

中医临床丛书

全国

中医妇科

主编

王永炎

王耀廷

人民卫生出版社

中医临床丛书

今日

中医妇科

王永炎
王耀廷
主编

鲁兆麟
陈立怀
张玉珍
副主编

刘宇新
曾兆山
任继学
杨宗孟
主审

人 民 卫 生 出 版

图书在版编目 (CIP) 数据

今日中医妇科/王永炎, 王耀廷主编. - 北京:
人民卫生出版社, 1999

(中医临床丛书)

ISBN 7-117-03458-0

I. 今… II. ①王… ②王… III. 中医妇科学
IV. R271

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (1999) 第 33661 号

2155/5616

中医临床丛书
今日中医妇科

主 编: 王永炎 王耀廷

出版发行: 人民卫生出版社

地 址: (100078 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼)

网 址: <http://www.pmph.com>

电子信箱: E-mail: pmph@pmph.com

印 刷: 北京人卫印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16

印 张: 30.5

字 数: 729 千字

版 次: 2000 年 1 月第 1 版 2000 年 1 月第 1 版第 1 次印刷

印 数: 00 001—5 000

标准书号: ISBN 7-117-03458-0/R·3459

定 价: 49.00 元

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

中医临床丛书

《今日中医妇科》编写人员名单

顾问 (按姓氏笔画为序)

干祖望	王子瑜	王玉川	王玉章	王绵之	方和谦	邓铁涛
石晶华	朱仁康	刘渡舟	刘弼臣	关幼波	江育仁	巫君玉
李克光	李振华	陈可冀	张镜人	欧阳琦	杨甲三	尚天裕
周仲瑛	赵绍琴	施汉章	施奠邦	祝湛予	高辉远	郭霭春
唐由之	黄星垣	韩百灵	董建华	程莘农	焦树德	路志正
裘沛然	颜正华	颜德馨				

主 审	任继学	长春中医学院附属医院	教授	主任医师
	杨宗孟	长春中医学院附属医院	教授	主任医师

主 编	王永炎	中国中医研究院	中国工程院院士	教授	主任医师
	王耀廷	长春中医学院		教授	主任医师

副主编	鲁兆麟	北京中医药大学	教授	主任医师
	陈立怀	长春中医学院附属医院	副教授	医学硕士
	张玉珍	广州中医药大学第一临床医学院	教授	
	刘宇新	辽宁中医学院		主任医师
	曾兆山	吉林力源药业股份有限公司		经济师

编写者 (按书中出现顺序为序)

陈立怀	长春中医学院附属医院	副教授	医学硕士
褚 敏	吉林省人民医院		副主任医师
陈凤芝	长春中医学院	副教授	医学硕士
王 雷	长春中医学院附属医院	副教授	
陈瑞雪	长春中医学院		医学硕士生
张立明	长春中医学院		医学硕士生
后晓南	重庆医科大学		医学博士生
刘宇新	辽宁中医学院		主任医师
赵广兴	辽宁中医学院		医学硕士生

王翠霞	辽宁中医学院	医学硕士生
陈丽文	长春中医学院附属医院	讲师
徐 琨	长春中医学院	医学硕士生
陈晓明	吉林化学工业集团公司总医院	副主任医师 医学硕士
张忠奎	吉林化学工业集团公司总医院	主治医师
张海莹	长春中医学院附属医院	副教授 医学硕士
凌 霞	长春中医学院附属医院	讲师
邓高丕	广州中医药大学第一附属医院	教授
缪江霞	广州中医药大学第一附属医院	主治医师
周 英	广州中医药大学第一附属医院	医学硕士
张玉珍	广州中医药大学第一附属医院	教授
许丽绵	广州中医药大学第一附属医院	主治医师
赵 颖	广州中医药大学第一附属医院	医学硕士
韩延华	黑龙江中医药大学	主任医师
冯金英	广州中医药大学第一附属医院	副教授
曾 诚	广州中医药大学第一附属医院	主治医师
李 莉	广州中医药大学第一附属医院	医学硕士

统 审 王永炎 王耀廷 白永波 鲁兆麟

(以下第一行人员按姓氏笔画为序)

陈立怀 胡元会

张虹 吴武兰 呼素华 董亚红 柳彩环 徐毅 葛纫华

✿ 前 言 ✿

《中医临床丛书》具有时代特征，反映了 20 世纪 90 年代中医主要临床学科的现状和发展。本丛书包括《今日中医内科》上、中、下 3 卷，《今日中医外科》、《今日中医妇科》、《今日中医儿科》、《今日中医眼科》各 1 卷，每卷选择若干常见病证逐一撰著，均可独立成“篇”，每一病证均按【今日临床】、【近代研究】与【古训今释】3 个要目编写。【今日临床】以反映当前中医临床的实际水平和疗效。【近代研究】以反映近年来理论研究、临床研究、实验研究的成果与水平。【古训今释】以反映历代医籍与前贤们有关的理论观点与学术见解。本丛书的作者群体汇集了一大批中青年各临床二级、三级学科的学术带头人、学术骨干与近 20 年来培养的博士后、博士和硕士。大家都有一个共同的心愿，希望本丛书青春常驻，成为一套学术价值较高的赋有时代特征的长版书，每隔 5~10 年修订一次，不断加以充实、完善、创新、传承，创出“今日”品牌，以展示中医特色、临床优势与时代特征。

中医学源远流长，绵延数千载，是世界科学史上具有独特理论体系和卓越临床疗效的一门自然科学，它曾为中华民族的繁衍昌盛和人类的文明做出了巨大的贡献。然而，今日的中医学，面对新世纪的到来，将面临着怎样的机遇和挑战？！这就需要我们在新形势下认真思考中医学的学科定位与学术特征，进而明确学科的发展目标，培植学科的新生长点，稳定具有优势的研究方向。时至今日，中医界同道还需要强化“继承不离古，发扬不离宗”的精神，要以大学科的观念，主动团结行业内外的多学科愿意从事中医研究的有识之士，开拓奋进，重振中医，使中医学永远屹立于世界医学之林，为人类的健康事业，为充实生命科学的内涵，做一份有意义、有力度的工作。

世纪之交的中医学是医学门类的一级学科，它的定位应是具有中国特色的生命科学，中医学研究的对象是人；研究的领域是健康与疾病，包括着如何维护和促进健康，如何预防和治疗疾病并使患者康复。从这一角度看，中医学与西医学同在生命科学的范畴之中。然而中医学还有其自身的学术特征，它是以生物学为基础，与理化数学交融，与人文哲学渗透的学科。中医学与西医学的区别，主要是其独特的理论体系和临床辨证思维模式具有丰厚的中国文化的底蕴，是中国古代哲学指导下的医学。作者们认为提出对中医学学科属性的认识，对探寻中医学术的发展途径有两方面的启示：首先是以大学科的观念，注重多学科的交叉，开展中医学术研究；另一方面是重视基础理论研究，进一步挖掘哲学原理对医学的影响和指导作用，两个方面相辅相成结合得好，必将推动中医学术的进步。有鉴于此，近年来我们学习古代哲学，落脚到中医学研究，并结合中医教学与医疗的实践，逐渐“悟”出宇宙观与中医学术研究有着至关重要的关系。譬如先秦诸子中，老子是中国宇宙论的开创者，着眼于万物的研究；惠施则注重于宇宙中一般事物的观察，他不以神秘的“道”解释宇宙，而以总包一

切之“大一”与极微无内之“小一”来解释，还讲：遍为万物，说而不休，大而无外，小而无内，“大一”中寓有“小一”，“小一”中又涵有“大一”，两者相容兼而为用。联系当今中医研究，从方法学角度看，主要是实体本体论与关系本体论的不同，但两者是可以结合的。

有人提出，中医学术研究应遵循“继承、验证、质疑、创新”的思路展开。应当承认继承是源头，是基础，尤其在明确了研究方向，立项立题之后，重视文献研究，占有扎实的本底资料十分重要，故本丛书的【古训今释】，即强调了学习前贤理论与经验，指导今日临床工作。验证的方法包括人体实验与动物实验两种。人体实验即临床研究，既往强调随机、盲法、对照、重复原则的实施。然而更为重要的，应当是质疑与创新，二者是紧密连接的。当今生物医学专家提出个体化的具体治疗是临床试验的最高层次，因此辨证论治诊疗体系的研究与推广，将是新世纪医学研究瞩目的大课题。中医学与任何一门学科一样都不是至善至美的，因此要求我们强化创新意识，培养创新能力(创新包括理论创新与技术创新)，提倡求真求异的精神，鼓励提出新问题，发表新见解，破中有立。值得注意的是，中医理论中的藏象、经络、证候、复方的基础研究与应用基础研究，可能成为21世纪前叶中医学研究的主题，不仅应当引起中医理论研究工作者的重视，也应当引起临床工作者的关注。中医学、中药学的应用基础研究亦多采用综合集成法，重视“大一”即重视宏观理论的指导，人们看到了从整体出发，遵循中医理论，在整体、器官、组织、细胞、分子等水平去探讨证候与复方的生物学机理与药效物质基础所展示出的前景。在研究中，还要重视“小一”。“小一”是微观的，中医研究也需要引进多学科的微观的检测方法和手段。今日的中医院里已使用CT、MRI影像检查技术，作为中医望诊的延伸。我们有理由相信人类基因组学的科研成果引进到中医药学里来，将会推动中医学学术的发展。本丛书的【近代研究】栏目，即反映了中西医学的沟通与多学科的交叉渗透，以广泛兼容为我们取用的方法，充实中医学研究的思路、方法和手段，力求展现时代特征。此外，还有循证医学、人体状态医学与人体发展医学命题的提出，也需要各级各类医师们认真地思考。时至今日，技术高速发展和理论相对滞后的矛盾日益突出，人们渴望中医诊治疾病的科学原理逐步被认识，中医的混沌理论、整体观念以及临床辨证思维模式得到深入研究与逐渐推广。总之，强化理论研究对临床实践的指导作用是十分重要的，也是时代对我们提出的要求。

21世纪的医学朝着健康，医院将朝向社会人群，医生由治疗人的病转而重视治疗病的人，提高生活质量将成为医学的重要任务。维护健康，促进健康，发挥智力潜力，提高生活质量将成为医学的重要任务。因此“健康”概念的拓宽将为中医学科生长点的培植与学术内涵建设营造一种宽广而又良好的氛围。尤其是对现代难治病的防治，中医药的卓越疗效将为人类健康事业做出更大的贡献。

本书从酝酿筹备、制订大纲、写出样稿、完成初稿、统审定稿，历时4个春秋，充满艰辛与欣慰。作者群体以高度的事业心、责任感以及团结、学习、求实、创新的精神编成此书。我们希望本丛书的出版，能对振兴中医事业、繁荣中医学术起到积极的作用。恳切希望广大中医同道对本丛书提出宝贵意见，我们将不断对其进行修订完善，使之真正成为辐射中医成果的园地。

王永炎 鲁兆麟

1999年6月

✿ 绪 言 ✿

中医妇科学是中医学的重要组成部分，是运用中医理论研究妇女生理病理特点和防治妇女特有疾病的一门临床学科。其丰富的内涵，精深的理论，严谨的方药，显著的疗效，受到历代医家的重视，并不断得到充实、发展、创新。

作为《中医临床丛书》中的《今日中医妇科》卷，从传统的月经病、胎前病、产后病、带下病及妇科杂病五大门类中，遴选出内容比较丰富，近代研究比较深入的月经不调、痛经、闭经、崩漏、流产、妊娠肿胀、产后恶露不绝、带下病、不孕症、癥瘕等 10 个病种。从【今日临床】、【近代研究】、【古训今释】三大方面进行全面阐发。

本书邀请长春中医学院、吉林省人民医院、广州中医药大学、辽宁中医学院、吉林化学工业集团公司总医院、黑龙江中医药大学、重庆医科大学等单位的专家学者编写，历时 4 个寒暑，数易其稿，乃告完成。作者中有临床、教学经验丰富，理论造诣精深的教授、主任医师，也有医海中勤恳耕耘的博士生、硕士生等莘莘学子。选用当今中医妇科最高水准的诊断方法，贯彻中医药国家标准和行业标准，临证思路清晰，发微探幽，突出实用性，其中不乏名医枕中之稿和囊底之珍。西医诊治概要，力求中西医融会贯通，具有很高的临床实用性。

在本书编写过程中，诸位编写人员翻阅古籍文献、检索最新科研成果，多方蒐求，四处走访，历尽艰辛。怎奈中医古籍浩如烟海，各代贤哲真知灼见、振聋发聩之论其多，但散佚不全，或重复杂出，言异意同之处亦不少。编写中如何删繁去复，求精存真，学海拾贝，亦颇费周折，难免有取舍失中、遗漏珠玑之处。好在本书编写之初即拟定每隔几年修订一次，未能收录的病种及已收录但资料不全或有错误者，尚有完善、充实、提高的机会。敬祈各位读者及同行贤达批评指正。

吉林省卫生厅 王耀廷

1999 年 6 月

❀ 目 录 ❀

月经不调	陈立怀 褚敏 (1)
【今日临床】	(1)
【近代研究】	(27)
【古训今释】	(58)
痛经	陈凤芝 (92)
【今日临床】	(92)
【近代研究】	(118)
【古训今释】	(124)
闭经	王 雷 陈瑞雪 张立明 后晓南 (141)
【今日临床】	(141)
【近代研究】	(164)
【古训今释】	(171)
崩漏	刘宇新 赵广兴 王翠霞 (180)
【今日临床】	(180)
【近代研究】	(207)
【古训今释】	(212)
流产	陈丽文 徐琨 (244)
【今日临床】	(244)
【近代研究】	(259)
【古训今释】	(270)
妊娠肿胀	陈晓明 张忠奎 (282)
【今日临床】	(282)
【近代研究】	(289)
【古训今释】	(295)
产后恶露不绝	张海莹 凌霞 (303)
【今日临床】	(303)
【近代研究】	(311)
【古训今释】	(321)
带下病	邓高丕 缪江霞 周英 (334)
【今日临床】	(334)

【近代研究】.....	(347)
【古训今释】.....	(368)
不孕症	张玉珍 许丽绵 赵颖 韩延华 (384)
【今日临床】.....	(384)
【近代研究】.....	(399)
【古训今释】.....	(417)
癥瘕	冯金英 曾诚 李莉 (432)
【今日临床】.....	(432)
【近代研究】.....	(448)
【古训今释】.....	(457)
附录	(469)
方剂汇编	(469)
古代主要参考书目	(475)

✿ 月 经 不 调 ✿

月经是周期性子宫出血，是妇女性机能发育、成熟过程中表现于外的生理现象，与生殖功能有关，是生育能力的象征。月经的时间性以太阴月为一周期，28天左右，每次经行持续3~7天。此周期性特点是人类最典型的生物钟现象。若体内气血阴阳盛衰失衡，月经失于常度，则为月经不调，表现为月经周期缩短、迟延、先后不定，或经血过多、过少，经期延长及经间期出血等。

一般来说，月经病泛指月经的异常及其伴随症，月经不调限指月经期、量的异常。因此，可以说月经不调是月经病的一部分，月经病包括月经不调，以及闭经、崩漏、痛经和经行前后诸证、绝经前后诸证。

月经不调是妇女进入生育期的常见病、多发病，育龄妇女大多有过月经不调史。其主要见于西医的排卵型功能失调性子宫出血，亦可见于慢性盆腔炎、盆腔瘀血症，甚至子宫肌瘤等疾病。国内各地在1980年前后进行的妇女月经生理常数调查表明，月经不调的发病率大体在10%左右。月经周期异常，以月经后期多于月经先期，青春期、绝经前期发病率高于生育期。月经过多发病率在10%左右，因标准不一，各家报道差异较大，以宫腔内置节育器者发病率更高一些。月经过少者低于1%~2%，月经先期1.6%~4.1%，月经后期7%~13.8%，经期延长不足3.3%~4.3%。

临床上，如迁延治疗，或失治误治，可致闭经、崩漏、贫血、不孕等，严重影响妇女的工作、生活，医患双方都应给予重视，积极防治，保护广大妇女的身心健康。

【今日临床】

1 诊 断 标 准

有关月经不调及月经不调各病证的诊断标准，目前，有国家行业标准、卫生部新药研究标准及解放军总后卫生部标准。行业标准的建立主要依据高等医药院校统编教材第五版《中医妇科学》，因教科书的再版，其证类标准难以延续使用，卫生部新药研究标准较客观实用。

1.1 病名诊断标准

月经不调不是一独立的疾病，其包括月经失常的数个主症。卫生部1993年修订、颁布的《中药新药临床研究指导原则》中“中药新药治疗月经不调临床研究指导原则”指出：月经不调是月经的周期、经量以及持续时间发生异常改变的一组妇科病的总称。临床常见的有月经先期、月经后期、月经先后无定期、月经过多、月经过少和经期延长等6个病种。目前，中医妇产科教科书以及妇科专著对月经不调各病，一般都分别予以论述。近年来，月经不调不限于以上6个病证，还有经间期出血，亦应属月经不调的范畴。

1.2 病类诊断标准

卫生部颁布的《中药新药临床研究指导原则》关于本病的病类标准较为客观，临床实用，故采用此标准。

月经先期 月经周期提前 7 天以上，月经量基本正常，连续出现 2 个月经周期以上者。

月经后期 月经周期延后 7 天以上，月经量基本正常，连续出现 2 个月经周期以上者。

月经先后无定期 月经时或提前，时或延后 7 天以上，但不超过 2 周，月经量基本正常，连续出现 2 个月经周期以上者。

月经过多 月经周期基本正常，而月经量较以往明显增多，或月经量超过 100ml，连续出现 2 个月经周期以上者。

月经过少 月经周期基本正常，而月经量明显减少，或月经期缩短不足 2 天，月经量亦少于正常，连续出现 2 个月经周期以上者。

经期延长 月经周期及月经量基本正常，行经时间超过 7 天以上但少于 2 周，连续出现 2 个月经周期以上者。

经间期出血(据《中医妇科学》第五版教材) 凡在 2 次月经之间，即经间之时，有周期性出血者，称为经间期出血。

1.3 证类诊断标准

卫生部《中药新药临床研究指导原则》将月经不调分虚实 2 类 10 种证型。

虚证分 4 型：

(1) 气虚证：①经色淡红、经质稀薄。②神疲乏力。③少气懒言。④自汗。⑤舌质淡胖或有齿印。⑥脉虚无力(弱、软、濡等)。第①项必备，其余具备 3 项。

(2) 血虚证：①经色淡红、经质稀薄。②面色苍白。③头晕眼花。④唇舌色淡。⑤脉细。第①项必备，其余具备 3 项。

(3) 阴虚证：①经色深红、经质稠。②五心烦热。③咽燥口干。④潮热颧红。⑤便结尿短赤。⑥舌质红、少苔或无苔。⑦脉细数。第①项为必备，其余具备 3 项。

(4) 肾虚证：①经色淡黯、经质稀薄。②面色淡黯或有黯斑。③腰骶酸痛。④胫酸膝软或足跟痛。⑤耳鸣或耳聋。⑥性欲减退。⑦舌淡黯，苔薄。⑧两尺脉沉弱。第①项为必备，其余具备 3 项。

实证分 6 型：

(1) 肝郁证：①经色紫红，或夹有血块。②胸胁胀满不舒。③经前乳房胀痛。④烦躁易怒。⑤脉弦。第①项必备，其余具备 3 项。

(2) 气滞证：①经色黯红，或夹有血块。②脘满不舒。③小腹作胀。④时叹息。⑤脉弦或涩。第①项必备，其余具备 3 项。

(3) 血瘀证：①经色紫黑有块。②小腹或少腹固定性疼痛。③下腹部肿块。④舌质紫黯或有瘀斑、瘀点。⑤脉弦或涩。第①项必备，其余具备 3 项。

(4) 血热证：①经色深红、经质稠或有血块。②心烦。③口渴引饮。④便结小便黄短。⑤唇舌色红、苔黄。⑥脉滑数。第①项必备，其余具备3项。

(5) 血寒证：①经血黯红或有血块。②畏寒肢冷。③小腹或少腹冷痛，得热则痛减。④便溏，小便清长。⑤舌淡黯，苔白润。⑥脉沉迟。第①项必备，其余具备3项。

(6) 痰湿证：①经色淡红、质粘腻如痰。②胸腹痞满。③易恶心呕吐。④形体肥胖。⑤舌淡胖或有齿印、苔腻。⑥脉滑。第①项必备，其余具备3项。

1.4 各病类的证类诊断标准

本标准采录自中医药行业标准——《中医病证诊断疗效标准》。

1.4.1 月经先期

气不摄血 月经提前，质稀色淡，神疲乏力，气短懒言，小腹空坠，纳少便溏。舌质淡，脉弱。

血热内扰 月经提前，量多，色红质粘，夹有小血块，烦热口干，尿黄便艰。舌质红，苔黄，脉滑数。

1.4.2 月经后期

血寒凝滞 月经周期延后，量少，色黯有血块，小腹冷痛，得热减轻，畏寒肢冷。苔白，脉沉紧。

肝血亏虚 月经周期延后，量少，色淡无块，小腹隐痛，头晕眼花，心悸少寐，面色苍白或萎黄。舌质淡红，脉细弱。

肝气郁滞 月经周期延后，量少，色黯红或有小血块，小腹胀痛或胸腹、两胁、乳房胀痛。舌苔正常，脉弦。

1.4.3 月经先后无定期

肝气郁滞 月经周期不定，经量或多或少，色紫红有块，经行不畅，胸胁、乳房以及小腹胀痛，脘闷不舒，时叹息。苔薄白或薄黄，脉弦。

肾气不足 月经周期不定，量少，色淡黯，质稀，神疲乏力，腰骶酸痛，头晕耳鸣。舌淡苔少，脉细尺弱。

1.4.4 月经过多

气不摄血 经来量多，色淡红，质清稀，或面色苍白，气短懒言，肢软无力，或小腹空坠。舌淡，脉细。

血热内扰 经来量多，色鲜红或深红，质稠粘，或有小血块。常伴心烦口渴，尿黄便秘。舌质红，苔黄，脉滑数。

瘀滞胞宫 经来量多，或多时不净，色紫黑，有血块或伴小腹疼痛拒按。舌质紫黯或有瘀点，脉细涩。

1.4.5 月经过少

肝血亏虚 月经量少或点滴即净，色淡无块，或伴头晕眼花，心悸怔忡，面色萎黄，小腹空坠。舌质淡红，脉细。

肾阳亏虚 月经量少，色淡红或黯红，质稀，腰脊酸软，头晕耳鸣，或小腹冷，夜尿多。舌质淡，脉弱或沉迟。

瘀滞胞宫 月经量少，色紫黑，有血块，小腹胀痛，拒按，血块排出后胀痛减轻。舌正常或紫黯，或有瘀点，脉细弦涩。

痰湿阻滞 月经量少，色淡红，质粘腻，形体肥胖，胸闷呕恶，或带多粘稠。苔白腻，脉滑

1.4.6 经期延长

瘀滞胞宫 经行淋漓 8~9 日或至 10 余日始净，量少，色黯有块，小腹疼痛拒按。舌质紫黯或有瘀点，脉弦涩。

阴虚血热 月经持续 8~10 天，量少色红质稠，咽干口燥，或有颧红、潮热，或见手心灼热。舌质红少津，苔少或无苔，脉细数。

气不摄血 月经持续 8~10 天始净，量少，色淡，质清稀。伴神疲乏力，或头晕眼花，心悸少寐，或纳少便溏。舌质淡，苔薄白，脉弱或虚细。

湿热下注 经行 8~10 天始净，量少，色黯如酱，混杂粘液，气味秽臭，腰腹胀痛。平素带多色黄、有臭味。舌正常或偏红，苔黄腻，脉濡数。

2 中心证候特征

月经不调，是以月经周期、经期、血量的异常改变为特征，但较有规律，月月反复。月经周期以 28 ± 7 天为标准，短缩不足 21 天者为月经先期；延长超过 35 天，少于 6 个月者为月经后期。经期(月经持续时间)以 3~7 天为标准，延长超过 7 天者为经期延长，甚者可达十几天；少于 3 天者为月经过少。每次月经血量以 30~80ml 为标准，实际上，除特殊测定外，临床难以定量，多根据病人的主观感觉和与既往的对比，以及消耗的月经卫生纸量来判定。多者为月经过多，少者为月经过少。

另外，尚有月经周期延长或缩短交错不定，无规律者为月经先后无定期。在两次月经之间，下次月经之前 14 天左右，相当于排卵期，阴道少量出血，个别患者可出血较多，但仍少于月经血量，反复发生者为经间期出血。

上述月经周期、经期、血量的改变，可是单一的，亦可互相并发。如月经先期、后期、经期延长合并月经过多；月经先期、后期合并月经过少。

月经先期、月经过多日久，可见贫血貌。

月经后期、月经过少者，可有形体肥胖之象。

3 病因

3.1 原发病因

3.1.1 先天发育不足

先天禀赋的差异，后天生存环境不良，可形成不健全的体质类型。这些类型分别表现为不同的脏腑阴阳盛衰虚实。《灵枢·阴阳二十五人》将其按木火土金水五行划分为 25 型。由于这些体质类型的不健全，各偏于阴虚、阳虚，或心、肝、脾、肺、肾虚实的不同，而分别对相应的致病因素具有一定的易感性。如木形之人劳心少力，易情志抑郁而病肝，多患月经先后不定；土形之人肥胖、多肉、腹大，易患经行迟延、稀发、后期、量少。脾虚

气弱者常见月经先期、月经过多。青春期身体消瘦者，往往月经不调，经行愆期。

3.1.2 营养不良

饮食能量供应不足。目前多由偏食、食欲不振，饮食营养结构不合理所致。

消瘦：偏食，饮食不足，或食虽多，但水谷精微不化营血，不长肌肤，化热外泄于肌表，或清浊不分，随糟粕外溢，冲任不盈，胞宫失养则月经失调。

肥胖：膏脂不化精血而蓄积，闭塞胞宫及其脉络，气机阻滞，血行不畅，经行迟滞，月经量少，后期稀发。

3.1.3 情志所伤

情志因素对月经的影响不容忽略，其包括自身的心理素质和意外突发事件的伤害。自身因素与个人的性格特点有关，淡化名利，心胸豁达大度，心情开朗乐观，与人为善者往往月事通调；而表情呆滞，心情郁闷，忧思不解者致肝气郁结、脾气虚弱而常有月经不调。月经期被惊吓者伤及肾气，肾气被伤则经行失信而月经停闭、延期，或经行血量增多、经期延长。

3.1.4 劳伤

月经期劳累过度及长期负重的体力劳动，或月经期从事剧烈的体育竞赛等，劳伤脾肾，耗伤气血，冲任胞络损伤，带脉失约，血失统摄，致经行血量过多、月经先期、先后无定期等。

3.1.5 六淫

六淫作为月经不调的病因，主要是根据临床证候，审证求因推导出来的。临床以寒、热、湿多见，既可联合致病，又可互相转化，其中又有内侵之外邪，或脏腑虚衰气机不利内生之寒热湿邪。外邪致病多于机体正气不足之际，如经行、产后，或房室之际乘虚内侵。内邪见于脾虚身肥痰湿，致月经量少、月经后期；心肝火盛，肾阴虚火致月经先期、经行量多；肾阳虚，寒闭冲任，胞宫失去温煦，生化失期，则月经迟延。

3.1.6 化学因素

生活劳动环境中某些有毒的化学物质，如烟尘、汞、苯、铅等长期影响，损伤肝肾，亦可导致部分妇女月经失调。

3.2 继发病因

3.2.1 医源性损伤

这是医疗护理失误所致，其包括：①用药不当，特别是性激素治疗，应严精掌握适应证。用药剂量、疗程、联合用药品种应详告患者，按医嘱服用，不能随意改变药物剂量和疗程。否则，将导致子宫的异常出血而月经失调。临证投药，如寒热虚实不辨，经期前后不分，盲目投药，甚至经期大剂量寒凉收涩，经前补，经后泻，亦往往适得其反，加重病势。②医疗处置操作失误，如妇科诊查、刮宫、探测宫腔、宫颈电熨、宫腔镜检、内膜切割、宫颈粘液检查等，消毒不严而感染，或交叉感染，甚至器械损伤胞宫脉络，致月经量过多、月经先后不定等。

3.2.2 节育措施损伤

宫腔内节育器大小型号与宫腔不符，或邪毒乘虚而入，伤及胞宫脉络，影响胞宫气化

功能，致月经量多、月经不调。各种避孕药口服、皮下埋植者都有引起月经不调的病例，包括月经过少、经期延长、月经延迟不行等。溶黄体药物 Ru486 催经止孕后，部分患者出现短期的月经不调。

3.2.3 痰饮瘀血

各种病理代谢产物不能转化排泄，滞阻停留于冲任督带，甚至胞宫及其脉络，必影响胞宫气机。痰饮多致月经后期、月经量少；瘀血多致月经量多、月经延迟而疼痛。

4 病 机

4.1 发 病

月经不调者，发病较和缓，病人往往找不到明显的诱发因素。发病后病程较长，月月反复不愈，持续日久。月经过多者，常见于高年生育期妇女，以及宫腔内置有节育器者，另部分早中期妊娠人工终止后，短期内可有经量的增多。

4.2 病 位

病在冲任、胞宫。以脏腑言，多属肝、肾、脾。

4.3 病 性

多为虚实混杂，以虚为主。初起，可见于实证，日久必虚，故虚实错杂较多。

4.4 病 势

一般来说，病势相对较和缓，病程可较长，绵延日久不愈，进一步发展可转化为崩漏、闭经、贫血、虚劳，甚至影响生育而不孕不育。月经先期、月经延迟者病初可无明显不适，仅见月经周期缩短或延迟。月经先期、月经过多日久，可致贫血，往往出现疲乏、气短、无力等症。

4.5 病 机 转 化

月经不调的病机，随发病年龄、病人体质、禀赋、致病因素而各不相同。青春期、更年期可无明显诱因，生育期可见于外邪、劳伤、人流、流产、产后、放置宫内节育器等。

青春期，初起多为肾虚，或脾肾两虚，先天发育不足，精气亏乏，天癸未成熟，经治疗多可逐渐康复。治疗不当，或失治，病势加重，气血耗伤，可兼见或转化为心血不足、心脾两虚、气血两虚。

生育期，初起多见肝郁，疏导不利，肝郁不解化火，肝火下扰冲任，则月经量多、先期。肝郁日甚，横克脾胃；肝郁经血不调，精血耗伤，肾精不藏，则兼见肝郁、脾衰、肾虚之候。肝郁气机不利，血行受阻，可形成气滞血瘀。

更年期，任脉虚，太冲脉衰，肾气不固，月经失调，脾胃不健，肾中精血不藏，精气虚则可致肾阳虚，或脾肾阳虚；精血亏乏则可致肾阴虚，或肾阴阳两虚，或肝肾不足。胞中脉络气机循行不利，则气血瘀结，形成气滞血瘀证。

月经不调的病机，往往是寒热错杂，虚实并存，肝脾肾各有盛衰，或此或彼，随人随时而变异。病机的转化因素，既有疾病发展过程的进退出入，亦有治疗用药，以及失治误治使然，随病势的轻重、病位的深浅向愈或加重而不同，临证应仔细辨认、斟酌。

4.6 证类病机

气虚 气为血之帅，主运行和统摄血脉。素体羸弱或劳伤，大病久病，慢病耗损伤脏，气虚不摄，冲任不固，可致月经先期、月经量多、经期延长等症。脾伤中气不足者则疲乏无力，食少纳呆。肺气不足则少气懒言，动则汗出。肾气不固则腰膝酸软，小便频数、带下清稀。

血虚 妇人以血为用，失血耗血，化源不足，经血不得复生，则经脉不充，血海不盈，冲任失养，导致月经后期、月经量少等。血虚不能上养头面则头晕眼花、面色苍白或萎黄、唇淡白。血不养心则心悸失眠，四肢筋脉失于濡养则手足麻木。

阴虚 久病失血伤精，阴血不足，肝肾两亏，精血不复则经行量少或迟延。阴虚内热，虚火内扰，血海不宁，则经行先期，或经行持续日久。阴虚精血亏乏，则形体消瘦。阴虚津液不能上承，则咽干口燥，虚热内扰则五心烦热，夜卧不眠。

肾虚 肾藏精，主生殖。若先天不足，或早婚多产，不节房事，损伤肾气，冲任不固，可致月经过多、月经先期。肾虚血海失司，蓄溢失常，可致月经先后不定期。肾虚精血耗伤，可致月经过少、月经后期。肾虚腰府失养则腰骶冷痛。肾阳虚衰，脾土失温，脾肾阳虚则食少纳呆、腹泻便溏、四末不温、月经迟延。

肝郁 情志所伤，肝气郁结，气病及血，气滞血瘀，冲任失调，月经先后不定，或迟延，或先期。肝郁失于条达疏泄，则精神抑郁。气机郁滞不畅，则胸闷而善太息。郁久不解，失于柔顺之性则易怒。肝气郁滞，经脉不利，则胸胁、乳房、少腹等肝经所过之处胀满疼痛。

气滞 精神不爽，情志失调，气机郁滞，阻碍血行，运行不畅，阻滞冲任，血海不能按期满溢，则经行迟延、月经量少，甚至闭结不行。气机郁结，经脉壅阻，阻滞之处自觉胀痛不适。气滞于肠胃，则腹满肠鸣，或窜痛，矢气则缓。

血瘀 气滞、气虚，或寒邪侵袭，或热邪煎熬，使血行不畅而凝滞，则形成血瘀证，随血行瘀阻部位不同而见症各异。瘀阻冲任胞宫，则月经不调、经行迟滞、经血过多，有血块。瘀阻经脉，血行障碍，则青筋裸露、唇甲青紫、舌体紫黯，或见紫斑、紫点。瘀阻肌肤则肌肤甲错、面色黧黑，毛发不荣，脉来细涩或结代。

血热 外感热邪，或风寒化热，内由心肝之火炽盛，热蕴血海，火热之邪损伤冲任胞络，则经行先期、月经量多，邪热煎熬，则月经血质粘稠，色深红，热扰心神则心胸烦闷，热结下焦则小腹热、大便干、小便黄赤。火热上炎则面红、口干舌燥。

血寒 素体阳虚，寒从内生，脏腑失于温煦，气血生化失期，冲任不充，血海不能如期满盈，则经行延后、月经量少。或阳虚，气失统摄，血行不止，则下血量多，寒滞胞脉，子宫失养，则小腹冷痛。阳虚，阳气不能通达四末，则手足不温。外感风寒，或饮食生冷，寒邪搏结于冲任，血为寒凝，胞脉血行受阻，则月经延后，小腹疼痛拒按，经血黯红有块。寒邪阻滞，阳不外达则面色青白，肢冷畏寒，脉象沉紧或沉迟。

痰湿 素体脾气虚弱，运化失常，聚湿生痰；或形体肥胖，脂膜闭塞，水湿不化，留聚痰湿；或嗜食肥甘，酿生痰湿，痰湿下注，壅滞冲任，血海难以满盈，则月经延后、月经量少。若痰蚀与经血相杂而下，则经血夹有粘液量多。经间痰湿下泻，则带下量多。痰湿闭塞清窍则头重眩晕，多眠嗜睡。痰阻六腑则肠鸣、食呆易呕。痰湿困脾，五谷不化气血，则疲乏无力，困倦懒言。

5 临证思路

5.1 确定诊断

临证接诊，首先要根据患者主诉，确定其主证，是否为月经不调。考虑为月经不调者，要注意有无器质性病变，是否继发于全身性疾病的综合症状。器质性病变，要鉴别是子宫肌瘤、肌腺病所致的月经过多，还是宫内节育器等所致的月经过多、经期延长。全身性疾病要注意甲状腺、肾上腺、糖尿病等对月经的影响，特别是血液系统疾病，如凝血机制障碍、再生障碍性贫血、白血病等都可致月经血量的增多，或月经期延长。

5.2 分辨各病

确定为月经不调后，根据其主症，对号入座，分别诊为月经不调各病证。月经周期缩短者为月经先期。周期延长者为月经后期。月经量明显增多，每周期达 80~100ml 以上者，为月经过多，月经过多往往合并有缺铁性贫血。月经量明显减少，甚至每次经行点滴即净，为月经过少。两次月经之间的少量出血，为经间期出血。周期长短不定者，为月经先后无定期。另外，还要注意到月经不调各证可合并出现。如月经先期或后期合并月经过多，月经后期合并月经过少。

5.3 确定证候

辨证不仅要参考月经的血量、经色、经质，还要注意患者的全身情况，体质禀赋、形体发育情况，舌脉特点，综合判断。主症、证候确定之后，则有了相应的治疗原则和主方。确定主方后，再随证加减，增减每味药物的用量。

6 鉴别

崩漏 崩漏的临床特点是月经周期紊乱，经血非时暴下或淋漓不尽，缺少规律，难以预测。流血量可多可少，多者谓之崩，淋漓不止者谓之漏。相比之下，月经不调各病证的临床表现较稳定，有一定的规律可循，按期反复。

胎漏 偶尔月经后期、经期延长、月经过多需与孕初流产相鉴别。早孕流产可伴有腰腹部不适疼痛，或头晕、厌食等早孕反应。缺少早孕反应而月经不规律者，或暗产后阴道流血增多，持续时间延长者，常常需结合诊断性刮宫病理组织学检查、B 超或 HCG 测定等加以鉴别。

7 临床治疗

7.1 分证论治

7.1.1 气虚

临床表现：月经血色淡红，质稀薄，精神萎靡，疲乏无力，少气懒言，动则汗出，小腹空坠，不耐劳作，饮食无味，食少纳呆。舌质淡，边有齿印，脉来虚弱无力。

病机分析：气虚冲任不固，血失统摄，则月经提前而至，或经行量多。阳气虚，血失温煦，则月经血色淡、质稀。中气不足，则精神萎靡，疲乏无力，少气懒言，小腹空坠，动则汗出。脾虚运化失职，则饮食无味，纳少便溏。舌脉所见亦为中气不足，脾虚有湿之外候。

治法：补气养血调经。

方药：圣愈汤

人参 黄芪 川芎 当归 熟地 白芍

加减：临证根据各症轻重主次、病势进退化裁。食欲不振加白术、山药、神曲；自汗加五味子、防风；四肢无力加大枣，重用参芪；气短乏力加麦冬、五味子；月经先期、月经量多加仙鹤草、乌贼骨、茜草；经行迟延、月经过少酌加泽兰、卷柏、牛膝。

临证参考：可根据病情，选用下列方药：

(1) 四君子汤

人参 白术 茯苓 甘草

四君子汤是补气之祖方，用于元气虚弱。月经不调气虚者，可以其为主方，随证加减处方。脾胃虚弱，食少纳呆加陈皮、砂仁，气虚有湿，舌苔厚腻加半夏、石菖蒲。气虚血不足加四物汤，气虚脾阳不振加肉桂、炙黄芪。

(2) 举元煎

人参 黄芪 炙甘草 升麻 白术

气虚下陷，月经过多，经行先期，以此方补气摄血。已见阳气虚寒，可选加炮姜、肉桂、附子炭。收涩敛血可加乌梅、牡蛎。

7.1.2 血虚

临床表现：月经血色淡红，质稀薄，面色苍白无华，唇舌爪甲色淡，头目眩晕，视物昏花，心悸怔忡，神疲乏力，手足麻木。舌淡，苔薄白，脉乳细。

病机分析：体内营血不足，冲任不能按时充盛，血海不能如期满溢，故月经量少，色淡质稀，经行迟延错后。血虚不荣肌肤，故面色苍白无华，唇舌爪甲色淡。血虚不能上荣清窍，则头目眩晕、视物昏花。血虚心神失养，则心悸怔忡。血虚四肢肌肤失荣则手足麻木，甚则乏力。舌淡脉细亦为血虚不充经脉之征。

治法：补血调经。

方药：四物汤。

熟地 当归 白芍 川芎

加减：经行血多之际，宜以静制动，应少用或不用当归、川芎。加黄芪以益气摄血。

临证参考：阴血不足，可选用芎归胶艾汤。川芎、当归、芍药、干地黄、阿胶、艾叶、甘草，有补血滋阴、生血止血、调经之功效。适用于血气劳伤，冲任虚损，经血过多，下血不止者。兼见气短神疲加人参、白术、黄芪。

7.1.3 阴虚

临床表现：经血色深红，质稠粘，颈面烘热，五心烦热，潮热有时，身瘦咽干，大便燥结，小便短赤。瘦红舌，少苔或无苔，脉细数。

病机分析：阴虚血少，冲任不足，血海难以满溢，故经行迟延或经血量少。阴虚内热，热扰冲任，胞络不宁，则月经先期而至。血为热灼，故经血色红而质稠。阴虚内热，虚火外扰，则颈面烘热，五心烦热，潮热有时。阴虚津液亏乏，则身瘦咽干，大便燥结，小便短赤。舌红苔少或无苔，脉细数，均为阴虚津伤血热之征。

治法：养血滋阴，清热调经。

方药：左归丸。

熟地 山药 枸杞 山萸肉 川牛膝 菟丝子 鹿角胶 龟甲胶

适用于真阴亏乏，肾水不足之月经不调。全方有育阴涵阳，调经之功。

加减：气虚，中气不振加人参。咽干口燥加麦冬、天花粉。经血下行之际去牛膝，血多或日久淋漓加女贞子、旱莲草。腰膝痛加杜仲。大便燥结加肉苁蓉，小便不利加茯苓。

临证参考：肝肾阴虚，精亏血少，月经量少或经迟可用六味地黄丸。

熟地 山茱萸 山药 丹皮 泽泻 白茯苓

全方补泻相合，相辅相成，补肾水而清虚火，肝脾肾三阴并补而滋阴清热。阴虚所致的月经不调各症，皆可以此方为主，加减治疗。

加减：血中伏热火旺者重用丹皮，以生地易熟地。阴血不足加龟甲胶，精亏加紫河车、菟丝子。虚热日久不退加黄柏，骨蒸加地骨皮。月经血多加龟甲、椿根皮。

7.1.4 肾虚

临床表现：经血色淡黯，质稀薄，毛发焦脆，颜面失荣，色晦黯，或有黯斑，腰骶酸冷，胫膝萎软，足跟疼痛，耳鸣或重听，健忘失眠，性欲减退。舌淡苔薄，尺脉沉细弱。

病机分析：肾气虚，冲任不固，血失统摄，则经行先期、月经量多。肾虚精血亏少，冲任不足，血海不能按时满溢，故经行迟后，月经量少、色淡、质清稀。腰为肾之府，肾主骨生髓，其华在发，开窍于耳，故肾虚则腰骶酸冷、胫膝萎软、足跟疼痛、耳鸣或重听。肾虚精血不足，故颜面失荣、健忘失眠、性欲减退。肾虚本色上泛，则面色晦黯或生有黯斑。舌淡、尺脉沉细弱为肾虚之候。

治法：填精益气，补肾调经。

方药：大补元煎。

人参 山药 熟地 杜仲 当归 山茱萸 枸杞 炙甘草

全方具有益气生精、补肾调经之功；适用于肾中精气虚衰，气血不足，月经不调。有回天赞化、救本培元之效。

加减：临证见肾阳不足加附子、肉桂，病势较缓，加巴戟天、仙茅。脾阳不振加干姜、白术。月经量少，经行迟延加紫河车、淡菜、丹参、泽兰。经行过频、月经量多加乌贼骨、龟甲胶、阿胶。

临证参考：偏肾阳虚衰，命火不足者，常选用肾气丸。

干地黄 山药 山茱萸 泽泻 茯苓 丹皮 桂枝 炮附子

适用于肾阳虚，病情较缓，可较长期服用，以缓图，服用方便。方中以附子、桂枝温补肾阳为主，以六味丸滋补肾阴为辅佐，意在阴中求阳，使阴阳协调，肾气充足。肾虚诸症自然平复。

7.1.5 肝郁

临床表现：经血色紫红，或夹有小血块。全身见情志抑郁不畅，烦躁易怒，面容呆滞，头痛目眩，胸胁胀满不舒，经前乳房胀痛，少腹满痛等。舌体色黯，脉弦。

病机分析：肝气郁结，气机逆乱，冲任失司，血海蓄溢失常，月经失于常度，则或先或后，经血或多或少。肝郁气结，脉道不利，经行不畅，则经血色紫有块。肝郁情怀不遂，故情志抑郁不畅，面容呆滞，烦躁易怒。肝脉因郁结而涩滞，故胸胁、乳房、少腹胀痛，甚则头痛目眩，肝郁犯脾，气机不利，故时欲太息，暖气食少。舌黯脉弦为肝气郁结之征。

治法：疏肝理气，和血调经。

方药：逍遥散。

柴胡 当归 白芍 白术 茯苓 炙甘草 薄荷 煨姜

全方有疏肝理脾，和血调经之功。

加减：情志郁结，胸胁胀痛不解加枳壳、木香。少腹满痛加香附。有寒加茴香。有热加栀子、丹皮。肝血不足，肢体麻木加木瓜、地黄。经行乳房胀痛选加川芎、青皮、王不留行、甲珠。

临证参考：肝郁有热之月经不调，可选用清肝达郁汤。

焦山栀 生白芍 当归 柴胡 丹皮 炙甘草 橘皮 薄荷 滁菊花 鲜青橘叶

全方以清泄肝火，疏郁宣气见长，可用于肝郁有火之月经不调。

加减：月经先期，量多加黄芩、桑叶、大蓟、小蓟，以清肝止血。肠鸣泄泻加乌梅炭、白僵蚕升达肠气以泄肝。少腹胀痛，会阴下坠者加小茴香、炒橘核、荔枝核疏泄肝气。恚怒伤肝面气盛加制香附、青皮以平气伐肝。

7.1.6 气滞

临床表现：经血色黯红，可夹有小血块。自觉胸脘痞闷不舒，小腹胀满，腹中肠鸣窜痛，阴中坠胀，时时叹息。舌体色黯，脉弦涩。

病机分析：气滞，血行受阻，冲任气血运行不畅，血海不能按时满溢，故经行迟延，经血量少。气滞血瘀，故经血色黯红，夹有小血块。气滞则气机受阻，故胸脘痞闷，小腹胀，腹中肠鸣，阴中坠胀。舌黯，脉弦为气机阻滞之征。

治法：理气调经。

方药：加味乌药汤。

乌药 砂仁 木香 延胡索 香附 甘草 槟榔

原方治疗气滞经行腹痛，此借其疏达冲任气机以调经，治疗气滞月经不调。

加减：冲任有寒，小腹凉加肉桂、茴香、艾叶；腹中热痛加大黄、败酱；有湿，便溏肢肿、带下量多加白术、泽泻；血行不畅，经血有块，或涩滞量少，加桃仁、红花、牛

膝。血虚加当归、地黄。会阴部坠胀加荔枝核。

临证参考：肝郁月经不调还可选用下列方剂：

(1) 正气天香汤。

乌药 香附 陈皮 苏叶 干姜

全方有行气温经，止痛调经之效，虽以理气见长，但行气而不伤脾胃。临床治疗气滞月经不调，选加养血调经之品，如当归、白芍、泽兰、地黄、川芎等。有痰加清半夏，有湿加苍术、石菖蒲，食滞加焦三仙，经行迟延加卷柏、牛膝。

(2) 调经饮。

当归 牛膝 山楂 香附 青皮 茯苓

原方主治妇人经脉阻滞，气逆不调，以理气和血调经见长。因气滞经行不畅，经行迟滞，月经量过少，皆可选用。有寒加肉桂、吴茱萸，胸脘胀闷加厚朴、砂仁，小腹胀满加乌药、小茴香。

7.1.7 血瘀

临床表现：经血色紫红，多血块，颜面青黯，下腹部肿块，少腹疼痛固定不移，经行加重，下肢青筋裸露，腰骶酸痛，身重乏力。舌质紫黯，有瘀斑、瘀点，脉沉弦或涩。

病机分析：瘀血阻于冲任胞宫，血行受阻，新血不循常道，失于统摄，故经行下血量多、持续时间延长。冲任瘀滞，气血运行不畅，血海满而不溢，则经血涩少不利。瘀血下行，则色紫黯多血块。血瘀阻于肌肤、冲任、胞宫，则颜面青黯，腹中结块，少腹痛而固定不移，腰骶酸痛。血滞于经脉，则青筋裸露。舌紫、瘀斑点，脉弦涩，为血瘀之候。

治法：活血化瘀，养血调经。

方药：当归活血散。

赤芍 当归 生地 川芎 桃仁 红花 香附 丹皮 青皮 延胡索 莪术 三棱

生地、川芎、当归、赤芍养血活血，桃仁、红花加强四物活血之功。莪术、三棱破瘀散结。香附、青皮理气行滞，丹皮、延胡索活血止痛，助四物调经。全方有行滞活血，化瘀散结，养血调经止痛之功。

加减：小腹寒，月经过期不行，经行腹痛加肉桂、茴香。末梢不温、手脚凉加桂枝、人参。经期、血行量多去三棱、莪术，加蒲黄、乳香、没药。心烦身热加柴胡、黄芩。食少加白术、鸡内金。

临证参考：根据病情亦可选用姜黄散。

姜黄 当归 莪术 红花 桂心 川芎 延胡索 丹皮

全方共收活血化瘀，养血调经之功。

7.1.8 血热

临床表现：经血色深红，下血量多，质稠，有血块。面红，口干舌燥，心胸烦闷，小腹热，大便燥结，小便黄赤。唇舌色红，苔黄，脉洪数，或弦数。

病机分析：邪热、虚热、肝火伤及冲任，迫血妄行，经血失约，则月经提前，或月经量多，或经期延长。血为热灼，故经血色红紫、质稠。邪热内盛，伤津扰神，则面红、口干舌燥、喜冷饮、心胸烦闷、小腹热、大便结、小便黄。舌红苔黄，脉数皆为血热之征。

治法：清热凉血，养血调经。

方药：约营煎。

生地 芍药 甘草 续断 地榆 黄芩 槐花 炒荆芥穗 乌梅

全方共收凉血止血调经之功。

加减：自觉口苦咽干加麦冬、天花粉，心烦加黄连，气虚乏力加人参、白术，小腹热加栀子、龙胆草，便秘加大黄，小便短赤加木通、竹叶。

临证参考：血分有热，营阴未伤之实热月经不调可选用清营汤。

犀角 生地 玄参 竹叶心 麦冬 丹参 黄连、银花 连翘

原方从犀角地黄汤衍化而来，治疗热病热入营血者，在此适用于月经不调病程较短，血分有热，营血未亏的实热者。此方以清血热见长，热去则经自调。临证身无大热可去银花、连翘，血多、经血不止，可加马齿苋、地榆。方中犀角以水牛角或玳瑁代之。

7.1.9 血寒

临床表现：经血色黯红，夹有血块，面色青白，形寒肢冷，小腹疼痛，拘急冷痛或痛势绵绵，喜热喜暖，热则痛缓，腰膝酸冷，大便溏，小便清长。舌质淡，苔白润，脉沉迟。

病机分析：脏虚阴寒内盛，气虚血少，或寒邪客于冲任，血为寒凝，运行受阻，血海不能按期满溢，则月经推迟、量少。寒客胞中，经行血失统摄，则下血量多。胞寒血滞则经血色紫黯有块。寒邪困阻，阳气不能外达，则面色青白，形寒肢冷。寒阻冲任，小腹疼痛，拘急冷痛，痛势绵绵，热则寒散而痛缓。寒邪内盛，失去温煦，则腰膝酸冷，大便溏，小便清长，舌脉为血寒之征。

治法：温经散寒，养血调经。

方药：温经汤。

吴茱萸 当归 川芎 芍药 人参 桂枝 阿胶 丹皮 生姜 甘草 半夏 麦门冬
诸药合方，收温补冲任，养血祛寒，止痛调经之功。临证应用，使血虚能补，血寒能祛，血瘀能行，血多能止，用于调虚寒月经不调有神效。

加减：寒滞少腹、子宫，以肉桂易桂枝，加艾叶、小茴香，腰骶肢节冷痛加桑寄生、杜仲、川断。血瘀经行迟滞，去阿胶，加牛膝、桃仁、红花。血行量多，加茜草、艾叶炭、三七。胃脘冷痛，以炮姜易生姜。

临证参考：血虚寒滞，四肢不温，少腹疼痛，月经不调可用当归四逆汤。

当归 桂枝 细辛 芍药 木通 炙甘草 大枣

全方有温经散寒、养血调经之功。适用于血虚寒滞经脉的月经不调。

7.1.10 痰湿

临床表现：经血色淡红，混有粘液。形体肥胖，头重眩晕，身倦嗜睡，腹满肠鸣，纳呆易呕，带下量多。舌体胖大，边有齿痕，苔厚腻，脉滑。

病机分析：痰湿阻滞于冲任胞脉，气血运行受阻，血海不能按期满溢，故月经常常迟延、量少。痰湿之邪随经血下行，则经血色淡，夹有粘液。痰湿布散于肌肤，则形体肥胖，困阻清窍则头重眩晕、嗜睡，停留于肠间，则腹满肠鸣，纳呆易呕。痰湿下注则带下量多。舌胖大，苔厚腻，脉滑，均为痰湿之象。

治法：燥湿化痰，健脾调经。

方药：芎归六君子汤。

陈皮 半夏 茯苓 人参 白术 甘草 川芎 当归

全方以健脾化痰，养血调经见长，适用于脾虚痰湿月经不调者。

加減：湿邪盛者加大腹皮、苍术、防风；顽痰胶固不化，加胆南星、石菖蒲、枳实；腹胀满加香附、茴香；有热加贝母、黄芩。

临证参考：形质壮实，痰阻气滞而致月经不调者，可以选用清海苍莎丸。

南星 苍术 川芎 香附

本方能化痰湿而调经，对形体肥胖、多痰之月经不调，多可收功。

加減：经行先期、量多加白术、黄连；经行迟延、量少加大黄、牛膝；疲乏无力加人参、黄芪；嗜睡多眠加石菖蒲。

另外，对于痰湿型月经不调者，若形体肥胖，临证治疗应注意减肥，控制体重。体重得到控制，则有利于月经不调的康复和维持。形体消瘦，注意有无痰火，有痰火者应清热化痰。湿气盛者，选加风药，如防风、羌活、荆芥穗、升麻、藁本等，以风能胜湿也。

7.2 按主症辨证论治

月经不调虽可分类为月经先期、月经后期、先后不定期、月经过多、月经过少、经期延长、及经间期出血各症，但是在辨证治疗过程中，大多皆可按中医证候分证论治，特别是在病情较稳定、和缓者。我们临证治疗有止血调经、通经调经之说。二者有严格的区分，通经限于月经迟延、月经过少者；止血限于月经先期、过多、经期延长、经间期出血者。因此，我们又把月经不调按主症划分为失血性和迟少性月经不调。失血性月经不调在非失血期应治本调经，重在治本消除病因，按月经不调辨证治疗；在失血前或失血期采用以下治法及方药，以止血调经，减少失血，恢复正常月经。

7.2.1 失血性月经不调的辨证论治

失血性月经不调，包括月经周期的缩短而月经频发，以及每次月经量的增多、月经持续时间过长、经间期出血，这些月经不调，都将增加体内血液的丧失，故失血期都可采用止血调经法治疗。临床还要针对其不同的证候，给予不同的方药。

7.2.1.1 实热

临床表现：经行先期，月经量多，经行不止。形盛，身热，面红赤，口苦咽干，心胸烦闷，大便燥结，小便黄赤。舌红、苔黄，脉数或弦滑数。

治法：清热凉血，止血调经。

方药：四生丸。

生侧柏叶 生艾叶 生荷叶 生地黄

加減：血行先期加黄芩；血多加马齿苋、仙鹤草、珍珠母；经行过期不止加藕节、血余炭；咽干口渴加麦冬、天花粉；心烦加黄连；小便黄加生甘草、淡竹叶；便秘加知母。

临证参考：还可选用下列方药：

(1) 清经散。

丹皮 地骨皮 白芍 熟地 青蒿 白茯苓 黄柏

全方清热降火，泄火而不伤阴，热退血安，月经得调。经血过多者，宜加地榆、茜草、乌贼骨。

(2) 丹栀逍遥散。

适用于肝经郁火所致的失血性月经不调，病势较平缓者可于月经前或月经期选用其丸剂，丹栀逍遥丸，服用方便。较重者，以汤剂为主方，随证加减。

7.2.1.2 虚热

临床表现：经行提前，经期延长、经间期出血，经血色红或黯红。头晕，面色无华，颧红赤，五心烦热，潮热不眠，精神不振，疲乏困倦。舌体瘦红，苔薄或无苔，脉来细数。

治法：滋阴清热，止血调经。

方药：固经丸。

龟甲 黄芩 白芍 椿根白皮 黄柏 香附

全方有滋阴血，清虚热，止血调经之功。

临证参考：治疗虚热月经不调及血热崩漏，一般宜选药性平和的二至丸或奇效四物汤。

二至丸。

女贞子 旱莲草

二者合用以养阴止血见长。虚劳，疲乏，阴血不足者，不应仅限于滋阴止血调经，应加入健脾益气之品，以补气生血滋阴，有益于早日康复。

奇效四物汤。

当归 熟地 白芍 川芎 阿胶 艾叶 黄芩

全方生血养阴调经止血。适用于阴血不足，虚火内炽者经血过多、经行先期、经间期出血诸症。

7.2.1.3 脾虚

临床表现：经行先期，月经过多，经血色淡质稀。精神不振，面色晄白，食少纳呆，疲乏无力。舌色淡，边有齿痕，脉虚缓。

治法：健脾益气，止血调经。

方药：惜红煎。

白术 山药 炙甘草 地榆 续断 芍药 北五味 荆芥穗 乌梅

全方振奋脾阳，健脾益气，和血养阴，止血调经。火盛，经行不止，月经量多加黄芩、黄连。脾虚寒泻加补骨脂、人参。疲乏无力加黄芪。血多加仙鹤草、艾叶炭。

临证参考：对心脾两虚的月经不调，伴心悸怔忡失眠者可选归脾汤。

人参 黄芪 白术 茯神 酸枣仁 龙眼肉 木香 炙甘草 当归 远志 生姜 大枣

全方补益心脾，养血安神，适用于心脾两虚，气血不足之月经不调，有调经之功。病势较和缓者，可以其丸剂(归脾丸)，便于较长期服用，可收治本调经之效。

单纯脾虚月经不调，亦可选用补中益气丸，根据病情，或以其汤剂加减，或用丸剂服用。

7.2.1.4 血瘀

临床表现：经行量多，夹有血块，色黑黯。兼见面赤额黑，身重无力，腰腹痛，经行后痛缓，下肢静脉纡曲，青筋裸露，舌体紫黯有瘀斑，脉沉弦涩。

治法：活血化瘀，止血调经。

方药：桃红四物汤合失笑散。

桃仁 红花 当归 赤芍 生地 川芎 蒲黄 五灵脂

全方有活血化瘀，止血调经之效。

为加强止血之功，蒲黄、五灵脂可炒用。值经期血多，为减少失血，可加茜草、乌贼骨、血余炭。血瘀有热加槐花、侧柏叶、地榆。血瘀经行涩滞，量少淋漓加泽兰、丹参、牛膝、卷柏。经行疼痛加苏木、香附、月季花。

临证参考：因血瘀而致月经过多、经期延长或崩漏者可选用逐瘀止血汤。

生地 大黄 当归尾 赤芍 丹皮 枳壳 龟甲 桃仁

全方有活血化瘀，止血调经之功。失血期去归尾、赤芍，加茜草、炒蒲黄、血余炭。腹满加香附、茴香，腹凉加艾叶、益母草，腹痛加白芍、甘草。

7.2.2 迟少性月经不调的辨证论治

迟少性月经不调是月经迟滞，至期不行，或行而量少。包括月经后期、月经过少。见于月经稀发、多囊卵巢、子宫发育不良、幼稚子宫等。根据其不同的证候，分别予以通经，促进月经下行，增加月经血量。

7.2.2.1 血虚

临床表现：经行迟延、量少，色淡，质稀，经行后小腹绵绵作痛。面色萎黄，口唇、眼睑及指甲色淡红，皮肤不润，自觉头晕眼花，心悸不眠，疲乏无力，手足发麻。舌淡苔少，脉细无力。

治法：补血调经。

方药：柏子仁丸。

柏子仁 牛膝 卷柏 泽兰叶 续断 熟地黄

全方养阴血，调经脉，适于阴血不足月经量少，经行迟滞，甚至不通之症。血虚日甚加当归、白芍，气虚加人参、山药，血枯肌瘦加紫河车、阿胶，潮热加龟甲胶、地骨皮，小腹凉加肉桂、鹿角胶。

临证参考：气血两虚而致月经不调者，宜益气养血，可选用滋血汤。

熟地 白芍 当归 川芎 人参 黄芪 茯苓 山药

适用于脾虚血亏之月经不调。

经血不足，脾肺气虚，脏腑功能低下，可选用人参养荣丸长期服用。

7.2.2.2 虚寒

临床表现：经行迟延，月经量少，或量多，色淡。伴面色㿔白，头晕乏力，腰骶酸软，腹痛绵绵，喜热喜按，小便清长。舌淡苔白，脉沉缓无力。

治法：温经散寒，养血调经。

方药：五物煎。

当归 熟地 芍药 川芎 肉桂

加减：临证见胃脘冷痛易呕加炮姜，腹中满胀加香附、砂仁、乌药，小腹绵绵作痛加艾叶，冷痛加小茴香、细辛。疲乏无力加人参、白术，四末不温加附子、麻黄，精亏血少，面色㿔白加紫河车、阿胶、菟丝子、巴戟天，小便清长加益智仁、山药、炙甘草，小便不利加猪苓、泽泻。月经过期不至加牛膝、泽兰，经血瘀滞有血块加桃仁、红花，经行

浮肿加泽兰、茯苓。

临证参考：肾阳不足，精亏血少，经行后期，经量少，可选右归丸。

熟地 山药 山茱萸 枸杞 鹿角胶 菟丝子 杜仲 当归 肉桂 制附子

全方补肾壮阳，温经散寒，养血调经。适用于肾阳虚衰之重证月经不调。经行之际，宜去肉桂，防其动血，必要时减量。元气不足者宜入人参，张介宾认为：“如阳衰气虚必加人参以为之主，或二三两，或五六两，随人虚实以为增减。盖人参之功随阳药则入阳分，随阴药则入阴分，欲补命门之阳，非加入参不能捷效。”

7.2.2.3 痰湿

临床表现：经行错后，月经量少，混杂粘液。形体肥胖，面色晄白，头晕嗜睡，胸闷泛恶，经间带下量多，色白质粘无特殊臭味。舌体胖大，边有齿痕，苔白滑腻，脉沉滑。

治法：燥湿化痰，健脾调经。

方药：苍附导痰丸。

苍术 香附 陈皮 白茯苓 枳壳 半夏 南星 甘草 生姜 神曲

全方重在理气化痰，燥湿健脾，达到行血通经之功。

临证参考：血虚兼有痰湿，可致月经后期、稀发、月经过少，可选二四汤。

橘红 半夏 茯苓 甘草 熟地 当归 川芎 芍药

二陈汤合四物汤，二陈汤化痰燥湿，四物养血调经，合用适于妇人血虚夹痰，月经过期不行、月经过少诸症。

7.2.2.4 血瘀

临床表现：经行迟滞，月经量多有块，色紫黯，血行不畅，腹痛不宁，按之痛甚，血块下行后痛减。皮肤干燥，肌肤甲错，口干不欲饮，腰骶酸痛，下肤静脉曲张裸露。舌体紫黯有瘀斑、瘀点，脉沉涩有力。

