

二十世纪中医之精华



主 编
张文康

「中 家 医」 「临 床」

夏

桂

成

谈 勇
主 编

中国中医药出版社

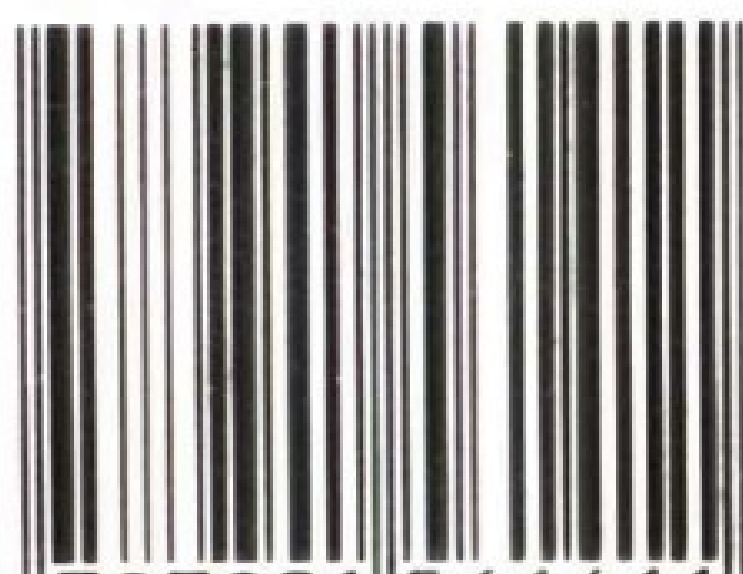




责任编辑 罗会斌
封面设计 董玲萍



ISBN 7-80156-141-4



9 787801 561411 >

定价：11.00 元



出版者的话

祖国医学源远流长。昔岐黄神农,医之源始;汉仲景华佗,医之圣也,在祖国医学发展的长河中,临床名家辈出,促进了祖国医学的迅猛发展。中国中医药出版社为贯彻卫生部和国家中医药管理局关于继承发扬祖国医药学,继承不泥古,发扬不离宗的精神,在完成了《明清名医全书大成》出版的基础上,又策划了《百年百名中医临床家丛书》,以期反映近现代即 20 世纪,特别是建国 50 年来中医药发展的历程。我们邀请卫生部张文康部长做本套丛书的主编,卫生部副部长兼国家中医药管理局局长余靖同志、国家中医药管理局副局长李振吉同志任副主编,他们都欣然同意,并亲自组织几百名中医药专家进行整理。经过几年的艰苦努力,终于在 21 世纪初正式问世。

顾名思义,《中国百年百名中医临床家丛书》就是要总结在过去的 100 年历史中,为中医药事业做出过巨大贡献、受到广大群众爱戴的中医临床工作者的丰富经验,把他们的事业发扬光大,让他们优秀的医疗经验代代相传。百年轮回,世纪更替,今天,我们又一次站在世纪之巅,回顾历史,总结经验,为的是更好地发展,更快地创新,使中医药学这座伟大的宝库永远取之不尽、用之不竭,更好地服务于人类,服务于未来。

本套丛书第一批计划出版 140 种左右,所选医家均系在中医临床方面取得卓越成就,在全国享有崇高威望且具有较高学术造诣的中医临床大家,包括内科、外科、妇科、儿科、骨伤科、针灸等各科的代表人物。

本套丛书以每位医家独立成册,每册按医家小传、专病论治、诊余漫话、年谱四部分进行编写。其中,医家小传简要介绍医家的

生平及成才之路；专病论治意在以病统论、以论统案、以案统话，即将与某病相关的精彩医论、医案、医话加以系统整理，便于临床学习与借鉴；诊余漫话则系读书体会、札记，也可以是习医心得，等等；年谱部分则反映了名医一生中的重大事件或转折点。

本套丛书有两个特点是值得一提的，其一是文前部分，我们尽最大可能的收集了医家的照片，包括一些珍贵的生活照、诊疗照以及医家手迹、名家题字等，这些材料具有极高的文献价值，是历史的真实反映；其二，本套丛书始终强调，必须把笔墨的重点放在医家最擅长治疗的病种上面，而且要大篇幅详细介绍，把医家在用药、用方上的特点予以详尽淋漓地展示，务求写出临床真正有效的内容，也就是说，不是医家擅长的病种大可不写，而且要写出“干货”来，不要让人感觉什么都能治，什么都治不好。

有了以上两大特点，我们相信，《中国百年百名中医临床家丛书》会受到广大中医工作者的青睐，更会对中医事业的发展起到巨大的推动作用。同时，通过对百余位中医临床医家经验的总结，也使近百年中医药学的发展历程清晰地展现在人们面前，因此，本套丛书不仅具有较高的临床参考价值和学术价值，同时还具有前所未有的文献价值，这也是我们组织编写这套丛书的由衷所在。

中国中医药出版社

2000年10月28日



① 中医妇科专家夏桂成教授



② 夏桂成教授在指导学生(中间者为本书主编谈勇副教授)



③ 夏桂成教授在诊治病人



④ 夏桂成教授向学生传授治疗经验

内容提要

夏桂成教授是南京中医药大学第一附属医院著名妇科专家。本书主要介绍夏老的临床经验及学术精华，分医家小传、学术精华、专病论治、诊余漫话及年谱五个部分，重点在于专病论治，介绍妇科每一病的治疗验案及心得体会，实用性极强。本书凝炼夏老一生研究成果及治疗经验，实为中医妇科临床人员阅之有益的必读书。

目 录

医家小传	(1)
学术精华	(5)
专病论治	(85)
崩漏	(85)
原发性痛经	(98)
子宫内膜异位症.....	(109)
膜样性痛经.....	(116)
闭经.....	(122)
经间期出血.....	(129)
经行前后诸证.....	(135)
绝经前后诸证.....	(146)
带下病.....	(159)
流产.....	(164)
不孕症.....	(170)
诊余漫话.....	(191)
年 谱.....	(229)

医家小传

夏桂成教授，江苏省江阴人，幼年乡居，聪颖好学，因家境困顿，终至中途辍学，稍长则由族人推荐得立于江阴名医夏奕钧门下。他视师如父，谨事慎行，如斯三易寒暑，方入中医学之门径。五十年代中期，风华正茂的他怀着对中医的求索，独自负笈来宁，考入江苏省中医进修学校，期年就职于江苏省中医院（即南京中医药大学附属医院）妇科，翌年拜科内黄鹤秋老主任为师，黄老从医五十余载，擅长调理月经和不孕不育病证的治疗，曾用消食化积治疗癥瘕，得效享誉金陵，求治者众。夏桂成教授尊师敬业，待诊经年，得其心传，出而应诊，每获良效。曾有一妇，年逾知命，绝经三载，腹笥膨大，赴某医院诊治，判定为盆腔肿块，颇难治疗，继因感冒遂致神糊呓语，腹笥更大，均谓无治，举家惶惶，已备后事，适有其亲友与夏师相交甚笃，求他出诊，夏师谨察细思，据其脉象细数、重按有力、舌苔干涸根部焦黄，随用药表里双解，热解后转用黄老消食化积法前后调治

经年，肿块消失，体健逾昔，乃翁登门跪谢，词切动人。他经此医事，虽有成功之喜悦，更感行医责任之重大，尝谓医家处剂治病，决病家之生，定病家之安危，为医难，而为病家信赖如斯者更难。且中医乃博大精深之学，非一门一派、一经一典所能涵概。非勤读巧思用心于临床不可，遂肆力于学问，精研古籍，妇科诸书及当代有关医事报道，无不津涉启其，而所研精读者，《傅青主女科》《妇人规》《妇人大全良方》也务求其大意，通明指归。六十年代早期即在《中医杂志》上发表傅青主妇科学术特点之研究文章。七十年代，从事月经周期及调周法之研究，乃得协和医科大学葛秦生教授来宁所介绍基础体温在临床应用之启发。八十年代至九十年代间，运用调周法，研究不孕不育病症之深层治疗，颇有心得。南京市朝天宫有一张姓妇，年已四十四岁，结婚二十载，膝下犹虚，其夫就职他乡，两地分居，初未介意，后其夫调回金陵数载，多处求治，未获寸效。常叹伯道无儿，深为忧虑，后闻夏师善治此病，携妇来诊。经诊断则授以补肾调周之药，着重经间排卵期治疗，即前人所谓“的候”时期，顺而施之则成胎矣。服药一载果然成孕。孕后又见阴道漏红，恐有他病，多方检查，得悉合并子宫肌瘤，嘱其卧床休息，按补肾和瘀获效，翌年举一男。夏师常谓之，月经顽疾，常与月经周期演变失常有关，月经周期的演变，之所以形成节律者，必与阴阳消长转化之运动变化有关，又与天、地、人三者间之生物钟有关，因而深研易学八卦，提出心—肾—子宫生理生殖轴之观点，后期又研究易数律，发现阴阳消长转化运动存在着“7、5、3”奇数律，与“2、4、6”偶数律之运动形式，未病调治，可愈顽证。目前将其调周法应用于器质性及免疫性不孕症，同样获得良好效果。曾有周姓

妇，来自本省金坛农村，婚后七年未孕，屡赴上海、北京等地求诊，谓为慢性炎症、免疫抗体阳性所致。历经中西医多方疗治，前后三载犹未得效，后经友人介绍，来宁求治于夏师，经用调周法佐以疏肝通络法，服药八月，始得毓麟，妊娠足月后分娩一女，取名宁玉，以示宁地得玉也。

近年，随着西医学人工授精、试管婴儿的开展，诸多秉受新科技单独治疗尚未如愿者，夏师努力思忖，寻之不足，配以中药辅佐之，每获奇效。有一广州籍患者，当地接受IVF-ET诸项治疗，每2周飞机往返索得夏师中药内服，使得多次治疗未得如期分娩的她喜得贵子。

由于调治不孕症卓有成效，被誉为“送子观音”。他曾多次赴欧美澳洲讲学，阐述月经周期与调周法，以其所研究之易数律，颇得海外学者之好评。近年来接受全国带徒任务，以其大医精诚之风范，行不言之教，又谓，弟子不必不如师，教学相长，唯尽己之所能，倾囊相授，以启迪后人。

学术精华

(一) 精研脏腑关系,创立心-肾-子宫生殖轴学说

女性健康的性周期活动的建立,按照《素问·上古天真论》中“二七而天癸至,任脉通太冲脉盛,月事以时下”之说,当月经的初潮来临,就标志进入青春发育期。月经来潮,说明性周期的活动开始建立,这一期间持续大约 35~40 年左右,到绝经年龄,月经停闭,性周期活动逐渐消失。这段时间,月经的产生是脏腑、经络、气血作用于子宫,使之能定期藏泻的结果。脏腑是人体主要构成部分,为气血生化之源,而月经主要表现为血气的流通,定时蓄溢。五脏之中,心主血脉,肝藏血,脾统血,肾藏精,精化血;肺主气,气帅血。血是月经的物质基础,气是血脉运行的动力,气血调和,则经候如期。这其中脏腑功能是保障气血充盛、调畅的根本。概而论之,五脏之中,肝气条达,定期疏泄,则经候如期;脾主运化,水谷精微得以化生血气,使血海充

盈，则经血有源；肾气盛，天癸至，促使冲任二脉通盛，心主血脉，主神明，唯有五脏配合，协调气血，协同冲任、子宫的共同作用以完成女性周期功能活动。夏师尤为注重脏腑功能对女性周期活动的影响，他精心研究脏腑之间关系，通过大量的临床实践，认识不断深入，提出心-肾-子宫生殖轴学说，以这一观点为指导，在更深层次辨别妇科病症间的特殊性、复杂性，进而把握关键，有效地进行治疗。

1. 心-肾-子宫轴的理论依据

1.1 经络直接的联系

子宫排泄月经、孕育胎孕的生理功能是由脏腑的支持而实现的，其联系是以经络为基础。比如：肝与任脉交会于“曲骨”，与督脉交会于“百会”，与冲脉交会于“三阴交”；脾则与任脉交会于“中极”，与冲脉交会于“三阴交”；肺则“上额，循巅，下项中，循脊，入骶，是督脉也，络阴器，上过毛中，入脐中，上循腹里，入缺盆，下注肺中”与督脉、任脉相通，并藉此与子宫相联系；重要的是五脏之中，心与子宫还有一条直通的经络联系，如《素问·评热病论》所云：“胞脉者属心而络于胞中”；《素问·骨空论》又有督脉“上贯心入喉”，心经、督脉与子宫相联系；另一直接的经络通途是肾，《素问·奇病论》云：“胞络者，系于肾”，又肾脉与任脉交会于“关元”，与冲脉下行支相并而行，与督脉同是“贯脊属肾”，所以肾通过冲、任、督三脉与子宫直接相系，可见与子宫具有直接通络的脏腑主要是心与肾，经络上的联系和通达，奠定了脏腑功能活动的基础。

1.2 功能活动的核心

肝、脾通过血气对冲任直接影响，肝、脾的协调直接影响冲任血气的协调。

肝为藏血之脏，是冲脉之本。司血海而主疏泄。具有储藏血液、调节血流的作用。全身各部化生的血液，除营养周身外，其有余部分，在女子则下注血海而为月经，上行乳房而为乳汁。前人罗东逸在《名医汇粹》中引何伯斋之说：“女子以血为主，女子以肝为先天”。肝之藏血功能，又取决于肝的疏泄功能，肝主疏泄，还有着协助排泄月经、分泌乳汁、促进受孕的作用。肝气喜条达而恶抑郁，肝气畅达，则血脉疏通，经候如常。

脾（胃）为后天之本，气血生化之源，是升降之枢纽，又有统血及运化水湿的作用。胃与脾，互为表里，胃主受纳，脾司运化。胃为水谷之海，多气多血之腑，足阳明胃经与冲脉会于气街，故又有“冲脉隶于阳明”之说，胃中谷气旺，脾气运化强，后天生化之源旺盛，冲脉血海亦盛，加上统血化湿，调节冲任带脉之间的升降，维持着月经的正常来潮。

肝脾之间，必须处于协调状态。肝对脾有着疏泄以助运化的作用，脾对肝也有着生化以供藏血的作用。这种相互间的协调关系，能够调节任何一方的有余和不足，从而也就调整了血气之间的有余和不足，维持着气血阴阳的动态平衡。

肾是阴阳之宅，主髓而出伎巧，肾为先天之本，藏精气，肾中精气的盛衰，主宰着人体的生长发育及生殖功能的成熟和衰退。如《校注妇人良方》所说：“肾气全盛，冲任流通，经血既盈，应时而下”。马元台亦说：“天癸者，阴精也。盖肾属水，癸也属水，由先天之气蓄积而生，故谓阴精为天癸也”（《女科经论》）。天癸来自肾之精气，先天即有，天癸充足，月经才有可能来潮。到五十岁左右，天癸竭而经断。整个女性的发育过程，肾气、天癸起着极为重要的作

用。

月经来潮后，一月一次很有规律，与冲任气血阴阳的消长有关，均依赖于肾。行经期与经后期主要是血与阴的不断滋长，经前期主要是阳气的不断旺盛（长），由于不能受孕，经血来潮。这是在肾的支持下奇经阴阳消长转化的结果。故有肾为奇经八脉之本以及八脉皆属于肾之说。

其次，肾阴阳与肝脾气血之间密切相关。肾藏精而主骨髓，精髓是化生血液的主要所在。肝藏血，依赖于肾，滋水涵木，母子之藏。肝气的条达，也依赖于肾阳命火，如张景岳所说：“命门为元气之根……五腑之阳气，非此不能发”（《景岳全书》命门余义）。脾胃是后天之本，必得肾阳命火而运化不衰，亦得到肾阴而能润化；因此，归根到底，肝脾之气血有赖于肾之阴阳。

心主血脉，主神明，心与肝脾协同，有调节气血的作用，通过胞脉与子宫有直接的联系，与冲任、奇经亦有直接的关系。陈自明说过：“盖冲任二脉，皆起于胞中，为经络之海，与手太阳小肠经、手少阴心经为表里，上为乳汁，下为经水”（《校注妇人良方》）。

必须指出的是：心肾相济，对调理阴阳在月经周期中的演变，有着重要意义。马元台说：“胞络下系于肾，上通于心”（《女科经论》）。心、肾与胞络（胞脉）紧密相联。“心者，君主之官，神明出焉”、“肾者，作强之官，伎巧出焉。”肾藏精而主骨髓，脑为髓之海，神明伎巧出于心、脑而源于肾，肾中阴阳平秘，则神志活动正常，从而对月经妊娠的生理活动起主导的作用。

月经来潮及其周期性的演变与肾、心、肝、脾的整体联系有着密切的关系。肝、脾协调气血，肾、心调理阴阳，气

血阴阳密切不可分割，气血依赖于阴阳，阴阳亦依赖于气血。气血阴阳在演变过程中，必须得到肾、心、肝、脾及奇经之调节，肾阴有涵养肝血（阴）的作用，肾阳有暖土运脾的作用，但肾阳亦有舒发肝气的作用，肾阴有滋养脾土、润化食物的作用。反过来，脾血亦有培养肾阴（精）的作用，脾气又有培养肾阳的作用，以及肝气对肾阳、脾胃之阴对肾阴亦均有一定的反作用。这种作用与反作用。相互联系与制约，维持了月经及妊娠的正常生理活动。

2. 心-肾-子宫轴对女性周期及生殖活动的影响

肾为生殖之本，藏精之脏，内寓真阴真阳，在五行上属水，居于下焦，肾气、天癸亦与肾有关，任督冲带等奇经八脉亦属于肾；心为五脏六腑之大主，神之所舍也，脑为元神之府，实际上亦概括心神的功能在内，主宰一身之血脉，在五行上属火，居上焦，在经脉上与足少阴肾相联系相贯通；子宫为育子之腑，是月经胎孕的场所，具有藏的作用，又有泻的功能，亦藏亦泻，定时开合，似脏似腑，非脏非腑，故谓奇恒之腑，藉胞脉、胞络与心肾相连，所谓下系于肾，上通于心，因此形成了心-肾-子宫之间的密切关系。

子宫与心肾相连，受心肾所主宰。因此，子宫的藏泻功能亦与心肾有关，子宫之藏，实乃肾之封藏也，故经后期、经前期阴阳消长的活动与肾之阴阳有关也，子宫之泻，实乃心气之动也，故行经期、经间排卵期阴阳转化活动亦与心神、心气有关也。子宫之藏，肾主之；子宫之开（即泻），心主之；子宫之藏泻（即开合），由心肾所主。在月经周期中由于阴阳消长，阴阳消长转化的月节律运动又必须建立在心肾交合的基础上，心肾交合，才能推动阴阳消长的正常活动。心肾是如何进行交合活动的？《慎斋遗书》说得对：“心

肾相交，全凭升降。而心气之降，由肾气之升，肾气之升，又因心气之降。夫肾属水，水性就下，如何而升？盖因水中有真阳，故水亦随阳而升至心，则生心中之火；心属火，火性炎上，如何而降？盖因火中有真阴，故亦随阴降至肾则生肾中之水。升降者水火，其所以使之升降者，水火中之真阴真阳也，真阴真阳者，心肾中之真气也。”由此可知心肾相交，水火既济，精神合一，亦即阴阳升降运动的统一，同时贯通子宫，形成月经周期生殖的节律。当阴阳消长到一定阶段时，即达重阴重阳时，由子宫反馈到心肾，特别是心，主宰子宫之泻（开），排出卵子或经血，实际上是排泄过重的阴或阳，纠正偏盛偏衰的不平衡状态，以维持动态的平衡。

在女性周期的演变过程中，当月经一次行止，进入经后期阶段，这一时期由于行经期排泄月经，必会耗损一定的血液，所以此时子宫呈空虚之状，经脉之间亦呈血虚状态。女子以血为主，血藏之于肝，生化于脾胃，汇聚于血海、冲任、子宫；排泄月经之后，体内呈现血少气多现象，需依赖阴精以化生，而阴精源于天癸，为无形之本，实与肾阴（水）相一致。《傅青主女科》在月经病证之中，强调“经水出诸肾”，“肾水足则月经多，肾水少则月经少”，经水之多少与肾阴（水）密切相关。西医学认为，行经后，性周期又开始从卵泡发育开始，卵巢分泌雌激素以供养，并随雌激素分泌的峰值升高，卵泡渐发育充盛至排卵前状态，这与肾阴（水）与天癸的泌至作用相一致。由于天癸的分泌，促进阴长，通过血以养精，此“精”亦包含卵泡、卵子，精“卵”在阴长基础上发育成熟而能顺利进入经间期而排卵。这一过程亦需要脏腑之协调，比如肾水为元阴，因乙癸同源，故肾阴（水）涵养肝木，肝疏泄适当，肝血藏泻有度；肾水上济

心火，使心火不亢，心神宁谧，心主血行，溉于百脉，心为五脏六腑之大主，管辖全体，因此经后期，阴长阳消运动，必须建立在心肾交济前提下。反之则心火偏旺，或者肝火上亢，心肝之火相煽或阴虚火旺，反过来影响心肾的水火交济，前人谓“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，而且耗损阴精，使得经后期阴长不利。

临床上夏师立足于心肾之间关系，洞察如月经失调、闭经、崩漏、月经前后的诸证、更年期综合征、不孕症，甚至先兆流产类疾患，尤其注重心肾水火之交济、对阴分的顾护作用。大凡见有烦躁、精神紧张、容易激动、失眠多梦等症状者均归属于心肾失济范畴；在治疗上，补养阴精，血为前提，加用宁心敛精之法，在根据前贤清心莲子饮，坎离既济丹、柏子养心丸、酸枣仁汤等基础，自拟宁心敛精汤，选药如龟板、牡蛎、山药、山萸肉、炒枣仁、莲子心、五味子、夜交藤、干地黄、钩藤等味，动态观察治疗后阴道细胞涂片，激素水平可由中度影响顺利达高度影响及高涨程度，并与对照组有显著差异，常收到较好的效果。因此，从心肾交合立法，不仅能调理阴阳，恢复、维持阴阳的动态平衡，还达到藏精敛阴、保护精卵健康发育之目的，说明肾者藏精而不泻，心者藏神为君主，神驾驭于精；心神妄动必泄其精，心火妄动，心神失宁必耗其阴精，所以宁心安神对肾之元阴、元精固藏有重要作用。

月经周期的调节是一个非常复杂的过程，涉及下丘脑-垂体-卵巢及子宫，西医学将此合称为 HPOA 轴，夏师认为：肾属下焦，其功能范围为泌尿生殖系所主属，相当于卵巢的作用；心位上焦主神明，实属脑之功能，相当于下丘

脑、垂体的作用。心与肾之间的水火既济，相互协调，西医学强调来自中枢对下级器官性腺、子宫的主导作用，以及子宫等靶器官对上级中枢的正、负反馈作用，下丘脑、垂体与卵巢激素彼此相互依存，又相互制约，调节着正常的月经周期，而其他内分泌腺也与月经周期的调节密切相关，这些生理活动并非孤立地进行，而是统一受大脑皮层神经中枢的控制。所以在形式上心、(脑)、肾之间相互交济，调节子宫的藏泻功能与之相类似。夏师根据传统的中医理论，研究现代医学的认识，阐明中医妇科学中有关脏腑功能活动对月经周期及生殖机能的影响，首创心-肾-子宫生殖轴说，是脏腑学说与妇科理论实际结合的结晶，为当今中医妇科理论更新、发展建树了实际内容。

(二) 探寻奇偶数律，穷究生殖活动的阴阳演变

1. 理论依据

夏师在观察月经周期演变及调周法的过程中，运用易学中的后天八卦学说，以探讨天、地、人三者间的运动规律及相互影响，对奇偶数律的概念、内容、运用及其奇中有奇(即阳中有阳)，偶中有偶(即阴中有阴)，上奇下偶、上偶下奇等复杂变化进行了阐述；但尚有一些问题，如奇偶数律的提出、与脏腑经络的关系、少数反常数律的探讨等，也是非常重要的，必须予以阐明，目的在于宏观结合微观，更好地进行科学推导，预测疾病，掌握防治疾病的最佳时间，更好地发挥中医妇科学的优势和特色。

1.1 奇偶数的提出

女子属阴，阴的发生发展，必赖其阳，阳者奇数也，奇数属阳，所谓奇者，包含两层意义，一是指单数，即1、3、

5、7、9 的单数，单数为奇；二是指性质上的单一，如两个男子，或两个女子，性质上仍是单一者，仍可算作奇数。女子的性染色体，尽管有两个 X，但性质上单一，仍应作为奇数；奇数属阳，故女性虽然属阴体，月经周期及其一生的性发育均以阳奇数为主。依据文献记载，以及我们的长期临床观察，后者尤为重要，我们发现“7、5、3”奇数律是非常重要的。从文献记载来看，5 数律首载于《尚书·洪范篇》，《汉书·五行志》以五行生成数，提出 5 数分类法，《河图》、《洛书》也贯串了五数分类法。所以五数分类法是前人最早提出的，但并非针对月经周期的演变而提出。至唐容川，在其《医易通说》中从后天八卦与月经周期演变关系中指出“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。所以除支坎离者，离为日，坎为月，日与月乃其本体，故坎离二卦不应候也”。其次是 7 数律的提出，《素问·上古天真论》中说：“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；三七……；四七……；七七任脉虚，太冲脉衰少，天癸竭，地道不通，故形坏而无子也”。以后各医家的著作，在论述月经生理时，均引载此说，从而也就引伸到月经周期中以 7 数为界。3 数律的提出，《素问·阴阳类论篇》指出了 3 数分类，《素问·六节藏象论》也提出“五日为一候，三候为一气”，但在与月经关系中，刘河间在其所著《素问病机气宜保命集》中说“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”。此以天癸为中心，指出了未行（初）、既行（中）、既竭（末）的 3 数分类。所有这些，均是根据前人文献的记载而提出。

夏师在临床反复的实践中，同样观察到“7、5、3”奇

数律以及“2、4、6”偶数律的重要性。以行经期而言，他曾经随机统计不孕症月经周期正常者34例，要求连续3~5个月经周期作为统计对象。结果见行经期为3天的有7例，属于3数律；4天的有4例，其中1例与5数相交替；行经期5天的有12例，属于5数律；6天的有2例，7天的有9例，属于7数律，其中2例与5数相交替，1例与6数相交替。虽然统计的数量尚不够多，但已可看出“5、7、3”奇数数律的表现形式。再以经间排卵期而言，我们亦统计过15例排卵功能正常者，亦要求连续3~5个月经周期及排卵功能正常作为统计对象。经间排卵期观察锦丝状带下，即拉丝状态的蛋清样带下，结果见锦丝状带下1~2天的有3例，3天的有5例，5天的有4例，7天的有3例，其中5天、7天的各有1例与4天、6天相交替。可以看出“3、5、7”奇数律的重要。由于临床反复观察，均得到同样的结果，提出了“7、5、3”奇数律。再如经前期以阳长为主，阳赖阴以发展，阴为偶数，故出现“2、4、6”的偶数律，我们观察基础体温（简称BBT），BBT高温相一般维持在12天或14天，甚则16天，极少数可达18天，呈偶数律。其结果均由临床上的长期观察而得出来，是从实践中提出，有助于了解和运用阴阳消长转化运动的规律。

1.2 奇偶数律与脏腑经络的关系

奇偶数律，就女性而言，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的3种内在类型。也反映了3种类型中的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》，但夏师在行经期、经间排卵期以及经后期的大量观察中，已得到证实。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”。夏师认为：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，心包依附于心，所以作为脏腑而言，应以肝为主，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》，但亦得到临床上对行经期和经间排卵期的反复观察的结果所证实。《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·金匱真言论》亦说：“中央黄色，入通于脾，开窍于口，……其数五”。《洛书》九宫图的排列，中央为五。《太玄经》亦说：“……五与五相守而居乎中”。夏师针对所有这些论述，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：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。但是与月经生殖有关者，在《素问病机气宜保命集》中提出，天癸未行、既行、既绝，即以天癸为中心的初、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。因此夏师认为少阴应指为肾，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。

鉴于上述，“7、5、3”奇数律，实际上反映了经络脏腑的活动规律。我们综合前人所述，结合长期的临床实际，体会到“7、5、3”奇数律与经络脏腑的关系如表 1。

表 1 “7、5、3”奇数律与经络脏腑关系

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)

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 数律虽为阳明中土之数，但也反映了足太阴脾体的活动，3 数律虽为太阳之数，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”论治的最佳时间。

1.3 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，均以“7、5、3”奇数律为主，但有少数患者出现“4、6”偶数律者，就属于反常数律，经间排卵期还可能出现“2”偶数律者，亦属反常数律，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，但此所以会出现反常数律者，有可能出现偶数律。经前期属阳长为主，所以出现“2、4、6”偶数律，即基础体温（简称 BBT）一般应维持在 12、14、16 天者，但有少数人出现 BBT 高温相 13、15 天的奇数律者，此与经前期的阴盛有关，女子本为

阴体，经前期阴亦较盛者，出现阳奇数律，亦有之，如无明显症状，亦可不作病理论治。

夏师在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、经间排卵期，特别是经后期，应以“7、5、3”奇数律为主。但如在“7、5、3”奇数之间交替，即7、5与5、5之间交替，仍属奇数范围，在性质上呈一致的，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。因为奇数属阳，恰是代表阴长运动形式；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月或2、3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。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，因为偶数中出现奇数、常数中出现反常数，此与阳长运动失常有关，或因阴的不足或有余，或因心肝气火偏盛等，除亚健康者外，一般亦应加以调治，以恢复正常数律，恢复正常的月经周期及生殖节律，达到生殖功能旺盛的优生要求。

2. 奇数律与女性生殖机能中阴阳演变的关系

女子以阴血为主，月经胎产以阴血为用，故属阴体，此与男子相对立。阳气的化生，可使阴血活动，阴阳互相依赖，互相为用，阴为偶数，阳为奇数，孤阴则不生，独阳则不长，所以偶数虽属阴，则推动阴的发展在于阳，阳奇数是推动阴发展的数律。因此，奇数律与女性生殖机能的生长发育有着密切的关系。调理月经周期法（简称调周法）涉及阴

阳消长转化的规律，亦涉及奇偶数律，只有掌握周期中消长转化的奇数律，才能促进调周法应用的深化。

2.1 “7、5、3”阳奇数律与女性生殖的关系之文献记述

古人在长期的实践中，已意识到女性生殖机能的发育过程与“7、5、3”阳奇数律有关，经不断实践，不断总结，不断地运用阴阳五行脏腑经络等理论概念来推断演绎，以推动中医妇科学的发展。根据现有资料分析，七数律来源于《素问·上古天真论》，如载：“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；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，面皆焦，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”。这段文字，概括了女性生殖机能整个发育过程。一七到二七生殖机能开始发育，三七到四七生殖机能成熟，五七是生殖机能的壮盛时期，六七开始衰退，七七生殖机能衰退终止。王冰在注释时说“女子为少阴之气，故以少阳之数偶之。”张介宾进而阐述说：“七为少阳数，女本阴体而得阳数者，阴中有阳也，……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。”嗣后妇科诸医家和医著，均以七数论述女性生殖生理之发育。五数律来源最早，五行生成数，首载于《汉书·五行志》，是古人最早对事物分类的方法和计数。《洛书》《河图》也以五行生成数为其内容，强调数理的演化，《易经》八卦也有以五数为分类法则者。如唐容川

《周易详解》说：“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，所以除支坎离者，离为日，坎为月，日与月乃其本体，故坎离二卦不应候也。”又按后天八卦的九宫八卦的说法：“中宫数为五，五行属土，在八卦方位上归属于西南方的坤土。”所有这些，都是涉及五数律的内容。三数律我们认为与《素问病机气宜保命集》相同，是以天癸为中心，如：“妇人童幼，天癸未行之际，皆属少阴，天癸既行，皆从厥阴论，天癸既竭，乃属太阴经也。”天癸未行（初），天癸既行（中），天癸既竭（末），是乃三数分类法，在月经周期分类法中初、中、末三数分类法较为多用。实际上在《易》学中谈到阴阳结构时说：“一具有阳刚，用奇数一三五七九。”八卦数位亦认为：在奇数的阳位，亦即初（即一）、三、五，应当是阳爻，……这时称作得位，或当位，而七数，少阳数为七，所以早在八卦数位中，三、五、七为阳数早已阐明。但理论必须得到实践证实，我们统计了经后期 30 例，其中经后期 7 天者 10 例，9 天者 9 例，10 天者 6 例，12 天者 3 例，8 天者 1 例，可见经后期确含有 3、5、7 的数律意义在内。女性生殖机能的生长发育，特别是月经周期的演变，需赖阳奇数以推动。

2.2 女性生殖机能及月经周期的演变需赖阳奇数以推动

阴阳既存在消长对抗的一面，又有着互相统一的关系，无阴则不足以言阳，无阳亦没有阴的存在，阴阳互为依存，处于统一体中而又互相对抗，促进演化，前人所制阴阳太极鱼图，生动形象地体现了阴阳互根统一、消长转化的演变关系。

阴阳太极鱼图，简称太极图，图中白色代表阳，源于白

昼为阳，黑色代表阴，源于黑夜为阴，白为阳主动，黑为阴主静。有意义的是：黑白阴阳处于太极统一体中，互相拥抱，互相渗透，图中S状分界，意味着阴阳的分离对抗又紧密相连的关系，黑色半边中有白色渗入，表示阴中有阳，白色半边中有黑色渗入，表示阳中有阴，之所以如此者，正如《傅青主女科》所言：“之所以通于变化者，以其阴中有阳，阳中有阴也。”《景岳全书·新方》进而说明：“善补阳者，必于阴中求阳，则阳得阴助而生化无穷；善补阴者，必于阳中求阴，则阴得阳升而泉源不竭。”更为重要的是太极阴阳鱼图中的鱼眼，白色中的黑眼，谓之阳中的阴基，阴基者，推动阳的生成发展；黑色中的白眼，谓之阴基，推动阴的生成与发展，即阴的生成发育与消长转化，是以阳为基础的，由阳所决定。阳为奇数是与女性生殖的发育有关，月经周期的演变，除经前期以阳为主者外，经后期、行经期、经间排卵期均与阴有关，故其演变由阳奇数律所决定。行经期由阳转阴，经后期以阴为主，中即中等水平，末或称高，即近重阴的高水平三个时期，隐含了奇数律在内。重阴必阳，阴转化阳，进入经间排卵期。因此，阳奇数律在女性生殖发育过程中有着重要意义。

2.3 “7、5、3”奇数律与阴长转化的关系

“7、5、3”奇数律，我们认为最大的意义在于女性生殖机能中特别是月经周期中阴长形式的时数规律，为我们推断演算阴长的各式数律提供依据，兹分析如下。

3数律，这是阴长形式中的低数律，也是奇数中的基数律。其活动形式是按3数波动，以行经期而言，经期3，第2天是月经排泄的高峰期，也是转化的重要时期，转化是否顺利与排经是否顺利相一致，转化推动排经，排经促进转

化，排经的高峰既是转化的开始，也是阴长活动的开始，故仍受奇数律所影响，经后期是阴长的时期，一般受行经期3天的影响，按3数律进行阴长活动，经过3个3天即3次小波浪活动，或者4个3天即4次小波浪活动，阴长水平呈现螺旋式上升，但在中下水平活动时比较缓慢，临床上无明显反应，需赖阴道涂片，或者血液检查雌激素水平，才能发现雌激素水平的渐次提高，即阴的充实。在阴的滋养下，精卵逐渐发育成熟，阴亦进一步提高，则进入排卵期。但是3数律的阴长过程中，亦有少数阴长较快，精卵发育成熟较快，以致经后期只有2个3天，甚则1个3天即入经间排卵期者。此外尚有个别经后期按5数律或7数律，甚则3、5、7数交替进行阴长活动者，需要我们进一步研究与探讨。经间排卵期与行经期一样，属于短暂的转化期，一般前后呼应，中间1天是排卵转化的候期，阴长至重，重阴必阳，阴转化为阳，阴是基础，故仍按奇数律演化。

5数律，是阴长形式中的中数律，临床上颇为多见。行经期5天，第2天或者第2~3天是排经的高峰时期，也是转化中的高峰时刻，第3天或者第4天后是行经的末期，阴长开始，所以5数律有3天与阴长有关，故隶属于阴为主的时期。经后期阴长为主，一般亦以5数为其主要形式。故需2个5天，形成2次波浪式活动，然后进入经间排卵期，但亦有3个5天者，则将形成3次波浪式活动，然后冲击进入经间排卵期，但亦有个别只有1个5天的，其阴精基础好，精卵发育成熟早，阴长冲击达重阴者，提早进入经间排卵期。偶有少数在经后阴长形式中与“7、3”数之间交替进行者。经间排卵期同行经期一样，高峰期只有1天，但初期可达3天或4天，此与行经期不同。

7数律，是阴长形式中的较高数律，临床上亦为常见。经期7天，第2天或第3天是排经的高峰时期，也是转化的重要时刻，行经末期一般有3~4天，故以阴长为主，是以从奇数律演变。经后期阴长为主，一般亦以7天为其演变的数式。经过1次波浪式演变，阴长冲击达阴而进入经间排卵期。亦有少数需经2个7天，呈现2次波浪式阴长活动，才能冲击成功而进入经间排卵期，此外，亦有按“5、3”数律演变，或者“7、5、3”数律交替更变者，最后冲击成功，即达重阴而进入经间排卵期。经间排卵期与行经期基本上相呼应，即7天，但亦常有3或5天者，但真正的排卵期即高峰期只有1天，即前人所谓：“必有一日絪縕之期，顺而施之则成胎”，很明显是指排卵的候期，因其排卵前期较长，故仍按阴长阳奇数律演变。

“7、5、3”阳奇数律，代表了阴长的几种形式，特别是月经周期中行经期、经后期、经间期，均与此有关，运用调周法，重在治未病，就必须掌握此类数律，择取最佳治疗日。

（三）揣摩圆运动规律，论证女性周期生物钟节律

夏师认为提高中医妇科理论水平，整理发展其内容，首先重要的是要阐明脏腑经络之间存在的阴阳五行以及运动的规律，用太极八卦、奇偶数律结合妇科月经周期演变的实际，同时结合有关现代科学的认知，如时间医学、心理学、生物遗传学、气象学等，探讨传统理论的深奥含义。近年他运用易学中圆运动的观点，洞察月经周期演变的规律，建立女性月经周期圆运动生物钟说，目的在于把握月经周期中演变的生物钟节律，抓住关键时期，更好地发挥中医妇科调周

法的优势，为诊治妇女“未病”获取最佳的时机和效果。

1. 圆运动是生命活动中生物钟的普遍运动形式

圆运动（易学中指圆道）不仅包括形象的圆，更重要是强调其内在的运动形式呈圆的状态周而复始规律进行着，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，一个个大圆连着一个一个小圆，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节律现象，连最简单的单细胞生物，都通过理化作用存在着周期节律，如植物的定时开花、应时变色。人类和哺乳动物的周期节律就更明显了，动物的发情、交配、睡眠等都存在着明显的节律性。人的体温、血压、血糖、呼吸、脉搏无不存在着昼夜节律。说明生物钟现象是普遍存在的自然现象，有人将自然界存在的周期节律称之太极阴阳消长节律。夏师认为，生物钟即是太极钟。在人体内部存在着气机升降、经络循环、脏腑间的联系、制约等周而复始的运动，在运动中均有节律现象，以维持生命的活动，直到生命终结。圆运动周期的演变，更体现了太极阴阳消长运动及两次明显的转化节律现象，与圆运动生物钟的关系极为密切。体内的运动生物钟规律在一定程度上受自然界运动生物钟规律的影响和制约。

2. 女性生物钟节律的特征表现

2.1 月经周期的循环

夏师认为，健康女性成熟的标志，即周期月经的建立，两次月经间隔时期为一个周期，一般为 28 天，其提前或延

后不超过7天者,属正常范畴,所以正常周期的界定在21~35天之间。在这段时期将经历经期、经后、经间及经前的渐进变化,从而顺利完成周期演变进程。其具体受阴阳消长规律支配,表现为行经期重阳必阴,转化开始,排出经血,标志着本次月经的结束,新的周期的开始,经后期阴长阳消,阴愈长阳愈消,推动月经周期的发展,经间期重阴必阳,转化开始,排出卵子,开始阳长的新时期,经前期阳长阴消,阳愈长阴愈消,推动经前期后移,行经期重阳必阴,又形成新的周期,如此循环往复,如环无端,自14岁左右来经,至50岁左右绝经,每一次的循环并不是简单的重复,而是发展和提高,尽管有1~2次转化不利,不能排卵,排出经血少,但在总体圆运动规律影响下,依然可以向前发展。这种阴阳消长的激烈运动维持在一定生理范围内,形成月节律性,从而也反映出月经的周期循环呈一定节律。

2.2 阴阳消长的循环

月经周期中阴阳消长运动的形式,一直是夏师极为关注的理论问题,也是运用调周法时所必须了解和掌握的理论。最初他曾认为:阴阳消长的形式是呈斜直线上升的,即阴长或阳长,从低水平到中水平,再到高水平,是持续上升的,渐进形式的,没有起伏,没有间歇,到达高水平时,即前人所谓重阴、重阳,重则转化,但在实践中觉得这种消长形式不符合客观实际,尔后他在临床诊疗过程中,通过阴道涂片观察雌激素(即阴)的水平变化,发现雌激素的水平提高,的确存在低、中、高三阶段。由此,他认为阴长的形式,应为三阶段的等级式:即低水平、中水平、高水平均呈现明显的一小阶段。后经临床反复观察,这种等级式的运动,也不符合客观情况。经过较长期的临床分析,又发现阴长的形式

在低、中时期较缓慢，高低起伏，呈波浪式运动，而且有相当部分女性在中水平到高水平时，呈突然上升运动，进入重阴转化时期。还观察到每一个具体女性的阴长波峰形式各不相同，但基本上与“3、5、7”奇数律有关。有的女性阴长呈3数律即3天一波浪式向前运动，有的呈5数、7数律波浪式向前运动。值得提出注意的是，他认为中水平到高水平时，有的呈突然冲击式，这是月经周期中演变的关键，也是调治某些疾病的关键。阳长与经前期黄体激素提高相一致，在临床实际诊治中还发现经前期阳长较快，其低、中、高的演变较阴长快得多，一般经前期基础体温（BBT）高温相6~7天时已达高水平，此与阴静阳动、阴柔阳刚的特性有关。重阳必阴，转化开始。为什么阳长至重仍需延后5~6天才开始转化，此与阴半月、阳半月的相对平衡性及圆运动规律有关，并受此规律所约束。他进一步认识到，阳长的关键在于转化期及开始期。

2.3 奇经任督的循环

任、督、冲、带等奇经八脉，在妇女生理上占有重要地位。以往历代医家较为重视冲任两脉，以冲为血海，任主胞胎，血海盈满，任脉通达，月经应期来潮，无可厚非；但经血来潮，实际上是血中阴阳消长转化的结果。《傅青主女科》在长期实践中已经意识到经血来潮与肾有关。提出了“经血出诸肾”的观点。重视肾，就必须重视阴阳的运动，因此，任督循环圈显得十分重要。任、督、冲三脉内起于子宫，外始于会阴，一源而三岐，督脉行身后，任脉行身前，冲脉循腹里，任脉自下向上行，在小腹部曲骨、关元穴与诸阴经脉相会合，故主一身之阴，为阴脉之海，在腰部任、督、冲三脉与带脉相联系，受带脉所约束，任脉再向上行，有支脉与

冲脉至乳房部，与乳房发生关系，其直者至咽喉部与冲脉相合，上行绕唇口，终于下口唇龈交穴，督脉行背后，上行至背项，在大椎穴与诸阳经相汇合，为阳脉之海，主一身之阳，再上行至巅顶，复向前下行循头额，至鼻部，下绕口唇，终于上口唇内的龈交穴。

夏师经反复将奇经理论与临床实际相结合，认为以冲、任、督、带为主的奇经八脉组成了任督循环圈，是女性生殖生理的重要组成部分，特点有三：其一，冲、任、督之脉内起于子宫，与子宫内胞脉、脉络相联系，故有人认为胞脉、胞络亦是冲、任脉的组成部分，即在子宫内的冲、任脉，行使子宫司月经胎孕的作用，故子宫、胞脉胞络、冲任经脉必须联系在一处，从而也可了解到心-肾-子宫生殖轴与此密切相关，同时还必须说明奇经八脉、阴阳维、阴阳跷四脉亦与任、督脉有联系，为任、督脉阴阳交会和循环服务。但由于阴阳维、阴阳跷四脉的部位在大腿部，在任、督循环图上不占重要地位，但不能排除在生理作用上的重要性；其二，子宫、外阴、腰部、小腹部、乳房、咽喉、口唇等处，经络所过，两经以上的交会，均反映了女性生理特点，显示了女性的特征；其三，任、督循环圈不仅在于贯通阴阳气血，而且更在于协调阴阳的动态平衡。任脉为阴脉，主一身之阴，但体阴用阳，有特殊性，督脉为阳脉，主一身之阳，两脉相交，阴阳贯通，并有阴阳跷脉协助沟通阴阳，阴阳维脉协助维系阴阳平衡，保持阴阳在总体平衡下行其消长运动及正常之转化，从而也就保持月经周期的节律性。可以看出任、督循环圈在心-肾-子宫生殖轴纵向调节下，横向地调节阴阳总体的平衡性。奇经八脉除冲为血海、带束诸脉外，其余六脉均有贯通协调阴阳节律性变化的作用，与心、肾、子宫一

样，在女性生殖生理活动中占有重要地位。

3. 掌握生物钟规律的意义

夏师根据易学中理论，将圆运动规律从客观角度应用于妇科领域，对女性生命活动中规律的周期演进形式加以客观地归纳和总结，而这一内容，亦被现代医学实验领域的研究所证实，比如许多学者发现“生物钟与内分泌节律”、“哺乳动物的季节繁殖和主体节律”，特别是人们近年通过分子遗传学的研究发现，鸟的松果体细胞具有时钟样振动体，其细胞膜上具有光的受体，光照情况经交叉核进入下丘脑，控制内分泌，影响到褪黑素（melatonin）和泌乳素 PRL，使脊椎体动物的生殖机能受光周期反应性影响。人们通过许多实验以及实验动物特别是灵长类所表现出的各种内分泌激素变化绘制成“标准曲线”（Aschoff），其共同的特征均可属于生物钟解释范围。因此，实验学者们将内分泌的这种生物钟表现称为“概日钟”（Circadian clocks）。更进一步，有人在雌鼠的生物钟变化实验中观察到睡眠和觉醒的时间节律变更影响其性周期变动，并在年龄的递增中，由连续的发情状态、伪妊娠状态最终进入连续非发情状态，从而步入老龄。

以上现代研究说明时间医学统辖下的内分泌变化节律，能用客观数理规律来表述其内涵，与夏师从中医学传统的医理出发，并在其临床诊治中所领悟的规律不谋而合，说明月经周期中圆运动的生物钟规律。而其意义深远之处就在于可根据其运动的规律，预测女性生殖机能活动过程中的“未病”，并为之医治“未病”，在防治女性疾病上具有不可低估的实用价值。

(四) 把握月经周期特点, 拓开调周治已、未病之途径

月经周期, 通常以出血第 1 日为其开始, 两次月经的第 1 日间隔时间为一个月经周期 (menstrual cycle), 其长短因人而异, 生理状态下每个女性均有自己规律性的月经周期。

夏师自 60 年代起, 即对月经周期及调周法有所认识, 70 年代中期, 受人工周期法的启迪, 开始用中药进行周期治疗, 80、90 年代通过对调周法的应用和探讨, 不断加深认识, 系统地将一个周期分为行经、经后、经间、经前四期, 从生理、病理及治疗等方面潜心研究, 形成了一整套卓有特色的见解, 在此系统归纳为以下诸方面。

1. 月经周期活动的生理变更

1.1 行经期, 祛旧生新

当女性生殖功能成熟, 进入稳定的月经周期, 即可以出现规律的、周期性的子宫出血, 每次行经期到来, 提示本次月经周期结束, 新的周期开始。这一终一始的过程, 包含生殖周期的活动, 阴阳水平的消长, 从相对平衡到不平衡, 从不平衡的极限又调摄至相对平衡状态。排泄月经的器官为子宫, 行经期子宫行“泻”之功能, 呈开放之势, 与之相关联的有冲、任、督脉。夏师认为: 此三脉内始于子宫, 所谓胞脉、胞络者实是冲、任之脉在子宫内者, 故子宫排泄月经, 胞脉、胞络推动经血排出。排经量亦受制于子宫藏泻之程度, 泻中有藏, 藏中有泻, “泻”之有常为了再度“藏”, “藏”之有度为再“泻”而奠定基础。月经周而复始, 月月如候, 其规律受阴阳消长的节律和心、肾、子宫的调摄。

夏师又将行经期分为初、中、末三个阶段。行经的初

期，是排泄的早期，是排经的开始，与经前期紧密相连，行经量少、色淡红、质地稀，有的极少，不易察觉易忽略，时间短暂，一般1天，有的仅半天，偶有1天半到2天的；行经中期是排泄的高峰时期，一般经量多，色红或紫红，质地稍粘稠，或有小血块，是除旧的主要时期，经血的排泄是否通畅，主要体现在这一时期，一般1~2天，亦有达到2天半或3天的；行经末期是排泄经血的结束时期，也是生新的开始时期，因为除旧务必彻底，一般不能有丝毫储留，留得一分瘀血，便影响一分新血萌生，因此行经末期较之行经早、中期有所延长，一般1~2天，但有的达到3~4天，甚则有达5天者。但行经末期是一个新旧的交替错杂时期，有的由于子宫发育异常及位置不正，如前后屈曲，致使排除较难而有所延长，但生新奠基又不容忽视。故此期虽作为行经期，实际是为经后期的早期打下基础。

对于行经期子宫排泄月经的实质，曾经有人认为月经即天癸，至今仍有以癸水、癸汛代月经为名的，前人还说“女子以血为主者，此谓也”，似也指月经即血。夏师认为，经血并非皆血，还含有多种成分，他结合西医学的知识，从微观角度剖析经血中除血液外，还含有子宫内膜碎片、宫颈粘液及脱落的阴道上皮细胞、白细胞等物质；排泄经血的现象，集中表现在子宫内膜的剥脱和出血，与宫内膜周期变化相呼应的阴道粘膜、宫颈粘液等也同样有周期性变更，共同的一点是均受卵巢激素的调节。《素问·上古天真论》中所提出的肾气盛、天癸至，是月经来潮的基础。《傅青主女科》亦指出“经水出诸肾”，肾水足则经水多，肾水亏则经水少，将月经量的多少纳入肾水阴分的范畴。夏师立足于临床实际，将上述理论融汇贯通，经水多寡受天癸调摄，而天癸

“至”、“竭”，又受肾气之制约，经血主要是肾阴物质构成，阴精、血是女性周期变更的物质基础。西医学认为月经的来潮揭示一个排卵周期的结束，另一个新排卵周期的到来，古原籍则描述为“天癸泌至，阴精滋润”。《灵枢·决气》所谓“两神相搏，合而成形，常先身生，是谓精”，《灵枢·经脉》中有“人始生，先成精，精成而脑髓生”，所以夏师认为生殖之精来源于肾，在肾阴与天癸的滋养下，发育成熟，始能受孕；如未受孕，则败精化浊，易蕴生水湿等，随月经排出。其次关于子宫内膜，他引证朱丹溪论闭经病理之言“痰脂下流于胞门，闭塞不行”，并结合临床这类患者基础体温波动呈高相不足的情况，认为行经期前若有阳长不足，则易致脂膜凝而不去、壅遏胞宫。因此他认为：经血属肾阴所主，经血成分是子宫内膜脱落所致，肾气、天癸是月经来潮的基础。肾阳之气、天癸中之阴水等共同调摄，以致周而复始地行经。

行经期的时数律非常重要，不仅有关行经期的除旧迎新，而且也有助于推导经后期和经间期的生理演变规律。每一个女性的行经期及其时数律并不一致，但也有一定的规律可循，5数律一般行经初期1天，中期1~2天，末期2~3天；7数律一般行经初期1天，偶或1.5~2天，中期2天，亦或达3天，末期3~4天，亦或达5天；3数律一般行经初期1或半天，中期1天，末期1天或1.5天。明确时数律，对调治有一定意义。

行经期阴阳消长特点是重阳转阴。所谓重阳者，是指阳长达到高水平，重者有双重或重叠之意，说明有双重或双倍的阳，是阳长阴消达到不平衡的生理限度，如不通过转化，排除有余之阳，达到相对性的平衡则将破坏生理平衡导致病

