当根据其疼痛的性质、程度及其伴有症状辨证论治。一般来讲，凡起病急骤，疼痛剧烈，伴发热寒战者，多属热属实；若未能彻底治疗而病势缠绵不愈，或起病较缓者，往往寒热虚实并见，临床当详细审证，加以鉴别。在治疗上急性期取半卧位，以使炎症局限，防止扩散，应适当补充液体，并给予高营养、高蛋白、高热量饮食；高热时可给予物理降温；腹胀严重时可给胃肠减压。慢性炎症期，加强营养，锻炼身体，以提高机体抵抗力。

一、急性盆腔结缔组织炎

主要有热毒炽盛、湿热瘀阻两种证型，治疗以祛邪为主。

1. 热毒炽盛证

主证：突然下腹剧烈疼痛，拒按，伴有高热寒战，腹胀，口干口苦，带下色黄，气臭秽，或肛门坠胀，舌质红，苔黄厚或黄腻，脉滑数或洪数。

治法：清热解毒，化瘀止痛。

方药：五味消毒饮合大黄牡丹汤加减。

金银花 15～30 克，蒲公英 20 克，野菊花 15 克，连翘 10 克，大黄 6～9 克，桃仁 12 克，丹皮 10 克，广木香 9 克，延胡索 10 克，炙乳、没各 6 克，薏苡仁 30 克，败酱草 30 克。

服法：水煎分服，每日 2 剂，4 小时服 1 次。

加减：腹痛剧烈者，当可加入五灵脂、川楝子各 10 克，山甲片 6 克；腹胀明显者，亦可加入柴胡 5 克，枳壳 10 克；尿频尿痛者，可加入萹蓄 10 克，瞿麦 12 克，甘草梢 10 克；里急后重者，可加入白头翁 12 克，黄柏 9 克，小茴香 6 克；带下量多，有臭气者，可加入鱼腥草 15～30 克，炒黄柏 9 克，土茯苓 15 克。

2. 湿热瘀结证

主证：下腹疼痛较重，一般拒按，伴发热，胸闷腹胀，小便赤涩淋痛，或里急后重，纳食欠佳，神疲身困，带下量多、色黄、质黏稠、有臭秽气，舌质偏红，苔黄腻中根部厚，脉象濡数。

治法：清热利湿，化瘀止痛。

方药：红藤败酱散合四妙丸。

红藤、败酱草各 15～30 克，蒲公英 15 克，丹参、赤芍各 10 克，薏苡仁 30 克，广木香 10 克，延胡索 10 克，制苍术 10 克，炒黄柏 10 克，川牛膝 10 克，泽泻 10 克，炙乳、没各 5 克。

服法：水煎分服，每日 2 剂，4 小时服 1 次。

加减：若腹胀矢气，大便偏溏者，可加入砂仁（后下）5 克，六曲 10 克；里急后重者，可加入黄连 3 克，白头翁 20 克；带下量多，臭秽气重者，加入鱼腥草 15 克，土茯苓 12 克；尿频尿痛明显者，加入瞿麦、萹蓄各 10 克。

二、慢性盆腔结缔组织炎

一般亦可见到肾虚血瘀、寒凝血瘀两种证型。治疗重点在于扶正化瘀，除药治外，

尚应结合针灸、理疗等法为宜。

1. 肾虚血瘀证

主证：小腹绵绵而痛，腰骶瘕痛，头昏耳鸣，神疲乏力，伴有月经后期，经量偏少，带下增多、色白、质稀或黏，舌质黯紫或有瘀点，苔黄白薄腻，脉象细涩弱。

治法：补肾助阳，活血化瘀。

方药：折冲饮加减。

当归、赤白芍各 12 克，川芎 5 克，川桂枝 6 克，肉桂（后下）5 克，怀牛膝 10 克，延胡 10 克，丹皮 10 克，红花 6 克，川续断 9 克，熟地 10 克。

服法：水煎分服，每日 1 剂。

加减：若带下量多、色黄白、质黏或稀者，加入炒白术 10 克，炒芡实 12 克，茯苓 10 克，炒黄柏 6 克；小腹凉甚，腰酸明显者，加入杜仲 10 克，巴戟天 9 克，鹿角霜 10 克；小腹有包块者，加入三棱、莪术各 9 克，地鳖虫 5 克；月经不调，腹胀胁满者，加入制香附 9 克，广郁金 6 克，泽兰叶 10 克。

2. 寒凝血瘀证

主证：小腹冷痛、坠胀，得温则舒，伴有月经后期，经量偏少、色淡黯、质黏稠，经行冷痛更甚，带下量多、色白、质稀黏不一、有腥气，手足不温，小便频数量少，舌质紫黯，苔白而腻，脉象沉迟而弦细。

治法：温经散寒，活血化瘀。

方药：少腹逐瘀汤加减。

小茴香 10 克，干姜 5 克，当归 10 克，川芎 6 克，赤芍 10 克，肉桂（后下）5 克，延胡索 10 克，没药 6 克，蒲黄 6 克，五灵脂 10 克，艾叶 9 克。

服法：水煎分服，每日 1 剂。

加减：若带下量多、色白、质稀不一者，加入炒白术 10 克，薏苡仁 30 克，炒荆芥 6 克；腹胀有包块者，加入三棱、莪术各 9 克，地鳖虫 9 克；纳欠脘痞，舌苔而腻而厚者，加入制苍术 10 克，广木香 9 克，广藿香、佩兰各 9 克。

【临床体会】

本病与急性子宫内膜炎、输卵管炎均相关，因它们的致病因素均在于“热毒湿瘀”四者。其中的热毒炽盛者最易传变。传变之一是腐化气血而成为痈脓，因此在清热解毒、化瘀止痛方药中尚需加入大黄牡丹皮汤以及败酱草、皂角刺、炙山甲片、桔梗、薏苡仁等败脓消脓等品，方药基本相同，但毕竟由于病变不同，用药有所不同。如子宫内膜炎，在小腹中间，一般与肾有关，所以如川牛膝、川断等品有时亦当加入；输卵管炎者，其病变部位在两少腹，与肝胆经有关，所以柴胡、香附、五灵脂者亦当加入；盆腔结缔组织炎，大都在子宫旁，或者膀胱、直肠疏松结缔组织，处于肾肝经络部位，故在慢性炎症期间，尤当重视对肾肝的治疗。传变之二，是邪毒入血，逆传心脑，出现高热昏迷，斑疹隐隐，因此需要运用清热解毒、安神凉营等法以治之，如清营汤、犀角地黄汤，合安宫牛黄丸、牛黄清心丸，或者血瘀内结，影响心神者可用桃核承气汤，通瘀泄热，以安神志。在盆腔结缔组织炎的急性期间，亦必须参照这两种

传变的治疗特点予以调治；慢性炎症期间，一面要从血瘀、气滞、湿热论治，但更要从扶正着手，如肾、肝、心、脾的不足，属于肾的不足，其调治方法该从补肾调周法论治之。

此外，在盆腔生殖器官炎症中，尚有一种盆腔腹膜炎。盆腔腹膜炎多与其他的盆腔脏器感染同时存在，尤以输卵管炎最为常见。盆腔腹膜炎亦是以下腹痛、发热为主要临床表现，常易致瘀热阻于肠道，可致腑气不通，热结旁流，可见呕吐、腹泻等，为妇科的危重证之一。急性期的辨治重点在于热毒炽盛，而且是蕴结于脾胃之间，属于太阴阳明的热毒蕴结病证，因此除有高热寒战，下腹剧痛之外，尚可见到恶心呕吐，甚至持续性呕吐，大便干结或腹泻。治疗除清热解毒，化瘀止痛的方法，还需加入和胃通腑、理气行滞的方法，故除运用五味消毒饮外，还必须加入大黄牡丹皮汤，加入青木香、陈皮、枳实等品。转入慢性后，亦应从脾胃的湿热瘀阻论治之，因本病在于腹部与脾胃有关，此与输卵管炎、卵巢炎之与肝，子宫内膜炎之与肾，盆腔结缔组织炎之与肾肝者，其病变部位不同，因此亦带来证治上的不同。

第十七章

女性生殖器官肿瘤

女性生殖器官肿瘤有良性恶性之分。良性者预后较好，恶性者预后甚差，常是威胁妇女生命的主要病种之一。本类疾病多见于围绝经期与育龄期。一般早期常无明显的症状，至中后期，不仅在腹部有包块存在，而且大多数表现出腹部或胀或痛的症状，有的表现出阴道不规则的流血，有的表现出月经过多，月经失调，有的表现出带下淋漓，恶臭难闻，有的体形消瘦，腹部膨大。通过有关检查，就不难诊断。但是在其病变发生的早期，诊断尚有一定的困难。

中医学认为，女性生殖器官肿瘤基本上属于癥瘕范畴。所谓癥者，真也，有形可征，痛有定处，固定不移。瘕者，假也，聚散无常，假块游移，痛则见形，不痛则无形。所以有癥者属血瘀、瘕者属气滞之说，但《内经》一书中，有“石瘕”、“肠覃”之说，无癥之名。如张景岳所说：“癥瘕之病，即积聚之病，《内经》上只有颓聚疝瘕，并无癥字之名，此后世之增说者。”考《素问·骨空论》曰：“任脉为病……女子带下瘕聚。”《素问·腹中论》所描述的石瘕、肠覃等，后世《备急千金要方》、《诸病源候论》所指出的八瘕七癥，把癥与瘕联系在一处，没有明确的分类，其内容包括了一切凡属腹中胀痛结块的病证，自然也概括了女性生殖器官的肿瘤。

关于癥瘕中的女性生殖器官肿瘤，我们将选择中医药辨治尚有一定优势的介绍之，如子宫肌瘤、卵巢囊肿、输卵管肿瘤、子宫颈癌四者。治疗不仅要着重在局部，还要着重在整体。即使局部的癥瘕积块，需用攻积消癥的方药，亦要遵守“衰其大半而止”的原则。在整体调治时，既要遵循辨证论治的原则，还要考虑到补肾调周法，目的在于控制肿瘤的生长，恢复或提高整体功能，而且要早期诊断，早期治疗，才能获得

较好的疗效。

第一节 子宫肌瘤

子宫肌瘤是女性生殖器官中最为常见的良性肿瘤。主要由平滑肌细胞增生而成，多见于30~50岁的妇女，绝经期后有缩小的可能，若长大速度快者，须警惕肉瘤变性。子宫肌瘤的患者，绝大多数无症状，往往在普查或其他疾病剖腹探查及尸检中发现，因此，临床报道的子宫肌瘤发生率远较其真实的发生率为低。临床表现常与肌瘤的生长部位、大小及速度等有关。其主要症状有：月经改变、压迫症状、阴道分泌物增多、不孕等。必须早期诊断，早期使用中医药治疗。

【病因病理】

子宫肌瘤发生的原因尚不十分清楚。目前普遍认为与雌激素的长期和过度刺激有关。此外由于子宫肌瘤多数见于未婚、丧偶以及性生活不协调的妇女，故亦有学者认为长期性生活失调引起盆腔慢性充血，也可能是诱发子宫肌瘤的一个原因。病理大体所见，为单个或多个，大小不一，多为球形的实质性肿瘤。小的直径可仅为数毫米，大的亦有重达数千克的。按肌瘤的生长部位可分为宫颈和宫体部肌瘤，绝大多数为宫体部肌瘤。

中医学认为，本病的形成，与气滞血瘀有关，而气滞血瘀者，又与外界的一些因素有关，如由经期产后余瘀不净，兼外感风寒，内伤生冷，正如《景岳全书·妇人规》所说“瘀血留之作癥，惟妇人有之，其证……总由血动之时，余血未尽，而一有所逆，则留滞日积而渐以成癥矣。”或者为恚怒伤肝，气逆而血留；或忧思伤脾，气虚而血滞，或积劳积弱，气弱而不行，故而以气滞、血瘀、痰湿内阻结聚而成。

但我们在长期的临床实践中发现，本病的形成多与正虚有关，特别是肾阴阳的失调与此有着重要的关系。《中藏经》曰：“积聚癥瘕，皆五脏、六腑真气失而邪气并，遂乃生焉。”因而脏腑失调，乃是最为主要的因素。根据临床的观察，本病证的发生实际上与长期的月经失调有关。我们在论述月经周期演变中已经谈到，月经周期的形成与阴阳消长转化的月节律有关，而子宫冲任间的气血，又是在阴阳消长转化的运动下进行活动的，阴长则水湿阴血亦随之提高，包括子宫内的内膜组织，阳长则水湿阴血包括内膜组织逐步分化，得转化之时进行调整，故凡阴长阳短，阴血过盛，刺激子宫肌肉组织增生，日积月累，自然形成肌瘤性的癥瘕。阴血积聚，心情不畅，生活失调，阴阳不和，必将加剧瘀阻气滞，邪气愈盛则正气愈伤，肾阴阳更失调，故子宫肌瘤中后期，正虚邪实更为明显，形成虚实错杂的顽固病证。但由于本病形成后，常伴有出血性病证，故正虚中呈现出肝肾不足或气血虚两种现象，当予辨别之。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

1. 临床表现　大多数患者无明显症状，可能从问诊中了解到长期接受大量雌激素

治疗史及患者体内雌激素代谢障碍史。或者可从肌瘤的生长部位、大小及生长速度，及其合并症出现的不同症状，子宫壁间肌瘤可表现为月经过多，经期延长，但仍有周期性；黏膜下肌瘤，常表现为不规则阴道出血，淋漓不净；浆膜下肌瘤，一般无自觉症状，亦很少引起月经变化。因肌瘤生长的部位、大小不同，尚可出现不同的压迫症状，如子宫前壁较大肌瘤、可压迫膀胱而产生尿频尿急；较大之子宫后壁肌瘤则可压迫直肠而引起排便困难；宫颈内肌瘤较大时，可压迫尿道而出现排尿困难，甚则尿潴留等。较大之肌瘤亦可压迫盆腔的血管和神经而发生下腹坠胀疼痛，腰俞酸痛及痛经等，或导致子宫腔增大，内膜腺体增多，带下量多色白，若黏膜下肌瘤伴发炎症、感染坏死，则带下如脓、气秽。

2. 检查　妇科检查，可发现子宫增大，表面平滑或呈结节状，质地偏硬。子宫颈肌瘤达宫颈管内时，宫颈口松弛，可触及瘤体，若伸出宫颈口外，用窥阴器检查，可见球状块物。此外，借助子宫腹腔镜探查、B 超、诊断性刮宫、碘油造影等辅助检查，有助于诊断之。

二、鉴别诊断

通过上述的有关检查，应与其他原因所致的子宫增大，或肿块相鉴别。如宫内妊娠、卵巢肿瘤、子宫腺肌瘤、子宫肥大症、盆腔炎性包块及子宫畸形等。

【辨证论治】

本病证在行经期时，可表现出明显的血瘀证候，故以血瘀为主要证型。但是由于正虚的原因，故常兼见气血虚弱，肝肾不足。在治疗上，虽以化瘀消癥为主，但不宜过度地攻削克伐。正如王宇泰所曰："夫癥者，坚也，坚则难破，非一日之功，若期速效，投以峻剂，反致有误。"特别是在行经期治疗，峻剂消癥，必致出血过多，反损正气。

一、主证型——血瘀成癥型

主证：经行量多，周期失调，或则后期，或则先期，色紫红有大小不等之血块，伴有腹胀酸痛，胸闷烦躁，腰酸纳欠，舌质紫黯，边有瘀点，苔黄白腻，脉象沉涩。妇科检查：子宫增大质硬。

治法：化瘀消癥。

方药：加减消癥汤（临床验方）。

炒当归、赤白芍、石打穿、五灵脂各 10 克，蒲黄（包煎）6 克，制香附 9 克，花蕊石（先煎）15 克，血竭末，琥珀末各 4 克分吞，炒川断 12 克，荆芥炭 6 克。

服法：经行时服，每日 1 剂，水煎分服。

加减：经行时大便溏泄者，上方去当归，加入炒白术 10 克，六曲、砂仁（后下）各 5 克；心烦失眠，或夜寐难者，加入炙远志 6 克，紫贝齿（先煎）10 克，太子参 12 克，黄连 3 克；平时服用时，可去蒲黄、花蕊石、琥珀末，加入三棱、莪术各 10 克，地鳖虫各 6 克。

二、兼证型

主要有气血虚弱、肝肾不足两者。

1．兼气血虚弱证

主证：除上述主证型的主要症状外，伴有面色萎黄，精神疲倦，头晕心悸，气短懒言，面浮足肿等。

治法：补气养血，化瘀消癥。

方药：归芍六君汤合消癥汤。

丹参、赤白芍、熟地各 10 克，川芎 6 克，黄芪、党参各 15 克，石打穿 10 克，三棱、莪术、地鳖虫各 9 克，山楂 10 克，砂仁（后下）5 克。

服法：行经期或经后期服，每日 1 剂，水煎分服。

加减：出血量多者，上方去三棱、莪术、地鳖虫，加入炒五灵脂 10 克，炒蒲黄（先煎）6 克，血竭粉（分吞）5 克；腰俞酸楚，加入炒川断、杜仲各 10 克，寄生 12 克；胸闷烦躁，夜寐欠佳者，加入炒荆芥 6 克，钩藤 15 克，合欢皮 9 克。

2．兼肝肾不足证

主证：除上述症状外，尚有头晕腰酸，形体消瘦，面色黯黑，胸闷烦躁，五心烦热，大便坚，小便黄，脉象细弦，舌质红裂、少苔。

治法：滋阴养精，化瘀消癥。

方药：鳖甲煎丸。

鳖甲 10 克，牡蛎（先煎）15 克，炒柴胡 5 克，炙桂枝 9 克，赤白芍、干地黄、川断各 10 克，太子参 15 克，地鳖虫 6 克，蜂房 3 克，山楂 10 克，大黄 5 克，丹皮 10 克。

服法：经前经期服，每日 1 剂，水煎分服。

加减：如行经期出血量多者，可去炙桂枝、地鳖虫，加入炒五灵脂 10 克，蒲黄炭 6 克，大小蓟各 12 克；如有腹胀矢气，大便偏溏者，可去干地黄、大黄、鳖甲等品，加入煨木香 9 克，砂仁（后下）5 克，炒白术 10 克；腰腿酸软，小便频数，上方可去大黄，加入川断、寄生、菟丝子各 10 克；烦躁寐差，甚则失眠者，上方可去川桂枝，加入合欢皮 10 克，炒枣仁 9 克，夜交藤 15 克。

【西医手术治疗指征】

1．子宫肌瘤大于妊娠 3 个月子宫者；

2．黏膜下子宫肌瘤，出血量多，经保守治疗无效者；

3．有明显压迫症状者，如压迫膀胱，不能排出小便，或压迫直肠不能排出大便，或压迫输尿管造成肾性高血压。

4．子宫肌瘤，发展迅速，短期内长大如妊娠 3 个月，有恶性趋向者。

【临床体会】

本病多发生于中年妇女，常伴有子宫内膜增生过长，经动物实验及临床证明，它的发生与卵巢功能失调，雌激素分泌过多及其长期刺激有关，故绝经后一般趋向萎缩。

本病的辨治应分为两个阶段。第一个阶段是行经期间，着重在急则治标，以血瘀

成癥为主证型，以化瘀止血为要务。如长期流血不止，更应止血为第一，我们仍然推荐临床验方，加味失笑散，药用：当归、赤白芍、炒五灵脂 10 克，大、小蓟 12 克，蒲黄炭（包煎）6 克，炒川断 2 克，血余炭 10 克，茜草炭 10 克，血竭末（分吞）3 克，或者兼服云南白药、三七粉，同时可参照崩漏用药。如服用上药后，仍然不能达到止血目的，可考虑使用激素，未婚室女或育龄期女性患此者，可用复方己酸孕酮 2ml，苯甲酸雌二醇 2ml 肌注，6～24 小时内可止血，围绝经期患者，可用丙酸睾丸酮，每日肌注 1 次，或每周肌注 2～3 次，每次 25mg，每月不宜超过 250mg，以免引起男性化。若出血量不多的子宫肌瘤患者，可按活血化瘀通经的方法，运用消癥散（汤）一类方剂治之。

血止之后，一方面从整体调治，年龄在 45 岁以下的要按补肾调周法进行调治，特别着重在促排卵，以恢复经前期阳长的重要性。运用的方法和方药，可参考月经周期与调周法的有关内容，45 岁以上的肌瘤患者，可按气血虚弱，着重心脾论治，肝肾不足，着重在肾阴调治。但是必须指出，子宫肌瘤者毕竟有癥积的存在，平时期化瘀消癥是不容忽视的，桂枝茯苓丸、大黄䗪虫丸常是兼服的成药，或者身较为强壮者，可直接服用化瘀消癥的方药。1988 年《山西中医》第 4 期介绍张玉芬等“中西医结合治疗子宫肌瘤 210 例分析”中，以生化汤加味，药用当归、川芎、桃仁、炙甘草、炮姜、益母草、炒芥穗；子宫大，有硬节者，加三棱、莪术；经量多先期者，加生地炭、丹皮；气虚者，加党参、黄芪；腰酸者，加川断、寄生；经净后第 3 日服药，每日 1 剂，20 天复查一次，30 剂为一疗程，行经期停药或减量使用。中药治疗 110 例，有效 95 例，占 86%，通过临床观察，她们认为本病并不是所有患者都需手术，应根据具体情况做出决定。通过观察她们认为加味生化汤对子宫肌瘤有一定的疗效。实验证明，生化汤可对抗雌激素过多引起的子宫变化，使增生的子宫内膜恢复正常，腺体分泌过多现象消失，肌层的单纯性肥大渐趋消失，糖原含量接近正常，子宫壁层的炎症消退。山西省中医研究所介绍，生化汤的确有治疗子宫肥大的作用。临床使用时可参考之。

第二节　卵巢囊肿

卵巢肿瘤，是妇科常见的肿瘤，占女性生殖器官肿瘤的 32%。卵巢肿瘤可以有不同的性质和形态。有单一型或混合型，一侧或双侧性，囊性或实质性，良性或恶性，并有少数卵巢肿瘤能产生女性或男性性激素。卵巢肿瘤多数为囊性者，实质者较少见。囊性瘤多为良性，恶性瘤多为实质性的，或软硬不均。本病可发生于任何年龄，但多见于生育期妇女，卵巢良性肿瘤的 2/3 发生于 20～44 岁，2/3 以上的恶性肿瘤则见于 40～65 岁。卵巢恶性肿瘤占女性生殖器官恶性肿瘤的 20%。卵巢恶性肿瘤患病率仅次于子宫颈癌和恶性滋养细胞肿瘤，居第 3 位，病死率高居妇科恶性肿瘤的首位。本节主要介绍卵巢肿瘤中的卵巢囊肿，即中医学所谓癥瘕中的“肠覃”和《金匮要略·妇人杂病》中的“妇人脏肿如瓜，阴中痛，引腰痛”。

【病因病理】

西医对卵巢肿瘤的病因至今仍不很清楚。中医学认为本病发生的主要原因，在于脏腑虚弱，气血劳损，七情太过，风冷寒湿内侵，经产余瘀阻滞，致肾阳不振，寒凝气滞，阴液散布失司，痰饮夹瘀，或痰饮夹气滞内留，或癖而内着，阳气日衰，阴凝不化，日益增大。

疾病进一步发展，属痰阻血瘀者，则痰瘀蕴结日甚，阳气日弱，脾肾渐衰，气化不利，所凝结的癥块更甚，发展较慢者尚可，少数发展颇快者，将致恶疾；气郁痰结者，常与情志有关，所谓心肝气郁；卵巢所居之处，位于少腹部厥阴与少阳经络的所在部，故心肝气郁，郁滞日久，必致卵巢部血行不畅，痰湿滋生，蕴阻其部，或者卵巢处积有痰湿水液，在长期的气滞血郁的情况下，痰气凝结，结为癥瘕，癥瘕形成后，一方面情志更不畅，心肝气郁加深，血行不利，一方面脾肾阳气虚弱，气化更为不利，以致凝结的包块日以益大，甚则发展迅速致成恶候。由于水湿津液凝聚成痰湿，且痰湿与邪毒相合，必耗气血，故亦有致阴血大耗肝肾亏损明显者。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

1. 临床表现　一般无明显症状，常于无意中或体检时发现，但与内分泌功能有关的卵巢肿瘤，可出现月经紊乱及内分泌失调的一些症状，下腹肿块，或伴有腹胀、腹痛、腰痛等表现，肿块较大的，亦可伴有压迫症状。

2. 检查　可通过妇科检查、B 超、X 线检查、腹腔镜检查，以明确诊断，必要时可作 CT 检查，及癌胚抗原、肿瘤相关抗原、甲胎蛋白及胎盘碱性磷酸酶等的测定。

二、鉴别诊断

通过 B 超、腹腔镜及有关的辅助检查，排除卵巢非赘生性囊肿、妊娠子宫、子宫肌瘤、膀胱充盈，或慢性尿潴留、多囊卵巢综合征及恶性卵巢肿瘤等，对巨大卵巢囊肿，尚需与腹水、结核性包裹积液等相鉴别。

【辨证论治】

卵巢肿瘤主要是卵巢囊肿，较为明显者，必须手术切除。而肿瘤较小者，或者年轻未婚女子需要保守治疗，或患者拒绝接受手术切除时，可按不同证型、特点和治疗癥瘕积聚的原则进行施治。

1. 气郁痰结证

主证：小腹胀满，积块不坚，按之柔软，推之可移，脘腹满闷，胸口不舒，烦躁不安，情怀抑郁，或者体质较肥，口腻多痰，带下亦多，质黏稠如痰；舌质略黯，舌苔黄腻，脉象沉滑。

治法：化痰消积，理气解郁。

方药：香棱丸合越鞠二陈丸加减。

广木香9克，三棱、莪术各10克，青陈皮、制半夏各6克，制苍术、广郁金各10克，山甲片、海藻各12克，山楂10克。

服法：水煎分服，每日1剂。

加减：行经时服，需加入丹参、赤芍各10克，益母草15克；如月经后期者，加入当归10克，鸡血藤15克，川断12克；积块疼痛，隐隐不舒者．上方加入延胡索10克，广木香6克；若胸闷烦躁颇著，情怀忧郁，常欲叹气者，加入合欢皮10克，娑罗子9克，荆芥6克，佛手片5克；若脾胃不和，纳食欠佳，腹胀嗳逆，神疲乏力，矢气频作者，上方加入枸橘李10克，大腹皮9克，党参12克，炒谷、麦芽各12克。

2．痰阻血瘀证

主证：小腹积块，按之不柔软，积块增大，则活动欠佳，或时隐痛，或时月经不调，月经量多色紫红，少腹有较大包块，口干不欲饮，唇燥心烦，大便不畅，舌质紫黯，或舌边有瘀紫点，脉象弦涩。

治法：行气活血，化痰消癥。

方药：蓬莪术丸加减。

莪术15克，当归、赤芍、炒槟榔、海藻、炙鳖甲、山楂各10克，生鸡内金、炒枳壳各6克，肉桂（后下）3克，琥珀5克，广木香9克，茯苓15克，五灵脂10克。

服法：每日1剂，水煎分服。

加减：肿块处疼痛明显者，加入延胡索10克，炙乳、没各6克，红藤、败酱草各15克；行经时经量偏少不畅者，加入泽兰叶10克，益母草15克，桃仁9克；月经后期，或闭经者，加入熟地、川断、怀牛膝各10克；纳欠神疲，腹胀矢气，大便偏溏者，上方去当归、炒槟榔、炒枳壳，加入党参15克，炒白术、六曲各10克，砂仁（后下）5克；月经过多，行经期服者，上方去莪术、炒槟榔、炒枳壳，加入炒五灵脂10克，炒蒲黄（包煎）6克，血余炭12克，大小蓟各10克；小腹有凉感，手足欠温者，上方加入巴戟天6～9克，仙灵脾6～10克。

3．卵巢囊肿后期

卵巢囊肿后期，不管是气郁痰结证，还是痰阻血瘀证，一般均是邪实正衰，如原来体质虚弱，或者卵巢囊肿手术后，或者卵巢肿瘤属于恶性者的手术后，出现虚弱证候时的治疗如下。

主证：头晕腰酸，神疲乏力，形体消瘦，午后低热，纳食不佳，腹胀矢气，大便或溏或坚，舌质淡红，或舌红无苔，脉象细弦或濡细无力。

治法：益气养血，健脾和胃。

方药：归芍六君汤加减。

炒当归、赤白芍、山药、党参、白术、茯苓各12克，广陈皮6克，焦山楂9克，黄芪15克，甘草5克，广木香6克，钩藤12克。

服法：每日1剂，水煎分服。

加减：若阴虚内热，大便偏干，舌质光红者，归芍地黄汤加炙鳖甲、炙龟甲各10克治之，或上方去白术、党参，加入山萸肉、干地黄各9克，炙龟甲10克，软白薇6克；若大便稀溏，日行两次以上者，上方去当归、钩藤，加入砂仁（后下）5克，炒白

扁豆、焦建曲各 10 克。

【手术要求】

一般来说，凡确诊为卵巢囊肿，或卵巢肿瘤，特别是实质性的肿瘤，均应手术切除。其要求是：

1. 卵巢囊肿小于 5～6 厘米者，可定期观察，暂予保守治疗。如在观察或保守治疗期内发现肿瘤发展甚快，短期内见有明显增大者，即应考虑手术治疗。

2. 如发现实质性肿瘤，因其恶变率较高，即使肿瘤不大，亦应手术切除。

3. 围绝经期后恶性肿瘤发生率较高，故围绝经期发现卵巢肿瘤，虽然肿瘤不大，仍应以手术治疗为妥。

4. 卵巢肿瘤，恶性疑点较大者，应迅速手术切除。

【临床体会】

卵巢囊性肿瘤，往往是良性的。较小的囊肿，一般不产生症状，偶尔患者亦能在囊肿发生的一侧下腹有下坠和牵痛感。囊肿逐渐增大后，若嵌闭腹腔内，则可引起压迫症状，如尿频尿急，或大小便不畅等。若突然下腹剧烈疼痛，要注意是否发生了卵巢囊肿蒂扭转，或囊肿破裂，或腹腔内出血等病变。囊肿增大，由盆腔上升至腹腔内，此时患者即感觉下腹有块状物存在。黏液性囊腺瘤或浆液性囊腺瘤不经治疗，往往不断增大，直至填满腹腔，此时患者可感到腹胀、胃纳欠佳，囊肿再增大，可出现呼吸困难、心悸不能平卧、行动不便等症状，肠胃压迫，导致消化功能障碍，因而即使囊肿属于良性也可导致体弱无力、消瘦等虚变。治疗上一般应采取手术治疗。但如肿瘤体积不大，或患者拒绝接受手术治疗者，可采取中西医各取所长的治疗方法。一般应用内服中西药、中药以化痰破瘀散结为主。根据我们临床实践的体会，桂枝茯苓丸是常用的首选的方药。在具体应用中，如能加入虫类药，如山甲片、地鳖虫、水蛭、虻虫等药物，则消癥效果较好。体质较差，或囊肿的中后期患者，必须结合扶正法，前人曾有“养正则积自除”之说。但扶正亦要根据阴阳气血的不足予以辨证施治。一般疗程在 3～6 个月，如治之无效，仍应动员手术治疗。西药治疗以对抗雌激素药物，如黄体酮、甲睾酮、氯米芬（克罗米芬）等。我们所倡导的补肾调周法，也适用于此类疾病。同时可配合针灸（包括耳针），来调整脏腑功能、内分泌功能，使之恢复常态。近年来多采用中药局部外敷和中药离子透入方法。外敷药和离子透入药，多以活血化瘀为主，常用的药物有当归、赤芍、桃仁、红花、乳香、没药、三棱、莪术、细辛、透骨草、大黄等，外内结合，疗效似乎有所提高。

此外，还必须注意到幼女、青少年或绝经后的卵巢囊肿，大多为恶性卵巢肿瘤，切勿忽视，必须尽快行手术切除，切除后，运用中医药扶正为主，结合化瘀消癥。在扶正与化瘀的方药选择上，亦要贯穿辨证论治的精神，使用最合适的方药治疗，达到增强体质，延长生命，防止复发的目的。卵巢囊肿在手术后，还应注意对侧的卵巢，可用中医药预为防范其发作，或在最小的卵巢囊肿范围内消散之。

第三节　输卵管肿瘤

输卵管肿瘤，虽为罕见，但种类颇多，其中恶性肿瘤颇为多见。临床上以输卵管上皮性肿瘤和输卵管间质性肿瘤分类。输卵管间质性肿瘤则更为少见。我们之所以提出输卵管肿瘤者，原由慢性输卵管炎、输卵管水肿、输卵管粘连等病证，极为常见。因此，在慢性输卵管炎、水肿、粘连等病证中，对输卵管肿瘤应尽可能避免失诊、误诊，使患者失去治疗时机，故要求临床医生要重视肿瘤，加深印象，切忌忽略，争取早期发现，早期治疗。

输卵管上皮性肿瘤，分为良性肿瘤和恶性肿瘤。其中，良性肿瘤，又包括乳头状瘤和腺瘤样瘤，恶性肿瘤包括原发性癌、继发性癌及绒毛膜上皮癌。输卵管间质性肿瘤较为少见，有良性、恶性两种。其中，良性肿瘤中有良性结缔组织肿瘤及血管瘤、淋巴管瘤、纤维瘤等；恶性肿瘤，亦称为输卵管肉瘤，较为罕见，与输卵管癌之比为1:25。输卵管肉瘤有原发性和继发性两种输卵管肉瘤，预后差，多数病例在两年内死亡。本类疾病，均须手术治疗，但中医药辅助治疗也有其重要性。

【病因病理】

中医学认为：本病的发生，主要因于产后，经期不慎风寒，湿热之邪内侵所致，正如《灵枢·水胀》曰："石瘕生于胞中，寒气客于子门，子门闭塞，气不得通，恶血当泻不泻，衃以留止，日以益大，状如怀子，月事不以时下。"《诸病源候论·卷十九·癥瘕病诸候》指出其发病原因："癥瘕者，皆由寒温不调，饮食不化，与脏气相搏结所生也。"又曰："因产后脏虚受寒，或因经水往来，取冷过度……多夹血气所成也。"或者七情内伤，肝气郁结，气滞血瘀，久则结为癥瘕，或者饮食劳倦所伤。正如张景岳所说："凡饮食留聚而或的癥瘕，或以生冷、风寒、愤怒、气逆、劳倦、饥馁、饮食不节，皆能致之，然胃气强者，必不留聚饮食，而饮食之不能化者，必为脾胃气弱而然。脾胃既虚不能消化，与脏腑相搏结，聚成块，日渐生长，坚牢不移，故谓之食癥。"

故凡脏腑功能失调，特别肝郁气滞，厥阴少阳经络处脉络失畅，以致痰湿、血瘀等邪毒物质日积月久，结为癥瘕，并易致恶疾，与湿热瘀阻的炎性疾患在性质上有所不同。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

1. 临床表现　由于此种肿瘤，常与输卵管炎与输卵管周围炎合并发生，因此患者常有下腹部不同程度的疼痛、月经期加重、月经量多等症状，由于炎症和肿瘤阻塞输卵管，常有不孕症，随着疾病的发展，逐渐出现阴道排出无异味的浆液或血性分泌物。当较多量液体通过部分梗阻的输卵管向阴道流出时，可出现下腹部绞痛，如果输卵管通畅，液体可流至腹腔而成为腹水，但这种情况较少见。

2. 检查　妇科检查，可于附件区触及实质性包块。超声波检查，在子宫一侧可探查到肿块。CT 扫描，可进一步确诊肿瘤的部位、大小、形状及腹膜上有无种植，转移肿瘤，腹腔内有无腹水等。子宫输卵管造影虽能发现病灶，但由于能引起癌瘤扩散，故不宜应用。

二、鉴别诊断

1. 子宫内膜癌　虽亦可有阴道排液现象，但临床上往往以阴道不规则出血为主，妇科检查时附件区不易触及到肿块。通过诊断性刮宫及病理检查，即可确诊。子宫内膜癌的晚期病变蔓延至输卵管时，则无法鉴别。

2. 附件炎性肿块　附件炎性肿块与输卵管癌虽均可于附件区触及包块及活动受限，但炎性肿块有明显的触痛，并有炎症病史，有下腹部及腰骶部痛，月经失调，疼痛于经期和劳动后加剧。

3. 卵巢肿瘤　卵巢肿瘤与输卵管癌均可于附件区触及包块。但卵巢良性肿瘤活动率较好，而输卵管癌则较固定不移；卵巢癌质地较硬，表面不平感，而输卵管癌在病变尚未穿出管壁之前，表现比较光滑；卵巢癌一般无阴道排液现象，易出现腹水征。

4. 异位妊娠　异位妊娠与原发性输卵管绒毛膜癌，均可于子宫外触及不规则的软性肿块，均可发生突然致命的腹腔内出血。血与尿 HCG 测定虽均可呈阳性反应，但异位妊娠时滴率不高。子宫内膜活组织检查亦有助于诊断，可拍肺部 X 线片检查有无肺转移病灶。

【辨证论治】

本病证亦属于中医学的癥瘕范围。主要有气滞、血瘀、湿热瘀结三者，但后期很可能出现虚热证型。中、早期体质较强时，可从实证论治。发病日久、正气渐弱，邪气日深，转变为本虚标实或虚实错杂者，治疗必须虚实结合、标本同治，或者先予扶正为主，然后攻邪，或攻邪之后，再予调补。

1. 气滞证

主证：积块不坚，推之可移，少腹胀满或疼痛时作时缓，或伴有胸胁不舒，胸闷烦躁，情绪抑郁，舌苔薄黄，舌质紫黯，脉象沉弦。

治法：疏肝解郁，化瘀消癥。

方药：香棱丸加减。

广木香 9 克，丁香 5 克，小茴香 3～6 克，炒枳壳 10 克，青皮 6 克，川楝子 12 克，三棱、莪术各 9 克，生山楂、五灵脂各 10 克。

服法：水煎分服，每日 1 剂。

加减：经行量多者，经期服用，去三棱、莪术，加入茜草炭 12 克，血余炭 10 克，蒲黄炭（包煎）6 克；经行量少者，经期服用，加入川牛膝、泽兰叶各 10 克；小腹痛甚，按之有包块，去丁香、茴香、青皮，加入桃仁 10 克，乳香㊣没药各 6 克，白花蛇舌草 12 克；痛时带下量多，色黄白质黏稠者，加入红藤、败酱草各 15 克，炒黄柏 10 克；心情不畅，胸闷嗳逆者，加入炒柴胡 5 克，广郁金 10 克。

2．血瘀证

主证：包块坚硬，固定不移，疼痛拒按，伴有闭经，或痛经，月经先期，经期延长，或则崩漏，色紫黑有血块，面色晦黯，形体清瘦，肌肤甲错，口干不欲饮，舌质紫黯有瘀点，脉象沉涩。

治法：活血化瘀，消癥散结。

方药：大黄䗪虫丸。

大黄6克，䗪虫5克，虻虫5克，水蛭6克，黄芩、杏仁、熟地、赤白芍各10克，甘草5克，广木香9克。

服法：每日1剂，水煎分服。

加减：经行量多者，经期服用时，去䗪虫、虻虫、水蛭等，加入炒五灵脂10克，炒蒲黄（包煎）6克，血余炭9克，炒荆芥6克；经行腹痛者，经期服用时，加入炒五灵脂、延胡索各10克，炒当归12克；若小腹冷痛，喜热熨者，加入制附子6克，肉桂（后下）3克；若病久体弱者，加入黄芪15克，党参12克。

3．湿热瘀结证

主证：小腹及腰骶疼痛而胀，少腹包块，白带多、色黄、质稠、有臭秽气，伴有经期延长，月经量多、色红、质黏稠，经期腹痛加重，溺黄，舌苔黄腻，脉象细弦。

治法：清热利湿，化瘀散结。

方药：银甲丸加减。

金银花、连翘、蒲公英、紫地丁各15克，红藤20克，大青叶10克，升麻5克，茵陈10克，炙鳖甲15克，生蒲黄6克，琥珀5克，桔梗9克。

服法：每日1剂，水煎分服。

加减：月经量多，色红，质黏腻，有血块者，加入仙鹤草12克，茜草炭10克，旱莲草15克，地榆炭10克；月经量少，少腹作痛者，加入广木香9克，五灵脂10克，泽兰叶12克；若少腹疼痛者，加入延胡索12克，川楝子10克，制香附9克；带下量多，有臭气者，加入制苍术10克，鱼腥草12克，车前子9克，薏苡仁20克；小腹包块作痛者，加入延胡索10克，山甲片9克，天葵子12克。

【临床体会】

现代医学主张对输卵管肿瘤，不论良性还是恶性，一经确诊，要以手术为主。但对良性肿瘤，或尚未确诊的输卵管肿瘤，在机体尚强之时，可按上述的治疗原则，辨证施治。一般的治疗是针对肿瘤的血瘀，予以活血化瘀，软坚散结，注重肝经论治，但在具体治疗中，还要注意攻补适宜。初起时，正气强，邪气浅，宜用攻破法；若病日久，邪气渐深，正气减弱，则攻补兼施；久病不愈，正气已衰，宜以扶正为主。

尽管输卵管肿瘤恶性者居多，但中医药治疗在以下三个环节上可以发挥重要作用，即手术前后运用中医药，放疗与中医药相结合，化疗与中医药相结合。兹分别介绍之。

1. 手术前后运用中医药　手术前后配合中医药治疗，将会取得意想不到的效果。术前可运用中药扶助正气，调理脾胃，改善机体状况，有利于手术的进行和术后的恢复。常用补气养血，健脾益气，或滋补肝肾，充营扶阴，如补气养血的四君子汤、归脾汤、八珍汤，滋阴充营的归芍地黄汤、二甲地黄汤等。手术之后，为巩固手术疗效，促进组织修复，增强体力，为施行化疗或放疗打好基础，常用的药物有黄芪、党参、白术、陈皮、白芍、太子参、沙参、红参、生地、山萸肉、枸杞子、熟地等益气养阴，补肾行气等。

2. 放疗与中医药相结合　放疗目前仍是某些肿瘤治疗的主要手段，且效果良好。但放疗只能达到对肿瘤局部的控制和杀灭，对全身来说它还能引起一系列的副反应与后遗症，在放疗同时，应用中医药，可以对全身与局部进行治疗，两者互补，能取得更好的疗效。另外中医药与放疗相结合，能增强对放射线的敏感性，增强局部效果，防治和减轻放疗的毒副反应和后遗症，巩固放疗的疗效，防止复发和转移，提高远期生存率。

3. 化疗与中医药相结合　由于化疗药物缺乏选择性，作用毒性较大，特别对机体免疫功能有较强的破坏作用，有的药物还有远期毒性，针对这些问题，利用中药扶正祛邪，活血解毒的治疗方法和药物，在化疗同时服用，将能大大提高化疗效果，减轻药物的毒副作用，是进一步提高肿瘤治愈率的途径。有的患者在化疗期间，由子血象甚低，整体处于明显的虚衰危殆状态，化疗已无法再进行，需要运用大剂量的扶正中药，补气养血，补肾健脾，宁心调肝，恢复血象，调理整体功能，使化疗得以继续进行。还有在化疗期间，若出现消化道反应，甚则不能进食者，可用健脾和胃，养血运脾的中药，如党参、白术、黄芪、陈皮、茯苓、制半夏、炒谷麦芽、鸡内金、砂仁、藿香、佩兰、旋覆花、代赭石、炒竹茹、玫瑰花等。若出现骨髓抑制，血象明显下降者，当予补气生血的黄芪、党参、当归、白芍、大枣、阿胶、鸡血藤、白术、茯苓等品，如不应者，当以补肾养精，从先天精髓化血论治，用红参、鹿茸、龟甲、鳖甲、女贞子、熟地、山药、山萸肉等品进行调补，自能恢复。若出现虚热，即午后低热、烦躁口渴、舌红等现象者需用滋阴清热的鳖甲、龟甲、麦芽、白薇、炙知母、炒黄柏、黄精、太子参等清解虚热后才能继续化疗，保证临床效果。

第四节　子宫颈癌

子宫颈癌，是妇科最常见的恶性肿瘤之一，占女性生殖器恶性肿瘤的2/3，大多发生在中年以上的妇女。早期症状不明显，或偶有阴道出血，带下增多，晚期可有崩中漏下，带下秽臭，黄白相兼，或五色杂下等。必须通过有关检查，才能得到明确的诊断。

根据有关学者认为：子宫颈癌，是阴道宫颈部或宫颈管内的上皮细胞所发生的癌变，其发病率居妇女癌症发病率第2位。从组织学角度上可分为子宫颈鳞状上皮不典型增生、子宫颈鳞状上皮癌、子宫颈腺癌等三类，其中以鳞状上皮癌的原位癌

(CIS) 及早期浸润癌多见，常无任何症状，多在普查中发现。本病具有起病隐匿、进展缓慢、恶性中等、治疗效果较佳等特点。发病年龄为 40～55 岁，60～65 岁又有一高峰出现。

【病因病理】

到目前为止，对癌症的病因仍当深入研究。病毒问题，是目前重视的一个因素。近来有不少学者提示：人乳头瘤病毒（HPV）、疱疹病毒Ⅱ型（HSV－Ⅱ）与宫颈癌的发生有关。并且已有人从子宫颈的癌细胞中发现了病毒颗粒，并在研制预防疫苗。

本病的发生与提早性行为、多产、宫颈长期糜烂、不洁性交以及性激素失调等因素有关。在中医学中，虽无此病的记载，但就其症状而言，似与崩漏、带下、五色带下有关，这些相关病证发生的因素，与早婚早育、孕产颇多（包括人工流产、药物流产、引产等在内）、宫颈裂伤、包皮垢的刺激、月经失调、精神因素等密切有关，从而导致湿热邪毒侵犯子宫胞门所致。“邪之所凑，其气必虚。”一方面是由于湿热邪毒对宫颈局部长期刺激所致；另一方面也是由于其气必虚的关系。根据我们临床上长期的观察，体虚与脏腑有关，一是肝郁，二是脾虚，肝脾失调，不仅致气血失和，而且也是内在湿热的源流所在，湿热下注，任带失固，因而流注胞门，但肝脾失调又常与肾阴阳不足有关，故肾阴虚、肾阳虚在下焦湿热病变中占有重要地位，且肾阴阳不足也是月经不调的根本所在。所谓“肾主二阴”亦包括阴道、宫颈在内，湿热邪毒在宫颈局部长期为害，肆意浸润，实际上意味着肾阴阳的衰退，故而形成此病并趋向恶性病变。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

1. 临床表现　首先了解多数病人有中度及重度宫颈糜烂病史，或性交出血、月经异常等病史。早期黄白带多，可能有接触性出血。内诊时有血性分泌物。中晚期常有赤白带下，或不规则阴道出血，甚则大量恶臭污水或脓样带下，小便作痛，腰骶酸楚，形体消瘦，浮肿衰竭。盆腔病变广泛时，可因静脉和淋巴回流受阻，导致双侧下肢肿胀、疼痛。

2. 检查　通过妇科检查、宫颈刮片、阴道镜检查宫颈和宫颈管活体组织检查等，以明确诊断。如常规细胞学检查结果为腺癌细胞阳性时，应行分段性诊刮，以明确腺癌来自宫颈管，还是来自子宫内膜。

二、鉴别诊断

1. 子宫颈糜烂　可有月经间期出血，或接触性出血，检查时宫颈外口周围有鲜红色小颗粒，拭擦后也可出血，故难以与早期宫颈癌鉴别。可作宫颈刮片、阴道镜或宫颈活体组织检查以明确诊断和鉴别。

2. 子宫颈外翻　外翻的黏膜过度增生，表面也可呈现高低不平，较易出血。与早期宫颈癌不易鉴别。但外翻的宫颈弹性好，边缘较整齐。宫颈刮片及活组织检查可鉴别。

3. 子宫颈息肉　临床上可有月经间期出血或接触性出血。应与早期息肉状宫颈癌相鉴别。宫颈息肉表面较光滑，弹性好，病理检查可以鉴别。

4. 宫颈尖锐湿疣　病变表现为宫颈赘生物，表面多凹凸不平，有时融合呈菜花状，取病灶组织做病理检查，可明确诊断。

5. 子宫内膜癌　有不规则阴道出血及白带增多，检查时可发现子宫增大，颈腔变大，宫颈正常或轻度糜烂，可行分段刮宫病理检查，加以鉴别。

6. 其他宫颈良性病变　如宫颈黏膜下肌瘤、子宫颈结核、阿米巴性宫颈炎、宫颈乳头状瘤等，可借助病理活检鉴别。

【辨证论治】

本病证的治疗，目前仍以放疗、手术为主要手段。但在一定程度上，或者已不能手术时，必须是按中医学的辨证论治为主，以湿热瘀毒为主要证型，同时兼顾肝郁、脾虚、阴虚、阳虚，进行辨证论治。

一、主证型——湿热瘀毒证

主证：早期表现为接触性出血，白带绵下，或黄白带下，晚期则为不规则阴道出血，带下量多，如污水样或脓血样有恶臭，下腹痛，腰骶痛，纳欠神疲，舌苔黄腻，脉小滑数。

治法：清热解毒，化瘀利湿。

方药：蜀羊泉散合四妙丸加减。

蜀羊泉 15～30 克，红地榆 10 克，白花蛇舌草 15～30 克，半枝莲、土茯苓各 15～30 克，制苍术 9 克，生薏苡仁 15～30 克，怀牛膝、炒黄柏各 9 克，五灵脂、炒蒲黄各 9 克，生黄芪 12 克。

服法：每日 1 剂，水煎分服。

加减：脾胃失和者，上方去半枝莲、黄柏，加入炒白术、六曲、党参各 10 克；心烦失眠者，加入炒枣仁 9 克，莲子心 5 克，钩藤 15 克；腰酸头晕，午后低热者，加入炙鳖甲（先煎）10 克，青蒿 6 克，寄生 10 克，胡黄连 5 克。

二、兼证型

主要有肝郁、脾虚、阴虚、阳虚四者

1. 兼肝郁证

主证：除上述症状外，尚有情志抑郁，善悲多虑，胸闷不舒，时欲叹气，脉象细弦，舌质偏红，苔薄黄腻。

治法：清热利湿，疏肝理气。

方药：蜀羊泉散合逍遥散加减。

即上主方药物中，加入炒柴胡 5 克，广郁金 6 克，合欢皮 10 克，娑罗子 9 克。

服法：每日 1 剂，水煎分服。

加减：若带下赤白，或阴道不规则出血者，则加入大、小蓟各 12 克，地榆炭 10 克；脘痞腹胀者，加入陈皮 6 克，广木香 9 克。

2. 兼脾虚证

主证：除上述主证外，尚伴有纳少神疲，阴道、肛门、小腹坠胀，腰腿酸软，大便溏薄，舌苔薄白，脉细少力。

治法：清热利湿，补中健脾。

方药：蜀羊泉散合补中益气汤加减。

即在蜀羊泉散（见本病【临床体会】）中去半枝莲，加入党参 15 克，炒白术 10 克，炙升麻 5 克，炒防风 5 克，广陈皮 6 克，广木香 5 克。

服法：每日 1 剂，水煎分服。

加减：大便偏溏，日行 3～4 次者，加入砂仁（后下）5 克，六曲 10 克；心烦失眠者，加入钩藤 15 克，炒枣仁 6 克。

3. 兼阴虚证

主证：除上述湿热的特征外，尚伴有腰酸腿软，口渴咽干，小便涩痛，大便秘结，舌质红绛或光红，脉象细数。

治法：清热利湿，滋阴养血。

方药：蜀羊泉散合二甲地黄汤加减。

即蜀羊泉散去半枝莲、白花蛇舌草，加入炙龟甲（先煎）、炙鳖甲（先煎）各 15 克，山药、干地黄各 10 克，山萸肉 6 克。

服法：每日 1 剂，水煎分服。

加减：头昏头痛，烦热口渴者，加入钩藤 15 克，白蒺藜 12 克，黄连 3 克；低热频仍者，加入青蒿（鳖血拌炒）9 克，软白薇 6 克，胡黄连 5 克。

4. 兼阳虚证

主证：除湿热瘀毒证候表现外，尚伴有腰膝酸软，两腿沉重，形寒怕冷，面浮足肿，小便频数清长，脉象细弱，舌苔白腻。

治法：清利湿热，温阳补肾。

方药：蜀羊泉散合真武汤。

制附片 6 克，党参 15 克，炒白术 10 克，炮姜 5 克，土茯苓 10 克，白芍、鹿角霜，五灵脂各 10 克，黄芪、蜀羊泉、白花蛇舌草各 15 克，炒蒲黄（包煎）6 克。

服法：每日 1 剂，水煎分服。

加减：腹胀便溏，日行 2 次以上者，加入煨木香 6 克，砂仁（后下）5 克；纳食欠佳，恶心呕吐者，去蒲黄，加入陈皮、制半夏各 6 克，炒谷芽 10 克；心烦失眠者，加入钩藤 15 克，莲子心 5 克。

【临床体会】

宫颈局部的癌肿，虽无癥瘕的外在表现，仍当列入癥瘕类病证中。本病的早期诊断，极为重要。临床上对此病常可分为五期。

0 期：原位癌或上皮内癌。

Ⅰ期：癌严格局限于子宫颈。ⅠA 期：临床前癌，仅指显微镜下检查所作出的诊断。ⅠB 期：间质浸润深度超过 5mm，水平播散范围超过 7mm。

Ⅱ期：癌已超出宫颈，但未达盆壁，癌累及阴道，但未达阴道下 1/3。ⅡA 期：无

明显宫旁浸润。ⅡB期：有明显浸润。

Ⅲ期：浸润达盆壁，直肠检查肿瘤与盆壁之间没有无癌间隙，肿瘤累及阴道下1/3。凡有肾盂积水或肾无功能者，除外其他原因所致，均列入Ⅲ期。ⅢA期：宫旁浸润未达盆壁，但累及阴道下1/3。ⅢB期：癌变浸润达盆壁，或肾盂积水，或无能肾。

Ⅳ期：癌扩散超出真骨盆，或临床已侵犯膀胱黏膜及直肠黏膜。ⅣA期：癌扩散到邻近器官。ⅣB期：癌扩散至远处器官。

中西医各取所长的治疗，是最佳的方案。因为手术根除是彻底清除恶变的组织细胞的最佳选择，但难免还有不易被肉眼发现的转移病灶，以及患者体质的强弱，因此运用中医药治疗，可取得事半功倍的效果。

初期病灶局限，全身状况尚好，可以用中医药活血化瘀，清热解毒，内外合治，或者局部电灼，再配合使用放化疗，完全可以控制病情，尤其适用于年轻的有生育渴望的妇女选择。治疗时根据临床主要症状进行辨证施治，适当配合抗癌类中草药。如山豆根、白花蛇舌草、龙葵、半枝莲、山慈菇、制南星、莪术、石打穿等。

中晚期患者不采用手术治疗，不能排除病情恶化。因此，手术为首选治疗方法。此时属脱血耗气，气血俱虚。因此，要注意补气养血，以增强抗病能力。特别是配合放化疗的治法，中药可起到降逆止呕，扶正固本的作用。常用的方剂有归芍六君汤、十全大补汤、归脾汤、参苓白术散等。如肠胃反应十分明显，特别是化疗后恶心呕吐颇著者，当用陈皮竹茹汤合香连丸加减；如夹有湿热而恶心呕吐明显者，可用白头翁汤加入苏叶、黄连等治之，务求解除恶心呕吐等副反应，从而扶助正气以利放疗化疗的进行。

晚期患者已无法进行手术，出现邻近或远隔器官转移，有的甚至亦无法进行化放疗，应用中医药扶助正气、健运脾胃显得更为重要，可以确切地发挥延长生命的作用。

根据《中西医结合治疗妇产科常见病经验汇编》第一集（人民卫生出版社，1979年）介绍：中药莪术可以治疗宫颈癌："旅大妇产科医院，采用三种方法：第一，5%莪术注射液，每日一次，每次5ml；第二，1%莪术油四号，每日一次，每次5～10ml；第三，0.5%莪术结晶，每日一次，每次5～10ml，局部瘤体注射，任选其一。再配合使用莪术栓剂，每日一次，每次1～2枚，局部外敷；复方莪术粉，每日一次，每次1～2克用喷粉器直接喷撒在宫颈局部病灶上。15%复方莪术注射液，每日一次，每次20～200ml，静脉缓慢推注或静脉点滴（也可单用）。165例宫颈癌中，临床近期治愈59例，通过五年随访观察，有7例复发，余皆正常。"

蜀羊泉散：由蜀羊泉15～20克、红地榆10克、白花蛇舌草15～30克、半枝莲和土茯苓15～30克组成。这是我们治疗宫颈癌的常用方剂。癌症晚期需加服黄芪、鳖甲等扶正之品。

第五节 绒毛膜上皮癌

绒毛膜上皮癌是一种高度恶性的滋养细胞肿瘤。其特点是滋养层细胞失去了原来

的绒毛结构或葡萄胎结构，散在地侵入子宫肌层，造成局部的严重破坏，并转移至其他脏器或组织。绝大多数的绒癌继发于正常或不正常的妊娠之后（包括足月产、流产、异位妊娠等），称为继发性绒癌。因此，生育年龄的妇女均可发病，偶见于绝经期妇女（可能为潜伏期较长之故）。少数与妊娠无关，但多与卵巢恶性肿瘤同时存在，为患者胚胎时期部分滋养层细胞异常发展的结果，称为原发性绒癌。

中医学古籍中对此无专门论述。其症状散见于“癥瘕”、“崩漏”及一些有关的病证中，其主要表现为各种产后、流产后的不规则阴道流血，多发生于各种产后、流产后1年以上，伴有消瘦、腹痛、咳血、腹部包块等。

【病因病理】

继发性绒癌，约有半数发生于葡萄胎之后，亦可发生于流产、早产或足月产之后。其病理特点为增生的滋养层细胞大片侵犯子宫肌层及血管，并伴有远处的转移。绒癌的转移途径几乎全部为血行转移，所以，转移部位比较广泛，可至全身各处，其中以肺转移发生率最高，其次为阴道转移及外阴、脑、肝、肾、消化道等处的转移。在一些比较晚期的病人中，也有子宫病灶已经消失，但仍然有广泛转移病灶者。由于绒癌早期就可通过血液转移至全身，破坏性极大，往往可导致病人迅速死亡。上个世纪50年代其病死率高达90%。近几十年来，在我国医学界的努力下，在用化学药物治疗绒癌方面，已取得了很大的成就，并筛选了数种治疗效果好、副作用较小的药物，目前绒癌的治愈率已提高到了80%，并改变了以手术为主的治疗方法。

中医学认为，形成本病的原因，主要与正气虚弱及多脏腑功能失调有关，由于脏气虚弱，气血不足，故在胚胎形成之时，即有邪毒入侵与精血相搏，瘀滞胞脉，伏于冲任。至于分娩或流产之后，胞脉更虚，瘀血与邪毒凝结，渐成癥瘕，待机体正气更虚之时发病。因此本病的主要病理改变为正气虚弱，毒瘀同阻，损伤多脏腑功能所导致的一系列临床症状。而且正由于正气虚，很易导致邪毒蕴肺，最终必致气阴两虚，毒瘀内伏，终至气阴衰竭而亡。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

1. 临床表现　葡萄胎、流产、足月产后，阴道持续性或间断性不规则出血，出血量多时可导致休克，并伴有严重贫血。转移瘤症状：肺转移时，可见咯血、胸闷、憋气等；阴道转移者，可见阴道有一个或数个大小不一的紫蓝色转移结节，破溃时可有出血；脑转移时可出现头痛、喷射性呕吐、抽搐、偏瘫及昏迷等；肝脾转移时可见肝脾肿大、上腹闷胀、黄疸等，破溃时可出现腹腔内出血；消化道转移时可有呕血及柏油便；肾转移时可出现血尿。

2. 检查

（1）妇科检查：阴道有酱紫色、恶臭的分泌物、子宫增大而软，形状不规则，并可触及宫旁两侧子宫动脉有明显搏动，双侧附件区或可扪及卵巢黄素囊肿。

（2）HCG测定：足月产或流产后，尿HCG持续阳性超过两个月，或一度阴性又

转为阳性者，应当高度怀疑有绒癌的可能；葡萄胎排出后的尿 HCG 持续阳性或由阴转阳，并经过刮宫除外残存葡萄胎后，应考虑有恶性变，但此时应区别绒癌与恶性葡萄胎。

(3) B 型超声波检查：子宫增大，形状不规则，有结节状突起，宫体病灶处可见不规则光点、光团和索条状结构，有出血及坏死时，宫内可见散在的暗区。

(4) X 光诊断：肺转移时，可见肺部有云片状阴影或球形阴影。

(5) 病理诊断：大体检查可见子宫壁有单个或多个大小不等的肿瘤，呈紫蓝色或棕褐色，质地软而脆，剖面可见出血及坏死组织，与周围组织有分界线。镜下检查可见滋养层细胞高度增生，并侵犯肌层和血管，排列紊乱，无绒毛结构，伴有大片坏死及出血，位于周边部位的细胞明显间变，可见核分裂象。

二、鉴别诊断

1. 恶性葡萄胎　继流产、早产或足月产后发生恶变的，几乎全部为绒癌，继葡萄胎之后发生恶变的，凡在葡萄胎排出后半年以内者，多为恶性葡萄胎；半年至一年之间的恶性葡萄胎与绒癌各占一半，葡萄胎排出后超过一年者，多为绒癌。一般来说，间隔时间越长，绒癌机会越大，病理学检查有绒毛结构的为恶性葡萄胎，找不到绒毛结构的为绒癌。

2. 合体细胞子宫内膜炎　本病亦发生于产后，流产后或葡萄胎清宫后，临床可表现为不规则阴道出血，妇科检查子宫大而软，但尿 HCG 为阴性反应，刮宫后病理检查可见散在的滋养细胞主要为合体细胞浸润，同时有显著的炎性反应，经抗炎治疗和彻底刮宫后可恢复正常。

3. 子宫内膜癌　子宫内膜癌亦有不规则阴道出血，双合诊见子宫稍大而软，但子宫内膜癌多见于老年妇女，并多有阴道排液，尿 HCG 呈阴性反应，诊断性刮宫可明确诊断。

4. 少数子宫复旧不良　有少数子宫复旧不良呈顽固性，也常见到阴道不规则出血，妇科检查：子宫稍大而软，通过尿检 HCG 及诊断性刮宫，不难做出鉴别性诊断。

【辨证论治】

本病的主要临床表现，以葡萄胎、流产及足月产后大约 1 年以上的阴道持续性或间断性不规则流血为最常见，同时可伴有腹痛、下腹部包块、胸闷、咳血、周身乏力、食欲不振等，临证注意体质情况，辨清虚实夹杂中谁为主的证型，就我们临床而言，气虚瘀毒为主，或者毒瘀蕴肺，或者兼阴虚，或者兼气阴两虚。同时进行合理的化疗辅以必要的手术治疗。

一、主证型

1. 气虚瘀毒证

主证：葡萄胎流产或足月产后 1 年以上，阴道流血 1 年以上，阴道流血持续不断，或时流时止，伴腹痛拒按，下腹可触及包块，面色苍白，伴体倦懒言，周身乏力，食欲不振，舌质淡或紫黯，或有瘀点或瘀斑，脉象细弱或沉涩。

治法：健脾益气，化瘀祛毒。

方药：六君子汤合棱莪消癥汤加减。

党参 15 克，白术、茯苓、山楂各 10 克，桃仁、红花、莪术、石打穿各 10 克，赤芍、金银花各 12 克，广木香 9 克，紫草 10 克，白英 10 克。

服法：每日 1 剂，水煎分服。

加减：周身乏力，易见自汗者，加入黄芪 30 克，白人参 15 克；食欲极差，脘痞不舒者，加入陈皮 6 克，炒谷、麦芽各 15 克；触及包块者，加入地鳖虫 6 克，海藻 12 克，牡蛎（先煎）15 克；包块疼痛者，加入延胡索 12 克，五灵脂 10 克。

2. 瘀毒蕴肺证

主证：各种分娩后 1 年以上，阴道流血持续不断，或时流时止，腹痛拒按，有包块，咳嗽、咯血，或痰中带血，胸闷胸痛，口干渴或发热，乏力，食欲不振，舌质偏红，苔黄，脉象弦数。

治法：滋阴清肺，化瘀解毒。

方药：百合固金汤合化瘀解毒汤。

百合、生地各 10 克，大贝母 9 克，金银花 15 克，连翘 10 克，丹参、赤白芍各 10 克，花蕊石（先煎）12 克，石打穿 15 克，白花蛇舌草 15 克，紫草 10 克，白英 10 克。

服法：每日 1 剂，水煎分服。

加减：口渴发热者，加入麦冬 9 克，黄芩 12 克；胸闷不舒者，加入广郁金 10 克，瓜蒌皮 12 克；咳嗽较重者，加杏仁 10 克，制半夏 6 克，青蛤壳（先煎）10 克；痰多者，加入制南星 10 克，炙橘红 6 克，葶苈子 10 克。

二、兼证型

1. 兼阴血虚证

主证：各种分娩后 1 年以上，阴道流血持续不断，或时流时止，小腹隐痛，头晕腰酸，心慌心悸，形体清瘦，皮肤干糙，脉象细弦，舌质淡红。

治法：滋阴养血，化瘀清热。

方药：归芍地黄汤合化瘀解毒汤。

丹参、赤白芍、山药、熟地各 10 克，山萸肉 6 克，丹皮、茯苓、金银花、紫草、石打穿、炙鳖甲 12 克。

服法：每日 1 剂，水煎分服。

加减：头昏头晕者，加入枸杞子 10 克，钩藤 12 克；夜寐甚差，心烦不宁者，加入炒枣仁 10 克，夜交藤 15 克；胃脘不舒，纳食较差者，加入陈皮 6 克，炒谷芽 12 克。

2. 兼气阴两虚证

主证：各种分娩后 1 年以上，阴道流血持续不断，时流时止，或大量下血，腹痛较明显，或触及包块，面黄肌瘦，倦怠乏力，动则出汗，午后低热，或咳嗽咳血，或恶心呕吐，或便溏、便血、尿血、头痛、失眠，舌质黯红，苔薄黄，脉细数。

治法：滋阴益气，化瘀清热。

方药：二甲生脉散合化瘀解毒汤。

炙鳖甲（先煎）、炙龟甲（先煎）各 10 克，太子参 30 克，麦冬 6～9 克，五味子 5 克，金银花、紫草各 12 克，五灵脂 10 克，石打穿 12 克，仙鹤草 12 克，陈皮 6 克，大、小蓟各 12 克，白英 10 克。

服法：每日 1 剂，水煎分服。

加减：腹部包块较大者，加入炒三棱、莪术各 9 克；食欲不振明显者，加入陈皮 6 克；炒谷、麦芽各 12 克；咳血加瓜蒌皮 10 克，阿胶珠 9 克；尿血便血者，加入地榆炭 12 克，炒槐花 9 克；头痛失眠者，加入钩藤 15 克，白蒺藜 10 克，夜交藤 12 克。

【临床体会】

由于本病的早期就可通过血液转移至全身，破坏性极大，往往可导致病人迅速死亡，因此，防治十分重要。

本病在诊断时应重视临床分期。一般来说，我国现用的是四期分类法。

Ⅰ期：病变局限于子宫，无转移。

Ⅱ期：病变转移至宫旁组织及附件，近处转移。ⅡA 期：转移至宫旁组织及附件。ⅡB 期：转移至阴道。

Ⅲ期：病变转移至肺，远处转移。ⅢA 期，单个病灶直径＜3.0cm，或片状阴影不超过一侧肺之一半。ⅢB 期：肺转移超过ⅢA 范围。

Ⅳ期：病变转移至脑、肝、肠、肾等处，全身转移。

我们认为：中药抗癌与西药化疗相结合。在中药里，喜树、半枝莲、白英、白花蛇舌草、紫草等均有一定的抗癌及治疗绒癌的作用。其中喜树碱用于治疗绒癌有报道有效率达 85%，且与其他常用抗肿瘤药物无交叉耐药性；白英与红枣煮汤口服，亦有较强的抗癌作用。白花蛇舌草、半枝莲等均可单用或组成复方用于治疗绒癌。我们所使用的为化瘀解毒汤，由金银花、紫草、白花蛇舌草、白英、石打穿、红枣等组成。在西药化疗的同时应用这类药物，往往能起到相辅相助的作用。

绒毛膜上皮癌，单纯中医药治疗往往难以奏效，但中医的辨证论治能从整体上调节患者体内的阴阳平衡，增强脏腑功能，因此，对提高机体抗病能力及杀灭癌细胞，均有一定作用。西医化疗目前已被国内外公认为行之有效的首选方法，但化疗对机体的伤害很大，所以采用中西医结合的治疗方法，既能最大程度地杀死癌细胞，又能扶助体内正气，往往能使化疗效果得到提高，并延长患者的生存期。在化疗药物中，以5-FU及 KSM 疗效最好，副作用小，常作为首选药物。且 5－FU 对肺、消化道、泌尿生殖道转移均有效，而 KSM 则对肺转移疗效最好。在应用化疗方法过程中，可根据疾病的不同阶段，辅以不同的中药治疗。同时化疗过程中，亦常导致严重的毒副反应出现，如恶心呕吐，食欲不振，腹痛泄泻，便血，白细胞及血小板下降，口腔咽部甚则至食管黏膜的严重溃疡，脱发，皮疹，中毒性肝

炎，感染，等等。在化疗期间及疗程间隔期，辅助以中医药治疗，通过扶助机体正气，增强体质，对于预防和减轻其毒副反应，往往能起到很大的作用。一般在化疗前多应用一些补益气血之剂，如四君子汤、八珍汤之类，化疗期间，根据不同的副反应及严重程度，分别予以养阴清热、健脾和胃、益气养血、滋阴补肾等方药。按其辨证论治的原则，结合本病的特点，予以内外施治，才能收到较好效果。

第十八章

外阴与阴道疾病

妇女的外阴与阴道病变，即前人所谓之阴器、阴户、子肠、产道、玉门等处所发生的病变。古人对此类疾病十分重视，如汉代张仲景所著的《金匮要略》在其“妇人杂病脉证并治”篇中就已记载了阴中生疮、阴中蚀疮烂者，及阴冷、阴吹正喧的内外治疗方法。明代张景岳所著《妇人规》设立了前阴类疾病，《医宗金鉴·妇科心法要诀》亦以阴疮为总题，对外阴以及阴道疾病进行了讨论，根据我们对文献的粗略统计，前人讨论过的外阴、阴道疾病，竟达40多种，其中虽然不乏重叠，但亦能说明本类病种的繁多。

外阴、阴道在妇科生殖系统中占有重要位置。《灵枢·经脉》云：“肝足厥阴之脉……循股阴，入毛中，过阴器，抵小腹，是动则病……妇人少腹肿。”《灵枢·邪气脏腑病形》：“肝脉……微大，为肝痹，阴缩，咳引小腹……微滑，为遗溺。肾脉……微急，为沉厥奔豚，足不收，不得前后；……太甚，为阴痿，……微涩，为不月，沉痔。”《灵枢·经筋》：“足阳明之筋……聚于阴器，上腹而布”、“足太阴之筋……聚于阴器，上腹，结于脐。”《素问·厥论》提出：“前阴者，宗筋之所聚。”而《素问·痿论》认为：“宗筋弛纵，发为筋痿。筋痿者，生于肝。”说明前阴、宗筋与肝的关系。《素问·骨空论》又指出：“任脉者，起于中极之下，以上毛际，循腹里，上关元……。冲脉者，起于气街，并少阴之经，挟脐上行……。督脉者，起于少腹以下骨中央，女子入系廷孔，其孔，溺孔之端也，其络循阴器，合篡间，绕篡后。”可见外阴、阴道与肝肾经及冲任督等奇经有着密切的关联，并连为一体。所以外阴与阴道发生病变，也必然与此有关。现代医学认为，外阴部大阴唇组织发育丰满，双侧小阴唇遮蔽尿道口及阴

道口，均可防止外伤及病原体的侵入。外阴皮肤及黏膜均有阻止刺激物侵入机体的功能，如皮肤表面有角质层，汗腺分泌乳酸，皮质腺分泌脂肪酸，这些物质都有杀菌作用，不利于病菌生长；但由于解剖学的特点，外阴部位易受外界感染，外阴部与尿道、阴道、肛门邻近，如内生殖器炎性分泌物的浸渍或病原体直接侵入外阴表皮、阴道内者，引起外阴及阴道内局部的红肿痛痒，称为外阴阴道炎症。因为在外阴阴道疾病中炎症颇为多见，故当首先论述之；其次，外阴部的肿瘤，外阴阴道功能失常、皮肤肌肉的松弛以及营养不良等，均可引起外阴、阴道病变，故一并论述之。

就我们临床所及外阴阴道所致的疾病虽然很多，但我们择其要者介绍之。如阴挺，包括子宫脱垂和阴道前后壁膨出。虽然子宫脱垂不应属于外阴阴道类疾病，但由于见其挺出阴道口或阴道外者，故习惯上一直列入阴道疾病中，我们仍依循这一传统分类。阴痒，将分列为滴虫性、霉菌性、老年性外阴阴道炎三者而论之。还将介绍阴疮、阴吹、外阴白色病变等。

第一节　阴　　挺

妇人阴中有物下坠，甚则挺出阴户之外者，称为阴挺。阴挺之名，首见于《诸病源候论》。历代医家根据阴挺的形状不同及溃烂后的变态不同，又有阴脱、阴痓、阴痔、阴突、阴菌等名称。由于本病大都发生于产后，故有子肠不收等名称。阴挺主要指子宫脱垂和阴道脱垂两者。

一、子宫脱垂

本病即子宫脱垂性的阴挺。近年来由于注意到妇女劳动保护四期卫生，尤其是产时产后的调护，发病率已大大减少，特别是Ⅲ°子宫脱垂者更为少见。但在农村，年龄在40～70岁之间妇女，仍有一定的发病比例。