治法：活血化瘀，理气调经。

方药：牛膝散。

牛膝 桂心 赤芍药 桃仁 延胡索 当归 牡丹皮 川芎 木香

全方攻补相辅，寒温并用，疏通经脉，养血通经。原方用于月水不利，脐腹疼痛。我们通用于瘀血内阻，经行涩滞。无论月经过期、月经过少、经行腹痛，凡属血瘀诸病皆可选用。

加减：经行小腹凉而痛者，去丹皮加香附、茴香、炮姜。适值经期血多加蒲黄、茜草，月经量少，涩滞难下加泽兰、卷柏、红花，口干胃脘不痛去木香，加天花粉。

临证参考：气滞血瘀，月经后期或月经过少，可选用过期饮。

熟地 白芍 当归 香附 川芎 红花 桃仁 莪术 木通 甘草 肉桂

全方有生血活血，理气调经之功。

经期下血量多加炒卷柏、血余炭，胸胁满痛加柴胡、郁金、木香，小腹胀满加茴香、乌药，经行腹痛加延胡索、川楝，小腹冷痛加炮姜、小茴香，心烦不眠加丹皮、栀子。

7.3 辨病论治

7.3.1 多囊卵巢综合征的治疗

多囊卵巢临床多表现为月经稀发，周期延长，亦有月经周期不定者。形体比较丰满，

毛发密布，唇周汗毛增粗，有小胡须，阴毛可呈男性分布，往往难以受孕。部分病人月经紊乱，反复阴道不规则流血。妇科及B超检查可见双侧卵巢增大，实验室检验报告，血中雄激素水平升高，LH与FSH比值在3:1以上。

中医辨证多属脾虚痰湿内盛，月经后期，治宜燥湿化痰，健脾调经。方用苍附导痰丸，或丹溪治湿痰方（苍术、白术、半夏、茯苓、滑石、香附、川芎、当归）等加减。部分病人可见肝郁、气滞、血瘀之症，则应分别予以疏肝、理气、活血化瘀之方药。

7.3.2 卵巢功能障碍的治疗

卵巢黄体功能异常，包括黄体发育不健全，黄体萎缩不全。黄体发育不健全者，虽有排卵，但黄体维持时间短，或孕激素分泌不足，使月经周期缩短，可表现为月经先期。临床检验特点，BBT虽有双相，但高温相时间短，或升高的幅度较低，在0.3℃以下。经行前或经行24小时内诊断性刮宫，病理组织学检查提示子宫内膜分泌反应不良，或停留在分泌的早期阶段。

黄体萎缩不全者，至月经期，黄体尚未完全退化，使月经持续时间延长，甚至失血增多。BBT见经行后高温相缓慢逐渐下降。经行第5、6天诊断性刮宫，病理见两期内膜。临床多见于生育期妇女流产、人工流产后月经不调者。

黄体功能不健全者，多见于脾肾两虚、气血不足者，治以健脾益肾、补气养血。方用四君子汤合二仙汤，或八珍汤、人参养荣汤等随证加减治疗。黄体萎缩不全者，多见于肝郁气滞、血瘀、阴虚等证，故常以疏肝、理气活血、滋阴清热之法治疗。气滞血瘀者方用桃红四物汤加减，肝郁气滞者以逍遥散加减，阴虚内热者以二至丸、保阴煎等加减。

7.3.3 慢性盆腔炎的治疗

慢性盆腔炎症者可有月经过多、经行先期、经行腹痛加重等症。部分病人有急性盆腔炎病史。妇科检查可有子宫增大、活动痛，双侧附件增厚、触压痛，甚至可触及炎症包块。病机分析，可具有湿、热、瘀的特点。治疗应清热利湿，活血化瘀。但又要根据湿、热、瘀的轻、重多少，酌以化裁处方用药，而各有所侧重。形体无明显虚象者，以大戟散为主。大戟散出自《太平圣惠方·治妇人血分诸方》，由大戟、当归、青皮、赤芍、大黄、芫花、猪苓、桃仁组成。全方有清热化湿，活血调经之功，月经期大黄、芫花应少用，或暂不投药。湿邪较轻，或无湿象者，则去芫花、猪苓。瘀结有块者加莪术、红花，腹泻者则大黄炒炭。

正气不足者，脾气虚弱投以理冲汤。由党参、生黄芪、山药、鸡内金、三棱、莪术、知母、白术、天花粉组成。全方有健脾益气、活血化瘀，清虚热，理气血之功。对慢性盆腔炎日久不愈者，多可收效。

7.3.4 盆腔瘀血症的治疗

盆腔瘀血者，常表现有月经过多，伴有慢性腰腹部疼痛，长期的疲劳及神经衰弱，白带过多，经行前乳房胀痛，性交后膀胱刺激症状及阴道坠痛等症状加重，检查可见子宫肥大、后倾，宫颈肥大，阴道及宫颈粘膜呈紫蓝色。盆腔瘀血症亦属于中医的血瘀证。虽为血瘀，但有寒热虚实之异。合并有气滞者，宜活血化瘀，理气调经，方用血腑逐瘀汤。有寒者，宜活血化瘀，温经散寒，方用少腹逐瘀汤。病久，正气虚衰，腹中瘀血，则宜补气养血，活血化瘀，方用金匱温经汤加减。

7.3.5 宫内节育器所致月经失调的治疗

宫内节育器常导致月经过多，其原因可见于节育器下脱，或型号大小与宫腔不合适，局部炎症反应等，使脉络受损，胞络瘀阻，气血失和，迫血外溢，经血失摄，而致月经过多、经期延长等。治疗应检查确定宫腔内节育器有无下脱、位置异常。有异常、下脱者应及时取出。节育器无异常者，应根据患者临床证候特点酌情施治，气血不足者，八珍汤、补中益气汤主之。脾肾虚弱者，健脾益肾，四君子汤合金匱肾气丸主之。瘀血阻滞者，宜活血化瘀，桃红四物汤加茜草、乌贼骨、牡蛎等。血中瘀热者，应清热凉血，止血调经，方用姜芩四物汤加蒲黄、五灵脂。阴虚血热，宜滋阴清热，止血调经，方用两地汤加女贞子、旱莲草、炒地榆。

7.4 临床用药经验与体会

每味药内往往含有不同的有效成分，其作用大多不是单一，而是复合的，故在选用药物时，多选其复合作用。方剂亦不是同类药的堆积，多根据临床辨证结果，针对每位病人病因、病位、病势，寒热虚实，把具有不同功效的药物有机组合，利用药物之间的相辅相成，相反相佐，来治疗相关的疾病。因此，医生应恰当灵活地掌握运用药物的不同作用。

7.4.1 养血药

妇人生理功能的维持，以血为用，月经不调，经血不足互为因果。血虚者宜补血养血。《医宗金鉴·妇科心法》总结“妇人血病主四物，归芍白芍熟地黄，血瘀改以赤芍药，血热易用生地黄”。至今仍为妇科临床医生所遵循。补血养血常用药有地黄、当归、芍药、阿胶等。其中熟地黄味甘微苦，性微温而静，补血兼能填阴精。用于补血多配伍甘温益气药。生地黄味甘微苦，性寒凉。凉血清热，滋阴补肾而生血止血，多用于血中有热，阴血不足，经血不止量多者。白芍味酸苦，性微寒，补血敛阴柔肝，性静，补而不收，合甘草缓急止痛。赤芍味辛苦，性微寒，清热凉血，活血祛瘀止痛，性散而不补。阿胶性味甘平，补血滋阴，兼能止血润肠。当归味辛甘，微苦性温，补血而有活血之功，偏于温阳且能滑肠，性动而主走，妇科以其养血调经，活血止痛，温而能润，补而能行，合补气药能养血，合破瘀药能活血，合法风药能行血祛风，合滋润药能润燥通便，合熟地补血调经，合白芍调经止痛。

7.4.2 凉血药

血中有热可致月经先期、月经过多，治宜凉血调经。常用生地、丹皮、黄芩、黄连、知母等。

血中虚热多选用知母、生地、玄参、地骨皮、银柴胡、天花粉、赤芍。

血中实热选用黄连、黄芩、石膏、金银花、连翘。

7.4.3 止血药

经行失血过多者，以及月经先期、经期延长，皆需止血调经。止血之法，不拘一格。要根据失血的病因，分别选用凉血、收涩、化瘀、温经等止血药。

凉血止血药：黄芩、大蓟、小蓟、地榆、槐花、侧柏叶、白茅根、茜草。

温经止血药：炮姜、艾叶炭、炒续断。

收敛止血药：仙鹤草、血余炭、棕榈炭、藕节。

化瘀止血药：蒲黄、益母草、三七。

固涩止血药：牡蛎、珍珠母、龙骨、乌贼骨。

马齿苋有凉血化瘀止血，缩宫止血之功。

7.4.4 活血药

血行瘀滞月经不调，治宜活血调经。常用桃仁、红花、卷柏、牛膝、泽兰、刘寄奴等。其中泽兰味甘辛苦，性微温，有行血利水之功，补而不滞，行而不峻，用于妇人调经，有“泽兰一味，四物一车”之说，即是说，泽兰有补血通经调经之功。卷柏味辛性温，有活血之功，生用破血通经，炒能止血调经。刘寄奴味苦性温，专入血分通行走散，用于血瘀经行迟滞、月经过少及经行腹痛，有活血调经之功效。牛膝不仅活血祛瘀，且能补肝肾，引血下行，适用于月经过少、经行迟滞，甚至经闭者。桃仁活血散结，适用于有形之瘀结，且能润肠。红花治瘀血，适于散在全身无定处者。川芎血中气药，以行气活血见长，因其辛温，故能发散血中湿邪。

7.4.5 补气药

妇人气血不足，甚至严重失血者，往往需用补气药治疗。俗谓“有形之血不能速生，无形之气所当急固”。就是说，血液的补充需时较长，通过补气健脾，加强气血的生化，则有益于失血、血虚者的恢复。常用补气药主要有人参、党参、黄芪。

目前临床应用的人参，一般都是人工栽培的，因加工的方法不同，有红参、白参、生晒参之别。红参补气之中有刚健温燥之性，能振奋阳气，适用于月经过多、大失血之际，以急救回阳。生晒参性较平和，不温不燥，既可补气，又能生津，适用于扶正祛邪。白参（糖参）性最平和，但效力也相对较小，适用于健脾益肺。人参味甘，以大补元气见长。张介宾曾总结人参之功，随阳药则入阳分，随阴药则入阴分，欲补命门之阳，非加人参不能捷效。可见，不论气虚、血虚，还是阳虚、阴虚，均可以人参收功。党参功效相当于人参，但效力较弱缓，病情较缓者，补益脾肺之气，扶正祛邪，皆可以党参代人参。黄芪味甘性微温，脾肺双补，补中气炙用。黄芪大量为主，配以当归，名当归补血汤。贫血，尤其是贫血较重者，大抵需黄芪，且用量宜大。北五味子味酸甘性温，补气壮元阳，收敛虚火，疗虚损劳伤，适于久病虚弱月经不调。

7.4.6 疏肝理气药

肝气郁结，气机阻滞，可致月经涩少、月经后期、月经先后无定期等，治宜疏肝理气，常用药：柴胡、枳壳、香附、郁金、乌药、陈皮、苏梗等。其中柴胡性平味苦，和解退热，升阳举陷，善于解郁调经。主治气机不舒的胸胁胀满，并能升发肝阳，宣畅气血，治疗月经不调。合枳壳升清降浊，加强和肝脾、理气机之功，适用于胸腹满痛。合升麻升举阳气，用于气虚下陷，月经过多。郁金性寒味辛苦，不仅行气，且有凉血活血，破瘀止痛之功，适用于气滞血瘀月经不调，兼有胸胁满痛、小腹疼痛、经行腹痛者。香附性平，味辛微苦，以行气见长，又能入血分而理气调经。对情绪不畅、肝气郁滞所致的月经不调、经行腹痛等有效，被称为“女科之主帅”。华佗青囊丸以其为主药，合乌药，通治妇人百病。凡妇女原因不明，症状奇怪，不能确诊，无药可治者，均可以其收功。乌药味辛性温，有顺气降逆，散寒止痛之功，善温散下焦寒湿，适于气滞、寒冷月经不调。气虚、内热者忌用。紫苏梗甘而微辛微温，理气机，疏肝郁，宽胸行滞，宣通上下，缓于枳壳，

且能通血脉，适于虚者气滞月经不调。

7.4.7 健脾药

脾为后天之本，气血生化之源。脾虚气血不足之月经不调，大多需健脾调经。常用白术、茯苓、山药、扁豆、大枣、龙眼肉等。其中白术味甘苦，性微温，健脾燥湿，益气生血。土炒白术健脾燥湿，有助于止血之功；生用长于益气生血。茯苓味甘淡性平，淡渗利湿，能助脾运化水湿而达到健脾的作用。山药味甘性温，补脾胃，且能强肾固精，益肺气。益气血之力不如白术，补肾生精之力大于白术。大枣甘温，善补脾和胃，且能益气养血宁心，性甘缓不峻，佐使他药，补脾和营，益气养血，保护肠胃。龙眼肉甘平，补脾宁心，养血安神，用于月经不调兼见血虚心神不宁诸症者。甘草性味甘平，有补脾、缓急、清热、和诸药之功。健脾温中灸用，有热生用。

7.4.8 补肾药

肾主生殖，月经不调往往与肾有关。肾有肾气、肾精及阴阳之分，亏损则应予以补肾。补肾药物较多，其中何首乌有平补肝肾，养血添精的作用。其性质平和，不寒不燥，不腻隔碍胃，并能养血祛风，适于久服。熟地性腻，易害胃，但添精益髓之力优于何首乌。女贞子味甘苦，性平和，平补肝肾，养阴益精，补阴而不腻滞，但滋阴之力次于地黄。适于阴虚有热，腰膝酸痛，月经不调。旱莲草味甘酸，性平，补肾滋阴，且有凉血止血之功。合女贞子为二至丸，补肝肾调月经，用于月经过多，甚至崩漏证。紫河车味甘咸性温，有补肾益精、益气养血之功，适于虚损劳伤、精血亏乏之月经不调。龟甲胶味甘咸性平，滋阴补血止血，通治阴血不足，宜于肾阴虚、劳热、骨蒸之月经不调诸证。鹿角胶甘温，温补下元，补阴中之阳，通督脉之血，生精血，止经血过多淋漓不止。龟甲胶长于滋阴，鹿角胶补阴之中兼能补阳，二胶合用，阴阳双补。乌贼骨咸而微温，入肝肾，走血，专治血病，善补益精气，不仅治妇人血枯经血过少、月经后期，合茜草更有止血调经之功。枸杞味甘微辛，性温，补阴助阳，添精血，复劳伤，走肝肾，补诸精不足。菟丝子味甘辛气微温，走肝脾肾，补髓添精，助阳固涩，多用于肾中阴精不足之月经不调，甚至经闭、崩漏、不孕等。山茱萸性味平和，补肝肾，强身体，止月水不定，功效不凡，适于肾阴精血不足。下焦湿热，阳强者禁用。肉桂辛热，性守而不走，温暖下焦，补肾阳，逐寒邪。附子辛热，性走而不守，温肾助阳，回阳救逆。阳虚限于小腹冷痛，肉桂为先；小腹冷，四末不温，首选附子，以温经散寒。救急多用附子，补益多用肉桂。仙茅、淫羊藿同为辛温壮阳之品，但作用较桂附和缓，适于不耐桂附辛热者。其中仙茅补肾阳并能助脾胃运化，增进食欲。淫羊藿补肾阳并能祛风湿，强筋骨，治四肢风冷不仁。巴戟天味辛甘，性微温，补肾阳，偏入肾经血分，能祛风寒湿痹。合苁蓉、锁阳则助阳，合黄柏、知母则强阴，适用于子宫虚冷月经不调。

7.4.9 化痰除湿药

痰湿停留经隧，阻碍气机，血行不畅，可致月经不调。欲调整痰湿性月经不调，应选用化痰除湿之方药。但是，痰湿的形成，多与脾虚有关，故尚需健脾之品，脾健则湿行痰化，月经自然通调，常用药苍术、陈皮、半夏、胆南星、石菖蒲、藿香、佩兰、贝母、海藻、昆布等。其中苍术味辛苦，性温，善于健脾燥湿，发散风湿邪气。陈皮味辛苦性温，有燥湿化痰，行气健脾之功，与半夏、茯苓为伍，可加强化痰除湿之功效。半夏味辛性

温，有燥湿化痰之功，生用多用有毒，临床大多用清半夏、姜半夏。胆南星味苦辛而性温，善燥湿化痰，温燥之性胜于半夏，下气除痰攻坚积。生南星毒性较强，故用胆南星，不仅化痰，且有镇静、止痛作用。石菖蒲性味辛温，有芳香化湿，开窍宁神之功，尤其对湿浊阻滞经脉、闭塞清窍功力不凡，常用于多囊卵巢、月经稀发、闭经等。

临证，有燥痰可选用贝母，湿痰加藿香、佩兰，有形之痰湿结聚，选加海藻、昆布。

7.5 变证的治疗

7.5.1 热入血室的治疗

月经期外感热邪，或风寒之邪内侵化热，热邪留滞血室，表现为月经量增多，或经血断续不定、腹痛、胸胁满、身热、谵语、大便干、小便黄赤，舌红赤、苔黄，脉弦数。甚者全腹胀痛，下腹部疼痛更重，肌紧张、压痛、反跳痛、发热可达40℃左右，呈稽留热，呼吸加快，脉洪数。

临床见于经行之际，或经期延长者，卫生保健不当，合之非道，邪毒内侵，数病菌侵袭宫腔内膜，甚至上行，经输卵管蔓延到盆腔。病势急迫，危重者应及时治疗，不可迁延。延误治疗，病情加重，可致感染性休克，或转为慢性炎症，遗留长期的腰腹痛，月经不调，甚至不孕等。

治疗应选用有效的抗生素，联合治疗，大剂量青霉素加甲硝唑，或投予头孢类抗生素。目前，生育期妇女淋病较多见，淋病所致者可选用淋必治、菌必治等。

中药治疗以疏肝清热解毒为主，根据病势轻重缓急，酌情施治。病邪初起，症见恶寒发热，或寒热如疟，月经断续，当和解枢机，透邪达表，可用小柴胡汤。

小柴胡汤适于热入血室，热势轻浅者。若胸胁满闷较重，寒热不去，去大枣、人参加香附、枳壳。若少腹满痛较重去人参、大枣，加丹皮、败酱草、桃仁。

热入血室，邪热由浅入深，病势加重，热毒炽盛，身热、腹痛、大便燥结者投以大柴胡汤。

柴胡 黄芩 半夏 白芍 枳实 大黄 生姜 大枣

全方使热邪从表里分解，热去则血安痛止。下血量多加槐花、藕节、地榆，神志不宁加珍珠母、牡蛎，口渴加石膏、麦冬、知母。

若热邪与血结，经行中断或量少涩滞不畅，气臭秽，胸胁满如结胸，少腹满痛拒按，烦躁不宁，高热谵语，或痉厥，大便硬结色黑，舌红绛，苔黄，脉沉实。治宜凉血泻热，破血逐瘀。方用桃仁承气汤。

桃仁 生大黄 桂枝 炙甘草 芒硝

全方破血逐瘀而泻热，适于下焦瘀血与邪热互结证。邪热炽盛选加败酱草、红藤、黄芩、金银花、丹皮，邪热不退加柴胡、石膏，腹满痛加枳壳、连翘、木香、厚朴，无大便燥结可去芒硝。

经治疗，邪热已趋缓，仍腹痛缠绵不去，带下量多或赤白夹杂，舌苔厚腻，色黄，湿热与瘀血互结，可投予大戟散，以清热利湿，理气活血，调经止痛。全方有清热利湿化瘀之功。对妇科慢性盆腔炎、亚急性盆腔炎湿热瘀阻患者，随证加减可收殊效。临证见腰骶痛加川断、桑寄生，便溏去大黄，小便黄赤加木通、生甘草，食少加清半夏、山楂、鸡内

金。腹痛不缓加延胡索、香附、川楝子。

7.5.2 贫血的治疗

月经过多、经期延长，长期不愈，可致贫血。一般性贫血或贫血较轻，时间较短者，总以气血两虚为主。症见面色苍白或萎黄，唇睑色淡，肌肤少华不泽，声低气短，疲倦乏力，舌胖淡有齿痕，苔薄白，脉弱无力。治宜气血双补，以八珍汤为主化裁。在此基础上，宜酌加木香、砂仁、陈皮、佛手等行气之品，以使补而不滞。脾气虚甚者，可酌加山药、黄芪（仿当归补血汤意，重用黄芪至30~50g）。胃气不健者，酌加麦芽、荷叶、厚朴花等轻清之品以生发胃气。血虚甚者，可酌加阿胶等厚味补血之品。

贫血久而日重，见气阴两虚证，脾气虚、肾阴不足，症状除气血两虚所见外，还可出现食欲不振、大便不调，或溏或秘结，或初头硬而后稀，口燥咽干，耳鸣眼花，甚至低热缠绵，舌质淡红少津，或枯瘦而偏红，舌体可有中裂，舌苔白或少，甚者可见光薄，脉以细弱、细数为主。治宜健脾益气，补肾滋阴。药用生晒参、山药、白术、茯苓、当归、枸杞、女贞子、黑芝麻、何首乌、椿豆衣。阴虚甚者，酌加鳖甲、龟甲，低热加生地、丹皮、乌梅、青蒿、功劳叶。脾阳受损加益智仁、炮姜等。

肾阴阳两虚，症见面色苍白无华，畏寒肢冷，腰膝酸软，下肢浮肿，过劳尤甚，疲倦嗜卧，小便清长，大便溏薄不实。脉沉细无力，或虚数。治宜在补益阴血的基础上，加入温肾补阳之品，药用何首乌、当归、黑芝麻、女贞子、椿豆衣、淫羊藿、补骨脂、巴戟天、胡桃肉、茯苓等。下肢浮肿甚者，酌加车前子、牛膝，腰膝酸软较重者加杜仲、桑寄生、狗脊。

7.6 外 治 法

月经不调少有外治，有人介绍外治月经后期的方药。

硫黄 10g 胡椒 25g 香油适量

将硫黄、胡椒研末，以香油调成糊状，敷脐部，盖以油纸，以透明胶或橡皮膏固定。每月1次，每次5~7天。适用于虚寒性月经后期。

7.7 针 灸 疗 法

针灸作为月经不调的辅助治疗措施，临床有一定的疗效。一般多在经前3~5天开始针治，连续针3~5次，至下次月经来潮前再针。根据证候特点，血热者清热凉血，虚寒者温经散寒，配合灸法，血瘀、血热者用泻法。取任脉及足太阴经穴为主。

7.7.1 体针疗法

主穴：关元、气海、三阴交。

配穴：血热者配曲池、太冲；气虚者配足三里、脾俞；寒凝配命门、归来；肝郁配肝俞、期门；肾虚配肾俞、太溪。

治法：每日1次，10次为1个疗程，经期暂停。

7.7.2 耳针疗法

临证取子宫、内分泌、卵巢、心、肝、肾、脑等穴，每次选3~5个穴点，留针30分钟。双耳交替使用，每日1次，10次为1疗程。也可用耳穴压丸，或耳穴埋针疗法。

7.7.3 三棱针疗法

取上髎、次髎、中髎穴，用小号三棱针点刺出血或挑刺皮肤出血，每次取1个穴，以上3穴交替使用，隔2~3日1次，5次1疗程。经期暂停，体弱及虚寒者不宜。

7.7.4 梅花针疗法

取脊柱两侧、下腹部、带脉区、小腿内侧、关元及阳性反应处，重点叩打腰椎两侧、腹股沟部、关元、期门、归来、三阴交。用中度刺激，每日1次，7次为1疗程。经期暂停。

7.7.5 磁针疗法

取中极、关元、神阙、肾俞、肝俞、脾俞、行间、三阴交等穴。每次选3~4个穴，每日或隔日1次，10次为1疗程。经期暂停。

7.7.6 电针疗法

取气海、关元、三阴交等穴，并根据脏腑辨证，配以相关的俞穴，中等或弱刺激，每次20~30分钟，每日1次，10次为1疗程。经期停针。

7.8 推拿疗法

7.8.1 推拿疗法

推拿疏通经脉气血，对月经不调有一定的治疗作用。首先令患者取俯卧位，在腰骶部按揉数次，再以双手拇指点按肾俞、命门、八髎穴，至有酸胀感为度，然后再提拿肾穴数次；点按气海、三阴交，至有酸胀感为度，再按揉小腹部数次。每日1次，10次为1疗程。宜在经期前后进行。

7.8.2 耳穴按摩

取内生殖器、肝、脾、心、肾、皮质下、内分泌等穴点，对其施以捻、压、搓、掐，强刺激3~5分钟。

7.8.3 手穴按摩

摩、擦、揉、压小指肾俞和命门穴、无名指的关冲穴、手背的阳池穴，以及生殖区、肝穴、心悸穴、少府穴。

7.8.4 足穴按摩

选取有明显压痛的子宫、卵巢、输卵管、腰椎等的反射区，分别施以推、压、摩、揉等手法刺激这些反射区，直到疼痛减轻为止。

7.9 西医诊疗撮要

7.9.1 诊断及分类

中医所讲的月经不调，从目前临床来看，可见于西医功能失调性子宫出血、慢性盆腔炎、子宫肥大症、盆腔瘀血症、多囊卵巢及宫腔内置节育器等，更多见于功能失调性子宫出血的排卵型。无排卵型多属于中医的崩漏证。排卵型功能失调性子宫出血患者，大多数均因黄体功能障碍而发生出血。根据其病理特点，国内倾向于分为以下4种类型：

- (1) 黄体不健 孕酮分泌不足，黄体期缩短，致月经周期缩短；
- (2) 黄体萎缩不全 黄体退化萎缩时间延长，数月经持续时间延长；
- (3) 月经过多 多由于性激素的过度分泌，内膜的过度反应或激素代谢紊乱；

(4) 中期出血 又称为排卵期出血, 相当于中医的经间期出血。

美国的 Carl J. Pauerstein 教授将排卵型功能失调性子宫出血分为 6 类:

(1) 周期中期出血;

(2) 月经稀发及经量过多, 月经间隔延长, 每年来潮仅 3~4 次, 但月经量过多。这种病人的卵泡成熟延迟, 黄体期短且功能不足;

(3) 月经频发伴月经过多 这类病人卵泡成熟时间正常, 但黄体期寿命短, 以致月经出血间隔时间少于 21 天;

(4) 经前点滴出血 黄体发育缺陷, 黄体寿命正常, 但黄体酮分泌不足;

(5) 经量过多 月经周期规则, 临床有两种情况, 一是子宫内膜不规则剥脱, 出血时间与周期相符, 但出血量多, 且持续时间延长。流血后第 5 天子宫内膜活检, 若见分泌期与增生期腺体混合存在, 则可确诊。内膜剥脱延迟的原因是由于黄体持续存在, 但其分泌的孕酮不足以维持内膜的完整, 却能阻碍正常的彻底而快速的剥脱过程, 此症状多见于 40 岁以上的妇女。二是病人血中雌激素和孕激素浓度较高, 每一周期的失血量超过 80ml, 甚至超过 450ml。月经头 3 天的流血量约占总量的 90%, 出血的持续时间与总失血量无关。有些妇女有反复发生的月经过多, 但整个周期中激素曲线正常, 而子宫内前列腺素浓度增高;

(6) 月经延迟伴经量过多 又称持久性黄体囊肿综合征, 亦称 Halban's 病。月经通常较正常时延迟数周(有时可超过 6 个月)。持续存在的黄体能分泌足量的雌激素和孕酮, 故可维持子宫内膜不剥脱。临床表现月经延期、附件囊性肿块, 以及囊性黄体可引起的腹痛等, 易与异位妊娠相混淆。该征引起的月经延迟及不规则出血, 内膜活检显示出血型子宫内膜伴间质蜕膜化。

7.9.2 治疗原则

排卵型功能失调性子宫出血, 根据诊断类型分别施治。若是黄体功能不全, 应用黄体酮补充治疗。若是黄体萎缩不全而无黄体功能不足引起的子宫内膜剥脱不规则, 可用口服避孕药抑制排卵两个周期, 或月经前给予黄体酮 5~7 天, 停药后发生撤药性出血。若是黄体持续存在, 则不必治疗, 其为自限性、非复发性病变。经期延长者, 有采用小剂量雌激素促进内膜修复或促排卵治疗。周期中期出血, 可于月经周期第 11~14 天补充小剂量雌激素。

7.9.3 治疗方法

7.9.3.1 孕激素补充疗法 适用于黄体功能不全, 可自排卵后开始, 至月经来潮为止, 每天肌肉注射黄体酮 10mg。还可给绒毛膜促性腺激素治疗, 以促进黄体发育, 增进黄体功能。可自月经周期第 16 日(排卵日)开始, 隔日肌肉注射 HCG2000~3000 IU, 共 5 次。

7.9.3.2 孕激素撤药性出血 适用于黄体萎缩不全致子宫内膜不规则剥脱, 经期延长者, 在月经周期的第 21~25 天, 肌肉注射黄体酮 10mg, 或口服安宫黄体酮 10~12mg, 每日 1 次, 共 5 天, 可使内膜完全剥脱。

7.9.3.3 炔诺酮等避孕药 可用于月经过多, 尤其是不要求生育者, 可较长期人工周期治疗, 一般均可收到减少月经血量的目的。

7.9.3.4 雄激素 适用于子宫肥大、盆腔瘀血、子宫内膜肥厚者月经过多, 可减少盆腔血流量, 抑制子宫内膜增生而减少月经血量。选用丙酸睾丸酮, 每日 25~50mg, 月经期连用 3 天, 或每周 2 次, 每次 25mg 肌肉注射; 或甲基睾丸素 5mg, 在月经周期第

10~20天,每日2次,舌下含服。

7.9.3.5 止血剂 用于月经过多,可减少出血。选用氨基己酸、健身素、安络血。

7.9.3.6 前列腺素合成酶抑制剂 可减少月经过多的失血量,每次月经期开始,连用不超过7天。选用消炎痛、甲灭酸、氯灭酸等。

7.9.3.7 促性腺激素释放激素增效剂,可抑制垂体卵巢功能而减少月经量。

7.9.3.8 手术治疗 通过内窥镜切割子宫内膜,可使月经血量明显减少或闭经,亦有用激光或冷冻破坏子宫内膜及其基底层者。

8 疗效评定标准

选用中华人民共和国卫生部颁布的《中药新药临床研究指导原则》,关于“中药新药治疗月经不调的临床研究指导原则”之疗效评定标准。

痊愈:治疗后月经周期、经量、经期恢复正常,其他症状消失。停药3个月经周期未复发。

显效:治疗后月经周期恢复到 28 ± 7 天;月经过多者经量比治疗前减少1/3或小于100ml;经期恢复到7天以内,其他症状消失或减轻。停药3个月经周期无复发。

有效:治疗后月经周期、经量、经期较治疗前改善,其他症状亦较治疗前减轻。

无效:治疗后月经周期、经量及经期无改善。

9 调摄护理

月经不调,大多病程长,病势缓,反复缠绵不愈,辅以适宜的调摄护理措施,有益于病人树立战胜疾病的信心,防止病势的加重,或拖延日久,以利于加速疾病的康复。

9.1 观察病情

观察了解病人的精神状态、情绪变化、心理活动,有无身体不适及痛苦的症状、体态。如烦躁、郁怒常为肝火,胸胁满闷多为肝气郁结,夜卧不眠多为心火,食少纳呆多为脾气虚衰,喜热、手足凉多为阳气不足,五心烦热、拒衣被多为阴虚火扰。

观察月经期、量、色、质的变化,准确记录,为正确辨证提供依据。期包括月经周期及经行持续时间。月经血量注意记载消耗多少卫生纸、月经垫,与既往相比有无增减。色可为黯黑、黯红、鲜红、浅淡等。质包括粘稠、稀薄,有无血块及血块大小。其他还应包括经行期间有无腹痛等伴随症状。如有疼痛,应记载疼痛与经行时间的关系,经行何时疼痛较重。疼痛特点,包括灼痛、冷痛、阵痛、持续痛。疼痛程度,是难忍的剧痛,还是缓缓钝痛。疼痛部位,在下腹正中,还是两侧少腹,是否放射到会阴及大腿根部。

一旦发现病情有特殊变化,尤其是经血过多、暴崩、疼痛难忍,或汗多、气短、面色苍白欲脱者,应及时报告医生。

9.2 护理措施

改善生活环境,特别注意精神因素,常使精神舒畅愉快,心脾平和,则经候如常。嘱患者及家属,月经期尤应保持情绪稳定,避免激怒等刺激。生活中坚持怡情养性,养成乐

观的性格。

注意劳逸结合，避免劳倦过度，损伤气血，月经期不宜劳累，忌房事。

避免外界气候突然变化的影响，血得热则沸溢妄行，得冷则凝结涩闭，故生活起居不慎寒温，可致月经不调。

肾虚者节制房事，以免过度劳伤冲任肝肾及其精血。

月经血量过多，及腹痛较重者，应卧床休息。

有冷感者，给热水袋温熨，忌用冷水洗浴。

注意饮食调节，不可恣食生冷(经期尤应避免)

选择适宜的体育活动，以增强体质。

9.3 饮食宜忌

脾虚的患者，忌食饮过饱及滋补碍气之品，以免消化障碍，气滞而致胃脘胀满。

痰湿者，忌食甜腻之品，免使脾胃呆滞，痰湿滋生。平时可常食化痰之食品，如薏苡仁、橘饼、海蜇、海带等。

肝气郁结患者，平时多食舒气解郁之品，例如佛手、金橘饼、萝卜等。

气血两虚者，平时必须增加营养，选食牛奶、鸡蛋、豆浆、猪肝、猪肉、鸡肉、菠菜、豆腐等，忌食生冷瓜果。

虚寒者，平时可多食温补之品，例如羊肉、羊奶，或加工烹调食品中加入桂皮粉、姜粉等温经散寒。忌食生冷瓜果，酸寒苦泄滑利之物。

血热先期者，经前宜多吃新鲜水果和蔬菜，如菊花脑、茼蒿、鲜藕等，在行经期仍不宜食食鲜冷。

血热经血过多者，忌食辛辣的葱、蒜、姜、韭菜等刺激动火之品。

【近代研究】

1 理论研究

1.1 病证名称与定义

1.1.1 月经不调

近代名医严鸿志在《女科证治约旨·经候门》阐述月经周期时云：“或相去一二日间，或二三日间仍不失其为常度。惟相去早则十日或半月，迟则四五十日或五六十日而始至，或有时来多，或有时来少，或断续不匀，均为不调之候”。首次提出月经周期进退一二日，或二三日为正常，提前十日半月，迟至四五十日、五六十日方为异常，使临床诊断有所依据。李衡友明确指出：“中医所谓月经不调，包括经期超前、退后，经量过多、过少，经色不正，倒经等。”与闭经、崩漏、痛经并列为月经病。^[1]汪慎之认为：“月经不调是妇科病中最常见的一种疾患，系指妇女月经失却生理作用的常态，或由某种原因失其经常的顺序，而暗受疾病的变化，以致行经不能准期，或见超前，或见落后，或先后无定期等种种现象”。强调“妇女正常的月经，应该是每月来潮1次，如来无定期，或为超前，或为落后，经量或多或少，都属于不调的范围”。^[2]

卓雨农、王成荣、王耀廷等编写的中医妇科专著都持上述观点。

有学者认为上述为狭义的月经不调。如夏桂成认为：“月经不调有广义、狭义的分别，广义泛指一切月经病，狭义仅指月经的期、量的失调”。^[3]

1.1.2 月经先期

月经先期是月经周期的缩短，古人认为月经周期相当于太阴月周期，不足月者为先期。但是，月经周期少于太阴月多少天为病态，近代以来不少学者、医生作过论述。杨志一在《妇科经验良方》曰：“经行先期者，经来之期，按月超前而至，或早一二日，或早三五日，或有早至七八日以上者，则属一月经再见矣”。汪慎之认为经行先期是“指经水来潮不足一月，或十余天一至，或二十四五天一至，有头晕心烦口干等症状”。^[2]浙江中医学院编写的《中医妇科手册》论述月经先期曰：“月经不及期而至，有十余日一至的，亦有二十三、四日一至的，日期赶前，称为月经先期”。卓雨农主编的《中医妇科治疗学》概述月经先期曰：“正常的月经，大约三旬一至，和农历一个月的时间差不多。不到期而月经已来(不满二十二天即来，并伴有其他不适的症状)就叫做月经先期”。成都中医学院 1964 年主编的《中医妇科学》概说经行先期曰：“月经周期提前八九天，甚至一月两至，均为经行先期”，认为“如仅超前三、五天，并无其他不适感觉，属正常范围，或偶尔超前一次，亦不作先期论”。第三版教材《中医妇科学》亦曰：“月经提前八、九天，甚至半个月一潮者，称为月经先期。”第四版《中医妇科学》教材以“月经周期提前 7 天以上，甚至一月两潮者，称为‘月经先期’”。第五版教材《中医妇科学》及罗元恺主编的《实用中医妇科学》均以月经周期提前 7 天以上为月经先期。

1.1.3 月经后期

月经后期是相对月经先期而言，是月经周期的延长。汪慎之谓月经后期是指月经“届期不至，落后数日或半月，或一月始来”。^[2]浙江中医学院编写的《中医妇科手册》认为“月经后期即月经常常过期数日或十数日而来”。卓雨农主编的《中医妇科治疗学》明确指出月经后期是指“月经过期七八日，也有延迟至十余日始来，并伴有全身不适或其他症状的一种疾病。”成都中医学院 1964 年主编的《中医妇科学》以“月经周期延后八至九天，甚至四、五十日一至的称经行后期”，并指出：“如仅延后三、五天，且无其他症状的，不作后期论”。第三版教材《中医妇科学》亦以“月经周期延后八、九天，甚至每隔四、五十天一行者，称为月经后期”。第四版教材《中医妇科学》以“月经周期退后七天以上，甚至每隔四、五十天一至的，称为经行后期”。第五版教材《中医妇科学》及罗元恺主编的《实用中医妇科学》皆承袭第四版教材，以月经周期延长 7 天以上为月经后期。

1.1.4 月经先后无定期

月经先后无定期，各家多以月经不按周期来潮，先后不定谓之，没有明确的时间概念。如名王大增总结陈大年的经验，认为月经先后无定期是月经周期紊乱，无一定规律，属经行失调的一种。^[4]第五版教材《中医妇科学》始以“月经周期时或提前，时或延后七天以上者”，为月经先后无定期。使月经先后无定期的概念定义更明确，并提供了统一客观的诊断标准。

1.1.5 月经过多

各家都是以月经血量的增多为月经过多。有人以现代测定检验技术观测每次月经的失

血量，大多在 30~60ml 内，多者达 200ml 以上，大多建议以超过 80ml 或 100ml 以上为月经血量增多。

1.1.6 月经过少

泛指每次经行血量过少。杨志一在《妇科经验良方·经行不利》中阐述古人所讲的经行不利，亦是专指月经过少。许润三等著述的《校注妇人良方注释》亦认为“月水不利是指月经涩少而言”。朱小南称经量渐少而体日肥胖者为“血走脾经”。^[5]罗元恺主编的《实用中医妇科学》将月经过少定义为：“经行血量明显减少，或点滴即净，经行持续时间不足 3 天，称月经过少”。

1.2 病因病机研究

1.2.1 传统病因观

民国以来，相当多的中医名家遵先哲之论述，从朴素的自然观总结阐述月经不调的病因病机。如严鸿志在《女科精华·中外名论广见》总结月经不调的病因有：善怀郁怒、饮食不慎、孕育过多、淫欲无度等。在《女科证治约旨·经候门》总结月经不调的病因病机包括：先天禀赋弱，血未充盛，气不能摄，则未至二七而行；气血两虚，则虽通不能按时。后天脾胃不旺，生化无权，冲任气衰，月事不匀，表现为气血衰弱候。思虑过度，损伤心脾，则成怯弱之候。不慎口腹，恣食生冷，则经迟腹痛；过食辛热，火伏冲任，则经速过多。血虚肝旺，木火妄动，则经速频行，行则不多。血虚气热，迫火妄行，则经水断续不匀。气虚血热，妄行不摄，则经水不断。形瘦多火，消烁津液，则经水衰少。寒湿素重，伏于脾胃，则便溏胃呆，经水愆期。不慎卫生，坐卧当风，风邪客于胞宫，则表现为寒凝血瘀之候；冷水洗浴，寒湿客于肌腠，则表现为营卫不和，气血乖乱候。

陈大年曾著文总结古代医家所论月经不调的原因，①忧思郁怒，引用方约之、薛己的论述，指出忧思郁怒是精神感动和思想的郁结，精神的感动能影响于内分泌，而内分泌影响月经的来潮。②风冷搏血（劳伤过度），认为古人所说的女人因为过劳体虚，感受寒凉，以致月经不调是体虚外冷共同作用的结果，若人体没有过劳，体不虚而健康，寒冷是没甚关系的，根本还是体质问题。如果操劳过度，造成身体的不健康或行经期间房事，可能引起子宫方面疾病的发生，因而造成月经不调。③阴阳盛衰，阐述阳太过月经就先期，阴不足就后时，认为阴阳在这里指气血，气指神经，月经的先期而来是由于神经的紊乱，因为整体神经有关于循环，而循环又有关于月经，因为神经的紊乱，可能使月经不调。阴指血液，阴不足是指贫血，贫血也可能使月经不调，古人说话比较抽象，很难作具体说明。④交合非时，过度房事、生育过多都会影响健康，造成经水不调，但营养好的不在此例。⑤经水先期后期有血热血虚有火无火等原因。^[6]

汪慎之总结月经不调的病因有 3 方面，①风冷刺激，认为巢氏《病源》所说的风冷，主要是指外因的六气，凡受风、受寒、受热……的刺激，以及细菌感染因素引起的疾病，都能使月经受到影响而引起不调。②精神因素，指喜怒忧思悲恐惊等七情刺激所致，情感为造成月经不调重要的内在因素，现代医学也证明了精神障碍和忧虑皆为月经不调的主要原因之一。③饮食、疲劳、房事等因素。饮食失当、操劳过度、性欲旺盛、房事过多、生育过多也能引起月经不调，古人归纳于不内外因中。现代医学所谓营养不良及饥饿、疲劳过

度等所致的月经病大约即属此类。^[2]

朱小南等总结月经不调的病因,除了体质气血虚弱、饮食营养不良,或房事不节外,内因七情属情绪上的异常刺激。外因六淫所侵,是风寒暑湿燥火的气候变化,同时还包括地理环境因素。^[7]

1.2.2 病因学的现代研究

1.2.2.1 天相

天文星相的动态变化,对地球物理、气候有一定的影响。湛江医学院王伯章等在哈雷慧星回归时调查了女性月经的生理变化。王氏于1985年10月,1986年3月、6月分3次调查了320名大中专女学生,其中未婚者304名,已婚者16名,年龄15~26岁,平均17.8岁。统计了调查对象在慧星回归前与回归时各6个月时间内月经情况。结果,慧星回归地球期6个月内,女子月经周期正常的每月人次显著减少,或者提前,或者推后。来时6个月与来前上一年同期月均人次的月经异常或提前均显示出非常显著性差异($P < 0.01$)。^[8]80年代国内先后有人对月经周期与月相同步进行了调查研究。其中徐小林通过对1600名妇女行经时间与月相关系的调查报告,探讨了月经病发病与月相的关系,根据调查结果提出:月经病发病高峰是行经时间在月亏、月空的人,而以行经时间在月满前后者为最低,而且在病种上还有其各自的发病规律。如痛经、经闭、月经后期多发于行经在下旬者,崩漏、月经先期多发于行经在上旬者,其次为下旬。这一结果表明,月经病的发生与行经时间和月亮盈亏而变化的特点,可以说月经病之所以能发生,而且时间有规律,其机理主要在于人体生理性的虚弱时期,又遇月经的来潮,使气血更虚,导致自身功能处于十分低下状态,于是外邪乘虚而入,“两虚相得,乃客其形”,从而使月经病的发生具有一定时间性。^[9]

1.2.2.2 物理因素

1.2.2.2.1 噪声 银川卫生防疫站曾对在噪声下作业女工的月经、妊娠所受影响进行调查。共调查接触稳态噪声的纺织女工949名。其中织布工499人,接触噪声级为100~103dB(A);梳纺、并条工154人,接触噪声级为90~96dB(A);精纺工296人,接触噪声级为85~87dB(A)。对照组为本厂从事复检、成品检验、整理及后勤等女工387人,接触噪声级不大于80dB(A)。结果噪声组月经失调148例,占15.6%,对照组37例,占9.56%,二组间差异显著,未发现经血增多、经期异常增高的趋势。^[10]

广州市妇幼保健院于1987年6月~1988年6月在5间棉纺厂调查了噪声对女工月经及妊娠的影响,在接触噪声声强85~90dB的棉纺女工208人中,随机抽查46例为观察组,不直接接触噪声的女工107例为对照组。结果表明,棉纺噪声对女工月经无明显影响。^[11]广州的结论与银川不同,可能是前者调查对象接触的噪声强度低于后者,故得出不同的结论。

1.2.2.2.2 振动 北京医科大学劳动卫生教研室于1990年7月对北京市某公共汽车站的女司售人员的性机能情况进行了调查。观察对象为参加现职工作一年以上的女司售人员。对照组为服装厂女工,不接触全身振动及其他有毒有害因素,年龄、工龄限制同观察组。结果表明,公共汽车女司售人员在参加工作后,月经有异常改变,月经异常发生率显著高于对照组,提示公共汽车虽然振动频率较低,但可能对女司售人员的月经功能有不良影响。^[12]

1.2.2.2.3 飞行 空军兰州医院在对某部37例女飞行员进行部分内分泌激素调查的

同时,调查了这些飞行人员的月经情况。结果,其中 16 例(占 43.2%)月经不调,表现为月经周期延长、缩短或紊乱、经量改变及痛经。与女地勤人员同时测定部分激素的结果比较,两者的 PRL、FSH、LH、T 的水平有显著差异。分析飞行时所处环境与地面截然不同,飞行人员需要精神高度集中,并要遭受加速度、振动、噪声、颠簸等多种因素影响。这些来自内、外环境的刺激,可能通过中枢神经系统影响丘脑分泌改变及卵巢活动,导致性激素分泌的失平衡状态而致月经紊乱。^[13]

1.2.2.2.4 过度负重 四川雅安妇幼保健所于 1985 年先后对雅安茶厂、雅安食品厂女工进行了劳动环境和劳动条件的卫生学调查,其中负重情况为:茶厂的配仓、炕茶、沱茶工种的女工,每日负重量均在 1000~3000kg 左右,平均每人每次负重量 60~75kg,打吊和包装工种每次重量小于 12.5kg,但每日连续总负重量(每次重量×次数)超过 4200kg,且月经期也照常负重劳动,而食品厂的女工均为不负重的手工轻活。结果,茶厂女工月经过多、经期延长的比例高于食品厂,经统计学检验有显著性差别,月经紊乱无显著差别。^[14]表明负重可致妇女月经过多或经期延长。

1.2.2.2.5 体育运动 高永良总结参加竞赛和体育锻炼的妇女,月经失调发生率甚高,还有一些近代舞蹈演员,特别是芭蕾舞演员的月经失调发生率也高。据估计在一般人群中闭经或月经过少的发病率约为 5%,但在参加竞赛的长跑运动员约有 1/3 有月经失调,至少是在一个短时期内,约有 20% 有长期的闭经或月经过少。其发生是直接与运动量、体内组织成分改变、应激性及饮食改变有关,激素变化也起重要作用。这种月经失调看来是可逆的,其恢复与预防及治疗措施密切相关。月经失调的发生在开始尚属有排卵月经,以后发展到黄体期不全(滤泡期正常或延长),进而发展到雌激素水平正常的无排卵型,最后到低雌激素型无排卵闭经。体育竞赛训练致月经失调的发病因素包括①开始训练的年龄与先前月经失调史;②训练强度;③体重及体内脂肪的比例,精神及体力的应激作用。^[15]

1.2.2.3 化学因素

主要调查了职业接触的化学物质对月经的影响。

有关苯作业女工调查报告较多。许氏等报告,对其所在的上海宝山区乡镇企业 11 家喷漆厂和 2 家皮鞋厂的苯作业女工进行了调查,了解苯作业对女工造血系统及生殖功能的影响。结果显示苯作业女工经期延长、经量增加、痛经、月经紊乱的发生率明显高于对照组。^[16]玄氏等报告,调查了苯和二甲苯作业女工健康状况,观察组 83 例,对照组 110 例。结果,观察组的痛经、月经量增多明显高于对照组($P < 0.01$)。月经周期不规律、周期延长、经期延长虽然比对照组异常率高,但无统计学意义($P > 0.05$)。^[17]翁氏等调查了低浓度混合苯作业女工及其幼儿共 18 对的健康情况,与对照组 18 对比较。苯组女工的月经周期、月经量、痛经、自然流产率、先兆流产和异常分娩率,与对照组比较无显著性差异。苯组女工的血色素、白细胞数均值和苯组幼儿血色素均值显著低于对照组。^[18]

郑州的调查表明,苯接触浓度不同,对生殖功能的影响亦不同,浓度高损害严重。观察组以油漆工为主的接触苯作业女工 114 例,对照组为服装厂女工 134 例。调查对象所接触苯属混合苯,经气相色谱分析,析出苯和二甲苯。结果,周期异常(周期 $> 37d$ 或 $< 21d$)接触组 25 例,占 21.9%。对照组 17 例,占 12.6%,经量增多,接触组 40 例,占 35.5%,对照组 31 例,占 23.1%,经 X^2 检验, P 值均 < 0.05 ,有显著性差异。调查还表明月经异常的发病率与

作业区苯浓度有关,苯浓度 $> 40\text{mg}/\text{m}^3$, 受检 83 人, 周期异常 22 人, 占 26.5%; 经量增多 34 人, 占 40.9%。苯浓度 $< 40\text{mg}/\text{m}^3$, 受检 31 人, 周期异常 3 人, 占 9.6%, 经量增多 6 人, 占 19.4%。调查者分析, 认为调查人群危害程度与接触苯的浓度相关, 可能是由于苯的过量吸收, 影响了垂体-卵巢轴功能和直接作用于卵巢细胞, 导致月经周期的调节障碍。此外, 苯对造血系统的损伤也可促使经量增加。^[19] 另有陕西省渭南地区卫生防疫站报道了从事喷漆作业女工 31 例, 工作车间空气中苯浓度 $22.06 \sim 162.41\text{mg}/\text{m}^3$, 甲苯浓度 $4.46 \sim 1203.01\text{mg}/\text{m}^3$, 对照组为不接触苯等化学物质的同点电、钳工 37 例, 接触组月经周期延长、月经持续时间延长的发病率较高, 但统计学处理无显著性差异。^[20]

铅对人体危害较大, 黄正林等报道, 对接触铅较多的蓄电池厂和矿灯厂女工进行了职业病预防性体检和回顾性生殖功能调查。结果, 铅作业女工月经血量增多的明显多于非铅作业不接触任何毒物的对照组 ($P < 0.05$)。认为与文献报道符合, 支持铅能影响女工生殖功能。^[21]

北京市劳动卫生与职业病研究所调查了某灯泡厂、仪表厂、荧光灯厂接触汞作业女工 157 人, 对照组 189 人(来自绣花厂和针织厂)的月经情况, 分析结果表明, 汞接触组女工月经异常(月经周期、经期、经量具备一项异常或痛经者)率为 29.3%, 与对照组(10.6%)有显著性差异 ($P < 0.01$)。月经异常主要表现为血量增多、周期延长以及痛经。^[22]

吴卫平等曾对锰作业女工进行监测, 根据半年月经监测观察到锰作业女工月经异常发生率为 40.2%, 明显高于对照组(23.3%)。分析认为工龄长短并不是影响月经异常的主要因素, 即女工接触锰后, 不随工龄增加而月经异常患病率增多, 而接触水平和正在接触是影响月经异常的主要因素。即接触浓度越高, 目前正在接触的月经异常危险度大。调离后或停止接触一段时间, 危险度可下降。^[23]

郑保二人调查了某化纤厂纺织车间接触 CS_2 女工 151 人, 同工厂不接触 CS_2 及其它化学物质的加工车间女工 145 人作为对照。随访观察 3 个月经周期, 观察到 CS_2 作业女工月经异常的频率为 55.6%, 显著高于对照组(38.6%), 月经异常中以周期异常占首位, 发生率为 36.4%(包括月经周期紊乱、延长或缩短)。其次为月经血量过多, 发生率为 29.1%。 CS_2 作业女工绝经年龄较对照组提前, 绝经年龄最早者为 32 岁, 最晚为 47 岁, 而对照组则分别为 38 岁和 53 岁。40 岁前即绝经的人数, CS_2 作业女工为 2/8, 对照组为 2/25。^[24]

刘凤巧等曾报道己内酰胺对女工月经的影响。己内酰胺是内酰胺衍生物系列中的一种, 是制造锦纶-6(尼龙)和人造皮革的原料, 属低毒类。在生产环境中, 它以粉尘和蒸气状态经呼吸道进入体内, 亦可经皮肤吸收。以己内酰胺作业工龄满一年以上的 552 名女工为观察对象, 选作业环境噪声强度相近, 不接触任何化学物质的 516 名某纺织厂女工为对照组。结果表明, 参加现职工作后, 出现月经异常的患病率, 己内酰胺组明显高于对照组, 其中以周期异常的患病率为最高, 与对照组比较, 差异显著。月经血量异常和痛经的患病率虽然也高于对照组, 但统计学检验无显著性差异。^[25]

太原市工业卫生职业病所曾报道卷烟厂女工生育机能的调查, 接触组为卷烟厂烟草作业女工, 对照组为非职业烟草接触的菜市场 and 设计院女工。结果①接触组经期长、经量或多或少的变化和痛经分别与对照组有显著和非常显著的差异。②接触烟草作业前后月经异常率的比较, 接触前为 17.11%, 接触后为 28.6%, 二者差异非常显著 ($P < 0.01$)。③月经

异常率的工龄分布,接触组工龄 1~4 年月经异常率为 42.5%,其中年龄在 25 岁以下者为 67.7%。工龄 5~9 年仅为 28.0%。说明年轻女工和初接触者对烟草反应较敏感,对照组无此变化。分析认为职业接触烟草女工月经异常及痛经可能与尼古丁对大脑和神经系统产生兴奋作用,导致神经调节功能障碍有关。尚需进一步研究。此外造成经期长、血量多是和半机械化操作、繁重体力劳动、夜班制等职业因素有一定的关系。^[26]

陆军 59 医院曾报道海洛因依赖者多数有月经紊乱,表现为月经周期不规律和明显延长、经量稀少,甚至闭经。戒断后,可在 2 月内恢复月经。^[27]

1.2.2.4 节育措施的影响

宫腔内置节育器、输卵管结扎可对月经造成一定的影响。

江西省妇产医院曾报道 7100 例输卵管结扎术后流行病学调查,其中包括月经的异常改变。判断标准,月经量增减 1/3 以上为增多或减少,周期增减 1 周以上或经期增减 3 天以上为延长或缩短,术前月经正常,术后月经不规则为紊乱。术后月经血量异常的占 13.29%,周期异常的占 6.39%,月经紊乱的占 6.18%。分析认为,输卵管结扎出现月经失调可能为①结扎手术对局部骚扰引起短时期的神经内分泌紊乱。据对 135 例行性激素检测,发现结扎后半年内雌激素下降,2 年内孕激素下降,2 年后又都恢复正常。②继发于盆腔疾病的合并症状,如盆腔瘀血症和附件炎症患者的输卵管系膜内静脉和卵巢门静脉发生怒张或炎性改变,使卵巢供血发生障碍,造成卵巢功能紊乱,内分泌相应失调。这些妇女经过活血化瘀、补肾疏肝及对症等中西医结合治疗,多数妇女月经能自然恢复正常。^[28]

陈湫波等在专题讨论宫内节育器常见副反应中指出:子宫异常出血是放置 IUD 后的主要副反应。各种 IUD 于放置后,约有半数以上妇女有不同程度的子宫出血。其表现为经量增多、经期延长、经期前后点滴出血或经间淋漓出血。经量增多($\geq 80\text{ml}$),一般发生于放置后半年内,首次行经更为突出。随着放置时间的延长,出血有下降趋势,但也有部分妇女于放置数年后又出现异常出血。^[29]

近年来,有选用皮下埋植长效避孕药剂者,部分使用者出现月经紊乱,比较多见的为经期延长、月经量多、月经频发、月经稀发、经间点滴出血,甚至闭经、经漏。皮下埋植的长效避孕药为 18-甲基炔诺酮,其抑制排卵、改变宫颈粘液性状,使子宫内膜产生抑制作用,使子宫内环境的变化与卵泡发育不同步,从而阻碍受精卵着床。由于 18-甲基炔诺酮对子宫内膜的抑制作用,使月经不规则或点滴出血。^[30]

1.2.3 病机新论

1.2.3.1 五脏病机 现代中医大多仍根据脏腑学说,以五脏生理病理推演月经不调的病机。孙宁铨曾总结各种致病因素导致月经不调的病机有:

① 肾阴亏损、肾阳不足、肾阴虚阳亢、肾阴阳两虚等。肾阴亏损,精血不足,可使胞脉失养,血海不充,经血不能按时而下。肾阳不足,命门火衰,气化失常,不能温养脾阳,不能温煦胞宫,临床常见月经后期、月经过少。肾阴虚阳亢,则热伏冲任,迫血妄行,可见月经先期、月经量多等。肾阴阳两虚者,在青春期可见月经迟发、月经先后无定期、月经稀少,在更年期可见月经前后无定期。

② 肝与月经病变有重要的关系,内伤情志,肝气郁结,血为气滞,肝郁化火,热伤冲任,迫血妄行;或肝血虚亏,冲脉不盛,影响血海满盈,都可导致月经失调,表现为月

经先期、月经过多、经期后延、经量稀少。

③ 脾胃对月经病的产生也有重要关系，脾气虚不能统血，或脾胃之气逆乱，皆可致月经失调。

④ 思虑伤心，心阴暗耗，营血不足，血海不能按时而满，可见月经不调。孙宁铨认为月经病的脏腑学说是以肾为主导，以脾胃为辅，结合肝等脏腑为中心，形成一个整体而起作用，通过冲任联系胞宫，从而反应出妇女特有的生殖生理功能以及病理状态。强调研究月经病必须从脏腑学说入手。^[31]

1.2.3.2 肾脏病机 罗元恺继承《内经》、《景岳全书》关于肾与生殖、女性生理病理的学术思想，结合自身临床诊治经验。总结认为：中医妇产科以及月经病最根本的原因还是在于肾，在于肾阴肾阳的偏盛偏虚而失却平衡协调的作用。补脾等法虽能取得一定的效果，但往往不能巩固，必须采取调补肾阴肾阳以固冲任之法，才能获得根本的疗效。指出月经过多往往是由于肾气虚失于闭藏而冲任不固所致；经量过少，多因肾阴不足，冲任不盛，血海不充所致。肝肾亏损而影响冲任失调，常为月经不调的重要因素。^[32]

王华秀亦曾提出月经以肾为主导的观点，认为肾气虚则天癸迟至或不至，精血不足则冲任失养；肾阴虚损则虚火内炽，热扰冲任则迫血妄行；肾阳虚弱，摄固无权，令血海溢泻失司，肾阴阳俱虚，封藏失司或虚热迫血妄行，导致月经不调。^[33]

1.2.3.3 肝郁 于英涛阐述肝郁所致月经不调的机理，认为怒、忧皆可致肝郁，人一旦遇到不合理之事或因事未遂，久郁成怒往往令气愤不平，因致气郁上逆的局面。又气为血之帅，气逆则血随之而逆，重则越经妄行为吐血衄血，轻则久郁伤肝耗伤阴血，由于气血上逆，肝木不能发挥其藏血作用，就会引起经血不调，同时肝旺必伤脾土，一旦生化失职经血不调之证成矣。忧则思想忧虑，情志沉郁，闷闷不乐，太过则气机郁结，闭塞不行，又肺主一身之气。气闭塞又表现为肺实之证，肺属金，肝属木，故肺金实则克伐肝木，因而忧虑太过也可以表现肝郁不舒、经血不调之象。另外，思则气结，思虑太过也可表现出影响气血之正常循行，经血之生化。因而忧愁思虑太过或悲哀动中者，也可使肝气不舒而使经水失常发生月经病。^[34]

刘凤云结合前贤论述和个人临证心得，总结认为：怒是肝火过旺，情绪激动，易发脾气的一种情志状态，肝气郁结，肝火过旺常常表现出月经先期、月经后期等。忧乃精神忧虑，足以焦虑不安、郁闷不舒为主的一种情志状态。悲则是指以悲哀哭泣不止（如亲人亡故）。虽然中医理论认为“肺在志为忧”、“悲伤肺”，然就临床实际情况来看，却多伤于肝及心脾。肝伤则胸胁郁闷，心烦焦虑，沉闷不舒，或月经不调、痛经、闭经等。另一方面，妇科病亦常造成情志异常。例如妇人带下、月经不调或不孕症等久治不愈者，常常内怀殷忧、肝气郁结而加重病情，造成恶性循环。即使于生理情况下，如更年期肝气易郁，性情急躁易怒亦是常见之候。^[35]

1.2.3.4 脾虚 陈天然认为脾病证类众多，尤以虚证常见，其中对月经失调直接有关者，以脾虚经血生化不足，气虚经血失却统摄为首要。脾气虚弱，血海无蓄，见月经后期、量少、色淡、质稀。若脾气虚衰，裹护不利，不能“壅遏营气令无所避”，血溢脉外，可见多种失血证候。若冲任胞宫经血失于固摄，多见月经先期、经期延长、月经过多、经质稀薄色淡，并往往伴见气短、小腹空坠等脾失升举证候。^[36]

1.2.3.5 子宫病变 张文阁曾著文阐述子宫病因病机。子宫是妇女特有的脏器，具有特殊解剖和生理功能，也有与生理相对应的病理。子宫因其子户通于阴道，而阴道与外界相通，加之其经带胎产等特殊生理，就形成了本身的发病条件和在特定条件下某些易感病因，这些易感病因可直接损伤子宫。子宫与脏腑气血关系密切，当受致病因素作用使脏腑功能失常、气血失调时，可影响子宫的生理功能而间接损伤子宫。损伤子宫的直接病因主要有六淫邪毒和内生邪气中的寒热湿及痰湿、血瘀、创伤等外源性和内源性物质因素；间接病因包括情志失度、劳逸失度、饮食失节。

导致月经失调的子宫疾患的基本病机主要有：①形质亏损，是指子宫位置、形态、结构发生改变及精气血津液等物质的虚损不足。子宫下垂、不正、幼稚、发育不良、损伤、虚寒、气虚、血虚等，均可致月经不调，表现为经早、经迟、量多、量少等；②闭阻不通（畅），子宫风冷、痰瘀阻滞子宫，瘀滞子宫，气机不畅致经迟量少；③固摄无权，子宫失于固摄，泻而不藏，血热妄行，气不摄，血不统，瘀血阻滞，新血不宁，致经期延长、经间期出血等。张文阁指出，子宫与其它脏腑器官虽各具其解剖、生理、病理特性，但毕竟是机体的一部分，因此，子宫的病理特性必然受机体阴阳、气血、脏腑、经络等的影响。所以临证时必须从宏观察微观，从局部看整体，详审病因，细辨病机，才能从千变万化之中认清子宫病机的根本所在。^[3]

1.2.3.6 易感体质 陈慧珍针对体质对疾病发生发展的重要影响，以形证脉色之特征为依据，将妇女的体质划分为正常、阴虚、阳虚、肾虚、气血虚弱、痰湿、瘀滞七种类型。认为不同的体质，导致了不同的临床证候。体质因素在发病前就具有一种潜在的倾向性。一旦发病，这种潜在倾向性常主宰着疾病的发展变化，在很大程度上决定了疾病的性质。体质与妇科疾病发生发展的关系有3个方面：①体质因素可决定妇女对某种致病因子的易感性。素体阴虚者比阳虚者易于感受外界热邪，或因过食辛温致热伏冲任，冲任不固而发生月经先期、月经量多；素体阳虚者对外界寒邪及生冷食品等致病因子有更大的易感性，乃至阴寒更盛；禀赋肾气不足，或青春期肾气未充，更年期肾气虚衰者，一旦因房劳或劳倦所伤，往往更易表现出肾气虚弱，天癸衰少，冲任不充而发生月经后期、量少等。②病因相同，体质不同，疾病的发展变化亦相应有别。同是劳倦过度，阴虚体质者，营阴耗损，阴虚内热，热伏冲任，迫血妄行，可致月经不调，但常表现为月经先期、量多；而阳虚体质者，气耗阳伤，脏腑失于温煦，影响气血化生，冲任失荣，经源不足，亦可致月经不调，却往往表现为月经后期、量少。在同样致病因子作用下，发生什么疾病，或什么类型的疾病，在很大程度上与体质因素有关。③病因不同，体质相同，疾病的发展变化却可以相同。此内因（关键在于体质）是疾病发展变化的依据。^[38]