理变化。故重阳必阴，转化开始。转化者，气血显著的活动也，心、肝、子宫、冲任包括胞脉胞络皆动，而且唯有心肝之动，子宫冲任等才能活动，子宫行泻，冲任行通，从而排出经血，有余之阳即重倍之阳亦随经血而泄，以纠正阴阳之间的极不平衡状态。所以月经之到来，以及经血之能否顺利排泄，前提还在于阳长是否达重，重阳才能顺利转化，转化必须重阳，但重阳者亦必有阴的支持，阴长阳生，乃互根互长之理，阳长而阴有所不足，则重阳的基础不实，转化时亦必有所影响，转化后阴长不及可致病理变化，即月经来潮后，阳随血泄，让位于阴；阴不能长，不仅使行经末期子宫内的修复延缓而出血延长，而且对纠正后维持阴阳间的相对性平衡带来不利。《女科经纶》引陈良甫曰：“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，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，常以三旬一见，以像月盈则亏，不失其期，故名曰月信”。古人限于条件，只能通过原始的观察方法和朴素的逻辑辩证，提出类似“天真气降”、“壬为阳水”、“癸为阴水”等概念，却无法进行科学的深入的定义。现在，借助于西医学的微观手段，不仅可以用更准确的语言来界定这些概念的内涵和外延，还能更进一步探讨它们之间的关联、影响，以及关联影响背后的深层作用机制。目前，可以根据更多的事实，如月经前的胸闷烦躁、乳房胀痛等随经血排泄而消失，BBT从维持的高温相下降 $0.3\sim 0.5^{\circ}\text{C}$ ，达到原有的低温相水平，更好地证实重阳转阴、调节平衡的行经期生理特点。由于每个人的禀赋不同，环境地区不一致，营养、工作、生活之有异，因此所谓重阳转阴他认为尚存在比较而言的高、较中、较低的差异性。

高水平的重阳转化。一般来说，高水平的重阳指重阳更充盛者，亦包括有充实的阴，其转化相当顺利，转化后阴长基础亦好，不仅反映月经周期时数律的规律性强，而且可以经受较强的内外因素的干扰，包括环境、生活、气候的改变，以及精神因素的刺激，这是一种很健康的月经周期，有着相对较为稳健的行经期。较中水平的重阳转化，一般包括较中水平的阴，其转化亦较顺利，月经周期及行经期的时数律亦较规律，亦可经受一般内外因素的干扰，包括寒热、环境、精神等改变，不至于影响行经期的排泄及时数的正常，但对较剧的因素，将有所影响。尽管如此，仍为较健康的月经周期。较低水平的重阳转化，一般亦包括较低水平之阴，其转化有时顺利，有时欠顺利，有时1次转化不成功，需2次转化，可见经前期少量漏红，月经周期有时正常，有时欠正常，而且容易受外界因素的干扰出现月经周期的失调，虽然亦属于正常的月经周期演变，实际上是属于一种亚健康的月经周期。

从行经期开始，祛旧生新，新周期的圆运动开始，进入经后期阴长阳消阶段，阴长至重，引起转化活动，进入经后期阴长阳消阶段，阴长至重，引起转化活动，纠正不平衡极度的状态，这就是经间排卵期；然后又进入阳长阴消的经前期，推动运动的发展，阳长至重，重阳必阴，又一次通过转化活动，再次纠正不平衡极度状态，这就是行经期。又一次开始新周期的运动，终而复始，循环往复，如环无端，从14岁左右开始到50岁左右结束，1次又1次的月经周期运动，把女性生殖机能推向发育的高峰和衰亡。在开始发育阶段和将绝经的时期，由于内在肾气的初盛和衰退，天癸的将至和将竭，月经周期运动有所失常，但形成之圆运动生物钟

节律依然存在，不过运动延缓和加速而已。正常的育龄妇女，在建立月经周期的圆运动生物钟节律后，在一年中偶有1~2次无排卵阴阳转化节律不明显时，仍能促使月经来潮，惟经量有所减少。李时珍提出月经上应太阴（月亮），下应海潮，即与自然界生物钟有关。经临床观察，月圆适逢行经期，经量增多伴烦躁等症状即可说明。

1.2 经后期，必至重阴

经后期，是指行经期结束至经间排卵期的一段时间，又称为经后卵泡期，偶亦有血海增盈期之说。夏师认为在这一段时间内开始阴长阳消的变化，阴长奠定物质基础，推动月经周期的演变。

月经的来潮，必然要损耗一定的阴血，前人常有经后期偏虚的观点，并指出经后期之虚，乃血虚也。女子以血为主，也是从月经来潮的现象观察所得。血藏之于肝，生化于脾胃，汇聚于血海，血海的盈亏规律，即是月经来潮的规律。由于每月行经，故女子有余于气，不足于血，体内常呈血少气多的状态。夏师认为，血固然与月经有关，但必须在“阴”即天癸的前提下，始能体现血的重要性。《素问·上古天真论》指出：“天癸至……月事以时下”，“天癸竭……月经闭止”。近代名医罗元恺所云天癸者，是一种液体的物质，非肉眼所能见，溶于血中，他引用《景岳全书·阴阳篇》所说：“元阴者，即无形之水，以长以立，天癸是也”。故《傅青主女科》在月经病证中，多处提到“经水出诸肾”、“肾水足则月经多”、“肾水少则月经少”，经水的多少与肾水的多少密切关联。肾藏精，为生殖之本。月经来潮的目的在于推陈出新，为下一次排卵奠定基础。在《灵枢》有关受孕论述中，亦多处指出“精”乃受孕的主要物质。因此，血、阴包

括天癸、肾水，是为养“精”服务的。女子之精即今之卵泡卵子，精（卵）在阴长的基础上发育成熟。阴长不仅通过血以养精，以促精之成熟，而且阴长亦有助于排卵。夏师认为，《傅青主女科》所制养精种玉汤，给我们说明血中补阴、阴中养精、养精才能种玉的道理，同时又把血、阴、精联系在一处，是难能可贵的。这与现代医学月经期后进入卵泡期，依赖雌激素为主，促进卵泡发育，在孕激素协助下完成排卵周期之论相同。所以夏师认为，血、阴、精源于先天肝肾，得后天水谷之滋养，同时在演变滋长的运动过程中，为经后期必至重阴的物质基础。

在长期临床观察中，夏师发现经后期阴长有3个阶段。即早、中、末3个时期。经后早期，与行经末期相连接，是阴长的开始阶段，阴的水平较低，阴道涂片可见角化细胞数值处于轻度影响，示雌激素低水平，带下很少。经后中期与早期相连接，阴的水平已达中等度，阴道涂片可见角化细胞数值处于中度影响，示雌激素已达中度水平，一般应有白带，数量上不多，质量上偏稀。一般来说，经后的早、中时期较长。经后末期与经间排卵期相近，是排卵期的前期，阴长水平已近重阴，阴道涂片可见角化细胞数值处于近高度或中高度影响。示雌激素已达近高水平。一般应有白带，或夹有很少量的锦丝状带下。B超探查：可见卵泡、卵子已接近成熟。在经后期中，此期较短，很快进入经间排卵期，因为本期与经间排卵期紧密相连，有时很难划分。夏师认为，此期在经后期中是比较活跃的时期，是具有变化的动态前期，因为经后期是属于阴半月的重要时期。阴以静为主，所谓静能生水，动则耗阴，所以阴长也是比较静的，其长消运动比较缓慢。但是当进入经后末期时，阴长的形式有所加快，或

呈突然上升式。使阴长能达到或接近重阴。重阴者，虽然是经间排卵期的生理特点，但经后末期已近重阴。重阴者，含义有二，其一说明高水平阴中含有相对静止和相对动态的两种阴，正由于此，可以导致阴的变化。其二是含有重叠之阴，即内含两种以上的阴，就中医学范围来说，既包括高水平的阴，亦包括成熟的精，以及较多的津液、水湿等多种物质，使阴长已达阴阳不平衡的极限，故必须通过经间期的激烈转化活动来纠正这种不平衡状态。关于阴长的具体形式，夏师经多年临床的实践，发现阴长的形式是多种的，一般在经后初中时期，阴长由低到中时，起伏波动，呈曲线上升式运动。到末期时，有的突然上升，有的也是曲线上升达到近高水平，这种起伏曲线上升或运动与“7、5、3”奇数律有着密切关联。

7数律依据行经期7天且有规律来判定。按阴半月周期演变运动的要求，经后期亦应有7天，少数需要2个7天者，其阴长有下列形式：

表1 7数律阴长形式

类别	经期	经后期
I	7	3(低,起伏)-3(中,起伏)-1(近高)
II	7	7(低,起伏)-2(低、中,起伏)-3(中)-2(近高)
III	7	4(低)-4(低中)-4(中)-2(近高)

表中所列，他认为是阴长的主要形式。其中经后初、中期较长，阴长的低、中水平亦相应延长，而且起伏不定，末期较短，有的突然上升达近高水平。在临床观察中I式比较多见，有的初期低水平有所延长可达4天，有的中期中度水平有所延长，早期缩短。II或III式比较少见，II式是经后早期低水平时较长，III式是经后中期中度水平时较长，其原

因与生活中某些因素的干扰有关，但尚不致形成病变。如有实验室检查手段，可以观察雌激素的演变情况，或观察带下的数量、质量变化，了解具体的阴长形式。

表 2 5 数律阴长形式

类别	经期	经后期
I	5	5(低,起伏) - 4(中,起伏) - 1(近高)
II	5	2(低) - 2(低) - 2(中) - 1(近高)
III	5	5(低,起伏) - 5(低、中,起伏) - 4(中) - 2(近高)
IV	5	7(低,起伏) - 5(中,起伏) - 2(近高)

5 数律依据行经期 5 天而有规律者来判定。按阴半月周期演变运动的要求，经后期该有 2 个 5 天的相应数。但也有少数需 3 个 5 天者，他认为其阴长形式从表 2 中可以看出，表中 I 式是主要的，经后初、中期低、中水平期较长，近高水平短，虽然表中 I 式列出低 5、中 4、近高 1 天，但在低、中水平时仍有起伏，亦可能出现低 4、中 5 的变化，近高水平之阴长，实已接近重阴，故与经间排卵期相连。表中 II 式，精（卵）发育成熟早，所以阴长至近重也快，至经后第 5 天即突然上升进入经间排卵期。表中 III 式、IV 式主要是阴长有所不及，亦可由生活上的某些因素干扰，或者是某些病证的恢复过程中见此。因此又需延后 5 天，月经周期超前、落后 5 天，仍可不作病证论。III 式是经后中期中度水平期延长，IV 式是经后初期低水平期延长。然后逐渐滋长，至经后末期突然增长进入经间排卵期。

3 数律依据行经期 3 天而有规律者来判定。按阴半月周期运动规律要求，经后期该有 4 个 3 天的相应数，较“7、5”数律为长，因此可见下列阴长形式：

表 3

3 数律阴长形式

类别	经期	经后期
I	3	3(低) - 3(低) - 3(中,起伏) - 2(中) - 1(近高)
II	3	3(低) - 3(低中) - 2(中) - (近高)
III	3	6(低,起伏) - 3(低、中) - 3(中) - 3(中,近高)
IV	3	5(低) - 6(低、中,起伏) - 3(中) - 1(近高)
V	3	1(低、中) - 1(中) - 1(近高)

从上表可以看出,表中 I 式是主要阴长形式,亦符合周期中阴长半月的生理要求,经后初、中期较长,近高期短,初、中期低、中度水平仍有起伏。近高水平可能亦有 2 天。表中 II 式基本上与 I 式相同,由于阴长基础好,精卵发育成熟稍早,故进入经间排卵期亦早;表中 III 式、IV 式因生活中因素干扰,或阴长的基础略差,故排卵有所延后,但在生理范围内,III 式是经后初期低水平时有所延长,IV 式是经后中期中度水平时有所延长;V 式虽然少见,主要是阴长基础好,或者上 1 次周期演变时奠定了良好的阴长基础,精卵发育成熟快,阴长 3 天即突然上升而进入经间排卵期。此外,他还认为,尚有 3 与 5 数、7 与 5 数交替出现的错杂变化,阴长形式仍然呈波浪形式,由低向中,然后逐渐或突然进入近高是不变的。

经后期除阴长外,尚须了解阳消的特点。阴长必阳消,阳消则阴长,这是阴阳互根的需要,更是推动月经周期运动的必然。阴愈长,阳愈消,阴长至近重,阳必耗损过多。所以经后中期不能忘阳,经后末期更应重视阳,不仅阴长的物质基础需赖阳之生化,而且阴长的动态变化亦需阳的支助。所以他经常告诫我们,经后期观察阴长的同时,务必注意阳消的特点,从而能更好地认识经后期的生理特点。

1.3 经间期气血活动

夏师认为，经间期不仅指时间概念，而且指必须具有锦
丝状带下以及少腹痛等反应。这一时期是现代医学谓之排卵
期，因此他常以“经间排卵期”命名。古人限于历史条件无
法探测这一时期的生理病理变化，缺乏专题论述，但是亦意
识到经间排卵期的存在和重要。如《女科准绳》引袁了凡
说：“天地生物，必有絪縕之时，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，以絪縕乐
育之气，触不能自止耳。……凡妇人一月经行一度，必有一
日絪縕之候，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。……顺而施之则成胎”。其中所描
述的絪縕的候等，即是排卵期的正常反应。《古今医览》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”。清楚地说明前人对孕育的推算。一
月三十日，其中有两日半是受孕的佳时，与现代医学所谓排
卵期的两天内最易受孕相一致。虽然前人尚无法测定具体的
排卵日期，但是从具体的反应中所提出的絪縕、的候、真
机等不同名称，已经大概地确定了排卵时期及其重要性。夏
师认为，继承前人宏观理论、借助现代医学微观的手段，完
全可以确定排卵的具体时间，推导月经周期节律、生殖节
律，更好地认识经间期的生理变化。

经间排卵期的生理活动特点之一，是絪縕乐育之气。
这种血气活动，是生育所必须的，活动于下，上传及心肝以
至于脑，呈兴奋性，故前人曰：絪縕乐育之气。絪縕者，
即氤氲也，是指血气活动极为明显的一种状态，其需重阴的
刺激；其次是阳气内动，首先及乎冲任，上触心肝及脑，心

肝动则冲任更动，然后子宫等为受孕作准备。所以夏师认为 綦缦乐育之气的目的有三：其一，上传下达，在重阴的刺激下阳气内动，精卵欲排出之前，籍冲任胞脉上传心及脑，心脑活动，下达冲任行其排卵活动；其二，卵巢活动，卵泡破裂，排出精卵，即肾精成熟而排出；其三，输卵管冲任活动，推动精卵受孕并生殖于子宫内。所以 綦缦状的血气活动，是为受孕服务的，因为与心脑有关，其血气活动有上行性的一面，且较为显著，此与行经期血气活动有所不同。就具体人或每一个周期活动来说，其 綦缦状也各不一致，夏师认为将这一活动归为 3 种状况：

一是较强 綦缦状。由于重阴不足，或情绪之不畅，或者少腹有少量的湿浊血瘀，阻碍血气活动，症见少腹胀痛，短暂的少量出血，以及乳房胀痛，烦躁不安，甚则夜寐较差等反应，其程度尚不足以影响工作、学习和生活，故不作疾病论。

二是重复 綦缦状。他在一些不孕妇女中，发现少数有两次 綦缦状反应，第一次较强，第二次较明显，BBT 始能上升，呈高温相，在 3 数律、5 数律中见此。有意义的是 3 数律者，于经后期 10 天发动 1 次，俟后 3 天或者 6 天后再发动 1 次，转化成功，排出精卵；5 数律者，于经后期 5 天发动 1 次，未获成功，再于经后期 10 天发动，始获成功，BBT 上升呈高温相。也有个别两次 綦缦状呈连续性，尤以 3 数律较易见，即原来发动 3 天即获成功，而有时需发动 5~6 天后始获成功者，此即是两次 綦缦状相连者。

三是不明显的 綦缦状。经间期 綦缦状很轻微，一般无任何反应，转化顺利，BBT 上升较快，属于健康的经间排卵期，不受内外界因素的干扰。但亦有很少的人或偶然 1~

2次的经间期缺乏阴阳消长的节律变化，故綦缢状不明显，在月经周期中因运动规律支配下仍能按期行经，虽属不健康的月经周期，一般亦不作病变论。

夏师认为，在经间期有良好的排卵活动，其先决条件就在于阴分水平的具备与否。排卵必经过到重阴者，亦即高水平之阴，阴长到高峰已达生理极限的不平衡状态，必须通过转化，进行较剧烈的血气活动，排出精卵。这一时期维持阴阳之间的相对性平衡，所以能否达到重阴至关重要。从临床观察中可见带下色白、质较稀、量渐多，一般从稀薄转成粘稠拉丝状，古人有锦丝带之称，即经间排卵期的拉丝状带下。阴道细胞涂片，雌激素水平呈高度影响，宫颈粘液结晶的检查、血雌二醇（ E_2 ）亦呈高水平，足以证明重阴的生理特点。重阴必阳，即重阴转阳，是月经周期中一次极为重要的转化，月经周期凭借这次转化推向前进；反言之，如无这次转化，则月经周期依然停留在经后期，达不到阴阳各半月的周期运动。有阴无阳，或阴阳均低的绝对平衡状态，都是病变状态。重阴必阳，还说明了阳气内动，阳长的开始，子宫内温度提高，所谓督阳温煦子宫，为精卵移植子宫孕育服务。此外，他还阐明一点，水湿津液均属于阴，肾主五液，任脉主一身之阴，随着重阴的到来，精卵的排出，凡属于阴的物质，均有增加，这亦是此期的生理特点。但是，他在临床长期观察到每一个具体女性，其重阴及有关物质，各不相同，有一定的差异性。存在偏高、较中、稍低的特异性。偏高水平的重阴，与禀赋、营养、生活环境良好有关，经间期分泌的锦丝带下质量良好，各种检查指标均处于上佳状态，B超探查卵泡发育良好，转化顺利，排卵较快，可以经受种种内外因素而不受影响。较中水平的重阴转阳，（所谓较中

指水平略低而已)禀赋、营养、生活环境较好,但时有心情欠佳,生活不规律,表现的经间期锦丝状带下亦基本正常,检查指标亦处于较高水平,但时有波动者,B超探查卵泡发育尚好,转化尚顺利,但经受不了较强的因素影响。稍低水平的重阴转阳与禀赋、营养、生活环境的稍差有关,与情绪的不稳定、生活欠规律有关,经间期锦丝状带下时好时差,检查指标虽在一定水平,但时有波动,B超探查卵泡发育一般,转化欠顺利,排卵易受外界因素的干扰而引起失常状态。

关于排卵的机理,夏师认为:排卵是与心(脑)-肾-子宫生殖轴有关,其发生与冲、任、督和肝、脾的协助分不开,在阴阳消长中发育成熟。前人认为肾藏精,为生殖之本,受孕之精来源于肾,肾为水火之脏,阴阳之腑。所以生殖之精(卵)藏于肾,得肾阴、天癸之涵养而发育成熟;把卵巢的功能及卵泡的发育纳入到肾的范围内,肾借胞脉、胞络与子宫相连,子宫又借胞脉、胞络与心脑相连,心与肾同属少阴经脉、相互贯通,心肾相交,水火既济,乃是协调阴阳、维护阴阳消长转化的主要所在。肾藏精,心藏神,神驭精,精养神。因此,当重阴时,触动于心,有动乎心(脑),心神动则精泄(即排卵),子宫亦开放,其中肝气、冲、任等亦随之活动,完成排卵的任务。但泻中有藏,动中有静,子宫之藏及冲、任脉的功能又与肾的封藏、脾的统摄有关,所以他认为一般在排卵期的血气活动比较剧烈的情况下,未见出血等病证者,是脾肾的作用。

关于排卵的具体日期。前人虽提出必有一日 綦缢之候,但并未指出具体日期。夏师曾经认为是在经间中期,即锦丝状带下出现后的中间 1 天。如 3 数律者第 2 天,5 数律者第

3天, 7数律者第4天。但经临床观察指出排卵日目的在于受孕, 应在锦丝状带下突然减少的1天, 即在经间后期。前人指2日半, 是指在排卵的两天内最易受孕。当今借助B超, 不难确定排卵日期。

经间排卵期与经后末期相连接, 又是经前早期的前期, 处于阴阳交接, 是月经周期运动中有变化的重要时期, 所以称为节律时期, 是整个运动中的重要一环。月经1月1次, 经常不变, 终而复始, 如环无端, 这是圆运动生物钟的普遍规律。经间期与行经期一样, 是阴阳消长运动达到不平衡的极限, 必须通过转化来排泄有余, 纠正这种不平衡状态, 使之达到新的平衡从而也推动月经周期运动的。正由于形成了月相性的圆运动生物钟节律, 故偶然出现1~2次单阴无阳或阴阳低水平的缓慢运动仍能保持相对月经者, 可不作病态论。但这种运动的物质基础差, 故一般表现月经量少。亦有因内外因素的影响, 加剧了活动, 使圆运动生物钟节律加快, 出现1月2次月经, 如无特异性, 仅出现1~2次, 亦不作疾病论。

1.4 经前期必至重阳

经间排卵期后至行经期前的一段时间内, 称为经前期。夏师认为这一时期出现阳长阴消、消中有长、阳长较快、重阳较长的生理变化。

女子以血为主, 经、孕、产、乳以血为用, 阴阳消长转化亦在血中进行, 故血为女子生理、病理、治疗的基础, 曾有四物汤统治女子一切疾病之说, 虽其论过偏, 但亦有一定道理。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 (即月亮), 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”。李氏论述以血为主的月经周期节律与天、地之间盈亏消长节律相应的平衡观，证实了血的重要性。气为血之帅，血的生成、流动、统摄、调节均赖乎气，气与血既有互相依存的一面，又有互相对抗的一面，特别是在经前期，气的运行、统摄、调节更有其重要意义。阳者与天癸之阴有关，前人陈良甫曾有壬为阳水、癸为阴水之说，将经前期阴阳消长之阳纳入到天癸的范围内，不能不说是一大进步。所谓阳水，与天癸之阴水一样，也是一种血分的物质，非肉眼所能见，夏师认为这就是在经前期所观察的孕激素，具有致热的作用，可见基础体温上升到高温相，出现暖宫温养作用，有助于受精卵在子宫内生长的作用。故《傅青主女科》在其“种子”项下 10 条不孕症中有 6 条与阳有关的不孕。由于条件所限，前人只能运用比喻法来解释黄体功能不健的不孕症，孕激素所表现阳的作用，温养胚胎，帮助子宫内膜分泌，排泄月经。阳与气有着密切的关系，两者相合，不仅有助于经血的排泄，而且还有助于经血的统摄和调节，使经血在经前有着固藏和约制的作用，妊娠后有固胎护胎的作用，行经期有排泄和固藏的双相调节作用。特别要指出的是：经前期阳气健旺，能溶解子宫内膜组织，排除应泄的瘀浊及水湿。

夏师认为，经前期的最大生理特点在于阳长为主。是建立在阴长至重前提下的，与阴有着不可分割的关系，它是在阴长前提下所产生，即是在阴长精卵发育成熟，重阴必阳，排出卵子，分泌孕激素，开始阳长，故阳长赖阴，较之阴长赖阳尤为重要。阳长至重，依赖阴的基础。除了阳必赖阴，阴阳统一体的关系外，在排卵后，阳长也须赖气之支持；所谓重阳者，亦包括气在内。阳长的形式较快捷，波动少，与

阴长形式有异，此与阳主动、性刚躁有关。因此，他常说阳长由低水平上升至中水平，中水平上升至高水平，远较阴长为快。经前期存在的初、中、末3期，虽然与阴长半月相一致，但初、中期较短，末期较长，尤其初期更短，甚则经前初期即进入中期的中水平，故经前期阳长的运动形式，初中期呈现斜直线式上升，末期呈现高水平波动状。夏师在临床上观察经前期阳长变化时，首先在基础体温高相第6~7天时查孕激素、泌乳素等，了解重阳变化；其次是分析基础体温所示高温相的图像，这是观察阳长的最常用的普遍方法。由于太极生物钟的相对平衡性，经前末期一般有6天，甚则可达8天，极少数的达到10天。

他在分析阳长与“2、4、6”偶数律的关系时认为，女子属阴，故女性生殖机能的发育及月经周期4期中的3期，均与阴长有关，即与“3、5、7”奇数律有关。但经前期属阳，以阳长为主，阳长赖阴，偶数属阴，所以经前期阳长，就与“2、4、6”的偶数律有关。在《素问·上古天真论》中，女7男8，是生殖发育中较早提到的奇偶数律。但女性月经周期中经前期属阳者，不同于男性，而且临床上观察基础体温高温相所示8数律者少，故不予论述。以“2、4、6”三者来推论，阳半月，除去经间末期已开始阳长的2天时间外，则经前期阳长应在12~14天之间，他认为临床上以基础体温高温相统计，则高温相应维持在12~14天，最长者可达16天，个别的甚至可达18~20天，低相与高相之间的温差在 0.4°C 以上，波动在 0.1°C ~ 0.2°C 之间，偶然出现1天 0.2°C 的下降可不作病变。如果高温相维持在16~18天以上者，要考虑早早孕，需要进行血、尿的检验以证实。

他认为“2、4、6”偶数律的临床意义较之“3、5、7”

奇数律为小，但亦有一定的价值。如2数律，即基础体温高温相达12天且有规律者，其初、中期各占2天或3天，亦有开始即进入中期者，一般第6天即进入重阳的高水平末期，但为了保持阳半月的要求，经前末期仍波动，维持在6~8天，此类女性周期占多数。4数律，即高温相达14天且有规律者，其初、中期各有2~3天，一般于第6或7天进入重阳的高水平末期，为了保持阳半月，末期波动维持在8天，此类女性周期较前为少。6数律，即高温相达16天，且有规律者，其初中期各有3天，第7天进入重阳的高水平末期，为了维持相对性的阳半月，末期波动维持可达10天，此类女性少见。8数律者，高温相达18天，其初、中期基本上与6数律相同，末期更有所延长，临床上偶有所见。

此外，在经前期反应中，乳房胀痛颇为常见，轻可不作病，稍重则属病理范围。经临床观察，他也认为，乳房胀痛与“3、5、7”奇数律有关，此症大多数出现在经前5天、3天、7天，与阳有关，故虽在经前期阳为主的情况下，仍然反映出女性的特点。其理由是经前期阳长阴消，阴消为了阳长，阳长至重，必得阴的大力支持，因为阳长的过程，需要建立在阴的基础上。阳愈长，阴愈消，此与经后期阴长阳消相一致，但是阳长与阴长，阴消与阳消的形式及性质不同，因为：其一，阳主动，阴主静，动则快，静则慢，所以阳长由低水平至中水平、中水平到高水平快，因而初、中时间较短，末期延长；其二，阴消与阳消不同，阳长至重时，未必是阴消到最低水平。阳长到最高水平时，阴消虽然存在，但消中有长，长盛于消，形成又一次消中反升的阴长高峰。如若没有阴的消中有长，即没有充实的阴作保证，就不可能保持重阳一周的生理变化。由于重阳延续时间较长，心肝气火

易动，轻则不为病变，重则不仅影响阴的消中有长，而且也影响重阳的延续，进而影响受孕和正常月经的排泄。

2. 月经周期活动的病理特征

2.1 行经期多“瘀”、“虚”为患

行经期是新旧交替时期，排出应泄的经血，祛除陈旧的瘀浊，以利于新周期的开始。夏师经验是：应泄之经血排出，当彻底干净，留得一分瘀，影响一分新生，因此他对旧周期遗留之物须荡涤、新周期所生的一切须扶植的观点十分明确。但是月经来潮更重要的是受月经周期中圆运动生物钟节律所支配，是阴阳消长达到极限，需通过转化重新达到相对性平衡的生理过程。前人在论述新产时说“新产多虚多瘀”、“易寒易热”，而行经期也同样有“多瘀夹虚”、“易虚易实”的特点，虽然程度上没有新产严重，但稍有不慎，易致病变，影响整个月经周期的演变。

对行经期的生理特点有所失常，夏师在临床将所涉及的经血病变进行归纳，首先是子宫、冲任排经功能失常，物质基础不足，所引起的排经不畅、太过、失调等；其次是重阳转阴的转化失常所引起的转化不利、太过、不协调等；再次是月经周期中圆运动生物钟节律失常等。

2.1.1 冲任、子宫功能失调，排经失常

子宫是排泄月经的脏器，冲、任两脉在子宫内的胞脉、胞络，是排泄经血的主要所在，子宫开放，行泻的作用，冲任通盛，排出月经，泻中有藏，通中有制，如泻之不力，则排经不畅；有泻无藏，则排经太过；冲任物质亏少，则排经不及，故予分别论之。

“瘀”指排经不畅，血瘀为患。子宫泻之不力，即开放不好，或冲任因故而通畅欠佳，以致排经不畅，经血留滞，

酿成瘀滞。鉴于生理特点中阐明的经血内含实质是由瘀浊、血液、脂膜、水液等组成。因此，瘀浊就有不同性质不同类型的区别，如一般血瘀、膜样血瘀、湿浊样血瘀等，由于性质不同危害各异。

夏师云，一般血瘀、经血排泄不畅，极易留滞为瘀，临床上颇为常见。血瘀形成后，常可导致月经期、量、色、质的病变。期可致周期落后，经期延长；量可致经量过少，或有经量过多呈阵发性出血者；色可致经色紫红或紫黑；质可致经质粘稠有血块或大血块，同时伴有小腹胀痛或冷痛等。一般血瘀的成因，常由风寒湿邪所致，其中尤以寒冷为主，所谓“血得寒则凝”。精神因素如情怀抑郁可导致肝郁气滞，气滞血停，从而形成血瘀。

膜样血瘀即子宫内膜样血瘀符合所谓之痰浊或痰脂样病变。夏师认为膜样血瘀，有两种情况：其一是有周期排卵性的膜样血瘀，特点是此膜样血瘀有一定的溶解性，可以从子宫内膜脱落，所表现为经期延长、痛经、月经紊乱、行经期排出腐肉样血块。主要原因在于脾肾不足，阳长至重稍有不足，因而不能溶解子宫内膜组织，即不能全部化解痰浊脂肪，因阳长至重有所不足而瘀阻气滞，故转化欠利，排经欠畅；其二是无周期排卵性的膜样血瘀，此膜样血瘀无溶解性，很难从子宫中剥脱，一般呈坏死始能排出，常见于崩漏病症，同样排出腐肉状血块，原因在于肾虚阳更虚，或有阴无阳，经血来潮时，大部分膜样血瘀排不下来，故而出血不已，所谓“瘀结占据血室，好血不得归经”。夏师认为膜样组织与月经周期中阴阳消长转化有着密切的关系，阴长则膜样组织亦长，阳长则膜样组织逐渐化解。因此，膜样血瘀有一定的特异性，即使残余的膜样血瘀，也不是静止的死瘀，

如不排出体外，潴留盆腔或体内任何部分，将随着血中阴阳消长转化而活动，形成子宫内膜异位症的病患，积久必成癥瘕。

湿浊样血瘀由经血中湿浊样有害物质夹以血瘀所形成，一般表现排经不畅，淋漓不净，夹有粘腻带下状物质，此常由刮宫手术，或者行经不注意卫生、不洁性交等，使湿邪乘虚入侵，与经血中原有水湿浊液相交，或窜入络脉，侵及盆腔附件组织，蕴蒸发热，导致子宫内膜炎、盆腔炎、阴道炎等，久而热去湿留，瘀浊内留，可产生子宫颈、子宫内膜、附件、盆腔组织粘连积水等病症。由性病所致的湿浊样血瘀有其顽固性，治不及时，易成顽疾。

“虚”是排经太过，必耗其正。此与子宫泻之有余、藏之不足、冲任多通达少有关。症见排经太过，血量增多，经期延长；或月经先期，频频来潮。之所以出现子宫冲任排经太过者，原因不外乎气虚、血热两者，气虚则统摄无力，血热则迫血妄行，气虚与体质虚弱、劳累过度、脾肾不足又有联系，血热与情怀不畅、急躁忧怒、嗜食辛辣、夜失安眠又有关系。

排经不足，血海亏虚。子宫、冲任物质不足，基础薄弱，所谓血海亏虚，子宫内膜增长不足，行经时排泄亦相应减少，常见月经后期量少或经量过少，甚则闭经等病证。其原因与刮宫流产较多较频，损伤子宫内膜，影响肝肾，使子宫内膜包括冲任血海不能恢复有关；或者经行产后不慎，感染菌毒（如感染结核杆菌），损害子宫内膜，破坏内膜组织，导致血海亏虚，源断其流，故排经不足。

2.1.2 重阳必阴的转化失常

重阳必阴的转化顺利，才能使子宫冲任的排经顺利，反

之，重阳必阴的转化失常，必然导致子宫冲任排经异常。转化失常，亦有欠利、太过、不协调三种变化。

转化欠利，排经不畅。主要的原因在于重阳有所不足，致转化欠利。亦有阳虚较著，阳长至重不及，但在周期节律的支配或影响下不得不转化者，必然转化欠利；亦有重阳之下，气血活动不力，亦可影响转化而致转化欠利。气血活动不力者，需要排除先天子宫冲任发育不良，或发育异常者。凡后天情怀不畅，寒湿内侵，以及脏腑功能失调所致的痰脂、湿浊、血瘀等病理物质迟迟不能转化者，临床上亦有所见。一般阳长至重过长，转化欠利者，常伴有心肝郁火，行经期阳气下泄较少，BBT 高温相下降不快，或下降幅度偏小，即西医学所谓之黄体萎缩不全者。转化不利，排经不畅，有着虚、实不同的性质。

转化太过，排经颇多。主要原因在于心肝气火偏旺，或者嗜食温热辛辣过多，以致阳火过盛，转化太过，排泄经血颇多，造成出血性疾病，或者出现行经前后诸症。必须注意心肝气火与肝肾之阳气未必一致，亦有相反者，如有的患者，一方面心肝气火偏旺，迫血妄行，气血活动加快，似乎转化太过；但另一方面脾肾阳气有所不足，重阳转阴欠顺利，表面出现转化太过、经量偏多，但实际转化并不顺利，以致经期延长、经量多少不定、血块较多的复杂病变。

转化不协调，排经不一致。这是行经期的一种复杂病变，具体又有 4 种变化，一是初、中期转化尚好，末期欠利，余瘀排泄不尽，常与经期调护失当有关；二是中期转化较差，排泄不畅，以致高峰期延后或延长，常与精神因素及感寒有关；三是中期转化较差，排泄不畅，以致高峰期延后或延长，常与精神因素及感寒有关；四是 1 次转化顺利，1

次转化不顺利，或2次转化顺利，第3次转化不顺利，不能连续保持月经周期中行经期的顺利转化，在功能性不孕症中颇为常见。

2.1.3 月经周期中圆运动生物钟节律失常

这类病人主要与体内、体外两个方面的因素有关。体内因素，即体内心-肾-子宫生殖轴、任督循环圈的功能低下。包括青春发育期、更年衰退期的月经周期运动迟缓或紊乱，但要排除发育不良和生理异常及缺陷。体外因素，即天、地、人之间的整体圆运动生物钟节律的影响。由于外在因素的影响较剧，加之体内生殖轴调节功能的低下，可以出现两种病理变化。第一，促使月经周期中运动节律加剧加速，如气温偏高，未至而至，可使月经先期、量多，甚则崩漏。月圆时行经，亦使月经量多，精神烦躁等；第二，促使月经周期中运动节律迟缓，如气温偏低，至而不至，可使月经后期量少，甚则闭经等。还有阳虚者秋冬季节发作闭经、崩漏，阴虚者春夏季节发作闭经、崩漏等，均与此有关。

2.2 经后期呈“不足”、“失调”之状

夏师认为，经后期的病理特点，首先是血、阴、精的不足和互相关系失调，其次是阴长运动的形式及与“3、5、7”奇数律的失常，最后是阳消的病变。阴者静也，由于经后期阴长运动较为缓慢，一般来说，其病变也是缓慢的，临床上常无明显症状，或者病证轻微，极易忽略。因此，他认为凡是有条件的地方，为了摸清经后期的生理病理变化，有必要配合实验室检查，从微观方面提供依据，尽可能将有些病证消除在萌芽期间，所谓未病论治，乃调周法的目的所在。

血、阴、精是经后期演变的物质基础，经后期必然存在一定的阴血不足状态。而且子宫血海空虚，有待经后期的新

生和恢复。阴血的新生及其不断滋长，目的在于滋养精卵，使精卵发育成熟，顺利地进入经间排卵期。所以三者之间存在着协同一致性。但是不可否认三者之间也存在区别性。血藏于肝，泄聚于血海，流注周身。阴与精虽来源于肾，但阴与肝亦有关，与天癸更为密切，存在着消长转化的月节律反应，促使血海盈满，子宫内膜增生和分泌，同时主要目的在于促进卵泡卵子的发育成熟，所以经后期的生理变化，就是围绕这三者进行。这三者之间的不足和失调，又有肝肾不足、脾胃失和、心肾失济三个方面。

肝肾不足者，常与先天禀赋不足、发育较差或流产、房事过度以及长期失血等原因有关。夏师在临床上发现长期工作紧张，脑力劳动过度，思想负担过重，生活不规律，夜生活过长过久，均足以耗损肝肾之阴，以致肝肾不足，阴血亏虚，特别是经行之后，阴血更有所不足，阴血既虚，天癸自然也有不足，从而亦影响精卵的发育成熟，这是经后期的主要病理特点。阴血不足有程度上的不同，因此，影响精卵的发育和周期节律也有程度上的差异性，表现出的病症亦有所不同。轻度：一般不影响月经周期，或者有轻度影响，除白带偏少外，无明显的临床症状，阴道涂片示雌激素水平轻度低落。但在转变环境、改变生活规律或者紧张疲劳之后，月经极易失调，并伴头晕腰酸等症状。中度：一般表现月经后期月经偏少，可伴头昏腰酸、带下偏少等症状；阴道涂片示雌激素水平轻度低落或见中度低落，生活波动或某些因素的干扰，可使症状加重，不仅在不孕症中常有所见，而且在月经稀发、更年期综合征中亦有所见。重度：一般表现月经后期量少、闭经、早衰（指卵巢功能）等，伴有明显的头晕腰酸，烦躁失眠，阴道干涩，带下全无；阴道涂片示雌激素水

平中度或高度低落，月经周期停留在经后早期，圆运动处于静止停滞状态。

脾胃失和者，素体脾胃不强，或饮食不慎，或劳累过度，或饮食寒凉，或缺乏活动等等，以致脾胃失和，出现纳谷不馨，腹胀矢气，大便不实，神疲乏力等。《医宗金鉴·妇科心法要诀》明确地指出，精血赖水谷以滋生。他在临床上观察到，有一部分人在服用滋阴养血的方药后，引起腹胀矢气，大便偏溏，不能达到滋阴养血的目的；反之改用调理脾胃，不仅脾胃强健，而且带下增加，腰酸等症状减轻和消失，说明精血恢复较好，不能忽略脾胃对肝肾阴血的重要性。

心肾失济者，阴阳消长转化的月节律变化必须要在心-肾-子宫生殖轴包括任督循环圈的协调下，才有可能正常进行。尤其是心肾交济，对调节阴阳消长转化极为重要，他认为首先要在阴阳相对平衡相互依赖的前提下进行，阴阳相对平衡相互依赖，必须要保证心肾的交济。反之，心火偏旺，或者肝火扰之，必然使心肾不得交济，前人有云：“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，而且耗损阴精，使阴长不利。

经后期阴长形式，是由经后初期的低到经后中期的中及经后末期的近高发展，在低中时期呈波浪式上升，末期的近高有的可见突然的上升。低、中时期较长，末期较短，但都有一定的时限，如超前过多或落后过多，均属病理，不仅打破了阴半月的时限要求，而且亦影响阴长运动的有规律的波浪式，根据我们临床的观察其病变又有初期延长、中期延长、末期延长3种。

经后初期延长：在经后期延长的病变中，绝大部分属于

经后初期延长，即经后阴长停留在低水平范围内，缺乏应有的波浪状运动。阴道涂片示雌激素水平轻度影响，或者轻度低落，甚则中、高度低落。相当于肝肾不足之中度或重度。

经后中期延长：在经后期延长病变中，虽然仅少数，但亦有所见。即经后阴长停留在中水平范围内，虽然有一些波浪式运动，其活动必然偏少偏低，不能进一步提高，相反呈倒退式，虽然有少量白带，但不能增多，质量上的粘稠度亦不够；阴道涂片示雌激素水平轻度影响到轻中度影响。相当于肝肾不足之轻度者。

经后末期延长：在经后延长病变中，极少数属经后末期延长者。即经后阴长停留在近高水平范围内，虽然在经后初中期有规则的波浪式活动，但达近高水平后缺乏活动，有的呈倒退运动，白带虽然较多，但质地不符合要求；阴道涂片示雌激素水平中高度影响，不能继续提高，可能与阳虚肝郁亦有关。生殖器官的器质性疾病、肝炎病患等，也都有可能致此。此外，尚须注意连续2次以上出现阴长过快，缺乏应有的较规律的波浪式运动，亦缺乏经后初、中、末3期的分界，亦属于病变。

关于“3、5、7”奇数律的失调，临床上较为复杂。如3数阴长律，按经后阴半月的要求，经后期应有4个3天，甚则5个3天，达到近高水平，如超过5个3天，同时缺乏3数律波浪式运动，不能达到近高的水平，谓之3数律过长的病变，如连续2次以上，经后3天内即进入经间排卵期，其阴长运动呈直线上升者，谓之3数律过短。5数阴长律，按阴半月的要求，经后应有2个5天，甚则3个5天达到近高水平，如超过3个5天，仍然不能达近高水平者，谓之5数律过长。如连续2次以上经后5天内即进入经间排卵期，

缺乏应有的波浪式运动，谓之5数律过短。7数阴长律，按阴半月要求，经后期仅有一个7天，但也可以有2个7天达到近高水平，如超过2个7天，仍然不能达到近高水平者，谓之7数律过长，如连续3次以上经后不足7天即进入经间排卵期，且缺乏应有的规则的波浪式运动，谓之7数律过短。此外，尚有“3、5、7”交替混乱过多，变化过多，即有时出现3数，有时出现7数，有时出现5数，很无规律，其运动虽有波浪式起伏，很不规则，一般亦属病变。

阳消的病变。阳消为了阴长，阴愈长则阳越消。在经后中、末期，为了保证阴长的中、近高的要求，阳消更为重要。但如素体阳虚，或调摄不慎，护阳不力，以致阳虚者，必然影响阴长，影响阴的突然上升运动，亦影响经间排卵期后的阴转阳及阳长活动。如素体阳旺，嗜食辛辣，或补阳过多，或心肝火旺，以致阳火过旺。阳有余，必耗阴，这也是对抗的必然，加之阳火有余不能行生理的消长作用，反过来行病理的破坏作用，可以导致两种病理变化，一种仅是对抗阴血，使阴长不利，经后期延长；一种是火旺迫血，或迫血妄行导致出血，或迫阴长假性上升，导致经后期缩短、月经先期等病变。

2.3 经间期“转化不利”之关键

经间期的最大生理特点是阴分水平的至重，即重阴，重阴失常也是经间期的最重要病理变化。重阴不及或重阴稍有不足，均将影响转阳的顺利，同时亦程度不同地影响絪縕乐育之气的产生或产生后的程度和范围。因此，重阴失常，当首先论之。夏师认为重阴失常又可有不足、有余、失调3种。

重阴有所不足，主要对精（卵）的发育成熟有一定影

响，亦给转阳带来影响。其不足者，首先是与先天发育因素有关。如肾气欠盛，天癸欠充，禀赋不足，营养不良；其次与生活缺乏规律，工作、学习经常处于紧张状态，情绪烦躁，睡眠不佳，房劳多产，脾运欠佳等后天因素亦有关。所致重阴有所不足后，又可出现以下4种病理变化。第一，重阴转阳不顺利，反应加剧。夏师从临床观察中发现，阴长已达重，转化开始，阴下泄，让位于阳，但基础薄弱，后续之阴不够，精（卵）的成熟亦差，阴阳交接不及，所以出现经间期出血、腹痛、头晕、烦躁、失眠以及锦丝状带下偏少等。第二，重阴不及，延期转化。由于重阴有所不及，虽到经间排卵期，但锦丝状带下很少，不得不延期转化，月经周期落后，甚则2~3月一行。第三，重阴不及，出现2~3次转化反应。还发现少数患者，阴长至重虽有基础，但稍有不足，则一次转化未获成功，待5~7天后，又可出现少量锦丝状带下、少腹胀痛、腰酸等排卵反应；如未获成功，再进行第3次转化反应，排出精卵，始获成功；如第3次转化仍未获成功者，将会导致闭经病证。第四，重阴不及，心肝气火偏旺，转化时反应加剧。重阴有所不及，特别是精神心理因素所致者，心肝原有郁火，阴分不足，心肝失于涵养，气郁极易化火，转化时重阴下泄，阳气内动，心肝气火上扰，因而可出现经间期乳房胀痛、头痛、失眠，甚则发热、狂躁等病证。阳盛伤阴，肝火劫阴，如由于平素阳盛（如睾酮偏高）伤阴，或肝火（泌乳素高）劫阴，所致阴虚、重阴不及者，当从别论，不入本篇范围。

亚热带地区黄色人种的中国妇女，重阴有余者偏少。重阴有余，转化顺利，排卵正常者，一般不属病理，不予论治。如转化不利，排卵失常者，当从病理论之。重阴有余，

水湿津液亦随之增多，故带下亦较多，此重阴者，动态之阴也，阴极化火，故表现出烦躁，人种以及有些肝炎等因素所致者，均当从心、肾、子宫及冲任等血气调节机制推论，需推动重阴下泄，抑制动态之阴的再增长，从而达到顺利转化，恢复正常。

所谓重阴失调者，是指重阴的有时有余，有时不足，时好时差，有时转化顺利，有时转化欠利；排卵与转化相一致，亦呈时好时坏，其原因常与先天发育较差及后天精神因素有关。病变表现可见阶段性月经失调、偶或经间期出血、原发性不孕症等，亦可出现季节性月经失调、经间期诸症等。

絛縕乐育之气活动失常，也是经间期的主要病理特点。絛縕状活动失常，同样存在不足、有余、失调 3 个方面。对絛縕活动不足，夏师一般认为是与正常经间期所出现的絛縕乐育之气的活动比较而言，程度上较正常有所减弱，但仍能促进转化，行其排卵作用。絛縕活动功能有所减弱，可产生一些病变，延长转化，增加排卵的难度。除上述重阴有所不足外，与肝郁气滞、经产留瘀、湿热之邪入侵、蕴阻少腹，以及脾肾阳气不足、痰脂壅塞等有着一定的关系，以致转化欠利，排卵功能欠佳，导致经间期诸症。

气郁，大多与情志因素有关，情怀不畅，郁郁不乐，或工作不如意，情绪消极，或工作学习紧张，均可能导致心肝气郁，郁则心气不得下降，或对下降有影响。肝气不得疏泄，或疏泄较差，不仅不能较好地协助肾与冲任排卵转化，而且亦在一定程度上影响子宫开放，故气郁轻则使转化排卵欠顺利，重则导致无排卵无转化。

血瘀，其原因主要在于经产留瘀，亦有因长期湿热性盆

腔炎所致血瘀者，甚则瘀结成癥瘕。血瘀必致盆腔内络气血运行不利，在一定程度上亦将影响 綦缢状的气血活动，活动不足，影响转化、影响排卵，从而亦易发生经间期和经期的腹痛，特别是子宫内膜异位证出现的紫蓝色结节、盆腔粘连等病灶，将会引起较剧烈的腹痛。

痰脂产生是由于肾或脾的阳气不足，以致痰浊脂肪的代谢能力减低。所谓阳气不化，痰脂内蕴，内蕴则在一定程度上影响排卵活动；而且肾或脾之阳气不足，重阴转阳后，阳气不能接续者，对转化亦有一定影响，故亦可出现一些经间期病症，如浮肿、泄泻、出血等。

湿浊，不论外感湿邪，或肾、肝、脾、胃失调所致的内湿，湿蕴久则化热，与气血痹阻盆腔脉络，致盆腔慢性炎症。输卵管积水、盆腔输卵管粘连等，亦在一定程度上影响经间期的气血活动，从而影响经间期转化和排卵，特别是影响精卵结合和着床。

綦缢活动有余即所谓气血活动有余，是指转化太过，或转化提前，或活动时较为强烈。此与素体阳气偏旺，或心肝郁火有余有关。前人认为“气有余便是火”，火旺则迫血妄行，必然使转化排卵加快。因轻度的湿热、血瘀、郁滞、痰脂的影响，反而促进了气血活动的加剧，造成表面上的活动有余，是一种代偿性的，亦可导致月经先期量多，以及经间出血等病变。

綦缢活动失调，是指经间期转化活动时强时弱，强时表现有余，弱时表现不足。此除与内在的阴阳消长水平的不一致，以及精神、环境、工作等的变化有关，主要还在于肾、肝、脾、胃功能失调所反映的错杂病变。他在临床总结了3种病证：一是期量不定。活动加剧，可见先期量多；活

动不足，可见后期量少；失调则表现出先后无定期，经量多少不一。二是经间期反应出现“7、5、3”数律的不一致。有时锦丝状带下及少腹胀痛3天，有时5天，或者7天，缺乏规律性，从而影响受孕。三是经间期反应，时有时无，有时出现2~3次，有时忽前忽后，在3、5、7个月经周期中，其经间反应紊乱，在不孕症中亦有所见。

排卵期与行经期一样，是节律活动的转变时期，受外界影响较为明显。如果外界因素偶然一二次影响其节律活动，影响转化和排卵，可不作病变论。如在2次以上，或在2次以内严重影响月经运动者，出现月经后期、量少，甚则闭经者，均属病理。亦有因自然界圆运动生物钟节律加快，如天暑地热、生活、工作、学习竞争激烈，节奏加快，同样影响或加快月经周期节律，出现先期、量多、崩漏等病证。因此，夏师极其主张必须注意到自然界圆运动生物钟对月经周期圆运动节律的影响，主要是对行经期及经间排卵期节律的影响，从而采取有效的防治措施。

2.4 经前期“有余”与“不足”相兼

夏师在长期临床实践中，认为经前期的病理特点较月经周期中其他3期更为复杂。不仅反映在阳长阴消的生理复杂性，如阳长的快速性和重阳的物质性、阴消的消中见长等，而且还涉及心、肝、脾、胃，及其致病后产生的痰湿、脂浊、血瘀等病理物质。以前曾经有人提出：经前多热证、实证，虽然未必确当，但本虚标实似乎也说明了一个方面。经前期常见心肝气火偏旺的症状，如头痛、胸闷、心烦、失眠、乳房胀痛等。通过有关检查，包括血查内分泌激素、微量元素、BBT可以发现根本原因在于肾虚肝脾失调。

关于阳长失常的病变。阳长不及，有所延缓；或重阳不

够，波动超越生理范围；或阳长太过，阳火偏旺所引起的病变，是经前期最主要的病理特点。阳长不及，在于阳之不足，阳之所以不足，夏师认为与以下3个方面的原因有关。

首先与阴虚及阳有关。阴阳两者，相互依存，相互消长，就妇科月经孕育而论，皆属于肾的范畴，前人所谓：肾者，水火之脏，内寓真阴真阳。经水出诸肾，肾水足则月经多，肾水少则月经少，这是《傅青主女科》的名言。可见肾水者，即肾中之真阴，是月经周期演变、月经来潮的物质基础。阳是在阴的基础上发展起来的，与天癸有关，无阴则阳无以长。月经的来潮，标示着本次月经的结束，新周期的开始，经后阴长，目的是滋养和促进生殖之精（卵）的发育成熟，推动周期运动的发展，经前期重阴转阳、排出卵子，之所以转阳者，一方面固然是重阴已达不平衡的极限，必须通过转化排出精卵，使重阴下泄，纠正不平衡状态，以维持相对性的平衡；另一方面，排出精卵，准备受孕，需要阳长来保持子宫内的温暖状态，为繁殖下一代或排泄月经作准备。但阳长赖阴，阳越长，越需要阴的物质基础来支持；阴有所不足，则阳长亦受影响。张景岳曾云：善补阳者，必于阴中求阳，才能达到生化无穷。阴虚日久，必及其阳，导致阳的不足。

夏师认为先天不足，发育欠佳，以及房劳多产，流产过多，长期工作紧张，睡眠过少等，均易导致肾阴的亏损，渐致阳虚。转化期阳长不及，经前期重阳不足，发为痛经、不孕等病，甚则阴不转阳，发为闭经崩漏等疾病。

气中阳衰，气虚而阳不足者，常与脾肾不足有关。此类患者，临床上亦颇为常见。一者是由脾及肾，即素体脾弱，或则饮食不慎，或则食饮无节，或则劳累过度，或则饮冷感

寒，日久伤脾，脾胃薄弱，久必及肾，导致肾阳不足，故前人曾有治肾不如治脾者，指此而言；二者由肾及脾，即先天肾阳不足，或后天房劳多产，损伤肾阳，肾阳虚则火不暖土，影响脾胃运化，《傅青主女科》在种子门中多处指出：“无肾中之火气，则脾之气不能化”，“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”。所以脾肾不足，气中阳衰，轻则导致阳长不及，重阳不能延续，影响子宫的温煦及藏固，重则有阴无阳，子宫内瘀浊不化，占据血室，发为崩漏癥瘕等疾。