【病因病理】

在正常情况下，子宫位于盆腔中部，呈前倾或后倾位，子宫纵轴与阴道纵轴成90°～100°角，子宫颈位于坐骨棘水平以上。子宫正常位置的维持，主要靠盆底肌肉和筋膜（特别是提肛肌及筋膜）以及附着于子宫的韧带（如子宫之韧带及子宫骶骨韧带）等起支持作用。子宫位置的变化与腹内压力的高低和盆底组织支持力量的大小密切相关。子宫脱垂多发生于多产或产后，且直接与分娩有关。分娩可以损伤子宫支持组织（盆腔内筋膜）及提肛肌，但如果产后适当休息，加强营养，尤其配合产后运动锻炼，一般均可恢复正常而不发生脱垂，或有之亦轻。如果损伤较重，或生活条件差，产后过早从事体力劳动，包括较长时间处子站、蹲体位者，或有慢性咳嗽、腹泻、便秘等增加腹压的情况，则易发生子宫脱垂，且病情往往较重。绝经期后妇女发生生殖道脱垂者，是因卵巢功能不足，雌激素水平低落，使筋膜等支持结构开始退行性变，加上年老，肌张力低下，结果盆底组织薄弱而使生殖道发生脱垂，甚至伴尿道脱垂及压力性尿失禁，个别未婚、未育妇女发生子宫脱垂是因盆底肌肉及筋膜先天性松弛成缺陷所

造成的，此与先天性发育有关。

中医学认为本病的形成，既与局部的肌肉筋膜损伤有关，但亦与全身上下的气虚、肾虚有关，而且在一定程度上与肝亦有关，而气虚是最为主要的。

气虚：分娩所伤，如临盆过早，产程过长，临产用力太过，产后操劳过早，或者便秘过久，虚坐努责，或者长期慢性咳嗽，或者慢性腹泻，便解不畅，以致脾虚气弱，中气下陷，任带两脉失于提摄，故致阴挺下脱。或者长期脾虚气弱，营养欠佳，或者营养不得摄入，生化少源，营血不足，不能濡养肌肉筋膜，以致肌肉筋膜失养，故致阴挺下脱。

肾虚：肾居下焦，主封藏，司前后二阴，胞脉胞络系于肾，肾阴则能涵养子宫冲任，包括胞脉胞络，肾阳则能统摄奇经八脉，温煦胞宫，而固前后两阴，且肾又为先天之本，故凡先天不中，发育欠佳，或者久病体弱必致肾虚，肾阴虚则不能涵养子宫冲任，包括冲任与生殖道，肾阳虚则不能统摄八脉、温养胞宫、提系胞胎，从而导致子宫下垂而滑脱。这在年高体弱，或未婚未育女子中尤为多见。

此外，还必须提出，如在分娩过程中，损伤胞脉胞络较为严重，导致肌纤维断裂，或者撕裂伤严重，筋膜伤损亦严重者，恐非药物所能治。其次脱垂之后可继发湿热侵袭，形成继发湿热感染者，即前人在论述阴挺中所述及的肝火湿热者，亦不可不知。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

1. 临床表现　阴中有物下坠，或者有物坠于阴户之外，小腹重坠，腰酸腿软。

2. 检查　嘱病人向下屏气，当腹压增加时观察有无子宫颈下垂，如果宫颈尚未膨出外阴口，则用手指深入阴道触及宫颈，再测出宫颈至处女膜缘的距离，如果少于4cm，即有可能为子宫脱垂。

二、诊断标准

根据子宫脱垂的程度，临床上分为三度。

Ⅰ°：子宫下降，子宫颈外口位于坐骨棘水平以下，但仍在阴道内。

Ⅱ°轻：子宫颈已露于阴道口或脱于阴道口外，但子宫体仍在阴道口内；Ⅱ°重：子宫颈及部分子宫体均已脱出于阴道口之外。

Ⅲ°：整个子宫已脱出于阴道口外。

三、鉴别诊断

1. 子宫黏膜下肌瘤或子宫颈肌瘤　子宫黏膜下肌瘤或子宫颈肌瘤脱出宫颈口至阴道内或阴道口时，有可能被误认为子宫脱垂。但肌瘤好发于30岁以后的妇女，有不规则阴道出血史，经仔细检查不难区别，因为脱出物中找不到子宫颈口，多无阴道前后壁膨出，在肌瘤的一侧或周围可触及宫颈边缘。另外，将肌瘤夹住旋转，可转动者提示为带蒂肌瘤。

2. 慢性子宫翻出　慢性子宫翻出患者，有间歇性发作的下腹部剧痛，并伴有不规则阴道出血史；妇科检查时，子宫底翻出于阴道内或达阴道口外，呈球形，表面为红

色的黏膜，触之易出血，在肿块上找不到宫颈，有时可见两侧输卵管开口；在肿块上部可触到宫颈周缘；肛门指诊，盆腔内空虚触不到宫体，将肛门内食指勾向前方，可触到一漏斗形凹陷，用子宫探针探测宫颈环内侧不能探入。

3. 子宫颈延长　子宫颈延长者，亦觉有肿物自阴道脱出，但此病多发生于未产妇，妇科检查时觉前后阴道穹隆很高，无阴道壁膨出，子宫体仍在盆腔内保持正常位置，仅子宫颈极度延长，甚则突出子阴道口外，用子宫探针探查其长度，宫腔深度超过10~12cm。

4. 阴道壁囊肿或肿瘤　自觉阴道内有肿物突出，肿物较大时，可下垂到阴道外口，并引起性交及排尿困难等，妇科检查时子宫仍在正常位置，或被肿块挤向上方，肿块常偏于阴道一侧，基底部位于阴道壁上。

5. 膀胱膨出或直肠膨出　由于阴道前后壁及膀胱、直肠突出所致，可通过妇科检查，细心地加以区别。

【辨证论治】

本病证总由于正虚，尤以气虚下陷为主要，但肾虚也颇为重要，其中有兼夹肝郁或兼夹湿热者。

一、主证型

1. 气虚证

主证：子宫下移或脱出阴道口外，劳则加剧，小腹下坠，四肢乏力，少气懒言，面色少华，小便频数，带下量多、质稀、色白，腹胀矢气，舌质淡，苔薄白，脉象虚细。

治法：补气升提。

方药：补中益气汤加减。

党参15~30克，黄芪15~30克，炙甘草5克，白术、茯苓、炒当归各10克，陈皮、升麻、柴胡各5克，炒川断12克。

服法：每日1剂，水煎分服。

加减：腹胀矢气，大便便溏者，上方去当归，加入煨木香9克，砂仁（后下）5克，六曲10克；若带下量多、色黄白、质黏稠者，加入制苍术10克，炒黄柏9克，薏苡仁20克；腰酸明显，小便频数者，加入杜仲9克，菟丝子12克，金樱子10克。

2. 肾虚证

主证：子宫脱垂，腰酸腿软，小腹下坠，小便频数，夜间尤甚，形体畏寒，面容苍老，皮肤松弛，舌质淡红，苔薄白，脉沉弱。

治法：补肾固脱。

方药：大补元煎加减。

炒当归、熟地、杜仲、桑寄生、山药、枸杞子各10克，山萸肉6~9克，炙甘草6克，鹿角胶（熔入）10克，紫河车6克，金樱子、炒芡实各12克。

服法：每日1剂，水煎分服。

加减：腹胀矢气，大便稍溏者，上方去当归，加入党参 15 克、炒白术 10 克，砂仁（后下）5 克，煨木香 9 克；命门火衰，元气不足，小腹冷感明显者，加入补骨脂 10 克，肉桂（后下）5 克，红参 6～9 克；带多尿多者，加入覆盆子、桑螵蛸、炙乌贼各 10 克。

二、兼证型

1. 兼肝郁证

主证：上述气虚证外，尚伴有胸闷烦躁，头痛口苦，舌质偏红，苔黄白腻。

治法：补气升提，清肝解郁。

方药：补中益气汤加减。

黄芪、党参各 30 克，炒苍白术、茯苓各 10 克，陈皮、炙升麻、炒柴胡各 5 克，钩藤 15 克，炒栀子、炒丹皮、炒白芍各 10 克。

服法：每日 1 剂，水煎分 2 次服。

加减：若腹胀矢气颇多，大便稍稀者，上方去炒栀子，加入煨木香 9 克，砂仁（后下）5 克；带下黄白，质黏稠者加入败酱草 15 克，薏苡仁 20 克；腰酸明显，小便频数者，上方去炒栀子，加入桑寄生 10 克，菟丝子 10 克。

2. 兼湿热证

主证：除上述气虚证或肾虚证外，还有脱出的子宫溃烂，黄水淋漓，质黏稠，或有臭气，胸闷烦躁，口苦口渴，小便灼热，脉象弦数，舌质偏红，苔黄腻。

治法：先予清利湿热，再予益气升提或补肾固脱。

方药：龙胆泻肝汤加减。

炒柴胡 5 克，炒龙胆草 6 克，木通、泽泻、栀子各 5 克，车前子、生地、炒当归、炒黄柏、制苍术各 10 克，土茯苓 12 克，甘草 6 克。

服法：每日 1 剂，水煎分服。

加减：如腹胀大便偏稀者，上方去当归、栀子，加入煨木香 9 克，砂仁（后下）5 克；头昏头痛失眠者，方中加入钩藤 15 克，白蒺藜 10 克，炒枣仁 9 克。

【临床体会】

子宫脱垂虽然说主要由于分娩损伤引起，但一般不是在产后立即发病，而是经过一段时间后逐渐发病，且随时间推移而加重，当就诊时往往都已表现出体质虚弱，精神疲倦，四肢无力，面色黄白，形体呈脏器下垂体质。因此，无论何种程度的子宫脱垂，治疗时都应首先考虑增强患者体质，提高机体的抗病能力，使全身状况得到改善，这就要采取中西医结合的方法。根据我们对此病的治疗经验，愿意推荐之。先是熏洗法，然后应用针灸法，再后是使用乌及散阴道塞药，效果较好。

1. 熏洗法　乌头 10～20 克，五倍子 10～20 克，醋 60 毫升，先将乌头、五倍子加水 1.5 千克，煮沸后，再以文火煮 10 分钟，倾入预置的陶瓮罐（直径 22 厘米，高 26 厘米）内，事先加醋 60 毫升，令病人趁热坐熏，一日 2～3 次，每次约半小时，用过的药液，可继续加醋使用，连续 4 次。注意事项：①如无五倍子，可用乌梅代替之；②高温气候，注意烫伤，严寒期注意保暖；③坐陶瓮罐的高度，以患者舒适为度；

④药渣药液应倾入粪缸内，防止牲畜误食中毒。

2. 针灸　在熏洗法开始后，同时进行针灸治疗，每日1次，针上加灸，两组穴位交替使用。第一组穴位：中级、三阴交（双）；第二组穴位：曲骨、足三里（双）。上两组穴位，均可加入维胞、子宫等穴位备用。操作方法：曲骨、中极，针刺时可稍强；足三里，平补平泻；三阴交，补法。灸法，针刺得气后，在留针期间，用针尾裹艾绒灸治，三壮为度，或艾条灸，以热为度。

3. 乌及散阴道塞药　生川乌10克，白及10克，共研细末和匀为乌及散。以纱布包乌及散10～15克，做成带线纱球，于熏洗、针灸后塞入阴道深部。以后每隔7日换药一次，一般用药5次。塞药后，熏洗和针灸可继续进行。如纱球掉出，可加大纱球，或增填纱布，务使药球固定在阴道深部。注意点：妊娠期、经期及子宫不规则出血时，不宜塞药；一般的宫颈炎、阴道炎未见出血者，不忌阴道塞药，但需加强观察，如有不适者不宜再用；体质较差者，加服补气或补肾的内服药。

部分患者经过上述药物内外同治后，除全身症状得到改善外，脱垂的子宫可见明显回收。但是，不论子宫回收情况如何，都要配合配戴合适的子宫托，以加强疗效，因上托后患者会感觉更加轻松，活动方便，子宫的血液循环也得到改善，子宫旁支持组织的紧张度也逐渐恢复，韧带和筋膜的负担减轻，加之中药有促进子宫升提回收的作用，特别是乌及散，要注意必须是生的乌头，才有较好的促进肌肉韧带紧张度的作用，经过几个疗程后，可使子宫不再下脱，从而使各组织的生理功能得到恢复，即使非手术疗法失败，由于体质恢复，亦能适应手术治疗。

二、阴道脱垂

阴道脱垂，是指阴道前壁及阴道后壁脱垂。临床上单纯的阴道脱垂比较少见，脱垂的程度也比较轻，重度的阴道壁脱垂多伴有子宫脱垂。

所谓阴道前壁脱垂，主要由于耻骨宫颈筋膜及膀胱宫颈韧带过度伸张或撕裂所致，根据前壁脱垂的部位不同，又可分尿道膨出与膀胱膨出；阴道后壁脱垂，主要是由于耻骨尾骨肌纤维断裂所致，又可包括直肠膨出及肠膨出。所有这些病变，前人均归纳在“阴挺”的范围。因此其病因病理、辨证论治均需按阴挺论之。

【病因病理】

在分娩过程中，当胎头通过阴道时，耻骨膀胱宫颈韧带与肛提肌的耻尾肌纤维均易被过度牵张，甚则撕裂，特别在第二产程，子宫颈口开全，膀胱充盈胀满，分娩或辅以的助产手术可以损伤膀胱底部的支持组织，使之失去支持力量，膀胱逐渐由扩大的膀胱宫颈间隙向阴道前壁脱出。如果耻骨宫颈筋膜前部（支持尿道部分）亦受损害，则发生尿道膨出。尿道膨出往往伴有阴道前壁脱垂及膀胱脱垂，但阴道前壁脱垂不一定伴有尿道膨出。如在分娩过程中，使耻骨尾骨肌纤维以及泌尿生殖膈等盆底组织过度伸展，变薄变弱，或撕裂未得到恢复，从而失去支托作用，使阴道后壁及直肠中段向前脱出，形成盲袋，并与肛门形成一角度，即为直肠膨出。如损伤发生在后穹隆部，可引起子宫直肠陷凹疝，又名肠膨出。肠膨出可单独发生，但多与子宫脱垂和直肠膨

出同时存在，一般常发生于子宫完全脱垂时。

在中医学中，认为本病的发生多因分娩时产程过长，或临产用力过猛，或产后失于调养，过早从事强体力劳动及房室不节等，以致耗气伤肾，胞脉胞络受损，正如《诸病源候论》曰："胞络损伤，子脏虚冷，气冲则令阴挺出，谓之下脱。亦有因产而用力偃气而阴下脱者。"其主要病机仍在于中气虚弱，气陷不升，或肾肼亏损，下元不固，因而出现前后二阴的脱陷。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

1. 临床表现　经产妇多见，轻者可无症状，重者感下坠，腰酸，久立后加重，自觉有肿物自阴道脱出，向下用力或积尿时肿物增大，卧床休息及排尿后肿物缩小或消失，严重时可出现排尿困难，并常有残余尿，多并发尿络感染，如果有尿道膨出可出现张力性尿失禁，或者出现大便困难，解大便时需用手下压阴道后壁。

2. 检查　妇科检查，阴道口松弛，常伴有陈旧性会阴裂伤，阴道前壁呈不同程度的球形膨出，触之柔软，平卧时可缩小，屏气时增大或下移；尿道膨出时尿道横沟消失，膀胱膨出时呈球形膨出，有尿时较大，排尿后缩小，可见阴道横沟凹陷，触诊时可扪及阴道壁与膀胱壁间空隙；阴道后壁呈球形膨出，屏气时肿物增大，如有直肠膨出，肛门指诊时指尖可进入膨出软块之内，并感直肠前壁随阴道后壁一同下垂；肠膨出时，妇科检查时穹隆间距增宽在 2cm 以上（正常在 2cm 以内），后穹隆部有球形膨出，于膨出的囊内可触及肠管，向下屏气时球形物增大，肛门指诊在其上方有囊状突出。

二、诊断标准

阴道前壁脱垂分为三度：轻度：阴道前壁已达处女膜缘，尚未膨出于阴道外；中度：部分阴道前壁已膨出于阴道外；重度：阴道前壁已全部膨出于阴道外。

阴道后壁脱垂亦分为三度：轻度：阴道后壁已达处女膜缘，尚未膨出于阴道外；中度：部分阴道后壁已膨出于阴道外；重度：阴道后壁已全部膨出于阴道外。

三、鉴别诊断

1. 子宫脱垂　妇科检查于脱出物下端中央可见到子宫颈外口，探针能经此孔探入宫腔，而膀胱膨出可于突出物上方触及子宫颈，子宫位置正常。

2. 中肾管囊肿　本病检查时于前阴道壁有囊性、球形、边界清楚之肿块，有泌尿系统症状，但无尿失禁。金属导尿管检查时，手指在阴道前壁膨出部触不到金属导尿管。

3. 阴道前壁肿瘤　肿瘤可使阴道前壁明显突出，很像阴道脱垂合并膀胱膨出。妇科检查时则可感到肿物为囊性或实质性的，有一定的紧张度，肿物边界清楚，不随腹压增加而增大，且不易还纳至阴道内，用金属导尿管插入膀胱内进行检查时，导尿管不能进入肿块内。

4. 直肠狭窄　患者有肛门部下坠感及长期便秘，应与直肠膨出区别。本病往往于排便后仍感粪便排出不净，有里急后重感，粪便变细，常有肛门及直肠手术、损伤等

病史。检查时可见肛门周围皮肤湿润，存有脓性分泌物。肛门指诊可感到括约肌松弛，向上可摸出狭窄，直肠变硬无弹性。

【辨证论治】

1. 脾虚气弱证

主证：阴道前后壁脱垂，劳则坠出更甚，小腹下坠，四肢无力，神疲气馁，面色少华，或小便频，带下量多、色白、质稀，舌质淡红，苔薄白，脉虚细。

治法：健脾益气，升阳举陷。

方药：补中益气汤加减。

黄芪30克，党参25克，白术15克，陈皮、柴胡、炙升麻各6克，甘草5克，寄生12克，金樱子10克，炒芡实12克，桑螵蛸10克。

服法：每日1剂，水煎分服。

加减：兼肾虚血少者，加入熟地12克，鹿角胶（别炖烊冲入）10克；腰膝酸软者，加入炒川断、杜仲各10克；若带下量较多、色黄白、质黏稠者，加入炒苍术10克，炒黄柏9克，薏苡仁20克。

2. 肾气不足证

主证：阴道前后脱垂，久而不复，小腹下坠，腰酸腿软，小便频数，入药尤甚，形体畏寒，皮肤松弛，或头晕耳鸣，脉象细弱，尺部不藏，舌质淡红，苔薄白。

治法：补肾益气，助阳固脱。

方药：大补元煎加减。

白人参10～20克（或用红参6～10克代之），炒当归、熟地、杜仲、山药、枸杞子各10克，山萸肉6～9克，炙甘草5克，炒芡实、金樱子、覆盆子各12克。

服法：每日1剂，水煎分服。

加减：畏寒肢冷，大便偏溏者，加入制附片6～10克，肉桂（后下）5克，鹿角胶（另炖烊冲入）10克；尿频腰酸，甚则失禁者，加入益智仁、桑螵蛸各10克；带下色黄、质稍黏、有臭气者，加入炒黄柏10克，泽泻9克，败酱草15克。

附外洗法：

1. 丹参15克，五倍子10克，诃子肉10克，布包水煎，趁热熏洗。

2. 乌梅60克，五倍子10克，石榴皮10克，水煎，趁热外洗。

【临床体会】

本病证虽为局部病变，但亦与整体虚弱有关，对轻度的阴道前后壁膨出者，多采用非手术疗法，常采用提肛缩阴锻炼法，一缩一松交替进行，一日2～3次，每次10分钟，同时进行针灸疗法，常用穴位有中极、关元、三阴交、足三里、子宫、维胞、曲骨、长强、百会。用强刺激手法，病人有酸、麻、胀、提等感觉为佳，留针20～30分钟，也可选用上述穴位做艾卷悬灸。如患者有疲乏无力、白带量多、小腹下坠等症状，可服用补中益气汤，以及熏洗和塞药并进。

阴道前后壁重度膨出者，需经手术治疗。重度的阴道前后壁膨出一般与子宫脱

垂同时存在，病程较长，体质较差，有的患者体质极度虚弱，为使手术后患者尽快恢复健康，促进组织易于愈合，可手术前即行中医的辨证治疗，气虚下陷者补气升提，肾虚者补肾固脱，调整脏腑功能，提高阴阳气血的水平，增强体质后再施行阴道修补手术，术后再予补养气血、健脾温肾以康复体质。我们在上个世纪60年代防治子宫脱垂时，在常州曾碰到一位张姓患者，时年48岁，患子宫脱垂Ⅲ°，两年前已行手术切除，但一年后，自述又见子宫脱垂，屡次上门责问主刀医师，没有将其子宫脱垂者切除，当时我们组成妇女病防治小组，不得不进行复查，证实阴道前后壁重度膨出，而整个阴道壁亦极度松弛，不得不再次行修补手术，同时采用熏洗法，再用乌及散纱球塞药，两个纱球一起用，另外因全身出现明显的脾肾阳虚证候，故用人参鹿茸丸、附子理中丸。前后服药50余剂，病情稳定，患者十分感激。

第二节 阴 痒

女子外阴及阴道处痒，甚则瘙痒不堪，痒痛难忍，坐卧不安，或伴带下量多，或者带下过少，以痒为主，称为阴痒，亦称阴门瘙痒，或阴蚀。

本病以症状命名，由于阴痒是一个主要的症状，它可以出现在许多不同的疾病中，如常见的滴虫性阴道炎、霉菌性阴道炎、老年性阴道炎、外阴白色病损等病变。因此，治疗上要分清病因，审因论治，除内服药外，尚需配合外治，并注意精神、饮食调护，以期较好地控制本病，治愈本病。

一、一般阴痒

女子外阴或阴道内瘙痒，甚至痒痛，或伴有带下量多者，称为“阴痒”。本病首见于《肘后备急方》，相当于西医学的外阴炎、阴道炎。中医学极为重视阴痒，如汉代张仲景所著《金匮要略》中云：“少阴脉滑数者，阴中即生疮，阴中蚀疮烂者，狼牙汤洗之。”后世医家对此有较多记载，而且提供了众多治疗方药。

【病因病理】

一般阴痒，意即指非特异性外阴炎性病变，主要是指发生于外阴部皮肤或黏膜的炎症。本病的病因较多，多见于阴道分泌物增多，如宫颈、阴道的炎性白带，宫颈分泌物，另外月经血或产后恶露的刺激，均可引发不同程度的炎症。其他如月经血或产后恶露的浸渍，患有尿瘘、粪瘘的粪便刺激，患有糖尿病糖尿的刺激等，皆可引发外阴炎。以上的病因常导致混合性感染，其致病菌如葡萄球菌、大肠杆菌及链球菌等。此外，外阴部与肛门及尿道相邻，行动时受两大腿根的摩擦，易于发生炎症。

中医学认为本病由湿热下注，或湿热之邪外侵所致。正如《景岳全书·妇人规》所云：“妇人阴痒，……多由湿热所化。”湿者有外湿、内湿之分。外湿常为感染所致，根据我们临床的观察，大肠杆菌所致者，均表现为湿浊的现象，但外湿的侵入又常与内湿有关，从临床来看，内湿的形成，主要与肝脾肾三脏有关。因为肝与脾

密切相关，脾胃之土不运，湿浊内停，肝为阴中之阳脏，内寄相火，性刚喜动，故肝郁克脾，易于形成湿热的变化，俗有肝经湿热之称；因于脾者，湿浊蕴阻，湿浊偏甚；因于肾者，湿浊常形成寒湿的变化。《外科证治全书·痒风》中说："阴痒，蚀在肠胃，因脏虚，蚀阴，微则为痒，甚则痛，……或脓水淋漓。"可见内湿的确与肝脾肾三脏有关，所以本病虽以湿热为其主要原因，但内则常与肝郁、脾虚、肾虚有关。

其次在阴痒的病变中，我们还可见到一种心肝郁火，此常与精神情志有关。由于情志不遂，心肝气郁，郁则易于化火。《内经》有云："诸病疮痒，皆属于心。"心火甚则下移阴部，肝经郁火又易化风，风者亦是致痒之由，且阴户者，又是肝经脉络所布，故心肝郁火下扰，自然亦将发生阴痒。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

1. 临床表现　患者先感到外阴不适，继则出现瘙痒及疼痛，或有灼热感而不自主地搔抓，于排尿及有其他分泌物刺激后加重，或伴带下量多。

2. 检查　外阴部充血，外阴的皮肤及黏膜多有不同程度的充血肿胀，甚则出现糜烂，或形成大片湿疹，经抓后可有渗出及感染。慢性炎症时皮肤增厚，粗糙可有皲裂伴瘙痒。

二、鉴别诊断

1. 通过实验室检查，阴道分泌物涂片或培养，寻找霉菌或滴虫，以排除之。

2. 外阴溃疡　主要表现为外阴部局部破溃，多为一个或数个，继发感染时可有脓苔，可单独出现，也可能为外阴结核、外阴癌、梅毒等病的主要表现。

3. 外阴白色病变　主要表现为外阴组织变性及色素改变，外阴部及肛周皮肤、黏膜因色素脱失而变白，常对称，有奇痒，病程日久，可能出现皮肤、黏膜干燥，易皲裂，失去弹性，外阴病变部分组织萎缩甚至消失，阴道口变窄。

4. 糖尿病阴痒　糖尿病患者除阴痒外，还可伴有多饮、多食、多尿、身体消瘦或尿浊、尿有甜味等症；阴痒者无以上诸症，可通过尿糖和血糖检查帮助鉴别。

5. 黄疸或贫血阴痒　黄疸或贫血患者的阴痒还伴有其他全身症状，如全身黄疸、头晕眼花、心悸乏力、贫血貌等，通过实验室检查，如血常规、肝功能等检查，有助于鉴别。

6. 阴虱阴痒　阴虱患者在阴毛处可找到阴虱或虱卵。

7. 药物过敏或化学品刺激阴痒　药物过敏或化学品刺激阴痒患者，在阴痒出现之前有与某些化学品或药品的接触史，一般去除过敏原即可愈。

【辨证论治】

本病的辨证，着重在局郁上，同时注意带下的量、色、质、气味。主证型在湿热，也有心肝郁火，同时兼夹肝郁、脾虚、肾虚三者。

一、主证型

1. 湿热证

主证：阴部瘙痒、肿痛，难以自制，瘙后流水，伴有黄白带下，量或多，质黏稠，或有臭气，心烦少寐，口苦而腻，或神疲乏力，脉象细数，舌质偏红，苔黄白腻。

治法：清热利湿，止痒固带。

方药：四妙丸加味。

制苍、白术各 12 克，怀牛膝、炒黄柏各 10 克，薏苡仁 15～30 克，茯苓、车前子各 12 克，荆芥 6～9 克，泽泻 10 克，赤、白芍各 10 克。

服法：每日 1 剂，水煎分服。

加减：若外阴搔破后流水量多难止，局部疼痛者，加入蒲公英 12 克，苦参 6 克；外阴搔破后流水，白带混有血丝者，加入白及 12 克，土茯苓 15 克，金银花 12 克；脘腹作胀，纳食欠佳者，加入广木香 9 克，陈皮 6 克，炒谷芽 12 克。

2. 郁火证

主证：阴痒，入夜尤甚，少量带下，胸闷烦躁，忿怒忧郁，夜寐不宁，脉弦细带数，舌质偏红，苔黄腻。

治法：清心调肝，解郁止痒。

方药：丹栀逍遥散加减。

钩藤 15 克，丹参、赤白芍各 10 克，白术 10 克，茯苓 12 克，醋炒柴胡 5 克，荆芥 6 克，寄生 10 克，白蒺藜 12 克，炒栀子 9 克，炒丹皮 10 克。

服法：每日 1 剂，水煎分服。

加减：头昏腰酸，带下偏少者，加入熟地 12 克，山药 10 克，山萸肉 6 克；心烦失眠明显者，加入莲子心 5 克，炒枣仁 6～9 克，合欢皮 10 克；腹胀矢气，大便偏软者，加入煅木香 6 克，砂仁（后下）5 克。

外治法：

1. 蛇床子洗方（《疡医大全》）加味　蛇床子 30 克，花椒 6～10 克，白矾 6～12 克，煎汤趁热先熏后洗，每日 2～3 次。临床应用时常须加入黄柏 10 克，苦参 12 克。

2. 塌痒汤（《疡医大全》）加减　鹤虱草 30 克，苦参 15 克，威灵仙 15 克，当归尾 30 克，狼毒 10 克，蛇床子 15 克，临洗时，加猪胆汁 2 个，黄柏 10 克，煎洗之。

二、兼证型

1. 兼肝郁证

主证：阴痒，带下或多，色黄白，质黏稠，头昏头痛，胸闷心烦，情怀抑郁，时或叹气，或时烦躁不安，脉象细弦，舌苔黄白而腻。

治法：清热利湿，疏肝解郁。

方药：四妙丸合逍遥散加减。

制苍、白术各 10 克，怀牛膝、炒黄柏、炒当归、白芍各 12 克，茯苓 10 克，炒柴胡、炒荆芥各 6 克，薏苡仁 20 克。

服法：每日 1 剂，水煎分服。

加减：胃脘痞闷，纳欠不佳者，加入陈皮 6 克，炒谷芽 12 克，玫瑰花 3 克；带下色黄白，质稠有臭气者，加入败酱草 15 克，白花蛇舌草 12 克；腰俞酸楚者，加寄生 10 克，川断 12 克。

2. 兼脾虚证

主证：阴痒，带下多、色白、质黏稠不一，胸闷脘痞，腹胀，大便易溏，神疲乏力，身困沉重，小便偏少，脉象细濡，舌苔白腻。

治法：健脾升阳，利湿止带。

方药：止带汤加减。

党参、苍白术、山药、炒白扁豆各 10 克，陈皮、荆芥、柴胡各 6 克，猪苓 12 克，薏苡仁 15～30 克。

服法：日服 1 剂，水煎分服。

加减：纳食甚差，口腻多痰者，加入广藿香 6 克，制半夏 5 克，佩芝 10 克；腰俞酸楚者，加入川断 10 克，寄生 12 克；腹胀便溏者，加入煨木香 9 克，砂仁（后下）5 克。

3. 兼肾虚证

主证：阴痒，带下或多或少、色黄白、质黏稠不一，头昏腰酸，小便较频，形体畏寒，两腿酸软，脉象细弱，舌苔白腻。

治法：补肾助阳，利湿止痒。

方药：四妙丸合茯菟丹加减。

制苍术 10 克，炒黄柏、怀牛膝各 9 克，薏苡仁 15 克，菟丝子、炒川断、覆盆子各 12 克，巴戟天 9 克，茯苓 10 克，荆芥 6 克。

服法：每日 1 剂，水煎分服。

加减：小腹作胀，寒冷明显者，加制附片 6 克，肉桂（后下）5 克；如见烦热口渴，便艰尿黄者，加入炙知母 6 克，干地黄 10 克，炒丹皮 10 克；若腹胀便溏者，加入广木香 9 克，砂仁（后下）5 克。

外治法：可参考主证型。

【临床体会】

由于解剖学特点，外阴易受外界感染，外阴又与尿道、阴道、肛门邻近，经常受尿液及阴道分泌物浸渍为炎症好发部位，因此注意个人卫生，保持外阴清洁，实属必要。一旦罹患外阴阴道炎，应积极采取治疗措施。中医学认为本病的发生多因湿热所致，故清利湿最为主要，轻者只需外用药，如 1:5000 高锰酸钾坐浴后，局部用紫草油外涂。重者除内服中西药外，配合外用药熏洗效果更佳。如阴部破溃者，则用蛇床子洗方方去花椒，加入蒲公英、紫花地丁、金银花，熏洗后，再外敷珍珠散（药用：珍珠 3 克，青黛 3 克，雄黄 3 克，黄柏 9 克，儿茶 6 克，冰片 0.03 克，共研细末外搽），疗效较好。

在阴痒的病证中，除要分析滴虫性、霉菌性、老年性及女阴白色病变外。还要注意到阴部奇痒的外阴湿证、眼口生殖器综合征、外阴苔藓等病症，而且性病中的淋菌

性外阴阴道炎患者，也可出现外阴瘙痒，故凡见阴痒伴有脓性带下者，需要排除这些疾病。

我们在临床诊治中，还发现一种外阴奇痒与周期性阴痒。在外阴奇痒中除注意外阴白色病变外，务必注意外阴湿证、外阴苔藓等疾患。周期性阴痒，我们曾碰到，一为经间排卵期的阴痒，一为经前期阴痒，亦有极少数表现为经后阴痒者。经后期阴痒与阴血虚有关。经间排卵期与经前期阴痒者关键虽在心肝郁火，但与肾有关。在治疗过程中除采用补肾调周法外，清心肝、疏肝郁，同时结合利湿止痒，始能获取佳效。

二、霉菌性外阴阴道炎

由类酵母菌感染引起的外阴阴道炎症，称为霉菌性外阴阴道炎，其中最常见的病原菌为白色念珠菌。临床上以外阴阴道顽固性瘙痒，有灼热感，尿痛，性交痛为主要特征。多见于孕妇、糖尿病患者及接受大量雌激素治疗的患者，以及长期使用抗生素及肾上腺皮质激素的患者，少女则较少感染之。

【病因病理】

白色念珠菌常寄生于人体的皮肤、黏膜或消化道中，在菌群平衡情况下，一般不引起疾病，当机体抵抗力减弱，妊娠期或患有糖尿病，或长期应用抗生素、皮质激素、雌激素等时，由于阴道环境和机体免疫能力的改变，使念珠菌增殖活跃，而引起本病的发生。亦有人认为白色念珠菌主要由肛门处传来。此菌平时可存在于人的口腔、肠道与阴道黏膜上而不引起症状，当局部环境条件适合时易于发病，且三个部位的念珠菌可互相传染。

中医学认为，本病的发生主要与湿浊有关，湿是滋生霉菌的有利因素，口腔、肠道，特别是阴道黏膜处，均是湿浊易蕴之处，有湿才能引起霉菌的增殖活跃，湿浊之所以滋生，又与肝脾失调有关，特别是脾虚。脾主运化水湿，所以有脾土制水之说，脾虚不运，水湿因而致患。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

1. 临床表现　外阴顽固性瘙痒，灼热感，伴有尿频、尿痛、性交痛，与霉菌性阴道炎同时存在时，可见阴道分泌物增多，呈白色乳凝状或豆渣样。

2. 检查　妇科检查，外阴皮肤红肿，可有水泡样丘疹成群出现，或呈湿疹样糜烂，向周围扩展至肛周及生殖道皱襞；严重者可发生溃疡，或引起腹股沟淋巴结肿大。

分泌物涂片：将分泌物直接涂片检查，镜下可见到霉菌的菌丝及芽孢。

分泌物培养：如涂片检查不满意，做局部分泌物霉菌培养，可获得阳性结果。

二、鉴别诊断

1. 滴虫性外阴阴道炎　本病在症状上与霉菌性外阴阴道炎极相似，以外阴瘙痒、灼热、疼痛为主症，亦可有尿痛及性交痛，但滴虫性外阴炎皮肤改变不甚明显，白带量多呈泡沫状，分泌物涂片可查到阴道毛滴虫。

2. 阿米巴性外阴炎　多继发于阿米巴痢疾，临床上以外阴疼痛、溃疡为主症，可有脓性或血性分泌物，分泌物涂片可查到阿米巴原虫的滋养体。

3. 外阴瘙痒症　以外阴瘙痒、红肿为主症，一般无皮损，分泌物查不到霉菌。

4. 外阴接触性皮炎　多为接触到某种刺激性物质后发生，以局部灼热、疼痛、红肿、糜烂、溃疡为其特点，其接触史可供诊断时参考，必要时可做皮肤斑贴试验。

【辨证论治】

本病证主要为湿热证，治法主要亦在于利湿杀菌止痒。

主证：带下量多、色白、质黏稠或呈豆腐渣状，阴痒颇剧，或有灼热疼痛，心烦失眠，纳欠神疲，舌质淡红，苔黄白而腻，脉象细濡或细弦。

治法：利湿清热，杀菌止痒。

方药：萆薢渗湿汤加减。

制苍、白术各 10 克，薏苡仁 15～30 克，丹皮、茯苓、泽泻、滑石、萆薢各 10 克，白芷、荆芥 6 克，炒柴胡 5 克，地肤子、车前子各 9 克。

服法：每日 1 剂，水煎分服。

加减：偏于热者，尚需加入黄芩、黄柏各 6 克；胃脘不舒者，加入陈皮、制半夏各 6 克；心烦失眠者，加入莲子心 5 克，炒枣仁 9 克。

兼有肝郁者：上证还伴有胸闷烦躁，情绪抑郁，治宜疏肝解郁，上方合逍遥散，即在上方中加炒当归、白芍各 10 克，广郁金 9 克，合欢皮 9 克。

兼脾虚者：上证伴有腹胀矢气，大便溏薄，治法当合健脾理气，上方合香砂六君汤，即在上方中加煨木香 6～9 克，砂仁（后下）5 克，党参 10～20 克。

外用洗方：土槿皮散：土槿皮 15 克，龙胆草、苦参、黄柏各 10 克，花椒 6 克，冰片 2 克（后溶入），上药水煎后外洗，每日 2～4 次。

外用阴道塞药：冰硼散胶囊，每次洗后用此胶囊 1 粒塞于阴道内，连用 10 克为 1 个疗程，续用 3 个疗程，经期停。

【临床体会】

霉菌性外阴阴道炎以中医药治疗效果较好，治疗时应重视整体与局部相结合，其内服方，基本上应以健脾燥湿为主，祛除霉菌生殖的条件（即湿浊）。局部治疗包括外洗外涂法，均有多种行之有效的药物配方，可从中选用。在应用中药的同时，可配合制霉菌素片口服，必要时用制霉菌素塞入阴道，或者再用 2%～4%苏打水冲洗外阴及阴道，并清除阴道分泌物，改变阴道环境，使之不利于念珠菌生存繁殖。另外应加强预防工作，积极治疗糖尿病，在长期大量应用抗生素、肾上腺皮质激素、雌激素时，

应注意预防本病的发生，保持卫生习惯，杜绝感染。

三、滴虫性阴道炎

阴道毛滴虫所引起的阴道或者涉及外阴的炎症，称为滴虫性阴道炎。文献统计妇女阴道内存在滴虫者约占 10%～20%，但多无明显症状，这些滴虫的致病性与人体的反应性有关。当妊娠期和月经前后，阴道的 pH 值升高以及卵巢功能减退时，阴道黏膜的厚度和糖原代谢直接受到影响，阴道毛滴虫的感染率及发病率可增高。阴道滴虫不仅限于阴道，还可侵及泌尿系统而引起泌尿系统炎症。

【病因病理】

阴道毛滴虫，亦属于中医湿热之邪所化生。通过不洁的公共厕所、浴室、脚盆、脚布、游泳池、性交或消毒不严的妇科医疗器械等进行传播。《医宗金鉴·妇科心法要诀》云："妇人阴痒，多因湿热生虫，甚则肢体倦怠，小便淋沥。"由此可见，本病的发生，虽在于湿热，在于湿热生虫，但湿热之由来，主要又与肝、脾功能失常有关。肝脉绕阴器，主藏血，为风木之脏，脾主运化水湿，肝经湿热，肝郁脾虚，化火生湿，湿热下注，蕴郁生虫，虫蚀阴器，或忽视卫生，感染滴虫，虫蚀阴部而发为阴痒。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

1. 临床表现　阴道分泌物量多、质稀、色灰黄、有臭气，外阴阴道瘙痒、灼热、性交痛，尿路感染时，可有尿频、尿痛、血尿。

2. 检查　阴道及宫颈黏膜红肿，有散在红色斑点，或草莓状凸起，后穹隆有多量液体或脓性泡沫状分泌物，常合并其他细菌、霉菌性阴道炎。

涂片检查：取阴道分泌物涂片，晾干后以瑞氏或姬姆液染色，镜下可见梨形、顶端有四根鞭毛的滴虫。

培养检查：对多次检查，未能找到滴虫，但又高度怀疑本病的患者，可作的滴虫培养，其准确率可达 98%左右。

二、鉴别诊断

1. 霉菌性阴道炎　患者白带呈豆渣状或凝乳样，不带泡沫，阴道黏膜附有白色膜状物，其下黏膜常有红肿，阴道分泌物检查可确诊。

2. 阴道嗜血杆菌阴道炎　本病发生在生育年龄的妇女，常伴有月经紊乱，如闭经、月经稀少，白带量多、质稀、色灰白但无泡沫分泌物，涂片可见大量嗜血杆菌。

3. 阿米巴性阴道炎　可有阿米巴病疾、腹泻病史，阴道分泌物呈血性、浆液性或黄色脓性，黏液状无泡沫，阴道壁可有典型的溃疡，其涂片检查可找到阿米巴滋养体。

4. 老年性阴道炎　多见于老年或人工绝经患者，分泌物可有大量脓细胞，无滴虫等。

【辨证论治】

本病亦主要为湿热蕴结，且表现为肝经湿热，故当从清肝利湿入手，佐以杀虫止痒。

主证：阴部瘙痒明显，坐卧不宁，灼热而痛，带下量多、色黄绿或灰白，有泡沫状，或夹血丝，气味秽臭，常伴胸闷心烦，易躁怒，胸胁胀痛，口苦口腻，尿少色黄，或尿频尿痛，尿解不畅，舌红苔黄腻，脉弦滑数。

治法：清热利湿，杀虫止痒。

方药：龙胆泻肝汤加减。

龙胆草 6～15 克，柴胡 5 克，栀子 10 克，黄芩、生地、甘草 5 克，泽泻 9 克，木通 6 克，车前子 10 克，白芍 12 克。

服法：每日 1 剂，水煎分服。

加减：若大便秘结者，加入枳实 10 克，大黄 6 克；若外阴痒甚者，加入白鲜皮、贯众、川楝子、鹤虱各 10 克；若腹胀矢气，大便偏软者，加入苍术 10 克，广木香 9 克，六曲 10 克。

外用洗方：蛇床子 15 克，龙胆草、黄柏、苦参各 10 克，花椒、白矾各 6 克，水煎后先熏后洗，每日 2～3 次。

外用阴道塞药：明矾、黄柏各等分，蛇床子为前两药的 2～3 倍，共研为细末，炼蜜为丸，如弹子大，塞于阴道内，24 小时换一次，一般以 1 周为期。

【临床体会】

滴虫性阴道炎的发病率居各种阴道炎发病之首位。在治疗上得到公认的疗效确切的西药仅有甲硝唑（灭滴灵）等少数几种药物，而且这类药物存在着一定的副作用。近年来大量的中西医结合临床研究证实，以西药甲硝唑杀虫，用中药改善内在环境，杜绝滋生滴虫之源，调整恢复机体免疫力，降低西药的副作用，疗效更好。一般运用如：

甲硝唑 200mg，阴道深部上药，上药前用蛇床子散等杀虫止痒中药煎剂外洗，同时口服龙胆泻肝汤等中药汤剂。这种方法特别适用于口服甲硝唑有不良反应，及有肝功能障碍的滴虫性阴道炎患者。

我们体会，霉菌性阴道炎、滴虫性阴道炎两者皆以湿浊为主要病变，但霉菌性阴道炎以湿甚脾虚为主，滴虫性阴道炎以湿热肝火为主，一者健脾燥湿，一者清肝利湿，只有祛除湿浊，改变机体内外环境，不利于霉菌、滴虫生长繁殖，才能根治这类病证。

四、老年性阴道炎

老年性阴道炎，是因绝经后卵巢衰退，雌激素水平降低，阴道上皮变薄，抵抗力下降，使细菌侵入而引起的阴道炎症。亦称萎缩性阴道炎。本病占绝经老年妇女的 30%，占所有阴道炎的 5%，临床上以阴部瘙痒，有灼热感，白带增多，呈黄水样，或

有臭气为主要表现。中医学称为老年阴痒。

【病因病理】

老年性阴道炎的发病，与绝经后，或未到绝经年龄的妇女因某种因素行双侧卵巢切除或哺乳时间过长等引起绝经，绝经后因卵巢功能衰退，雌激素水平降低，阴道上皮变薄，糖原含量减少，pH 值上升，局部抵抗力降低，细菌繁殖生长等因素有关。

中医学认为，由于肾气衰，天癸竭，肝肾阴虚，冲任虚，湿热人侵所致。根据我们临床的观察，本病系肾阴亏虚，肝经风火所致。《诸病源候论》中云："肾荣于阴器，肾气虚……，虚则风邪所乘，邪客腠理而正气不泄，邪正相干在于皮肤故痒。"但前人限于历史条件，只能认识到外邪风湿，而我们所观察到的是内在的风热湿邪，其虚者亦在肾阴癸水的衰少。其次是肝脾气血失调，脾虚血少，肝郁化火生风所致。如《妇人大全良方》所附治验中，有"肢体倦怠，阴中闷痒，小便赤涩，此郁怒伤肝脾所致，……"，"阴内痒痛，不时出水，食少体倦，此肝脾气虚，湿热下注……"，均说明脾虚肝热也是本病的发病原因。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

1. 临床表现　阴部瘙痒，阴道灼热、疼痛，白带或增多，或呈黄水样或脓样，血样，有臭气。

2. 检查　妇科检查，阴道呈老年性改变，黏膜皱襞消失，上皮菲薄，黏膜充血，有小出血点，穹隆部及宫颈处明显，触之易出血，有时有浅表溃疡，甚至出现阴道粘连，初起易分离，易出血，久之粘连严重，阴道闭锁，分泌潴留，导致阴道积脓。

阴道分泌物涂片可见大量白细胞及阴道脱落上皮细胞。

二、鉴别诊断

1. 滴虫性阴道炎　老年性阴道炎与滴虫性阴道炎，均能引起白带异常，阴痒，但二者病变性状不同。滴虫性阴道炎白带量多，质稀稍黏有泡沫状，且无萎缩性阴道炎改变，分泌物涂片可查到滴虫，有助于鉴别诊断。

2. 霉菌性阴道炎　白带量多呈豆渣状或凝乳样，阴道黏膜无萎缩变薄的改变。

3. 阴道癌　当老年性阴道炎出现阴道黏膜的溃疡及肉芽组织形成时，应与阴道癌作鉴别。阴道癌患者的阴道分泌物以水样或血水样为主，合并感染时可有恶臭，窥器检查时可见菜花状结节，若是溃疡型则边缘硬、溃疡深，病灶处组织作病理切片检查可确诊。

4. 子宫体癌　多见于老年期妇女，特别是绝经前后与老年性阴道炎相似，均有血性白带，但子宫体癌的患者有不规则阴道流血及排出水样白带，窥镜检查可见宫颈口流出血性分泌物，内诊子宫稍大，刮宫作病理检查有助于鉴别诊断。

【辨证论治】

老年性阴道炎，虽然与湿热有一定关系，但主要在于整体失调，脏腑虚衰，其中肝肾阴虚尤为主要，其次还有心脾血少、肝郁化火等证。治疗上着重扶正滋阴，稍佐清利，这是中医药极占优势的病证，疗效较佳。

1. 肝肾阴虚证

主证：阴部瘙痒，入夜尤甚，带下量少，色黄质稀，如水夹杂血液，阴部干枯、萎缩，阴中灼热疼痛，伴见头晕目眩，腰膝酸软，五心烦热，时有烘热汗出，舌红少苔，脉象细数。

治法：滋阴降火，熄风止痒。

方药：杞菊地黄汤加减。

枸杞子10克，钩藤15克，白蒺藜12克，熟地、山药、炒丹皮、茯苓、泽泻各10克，山萸肉6克，炒黄柏9克，赤、白芍各10克，荆芥6克。

服法：每日1剂，水煎分服。

加减：若带下量多、色黄、秽臭气明显者，加入土茯苓15克，败酱草15克，野菊花6克；带下夹血者，加入茜草炭、炒地榆、大小蓟各10克；外阴部痒甚者，加入甘菊花5克，干地龙10克，白鲜皮10克。

2. 心脾血少证

主证：阴部瘙痒，带下量少、色淡黄、质稀如水，阴部干枯、萎缩，阴中干痛，伴见头晕心慌，两目黯黑，面无华色，夜寐甚差，腹胀矢气，神疲乏力，有时便溏，脉象细软，舌质淡红，苔薄白腻。

治法：健脾宁心，养血止痒。

方药：黑归脾汤加减。

熟地10克，黄芪、党参各15克，白术、茯苓各12克，广木香9克，炙远志6克，炒枣仁9克，炒荆芥5克，炙甘草3克，炒当归、白芍各10克。

服法：每日1剂，水煎分服。

加减：若黄白带下量多者，加入炒黄柏9克，薏苡仁15克，炒芡实10克；若腹胀矢气，大便溏泄者，去当归，加入砂仁（后下）5克，六曲10克；头晕目花明显者，加入穞豆衣10克，枸杞子12克。

3. 肝经郁火证

主证：阴部瘙痒，入晚与夜半痒甚，带下量多或量少、色黄、质稀黏不一，或有臭气，头昏胸闷，烦躁口渴，情绪忧郁，大便偏干，尿少色黄，脉象细弦，舌质偏红，苔黄腻。

治法：滋阴解郁，清肝止痒。

方药：滋水清肝饮加减。

生熟地、山药、丹皮、茯苓各10克，山萸肉6克，炒栀子9克，甘草5克，五味子、炒柴胡、荆芥各5克，白蒺藜、白芍各12克。

服法：每日1剂，水煎分服。

加减：若黄水偏多，质黏稠有臭气者，加入败酱草 15 克，青龙齿（先煎）10 克；脘腹作胀，矢气偏多者，加入广木香 9 克，陈皮 6 克，白术 10 克。

外治法：（1）复方桃仙合剂：鲜桃树叶 120 克（干桃树叶 70 克），仙鹤草 6 克，蛇床子 20 克，苦参 30 克，枯矾 6 克，黄柏 20 克，煎汤外洗，每日 2 次，每次 30 分钟。

（2）黄连膏：黄连、姜黄、当归、黄柏各 18 克，生地 72 克，香油 800 毫升，黄腊 120 克。用法：以香油浸药 2 天，文火煎熬去渣，再入黄腊熔化成膏。先用 0.5%醋酸或 1%乳酸冲洗阴道后，用膏涂阴道壁，每天 1 次，10 次为一疗程。

【临床体会】

老年性阴道炎患者素多虚证，以中医中药辨证论治具有极大的优势，不仅可以改善整体功能，还可发挥中药疗效稳固持久的作用，避免了长期应用西药的副作用，但在急性炎症期间，运用西药特别是局部治疗，见效较快。

局部治疗：可以短期应用雌激素软膏外涂，或者局部应用抗生素软膏或粉剂。一般来说，老年性阴道炎局部应用抗生素已得到人们的认同，但对雌激素是否同时应用的意见不统一，因此临床可以采取慎重给药的方式，以少用、短期用为原则。但对患有雌激素依赖性疾病，如乳腺及子宫的恶性肿瘤，或可疑有恶性肿瘤的病人，均应禁用。

中医药的局部治疗的效果虽不如西医药，但无副作用，其整体治疗，一般着眼肝肾阴分，阴虚火旺，火旺化风，夹有湿热。但临床上有可能在肝肾阴虚，火旺化风的同时，又出现脾胃不和的病变，因此在处理这种复杂情况时，或按急则治标予以先治，必须要根据当时的病情以及脾胃失和的程度而定之。总之，在老年性阴道炎的病变中，务必注意到后天脾胃的重要性。我们体会，湿热不太严重，或者非急性者，一般可不予处理。

五、外阴白色病变

外阴白色病变以前曾称为外阴慢性上皮营养不良，简称为慢性外阴营养不良。本病是指女性外生殖器皮肤、黏膜因营养障碍而导致的组织变性及色素改变，即黏膜和皮肤白色变，过去称为“外阴白斑”。1975 年国际外阴病研究会决定把外阴白斑改称为“慢性外阴营养不良”。其中包括增生型营养不良、硬化苔藓型营养不良及混合型营养不良。中医学无此病名，其证治见子“阴痒”、“阴痛”等病证之中。

【病因病理】

外阴皮肤及黏膜发生白色病变的原因很多，临床常见的有外阴萎缩，指外阴皮肤黏膜发生进行性硬化及萎缩，或萎缩性硬化苔藓，多见于 40 岁左右的妇女，外阴皮肤色素脱失。本病的病因至今尚不明了。据一些学者研究分析，发现某些情况，如某种营养缺乏（盐酸、铁质、核黄素、叶酸及维生素 A、D、B_{12}等），局部

血管变化，雌激素缺乏，慢性刺激及搔伤等，致使局部营养代谢障碍，均可能成为本病的发病因素。有些学者认为，本病的癌变率较高（约5%），故应视为癌前病变，但近年来大量调查研究发现，本病癌变率并不高，仅在有上皮非典型增生时，才可视为癌前病变。

中医学认为，本病发生在肾衰，或先天肾气不足，或病后肾气亏损，七情及房室损伤太过，或产众多育，或失血过多，致肝肾两脏损伤，肾藏精而寓阴阳，开窍于二阴。肾精不足，肾阴亏虚，天癸不充，阴器失养，犹如木之根腐，焉有叶之不干枯变色之理。肾阳不足，阳虚则寒胜，寒胜则凝血而不充，外阴乏阳气之温煦和阴血之润泽，亦将干枯变色。肝脉绕阴器，心肝血少，不足以养阴器，且血少风生，风淫皮肤，同样致干枯变色，且肝经湿热下注，亦将影响肝脉血液营养阴器及外阴，且肝郁气滞，气滞则血瘀，血瘀与湿热下注，更将影响气血的营养，以致外阴皮肤黏膜增厚、变硬、变色等。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

1. 临床表现　多见于40岁左右的妇女，外阴奇痒难忍，搔破后伴有局部疼痛为主要表现或以女阴有明显萎缩为主要表现。

2. 检查　病变部位多见于大阴唇内侧、小阴唇、阴蒂等部位，也可波及阴道。主要表现为外阴皮肤色素减退，或呈白色或呈灰白色，弹力减退，皮肤变粗糙，或干裂，或薄脆，或增厚，外阴萎缩，或阴道变窄。

进行活体组织检查，应在皲裂、溃疡、隆起、硬结或粗糙部取活组织，亦可多点取材，以诊断其类型，并及早发现间变及间变程度。

二、鉴别诊断

1. 为提高诊断准确率及早期发现癌变，可先用1%甲苯胺蓝涂病变区，待自干后再用醋酸液擦洗脱色，凡不脱色区，表示有棘核存在，提示该处活检发现非典型增生或癌变的可能性大，如病变区较大，应先治疗数日，待皮损大部愈合后再取活检。

2. 霉菌性阴道炎　霉菌性阴道炎的外阴发白，如在表皮脱屑区涂以油脂，其白色可减退，有时在原发病治愈后，白色区也随之消失，外阴无萎缩粘连，刮片检查有霉菌菌丝，外阴白色病变则与之不同。

3. 白癜病　白癜病无自觉症状，病变部位常延展至大阴唇外侧、阴阜、肛门周围等，身体其他部位也可伴发，发白区界限分明，无增厚变硬，亦无裂纹或溃疡，皮肤弹性正常。

4. 外阴瘙痒　外阴瘙痒常为阵发性，以夜间为重，局部检查有抓痕、红肿外，一般无皮肤变色。

5. 扁平苔藓　扁平苔藓多由白带、搔抓等慢性刺激引起，其特点在脱色明显的区域中出现白色区，表皮粗糙、湿润，并可见抓痕，除侵犯大小阴唇、阴蒂及会阴处，也常累及阴道黏膜，但阴道口及阴道无狭窄，病理检查可协助诊断。

【辨证论治】

外阴白斑病变，一般以肝肾阴虚、阳衰阴寒为主要证型，此外尚有血虚化燥、肝经湿热证。兹则分述如下。

1. 肝肾阴虚证

主证：外阴刺痒，夜间尤甚，皮肤发白或带粉红色，干燥、萎缩、薄脆、失去弹性，或粗糙增厚，头晕腰酸，五心烦热，口干口苦，咽痛尿赤，舌红苔黄，脉象细数。

治法：滋补肝肾，和营调肤。

方药：知柏地黄汤加减。

炙知母 6 克，炒黄柏、生熟地、山药、赤白芍、炒丹皮、茯苓、女贞子各 10 克，山萸肉 6 克，补骨脂 6 克，白蒺藜 12 克。

服法：每日 1 剂，水煎分服。

加减：痒甚者，加桑叶 6 克，薄荷（后下）5 克，菊花 6 克，红花 6 克；外阴作痛者，加入干地黄 10 克，延胡索 12 克，五灵脂 9 克；头疼失眠者，加入钩藤 15 克，莲子心 5 克，炒枣仁 10 克。

2. 阳衰阴寒证

主证：外阴皮肤变白、萎缩、瘙痒，或脆薄，或增厚粗糙，头目眩晕，腰膝酸软，小腹冷痛，形体作寒，小便频数清长，性欲冷淡，苔白，舌质淡，脉象沉弱。

治法：补肾壮阳，调血止痒。

方药：右归饮加减。

熟地 12 克，山药 10 克、山萸肉 6 克，肉桂（后下）3 克，制附片 9 克，枸杞子 10 克，炙甘草 3 克，杜仲 9 克，补骨脂 12 克，蛇床子 10 克，鸡血藤 15 克，威灵仙 9 克。

服法：每日 1 剂，水煎分服。

加减：纳欠便溏，腹胀矢气者，加入炒白术 10 克，煨木香 9 克，砂仁（后下）5 克；心慌失眠者，加入丹参 10 克，炒枣仁 9 克，合欢皮 12 克；烦躁口渴者，加入炒丹皮 10 克，生地 9 克。

3. 血虚化燥证

主证：外阴皮肤变白、干燥、发痒，夜间尤甚，或干燥涩痛，或有皲裂，全身燥痒、脱屑，五心烦热，舌质偏红苔薄白，脉细带数。

治法：养血益气，润燥止痒。

方药：黑归脾汤加减。

熟地、黄芪、太子参、白术、茯苓各 12 克，炒当归、白芍各 10 克，炙远志 6 克，炒枣仁 10 克，蝉衣 3 克，白蒺藜 10 克，白芷 5 克。

服法：每日 1 剂，水煎分服。

加减：血虚有热，烦躁口渴者，去熟地，加入生地、丹皮各 10 克，炮姜 5 克；舌质紫黯者，加入赤芍 10 克，红花 9 克。

4. 肝经湿热证

主证：阴部红肿作痒，或黏膜粗糙、肥厚、干燥、发硬、发白、皲裂、奇痒，带

下增多，色黄、质黏稠，口苦尿黄，头昏头痛，苔黄腻，脉象弦数。

治法：清肝泻火，利湿止痒。

方药：龙胆泻肝汤加减。

龙胆草9克，生栀子6~10克，柴胡、黄芩各5克，生地、车前子（包煎）各9克，生薏苡仁15~30克，当归、赤白芍、六一散（包煎）各10克，干地龙10克，生甘草5克。

服法：每日1剂，水煎分服。

加减：头昏腰酸者，加入炙鳖甲12克，山药10克，寄生9克；烦热口渴，舌质红绛者，加入山豆根10克，蒲公英、金银花各12克，炒丹皮10克；腹胀矢气，大便溏泄者，去生栀子、生地，加入炒白术、六曲各10克，煨木香5克，炒防风5克；外阴肿胀疼痛者，加入炙乳、没各6克，山甲片5克，五灵脂10克，蒲公英15克。

【外治】

本病证除内服药外，必须配合外治，特别是在止痒方面，外治法更为有效。兹介绍我们的临床验方如下。

1. 外阴白斑洗方　一枝黄花、艾叶各15克，泽漆12克，白鲜皮、鸡血藤、仙灵脾、土槿皮各30克，苦参15克，花椒10克，野菊花10克，冰片（后冲入）1克。煎汤熏洗，1日2~3次。

2. 外阴白斑膏　绿矾0.6克，白矾0.6克，轻粉0.6克，破故纸1.2克，五灵脂1.18克，密陀僧0.6克。研细末，用凡士林30克调匀备用，每晚涂局部，禁口服。

【临床体会】

对外阴白色病变，以往多主张手术切除，但术后复发率高，近年来通过对本病的长期随访、研究发现，其癌变率仅为2%，即使有上皮非典型增生者，也仅有小部分发展为癌，故目前多主张采用非手术治疗的方法。坚持合理的治疗，本病预后是良好的。对瘙痒剧烈者，可结合局部涂用可的松软膏止痒，整体上着重肝肾两经，而皮肤黏膜又属肺经，故治疗上兼顾三经，不论是阴虚、阳虚、血虚，在运用滋阴、助阳、养血的同时，尚可加入蝉衣、蛇蜕，局部外治加入莪术油、冰片等，治疗较好。

第三节　阴　　疮

妇人阴户生疮，局部红肿、热痛，积结成块，或化脓腐烂，脓水淋漓，甚则溃疡如虫蚀者，或者凝结成块，冷肿稀水，不能敛口，或者肿块位于阴道边侧，如有蚕茧，共称为“阴疮”、“阴蚀”、“阴茧”。

本节所指阴疮实际上包括急慢性外阴溃疡、前庭大腺炎、前庭大腺囊肿。一般急性发作期称之为阳证阴疮，慢性发作期称之阴证阴疮。阳证与热毒有关，阴证与体虚寒凝有关。

【病因病理】

阴疮的病因病理，阳证与阴证不同，据前人所论，结合我们临床体会分析如下：

1. 阳证　阳证阴疮为热毒所致，热毒之所以成者，其一为外热入侵，正如《素问·气交变大论》云："炎暑流火，病寒热疮疡"；其二为心肝之火夹湿浊所致，如《景岳全书·妇人规》云："或七情郁火"，"七情六欲者，盗人元气之贼也"。心火旺则迫心之血妄行，肝火旺，则不疏脾，反克其脾，脾失健运，湿浊内停，肝火夹湿热下注，《外科正宗》"阴疮"论中说："妇人阴疮，乃七情郁火，伤损肝脾，湿热下注所致"；其三是膏粱厚味所致，亦如《外科正宗》所云："膏粱者，醇酒肥鲜炙煿之物也，时人多以火炭烘熏；或以油酥燥煮，其味香燥甘甜，其性咸酸辛辣……消灼脏"，酿成湿热，湿热下注，则成阴疮。

2. 阴证　阴证阴疮为体虚寒凝所致。体虚寒凝者，体虚为正气不足也，寒凝则包括阳虚与寒浊痰湿等阴邪之物的积聚。如《校注妇人良方·妇人阴蚀痒疮方论》云："脾胃虚弱，气血留滞"。气为血帅，气行则血行，气滞则血滞，气虚则无力推动血行，血滞不行；正气不足，外邪入侵，病从寒化，凝结不散，致成阴疮。或者有如《女科经纶》肖慎斋按语中说："若月事行房，败精浊血，凝滞阴疮"，所以诸凡慢性阴疮，体虚溃疡不敛口，或痰湿蕴结，而无红热现象者，均归属阴证范围内。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

1. 临床表现　外阴疮疡，可发生于外阴的各部位，但以大小阴唇内侧最为常见，溃疡的数目及程度各异，多可数个，少可仅有一个，大可成片，甚至造成小阴唇缺损，溃疡可能很深，表面附有脓苔及污秽的分泌物，小者可能仅有粟粒大小，病变很轻，局部出现红肿、热痛，甚则破溃脓水淋漓或久不敛口，或结肿不消。

2. 检查　妇科检查，外阴部可见有数目不一，或大小不等的溃疡面，以大小阴唇为多见，或可波及部分阴道。

二、鉴别诊断

1. 外阴结核　发病罕见，多由其他部位结核所继发，多见于阴唇及阴道前庭黏膜，病变缓慢，基底不平，表面见有干酪样物，少疼痛但受刺激有剧痛，难以愈合，易扩展。

2. 外阴癌　多发生于阴唇、阴蒂及后联合，多由小的病变，逐渐加重，或伴有外阴白色病变，取活组织病理可证实。

3. 外阴炎　主要表现为外阴部充血，瘙痒，可有抓痕，严重者合并感染，也能出现溃疡，但发病过程较为缓慢。

4. 阴挺　当阴户结块，无红肿热痛时，应与阴挺Ⅱ°～Ⅲ°相鉴别。阴挺为阴中有物脱出，此肿块来自于阴道中，阴疮之肿块位于阴户，并非阴中。

5. 梅毒　梅毒患者在某种情况下，可出现外阴红肿溃疡、疼痛或肿块，白带多呈脓性秽臭。可通过病原体检查、梅毒血清学检查以明确诊断。

【辨证论治】

本病证的阳证与阴证辨治不同。阳证者热毒为主，治宜清热解毒；阴证者，阴虚寒凝也，治宜温阳祛寒。

1. 阳证——热毒

主证：阴疮初起，阴户一侧或双侧忽然肿胀疼痛，行动艰难，继则肿处高起，形如蚕茧，不易消退，约3~5天便欲成脓，并易向大阴唇内侧黏膜处溃破，溃后脓多臭而稠，一般约经6~7天即可收口而愈，但亦有经常反复出脓而形成窦道者，并伴恶寒发热，口干纳少，大便秘结，小便黄少，舌苔黄腻，脉象滑数。

治疗应按主证演变分为三个阶段。

(1) 初起时，即阴户一侧或两侧出现红、肿、热、痛时

治法：清热解毒，活血止痛。

方药：五味消毒饮加味。

金银花15~30克，野菊花15克，紫花地丁30克，天葵子10克，蒲公英15克，龙胆草6~10克，生甘草5克，炙乳香、炙没药各5克，赤芍12克，丹皮10克。

服法：每日2剂，水煎分4次服。

加减：兼发热恶寒者，加入桑叶、防风各5克；热毒甚者，加入黄连5克，黄柏10克，鱼腥草12克；小便涩痛者，加入萹蓄10克，甘草梢6克；大便秘结者，加入生大黄6克，元明粉（冲入）9克。

(2) 若阴户肿胀剧痛，伴发热不退，阴疮将化脓或已化脓时

治法：清热解毒，化瘀排脓。

方药：仙方活命饮加减。

金银花30~50克，甘草5克，天花粉12克，防风6克，穿山甲9克，皂角刺6~10克，当归尾、赤芍各10克，乳香、没药各5克，贝母6克，白芷、陈皮各5克。

服法：每日1~2剂，水煎分2~4次服。

加减：如发热明显者，加入蒲公英、紫地丁各15克；疼痛剧烈者，加入延胡索12克，广木香9克；大便秘结者，加入生大黄6克。

(3) 内脓已成，不易外溃，红肿疼痛者

治法：清热消肿，透脓托毒。

方药：透脓散加减。

生黄芪15~30克，当归、山甲珠各9克，皂角刺10克，白芷6克，牛蒡子10克，金银花30克，川芎5克，甘草5克。

服法：每日1~2剂，水煎分2~4次服。

加减：发热持续不退者，加入蒲公英15克，败酱草20克，鱼腥草10克；大便秘结者，加入桃仁10克，生大黄6克；疼痛明显者加入炙乳香、没药各6克。

2. 阴证——寒凝

主证：外阴一侧，或双侧肿胀或茧状，无痛或不甚痛，肤色不变，日久不消，或

时有溃疡，溃后黄水脓水淋漓，日久不敛，神疲体倦，纳谷不香，心悸烦躁，舌质淡红，苔薄黄腻，脉象细软乏力。

治疗亦可分两种情况，一为寒凝而未溃者，一为溃后淋漓日久不敛者。

(1) 寒凝阴疮，肿胀而未溃者

治法：温经散寒，化痰消结。

方药：阳和汤合小金丹加减。

熟地 10 克，鹿角片（先煎）10 克，炮姜 5 克，肉桂（后下）3 克，麻黄 5 克，白芥子 9 克，炙甘草 5 克，川断 10 克。

服法：每日 1 剂，水煎分服。

加减：可用上述阳和汤送服小金丹。小金丹由白胶香、制草乌、五灵脂、地龙、木鳖子、乳香、没药、麝香、墨炭、当归身组成。纳食欠佳者，加鸡内金 6 克，山楂 10 克，谷芽 10 克。

(2) 阴疮溃疡日久不敛，伴有面黄肌瘦，心悸头晕者

治法：益气养血，托毒外出。

方药：托里消毒散加减。

党参、黄芪各 15～30 克，白术、茯苓各 12 克，当归、白芍各 10 克，甘草、川芎各 5 克，桔梗 9 克，金银花 15 克，皂角刺、白芷各 6 克。

服法：每日 1～2 剂，水煎分 2～4 次服。

加减：胃纳欠佳者，加入陈皮 6 克，炒香谷芽 12 克；形体作寒，腰酸，小腹亦有冷感者，加入肉桂（后下）3 克，制附片 6 克；脓水淋漓，有臭气者，加入败酱草 15 克，薏苡仁 30 克，煅牡蛎（先煎）15 克。

【临床体会】

急慢性女阴溃疡是常见的皮肤黏膜病，目前发病原因不明，粗大杆菌不是惟一致病菌。在身体虚弱、抵抗力降低、免疫功能失调的情况下才会发病。在治疗上，西医以抗生素治疗为主，对于控制感染，消除症状作用较快。但因急性女阴溃疡病因复杂，抗生素作用局限，对于病毒感染或白塞综合征引起的外阴溃疡疗效就不尽满意。而清热解毒的中药，既能杀灭细菌又能对抗病毒，具有多种功效，扶正固本的中药还能改善机体免疫状态，可以替代激素，免除长期应用激素带来的副作用。特别是外用中药及辨证施治更有其重要意义。

第四节 阴 吹

凡妇人阴道里时时出气，或气出有声如矢气者，谓之阴吹。本证多见于 40 岁以上经产体弱之妇，而室女体健者较为少见。因患该病“多隐忍不言，以故名韦不载”，所以就诊者，远较实际患病者为少，因而临床上似为少见。但亦有人认为此不属于疾病者，如王孟英所云：“阴吹亦妇人恒有之事，别无所苦者，亦不为病……惟吹之太宣，而大便难燥，乃为病。”若伴有其他不适者，则需辨治。

【病因病理】

本病主要病机在于腑气欠通，肝郁气滞，阻于脾胃之间，因此，胃气下泄，不循常道，逼走前阴。从临床上来看，除津亏肠燥、腑气欠通与肝郁气滞外，尚有气虚、痰湿两者。

1. 津亏肠燥，腑气欠通　其原因在于胃气燥实，谷气欠通，胃气下泄，正如尤在泾注《金匮要略》阴吹条所说："大便结而不通，是以阳明下行之气，不得从其故道，而乃别走旁窍也。"

2. 肝郁　实际上应为心肝气郁，疏泄失常。正如《中国医学百科全书·中医妇科学》中"阴吹"中说："或因肝气郁结，气机逆乱"，气走前阴，故见阴吹。

3. 气虚　多产之妇，或素体虚弱，气血大虚，中气下陷，致使阴道松弛，气体易进入阴道穹隆部。如阴道壁在分娩时被胎儿所扩张，致使皱襞消失，阴道松弛，一般在产褥期紧张度可逐渐恢复，但不能完全复原，皱襞也较分娩前多且较平坦。盆底肌肉组织与筋膜断裂，或过度伸张而失去弹性。生育越多，阴道及盆底肌肉越松弛，外阴口开张而不能遮盖阴道，阴道前后壁亦不能紧密相接，尤其阴道两侧沟，在阴道形成负压时，空气即进入阴道穹隆部，当动作或增加腹压时空气即从阴道排出，并常有响声。

4. 痰湿　脾胃虚弱，素有痰饮蓄积，蠲居中焦，浊邪相干，谷气不能上升清道，反而下泄，或痰湿下浊，气随湿下，亦致阴吹，《温病条辨》中说："饮家阴吹，脉弦而达，不得固执《金匮》法。"

此外，还有先天畸形，肛门与阴道均开口于阴道前庭，故肛门矢气亦从前阴排出。严重的产伤、直肠阴道瘘和Ⅲ°会阴裂伤。直肠阴道瘘者，因阴道与直肠间有瘘孔，故直肠之气可以从前阴出，Ⅲ°会阴裂伤者，因直肠与阴道裂成一个通道，故气与便皆从一处出。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

1. 临床表现　阴道里出气，或气出有声。

2. 检查　无异常体征。

二、鉴别诊断

阴吹应与阴道直肠瘘、会阴陈旧性裂伤相鉴别。虽然这两种病均可有阴中时时出气，但后者属于器质性损伤，通过妇科检查可以鉴别。此外，通过阴道分泌物检验，要与霉菌性阴道炎、滴虫性阴道炎相鉴别。

【辨证论治】

辨证的重点，在于观察大便之秘结与否，及其全身症状。若大便秘结，腹部作胀，或者气虚神疲乏力，或者情志抑郁，胸闷不欢，或者脘腹痞胀，痰浊内结，再从脉舌而辨治之。

1. 津亏肠燥证

主证：阴中有气时时排出，或气出有声，大便秘结，口干咽燥，皮肤不润，腹部作胀，午后潮热，舌质红，苔黄燥，脉象细数。

治法：滋阴润燥，导滞通便。

方药：麻仁丸加减。

麻子仁、芍药、枳实、大黄、厚朴、杏仁、白蜜、柏子仁、桃仁等，常规用量。

服法：每日1剂，水煎分服。

加减：口干欲饮，加入麦冬、玄参各9克；胃脘不舒者，加入广陈皮6克，广木香6克；烦热颇甚，面红升火者，加入黄连5克，青芦苇10克。

2. 肝郁证

主证：阴吹较轻，自觉阴道出气，甚则如冷风簌簌，持续不断，忧思不解，夜不安眠，敏感多疑，或抑郁叹息，胸闷烦躁，脉象细弦，舌质淡红，苔色黄白腻。

治法：疏肝理气，养血宁神。白光

方药：逍遥散加减。

当归、白芍、白术、茯苓各10克、醋炒柴胡5克、广郁金9克，合欢皮10克，莲子心5克，茯神12克，钩藤15克。

服法：每日1剂，水煎分服。

加减：夜寐甚差，心慌心悸者，加入炒枣仁9克，青龙齿（先煎）10克；胃脘不舒者加入制半夏6克，炒莪术10克；头昏头疼者，加入白蒺藜10克，甘菊6克，苦丁茶12克。

3. 气虚证

主证：阴中有气排出，时断时续，或气出有声，面色㿠白，气短纳少，神疲乏力，头晕目眩，或小腹坠胀，舌淡苔薄，脉象细弱。

治法：健脾益气，调理脾胃。

方药：补中益气汤加减。

党参、黄芪各15～30克，白术10克，茯苓12克，炙甘草6克，升麻、柴胡各5克，陈皮6克，广木香6克。

服法：每日1剂，水煎分服。

加减：若大便干结者，加入当归10克，柏子仁、肉苁蓉各9克；若带下量多质稀者加入淮山药、炒芡实各10克，莲须5克；腰俞酸楚者加入炒川断、寄生各12克。

4. 痰饮证

主证：阴吹，带下量多，色白质黏腻无臭气，伴有胸闷脘痞，口腻痰多，舌苔黄白腻厚，脉象细滑。

治法：化痰燥湿，健脾和胃。

方药：橘半桂苓枳姜汤加减。

桂枝5～9克，茯苓12克，生姜3～5克，橘皮、制半夏各6克，炒枳实10克，白

术 12 克，薏苡仁 15 克，广郁金 9 克。

服法：每日 1 剂，水煎分服。

加减：若偏于湿热，证见带下量多色黄，或黄白相杂，质黏稠有臭气者，加入制苍术 10 克，炒黄柏 9 克，败酱草 15 克；若偏于寒饮，胃脘冷痛，痞胀颇甚者，加入制附片 6 克，淡干姜 5 克，川椒炒 3 克；若偏于肝郁，胸闷烦躁，时欲叹气者，加入佛手片 6 克，娑罗子 10 克，荆芥 5 克。