1.2.3.7 动静失衡 朱南荪在30多年的妇科临床实践中，体会到女子疾患多隐微深奥，变化难测。以运动学纵观妇女一生是一个动与静相对平衡的矛盾运动过程，以中医之理言之，亦即“阴阳”二字而已，阴阳为抽象概念，动静乃具体表现。以月经周期言，冲任功能归于期中，以动运静，将脏腑生化气血，聚于冲任，鼓舞推宕，一届经期，月水遂下，动后血海空虚，再事蓄养，又是一个静的过程，一动一静，交相更作，一盈一虚，周期遂成。妇人以血为用，外感六气所干，以寒热湿为主。盖血得热则妄行，是伤之过动，导致月经先期、经量过多。得寒则凝，乃失之过静，发为月经后期、经量过少。^[39]

1.2.3.8 太极阴阳之理与月经不调 月亮绕地球运动,以月为一周期,此周期与妇女月经周期在时间上相近。古今,不断有人对二者的关系进行研究探索。中医多以朴素的自然现象阐述人体的生理病理机制,故月亮的盈缺变化为人们说明月经提供了令人信服的理论依据。

国内在20世纪80年代,先后有人对妇女月经来潮与月亮朔望的时间关系进行了调查。尽管各家报道出入较大,但作为一种说理方法,仍可借用其说明月经的行止和不调。西安医学院的学生科研小组首先在1981年4月1日至6月30日对414名妇女3个月内1103人次的月经状况进行调查,报道:在月象接近朔(太阳与月球处于地球同侧)以前的一段时间(5天)之内,每日月经来潮的人数处于低潮,在月球运行至其近地点以前的一段时间(5天)之内,每日有月经来潮的人数亦处于低潮;而在月象接近上弦(太阳、地球、月球三者成角 90°)以前的一段时间(5天)之内,每日有月经来潮的人数则处于一个高潮。关于每日有月经在潮的人数则为:月象为朔和月球处于近地点附近的一段时间(5天)之内,每日有月经在潮的人数处于低潮,而在月象为上弦的附近一段时间(5天)之内,每日有月经在潮的人数则处于高潮。^[40]

广州的罗颂平以广州中医药大学在校住宿女学生为调查对象,共922人。经统计朔、望、上弦、下弦各段时间内月经来潮的人数,发现有这样的规律:朔日附近月经来潮的人数比例在4个组内均高于同一个朔望月的其他各段时间。月经周期较多开始于朔望月的朔日附近,排卵期多发生在望日附近。月经节律与朔望月周期呈现同步效应。^[41]徐小林通过对1600名妇女行经时间、初潮年龄的调查,显示:行经在每月11~15日661人(占41.33%),在16~20日373人(占23.32%),共计1034人,占总数的64.65%。由此说明月满和月满前后是行经的高峰时期,若以月满为中心,则发现行经呈正态分布,即越近月满,其人数越多。徐小林还发现,初潮年龄越接近14岁,行经时间越和月亮盈亏时间相一致。经统计学处理有高度显著性差异($P < 0.01$),提示行经时间与月亮盈亏时间的一致性,受初潮年龄迟早的影响。^[9]

2 临床研究

2.1 证候与辨证规律的研究

2.1.1 体质与证候

近代以来,各家对月经不调证候的研究不多。陈慧珍曾对妇女体质与证候的关系进行过研究。认为体质决定证候,证候在疾病的发生发展过程中比较稳定,尤其是慢性疾病,病程较长,病势较稳定者,其症状及病证往往变化较大,可此起彼伏,先后不定。体质是在先后天因素影响下,人体生长发育和衰老过程中形成的代谢、机能和结构上相对稳定的特殊状态,又称为“素体”。体质因素决定着月经病的证候。陈慧珍将妇女体质分为6种类型:正常、阴虚、阳虚、气虚、痰湿、滞湿质。除正常体质外,其余5种体质多因禀赋不足或久病失血,或房室不节,或劳倦过度,或忧思积虑等形成。一般情况下无病理损害,也没有明显的疾病征象,但由于它们具有易亏、易盛、易阻的潜在倾向性,一旦出现病理损害则向已亏或已盛或已阻转化。

上述病理体质在月经病的发生发展中起重要作用，这就为中医辨证治疗月经病提供了又一可靠的理论依据，也为预防月经病，改善妇女体质指出了研究的前景与途径。^[42]

2.1.2 证候表现组合

朱小南、陈大年总结月经不调的特点，各种病因致月经不调，就出现种种不同的证候，从证候联系到各人的体格强弱，气血虚实，而有许多区别。例如经水不调而色淡是血虚，色紫成块的是血热。从时间先后来说，经水先期而来多由于热，经水过期而至是血虚有寒。又肥胖人行经愆期而色淡的是痰。至于经来不止，或因血热，或因气虚，也有因体质虚寒或火旺而发生的，^[17]刘奉五认为月经失调的表现，虚实寒热交错，比较复杂，若以周期改变为主，大体可分为漏经类和闭经类月经失调，月经先后不定期可因不同的因素向两极转化。漏经类月经失调中所包括的月经先期、月经频至、崩漏，仅仅是病情程度和阶段的不同，偏于热者居多。闭经类月经失调包括月经后错、月经稀发、闭经，也是病情程度和阶段的不同，偏于寒者居多。^[43]

2.1.3 辨证的研究

2.1.3.1 辨病机 根据临床所见，确定患者证候，而后药之，是中医的特点。临床不辨证候，盲目投药，万难收功。王辉萍总结月经不调的辨证认为：月经失调的辨证，应遵循中医基本理论，以病机辨证为主。虽有经期先后、经量多少、经质稀稠等不同，但都是现象上的差异，不是疾病的本质。如同为虚热，经量有过多，也有过少，由于病机相同，治疗原则也相同。常见虚寒、血热、虚热、气虚、血虚、肾虚、气郁、血瘀、痰湿等几种类型。各型的全身症状和舌脉等见证，与内科相同，并无特殊。至于各型的月经特征，虽有特点，也不是非常绝对的。因此，对月经失调必须从整体来看，全面地辨证，才能抓住其要害所在，如果只凭一、二见证就作出诊断，易致误差。类型的划分，只是一个粗略的归纳，可以几个类型同时并见，或先后出现，也可以转变为另一类型。所以，必须随时观察，全面而细致地辨证，才能掌握病变的主要实质。^[44]

2.1.3.2 辨寒热虚实 邹竺荫治疗月经不调，体会到寒热虚实的特点，先期或后期、量的多少、病程的长短、人的肥瘦，不能绝对作为寒热虚实的依据。如以先期为热，后期为寒而言，若其人脏腑亏损，冲任不固，月经多有先期而至；若内热血枯，经脉干涩，月经就会迟滞而行。如以经量的多少而言，若其人禀赋素盛，阳气有余，气盛则热，热则血不守而经量自然增多。反之禀赋不足则气自亏，气亏无以生血，血少脉络自亏，经量亦自减少。量多属寒属虚，量少为热为实，也并非绝对。至于病程的长短，人的肥瘦，又须知病有初病即虚，久病尚实，貌似丰健而内实虚，形虽羸瘦而正气实盛者，不可不察。寒热虚实分别有如下特点：寒证脉迟、腹冷、喜热畏寒；虚证脉弱、神差、唇淡，而腹痛喜按、口和、便泄或溏、小溲清长等又为寒证虚证所共有；热证内热心烦、唇焦口燥、畏热喜冷、脉数；实证脉实或滑，或虽沉迟，但必有力，而腹痛拒按、燥屎便硬，或黑，反易解，小溲黄赤，或利或不利等，又为热证实证所共有。^[45]

2.1.3.3 辨月经 通过对月经期量色质的了解、观测，有助于正确辨证。胥受天认为月经周期的变异与冲任经气失调有关；经量的多少与脏腑功能紊乱有关；经色的改变与气血虚实有关；经质的变异与寒热盛衰有关。强调月经不调的辨证，不仅需注意经期的变化，对经量、经色、经质的异常亦不能忽视。^[46]

2.1.3.4 复杂证候的辨析 临证常见虚实错杂，给辨识证候带来困难。为此，夏桂成著文总结复杂证候的辨析。临床复杂证候，一般是有两个以上的证型夹杂在一起，通过辨析，不仅要归纳出几个证型，而应分清主次、标本，以指导治疗。复杂证候不外乎三种情况。①妇科特征之间不一致者，应尽可能归纳相同的症状，找出与之不符的症状进行分析，以辨出主次。或通过对全身症状的分析，确定出主证型。②妇科特征与全身症状之间不一致者，往往需要从病程演变和以往治疗上分析，仍难以辨别者，可以通过试治的方法，观察其变化，从变化中判别主次。③妇科特征之间与全身症状上均不一致者，先解决妇科特征之间的不一致，再解决全身症状上的不一致，把妇科特征之间分析的初步意见与全身症状上所归纳出的证候属性联系起来，求同存异，然后结合月经史、病史、检查、检验、病程演变，以往治疗等，作全面分析。^[45]

2.1.3.5 辨证切勿固执 临床辨证宜灵活变通，忌按图索骥。郑长松根据临床经验认为，月经后期诚多血虚、血寒，但辨证不可固执拘泥。从临床实际来看，实证与热证也并非少见，特别是阴虚有热者尤多。每占就诊患者的十之三四，切不可经迟无热论之。临证务须详细询问病史，认真审察病机，再参合舌脉及兼症，作出正确的病情分析，以为立法遣药提供可靠的依据。^[47]

2.2 治则治法研究

2.2.1 治则研究

治则是治疗大法，治疗原则。因每位医生的知识结构、临床经验不同，往往难以整齐划一，治则的选择确立取决于临床医生的思维方法、思维模式。

2.2.1.1 调经以治肝为先 近代以来，不少妇科医生强调妇人以肝为先天，故调经多以肝为重、为中心，进行治疗。如杨志一在《妇科经验良方·调经总论》曰：“肝郁经病者，疏肝理气以调之；瘀阻经病者，疏肝祛瘀以调之；血虚经病者，养血柔肝以调之；神经衰弱者，治以温补奇经；脾虚不运者，治以扶土抑木；肾水不足者，治以滋水涵木”。唐吉父、班秀文等都曾强调从肝治疗妇人月经不调。

2.2.1.2 调经应除因治本 治疗疾病，应抓住其致病原因，从根本治疗，求因治本，方能手到病除，调经亦然。王耀廷强调，月经不调若由脾虚引起者，则健脾益气即是调经；如因血热妄行者，则清热凉血亦是调经。因此，消除病因，求本论治，调整阴阳平衡，恢复机体生理功能，是调经的根本原则。^[48]

2.2.1.3 调经宜采用重点疗法 朱小南、陈大年认为中医诊疗法则，是从整体看问题的，对任何病的诊察，都重视它的内因和外因，在治疗上多半是采用重点疗法。由内因造成的月经不调，治疗重点在调治七情，如疏肝行气等；由外因造成的月经不调，治疗重点应先解除六淫，如祛风散寒等。^[49]

2.2.1.4 调理气血固冲任以治本 罗逸兰著文介绍了治疗月经病，重在调理气血固冲任以治本。临证时，除确立调理冲任之外，多重理气、扶脾、补肾等法，使气血旺盛，冲任充沛，则可达到治病调经，或调经治病之效。理气方面在于通调气机，以开郁行气为主，但不宜过用香燥之剂，以免耗伤气血；扶脾着重益血之源，不宜用甘润或辛温，以免损伤脾阳脾阴；补肾在于益先天之真水，以填精补血为主，但又须配合温阳之品，使阴阳

充盛，精血俱旺，则月经自可调治矣。^[49]

2.2.1.5 调经重视整体观 魏宏楷著文谈调经的大法，其认为：月经失调同样是与脏腑、气血、经络的病理变化有关。因此在治疗上，必须通过药物的性味消除引起病理改变的各种因素，调整及恢复全身的机体功能。强调治疗月经失调要从整体出发，更不可忽视机体所产生的不易注意的其它症状，而这些症状却往往又是导致月经失调的主要原因，所谓“先病而后经不调者，治其病而经自调”。^[50]

2.2.1.6 调经以治脏腑为先 刘奉五认为冲任不能独行经，治疗月经病应从脏腑着手。营卫、气血、津液依靠脏腑通过十二正经，才能运送到奇经八脉，冲任必须依附脏腑才能作用于胞宫而行经。若脏腑发生病变时，往往通过正经而累及奇经，冲任二脉损伤亦多责之于脏腑功能失常，或气血失调，因此治疗时，必须以治脏腑为先。^[51]

2.2.1.7 择时调治 月经行止有时间性，故月经不调的治疗用药，应顺应气血藏泻之势，因势利导，不可逆势冒进，以免乱上加乱，而迁延日久不愈。择时包括两个方面，一是各病证用药选择月经的不同时间开始治疗；二是随月经周期不同时期选用不同的治疗法则。

戚广崇总结老中医择时调经的经验，认为择时调经只要辨证无差，虽用药不多，用时不长，仍疗效卓著。介绍月经先期，宜在先期之前服药，一般连服5剂，大多可望经来准期；月经延期以早治为好，延期一周以上应随即服药，至经行即止；经来量多无器质性病变者，可在经前一周服药，但在经行时经量多的一、二天应暂停药一、二天，不然反激其怒；经来量少，平时针对体质用药，在经前3日，在辨证的基础上，适当加入通经之品，因势利导；经量时多时少，常伴有淋漓不净或经行不畅，应随即服药，俟经净3日以后停药，下次月经来3日以后再行服药，可望巩固。^[52]王辉萍介绍调经必须掌握时机，何时用药，应辨证后分别对待，灵活掌握。气滞者应在经前，即在症状刚出现，或将出现时用药，使肝气条达，气血畅通，临经时症状减缓，在下次经前再给药，如此数次，治愈可以指日；血瘀者应在经行早期或经前一天给予活血调经药，见经行不畅，腹痛甚，多瘀块时，加重化瘀通经药，过早用药易致经量过多；虚证适合于平时服药，调整机体，提高体质，偶于经期前后服药一、二剂，药力不够，但平时服药，中间应有间歇，以保护胃气，不致影响食欲。^[44]

汤淑良等介绍姚寓晨运用时空观治疗妇科病经验，经前疏达为务，经期调畅为法，经后慎养为则，经间通补为要，再参合脉证化裁出入。^[53]王隽田著文总结月经不调的最佳治疗阶段是经间期，辨证参考阶段是行经期和经后期。经前期临近行经期，根据月经周期的时间概念特点有利于创造“重阳”的条件，在重阳的条件下，佐以活血通经，又能促使阳极转阴，有利于阳衰期的出现。月经的来潮，为下一个月经周期各阶段阴血、阳气的发展变化奠定基础，有利于月经周期的调整和恢复。^[54]罗元恺、夏桂成、黄惠卿等都介绍过根据月经周期中不同时象阴阳盛衰的变化规律，因势利导治疗月经不调的经验。

2.2.2 治法研究

治法是针对每一证候，所采用的治疗方法。

2.2.2.1 调肝 肝藏血，肝肾同源，肝与女性的生理活动密切相关，女性月经不调大多亦与肝经病变互为因果。故叶天士总结“女子以肝为先天”。此说在临床上，被众多

的医家所接受。唐吉父认为肝体阴而用阳，体阴者指其藏血的生理特点，用阳者指其病理表现。这与女子以血为根本，二者相互影响，互为因果。此时治疗当从肝着手，扣住调肝补血为要。肝气郁结者，急食辛以散之，以理其用，使肝气得以疏泄，用柴胡、薄荷之类使之条达。此为顺肝之性的治法，顺其性者谓之补。肝经阴血不足者，急食酸以泻之，以养其体，用当归、白芍、女贞、旱莲之类使之滋润柔和，此逆肝之性的治法，逆其性是谓泻，实则补也。^[55]

刘云鹏著文介绍妇科常用调肝十一法，其中疏肝清火法、调补肝肾法，可用于月经先期量多、月经过多。疏肝扶脾法、疏肝活血法、温肝通络法、养血舒肝法可用于月经后期。刘老认为妇科疾病由肝病所致者，在临床上最多，特别是月经疾患，往往由肝郁所引起，故欲求调经，必当行气，而欲求行气，则必须以疏肝为先。在临症中所遇肝气郁结者最多，病多属实，因此疏肝开郁法尤为常用。若因肝血不足而致病者，则多属虚，其治宜补宜温，故治疗上采用养血调肝法。^[56]

赵景芳著文认为，月经失调与肝的疏泄机能失常有关。气滞血瘀，血海不能按时盈溢，则后期量少，宜养血疏肝，理气活血治之；如疏泄太过，肝郁化火，迫血妄行则先期，宜清肝解郁，常用丹栀逍遥散加生地、女贞子、旱莲草以滋阴调肝；如出血量多往往加牡蛎、生龙骨以养阴清热，固涩冲任。此外，绿萼梅、合欢皮、香橼皮等常用之有解郁之功，却无伤阴之弊。总结疏肝用药宜注意以下5点：①以柔和为贵，月经不调兼有精神抑郁、胸胁满闷、乳房胀痛等症，常用柴胡、香附、川楝子、乌药、延胡索、郁金、合欢皮、苏梗、橘叶、佛手、玫瑰花、绿萼梅、白蒺藜、青皮等疏肝调气。为避免行气太多，香燥耗散阴血的弊端，故可适当加入养肝之味，如归、芍等，使肝体得养，肝气得舒。②佐以活血，在妇科领域内，气滞兼血瘀者十分常见，故疏肝之中适量的加活血化瘀之品，如桃仁、红花、丹参等常可加强疗效。③注意兼症，肝郁气滞出现口干苦、苔薄黄，脉带数，加入清肝之丹皮、山栀、黄芩、白薇等；肝郁挟寒，见少腹冷痛，苔白脉弦紧等则加乌药、小茴香、桂枝等散寒；肝阴血不足，肝气失疏之月经量少，可于养血柔肝中佐以香附、川楝子、柴胡等。④疏肝当扶脾，脾主运化，可以散精于肝。对肝强脾弱者应扶土抑木，在疏肝之中加入少量的白术、茯苓、党参、扁豆，从肝治脾。⑤勿忘先天之本，肝肾同源，肝之疏泄条达，依赖于肾阴的滋养，故临床上滋水涵木亦为疏肝之大法。^[57]

2.2.2.2 补肾 月经及生殖功能的维持依赖于肾。月经生理以脏腑功能正常、气血调合为基础，更以肾气充盛，天癸泌至，任通冲盛，胞宫成熟为其轴心。肾作为天癸之源，冲任之本，维系胞宫，主导月经，故临床医生往往从肾论治月经不调。

王华秀认为肾虚为月经病之本，调经重在补肾。将肾虚规范为肾气虚、肾阴虚、肾阳虚、肾阴阳俱虚，分别予以补益肾气、滋肾益阴、温肾助阳、滋阴助阳补肾固冲。同时强调，补肾宜阴阳互补，精可化血，血可生精，当注意选用阿胶、龟甲胶、鹿角胶、紫河车等血肉之品填补精血。又因冲任损伤有寒、热、虚、瘀之别，出血日久，会程度不等地兼有气血、阴阳或他脏的虚损以及虚而夹瘀或复感邪毒等病理变化。本着急则治其标、缓则治其本的原则，灵活立法遣方用药。但不论经病的始末及其传变病机如何，应根据肾虚为经病之本，把握调经重在补肾的治疗大法，使月经成为有规律的、周期性的子宫出血。^[58]

冀绪曾总结其诊治月经不调的八法：滋养肾阴法，用于阴虚血热型；温补肾阳法，用

于肾阳虚型；补益肾气法，用于肾气虚型；养肝滋肾法，用于肝肾不足型；清热滋肾法，用于冲任伏热型；活血益肾法，用于冲任瘀阻型；健脾助肾法，用于脾肾两虚型；益气固肾法，用于冲任失固型。认为月经失调原因颇多，治法各殊，但首先应在整体观点的基础上，进行辨证，掌握病机，论治时庶不失之于偏。其次，先天肾气不足及奇经为病，养肾气而益奇经；后天脾胃失调者，调脾和胃，资化源以统血；肝气不舒，藏疏失常者，宣通气机，使之舒畅条达，则月经自无不调之理。此认识较客观，无偏激之见，符合目前临床实际。^[59]

罗元恺临床重视应用补肾法治疗月经不调等妇产科疾病。认为临床辨证虽有寒、热、虚、实之分，但因肝肾亏损而影响冲任失调，常为月经不调的重要因素，推荐使用《景岳全书》、《傅青主女科》中逍遥饮、保阴煎、定经汤等方剂调补肾阴肾阳，调理肝肾。治疗月经过多，反复发作者，采用滋肾固气涩血法，以二稔汤（岗稔根、地稔根、续断、制首乌、熟地、阿胶、桑寄生、党参、土炒白术、赤石脂、炙甘草）加减运用，往往取得满意的疗效。经量过少，从肾阴不足，冲任不盛，血海不充着手，治法宜补益肾阴以资其源，兼用活血补血之品以畅其流，可用左归饮合四物汤加减化裁，如加入黄精、怀牛膝、丹参等效果尤好。^[60]

2.2.2.3 补脾 宋莉莉报道，临床以调理脾胃功能为主，治疗妇科疾病，收到满意疗效。其中月经不调各症属脾气虚弱，甚则下陷所致的月经先期量多，或后期量少，采用补脾升阳法，方用补中益气汤、归脾汤等；脾虚血亏所致的月经后期量少、经色淡、质稀，采用健脾养血法，方用八珍汤、圣愈汤；脾虚不能摄血所致的月经过多采用益气摄血法，方用归脾汤、固本止崩汤；若出血过多欲脱，可急投独参汤补气固脱；脾失健运，水湿停滞中州所致的月经后期量少，采用健脾利湿法，方用参苓白术散、全生白术散等；肝郁或肝郁化热的月经先期量多采用健脾调肝法，主方丹栀逍遥散；思虑伤脾或心气郁结致心脾血虚的月经后期量少，采用健脾养心法，方用归脾汤。^[61]

2.2.2.4 补心 心为君主之官，主五脏六腑，心病可影响月经的通调。张宽智著文认为：五脏六腑的功能，必在心的主导下才能相互协调，相互为用，维持机体整体性，月经才能按时而行。其在临床中，对心病月经不调，根据临床见证的不同，分别予以益心养血、补心温阳、益心开郁、养心宁神、清心滋水、益心活血、益气健脾、益心补肺等治法。^[62]

2.2.2.5 调理气血 气血失调是导致月经不调的重要病机之一。因此，调和气血亦是治疗月经不调的主要治疗方法。气血失调的病理变化，在每一患者身上可分别以气病为主，或以血病为主，治疗时应各有所侧重。周月芬曾总结调和气血治疗月经病的理论、经验。以气病为主者，有气虚、气郁等。气虚不能摄血则血溢，可致经行先期、月经过多等，治以补气升阳为主，补气以摄血；气郁则气之运行障碍而失去行血之用，可致经行后期、经行先后无定期等，气郁常与肝有密切关系，肝藏血，主疏泄，喜条达，因忧郁愤怒而肝气郁结，气病而及血，治以开郁行气为主，佐以和血。以血病为主者，有血虚、血瘀、血热、血寒等。血虚可致经行后期、月经过少等，治以补血养血为主，由于有形之血生于无形之气，故佐以补气，以裕生血之源；血瘀可致月经过少，治以活血祛瘀为主，由于血凝往往气亦滞，故常佐以理气；血热可致经行先期、月经过多，治以凉血清热为主，

佐以舒气；血寒可致经行后期，治以温经散寒为主，由于寒邪在里，必伤于气，故佐以补气，使气旺则邪易去而血易行。^[63]陈大年介绍陈筱宝的学术经验，认为前人治疗妇人疾病首重血分的治疗原则是正确的，但是滋血宜取流畅，行瘀宜取和化，顺气应取疏达，清不可寒凉，温不宜辛燥。^[64]诚经验之谈，临证不应忽略，应加以重视。

2.2.2.6 熄风调经 马志从风论治月经病。血虚风动月经过多、经期延长，养血重镇熄风；阴虚风起经行先期、月经量多，滋阴重镇熄风；热极生风经期延长、淋漓难净，凉血潜镇熄风。其指导思想任何病情都有轻重之别，就其风动而言，痉挛抽搐，振掉眩晕，游走不定是风无疑。然风动之始，病情之轻则未必有以上明显之征，如此时嘱病人闭目合睑，则睑抖不宁，平举双手则颤动不安，亦是风之象也，此时血海虽无狂飙，然亦有微风吹拂，风动虽轻，亦可逐波血海，流行散溢，则病为月经不调。故在诊治之时，应在辨证治本基础上，酌加重镇潜纳熄风之品，如石决明、钩藤、生龙骨、生牡蛎、代赭石、荆芥炭等。药味虽少，药量虽轻，往往收事半功倍之效。^[65]

2.2.2.7 清热利湿 周灿等曾介绍从湿治疗妇科病，总结认为：湿热作为人体的一个重要致病因素，由于其本身的性质与特点，往往重浊而壅郁于体内，流注于下焦，导致月经不调等妇科诸疾，常缠绵难愈，故在临证治疗时，清热利湿法不失为其重要的治疗方法之一，有热者当清、当泻，有湿者当利、当化、当燥。治疗时重在清理湿热，以茵陈蒿汤合黄连解毒汤加减为主，湿热去则病自愈。一般采用健脾、利湿、清热之法，紧紧抓住与冲、任二脉有关的肝脾肾三脏，针对湿邪、热毒、痰浊进行施治。在清热利湿药中常常加入地骨皮、滑石。因地骨皮清热滋阴，可去胞中之火；滑石滑中有收，利湿清热而不伤正，可除中下焦之湿热，配伍合理，效果显著。另外，清热利湿药乃大苦大寒之品，性较猛烈，易耗正气，应用时一定要把握病情，勿使太过。^[66]

2.2.2.8 安冲 胥京生总结其父胥受天治疗月经不调的经验，强调治疗须注意妇人的生理特点，根据具体情况辨证施治。其调治月经似是治血而非治血，通过调理冲任和脏腑功能而达到恢复正常月经之目的。根据多年临床经验总结出补肾安冲、疏肝安冲、凉血安冲、湿阳安冲、扶脾安冲、通瘀安冲六法。纵观胥氏父子之经验，虽有安冲之名，实无安冲之特异方药，仍是调治肝脾肾及气血而已。^[66]

2.2.2.9 中周调经法的研究 中周调经法是采用中药方剂随月经周期各阶段分别施治的一种新的治疗方法。

我国的中西医工作者，自20世纪60年代开始，共同协作研究，从实践中摸索出以补肾为主的法则，模仿妇女月经周期的生理改变而于不同阶段选用不同的方药，以调整“肾-天癸-冲任-胞宫”之间机转的平衡，而达到调整恢复正常月经的目的。江西省妇女保健院于1963年开始中西医结合以补肾为主的中药人工周期疗法治疗卵巢功能低下或子宫发育不全的不孕症。临床根据患者在月经周期不同时期的症状、体征，辨证应用中周Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ号。其适应证包括：①由于卵巢功能不足引起的月经不调、闭经、月经过少者；②无排卵月经或子宫发育不全的不孕症；③多囊性卵巢；④功能性子宫出血，血止后调整月经周期。^[67]

龚德恩报道，根据中医对于月经产生机制的认识，即肾气、天癸、冲任的关系，相当于垂体、卵巢、宫内膜的相互制约关系，运用中药主要是调整肾气、天癸、冲任的功能，使脑垂体分泌向生殖腺激素，卵巢卵泡成熟并进行排卵，宫内膜在卵巢激素作用下每日发

生内膜脱落(月经)等改变,以中西药物纠正紊乱的月经后,根据月经不同阶段分别用药物方法建立正常的月经周期。将月经周期划分为3个阶段,月经周期初期(月经干净后第1天)开始服补肾养血汤(向性腺激素汤)5剂(党参、紫河车、菟丝子、肉苁蓉、全当归、熟地、山药、女贞子)。此方具有兴奋神经内分泌功能,促进卵巢和子宫发育及卵泡的成熟。月经周期中间阶段(月经干净后第12天)开始服理气活血汤4剂(丹参、赤芍、桃仁、当归、菟丝子、牛膝、茺蔚子)。此方具有疏通血液循环,扩张血管,消散瘀肿,促进成熟的卵泡破裂,达到排卵作用。月经周期后阶段(月经干净后第22天),开始服温经活血汤4剂(党参、吴茱萸、桂枝、丹参、赤芍、茯苓、麦冬、川芎、白术)。此方具有温经散寒,养血祛瘀,增强全身及子宫肌肉血液循环,使子宫内膜充血,促进内膜破溃脱落,产生月经。临床治疗50例月经失调,一般治疗2个疗程,大部分病人都能恢复正常月经周期。^[68]80年代初,江西医学院妇产科报道,于月经第5天开始按序服用促卵泡汤7剂、排卵汤5剂、促黄体汤7剂、调经活血汤5剂,治疗排卵功能失调,取得了较理想的疗效。^[69]此后,中药人工周期治疗月经不调的方药渐趋统一,这一方法亦被中医妇科医生所接受,如孙宁铨教授曾以调整月经周期的中医治则为题,论述中药人工周期治疗的机理及方药。^[70]

2.3 治疗的研究

2.3.1 辨证治疗

辨证用药是现代中医的特色,陈大年1961年对在妇科学普查中发现的月经病患者,根据辨证结果,不按病种而按证型分别治疗,凡气虚、血虚者予以代参膏(阿胶、艾叶、香附、丹参、饴糖);痰湿证用二术丸(苍术、白术、生姜、大枣);气虚痰湿重,则代参膏与二术丸合用;血瘀证用归兰丸(牛膝、丹参、香附、泽兰、红花、当归、川芎);气滞用加味乌药片(乌药、砂仁、木香、延胡索、香附、吴茱萸、川芎、白芍、生姜、炙甘草、桂心、当归)。症状不显著,难以辨证分型者,一概予以香草糖浆,疗效尚满意。陈大年总结认为:自来调经所用方药,不离四物汤等,益气补血必用参芪地归,但此次治疗所拟定的5个方,所选用的药物,除当归一味外(用量也很微),其他如参、术等均不用,经过为时仅3周的治疗,疗效亦很满意。可见用药贵在精,贵在针对病因症情,不应拘于调经必用四物,补益务需参芪之说。以往习用汤方,此次发现丸膏效果不逊于汤剂,并且服用方便,极受患者欢迎。^[71]王文锦曾报道辨治月经失调,辨证为脾肾阳虚者症见月经后期、经量偏少、临经便溏次多、少腹冷感,治以补益脾肾,方用四君子汤合右归丸加减;肝肾阴虚者症见月经先期、量多,经前乳胀、头晕腰酸,治以滋补肝肾,方用左归丸加减;肝郁气滞,湿热内蕴者,症见月经先后不定期、经量多少不一,经行腹痛,伴块,经前乳胀,带多色黄,治以疏肝理气,清热化湿,方用柴胡疏肝散加减;气血瘀阻,癥瘕结聚者,症见月经先后无定期、经量多、伴血块,腹痛有下坠感,治以理气化瘀为主,方用少腹逐瘀汤加减。总有效率达94.5%。^[72]

2.3.2 老中医经验

老中医是中医队伍的精英,临证大半生的经验、心悟,足以启迪来者,有必要加以总结,发扬光大中医学术,造福人民。陈大年曾介绍陈筱宝诊治妇科疾病经验,其中调经主要有2个方面。①病人以元气为本,凡人有病,元气不损,虽重可治,元气既伤,虽轻难愈。病之可以缓和调治者,不宜因于急切图功而轻投峻厉之药以戕正;病之必须攻泻取

效者，亦宜寓补于攻，配合补益之品以扶正；总以不损伤元气为主，维护元气为先。以调经为例，月事之失调，乃由于七情郁结，六淫外烁，导致冲任为病，而使经行失序，治法多主用疏调气机。认为“峻药虽取快一时，虽当时获效，而元气暗损，祸患潜伏”。保存元气之充沛，人体自能调节却病。②妇科以调治血分为主要，但是滋血宜取流畅，行瘀宜取和化，顺气应取疏达，清不可寒凉，温不宜辛燥。^[64]

朱小南介绍从肝治疗月经不调。受精神刺激，肝郁气乱，气血不能舒畅，影响冲任，症见经水忽前忽后，经量时多时少，色时红时淡，情绪不佳，胸胁闷胀，食欲不振，舌质红苔白，脉象细弦，乃肝郁血虚，脾运失健，治当疏泄气郁，养血健脾，宜《太平惠民和剂局方》逍遥散加合欢皮、绿萼梅等。方中以柴胡清芬流动之品以疏气郁；归、芍补肝体，苓、术健脾，煨姜、薄荷同用，辛凉配以辛温，泄木健脾而不伤胃；甘草培土和中。若气郁而化热，潮热心烦，经水超前，舌红苔黄者，则用上方加丹皮、焦栀以清泄郁热。^[73]

王震诒曾介绍王芹生的妇科诊治经验。①调和气血，略偏于治气。认为治妇人病，固应首重血分，然血为气之配，气分若有寒热升降、凝滞清浊的变化，则血莫不随之而异。故论治当以调和气血为先。气血平，然后才能脏腑和，经脉通，冲任盛，病患除。用药气血兼顾而略偏于治气；虽血病，必佐气分药。②重视舒肝理气，不忘养育肝阴。妇人之病，每多始于七情之气郁结，郁则气滞，气滞则血瘀，郁久又可化火，况肝肾悉具相火，且与冲任相关连，故治疗中必须重视疏肝之郁，育肝之阴。疏肝理气常用药物有左金丸、越鞠丸、金铃子散、白芍、香附、绿梅花、九香虫、八月札等。认为柴胡善升阳气，应宗傅青主之旨，小量而慎用。在平肝潜阳方面，主要是补肝肾阴而佐以潜阳，常用药物如六味地黄丸、熟地、龟甲、鳖甲、生石决明、生牡蛎等。③健脾养血。血之生化在脾胃，七情内损，六淫外侵，饮食劳倦，都可导致脾胃亏损，生化之源减弱，冲任失养，而诸恙踵至。如脾伤则食减饥瘦，脾失统血之司，月经不调，故治妇人病，应重视健脾养血。健脾药以补气之参、术为主，此乃无形之气生有形之血之意。所谓阳生阴长是也。然大补脾胃，必须审慎，应先察其胃气，并注意有无气郁、血滞、湿阻或食滞之象。这些现象应先予调理，否则妄用大补，反成坏病。④标本兼顾。治病法则虽以根本为主，然治标之品亦不可少。因妇科疾病以久病为多见，且病情多复杂，用药非一、二剂即能显效，故立方必须面面顾到，如能配合得宜，择要中的，并非必须重剂方能奏功，轻亦可去实。^[74]

2.3.3 用药经验

妇科用药有其特殊性，调经又以理气血药为先。朱小南总结妇科最常用的芳香行气药是香附、郁金、合欢皮。香附辛香浓郁，以解郁行气见长；气郁则血滞，郁金功擅行气兼能活血；合欢皮则擅长解郁宁神。此外，行气兼健脾者有绿萼梅、香橼皮、佛手、枸橘李、厚朴花等；行气兼消胀散结的有枳实、枳壳；健脾悦胃的有砂仁、豆蔻壳；兼整肠止痛的有木香；疏通肝经郁滞，解除乳部结块胀痛的有橘叶、橘核、咪噜子、路路通；解胸结、止水泻有薤白头；降气解郁有沉香、降香；兼能泄热的有柴胡、野蔷薇；兼能止泻敛经的有玫瑰花；兼能通便通经的有月季花，用量以1.5~3g为妥，超过3g能引起腹痛使瘡。^[75]

陈大年曾介绍陈筱宝八制香附调经的经验。在妇科以调肝为主的原则下，以香附为君，畅肝之郁，疏肝之气，但嫌其辛燥，先用米泔浸以制其燥，亦藉谷气以入胃；次用酒炒，冀周行一身，通行三焦；三用醋炒，以引入厥阴肝经；四用童便浸，藉童便之咸寒以

下行，五用杜仲炒，使达下元腰膝。经过五制之后，分作3份，一份用红花汁拌以行血；另一份用川连汁炒以清热；还有一份用半夏汁炒以豁痰。这样经过八制，对于调整气血、祛除痰湿，各方面兼筹并顾，有助于气机血液之调畅，而湿痰邪浊之积结自去，用于调经最合病机。^[64]

姚五达用药有独到之处，认为佩兰叶走气分，泽兰叶走血分，两药配合则药效独特，既和血又调气。常用二药与香附合用治疗月经失调，疗效甚好，病人服药后感觉非常舒服。在治疗血虚所致的月经失调时用白芍、当归、阿胶等补血药的同时，加上佩兰与泽兰，能防止滋腻，祛湿而活血，共达养血调经之作用。因血瘀而致经水不行者，用益母草、苏木等活血调经药的同时，仍选用佩兰、泽兰，共奏活血通经的作用。^[75]

朱南荪临床善用药对组方，其中用于月经不调的主要有：党参——黄芪，益气健脾，升阳举陷；脾虚失统，中气下陷所致的经行过多等为首选之品。参芪相伍，可鼓舞中气，改善黄体功能，每配合温肾助阳药物使用。对基础体温爬行上升，或黄体期短于12天者临床疗效显著。熟地——白芍，静守纯养，肝肾平补。肝肾阴虚所致的经行后期、月经量少为必用之品。生地——熟地，生地滋阴凉血，熟地补血滋阴，用于肝肾素虚、阴血不足之月经过少等。生地——白芍，酸甘化阴、滋养阴血，又可滋水涵木，平抑肝阳，适用于阴血不足，虚火灼络之排卵期出血，或肾虚肝旺之经行先期、经量过多等。女贞子——旱莲草，滋阴凉血要药，用于肝肾阴虚所致的经行先期、经事淋漓等。熟军炭——炮姜炭，熟军炭推陈致新、引血归经；炮姜炭去恶生新、温经止血。两者相伍，行中有止，攻补兼施，用于瘀滞内阻之月经过多等。^[76]

李衡友总结推荐调经用药主要有：

补血类：当归 阿胶 熟地

理气类：香附 乌药 木香 小茴香 陈皮 青皮

温经类：桂枝 吴茱萸 附子

凉血类：生地 赤芍 丹皮 栀子

逐瘀类：益母草 泽兰 桃仁 红花 琥珀 大黄

止血类：艾叶 侧柏叶 仙鹤草 蒲黄炭 荆芥炭 干姜炭

镇痛类：延胡索 五灵脂

滋养类：党参 杜仲 女贞子 桑椹子 柏子仁 枣仁

强壮类：鹿茸 黄芪 巴戟天 补骨脂^[1]

2.3.4 月经不调各证的治疗

2.3.4.1 月经先期 王云凯总结月经先期的治疗，贵在和血调经。而和血调经之法，又应随证变通。如实热者清热凉血；虚热者凉血养阴；肝郁者疏肝解郁；血瘀者活血化瘀；气虚者补气摄血；痰湿者化痰理气。凡此种种，皆属和血之法，气血冲和，则经候如常。临证可以四物汤为主囊治先期诸证。实热者酌减归、芍之量，以防辛温动血；并以生地易熟地，加黄柏、知母、丹皮诸药，取其凉血清热。虚热者宜加生地、玄参、地骨皮、阿胶等，意在凉血滋阴，阴血充旺，火熟自平。若肝郁之证，可伍柴胡、橘叶、茯苓、白术舒肝解郁，培土疏木。如因瘀血阻滞，当伍桃仁、泽兰、红花、香附、丹参活血行气，当瘀血一去，血自归经。若属气虚为患，可去川芎行血动血之品，酌加党参、黄芪、山

药、白术等补气摄血，血有统驭，经水必守信而行。至于痰湿先期，宜加苍术、天南星、白术、茯苓、香附等理气化痰之品，去地、芍阴柔滋腻之药。强调在治疗中须注意清热不可过用苦寒，以免戕伐生气；滋阴不可过于阴柔滋腻，以免滞气碍血；理气不用破气之品，以防损伤正气；化痰不用攻破之药，以防伤血动血；气虚者补气虽属正治，但用药不宜过于收涩，以防壅气滞血；痰湿者燥湿虽属对症治法，当避刚燥太过，以免助热动血，变生他证。^[7]

王秋月报道，以《傅青主女科》两地汤加减治疗阴虚血热型月经先期，若午后及夜间潮热、颧红、手足心热等症明显的，应加白薇、鳖甲、丹皮等以增加滋阴清虚热的作用，若见肾阴亏虚腰酸的宜加桑寄生、菟丝子、杞子等以补肾强腰，若挟有经行腹痛的加金铃子散以理气行血止痛；若有纳食减退的可加红楂肉、炒谷麦芽、怀山药，以健运脾胃；若出血量偏多的可加子芩炭、茜草炭、黑蒲黄等以凉血收敛止血；若夜寐欠佳的加夜交藤、合欢皮以安神，方中麦冬可用朱砂拌炒。气血可分不可离，关系最为密切，故可加制香附、台乌药等以理气调经，益母草、月季花以活血调经，祛瘀生新。因阴血亏虚，应在经后适当服用些养血滋阴之品，以巩固疗效。应用此方，要嘱病人必须坚持服药至3个周期，并且第二次服药最好在经行前。这样，不但可以推迟早来，且等其来时中药已经生效。第二次诊时，最好仍以此方为主，治疗2~3周期，平时可以不服药，或用些补血养阴之品，能增加其效果。^[78]

王大增等总结陈大年的经验，治疗月经先期有清热调经和养营平肝正经之别。用生地、黄柏、丹皮、秦艽、青蒿梗以养营清热；用柴胡、山栀、白芍、香附等以平肝正经。然先期往往与月经过多并见，因而食加用墨旱莲、炒荆芥、乌贼骨等调经止血。^[4]

李聪甫认为月经先期多属热。若色淡质稀者属虚，量少者尤虚。色黯质稠者属实，色紫夹块者为血瘀有热。其治以理气、养血、凉血为大法，方用四物汤为主。血虚有热者，重用当归，加牡丹皮、炒山栀、制香附、益母草，方中生地、白芍均须酒炒；兼有腹痛者加延胡索、醋炒五灵脂。瘀实有热者，重用芍药，加制香附、泽兰叶、牡丹皮、益母草、川续断、炒蒲黄。^[79]

2.3.4.2 月经后期 李德新等著文认为月经后期发病原因多由血寒、血虚，或气滞血瘀所致，临证以金匱温经汤治疗。方中吴茱萸、桂枝、生姜温经散寒，以通血脉；当归、川芎另加益母草以活血祛瘀，养血调经；阿胶、白芍、麦冬滋补阴血；丹皮可助桂枝、川芎祛瘀通经之力；党参、半夏、大枣益气和胃；甘草调和诸药，诸药合用，共奏温通经脉，祛瘀养血作用。行经腹痛加苏木、制没药、益母草；暖气、腹胀、乳房胀疼者加青皮、橘叶、全瓜蒌；腰痛加杜仲、川断；白带多者加白扁豆、车前子、龙骨、牡蛎等。一般在月经过后2周左右开始服药，每日1剂，连服3~4剂，效果最好。^[80]

郑长松治疗月经后期以通补兼施，重脾肾为特色。临床主张凡属月经后期者，无论有无肾虚或脾虚见证，一般多在处方中加入或多或少的健脾益肾药，特别是益肾药物更为必用。认为阴血下行，必赖肾阳鼓动，加入益肾气之品，脾气之阳盛以动血，每可明显提高疗效。常选健脾药物有四君、山药、陈皮等；常用益肾药物有菟丝子、巴戟天、炒杜仲、川断、肉桂等。随其病机与兼证而变化出入。月经后期虽有血虚、阳虚、阴虚、寒凝、气滞、痰阻等证型的不同，但均以经行错后为症结，欲使月经按期而下，配以补血之

剂以充经脉，伍入活血之品以通脉隧，可以缩短疗程，提高疗效。对虚者以补为主，佐以通脉；滞者以通为主，辅以养血。通剂多选益母草、桃仁、红花、四物汤、牛膝等。补药常用当归、白芍、首乌、熟地等。^[47]

李聪甫认为月经后期多属寒，每兼少腹疼痛而喜温。若色淡质稀量少，且腹痛喜按者属虚寒。色赤质稠量多，且腹痛拒按者属寒实。其治以理气、养血、温经为大法，方用四物汤为主。血虚有寒者，去生地，加炮吴茱萸、广木香；如果仍不奏效，可酌加苏方木、制香附、破桃仁；少腹疼痛者，再加炮干姜、上肉桂、法半夏。血实有寒者，去生地，重用当归、酒炒白芍、川芎，加制香附、炮吴茱萸、益母草、延胡索、泽兰叶之类。^[79]

夏桂成介绍月经后期量多，辨证分为3型。瘀热者经血色紫红，有较大血块，小腹胀痛，头昏，胸闷烦躁，乳房胀痛，夜寐不熟，舌边有紫点，苔薄黄，脉细弦带数。治以活血化瘀，清肝解郁，方选加味失笑散合越鞠丸，药如当归、赤芍、制香附、五灵脂、制苍术、丹皮、山楂、绿萼梅、益母草等。如出血甚多者，还应加大小蓟、贯众炭等止血之品。寒瘀者经血色红，有血块较大，或伴腐肉样血块，小腹疼痛觉冷，周身关节酸痛。或见小腹冰冷，腰酸如折，胸闷烦躁，乳房胀痛，舌质红，苔薄白，脉细迟，治以益肾温经，调气化瘀，方用金匱温经汤合脱膜散，药如当归、赤芍、肉桂、吴茱萸、川芎、党参、丹皮、麦冬、五灵脂、莪术、制香附、川断等。如在经净之后，当着重补肾调肝。虚寒者经血色淡红，无血块，头昏腰酸，心悸寐差，神疲乏力，形体作寒，舌淡红，脉细弦或细迟，治当温补摄血，方选温经摄血汤，药如熟地、白芍、川芎、白术、炒柴胡、五味子、肉桂、续断等。如大便溏泄者，应去熟地，加炒黑姜、党参等。出血量甚多，应加艾叶炭、鹿角胶等温阳止血之品。^[3]

2.3.4.3 月经过多 月经过多，多见于生育年龄及绝经前期。患者有月经量的增多，或经期延长。一般来说，卵巢仍有排卵功能，有部分病例见于西医的子宫肥大症、子宫肌瘤、肌腺病等。中医治疗，主要为辨证用药，或以有效验方，随证加减治疗。

2.3.4.3.1 辨证论治 朱沛霖认为，月经过多大都是由于劳伤心脾，中气下陷，气不摄血，或受更年期的影响。临床根据患者证候特点酌情施治。①气不摄血者，大补气血，用归脾汤合四乌贼骨-芦茹丸法。下血过多加牛角鳃炭12g，冲任亏损，不能收摄，加醋淬紫石英12g，若须温脾阳，可加炮姜2.1g，须温奇经，可加鹿角霜9g。方中之参、芪可由9g加至15g或21g，视脾胃强弱之程度为进退。②气血两亏，而又久不受补的，先从四君子汤或一贯煎入手，立方总以稳步前进为要旨。气虚甚加党参，阴虚体质可用南北沙参；如肝肾精血不足者，可重加添补精血之品，如六味丸、左归饮，和滑氏补肝散等方。③经来时势如暴崩的，宜固涩药，否则容易造成经尽后不易复元。有形之血去之过多，则无形之气亦将随之而逝，当在适当的方剂中，参和炭类止血药为要。偏热者，加荆芥炭4.5g、炒条芩4.5g，偏寒者加艾炭2.4g；热甚者，可加入盐水炒知母、黄柏各3g。^[81]韩玲娣报道临床诊治的月经过多，包括行经时间不长，但出血量多，及行经时间长而出血量又多的2种情况，辨证血热型，清热凉血调经，玉女煎加减；湿热蕴蓄，清热调经，健脾利湿，完带汤加减；心脾两虚，补心脾养气血，归脾汤加减。^[82]上海医科大学妇科医院报道，在临床上发现月经过多患者皮下有瘀点、舌质偏紫色或瘀点，或血管脆性试验阳性等现象，在临床上用槐花、炒蒲黄、茜草、大小蓟等祛瘀止血药结合辨证，阴虚或气阴两虚

用药,共治疗月经过多125例,有效率达95.6%,且不影响排卵、妊娠功能。^[83]

2.3.4.3.2 临床验方 李祥云以加味龟鹿二仙胶治疗脾肾两亏型月经过多10例(其中功血3例,子宫肌瘤5例,放环后2例),均取得较满意效果。一般用药3~5帖后,经水均能自止。基本方:龟甲、鹿角粉(霜)、党参、杞子、阿胶、坎炁1条、百草霜、生地、黄芪。出血甚者加炒地榆、大蓟、小蓟、龙骨、牡蛎等;头昏剧者加女贞子、牡蛎;口干、内热者加黄柏、知母;腰酸甚者加桑寄生、川断;面目浮肿者加茯苓、萹草。本组病例,病程均较长,久治不愈。月经过多,久病失血愈甚,气血虚损,脾肾两亏,拟脾肾双补。对子宫肌瘤引起的出血,止血作用较好。对气血不足者应加重坎炁、阿胶、党参、黄芪的剂量。若肝肾不足,虚火上炎者,应加重龟甲、生地、坎炁的剂量。相火旺者,龟甲配生地之外,还应加知母、黄柏。阴虚重应重用龟甲,阳虚重应重用鹿角。^[84]

彭述宪治疗气不摄血月经过多42例,方用加味当归补血汤(生黄芪、当归、生地榆、黄芩炭、甘草),以黄芪大补脾肺之气,资营血化生之源,气足则能摄血归经;当归补血调经;生地榆既可清热凉血,又能收涩止血;黄芩炭清火止血;甘草清火养胃,共奏益气生血,清热止血之功。火甚加山栀、生地;肝火旺减黄芪,加柴胡、夏枯草;夹瘀血加田七;阴虚火旺加黄柏、生地、旱莲草;血多面白,舌淡苔白,去黄芩炭,地榆炒炭,加红参、煅龙牡;盆腔炎加蒲公英、冬瓜仁。服后流血大减,去地榆,加白芍、旱莲草养血益阴,临床治愈31例,好转7例,无效4例。^[85]

王峰等报道,认为月经过多以瘀血为患者亦不少见,依通因通用的法则,自拟活血固冲汤治疗而收效。一般于经前一日,或经来初期投药1~3剂,使瘀去新生,血循常道,冲任得固,则月事如常。药用当归、赤芍、生地炭、川芎、桃仁、红花、益母草、泽兰、枳壳。气血亏虚加黄芪、潞党、阿胶;气滞血瘀加青皮、香附;肾虚加川断、杜仲。适用于经量增多或经期延长,总量增加,经色紫黯有瘀块,舌质淡黯或紫黯,或有瘀点、瘀斑,脉涩。应用时以瘀阻冲任为辨证关键,且宜中病即止,不可久服。^[86]

陈晓霞以缩宫汤治疗子宫出血,其中月经过多30例。显效28例,有效2例。药物组成有重楼、益母草、炒枳壳、炒蒲黄、炒五灵脂、红花。另要随证加减,每日1剂水煎,早晚各服1次。总结认为该方以缩宫祛瘀改善子宫肌的收缩状况,促进内膜迅速剥脱,减少局部充血出血,从而达到生新止血的目的。用于炎症(血瘀、血热型)出血疗效较好,而用于功能失调性子宫出血则较差。^[87]

杨葆稚以肖承棕的缩宫宁丸治疗月经过多50例。药以益母草、枳壳、党参、黄芪、茜草等,制成小蜜丸,日服2次,在月经期服用。有益气缩宫、化瘀止血作用,阴道出血停止则停药,观察时间为3个月经周期。显效14例,有效30例,无效6例,总有效率88%。^[88]

以上及有关治疗月经过多的方药,大多以补益气血、止血调经为主。止血又结合临床辨证结果,或祛瘀,或理气,或疏肝,或健脾,或补肾,或清热,总以恢复阴阳气血和谐为旨。

2.3.4.4 经间期出血 自80年代以来,中医对经间期出血的治疗始见报道,大多医家遵中医辨证施治的原则进行治疗。

2.3.4.4.1 辨证治疗 陈兆政等总结经间期出血的病因,包括先天禀赋不足,或久病及肾,冲任交损,不能摄血;或情志不舒,郁怒伤肝,肝不藏血;或饥饱、劳倦、思虑伤脾,脾不统血;或病后元气大虚,不能收敛;亦有下焦虚热,迫血上行;或气滞血瘀,

血不归经。治疗分5种证型。①下焦虚寒，治宜温养下元，固摄冲任，右归饮化裁。②气虚下陷，宜扶正升阳，益气摄血，升阳举经汤加减。③肝肾阴虚，宜滋阴降火，调理冲任，两地汤合二至丸加减。④热扰血海，宜清热解毒，凉血固冲，茜根散化裁(茜草根、黄芩、黄柏、生地、侧柏叶、阿胶、甘草、大黄炭、地榆炭)。⑤气滞血瘀，宜疏肝解郁，理气活血，丹栀逍遥散合失笑散加减。^[89]

夏桂成介绍经间期出血治疗的经验，临证以阴虚多见，但要注意湿热与瘀滞的兼杂。阴虚者滋阴清热固冲，方用《傅青主女科》两地汤加减。阴虚火旺，烦热口干，下午升火，以知柏地黄汤加入二至丸。阴虚夹有湿热，以六味地黄汤加小蓟、侧柏叶、苡仁等。出血偏多者，应加入贯众炭、陈棕炭、炙龟甲、阿胶珠等止血之品，或用乌鸡白凤丸治之，亦有一定疗效。在调肝补肾方药中，如见腰酸明显者，要考虑在补阴方药中加川断、杜仲、菟丝子等助阳之品，以利于阴虚的恢复。湿热者清肝健脾，利湿止血，方用《傅青主女科》清肝止淋汤。如热偏重于湿，应加以四妙丸，一般可加侧柏、小蓟。肝肾阴虚夹湿热者，当以知柏地黄汤为合。瘀滞者调气化瘀止血，方用《傅青主女科》逐瘀止血汤。瘀血较轻者，用加味失笑散，即当归、赤芍、制香附、失笑散、益母草等。如苔白、少腹有冷感者，可加入艾叶、桂枝等治之。《金匱要略》桂枝茯苓丸可用。瘀滞常兼夹湿热，故在调气化瘀方中，要加入苍术、苡仁、败酱草、泽泻等药。^[90]

高谷音等将经间期出血辨为阴虚血热、气阴两虚、肝郁化热、湿热下注等证，在治疗中结合辨病，在辨证施治的基础上，加了淮山药、鹿角霜、菟丝子、川断、桑寄生、肉苁蓉等补肾养气药，从而收到了调经治本的卓效；结合月经周期调节学说，采用分期用药的调经方法是缩短治疗时间，提高疗效的有效措施。在经后期及排卵期重点用药，以期促使卵泡正常发育及排卵，维持一定的雌激素水平，防止期中出血。待基础体温升高之后，即在排卵后期及月经期则停药，或用丸剂巩固。^[91]

2.3.4.4.2 诊治精粹 王耀廷总结经间期出血是由于阴阳转变失调，生理上，月经经血泻出，胞宫空虚，此时一阴生，阴精渐充。经过月经后期，至月经间期，阴精盛极，重阴必阳，一阳初生，阳气内动，而为细缊动情之期；阳气渐隆，“重阳必阴”，“阳主动，阴主静”，阳极迫血外溢，月经来潮，即为月经期。一阴始生，又开始下一个月经周期。在整个月经周期中，月经间期与月经期，相当于一日之子时与午时，一月之朔与望，四时之冬至与夏至，是阴阳交替之际，人体阴阳气血活动剧烈之时。月经前期与月经后期，相当于一日之卯时与酉时，一月之上弦与下弦，一年之春分与秋分，为阴阳相对平衡之时。若某种原因引起经后期阴精不充，至经间期阴精不能盛极，经不起阳动之扰，“阴不胜其阳，则脉流薄疾”（《素问·生气通天论》），络破血溢，而致经间期出血，治疗则当于月经后期补肾之阴，使阴精于经间期达到盛极状态，以利于阴阳二气之正常转换，临床以六味地黄汤、两地汤之类为主方。若肾阴不足，而因湿热或瘀血内扰，至经间期阳气内动，宿邪随之，也可出现“阴不胜其阳，则脉流薄疾”而致出血。治宜清利湿热，或活血化瘀之剂，临床常用龙胆泻肝汤或《傅青主女科》利火汤。俾“火退水进，便成既济之卦矣”。^[92]

哈孝贤著文认为，经间出血有生理因素，亦有病理因素，前者为本，后者为标。就其生理因素而言，由于经间期正值经血初亏之后，阴不恋阳，冲任气盛，致使肾之阴阳暂失平衡，难趋稳定，倘具有素体阴虚火伏，或肝经郁热，或湿热内蕴等病理因素者，一属此

际，易致两阳相合，迫扰血海，激动脉络，而使血液外溢，非时而下。俟排卵期后，肾之阴阳渐归平衡，血亦自止。要言之，经间出血的发病关键，在于血海不宁，冲任气盛，而阴虚、肝热、湿热、血瘀等，皆为诱发因素。验之临床，则以阴虚火旺者似较多见。治疗当视出血情况及其他兼症而立法遣方。一般以出血较多，烦热口干，腰酸膝软，头晕耳鸣者，属阴虚火旺证，当先务止血，宜滋肾凉营，固冲止血剂，选清经散合两地汤化裁，并少佐泽兰、茜草、郁金等流通之品，苟免滞涩留瘀。于下次经净后，再以两地汤合二至丸加减，先于经间期投服，以为未雨绸缪之计。倘见血少色黯，乳胁及小腹胀痛，心烦易怒，口苦便干者，则为肝经郁热，胞脉血瘀，其治不在苦涩而在宣通，可选宣郁通经汤或加味逍遥散化裁，并酌加蒲黄炭、山楂炭等，俾行中有止，无太过不及。下次经间期前，再予服加味逍遥散合二至丸，以“迎而夺之”，若血量或多或少，稠浊粘秽，或带中夹血，肢体困重，舌红苔腻者，则为湿热蕴下，阻于冲任，又宜清利湿热，稍兼行气活血之品，方选清肝止淋汤加减，诸凡车前草、瞿麦、篇蓄、败酱草等，在凡必用，俾湿热清利，血脉通达，自无出血之虞。倘经间出血仅偶一发生，并非每月必见，持续数小时或一二日，且量仅点滴，无需垫卫生纸，亦无其他明显不适，则属生理现象，可勿药。^[93]

陈兆政等总结经间期出血的治验，认为本病有寒热虚实之不同，月经周期变化之殊异，须正确辨证，运用前人治崩漏的“澄源、塞流、固本”三大基本治则，较为切当，切忌千篇一律，见血止血，若徒事敛涩，难免闭门留寇。同时，治病务求彻底，既要求恢复正常月经周期，更应注意调整脏腑气血功能，以防止复发。^[89]

夏桂成认为，为了确定是否经间期出血，排除其他相似疾病，必须借助现代医学的一些检查、检验，如测定基础体温、阴道脱落细胞涂片测激情素水平，可使辨证深入和客观化，且有利于服药后，疗效观察，以丰富和发展祖国医学。经间期出血，一般出血量不太多，类似于经漏或经期延长，故同样适用宜清、宜通法则。因此，止血法在经间期出血病例中，不是主法和常法，只占次要地位。经间期出血的原因，主要在于阴虚与湿热两个方面。这里所谓阴虚，与一般阴虚的概念不同，它是指阴分随着经后期的后移而不能逐步充盈，即不断上升达到高度水平而有所不足者。与一般阴分亏损必然表现出临床症状者有区别。探测此类阴虚，要借助阴道脱落细胞涂片，检验激情素水平。但是，不足之阴在冲任血气活动的支持下，有时能够高涨，但不能维持，很快又形低落。在阴分高涨或持续高涨时，湿浊就显得较盛，祛除湿浊有利于冲任血气的活动和制约，所以利湿浊、调气血也是经间期出血的主要治法。只是气虚出血偏多者，才考虑运用止血的方法。^[90]

2.3.5 继发性月经不调的治疗

此继发性月经不调指见于全身性疾病及计划生育措施后的月经不调，临床以放置宫腔内节育器(IUD)者多见。

2.3.5.1 置 IUD 后月经不调 宫腔内置 IUD 后，可致月经过多或经期延长，给予中药治疗，可收到一定的疗效。

2.3.5.1.1 辨证治疗 丛春雨曾介绍辨证分型治疗育龄期妇女放置 IUD 后月经失调的经验，认为表现为经量过多者是由于放置 IUD 后，环卧胞宫，血热损伤冲任，热迫血行，或素体虚弱，中气不足，气虚摄纳无权，冲任不能制约经血所致。临床治疗凡经期以摄血止血为主，分别采用清热止血、凉血止血、益气止血、化瘀止血之法。平时采用安

冲、固冲治其本，少用或不用辛温伤阴之品，使冲气安则血海宁。经期延长者分为气滞血瘀和阴虚内热两型。实者为寒凝气滞与血相结合，客于胞宫，滞于血海，瘀血阻滞，血不归经而妄行，出现月经淋漓过期不净。虚者多为素体阴虚，或阴血亏耗，热伏冲任，血海失宁。治疗以经期服药效果为佳，阴虚内热者治宜滋阴清热，安冲宁血之法；瘀血阻滞者，以通为止，重在活血化瘀；属寒滞者宜温宫散寒，化瘀调经之法。临床上应审证求因，辨证论治，不可一概统用固涩炭剂止血药。^[94]秦满、刘爱华、石则艳^[95~97]等亦先后报道以中药辨证施治宫腔内置 IUD 后月经不调的经验。

2.3.5.1.2 自拟通用方 各家根据置 IUD 后月经不调病理机制的分析，针对证候特点，自拟方剂，临床观察治疗，大多收到了满意的疗效。

忻文华认为安置 IUD 后月经过多或淋漓不净是胞宫气血壅滞，久而化热，迫血妄行，或损伤肾气，肾失固摄，冲任失调所致；或环伤脉络，瘀滞胞宫而致月经失调。继后循环复始，三者互为因果。再则，素体虚弱，产后或人流后气血亏损，放置节育器则更易扰动冲任，血脉瘀阻，新血不得归经，以致月经失调。拟脾肾两补、养阴清热之法。主方：党参、炙黄芪、焦白术、升麻、生地、炒白芍、炙龟甲、川断、阿胶、炒知母、炒黄柏、地榆炭、侧柏炭、煅龙骨、煅牡蛎。气虚甚加生晒参，泡茶服。阴虚甚者加西洋参，每日泡茶服，或上方加炙鳖甲、川石斛、玉竹、黄精，内热重者可加焦山栀、黄芩、丹皮、生赤芍。每次月经周期前 1 周即服，每日每剂煎服 2 次，连服 2 周。取得了较好的疗效。^[98]

肖琪薇报道行经间期辨证用中成药澄源以治本，月经期活血化瘀，引血归经以治其标，自拟活血调经汤，主方当归、丹参、赤芍、茜草、益母草、地榆、红花、生蒲黄、炒蒲黄，水煎服，每日 1 剂，经期服 5 剂，3 次月经周期为 1 疗程，随证加减用药。^[99]

云南省人民医院中医科曾于 1985~1992 年对 71 例放环后月经不调妇女用自拟调经止血汤治疗，药用生地、白芍、当归、生牡蛎、柴胡、丹皮、阿胶珠、侧柏炭、茜草根、甘草。腰痛加续断、杜仲，少腹坠胀加枳壳，月经有块加蒲黄、五灵脂。作者认为放环后月经过多或经期延长，属于中医学中的月经先期、月经过多、月经延长或漏下等范畴。病机多为气血亏损，冲任不固，或产后瘀阻。治疗原则须根据主要病机采用养血活血，疏肝之法为主，佐以补益肝肾之品，方可收到满意的效果。强调第一月必须连续服药，直至血止，第二个周期必须提前一周服药，直至月经来潮。第三个周期服药 3 剂，巩固疗效。^[100]