血中阳弱，不仅指阳有所不足，而且也指营血的不足。血与阳本属两种不同的概念，有对立性，但亦存在统一性，因为阳亦以血为基础，存在于血液之中，行其消长转化。过甚之阳，依赖于经血来潮而排泄；过少之阳，在一定程度上亦有赖于运行之充实，血虚甚者对调节阳的盛衰不利。如劳累过度，用脑过多，生活不规律，不注意劳逸，或则房劳多产，不仅耗血，且亦损阳，血虚阳弱，以致阳长不及，或则重阳不足。不能保持正常的延续，或则重阳延迟，不能温煦子宫，可能发生经、孕等的诸多疾病。

综上所述，夏师认为阳有所不足，或重阳不及，或重阳延迟，均致温化不利，既不能暖宫助孕，又不能溶化膜样瘀浊及水湿浊液的分化，必然导致痰湿、膜样瘀浊停留，导致本虚标实的病变。此外，由于阳长达重，重阳波动必须持续5~7天，容易激动心肝气火，特别是阴虚之体，或神经质的个性心理，届期必致心肝火旺，可出现头痛、失眠、乳房胀痛、发热、情志异常等周期性病证。此外尚有阳长有余，心肝气火过旺，可见烦躁升火，目赤口渴，大便秘结等病证，临床虽为少见，但不可忽略。

近几年来夏师发现基础体温高温相的变化与阳长有着重要关系，他将高温相失常分为7种类型，其中6种类型反映了阳长失常的变化。①BBT示温相缓慢上升。即排卵后，高温相不能快速形成，上升呈现缓慢状，有2种情况，其一是缓慢上升呈现斜直线状，经过4~5天始达到温相高度；其二是阶梯式上升，即上升1天，滞留1天，再上升，再滞留，历3~4次始达温相高度。或者亦有上升0.2℃后滞留2天再上升0.1℃，再滞留2天，此种类型反映了阴虚及阳，或血中阳虚的变化。②BBT高温相缓慢下降。即高温相持续6~7天后，开始缓慢性斜直线或阶梯式下降，常伴经前期漏红，大多为气虚及阳、脾肾不足所致。③BBT高温相偏低。即排卵后，温相上升0.2℃或少数天达0.3℃。这里亦有3种情况，其一是整个高温相均低，阳长有所不及，水平偏低；其二是经前初、中期偏低，即高温相开始6~7天时偏低，说明经前初、中期阳长不足；其三是经前末期高温相偏低，即高温相后6~7天偏低，说明重阳不及，水平有所不足。④BBT高温相短。一般而言，BBT高温相应最少维持12天，如不足12天者，谓之高温相短，均属阳气不足。高温相短又有稍短、短、过短三者，反映了阳长不及的虚弱程度。稍短者高温相维持在10~11天，阳虚很轻；短者高温相维持在8~9天，过短者高温相维持在6~7天者，阳虚较重。⑤BBT高温相呈现马鞍状不稳定。一般而言，即高温相初、末期较好，中期低落在0.3℃~0.4℃之间呈两头高中间低的马鞍状，一般与阳虚有关。⑥BBT高温相呈现犬齿状起伏不定。整个高温相不稳定，波动很大，时或差距在0.2℃或0.3℃~0.4℃之间，有如犬齿状，此不仅与阳虚有关，且与心、肝、脾、胃失和有关。⑦BBT高温相

过高。即整个高温相过高，低温相与高温相相差在 0.5°C 以上，或者在经后末期高温相过高，说明重阳有余，或心肝气火偏旺的病变。

与经后期阴长阳消不同，阳长至重较快，重阳延续较长，因此阴消者，消中见长。当阳长至重时，阴虽有所消，但消中有长，而且长达高、中水平。如若阴消而不见长，或虽有消中见长，而长不达中、高水平者，则阴虚及阳，必然导致阳的不足，使阳长不及，或重阳不能延续，此其一也。由于阴虚心肝失养，心肝气火偏旺，所谓“水不制火”，兼之经前期阳长至重，极易激动心肝气火，此其二也。亦有阴盛不消，阳长不及，以致瘀浊凝结，发为子宫乳房等癥瘕疾病等，夏师临证常告诫此乃颇为常见之症。

3. 谨守月经周期节律，拟定调周法则

3.1 行经期以“通、泄”为要

夏师严格遵循古训“经期以调经为要”。调经的含义，就是运用调经的方药排除陈旧的应泄经血，防止这些陈旧性经血危害新生。虽然前人不可能认识到经血内含的实质及调经方药的药理作用，但是考查前人所创制的大量调经方药，其内涵已越出单纯活血化瘀的范围，这是难能可贵的。既然了解到行经期是重阳转阴、纠正重阳极限状态的时期，那么我们可以通过排泄经血，使大量旧阳随经血下泄，达到新的相对性平衡，从而推进圆运动生物钟的月经周期运动向前发展。

3.1.1 调经法的一般法则

所谓一般调经方法，就是应用常用的调经药物组成方剂，来排除陈旧应泄之经血。调经方药，前人所制甚多，明清以来更为繁杂，分析其内容，大多是理气行滞与活血化瘀

的组合，著名的方剂有温经汤、泽兰叶汤、桂枝红花汤、桃红四物汤等，属于活血化瘀类方药；四制香附丸、七制香附丸、加味乌药汤、越鞠丸、逍遥丸、开郁四物汤等，属于理气行滞类方药。前人认为“气行则血行，气滞则血滞”，理气行滞，实际上在于活血化瘀。活血化瘀的目的，即在于排除陈旧经血，亦在于有利新生。因此，夏师遵循古训，结合临床实际，制定了五味调经汤，药用丹参、赤芍、五灵脂、艾叶、益母草（具体使用载《实用妇科方剂学》），在临床使用中，他常常配合越鞠丸，效果较佳。由于应用调周法的深入，对行经期的生理病理特点及经血内涵实质有新的认识。内膜组织及水液湿浊，必须在重阳的前提下，才能分化溶解。因此在调经方药中他认为首先要加入助阳药，但不能影响经血的排泄，如川断、肉桂、紫石英等，甚则鹿角片、蛇床子、制附片、补骨脂等1~2味，其次还要加入利湿除浊之品，轻则茯苓、薏苡仁、泽兰叶、蚕沙等，甚则如车前子、马鞭草、瞿麦、篇蓄等1~2味。他在临床所使用的一般调经方药如下：制苍术、制香附、丹皮、丹参、赤芍、五灵脂、泽兰叶、川断、紫石英、山楂、益母草、茯苓。

同时还强调上述处方应用应该考虑到行经初、中、末3个时期的不同，药物应有所加减，此乃因势利导顺应生理特点的一种方法。行经初期与经前期相连，经血初动，理气为先，但鉴于已进入行经期，调血药仍是主导的，故上方除香附加重用量外，或加入乌药、木香等品，这一时期极为短暂，一般只有1天，有的甚则仅半天；行经中期是排经的高峰时期，本方药原为此期而设；行经末期，残余的经血有待排除，而子宫内包括冲任血海已开始生新，且随着行经期的后移，生新逐渐占主导，治疗上也应把生新放在主要地位。

祛除陈瘀放在次要地位，上述处方减去助阳药以及活血化瘀较著的一些药物，同时再加入养血滋阴的药物。必须指出，如丹参、赤芍、益母草等在一定程度上亦有养血的作用。

每一个女性的初、中、末时间并不一致。有着“7、5、3”时数律的不同。3数律，即行经期3天，一般初、中、末各占1天，有的初期仅半天，末期1天半，限于时间短暂，更动处方客观上很难办到，只能将本方药服到整个经期结束。5数律，即行经期5天且有规律，一般初期1天，中期1~2天，末期2~3天，初、中期服前方，末期则上述处方去紫石英、香附、泽兰叶、益母草，加入山药、熟地等品。7数律，即行经期7天且有规律性，一般初期1天，中期2~3天，均可服用上方，末期3~4天，应在上方中去紫石英、香附、泽兰叶、益母草等，加入熟地、山药、牡蛎、鳖甲等品，为经后期阴长奠定基础。

3.1.2 几种特殊调经法

所谓特殊调经法，即指异于一般调经法。适用于各种复杂证型及较严重顽固的证型，以及各种顽固疾病。这类方法有：逐瘀破膜法、温经止痛法、清肝调经法、清降逐瘀法、补气调经法、化瘀利湿法等等。

逐瘀破膜法，是指运用逐瘀祛旧力量较强的药物以及助阳利浊的药物组成方剂，治疗行经期经血量多、掉下腐肉样血块，伴小腹胀痛，属于膜样痛经等病证。前人所制的琥珀散等属于此类方剂。夏师临床上根据长期实践，制定了验方逐瘀脱膜汤（载《实用妇科方剂学》），药用肉桂、五灵脂、三棱、莪术、炒当归、赤芍、白芍、广木香、延胡索、川断、益母草、茯苓等。一般在行经期的初中期服用，经行末期停药。如行经末期仍有小腹痛，下膜样血块者，减其量服

用之，至行经期结束停药。夏师认为，膜样痛经属于血瘀较重而以脂膜为主的特殊性血瘀证，所谓道深途远，行经期排瘀，非峻剂不能达到目的，而且脂膜性血瘀要助阳利湿之品佐之，才能达到除瘀务尽的要求。瘀浊排除不尽，不仅留瘀遗害，亦不利于阴阳消长的圆运动生物钟节律的进展。

温经止痛法，是指运用温经化瘀、和络止痛的药物组成方剂，治疗月经后期或经期失调，经量偏少，或有偏多者，色紫黯有血块，小腹胀痛有冷感的痛经，月经后期等病证。前人所制有温经汤、少腹逐瘀汤、折冲饮等属于此类方剂。夏师在临床上常用痛经汤（载《实用妇科方剂学》），药用钩藤、丹皮、丹参、赤芍、广木香、延胡索、桂枝、肉桂、茯苓、益母草等品。一般于行经初中期服用，如行经末期仍有腹痛者，可续服之。他认为本方是通过温经活血排除血瘀，达到“通则不痛”的目的。温经者，因血与浊得温则行则化，温经和络，亦有止痛作用。与逐瘀破膜法不同处，在于前者以补助阳为主，此则温经而已，看似相同，意则不同。

清肝调经法，是指运用清热调肝、化瘀止血的药物组成方剂。治疗月经先期、量多、色红、有血块，或周期失调，出血量多的功能性子宫出血病证。前人有固经丸、丹栀逍遥散、奇效四物汤等属于此类方剂。他常用丹栀逍遥散，或固经丸合加味失笑散（载《实用妇科方剂学》），药用黑山栀、丹皮炭、黑当归、白芍、荆芥、炒黄芩、炒五灵脂、炒蒲黄、茯苓、大小蓟等品。一般用于行经中、末期，如初期量即多者亦可服。我们体会：凡是行经期转化太过，或火热过旺，以致排经过多，好血随之而泄下者，必须清热固经，清热含以静制动的意义，但是鉴于“除瘀务尽”的要求，须在清热固经的方药中，配以轻量化瘀的药物，不仅有助于排尽

余瘀，而且亦有助于防止清热固经易留瘀之弊。

补气调经法，是指运用补气健脾、养血调经的药物组成补气调经方剂。治疗月经量多，症见色淡红，一般无血块，伴有腹胀便溏、神疲乏力等，属于功能性子宫出血病证。前人有归脾丸补中益气汤、补气固经丸等，均属于此类方剂，他常用归脾丸，或香砂六君汤，但必合失笑散加味，药用党参、炒白术、黄芪、煨木香、砂仁、荆芥炭、炒五灵脂、蒲黄等品。行经早、中期运用为主，末期亦能服。夏师认为，气虚性出血病证，绝大部分与子宫收缩无力、冲任无权约制有关，好血随经血而下泄，故以补气摄血为主，但亦必须遵循“除瘀务尽”的治则，故加入五灵脂、蒲黄等能化能止之品以调之。

化痰利湿法，是指运用化痰利湿活血的药物组成的方剂，治疗月经量少，色淡，质粘腻，或挟痰状样血块，小腹作胀，经行不畅，形体肥胖，属于肥胖型月经失调病证。前人有苍附导痰丸、启宫丸、开郁二陈汤等均属此类方剂。他常用越鞠二陈汤合泽兰叶汤，药用制苍术、制香附、丹皮、山楂、陈皮、制半夏、制南星、泽兰叶、赤芍、茯苓、益母草等品，行经期早、中、末均可服。肥胖型月经量少，属于痰湿证型，服用上方后，短期内未必取得显效，必然于经后期滋阴助阳，经间期补肾促排卵，促进圆运动生物钟节律进展，才能取得效果。痰湿偏盛者，需要用防风通圣丸、礞石滚痰丸泻之，同时结合血府逐瘀汤，加大化痰通经的药物力度，以推动行经期的转化。

清降逐瘀法，是指运用清心降火、行血逐瘀的药物所组成的方剂，治疗经行不畅，量甚少、点滴不下，经期延长，BBT下降不著，或降而复升，属于西医学所谓黄体功能萎

缩不全。中医所谓重阳太过、转化不利者。前人虽有活血通经方剂，夏师认为，阳长太过与心肝火甚有关，先予清降通瘀，方用益肾通经汤（载《实用妇科方剂学》），药用柏子仁、丹参、钩藤、黄连、泽兰叶、牛膝、菟蔚子、生茜草、川断、赤芍、桃仁等。行经期早中末均可服。他认为如服本方效欠佳者，可用清泻的方法。取张子三的三和饮、玉烛散，按热涸闭经治疗，药用薄荷、山栀、连翘、荆芥、大黄、芒硝、丹参、赤芍、石膏、生地、泽兰叶等，务必把过盛的阳气、心肝郁火泻下降下，随经血而排出，始能达到转化，推动阴阳消长圆运动生物钟节律向前发展。

在服用上述调经方药时必须注意几点。其一，掌握行经期的排泄高峰时期，增加服药剂数和次数。如转化不利或不协调，排经不畅，均可在此行经中期加服1剂，日服4次，所谓机不可失，时不再来，应予以重视；其二，主次药物的用量应有所别。《傅青主女科》在运用药物剂量上主次药量的差异很大，可参考之。同时在行经末期，一般调经药应减其量，以适应这一时期生理变化的要求；其三，劳逸适度。以逸为主，避免寒凉，保暖为要，生活规律，与自然界生物钟相一致，亦有助于调节周期的正常。

3.2 经后期以“补虚”为本

经后期的治疗特点，前人曾经指出“经后以补虚为当”的治疗大法。补虚者，养血也。女子以血为主，经行产后，血海空虚，《灵枢》所谓“数脱血也”，因而体内处于一种血少气多的状态，所以前人有补虚者养血之说。血固然重要，但夏师认为阴与精更为重要，月经周期之所以形成，以及形成后的月节律性，是与阴精有关的。阴精有所不足，阴长的奇数律失常，以及与阴长有关的阳消致病，均是经后期治疗

所在。因此他以养血而养阴，养阴而养精（卵）作为治疗的关键。养阴必须与经后初、中、末3个时期相结合，又必须与“7、5、3”奇数律相结合，促进阴长，促进精卵发育成熟。以下具体介绍几种方法。

3.2.1 养血滋阴法

血中养阴，阴中育精，这是贯串经后期的整个治疗方法，但是经后初、中、末3个时期，由于阴长的波浪式及其由低向中、由中向高发展，所以治疗方法宜顺应生理特点，亦有所不同，初期阴长水平偏低，故用养血滋阴法；中期阴长水平有所提高，养血滋阴佐以助阳；末期阴长水平趋高，滋阴与助阳并重，具体运用如下。

养血滋阴法是指运用养血与滋阴的药物所组成的方剂。其目的在于滋阴，通过滋阴达到育精，阴实际是指天癸、肾水，非肉眼所能见，相当于促进生殖生长的内分泌激素，故治疗上把血、阴、精联系在一起，《傅青主女科》所制养精种玉汤，就是养血滋阴的代表方，故陈士铎《辨证奇闻》《辨证录》将本方改名为养阴种玉汤，目的虽在于养精种玉，但方药本身仅是养血滋阴的作用，因为本方是以四物汤为基础，去川芎之温升，加入山萸肉之酸敛养阴，故方名养精种玉汤，实际上是养阴种玉，因为前人把阴与精混为一体。夏师在临床上按调周法经后期使用，常取归芍地黄汤，药用炒当归、白芍、山药、山萸肉、熟地、丹皮、茯苓、泽泻等，常规用量，服药剂数按“7、5、3”奇数律定。如若阴虚程度较重，必须选用药力较重的补阴方药，可取二甲地黄汤加减：药用炙龟板、炙鳖甲、山药、熟地、山萸肉、女贞子、淮牛膝、丹皮、茯苓等，用量、服法、剂数同上。他常告诫我们，本法两方适用于经后初期，也可用于经后中期。因为

初期仅是阴长的开始阶段，阴长的水平很低，所以通过血中养阴的方法达到养精的目的，常选用四物汤合六味地黄丸合剂。但如阴虚明显，肝肾亏损的程度较重，就有必要选用二甲地黄汤，龟板滋阴补肾、鳖甲滋阴养肝，两味均为血肉有情之品，合熟地、山药、山萸肉、牛膝等大补肝肾，较为合拍。如脾胃薄弱者，先调脾胃，或兼调脾胃，视具体情况而定。前人曾有熟地合砂仁同用，即恐熟地滋腻影响脾运。素有便溏者，当归亦应去之，当归合熟地更易引起腹胀便溏，非不得已时请勿用之。

养血滋阴佐以助阳法，是指在滋阴方药中加入少量的助阳药物。张景岳说过：“善补阴者，必于阳中求阴”。所以在滋阴方药中加入助阳之品，目的仍在于补阴，特别是补养动态的阴，即是把补阴与阴长的动态结合起来，如不加以助阳，纯以阴药补之，很难达到阴长趋向中、高水平的要求。夏师一贯推崇的《傅青主女科》中一些补肾方药，如定经汤、调肝汤、加减四物汤、益经汤等，均在补阴的同时，加入一定量的助阳药物。因此，夏师在调周法中常选用归芍地黄汤合菟蓉散合剂。药用炒当归、赤白芍、山药、山萸肉、熟地、丹皮、茯苓、川断、菟丝子、肉苁蓉等。常规用量，服药剂数按“7、5、3”奇数律定。他认为本法适用于经后中期，或阴虚兼阳虚之经后初期，之所以要在滋阴药中加入一定量的助阳药者，有两点用意，其一是阴阳互根生化之需要，因为阳生阴长，阴的提高要赖阳的提高；其二是阴阳消长对抗的需要，阴者静也，其动态变化赖阳的参加，只有阳的参加，才有可能维持和推动阴长。70年代中期，曾经对15例功能性子宫出血病人经后期进行阴道涂片，分3组观察雌激素水平的变化，第1组全治以补阳法，用二仙汤加

减,观察5例;第2组全治以补阴法,用六味地黄汤加减,观察5例;第3组治以补阴加入一定量补阳药,予定经汤加减,观察8例。三组均以10天为期。结果:第1组补阳法,雌激素呈下降状态;第2组补阴法,雌激素呈维持状态;第3组补阴兼助阳,雌激素呈现上升状态。由此也可说明补阴兼助阳,对提高阴长水平较他法为佳。

滋阴助阳阴阳并补法,滋阴与助阳并重,其目的仍在补阴,所以在助阳药物选取时,必须选其平和之品,他在临床上常应用归芍地黄汤合五子补肾丸加减,药用炒当归、赤白芍、熟地、丹皮、茯苓、山药、山萸肉、梔子、川断、菟丝子、覆盆子、肉苁蓉等品,常规用量,服用剂数仍按“7、5、3”奇数律定。他认为本法适用于经后末期,或阴虚兼阳虚的经后中期。之所以要把助阳药增加到几乎与滋阴药同等地位者,用意亦有两点。其一,阴长的时间需要。一般经后末期,阴长要接近重阴,要上升到较高水平,就阴长本身来说较为困难,同时较高水平的阴亦要较高水平阳的化生;其二,阴长的动力需要。阴长到较高水平,同时要上升到重阴,有的甚至要突然冲击达重阴者,非有较高水平的阳参加不可,夏师在此期对少数患者所使用的一种冲击法,即在本方中加入巴戟天、黄芪、红花,量宜小以促之,目的是通过阳的升动,使阴长冲击达重阴,暂服即止,过则伤阴。

3.2.2 几种变法

所谓变法者,异于常法也。是为了适应情况的变化所提出的一种治法。有的从表面上看与滋阴养血生精无关,但是可从间接或其他方面来达到补血滋阴生精的目的。根据夏师临证所拟归纳为活血生精法、健脾养精法、宁心敛精法、清肝保精法等。

活血生精法是指由活血化瘀与滋阴养血的药物所组成的方剂。治疗由血滞或血瘀所引起的精卵发育欠佳或排卵功能不良的不孕症。前人对此所制的方药有少腹逐瘀汤、荡胞汤、调经种玉丸，以及近代的排卵汤等。但此类方剂均不适宜经后期使用，夏师制活血生精汤，药用炒当归、赤白芍、山药、山萸肉、炙鳖甲、五灵脂、红花、益母草、山楂、甘草等，五灵脂、红花用量宜轻，其余药常规用量，必要时加蜈蚣少量，行经末期即应开始服，直服至经后中期。活血生精汤，顾名思义，是通过活血化瘀加强血液循环，同时又养血滋阴，从而促进精卵发育的方法。但是必须注意到素体火旺，血流较快，或者血液凝固较差者忌用。此方是从生化汤变化而来，但生化汤偏于温化扶正，此则一变而为清化扶正，滋阴活血，双相调节精卵的发育。

健脾养精法，是指由健脾养阴的药物所组成的方剂，治疗由脾胃失和所致阴血不足不能养精的不孕病证。前人对此制有参苓白术散、资生健脾丸等。夏师在使用此类方剂时有所加减，药用太子参、白术、山药、山萸肉、广木香、茯苓、薏苡仁、桔梗、陈皮、炒谷芽、建莲肉等，经后中、末期，尚须加入川断、菟丝子，常规用量，服用剂数按“7、5、3”奇数律定。他认为健脾滋阴重在健脾，以后天水谷之精以养先天之阴精，因此，保证脾胃的正常运化是非常重要的。凡女性感觉腹胀，矢气频频；或服滋阴药后，午后入晚腹胀明显，或腹鸣便溏者，需运用此法。如心烦寐差者，以资生健脾丸加减为合；如腹泻有冷感者，应去山药、桔梗，加入六曲、炮姜等止泻之品，使脾运健旺，不补阴而阴自复耳。

宁心敛精法，是指运用宁心安神、收敛阴精的药物所组

成的方剂，治疗由于心神妄动所致阴精耗损的失眠、不孕症，经前期紧张综合征等。前人对此制有清心莲子饮、坎离既济丹、柏子仁养心丸、酸枣仁汤等。夏师自拟的宁心敛精汤，药用龟板、牡蛎、山药、山萸肉、炒枣仁、莲子心、五味子、干地黄、茯苓、夜交藤等，常规用量，经后中、末期加入川断、菟丝子等品。我们体会：此乃心肾交合之法也，不仅能调理阴阳，维持阴阳的动态平衡，还有着藏精敛阴、保护精卵健康发育的功效。肾者，藏精而不泻；心者，藏神为君主。神驭精，心神妄动必泄其精，心火不宁必耗其精，所以安定心神才能保精敛精。

清肝保精法，是指运用清肝解郁、滋阴养血的药物所组成的方剂，治疗肝郁化火所致的月经先期、量多，以及焦虑症、不孕症。前人对此制有丹栀逍遥散、滋水清肝饮、开郁种玉汤等。夏师常用自拟妇孕汤，药用炒当归、白芍、炒柴胡、广郁金、钩藤、丹皮、炒山栀、山药、山萸肉等品，常规用量；经后中、末期加入桑寄生、熟地、菟丝子等。他认为此类病人除服药外，尚须进行心理疏导，放下思想包袱，解除紧张恐惧心理，减轻压力，才能获取良效。

3.2.3 调治阳消失常的方法

阳消太过，或素体阳虚，必然影响阴长。此类病人，非滋阴养血所能治，当予扶助其阳，才能推动阴长。经后期以阴血为主，因此，扶助其阳也以平补为法，方选菟蓉散、五子补肾丸等。如脾胃不和者，尤当先调脾胃，如六君子汤等，加入川断、菟丝子等品；如阳消不及，以致阳有余，或禀赋阳盛，嗜食辛辣，阳有余则化火，火旺又必耗阴，阴阳对抗，演变为病理性消长，不仅阴长不及，反致倒退为消。因此，法宜清热抑阳、扶助阴血，夏师常选用两地汤，药用

地骨皮、大生地、玄参、白芍、山药、丹皮、茯苓、麦冬、天花粉等品；如阳火过旺者，尤当运用泻火坚阴的方法，可选用知柏地黄汤加减，必要时在方中加入大黄、黄连等品，兼有脾胃不和、湿热内阻者，当随证加入健脾清利之品。

3.3 经间期“促”、“调”为关键

经间排卵期，主要是在重阴前提下，推动转化，排出卵子。因此，常用的促排卵方法有活血化瘀，滋阴宁神稍佐活血，养血补肾佐以活血等。

3.3.1 常用促排卵法

活血化瘀。经间排卵期的生理特点之一是絪縕乐育之气的活动，有了这种活动，才能促进转化，排出卵子。因此活动不足，或者活动失调，均将影响排卵，形成排卵期的病理特点。治疗上以活血化瘀促进气血活动，使顺利转化，排出卵子。行经期调经为要，其目的在于促转化，而经间排卵期活血化瘀目的亦在于促转化，两期虽不同，目的一致，故治疗方药亦相似。中药人工周期疗法中所用的排卵汤，确为此期所用。药用当归、丹参、赤芍、泽兰叶、茺蔚子、红花、香附等品，常规用量，原方要求连服4剂，夏师认为服用剂数应根据女性固有的“7、5、3”时数律决定。即经间期反应7天的服7剂，5天的服5剂，3天的服3剂。他认为经间期血气活动的特点呈左右上升性，因此，在该方中如能加用川芎、五灵脂、生山楂为更好。而且经间排卵期极为短暂，较之行经期还要快速，因此必须集中力量，争取短暂的时间内较快地发挥药力，因势利导地取得效果。常用复方当归注射液，同样在经间期使用，每日1次，每次用10ml（注射液2ml/支，用2~5支），按固有“7、5、3”时数律而用药。因注射液系肌肉注射，吸收快，发挥作用亦快。他

曾治一戴姓女，23岁，患崩漏疾已3年，经常与闭经相伴见，崩漏期反复出血，有时下血如注，贫血严重，经中西医多次诊治，效果欠佳，形体肥胖，平素白带不多，症状不著。运用补肾调周法，服药后带下增多，有少量的蛋清样白带，服排卵汤以促排卵，仍乏效，BBT示单相温，经查女性激素及B超诊断为“多囊卵巢综合征”。在调周法治疗中，抓住经间排卵期，加用复方当归注射液，连用3日，BBT呈高温相，排卵成功，月经正常来潮，经量正常，患者自述月经来潮后首次正常。夏师的经验是经间排卵期应用活血化瘀的方药时，必须重视重阴的基础，否则难获成功。如能在活血化瘀方药中加入川续断、熟地等调补肾阴阳之品，效果更佳。

滋阴活血。我们认为经间排卵期固然需要活血化瘀，推动血气运行，但是地处亚热带的中国女性，其阴精水平大多稍低，因此，重阴常有所不足，在活血的同时，务必要加入滋肾养阴之品。阴精的不足，常与心肾交济不佳有关，而心神在一定程度上又是驾驭肾精、开启子宫的所在。所以滋阴宁神，调达心气，不仅提高肾阴水平，而且有助于血气活动。他常用益肾通经汤，药用丹参、赤芍、白芍、熟地、川续断、淮牛膝、香附、菟蔚子、五灵脂、合欢皮、茯苓等品，常规用量，按经间期“7、5、3”时数律连服之。近年来他对排卵功能不良或失调者认为与心-肾-子宫生殖轴的关系很大，采用益肾通经汤，实际上就是从心肾子宫生殖轴的阴分论治。在经间排卵期使用滋补阴分的药，必须考虑到这一时期所谓重阴的动态问题，也就是说不能应用静止的补阴法，要运用动态的补阴法，选择补阴而有流动性能者；同时静止的补阴方药在一定程度上牵制活血化瘀方药的流动性。

因而他常在本方中加入柏子仁、丹参等味。

补肾活血。排卵功能不良，转化不利，或转化排卵失调者，绝大多数与重阴有所不足有关。而重阴有所不足，大多数又与阳的不足有关。因此临床上较为常用的方法是补肾活血，常用的方药是补肾促排卵汤（见《实用妇科方剂学》）。药用当归、赤芍、白芍、山药、山萸肉、熟地、丹皮、茯苓、川续断、菟丝子、鹿角片、五灵脂、红花等。常规用量，按固有的“7、5、3”时数律服药。他认为该方不仅内有滋养阴血药物，提高重阴水平，而且含有一定量的活血化瘀药，促进血气活动，顺利转化诱导排卵；方中还有补阳的药物，助长阳气内动，有利于阴长，处方合理，照顾周到，故为临床所常用。本方与上方有着偏阴偏阳之不同。上方益肾通经汤偏于滋阴，本方偏于补阳，但为阴中补阳，故用于临床疗效较佳，为治疗不孕症最常用的验方之一。

3.3.2 其他促排卵法

就夏师在调周法经间期中所使用的方法而言，尚有温阳活血法、化痰燥湿法、宁神调心法、清利湿热法等。

温阳活血法。是指运用温阳活血的药物所组成的方剂，治疗阳虚寒盛的经间期病证。如经间期白带多、腰酸、少腹胀痛冷感等，基础体温高低温相均偏低，或伴有少腹癥瘕等。前人所制各类温经汤，著名的有《金匱》温经汤、《妇人良方》温经汤、《妇科玉尺》温经汤等。他在临床喜用《金匱》温经汤合桂枝茯苓丸加减。药用炒当归、赤芍、白芍、熟地、丹皮、茯苓、桂枝、肉桂、续断、桃仁、五灵脂等。按固有的“7、5、3”时数律服药。他体会在使用本方时，如见腰酸明显，BBT 高温相偏低偏短者，尚应加入紫石英、仙灵脾等；如确诊为子宫内膜异位症者，除加强补阳

药外，尚须加入延胡索、石打穿等品为好。

化痰燥湿法。是指应用化痰燥湿的药物所组成的方剂，治疗痰湿脂肪蕴阻所致的排卵功能不良。如经间期带下或多或少，少者指锦丝状带下、多者指混浊性带下，形体肥胖、腹胀、大便易溏等。前人有越鞠二陈汤、苍附导痰丸、启宫丸等。他在临床上常用越鞠二陈汤加入活血化瘀之品，药用制苍术、制香附、丹皮、山楂、陈皮、制南星、续断、丹参、赤芍、白芍、五灵脂、茯苓、川芎等品。服药按“7、5、3”时数律。他认为：痰脂蕴阻，形体肥胖，服此类方药，必须具有一定量的锦丝状带下，效果颇佳。如锦丝状带下过少者，不宜服用此方，应着重经后期治疗，奠定滋阴养血的基础，待有一定量的锦丝状带下，再开始服用本方。同时测量 BBT 及 B 超观察排卵等临床效果。

清利湿热法。是指应用清利湿热的药物所组成的方剂，治疗湿热较甚的排卵功能不良。症见除经间期锦丝状带下外，有黄白带下、赤白带下，腰酸，少腹胀痛，纳欠，苔黄白腻，妇科检查为盆腔炎。前人有清肝止淋汤，三妙、四妙丸等。他常用复方红藤煎合四妙丸加减。药用红藤、败酱草、丹参、赤芍、白芍、制苍术、黄柏、牛膝、马鞭草、篇蓄、五灵脂、桑寄生等品。服药仍按经间期“7、5、3”时数律。他认为本方治疗湿热性排卵功能不良者，实际上仍有重阴有所不足之前提，故方中据病情可加入炙鳖甲、续断、山药等品为合，如大便偏干偏坚者，尚可加入生地、大黄等品。

宁神调心法。是指运用宁神调心的药物所组成的方剂，治疗心肝气郁、心神失宁以致心肝之气不得下降，从而影响转化，排卵不利，子宫及其胞脉胞络开启流畅不利。症状表

现为胸闷不舒，心情不畅，腰酸腹胀，夜寐甚差，带下量较少，BBT 低温相示不规则。前人无合适的方剂，夏师在长期实践中摸索出调心神降心气的远志菖蒲饮。药用炙远志、石菖蒲、郁金、丹参、赤芍、白芍、五灵脂、柏子仁、合欢皮、续断、川芎等品。心-肾-子宫生殖轴在调节排卵功能中至关重要，精（卵）的成熟及顺利排出与心脑神明的驾驭关系较大，安全期的突然排卵与心脑神明有关。并认为如能在上方中加入紫河车或紫石英、红花等品更佳。

3.3.3 调节排卵法

上述各法，均为转化不利排卵不良，以及转化排卵失调者而用。但如转化排卵太过，以致月经先期，经量偏多者，需用调节排卵法抑之敛之，收之摄之，临床上他常用的有清火解郁法、滋水清热法、益气固经法等。

清火解郁法。是指应用清火解郁的药物所组成的方剂，治疗肝郁化火所引起的经间期出血及经间期过早，表现出月经先期、量多或经间期出血稍多，伴有胸闷烦躁、乳房乳头胀痛、头晕失眠等症。前人有丹栀逍遥散、清肝达郁汤等。他常用丹栀逍遥散合钩藤汤等，药用钩藤、白蒺藜、炒山栀、丹皮、白芍、生地、茯苓、炒柴胡、莲子心、鹿衔草等。钩藤、鹿衔草用量宜大。服用剂数按“7、5、3”时数律。他的经验是清心肝之火、安定神魂实际上就是以静制动的方法，故有时需加入炒枣仁、青龙齿、牡蛎等。

滋阴降火法。是指运用滋阴降火的药物所组成的方剂，治疗阴虚火旺所致的转化排卵加快，月经先期量多，胸闷烦躁，性欲亢进，带下偏多，面部痤疮等。他常用《傅青主女科》清经散。药用地骨皮、青蒿、黄柏、丹皮、生地、白芍、茯苓、钩藤、碧玉散等。他认为雌激素水平稍低或过

高，均可表现阴虚火旺证候。因此，滋阴降火法有双相调节作用。清经散在《女科治证》中提到肾中水火俱旺，意即雌激素水平过高之谓。

补气固经法。是指运用补气固经的药物组成方剂，治疗气虚所致代偿性加快的转化和排卵。由于气虚，子宫收缩乏力，故见月经先期、量多、头晕神疲、腹胀便溏等。前人有归脾丸、补气固经丸、补中益气汤等，他常用健固汤加减，药用党参、黄芪、白术、茯苓、煨木香、砂仁、炒续断、补骨脂、炙甘草、荆芥等，常规用量。服药剂数仍按“7、5、3”时数律。行经期亦可按此方加入调经药，并认为如能在方中加入菟丝子、鹿角片、炒山药更为合适。

3.4 经前期标本两兼施治

经前期已接近月经周期演变的结束阶段，前人提出“经前期以理气为先”的治法特点。夏师认为理气的目的有二，其一是为行经期作准备，所谓经血未动（指行经），理气为先，就在于调畅血行，使月经来潮，排泄顺畅，圆满结束本周期的运动；其二是经前期大多伴有心肝气郁的反应，有的还十分严重，理气法能缓解这些反应。但是从调周以及周期运动的规律来看，经前期应以阳长阴消、重阳延续为主，扶助阳长，保持重阳延续，乃是治疗的主要方面。正由于维持阳长至重，重阳延续，才能达到顺利转化，排出经血。故理气是次要的，助阳是主要的。在助阳的前提下，兼用理气的方法。鉴于经前期病情错杂，既有本质上的不足，又有现象上的热证、实证，以及夹痰、夹脂、夹瘀等不同，所以在助阳为主的治法下，除兼用理气外，有时尚需兼用清热解郁、燥湿化痰、化脂泄浊、活血化瘀等，以适应经前期错杂病变的需要。

3.4.1 常用的助阳方法

经前期阳长阴消，阴消者，消中有长，其阴之所以消中有长者，是为了维持重阳的延续。阳长不及，或阴不助阳，以致阳虚者，这是经前期的主要病理。助阳法有阴中求阳、血中补阳、气中扶阳 3 种。兹分述如下。

阴中求阳，即水中补火的方法，最早的代表方剂是肾气丸，载于《金匱要略》，此方是著名的温补肾阳的方剂，方中肉桂、附子在滋阴的六味地黄药物之中，水中补火，振奋肾阳之气，司气化而行水湿，是一首阴阳并补、水火并调之剂。但是夏师在临床上常选用右归丸（饮）加减，药用熟地、当归、赤芍、白芍、山药、山萸肉、干地黄、丹皮、茯苓、续断、菟丝子、鹿角片、巴戟天等。常规用量，服药按 BBT 高温相时限。如经前末期出现各种不同症状，可随症加减。并常告诫我们：阴中求阳，即水中补火，是经前期较为常用的方法，肾气丸虽是最早的代表方，但方中桂附辛温刚强，用之化气利水则效佳，用之调补阴阳，提高孕激素则效欠佳。因此，临床上大多选用右归，一般去桂附，其中当归、熟地同用，常易导致大便溏稀，故常去当归；熟地是右归中的主要药物之一，有熟地就保留了右归水中补火之意。续断、菟丝子、鹿角片为温补肾阳之品，其中鹿角片对促 BBT 上升及维持高温相有重要意义，是治疗功能性不孕症的有效药物。

血中补阳。女子以血为主，子宫冲任以血为用，阴阳消长转化的周期节律亦于血中进行，故阳有所不足，需于血中补之。张景岳所制毓麟珠，以四物汤为基础，加入温润助阳之品，达到暖宫种子的目的，是夏师在临床常用的方药。药用炒当归、赤芍、白芍、山药、丹皮、茯苓、白术、太子

参、续断、菟丝子、鹿角片、枸杞子等。常规用量，BBT 高温相开始服药，至 BBT 高温相下降、月经来潮停用，经前末期随症加减。血中补阳亦临床常用之法，此类方剂颇多，艾附暖宫丸属此，《傅青主女科》的完带汤、并提汤亦属此，均以四物汤为基础，加入温润助阳之品，治疗肾阳偏虚的不孕症甚合。夏师所制临床验方助孕汤，治疗肾阳偏虚黄体功能不健的病人 202 例，经过系统治疗和观察，患者在服药前后分别测量基础体温，观察高温相变化及留取黄体中期血清样本测取孕酮含量，经过半年观察，有 67 例妊娠，133 例黄体功能好转，无效仅 2 例。但是还发现经前末期重阳延续的波动时期，有相当部分的患者心肝郁火明显，调经种玉丸较毓麟珠更为合适，调经种玉丸的药物有当归、川芎、白芍、熟地、杜仲、续断、白术、茯苓、丹参、制香附、紫石英等；如能加入钩藤、丹皮更好。

气中扶阳，即脾肾双补的方法。最早的代表方剂是真武汤，载于《伤寒论》。原为治疗脾肾阳虚、水邪为患的有效方剂，但妇科疾病，大多阴阳失衡，用此并不相宜。故临床上夏师常选用《傅青主女科》的健固汤、温土毓麟汤加减，药用党参、炒白术、淮山药、神曲、茯苓、巴戟天、覆盆子、菟丝子、鹿角片等。常规用量，服法同上，经前末期可随症加减。他认为脾肾不足，气中阳虚，在经前期的一些不孕症患者中颇为常见，流产与滑胎中更为常见。凡出现腹胀矢气、大便偏溏、小腹有冷感、行经期腰酸、大便先硬后溏等，均属于脾肾不足，必须温补脾肾。肾虚明显者，尚需加入杜仲、补骨脂等品；脾虚明显者，尚需加入煨木香、炙黄芪、砂仁、蔻仁等品。就不孕症而言，脾肾不足，治在于肾，重在温补肾阳，暖宫种子。所以方中重用巴戟天、覆盆

子，并加入鹿角片等，意在气中补阳，暖宫种子。

3.4.2 常用的兼治方法

经前期特别是末期，由于是阳长至重、重阳延续的波动时期，极易导致心、肝、脾、胃失调，以及由此产生的痰脂、湿浊、血瘀、郁火等病理变化和病理物质，不仅增加经前期病变的复杂性，同时也给治疗带来了难度。因此，在扶助阳长的同时，必须针对不同类型的兼证型，兼用疏肝理气。化痰利湿、活血调经、清肝宁心等法，以适应临床病证变化的需要。

疏肝理气，在助阳法的前提下，兼用疏肝理气的方法。疏肝理气的方剂很多，就妇科而言，有逍遥散、越鞠丸、四制香附丸、七制香附丸、柴胡疏肝饮、加味乌药汤等，临床上常用越鞠丸加减，药用制香附、山楂、丹皮、制苍术、青陈皮、广郁金、绿萼梅等。常规用量，服用剂数同上。夏师认为，经前期特别是经前末期，气郁症状颇为多见，因此，经前期兼用理气很有必要，不仅缓解症状，而且有助于调经。在理气调经的药物中，香附是首选之品，故有调经圣药之誉，其次是郁金、柴胡等，亦为常用。

活血调经。在助阳法的前提下，结合活血调经，调畅经血，使排经顺利。此与行经期调经相似而又有所不同。相似者，均用活血化瘀的方药；不同者，经前期活血调经，是针对月经后期以及量少、痛经者用，用量更轻，方中所占比例较小。在前人所用的方剂中有四物汤、泽兰叶汤、促经汤等。常以泽兰叶汤加减，药用泽兰叶、丹参、赤芍、五灵脂、山楂等。常规用量，一般经前末期服用。泽兰叶汤除活血调经外，尚有利湿浊和健脾胃的作用，在一定程度上对助阳有益。由于泽兰叶汤中的有泽兰叶、丹参，必要时加用牛

膝有引经血下行的意义，亦有利于经前期热证的减轻。

利湿祛浊。虽然阳长至重有分化水湿的作用，但重阳时期，阴消中有长，故经血中仍含有相当量的水湿津液，故前人有经水之称。而且排卵之后，未受孕之精卵中医称之为败精，败精化浊，亦需排除和吸收，故经前末期必须佐以利湿祛浊，夏师常用四苓散加减。如有盆腔或宫颈、阴道等的炎症者，尚须加入土茯苓、败酱草、车前子等品。

化痰减脂。痰脂蕴阻者多表现为月经不调和肥胖，我们认为在治疗上必须补肾调周以治本，化痰减脂以治标。治标者有苍附导痰汤、启宫丸、消脂膜导痰汤等。夏师以越鞠二陈汤加减。痰脂蕴阻、月经失调者，朱丹溪创制了六郁汤、痰郁方，一反辛香温燥之弊。《济阴纲目》有消脂膜导痰汤，祛风湿以化痰脂。体质健壮者，常佐以防风通圣丸。

清肝宁心。在助阳法的前提下，兼用清肝宁心的方法，安定心肝神魂，有利于调经。清肝宁心的方药有钩藤汤、丹栀逍遥散、清心莲子饮等，常用钩藤汤或丹栀逍遥散加减。如偏于肝旺者，以丹栀逍遥散加入钩藤、白蒺藜等；如偏于心火旺者，清心莲子饮加入钩藤、紫贝齿等。

3.4.3 纠正长消过甚的治法

经前期虽以助阳为主法，但亦有少数长消过甚，需用抑制的方法。如阳长有余，需要用清热泄阳的方法；阴不消而不能转阳，需用滋阴活血促转化的方法。如阳长有余，重阳偏甚，心肝气火有余，基础体温高温相偏高、烦热、口渴、便秘，他常用清热泄阳法，选用芩连四物汤，药用黄连、黄芩、生地、赤芍、白芍、山药、丹皮、茯苓、钩藤、白蒺藜、丹参、炒枳实等品，常规用量，经前末期服用；如热盛者，可用三和饮，即四物汤合凉膈散；如阴不消，阳长缓

慢，可用滋阴活血法，用活血润燥生津汤，药用干地黄、当归、赤芍、白芍、桃仁、红花、续断、五灵脂等；如有湿浊，影响阴转阳，可用助阳利湿、活血促转化的方药，药用丹参、赤芍、白芍、制苍术、白术、续断、巴戟天、紫石英、五灵脂、红花、苡仁、茯苓等。

专病论治

崩漏

经血非时而下，或量多如注，或量少淋漓不净者，称为“崩漏”。《景岳全书·妇人规》之所谓“经乱之甚者也”；对应于西医学的“功能失调性子宫出血”，系由神经内分泌系统功能失调所引起的子宫异常出血，以无排卵性的青春期、更年期功血为多，功血约占门诊病人的 10%，国内文献（1992 年）不同年龄组的发病率：青春期功血 21.3%，围绝经期功血 59.26%，生育期功血 19.44%。

本病多因素体阴虚，或阳盛血热，导致热伤冲任，迫血妄行；或先天不足，禀赋薄弱，房劳不节，导致肾气不固，胞宫失藏，肾阴亏虚，冲任受损；或摄生不慎，伤及脾气，脾不统血；或七情所伤，冲任郁滞，血不归经，均可发为崩

漏。若经血暴崩，则气随血脱，危及生命，是妇科急重之症；或虽势缓而病延日久，耗气伤血，阴损及阳，外邪内侵，生湿蕴热，痰浊瘀结，虚实夹杂，寒热互见，又成疑难疾患。

历代医家对本病高度重视，提出许多治疗原则，如《内经》中的“急则治其标，缓则治其本”；《丹溪心法》中“补阴泻阳法”；又有李东垣的“理气、降火、升提”为后世治疗崩漏奠定了理论基础，特别是“塞流、澄源、复旧”三法已成为治崩的基本大法。

西医学治崩主要是激素止血、人工周期促排卵，若无效，则以手术破坏内膜，或切除子宫，治疗手段单一，疗效不稳定，有很大局限性。夏师潜心临床40余年，对于本病，从理、法、方、药诸方面建立起一套完整的辨治体系，博采众家治崩之长，尊古而不泥古，同时积极吸收西医学关于本病病机的研究成果，独创了治疗崩漏的两步法，即出血期审证求因，固经止血；血止后补肾调理月经周期的治本之法。以下将夏师对本病的认识及治疗经验作一介绍。

夏师认为肾虚为本病的根本原因，肾虚精亏无以涵养心肝，心肝气郁化火，下扰子宫血海，经血非时而下，或心肝气郁影响胞脉胞络气血运行及正常经血的排泄，胞宫瘀血，因之而生；阴虚及阳，阳虚失煦，气化失职，亦能致瘀；阳虚之后，火不暖土，脾胃不和，气虚则摄纳乏力，血失统摄，加剧子宫出血。病变过程中产生的病理产物有瘀、火、湿，从而引起热、瘀、虚三者之出血。

夏师指出：血热、肾虚、气虚、血瘀之间常存在相互影响、相互兼夹的复杂情况，应注意辨别。对此夏师提出三点见解：第一，临证极少见单纯由脾失健运、脾不统血而致崩

漏，而多见于大出血后，气虚不能摄血，加剧病情，故气虚、脾虚为本病的继发性因素。第二，在肾虚夹瘀中至关重要的病理产物是膜样瘀结，其形成由于肾中阴阳俱虚，无以达重，脂膜有增无化，日久结而为瘀，使得一方面瘀结占据血室，好血不得归经而加重崩漏不止；另一方面，亦影响子宫冲任的水液代谢和输化，故膜样瘀结多为脂膜、血瘀、湿浊三者结合，造成病证的反复发作和顽固不愈。第三，子宫应藏反泄乃作崩漏。心肾之气通而下达，胞脉胞络畅通，子宫即行泄之功，心肾交合，气不下达，子宫行藏之功，一旦藏泄失其常度，子宫通过反馈作用，亦能促动心肾之间交合升降。

一、青春期崩漏的辨治

青春期的崩漏有室女的生理病理特点。兹将夏师经验归纳为如下几点：

(1) 清补通涩各相宜

历代医家多尊《内经》“阴虚阳搏”之说，在全国中医妇科第4次大会上，宗卓敏等在调查了93例青春期功血的病因病机后，也认为阴虚火旺是主要的原因，因而力倡清热止血，然而疗效并不理想。夏师认为阴虚火旺只是本病病机的一部分，一味滋阴清热，不免以偏概全，故还应详辨有无瘀结。夏师认为无瘀或少瘀之崩主要原因在于阴虚不能涵养子宫及有关脉络，以致子宫失藏，脉络呈现脆性，是以出血，火旺迫之出血增剧，当滋阴清化，固涩其流。有瘀之崩乃因阴虚及阳不能支持任冲以司子宫经血之通达，郁结而成瘀，因瘀致崩。阳气既约，势必涉及脾胃，以致脾胃不和，甚或导致湿浊内阻者，则滋阴有碍脾运，养血反助其湿。此

当法随证变，滋清法中以通利为主，兼调脾胃。

①阴虚火旺，胞脉失养：症见出血量多或特多，是持续性出血，色鲜红有小血块，或无血块，头昏烦热，口渴，小便黄、大便艰，舌苔黄、质红，脉细数或芤数，治当滋阴清热，固涩止血。方取固经汤，重用炙龟腹甲合二至丸。药用炙龟腹甲（先煎）30克，女贞子、旱莲草各25克，大黄炭6克，大小蓟、生地、失笑散（包煎）各10克。另服云南白药，每次0.5克，1天3次。或者血安片，每次4~6片，每日3次，上述汤剂可改为每日2剂，每隔4小时服药1次，尽快止血，转用补肾调周法。

【病案举例】万某，女，15岁。初经来潮2年余，月经推后，甚则闭经，经行则量多如注，持续性出血，色鲜红有血块，腹不痛，卧床之后出血稍减，每至午后或入晚，出血尤甚，头晕腰酸，面乏华色，测BBT呈单相，出血时基础体温反有升高，心情烦躁，夜寐亦差，脉细弦数，舌质偏红，边有瘀点。证属肝肾不足，阴虚火旺，夹有血瘀。治当滋阴固经为主，佐以清化，方取固经汤合二至丸加味。炙龟板（先煎）30克，生地、炒黄柏、大小蓟、炒川断、白芍、椿根白皮各10克，女贞子、墨旱莲各20克，失笑散（包煎）、牡蛎（先煎）、茜草各15克，另吞云南白药，服药5剂，出血减少，睡眠有好转，再服原方7剂，经血始净，净后从补肾调周治之。

②阴虚湿热，因瘀致崩：症见出血量多或淋漓不净，阵发性出血，偶亦见崩冲，色紫红或鲜红，质粘稠，有较大血块，头晕，烦热口渴，腰酸尿黄，大便干结，舌红苔黄腻，边有紫瘀点，脉弦数，治当滋阴清热，化瘀利湿，或佐以健脾通利，方取固经丸、加味失笑散，用炙龟板（先煎）30

克，黄柏、椿根白皮、大小蓟、川断、赤白芍各 10 克，苡仁、墨旱莲各 20 克，失笑散（包煎）、茜草、马鞭草、益母草、茯苓各 15 克。临床上如兼脾胃虚弱者，去黄柏、墨旱莲，加炒白术、焦山楂各 10 克，陈皮、六曲各 6 克，党参 15 克，另加服三七粉，每次 1.5 克，每日 2~3 次，尽快止血。

（2）补肾调周促发育

夏师以补肾重建月经周期为治本之法，虽属前人“复旧”的范畴，但有其全新的内容。青春期乃女性生殖器官的发育时期，肾气未充是导致崩漏的根本原因。因此要巩固止血效果，必须应用补肾调周法，建立阴阳消长的月节律，促进子宫发育，司正常的藏泄才有可能。

夏师认为补肾调周，重在滋阴养精。因为一般调周是按月经周期中阴阳消长转化所反映出的四期生理所制定的，而崩漏已无周期，重点在于经后期，即阴长期的治疗及至关重要的经间排卵期的促转化。崩漏患者的经后期常常较长时间停留在经后初期，或者中期，阴精不能持续滋长，不能重阴转阳。夏师经验，经后初期，用归芍地黄汤合二至二甲，随着周期的后移，经后中、末期加入补阳的药物，如菟丝子、肉苁蓉、紫河车等，接近排卵时，还应再加入适量的鹿角片、仙灵脾等。不仅有利于提高阴精水平，而且亦有利于阴阳间的转化。经间排卵期是短暂的，子宫行短暂的开放，气血活动明显，治疗上可在经后中、末期的滋阴补阳方药中加入当归 10 克，川芎 6 克，红花 5 克，或结合复方当归注射液肌肉注射，以促进排卵期的到来。

初潮 3 年内的崩漏患者，妇科检查子宫幼小，补肾调周讲究四期用药以及心、肾、子宫合治，可用夏师验方育宫

汤，药用柏子仁、丹参、淮山药、干地黄、紫河车、川断、菟丝子、当归各 10 克，茺蔚子 15 克，琥珀 3 克（另包）。另外可加炙龟板（先煎）、肉苁蓉、茜草等，其中茺蔚子用义甚妙，取其促进子宫肌收缩运动，俾补而不滞。患者形体消瘦，气火偏旺者，可常服乌鸡白凤丸、六味地黄丸等滋阴养血药，稍佐河车片，或胚宝，使其肾气盛，天癸充，冲任流通，子宫藏泄有时。