【临床体会】

阴吹病证，临床较为少见。随着人们生活卫生水平的提高，及优生优育工作的开展，气虚及因生产过多引起的阴吹更是明显减少。在诊断与辨治上，首先要区分是功能性的还是器质性的或是肌纤维断裂引起的，如系前庭、肛门、直肠、阴道瘘及会阴裂伤严重所致者者，恐非药物所能治，要考虑手术治疗，预后较好。内治方面，不仅要辨证论治，而且还要注意疏导心理，舒畅情怀，安神定志，锻炼体质，方能提高疗效。我们曾治一张姓妇女，年龄 43 岁，阴吹已 3 年，素来肝脾失调，心肝气郁，脾胃虚弱，气滞胃腑失降，一身融合了气虚、肝郁、腑气欠通三者，故从脾论治，未能建功，从疏肝宁心，亦未能获效。后转从升降气机，稍有转机，但迅即故我。我们不得不从调理肝脾入手，予以逍遥散、六君子汤加入桔梗、枳壳、荆芥、山楂等品，同时加强心理疏导，安定心神，前后治疗 3 个月方得基本痊愈。

第十九章

乳房疾病

乳房不仅是女性最显著的第二性征，也是广义生殖系统中的一个组成部分，乳房的发育、成熟、稳定，继而衰退、萎缩，虽然与肾、肝、胃及冲任等脏腑经络有关，但主要地是与肾气、天癸有关，与天癸中的阴阳消长转化的节律运动有关。因此对乳房疾病不仅要注意乳房局部病变的发生发展，更应重视整体阴阳及心肝脾胃的失调。

乳房疾病的检查，我们简称为乳诊。乳诊首先在于对乳房的检查。自我检查的方法是，面对衣镜，左手叉腰，用右手检查左侧乳房，再右手叉腰，以左手检查右侧乳房。医生检查的方法是，病人坐正位，将两侧乳房对照比较，观察其大小、形态、平整状、皮肤颜色和光泽，若有橘皮样病变，需令其举同侧上肢，看局部是否有凹陷，然后把乳房分为四个象限，用四指平摸乳房，从内上象限到外上象限，再由内下象限到外下象限，顺序进行，检查肿块之有无，肿块的大小、质地、形状、位置、与皮肤的关系、活动度、表面光滑否，并注意乳晕部有无异状，乳头的大小，乳头有无乳汁或血液的溢出或挤出等。检查乳房的时间最好在经后5~7天，有条件的地方可借助仪器明确诊断。

乳病的治疗，有内治法和外治法。外治法载于外科书籍，内治法着重在疏肝解郁，补肾调冲，尤其重视治气，清代余听鸿在《外科医案汇编》指出："治乳症，不出一'气'字定矣。脾胃土气，壅则为痈；肝胆木气，郁则为疽；正气虚则为癌；气虚不摄为漏；气散不收为悬；痰气凝结为癖，为核，为痞；……若治乳，从一'气'字，……无论虚实新久，温凉攻补，各方之中，挟理气通络之品，使其乳络舒通，气行则血行，……自然壅者易通，郁者易达，结者易散，坚者易软。"此言在临床上颇有指导

意义。根据我们的经验，治疗乳病，既要重视局部病变，包括疏达气机，通畅脉络，软坚散结、化痰、消癥，又要重视补肾调周，和解肝脾，配合外治，预防护理。早期调治，早日康复。

乳病甚多，中医古籍记载的这类病名有三十多种。本章将择要介绍乳癖、乳泣、乳衄、乳痈等病证。

第一节　乳　　癖

乳癖是指乳房出现形状、大小、数量不等的硬结肿块，又名“乳栗”、“奶癖”，为乳中结核之一。乳癖是妇女常见病，各年龄均可发生，值得临床重视。本病证在西医学中，称为“乳房囊性增生病”，即一般所谓之“乳腺小叶增生和乳房纤维腺瘤”。以往均将此病归入于外科病中。但由于本病的起因与女性内分泌功能失调有关，并常与月经不调、不孕症、痛经以及围绝经期综合征等伴见，故应划归妇科病中进行辨治，而且应以内治为主。但对已形成的纤维瘤，或癌变者，非内服药所能消散，则仍应归入外科，采取外科手术治疗。

【病因病理】

本病的发生，首先是与肝气郁结有关，因为乳房乳头属于肝胃两经。而肝气郁结，又是女性的最为常见的病机，肝气郁结，脉络不畅，见于乳房者，自然使乳房的脉络失畅，积久致乳房囊性增生，但一般常夹痰浊，气郁痰凝致乳癖。

但是肝郁者，又必与肾虚、脾弱有关，因此就形成本病而言，以肝气郁结夹有痰浊为主证型。肾虚脾弱为兼证型。兹再分析如下。

1. 肝气郁结　肝藏血而主疏泄，喜条达，恶抑郁。乳头乳房是肝胃两经所居之处，若素性忧郁，多愁善感，情怀不畅，或恼怒郁闷，日久不得解脱，肝气郁结，阻于胃，肝气滞，脉络不畅，乳络瘀阻，经前期阳长至重，重阳动肝致气郁化火，故致乳房胀痛，久而结为癥癖。

2. 气郁痰凝　肝脾失调，脾为生痰之源，胃为聚痰之器，脾胃素虚，常可由饮食不节，或劳倦思虑过度伤脾，或者由肝郁气滞，克伐脾胃，导致脾胃亏虚，水湿内停，湿聚成痰，朱丹溪所谓“痰之为物随气升降，无处不到”，故痰湿随肝气郁滞而凝结于乳房，故成乳癖。

在肝郁痰凝的过程中，与肾有着密切的关系。肾阴虚则不能涵养肝木，木气不舒，自然发为肝郁，肝气郁结，病发如上所述。肾阳虚则不能助肝气以舒发，肝气不发，自然也成肝郁，且肾阳之气不足，水湿津液易于停留，酿成痰浊，凝结乳房者，必致乳癖。正如余听鸿在《外科医案汇编》附论乳症中所说：“乳中结核，虽云肝病，其本在肾。”肾经入乳内，故凡乳腺结构不良，或卵巢分泌功能紊乱者，均易患本病，亦可见本病虽在于肝，虽在于痰浊凝结，但本质上属于肾，尤其是肾阳不足，在本病证中更有其重要意义。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

1. 临床表现　乳房内出现肿块和乳房胀痛为主症，但也有乳房肿块，疼痛不明显者。乳房内肿块，有些在无意中触及，但大多是由于乳房胀痛，或体检或就诊时所发现。肿块常为多发性，或呈串珠状、结节状，肿块与皮肉不相关，推之能活动，经前、恼怒时肿块可增大，经后缩小。可发生在一侧乳房，也可在双侧乳房，任何象限均可出现，以外上象限为多。本病发展缓慢，亦有少数可同时有乳衄出现。

2. 检查　主要为乳房的局部扪诊。检查肿块的部位、形状、大小、质地、活动度、压痛等，有时也要检查腋窝淋巴结，应不肿大，必要时进行活体组织检查。

二、鉴别诊断

本病为乳房胀痛和乳内肿块为主症，故要与一般的经前乳胀和乳内其他肿块相鉴别。

1. 一般经前乳胀　经前乳胀以经前几天乳房胀痛为特征，一般无乳房肿块，是以自我感觉症状来命名的；乳癖则是以乳房内肿块为特征，它是以扪到乳房内有肿块为主来诊断的。

2. 乳衄　乳衄多在乳头附近，且无肿块，有乳头溢血。

3. 乳癌　多在外上象限，肿块呈圆形或蟹岩不齐，边界不清，坚硬如石，大小不一，但生长迅速，早期可活动，中晚期不能活动，且乳头回缩、溢血。

【辨证论治】

本病以肝气郁结和气郁痰凝为其主要证型。但根本原因在于肾虚，所以在疏肝解郁、理气化痰为主的治疗后，其经后期、经前期，均可按补肾调周法论治。

一、主证型

1. 肝气郁结证

主证：乳房肿块，可见经前乳房胀痛，兼有月经不调，经量偏少，色紫红，有小血块，伴有胸闷烦躁，胁肋胀痛，腋下亦或胀痛，头昏腰酸，脉象细弦，舌质偏红，苔黄白腻。

治法：疏肝解郁，理气通络。

方药：逍遥散加减。

炒柴胡 5 克，炒当归、赤白芍、白术、茯苓各 10 克，川断、广郁金各 9 克，青陈皮、橘叶核各 6 克，制香附、五灵脂各 10 克。

服法：每日 1 剂，水煎分服。

加减：肝郁化火，乳房乳头触痛，口苦口干，头痛者，加入夏枯草 10 克，钩藤 15 克，炒丹皮 12 克，蒲公英 15 克；夹有血瘀，出现乳房胀痛结块，经行腹痛，有大血块，且血块较多者，加入王不留行 12 克，炙山甲片 6 克，五灵脂 10 克；肾虚偏阳，腰俞酸楚，小腹有冷感者，加入川断、杜仲各 10 克，鹿角片（先煎）12 克。

2. 气郁痰凝证

主证：乳内肿块，形如鸡卵，坚实光滑，无明显胀痛，多为年轻妇女，伴见月经不调，头昏头晕，胸闷痰多，咽喉不利，胃纳欠佳，舌质淡胖，苔白略腻，脉象沉细或细滑。

治法：疏肝健脾，化痰散结。

方药：越鞠二陈汤加减。

制苍、白术各10克，制香附9克，青、陈皮各6克，茯苓12克，六曲10克，广郁金9克，贝母6克，制半夏5克，荆芥6克，海藻12克。

服法：每日1剂，水煎分服。

加减：脘痞纳欠，神疲乏力者，加入广木香9克，党参15克，炒香谷、麦芽各12克；腰俞酸楚，小便较频者，加入川断、寄生、杜仲各10克，菟丝子12克；心烦寐差者，加入合欢皮10克，炙远志6克，莲子心3克；纳欠苔腻者，加广藿香6克，佩兰9克。

二、兼证型

主要是偏肾阴虚与偏肾阳虚。

1．兼肾阴虚证

主证：乳房肿块，或呈团块状，或呈片状，或呈粟粒状，经前明显增大，触痛明显，头晕腰酸，烦热咽干，脉象细弦略数，舌质紫黯红苔黄略腻。

治法：滋肾补肾，疏肝通络。

方药：滋肾生肝饮加减。

炒当归、赤白芍、山药、生熟地、丹皮、茯苓各10克，五味子6克，山萸肉5克，炒柴胡6克，制香附9克，五灵脂10克。

服法：每日1剂，水煎分服。

加减：肿块较硬者，加入牡蛎（先煎）15克，猫爪草9克，皂角刺6克；心肝火旺，必见烦热口苦，失眠者，加入钩藤15克，炒栀子9克，炒枣仁10克；脾胃失和，伴见脘痞纳差，神疲乏力者，加入党参12克，广陈皮6克，炒香谷芽15克。

2．兼肾阳虚证

主证：乳房肿块，经前期乳房胀痛，胸闷烦躁，时欲叹气，腰酸，小腹作胀，形体畏寒，行经小腹作痛，有较大血块，经行大便偏溏，脉细弦尺软，舌质淡红，苔白腻。

治法：补肾助阳，疏肝通络。

方药：毓麟珠合五香丸加减。

丹参、赤白芍、山药、熟地、丹皮、茯苓各10克，川断、菟丝子、鹿角片（先煎）各12克，制香附9克，五灵脂10克。

服法：每日1剂，水煎分服。

加减：心肝气郁明显，胸闷气窒，情怀抑郁，乳房胀痛明显者，加入广郁金9克，绿萼梅5克，炒柴胡5克；脾胃不和，腹胀矢气，纳欠神疲者，加入炒白术、党参各10克，煨木香6～9克；如痛经、小腹冷感明显者，加入紫石英（先煎）10克，肉桂（后下）3克。

【临床体会】

乳癖者，乳中有核块也，属于现代医学乳腺增生性疾病，临床上常见的有两类：一类是乳腺囊性增生病；另一类是乳腺纤维瘤。乳腺囊性增生病，又称慢性囊性乳腺病，它是妇女多发病之一。最常见于30～40岁之间。根据临床观察，该病患有较高的流产率，而且症状发作常与月经周期有一定的关系。因此，一般认为本病由卵巢功能失调，黄体素分泌减少，雌激素相对增高，或催乳素增高所致。我们认为病虽发于乳房局部气血，虽为肝郁气滞，脉络不畅，久而形成乳房囊性增生，但实际上与肾阴阳消长转化之不足有关，即肾虚偏阳，阳长不及阳不能助肝脾气血以运转，以舒发，因而肝脾（胃）之气血活动于乳房者有所失调，气血活动欠佳，痰湿凝滞，与血滞蕴结而成斯候。

在辨治方面，应当局部与整体相结合，外治与内服药相结合，药治与心理疏导相结合。局部治疗，首先是外治，可用阳和解凝膏或有消散癥瘕作用的敷贴药膏，敷贴乳房肿块处，内服药亦可内服小金丹、五香丸等中成药。汤剂可以逍遥散为主，加山慈菇、夏枯草、丝瓜络、五灵脂、漏芦、山甲片、土贝母、地鳖虫等药物，以消散肿块。整体治疗，要从根本上论治，以补肾调阴阳为主，按月经周期的阶段特点进行论治。所以在乳癖病证的整体治疗中亦要按调周法进行施治，同时如能测量BBT，观察BBT温相的变化，同时进行心理疏导，稳定情绪，舒畅情绪，保持心肝气血的和畅，才能较好地取得整体和局部治疗的效果。

本病证最大的问题在于辨别癌症。古人在实践中已经意识到癌变的可能，所以在辨善恶中，认为乳房肿块边界不清，坚硬如石，大小不一，生长迅速，部分有压痛，一般没有疼痛，乳头回缩，乳头溢血者，均为恶证，癌变的可能性很大。需要定期作有关检查，凡肿块较大，或有可疑恶变者，以早作手术治疗为佳。

本病虽然本质上与阴阳的消长转化的周期失调有关，但其形成与发展，与心肝的关系十分密切，所以调治肝及心，也是乳癖治疗的主要方法。历来治疗乳癖者，无不以肝为主，佐以协调情志，以获佳效。

第二节 乳 泣

妊娠期乳汁自出者，称为乳泣，大多发生在妊娠中期。本病首载于宋代陈自明的《妇人大全良方》。原书云："亦有未产前乳汁自出者，谓之乳泣，生子多不育，经书未曾论及。"乳泣者，是否生子不育，还需通过各种检查才能确定，但陈氏此说，应引起我们对胎儿定期检查工作的重视。至于闭经后的溢乳，产后的乳汁自出，以及妊娠期的乳头溢血等，不属本病范围。但在哺乳终止较长时间后，仍有乳汁溢出者，可参考本节辨证治疗。

【病因病理】

经乳同源，俱为精血之所化，亦为癸水之所生，故有上为乳汁、下为月经之说。

孕后精血、癸水养胎，本不应上化乳汁而外溢，此所以外溢者，原因在肝经郁火与胃气虚弱所致。西医学认为此病与妊娠以后垂体催乳素及胎盘催乳素分泌过多有关，就我们临床观察所得，肝火在乳泣的发病中起了相当重要的作用，亦为本病证中的主要证型。

1．肝经郁火　乳头属肝，孕期情怀不畅，肝郁不解，郁久化火，迫血化乳，乳汁又被肝火逼而外溢；另一方面孕后阳气偏旺，温煦子宫，以养胎儿，阳气偏旺，则心肝气火极易升逆，如因恼怒忧郁，情志不畅，气郁于中，得阳气旺盛而化火，自以化血为乳，迫乳外出。

2．脾胃素虚　乳汁乃气血之所化，所化之乳汁，又赖气以统摄和固护。若脾胃素虚，或者肝郁犯胃，久而不已，或则思虑过度，或则饮食不节，损伤脾胃，兼之孕后冲气偏旺，上犯于胃，胃虚气弱，气虚不固，故乳汁自溢。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

1．临床表现　孕妇乳溢染衣，量不多，色白或黄，质稀或稠，乳头乳房胀痛，或乳房无胀痛感。

2．检查　双侧乳头或单侧乳头可见乳汁自溢，一般点滴而出，轻者仅见内衣上乳头部位有乳汁印象，乳房柔软无胀痛，或乳头触痛，乳房无肿块，无血性乳液。

二、鉴别诊断

本病证，与溢乳性闭经最大的区别，在子闭经与妊娠的差异；与产后乳汁自出的区别，在于妊娠期与产后期的差异；与乳衄的区别，在于溢出的乳汁与血液的差异。

【辨证论治】

本病主要在于肝经郁火，因此要着重在清肝解郁；如脾胃气虚，又当益气固乳；同时注意调节情绪，养血安胎。

1．肝郁化火证

主证：妊娠期自觉乳汁流出，量多少不一，色黄白，质较稠，乳房胀痛或伴有热感，或兼有胎元不长，精神抑郁，胸闷烦躁，常欲叹息，头昏头痛，口苦咽干，小便短赤，大便偏干，舌质光红，苔黄，脉象弦滑数。

治法：清肝解郁，佐以回乳。

方药：丹栀逍遥散加减。

炒当归、白芍、白术、茯苓、炒栀子、炒丹皮各 10 克，炒柴胡 5 克，钩藤 15 克，炒麦芽 15～30 克，炒黄芩 9 克，广郁金 6 克。

服法：每日 1 剂，水煎分服。

加减：头痛寐差者，加入白蒺藜 10 克，黄连 3 克，夏枯草 9 克；腰俞酸楚，小便较频者，加入熟地 10 克，寄生 12 克，菟丝子 9 克；小腹胀坠，神疲乏力者，加入党

参、黄芪各 10 克，炙升麻 3 克，苏梗 5 克；脘痞不舒，纳食差者，加入陈皮 6 克，佛手片 6 克、炒谷芽 12 克。

2．胃虚不固证

主证：孕期自觉乳汁流出，或晨起觉衣襟湿润，有乳汁印痕，色白质稀，乳房柔软，或兼见胎元不长，面色无华，神疲气短乏力，头晕目眩，纳谷不馨，舌质淡红，苔白，脉象细滑略缓。

治法：益气固摄，佐以养胎。

方药：归芍六君汤加味。

炒当归、白芍、党参、白术、黄芪各 10 克，陈皮、炙甘草各 6 克，炒芡实、焦山楂、煅牡蛎各 12 克，炒麦芽 30 克。

服法：每日 1 剂，水煎分服。

加减：脾虚腹胀，大便不实者，加入广木香 9 克，砂仁（后下）5 克，六曲 10 克，炮姜 5 克；心神不宁，心慌夜寐甚差者，加入炙远志 6 克，炒枣仁 9 克；阳虚形寒，乳汁清稀偏多者，加入红参 3～10 克，补骨脂 6～9 克，鹿角霜 10 克；胸闷烦躁，情志不舒者，加入广郁金 9 克，娑罗子 10 克，荆芥 6 克。

【临床体会】

乳泣是妊娠病中的一种少见病，以孕期乳汁先行自然流出为特点，其主要病机在于肝郁化火，实际上也符合催乳素偏高的特点，所以治疗也着重在清肝解郁，抑制催乳素，在取用丹栀逍遥散时，仍然要考虑到加入炒麦芽、贝母、白芍、甘草等所谓抑乳之药，使之能更好抑制乳汁之分泌，丹皮虽有清肝的作用，但药禁歌中有此，应慎用，而更重要的是抑制催乳素的偏高。同时尚要注意到两个结合，一是结合固摄，有利于控制乳汁之外溢，如五味子、芡实、煅牡蛎、金樱子等品；二是结合调补肾阴，凡肝郁之所以化火者，常常由于肾阴之不足，阴虚之体肝郁极易化火，是以凡有肾阴虚者，丹栀逍遥散必须加入生熟地、山药、山萸肉等品，必要时尚需加入川断、菟丝子等品，为提高滋阴而用。临证中还有少数表现为胃虚不固者，但多在肝郁化火的同时伴见之，处方用药虽然仍以清肝解郁的丹栀逍遥散为主，但必须配合六君子汤，才能获取较好疗效。

宋代陈自明《妇人大全良方》中认为，乳泣者“生子多不育”，明代程钟龄则认为“用八珍汤频频服之，其子遂育”。由此可见，判断本病预后，要看此病的危害性是否影响到胎儿的发育。早期发现此病后，要检查催乳素高的程度，以及孕激素、雌激素等的影响，以确定其预后，而给予适当的治疗，保胎措施不可或少，故亦要求在清肝解郁或者益气固摄的同时，考虑益肾安胎以防治之，不仅在子控制乳泣，更为重要的在于养胎安胎，促使胎儿健康成长。

第三节 乳 衄

乳头溢血，称为乳衄，大多为单侧，偶亦有双侧乳衄者，衄多与乳溢黄水相伴见。

本病多反复发作。与忿怒劳累等诱因有关。

乳衄是多种疾病中均可出现的一个症状，可见于西医学所说的乳腺囊性增生病、导管扩张症、大导管乳头状瘤、乳腺癌、慢性乳腺炎和乳腺结核等，须做有关检查或手术，才能确定为某种西医疾病。

【病因病理】

本病的发生，仍主要因于肝郁化火，肝失藏血，火灼乳络，迫血妄行所致，亦有少数属于脾胃气虚，不能统血，血溢乳窍所致的。

1．肝郁化火　乳头属肝，肝藏血，主疏泄，木气冲和，则血海安宁，血循常道。若素性忧郁，或七情内伤，郁久不解，或暴怒伤肝，肝气郁结，久郁化火，藏血无权，火灼乳络，火热迫血，故从乳房窍络而溢出，发为乳衄。如若肝郁不解，气滞则血滞，滞久则成瘀，或离经之血留滞，乳房窍络之间必成血瘀，瘀积成块，故可有乳房肿块；而且在肝郁气滞的同时，气郁生痰，痰浊内阻，与气郁、血瘀交结在一处，更易结成肿块，聚于乳房乳络，故致乳房肿块，由于肝郁化火，故又见火迫血而妄行，是以出现乳衄。

2．脾胃虚弱　脾胃为后天之本，气血生化之源，气血有固护乳房的作用，如若素体脾胃虚弱，或者忧愁思虑伤脾胃，使脾胃气虚，失于统摄，血不循常道而外溢。

脾胃与肝的关系极为密切。肝郁气滞，大多要克伐脾胃，故脾胃虚弱亦大多与肝郁有关。乳房属胃，胃虚肝郁，必将涉及乳房乳头，故易溢出血液，虽在于胃气之不足，实际上仍为木郁气横所致。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

1．临床表现　①乳头溢血，可发生在经期、孕期、围绝经期、绝经期后，血色鲜红，或如咖啡色，或淡红如血水物样；②乳头溢血多为单侧，也有双侧的，间或可见溢血与溢黄水交替；③乳衄常伴有乳房肿块；④本病可反复发作，多因怒动肝火或劳倦过度而发作或加重，常伴月经不调，或不孕，或流产。

2．检查　首先应检查乳头溢血的情况，判断血是自出的还是挤压乳头始出的；还要检查乳房有无肿块，肿块的位置、形状、大小、压痛、活动度及与周围组织有无粘连，按压肿块有无溢血增加；必要时做乳腺造影、活检或手术以确诊之。

二、鉴别诊断

主要应与其他可以引起乳衄的疾病相鉴别，如乳腺囊性增生病、乳腺导管扩张症、慢性乳腺炎、乳腺结核等，尤其要注意与乳腺导管肉瘤、乳腺癌等相鉴别。

【辨证论治】

本病的辨证，亦主要为肝经郁火证，故以清肝解郁止衄为主要治法，并佐入化痰软坚消散肿块的方法和药物。

1. 肝郁化火证

主证：乳头溢血，量一般较多，色鲜红或紫红，质黏稠，或偶有较少，点滴，在内衣上常有血污印迹，乳房胀痛，或可触及肿块；月经先期，量多，色鲜红，或有小血块；精神抑郁，烦躁易怒，尿黄便艰，舌尖红，苔薄黄，脉象弦数。

治法：疏肝解郁，清热凉血。

方药：丹栀逍遥散。

黑栀子、炒丹皮、炒当归、白芍、川牛膝各 10 克，龙胆草、荆芥炭各 6 克，白术、茯苓各 9 克，醋炒柴胡 5 克，钩藤、仙鹤草各 15 克。

服法：每日 1 剂，水煎分服。

加减：乳房有肿块者，加入炙山甲片 9 克，牡蛎（先煎）15 克，夏枯草 10 克，土贝母 6 克；气郁不畅，胸闷烦躁，头昏头痛者，加入广郁金 9 克，合欢皮 10 克，白蒺藜 12 克；心肝火旺，心烦失眠者，加入莲子心 5 克，黄连 3 克，青龙齿（先煎）10 克；胃脘痞闷，纳食欠佳者，加入陈皮、佛手片各 6 克，炒谷、麦芽各 12 克。

2. 脾胃气虚证

主证：乳头溢血，或流咖啡样黄水，量多少不一，质清稀，或内衣上有血污印迹，劳倦后溢血可增多，伴有月经过多，色淡红，无血块，面色萎黄，神疲乏力，纳差便溏，心悸寐差，舌苔白，舌质淡，脉象细缓。

治法：健脾补气，引血归经。

方药：归脾汤加减。

党参、白术、黄芪各 15 克，煨木香、炙远志、炒枣仁各 5 克，茯苓、炒芡实各 10 克，炙甘草、荆芥炭各 6 克，陈皮 5 克。

服法：每日 1 剂，水煎分服。

加减：乳房肿块作痛者，加入五灵脂 10 克，牡蛎（先煎）15 克，制南星、山慈菇各 9 克；若兼肝郁，胸闷烦躁，头痛，舌质红绛者，加入炒丹皮 10 克，钩藤 15 克，炒柴胡 6 克，苦丁茶 12 克。

【临床体会】

乳衄是乳头溢血一种疾病，前人论述甚少，临床上亦少见。在诊断上要采用现代医学的方法，重视各种检查，找出原因，明确诊断。如为一般慢性乳腺病，又无乳房肿块，预后良好，如为导管肉瘤，可以手术切除，或服药以观察之，如为乳腺痛，若能及早手术，兼服药调治，预后亦可，但毕竟是癌症，为乳衄中之重病，失治则预后不良。

本病的治疗，首先是对症用药，在清肝解郁的前提下，尚需结合调经，经量过多者加入地榆、贯众炭，甚则二至、龟甲；经量偏少的，加入倒经汤，即川牛膝、泽兰叶、丹参、益母草等引经血以下行。乳房肿块的，我们认为加服小金丹或梅花点舌丹（又名疮毒丹）。如兼有脾胃气虚的，务必要服益气和胃，健脾调经之品。总之在乳房疾病中，仍然不能忽视调经，甚则需用调理月经周期的治法，按照我们所倡导的周期四期或五期的调理方法加以调治，才能较好地达到调治乳房疾病的目

的。

近代妇科名家罗元恺认为："乳衄一症，即乳头溢血。……是为肝气郁结，脾肾虚，以致肝脾不和，血失统摄所致。……治宜疏肝健脾，养血固涩，以白芍、柴胡疏肝气、柔肝，淮山药健脾，首乌、川芎养血，海螵蛸、白茨固涩止血，怀牛膝引血下行，桑寄生、金樱子固肾养血。"

近代《许履和外科医案医话集》在"乳衄"门中说：临床上也可遇到郁怒与思虑相兼的病例，这样的患者，除肝气不舒症状外，还可兼见面色少华或心悸少寐等症状，这时治疗方法须遵《疡医大全》"平肝散郁，养血扶脾"的原则，给予肝脾同治，每能加速疗效。如一患者乳衄三天，挤之则有，不挤则无。平时性情急躁，多郁多虑，除乳头出血外，兼伴胸闷、疲乏、面白、心慌等症。治以清肝解郁，引血归脾，药用：丹皮 10 克，黑栀子 10 克，醋炒柴胡 3 克，炒归身 10 克，白术、芍各 10 克，茯苓、神各 10 克，炙甘草 1.5 克，白炒参 10 克，炙黄芪 10 克，炙远志 5 克，广郁金 5 克，橘叶 5 克，制香附 10 克，藕节炭 10 克。服药 3 帖，乳衄即止，心悸亦除，但仍胸闷，原方白炒参改用 3 克，加苏梗 5 克，广木香 1.5 克，3 帖后诸症若失，以后未再复发。

第四节　产后缺乳

产妇在哺乳期，乳汁甚少或全无，称为"缺乳"，亦称"产后乳无汁"、"产后乳汁停"。

缺乳多发生在产后第 2、3 天至半个月内，也可发生在整个哺乳期。临床中以新产后的缺乳最为常见。乳汁缺乏与否，是根据乳汁分泌的多寡和是否足够喂养婴儿为标准的，如乳汁偏少，不足以喂养婴儿，就谓之缺乳。

【病因病理】

乳汁由气血所化生，资于冲任，源于肝肾，赖肝气疏泄与调节，故缺乳多因气血虚弱和肝郁气滞所致，也有少数因痰气壅滞乳汁不行。

1. 气血虚弱　为本病主要病机。因为乳汁为血所化，赖气以行，若素体脾胃虚弱，或孕期产后调摄失宜，或产后思虑过度伤脾，则气血生化之源不足，或孕妇年岁已高，气血渐衰，或产时产后失血过多，或操劳过度，均可导致气血亏虚，乳汁乏源，因而乳汁甚少或全无。

2. 先天不足　肾气不足，肾精匮乏，冲任虚弱，则气血无资，足以导致缺乳。故《妇人大全良方》曰："妇人乳汁，乃气血所化，若元气虚弱，则乳汁短少。……若累产无乳，此内亡津液。盖乳汁资于冲任。"

3. 肝郁气滞　素性忧郁，或产后七情所伤，情志抑郁，肝失条达，气机不畅，乳络乳脉涩滞，乳汁运行受阻而缺乳。

此外，还有因痰气壅阻，素体脾肾阳虚，水湿不化，聚湿成痰，或产后恣食膏粱厚味，中州失运，水谷精微不能化为气血，反变湿浊成痰，痰脂充满，痰气壅阻乳络，而致乳汁不行。或者亦可因脾肾虚，生化失调，气虚血少，所谓"肥人气虚"，行乳无

力，亦可导致缺乳。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

1. 临床表现　产后哺乳时，乳汁缺乏或全无，不足于喂养婴儿为主要表现。

2. 检查　主要检查乳房及乳汁，临床有虚实不同。虚证者，乳房松软，不胀不痛，挤压乳汁点滴而出，质稀；实证者乳房胀满而痛，乳腺成块，挤压乳汁疼痛难出，质稠。此外，还要注意有无乳头凹陷和乳头皲裂造成的乳汁壅积不通、哺乳困难。

二、鉴别诊断

通过有关检查，排除炎症、肿瘤所致的缺乳。

【辨证论治】

对本病主要应辨别虚实，虚者补而通之，实者化而通之。但主要是气血阴精不足，故以补养而通之。

1. 气血虚弱证

主证：乳汁不下，或下而量少，乳汁清稀，乳房无胀满感，面乏华色，神疲乏力，头晕纳差，舌质淡白或淡胖，苔白，脉象细弱。

治法：补气养血，佐以通乳。

方药：通乳丹加味。

党参、黄芪各 12 克，炒当归 10 克，麦冬 8 克，木通、桔梗、甘草各 6 克，猪蹄 1 对。

服法：以猪蹄煎汤后，再入煎上药。每日 1～2 剂温服。

加减：头晕心悸者，加入枸杞子、丹参各 10 克，炒枣仁 6 克；纳呆腹胀者，加入广陈皮 6 克，广木香 9 克，省头草 9 克；腰俞酸楚者，加入川断、寄生各 12 克。

若出现阳虚者，证见乳汁少或全无，乳汁清稀，乳房胀满，纳欠神疲，腰酸尿频，形体畏寒，舌质淡红，苔白腻，脉象细弱。

治法：温阳益气，佐以通乳。

方药：参茸丸加味。

红参 3 克，鹿角片（先煎）10 克，山药 10 克，熟地 10 克，仙灵脾 9 克，黄芪 10 克，肉桂（后下）3 克，紫河车 9 克，炒当归 10 克，通草 3 克，炙甘草 6 克。

服法：每日 1～2 剂，水煎分 2～4 次服。

若出现阴虚者，证见乳汁少或全无，乳房无胀满感，头晕腰酸，烦热口渴，午后低热，夜寐差，寐则盗汗，舌质花裂偏红，苔薄黄腻，或舌质光红少苔，脉细弦带数。

治法：滋阴养血，佐以通乳。

方药：归芍地黄汤加减。

炙鳖甲（先煎）、丹参、白芍、生熟地、山药、桑椹子、炒丹皮、茯苓各10克，山萸肉6克，麦冬、玄参各9克，炙白薇6克，通草3克。

服法：每日1~2剂，水煎分2~4次服。

2. 肝郁气滞证

主证：两乳房胀满作痛，乳汁不下，量少不畅，乳汁色黄质稠，精神抑郁，胸胁作痛，时欲嗳逆，食欲减退，舌质黯红，苔薄黄，脉象细弦。

治法：疏肝解郁，通络下乳。

方药：下乳涌泉散。

当归、赤白芍各10克，川芎6克，生地9克，柴胡、青陈皮各6克，天花粉、漏芦各9克，桔梗、白芷、木通各5克，炙山甲片9克，王不留行12克，甘草5克。

服法：每日1~2剂，水煎分2~4次服。

加减：大便偏溏者，上方去生地、天花粉、当归，加入炒白术10克，煨木香，砂仁各5克；夜寐甚差，烦躁口渴者，去川芎、白芷，加入莲子心3克，合欢皮9克，炒枣仁9克。

若痰湿壅阻者，证见乳汁稀少，或点滴全无，乳房丰满柔软，形体肥胖，胸闷泛恶，纳食欠佳，或食多乳少，大便偏溏，舌质淡胖，苔白腻，脉沉细而滑。

治法：健脾化痰，疏肝通络。

方药：漏芦散加味。

漏芦、瓜蒌皮、茯苓、土贝母各10克，炙远志、制苍术、炙山甲片各6克，制香附9克，王不留行9克，陈皮5克。

服法：每日1剂，水煎分服。

加减：如形体畏寒者，加入干姜5克，川桂枝6克；大便溏泄者，去瓜蒌皮，加炒白术10克，砂仁（后下）5克。

【临床体会】

缺乳在城市女性脑力劳动者产后较为常见，农村发病较少。乳汁的产生与调节机制复杂。先天肾气的充盛、青春期乳腺发育、孕期乳房变化及保健等都是哺乳的必要准备。既产后，乳汁由血气所化，资于冲任，肝气的疏泄与调节，是影响乳汁通畅与否的重要因素，但气血虚弱、冲任不充更为重要。对于气血虚弱，化源不足，我们认为在本质上来说与癸水中的阴阳有关。阴阳的消长转化，才是促进月经、乳汁来潮的物质基础，表面上看起来是气血的作用，实际上乳汁是由癸水所化的，所谓上为乳汁、下为月水的，指的就是癸水也。因此，我们对缺乳的虚证辨证虽以气血虚弱为主，但其中所附的阴虚、阳虚，确实是非常重要的，在治疗过程中，务必要注意到这一点。在肝郁气滞的实证病变中，我们又附上了痰湿蕴阻。在缺乳中提出痰湿蕴阻，系金元四大家之一的朱丹溪提出的，他认为膏粱厚味，痰湿蕴阻，虽为实证，但是为肝脾失调所产生，在临床上的确有此证型，治疗在化痰燥湿、理气通乳的同时，还必须要照顾到肝脾，尤其是脾胃。

此外在治疗过程中，还有几点需要注意：①与食疗相结合：特别是对虚证患者，

更有其重要意义，一般如猪蹄、鲫鱼、糯米、赤豆、酒酿等食品，多有一定的下乳作用，同时注意饮食宜淡不宜咸，并要忌辛辣刺激之品，争取多休息、多睡眠；②早期哺乳，早期治疗：一般在产后第2天即可开始哺乳，1周内可知乳汁是否充足，一般来说在产后半个月内治疗效果较好，若在产后1~2个月才来治疗，往往效果较差；③注意恶露情况：如恶露过多、过长，必须及时治疗，以免耗损血液，造成重虚而影响乳汁；④注意乳房乳腺发育：乳房乳腺发育差者，治之颇难；⑤调节情绪和疏导心理至关重要。

第五节　产后乳汁自出

产妇在哺乳期间，不经乳儿吮吸，乳汁自然流出，不能自止，称为“产后乳汁自出”，又称“漏乳”、“乳汁自涌”。若产妇体质健壮，气血充盛，乳房胀满，乳汁充盈自溢，或至哺乳时未行哺乳，乳汁溢出，为生理现象，不属病态，无需治疗。

【病因病理】

本病的原因，主要有两个方面。

1．肝经郁热　乳头属肝。肝藏血，主疏泄，调节某些情志活动，喜条达，恶抑郁。若素体精神忧郁，或产后情怀不畅，精神抑郁，肝气郁结，郁而化热，热伤乳络，可迫乳外出。

2．气虚失摄　乳汁由血所化，赖气以摄之，产后脾胃虚弱，或产程过长，耗伤血气；或产后饮食不节，损伤脾胃，或劳倦思虑过度，脾胃受损，以致脾胃虚弱，中气不足。乳房属胃，蓄积乳汁，若中气虚弱，固摄无权，故而乳汁自溢。

西医认为本病多由功能性障碍或精神因素影响等所致。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

1．临床表现　产妇在哺乳期间，不经吮吸，乳汁自出，或随泌随溢，乳汁不足以喂养婴儿。

2．检查　可见一侧或双侧乳头乳汁点滴而下，渗湿衣衫，乳房松软，不胀或稍膨胀，无其他明显异常发现。

二、鉴别诊断

1．乳泣　乳泣是孕期乳汁自然流出，而本病则是产后哺乳期乳汁自然流出。

2．闭经泌乳综合征　闭经泌乳综合征者在闭经同时见乳汁溢出，乳汁不多，常在挤压乳房、乳头时溢出少许乳汁，也有自然溢出者，通过血查内分泌可鉴别之。

【辨证论治】

本病主要表现在肝经郁热与气虚不摄两者。从临床上来看，气虚不摄尤为多见，故以补气固摄为主。

1．气虚失摄证

主证：乳头未经婴儿吮吸，乳汁自然点滴而出，或随化随出，乳房柔软不胀，乳汁清稀，精神疲倦，气短乏力，纳谷不香，舌质淡红，苔薄白，脉象细弱。

治法：补气益血，佐以固摄。

方药：八珍汤加减。

党参15克，炒白术、茯苓、熟地、炒当归、白芍各10克，炙甘草6克，煅牡蛎（先煎）15克，浮小麦（包煎）30克。

服法：每日1剂，水煎分服。

加减：乳汁自溢较多者，加入黄芪15克，炒芡实10克，五味子6克；脾虚便溏者，加入六曲10克，炒麦芽30克，砂仁（后下）5克；胸闷烦躁者，加入钩藤15克，炒丹皮10克，白芍12克。

2．肝经郁热证

主证：乳汁不经婴儿吮吸，经常自然流出，质地较稠，乳房轻度胀痛，精神抑郁，烦躁易怒，头晕胁胀，口干咽苦，舌质黯红，苔薄黄，脉象细弦。

治法：疏肝解郁，清热固涩。

方药：丹栀逍遥散加减。

炒丹皮10克，炒栀子9克，炒柴胡5克，炒白术12克，炒白芍10克，茯苓10克，钩藤15克，夏枯草9克，五味子5克。

服法：每日1剂，水煎分服。

加减：乳汁外溢较多者，加入煅龙骨（先煎）15～30克，煅牡蛎（先煎）15～30克；头昏头痛，烦躁不宁者，加入白蒺藜10克，菊花6克，苦丁茶12克；胃脘痞闷，纳神疲者，加入广木香9克，广陈皮6克，炒麦芽30克，党参10克。

【临床体会】

产后乳汁自出，主要由于胃气虚，治之以补气为主，养血为辅，补血药不可过于滋腻，以防伤胃碍脾。如气虚日久，涉及肾阳不足者，可选用附子理中汤加五味子、炒芡实、煅牡蛎等固涩之品。临证中，还有一种胃热证，或因素体胃热，或因产后嗜食辛热炙煿，以致胃热熏蒸，乳汁被迫外出，主要的特征是口苦口干，口中有臭秽之气，舌苔黄腻较厚，面部升火，大便艰行，治当清阳明胃腑之热，可予黄连泻心汤，如黄连3～5克，黄芩9克，陈皮6克，制半夏6克，炒枳壳6克，芦根12克，碧玉散10克；如火热烦渴者，亦可加入石膏以清之，如热及于血分者，可用玉女煎治之；乳汁外溢较多者，尚需加入五味子6克，炒芡实10克，煅牡蛎（先煎）15克以固之。如若辨证准确，用药得当，治之无效，仍漏乳不止，或不欲哺乳者，可用通经回乳之法，需用免怀汤，药用红花、赤芍、当归尾、川牛膝、泽兰叶等以通下之，外加炒麦芽、山楂等回乳之品，如能达到月经来潮，其乳汁外溢者自已。

第六节 乳 痈

乳房患有痈肿脓疡者，称为“乳痈”。乳痈是妇女常见乳病之一，大多数发生于产褥期内，尤以初产妇，特别是农村妇女最为常见。

由于乳痈发病时间和病因的不同，中医学把乳痈分为三类：一是外吹乳痈，即在哺乳期因乳汁蓄积而发病；一是内吹乳痈，因胎气旺而上冲所致；三是非哺乳期乳痈，不论女子老少均可发生，乃肝经郁滞与阳明壅热互结，使乳络阻塞壅积而成。三类之中，以外吹乳痈最为常见，其次是内吹乳痈。此二种乳痈与孕期妇女的保健、护理，以及新产后的调护都有密切的关系，对胎儿也有影响。本节着重对这两种乳痈的发病机制、初期证治、预防等加以阐述。

【病因病理】

外吹乳痈和内吹乳痈两者，虽有相似，而又有所不同。

一、外吹乳痈

外吹乳痈的成因，首先在于乳汁蓄积，而乳汁蓄积，又常与肝郁胃热或感染邪毒有关，其次亦与哺乳期回乳不当有关，失治则成脓疡，故需要重视早期病变。

1. 肝郁胃热　乳头乳房为肝胃所属，若初产妇担忧抑郁，或忿怒郁闷，则肝郁气滞，乳络不畅，乳窍不通，乳汁蓄积。或产后恣食厚味燥热之品，则胃热熏蒸，热与积乳相搏于乳房，化腐成痈，正如朱丹溪《格致余论》所云：“乳子之母，不知调养，忿怒所逆，郁闷所遏，厚味所酿，则厥阴之气不舒，以致窍不得通，而汁不得出，阳明之血沸腾，故热甚而化为脓血。”

2. 感染邪毒　初产乳头娇嫩，不堪吮取而破损皲裂，或乳头内陷，或乳颈粗短，乳儿吮吸困难，咬破乳头。乳头破裂则疼痛连心，畏惧授乳，或乳头破损结痂，阻塞乳窍，排乳不畅，均可导致乳汁蓄积，破损乳头护理不洁，感染邪毒，或乳儿内热，含乳而睡，热气吹乳，邪毒、热气与蓄乳相搏于乳房，热盛肉腐发为乳痈。如《疡医大全》云：“小儿吮吸，每每吮破乳头，……疼痛难忍，若畏惧，不与小儿吮吸，必肿痛成痈矣。”

3. 哺乳断乳不当　产妇气血旺盛，乳汁生化充足而量多，若小儿吮吸不尽，余乳未排而蓄积郁结成块，亦有乳汁充足妇人，突然断乳，乳汁壅闭，乳房膨胀，乳汁郁结成块，乳块积久不散，郁而化热，热盛肉腐，亦可发为乳痈。

二、内吹乳痈

孕后胎居母腹，得胎气以长养。胎气多指孕妇养胎之气，即胎儿在母体内所受的精气。胎气应聚于下腹，不宜上冲。如若肝郁犯脾，或肾阴亏虚，肝气偏旺，则可导致胎气过旺而上冲胸乳，气有余便是火，孕中后期，乳络充盛，乳房气血壅盛而膨隆，与上冲之气火相搏，则热盛肉腐可发为内吹乳痈。《外科正宗》说：“内吹，因胎气旺而上冲，致阳明乳房结肿。”

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断

1．外吹乳痈　多见于产后未满月的初产妇女。初起患乳排乳不畅，或乳窍不通，乳房胀痛、结块，触痛明显，兼见寒热头痛，烦躁口渴，如未消散，几天后，乳房结肿渐大，红、肿、热痛，疼痛剧烈，由胀痛转为搏动性跳痛，高热不退，口渴便秘，已为酿脓阶段。此时，如能及时合理治疗，尚可消散而愈。若继续发展，十日左右不见好转，硬块中央渐软，有波动感，已为脓熟阶段，排脓后大多渐愈。

2．内吹乳痈　病发于妊娠中晚期，初起乳房结块肿痛，皮色不变，后渐转红，如未消散，亦可化脓而溃，本病较外吹乳痈发展慢，收口亦难。

3．检查　乳房患部初见乳汁淤积不通，渐见乳积成肿硬块，皮色不变，但有触痛，很快便可见局部红肿发热，肿块增大，中有波动感，体温上升，可达39℃～40℃，腋下淋巴结肿大，外周血白细胞总数和中性粒细胞升高。

二、鉴别诊断

在乳痈初期时，乳房肿瘤有块者，通过有关检查，以排除乳房肿瘤疾患。

【辨证论治】

一、外吹乳痈

1．郁乳蕴毒期（初期）

主证：排乳不畅，乳汁蓄积，乳房胀大、硬结，疼痛拒按，皮色不变，或微红稍热，寒热口渴，烦躁，尿黄便结，舌红苔黄，脉象弦数。

治法：清热疏肝，通乳散结。

方药：瓜蒌牛蒡子汤加减。

瓜蒌皮10克，牛蒡子9克，天花粉、黄芩、栀子、连翘各10克，皂角刺、甘草、青陈皮、柴胡各6克，金银花、蒲公英、漏芦、赤芍各15克。

服法：每日1剂，水煎分服。

加减：偏于肝郁气滞者，加入苏梗6克，路路通、炒枳壳各9克；恶露淋漓不畅，或月余未净者，加入泽兰、山楂各10克，益母草15克；大便秘结不通，腹胀矢气者，加入枳实10克，大黄6克。

2．酿脓期（中期）

主证：郁乳不散，乳房肿块逐渐增大，硬结明显，继而皮肤燉红，高热，疼痛持续不减，且呈搏动性疼痛，此为化脓征象。若硬块中央渐软，按之有波动感时，表明已经成脓。舌质红绛，苔黄腻厚，脉象弦数。

治法：清热解毒，化瘀透脓。

方药：仙方活命饮加减。

白芷5克，贝母、防风、甘草、皂角刺、陈皮、乳香、没药各6克，金银花30克，天花粉、穿山甲、当归尾、赤芍各15克，川芎5克，黄芪12克。

服法：每日1剂，水煎分服。

加减：脾胃不和者，加入茯苓、太子参、焦山楂各 10 克，炒谷、麦芽各 30 克；心烦失眠者，加入炙远志 6 克，合欢皮、紫贝齿（先煎）各 10 克；高热神昏者，加服安宫牛黄丸等治之。

3．脓溃后敛口期（后期）

主证：此时主要为气血亏虚，疮口溃破，脓水稀薄，头昏神疲，心慌气短，面乏华色，脉象细弱，舌质淡红，

治法：调补气血，加速敛口。

方药：八珍汤加味。

黄芪、党参、白术、茯苓各 12 克，炒当归、白芍、熟地各 10 克，炙甘草 6 克，煅牡蛎（先煎）15 克，枸杞子 9 克。

服法：每日 1～2 剂，水煎分 2～4 次服。

加减：头昏腰酸者，加入炙龟甲（先煎）10 克，女贞子 9 克，寄生 10 克，怀牛膝 10 克；腰俞酸楚，形寒肢冷者，加入红参 3～10 克，鹿角胶（溶冲）10 克，补骨脂 9 克；纳欠脘痞者，加入陈皮 6 克，炒谷、麦芽各 15 克。

二、内吹乳痈

主证：妊娠 6～9 个月，乳房结块肿痛，日久则局部皮肤逐渐转红，形寒发热，头痛，如未消散，约 1 个月左右化脓，发热更甚，舌质红绛，苔黄腻，脉象弦滑数。

治法：疏肝清热，佐以安胎。

方药：橘叶散加减。

橘叶、柴胡、陈皮、川芎、甘草各 6 克，栀子、连翘、蒲公英、全瓜蒌、苏梗、炒当归、白芍各 10 克。

服法：每日 1 剂，水煎分服。

加减：胃热偏甚者，加入黄连 3 克，石膏（先煎）20 克；肝郁明显者，加入苏梗、青皮各 6 克；心神不宁者，加入炙远志 6 克，合欢皮 10 克，炒枣仁 9 克。

三、外治法

初期：皮色燉红灼热者，金黄散外敷；皮色微红或不红者，宜冲和膏或太乙膏掺红灵丹盖贴患部。在敷药前可先用葱约 250 克煎汤热敷患部。成脓期宜切开排脓，溃后宜以九一丹提脓，并用药线引流，毒净后以生肌散收口。

【临床体会】

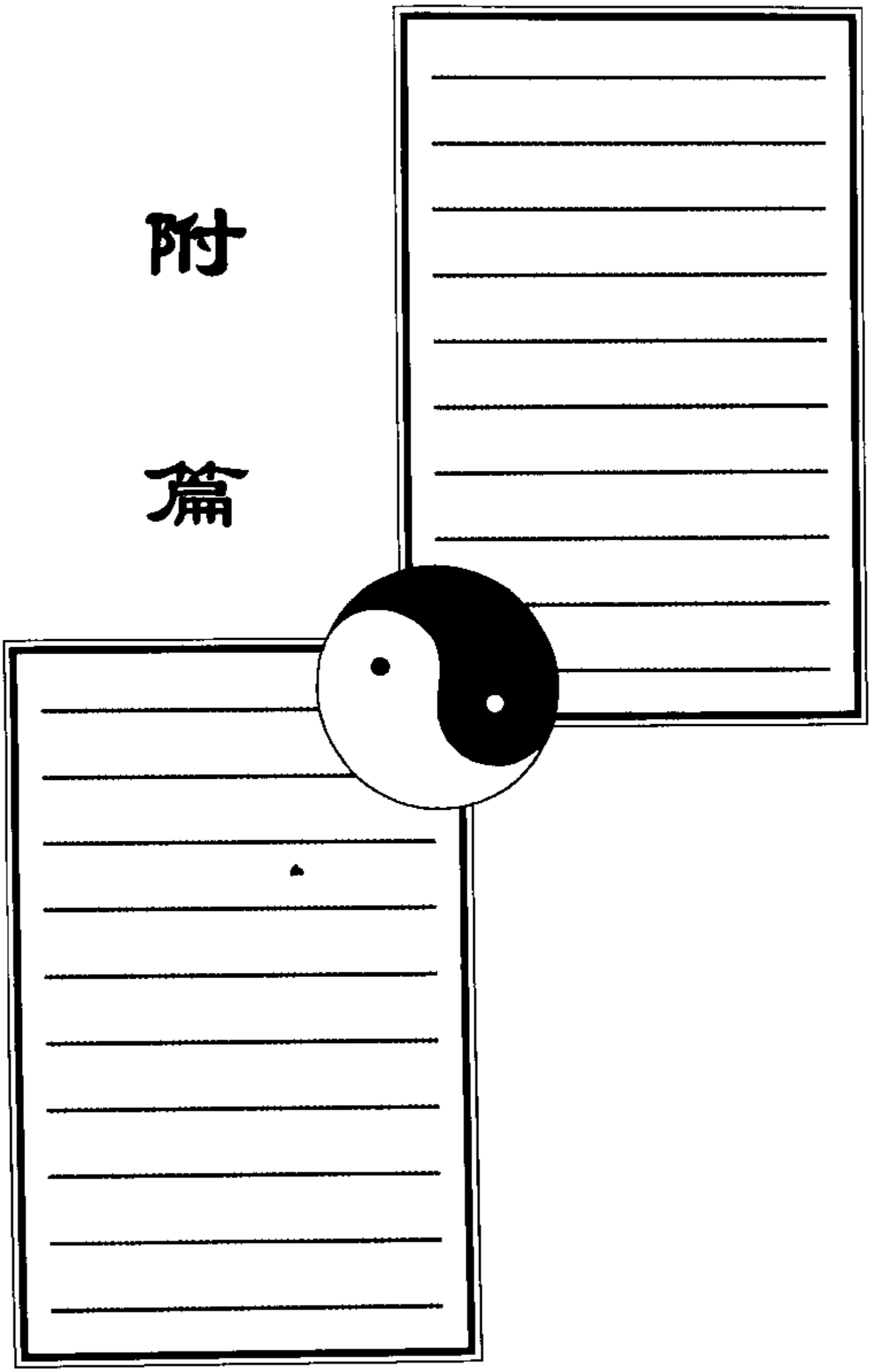
乳痈最主要的病因是乳汁蓄积和细菌邪毒感染，而乳头皲裂又常是造成乳汁淤积的原因之一和细菌邪毒感染的门户，故应积极防止乳头损伤和早期治疗乳汁蓄积，预防乳痈的发生，应该做到：①自妊娠后期开始，经常用温水或肥皂清洗两侧乳头，并于预产前经常用乙醇擦洗乳头乳晕，促使局部皮肤变坚韧，不易损破。②保持心情舒畅，避免精神紧张和忧郁。乳房乳头与肝胃两经有关，乳房部之脉络畅通，全赖肝胃气血协调，精神情绪的好坏，将直接影响肝胃。同时应有足够的休息和睡眠，使肝气条达，胃气和降，从而保持乳络的畅通。③注意营养，少食甘肥，产后既要注意营养，又要避免过食肥甘，肥甘产生蕴热，可使胃火盛，促成乳痈之变。④每次哺乳后．应

将乳汁吸空，如有宿乳淤积，可用热毛巾热敷后，用手挤出积乳，或用吸乳器吸空，或用上述按摩法。⑤断乳前应逐渐减少哺乳次数，不宜突然断乳，并宜加服麦芽、山楂、鸡内金等消导回乳之品。如发现乳房结块，宜用外敷法消之，不宜挤乳，早期发现，早期治疗，至关重要。

兹介绍《许履和外科医案医话集》中的两种外治法：①鲜芫花根，刮去黄皮，剪断，打烂如泥，做成长圆形丸子，如枣核大，塞人鼻孔（双侧），约 30～60 分钟，鼻孔内有热感，即行取出，1 日 1～2 次，或用锡纸将上药包好，两头留孔，塞人鼻孔，约 60～90 分钟，鼻孔内有热感时取出，总以鼻孔内有热感为度，这样可以防止鼻黏膜破碎，亦是每天 1～2 次。此法可以连用 4～5 天，一般 2～3 天就能消散肿块，对急性乳腺炎起病 2～3 天以内者消散率达 92%以上，但对乳头破碎者疗效较差。②公丁香研细末，包在干棉球内塞鼻，一侧或两侧均可，每日 3 次，每次 6 小时。此法对鼻黏膜刺激很小，治疗早期急性乳腺炎，与芫花根皮效果不相上下。

又顾伯华在《急性乳腺炎（外吹乳痈）证治》中指出："现今论治乳痈，多取古方瓜蒌牛蒡汤。我体会应用此方，只宜领会其意，而不能够拘泥其方。盖此方清热寒冷有余，疏散通络不足。……我家论治乳痈早期，当以疏散通乳为主，取用苏梗、柴胡疏散卫气，丝瓜络、路路通、漏芦疏通乳络，鹿角霜温散行血消肿，皆寓意于通。通则热退肿消痈止，不通势必郁久化热酿脓。……我认为在此阶段回乳，非但影响乳儿给养，且更会加重乳汁淤积，不利于乳痈的消退吸收。我的看法是，只要乳汁色白无腥味，可以不必中断哺乳，不但不会影响婴儿健康，且有助于乳络畅通，乳痈消退。"

附篇



第二十章

临床常用验方

临床上在诊断辨证明确后，所使用的方剂药物是一个医师在处理疾病时的重要手段，也是解除病痛，获取疗效的重要方面。判定一个医生的高明，不仅在于医理的精深、诊断辨证的明确，而且还要看其能否确当地调遣方药，匠心独具地创制良方、验方，能够获取临床上肯定的、比较而言最佳的疗效。疗效的获得，才能衡定医生的正确和高明。俗有“单方一味，气死名医”之说，就是指有些民间的一些单方能够治好名医不能治好的疾病，充分说明了方药在治疗疾病中的重要性，因而也就抬高了一些所谓单方草药，亦包括验方的身价。市场上曾经出现过千金万金，甚至上百万金购买良方、验方的现象。夏桂成认为固然要重视良方、验方的作用，但是也不能违背辨证论治的原则。夏氏临证 50 余年，由于长期工作在医、教、研第一线，实践的需要，病人的呼唤，不得不在摸索一些新的方药，形成新的验方，再经实践，再经修正，再出新的方药。所以我们此次所介绍的验方，与以往介绍过的验方又有所不同。以往介绍过的验方，基本上已收载于夏桂成著《实用妇科方剂学》。而此次所介绍的验方，基本上是近几年来新摸索出来的。但考虑到在以往的几首验方中，如逐瘀脱膜汤、痛经汤、补肾促排卵汤、补肾助孕汤、滋肾清心汤等临床上极为常用，而且又不断有所修正，故亦在此处一并介绍之。总计本章所介绍的验方，除上述 5 方外，还有新加抑乳散、清心健脾汤、加减坎离既济丹、新加固经汤等，共计 27 首，均为夏氏临床验方。

所谓验方者，应该是用之有验的方剂，但由于每一具体病人的体质类型、生活环境、心理情绪及当时气候变化等各不相同，或同中有异，因而在运用验方中，尚应有所加减，这也符合中医辨证论治的精神。在具体介

绍每一张验方时，将尽可能地对方名、组成、功用、适应证、临床运用作一般分析，而在方义、按语，尤其是按语中进行详细的阐明。必须说明的是：这些验方不仅是从临床实践中摸索出来的，而且也是在古人名方的基础上拓展出来的，所以具体的方剂分析，亦要从相关的古方或古名方的有关论述加以引申。验方的运用，有时还要涉及到药理、药化研究的结论。其中一些验方，还是目前临床观察的科研方，因而还会附上与此有关的科研资料，以论证该方的临床意义和效果、价值等。

第一节　月经病验方

凡属于调理月经类病证的验方，谓之月经病验方。此类方剂较多，加逐瘀脱膜汤、痛经汤等，前后计有 13 张。

一、逐瘀脱膜汤

此方系我们临床常用验方之一。

【方名】 脱膜者，剥脱子宫内膜也；逐瘀者，攻逐瘀血。朱南孙有化膜汤者，类此意，亦在于化瘀也。

【组成】 肉桂（后下）3～5 克，五灵脂、三棱、莪术、炒当归、赤白芍各 10 克，益母草 15～30 克，广木香 6～10 克、延胡索 12 克，川续断 15 克，或加蒲黄 6 克，三七粉 6 克，炒枳壳 6～9 克。

【服法】 行经期，每日 1 剂，水煎分服。

【功用】 温经助阳，逐瘀脱膜。

【适应证】 膜样性血瘀痛经，膜样性血瘀出血（月经过多）。

【方解】 方中肉桂温经助阳，通过温补扶正，有助于化瘀脱膜。脱膜者，即使子宫内瘀结而不能脱落或者脱落不利的陈旧性内膜能够顺利脱落。五灵脂化瘀，且有止痛止血的作用；三棱、莪术攻削逐瘀，为化瘀的峻药，原为消癥散瘕的主药，膜样性血瘀，道深途远，蕴结较甚，非峻药不能逐之；并加入当归、赤芍化瘀调经，木香、延胡索以止痛，复加枳壳、益母草以收缩子宫，排出瘀膜。故服此方之后，能使膜样性血块变小，且易排出，疼痛减轻，痛时缩短，谓之验方者，即此也。

【临床运用】 除膜样性血瘀痛经，膜样血瘀性月经过多外，尚可适用于如下一些病证。

1. 原发性痛经　室女经行第 1 天，小腹疼痛剧烈，经行不畅，色紫红，有血块，胸闷烦躁，腹胀，脉象弦细，舌质黯红。

2. 子宫内膜异位性痛经　经行第 1 日，小腹疼痛剧烈，经行量少，或量多，色紫红有血块，伴小腹及肛门作坠。妇科检查可发现盆腔骶骨韧带处有痛性结节。

3. 胎盘胎膜残留　产后阴道出血量多，色红有小血块，阵发性出血过多，脉细，舌质淡红。

4. 不全流产　如孕期出血过多，呈阵发性，小腹胀痛，腰酸，脉象细弦，舌质淡红者，可用本方。如出血过多但小腹胀痛不明显者，本方应慎用。

【按语】 本方是从脱膜散加味而成的。脱膜散是从《医宗金鉴·妇科心法要诀》之琥珀散加减而成的。琥珀散是我们治疗较为严重的血瘀性痛经，严重性血瘀性痛经，主要见于两种不同痛证的痛经中，其一是膜样性痛经，又称脱膜性痛经，其二子宫内膜异位性痛经，疼痛非常剧烈，两者均与子宫内膜有关。特别是膜样性痛经，因黄体功能不健，子宫内膜分泌欠佳，内膜不得溶解，从子宫内壁剥脱时不易，必然要加剧子宫肌肉的收缩力度，子宫的强烈收缩导致剧烈的疼痛，剥脱时间延长，收缩性疼痛亦将延长，出血亦将增多。因此，加速子宫内膜的脱落和破碎子宫内膜，是这类疾病的主要治法。因为只有这样，才能减轻或控制疼痛的发作，控制或减少出血。为了寻找这一治疗思路下的理想方药，我们曾经走过一段弯路。因为痛者不通，不通则痛，运用通则不痛的原则，选用王清任三张著名逐瘀汤论治。其中，桃仁、红花、牛膝、当归、川芎、赤芍等均为重要药物，血府逐瘀汤加入了两升两降的桔梗、柴胡、枳壳、牛膝，膈下逐瘀汤加入了止痛的五灵脂、延胡索，少腹逐瘀汤加入了温经祛寒的干姜、茴香、官桂。用后虽有效，但并不理想，相反使行经期出血增多。如使用虫类药，考虑到虫类药攻窜性强，虽其活血化瘀的力量大于一般的化瘀药物，适合于癥瘕者，但虫类药亦能使出血增多。实践中我们发现，三棱、莪术在使用中，不仅能攻逐血瘀，减轻疼痛，而且未见使出血增多。考察中药书籍所载，均谓蓬、莪乃逐瘀峻品，有消癥散结，攻坚逐瘀之能。膜样血瘀。道深途远，由脂膜、痰湿、血瘀凝结而成，非峻品逐瘀，温经助阳，不足以直捣窠臼，攻泻而祛除之，笔者对此深有体会。曾治一例膜性痛经，伴有出血量多，以往一直用止痛止血药，效果并不理想，反而经期延长。在仔细诊治后，大胆运用逐瘀脱膜汤加减，方药见前。服后疼痛减轻，经量亦有所减少，一周即净。隔月经行，找他医治疗，认为经量过多，非棱、莪所宜，遂去之，加入止血之品治之，服药后经行 10 余天始净。由此可见，瘀结较深，非棱、莪攻逐不可。五灵脂化瘀止血，乃失笑散之主药，并有止痛之功，故用之以助棱、莪化瘀，且能防其出血增多也。膜样血瘀，涉及痰湿脂膜，其根本原因还在于肾阳不足，或者阳气虚弱。阳虚气弱则气化不利，气化不利则痰湿、脂膜不化，痰湿凝聚，脂膜蕴阻，内结于子宫之内，是以形成膜样性血瘀。而且阳者，以肾为主，《景岳全书·命门余义》中曾云："五脏之阳气，非此（指肾阳命门）不能发。"可见肾阳乃阳之根本所在，特别在女性生殖功能中，阳的作用更为重要，子宫冲任隶属于肾，阳气不发，气血不利，运行不畅，则血液滞阻，与痰湿、脂膜凝结成膜样血瘀，阻塞于子宫之内。故方中所用肉桂者，有深意也。肉桂既有温经助阳的扶正作用，以治其本，又能温经活血以散其瘀，还有温阳化气、利水溶脂以脱其膜的作用；复入棱、莪等逐瘀消积之品，合五灵脂以化瘀止血。四药配伍，确是治疗膜样性血瘀的有效方剂，故方名脱膜散。又鉴于临床上腹痛剧烈，必须加入止痛药物，以便更好地控制疼痛，故又加入广木香理气以止痛，延胡索化瘀以止痛，一气一血，痛在子宫血海，虽然以血为主，但也涉及气分。且痛经期间，肾阳不足必涉及脾胃。根据我们的临床观察，此类痛经，既根源于阳之不足，以肾阳为主，火不暖土，命火肾阳，不能助脾胃以运化，常在行经期出现便溏现象，广木香不仅在于理气止痛，而且还有着理气运脾，止泻利湿的功用，故用之。又考虑到剧痛时，必然有子宫强烈的收缩，因而加入枳壳、益母草，辅助子宫有

规律地收缩，排出瘀膜，减轻其强烈程度，特别是缓解子宫在强烈收缩时的痉挛性。又鉴于到本病的根本原因在于肾阳不足，故方中又加入川续断。川断补肾助阳，合肉桂以治本，但川续断者，又有一定的活血作用，故补中并通利，经期用之甚合。这就组成了脱膜散基础上发展起来的逐瘀脱膜汤。也是我们在临床实践中及理性探讨中所组织起来的针对膜样性血瘀病证需要的方剂。

【加减】 腰酸明显者，应加入杜仲、狗脊、桑寄生各 10 克，甚则可加骨碎补、补骨脂等各 6～10 克；小腹冷痛明显者，尚可加入紫石英（先煎）10 克，制附片 6～9 克，炙桂枝 6～9 克，艾叶 6～9 克，温阳祛寒，促进子宫内膜之化解和脱落；如出现神疲乏力，小腹作坠，大便或溏者，加入炒白术 10 克，黄芪 12 克，党参 15 克，煨木香 6～9 克，以健脾益气，温运中阳，亦有助于子宫收缩，特别是使收缩时的力度增强，收缩时间延长，但亦可调节子宫的痉挛性收缩及下坠性收缩，更有利于膜样血瘀的排除；腹痛剧烈，甚则昏厥，四肢冰冷者，加入琥珀粉以安神定志，遵循的是《素问》病机十九条所谓“诸痛痒疮……皆属于心”的意思，且琥珀化瘀止血，具有止痛的功能，所以琥珀散治疗痛经是我们首选的方剂，然后再加入乳香、没药、景天三七，或者亦可加入徐长卿等起活血化瘀、控制疼痛的作用，而且景天三七、乳香、没药还有一定的止血作用；如月经量过多，且伴有头昏心慌者，首先在于控制出血，或者减少好血的外流，可加入炒蒲黄（包煎）或者蒲黄炭 6～9 克，血竭粉、三七粉各 3～6 克（分吞），因为这类止血性药物将不会影响膜样血瘀的排除，蒲黄合五灵脂，谓之失笑散，可化可止，有瘀则化瘀，无瘀可止血，化中寓止，止中有化，止好血，化瘀血也；若出现胸闷烦躁，舌苔黄腻，脉象弦滑者，加入制苍术 10 克，炒丹皮、钩藤各 10 克，金铃子 9 克，薏苡仁 15 克，以清肝解郁，利湿化浊，有利于膜瘀之排除；若烦热口渴，大便干结者，可以枳实换枳壳 10 克，加大黄（后下）6 克，以清泄之，同时增强逐瘀脱膜的效果，更好地解除疼痛。

二、痛　经　汤

此方系我们临床常用验方之一。

【方名】 顾名思义，本方即痛经所用之方剂。历来治疗痛经所用的方剂甚多，亦有以痛经汤命名的，但我们所用之痛经汤者具有一定的特色。

【组成】 钩藤 15 克，丹皮 10 克，炒当归、赤芍、五灵脂各 10 克，肉桂（后下）5 克，广木香 6～9 克，延胡索 12 克，川续断、杜仲各 10 克，莪术 9 克，益母草 15～30 克。

【服法】 行经期或经前 1～2 天，每日 1 剂，水煎分服。

【功用】 活血化瘀，温经止痛。

【适应证】 原发性痛经，膜样性痛经，子宫内膜异位性痛经等。

【方解】 方中钩藤、丹皮清心肝而安神魂，因为疼痛者，必与心肝神魂有关，镇静安宁，乃止痛的前提；当归、赤芍、五灵脂、莪术、益母草活血化瘀，调经止痛，针对不通则痛的实证而用，气血畅达，通则不痛；肉桂、川续断、杜仲补肾暖宫，温阳调血，其作用意义有三，第一是补肾助阳，以治痛经发作的根本，第二是温阳调血，

推动气血运行，有助于活血化瘀，通畅脉络，第三是补肾温阳，使阳气旺盛，温煦子宫，溶解膜样性血瘀，治标治本合而为一；复又加入延胡索、五灵脂，不仅有化瘀调经的作用，而且有较好的止痛作用。本方具有活血化瘀，补肾助阳，控制疼痛，安定心神的功能，故治疗痛经有效。

【临床运用】 本方除适用子血瘀性痛经，膜样性痛经等病证外，尚可应用于以下一些病证。

1. 慢性盆腔炎性包块 一般来说，慢性盆腔炎性包块，有的疼痛不太明显，有的疼痛较著，而且其发作在行经期，并且在一定程度上影响经血排泄者，出现经行量少，或偶有量多，色紫黑，有血块，少腹疼痛明显，脉象细弦，舌质紫黯有瘀点。在运用本方治疗时，尚需加入石打穿 15 克，炙地鳖虫 6～9 克，红藤、败酱草各 15～30 克。

2. 血瘀性子宫肌瘤 所谓血瘀性子宫肌瘤，是指子宫肌瘤患者在行经期出现剧烈性腹痛，一般伴有月经过多，色紫黑，有大血块，腰酸，小腹有冷感，或伴头昏头痛、烦躁不安，脉象弦细，舌质边紫，苔黄白腻者。在使用本方治疗时，需加入炒蒲黄（包煎）6～9 克，血余炭 10～15 克。

3. 围绝经期血瘀性腹痛 围绝经期腹痛，亦常有之，有时经各种检查，能够排除器质性疾病的因素，仅有小腹或少腹疼痛明显，腰酸有冷感，同时还有头昏头痛、烦躁、口渴等，脉象弦细，舌质偏红，苔白腻。使用本方治疗时，尚需加入白蒺藜 10 克，黄连 3 克。

【按语】 痛经汤原是我们临床常用的验方。本方在临床探索过程中，经历过效仿血府逐瘀汤、膈下逐瘀汤、少腹逐瘀汤的三个阶段。因为我们开始时治疗痛经时，着眼于通则不痛，血府逐瘀汤在有些中医妇科教材中介绍说是治疗痛经的要方，但是我们经实践中体会，一般来讲对较剧烈的痛经，仅仅活血化瘀、通畅脉络，控制疼痛的效果并不满意，还需加入止痛性的药物，如延胡索、五灵脂等，这样就进入到第二个阶段，也就是膈下逐瘀汤的时期。膈下逐瘀汤调气活血，止痛化瘀，是痛经的常规选方，所以现代的中医妇科教材，均将膈下逐瘀汤作为痛经中血瘀证的主方，我们在使用中，也的确能获得较好的效果。然而，对原发性的疼痛较剧的痛经来说，有时疗效仍不理想，故考虑到需要解决痛经的根本原因及其血瘀产生的源流。张景岳认为：痛经者，全实者少，夹虚者多。我们分析，痛经发作时所反应出的剧烈性疼痛，排出血块，虽为血瘀实证，但属于标实现象，其本质仍与肾虚有关，而肾虚之所以产生血瘀，又与阳虚有关，阳虚气化不利，气运不及，才是气血运行不畅的内在因素。少腹逐瘀汤温阳化瘀，带有标本同治的意义，因此，我们考虑到对血瘀性痛经，不论从本从标的角度出发，都必须结合温阳，所以将少腹逐瘀汤中的官桂、干姜、茴香等，改变为肉桂、川断、杜仲，使之转变为温阳补肾，目的更为明确，同时又要汲取膈下逐瘀汤化瘀止痛的主要药物，这样就组成了痛经方。

本方与上述逐瘀脱膜汤的异同点在于，同为治疗痛经属于血瘀证型的方剂，同样可以治疗膜样性痛经；但逐瘀脱膜汤主要针对膜样性痛经而设，主要作用在于逐瘀脱膜，其攻逐血瘀，剥脱子宫内膜的药物力量较大，而本方主要针对原发性痛经而设，攻逐血瘀的药物力量一般，但安定心神，温补肾阳，控制疼痛的效果较好，故用本方