沈万生报道以补肾固冲、安宫止血法，自拟安宫饮，治疗上环后不规则阴道出血。主方苎麻根、山萸肉、煅龙骨、煅牡蛎、补骨脂、赤石脂、桑寄生、阿胶珠、炒白芍、海螵蛸、茜草根、荆芥炭。阳虚宫寒选加炒艾叶、炮姜炭；阴虚内热酌加地骨皮、女贞子；兼瘀血内滞者加用参三七粉（吞服）、酒制大黄；若热毒内侵者，加用土茯苓、地榆。^[101]

丁启后等从瘀热论治上环后诸证，自拟环宁安冲汤，药用生地、茜草、白头翁、败酱草、山药、白芍、生龙骨、生牡蛎、乌贼骨、延胡索为主方。瘀滞重加丹皮、川楝，湿热（毒）重加土茯苓、地榆、苦参，带血或经多不止加贯众炭、旱莲草，烦热口干加莲子、枣仁，气阴虚重加太子参、麦冬。^[102]

上海岳阳医院自 1985 年到 1986 年，用环宁冲剂治疗由宫内节育器导致的月经过多、月经过频及经期延长，方由生蒲黄、败酱草、马齿苋、花蕊石、茜草、旱莲草、女贞子等组成。全方以蒲黄为君，取化瘀止血之意，治病求本；茜草有凉血止血，行血祛瘀的功

效；花蕊石化瘀止血，三药合用，共奏化瘀止血之功。旱莲草凉血止血，与女贞子配伍滋肾养肝，败酱草辛苦微寒，祛瘀止痛，清热存阴，马齿苋专治赤白带下，清热凉血，对久热不止尤为良药。^[103]

朱红云报道以益气化瘀法治疗放环后月经失调 70 例，药用党参、太子参、黄芪、白术、茯苓、地黄、当归、山萸肉、川断、香附、失笑散(包)、贯众炭、甘草，水煎服，三七粉吞服。1 日 1 剂，分 3 次服，每于月经来潮时服 5 剂为 1 疗程，连用 2 个疗程。^[104]

刘正求报道，经临床观察，放环后月经不调辨证可分为胞脉气滞、胞宫血瘀、邪热蕴结胞中 3 型。又经多年实践和探索，拟定大黄调经汤通用子各证型。药用大黄炭、生地、熟地、当归、制香附、柴胡、蒲黄炒阿胶(研末吞服)、云苓、白术、炙黄芪、巴戟天、三七粉(吞服)、延胡索、炒地榆、焦黄柏，水煎服，1 日 1 剂，分 3 次温服。方以大黄为主药，泻火凉血，逐瘀通经，炒用更能止血，配以三七、延胡、当归、蒲黄炒阿胶、炒地榆可增强活血止血、止痛之力。因失血而致气血亏虚，气虚则无以载血，又能加重出血之症，故用术、苓、芪补脾益气，脾气健旺，既能统摄经血，又能化生气血。用香附、柴胡、当归、阿胶疏肝养肝，生地、熟地、巴戟天补肾固冲。大黄、黄柏、地榆与当归、三七、黄芪、巴戟天等药同用，其清热解毒燥湿之功尤著，对于慢性炎症的消除有较好的疗效。^[105]

山东中医学院附属医院自 1990 年 10 月到 1993 年 2 月，以环安散防治 IUD 致月经异常。全方由茜草、蒲黄、三七、地榆、黄芩炭、白芍、党参、乌贼骨组成，共为细末，每包 10g，每次 1 包，水煎服或代茶饮，每日服 2~4 包。预防者于放置 IUD 后第 1 天及经期第 3 天开始(血量较多者经期第 1 天开始)连服 3~5 天。治疗组月经过多者于经前 2 天开始服至经期第 3 天；月经过频者于经前 1 周开始服 5~7 天；经期延长者，从月经第 3 天开始，连服 5 天。^[106]

以上，各家所报道治疗置 IUD 后月经不调的治法、方剂药物组成及加减不尽相同，但均收到了理想的疗效，有效率都在 90% 以上。

2.3.5.2 埋植避孕剂后月经不调 王卓然等报道，以宁宫饮治疗皮下埋植长效避孕药所致月经紊乱。皮下埋植的长效避孕药即单纯孕激素左旋 18-甲基炔诺酮，其抑制排卵，改变宫颈粘液性状，对子宫内膜产生抑制作用，与卵发育不同步，从而阻碍受精卵着床。因此，可使月经不规则，包括经期延长、经间点滴出血、月经量多、月经频发、月经稀发等。宁宫饮由刺五加 150g、黄芪 150g、白及 100g、三七 50g 等四味药组成。水煎 3 次浓缩，装 250ml 瓶，高压灭菌备用。每次服 15ml，每日 3 次，10 天为 1 个疗程，间隔 5~7 天服第 2 疗程，2 个疗程后评定疗效。治疗 108 例，其中治愈 25 例，显效 25 例，有效 34 例，无效 24 例，总有效率 77.78%。^[107]

2.3.5.3 乙型肝炎月经不调 乙型肝炎患者可伴有月经失调。乙型肝炎发病率高，乙型肝炎合并月经失调的治疗，因病因机制不同于一般的月经不调，故治疗有其特殊性，临证应加以重视。

王忠民等曾介绍临床治疗慢性乙型肝炎活动期月经不调的经验。经来量多，数日不净，色淡，少腹坠痛不舒，或平素带下清稀量多，伴四肢乏力，头晕心悸，纳少泛恶，面色不华，大便不实，肝功能损害尚轻，宜健脾益肝为主。药用太子参、山药、茯苓、土茯苓、香橼皮、佛手片、炒蒲黄、禹余粮、银花炭等品。若经量较大，色鲜红，少腹胀痛，

或平素带下黄稠而多，伴胸闷易急，口干而苦，渴饮，小便黄赤，大便秘结，肝功能损害较重，宜凉血解毒为主。药用丹皮、赤芍、枳壳、佛手片、白茅根、土茯苓、白花蛇舌草、生地炭、地榆炭、栀子炭、贯众之类。症见经量少，色淡，经行后期，伴四肢乏力，纳谷不香，头晕心悸，而色不华，形体瘦弱，肝功能损害较久，乙型肝炎表面抗原的细胞免疫反应低下，体质较易外感者，治宜健脾为主，兼以轻舒肝气，补肾扶正。药用太子参、黄精、佛手片，香橼皮、当归、川芎、何首乌、菟丝子、麦芽、神曲、益母草等。若症见胸闷胁胀，时时不适，太息频作，腹痛作胀，蜘蛛痣，肝掌，面色黧黑，病程较久，肝功能明显损害，经来乳房胀痛，量少色黯，夹有血块，治宜疏肝理血，配合健脾益中、补肾养正之法。药用枳壳、青皮、何首乌、川楝子、当归、枸杞、生地、菟丝子、丹参、牛膝等。王忠民总结乙型肝炎活动期，脾虚肝郁者临床颇多，脾气虚弱则冲任难固，统摄无权，经血常色淡期长；肝胆蕴热则动血海，藏血失职，经血常色红量大，治法不可妄用温涩，以防毒邪乘机而动，可以养肝疏肝凉血为法。慢性活动性肝炎及慢性迁延性肝炎患者，月经量减少甚而闭经者尤为多见，治疗祛瘀不可过猛，清热勿投重剂，补血非宜滋腻，填精切忌太厚，以健脾调肝兼以养肾为要。^[108]

姚石安著文介绍其诊治慢性乙型肝炎患者月经失调的心得，认为慢性乙型肝炎的病机演变基本是毒邪内伏血分，造成气血失调和阴阳亏损，三者密切相关。由于女子经常处于“血少气多”的状态，加以肝炎病毒久羁，戕伐肝血，冲任失调，因而肝血的调养乃为治疗的重要环节，同时又要分析疫毒病邪的轻重。临证要注意，一要辨证清楚，不可误补；二要用药适当，不可峻补。对于症见月经量少，后期甚或闭经，面色无华，消瘦纳差，午后低热，两目干涩，两胁隐痛，苔薄舌黯红，脉细涩，细胞免疫功能低下，肝炎表面抗原或e抗原阳性，且肝功能异常不明显者，宜养肝血、清热毒。解毒宜选甘寒之品如白花蛇舌草、金银花、蒲公英等，对于正虚邪恋尤为适宜。养肝宜选酸甘柔润之品如炒白芍、山萸肉、北沙参、女贞子等。肝病初在气分，郁滞既久，深入络中，可表现为络阻血瘀的月经后期、量少，需细辨证之虚实，属虚者宜养而清之，属实者当通而泻之。然通又不可峻猛，以免再伤奇经，致肝损难复。^[109]

2.3.5.4 肥胖症伴月经不调 高蕴玉、焦东海二人报道，在减肥门诊中发现肥胖症伴月经失调患者用降脂减肥片减肥取得疗效的同时，月经周期亦得到调整而恢复正常。20例资料完整的痰湿型月经失调均服用降脂减肥片，以优质大黄为主，每次5~10片，每日2~3次饭前半小时服用，服药后要求患者每日保持2~3次大便，据此而调整用药剂量。并要求患者在保证营养的前提下，调整饮食结构及饮食习惯，多吃素食，不吃零食及夜宵，增强体育锻炼。原先月经后期11例，继发性闭经9例，都伴月经量少，治疗后月经都恢复了正常月经周期，而且月经量增多，恢复最快的为1~2个月，最长的为半年，平均3个月。在治疗期间未用其他中西药物治疗。^[110]

2.3.6 外治法

2.3.6.1 针灸 广东省中医院以艾灸与电针分别治疗月经不调180例。其中艾灸98例，电针82例。选穴均为关元、气海、肾俞、足三里。电针组选用32号1寸半不锈钢毫针。穴位表面皮肤常规消毒后，将针迅速刺入皮下。做提插捻转手法得气后用电针机分别接关元与气海、肾俞与肾俞、足三里与足三里。连续通电20分钟，每2天1次，6次为1

个疗程。艾灸组用艾绒做成如花生米大小的艾炷直接置于穴位皮肤表面处，点燃施灸。当艾炷燃烧到接近皮肤，病人有灼痛时，即将艾炷移开，再加另一艾炷，如此反复操作，每穴六壮，以皮肤潮红不起泡为度，每隔3天1次，7次为1疗程，疗程间休息3~5天，月经期暂停针灸。4个疗程后统计疗效。有效率艾灸组90.8%，电针组68.3%，表明艾灸比电针疗效更显著，艾灸是治疗月经不调的一种有效方法。^[111]

2.3.6.2 激光照射 兰州军区军医学校中医教研室1980年对本校学员中患月经病的30名女青年用氦氖激光照射三阴交穴位，光斑直径0.5cm，每日照射1次，左右同治，每次5分钟，14次为1疗程。结果，月经不调21例，显效10例，好转5例，无效6例，有效率71.4%。治疗前后血中免疫指标测定结果表明，治疗前后淋巴细胞转化率明显增加，经统计学检验， $P < 0.01$ ，差异有高度显著性。^[112]

2.3.6.3 耳压法 赖恒、郑季曾先后报道耳穴埋压王不留行籽治疗月经不调，有效率均达95%以上。^[113,114]赵熙英报道用耳穴贴压成功地调控经期。女性师生为了演出、考试取得好成绩，需错开经期。为此，对25名演员和学员试用耳穴贴压调控经期，取穴内生殖器、内分泌、卵巢、心、肝、肾。将耳廓用75%酒精消毒，待干后，应用耳穴诊断仪探取敏感穴后用 $0.5 \times 0.5\text{cm}$ 胶布块将王不留行籽固定于所选双侧耳穴上。嘱病人每日按压三四次，每次按压1分钟。每隔3天贴压更换1次。治疗后全部有效，月经提前来潮，最多提前7天，最少能提前3天。2名在子宫内膜增殖期及分泌期贴压，月经未能来潮，在周期22天之后相当黄体退化期时贴压才有效。随访，远期无月经异常反应。^[115]

2.3.6.4 灸疗加按摩 袁良报道，艾灸按摩上仙穴治疗月经过多患者16例，取得了良好的效果。上仙穴位于第5腰椎下，为督脉所循行之所。用燃着的艾条在该穴进行温灸30~40分钟，一般灸至盆腔内有热感为最好。在该穴压痛点上进行内功按摩，至盆腔内有发热感的程度为止。一般均在经行血量较多的月经的第二三天治疗。^[116]

2.3.6.5 子午流注灸法 子午流注是中医学中根据人体经脉气血循环盛衰、生理功能活动状态和病变表现而以时间为条件针刺开穴的一种方法。黄建章报道，在辰巳两个时辰(上午7~11时)里艾灸隐白穴。施灸前，先以常规消毒穴位后，涂上少许硼酸软膏，然后放置米粒大的艾炷，连续点燃五壮为1次量，每日施灸1次。治疗14例月经过多，分别经2~4次灸治，全部治愈。总结认为，隐白为脾经之井穴，脾乃生血、统血之脏。辰为胃经主时，巳乃脾经主时，前者是多血多气之经，后者是统血之脏，按经气旺时加以温灸，故取得较为满意的疗效。^[117]

2.3.6.6 挑治法 广州部队总医院曾报道以挑治法，治疗月经过多144例，有效率达89.6%，有的患者治疗后观察半年以上，效果稳定。挑治点选择在脊柱正中，自阳关穴至腰俞穴之间，任选一点，一般以低位效果较好。操作时让病人反坐在靠背椅上，暴露腰部，按常规消毒皮肤，用特制的三棱针将挑治部位的表皮横行挑破0.2~0.3cm，深约0.1~0.15cm，自上而下连续挑3针，间隔0.1cm。病人自觉如弹弦感，皮肤略有出血，挑治后用碘酒消毒，消毒纱布覆盖，胶布固定。治疗时间，一般月经来潮后即可挑，但于月经开始多时(月经来潮第2天)挑，效果更为显著。一般挑治1次可见到效果，但对经量多的患者，每次月经来潮1次，可连续挑1~3个月。对经量不多，但月经持续时间长者(8~15天)，在缩短时间方面，其效果特别显著。挑治的深浅与手法的轻重，须根据患

者胖瘦的不同而定。一般体瘦浅挑即见血，用中等手法，而体胖的则采取重挑，月经量特别多的加重手法，疗效较好。^[118]

3 实验研究

3.1 新药的开发研制

3.1.1 老药新用

3.1.1.1 雷公藤 舒沛英等，在临床应用雷公藤治疗类风湿性关节炎过程中，发现该药对妇女月经有明显影响，临床表现以闭经为主。利用此作用，自1978年起，以其治疗月经过多(更年期为主)，取得了初步疗效。^[119]李瑞琳等，以雷公藤片治疗子宫出血，治疗对象为已婚育，连续2~3个月经周期经量过多、经期延长，或周期过频(不到3周)，无心、肝、肾器质性病变及血液系统疾病患者。从经行第5天开始，每日2次，每次2片，饭后开水吞服，3个月为1个疗程，一般1~2疗程。治疗44例，有效40例。用药第1个月经周期即出现疗效者35例，余5例均在第2个周期获效。子宫肌瘤患者2例，用药后第1个月经周期亦即获效。随访观察表明：雷公藤对月经的影响是可逆的，故推测其主要作用机制可能是通过或调节卵巢分泌功能而起作用。^[120]

3.1.1.2 棉酚 棉酚是男性避孕药，云南省第一人民医院妇科自1979年初开始应用棉酚治疗因子宫纤维化、小型子宫肌瘤等妇科疾病伴有月经过多的病例107例，其中系统追踪观察达1年以上者86例。患者每日1次口服20mg，有效者74例(86.05%)，有效标准以月经量减少原来一半，或量少至闭经者，子宫体积缩小或不再增大，子宫内膜异位者服药后痛经减轻为有效。服药后一般第1次月经量仍多或稍减，服完60片后月经量明显减少，甚至出现闭经。闭经时间长短与用药量有关。中医辨证观察，月经过多期间贫血较重者，多为血虚或气血俱虚，也有肝郁气滞或血瘀型者，服棉酚后，雌激素水平下降，中医辨证也随之改变，原来弦数之脉象变缓，舌质也变为正常。副反应根据辨证加服二陈汤、温胆汤等。^[121]

周苏文总结以醋酸棉酚治疗月经过多、子宫肌瘤、子宫内膜异位症、子宫肌腺病等262例。每天口服20mg，60天为1个疗程，以后改为维持量，每周2次，每次20mg，3个月后停药。结果表明：醋酸棉酚治疗月经过多是有用的，且用药方便、经济。服药3个月后的有效率为84.7%，6个月后上升至96.2%。服用棉酚治疗后基础体温变为单相，阴道涂片雌激素水平下降，血清雌二醇及孕酮水平下降，尿促性腺激素含量上升，说明醋酸棉酚对卵巢有抑制作用。^[122]武汉医学院的报道亦观察到，在棉酚影响下，卵巢性激素的分泌减少，表现在尿雌激素和孕二醇含量下降，阴道细胞雌激素的影响减低。与此同时，垂体促性腺激素包括FSH和LH未受到抑制，反而有升高的趋势。认为棉酚的主要作用环节在于卵巢，卵巢激素下降，负反馈作用减弱，垂体功能有所加强所致。^[123]

3.1.2 新药疗效观察与研究

3.1.2.1 调经I号 山西医学院第一附属医院以调经I号治疗月经过多，取得了比较满意的效果。主方为炒蒲黄9g、制五灵脂(醋炒)9g、夏枯草9g，每日1剂，分早晚两次顿服，连服两个月经周期。观察结果表明：调经I号和PAMBA均可有效地减少月经失血量，

PAMBA 平均减少月经失血量 30% 左右,与文献报道的结果一致。调经 I 号治疗效果与 PAMBA 的治疗效果相比,差异无显著意义。但调经 I 号具有无副反应,无禁忌证,复发率低,并可改善经期腹痛、腰酸等临床症状,调经 I 号每日 1 剂,连续服药 1 个周期即可收效。子宫增大不影响其疗效。年龄在 42 岁以下者疗效较好。动物实验结果表明:调经 I 号具有使正常兔离体子宫肌兴奋、张力增加、收缩频率加快、振幅较大,收缩规律,对小白鼠有显著地抑制纤维蛋白溶解活性作用,并有使兔耳静脉血管收缩及镇痛等作用。^[124]

3.1.2.2 参茜固经冲剂 上海医科大学妇产科医院,在 1987 年 1 月~1988 年 6 月用参茜固经冲剂治疗月经过多 72 例。全方由党参 12g、白术 6g、升麻 9g、生地 12g、杭白芍 9g、女贞子 12g、旱莲草 12g、茜草 12g、生蒲黄 12g、生槐米 12g、大小蓟各 12g、生山楂 12g 组成,加工分装为 4 包冲剂。于经前 1 周到月经干净期间服药,每次 2 包,每日 2 次,3 个月经周期为 1 疗程,服满 1 个疗程评定疗效。结果,显效 44 例(61.1%),有效 19 例(26.4%),无效 9 例(12.5%),月经血量恢复到平均 103.3ml/周期,较治疗前明显减少($P < 0.001$)。经治疗后经血及血清中 FDP 含量均有明显下降,尤以经血 FDP 下降较明显。讨论认为月经过多患者与血瘀、气虚、血热等因素有关,临床上常伴有血瘀征象,瘀血阻滞,积瘀化热,热迫冲任,经血妄行,血去阴伤,气阴两亏,则经血更多。参茜固经冲剂用党参、白术、升麻益气摄血;生地、白芍、女贞子、旱莲草养阴清热,凉血止血;用蒲黄、槐花、刘寄奴、茜草、大蓟、小蓟、生山楂清热凉血,祛瘀止血。全方益气养阴、祛瘀生新、固经摄血。配方严谨,气阴得复,促进经血固摄,血止则气阴恢复,两者配合,相得益彰。^[125]

3.1.2.3 太子产宁 丁珂等曾报道了太子产宁治疗月经过多的疗效及动物药理实验结果。太子产宁由太子参、山楂、香附等中药经煎煮过滤、浓缩制成的糖浆剂,每 100ml 含生药 75g,每次 20ml,日 3 次,根据病程长短、症状的轻重连续口服半月~1 月。共治疗 40 例,年龄 14~36 岁,病程半年~4 年。其中 IUD 避孕所致者 16 例,子宫内膜异位症 7 例,子宫肌瘤 7 例,慢性子宫肥大症 5 例,青春期功能性子宫出血 5 例。经治疗显效 25 例,有效 12 例,无效 3 例,有效率 92.5%。临床观察表明:太子产宁能减少月经量、缩短经期、明显缓解因月经过多所导致的头晕、头痛、气短、乏力等血虚症状,疗效确切。动物实验,以昆明种系小鼠所做的太子产宁对小鼠游泳时间、对血虚性小鼠红细胞数和血红蛋白量、对小鼠出血时间的影响与蒸馏水作对照,有显著的,或非常显著的差异。药理实验表明:太子产宁善能升气,又有极其明显补血止血作用,这些既可为太子产宁在临床治疗月经过多提供药理学依据,又可验证中医治法上补气益血必然会摄血固冲,精血俱旺,气机血脉通畅,月经必然会恢复正常的机理。^[126]

3.1.2.4 珍珠精母注射液 广州军区总医院自 1978 年开始,以马氏珍珠贝生殖巢内精卵液用于妇科止血的研究,共 10 余家医疗单位参加协作,共试用 648 例,总有效率为 87.8%。自身对照者 159 例,曾经激素、止血剂、宫缩剂、中医、刮宫、综合治疗等各种方法治疗无效者,改用珍珠精母注射液治疗,其有效率为 87.4%。对非排卵型功血,于周期前 15 天开始用药,每日 2~4ml 肌内注射,14 天为 1 疗程。一般月经过多,见血后开始用药,每日 1 次,每次 4ml,连用 4 天。经血量过多者,可每日肌内注射 2 次,每次 4ml,连用 3 个周期。总结认为,珍珠精母液对功血和计划生育中出血的治疗,止血作用

快(10~24小时),而且对更年期妇女精神烦躁、睡眠不好、食欲不振等症状均有明显改善。珍珠有生肌、止血、滋补及强壮作用,治疗妇女劳损下血、血崩带下等,治疗功血可能是通过子宫内膜修复止血;或是调解神经中枢和植物神经功能起到止血作用。^[127]王年顺等报道,珍珠精母注射液疗效以功能性子宫出血和计划生育措施后子宫出血,或月经过多,均有较高的疗效,有效率达90%以上。对器质性子宫疾病引起的子宫出血则疗效较差(统计到3种疾病,子宫肌瘤、肥大症、内膜异位症),有效率为73.08%。其有效成分为牛磺酸,人工合成者获得同样疗效。以柱层析分析方法,每毫升珍珠精母注射液可得牛磺酸1.2mg,临床试用966例,具有止血快,疗效高,用法简便,无明显副作用,无撤退性出血,有镇静作用等特点。^[128]

3.2 病理研究

3.2.1 寒邪致月经不调的研究

杜惠兰等于1992~1993年期间,多次报道了寒邪与月经病发病的关系、寒邪对冲任、盆腔血流、月经的影响。

3.2.1.1 寒邪与月经病的关系 以中医望闻问切四诊合参法调查了石家庄棉纺五厂、河北中医学院、石家庄一中部分女职工、大中学生,年龄在13~52岁之间,计1122人。其中患月经病者851人,遇寒加重者411人,占患病总数的48.3%;在月经病中以寒邪为明显诱因者119人,占月经病总数的13.98%。随机抽查天津中医学院一附院妇科门诊及天津中心妇产科医院妇科门诊就诊的患者219例,年龄18~53岁。其中患月经病者141人,占患者总数的64.38%,遇寒加重者95人,占月经病患者的67.38%。在月经病发病,以寒为明显诱因者53例,占月经病的37.59%。

3.2.1.2 月经病寒凝血瘀证的实验室检测

3.2.1.2.1 前额与盆腔深部温度变化 以月经病寒凝血瘀证患者43例为观察组,正常经龄妇女49例为对照组。分别在经前期、经后期、行经期测定。结果,观察组在月经周期各阶段前额深温与对照组相比无明显差别,而盆腔深温则比对照组分别低0.77~1.57℃,但统计学处理无显著性差异。前额与盆腔深温的平均差值,在经后期和行经期,两组相比均有高度显著性差异($P < 0.01$)。

3.2.1.2.2 穴位皮肤温度变化 以月经病寒凝血瘀证患者65例为观察组,正常经龄妇女77例为对照组,年龄17~50岁,测试了大赫(双)、气穴(双)、子宫穴(双)、中极、关元、大椎。结果观察组各穴皮温均明显低于对照组($P < 0.01$)。

3.2.1.2.3 盆腔血流图变化 以月经病寒凝血瘀证患者43例为观察组,正常年龄妇女31例为对照组。结果表明:观察组在月经周期各个阶段中,异常波形出现率均明显高于对照组,异常波形以多峰形、多峰递增形、低平形、倾斜形多见。

3.2.1.2.4 血液流变学变化 以月经病寒凝血瘀证患者41例为观察组,正常经龄妇女50例为对照组。结果表明观察组全血粘度除 2^{-1} 外,低切变值增高,高切变值降低,血浆粘度($100s^{-1}$)增高和血小板电泳时间延长。

作者根据以上实验结果,讨论认为:盆腔血流图反映了盆腔内胞宫胞脉气血运行情况,测验结果提示患者盆腔血流受阻,冲任胞宫有瘀阻现象。由于血流受阻,引起盆腔血

灌注量明显减少。血为气之母，血少气虚，更易感寒致瘀，形成恶性循环。冲任属奇经，对十二经气血有蓄积和渗灌的调节作用，冲任瘀阻必将影响十二经气血的运行。血液流变学指标提示周身经络气血处于瘀血阻滞的病理状态。全身与局部互相影响，使冲任经气愈发被阻，月经病寒凝血瘀证患者的病情也日趋严重。^[129-131]

3.2.2 肝郁致月经不调的研究

柴丽娜通过病因回顾、心理测定等方面的研究，从心理学角度对肝郁型月经病的发病机理作了探讨。其报道在 114 例肝郁型月经病患者中有情志诱因者 48 例，约占 42.1%。在此 48 例中，因怒者 25 例，因忧者 16 例，因思者 6 例，因悲者 1 例，无因喜、恐、惊而致者。提示肝郁月经病患者存在着普遍的心理障碍，认为心理因素是肝郁形成的主要原因，妇女的生理、心理特点是肝郁月经病发病的内在因素。^[132]

3.2.3 月经失调的内分泌研究

杨正望等报道了对月经失调肾阳虚证、肾阴虚证各 15 例和月经正常对照者 10 例按月经周期分四个时相进行 BBT、阴道及舌苔脱落细胞核致密指数和生殖激素的同步检测。结果表明 BBT 显示月经失调肾虚证大多有黄体功能缺陷的表现，但与阴虚、阳虚的分型无特异性。脱落细胞核致密指数阳虚组各时相均低于正常组，以排卵期最显著($P < 0.05$)；阴虚组各时相均高于正常组($P < 0.01$)；阳虚组各项生殖激素均低于正常组；阴虚组 LH、PRL 高于正常组，而 FSH、E₂ 低于正常组；P 在排卵前高于正常组，排卵后低于正常组。^[133]

3.2.4 月经失调的甲皱微循环研究

吴人照报道对 51 例肝郁证、18 例脾虚证月经病患者治疗前和 22 例肝郁证、9 例脾虚证月经病患者治疗后的甲皱微循环进行观察，并设健康对照组。结果表明，肝郁组的甲皱微循环输入枝短、管径细(痉挛)、血流速度较慢、红细胞聚集增加；脾虚组输出枝管径扩张变粗、流速较慢、红细胞聚集增加。^[134]

【古训今释】

月经不调被列为妇人病之首，是妇科最常见的疾病，其不仅影响到妇人自身的健康，亦与生育能力有关，故中医对其认识久远，内容丰富。

1 病名溯源

1.1 起源

张仲景在《金匮要略·妇人杂病脉证并治》中首先列举了妇人病有“经候不匀”，是目前能见到的古代医家对月经期量异常病变的最早称谓。

1.2 沿革

继张仲景之后，王叔和《脉经·卷二》称经候不匀为“月使不调”。巢元方《诸病源候论》卷三十七称为“月水不调”，并将其作为一候，详论其病因机制。孙思邈在《备急千金要方》卷四称经候不匀为“月经不调”，以专篇论述，并以杏仁汤治之，此为“月经不调”病名的首次记载。《备急千金要方》在妇人腹中十二疾中还有“经水不时”、“不周时”的记

载,都可认为是有关月经不调的古代称谓。

1.3 别 名

对月经不调的称谓,古代医家不尽一致。在唐代以后,《妇人大全良方·调经门》称为“经脉不调”,《太平惠民和剂局方·安息活血丹》称“月事不匀”,《博济方·当归煎丸》称“月候不调”,刘完素《素问病机气宜保命集·妇人胎产论》、李杲《兰室秘藏·妇人门》称“月事不调”,《圣济总录》卷一百五十一称“经水不调”,《丹台玉案·卷五》称“月信不调”。此别名众多与月经的称谓较混杂有关,不同的月经名称与失常、不调、不匀结合,则形成了月经不调不同的名称。

1.4 概 念

月经不调是妇女月经的异常,对其确切含义,古代医家认识并未完全统一。

1.4.1 泛指月经病

明代医家虞搏在《苍生司命·调经症》论曰:“推其不调之症,有经闭不通者,有经绝不行者,有终身不月者,有先期后期、乍行乍止、血鲜血淡、疼痛带浊之不同”。清代医家林珮琴在《类证治裁·调经》阐述曰:“不调之中,有先期、有后期、有错乱、有痛经、有倒经、有居经、有淋漓不断、有枯闭不通”。罗国纲在《罗氏会约医镜·月经》亦持此见。持此见者,将月经期量异常及月经伴随症痛经、倒经,以及严重的月经紊乱闭经、经漏等均视为月经不调。

1.4.2 限指月经期、量、质的异常

《圣济总录》卷一五一曰:“月水不调者,经血或多或少,或清或浊,或先期而来,或后期而至是也”。稍晚朱震亨亦持此见,其在《丹溪心法·经水证治》说:“经水或前或后,或多或少,或愈月一至,或一月再至,皆不调之故”。明代医家龚廷贤在《万病回春·调经》中袭之。方广将闭经等与月经不调分别论述,在《丹溪心法附余·经病》说:“妇人经病有月候不调者,有月候不通者……,不调之中,有赶前者,有退后者”。明代医家薛己亦持此见,清代医家冯楚瞻袭之。《陈素庵妇科补解·调经门》转载陈素庵的论述“经来或过期,或不及期,或乍多乍少,或忽来忽断,皆属不调”。清代妇科的主要著作《妇科玉尺·月经》亦认为:“经贵乎如期。若来时或前或后,或多或少,或月二三至,或数月一至,皆为不调”。

多数古代医家所论述的月经不调是限指月经周期、经期、血量及经质的异常,尤其是对妇科影响较大的医家都持此见。此种认识分类符合临床诊治特点。月经闭止及崩漏应视为月经期量的严重失常,而病为极端。经行腹痛、逆经、发热、眩晕等则是月经的伴随症。月经不调和上述诸证皆属于月经病。古代著名医家如孙思邈、陈自明、薛己都是将崩漏、闭经与月经不调分别论述。

1.5 月经不调各病证

1.5.1 月经先期

有关月经先期的记载,首先见于《金匱要略·妇人杂病脉证并治》,张仲景描述其特点为“经一月再见”,即一月内经行2次,表明月经周期缩短是本证的特点。王叔和径称

“月经一月再来”（《脉经·卷九》）。后世医家先后称其为“先期”、“不及期”、“经水先期”（《陈素庵妇科补解》），“未及期”（《扁鹊心书》），“经早”（《景岳全书·妇人规》），“经水（事）先期而来”（《女科切要》），“趋前”（《女科指掌》），“月经前期”（《女科秘要》）。

1.5.2 月经后期

有关月经周期延长的记载，始见于《金匮要略》温经汤方主治病证“至期不来”，《脉经·卷九》描述“妇人病，经水断一二月而反经来”。《备急千金要方·月经不调》卷四描述的月经不调有“二月、三月一来”，“或月后”，此“月后”即指月经周期超过了1个月。王叔和、孙思邈之后的医家称月经后期为：“经水后期”、“过期”（《陈素庵妇科补解·调经门》），“愆期”（《扁鹊心书·妇人》），“经迟”（《景岳全书·妇人规》、《类证治裁·调经》），“经过期后行”（《万氏妇人科·调经章》），“经水（月事）过期而来”（《女科切要》），“月经后期”始见于《女科秘要》，《万病回春·调经》径称：“经水过期而来”。

1.5.3 月经先后无定期

月经先后无定期是月经周期长短不定，《太平惠民和剂局方·熟干地黄丸》适应证有“月前月后”，是月经先后无定期的最早描述，与其同时代的著作《圣济总录》有“经水不定”的记述。《御院药方》、《妇人秘科》称为“或前或后”，张介宾《景岳全书·妇人规》称为“经乱”，林珮琴《类证治裁·调经》曰：“经乱，迟早无定，乍前乍后”，为“经乱”作了注解。《竹林女科》有“经期或前或后症”，《世补斋医书·妇科经带论》称“先后无定期”。自此，始有月经“先后无定期”之名。

1.5.4 经期延长

《诸病源候论·月水不断候》卷三十七首次论及经期延长，称为“月水不断”，论述了其病因机制。静光《女科秘要》记载了“经来不止”症的特点为“经来十日半月不止”。李梴《医学入门·妇人门》以“日多五六日以上者”为异常，此异常即为经期延长。沈金鳌《妇科玉尺·月经》论及“经来十数日不止”、“经水来而不止”。

1.5.5 月经过多

《金匮要略·妇人杂病脉证并治》温经汤方的主症有“月水来过多”，此是月经过多的最早记载。《备急千金要方·卷四》当归汤的适应证亦有“月经来过多”。《女科济阴要语万金方》称为“经候过多”，《素问病机气宜保命集·妇人胎产论》及《丹溪心法治要》皆称为“经水过多”。

1.5.6 月经过少

王叔和《脉经·卷九》首先记载了妇人来诊主诉“经水少”。《女科济阴要语万金方》称“经候渐少”。《素问病机气宜保命集·妇人胎产论》有“经水涩少”、“经水微少”的描述。《万氏妇人科·调经章》称其为“经水来少”。《女科秘要》称“经少”。《女科指掌·卷一》称“涩少”。

1.5.7 其它病证

月经不调除上述各证外，古代医家记述还有“忽来忽断”、“或多或少”（《备急千金要方·月经不调》），“适来适断”（《素问病机气宜保命集·妇人胎产论》），“经水断续”、“乍多乍少”、“断而复来”（《陈素庵妇科补解·调经门》），“经来如黄泥水”、“经来如牛膜片”（《女科秘要》）上述月经周期、经期、经量、经质的异常，亦属月经不调。

2 证 候

2.1 生理变异

李时珍在《本草纲目·论月水》将妇人一生不行经而能受孕者称“暗经”，受孕后仍能月月行经者称“盛胎”。《医宗金鉴·妇科心法要诀》曰：“女子月经一月一行者，其常也。或先或后，乃其病也。然亦有两月一行谓之并月者；有三月一行谓之居经者；有一年一行谓之避年者；有一生不行而依然能孕育，谓之暗经者。此所禀之不同，而亦非病，不须治也”。上述月经虽不以月至，但并非病态，仅是生理变异，为医者应知之。王士雄在《沈氏女科辑要·月事异常》注曰：“有未及二七之年而经水已行者；有年愈花甲而月事不绝者；有无病而偶停数月者；有壮年而月信即断者，有带下过甚而经不行者；有数月而一行者；有产后自乳而仍按月行经者；有一产而停经一二年者，秉赋不齐，不可以常理概也。”一般说来，月经二七至，七七绝，一月一行。但由于妇人禀赋的差异，初潮、绝经早晚，经行周期长短可有所不同，只要舌脉及全身生理无异常病候，则可视为生理变异，不必特殊诊治。

2.2 病证标准

月经周期与月亮盈缺相当，故古代医家往往以月为标准，判断月经的先期与迟延。《陈素庵妇科补解·调经门》论曰：“妇人经水谓之月信者，男子属阳，气为阳，故阳气应日而一举。女子属阴，血为阴，故阴血应月而一下，其来有常数，过与不及，谓之不调。若不及三十日而先至者，血热”。宋代另一医家窦材在《扁鹊心书·妇人》亦曰：“血信之行，皆由冲任而来，若一月一次为无病”。可见宋代的医家对月经周期是否正常是依是否按月，即30天为准，不足为先期，延后为后期。明代医家李梴对月经周期先后期的诊断标准予以放宽，不再墨守30天的标准，其在《医学入门·经候》曰：“以期言之，对期者性和血足，易受孕者，或只差一二日者，亦不为害”。“后期三五日者为血虚”，“先期三五日者为血热”。李梴首次明确月经周期相差一二日不为害，相差三五日则为病态。

《景岳全书·妇人规·血热经早》及《类证治裁·调经》都认为月经若一月二三至，或半月或旬日而至者，乃气血败乱，不得以经早概之。张介宾、林珮琴所论及的月经旬日半月一至，相当于月经适来适断，或经漏，与先期应有所区别，这是值得鉴别的类证。

2.3 辨 证

2.3.1 辨经候

2.3.1.1 周期 月经周期的缩短延长可作为虚实寒热的辨证依据。方广在《丹溪心法附余·诸病》曰：“凡治妇人之病，先问月候为要，以月候如期为要，先期而来者血热也，过期而来者血虚也”。吴球《诸病辨疑录·妇人调经论》曰：“过期而行经期者血寒也，未期而先行者血热也”。一般来说，可认为先期多热多实，后期多虚多寒，但亦不可绝对化。冯楚瞻在肯定先期为热，后期为虚的前提下，认为尚有特殊者。其在《冯氏锦囊秘录·经病》曰：“不调之中，有趲前者，有退后者，则趲前为热，退后为虚”，“亦有不及期而无火者，有过期而有火者”。

赵献可在《邯郸遗稿·调经总论》分析先期后期病证曰：“参前者气热而速也，迟后者气滞而涩也，一月二至者血热，故多也，两月一至者血冷故少也”。在《邯郸遗稿·经候》提出先后期有有火、无火之别，有火者火势多寡不同，不可拘于一定，还要察脉象和体质强弱。赵氏曰：“经水如不及期而来者，有火也”，“如过期而来者，火衰也”，“此其大略也，其间亦有不及期而无火者，有过期而有火者，多寡不同，不可拘于一定，当察脉之迟数，视禀之虚实强弱”。

吴本立在《女科切要·经水先期而来》根据先期之兼症分析曰：室女妇人“血热者腹多不痛，乃火也，身必热，其色必紫，其脉必洪；若气血多而伤血海者，其腹必痛”。汪宏提出月经先后期皆有虚实寒热，在《望诊遵经·月经诊法提纲》曰：“后人谓先期而至者为热，后期而至者为寒，其实先期有虚实，后期亦有虚实，故先不可偏用寒，后不可偏用热，而况有先后不定，通闭无常者乎”。

张介宾在《景岳全书·妇人规血热经早》总结曰：“所谓经早者，当以每月大概论，所谓血热者，当以通身脏象论”。据张氏所论，我们可以认为，月经迟早根据时间，即周期长短来确定，寒热虚实则应根据全身证候综合辨之。

2.3.1.2 经量 陈素庵临床观察到月经先后期都可伴有月经过多或过少，《陈素庵妇科补解·调经门》曰：“妇人经水乍多乍少，有阴胜阳，阳胜阴之说，非先期来者定来多，后期来者定来少也。先期者亦有时而少，后期者亦有时而多。但多则血必热，少则血有滞”。认为血多属热者的医家，还有万全，其在《万氏妇人科·调经章》曰：“经水来太多者，不问肥瘦，皆属热也”。沈金鳌在《妇科玉尺·月经》曰：“妇人四十九岁经当止，今每月却行过多，及五旬外月事比少时更多者，血热或血不归经也”。沈氏所论表明，不仅生育期，绝经期前后经血过多亦属血热。

龚廷贤《万病回春·调经》认为“经水去多，久不止，发肿满者，是脾经血虚也”，提示月经过多伴有身体肿满者，是脾虚所致。

罗国纲《罗氏会约医镜·论经水多少》对月经血量多少辨证较全面，认为“经有多少，而其多少亦素有定规，平日少而忽然多者，不问肥瘦，皆以热论，平日多而忽然少者，非病后体虚，即外因阻滞也。亦有痰碍经隧者，必其体肥，而脾土或者亏败，不能燥痰也”。静光《女科秘要·经水多少症》以胖瘦辨经少，曰“形瘦经少，此气血弱”，“肥胖经少，此痰凝经隧”。

2.3.1.3 经色 月经化生于气血，血从阳化色正红，在化生为经血的过程中，受机体阴阳水火盛衰及某些致病因素的影响，颜色发生转变，故通过对经色的观察，可推测机体脏腑气血阴阳的盛衰及外来致病因素。《陈素庵妇科补解·经血辨色方论》曰：“妇人经血来时其色或红或紫，或紫极而黑，或淡白，或黄褐，或淡红，各各不同。红者，正色也。紫者，血热兼风也。黑者，热极也。淡红者，血虚也。淡白者，气虚也。黄褐者，湿痰兼脾虚也”。郑春敷《女科济阴要语万金方·治经水》曰：“女人经行色淡如黄浆，心胸嘈噪汪洋乃胃中有湿痰也”。张璐在《张氏医通·经候》亦肯定了“色如黄浆水，心中嘈噪汪洋，乃胃中有湿痰也”。并以经血颜色结合有无腹痛辨别月经不调之病机曰：“经水有紫黑色腹痛者，乃气血相并也；腹不痛者血热也；淡红色血虚也。其来必皆不准。”

张介宾在《景岳全书·妇人规·经脉类》以辨血色为题，讨论如何根据经血颜色辨病机，

认为“凡血色有辨，固可以察虚实，亦可以察寒热。若血浓而多者，血之盛也；色淡而少者，血之衰也。此固大概之易知者也。至于紫黑之辨，其证有如冰炭，而人多不解，误亦甚矣。盖紫与黑相近，今人但见紫色之血不分虚实，便谓内热之甚，不知紫赤鲜红浓而成片成条者是皆新血妄行，多由内热。紫而兼黑，或散或薄，沉黑色败者，多以真气内损，必属虚寒。由此而甚则或如屋漏水，或如腐败之宿血，是皆紫黑之变象也。此肝脾大损，阳气大陷之证”。

经血颜色与寒热有关，赵献可《邯郸遗稿·经候》总结曰：“火旺则红，火衰则淡，火太旺则紫，火太衰则白”。

李梴《医学入门·经候》提出紫风黑热之说曰：“色紫者，风也；黑者热甚也；淡白者虚也。或挟痰停水以混之也，如烟尘水，如屋漏水，如豆汁，或带黄混浊模糊者，湿痰也；成块作片色不变者，气滞也，或风冷乘之也；色变紫黑者血热也。”

吴球认为月经色紫者为善，其在《诸病辨疑录·妇人调经论》曰：“其色紫者为善，黑者多热，淡者多痰，如烟尘水者血不足也。”

汪宏《望诊遵经·月经诊法提纲》根据经血浓淡多少分盛衰，曰：“诸书以为依期消长为安，血红不结为正，来去失时为弱，色杂而凝为病，浓而多者血盛，淡而少者血衰，赤而紫者属热，淡红者属虚”。

朱震亨在《格致余论·经水或紫或黑论》反对时人经血紫黑成块为风冷乘之之说，坚持经血紫黑为火热所致。冯楚瞻承袭朱震亨的观点，在《冯氏锦囊秘录·经病》详述经血紫黑属热之论曰：“色淡者，虚而有水混之也。紫者气之热也；黑者热甚也。今人一见紫黑成块者，率指为风冷乘之。用温热之剂，祸不旋踵。经曰‘亢则害，承乃制’，热甚则兼水化，所以热则紫，甚则黑也。《玉机微义》曰寒则凝而不行，既行而紫黑，故知非寒也。且妇人性多忿郁，嗜欲倍加，藏府厥阴之火无日不有，非热而何？当以脉辨而自见矣”。强调“凡寒冷外邪初感，人经必痛，久则郁而为热，且血寒则凝，既行而虽紫黑，乃非寒也，如伤寒而为病热也，明矣”。

《沈氏女科辑要·辨色及痛》引叶氏之论曰：“血黑属热，此其常也。亦有风寒外束者，十中尝见一二。盖寒主收引，小腹必常冷痛，经行时或手足厥冷，唇青面白，尺脉迟，或微而虚，或大而无力。热则尺脉洪数，或实而有力，参之脉证为的”。经血颜色作为辨证的重要依据，临床不可绝对化，还需参照全身脉证辨寒热。王孟英按曰：色淡竟有属热者，古人从未道及，须以脉证互勘自得，但不可作实热论而泻以苦寒也。更有奇者，方氏妇产后经色渐淡，数年后竟无赤色，且亦结块，平常亦无带下，人曰尪羸。余诊之，脉软数，口苦而时有寒热。与青蒿、白薇、黄柏、柴胡、当归、鳖甲、龟版、芍药、乌贼骨、杞子、地骨皮等，出入为方，服百剂而痊。此仅见之证矣。

综上各家所论，经血颜色以红为正，紫为善。经血色淡白为气虚，或夹痰停水；淡红为血虚；如烟尘水血不足；黄褐如米泔，混浊模糊为湿痰脾虚；紫者血热兼风；黑者热极，色败为虚寒；紫黑腹痛为气血相并，腹不痛血热；紫黑成块，色黯为寒凝，色明为热结。

2.3.1.4 经质 依经质辨证，多结合经血颜色及其鲜明、灰黯别寒热虚实。

《陈素庵妇科补解·经血成块方论》全书曰：“妇人经行其块或大或散，皆血所结，乃血滞也，红而成块者，血热兼风也，紫甚或黑色成块者，血热有伏火，久而蓄结也。黄浊成

块者，湿痰裹血也。淡红而成块者，风冷客胞门致血凝聚也”。

赵献可《邯郸遗稿·经候》认为：“经水过期而似鱼脑者，痰多血少也；有绿黄如泥土者，血寒血虚也”。

黄元御《四圣心源·结瘀紫黑》认为月经瘀血结块是寒凝，反对血热之说，总结曰：“经水结瘀紫黑，血室寒沍而凝涩也。血之为性，温则行，寒则滞，滞久则烟郁而腐败，是以成块而不鲜，此以土湿水寒，木气郁塞之故。庸工谓之血热，据其木郁生热而昧其水土之湿寒，祸世非小也”。

2.3.2 辨经行疼痛

妇女经行期间可伴有腹部疼痛，胀满不适，根据疼痛的特点，疼痛发作时间与经行的关系，可辨别气血虚实。

《陈素庵妇科补解·诸经行腹痛方论》根据经行腹痛的时间及有无腹痛曰：“妇女经欲来而腹痛者气滞也”，“经正来而腹痛者血滞也”，“经行后腹痛者是气血两虚也”。经行断续者，“不痛者属血虚，痛者属气滞”。

方广《丹溪心法附余·经病》认为常时作痛亦属血积曰：“疼痛之中，有常时作痛者，有经前经后作痛者，则常时与经前作痛为血积，经后为血虚也”。

江笔花在《笔花医镜·月经》根据经行腹痛拒按与否判虚实曰：“将行而腹痛拒按者，气滞血凝也。既行而腹痛喜按者，气虚血少也”。认为经行“腹胀者是气滞，腹痛者是血滞，泄泻者是脾虚，溏泻者是寒湿”。

2.3.3 辨经行发热

若经行兼见发热，可根据发热的规律辨虚实。《丹溪心法附余·经病》曰：“发热之中，有常时发热者，有经行发热者，则常时为血虚有积，经行为血虚有热也”。《笔花医镜·月经》按经行前后辨虚实曰：“经前发热为血热，经后发热为血虚”。窦材在《扁鹊心书·妇人》根据发热者饮食之多少辨脏腑曰：“发热减食皆为气血脾胃之虚；不减食，止发热者，心脏虚也”。

2.3.4 辨脾瘦

形体胖瘦与脏腑气血虚实有关。《女科济阴要语万金方·治经水》曰：“肥胖女人，经事或二三月一行者，痰甚而脂闭塞经脉也”。“女人月事过期而来者，瘦人应是血少，肥人大概挟痰，阻滞升降，而气又虚也”。提示月经不调，胖人多虚、多痰，虚为脾阳虚。痰湿不化，阻滞经脉，则经行迟延。《妇科玉尺·月经》总结“经水过多不止，平日瘦弱，常发热者，由火旺也”，“经水过多不止，平日肥壮，不发热者，体虚寒也”。

2.3.5 辨脉

凭脉可以测证，可以辨别阴阳表里寒热虚实。月经不调各证候的脉象亦有不同特点。

2.3.5.1 妇人平脉 男女阴阳之质不同，脉象亦有别。《医学入门·妇人脉法》曰：“凡妇人脉比男子更濡弱者常也。脉如常，虽月经或前或后，或多或少，或一月未来者，亦不成经病”。可见虽有短暂，或偶尔轻度月经不应期，或多或少，但脉象平和，多可迅速恢复正常，不至于反复不愈或加重病情。

2.3.5.2 月经紊乱 《史载之方·诊室女妇人诸脉》曰：“妇人肺脉盛，肝脉软而虚，忽微而动，心脉乱，肺气有余，相刑剋，肝木受金伤，不能主血，月候多少迟速不定……，当减其肺，

益其肝”。史氏通过诊脉测病机,辨证候,心火衰,肺金失其约制而亢盛,克伐肝木,肝被伤,藏泄失节,月经多少、先后紊乱,治宜疏肝理气,宣肺气之郁,肝木则舒,脏腑和谐,月经失调自愈。

2.3.5.3 月经先期 柴得华在《妇科冰鉴·经脉愆期》根据妇人脉象及其兼证,辨月经先期虚实寒热曰:“先期而至,脉见洪数之类,证兼喜冷者,热也”。“若脉见濡弱沉细之类,证兼喜暖,为虚寒也,血色浅淡乃气虚不能摄血也”。

2.3.5.4 月经后期 《妇科冰鉴·经脉愆期》认为月经“过期不至,血脉微弱或涩,面颜黄白,无胀痛之证者,乃无血可行”。

2.3.5.5 月经过多 《史载之方·诊室女妇人诸脉》曰:“心脉扎,肝脉虚,尺泽微细,血海虚损,经候过多,忽成片流下,不可禁止。六脉皆沉,肝脉弱而虚,尺泽细,细如缕,又带涩而迟,肝肾多感寒,伏在子宫,血海虚损,经候过多,小便白,浊如米泔”。史氏所论,六部脉沉,尺属肾,心、肝、肾精血不足,经血过多,成片流下,势不可禁,加重血海虚损。尺泽又细如缕,且涩而迟,表明肝肾所感之寒邪,已入子宫,病机为虚寒。

《医学入门·妇人脉法》曰:“若沉而缓者下虚,月经来多”。表明脉象沉而迟缕,是下焦虚寒,主妇人月经过多。

2.3.5.6 月经过少 《史载之方·诊室女妇人诸脉》曰:“六脉大而沉,肝脉横,肺脉浮,主妇人血热,经候行少,背上非时有一片发热,口无津液,忽两三月一次,忽半年不行,或止些小黑血”。

2.3.5.7 居经 出于《脉经·卷九》,原意系气血不足,月经迟延,三月一行,不同于清代以后的生理性月经变异。王叔和曰:“少阴脉微而迟,微则无精,迟则阴中寒,涩则血不来,此为居经,三月一来”。“脉微血气俱虚,年少者妄血也,乳子下利为可,不者,此为居经,三月不来”。《诸病源候论·月水不调候》亦肯定:“少阴脉涩则血不来,此为居经,三月一来”。

陈素庵注解居经之本意,在《陈素庵妇科补解·经水三月一来方论》全书曰:“经水三月一来,名居经。居之谓言积也,积至三月一来也,俗名‘四季经’。其脉微而涩,微者阳气虚,涩者阴血少”。

明代医家李梴在《医学入门·妇人脉法》以脉象阐述居经的病机,曰:“若三部浮沉一止,寸关微涩,微则胃气虚,涩则津血不足,尺微而迟,微则无精,迟则阴中寒,此为居经,三月一来”。

2.3.6 辨病机

医生通过望闻问切四诊所得的资料,加以综合分析,辨别病证之气血寒热虚实。

2.3.6.1 辨气血 郑春敷在《女科济阴要语万金方·治经水》曰:“女人经候过多,吸吸少气,脐腹极冷,汗出如雨,尺脉微小,由冲任虚衰,气不能固”。此为妇人月经失血过多,气虚欲脱之证候。

朱震亨在《脉因证治·经候》根据病证见于经行先后辨气病、血病,曰:“血为气引而行,血未来而先有病,皆气之患也;来而后有病者,皆血之虚也;病出意外,皆血之热”。在《格致余论·经水或紫或黑论》阐述气病机对月经的影响,根据疼痛辨气血虚实,曰:“经水者,阴血也。阴必从阳,故其色红,禀火色也。血为气之配,气热则热,气寒则寒,气

升则升，气降则降，气凝则凝，气滞则滞，气清则清，气浊则浊。往往见有成块者，气之凝也。将行而痛者，气之滞也。来后作痛者，气血俱虚也。色淡者亦虚也。错经妄行者，气之乱也”。

程国彭在《医学心悟·月经不调》以经血多少、色泽及兼症辨气血病机，曰：“问其经来，血多色鲜者，血有余也。血少色淡者，血不足也。将行而腹痛拒按者，气滞血凝也。既行而腹痛者，喜手按者，气虚血少也”。

罗国纲在《罗氏会约医镜·论经后期》曰：“彼血虚者，禀赋素弱，饮食减少，其脉必沉细弦涩，其形必恶寒喜暖，其血自沉黑涩少”。“凡阳气不足，血寒经迟者，色不鲜红或沉黑，或涩少，其脉其脏其形必见虚弱无火之证”。

2.3.6.2 辨寒热 郑春敷反对经血紫黑属风冷说，在《女科济阴要语万金方·治经水》曰：“女人月水紫黑，作痛成块，便不得指为风冷乘之，而行温热之剂。盖风冷一说，皆由《良方》一书之论，世俗往往因之误人，独不见经云‘亢则害，承乃制’乎。盖热甚者必兼水化，所以热则紫，甚则黑也。况女人性多偏执，嗜欲加倍，五志之火无日不起，非热而何？若曰风冷必外得，入经必痛，或不痛者，久则郁而热矣。且得寒而凝，今既行而紫黑，非寒可知，纵有风冷乘袭，亦百中之一二也”。

朱震亨亦批驳经血紫黑属风冷，坚持紫黑气热说，其在《格致余论·经水或紫或黑论》曰：“紫者气之热也，黑者热之甚也。人但见其紫者、黑者、作痛者、成块者，率指为风冷，而行温热之剂，祸不旋踵矣！良由《病源》论月水诸病皆由风冷乘之，宜其相习而成俗也。或曰：黑，北方水色也，紫淡于黑，非冷而何？予曰：经曰‘亢则害，承乃制’，热甚则必兼水化，所以热则紫，甚则黑也。况妇人性执而见鄙，嗜欲加倍，脏腑厥阴之火无日不起，非热而何？若夫风冷必须外得，设或有之，盖千百而一二者也”。

张介宾认为虽血热多先期，但还要结合经血色、质、脉象及全身证候综合辨寒热。其在《景岳全书·妇人规·血热经早》曰：“凡血热者，多有先期而至，然必察其阴气之虚实，若形色多赤，或紫而浓，或去多，其脉洪滑，其脏气饮食喜冷畏热，皆火之类也”。“所谓血热者，当以通身脏象论”，“勿以脉证无火，而单以经早为热”。“若脉证无火，而经早不及期者，乃其心脾气虚，不能固摄而然”。

3 病 因

3.1 先天禀赋

《冯氏锦囊秘录·经病》论述：“凡女人禀赋旺则十三岁即行，禀赋怯则踰二七，十八九尚未至者，常是禀赋羸弱。素多阴虚内热，必因时滋补，迟婚乃佳，倘阴气未全，骤合男子多成劳怯”。冯氏所论，不仅月经初潮迟早与身体发育、先天禀赋有关，青春期以后月经能否按时有信亦与禀赋、先天遗传、后天发育、体质强弱密切相关。

3.2 合非其时

主要包括两个方面，一是婚嫁迟早不适时，二是经正行而合阴阳。《褚氏遗书·精血篇》曰：“女人天癸既至，踰十年无男子合则不调，未踰十年思男子合亦不调，不调则旧血

不出，新血误行”。肯定了早婚早育不利于身心健康。婚嫁太迟或独身者，性欲萌发而不遂，以致阴阳不调而交争，易患月经失调。《万氏妇人科·调经章》明确指出：女子血未行而强合以动其血，则他日有难名之疾，故女子未及二七天癸之期，而男子强与之合，或月事适来未断之时，而男子纵欲不已，冲任内伤，血海不固，由斯二者为崩为漏，有一月再行，不及期而行者矣”。《医宗金鉴·妇科心法要诀·不内外因经病》简述曰：“亦有女子天癸既至，踰期不得与男子合，末期思与男子合，与大经正行时而合，此皆合之非道，亦致不调”。

3.3 外邪所伤

《金匱要略·妇人杂病脉证并治第二十二》论述妇人病因，多是“因虚积冷结气，血寒积结，胞门寒伤”。《诸病源候论》卷三十七进一步阐述妇人月水不调是“由劳伤血气，致体虚受风冷，风冷之气客于胞内，伤冲脉任脉，损手太阳、少阴之经也”。外在致病因素，在机体虚弱，抗病能力低下之际，乘时侵袭，损害冲任，作用于胞宫则致月经不调。薛己《女科撮要·经候不调》及《张氏医通·妇人门》都提出六淫致月经不调，明清时代的医家已认识到，导致月经不调的外因不限于风冷，明确强调六淫都可引起月经不调。

3.4 情志内伤

《医学入门·内伤·求嗣》曾论及妇人性格情绪个性可影响到月经，曰：“性行和者，经调易挟，性行妒者，月水不匀”。为人随和，性格开朗，情绪稳定，月经通调，虽病亦易治愈；为人好忌妒，鼠肚鸡肠者易致月经不调。方广在《丹溪心法附余·经病》强调“忧思郁怒”是经候不调的内因。《景岳全书·妇人规·经不调》认为月经不调以七情之伤为甚。薛己在《女科撮要·经候不调》，陈文昭在《陈素庵妇科补解》都提出七情内伤可致月经不调。

3.5 医药误谬

张介宾在《景岳全书·妇人规·经不调》已认识到，并提出“医药误谬”可致月经不调。

薛己在《女科撮要·经候不调》总结月经不调的病因，曰：“苟或七情内伤，六淫外侵，饮食失节，起居失宜，脾胃虚损，则月经不调矣”。

4 病机

4.1 病机纲要

4.1.1 气血失调

妇人的生理功能以血为基础，故《冯氏锦囊秘录·经病》论曰：“妇人以血为海，每因忧思忿怒郁气，气行则血行，气止则血止，忧思过度则气结而血亦结，忿怒过度则气逆而血亦逆”，常常表现为月经失调。陈文昭在《陈素庵妇科补解·调经总论》中注曰：“当经之来也，外为六淫所侵，内为七情所伤，则壅滞不行，乍多乍少，或前或后”，其强调内外各种致病因素造成气血壅滞，临床表现为月经乍多乍少，或前或后。张介宾在《景岳全书·妇人规·经不调》总结了经血的化生，以及各种致病因素损伤气血则导致月经不调的病机，“经血为水谷之海，和调于五脏，洒陈于六腑，乃能入于脉也。凡其源源而来，生化于脾，

总统于心，藏受于肝，宣布于肺，施泄于肾，以灌溉一身，在男子则化而为精，妇人则上为乳汁，下归血海而为经脉，但使精气无损，情志调和，饮食得宜，则阳生阴长，而百脉充实，又何不调之有。苟不知慎，则七情之伤为甚，而劳倦次之，又或为欲不谨，强弱相凌，以致冲任不守者，亦复不少。此外则外感内伤，或医药误谬，但伤营气，无不有以致之。凡人有衰弱多病不耐寒暑，不胜劳役，虽先天禀弱者常有之，然有以气血方长而纵情亏损，或精血未满而早为斫丧，而致伤生化之源则终身受害”。

4.1.2 脏腑损伤

张介宾在《景岳全书·妇人规·经脉诸脏病因》论述曰：“心主血，脾统血、肝藏血。凡伤心、伤脾、伤肝者，均能为经脉之病”。《临证指南医案·调经》亦引述此论。

《万氏妇人科·调经章》进一步阐述脏腑导致月经不调的病机曰：“忧怒思虑则伤心，心气受伤，脾气失养，郁结不通，腐化不行，胃虽能受，而所谓长养灌溉流行者，皆失其令矣。故脾胃虚弱，饮食减少，气日渐耗，血日减少，斯有血枯、血闭及血少、色淡、过期始行、数月一行之病，女子之性，执拗偏急，忿怒妒忌，以伤肝气，肝为血海冲任之系，冲任失守，血气妄行也”。林珮琴在《类证治裁·调经》阐述肝脏病机：“盖妇人善郁，木失条畅，枝叶萎缩，肝不藏血，经之所由不调也”。

4.1.3 冲任不守

《冯氏锦囊秘录·经病》阐述冲任病机曰：“妇人月水不调，有因风冷乘虚客于胞中，有伤冲任之脉。盖冲任之脉起于胞中，将息顺理，则血气调和，六淫不能为害，若劳伤气血，风冷乘之，脾胃一伤，饮食渐少，荣卫日衰，肌肤黄瘦，皆由冲任劳损”。表明冲任损伤是月经不调的重要病机。

4.1.4 阴阳盛衰

月经周期先后与阴阳寒热有关，阴寒血行迟缓不畅，则经行延后；阳热血行加速，月经则先期而行。此寒热不仅是气候的寒热温凉，亦包括机体脏腑功能活动，即内生的寒热。

宋代许叔微在《普济本事方·妇人诸疾》曰：“治妇人病多是月经乍多乍少，或前或后，时发疼痛，医者一例呼为经病，不曾说得是阴胜阳，是阳胜阴，所以服药少得有效。盖阴气乘阳，则胞寒气冷，血不运行，经所谓天寒地冻，水凝成冰，故令乍少而在月后，若阳气乘阴，则血流散溢，经所谓天暑地热，经水沸溢，故令乍多而在月前。当和其阴阳，调其血气，使不相乘，以平为福”。《孕育宝庆集·经气调治法》进一步论述了阴阳盛衰月经不调与冲任虚弱、营卫不调有关，论曰：“经候者，经脉之常候，血气运行恒久之度也。阴阳愆伏则月候失常，以致太过不及，乍多乍少，或前或后，阴气乘阳，胞寒气冷，血不运行，故乍少；阳气乘阴，血热流散，故乍多。阴过于阳则期前来，阳过于阴则期后至，久则或崩漏不止，断绝不行，致使面色不泽，脐腹时痛，久不治之，渐至虚损，令人断产，变生他疾。皆由冲任虚弱，荣卫不调之所致也。妇人赋柔弱之质，易感易伤，气以荣养之，血以滋润之，气行则血随而行，气滞则血凝而窒，当调其阴阳，顺其血气，一有偏胜，则经候不调，百病生矣。可不慎哉”。可见阴阳盛衰与气血、冲任、寒热有关，阴阳盛衰是月经不调的总纲。《妇人大全良方·王子亨方论》亦从阴阳盛衰强调月经先后之病机，“阳太过则先期而至，阴不及则后时而来，其有乍多乍少，断绝不行，崩漏不止，皆阴阳盛衰所致”。