（3）心、肝、脾、胃兼顾及

脾胃不足多为继发因素，但常倒果为因，加重崩漏。夏师统计发现约 60% 的病例涉及脾胃虚弱，故常用益气健脾药佐助滋阴清化剂增加子宫归藏纳的作用，达到补气摄血的目的。夏师认为重用党参、白术，止血较佳；黄芪、茯苓应在止血后使用，生化气血较优；对于脾虚湿聚，郁久化热者要结合燥湿利湿，或清热渗湿，药如陈皮、谷麦芽、焦山楂、苡仁、碧玉散、煨木香等。经后期多以参苓白术散加入女贞子、炙龟板、制黄精等；经前期补阳为主，补中益气汤加入川断、菟丝子、鹿角先补脾助阳，促进阳长。

夏师谓此期患者多为中学生，学业繁重，用脑过度，精神紧张，往往涉及心肝，心肝气火偏旺，虽然没有更年期明显和复杂，毕竟对肾阴虚、脾胃不和有影响。因此，在调理脾胃法中，不能忽略宁心疏肝的治法，而且对子宫的固藏亦大有好处，用药常选合欢皮、钩藤、娑罗子、玫瑰花、炙远志、炒枣仁、荆芥等；此外，心理疏导，减轻学习任务，保持充足睡眠，也非常重要，否则将大大影响出血和调周的主要治疗措施。

二、更年期崩漏的辨治

更年期崩漏病理复杂，证型错杂，病程偏长，临证上常可见不同的证型，甚至相互对立的证型可以同时存在。这一时期的患者具有生理、病理、心理的特殊变化，而且子宫肌瘤的发病率在此时期较高，更增加本病辨治的复杂性。

(1) 虚实标本当权衡

夏师认为，瘀崩是这一时期的重要特征，在肾阴不足或肾阳偏虚的整体病变的影响下，瘀结向干性或湿性方面转化。如肾阴虚，常为津液、水湿不足。而肾主五液，五液亏少，增厚的脂膜与血瘀就渐趋于干性化。如脾肾阳虚，肝气郁结，水湿颇甚，膜样瘀结趋于湿化。

①阴虚热瘀证。症见出血量多，有较大血块，阵发性出血，午后或入晚尤剧，或久漏不愈，色紫红有血块，小腹作胀，偶有作痛，并伴头昏头疼，胸闷烦躁，夜寐不熟，口渴咽燥，腰腿酸软，大便干结，小便黄赤，苔黄质红，脉细弦。治当滋阴清热，化瘀止血。标本兼顾，通涩并施。方选固经汤、四草汤、加味失笑散。药用炙龟板（先煎）15克，炒黄柏10克，制香附9克，椿根白皮10克，马鞭草30克，茜草15克，黑当归10克，赤白芍各10克，失笑散（包煎）10克，血见愁10克，炒川断10克。另服参三七粉，或云南白药，每日2剂，每隔2小时服药一次，务求尽快控制出血。

【病案举例】芦某，女，48岁。近一年来月经失调。经行淋漓不净，有时崩冲量多，经用丙酸睾丸酮、催产素及止血药后，出血减少，常需月余始净。此次适值经行第三日，量多阵下如崩冲，色鲜红有较大的血块，用止血剂后出血未已，伴有头昏头疼，胸闷烦躁，口渴咽燥，夜寐甚差，腰腿

酸软，大便干燥，小便色黄量少，舌质偏红，苔黄，脉弦细滑数。证属阴虚血热夹瘀，治当滋阴清热，化瘀止血。方取固经汤、四草汤加减。药用炙龟板 15 克（先煎），炒黄柏、赤芍、白芍、黑当归、椿根白皮、炒川断各 10 克，马鞭草、鹿含草各 30 克，大小蓟各 10 克，钩藤 15 克。另吞云南白药。药服 5 剂，出血大大减少，转从滋肾调肝，加入二至丸，10 余日即净。之后嘱服杞菊地黄口服液、乌鸡白凤丸善后。

②阳虚血瘀或夹湿热证，多见于崩漏反复发作的中后期，或素体脾肾阳虚的早、中期。症见出血量多，色淡红有血块，小腹作胀，亦呈阵发性出血，伴有头晕腰酸，面色㿔白，神疲乏力，气短懒言，胃脘痞胀，纳食甚差，形体作寒，大便易溏，舌苔白腻，舌质边紫，脉细濡。夏师称之为“虚寒性崩漏”。《金匱要略》用温经汤，明清后侧重温补奇经，夏师则主张温补脾胃而化瘀浊，选补气固经丸、人参鹿茸丸、加味失笑散等加减之。药用：黄芪 12 克，党参、炒白术、茯苓各 10 克，煨木香、砂仁各 5 克，炒川断 10 克，鹿角霜 10 克，炮黑姜 3 克，陈皮 6 克，补骨脂 10 克，失笑散 10 克（包煎），茜草 15 克，血见愁 10 克，艾叶 6 克。必要时加服震灵丹。每次 4 克，一日 2~3 次。另煎红参汤送服。

【病案举例】王某，女，48 岁。一年来月经衍期，行经延久不止，量时多时少，多则崩冲，色淡红有血块；少则淋漓，色红夹血块，小腹隐痛。迄今将 2 月未净，量仍多，腰臀酸楚，足膝冷感，下肢浮肿，头晕目眩，心慌气短，纳食不馨，倦怠无力，夜寐梦多，自汗，便干，但有时溏薄。曾经妇科检查，未发现异常。几经中西药物治疗，效不应手，

转用丙酸睾丸酮及催产素，血仍未止。再服妇康片，胃脘不舒，恶心泛吐而间断。来我院门诊。按脉细弱，尺部尤显，舌有瘀斑，面色㿠白，目窠浮肿。可见脾肾两虚，夹有血瘀。病久则奇脉亏损，阴血大耗，非虚实兼顾不足以疗此疾，方取归脾汤、胶艾汤、加味失笑散进退。药用黄芪、党参各 15 克，白术、茯苓神各 10 克，煨木香 5 克，合欢皮 10 克，炒川断、杜仲、阿胶珠各 10 克，艾叶炭 9 克，失笑散 15 克（包煎），黑当归、赤白芍各 10 克，服药 5 剂，另吞震灵丹，每次 4 克，一日 2 次。

复诊时崩漏已止，纳食稍馨，余症同上。治疗从前方去失笑散、陈胶珠、艾叶炭、赤芍，加入龟板、干地黄等善后，另嘱交替服人参鹿茸丸、金匱肾气丸等。崩漏基本控制，诸症亦除，病遂告痊。

（2）脏腑寒热辨分明

夏师认为更年期所有的病证，寒热错杂者较为多见。更年期崩漏原始病因在肾水亏虚，进而水不涵木，心肝失养，相火妄动；另一方面阴精衰竭，损及阳气，肾阳虚则脾阳亦有所不足，加之肝郁之后克伐脾胃，故临床上可见上热下寒和肝热脾寒两种情况。

①肝热脾寒证。见出血量多，色红或淡红，无血块或有小血块，腹不痛，伴有头晕烦热，胸闷急躁，夜寐不佳，胃脘痞痛，喜热按，腹胀肠鸣，大便溏泄，舌质红，苔白腻，脉细弦少力。本证中肝经郁火、脾胃虚寒并存，清肝加剧虚寒，温中促动肝火，因此挑选清肝温中方药时，不宜影响对立一方的病情，亦有所侧重，如越桃散、丹栀逍遥散合理中汤等，亦可先清肝，血止后转入温脾为主的先后分治法。药用黑山栀 9 克，炒丹皮 10 克，钩藤 15 克（后下），黑当归

10克，苦丁茶10克，鹿衔草30克，党参15克，炒白术10克，炮黑姜6克，砂仁4克（后下），陈棕炭10克，茯苓、茯神各10克，陈皮6克。

【病案举例】池某，女，48岁。患者系更年期崩漏，而又兼更年期综合征。症见崩漏量多，始则色紫红有血块，继则色淡红无血块。腹不痛，每次出血之前常见头昏头痛，烦躁内热，或时烘热出汗，激动流泪，夜寐不佳，甚至失眠；但又见面目肢体浮肿，纳谷不馨，神疲乏力，脘腹痞胀喜热喜按，大便溏泻，苔黄白稍腻，脉细弦数。显系心肝郁火，脾胃虚寒。但多次运用加味归脾汤治疗，虽获小效，终不理想者，缘由加味归脾汤清肝之力不足，施于出血末期则可，而出血初、中期时未免有杯水车薪之感。故出血初期以清肝为主，重用丹栀逍遥散，但脾胃之虚寒又不得不顾。理中汤小其制。药用黑山栀10克、丹皮炭10克、苦丁茶10克、鹿含草30克、钩藤15克（后下），紫贝齿10克（先煎），黑当归10克，炒白芍10克，党参10克，炒白术10克，连皮茯苓10克，炮姜3克，陈皮6克，炒川断10克。服药后出血已少，转用加味归脾汤、防己黄芪汤等，着重心脾虚寒论治，下次仍如法施治，连续4个周期，病情稳定，健康恢复，工作正常。

②上热下寒证。心肝郁火、肾阳偏虚并存，证型矛盾复杂，亦是更年期崩漏较为常见的证型。症见月经周期紊乱，或则量多如冲，或则淋漓不净，色红质粘，或色淡红无血块，伴有头晕头痛，血压偏高，胸闷烦躁，口渴咽燥，烘热汗出，心悸失眠，面浮足肿，小腹胀满，小便频数，或小便清长，腰腿酸软，形寒肢冷，舌质淡红，苔黄白腻，脉细弦。夏师以滋阴助阳、清肝宁神为主。方选二仙汤或震灵丹

加清心肝之品，药虽有寒有温，但各侍其主，各归其经，并无相反相畏之虞，夏师常用仙灵脾、仙茅、巴戟天、鹿角胶、菟丝子、川断，专入肾经，升命门之火，以钩藤、丹皮、鹿含草、黑山栀、苦丁茶、紫贝齿、合欢皮，清心安神，平肝潜阳。

【病案举例】刘某，女，45岁。患崩漏及眩晕已2年，据述每将出血之时，均有头晕欲仆之象，并伴胸闷，烦躁，恶心泛吐，心悸失眠，烘热汗出，便艰尿黄，腰膝酸楚，出血时量多如冲，色红或有血块，5~7天后转为淋漓，色淡红，无血块，两足冰冷，形体畏寒，尿频，尿多，午后跗肿，舌质红，苔黄白腻，脉细软或细弦。经用丙酸睾酮、催产素、妇康片后出血虽有好转，但停药后出血依然，加服降压片，血压下降而诸症未失，不得已，来我院门诊。再三考虑，病属上热下寒，其下寒者确系肾阳偏虚，但阴亦不足，无以涵养心肝，心肝气郁化火，复加烦恼激之，则阳火上亢生风，风阳上旋，有升无降；又虑崩冲如不控制，下元更虚，虚则更逆，逆则益升，厥脱至矣。故急拟补肾固冲，温敛其下，熄风静阳，清降其上。取二仙汤、震灵丹加减之。药用仙灵脾、鹿角胶、续断、赤石脂、炙乌贼骨各10克，仙茅6克，钩藤（后下）、炙龟板（先煎）、紫贝齿（先煎）各15克，女贞子、墨旱莲各10克，佛手片6克。药后血少，续服5剂血止。迨后经行，仍按此法调治3月，平时嘱服杞菊地黄丸合五子补肾丸，崩漏基本痊愈，血压稳定，诸症渐平。

三、崩漏癥瘕多同病

更年期崩漏，多兼症瘕疾患。子宫肌瘤病属癥瘕，多属

气滞血瘀，但脏腑失调、气血亏虚、阴精不足也是重要原因。《中藏经》早有论述：“积聚癥瘕，皆五脏六腑真气失而邪气并，遂乃生焉。”夏师结合临床，提出子宫肌瘤之崩漏多从血瘀论治，亦应考虑到气阴的问题。虚瘀同调、着重化瘀乃是控制出血、提高疗效的关键所在。

①子宫肌瘤血瘀证。常表现为经行量多，或淋漓不断，色紫红或紫黑有血块，小腹作痛，平时或有白带量多，色黄、质粘腻、有腥味。妇科检查：子宫增大，或如孕50天大小，或如孕2~3月大。硬而不规则。如属粘膜下肌瘤，需通过宫腔镜检查，或子宫碘油造影才能发现。舌质紫黯，或有紫点，苔正常，脉沉涩。治当化瘀止血，稍佐扶正。方选加味失笑散合举元煎，或震灵丹合举元煎。药如：黑当归、赤白芍各10克，炒五灵脂10克，炒蒲黄6克（包），花蕊石10克（先煎），炙乳没各6克，炒续断10克，血竭6克，党参10克，白术10克，茯苓10克，陈皮6克，炙甘草6克。如兼心肝郁火，症见头疼，烦躁，口渴，舌红，加黑山栀、炒丹皮各10克，荆芥6克，鹿衔草30克。如兼有脾肾虚寒，症见腹胀便溏、腰酸形寒、脉细濡者，加赤石脂、禹余粮各10克，炮姜6克，鹿角霜10克。

【病案举例】赵某，女，44岁。患者月经先后无定期，经行量多、腹痛3年。近一年来经行量多，5天后转为淋漓不净。伴有腹痛腰酸，头昏神疲，胸闷心悸，口干目涩，舌淡苔薄腻色紫，脉象细弦。血常规：RBC： $2.72 \times 10^{12}/L$ ，Hb：83g/L；妇科检查：宫体增大如孕40~50天大小、质硬、表面高低不平，左前壁均突起感，后壁沉重感；B超：内部光点分布欠均，内可见多个境界不清的光团，其中一个1.3cm×0.9cm印象为子宫肌瘤可能。适值经期第二日，量

中等，色暗红夹血块，腰酸腹痛明显，不得不予以扶正化瘀，方选加味失笑散加入补肾益气之品，药用：黑当归 10 克，赤白芍各 10 克，五灵脂 10 克，蒲黄 6 克（包），制香附 9 克，玄胡 10 克，制乳没各 6 克，续断、党参、白术各 10 克，陈皮 6 克，丹参 10 克，药服 6 剂。经行第 2 日下午至第 5 日依然量多，但较以往为少。7 天即净，之后转予补肾为主，稍佐益气养血化瘀消结，取归芍地黄汤合活络效灵丹加入黄芪、太子参、枸杞子治之。前后治疗 3 个月，崩漏好转，周期建立，继续从月经量多、痛经之子宫肌瘤调治。

②崩漏反复不止，日久耗伤气阴，可转为“子宫肌瘤兼虚证”。症见出血量多，色紫黑有血块，小腹作痛，头晕耳鸣，心悸失眠，神疲乏力，面浮足肿，腰腿酸软，舌质花裂，边有紫点，脉细涩或虚大。治当补气养阴，化瘀止血，方选归脾汤、固经汤、加味失笑散等，药如：黄芪、党参、白术、茯苓、合欢皮、炒五灵脂各 10 克，炒蒲黄、血竭、煨木香各 6 克，血余炭 10 克，炙龟板 15 克（先煎），椿根白皮、炒续断、墨旱莲各 10 克。夏师体会子宫肌瘤反复出血，未有不气血两虚者。但更年期由于阴精渐虚，子宫冲任失于涵养，故妇科检查子宫肌瘤质地硬，脆性增强，因而极易出血，务必在补气化瘀法中照顾及此。同时不宜使用当归、川芎、丹参及益母草、炒枳壳等收缩子宫及易致出血增多的药品。如必用之，须炒炭，取其止血作用。

纵览夏师关于本病的辨治，其博古研今的治学特色贯彻始终。夏师以肾阴不足为崩漏基本病因的思想，无疑来自《素问》及《东垣十书》；其关于血瘀致崩的认识应与《千金要方》、《血证论》的理论密切相关；所创“膜性瘀结”理论则是受到朱丹溪“脂膜源自全身”的启发。他独创性地提出

一系列新概念，如“子宫的反馈作用”、“子宫脉络的脆性”、“膜性瘀结”、“瘀崩的特异性、多样性、相关性”等，都是在深研中医理论的基础上，结合西医学知识，并融汇于医疗实践中，不断总结出来的经验。

原发性痛经

痛经指女性月经期前后或在行经期间，出现周期性下腹部痉挛性疼痛，常痛引腰骶、痛剧昏厥，或者行经末期经净后短时期内小腹坠痛隐痛，影响日常生活者。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妇女中最常见的妇科疾病之一。发病率达30~50%，其中大约10%左右的患者由于月经的疼痛，难以正常工作和生活，因而诊治原发性痛经对改善女性个体健康，提高工作效率、生活质量有着重要的意义。

痛经之症，前人称“行经腹痛”，最早记载见汉代《金匱要略方论·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》列出治疗痛经方温经汤，并责之“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。直至《景岳全书·妇人规·经期腹痛》，对本病辨证作了较系统的论述，接着《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。夏师纵贯前人对本病发生的认识，结

合西医学有关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，认为这与前人所提出的先天赋禀不足，后天风冷、寒湿、气滞瘀阻胞宫致使经行腹痛颇相谋合。

有关痛经的病因病机，夏师则认为，本病起于初潮后，起初即痛经或行经1~2年后出现严重症状，按照《内经》中女性生长发育的阶段特点，此时正是肾气盛、天癸至的时期，若经行疼痛，势必首先要考虑肾与天癸系统的功能。《圣济总录》中论“室女月水来腹痛”中说：“室女月水来腹痛者，以天癸乍至，荣卫未和，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，疴刺疼痛。”这一论说阐述初行经时期，天癸刚至，心肾坎离之间尚未达到正常的调济水平，寒凝胞脉，致使气血失畅，发为腹痛。究其原因，多由禀赋不足、素体薄弱、肾气欠盛、子宫发育不良、宫颈管狭窄，以致经血排泄困难，不通则痛。

当然，由于气血的运行不畅致“不通则痛”，因此治疗痛经着眼于“通则不痛”，无可非议，但是在临床实践过程中夏师注意到发生疼痛剧烈以致晕厥者，除不通则痛外，还与心肝的因素有关。《素问·病机十九条》中说：“诸痛疮疡，皆属于心”。说明一切疼痛，均与心脑神明有关，反过来说，心脑神明是主感疼痛的脏腑，且血脉亦属心之所主，胞脉属心而络于胞中，行经而腹痛，胞宫和胞络、胞脉发生痉挛收缩，受到心脑神明的直接影响。《金匱要略·心痛短气病脉证治》“失脉当取太过不及……所以胸痹心痛者，以其阴弦故也。”《金匱要略·腹满寒宿食痛脉证治》曰：“寸口脉弦者，即胁下拟急而痛”，可见《金匱要略》以阴弦即尺脉弦，或

小口脉弦者均主痛，弦脉者，一般属于肝脉，说明疼痛与肝有关。夏师在临床亦常告诫我们，痛经患者尤其是疼痛剧烈者脉象出现弦象，或者弦紧，或者弦而不畅。由此可见气血不通失畅，脉络包括子宫收缩不伸，甚则痉挛状收缩，再加上心肝因素的影响，从而发生疼痛，甚则晕厥。目前临床上常有青春发育期女子，由于学习紧张、考试精神负担太重，常招致心情压抑，加上月经初潮、心理不适，加重情绪之烦恼，或抑郁或恚怒，均致气机郁滞，血行不畅，冲任气血运行受阻，经血难以正常下泄，发而为痛。

若因久居阴湿之地，或初行经摄生不慎感寒淋雨，贪凉饮冷，或迁居寒冷之地，寒湿伤于下焦、客于胞宫，以致寒凝经血、血行失畅，不通则痛。前人论痛经多责之风冷客于胞络冲任。如《妇人大全良方·卷之一》“寒气客于血室，血凝不行，绪积血为气所冲，新血与故血相搏所以发痛。”《素问·举痛论篇》“岐伯曰：寒气客于脉外则脉寒，脉寒则缩卷，缩卷则脉绌急，绌急则外引小络，故卒然而痛，得炅则痛立止”。后世注释家认为缩卷即收缩不伸，卷者曲也，绌急即卷缩如缝连也，即是痉挛状，炅者，热也。明确地说，即感受寒凉后大小脉络出现一种收缩痉挛状态，是以发生痛经。

若平素气血不足，或母体孕育之时，胞宫内营养欠缺，致成虚弱体质，抑或幼年大病、重病，气血亏损，冲任胞脉失养，不荣而痛。正如《景岳全书·妇人规》所曰：“凡妇人经行作痛，挟虚者多，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。”

夏师认为，导致以上诸种病变，关键还在于肾虚与阴阳

消长转化，特别阳长至重这一方面有所失调，再加上心肝等因素，以致痛经发作有一定顽固性。

对原发性痛经临床特点，他认为：①发生于排卵周期，初潮或此后6~12个月发病；②每次痛经通常多在经潮后发生，最早在经前12小时出现，疼痛持续48~72小时；③疼痛多呈痉挛性，位于耻骨联合上，可放射至腰或大腿内侧；④妇检无阳性体征。

原发性痛经的辨证颇为重要，围绕疼痛与经血的关系，进行具体的分析，夏师认为痛经辨证的要点主要从以下几个方面着眼。

1. 从疼痛的性质、程度上分析。如胀甚于痛，时痛时止，乃气滞为主；痛甚于胀，持续性抽掣性痛、阵发性剧痛乃血瘀为主；刺痛多为瘀热证，少数可能为寒瘀证，甚者血虚证；跳痛乃热瘀交阻，注意有无炎性病灶存在；绞痛、收缩痛多为寒瘀证；绵绵隐痛、空痛、挛急性痛，按之疼痛减轻者，均为虚证；少腹及腰部酸冷性痛，喜热喜按者，多为寒湿证；灼热性痛，得热痛剧者，多为热证；下坠性痛有虚有实，经行初期见此多为实，但常是本虚标实证，经行后期见此多为虚证。但临床上极为复杂。如小腹胀痛剧烈，按之减轻，经行将净，坠痛剧烈，按之无益，这些均为虚实夹杂证，绝大多数属于肾虚血瘀证。因此，不可拘泥于“经前经期痛属实，经后痛属虚，疼痛剧烈拒按者属实，疼痛较轻喜按者属虚”之说。

2. 从疼痛发生的时间上分析。经前小腹胀痛多属气滞，行经腹痛多为血瘀，经净后腹痛多为虚。但是经期腹痛，还有初、中、末（或称后）三个时期的区别。行经第一天或者涉及第二天疼痛剧烈者，除因生理异常或宫体前后屈曲，经

血不易排出外，一般作血瘀论治，行经第2~3天疼痛剧烈者，血瘀较重，与肾阳脾气之不足有关。行经末期，或称后期，疼痛一般较轻，就可作虚证论治。

3. 从疼痛发生的部位上分析。一般来说小腹部是子宫所居之地，经期发生疼痛，必与子宫血瘀有关；两少腹胀痛又与肝郁气滞有关；腰部疼痛，大多与肾有关；阴部、少腹部及乳房部抽掣痛，前人谓之吊阴痛，又必与肝肾有关，至于牵引腰骶、臀部，上冲胃脘等处疼痛，亦当从有关经络脏腑所在部位分析。

4. 对一些无明显病因的原发性痛经，经治而疗效不明显者，还须作基础体温测量、阴道细胞学涂片检查雌激素水平、子宫内膜活检及内分泌测定，以进一步明确有无内分泌功能障碍，而有助于阴阳气血的辨证。有条件的地方可检验前列腺素，结合辨病论治，更能提高疗效。

本病治疗以止痛为核心治疗，因其病理机转的虚实两端，实则不通则痛，采用温通法，得温则行，寒得温则散，瘀得温则化之，所以温通为治痛经常用大法；其次为止痛之法。夏师认为其一宜温，血得温则行，得寒则凝，欲其通也，必须温之，首选之药如肉桂、艾叶、制附片、炮姜、吴茱萸、小茴香、川芎等。其二止痛，凡活血化瘀药，如大黄廑虫丸，用虫类药化瘀止痛，还有三七、血竭、石打穿等均属此类；再是理气止痛，如乳香、没药、延胡索、五灵脂、石打穿、景天三七等止痛之品；其三镇静，前人曾有“诸痛疮疡，皆属于心”之说，因此疼痛与心神关系极为密切，凡心情紧张、恐惧，对疼痛敏感者，其痛必剧，因此安定心神，药用镇静，亦为要着，如钩藤、紫贝齿、青龙齿、琥珀、延胡索等重剂皆有此效，宜加入痛经方中；其四降低前

列腺素含量，缓兵之计解子宫痉挛性收缩，才能真正地缓解痛经。根据临床观察，延胡、乳香、没药、钩藤、琥珀等所以能止痛，还包含着有程度不同降低前列腺素的作用。

痛经偏重于寒湿者，可用《医宗金鉴·妇科心法要诀》之吴茱萸汤加味，药用吴茱萸、川桂枝、当归、赤芍、细辛、藁本、干姜、防风、木香、炙乳没等，痛剧者加入全蝎、蜈蚣等品。肝经郁火证一般应用《傅青主女科》宣郁通经汤，而临床上因其疼痛剧烈，常加入金铃子散，即金铃子、延胡索等；如小腹冷感者，反佐肉桂或吴茱萸轻量。虚证性痛经，就临床来看主要有两个方面：一是阴血亏虚，脉络失养，宜重用归、芍，加少量甘草；二是阳虚气弱，出现气虚壅而不畅，在温阳补气的前提下加木香、延胡索即可；如属气虚下陷之坠痛者，黄芪、党参必须重用，稍稍加入柴胡、升麻之类。

治疗原发性痛经，夏师认为服药时间颇为重要。经间排卵期及行经期是月经周期中两次重要的转化时期，适时用药，收效较好。尤其是经间排卵期服补肾调气血药极为重要，如能使功能恢复正常，将大大减轻行经期的腹痛。

临床他对原发性痛经具体证治方法是：

(1) 肾虚瘀证：当见有月经后期，经量少，经色紫红有血块，行经期第一日腹痛剧烈，伴腰酸膝软、小便清长，初经后即有月经不调史，舌质偏红、苔白、脉细弦等症状。治用化瘀止痛、补肾通络法。痛经发作时，用艾附暖宫丸（《仁斋直指》）加减，药如艾叶 6 克、香附 10 克、吴萸 6 克、川芎 5 克、赤芍 10 克、官桂 5 克、炒五灵脂 10 克、炒玄胡 12 克、石见穿 10 克、枳壳 12 克、益母草 12 克、路路通 12 克。月经干净后，以补肾育宫汤加减，药用：炒当归

10 克、炒白芍 10 克、淮山药 15 克、熟地 10 克、川断 10 克、菟丝子 10 克、紫河车 10 克、茺蔚子 15 克、川芎 6 克、肉苁蓉 6 克、柏子仁 10 克；由月经干净后 7 天服至经前 3 天停用。若伴胸脘不舒，纳谷欠佳，去熟地、山药，加用广郁金 10 克、苏梗 10 克、陈皮 10 克；小腹空坠、隐痛不已去柏子仁、熟地，加黄芪 10 克、益母草 15 克。

(2) 气滞血瘀证：当见有行经落后、量不多，色紫红或紫暗，有小血块，经前小腹作痛，胀痛或重坠感明显、拒按，胸闷乳胀，烦躁或抑郁，口唇紫色，脉细弦，舌苔薄黄。治用理气疏肝、化瘀止痛法。对偏于气滞者，用加味乌药汤加减，药用：乌药 10 克、制香附 10 克、炒玄胡 10 克、青皮 10 克、当归 12 克、赤芍 10 克、川牛膝 10 克、广木香 6 克、枳壳 10 克、炒五灵脂 10 克、山楂 12 克。偏于血瘀，以膈下逐瘀汤加减，药用：当归 10 克、赤芍 10 克、川芎 5 克、延胡 10 克、五灵脂 10 克、桃仁 10 克、红花 10 克、乌药 10 克、青皮 10 克、制香附 10 克、炒玄胡 10 克、枳壳 10 克、丹皮 10 克、甘草 3 克。经前 3 天至经期，水煎分服，每日 1 剂。若头痛眩晕加白蒺藜 10 克、钩藤 15 克；肝郁脾虚便溏者去当归，加炒白术 10 克、炮姜 5 克。子宫过度后倾后屈，经血难以顺利排出致痛者，服药同时每日采用膝胸卧位 1~2 次，每次 15 分钟，以纠正子宫位置，减轻痛经程度。

(3) 寒湿证：月经落后而至，经量少，色紫暗，夹有血块，一般于行经第一天小腹阵发剧痛，得热则舒，形寒怕冷，关节酸痛，舌苔白腻，脉沉细。用温经散寒、活血止痛法治之。方选少腹逐瘀汤加减，药用吴茱萸 6 克、炒当归 12 克、川芎 6 克、党参 10 克、肉桂 6 克、炒玄胡 12 克、艾叶

6克、半夏10克、阿胶9克、炒赤芍10克、生姜3克、炒五灵脂10克。经前经期水煎服，每日1剂。如有胸胁胀痛加柴胡6克、青陈皮各6克、枳壳10克；关节酸痛加川桂枝5克，制附片6克，鸡血藤20克。

(4) 气血虚弱证：常有后期或先期，经量偏少，或有量多，色淡红，无血块，经期及经后小腹隐痛、坠痛，绵绵不休，面色少华，头昏心悸，神疲乏力，食欲不振，经行便溏，舌质淡、苔薄、脉细弱。治宜益气健脾、养血缓急止痛法；方选八珍汤加减；药用：党参15克、白术10克、茯苓10克、炒当归10克、炒白芍20克、炙甘草5克、熟地10克、川芎5克、生炙黄芪各10克、炒玄胡10克、益母草15克。本证应重用党参、黄芪以益气生血。夹有血块腹痛者加失笑散10克、花蕊石15克；便溏严重，腹痛较著者去当归、川芎，加煨木香6克、补骨脂10克、炒谷芽10克；夜寐不能，心脾虚者，加炙远志9克、夜交藤15克、合欢皮10克、大枣5个。

(5) 肝郁化火证：常有月经先期或先后不定期，经量偏多，色紫红有血块，夹有粘液，经前经期少腹胀痛，灼热性痛，刺痛，胸闷烦躁，口苦口渴，乳房胀痛，触痛，溲少便结，舌质红、苔黄、脉细弦，治宜清热解郁、化瘀止痛法，方选宣郁通经汤加减；药用赤白芍各10克、炒当归10克、丹皮10克、柴胡5克、炒山栀9克、香附10克、郁金10克、黄芩10克、五灵脂10克；经前3日开始水煎服，每日1剂，经行则停。如有胸闷腹胀加青陈皮各6克、乌药9克，头眩目晕加天麻、菊花各9克。

(6) 肝肾不足证：常见有月经先期或后期，经量偏多或少，色红无血块，小腹隐痛，头昏腰酸，夜寐差，舌质红，

脉细弦等症。治宜调补肝肾、养血止痛法，方选调肝汤加减。药用山药 10 克、阿胶 10 克、白芍 10 克、炒当归 10 克、山萸 6 克、巴戟天 10 克、川断 12 克、甘草 3 克、枸杞子 10 克。经行服至经后 3 日停。腰骶疼痛加杜仲 15 克、狗脊 12 克，少腹疼痛引及两胁疼痛加川楝子 6 克、延胡索 12 克。本证为不荣则痛，主要是肾气不足或肝肾亏损，急则止痛之后，要顾护肾气，帮助子宫发育，为治本之法。

以上证治当中夏师认为，原发性痛经其治疗的重点（尤其是青春后期）着重在于补肾调周。经后期滋阴养血，以归芍地黄汤加减，奠定月经周期中转阳的物质基础。然而其重点应掌握月经周期后半期的调治，即经间排卵期、经前黄体期的治疗，有着重要的临床意义。经间排卵期，是重阴必阳、阴转化为阳的重要时期，转化顺利，气血活动顺畅，排出卵子，阳气始旺，这是月经周期中的节律活动，也是阳长的奠基时刻。一般来说痛经与排卵有关，之所以有关者，缘排卵期及行经期的转化尚有欠顺利之处，经间期治疗之所以重要，不仅是阴转阳的顺利，关键还在于转阳，为阳长奠定基础。经前期补肾助阳既可补阳的不足，又可调节阳长之有余，调节孕酮分泌，即一般所谓双相调节作用。一般在经间排卵期，运用补肾促排卵汤，药用炒当归、赤白芍、淮山药、山萸肉、熟地、丹皮、茯苓、川断、菟丝子、紫石英、紫河车、红花、川芎等品；经前期再从上方去川芎，加入钩藤、制香附或炒柴胡、五灵脂、琥珀等类药物；行经期再予辨证施治。亦可以采用药物抑制排卵，控制孕酮分泌。因为考虑到青春发育期，多采用补肾调气血方药，使之功能发挥正常，届经前或经期，注意使子宫局部血液流畅，防止其局部痉挛性缺血，注意维生素 B₆ 类及其摄入，利用维生素 B₆

促进镁离子 (Mg^{++}) 透过细胞膜, 增加胞浆内 Mg^{++} 浓度。治疗原发性痛经, 一般每日量 200mg, 4 周后可见红细胞镁含量增加。也可与镁-氨基酸化合物合用, 每种各 100mg, 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。

近年研究表明, 原发性痛经仍以子宫痉挛性收缩和病人剧烈疼痛密切相关, 故缓和子宫挛急不必为止痛直接方法, 药物一般如在各证治方中加用芍药甘草汤, 痛剧他药无效时加入蜈蚣、全蝎、地鳖虫等虫类解痉止痛药。其他可采用温针灸, 针刺血海、三阴交, 温灸气海、关元、子宫穴。

综上所述, 原发性痛经的发生, 多因先天不足, 禀赋虚弱、肾气未盛、肝肾亏虚、子宫发育不良, 或体态因素, 子宫形状屈曲, 颈管狭窄, 或气血不足、体质虚弱、胞脉失养, 不荣而痛; 再则多因寒湿积于胞宫, 或情志伤肝、气滞血瘀、血行不畅、不通则痛, 此种疾患经期冲任气血变化, 所以矛盾显露, 诸种病因而致病理各种变化, 骤然发病, 在非行经期, 冲任气血平和, 致病因素尚未能引起冲任、胞宫气血局部变化, 故不表现出疼痛。然而平时的治疗并非比行经期治疗不重要, 所以提倡“治未病”的观点, 利用中药在排卵期促进阴阳顺利转化协调阴阳, 维持经前期阳长至高水平, 以利于行经期转化。或针对致痛因素, 拟治本之法, 缓解这些促使子宫局部产生疼痛变化因素, 达到止痛治疗之目的。所以夏师对原发性痛经的认识及其治疗, 归纳起来即: 经行者及经期止痛为治疗之权宜之计, 经后与平时调整肾与诸脏之间阴阳平衡, 加强肝肾涵养之功, 促进脾胃生化之源, 交济心肾阴阳平衡, 从根本上消除病源, 达到从根本上治疗之目的。

【病案举例】洪某，女，16岁，学生。月经来潮前1~2天鼻衄，色鲜红，伴有乳房胀痛。经行量少，色鲜红，无血块，两少腹疼痛，腰酸，头痛目胀，口干苦，心中烦，舌红、苔黄，脉细弦数。此乃肾阴不足，肝火炽盛，载血上行所致。治宜清肝泻火、降逆止血为先。顺经汤合宣郁通经汤加减：龙胆草、黄芩、栀子、生地、白芍、丹皮、淮牛膝各10克，茅根15克，延胡索6克，荆芥炭6克。服上药3剂后，经前鼻衄止，经量增多，腹痛、头痛诸症均减轻。经后，投予滋肾柔肝之品，方用二至地黄丸加减，治疗3个月后，经前鼻衄、经行腹痛未见复发。肝经郁火，本在于阴虚。其疼痛在于郁与火互见。郁则气滞，逆则化火，火盛灼伤胞脉、胞络或迫血妄行。治当看重清降，而经后期应从肾阴治疗，方能巩固。

【病案举例】盛某，女，28岁，已婚。经行少腹痛已6年，婚后3年未孕。妇检无异常。痛经起于经期淋雨之后，经行小腹痛剧，痛时欲滚，拒按，得热稍缓，经量少，色紫黑，有血块，血块下后痛减，舌暗淡，苔薄白，脉细涩。乃为寒凝胞宫，气滞血瘀，不通则痛。治宜温经散寒、活血化瘀，方用《妇人良方》温经汤加减：当归、赤芍、红花、丹皮、香附、延胡索、三棱、五灵脂、蒲黄各10克，益母草30克，肉桂3克。经前经期服上药7剂，当月腹痛即减，经后改服艾附暖宫丸，下次经前及经期以原方加减。治疗2个月后，腹痛已愈，5个月后特来告之，已妊娠2个月。此为寒凝胞宫、气滞血瘀型痛经，经前经期以温经散寒、活血化瘀为治则，祛邪为主；经后以温肾调气血，扶正为主。临床使用，屡见效捷。

子宫内膜异位症

子宫内膜异位症，是具有生长功能的子宫内膜组织出现在子宫腔被覆粘膜以外的身体其他部位，这些异位的子宫内膜组织受卵巢内分泌影响，亦呈周期性改变，因而引起所在部位的一系列病变。本病发生的高峰年龄在30~40岁，其实际发生率较临床所见为多，妇科其他疾病而行剖腹探查时，或对切除的子宫、附件标本作病理检查时发现，约有20%~25%的患者有此病存在。近年来在世界范围内有上升趋势，是目前常见妇科疾病之一。病变部位有所谓内在性与外在性子宫内膜异位症之称，前者为异位内膜位于子宫肌层，后者则指子宫以外的其他部位如卵巢、子宫韧带、直肠凹陷等处。子宫内膜异位症在组织学上是良性的，恶变是罕见的，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。属于妇科领域难治病之一。

子宫内膜异位症属中医“痛经”、“癥瘕”、“不孕”等范畴，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，背脊疼，深达腰腹，……此病令人无子。”

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，其主要病理产物是痰、瘀，瘀血阻滞，不通则痛而见痛经；痰瘀积久遂成癥瘕。

夏师认为，本病主要是由于肾阳虚弱，经行感寒，或者经期行经不畅，余血蓄积，逆流于子宫之外，蕴结于脉络肌肉之间，形成本病。所以肾虚瘀结为发病基础，加之情志内伤，肝郁气滞，冲任气血运行不利而瘀滞不行导致发病；或是由于体质不足、脾胃虚弱，或者大产、流产后，正气虚弱，气虚下陷，瘀浊郁结于下所致。若病程较长，肾虚及脾，脾肾阳虚，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，本病的主要机理是肾虚气弱，正气不足，经产余血浊液流注于胞脉胞络之中，泛滥于子宫之外，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，所以在临床属难治的疾患。

由于以上的病理过程，在临证夏师常要我们把握本病的临床特征，如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。

在治疗上急则治标，化瘀止痛；缓则治本，从脏腑论治。夏师提出补肾助阳、益气补阳、疏肝宁心等法。具体方法如急则治标，化瘀止痛，乃是经前期内异症发作疼痛时常

用的方法。由于内异症所致的痛经，常呈进行性加剧，疼痛剧烈时子宫呈痉挛状收缩，换言之，即子宫呈痉挛状收缩必然出现剧烈性疼痛，缓解痉挛的全蝎、蜈蚣，甚则地龙等止痉药物需要运用。夏师自制了内异止痛汤，药用钩藤 15 克，丹皮、紫贝齿（先煎）、丹参、赤芍、川断、肉桂、广木香、五灵脂、元胡各 12 克，全蝎粉 1.5 克，蜈蚣粉 1.5 克（另吞）。一般经前 1 天开始服，连服至 3~5 剂，或至经净停药。如疼痛虽然剧烈，但尚能忍受者，可去全蝎、蜈蚣，加入琥珀粉 1.5 克（蜜调另吞），徐长卿 9 克；如出血量多者，可加入炒蒲黄 9 克，血竭粉 1.5 克（另吞），荆芥炭 6 克。除此之外，由于疼痛剧烈，大多数患者有着恐惧紧张的心理状态，因而在运用活血化瘀、和络止痛法时夏师主张加入宁心安神、镇静的药物，以有利于止痛。缓则治本，即是在经行之后，根据体质类型和临床表现的症状，可予补肾助阳、益气补阳、疏肝宁心等法治疗。

肾虚瘀结证见有经行不畅，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。他常用活血化瘀、消癥止痛之法，治疗方选琥珀散加减；药如琥珀粉 3 克（分吞），当归 10 克，赤芍 10 克，生蒲黄 6 克（包煎），延胡索 10 克，肉桂 3 克（后下），三棱 9 克，莪术 9 克，制乳没各 6 克，广陈皮 6 克。经前、经期水煎分服，每日 1 剂。如果症见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，苡仁 15 克等。

若兼气滞证，见经行小腹胀痛难忍、拒按，月经提前或错后，经色紫红，质稠有血块，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。治当用疏肝解郁、化瘀止痛之法，治疗方选血府逐瘀汤加减；药如桃仁、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。此方宜经前 5 天服至月经期，水煎分服，每日 1 剂。方中可加地鳖虫、昆布、海藻各 12 克，以软坚散结。如果症见腹痛剧烈者加血竭（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、山栀子各 12 克，以清热活血。

若兼气虚证，见有经后一二日或经期小腹隐隐作痛，或小腹及阴部坠痛，常喜揉按，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。治宜益气升阳、化瘀止痛之法，治疗方选补中益气汤加减；药如党参 15 克、黄芪 15 克、白术 10 克、陈皮 6 克、升麻 5 克、柴胡 5 克、当归、赤芍、五灵脂各 10 克，月经期服至结束后 1 周，水煎分服，每日 1 剂。如小腹冷痛者加炮姜 5 克、肉桂 5 克（后下）、石打穿 15 克。

如果病程日久，痰瘀互结，症见腹部包块或直肠陷凹及子宫骶骨韧带处可触及结节，经行腹痛，形体偏胖，带下量多，质粘稠，月经量少色暗，质粘腻，头晕心悸，胸闷泛恶，苔白腻，脉滑涩。治当蠲化痰浊，活血消瘀，方选苍附导痰汤合血府逐瘀汤治疗。药如制苍白术各 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 20 克。

经前 3~5 天时服，水煎每日 1 剂温服；若痛经剧烈者，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，加白芥子 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。包块较大者，应接受手术治疗。

夏师在较长期的观察后认为，子宫内膜异位症虽以痰瘀为患，而与肾、肝、脾及心诸脏的功能失调相关，尤其是与肾阴阳的失衡有重要关系。因此，在治疗上他提出以下几种方法供参考运用：

1. 补肾助阳法的运用。子宫内膜异位症的瘀结与肾阳不足有着重要的关系。阳气不仅能推动气血的运行，而且有助于瘀血的溶化与吸收，同时对水湿津液脂肪的代谢运化也有着重要的作用，故阳不足不仅能使血滞成瘀，而且也易使水湿、脂肪代谢运化障碍而有所积聚和凝结。夏师发现该病患者一般均有盆腔不同程度的积液，从而也证实阳气不足，气化不利，水湿、津液不运的论点。曾经观察了 33 例内异症的基础体温，即 BBT 高温相的变化，其中 BBT 高温相失常者有 4 型。I 型：高温相示缓慢上升明显者，常与低温相失常伴见；II 型：高温相偏短者，即高温相持续 8~10 天者；III 型：高温相不稳定，波动在 0.2°C ~ 0.3°C 之间；IV 型：高温相偏低，与低温相温差在 0.2°C 。故凡临床上较剧之痛经，呈进行性加剧，及具有上述四型 BBT 高温相失常之一，且子宫内膜抗体呈阳性者，可考虑诊断为子宫内膜异位证。内异证从 BBT 高温相失常者亦可看出肾阳不足是本，痰瘀凝结是标。他对“子宫内膜异位性痛经”深有体会地指出：温补肾阳，提高冲任气血的通畅是抑制内异症发生发展

的有利措施。BBT 高温相的偏短、偏低、欠稳定等四种失常类型，有助于肾阳不足的诊断与辨治。运用补肾助阳的方法方面，他根据自己的临床经验，提供选择的方药，如毓麟珠、右归丸、定坤丹及他自制的补阳消癥汤（《实用妇科方剂学》）等。其中淮山药、川续断、菟丝子、紫石英、肉苁蓉等品为基本的常用药。服药后 BBT 高温相得到程度不同的恢复，一般行经期均能有效控制或能缩短疼痛的发作。这说明温补肾阳在治疗中的重要意义，但是必须指出，补肾助阳，不能忽略结合补阴，此乃阴阳互根的关系，也即阴中求阳的道理。

2. 益气补阳法的运用。据临床观察所得，内异症患者的确存在着阳虚气弱、脾肾不足、气虚下陷的症状，常可见小腹与肛门坠胀、神疲乏力、大便易溏等。尽管坠胀坠痛未必就是气虚，或者说是“瘀结”的反应，但伴见神疲乏力，大便易溏者，当属气虚或兼有气虚。曾经有一例患者在服用较强的活血化瘀方药后，小腹之坠胀坠痛更为明显，用补气药后有所好转，说明此例坠胀坠痛是与气虚有关。李东垣的补中益气汤、张景岳的举元煎是最为常用的方药。他常在经前、经期时在一些活血化瘀方药中加入黄芪、党参、陈皮、升麻、柴胡等品，服药后，对改善临床症状，特别是小腹肛门的坠痛有明显的作用。有一张姓患者，40 岁，系子宫内膜异位性痛经 5 年余，体质较弱，每逢经前经期及经将净时，小腹坠痛频剧，且进行性加剧，伴有腰酸神疲，经前胸闷烦躁，乳房胀痛，行经时大便溏薄，脉象细弦，舌质淡红边紫，曾经多次运用活血化瘀的方药，包括生化汤在内，疗效欠佳。不得不转用香砂六君汤、补中益气汤，小腹坠胀有所改善，但进步不大，求夏师诊治，嘱其测量 BBT，观察

高温相的变化，示高温相不稳定，且高温相偏短，夏师始从肾阳虚论治，进补阳消癥汤，BBT 高温相有所好转，但痛经未减，坠胀大为明显，且伴有神疲乏力，很明显是阳虚气弱夹有血瘀，因此，不得不在补阳消癥汤基础上加入黄芪、党参、甘草、陈皮、升麻等品，服药后，小腹及肛门坠痛明显减轻，续服 3 个月经周期，基本上控制症状。但是必须指出，如果没有脾弱气虚下陷症状，就不必组合本法本方，特别是行经期，免得影响月经之排泄。

3. 疏肝宁心法的应用。疏肝宁心法在内异证的治疗中，是一个重要的兼治法，甚者在某一阶段中也可算作是一个重要的治疗方法。根据夏师临床观察，内异症患者兼夹心肝症状者，亦系为多见。虽然，心肝在本病中不占主要地位，但是不能忽略其对本病形成和发展的一定影响，而且心肝在疼痛的发作上有重要的意义。所谓“诸痛疮疡，皆属于心”、“痛脉多弦，弦脉属肝”，且心藏神，肝藏魂，神魂与精神意识的活动有关，肝藏与冲脉亦密切相关，不仅藏血以支持血海不足，而且肝主疏泄之功能不足，肝气疏泄不利，又将形成肝郁气滞，冲任经血之排泄必将受到影响，从而促进血瘀形成和发展之可能而更为重要的是肝郁气滞，窒痹阳气活动，从而影响气化，影响脾肾，不仅致瘀，且对水湿、痰脂之代谢不利，必将形成膜样性血瘀，故在补肾助阳的同时，不可忽略心肝的重要性。因此，他常在补肾助阳，或益气助阳法中，组合越鞠丸或逍遥散，同时加入合欢皮、钩藤、远志、广郁金、莲子心等品，疏肝宁心法不但是治疗本病必须组合的一种方法，不可忽视，而且夏师告诫我们辅以心理疏导要注意长期性、反复性、针对性等，才能获取较好的临床效果。

【病案举例】徐某，女，36岁，干部。患者自28岁结婚后即患痛经，伴月经超前量多、经前胸闷烦躁、乳房胀痛等症。平时黄白带多，4年前曾行子宫输卵管造影术，诊断为“慢性附件炎，宫颈炎”，“左侧输卵管不通”。每经行第2~3天疼痛加剧，排出血块后痛减，舌质红，苔薄黄，脉弦细。阴血不足，肝郁气滞，血瘀与湿热交阻为患。现值经前，从清肝、解郁、逐瘀论治，方取丹栀逍遥散、大黄廑虫丸加减。药用当归、赤芍、五灵脂、丹皮各10克，大黄、廑虫、三棱、莪术、红花、柴胡各5克，桃仁、香附、刘寄奴、川楝子各10克，琥珀粉10克（另吞）。经治疗后，经期血块减少，疼痛减轻，经行4天即净。之后服鸡血藤膏、逍遥丸，病情稳定，平时疼痛好转。后转从经间期经前期论治，首重补肾助阳，清肝通络。药用：当归、赤芍、白芍、川楝子、炒山药、鹿角片、巴戟天、五灵脂各10克，天仙藤15克，菟丝子2克，小茴香3克。药服2月，症状消失，隔月受孕，转服补肾安胎方。

膜样性痛经

经行小腹疼痛剧烈，甚则恶心呕吐，四肢厥冷，并伴经量过多，掉下腐肉样血片（即子宫内膜片状脱离），叫做膜样性痛经，或称脱膜性痛经，属于功能性痛经的范畴。西医学认为当子宫内膜整块排出时，则使子宫收缩增强，或出现不协调收缩而引起疼痛。

夏师针对这类病证，研究前人文献，虽无膜样性痛经的

专篇记载，但可见散在论述。早在朱丹溪的著作中已经有“脂膜闭塞胞宫”的描述；后世《叶氏女科证治》的“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，与当今临床的膜样性痛经颇相吻合，而且认识到本病不同于一般痛经。夏师根据长期的临床观察发现本病有其病变特点和治疗方法。

他认为本病的主要原因在于肾或者涉及脾的阳气不足，无法化解冲任子宫中的膜瘀和湿浊的蕴结，以致于宫内膜脱落而不能碎解，凝成内膜状。所以痛经发作时出现较重的瘀浊证，但根本的原因在于肾阳脾气的不足，也有寒凝冲任、肝郁夹瘀的病理现象。

临证有因先天不足，禀赋薄弱，或者房劳过频，劳损过度，以致肾阳偏虚，气化不及，冲任流通欠佳，经血与湿浊蕴结在子宫，形成肾虚瘀浊证。若素体脾胃薄弱，中虚气陷，或者饮食不节，劳逸失常，脾虚气弱，均致湿浊下流，冲任流通受阻，湿浊与经血蕴结于子宫，以致脾虚瘀浊证。倘若经期或产后将息不利，或冒雨涉水，或久居寒湿之地，寒邪乘虚而入，阳气被遏，胞宫失煦，气血运行不畅，冲任流通受阻，子宫内膜不能碎解，瘀结在子宫，责之寒凝冲任为患。平素情怀抑郁，肝气郁结，郁而化火，气血不畅，冲任流通受阻，湿浊不化，与经血蕴阻于子宫，可形成肝郁夹瘀证。

总之，子宫系于肾，冲任等隶属于肝肾，又隶属于脾胃，肾脾阳气不足，寒凝冲任，肝气郁遏，势必影响冲任子宫的经血流通。《妇人良方》曾云：“肾气全盛，冲任流通”，冲任不得应时流通，必然导致瘀阻子宫。湿浊依赖肾阳气之运化和肝气之疏泄，肾、脾、肝之气机失调，亦必将导致湿

浊蕴阻，与瘀血相合，凝结于子宫内。经行之时，瘀阻于内，好血不得归经，是以形成腹痛、出血、内膜片脱下等。

该病临床常见，经行第2~3天腹痛加剧，呈阵发性，出血量多，色紫红有大血块，夹有大片腐肉样血块，血块下后疼痛减轻，出血减少。同时伴腰酸腿软，胸闷烦躁，或乳房胀痛等症状。腐肉样血块呈膜状，经病理检查提示为子宫内膜组织，即为此病。夏师临床同时嘱患者测量基础体温，可出现高温相不稳定，偏短，偏低，血查孕酮值偏低。

夏师临证根据疼痛的时间、部位、性质及经血之色质，结合年龄特点加以分析。其治疗以活血化瘀治其标，补肾健脾助气治其本。在经期重活血化瘀，平时宜补肾健脾助阳，并根据不同证型而灵活选方用药。

他对肾虚瘀浊证，表现有经行腹痛，量多，色红，有大血块，块下则痛减，头昏耳鸣，胸闷，乳胀，腰俞或腰骶酸楚，小腹冷痛，脉象沉细，舌质淡红，苔白腻等症状者，治用补肾温阳，逐瘀脱膜，取脱膜散加味方，药如：肉桂5克（后下），五灵脂10克，三棱10克，莪术10克，川续断10克，延胡索10克，丹皮10克，杜仲10克，益母草30克。经前3天服至经期结束，水煎分服，每日1剂。当有小腹冷痛明显的，加艾叶9克，吴萸3克；小腹胀痛明显的加制香附9克，台乌药6克，出血特多的加血竭6克（冲服），炒蒲黄8克（另包）。

若脾虚瘀浊证，表现有经行小腹坠痛，量多色淡红有内膜片状大血块，块下后，腹痛消失，出血减少，伴有头昏神疲，纳谷欠佳，脘腹痞胀，大便易溏，舌质淡红，脉细弱，采用补气健脾、化瘀脱膜法，仿补中益气汤加减，以黄芪15克，党参15克，白术10克，茯苓10克，陈皮6克，炒