来治疗的膜样性痛经，只能是较轻的。较重者还须使用逐瘀脱膜汤。

根据我们对本方药物的分析，本方具有以下几个特点：①性质偏温：本方虽然寒温药物并用，但总地来说还是偏温，是偏于温补肾阳，因为痛经剧烈时，一般来说属于血瘀，血瘀者瘀阻不通也，不通则痛，欲其通畅，特别是欲使血行畅通，必须运用温阳的方药，则就是“血得热则行，得寒则凝”。所以温阳的方药，亦有著活血通经的作用，偏温的方药，并非全为风冷、寒湿而设，当然具有寒冷因素者，亦当用温经的药物。我们在分析前人用治血瘀性痛经的方剂中，大多数含有温经助阳的药物，其目的就在于温通血脉，通达经血，达到通则不痛的目的。②具有镇静心肝的作用：因为方中首先列出钩藤、延胡索等，均具有镇静心肝神魂的作用，因为疼痛包括痛经在内，与心肝的神魂关系极大。在《内经》中有“诸痛痒疮，皆属于心”的论述，《金匮要略》中亦指出“脉弦主痛”，弦脉属肝，所以心肝与疼痛有关，心肝为阴中之阳脏，内藏神魂，寄有君相之火，故凡紧张、恐惧、烦躁、愤怒等，君相火旺，脉络不宁，疼痛必作，镇静心肝，君相火宁，神魂安定，脉络调和，疼痛自能缓解。当然安定心神，还应包括心理疏导和自我的心理调节等，才能收到较好的安定作用。③控制疼痛或称止痛：大凡疼痛剧烈的病证，首先考虑止痛，止痛也是治疗痛经的主要措施，所谓“急则治标”也。止痛的方法很多．有理气止痛、化瘀止痛、养血止痛、温经止痛、镇静镇痛等，而经行腹痛与“血”有关，而且是不通则痛，是以化瘀止痛当为要法，故方中当归、赤芍、五灵脂、延胡索一组药均有化瘀止痛之作用。④止痉：即是控制或缓解痉挛。《素问·举痛论》在论述疼痛时指出因于经脉绌急或者蹉缩。所谓“绌急”、“蹉缩”，是指一种痉挛的状态，现代医学认为痛经剧烈者乃子宫呈痉挛性收缩所致。因此，缓解痉挛，方能达到真正止痛的目的，故方中加入钩藤、芍药、当归，有镇静解痉的作用；延胡索为止痛的要药，但亦有镇静、缓解痉挛的功能。如病情需要，尚可加入全蝎、葛根、青风藤、干地龙等，这类药物解痉、止痉的作用较为明显，选加上述药物一二味，则缓解痉挛的功效自然增强，从而也就能够更好地控制或减轻疼痛。

研究表明，痛经的发生，与血液中前列腺素的升高有着重要的关系。本方的加减方药，即今之月月舒的原方资料分析表明，该方能降低月经血和于宫内膜中前列腺素（$PGF_2\alpha$）含量，使之接近正常水平，解除和减弱 $PGF_2\alpha$ 对子宫肌肉的作用，改善子宫血流量，因而使疼痛消失和减轻；还能改善甲皱微循环，治疗后各项指标逐月均有好转，治疗后 1 和 2 个月时，差别均非常显著（$P<0.001$）。在动物试验中，亦观察到本方可使家兔子宫阔韧带微血管扩张，毛细血管网交点增加，微血流速度加快；子宫的病理性痉挛得以缓解，痛经的临床症状得到减轻和消除。

【加减】 疼痛剧烈者，尚可加入琥珀粉（分吞）3～5 克，炙乳香、炙没药各 5 克。必须注意：乳香、没药、延胡索、当归、广木香等，均属芳香性药物，用气而不用其味，入煎剂，应注意封闭，煎沸后即停，不能开盖久煎，以免损耗药力。我们曾经作过比较，即新鲜的木香、延胡索、肉桂粉各 1～1.5 克，和匀吞服，有着明显的止痛效果，再以广木香 6 克，延胡索 10 克，肉桂 3 克，开盖煎煮，煮沸后又煎 15 分钟，服其水剂，止痛效果并不理想。但此类药物的粉剂，亦难于保管，粉剂久藏后，其止痛效果亦较差，用时须注意之。若行经期，腹胀便溏，甚则腹痛泄泻者，本方应去当归之

润肠，加入丹参 10 克，六曲 10 克，茯苓 12 克，广木香可改为煨木香 9 克。临床观察中我们发现，痛经剧烈时，常伴腹泻甚则呕吐，故用此方时，常以丹参易当归，再加入广陈皮以和胃。若行经期，小腹冷痛明显，甚则四肢厥冷，脉细，舌苔白腻者，加入炙桂枝 6~9 克，艾叶 9 克，甚则干姜 5 克，制附片 6~9 克。我们体会，对小腹寒冷，形体作寒者，以桂上加桂治之较好，肉桂温阳补肾，治在下焦，桂枝温阳散寒，治在上表，两桂相合，温阳散寒，相得益彰。

三、补肾促排卵汤

此方是我们临床上最为常用的验方之一。

【方名】 顾名思义，本方意在通过补肾为主促使排卵，排卵是目的，补肾是基础。因为临床所见的排卵功能障碍，大多数为肾虚所致，故创制补肾促排卵汤，以适应这类病人治疗的需要。

【组成】 炒当归、赤白芍、山药、熟地黄、丹皮、茯苓、川断、菟丝子、鹿角片（先煎）各 10 克，山萸肉 6 克，.五灵脂 12 克，红花 6 克。或可加入川芎 3~6 克，山楂 10 克。

【服法】 经间排卵期，每日 1~2 剂，水煎分服。

【功用】 补肾助阳，活血化瘀，促发排卵。

【适应证】 排卵功能不良或排卵功能障碍所致的月经失调、闭经、崩漏、不孕等病证。

【方解】 方中用我们在经后期最为常用的归芍地黄汤，滋养肾阴，奠定和提高物质基础，即奠定和提高促发排卵、促进转化的物质基础；加入川断、菟丝子、鹿角片，补养肾阳，滋阴而又助阳，而且在一定程度上要偏重于补阳，以适应这一时期重阴必阳的动态变化和阳长的需要；当归、赤芍、五灵脂、红花活血化瘀，以适应促排卵、促转化的需要，因为重阴必阳的转化是在血分中进行的，而排卵是卵泡自卵巢突破而出，故必须从活血化瘀入手。其中鹿角片一药，既能助阳，提高或促进 BBT 的高温相变化，又有助五灵脂、红花活血通络（瘀）的作用。

【临床运用】 除适用于排卵功能不良、或排卵功能障碍所致的月经病、不孕不育证外，还可用于一些功能不良所致的器质性病变，如子宫内膜异位症、子宫肌瘤、黄体不健所致膜样性痛经等。

1. 膜样性痛经　可见月经失调，大都为后期、量多，行经期有大血块，呈膜样片状性大小血块，大多在行经期的第 2 天疼痛剧烈，伴有月经量多，膜样血块下净后疼痛缓解，腰酸，小腹冷痛，同时还有头昏、胸闷烦躁、乳房胀痛，脉象细弦，舌质偏红，苔白腻。用本方治疗时，需加钩藤 15 克，绿萼梅 5 克。

2. 子宫内膜异位症　经确诊断为子宫内膜异位症，伴有月经失调，行经量少，或者量多，色紫红，有较大血块，腰俞酸楚，胸闷烦躁，或有乳房胀痛，测量 BBT，示低温相偏高，高温相偏短，或高温相欠稳定。用本方治疗时，尚需加入生山楂 10 克，石打穿 12 克。

3. 子宫肌瘤　经妇科检查和 B 超探查确诊为子宫肌瘤，伴有月经量多，色紫红，

有较大血块，或者经行淋漓不易净，腰酸头昏，胸闷烦躁，舌质边紫有瘀点，舌苔黄白腻。可用本方治疗，着重在经间排卵期服用，并于上方中加入生山楂 10 克，地鳖虫 6~9 克；如在行经期服，可去红花、山萸肉、菟丝子，加入炒蒲黄（包煎）6~9 克，炒荆芥 6~9 克，血余炭 10 克。

【按语】 补肾促排卵汤，是我们在补肾调周法中的主要验方，是从“中药人工周期”法中的排卵汤化裁而来的。排卵前期或排卵期，垂体前叶分泌促黄体激素和促卵泡激素，两者共同作用于成熟卵泡，促使排卵及排卵后形成黄体。此时选用排卵汤，以去瘀生新方法，使成熟的卵子突破卵巢表层而排卵，故排卵期促排卵的重点在于活血化瘀。排卵期，又可称之为的候期、真机期，这一时期具有两个显著的生理特点：第一是重阴或近重阴，也即是阴长至重，即高水平或近高水平，常表现为蛋清样白带，这是排卵期的显著标志，排卵功能不良者，常常缺乏这种现象或不明显，所以滋养肾阴与温补肾阳必须并重，使之具有高水平的阴以及与之相适应的阳，有了物质基础和条件，才有转化与排卵的可能；第二是绚缊状的活动，即气血的显著活动，表面上看起来，是气的活动，呈绚缊状，实际上主要在于血的活动，重阴转阳是血液中进行的，而成熟卵子突破卵巢表层而排出，也要通过血的实质活动才有可能，所以排卵期的气血活动，同样是以血为主，故排卵汤使用的药物，均是活血化瘀的血分药。补肾促排卵汤的拟定正是考虑到经间排卵期这两个特点，同时又认定在这两个特点中，重阴必阳是前提，是最为主要的一面，因此补肾即补阴补阳才是本方最为主要的作用。

本方组成，实际上含有三个思路。其一是滋阴养血，奠定物质基础，维系阴长至重，故方中应用归芍地黄汤，也即是本方的立足点，是组方的基础。其二是助阳，故方中用川断、菟丝子、鹿角片，就在于补肾助阳，之所以应用这类经过筛选的助阳药，其作用有四个方面：①阳中求阴：充分发挥阴阳的互根作用；②顺应阴阳动态转化的需要：当阴阳运动发展到重阴时，其运动的变化非常明显，甚至较为激烈，为了帮助阴长运动在高水平时的激烈状，需要有助阳药物的支持；③顺应重阴必阳的需求：也即重阴转阳后，阴已下降，让位于阳长，阳长运动远较阴长运动为快速，故必须有较好阳的基础，所以本方不仅为经间排卵期着想，而且也要考虑到为排卵后阳长服务；④排卵后必须得到阳的温煦，才能受孕，这也是本方补肾温阳的目的之一。其三，促进气血活动：即促进绚缊气血活动，以推动重阴必阳的顺利转化，有了顺利转化，也才有可能顺利排卵，故本方中加入当归、赤芍、红花、五灵脂等活血化瘀药物，而我们在临床上较为常用的是五灵脂和川芎两药。因为这两味药活血化瘀符合经间排卵期气血活动特点的需要，故在这里逐一介绍以下这两味药及山楂。但川芎辛温外散，易致火动，女性阴虚火旺者多，故有时舍取之。

五灵脂：苦、甘，温，入肝、脾经，或云入心、肝经，具有行血止痛的作用，治疗心腹血气诸痛，妇女经闭，产后瘀血作痛；外治蛇、蝎、蜈蚣咬伤；炒用止血，治妇女血崩，经水过多，赤带不绝。《本草纲目》析其功用说：“五灵脂，足厥阴肝经药也，气味俱厚，阴中之阴，故入血分，肝主血，故此药能治血病，散血和血而止诸痛，止惊痫，除疟痢，消积化痰，疗疳杀虫，治血痹，血眼诸证，皆属肝经也。失笑散不独治妇人心痛血痛，凡男女老幼，一切心腹胁肋少腹痛疝气，并胎前产后血气作痛及

血崩经溢，俱能奏功。又按李仲南云：五灵脂治崩中，非止治血之药，乃去风之剂。冲任经虚，被风伤袭营血，以致崩中暴下，与荆芥、防风治崩义同。方悟古人识见深奥如此，此亦一说，但未及肝血虚滞，亦自生风之意。”《药品化义》亦进而分析说：“五灵脂，苦寒泄火，生用行血而不推荡，非若大黄，动迅而不守，以此通利血脉，使浊阴有归下之功。治头风、噎膈、痰痛、癫疾，诸毒热痢，女人经闭，小腹刺痛，产后恶露，大有功效。炒用以理诸失血证，令血自归经而不妄行。”我们知道，卵巢、输卵管居少腹，属肝经部，排卵期卵巢输卵管生理活动正常，才能顺利排卵以及卵子顺利进入输卵管移行，五灵脂具有促进这类生理功能的作用，所以被视为促发排卵的最为理想的药物。

川芎：辛，温，入肝、胆经，或云入肝、脾、三焦经，功能行气开部，祛风燥湿，活血止痛，治疗风冷头痛、眩晕、胁痛腹痛、寒痹痉挛、经闭、难产等病证。我们认为此药乃血中气药，有一定的升散作用。善治头痛。朱震亨曰：“川芎味辛，但能升上而不能下守，血贵宁静而不贵躁动，四物汤用之以畅血中之元气，使血自生，非之谓其能养血也，即痈疽诸疮肿痛药中多用之，以其人心而散火邪耳，又开郁行气，止胁痛，诸寒冷气疝痛，亦以川芎辛温，兼入手、足厥阴气分，行气血邪自散也。”川芎与当归相伍，有收缩和扩张子宫的功能，故有调经催产的效果，由于川芎辛温升散，与经间排卵期促发排卵的气血活动上升的趋向相同，故非常适合于经间排卵期选用。

山楂：酸、甘，微温，或云味酸，冷，无毒，入脾、胃、肝经，可消食积，散瘀血，驱丝虫，治疗肉积、癥瘕、痰饮、痞满吞酸、泻痢、肠风、腰痛、疝气、产后儿枕痛、恶露不尽、小儿乳食停滞。《本草经疏》曰：“山楂，〈本经〉云味酸气冷，然观其能消食积，行瘀血，则气非冷矣，有积滞则成下痢，产后恶露不尽，蓄于太阴部分则为儿枕痛。山楂能入脾胃消积滞，散宿血，故治水痢及产妇腹中块痛也。大抵其功长于化饮食，健脾胃，行结气，消瘀血，故小儿产妇宜多食之。”《医学衷中参西录》亦说：“山楂，若以甘药佐之，化瘀血而不伤新血，开郁气而不伤正气，其性尤和平也。”正由于山楂味甘，入脾胃分肝之气，平和而不伤血，化瘀开郁，故在促排卵期使用亦较适合。

【加减】 必要时尚需加入桃仁、山甲片、地鳖虫等活血化瘀力量较强的药物，以助卵泡突破卵泡膜。临床上鉴于兼夹心肝郁火者多，故我们常以紫石英易鹿角片。紫石英乃石类药，质重沉降，温暖命门子宫的同时，对心肝火旺者无多大影响。重阴转阳后，常出现胸闷烦躁，乳房乳头胀痛等症，这时尚需加入钩藤 15 克，白蒺藜 10 克，绿萼梅 5 克；若心烦失眠，舌光红者，加入莲子心 5 克，青龙齿（先煎）10 克；若心烦失眠，舌光红者，加入莲子心 5 克，青龙齿（先煎）10 克，黄连 3 克。若少腹疼痛，舌质紫瘀者，加入桃仁 10 克，苏木 10 克，丝瓜络 6～9 克。

四、清心滋肾汤

此方即原滋肾清心汤的加味。

【方名】 原滋肾清心汤因具有滋养肾阴、清心安神之功而得名，为治疗阴虚证围绝经期综合征的经验方。增加清心之品后，名为清心滋肾汤。

【组成】 钩藤 15 克，丹皮 10 克，莲子心 5 克，山药、熟地黄、茯苓、紫贝齿（先煎）各 10 克，山萸肉 6 克，浮小麦（包煎）30 克，黄连 3～5 克。

【服法】 每日 1 剂，水煎分服。

【功用】 清心安神，滋阴养阴。

【适应证】 阴虚火旺证围绝经期综合征。证见烘热出汗，心烦寐差，常或失眠，激动，烦躁，抑郁，焦虑，悲伤，腰酸，头昏等。

【方解】 本方清心除烦，主要在于安定心神，调畅心血。方中钩藤、丹皮、莲子心、紫贝齿、浮小麦均乃清降心肝气火之药，并有安定神魂的作用；熟地黄、山药、山萸肉滋养肾阴；围绝经期综合征肾阴虚是本，但病发在心，故心肾合治，着重治心，故以黄连清心，是以改名为清心滋肾汤。

【临床运用】 本方除适用于阴虚火旺证围绝经期综合征外，尚可应用其他病证之属于阴虚火旺者，如：

1. 阴虚火旺证经前期综合征　证见每次经前胸闷烦躁，失眠，头昏头痛，腰俞酸楚，大便干小便黄，脉细弦数，舌质红苔黄腻。用本方治疗时，一般应去山萸肉、浮小麦，加入丹参、赤白芍各 10 克，泽兰叶 12 克。

2. 阴虚火旺证崩漏　主要见于围绝经期妇女，证见崩漏量多，呈持续性出血，色红有血块，心烦失眠，口渴咽痛，头晕腰酸，脉象细弦数，舌质红绛，苔黄腻。用本方治疗时，去山萸肉，加入炙龟甲（先煎）10 克，炒黄柏 9 克，墨旱莲 15 克，以便较好地控制出血。

【按语】 本方原名为更年期 1 号方，是用来治疗阴虚证围绝经期综合征的科研方。经我们临床上长期观察，发现围绝经期综合征以阴虚心肝火旺为其主要病变，其中肾气衰、天癸竭、阴水不足是病变的前提，阴虚则火旺，火旺则阴更虚，火旺者，大多为心火之旺也，但亦有肝火之旺者。我们曾在前年，运用滋肾清心汤治疗阴虚证围绝经期综合征 120 例。在观察中发现肾衰天癸竭是前提，阴虚火旺是病变的主要病机。在火旺中，我们又分别观察了心火旺与肝火旺的差别性，的确发现心火旺较肝火旺者尤为多见，但是心肝两火俱旺者更为多见。从症状上如心烦失眠、舌尖红对心火进行统计，而且还以尿儿茶酚胺增高的标准来衡定心火旺；也以忿怒急躁、口苦头痛等症状对肝火旺进行统计，同时结合尿 17-羟皮质类固醇增高的标准来衡定之；如果上述两方面症状都有，且尿儿茶酚胺增高与尿 17-羟皮质类固醇增高俱见，则为心肝两火俱旺。针对辨证与科研观察的结果，确定组方重点在于清心宁神、泄肝安魂的药物，再取用六味地黄丸的主药，经过 3 个月的临床治疗观察，在改善和稳定症状的同时，血查雌激素（E_2）、雄激素（T）均有改变，促性腺激素（FSH）、促黄体激素（LH）均有所下降，儿茶酚胺与 17-羟皮质类固醇亦均有所下降，显效 33 例（27.5%），有效 74 例（61.7%），无效 13 例（10.8%），总有效率为 89.2%。我们体会，越是发作明显，症状严重者，对其调治心神心血的意义就越为重要，其中莲子心为本方中最为重要的一味调心药。

莲子（心）：甘、涩，平，或曰味甘，其心有苦味，性微凉，无毒，入心、脾、肾，有养心益肾，补脾涩肠的作用，治夜寐多梦、遗精、淋浊、久痢、虚泻、妇人崩

漏带下。《本草纲目》云本药："交心肾，厚肠胃，固精气，强筋骨，补虚损，利耳目，除寒湿，止脾泻久痢，赤白浊，女人带下，崩中诸血证。"《本草纲目》说："莲子味甘，气温而性涩，禀清芳之气，得稼穑之味，乃脾之果也。土为元气之母，母气既和，津液相成，神乃自生，久视耐老，此其权舆也。昔人治心肾不交，劳伤白浊，有清心莲子饮，补心肾，益精血，有瑞莲丸，皆得此理。"《干氏医案》亦指出："莲子最补胃气而镇虚逆，若治心气不足，思虑太过，肾经虚损，真阳不固，溺有余沥，小便白浊，梦寐频泄，菟丝子五两，白茯苓三两，石莲子（去壳）二两。上为细末，酒煮糊为丸，如梧桐子大，每服三十丸，空心盐汤下。常服镇益心神，补虚养血，清小便，此乃《局方》茯菟丸。"本药应用时，欲其交济心肾，则带心用之。莲子心清心安神，着重在清心，如烘热出汗程度较重，即烘热明显，发作较频，而发作的时间延长者，必须加重莲子心的用量，一般用量在3~5克，可增加到10克，甚则15克，以控制心烦烘热症状。我们又体会：莲子心与黄连相合用，则清心之力更强，故本方合用之。紫贝齿为镇降安神药，清心与安神药合用才能达到真正调心安神的作用。本方的重点在于清心，故方名清心滋肾汤者，亦在于先控制发作明显的心神心血症状，同时结合地黄、山药、山萸肉的滋养肾阴，从根本上巩固清心后的疗效。

【加减】 夜寐甚差，彻夜失眠者，加入炒酸枣仁10克，夜交藤15~30克；胸闷不舒，时欲叹气者，加入广郁金9克，合欢皮10克，娑罗子6克；出汗过多，口渴咽干者，加入煅牡蛎（先煎）15克，五味子（盐水炙）6克；腹胀矢气，大便偏溏者，去熟地黄，加入煨木香6~9克，炒白术10克，砂仁（后下）5克；口苦口干，恶心呕吐者，加入陈皮6克，炒竹茹9克，芦根12克。

五、新加抑乳散

此方系我们近年来根据溢乳性病证治疗的需要拟定的常用的验方。

【方名】 之所以命名为抑乳散者，原由此类方药在一定程度上通过调节，可抑制高催乳素病证。所谓新加者，即在以往抑乳散方药中有所加减。

【组成】 沙参10克，麦冬6克，大熟地黄10克，白芍12克，山萸肉6克，山药、炒丹皮、川楝子各10克，甘草5克，炒麦芽30克、怀牛膝9克。

【服法】 每日1剂，水煎分服。

【功用】 滋阴柔肝，补肾抑乳。

【适应证】 适用子阴虚肝旺之乳溢经少，或溢乳闭经，或月经紊乱者。

【方解】 本方以沙参、麦冬、熟地黄、山药为滋阴生津的要药；又重用白芍，复加山萸肉酸饮之品，酸者入肝，养肝阴，敛肝气，柔肝性。肝为刚脏，气火偏旺，则肝性刚强，气火迫乳汁以外溢，故柔养肝阴，收敛肝气，平降肝火，才能起到抑乳的作用，且加入甘草，《内经》有"酸甘化阴"之说，意在滋养肝脏之阴，敛降肝经之气火，使乳溢者自能敛摄。复加金铃子以泄肝，麦芽以回乳，以加强柔肝泄肝之功能，更好地抑乳；怀牛膝不仅有补肾作用，而且有引经血下行的作用，故抑乳还得调经，调经才能更好地抑乳。

【临床运用】 本方虽用于阴虚肝旺之溢乳性月经不调和闭经类疾患，还可适用热

涸性闭经或月经先期量多等病证。

1. 热涸性闭经　闭经之后，出现形体消瘦，带下甚少，烦热口渴喜饮，面部生火，皮肤干燥，大便艰行，舌红少苔，脉弦细数。用本方治疗时，尚需加入黄芩 9 克，黄连 3 克，必要时加入大黄 3～5 克以泄之。

2. 血热性月经先期量多　可见头昏头痛，烦热口渴，咽喉干燥，腰俞酸楚，大便干结，小便黄少，脉象细数，舌质红绛，苔黄白干燥少津。用本方治疗时，尚需加入天花粉 10 克，炒黄柏 9 克，钩藤 12 克等。

【按语】 本方实际上是由魏玉璜的一贯煎加减而来的。魏玉璜的一贯煎原用来治疗热涸闭经，鉴于临床上所出现的溢乳性闭经，绝大多数缘于高催乳素血症，这类病证就临床所见多有胸闷烦躁，或伴乳房胀痛，或伴头昏腰酸等症，脉象大多见有弦象，舌质偏红，带下偏少，明显属于阴虚肝旺证，我们曾经通过较长期的临床观察，的确发现催乳素的偏高或过高者，与肝郁或肝经郁火的表现相一致，故着重于治肝，曾经应用过滋肾生肝饮。滋肾生肝饮滋阴养血，疏肝解郁，但疗效颇不理想，继则转用疏肝、泄肝结合调治，以归芍地黄汤加入疏泄肝木之品，如炒当归、赤白芍、山药、山萸肉、熟地黄、丹皮、茯苓、蜂房、蛇蜕、青皮、山楂、荆芥之属，命名为抑乳散，使用多时，发现对高催乳素血症所引起的月经病证，虽有一定疗效，但仍不理想。有人认为芍药甘草汤酸甘化阴，治疗溢乳性病证有效，因此转以泄肝柔肝、滋阴补肾之新加抑乳散治疗，疗效似较抑乳散有所提高。特别是缓解临床症状，使烦热口渴、头昏头痛均有好转，有人服药后，带下增多，血查催乳素下降，雌激素上升。但发现有相当部分患者，由于肝旺所致，其脾胃运化失健，在服用新加抑乳汤之后极易引起腹胀矢气、大便溏，或者有一部分人原本就有腹胀矢气、大便易溏的症状。分析因本方滋阴生津，润肠通便，故用之于脾胃虚弱者便易引起泄泻，故常需去掉麦冬、熟地黄，加入炒白术、砂仁等品调治之。从本方的重点来看，白芍、金铃子两药是主药，故列出分析之。

白芍：苦、酸，凉，入肝、脾经，有养血柔肝，缓中止痛，敛阴收汗的功用。能治胸腹胁肋疼痛、泻痢腹痛、自汗盗汗、阴虚发热、月经不调、崩漏、带下等疾病。对其作用，《药品化义》中分析较详，如说："白芍药微苦，能补阴，略酸能收敛，因酸走肝，暂用之生肝，肝性欲散恶饮，又取酸以抑肝，故谓白芍能补复能泻，专行血海，女人调经胎产，男子一切肝病，悉宜用之调和血气，其味苦酸性寒，本非脾经药，炒用制去其性，脾气散能收之，胃气热能敛之。主平热呕，止泄泻，除脾虚腹痛，肠胃湿热，以此泻肝之邪，而缓中焦脾气。《难经》所谓损其肝者，缓其中。同炙甘草为酸甘相合，调补脾阴神妙良法。若久嗽者借此以收肺。又治痢疾腹痛，为肺金之气，郁在大肠，酸以收缓，苦以去垢，故丹溪治痢，每剂用至三四钱，大有功效。"可见白芍虽入肝，但与炙甘草相合，则补脾中之阴而又有收敛之功，故为治疗溢乳者之要药耳。

川楝子：又名金铃子。本药苦寒有毒，入肝、胃、小肠经。具有除湿热，清肝火，止痛杀虫的作用。用来治疗热厥心痛、胁痛、疝痛等病证，是一味泄肝的主药。《本经逢原》云："川楝，苦寒性降，能导湿热下走渗道，人但知其有治疝之功，而不知其有

荡热止痛之用。《本经》主温疾烦狂，取其引火毒下泄，而烦乱自除。其杀三虫利水道，总取以苦化热之义。古方金铃子散治心包火郁作痛，即妇人产后血结心疼，亦宜用之。以金铃子能降火逆，延胡索能散结血，功胜失笑散，而无腥秽伤中之患。昔人以川楝为疝气腹痛，杀虫利水专药，多用之不效者，不知川楝所主，乃囊肿茎强木痛湿热之疝，非痛引入腹，厥逆呕涎之寒疝所宜，此言虽迥出前辈，然犹未达至治之奥。

【加减】 小腹冷痛者，尚应加人肉桂（后下）3克，甘草改为炙甘草6克；如大便偏软，或者溏泄，腹胀矢气，加人煨木香6~9克，砂仁（后下）5克，炒白术10克；若心烦失眠，或者心慌心悸者，加人莲子心5克，炒酸枣仁9克，青龙齿（先煎）10克；若胸闷脘痞，恶心泛吐者，应加人陈皮、制半夏各6克，香橼皮6~9克；若口腻多痰，形体肥胖，舌苔白腻而厚，加人制半夏6克，制苍术10克，苏梗6克，制川朴5克。

六、清心健脾汤

此方是我们近年来为了卵巢早衰病证治疗的需要拟定的验方。

【方名】 命名为清心健脾汤者，缘由本方由清心安神、健脾理气的药物组成，针对心肝火旺、脾肾虚者而设，取其上清心下健脾也。

【组成】 钩藤15克，黄连3~5克，炒丹皮10克，合欢皮9克，党参15克，煨木香9克，炒白术10克，茯苓12克，砂仁（后下）5克，陈皮6克，紫贝齿（先煎）10克。

每日1剂，水煎分服。

【功用】 清心安神，健脾理气。

【适应证】 适用于卵巢早衰的心脾失调病证，或围绝经期综合征脾胃虚弱者。

【方解】 本方是由清心安神的药物如黄连、丹皮、合欢皮、紫贝齿、钩藤等为主，再由党参、白术、煨木香、砂仁等健脾理气药所组合，组成一首心脾同治，寒温并用的方剂，寒者即清其心火，温者，即温其脾胃，清心温脾归经不同，故并无矛盾，在早发围绝经期综合征中的确有着心火偏旺心神失宁，但又脾胃失和的病证，非此上清中温，偏于益气不可。养血者不宜。

【临床运用】 除应用于卵巢早衰，属于心脾失常的病证外，在围绝经期综合征中，如兼有脾胃不和者，亦宜用此。还有心脾失常的崩漏病证中，亦宜用此。

1. 心脾失和的围绝经期综合征 在围绝经期综合征的病证中属子阴虚火旺，或肝肾不足，或心肾不交的病证，均非本方所宜，但如围绝经期综合征中，除烘热出汗，心烦失眠、忧郁、急躁外，尚有腹胀矢气，大便溏泄，神疲乏力，胃脘不舒，纳食欠佳，舌质红苔白腻者，必须应用本方去丹皮，加入莲子心5克，若腹鸣腹泻，小腹有冷感者，尚需加人炮姜3~5克。

2. 心脾不和的崩漏病证 如崩漏量多，色淡红有小血块，或淋漓不净，伴见胸闷心烦，夜寐甚差，纳欠神疲，腹胀便溏，脉象细弦，舌质淡红，苔白腻者，亦可应用本方去丹皮，加地榆炭10克，大、小蓟各12克，血余炭9克。

【按语】 本方是由资生健脾丸加减变化而来的，资生健脾丸是《先醒斋医学广笔

记》的方剂，原方药物颇多是用来治疗妊娠之月，阳明脉衰，胎堕的病证，为调理脾胃，益气安胎的方剂。我们又参考了清心滋肾汤、归脾汤、荆公妙香散等方剂，从而组合成清心健脾汤，以适应围绝经期综合征中的心脾失和类型。

根据我们临床上长期对围绝经期综合征的观察，阴虚火旺者极为多见，火旺则心神心血不得安宁，故出现烘热出汗、面部潮红、心慌失眠、情绪急躁、忧郁、冷漠、多疑、善惊等症，均属于心神心血的病证，所以我们认为围绝经期综合征在其发作期主要表现为“心”或者涉及“肝”的症状，故提出清心安神是主要的首选的治法，但毕竟本证来源于肾阴的不足，因而拟定了清心滋肾汤，这是围绝经期综合征中最为主要的治疗方法。但是，临床上常有心脾失和证型者，即围绝经期综合征伴有明显的脾胃失和的表现，如伴有腹胀便溏、矢气频作、纳欠苔腻、神疲乏力，不得不应用本方，即清心健脾汤。我们最近治疗过两侧卵巢早衰病证，一例年仅 28 岁，一例 32 岁，一方面出现烘热出汗，烦躁失眠，头昏腰酸，另一方面纳欠腹胀，大便易溏，一例因服六味地黄丸而致腹泻，神疲乏力，闭经带少，我们不得不转用此方调治，稳定了病情。在使用清心健脾汤时，黄连、紫贝齿是重要药物，故分别详为介绍之。

黄连：味苦，性寒，入心、肝、胆、胃、大肠经，有泻火清热，燥湿解毒的作用，主治热病、泄泻痢疾、心烦胸闷、呕吐吐血、消渴、目疾赤痛、痈肿疔毒、口舌生疮、湿疮等。张元素曰其：“治郁热在中，烦躁恶心，兀兀欲吐，心下痞满。”王好古亦云其：“主心病逆而盛，心积伏梁等病证。”我们体会：黄连为苦寒药，治疗热性病，特别是肠胃之间的湿热邪毒，具有明显的功效，以此加减的解毒汤、泻心汤、佐金丸、连苏饮等，均是治疗肠胃间湿热邪毒的名方，但在治疗内伤杂病，特别是妇科病证中，主要取其清心和胃、安神利湿之功。如妇科常用的清心滋肾汤、交泰丸、抑肝和胃饮等，均以黄连为主药。因此说，黄连在妇科中仍为要药。

紫贝齿：味咸，性平，归肝、心经，有清肝明目，镇静安神的作用，主治肝阳头痛、目赤、眩晕等病证，兼能清热化痰，可用于痰热咳嗽。《饮片新参》中云其：“清心，平肝，安神，治惊惕不眠。”《新修本草》亦认为本药有“明目，去热毒”的作用。我们体会，此药主要在于清肝明目，但亦有镇降安神以及清心火的作用，以其主含碳酸钙，故在围绝经期病证中较为常用。

【加减】 在卵巢早衰病证中，有属于心脾不和者，可应用本方。若脾寒明显，可出现脘腹部有冷感、腹鸣漉漉者，需加入炮姜 3～5 克，肉桂（后下）3 克；若伴有肝经郁火者，可出现头痛、烦躁、目赤者，可加入苦丁茶 10 克，白蒺藜 12 克，甘菊 5 克；若胃失和降，出现恶心泛吐，甚则吐出酸苦黏痰者，可加入制半夏 6 克，淡吴茱萸 3 克，姜汁炒竹茹 6 克；若兼夹痰湿，可见脘腹痞胀，纳呆口腻，痰涎偏多，舌苔黄白腻厚者，可加入广藿香 6 克，佩兰 9 克，制半夏 5 克，制川朴 3 克；纳食甚差，神疲乏力者，加入炒香谷、麦芽各 12 克，荆芥 6 克。

七、加减坎离既济汤

此方系我们近年来为了围绝经期综合征、经行失眠等病证治疗的需要拟定的方剂。

【方名】 坎离既济，是指心肾相交。坎离者，乃后天八卦之中心轴也。坎者，北

方肾水，离者，南方心火，坎离既济是一种水火既济的意思。方名如此，治疗的意义也在此。为了适应妇科治疗之需要，故须进行加减。

【组成】 肉苁蓉 9 克，熟地黄 10 克，山萸肉 6 克，五味子 5 克，炒黄柏 9 克，炒当归、白芍、茯苓、炒丹皮各 10 克，炒酸枣仁 9 克，牡蛎 15 克，必要时加龟甲 10 克。

【服法】 每日 1 剂，水煎分服。

【功用】 燮理阴阳，交通心肾。

【适应证】 今治围绝经期综合征，经行失眠等病证，但原书指出，治肾阳不足，不能蒸动阴液，上济于心，心火偏亢，不能下交于肾，以致口干咽痛，口舌生疮，手足心热，失眠心悸，大便干燥，小便黄。

【方解】 本方用肉苁蓉、熟地黄、山萸肉、山药等补养肾阴为主导，复用五味子、茯苓、酸枣仁以安心神，心肾合治，即交济心肾之法也；加入黄柏、牡蛎以降相火，亦有助于心火即离火之下降；在阴药中加肉苁蓉助阳药，目的在于蒸动肾水即坎水上济，达到水火交合，坎离即济的目的。之所以用归芍、枸杞子、丹皮者，此乃血分药，女子以血为主，使水火交合，坎离既济在血中进行，此亦妇科之特点也。

【临床运用】 本方除治疗心肾失交之经行失眠及围绝经期综合征外，尚可运用于卵巢早衰及月经病失调之心肾失交的病证。

1. 卵巢早衰病症　年未老，经水断，伴见烘热出汗，头昏腰酸，烦躁寐差，甚或失眠，带下甚少，五心烦热，口干咽痛，神疲乏力，脉象细弦，舌质淡．少苔者，方中尚可加入鳖甲（先煎）10 克，钩藤 15 克，莲子心 5 克。

2. 心肾失交的月经病证　如月经后期，或先后不一，量少，色红有小血块，头昏腰酸，夜寐甚差，甚则失眠，形体清瘦，五心烦热，舌质红，脉弦者，按补肾调周法论治，在经净后的时期内服用本方，一般可去黄柏、麦冬，加入牛膝、寄生各 10 克等品甚合，进入经后中期，尚需加入川断 10 克、菟丝子 12 克。

【按语】 本方为加减坎离既济汤，实际是从《杂病源流犀烛》的坎离既济丹变化而来的。坎离既济丹是由肉苁蓉、熟地黄、麦冬、山茱萸、枸杞子、五味子、黄柏、当归身、白芍、天门冬、远志、茯苓、茯神、牡丹皮、酸枣仁、人参、泽泻组成的。名曰坎离既济丹，即言其有心肾相交、水火交合的功效，在妇科学上，心肾相交，坎离既济，水火合一，有着非常重要的意义。因为在月经周期中，在女性生殖节律中，与阴阳消长转化的节律有着极为密切的关系。坎离者即肾与心也。心肾相交，才能有效地推动与调节女性生殖生理中的阴阳运动。其调节功能对阴阳运动的正常与否有着重要的意义。根据我们长期的临床观察，阴阳运动的失常与心肾的失交有关，而心肾失交的病变，首先在于肾虚，而肾虚尤在于阴虚，包括天癸之水亏虚，其次是阳虚，所以本方着重在滋养肾阴，张景岳曰："善补阴者，必于阳中求阴。"补阳首先在于用肉苁蓉。肉苁蓉虽为助阳药，但在此方中之用，非为助阳而用，而为滋阴之用，因为阴得阳助，则生化无穷。此外助阳之肉苁蓉在本方中应用，还有着蒸动阴液上济于心，为与心中的离火相交起重要作用。然后再结合降心火安心神的五味子、酸枣仁、茯苓神等药。又加入牡蛎，必要时再加入龟甲，在水中引火，或者在水中纳火，使心火潜降于肾水之中。故方中主要是归芍地黄汤，是一张血中补阴，心神同治的方剂，但目

的明确，以治肾水为主，促使坎离既济。病在心火过亢者，选用清心滋肾汤较合，由于加减坎离既济汤用药较杂，在一定程度上影响本方药的扩大使用，故我们根据临床上病证的需要，有所加减，使之更适合本类病证，而可大大扩大其使用范围。根据我们运用的体会，熟地黄、牡蛎、酸枣仁为加减坎离既济汤中的要药，故分别介绍之。

熟地黄：味甘，性微温，归肝、肾经，有补血、滋阴的作用，为补肾的要药，《本草纲目》云其："填骨髓，长肌肉，生精血，补五脏内伤不足，通血脉，利耳目，黑须发，男子五劳七伤，女子伤中胞漏，经候不调，胎产百病。"按王硕《易简方》云："男子多阴虚。"宜用熟地黄，女子多血热，宜用生地黄，又云："生地黄能生精血，天门冬引人所生之处；熟地黄能补精血，用麦门冬引人所补之处。"虞抟《医学正传》云："生地黄生血，而胃气弱者服之恐妨食，熟地黄补血．而痰饮多者服之恐泥腹。或云：生地黄酒炒则不妨胃，熟地黄姜汁炒则不泥腹，此皆得用地黄之精微者也。"我们认为熟地黄确是滋养肾阴的主要药物，故张景岳在其许多著名的补肾方药中，均重用熟地黄，故有张熟地之称。但熟地黄性微温，如阴虚火旺，致出血者，应选干地黄或生地黄为佳。由于熟地黄滋腻，常须砂仁拌炒之。

牡蛎：味咸，性凉，归入肝、肾经，有平肝潜阳，重镇安神，敛汗涩精，软坚散结的作用。《本草纲目》认为其能"化痰软坚，清热除烦，止心脾气痛，利下赤白浊，消癥瘕积块，瘰疾结核。"《药性论》认为它"主治女子崩中，止盗汗，除风热，止痛。……又和杜仲服止盗汗，病人虚而多热加用地黄、小草。"我们体会：牡蛎生用益阴潜阳，软坚散结，正如《药性论》所说：病人虚而多热者，合地黄用之，以除虚热，两药均以滋肾水为主，养而降之，养而敛之，使坎离心肾相济，故谓之主要药物耳。

酸枣仁：味甘，性平，入心、肝、脾经，有养心安神，敛汗除烦的作用，是一味宁心安神的常用药物。《本草汇言》曰："酸枣仁，敛气安神，荣筋养髓，和胃运脾之药也。……其仁均补五脏，如心气不足，惊悸怔忡，神明失守，或腠理不密，自汗盗汗，肺气不足，气短神怯，干咳无痰，肝气不足，筋骨痉挛。爪甲枯折，肾气不足，遗精梦泄，小便淋漓；脾气不足，寒热结聚，肌肉羸瘦；胆气不足，振悸恐畏，虚烦不寐等证，是皆五脏偏失之病，得酸枣仁之酸甘而温，安平血气，敛而能运者也。"朱震亨亦云："血不归脾而睡卧不宁者，宜用此大补心脾。则血归脾而五脏安和，睡卧自宁。"我们体会，酸枣仁不论生用、熟用，都有安神催眠作用。临床上应根据失眠具体情况分别使用，如偏于肝胆虚热者，生用为好，如偏于脾虚血少者熟用为佳。加减坎离既济汤主治肾阴亏虚，心火不降，以致坎离水火之间不得交济，故以生酸枣仁为宜，安神除烦，意在交济心肾耳。

【加减】 若心烦失眠，口苦咽干，属于心火偏旺者，可加入莲子心 5 克，黄连 3 克，青龙齿（先煎）10 克；若脾胃不和，脘腹作胀，纳食欠佳，大便偏溏者，先当以调理脾胃入手，予以香砂六君汤加减，然后再从心肾论治；如脾胃不和，症状甚轻者，即在上方中去肉苁蓉、当归，加入炒白术 10 克，砂仁（后下）5 克，陈皮 6 克，煨木香 9 克；若夹有痰湿，口腻痰多，纳差脘痞者，加入陈皮 6 克，制半夏 5 克，佩兰 9 克；若肝火偏旺，头痛、目赤、烦躁忿怒者，加入钩藤 15 克，白蒺藜 10 克，苦丁茶 9 克，夏枯草 10 克等。我们体会，本方与清心滋肾汤有相似之处，所不同的是清心滋肾

汤用在围绝经期综合征发病阶段的治疗，重在清心安神，此方用在卵巢早衰中的治疗，重在滋阴养血，结合安定心神，使用时可注意之。

八、加减补天五子种玉丹

此方系我们近年来为了经后中末期治疗的需求摸索出来的常用的验方。

【方名】 补天五子种玉丹实际上补养的是先天肾，用五子补肾丸但重在阴阳并补，有治疗不孕不育的功效，故谓之种玉丹，我们根据临床进行加减而成加减补天五子种玉丹。

【组成】 大熟地黄 12 克，山药 10 克，山萸肉 6 克，丹皮、茯苓各 10 克，泽泻、怀牛膝、川断、枸杞子、女贞子、覆盆子、紫河车各 10 克，菟丝子 12 克，五味子 5 克。

【服法】 每日 1 剂，水煎分服。

【功用】 滋阴助阳，阴阳并补。

【适应证】 适用于阴阳失衡的月经病证，原方认为此为治疗男子不育的方剂。男人之精由血而化，补天者，补肾也，即补血添精也。

【方解】 补天五子种玉丹原方拟定者认为，补天者，乾也，即补养先天之意，着重在阴阳并补，故用六味地黄丸（汤）去泽泻，以滋养肾阴；用五子补肾丸去车前子等，加入枸杞子、女贞子、五味子以补阴阳；复用紫河车血肉有情之品，养血助阳，大补先天肾精；加入怀牛膝，不仅在于将所补之阴阳引入于肾，而且牛膝之淮产者本身亦有补养肝肾的作用；本方虽着重于补养先天之肾，但方中所用的枸杞子、山萸肉、女贞子，同时亦有补养肝阴的作用；用五味子合茯苓者，亦有一定的宁心作用，亦符合前人所谓“欲补肾者先宁心”的意思。

【临床运用】 本方不仅适用于男女性不孕不育症，诸凡先天生殖器官发育欠佳，后天卵巢早衰等病证，均可运用之。

1. 先天生殖器官发育欠佳 如子宫发育不良，伴见月经后期，经量偏少，色淡红或有小血块，平时带下偏少，皮肤干燥，形体清瘦，或有形体肥胖，毛发偏盛，大便干燥，小便黄少，舌质偏红，苔色黄，脉象细弦或兼数。选用本方治疗时，应稍加莪蔚子、红花等，服之疗程较长，服药后观察白带分泌情况。

2. 卵巢早衰证 一般可见月经后期，量少，甚则闭经不潮，带下甚少，伴有烘热出汗，胸闷烦躁，夜寐甚差，情绪忧郁，急躁、焦虑、紧张、激动，头昏腰酸，神疲乏力，感冒频见，脉象细弦，舌质红裂，苔黄白腻。用本方治疗时，可加入钩藤 15 克，莲子心 5 克，广郁金 3 克。

【按语】 补天五子种玉丹方出于《产科心法》，原为治疗男子精血不足者，方由六味地黄汤合五子补肾丸而来，或者是六味地黄丸合五子衍宗丸。六味地黄丸则一，但五子补肾丸以菟丝子、枸杞子、覆盆子为主药，五子衍宗丸以枸杞子、菟丝子为主药。主药者，方中用量偏重者也。五子补肾丸在前三子的基础上加入五味子、车前子为辅，而五子衍宗丸以覆盆子、炒车前子、五味子为辅，稍有不同。六味地黄丸滋养肾阴，而五子补肾丸稍重于补益肾阳，两者相合，形成并补肾之阴阳的方剂。加入紫河车、

怀牛膝旨在加强平补肾阴阳的作用。加减补天五子种玉丹用来治疗先天生殖器官发育欠佳者较为合宜。考先天生殖器官发育欠佳者，的确与肾气欠盛、天癸欠充有关，在我们的长期临床观察中，发现凡是先天生殖器官发育欠佳者，基本上均与肾气、天癸不足有关，尤其与天癸的亏虚关系更大。肾气者包括阴阳两者，天癸者虽亦有阴水阳水之别，但以阴水为主，是以先天生殖器官发育欠佳者，偏于阴虚、癸水不足者居多，即使有所阳虚，常亦是在阴虚的基础上涉及阳虚，所以本方阴阳并补着重补阴，完全符合这类病变治疗的需要，不仅适用先天生殖器官发育欠佳的不孕不育病证，而且也适用于因生殖器官发育欠佳的月经病、带下病等。因本病的病程较长，因此本病的疗程也较长，在服药过程中，还必须根据病变情况，适当加入调气血之品，以促进冲任脉的通盛，子宫输卵管的血脉畅通，肌肉的发达和充实，从而有助子宫输卵管的发育。本方中，紫河车、菟丝子、覆盆子是阴中阳药，也是阳中求阴的药物，有必要列出来详为介绍之。

紫河车：又名人胞，其名首载于《本草纲目》，味甘、咸，性温，归入肺、肝、肾经，有着补气、养血、益精、助阳的作用，用于治疗气血不足，体弱虚损，肺肾两虚偏于肾精亏虚，腰酸耳鸣，女子不孕不育。产后乳汁不足，用本品研末，服之有良效。在本药的作用方面，《本经逢原》说："紫河车禀受精血结孕之余液，得母之气血居多，故能峻补营血，用以治骨蒸羸瘦，喘嗽虚劳之疾，是补之以味也。"在该药补养的属性上，亦存在偏温、不温的不同观点。如《神农本草经疏》云："人胞乃补阴阳两虚之药，有返本还元之功。然而阴虚精漏，水不制火，发为咳嗽吐血，骨蒸盗汗等证，此属阳盛阴虚，法当壮水之主以制阳光，不宜服此，并补之剂，以耗将竭之阴也，胃火齿痛，法亦恶之。"《折肱漫录》："有人谓河车性热有火，此说最误人。河车乃是补血补阴之物，何尝性热，但以其力重，故云助火耳，配药缓服之，何能助火。"我们体会，河车确有大补精血之用，是补养先天助长发育的要药，性能偏温，在阴虚火旺之体，当慎用之。

菟丝子：味辛、甘，性平，入肝、肾经，有补肾益精，养肝明目的作用，可用于肾虚腰痛，尿浊带下，小便频数，胎动不安，视物模糊等证。其具体作用，正如《本草汇言》所云："菟丝子补肾养肝，温脾助胃之药也。但补而不峻，温而不燥，故人肾经，虚可以补，实可以利，寒可以温，热可以凉，湿可以燥，燥可以润，非若黄柏、知母，苦寒而不温，有泻肾经之气，非若肉桂、益智，辛热而不凉，有动肾经之燥；非若苁蓉、琐阳，甘咸而滞气，有生肾经之湿者此也。如《神农本草》称为续绝伤，益气力，明目精，皆由补肾养肝，温理脾胃之征验也。"《本经逢原》叙述其功用较详，如说："菟丝子祛风明目，肝肾气分也。其性味辛温质黏，与杜仲之壮筋暖腹无异，其功专于益精髓，坚筋骨，止遗泄，主茎寒精出，溺有余漓，去膝胫酸软，老人肝肾气虚，腰痛膝冷，合补骨脂、杜仲用之，诸筋膜皆属于肝也。气虚瞳子无神者，以麦门冬佐之蜜丸服效，凡阳强不痿，大便燥结，小水赤涩者勿用，以其性偏助阳也。"由此观之，菟丝子属子助阳药，但属阳中之阴药也，固涩中有通利，用时需注意之。

覆盆子：味甘、酸，性平，归入肝、肾经，有补益肝肾，固精缩尿，助阳明目的作用，可治疗肝肾亏损，精气不足，未老早衰，以及肾虚失固的尿频、遗尿、遗精、

血崩等病证，其功用的分析，有如《本草经疏》："复盆子，其主益气者，言益精气也。肾藏精，肾纳气，精气充足，则身自轻，发不白也。苏恭主补虚续绝，强阴建阳，悦泽肌肤，安和五脏，甄权主男子肾精虚竭、阴痿，女子食之有子。大明主安五脏，益颜色，养精气，长发强志。皆取其益肾添精，甘酸收敛之义耳。"《本草正义》认为："覆盆，为滋养真阴之药，味带微酸，能收摄耗散之阴气而生精液，故寇宗奭谓益肾缩小便，服之当覆其溺器，语虽附会，尚为有理。"

【加减】 若出现阴虚火旺，烦热口渴，午后升火者，需加入炙知母 6 克，炒黄柏 9 克；若出现肝火偏旺，头痛目赤，口苦舌红者，需加入夏枯草 12 克，苦丁茶 10 克，钩藤 15 克；若出现心火偏旺，心烦失眠，舌尖碎痛者，需加入莲子心 5 克，黄连 5 克，青龙齿（先煎）10 克；若出现肝郁气滞，胸闷不舒，情绪抑郁者，需加入广郁金 9 克，醋炒柴胡 5 克，娑罗子 9 克；若出现脾胃不和，脘腹作胀，嗳逆不已，矢气频作者，需加入广木香 9 克，陈皮 6 克，佛手片 5 克，玫瑰花 3 克。

九、新加固经汤

此方系我们近年来为出血性月经病证治疗的需要而拟定的常用的验方。

【方名】 固经者，即控制月经中的出血疾患，前人有固经丸，我们对其进行了加减，以适应临床病证治疗的需要，故名之新加固经汤。

【组成】 炙龟甲（先煎）10 克，炒黄柏 6～10 克，椿根白皮 12 克，炒川断 10 克，炒五灵脂 10 克，炒蒲黄（包煎）6～9 克，炒黄芩 6 克，墨旱莲 12 克，血余炭 12 克。

【服法】 每日 1 剂，水煎分服。

【功用】 凉血清热，固经摄血。

【适应证】 崩漏出血，量多色红，有血块，伴有头昏头痛，胸闷烦热，口渴口苦，便秘尿黄等症。

【方解】 本方是在固经丸的基础上加减而来的。方中重用龟甲、黄柏两药。龟甲滋阴镇降，守而不走，故有滋阴止血之功，黄柏苦寒，清下焦肾家之火，两药相合，故能控制下焦与肾有关的出血病证；再加入炒黄芩之清热，椿根白皮、血余炭、炒蒲黄等的止血，以加强固经的作用；墨旱莲者，既能滋阴，又有凉血清热、止血固经等多方面作用；加入五灵脂者，乃因诸凡出血性病证，不管是血热性出血，还是气虚性出血，均有程度不同的瘀滞存在，因此在滋阴清热、固经止血法中加入化瘀之品，止中寓化，这样可使固经止血之后无任何不良后果。

【临床运用】 本方除了治疗血热性的崩漏外，还可用于血热性的月经过多，以及阴虚血热性产后恶露不绝等的治疗。

1. *血热性月经过多病证* 月经先期，量多，色红，质黏腻，有小血块，伴有头昏头痛，胸闷烦躁，口苦口干，夜寐较差，大便秘结，小便黄少，腰俞酸楚，脉象细弦带数，舌质偏红，苔色黄腻。使用本方时，尚需加入白芍 10 克，制香附 6～9 克。

2. *血热性产后恶露不绝* 产后血露不绝，或有时增多，色红或殷红，质黏稠，头晕腰酸，烦热口渴，入夜盗汗，大便秘结，小便黄少，脉象细弦带数，舌质偏红，苔黄。使用本方治疗时，需加入败酱草 15 克，薏苡仁 15～30 克，大、小蓟各 12 克，生、

熟地黄各 10 克。

【按语】 崩漏的主要原因在于“阴虚阳搏”。新加固经汤完全是针对崩漏的主要病理而拟定的。既然崩漏出血的根本原因在于阴虚，故方中用龟甲、墨旱莲以滋养肾阴，并有藏敛子宫，固摄冲任，控制出血的含义在内；阴虚虽是出血的基点，但出血的主要原因还在于阳火之迫击，也就是阳火扰乱血室，以致血液妄行而为崩漏，故凉血清热，本方重用黄柏、黄芩，清热才能安定血液之妄行，以达到有效的控制出血，而且黄柏入肾是清肾之相火，亦即是能清下焦之火，与龟甲相合，的确能达到清与静、泻与补的作用，黄芩在前人的论述中也是凉血清热控制出血的要药，如治疗先期量多的奇效四物汤，其中主要的清热药也是黄芩，在围绝经期、老年期血热性出血病中，前人有枯芩散，也只有一味黄芩，善能清热止血，故本方中亦用之以有效地控制出血。在女性崩漏病证中，的确常有夹瘀者，有的程度很轻，不易为临床医师所察觉，而我们加入五灵脂、蒲黄两药，有瘀则化瘀，无瘀能止血，而且在大量的凉血止血药中，极易有留瘀之弊，故加入五灵脂、蒲黄，亦可防范之，免贻后害。鉴于本方中龟甲、黄柏是主药，故专列以介绍之。

龟甲：又称龟甲、元武版、坎版，味咸，性平，入肝、肾经，具有滋阴潜阳，补肾健骨的作用，治疗肾阴不足，骨蒸劳热、吐血、衄血、久咳、遗精、崩漏、带下、腰痛、骨痿等疾，其作用有如《药品化义》中所说：“龟底甲纯阴，气味厚浊，为浊中浊品，专入肾脏，主治咽痛口燥，气喘咳嗽，或劳热骨蒸，四肢发热，产妇阴脱发躁，病系肾水虚，致相火无依，此非气柔贞静者，不能息其炎上之火。又取其汁润滋阴，味咸养脉，主治朝凉夜热，盗汗遗精，神疲乏力，腰痛腿酸，瘫痪拘挛，手足虚弱，久疟血枯，小儿囟颅不合，病由真脏衰，致元阴不生，非此味浊纯阳者，不能补其不足之阴。古云：寒养肾精，积此义耳。”《本草经疏》将龟甲、鳖甲并论：“龟鳖之甲，〈本经〉所主，大略相似，今人有喜用鳖甲恶用龟甲者，有喜用龟甲恶用鳖甲者，皆偏之见也。二者咸至阴之物，鳖甲走肝益肾以除热，龟甲通心入肾以滋阴，用者不可不详辨也。”我们认为，龟甲镇静固涩，其滋阴之功较著，崩者用之甚合。

黄柏：味苦，性寒，入肾、膀胱经，具有清热燥湿，泻火解毒的作用，善治热痢泄泻，便血赤白带下等疾。朱震亨：“黄柏走至阴，有泻火补阴之功，非阴中之火，不可用也。”“得知母滋阴降火，得苍术除湿清热。”《药品化义》：“黄柏味苦入骨，足以降火，能自顶至踵，沦肤彻髓，无不周到，专泻肾与膀胱之火，盖肾属寒水，水多则渐消，涸竭则变热。若气从脐下起者，阴火也。《内经》曰：肾欲坚，以苦坚之，坚即补，丹溪以此一味名大补丸，用盐水制，使盐以入肾，主降阴火以救肾水。”

【加减】 本方在崩漏出血期应用时，常有所加减。如偏于阴虚的，尚需加入女贞子 15 克，大熟地黄 10 克；如肝火偏旺，以致出血加剧者，加入黑栀子 10 克，夏枯草 9 克；如夹有血瘀，且血瘀较为明显，以致出血量多，血块亦多者，加入花蕊石（先煎）10 克，大、小蓟各 12 克，或三七粉（分吞）3 克；若脾胃失和，腹胀矢气，大便或有溏泄者，加入炒白术 10 克，砂仁（后下）5 克，煨木香 6～9 克，陈皮 6 克；若腰酸明显，尾骶及两下肢有冷感者，尚需加入杜仲 9 克，寄生 12 克，制狗脊 10 克。

十、健脾滋阴汤

此方系我们近年来在临床上摸索出来的验方之一，适合于脾弱阴虚患者治疗的需要，在经后期亦颇为常用，属于调周法中的重要方剂之一。

【方名】 健脾者，健运脾胃也；滋阴者，滋养肾阴天癸也，亦包括滋养脾阴在内。健脾与滋阴是矛盾的，两者之间存在冲突。但注意到两者间的矛盾，选择冲突较小的药物组成健脾滋阴方剂，在临床上很有必要。

【组成】 太子参 15 克，炒白术、山药各 10 克，山萸肉 6 克，广木香 6～9 克，广陈皮 6 克，莲子肉、制黄精、茯苓、炒白扁豆各 10 克。

【服法】 每日 1 剂，水煎分服。

【功用】 健脾益气，滋阴渗湿。

【适应证】 治疗经行泄泻，或经行前后无定期，或经行后期量少，常伴神疲乏力，纳差，口淡无味，带下很少，腰酸腿软，舌质淡红，苔薄，脉象细缓少力等。

【方解】 方用太子参、山药、莲子肉，既益气健脾，又滋养脾阴，为主药，意在健脾滋阴，以恢复阴分为主；辅以白术、茯苓、扁豆、黄精，健脾渗湿，并有滋阴之功，以旺后天生化之源，而可养先天肾阴；佐以木香、陈皮以理气运脾，兼和胃腑，山萸肉合山药，乃滋养肝脾阴分的药物，也有进而调补肾阴的作用。全方滋阴益气，除湿行滞，气中补阴，阴中益气，着重脾胃，兼顾肝肾，不热不寒，不腻不燥，行中和之职，收两补的效益，故诸证自除耳。

【临床运用】 本方除运用于经行泄泻，月经失调之脾虚阴伤者，尚可应用于经行口渴及经后期脾弱病证等。

1. 经行口渴　月经失调，经行量或多，色淡红有小血块，腹胀便溏，神疲乏力，口渴欲饮，脉象细软，舌质淡红，苔黄白干燥。在经期使用本方时，尚需加入南北沙参各 12 克，蒲黄炭（包煎）6 克，砂仁（后下）5 克。

2. 经后期脾虚　经净之后凡出现脘腹作胀，矢气频作，大便易溏，神疲乏力，头昏腰酸，心慌寐差者，或者一般经行之后，虽无明显症状，带下偏少，测量 BBT，示低温相偏高，或低温相起伏不定者，在服用滋阴养血药后出现腹胀便溏者，可以本方加入炒丹皮 10 克，白芍 12 克以治之。

【按语】 健脾滋阴汤实际上是在参苓白术散基础上加减而来的。为了适应临床上脾弱阴虚患者治疗的需要，更重要的是为了调周法经后期使用。我们多年来在临床上运用调周法，经后期滋阴养血，以促进经后期阴长运动的进展，但却有少数患者表现为脾弱阴虚的证候，若应用滋阴养血的方药，经常使之脾胃更弱，腹胀泄泻。脾虚则湿胜，阴虚则燥生，脾弱与阴虚存在着矛盾；健脾必须燥湿，滋阴又当润燥，健脾易耗阴，滋阴必碍脾，健脾与滋阴存在着矛盾。所以，诸凡健脾燥湿的方药，如香砂六君汤、异功散、补中益气汤，均属甘温之剂，于滋阴不利；诸凡滋阴润燥的方药，如六味地黄汤、二甲地黄汤、复脉汤等，均属寒凉之剂，于健脾不利。尽管张景岳善用人参、熟地黄，由此制成五福饮、七福饮、理阴煎等滋阴与健脾有机结合的方剂，但在临床实践中，仍然不能调和二者间的矛盾性。有鉴于此，我们在实践中运用参苓白

术散，除去原方中桔梗、砂仁等升散香燥之品，加入山萸肉、黄精滋阴之品，又入广木香、陈皮等运脾和胃之品，力求使健脾与滋阴更好地结合，在实践中亦的确能避免健脾与滋阴间的冲突。方中太子参、莲子肉、山药是主要药物，兹作重点分析。

太子参：又名孩儿参、童参。味辛、微甘，性温，入脾、肺、心经，具有益气健脾、润燥生津，宁心止汗之功，可治疗肺虚咳嗽，脾虚食少，心悸自汗，精神疲乏。其具体作用《本草再新》认为："味甘，性温，无毒，治气虚肺燥，补脾土，消水肿，化痰止渴。"《饮片新参》："甘润，微苦平，补脾肺元气，止汗生津，定虚悸。"所以本品虽为性温的脾肺气药，但实际上有滋阴润燥的作用，与五味子、炒酸枣仁合用，能治疗神经衰弱中的失眠。

莲子肉：味甘、涩，性平，入心、脾、肾经，有养心益肾，补脾涩肠的作用，可治疗夜寐多梦，遗精淋浊，久痢虚泻，妇人崩漏带下等病证。《本草纲目》云："莲子味甘，气温而性涩，禀清芳之气，得稼穑之味，乃脾之果也。土为元气之母，母气既和，津液相成，神乃自生，久视耐老，此其权舆也。昔人治心肾不交，劳伤白浊，有清心莲子饮，补心肾、益精血，有瑞莲丸，皆得此理。"《王氏医案》曰："莲子，最补胃气而镇虚逆，若反胃由于胃虚，而气冲不纳者，但日以干莲子细嚼而咽之，胜于他药多矣。凡胃气薄弱者，常服玉芝丸，能令人肥健……今肆中石莲皆伪，味苦反能伤胃，切不可用，惟鲜莲子煎之，清香不洋，镇胃之功独胜，如无鲜莲，干莲亦可。"

山药：味甘，性平，入肺、脾、肾三经，具有健脾补肺，益肾固精的作用，治疗脾虚泄泻久痢，虚劳咳嗽，消渴遗精，带下，小便频数等病证。《药品化义》认为其"生者性凉，熟则化凉为温。温补而不骤。微香而不燥，循循有调肺之功，治肺虚久嗽，何其稳当。因其味甘气香，用之助脾，治脾虚腹泻，怠惰嗜卧，四肢困倦。又取其甘则补阳，以能补中益气，温养肌肉，为肺脾两脏要药。土旺金生，金盛生水，功用相仍，故六味丸中用之治肾虚腰痛，滑精梦遗，虚怯阳痿，但性缓力微，剂宜倍用。"我们在脾肾不足的黄体功能不健中应用，确有补脾助肾的作用。但本药毕竟偏阴，有如《本草求真》所言："山药本属食物，古人用入汤剂，谓其补脾益气除热，然气虽温而却平，为补脾肺之阴，是以能润皮毛，长肌肉，不似黄芪性温能补肺阳、白术苦燥能补脾阳也。且其性涩，能治遗精不禁，味甘兼咸，又能益精强阴，故六味地黄丸用此以佐地黄。然性虽阴而滞不甚，故能渗湿以止泄泻。……入滋阴药中宜生用，入补脾宜炒黄用。"我们体会，山药性平质润长于滋补，但作用和缓，故需久服多服，一般补肺养阴多生用，健脾止泻多炒制用，不可不知。

【加减】　若脾虚明显，可见腹胀矢气明显，大便溏泄，日行两次以上，加入砂仁（后下）5克，六曲10克；若胃脘痞胀，恶心呕吐，苔腻痰多者，本方去山药、山萸肉，加入制半夏、佛手片各6克，广藿香6~9克；若阴虚心火偏旺，心烦失眠者，可加入黄连3克，莲子心5克；若阴虚肝经郁火，烦躁忿怒，头昏头痛，口苦口渴，可加入钩藤15克，白蒺藜10克，炒栀子9克，苦丁茶12克；若阴虚相火偏旺，头昏腰酸，午后低热，咽喉干燥者，可加入炙知母5克，炒黄柏9克。

十一、扶阳菟丝汤

此方是我们近年来为了适应阴阳俱虚偏于阳虚患者治疗的需要摸索出的验方之一。

【方名】 本方虽然以菟丝子为主，偏于助阳，但实际上是一张阴阳并补，具中和之性的方药。在平补阴阳的方药中有补天五子种玉丹、定经汤等，均为阴阳平补的方药，似乎均稍稍着重于扶阳，在临床运用时可斟酌之。

【组成】 菟丝子 10～20 克，山药、熟地黄、泽泻、怀牛膝、肉苁蓉、丹皮、茯苓各 10 克，川断、杜仲各 12 克，巴戟天 6 克，白术 9 克。

【服法】 每日 1 剂，水煎分服。

【功用】 滋阴助阳，补肾填精。

【适应证】 肾虚阴阳均不足，如月经后期量少，色淡红或有血块，小腹隐痛，腰酸腿软，小便较频，平时带下偏少，性欲淡漠等。

【方解】 本方重用菟丝子为君药，其意图就在于补养肾阳为主，但菟丝子为阴中阳药，性润而辛香流通，辅以肉苁蓉，为菟蓉散中的主要药物，且肉苁蓉与菟丝子相合，为平补肾阳且顾及阴分的组合；加入熟地黄补养肾阴，复入山药、牛膝以增强滋养肝肾阴分的力量；川断、杜仲、巴戟天以助阳益肾，白术、茯苓以健脾利湿，丹皮、泽泻以泄浮火而利湿浊。显然本方为六味地黄丸加减。所以要以六味地黄丸为基础者，即善补阳者必于阴中求阳也。且本方药中的助阳药，性均平和，宜于长用久服，亦为本方之特点。

【临床运用】 本方不仅使用肾虚性、功能性的不孕不育证，亦可应用于肾虚性的先兆流产病证，特别是在调周法中的经后中末期及经前前半期使用，更有其重要性。

1. 肾虚性先兆流产　妊娠 50～70 天左右，腰俞酸楚，小腹坠痛，头昏耳鸣，小便较频，或见漏红，色淡红如咖啡，脉象细滑，舌质淡红，BBT 高温相偏低，或高温相欠稳定。应用本方治疗时，应去牛膝、丹皮，加入阿胶珠 10 克，桑寄生 12 克。

2. 经后中末期及经前期　每次月经净后的中末期带下虽有，尚不够多，腰俞酸楚，形体作寒，或有尿频，脉象细弦，舌质淡红，用本方治疗时，可加白芍 10 克，山萸肉 6 克；如在经前期，BBT 高温相缓慢上升，或上升不够高，伴有头昏腰酸，小便较频者，用本方治疗时，可加入紫河车 5 克，鹿角霜 6～9 克。

【按语】 扶阳菟丝汤，实际上是从《证治准绳·女科》的赵氏苁蓉菟丝子丸加减而来的，原方是由肉苁蓉、覆盆子、蛇床子、川芎、当归、菟丝子、白芍、牡蛎、乌贼骨、五味子、防风、黄芩、艾叶等组成，因前人鉴于肾虚者大多兼夹风寒或风热等病邪，所以方中常夹以祛除外邪的药物。《医宗金鉴·妇科心法要诀》所引苁蓉菟丝子丸，其方药与赵氏苁蓉菟丝子丸一样，其用量亦相一致，恐即是赵氏之方也。江西省妇幼保健院所报道的中药人工周期中有菟蓉散，虽然方药不同，但主药以菟丝子、肉苁蓉者，亦系来自赵氏。本方药与前新加补天五子种玉丹及《傅青主女科》的定经汤一样，均有阴阳并补的作用，而且亦均有着重补阳的一面。但不同者，本方药在温补肾阳方面稍稍胜于其他两方。但在血肉有情方面略逊于补天五子种玉丹，在疏肝解郁方面，又不如定经汤。临床上使用时可注意到这方面。

肾虚阴阳不足，在临床上颇为多见。就一般而言，在月经周期节律或生殖节律失常中，阴阳两虚者，尤以肾阴虚者更为多见。阴虚及阳，阳亦不足者，治疗重在滋阴；而阴虚及阳，久而阳虚偏胜者，或者素体脾肾不足者，临床上表现为阴阳两虚偏于阳虚者，可用此方。故本方虽为治疗不孕不育的方剂，但实际上也是调理月经失常的有效方药。不仅患者在病情上表现为阴阳两虚偏于阳虚，而且在月经周期中的阴阳长消运动的演变中，为了提高阴阳消长运动的水平，如经后中末期或经前期，亦常常需用此方药。这是我们多年来运用调周法的体会。本方中的菟丝子、肉苁蓉是主要药物，故予重点分析。

菟丝子：味辛、甘，性平，无毒，入肝、肾经，或云亦入脾经，补肝肾，益精髓，明目，治腰膝酸痛、遗精、消渴、尿有余沥、目暗。《本草汇言》云："菟丝子补肾养肝，温脾助胃之药也。但补而不峻，温而不燥，故入肾经，虚可以补，实可以利，寒可以温，热可以凉，温可以燥，燥可以润，非若黄柏、知母，苦寒而不温，有泻肾经之气；非若肉桂、益智，辛热而不凉，有动肾经之燥；非若苁蓉镇阳，甘咸而滞气，有生肾经之湿者此也。如《神农本草》称为续绝伤、益气力、明目精，皆由补肾养肝，温理脾胃之经验也。"《本草新编》亦云："菟丝子可以重用，亦可一味专用。遇心虚之人，日夜梦，精频泄者，用菟丝子三两水十碗，煮汁三碗，分三服，早、午、晚各一服即止，且永不再遗。此乃心、肝、肾三经齐病，水火两虚所致。菟丝子正补心、肝、肾之圣药，况又不杂之别味，则力尤专，所以能直入三经以收全效也。"所以说菟丝子乃阴中阳药也。

肉苁蓉：味甘、酸、咸，性温，入肾、大肠经，具有补肾益精，润燥滑肠的作用，治男子阳痿、女子不孕、带下、血崩、腰膝冷痛、血枯便秘等病证。《本草汇言》认为："肉苁蓉养命门，滋肾气，补精血之药也，男子丹元虚冷而阳道久沉，妇人冲任失调而阴气不洽，此乃平补之剂，温而不热，补而不峻，暖而不燥，滑而不泄，故有从容之名。"《本经逢原》认为："肉苁蓉《本经》主劳伤补中者，是火衰不能生土，非中气之本虚也。治妇人癥瘕者，咸能软坚而走血分也，又苁蓉止泄精遗溺，除茎中热痛，以其能下导虚火也，老人燥结，宜煮粥食之。"可见本药类似菟丝子而又有所不同，肉苁蓉的润滑之功强过菟丝子，但补肝肾、温肾阳则相似也。

【加减】　本方在临床上的具体加减，至关重要。若出现脾胃薄弱，腹胀矢气，大便溏泄，去熟地黄、肉苁蓉，加煨木香6~9克，砂仁（后下）5克，六曲10克，党参12克；若兼肝郁气滞，经行量少，色紫红，有血块，小腹胀滞者，在经前经期，应去菟丝子、熟地黄，加入制香附9克，泽兰叶12克，益母草15克；若血瘀内阻，经行量少，色黯黑，有较大血块，亦去菟丝子、熟地黄，加入桃仁、红花各9克，五灵脂10克，益母草15克；若虚寒经行不畅，经量偏少，色淡红，无血块，加入肉桂5克，艾叶6克，党参15克；若有胃脘虚寒，伴见胃脘胀痛，沃泛寒痰，舌苔白腻者，可去熟地黄、泽泻、丹皮，加入淡干姜5克，陈皮6克，姜半夏6克，佛手片5克。

十二、逐瘀排浊汤

此方是我们近年来为了适应子宫内的瘀浊内阻病证治疗的需要摸索出来的验方。

【方名】 逐瘀者，排除血瘀之力量稍大者；排浊，即排除湿浊样物质。血瘀与湿浊蕴结子宫内者，必须予以彻底排除，否则稽留于内，后害无穷。为此我们将本方名之曰逐瘀排浊汤。

【组成】 炒当归、赤芍、制苍术、茯苓、五灵脂各 10 克，川断 12 克，马鞭草 15～30 克，蒲黄（包煎）6～9 克，晚蚕砂（包煎）12 克，寄生 9 克，马齿苋 15～30 克。

【服法】 每日 1 剂，水煎分服。

【功用】 活血祛瘀，利湿排浊。

【适应证】 血瘀夹湿浊所致崩漏、闭经病证，可见小腹作胀，黄白带下，崩漏淋漓，色紫红，质黏稠，小便黄，舌质偏红，苔黄白根部腻厚等。

【方解】 本方是在加味失笑散中，加入清利湿浊、活血化瘀之药物。其中马鞭草、马齿苋、晚蚕砂是清利化瘀的要药，以排除子宫中的浊瘀；当归、赤芍、五灵脂、蒲黄化瘀止血；佐入苍术、茯苓以利湿、燥湿、健脾和中；川断、寄生益肾利湿，子宫者系于肾，故加入益肾药以助于宫而除湿浊。考湿浊来自内者，必与脾肾有关，是以在清利化瘀法中佐入调治脾肾之药，更有利于湿浊瘀血之排除也。