4.2 各证病机

4.2.1 月经先期

先期的病机，古代医家往往从火热，脏腑气血通闭立论，而火热又有虚实之分。

4.2.1.1 血热 火热可加速血脉流通，故以血热阐述月经先期者较多。郑春敷《女科济阴要语·治经水》曰：“妇人经事谓之月水，以其一月一至也；若一月二至者血热也”。“妇人经事参前而来者血热也”。《丹溪心法·经水证治》亦曰：“月水不及期而来者血热也”。吴球《诸证辨疑录·妇人调经论》亦持此见曰：“未及而先行者，血热也”。张介宾在《景岳全书·妇人规·血热经早》阐述先期是由于血行加快，曰：“血热者经期常早，此营血流利，及未甚亏者多有之”。万全在《万氏妇人科·不及期而经先行》曰：“如德性温和，素无他疾者，责其血盛，且有热也”。万氏所论病机对临床治疗有重要的指导意义。月经先期者，无明显的脏腑阴阳盛衰，皆可考虑为血盛有热所致，按血热治疗。

4.2.1.2 虚热 龚廷贤在《万病回春·调经》认为：“经水先期而来者，血虚有热也”。清代陆懋修《世补斋医书·妇科经带论》曰：“经水先期者，水中火旺也”。水属阴，水中火旺乃阴火太盛，当属虚火。王士雄在《沈氏女科辑要·月事不来》论述曰：“经水固以月行为常，然阴虚者多火，经每先期。阴愈虚，行愈速，甚至旬日、半月而一行”。傅青主亦强调火热所致的月经先期，在病机上有虚实之不同，《傅青主女科·经水先期》曰：“妇人有先期经来者，其经甚多，人以为血热之极也，谁知是肾中水火太旺乎？”“又有先期经来只一、二点者，人以为血热之极也，谁知是肾中火旺而阴水亏乎？”

4.2.1.3 脏腑郁热 薛己在《女科撮要·经候不调》及《校注妇人良方·调经门》皆论述：“若先期而至者，有因脾经血燥者，有因脾经郁滞，有因肝经怒火，有因血分有热，有因劳役火动”。《张氏医通·经候》亦袭此论，其将“脾经血燥”，径改作“肝脾血燥”，更易为现代中医所接受。纵观薛氏、张氏的观点，月经先期病在肝脾，邪为火热，燥为火热之渐。

4.2.1.4 通多塞少 清代医家黄元御从气机血行通畅闭阻来论述月经先期，在《四圣心源·先期后期》曰：“其通多而塞少者，木气泄之，故先期而至。以经血上行则血室不见其有余，必月满阴盈而后来，血陷则未及一月而血室已盈，是以来早”。《医学摘粹·经脉》亦认为：“经水先期而至者，缘木气之疏泄，即崩漏之机也”。经血行止，依赖于脏气，肝主疏泄，疏泄之机在于动静，即通塞，通行则血下，塞停则血止，通塞失谐，木气下泄，通而不塞，经血下陷则先期而行，甚至发展为崩漏。

4.2.2 月经后期

《冯氏锦囊秘录·经病》总结月经后期的病机为“过期而来者火衰也，为寒、为郁、为痰”。

4.2.2.1 血虚 《女科济阴要语·治经水》认为：“妇人月事过期而来者，瘦人应是血少”。《陈素庵妇科补解·经水后期方论》进一步论述曰：“妇人经水后期而至者血虚也”，“此由脾胃衰弱，饮食减少，不能生血所致”。

4.2.2.2 血寒 吴球在《诸症辨疑录·妇人调经论》指出：“过期而行经者血寒也”。张介宾在《景岳全书·妇人规·血寒经迟》阐述血寒月经后期的病机曰：“凡血寒者，经必后期

而至，然血何以寒？亦唯阳气不足，则寒从中生而生化失期，是即所谓寒也”。罗国纲认为血寒月经后期的寒邪不是外人，而是内生之寒邪，在《罗氏会约医镜·论经后期》曰：“凡血寒血虚者，俱后期，然血何以寒？非阴寒由外而入，生冷由内而伤，原由阳气不足，非春和之时，以致津液不能充盈，故不能如期而至也”。血寒者还有虚实之别，《傅青主女科·调经》曰：“后期而来少，血寒而不足；后期而来多，血寒而有余”。

4.2.2.3 血热 血热多致月经先期，然亦有后期者。张介宾在《景岳全书·妇人规·血热经迟》说：“有阴火内烁，血本热而亦每过期者，此水亏血少燥涩而然”。陆懋修《世补斋医书·妇科经带论》亦指出：“经水后期者，火旺水亏也”。

4.2.2.4 气血虚弱 气血虚弱亦是月经后期的主要病机。薛己在《女科撮要·经候不调》曰：“其过期而至者，有因脾经血虚者，有因肝经血少者，有因气虚血热”。

4.2.2.5 塞多通少 黄元御《四圣心源·先期后期》从通塞论述月经后期的机理：“其塞多而通少者，木不能泄则后期而至，以木气郁遏，疏泄不行，期过一月而积蓄既多，血室莫容，然后续下，是以来迟也”。庆云阁《医学摘粹·经脉》亦云：“如经水后期而至者，缘木气之遏郁，即闭结之机也”。

4.2.2.6 痰阻经脉 《女科济阴要语万金方·治经水》从痰阻立论月经后期病机曰：“肥胖妇人，经事或二、三月一行者，痰甚而脂闭塞经脉也”。

4.2.3 月经先后无定期

4.2.3.1 气乱 气顺血调，经行有常。气机逆乱，必影响月经。陆以湑在《冷庐医话·妇科》曰：“医书云先期为血热，后期为血寒，然有或前或后者，将忽寒忽热乎，大抵气者血之母，气乱则经期亦乱，故调经以理气为先”。林珮琴在《类证治裁·调经》指出经乱可因受惊气乱，月经随之紊乱。

4.2.3.2 血虚 血虚气无所依，气血两虚，气失统摄，经血下行无度。《景岳全书·妇人规·血虚经乱》指出：“凡妇人血虚者、或迟或早，经多不调”。

4.2.3.3 肝郁 肝藏血，主疏泄。肝气郁结，疏泄失常，月经紊乱。《傅青主女科·调经》曰：“妇人有经来断续，或前或后无定期，人以为气血之虚也，谁知是肝气郁结乎”。

4.2.3.4 脾虚 静光指出脾胃功能失常亦可导致月经先后无定期。在《女科秘要·月经或前或后》曰：“此症因脾土不胜，不思饮食，由此血衰，月水往后，或次月饮食多进，月水又往前矣”。

4.2.3.5 肾虚 张介宾在《景岳全书·妇人规·肾虚经乱》中指出，经乱病机在肾，“妇人因情欲房室，以致经脉不调者，其病皆在肾经”。

4.2.3.6 心肺虚损 心主血，肺主气。古人指出心肺虚损亦可导致月经先后无定期。林珮琴在《类证治裁·调经》曰：“经乱，迟早无定，乍前乍后，多因心肺虚损”。

4.2.4 经期延长

4.2.4.1 火热 孙文胤在《丹台玉案·妇人》论述经期延长曰：“经来之后，累数日而不能止者，乃血海脱滑，兼火有以动之也”。此血海滑脱不禁，乃气失统摄，因内有虚火扰动所致。沈金鳌在《妇科玉尺·月经》亦强调“经来十数日不止者，血热也”。

4.2.4.2 气血虚 叶困菴《女科指掌·不断》曰：“经水淋漓不肯除，皆因气血本元虚，或缘房事伤冲任，郁怒忧思亦载书”。气血虚衰，气失统摄，则经行下血日久。至于房室

损伤冲任、胞络等亦是经期延长的重要因素。经脉损伤，冲任不固，经血不止。郁怒忧思伤及肝脾，肝郁脾虚，疏泄太过，下血不止，脾虚血亏，经血不调。《妇科玉尺·月经》亦指出：“经水来而不止者，气虚不能摄血也”。

4.2.4.3 冲任虚损 《诸病源候论·月水不断候》曰：“妇人月水不断者，由损伤经血，冲脉任脉虚损故也。……劳伤经脉，冲任之气虚损，故不能制其经血，故令月水不断也”。

4.2.5 老年经行

妇女绝经前后，多有月经不调，其病机特点与生育期、青春期的有所不同。故古代医家对其病机及治疗多特殊加以论述。

4.2.5.1 气血有余 《普济本事方·妇人诸疾》曰：“妇人天癸已过期，经脉不匀，或三四月不行，或一月再至，腰腹疼痛。《素问》云七损八益，谓女子七七数尽而经脉不依时者，血有余也，不可止之，但得依时不腰痛为善”。表明古人已观察到，妇人49岁后，月经虽未绝，但亦往往经脉不调，或稀发，或频发，如无其他病症，为血有余，可顺其自然。《张氏医通·经候》亦明确指出：“年老无病，而月水如期不断者，气血有余也”。可见，妇人年龄虽过七七之期，但月经按期有信，为身体康强无病之象，此类妇人，月经有持续至八七、九七者，甚至晚年得子，古今均有报道。李时珍《本草纲目·论月水》曰：“有妇年五十六十而天癸不断产子”。《妇科心法要诀·妇人经断复来》亦认为：“妇人七七四十九岁时，天癸竭，地道不通，当月水不下。若月水不断，不见他证，乃血有余，不可用药止之”。

4.2.5.2 内虚外邪 《女科百问·第十一问》论曰：“女以血为主，七七则卦数以终，终则经水绝止。《内经》云：“七七任脉虚，太冲脉衰少，天癸竭，地道不通，故形坏而无子也。或劳伤过度，喜怒不时，经脉虚衰之余，又为邪气攻冲，所以当止而不止也”。叶困菴《女科指掌·踰期》亦歌曰：“七七阴阳数已终，如何经脉复流通，皆因忧怒兼劳役，邪气停留在子宫”。年老经脉虚衰，易为邪气所伤，常见的诱发因素，忧怒等情志及劳役皆可重伤已虚衰之脏腑，邪气乘虚侵袭，停留在冲任、子宫，子宫气机紊乱，血失潜藏而下行，表现为月经复行，或紊乱。

4.2.5.3 血热 《妇科玉尺·月经》论述血热可致老妇经行过多，曰：“妇人四十九岁经当止，今每月却行过多，及五旬外，月事比少时更多者，血热或血不归经也”。

4.2.5.4 血瘀 《陈素庵妇科补解·调经门》论述妇人年过七七，经水仍来，曰：“血来少而点滴，六、七日不止者，必有滞血留于经络”。提示老妇经行涩少，日久不净，瘀血阻滞是一重要因素。

4.2.5.5 气病 《陈素庵妇科补解·调经门》认为妇人年过七七，月经当绝不绝，是血分有余，曰：“然血来甚，如崩败者，是气虚不能摄血”。《张氏医通·经候》亦认为年老月经“既绝复来者，气病也，或伤损，或瘀血”。绝经后妇人，月经复行，是气病。然气有虚实，故可见肝气郁结，或脾气虚衰，郁则不藏，虚则不统，如《傅青主女科·年老经水复行》所言：“妇人年五十外，或六、七十岁忽然行经者，或下紫血块，或如红血淋，人或谓老妇行经，是还少之象，谁知是血崩之渐乎！夫妇人至七七之外，天癸已竭，又不服济阴补阳之药，如何能精满化经，一如少妇。然经不宜行而行者，乃肝不藏脾不统之故也，非精过泄而动命门之火，即气郁甚而发龙雷之火，二火交发，而血乃奔矣”。

4.2.6 月经过多

4.2.6.1 气虚 《女科济阴要语·千金方·治经水》曰：“女人经候过多，吸吸少气，脐腹极冷，汗出如雨，尺脉微小，由冲任虚衰，气不能固”。

4.2.6.2 血虚 《傅青主女科·经水过多》一反血热有余之说，从血虚立论曰：“妇人经水过多，行后复行，面色萎黄，身体倦怠，而困乏愈甚者，人以为血热有余之故，谁知是血虚而不归经乎！”

4.2.6.3 脾虚 怀抱奇在《医微·调经论》指出月事过多是由于“脾不统血”。

4.2.6.4 热邪 《罗氏会约医镜·论月水多少》认为：“平日少而忽然多者，不问肥瘦皆以热论”。

4.2.7 月经过少

月经过少，古人责为源头不足之血虚，或痰阻经脉，血不下行。

4.2.7.1 血虚 《丹溪心法·经水证治》指出“经水涩少，为虚为涩”。万全认为瘦人月经过少是血虚，在《万氏妇人科·调经章》曰：“瘦人经水来少者，责其血虚少也”。罗国纲认为病机有虚实，在《罗氏会约医镜·论经水多少》曰：“平日多而忽然少者，非病后体虚，即外因阻滞也”。怀抱奇认为心不生血亦可致月经过少，在《医微·调经论》曰：“女子心思偏执，心不生血，而月事衰少”。

4.2.7.2 脾虚痰阻 《万氏妇人科·调经章》认为“胖人经水来少者，责其痰碍经隧也”。罗国纲亦持此见，在《罗氏会约医镜·论经水多少》曰：“有痰碍经隧者，必其体肥，而脾土或者亏败，不能燥痰也。”

4.2.8 经间出血

孙文胤在《丹台玉案·月信不调》论述经间出血的病机曰：月经“既止之后，隔三四日复见微血者，以旧血未尽，为新生之血所催，故不能容而复出也”。

4.3 病 位

4.3.1 胞宫及有关经脉

《诸病源候论·卷三十七》论妇人月水不调为：“风寒之气客于胞内，伤冲脉、任脉，损太阳少阴之经也”。巢氏认为月经不调是邪气侵袭子宫，损伤冲任及心与小肠经所致。冲为血海，任主胞胎，女子以血为用，血海直接灌注子宫，胞宫生理功能受制于任脉，故月经不调病位在子宫、冲任。手少阴心经、手太阳小肠经的生理作用，在上为乳汁，在下为月水，故月经不调病位还包括心与小肠经。如《女科百问·第七问》所言，“妇人月水有四经所主，一者冲任二脉，二者手太阳、少阴二经，然冲为血海，任主胞胎，二者相资，故令有子。手太阳小肠之经，为腑而主表，表属阳；手少阴者，心之经，为脏而主里，里属阴，此二经，在上为乳汁，在下为月水”。《冯氏锦囊秘录·经病》亦认为“妇人经水不调，有因风冷乘虚客于胞中，有伤冲任之脉”。

4.3.2 肾

张介宾在《景岳全书·妇人规·经脉类》提出因房室情欲所致的月经不调，“其病皆在肾经”。

4.3.3 肝

唐宗海《医学见能·妇人调经》歌曰：“妇人经血属于肝，肝血调和病自安，热则先期寒

则后，腹疼瘀血定相干”。妇人经血蓄注、运行、藏泻属于肝所主司，肝气血调和则无月经不调之苦。寒热瘀血伤及肝脉皆可致月经不调。

综上所述，古人认为月经不调病位在子宫、冲任，以及心、肝、肾、小肠经。

4.4 病 性

4.4.1 虚实

《扁鹊心书·妇人》认为月经“愆期者为虚，不及期者为实”。月经的物质基础是气血，气血不足则血海不能按时满溢而延后。

4.4.2 寒热

血流得热则沸腾，寒则凝滞，故以月经先后辨寒热。《女科济阴要语万金方·治经水》认为月经“若一月二至者血热也；两月一至者血冷也，血少也”。《丹溪治法心要·经病》亦云：“不及期而来者血热也”，“过期者血少也”。《女科秘要·经水多少症》曰“经来多，不问肥瘦，皆属热”。

4.4.3 虚实寒热错杂

月经不调者往往虚实寒热并存。如《丹溪手镜·经水》曰：“不及期者乃湿热也”，“过期有二，一者血少也，紫黑有块乃有热也；二者多痰”。

陈文昭在《陈素庵妇科补解·经水先期方论》注曰：“先期固属血热，然有内热挟虚而致者”。《万病回春·调经》曰：“经水先期而来者，血虚有热也”；“经水过期不来作痛者，血虚有寒也”。

从上述，可见古贤对月经不调之病性，多以月经先后分虚实寒热，先期者多属热、属实，亦有挟虚，或与湿邪相合。后期者多属虚，属寒冷，或血少。

4.5 病 势

4.5.1 病之轻重

程钟龄在《医学心悟·室女经闭成损》认为：“女人经水不调，乃气血不和，其病尤浅。室女经闭，则水源断绝，其病至深”。一般来说，女子单纯经水不调，月经或先或后，多系气血不和，病变较轻浅，而室女经闭者，则病变较重，经血枯竭，治疗较难，尤其是原发性闭经，多难以治愈。

4.5.2 病之进展

4.5.2.1 不孕 月经不调可影响生育，许国祯《御药院方·经候》曰：“若经候乍多乍少，或前或后，脐腹时痛而色不泽，久不治之，渐至虚损，俱令人断产，变生他病”。月经量多少不定，先后愆期往往表明气血阴阳失调，不及时调治，进一步耗损气血，可致不孕育等疾病。《褚氏遗书·精血》亦阐述月经不调可致不孕，曰：月经“不调则旧血不出，新血误行，或渍而入骨，或变而之肿，或虽合而无子”。月经不调者，经血循行障碍，陈旧之血不能下行，占据冲任胞脉，新血不能循经，瘀滞于里，病为肿胀，影响生育。

4.5.2.2 闭崩 月经不调失治误治，可发展为闭经、崩漏。《万病回春·调经》曰：“经水过多，久不止者，成血崩也”。黄元御亦在《四圣心源·先期后期》阐述曰：“先期者木气之疏泄，崩漏之机也；后期者木气之遏郁，闭结之机也”。提示人们对月经不调应及时治疗。否

则,先期者可发展为崩漏,后期者可发展为经闭不行。《妇科冰鉴·经脉愆期》亦曰:“身体薄弱,中气常馁,或积想纵欲,致月经不调,‘诚崩漏之肇端,亦剪嗣之根蒂也’。”

4.5.2.3 百病 月经不调进一步发展,可导致各种疾病。《简明医彙·调经》曰:“妇人月经如月水之亏盈,应期行止,而有常度日调,遇交合则有子矣。否则三五错综,皆所谓不调也。不调则百病变生,甚至不治,孕暇言乎?”

陈文昭在《陈素庵妇科补解·妇人诸疾由于经水不调论》曰:“有因经不调而致病者,风寒客于胞门,伤冲任二脉,血得寒则凝,怒则气逆,惊则气乱,悲则气促,忧则气结,恐则气怯,劳则气虚,四肢倦怠,气不宣通,经血因而闭滞,或为积聚癥瘕,或为痰逆呕吐,或为腰脐刺痛,或为肢体肿满,或寒热往来,骨蒸潮热,但调其经则病自愈。”月经不调者,胞门不闭,风寒之邪内侵,伤冲任气血,或情志伤气,气滞血结,或痰湿不化,停留内聚阻碍气机,病为积聚、癥瘕、水肿、寒热。月经不调可谓为妇人百病之源,难以治愈者,往往不能受孕。

月经不调可变生百病,月经初潮的迟早与女性智力思维活动亦往往有内在的联系。《女科指掌·当行不行》曰:“大凡天癸至早者性机巧,至迟者性鲁钝,通行则无病,涩滞不行变成劳瘵者多矣。”现代人月经初潮时间,往往文化发达的城区居民较早,边远农村居民初潮年龄较迟。部分原发性闭经者往往伴有智力发育障碍。

5 治 则 治 法

5.1 治 则

治则是诊疗的大法,诊治疾病的指导思想。古代医家根据临床经验和学识,提出了许多关于月经不调的治疗法则和指导思想。

5.1.1 调经宜分别主治

《陈素庵妇科补解·调经与通经不同论》全书曰:“经闭而断绝不来则宜通,经来或先或后,或多或少,适来适断,则宜调。滞久则闭,通则行其滞也。不和则有过、不及。调者,使之和,而无过不及也。然有虚有实,有热有寒,有湿痰,宜分别主治”。陈素庵所论表明,月经不调应予调经,调者调其不和,使之平衡,用药应根据虚实、寒热、湿痰分别施治。陈文昭在《陈素庵妇科补解·调经总论》注曰:“通者,去其闭塞渗渍之瘀,使新血不与旧血相搏而致病。补者开其郁结,培其脾胃,使新血渐生,不致有枯闭,故曰调也”。通以去瘀,补以培正,扶正祛邪,使阴阳气血恢复平衡即是调经之道。《古今医鉴·妇人科》强调调经要审冷热而调之曰:“妇人之病,四时所感,六淫七情所伤,悉与男子治法同。惟胎前产后、七癥八瘕、崩漏带下之证为异,故别著方。究其所因,多由月水不调,变生诸证,大概以经候如期为要。或其愆期,当审其冷热而调之。先期而行者血热也,法当清之;过期而行者血寒也,法当温之,然又不可不察其有无外感,为之寒热,而后投药”。

5.1.2 调经贵在抑气行血

《女科济阴要语万金方·治经水》曰:“调经之道,贵乎抑其气以行血,血盛气衰为从,从则百病不生,孕育易成”。“调经贵乎抑气,昔有名手,但知补血,不知抑气,经水竟未得调,后延予诊视,下抑气药,其效如神,乃知家传秘书真妙不容言。但抑气又当审其人

之虚实可也”。其强调妇女以血为用，故应血盛气衰，方能保证阴阳平衡，生理功能协调。并列举了他人治疗不得法而失治的病例，经抑气而治愈。但又提醒后人抑气调经还要根据病人虚实酌情施治。

5.1.3 调经以理气为要

《邯郸遗稿·经候》及《张氏医通·妇人门》在论述经候时，都强调治疗妇人室女诸病，“以调经为先，调经以理气为要”，经期要防止情志所伤。《冷庐医话·妇科》阐述调经以理气为要的机理曰：“大抵气者血之母，气乱则经期亦乱，故调经以理气为先”。

5.1.4 善调经者以顺气为主

妇人虽以血为主，但气顺血调，未见气机郁结而能月事通调者。故孙文胤《丹台玉案·妇人》曰：“治女病者，以调经为先，而善调经者，以顺气为主，气顺则经自调，经调则血常足”。《冯氏锦囊秘录·月经》曰：“常有少女经脉已行一二次，复至一二年又不行，或有四季一行，或有三五复至，此本因禀受衰弱，血脉未充，故经行断续。但宜顺气养血，气血旺而自通，切勿攻之，反成其病”，“调经养血，莫不以顺气为主”。

5.1.5 治血病以行气为先，以热药为佐

方广在《丹溪心法附余·经病》论述调经要“调其气而行其血，开其郁而补其虚，凉其血而清其热，则治之有道也欤。抑尝论之，气行血行，气止血止，故治血病，以行气为先，香附之类是也。热则流通，寒则凝结，故治血病，以热药为佐，肉桂之类是也”。《陈素庵妇科补解·调经宜和气》亦曾曰：“妇人经水不调，多因气郁所致，治宜开郁行气，则血随气行，自不致阻塞作痛。当用香附、肉桂、木香、乌药，辛温行气以开之”。冯楚瞻亦认为治疗月经病，调血应以行气为先。在《冯氏锦囊秘录·月经》曰：“妇人郁滞居多，气郁而血亦滞，故调血者以行气为先，岂耗气之谓欤？”

5.1.6 清心节欲便是调经却病

《冯氏锦囊秘录·月经》曰：“女人嗜欲过于丈夫，感病倍于男人，况产褥带下，三十六病损伤气血，挟症多端，故女人尤宜清心节欲，便是调经却病之第一”。冯楚瞻引述《备急千金要方》所论，妇人嗜欲多于丈夫，而强调妇人应清心节欲，少欲望，淡化名利，心静神清，是却病养身的首务。

5.1.7 调经以滋水为主

赵献可引用《素问·上古天真论》关于女性生理的论述，提出调经应以滋水为主。在《邯郸遗稿·经候》曰：“论调经以滋水为主，不须补血何也？曰：“经曰女子七岁肾气盛，齿更发长，二七而天癸至，任脉通，太冲脉盛，月事以时下，故有子。天者天一之真，癸者壬癸之水，月者水之精，以一月而盈，盈则炁。女人经水一月以时下，能有子；不以时下，或过期，或不及，皆为病。病则不能有子，所以必须调经，调经必须滋水为主。冯楚瞻阐述调经滋水之理，并认为调经不宜苦寒，即或火盛亦应通过补水滋水达到阴阳平衡。在《冯氏锦囊秘录·经病》论曰：“冲任起于胞中，男子藏精，女子系胞，而为其用者，其间又恃一点命门之火为之主宰，所以滋水更当养火，甚则干涸不通者，虽曰火盛之极，亦由水虚之甚，不宜以苦寒之药降火，只宜大补其水，从天一之源以养之使满，满则自能流行而溢，万无有毒药可通之理也”。提示虚火不可以苦寒之剂重伤生气，滋水养血，水满血足，虚火自消。

5.1.8 调经莫先于养血，养血莫先于调气

汪石山治疗月经不调坚持分因而治，重视养血调气。肖璠在《女科经纶·月经门》转述曰：“妇人属阴，以血为本，但人肖天地，阴常不足，妇人加乳哺月经之耗，是以妇人血病者多”。“苟气血一忤，则或先或后，多寡不匀，或闭绝不行而百病生，必须分因而治。如真水亏败，阳火内炽，血海枯竭，经绝不通者，宜补养阴血，则经自行。如寒客胞门，子户凝泣，血不通，为癥瘕之候者，宜散寒逐瘀，则经自行。但血乃气之配，其升降寒热虚实，一从乎气，是以气热则血热而色紫，气寒则血寒而色凝，气升则血逆而上出，气陷则血随而下崩。此调经莫先于养血，养血莫先于调气也。”

唐宗海认为治疗月经不调，应调血先调水，调水即是调气。在《血证论·经血》曰：“女子之经，血中有水，故行经前后，俱有水浆可验。夫此水乃肾中冲阳之气所生，气亢则水竭而血不濡，热证于是乎生矣。气寒则水冷而血不运，寒证于是乎生矣。故凡调血先须调水，调水即是调气。气生于肾而主于肺，血生于胃而藏于肝，以血海为肝之部分，肺金司气之制节，又为水之上源，调血调水，人当所从事矣。故或调气中之水以滋血，或调血中之气而利水，是女子调经之法。”

5.1.9 调经以补养脾胃为先

清代医家何松庵、浦天球合著《女科正宗》，在“调经门”论述治疗月经不调“当先察脾胃何如，女子月事不调，多因脾胃伤损，不能生血所致，须以补养脾胃为先，脾旺则能统诸血，而经自行，切不可遽用攻克之剂，伤其中气，则逾不调矣”。

5.1.10 调经最重调肝，次重脾胃

秦天一总结叶天士治疗月经病的经验，在《临证指南医案·调经》注曰：“观叶先生案，奇经八脉固属扼要，其次最重调肝，因女子以肝为先天，阴性凝结，易于拂郁，郁则气滞血亦滞，木病必妨土，故次重脾胃。余则血虚者养之，血热者凉之，血瘀者通之，气滞者疏之，气弱者补之”。

5.1.11 调经贵在补脾胃，养肾气

张介宾在《景岳全书·妇人规·经不调》条分缕析月经不调诸证的治疗法则曰：“先期而至虽曰有火，若虚而挟火则所重在虚，当以养营安血为主，矧亦有无火而先期者，则或补中气，或固命门，皆不宜过用寒凉也；后期而至者，本属血虚，然亦有血热而燥瘀者不得不为清补，有血逆而留滞者，不得不为疏利。总之调经之法，但欲得其和平，在详察其脉证耳。若形气脉气俱有余，方可用清用利。然虚者极多，实者极少，故调经之要，贵在补脾胃以资血之源，养肾气以安血之室，知斯二者则尽善矣。若营气本虚而不知培养，则未有不日枯而竭者，不可不察也”。

5.1.12 养心实脾调经之至要

吴球批驳古方耗气调经之法，倡导养心健脾，补血调经。其在《诸症辨疑录·妇人调经论》曰：“予考古方耗其气以调其经，以鄙见，人之正气不宜耗也。太冲者气也，任脉者血也。气升则升，气降则降，血随乎气，由无暂息。若独耗其气，血无所施，正气既虚，邪气必胜。故百病生焉，其经安得调乎？况心生血，脾统之，胃为冲之元也。养其心则血生，实其脾则血足，气胜则血行矣。安得独耗其气哉？此调经之至要也。”

孙志宏在《简明医彙·妇科总论》论述调经必先补心健脾之理曰：“调经之要，莫先于益

血滋阴。益血之道，必先补心健脾，所谓宁其心则血生，实其脾则血足”。又曰：“养心则血生，健脾则气布，二者胥和，则气畅血行，而调经之要，斯其至矣”。

5.1.13 调经养血，首以崇阳为主

黄元御在《四圣心源·经脉根源》阐述治疗月经不调应温经养血曰：“调经养血之法，首以崇阳为主。盖经水之原，化于己土，脾阳左旋，温升而生营血。所谓中焦受气取汁，变化而赤是谓血也。血藏于肝，而总统于冲任，阴中阳盛，生意沛然，一承雨露，煦濡长养，是以成孕而怀子也。譬之于土，阳气冬藏，水泉温暖，春木发扬，冻解冰消，暖气升腾，故万物生焉。使冬无地下之暖，虽有阳和司令，亦成寒谷不生矣”。庆云阁在《医学摘粹·经脉》亦转述了黄氏所论。

5.1.14 先天滋肾，后天调心脾

怀抱奇在《医微·调经论》从先天后天论治月经不调曰：“天癸者，先天所禀之血脉，而冲任为之蓄洩；心脾者，后天所生之血脉，而阳明为之灌溉，故先天不足者，滋其肾阴，后天不足者，调其心脾，其理虽殊，而实一致，治法有能外之者哉？”

5.1.15 调经应审因推源，随证施治

张璐强调调经应分辨五脏之因，审而治之，其在《张氏医通·经候》曰：“经水阴血也，属冲任二脉，上为乳汁，下为血水。其为患，有因脾盛不能生血；或郁结伤脾而血损者；有因胃火而血烁者；有因劳伤心神而血耗者；有因积怒伤肝而血闭者；有因肾水不能生肝而血少者；有因肺气虚伤不能统血而经不行者。治疗之法，损其肺者，益其气；损其心者，调其营卫；损其脾胃者，调其饮食，适其寒温；损其肝者，缓其中；损其肾者，益其精。审而治之，庶无误矣。”

石寿棠阐述调经必推求不调之源，认为人身气血只有不足，断无有余，不可企望重伤气血调经，其在《医原·女科论》曰：“古人谓女子首重调经。夫首重调经，是也。但欲调其所不调，必推其所以不调之源，从而调之，而经始调。奈方书调经诸方，多是行气破血之品，不知人身气血，只有不足，断无有余，其见为有余者，皆不足所致，皆不足而邪凑之所致，岂有重伤气血而能调经之理？又谓女子多郁，必兼开郁，夫郁者不畅之谓，必用微辛微润诸品，得春和之气，寓生发之机，乃能畅达气机，又岂用辛燥干涩之药，而能流畅遏郁之理？”

柴得华亦强调经断复来当审因，随证施治，在《妇科冰鉴·妇人经断复来》曰：“妇人七七天癸竭，地道不通，当月水不下，尚仍不断，别无他证，乃血有余，不可用药强止。若断已年余之外，忽而复来者，当审其因，果何干犯，随证施治，无不可也”。

5.1.16 去病调经有先后之分

月经不调有原发、继发之分，因此治疗亦有先后缓急。肖壘在《女科经纶·月经门》按曰：“妇人有先病而后致经不调者，有因经不调而后生诸病者。如先因病而后经不调，当先治病，病去则经自调；若因经不调而后生病，当先调经，经调则病自除”。

5.1.17 初病先其所因，已剧专当顾本

张介宾在《景岳全书·妇人规·经脉诸脏病因》论述脏腑病因机制，认为思虑、郁怒、积劳、六淫、饮食，多起于心肺肝脾四脏，及其甚也，则四脏相移必归脾肾。其原因就是：阳分日亏则饮食日减，而脾气胃气竭矣。阴分日亏则精血日涸而冲任肾气竭矣。张氏针对

“阳邪之至，害必归阴，五脏之伤，穷必及肾”的病机转化规律，提出：“凡治经脉之病，或其未甚则宜解，初病而先其所因，若其已剧则必计所归，而专当顾本”。

5.2 各证治法

5.2.1 月经不调

《万氏妇人科·调经章》总结调经之法曰：“大抵调治之法，热则清之，冷则温之，虚则补之，滞则行之，滑则固之，下陷则举之，对症施治，以平为期”。徐大椿在《女科指要·经候》曰：“调经必先去病，血热者宜清凉以利血脉，血寒者宜温热以资化源，血瘀者宜破宜消，血枯者宜润宜补”。

《沈氏女科辑要·辨色及痛》引古据今，对临床辨证不确切者，劝导先试投轻剂，不可妄投大寒大热之剂，曰：“王宇泰以寒则凝，既行而紫黑，定非寒证，然投热药，十中尝见一二，色白无火亦属近理，然间有不宜补火者，尝见元和一妇，经水过期十日方至，色淡。稳婆据此，投肉桂药数剂，经水来多，遍身发黄，不能饮食，身热脉数，竟成危候。此是丹溪所谓经水淡白属气虚一证。要之，临证时须细察脉象，复参旁证，方识虚实寒热。倘有疑似证中有两说者，先用其轻剂，如色淡一证，先用补气法不效，再投补火，庶几无误。”

林珮琴主张辨阴阳盛衰，寒热虚实，分别施治。在《类证治裁·调经》曰：“调经之要，务令血气和平，自然经准受孕。如阳太过则先期，原因有火，然虚而生火，仍当养营摄血，亦有无火而先期，或补中气，或固肾关，不宜过用寒凉也。阴不及则后期，本属血虚，然有血热而燥瘀者，宜清补。亦有血逆而留滞者，宜疏利，毋庸预执温补也。其阴阳乖乱，错经妄行，或由火邪搏营，迟早互见，或由经气舛逆，口鼻上冲，务审其虚实寒热而调之”。

5.2.2 月经先期

先期多从热治，但热有虚实，治法不尽一致。《傅青主女科·经水先期》曰：“先期而来多者，火热而水有余也；先期而来少者，火热而水不足也。倘一见先期之来，俱以为有余之热，但泄火而不补水，或水火两泄之，有不更增其病乎！治之法，不必泄火，只专补水，水既足而火自消矣，亦既济之道也”。《万病回春·调经》又曰：“经水先期而来者血虚有热也，治当补血清热，经自准也”。《女科正宗·调经》概以清热治之，曰：“血者气之配，气行则血随之，故经水有先期而来者，气之热也，法当清之，四物汤加黄芩、黄连、栀子、生地、丹皮、香附之类”。

5.2.3 月经后期

月经迟延，多予以催经、促经、行经，但因其病机各异，治疗方法亦不尽相同。《万病回春·调经》曰：“经水过期而来，色淡者，痰多也，治当活血化痰，经自调也；经水过期而来作痛者，血虚有热也，治当生血清热，痛自止也”。“经水过期不来作痛者，血虚有寒也，治当温经养血痛自止也”。

罗国纲在《罗氏会约医镜·论经后期》讨论月经后期的治法曰：“彼血虚者，禀赋素弱，饮食减少，其脉必沉细弦涩，其形必恶寒喜暖，其血自沉黑涩少，此际宜温之养之，以培根本，而破血行血之药，毫不可用”。“凡阳气不足，血寒经迟者，色不鲜红，或沉黑，或涩少，其脉、其脏、其形必见虚弱无火之证，宜用温养血气之药”。

5.2.4 月经过多

《傅青主女科·经水过多》论述月经过多的治疗，曰：“妇人有经水过多，行后复行，面色萎黄，身体倦怠，而困乏愈甚者，人以为血热有余之故，谁知是血虚而不归经乎！”“治法宜大补血而引之归经”。

5.2.5 月经先后无定期

静光在《女科秘要·月经或前或后》讨论月经周期或前或后的治法曰：“用药只宜理脾，脾土胜旺，血匀气顺，自然应期”。

6 治疗禁忌

6.1 调经不可遽用攻伐通利之剂

破血行血之药，攻伐通利之剂易伤胎，故月经不调，尤其是月经迟滞者，古人强调要注意验胎，不可盲目应用。《妇科玉尺·月经》曰：“妇人二三月经不行，宜用验胎法以验之，未可遽用攻伐通利之剂也。如果验之无胎，斯可随症而通之”。

《冯氏锦囊秘录·月经》告诫世人：“凡治病妇，当先问娠，不可仓卒。盖既有病则娠脉不能易辨，故凡看妇人病脉，不可纯用破气行血之药，恐有娠在疑似间也”。

6.2 经乱不可妄用克削及寒凉

罗国纲从虚治疗月经先后不定，反对用克削寒凉药物伤脾胃生气。其在《罗氏会约医镜·论经乱常》曰：“凡经行原有常期，一或前或后，悉从虚治，若妄用克削及寒凉等剂，再伤脾胃，以伐生气，则惟有日甚矣”。

6.3 调经理气不可徒以香燥

王士雄根据自己临床经验，认为调经虽以理气为先，但理气不宜徒以香燥，药剂应阴阳寒热、燥腻互济，不可偏激，在《沈氏女科辑要·月事不调》按：“气为血帅，故调经必先理气，然理气不可徒以香燥也，盖郁怒为情志之火，频服香燥，则营阴愈耗矣”。

6.4 调经切忌攻克破气

调经治疗用药不可损伤气血，只宜顾护正气，调和气血，使之阴阳和谐。《女科正宗·调经》曰：“大法调经药切忌攻克破气之剂，因正气方亏，虽有他症，从轻而治，如冒寒邪，补中汤加表药”。

6.5 调经不可偏用寒热

《望诊遵经·月经诊法提纲》曰：“先期有虚实，后期亦有虚实，故先不可偏用寒，后不可偏用热，而况有先后不定，通闭无常者乎！”

7 预防

月经不调的预防，主要是在月经期要加强卫生保健。古代医家强调经期如产，苟能调摄得宜，不仅能防病，且有利于去疾。

《女科济阴要语万金方·治经水》曰：“妇人经至即如大产，须畏避风寒，禁止洗浴，节食戒气，否则百病蜂起”。“经行之际，与产后一般，将理失宜，为病不浅”。此月经期与产后同样保健的观点，后世医家在《古今医鉴·妇人科》、《张氏医通·经候》均有阐述。

《诸症辨疑录·妇人调经论》告诫世人“行经之时，保如产母，一失其宜，为病不浅，当戒暴露，莫损于冲任，远色欲，莫伤于血海”。“若能养性情，节饮食，戒暴怒则百病不生，而孕育多矣”。

8 方剂用药归类

8.1 调 经

(1) 白垚丸(《备急千金要方》)

白垚 白石脂 牡蛎 禹余粮 龙骨 细辛 乌贼骨 当归 芍药 黄连 茯苓 干姜 桂心 人参 瞿麦 石韦 白芷 白藜 附子 甘草 蜀椒

主治妇人月经一月再来，或隔月不来，或多或少，淋漓不断，或来而腰腹痛，嘘吸不能食，心腹痛。

(2) 阳起石汤(《备急千金要方》)

阳起石 甘草 续断 干姜 人参 桂心 附子 赤石脂 伏龙肝 生地黄

主治月水不调，或前或后，或多或少，乍起乍白。

(3) 杏仁汤(《备急千金要方》)

杏仁 桃仁 大黄 水蛭 虻虫

主治月经不调，或一月再来，或两月、三月一来，或月前，或月后，闭塞不通。

(4) 桃仁汤(《备急千金要方》)

桃仁 泽兰 甘草 芍药 人参 牛膝 桂心 牡丹皮 当归 芍药 生姜 半夏 地黄 蒲黄

主治月水不调，或淋漓不断，断后复来，以及月经或前或后，或经月不来。

(5) 防风散(《类编朱氏集验医方》)

北防风 川当归 赤芍药 牛蒡子 荆芥穗 蝉壳 生地 香白芷 甘草 白附子 白僵蚕 何首乌 乌蛇肉 紫参

主治经脉不匀，气血壅滞，肺有风热，遂令遍身瘾疹，红紫成片，肌肉麻痹，皮肤粗涩，或时瘙痒。

(6) 地黄丸(《普济本事方》)

熟干地黄 山茱萸 白茺萸 白芍药 代赭石 炮干姜 厚朴 白僵蚕

主治妇人月经不调，每行数日不止，兼有白带，渐渐瘦悴，饮食少味，累年无子。

(7) 当归和血汤(《陈素庵妇科补解》)

当归 川芎 白芍 生地 熟地 香附 鳖甲 丹皮 丹参 川断 秦艽 红花

主治经水乍多乍少。

(8) 增损四物汤(《黄帝素问宣明论方》)

川芎 当归 芍药 熟地黄 白术 牡丹皮 地骨皮

主治月经不调，心腹疼痛，补血脏，温经驻颜。

(9) 牛膝散(《妇人大全良方》)

牛膝 桂心 赤芍药 桃仁 延胡索 当归 牡丹皮 川芎 木香

主治妇人月水不利，脐腹疼痛。

(10) 当归饮(《女科百问》)

当归 熟地 川芎 白芍 黄芩 白术

主治月水过多，有抑阳助阴，调理经脉之功。

(11) 小调经散(《诸症辨疑录》)

白芷 没药 肉桂 甘草 赤芍药 细辛 川归 延胡索 麝香 琥珀

主治妇人经候不调，赤白带下，作痛等症。

(12) 当归散(《医学入门》)

白术 黄芩 山茱萸 当归 川芎 白芍 冷者去芩加肉桂

主治经脉过期不匀，或三四月不行，或一月再至，以致腰腹疼痛。《金匱要略》以当归散清热养血安胎，李梴加入山茱萸，用于调经，寒热并治，随证选用黄芩、肉桂。

(13) 清海苍莎丸(《医学入门》)

南星 苍术 川芎 香附

主治肥人痰多，占住血海，经血过多伴头目昏晕。

(14) 二四汤(《邯郸遗稿》)

橘红 半夏 茯苓 甘草 熟地 当归 川芎 芍药

主治肥人月经过期，血虚挟痰。

(15) 六合汤(《邯郸遗稿》)

生地 白芍 归身 川芎 黄芩 白芷

主治经水过多。

(16) 妇宝调经汤(《简明医彙》)

当归 熟地黄 白芍药 川芎 香附 大腹皮 吴茱萸 紫金皮 肉苁蓉 条芩 甘草 姜枣

主治经期不准，或前或后，紫淡不同，多少不等。

(17) 蒲黄散(《济阴纲目》)

黄芩 当归 柏叶 蒲黄 生姜 艾叶 生地黄 伏龙肝

主治月经不止，持续时间延长。

(18) 止经汤(《济阴纲目》)

当归 川芎 白芍药 熟地黄 白术 黄芩 阿胶 蒲黄 柏叶 香附 砂仁 甘草 生姜

主治妇人月水不断，时时淋漓，或成片，或下赤白水，兼见面色青黄，头眩目花，四肢酸疼，困倦，多睡，少食。

(19) 保荣汤(《丹台玉案》)

当归 山梔 地榆 牡蛎 侧柏叶 川芎 赤芍 生地 灯心草

主治经行数日不止，或隔几日复见微红。

(20) 经验调经方(《女科正宗》)

当归 白芍 续断 肉苁蓉 熟地 大腹皮 荆芥 条芩 粉草 阿胶 炒砂仁

主治经水不准，多寡不定。

(21) 益母胜金丹(《医学心悟》)

大熟地 当归 白芍 川芎 丹参 荒蔚子 香附 白术 益母草 血热者加丹皮、生地，血寒者加厚肉桂，若不寒不热只照本方。

主治妇人室女月经不调。

(22) 紫金丸(《女科秘要》)

青皮 陈皮 苍术 槟榔 砂仁 红豆 良姜 枳壳 乌药 香附 三棱 苍术

主治月经或前或后。

(23) 调经四物汤(《女科秘要》)

川芎 川归 白芍 生地 白术 柴胡 香附 延胡索 黄芩 三棱

主治月经后期。

(24) 金狗散(《女科秘要》)

金毛狗脊 川断 阿胶 地榆 川芎 川归 白芷 白芍 黄芩 熟地

主治经来不止。

(25) 胶艾丸(《妇科玉尺》)

香附 生地 枳壳 白芍 砂仁 艾叶 阿胶 山药

主治经行后期太甚。

8.2 理 气 血

(1) 四物汤(《太平惠民和剂局方》)

当归 川芎 白芍药 熟干地黄

主治妇人月水不调，脐腹疼痛。有调益营卫，滋养气血之功，凡月事不调诸证，皆可以此方为主而变通之。

(2) 熟干地黄丸(《太平惠民和剂局方》)

熟干地黄 五味子 柏子仁 芎藭 泽兰 禹余粮 防风 肉苁蓉 白茯苓 厚朴 白芷 干姜 山药 细辛 卷柏 当归 藁本 甘草 蜀椒 牛膝 人参 续断 蛇床子 茺藺 杜仲 艾叶 赤石脂 石膏 肉桂 石斛 白术 紫石英

主治妇人风虚劳冷，月水不调，乍多乍少。常腹养血补气，和顺荣卫，充实肌肤。

(3) 钟乳泽兰丸(《太平惠民和剂局方》)

钟乳粉 泽兰 茺藺 麦门冬 山茺藺 艾叶 防风 柏子仁 人参 石膏 石斛 熟干地黄 芎藭 甘草 牛膝 白芷 山药 当归 藁本 细辛 肉桂

主治月水不调，脐腹疼痛，腰腿沉重，四肢倦怠，而少光泽，饮食无味。久服补虚损，益血气。

(4) 柏子仁丸(《如人大全良方》)

柏子仁 牛膝 卷柏 泽兰叶 续断 熟地黄

主治妇人血虚经少，或闭止不行。有养血益阴调经之功。

(5) 八珍汤(《丹溪心法》)

人参 白术 茯苓 甘草 当归 川芎 熟地黄 白芍药

主治妇人血虚月经不调，可补气血调阴阳。

(6) 七沸汤(《女科准绳》)

当归 川芎 白芍药 熟地黄 蓬术 川姜 木香

主治荣卫虚，经水愆期，或多或少，腹痛。

(7) 小营煎(《景岳全书》)

当归 熟地 芍药 山药 枸杞 炙草

主治妇人血少阴虚，月经不调。

(8) 圣愈汤(《医宗金鉴·妇科心法要诀》)

熟地 白芍 川芎 人参 当归 黄芪

主治气血虚衰，经水先期。

(9) 当归补血汤(《医宗金鉴·妇科心法要诀》)

当归 黄芪

主治月经先期，血少浅淡，气虚不能摄血。

(10) 调经丸(《女科秘要》)

三棱 莪术 川归 白芍 生地 熟地 延胡索 白茯苓 川芎 砂仁 乌药 香附

大小茴

主治血气皆虚，月经前期。

(11) 八物汤(《女科切要》)

熟地 白芍 川芎 当归 白术 人参 广皮 半夏

8.3 补 脏 腑

(1) 补中汤(《陈素庵妇科补解》)

白术 茯苓 人参 山药 广皮 当归 白芍 熟地 川芎 炙草 葛根 香附 姜

枣

主治脾胃虚弱，血虚经行后期，有补脾胃，滋生化之源之功效。

(2) 七福饮(《景岳全书》)

人参 熟地 当归 白术 炙甘草 枣仁 远志

主治气血俱虚而心脾为甚者。

(3) 人参养营汤(《太平惠民和剂局方》)

人参 黄芪 当归 白术 炙甘草 桂心 陈皮 熟地 五味 茯苓 白芍 远志

姜枣

主治月经过期而至，脾经血虚。

(4) 大补元煎(《景岳全书》)

人参 山药 熟地 杜仲 当归 山茱萸 枸杞 炙甘草

主治心脾气虚不能固摄，经早不及期者。有回天赞化，救本培元之效。

(5) 大营煎(《景岳全书》)

当归 熟地 枸杞 炙甘草 杜仲 牛膝 肉桂

主治真阴精血亏损，妇人月经不调，血少，腰膝筋骨疼痛，或气血虚寒，心腹疼痛等。

(6) 五福饮(《景岳全书》)

人参 熟地 当归 白术 炙甘草

主治心脾气虚不能固摄，经早不及期，以及血虚经乱。

(7) 左归丸(《景岳全书》)

大怀熟 山药 枸杞 山茱萸肉 川牛膝 菟丝子 鹿角胶 龟甲胶

主治左肾真阴不足，精血耗伤而经脉不调。

(8) 左归饮(《景岳全书》)

熟地 山药 枸杞 炙甘草 茯苓 山茱萸

主治左肾真阴不足而经脉不调。

(9) 右归丸(《景岳全书》)

大怀熟 山药 山茱萸 枸杞 鹿角胶 菟丝子 杜仲 当归 肉桂 制附子

主治元阳不足而月经不调者。

(10) 右归饮(《景岳全书》)

熟地 山药 山茱萸 枸杞 甘草 杜仲 肉桂 制附子

主治命门阳衰而阴胜月经不调。

(11) 归脾汤(《正体类要》)

人参 黄芪 白术 茯苓 枣仁 远志 当归 木香 炙甘草

主治心脾两虚月经先期及血虚经乱。

(12) 补肝散(《景岳全书》)

熟地 白术 枣仁 独活 当归 川芎 黄芪 山药 五味子 山茱萸肉 木瓜

主治肝虚不能藏血或多惊惕，经候不调。

(13) 滋血汤(《女科准绳》)

人参 山药 黄芪 白茯苓 川芎 当归 白芍药 熟地黄

主治妇人心肺虚损，血脉虚弱，月水过期。

(14) 温经摄血汤(《傅青主女科》)

大熟地 白芍 川芎 白术 柴胡 五味子 续断 肉桂

主治肝脾肾精血不足，经血量多，经来后期。

(15) 定经汤(《傅青主女科》)

菟丝子 白芍 当归 大熟地 山药 白茯苓 芥穗 柴胡

主治肝郁肾虚月经先后无定期。

(16) 助仙丹(《傅青主女科》)

白茯苓 陈皮 白术 白芍 山药 菟丝子 杜仲 甘草

主治脾肾虚弱，经水数月一行。

8.4 行 血

(1) 土瓜根散(《金匱要略》)

土瓜根 芍药 桂枝 廔虫

主治瘀血月经不调。

(2) 大黄朴硝汤(《备急千金要方》)

大黄 牛膝 朴硝 牡丹 甘草 紫菀 代赭 桃仁 虻虫 水蛭 干姜 细辛 芒硝 麻仁

主治胞中有风冷，经年月水不利。

(3) 促经汤(《古今医统大全》)

香附子 熟地黄 白芍药 莪术 木通 苏木 当归 川芎 红花 甘草 肉桂 桃仁

主治月经过期不行，腰腹作痛。

(4) 过期饮(《女科准绳》)

熟地黄 白芍药 当归 香附 川芎 红花 桃仁泥 蓬莪术 木通 甘草 肉桂

主治血虚气滞，经水过期不行。

(5) 桂枝桃仁汤(《邯郸遗稿》)

枝枝 桃仁 生地 芍药 人参 甘草

主治气滞血瘀，经水不利，腰腹刺痛。

(6) 通经六合汤(《邯郸遗稿》)

生地黄 当归 赤芍药 川芎 蓬术 官桂

主治月经不调，气滞血凝腰腹刺痛。

(7) 温经养血汤(《女科正宗》)

当归 白芍 熟地 香附 蓬术 苏木 红花 川芎 肉桂 桃仁 木通 甘草

主治经水过期不来作痛，血虚有寒。

(8) 姜芩四物汤(《医宗金鉴·妇科心法要诀》)

当归 熟地 赤芍 川芎 姜黄 黄芩 丹皮 延胡索 香附

主治热盛滞血，经水先期，血少色赤。

(9) 佛手散(《医宗金鉴·妇科心法要诀》)

川芎 当归

主治瘀血经水先期。

(10) 红花汤(《妇科玉尺》)

红花 琥珀 白芍 麝香 没药 当归 桂枝 桃仁 苏木

主治经行过期及不月。

8.5 清 热

(1) 大安营煎(《陈素庵妇科补解》)

当归 白芍 生地 川芎 秦艽 黄芩 丹皮 焦梔 川断 薄荷 甘草 茯苓

主治血热经水先期。

(2) 镇经汤(《古今医统大全》)

当归 白芍药 生地黄 黄柏 阿胶珠 条黄芩 知母 甘草 川芎 香附子 姜黄连 白芷

主治肾水阴虚，经水先期而来，过多不止。

(3) 固经丸(《医学入门》)

黄芩 白芍 龟版 椿根皮 黄柏 香附

主治血热经水过多。

(4) 先期汤(《女科准绳》)

生地黄 川当归 白芍药 黄柏 知母 条芩 黄连 川芎 阿胶 艾叶 香附 炙甘草

主治经水先期而来，有凉血固经之功。

(5) 凉血地黄汤(《邯郸遗稿》)

生地 黄连 升麻 细辛 当归 黄芩 柴胡 藁本 红花 黄柏 防风 蔓荆子 川芎 知母 羌活 荆芥 甘草

主治血热经水先期而来。

(6) 加减一阴煎(《景岳全书》)

生地 芍药 麦冬 熟地 炙甘草 知母 地骨皮

主治阴火内烁血热，月经过期。

(7) 保阴煎(《景岳全书》)

生地 熟地 芍药 山药 川续断 黄芩 黄柏 生甘草

主治阴虚内热动血，经行先期。

(8) 约营煎(《景岳全书》)

生地 芍药 甘草 续断 地榆 黄芩 槐花 荆芥穗 乌梅

主治血热失血，月经不调。

(9) 清经散(《傅青主女科》)

丹皮 地骨皮 白芍 大熟地 青蒿 白茯苓 黄柏

主治经水先期，经血量多。

(10) 两地汤(《傅青主女科》)

大生地 玄参 白芍药 麦冬肉 地骨皮 阿胶

主治阴虚火旺经水先期，经血量少。

(11) 凉血补血汤(《女科正宗》)

当归 川芎 白术 条芩 白茯苓 炒黑山栀 炒黑地榆 炒黑荆芥 白芍 阿胶 生地 甘草

主治经水过多不止。

(12) 补血清热饮(《女科正宗》)

当归 生地 条芩 香附 阿胶 白芍 川芎 黄连 黄柏 知母 甘草

主治血虚有热，经水先期而来。

(13) 四物三补丸(《妇科指掌》)

四物 黄芩 黄连 黄柏 山梔 香附 荆芥穗 龟版

主治月经先期，有固经凉血之功。

(14) 地骨皮饮(《医宗金鉴·妇科心法要诀》)

当归 生地 白芍 川芎 牡丹皮 地骨皮

主治虚热经水先期。

(15) 黄芩散(《女科秘要》)

黄芩 川归 川芎 白芍 苍术 知母 花粉

主治血气皆虚烦热，月经先期。

(16) 凉血丸(《妇科玉尺》)

枇杷叶 白芍 五味子 生地 青蒿 甘草 山萸 黄柏 川断 杜仲 阿胶 山药

主治血热经行先期，腰腹发热。

8.6 温 经

(1) 温经汤(《金匮要略》)

吴茱萸 当归 芍药 芎药 人参 桂枝 阿胶 牡丹皮 生姜 甘草 半夏 麦门冬

主治冲任虚损，月候不调，或来多不断，或过期不来，或崩中去血过多不止，或少腹寒久不受胎。

(2) 五积散(《仙授理伤续断秘方》)

白芷 陈皮 桔梗 甘草 枳壳 当归 麻黄 半夏 芍药 炮姜 苍术 茯苓 肉桂 姜 葱

主治妇人寒湿客于经络，经血不调。

(3) 大补经汤(《古今医鉴》)

当归 川芎 白芍 熟地黄 人参 白术 白茯苓 黄芪 陈皮 砂仁 香附 阿胶 沉香 小茴 玄胡索 吴茱萸 肉桂 粉草

主治妇人气血虚弱，血海寒冷，经水不调，或时心腹疼痛。

(4) 理阴煎(《景岳全书》)

熟地 当归 炙甘草 干姜 或加桂肉

主治妇人脾肾中虚，经迟、经乱等。

(5) 大补调经汤(《简明医彙》)

当归 熟地 白芍药 川芎 香附 白术 茯苓 黄芪 阿胶 人参 砂仁 吴茱萸 陈皮 小茴香 玄胡 肉桂 炙草 姜枣

主治妇人气血虚损，血海虚寒，经水不调。

(6) 内补当归丸(《女科秘要》)

川断 阿胶 白芷 苁蓉 蒲黄 厚朴 吴茱萸 附子 当归 茯苓 川芎 白芍 甘草 干姜 熟地

主治月经后期。

(7) 归附丸(《女科切要》)

当归 附子

主治血虚经水过期而来。

展 望

月经不调是妇科临床的常见病,求治于中医药者较多。一般认为中医药治疗月经不调有较好的疗效。但是,中医治疗月经不调,大多仍沿袭传统的辨证施治、处方用药,且以汤剂为主,服用不便,疗效难以预测。可以说,目前多数中医临床所应用的诊治方法、手段与民国甚至明清年间相比无大的进展。

月经不调各证的诊断及疗效已有了统一的标准,但缺少稳定、统一、有效、固定的中药方,缺少大样本对照观察的病例报道。已有的新药多限于止血调经,用于月经过多等失血性月经不调,虽可收止血之效,但恢复维持月经周期不易。

鉴于以上情况,欲提高中医药治疗月经不调的疗效,应从规范诊治手段入手,继续加强中西医结合工作的力度,促使诊断、辨证方法客观化,处方用药减少医生的主观随意性,根据月经不调的病因、病机、证候,选择有效的治疗方法,推出针对不同病证,经得起临床验证的药物、方剂、方法。

(陈立怀 褚 敏)

近现代参考文献

- [1] 李衡友. 中医对月经病的认识及其辨证与治疗. 江西中医, 1955 (2):14
- [2] 汪慎之. 祖国医学对月经不调的认识和治疗. 中医杂志, 1959 (11):45
- [3] 夏桂成. 月经不调病复杂证候的辨证论治. 南京中医学院学报, 1985 (特刊):132
- [4] 王大增, 等. 著名中医妇科专家陈大年的临床经验. 上海中医药杂志, 1983 (11):10
- [5] 朱小南. 几种特殊的月经病治验. 中医杂志, 1964 (5):7
- [6] 陈大年. 中医对月经的来源及其病变原因和治疗. 新中医药, 1955 (1):21
- [7] 朱小南, 陈大年. 中医对月经不调的认识和处理. 上海中医药, 1957 (3):37
- [8] 王伯章, 等. 哈雷慧星回归时对女子月经的影响. 上海中医药, 1989 (9):11
- [9] 徐小林. 对 1600 名妇女行经时间与月相关系的调查报告. 陕西中医, 1986 (5):200
- [10] 石笑峰, 等. 纺织噪声对女工生殖机能的影响. 宁夏医学杂志, 1991 (1):39
- [11] 梁贞洁. 棉纺噪声对女工月经及妊娠结局的影响. 广州医药, 1990 (6):38
- [12] 郑青, 等. 全身振动对女司售人员女性机能的影响. 中华劳动卫生职业病杂志, 1991 (5):263
- [13] 王育敏, 沈冬云. 女飞行员内分泌激素的改变. 中华内分泌代谢杂志, 1990 (4):238
- [14] 丁福蓉. 过度负重对女工月经和内生殖器的影响. 实用妇产科杂志, 1989 (3):157
- [15] 高永良. 女运动员与月经失调. 国外医学·妇产科分册, 1986 (4):205
- [16] 许薇玉, 等. 苯作业对女工健康影响调查. 职业医学, 1991 (3):146
- [17] 玄春山, 等. 苯二甲苯作业女工健康调查. 中华劳动卫生职业病杂志, 1988 (5):268
- [18] 翁乔生, 等. 低浓度混苯作业女工及其幼儿健康的调查. 职业医学, 1988 (2):20
- [19] 高丽暖, 李娥蛟. 苯对女工生殖机能的影响. 河南医科大学学报, 1994 (2):156

- [20] 张桂侠, 李玉华. 喷漆作业对女工生殖功能的危害. 中华劳动卫生职业病杂志, 1989 (2):104
- [21] 黄正林, 等. 铅作业对女工健康及生殖功能影响的调查. 职业医学, 1987 (2):4
- [22] 张存和, 等. 职业性汞接触对女工月经及妊娠影响的调查研究. 职业医学, 1991 (6):338
- [23] 吴卫平, 等. 锰对女工生殖机能的影响. 中华劳动卫生职业病杂志, 1991 (4):206
- [24] 郑青, 保毓书. 二硫化碳对女工性腺机能影响的研究. 中华劳动卫生职业病杂志, 1989 (5):292
- [25] 刘凤巧, 等. 己内酰胺对女工性机能影响的调查. 中华劳动卫生职业病杂志, 1988 (4):201
- [26] 许素华. 卷烟厂女工生育机能的调查. 职业医学, 1991 (5):274
- [27] 魏永敬, 等. 34例海洛因依赖者的月经变化. 中国心理卫生杂志, 1992 (5):203
- [28] 李文佩, 等. 7100例输卵管结扎术后流行病学调查. 江西医药, 1987 (4):319
- [29] 陈淑波, 罗勤. 宫内节育器的常见副反应并发症及其处理. 中国实用妇科与产科杂志, 1995 (4):203
- [30] 王卓然, 等. 宁宫饮治疗皮下埋植长效避孕剂所致月经紊乱 108例. 中国中西医结合杂志, 1994 (5):291
- [31] 孙宁铨. 论月经病的脏腑学说. 新中医, 1985 (5):1
- [32] 罗元恺. 调补肾阴肾阳对妇科病的运用. 新中医, 1974 (1):8
- [33] 王华秀. 广西中医药. 试论调经之本在肾. 广西中医药, 1992 (6):26
- [34] 于英涛. 肝郁对妇女月经病的影响及其治法. 中医药学报, 1979 (2):30
- [35] 刘风云. 妇女七情内伤与心理治疗. 湖北中医杂志, 1994 (2):24
- [36] 陈天然. 月经失调与脏腑虚实. 四川中医, 1983 (5):2
- [37] 张文阁. 略论子宫疾患的病因病机. 中医杂志, 1989 (5):13
- [38] 陈慧珍, 曾昭明. 妇女体质分型及临床意义. 广西中医药, 1988 (1):15
- [39] 全国中医妇科第一、二届学术交流会论文汇编, 1986 22~25
- [40] 西安医学院天文与医学学生科研小组. 月经与天文现象. 西安医学院学报, 1982 (2):803
- [41] 罗颂平. 月经节律与月相的联系初探. 上海中医药杂志, 1984 (12):42
- [42] 陈慧珍. 论体质与月经病的发生发展. 广西中医药, 1992 (6):270
- [43] 北京中医医院. 刘奉五妇科经验. 北京: 人民卫生出版社, 1982 87
- [44] 王辉萍. 月经失调的辨证及治疗体会. 云南中医杂志, 1982 (5):15
- [45] 邹竺荫. 月经不调治法体会. 江西医药杂志, 1966 (5):246
- [46] 胥京生. 胥受天老中医治疗月经不调的经验. 辽宁中医杂志, 1982 (11):20
- [47] 郑其国. 郑长松老中医治疗月经后期的经验. 山西中医, 1991 (3):14
- [48] 王耀廷. 调经浅议. 新中医, 1983 (3):1
- [49] 罗逸兰. 中医治疗月经病的体会. 广东医学, 1992 (1):37
- [50] 魏宏楷. 浅谈调经四法. 陕西中医, 1981 (5):11
- [51] 北京中医医院. 刘奉五妇科经验. 北京: 人民卫生出版社, 1982. 14
- [52] 戚广崇. 择时调经浅谈. 四川中医, 1986 (11):10
- [53] 汤叔良, 等. 姚寓晨运用时空观治疗妇科病经验. 中医杂志, 1993 (12):724
- [54] 王隽田. 月经病最佳治疗阶段探讨. 吉林中医药, 1984 (4):21
- [55] 全国中医妇科第一、二届学术交流会论文汇编, 1986 175~179
- [56] 刘云鹏. 妇科常用调肝十一法. 湖北中医杂志, 1982 (1):7
- [57] 全国中医妇科第一、二届学术交流会. 论文汇编, 1986 155~158
- [58] 王华秀. 试论调经之本在肾. 广西中医药, 1992 (6):267
- [59] 冀绪. 从肾论治月经不调八法. 河北中医学院学报, 1989 (2):11