柴胡 5 克，川续断 10 克，延胡索 10 克，五灵脂 10 克，木香 5 克，益母草 15 克。令患者经前期至行经期水煎分服，每日服 1 剂。如胃脘胀痛、形体畏寒者加炮姜 5 克，肉桂 3 克（后下）；出血过多者加蒲黄 10 克（包煎），参三七粉 1.5 克（另吞）；小腹坠胀明显者加炙升麻 5 克，荆芥 6 克。

寒凝冲任证者，则见有经行小腹冷痛难忍，量少色黯，月经中挟有膜样物。腹部喜热拒按，畏寒肢冷，便溏，溲清长，舌苔白，脉沉紧。他常用温经化瘀、散寒止痛为法，用少腹逐瘀汤加减，药如当归、赤芍、五灵脂、元胡各 10 克，川芎、蒲黄、干姜、没药、小茴香、肉桂各 6 克。若寒邪重者加炮附子 10 克，以暖宫驱寒；疼痛重者加莪术、青皮各 10 克，郁金 15 克，以通经止痛；如为青春患者于方中加仙灵脾 15 克、巴戟天 10 克以温肾助阳；生育期患者可于方中加紫石英 30 克，黄芪 15 克，以益气扶阳。

对肝郁血瘀证，见有经行小腹胀痛，或者少腹刺痛，量多色红有内膜片状大血块，块下痛减，胸闷烦躁，乳房胀痛，大便艰，小便黄，平时黄白带下多质粘腻，脉弦，舌苔黄腻。他用清肝利湿、化瘀蜕膜法，选金铃子散合脱膜散加减，药用：炒川楝子 8 克，炒延胡索 10 克，当归 10 克，赤芍 10 克，三棱 10 克，莪术 10 克，五灵脂 10 克，炒柴胡 5 克，苡仁 10 克，丹皮 10 克，制香附 9 克。经前一周至行经期水煎分服，日服 1 剂。患者出现烦热口干口苦者，加炒山栀 6 克，碧玉散 10 克（包煎）；腰俞酸楚者加川续断 10 克、桑寄生 10 克；纳欠苔腻者加制苍术 10 克、青陈皮各 6 克。

夏师认为，膜样性痛经，绝大多数责之阳气虚血瘀滞，阳虚气弱是本，血瘀凝滞是标，但此标与内膜异位症之瘀结不同，此则可以通过活血化瘀之方药排除，但也常有非比内

膜异位之瘀结血瘕之易祛除的。本病证的治本，较之内膜异位证之治本尤为重要。因为治本得当，基本上可以解决问题，就不必治标。在治疗上，经来成块如葱白色者，认为是虚、冷，急服内补当归丸，药用续断、肉苁蓉、厚朴、阿胶、当归、白芷、干姜、熟地、香附、川芎等品温阳散寒调经；经来臭如腐肉状者，认为是血弱、结热、停瘀，用龙骨丸合通瘀饮，药用龙骨、海螵蛸、四物汤加黄芩、三棱、莪术、香附、猪苓、木通、生姜等治之；经来如牛膜片者认为是血气结聚，用朱雄丸，即朱砂、雄黄、白茯苓，姜汤下；经来下肉胞者，认为是气血虚弱所致，用十全大补汤温补之。虽然前人缺乏深入的认识，但是已经意识到痛的根本原因还在气血阴阳的不足，所以着重在调补，并非全用活血化瘀的方法。当然在经期期间亦曾提出运用三棱、莪术、香附、木通、猪苓、生姜等通瘀饮方药，实乃急则治标。他依据琥珀散及通瘀饮的方意，所制脱膜散，即三棱、莪术、五灵脂、肉桂四药研末吞服，并在本方中再加当归、赤芍、川断、广木香、延胡、益母草组成逐瘀脱膜汤，是临床上较为常用的方药。上海中医药大学朱南荪在《中医杂志》（1995：（37）：13）上介绍的化膜汤药用蒲黄、赤芍、三棱、莪术、青皮、生山楂、乳香、没药、血竭粉，在行经期服用，的确有化瘀止痛、控制出血的作用。但是本病证必须从肾、肝、脾胃论治，而且以调整肾虚偏阳为主，调理月经周期，恢复经前期阳长的功能，即恢复正常的黄体功能。要求重视经间排卵期的治疗，排卵正常，转阳顺利，阳长水平偏高，则瘀浊自能溶解，不治瘀而瘀自祛，乃为上策。如偏于脾虚气弱者，则经间排卵期在补肾调气血促排卵的前提下，更重视健脾益气的结合，甚或以此为主，将补肾降次。如偏于肝郁化

火者，在经间排卵期，亦更着重考虑温肝解郁的治法，或者结合，或者按急则治标处理，但亦必须注意到月经周期中的阶段特点，尽可能做到全面确当地调理方药。

【病案举例】宋某，女，30岁，医师。痛经发作3年，疼痛剧烈，待经行第二三天后，掉下烂肉样血块数枚，疼痛始止。随痛经而伴血压偏高，所在医院诊刮病理检验报告“膜样痛经”。曾住院用子宫收缩剂等法治疗，效果不显，妇科检查未见异常，刻下脉象弦细，舌质偏红，经水来潮，头晕、腰酸、胸闷、烦躁、乳房胀痛，小腹胀满，有凉感，腰膝酸软、乏力。证属上热下寒，肾虚肝郁化火，夹有瘀浊。当经期从急则治标，逐瘀脱膜，稍佐清上温下法调治，予脱膜散合血府逐瘀汤加减，药用：当归10克，赤芍12克，熟地10克，桃仁10克，红花5克，桔梗5克，柴胡5克，枳壳6克，木香5克，玄胡、钩藤各10克。另吞服脱膜散，每次服3克，每日2次，经行时改为3次，烂肉样血块掉下后停药。

经上治疗后，经行第二日掉下烂肉样血块2枚，疼痛好转。第三日法随症变，法因出血较多，停脱膜散，改投化瘀止血方。处方：炙龟板10克，当归10克，赤芍10克，炒柴胡3克，炙升麻3克，蒲黄炭（包）10克，五灵脂10克，炒枳壳5克，震灵丹10克（另吞），益母草12克，7日经净，继养血调气以善后。如此调治2月，腹痛显著减轻。

【病案举例】张某，女，25岁，未婚，工人。患者18岁初潮后即有痛经史，始则经行量少，第3日量多，下烂肉样血块后腹痛缓解，淋漓10日方净，服益母草膏后，淋漓好转，痛经稍减。3年后，因经期涉水，感受寒凉，痛经又

作，其痛日剧，以至昏厥，曾用阿托品、安痛定等止痛，转用黄体酮，伍以止痛止血之品连治3月，未见寸功。素体瘦弱，有胃下垂史（下垂4cm），妇科检查“子宫略小”。测基础体温高温相上升缓慢，病检烂肉样血块为“子宫内膜”。月经超前，经量始少后多，色淡红，质地清稀，但有烂肉样血块，伴有头晕目花，胸闷心烦，夜寐欠佳，乳胀胁痛，腰疼怕冷，小便频数，纳欠神疲，舌质淡红，苔薄稍黄，脉细弦。证属脾胃不足，气虚血瘀。治当益气补肾，逐瘀脱膜。方用脱膜散加味，药选当归、赤芍、制香附、玄胡、丹皮、三棱、莪术各10克，艾叶5克，续断15克，党参15克，合欢皮10克，益母草25克。另用琥珀粉3克，肉桂粉3克，五灵脂粉10克，配成散剂，每次3克，每日2次。经后调补脾胃，药用当归、白芍、生地、熟地、黄芪、党参、炒白术、菟丝子、仙灵脾各10克、陈皮、炙甘草各5克。

经上述处理后，腹痛有所减轻，但基础体温上升不满意或推迟上升。转予温肾助阳为主，着重经后期、经间期调治，经前、经期仍以脱膜散为主，同时配合针刺，连治3月，显著好转。

闭 经

女性正常发育大约在14岁左右可见月经初潮，但若年逾18岁仍未来潮者，称为原发性闭经；初潮后复见月经停闭达3个周期或时间超过6个月以上者，称为继发性闭经。原发性闭经多与遗传学、性染色体核型及性分化异常等因素

有关，继发性闭经则与下丘脑-垂体-性腺-子宫轴的异常有关，临床上闭经属于病因复杂、病机错综、难治病症。

古医籍早在《素问·阴阳别论》中谓之“女子不月”、“月事不来”、“血枯”等，并立治疗血枯经闭的四乌贼骨一芦茹丸为方，此后诸多医学均有论述。其分类按《景岳全书·妇人规》在血枯经闭中将此分为虚实两类，先天不足及后天损伤，以致经水匮乏，血海空虚，呈虚性闭经；若邪气阻隔，胞脉壅塞，冲任阻滞，血海不满不溢，又呈实性闭经。目前临证多将闭经归纳为肾气不足，肝肾亏损，气血虚弱，阴虚血燥证为虚证，而气滞血瘀、寒凝、痰湿等为实证。

夏师在临床上继承前人之说，认为临证对闭经首先注意其病史，包括双亲婚育史、家族史、既往病史、个人发育情况、月经情况、闭经时间、发病诱因、伴随症状、婚育状况以及目前计划生育有关内容。对于患者的精神、营养、体质和发育状态，如身高、体重、皮肤、毛发、乳房发育等第二性征情况，结合妇科内外生殖器检查。原发性闭经虽发病者少，仅占闭经的5%，但应注意泌尿生殖道畸形、阴蒂肥大的等难以用药物调治的情况，继发性闭经则在排除全身性疾病的前提下，结合实验室的激素水平检测评估月经调节的下丘脑、垂体、卵巢、子宫4个环节的病理分区情况，进行分别处理，为治疗闭经之前提，然后按“辨证求因”针对具体病因病机进行调治。在临床治疗上，他突出把握其发生的病理要素，采用中药调整月经周期节律，常收到较好的治疗效果。

一、肾虚闭经

肾虚导致闭经，其病因多为禀赋不足，肾气未充，冲任失养，血海不得盈满，经血不能应期而潮，夏师认为，此乃

是少女闭经的主要原因。另一方面育龄期妇女如早婚早育、堕胎多产，或久病大病及肾，以致肾精亏损，精血匮乏，源断其流，子宫无血可下。病持日久，阴血耗伤，肝肾不足，肾水无以上承心，则心脑失养，阴阳衰竭；其次子宫失涵，胞脉胞络损伤，亦致源断其流，经水不行。在这一方面，夏师认为，女子有余于气，不足于血，血与月经休戚相关，其在“肾阴”即“天癸”的调节下，发挥其血的重要作用。张景岳以“元阴者，即无形之水，以长以立，天癸是也”。说明其能主宰人的生长发育，与内分泌生殖激素作用一致。《傅青主女科》在月经病证中多处论及“经水出诸肾”，“肾水足则月经多”，“肾水少则月经少”，所以夏师历来推崇此说，认为女性之本血、阴、精也，血阴包括天癸肾水，为“精”而设，女子之“精”即在阴长基础上发育成熟。月经闭止，最基本点他认为在于阴分不足。由此可产生一些变证，加重闭经，如有“今气上逼肺，心气不得下通，故月事不来”，及“月事不来者，胞脉闭也”之说，临证夏师相当重视闭经与心（脑）之间关系，按照其创立的心-肾-子宫轴学说的理论，肾水之通调，必赖心气以泄降，心肾水火既济，阴阳平衡，才具有稳定的女性内分泌环境。所以他认为心-肾-子宫轴是调治肾虚闭经的中心。在这一学术思想的指导下，他参考《校注妇人良方》的泽兰叶汤及《济阴纲目》的柏子仁丸，制成益肾通经汤，药用：柏子仁、丹参、川断、熟地、怀牛膝、泽兰、当归、赤白芍、菟蔚子、茜草、炙鳖甲、紫河车等。该方对单纯性肾虚性闭经有一定效果，但若兼夹因素多，则仍有难以奏效之时，他经反复实践，再三推敲，结合时间医学等，根据月经周期的生物节律拟周期节律诱导法治疗，其具体方法即为：经后期补阴为主，稍佐

助阳，以归芍地黄汤治疗，药用：当归、白芍、熟地、山萸肉、山药、丹皮、茯苓、紫河车等，用药 7~12 天；此阶段奠定阴分之基础，夏师常曰：除有明显的脾肾阳虚，才能从阳虚论治，一般均以阴分为主，以顺应月经周期经后期的生理特点。接着是经间排卵期，此期是重阴转阳的关键时期，常用活血化瘀方法，药用当归、丹参、赤芍、泽兰、红花、香附、茺蔚子、川芎、五灵脂、山楂等，近年他每在此法基础之上加上补肾、滋阴、温阳、活血法，药如熟地、鹿角片、川断、柏子仁、炙鳖甲、紫石英、仙灵脾等，并拟出验方补肾促排卵汤（《实用妇科方剂学》）。为使排卵期顺利转化，配合宁神调心法，即对心肝气郁、心神失宁、心肝气不得下降，以致排卵不利的，用远志菖蒲饮，药如：炙远志、石菖蒲、郁金、丹参、赤白芍、五灵脂、合欢皮、柏子仁、川断、川芎、紫河车等；滋阴降火法，即对阴虚火旺所致的排卵加快，月经先期量多，性急易躁，带下偏多，面部痤疮，用清经散（《傅青主女科》）；针对湿热壅阻下焦证，如盆腔炎、附件炎、宫颈炎等造成的炎症性疾患，治宜清利湿热，他用复方红藤煎合四妙丸加减，药如：红藤、败酱草、赤芍、丹参、制苍术、黄柏、马鞭草、牛膝、篇蓄、五灵脂、桑寄生等；对于气虚无力排卵者，用补气法，在具有一定阴分水平基础之上，常加用党参、黄芪、白术、茯苓、煨木香、砂仁等此期一般 3~5 日届入经前期，改用补阳为主的方法因为这一阶段常可呈黄体功能不健等，所以夏师拟有气中补阳、血中补阳、阴阳两补等方法，方以毓麟珠为主，在经前期末期结束，即经前 3 日左右，加入疏肝理气之品，或理气通经之味，如是调整月经周期反反复复 3 个周期，间歇 1 个月，再进行 3 个周期，疗效常较单纯补肾调经为好。

对于产时大出血而致的血枯闭经，即西医学所云“席汉氏综合征”亦属于肾虚闭经之范畴，但脏腑受损，阴竭阳衰，治之非易，以辨证论治角度，阴虚深重致竭为主者，可用益肾通经汤，阳虚深重致衰微者，参考运用参桂鹿茸丸（汤）加减。临证夏师认为本病证是阴精欲竭，阳气大衰之本，又常同时表现脾胃虚弱，故治疗先当调理脾胃、扶助后天，以养先天，取当归建中汤加入太子参、黄芪、炙甘草、谷麦芽等品，待脾胃功能转佳后，再从肝肾论治，大补精血，恢复其本。一般以血肉有情之品如紫河车、鹿角胶等长期大剂量投之应用，可改善症状，但恢复月经尚取决于病损程度。

二、痰湿闭经

痰湿闭经，是闭经中常见的一种证型。其特点是表现形体肥胖，或伴浮肿，或伴多毛。痰湿之所以形成闭经，或闭经之后所以导致痰湿，有发展形成的演变过程，夏师认为肾虚是本质，痰湿仅是现象，而气郁、血瘀亦是不可忽视的因素。

临证夏师将痰湿闭经分为三种证候。

（1）肾阳偏虚 肥胖，或有浮肿，青春期及高龄妇女多见。常由月经稀发渐至闭经，甚则闭经数年，腰膝酸软，小腹有冷感，胸闷口腻多痰，性欲缺乏，脉细滑或细濡，舌质淡红，舌苔白腻。妇科检查可见子宫萎缩，或子宫小。测量基础体温单相，大都偏低，不足 36.5°C ，阴道涂片示激情素水平高度或中度低落。兼肝郁的，还可伴有烦躁易怒，腹胀便艰，基础体温单相、低相或偏高呈犬齿状等。兼脾虚的，多见浮肿为主，兼见胸闷口腻多痰，纳欠，大便易溏，

四肢疲乏无力；脾肾阳虚严重者，还有腹胀便溏，形寒肢冷，乳房萎缩，阴毛脱落等。

(2) 阴虚肝郁 形体肥胖，日趋丰腴，月经量少渐至闭经，胸闷烦躁，口干口苦，常咯粘痰，脘腹作胀，甚则腹胀便艰，面部多脂，四肢口唇多毛，小便较少，舌苔黄白腻，脉细弦。基础体温单相偏高，阴道涂片多示雌激素水平中度低落，或轻度影响。偏于肝经湿热者，面如满月，面部潮红，胸闷烦躁，口苦，纳欠神疲，腹胀。

(3) 血瘀成癥 大都是闭经后肥胖，呈渐进性，偶有突发性，胸闷烦躁，口腻痰多，舌质紫暗或有紫点，脉细弦或细涩。为了确定血癥，应做妇科检查、X光蝶鞍摄片及其他有关检查。

本病的治疗不外通经、调周、控制肥胖三大原则，但必须与病因、性质、辨治相结合。

所谓减肥不能局限在化痰利湿方面，更重要的是按其病因论治。

肾阳偏虚论治：一是标本同治，即补肾与化痰燥（利）湿合用，他常以二仙汤、人参鹿茸丸与苍朴二陈汤合用，药如仙灵脾、仙茅、巴戟天、鹿角片（霜）、川断、菟丝子、制苍术、川朴、陈皮、茯苓、制半夏、丹参等。二是标本异治，急则治标，先予化痰燥湿，多选用苍朴二陈汤、芎归平胃丸加减，服用半月左右，再选用参茸丸、二仙汤类方药以补肾助阳；或轮流交替服用，或补肾助阳予以汤剂，化痰燥湿予以丸剂，缓缓图治。但必须注意在补肾助阳的长期治疗中，伍以滋阴养血之品，更有利于肾阳的恢复。兼肝郁者，需要疏通或温清并用，用右归丸合苍附导痰汤，或合越鞠丸等治之；兼脾虚者，以温肾健脾利水为要法，应仿人参鹿茸

丸、健固汤加入防己黄芪汤或五皮饮一类方药治之；脾肾阳虚者，可加入真武汤。临证需要注意阴血不足的一面，以免阳药刚烈，耗伤阴分，时刻注意阴中求阳。

阴虚肝郁论治：当以理气解郁、化痰燥湿及滋阴养血法合治。他常用苍附导痰汤或越鞠二陈汤合归芍地黄丸，常用药如制苍术、制香附、制南星、陈皮、制半夏、茯苓、广郁金、炒枳壳、丹参、全瓜蒌、泽泻等品。如痰浊脂肪蕴塞颇甚，大便秘结者，宜表里双解、通泄为主，防风通圣丸主之，或合归芍地黄丸同服，或先治其实，后用归芍地黄丸治其虚。如肝经湿热蕴阻明显者，可用龙胆泻肝汤合六味地黄丸。

血癥论治：治疗当从化痰消癥、燥湿化痰。一般常用桂枝茯苓丸合苍附导痰汤，药如：苍术、香附、茯苓、全瓜蒌、海藻、炮山甲、莪术、三棱、川桂枝、桃仁、丹皮、枳壳等。亦可以防风通圣丸与大黄廑虫丸交替使用。他认为如系垂体肿瘤性疾病，从目前的治疗来看，非朝夕所能图功，且疗效很不满意，确诊后宜手术根治为妥。

所谓通经，只有解决月经问题，才能真正杜绝痰湿的产生和发展。一般来说，通经与审因论治是密切相关的，但亦有着某些区别。通经并不在于祛逐瘀血，而在于调理气血、宁心安神、引血下行。夏师认为胞脉属心而络于胞中，心主血脉，因此，调血、引血下行需从心经考虑。临床所制之柏子仁丸合泽兰汤，药如柏子仁、卷柏、牛膝、泽兰、当归、赤芍、菟蔚子、丹参等。大便溏者，当去润肠滑下之品。

所谓调周是指调理月经周期，是治疗闭经的根本措施，痰湿闭经亦不例外（但血癥所致闭经不属此范围）。我们所使用的调周方法，是以阴阳消长的转化规律作为指导思想，强调阴长、阳长的两个重要时期，以补阴为主，奠定周期转

化所必须的物质基础。包括行经期末期在内的半月左右，保证阴长至重，因而补阴养血，稍佐化痰，方取归芍地黄汤合越鞠丸治之，其中熟地改生地，山萸肉易女贞子，同时加入川断、菟丝子以促阴长。脾肾阳虚者，要在健脾益肾的前提下加入补阴之品，可用《傅青主女科》的健固汤加入淮山药、干地黄、黄精等品。在治疗的同时均需测基础体温，检查雌激素水平，如证实阴精充实者，可运用补阳为主、调气化痰、诱导排卵的方法。夏师曾结合复方当归注射液连用5~7天。进入经前期，转化为阳，以阳长为主，故治疗当以补阳为主，包括经期在内半月左右，阳长至重，再行转化而月经来潮。一般补阳有助于化痰湿，常选用毓麟珠，以川断、菟丝子、紫河车、鹿角片、紫石英为主药。但偏阴虚肝郁化火者，在经前期治疗中，既要照顾补阳，以适应周期变化的特点，又当以补阴清肝为主，可在滋肾生肝饮的基础上加川断、菟丝子及适量鹿角片。至于化痰减肥的防风通圣丸、芎归平胃丸及减肥的其他药物，或针灸等均可同用。但夏师认为调周恢复女性的生殖功能、恢复月经周期的节律性变化是减肥的根本措施，是不容忽视的。至于由卵巢、脑垂体、肾上腺皮质的疾病所致者，目前看来，尚以手术治疗为宜。

经间期出血

在两次月经中间，即絪縕乐育之时，出现周期性的阴道出血，或者赤白带下，称为“经间期出血”。在中医学文献未设专论，仅散见于月经先期、月经量少、经漏、赤白带

下与有关记载中。本病对应于西医学的“排卵期出血”的范畴。据临床观察，多在月经周期的第10~16天，即经净后7天左右少量阴道出血，多发生在大龄未婚青年。

本病病因病机主要是由于经期元精充实，阳气内动，加以肾阴不足、湿热内蕴或瘀血内留等因素动血，便可引致阴道出血。

夏师认为，这一时期的出血与排卵不顺利关系密切。若因禀赋不足，天癸不充，或房劳多产，或思虑操劳，欲火偏炽，以致肾阴不足，精血减少，但程度较轻，尚能应时滋长，达到充盛，实现转化，精化为气，阳气内动，而呈经期之象，然究属阴虚，转化时阴虚不足，转阳乏源，阴阳不接，兼之子宫冲任欠藏，是以出血；也有阴虚及阳，阳气偏虚，难以统摄，出血反复延续；或者未婚女子，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，内扰胞脉胞络，动乎血海，是以出血；或因外湿入侵，蕴阻于胞络冲任之间，继而生热；或心肝气郁，克伐脾胃，不能化水谷之精微以生精血，反聚而生湿，下趋任带二脉，蕴而生热；或体质不足，经产留瘀，瘀阻胞络，或因七情内伤，气滞冲任，久而成瘀，经期之时，阳气内动，血瘀与之搏结，胞络损伤，以致出血。临证夏师常又分经间前期、中期和末期。经间前期是阴精不充，转化不利；阴精有所不足，转化之后阳亦随之而虚，不能统摄藏纳，而为其后期出血；阳气终未能复，尚可延续至经前出血。

夏师认为，本病的辨证，着重出血时间及色、质的辨别。一般应结合基础体温所示图像及月经周期中依次后移的日期，区分为经间前期、经间中期和经间后期。经间前期指

经净后第3~5天基础体温依然低相时；经间中期即经净后的第7天左右，基础体温高低相交替时；经间后期出血发生于经净后10天左右，基础体温高相时。经间中期与经间前期出血均与肾阴虚有关，但虚损的程度与转化的时间有所不同，经间后期出血与阴虚及阳、阳气不足有关，结合苔脉，即可确定。此外还要辨别湿热与血瘀两个兼型。湿热的辨证着重在赤白带下，相杂而下，舌苔厚腻；血瘀的辨证，重在少腹作痛，出血的色紫暗及有血块等证候。

治疗上由于本病出血量较少，故应以滋肾养血为主，佐以利湿化瘀，但必须注意到本证的病理特点及其阴阳互根的依赖性，故补阴不忘阳，选择适当的补阳药物也是非常重要的，但如阴虚及阳，阳虚为主者，亦要考虑在补阳的同时补阴，以保持阴这一基础。夏师强调治疗经间期出血的重要意义并不在出血本身，而是在于促进重阴转阳的顺利变化，亦即是诱导顺利排卵，保证月经周期质的提高。

对本病肾阴虚证（主证型），治以滋阴清热止血之法。夏师认为，要提高阴精水平，使之达到重阴的要求，有两方面的结合用药极为重要。第一与补血相结合，实际上是以补血药为基础，同时肾精来源于肾，达于子宫冲任者，全赖血脉所致也，在子宫冲任等血脉中行其消长。根据《傅青主女科》养精种玉汤以四物养血、加山萸肉酸涩生精的组方特点，加入血肉有情之品，补养天癸，自创经验方养阴奠基汤，即归芍地黄汤加入鳖甲、紫河车等。第二与补阳相结合，即所谓“善补阴者，阳中求阴”，在补阴药中加入川断、菟丝子、巴戟天、肉苁蓉、锁阳、黄芪、党参等1~3味，有利于阴精的恢复和提高，经净后第5天开始服，至BBT上升3天停药。若大便溏，去地黄，加炒白术10克、焦建

曲 10 克；头昏低热，加钩藤 15 克、地骨皮 10 克；兼郁火证，加莲子心 5 克，醋炒柴胡 5 克，黑山栀 10 克，合欢皮 9 克；兼湿热证，去地黄，加马鞭草 15 克，苡仁 15 克，碧玉散（包煎）10 克；兼血瘀证，去山萸肉，加五灵脂 10 克，红花 5 克，丹参 10 克，山楂 10 克。

若属肾阳偏虚证，症见经间中期或者经间后期出血，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。治以滋阴助阳，益气摄血之法。根据“治阴不忘阳，善补阴者，必于阴中求阳”的原则，在补阳益气的同时，加入淮山药、熟地、白芍、山萸肉等 1~2 味药，以保持阳能持续高涨。方用毓麟珠加减，药如党参 10 克，白术 10 克，茯苓 10 克，炙甘草 6 克，黑当归 10 克，白芍 10 克，干地黄 10 克，杜仲 10 克，菟丝子 10 克，鹿角霜 10 克，黄芪 10 克。水煎分服，经净后第 7 天始服，至 BBT 上升第 5 天停药。若大便溏泄，次数较多者，上方去干地黄、当归，加砂仁（后下）5 克，炮姜 5 克；伴有胸闷烦热口渴的，上方去黄芪、党参，加黑山栀 9 克，炒柴胡 5 克，丹皮炭 10 克。

若属郁火证，症见经间前期或经间中期出血，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。夏师临证发现此证患者多为大龄未婚女子，其发作与心理变化、情绪不畅有关。治疗之法，清心肝解忧郁，首先疏导，加之药物治疗，双管齐下治之，并佐以滋阴养血、助阳等法，方用丹栀逍遥散加减，药用黑山栀 10 克、丹皮炭 10 克、炒当归 10 克、白芍 10 克、钩藤 15 克、醋炒柴胡 5 克、莲子心 3 克、合欢皮 10 克、炙远志 6 克、茯苓 10 克、大小

蓟各 10 克、墨旱莲 10 克，经净后第 5 天始服，至 BBT 上升第 3 天停药。若脾胃虚弱，去当归、墨旱莲，加炒白术 10 克，六曲 10 克；反复出血或出血稍多者，加地榆炭 10 克，侧柏叶炭 10 克；夜不安眠者，加炒枣仁 9 克，青龙齿（先煎）10 克，黄连 3 克。同时配合心理疏导，若烦躁失眠、精神刺激较大者，可配合镇静安神剂，以除烦解郁，宁心安神，有助于肾阴天癸的恢复及控制出血。

若属湿热证，症见经间期出血，量稍多，色红质粘稠，或赤白带下，质粘腻，或有臭秽气，神疲乏力，周身酸楚，胸闷烦躁，纳食较差，小便短赤，平时带下甚多，色黄白，质粘腻，少腹胀痛，方以清肝止淋汤加味，药用炒当归 10 克，赤白芍各 10 克，生地 10 克，丹皮 10 克，黄柏 10 克，苡仁 15 克，泽泻 10 克，赤小豆 10 克，碧玉散（包煎）10 克，茯苓 15 克，大小蓟各 15 克，水煎分服，经净后第 7 天服，至 BBT 上升第 3 天停药。若湿热甚者，加入瞿麦 9 克，车前草 10 克，石韦 6 克，木通 6 克，滑石（包煎）10 克，猪苓 10 克等；少腹胀痛明显的，加入五灵脂 10 克、元胡 10 克；出血偏多者，加入侧柏叶 10 克，椿根白皮 10 克。

若属血瘀证，症见经间期出血量多少不一，色紫黑有血块，少腹胀痛或刺痛，胸闷烦躁，口干不欲饮，舌质略红边有紫点，脉象细弦，治以化瘀和络止血。夏师指出，此处活血化瘀，有促发排卵之效，推动阴精转化为阳气，使之欲转化而非骤然剧变。方用逐瘀止血汤加减，药用生地 10 克、大黄 6 克、当归尾 9 克、赤芍 10 克、丹皮 10 克、炒枳壳 6 克、炙龟板（先煎）15 克、五灵脂 10 克、山楂 10 克，水煎分服，经净后第 5~7 天始服，至 BBT 上升第 3 天停药，若夹有湿热者，上方加红藤 15 克、败酱草 15 克、苡仁 15

~30克、延胡10克；大便溏薄者，去生地、大黄，加煨木香5克、炒白术10克、焦建曲10克；腰酸明显者，上方加川断10克、桑寄生15克、骨碎补6克。

夏师曾治一例较为顽固的经间期出血病人，患者每于经净后5~7天，赤白带下，继则量增多，质粘稠，腰酸头晕，纳欠神疲，小便较少，大便先干后溏，脉濡细，舌红苔根黄白腻厚，曾服乌鸡白凤丸、六味地黄丸，经间出血有所减少，但继续服用后无效。用二至地黄丸、归脾丸，经间出血反有增多，BBT测定低温相偏高，高温相推迟，有时延至月经周期20~25天才能上升，高温相后的3天，出血停止，显系阴虚脾弱，湿浊偏盛，蕴而生热，不利于重阴转阳，治以滋阴健脾为主，但亦要加重利湿祛浊，方药如马鞭草、篇蓄、车前子、泽泻、碧玉散、淮山药、龟板、墨旱莲、炒白术、六曲、茯苓、川断等，于经后第3天开始服药，至BBT上升后3天停药。如是治5月，病遂告痊，翌年举一女。

其治另一例较为顽固的经间期出血病证，月经周期一贯落后，每于经净后13~20天，相当于周期的20~27天，出血较多，色红无块，腰酸腹痛，时夹白带，予以滋阴清热、凉血止血剂后，月经周期更为落后，不得不改弦更张，在滋阴法中加入助阳之品，如川断、菟丝子、巴戟天，另加炒当归、赤芍、五灵脂，并行复方当归注射液肌注，如斯调治3个周期，经间期出血痊愈，半年后得孕。但亦确有用活血化瘀药后出血增多、影响转化者，或者少数阴虚血管脆弱易出血者，不得不与止血固冲药合用，前人在调治奇经方药中用通涩并施之法，如茜草、乌贼骨合用，《傅青主女科》之逐瘀止血汤中龟板、大黄同用，正是此意。

经行前后诸证

经行前后诸证，系经行前后所出现的一系列证候，诸如头痛、乳房胀痛、发热、泄泻、烦躁等。因其与月经周期变动有关，故西医学称其为经前期综合征。本病周期性改变有很大的个体差异。仅约 25% 的妇女无任何周期性异常出现。有统计表明，18~45 岁女性中约有 30% 有中至重度的周期性情绪改变，约有 10% 需要给予治疗，症状严重者占 3%。西医学对此多采用对症治疗方法，效果常不理想。

中医学对于行经前后诸证由于历史原因，散在妇科、内科各书中均有记载，缺乏系统的认识。夏师结合妇女的生理特点，认为本病的病机主要应从月经期前后气血的盛亏变化，以及患者素体的禀赋等方面进行分析。行经前后体内阴阳气血处于不稳定状态，极易导致脏腑功能失常，出现气机郁滞、气火偏亢的局面。在治疗方面夏师独树一帜，他认为月经期前后以及经期是整个周期演变阴阳消长的一个部分，是阴阳消长圆周运动中的一环，因而，不可孤立地看待它们。所以他强调将调周法贯穿应用，按照月经周期各阶段的阴阳消长特点进行调治，以固其本。突出表现在经前、经行期的，则针对经前期阳长阴消，消中有长，阳长较快，重阳较长的生理特点，以及易出现的阳长不及、重阳不够或阳长太过、气火偏旺等病理特点，进行调治。

一、经行乳胀

经行乳胀指每与经前几天甚或前半月左右，出现乳房乳头胀痛，甚则不能触及，似有硬结或有块，经净后症状消失者。是经行前后诸证颇为多见的病症。

经行乳胀的病因病机，历代医家主要认为“乳房属胃，乳头属肝”，情绪不欢，肝气郁滞，木横克土，所以经前有胸胁胀闷、乳房胀痛等情况。气机不畅，痰瘀阻滞，脉络欠通以及肝肾精亏、乳络失养为主因。而夏师则认为多以两大类为主。其一，经前期为阳长至重的阶段，冲任气血充盛，心肝气火偏旺，气结血滞，乳络不畅，即现是症；其二则与肾虚有关。肾气不足，一则不能化肾水以涵养肝木，二则肾阳无力敷布，又不能助肝气疏发，以致肝郁气滞，加之肾阳偏虚，气化欠利，水湿不运，乳络之间痰湿与肝郁气滞相结为患，其中，夏师认为临床尤以后者为多见，并通过临床观察发现经前乳房胀痛的部位多在其局部的上、外中，根据夏师的阴阳奇偶数列关系，此部位属后天八卦的四阴卦处，属阴，而经行乳房胀痛多出现在经前7天、5天、3天的时间内，属阳，此乃阴赖阳的运动规律，说明正处在阴阳交错变动之中。

在治疗方面，对于经前乳房胀痛的一般证候以疏肝理气、通络止痛为主，逍遥散主之，或清肝解郁的丹栀逍遥散加入橘叶、八月札、绿萼梅等疏肝通络之品。若兼有心气不舒、心火偏旺者，须加入清心宁神之品，如黄连、钩藤、合欢皮等；若兼有痰湿阻络者则须加入茯苓、贝母、牡蛎、陈皮等化痰之品。但对于肾虚偏阳者，夏师认为补肾助阳配合疏解气机是治疗本病之关键。既可以使阳长至重，重阳延

续，使转化顺利，更有利于排出经血、运化水湿，不至于留痰留滞为患。临床多用毓麟珠加入疏肝通络化痰之品。药用当归、赤白芍、淮山药、山萸肉、炒丹皮、茯苓、川断、菟丝子、鹿角片、五灵脂、丝瓜络、大贝母、绿萼梅等品。其中以鹿角片、大贝母、五灵脂、绿萼梅为主要药物。此外，在治疗过程中要注意观察基础体温高温相的变化，以指导助阳药的应用，有助于提高疗效。

【病案举例】 张某 20岁 经前乳房胀痛4年。月经落后，40~50日一行，月经量少，经色暗红，夹有血块，平时腰酸，小腹冷感，经前乳房胀痛，胸闷烦躁，经常乳胀痛不能触衣，舌苔腻，脉沉细，证属：肾虚肝郁，寒湿凝滞所致，治宜益肾疏肝，经前期疏肝，温散为主。药用：当归、制香附、青皮、旋覆花、艾叶、茯苓、枸杞、寄生、牛膝、益母草。另服艾附暖宫丸20粒，每日2次，药进14剂后，又见头晕腰痛，纳逊泛恶等症，上方加入温肾疏肝通络之品，药如：鹿角片、路路通、白蒺藜、炒竹茹等进服，经行之后，按调整月经周期论治，治疗半年，经前乳胀消失，翌年妊娠。

二、经行身痛

经期或行经前后出现遍身疼痛，或肢体关节疼痛，随月经周期而发作者，称为“经行身痛”。夏师认为经行身痛主要为诸因素影响营血，以致肢体关节、经络筋肉失却濡养。临床以血虚、血瘀两类最为常见。

经行身痛属于血虚者，《女科百问》归咎于气血不足，谓之“外亏卫气之充养，内乏荣血之灌溉，血气不足，经候欲行，身体先痛也。”素体营血亏虚，经行时阴血下注血海，

肢体百骸经络筋肉失于营血的充养，不荣则痛。治疗上多选用黄芪桂枝五物汤为主，温阳和营，养血和络。该方熔桂枝汤、小建中汤于一炉，外祛风寒以和营卫，内调阴阳以建中气。如营血不足明显者，配用人参养荣汤，养血调营，柔筋和络止痛。如肢体骨节疼痛明显者，则加入鸡血藤、炙甘草、干地龙等品和络止痛，更好地控制身痛。

经行身痛属于血瘀者，多夹风寒湿者为病。素体虚弱，风寒湿邪乘虚而入，稽留于经络关节之间，寒凝血瘀，经行时气血下注子宫，而经脉阻滞，气血不畅，不通则痛。对于此型的治疗，夏师认为仍以虚为本，故在活血化瘀、散寒止痛法中尤当养血和络，以固其本，临证多选用当归、黄芪、白术、炙甘草、桂心、独活、牛膝、生姜等。

夏师对经行身痛认为不同于痹证。痹证为风、寒、湿所致，治疗以祛风散寒除湿为主。而本证主要在于血虚、血瘀两者，且两者经常合并为病，可同时兼夹风寒湿而发病。故在扶正通络的前提下，借用痹证方药以通络祛邪。

此外，临床还有少数经行身痛者与心肝气郁有关。心情不舒或情绪紧张，以致心肝气郁，内不能协调肝脾气血，外不能和谐营卫，形成气血营卫不和，脉络不畅，出现经行身痛。治当疏肝解郁，调和营卫。夏师临床多选用逍遥散合桂枝汤，并加入鸡血藤、广郁金、钩藤等和络之品，方可起效。夏师经验，对于此类患者，常在药物治疗前提下，配合心理疏导，解除思想顾虑，稳定情绪，以收全功。

三、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症，即为经行头痛。本病在《张氏医通》中即有“经行辄头痛”的

记载，认为由痰湿血瘀所致。夏师则认为经行头痛与内科头痛不同，其受月经影响，且有周期性，所以血瘀、痰湿病理产物所致头痛仅是局部现象，其整体调节必与心、肾、子宫、冲任的功能有关，因此临证不仅要从小局部病变考虑，更要从整体加以调治。

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。子宫冲任又与三阴三阳经脉有关，发生的主要部位在于肝经循行之途，气血阴阳的变更均易致本病发生。若素体本弱或脾虚化源不足，或失血伤阴，经行前后或经期，阴血下注血海，脑窍相对不足，以至清窍失养而发头痛；也可由于情志所伤，肝气郁结，气有余而化火，经前冲脉气旺，肝之气易于上逆，侵犯清窍，而发头痛；又或肾虚肝郁，久而血滞致病，脉络壅阻，不通则痛；也有是由于肝郁脾弱，水湿痰浊内阻，窜入脉络，上犯清窍而致头痛。

夏师临证尤强调整体功能失调的调治。他认为之所以形成经前、经期、经后发作者，主要与整体的阴阳消长转化过程中有所失常有关。若阴血不足，阳长欠佳，至经前期阳长水平不足，重阳不及，难以载血上行，故致血虚头痛；又或阴不足，气火偏旺，经前期阳长至重，因而易于触动，故肝经气火极易上升，易发生头痛。经后阳气亦随经血下泄，脑窍空虚，则头痛不已；若平素气阳不足，血脉流通不畅，子宫内的瘀浊留驻，以致血瘀，气不化津布液，停痰积液，经前气血变动易随冲气经脉上犯清窍，经行之前而发为痰浊瘀血头痛。由此可见疼痛的局部病变实与阴阳消长转化及其冲任督脉盛衰有关。

在临床辨证方面，夏师认为首先要辨别头痛的部位。两侧头痛，多为肝经郁火；前额部疼痛，与阳明胃经有关，多

属于气火风阳夹痰；后脑部疼痛，乃太阳经与督脉经部位，与风湿或血瘀有关；头巅作痛，乃督阳不足，常夹风寒。其次是疼痛的性质，如跳痛、胀痛、刺痛，一般属热证、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；而绵绵隐痛、晕痛，多属于虚证。再次疼痛发作的时间也有一定价值，清晨、上午痛甚，多与痰湿血瘀有关；下午或夜间痛甚多属阴虚火旺；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。

在治疗方面，夏师强调经前期的补肾助阳，以调周法为治疗该病的根本方法。重阳得至，则本得以复。在治本的同时仍不可忘对于肝火、血瘀、血虚、痰湿四者的治疗。对于肝火头痛，除了清肝解郁止痛之外，还须注意两种情况，其一是否夹有痰湿，如若夹有痰湿，必须化之，加入石菖蒲、白蒺藜、苦丁茶之类药物，而非单纯的丹栀逍遥散所能治。其二是否有肝阳肝风内动。如有肝阳肝风内动则必须在养阴前提下，兼用潜阳熄风之法，用羚羊角、石决明、珍珠、白蒺藜、牡蛎等药物，同时加强调经、固经，保经血畅行，肝火随经血而下泄，并防经血过多，阴血耗损，水不涵木，肝火更甚。对于血瘀头痛者，必须活血化瘀，并根据“血得热则行”之原理，加入艾叶、肉桂之品。若属痰湿证型者，临床多与肝火、血瘀证型兼见，须用利湿化痰之法，且需重用利湿之品，使脑血管水肿消退，头痛得以消失。

【病案举例】左某 42岁 经行头痛三载。每届经前3日即作，至经行1~2天头痛颇甚，时痛如裂，难胜任工作，月经22~25日一行，经行量少，色紫夹黑血块，伴胸闷烦躁，乳房作胀，夜寐不实，性急易怒，口苦纳差，舌质暗红，苔薄微腻，脉细弦，历经清肝泻火、活血化瘀、搜风和

络止痛等法治之，稍有好转，在外院诊断为“血管神经性头痛”，细审症状，发现经前及经期面目轻度浮肿，小便较少，故拟调气化瘀，必佐利湿之味，方选通窍活血汤、四苓散治之。药如：当归、赤芍、青风藤、干地龙、炙蜈蚣、泽兰、香附、川芎、猪苓、泽泻、车前子、瞿麦、琥珀粉另吞服，头痛明显减轻，经量稍增多，如法治疗3个月，经期头痛缓解，能胜任工作。

四、经行吐衄

在月经来潮前后或正值经期，发生衄血、吐血，称为经行吐衄，又称“倒经”或“逆经”，为临床常见疾病之一，尤以青春女性为多见。

《素问·至真要大论》载：“诸逆冲上，皆属于火。”故历代医家认为本病的发生机理多为血热而冲气上逆，迫血妄行所致。对于经行吐衄的病因病机，夏师认为本病病因病机与三个方面有关。首先若肝气郁结，相火内盛，肝藏血而司血海，冲脉为血海，又隶属于肝经，经行之时，冲气旺盛，随肝气上逆，气升血升，而发为吐衄。其二，肾阴亏虚，子宫冲任失于涵养，冲脉之气上逆化火，灼伤血络，发为吐衄。其三，还有部分患者是由肾虚肝郁，冲任失于通畅，气血滞于子宫，积久成瘀，经前经期冲脉气盛，以致气机升逆，经血随冲脉之气上逆，形成经行吐衄。

经行吐衄常常有反复发作、难以治愈的特点，夏师在补肾调周的基础上，针对该病的特点采取以下几种辨治方法。
(1) 清肝降逆之法。该病临床最常见的为肝郁化火证型，因而该法为治疗本病的主要方法，重在通达月经，清降气火，稍加轻清止血。他常用自拟倒经汤，药用丹参、牛膝、泽

兰、茺蔚子、炒丹皮、制香附、茅针花、荆芥炭、炒山栀、竹茹等。如若大便秘结，可加入大黄，既有清热泻下降火之作用，又可入血行瘀，导血下行，是火热偏盛的经行吐衄的要药。若伴有胸闷气短，可加入醋炒柴胡。由于本方性偏温，故适合经前阳长至重阶段服用，而经后阴长至重阶段则不宜使用。(2) 补肾降逆之法。夏师宗《傅青主女科》的学术思想认为本病之因在于肝郁化火，但其本仍在于肾虚。按照其顺经汤重用归、芍、熟地之意，自拟出补肾降逆汤，标本合治，药用熟地、归身、赤白芍、山药、女贞子、丹皮、茯苓、紫河车、淮牛膝、茜草、牡蛎等，宜在经后期使用，以助阴长至重。(3) 子宫内膜异位症的证治。由瘀血内滞所致者，多可出现严重的经行吐衄，顽固难治，作鼻腔粘膜组织检查，部分属于子宫内膜异位于鼻腔，此时必须首先清除子宫内膜异位病灶，根据肝旺、阴虚、阳虚等不同体质和证型，选用倒经汤、补肾降逆汤、血府逐瘀汤加入血竭、鳖甲、石打穿等消瘀化结之品，相辅相成，因证施用。除此之外，子宫内膜异位症受卵巢激素周期性变化的影响，与中医的阴阳消长转化的月节律有关。经后期阴长，内膜样血瘀亦长，经前期阳长，膜样血瘀逐渐融化，因此，维持经前期阳长对消除子宫内膜异位性血瘀十分重要。临床常应用补肾助阳的经前期方药来维持或延长经前期的阳长，方选景岳毓麟珠合血竭、五灵脂、石打穿等。但是，由于经前期的特点，阳长常易激动肝经之火，出现气火偏旺的证候，故需加入钩藤、山栀、炒丹皮、白蒺藜等清肝降逆之品，以防火热迫血妄行。而对于阴虚火旺体质的患者，则只有运用阴中求阳的方法来照顾到经前期特点，防止不良反应，方选归芍地黄汤加入助阳之品，如鹿角片、仙灵脾等。

【病案举例】黄某 女 19岁 经行鼻衄6个月。初经14岁，周期2~3月一行，行经量或多或少，色紫黑有血块，经行第一日腹痛较剧，曾有鼻衄，未予治疗，近半年每次经期行经量少，鼻衄频作，本次月经来潮半天，夜间鼻出血甚多，急诊于附近医院用“止血敏”等多种止血药，鼻衄稍得控制，但未止，经量少，腹痛作冷，腰酸，头晕胸闷烦躁，舌边瘀点，苔黄微腻，脉细小弦，证属：瘀阻气逆，上热下寒，寒凝血瘀于下，气火逆乱于上，治宜良方温治汤为主，稍佐清上之品。药用：归尾10克、赤芍10克、麦冬6克、肉桂3克（后下）、莪术10克、延胡10克、川断10克、制香附10克、茅针花6克、钩藤15克（后下），茺蔚子15克。经服3剂后，经量稍多，腹痛缓解，鼻衄得止。经后予以杞菊地黄丸、艾附暖宫丸交替服用，经前经期以上方为主，加减出入，经治5个月，鼻衄未现，痛经缓解。

五、经行口糜

经期或经行前后，口舌糜烂，每月如期反复发作，称为“经行口糜”。此病发于口舌，总因于热。对其病理性质，夏师认为多为本虚标实。本虚者，肾阴虚也；标实者，胃热熏蒸也，实际上为阴虚火旺与胃热熏蒸并见。肾阴虚于下，经前经期冲任气盛，盛则化火，上犯于胃，胃本有热，气火相加，故使胃热熏蒸，每至经前经期，出现胃热熏蒸的证候，并常伴有心火升发、肝火上炎之症状。当然，临床也有较少的患者由于素体脾肾阳虚，或过食生冷，或多次流产，以致肾元耗损，虚阳上浮所致，此即李东垣的阴火论所指之证。

在治疗上，夏师通常分两步立法。在经前、经期以清泄

胃热为主，佐以调肝平冲以治标，通常选用四物汤合调胃承气汤。但胃热熏蒸常夹有湿浊，清泄胃热必合利湿浊调气机等法，常加入六一散、黄芩、泽泻、广藿香、碧玉散等药。经后期则以滋养肾阴为主，佐以涵冲柔肝以治本，选用归芍地黄汤为主，以固本。对于阴虚火旺证型，夏师认为以心火偏旺为主，即以舌尖糜烂为主要症状，故治疗上清心火为主，以知柏地黄汤合导赤散，并加入丹参、泽兰等1~2味调经药。经净后则以六味地黄丸常服，以填补肾阴，杜绝虚火之源。此外，在治疗过程中，滋阴降火，重在滋阴，长期治疗应选用甘寒、咸寒之品，而苦寒之品不宜久用，以防苦以生燥伤阴。在临床治疗中，尚有心肝郁火或湿热实火之证，运用大队清火药却疗效不佳，此时夏师根据“火郁发之”之意，少佐少量轻清疏解之品，如荆芥、桑叶、薄荷、防风等，每可增加效果，对于火旺所致的阴道出血者，疗效尤佳。

【病案举例】 陈某，女，22岁。秉赋薄弱，形体清瘦，幼时患有哮喘，月经初潮16岁，经行口糜，月经稍落后，行经量或多或少，色红无块，头昏腰酸，尿黄便艰，行经期大便则溏薄，舌质红苔光根部稍厚腻。证属：肝肾不足、阴虚火旺、湿热内阻，予以滋阴清热利湿稍佐调经之品。药如：赤芍10克、生地10克、淮山药15克、丹皮10克、茯苓10克、泽泻10克、碧玉散12克、丹参10克、炙人中白6克、甘草梢5克，或加炮姜3克，或稍反佐肉桂5克（后下），月经干净后令其常服六味地黄丸、逍遥丸。治之4月后经行口糜痊愈。

六、经行泄泻

妇女行经期间，大便泄泻，经行即作，经净即止，称为“经行泄泻”。本症常与他症兼夹出现。西医学认为经前期由于水钠潴留而引起内脏组织器官充血水肿，当肠粘膜水肿充血时则出现腹泻。

对于经行泄泻，前人多从气分立论，将此责之于脾虚、肾虚、肝郁三个证型。夏师临证之时，则十分重视从肾而论。他认为之所以出现周期性的泄泻，是与月经周期中肾之阴阳消长转化有关的。经前期为阳长至重阶段，肾阳不足，重阳转化欠佳，火不暖土，不能温运脾阳，届时气血下泄，脾虚则泄泻作矣。此即《傅青主女科》在种子门中多处指出：“无肾中之火气，则脾之气不能化”，“盖胃土非心火不能生，脾土非肾火不能化，心肾之火衰，则脾胃失生化乏权。”此外，在经前期阳长至重，重阳波动持续5~7天，易激动心肝气火，特别是阴虚之体，肝气偏甚，横克脾土，则易致泄泻。

在治疗方面，夏师强调整体论治，将调周之法贯穿其中。在经前经期，补肾助阳，脾肾双补，多选用《傅青主女科》的健固汤、温土毓麟汤加减，药用党参、炒白术、淮山药、神曲、茯苓、巴戟天、覆盆子、菟丝子、鹿角片等。若肾虚明显者，尚需加入杜仲、补骨脂等品；若脾虚明显者，则需加入煨木香、炙黄芪、砂仁、蔻仁等品。同时由于经前期特别是经前末期，气郁症状颇为多见，因此常兼用理气之品，不仅可以缓解症状，而且有助于调经，首选香附，其次即为郁金、柴胡等。经净之后，则侧重在调补脾肾，按照月经周期的不同阶段、阴阳消长特点加以调治。

绝经前后诸证

有些妇女在自然绝经前后，因肾气衰，天癸竭，阴精不足，心肝失养，出现月经紊乱或闭止，并且出现烘热汗出，头昏耳鸣，烦躁不安，心情忧郁，失眠心悸，神疲乏力等证候，相当于西医学之“更年期综合征”，主要由于更年期精神、心理、神经、内分泌和代谢变化所引起的多器官系统的症状和体征的综合症候群。更年期妇女约 1/3 可通过神经、内分泌的自我调节达到新的平衡而无自觉症状，2/3 妇女则可出现一系列症状。随着人类社会渐趋老龄化，绝经前后病例增多，日益为人们所重视。

古代医籍并无本病的专篇论述，而是散见于“老年血崩”、“脏躁”、“百合病”等病证中。目前中医对本病的病因病机的认识，集中一点，为妇女肾气渐衰，天癸将竭，肾中阴阳平衡失调，影响到心、肝、脾，从而发生一系列的病理变化，如肾阴不足，则心火上炎，心肾不交，或水不涵木，肝阳上亢；如肾阳不足，则火不暖土，中焦虚寒；阴阳偏盛偏衰之外，每多兼夹其他病理产物：性素忧郁，多兼气滞，日久则转为血瘀；肝脾失调，木郁克土，运化失常，痰浊内生，此为兼夹痰浊；或者水湿不运，泛滥于肌表者，为兼水湿。治疗以燮理阴阳为目的，辅以宁心、清肝、健脾、化痰、祛瘀，使患者平安渡过更年期。