【临床运用】 本方不仅适用于瘀浊性的崩漏、闭经病证，而且亦可用于瘀浊性的赤白带下、产后血露不绝等病证。

1. *瘀浊性赤白带下* 带下赤白杂下，质黏稠或有臭气，腰酸腿软，小腹隐隐胀痛，小便偏少，尿少黄浊，脉象细濡带数，舌质偏红，苔黄白中根部腻厚。治当予以本方加入制苍术 10 克，炒黄柏 10 克，薏苡仁 15～30 克。

2. *瘀浊性产后恶露不绝* 产后恶露不绝，月余依然赤白杂下，质黏稠或有臭气，腰酸神疲，小腹隐隐作痛，大便偏艰，小便黄少，脉象细濡带数，舌苔黄白腻厚。本方使用当加入炒黄柏 9 克，败酱草 15 克，益母草 15 克。

【按语】 本方实际上最为主要的是以四草汤加减而来。四草汤药用马鞭草、鹿衔草、茜草、益母草四药，是一张清化利湿，控制出血的方剂，而逐瘀排浊汤仍用马鞭草为主药，入马齿苋、晚蚕砂三药，其利湿祛浊之力大于四草汤，以加味失笑散化瘀止血，似乎优于四草汤。考血瘀与湿浊相兼夹者，在应泄的经血之内，实际上已经存在。我们在前行经期的生理、病理特点中，已经较为详细地论述了经血的内含实质。把癸水湿浊作为经血内含的主要成分。其湿浊的排除重要性不亚于血瘀，或者称为旧血、污血，日本学者汤本求真在《皇汉医学》中说："瘀即污秽之谓，血是血液。则所谓瘀血者，即污秽之血液，而非正常之血液也。以现代的新说解释之，所谓瘀血者，既变化而非生理之血液，则不惟已失去血液之作用，反为有害人体之毒物。既为毒物，即须排除体外，虽片刻亦不能容留之。"湿浊为害者，不仅黏滞子宫，而且据我们临床长期观察，随着阴阳消长运动的发展而变化，当重阴时，湿浊包括津液亦形高涨，高涨的水湿津液，润泽生殖道排出精卵，易于精卵游移活动，如排出的精卵未能受孕，则败精化浊，形成湿浊，较多的湿浊固然也仰赖体内阳气的吸收和排出，但残存于卵巢、子宫内的湿浊，必须通过血液循环吸收和排出，所以在经期逐瘀排浊有着重要意义。如果子宫，特别是卵巢区的浊瘀残留日久，将导致卵巢或子宫内的器质性肿瘤性病变。因此不能轻视排浊的重要作用。本方中的马鞭草、马齿苋、蚕沙有着重要作用，

故分析之。

马鞭草：味苦，性凉，入肝、脾经，具有清热解毒，活血散瘀，利水消肿的作用，可治外感发热、湿热黄疸、水肿、痢疾、疟疾、白喉、喉痹、淋病、经闭、癥瘕、痈肿疮毒等疾。《本草经疏》："马鞭草，本是凉血破血之药，下部匿蠚蟲疮者，血热之极，兼之湿热，故血污浊而成疮，且有虫也。血凉热解，污浊者破而行之，靡不瘥矣。陈藏器谓其破血杀虫，亦此意耳。"《滇南本草》运其："气味苦寒，无毒，主治妇人经水不通成劳，速煎此草服之愈。亦治疽痈毒冲心，服此神效。"可见马鞭草的清热，活血、消肿三大功用明显。

马齿苋：味酸，性寒，入大肠、肝、脾经，具有清热解毒，散血消肿的作用，治热痢脓血、热淋、血淋、带下痈肿恶疮等疾。《本草正义》云："马齿苋，最善解痈肿热毒……〈蜀本草〉称其酸寒，寇宗奭谓其寒滑，陈藏器谓治诸肿，破痃癖，止消渴，皆寒凉解热之正治。……苏颂谓治女人赤白带下，则此证多由湿热凝滞、寒滑以利导之，而湿热可泄，又兼能入血破瘀，故亦治赤白带，濒湖谓散血消肿，利肠滑胎，解毒通淋，又无一非寒滑二字之成绩也。"马齿苋经临床研究证实，用于收缩子宫，经50余例临床观察，马齿苋注射液可以代替麦角新碱，使子宫平滑肌收缩，其作用甚至较麦角新碱为强，对产后流血、功能性子宫出血有效。因此，此药排瘀止血，性质寒凉，用时要注意此点。

蚕沙：味辛、甘，性温，入肝、脾、胃三经，具有祛风燥湿，利浊的作用，可以治疗风湿为病，肢节不遂，皮肤顽痒，腰脚冷痛，癞疹等疾。李时珍的《本草纲目》认为："治消渴癥结，及妇人血崩，头风赤眼，去风除湿。"陈藏器云："去风，缓诸节不随，皮肤顽痹，腹内宿冷，冷血瘀血，腰脚冷痛……。"我们认为蚕沙特别是晚蚕沙不仅有祛风燥湿的作用，而且还有利浊的功能，所以李时珍认为可治崩漏者可鉴。

【加减】 若出血过多者，尚需加入大、小蓟各12克，血余炭10克，茜草炭10克；若腰酸腿软，神疲乏力者，加入杜仲10克，寄生12克；若脘腹作胀，矢气频作，大便偏溏者，本方去当归，加入广木香9克，炒白术10克，砂仁（后下）5克；若神疲乏力，纳谷不馨，动则易汗者，去五灵脂，加入党参12克，黄芪10克，陈皮6克，炒谷芽10克。

十三、活血生精汤

此方亦是我们近年来为了治疗瘀血内阻有碍精卵发育成熟的病证而摸索出来的验方。

【方名】 从方名上看，本方是一张通过活血化瘀达到促进精卵发育成熟目的的方剂。我们知道，精卵必须在肾阴癸水的滋养下才能发育成熟，因此活血生精汤本身应有滋阴养血的作用。

【组成】 炒当归、赤白芍、山药、熟地黄各10克，炙鳖甲（先煎）12克，红花6克，山楂10克，川断9克，丹皮、茯苓各12克，茺蔚子15克。

【服法】 每日1剂，水煎分服。

【功用】 活血化瘀，滋阴养血。

【适应证】 血瘀性的排卵功能障碍，以致不孕不育证。可伴月经后期，经行量少，色紫黑有血块，小腹或少腹作痛，经间期锦丝状带下偏少，B超探查，卵泡发育较差，脉象细涩，舌质边紫等证候。

【方解】 本方以归芍地黄汤为基础，因为归芍地黄汤养血滋阴，奠定阴长运动的物质基础。但由于内有血瘀，阴长不能达到滋养卵泡的作用，故必须加当归、赤芍、红花、茺蔚子、川续断、丹皮等活血化瘀药物，以促进血液流动，特别是卵巢卵泡区有瘀浊内阻者，通过活血化瘀，穿透人络，达到加强新陈代谢的作用，从而起生精作用。鳖甲虽为滋阴药物，偏向入肝，有一定的走窜作用，故本方用之，更能达到滋阴调肝、活血生精的要求。

【临床运用】 本方不仅适用于血瘀性不孕不育证，而且还可以应用于阴虚血瘀性的盆腔炎、子宫肌瘤等病证。

1. 慢性阴虚血瘀性盆腔炎 可见月经先期，量多色红，有较大血块，经常少腹隐痛，头昏腰酸，形体清瘦，烦热口渴，或有低热，脉象细弦带数，舌质偏红，本方应用时，可加延胡索12克，钩藤15克。

2. 阴虚血瘀性子宫肌瘤 可见月经先期，或后期，经量偏多，色红，有较大血块，经期腹痛明显，头昏晕，腰俞酸楚，烦热口渴，便艰尿黄，舌质红边有紫点，或有瘀斑，脉象细弦数。应用本方治疗时，要加入五灵脂10克，石打穿12克等。

【按语】 活血与生精（卵），从月经周期演变及生殖节律的概念来说，是存在矛盾的。因为精卵的产生及其生长发育需赖肾阴癸水的滋养，而肾阴癸水的滋长，甚则要达到“重”的水平，就必仰赖滋补肝肾之阴，或稍加助阳，也即是需要通过补法才能达到；而活血化瘀，就一般概念以及临床实践中观察到的情况，反而有损耗阴血的作用，阴血有所不足，自然将影响精（卵）的生长发育。所以说活血化瘀与生精有着一定的矛盾。本方药的目的不在于活血，而在于生精。通过活血的手段，要达到生精的目的，是以决定于两个方面。其一是病情的需要，即卵巢肝肾处有着瘀浊病变阻碍，影响肾阴癸水对精（卵）的滋养，不得不用活血化瘀法，穿通脉络；其二是药物间组合的需要，即滋阴养血性的药物一般具有“静”的特性，而在滋养精卵促进精卵发育过程中，需要“动”的反应，因此在滋养阴血的基础上，加入活血化瘀药物也是需要的，且当归、芍药、红花剂量较小时，本方亦有一定养血滋阴作用，是以本方的活血化瘀药用量宜小些，达到活血滋阴生精的作用。方中鳖甲、红花将重点分析。

鳖甲：味咸，性平，入肝、脾、肾经，有滋阴清热，潜阳熄风，软坚散结的作用，用于阴虚发热，骨蒸盗汗，热病伤阴，虚风内动，甚则痉厥，或则久疟，疟母，癥瘕积聚，肝脾肿大等病证。《本草汇言》认为：“鳖甲，除阴虚热疟，解劳热骨蒸之药。魏景山曰，鳖甲虫也，与龟同类而异种，亦禀至阴之性而入肝，统主厥阴血分为病，……厥阴血闭邪结，渐至寒热，为癥瘕，为痞胀，为疟疾，为淋沥，为骨蒸者，咸得主之。倘阳虚胃弱，食饮不消，呕恶泄泻者，阴虚胃弱，吞咽不下，咳逆短气，升降不足息者，用此无益也。”《本草述》进而分析曰：“鳖甲类言其益阴，是矣，朱丹溪云补阴而更云补气，益气有阳气阴气之殊，本于〈内经〉可证也。〈经〉曰：阴虚则无气，无气则死。盖惟是真阴之气，有化乃有生，有生即有化，故〈本经〉首云主治

心腹癥瘕坚积寒热……至丹溪乃揭出补阴补气以为言，可谓探其要领矣。”鳖甲善走肝经血分，软坚散结，与柴胡、蠐虫等同用，可以消痞化癥，血瘀闭经，可与大黄配用，以散瘀通经。治月经过多乃至崩漏者，可与阿胶、白芍、当归等同用，可收活血止血之效，滋阴潜阳宜生用，软坚散结宜醋炙用。

红花：味辛，性温，无毒，入心、肝经，亦有认为入肝、肾经，有活血通经，去瘀止痛之功，可治疗闭经、癥瘕、难产、死胎、产后恶露不行、瘀血作痛、痈肿、跌仆损伤等病证。《本草纲目》认为其能“活血润燥，止痛散肿通经”，“血生于心包，藏于肝，属于冲任。红花与之同类，故能行男子血脉，通女子经水。多则行血，少则养血。”《药品化义》更进而说：“红花，善通利经脉，为血中气药，能泻而又能补，各有妙义。若多用三四钱，则过于辛温，使血走散。同苏木逐瘀血，合肉桂通经闭，佐归、芍治遍身或胸腹血气刺痛，此其行导而活血也；若少用七八分，以疏肝气以助血海，大补血虚，此其调畅而和血也；若止用二三分，入心以配心血，解散心经邪火，令血调和，此其滋养而生血也。分量多寡之义，岂浅鲜哉。”当然如果瘀结内阻，较为明显者，又当扩大用量以化之。

【加减】 本方在临床上具体使用时，因兼夹的情况不同，而有所加减。若胃脘不舒，或有胀痛，以往有胃病史者，当加入广陈皮6克，佛手片5克，甘松9克；若腹胀矢气，大便偏溏者，本方去当归、熟地黄，加入煨木香6克，砂仁（后下）5克；若胸闷烦躁，头昏头痛者，加入钩藤15克，广郁金9克，绿梅花3克；若形体肥胖，口腻痰多者，本方去熟地黄，加入制苍术10克，制半夏6克，制南星5克。

第二节　不孕不育症验方

此类验方很多，这里介绍我们摸索出来的治疗功能性病患的4首方剂，即补肾助孕汤、健脾补肾促排卵汤、温阳促排卵汤、化痰湿促排卵汤等。

一、补肾助孕汤

此方亦是我们临床上最为常用的验方之一，方载《实用妇科方剂学》，但有了新的认识。

【方名】 补肾助孕汤，意即加强补肾之功，帮助受孕，提高受孕率。因为我们在温习治疗不孕症的古代文献时发现，古人大多采用补肾助阳温暖子宫的方药，所以我们选择前人的毓麟珠作基础方又加入补肾药，强调血中补肾之意。

【组成】 炒当归、赤白芍、山药、山萸肉、丹皮、茯苓、紫石英（先煎）各10克，川断、菟丝子各12克，炒柴胡5克。或则可加入紫河车6～10克，鹿角胶6～9克。

【功用】 补肾助阳，暖宫促孕。

【适应证】 肾阳偏虚，黄体不健性不孕不育症，肾阳虚痛经等病证。

【方解】 方中当归、芍药以养；，山药、山萸肉以滋阴；川断、菟丝子以平补阴阳，但着重助阳；复加入紫石英暖宫而温补肾阳；阳虚较著者，还应加入紫河车、鹿

角胶以滋养肾阳；同时又加入柴胡以疏肝，丹皮、茯苓以调肝脾，因为临床上常见者，肾阳偏虚，常多兼夹肝郁。本方从临床需要出发，组合成血中补阴，补肾暖宫，促进孕育之剂，故名之补肾助孕汤。

【临床运用】 除适用于肾阳虚即黄体功能不健性不孕不育病证外，还常运用于肾阳虚的膜样性痛经、子宫内膜异位症、子宫肌腺症等。

1. 膜样性痛经经行腹痛 一般于经行第二天，量多，色紫红，有血块，掉下烂肉样血块，小腹疼痛剧烈，有冷感，腰俞酸楚。在经前期时可服补肾助孕汤，需在原方中加入紫河车 6~9 克，广木香 6~9 克。

2. 子宫内膜异位症 确诊为子宫内膜异位症 伴有月经失调，经行量少，或经量偏多，色紫红，有血块，腰酸，小腹冷痛，测量 BBT，高温相欠稳定，或高温相偏低偏短。应用本方治疗时，加入石打穿 15 克，生山楂 10 克，生鸡内金 6 克。

3. 子宫肌腺症 子宫肌腺症属于子宫肌瘤中的一种，每次月经来潮，经行量多，色紫红，有大血块，腹痛，进行性加剧，经前胸闷烦躁，乳房胀痛等。在经前期服用本方时，应加入石打穿 15 克，生山楂 10 克，地鳖虫 6~9 克。

【按语】 补肾助孕汤的目的在于补肾助孕，改善黄体功能，故是治疗黄体功能不健全的要方。此方是在张景岳毓麟珠的基础上加减而成的。我们温习古代文献时发现，历史上许多医家都认为受孕之要在胞宫之温暖。《妇人规》强调受孕的“基址”，指出：“倘欲为子嗣之谋，而不先谋基祉，计非得也。”“基祉”乃指孕卵种植之地和胚胎发育之处，实际上即是子宫的内在环境。子宫的发育直接有关子胚胎植入后的发育，子宫发育较好，宫内温煦，内在环境优越，不仅容纳接受精卵结合后的植入，利于胚胎良好发育，同时尚可在受孕后抗御一切外来的邪毒干扰，从而保证优生。

根据我们多年来的临床观察，的确发现黄体功能不健全的不孕不育证与虚寒病变有关，与肾、冲任、子宫的阳虚血少有关，正如《圣济总录》所云：“妇人所以无子，由冲任不足，肾气虚寒故也。”张景岳在《妇人规》中亦说：“妇人所重在血，血能构精，胎孕乃成……凡此摄育之权，总在命门。”并进而指出：“调经之法，惟以填补命门，顾惜阳气为主。”《傅青主女科》也指出：“妇人受孕，本于肾气之旺也，肾旺是以摄精。”可见肾气、命门、子宫冲任之气血虚寒，是不孕不育之主要病变。从古人子宫风寒，到虚寒，从古方秦桂丸之温散，到张景岳毓麟珠的温养，不能不说是中医学术的进展。理论上的进展，必须得到临床实际的证实。我们在成立了不孕不育专科专病门诊后，前后较为系统地观察了 100 例、300 例补肾助孕汤治疗黄体功能不健性不孕不育证，总结发现在这病例中，85% 的病例在经前期或行经期出现明显的畏寒、肢冷、小腹有凉感、腰酸，大便易溏或者经行便溏，以及抑郁、悲观、急躁等症状，这些症状的出现完全可以证实阳虚、虚寒反应与肾包括脾的关系最大。在临床上，我们还观察到心肝病变的症状，说明在肾虚的前提下，会影响到心肝，因为肾与心、肝、子宫之间存在着密切的关联。《傅青主女科》在“下部冰冷不孕”中说：“夫寒冰之地，不生草木；重阴之渊，不长鱼龙。今胞胎既寒，何能受孕？……盖胞胎居于心、肾之间，上系于心而下系于肾，胞胎之寒凉，乃心、肾二火之衰微也。”且肝为肾之子，又为心之母，所以在肾阴阳不足的情况下，一定程度上必然影响到心肝，再加上不孕不育患

者思想上有一定的压力，心理不稳定，易受情志因素的干扰，出现肝的证候。我们又观察到，阳虚肝郁证患者副交感神经功能占优势，与阴虚肝郁证患者有着明显的差异；同时发现阳虚肝郁患者的寒证愈突出，其甲皱微循环的障碍就愈明显，与正常对照组有极显著差异。故本方在滋阴养血补阳的基础上，加入了柴胡等以疏肝，有着重要意义。疏肝理气，稳定情绪，间接地有助于阳气的抒发。故能获得较好的临床效果。本方中所用的主要助阳药为鹿角、紫石英，故当分别介绍之。

鹿角：味咸，性温，入肝、肾经，有行血消肿，益肾助阳的作用，治疮疡肿毒，瘀血作痛，虚劳内伤，腰脊疼痛等疾。《本草经疏》曰："鹿角，生用则味咸气温，惟散热行血消肿，辟恶气而已，咸能入血软坚，温能行血散邪，故主恶疮痈肿，逐邪恶气而已，及留血在阴中，少腹血结痛，折伤恶血等证也，肝肾虚则为腰脊痛，咸温入肾补肝，故主腰膝痛，气属阳，补阳故又能益气也。"《本草纲目》认为："鹿角，生用则散热行血，消肿辟邪，熟用益肾补虚，强精，补血，炼霜熬膏，则专于滋补矣。"我们认为，鹿茸补阳，不同于附子、肉桂。附、桂善能祛瘀，其燥热之性易于劫灼津液，所谓草木无情，难生有情之精；鹿茸为血肉有情之品，其性温煦，专于补虚，而不在于祛邪逐寒。鹿茸为鹿角初长时的嫩角，精血充盈，乃至长大，便成角化，故虽同出一本，而功效不同；鹿角的补性不足，然能行血消肿，民间亦常用鹿角屑酒服治乳疖肿痛之证，效果很好，鹿角熬炼成胶，为崩漏失血及精血不足之要药，但宜于阳虚之患者，若阴虚发热，则应忌用。

紫石英：味甘，性温，入心、肝经，有镇心安神，降逆气，暖子宫的作用，能治虚劳惊悸，咳逆上气，妇女血海虚寒不孕。《本草经疏》论其作用较详，曰："紫石英，心属阳而本热，虚则阳气衰而寒邪得以乘之，或为上气咳逆，或为气结寒热，心腹痛，此药温能除寒，甘能补中，中气足，心得补，诸证无不瘳矣。惊悸属心虚，得镇坠之力，而心气有以镇摄，即重以去怯之义也。其主女子风寒在子宫，绝孕无子者，盖女子系胎于肾及心包络，皆阴脏也，虚则风寒乘之而不孕，非得温暖之气，则无以去风寒而资化育之妙。此药填下焦，走肾及心包络，辛温能散风寒邪气，故为女子暖子宫之要药。补中气，益心肝，通血脉，镇坠虚火使之归元，故又能止消渴，散痈肿。"接着又曰："紫石英其性镇而重，其气暖而补，故心神不安、肝血不足及女子血海虚寒不孕者，诚为要药。然只可暂用，不宜久服，凡石类皆然，不独石英一物也。"

【加减】 在临床上由于阳虚脾弱者大便易溏，故本方常去当归之润肠通便，而以丹参代之；鹿角片有通利作用，但本病常兼夹心肝郁火症状，故常以紫石英之温阳镇降、暖子宫之药以代之；头痛心烦者，尚需加入钩藤 15 克，白蒺藜 10 克；若胸闷烦躁，乳房胀痛者，需加入广郁金 9 克，绿梅花 5 克，醋炒青皮 6 克；若脘腹作胀，矢气频作，或则嗳逆连连者，上方去当归，加入广木香 6～9 克，陈皮 6 克，炒白术 10 克，炒谷麦、芽各 15 克；若夜寐甚差，心慌心悸者，加入合欢皮 10 克，青龙齿 10 克。

二、健脾补肾促排卵汤

【方名】 从方名看本方所治者存在着脾虚、肾虚、湿浊内阻影响排卵的病情，故用此健脾补肾促排卵汤，以恢复正常的排卵功能，是以名之。

【组成】 党参 15 克，制苍白术、山药、炒丹皮、茯苓、川断、菟丝子各 10 克，紫石英先煎 12 克，佩兰 10 克，煨木香 6~9 克，五灵脂 10 克。

【服法】 经间排卵期，每日 1 剂，水煎分服。

【功用】 健脾补肾，温阳化湿，以促排卵。

【适应证】 适用于脾肾不足，湿浊蕴阻性排卵功能障碍之不孕不育病证。

【方解】 方中以党参、白术、煨木香以健脾益气；川断、菟丝子、紫石英以温补肾阳；复加苍术、佩兰以化湿理气；五灵脂入肝经少腹部，即卵巢部，活血化瘀以促排卵；苍术、佩兰虽为燥湿化浊的药物，但亦有一定促排卵作用；佐以丹皮、茯苓以温心肝，利湿浊；山药性虽滋腻，但亦有调治脾肾的作用，且此药原为滋阴药物，在调补脾肾诸阳药中用之，亦有“阴中求阳”、“助阳不忘阴”的意义在内，且在诸助阳燥湿药中用之，亦可稍减燥药之弊耳。

【临床运用】 本方药除应用于脾肾不足湿浊内阻所致排卵功能障碍之不孕不育症外，尚可用于黄体功能不健性不孕不育，及部分膜样痛经等。

1. 黄体功能不健性不孕不育证　可见月经后期，经行量多，色淡红有较大血块，腰酸，小腹坠痛，胸闷烦躁，乳房胀痛，腹胀大便偏溏，脉象细濡，舌质淡红，苔白腻。应用本方治疗时，须加入玫瑰花 5 克，紫河车 6~10 克。

2. 脾肾不足的膜样痛经　经行后期，经量偏多，色淡红，有较大的烂肉样血块，小腹坠痛明显，腰酸腹冷，腹胀便溏，脉细，舌质淡红，苔白腻。应用本方治疗时，需加入柴胡 5 克，荆芥 6 克，肉桂（后下）3 克。

【按语】 本方实际上是由健固汤、毓麟珠等方的组合，鉴于临床上常有脾肾不足、腹胀便溏、纳欠、苔腻，或者腰酸有冷感，大便溏泄，不能服补肾促排卵汤者，必须运用本方。根据我们的临床体会，一般在排卵期，重阴转阳，所以出现锦丝状带下较多，且能维持 3~7 天，正由于重阴的变化，其中亦包括水湿津液的充盛，部分原本盆腔湿浊偏盛者，值此经间排卵期，在重阴的前提影响下，其水湿津液亦必过盛，水湿津液属于阴邪，阴盛在一定程度上，必伤其阳，而水湿之阴邪，又易侵犯脾土，土制水，水犯土，故湿甚者，必影响脾胃之土的运化，而脾胃之土不运，故水湿停滞，以致水湿更甚，因而湿阻气滞，将会影响重阴必阳的转化，或者虽然转化，然阴湿偏重又将影响阳的开始和阳气的滋长，所以通过健脾助阳化湿调气，祛除过甚的水湿阴浊，让阴去阳生，推动转化。还有一部分人，原有水湿津液的过甚，而素体阳虚，是以呈现一种虚寒状态，在水湿阴浊的损害下，其寒象颇为明显，湿甚寒凝，亦将影响重阴必阳的转化，从而也将影响排卵，因而用健脾补肾，温阳化湿的治法，祛除水湿阴邪，振奋阳气，促进重阴必阳的顺利转化，所以我们组成了健脾补肾促排卵汤，目的就是为了适应这两类病人的需要。在具体应用的药物中，除五灵脂有活血通络，促发排卵的作用之外，其中佩兰有也特别介绍之必要。

佩兰：又名省头草、兰草，味辛，性平，虽入脾、肺二经，但亦能至中下焦，具有避秽祛浊，开胃和中，行水化浊的作用。《本草纲目》认为其能“消痈肿，调月经，煎水解中牛马毒。”故凡阴虚而燥或气虚者忌用。我们认为：一般均作为暑令湿热郁蒸，中夹秽浊之气，如感受而痛者，多发于脾胃，故所见证候，每有胸闷、倦怠、呕

吐、泻下等证，为化湿浊辟秽的暑令常用药。佩兰古称为兰草，《内经》上已有记载，有治脾瘅的功用，清代叶天士《外感温热篇》中有更具体的记载谓："舌上白苔黏腻，吐出浊厚涎沫，口必甜味也，如脾瘅病，乃湿热气聚与谷气相搏，土有余也，盈满上泛，当用省头草芳香辛散以逐之则退。"临床上凡因湿热而口中黏腻不爽，吐浊厚涎沫者，佩兰确有良效，但应注意口中多涎沫，亦有属于脾虚不摄者，惟涎沫稀稍黏，小溲清白，见证有所不同，宜用温中健脾药，我们借此辛散化浊，以促发此类湿甚脾虚排卵不良者有效。

【加减】 小腹冷痛，腹胀泄泻较为明显者，必须温阳运中，以祛寒湿，可去山药、丹皮等，加入制附片 6～9 克，炮姜 5 克，肉桂（后下）3～5 克；若见神疲乏力，小腹坠痛明显者，必须补气升阳，可加入炙黄芪 15～30 克，炒荆芥 6～9 克，坠痛或坠胀较剧者，尚可加入炙升麻 5 克；若见头痛，心烦，乳房胀痛者，必须兼用清肝疏肝，可加入钩藤 15 克，醋炒柴胡 5 克，绿萼梅 5 克；若见夜寐甚差，甚或失眠，舌尖偏红，有时口舌溃疡者，加入青龙齿（先煎）10 克，莲子心 3～5 克，合欢皮 9 克；若见胃脘痞胀，口腻多痰，时欲恶心呕吐者，和胃化痰，方所必用，可加入制半夏 6 克，佛手片 5 克，陈皮 6 克。

三、温阳促排卵汤

此方是我们近年来为治疗寒瘀内阻，影响或阻碍排卵者而摸索出来的验方。

【方名】 温阳促排卵汤，我们又曾命之为温阳活血促排卵汤。目的是通过温阳活血，促发排卵顺利。温阳一般来说就有着活血的意义。因为血得热则行，得寒则凝，而排卵时必须要有气血的显著活动，前人称之为"绸缪"状。

【组成】 炒当归、赤白芍、熟地黄、丹皮、茯苓各 10 克，川桂枝 9～12 克，川断 10～15 克，红花 6～10 克，五灵脂 10 克，鹿角片（先煎）10 克，制苍术 9 克，山楂 10 克。

【服法】 每日 1 剂，水煎分服。

【功用】 温阳化瘀，促发排卵。

【适应证】 寒瘀交阻性排卵功能障碍，以致痛经量少，不孕不育等病证，一般可见经行后期，经量偏少，色紫黑有大血块，小腹寒冷，肢节酸痛，腰腿酸软，平时带多色白，质黏腻，脉象细弦，舌苔白腻等病证。

【方解】 本方实际上是从《妇人大全良方》的红花当归散及桂枝桃仁汤加减而来的，因为红花当归散、桂枝桃仁汤着重在活血化瘀调经，而此方着重经间排卵期，促发排卵，以温阳为主，两方的目的不同，意义自然有别。故本方重用桂枝、当归鹿角片以温阳；温阳者，亦在于推动血行，故又加入红花、五灵脂、山楂等活血化瘀，这样更有利于血行，血行活动显著有助于促发排卵；当归合赤白芍、熟地黄，乃四物汤的主要药物也，有助于养血补肾奠定基础，同时又加入苍术、茯苓，健脾利湿，因为排卵期的重阴水平时，必然有较多的水湿津液，故需利之，免遗后害耳。

【临床运用】 本方不仅适用排卵期，促发因寒瘀交阻排卵困难的不孕不育证，还适用于痛经、子宫肌腺瘤病证等。

1. 原发性痛经　月经周期正常，或有先期后期，经行量或多或少，色紫黑有较大

血块，经行第1天小腹疼痛剧烈，或形体作寒，或行经时小腹冷痛，脉细，苔白。应用本方治疗时，需加入延胡索12克，广木香6~9克。

2. 子宫肌腺瘤　月经先期，经行量多少不一，色紫红有大血块，腹剧烈，腰酸，经行大便易溏，胸闷烦躁，乳房胀痛，脉象细，舌质边紫，苔黄白腻。应用本方治疗时，亦当加入广木香9克，石打穿15克，炙地鳖虫6克。

【按语】 本方以温阳活血为主，在前人调治月经病的方剂中，温阳活血的方剂颇多。陈自明所著的《妇人大全良方》在调经学说中，强调风冷致病，可能是受隋代巢元方的影响，他的红花当归散，药用当归、红花、桂枝、紫葳、牛膝、甘草、苏木、白芷、芍药、刘寄奴治疗经候不行，腰胯重痛，小腹坚硬。桂枝桃仁汤药用桂枝、甘草、芍药、桃仁、地黄，治疗经脉顿然不行，腹中作痛等病证。但由于在经间排卵期使用，目的在于促进排卵，繁殖下一代，不是为了排除瘀浊，因此需加入熟地黄、川断、鹿角片等补肾药，排出精卵，具有新的生命，故当扶正，而行经期排出应泄之经血，乃是陈旧性的，污秽的有害物质，在于除旧，故一般不需扶正，所以在治疗上的时间不同，性质、目的也就不同，而且在活血化瘀方面，本方着重在通过温阳结合化瘀，达到推动血行活动，排除内阻之瘀浊，目的在于血行，让血行活动加强加快，从面促进转化，推动阴阳消长转化运动的顺利进展，也才能顺利地排出精卵。我们在临床实践中还发现一种由于突受较剧的寒冷刺激，以致即将排卵受到影响，出现排卵困难者，应用本方效果较好。但是必须说明一点，在运用本方促排卵时，要有一定量的锦丝状带下才能获效，否则将难获效。下面着重介绍本方中的鹿角片与桂枝两药。

鹿角：味咸，性温，入肝、肾经，有行血消肿，益肾助阳的作用，可治虚寒疮疡阴疽，乳汁不下，乳房胀痛，瘀血作痛，虚劳内伤，腰脊疼痛，肾阳不足等病证。《本草纲目》云："鹿角生用则散热行血，消肿辟邪，熟用益肾补虚，强精活血，炼霜熬膏，则专于滋补矣。"《本草经疏》认为："鹿角，生用则味咸气温，惟散热，行血消肿，辟恶气而已。咸能入血软坚，温能通行散邪，故主恶疮痈肿，逐邪恶气，及留血在阴中，少腹血结痛，折伤恶血等证也。肝肾虚，则为腰脊痛，咸温入肾补肝，故主腰脊痛，气属阳。补阳故又能益气也。"鹿角，年岁久者，其角坚好，炙用偏于补肾益精，生用偏于散血消肿，鹿角补肾壮阳之力远较鹿茸为弱，但散瘀消肿为其所长，故本品用于促排卵为佳。

桂枝：味辛、甘，性温，入膀胱、心、肺经，具有发汗解肌，温经通脉的作用，可治风寒表证，肩背肢节酸痛，胸痹酸软，经闭癥瘕等病证。桂枝历来被认为是解表药，《长沙药解》认为："桂枝入肝家而行血分，走经络而达郁，善解风邪，最调木气，升清阳之脱陷，降浊阴之冲逆，舒筋脉之急挛，利关节之壅阻，入肝胆而散遏抑，极止痛楚，通经络而开脾涩，甚去湿寒。"《本经疏证》曰："凡药须究体用，桂枝能利关节，温经通脉，此其体也。……辛以散结，甘可补虚，故能调和腠理，下气散逆，止痛除烦，此其用也。盖其用之道有六：曰和营，曰通阳，曰利水，曰下气，曰行瘀，曰补中。其功最大，施之最广，无如桂枝汤，则和营其首功也。"可见桂枝温阳，其和营解表，宣通经络血脉之用亦较为明显。如小腹有明显的冷痛现象者，桂枝再加入肉桂，谓之桂上加桂，其温阳祛寒，和营通血之力更强。

【加减】 胃脘不舒，纳欠苔腻者，本方去熟地黄，加入广陈皮 6 克，佛手片 5 克，省头草 10 克；若腹胀矢气，大便溏泄者，本方去当归、熟地黄，加入煨木香 9 克，砂仁（后下）5 克，六曲 10 克；若胸闷烦躁，头昏头痛者，加入钩藤 15 克，广郁金 9 克，荆芥 5 克；若腰酸腰痛，小便较频者，加入杜仲、菟丝子各 10 克，制狗脊 9 克；若周身关节酸痛，形体作寒者，加入炒防风 6 克，川独活 9 克，北细辛 3 克。

四、化痰湿促排卵汤

此方亦是我们近年来为治疗痰湿内阻，影响或阻碍排卵者而摸索出来的验方之一。

【方名】 我们曾经称本方为化痰燥湿促排卵汤。目的是通过化痰燥湿，活血化瘀，促发排卵顺利。化痰燥湿，实际上也有活血调气的作用，从而也有助于促发排卵，因为以化痰湿为主，故以此名之。

【组成】 制苍术、制香附、丹皮、山楂各 10 克，陈皮、川芎各 6 克，制南星、炒枳壳各 9 克，丹参、赤白芍、五灵脂、紫石英（先煎）各 10 克。

【服法】 每日 1 剂，水煎分服。

【功用】 化痰燥湿，化瘀助阳，以促排卵。

【适应证】 痰湿瘀阻型排卵功能障碍，以致月经后期量少、不孕不育等病证。一般可见月经失调，大多后期量少，色淡或紫红有血块，形体肥胖，或越来越胖，胸闷，烦躁，口腻多痰，平时白带多，质黏稠，脉象细弦带滑，舌质淡黯，苔色黄白腻厚。

【方解】 本方实际上是从苍附导痰丸、星芎丸的基础上发展而来的。苍附导痰丸、星芎丸主要是化痰调经，而此方的目的在于通过化痰湿、活血化瘀而促发排卵，所以本方不仅要用苍术、陈皮、南星、枳壳等化除痰湿（包括脂肪），还要运用香附、枳壳等理气，所谓痰气交蕴，化痰必须理气，理气常须化痰。化痰理气尚不足以促发排卵，因此加入五灵脂、川芎、赤芍、山楂、丹皮等活血化瘀的药物，才能有效地促发排卵；同时还要加入紫石英一味阳药，不仅为促发排卵而用，亦为排卵后奠定阳长子宫温暖的基础。

【临床运用】 本方不仅适用于痰湿型排卵功能障碍所致不孕不育，而且在治疗月经后期量少和闭经等方面亦有一定疗效。

1. 月经后期量少　或者称之为月经稀发，且可见胸闷烦躁，形体肥胖，或越来越胖，口腻痰多，头昏腰酸，形体畏寒，BBT 示低温相过长，高温相偏短，脉象细滑，舌苔黄白腻厚。使用本方治疗时，可加入泽兰叶、川牛膝各 10 克，制半夏 6 克等。

2. 闭经　月经停闭半年以上，形体肥胖，且越来越胖，胸闷不舒，口腻多痰，头晕腰酸，带下偏少，或有黏腻带下，形体畏寒，脉象细滑带弦，舌质淡红，苔白腻。使用本方治疗时，需加入川断、菟丝子等补肾之品。

【按语】 痰湿型排卵功能障碍者，大多与多囊卵巢有关。多囊卵巢综合征患者一般不易排卵，由囊性卵泡的关系显示出痰湿性特征，因而在整体上表现出月经后期量少，甚则闭经，以多脂多毛，形体肥胖，毛发较多，皮肤干燥。就我们的临床长期观察而言，肾阴、癸水与痰湿既属于同一物质，在性质上有关，肾阴、癸水是一种维持和推动月经周期演变的重要物质，是生理演变的必需，一旦发生病变，有阴无阳，缺

乏应有的阳气的化解，以致肾阴癸水类的物质转变为痰湿，蕴阻于卵巢肝肾之间，形成一种有害的病理物质，阻碍和影响精卵的生长发育，也影响成熟精卵的排出。化痰湿促排卵汤只能有助于成熟精卵的排出，而不能促进精卵的发育，所以在具体运用本方时，必须掌握以下几点：一是具有近乎或者已经成熟的精卵；二是必须有少量或一定量的锦丝状带下，或者较多量的白色带下；三是测量 BBT，曾经有过双温相，而今低温相较平和且有起伏状者；四是出现腰酸、少腹作胀或轻微胀痛等症状。反过来说，如果带下很少，或者全无，未发现有卵泡发育者，就不能使用本方。在本方中苍术、南星是主要药物，将着重分析之。

苍术：味辛、苦，性温，入脾、胃经，具有健脾燥湿，化痰发汗的功效，能治疗湿阻中满，食欲不振，泄泻肿满，风寒湿痹，痿躄及雀盲等病证。李时珍的《本草纲目》认为该药能治湿痰留饮，或夹瘀血成窠囊，及脾湿下流浊漓带下，滑泄肠风。朱丹溪也认为该药能散风益气，总解诸郁。可见苍术散风燥湿，能解气郁，而且是治湿痰的要药。《神农本草经》上只言术而无苍术、白术之分，在陶宏景时，分出赤术、白术。陶氏所说之赤术，就是今之苍术。至宋代《政和本草》，才有苍术的名称。苍白二术，虽同为脾胃要药，但苍术味兼辛苦，以燥湿健脾为主，且有发汗解表的作用，且气味雄厚，又有芳香辟秽的作用，是治疗湿痰最理想的药物。

南星：又名天南星，味苦、辛，性温，有毒，入肺、肝、脾经，有燥湿化痰，祛风定惊之效。可治疗中风痰壅，口眼歪斜，半身不遂，癫痫惊风，风痰眩晕等病证。《本经逢原》分析说："南星，即〈本经〉之虎掌也，为开涤风痰之专药。〈本经〉治心痛，寒热结气，即<开宝>之下气，利胸膈也；〈本经〉之治积聚伏梁，即〈开宝〉之破坚积也；〈本经〉之治筋痿拘缓，即〈开宝〉之治中风除麻痹也；后世各执一例，是不能无两歧之说。南星、半夏皆治痰药也，然南星专走经络，故中风麻痹以之为向导，半夏专走肠胃，故呕逆泄泻以之为向导。"《本草经疏》云："半夏治湿痰多，南星主风痰多，是其异矣。"所以制南星与制半夏均是治疗痰湿的要药。

【加减】 若形寒腹冷，口泛冷痰，应加入姜半夏 6 克、淡干姜 5 克，制附片 5 克；若腹胀矢气，大便溏泄者，应加入煨木香 9 克，砂仁（后下）5 克，六曲 10 克；若胸闷烦躁，口渴咽燥者，加入钩藤 15 克，炒丹皮 10 克，炒栀子 9 克，广郁金 9 克；若烦躁口苦，入夜不寐，午后升火者，加入黄连 3 克，炙远志 6 克，钩藤 15 克，合欢皮 9 克；若出现心惊神迷，心神不定者，需加入竹沥半夏 6 克、天竺黄 6 克，石菖蒲 5 克，钩藤 15 克，琥珀粉（分吞）3 克。

第三节 胎产病验方

胎产病证很多，我们在临床上摸索出来治疗这类病证的较为有效的验方有 5 首，如抑肝和胃饮、新加马兜铃汤、新加生化汤、补肾活络汤、解郁和营汤，兹介绍如下。

一、抑肝和胃饮

此方此系我们多年来临床上所积累起来的验方之一，为了适应妊娠剧吐患者的需

要，而且这类患者在临床颇为常见。

【方名】 抑肝和胃饮，有抑肝与和胃两种意义。抑肝者，抑制肝气之升逆也。因为妊娠恶阻的主要病机在于冲肝之气升逆，所以抑肝是治疗恶阻的主要方面。和胃就是和降胃气，恢复正常的胃降功能。抑肝和胃，意即控制呕吐。饮者，频饮之意也。顾名思义，抑肝和胃饮就意味着本方功效为控制呕吐，需要频饮。

【组成】 苏叶3~5克，黄连3~6克，制半夏6克，广陈皮5克，姜竹茹6~9克。呕吐剧烈者，加炙乌梅3~5克，生姜片2~3片。

【服法】 每日1~2剂，水煎频服。

【功用】 抑肝和胃，控制呕吐。

【适应证】 肝胃不和性恶阻。证见妊娠早期，恶心呕吐，饮食阻隔，吐黄苦水，甚则呕吐绿色苦胆水，胸闷烦躁，心中情烦不舒，脉象弦滑，舌质偏红，苔黄腻，小便醋酮试验阳性。

【方解】 本方是从苏叶黄连汤的基础上加味而来的。原方出自《温热经纬》薛生白方。因湿热阻于上，中焦肺胃不和，呕吐不止，苏叶黄连汤治之，故用黄连为主药。黄连有抑肝的作用，朱丹溪曾单用黄连一味谓之抑青丸。加入苏叶者，因其不仅有协助黄连抑肝和胃止吐的作用，而且苏叶、苏梗均有理气安胎的功效。再加入陈皮、制半夏、姜竹茹者和胃降逆，有助止吐的作用。制半夏在妊娠药歌中被列入禁品，并有致畸的报道，但止吐作用明显，故不得不暂时用之，待呕吐改善则停用。竹茹不仅能和胃止吐，而且还有抑肝作用，可协助黄连。呕吐剧烈者，尚经加入乌梅以酸敛之，生姜以止呕。总之，达到改善或控制呕吐，乃本方之目的。

【临床运用】 本方不仅适用于妊娠恶阻之属于肝胃不和者，而且还可用于经行呕吐及急性呕吐等的治疗。

1. 经行呕吐　每届经前经期，恶心呕吐，甚则不能进食，伴有胸闷烦躁，头昏头痛，腰酸，脘腹作胀，大便艰行，月经失调，大多后期量少，色紫红有血块，脉象弦滑，舌质黯红，苔黄白腻。应用本方治疗时，需加入丹参、赤芍、泽兰叶各10克，制香附9克。

2. 急慢性呕吐　可见胃脘胀痛，恶心呕吐，吐出黄苦水或黏腻痰液，或伴轻度发热，有饮食不洁或不节病史，脉象弦滑带数，舌苔黄腻者。用本方治疗时，加黄芩10克，广木香9克，甘松10克，甚或可加大黄（后下）6克。

【按语】 我们在临床上，凡见妊娠呕吐剧烈，吐出酸水、苦水，不能进食，甚则连水也不能进，常以左金丸少量食之，有时的确能取效。考左金丸，系朱丹溪的方剂，亦是以黄连为主药，稍佐吴茱萸，研末水泛为丸，治疗呕吐吞酸，左胁作痛，完全是肝木犯胃，故佐金平木，顺降胃腑，确能收效。为此选取苏叶黄连饮，但必以黄连为要药，组合顺降胃腑的药物，故命之曰抑肝和胃饮，目的就在于抑肝和胃，降逆止吐。

肝胃不和性的恶阻，在临床上极为多见。因为妊娠之后，阳气偏旺，BBT呈高温相，极易激动肝经气火，肝经气火上逆，逆犯于胃，胃腑失降，此其一也。妊娠之后，经血不再外溢，壅聚以养胎儿，胎儿生长之气偏旺，通过冲脉之气而上升逆，逆犯于上，胃腑失和。中焦脾胃是升降之枢纽，即上下两焦的气机升降，均需经过中焦脾胃

的转输，因此肝气升逆，冲气升逆，均犯于胃，如脾胃的枢纽有力，则冲肝之气升逆者，尚不过分剧烈，仅仅出现一些轻微的恶心泛吐，并不能阻隔饮食，因此不属病理。若冲肝之气升逆过甚，阳气过旺，脾胃的枢纽调节功能较差，就形成较剧的恶心呕吐，阻隔饮食，就将成为恶阻，这是恶阻的主要病机。因此，抑肝者，实际上是平降冲肝之气，而泄过旺之阳气；和胃者，即调整脾胃的升降枢纽功能。抑肝和胃饮用于妊娠恶阻早期疗效较好，用于恶阻中后期较差。本方中的黄连、苏叶为要药，当着重分析之。

黄连：味苦，性寒，入心、肝、胆、胃、大肠五经，具有清热泻火，燥湿解毒的作用，可治疗热病，泄泻痢疾，心烦胸痞呕吐，吐血，消渴，目疾赤痛，痈肿疔毒，口舌生疮，湿疮及中巴豆、轻粉毒。李元素认为该药能“治郁热在中，烦躁恶心，兀兀欲吐，心下痞满。”在临床使用中，以黄连为主的方剂颇多。我们认为，黄连苦寒，其清热泻火，燥湿解毒之功明显，而且善于清热清痞止呕，凡心胃火盛者多用黄连，故有黄连治中焦之说。但毕竟性味苦寒，易于伤中败胃，脾胃虚寒者慎用，甘苦燥伤津，阴虚津枯者，亦非所宜。

苏叶：味辛，性温，入肺、脾二经，功效发散风寒，理气宽胸，解郁化痰，安胎、解鱼蟹毒，可治疗外感风寒，胸闷呕吐，胎气不安，脚气，鱼蟹毒等。我们认为紫苏叶辛温入肺脾，不但能发散风寒，且能理气宽中，外感表证兼见胸闷呕吐者，用之尤为适宜，薛生白治湿热证，肺胃不和，呕恶不止，昼夜不瘥欲死者，用连苏汤。

【加减】 若肝火偏甚，出现头痛头昏者，加入钩藤 15 克，苦丁茶 10 克，白蒺藜 10 克；夹有痰湿偏甚，出现呕吐黏痰甚多，胃脘痞闷，舌苔白腻，加入干姜 5 克，茯苓 12 克，广藿香 6 克；若心火偏旺，心烦寐差，舌尖有疮疡者，加入莲子心 5 克，青龙齿（先煎）10 克。

二、新加马兜铃汤

此方系我们近年来常用的验方之一，主要适用于妊娠咳嗽，故为子嗽常用方。

【方名】 本方以马兜铃为主药，故在《太平圣惠方》中名为马兜铃散，我们进行加减，可适合当前的子嗽证。

【组成】 蜜炙马兜铃 10 克，桔梗 6～9 克，甘草 5 克，贝母 6～9 克，紫苏 5 克，陈皮 6 克，炙桑白皮 10 克，炙百部 9 克，杏仁 10 克，青蛤壳（先煎）10 克，炙枇杷叶 9 克。

【服法】 每日 1 剂，水煎分服。

【功用】 化痰止咳，清热理气。

【适应证】 用治妊娠咳嗽，胎气壅滞，痰热阻肺，咳嗽喘急，胸腹胀满，或者支气管炎咳喘者。

【方解】 本方以马兜铃为主药，是针对子嗽而用的。子嗽多热，热犯乎肺，与痰浊相阻，以致肺失肃降，故致咳嗽不已，马兜铃清热化痰，肃降肺气。因本病常由外邪所引起，故方中又用桔梗、紫苏、杏仁、百部等，开肺撤邪，理气化痰以止咳；再用桑白皮、青蛤壳，清肺热，肃降肺气，贝母以化痰止咳；子嗽者，常与胎气有关，

因此又用陈皮配合紫苏以理气，并有和降肺胃的作用；加入枇杷叶，旨在肃降肺气耳。

【临床运用】 本方约除应用于子嗽外，还可以用于经行咳喘、肺痨等病证。

1. 经行咳喘　月经失调，大多先期量多，色红，质黏腻有小血块，伴有经行咳嗽气喘，痰多黏腻，胸闷烦躁，气喘，口渴便艰，小便黄少，脉象细弦滑带数，舌质红，苔色黄腻，每至经后，咳喘烦热即愈。以本方治疗时，加入赤、白芍各 10 克，炒荆芥 6 克，蒲黄（包煎）9 克等为合。

2. 肺痨或蓐劳　形体清瘦，午后低热，入夜盗汗，咳嗽频作，咽喉干痒，咯出黏痰较多，有时夹红，神疲乏力，大便干燥，小便黄少，舌质红绛，苔少色黄，病来已久。以本方治疗时，应去桔梗，加入阿胶珠 10 克，炙知母 6 克，西洋参 3～10 克。

【按语】 我们认为，子嗽者，也即是胎气胎火导致的咳嗽，从我们的临床观察来看，子嗽的病程较长，有的甚至很长，大约有三个过程。初期时，子嗽出现感冒状态，或者正由于感冒所引起，所以此期治疗，着重在宣肺散邪，化痰止咳，可以一般的桑菊饮、银翘散，加入杏仁、前胡、大贝母即可，但初期甚短，中期较长。中期，即痰热阻肺，胎气壅滞，这是新加马兜铃汤的适应证。我们在临床曾经碰到多例子嗽病证，即妊娠咳嗽，均在一个月以上，咽痒咳剧，以早晚为著，尤以入晚至夜间为剧，胸闷气窒，不得平卧，烦热口渴，妊娠中后期还应有胎动腹痛，脉象弦滑带数，舌质红绛，苔黄腻，治疗以清肺化痰，肃肺止咳的新加马兜铃汤加减，药用：蜜炙马兜铃 10 克，炒黄芩 9 克，炙百部、杏仁、青蛤壳（先煎）各 10 克，炙橘皮 6 克，炙桑白皮 9 克，紫苏 5 克，炙枇杷叶 9 克，钩藤 15 克，白芍 12 克。前后服此约 10 余剂，子嗽基本控制。在子嗽的后期，常因咳嗽咯痰偏多而耗伤肺胃之阴，甚或耗损肾阴，故宜从养阴润肺，清热化痰止咳治疗，可用百合固金汤合新加马兜铃汤治疗，同时必须注意休息，避免接触和服食刺激之品，避免感冒伤风，以免愈后复发。在新加马兜铃汤中，马兜铃、百部、青蛤壳为主要药物，当分别介绍之。

马兜铃：又名蛇参果，味苦、微辛，性寒，归肺经，具有清肺降气、化痰、止咳、平喘的作用，一般用于肺热咳嗽，常与黄芩、桑白皮、贝母合用。亦可用于痔瘘肿痛，且可治水肿，能泻肺行水，此外尚多用于梅核气、百日咳、早期高血压等病证。《药性论》认为其“性平主肺气上急，坐息不得，咳逆连连不可。”《本草纲目》认为它“微苦、辛，寒能清热，苦辛能降肺气，钱乙补肺阿胶散用之，非取其补肺，乃取其清热降气也，邪去则肺安矣。”《本草经疏》云：“马兜铃，入肺除热，使气下降，咳嗽者，即升之病也，气降热除，嗽自平矣。痰结喘促，亦肺热病也，宜并主之。血痔瘿疮，无非血热，况痔病属大肠，大肠与肺为表里，清脏热则腑热亦清矣，故亦主之。甄权用以治肺气上急，坐息不得，咳逆连连不止，洁古用以清肺气补肺，去肺中湿热者，皆除热降气散结之力也。”

百部：味甘、苦，性微温，温润肺气，止咳杀虫，治疗风寒咳嗽、百日咳、肺结核、老年咳喘、蛔虫、蛲虫、湿疹等病。关于其具体作用《本草纲目》曰：“百部，亦天门冬之类，故皆治肺病杀虫，但百部气温而不寒，寒嗽宜之；天门冬性寒而不热，热嗽宜之，此为异耳。”《本草述》认为：“百部，乃先哲多谓其能治久嗽，损庵所云，治久嗽用以保肺者也。以此治暴嗽者，宜于肺气素虚之人，而随分寒热，有以佐之，

如寒则生姜，热则和蜜，如治久嗽者，加蜜因为其虚而定有热也，岂漫无区别乎哉！”由此观之，百部治久嗽，性润而偏温，所以在子嗽中用之，必须蜜炙之。

青蛤壳：为蛤蜊之壳，又称蛤粉，味咸，性寒，入肺、肾经，具有清热利湿，化痰软坚之功，能治疗痰饮喘咳，水气浮肿，胃痛呕逆，白浊，崩中带下等疾，《本草纲目》认为：“寒制火而咸润下，故能降焉，寒散热而咸走血，故能消焉；坚者软之以咸；取其属水而性润也；湿者燥之以渗，取其经火化而利小便也。”《本草经疏》认为：“蛤壳粉味咸气寒无毒，为诸痰之要药。盖痰未有不由火气上炎煎熬津液而成的，咸能软坚润下，得之则火自降，痰结自消矣。”可见蛤壳咸降，清火化痰，合诸药而调肺肾，故能建功。

【加减】 子嗽早期，风寒外袭，痰火内炽者，本方应加入桑叶6克，炒荆芥6克；如烦热口渴，午后面部升火者，咳逆倚息不得收者，去桔梗、紫苏，加入炙知母6克，炒黄柏9克，炒子芩9克；如咳嗽日久，口渴喜饮，舌质红绛，苔少津亏者，应加入川百合、北沙参各10克，麦冬6~9克。

三、新加生化汤

此方系我们治疗产后诸病的常用验方之一。

【方名】 天曰大生，地曰大化，此生化汤之所由命也。因此，生化汤者，生在前，化在后。此方不仅有活血化瘀，去瘀生新的作用，实际上还有协助后天脾胃生化之源的功能，新加者，根据临床情况有所加减而已。

【组成】 炒当归10克，川芎6克，桃仁9克，炮姜5克，炙甘草5克，荆芥6克，益母草15克，山楂10克。

【服法】 每日1剂，水煎分服。

【功用】 活血化瘀，温经止痛。

【适应证】 产后恶露不行，或行而不畅，夹有血块，腹中疼痛，舌质淡紫，脉细而涩，属于瘀滞者。

【方解】 本方是在生化汤的基础上加减而成的。方中用当归、川芎为主药，两药相合有活血化瘀，调理子宫冲任的作用，现代药理学研究表明它有加强子宫收缩的作用；桃仁佐之以活血化瘀，且有佐当归润肠通便的功能；炮姜温中，产后多虚寒，俗有“产后一块冰”之说，所以产宜温补；甘草和中而调脾胃。本方不仅有活血化瘀，排除瘀露而祛实邪的作用，更有祛瘀生新的作用，祛除瘀浊达到新生。我们认为炮姜、甘草确有生新的作用，既能去瘀生新，又能扶正生新，故我们认为本方的确具有活血化瘀，扶正生新的双相作用。

【临床运用】 本病除适用于血瘀性的恶露不绝，或者血瘀性的恶露不下外，尚可应用于产后血瘀性的消化不良以及功能性痛经等病证。

1. *血瘀性消化不良病证* 产后或则恶露不绝，或则恶露不下，小腹胀痛，纳食甚差，脘腹痞胀，大便或软，腹胀矢气，神疲乏力，脉象细弦或带涩，舌质偏紫或有紫斑，苔色黄白微腻。治当活血化瘀，健脾和胃。用新加生化汤治疗时，加入陈皮6克，炒谷芽12克，茯苓12克，广木香6~9克。

2. 功能性痛经　经行腹痛剧烈，或则量少不畅，或则阵发性出血量多，色紫红，有较大血块，经行第一天腹痛剧烈，痛则欲便，大便稀溏，或时呕吐，小腹有冷感，脉象细弦，舌质淡紫，苔白腻。用本方治疗时，加入广木香 6～9 克，陈皮 6 克，延胡索 10 克，川续断 12 克。

【按语】　生化汤者，虽为《傅青主女科》所载，实际上在《景岳全书》已有记载，并说明系会稽钱氏家传方。从表面上看，是一张活血化瘀的方剂，但实际上怀有扶正功能，在傅青主的《产后编》中，强调扶正，连一般的山楂、赤白芍之类，亦列为禁品，惟独生化汤一方，几乎列为产后各病的通用方，而且傅氏之用，过多地考虑该方的扶正作用，这就不得不促使我们对该方进行深入的分析和应用临床的观察。发现该方确有扶助生化之源——脾胃后天运化的功能。过去我们在分析脾胃运化时，只注重气分，所以在调理脾胃功能时，均从气分考虑，如补中益气汤、香砂六君汤、人参健脾汤、参苓白术散等，而生化汤从血分促进脾胃升降，当归、桃仁之降，即润肠通便，助胃气以降，川芎、荆芥之升，即疏肝入心，助脾以升，复加炮姜、甘草从血分温脾，开创了血分升降，调复脾胃功能的法门。我们曾遇到一产后恶露，血瘀内阻，以致脾胃不得运化，纳差神疲，体虚不复的病例，历经多方治疗，均从脾胃气分论治，未获其功，月余后，依然纳呆神疲，腹胀，大便易软，恶露点滴未净，舌质紫，夏桂成用生化汤加谷芽 10 克、木香 6 克。前后服药半月，胃纳大开，身体恢复。本方中的桃仁、炮姜为重要药物，亦当详为分析之。

桃仁：味苦、甘，性平，入心、肝、大肠经，具有破血行瘀，润燥滑肠的作用，能治闭经，癥瘕，热病，蓄血，跌打损伤，瘀血肿痛，血燥便秘等病证。成无己曰："肝者，血之源，血聚则肝气燥，肝苦急，急食甘以缓之。桃仁之甘以缓肝散血，故张仲景抵当汤用之。……又有当汗失汗，热毒深人，吐血及血结胸，烦躁谵语者，亦以此汤主之，与虻虫、水蛭、大黄同用。"《用药心悟》中认为："桃仁苦以泄滞血，甘以生新血，故凝血须用，又去血中之热。"可见桃仁一药不仅破血行瘀，去血中之热，而且还有润肠通便，生长新血之用耳。

炮姜：为干姜之炮制者，味辛，性温，入脾、胃、肺之经，温中逐寒，回阳通脉，治心腹冷痛、吐泻等证。《本草崇原》："〈神农本经〉止有生姜、干姜，而无炮姜，后人以干姜炮黑，谓之炮姜。《金匮要略》治肺痿用甘草干姜汤，其干姜亦炮，是炮姜之用，仲祖其先矣，姜味本辛，炮过辛稍减，主治产后干热，及里寒吐血、衄血、便血之证，若炮制太过，本质不存，谓之姜炭，其味苦不辛，其质轻浮不实，又不仅炮姜之功能矣，即用炮姜，亦必须三衢开化之母姜，始为有力。"《本草经疏》曰："炮姜辛可散邪理结，温可除寒通气，故主胸满咳逆上气，温中出汗，逐风湿痹，下痢因于寒冷止腹痛，其言止血者，盖血虚则发热，热则血妄行，干姜炒黑能引诸补血药入阴分，血得补则阴生而热退，血不妄行矣。"可见炮姜之功用。

益母草：味辛、苦，性凉，归肝、肾、心包经，具有活血调经、利水消肿、解毒的作用。可用于血瘀所致月经不调、痛经、闭经、产后恶露不净，亦可用于水肿、乳痈等疾。《本草汇言》："益母草行血养血，行血而不伤新血，养血而不滞瘀血，诚为血家之圣药也。妇人临产之时，气有不顺，而迫血妄行，或逆于上，或崩于下，或横生

不顺，或子死腹中，或胞衣不落，或恶露攻心，血胀而晕，或沥浆难生，蹊涩不下，或呕逆恶心，烦乱眩晕，是皆临产危急之症，惟益母草统能治之。又疮肿科以之消诸毒，解疔肿痈疽，以功能行血解毒也。眼目科以之治血贯瞳人，及头风眼痛，以功能行血而祛风也。”《辨药指南》认为：“入肝清热疏散，专治胎前产后诸证，故名益母。凡胎前气易滞，故恶阻而胎不安。产后而易滞，故血晕而腹痛，以此活血行气而不推荡，使血气流以除凝滞，大有益于阴分，故曰有补阴之功。”所以产后尤为多用。

【加减】 若产后恶露不净，出血量较多者，应加入五灵脂 10 克，蒲黄炭（包煎）6 克，茜草炭 10 克；若小腹疼痛剧烈，心烦胸闷者，应加入钩藤 15 克，延胡索 10 克，合欢皮 9 克；若赤白杂下，脓浊有臭气者，应加入败酱草 15 克，白花蛇舌草 12 克，薏苡仁 15～30 克，蒲公英 10 克；大便溏泄，次数较多，脘腹胀痛者，加入广木香 6～9 克，砂仁（后下）5 克，六曲 10 克。

四、补肾活络汤

此方系从前人验方中整理出来并经临床实践证实有效的验方。

【方名】 本方之名是鉴于本方的药物作用而命名的。前人以此专治产后腰背疼痛。夏桂成是在我科已故老中医季梦熊先生的笔记本上抄来的，并名之为产后腰背疼痛经效方，俟后在临床上进行加减，改名为补肾活络汤。

【组成】 杜仲 12 克，骨碎补、威灵仙、川断、当归、赤芍、寄生、补骨脂各 10 克，大生地黄 9 克，红花 5 克。

【服法】 每日 1 剂，如能喝酒者，水酒各半煎分 2 次服。

【功用】 补肾助阳，宣风活络止痛。

【适应证】 大产或小产之后，腰背疼痛或酸痛，并伴腰腿酸冷，小便较频，有时腰酸、背痛较为剧烈影响俯仰，甚则影响睡眠。

【方解】 本方所治在于产后腰背疼痛。按产后腰背疼痛，大多属于肾虚夹有风寒，或者余瘀阻络，因此本方用杜仲为主药。杜仲乃温补肾阳的药物，佐以骨碎补、川断、寄生、补骨脂等品，大补其肾。其中骨碎补不仅在于温补肾阳，而且还有止疼痛的效果；加入威灵仙者，乃系去风湿之药，大凡出现疼痛，一般与风湿有关，而今分娩者，常易感受风寒、风湿等邪，所谓最虚之处，便是容邪之所，分娩者肾虚，腰为肾府，故当参入祛风湿之品，分娩损害，又易留瘀，故入红花以化瘀，且红花少量者，又能养血也；生地黄一味，不仅在于养血，而且亦在于扶阴抑阳，防诸多温补肾阳之药给亡血伤津的产妇带来不利影响，如无阴虚阳旺的内在现象者，可去生地黄而入熟地黄。

【临床运用】 本方不仅适用于产后腰背疼痛，而且也适用于经行腰痛、闪挫损腰等病证。

1. 经行腰痛　经行腰痛，或背痛颇剧，月经后期，经量偏少，色紫红，有血块，或有烂肉样血块，小腹疼痛，经行淋漓不易净，经净后诸证缓解，或者常有头昏耳鸣，小便或有频数，形体或腰腿有冷感，脉象细濡，舌质淡黯。用本方治疗时，加入川牛膝 10 克，延胡索 12 克，泽兰 9 克。

2. 闪挫损腰　女子稍不注意，闪挫损腰，致腰背疼痛，影响俯卧，影响生活，脉

象细弦，舌质淡紫。用本方治疗时，加入炙乳、没各 6 克，桃仁 10 克。

【按语】 本方原名为产后腰背疼痛经效方，原方有皂角刺、甘草，我们去之，加入寄生。根据我科已故老中医季梦熊介绍，他应用本方治疗 10 例大小产后腰背疼痛较剧者，均获得效果。我们所加减的方剂，改名为补肾活络汤，亦在临床上前后使用于 10 余例，的确获得不同程度改善或痊愈。考本方与《傅青主产后编》的养荣壮肾汤相似。养荣壮肾汤用当归、防风、独活、桂心、杜仲、续断、寄生，或加熟地黄；此方治疗产后感风寒腰痛不可转，由于是感受风寒，故方中多加一味祛风药。《伤科大成》的补肾活血汤，药用熟地黄、枸杞子、菟丝子、淡苁蓉、杜仲、补骨脂、当归尾、没药、红花、独活，治疗肾虚瘀阻，因伤所致者。

关于产后腰痛，《傅青主产后编》中说："由女人肾位系胞，腰为肾府，产后劳伤肾气，损动胞络，或虚未复而风乘之也。"因此产后腰痛，肾虚是主要的，前人认为"产后多虚多瘀"，"易寒易热"，所以产后肾虚常多夹瘀，由于产后多汗，极易感受风寒或者寒湿，因此产后腰背痛，既然以肾虚为主，同时又必兼血瘀，兼有外感之风寒或者寒湿，故出现病变上的复杂性，也就形成本方药的复杂性，故本方治之有效，也就反映了客观病变复杂的真实性。方中的杜仲、骨碎补为要药，着重分析之。

杜仲：味甘、微辛，性温，入肝、肾二经，具有补肝肾，强筋骨，安胎壮腰的作用，可治疗腰脊疼痛，足膝酸楚，胎漏胎堕，阴下湿痒，小便余沥等证，《神农本草经》：曰"主腰膝痛，补中益精气，坚筋骨强志，除阴下湿痒，小便余沥。"甄权本草认为："肾冷肾虚腰痛，人虚而身强直风也，腰不利，加而用之。"治疗腰痛的名方青娥丸，药用杜仲、胡桃、补骨纸，而杜仲是其中最为重要的药物；《证治准绳》所用的杜仲丸，是治疗妇娠二三月，胎动腰痛欲坠者，仅杜仲、川断二药。可见杜仲是治疗肾虚腰痛的主药。

骨碎补：又名毛姜、猴姜，味苦，性温，入肝、肾二经，具有补肾接骨，行血止血的作用。可以治疗骨折伤损，肾虚久泻，耳鸣齿痛等病证。甄权本草认为其药"主骨中毒气，风血疼痛，五劳六极，手足不收，上热下冷。"李时珍的《本草纲目》认为："此药研末，猪肾夹煨，空心食，治疗耳鸣及肾虚久泻，牙疼。"可见骨碎补亦是治疗肾虚腰痛的要药，所不同者，骨碎补还有着行血止血的一而，此与杜仲不同，故有治疗骨折伤损的作用。类似于川续断的功用，同杜仲、补骨脂类药同用，则重在补肾，同红花、桃仁合用，可侧重活血化瘀耳。

【加减】 若患者形体肢冷，腰冷尤著者，加炙桂枝 6～9 克，肉桂 6 克；若头昏头痛，周身骨节亦痛者，加人炙蜈蚣 2 条，全蝎 5 克；若伴上热头痛，烦热口渴者，加人钩藤 15 克，炒丹皮 10；若脾胃失和，脘腹作胀，大便溏泄者，可去熟地黄、当归，加入广木香 9 克，炒白术 10 克，砂仁（后下）5 克，广陈皮 6 克。

五、解郁和营汤

此方是我们适应产后忧郁所产生的形寒汗多、胸闷烦躁等病情的治疗需要摸索出来的验方。

【方名】 本方原名为温阳解郁和营汤，今改名为解郁和营汤。解郁者，疏解肝郁，

和营者，调和营卫也。解郁和营，双管齐下，用以解决产后忧郁与营卫失和的病证。

【组成】 炙桂枝 6～10 克，赤、白芍各 10 克，陈皮 6 克，煅牡蛎（先煎）15 克，青龙齿（先煎）10 克，醋炒柴胡 5 克，甘草 6 克，广郁金 9 克，仙灵脾 9 克，生姜 3 片，大枣 3～6 克，寄生 12 克。

【服法】 每日 1 剂，水煎分服。

【功用】 温阳和营，疏肝解郁。

【适应证】 产后忧郁，并伴营卫失和，以致胸闷烦躁，夜寐失眠，汗出颇多，形体畏寒，甚则周身关节酸痛明显，辗转反侧，形体羸弱等证。

【方解】 本方由桂枝龙牡汤合逍遥散加减而成。就一般病情而言，营卫失和，汗多形寒，解肌和营，桂枝汤最为合适，这在前人的论述中，不乏详论。桂枝原为辛温解表的药物，但得芍药的酸敛，两者配合，一发一敛，一温一凉，故既能发汗解表，温运表阳，又能敛汗护中的双相调节功能；病由产后而起，性情忧郁，常多失眠，可见心肝气郁，故用逍遥散加广郁金以解郁，且柴胡不仅有疏肝解郁的功能，还有和解作用，小柴胡汤和解少阳这是众所周知的；此病内有心肝之郁，外则营卫失和，在一定程度上内郁更为重要，故在解郁和营的方药中，加入龙、牡以镇降安神，龙齿安神，其功较著；牡蛎者不仅具有镇降功能，而且煅牡蛎还有敛汗的作用；桂枝汤合龙、牡，谓之二加龙牡汤，原是治虚劳疾患，产后久病，已非一般表证，故不得不从复方调治，形寒者，加仙灵脾以温中，桑寄生者，为关节酸痛而设；陈皮和中，姜枣以调协之。全方虽为解郁和营而设，但亦有宁心调中之效。

【临床运用】 本方不仅使用于产后忧郁以及产后风湿所致的营卫不和病证，亦可应用于围绝经期忧郁证所致营卫不和以及虚劳病证中的营卫不和者。

1. 围绝经期忧郁证　围绝经期忧郁证所致营卫不和，亦可见汗出较多，形寒肢冷，胸闷不舒，情绪忧郁，烦躁失眠，脉象细弦，舌质淡红，苔白腻。用本方治疗时，加入浮小麦（包）30 克，太子参 30 克。

2. 虚劳病证兼营卫不和证　虚劳病证，形体羸弱，不耐劳动，神疲乏力，胃纳欠佳，腹胀矢气，又见汗出较多，形体畏寒，胸闷不舒，情怀抑郁，时欲叹气，呵欠连连，夜寐甚差，脉象细弦无力，舌质淡红边有紫瘀，苔色黄白而腻。用本方治疗时，加人党参 10 克，广木香 9 克，广陈皮 6 克。

【按语】 本方实际上含有桂枝汤、二加龙牡汤、逍遥散三方之意。桂枝汤是常用的调和营卫的方剂，在《伤寒论》的表证中用之甚多，而且在表证的变证中，加减运用尤为多见，因为桂枝汤加入甘甜的药物，就转变为小建中汤，所以曾经有人评价本方可“外得之而调营卫，内得之而和阴阳建立中气”。二加龙牡汤者，是治疗虚劳疾病的要方，它是在桂枝汤基础上加入龙、牡而成的，而龙者，乃青龙齿，非龙骨也，原因在于失眠的病情需要，牡蛎为了有效地控制出汗，故用煅者。逍遥散是一张升散和解的方剂，是症存在忧郁，故用逍遥散为的对方。但是，单服逍遥散尚不能解除郁证，必须进行心理疏导，所谓：药逍遥人不逍遥，最终尚不能达到逍遥。

产后忧郁证常与产后风相兼，我们在临床上时有所见。患者始于产后，周身关节酸痛，易汗形寒，继而胸闷，烦躁失眠，汗多，或者正由于同时存在心情忧郁，胸闷

烦躁，情绪不宁，周身关节胀痛，形体作寒，四肢偏冷，汗出偏多，以风湿论治，效不佳，温补肾阳，常又导致烦躁口苦，失眠加重，转从精神神经科论治，用镇静剂，效果亦不理想。殊不知，心肝气郁，神魂失宁，气血不畅，容易导致营卫失和，加上产后之体，本身就存在表气不足，腠理空疏，营卫失和，因此在心肝气郁，心神失宁的情况下，可以导致外表营卫更加失和，腠理更加空疏，表气空虚，病情久不痊愈，的确有如虚劳病证。治疗此等病证，内则疏肝解郁而偏于凉，外则调和营卫而偏于温，解郁和营汤就具备这些作用。在这张方剂中，柴胡与青龙齿是主要药物，将作重点分析。

柴胡：味苦，性平，入肝、胆经，亦入心包、三焦经，功能解表清热，疏肝解郁，升举清阳，用于外感热病，内伤劳热，疟疾，肝气郁结，胸胁胀满，脘腹疼痛，中气不足，清阳下陷的脏器脱垂，风热上淫的目赤肿痛等病证。《医学启源》曰："柴胡，少阳、厥阴引经药也，妇人产前产后必用之药也，善除本经头痛，非此药不能止。治心下痞，胸膈中痛……。引胃气上升，以发散表热。"《本草汇言》对柴胡进行分类论述，如说"银柴胡、北柴胡、软柴胡，气味虽皆苦寒，而俱入少阳、厥阴，然又有别也。银柴胡清热，治阴虚内热也；北柴胡清热，治伤寒邪热也；软柴胡清热，治肝热骨蒸也。其出处生成不同，其形色长短黑白不同，其功用内外两伤主治不同，胡前人混称一物漫无分理？〈日华子〉所谓补五劳七伤，治久热羸瘦，与〈经验方〉治劳热，青蒿煎丸少佐柴胡，言银柴胡也。〈衍义〉云，〈本经〉并无一字治劳，而治劳方中用之，鲜有不误者，言北柴胡也。然又有真藏虚损，原由肝郁血闭成劳，虚因郁致，热由郁成，软柴胡亦可相机而用。如〈伤寒〉方有大、小柴胡汤，仲景氏用北柴胡也。脾虚劳倦，用补中益气汤，妇人肝郁劳弱，用逍遥散、青蒿煎丸，少佐柴胡，俱指软柴胡也。业医者当明辨而分治可也。"可见我们这里亦以软柴胡为要。

青龙齿：味涩，性凉，归心、肝经，功能镇静安神，除烦热，主要用于镇痛癫狂，失眠多梦等证。《日华子本草》认为："龙齿涩凉，治烦闷，癫痫，热狂。"《本草纲目》亦认为："龙齿主肝病，许叔微云，肝藏魂，故魂游不定者，治之以龙齿，即此义也。《神农本草经疏》比较了龙齿、龙骨，云："按龙骨入心、肾、肠、胃，龙齿单入心、肝，故骨兼有止泻涩精之用，齿惟镇静安魂魄而已。"我们临床上常用青龙齿者，质量较优，黏涩之性较强，如土龙齿者质差，黏涩之性亦差。龙齿主要内含碳酸钙和磷酸钙，其镇静安神、除烦热之力较强，故凡心肝火旺神魂失宁者，恒多用之。