- [60] 罗元恺. 罗元恺医著选. 广州: 广东科技出版社, 1980 35~41
- [61] 宋莉莉. 妇科病从脾论治十法. 浙江中医学院学报, 1994 (1):7
- [62] 张宽智. 从心辨治月经不调八法掇要. 陕西中医, 1992 (5):207
- [63] 周月芬. 气血理论在月经病治疗中的运用. 云南中医杂志, 1984 (3):19
- [64] 陈大年. 妇科陈筱宝的学术经验简介. 上海中医药杂志, 1962 (7):13
- [65] 金志春. 月经病从风论治. 辽宁中医杂志, 1992 (9):12
- [66] 周灿, 等. 妇科病从湿论治临证举隅. 湖南中医杂志, 1991 (5):9
- [67] 全国中医妇科第一、二届学术交流会论文汇编, 1986 63~66
- [68] 龚德恩. 中药人工周期的运用和疗效观察. 新中医, 1974 (6):24
- [69] 廖玎玲, 等. 中药人工周期对女性性腺功能的影响. 江西中医药, 1982 (1):31
- [70] 孙宁铨. 调整月经周期的中医治则. 上海中医药杂志, 1983 (3):22
- [71] 陈大年. 中医中药治疗 98 例月经病临床分析. 上海中医药杂志, 1963 (7):23
- [72] 王文锦. 月经失调 55 例辨治. 上海中医药杂志, 1993 (12):13
- [73] 朱小南. 妇科肝病证治探讨. 中医杂志, 1965 (10):37
- [74] 王震治. 王芹生先生妇科经验简介. 上海中医药杂志, 1963 (8):21
- [75] 刘颖, 洪霞. 姚五达老中医治疗妇科病经验举隅. 北京中医杂志, 1992 (2):50
- [76] 黄兆强. 朱南孙治疗妇科病常用药对举隅. 江苏中医, 1990 (11):33
- [77] 王云凯. 漫话月经先期. 辽宁中医杂志, 1982 (12):14
- [78] 王秋月. 两地汤的临床应用体会. 浙江中医学院学报, 1987 (2):24
- [79] 李聪甫. 有关月经不调及痛经之答疑. 江苏中医杂志, 1985 (5):1
- [80] 李德新, 梁伯盈. 温经汤治疗月经后期 40 例. 河南中医, 1988 (6):24
- [81] 朱沛霖. 月经过多治疗经验介绍. 中华妇产科杂志, 1959 (1):18
- [82] 韩玲娣. 月经过多的辨证治疗. 中原医刊, 1984 (6):25
- [83] 上海医大妇科医院中西医结合小组. 中西医结合治疗月经过多 125 例的疗效观察. 医学情况交流, 1974 (2):6
- [84] 李祥云. 加味龟鹿二仙胶治疗月经过多. 上海医学, 1978 (7):60
- [85] 彭述宪. 加味当归补血汤治疗月经过多. 中医药学报, 1981 (1):52
- [86] 王峰, 屈振廷. 自拟活血固冲汤治疗月经过多 32 例. 河南中医, 1989 (3):35
- [87] 陈晓霞. 缩宫汤治疗子宫出血一三八例疗效观察. 浙江中医杂志, 1991 (4):159
- [88] 杨葆祯. 缩宫宁丸治疗月经过多 50 例. 中医杂志, 1995 (11):673
- [89] 陈兆政, 张文杰. 排卵期子宫出血证治. 浙江中医杂志, 1980 (11~12):540
- [90] 夏桂成. 经间期出血的证治. 南京中医学院学报, 1982 (2):33
- [91] 高谷音. 排卵期子宫出血 22 例治验. 浙江中医学院学报, 1985 (2):26
- [92] 王耀廷. 《易》学思想指导妇科临床初探. 北京中医杂志, 1992 (6):9
- [93] 哈孝贤. 小议经间出血. 天津中医, 1991 (4):16
- [94] 丛春雨. 治疗育龄妇女放环后月经失调的经验. 中医杂志, 1988 (12):900
- [95] 秦满, 侯文升. 辨证治疗放置节育环后出血. 河北中医, 1987 (4):9
- [96] 刘爱华. 对放置宫内节育器后经期延长 30 例的治疗体会. 上海中医药杂志, 1992 (11):19
- [97] 石则艳. 上节育环后出血症的辨证施治. 陕西中医学院学报, 1988 (1):33
- [98] 忻文华. 放环后月经失调 80 例施治. 中医杂志, 1994 (10):612
- [99] 肖琪薇. 活血调经汤治疗宫内节育器后月经过多 102 例. 安徽中医学院学报, 1994 (3):18
- [100] 寸淑芬, 张宽. 调经止血汤治疗放环后月经不调. 云南中医学院学报, 1994 (2):12

- [101] 沈万生. 安宫饮治疗上环后不规则阴道出血. 上海中医药杂志, 1988 (12):11
- [102] 丁丽仙. 丁启后从瘀热论治上环术后诸证. 贵阳中医学院学报, 1994 (3):22
- [103] 朱淑蓉. 环宁冲剂治疗宫内节育器引起月经异常的疗效观察. 上海中医药杂志, 1989 (9):10
- [104] 朱红云. 益气化瘀法治疗放环后月经失调 70 例. 上海中医药杂志, 1993 (4):14
- [105] 刘正求. 大黄调经汤治疗放环后月经不调 110 例临床观察. 中医杂志, 1991 (8):478
- [106] 刘瑞芬, 等. 环安散防治宫内节育器致月经异常的疗效观察. 中国中西医结合杂志, 1994 (6):340
- [107] 王卓然, 等. 宁宫饮治疗皮下埋植长效避孕剂所致月经紊乱 108 例. 中国中西医结合杂志, 1994 (5):291
- [108] 王忠民, 刘茜. 慢性乙型肝炎女患者月经病临证经验. 中医杂志, 1988 (5):339
- [109] 姚石安. 慢性乙型肝炎患者月经失调临床证治. 吉林中医药, 1991 (5):23
- [110] 高蕴玉, 焦东海. 降脂减肥片治疗肥胖症伴月经失调 20 例. 上海中医药杂志, 1993 (12):28
- [111] 吴思平. 艾灸与电针治疗月经不调 180 例. 中国针灸, 1992 (1):32
- [112] 兰州军区军医学校. 氮氛激光照射三阴交穴位对月经不调及免疫功能的影响. 陕西中医学院学报, 1982 (2):16
- [113] 赖恒. 月经不调的耳压疗法. 中国针灸, 1986 (5):251
- [114] 郑季. 耳压法治疗月经不调 77 例临床观察. 浙江中医学院学报, 1989 (3):49
- [115] 赵熙英. 用耳穴贴压法调控经期的观察. 中国针灸, 1993 (3):11
- [116] 袁良. 上仙穴治疗经血过多. 江西医药杂志, 1965 (7):908
- [117] 黄建章. 以子午流注法灸治月经过多的初步观察. 中医杂志, 1985 (3):181
- [118] 广州部队总医院. 挑治法治疗月经过多. 赤脚医生杂志, 1973 (1):34
- [119] 舒泸英, 等. 雷公藤对类风湿性关节炎患者月经的影响. 中医杂志, 1983 (4):272
- [120] 李瑞琳, 等. 雷公藤片治疗子宫出血 44 例. 中成药研究, 1983 (11):22
- [121] 云南省第一人民医院妇科门诊小组. 棉酚控制月经过多的临床研究. 云南医药, 1982 (2):70
- [122] 周苏文. 醋酸棉酚在临床应用的总结. 中华妇产科杂志, 1981 (3):137
- [123] 武汉医学院. 棉酚在妇科应用的临床观察及其作用机理的初步观察. 中华妇产科杂志, 1981 (3):132
- [124] 山西医学院第一附属医院妇产科中西医组. 中华妇号治疗月经过多的研究. 中华妇产科杂志, 1986 (4):215
- [125] 曹玲仙, 等. 参茜固经冲剂治疗月经过多及其对血清、经血纤维蛋白裂解产物的影响. 中西医结合杂志, 1991 (7):409
- [126] 丁珂, 等. 太子产宁治疗月经过多的临床及实验研究. 实用中西医结合杂志, 1996 (4):195
- [127] 李桂春, 等. 珍珠精母液治疗功能性子宫出血 648 例的疗效观察. 中草药, 1981 (12):552
- [128] 王年顺, 等. 珍珠精母注射液治疗子宫出血的研究. 中成药研究, 1984 (6):31
- [129] 杜惠兰, 等. 月经病寒凝血瘀证的病理机制初探. 中医杂志, 1993 (7):428
- [130] 杜惠兰, 柴丽娜. 冲任阻滞与月经病寒凝血瘀证的关系. 中国医药学报, 1992 (1):16
- [131] 杜惠兰, 柴丽娜. 寒邪与月经病的关系. 甘肃中医, 1993 (2):4
- [132] 柴丽娜. 肝郁型月经病发病因素——心理因素的调查分析. 新中医, 1990 (3):12
- [133] 杨正望, 等. 月经失调肾虚证内分泌改变的实验研究. 湖南中医学院学报, 1995 (3):49
- [134] 吴人照. 月经病肝郁与脾虚证的甲皱微循环观察. 云南中医杂志, 1990 (5):6

✿ 痛 经 ✿

痛经是指妇人每值经期，或经行前后出现小腹及腰骶部疼痛，甚则剧痛难忍的病证。又称“经前腹痛”、“经行腰痛”、“月水来腹痛”、“经后腹痛”。多由气滞、血瘀、寒湿凝滞、气血虚弱、肝肾亏损所致。

痛经以青年女性为多，也有部分中年妇女患此病。若月经刚刚来潮就伴有周期性腹痛者，则称为原发性痛经；若月经来潮数月或数年后由于种种原因而引起痛经者，称为继发性痛经。倘若在月经来潮前的1~2天，或经行期间有轻微的小腹部坠胀作痛，对工作与生活无任何影响者，可视为正常现象，不属本病范畴，也没有必要进行治疗。

痛经一名，遍查中医古籍，未见出处。历代医家所论，不外“月水来腹痛”、“经来腹痛”、“少腹坚痛、月水刺痛”、“经事欲行，脐腹绞痛”、“经行腹痛”、“妇人经期，气逆作痛”等等，直至今人秦伯未《秦批医学见能·妇人调经》一书，才见痛经字样：“一般行经期间，均有腰腹不舒或轻微酸胀疼痛感觉，这是正常现象。若每次行经有剧烈腹痛，称为痛经。”

据1980年的抽样调查，我国适龄妇女痛经发病率为33.19%，其中原发性痛经占36.06%，严重影响工作者占13.59%。

西医学中一般将痛经分为原发性痛经与继发性痛经两种。原发性痛经多属功能性痛经，继发性痛经多属器质性痛经，但也有功能性的，因此临床上又常用功能性痛经和器质性痛经来区分痛经。一般认为功能性痛经多与子宫肌痉挛、子宫峡部张力增强、子宫位置改变、子宫内膜在行经时整块排出等子宫因素和经期前列腺素 $F_{2\alpha}$ 释放水平过高引起子宫及血管痉挛性收缩的内分泌因素以及饮食起居不慎、不良精神情绪刺激有密切关系；器质性痛经是指由于机体器质改变而引起的痛经，主要是盆腔内有器质改变，如慢性盆腔炎、盆腔结核以及子宫内膜异位症等。

【今日临床】

1 诊断标准

关于痛经的诊断标准，目前多依据1993年中华人民共和国卫生部药政局制定的《中药治疗痛经的临床研究指导原则》，现摘录如下：

1.1 病名诊断标准

妇女凡在经期或经前经后(1周以内)出现周期性下腹疼痛，伴有其它不适，以致影响工作及生活者可诊为痛经。

1.2 病类诊断标准

气滞血瘀 经前经期小腹胀痛拒按，经血量少，经行不畅，血色紫黯有块，块下痛暂

减，经前乳房胀痛，胸闷不畅，舌质紫黯有瘀点，脉弦。

寒湿凝滞 经前或经期小腹冷痛，得热痛减，月经后期，量少，经血黯而有瘀块或黑如豆汁样，畏寒，手足欠温，带下量多，舌苔白或腻，脉弦或沉紧。

湿热瘀阻 经前经期小腹刺痛或胀痛拒按，有灼热感或伴腰部胀痛，月经不调，血色黯红质稠有块，带下量多色黄质稠，或伴有低热起伏，舌质红，苔黄或腻，脉弦数或滑数。

气血虚弱 经后小腹隐隐作痛，少腹及阴部空坠，喜按，月经量少，色淡质清稀，或伴有头晕耳鸣，健忘失眠，潮热，舌质淡红，脉沉或细。

肝肾亏损 经后一二日内小腹绵绵作痛，伴腰骶部酸痛，经色黯淡，量少质稀薄，或伴有头晕耳鸣，健忘失眠，潮热，舌质淡红，脉伏或细。

1.3 痛经程度标准

轻度 经期或其前后小腹疼痛明显，伴腰部酸痛，但能坚持工作，无全身症状，有时需服止痛药。痛经症状积分在8分以下。

中度 经期或经期前后小腹疼痛难忍，伴腰部酸痛，恶心呕吐，四肢不温，用止痛措施疼痛暂缓。痛经症状积分在8~13.5分。

重度 经期或其前后小腹疼痛难忍，坐卧不宁，严重影响工作学习或日常生活，必须卧床休息，伴有腰部酸痛，面色㿠白，冷汗淋漓，四肢厥冷，呕吐腹冷，或肛门坠胀，采用止痛措施无明显缓解。痛经症状积分在14分以上。

目前，痛经在诊断上尚无确切客观指标，只能依据病人的主诉及表现出的症状诊断。为使主观指标尽可能客观化，特定出如下评分标准，做治疗前后疗效对比及痛经轻重程度分级之用。

1.4 分度标准

经期及其前后小腹疼痛	5分(基础分)
腹痛难忍	1分
腹痛明显	0.5分
坐卧不宁	1分
休克	2分
面色㿠白	0.5分
冷汗淋漓	1分
四肢厥冷	1分
需卧床休息	1分
影响工作学习	1分
用一般止痛措施不缓解	1分
用一般止痛措施疼痛暂时缓解	0.5分
伴腰部酸痛	0.5分
伴恶心呕吐	0.5分
伴肛门坠胀	0.5分

疼痛在一天以内	0.5 分
疼痛期每增加 1 天	加 0.5 分
重度：积分在 14 分以上；	
中度：积分在 8~13.5 分；	
轻度：积分在 8 分以下。	

2 中心证候特征

主证为经行小腹疼痛,伴随月经周期而发作。次证有腰部酸痛、恶心呕吐、肛门坠胀,严重者坐卧不宁、休克、面色苍白、冷汗淋漓、四肢厥冷,影响工作学习,需卧床休息。舌质淡红或紫黯有瘀点,或舌质红;无苔或苔白或苔腻;脉象沉细无力或脉弦、脉沉紧等。

经行腹痛:疼痛可牵及全腹或腰骶部,或外阴、肛门坠痛。一般疼痛多发生在行经的第 1~2 天,或行经前 1~2 天,随后逐渐减轻或消失,偶有延至经净或月经干净后始发生疼痛,也是在 1~2 天内疼痛可自行消失。疼痛程度有轻有重,一般无腹肌紧张或反跳痛,经血排出流畅时可自行缓解。

疼痛性质:气滞血瘀者经前经期小腹胀痛拒按,血块下后痛减,经前乳房胀痛;寒湿凝滞者经前或经期小腹冷痛,得热痛减;湿热瘀阻者经前经期小腹刺痛或胀痛拒按,有灼热感或伴腰部胀痛;气血虚弱者经后小腹隐隐作痛,少腹及阴部空坠,喜按;肝肾亏损者经后一二日内小腹绵绵作痛,伴腰骶部酸痛。

经血色、质、量:气滞血瘀者经血量少,经行不畅,血色紫黯有块,块下痛暂减;寒湿凝滞者月经后期,量少,经血黯而有瘀块或如黑豆汁样,带下量多;湿热瘀阻者月经不調,血色黯红质稠有块,带下量多色黄质稠;气血虚弱者月经量少,色淡质清稀;肝肾亏损者经色黯淡,量少质清稀。

3 病 因

3.1 原 发 病 因

3.1.1 外感六淫

六淫是指风、寒、暑、湿、燥、火六种外感病邪的总称。可引起痛经的外感之邪主要是寒、热、湿等。

妇女行经期最易感受寒邪,一年四季无论何时,凡经期淋雨涉水、衣着不足、过食生冷等,都可因寒邪的侵袭而引起痛经。

湿邪为病所致痛经,多由妇女久居潮湿之地,或涉水淋雨等,致使外湿侵入机体,损及下焦及胞脉所致。

六气皆从火热而化,寒湿在体内郁积日久则化热,故在痛经病过程中,可见火热之证。

3.1.2 内伤七情

七情是指喜、怒、忧、思、悲、恐、惊七种情志的活动,七情过极则会导致疾病的发生,妇女常因郁怒、忧思、恐惧等因素影响,而损伤相应的脏腑,造成气血逆乱、阴阳失调而痛经。

郁怒太过，则损伤肝气，肝气失于调达，气机阻滞，或致气滞血瘀，则出现月经不调，经行腹痛，胸胁不适等。

忧思过度，损伤脾肺，导致气机郁滞，运行不畅，血行迟滞则月经失调，经行腹痛；或忧思过度，影响气血之化生，致使冲任失养，经行腹痛。

惊恐损伤肾气，胞脉失养而痛经。

3.1.3 生活失节

生活失节包括饮食失节、起居失常、房事过度、生育过多、劳逸失常、经期卫生保健不利等内容，这些因素均可造成痛经。

饮食失节，过食膏粱厚味，可致脾气受损，湿浊内生，侵及胞脉，或过食生冷，损伤脾阳，可致下焦寒冷，血行不畅，从而导致痛经。

起居失常，可致气机逆乱；劳逸过度，可劳伤气血；房事过度，可损伤肾气，耗损真精；生育过多则可造成气血不足；经期卫生保健不利，可致病邪直接侵入胞宫等，这些因素都可从不同的方面造成气血失和，经脉失养而发生痛经。

3.1.4 外伤

跌仆闪坠、手术创伤、人工流产损伤，以及各种手术后遗症等，均可使人体的脏腑组织器官血液的运行受阻而发生痛经。

3.1.5 禀赋不足

先天禀赋不足，可造成生殖系统的发育不良，如子宫发育不良、畸形等，这些因素亦可影响经血的正常排泄，从而导致痛经的发生。另外，禀赋不足，则抗御病邪的能力减弱，易于肇致病邪为害而发生痛经。

3.2 继发病因

瘀血：瘀血既是致病因素，又是疾病发展过程中的病理产物。无论何种原因造成的瘀血，一旦停留冲任、胞脉、胞络、胞宫等，都可造成气血运行不畅，经血排泄不利而发生痛经。一般而言，绝大多数痛经患者，均有轻重程度不同的瘀血存在，在临诊中多须加以重视。

3.3 诱发因素

起居不慎、情志刺激、烦劳过度等均可诱发或加重本病。

4 病 机

4.1 发 病

痛经是机体脏腑、经络等生理活动异常，气血阴阳失衡的结果。造成这一结果的条件不外乎邪气与正气两个方面。

《素问·遗篇·刺法论》载：“正气存内，邪不可干”。《素问·评热病论》又载：“邪之所凑，其气必虚”。也就是说，正气是内因，邪气是外因，邪正相争，一旦邪气占据上风，就会发生疾病。痛经的发生同样也是邪与正这一关系相互斗争，出现正气不足，邪气有余

的结果。

正气是人体抗御病邪的能力，是能否发病的决定因素。正气旺盛，气血充盈，抗御病邪的能力强，能够自身调节与适应内外环境的变化，就不会生病，只有在正气相对虚弱的情况下，无力抗御病邪的侵袭、适应机体的某些变化，从而发生痛经。

邪气是发病的重要条件，在一定条件下，甚至可以起主导作用。邪气侵犯人体，机体的正气就会奋起抗争，在相互抗争的过程中，邪气一旦占据上风，正气相对不足，就不能抗御病邪的侵袭，脏腑、阴阳、气血的相对平衡协调遭到破坏就会发生痛经。再则，由于机体素质的差异，经前、经期、经后特殊的生理环境变化，使胞宫气血出现满、泻、虚的变化，致病因素一旦作用于机体，破坏了机体正常生理变化，容易发生痛经。

4.2 病 位

在冲任、胞脉、气血。

4.3 病 性

痛经一病，性质有寒热虚实(瘀)之不同。外感多邪实，内伤多正虚，感邪初起多见寒、湿之证，日久则郁而化热。一般来讲，实痛者，多病于未行之前，经过而痛自减；虚痛者，多痛于既行之后，血去而痛未止，或血去而病益甚。大都可按可揉者为虚，拒按拒揉者为实。实者或寒滞、或血滞、或气滞、或热滞；虚者或血虚、或气虚。凡经来腹痛，经后病为气血虚弱，经前痛则为气血凝滞。气滞血者多胀满，血滞气者多疼痛。

4.4 病 势

小腹疼痛，伴随月经周期而发作是本病的临床特征，疼痛可牵及全腹或腰骶部，或外阴、肛门坠痛。一般疼痛多发生在行经的第1~2天，或行经前1~2天，随后逐渐减轻，或消失，偶有延至经净或月经干净后始发生疼痛。但也是在1~2天内疼痛可自行消失。疼痛程度有轻有重，一般无腹肌紧张或反跳痛，经血排出流畅时可自行缓解。但应排除经期伴发的阑尾炎、尿路结石、感染、肠炎、菌病、卵巢囊肿扭转等病证。

4.5 病 机 转 化

痛经的病机就是病邪侵犯机体，造成脏腑经路的功能失常，打破了机体阴阳、气血的相对平衡，造成冲任、胞脉、气血运行不畅，胞宫经血流通受阻的病理变化过程。其主要病机转化包括以下几个方面。

4.5.1 阴阳失调

阴阳失调是指阴阳的消长变化失去平衡协调。痛经的发生发展也是阴阳失调，出现偏盛偏衰的病理变化的结果。《素问·阴阳应象大论》中说：“阳盛则热，阴盛则寒”。机体在致病因素的作用下，就会打破阴阳的相对平衡，阴阳之间就会出现偏盛或偏衰的变化。阳气偏盛，机能亢进，就会出现热的病理表现，如“瘀热”、“湿热”、“郁热”等痛经；阳气偏衰，机能降低，就会出现虚寒的病理表现，如“肾阳不足”、“脾胃虚寒”等痛经。阴气偏盛，就会出现机能障碍或减退，产热不足，以及病理性代谢产物积聚的病理状态，如

“寒湿凝滞”、“痰湿内阻”、“瘀血滞留”等痛经。阴气不足，则阳气就相对亢盛，出现虚性的表现如“肝肾不足”之痛经。

4.5.2 气血失调

气血失调是指气和血的不足及其各自生理功能的异常，气和血互根互用的功能失调。《素问·调经论》中曰：“血气不和，百病乃变化而生”。痛经的发生与气血失调的关系尤为密切，主要见于气虚、血虚、气滞、血瘀等。

气虚主要是元气耗损，功能失调，脏腑功能衰退，抗病能力降低的病理变化。如先天禀赋不足，后天失养，肺、脾、肾功能失调，劳倦内伤、久病不愈等都可造成气虚。气虚则运血无力，冲任不足，宫血排出无力而发生痛经。

气滞是气机郁结不畅，主要是由于内伤七情，气机郁结不行，或痰湿、瘀血等阻滞经脉，影响气的流通。气为血之帅，气行则血行。气机郁结，则血行不畅，以致冲任胞脉的气血流通不畅而发生痛经。

血虚是血液不足，或血的濡养功能减退的病理状态。如失血过多，脾胃不足，气血化源匮乏，或久病消耗阴血等都可造成血虚。血虚则冲任失盈，胞脉失养，从而发生痛经。

血瘀是血的循行迟缓或不流畅的病理变化。气滞、气虚、病湿阻脉、寒冷凝结、火热煎熬，或外伤损络等都可造成血瘀，从而影响冲任、胞脉、胞络的气血运行致经血排出障碍而发生痛经。

气滞血瘀是气滞和血瘀同时存在，二者在病理变化过程中可互为因果，气滞则血凝，血瘀则气阻。气滞血瘀阻遏胞脉，胞脉的气血运行就要受阻，影响经血的正常排泄而发生痛经。

4.5.3 脏腑功能失调

脏腑功能失调是疾病在发生、发展过程中，脏腑的正常生理功能失调的内在机制。包括两个方面：一是各脏腑的生理功能太过或不及，以及脏腑之间生理功能的失调。二是脏腑本身阴阳、气血的失调。

脏腑功能失调造成痛经的机理主要有以下几个方面。

脾胃虚寒 多由脾气虚发展而来，或是命门火衰，脾失温煦，或经期寒邪客入脾胃，导致冲任血脉虚寒，胞脉失于温养而形成痛经。

脾湿下注 过食膏粱厚味，或脾虚失运，湿浊内生，流注下焦，侵犯胞脉，而形成脾虚带下，经行腹痛。

肝郁气滞 七情内伤，肝郁气滞，疏泄不利，血行不畅，胞络受阻而形成痛经。

肝经郁热 肝气郁结，日久化热，损伤胞脉，煎熬血液，影响血之畅行而发生痛经。

肝经湿热 湿热之邪搏结于肝经，循经下注，损伤冲任胞脉，而形成带下色黄，经行腹痛等。

肾阳不足 肾阳虚弱，命门火衰，胞宫失于温煦，气血运行不畅而形成虚寒性痛经。

肝肾不足 禀赋素弱，肝肾本虚，或房劳多产，损及肝肾，精亏血少，冲任不足，胞脉失养，经行之后，精血益虚，冲任、胞脉失于濡养而致痛经。

4.5.4 冲任损伤

无论何种致病因素，都可直接或间接地损伤冲任，致使胞宫、胞脉、胞络发生病理性

改变，从而使其气血失和而发生痛经。

4.6 证类病机

气滞血瘀 多由情志不遂，肝郁气滞，气机不利，不能运血畅行，血行受阻，冲任经脉不利，经血滞于胞中而作痛。

寒湿凝滞 经期冒雨涉水、游泳、感寒饮冷，或坐卧湿地，寒湿伤于下焦，客于胞宫，经血为寒湿所凝，运行不畅，滞而作痛。

湿热瘀阻 经行、产后，湿热之邪内侵，邪与血相搏结，滞留于冲任、子宫，致冲任气血运行不畅，经行血运受阻，脉络壅滞而疼痛加剧。

气血虚弱 平素气血不足，或大病久病之后，气血两亏，行经以后，血海空虚，胞脉失养，而致疼痛。或体虚阳气不振，运血无力，经行滞而不畅，导致痛经。

肝肾亏损 禀赋虚弱，肝肾本虚，或因多产房劳，以致精亏血少，冲任不足，经行之后，血海空虚，不能滋养胞体，致使小腹虚病。

总之，痛经的发生，是机体脏腑功能异常，气血阴阳失衡的结果。在疾病过程中，邪气是发病的重要条件，正气是否充足，是决定能否发病的重要因素。所以妇女在经期及经期前后应慎寒湿、调起居、畅情志，并注意经期卫生，以避免痛经的发生。

5 临证思路

5.1 抓住主诉

经期或经期前后小腹疼痛。

5.2 分析病位

痛经的发生与肝、肾、脾关系密切。其病位在冲任胞宫，通过腹诊可以确定病变所涉及的脏腑。小腹正中病，按之或胀或痛，或喜按或拒按，或喜温喜凉等，多反映肾与冲任的病变。痛连两侧少腹胀病，或伴胁肋胀痛不适，多属肝气郁结为病。痛经伴有上腹饱胀，呕恶不适，按之胀痛多反映脾的病变。腰骶酸痛，多为肾虚。

5.3 确定病性

一般疼痛在经前、经期出现多属实。疼痛在经后出现多属虚，疼痛剧烈而拒按多属实，隐隐作病而喜按多属虚。得热痛减多为寒，得热痛增多为热。痛甚于胀，血块排出后疼痛减轻，或见刺病者多为血瘀，胀甚于痛，多为气滞；绞痛、冷痛者为寒，灼痛者属热。痛在两侧少腹者病多在肝，病连腰脊者病多在肾。

经色紫红多为血热，经色淡红多为血虚，经色紫黯或伴有血块多为血瘀，经质粘稠多为血热，经质稀薄多为虚寒，经量过多多为血热或气虚，经量过少多为血虚或肾虚，经量时多时少、排泄不畅多为气郁等。经行其气臭秽者为热，其气腥臭者为寒。

腹诊辨别痛经的寒热虚实在临床上具有重要意义。

5.3.1 分虚实

一般情况下，利用腹诊即可分辨出痛经的虚实。腹部凹陷，腹壁懈薄，按之柔软，张力偏低，缺乏弹性，深按无底力，喜按或按压痛减，叩之有整整的响声者多属虚证。气血不足者腹壁松弛而且多皱。腹部隆起，腹壁坚实，拉按有紧张及富有弹力感，深按有底力，拒按或按之痛增，叩之回声板实者多属实证。

5.3.2 辨寒热

自觉小腹寒凉或有冷痛，触按腹部也每有寒凉的感觉，得热痛减而腹部舒适者多属寒证。自觉小腹部发热，或得热后不适，触按良久也每有热自内发的感觉，并可嗅到臭秽之气味者属于热证。

5.3.3 察血瘀

腹部皮肤粗糙、肥厚、干燥、角化、发硬、颜色深褐、鳞屑增多者，称为“肌肤甲错”，多属瘀血内阻。

5.3.4 诊气滞

气滞性痛经其疼痛可连及胁肋脘腹，伴两乳及小腹胀满而痛，按之具有胀感，痛处攻窜不定，每感暖气或矢气后减轻，按冲脉右侧育俞穴时，每有胀感或痛感，一般多属气滞。

5.4 了解西医学诊断痛经要点

5.4.1 功能性痛经

常发生于初潮后2~3年的青年妇女，剧烈腹痛多于月经来潮即开始，历时约半小时，或1~2小时。常为阵发性绞痛，甚至出现晕厥。剧烈腹痛后转为阵发性中等度腹痛，约持续12~24小时后渐渐消失，偶有卧床2~3天者。痛多在下腹部，亦可放射至腰、外阴、肛门部位。亦有部分患者在月经前1~2天即有下腹部痛。经妇科检查，未发现盆腔器官有明显异常。

5.4.2 器质性痛经

除有上述痛经的典型表现外，经妇科检查，生殖器官有明显的异常变化。较为常见的有以下几种情况：

慢性盆腔炎：慢性盆腔炎引起的痛经，其平素就有腰骶部及小腹部坠痛，劳累后加重。白带增多，以及月经周期紊乱，经血量多等表现。妇科检查有慢性盆腔炎的体征出现。

子宫内膜异位症：痛经发生于生育年龄的妇女，而且疼痛进行性加重，月经量多，并有明显盆腔粘连症状。妇科检查于骶骨韧带或阴道直肠陷凹可触及有压痛敏感的小硬结节。腹腔镜检可得到证实。

子宫肌瘤：表现为月经过多，持续时间过长，小腹疼痛或坠痛，以及压迫临近器官而产生的症状(如压迫膀胱而见尿频等)，或摸到下腹部的肿块。妇科检查、超声波检查可发现有子宫肌瘤的体征。

子宫内膜结核：有如慢性盆腔炎的征象，并伴有结核病史，低热、盗汗等症状。实验室检查可见有淋巴细胞增多，血沉加快，子宫内膜检查可发现有结核病变。

另外，子宫位置及生殖器发育异常，子宫颈粘连等引起的痛经，经妇科检查均可确诊。

5.5 结合妇科检查及常用特殊检查

5.5.1 妇科检查

包括一般检查、腹部检查与盆腔检查等内容。凡进行盆腔检查，必须由从事妇产科工作的专业人员进行。

5.5.2 基础体温测定

基础体温测定，可以间接反应卵巢功能。发育成熟妇女的基础体温，在卵巢分泌的性激素影响下呈周期性变化，于月经周期的前半期稍低，在 $36.4 \sim 36.5^{\circ}\text{C}$ 之间，排卵期最低，排卵后由于孕激素的致热作用使之较前上升 $0.3 \sim 0.5^{\circ}\text{C}$ ，至月经前 1~2 天随孕激素水平下降而降低。因此，正常月经周期基础体温呈双相曲线，无排卵月经周期缺乏孕激素作用，基础体温无上述规律性周期波动，呈单相曲线。本检查对于痛经的诊断具有重要的参考价值。

经临床观察表明，痛经多发生于有排卵的月经周期，无排卵的月经周期多无痛经。这是因为性激素平衡失调(雌激素/孕激素)，雌激素水平绝对或相对增高的结果。有排卵的月经周期，黄体功能不健全，孕激素生成不足，就会造成雌/孕激素失调，雌激素水平过高而出现痛经。所以根据基础体温的变化情况，判断排卵与黄体功能，雌/孕激素水平对于诊断和治疗痛经、了解激素的变化情况具有重要参考价值。

5.5.3 实验室检查

有条件的可测定孕激素、雌激素、前列腺素的水平以便指导使用激素治疗。血常规、血沉等检查对于诊断痛经的性质也有一定参考价值，临证时可根据具体情况选用。

6 鉴 别

阑尾炎腹痛 阑尾炎腹痛正值经期，当与本病进行鉴别。

阑尾炎急性发作，疼痛多位于右下腹，且伴有发热，血象白细胞偏高，麦氏点压痛，反跳痛明显；痛经位于小腹正中，向腰骶或双侧大腿内侧放射，腹部无压痛及肌紧张，甚至喜按，喜热熨。

卵巢囊肿扭转 卵巢囊肿扭转腹痛正值经期，亦当与本病鉴别。卵巢囊肿蒂扭转，一般以突然动态发病，疼痛逐渐加重，B超检查可见到盆腔囊肿，内诊检查可触及肿块；痛经有反复发作史，每次经行发作，持续 1~2 个小时后，疼痛多逐渐减轻或缓解。

宫外孕 宫外孕流产或破裂，可致腹痛，临床表现有月经迟延、腹痛、流血，且腹痛较剧烈，腹诊见压痛，反跳痛，肌紧张，尿妊娠试验(+)；痛经者常为阵痛，虽痛甚者难忍，但腹部平软，无明显肌紧张，压痛不明显，更不会有反跳痛。

7 临 床 治 疗

7.1 分 证 论 治

痛经的辨证应当根据痛经发生的时间、性质、部位，以及疼痛的程度，结合月经的期、质、量、色、兼证、舌、脉，及患者的素体情况等而区别疼痛的证型，分辨痛经寒热

虚实的属性，从而把握病变的实质。

7.1.1 气滞血瘀

临床表现：每于经前1~2日或经期小腹胀痛，拒按，行经量少，或经行不畅，血色紫黯有血块，或呈腐肉片样物，血块排出后疼痛可减轻，经净后疼痛自消。常伴胸胁乳房作胀，舌质紫黯，舌边或有瘀点，脉沉弦。

病机分析：肝经循少腹而上，肝气调达则血海通调。因情志怫郁，冲任气血郁滞，经血不能畅通，故经前1~2日或经期少腹胀痛，月经量少，或淋漓不畅。由滞而瘀，则经色紫黯有块，拒按。血块排出，瘀滞减轻，气血暂通，胀痛缓解。经后经血已排净，而血海气血渐复调匀，故胀痛自消。气滞不行则见胸胁乳房作胀。但若郁滞之因未除，则下次经期胀痛仍作。舌质紫黯有瘀斑，脉沉弦均为气滞血瘀之象。

治法：理气活血，逐瘀止痛。

方药：①膈下逐瘀汤。

当归 赤芍 桃仁 红花 川芎 枳壳 延胡索 五灵脂 丹皮 乌药 香附 甘草
水煎服，每日1剂。于经前3天开始服用，至疼痛消失。

本方有活血祛瘀，行气止痛的作用，适用于气滞血瘀而以血瘀为主的痛经。

②逍遥散。

柴胡 当归 白芍 白术 茯苓 炙甘草 薄荷 煨姜

水煎服，每日1剂。于经前3~5天开始服用，服至经净即可停药。

本方有疏肝和脾，养血调经之功。适用于气滞血瘀而以气滞为主之痛经。诸药和用，使肝郁得解，气血得调，则诸症自愈。

③八物汤。

当归 白芍 熟地 川芎 川楝子 元胡 槟榔 木香

水煎服，每日1剂。于行经前3天开始服药，服至痛止，下月再服。

本方具有养血和血，疏肝理气，行瘀止痛之功效。适用于气滞与血瘀无明显偏颇之痛经。诸药合用，气滞得行，血瘀得化，则经行自畅，诸症自愈。

加减：痛经严重，下血块多，经血不畅者，可选加蒲黄、五灵脂、没药、血竭等活血化瘀通经止痛；小腹发凉者，可选加艾叶、小茴香、炮姜、肉桂、乌药、吴茱萸等温煦下焦；腰腿酸痛者，可选加续断、杜仲、怀牛膝、独活、桑寄生等壮腰健肾；经前乳胀较重者，酌加橘核、椰叶、荔枝核、青皮等解郁消胀；伴有恶心呕吐者加陈皮、清半夏、藿香、竹茹等降逆止呕；月经量多者可加茜草根、阿胶等养血固经；胃脘痞满、不思饮食者加鸡内金、焦三仙等以健脾养胃；思绪烦乱、睡眠不实者加夜交藤、合欢皮、柏子仁等以安神定志。

④调经定痛散。

生地 当归 白芍 川楝子 元胡 木香 乌药 川芎 乳香 没药

水煎服，每日1剂。

本方系裘笑梅之师传授之治疗气滞血瘀痛经的秘方，具有活血疏肝，理气祛瘀之功，特别适用于因善感多怀，每多忧郁，以致经行气滞腹痛的患者。裘氏经临床运用，卓有疗效。其服用宜在经行前3~5天开始，服至经转第2天或经净后止。

7.1.2 寒湿凝滞

临床表现：经前数日或经期小腹冷痛，甚则牵连腰脊疼痛，得热痛减，按之痛甚，经行量少，色紫黯有血块。常伴有畏寒身痛便溏等。舌苔白腻，脉沉紧。

病机分析：寒湿之邪伤于下焦，累及冲任，或寒湿客于胞中，留滞胞络，故经前或经期小腹冷痛，拒按。血被寒凝，行而不畅，故经行量少，色黯有块。因胞脉系肾，故痛甚则连及腰脊。血得热则行，故得热痛减。寒湿停滞，困阻脾阳，故畏寒身痛便溏。舌脉均为寒湿凝滞之征。

治法：温经散寒除湿，活血理气止痛。

方药：①少腹逐瘀汤加苍术、茯苓。

小茴香 干姜 延胡索 没药 川芎 官桂 赤芍 五灵脂 蒲黄 当归 苍术 茯苓

水煎服，每日1剂。可于经前3~5天开始服药，连服3~5天。

本方有活血祛瘀，温经止痛的作用。诸药合用，共奏温经散寒除湿，活血理气止痛之功。

②脱花煎。

当归 川芎 红花 牛膝 车前子 肉桂

水煎服，每日1剂。

本方原主临盆将产者宜先服此方催生最佳，并治难产或死胎不下。全方具有散寒活血、除湿止痛之效，故借用于此得当，属同病异治法。

诸药合用，则寒湿得除，气血得通，疼痛自消。

加减：寒象明显者，加炮附子、艾叶、干姜以温经散寒；湿重者除用苍术、茯苓外，加白术、薏仁、苡仁、陈皮、厚朴等健脾行气祛湿；疼痛较重者，加没药、五灵脂、延胡索等祛瘀止痛；伴有服胀者，加乌药、香附以行气消胀；伴有腰痛者，加续断、杜仲、狗脊以壮腰健肾。

7.1.3 湿热瘀阻

临床表现：经前或经期小腹灼热胀痛，拒按，经色黯红，质稠有块。或伴有腰骶部胀痛，或平时小腹部时痛，经来疼痛加剧。多数病人时有低热起伏，小便短黄，平时带下色黄，或有秽臭。舌红，苔黄腻，脉象弦数或濡数。

病机分析：外感或内蕴湿热，盘踞冲任，下注胞官；湿热与血胶结成瘀，故小腹灼热胀痛，拒按，或痛连腰骶，经色黯红有血块；湿热缠绵，故低热起伏，平时小腹亦痛。湿热内蕴，秽浊下流，故见带下色黄臭秽。舌红苔黄腻，脉弦数或濡数均为湿热之象。

治法：清热除湿，化瘀止痛。

方药：①清热调血汤加红藤、败酱草、薏苡仁。

当归 川芎 白芍 生地 黄连 香附 桃仁 红花 延胡索 牡丹皮 莪术 红藤 败酱草 薏苡仁

水煎服，每日1剂。本方即适用于平时服用，也可在经前症状表现突出时服用。

诸药合用，湿热得清，瘀血得除，则痛经自止。

②芍药汤。

芍药 当归 黄芩 黄连 大黄 肉桂 槟榔 木香 炙甘草

水煎服，日服1剂。

本方是一首清泄肠胃湿热、调气和血治痢的专剂。但用于湿热痛经也颇相适宜。由于全方具有清热化湿，调气行血，通腑导滞等功效，所以非常适用于本病证。若能平时坚持服药一段时间，使湿得化，热得清，则会有较好的治疗效果。

③ 宣郁通经汤。

白芍 当归 牡丹皮 栀子 白芥子 柴胡 香附 郁金 黄芩 生甘草

水煎服，每日1剂。可于经前5天左右开始服药，服至经来。本方主要适用于因肝气郁结为主而引起湿热内蕴的痛经。

加减：经行涩滞不畅，夹有血块者，酌加桃仁、红花、川芎、香附以活血通经；腹痛程度较重者，加五灵脂、制乳没、延胡索等以活血化瘀，理气止痛；湿象明显者，加苍术、白术、茯苓以健脾燥湿；热象明显者，加重黄芩、丹皮、山栀子、柴胡等；湿与热俱重者可根据临床表现选用龙胆泻肝汤或八正散等清利湿热之类方剂；若伴有脾虚、肾虚、血虚等兼证者，则随证配入相关补益之品。

7.1.4 气血虚弱

临床表现：经期或经净后，小腹隐隐作痛，喜揉喜按，月经量少，色淡，质清稀。伴神疲乏力，面色淡而无华，或食欲不振。舌质淡，苔薄白，脉细弱。

病机分析：气血不足，血海空虚，胞脉失养，经行之后，血海更虚，濡养不足，故经行后小腹绵绵作痛，喜揉喜按。气虚阳气不充，血虚精血不荣，故经行量少而色淡质薄，面色无华。气血虚弱，脾阳不振，故神疲纳少。舌质淡，苔薄白，脉细弱均为气血两虚之象。

治法：益气养血止痛。

方药：①十全大补汤。

人参 肉桂 川芎 地黄 茯苓 白术 炙甘草 黄芪 当归 白芍

水煎服，每日1剂。本方以补益为主，用于治疗气血双亏的痛经时，宜在平时服药。

全方具有气血双补，温煦散寒之功，适用于气血双亏所致的痛经，对偏于虚寒者尤为适宜。

② 圣愈汤加香附、延胡索、甘草。

人参 黄芪 当归 熟地 川芎 白芍 延胡索 香附 甘草

水煎服，日1剂。

气血充盈，血脉流畅，其痛自除。

加减：伴有胁肋、乳房胀痛者，加柴胡、小茴香、乌药以疏肝理气；月经量多者，加龙骨、牡蛎等戢阳固阴；头晕、心悸、失眠多梦者，加炒枣仁、夜交藤等养心安神；腰腿酸楚而痛者，加川断、菟丝子、杜仲、桑寄生等以益肾强腰；腹凉畏冷者加艾叶、巴戟天、炮附子等以温煦下焦。

7.1.5 肝肾亏损

临床表现：经期或经后小腹隐痛，经来量少，色淡质稀。多伴有腰酸、耳鸣、头晕、眼花，口燥咽干，小腹空坠不温或潮热等。舌淡红，苔薄，脉沉细。

病机分析：肝肾不足或亏损，冲任俱虚，精血本已不足，经行之后，血海更虚，胞脉

失于濡养，故痛多见于经净之后。精血亏少，则经行量少色淡质薄。阴损及阳，则小腹空坠不温，舌淡红，苔薄白，脉沉细。精血亏少，可致头晕眼花，腰酸耳鸣，肝肾阴亏，虚热内生，可见潮热。

治法：益肾养肝止痛。

方药：①调肝汤。

山药 阿胶 当归 白芍 山茱萸 巴戟天 甘草

水煎服，每日1剂。既可平时服用，也可在经前或经期煎服。尤其适用于肝肾虚损型痛经之偏于肝郁者。

本方主治妇人“少腹痛于行经之后”，属肾虚不能养肝，肝木克伐脾土之证。原著曰：“此方平调肝气，既能转逆气，又善止郁痛。经后之证，以此方调理最佳”。全方补益肝肾，养血健脾以调达肝气而见功。

②一贯煎。

沙参 麦冬 生地 当归 枸杞子 川楝子

水煎服，每日1剂。适用于偏阴津不足者。

本方是柔肝疏郁的名方，对于肝肾阴虚，肝失疏泄，条达失常，以致肝气横逆，胁肋疼痛之证有较好疗效。通过各药协同作用，对肝肾阴亏，肝失疏泄条达之妇科证多有良效。

加减：胸胁胀者，可酌加郁金；头晕眼花明显者加丹皮、珍珠母、菊花、赤芍；阴虚明显兼有潮热者，加鳖甲、青蒿、地骨皮；伴有气虚者加黄芪、党参；月经延后者加川牛膝、红花；耳鸣重者加石菖蒲、磁石；腰酸明显者加川断、桑寄生、杜仲；小腹空坠不温者加附子、肉桂。

7.2 中医辨病论治

7.2.1 子宫内异位症

临床表现：经行前后腹痛、拒按、痛势呈进行性加剧，腰骶酸坠，肛门作胀，时有排便感或排便时痛；经量多而有血块；或经前乳胀，行经量少而不畅；脉弦紧或弦细，舌黯或有瘀斑；经行后腹痛逐渐缓解。

妇科检查：子宫直肠陷窝、宫颈粘膜下可见紫蓝色瘀痕或结节。

病机分析：本症为子宫腔以外具有一定功能活动之子宫内膜，依月经周期之变化而产生瘀血内停、瘀阻瘀聚。

辨证：气滞血瘀。

治法：疏肝理气，活血化瘀。

方药：①朱南荪验方。

蒲黄、刘寄奴、山楂肉各12克，五灵脂、赤芍各9g，青皮6g，血竭粉(分吞)、三七粉(分吞)各1.5g，大黄炭、炮姜炭各4.5。

加减：经量过少加当归9g，乳香、没药各3g；经量过多加仙鹤草、益母草各12g；有热象加蒲公英、红藤各12g，石见穿9g；伴便溏加牛角腮(黄牛角中的坚骨)；出血经久，经量减少出现虚寒现象加小茴香、葫芦巴、党参、白术。

如服汤剂不便，可改服散剂：血竭、田三七各1.5g，失笑散12g，乳香、没药各3g。

上药共研极细末，每日3g，分二次用糯米纸或淀粉纸包吞，温开水送下。

② 庞泮池自拟血竭鳖甲四物汤。

当归、川芎、白芍、生地、熟地、炙鳖甲、失笑散各9g，血竭末5g，制乳香、制没药各6g，制香附12g。

子宫内膜异位症中医辨证为气滞瘀阻，但用一般理气化瘀之品，往往效果不显，而用血竭、鳖甲既能养阴清热软坚，又能化冲任脉之症，辅以四物汤、失笑散养血活血，症积自散。四物汤养血活血；血竭入肝经，功能化瘀散结、理气止痛，加乳香、没药、失笑散以增强活血作用，且均具有理气活血止痛之效；香附行血中之气。因子宫内膜异位症患者，盆腔内有卵巢囊肿或结节，为有形之瘀聚，且常瘀久化火，故以鳖甲之养阴清热，软坚散结，使本方动静结合，相得益彰，增强疗效。

③ 欧阳惠卿自拟散结消瘕汤。

丹参20g，赤芍、桃仁、水蛭、黄芪各15g，丹皮、莪术各12g，桂枝8g。

方中丹参、赤芍味苦性寒，活血祛瘀，调经止痛；桃仁为破血除瘀之常用药；丹皮辛散苦泄，功能清热凉血，活血通经。现代药理研究提示：丹参、赤芍、桃仁等活血化瘀药有改善微循环，增强纤维蛋白溶解的作用。桂枝温经散寒，通行血脉；莪术辛温通散，功专破瘀除瘕，与桂枝同用，以增强温经消瘕之效；水蛭《本草纲目》谓能“逐恶血瘀血，破血瘕积聚。”现代药理研究表明，水蛭所含水蛭素可阻止体内和体外的血液凝结，并有促进血肿吸收，减轻组织水肿和炎症反应，改善局部血液循环的作用。黄芪补气扶正，与活血药同用，可促进血行瘀散。上药合用，功能通行血脉，凉血散瘀，补虚扶正，改善盆散瘀血，促进盆腔瘕块的消散吸收，从而达到调经止痛之功效。

加减：痛经剧烈者，可加蒲黄、五灵脂各10g，延胡索12g；月经过多或经期延长者去桂枝加茜草根20g，海螵蛸20g，田七末3g（冲服），花蕊石30g（先煎）。

本方寒温并用，活血化瘀与补气行血同施，适用于寒凝血滞，热灼血结或经期产后瘀血内留所致的血瘀之痛经、不孕症等。全方虽以活血化瘀为主，但丹参活血养血，黄芪补气行血，使瘀血去而正不伤，临证可大胆使用。

④ 蔡小荪经验方。

当归、牛膝、香附、延胡索、丹参、白芍各9g，血竭3g，苏木9g

一般痛经用药后瘀下即痛减，惟子宫内膜异位症部分病例常兼经血过多如注，且愈多愈痛。缘该症宿瘀内结，随化随下，经血虽多，瘀仍未清，散腹痛不减。治疗原则仍以化瘀为主，不能因下血过多而采用固涩法，否则下血更多，痛更剧。可加花蕊石15g，生蒲黄30g，震灵丹12g，以缓下血过多并止痛，必要时可再加三七末2g吞服。

一般痛经的服药时间，应在行经前3天即开始服用，特别是疼痛剧烈的膜样痛经及子宫内膜异位症等，否则较难取得预期效果。虚性痛经平时可常服八珍丸，或乌鸡白凤丸，经行时再改服汤剂。因体虚不足，临时服药，不可能立即奏效，故须经常调养，方能收效。

⑤ 戴德英自拟痛经方。

散瘀草、牡蛎各30g，红藤15g，赤芍、桃仁、丹参、丹皮、莪术、香附各10g，夏枯草9g，炙甘草3g。

本方有疏通脉络，改善血液循环，促进瘀血吸收作用。方中红藤、散瘀草，清热解毒

消痈，活血通络，都有较强的抗菌作用，是本方主药；丹皮、赤芍清热凉血，活血散瘀，赤芍并有抑菌、镇静、止痛作用；丹参活血祛瘀，养血安神，凉血清心，改善微循环，并有镇静镇痛作用；莪术祛瘀镇痛消癥，行气消积，有抗肿瘤作用和对自体血液和血块有促进吸收作用；夏枯草清肝火，散郁结；牡蛎重镇潜阳，软坚散结；香附疏肝理气，活血调经，调和气滞诸痛；甘草在本方中取其解毒与缓急止痛作用。全方共奏疏通脉络，改善血液循环，促进瘀血吸收的功用。

⑥乐秀珍经验灌肠方

忍冬藤、马鞭草各 30g，生甘草、皂角刺、莪术各 15g。

本方适用于气滞血瘀之子宫内膜异位症、盆腔炎、输卵管积水、输卵管通而欠畅、盆腔粘连等。

方中忍冬藤性味甘寒，入肺、胃、心、脾经，功效清热解毒，又能疏通经络。据现代药理研究报道，内含黄酮类，为木犀草黄素及木犀黄素-7-葡萄糖甙，并含肌醇、皂甙等，对金黄色葡萄球菌、溶血性链球菌、痢疾杆菌等都有抑制作用；马鞭草性微寒，味苦，入肝、脾经，功效活血、通经、利水、散结，与莪术同用可增强对诸般瘀积的消散作用；生甘草泻火解毒，缓急止痛。现代药理研究报道，甘草内含甘草甜素及其钙盐，对细菌毒素、药物毒性都有一定的解毒作用，甘草次酸有肾上腺皮质素样作用，甘草流浸膏有缓解肠平滑肌痉挛的作用，甘草又有抗炎作用；皂角刺辛散温通，性较锐利，有消肿托毒的功散，与忍冬藤、生甘草合用，可消肿毒；莪术性温味苦辛，入肝、脾经，功能破血祛瘀，消积止痛，又有健脾和胃的作用。五药合用，配伍得当，可奏清热通经，活血化瘀，消积止痛之功。外用灌肠，配合中药内服，内外并治，整体与局部治疗结合，可增强疗效，提高治愈率。

使用方法：将灌肠方水剂 100ml，加温入睡前灌肠，侧卧半小时以后就进入正常睡眠姿势，一直保留到第 2 天清晨，能增加效果。每次月经干净后 3 天开始灌肠，每月 10 次，3 个月为一个疗程。

按：本方主要适用于由于子宫内膜异位症及盆腔炎引起的不孕，而经临床使用表明对以上原因继发的痛经也有满意的疗效。由于子宫与直肠相邻，药力直接作用在少腹部位，通过渗透作用使经脉疏通，气血流畅，冲脉之气顺利下达。临床统计表明，对继发不孕而有输卵管通而欠畅、输卵管积水、盆腔炎、盆腔粘连，对原发或继发不孕而有内在性或外在性子宫内膜异位症在卵巢者，灌肠配合中药内服，均比单独使用中药内服效果好。

7.2.2 模样痛经

临床表现：经前 1~2 天或经行时小腹冷痛，痛势较剧，得热则减，经色黯红有块，或如黑豆汁样，量少或行而不畅，伴肢冷，脉沉弦或迟，舌苔白等寒象。

辨证：寒凝血瘀。

治法：活血祛瘀，温经散寒。

方药：①宋光济经验方川乌温经汤。

制川乌、炒当归、焦白芍、川芎、肉桂、吴茱萸、姜半夏、炒党参、独活、或灵仙。

血块多加制没药、丹参、泽兰、益母草、失笑散等；腹胀痛加制香附、小茴香、艾叶；夹湿加苍术、茯苓；肾阳虚或妇科检查子宫发育不良者，加鹿角片、紫石英、仙灵脾、巴戟肉等。

② 蔡小荪经验方。

当归、川牛膝或土牛膝、香附、延胡索、丹参、白芍各 9g, 川芎、红花各 4.5g, 花蕊石 15g, 没药 6g, 失笑散 15g, 桂心 2.5g, 桃仁 9g, 使所下整块内膜粉碎, 对祛除疼痛有一定效果。

本方适用于气滞血瘀之痛经, 若胀痛较甚, 可加乳香 4.5g, 乌药 9g, 苏木 9g, 金铃子 9g; 寒凝瘀滞者, 去香附, 加木香 3g, 小茴香 3g, 吴茱萸 2.5g, 肉桂 3g, 煨姜 2 片(也可用炮姜 3g), 效果较显。

③ 孙宁铨经验方。

上肉桂 6g(后下)或安桂粉 1.5g(吞服), 红花(或藏红花 1.5~2g)、丹参、当归、延胡索、制香附、枳壳、桂枝、山楂、五灵脂(包)、川牛膝、泽泻各 10g, 葛根 12g, 乌药、木香、陈皮各 6g, 小茴香、吴茱萸各 3g。

以上诸药常按气血失调之程度及瘀痛之轻重而选用其中 9~11 味组成处方, 疗效可靠。疗程长, 效果好; 疗程短, 则效果差。以连治 3 个周期为最佳疗程。

孙宁铨认为月经出血时, 无论是血块, 或子宫内膜, 病机上都属于“瘀块”, 故应用本法有效, 内膜片可由大化小或碎, 从而疼痛缓解。为了加强化瘀之力, 可增选桃仁、三棱、莪术各 10g, 更觉满意。此法对“子宫内膜异位症”也有减轻症状、缓解腹痛及腹胀之效, 通过检查证实, 并可缩小及软化结节, 使之逐步吸收。但停药易复发, 不易根治。

7.2.3 盆腔炎

临床表现: 经前、经期小腹胀痛, 拒按, 有灼热感。或伴有膜骶部胀痛, 或平时小腹部时痛, 经来疼痛加剧。经色黯红, 质稠有块。平时带下色黄, 或有秽臭。多数病人时有低热起伏, 小便短黄。舌红, 苔黄腻, 脉象弦数或濡数。

辨证: 瘀热交阻。

治法: 清热除湿, 化瘀止痛。

方药: ①颜德馨经验方。

内服: 红藤、败酱草、当归、芍药、甘草、丹参、人参鳖甲煎丸、黄药子、三棱、莪术。体虚者加龟甲胶或鳖甲胶。

外用: 少腹逐瘀汤加通骨草、苏木、花椒、白芷等, 共研细末, 加麝皮炒热, 熨于少腹, 每日 1~2 次, 14 天为一疗程, 临床可见腹痛先止, 继之盆腔肿块亦可消失。慢性盆腔炎为妇科难治之症, 立法不仅清热、止痛, 还应软坚、扶正, 且需多途径给药, 方可有济。

② 戴德英自拟痛经方。

方见前而“7.2.1 子宫内膜异位症”方药⑤。

戴德英治疗瘀热夹杂之痛经, 如子宫内膜异位症、慢性盆腔炎伴包块者, 以自拟“痛经方”治疗, 取效满意。

③ 蔡小荪经验方。

当归、赤芍、牛膝、丹皮、延胡索、制香附各 9g, 川芎、柴胡梢各 4.5g, 桂枝 2.5g, 败酱草、红藤各 30g, 生甘草 3g, 行血清热止痛。

④ 罗元恺经验方。

血府逐瘀汤加减: 生地 20g, 桃仁、赤芍、牛膝各 15g, 枳壳 12g, 柴胡、红花、川芎、土鳖、三

棱、莪术各 10g,甘草 6g。如血热亢盛者,可去川芎而改用丹参 15g,山梔子 12g。

7.2.4 宫口狭窄症

临床表现:月经初潮,一向错后 10~15 天,色量一般,持续 3~5 天干净。经前数天腰胀,经行第 1 天少,小腹疼痛剧烈,不能工作和学习,诊见脉沉细涩,苔薄黄,舌质一般。检查子宫后位细长,稍小,宫颈光滑,宫口狭窄似大头针头大,白色分泌物少许。

方药:保产无忧散。

黄芪 荆芥 菟丝子 白芍 枳壳 艾叶 川贝 厚朴 羌活 甘草 当归 川芎 生姜

本方原治一切产证,不拘月分。《达生保赤篇》曰:“盖此方之妙,因新孕妇人胎气完固,腹皮紧窄,气血裹其胞胎,最难转动,故纯用撑法焉。芎、归、白芍养血活血,厚朴去瘀血,用之撑开血脉。荆、羌疏通太阳,将背后一撑。枳壳快利胸膈,将面前一撑。艾叶温暖子宫,将子宫一撑。川贝、菟丝子,最能运胎顺气,将胎气全体一撑。加黄芪、生姜者,所以撑扶元气、正气。甘草则能调和诸药,而全其撑法之神者也。此真无上良方,故备言其妙,以示用者”。

班秀文从妇科检查中得到启示,用本方治疗宫口狭窄症,仿其撑动之功,以撑动宫口而通血脉,故疗效霍然。

7.3 合并症的治疗

7.3.1 痛经合并不孕

痛经伴不孕者,在临床上首先要探寻病因,进行详细的有关检查,只要排除器质因素外,就应按痛经辨证,先予调治痛经。因为痛经与不孕的关系非常密切,正如古人所谓:“种子先调经,经调孕自成”。对肾阳不足者,治以温肾助阳,调补冲任,方用《景岳全书》毓麟珠或《妇科玉尺》温肾丸;肾阴不足者,予以滋阴养血,调冲益精,方用《傅青主女科》养精种玉汤或清骨滋肾汤;肝郁气滞者,予以舒肝解郁,养血理脾,方用《傅青主女科》开郁种玉汤;痰湿内阻者,予以燥湿化痰,调理冲任,方用《千金方》温胆汤或《傅青主女科》加味补中益气汤;瘀血内阻者,予以活血化瘀,调理冲任,方用《医林改错》少腹逐瘀汤或隔下逐瘀汤等。

临床实践表明,经行腹痛是不孕症的常见症状之一,痛经多伴有不孕,不孕亦常诱发痛经。无论何种不孕症,多数都有气滞血瘀的转归。内有瘀血阻滞,经行势必腹痛,“痛则不通”,其经行腹痛也是内有瘀血的主要诊断依据。在治疗不孕症或痛经不孕时,凡在方中参入理气活血药物,可大大提高治疗效果。即使是虚证,在扶正固本方中加入理气活血药,多数也能收到显著疗效。临床运用具有理气活血、温肾暖宫之力的“调痛种子汤”,收数更为满意。

调痛种子汤。

丹参、当归各 30g,香附、白芍各 15g,补骨脂、桃仁、延胡索、川楝子、川芎、川牛膝、五灵脂各 10g,制没药、木香、炮姜各 6g。

经行乳胀重者加橘核叶各 15g;经行腰痛者加桑寄生、续断各 15g;输卵管不通者加皂刺 15g,穿山甲 10g;黄体功能不健者加仙灵脾 15g,巴戟天 10g。

于月经来潮前3~5天开始服药,连服3~5剂。痛经程度较重,而又月经量偏少者,可于经前服药8剂。翌月守方重复。

7.3.2 痛经合并乳腺增生

临床观察表明,约有1/3以上的痛经病人伴有乳腺增生病,和痛经的关系较为密切。一般说来,乳腺增生多为气滞血瘀和痰湿互结所致。治当疏解行气以化瘀,温化病湿以消块。

方药:蠲痛消癖汤。

玄参、夏枯草、牡蛎各30g,清半夏、橘核、昆布各15g,海藻12g,三棱、莪术、柴胡各6g。

水煎服,于月经后第8天开始服药,每日1剂,连服6~8剂。

症见经行或前或后,经量多少不一,经前心烦易怒,癖块胀痛明显等有肝郁气滞表现者,可用本方合柴胡疏肝散;经行错后,或前后不定,量多,色黯有块,平时带下量多,四肢困倦沉重等脾胃气虚,运化失常,痰湿互结为患者,宜同时合用苍附导痰丸;对经行错后,量少色淡质稀,腰膝酸软等偏于肝肾亏损者,宜合用调肝汤并酌加菟丝子、仙灵脾、仙茅等补益肝肾之品。

痛经伴有乳癖者,部分病例会影响受孕,应考虑有否器质性病变,诸如输卵管不通,或通而不畅等,对于如此病例,治应调冲任,理气血为主,只要经脉通调,乳癖渐消以后则可随之受孕结胎。

在治疗痛经合并乳癖时,煎药后所剩药渣可用布袋包裹,趁热烫熨乳房有癖块处,能显著提高疗效。

7.3.3 痛经合并昏厥

痛经患者在经期期间突然昏倒,不省人事,或伴有四肢逆冷者,称为经行昏厥,属中医痛厥的范畴。本症一般发作后在短小时内逐渐苏醒,严重者也可一厥不复而导致死亡。该症虽然临床鲜见,但病势紧急,必须立即就地抢救。

一旦痛经患者发生昏厥后,应立即用毫针针刺太冲、劳宫、人中等穴(或配用涌泉、合谷、中冲、百会等穴)以强刺激,不留针,并灌服中药苏合香丸或玉枢丹。若有四肢逆冷,血压很低者,应急煎参附汤(人参、制附子各9g)灌服;或用生半夏末、皂荚末少许吹入鼻中,使之喷嚏不已,可收通窍醒神之效。待病情稳定以后,可再用中医中药进行辨证施治。

经行昏厥主要由气厥与血厥两大证型,每一证型又有虚与实的不同,临床上需根据患者病情的在气在血,属虚属实,分而治之。

气厥:属实者,症见平素情绪紧张,或行经时受情绪刺激而诱发。突然昏倒,四肢逆冷,牙关紧闭,两手握固,经行量少不畅,苔薄白,脉沉弦。治宜顺气开郁,方用《医方集解》五磨饮子加减。乌药10g,槟榔、藿香各6g,木香、枳实、檀香各5g,沉香3g。水煎服,每日一剂,于经前3~5剂,平时可服逍遥丸。