西医学对于本病多以对症治疗和激素替代疗法为主，配合精神心理保健及全身疾病的防治，尽管其治疗手段不断丰

富，心理保健日益受到重视，但因其治疗上仍有一定的局限，尚难以广泛运用。

夏师集临床经验之萃，取西医学诊疗之长，对本病的病因、病机、证治提出独到见解，制方用药颇具特色，特别对于寒热并见、虚实错杂、病情反复的病例也感到棘手，或寒温并投，或补泻兼施，以下予以具体介绍。

一、病因病机

前人认为，更年期肾气渐衰，天癸将绝，冲任子宫功能减退，月经渐趋失调而致断绝，原为女性生殖生理自然衰退的现象。但因有些妇女肾衰，天癸竭的过程或程度突然加速或加深，或因社会、心理因素的影响较强，或因自身体质较差，或数脱血，或房劳多产，或劳心过度，或紧张不已，或生活缺乏规律，或长期失眠等，必然引起原本肾阴肾阳有所失衡状态的加剧。夏师认为，本病 90% 以上属于肾阴虚或偏阳虚。阴虚天癸竭乏，上则影响心肝，下则影响子宫，心肝失养。心肝两脏，原为阴中之阳脏，心者君火也，肝者相火也，阴虚不能涵阳，水亏不能制火，心肝气火偏旺，火旺不仅上扰神魂，出现情志异常，而且又将下扰子宫血海，出现月经紊乱，天癸已竭，月经已多半出现愆期或闭经。重于心者，必致心烦失眠，且心不仅主神明，而又主血脉，血脉失和，神魂失宁，自然又致烘热出汗、胸闷心悸、怔忡不安等症；重于肝者，必致头痛头晕、焦躁忿怒、胸胁胀痛等症。但病发于心者多见，因为子宫、胞脉、胞络下系于肾，上通于心，心、肾、子宫有着内在的联系。天癸既竭，子宫失养，经血失调或闭止，则气火不得随经血下泄，从而又将随胞脉胞络而扰乎心肾，使心肾不得交济，心、肾、子宫之

间失于调摄，形成这一时期特有的多脏阴阳失调的病理状态。另夏师指导临床测定 164 例更年期综合征阴虚火旺的患者，发现发病时血中雌激素水平降低，脑垂体 FSH 和 LH 水平升高，儿茶酚胺或 17—OHCS 值也偏高，反应在卵巢功能低下的同时，脑垂体促性腺激素及 NH/E 比值均增高，说明肾的虚衰所致心肾阴阳失衡，心肝、心脾功能紊乱在绝经前后诸证发病中起着重要作用。因此夏师提出更年期综合征发生的根本是心-肾-子宫轴紊乱所致。

夏师还认为对本病病机认识仅停留在一般的认识是不够的，其复杂性和反复性在于兼变证的复杂多样。夏师指出在阴精不足的前提下，阳气亦有所不足，若兼之禀赋阳虚气弱，病程日久，必及脾胃，脾胃失运，水液脂肪等代谢不良，气血转输不利，将会产生痰浊、水湿、血瘀等病理物质。

此外，夏师强调阴精的不足，常致骨髓不充，骨质疏松，引起骨骼系统方面的衰退性疾病，是当前调治更年期疾病应重视的问题之一。阴精不足，津液亏少，所谓“肾主五液”，五液不充，不仅不能涵养皮肤肌肉，引起皮肤肌肉的枯燥松软，而且亦将加速脏腑心脑血管组织的老化，出现明显的衰退现象。

提到五液不充，自然会联系到更年期干燥综合征，此病临床上屡见不鲜，常与更年期综合征同时出现。夏师习惯将两病分别论治，但籍于两病的病因病机有许多相关之处，在此一并叙述。津液主柔主濡，津充则润，津亏则燥。夏师认为阴津灼伤故可致燥，燥盛化火又必灼津伤阴；阴津耗损则燥益甚，终致水火失调，虚热内生，阴津更耗，形成病理循环；或阴虚又夹脾虚湿浊，不仅影响治疗，而且燥湿夹杂，

以致燥者愈燥，湿者更湿耳。此型燥证最为多见，若病延日久，阴损及阳，则转为阳虚内燥证。除两型之外，夏师还注意到瘀滞有时也是一个不容忽视的因素。他指出一旦气血失运，津液输布障碍，不得上承或外布，聚湿凝痰，痰阻脉络，结而成瘀。且肾阴虚子宫胞脉胞络失养，经血排泄失畅，亦致血瘀。瘀阻血气流行不畅，津液不布，于是产生了瘀滞型内燥证，即《金匱》所谓之干血者。

二、辨证分型

夏师以为，更年期综合征以肾中阴阳偏虚为病因病机之根本，症状演变之总纲，虽常见多种复杂兼证，但分型论治时仍以阴阳虚证为主，结合寒热错杂的复杂证候而辨治本病。阴阳两虚为证型之基本，阴虚者实为偏阴虚证，常表现阴虚火旺为多见，有月经紊乱，经量或多或少，经色鲜红，烘热汗出，面部潮红，心烦易激动，精神忧郁，或亢奋，或头昏耳鸣，或心悸失眠，或皮肤瘙痒、口干便艰，舌质红或舌尖红，脉细数或弦数。偏阳虚证，可见月经后期，量少色淡红，烘热出汗，心烦易激动，神疲乏力，面浮肢肿，或胃脘胀痛或大便溏泄，或夜寐多梦，或心慌怔忡，舌质淡红，苔白腻，脉细或沉。

干燥综合征之阴虚型临床表现尚有：阴道干燥，带下全无，或少量黄水粘液，并伴口干咽燥，唇干燥裂，目涩视昏，肌肤干燥，甚或甲错，形瘦色苍，腰膝酸软，倦怠无力，五心烦热，齿浮牙松，纳少便结。阳虚型除见一般内燥证候外，多同时伴前述阳虚诸症。瘀滞型可见月经后期量少，色紫黑，有血块，小腹痛。妇科检查见阴道干涩，肌肤甲错干燥，口干舌燥，舌质紫黯或有瘀点，苔甚少或无苔，

脉细涩。

寒热错杂证的分析：（1）热多寒少，重在心肝气火偏旺，包括：①上下热，中有轻寒，即心肾之火偏旺，兼有胃寒或脾胃虚寒，可见月经偏多，烘热出汗频作，心烦寐差，口渴喜饮，心情不畅，时或烦躁，神不守舍。但又伴中脘作胀有冷感，喜热按，或有胃病史，这种热多寒少的病理变化，在治疗上滋阴清热法中亦应照顾中焦虚寒的病变特点。②上中热，下有轻寒，即阴虚心肝火旺，兼有轻度肾阳虚寒，可见月经愆期，闭止，烘热出汗频作，头昏头痛，烦躁失眠，胸闷心悸，口渴咽干，情怀不畅，但又伴有小腹作胀，冷感，腰酸尿频等，在治疗上，滋阴清热法中应照顾肾中阳虚的一面。（2）热少寒多，重在脾肾阳虚。夏师认为，此类病证虽为少见，但临床亦有所见。其表现形式可再分：①阳虚气化不利，水湿潴留或泛滥，可见浮肿尿少、经闭形寒、轻度烘热出汗、头昏烦躁、寐差、神疲等，治疗当以温阳利水中照顾到清心安神等；②阳虚气滞，血行不利，凝结为血瘀者，可见经行腹痛，有膜样血块，腰酸，小腹冷感，轻度烘热汗出、胸闷烦躁失眠等，治疗亦当补肾温阳法，佐入清心化瘀的治疗，才能更好地控制病情。（3）寒热参半，阴阳紊乱，此型绝大部分是阴阳俱虚、肝热脾寒的复杂病变。夏师认为除少数属于阴阳衰竭病情发展的终末阶段外，大多是病变过程中的短暂相持时期，随病情的发展，将让位于偏阳虚寒为主，或偏阴虚热为主的偏盛状态。

三、临证选方用药

本病主要治法是按照发作时调心，以心血（脉）心神为主论治，但要兼顾其肾；平时以调补肝肾为主，兼以调心。

阴虚者，滋阴清降，阳虚者，温阳宁心，如兼有痰浊、血瘀、水湿者，随证加减运用。

(1) 阴虚火旺，偏阴虚者证治：治拟滋阴清心，夏师自拟滋肾清心汤，药如钩藤 15 克、丹皮 10 克、莲子芯 5 克、淮山药、山萸肉、熟地、茯苓、紫贝齿（先煎）各 10 克、浮小麦 30 克（包煎）。此方滋肾清心，主要还在于安定心神心血，方中钩藤、丹皮、莲子心、紫贝齿、浮小麦乃清降心肝气火之药，心肝气火平则神魂自宁，但更年期肾虚是本，故当补肾滋阴，药用熟地、山药、山萸肉之属，心肾合治以心为主乃本方之意。

夏师常用的加减方药为：烘热加剧，发作较频者，上方应加入黄连 3 克，炙龟板 15 克（先煎），炙鳖甲 15 克（先煎），炙地骨皮 10 克；出汗多者，上方加白芍 10 克，五味子 6 克，煅牡蛎 20 克（先煎）；眩晕明显者，上方加石决明 15 克（先煎），煨天麻 6 克，白蒺藜 10 克；伴浮肿者应加车前子 10 克（包煎），泽泻 10 克，泽兰 10 克；烦躁失眠者，上方加炒栀子 10 克，炙龟板 15 克（先煎），炒酸枣仁 6 克，龙齿 10 克（先煎），伴痰多者再加胆南星 10 克，竹沥 1 匙，炙远志 6 克；精神忧郁，情绪低落，悲伤欲哭者，上方加广郁金 9 克，合欢皮 10 克，娑罗子 10 克；健忘显著者，上方加制首乌 10 克，炙龟板 15 克（先煎），墨鱼 15 克，枸杞子 15 克等；伴痰浊者尚需加入茯苓 10 克，陈胆星 10 克，炙远志 6 克；皮肤风燥者，上方加入麦冬 6 克，玄参 15 克，鳖甲胶 10 克（炖冲溶入），龟板胶 10 克（炖冲），枸杞子 10 克。

(2) 偏阳虚证治：治拟温肾健脾，清肝宁心，夏师自拟温肾宁心汤，药如仙灵脾、仙茅各 9 克，肉桂（后下）3~5

克，党参 15 克，炒白术、连皮茯苓各 10 克，钩藤 15 克，丹皮 12 克，紫贝齿（先煎）10 克，黄连 3 克，广木香 5 克，川断 10 克。本方寒热并用，补理兼施，符合更年期的生理病理特点之要求。方中二仙、川断、肉桂温肾，党参、白术、茯苓健脾利水，是方中的主要部分，但又有心肝火旺、神魂失宁的见症，故必加钩藤、丹皮、紫贝齿、黄连以清肝宁神，黄连、肉桂相合为交泰丸，原治心肾不交，神不安舍之病证，故合之而达到温肾健脾、清肝宁心之作用。

夏师常用的加减方药为：腹胀便溏者，上方加入煨木香 5 克，砂仁 3 克（后下），炮姜 5 克；胃脘胀痛，纳食欠佳者，上方加入陈皮 6 克、高良姜 3 克、制香附 6 克、娑罗子 9 克；浮肿明显者，上方加入制附片 6 克、车前子 10 克、泽泻 10 克、冬瓜皮 10 克、泽兰叶 10 克；肥胖明显者，上方加入制苍术 10 克，炒枳壳 10 克，荷叶 5 克；神疲乏力明显者，上方党参加至 10 克，加炙升麻 3 克，炙甘草 6 克；腰酸形寒者，上方加杜仲 10 克；肌肉骨节酸痛，加入鸡血藤 15 克，骨碎补 10 克，干地龙 10 克，杜仲 10 克，牛膝 10 克；骨质疏松，骨刺作痛，上方应加龟板 15 克、牛膝 10 克、骨碎补 10 克、杜仲 10 克、狗脊 10 克等服之。

如前所述，烘热出汗是更年期综合征最突出的一个症状，夏师以此症为中心，对其辨治作详细探讨，并总结出一套临证规律。他通过对定时烘热出汗患者进行分析，发现阴虚烘热证多在午后夜间发生；阳虚烘热证多发生在上午或早晨。对烘热出汗的反复发作他认为与情绪激动、精神紧张密切相关。降火之法夏师又细分三则：一是咸寒泻火，如炙知母、炒黄柏、咸秋石，即取知柏地黄汤意或大补阴丸一类方药，从肾论治，偏于清降；二是甘寒清虚热，如地骨皮、丹

皮、白薇、青蒿、胡黄连等，即取两地汤意，亦是从肾论治；三是清降心肝之火，兼以滋水养阴，乃心肾合治，如滋肾清心汤之属。滋肾与清心合治，疗效颇佳。其中一例患者，烘热3年，经用滋阴降火及更年期安等治疗，疗效不显，转用清虚热的两地汤治疗亦不应手。该患者精神紧张，情绪躁动，夜不能寐。夏师认为阴分虽虚，但心肝气火颇旺，有升无降，先当从清熄镇降心肝气火论治，取滋肾宁心汤治之，药用炒枣仁、灵磁石、青龙齿、黄连、莲子心、钩藤、炙龟板、合欢皮、黛灯心等，外加心理疏导，连诊3次，药用15剂，寐渐佳，烘热基本控制，再予滋阴补肾的三甲地黄汤以资巩固。

夏师对于偏阳虚的烘热证，在治疗上除了脾肾兼顾、温阳健脾外，尚需针对烘热特点，合用清降心肝气火治之。夏师曾治一例祝某，年48岁，原为阴虚火旺证，逐渐演变为偏阳虚证型，伴有较明显的眩晕失眠，浮肿便溏，投予温肾宁心汤加入交泰丸服20剂，浮肿便溏眩晕基本痊愈，烘热亦较少发作，仍转入偏阴虚论治，取六味地黄汤加入炙龟板、炒白术、钩藤、合欢皮、龙齿、炮姜等善后调理。经半年观察病已痊愈。

就更年期综合征而言，阴虚或偏阴虚占有主导地位，因此以热为主者，极为常见，但对于寒热参半、阴阳紊乱的患者，在治疗上一般要同时兼顾，但在具体选方用药上要尽可能避免相互间有冲突性，即矛盾性，而且要注意到寒热间的脏腑归经问题，使滋阴清热不影响到祛寒，祛寒温阳不影响到清热的一面，才能获得较好的效果。

更年期干燥综合征的病因病机与更年期综合征有许多相关之处，但又有本身辨治特点，夏师治疗此病经验颇有独到

之处。如阴虚型，主要补养肝肾之阴，佐以宁心安神，务求降其火，制其动。选方以二甲地黄汤或滋肾清心汤，兼火旺消灼者，可加知母 6 克、黄柏 6 克；低热缠绵，骨蒸潮热者，可加地骨皮 12 克，银柴胡 5 克，功劳叶 15 克；口干咽裂痛者，加芦根 15 克，石斛 12 克，淡秋石 30 克等；皮肤瘙痒明显者，可加沙参、杞子各 12 克，甘菊花、白蒺藜、桑叶、白芍各 10 克等。此外夏师积极鼓励患者进行食疗，可选食甲鱼、淡菜、木耳、莲肉、杞子、梨、柿、西红柿、乌梅等甘寒柔养之品。

【病案举例】高某，女，48 岁。病发 4 年，始则月经衍期量少，带下不多，头昏神倦，口干舌燥，常有烦热之感，不甚介意，继则形体消瘦，带下缺少，月经不行，阴道干涩，不能行房，心情烦躁，面容憔悴，口渴唇燥，入夜尤甚。曾服中药数剂，虽亦从阴虚论治，无如杯水车薪，无济于事，转从西医诊治，令服雌激素，有白带，恢复月经来潮，阴道之干涩亦见好转，性生活正常，但停药后，诸症依然，心中忧急求治夏老门诊，诊为脾胃尚佳，后天之本未亏，水谷之精尚能涵养阴津，治疗先当抑心肝肾之火，用滋肾清心汤，药用钩藤、莲子心、青龙齿、淮山药、干地黄、丹皮、山萸肉、杞子、龟板、乌梅、盐水炒黄柏、柏子仁、炒枣仁等品，同时嘱服杞菊地黄口服液。要求祛除烦恼，安定心神，配合治疗。服药近 3 月，基本恢复月经，带下亦有，诸症大减。停药观察，尚能稳定。

夏师谓阴虚型兼湿浊，或兼脾弱者，较为难治，滋阴降火有碍湿浊与脾运，而燥湿化浊、健脾和胃又必损伤阴津而促动气火。所以滋清中渗利，滋清中运脾，两者结合，尽可能避免相互间的冲突，如六味地黄汤加入碧玉散 15 克、白

扁豆 12 克、黛灯心、赤小豆等。夏师认为出现这样的矛盾证型，意味着疗程的延长，恢复较为困难。

阳虚型干燥证病机远比单纯阴虚型复杂，病情更重，辨证中存在一定的矛盾，有鉴于此，夏师指出不可囿于“阴虚必燥，燥甚伤阴”的常理而一味滋润，应以“气”方面着眼，“阳”方面立法，治以助阳益气、温化水湿而布津液，方选二仙汤合圣愈汤加减，药用党参 12 克，甚则可加白人参或太子参 15 克，黄芪 10 克，白术、茯苓各 10 克，仙灵脾、仙茅各 10 克，炙甘草 3 克，红枣 5 个，以及荷叶、白芍等。虚寒甚者加制附片、肉桂、胡芦巴、补骨脂；关节冷痛者加桑寄生、杜仲、川桂枝、功劳叶各 15 克；大便溏泄明显者加炮姜炭 6 克、补骨脂 10 克、芡实、煨肉果各 10 克；浮肿明显者加苍术、泽泻、车前子各 10 克。但此型少见，辨证必须细致准确，温热性药物不可漫投。如辨证正确，选方择药亦应全面斟酌，如补脾宜免壅滞，益气需避温燥，壮阳宜乎温润，此均为关键治疗方法。

根据本型特殊的病理特性和辨证需要，夏师常嘱患者不可恣食寒凉滋腻之品。宜常进山药、芡实、莲子、糯米、红枣、荔枝肉、桂圆等食品，药食相助，冀达甘温益气、扶植生机之效。

【病案举例】王某 女 47 岁 患者原系更年期综合征，经治疗后，症状有所缓解，但觉口舌、皮肤干燥，腹胀矢气，大便偏溏，腰部酸冷，胸闷心烦，阴道干涩，唾液明显减少，外院诊断为：更年期干燥综合征。有时伴有低热，询其月经情况，开始后期量少，渐趋闭经，今已 3 月余未行，察其面色欠华微浮，唇燥而裂，舌淡边有齿痕，苔薄，诊得脉来濡细。辨证为脾肾阳气不足，阳不化气，气不生

津，而其由来，乃为阴虚及阳，故阴精、津液难于恢复。治疗先当从脾肾论治，参入滋阴生津之品，以真武汤出入之。药用制附片 6 克，人参 15 克，白术、茯苓、淮山药、白芍、沙参各 10 克，甘草 6 克，龟鳖甲各 15 克，葛根 5 克，乌梅 3 克。前后服药 5 月，症状好转，继之嘱其常服人参、龟板胶之类，以巩固疗效。夏师对用真武汤中的附片，认为在腹胀便溏症状好转后，应改为巴戟天 9 克、补骨脂 10 克等品长期服用，则无恐过于温燥之弊。

前已述及，肾阴虚调节津液功能减退，可以产生继发致病因素瘀滞。夏师从《金匱要略》所论“干血”中得到启示，提出滋阴化瘀的治疗方法，以大黄廔虫丸化裁。药用归尾、桃仁、鳖甲、熟军、赤芍、地鳖虫、水蛭、牡蛎、丹皮、淮山药、干地黄等。夹痰浊的，加玄参、贝母、山慈菇、风化硝、炒枳壳、竹沥、半夏等。如兼气虚阳衰的，上方加入黄芪、白人参、仙灵脾、肉桂等。总之，瘀滞而致津液不布者，以治瘀滞为主，瘀化滞解，津液自布。但此类病人极为少见。如果热燥炼痰，痰瘀交阻，治疗上更为困难，药治之外，常服萝卜、海蜇、芥粉等佐之。

【病案举例】万某 49 岁，患者系干燥综合征 2 年，并曾因更年期综合征而服药治疗。月经已断 4 年，更年期综合征症状较轻，但少腹作痛，痛及阴道，阴道干燥，肌肤甲错干燥，口干唇燥，唾液量少，形体消瘦，两目黯黑，舌质红，苔边有紫点，脉细涩。辨证为阴虚血瘀，津伤血燥。方取二甲地黄汤合大黄廔虫丸治之，药用龟板、鳖甲、桃仁、赤白芍、丹皮、熟军、地鳖虫、淮山药、干地黄、五灵脂、甘草、元参等。前后服药 4 月余，病情趋向稳定，以杞菊地黄丸、生脉饮、大黄廔虫丸成药治疗，以巩固效果。

四、浅谈防治与调护

夏师注重辨证施治的同时，不忘日常调护，他将这作为更年期综合征治疗的另一个环节，主要特点有：

(1) 研究奇数律，重视治未病

夏师长期研究发现 7、5、3 奇数律与女性生殖生理机能的活动有着重要的内在联系。他认为月经周期节律的衰退，实际上是女性周期阴阳消长转化运动的衰退和终止，而阴阳运动的衰退与终止，与个体的体质、遗传、地区、气候等不同有关，归纳起来，是受内在的 7、5、3 奇数律所支配。考《素问·上古天真论》所指出的 7 数律，属于厥阴、少阳体质类型者，防治重点在肝；按《洪范》五行论述，中土脾胃为 5 数律，属于太阴、阳明体质者，防治在脾；如按《素问·阴阳离合论》及《河间六书》之天癸未行、既行、既绝及太阳之数论指出的 3 数律，属太阳、少阴体质者，防治在肾。夏师认为所谓奇数律是阴阳运动在个体内部多样性的反映，是有其内在研究价值的，这也是他近年来防治月经病，推导阴阳运动规律，以论治未病的学术思想特色。

(2) 保护脾胃，培补后天

夏师重视前人提出的“天癸既绝，治在太阴”说法。故在调治心、肾、子宫的同时，注意脾胃的变化，重视脾胃功能在更年期综合征治疗中的地位。他常嘱患者注意腰膝以下的保暖，适当参加体育锻炼以增加脾胃运化能力，向患者介绍适合病情的食谱，嘱其勿因心肝火旺而贪凉饮冷，勿因恐惧衰老而妄用大补，以致损伤中土。

(3) 配合疏导，事半功倍

夏师在对更年期综合征的妇女进行心理检测中发现，本

病患者均有不同程度的心理及精神障碍。夏师将药物治疗和心理治疗结合起来，对提高疗效大有裨益。心理治疗可以分三个方面进行：其一，心理疏导。采用个性行为矫正法，拟定矫正条件，包括客观的自我评价，调节工作节奏及作息规律，避免过分紧张，克服心理冲突；改变错误的价值观、人生观，注意与他人沟通，培养兴趣爱好等；其二，家庭调节。通过家庭成员的努力，营造和谐、宽松的气氛，给患者更多的理解和关怀；其三，社会调节，形成良好的人际关系。夏师以诚恳友好的态度及深切的同情心、责任感取得患者的信任，通过交流交谈，根据患者个性特点及其对疾病的认识情况，帮助其正确认识更年期心身反应，调动病人潜在能力积极参与治疗，以适应社会和家庭的变化，提高自我调节与自我控制能力，从而战胜疾病。

（4）养生之道，顺应自然

更年期综合征患者往往有缺乏生活规律、长期过度疲劳等病史，夏师认为人体的生物钟应与自然界生物钟保持一致，进入更年期更应如此，遵循自然界四时变化、日夜更替的规律，日出而起，日落而息，夏至养阳，冬至养阴等，要求始终如一地使体内圆运动生物钟规律与自然界阴阳运动规律相一致，即当前所倡导的体内外阴阳平衡学说。另外夏师还提倡气功疗法，以调心为主旨，达到动静结合调整阴阳的目的。

带 下 病

带下始见于《素问·骨空论》，所谓“任脉为病……女子带下瘕聚”。生理状态下，带下是女性阴道内少量白色无臭味的分泌物，其来源于子宫颈腺体，部分由子宫内膜分泌或经阴道粘膜渗出，其量与体内雌激素水平有关，随着月经周期的节律而变化，即经后期开始至排卵期增多，排卵后渐减，经前期又有所增多，妊娠期间也有增多，绝经期后减少。

病理状态下，如果其带下产生的部位有炎症、肿瘤或内分泌功能紊乱等均可导致带下异常，前人常分为白带、黄带、赤带、赤白带、青带、黑带、五色带等。夏师对带下病的病理产物认为主要与湿有关，并受任脉与带脉的影响。他又区分内湿与外湿。所谓内湿者，乃脏腑功能失调所产生，外湿者，是多由湿邪入侵，注入下焦，任带失约而致，一般在急性阶段，大多湿邪较甚，感染阴器，留驻下焦发病，或是久之未得根治，留而为患，影响到脏腑功能，或是体弱正不胜邪，易感而发病。归纳本病的脏腑病机，一般多认为在于脾虚和肾虚，因素体脾虚或劳倦过度、思虑过多、饮食不节诸因，损伤脾气，脾运失常，水谷之精微及津液失于上输，反聚而为湿，湿浊下趋，任带失约而致。或由于禀赋薄弱，下元亏虚，或由房劳多产，以致肾元亏耗，失于封藏固摄之能，致使精滑脱。夏师除了继前贤如是说之外，还注意肝的作用，他认为，“女子的肝为先天”，常可由情怀不舒，

肝气失于条达而气机郁滞，碍及脾运，湿浊下注。所以对于肝强脾弱之体，应注意气郁而致带下为患。近年随着对外开放，性传播性疾病（STD）的多发，生殖器的感染症世界范围内呈上升之趋，有些如淋菌性阴道炎、生殖道沙眼衣原体感染有死灰复燃之兆，而这类疾患表现带下病，常因经行或产后胞脉空虚，或外出旅居，用具不洁，或久居阴湿之地，湿毒秽浊之邪乘虚而入，侵蚀阴户，损伤任带，遂致病发。若迅速能予根治，不致蔓延，但常常秽浊祛之不尽，若缠绵滞留下焦，久而酿成慢性，每每有虚中夹实的病变，一旦铸成此种状况，则西药治疗亦趋棘手。

对于带下，历来重视对全身症状包括脉象、舌苔的分析，强调整体调治，这虽无可非议，但夏师认为重在量、色、质、气味的分析，与月经病的期、量、色、质一样有其重要性。临证虚实夹杂者多，全虚者少，治疗着眼于湿，外湿者宜清利，内湿者则以调理肾肝脾为要，结合辨病局部对症治疗，能够较好地处理本病，具体辨治当中，他尤强调以下两方面。

1. 一般证治 所谓一般证治，是对上述之脾虚、肾虚、肝郁、湿热等单纯性证型的辨治。但重要的首先在于对带下的量、色、质、气味的分析。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、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所致者；色赤或赤白相杂，大多属于湿热伤络，或血瘀伤络者，也有属于阴虚火旺者；五色杂下，多为湿毒所致。带下质稀属于虚证，质粘属于实证。带下有臭气者属热证、实证；无者大多

属于虚寒证。如把以上四者结合起来，即可得出初步的辨证。如带下特多，色白质稀，无臭气者，属于虚证，或虚寒证；带下量多，常时多时少，绵绵不断，色黄质粘有臭气者，属于湿热证；带下量多，或时多时少，色赤白相兼，质粘腻有臭气者，为湿热伤络之象；带下时多时少，以多为主，色赤质稀或夹粘无臭气者，为阴虚火旺损伤脉络所致。然后结合全身症状、脉象、舌苔以及病史、检查，不难作出明确诊断，进行针对性的治疗。对湿热（包括湿毒）必须清利，佐以解毒。湿重者，用止带方；热重者，选龙胆泻肝汤；夹有热毒者，当合五味消毒饮（银花、野菊花、蒲公英、紫花地丁、紫背天葵子），重要的是针对带下的特殊性加入墓头回、蜀羊泉、苡仁、炒扁豆衣、鸡冠花、龙葵、芡实等所谓治带专药，疗效将有所提高。对脾虚者宜健脾，选完带汤、补中益气汤，但如加入炒芡实、炒白果等止带之品更为合适。对肾虚者宜补而涩之。偏肾阳虚者，前人常用内补丸（鹿茸、菟丝子、潼蒺藜、白蒺藜、黄芪、肉桂、桑螵蛸、肉苁蓉、附子、紫菀茸），虽有补肾固涩的作用，偏于温阳，虚寒盛者适宜；五子补肾丸平和，但嫌固涩有余，补养不足，故应加入淮山药、熟地、鹿角霜、巴戟天之品为宜。偏于肾阴虚者，常伴火旺，知柏地黄丸（汤）最为合适，但应加入水陆二仙丹（金樱子、芡实），疗效更好。肝郁者，本虚标实，在服药的同时，必须进行心理疏导，解除思想顾虑，舒畅情志，才能获取良效。

2. 夹杂证治 单纯的典型证型虽然存在，但临床上较多的是夹杂证型。在带下的量、色、质、气味四者间亦常存在冲突。如带下量多，色白夹黄，质稀夹粘，一般无臭气，偶或有之，此乃虚夹实，常为脾肾虚夹湿热的病证。带下时

多时少，色赤白相杂，质稀夹粘，或有臭气，此为实中有虚，常是湿热夹气血虚，或者夹脾肾虚的病证。带下量多色白夹黄，或赤白相杂，质清稀如水，无臭气，此为虚中夹虚，常是阴虚脾弱的病证。带下量多，色黄白或夹紫褐色，质粘腻，有臭气，此为实中夹实，常是湿热夹血瘀的病证。治疗可参考月经病复杂证候的临床体会。但这一类病证，更需要与辨病相结合，排除一些顽固性炎症和肿瘤疾病，以免误事。

除带下量多以外，还有带下过少之症，在前人文献之中缺乏此类的专论，夏师在临床上观察闭经、不孕、阴痒及性功能衰退的有关病症，认为本病症亦应引起重视，特别随着高龄化社会的到来，绝经期及绝经后期诸多问题，以及现代出现的卵巢功能早衰之类均会出现这类带下过少病症，所以调治这类疾患，也是不容忽视的。

夏师宗王孟英之说“带下乃女子生而即有，津津常润”方为之常道，这和月经一样，同样受肾气、天癸主宰，所以他认为，禀赋不足，或房劳多产，大病或久病之后，肝肾阴精亏乏，难以充实天癸，天癸衰少，阴津不足，易致带下过少。阴虚之后，心肝气郁易化火，火热则使阴津灼伤，致成带下更少之状。与其一贯主张顾护阴分思想相吻合，对于此类症状，提出必须纠正阴虚，提高阴津在经后期阶段的滋长，重视经后期阶段初、中、末三期的施治，并且他指出：“带下的多少与月经相同步，经常一致，调治带下过少，实际上是调治月经病、不孕症的主要措施之一”。此外，从女性生长年龄阶段来说，在围绝经特别当绝经之后，癸水已绝，“地道不通”、“形坏而无子”阶段，维持适量的带下有着重要的意义。这一阶段肾气衰，天癸竭，不可抗拒，绝经

也是客观规律，但所谓“养生”、“治未病”在这一环境下，就需要保持部分阴精，不至于骤然衰落，保持适量的带下，润泽行将衰退的生殖器官，调整脏腑功能，保持阴阳气血在衰退的动荡之中能维持一个相对的平衡，这对围绝经期妇女的生活质量及疾病预防是一重要的内容。所以夏师在这一方面，重视该期的滋补肝肾、生津养液法，常用二甲地黄汤加减，药如：炙龟板、炙鳖甲各 15 克，先煎，干地黄、山药、山萸、炒丹皮、茯苓各 10 克，天麦冬各 9 克，夜交藤 15 克，莲子心 3 克治之。若兼脾胃不健，上方去干地黄、天麦冬，加白术 10 克，炒白扁豆 10 克，太子参 15 克，六曲 10 克；兼心肝郁火者，加入钩藤 15 克，黑山栀 10 克，广郁金 10 克；心火偏旺者加黄连 3 克、炒枣仁 6 克以治疗。

其次如果合并癥瘕，有血瘀内阻之证时，临证可见带下过少，经来腹痛，色紫黑有血块，下腹作痛，胸闷口渴不欲饮，甚则肌肤甲错干燥，舌暗瘀斑、苔薄，脉细涩，夏师常用活血润燥生津汤加减，药有：当归、赤白芍、生地各 10 克，天麦冬各 6 克，桃仁、红花各 9 克，天花粉 10 克，炙鳖甲 15 克，炮山甲 6 克，生山楂 10 克；大便干结者加大黄 5 克，腹痛甚则加五灵脂、炒延胡各 10 克；腹胀胸闷加广郁金、青陈皮各 6 克，枸桔李 10 克，或配大黄廑虫丸，每次 3 克，日服 3 次。

【病案举例】龚某 女 38 岁 赤白带连绵年余，月经先后无定期，平素带下赤白，质地粘稠，精神抑郁，胸闷胁胀，纳食不佳，口苦，小便色黄，舌红，苔黄白相兼，脉细弦，妇科检查未发现明显异常，此乃情志不舒，肝气内郁，郁久化热，夹湿下注，热伤血络所致，拟疏肝清热利湿，凉血止血。仿丹栀逍遥散加减。药用：丹皮 10 克、山栀 10

克、柴胡 5 克、黄芩 9 克、茯苓 10 克、泽泻 10 克、赤芍 10 克、地榆 15 克、小蓟 10 克，服药治疗，药 10 剂后，带下色转黄白，未夹红色，继嘱服乌鸡白凤丸以善后。

【病案举例】杨某，女，69 岁。初诊 1998 年 5 月 26 日，带下量多色黄一年，绝经 20 年，近年带下量多，色黄，曾诊为“老年性阴道炎”，用药治疗（药名未详），效果不佳。近又增阴道内疼痛，烘热时现，咳嗽振动时阴道灼痛，大便不实，排出时努责则肛门坠胀，脘腹时胀，舌淡苔腻中黄，脉细弱。白带常规：腔 C⁺⁺，清洁度 II。宫颈刮片病理示：巴氏 II 级伴较多炎症细胞。此带下病。证属：气阴两虚、脾虚气陷，兼夹湿热为患，治宜补气升阳，佐以清化为法，仿补中益气汤加减。药用：黄芪 20 克、党参 20 克、炙升麻 6 克、炒柴胡 6 克、炒白术 10 克、陈皮 8 克、茯苓 10 克、炒山药 15 克、桑寄生 10 克、炒黄柏 5 克、炒苡仁 20 克、椿根皮 10 克，药进服 20 剂后，诸症明显改善。

流 产

妊娠于 20 周前终止，胎儿体重少于 500 克者，称为流产，为妇科常见疾病，如处理不当或处理不及时，可能遗留生殖器官炎症，或因大出血而危害孕妇健康，甚至危及生命。西医学又将流产分为先兆流产、难免流产或不全流产、完全流产、稽留流产以及习惯性流产。而中医学在防治上最具有特色的是先兆流产和习惯性流产。

中医学对于先兆流产以及习惯性流产早有记载，并命名

为“胎漏”、“胎动不安”、“滑胎”等名，对其病机分析为肾虚、气血虚弱、血热等方面。肾虚者多由先天肾气不足，或孕后不节房事，或堕胎小产等数伤肾气，以致冲任不固，胎失所养，发为流产疾患。气血虚弱者，或由平素体弱，脾胃久虚，化源不足，或由大病之后，气血两虚，气虚不能载胎，血虚不能养胎，而发为流产之疾。血热者，热扰血海，迫血妄行，损伤胎元而致病。此外还有跌仆闪挫或劳力过度，冲任受损，气血失和，以致不能养胎、载胎而发病。这四者中尤以肾虚受胎不实、冲任不固为主要机理，故治疗上以固肾安胎之法为首选，并可辨证应用补气养血、滋阴清热等法，代表方即为《医学衷中参西录》所记载的寿胎丸。

夏师在治疗流产类疾病方面，除延用前人从肾论治的观点外，还特别强调心-肾-子宫生殖轴对于妊娠的影响。心主血脉，其“藏经脉之气”，“淫精于脉”，代生营血，使脉中血气源源不绝。胞脉胞络亦属心之所主，心气藉胞脉、胞络而使子宫藏泻适度，开阖有时，孕育有常。夏师认为心在生殖生理的活动过程中的意义关键是“主神明”的功能，而神明活动是在心肾相交、阴阳既济中得以实现的。他从《傅青主女科》一书中多处提到的“胞脉者上系于心”、“胞脉者系于肾”受到启迪，认识到心肾升降交合与子宫的胞脉胞络紧密地联系在一起，而心肾互相交合的场所则在子宫。同时他指出子宫的藏泻，实际上是建立在心肾交济的基础之上。子宫藏精卵，生长发育自然与神的宁静有关。所以当心神不宁，心肾失济，则会使胎元不固，甚则发为流产之疾。

在具体治疗上，夏师临床又常用以下几种方法：

1. 补肾养血法。肾为先天之本，补肾可固本。《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。”因此补养肾气是治疗流产的主要方法。又女子以血为主，血聚以养胎。叶天士《女科证治》说“妇人怀孕，全赖血以养之，气以护之”，若血虚胎元失固，也可发为流产，故补肾必当养血。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。在用药方面，夏师常选用寿胎丸加上炒当归、白芍、淮山药、山萸肉等补肾养血者。同时根据“气以载胎”之说，夏师临证之时还常在方药中加入黄芪、党参、白术，以助肾气充盛。

2. 宁心安神之法。调节情志，宁心安神，使心肾相济以稳固胎元。对于此点，西医学给保胎病人用镇静剂，理缘由此。由于夏师认为心肾不交是产生流产的关键，其中尤以肾虚为前提，故在治疗上尤以补肾为主。而补肾尚须宁心。《慎斋遗书》中指出“欲补肾者，须宁心，使心得降，肾始实。”宁心之法又有三：清火宁心、安神宁心、疏导宁心。清火宁心法在补肾固胎法中为常运用的方法，多用于上热下寒型。下则温补脾肾以固胎，上则清降心肝以安神。药用常在补肾养血的方药中，加入钩藤、炒黄连、莲子心等药。安神宁心法在补肾法中多用于睡眠差的患者，临床常配用炒枣仁、五味子、合欢皮、茯神、柏子仁等药，使心肾得以交通。疏导宁心法主要是指通过语言疏导调节患者情志，使其放下思想包袱，清除紧张心理，安定心神，实质上达到安精固肾之功。待心神稍有安定，再转入补肾固胎的方法。

3. 健脾和胃法。脾胃为后天之源，健脾和胃以旺后天之化源。前人认为胎孕形成在于肾精，胎元之固在于肾气。而肾精、肾气又必赖后天水谷之精以充养之，而胎儿的成长又必须有赖于后天水谷之精。孕后由于活动减少，甚至较长期卧床休息，脾胃运化功能不良，后天之本不固，易出现流

产之兆。故临床在保胎的同时，常运用健脾和胃之法，在补肾安胎的治疗过程中，兼用香砂六君子丸另服，以旺后天生化之源，不仅使保胎成功率提高，而且亦有利于胎儿的生长发育。

4. 防重于治。此法尤其适用于滑胎的患者。临证之时，夏师对于有习惯性流产的患者，在未怀孕之前，用调周法，调其月经，使其内分泌水平恢复正常，并辨明其致病原因，加以调治。待怀孕之后，口服补肾安胎之品，一般自孕后即开始服药，同时必须注意到“3、5、7”数的时期，即是孕后50天、70天及3个月、5个月、7个月的时期。在此期间易于流产，称为易流产期，故更当预为防范，加强补肾安胎，绝对卧床休息及进行心理疏导，以安度危险期，获取较好疗效。

5. 逐月注重胎养。根据北齐徐之才的逐月养胎法，夏师倡导孕妇调摄饮食。如1~2月以肝为主养胎，饮食宜酸性物质，如梅子、糖醋排骨等。第3~4月以手厥阴心包经与手少阳三焦经为主养胎，嘱孕妇饮用宁心养心之莲子汤、鱼头汤等。第5~6月以脾胃养胎为主，嘱孕妇多食鸡、鱼、瘦肉等。第7~8月以肺经为主养胎，嘱孕妇多食新鲜蔬菜、瓜果等。第9~10月以肾为主养胎，嘱孕妇多食甲鱼、黄鳝、鸡蛋、猪腰、骨头汤等使胎儿发育健壮。

【病案举例】 吴某，28岁。1998年7月28日初诊。患者自1994年结婚，妊娠3次，均未获活婴，1995年生第一胎，婴儿因先天性心脏病夭折。后又孕2胎，均因过期流产而行清宫术。平素基础体温正常，经行小腹隐痛，有血块。刻下月经周期第25天，时觉小腹隐痛，脉细弦，舌淡，苔微腻。血查抗精子抗体AsAb 1:100。辨证属肾虚肝郁，夹

有瘀滞。按经前期论，补肾助阳，疏肝调经以论治。药用当归、赤芍、白芍、山药、山萸肉、川断、紫石英、五灵脂、泽兰叶、茯苓各 10 克，苍术、香附各 9 克，青陈皮各 6 克。服上方后，患者无明显特殊不适，治以补肾调周为主，佐以疏肝抑抗。经期方选越鞠丸合五味调经散加减；经后期以滋肾生肝饮合异功散加减；排卵期则用补肾促排卵汤加减；而经前期治以健固汤合越鞠丸加减。患者经 3 个月经周期调治后，于 1998 年 12 月 29 日测尿 HCG (+)。因患者曾有多次胚停病史，所以加强保胎治疗，以促进胚胎发育。治以补肾和胃法，药用太子参、钩藤各 15 克，炒白术、白芍、川断、寄生、炒谷芽、杜仲、茯苓各 10 克，陈皮 6 克，砂仁 5 克（后下）。患者药后脘腹胀闷、腰酸、口淡乏味、纳呆便溏、寐差，脉细弦、舌偏红。遂治以养血补肾、疏肝和胃，药用黑当归、白芍、山药、太子参、白术、川断、寄生、炒谷芽各 10 克，广陈皮、砂仁（后下）、苏梗各 6 克、黄连 3 克。服药 7 副后，患者晨起小腹隐痛，矢气频频，腰酸腹胀，恶心纳呆，夜寐多梦，大便不实。治拟健脾补肾，少佐和胃。药用党参、白术、山药、炒谷芽、炒竹茹、川断、寄生、茯苓、白芍各 10 克，砂仁 5 克，苏梗、陈皮各 6 克。于孕 89 天查 B 超示胎儿成型、胎心良好。后足月生一男孩。

【病案举例】缪某 女 29 岁，早期妊娠 2 月余，因下雪跌仆，遂出现腹痛，阴道少量流血、色暗，夹有小血块，伴腰酸乏力，不思饮食，夜难入寐，舌苔白、脉细滑，本人拒行 B 超检查，拟用胶艾汤加益肾止血剂，如川断、桑寄生、苎麻根等多剂服后，仍未能止血，反复思忖后，改用佛手散合加味失笑散治之。药如：当归 6 克、赤芍 10 克、丹

参 10 克、制香附 6 克、炒五灵脂 10 克、蒲黄 6 克（包）、川断 10 克、制乳香 6 克、制没药 6 克，药服 2 剂，腹痛缓解，阴道出血即止，后间断服维生素 E，足月分娩一男婴。

【病案举例】朝某 女 30 岁，结婚 5 年，自然流产 3 次，每次于妊娠 40 天时而坠落，月经周期落后，痛经（+），经量中等，色红，有小血块，行经约 17 天净，经前常有胸闷烦躁、乳房胀痛之象。但又见腰酸，小腹觉冷。测量基础体温，高相缓慢上升，或上升推至周期第 25 天左右，常有 2~3 月经水不潮，曾在外院用乙黄周疗治疗，服药期间诸症平稳，药停后仍旧如故。来诊时，辨证属肾虚肝郁证，病乃滑胎。治疗以调整周期为法，经前期着重温补肾阳，经后期以归芍地黄汤加菟丝子 15 克，川断 10 克，制香附 10 克，平时则按右归丸加味。药用：当归 10 克、白芍 10 克、淮山药 10 克、熟地 10 克、川断 10 克、菟丝子 10 克、鹿角片 10 克、仙灵脾 10 克、巴戟天 10 克，同时配合复方当归注射液，经治疗半年后怀孕，孕后一面卧床休息，一面仍继以补肾养血、固冲法治疗，方取寿胎丸合保阴煎加入苎麻根艾叶炭等安胎之品，尔后出现心烦头痛、口渴等状，继加入钩藤 15 克、子芩 10 克、生地 8 克、竹茹 10 克、陈皮 6 克等，药用至孕 5 个月以上停用，此后足月分娩一女婴。

不孕症

不孕症是妇科常见病之一，传统上将婚后3年以上未孕者称之为不孕症。世界卫生组织1995年编《不育夫妇标准检查与诊断手册》将不孕症临床标准定为1年。我国的国情仍以2年为依据。90年代调查提示在世界范围内12对夫妇中有1对，美国是7对中有1对夫妇不育，即发生率为8.3%~14.3%。发展中国家一些地区不孕症患病率可高达30%。全世界的不孕症人数约为5000万~8000万，其中女性因素占25%，男女双方共同因素为20%。这些亟待临床予以解决。

为尽快达到这一目的，西医学近年飞速发展了生育辅助技术（ART），以医学助孕治疗不育夫妇，达到受孕的目的，主要包括了人工授精、体外受精与胚胎移植、配子输卵管移植以及在这基础上演进的各种新技术。但这些方法均有一定的适应症，且因医疗费用之昂贵和治愈率尚不高的现状而受到一定的局限。对于内分泌失调性不孕等仍以药物治疗为主进行调治，或针对病因进行相应的治疗。由于激素或促排卵药物的应用所招致的一些副反应，很大一部分患者临床上仍求诊于中医药的调治。在不孕症领域，中医诊治的悠久的历史和卓著疗效迎合了社会的需要，与西医学高新科学技术相结合，不断发挥着重要作用。

中医学关于不孕症，早在2000多年前《素问·骨空论》已有记载，继后历代妇科医籍对其均有“无子”、“全不产”、

“断绪”、“绝嗣”等的描述，并列“求嗣”、“种子”、“嗣育”等类，对不孕症的治疗进行广泛的讨论，沿至近代中医和中西医结合对女性不孕症临床和基础方面的研究，均显示了中医药治疗具有一定的优势。

夏师博学前贤对不孕症之评述，潜心妇科临床 40 余载，勤于探索，不断总结，对不孕症各类别，如卵巢性不孕、子宫性不孕、输卵管性不孕以及免疫性不孕等，辨证结合辨病，独树一帜，取得显著临床疗效，被誉为“送子观音”。其学术理论观点详见本书学术精华部分，临床诊治特色作如下介绍，以供参阅。

一、卵巢性不孕

排卵是卵细胞从卵泡逸出的过程，其在生殖生理中具有关键性作用。正常的排卵不仅为人类生殖提供了物质基础——卵子及完成生殖过程的内分泌环境，而且也反映了下丘脑-垂体-卵巢轴功能的健全和完善。女性生殖系统依靠着下丘脑-垂体-卵巢之间的互相调节、互相制约，在 80 年代已被公认为生殖内分泌的核心。随着分子生物学的发展，女性生殖功能还受神经中枢及其他内分泌腺功能活动的影响渐为人所认识，尤其是卵巢的旁/自分泌活动在卵巢局部发挥“微调节作用”。整体和局部的调节这种复杂的功能活动最终目的是通过卵巢实现卵细胞的发生、卵泡的成熟和排卵，以及伴随这一过程的甾体激素的生成。若上述调节过程的任何一个环节功能失调都可导致排卵障碍，酿成无排卵。这是女性不孕症的主要原因之一，约占 25%~30% 左右，成为诊治不孕症关注的热点。

有关这一方面，夏师认为中医历代医家指女子之精，是

为生殖之本。精又与血、阴密不可分。女子以血为主，血藏于肝，生化于脾胃，汇聚于血海，为冲任所主，排泄即为月经。所以夏师常说女性正常排泄月经，必须具备生殖系统协调，呈周期性变化。最显著的特征就表现在卵巢产生排卵，月经如期而至，并周而复始。而其中阴精是物质基础，其源于先天之癸水，亦出于肾。因此，肾藏精，为生殖之本。血、阴虽与之同源，又要不断充实阴精，可见精（卵）在阴长的基础上发育成熟，阴长通过血以养精，促精之成熟，为排卵奠定基础。《傅青主女科》所制养精种玉汤，其方药即说明了血中补阴、阴中养精、养精才能种玉的道理。

血、阴、精（卵）对于生殖至关重要，它们虽来源于先天肾，但需得后天水谷之滋养，同时在演变滋长的运动过程中，与心-肾-子宫生殖轴、任督循环圈，以及肝脾血气等调节机能有关。故夏师在临床认为，当这些环节发生功能紊乱时，就会影响卵泡的生成以及顺利的排卵。

肾为先天之本，主藏精。先天之精，禀受于父母，是繁衍后代、构成胚胎的原始物质，为生殖之精。妇女的生长发育，妊娠及衰老，肾起主导作用。肾阴亦为元阴。夏师认为在卵巢性不孕中，肾阴不足为病之根本。精藏于肾，血藏于肝，精能生血，精血亦同源，精血充足则冲任旺盛，血海满盈，疏泄有度，胞宫满盈适时，月经按期排泄，因而肾主生殖必赖肝的配合。若因禀赋不足、发育较差或多产房劳、长期失血等原因，暗耗营阴以致水不涵木，耗损肝肾之阴，酿生肝肾不足、阴血亏虚之证，影响精卵的发育成熟。

脾为后天之本，气血生化之源，气血充足，方可养先天之精，并使肝血充盛，血海满盈。若素体脾胃不强，或饮食不慎，或劳累过度，或缺乏活动等，以致脾失健运，出现纳

差，腹胀，便溏等。脾胃者，后天生化之源，气血阴阳赖水谷以滋养。《医宗金鉴·妇科心法要诀》就明确指出：精血赖水谷以滋生。若脾胃失和，水谷生化之源失职，则必然影响肝肾阴血，从而影响精（卵）的生成和排出。

肾主癸水，其居于下，与居于上之心之间有水火既济之关系。夏师认为：肾阴充足，可以上承以济心火，使心火不亢；心气（阳）下降，以煦元阳，使之不断蒸腾肾阴（精）上承。如此配合协调，广义来说是平衡女性体内的阴阳气血，使之不断达到阴阳新的平衡。如此周而复始，阴阳消长转化，从不平衡到平衡，或达到新的平衡的月节律变化，必须要在心-肾-子宫生殖轴包括任督循环圈的协调下，才有可能正常进行。夏师认为尤其是心肾交济，对调节阴阳消长转化极为重要，所以要保证心肾的交济。若心火偏旺，或者肝火扰之，必然使心肾不得交济。心肾不交，心肝火旺，不仅使阴阳失衡，而且耗损阴精，使卵泡的生成和排出出现异常。

同时在月经周期当中，夏师认为卵泡的生成和排出在时间上虽与经后期关系最为密切，但由于月经周期是一个循环往复的整体，故其他各期的异常，也将会使阴阳消长失衡而出现排卵缺陷，导致不孕症。

1.1 经后期养阴，奠定卵子基础

经后期是阴长阳消的时期，阴长奠定物质基础，推动月经周期演变。在此期因行经期的排泄，较易出现由于血、阴、精的不足而影响卵子卵泡发育成熟的病理变化，所以对于该期的治疗，夏师以补养阴精为主，具体治疗方法有：

①养血滋阴。夏师常常是“未雨绸缪”，从行经之末期开始至经后期即以补益阴血之法，为卵泡发育生长奠定物质

基础。经后阴血不足，补阴结合补血，更适合妇女的生理特点。他推崇《傅青主女科》养精种玉汤立方旨意，强调养血达滋养阴分之目的，临证拟用归芍地黄汤为主方加减治疗，并在滋阴方药中加入少量的助阳药物。张景岳云：“善补阴者，必于阳中求阴。”所以在滋阴方药中加入助阳之品，使阴得阳的支持，更易生长、转化，目的是为了更有效地补阴。临证他常选用归芍地黄汤合菟蓉散加减，于经后中期服用，较单纯补阴药的疗效提高了一步。

②活血生精。夏师以活血化瘀与滋阴养血的药物组成方剂，针对血滞或血瘀所引起的精卵发育欠佳或排卵功能不良者，方选自制的活血生精汤，药用炒当归、赤白芍、山药、山萸肉、炙鳖甲、五灵脂、红花、益母草等，以清化扶正，滋阴活血，双相调节精卵的发育。

③健脾养精。夏师注重阴血化精，但时刻不忘脾胃为生化之源。若有脾胃虚弱的病理状态存在，则欲养阴而每每难以奏效。因此对脾胃功能不足的患者，先用健脾养阴的药物奠定后天之基础，多用于脾胃虚弱、运化失常的阴血虚，精失所养的不孕症。临床常用参苓白术散、资生健脾丸加减，药如太子参、白术、山药、山萸肉、广木香等。健脾滋阴重在健脾，以后天水谷之精养先天之阴精，脾运健旺，不补阴而阴自复耳。