【加减】 若汗出过多，汗冷形寒偏盛者，应加入炙黄芪 15～30 克，党参 15 克，制附片 6 克；若出现腹胀便溏，纳欠神疲者，加入煨木香 9 克，陈皮 6 克，炒白术 10 克，砂仁（后下）5 克；若出现头昏头痛，烦热口渴者，加入钩藤 15 克，炒丹皮 10 克，白蒺藜 10 克；若出现心烦失眠，心慌不安者，加入莲子心 5 克，合欢皮 10 克，炒酸枣仁 6～9 克等。

第四节 盆腔炎验方

慢性盆腔炎方

【方名】 慢性盆腔炎，反复发作，甚为难治，我们在摸索过程中，发现红藤败酱散加减，有治疗慢性盆腔炎的作用。该方与清化止痛汤（载《实用妇科方剂学》相似而又有所不同，故名之曰慢性盆腔炎方。

【组成】 丹参、赤白芍各 10 克，红藤、败酱草各 15～30 克，广木香 6～9 克，延胡索 12 克，寄生 12 克，茯苓 12 克，川续断、寄生各 10 克，山楂 9 克，五灵脂 10 克。

【服法】 每日 1 剂，水煎分服。

【功用】 清热利湿，化瘀止痛。

【适应证】 慢性盆腔炎，腰酸，少腹一侧或两侧隐隐作痛，劳累则加剧，卧则病痛不著，或伴带下较多，色黄白，质黏稠，或伴低热，神疲乏力，妇科检查等确诊为慢性盆腔炎性病证者。

【方解】 红藤又名大血藤，具有明显的活血通络作用，与败酱草清利湿热，败脓祛毒相结合，原本是治疗急性阑尾炎的方剂，我们借来治疗急慢性盆腔炎，同样获效。由于慢性盆腔炎以血瘀为主，故方中加入丹参、赤芍、五灵脂、延胡索等活血化瘀通络之品；鉴于慢性盆腔炎者，病程长，反复发作，肾虚者多，故方中加入川断、寄生以补肾，湿浊必与脾肾有关，故慢性盆腔炎常有腹胀矢气、神疲乏力等证，故本方又加入木香、茯苓、山楂等品以健运之、分利之。所以本方虽以活血通瘀，清利湿热为主，但补肾健脾者亦不在少数，虚实兼顾，治此甚合。

【临床运用】 除适用于慢性盆腔炎症疾患外，尚可应用于湿热性痛经、湿热性带下病证。

1. 湿热性痛经 痛经，出现经行腹痛剧烈，血块较多，疼痛时呈持续性，血块中杂以黏腻如带下状物，平时黄白带下量多，质黏稠，或有臭气，腹胀矢气腰痛，腿软，脉象弦濡，舌苔黄白腻。用本方治疗时，加入薏苡仁 30 克，制苍术 10 克。

2. 湿热性带下 带下黄白，量多，质黏稠，有臭气，腰酸腹胀，纳欠神疲，苔黄白腻，脉象细濡。用本方治疗时，加入黄柏 10 克，制苍术 10 克，荆芥 6 克。

【按语】 急性盆腔炎，主要是湿浊与热毒相搏结，因此清热解毒，利湿化浊，化瘀止痛，为其主要治法。选择方药，可以红藤败酱散加入蒲公英 15 克，生大黄（后下）5～9 克，桃仁 10 克。但我们临床常遇到的是慢性盆腔炎，已由热毒湿浊转变为气滞血瘀，但仍然夹有湿浊或湿热，蕴阻在少腹肝经部位，而且是经络血分之间，随着时间的推移，其瘀浊必然反过来耗损肝肾之阴，久而亦及其阳，而且慢性盆腔炎之所以反复发作，正是与肝肾不足有关。肝肾者乃下焦之主要脏器，所以邪毒湿浊之所以发病，及其发病后的稽留不已，就在肝肾不足，虽主要是阴血，而御邪又在于阳气，故阴虚及阳。其次，湿浊又与脾胃，特别是脾土有关，气滞不运，湿浊停留，反过来湿浊停留又必损伤脾胃，是以慢性盆腔炎常伴有程度不同的腹胀矢气、神疲乏力等症

状，有的在服用清利消炎药后，出现腹胀便溏等病证。因此，我们在众多消炎药中，选择红藤败酱散加入补肾、健脾药而成慢性盆腔炎方。红藤虽有清热解毒的作用，但仍着重在活血通络，败酱草能败脓利湿，加入一系列活血化瘀、通络止痛之药，然后再入较多的扶正之品，目前已成为我们治疗本病的常规方。鉴于本方的由来是红藤败酱散，故仍重点分析此两药。

红藤：又名血藤、千年健，味苦，性平，归肝、大肠经，具有败毒消痈，活血通经，祛风杀虫的作用，可治肠痈腹痛，热毒便秘，血瘀经闭，跌打损伤，风湿痹痛等病证，其具体作用，有如《草木便方》所说："温人血分。破瘀生新止血。善治跌仆损伤积血，膨胀，鼻衄，金疮。"《中药志》亦云："祛风通经络，利尿杀虫，治肠痈，风湿痹痛，麻风，淋痛，蛔虫腹痛。"红藤在当今有关报道中被认为是一味治疗急性阑尾炎、阑尾周围脓肿以及风湿关节炎的主要药物，所以我们用它治疗附件炎，是有根据的。

败酱草：又名鹿肠，味苦、辛，性凉，归肝、肺、大肠经，具有清热解毒，破瘀败脓，能治疗肠痈，下痢，赤白带下，产后瘀滞腹痛，目赤肿痛，痈肿疥癣等疾。《本草纲目》："败酱，善排脓破血，故仲景治痈，及古方妇人科皆用之，乃易得之物，而后人不知用，盖未遇识者耳。"《本草正义》亦曰："此草有陈腐气，故以败酱得名。能清热泄结，利水消肿，破瘀排脓。惟宜于实热之体。《本经》、《别录》、《药性论》、《日华子》诸书所载，无一非实热瘀滞之症。惟产后诸痛，当以瘀露作痛者为宜。而濒湖所引《别录》，竟作产后疾病，《大明本草》又以产后诸痛深言之，则流弊良多，不可不知所辨别者也。"可见败酱宜于实证。

【加减】 若在临床上见到湿热偏甚，带下偏多，色黄白，质黏稠，有臭气，舌苔黄腻中，根部较重者，加入制苍术 10 克，炒黄柏 9～12 克，薏苡仁 30 克；脾胃失和者，腹胀颇著，矢气频作，大便溏泄，次数较多者，加入炒白术 10 克，砂仁（后下）5 克，六曲 10 克；若小腹有冷感，腹鸣漉漉，腰腿酸冷，舌苔白腻，原方应减轻红藤、败酱草用量，加入肉桂（后下）3～5 克，艾叶 9 克，鹿角霜 10 克，制附片 5 克等；若胸闷心烦，口苦口渴，便艰尿黄者，可加入钩藤 15 克，炒栀子 9 克，炒柴胡 5 克。

附：盆腔炎消癥方

此方是我们在常用盆腔炎方的基础上，加入消癥的药物而成的。即在前常用慢性盆腔炎方中，加入三棱、莪术各 10 克，炙地鳖虫 6 克，服法同前，适用于盆腔炎性包块、输卵管积水、卵巢囊肿等病证。考三棱、莪术乃消癥散积之要药，为活血化瘀之峻品，一般癥瘕积聚均用此品，已为癥瘕的专用药；地鳖虫为虫类消癥药，其活血化瘀，攻穿血脉之力亦较强，可暂用而不能久服。且慢性炎症所兼的包块，大多是虚中夹实，故只能缓缓消散之，不能峻攻，所以在用药量上也只能按具体病情而定之，始能符合客观实际情况。

第五节　乳房病验方

本节主要介绍我们的两张消散乳癖的验方，即乳癖消甲方、乳癖消乙方。

一、乳癖消甲方

此方是我们多年来为了乳癖病治疗的要求摸索出来的验方。

【方名】 乳癖者，大多表现为经前乳房胀痛，现代医学称之为乳腺增生。虽一般归为外科病证，实与妇科有关。因服用本方后乳癖症状可以消散，故谓之乳癖消；因本方有两，故此谓之乳癖消甲方。

【组成】 炒当归、赤白芍各 10 克，小青皮 6~9 克，大贝母 6 克，漏芦 10 克，紫苏 5 克，炙远志 6 克，瓜蒌皮 9 克，通草 3 克，广陈皮 6 克，制香附 9 克，天花粉 10 克。

【服法】 每日 1 剂，水煎分服。

【功用】 疏肝解郁，理气化痰。

【适应证】 经前期乳房或乳头胀痛，伴有胸闷烦躁，胁肋作胀，经行后期，经量偏少，色紫黑，有血块，行经期小腹胀痛等病证。

【方解】 本方系临床验方，目的是针对经前期乳房胀痛，但由于经前乳房胀痛与肝有关，肝藏血而主疏泄，故治疗肝郁气滞，仍当以养肝血为先，故方中首先用当归、赤白芍为主，以养肝血，然后人香附、紫苏、通草以理气疏肝，青皮、大贝母、赤芍以抑肝泄肝，肝气不仅在于疏，疏者升也，肝气之条达也，而且又在于泄，泄者降也，肝气有时要下降也。肝郁常易夹痰，所以疏肝解郁，常需化痰燥湿，故方中加人大贝母、瓜蒌皮等化痰药。此方又加人炙远志以安神，并稳定心气，加人陈皮以和胃，天花粉以生津止渴，以肝郁最易克伐脾胃，而且肝气郁阻，极易化火伤津，故预为防范，虽然未能完全符合组方原则，但临床上能主次轻重，全而照顾，虽不中亦不远矣。

【临床运用】 本方不仅适用于乳癖病证，而且亦可治疗肝郁所致的月经过少、痛经以及产后忧郁肥胖等病证。

1. 月经过少 可见月经周期延后，经行量少，色紫红有血块，小腹胀痛，胸闷烦躁，时欲嗳逆，脉象细弦，舌质黯红，苔黄白腻。用本方治疗时，尚需加人泽兰叶、川牛膝各 10 克，益母草 15 克。

2. 痛经 经行小腹胀痛，胀甚于痛，经量偏少，色紫红，有大小不等之血块，腰酸楚，胸闷不舒，时时叹气，心情抑郁，烦躁寐差，脉象细弦，舌质黯紫，苔黄白腻。应用本方治疗时，加人延胡索 10 克，广木香 9 克，益母草 15 克。

3. 产后忧郁肥胖 产后心情抑郁，胸闷不舒，常欲叹气，大便偏干，腹胀矢气，形体肥胖，口腻痰多，脉象细弦带滑，舌苔黄腻。用本方治疗时，加人制苍术 10 克，广郁金 9 克，炒枳壳 10 克。

【按语】 一般治疗乳癖病证，均采用疏肝理气的方法，均以逍遥散加人广郁金 10 克、制香附 9 克治之，或者采用理气行滞，化痰燥湿的方法，是以越鞠丸加减，一般可加人陈皮、苏梗、路路通等药物；或者采用泄肝抑肝的方法，如金铃子散，可加人青皮、白蒺藜、绿萼梅等；而本方的特点，在于疏泄合用，既有疏肝理气、行滞解郁，有如越鞠丸的方意，又有泄肝抑肝、使肝气下降，有如金铃子散的方意，同时注重化痰，以防痰湿窜人乳络，结为癥瘕，至为难治，同时女子的肝郁虽为气分病变，但与

血分有关，切勿忽视之，本方用归芍者意即在此。

乳癖引起的经前期乳房胀痛是很有规律的。经前期是月经周期中阳长至重的时期，在阳长达重时，阳气旺盛．血海充盈，肝气偏旺，肝经气火易动．若肝之母——肾阴阳充实，支持肝的气血阴阳就有力，肝的疏泄正常，虽有所偏旺，出现轻度的乳房胀痛，并不能产生病变；若肾阴阳有所不足，则肝体不足，自然用阳亦有所不及，疏泄不及，肝郁乃成，肝郁稍久，将致化火，此即本虚标实之病变，肝郁气，首先将及乎血，致使乳房脉络失畅，肝者与脾胃有关，肝郁气滞，水湿津液不运，酿成痰湿，痰湿与肝郁气滞相合，形成乳腺增生的病变也。经血来潮，排出月经，气随血泄，故乳房脉络等亦告暂时缓解，继而经前期来临，阳长至重，又将激发肝气之偏旺而郁结也。所以疏肝解郁、理气行滞、化痰和血能治此标实证，防其结为癥瘕，非治本之道也。本方中的青皮、香附为要药，兹分析如下。

青皮：又名青橘皮，味苦、辛，性微温，入肝、胆经，或云入肝、脾二经，有疏肝破气，散结消炎的功效．可治胸胁胃脘疼痛、疝气、食积、乳肿、乳核、久疟癖块等病证。《本草纲目》说："青橘皮，其色青气烈，味苦而辛，治之以醋，所谓肝欲散，急食辛以散之，以酸泄之，以苦降之也。陈皮浮而升入脾、肺气分，青皮沉而降，入肝胆气分，一体二用，物理自然也，小儿消积，多用青皮，最能发汗，有汗者不可用。此说出杨仁斋〈直指方〉，人罕知之。"《本草经疏》进而指出："青皮，性最酷烈，削坚破滞，是其所长，然误服之，立损人真气，为害不浅。凡欲施用，必与人参、白术、白芍等补脾药同用，庶免遗患，必不可单行也。"可见青皮理气泄肝，破气散结，宜于实证。

香附：又名莎草，味辛、微苦、甘，性平，入肝、三焦二经，具有理气解郁，调经止痛的作用，可治疗月经不调，气郁不舒，胸腹胀痛及痈疽等证。李时珍的《本草纲目》曰："散时气寒疫、利三焦，解六郁，消饮食积聚，痰饮痞满，胕肿腹胀，脚气，止心腹肢体，头目齿耳痛，痈疽，疮疡，吐血下血，尿血，妇人崩漏带下，月经不调，胎前产后百病。"张石顽也认为："开郁气，消痰食，散风寒，行血气，止诸痛、月候不调，胎产崩漏。"总之我们亦认为香附的确是一味理气解郁调经的要药。

【加减】　如乳胀很明显者，尚可加入沉香片 5 克，旋覆花（包煎）5 克，代赭石（先煎）10 克；若伴有烦热口苦，舌红脉数者，加入炒栀子 9 克，苦丁茶 10 克，炒丹皮 10 克；若见脘腹胀，嗳逆矢气，大便偏溏者，加入广木香 9 克，佛手片 5 克，砂仁（后下）各 5 克。

二、乳癖消乙方

【方名】　同于乳癖消甲方。

【组成】　山甲片 6～9 克，当归尾 10 克，蒲公英 10 克，炒柴胡 5 克，海藻 12 克，夏枯草 9 克，赤、白芍各 10 克，天花粉 9 克，浙贝母 9 克，桃仁 10 克，王不留行、刘寄奴各 10 克。

【服法】　每日 1 剂，水煎分服。

【功用】　清肝化瘀，软坚散结。

【适应证】 经前期乳房或乳头胀痛结块，伴有胸闷烦躁，胁肋作胀，头昏头痛，经行先期，经量较多，色鲜红，质黏稠，或有血块，或伴有颈项头侧淋巴胀痛等。

【方解】 肝郁化火者一般均以丹栀逍遥散为主方，但由于病患在于乳房，所以清肝的药物以蒲公英、夏枯草为主；其中柴胡、当归、芍药照用；肝郁化火，以火热为主，自然脾胃亦处于亢奋状态，故仿丹栀逍遥散，着重清火解郁；乳癖已结有癥瘕，故又加入海藻之软坚，天花粉之生津止渴，贝母之化痰；既然乳房部已结癥瘕，说明其血瘀较为严重，故方中加入山甲片、桃仁、王不留行、刘寄奴及当归尾等活血化瘀消癥散结之品，病变的重点已转移到癥瘕，故方中所用化瘀通络消癥散结药物偏多；方中清肝的夏枯草、蒲公英在一定程度上亦有助于消散癥瘕耳。

【临床运用】 本方不仅适用于乳癖有癥瘕的病证，而且也可应用于盆腔炎包块及卵巢肿瘤等疾患。

1. 盆腔炎性包块 急慢性盆腔炎及有炎性包块者，可见烦热口渴，或有发热、腰酸、小腹胀痛、胸闷烦躁，带下偏多，色黄白质黏稠，大便偏干，小便黄偏少，脉象细数，舌质偏红，苔黄腻，妇科检查：确诊为盆腔炎，炎性包块者，应用本方加入延胡索 10 克，败酱草 15～30 克。

2. 卵巢囊肿 少腹作胀，胸闷烦躁，口苦口干，头昏头痛，月经先期，经量偏多，色紫红，有小血块，亦或伴乳房胀痛，脉象弦带数，舌质偏红，苔黄腻者。用本方治疗时，尚需加入炙地鳖虫 6 克，石打穿 15 克，行经期去归尾、桃仁、王不留行，加入炒五灵脂 10 克，炒蒲黄（包煎）6～9 克。

【按语】 从乳腺增生到乳房瘤化，或到乳房纤维瘤，是一个发展的过程，也即是经前期乳房胀痛是阳长至重，阳气偏旺，激动肝郁，气滞化火。另外，肝郁气滞在其发展过程中还有两种主要变化：其一是在肾阳偏虚的情况下，气滞则血滞，滞久必生瘀，乳房经络，因气滞日久，以致瘀血产生，凝结在乳络之间；其二亦是在肾阳偏虚，肝郁气滞，则凝结津液水湿为痰浊，痰浊与肝郁气滞相互蕴结，亦将形成痰癖。这三种病变互相纠合在一处，形成郁火、血瘀、痰凝三者合一的乳癖癥瘕。有鉴于此，所以乳癖消乙方取清肝化瘀消痰等法有机结合。在清肝解郁的方药中，过去一般均用丹栀逍遥散，在我们的临床实践中，早年亦是应用丹栀逍遥散，但发现对此效果并不佳，不得不转用夏枯草、蒲公英之清肝且有消散癥瘕瘰疬作用的药物。在化瘀消癥的药物中我们选择归尾、桃仁、王不留行、刘寄奴、山甲片等，适合于乳房经络之间的瘀结，实践证明此类药物对乳房经络间的瘀结有效。此外再加入浙贝母、瓜蒌皮以化乳络间的痰湿。通过较长时间的实践，证明本方对此类病证有效。本方中的山甲片、蒲公英为要药，需重点分析之。

山甲片：味咸，性微寒，有毒，入肝、胃二经，有散血通络，消肿排脓，下乳之功效，能治疗痈疽、瘰疬、乳汁不下、风寒湿痹等证。李时珍的《本草纲目》认为："除痰疟寒热，风痹强直疼痛，通经脉下乳汁，消痈肿，排脓血，通窍杀虫。"我们认为山甲片，通窍活络，攻窜性强，对肝胆胃经络所在之处的痹阻，有着针对性治疗作用，乳房部属于肝、胃二经所在部位，因此乳癖中的癥瘕类型者，用山甲片颇为合适，不仅能攻窜入络，去其瘀结，还有消肿排脓，祛其痰湿的作用，所以在治疗乳癖癥瘕

的方剂中应是主要药物，但本药价昂，用时宜掌握之，在少腹肝经部位的输卵管阻塞性不孕病证中，本药也是常用的药物，用之得当，效果颇著。

蒲公英：又名黄花地丁，味苦、甘，性寒，入脾、胃二经，具有清热解毒，散结消炎的作用，可治乳痈疔毒及肝胃方面的炎症疾患。苏恭认为："本药对妇人乳痈水肿，煮汁饮及敷立消。"朱震亨认为："解食毒，散滞气，化热毒，消恶肿结核疔肿。"我们认为蒲公英在外科领域内用之颇广，妇科乳房部炎症肿瘤、盆腔内的炎症，基本上也以此药为主，我们还体会到脾胃、肝胆经的炎症用此甚合。

【加减】 本方药在具体临床运用中，治标不治本，尚需根据不同症状而有所加减。若胃脘不舒，有恶心呕吐者，加入陈皮、制半夏各 6 克；若腹胀矢气，大便溏泄者，加入广木香 6～9 克，砂仁（后下）5 克；若腰俞酸楚，头昏耳鸣者，加入川断、寄生、怀牛膝各 10 克，若心烦失眠，口苦口干者，加入黄连 3 克，莲子心 5 克。

第六节　杂病验方

一、补肾生髓汤

此方是我们近年来为治疗围绝经期妇女骨质疏松症而摸索出来的验方之一。

【方名】 本方之所以命名为补肾生髓汤者，原因就在于本方具有补肾生髓的作用，鉴于肾藏精而主骨髓，所以必须从补肾入手而能滋养和生成骨髓。

【组成】 熟地黄 12 克，炙鳖甲、龟甲各 9 克，炒黄柏（盐水炒）10 克，太子参、白术、茯苓、山药各 10 克，山萸肉 5 克，怀牛膝 12 克，金毛狗脊、杜仲各 10 克，猪脊髓 1 条。

【服法】 每日 1 剂，水煎分服。

【功用】 补肾滋阴，填精生髓。

【适应证】 围绝经期肾虚腰痛病证，可见腰脊酸痛，头昏耳鸣，心烦内热，口渴咽干，带下偏少，皮肤干糙，夜寐甚差，两腿乏力等病证。

【方解】 本方实际上是以龟鳖二甲地黄汤为主方。龟鳖二甲为血肉有情之品，不仅有着较好的滋养肾阴的作用，而且大补奇经，养精生髓；熟地黄、山药、山萸肉是六味地黄丸中的主要药物，也是滋养肝肾阴精的重要药物，有报道证实六味地黄丸对钙磷代谢正常，增加骨中钙磷贮积有一定作用，能提高维生素 D 缺乏之佝偻病患者的血钙水平，推测本方中含有天然抗佝偻病物质，或通过调理肾功能，保留体内钙磷，从而代偿维生素 D 缺乏引致的机体钙磷缺乏症；又加入牛膝、狗脊、杜仲等温补肾阳之品，从而达到滋阴助阳，阳中补阴的作用；至于加入太子参、白术、茯苓者，此乃调理心脾之药也，滋阴助阳结合调理心脾，以保证更好地补肾生髓；最后又加入猪脊髓者，此乃以髓补髓之意，提高补肾生髓的效率。

【临床运用】 本方不仅适用于围绝经期腰痛等病证，亦可用于围绝经期颈椎综合征，年老骨折的调理，以及小儿囟门闭合不良、五迟五软等。

1. 围绝经期颈椎综合征　围绝经期头晕，颈项酸痛，神疲乏力，或时耳鸣目花，

肩臂酸楚，手足无力，脉象细弦，舌质淡红，舌苔黄白腻。应用本方治疗时，可去牛膝、杜仲，加入全蝎5克，炙蜈蚣2条。

2. 老年骨折　凡是60岁以上的男女，骨折后体弱无力，头昏腰酸，夜寐较差者，均可应用本方，加入广木香6~9克，陈皮6克，焦山楂9克。

3. 小儿肾虚　发育不良，囟开迟迟不合，五迟五软，精神不足者，均可服用本方减其用量。常服之，较六味地黄丸尤佳。

【按语】 老年期的腰痛、腿痛属骨质疏松所致，伴年老体弱，或者记忆力衰退，健忘头晕等症者，均可应用本方治疗。本方实际上是从二甲地黄丸、大补阴丸的基础上发展而来的。二甲地黄丸就是在六味地黄丸的基础上加入龟甲、鳖甲而成。考龟甲，性质阴寒，入心肾而养阴补血，功能清热潜阳，善治骨蒸劳热、遗精带下、崩漏等阴虚之证，鳖甲清热潜阳之功大致与龟甲相似，二者往往同用，但鳖甲主入肝脾血分，善能通行血络，有破瘀散结的功能，能治癥瘕、闭经等证，这与龟甲治疗崩漏，控制出血相反，但一通一固，均为血肉有情之品，补养肝肾之阴。大补阴丸，系朱丹溪方，药用炙知母、炒黄柏、熟地黄、龟甲、猪脊髓等。但本方最接近《医醇賸义》的滋阴补髓汤，也可以说是滋阴补髓汤的加减而成，方中生地黄改为熟地黄，去知母、川断、党参、当归，加入鳖甲、杜仲、太子参等药，原书指出，可治骨痿，远行劳倦，伤骨，逢火热消渴，或外感之热，或内蕴之热，皆消阴耗髓，故骨枯而痿，腰脊不举，足不任身。骨痿者，实系骨质疏松，即所谓骨枯也。补肾生髓汤方中以黄柏、牛膝、猪脊髓为主要药物，当着重分析之。

黄柏：味苦，性寒，归肾、膀胱、大肠经，具有清热燥湿，泻火解毒之功，善清下焦湿热及肾经相火，常用于湿热下注，小便赤涩淋痛，湿热泻痢，湿热黄疸，妇女带下黄稠，下肢痿弱无力系湿热所致，阴虚发热之骨蒸盗汗，或肾火妄动之梦遗泄精，口舌生疮，目赤肿痛等证。《医学启源》曰："黄檗，气寒味苦，治肾水膀胱不足，诸痿厥腰脚无力，于黄芪汤中少加用之，使两足膝中气力涌出，痿软即时去矣。〈主治秘要〉云，其用有六：泻膀胱龙火一也；利小便热结二也；除下焦湿肿三也；治痢先见血四也；去脐下痛五也；补肾气不足、壮骨髓六也。"李时珍的《本草纲目》中亦说："古书云知母佐黄柏滋阴降火，有金水相生之义，黄檗无知母犹水母之无虾也，盖黄檗能治膀胱命门中之火，知母能清肺金，滋肾水之化源，故洁古、东垣、丹溪皆以为滋阴降火要药，上古所未言也。盖气为阳，血为阴，邪火煎熬，则阴血渐涸，故阴虚火动之病，须之。"此黄柏坚阴泻火治痿之用也。

牛膝：味苦、酸，性平，归肝、肾经，功能活血祛瘀，补肝肾，强筋骨，利尿通淋。可用于瘀血阻滞所致的妇女经闭、月经不调、痛经、产后腹痛等证；腰膝酸痛，下肢无力；风湿痹痛，亦以腰腿为主；淋证、尿血、小便不利；头痛眩晕，齿龈肿痛，口舌生疮，吐血衄血等证。在具体的作用论述中，《名医别录》云其："酸平，无毒。疗伤中少气，男子阴消，老人失溺，补中续绝，填骨髓，除脑中痛及腰脊痛，妇人月水不通，血结，益精，利阴气，止发白。"《神农本草经》亦指出该药"味苦，酸，主寒湿痿痹，四肢拘挛，膝痛不可屈伸，逐血气。伤热火烂，堕胎，久服轻身耐老。"我们认为牛膝为补肝肾，通经络，去湿浊的要药，生用偏于散瘀血，酒制偏于补肝肾强

筋骨。

猪脊髓（含骨髓）：味甘性寒，或称味甘性平，具有补阴益髓的作用，可用于骨蒸劳热、消渴、疮疡等疾。《本草纲目》认为："除小儿解颅，头疮及脐肿，眉疮，服之补骨髓，益虚劳。"《本草便读》："凡阴虚骨蒸，五心夜热，脊痛，脊凸等证，皆可用之。"《随息居饮食谱》说得更为清楚，如说"补髓养阴，治骨蒸劳热，带浊遗精，宜为衰老之馔。"可见本品善补骨髓，抗衰老，除劳热，宜常服之。

【加减】 若心烦失眠者，加人龙齿（先煎）10克，炒酸枣仁9克；若脾胃失和，纳欠腹胀便溏者，去熟地黄、黄柏，加人煨木香9克，砂仁（后下）5克；若烦躁易怒，头痛口苦者，加人钩藤15克，苦丁茶12克。

二、风疹饮子

此方亦是我们近年来在临床上摸索出来的验方之一。为一些风疹患者所需要。虽然这种病证并不多见，但亦有之，且逐有上升趋势。

【方名】 风疹饮子，是治疗风疹的一张方子，因为本方对风疹疾患有着良好的效果。因而名之。饮者，有两重含义，其一是冷而饮之，常谓冷饮，其二是频服，即多次分服谓之频饮，说明在服用本方时，宜稍凉后频服之。

【组成】 细熟地黄、炒丹皮、赤白芍、豨莶草、海桐皮、地肤子、白鲜皮各10克，茅根（去心）12克，薏苡仁15克，浮萍6克，荆芥6克。

【服法】 每日1剂，稍凉分多次服。

【功用】 凉血消风，清热利湿，止痒。

【适应证】 治疗血热夹风夹湿的风疹块病证，可见风疹，或风疹块较多，瘙痒不已，入晚尤为明显，伴有烦热口干，胸闷腹胀，入夜难寐，大便偏干，小便黄少，舌质偏红，或红绛，苔黄腻，脉象弦细带数，或有某些饮食、药品的过敏病史。

【方解】 本方的药物组成，主要分三个部分。其一是凉血清热，是本方最为主要的部分，故用熟地黄、丹皮、芍药等凉血药物。其次是疏风止痒，也是本方较为主要的部分，方中所用浮萍、豨莶草、海桐皮等，甚则需要加荆芥、蝉衣，疏风止痒功更强；再次是清利湿热，湿热也是重要的致痒因素，因此本方加人地肤子、白鲜皮、茅根、薏苡仁、茯苓等清利之品。因为风疹疾患是由血分所透发，所以本方用熟地黄丹皮赤白芍等血分药为主，就将疏风清利诸药，引人血分达到凉血清热，疏风利湿，控制瘙痒的目的。

【临床运用】 本方不仅适用于一般的风疹疾患，而且在经行风疹中也为常用，同时对一些免疫亢进的不孕不育也有一定疗效。

1. 经行风疹　即风疹疾患是周期发作的，且与月经周期有关，绝大部分在经前经期发作，经净后即愈，月经周期亦大多先期，经量偏多，色红质黏稠，有小血块，经前胸闷烦躁，口干口苦，头昏头痛，大便艰，小便黄少，脉象弦细带数，舌质偏红，苔黄腻。用本方治疗时，还应加人地榆10克，炒蒲黄（包煎）6克，大、小蓟各12克；若经行量偏少，色紫红有血块，小腹作痛者，需加人炒当归、泽兰叶各10克，益母草15克，红花6克。

2. 阴虚火旺夹湿型免疫性不孕不育证　结婚多年不孕育，月经尚正常，常伴烦热口干、便艰尿黄、头昏头痛等证，经妇科检查，发现抗体呈阳性者，亦可运用本方，但需加入白蒺藜 10 克，炒黄柏 9 克，苎麻根 15 克。经后期服用，经期停。

【按语】 风疹疾患一般属于过敏性疾患，以往属于外科皮肤疾病，但近年来，我们观察到与妇科亦有着重要的关系，因为一些周期性发作的风疹疾患，就常与内分泌功能失常有关。中医学认为本病虽为风热湿三者致病，但风热湿三者又必然要在血之中，才能形成此种病患。女子以血为主，所以从血分发生的病证，在一定程度上就与妇科有关。首先从血分的“风”论之。风有实风、虚风两种。实风者，其原因也有两者：一为血热甚生风，即火热过甚，或过亢，必然化风，所以在治疗上要凉血清热熄风，一般风疹疾患均用此法者，理在于此，如本方中的生地黄、丹皮等；二为血瘀生风，即血瘀内阻，脉络不畅，血液流注不及，出现一种类似风证的疾患；或者由于血液瘀阻，血内毒邪滞留致风证，所以《金匮》用红兰花酒，可治六十二种风证，后人提出了“治风先治血，血行风自灭”的治疗原则，本方中的赤芍、丹皮、海桐皮等都有一定的活血化瘀作用，其意义亦在于此。虚风者，其原因亦有两者：一为血虚生风，即营血大耗，经络失养，肢体麻木，出现类似风证，故后人王春山有云：“治风先治血，血充风自灭。”提出了养血熄风的治疗原则，风疹疾患的久治不愈，身虚弱者，要考虑应用此法；二为虚热生风，亦即是肝肾阴血大虚，虚火上炎，亦能化风，或者阴虚水亏，肝阳上亢化风，常需滋阴潜阳，平肝熄风，故在《温病条辨》中有大小定风珠者，就是治疗此类风证的。虽然这一类风证与此风疹疾患关系不大，但是风疹患者久治不愈，体质虚弱者，有时亦需考虑这方面的因素。运用这方面的药物治疗，或者兼服之，亦可能获得较好的疗效。至于湿热因素，因为女性疾患的特点，而且所发生的皮肤痒疹，所以亦要多加考虑，故本方清利湿热而又能止痒的药物较多，原因亦在于此。本方原为我院外科许履和老先生的验方。原方尚有皂角针 10 克，苍耳子 10 克，赤茯苓 12 克。我们的验方中去此三药，加荆芥 6 克。风疹饮子中的熟地黄、浮萍为本方要药，当予分析之。

生地黄：味甘、苦，性寒，入心、肝、肾、小肠四经，具有清热凉血，滋阴生津的作用，可治疗伤寒高热性疾病中的斑疹、咽喉肿痛、血热津枯、吐衄、下血、血崩等病证。李元素认为本药凉血、生血，补肾水真阴，除皮肤燥，去诸湿热。《别录》认为：“大寒治妇人崩中血不止，及产后血上薄心，闷绝伤身，胎动下血，胎不落，堕坠跌折，瘀血留血，鼻衄吐血，皆捣饮。前人在论述地黄时，常与干地黄并论，但均认为生地黄偏于清热凉血，是治疗失血的常用药物。然而失血的病因很多，必须辨别清楚，血热者用此，血瘀者忌此，妇科出血尤多血瘀，更宜慎用此药。此药因寒黏腻，能泥腹妨胃，用时当遵李时珍所说“姜汁浸则不泥腹，酒制则不妨胃”，故用时以姜或酒制之，可免此弊。

浮萍：味辛，性寒，入肺经，具有发汗祛风，行水消肿等功用，可治疗外感表证、风疹丹毒、水肿等病证。《神农本草经》认为：“暴热身痒，下水气，胜酒……止消渴。”李时珍的《本草纲目》：“主风湿麻痹，脚气，打仆伤损，目赤翳膜，口舌生疮，吐血，衄血，瘾风丹毒。”为治疗风热感冒、皮肤痒疹的常用药物，在风疹早

期，能透发风疹，使风热湿邪，从外而解，同时与荆芥蛇、蜕蝉衣等食之有较好的止痒作用。

【加减】 风疹痒甚者，加入蝉衣、蛇蜕各 3 克；若风疹色红、烦热口渴明显，入夜热痒者，需加入炒黄芩 10 克，白蒺藜 10 克，炒栀子 9 克；若脾胃失和，腹胀腹痛，大便溏泄者，上方去熟地黄，加入广木香 9 克，炒防风 6 克，炒白术 10 克；若大便秘结，口苦，苔色黄腻者，加枳实 10 克，大黄 6 克。

第二十一章

临床病案分析

病案，又称诊籍、脉案、医案、病历、病史等，1953年国家卫生部召开医政会议，正式定名为病案。它是在医疗实践中记录的病人病情、症状演变、病史、各种检查，以往的有关治疗、诊断，当前治疗，今后防护、预后等的有关资料，是医疗实践的案卷，是病人的诊疗档案，又是医疗、教学、科研工作的宝贵资料，同时也是解决医疗纠纷、事故、判定法律责任等事项的一种事实依据。所以要求病案尽可能做到详实、客观和完整。

病案始见于春秋战国时期，《史记·扁鹊仓公列传》上记载有名医淳于意的诊籍25例。唐宋以后，医案盛行，宋·许叔微所撰的《伤寒九十论》可谓中医医案的第一本专著，明清之时，著名的医案专著颇多，清·喻嘉言的《寓意草》载有议病式病案，所列项目较全，可为中医病案书写的雏形。新中国成立后，大批中医医院建立，对中医病案的书写要求日趋迫切。妇科病案的书写工作，也是非常重要的。我们认为，最好的病案，应由本人直接书写，资料完整，诊治系统，这样可以将病案中的演变过程、诊断治疗的动态反应及当时病人病情的确切变化等如实地反映出来。以下所介绍的病案及其分析，乃系夏桂成亲自所诊、亲自整理且较为疑难富有思考性的病案，反映了夏桂成对病情演变的分析，关于诊断、辨证的思考，治法方药的转换等，特别是对病案中的特异点、古今方药的选择、近代实验研究的认识等，进行了较为详细的阐发。期望通过这种形式的病案，有利于临床经验的总结提高，有利于启迪后学，更好地发扬中医妇科的优势。

第一节　月经病案

一、崩漏病案

病案1

张姓女，28岁，工人，南京郊区人，结婚两年未孕。

病历摘录：患者崩漏两年余，此次始崩后漏亦已两月，初经15岁，5～8/20～50～90日，量偏多，色紫红，有血块，腹不痛。23岁结婚后月经周期趋于正常，近两年周期紊乱，崩漏发作。经多次妇科检查，除子宫略小外，余均正常。宫腔镜检查，除轻度炎症外，未见异常。B超检查，但见子宫内膜增厚，余无异常。BBT测量，呈单温相，且低温相呈不规则波浪状。血常规示红白细胞低下，淋巴细胞略高，临床也呈贫血状。现在症状，崩漏两月余未净，量少淋漓，色淡如咖啡，偶或紫黑如酱油，间或夹有血块或黏腻如带下状物，腹不痛，但小腹作胀，腰酸明显，头晕心慌，面无华色，夜寐欠佳，神疲乏力，纳食欠佳，大便偏干，有时偏溏，尿偏少色黄，脉象细弦，舌质偏淡，苔色黄白，根部腻较厚。去年曾用乙黄周期序贯疗法3个月经周期，但隔两月后病情复又发作，经友人介绍来我处求诊。

诊治经过：在崩漏发作的第1年，曾在××中医院诊治，认为是血热性出血，用凉血清热止血方药，如荆芩四物汤加人十灰丸类药治疗，似有小效，但不理想。继则因出血而呈贫血状，转用归脾汤加人止血类药物亦未见效。继则又赴××医院诊治，用化瘀止血方药，取震灵丹类药物加减，得能控制出血，但隔一月后，又见始崩后漏，再用震灵丹，疗效欠佳，不得不用西药激素止血，血止后再用乙黄周期序贯法，但停药后病情又复发作，故来我处诊治。开始因见贫血严重，纳差腹胀，故用补气方药加化瘀止血药物，即用补气固经丸合加味失笑散，服后效亦不佳，不得不进而推敲，结合有关检查，考虑急则治标，缓则治本，先从血瘀湿热论治，方用四草汤合加味失笑散，即用马鞭草15克，鹿衔草30克，茜草15克，益母草15克，川断12克，赤、白芍各10克，炒五灵脂10克，炒蒲黄（包煎）6克，大、小蓟各12克，茯苓12克，碧玉散（包煎）10克。药用7剂而血止，血止之后，转从补肾调周法论治，同时适当加入调理脾胃之品，特别是在经后期补养肾阴为主时，加人白术、砂仁、广木香、薏苡仁、焦山楂等品，得能巩固疗效。

病案分析：对张女所患崩漏病证的分析，当首先抓住妇科特征，因崩漏已无月经周期，故着重从量、色、质三方面进行辨证。通过详细询问了解到，量：始崩时出血呈阵发性，演变成漏证时，亦有一定程度的阵发性，且可见到阵发时出现的酱油状血水，这也体现了有瘀滞的特点；色：在崩时虽出现红色，但亦夹有紫黯色，漏证时虽见咖啡色，但或时夹有酱油色者，亦为瘀滞；质：在血崩时有大血块，漏证时亦有血块，同时夹有黏状物质，也属于瘀滞夹有湿浊的见证。经对量、色、质三方面情况的分析，可得出瘀滞夹湿的初步结论。经对头晕腰酸等全身症状的分析，可以归纳为：肝肾不足，气血亏虚，脾胃不和。鉴于全身症状上的虚证与妇科特征上的瘀滞夹湿相

互矛盾，故需要通过月经病史、有关检查、以往治疗及病程演变等全面分析之。患者初潮偏迟，周期紊乱，说明其病源由来已渐，也由于初潮时期即有所失常，可见与肾有关，也即是说肾气欠盛，天癸不充，故先天的肾阴阳即有所不足，这是发生崩漏的最根本的原始因素，是以月经周期始终有所失常。再从病史来看，崩漏病史已有两年余，必然导致阴血亏耗，此即所谓失血性贫血，特别是血崩时，大量失血，其贫血乃是必然之事，营血耗伤之后也将导致气分的不足，气之与血有着互相生化、互相调节的作用。因而血之大耗，自然亦将导致气分的不足，气血亏虚亦将影响脾胃运化，且脾胃失和，不仅生化之源不足，而且脾土不强，土不制水，水湿内阻，下注冲任，且乘子宫之虚流注于胞宫之内，人于血分与瘀滞相交合，故而形成瘀滞夹湿。且通过有关检查，我们可以看到 BBT 呈单温相，结婚两年余未孕，且 B 超检查子宫略小。所有这些情况，均足以说明证属肾虚，而且是偏于阴虚，也即是癸水不足，不能形成阴阳消长转化的周期运动，特别是阴不转阳，有阴少阳，阳气微弱，不能温煦子宫，溶化子宫内膜，是以子宫内膜增厚，此瘀浊之所以形成也，且通过补气摄血、清热固经或者化瘀固经等治方药的治疗不能获效。病程两年余，则病程也不算短，是以血去阴伤，故出现全身症状上的一系列肝肾不足，营阴亏损的明显证候。血瘀湿浊虽为出血的主要原因，然而肾虚冲任失固，血管脆弱，也是导致出血的间接原因。所以在治疗上用清利化瘀四草汤合加味失笑散获得控制出血的效果后，转入补肾调周，着重经后期补肾滋阴论治。

按语：本例系生育期崩漏，一般较为少见，因为崩漏患者大多见于青春期或围绝经期。

崩漏者从月经病的角度而言，应该属于功能失调性子宫出血的范围。所以凡属于功能性崩漏者，既要重视出血的局部因素，即子宫内在的因素，内在的瘀结，但也要重视整体性因素，即脏腑间的功能及其相互联系之失常，这里肾是主要的，但又不能忽略心、肝、脾胃，因为子宫局部的瘀滞湿浊，实际上常是肾虚阴阳失衡，心肝脾胃功能失调而产生的病理产物。故而崩漏的治疗分为两个阶段，即控制出血与调理月经周期。在控制出血阶段时，要急则治标，标中顾本，举凡一切止血的方法均可选用，前人所谓“暴崩宜温宜涩”，目的就在于止血。当出血有所缓和，也即是漏证时，前人又有“久漏宜清宜通”之说，目的在于通过清利疏通，排除子宫内的残剩瘀滞、瘀结、湿浊等物质，才能更好地止血，也就是我们临床上所说的“子宫在于藏泻，泻之尽，藏之固”，反过来又可说“藏之固，泻之尽”。子宫出血看起来是藏之不固，实际上是泻之不尽，我们常见现代医学运用刮宫手段达到止血目的，即此理也。治疗上所用的四草汤合加味失笑散系我们的临床验方，可参阅夏桂成主编《实用妇科方剂学》。四草汤是四味草药，清热利湿，化瘀止血，加味失笑散是在失笑散的基础上加减而来的，两方相合用于治疗崩漏，特别是漏证，确实有一定效果，是以此病人服此方药得能较快地控制出血，进入补肾调周阶段。经后期的补肾滋阴，有时较之控制出血尤为不易，颇费周折，但安定患者心情后，按照阴长运动规律，整理阴阳得当，能取得排卵成功的效果。

病案 2

杨姓女，16 岁，学生。

病历摘录：患者崩漏以漏为主者年余，初经 13 岁，8～12/15～40～90 日，量或多

或少，色紫红，有小血块，无痛经，末次月经于1年前来潮后，至今已1年3月余未净。平时带下不多，B超探查，子宫偏小，余无异常。测量BBT，示单温相，但低温相偏低，有时低于36℃，且呈不规则的犬齿状。血查雌激素（E_2）低，雄性激素（T）偏高，促黄体激素（LH）偏高，促性腺激素（FSH）偏低，催乳素（PRL）素亦略高。血常规示红细胞、血红蛋白低，白细胞亦低下，淋巴细胞略高，出凝血时间有所延长。现在症状，经漏已1年3月未净，偶或量多，如经行不规则，但基本上呈经漏状，有时量少如淡咖啡色，有时色黯有小血块，腹不痛，头昏晕，腰腿酸软，心悸寐差，面色稍差，纳食有时较差，面部痤疮，毛发较重，形体渐胖，脉象细弦带滑，舌质淡红，苔色黄白，中部腻厚。

诊治经过：此患者漏证亦属功能失调性子宫出血病证，也有倾向于多囊卵巢综合征的诊断。曾经用清热凉血止血法，如固经丸、二至地黄丸等，疗效欠佳，改用补气养血、健脾统血的方法，如归脾丸（汤）、补中益气汤，疗效亦不理想，再转用化瘀止血，如加味失笑散、逐瘀止血汤等，亦无效，再以养血调经止血的胶艾汤等，依然如此，家长不得不请西医诊治。先用较大剂量的雌激素，控制出血，然后经己烯雌酚、黄体酮的周期序贯疗法，用药期间崩漏控制，但停药后，崩漏如故。患者迫切要求止血，自动服用云南白药、三七粉、宫血宁止血片、血安、固经丸、白及粉、独一味藏药，以及其他一切有关的止血成药，投药无效。余经再三考虑，此女用尽止血方药，之所以无效者，良由发育欠佳所致，因此，从补肾助长发育论治，方取归芍地黄汤加入川断、寄生、党参、白术、紫河车等品服之，不料出现腹胀、便溏、纳呆、舌苔黄白腻厚，转用香砂六君汤，加入六一散（包煎）10克，白芍10克，佩兰9克，六曲10克，寄生12克等。服后腹胀便溏愈，但经漏依然，不得不在补肾养血的基础上，加入健脾和胃的方法，即归芍地黄汤合香砂六君汤，用丹参、赤白芍、山药、山萸肉、熟地黄、丹皮、茯苓、煨木香、砂仁、党参、炒白术、陈皮、六曲、六一散等，待脾胃转佳后，再以二甲地黄汤加减，加入川断、菟丝子、紫河车等品。前后服药8个月，才出现了月经周期，逐步控制了出血。

病案分析：此为青春期崩漏案，且出血时间颇长，其出血以量少淋漓为主，量很少时呈淡咖啡色，一般出现紫黯色，有小血块，此从妇科特征分析，当属瘀滞，但量甚少时的色淡，可能有两种情况，一是矛盾未暴露，因量太少，其症状特别是经色不足为凭；二是有一定的辨证意义，属于阴血不足，或者气血虚弱，所以出现色淡也。但从整个经量色质来看，应该从瘀滞论治。但临床上用化瘀止血，即取加味失笑散、逐瘀止血汤等治之而无效，可见此虽为瘀滞，但又非所能祛除之瘀滞也，因而出血期的原因虽与血瘀有关，但又与阴虚冲任胞脉的血液凝固差有关，是以《素问·阴阳别论》有云："阴虚阳搏谓之崩。"整体功能上的阴虚阳搏，也涉及子宫局部出血，但为什么运用大量滋阴清热药未见效果，原因就在于此阴虚与先天肾虚天癸不充有关。是以患者初潮即月经周期紊乱，有时也有出血之象，经期也超出了正常范围，即经期延长，故非短期所能图功。全身症状上所出现的肝肾不足，营血亏虚的症状，为崩漏日久所致，BBT所示单温相者，亦系肾阴虚，阴长运动障碍，不能达到重阴必阳的转化，也即是现代医学所谓无排卵的功能不良，此也即是月经病崩漏的特点。但BBT低温相

又示不规则的犬齿状波动，此与该女学习紧张、睡眠较晚有关，亦说明在阴虚的前提下又出现心肝郁火的干扰，血查的雌激素偏低和催乳素偏高亦可以说明之，所虑患者阴虚日久，必及其阳，导致阳亦虚，在崩漏中所产生的子宫内血瘀一般均与阳虚有关。阳虚不仅导致子宫内腔的瘀浊，而且亦导致痰脂代谢的不良，因而患者形体渐腴，同时心肝火旺，上犯肺及皮毛，从而伴见面部痤疮及汗毛之较重，病情复杂，由来已渐，且来之于先天发育欠佳，故非止血法所能治愈，不得不从调补先天入手，置漏证于不顾，无奈气血不足，有时脾胃不良，故有时需从调脾胃为主，待脾胃健运后，转予滋养肾阴，前后达1年，才获得控制出血之效果，也才能达到逐步建立起月经周期。

按语：此例为青春期崩漏，以漏证为主，时间很长，由于出血量很少，所以控制出血无效时，仍可以从缓则治本，如遇血崩之时，当以控制出血为主，急则治标，必要时可运用激素类药物止血，止血后再用中医药补肾治本。我们在临床上经常碰到青春期崩漏以漏为主的患者，曾记得1995年江苏省展览馆张姓之女，年龄15岁，12岁来月经后，即患崩漏以漏为主的病证，3年之内几乎都处于经漏时期，同此全身症状亦基本相同，所不同的是漏证出血时间更长，贫血更为明显，但肠胃功能较杨姓女为佳，形体清瘦，与杨姓女形体肥胖有所不同。在治疗上几乎一致，均是应用凉血清热止血、补气摄血、化瘀止血、补肾滋阴类方药等，效果均不理想，用西药雌激素控制出血，然后运用乙黄周期序贯疗法调控月经周期，停药后经漏又形发作。余劝其父母曰：病属崩漏病中的漏证，出血很少，不必从止血论治，事实上止血也已无效，必须从根本上立法。但病源于先天发育不良，非短期所能图痊，必须长期治疗，许以一年，法从滋阴补肾，方取归芍地黄汤，服2周后再稍稍着重补肾阳为主，用补天五子种玉汤，服2周后，再以调经方药，即在归芍地黄汤中加入香附、泽兰叶、五灵脂、益母草5~7剂后，再服半月补阴方药、半月补阳为主的方药，类乎周期序贯法，即周期节律诱导法。前后服药1年3个月，患者方才逐渐建立起月经周期，可见此类患者治疗的艰巨。在补肾之中常见脾胃欠佳，故又得兼调脾胃化痰湿等法参治之，是此案的特点。

病案3

程姓女，48岁，干部，已婚。

病历摘录：患者崩漏以崩为主者两月余，初经14岁，7/30~40日，量一般，色红质稍黏，无痛经，平时带下或多，有时色黄白，质黏稠，有时有腥臭气。妇科检查：子宫较大，质地较硬，宫颈潮红，Ⅱ°糜烂。B超探查，示子宫肥大，内膜增厚。宫腔镜探查，未发现异常。BBT测量，示单温相，但温相偏高呈不规则犬齿状。血查雌激素（E_2）低下，雄性激素（T）亦呈低下，促黄体激素（LH）偏高，促性腺激素（FSH）亦偏高。血象检查：红细胞、血红蛋白亦呈低下，白细胞亦偏低，淋巴细胞略高，出凝血时间有所延长。现在症状：崩漏时多时少已两月余，最近3天内出血量多，呈阵发性，色红，有较大血块，腹不痛，头昏心慌，胸闷烦躁，夜寐甚差，小腹作胀，腰酸酸楚，面色㿠白，但又时见潮红，大便偏干，小便偏少，色黄，脉象弦细，舌苔黄白腻，舌边有紫瘀。

诊治经过：此患者系属围绝经期功血。在治疗上先用凉血清热的固经丸、凉血地黄汤、丹栀逍遥散，出血虽有所减少，但偶尔又见增多，改用化瘀止血的方药，用逐瘀止血汤等，如黑当归、赤白芍、益母草、川续断、马齿苋、花蕊石、茜草炭等，药后反致出血增多，不得不从西医治疗，用妇康片等较大剂量止血，血止后，减少剂量，但仍有漏红。因患者对妇康片等激素有反应，服后肝胆区不舒，胃脘胀闷，恶心呕吐，神疲乏力，故不得不逐渐停药，改用安络血、催产素等止血，殊料使用这类药物后，又见出血增多，淋漓不净，色红有血块，余再三考虑后，从滋阴清热合化瘀止血之法，复方图治，药用：炙龟甲（先煎）10 克，炒黄柏 10 克，椿根白皮 10 克，女贞子、墨旱莲各 12 克，炒川断 12 克，炒五灵脂 12 克，炒蒲黄（包煎）9 克，大黄炭 6 克，大、小蓟各 12 克，党参 15 克，陈皮 6 克等。前后服药 15 剂，始能完全控制出血，血止之后，从调理心肝脾胃论治，用丹栀逍遥散、加味归脾汤或归芍六君汤，得能在近一年内未发作崩漏。

病案分析：此为围绝经期崩漏病案。其出血时间虽不算太长，亦不算太短，但以血崩为主，其量多时呈阵发性，色红，有大血块，小腹胀滞。就妇科特征而言，仍然属于血瘀夹血热，就全身症状而言，应属于阴虚心肝火旺之证，妇科特征与全身症状有矛盾，即血瘀与阴虚的冲突，所以要结合月经病史、检查、治疗经过及病程演变等作全面分析。患者年龄已到绝经期，其肾气将衰，天癸将竭，是以月经已渐趋紊乱，此乃肾衰阴虚之必然，阴虚则阳气亦必虚弱，阳虚则不能溶解子宫内的瘀浊，是以致瘀，此其一；患者情绪不稳定时或烦躁忧郁，气机不畅，气郁则血滞，也是导致血瘀的因素，此其二。所以妇科特征上出现的血瘀证，还是较为主要的。但在治疗上运用活血化瘀的方药，为什么反而出血增多，我们体分析，在活血化瘀以控制出血的一些方药中，如当归、益母草、马齿苋等药有着收缩子宫的作用，而围绝经期患者凡见子宫肥大、质地偏硬、宫缩不佳，用此化瘀缩宫方药，只能促进子宫的活动，而不能达到缩宫止血的目的，因而反致出血增多，所以对这类围绝经期患者，必须以滋阴养宫为主，佐以化瘀止血，取固经丸合加味失笑散治疗。前后服药 15 剂，取得了较好的止血效果。止血后，由于肾衰天癸竭的生理特点，补肾调周以恢复青春生理已不可能，故转从心肝脾胃论治，得到了控制出血后的疗效巩固。

按语：此例为围绝经期功能性崩漏，且这种崩漏颇为常见，围绝经期崩漏不同子青春期崩漏者，除了心肝脾胃的症状较为明显外，主要的还在于子宫本身的特点。因为围绝经期时子宫已趋于衰退，子宫缺乏应有的癸水滋养，所以大多数患者可出现子宫肥大，质地较硬或硬的肌肉组织衰老松弛的变化，因而虽然子宫内有血瘀，特别是膜样性瘀浊内阻，其用药不同于青春期，尤其是对活血化瘀收缩子宫性药物，应该慎用。根据我们临床运用的体会，凡属阴虚血瘀，子宫质地较硬者，以固经丸合加味失笑散为宜，我们在近年来所摸索的新加固经汤，即龟甲、黄柏、牡蛎、炒川断、椿根白皮、五灵脂、蒲黄炭、大黄炭、血余炭等较为合适。不过，根据我们长期临床实践，发现围绝经期崩漏也同样容易见到肾虚偏阴虚者，上则心肝火旺而见热象，下则肾阳虚，子宫瘀阻，因而运用此新加固经丸方药疗效不佳，可转用震灵丹。震灵丹也是化瘀止血的方药，但有温涩作用，一般来说温阳的药物，均有利于排除瘀浊，且崩漏中

的血瘀，前人谓之“瘀结”，非易排除。虽需化，还要固，且以固为主，此亦是治围绝经期崩漏的特点。

二、月经过多病案

病案1

俞姓女，28岁，工程师。

病历摘录：月经后期量多1年，结婚2年未孕。患者以往月经正常，初经14岁，7/30日，量一般，色质正常，无痛经，结婚后形体逐渐丰腴，继之月经后期量多，一般为7~10/40~50天，量第2~3天特多，色红带紫，有烂肉样血块，血块较大，血块下前小腹坠痛，且有冷感，块下痛减，经行腰酸便溏，经前乳胀，结婚两年夫妇同居未避孕亦未怀孕。妇科检查：宫体偏小，余未见异常，测量BBT有时示单温相，有时高温相偏短，经间期锦丝状带下偏少，甚则很少，舌质淡红，苔薄黄腻，脉象弦细。

诊治经过：患者系月经后期量多，BBT呈高温相偏短，显示出阴长阳短的运动形式，所以治疗上着重在经后中期论治，用滋肾养血，疏肝健脾法，取滋肾生肝饮合木香六君汤加减，药用：丹参10克，赤白芍、山药、熟地黄各10克，丹皮、茯苓各9克，山萸肉6克，川断、菟丝子各12克，荆芥6克，炒白术10克，广陈皮、广木香各6克。服药7剂，带下稍增，再从前方加入肉苁蓉，服药5剂，带下增多，锦丝状带下亦较前增加，转用阴中求阳，调理气血，以促转化的方法，用补肾促排卵汤治之，药用：丹参12克，赤白芍、山药、熟地黄、丹皮、茯苓各10克，山萸肉6克，川断、菟丝子、紫石英各12克，五灵脂10克，红花6克，炒柴胡5克。药服7剂，BBT上升，呈高温相进入经前期，用补肾助阳，疏肝化瘀的方法，取助孕汤合越鞠丸、脱膜散加减。前后调治5个月，月经已恢复到35~40天一行，BBT双温相，高温相已达到12天，月经来潮，经量基本正常，烂肉状血块基本消失，有时或有较小的血块，小腹疼痛缓解，巩固2个月，于治疗后第7个月受孕，转入补肾保胎治疗。

病案分析：患者的妇科特征，出现后期与量多的矛盾。一般来说，后期与量少相吻合，而量多与先期相吻合；色红，有烂肉样血块，从色质而论，属于实证，应属于血瘀气滞，而瘀滞在月经后期中亦颇为常见，所以应该说是三对一的矛盾，即期、色、质相一致，而量多与此相矛盾。量多有三种情况：首先是血热，血热与色质不完全相符，暂可排除；其次是气虚，气虚与色质冲突较大，亦可排除；而瘀滞得到色质的支持，且血瘀有两重性，即可阻滞经血，而致后期量少，又可损伤血络，或瘀阻于内，血不归经，而致先期量多，所以妇科特征上可以归纳为血瘀，而且小腹疼痛，亦证实了血瘀的存在。但其全身症状方面出现的腰酸、小腹有冷感、大便偏溏，应属于脾肾阳虚。阳虚与血瘀相矛盾，所以必得借助月经史，有关的各种检查。月经以前也有落后，妇科检查宫体偏小，说明先天肾虚偏阳的客观存在。肾阳虚者，命火不旺，火不暖土，故脾胃亦形不足，阳虚既不能温煦子宫而调适冲任，又不能司气化而助疏泄，以致脂膜与瘀血内结，损伤血络，好血不得归经，故见后期量多。由此可知，肾虚为木，血瘀为标，因此在行经期，当从标证论治，以血瘀为主，佐以健脾补肾论治。但重点在于经后期与经间排卵期的治疗，故经后期以滋肾生肝饮合木香六君汤，经间排

卵期以补肾促排卵汤治疗，经前期用助孕汤。经过5个月的系统治疗，基本上得到了恢复，出现了真正的“绸缪”之期，壬癸的阴阳水均得到了提高，真正达到“天癸至”，阴阳和，月经周期节律的康复，促进了生殖节律的提高，故而有子。

按语：本例虽属于月经过多，但亦属于膜样痛经的病证。因为相对来说月经过多为主要，疼痛与月经过多相比较要轻一些，所以诊断月经过多为合适。此病辨治在于急则治标，缓则治本。治标以控制出血为前提，由于血瘀所致的出血，当治以逐瘀止血，但膜样性血瘀，又非一般性逐瘀止血药物所能用，我们是用脱膜散，或者逐瘀脱膜汤，加入健脾补肾的药物。我们对此常用的药物是：黑当归、赤白芍、五灵脂各10克，炒莪术9克，炒蒲黄（包煎）6克，延胡索12克，益母草15～30克，炒川断10克，党参、炒白术、茯苓各12克，煨木香9克，炒荆芥6克。服药后，出血量并非增多，而且经期有所缩短，疼痛缓解较为满意。经净之后，从缓则治本，即按月经周期的阶段特点论治，也即是我们所倡导的调周法，而且也证实了调周法在此患者的5个月的实践中获得了成功。

病案2

卢姓女，48岁，干部。

病历摘录：月经过多7个月。以往月经尚正常，初经12岁，5/25～30日，量中等，色质基本正常，无痛经，25岁结婚，1-0-2-1，上节育环15年，因经期延长而取出。俟后月经稍正常。近7个月来，月经紊乱，前后不一，但尚有一定的周期性，惟行经量多。于月经的第1～4天量多色红，血块亦多，夹有内膜样血块，经行7～8天始净，经行时小腹坠痛，黎明时盗汗、胸闷烦躁，口苦咽干，头痛寐差，内热口干，喜饮，大便偏干，小便偏黄量少，而目浮肿，神疲乏力，脉象弦带数，舌质红苔黄腻。妇科检查：子宫略大，余无异常。曾行两次诊刮，病检：一为“轻度子宫内膜增殖症”，一为“子宫内膜分泌反应欠佳”。测量BBT，低温相偏高，高温相偏短，或高温相不稳定。

诊治经过：患者适值行经期的第一天，经量虽有所多，但尚非过多的时期，据述经行的第2～4天是经量最多的时期，综合情况，予以清肝健脾，化瘀止血的方法，方药取丹栀逍遥散合加味失笑散治之，药用：黑栀子10克，鹿衔草30克，钩藤15克，黑当归、赤白芍、炒丹皮、五灵脂各10克，炒蒲黄（包煎）6克，大、小蓟各15克，党参12克，白术10克，茯苓9克，炒荆芥9克。药服5剂，出血减少，7天即净。经净之后转入调理肝脾论治，予以丹栀逍遥散合归脾汤加减，一般用鹿衔草30克，钩藤15克，炒栀于9克，炒丹皮10克，党参、黄芪各15克，白术、茯苓各10克，青、陈皮各6克，广木香、炒枣仁各6克，焦山楂6克，或加当归、白芍各10克，或加川断、寄生各10克，或加炙远志、合欢皮各9克，作为平时期用药，经过前3个月经周期的调治，基本上控制了出血。

病案分析：患者月经过多，先从期、量、色、质属于妇科特征的方面分析，先期、量多、色红、质黏，此乃四者一致的血热类型，而且经行第1天经量即多者，更能证明血热有余的现象。但这里有两点必须加以进一步分析。其一是有较大血块，且夹有内膜状血块，要知道单纯的血热不可能导致有血块，只有血瘀才有可能；其二出血量

多时呈阵发性，一般血热性出血，不可能出现阵发性出血，而阵发性出血也是血瘀性出血的明显标志，我们在前面以及崩漏中已列述。此外月经周期，虽然有时先期，但有时并不先期，故从多方面深入分析的结果，应属于血热夹血瘀。简称热瘀或称为瘀热，而全身症状上所出现的症状，是肝经郁火的症状颇为明显，肝经郁火与血热相吻合，可以清楚地看出妇科特征上的血热就是由肝经郁火所致，而其血瘀与肝郁亦有一定关系，诊刮病检：子宫内膜轻度增生，或子宫内膜分泌欠佳，有助于血瘀的明证。因为患者年龄48岁，年近七七，天癸将竭，肾气渐衰，是以有肾虚的因素，肾虚肝郁，最易产生膜样性血瘀，但就妇科来说，其出血的主要方而在于火热，血瘀占第二位。所以要控制出血，就必须清热解郁，活血化瘀，故用丹栀逍遥散合加味失笑散治疗是最贴切的，故用之有效。由于年龄已达48岁，所以经净之后，从调理肝脾入手，不必再行补肾调周治疗。在调理肝脾时，因脾胃为后天之本，气血阴阳生化之源，故着重调理脾胃，可用加味归脾汤，兼调心肝，以善其后。月经来潮时再服上方，得能获效。

按语：本例是围绝经期月经过多，实际上有时呈崩漏病证，但以月经过多为多见，按一般月经过多而论，主要以血热为多，其次是气虚，或者说是脾虚。我们在实践中发现尚有血瘀，而且在临床中血瘀占有重要地位。过去认为，凡是月经先期、量多，均以血热证型为主，所以本例以肝经郁火为主，亦符合血热证型为主的月经过多。但是临床上所见的病证是复杂的，本例肝经郁火夹有血瘀，其次还有脾肾不足的一面，出血期间重在清肝解郁，化瘀止血。故选用丹栀逍遥散合加减失笑散。但如肝火偏甚，并夹有湿热者，再夹血瘀者，可用龙胆泻肝汤合加味失笑散。药如：龙胆草6~9克，黑栀子9克，苦丁茶12克，泽泻10克，碧玉散（包煎）10克，炒柴胡5克，木通5克，生地10克，炒五灵脂10克，蒲黄（包煎）6~9克，大、小蓟各12克。如果肝经郁火夹有痰湿，可用越鞠丸合加味失笑散，药物可用：制苍术10克，制香附9克，炒丹皮10克，山楂12克，荆芥6克，六曲10克，五灵脂10克，炒蒲黄（包煎）6克，茯苓12克，陈皮5克，大、小蓟各15克。按此论治，才能获取较佳效果。

三、经间期出血病案

病案1

张姓女，30岁，工人。

病历摘录：经间期出血伴鼻衄3月。患者月经稍有超前，7/25日，量中色红，少量血块，腹不痛。初经14岁，7/28日，量中，色红，有小血块，无痛经。25岁结婚，1-0-1-1。妇科检查未见异常，据述，近3个月来每于经净后5天，带下呈锦丝状，夹有血液，伴鼻衄3天，初诊时，正值经前期，鼻衄复见，色红，无血块，口干心烦，胸闷乳胀，腰俞酸楚，大便不实，自觉腰腿有冷感，脉象细弦，舌质边紫，苔黄腻。

诊治经过：初诊时正值经前期，一系列肝经郁火的症状，同时亦有肾阳不足的反应。但以郁火症状为明显，前人提出“经前以理气为先”，目的是调肝为主，因此本例以清肝解郁为主法，但补肾调周仍很重要，故当组合补肾助阳法，温清并用，虚实同调，以丹栀逍遥散合毓麟珠加减，药用：黑当归10克，赤、白芍各10克，山药、丹

皮、茯苓、川续断各10克，紫石英（先煎）12克，钩藤15克，黑栀子9克，炒荆芥6克，五灵脂10克，药服5剂。行经期去山药、紫石英，加入炒蒲黄（包煎）10克，益母草15克。经后期仍感头痛、口干，腰俞酸痛，阴道内仍有极少咖啡色物，脉象细弦，舌质偏红，从滋阴清热，疏肝化瘀论治，用二至地黄汤合越鞠丸、失笑散等方治之，药用：女贞子、墨旱莲、山药各10克，牡蛎（先煎）15克，炒川断12克，陈皮6克，炒苍、白术各10克，蒲黄（包煎）10克，五灵脂10克，太子参12克，六一散（包煎）10克，荆芥5克。药服5剂进入经间排卵期，带下量多，呈锦丝状，夹有极少量血液，腰酸明显，伴有烦躁，舌脉如前，按经间期论治，用补肾促排卵汤，药用：黑当归、赤白芍、山药、熟地黄各10克，山萸肉6克，丹皮、茯苓各12克，川断、菟丝子、紫石英各9克，五灵脂12克，山楂10克，荆芥9克。药后症状趋缓，经前期再按上法图治。服药两月，病遂告痊。

病案分析：患者月经周期有所先期，经量有时偏多，色红，血块少者，符合血热证型。经间期出血，量虽少但色红，同样属于血热。从全身症状上来分析，属于肝经郁火，可以看出其妇科特征上包括经间排卵期的出血，是与肝经郁火有关的，而所伴有的鼻衄，亦与肝经郁火有关。因此，在治疗上清肝解郁，也就是凉血清热，合疏肝解郁的治疗方法，才能有效地控制出血，丹栀逍遥散是首选的方剂。但是在全身症状上，还有肾虚偏阳的证候。肾虚偏阳与肝经郁火存在着矛盾。再从经间期出血的病证来看，主要是阴虚，也就是现代医学所说的雌激素的低下，阴虚者癸水不足也，雌激素与癸水相一致。由此可知，肾虚偏阳者，即阴虚导致阳的不足，而肾阴癸水不足，不能滋养肝木，从而使肝木之气郁者容易化火，所以肝经郁火之形成，还在于肾阴偏虚，癸水不足，而且肾阳偏虚者，亦与肾阴不足有关。此病的根本原因在于肾阴偏虚，癸水不足，故其治疗的重点在于经后期的滋阴清热，疏肝健脾，二至地黄汤合越鞠丸加减，是非常重要的，然后再根据经间排卵期及经前期的阶段特点予以针对性治疗，故能获得较好的疗效。

按语：本例虽为经间期出血，但尚伴有鼻衄，月经稍有先期量多的疾患。由于经间排卵期出血的病程尚短，出血量不多，出血时间不过长，所以治疗的过程较短。以我们平时治疗经间期出血的临床体会来说，一般较轻的经间期出血，分析为阴虚者，有时可以六味地黄丸合乌鸡白凤丸同服，但必须掌握经净后即服，服至经间排卵期即停。当进入经间排卵期时，即按补肾促排卵法论治，用补肾促排卵汤，因为这一时期，是重阴必阳的转化时间，顺利转化，才能促进排卵的顺利，顺利的排卵是经间期的生理要求。故经间排卵期的治疗，不在于止血，而在于保障重阴必阳的顺利转化活动，调理气血，促进活动，这是经间期治疗的最大特点。

病案2

金姓女，27岁，工人。

病历摘录：经间期出血已一年余，伴有月经后期，结婚两年未孕。初经13岁，5±/40±日，量较多，色紫红有血块，有痛经史，25岁结婚，两年未孕。自结婚后，月经渐更落后，周期由40天延至50余天，甚则两月一行，并逐渐出现经间期出血，由2~3天逐渐发展为5~7天，曾误认为月经来潮。妇科检查：子宫偏小，余未见异常。测

量 BBT，发现高温相延后，上升呈缓慢状，上升后，高温相不稳定。经间期锦丝状带下较少。伴有头昏腰酸，夜寐多梦，形体渐丰，脉象细弦，舌质偏红，苔色黄白腻，中根部较厚，平时有黄白带下。

诊治经过：患者由于月经后期，因此经间排卵期出血，一度被误诊为月经来潮，曾服调经药，未果，后至××西医院确诊为排卵期出血，予以己烯雌酚黄体酮周期序贯治疗 3 个月经周期，但停药后，经间排卵期出血又见，月经周期更有所落后，由于经间期出血较多，曾服用过宫血宁、血安、固经丸等止血药，反致经间期出血延长，而行经期腹痛加重。来我处求诊，嘱令测量 BBT2～3 个月经周期后，再予服药调治。后来发现 BBT 高温相延后，经后期白带偏少，有时出现黄带。可见肝肾阴虚，癸水不充，故着重经后期论治，取归芍地黄汤加减，药用：炒当归、赤白芍、山药、干地黄各 10 克，炒丹皮 9 克，茯苓 12 克，怀牛膝 9 克，女贞子 10 克，川断、菟丝子各 12 克，败酱草、薏苡仁各 15 克。至排卵期时，服用补肾促排卵汤。经过 5 个月经周期主要在经后期及经间排卵期的治疗，病有好转，但仍有经间期的少量出血，BBT 上升仍较缓慢。考虑再三，我们一面在经后期加强服用滋阴补肾的药物，并加入清利湿浊之品，即在上归芍地黄汤中，加入炙鳖甲、肉苁蓉、炒黄柏、碧玉散等品，排卵期再服补肾促排卵汤，同时加用复方当归注射液。复方当归注射液是由当归、川芎、红花等品所提取的，行肌内注射，连用 5 天，每天注射 1 次，每次 3 支，每支 2 毫升，连用 3 个月经周期。如法调治 3 个月经周期，月经 35 天来潮，出血基本控制，BBT 上升较快，又隔 3 月受孕，翌年举一男。

病案分析：此例实际上是由三个病证的合并，一是经间期出血，二是月经后期，三是痛经。从妇科特征上分析，周期落后，经量时多时少，色紫红有血块，可以分析为瘀滞证型。且期、量、色、质四者之间一致，但妇科特征与全身症状上的肝肾不足相矛盾，因此要借助月经史，再对照妇科检查，说明先天发育较差，其肝肾不足来源于先天，但亦有后天的因素，结婚后月经更落后，并出现经间期出血，说明肾虚在先，血瘀在后，血瘀是从肾虚的基础上发生和发展起来的，所以化瘀只能解决痛经问题，面不能解决月经后期和经间期出血。而且要杜绝血瘀的产生，亦在于补肾，扶助肾阳，才能溶解血瘀，因此着重经后期的滋阴补肾，再从经间期的补肾调气血，促使重阴转阳的顺利。由于血瘀内阻，在一定程度上亦影响转化，因而通过加强气血活动，不仅达到活血化瘀，而且也促进了顺利转化，对恢复肾之阴阳有着较好的作用。

按语：经间期出血，反复发作，由来时间较久。根据我们治疗此病的体会，本病是以肝肾不足、癸水不充为主，故重阴有所不足，转化欠利，因面出现冲任有所失约，子宫有所失藏，故有出血的现象，但在临床中肾阴亏虚常常夹有湿热，或者血瘀，此例为阴虚夹瘀，故在治疗此病时存在着止血与活血的矛盾。出血较多，时间较长，故用止血法，但止血法用之而效欠佳者，实际上是静与动的矛盾，止血者一般用清热固经的方药，清热固经属于静的方法，而经间排卵期是转化时期，是动的时期，只有气血的显著活动，才能推动重阴转阳，才能顺利地排出卵子，所以我们加用了复方当归注射液，以加强气血活动，使 BBT 上升的高温相较好，有时即使出血稍有增加，但能保证 BBT 上升满意。这亦是经间排卵期的最大特点，所以我们提出经间排卵期的动是