属虚者,症见突然昏倒,四肢厥冷,面色苍白,汗出如雨,气息微弱。舌苔薄白,脉象沉微。治宜补气回阳。方用《景岳全书》四味回阳饮加减:人参12g,炮附子10g,炮姜、炙甘草各6g,生龙牡各15g。水煎服,于发作过后,每日1剂,连用5~8剂。翌月经净后可再重复服用本方3~5剂。平时可服补中益气丸。

血厥:血厥以瘀血内阻者为多,但也有因血虚而致者。

血瘀者症见经行四肢厥冷，昏厥不知人事，月经量少，少腹疼痛剧烈；冷汗淋漓，面色苍白，舌质黯，有瘀点或瘀斑，脉弦紧。治宜活血化瘀，理气止痛。方用少腹逐瘀汤加减。于经前3~5天开始服药，每日1帖，服至痛止停药，翌月重复该方。

血虚者症见经行量多如崩，突然昏厥，面色苍白，口唇淡白无华。舌质淡，脉芤或细软无力。治宜养血固脱。方用《古今医鉴》胶艾四物汤加减：阿胶(烔化)12g，艾叶炭4.5g，白芍、当归、制附子各10g，熟地、龙骨、牡蛎、茜草根各15g，川芎4.5g。水煎服，每日1剂。于醒后即服此方，连服10~15剂，待阴血渐渐充盈之后方可停药。

凡有经行昏厥者，患者可自备半夏末或皂荚末，待经行有发生昏厥之兆头时即先行使用，可有效地防止昏厥的发生，并必须在平时或经前积极治疗，以免发生不测。

7.4 外 治 法

7.4.1 脐部给药法

脐部给药是将药物粉碎后，将药粉直接或调为糊状后敷于脐部，使药物的有效成分迅速吸收而收效。脐部给药用药量少，经济方便，特别适宜于痛经的治疗。

① 少腹逐瘀散：将少腹逐瘀汤制成散剂，研极细末备用。于月经前3~5天开始用药，每次3g，清洗肚脐后，将药用醋调为糊状纳脐中，外用胶布固定。每2天换药1次，经净停止。适用于气滞血瘀、寒湿凝滞痛经。

② 痛经外敷散：当归、吴茱萸、乳香、没药、肉桂、细辛各50g，樟脑3g。将上药研为极细末，每次取5g，用黄酒调为糊状纳脐中，外用胶布固定。月经来前3~5天用药，2天换药1次，经净停止。换药时用淡盐水清洗脐部。适用于寒凝与血瘀痛经。

③ 十全大补散：黄芪、人参、茯苓、白术、甘草、肉桂、熟地、当归、白芍、川芎各等分。将上药研为极细末，每次取5g，用黄酒调为糊状纳脐中，外用胶布固定，每2天换药1次，月经期停用。换药时用淡盐水清洗肚脐。适用于气血不足，或伴有肾气不足之痛经。

④ 痛经散：冰片6g，肉桂、白芷、乳香、没药、丁香、川芎各12g。

加减：瘀血内阻者加莪术、川芎各12g，血竭6g；寒凝血瘀者加小茴香、干姜、乌药各10g；血瘀有热者加大黄、黄柏各12g；肝肾虚损者加杜仲、桑寄生、熟地各12g；气滞较重者加延胡索、川楝子各10g；兼有湿热者加苍术、薏苡仁各12g，车前子10g；月经量多者加炒蒲黄、白及各12g。上药研为极细末，每次取5g，用黄酒调为糊状纳脐中，用胶布固定。每2天换药1次，换药时要将肚脐清洗干净。虚性痛经而无瘀血者要在平时用药，经期停药；实性痛经月经来潮前3~5天开始用药，月经干净后即停药。适用于各种痛经。

7.4.2 腹部药熨法

是将药物加工并加热后在小腹部进行热熨的一种给药方法。本法奏效迅速，特别适用于寒凝血瘀性痛经，能够很快取得治疗效果。为了充分发挥药效，可将煎剂所剩药渣，如法在小腹部热熨。

① 化瘀止痛散：益母草、丹参、桃仁、红花、艾叶、川椒、木通各40g，吴茱萸、当归、川芎、木香、香附、茴香各60g。将上药捣成粗末，每次取1/3，加米醋拌匀，装入袋内(以敷盖整个小腹部大小即可)，置锅内蒸热，熨小腹部，每袋药用2~3天，早晚

各熨1小时，月经前2~3天开始用药，用完为止。下个月经周期再用，连用3个周期。适用于气滞血瘀、寒湿凝滞痛经。

② 青盐热敷：大青盐500g，川椒100g。将上药置锅内炒热，用布包裹后热敷小腹部，经前2~3天开始用药，每天1次，每次1小时，连用7天。下次月经来前再用。适用于寒湿凝滞痛经。对湿热内蕴，带多色黄，腥秽难闻等因盆腔炎引起的痛经也可使用。

③ 千锤百剪散：透骨草、泽兰、丝瓜络、芒硝、乳香、没药、红花、川芎、香附、连翘、瓜蒌、鸡血藤、生大黄各15g。将上药砸碎，装入布袋内，放入锅内蒸透，于靠近皮肤一面撒白酒一两，热度以皮肤能耐受为度，热敷小腹部，热减后可在药袋上放置热水袋。每次热敷1~2小时，每日1次。每袋药可连用5天，每次来月经前2~3天开始用。适用于肝气不舒、腹有症积之痛经。

7.4.3 发泡疗法

是在选定的穴位敷药，使之在局部发泡，对所选穴位造成一定刺激，通过穴位经络作用于冲任胞宫，达到治疗疾病的目的。发泡疗法经济简便，取效迅速，是自我治疗的有效方法。

斑蝥发泡膏：斑蝥、白芥子各20g。将上药研为极细末，用50%二甲基亚砷调成软膏状，每次取麦粒大一块置于2cm×2cm胶布中心，贴于中极、关元、三阴交、气海、阴陵泉等穴。每次贴1~2穴，上述穴位可以交替使用。月经前5天贴第1次，月经来潮后贴第2次，连用2~3个月经周期。贴药3小时后揭去，起泡后一般2~3天自行吸收，但要避免擦破，如水泡破后可涂点紫药水，以预防感染。适用于各类痛经。

7.4.4 鼻腔给药法

是将药物塞入鼻腔，通过呼吸及鼻粘膜将药物的有效成分吸收而起到治疗疾病的作用。本法药物吸收快，奏效速度亦快。

药物：川乌、草乌、细辛、香附各0.5g，将上药研为细末，用纱布或药棉包好后塞入两侧鼻腔，10~20分钟后取出。痛经发作时即可应用。适用于各类痛经，但以寒凝血瘀、气滞不行之痛经为佳。

7.4.5 耳道刺激疗法

是将药物塞入两侧耳道，通过对耳道的刺激，反射性地作用于胞宫而达到治疗痛经的一种治疗方法。

药物：75%酒精，或再配入少许冰片。将冰片研细后溶于酒精中，待痛经发作时将其灌入两侧外耳道，然后用药棉塞住外耳道口，以防药液外流，待痛经消失后即可将药棉取出，不需另外再作处理，如效不佳，待2~3小时后可再用1次。适用于各类痛经。

外治法注意事项：

- ① 用药部位有化脓性疾病、皮肤病，不宜使用外治法。
- ② 用药后局部过敏者不宜继续使用。
- ③ 热敷疗法要避免烫伤，一旦有烫伤要对症处理。
- ④ 耳膜穿孔患者不宜用耳道刺激疗法。

7.5 针 灸 疗 法

针灸治疗痛经也和方药一样需要根据病人的寒热虚实辨证施术与选穴。一般来讲，痛经的发生一则是气血运行不畅；二则是气血不足失于荣养所致。对于实性痛经，应选用具有行气活血、通经止痛的穴位，施以泻法或平补平泻法进行治疗；虚性痛经应选具有补养气血、温肾通经止痛的穴位，采用补法或平补平泻手法进行施术。总之，临证时要根据急则治其标，缓则治其本，实则泻之，虚则补之的原则进行选穴施术。

7.5.1 体针

① 气滞血瘀

主穴：中极、阳陵泉、血海、气海俞、三阴交、十七椎、期门、涌泉、气穴、膈俞。每次3~4穴，交替使用。

中极：直刺1~1.5寸，用泻法或平补平泻法，或合用艾灸10~15分钟；阳陵泉：直刺1~1.5寸，用泻法或平补平泻法；血海：直刺1~1.5寸，用泻法，或合用艾灸法；十七椎：直刺5分~1寸，用泻法；期门：斜刺3分，用泻法；涌泉：直刺3~5分，用泻法或平补平泻法；气穴：直刺1~1.5寸，用泻法或合用灸法；气海俞：直刺0.5~1寸，用泻法；膈俞：斜刺0.5~0.8寸，用泻法。

② 寒湿凝滞。

主穴：关元、命门、子宫、归来、地机、带脉、涌泉、合谷、十七椎、次髎。

关元：直刺1~1.5寸，用泻法或温针法，或合用艾灸法；命门：直刺0.5~1寸，用泻法，或合用艾灸法；子宫：直刺1~1.5寸，用泻法，合用灸法；归来：直刺1~1.5寸，用泻法或平补平泻法，合用艾灸法；地机：直刺1~1.5寸，用泻法或温针法；带脉：直刺1~1.5寸，用泻法或平补平泻法，合用艾灸法；次髎：直刺1~2寸，用泻法或温针法；合谷：直刺5~8分，用泻法；十七椎、涌泉：见前条。

③ 阳虚内寒。

主穴：命门、十七椎、脾俞、蠡沟、足三里、关元、次髎、章门、大赫、腰眼。每次3~4穴，交替应用。

脾俞：直刺5分，用平补平泻法，或合用艾灸法；足三里：直刺1~1.5寸，用平补平泻法，或合用艾灸法；章门：直刺0.8~1寸，用平补平泻法；大赫：直刺1~1.5寸，用平补平泻法，合用艾灸法；腰眼：直刺1~1.5寸，平补平泻法，或合用艾灸法；蠡沟：平刺0.5~0.8寸，针尖向上，用平补平泻法；命门、十七椎、关元、次髎：取穴方法见前，可用平补平泻法，或结合艾灸法。

④ 湿热下注。

主穴：大椎、太冲、气海、三阴交、中极、阴陵泉、膀胱俞、涌泉。每次选用3~4穴，交替应用。

大椎：直刺0.5~1寸，用泻法；太冲：直刺0.5~1寸，用泻法或平补平泻法；三阴交：直刺1~1.5寸，用泻法；气海：直刺1~1.5寸，用泻法或平补平泻法；阴陵泉：直刺0.5~1寸，用泻法；膀胱俞：直刺或向内斜刺0.8~1.2寸，用泻法；涌泉、中极：用泻法。

⑤ 气血不足。

主穴：脾俞、肾俞、足三里、三阴交、大赫、关元、归来。每次针 3~4 穴，交替应用。

肾俞：直刺 0.5~1 寸，用补法，或合用艾灸法；其余穴位可用补法，月经期或用平补平泻法，或合用灸法。

⑥ 肝肾虚损。

主穴：气海、足三里、肾俞、气海俞、关元俞、次髎、腰眼、关元、肝俞、三阴交。每次选 3~4 穴，交替应用。

关元俞：直刺 0.8~1.2 寸，用补法或平补平泻法；肝俞：斜刺或直刺 0.5~0.8 寸，用平补平泻法；余穴用补法，月经期或适值腹痛时用平补平泻法。

7.5.2 耳针

主穴：子宫、卵巢、肾上腺、腹、内分泌。

辨证选穴：气滞血瘀加肝、肺、胸；寒湿凝滞加肝、脾；阳虚内寒加脾、肾；气血不足加脾、胃、肾；肝肾虚损加肝、肾；湿热下注加膀胱、胃、皮质下。

每次取穴 2~3 个，于月经前 1 周开始治疗。首先应用耳穴探针或探测器探找欲针刺的穴位。选准穴位后作下标记，用 75% 酒精消毒后即可针刺。

毫针：对已选定穴位：用小毫针针刺，其深度以不穿透耳壳为度。用强刺激，取得针感后(疼痛明显)留针 20~30 分钟，每 10 分钟行针 1 次。每日针 1 次，腹痛消失后停针。左右两耳交替进行。

环针：用特制的环针刺入选定穴位，再用胶布固定，埋针 7 天更换 1 次穴位。每日揉压 3~5 次。

王不留行贴压：在已选定的穴位上放 1 枚王不留行籽，用胶布固定，每天揉压 5~6 次，每次 5~10 分钟，以耳部出现热感为准，每周更换一次穴位。

7.5.3 穴位注射

选穴：辨证选穴同前。

药物：当归注射液、复方丹参注射液、维生素 B₁₂ 注射液、2% 普鲁卡因注射液。

方法：每次取穴 2~3 个，根据病情选用一种注射液，用普通注射器，常规消毒后按肌内注射要求将药物注射在选定的穴位内。在治疗时取穴要准确，进针后在取得针感后再将药液注入，每穴 0.5~1ml。注射的深浅以具体穴位而定，可参照穴位能够针刺深度情况。在胸腹部切勿注射过深，以防刺入胸腔或腹腔。月经来前 5~7 天开始，每 3 天注射 1 次，连用 3 次为 1 疗程，待下 1 个月经前再重复应用。

注意事项：在进行穴位注射时要观察注射处有无皮肤病以及感染性疾病存在，若患有这些疾病时暂不在此处注射，并要避开大血管；每次注射的穴位要交替进行，不要在一个穴位上连续注射；有晕针、过敏等病史者，在治疗时要注意观察，防止意外事故的发生。

7.6 推拿疗法

7.6.1 部位的选择

推拿治疗痛经效果的好坏与所选部位具有直接关系。一般来讲，应根据病人的寒热虚实，以及病位所在脏腑的不同，所选择施术的部位也不相同。治疗痛经所要选择的主要部

位为小腹部、腰背部、任、督、肝、肾之脉循行之处，以及治疗痛经穴位所在之处。再结合病人夹杂症状的情况选择相应的部位和不同手法。

7.6.2 施术原则

应根据病人的寒、热、虚、实具体而定，遵照“寒则热之，热则清之”，“实则泻之，虚则补之”的原则，灵活选用补泻手法，决定推拿施术的重点部位。在施术过程中要掌握以下原则：

- ① 以腰腹部为重点，并上下兼顾；
- ② 先由点到线，再由线到面，逐步扩大；
- ③ 先轻后重，逐步深入，结束时再用轻手法；
- ④ 先慢后快，徐徐渐进；
- ⑤ 先腹部后腰背部，再扩展到四肢；
- ⑥ 腹部施术要轻，腰背部施术要重。

7.6.3 操作规程

是指在用具体手法治疗时，要结合病人的具体情况灵活变通使用。如实性痛经要采用泻法（操作时离心性施术，用力较大，刺激性强，频率快，治疗时间短，使之迅速达到目的。如拿法、按压法、捏脊法等，具有疏经活络，祛瘀行滞，通经止痛的作用），虚性痛经则要使用补法（操作时向心性施术，用力柔和，速度缓慢，治疗时间稍长。如抚法、摩法、揉法等，都有扶正祛邪，增强人体抗病能力的作用），属于肾虚者着重按摩腰背部，属于气血不和者着重按摩腹部。

① 胸腹部按摩：病人取仰卧位，平躺于床上，两手自然放在身体两旁，暴露胸腹部，全身放松，自然呼吸。医者立于患者身旁，两手用滑石粉涂过后就可开始按摩。首先用抚法，两手同时进行，自上腹部开始往下抚至下腹部，反复多次。此法可帮助使其受术部位的肌肉放松，以利于下面施术。然后用施摩法在病人的小腹部反复操作 20～30 次。用指推法推任脉，自脐开始沿腹正中线经关元、气海、中极等穴推至耻骨联合处，反复推 20～30 次。肝郁明显者加推三门，即从期门穴开始，经过章门推至京门，可进行 10～20 次。按压结合揉法与捏拿法对中极、气海、关元、子宫、天枢、气冲等穴进行施术。每穴施术 2～3 分钟，以出现气感最为理想。再用掌揉法揉摩小腹部，以病人自感腹部出现灼热即可，约 3～5 分钟。擦两胁 20～30 次，最后用抚法抚摩 2～3 分钟结束。

② 腰背部按摩：病人俯卧于床上，暴露腰背部，全身放松。医者立于病人身旁，面向病人头部。首先用抚法开始，两手掌放于脊柱两侧，从臂部开始，沿膀胱经向上抚至胸椎部，反复进行多次。然后用掌揉法揉摩病人的腰骶部 3～5 分钟。用按压法在病人的八髎穴、肾俞、命门、脾俞、肝俞、腰眼等穴处施术，每穴按压约 1 分钟，以局部出现酸胀，或向下放射的气感为好。用滚法在腰骶部施术 2～3 分钟。拿脊柱两侧膀胱经 3～5 遍，再用捏脊法自下而上的捏脊 2～3 遍。用擦法在腰骶部施术 2～3 分钟，以局部出现烧灼感为度。用扳腰法在命门穴处施术进行扳拿。然后用抚法结束按摩。

③ 其它部位按摩：主要指四肢部位的按摩，主要是针对治疗痛经的穴位进行，常用穴位有三阴交、足三里、内关、合谷、涌泉、阴陵泉、舒肝穴（位于足底四、五趾间后 5 分处）等。具体施术时多使用按压、指揉、拇指推法，临证时并可结合捏、拿等方法，依据不同穴位的位

置而灵活掌握使用,每穴在按揉时以出现气感为度;每穴一般按揉 10~20 次。

7.6.4 患者自我按摩法

指患者自己进行按摩,治疗痛经。

患者仰卧,自然呼吸,保持情绪稳定。双手放于上腹部,用抚法向下推进,反复进行 15~20 次。用拇指或食、中、无名指按揉气海、关元、中极、子宫、气冲、天枢等穴,每穴施术 1~2 分钟。摩擦小腹部,以出现灼热感为度,是寒性痛经病人最宜选用的手法。肝郁气滞者加擦两胁,最后用抚法结束在腹部的按摩。然后病人坐起,双手掐腰,拇指在前,双手其余手指会于椎骨处,徐徐向下推摩至尾骨部,反复进行,先慢后快,以局部出现灼热为度,再用双手同时按揉肾俞、八髎、腰眼等穴,再次用推摩法结束腰部按摩。再分别用按揉法按摩四肢的穴位,如三阴交、足三里、涌泉、阳陵泉、阴陵泉、绝骨、内关、合谷等穴。然后病人平卧休息一会儿即可。每天 1~2 次,月经前 5~7 天开始施术治疗。

7.7 西医治疗撮要

西医将痛经分为功能性痛经与器质性痛经。对功能性痛经常用止痛解痉药物、内分泌激素、物理、手术等措施;对器质性痛经针对不同病变而采用相应治疗措施。

7.7.1 功能性痛经

① 一般治疗:首先劝导患者消除恐惧心理、摒弃思想压力,积极祛除病因,注意起居调摄,尤其是在月经期更要注意避免剧烈活动、饮食生冷、精神刺激、夫妻生活等。

② 解痉止痛药物治疗:属应急措施。对一般疼痛较轻者,可适量选用去痛片、颠茄片、延胡索片、强痛定、布尔丁等;对个别痛势严重者,可考虑使用可待因、哌替啶(度冷丁)等药。

③ 对抗前列腺素类药物治疗:常用药物有消炎痛、萘普生以及邻氨苯甲酸类药物(如氟灭酸、甲灭酸等)。

④ 内分泌激素治疗:

雌激素:常用乙萘酚,于月经来潮后第 5 天开始,每天服用 0.5~1mg,20 天为 1 疗程,连用 2~3 个月经周期。主要适用于子宫发育不良的痛经患者。

孕激素:安宫黄体酮 10mg,从月经周期的第 16~25 天,每日 1 次,口服。也可在月经周期的第 21 天开始肌肉注射黄体酮,每日 20mg,连用 5 天。主要适用于膜样痛经。

避孕药:于月经周期的第 5 天开始,每日一次口服短效避孕药,连服 20~22 天,服用 2~3 个月经周期后可考虑停药。

⑤ 手术治疗:扩张宫颈及刮宫术,适用于已婚不孕的痛经患者,约有 1/4 的病例可痊愈;子宫悬吊手术,适用于婚后不孕的子宫后倾后屈的痛经患者,可有助于怀孕。

7.7.2 器质性痛经

① 慢性盆腔炎所致痛经:

全身用药:抗菌素配肾上腺皮质激素。

局部用药:将选定的药物进行侧穹窿封闭、宫腔注射等。

物理疗法:超短波、远红外线、音频等。

手术治疗:妇科检查有较大的炎块或积水,其肿块直径在 6cm 以上,且年龄在 40 岁

以上，已无生育要求，久治不愈，严重影响工作与学习者，根据具体情况，严格掌握适应症，酌情行子宫及双侧附件切除术。

② 盆腔结核所致痛经：

一般治疗：注意饮食起居，调节精神情绪，提高御病能力。

抗结核药物治疗：临床上一般坚持联合、规则、全程用药。

手术治疗：必要时手术治疗，但术前必须进行抗结核药物治疗，以免因手术致使结核活动及扩散。

③ 子宫内膜异位症：

高效孕激素，长期连续给药，外加适量雌激素，造成假孕，使异位的子宫内膜组织产生蜕膜反应，继之坏死，最后被吸收消失。

睾酮，使用甲基睾酮素，每日 5~10mg，舌下含服，连用 3~6 个月。

丹哪唑，每日 400~800mg 口服，长期连续用药，一般以 6 个月为 1 疗程。

必要时手术治疗。

8 疗效评定标准

根据中华人民共和国卫生部《中药新药临床研究指导原则》中的“中药新药治疗痛经的临床研究指导原则”制定：

近期临床治愈：服药后腹痛及其它症状消失，停药 3 个月经周期未复发，疼痛程度恢复至“0”分者。

显效：腹痛明显减轻，其余症状消失或减轻，不服止痛药能坚持工作，疼痛程度为治疗积分降低至治疗前积分的 1/2 以下。

有效：腹痛减轻，其余症状好转，服止痛药能坚持工作；疼痛程度为治疗后积分降低至治疗前积分的 1/3 以下。

无效：服痛及其它症状无改变者。

9 调摄护理

9.1 预 防

学习掌握月经卫生知识。消除因月经出现而产生的恐惧、紧张与害羞等心理因素，否则会造成气机紊乱，血行不畅而诱发痛经。

生活起居要有一定规律。适应自然环境的变化，起居、饮食、劳逸等要有节制并科学安排，有一定规律方不致患病。不可过食生冷、久居寒湿之地、过劳或过逸等。尤其是月经期更需要避免寒冷刺激，淋雨涉水，剧烈运动和过度精神刺激等。

积极做好五期卫生保健。妇女月经期、妊娠期、产褥期、哺乳期、更年期，抗病能力降低，易于导致病邪的侵犯而发病。做好五期卫生保健，对预防痛经有着重要意义。

锻炼身体提高健康水平。经常锻炼身体，能增强体质，减少和防止疾病的发生，对于预防和治疗痛经也是有一定好处的。

积极进行妇科病的诊治。关键是发现患有妇科疾病，要做到积极治疗，以祛除引起痛

经的隐患，此为预防痛经的一项重要措施。

总之，预防痛经，要从月经初潮之前开始积极进行，直至绝经之后方可避免痛经的发生。特别是中年妇女，不要错误的认为自己没有痛经病就放松警惕，必须注意个人卫生，正确采取预防措施，积极预防痛经的发生，以保证自己的身体健康。

9.2 调 养

指病人根据自己的实际情况，为了配合治疗所采取的一系列自我调养方法，以促进疾病康复。

悦心畅神，安定情志。痛经病人大多具有精神紧张、恐惧的心理变化，每至月经来临而加剧精神负担。患者本人要调摄精神，保持心情舒畅，摒除不良的心理变化，特别是月经来临之时更要维持良好的心境，否则会加重病情，不利康复。

注意卫生，祛除病邪。某些痛经是由于不注重个人卫生所造成的。如经期性交、外阴不洁、细菌上行感染等所引起的子宫内膜炎、宫颈炎、子宫内膜结核等。因而讲究个人卫生，特别是月经期的卫生，对于痛经的康复有着很大帮助。

饮食有节，识病用膳。痛经病人不宜食用寒凉、酸涩的食物，可多食用一些温热、行滞的食物，如牛羊肉、荔枝、生姜、橘子、萝卜、茴香、川椒、山楂等。还可根据辨证合理选用和调配食物。

劳逸适度，起居有常。痛经病人，不要劳累过度，也不要久逸不劳，不作运动，主要是掌握适度。痛经病人必须养成良好的生活规律，适当活动，以调动本身的积极因素，提高战胜病邪的能力，促进机体早日康复。

9.3 护 理

主要是指痛经病人的家属对病人的护理、照顾，以帮助病人度过月经期，促使病人尽早康复和减轻病人的痛苦。专业护理不在此范围。

避免精神刺激。病人家属应当给病人创造一个良好环境，避免对病人造成精神刺激，再则要善于观察病人的心理变化情况，对其进行劝说开导，以保持良好的心理状态。特别是对初潮痛经的青春期妇女，更要给予介绍有关的月经生理卫生知识，使其了解月经这一生理现象，消除思想上的顾虑和恐惧、羞涩等不良心理活动。

合理安排饮食。月经期进食不合理，特别是过食生冷等，往往是造成寒凝胞宫，从而引起和加重痛经的原因之一。因此在护理病人的过程中，一定要科学安排饮食，以促进病情康复。

防止寒湿为患。月经期病人抗御寒湿的能力减弱，在气候寒冷的季节要注意为病人保暖，室内温度要尽量提高些，穿着衣装适当增加些。在痛经发作时，有的病人往往感到小腹部发凉，周身寒冷，可用热水袋热熨小腹部。在气候炎热的夏季，要为病人勤换洗衣服，勤晒被褥，更不要让病人居于潮湿之地。并要防止淋雨涉水，用冷水洗澡等。

督促配合诊治。有些痛经患者得病后不愿去医院检查治疗，作为病人的亲人要督促、劝说、陪伴病人尽早去医院检查治疗，以早日减轻或解除病人痛苦。在诊治过程中，也要劝说病人，树立信心，坚持治疗。还要谨遵医嘱，有的放矢地进行观察和护理病人，以互

相配合,提高治疗效果。

10 康 复

痛经病经过治疗,病情得到缓解者,应树立信心,坚持治疗;病证痊愈者,为了巩固疗效,预防复发,应做到情志舒畅,饮食有节,起居有常,防寒防湿,注意经期卫生等。

【近代研究】

1 理 论 研 究

1.1 病因病机研究

中医认为,无论何种疾病,其病因病机皆与外感六淫,内伤七情,饮食劳倦,起居失宜有关,痛经也不例外。生理上,女子14岁左右,任脉通,太冲脉盛,月经应时而来。也就是说肾气充盈,天癸泌至,任通冲盛是产生月经的必要条件。它们之间又相互依存、相互资助,形成调节月经周期的中心环节。其它脏腑功能失调、气血不和、阴阳失去平衡,或寒温不适、喜怒无常、饥饱无度、起居不慎、经期不洁等,皆可影响冲任功能,导致血行不畅而痛经。

西医认为,痛经不外功能性痛经和器质性痛经两大类,功能性痛经多与子宫痉挛性收缩缺血、内分泌激素失调等有关;器质性痛经多由盆腔炎、子宫内膜异位、内膜粘连、子宫肌瘤、息肉、放置节育器、人工流产等所致。经研究表明,痛经常发生在有排卵的月经周期,且大多与黄体功能不健全,雌激素过高,雌、孕激素失调有关;当子宫内压增高,宫血排出不畅,子宫发生痉挛性收缩时也会发生痛经;大量实验证明,痛经病人血中PGF_{2α}及E含量均有增高,且血中PGF_{2α}<E时,是造成痛经的直接原因。

周应芳认为子宫内膜异位症发病是有家族倾向,^[1]郑青认为公共汽车噪声振动与女司乘人员痛经也有一定关系,^[2]潘凌亚从月经状况与子宫内膜异位症发病的关系入手探求痛经的病因病机,^[3]傅慰祖提出金属汞对作业女工痛经也有一定影响。^[4]

1.2 治法治则研究

分段立法用药:黄绳武对寒湿凝滞痛经采用三步疗法:经前以防为主,提前一周服用温理气血、鼓舞畅行之剂;行经期以治为主,采用大辛大热,回阳救逆之品,月经干净后着重于固,以养血温胞络、调和营卫为主。^[5]

治疗子宫内膜异位症所致痛经:很多医家强调以活血化瘀为主,佐以其它治法。刘敏如主张以活血化瘀为主,守法不守方,于主方中佐以他法,将月经周期分为二个或三个阶段治疗,血瘀者,经净后用活血化瘀法至行经第1天,经期用养血活血理气止痛法;血瘀夹虚者,经净后用补法(或补肾养肝,或养血益气)至月经周期20天左右,继用活血化瘀之剂至经潮第1天,再用养血理气止痛之剂。^[6]

治疗膜样痛经,有用行气活血、温经散寒法者,有用温补肾阳法者,如阳虚瘀浊治当益肾助阳,逐瘀落膜,也有用补肾化瘀法者,大多散医家都提倡在经前3~5天给药至经期。

周期性治疗,是按月经周期不同的时间阶段,结合妇女的生理特点,采用不同的治疗措施,以恢复正常的生理功能,达到治愈痛经目的的一种治疗方法。如汪明德根据痛经产生的机理,应用辛乌序贯法治疗原发性痛经:月经前3天服细辛汤温经散寒,活血止痛以治其标,至月经的第3~4天停药,改用乌鸡白凤丸,至下一个月经周期再改用汤剂,乌鸡白凤丸可调冲治本,改善排卵与黄体功能,提高远期疗效。^[7]张兆同对膜样痛经采取分型、分期、标本兼顾的治疗方法而获得较好疗效。^[8]

另外,对于痛经的治疗,朱南荪强调治疗痛经必须经前数天开始服药,这是取效的关键。对于子宫内膜异位症引起的痛经主张以化瘀为主再配攻坚散结之品,除经期用药外,在经后或平时仍需攻坚散结。膜样痛经可用化瘀行气之法,不必选用软坚散结之品。子宫发育不良引起的痛经,主张理气为主以治标,平时主张补肝肾益气血以治本。^[9]蔡小荪治疗痛经主张以止痛为先,疼痛缓解时治其本,以求因论治为主,止痛为辅,体现了急则治其标,缓则治其本的学术思想。^[10]郑长松对血为寒凝、气滞阳衰者,治以助阳温经,行气活血;阴虚阳扰、血热瘀结者,治以育阴和营,凉血化瘀;肝肾阴虚、气滞血瘀者,治以滋补肝肾,理气活血;肾阳式微、胞宫虚寒者,治以补肾助阳,温经通脉。^[11]周晓爱根据活血化瘀药有明显抑制前列腺素(PG F_{2α})活性和解痉作用,能增强血液灌流量改善微循环,提出改善微循环障碍是辨治痛经的一个重要方面。^[12]

西医治疗原发性痛经多采用镇痛解痉,内分泌疗法及扩张宫颈等手术疗法;继发性痛经多用抗生素等治疗或手术疗法,针对引起痛经的病变进行治疗。

1.3 辨证规律研究

对于痛经的辨证,除临床上常用的辨证方法,如把痛经分为气滞血瘀、寒湿凝滞、湿热瘀阻、气血虚弱、肝肾亏损五种证候辨证外,还可根据患者具体情况进行辨证,如有人根据功能性痛经、器质性痛经辨证,有人根据虚、实、虚实夹杂辨证,还有人对于子宫内膜异位症在气滞血瘀基础上进一步辨证等,极大地丰富和发展了痛经病的辨证思想。

根据患者的临床表现,结合中医辨证求因、审因论治的思想,杨昔年把痛经在血瘀基础上进一步辨为寒凝血瘀、气滞血瘀、血热夹瘀、气血虚夹瘀四种情况;肖承棕认为痛经主要分为虚、实、虚实相兼三种情况,具体辨为寒凝血滞血瘀、气血虚弱肝肾不足及二者相兼为患;^[13]罗元恺将痛经分为气滞血瘀、寒凝血瘀、瘀热壅阻、气血虚弱四型;^[14]裘笑梅将痛经分为虚实两大类,实证属气滞血瘀、寒凝,虚证属气虚血少、虚寒、肝肾阴亏;^[15]刘孟安辨为寒凝血瘀、气血不足、肝肾不足、血热夹瘀四型。^[16]

对于子宫内膜异位症,诸多医家皆认为与血瘀有关,在血瘀基础上又结合患者临床表现进一步进行辨证。如张兆同辨为肝郁气滞血瘀和肾阳亏虚寒凝血瘀两种情况,^[8]对于膜样痛经,临床上一般认为气滞血瘀者较为多见。

另外,对于痛经辨证,朱南荪辨为气滞、气滞血瘀、寒温凝滞三种情况;^[17]沈仲理把痛经分为寒因痛经又称寒凝血瘀,热因痛经又称肝郁气滞;^[18]宋光济辨为寒凝血瘀、肝郁气滞、脾弱血虚、肝肾亏损四型;^[19]郑长松把痛经概括为阴阳偏胜与气血失调两大类。^[11]

关于痛经的寒热虚实,陈雨苍认为,辨虚实主要依据疼痛的性质和程度,一般来讲,胀痛、刺痛、剧痛、绞痛、痛而拒按者属实;绵绵而痛,痛而喜按,痛势较缓者属虚。痛经临床上以实证为多,纯虚者少;而常以虚实夹杂为患。临床上并不拘泥于“经前经期痛属实,经后痛属虚”之说。辨寒热主要依据经血的颜色,一般经色深红者多属于热,经色黯淡者多属于寒。一般实证常兼热,如肝经郁热,瘀热互结等,虚证常兼寒,如血虚血寒痛经,但也有实兼寒、虚兼热者,如血寒血瘀、阴虚血热等痛经病症,甚或寒热虚实并见。^[20]

2 临床研究

2.1 辨证用药研究

辨证论治是中医之特色,对痛经病的治疗,中医多采用辨证论治的方法,并取得了满意的疗效。痛经的病机从总的来看,不外气滞、血瘀、寒凝、湿遏、热结、气虚、血虚、肝肾不足、虚寒、虚实夹杂等,痛经的辨证也不外实证、虚证、虚实夹杂证,所以治疗上使用行气治血化瘀、散寒祛湿清热、补益气血、补益肝肾等药物,使气滞得行、血瘀得散、寒凝得解、湿遏得除、热结得清、虚者得补,则痛经一证自除。

2.1.1 气滞血瘀 罗元恺等用膈下逐瘀汤;^[14]裘笑梅用调经定痛散;^[15]艾家才自拟痛经汤(当归、熟地各 15g,川芎、苍术、白芍各 8g,香附、五灵脂各 10 克),偏气滞者,重用香附,偏血瘀者,重用五灵脂,酌用红花、桃仁;^[21]杨昔年用玄灵汤(玄胡、醋炒五灵脂、白芍各 10~30g,当归、川芎、甘草各 10~20g)加柴胡、香附、桃仁;^[13]许润三用痛经方(当归、川芎、生蒲黄、生五灵脂、枳壳、制香附、益母草各 10g),子宫后倾加生艾叶 5g,宫颈狭小加柞木枝 15g,子宫内膜异位加血竭 3g,三七粉 3g,膜样痛经加丹参 20g,虻虫 10g,挟寒加肉桂心 5g,体弱加党参 15g;朱南孙验方:蒲黄、刘寄奴、山楂肉各 12g,五灵脂、赤芍各 9g,青皮 6g,血竭粉(分吞)、三七粉(分吞)各 1.5g,大黄炭、炮姜炭各 4.5g。也适用于子宫内膜异位症和蜕膜样痛经。^[22]陈雨苍用消痛方(柴胡、郁金、香附、川楝子、延胡索、蒲黄、五灵脂、当归、白芍)酌加丹参、泽兰、桃仁、红花;^[20]沈仲理用桃红四物汤合金铃子散,或膈下逐瘀汤,或少腹逐瘀汤;^[18]郑长松气滞者选用香附、橘皮、柴胡、枳壳、陈皮等舒肝理气,解郁消胀,胀重者加青皮、枳实,两乳胀甚者加荔枝核、橘核、路路通、通草等,血瘀者选用益母草、丹参、赤芍、桃仁、红花、川芎等,剧痛难忍者加五灵脂、延胡索、乳香等,蓄血坚结者酌加刘寄奴、三棱、莪术;^[11]蔡小荪经验方(当归、牛膝、香附、延胡索、丹参、白芍各 9g,川芎、红花各 4.5g),瘀滞较甚加没药 4.5g,失笑散 12g,胀痛较甚加乳香 4.5g,乌药 9g,苏木 9g,金铃子 9g。^[10]

2.1.2 寒湿凝滞 黄绳武采用三步疗法:经前以防为主,提前一周服用温理气血、鼓舞畅行之剂,行经期以治为主,采用大辛大热、回阳救逆之品,月经干净后着重于固,以养血温胞络、调和营卫为主;^[5]艾家才用自拟痛经汤(见上证)加巴戟、川断;^[21]朱南孙用温经汤、胶艾四物汤加减(当归、阿胶烱化、赤芍各 9g,川芎、艾叶各 6g,木香后下、小茴香、炮姜各 4.5g、肉桂 1.5g),还可配针灸和敷脐法;^[17]陈雨苍用消痛方(见上证)加吴萸、桂枝、陈皮、半夏,减郁金、柴胡。^[20]

2.1.3 寒凝血瘀 黄绳武用温经散寒汤(芎、归、芍、白术、紫石英、葫芦巴、川楝子、延胡索、香附、小茴香、艾叶);^[5]罗元恺用少腹逐瘀汤;^[14]张兆同用温经汤;刘孟安用当归止痛汤(见气滞血瘀证)加吴茱萸、桂枝、五灵脂;^[8]杨昔年用玄灵汤(见气滞血瘀证)加艾叶、吴茱萸;^[13]陈雨苍用消痛方(见气滞血瘀证)加吴茱萸、桂枝,酌减郁金、柴胡;^[20]沈仲理用温经散寒汤(当归、川芎、赤芍、白术、紫石英、葫芦巴、五灵脂、金铃子、延胡索、制香附、小茴香、艾叶)或温经止痛汤(当归、川芎、白芍、白术、柴胡、甘草、紫石英、仙灵脾、制香附),或用桂枝四物汤合失笑散,或用温脐化湿汤,平时常服艾附暖宫丸或四制香附丸;^[18]宋光济用川乌温经汤(经验方:制川乌、炒当归、焦白芍、川芎、肉桂、吴茱萸、姜半夏、炒党参、独活、威灵仙)出入,温散为主,血块多加制没药、丹参、泽兰、益母草、失笑散等,腹胀痛加制香附、小茴香、艾叶,夹湿加苍术、茯苓,肾阳虚或妇科检查子宫发育不良者,加鹿角片、紫石英、仙灵脾、巴戟肉等,膜样痛经多属此型,治疗上宜加重活血祛瘀药物。^[19]

2.1.4 寒凝痛经 裘笑梅用吴茱萸汤。^[15]

2.1.5 气血虚弱 裘笑梅用胶艾八珍汤、圣愈汤;^[15]罗元恺用圣愈汤;^[14]宋光济用八珍益母丸;^[19]艾家才用自拟痛经汤(见气滞血瘀证),行经时加桂枝、生姜,经后用肉桂、炮姜;^[21]刘孟安用当归止痛汤(见寒凝血瘀证)加黄芪、生地、熟地;^[16]郑长松常用黄芪、党参、白术、山药、熟地、当归、鸡血藤、阿胶。^[11]

2.1.6 肝肾不足 宋光济主张用调肝汤;^[20]裘笑梅用一贯煎;^[15]艾家才用自拟痛经汤(见气滞血瘀证)去五灵脂、香附,苍术易白术,加山药;^[21]刘孟安用当归止痛汤(见寒凝血瘀证)加熟地、杜仲、肉苁蓉、巴戟天。^[16]

2.1.7 湿热瘀阻 艾家才用自拟痛经汤(见气滞血瘀证)熟地改生地,白芍改赤芍,加瞿麦、篇蓄、栀子。

2.1.8 湿热下注 有人用丹栀逍遥散或清热调经汤(陆九芝方)加减;有人用止痛煎(见气滞血瘀证)减党参、黄芪,加车前子、泽泻、黄柏、薏苡仁。

2.1.9 血热夹瘀 刘孟安用当归止痛汤(见寒凝血瘀证)加生地、丹皮;^[16]杨昔年用玄灵汤(见气滞血瘀证)加丹皮、炒栀子、黄芩。^[16]

2.1.10 湿遏瘀阻 有人用痛经③号(广木香、厚朴、法夏、云苓、黄柏、香附、白芍、延胡索)。

2.1.11 湿热蕴结 有人平时用当归、赤芍、生地黄、黄芩、败酱草、蒲公英、薏苡仁、冬瓜仁、车前子;经期酌减清热药,加蒲黄、五灵脂、延胡索等;月经过多则加大小蓟、黄草根、益母草、仙鹤草等。

2.1.12 虚实相兼 杨昔年用玄灵汤(见气滞血瘀证)加黄芪、党参、熟地。^[13]

2.2 成药、专方、验方研究

利用成药、专方、验方治疗痛经,临床上也取得了较为满意的疗效。

2.2.1 成药治疗痛经 孙宁铨等采用痛经散冲剂(肉桂、三棱、莪术、红花、当归、丹参、五灵脂、木香、延胡索等制成冲剂),每日2次,每次10g,于经前2天开始服药,至经来后3天停药,连用3个周期,治疗寒凝气滞血瘀之原发性痛经198例,近期总有效率87.37%,对71例治愈的患者治疗后3~19个月随访,总有效率95.8%,并经血液流变学

及甲皱微循环各项指标测定,能使血流速度加快及流态改变,证明本药有活血化瘀的功能和引血归经的作用,是治疗血瘀痛经的有效方剂;^[23]刘雅超等人用痛经宁冲剂(白芍、当归、川芎、党参、肉桂、黄芪、莪术、延胡索、牛膝等)治疗痛经,经前2天开始服药,每日3次,每次1代,月经第2天停药,治疗原发性痛经52例,治愈率86.5%,有效率98%,治疗继发性痛经13例,治愈率61.5%,有效率92.3%,通过与对照组43例治疗(分别选用去痛片、阿托品、鲁米那及青霉素等)分析,有效与治愈率均优于对照组,经统计学处理 $P<0.01$;^[24]陈尚志等用痛经宁糖浆(炒当归、炒川芎、丹参、制香附、炒延胡、炒金铃子、红花、炙甘草),总有效率89.4%,并与对照组(复合维生素B)基本按双盲法对照,统计学处理有显著性差异;^[25]刘颖用加减痛经散(当归、川芎、丹参、肉桂、生蒲黄、五灵脂、香附、白芍、桃仁、乌药)共研细末,10g1包,温开水或红糖水送服,治疗30例,全部获效;^[26]王三山等用痛经灵(延胡索25g,炒小茴香、炒土元、乌药各15g,细辛10g,制成100片)治疗80例,于经前2周始予本品5片,日3次,连服10日为1疗程,3个疗程后用单盲法评定疗效,痊愈48例,有效28例,无效4例,总有效率95%,疗效优于当归片对照组;^[27]张宏俊用复方丹参片治疗23例,每次经前约1周始服,每次3片,每日3次,服至经净为1个疗程,显效18例,好转5例,总有效率100%;^[28]吴葆卿用痛经膏(延胡索、当归、益母草、白芍、川芎、乌药、血竭、桂枝、香附)治疗102例,于经前7日始服,12日为1疗程,观察3个月经周期,痊愈82例,有效16例,无效4例,总有效率为96.8%,疗效优于益母草膏对照组($P<0.01$);^[29]罗仰洪采用大通筋(粉背菝葜的根茎)制成大通筋注射液,治疗痛经101例,总有效率94.06%;^[30]刘昭明采用痛经片(当归、乌药、灵脂、蒲黄、苍术、茯苓各12g,延胡索、乳香、没药各15g,川芎9g,小茴香、干姜各10g)治疗77例,结果有效67例,总有效率87.1%;^[31]曾真用妇宝胶囊治疗原发性痛经;^[32]孙垣村用孙氏痛经药物热敷袋(川乌头、徐长卿、艾叶、威灵仙、红花、冰片)治疗痛经;^[33]刘茂林用红蓝花酒治疗痛经,认为其可改善痛经患者血浆中前列腺素水平而达到治愈痛经的目的;^[34]张桂明用当归液穴位注射治疗痛经;^[35]程涇用痛经安治疗痛经;^[36]李隆敏用丹参酮治疗痛经;^[37]杨晓萍用前列腺素抑制剂(痛经栓)治疗青少年痛经等;^[38]王琮本等用痛经口服液治疗痛经都取得较好效果。^[39]

2.2.2 专方治疗痛经 刘进书用自拟调肝通经汤(柴胡、白芍、香附、川芎、五灵脂、蒲黄)进行治疗,气滞者加乌药、青皮、荔枝核,血瘀者加益母草、延胡索,寒湿凝滞者加肉桂、巴戟天,气血不足者去五灵脂,加当归、黄芪、枸杞子,肝肾不足者去五灵脂,加山萸肉、杜仲、巴戟天、女贞子,月经前2~3天服药,连用3~5剂;^[40]吴源湘用芍药甘草汤治疗原发性痛经44例,气滞血瘀用炒芍药60g,炙甘草30g,赤芍30g,寒凝血滞用炒芍药90g,炙甘草30g,肉桂10g,月经前3~4天服药,连用3~4个周期,结果痊愈17例,显效17例,好转6例,无效4例;^[41]吴熙用通经饮(益母草、星宿菜、南五味子根、定经草各15g,五色梅花3g,连钱草12g)随证加减,治疗气滞血瘀者83例,寒湿凝滞者64例,气血虚弱者51例,结果痊愈127例,显效36例,有效21例,无效14例,总有效率92.93%;^[42]刘晓东用温脐化湿汤(白术30g,茯苓、扁豆各10g,巴戟、莲子各18g,山药15g,白果6g)为主加减治疗50例,从经净第10天起日1剂分2次服,8天为一疗程,3疗程后统计疗效,收获全功;^[43]刘军等用小柴胡汤加味治疗57例,日1剂,从行经之日起连服10剂,3月为1疗程,结果痊愈28例,显效22例,有效5例,无效2例,总有效率

96.5%；^[44]苏进立用自拟通瘀化膜汤(当归 15g,白芍 12g,丹皮 10g,白芥子 12g,贝母 12g,三七参 6g,柴胡 12g,黄芩 10g,香附 10g,郁金 15g,大黄 6g,甘草 6g)治疗膜性痛经,乏力加党参,饮食无味加白术、焦三仙；^[45]朱南孙用加味没竭汤治疗原发性痛经；^[47]贺学梅用通瘀止痛散(汤)治疗经期腹痛 91 例；^[46]李文伟用痛经散加减治疗痛经 104 例；^[47]吴作君用通经汤治疗痛经；^[48]郑其国用通经种子汤治愈痛经不孕 23 例。^[49]

2.2.3 验方治疗痛经 高开泉用金荞麦根 50g 或鲜品 70g 为 1 剂,于经前 3~5 天服药,连服 2 剂,2 个月经周期为一疗程,3 个疗程后观察,30 例中痊愈 19 例,好转 9 例,无效 2 例。^[50]

3 实验研究

郑青通过对公共汽车噪声振动测量研究女司乘人员的生育机能,发现公共汽车噪音振动对女司乘人员月经状况也有一定影响；^[2]周应芳提出子宫内膜异位症发病具有家族倾向；^[1]李晓燕对痛经片进行了药理实验研究；^[51]刘昭阳对痛经片治疗功能性痛经进行了临床实验研究；^[31]吴春福对妇乐冲剂治疗痛经进行了药理研究；^[52]潘凌亚对月经状况与子宫内膜异位症发病的关系进行了研究；^[3]苏志英作了萘普生和双氯芬酸止痛作用比较的随机对照试验；^[53]刘茂林作了红蓝花酒对痛经患者血浆中前列腺素影响的实验；^[34]施律琴提出子宫内膜异位症治疗方法的个体化观点；^[54]李秀岭对 He-Ne 激光治疗原发性痛经进行了疗效观察；^[55]李晖对“TDP”灯加针刺关元穴治疗原发性痛经作了疗效观察；^[56]张红林对列缺治疗虚寒性痛经及其通任脉的循经感传现象作了研究；^[57]杨爱民对针刺与药物治疗痛经进行了对比观察；^[58]贺学梅对通瘀止痛散(汤)治疗经期腹痛的疗效进行了观察；^[59]何琦专门提出对纺织女工痛经的治疗；^[60]曾真对妇宝胶囊治疗原发性痛经疗效作了观察；^[32]杨晓萍观察了前列腺素抑制剂(痛经栓)治疗青少年痛经的效果；^[38]李隆敏对丹参酮治疗痛经进行了疗效观察；^[37]程泾对痛经安、李文伟对痛经散治疗痛经的疗效分别进行了观察；^[36,47]王三山对痛经灵、刘军对小柴胡加味治疗原发性痛经分别进行了疗效观察^{[20][47]}；周晓爱对活血化瘀为主治疗痛经的临床疗效与甲皱微循环进行了观察；^[61]屠一锋对血管舒张药芦丁含量的微分脉冲极谱法进行了测定；^[62]傅慰祖提出金属汞对作业女工月经有一定影响。^[4]王玉文等对原发性痛经临床检验指标进行了监测分析：通过对痛经患者进行 PG 含量测定,提示了 PG 可作为痛经患者疼痛的一项观察指标,外周血 PGI₂、PGE 含量的变化与痛经程度呈正比；甲皱微循环的变化,主要反映在血色、流速、流态及管袢渗出的变化,发现痛经程度越重,其血色、流速和流量及面积变化也大,提示了痛经患者存在微循环障碍的病理生理基础；脉图的变化,对心肺功能正常的痛经患者,脉图测定中可见各种痛经不同表现,主要反映在心搏量及外因阻力变化上,痛经程度越重其心搏量越低下,外周阻力明显增高,说明了痛经患者存在着血液动力学的变化；经络图的变化：利用经络图示仪测定十二经原穴的伏安特性曲线,发现痛经患者共同存在着以膀胱经和脾经电位值最高(中、重度痛经),其次为肝、肺、胃、肾、三焦经的变化,各种痛经中,以三焦经低电位值较显著,说明了痛经的病因病机与水湿代谢及气机的不畅有关。^[63]

【古训今释】

1 病因病机

1.1 病 因

关于痛经的病因，隋唐之际，多认为是风冷之邪客于人体，宋代也多宗此观点。至元代有人认为痛经与七情有关，并认为痛经有虚实寒热之不同，较前有很大进步，同时提出瘀血作痛的观点，明代在上述观点基础上补充了血热血燥，清代补充了下焦寒湿导致痛经，使痛经病因学说基本趋于完善。

隋代巢元方《诸病源候论·妇人杂病诸候》指出：“妇人月水来腹痛者，由劳伤血气，以致体虚，受风冷之气，客于胞络，损冲任之脉”；宋代王怀隐等《太平圣惠方·治妇人月水来腹痛诸方》亦认为痛经为风冷所致，如“治妇人胞络风挟风冷，每至月事来时，脐腹多痛”、“治妇人久积虚冷”、“治妇人血海风冷”等；宋代《圣济总录·妇人血气门》亦云：“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”、“月事乃经血之余，和调则血下应期，无过与不及之患。若冲任气虚，为风冷所乘……”，同时也提出了“积血不下”的观点；《女科百问》则认为痛经的病因是“风寒客于经络”，《妇人大全良方·调经门》认为是“寒气客于血室”；宋代严用和《济生方·妇人门》提出：“妇人室女，七情感伤”致痛经，实乃奠定了七情内伤导致痛经的病因学基础；《医部全录》引《济阴》又提出了“经年积血”也可导致痛经；《医学纲目》引王海藏提出“血涩”痛经。从上述可见，自隋至宋，多数医家认为痛经为风冷所致，有的医家提出七情感伤、经年积血、血涩导致痛经的观点，极大地丰富了病因学说，但还未臻完善。

金元时期，痛经病因学说得到了进一步补充，最值得一提的是朱震亨的《丹溪心法》，根据痛经在经前、经期、经后，对痛经提出寒热虚实的辨证，较前概以风冷而论，有很大进步，具体如：“经候过而作痛者，乃虚中有热，所以作疼。经水将来作痛者，血实也。（一云气滞）”、“临行时腰疼腹痛，乃是郁滞有瘀血”、“紫色成块者，热也”等等；明代薛己《校注妇人良方·调经门》从脏腑功能失调角度进一步阐述了痛经的病因，认为肝经怒气、肝经血热、肝肾虚火、肝脾血虚、肝脾郁怒、气虚血弱、脾不摄血、肝不藏血皆可导致痛经，进一步丰富了痛经病病因学说；明代戴思恭在《证治要诀》中提出“经事来而腹痛，经事不来而腹亦痛者，皆血之不调故也”的观点；明张介宾《景岳全书·妇人规》中对痛经的病因论述更为详尽，指出：“经行腹痛，证有虚实。实者或因寒滞，或因血滞，或因气滞，或因热滞；虚者有因血虚，有因气虚”，并进一步指出有“气逆作痛”，“血瘀不行，全滞无虚”、“气血俱滞”、“寒滞于经，或因外寒所逆，或素日不慎寒凉，以致凝结不行”、“血热血燥”等原因，为审因论治奠定了一定基础。

1.2 病 机

痛经的病机，历代医家论述较多，如《诸病源候论》、《圣济总录》、《校注妇人良方》、《证治准绳》、《景岳全书》等都对痛经的病机作了阐述。

隋代巢源方《诸病源候论·卷三十七·妇人杂病诸候》曰：“妇人月水来腹痛者，由劳伤血气，以致体虚，受风冷之气，客于胞络，损冲任之脉，手太阳少阴之经。冲脉、任脉皆起于胞内，为经脉之海也。手太阳小肠之经、手少阴心之经也，此二经其为表里，主下为月水。其经血虚，受风冷，故月水将下之际，血气动于风冷，风冷与血气相击，故令痛也”，此观点一出，后世医家多宗此说；宋代王怀隐等《太平圣惠方》在此基础上提进一步提出“风有滞血”、“风有积血”、“风血积滞”、“血海风冷”等，但也未脱离“风冷”之说；宋代《圣济总录·妇人血气门》中亦谓：“论曰：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，其血与气两不流利，致令月水结搏于脐腹间，疴刺疼痛”，又曰：“论曰：月事乃经水之余，和调则所下应期，无过与不及之患。若冲任气虚，为风冷所乘，致气脉不顺，所下不调，或前或后，或多或少。风冷之气，与月事相击，故因所下而腰背拘强，脐腹刺痛也”等，认为妇女经期冲任气虚，为风冷所乘，气脉不顺，所下不调乃是导致痛经的关键所在。

宋代严用和《严氏济生方·妇人门》首次提出“七情伤感，血与气并，上下攻刺”导致痛经，补充了痛经病机学说；余元时期在病机方面则有很大发展，认为气血两虚，冲任虚损、气滞血瘀、血涩均可引起痛经，进一步丰富了痛经病的病机学说。

明清时期许多医家对痛经病机均有论述，使之更加完善。陈文昭《陈素庵妇科补解·经行后腹痛方论》中曰：“经已行则血海空。血去多，亡阴，则阳气无辅。虚则生寒，故腹痛。非气血俱补，将来虚症陡起，久则经闭。或经行腹痛，过后仍痛，是余血未尽也”，又曰：“妇人当经期欲来而腹先痛，是气滞，而血亦随滞，故未来而腹先痛也”，“妇人经正行而腹痛，是血滞。或旧有风寒客胞门，其血来不甚多，两尺沉涩，腹中疴痛”等，阐述了血海空虚，虚则生寒痛经以及血随气滞而痛经的病机；薛己《校注妇人良方·调经门》曰：“妇人经来腹痛，由风冷客于胞络冲任，或伤手太阳少阴经”，“七情郁结，血随气滞”等，认为痛经有风寒伤脾者，有思虑伤血者，有郁怒伤血者，还有肝经怒气、肝经血虚、肝经血热、肝肾虚火、肝脾血虚、肝脾郁怒、气虚血弱、脾不摄血以及肝虚不能藏血等病机，说明感受外邪、七情郁结、气血虚弱、肝脾肾功能失调皆可导致痛经；张介宾《景岳全书·妇人规》曰：“若寒滞于经，或因外寒所逆，或素日不俱寒凉，以致凝结不行，则留聚为痛而无虚”，又曰：“血热血燥，以致滞涩不行而作痛”以及“凡妇人经行作痛，挟虚者多，全实者少。……故于经前亦常有此证。此以气虚血滞，无力流通而然”，从寒热虚实几个不同侧面论述了痛经的病机；另外值得一提的是傅山认为经前腹痛为热极面火不化，或寒湿客于下焦，气滞血瘀等，经后而痛为肾虚肝郁，论述较详，如《傅青主女科·调经》曰：“妇人有经前腹痛数日，而后经水行者，其经来多是紫黑块，人以为寒极而然也，谁知是热极而火不化乎！夫肝属木，其中有火，舒则通畅，郁则不扬，经欲行而肝不应，则抑拂其气而疼生。然经满则不能内藏，而肝中之郁火焚烧，内逼经出，则其火亦因之而怒泄。其紫黑者，水火两战之象也；其成块者，火煎或形之状也。经失其为经者，正郁火内夺其权耳”，“妇人有少腹疼于行经之后者，人以为气血之虚也，谁知是肾气之涸乎！夫经水者，乃天一之真水也，满则溢而虚则闭，亦其常耳，何以虚能作疼哉？盖肾水一虚则水不能生木，而肝木必克脾土，木土相争，则气必逆，故尔作疼”，又曰：“妇人有经水将来三五日前而脐下作疼，状如刀刺者；或寒热交作，所下如黑豆汁，人莫不以为血热之极，谁知是下焦寒湿相争之故乎！夫

寒湿乃邪气也。妇人有冲任之脉,居于下焦。冲为血海,任主胞胎,为血室,均喜正气相通,最恶邪气相犯。经水由二经而外出,而寒湿满二经而内乱,两相争而作疼痛,邪愈盛而正气日衰。寒气生浊,而下如豆汁之黑者,见北方寒水之象也”。

综上所述,痛经病机学说散见于隋、唐、宋代医籍,发展于金元时期,完善于明清及近代。

2 辨 证

痛经病辨证始于朱震亨,其将经后腹痛辨为虚热,经前腹痛辨为血实,经行腹痛辨为气滞血瘀等,对后世医家影响很大。明代李梴《医学入门·妇人门》亦曰:“经事欲行,脐腹绞痛者为血滞……经水临行时痛者为气滞……经水将来,阵痛阵止者为血实……经水将行,被风冷相搏,绕脐疝痛者,乃寒气客于血室。”明代龚廷贤《万病回春·调经》中说:“经水将来作痛者,血实气滞也。腹中阵阵作痛,乍作乍止,气血俱实,治当行经顺气,痛自止也”,“经水过期而来作痛者,血虚有热也”,“经水行后作痛,气血虚也”。

明代张介宾《景岳全书·妇人规》中对痛经辨证更为详尽,不仅从痛经发生的时间先后辨证,而且结合胞诊进行辨证,堪为后世辨证痛经之楷模。如“经行腹痛,证有虚实。实者或因寒滞,或因血滞,或因气滞,或因热滞;虚者有因血虚,有因气虚。然实痛者,多痛于未行之前,经过而痛自减。虚痛者,多痛于既行之后,血去而痛未止,或血去而痛益甚。大都可按可揉者为虚,拒按拒揉者为实,有滞无滞,于此可察。但实中有虚,虚中亦有实,此当于形气禀质,兼而辨之,当以意察,言不能悉也”,“凡妇人经行作痛,挟虚者多,全实者少,即如以可按拒按及经前经后辨虚实,固其大法也。然有气血本虚,而血未得行者,亦每拒按,故于经前,亦常有此证,此以气虚血滞,无力流通而然。”

清代医家对痛经论述甚多,对痛经辨证也较详明,如傅山《傅青主女科·调经》指出:“妇人有经水忽来忽断,时疼时止,寒热往来”,“是肝气不舒”,“妇人有经前腹痛散日,而后经水行者,其经来多是紫黑块”,“是热极而火不化”,“妇人有少腹疼于行经之后者”,“是肾气之涸”,“妇人有经水将来三五日前而脐下作痛,状如刀刺者;或寒热交作,所下如黑豆汁”,“是下焦寒湿相争之散”。其立论允当,较为切合临床实际。再如吴谦等《医宗金鉴·妇科心法要诀》对痛经辨证论述也较透彻,指出:“腹痛经后气血弱,痛在经前气血凝,气滞腹胀血滞痛,更审虚实寒热情”,并注释曰:“凡经来腹痛,在经后痛则为气血虚弱,经前痛则为气血凝滞。若因气滞血者,则多胀满;因血滞气者,则多疼痛。更当审其凝滞作兼痛之故,或因虚、因实、因寒、因热而分治之也。”

3 治 则

痛经的治则依据辨证求因,审因论治的原则,前人根据感邪的不同性质和脏腑、气血虚实情况而确立相应的治疗原则,感寒者去其寒,有湿者利其湿,蕴热者清其热,肝郁者疏其肝,肾虚者滋其肾,气滞者顺其气,血滞者和其血,血瘀者破其血等等,实则泻之,虚则补之,颇符合临床实际。

宋代《圣济总录·妇人血气门》对外感寒邪,气血不畅之痛经,证见疔刺疼痛者提出:“治法宜顺血气,无令蕴滞,则痛自愈”的观点。南宋陈沂《陈秘兰妇科·调经宜和气》中针

对气郁所致痛经，提出“开郁行气”的治疗原则，认为“开郁行气，则血随气行，自不致阻塞作痛。”明代戴思恭《证治要诀·妇人门》中指出“欲调其血，先调其气”的观点，曰：“经事来而腹痛者，经事不来腹亦痛者，皆血之不调故也。欲调其血，先调其气。”强调了调气在治疗痛经中的重要作用。明代陈文昭《陈素庵妇科补解·经欲来腹痛方论(经正行腹痛方论、经行后腹痛方论)》中针对气血两虚之经后腹痛和气血郁滞之经前经期腹痛分别提出“大补气血”和“行气和血”的治法。明代龚廷贤《万病回春·调经》中针对血实气滞之痛经，证见经水将来，腹中阵阵作痛，乍作乍止者，提出“行经顺气”法；针对气滞血瘀痛经，证见心腹腰胁疼痛者，提出“顺气消瘀”法；针对气血两虚痛经，证见经水行后作痛者，提出“调养气血”法；针对血虚有寒，证见经水过期不来作痛者，提出“温经养血”法；针对血虚有热痛经，证见经水过期而来作痛者，提出“生血清热”法等，极大地丰富了痛经病的治疗原则。明代张介宾《景岳全书·妇人规》中针对气逆作痛，全滞不虚者，提出要“顺其气”；针对血瘀不行，全滞不虚者，提出要“破其血”；针对寒凝无虚者，提出要“去其寒”等，“但察其有滞无虚，方是真实，若或兼虚，弗得任行克伐。”