④宁心敛精。夏师以其心肾观为阴阳平衡之关键。若心（脑）失宁，必下汲肾水，以致肾阴不复。故用宁心安神、收敛阴精的药物，如炒枣仁、柏子仁、青龙齿、合欢皮、钩藤，甚至交泰丸等方意加以治疗，或在大量养阴之品中配伍清心肝、宁神复阴之品。治疗由于心神妄动所致阴精耗损的不孕症。

1.2 经间期益肾调气血，促进卵子排出

《古今医鉴》在《求嗣门》中指出：“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。”由此可见，经间期是最易受孕的时期。

经间期的特点，按周期变动的规律，其阴阳转化特点为重阴必阳，为一次月经周期中极为重要的变迁阶段。当阴长至重，卵子欲将排泄，这一关键时刻要借助于气阳的推动，因此夏师认为当重阴已成，应由静转动，促进其转化，才能诱导排卵。具体方法有活血化瘀、滋阴宁心稍佐活血、养血补肾佐以活血等。

①活血化瘀。根据经间排卵期的生理特点，为使缠绵乐育之气能够顺畅活动，常以活血化瘀药促进气血活动，达到转化之目的，夏师拟有排卵汤，药用当归、丹参、赤芍、泽兰叶、菟蔚子等。因这一时期除排卵之外，一旦卵泡排出，即由阴分为主的经后期过渡到排卵而转入经前期，此时阳分首当其冲，因此夏师在促排卵同时，时刻不忘各期特点，参入阳药，其意不仅在助气阳之动，促排卵，而且更在于使“重阴必阳”的转化顺利地过渡到经前期阶段。临床常加入川断、仙灵脾、紫石英等调补肾阴肾阳之品。

②滋阴活血。夏师认为中国女性的阴精水平大多偏低，因此重阴常有不足，在活血的同时，务必要加入滋肾养阴之品，而阴精的不足，常与心肾交济不佳有关。而心神在一定程度上又驾驭肾精，故滋阴宁心、调达心气不仅可提高肾阴水平，而且有助于血气活动。临床常用益肾通经汤。同时，夏师认为在经间排卵期使用滋补阴分的药，必须考虑到这一时期所谓重阴的动态问题，同时静止的补阴方法在一定程度

上会牵制活血化瘀方药的流动性，所以他主张运用动态的补阴法，选择补阴而有流动性者，如柏子仁、鳖甲等。

③补肾活血。夏师认为，阴阳互根，阴分难以“重”，达到一定的水平，大多数又与阳的不足有关。因此临床上较为常用的方法为补肾活血，方选补肾促排卵汤，药用当归、赤白芍、淮山药、山萸肉、熟地、丹皮、茯苓、川断、菟丝子、鹿角片、五灵脂等。方内不仅有滋养阴血的药物，提高重阴水平，而且含有一定量的活血化瘀药，促进血气活动，打破原有基础，使阴阳低水平的相对平衡被突破，达到具有创造生殖环境水平上的阴阳平衡，促使顺利排卵。

1.3 经前期阳长至重，成为受孕或泄经之前提

经间排卵期后完成了重阴必阳的转化，就进入了阳长至重的经前期。此期最大的生理特点在于阳长为主。阳与阴有着不可分割的关系，所谓阴阳互根，即是在阴长精卵发育成熟，排出卵子，继而卵巢产生黄体，分泌孕激素，此时相当于开始阳长，阳分占主要地位。若卵精相合受孕，则黄体即以助孕为任；若未受孕即可达到一定水平后，转为白体，以这一排卵周期结束并排泄经水，达到重阳必阴之转化。所以在阳长至重过程中，亦依赖于阴分的基础。夏师充分认识这其间的关系，在经前期把握以补肾助阳为主的治疗，具体方法是：

①阴中求阳

即水中补火的方法，应和了张景岳所称：“善补阳者，当阴中求阳。”临床多仿右归丸加减，药用熟地、当归、赤白芍、山药、山萸肉、丹皮、茯苓、川断、菟丝子、鹿角片等，其中当归、熟地对脾胃运化较弱者易致大便溏稀，腹胀不适，故他常以丹参易当归，或当归炒后应用，均能改善此

弊。而鹿角片对促 BBT 上升及维持高温相有重要意义，是治疗功能性不孕症的有效药物。但由于价格较贵，临床亦可根据病家经济条件，或以紫石英代之。

②血中补阳

女子以血为主，子宫冲任以血为用。临床夏师常用张景岳的毓麟珠，以四物汤为基础，加入温润助阳之品，达到暖宫种子的目的。夏师与景岳有别的是在此基础上，加入宁神之品，制成助孕汤，疗效甚佳。此外在经前末期，重阳延续波动之时，有部分患者心肝郁火明显，表现为烦躁、胸闷、失眠，此时夏师喜用调经种玉丸，药如当归、白芍、熟地、川断、白术、茯苓、制香附，并适当加入钩藤、丹皮、炒枣仁、合欢皮、炒荆芥等。

③气中扶阳

脾胃虚弱在经前期的一些不孕症患者中颇为常见，临床见有腹胀矢气、大便偏溏、行经期腰酸等症状。夏师临床常选用《傅青主女科》的健固汤、温土毓麟汤加减，药用党参、炒白术、淮山药、神曲、茯苓、巴戟天、覆盆子、菟丝子、鹿角片等。而对于不孕症而言，脾肾不足，治在于肾，重在温补肾阳，暖宫种子。所以方中重用巴戟天、覆盆子，并加入鹿角片等，意在气中补阳，暖宫种子。

根据经前期阳气高涨的特点，夏师还强调结合调治心肝。经前心肝气火上扰，出现一系列胸闷、烦躁、乳房胀痛等症状，影响周期的顺利转化，故予以清降镇泄的治疗，以保证生理阳分的持续增长而达至重的水平。

1.4 行经期理气活血调经，以排经通畅为要

行经期既是排泄经血之期，更是阳气下泄、让位于阴的时期，以达到祛旧生新的目的。除旧要彻底，留得一分瘀就

影响一分新生；新生要扶植，以奠定好下一周期的基础。如若排经失常，“重阳必阴”的转化受妨碍，势必影响下一个月经周期的规律活动。

夏师在经期采用的调经法，多用理气活血之品。他又具体分为初、中、末三期。行经之初治以理气调血，偏于理气，方选四制或七制香附丸加减，药用制香附、青陈皮、乌药、当归、赤芍等。行经中期则治宜活血调经为主，以五味调经散加减，药用当归、赤芍、丹参、山楂、益母草等。行经后期则偏于滋阴化瘀，以向经后期过渡，方选归芍地黄汤加减，药用当归、赤白芍、淮山药、山萸肉、熟地、丹皮、茯苓等。在一般调经法的基础上，临证夏师根据不同证型，还常配用特殊调经法：①逐瘀破膜法。适用于有膜样痛经的患者。选用逐瘀力强的药物，以及助阳利浊的药物，如他拟逐瘀脱膜汤，药用肉桂、五灵脂、三棱、莪术、川断、益母草、茯苓等，在行经初中期服用，行将净则停药。②温经止痛法。指温经化瘀与和络止痛的药物组成的方剂，代表方为痛经汤，药用丹参、赤芍、钩藤、丹皮、玄胡、肉桂等，如行经末期仍有腹痛者，可续服。③清肝调经法。指运用清热调肝、化瘀止血的药物组成的方剂。代表方为丹栀逍遥散或固经丸合加味失笑散，一般用于行经中末期，如初期量即多者亦可服。④补气调经法。指运用补气健脾、养血调经的药物组成，方选归脾丸或香砂六君汤合失笑散加减，行经早中期服用为主，末期亦可服。⑤化痰利湿活血的药物组成方剂，多用于肥胖型月经失调者，方选越鞠二陈汤合泽兰叶汤加减，以推动行经期的转化。⑥清降逐瘀法。以清心降火、行血逐瘀的药物为主，拟用益肾通经汤，药用柏子仁、丹参、钩藤、黄连、泽兰叶、牛膝等，以使经

血顺畅排出，建立新一轮的排卵周期。

【病案举例】 张某 30岁 护士。结婚5年，至今未孕。月经初潮10岁，平素月经经期7~8天，周期25~30天，末次月经1999年5月24日，量多，色红，有血块，腹不痛。曾在南京军区总院查血雄激素（T）、泌乳素（PRL）偏高，蝶鞍摄片，尿17-羟、17-酮未见异常，B超监测排卵示卵泡发育不良。1998年6月4日来我院求治。刻诊：月经周期第12天，乳头溢液，量少色清，口干，心烦易怒，腰酸，带下量少，脉细弦，舌红苔薄腻。证属脾肾亏虚，肝经郁火，冲任失资。治从经后期论，法以滋养肝肾，疏肝健脾，方选二至地黄丸合越鞠丸加减。药用女贞子、墨旱莲、山药、山萸肉、丹皮、茯苓、川断、菟丝子各10克，牡蛎20克，苍术、香附各9克，广陈皮6克。服上方7副后，患者乳房胀痛有所好转，口干亦有好转，继以补肾调周为治疗大法，以恢复排卵，并配合疏肝理气以降低患者的泌乳素。排卵期以补肾促排卵汤加减为主，以补肾促排卵。经前期患者自述易出现便溏，治以健脾补肾，疏肝和胃。方选健固汤和越鞠二陈汤加减；经期则治以理气活血调经法，以助经血排泄，方选越鞠丸合五味调经散加减。患者经2个完整周期的调治后，未再出现乳头溢液，腰酸状况有所好转。1998年8月8日复诊时，基础体温高相19天，尿HCG（+），遂转法为补肾养血，和胃安胎，以收全功。

二、子宫性不孕

子宫性不孕约占女性不孕症的30%~40%，子宫在生殖生理和内分泌功能调节上不仅是排泄月经、孕育胎儿的器官，其作为心脑（即中枢神经系统）的靶器官，对心（脑）、

肾之间还具有反馈作用。其发育盛衰过程受先天禀赋遗传因素的影响，又受年龄进程牵制，这些变化与月经的“以时下”，“故有子”，及“地道不通，形坏无子”密切相关，子宫性不孕之因主要有：子宫畸形、宫腔粘连、内膜炎、肌瘤、息肉等。

夏师在临床对不孕症治疗中发现无论是原发性不孕还是继发性不孕都与子宫有很大关系。子宫虽然与肾（包括天癸）、心及肝脾诸脏有关，但无可否认其在孕育过程中自身的存在意义，因而对子宫性不孕的调治除了结合调补气血、补肾调周等基本大法，而且还要根据子宫本身的病变加入具有特异性的方药。有关子宫对孕育的影响，夏师分以下两大类。

2.1 子宫形态位置的异常

子宫的形态及其位置失常，首先应排除先天生理缺陷非药物所能治者。在临床上夏师对属于子宫发育不良、子宫偏小，表现为月经量少或稀发月经者，可在补肾调周的前提下，针对性地使用促进子宫发育的药物，如他拟的育宫汤，药用当归 10 克、川芎 6 克、菟蔚子 15 克、淮山药 10 克、干地黄 10 克、菟丝子 10 克、肉苁蓉 10 克。其偏于阴虚者可加入炙龟板 15 克、炙鳖甲 15 克、女贞子 10 克、玄参 10 克等养阴之品；偏于阳虚者则可加入雀卵 2 枚、仙灵脾 10 克、鹿胎膏等血肉有情之品。若是由于子宫松软或宫颈口松弛，导致开阖失职者，则在补益肾气的前提下，加入收缩固摄子宫之品，构成束宫汤。药用人参 10 克、鹿角胶 10 克（炖烱冲服）、淮山药 10 克、熟地 10 克、白芍 10 克、巴戟天 10 克、菟丝子 10 克、五味子 6 克、金樱子 10 克、蜇壳 7 枚等药，并配合外用川乌白及散栓剂塞于阴道，促进子宫及

宫颈口的收缩。

如子宫位置降低，子宫下垂者，可在补肾益气的前提下，加入升举子宫的药物，组成举宫汤，药用黄芪 15~30 克、党参 15 克、白术、陈皮各 10 克、菟丝子 15 克、金樱子 10 克、升麻 5 克、柴胡 6 克等，同时亦可配合川乌白及散栓剂阴道塞药，收缩宫体，疗效更佳。

如子宫前后倾屈过度而招致不孕，除去先天因素外，多因炎症或粘连所致，夏师认为这种慢性的盆腔炎症，根深蒂固，常常虚实夹杂。他为了增强子宫局部的抗病能力，制成定宫汤，药用当归、白芍各 10 克，蜃壳 7 枚，紫河车 10 克，淮山药 15 克，干地黄 10 克，川断、菟丝子各 10 克，巴戟天 8 克，蛇床子 10 克，黄芪 10 克，人参 10 克等，并合红藤败酱散、四妙丸等治疗盆腔炎症，常内服与外治灌肠相结合，结合子宫内膜周期演变的特点予以调治常能获效。

如因刮宫术搔刮过度，损及子宫内膜基底层而致内膜增生不良者，治在补肾养精的前提下，加入滋养子宫的血肉有情之品，制成养宫汤。药用当归、白芍各 10 克，菟丝子 15 克，紫河车、淮山药、干地黄、菟丝子、肉苁蓉各 10 克，龟板、鳖甲、茜草各 15 克，山楂 10 克，亦可合生化汤同服，缓缓调治，始能生效。

2.2 子宫藏泄功能失调

子宫为奇恒之府，生理状态下，平时期及孕育阶段藏精气而不泄，而在行经期或分娩时刻又以泄而不藏为首任。子宫藏泄失常，病变又呈寒热虚实之变。

子宫虚证：有阴阳之差。偏于阳虚者，关阖失司，则泄多藏少。临证常有月经先期、量多、流产等，治以温阳益气、固涩子宫，选用束宫汤加减；偏于阴虚者，血海蕴热，

子宫干涩而致藏多泻少，甚则有藏无泻，治以补肾养精，佐以滋补子宫之品，选用养宫汤加减。若阴阳两竭，表现为月经过早闭止，则必须大补阴阳气血。前人有治从奇经论，夏师认为奇经中主要经脉皆始于子宫，直接补养子宫远较补益奇经收效甚速，临床常选用八珍汤加入紫河车、杜仲、菟丝子、仙灵脾、阿胶、龟板胶、炙鳖甲等，补养子宫。

子宫实证：夏师认为首先必须排除子宫占位性病变，如肿瘤、息肉等，而后再细辨其血瘀、湿热、痰浊。因于血瘀者，瘀阻胞宫，势必碍及其藏泄功能，治当祛瘀调冲为法，治疗上轻者用五味调经散加减，或桃仁承气汤，药如丹参、赤芍、制香附、艾叶、益母草、五灵脂、桃仁、红花等药；重者则用逐瘀脱膜汤，药用肉桂、五灵脂、三棱、莪术、当归、赤芍、炒枳壳、益母草等药。因于湿热者，又有湿重热重之别。湿重于热者，湿邪稽留，与热胶结，阻于子宫及胞脉胞络；而热重于湿者则热灼下焦，损伤胞宫络脉，治疗用清宫除湿汤，药用马鞭草、鹿衔草、茜草、制苍术、薏苡仁、晚蚕砂、益母草等。因于痰湿者，脂膜壅塞，胞脉胞络失畅，夏师常以启宫丸治之。

宫内热证：热驻血海，子宫失宁，甚则泄而不藏，治疗宜养阴清热凉血，方用凉血清宫汤，药用炙龟板、黄芪、椿根白皮、紫草、败酱草等。

宫内寒证：寒凝胞宫，胞脉胞络收引凝滞，逐致痛经性不孕证，宜温润暖宫、祛寒活血，方用艾附暖宫丸加蛇床子、紫石英等。实寒证也可取《良方》温经汤，虚寒证则可取《金匱》温经汤。

临证对子宫性不孕症的治疗，夏师的立足点在辨病与辨证相结合，凡子宫局部器官性病理改变存在时，当中西合参

以调治，每速能奏效。对于子宫功能性病变，则以补肾调周、调节心-肾-子宫生殖轴为之根本。

【病案举例】陈某 女 32岁，结婚4年，犹未孕育，平时月经愆期量少色暗，经前肋乳时胀，胸腹胁肋作痛，经后腰酸，素性忧郁，带下量多，色黄质粘，苔薄黄，脉象沉细，病属不孕症，证为肾虚肝郁。治宜理气疏肝，益肾养血，拟四乌汤加味：乌药9克、制香附9克、熟地10克、川芎5克、赤芍9克、甘草3克、木香6克、青陈皮各6克、柴胡5克、炒枳壳10克、川断12克、茯苓10克、白术10克，另加用妇珍片，每次6片，一日3次，治疗5个月后，月经如期而至，诸症亦减，继服药6个月仍未妊娠，遂行宫腔镜检查术，镜下见宫颈内口息肉样增生，双侧输卵管开口处见较多絮状物，如插花状，即予以诊断性刮宫术，宫内容物病理示：子宫内膜增殖，呈分泌期改变，部分有息肉样改变。术后当月月经未潮，逾期20天时查尿妊娠试验：阳性，继拟益肾安胎治疗3个月，翌年分娩得一女婴。

三、输卵管性不孕

输卵管对妊娠有重要意义，其组织结构、生理生化等方面在性激素和神经系统的调控下，发生着周期性变化。当输卵管的功能稍有紊乱和缺陷，就会影响孕育功能。而其中由于各种生殖道感染、子宫内膜异位症等导致的输卵管梗阻更是女性最常见的不孕因素之一。

夏师认为输卵管梗阻性不孕虽与痰、瘀、湿、气等病理因素有关，但其本还是在肾，并与肝、脾密切相关。肾元亏损，阴阳消长失调，内环境发生紊乱；或肝郁气结，气滞则血行不畅，水失所布，均是产生痰、瘀、湿、气这些病理因

素的根本原因。腰为肾之府，少腹为肝经循行之处，故临床上输卵管阻塞性不孕症患者均有腰酸、少腹痛等表现。肾气亏虚或肝气郁滞，易出现血瘀、痰浊、湿热等阻遏，阴阳精血失于敷布，相搏结合而难以成孕。由此可见本病的病理特点为虚实夹杂，导致不孕的根本因素为脏腑功能失调，瘀、痰、湿浊等病理产物为患。

临证时，夏师根据中医辨治原则，将输卵管阻塞性不孕分为肾虚肝郁型、肾虚夹瘀型、肾虚夹痰湿型、肾虚夹湿热型4类证型。其中肾虚肝郁型除多年不孕、输卵管梗阻外，还可伴有情志抑郁或焦虑、经前乳胀、少腹胀痛等症；肾虚夹瘀型则可伴有经来血块较多或见痛经、少腹刺痛等症；肾虚夹痰湿者可伴见形体肥胖，或闭经，带下量多，质地粘腻；肾虚夹湿热者则伴见带下量多，色白或黄，质粘，有异味等。

临证对于上述病证除采用相应辨治外，夏师创立了专治本病的通管散，其以山甲片10克、天仙藤15克为主活血通络，佐苏木9克，炒当归、赤白芍各12克，鸡血藤15克，化瘀通络；路路通6克，丝瓜络6克，重于通络；川续断12克，与活血药相伍既能化瘀和络，又具补肾之功；干地龙10克，利湿化浊通络。本方活血化瘀，通畅脉络，促进湿瘀利化之力较强。夏师临证还主张用本方药液的1/3进行保留灌肠，其内外合治使通络之功更为卓著。

把握虚实夹杂为关键。本病脏腑功能不足其根本在肾，以致病理产物兼合为患。临床上夏师以补肾通络为本，再根据兼夹不同证型加减。其中补肾通络的基本方由当归、赤芍、淮山药、桑寄生、川断、牛膝、丝瓜络、穿山甲片等组成。肾虚肝郁者选加柴胡、金铃子、广郁金等；肾虚夹瘀型

选加鹿角片、丹参、苏木、石打穿、三棱、莪术等；肾虚夹痰湿型加用陈胆星、制苍术、制香附等；肾虚夹湿热型则加入红藤、败酱草、碧玉散、苡仁等。

结合调周顺应月经周期演变。输卵管功能受内分泌激素的调控。若阴阳调和，梗阻能得以疏通。如经后期加入女贞子、杞子、干地黄、白芍等，以补肾养阴为主；经间期加入红花、茺蔚子等药，以活动气血为主；经前期加入鹿角片、仙灵脾、补骨脂等药，以补肾助阳为主；行经期则以活血调经为主，加入泽兰叶、益母草、茜草等。

注重情志调摄。调畅情志夏师常分两步：一为疏理气机。肝主疏泄，性喜条达，气行则血行，气滞则血滞，造成瘀血。此外，气可输布津液，气机不畅，则津液聚湿成痰，湿遏蕴热则成为湿热。因此在治疗时，夏师首先加入一些疏肝理气之品，如柴胡、川楝子、广郁金、香附、娑罗子、路路通、炒枳壳等，气机条达而络脉得通，隧道复畅，阳精阴血相搏而成孕。其次需调畅情志。《秘本种子金丹》中云：“孕育由于气血，气血由于情怀，情怀不畅则冲任受伤，冲任受伤则胎孕不受。”可见情志能影响孕育，夏师在药物治疗的同时，尤注意情志的调摄。他认为精神因素不仅可直接影响排卵功能，还能导致输卵管的阻塞。如临床上常见造影时因精神紧张引起输卵管痉挛以致输卵管未见显影，一旦注射阿托品解痉药后再造影，输卵管即显影，这就是情志因素累及输卵管的一个例证。所以患者保持心情舒畅，对于受孕种子十分重要。另外还可配合外治。对于有条件的患者，夏师常应用复方当归注射液治疗，或将活血化瘀药、虫类药浓煎作保留灌肠，均可提高疏通疗效。

【病案举例】邱某 女 31岁 公司职员。继发不孕2

年。1995年曾早期妊娠60天行人工流产术。近2年夫妇同居而未孕。月经初潮15岁，平素月经经期7天，月经周期30天。末次月经1999年2月23日，经量中等，色红，少量小血块，小腹隐痛。26岁结婚，未避孕。妇科检查：外阴已婚式，阴道通畅，宫颈轻度糜烂，子宫中后位，常大，压痛（-），双侧附件轻度压痛。子宫输卵管造影示“双侧输卵管通而不畅”。男方精液检查正常。1999年3月5日来我院求诊。刻下：月经周期第13天，带下量中等，呈蛋清样，两少腹时痛，腰酸，脉细弦，舌淡红，苔白腻。证属肾气虚弱，湿热内蕴胞脉胞络，冲任失资。治从经间期论，补肾促排卵佐以通络，方选补肾促排卵汤加减。药用丹参、赤芍、白芍、淮山药、山萸肉、丹皮、茯苓、川断、菟丝子、紫石英、五灵脂、山楂各10克，广木香、红花各6克，天仙藤15克。服上方7副后，患者带下量中等，基础体温仍处低相，小腹作胀，神疲乏力，遂转入调周法佐以通络。拟经后期方归芍地黄汤加减。3月5日方去紫石英、五灵脂、红花，加陈皮6克、炒白术10克。3月16日复诊时，基础体温上升4天，乳房胀痛，脘腹胀满便溏，治从经前期论，法以健脾补肾，疏肝和胃。方选健固汤加减。服7副后来诊，基础体温高相12天，双侧乳房微胀，右侧少腹隐痛，腰酸，腹胀矢气，大便欠实，夜寐多梦，考虑其有妊娠可能，故用养血补肾理气法治之。7日后复诊，基础体温高相24天，查尿HCG（+），小腹隐痛，乳房抽痛，右少腹时有抽痛，遂以养血补肾、和胃安胎法以收全功。

四、免疫性不孕

免疫性不孕，是指患者排卵及生殖道功能正常，无致病

因素发现，配偶精液常规检查在正常范围，但有抗生育免疫证据存在。在不育夫妇中免疫性不孕占5%~7%。迄今主要有抗精子、抗透明带、抗宫颈粘液、抗宫内膜抗体及卵巢自身免疫所致免疫性不孕。对于本病的治疗，西医学多采用隔绝疗法以及肾上腺皮质激素免疫抑制疗法。由于疗效尚未确定且副作用较大，所以应用有局限性。

正由于西医治疗免疫性不孕方法较少，所以目前采用中医药治疗该病受到临床上极大关注。中医学文献介绍对该病的研究起步较晚，直至近代才将其专门列出加以讨论，而所制活血化瘀、行气利水、清热解毒、益肾健脾等方法，临床均取得了较好的疗效。夏师在临床上所诊该类患者甚多，对于该病的发病机理，他认为主要是由于肝肾失调，阴阳气血消长转化异常，加上湿热、瘀血、邪毒等诱因而致，其中又以肾虚肝旺为最基本的原因。

肾主藏精生髓，奠定生殖之基础，与免疫功能密切相关，并可通过调节生长激素、皮质激素等来调节免疫机能。现代医学研究发现，该病属于肝肾阴虚火旺型占大多数，伴炎症性的，多兼湿热血瘀；伴功能性的，多兼郁火及气血不畅，以致冲任子宫不能相资，难以成孕。少数属于阳虚痰浊者，又与禀赋体质因素有关。因而夏师云：免疫不孕主要与阴阳气血失调及消长转化节律有关，湿热、瘀血、邪毒仅是诱因，诱发免疫因子，使与生殖相关联的因素出现特异性的免疫状态。肾虚具有不同程度的下丘脑-垂体-肾上腺-胸腺轴功能的低下。该轴是神经内分泌免疫网络的重要部分，其免疫细胞分泌的细胞因子可以影响生殖神经内分泌、卵巢功能、胚胎的着床和发育以及胎盘功能等。反之，生殖系统中的一些细胞成分及胚胎本身也可调节免疫细胞合成和分泌细

胞因子。上述诸环节均与肾相关联，所以肾虚为免疫性不孕发病之本。而在免疫性不孕中，我们发现伴有生殖道慢性炎症的患者占了较大比例，辨证多见肾虚肝郁或肾虚肝旺的症状，故可以推论这种易发生局部免疫反应的敏感体质大多属于肾虚肝经病变者，所以肝经病损如肝旺、肝经湿热下注等与免疫不孕也有着密切的关系。对于免疫性不孕的治疗，夏师又有以下几个特点：

4.1 突出主证型的治疗，照顾次证、兼证

临床多可分为两个证型：① 阴虚火旺证，主要表现为月经先期或周期正常，量偏少或多，色红有小血块，头晕耳鸣、心悸失眠、腰腿酸软、烦躁内热、口干、舌质红、苔黄腻，脉细弦数。治疗上虽以补养肝肾为主，但必须与降火或清心肝之火相结合，夏师在归芍地黄汤的基础上加以苎麻根、丹皮各 10 克，钩藤 15 克，合欢皮 10 克，青龙齿 20 克等药，制成滋阴抑抗汤而应用。若兼有湿热者，加入败酱草、苡仁各 15 克，碧玉散 10 克，炒黄柏 6 克等；若兼心肝郁火者，加入荆芥、合欢皮、广郁金、黑山栀等；兼脾胃薄弱，伴有大便溏泄、腹胀矢气等，加入炒白术、砂仁、煨木香、炒六曲等。对于抗精子抗体弱阳性者（AsAb 1:100～1:200）排卵期可以不需配用避孕套。此外，夏师认为阴虚证可用酸甘化阴，药用山萸肉、赤白芍、当归、甘草，使抗精子抗体转阴而达种玉之目的。② 阳虚瘀浊证，表现为月经后期或基本正常，量、色、质一般，但有腰腿酸软、小腹冷感，大便易溏、神疲乏力、小便清长或频数，基础体温高温相偏低或欠稳定，舌质淡红，苔白。治疗上从温土毓麟汤或健固汤的基础上进退，把化痰浊调气血结合起来，治以补肾健脾，温阳化瘀之法，制成助阳抑亢汤，药用丹参、赤白

芍、黄芪、川断、鹿角片、五灵脂、仙灵脾、淮山药等。若兼湿热，可加入败酱草、苡仁、萆薢、碧玉散等；兼脾胃虚弱者，伴有脘腹痞胀、大便溏泄等，加入炒白术、砂仁、炮姜等。也可参考以“气中补阳”为法，选择黄芪、鹿角片为宜。

4.2 结合分期调周法治疗

夏师认为该病治疗以3个月为一个疗程较宜。依据月经周期中阴长阳长及其转化的规律，在辨治的基础上，提高阴阳消长转化水平，使之在高水平上行其消长转化，从而增强免疫机能的调节能力。此即所谓“正气存内，邪不可干”。其中经后期为阴长阶段，滋阴养血是重要方面，滋阴抑抗汤多需在此时服用。排卵期，滋阴药加入助阳药中，尚须加入行气调血之品，促进受孕。经前期，基础体温上升，阳长开始，逐渐至重，是运用助阳抑抗汤的重要时期。夏师将调周原则、阴阳消长的观念与免疫不孕的调治有机地结合起来，并创立了专病治方。

除此之外，夏师还强调调复阴阳，结合利湿、清化或着重清化、清利，均需从血分为基点，才能达到病所。对于抗子宫内膜抗体阳性者，在调复阴阳的方药上着重清热化瘀药物的选择应用，具有针对性，以达内膜；而对于抗弓形体抗体阳性者，在调复阴阳的方药中，着重清利湿热，同时，避免接触猫、犬等家畜动物，以避免直接的感染源。

【病案举例】王某 29岁 中学教师。继发性不孕2年。患者2年前曾行人工流产一次，术后至今未孕。月经初潮15岁，平素月经经期5天，周期25天，末次月经1999年9月10日，量中等，色红，无血块，无痛经史。26岁结婚，0—0—1—0。男方全面检查未发现异常，女方检查示：

AsAb 1:200, EmAb 1:200。1999 年 10 月 8 日来我院求诊。刻诊：月经周期第 19 天，基础体温上升 4 天，乳房胀痛，口干欲饮，腰酸，二便尚调。脉细弦，舌红苔腻。辨证属肾虚偏阴，肝郁气滞，间夹瘀浊。治按经前期补肾调肝、助阳抑抗，方选助阳抑抗汤加减，药用丹参、赤芍、白芍、山药、山萸肉、丹皮、茯苓、川断、紫石英、菟丝子、五灵脂各 10 克，青陈皮各 6 克，炒柴胡 5 克等。服上药后，患者乳房胀痛好转，腹胀较显，遂进入调周法治疗，配合疏肝健脾抑抗。经期给予活血理气调经法，方选越鞠丸合五味调经散加减；经后期治以养血补肾、理气健脾、滋阴抑抗，方选参苓白术散合滋阴抑抗汤加减；经间期以补肾排卵法配以抑抗治疗，方选补肾促排卵汤加入佩兰 10 克、苎麻根 15 克；经前期治以健脾补肾，疏肝和胃，方选健固汤合越鞠二陈汤加减。经过一个完整周期调治后，患者诸症好转。2000 年 1 月 6 日复诊，基础体温高相 28 天，尿 HCG (+)，遂以养血补肾、理气和胃安胎以收全功。

诊余漫话

(一) 非药物治疗的调周方法——月周期 节律诱导法调理月经周期

夏师在长期的临证中总结出非药物治疗的月周期节律诱导法调理月经周期，其中心是心理疏导，以及有关部位的按摩、针灸等，医患合作，反复多次施行，重建和恢复排卵功能与月经周期。

使用本法时，首先有如下几点要求：(1) 适应病证，凡功能性闭经、不孕症、月经不调病证，以往有正常的月经周期，此次病变程度较轻，并具有一定的阴精基础，且病程尚短，年龄不超过 35 岁者。除此之外，因工作或学习之故，不得不远离家乡，改变环境，改变生活，以致月经失调，闭经、不孕者；以及由于精神心理因素所致月经病变，均可运用本法。(2) 必须注意排除先天发育有关的疾病，以及炎症、肿瘤等器质性疾病。如有条件，可以测定人格个性特

征，分析个性特征，以及主要的思想障碍，调整人际包括家庭关系等，有助于较快恢复月经周期。(3)施行本法时，不仅要求按照月经周期中4期特点，如法顺序施行，而且要有耐心、恒心、精心、细心，不可马虎，不可急躁，反复地按本法要求进行，直到疗程结束，3个月月经周期为1个疗程，一般需2个疗程才能终止。以下为月周期节律诱导法的4期治疗具体介绍：

1. 阴阳消长期的调养

阴阳消长期是转化期的基础，月经周期中有两次阴阳消长期，亦有两次阴阳转化期。消长期为转化期作准备，转化期为消长期发展的必然结果，又为新的消长期开始。经后期阴长阳消，阴长是主要的，但阳消也不容忽视。所以调周法要求经后期滋阴养血为主，佐以助阳，特别是经后中末期，助阳几乎达到与滋阴相等同的地步，以适应经后期阴长至重的特点要求，保障阴阳运动的正常进展。为此，首先是心理调养，也即前人所谓“静能生水”之意。静者，指心地平静，心平气和，避免情绪的大波动。一般应配合气功治疗，静松功是常用的方法，简单易行，摒除杂念，澄清思虑，或站或坐，两手相接，手心向上，两目闭合，意守丹田，行深呼吸，气机下沉，以符合阴者主静主降的要求。每次15~30分钟不等，每日1~3次。以午后和晚间应用为宜，坚持到排卵期，持之有恒，一般需3~6个月。古人尚有一种我们称之为护津保阴法的调养方法。即每晚静坐或静卧时，舌尖抵上腭，祛除杂念，意守丹田，把口腔中的津液吞下，类似静松功和吞咽津液的方法，亦不失为一种心理调节方法。其次是生活上要有规律，避免过晚或彻夜不寐，保证睡眠，生活规律与自然界节律相适应。同时祛除烦恼，澄清思虑，

平静心态，特别是神经质个性、心理不稳定者，更要平衡心理，舒畅情怀，防止激动，保持愉快乐观的情绪，有助于自身内部阴阳的调复。在心理调节的同时，亦可配合一些简便的药治，如六味地黄丸，是经后期最常用的滋阴成药，每次6克，日服2次；如能加服乌鸡白凤丸则为更好，至经后中期，间服五子补肾丸，以达到阳中求阴，更有助于阴长水平渐高的生理要求，以便于顺利进入经间排卵期。

经前期阳长阴消，阴消则阳长，阳愈长，阴愈消，因此，在这一时期内，当以补阳护阳为主，佐以滋阴，以保证经前期阳长暖宫，冲任气血旺盛，有利于生育和排经的生理要求。为此，经前期护阳补阳的措施，除药物治疗外，仍然要考虑心身的自我调节。为了适应阳长的特点，必须顺应阳主动，阳主升发而调之，所以在心理上要保持舒畅开朗，使之处于愉快乐观的状态，避免忧郁和愤怒急躁情绪。有条件的地方，可行气功中的内养功和强壮功，即在静松的基础上，引导气血由下降丹田后再行上升，以符合阳长升发的要求。一般应在晨时或上午施行较好，以借助日相阳长的影响；同时亦可在黎明寅卯之时，将两手心搓热，按摩腰部肾俞穴，冷则再搓再按，反复15分钟；或者艾灸脐下气海、关元，及背部脾俞、肾俞穴，以助阳气升发。每日1次，直至行经期，每于月经前期反复行之，持之以恒，一般持续3个或至6个月经周期。生活上要适当增加活动量，增加体育锻炼，使身体内部处于生动活泼的阳和状态，有助于经前期阳长至重的变化，亦有助于进入行经期转化的要求。

其次结合简便药治，一般可选用全鹿丸、定坤丹、五子补肾丸等，适量服之；间服一些六味地黄丸、二至丸助之，达到阴中求阳、水中补火的要求，更有利于经前期阳长运动

的进展。

2. 经间排卵期的诱导法

经间排卵期，重阴转阳，气血显著活动，排出卵子，完成转化期的任务。所以这一时期的诱导法非常重要。要实施诱导法，必须掌握经间期转化活动的节律，亦即是月经周期中的时间节律；同时运用医学心理学与现代女性生殖医学中正负反馈学说进行反复诱导。我们通过对转化期节律变化的特点认识，施以精神心理疏导，及有关部位的按摩或针刺，以激起大脑中枢原有的节律反射，从而产生节律活动的兴奋波，逐渐恢复转化排卵活动功能。近代有学者认为：“生物节律是生物体内自发振荡频率的表现，所以认为节律是先天的，具有遗传性”。也有学者认为“生物体自身的节律，是对来自宇宙信号的反应，它们受外界的调节，如理化因素、天文因素等”。夏师认为：月经的周期节律，既有先天遗传的因素，又受外界的影响。周期节律本身说明了时间与节律的密切关系，节律的变化与精神心理有着一定的关系，所以抓住节律时间，实际上就是抓住机会。所谓时不再来，机不可失，也就是《女科准绳》引袁了凡所说：“凡妇人一月经行一度，必有一日氤氲之候。此‘的候’也，乃生化之‘真机’，顺而施之则成胎”。其中所指出的“氤氲”、“的候”、“真机”，实际上就是“节律时间”的比喻词，故掌握这一时间就容易受孕。利用这一时期，施以精神心理上诱导以及有关的措施，可促发或恢复排卵功能。在这一时期内，首先要暗示患者心脑血管中枢具有排卵活动的意识，保持愉快乐观、稍呈亢奋状的情绪，可参加较为亢奋激昂的音乐舞蹈活动，使身心处于一种活动的态势中；同时按摩乳头以及两少腹卵巢部位。按摩少腹卵巢部位时，由下向上，反复施行，每日2

~3次，每次10~15分钟，以刺激气血活动，促发排卵。或可结合针刺排卵，取肝、脾、肾三阴经及任脉经穴位，如三阴交、阴陵泉、血海、关元、气海、卵巢等穴位；手法用较强刺激法，针刺日数按每个女性所具有的“3、5、7”奇数律而确定，每日1~2次，每次10~15分钟；或者将腹部任脉经穴与足部经穴位分3组，轮流使用较好。亦可配合一些简便药治，如红花酒、当归酒，晨晚服之，连续服用5~7天，有助于诱导排卵的成功。

3. 行经期的诱导法

行经期的到来，标示着本次月经周期结束，新的周期开始，是重阴必阳，由极阳转化为初阴，既是结束，也是开始，是太极阴阳各半月运动规律的结果。这一时期，由于气血活动，推动转化，排出应泄之经血，代之以新的经血，新的阴阳，开始新的周期。留得一分瘀，影响一分新生，亦影响一分转化，必然也程度不同地影响月经周期中阴阳运动的进展。重阳转阴，气血活动，除旧生新，如环无端，久而久之，在大脑中枢形成排经节律的条件。因此，一旦丧失这种功能时，可采用下法诱导之。首先要保持愉快乐观，避免愤怒急躁，抑郁忧伤，暗示其具有行经活动的意识，调整呼吸，行以吸为主的深呼吸运动，使气机处于下降状态；同时聆听轻松或深沉的音乐，以休息为主适当活动，以助转化排经。按摩小腹部与足底部，按摩小腹部时，应由上向下，反复施行，每次10~15分钟，每日2~3次，足底按摩同小腹部按摩，连用3~5天，或者7天，针刺取穴基本上同经间期，但需加足三里、合谷等穴位，分组轮流使用，经净即停。亦可配合一些调经成药，如当归丸、益母草膏等，按以往行经日数而服用之。

月周期节律诱导法，是诱导排卵、排经，恢复月经周期的一种非药物治疗的调周方法。此法是按月经周期中4个时期的生理转换特点，同时根据时间医学中生理节律的理论及心理学中的疏导法而制定。通过心理调养和反复多次的节律诱导，有可能使已丧失的月经周期节律重新焕发出来，建立正常的月经周期，恢复正常的排卵排经机能。这种治疗方法，要求选好对象，诊断明确，医患之间具有最大的耐心、恒心和信心，团结协作，认真执行，才能获较好的效果。

(二) 独创的月经病复杂证候的辨证论治及微观深层辨证与宏观推导分析

1. 复杂病证辨析

复杂证候辨证，又称为矛盾辨证，是指病情复杂，证候矛盾，证型兼夹较多。归纳起来有三种情况，夏师称其为三大矛盾分析，在妇科辨证上占有非常重要的地位。

1.1 妇科特征之间的矛盾分析

妇科特征，即月经的期、量、色、质四者之间的矛盾，是中医妇科学辨证分析中最主要的方面。根据夏师观察妇科特征之间的矛盾又有三种情况：(1) 期、量、色、质四者之间的不一致，出现三对一的矛盾。因为在分析妇科特征矛盾时，必须尽可能地归纳相同症状，找出与之相矛盾的症状，进行具体分析。如患者出现月经先期、量少、色红、质粘腻的妇科特征，先期、色红、质粘腻符合血热的证型，三者一致。但量少与之不符，因此要针对量少进行分析，量少的原因有三：一是阴血虚，就期、量、色、质四者而言，期、量是辨别寒热的主要根据，色、质是辨别虚实的主要依据，但质粘腻不能支持虚证，基本可以排除；二是血寒，寒与热对

立，一般不可能同时并存，且色红与之冲突较一，因而也可排除；三是瘀滞，包括痰湿阻滞，得到质粘的支持，就上述两种原因而论之，本原因最为接近，因此可以成立。由此可以得出血热夹瘀滞的初步结论。瘀滞概括的内容较多，需要进一步辨析，可从血块的大小、性质来分析，血块偏少偏小，以气滞为主，可以确定为血热夹气滞证；血块较大较多，以血瘀为主，可以确定为血热夹血瘀证；血块呈腐肉块状，以膜性血瘀为主，可以确定为血热夹膜样血瘀证；血块呈痰浊样粘腻，以痰浊为主，可以确定为血热夹痰浊阻滞证。亦有人将先期、量少、色红、质粘归纳分析为先期、色红属血热，量少、质粘属瘀滞，形成二对二的分析方法，但由于质粘与色红、先期并不存在矛盾，不能算作二对二的矛盾，而且夏师在临床上赞成第一种三对一的矛盾分析法，非必要时一般不采用二对二的分析法。然后结合全身症状包括脉象、舌苔的变化与此是否相一致，则血热夹瘀滞的结论就可以确定下来，完成辨证诊断的要求，由于期、色、质三者在数量上占优势，因此，就妇科特征可以确定血热为主证型。(2) 期、量、色、质四者之间的不一致，出现二对二或二对一对一的矛盾。如患者出现先期、量少、色红、质稀的妇科特征。先期与量少有矛盾，色红与质稀也不一致，按照归纳相同的症状然后进行分析的要求，先期、色红为血热，量少、质稀属于阴血虚，因此可以得出血热夹阴血虚或阴血虚夹血热的初步辨证结论。但是还必须得到全身症状包括脉象舌苔的支持，如全身症状上具有阴血虚与血热的一系列症状，以及脉象细数、舌质红苔黄腻等症状，就可以确定血热 $\rightleftharpoons$ 阴血虚证。如果全身症状、脉象舌苔的表现与妇科特征上的血热 $\rightleftharpoons$ 阴血虚证不一致，则妇科特征要采用二对一对

一的矛盾分析的方法。如先期色红属于血热，则量少有可能为气滞，亦有可能为阴血虚，质稀一般均为虚证。如果全身症状上确有气滞者，并得到脉象舌苔的支持，则辨证分析的结果应为血热兼气滞，又兼阴血虚。而血热与气滞相合，亦可简称为郁热。假如郁热兼阴血虚的妇科特征分析，仍不能与全身症状相符合，即仍不能得到全身症状的支持，除需要排除全身症状有无内科或其他病证存在的可能，同时妇科特征上亦可作另外一种归纳分析法，即将先期与质稀归纳在一处，作为气虚证，因此气不摄血才有可能导致月经先期、质地稀薄，量少为阴血虚的现象，量少尽管有血寒、瘀滞、痰湿阻滞等原因，但因质地稀薄，故最大的可能为阴血虚；色红为血热现象，这样从妇科特征上就可以归纳出气阴两虚或气血两虚夹有血热的初步结论。然后对照全身症状，包括脉象、舌苔，如得到支持就可以确立。(3) 期、量、色、质四者间的不一致，出现一者之间的矛盾。不管期、量、色、质四者间的任何一者出现矛盾，首先要审查矛盾的真实性。凡是月经来潮时、行经将结束时，以及经行量过少时所出现的量、色、质的变化，一般无辨证分析的价值。期者，有先期、后期之分，先期多为实与热，后期多为虚与寒。如出现先后无定期，这就是期的矛盾，一般与肝、脾、肾脏腑功能失调有关。因为脏腑具有两重性，即有双向调节的功能，就肝郁而言，肝司疏泄，即有升有降，形成肝郁，肝郁气滞，经行不利则后期，肝郁化火，火热迫血妄行，则经行先期。脾虚与肾虚均存在双向调节不利，如阴血不足，物质亏少，血海基础薄弱，则经行后期，功能不足，封藏统摄无力，则经血妄行而为先期。属肝属脾还是属肾，全身症状上的表现就可确定。量者，有多、少之别，量多与血热、血瘀有关，

量少与血寒、血虚、瘀滞有关，如出现经量时多时少，或多少无定量，这就是量的矛盾，一般与两个证型的兼夹有关，如血热与气滞相兼夹，谓之郁热证。脾虚夹瘀滞、气虚夹痰湿等均可见此，但血瘀例外，血瘀既可阻滞经行，又可损伤血络，占据血室，导致血不归经，从而导致经量时多时少，量多少不定等变化，通过全身症状的对照，就不难确定。色、质是虚实辨证的主要依据，色淡包括淡红、咖啡等，属于虚证，色深包括紫红、暗黑、深褐等属于实证；质稀如水属虚证，质粘包括血块、痰块、内膜样血块，均为实证。如色淡有时出现紫黑，这是色的矛盾，质稀有时有较大血块，这是质的矛盾。一般来说，色或质本身的矛盾就意味着虚实兼夹的错杂病证，但仍要得到全身症状，包括脉象舌苔的支持，以及有关病史和检查等的证实，才能作出虚实兼夹属性的分析结论，但有时亦可凭经色、经质作出实证或虚证的结论。

1.2 妇科特征与全身症状之间的矛盾分析

妇科特征，即期、量、色、质四者之间一致，而全身症状与之不符，就必须进行全面的分析。如月经先期、量多、色红、质粘，在妇科特征上是一致的，属于血热证型，全身症状上亦应表现出烦热口渴、尿黄便艰、舌红苔黄、脉象滑数等，然而却出现头昏神疲、四肢乏力、纳差便溏、肢体畏寒、脉细舌淡等脾虚证候，与妇科特征所表现的症状显然不符。那么究竟是血热还是脾虚？分析时首先必须结合月经史、病史、各种检查、病程、诊治情况等所有资料，进行针对性的全面分析。先询月经史，对照现有病证，如患者初潮后，一贯月经先期、量多、色红、质粘，那么妇科特征上的症状意义不大，而全身症状就显得重要了，可能与妇科病证

无关，可按内科脾虚病证论治。如果患者以往月经正常，或稍有先期、量多，近一年来先期、量多、色红、质粘有所加重，妇科特征上的症状就显得重要了。接着从病史分析，详细地搜集患者的脾胃病史，若发现患者最近肠胃病发作，或痢疾、泄泻未愈，那么全身症状上所反映出的脾虚是与此有关的，两病相合，急者先治。若病史无异常发现，要了解血热证候与脾虚症状的先后，如先期量多一年余，尤以量多为著，近3月来始有脾虚症状出现，可以看出血热在前，脾虚在后，血热是因，脾虚可能是果，因为血热导致月经先期、量多，血虚必及乎气，气虚日久，自然及乎脾。假如脾虚的症状在前，而血热的症状在后，就要反复审核血热的症状，以及有无导致血热的其他原因，如经审核后，血热症状不能成立，或有其他原因，则可按内科脾虚论治。据夏师的临床经验，肝炎患者可以出现脾虚症状，但由于脾虚湿胜，久而湿蕴生热，以致继发性湿热，月经先期量多。但临床上的确亦有脾虚与血热症状的矛盾，短时期内很难作出中肯的分析。没有理由排除和降低另一方面时，一则可以通过清热或补脾的方法药物治疗，观察其变化，从变化中判别之；一则可以通过病程演变，观察其孰胜孰衰而判别其重要性。就妇科病证而言，全身症状上的出现的矛盾症状，如不严重者，亦可按急则治标处理，先从妇科特征分析进行治疗，适当兼顾全身症状上的矛盾症状。

1.3 妇科特征和全身症状各具矛盾，称之为复杂性矛盾的分析

分析这类矛盾时应先分析妇科特征之间的矛盾，再分析全身症状上的矛盾，再把两种初步意见和结论联系起来，求同存异，然后结合月经史、病史、检查、病程演变及以往治

疗情况等作全面分析。在分析月经史时，要注意两种情况：其一、一贯如此的期、量、色、质，辨证价值不大；其二、行经的第1天或行经将结束1~2天内的量、色、质除少数外，一般没有辨证价值。在分析病史及病程演变中，要注意症状出现的先后及是否与本病证有关。妇科检查、激素检验、B超探查，特别是诊刮子宫内膜病检，将有助于确定主病主证，非常重要，兹分析如下。

一妇患月经过多，伴腹痛已4年。近数月来月经后期，甚则2月一行，经量甚多，色紫红，有大小不等血块，行经小腹胀痛，尤以第2~3日为剧，掉下血块中夹腐肉片状大血块后，疼痛即已，出血亦少，自感小腹冰冷，腰酸如折，伴有头昏头痛、胸闷烦躁、乳房作胀，经前尤甚，口渴喜凉，入夜寐差，大便艰行，但行经则腹胀欲便，大便溏薄，小便较频，尿量偏少，有时色黄，脉象细弦带数，舌质微红、苔色黄白，根部稍腻，按复杂矛盾辨析要求，先分析妇科特征方面的症状。月经后期，色紫，有大血块者，可以归纳在一处，属于气滞血瘀，而且与血瘀关系更大，但量多与瘀滞尚不相符。按量多的三大原因分析，气虚不能摄血，血不归经，但得不到色质的支持，可以排除；血热迫血妄行者，虽然得到经色紫红中红所支持，但与经行第2~3天始增多者亦不相符，夏师认为凡血热者，经行第1天即量多，且与有大血块亦不相符合，除郁热有可能外，其他之血热亦得排除；血瘀既可阻滞经血运行，又可出现瘀结占据血室，好血不得归经的出血性病变，且得到色、质的支持。因此，对妇科特征上可以作出血瘀夹有郁热的初步结论。即使采用二对二分析的方法，以后期、有大血块的质地来分析，属于血瘀，量少，色紫红，属郁热，亦可得出上述结论。再从全

身症状上分析归纳，可以得出上则郁热证，下则寒瘀证的初步结论。把妇科特征与全身症状的初步结论对合起来，血瘀、郁热是一致的，但与下寒不符，必须借助月经史、病史、各种检查、病程等进行全面分析。患者初经来迟，初潮经期延后，但继即正常，量、色、质亦趋于正常，则妇科特征上所反映的症状具有重要性；病史上亦无异常发现，但近来常有情绪不畅，以往曾经过清肝解郁、活血化瘀治疗，效果欠佳。妇科检查发现“子宫偏小”。这样，我们可以确定，其下寒者虚寒也，乃先天不足，肾气欠盛，肾阳偏虚所致；其肝郁的根本原因亦与肾阳虚有关。《景岳全书·命门余义》说：“五脏之阳气非此不能发”。肝气不发，情怀不畅，肝郁乃成，阳虚肝郁，冲任不能通达，经血郁滞，易成血瘀，如能诊刮子宫内膜，行病理检验，发现“子宫内膜分泌欠佳”，内膜不能溶解，与中医所谓的“痰脂与血瘀内结”相符，但毕竟阳虚程度不重，其内结尚能脱落也，肝郁日久，得阴血不足而易化火，火性炎上，故见上热，瘀结于下，阳虚属肾，肾阳来之于先天者，一般无明显的寒象，但当行经期时，阳虚瘀浊结于子宫内，是以出现下寒瘀阻的证候，郁火得经行而泄，瘀结在经行后2~3天始能脱落，有的甚至延续到经净时始能脱落脱尽，而肾虚始终存在。肝郁由肾虚所致，因此就容易产生肝郁，肝郁气滞，既能化火，又能致瘀，是以火热瘀结的标证极易产生。通过全面分析，夏师认为复杂矛盾也是能够解决的，也只有作出全面的分析，其主证型、兼夹证型，孰轻孰重，标本因果，才能确定。