主要的、绝对的，处方用药也必须顺应这一生理要求。

四、经期延长病案

病案

陈姓女，45岁，工人。

病历摘录：经期延长已3个月。初经12岁，3～5/30±日，量一般，色质正常，无痛经。平时带下不多，经间期锦丝状带下尚可，维持在3～4天，24岁结婚，1-0-2-1。上节育环10年后，因出血较多而取环，近3个月来经期延长，曾用止血药效果欠佳，月经周期稍正常。妇科检查，除轻度宫颈炎外，余未见异常。患者经行第1～2天即多，色红，有血块，血块较多，小腹坠痛，继则量少淋漓不净，持续10余天始净。伴有胸闷烦躁，口渴咽干，头昏腰酸，脉象细弦，舌质偏红，苔色黄腻。

诊治经过：经期延长，此次来诊时，经又将15日未净，量甚少，夹有黏液，小腹仍有作坠，余症均见此。治当清肝利湿，化瘀止血等法治之，方取四草汤合加味失笑散加减，药用：马鞭草15克，鹿衔草30克，茜草10克，益母草15克，黑当归、赤白芍、炒五灵脂各10克，蒲黄炭（包煎）6克，大、小蓟各12克，血余炭、炒川断、旱莲草各10克，服药5剂。在服药2剂半时，经水即净，原方药服完。经间排卵期后，进入经前期，是治疗的重点时期，而经前期又见胸闷烦躁，乳房胀痛，夜寐多梦，腰俞酸楚，脉象细弦，舌质偏红，苔色根部白腻，应从养血补肾，助阳化瘀论治，毓麟珠合七制香附丸（汤）加减，药用：炒当归、赤白芍、山药、丹皮、茯苓各10克，山萸肉6克，川断、菟丝子各12克，紫石英（先煎）9克，钩藤15克，制香附10克，五灵脂10克，红花5克。待行经期时，再服上方，行经5天即净。治疗2个月经周期，经期延长之疾告愈。

病案分析：患者月经周期基本正常，经量先多后少，淋漓不净，色红或紫红有血块，血块多而大，可见从妇科特征分析来看，应归属于血瘀为确当，完全符合血瘀内阻，好血不得归经。从全身症状来看，小腹坠痛，痛者亦符合血瘀的指征；但腰酸头昏，口渴咽干，此乃肾虚偏阴的见证；胸闷烦躁，或时乳房胀痛者，乃肝郁气滞的见证。肾虚肝郁与血瘀亦存在矛盾，必须从月经史、病史有关检查进行全面分析。患者月经史，属于正常发育，无特殊意义。从病史看，上环后月经过多而取环，可见月经过多史较久，血去阴伤，久而及肾，肾虚偏阴，必与此有关。且患者年龄45岁，已趋于围绝经期，因此在细询病史时，发现心情欠佳，时或烦躁，情志不遂，心肝气郁，乃是必然的现象，在肾虚偏阴，营血不足之体中，其心肝气郁，必然致病。所以我们认为本病的机制变化为：肾虚→肝郁→血瘀（子宫）。因为肝郁气滞，在肾虚的前提下，气滞则血滞，滞久必致瘀。而且此瘀阻于子宫之中，影响子宫之藏，冲任之约，是以出现经血淋漓不净。因而控制出血，在于化瘀，非止血法所能治，但杜绝血瘀的产生，又在于补肾调肝，经期治标，化瘀为主，佐以补肾理气，乃标中顾本之意，平时治本，重在经前期养血补肾，佐以疏肝理气，稍化其瘀，乃本中顾标。按此论治，得能迅速获效。

按语：本例虽为经期延长，但亦属于与月经有关的出血病证。过去将其归并在月

经过多的范畴，因为月经过多有两个概念，一是经量过多，出血的数量过多，二是持续的时间较长，亦即是出血的数量不过多，但延续的时间较长。经期延长与月经过多之间所表现在时间上的区别是：月经过多者，其延长的时间在正常的经期上超过1～2天，甚至3天，而经期延长者，其延长时期在3天以上，亦即是正常经期加上3天以上者，但是在经期延长中，尚必须排除经前漏红，与崩漏病证中的漏经，可以通过测量BBT而予以区别。

在辨治方面，不仅要重视行经期的治疗，而且更要重视经前期的治疗。行经期常多瘀热证，所以活血化瘀，清热利湿，是行经期的主要治法。首选方是四草汤合加味失笑散。如治之而乏效，必须标而本之，即标中顾本，或标本同治，必须与补肾相结合。如属肾阴虚者，必然出现虚热症状，可合二至地黄汤治之；如属肾阳虚者，尚需结合补肾助阳的方法，应加入川断、杜仲、寄生之属，甚则补骨脂、鹿角胶亦当加入。在治疗血瘀时，一般固然要与清利湿热的药物合用，因为湿瘀交阻者多，而且湿与瘀的交合，增加了排除血瘀的难度，必要时，尚可加入制大黄、炒枳壳的逐瘀；如热象不甚，小腹冷痛，还得加入肉桂、艾叶以调治之。经前论治补肾调肝，乃治本之道，尤为重要，可参考经前期生理病理诊治特点章。

五、老年复经病案

病案

朱姓女，70岁，退休工人。

病历摘录：绝经20年，此次阴道流血12天，初经14岁，5～7/26～35日，量中，色紫红，有小血块，有时有痛经。26岁结婚，2-0-2-2，上节育环，46岁时取出。有宫颈炎病史。患者自述于12天前突然腰酸腹痛，阴道少量流红，去××专科医院就诊。妇检未发现异常。宫颈刮片见到大量角化细胞，与年龄不符，未见癌细胞。B超：子宫区血流丰富，盆腔血流丰富，子宫内膜增厚，子宫内膜癌不能除外，当天行诊断性刮宫，刮出内膜极少，一周后病理诊断：宫内容少许黏液。诊刮术后两天阴道流血量多，色红有血块，腹痛，动员患者行剖腹探查术，患者拒绝，转来我院求诊。就诊时阴道流血12天未净，量又转少，色淡红，无血块，伴有胸闷烦躁，夜寐欠安，神疲少力，纳尚可。据述出血前带下量或多或少，色白质稀带黏，无阴痒，舌质偏红，苔腻，脉象弦细。

诊治经过：老年复经，实际上是老年性崩漏，治疗重在止血。根据症状分析，证属肝经郁火，脾胃薄弱，湿热血瘀内阻，故治以清肝解郁，健脾化湿，加味归脾汤出入。归脾汤是心脾同治，补气养血，引血归脾，药用：党参15～30克，黄芪15克，炒白术10克，茯苓12克，炙远志6克，炒枣仁9克，广木香9克，陈皮6克。加味归脾汤者，即归脾汤基础上加入炒栀子、丹皮，今则加入鹿衔草30克，钩藤15克。另外再加入紫贝齿（先煎）10克，大、小蓟各12克，地榆炭10克。服药14剂，观察半月，曾有少量咖啡色，再以加味归脾汤，加入蜀羊泉12克，地榆炭10克，大、小蓟各9克。再服12剂，漏下咖啡色未见，随访2个月，未见阴道流红，嘱其定期复查。

病案分析：绝经后出血，属中医学的“经断复来”，又属于老年复经。按经量的多

或少而论，有时偏多、色红、有血块并伴腹痛，此属血热夹瘀；但出血量少时色淡红、无血块，此属气血虚，脾失统血之证。但从全身症状来分析，属于肾虚心肝郁火，但带下量多，色白，质或稀，无臭气，神疲乏力，此属心脾不足。因此妇科特征的血热夹瘀，与全身症状上的肾虚郁火脾弱不一致，需要根据病史、致病原因、有关检查而综合分析之。患者上环 10 余年，后因月经增多而取环，说明患者子宫容易出血，平时心情急躁，绝经后一度情怀不畅，以致心肝郁火，肝郁易克伐脾胃，这就是一般所谓的木克土的关系。如果脾胃之土较强，木郁克土，并不能形成病变，但如脾胃之土有所不足，则木克土的结果，必致脾胃虚弱，脾胃虚弱，不能运输水湿，水湿停留，形成湿浊，湿浊下注，流注于子宫冲任，与肝经郁火相合，形成子宫冲任之间的湿热，可致子宫出血。另方面脾胃虚弱，气虚不司统摄，亦可致子宫出血，但以上者为主。再通过阴道宫颈刮片、B 超探查、诊刮子宫内膜病检等得知，不仅有湿热的存在，而且还有血瘀的存在。血瘀的产生，在一定程度上与肝郁肾虚有关。所以在根本上是肾虚肝郁，在标证上以湿热血瘀为主，但老年肾虚者，乃先天已衰，且临床上还存在着脾虚症状，所以不得不补脾益气为主，佐以清心肝利湿浊，故能获效也。血瘀者在补脾益气清热利湿的治法中，虽不治亦在治中矣。

按语：老年复经，实即老年期崩漏。在《傅青主女科》、《女科经纶》、《医宗金鉴·妇科心法要诀》等有关著作中均有经断复来的记载，而且指出其病因病机在于肝不藏血，脾不统血，或血热内盛，或正虚邪侵。在治疗上应遵循《河间六书》所说："天癸既绝，乃属太阴经也。对非器质性病变的经断复来，从后天脾胃论治，乃是抓住要领。但在控制出血方面，清心肝尤为要着。同时即使属于非器质性病变，但由于年龄的关系，在一定程度上仍然要加入一些抗恶变的药物，如蜀羊泉、地榆、紫草、白花蛇舌草等。其次稳定心理，怡情养性，使心肝气火平降，从而防止这类病变的复发。

六、痛经病案

(一) 原发性膜样痛经病案

病案

张姓女，23 岁，工人。

病历摘录：患者痛经已 10 年，病起于初潮后 10 月，月经初潮 13 岁，6～7/30～37 日，量中，色红，有血块，有痛经史，未婚，平时带下不多，经间排卵期锦丝状带下亦偏少，B 超探查子宫略小，余未见异常，形体丰腴，毛发浓密，面部多脂，有轻度痤疮。就诊时正值经前期，胸闷烦躁，乳房胀痛，小腹隐痛，据述其痛经发作于经行第 1～4 天，经行第 2 天及第 3 天，血块多，大多为烂肉状（即肉膜样）血块，出血亦多，腹痛最为剧烈，经行第 4 天，腹痛减轻，但仍有少量烂肉状血块，腰酸形寒，经行便溏，舌质黯红，苔薄白，脉象细弦。

诊治经过：初诊时正值经前后期，根据经前期和行经期的症状反应，系属肾虚血瘀，且血瘀较为严重者，因为月经即将来潮，治疗偏向于行经期用药，亦是急则治标之意，理气活血，温经止痛，稍佐补肾助阳，方取痛经汤加减，药用：炒当归 10 克，赤、白芍各 10 克，炒丹皮、茯苓、延胡索、莪术各 10 克，钩藤 15 克，广木香 9 克，

肉桂（后下）5克，川断、益母草各15克，杜仲9克，处方7剂，行经期亦照服。药后痛经大减，烂肉样血块减少变小。经净之后，嘱经间排卵期着重补肾助阳，调气活血，用我们的临床验方补肾促排卵汤，药用：当归、赤白芍各10克，山药、熟地黄、丹皮、茯苓、川断、菟丝子、紫石英（先煎）各10克，山萸肉6克，紫河车6克，五灵脂10克，红花5克。药服7～12剂后再从经期论治，服用原方，即我们临床上所常用的痛经汤加减，前后断续治疗半年，痛经基本控制。

病案分析：按此患者的妇科特征分析。月经后期，量中偏多，色紫红，有较多较大血块，腹痛以第2天增剧，至第4天结束，其疼痛与血块有关，可见与瘀滞有关。因为后期，色紫红，有血块，应属于血瘀，但量多似与血瘀不相符。量多一般有三种情况，一是血热，但血热之月经量多，一般行经第1天经量即多，而此例则从第2或3、4天才开始多，且随着腹痛、血块而量多者，与之不太相符，可以排除；其次是气虚，但色、质不能支持，因此气虚者亦可排除；再次是血瘀，血瘀有两重性，一者，可阻滞经血运行，促使月经后期量少，痛经等证，二者瘀阻伤络，或瘀结内阻，使血不得归经，可以出现月经过多、经期延长等病证。而且从质地上来说，不仅有血块，而是烂肉状血块，此属膜样血瘀，乃瘀结之重者，但全身症状上属于肾虚肝郁，与妇科特征上的血瘀不完全一致，不得不根据月经史分析，周期一贯落后，说明肾虚与先天发育有关。由此可以推知证属肾虚→肝郁→血瘀，血瘀属于膜样瘀结。膜样瘀结者，是血瘀与痰浊相结合，蕴结较深，非得癸水的阳不能溶解。故治疗上当着重在经间排卵期的补肾助阳，调理气血，以促发阳的盛长，才能达到较好地溶解子宫内膜的目的，此是治本之法。行经期活血化瘀，温阳止痛，虽是治标之法，但亦颇为重要。因按此论治，故能获效。

按语：此例为膜样性痛经，亦属于功能性范围，但有其特点，故我们在《中医临床妇科学》中有专门章节列出膜样痛经，分别详细地论述，可参考之。实际上膜样痛经，在前人的有关著作也有所记载，如《叶氏女科证治》在“调经”中所描述的“经来成块如葱白色”、“经来臭如腐肉”、“经来如牛膜片”、“经来下肉胞”等，有如经血中排下的子宫内膜片，而且在治疗上，认为虚冷所致，需服温阳祛寒的药物，如续断、肉苁蓉、厚朴、当归、白芷、干姜、香附、川芎等品，以及十全大补汤温补等法。虽然前人缺乏微观检测手段，不能从深层次了解子宫内膜的周期性变化，但亦意识到脱落化解子宫内膜性的血瘀病变，要从温补温化等法治之。但是在肾阳或脾肾阳虚下所致的瘀结，常常涉及心肝气郁，或者正由于同时存在心肝气郁，才能促进加速和凝结成膜样瘀结。因而在膜样瘀结形成的原因和过程中，还要考虑心肝气郁。心肝气郁后，极易化火，故在膜样痛经中，常常可以见到郁火证型，或伴有郁火证型者。如郁火极为明显者，在治疗时必须要结合清火解郁，或在经前期，以清火解郁为主，获取最佳的效果。

（二）功能性痛经病案

病案1

钱姓女，30岁，职员。

病历摘录：患者痛经10余年，初经14岁，5/28±2日，量中，色红，有血块，有

时少量烂肉状血块，经行第1~2天腹痛较剧，恶寒。结婚两年，夫妇同居，未避孕未生育。妇科检查未见异常发现。测量BBT，示双温相，但高温相不稳定，呈不规则波浪状，总的示高温相偏低。经间期锦丝状带下一般，略偏少，持续2~3天。就诊时适值经前后半期，亦即月经来潮前两天，BBT高温所示10天，少腹腹隐作痛，胸闷烦躁，乳房作胀，腰俞酸楚，稍有恶寒，舌质淡红，苔腻，脉象细弦。

诊治经过：就诊时适值月经来潮前2天，胸闷烦躁，乳胀，小腹疼痛，病属功能性痛经，治当补肾助阳，化瘀止痛，方取毓麟珠合痛经汤加减，药用当归、丹皮、丹参、赤芍、川断、紫石英（先煎）各10克，广木香、延胡索各12克，五灵脂、山楂、茯苓各9克，益母草15克，药服7剂。服药3剂后，经行第1天疼痛有所减轻，第3天疼痛消失，5天经净，经净后按经后期论治，予以滋肾养阴，方取归芍地黄汤加味，药用：炒当归、赤白芍、山药、熟地黄、丹皮、茯苓、川断、寄生各10克，山萸肉6克，陈皮5克，女贞子12克，山楂9克，怀牛膝10克。服药7剂，出现锦丝状带下，续按经间排卵期论治，即在上方中去寄生、陈皮、怀牛膝，加入菟丝子、紫石英（先煎）各10克，五灵脂12克，连服12剂。待经将行时，再予前毓麟珠合痛经汤加减，服5剂，痛经减轻，血块减少变小，5天净。净后仍按经后期调理，着重经间排卵期论治，BBT高温相较前为好，高温相亦较稳定，痛经期大大减轻，因而停药，转改为经间排卵期与经前期服药。前后服药5个月经周期，痛经基本稳定。

病案分析：患者周期正常，惟经行量稍多，但有行而不畅之感，色紫红有较大较多之血块，腹痛剧烈，按此而论，显系血瘀为患，但全身症状上出现肾虚肝郁，与妇科特征上的血瘀相冲突，不得不通过月经史、病史及有关的检查进行全面的分析。患者月经史基本正常，而且痛经10余年，即来潮后5年内未有痛经疾患，说明月经史上正常，其发育亦必正常，但痛经10余年，病史亦较长，未发现器质性疾患，故仍属功能性病证。测量BBT，高温相欠稳定，由来已久，说明肾虚肝郁与血瘀存在着内部的关联，亦可以联系为肾虚（偏阳）→肝郁→血瘀，其血瘀的程度较之膜样瘀结为轻，肾虚由于先天发育因素稍差所致，后天损伤因素亦不明显，因而肾虚亦较轻，因为肾虚与血瘀有关，则肾虚必然偏阳，肾阳虚才是形成血瘀的主要方面。所以此病肾阳偏虚、血瘀内阻，致成痛经。

按语：功能性痛经在临床上颇为多见，一般以未婚室女多见。而且原发性功能性痛经，一般从初经来潮后就发作。此例痛经有所不同，其一，30岁年龄才开始调治功能性痛经，说明疼痛并不剧烈；其二，初经来潮后5~6年才发作痛经，而且月经史等基本正常。说明虽属于原发性、功能性之痛经，但其程度及顽固性均不严重，是以此病在治疗2~3月后，痛经即控制，进入调周法的系统治疗，促进其尽快孕育。

病案2

袁姓女，19岁，学生。

病历摘录：经前经期小腹胀痛已6年。初潮12岁，3~5/30±1~2日，量一般，色质尚正常，平时带下或多，质稀，无臭气，据述初潮后年余，即患痛经。B超探查：子宫略小外，余未见异常。

月经周期正常，或有时稍落后，经前期小腹即开始胀痛，胀甚于痛，行经第1天

疼痛加剧，第2日即消失，经量中等偏少，色紫红，有小血块，疼痛时轻时重，每遇劳累或受凉后疼痛加剧，并伴有胸闷烦躁，恶心泛吐，有时鼻衄，平时头昏心悸，形体清瘦，脉象细弦，舌质较淡，苔色薄黄腻。

诊治经过：初诊时适值经前期，也就是月经来潮前2~3天，出现了一系列血虚气滞的病证，但考虑到患者系属痛经病证，故用我们的临床验方痛经汤，以活血化瘀为主。服药后经量增多，鼻衄加重，疼痛虽有所减，但自觉头昏心慌，体虚乏力较为严重，经后期予以补气养血，八珍汤加减，药用：炒当归、白芍、熟地黄、党参、白术、茯苓各10克，炙甘草6克，合欢皮10克，枸杞子12克。至下次经行之前时，不得不改用调肝汤合逍遥散，药用：炒当归、赤白芍各10克，山药12克，山萸肉6克，阿胶（炖溶冲）10克，广木香9克，炒荆芥6克，炒川断10克，制香附9克，钩藤15克，丹皮炭10克，延胡索10克。药服后疼痛基本控制，出血亦不多，以后按此论治，着重经前经期服补肾助阳方药，经后期气血并补，经3个月经周期的治疗，痛经基本痊愈。

病案分析：经量或多或少，色紫红，有小血块，按此妇科特征而论，当属气滞夹瘀，但应以气滞为主，经前期小腹胀痛，以胀为主者，完全反映了气滞的特点，全身症状上也出现了一系列肝郁气滞的症状，因此用痛经汤活血化瘀止痛的方药后，痛经虽有所减轻，但出血增多，体虚明显，可见药不对症，虽有微效，但副作用大，利少弊多，非其治也。故改用补肝肾，调肝郁，理气滞的方法，能获得成功。所以综合起来看，本病有两个特点，其一是虚实夹杂，既有阴血虚的一面，又有肝郁气滞的一面，联系起来，即阴血虚肝气滞，实际上也是本虚标实的病例，但病的重点在于肝，与一般本虚标实之肾虚血瘀者，在性质上不同；其二是经前经期均有疼痛的病证，一般痛经均在经行第1天或第2天疼痛较剧，而此例在经前期就发作者，亦意味着经前以气滞为主的特点，由于气滞有余，且又有阴血不足之内在因素，故易化火，所以出现一些化火的症状，如烦躁鼻衄等。加上经前期疼痛以胀为主，更证实这一点。治疗必须在辨证的前提下，才能获效。

按语：本例属于原发性功能性痛经。一般均认为痛者不通，不通则痛，所以在治疗痛经时首先想到的是通经化瘀、因为通则不痛，这是痛经的一般治疗方法。但此例痛经，用一般治痛经的方法，即活血化瘀、温经止痛的痛经汤，治之而乏效，说明本例痛经与众不同，属于虚中有实，以虚为主的痛经，所以在治疗上必须要从扶正为主，养血理气止痛如《女科准绳》之八物汤，即四物汤加人木香、槟榔、延胡索、金铃子等药，亦是治疗血虚气滞的名方。如虚中夹实的痛经较剧者，亦应考虑本方的应用。

（三）子宫内膜异位性痛经病案

病案1

陈姓女，36岁，职员。

病历摘录：经行腹痛14年，呈进行性加剧。初经13岁，5~7/25~30日，量一般，色红，有血块，腹痛在经前期天就开始，以胀痛为主，但属于一般性疼痛，至近3年来越痛越剧，26岁结婚，1-0-1-1，上节育环，后又取出，3年前人工流产后疼痛逐渐加剧。妇科检查，发现子宫增大，质地稍硬。B超探查，示子宫肌腺瘤。

就诊时适值经前期，有头昏腰酸，胸闷烦躁，乳房稍有胀痛，夜寐欠佳，带下不多，小腹作胀，有时带下稍多，据述经行略有先期，经行第2~3天量较多，色紫红，有血块，较大较多，小腹疼痛剧烈、呈坠痛状，或有冷感，腰俞酸楚，脉象细弦，舌质偏红边紫等证。

诊治经过：初诊时适值经前期，根据痛经剧烈，肛门作坠，时欲大便，畏寒、头痛、恶心、腰酸烦躁等证候，予以温肾化瘀，清肝宁心以止痛，方予内异止痛汤，药用：钩藤15克，紫贝齿（先煎）10克，炒当归、赤芍、五灵脂、莪术各10克，延胡索15克，肉桂（后下）3克。另外以全蝎粉1.5克，琥珀粉3克，分吞，经前3天开始服，日服1剂，2次分服。药后经行腹痛有减，血块亦有所减少，此乃治标之法。经净之后，嘱测量BBT，观察BBT高温相的变化，抓住经间排卵期论治，以补肾促排卵汤治之，药用：丹参、赤白芍、山药、熟地黄、炒丹皮、茯苓各10克，川断，菟丝子、鹿角片（先煎）各12克，五灵脂10克，红花6克，炒柴胡5克，生山楂10克。自排卵期开始服，直至行经期停服，再加入石打穿，或广木香，或地鳖虫等加减。前后治疗3个月经周期，主要是经前经期的治标方法，以及着重在经间排卵期的补肾调气血法的补肾促排卵汤，基本上控制了子宫内膜异位症的疼痛。

病案分析：先从妇科特征上分析，周期稍先，经量较多，色紫红有血块，一般属于血瘀夹热，而全身症状上亦是属于肾虚肝郁，这样肾虚肝郁与血瘀夹热之间存在矛盾，分析的方法与前一样，通过月经史、病史、有关的检查作全面的分析。可以看出，血瘀夹热者与肝郁气滞有关，肾者肝之母也，肾不能养肝木，以致肝木不能条达，气郁乃成，本虚标实者，此也，所以在一般功能性痛经中，均存在着本虚标实的问题。但此病例之标实，即主要的血瘀病患，有一个最大的特点，即是人流之后余瘀主要指膜样瘀浊内阻，而且瘀阻子子宫脉络之外，随着月经周期中阴阳消长转化而演变，即阴长而发展，阳长而溶解，所以子宫内膜异位症的血瘀，常与外界因素有关，而且瘀结于子宫脉络之外，成为一种较顽固的前人所谓之“血瘕”病证，此与一般的痛经不同，有着具体的病灶，而且与整体的月经周期中阴阳消长转化有着重要的关联，不可忽视其整体的重要性。

按语：子宫内膜异位性痛经的发病率，近年来有上升趋向，前人称之为“血瘕”，即癥瘕中的血瘕，古人关于血瘕的描述，与子宫内膜异位症完全一致。根据我们多年来的临床诊治体会，既然子宫内膜异位症与月经周期的阴阳消长转化有关，因此要治愈子宫内膜异位症，不仅要活血化瘀、消癥散结，而且要按照月经周期中四个阶段的特点进行调治，此即是我们所倡导的调周法，特别要重视经间排卵期后的补肾助阳法的治疗。只有通过提高阳长水平，才能较好地溶解子宫内膜性质的瘀浊。而且子宫之外的内膜瘀浊，必须达到完全溶解，才有可能被吸收，达到控制和消散的目的，相似于前人所谓的“养正则积自除”的意义。

病案2

曾姓女，31岁，工人。

病历摘录：继发性痛经，进行性加剧已1年。初经12岁，5~7/30±日，量一般，色质基本正常，无痛经史，26岁结婚，夫妇同居未避孕但未孕育。平时带下不太多，

经间排卵期锦丝状带下亦偏少。病始于1995年7月份人工流产后，因瘀浊留阻，恶露不绝，故遗留为病，俟后每于经前尤其是经行第1天，腹痛剧烈，经量减少，色红夹有血块，甚则夹有腐肉样血块。自述每次经行必服“芬必得”6片或8片一次，以止疼痛。1996年发现左侧附件包块，B超探查：左侧附件5.5mm×4.20mm大小包块。于当年行左侧附件包块切除术，术后诊断为：“左侧卵巢巧克力囊肿”。术后3个月，痛经依然增剧，不得不服“丹那唑”。服用3个月后，因肝功能不佳而停用，且痛经愈发加重，因而慕名来诊。

适值经前期，胸闷烦躁，乳房胀痛，腰俞酸楚，肢软乏力，背部怕冷，大便偏溏，腹胀矢气，脉象细弦，舌质黯红，苔白腻。

诊治经过：初诊时根据妇科特征与全身症状，可以归纳为肾阳偏虚，心肝气郁，且有化火之象，并夹有血瘀，治当补肾助阳，疏肝和胃，按经前期论治，方取健固汤合越鞠丸加减，药用：党参15克，炒白术10克，茯苓、炒山药、炒丹皮、川续断各10克，紫石英（先煎）15克，制苍术、制香附各9克，五灵脂10克，煨木香6克，钩藤12克，连服7剂。

二诊：上药服后，月经来潮，量少，色黯红，夹有血块，腹痛减轻，今日已呈隐隐作痛之状，此次未服止痛片，患者自述为痛经以来最为舒适的一次月经期，兹则经行第3天，舌质淡红，苔白，脉象弦细，仍从行经期论治，仍按急则治标，予以温经、散寒、化瘀通经，方取验方痛经汤加减，药用：钩藤15克，丹皮、炒当归、赤白芍各10克，广木香9克，延胡索12克，五灵脂10克，川断、杜仲、川牛膝各10克，艾叶9克，益母草15克。连服5剂，嘱经后服桂枝茯苓丸。

三诊：药后经已净，服药期间，经量稍多，色转红，血块减少，经行6天净，经净之后，头昏腰酸，神疲乏力，心烦易怒，夜寐欠佳，口干咽燥，舌质淡红，苔色薄白，脉象细弦，从经后期论治，滋肾调肝，从阴血论治，佐以益气健脾、滋肾生肝饮合异功散治之，药用：丹参、赤白芍、山药、熟地黄、丹皮、茯苓各10克，山萸肉6克，五味子5克，荆芥6克，太子参15克，甘草6克，川断12克，连服7剂。

四诊：药后心烦头痛减轻，周期已进第13天，近日有锦丝状带下，即蛋清样呈拉丝状带较多，小腹坠胀，腰酸不适，有时感到少腹或小腹胀痛，脉象细弦，舌苔白腻。既已进入经间排卵期，就应以补肾调气血法论治之，方取验方补肾促排卵汤加减，药用：丹参、赤白芍、山药、丹皮、茯苓各10克，山萸肉6克，炒柴胡5克等。连服7剂，促使排卵顺利，BBT高温相上升较快较好，高温相稳定，痛经基本得到控制。

病案分析：子宫内膜异位症，肾虚偏阳是其本，瘀结是其标，其病理机制亦如上案所析。所不同者，此病伴有脾气虚，瘀浊内结为癥瘕，即有卵巢囊肿，属于巧克力性质，瘀结的程度较重。但卵巢方面的囊肿并不疼痛，此疼痛者与其他与疼痛有关的病灶存在，以致此疾。

按语：本例病证，亦属于子宫内膜异位症，既有癥瘕，又有痛经，所以在局部治疗上仍当化瘀消癥为主，在整体治疗上，按我们的补肾调周法，即序贯疗法，但由于此病兼有脾胃薄弱，心神不安。因此本例在具体应用调周法时，要结合健脾和胃，宁心安神，我们在上四诊中，实际上已显示了调周法的序贯运用，同时结合服用桂枝茯

苓丸，每次5克，1日2次。除行经期停服外，其余时间均服用，调治4个月，痛经消失，行经期仅感小腹隐痛，不影响工作、生活。停药3个月后，月经50天未行，尿HCG检测为阳性，B超探查为早孕，次年足月分娩一女婴，俟后痛经未再发作。

七、闭经病案

病案1

陈姓女，21岁，职员。

病历摘录：患者闭经2年，用激素来潮后亦已9个月未行经，初经12岁，5/30±2日，量一般，色质基本正常，未婚，3年前因高中学习紧张，压力颇重，心情忧郁而发病，始是月经后期量少，继则闭经。B超探查：子宫偏小，余无异常。血查内分泌激素，雌激素(E_2)低落，促黄体激素(LH)升高，促性腺激素(FSH)降低，余未见特殊变化。BBT单温相，示不规则波动。闭经期曾经雌激素黄体激素序贯周期疗法3次。

现在症状：闭经9个月未潮，实际上应为2年多未潮，因用乙黄序贯疗法后来经3次，停药后9个月未潮，平时带下量少，腰酸乏力，心情抑郁，夜寐多梦，常易外感，形体清瘦，胸闷心烦，据述近2日来有带下稍多，小腹作胀，二便尚调，舌质淡红，苔薄，脉象细弦。

诊治经过：就诊时有如上述，病属肾虚肝郁，既然见有带下增多，小腹胀坠者，故予益肾通经汤以调治之，药用：柏子仁、炒当归、赤白芍、川牛膝、泽兰叶各10克，生茜草、五灵脂、熟地黄各12克，川断、制香附各9克，广郁金6克，前后再加入合欢皮10克，女贞子12克，肉桂（后下）3克，益母草15克，共服药19剂，月经始来潮。经量偏少，色淡红，无血块，3天即净。经净之后，应用调周序贯疗法，同时加入心理诱导，即周期节律诱导法，经后期用滋肾生肝饮，经间期予以补肾促排卵汤，经前期予以赵氏菟丝苁蓉散服之，行经期再以益肾通经汤，按3天、5天的固有行经日期服用。按此周期节律调治，并加以心理诱导，前后服药5个月经周期，BBT出现双温相变化，继续治疗3个月经周期而停药，月经基本上恢复到30天或37天的周期，BBT亦出现明显的双温相，经间期亦有明显的锦丝状带下，病已基本上告痊，体质亦相应增强。

病案分析：病始于学习紧张，压力颇重，心中忧急的情况下，此与心肝气郁有关，但气郁者又必及乎肾，致使肾阴癸水不足，患者所出现的腰酸带少、夜寐多梦、心烦等症状者，说明一系列心肾症状加上闭经者，乃子宫藏之太过，有藏无泻，客观上形成心（肝）—肾（癸水）—子宫生理生殖轴的失常，这也是心肝气郁致闭经的所在。本病证与心肝气郁有关，但治疗重点在于滋阴养肾，因本例病证与西医学中的下丘脑性闭经有关。下丘脑性闭经，分为功能性及器质性两大类。功能性障碍所致者，多为由精神神经因素引发的闭经，我们正是根据这一特点组成益肾通经汤的，就是把宁心补肾、调达于宫的药物组合在一起，故以柏子仁丸加入补肾调经，即通达子宫的药物中，实际上亦是促进转化运动的进行。行经期由阳转阴，益肾通经汤有着较好的促转化作用。因此不仅有利于子宫排泄经血，而且亦有利于排卵活动，因为排卵期由阴转阳，重阴转阳，排出卵子，这才是解决闭经中最为重要的问题。

按语：闭经较之崩漏更为多见，内容尤多。西医学认为：闭经多属下丘脑—垂体—卵巢轴功能不成熟所致。西医强调内分泌方法治疗，即服用外源性激素调经，虽有一定效果，但副作用较大，且长期服用，会使外源性激素对下丘脑—垂体产生负反馈作用，一旦停药往往出现过度抑制现象，反而更进一步引起女性内分泌失调，而达不到治疗目的。而中医辨证则从整体观念出发，结合月经周期中的具体变化，调节肾阴阳间的相对性平衡及月经周期中的阴阳消长转化节律，促使月经正常来潮达到治疗目的。我们所倡导的“月周期节律诱导法治疗闭经法”，要求患者原有规律的月经周期，无器质性病变，闭经的时间并不过长，大约在1～2年内，年龄不过大，一般不超过35岁者。在运用月周期节律诱导法时，医患必须相互合作，相互信任，具有坚强的恒心和毅力，经受反复多次的失败，才能获取效果。具体方法一是按月经周期中四期或五期服药，二是结合心理诱导。特别在转化期的节律活动时，更为重要。双方配合，始能有成。

病案2

陈姓女，29岁，工人。

病历摘录：患者溢乳性闭经两年余。初经13岁，3～5/30～40日，量中，色质尚正常，或有小血块，无痛经。25岁结婚未孕育。妇科检查，子宫未见异常，余亦正常，闭经后复查，子宫略小。血查内分泌激素，雌激素低下，孕激素更低，催乳素＞100ng/ml。曾疑有垂体肿瘤，行颅骨X线摄片、蝶鞍区断层造影，均未发现垂体肿瘤。曾在××医院服用中药近半年，未有满意效果。不得不服溴隐亭，1日2次，每次1.25mg，1～2周内有肠胃道反应，拟停药来我院求治。嘱其测BBT，呈单温相，且有起伏波动。

现在症状：月经由后期、量少，逐渐转变为闭经，带下甚少，头昏腰酸，胸闷烦躁，夜寐甚差，口苦咽干，乳头溢乳，乳汁偏黄，质地较稀，或有脓汁样，挤之即溢，有时腹胀矢气，或便溏，脉象弦细，舌质淡红，苔黄腻。

诊治经过：就诊时根据患者的临床表现，显然属于肾虚肝郁化火之象，同时又兼脾胃差，因此更应用滋阴养血，泄肝柔肝，方取新加抑乳散加减，药用：北沙参、山药、熟地黄、茯苓各10克，山萸肉6克，白芍12克，炙甘草5克，金铃子9克，炒麦芽30克，陈皮6克，焦山楂10克，枸杞子9克。药服7剂，烦热稍解，但出现腹胀便溏，神疲乏力，因此不得不转用滋肾生肝饮合香砂六君汤，药用：丹参、赤白芍、山药、丹皮、茯苓、川断、菟丝子各10克，醋炒柴胡5克，煨木香6克，砂仁（后下）6克，炒白术10克，广陈皮6克，太子参15克，炒麦芽30克，连服15剂，大便之溏泄虽有好转，但溢乳依然，带下似有所增多，再次细询病人，以往曾服滋肾调肝药物不少，但未获效，服用溴隐亭，因有一定的肠胃道症状，而自动停服。经考虑再三，因其催乳素过高，不得不再次嘱服溴隐亭，剂量减少，仍当补肾调肝，健脾和胃以调治，方取滋肾生肝饮，加入健脾和胃助阳等法治之，药用：丹参、赤白芍、山药、山萸肉、丹皮、茯苓各9克，川断、菟丝子各12克，醋炒柴胡5克，党参15克，青、陈皮各6克，广木香9克，砂仁（后下）5克，炒白术10克，炒麦芽30克，制半夏6克。药后服溴隐亭之恶心泛吐未见，胃肠道反应基本消失，能坚持服用溴隐亭的小剂量，同时

合用补肾调肝脾，兼以和胃的方法治疗，在此法上加减，加用过紫河车 6 克，五灵脂 10 克，怀牛膝 10 克，玫瑰花 6 克。。前后服药 3 个月经周期，月经来潮，测量 BBT，由单温相出现双温相，再治 3 个月经周期，基本上痊愈。

病案分析：闭经溢乳，在历来是分析中主要着重在肝胃。肝者，肝经郁火，迫经血以化乳，又通乳汁以外溢，其次是胃气虚弱，不能固摄乳汁，以致乳汁外溢。此例患者从妇科特征乳汁外溢的量、色、质来看，量还是较多，色白带黄，质稀有黏，可见肝经郁热夹有胃虚气弱，两者皆有，但从性质上色黄来分析，又偏于肝郁化火，再从全身症状来看，所出现的一系列症状，同样反映出心肝郁火为主，兼有肾阴不足，在服用一贯煎加减的抑乳散后，出现腹胀便溏，矢气频作的脾胃虚弱现象，而且在服用溴隐亭后，亦出现恶心呕吐、脘腹作胀等反应，可见是证亦的确存在脾胃虚弱的一面。由于血查催乳素过高，不得不再服小剂量溴隐亭，同时应用中药补肾调肝，健脾和胃的方药，故能收到较好的效果。

按语：闭经—溢乳综合征属于中医学中“乳泣”及“闭经”的范畴。《济阴纲目》中记载：“未产前，乳汁自出者，谓之乳泣。”根据前人所谓，乳头属肝，乳房属胃，经乳同源，俱为精血之所化，冲为血海，冲脉下起于胞宫，上连于乳房，胃气充养，肝气条达，冲脉之血下行胞中则为经水，上行乳房则化生乳汁，故有“上为乳汁，下为经血”之说，故在产后哺乳期间，阴血上溢为乳，月经停闭不行；断乳后阴血下注冲脉，溢而为经，则泌乳停止，此乃正常之生理。当溢乳出现于非产后，非哺乳期，并伴闭经者，乃阴血为病因所致应下注反上逆之故，逆上之因常见于肝郁化热、脾虚痰阻以及肾虚火旺等，使冲任失调，经血不能下达反上溢成乳。一般在临床上所见的闭经—溢乳综合征由于病程长，病情复杂，常常是肝郁化火，肾虚火旺，同时兼夹脾胃虚弱，二者合一者，但其中有所偏胜而已，或偏于肝经郁火者，或偏于肾虚火旺者，或偏于脾胃薄弱者，治疗着重柔肝泄肝，是主要的方面，即降低催乳素，所以其中白芍、甘草、麦芽等为主要药物，在不同证型中能加人之为最好，本例由于催乳素过高，故应合用溴隐亭以求佳效。

八、经行疼痛病案

(一) 经行头痛病案

病案

张姓女，34 岁，教师。

病历摘录：经行头痛 10 年，初经 16 岁，7/30～35 日，经量偏多，色红，有小血块，经行小腹隐痛，有时较明显。24 岁结婚，1-0-1-1，上节育环 5 年。平时带下或多。多次妇科检查：轻度宫颈炎外，余无异常。测量 BBT，双温相尚正常，有时高温相呈锯齿状。

现在症状：就诊时适值经前期，BBT 高温相 7 天，大便干结，胸闷烦躁，乳房时胀，乳头触痛，情怀急怒，据述行经第 1～2 天时头痛有时剧烈，以两太阳穴处为主，呈胀痛状，并伴恶心泛吐，大便干结，小便偏黄，脉象细弦，舌质淡红，苔薄黄。

诊治经过：初诊时正值经前期，按照月经周期稍后期，经量偏多，色红有血块的

特点，进行分析，此属肝经郁火，肾虚偏阴，清窍失和，因左右两侧头痛亦必与肝胆经郁火有关，故用补肾清肝，解郁和络法治之，方取毓麟珠、钩藤汤、丹栀逍遥散治之，药用熟地黄、炒当归、赤白芍、山药、丹皮、茯苓、川断、菟丝子、紫石英（先煎）各10克，山萸肉6克，钩藤15克，白蒺藜12克，炒栀子9克，炒柴胡5克，连服5剂。

二诊时，药后月经来潮，头痛有所减轻，小腹隐痛，乳胀已释，烦躁胸闷犹存，舌质偏红，脉象细弦，带有滑象，按经期论治，清肝解郁，化瘀调经，方取钩藤汤、越鞠丸、加味失笑散治之，药用：钩藤15克，白蒺藜12克，合欢皮10克，茯苓12克，制苍术10克，制香附9克，苦丁茶10克，五灵脂10克，蒲黄（包煎）6克，益母草15克，川断10克，药服7剂。

三诊时，此次行经期服药后，头痛减轻，经行第2～3天的量多亦有减少，经行7天即净，经净之后自觉头昏腰酸，夜寐较差，纳食亦有不佳之象，神疲少力，脉象细弦，舌质淡红，按经后期论治，滋阴熄风，和胃健脾，方取杞菊地黄汤合异功散治之，药用：枸杞子10克，钩藤15克，山药、熟地黄、丹皮、茯苓、川断、菟丝子各10克，广陈皮、山萸肉各6克，太子参15克，白术10克，夜交藤15克，药服7剂。

至经前期再按上方即初诊时方，行经期仍用二诊时方服用，经后期服用三诊时方。因发现舌苔黄白根部腻，带下稍多色黄时，在前经后期方中加入败酱草、薏苡仁等品，另服抗宫炎片成药。如此调治3个月经周期，头痛已基本控制，经行小腹痛者亦愈，故嘱服成药以善后，用杞菊地黄丸合越鞠丸，平时服用，再服2个月经周期以巩固疗效。

病案分析：按照妇科特征上的月经周期稍落后，呈一贯性，量偏多，色红，有血块，血块者一般是小血块，偶或有大血块，当为血热夹气滞，简称为郁热证型。夹有血瘀，与全身症状相对照，全身症状上反映出肝经郁火，因而可以明确地辨证为肝经郁热。两侧太阳穴处，亦系肝胆经络之所在，经行头痛者，亦为郁火所致，所以在辨证上是毫无疑义的，应属于郁热，但是有两点必须深入分析。其一是病程过长，经行头痛10年，反复发作，时轻时重，过去亦请中西医诊治过，亦服过清肝解郁的中药，能有所减轻，但不久又发作，或者一个月轻一个月重，此何故。我们认为可能与两方面的原因有关。第一方面的原因，患者从事教学工作，因平时心情急躁、紧张、情志因素的不稳定所致；第二方面患者初经来潮后，一贯周期有所落后，且劳累过度后腰俞酸楚，行经期有时尚有烂肉状小血块，可见患者体禀肾虚，肾者肝之母也，母体不足，是以肝之不强，此亦反复发作的重要的内在的因素。故我们在治疗中始终抓住肾虚的本质因素。其二是在肾虚肝郁的情况下，必然会产生血瘀，且久病入络，不仅子宫有瘀血，而且清空之窍亦有一定量或少量的血瘀。故在治疗上亦当顾及。

按语：经行头痛的病例较多，尤其在是年龄稍大或围绝经期妇女更为常见。此类病人亦以肝火与血瘀为多见。但是我们近年来还发现一种与痰湿有关的证型，亦即现代医学所谓之脑部血管水肿所致的头痛。而且这种痰湿证型，亦常兼夹于肝经郁火或者血瘀证型之中，具有一定的顽固性。

（二）经行身痛病案

病案

高姓女，45岁，教师。

病历摘录：患者近2年来，每于经前或经期左侧肢体疼痛，左腿抽搐，少腹作痛。初经14岁，5～7/30±7日，量或多或少，色紫红，有血块，小腹或隐痛。28岁结婚，1-0-2-1，上节育环15年。妇科检查：左侧轻度附件炎，余未见异常。平时带下或多。

就诊时适值月经来潮，量少，色紫黯，质黏腻，此次月经周期35天，经前经期左侧肢体疼痛，左腿抽搐，左侧少腹作痛，并伴有胸闷烦躁，乳房胀痛，夜寐较差，舌质边紫，苔薄白，脉象细弦。

诊治经过：初诊时适值经行，根据所有病证，分析为肝郁气滞，脉络失和，因此采用疏肝解郁，和络止痛法，方取越鞠丸、泽兰叶汤、二藤舒筋丸等加减，药用：制苍术、制香附、炒丹皮、山楂、泽兰叶、赤芍、五灵脂各10克，天仙藤15克，络石藤10克，干地龙10克，广郁金6克，药服5剂，经行较畅，量较多，色红，有小血块，疼痛有减轻，经净之后，稍感头昏腰酸，胸闷心慌，夜寐仍差，脉舌如前，按经后期论治，以滋阴养血，疏肝和络法论治，方取滋肾生肝饮合二藤舒筋散加减，药用：当归、赤白芍、山药、干地黄、丹皮、茯苓、寄生各10克，山萸肉6克，炒柴胡5克，络石藤、青风藤各12克，鸡血藤15克，白蒺藜10克。药服7剂，症状平平，头昏腰酸稍好，但少腹隐隐作痛，并有锦丝状即拉丝状样带下，可见月经周期已进入经间排卵期，因此治疗就应从经间排卵期论治，用补肾调气血，兼以疏肝和络，方取补肾促排卵汤加入疏肝和络的药物，药用：鸡血藤15克，赤白芍、山药、熟地黄、丹皮、茯苓、川断、菟丝子、紫石英（先煎）各10克，怀牛膝、天仙藤各12克，炙蜈蚣5克，红花6克，炒柴胡5克，服药10剂，至行经期再服前行经方。如此治疗2个月经周期，经行身痛，基本上得到控制，再服2个月经周期，其中加减入延胡索10克，钩藤15克，独活6克，醋炒青皮6克等类药物，同时加服抗宫炎片，病遂告痊。

病案分析：经行身痛，就妇科特征来说，月经周期落后，经量有所偏少，色紫黯，质黏腻，有小血块，可见此乃气滞血瘀中偏于气滞者，结合全身症状的分析，也以肝郁气滞，脉络失和，而且此病的特点均以左侧的肢体少腹为主，即使是乳房胀痛也以左侧为明显。根据前人所论“左属血，右为气”、“左为肝，右为脾”，可见此病与肝的关系极大。且患者病起于心情不畅，工作紧张，又进入围绝经期，肾气衰，天癸将竭，心肝之气郁者，更不易疏解。日久之后，气郁者入乎脉络，所谓久痛入络，肝郁气滞，则内不能协调肝脾，外则不能和谐营卫，脉络不畅，益发使气血不和，从而形成经行身痛，但肝郁日久不愈，势必与肾有关，或者正由于肾虚，以致肝郁气滞者，更不能疏解，故在治疗中，我们虽着重在疏肝解郁，和络止痛，但始终未忘补肾，同时做好心理疏导，得能收到较好的效果。

按语：本例为经行身痛，前医曾从风湿论治，未得显效。再从活血止痛，亦未进步。按前人所论，凡经行身痛不是血虚，就是血瘀，或者是风寒乘袭。正如宋《女科百问》中说“或外亏卫气之充养，内乏荣血之灌溉，气血不足，经候欲行，身体先痛也。”实际上经行身痛，来源于《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治》血痹病，并制订出黄芪桂枝五物汤治疗此等病证。但后来的医家着重在风湿病证。至于肝郁气滞，血脉

不和，脉络不畅，这一类型，尚属少见。但从我们的临床来看，亦常有所见，由于肝郁肾虚所致经络失和者，所以在治疗上既要治标，疏肝和络，又要治本，补肾调周，才能获取佳效。

（三）经行乳房胀痛病案

病案

张姓女，36岁，干部。

病历摘录：患者近两年来每于经前辄有乳房胀痛。初经12岁，3～5/26～35日，量中偏少，色紫红，有血块，或有痛经，25岁结婚，1-0-3-1，上节育环。妇科检查未见异常。测量BBT，高温相欠稳定，低温相亦偏高。平时带下较多。

现在症状，就诊时正值经前期，乳房胀痛，乳头触痛，近半年来加剧，每于经前7天，有时甚则自经间排卵期开始乳房胀痛，有时月经过少时，行经期乳房胀痛不消失，胸闷烦躁，头昏头痛，有时腰酸，夜寐欠佳，口苦咽干，大便干结，小便黄少，舌质偏红，边有齿痕，脉象弦细。

诊治经过：初诊时正值经前期，根据乳房胀痛等一系列症状，此属肝郁化火之象，但经行量少，又当在清肝解郁方法中参入温阳调经之品，方取毓麟珠合丹栀逍遥散再合五香丸（汤）治之，药用：丹参、赤白芍、山药、丹皮、茯苓、川断、鹿角片（先煎）各10克，钩藤15克，炒柴胡、绿萼梅各5克，五灵脂、制香附各9克，金铃子10克。药服5剂，月经来潮，量不畅，色紫红，少腹隐痛，不得不转用疏肝调经，方取越鞠丸、五香丸、五味调经散治之，药用：制苍术、制香附、丹皮、丹参、赤芍、山楂、五灵脂、泽兰叶、川牛膝各10克，益母草15克，绿萼梅5克，延胡索12克，醋青皮6克。药用5剂，经净之后，隔1周，出现一定量的锦丝状带下，腰酸，少腹胀痛，胸闷心烦，睡眠较差，头昏头痛，脉象细弦，舌质偏红，仍当从经间排卵期论治，予以补肾促排卵汤，加入疏泄肝木之品。药用：炒当归、赤白芍、山药、熟地黄、丹皮、茯苓各10克，川断、菟丝子、鹿角片（先煎）各12克，五灵脂9克，绿萼梅5克，炒柴胡5克，白蒺藜12克，红花5克，炒栀子6克。经行时，再服越鞠丸、五香丸、五味调经散，如是反复使用，经间期再用上方。经治3个月经周期，经前乳房胀痛基本消失，继嘱服杞菊地黄丸、越鞠丸以善后。

病案分析：从妇科特征来分析，月经周期忽前忽后，经量偏少，色紫红，有小血块，此亦属于气滞血瘀，而以气滞为主，全身症状上也表现出气滞的证型，而且是一系列肝郁气滞的症状，在一定程度上肝郁气滞有化火的现象。而且患者自感乳房胀痛结块，但细扪之尚无核块，故在经行之后乳房乳头胀痛消失，乳房柔软，并无结块之象。所以此病妇科特征与全身症状均属肝郁气滞，且有化火的现象，并无矛盾，辨证并不困难。但是从测量的BBT的曲线反应来看，高温相不稳定，低温相偏高，说明阴虚心肝火旺，且有肾虚的一面。再细察证候，亦有腰酸头晕等反应，说明的确有肾虚存在。因此，本病证，既有肝郁气滞，且将化火的主要方面，又有肾虚阴阳不足的一面，证情较为复杂。

按语：经行乳房胀痛，在经前期综合征中颇为常见。它与乳癖的差异，就在于乳房有无结块，乳房有结块者，属于乳癖，乳房没有结块者，属于经行乳房胀痛，实际

上应属于经前乳房胀痛。根据我们多年来的临床体会，辨治本病，疏肝解郁，或者清肝解郁，以调治肝郁为主者，非治本之道。治本者仍在于补肾调周，同时要测量 BBT，但也不能否定治肝的重要性，同时必须结合心理疏导，稳定情绪，放下思想包袱，避免紧张急躁忧郁等因素，才能获巩固性效果。

九、经行狂躁病案

病案

张姓女，23 岁，护士。

病历摘录：经行狂躁，经净即止，病来 5 月。初经 14 岁，5～7/30±2～4 日，量一般，色红，质稍黏，无痛经。22 岁结婚，剖宫产 1 胎，于剖宫产后 9 天突发狂躁，住精神病院，用镇静剂控制后出院，嗣后每逢经行则狂躁发作，伴月经量少，甚则经量很少。每次发病，均须住院治疗，妇科检查未发现异常，测量 BBT 呈单温相，产后因病而未哺乳。

就诊时：适值经后期，据述此次经行量极少，1 天即净，下午即发癫狂，烦躁打人，目不识人，彻夜不眠，话多絮叨，拒绝饮食，大便干结，小便色黄，7 天净后，平复如常人，但仍有烦躁寐差，痰涎偏甚，舌质淡红，苔黄白腻，脉象弦滑。

诊治经过：就诊时值经净之后，狂躁发作已趋平稳，但仍有余波，BBT 示单温相，稍有起伏，按经后期论治，予以滋阴养血，清化痰热，安神和胃，杞菊地黄汤合黄连温胆汤治之，药用：枸杞子 10 克，钩藤 15 克，山药、干地黄、丹皮、茯苓、女贞子、泽泻各 10 克，山萸肉 6 克，黄连 3 克，陈胆星 10 克，炙远志、陈皮各 6 克。药服 7 剂，药后，近两天出现锦丝状带下，伴有腰酸头昏，纳呆腹胀，苔腻，舌质淡红，脉象弦滑，当从经间排卵期论治，用补肾促排卵汤加入和胃化痰、安神等品治之，药用：丹参、赤芍、山药、丹皮、茯苓、川断、菟丝子、紫石英（先煎）、五灵脂各 10 克，陈皮 6 克，陈胆星、山楂各 12 克，炙远志 6 克。药服 10 剂，BBT 上升呈高温相，但高温相波动较大，欠稳定，面红痤疮，口腻有痰，大便干燥，小便黄少，舌红苔腻。经将来潮，治疗十分重要，予以黄连温胆汤合血府逐瘀汤加减，药用：钩藤 20 克，陈胆星 12 克，制苍术、制香附、炒枳实各 10 克，川断、桃仁、红花、丹参、赤芍、泽兰叶、川牛膝各 9 克，大黄 6 克。药后月经来潮，此次行经，经量恢复正常，色红，无血块，5 天净，狂躁未作，失眠亦瘥，大便偏溏，日行 2 次，口中腻痰亦少，转从经后期论治，予以健脾滋阴，奠定物质基础，方取参苓白术散。药用：太子参 15 克，炒白术、茯苓、山药、赤白芍、炒丹皮各 10 克，山萸肉 6 克，煨木香 9 克，钩藤 15 克，陈皮 6 克，牡蛎（先煎）15 克，寄生 10 克。服药 7 剂后，已有锦丝状带下，则仍用前补肾促排卵汤治之，至经行时，再服黄连温胆汤合血府逐瘀汤，去大黄、枳实等药，稍作加减。前后调治 3 个月经周期，经行狂躁痊愈。后追访 6 个月经周期，亦未见发作。

病案分析：根据妇科特征分析，量少色紫，此乃血瘀之证，再从全身症状而言，狂躁失眠，舌红苔腻者，痰火上蒙也，而痰火之所以上蒙，还在于血瘀，痰瘀阻于子宫，冲任气血不得下行。子宫者，有胞脉胞络，上通于心，下系于肾，所以气血上升，

扰动气火夹痰上蒙于心脑也。然而子宫内之血瘀，必得正常之阴阳消长转化，才能溶解，方能排出，所以此病的根本还在于阴阳失衡，病发于产后，更进一步证实肾虚阴阳失衡的根本所在。所以嘱令测量 BBT，以观察肾阴癸水阴阳的变化，在调治 3 个月经周期后，不仅有效地控制了经行狂躁的发作，而且也较好地恢复了阴阳正常的消长转化，由 BBT 的单温相转变为双温相。病就告痊。

按语：经行狂躁，临床上虽然较为少见，但亦有，此例患者因发作时的狂躁极为明显，用一般中药不能抑制狂躁，不得不住精神病院，用大剂量西药控制，控制之后由于自己未哺乳，隔 2 个月后，月经来潮，狂躁又发作，不得不住院用西药控制．以后每逢经行，辄发狂躁，狂躁发作，即住院用西药控制，从而出现经血量少，甚则极少，BBT 呈单温相，故在发作时，着重于血瘀与痰火论治，以控制狂躁治其标，平时，主要在经间排卵期补肾促排卵，以恢复正常的较高水平的阴阳消长转化规律，乃治本之道。经过 3 个月经周期的调治，有效地控制了病证，并恢复了正常的月经周期，经过半年的停药观察，未见狂躁发作。

十、围绝经期综合征病案

病案

杨姓女，55 岁，干部。

病历摘录：绝经 5 年，烘热烦躁等 6 个月。初经 13 岁，5/30±5 日，量一般，色质基本正常，无痛经，50 岁绝经。26 岁结婚，1-0-2-1，上节育环 15 年取出，妇科、B 超检查均未见异常，平时带下不多。平素性情急躁多怒，嗜食辛辣，余无特殊爱好。

就诊时烘热频发，有时伴出汗，胸闷烦躁，无故悲伤欲哭，夜寐多梦，自觉食管灼热，咽间如堵，常或恶心，纳谷尚少，两便自调，口苦咽干，舌质偏红，苔白腻，脉象细弦带数。

诊治经过：根据烘热烦躁等证，病发于心，根源于肾，因此清心滋肾，方取我们的临床验方清心滋肾汤加减，药用：钩藤 15 克，丹皮 10 克，莲子心 5 克，黄连 3 克，广郁金 10 克，牡蛎（先煎）15 克，茯苓 10 克，陈皮 6 克，竹茹 10 克，太子参 15 克，碧玉散（包煎）10 克，合欢皮 10 克。服药 7 剂，症情减轻，惟咽喉堵塞，时欲嗳气，故于原方加入娑罗子 10 克，再服 7 剂，病情基本稳定，烘热亦基本解除，夜寐亦较好．食道灼热感亦基本消除，无故悲伤欲哭者，亦偶尔见之，烦躁寐差，以杞菊地黄丸（汤）合越鞠二陈汤，药用：枸杞子、山药、炒丹皮、茯苓、泽泻各 10 克，钩藤 15 克，牡蛎（先煎）20 克，广郁金 10 克，太子参 15 克，黄连 3 克，合欢皮 10 克，浮小麦（包煎）30 克。药服 2 周，病情稳定，症状基本消失，仍或有烦躁、寐差、容易激动等反应，继续以上方加减之，前后服药 2 个月，烘热等主要症状未见发作，病遂告痊。

病案分析：患者 50 岁绝经。《素问·上古天真论》指出：女子七七，天癸竭，任脉虚，故形坏而无子也。所以绝经者就在子肾气衰，天癸竭。而此类患者所出现的症状而言，乃系心神心血症状，也就是心火上炎的反应。之所以形成心火上炎，从而导致心血、心神的症状，我们认为主要来之于两个方面。其一也是最为主要的是在于肾阴

的不足，天癸之竭，肾阴不足，天癸竭者不能涵养心肝，因为心肾是交合的，心者离火也，肾者坎水也，心肾交合，坎离既济，今肾阴不足，癸水衰竭，不能滋养心中离火，是以心火上炎；其二是绝经或将要绝经时，子宫失于藏泻，尤其是泻之不足，故月经紊乱，或者不行其泻，泻之不及，月经闭绝，则反馈作用加强，冲脉之气上逆，必然犯乎心脑，以心脑之气有升少降或无降，自然出现气火上逆的现象，正由于有此两个方面的原因，故在围绝经期综合征中特别是本例病证中出现--系列阴虚火旺心神失宁的证候。

按语：围绝经期综合征又可称为更年期综合征。一般方书论述本病时，着重在肾，所以以肾为主，区分为肾阴、肾阳虚、阴阳俱虚三大类型，也有人认为以肝肾为主，所出现的一系列症状，特别是情志方面的症状，责之于肝，认为肝火、郁火是此病的发病所在。而我们在长期的临床观察中，发现本病还是在于心—肾—于宫轴的失常，病根于肾，包括天癸之水在内，而病发于心，亦可包括肝，但以心为主。所出现的烘热出汗、烦躁失眠、忧郁、紧张、恐惧等症状无不与心有关，但亦与子宫的反馈机制失常有关。我们的临床验方滋肾清心汤，就是--张着重在清心、滋肾、调达子宫三个方面的方药，故临床上用之有验。本案属于围绝经期综合征的轻症，故用是方半月后，病即基本痊愈，转用杞菊地黄丸合越鞠丸以善其后。

第二节　带下病案

带下之病主要有带下过少、带下过多两类。兹分别介绍如下。

一、带下过少病案

病案

刁姓女，26岁，工人。

病历摘录：月经后期，带下甚少，影响性生活年余。初经14岁，3～5/35～50日，量一般，色质无异常，无痛经。24岁结婚，未避孕，夫妇同居未孕。妇科检查未见异常，B超探测子宫略小。测量BBT，低温相稍高，高温相偏低，有时不太明显，女性内分泌检查，雌激素低下。

据患者自述，月经后期已有10余年，即初潮后至今月经落后，近年来更落后，有时甚至2～3月一行，但所苦经后带下过少，时觉阴内干涩，影响性生活，有时头昏腰酸，月经量偏少，色红无血块，平时胸闷烦躁，性情欠稳定，夜寐多梦，脉象细弦，舌质偏红，苔薄黄。

诊治经过：就诊时适值经后第1天，予以滋肾养阴，稍佐助阳，从调周法论治，方取左归饮加减，药用：熟地黄10克，山药、女贞子、白芍、丹皮、茯苓各10克，山萸肉6克，怀牛膝、川断、菟丝子、炒白术各10克，砂仁（后下）5克，六曲12克。药服7剂，带下有所增加，但尚未呈蛋清样，大便不实，有时泄泻，泻前腹痛，脉象细弦，舌质偏红，苔色黄白腻，原方再加疏肝健脾之品，即加入炒防风6克，再服7剂。药后大便转实，带下增多，呈锦丝状蛋清样，腰俞酸楚，舌脉如前，从经间

排卵期论治，同时加入健脾理气，药用：丹参、赤白芍、山药、炒丹皮、茯苓、川断、菟丝子各 10 克，紫河车 6 克，五灵脂 10 克，炒白术 10 克，砂仁（后下）5 克，荆芥 6 克。药后 BBT 上升呈高温相，进入经前期，经前期仍以补肾促排卵汤原方去紫河车、炒白术、砂仁，加入鹿角霜 9 克，制香附 6 克，绿萼梅 5 克，至经行期，用疏肝调经的方药，而主要着重在经后期论治，仍用左归饮合香砂六君汤加减，待白带增多后出现锦丝状带下时，再予补肾促排卵汤治之。如此按调周法序贯调治，连用 5 个月经周期，基本上恢复了经后期的正常带下，月经周期也基本上得到恢复。

病案分析：带下过少，虽然主要在于肾阴不足，癸水不充，但也有偏阳虚的、偏血瘀的、偏痰湿的不同。是症月经后期量少，头昏腰酸，形体清瘦，带下过少，阴道干涩，甚则影响性生活，显系肝肾阴虚，但在第一次服左归饮后，出现大便溏薄，便前腹痛，腹胀，矢气频作，可见脾胃薄弱，肝脾失和。因此不得佐以健脾和胃、疏肝理气，即土中疏木，加入痛泻要方，即在左归饮中去熟地黄之滋腻，加入炒白术、炒防风、陈皮、砂仁等品，果然见效。但本病由来已久，并非本方药能如此之神效，实际上还得力于患者工作调动，心情舒畅，生活规律的帮助，故调治 5 个月经周期，始能康复。

按语：带下过少，与月经后期量少相伴见。为什么以带下过少命名？因为月经后期量少是一贯的，患者感到痛苦的是带下过少，阴道干涩，既影响夫妻之间的性生活，又将影响生育，所以我们将以带下过少为其主要病证。一般来说，带下过少，主要是肾阴虚，癸水不足，在滋阴养水的方剂中，首选二甲地黄汤，因为二甲是血肉有情之品，对增加癸水有着重要的作用。但就我们临床所及，阴虚用滋阴养水，原是正治，但最好的方法应是阳中补阴，即是大补肝肾之阴的同时，务必要加入一定量的助阳药，如菟丝子、肉苁蓉，甚则仙灵脾等药。这就阴得阳助，则泉源不竭之意。同时在阴虚、癸水衰少的同时，常可兼夹肝郁，或者痰湿，或者血瘀，此例兼夹脾阳虚和肝郁，所以在治疗上不仅要滋阴兼以助阳，而且兼以疏肝健脾，故得良效。

二、带下过多病案

病案

陶姓女，37 岁，农民。

病历摘录：患者带下量多，色白质稀已半年余。初经 14 岁，5～7/30±5 日，量一般，色质尚正常，无痛经，24 岁结婚，2-0-2-2，上节育环，妇科检查示轻度宫颈炎，余无异常。曾作带下检验未见异常。

就诊时，带下量多，色白质稀，无臭气，面色浮黄，神疲乏力，饮食不香，腹胀矢气，大便偏溏，下肢浮肿，或有腰酸，形体畏寒，劳累则带下更多，头昏心慌，舌质淡红，苔白腻，脉象缓弱。

诊治经过：就诊时根据带下的妇科特征与全身症状，认为属脾虚湿浊下注，姑予健脾升阳、燥湿止带的完带汤加减治之，药用：党参 12 克，制苍、白术各 10 克，炒山药、茯苓各 10 克，陈皮、炙甘草、炒柴胡、荆芥各 6 克，车前子（包）9 克，煨木香 6 克，砂仁（后下）5 克，防风 9 克，炙黄芪 12 克。药服 7 剂，带下减少，但转黄

色，大便已实，腹胀矢气亦好。二诊时，予以前方去山药、砂仁、炙甘草，加入炒黄柏6克，白芍10克，败酱草10克，再服7剂，适值月经来潮，经行不畅，量偏少，色紫黯，腹胀隐痛，大便又溏，脉象细濡，舌苔白腻，健脾调经，利湿化浊，方取木香六君汤、泽兰叶汤加减，药用：党参15克，制苍、白术各10克，陈皮6克，茯苓12克，广木香9克，山楂10克，泽兰叶12克，薏苡仁15克，益母草15克，荆芥6克，赤芍10克，艾叶6克，乌药6克。药服5剂，经血畅行，5天即净，经净之后，再予完带汤以巩固效果，带下遂痊。

病案分析：此病属带下过多，根据带下的妇科特征分析，量多、色白、质稀、无臭气，带下与月经一样，色质是辨别虚实的主要依据，色白、质稀显然属于虚证性带下，然则要确定是哪一脏、哪一经之虚，就必须通过全身症状，才能得到明确的诊断。从全身症状而言，很显然此属于脾虚。再了解病人的生活工作情况，患者系农村妇女，大忙劳倦过度，必然损伤脾胃之气。脾胃者，属于中土，职司运输和运化。运输者，运输水湿，所谓土能制水，即此意也。水湿不运，势必导致水湿下注，脾气亦形下陷，因而可致带下疾患。运化者，运化水谷之精华与浊液糟粕，所谓后天生化之源者，即此意也，生化之源不足，必然导致气血不足，因此出现气虚贫血诸证，从治疗的效果来看，完全证实了脾虚气弱，清阳之气不升，水湿下注的分析。但这里有两个情况必须注意。其一是脾虚气血衰少，常与肝有关，所以《傅青主女科》在论述带下的原因时指出“脾气之虚，肝气之郁，湿气之侵，热气之逼，安得不成带下之病哉！”因此在调治脾虚时，务必要兼顾其肝；其二是湿浊久蕴，势必化热，是症故亦一度出现黄带。

按语：带下过多，有炎症性与非炎症性的两大分类。但有时病情日久，有可能互相转化。本例虽有轻度的宫颈炎，尚不酿成过多的带下病证。因此本病例应归属于非炎症性带下。其发病原因在于劳累过度，加以平时营养不足，脾胃本虚，劳倦伤脾，以致脾虚气弱，再加上劳累，精神烦闷，故使脾虚者更虚，气陷湿注，从而形成带下病证。在治疗方面，除了健脾益气，升阳除湿之外，尚需加入疏肝固带之品，如炒芡实、五味子、莲须等品，以获取最佳的临床效果。

第三节　妊娠病案

妊娠方面的病证较多，我们选择了临床上常见的恶阻、先兆流产、胎萎不长、乳泣等病证的医案。

一、恶阻病案

病案

李姓女，26岁，干部。

病历摘录：妊娠74天，恶心剧吐42天。初经14岁，7/28～30日，量中，色黯红，无血块，有轻度痛经史，24岁结婚，0-0-2-0，平时带下一般，1988年行阑尾切除术，有青霉素过敏史。停经50天时，小便早孕试验阳性，妊娠60天，小便醋酮试验“+”。

就诊时妊娠60⁺天，出现恶心呕吐，不思饮食，食入即吐，脘部胀满不适，吐出酸苦黄水，伴有头昏乏力，胸闷烦躁，夜寐欠安，大便艰行，小便黄少，时或有轻度腰骶酸楚，舌质淡红，苔黄腻，脉细弦滑。

诊治经过：就诊时因见恶心呕吐剧烈，不能进食，故当以抑肝和胃，降逆止吐为要法。方取我们的临床验方抑肝和胃饮加减，药用：苏叶5克，黄连5克，陈皮6克，炒竹茹10克，当归、白芍各10克，佛手片6克，钩藤12克，茯苓、寄生各9克，炒谷、麦芽各10克，广木香6克，药服5剂，同时给补液。二诊时恶心呕吐有所好转，出现烦躁不已，口苦口干，脉象弦滑带数，舌苔由黄腻转为黄燥。故从原方去当归、佛手片，加入芦根10克，北沙参12克，再服7剂，同时每日补液1000毫升到1500毫升。前后服药半月有余，恶心呕吐减轻，已能进食，小便酯酮试转为阴性，但又转为腰酸加重，小便频数，小腹胀坠，转用补肾养血，抑肝和胃，药用：炒当归、白芍各10克，苏叶5克，黄连3克，陈皮6克，炒竹茹9克，炒谷芽10克，炒川断、寄生、杜仲各9克，苏梗5克，钩藤12克。服药7剂，腰酸已减，继续服药，诸证渐平。药服至妊娠100天后始停药，足月分娩一男婴。

病案分析：是证从妊娠恶心呕吐，呕吐频作，且吐出黄苦之水，可见此属肝胃不和之证型，再从全身症状来分析，更属肝经郁热，脾胃失和的病证。考妊娠恶阻，不外乎肝胃不和，脾胃不和，痰浊内阻，以及气阴两虚，积滞内阻等。但一般来说，应以肝胃不和，肝经郁热为主，所以本病证完全属于肝胃不和，故运用抑肝和胃饮加味治疗，是完全正确的，事实证明在服用本方后，亦得到较好效果。但是患者出现腰酸，在其病史中有过两次流产，其第二次流产是自然流产，必须见微知著，有流产的先兆现象。所以一旦恶阻平稳后，其先兆流产的症状就明显起来，如不及时加以保胎的措施，有可能出现流产，在临床虽不多见，确也有之，不可不察，其次在妊娠恶阻病证中，还要注意伤津劫液，导致气阴两虚的问题。在妊娠恶阻的中后期，常有此病变，西医学应用补液方法，补充阴液，虽可缓解阴液的耗损，但毕竟火热内存，所以生津养胃，还是应该结合应用，才能收到更好的效果。

按语：恶阻是妊娠早期的常见病证。一般以肝胃不和为其主要证型。我们所使用的抑肝和胃饮，一方面是从朱丹溪一味黄连（名为抑青丸而来），同时亦从黄连苏叶饮而来，临床上治疗肝胃不和，还是有较好的疗效，但在具体使用中，如呕吐剧烈者，尚需加入炙乌梅3～5克，生姜3～5片，制半夏6克。另外在服用中要采取少量频服的方法，必要时还可采用鼻饲的方法，尽可能地达到控制呕吐，我们在临床上还可加服左金丸数粒，以及中脘穴拔火罐，背部脾俞、胃俞的刮痧疗法等。

二、滑胎病案

病案

韩姓女，30岁，干部。

病历摘录：结婚5年，已流产3次，月经后期有素，初经14岁，5～7/40～50日，量中等，色红，有小血块，有痛经史，25岁结婚，明确的流产已3次，据述3次流产均在50天左右。妇科检查：未见异常，B超探查亦未见异常。测量BBT不仅高温相延

迟，而且呈缓慢上升，高温相欠稳定，迭经用黄体酮及小剂量雌激素周期治疗则愈。用黄体酮时则 BBT 高温相维持正常，停药则病情依然，第 2～3 胎曾用黄体酮保胎未果。

就诊时症状：月经后期，流产后月经更落后，2～3 月一行，经前胸闷烦躁，乳房胀痛，口苦口干，夜寐较差，脉象细弦，舌质偏红，苔黄白腻，BBT 示高温相缓慢上升，延后上升，兹则上升高温相 7 天，有时低落欠稳定，据述经行量中偏少，色紫红，有小血块，平时头昏腰酸，大便干结等。

诊治经过：就诊时值经前期，由于月经后期，有滑胎史，故从补肾调周，按经前期论治，右归饮合逍遥散治之，药如：炒当归、赤白芍、山药、熟地黄、川断、菟丝子、鹿角片（先煎）各 10 克，炒柴胡 5 克，钩藤 15 克，绿萼梅 5 克，巴戟天 9 克，丹皮 10 克。药服 5 剂。月经来潮，仍苦乳胀，胸闷心烦，从疏肝调经论治，予以越鞠丸合五味调经散治之，药用：制苍术、制香附、丹皮、山楂、丹参、赤芍、泽兰叶、五灵脂各 10 克，川断 12 克，益母草 15 克，艾叶 6 克，茯苓 12 克。药服 7 天，经净后，是治疗的重点时期，以归芍地黄汤合菟蓉散治之。药服 20 剂，出现锦丝状带下，腰酸不得不从经间排卵期论治，用补肾促排卵汤治之，药后 BBT 上升成高温相，此次上升较快，高温相后，从经前期及行经期治之，方药均同前，有时配合复方当归注射液，经治半年怀孕。孕后见有头昏腰酸，神疲乏力，脉细滑，舌质淡红，予养血补肾，益气健脾，方取寿胎丸合归脾汤加减，药用：菟丝子、炒川断、杜仲、寄生各 10 克，阿胶（另炖冲）10 克，炒当归、白芍各 9 克，黄芪、党参、白术、茯苓各 12 克，苏梗 6 克，炒子芩 9 克。前后服药月余，已进入孕后 70 天左右，出现烦热口渴，大便艰，小便黄，伴有黄带，舌质转红，脉象细滑数，不得不转从保阴煎论治，药用：山药、白芍各 10 克，炒黄柏、黄芩各 9 克，生地 12 克，炒川断、桑寄生、茯苓各 12 克，苎麻根 15 克，钩藤 12 克等加减。前后又服 30 余剂，进入到孕 100 余天，又出现心烦、口渴、头痛、寐差等胎火偏旺的病证，再从保阴煎合钩藤汤加减，药用：大生地、山药、黄芩各 10 克，黄连 5 克，炙橘皮 6 克，竹茹 9 克，钩藤 15 克，青龙齿（先煎）10 克，莲子心 3 克，白芍 10 克，寄生 12 克，泽泻 9 克，苎麻根 15 克。前后服药至妊娠 5 月余始停药，后足月产一男婴。