2. 微观深层辨证

夏师倡导的微观辨证是指结合现代科学，特别是现代妇科学的各种检查，发掘内在的或隐蔽在内的、腹腔中的、血

液内的以及局部病灶的有关资料，进行深层次的辨治，以弥补传统辨治的不足，防止误诊、漏诊，深化辨证。本法虽与中西医辨病与辨证相结合有一致之处，但作为深层辨证要求，不仅要微观的资料作为辨病的要求，而且要将这种资料纳入中医辨析的范围内，使中医的辨证有客观性，有实质性，更为细致。如经前期紧张症，一般以肝郁为主证型，因此应围绕肝郁主证型的发生发展及其转化的纵向辨证规律进行辨证，如结合微观深层辨证，首先需要借助现代妇科学性激素检查，通过血中雌激素（ E_2 ）、孕激素（P）、泌乳素（PRL）、前列腺素（ $PGF2\alpha$ ）的测定，以分析肝郁的发生和发展。如 E_2 低落，应辨为肝肾阴虚，则肝郁是由肝肾阴虚所致，而且可以预见肝郁化火；P 低下，应辨为脾肾阳虚，而肝郁的主证受阳虚所影响，可以预见肝郁凝痰，肝郁致瘀等病证。PRL 激素的升高或过高者则肝郁的主证必然加深，导致郁结，并可见乳腺增生、溢乳等病证。 $PGF2\alpha$ 的升高，亦可辨心肝气郁，并可预见疼痛加剧。雌、孕激素等检查，对于辨析月经周期中阴阳消长转化的整体功能失调，有着重要意义。微量元素的检查亦有其重要意义。仍就经前期紧张症而言，原来认为与镁（Mg）不足有关，镁的不足是与心肝郁火有关，也为肝郁包括心气郁滞提供了客观依据。若钙（Ca）不足，是属于肝肾阴虚，可以预见肝郁化火，致成郁火证型，但本质上有阴虚的存在。如锌（Zn）、铜（Cu）的浓度低下时，可以辨析为阳虚血少，虽有肝郁证候，但要重视阳虚的存在，而且 Zn、Cu 亦有周期性的涨落变化，与月经周期有着关联。所以 Zn、Cu、Mg、Ca 等检查，亦有助于了解月经周期中阴阳包括气血的周期节律活动及其失常的探析。又如血瘀性出血性疾病，其内在的子宫内膜病理检验

有着微观辨证的意义。如分泌功能较差，临床上表现血下量多，腹痛，有内膜样血块排下者，可辨为脱落性膜样血瘀证；但如子宫内膜呈增生过长，临床上见到出血量甚多，阵发性，血块多，但偶见内膜样血块者，可辨为难脱落性膜样血瘀证；如子宫内膜病检示瑞士干酪样增生者，同样见血崩，量甚多，色红，有大血块，据此可辨为干性难脱落性膜样血瘀证；如子宫内膜病检示腺囊性增生过长者，临床上仍见血崩，量甚多，色红，有大血块，常伴有粘腻样物，可辨为湿性难脱落性膜样血瘀证，而且可以预见“子宫内膜增生过长”，发展到“腺囊性增生”，然后再发展到“腺瘤性增生”，甚至转化为“子宫内膜癌”。中医学借此可以辨析为血瘀发展到瘀结，再发展到癥瘕。同时还可借助宫腔镜、腹腔镜以及B超等进一步辨析子宫肌瘤性出血证的“癥瘕性血瘀证”、以及与“炎性血瘀证”、“湿热性血瘀证”的鉴别。

3. 宏观推导分析

宏观推导，就是从大整体结合患者原来月经、生殖的数律变化进行推算的一种方法，也属于宏观辨证的一种形式。要做到宏观推导，必须掌握患者的体质及数律，结合天时、地理、人际间的影响，运用后天八卦，按每个人的奇数律进行推算疾病发作及预防的最佳时间，所以宏观推导的最大意义就在于论治未病。防重于治，是中医妇科治病的最大特点。首先从天时的气候、季节来看，年相季节，一般阴虚阳旺或肝旺湿热所致崩漏或闭经等月经病，易在夏季或初秋或晚春发病。按具体人的3数或5数或7数律进行冬至后时间的推算，以便进行防治，前人亦曾有“冬不藏精，春必病温”，亦即此意。阳虚脾弱，或痰湿之体的崩漏或闭经等月经病，极易在晚秋、冬令发病，有的亦可在初春发病。要求

在夏至后，按“3、5、7”的内源性节律进行防治。立秋、立冬、立春、立夏及冬至、夏至均是防治的重点。从月相来看，月圆时值月经来潮，一般可见月经偏多，精神忧郁，消极沉闷，或烦躁不宁、神不守舍等病证。而防治的重点应在月末，仍按“3、5、7”数律进行调治。从日相来看，黎明至日晡，是阳长的时期，阳虚月经失调者易产生症状，防治应在发病前或夜半后的数小时后内。午后入晚是阴长的时期，阴虚月经失调者，易产生明显的症状，防治应在日晡后数小时之内。从地理因素来看，南方湿热地带阴虚火旺，湿热偏盛之体，易发生出血性及炎症疾病，治疗必须考虑清利；北方寒冷地区，脾肾阳虚、痰湿偏重之人，易发生月经后期、闭经等月经病，治疗亦当考虑温调。人与人之间，相互间的生物钟节律，如月经周期节律亦有一定影响，与月经先期、性情急躁者久处，会影响到月经、情绪的相同变化；与精神忧郁、沉默寡言、月经后期者久处，也可能出现相似的症状。夏师曾经发现某一工厂一个小组3位相近年龄的妇女，前后半年均患上更年期综合征，而且症状基本相同，可见人与人之间相互影响的作用。

此外，每个人“3”或“5”或“7”数的内源性节律亦反映在月经周期中，月经失调大多与周期节律中的数律有关。推导的方法，如3数律，一般可按3的倍数进行推算，6、9、12，或30、60天，3个月、6个月，或9个月，来确定最佳期，在治疗恢复后，亦要按此倍数来巩固疗效。5数律、7数律以此类推。当然在推导时，还要掌握微观所得的内分泌激素、微量元素等的资料，并按上述数律进行观察，才能找出关键时刻，不仅对防治疾病有重要意义，而且对提高健康水平也很有价值。

(三) 对胎教、胎禁的研究

1. 探讨胎教

胎教学说，是古人研究妊娠期的调理教育问题。企图通过母体感受而对胎儿有所影响，亦即是要求把教育下一代提早到妊娠期。古人有此认识，这是难能可贵的，亦为优生优育所奠基。对前人的胎教学说，要本着“发扬精华，抛弃糟粕”的精神来择优汰劣，同时要运用今天眼光来分析问题，古为今用，更好地为当今社会服务。如《诸病源候论·妊娠候》中所说的“欲得男者，操弓矢射雄鸡，乘肥马于田野，以观虎豹及走犬；其欲得女者，则著簪珂环佩，弄珠玑”。这种所谓“外象而变者”的观点，统率肯定一切，显然是错误的，缺乏实际根据，应予否定。此外，前人所提出的精神思想教育内容，与今天的要求也存在很大的差距，所说的精神道德、伦理观念、言行规范随着社会的进展有很大的不同，所以必须更换今天的胎教内容，同时尽可能采取今天现代化的手段，如录音磁带、电教等进行较系统的胎教，而且坚持不懈，从妊娠3月始，至临产前为止，同时要求孕妇起居有常，劳逸适度，饮食环境、气候等要合乎孕妇的要求，以保持孕妇的身心健康，从而达到优生优育的目的。

1.1 逐月养胎与胎教

逐月养胎，是指十二正经逐月一经养胎，其指导思想，是基于脏腑经络学说结合阴阳五行相生理论及自然界生物发展的时相规律而制定的。见下表。

表 十二正经逐月一经养胎规律

春		夏		长夏		秋		冬	
木 (阴阳)		火 (阴阳)		土 (阴阳)		金 (阴阳)		水 (阴阳)	
足厥阴	足少阳	手厥阴	手少阳	足太阴	足阳明	手太阴	手阳明	足少阴	足太阳
肝经	胆经	心包经	三焦经	脾经	胃经	肺经	大肠经	肾经	膀胱经
孕1月	孕2月	孕3月	孕4月	孕5月	孕6月	孕7月	孕8月	孕9月	孕10月

春、夏、长夏、秋、冬，是时相（象）更替规律，木、火、土、金、水，是五行相生规律，用来推演生物变化的内在规律，逐月养胎学说把脏腑经络按阴阳属性纳入到时相五行的生物演变规律中，孕3月，应以心火经脉养胎，但心为五脏六腑之大主，不能独主于时，故以手厥阴心包经代之，十二正经除掉手少阴心经及其所属并与之相配的手太阳小肠经，正巧十经养十月。前人胎教虽然每经每月都有所提示，但重点在孕3月，根据记载此期内容较多，所以然者，就是因为孕3月是以手少阴心经及以此代替的心包经养胎有关。据西医学有关记载，妊娠3月，胎儿脑细胞发育迅速，至本月底，胎儿身长达7~9厘米，颈部为胎儿全长的1/3，对于母体传来的影响比较敏感，因此，利用此期着重胎教，给予良好的刺激，有利于脑细胞分裂繁殖中素质培养的影响，为今天研究优生优育提供了宝贵资料。

1.2 胎教的内容

声音包括音乐在内的影响 声音的影响对胎儿人格个性的形成有重要关系。妊娠3~5个月时，应给孕妇多听些悦耳动听、流畅轻柔的声音，婴儿的性格可能温顺恬静。反之，使胎儿常听到狂言乱语，或无休止的噪音，孩子的性格可能急躁、多动、忤逆，用多普勒测定仪检测时发现，不同的音响，使胎儿的心跳次数有改变，这一现象说明声音可以传入胎儿的耳朵，通过神经反射，引起心跳加快，刚出生的

婴儿在哭闹不安时，把他（她）的耳朵贴在母亲胸前心脏部位，胎儿就会安静下来，有人认为：这是由于婴儿听到了在胎里听惯了的声音，根据这一现象，把母亲的心音录下来，放给婴幼儿听，使其入睡。由此而制成胎教磁带，在有条件的保胎病房里，放胎教磁带已初步形成常规。

光线色彩的影响 前人对此论述甚少，但亦有所记载，如《诸病源候论》“妊娠候”中提到“妊娠三月，名始胎……数视白壁美玉，看孔雀”。美好的色彩光线通过母体对胎儿有所影响。近代医学家们对孕妇进行子宫内窥镜检查发现，胎儿眼睛能多少随着送入的光线活动，触动胎儿的足底，足趾即活动，同时膝髌关节屈曲，触动胎儿手心，手指会紧握。

精神心理的影响 这是古人所一再强调的胎教主要内容，因而记述较多较详，如《烈女传》中所载：“太任（周文王之母）有娠，目不视恶色，耳不听淫声，口不出秽言”。《诸病源候论·妊娠候》中说得很具体：“妊娠三月，当此之时，形象始化未有定仪。见物而变，欲令见贵盛公王，好人端正庄严……欲令子贤良盛德，则端心正坐，清虚和一，坐无邪席，立无偏倚，行无邪径，目无邪视，耳无邪听，口无邪言，心无邪念，无妄喜怒，无得思虑，食无到膈，无邪卧，无横足……是谓外象而变者也”。中心思想是要求孕妇心理稳定，精神舒畅端正，言行规范，颇似道佛家的无色无欲清静安一，以此保持胎儿的正常健康。周凤梧、李广文主编的《实用中医妇科学》在“胎教”中为了证实母体的精神思想活动对胎儿影响时，引比利时医生给 100 个孕妇进行的试验很有意义。他将 100 个孕妇每人头部分别通上 12 个电极，连在一个电子设备上观察到在孕妇开始做梦时，8 个月

的胎儿与母亲有共同特点，身体一动不动，眼珠迅速转动，可见母亲的心脑活动对胎儿确有影响，值得重视和进一步研究。

2. 重视胎禁

胎禁，主要指妊娠期的药禁和食忌两个方面，由于此与优生优育有关，故应得到当前妇产科医药人员的重视。根据文献记载，前人对胎禁颇多论述。早在唐宋以前的《神农本草经》书中已证明堕胎药者有6种，即上品之牛膝，中品之水银、瞿麦，下品之石蚕、地胆、鼯鼠。唐代孙思邈在其著作《千金要·翼方》中强调孕期保护，提出孕妇选药选食应避其毒。宋代陈自明著《妇人大全良方》在“候胎门”中专列食忌、药忌，列出15种所忌食物，同时编撰60余种药物禁忌歌。金元时代的李东垣有《珍珠囊指掌补遗药性赋》，载有妊娠服药禁忌歌，至今仍为人们所咏诵。明代伟大的医药家李时珍所撰《本草纲目》载妊娠禁忌药已达80多种，张景岳在其《妇人规》中指出：“妊娠，胎气伤胎者，凡跌仆、怒气、虚弱、劳倦、药食、误犯、房事不慎，皆能致之。”清代医家陈修圆尤其重视怀孕早期用药，在《妇科要旨》中指出：“妊娠六十日……其形不过是一团结聚之血，岂容药稍误，若误下而加吐下，则祸不旋踵矣。”吴谦在《医宗金鉴·妇科心法》中提出：胎前三禁，汗、下、利小便，此暗示药禁之所在。

2.1 妊娠药禁

现代医学研究发现，很多药物均能通过胎盘进入胎儿血液循环，直接影响胎儿，或某些药物通过改变母体的生理状况，从而影响子宫的环境，造成胎儿发育生长障碍，最终致畸致流（包括早产），影响优生优育。

妊娠早期服药不当，最易致畸致流。当前公认有明确致畸的药物并不多，有些虽有记载，仍然值得商讨和进一步研究，但为了防范于早，故简介如下。

中药方面：凡峻下滑利、逐瘀破血、耗气散气以及有毒之品，均应禁用或慎用。

(1) 逐瘀破血方药 如王氏之逐瘀汤及消癥瘕的方药，如桃仁、红花、苏木、穿山甲、王不留行、刘寄奴、三棱、莪术、水蛭、虻虫、廑虫、干漆等，妊娠期均应禁用，但如病证需要，犹须谨慎使用。

(2) 攻下方药 如三承气汤、更衣丸、当归龙荟丸等，具体药物有大黄、芒硝、番泻叶、芦荟等，均应禁用或慎用。

(3) 峻下逐水方药 如十枣汤、大黄甘遂汤等，具体方药有甘遂、大戟、芫花、商陆、巴豆、牵牛等，禁用之。

(4) 利水通窍方药 如八珍散、牛膝散等，具体药物有木通、通草、瞿麦、滑石、皂角、麝香等，禁用或慎用之。

(5) 大辛大热温阳驱寒的方药 如乌头煎、四逆汤等，药物有乌头、附子、天雄等，一般均应禁用。

(6) 有毒性的方药 如抵当汤、大黄廑虫丸等，药物有廑虫、斑蝥、野葛、水银、蜈蚣、雌黄、雄黄、硫黄、硃砂、蟾酥、砒石等。其他如外用药，大多具有不同程度的毒性，外用可通过皮肤吸收进入血液循环，对于胎儿不利，《外科全生集》曰：“妊娠患疮疡，虽膏药不宜擅贴，恐内有毒药能堕胎也。”

西药方面：

(1) 甾体激素 ①雌激素，主要是乙烯雌酚等非类固醇合成的雌激素，可影响女性后代患阴道腺病和透明细胞腺

癌，生殖道和泌尿道畸形。对男性子代会发生附睾囊肿，睾丸萎缩。②孕激素，可影响女胎男性化，与雌激素同用，易致先心。③雄激素，可引起女性假两性畸形。

(2) 细胞毒性药物。孕早期应用抗代谢药治疗恶性肿瘤，可造成流产，致畸，胎儿发育障碍或死亡，致畸率约50%。主要药物是氨基喋呤和氨甲喋呤，其次如6-硫基嘌呤、苯丁酸氮芥和环磷酰胺等也有致畸作用，学者一致认为孕早期联合化疗是禁忌的。

(3) 镇定药。反应停的致畸为众所周知。

(4) 其他。苯妥英钠能引起颜面、心脏畸形和生长缺陷；丙戊酸钠可致脊柱裂；双香豆素、安定、安宁、可待因有发生出生缺陷报道。麻疹、风疹疫苗也可能造成胎儿发生该类病毒感染。

因病用药需慎者 前人虽有“有故无殒，亦无殒也”之说。但在具体用方药时仍应有所慎有所选。如恶阻伴腰酸明显者，有人曾因使用旋覆代赭汤，恶阻愈而见胎漏，终致流产，可谓慎之。其他如理气方药、通泄方药、利湿方药等，即使病情需要仍要选择损胎致畸致流最小的方药。中药方面：如半夏、南星、薏苡仁、蝉蜕、代赭石、蟹爪甲、地胆等，也应慎用，当然治疗必须时尤当用之。西药如利尿药双氢克尿噻、氨苯喋啶、利尿酸、速尿等，长期应用，可致血容量减少，有碍胎儿生长发育，宫缩乏力，产程延长，羊水污染率增高，并可引起电解质紊乱，低钠、低钾、高尿酸血症，故有学者不主张孕期应用。解热镇痛药中的阿斯匹林、消炎痛、水杨酸盐制剂等，持续或较大剂量用药会延长孕期和产程，也可发生贫血，产前或产后出血，对胎儿可发生宫内生长迟缓，增加围产儿死亡率。抗菌素类药治疗炎性病

证，如链霉素、氯霉素、四环素类药，一般均通过胎盘，均有所忌。此外，可引起胎儿第8对脑神经损害的，如庆大霉素、卡那霉素、新霉素等氨基糖甙类抗生素，孕期均应慎用，或避免使用，必要时间断服药为宜。其他如降压药中的冬眠药物、利血平，镇静药中的苯巴比妥、异戊巴比妥，抗疟药中的乙氨嘧啶、奎宁均有所忌，用时慎之又慎。

2.2 妊娠食忌

在妊娠早期，常有恶心泛吐，食欲不振，偏嗜择食等现象，因此对动物脂肪、甜腻食品、辛辣刺激之物，均有所忌。妊娠中期，亦不宜过食公鸡、羊肉、狗肉等辛温发物。妊娠末期，常伴有血压偏高、浮肿、小便偏少等情况，应少食含盐多的菜肴和食物，因为过多的食盐会增加水分在体内的潴留，引起水肿，增加心脏和肾脏的负担，同时辛辣刺激致热的食物，如羊肉、狗肉、椒、姜等食品亦有所忌。有人发现较长期服用棉子油，可导致体内血钾的减少，出现全身乏力，不利于胎儿的发育。味精常用多用，可使染色体断裂，应有所禁。

妊娠期间，禁止吸烟喝酒。烟酒对母体的心肺不利，对胎儿发育亦不利，甚则致畸，特别是妊娠早、晚期，更为不利。妊娠期间，反对偏嗜择食，如妊娠早期出现孕期反应者，短期即可消失，偏嗜择食也会随着消除，妊娠中、晚期要经常更换食品，需进食多样化的食物，以满足胎儿在发育中营养多样化的要求。

关于《妇人大全良方》“候胎门”所提出的15种食忌，主要指鸡、羊、犬、兔、鳖、鸭、螃蟹、雀肉、豆腐、虾、鳝鱼、驴、骡、马肉等。大有值得商榷之地，有的不仅不忌，相反食之有益。但如母体对此不合者，亦应忌之。

2.3 几点忠告

药物对早孕期胎儿的影响尤著。胎儿在发育不同时期对药物敏感性也各异。受精第3~9周，相当于始胚始膏时期，是胎儿器官高度分化时期，也是致畸高度易感期，又是药物引起畸形的最危险时期。畸形的类别与胎儿接触药物时器官的发育阶段有明显关系，如神经组织于1~26天，心脏于20~40天，肢体于24~46天易受药物影响等。总的说，一些先天缺陷是在妊娠早期且往往是在第1个月妊娠，即在本人知道自己怀孕以前发生的。有许多器官可同时发育，因此有害物质可导致多个器官的畸形。用一种药物，由于胎龄的关系，可同时发生多种畸形，而多种药物在特定时间内应用也可能发生同一种畸形。不同的孕妇使用同样的药物而胎儿的结局可完全不同，即为个体差异。

药物对孕晚期胎儿及新生儿影响亦不容忽视。孕9月至足月胎儿生长发育迅速，对有害药物的敏感性逐渐降低，但对少数器官仍可能发生形态上的异常，主要可造成发育迟缓及生理机能的缺陷，如胎儿宫内生长迟缓、中枢神经系统抑制、核黄疸及出血倾向等。孕晚期容易出现各种妊娠合并症，在积极处理过程中，必然涉及用药问题，既注意到“有故无殒”、“有病则病当之”的方面，又要注意到某些胎禁药物的不利方面，尽量筛选恰当的药物用之，是有助于改善孕妇的治疗，并防止或减少新生儿出生前后所受药物可逆的不良影响至最低限度。

食物所涉及的有关问题。由于粮食作物和蔬菜等生长期间虫害颇多，应用农药除虫较为普遍，且剧毒农药反复使用，可残留于粮食和蔬菜中，长期食此，亦将有致畸致流的祸害，不利于胎儿的正常发育。因此建议检测粮食中的含毒

量，或者加以浸泡洗涤和中解方法以减小毒性。同时尚需注意家禽家畜及绿叶植物应用生长激素过多，不仅缺乏鲜洁感，而且激素含量较高，不利于胎儿的正常健康发育，特别在孕早期更应有所注意。

(四) 妇产科疾病的心理调治

研究医学心理学，进行心理调治，早在《内经》一书中，已有比较完整系统的记述，如《灵枢·师传篇》说：“人之情，莫不恶死而乐生，告之以其败，语之以其善，导之以其所便，开之以其所苦，虽有无道之人，恶有不听者乎。”从人的生死进行正面疏导，这是心理调治的主要方法。《素问·阴阳别论》中说：“二阳之病发心脾，有不得隐曲，女子不月。”开始对女性心理忧郁致病的描述。《妇人规》认为“血气由于情怀”，情怀不畅，多愁善郁，血气自然不调。这就是前人对妇女心理特点及其致病的论述。今天，随着医学心理学的兴起，认识和检测心理因素致病的内容日益丰富，发现妇女疾病，特别是更年期综合征、经前期紧张症、性功能障碍、计划生育并发症、不孕症、习惯性流产等与此有关。因此，忽视或降低这方面的调治，实际上忽略了病人体内的能动性、积极性。夏师临证之时，潜心于此研究，颇多体会，此处介绍夏师的几种心理治法。

1. 疏导法

此法是妇科心理疗法的主要形式。诸凡精神不畅、心情抑郁、神魂不安等有关疾病，均需采用本法。疏导法是指既要讲述生理病理常识及其特点，又要求医护人员耐心细致、热情和蔼和有高度负责的精神。患者的心情多种多样，千差万别，千变万化，作为妇科医师，必须耐心地了解病人的各

种心情，有的放矢地做好病人的思想工作。赵晴初《存存斋医话稿续集》云：“草木不能治有情之病……须凭三寸不烂之舌以治之。”身心兼治，才能收到良好的疗效。

2. 情胜式

人不是一般的生命体，人已经远远超出了动物界，能够改造自然，具有高度发达的心理系统，并在其统一指挥下精密协调。人是一切社会关系的总和，人与人、人与社会、人与自然之间的关系处在不断运动、变化、发展之中，人的心理上必然产生复杂心情，中医理论概之为喜、怒、忧、思、悲、恐、惊七情。七情不仅是引起疾病的主要因素，而且还是治疗和防止某些疾病的有效方法。以情胜情，利用一种情志去克服和纠正另一种偏胜的情志，这就是情胜式，或称情志调节法。《素问·阴阳应象大论》说：“怒伤肝，悲胜怒”；“喜伤心，恐胜喜”；“思伤心，怒胜思”；“忧伤肺，喜胜忧”；“恐伤肾，思胜恐”。《医方考》说得好：“情志过极，非药可愈，须以情胜”。《内经》言，百代宗之，是无形之药也。张子和对《内经》提出的以情胜情、以情制情的心理疗法，富有独到见解，他阐述：“悲可以治怒，以怆恻苦楚之言感之；喜可以治悲，以谑浪戏狎之言娱之；恐可以治喜，以恐惧死亡之言怖之；怒可以治思，以污辱欺罔之事触之；思可以治恐，以虑彼志此之言夺之。凡此五者，必诡诈譎怪，无所不至，然后可以动人耳目，易人听视。”例如有的妇女结婚数年不孕，心怀抑郁，悲伤不已；领养子女后，有了寄托，心中高兴，遂很快受孕，这也是一种喜胜忧的调节方法。

3. 转移式

转移式的心理治疗，就是把患者的注意力从疾病上转移

到其他方面去，以便减轻病情或使疾病转向痊愈。有些人患病后，将注意力集中在疾病上，怕病情变重，怕不能治愈，怕因病影响工作、劳动、学习、生活、家庭，整天围绕疾病胡思乱想，陷入了苦闷、烦恼、忧愁之中，甚则日不安、夜不寝，从而使病情更重。对于这种病人，用语言或其他方法转移其注意力，可收不药而愈之效。如妇科之痛经、产后腹痛，在病痛的其他部位制造刺激，以转移患者的痛觉，如耳针、腕踝针即有此意，当然，针灸通过经络本身就有止痛作用。此外，利用音乐造成无痛分娩，用景色或其他形式达到止痛目的，都是此意。经前期紧张症，可在经前沉醉于事业和工作，以事业的进步、工作的成就导致喜悦的心情，消除经前期的痛苦和烦恼，使紧张症不治自愈。诸如到亲朋好友家倾诉苦衷，或参加文娱体育活动，外出旅游，欣赏名山大川的美丽风光，投亲访友，宽畅情怀，对经前期紧张症、更年期综合征不无裨益。

4. 静养式

静养式，即静志安神之法。中医学历来十分重视静养在防治疾病中的积极作用，如陶弘景所提倡十二少、戒除十二多即是。我们汲取其静法，治疗妇科疾病中表现为失眠、烦躁、情感异常激动者，使病人在安谧宁静的环境中安定心神，清心静养，无忧无虑，镇静催眠，精神相依，精神合一。气功疗法中的静松功、静养功，亦属静养式心理疗法。

5. 发泄式

发泄式是能量发泄法。不良情绪如经常出现，就应通过适当途径排泄或发泄，而不郁结于内，闷在心里。哭是一种常用方法，但这种发泄要注意场合，注意影响。对一些经前

期紧张症病人，我们常于经前期将临之时，即通知其家庭、单位，以减少不必要的矛盾，还鼓励患者在此期间从事强度大的体力劳动，或作剧烈运动，达到满头遍身大汗，气喘嘘嘘，精疲力竭，其盛怒亦被随之释放。这种医、患、家庭、单位一条龙的治法，给这些患者带来了精神上的舒畅，头痛、烦躁、乳胀、胸闷等得以减轻。

6. 喜悦法

人在高兴、愉快、喜悦时，无论做什么事，都觉称心如意。而忧郁悲哀时，总觉心灰意冷，悲观失望，甚则有厌世之感。因此，人的心情与疾病的发生、发展、变化关系密切。俗话说：“笑长寿，哭多病。”情志开朗，心情舒畅，情思如意，则少生病，病则易愈。在妇科，经前期紧张症、更年期综合征、脏躁等，即需此法调之，如听相声，看喜剧，读欢愉的故事、笑话。古医案中所载以荒唐、滑稽的诊断治愈郁症的案例很多。如“浦江某秀才，聪明能干。新婚不久，爱妻暴病身亡，悲伤过度，忧郁成疾，……朱震亨问清病因，切过脉象，摸其腹部，曰：‘君茶饭不思，纳食较差，乃有喜之候。’秀才听后失声大笑。后回故里逢人便说，义乌神医朱丹溪诊余有喜，整日大笑。半月左右，病竟全愈。”心情不畅，情志抑郁，服药再多收效亦甚微。

7. 以疑释疑

病者多疑，患病以后，产生各种怀疑，小病疑大、轻病疑重、久病疑死；甚至有的人本无病变，或道听途说，或受外界刺激，或偶尔内伤刺激，便疑神见鬼，怀疑自己也染上疾病，越疑越重。以疑释疑就是根据病人存在的疑虑思想，通过一定方式，解除其不必要的怀疑，去掉包袱，恢复健康。《类经》载：“王中阳治一妇，疑其夫有外好，因病失心

狂惑，虽投药稍愈，终不脱然，乃阳令人佯言某妇暴死，殊为可怜。患者忻然，由是遂愈。”再如癌扩散，剖腹后摘除一小块，告诉患者已彻底切除，也是以疑安慰病人，宽畅其胸怀。

倡导心理疗法，并非摒弃药物。《妇人良方》指出：“改易心志，用药扶持”，即是用心理治疗法“先医其心”，然后使用适当的药物调整其心理变异，获取更佳疗效。

（五）对发展中医妇科学的几点设想

中医妇科学曾经是临床四大学科之一，有着光辉灿烂的历史，为中华民族的繁衍昌盛作出过很大的贡献。但由于历史的原因，近百年来中医妇科学发展缓慢，为了振兴中医妇科，发展中医妇科学，夏师年逾花甲，仍孜孜以求，笔耕不辍，将自己的学术成就毫无保留地撰写成论文、专著，以传后学。他的治学格言是：学习！学习！再学习！学无止境。认真！认真！再认真！一丝不苟。他常常教诲学生门人“进与心谋，隔二隔三之治也，治病与治人相合也；退与病谋，对症处理，切忌胶柱固瑟也。”他潜心研究中医典籍及易学、数律，旁及现代医学、时间医学、心理学、气象学等，在实践中总结，在总结中提高，倡导微观与宏观论，揭示阴阳、数律在女性周期节律、生殖节律、生命节律中的调节机理，指导临床提高辨治水平，不仅发现病变发展的纵向规律，进行传统辨治，而且结合微观辨证、宏观推导，论治未病。夏师的这些学术成就，被当代的一些学者称之为中医妇科学发展的“里程碑”。近年来夏师由于其卓而不群的理论与临床经验，多次被邀前往澳大利亚、美国、英国、意大利等国讲学，为中医妇科学走向世界作出了非凡的贡献。夏师为进一

步发展中医妇科学提出以下几点设想：

1. 重视中医妇科理论，深化理论内容，不断提高和创新

理论来源于实践，但高于实践，中医妇科学的发展，首先在于来源于实践的理论的提高和创新。建国以来，各地相继成立了中医院，设立了妇科诊疗室、教研室、专病专科诊疗室以及病房等，临床观察和科学研究相继开展，大量的学术论文发表，专科著作、教材编著发行等等，在继承的基础上做了大量的整理和发掘工作，妇科的专业理论已有一定基础。但是作为今天的妇科来说，还很不够，而且基层的妇科专业人员大多满足于一方一法，忽略理论的重要性；教学人员仍然有理论脱离实践的倾向。为此重视发展中医妇科理论，是中医妇科学发展的迫切需要。

1.1 发展中医妇科学的专科理论，并使之系统化、规范化

妇科学在长期实践中，已逐渐形成专科的理论体系，但是系统性仍然不够完整，内部的纵横联系尚有待阐明，对月经周期节律、生殖节律涉及不多，有不少部分尚依附于内科学的理论之内，缺乏专科特色。妇科的生理病理学，虽然早在《录枢·上古天真论》中提到肾气、天癸的问题，但基本上局限于气血肝脾冲任等范围内，无怪乎有人认为四物汤、逍遥散可以统治妇科一切疾病，这种理论观点，实际上是滞留在明清以前的水平。明清以后，一些妇科学家已把肾提到重要地位上来。不论在理论上或治疗上已体现了肾的重要性。前人限于历史，没有能够阐明肾在生殖中，特别是月经周期中的具体系统的作用。而今天我们在中西医结合临床观察中，在科研的深入开展中，在长期的实践中，已发现肾阴

阳与气血的周期性活动规律，即以子宫冲任督带等奇经为主，肾与心、肝、脾（胃）、子宫等经脉在内的纵横联系、正负反馈下形成的月经周期节律、生殖节律、生命节律。月经周期节律是女性生理中最主要的部分，是由阴阳消长转化的月节律所致，而阴阳消长转化亦受心-肾-子宫生殖生理轴的调节，阴阳消长转化是由阴长（阳消）→重阴转化为阳→阳长（阴消）→重阳转化为阴的四个时期，当然内在的气血变化，精、津、液、水等变化均在阴阳消长转化的运动中进行。对此夏师深有体会，并在其著《中医临床妇科学》以及有关杂志上报道过，正由于此，夏师对据此生理变化所倡导的调周法研究更加深入，临床疗效不断提高。但是对阴阳消长转化的调节机理及正负反馈尚须进一步研究和提高。更新深化理论，将会大幅度提高疗效，从而也将较快推动妇科学的发展。

在重视中医妇科理论并加以整理提高的同时，不能忽视理论规范化的重要性。凡前人所提出的有价值的理论观点术语、概念法则等，必须进行规范化，要求统一认识，可以组织专家进行充分讨论，先易后难，逐步统一。至于有些难度较大者，暂不能统一，可后议之。由上海、江苏、浙江所制定的、由国家中医药管理局发布的《中医妇科病证诊断疗效标准》非常必要，不仅为教学科研之所需，而且亦有利于妇科学理论之发展和提高。

1.2 在继承前人理论基础上，发展宏观理论

夏师认为中医妇科学之发展，必须重视整体观念，在整体观中的最大特色是宏观理论。继承发展宏观理论，就必须立足于中医妇科学的基础上，有目的地从学习《周易》《河图》《洛书》到《内经》《难经》《类经》等书籍，认真学习

研究阴阳五行、九宫八卦、五运六气、子午流注等传统宏观理论，目的在于研究女性体内活动与宇宙自然界的联系。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，故谓之月信、月水、月经”。明确指出了月经与宇宙间月亮的圆缺、自然界海潮的涨落相适应，而且形成一定的规律性，即月经的周期性。正由于此，夏师在50年代末，中国医科大学妇科教授葛秦生来我院西学中时，介绍测量基础体温（简称BBT）的应用，就着手观察月经周期变化。80年代初在江西中药人工周期的启迪下，倡导调周法，同时提出阴阳消长转化的月经周期理论，尔后发现月经周期中的阴阳消长转化规律与天地间阴阳消长转化规律有关，因而在《上海中医杂志》上又提出了“运用时相变化规律调治月经周期中的阴阳盛衰”。接着在《江苏中医》上提出“掌握时象阴阳规律运用分期分时调周法”。近年来，由于夏师对月经周期变化有着较深的认识，故在《南京中医药大学学报》上提出“试探月经周期中圆运动生物钟规律”，提出了阴阳消长转化的节律与圆运动生物钟规律与女性月经周期中圆运动生物钟规律间的影响，即女性的外源性节律在整体影响下的失调的病理变化。再结合具体患者月经周期运动中“3、5、7”奇数律各不相同的内源性节律，从而提出未病最佳的论治时间，推导时必须运用阴阳五行、九宫八卦等理论。古代医家在实践中，把古代哲学概念引入到医学之中，以此为框架构筑了中医药的理论体系，借此来阐明女性体内生理病理变化，并为它们之间的有机联系和相互转化提供了广泛类比的推测。虽然这有着一定的直观、笼统、抽象等缺陷，但仍然要继续这一合理而有用的内容和方法，

再结合运用现代哲学、天文学、气象学、遗传工程学、生物学、高能物理学、心理医学、时间医学等，进一步探讨天、地、人之间的圆运动生物钟规律，揭开女性月经周期节律、生殖节律、生命节律及各不相同的个体节律，从而可更确切地推导节律失调的关键所在而给予未病论治最佳的确切时期，亦符合“上工治未病”的思想，对中医妇科学的发展将起到很大的推动作用。明代大医家张景岳正由于他对阴阳运动规律的宏观认识的深刻，从而根据阴阳运动的特点，创制了左归丸、右归丸、归肾丸、毓麟珠等著名方剂，被喻为补肾名家，推动了临床医学的发展。

1.3 运用现代医学检测方法，发展微观理论

专科的发展就在于对专科问题的深入，作为妇科来说，必须运用现代医学的检测手段加以研究。如宫颈炎，可以通过阴道镜及妇科检查分析宫颈炎的形状和变化来确定属性。如宫颈红肿，分泌液多，必与湿热有关；宫颈炎呈颗粒状，与血瘀有关；宫颈光红、易于出血者与阴虚火旺有关；宫颈炎腐肉较多，即属气血为热毒所腐化。从微观所提出的资料分析，有利于临床辨证论治。又如妇科的血瘀问题，通过宫腹腔镜、诊刮子宫内膜病检、B超等有关检查，可以进一步分析血瘀的性质、内含、程度、范围等。炎病性血瘀，属于湿热性；子宫肌瘤性血瘀，属于癥积性；宫内膜分泌欠佳或呈增生性血瘀，属于膜性；内膜呈腺囊性增生，属于湿浊样膜性；子宫内膜呈瑞士干酪样，属于干性膜样血瘀。再从膜样血瘀论之，实由脂膜、血液、精浊及内含激素类的物质所组成，是一种与整体相联系的特殊物质，与一般血瘀不同，若不能排出体外，流注于宫腔外的经络脏器组织之间，有的甚至可以流注于心肺或窍络之间，有可能随着月经周期

的阴阳消长转化失调而增长，成为顽固性血瘀病证。再从宏观中阴阳的消长转化的月经周期节律，通过一系列内分泌激素的检测，也可深入了解到雌、孕激素的消长转化，即周期中阴阳消长转化的实质。这不仅为局部，而且为整体的深入探讨，提供可靠资料。如能结合现代高能物理学、遗传工程学、生物学等研究与肾有关的阴阳离子活动的节律，将会更加深入。

2. 提高妇科的辨治水平，发扬辨治特色，应用微观宏观辨治未病

在整体观理论指导下，提高妇科的辨治水平，发扬辨治特色，进而运用微观、宏观的辨证方法论治未病。

2.1 提高传统的辨证论治水平，掌握纵向辨治规律

我们认为妇科任何一个病证，都有它发生发展的纵向过程，而在纵向发展过程中，主证型占有重要意义。在主证型发生发展过程中常常兼夹其他证型，甚或转化为另一证型。如经前期紧张综合征，肝郁是主证型，其发生发展的纵向过程中，可以兼夹脾虚、肾虚，所以疏肝解郁的逍遥散，就应加入健脾或者补肾、滋肾之品；若肝郁转化为郁火者，清肝解郁，丹栀逍遥散治之；肝郁痰凝者，当疏肝化痰，逍遥散合二陈汤治之；肝郁致瘀者，当疏肝化瘀，逍遥散合通瘀煎治之；肝郁日久，转化为阳虚夹郁者，助阳解郁；阴虚夹郁者，滋阴解郁，滋肾生肝饮治之。又如功能性崩漏，在闭经期是以肾阴虚为主证型，而在出血期转化为血瘀证型为主。但是两者主证型既有区别、又有联系。所以滋阴为主达一定程度时，必须予以助阳化瘀，杜绝血瘀之产生，而化瘀为主时，不能忘却滋阴补肾，否则不能达到有效的控制出血，总之掌握病证中的主证型的传变规律，有利于临床疗效的提

高。

2.2 微观辨治，深化辨治内容

夏师认为，在科学突飞猛进的今天，中医妇科传统的辨治必须结合现代科学特别是现代妇科学的各种检查手段，发掘内在的问题进行深层次辨治，以弥补传统辨治的不足，从而深化辨治内容。如经前期紧张综合征，在经过各种内分泌及微量元素检测后，可以发现雌激素、孕激素、泌乳素、前列腺素失调是发生本病的主要原因。雌激素偏低或低者，必须滋养肝肾之阴，而雌激素过高，临床上表现火旺者，又必须滋阴降火；孕激素偏低者，必须予以温补肾阳；黄体萎缩不全者，又当予以清心肝之火化胞宫之瘀；泌乳素偏高过高者，当予清肝柔肝敛肝法治之；前列腺素失调，亦当从心肝气血论治。微量元素中镁（Mg）、钙（Ca）、锌（Zn）、铜（Cu）的元素失调，也是导致经前期紧张证的原因。Mg、Ca浓度不足，可从补养心肝肾的阴分论治，如山萸肉、牡蛎、龙骨、紫贝齿等；Zn、Cu的浓度偏低时，一般可从肾阴之气论治，如仙茅、仙灵脾、山萸肉、肉苁蓉、锁阳、泽泻等治之。再从子宫血瘀定性定量分析论治，如分泌功能差，子宫脱膜样血瘀者，可予肉桂、三棱、莪术、五灵脂之脱膜散治之；如子宫内膜示增殖性血瘀者，只能化瘀止血，用加味失笑散，加入滋阴助阳之品；子宫内膜呈腺囊性增生者属湿性血瘀，在化瘀止血法中加入助阳利湿之品，如川断、大小蓟、茯苓、蚕砂等品；子宫内膜呈瑞士干酪样增生者，一般属于干性血瘀证，化瘀止血法务必加入滋阴养血之品，加味失笑散合固经丸、二至丸治之。子宫肌瘤出血，属于癥瘕性血瘀，在化瘀止血法中，加可止血之品，如子宫肌瘤质地偏硬，应避免使用益母草、当归、川芎、马齿苋等收

缩子宫的药物，类此不再例举。

2.3 宏观推导，论治未病

宏观推导，主要是根据月经周期中圆运动生物钟规律，以及天时地理的变化，按阴阳五行、九宫八卦、五运六气、子午流注等加以推导。从年相来看一般阴虚脾弱或夹湿热之体的出血病、闭经等患者极易在春夏季发病，要求在冬至时即开始防治，立春立夏时为防治的重点；阳虚脾弱或夹有痰湿的出血病、闭经等患者，极易在秋冬季发病，要求夏至时即开始防治，立秋立冬是防治重点。从月相来看，月圆时极易导致月经量多，精神烦躁，月末时又易精神衰弱消极沉闷。如月经周期中2次转化与之相符，即应在前一次转化时考虑到下一次转化时病变的防治。如血瘀性痛经与月经过多，防治应在排卵期应用补肾化瘀法。而经间期转化不利，排卵功能不良的不孕症、崩漏病证，应重视行经期排经畅利，可运用五味调经散、生化汤加入一定量滋阴助阳药。从日相来看，阳虚患者重在晨午论治，阴虚患者，重在暮夜论治。此外再依据由外源性节律所致个体有所不同的内源性节律，即月经周期中的“3、5、7”奇数律，进行推导防治。3数律一般在未病前的30天、60天、90天或者更长时间内进行防治，具体时间根据具体患者的病情及检查的激素依据而定；5数律一般在未病前的50天、100天内甚至更长时间进行防治。服药的时间与剂量也可以“3、5、7”数确定，总之，在掌握充分资料，运用易学八卦结合现代科学进行推断，防治于先，不仅有利于治病，而且亦有利于健康长寿。

3. 大力开展教学研究活动，普遍提高妇科人才的素质，重点培养尖子人才

发展中医妇科学，必须大搞科研工作。科研工作中需要

做到继承与发掘并重，理论与临床齐驱，重点与一般相结合。不重视结合应用现代科学，不重视发掘，固然对学科发展不利，但忽略理论、忽略继承也是不利的；只重视重点研究，忽略一般的研究，包括临床特色经验的总结，对中医妇科学的发展也是有影响的。因此，在科研活动中，夏师认为要防止两种倾向。第一是虚假和重复，科学研究绝对不能掺假，水分偏多必将影响质量。目前运用清热利湿法治疗炎症，包括盆腔炎、宫颈炎，活血化瘀法治疗血瘀病证，包括内膜异位症，清热止血、补气摄血法治疗出血病证的重复研究者有之，尤其低水平的重复也有不少。第二是过多的药物研究。我们并不反对药物研究，但过多的药物研究，特别是缺乏中医理论指导的药物研究，在一定程度上也不利于中医妇科学发展，而且有部分开发的新药，经不起临床考验而遭淘汰。所以，夏师认为，在大搞科研活动中，形式要多样化，可以组织刚毕业的学士、硕士生，整理前人和近代学者的临床经验。临床医师应不断总结经验，但更要组织高层次人才进行重点的理论研究。如运用现代哲学、现代有关科学研究月经周期节律、生殖节律、生命节律，最好建立女性生殖生理病理学的实验室，理论上的突破才能推动中医妇科学的较快发展。

提高教学质量，首先要改革教学内容，提高教材质量。高等中医院校所使用的统编教材《中医妇科学》，从第1版到第6版，内容上虽有所更新，质量上有所提高，但总体内容仍脱离不了原有的范畴，与临床实践有较大差距，学后不能适应临床要求。夏师认为这些基本内容可以不改，但只能作为入门的基础教材。还应该有深度、有广度地将积累成熟的临床资料，重新整理编成适合临床需要的中医临床妇科学

教材。作为真正的临床教学内容，可以允许反映各地临床特色，但内容必须与临床实践相结合。其次是改革教学方法。整个妇科教学可以分为两步，第一步是基础教学，方法以小组讨论与自觉为主，教师介绍主要内容，以及辅导答疑；第二步进行临床教学，应安排在教学医院，边实践边教学，把理论与临床实践紧密联系在一处，学以致用，学用结合，学得生动，用得贴切，印象深刻，记得牢靠，如在实习后期发现优秀者，可延长半年，随名老中医继承学业，进一步进行临床深造。此外，提高师资水平是提高教学质量的关键。妇科是临床学科之一，妇科教学必须具备相当的临床水平，最好的临床便是最好的教学。当然不可否认教学还有方法和技巧，但是还必须具有扎实的临床基础，教学内容须与临床相结合。为了防止中青年教师脱离临床，言之无物，夏师认为中青年教师不仅在教室内拜老教师为师，而且更要在教学医院内择师学之，每周不得少于1~2次随师学习，并且要定期撰写心得体会和临床经验总结，充实教学内容，提高临床水平，同时注意不断改进教学方法，交流教学经验，听取学者意见，或者挂牌上课进行竞争教学，实施奖惩制度，激励教师进步。

要经常举行继续教育，可通过举办妇科专修班、学术研讨会、院内讲座讨论、年轻人员参与科研活动等各种形式，促进妇科人才的素质普遍提高。在普遍提高妇科人才素质的基础上，更重视培养妇科的尖子人才，这是继承发掘中医妇科事业，推动妇科学术发展的重要措施之一。夏师认为尖子人才可以分为两种，一种是以继承为主，拜名师、多实践，钻研妇科名著，踏踏实实地学习，要落实师带徒的政策，服从老师的安排，经过3~5年的重点培养，出几名高明妇科

临床家。另一种以发掘为主，在继承的基础上，通过各种形式，学习有关的现代科学，包括现代医学，深入研究中医学中较为高深的理论，参考重点的科学研究；当然博士生的素质也很重要，古典文学、哲学，包括现代科学的基础较好者，通过较长时间重点培训，希望能出几名高明的妇科理论家。要保持理论人才与临床人才之间的经常交流与合作，使他们互相启迪，互相促进，繁荣妇科学术，推动中医妇科学的迅速发展。

年
谱

夏桂成教授自 1957 年到 1958 年 7 月，考入江苏省中医进修学校学习，结业时获“优秀生”称号。

1958 年 8 月，分配至江苏省中医院，即南京中医药大学附属医院妇科，从事医、教、研工作。在一定时间内教学任务较重，承担西医学习中医班、中医学院医疗本科班的教学任务。同时参加《中医护病学》的编写工作。

从 1958 年起参加南京中医学院的课堂与临床教学，带教的西学中人员有葛秦生（协和医科大学教授）、杨宗孟（辽宁中医学院教授）、苏延华（南京军区南京总医院主任医师）、金丽华（南京市妇幼保健院主任医师）等。

1960 年，在青岛参加全国首批中医高等院校教材《中医妇科学》编写工作，即一版教材，承担月经病的编写任务。

1964 年，在合肥参加全国第二批中医高等院校教材《中医妇科学》编写工作，即二版教材，担任总论编写任务。

1966~1974 年, 文革期间, 参加编写《常见病中医临床手册》及《中医学》的编写工作。以及《中医学概论》的修改工作。

1975 年, 被评为主治医师, 讲师, 参加天牙散引产的科研工作, 并获得卫生部中医管理局科研奖。

从 1979 年起担任硕士研究生导师, 指导研究生金季玲(天津中医学院附属医院主任医师)、谈勇(南京中医药大学第一临床医学院副教授)、陆启滨(南京中医药大学第一附属医院副主任医师)、姚石安(南通市中医院副主任医师)、吕春英(空军 454 医院副主任医师)及庄勃、沈晓雄、于红娟、李勇生、汤月萍、周惠芳等 11 名。

1981 年, 经国务院批准, 参加全国第一批硕士研究生指导工作, 并负责临床带教工作。同年参加全国首次中医妇科学术研讨会。

1983 年, 探讨《傅青主女科》调经种子门的肾阴阳论治, 载于《北京中医学院学报》, 后获医院优秀论文一等奖。同年担任由浙江中医学院负责的全国首批妇科师资班总论的讲课任务。

1984~1985 年, 接受国家中医药管理局任务, 负责制订高等院校《中医妇科学》教材大纲(即五版教材), 并参加编写。同年参加全国第二次妇科学术研讨会, 被推选为全国中医妇科学委会委员。并参加国家中医药管理局指定的中医妇科部分病的《诊断疗效标准》的编写。

1986 年, 被聘为全国中医妇科第二期师资班讲学教师。由广州中医学院主办。同时参加编写《中医各学科多选题》, 由江苏科技出版社出版。

1989 年, 主编《简明中医妇科学》(外文版), 由江苏

科技出版社出版。同年晋升为主任医师。

1990年,逐渐发表月经周期学说。如“运用时象变化规律调治月经周期阴阳盛衰”(《上海中医杂志》),“掌握时相阴阳规律运用分时分期调周法”(《江苏中医》)。前文获南京市优秀论文三等奖。

1991年,发表“应用基础体温治疗部分妇科病”(《中国医药学报》),本文获得医院优秀论文一等奖。

1992年获得享受国务院津贴。

1993年,发表“瘀崩之特异性、多样性、相关性初探”(《中国医药学报》),并获得南京市医药科研优秀论文三等奖。主编《简明中医临床手册·简明妇科手册》,山西科技出版社出版。

1994年,主编《中医临床妇科学》,反映夏氏妇科学术特点和临床经验,人民卫生出版社出版。

1995年,发表“阴阳奇偶数律与月经周期演变的关系探讨”(《南京中医药大学学报》)。同年编写《胎产病证》,由人民卫生出版社出版,任第一副主编。

1996~1997年,接连发表阴阳奇偶数律的文章,如“7、5、3奇数律与女性生殖机能阴阳演变关系”,“7、5、3奇数律与女性生殖生理关系之初探”,均载于《南京中医药大学学报》1997年第一期、第三期。

1997年被遴选为全国第二批500名中医药老专家师带徒导师之一,带教徒弟赵可宁(南京中医药大学第一附属医院副主任医师)。并被上海、山西等地聘请为333工程临床带教导师,带教张晋峰(山西省中医院副主任医师)、宋知理(上海曙光医院副主任医师)。

国际教育活动:

1995年7月应澳大利亚悉尼中医学院乔尼校长邀请前往悉尼讲学。

1998年6月应台湾海峡两岸文化经济交流协会邀请赴台讲学。

2000年2月应美国波特兰东方医学院、旧金山美洲中医学院邀请赴美讲学。

2000年11月应意大利亚历山大教授、英国马万里教授邀请赴意大利、英国等地讲学。

1998~2000年，自1998年5月开始，在《南京中医药大学学报》上连续刊登“月经周期与调周法”的文章，接着又连续刊登阴阳奇偶数律及7数律、5数律、3数律的临床运用的文章。并主编《不孕不育与月经周期调理》，2000年由人民卫生出版社出版。

中国百年百名中医临床家丛书

(按姓氏笔画排列)

丁光迪

万友生

王任之

邓铁涛

叶心清

石筱山 石幼山

刘冠军

朱良春

米伯让

何 任

宋祚民

张珍玉

张赞臣

李玉奇

李寿山

李翰卿

杨继荪

邱茂良

于己百

马光亚

王合三

韦文贵 韦玉英

叶熙春

刘云鹏

刘炳凡

朱春霖

许玉山

何炎燊

宋爱人

张梦依

张镜人

李仲愚

李斯炽

杨甲三

汪逢春

邹云翔

干祖望

王文彦

王伯岳

史沛棠

叶橘泉

刘仕昌

刘弼臣

朱南孙

邢子亨

余无言

张子琳

张 琪

李今庸

李克绍

李聪甫

杨志一

肖龙友

陆南山

陆瘦燕
周仲瑛
孟澍江
林如高
罗元恺
姚国美
查玉明
赵 棻
赵锡武
徐志华
耿鉴庭
郭士魁
梁剑波
黄文东
程门雪
蒲辅周
路志正
魏长春

陈苏生
周次清
岳美中
林沛湘
郑守谦
姜春华
胡天雄
赵心波
夏桂成
徐恕甫
袁鹤侪
钱伯煊
盛国荣
黄竹斋
董廷瑶
蔡小荪
潘澄濂
魏龙骧

单健民
周筱斋
承淡安
欧阳锜
俞慎初
施今墨
胡希恕
赵炳南
徐小圃
翁炳南
贾 堃
顾筱岩 顾伯华
章真如
黄宗勛
董建华
裘笑梅
颜德馨
魏指薪

[G e n e r a l I n f o r m a t i o n]

书名=夏桂成

作者=谈勇主编

页数= 2 3 4

S S 号= 1 1 1 5 4 9 6 6

出版日期= 2 0 0 1 年 0 5 月第 1 版

封面
前言

目录

医家小传	
学术精华	
专病论治	
崩漏	
原发性痛经	
子宫内膜异位症	
膜样性痛经	
闭经	
经间期出血	
经行前后诸证	
绝经前后诸证	
带下病	
流产	
不孕症	
诊余漫话	
年谱	