病案分析：从患者所出现的月经病的妇科特征分析，后期、量偏少、色紫红、有血块，当属瘀滞为患，从全身症状上分析系属肾虚肝郁，联系起来分析，瘀滞者，气滞血瘀也，气滞与肝郁相关，所谓肝郁气滞也，月经周期愈来愈后，说明气滞逐渐加重，而且从病史、月经史来分析，其月经后期，自初潮后一贯如此，且此次月经后期者，与多次流产亦有关，由此可以看出，月经后期，实际上还有肾虚的因素，这样就可以看出，肾虚导致肝郁气滞，肝郁气滞导致血瘀，所以血瘀是次要的，肾虚是主要的，肾虚肝郁后，极易克伐脾胃之土，所以有时出现脾胃不足的现象，而且肾虚肝郁，肝郁加深后又容易化火，所以本病证在气郁明显的情况下化为火热，在我们补肾调周法的治疗下，很快得到了恢复，月经周期落后者，亦大大缩短。BBT 的双温相亦渐趋正常，故为保胎奠定了良好的基础。所以一旦怀孕后，我们立即采取脾肾同治的有力保胎措施，但由于怀孕后，始是胎气不足，故得脾肾双补后胎气渐旺，又出现肾阴偏

虚、心肝火旺的状态，不得不从滋阴清热，调治心肝入手，故继则从保阴煎、钩藤汤加减而毕其功，完成了保胎的任务。

按语：本滑胎病案，亦属于习惯性流产。此例以往第2~3胎，均用西药保胎，未获成功。后来我院咨询，我们嘱其先进行调治月经，孕后再予保胎。因其月经周期落后，在后两次流产后月经周期更加落后，故嘱测量BBT，同时要求避孕，待功能恢复后才可怀孕。测量BBT证实黄体功能不健，××医院用黄体激素治疗，我们嘱其用中医药调治，用补肾调周法前后较系统地调治半年，月经周期、BBT双温相基本上得到恢复，故嘱其受孕。孕后服用保胎药至5月半，在孕8~9月时曾有所不足，亦断续服用滋阴养血、清肝宁心、理气疏肝、利湿疏风等药，在服药过程中，配合心理疏导，安定心神。曾经疑及常服中药而影响胎儿智力及皮肤、头发等变化，我们均予以解释，始能安心服药，得能产一男婴，不仅智力、皮肤、头发未受影响，而且智力超群，身体健康，学习成绩优异。

三、试管婴儿保胎案

病案

利姓女，36岁，商业工作者，广州人。

病历摘录：患者结婚10年未孕，曾经第一次试管婴儿未获成功，此次做试管婴儿后，又见腹痛漏红，故来我院求诊。初经14岁，6~7/30~50日，量偏少，色黯红，有血块，腹隐痛，26岁结婚，夫妇同居，未孕。妇科检查，未见异常。B超探查，两侧卵巢较大，在当地医院诊断为“多囊卵巢综合征”。曾经于一年前在××医科大学附院行体外授精，胚胎移植术未获成功。

就诊时，第二次体外授精胚胎移植术后第8天，近2天来阴道漏红，色虽淡红有时较鲜，无臭气，腰酸两少腹隐痛，形体肥胖，皮肤干糙，纳食尚可，夜寐时好时差，大小便尚正常，BBT呈高温相，舌质淡红苔腻，脉象细滑，患者心情较为紧张。

诊治经过：就诊时有鉴于胎漏见红，且少腹作痛，腰酸，舌苔腻厚者，予以养血补肾化痰固冲，寿胎丸合当归芍药散加减，药用：黑当归、白芍、山药、炒川断、寄生、杜仲、菟丝子各10克，苎麻根、地榆炭各15克，山萸肉6克，炒子芩9克，茯苓10克，广陈皮6克。药服7剂，阴道漏红即止，心烦失眠，故在原方去山萸肉、黄芩、地榆炭，加入钩藤15克，炒酸枣仁10克。继则阴道又有所漏红，且胃脘作痛，口腻多痰，大便不实，口苦烦热，失眠，再予健脾补肾，清热化湿固冲等法治之，予以健脾补肾汤加减，药用：党参10克，炒白术12克，炒川断、桑寄生各10克，陈皮6克，佩兰、广藿香各10克，炒香谷芽15克，黄连3克，茯苓12克，地榆炭10克，白芍10克，佛手片5克。此方前后服用20剂，又出现恶心泛吐，乳房作胀，再从原方去佩兰、地榆炭，加入竹茹10克，广木香6克，苏梗5克。前后服药至孕90天，但始终苔腻，胃脘不舒，小腹隐痛，仍予香砂六君汤加减，即香砂六君子汤，加入炒川断、寄生、省头草、白芍各10克，苏梗6克，有时由于心肝火旺，又当加入钩藤15克，黄连5克等。前后服药到妊娠近7个月，停药返广州，足月分娩一女婴，体重3.9kg。

病案分析：本病例原是月经后期、量少、色淡红、无血块，按妇科特征分析，当

属虚证，从全身症状来分析，亦属于肾虚肝郁夹痰。患者曾检查过雌激素低下，前人亦曾有“月经后期而来者，阴不足也。”所以肾虚偏阴是根本，肝郁痰浊内阻也很重要，故见胸闷烦躁，形体肥胖，因而在一定程度上亦阻滞经血运行，经过现代高科技体外授精，胚胎移植到子宫内后，虽然一面运用 HCG 大剂量，仍然出现肾虚、痰湿、瘀浊症状，故在应用健脾益气、补肾养血、化痰燥湿之法后，又出现心肝气火偏旺，故从健脾补肾，化湿清热，兼以养血和络等法，前后治疗 6 月余始愈。

按语：此例是试管婴儿保胎成功的例子。根据我们临床的体会，试管婴儿保胎成功，不仅在于健脾补肾，面且祛湿化浊、理气和络非常重要。此例在整个保胎过程中化湿除痰贯穿于始终，说明此人不仅原有痰湿者，而且在试管婴儿大剂量激素运用后，液体增加，痰湿形成，其次是血脉不和，亦有气滞血瘀之病患，是试管婴儿保胎的特点。今后将提高这方面的防治措施，更好地提高保胎效果。

四、胎萎不长病案

病案

祁姓女，35 岁，干部。

病历摘要：患者结婚 5 年不孕，经治已怀孕 7 个月，胎萎不长，初经 15 岁，5～7/30～40 日，量中偏少，色紫红，有小血块，30 岁结婚，夫妻同居，未避孕而未生育。妇科检查：未见异常。妊娠早期出现恶心呕吐，饮食阻隔，亦通过调治而愈。

就诊时，孕 29 周，腹围偏小，××医院产前检查时近一月宫高仅增长 1 厘米，仍有腰酸腹胀，纳呆恶心，夜寐时好时差，有时矢气，神疲乏力，两脉细滑带弦。

诊治经过：根据患者胎长不利，腰酸腹胀、纳呆等从调理脾胃入手，方用归芍六君汤加减，药用，丹参、白芍、白术、茯苓各 10 克，党参 12 克，竹茹、陈皮各 6 克，山楂、省头草、广木香各 9 克，黄连 3 克，炒川断、桑寄生各 10 克，药服 7 剂，服 7 剂后腹胀矢气较好，腰酸亦轻，恶心呕吐者亦轻，原方加入炒香谷芽 10 克。但服药之后，诸证有减，就是纳食仍不太馨，治疗还守原方进退，务必强健后天生化之源，因此在原方中仍当加入炒谷芽、省头草、川断、寄生等品，前后服药 30 余剂，胃纳逐步转佳，胎儿发育亦转佳，足月生产一女婴，重 3 公斤。

病案分析：患者素有月经不调，以致结婚五年未孕，测量 BBT，低高温相均不稳定，高温相上升延后，上升缓慢，迭经补肾调周法治疗，逐渐恢复正常，但因纳欠，神疲口渴便艰，有时稍加不慎，脾胃不和，大便易溏，可见不仅先天肾虚阴阳失衡，而且后天脾胃之阴阳亦有所不足。怀孕之后，妊娠早期则恶阻发作，剧吐而不能进食，虽经调治亦至妊娠中期始愈，愈后稍有不慎，或情怀不舒，又可出现恶心泛吐之象，可见脾胃受到伤害，以致妊娠后期饮食甚少，后天水谷不旺，既不能培养母体之肝脾肾，以使肝脾肾不足者不得康复，体虚则气血运行不畅，又不能濡养子宫胚胎，以致胚胎发育欠佳，宫高不能符合正常生理要求。呈现胎萎不长之趋势。患者亦自述饮食不馨，纳食太少，营养不够，不能使胎儿正常发育，故调理后天，健运脾胃非常必要，佐以养血安胎，补肾固宫谨防早产，亦为重要，因此，我们选用归芍六君汤去半夏，加入化湿清热，补肾之品。前后治疗 1 月余，终于使脾胃康复，从而保证了胚胎的正

常发育，我们认为患者脾阴胃阴均受损害，故恢复较为缓慢。

按语：此例病案，属于宫内胎儿发育迟缓，亦即是中医学中的胎萎不长，但是妊娠后期所出现的胎萎不长较为少见，胎萎不长一般见于妊娠早中期。至于妊娠后期的宫内胎儿发育迟缓，显然是与母体的营养欠佳有关。即后天脾胃生化之源不足有关，但是在健脾和胃，以旺后天生化之源的同时，还必须适当地加强气血流动，促进新陈代谢，所以在一般健脾和胃方药中可加入丹参、当归、山楂、木香、苏梗等品，用意在于加强宫内的气血活动，促进子宫内的新陈代谢，以恢复宫内胎儿的正常生长和发育，故能获得满意的临床效果。

五、乳泣病案

病案

彭姓女，31岁，××制药厂工人。

病历摘要：患者妊娠26周，两乳头溢乳两周。初经14岁，5/30±5日，量一般，色质正常，无痛经。26岁结婚流产1次，此次是第2胎，B超探查，一切正常，平时带下尚可，有时黄白带下稍多。

就诊时，孕26周，溢乳2周，溢出乳量中等，色黄有时淡黄，质稍浓，心烦易怒，腰骶部及大腿部抽掣酸痛，大便干结，小便黄少，脉弦滑数，舌偏红，苔色黄稍腻。

诊治经过：根据妊娠期溢出乳汁的情况以及全身症状，系属阴虚肝旺，治当从滋阴益肾，养血清肝，方取归芍地黄丸合丹栀逍遥散治之，药用：干地黄，山药、丹皮、茯苓、泽泻、黑当归、白芍各10克，炒栀子9克，山萸肉6克，钩藤15克，醋炒柴胡5克，炒麦芽30克。药服7剂，服药5剂，乳泣即少，症状控制，稍有两腿酸痛，产前检查胎儿发育与妊娠月份相符，舌脉各前。原方进退，即归芍地黄汤合丹栀逍遥散原方去泽泻，加桑寄生10克，牡蛎（先煎）15克。再服7剂，乳泣消失，腰骶部及大腿部抽掣酸痛亦随之消失，病恙告痊。

病案分析：根据乳汁分泌的妇科特征分析，乳汁量多、色黄、质黏稠者，显系肝经郁火。结合全身症状，更加证明为肝经郁火的证候，但是，还必须注意到有无与之相矛盾的症状，以了解兼夹的其他因素。如腰骶部酸痛，虽在妊娠后期，亦为肾阴虚。小便偏少，舌苔黄腻，还有湿热内阻。这样，就可以确定为肾阴虚，肝经部火，湿热内阻的证候。而迫乳汁外溢者，肝经郁火也，而肝经郁火所形成，又与肾阴偏虚有关，阴虚肝郁，稍久，则肝郁克伐脾胃，脾胃有所不足，则运输水湿的功能欠佳，则湿浊下注，得肝热相合则为湿热。但毕竟湿热是极为次要的，而阴虚肝热是主要的。所以在治疗上运用归芍地黄汤合丹栀逍遥散，取得较好的效果。归芍地黄汤合丹栀逍遥散，实际上是滋水清肝饮的方剂。

按语：经乳同源，俱为精血所化。前人认为精血上为乳汁，下为月水。孕后精血凝聚以养胎元，本不应上化乳汁而外溢。之所以外溢者，原因在于肝经郁火与胃气虚弱，火热旺则乳外出，胃气虚则不能固乳，是以乳汁外出。一般来说乳泣一病多发生于妊娠中期，溢乳量的多少，对胎儿有一定的影响，一般来讲量多且久，则影响较为

明显，如溢乳量少，为时不长，则影响较小，但需依据具体情况而定。

第四节　产后病案

产后病证较多，我们选择临床极为常见的恶露不绝、产后汗证、产后身痛等几个病证的医案。

一、恶露不绝病案

病案1

剖宫产置环后的恶露不绝案

黄姓女，28岁，城镇居民。

病历摘要：剖宫产又加置环后，阴道流血6月未绝。初经14岁，5～7/30±5日，量一般，色质尚正常，24岁结婚，大生第一胎，因产程过长，故行剖宫产。平时白带较多，曾在××医院妇科检查为“附件炎”。余无异常，曾服过生化汤类方药。

患者6个月前剖宫产第一胎，同时置节育环于宫内，阴道流血2月方净，净后1周又继续阴道流血，量少，色黯，质黏，迄今已历6个月。现症少腹隐痛，口干心烦，头昏腰酸，神疲乏力，乳汁偏少，舌红苔腻，脉象细弦。

诊治经过：就诊时，因鉴于恶露不绝时间过长，量少色黯，质黏腻，少腹痛，腰俞酸楚等证，治当以滋养肾阴，清利化瘀等法治之，方取保阴煎加减，药用：生熟地黄、山药、炒黄柏、女贞子、旱莲草各10克，白芍、炒川断、大小蓟各12克，山萸肉6克，丹皮炭、荆芥炭各9克，钩藤15克，地榆炭10克，药服7剂。二诊时仍有少量漏红，不得不在原方中去地榆炭，加五灵脂10克，炒蒲黄（包煎）9克，马鞭草15克。再服5剂，恶露基本上干净，续服5剂，恶露全净，净后带下色白夹黄，质稀，胃脘胀闷，肠鸣矢气，舌质偏红，苔薄黄稍腻，脉象细弦，予以滋养肝肾，健脾和胃，方取滋肾生肝饮合异功散，药用：丹参、赤白芍、山药、牡蛎（先煎）、川断、寄生、菟丝子、丹皮、茯苓各10克，炒柴胡、山萸肉、广陈皮、广木香各6克，服药7剂，即停药。1个月后月经来潮，量偏多，在当地按二诊方服药，行经8天即净。

病案分析：此例剖宫产又加置节育环后的恶露不绝，从恶露量少、色黯、质黏、无臭气来看，可见有瘀滞夹湿的一面，而且延续的时间6个月，可谓长矣。从全身症状而言，有肝肾不足，脾胃失和的病变。因此全身症状上的虚象与妇科特征的瘀滞夹湿，存在矛盾，不得不借用病史、各种检查治疗等有关资料进行全面的分析。在病史中患者有剖宫产史、有上节育环史，剖宫产损伤子宫冲任而有少许血瘀是可以预料的，但损伤子宫冲任是主要的，再加置节育环于子宫内，因异物存在子宫之中，在一定程度上亦形成瘀滞，此瘀滞非真正的瘀滞也，故在B超以及妇科复查中，除有附件炎外，未见其他异常，可见虚证为主，其瘀滞者与置环及剖宫产的影响有关。在服用生汤后，不仅未见效果，出血反而增加，故用张景岳保阴煎治之，以滋阴清热控制出血为主要，但服药后，恶露仍未干净，考虑再三，妇科特征上分析之瘀滞，仍然要考虑瘀滞夹湿的问题，故加入少量的失笑散、马鞭草后，得能有效地控制出血。治疗从经后期着手，

一月后行经，病遂告痊。

按语：关于产后恶露不绝，一般恶露在产后 2、3 周应该干净，如果恶露 1 个月未净，甚则超过 1 个月以上者，谓之恶露不绝，但剖宫产者，恶露会有所延长，同时置节育环者更会有所延长，但如 1 个月半，甚则 2 个月以上仍不净者，始为病证。本例有所特殊，所以在治疗上经过西药抗生素，并建议刮宫等，以及中医药生化汤、清利剂等治疗，未建寸功。因而我们根据妇科特征与全身症状，做出全面分析，从滋阴清热、补养肝肾、扶助正气入手，同时稍佐化瘀利湿，得能竟全功。

病案 2

自然流产后恶露不绝案

方姓女，23 岁，职员。

病历摘要：自然流产后阴道流血 43 天未净。初经 15 岁，5～7/37± 日，量中，色红，有血块，夹有烂肉样血块，腹痛于经行 1～2 天，结婚 6 个月，未避孕。此次孕 50天自然流产，未清宫。××医院 B 超探查，宫内未见异常，尿 HCG（－），因患者畏惧刮宫，故来我院门诊。

自然流产后阴道流血多，色红，有块，曾掉下大血块，小腹疼痛，7 天后减少，迄今 43 天未净，量少，色黯红，无血块，腹不痛，无臭气，腰俞酸楚，头昏口干，神疲乏力，大便偏干，小便偏黄，舌质偏红，苔薄白腻，脉象细弦。

诊治经过：根据患者的全身情况及恶露的特征，从扶正化瘀论治，用助气补漏汤合失笑散加减，药用：生黄芪 15 克，党参、炒白术各 10 克，炒川断、女贞子、旱莲草、牡蛎（先煎）各 15 克，砂仁（后下）5 克，紫草 10 克，炒五灵脂、大小蓟各 12 克，蒲黄炭（包煎）9 克。药服 5 剂，二诊时阴道流血仍未净，且有增多，如月经来潮之象，色红无血块，腹不痛，但腹胀便溏，脉象细滑，苔腻，予似健脾理气，化瘀固经，香砂六君汤合加味失笑散治之，药用：党参、炒白术、茯苓各 10 克，煨木香 6 克，砂仁（后下）5 克，广陈皮 6 克，炒川断 10 克，炒五灵脂 12 克，蒲黄炭（包煎）9 克，荆芥炭 10 克，蚕休 10 克，大小蓟各 15 克。再服 5 剂，恶露已净，大便已实，出现烦热口渴，脉象细弦，舌质转红，转从经后期论，予以二至地黄丸（汤）加入健脾化瘀之品治之。服药 7 剂，恶露不绝者已愈，嘱测量 BBT，转入调周法治疗。

病案分析：根据患者恶露量少、色黯红、质地稍黏、无血块而言，仍有瘀滞的现象，但全身症状亦有肝肾阴虚的证候，又有脾弱气虚的病变，故初用助气补漏汤后出现大便溏泄者，说明脾胃气虚尚占有一定的重要性，因为在初诊时所用助气补漏汤合用二至丸，二至丸滋阴清热，有一定的止血作用，但毕竟偏凉，故易致脾胃虚弱者便溏，所以在服药后，大便果然溏薄，且漏红增多如经行，通过月经的正式来潮，排尽残余之瘀浊，且通过健脾益气，扶助正气，是以达到了尽快控制出血的效果。

按语：妊娠 50 天的自然流产，一般恶露最迟在 1 周内应该干净。此例恶露不绝者则长达 43 天。在较长期的恶露不绝的病证中，必须注意两种情况，其一是不全流产，即胎盘胎膜有所残留，其二是绒毛的变性问题，引起不良的后果。即在流产中，绒毛未尽，引起绒毛的恶变。这虽然很少见，但亦应引起重视。

二、产后盗汗病案

病案

顾姓女，27岁，农民。

病历摘要：产后盗汗2月余。初经15岁，5±/30±5日，量一般，色质正常，无痛经，23岁结婚，1-0-1-1。妇科检查和B超探查，除有轻度宫颈炎外，余无异常。平时带下较多，色黄白，质黏腻，迭经中西医治疗少效。

就诊时，产后盗汗已历2月余，入夜寐则盗汗淋漓，头昏腰酸，胸闷烦热，口渴喜饮，饮而不多，有时口腻口苦，纳食较差，神疲乏力，且产时流血较多，而且盗汗均在夜半发作，脉象弦细带数，舌质偏红，苔中根部较腻。

诊治经过：根据病情症状以及以往服用黄芪红枣汤较多的治疗经过，不得不用滋阴清热，健脾利湿等法，方取青蒿鳖甲知母汤，加入健脾利湿之品，药用：青蒿9克，炙知母5克，鳖甲（先煎）10克，赤白芍、碧玉散、茯苓、泽泻各10克，太子参15克，浮小麦（包）30克，碧桃干、山楂各10克，炒丹皮9克，服药7剂，盗汗减少，口干烦热亦减轻，小便亦有所增加，故二诊时，原方去山楂、炙知母，加入山药、寄生各10克。再服7剂，盗汗基本控制，头昏烦热、口干口苦、根苔腻厚均较前为好，但舌质仍偏红。不得不从杞菊地黄汤加入健脾利湿之品，药用：枸杞子、钩藤各12克，山药10克，山萸肉6克，大生地9克，炒丹皮、茯苓、泽泻、白术、碧玉散各10克，寄生12克，浮小麦（包煎）30克，陈皮6克，焦山楂10克。再服15剂，病遂告痊。

病案分析：产后盗汗，首先可据盗汗之多少、汗的颜色、汗的质地、出汗时的感觉等进行具体的分析。是证盗汗淋漓，说明盗汗之多，汗略黄，汗较黏稠，出汗时烦躁身热，均说明有热象。在产后汗证中，有气虚、阴虚两者，而盗汗者，尤多为阴虚，《傅青主女科》云："产后睡中汗出，醒来即止，犹盗瞰入睡，而谓之盗汗，非汗自至之比。杂证论云，自汗阳亏，盗汗阴虚。"故凡分析为热之原因时，应属子阴虚火旺。但是此病有一个最大的特点，即在阴虚火旺的前提下，夹有湿热，而湿热亦可致盗汗或加剧盗汗。湿热之所以形成，一方面固然与原有之湿浊有关，而另一方面与患者不注意饮食以及误治有关。正由于盗汗淋漓，患者自认为体弱，常服滋腻的饮食，以及反复服用黄芪红枣汤，这样就不断地助长湿浊，导致湿热偏甚，形成较为复杂的病变。

按语：产后汗证，一般来说在产后1周之内有少量盗汗，或饮食时少量自汗，原本不是病态。但如汗出过多，或时间较长者，就属子病变。一般的概念，气虚多自汗，阴虚多盗汗。历来在论述汗证时，均以气虚自汗、阴虚盗汗分类。但我们在临床上发现，除气虚、阴虚之外，常有一种湿热证型者。湿热有原发性和继发性之别，原发性者，即原有本体的湿热导致盗汗或自汗，继发湿热者常因产后体虚、营养不当，或者过服温补药物所酿成。既有湿热就应从湿热论治。本例属于阴虚湿热，所以从阴虚湿热论治就取得了较好的效果。

三、产后身痛病案

病案

薛姓女，28岁。

病历摘要：产后月余，周身关节疼痛。初经14岁，5～7/25～37日，量中，色红，有小血块，有时有痛经。25岁结婚，1-0-2-1。平时带多，质稀无臭气。以往妇科检查，未发现异常。但平时体质较差，常有头昏腰酸之苦，曾用中医药治疗过。

大产第一胎产后调护不当，恶露月余始净，因汗多烦热贪风凉，遂致周身关节酸痛，形寒怕冷，腰膂酸楚明显，午后尤剧，影响工作，并伴有头昏心悸，时寒时热，小便较频，大便时干时溏，脉象细弦，舌质淡红，苔色黄白微腻。

诊治经过：关节酸痛，头昏心慌，从血虚论治，先予养血和络，用黄芪桂枝五物汤加味治之，药用：黄芪12克，炙桂枝9克，炙甘草6克，赤白芍、茯苓、熟地黄各10克，鸡血藤15克等。药服5剂，虽有小效而未痊。再三推敲，患者素体薄弱，未产之前，常感腰酸，既产之后，肾虚更著，腰脊空虚，风湿乘虚而入，稽留于肾之外府，故腰膂酸楚更为明显，周身关节酸痛尚可，显然属于肾虚，非血虚，虽有风湿亦为次要，故方用《傅青主女科》养荣壮肾汤，药用：当归10克，炒怀牛膝，制枸杞子、骨碎补各9克，制苍术、薏苡仁各12克，鸡血藤15克，炒黄柏6克。药服7剂，腰膂酸痛大减，周身关节之痛亦有减轻，再以本方前后服用20余剂，腰膂酸痛、周身关节痛控制，恢复工作。

病案分析：产后身痛，主要是指周身的关节酸痛，与内科学中的痹证虽有相同的一面，但亦有不同的一面。相同者，与外界的风寒湿的入侵有关。《沈氏女科辑要笺正》："遍身疼痛，痛在经络，皆无定处的……此症多血虚，宜滋养。或有风寒湿三气杂而至之痹，则养血为主，稍参宣络，不可误投风药。"但亦有不同者，是产后多虚，尤以肾虚为主，常或兼有心肝气郁，故治疗上不可误投风药与活血药。一般来说周身疼痛，可根据疼痛的部位、性质、程度来区分虚实。是证疼痛部位在腰膂或腰骶，性质上呈酸痛，程度上呈绵绵状，故可诊断为肾虚。但酸痛者，又与风寒湿邪入侵有关。所以在应用黄芪桂枝五物汤后，虽有好转，但效不理想，因此在进一步辨证分析后，确认为肾虚夹风湿型病证，故以养荣壮肾汤加入活血利湿之品，前后服药20余剂，故产后身痛痊愈。

按语：产后身痛，俗称为产后风，或称之为产后关节痛，除了血虚、肾虚、风湿、血瘀四个证型之外，尚有一种肝郁病证所致的身痛。一方面觉得形体恶寒，关节酸痛，一方面又觉得胸闷烦躁，心情不畅，亦可能伴有轻度的风湿病证者，治疗上除疏肝解郁，祛风燥湿之外，还必须进行心理疏导，舒畅情怀，才能获得较佳的效果。

第五节　不孕不育案

一、功能性不孕症病案

病案

张姓女，30岁，护士。

病历摘要：结婚5年不孕，B超监测示卵泡发育不良，初经10岁，7～8/30±日，量多，色红有血块，腹不痛，25岁结婚，夫妇同居未避孕而未孕。曾在××医院检查，血查内分泌激素，雄性激素（T）、催乳素（PRL）偏高。蝶鞍摄片未见异常。子宫输卵管通水示通畅。妇查：子宫略小。尿17-羟、17-酮正常。排卵期监测排卵，示卵泡发育不良。生殖免疫检验，各种抗体阴性。BBT示高温相偏低偏短，经间排卵期示锦丝状带下较少。

就诊时值月经周期第12天，带下不多，头昏腰酸，心烦易怒，乳头溢液，量少，色白，质清稀，神疲乏力，口干口苦，手足易冷，舌质偏红，舌苔黄白腻，脉象弦细。

诊治经过：就诊时值经后中期，根据病证属肾虚肝郁，脾胃失和，故从经后中期论治，予以滋肾调肝，健脾和胃，滋肾生肝饮合异功散治之，药用：丹参、赤白芍、山药、丹皮、茯苓、川断、菟丝子各10克，山萸肉6克，荆芥5克，女贞子12克，制苍术9克，广陈皮6克，牡蛎（先煎）15克，党参12克。药服7剂，BBT虽呈单温相，但带下增多，质黏腻，有少量锦丝状带下，小腹坠胀，晨起汗出，脉象细弦，舌质偏红，苔黄腻，按经间排卵期论治，补肾促排卵汤加减，药用：丹参、赤白芍、山药、炒丹皮、茯苓、川断、菟丝子、紫石英（先煎）各10克，五灵脂12克，炒荆芥6克，钩藤12克，山萸肉6克，炒麦芽30克。服药7剂，BBT上升成高温相已5天，小腹胀痛，大便偏溏，方用健固汤合越鞠二陈汤，药用：党参15克，制苍白术、山药、炒丹皮、茯苓、川断、紫石英（先煎）各10克，制香附9克，青、陈皮各6克，五灵脂10克，焦山楂12克，炒麦芽30克。服药7剂，月经来潮，BBT高温相下降，转用疏肝调经的方药，用越鞠丸合泽兰叶汤。经净之后，仍按经后期、经间排卵期、经前期三个不同时期的三种特点治疗，即上述三个时期的原方略为加减，依照周期演变序贯疗法为3个月经周期，即能受孕。受孕后用健脾补肾法，保胎3个月，病已告痊。

病案分析：根据妇科特征分析，月经周期基本正常、经量多、色红有血块者，说明血热夹瘀；乳汁溢出的量不多、色白、质清稀者，说明虚也。因此就月经的妇科特征与乳汁的妇科特征分析结果来看，有血热夹瘀。再从全身症状来分析，以虚为主，属于肾虚肝脾失调，既有脾肾不足的一面，即阳气虚弱，又有肝郁化火的一面，在脾肾阳气虚弱的前提下，肝郁气滞，可以导致血瘀，这种血瘀谓之膜样血瘀，而且这种膜样血瘀由来已久，从患者初经来潮后即有膜样血瘀，说明肾阳从女性发育后就有所不足，而且阳之不足并与阴的不足有关，此即阴虚及阳，或者说阴中阳虚，故正由于阴虚，癸水不足，故致生殖之精不得成熟，所以在B超监测排卵中示卵泡发育不良。由于肝经郁热夹有血瘀，故可致月经过多，肝郁脾胃气虚，以致乳汁外出，呈现虚象。

本病机制虽较复杂，但月经周期中的阴阳消长转化节律，虽亦有所不足，但仍能按期进行，BBT 测量示双温相较差者，亦证实了表面上的月经周期正常，实质上阴阳各有所不足，肝脾失调，肝郁脾虚者，亦是在阴阳在演变运动中有所不足所导致的。故应以调治月经周期中阴阳消长转化运动为主导，适当照顾脾虚肝郁，按调周法治疗 3 个月经周期而能痊愈。

按语：功能性不孕症在临床上颇为常见。此例功能性不孕症，主要是黄体功能不健性，黄体功能不健又常与卵泡发育欠佳有关。中医学中均谓肾虚，亦即是肾虚偏阳性质的不孕症。诸凡功能性不孕症，均须按调周法论治之，也就是根据月经周期中的阶段特点进行调治。但此证似乎还存在溢乳性病变，而溢乳性病变一般均伴月经量少，此则伴月经过多，且血查催乳素偏高，而并不过高，所以在调周法治疗 3 个月经周期后而获佳效。

二、免疫性不孕症病案

病案

王姓女，29 岁，教师。

病历摘要：患者结婚 2 年未孕。血查子宫内膜抗体（EmAb）阳性。月经初潮 15 岁，5/25 日，量中，色红，无血块，腹不痛，27 岁结婚，夫妇同居未避孕而未孕，男方检查未发现异常。女方妇科检查、B 超探查均未发现异常。输卵管通水通畅。BBT 测量有双温相，高温相上升时有缓慢趋向。经间排卵期锦丝状带下偏少，前后维持 3 天，时间亦短。血清子宫内膜抗体（即 EmAb1:200）呈阳性反应。

就诊时适值经后期，月经周期稍超前，经量中等，色红有小血块，偶有大血块，小腹作胀，经前乳胀，有时达 10 天，烦热口干，带下偏少，腰俞酸楚，小便有时偏黄，大便偏干，测量 BBT 高温相呈缓慢上升，舌质偏红，苔微黄腻，脉象细弦。

诊治经过：就诊时适值经后期，按免疫抗体阳性来说，主要是阴虚火旺，夹有湿热与血瘀，予以滋阴清热、利湿和瘀等法治之，方取滋阴抑亢汤加减，药用：炒当归、赤白芍、山药、熟地黄、川断各 10 克，山萸肉 6 克，丹皮、茯苓各 12 克，苎麻根 15 克，甘草 5 克，蒲黄（包煎）9 克，砂仁（后下）5 克，炒柴胡 5 克。药服 7 剂，有白带，但未呈锦丝状，再加入菟丝子 10 克。续服 3 剂，出现锦丝状带下，用补肾调气血法，方取补肾促排卵汤，加入清利化瘀之品，药用：丹参、赤白芍、山药、干地黄、丹皮、茯苓、川断、菟丝子各 10 克，紫石英（先煎）9 克，五灵脂 12 克，蒲黄（包煎）9 克，山萸肉 6 克，山楂 12 克，广郁金 9 克，白花蛇舌草 12 克。先服 7 剂，BBT 上升后，进入经前期，仍按原方去蒲黄、山楂，加入青、陈皮各 6 克，制香附 9 克，有时亦可加入黄芪、炒白术各 10 克，至经后期仍用滋阴抑亢汤，经间排卵期时，用补肾促排卵汤加入清利和瘀，或则理气健脾等药物，如法治疗 3 个月经周期后，即停经 48 天，BBT 高温相 28 天，并出现恶心呕吐，尿 HCG 试验阳性，已证实早孕。孕后血查子宫内膜抗体已转阴。

病案分析：首先亦得从妇科特征分析，月经周期稍有超前，经量中等，色红，有大血块，说明有血热有瘀，再从全身症状上分析，说明阴虚火旺，因而其妇科特征上

所出现的热象是从阴虚火旺而来，其血瘀恐与肾虚肝郁有关，而且在一定程度上阴虚及阳，尽管以阴虚火旺为主，但亦存在阳虚的一面。阳虚肝郁，冲任子宫失子条达，故易产生血瘀。火旺肝郁，并致血瘀，这就是免疫抗体阳性产生的所在。我们在临床上曾系统观察到，免疫抗体阳性者，主要是与阴虚火旺有关，特别是阴虚夹湿热、夹血瘀者，最易产生免疫抗体阳性，我们制成的滋阴抑亢汤就是针对此类病证而用的，用之亦的确有效，反过来证实我们所倡导的阴虚火旺病机认识的正确性。但是亦有少数是属阳虚气弱夹血瘀者。

按语：免疫性不孕症在临床上颇为常见，一般并发于炎症阻塞性不孕症以及功能性不孕症。当在炎症阻塞性以及功能性病患十分明显时，治疗上着重对炎症性、功能性疾患的调治，这些病患治愈后免疫抗体阳性也就随之消失。当然单纯性免疫抗体阳性或者并发于炎症性、功能性疾患的不孕症，且炎症性、功能性疾患并不明显时，就得从免疫抗体阳性的特点进行论治，常用我们研制的滋阴抑亢汤以及助阳抑亢汤，用之对证，效果还是比较好的。

第六节　盆腔炎病案

一、急性盆腔炎病案

病案

赵姓女，45岁，干部。

病历摘要：小腹疼痛、发热、带下黄稠量多已2天，初经15岁，7/30～35日，量中等，色红有小血块，无痛经史，25岁结婚，3-0-0-3，绝育20年，有胃痛史，病名不详，平素尿频，偶有失禁。T：38.9℃，急性病容，形体肥胖，下腹压痛拒按，反跳痛（+），肠鸣音减弱。妇科检查：阴道穹隆明显触痛，宫颈摆痛，宫体中位压痛，欠活动，左侧附件片状增厚，右侧（-），血白细胞总数22500，中性83%，大便脓球（++），白带常规脓球（+）。

患者发病前外出，涉水受凉，自感不适，发热恶寒，下腹部疼痛，腹泻2次。后去厂医务室治疗，给予“四环素”，口服无效。发病后发热腹痛加剧，泄泻3次，大便黄臭，带下稠量多，伴见头痛汗出，发声不扬，口苦喜饮，舌质红，苔色黄腻中厚，脉象弦数。

诊治经过：初诊时病况见上述，治当予以清热燥湿，化瘀止痛法，方取红藤败酱散加减，药用：红藤、败酱草各30克，虎杖15克，蒲公英15克，黄连3克，广木香9克，泽泻10克，薏苡仁30克，炙乳、没各5克，制苍术10克，服药7剂后，月经来潮，经量较多，色紫红，有小血块，腹痛发热减轻，但肺气不宣，发声不利，舌苔依然黄腻，但已较薄，脉象弦数，转予进退黄连汤合泽兰叶汤治之，药用：红藤30克，黄连3克，制苍术10克，广木香9克，薏苡仁30克，泽兰叶12克，丹皮10克，赤芍、五灵脂各10克，桔梗9克，生甘草5克，益母草15克，茯苓12克。药服5剂，月经已净，腹痛大减，发热已解，T：36.8℃，泄泻亦愈，带下转少，色仍微黄，发声

为常，舌质淡红，苔薄黄腻，脉象细弦，血查白细胞 9200，中性 72%，用红藤败酱散加减，药用：红藤、败酱草各 20 克，黄芩 9 克，广木香 9 克，炒川楝子 10 克，薏苡仁 20 克，泽泻 10 克，赤芍 10 克，山楂 10 克，茯苓 12 克。再服 5 剂，盆腔炎病证基本告愈，腹痛未见，带下正常，妇科检查：宫体轻度压痛，余无异常，血查白细胞 7500，中性 63%，白带常规脓球（-），惟感小腹胀坠，大便偏软，有时偏溏，神疲乏力，纳差，素体脾胃不足，故转从健脾燥湿，升阳理气法治之，方用补中益气汤加减，药用：黄芪、党参各 12 克，炒白术、茯苓、炒白扁豆各 10 克，炙升麻、广木香各 6 克，陈皮 5 克，炒薏苡仁 15 克，红藤 15 克，焦山楂 10 克，再服 5 剂，病遂告痊。

病案分析：根据患者下腹疼痛，发热，其病变部位在子宫，子宫又名为胞宫，或血室。所以盆腔炎在前人的论述中，归属于热之血室。且本病的特点是与大便溏泄有关，大便之所以溏泄，就在于湿热。湿热侵犯脾胃，再由脾胃人侵血室，此种热入血室者，系湿热之邪人侵血室。湿热之邪，与热毒不同，湿性黏滞，传变较慢，而且由脾胃人侵血室，所以大便溏稀。而大便之溏稀，在一定程度上亦有排泄热邪的作用。而且湿热之邪入侵血室后，与经血相搏结，固然一方面得经行、产后之虚而人侵，但又可凭借经行而排除，所以湿热之邪与经血相搏结者，得月经畅行而排出，从而亦得经行而缓解病证，故是证之所以能较快康复，不仅得力于正确的药物治疗，亦得力于经行之顺利。之所以有湿热之邪为患者，亦与本体的脾肾不足有关。脾胃者，亦包括大肠与肺在内，因为脾胃虚弱后所形成的湿热，亦必影响到大肠，大肠之湿热，亦可传之于肺，肺与大肠相表里，故见肺气郁闭，声门不利，发声不扬，也是此病的特点。正是由于本病的特点，故在治疗上，首先应用红藤败酱散加减，此乃一般盆腔炎所治疗的常规处方，效果并不理想，所以服药后反引起大便溏泄，继则经行，不得不转用黄连汤合泽兰叶汤。黄连汤来之《伤寒论》，是治疗湿热病的主要方剂，故用此方而获效。在善后巩固期内，用补中益气汤竟全功。

按语：盆腔炎在中医学的范畴中，散见于“癥瘕”、“痛经”、“带下”、“热入血室”等有关病证中。一般急性盆腔炎均为热毒所致，所以变化多，而且可出现危证，其辨治可从温病的卫气营血着手。在治疗上也以清热解毒、行气活血为法。也有的从和解撤邪，逐瘀泄热的方法入手。我院已故老院长邹云翔在介绍自己学术经验时说，曾经治验一例“热人血室”后期，瘀热内结，昼则明了，夜则谵语，用桃核承气汤而获效，颇有启迪。

二、慢性盆腔炎病案

病案

何姓女，35 岁，职员。

病历摘要：小腹疼痛 1 年余，患者于一年前行人流术，半月后小腹疼痛伴发热，带下色黄如脓，量多气臭，持续至今反复发作。

初经 14 岁，3～5/23～30 日，量偏少，色红，有小血块，或有痛经，25 岁结婚，1-0-2-1。妇科检查，外阴已产式，阴道通畅，较多脓性分泌物，宫颈轻度炎症，举痛，宫体后位略大，质中压痛，活动差，附件右侧增厚压痛，左侧可触及乒乓球大小囊性

包块，触痛明显，住院治疗后热退，左侧附件包块消失，脓性带下已少，因劳累后又发作疼痛，反复不已。

现在病证：少腹隐痛，有时坠胀，劳累后加剧腰膝酸软，面色晦黯，形体消瘦，大便不实，月经先期，经量偏少，色黯红，有小血块，经行第一天腹痛有所加剧，纳食较差，大便有时欠实，脉象弦细，舌质红，苔黄白腻等。

诊治经过：就诊时适值经间排卵期，依据症状，系属脾肾不足，湿热内阻，予以补肾健脾，调理气血为主，佐以清利，方药选用补肾促排卵汤加减，药用：丹参、赤白芍、山药、丹皮、茯苓各 10 克，山萸肉 6 克，紫石英（先煎）10 克，五灵脂 12 克，败酱草 15 克，薏苡仁 20 克，广木香 9 克。5 剂药后，BBT 上升后，按经前期论治，补肾助阳，疏肝清利为法，上方去山萸肉，加入钩藤 15 克，制香附 9 克。至行经期，转用疏肝调经法，方取越鞠二陈汤合五味调经散加减，药用：制苍术、制香附、炒丹皮、山楂各 10 克，丹参、赤芍、泽兰叶、五灵脂、马鞭草各 12 克，茯苓 10 克，薏苡仁 15 克。药服 3～5 剂，经净后再予经后期常用方滋肾生肝饮合红藤败酱散，药用：丹参、赤白芍、山药各 10 克，山萸肉 6 克，丹皮、茯苓、川断、寄生各 10 克，炒柴胡 5 克，红藤、败酱草各 15 克，广木香 6 克，薏苡仁 20 克。如患者大便溏泄者，从木香六君汤加减，前后按月经周期阶段特点进行调治，即是用调周法调治慢性盆腔炎，前后调治 5 个月经周期，患者恢复健康，精力充沛，面色红润。妇科检查，宫体正常，双侧附件未扪及异常。事实证明，慢性盆腔炎已痊愈。

病案分析：慢性盆腔炎与急性盆腔炎不同，急性盆腔炎在于热毒、湿热、气滞、血瘀等病变，而慢性盆腔炎主要在血瘀气滞，或者兼夹湿热。是证从急性的炎症，即由湿热、热毒演变成瘀滞，但此种瘀滞，是由残余的湿浊、余瘀形成的，表面上看起来是实证病变，但本质上是以虚为主，是脾肾不足，正气虚弱，以致瘀浊内阻。因此，最终我们通过补肾调周法的系统治疗获得显效。

按语：慢性盆腔炎临床上颇为常见，隶属于“痛经”、“癥瘕”、“带下”、“不孕”等病证中，尤与不孕症的关系最大。一般认为慢性盆腔炎主要与气滞血瘀有关，因此治疗均从理气解郁，和络止痛入手，同时佐以清利湿热的方法，所以我们常用的慢性盆腔炎一号方和慢性盆腔炎二号方，颇有应验，甚至用逍遥散、橘核丸、膈下逐瘀汤等也有一定的效果，然而治标不治本，复发率较高，稍有劳累，或则性情忧郁、急躁、紧张以及感受寒凉等，即行发作，或则加重。为此我们倡导用补肾调周法治疗本病，对有月经失调的不孕症者，更应采用本法，用之得当，效果还是比较明显的。

第七节　杂证病案

一、围绝经期干燥综合征病案

病案

陈姓女，53 岁，教师。

病历摘要：患者绝经 3 年，口鼻眼干燥四月余。初经 14 岁，7/28～35 日，量…

般，色红，有小血块，或有痛经，49岁绝经，24岁结婚，1-0-2-1，上节育环10余年因月经过多而取出，平时带不多。妇科检查，曾有轻度宫颈炎病史，近因头昏，口眼鼻等干燥不舒，曾作头颅CT检查，诊断为“副鼻窦炎”。

就诊时：绝经已三年，无不规则阴道流血史，带下量甚少，阴道内干涩，但苦口鼻眼干燥，无涕、泪、唾液，时感烘热出汗，夜寐甚差，心烦失眠，胸闷不舒，头昏腰酸，大便干燥，小便色黄，脉象细弦，舌质偏红，苔黄根腻。

诊治经过：就诊时根据患者所出现的病证，应属于阴虚性的围绝经期干燥综合征，先予滋肾清心，疏肝和胃，予以滋肾清心汤加减，药用：钩藤15克，牡蛎（先煎）15克，广郁金9克，炒枳实10克，陈皮6克，茯苓10克，北沙参12克，麦冬9克。药服7剂，烘热减少，大便亦较为通畅，惟纳食甚差，苔腻犹存，治疗仍从原方进退之，即原方去麦冬、牡蛎，加入炒香谷芽10克，桔梗9克。再服7剂，诸证有减，口鼻之间已有润泽之感，烘热出汗很少发作，夜寐亦好转，纳食渐馨，但仍苦于头昏眼干，胸闷心烦，不得不转用二甲地黄汤合越鞠丸加减，药用：钩藤15克，莲子心5克，炙鳖甲（先煎）10克，牡蛎（先煎）15克，山药10克，山萸肉5克，干地黄12克，北沙参12克，丹皮、茯苓、广郁金各10克，荆芥5克，焦山楂10克，炒酸枣仁6克。以此加减，前后服药20余剂，症状基本稳定，夜寐亦大有好转，特别是口中已有唾液，有时亦有泪，此属显效。

病案分析：围绝经期干燥综合征，有两个概念。其一是围绝经期，所谓“人年四十，阴气自半”，说明妇女到了四十岁以上，阴气自有所不足，而且天癸亦逐渐衰竭，这是发生干燥综合征的内在原因，关于干燥综合征，我们认为，主要是阴虚，其次是阳虚、瘀滞，根据临床诸多症状的综合，很明显是属于肝肾阴虚，心肝气郁，神魂不得安宁，而且还夹有少量的痰湿，同时脾胃还有所失和，可见病情复杂，又非单纯的阴虚津伤者，所可比拟，在治疗上我们主要抓住心、肾、肝、胃，以滋阴清心为主要，所以方取我们治疗围绝经期综合征最为常用的验方滋肾清心汤，同时加入生津养液、疏肝和胃的药物。服后有效，但胃纳不馨，不得不加入开胃解郁之品，诸证渐平。平后滋燥并用，调补结合，故能获得显著的效果。

按语：围绝经期干燥综合征常常并发于围绝经期综合征中，颇为难治。所谓干燥综合征，不仅发生于围绝经期，亦可发生于其他年龄，但我们这里所介绍的是属于围绝经期，确切地说是属于围绝经期，是与绝经有着关联，绝经期是肾气衰、天癸竭的时期，亦即是心肾子宫生理生殖轴明显的紊乱阶段，阴虚火旺、津亏液衰情况的确容易发生，所以干燥综合征在这一特定年龄阶段容易发生，因此，在治疗上不仅要针对干燥综合征的阴虚阳弱、瘀滞等进行调遣方药，而且也要考虑到围绝经期的生理病理特点加以治疗，甚至有时候，还要将围绝经期的生理、病理特点作为主要的治疗方面。本案实际上就是通过治疗围绝经期综合征为主，兼顾干燥综合征，取得了较好的效果。

二、围绝经期阴痒病案

病案

陈姓女，45岁，干部。

病历摘要：阴痒2月余，月经后期。初经15岁，5~7/25~37日，量偏少，色紫红，有血块，无痛经。26岁结婚，1-0-3-1，上节育环10余年，因经期延长已取环年余。妇科检查有宫颈炎病史，余未见异常，曾经有霉菌性阴道炎，经治已愈。患有桥本病16年。

就诊时外阴与阴内作痒已有两月余，并以经后为甚，剧痒之时，有灼热欲裂之感，自觉阴内外干燥，带下不多，月经以往常落后，近年来先期而至，量一般，色鲜红，有小血块，6~7天始净，伴有头昏腰酸，心烦口干，大便一般，小便色黄，夜寐甚差，舌质偏红，苔黄，脉象细数。

诊治经过：根据患者的症状主要是肝肾阴虚，心肝郁火，治疗当予滋养肝肾为主，佐以清利，方用杞菊地黄丸加减，药用：枸杞子10克，菊花6克，钩藤15克，山药、熟地黄、炒丹皮、茯苓各10克，山萸肉6克，泽泻9克，炒白术、太子参、白芍各10克，莲子心3克。药服7剂，症状稍有好转，但仍觉阴内阴外有热灼欲裂、干痒作痛之感，同时出现腹胀矢气，大便偏溏，所以不得不在杞菊地黄汤中合异功散治之，即在前方中去熟地黄，加入牡蛎（先煎）15克，砂仁（后下）5克。药服5剂，月经来潮，按经期论治，予以清肝调经，钩藤汤合五味调经散加减，药用：钩藤15克，炒丹皮10克，合欢皮、丹参、赤芍、泽兰叶、五灵脂、茯苓各10克，白蒺藜12克，寄生10克，益母草15克，六曲10克。服药7剂，经事已净，再从前方进退，杞菊地黄丸合异功散加减，同时再配合外洗方，药用：土槿皮15克，龙胆草、黄柏各10克，甘草6克，仙灵脾，大生地各10克。如此内服外洗，调理两月有余，外阴瘙痒消失。

病案分析：围绝经期阴痒，虽然介于老年期与青壮年之间，但本病例是以虚证为主，故与老年阴痒相一致，再从此例的月经妇科特征分析，先期、量中、色鲜红、有小血块，说明有血热，而阴痒、呈灼热干裂、带下偏少，说明阴虚火旺，但从全身症状上的分析，说明阴虚火旺是主要的，综合起来很显然是属于肝肾不足，阴虚火旺，旺而化风。正如《余听鸿医案》“阴痒”中所引“贾先生曰：高年血燥生风，诸公用利湿之品，利去一分湿，即伤其一分阴，湿愈利而血愈虚，血愈虚而风愈甚，其痒岂能止息，治法无奇，惟养血而已”。此例年龄尚较轻，但亦在45岁，所以阴血虚，火热生风，与血燥生风尚有不同，故以杞菊地黄丸（汤）治之，服药后出现腹胀、大便溏泄者，亦有脾胃虚弱的一面。故在运用杞菊地黄汤时，还必须加入异功散，才能获取得较好的效果。

按语：围绝经期阴痒，由于此例围绝经期体弱，故相同于老年期阴痒。所以在治疗上是按老年期阴痒论治。一般来说，阴痒常与带下过多相伴见，以湿热为主，但老年期阴痒则以虚证为主，在治疗上两者完全不同。此例基本上是同于老年性阴痒，但又有一般阴痒的湿热特点，故内治法中全是从虚论治，外治法中还保留清利湿浊的特点，反映了中医学辨证论治的优势。

三、面部痤疮病案

病案

张姓女，22岁，护士。

病历摘要：面部痤疮已2年，经前为甚，初经14岁5~7/25~32日，量较多，色红，有小血块，平时带下黄白，质稀黏不一，或有臭气。带下化验，有脓细胞（+）。B超探查，未见异常。就诊时适值经前期，面部痤疮明显，似有硬结，鼻衄时作，胸闷不舒，烦躁时作，口渴欲饮，夜寐时佳时差，纳食尚可，大便尚可，小便黄少，舌质偏红，苔黄腻，脉象细弦等。

诊治经过：就诊时适值经前期，综合上述证候当属肾虚心肝火旺夹有湿热之证，经将来潮，故予疏肝清热，活血调经，方取越鞠丸合五味调经散加减，药用：制苍术、制香附、丹皮、茯苓、丹参、赤芍各10克，泽兰叶、五灵脂各12克，益母草15克，马鞭草10克。服药5剂，月经干净，经净之后，腰酸头昏，口干心烦，大便或干或软，脉象细弦，舌质犹红，苔薄黄，从经后期论治，予以滋阴养血，清热利湿，以归芍地黄汤加减，药用：炒当归、赤白芍、牡蛎（先煎）、丹皮、茯苓、川断、寄生、菟丝子各10克，山萸肉6克，广木香6克，山楂、碧玉散（包煎）各12克。服药10剂，BBT已开始上升，但头昏腰酸，腹胀矢气，大便偏溏，胸闷心烦，脉象细弦，舌红，苔黄腻。从经前期论治，健脾补肾，疏肝清利，方取健固汤合越鞠丸加减，药用：党参15克，炒白术、炒丹皮、茯苓、川断、菟丝子、山药、紫石英（先煎）各10克，六曲、钩藤、五灵脂各12克，广木香6克。药服7剂后去六曲、山药，加入制香附9克，碧玉散（包煎）10克，至行经期再服上越鞠丸合五味调经散加减。如此按上述调周序贯治疗3个月经周期，经前面部痤疮未起，皮下硬结亦消，遂即停药，半年后陪友来诊，云及面部痤疮基本痊愈。

病案分析：就妇科特征的月经分析，月经周期失调，大多先期、量多、色紫红、有小血块者，以血热为主，夹有气滞，合起来可作为郁热论。再从全身症状上分析，肾虚偏阴，心肝郁火，夹有湿热。可见妇科特征上的郁热，是由心肝郁火造成的，但所夹的湿热，则与肝郁脾胃有关，之所以在经前期面部痤疮明显者，与月经周期中阴阳消长转化的节律有关，经前期是阳长至重，接近重阳的时期，心肝郁火在这一时期，被阳长近重的阳热所激发，以致心肝郁火特别旺，再夹有湿热，通过阳明胃气上泛至面郁，必待重阳必阴的行经期排出经血，大量的阳热气火随经血下泄后，即行经期后，面部痤疮转好，延至下次经前期将随阳长至重，火热重又发作，是以面部痤疮又现。既然病患呈周期性，因此亦将按周期的阶段特点予以调治，并贯穿辨证治疗，是以收到较好的效果。

按语：本例实际上属于月经病的范畴。但由于面部痤疮，既有周期性增剧，又有皮肤病的特点，故亦可列入此杂病的范畴。面郁者，大多与阳明经脉有关，而且湿热上泛，亦易侵犯阳明经络，之所以呈周期性发作加剧者，说明本病与妇科有关，与妇科的月经周期演变有关。现代医学认为面部痤疮和面部油脂过多，与患者体内的雄性激素增高有关，因此按照月经周期演变的阶段特点，进行调周序贯疗法，同时合用清热利湿法，故可获效。若面部痤疮严重，无周期性发作或加重者，当作为皮肤病论治，并结合外治法为好。

四、面部黄褐斑病案

病案

赵姓女，44岁，干部。

病历摘要：面部黄褐斑已4年，近年来色斑加重。初经15岁，5～7/30±日，量一般，色质正常，无痛经，近4年来月经周期4～5/20～30日，量一般偏多，色红，少量血块，24岁结婚，1-0-1-1，外用工具避孕。妇科检查未见异常。测量BBT，示低温相偏高，高温相欠稳定。

就诊时，两颊至鼻翼旁有蝶状褐斑，心烦易怒，夜寐不熟，大便时干时溏，现值周期第13天，已有蛋清样带下，量少，腰酸头昏，经前乳房胀痛，一般有7天，脉象细弦，舌质偏红。据述面部黄褐斑逐渐加重，经用多种祛斑的化妆品和药物少效。

诊治经过：根据诸多症状，特别是面部黄褐斑，从阴虚火旺论治，予以滋阴解郁，方取滋肾生肝饮治之，药用：丹参、赤白芍、山药、熟地黄、炒丹皮、茯苓、川断、菟丝子各10克，炒白术、泽泻、山楂各9克，醋炒柴胡、山萸肉各6克，五灵脂12克。药服7剂，BBT上升呈高温相，遂在上方中加入紫石英(先煎)9克，绿萼梅5克，再服7剂。患者自述经前5天阴道少量漏红，BBT高温相不稳定，呈缓慢下降，经行时血量中等，色红，有血块，腹胀，腰背酸痛，经前乳房胀痛减轻，经行7天未净，腹胀便溏，脉细弦，舌质偏红，苔腻，不得不从健脾滋阴，化瘀固经论治，方取参苓白术散合加味失笑散治之，药用：太子参15克，炒白术、山药、炒丹皮、茯苓、桑寄生、五灵脂各10克，煨木香、六曲各9克，大、小蓟各12克，炒蒲黄(包煎)6克，牡蛎(先煎)15克，药服7剂。至经间排卵期时，予补肾促排卵汤治之，加重滋阴降火、理气健脾等法治之。经前期亦按上经前期方，行经期予以疏肝调经，取越鞠丸五味调经散治之。经后期如大便仍溏者，仍用参苓白术散合失笑散治之，如大便偏干者用滋肾生肝饮加减，但需要加入碧玉散、薏苡仁、焦山楂，或者再加入桑白皮、炙鳖甲等品。如法调治4个月经周期，面部黄褐斑基本消失，月经亦渐趋正常，患者十分感激，疗效亦出于医者之所料也。

病案分析：根据患者的妇科特征分析，周期超前，经量有所增多，色红有血块，此血热夹瘀滞也。全身症状上呈现阴虚火旺，肝脾失调，可见其妇科特征上的血热者，是由阴虚心肝郁火所致，而其瘀滞者以滞为主，亦由心肝气郁所致，心肝气郁化火，不仅可以导致血热与瘀滞，而且亦可致脾胃失和，这就增加了阴虚郁火的复杂性，而且亦增加了治疗上的难度，无怪乎在应用滋阴降火后，反致腹胀便溏的脾虚病变，大大影响了治疗的进展，延长了疗程。当然，在阴虚火旺的长期演变中亦必及乎阳虚，阳气虚弱，故在治疗初期时出现经前期漏红，通过不断调整方药，故在不太长的疗程中获得显效，亦属治之合度耳。

按语：女子面部黄褐斑，在中医学属于面部黑皯或称“黧黑斑”、“面尘”等病证。《外科正宗》曾说：“黧黑斑者，水亏不能制火，血弱不能华肉，以致火燥结成斑黑，色枯不泽。”一般求治者，青年女子为多，但随着生活水平的提高，中老年女子有此苦衷，亦当求治。我们用调周法获效，但重点还在于滋阴降火，调复天癸功能，至于还有痰饮、血瘀、阳虚等病变者，必有其临床表现，可按此论治，当能获效。

[General Information]
书名=中医妇科理论与实践
作者=
页数=609
SS号=0
出版日期=

封面页
书名页
版权页
前言页
目录页
上篇
第一章　月经产生及其调节系统概论
第一节　月经的命名
第二节　月经的产生
第三节　月经的调节
一、心、肾、子宫轴的主调作用
（一）子宫的调节作用
（二）心肾交合的调节
（三）心、肾、子宫轴的纵横反馈式的调节作用
二、冲任督带循环圈为主的奇经八脉的调节作用
三、肝脾气血升降的调节
第二章　行经期的生理、病理、诊治特点
第一节　行经期的生理特点
一、排泄月经
二、重阳必阴
（一）关于重阳的认识
（二）关于重阳必阴转化的认识
（三）关于重阳水平上的差别性
三、月圆运动生物钟节律
（一）月圆运动生物钟的普遍性
（二）月经周期与月圆运动生物钟的关系
（三）月圆运动与“7、5、3”特殊性内源节律的关系
第二节　行经期的病理特点
一、排经失常
（一）排经不畅
（二）排经过甚
（三）排经不足
二、转化失常
（一）转化欠利
（二）转化太过
（三）转化不协调
三、月圆运动生物钟节律失常
（一）月经周期中阴阳消长运动的失常
（二）行经期转化运动不协调与“7、5、3”奇数的关系
（三）天、地、人三者间大整体影响致病
第三节　行经期的诊治特点
一、行经期的主要调治法
（一）引血下行，排经顺畅
（二）利湿排浊，除旧涤污
（三）补肾助阳，温经调血
（四）疏肝理气，气行血行
（五）宁心安神，气降血调
（六）必须按初、中、末三时的特点选用方药
二、行经期的几种有关治法
（一）温经止痛法
（二）调经止血法
（三）消症通络法
（四）清肝调经法
（五）健脾调经法
（六）化利调经法
第三章　经后期的生理、病理、诊治特点
第一节　经后期的生理特点
一、血、阴（水）、精的生理变化
（一）血、阴（水）、精的概念

（二）三者间的依存性
（三）三者间的特点
二、阴长的形式与规律
（一）7数律
（二）5数律
（三）3数律
三、阳消的形式和规律
（一）阳消的内含实质
（二）阳消的形式
（三）阳消的规律
第二节　经后期的病理特点
一、血、阴、精的病理变化
（一）血分病变
（二）阴分病变
（三）精的病变
二、经后期阴长特点及形式的失常
（一）阴长运动特点的失常
（二）“7、5、3”奇数律运动的失常
（三）微观阴长运动的失常
三、阳消失常的病变
（一）阳虚及阴
（二）阳虚气弱，以致阳消不利者
（三）阴虚火旺中的阳虚
第三节　经后期的诊治特点
一、分段论治，复阴（水）精调
（一）经后初期，滋阴养水
（二）经后中期，即第二阶段，滋阴养水，必佐助阳
（三）经后末期，即第三阶段，滋阴助阳，阴阳并调
（四）几点注意
二、分析阴长的特点性质，深层次论治
（一）阴长运动中动静失常的调治
（二）“7、5、3”奇数律失常的调治
（三）微观辨病为主的调治
三、推导五行生克，论治未病
（一）水能克火，先治其火，或水火同治
（二）以土制水，先治其土，或水土合治
（三）水能生木，精血同源，先治其木，或水木同治
（四）以金生水，先治其金，或金水同治
四、从阳虚论治，扶阳复阴
（一）阴中扶阳，重在助阳
（二）气中补阳，健脾化阴
（三）清热护阴，不忘助阳
第四章　经间排卵期的生理、病理、诊治特点
第一节　经间排卵期的生理特点
一、排出精卵
（一）絪缊状较强
（二）絪缊状一般
（三）絪缊状不明显
（四）偶尔呈现两次，或者时间稍长的絪缊状
二、重阴必阳
（一）关于重阴的认识
（二）重阴水平的差别性
（三）对于重阴必阳的认识
三、月圆运动生物钟节律
（一）7数律
（二）5数律
（三）3数律
第二节　经间排卵期的病理特点
一、排卵失常

（一）排卵障碍
（二）排卵欠利
（三）排卵不协调
二、重阴必阳的失常
（一）重阴病变
（二）必阳转化病变
三、月圆运动生物钟节律失常
（一）节律运动的形式失常
（二）时数律的失常
第三节　经间排卵期的诊治特点
一、促排卵的主要方法
（一）排卵汤
（二）复方当归注射液
（三）补肾促排卵汤
（四）几点注意
二、其他促排卵方法
（一）宁心益肾，活血通络法
（二）健脾补肾，理气活血法
（三）温阳活血，扶正通络法
（四）燥湿化痰，活血化瘀法
（五）清热利湿，活血化瘀法
第五章　经前期的生理、病理、诊治特点
第一节　经前期的生理特点
一、血、气、阳的生理变化
（一）血、气、阳的概念
（二）血、气、阳三者间的依存性
（三）血、气、阳的特点
二、阳长的形式与规律
（一）阳的性质及其内含
（二）阳的作用及其临床意义
（三）阳长的形式与规律
三、阴消的形式与规律
（一）阴消的内含
（二）阴消的形式
（三）阴消的规律
第二节　经前期的病理特点
一、血、气、阳的病理变化
（一）血的病变
（二）气的病变
（三）阳的病变
二、阳长运动失常的病变
（一）阳长运动的特点失常
（二）阳长运动的形式失常
（三）阳长运动的规律失常
三、阴消失常的病变
（一）互根生化之不足，阴少助阳
（二）消长对抗之失常，阴致阳乱
（三）阴盛阳衰，浊阴用事
第三节　经前期的诊治特点
一、补肾助阳，养血理气
（一）阴中求阳
（二）气中补阳
（三）血中补阳
（四）几点注意事项
二、分析阳长的特点和性质，深层论治
（一）阳长运动中动静失常的调治
（二）阳长运动中偶数律失常的调治
（三）根据微观检查结果对阳的属性进行调治
三、推导五行生克，论治未病

（一）肾阳不足，可以从心火论治或心肾论治
（二）肾阳不足，可以从脾土论治或脾肾论治
（三）肾阴阳不足，可先从肝木论治，也可肝肾合治
（四）肾阴阳不足可先从肺金论治，或肺肾合治
四、从阴虚论治，滋阴助阳
（一）从阴虚论治，扶阴以复阳
（二）阴阳并治，侧重滋阴以复阳
（三）清火抑阳，滋阴以复阳
第六章　经前后半期的生理病理诊治特点
第一节　经前后半期的生理特点
一、重阳维持期的特点
二、心肝气火亦呈现稍旺的特征
第二节　经前后半期的病理特点
一、重阳不足
二、重阳有余
三、重阳有余与重阳不足交替，出现不协调的病变
第三节　经前后半期的诊治特点
一、疏肝理气
二、理气化瘀
三、助阳疏肝
第七章　奇偶数律
第一节　奇偶数律总述
一、奇偶数律在妇科学中的应用
（一）月经周期演变与阴阳奇偶数律的关系
（二）奇数律在经后阴长中之探析
（三）奇数律在胎产中应用
（四）偶数律在经前期阳长中之探析
二、奇偶数律在月经生理病理中的应用
（一）奇偶数律与月经的关系
（二）阴中有阴，奇数中有奇数
（三）阳中有阳，偶数中有偶数
（四）阴下阳上，下奇上偶；或偶中寓奇，奇中寓偶
（五）阳下阴上，下偶上奇；或奇中寓偶，偶中寓奇
（六）左阴右阳，左奇右偶，奇偶互寓
（七）左阳右阴，左偶右奇，奇偶互寓
（八）运用奇偶数律，防治未病
三、奇偶数律与脏腑经络的关系
（一）奇偶数律与脏腑经络的关系
（二）对少数反常数律的认识
第二节　奇数律分述
一、7数律在临床上的应用
（一）理论依据
（二）临床应用
（三）体会
二、5数律在临床上的应用
（一）理论依据
（二）临床应用
（三）体会
三、3数律在临床上的应用
（一）理论依据
（二）临床应用
（三）体会
第八章　妇科辨证与诊断概述
第一节　妇科的辨证
一、一般辨证
（一）月经辨证
（二）带下辨证
二、矛盾分析
（一）妇科特征之间的矛盾分析

（二）妇科特征与全身症状之间的矛盾分析
（三）妇科特征之间与全身症状之间均有矛盾之分析
第二节　妇科的微观辨证
一、女性内分泌激素的检查
二、血查微量元素
三、诊断性刮宫，子宫内膜病检
四、输卵管通畅与形体检测
五、基础体温测定
六、超声波检查
第三节　妇科的宏观推导
第四节　妇科的辨病与辨证相结合
一、舍证从病
二、舍病从证
三、辨证中辨病
四、辨病中辨证
第九章　五行学说
第一节　五行学说的基本内容与特点
一、五行分类法
二、五行相生相克的关系
（一）五行相生的关系
（二）五行相克的关系
三、五行相乘与相侮的关系
第二节　五行学说在妇科临床上的应用
一、生理方面
（一）对心肾子宫生理生殖轴所致周期节律的阐述
（二）对脏腑间生克制化关系的阐述
（三）对其他生理功能的解释
二、病理方面
（一）对心肾子宫生殖轴病变的论述
（二）对脏腑间生克制化关系失常的论述
（三）对其他病变的解释
三、防治方面
（一）依从圆运动生物钟的整体演变规律进行防治
（二）根据五脏间的生克关系进行调治
（三）根据五行通性和病证特性进行防治
第十章　运气学说
第一节　运气学说的基本内容
一、干支甲子
（一）十干
（二）十二支
（三）甲子
二、五运
（一）大运
（二）主运
（三）客运
（四）大运、主运、客运之间的关系
三、六气
（一）主气
（二）客气
四、运气相合
（一）运和气的盛衰
（二）天符与岁会
（三）平气
第二节　运气学说在临床上的应用
一、运气学说在生理方面的应用
二、运气学说在病理方面的运用
（一）圆运动生物钟节律失常所致月经失常或生殖方面的病变
（二）从五运六气推导气候的变化与疾病的流行
（三）各年气候变化和疾病特殊情况的推测

（四）从值年司天在泉之气来推测各年气候与发病的特殊关系
三、运气学说在防治方面的运用
（一）根据内外阴阳相平衡的理论进行推导防治
（二）根据天干地支的年运进行推导防治
（三）根据五行五脏五季的演变规律进行推导防治
下篇
第十一章　月经疾病
第一节　月经先期
第二节　月经后期
第三节　月经先后无定期
第四节　月经过多
第五节　月经过少
第六节　经期延长
第七节　经间期出血
第八节　崩漏
第九节　痛经
第十节　子宫内膜异位症
第十一节　闭经
第十二节　经前期综合征
第十三节　经行头痛
第十四节　经前期漏红
第十五节　围绝经期综合征
第十二章　带下疾病
第一节　带下过多
第二节　带下过少
第十三章　妊娠疾病
第一节　妊娠恶阻
第二节　胎漏、胎动不安
第三节　滑胎
第四节　异位妊娠
第五节　妊娠高血压综合征
第六节　羊水过多
第七节　羊水过少
第八节　胎萎不长
第九节　妊娠咳嗽
第十节　妊娠小便淋痛
第十一节　妊娠小便不通
第十二节　妊娠身痒
第十三节　母儿血型不合
第十四节　孕痫
第十四章　产后疾病
第一节　产后血崩
第二节　产后血晕
第三节　产后腹痛
第四节　产褥感染
第五节　产后血虚发热
第六节　产后恶露不绝
第七节　产后汗证
第八节　产后身痛
第九节　产后排尿异常
第十节　产褥期精神障碍
第十五章　不孕症
第一节　排卵功能障碍性不孕症
第二节　黄体功能不全性不孕症
第三节　免疫性不孕症
第四节　卵巢过度刺激综合征
第十六章　盆腔生殖器官炎症
第一节　子宫内膜炎
第二节　输卵管炎

第三节　卵巢炎
第四节　盆腔结缔组织炎
第十七章　女性生殖器官肿瘤
第一节　子宫肌瘤
第二节　卵巢囊肿
第三节　输卵管肿瘤
第四节　子宫颈癌
第五节　绒毛膜上皮癌
第十八章　外阴与阴道疾病
第一节　阴挺
一、子宫脱垂
二、阴道脱垂
第二节　阴痒
一、一般阴痒
二、霉菌性外阴阴道炎
三、滴虫性阴道炎
四、老年性阴道炎
五、外阴白色病变
第三节　阴疮
第四节　阴吹
第十九章　乳房疾病
第一节　乳癖
第二节　乳泣
第三节　乳衄
第四节　产后缺乳
第五节　产后乳汁自出
第六节　乳痈
附篇
第二十章　临床常用验方
第一节　月经病验方
一、逐瘀脱膜汤
二、痛经汤
三、补肾促排卵汤
四、清心滋肾汤
五、新加抑乳散
六、清心健脾汤
七、加减坎离既济汤
八、加减补天五子种玉丹
九、新加固经汤
十、健脾滋阴汤
十一、扶阳菟丝汤
十二、逐瘀排浊汤
十三、活血生精汤
第二节　不孕不育症验方
一、补肾助孕汤
二、健脾补肾促排卵汤
三、温阳促排卵汤
四、化痰湿促排卵汤
第三节　胎产病验方
一、抑肝和胃饮
二、新加马兜铃汤
三、新加生化汤
四、补肾活络汤
五、解郁和营汤
第四节　盆腔炎验方
慢性盆腔炎方
第五节　乳房病验方
一、乳癖消甲方
二、乳癖消乙方

第六节　杂病验方
一、补肾生髓汤
二、风疹饮子
第二十一章　临床病案分析
第一节　月经病案
一、崩漏病案
二、月经过多病案
三、经间期出血病案
四、经期延长病案
五、老年复经病案
六、痛经病案
（一）原发性膜样痛经病案
（二）功能性痛经病案
（三）子宫内膜异位性痛经病案
七、闭经病案
八、经行疼痛病案
（一）经行头痛病案
（二）经行身痛病案
（三）经行乳房胀痛病案
九、经行狂躁病案
十、围绝经期综合征病案
第二节　带下病案
一、带下过少病案
二、带下过多病案
第三节　妊娠病案
一、恶阻病案
二、滑胎病案
三、试管婴儿保胎案
四、胎萎不长病案
五、乳泣病案
第四节　产后病案
一、恶露不绝病案
二、产后盗汗病案
三、产后身痛病案
第五节　不孕不育案
一、功能性不孕症病案
二、免疫性不孕症病案
第六节　盆腔炎病案
一、急性盆腔炎病案
二、慢性盆腔炎病案
第七节　杂证病案
一、围绝经期干燥综合征病案
二、围绝经期阴痒病案
三、面部痤疮病案
四、面部黄褐斑病案
附录页

历代中医资料大全分享

你好，我是逢原，你现在看到的这本资料是我从网上收集整理的。

本人自学中医多年，耗时多年搜集珍藏了众多的中医资料，包括了目前已经出版的大多数中医书籍，以及丰富的视频教程，而这些中医资料，是博览群书，勤求古训之必备。

如果有你也喜欢中医，需要一些学习中医的资料；或者是学习中医的路上碰到了什么问题需要交流；或者碰到一些疾病的困扰，需要求助，可以通过以下方式联系我：

一、发邮件：fyzy999@qq.com

二、加我 **QQ/微信：2049346637**

三、关注微信公众平台——**逢原中医**，经常有中医文章更新。

四、关注我的**空间**：**http://user.qzone.qq.com/2049346637**

免责申明：所有资源均是网上搜集，本人收集整理这些中医资料，仅仅为了方便中医同道中人私下交流学习之用，不为营利，将不对任何资源负法律责任。所有资源请在下载后 24 小时内删除，任何涉及商业营利目的均不得使用，否则产生的一切后果将由您自己承担！如果您觉得满意，请购买正版资源。

私人微信号：2049346637

公众平台：逢原中医