清代医家对痛经论述较多，也相应地提出了治疗原则，使痛经病的治则更趋完善。傅山《傅青主女科·调经》中针对热极化火之痛经，证见经前腹痛数日，而后经行色紫黑有块者，提出应“大泄肝中之火”、“解肝之郁”，使热之标可去，热之本能除；针对肾阴枯涸之痛经，证见经后少腹疼痛者，提出应“以舒肝气为主，而益之以补肾之味”，使水足而肝气益安，肝气安而逆气自顺；针对下焦寒温痛经，证见经来前三五日脐下作痛，状如刀刺，或寒热交作，所下如黑豆汁者，提出应“利其温而温其寒”，使冲任无邪气之乱，脐下自无疼痛之疾矣。《医宗金鉴》中对血虚痛经，证见经后腹痛或血去过多者，认为应“补之”；对气血凝滞之痛经，又分其两端，若气滞其血，证见胀过于痛者，当“开之”，若血凝碍气，证见痛过于胀，当“破之”，使痛经病治则进一步规范化。叶桂《叶氏女科证治·经来未尽腹痛》中针对气血俱实之痛经，证见经来一半，腹中作痛，或发热，或不发热者，认为应“破其余血”，余血去而热自止；并对血滞不行，内有余血之痛经，证见经来一半，遍身潮热，头痛，口渴，小便作痛者提出“忌服补剂”的治疗禁忌。《四圣心源·妇人解》中针对水土湿寒，乙木抑遏，血脉凝涩不畅之痛经，证见经行腹痛，恶心呕吐，或绝产不生者，提出当“温燥水土，通经达木”，认为经调则痛去，然后怀子。罗国纲《罗氏会约医镜·妇科》针对虚滞痛经提出“以补为泻”的观点，认为“此用补为泻，若江河一决，积垢皆去之妙剂也”。

4 方剂归类

4.1 补益气血

(1) 十全大补汤(《太平惠民和剂局方》)

人参 肉桂 川芎 地黄 茯苓 白术 甘草 当归 黄芪 白芍

主治 气血两虚及诸虚不足之痛经。

(2) 八物汤(《医学入门》)

人参 茯苓 白术 甘草 当归 熟地 白芍 川芎

主治 气血两虚之经后腹痛。

(3) 八物汤(《女科切要》)

熟地 白芍 川芎 当归 白术 人参 广皮 半夏

主治 气血两虚之经行腹痛。

(4) 人参四物汤(《萧山竹林寺妇科秘方》)

人参 当归 白芍 川芎 姜 红枣

主治 经后腹痛，手足麻木。

(5) 三才大补丸(《陈素庵妇科补解》)

人参 白术 杜仲 熟地 当归 川芎 香附 黄芪 白芍 熟艾 补骨脂 阿胶 山药

主治 气血两虚之经后腹痛。

(6) 大营煎(《景岳全书》)

当归 熟地 枸杞 炙甘草 杜仲 牛膝 肉桂

主治 真阴精血亏损及妇人经迟血少之痛经，以及腰膝筋骨疼痛，或气血虚寒，心腹疼痛等证。

(7) 小营煎(《景岳全书》)

当归 熟地 芍药 山药 枸杞 炙甘草

主治 血少阴虚之经后腹痛。

(8) 小乌鸡丸(《医学入门》)

吴萸 高良姜 白姜 当归 芍药 玄胡索 破故纸 川椒 陈皮 青皮 刘寄奴 生地 莪术 川芎 荷叶灰 北艾 乌鸡肉

主治 血虚之经后腹痛。

(9) 内补当归丸(《医学入门》)

当归 阿胶 白芷 续断 干姜 川芎 甘草 白术 吴萸 肉桂 附子 白芍 蒲黄 熟地

主治 气血两虚之痛经及月经不调，崩中漏下，下血过多，肌体羸瘦，月经将行腹腿重痛等。

(10) 四物汤(《太平惠民和剂局方》)

当归 川芎 白芍药 熟地

主治 冲任虚损、血虚血滞之痛经及妇科诸证。

(11) 四神散(《景岳全书》)

当归 川芎 芍药 炮姜

主治 产后血虚或瘀血腹痛。

(12) 归芪通经散(《女科正宗》)

白术 归身 陈皮 黄芪 黄芩 黄连 甘草 白芍

主治 脾虚气弱之经行腹痛，面黄倦怠等。

(13) 当归建中汤(《千金翼方》)

当归(或川芎) 芍药 饴糖 桂心 生姜 大枣 炙甘草

主治 血虚之经后腹痛、产后虚羸不足腹痛等。

(14) 茯神汤(《圣济总录》)

茯神 赤芍药 地榆 熟地 地骨皮 白术 菊花 柴胡

主治 气血虚滞之痛经，月经不调、头目昏眩、心腹气痛、四肢麻痹、脐下胀闷等。

4.2 补益脏腑

(1) 六味地黄丸(《小儿药证直诀》)

熟地 山萸肉 山药 泽泻 丹皮 茯苓

主治 肝肾阴虚之痛经等。

(2) 六君子汤(《校注妇人良方》)

人参 白术 茯苓 甘草 陈皮 半夏

主治 脾虚之痛经等。

(3) 归地芍药汤(《四圣心源》)

当归 地黄 芍药 甘草 桂枝 茯苓 首乌

主治 血虚肝燥之经后腹痛。

(4) 白茯苓丸(《圣济总录》)

白茯苓 黄芪 薏苡仁 草薢 山茱萸 赤芍 枳壳 槟榔 熟地 桃仁 当归

主治 脾虚湿阻之痛经、月经不调，或多或少，脐下胀满、疼痛等。

(5) 补中益气汤(《脾胃论》)

黄芪 炙甘草 人参 白术 当归身 陈皮 升麻 柴胡

主治 脾胃气虚之痛经等。

(6) 补肝散(《证治准绳》引滑伯仁方)

山茱萸 当归 五味子 山药 黄芪 川芎 木瓜 熟地黄 白术 独活 炒酸枣仁

大枣

主治 肝肾气血不足之痛经等。

(7) 调肝汤(《傅青主女科》)

山药 阿胶 当归 白芍 山茱萸 巴戟天 甘草

主治 肝肾不足之经后腹痛等。

4.3 行气补血

(1) 八物汤(《医垒元戎》)

川芎 当归 芍药 熟地 木香 槟榔 延胡索 苦楝

主治 月经前气郁血虚之脐腹绞痛。

(2) 四乌汤(《女科切要》)

乌药 当归 三棱 文术 赤芍 红花 桃仁 官桂 益母 香附

主治 气血涩滞之经前腹痛

(3) 四物延胡汤一方(《萧山竹林寺妇科秘方》)

当归 川芎 熟地 白芍 延胡索 绍酒 沉香

主治 血虚气滞之经行腹痛甚，血色淡黄证。

(4) 四物延胡汤二方(《萧山竹林寺妇科秘方》)

当归 川芎 延胡索 沉香 酒

主治 血虚气滞之经行腹痛甚，血色淡黄证。

(5) 加减八物汤(《万氏妇人科》)

人参 白术 茯苓 归身 川芎 白芍 生地 炙甘草 木香 青皮 香附 姜枣

主治 虚中有滞之经后腹痛。

(6) 加味乌沉汤(《证治准绳》)

乌药 缩砂仁 木香 延胡索 香附 甘草、

主治 气滞之经前腹痛。

(7) 加味四物汤(《济阴纲目》)

当归 川芎 芍药 熟地 延胡索 蓬术 香附 砂仁 桃仁 红花

主治 血虚气滞之经前腹痛。

(8) 加味八物汤(《叶氏女科证治》)

人参 白术 茯苓 甘草 熟地 当归 白芍 川芎 木香 香附 青皮

主治 虚中有滞之经后腰痛。

(9) 决津煎(《景岳全书》)

当归 泽泻 牛膝 肉桂 熟地 乌药

主治 血虚经滞之痛经极甚者。

(10) 地黄散(《圣济总录》)

生地 生姜 乌豆 当归

主治 室女血气不利，经来少腹刺痛等。

(11) 当归汤(《圣济总录》)

当归 生地 防风 山茱萸 黄芪 牛膝 枳壳 白术 人参 甘草 羚羊角屑 芍

药

主治 经来腹内疝痛或脐下如盘等。

(12) 当归汤(《圣济总录》)

当归 桂 甘草 赤芍 茯苓

主治 经来脐下疝痛不可忍等。

(13) 当归饮(《圣济总录》)

当归 肉豆蔻 厚朴 甘草 芍药 枳壳 茯苓 人参

主治 气血虚滞之经前脐下痛，肢体烦热等。

(14) 赤芍药汤(《圣济总录》)

赤芍 黄芪 熟地 防风 五味子 桔梗 茯苓 羚羊角

主治 气血虚滞之月经不调，胸膈气闷，脐腹疝痛，头眩心烦等。

(15) 抑气丸(《丹溪心法附余》)

当归 熟地 芍药 川芎 陈皮 延胡索 丹皮 甘草(如痛甚者，以豆淋酒，痛少以

童便煮莎，人少条芩为丸子服)

主治 血虚气滞之经前腹痛。

(16) 灵实散(《丛书集成》卷下)

丁香 木香 乳香 当归 延胡索 白芍

主治 气郁之痛经，牵引两胁疼痛等。

(17) 苓桂丹参汤(《四圣心源》)

丹皮 甘草 丹参 干姜 桂枝 茯苓

主治 肝气郁结之经前腹痛。

(18) 和气饮(《证治要诀类方》)

干姜 升麻 枳壳 桔梗 苍术 陈皮 半夏 茯苓 甘草 当归 白芍 白芷 大
黄 干姜 姜 灯心

主治 血之不调的经来腹痛，经不来亦腹痛。

(19) 茯苓饮(《普济方》)

茯苓 当归 芍药 甘草 桂

主治 气血不足之月经不调，腰腹疼痛。

(20) 保阴煎(《景岳全书》)

生地 熟地 芍药 山药 续断 黄芩 黄柏 甘草

主治 阴虚内热之痛经等。

(21) 调经饮(《景岳全书》)

当归 牛膝 山楂 香附 青皮 茯苓

主治 经脉阻滞，气逆不调之痛经。

(22) 调气饮(《陈素庵妇科补解》)

当归 远志 川芎 青皮 乌药 香附 红花 大茴香 肉桂 延胡索 山楂 艾叶
砂仁 生姜 川断

主治 气滞之经前腹痛。

(23) 调经顺气散(《女科正宗》)

白术 黄连 陈皮 丹皮 木通 人参 茺莢

主治 气滞之经前腹痛，月经不调，经血色紫等。

(24) 通经汤(《叶氏女科证治》)

熟地 当归 川芎 白芍 川楝子 小茴香 槟榔 延胡索 木香

主治 血涩不行之经前脐腹绞痛。

(25) 柴胡丁香汤(《东垣试效方》)

柴胡 羌活 丁香 全蝎 防风 当归身 生地

主治 经前腰腹疼痛，经缩两三日等。

(26) 排气饮(《景岳全书》)

陈皮 木香 藿香 香附 枳壳 泽泻 乌药 厚朴

主治 气逆之经期腹痛，食滞胀痛等。

(27) 玄胡散(《叶氏女科证治》)

延胡索 头发灰 酒

主治 经来小腹结成块或呈条索状，痛不可忍，面色青黄，不思饮食等。

(28) 延胡索汤(《济生方》)

当归 延胡 蒲黄 赤芍药 官桂 姜黄 乳香 没药 木香 甘草 生姜

主治 情志不遂所致心腹作痛，或连腰胁，或引背脊，上下攻刺，甚作抽搐，月经不调，以及一切血气疼痛。

(29) 加味乌药汤(《医宗金鉴》)

乌药 缩砂 延胡索 甘草 木香 香附 槟榔

主治 气滞之经前腹胀痛以胀为主者。

4.4 清 热 除 湿

(1) 芍药汤(《圣济总录》)

芍药 人参 厚朴 肉豆蔻 甘草 当归 枳壳

主治 经来腹痛，烦闷体热。

(2) 宣郁通经汤(《傅青主女科》)

白芍 当归 丹皮 山栀子 白芥子 柴胡 香附 郁金 黄芩 生甘草

主治 热极化火之经前腹痛，经色紫黑有块等。

(3) 凉血芎归汤(《女科正宗》)

生地 白术 芍药 川芎 当归 黄柏 甘草 酒

主治 血海空虚，虚火内生之痛经，或余血未尽之痛经。

(4) 清热调血汤(《古今医鉴》)

当归 川芎 白芍 生地 黄连 香附 桃仁 红花 延胡索 牡丹皮 蓬莪术

主治 气血俱实之经前腹痛阵阵，乍作乍止。

(5) 鳖甲汤(《圣济总录》)

鳖甲 白茯苓 枳实 赤芍药 五加皮 菴蒿子 黄芩 当归 羌活

主治 湿热内蕴之月经不调，胸中烦躁，腰膝痹痛，不思饮食等。

(6) 三棱汤(《圣济总录》)

京三棱 芎藭 桑白皮 地榆 黄连 代赭 当归 白术 厚朴 黄芩 桂 肉豆蔻

生姜

主治 气逆湿阻之经前腰腹疼痛，呕逆不食等。

4.5 温 经 散 寒

(1) 温经汤(《金匱要略》)

吴茱萸 当归 川芎 芍药 人参 桂枝 阿胶 牡丹皮 生姜 甘草 半夏 麦门

冬

主治 胞宫虚寒之经水过多，经后腹痛等。

(2) 小温经汤(《证治准绳》卷一引《简易方》)

当归 炮附子

主治 月经不调，少腹冷痛。

(3) 艾附丸(《陈素庵妇科补解》)

熟艾 香附 姜汁 神柚 砂仁

主治 虚寒之余血未尽，腹痛不止。

(4) 吴茱萸汤(《圣济总录》)

吴茱萸 生姜 桂 大枣 人参 牛膝 芍药 甘草 小麦 牡丹皮 半夏 桃仁

主治 虚寒之痛经，月经不调，或多或少，腹中冷痛等。

(5) 吴茱萸汤(《医宗金鉴》)

吴茱萸 当归 肉桂 丹皮 甘草 半夏 麦门冬 防风 藁本 细辛 干姜 茯苓
木香

主治 感受风寒所致痛经。

(6) 硃砂圆(《太平圣惠方》)

硃砂 当归 琥珀 附子 没药 桂心 木香 枣肉 温酒

主治 久积风冷所致四肢羸瘦，饮食微少，经来脐腹疼痛不可忍等。

(7) 温经汤(《圣济总录》)

白茯苓 芍药 土瓜根 牡丹皮 丹砂 薏苡仁 酒

主治 因寒所致之经来腹内疝痛不可忍。

(8) 温经汤(《女科百问》)

当归 川芎 白芍 官桂 丹皮 蓬术 人参 甘草 牛膝

主治 风寒客于经络之小腹疼痛。

(9) 温经汤(《校注妇人良方》)

川芎 当归 芍药 桂心 蓬术 牡丹皮 人参 牛膝 甘草

主治 寒气客于血室所致脐腹作痛，其脉沉紧等。

(10) 蓬莪茂散(《太平圣惠方》)

蓬莪茂 当归 桂心 芍药 川大黄 牡丹 木香 延胡索 赤芍药 桃仁 温酒

主治 风冷客于胞络之经行脐腹疼痛。

(11) 温脐化湿汤(《傅青主女科》)

白术 白茯苓 山药 巴戟肉 扁豆 白果 建莲子

主治 下焦寒湿所致经前脐下疼痛如刀刺，经色紫黑，寒热交作等。

(12) 没药除痛散(《女科百问》)

蓬莪茂 当归 延胡索 五灵脂 肉桂 良姜 蒲黄 甘草 没药

主治 寒邪所致痛经。

(13) 理阴煎(《景岳全书》)

熟地 当归 炙甘草 干姜(或加肉桂)

主治 虚寒痛经。

(14) 醋煎散(《女科百问》)

高良姜 当归 肉桂 白芍 橘红 乌药

主治 血气虚寒所致腹胁刺痛，产后败血，儿枕急痛。

(15) 醋附丸(《景岳全书》)

香附米 醋

主治 元脏虚冷所致痛经，月经不调，赤白带下，浑身寒热，胎气壅滞不固等。

(16) 撞气阿魏圆(《太平惠民和剂局方》)

茴香 陈皮 青皮 川芎 丁香 蓬莪术 甘草 砂仁 肉桂 白芷 生姜 胡椒
阿魏 醋(茶或酒)

主治 寒凝气滞血瘀所致经行胃脘小腹疼痛。

4.6 活血祛瘀

(1) 干漆圆(《太平圣惠方》)

干漆 桃仁 木香 槟榔 芫花 赤芍药 硃砂 当归 桂心 醋 生姜 酒

主治 血瘀之经来脐腹疼痛。

(2) 大黄汤(《圣济总录》)

大黄 朴硝 当归 芍药 芎藭 桂 厚朴 生姜

主治 经行腹痛，脐下坚硬，积血不下等。

(3) 大玄胡索散(《医学入门》)

延胡索 莪术 当归 三棱 赤芍 川楝肉 官桂 厚朴 木香 川芎 桔梗 黄芩
大黄 甘草 槟榔

主治 血瘀痛经，产后腹痛，腹满喘闷，癥瘕癖块及一切心腹暴痛。

(4) 万应丸(《医学入门》)

干漆 牛膝 温酒

主治 月经瘀闭，绕脐寒疝痛彻及产后血气不调、腹中癥瘕等证。

(5) 瓦楞丸(《济阴纲目》)

香附 当归 牡丹皮 桃仁 大黄 川芎 红花 瓦楞子 温酒

主治 瘀血之痛经。

(6) 木香通气圆(《女科百问》)

京三棱 蓬术 芫花 木香 姜

主治 血瘀气滞痛经。

(7) 牛膝丸(《圣济总录》)

牛膝 桃仁 牡丹皮 菴蒿子 桂 赤芍药 芎藭 当归 大黄 蒲黄 酒

主治 瘀血所致月经不调，或不通利，或一月再来，色紫暗，腹痛难忍等。

(8) 牛膝散(《云岐子保命集论类要》)

牛膝 桂心 赤芍药 桃仁 延胡索 当归 牡丹皮 川芎 木香

主治 月经不利，脐腹疼痛等。

(9) 玄胡索散(《济阴纲目》)

当归 赤芍药 延胡索 蒲黄 桂皮 乳香 没药

主治 气血瘀滞痛经及新旧虚实腹痛。

(10) 玄胡当归散(又名延胡索散)(《景岳全书》)

当归 赤芍药 刘寄奴 没药 枳壳 延胡索 酒

主治 血积小腹疼痛，或因气逆，月经不行，肚腹作痛。

(11) 立效散(《医部全录》引《济阴》)

青皮 陈皮 乌药 干姜 香附子 蓬莪术 三棱 醋

主治 血瘀腹痛，月经不调。

(12) 失笑散(《太平惠民和剂局方》)

五灵脂 蒲黄 醋

主治 瘀血内阻之痛经，月经不调，产后腹痛，恶露不行等。

(13) 导滞汤(《罗氏会约医镜》)

香附 元胡 归尾 木香 泽泻 红花 怀牛膝 桃仁 苏木

主治 气滞血瘀之痛经。

(14) 交加地黄丸(《证治准绳》)

生地黄 老生姜 延胡索 当归 川芎 芍药 没药 木香 桃仁 人参 香附 醋

主治 气滞血瘀之痛经，月经不调。

(15) 芍药散(《太平圣惠方》)

芍药 桂心 桃仁 吴茱萸 当归 厚朴

主治 寒凝气滞血瘀之经来腹刺痛，四肢烦疼等。

(16) 芍药丸(《圣济总录》)

芍药 白芷 生地 桃仁 干姜 甘草 蒲黄 芍药 牡丹 桂 牛膝 人参 当归

蜜酒

主治 气血不足，寒凝血瘀之经来腰腹刺痛不可忍，或多或少，来如清水，虚乏黄瘦等。

(17) 朴消圆(《太平圣惠方》)

朴消 当归 薏苡仁 大黄 代赭 牛膝 桃仁

主治 风冷血瘀之痛经。

(18) 地黄通经丸(《校注妇人良方》)

熟地黄 虻虫 水蛭 桃仁 酒

主治 血瘀之痛经，月经不行，或产后恶露。

(19) 当归圆(《太平圣惠方》)

当归 琥珀 菴苣子 益母草 吴茱萸 桂心 秦椒 牛膝 水蛭 芍药 延胡索

没药

主治 寒凝气滞血瘀之痛经，其痛如锥刀所刺及腰背疼痛。

(20) 当归散(《普济方》)

生地 桃仁 芍药 白芷 蒲黄 当归 牛膝 甘草 芍药 牡丹 干姜 人参 桂

水蛭 虻虫

主治 血瘀之经前腰腹刺痛，或多或少，月内再来，或如清水，或如豆汁，心下坠满，沉困虚乏，日渐黄瘦。

(21) 当归散(《济阴纲目》)

当归 赤芍 刘寄奴 枳壳 延胡索 没药

主治 瘀血之痛经，小便刺痛，四肢无力等。

(22) 防风汤(《圣济总录》)

防风 羚羊角 地榆 赤芍 茯神 鳖甲 熟地 枳壳

主治 月经不调，脐腹胀满，四肢寒热，不嗜饮食等。

(23) 红花散(《萧山竹林寺妇科秘方》)

红花 苏木 当归 牛膝 三棱 莪术 赤芍 枳壳 川芎

主治 行经作痛，经来一半，余血未尽，腹中痛，或有潮热。

(24) 红花当归汤(《叶氏女科证治》)

红花 当归 牛膝 苏木 川芎 枳壳 莪术 赤芍 三棱 芫花

主治 气血俱实之经来一半，余血未尽，腹中作痛，或发热，或不发热等。

(25) 没药除痛散(《女科百问》)

蓬莪茂 当归 延胡索 五灵脂 肉桂 良姜 蒲黄 甘草 没药

主治 寒凝血瘀之痛经。

(26) 赤芍药丸(《圣济总录》)

赤芍 大黄 吴茱萸 干姜 厚朴 生姜汁 细辛 牡丹 芎藭 当归 桃仁 附子

蜜酒

主治 月经不调，或多或少，脐下块结，痛如锥刺，不治即成劳疾。

(27) 吴茱萸丸(《圣济总录》)

吴茱萸 当归 桃仁 大黄 朴消 桂 牛膝 芎藭 黄芪 人参 蜜酒

主治 经前脐腹疼痛不可忍。

(28) 牡丹汤(《圣济总录》)

牡丹 芎藭 甘草 黄芩 人参 桂 干姜 吴茱萸 桃仁 白茯苓 当归 芍药

主治 经行不畅，脐腹疼痛不可忍。

(29) 牡丹散(《云岐子保命集论类要》)

牡丹皮 川大黄 赤茯苓 生地黄 桃仁 当归 桂心 赤芍药 白术 石韦 木香

姜

主治 经行不畅，脐腹疼痛。

(30) 金漆圆(《太平圣惠方》)

金漆 硫磺 水银 硃砂 没药 鬼箭羽 当归 狗胆 巴豆 醋酒

主治 风血积滞之经行脐下疼痛。

(31) 姜黄散(《证治准绳》)

姜黄 白芍 延胡索 牡丹皮 当归 莪术 红花 桂心 川芎 酒

主治 血脏久冷，月经不调，脐腹刺痛。

(32) 顺气散瘀汤(《古今医鉴》)

当归 川芎 白芍 生地 桃仁 红花 青皮 莪术 延胡索

主治 瘀血之经行时着气恼，后心腹腰胁痛不可忍，脉弦急不匀等。

(33) 桃仁汤(《叶氏女科证治》)

当归尾 赤芍 生地 香附 牡丹皮 红花 延胡索 桃仁

主治 气滞血实之经来腰腹痛。

(34) 桃仁四物汤(《万氏妇人科》)

归尾 川芎 赤芍 丹皮 香附 延胡索 生地 红花 桃仁

主治 气滞血实之经前腰胀腹痛。

(35) 桂枝桃仁汤(《云岐子保命集论类要》)

桂枝 芍药 生地黄 桃仁 甘草 姜 枣

主治 寒凝血瘀之经前腹痛。

(36) 莪术汤(《叶氏女科证治》)

莪术 三棱 红花 苏木 牛膝

主治 血瘀之经来一半，遍身潮热，头痛，口渴，小便作痛等。

(37) 桂心菴菀子方(《圣济总录》)

桂 芎藭 土瓜根 桑耳 牛膝 大黄 菴菀子 赤茯苓 熟地 甘草 赤芍药 蜜酒

主治 血瘀之月经不调，脐下疔痛。

(38) 琥珀散(《太平圣惠方》)

琥珀 芫花 牛膝 当归 赤芍药 没药 酒

主治 血瘀之经行心间刺痛，腹内疔结。

(39) 琥珀散(《严氏济生方》)

牡丹 赤芍药 蓬莪术 荆三棱 刘寄奴 熟地黄 延胡索 当归 乌药 官桂

主治 血瘀痛经，胁肋胀刺；脐胀疼痛难忍，及恶露不下，昏迷等。

(40) 琥珀散(《类证普济本事方》)

三棱 莪术 赤芍 刘寄奴 丹皮 官桂 熟地 菊花 蒲黄 当归

主治 经行不畅，心腹脐疼痛不可忍，及产后恶露不下，神昏，气厥欲死等。

(41) 熟干地黄丸(《备急千金要方》)

干地黄 当归 甘草 牛膝 芍药 干姜 泽兰 人参 牡丹 丹参 蜀椒 白芷 黄芩 桑耳 桂心 廑虫 芎藭 桃仁 水蛭 蛭虫 蒲黄

主治 月经不遍，或一月再来，或隔月不至，或多或少，或淋漓不断，或来而腰腹刺痛不可忍，心胀坚痛等。

(42) 醋煎散(《张氏医通》)

三棱 蓬术 香附 乌药 赤芍 甘草 肉桂 醋 砂糖

主治 血瘀之经行少腹结痛，产后恶露不行。

(43) 廑虫散(《太平圣惠方》)

廑虫 芎藭 艾青 川大黄 川椒 干姜 桂心 酒

主治 血瘀之经行腰腹疼痛。

(44) 廑虫散(《太平圣惠方》)

廑虫 芎藭 当归 艾青 赤芍药 川大黄 川椒 桂心 酒

主治 血瘀之经来腰腹乍痛，时发寒热，面色萎黄。

(45) 鳖甲汤(《圣济总录》)

鳖甲 大黄 桂 羌活 枳壳 当归 芍药 吴茱萸 瞿麦穗 牛膝 槟榔 生姜 枣
 主治 血瘀之月经不调，经行不畅，发即刺痛。

(46) 麒麟竭散(《太平圣惠方》)

麒麟竭 芫花 芍药 桂心 延胡索 当归 琥珀 麝香 酒
 主治 血瘀之经行脐腹痛如锥刀所刺。

展 望

痛经是妇科临床常见病，一般来说，诊断治疗并不难，多可收到较好的疗效。但是，确有部分痛经者，尤其是继发性痛经，治愈不易，虽经治疗，疼痛仍反复发作，迁延不愈，故不应忽略对痛经诊治的研究。

痛经的临床表现，有反复痉挛性阵痛和持续性钝痛的不同。临床治疗原则亦应有所区别，对痉挛性疼痛，立足于缓痉止痛。钝痛多为盆腔郁血或慢性炎症，应立足于疏通经脉气机，改善盆腔血液循环，以缓解疼痛。临床辨证，重在寒热虚实，治疗应坚持寒者温经散寒，热者清解热毒，虚者补益气血，实者理气行血。功能性痛经多宜温补，继发性痛经随证殊治。

痛经是患者痛苦不适的症状，对其治疗，不应仅停留于辨证施治。因仅予辨证用药，虽可收效，但难以完全治疗各种痛经，亦难以预测判断每位患者的治疗效果。为改善提高痛经的疗效，应在辨病的基础上，分清痛经者的疼痛是原发，还是继发，是功能性，还是器质性，然后再辨证选用适宜有效的治疗方法。诊病有益于判断预后及治疗效果，辨证有益于选方用药。对于功能性痛经、原发性痛经，既可利用中药方剂、单方、验方，亦可选用针灸、推拿、理疗、心理疏导等方法，大都可收到较好的疗效。继发性痛经中的子宫腺肌病、内膜异位症等的治疗，往往治疗时间较长，短期内难以收效，或虽收缓痛之功，亦难以根治，多需中西医药疗法兼施，中西医互补，甚至需选用手术治疗。

(陈凤芝)

近现代参考文献

- [1] 周应芳. 子宫内膜异位症发病的家族倾向. 北京中医, 1994 (2):85
- [2] 郑青. 公共汽车噪声振动测量对女司乘人员生育机能影响的研究. 中国工业医学杂志, 1994 (6):330
- [3] 潘凌亚. 月经状况与子宫内膜异位症发病的关系. 中华妇产科杂志, 1993 (3):147
- [4] 傅慰祖. 金属汞对作业女工月经的影响. 中华劳动卫生职业病杂志, 1992 (3):153
- [5] 黄绳武. 痛经证治. 中医杂志, 1985 (3):13
- [6] 刘敏如. 痛经证治. 吉林中医药, 1989 (4):1
- [7] 汪明德. 辛乌序贯法治疗原发性痛经 51 例疗效观察. 上海中医药杂志, 1991 (7):17
- [8] 张兆同. 膜样痛经的诊治经验. 北京中医学院学报, 1993 (1):58
- [9] 杨传伟. 朱南荪教授妇科经验拾零. 上海中医药杂志, 1991 (11):15
- [10] 蔡小荪. 痛经辨证论治述异. 上海中医药杂志, 1983 (3):18

- [11] 郑其国. 郑长松老中医治疗痛经的经验. 辽宁中医杂志, 1981 (4):31
- [12] 周晓爱. 活血化瘀为主治疗痛经的临床疗效与甲皱微循环观察. 广西中医药, 1992 (6):1
- [13] 杨昔年. 对 110 例原发性痛经的疗效观察. 上海中医药杂志, 1986 (11):12
- [14] 朱秉匡. 罗元恺教授的痛经辨证施治系统. 新中医, 1986 (2):1
- [15] 裘笑梅. 治疗痛经的经验体会. 浙江中医学院学报, 1981 (2):34
- [16] 刘孟安. 当归止痛汤治疗原发性痛经 86 例. 北京中医, 1988 (5):30
- [17] 朱南孙, 等. 加味没竭汤治疗原发性痛经的临床研究: 对前列腺素及相关因素的影响. 中医杂志, 1994 (2):99
- [18] 汤万武. 学习沈仲理老中医治疗痛经的经验. 安徽中医学院学报, 1983 (4):10
- [19] 程泾. 宋光济老师治疗痛经的经验. 浙江中医学院学报, 1980 (2):19
- [20] 谢德聪. 陈雨苍治疗痛经的经验. 福建中医药, 1987 (3):21
- [21] 艾家才. 痛经汤治疗原发性痛经 105 例. 陕西中医, 1993 (6):243
- [22] 许润三. 痛经的辨证与治疗. 中级医刊, 1987 (1):49
- [23] 孙宁铃. “痛经散”治疗 198 例原发性痛经及其机制初探. 上海中医药杂志, 1986 (7):5
- [24] 刘雅超. 关于痛经的中医治疗与研究概况. 中医药信息, 1990 (4):19
- [25] 陈尚志. 痛经宁治疗痛经 132 例疗效观察. 浙江中医杂志, 1986 (2):57
- [26] 刘颖. 痛经散加减治疗痛经 30 例. 湖北中医杂志, 1986 (4):10
- [27] 王三山. 痛经灵治疗原发性痛经 80 例疗效观察. 中国中西医结合杂志, 1992 (11):671
- [28] 张宏俊. 复方丹参片治疗原发性痛经 23 例. 中成药, 1992 (11):48
- [29] 吴葆卿. 痛经膏治疗原发性痛经 102 例. 内蒙古中医药, 1993 (1):11
- [30] 罗仰洪. 大通筋注射液治疗痛经 101 例. 福建中医药, 1987 (1):16
- [31] 刘昭阳. 痛经片治疗功能性痛经的临床实验研究. 中成药, 1993 (4):23
- [32] 曾真. 妇保胶囊治疗原发性痛经 57 例疗效观察. 中成药, 1993 (10):21
- [33] 孙垣村. 孙氏痛经药物热敷袋治疗痛经 130 例. 福建中医药, 1993 (5):26
- [34] 刘茂林. 红蓝花酒对痛经患者血浆中前列腺素影响的实验. 河南中医, 1994 (5):29
- [35] 张桂明. 当归液穴位注射治疗原发性痛经. 浙江中医杂志, 1988 (2):530
- [36] 程泾. 痛经安治疗 168 例观察. 中国中西医结合杂志, 1995 (7):438
- [37] 李隆敏. 丹参酮治疗痛经 122 例观察. 中国中西医结合杂志, 1995 (7):435
- [38] 杨晓萍. 前列腺素抑制剂(痛经栓)治疗青少年痛经的效果观察. 中国校医, 1995 (2):9
- [39] 王琮本, 等. 痛经口服液治疗原发性痛经 100 例. 中医杂志, 1997 (7):423
- [40] 刘进书, 等. 血琥甲蒲散治疗痛经 68 例. 实用中医药杂志, 1995 (2):11
- [41] 吴源相. 芍药甘草汤加味治疗痛经的疗效观察. 上海中医药杂志, 1988 (6):16
- [42] 吴熙. 痛经的饮食疗法. 浙江中医杂志, 1983 (2):53
- [43] 刘晓东. 温脐化湿汤治疗痛经 50 例. 北京中医学院学报, 1991 (5):24
- [44] 刘军. 小柴胡汤加味治疗原发性痛经 57 例疗效观察. 江西中医药, 1992 (4):39
- [45] 苏进立. 通瘀化膜汤治疗膜性痛经 74 例. 河北中医, 1994 (2):7
- [46] 贺学梅. 通经止痛散(汤)治疗经期腹痛 91 例观察. 中医药研究, 1994 (3):41
- [47] 李文伟. 痛经散加减治疗痛经 104 例疗效观察. 中国中西医结合杂志, 1995 (2):38
- [48] 吴作君. 通经汤治疗痛经证. 北京中医, 1992 (3):29
- [49] 郑其国. 益蜀痛种子汤治愈痛经不孕 23 例探讨. 浙江中医杂志, 1992 (10):470
- [50] 高开泉. 金荞麦根治疗原发性痛经 30 例疗效观察. 中医杂志, 1990 (8):39
- [51] 李晓燕. 痛经片的药理实验研究. 中医药研究, 1993 (6):53

- [52] 吴春福. 妇乐冲剂治疗痛经的药理研究. 中成药, 1993 (1):31
- [53] 苏志英. 萘普生和双氯芬酸止痛作用比较的随机对照实验. 新药与临床, 1993 (2):95
- [54] 施律琴. 子宫内膜异位症治疗方法的个体化. 国外医学·妇产科分册, 1994 (2):94
- [55] 李秀玲. He-Ne 激光治疗痛经 50 例疗效观察. 应用激光, 1994 (2):82
- [56] 李晖. “TDP” 灯加针刺关元穴治疗原发性痛经的疗效观察. 中国学校卫生, 1993 (1):53
- [57] 张红林. 列缺治疗虚寒型痛经及其通任脉的循经感传现象. 北京中医药大学学报, 1994 (1):32
- [58] 杨爱民. 针刺与药物治疗痛经对比观察. 针灸临床杂志, 1994 (2):34
- [59] 贺学梅. 通经止痛散(汤)治疗经期腹痛 91 例观察. 中医药研究, 1994 (3):41
- [60] 何琦. 纺织女工的痛经治疗. 贵阳中医学院学报, 1993 (4):50
- [61] 周晓爱. 活血化瘀为主治疗痛经的临床疗效与甲皱微循环观察. 广西中西药, 1992 (6):1
- [62] 屠一锋. 血管舒张药芦丁含量的微分脉冲极谱法的测定. 苏州大学学报自然科学版, 1992 (3):36
- [63] 王玉文, 等. 原发性痛经临床检验指标的监测分析. 北京中医, 1996 (2):58

✿ 闭 经 ✿

闭经是妇科疾病的常见症状，指妇女年逾 18 周岁月经尚未初潮，或曾有正常月经又停闭 6 个月以上者，称为闭经。前者称原发性闭经，后者称继发性闭经。古籍称“女子不月”、“月事不来”、“经水不通”、“经闭”等。

青春期前、妊娠期、哺乳期和绝经后的月经停闭属生理现象，不作闭经论。因先天性生殖器官缺如，或后天器质性损伤致无月经者，用药物治疗难以奏效，不在本章讨论范畴。

闭经是世界性关注的疑难病证，闭经并不是一个独立的疾病，而是许多疾病的临床表现，可以由各种不同的原因引起，现代医学根据病理的发生部位不同，将闭经的原因划分为四个区。一是指下生殖道或子宫病变所引起的闭经，包括子宫、阴道先天发育不良、畸型，子宫腔粘连(Asherman's syndrome)，子宫内膜结核，睾丸女性化综合征(对雌激素不敏感综合征)。二是卵巢病变引起的闭经，包括性腺发育不良(脱纳氏综合征)，卵巢早衰，卵巢男性化肿瘤，卵巢拮抗综合征。三是垂体病变引起的闭经，包括垂体肿瘤，垂体损坏引起的垂体前叶功能减退症(席汉氏综合征)。四是丘脑下部及中枢神经病变引起的闭经，包括精神神经因素(精神刺激、环境改变等)，药物(避孕药及酚噻嗪等)抑制综合征，多囊卵巢综合征，闭经溢乳综合征，消耗性疾病或营养不良，精神性厌食等。其它腺体疾患引起的闭经(如肾上腺、甲状腺、胰腺功能异常等)。临证应细分辨之。

本病属难治之症，病程较长，疗效较差，因此，必要时应采用中医、西医及中西医结合多种方法综合治疗以提高疗效。且闭经常导致不孕，因此诊治闭经，在妇产科中具有极重要的地位。

【今日临床】

1 诊断标准

依据国家中医药管理局于 1994 年 6 月 28 日批准的(1995 年 1 月 1 日实施)中华人民共和国中医药行业标准——《中医病证诊断疗效标准》。

1.1 病名诊断标准

闭经系因血枯精亏或气滞痰阻导致女子年逾 18 周岁月经未至，或正常月经周期建立后，又停经 3 个月以上的月经病。前者属原发性闭经，后者属继发性闭经。

诊断依据

(1) 女子年逾 18 周岁，月经尚未初潮者，属原发性闭经。已行经而又中断达 3 个月以上者，属继发性闭经。

(2) 本病须与妊娠期、哺乳期、绝经后生理性停经相鉴别。并排除生殖系统的先天性生理缺陷和畸形。

笔者认为行业标准把闭经的时间定为原发性闭经 18 周岁，继发性闭经 3 个月欠妥。为了便于早期发现，积极尽早治疗，《妇产科学》第三版教材已经把原发性闭经改为妇女年满 18 岁或第二性征发育成熟 2 年以上仍无月经来潮者。为了便于区别避孕药物的抑制综合征，该教材已把继发性闭经的时间由 3 个月改为 6 个月，并且中医第 6 版《妇科学》也采用这一标准，故笔者认为应把行业标准按新的规定加以规范更为适宜。

1.2 证类诊断标准

肾虚 年逾 18 周岁，月经未至或来潮后复闭。素体虚弱，头晕耳鸣，第二性征不足，腰腿酸软、腹无胀痛，小便频数。舌淡红，脉沉细。

气血亏虚 月经周期后延，经量偏少，继而闭经。面色不荣，头晕目眩，心悸气短，神疲乏力。舌淡边有齿痕，苔薄，脉细无力。

阴虚内热 月经先多后少，渐至闭经。五心烦热，颧红升火，潮热盗汗，口干舌燥。舌质红或有裂纹，脉细数。

痰湿阻滞 月经停闭，形体肥胖，神疲嗜睡，头晕目眩，胸闷泛恶痰多，带下量多。苔白腻，脉濡或滑。

血寒凝滞 经闭不行、小腹冷痛，得热痛减，四肢欠温，大便不实。苔白，脉沉紧。

血瘀气滞 月经闭止，胸胁胀痛，少腹胀痛，精神抑郁。舌质紫黯，边有瘀点，苔薄，脉沉涩或沉弦。

2 中心证候特征

主症是妇女年逾 18 周岁月经尚未初潮，或已行经而又中断达 6 个月以上。次症是引起闭经的虚实两大类临床证候。

3 病 因

3.1 原发病因

3.1.1 先天发育不足

禀赋不足，肾气未盛、精气未充，肝血虚少，冲任气血不充，血海不能满溢，遂致月经停闭不潮。

3.1.2 营养不良

素体血虚，或脾胃素弱，饮食不节，劳累过度，损伤脾气，气血生化之源不足，冲任血虚，血海不充，故成经闭。

3.1.3 情志所伤

七情内伤，素多抑郁，或愤怒过度，气滞血瘀，瘀阻冲任，气血运行受阻，血海不能满溢，遂致经闭；或忧思气结而致心脾营虚，冲任衰少，血海空虚而致经闭。

3.1.4 劳伤

大病、久病耗伤营阴，瘀虫内侵耗损阴液，或多产、房劳、堕胎、小产，哺乳过长过久等数伤气血，以致精亏血少，冲任亏败，以致经闭不行。

3.1.5 六淫

经期、产后，胞脉空虚之际，感寒饮冷，血为寒凝成瘀；或感受外在热邪，煎熬阴血而成瘀，以致冲任瘀阻，胞脉闭塞，经水阻隔不行，故成经闭。

3.1.6 物理、化学因素

放射或化疗治疗过程中破坏或干扰子宫内膜，卵巢组织或垂体前叶等功能而致经闭。

3.2 继发病因

3.2.1 痰湿阻滞

多由脾失健运，或肝旺克脾，或肾阳虚不能温煦脾土，脾虚水湿不化，湿聚成痰；或肝郁化火，炼液成痰；或肝郁气机不利，气滞水停，聚液成痰；或过食膏粱厚味，痰湿内生。痰湿脂膏阻滞冲任，则胞脉闭，经水不行。

3.2.2 医源性损伤

因病变或肿瘤切除子宫或双侧卵巢而闭经。

3.2.3 节育措施损伤

人工流产后、产后出血或流产后出血刮宫以后，由于刮宫过度，损伤了子宫内膜，造成宫腔粘连出现闭经。(Fritsch-Asherman)综合征。

3.3 诱发因素

精神创伤如过度紧张、恐惧、忧虑等以及环境变迁，或毒物、药物等因素影响脏腑、气血冲任的正常功能，从而诱发或加重闭经。

4 病 机

4.1 发 病

闭经常是由多种因素作用而形成的，症有虚、实。一般来说，因虚者，发病较缓慢，病史较长，多由月经后期，量少渐至闭经；因实者，发病较短，均有明显或较突然的致病因素如或气、或寒、或积等。

4.2 病 位

闭经的主要病位是在冲任，胞宫以及肾、肝、脾的功能失常、气血失调。

4.3 病 性

闭经病性有虚实之别：虚证以肾气不足、气血亏虚、阴虚内热等为主；实证以痰湿阻滞、血寒凝滞、血瘀气滞为多。痰湿实为本虚(脾肾阳虚)标实。

4.4 病 势

闭经有轻重病势的不同。一般来说，年轻，病程较短，不伴有他病者，病势轻，易治；年龄稍大，病程较长，且伴有他病者，病势重，难治。特别是虚实夹杂者，病势更

重，更难治。有的必须配合西医人工周期及促排卵或手术等治疗。

4.5 病机转化

导致闭经的病因虽然纷杂，但其病机不外虚、实两端，即“血枯”与“血隔”。前者是指精亏血少，血海空虚，无余血可下；后者是指邪气阻隔，脉道不通，血有所逆，经血不得下行。

早在《素问·上古天真论》中已指出“女子七岁，肾气盛，齿更发长；二七而天癸至，任脉通，太冲脉盛，月事以时下，故有子；……七七任脉虚，太冲脉衰少，天癸竭，地道不通，故形坏而无子也”。明确指出了肾气的盛衰主宰着天癸的至与竭，冲任二脉的通盛与虚衰以及月经的行与止。故有“经水出诸肾”之说。肾虚冲任不足，血海空虚，无余可下是闭经的主要病机。肾有阴阳二气，为水火之宅。若肾气虚，精血衰少，冲任气血不足，血海空虚，无余可下，而致经闭；若肾阴虚，则精血匮乏，冲任血少，或阴虚血弱，阳往乘之，少水不能灭盛火，火迫水涸，耗伤津液，冲任亏败，源断其流，致经闭；若肾阳虚，命门火衰，脏腑失于温养，精血生化之源不足，冲任气血不足，血海空虚，而致经闭不行；肾阳虚不能暖土则脾肾阳虚不能化气行水，水湿内停，聚湿成痰，痰湿壅塞冲任胞宫，至经水不行。

月经的主要成分是血，妇女以血为本。薛立斋说：“血者，水谷之精气也，和调五脏，洒陈六腑，在男子则化而为精，在妇人则上为乳汁，下为月水，故虽心主血，肝藏血，亦皆统摄于脾，……。”脾为后天之本，气血生化之源，脾虚则气血生化乏源；冲任血虚，血海空亏，则经闭不行。

此外七情内伤，肝郁气滞致血瘀，或寒凝血瘀阻塞冲任胞宫致使经闭不行亦是其病机之一。

月经的产生是脏腑、气血、经络协调作用于胞宫的结果。闭经是肾-天癸-冲任-子宫轴的严重失调，肾虚是闭经的病机本质，肝郁、脾虚及气血失调亦是闭经的重要病机。肾虚肝郁及脾虚又可导致错综复杂的各个侧面为病机转化，发生虚实错杂，多种病机集于一身的疑难闭经，临证中必须详加审察。

4.6 证类病机

肾虚 肾藏精，主生殖，经水出诸肾。若禀赋素弱，肾气不充，天癸甚微，冲脉未盛，任脉不通，精血不足，故月经超龄未至，或初潮较迟，量少色淡，渐至闭经。《医学正传·妇人科》云：“月经全借肾水施化，肾水既乏，则经血日以干涸。”

气血虚弱 饮食不节，劳倦过度，损伤脾气，生化之源不足；或因大病、久病，或产后失血伤津；或久患虫疾伤血，冲任血少，血海空虚，发为经闭。正如《兰室秘藏·妇人门》云：“妇人脾胃久虚，或形羸气血俱虚，而致经水断绝不行。”

痰湿阻滞 素体肥胖之人，多痰多湿，痰湿壅阻经隧；或脾肾阳虚，湿聚成痰，痰湿阻滞冲任，胞脉闭塞，而致月经不行。《女科切要·经行闭止》云：“肥人经闭，必是痰湿与脂膜壅塞之故。”

阴虚内热 素体阴虚或失血伤阴，或久病耗血，或过食辛燥，灼烁津血，均可致血海

燥涩干涸，而成经闭。若日久病深，精亏阴竭，血海涸竭，可发展成虚劳闭经。《景岳全书·妇人规》云：“正因阴竭，所以血枯……或以咳嗽，或以夜热”。又曰：“此由阴虚血弱，阳往乘之，少水不能灭盛火，火迫水涸，耗之津液。”

血寒凝滞 因经、产之际，血室正开，感受风寒之邪或内伤生冷；或素体阳虚生内寒，则血为寒凝而成瘀，阻滞冲任脉道，故经水阻滞，闭而不行。

血瘀气滞 素性抑郁，七情内伤，或暴怒伤肝，肝失条达，气机不畅，血瘀不行，相因而致冲任受阻，经闭不行。

5 临证思路

5.1 抓住主诉

主诉很明确，女子年逾 18 周岁月经尚未初潮，或已行经而又中断达 6 个月以上。

5.2 分析病位

月经的产生，是脏腑尤其是肾气、天癸、冲任、气血协同作用于“奇恒之府”——子宫，使其定期藏泻的生理现象。由此可见，闭经的发生是子宫藏泻失职，病位在子宫，但与肾气、天癸、冲任的盛衰，脏腑功能尤其是肝、肾、脾的功能失常及气血不调至关重要。

5.2.1 诊断与检查

5.2.1.1 询问病史 生长发育史，发育是否正常，有无先天性缺陷或其它疾病，闭经的期限，闭经前的诱因(包括精神因素及生活环境、饮食等因素)，闭经后自觉症状，治疗经过，应用药物，疗法及其反应。

月经史：初潮年龄、月经周期、经期、经量、经色、经质以及伴随症状。

婚育史：婚后性生活，避孕措施，是否采用服药，有无流产和刮宫，分娩的次数及分娩时的情况，产时，产后有无出血性休克，哺乳情况等。

家族史：有无先天性遗传病，及其它疾病。

5.2.1.2 体格检查 注意全身情况，发育是否正常，有无畸形，还应注意其身高、体重、四肢、躯干的比例、智力、营养和健康情况。妇科检查应注意内外生殖器的发育有无缺陷、畸形，以及第二性征如毛发分布、乳房发育、有无乳汁分泌等。

5.2.1.3 子宫功能的检查

诊断性刮宫及子宫内膜活组织检查：适用于已婚妇女，用以了解宫腔是否通畅，宫腔的深度和宽度、刮取子宫内膜送病理检查以了解子宫内膜激素水平，除外结核性子宫内膜炎，并将刮出物进行结核菌培养。

子宫输卵管碘油造影术：了解子宫腔的形态、大小、有无畸形以及输卵管的情况。

内窥镜检查：腹腔镜、宫腔镜了解内生殖器情况，必要时还可取组织做病理检查。

药物性试验：(1)孕酮试验 采用孕酮每日肌肉注射 20mg，连续 3~5 天，或醋酸甲孕酮每日口服 10mg，连服 5 天。停药后 3~7 天出现撤药性流血者为阳性结果，提示子宫内膜有功能，已受一定水平雌激素的影响，对孕酮起反应而剥脱。(2)雌激素试验 如孕酮试验阴性(说明体内雌激素水平低，故对孕酮无反应)，可作雌激素试验。给患者己烯

雌酚 1mg, 连服 20 天或肌肉注射苯甲酸雌二醇隔日 2mg, 共 5 次。停药后 2~7 天出现撤药性流血, 提示子宫内膜对激素有正常反应而且宫腔通畅。

5.2.1.4 卵巢功能的检查 可采用阴道脱落细胞、宫颈粘液、基础体温、卵巢激素 (E_2 、P、T) 测定以检测卵巢功能。

5.2.1.5 垂体功能检查 雌激素试验阳性提示患者体内雌激素水平低落, 可能由于卵巢功能低下, 也可能由于体内促性腺激素缺乏以致卵巢不分泌甾体激素, 故可检查垂体的功能。可采用测定血清 FSH-LH 以及 PRL 的含量、蝶鞍摄片、垂体兴奋试验、染色体核形及分带分析、盆腔充气造影、B 超、垂体 CT 检查等以辅助诊断。

5.2.2 中西医结合分析病位

闭经不是单独的一个病证, 是妇科疾病常见症状, 往往同时有多个病证、多个病位影响月经生理而致闭经。因此临床上就必须综合分析, 分清标本缓急, 采用宏观辨证与微观辨证结合, 辨证与辨病结合, 局部与整体相结合, 临床检查与实验室检查相结合的多层次, 多方面的分析病位, 才能够提高疗效。

从中西医对月经理论认识对应关系看, 西医学认为月经是女性性周期的标志。月经周期的调节主要是通过丘脑下部、脑垂体和卵巢激素作用, 称为下丘脑-垂体-卵巢轴。此轴又受中枢神经系统的调控。中医学认为肾在月经产生机理中是起主导作用的。肾藏精, 是人体生长、发育和生殖的根本。《素问·阴阳应象大论》说: “肾生骨髓”, 《灵枢·海论》说: “脑为髓之海”。根据肾藏志、藏精、主骨生髓, 以及髓聚为脑的理论, 说明肾与中枢神经系统的调节活动有密切的对应关系, 在月经产生的机理中具有下丘脑一级的调节功能。肾中产生的天癸, 是促进人体生长、发育和生殖的物质, 是促成月经产生的重要物质, 在月经产生的生理活动中, 是始终对冲任、胞宫起作用的。从功能的吻合上看, 天癸在月经产生过程中, 有相当于垂体前叶产生促性腺激素的作用。因此可以认为天癸具有垂体一级的调节功能。“任脉通, 太冲脉盛, 月事以时下”, 可见冲任是直接作用于胞宫的环节, 并使经血来潮。西医认为卵巢分泌的激素, 直接作用于子宫内膜发生周期性变化, 并使内膜剥脱出血, 月经来潮。因此, 冲任对胞宫、卵巢对子宫, 在月经产生机理中两者之间有明确的对应关系, 可以认为冲任类似于卵巢的功能。可见, 在月经产生机理的理论中, 中医学的肾气-天癸-冲任-胞宫的过程, 与西医学的下丘脑-垂体-卵巢-子宫的性腺轴的环路相对应。可有相应的病位。

应用现代的医学理论与诊断方法分析闭经的类型, 并结合中医的理论进行辨证论治, 则可获得较好的疗效。如下丘脑性闭经, 根据中医“肾主生殖”及肾上通于脑, 下连冲任而系胞宫的理论, 宜采用补肾法治疗。对于由于环境、精神因素引起的闭经单纯补肾法也可以取得一些效果。而对于其它下丘脑性闭经, 如多囊卵巢综合征、闭经溢乳综合征、精神性厌食症闭经, 单纯补肾法治疗效果却不理想, 而通过辨病与辨证相结合, 分别采用补肾化痰治疗多囊卵巢综合征、清肝解郁回乳通经佐以补肾法治疗闭经溢乳综合征, 健脾和胃佐以温肾法治疗精神厌食症闭经, 都取得了较好的疗效。

中西医结合分析病位, 辨证辨病辨因相结合, 针对性更强, 往往能获得较好的疗效。一般说来, 病位主要是功能失调者, 预后较好; 病位已经成器质性病变, 或多个病位者, 预后较差或难以用药物取效。如产后失血体克引起的席汉氏综合征 (sheehan's syndrome), 王耀廷提

出“风冷癆”之病名,指出其为血枯经闭,认为是脾肾阴阳俱虚引起,属难治之症。

5.3 确定病性

闭经病性有虚、实、寒、热之异:“经本在肾”、“经水出诸肾”,故常以肾虚为本。肾虚有先天肾虚或后天损伤肾气,耗损肾阴之别。先天肾虚,禀赋不足,天癸甚微,多见月经迟发,甚或年逾18周岁,月经未潮,或潮后月经稀发、量少而至闭经。妇查子宫发育不良或呈幼稚型子宫,第二性征发育欠佳。后天损伤如房劳不节,多产久病伤肾气或耗伤肾精加重肾虚,更严重影响肾-天癸-冲任-胞宫轴,致月经初潮来迟或月经后期量少,渐至闭经。虚性还有气血虚弱和阴虚内热。实性有痰湿阻滞和血瘀。痰湿为本虚(脾虚为主或兼肾虚)标实。血瘀为实邪,病多顽固。瘀阻冲任而致闭经不行。若经闭伴有精神抑郁,胸胁胀满,及腹胀痛,若黯脉沉弦,多属血瘀气滞;若经闭不行,伴小腹冷痛,得热痛减,四肢不温,苔白脉紧,则属血寒凝滞;若形体肥胖,月经停闭,神疲嗜睡,胸闷泛恶多痰,伴带下量多,苔白腻,脉濡或滑,则属痰湿阻滞。

对于闭经的临证思路,除抓住主诉,确立闭经,检查原因病位,确定病性以外,还要中西医结合辨证与辨病相结合,并与病人建立良好的医患关系,关心体贴病人,减轻病人的心理压力,鼓励病人要有战胜疾病的信心。积极配合诊治,往往取效较快。

6 鉴 别

分清原发与继发闭经 闭经有原发、继发之分。原发性闭经是指女子年逾18周岁月经尚未初潮者。为了便于早期发现,早期治疗,故西医妇产科学将女子第二性征发育成熟二年以上者也列为此项之中。多与原发病因肝肾不足有关;继发闭经是指曾有过正常月经周期而后又中断达6个月以上者,多与继发性病因血瘀、痰湿、血枯有关,前者多考虑先天发育,内分泌因素;后者多考虑有无经、产留瘀或感邪毒、损伤等因素。

与胎死不久的鉴别 闭经应与胎死不下鉴别,胎死腹中者,除有月经停闭外,尚应有妊娠的征象,如早期时有早孕反应,乳房发育、乳头着色、子宫增大等,但子宫的增大可能小于停经月份,也有少数与停经月份相符者,但患者常有胎动消失的反应。B超检查,宫腔内可见胎囊、胎体,但无胎动、胎心搏动。

7 临床治疗

7.1 分证论治

7.1.1 肾虚型

7.1.1.1 肾气虚证

临床表现: 月经初潮来迟,或月经后期量少,渐至闭经。头晕耳鸣,腰酸腿软,小便频数,性欲淡漠,舌淡红,苔薄白,脉沉细。

病机分析: 肾气不足,精亏血少,冲任气血不足,血海不能满溢,故月经初潮来迟,或后期量少,渐至闭经;肾虚不能化生精血,髓海、腰府失养,故头晕耳鸣,腰酸腿软;肾气虚阳气不足,故性欲淡漠;肾虚不能温化膀胱,故小便频数。舌淡红,苔薄白,脉沉

细，均为肾气虚之征。

转归：肾气虚，上不能暖土，往往至肾脾气虚，化源功能不足，气虚血更少，元气无力运血，血虚滞为瘀，结于冲任胞脉；日久至肾阳虚，下不能暖胞，致宫寒，性欲淡漠，生化受制，子宫发育不良或日益萎缩。

治法：补肾益气，养血调经。

方药：选用归肾丸、大补元煎随证加减。

归肾丸加龟甲、阿胶、鸡血藤。

菟丝子 杜仲 枸杞 山萸肉 当归 熟地 山药 茯苓

大补元煎加丹参、牛膝。

人参 山药 熟地 杜仲 当归 山萸肉 枸杞子 炙甘草

全方共奏补肾益气，养血调经之效。

加减：若闭经日久，畏寒肢冷甚者，酌加菟丝子、肉桂、紫河车以温肾暖宫调补冲任；夜尿频数者加金樱子、覆盆子温肾缩泉助膀胱气化功能。

7.1.1.2 肾阴虚证

临床表现：月经初潮来迟，或月经后期量少，渐至闭经，头晕耳鸣，腰膝酸软，或足跟痛，手足心热，甚则潮热盗汗，心烦少寐，颧红唇赤，舌红，苔少或无苔，脉细数。

病机分析：肾阴亏损，精血不足，天癸不充，冲任空虚，故月经初潮来迟，或月经后期量少，渐至停闭；精亏血少不能上荣清窍，则头晕耳鸣；下不能濡养外府，故腰膝酸软或足跟痛；阴虚内热，故手足心热；阴虚阳亢迫津外泄，故潮热盗汗；虚热内扰心神，则心烦少寐；虚热上浮，则颧红唇赤。舌红，少苔或无苔，脉细数，为肾阴虚之征。

转归：五脏之阴，非此不能滋。肾阴虚常可影响其它脏的阴分不足。肝肾乙癸同源，同司下焦，肾阴不足以养肝则肝肾阴虚；或肝失濡养而失条达，疏泄失司，发为肾虚肝郁；肾水不足以制心火，心气不得下通则心肾不交。由此可以导致多脏受累的复合病机；产生更复杂的闭经及其兼证。

治法：滋肾益阴，养血调经。

方药：六味地黄丸、左归丸。

六味地黄丸

熟地 山药 山茱萸 茯苓 泽泻 丹皮

全方共奏滋肾益阴，养血通经之效。

左归丸

熟地 龟甲 山药 枸杞 山萸肉 菟丝子 鹿角胶 牛膝

全方共奏滋肾益阴，养血通经之效。

上述二方均为肾阴虚闭经的常用方。但作者偏爱左归丸，认为该方配伍甚妙，在大队滋补肾阴外，配以助阳药，阳中求阴；正如《景岳全书·新方八略·补略》云：“善补阴者，必于阳中求阴，则阴得阳升而泉源不竭”。又稍佐活血之品，还特别重视入任、督二经的龟甲、鹿角胶血肉有情之品及阴阳双补之菟丝子、枸杞子，滋肾添精，补而不滞，守而不壅。对调适肾阴阳及调经具有较好的疗效。若出现阴虚火旺，可选加二至丸、白芍、知母；若潮热盗汗者，酌加青蒿、鳖甲、地骨皮。

7.1.1.3 肾阳虚证

临床表现：月经初潮来迟，或月经后期量少，渐至闭经，头晕耳鸣，腰痛如折，畏寒肢冷，小便清长，夜间尿多，大便溏薄，面色晦黯，或目眶黯黑，舌淡，苔白，脉沉弱。

病机分析：肾阳虚衰，脏腑失于温煦，精血化生之源不足，冲任气血不足，血海不能满盈，故月经初潮来迟，或后期量少，渐至停闭；肾阳虚衰，命门火衰，阳气不布，故形寒肢冷；肾阳虚，不足以温养髓海、外府，故头晕耳鸣，腰痛如折；肾阳虚膀胱气化失常，故小便清长，夜间尿多；肾虚不能温煦脾阳，运化失司，故大便溏薄；肾在色为黑，肾阳虚，故面色晦黯，目眶黯黑。舌淡，苔白，脉沉弱，也为肾阳虚之征。

转归：肾阳虚，不能暖脾土，常致肾脾阳虚，运化失司，水湿内行，痰湿内生，阳虚元气运血无力，血滞为瘀，痰瘀互结流注于冲任胞脉；肾阳虚，不能暖胞宫，常致胞宫寒冷，性欲淡漠，生殖器官发育不良，或日渐萎缩；肾阳虚日久不足以化精，可导致肾阴阳俱虚，病情加重。

治法：温肾助阳，养血调经。

方药：金匱肾气丸、十补丸、右归丸。

金匱肾气丸

干地黄 山药 山茱萸 茯苓 丹皮 桂枝 泽泻 附子

此方于大队补阴药中少加温肾助阳鼓舞胃气之品，桂附与地黄相配一阴一阳，阳得阴生，阴得阳化，此方为温补肾阳之代表方，实为水中补火，阴阳双补，助阳之弱，亦即从阴引阳，少火生气，气能化水之意。真可谓“补阴之虚，可以生气，助阳之弱，可以化水。”

十补丸

熟地 山药 山茱萸 泽泻 茯苓 丹皮 肉桂 五味子 炮附子 鹿茸

全方共奏温肾助阳，滋养精虚，俾肾气旺盛，任通冲盛，月事以时下。

右归丸

制附子 肉桂 熟地 山药 山茱萸 枸杞子 鹿角胶 当归 杜仲

诸药合用，共奏温肾助阳，养血调经之功。本方特点是以“益火之源，以消阴翳”以培补右肾(命门)之元阳为主，又宗“阴阳互根”，“阴中求阳”之义，佐以滋阴填精补血，使阳得阴助，而生化无穷。

上述三方均为肾阳虚闭经的常用方。寓意组方大同小异，均宗张景岳之“善补阳者，必于阴中求阳，则阳得阴助而生化无穷”之旨。临证之时，应根据阳虚之程度轻重，选用温肾助阳之品，因附子、肉桂为辛温大热之品，用之应慎其剂量。作者常以巴戟、补骨脂、仙茅、淫羊藿等药取而代之，亦能温肾助阳。

加减：若闭经日久，子宫发育不良，或日渐萎缩者应积极早期治疗，并加入大补冲、任、督三脉血肉有情之品如紫河车、鹿茸或鹿角片、阿胶等，并适时配以活血之品，如桃仁、丹参、菟蔚子等以补肾活血，通补奇经以助子宫发育；若性欲淡漠者可加淫羊藿、仙茅、巴戟、川椒以温肾填精；若肾阳虚火不暖土，痰瘀互结胞脉者宜加用健脾益气化痰祛瘀之品。

临证参考：若肾阴虚日久可累及肾阳，肾阳虚日久亦可伤及肾阴，成为肾阴阳俱虚者，宜采用阴阳双补之法，方药用二仙汤(仙茅 仙灵脾 巴戟 知母 黄柏 当归)。

肾为先天之本，元气之根，肾藏精，主生殖，“经水出诸肾”。肾虚是导致闭经的重要

机理，治疗时除按上述辨证施治外，还应注重肾、肝、脾三脏之密切关系，酌予健脾疏肝之药。本证属虚证，治之较难，一般采用“补而通之”之法。主要是补肝肾，滋化源，待精充血足后方适当佐以通经之品以令经行。应强调的是，治疗中并非经通则止，而应继续调治数月以巩固疗效。

本证单纯应用中药治疗效果往往不理想，临床多采用中西医结合治疗。据阮翠玲的经验，使用西药人工周期治疗，大多数患者在停药后仍出现闭经，而应用中西医结合治疗（即用中药人工周期和西药人工周期）后，由于西药人工周期疗法可以促进子宫发育，提高激素水平，调整内分泌功能，而中药人工周期疗法是在中医理论的指导下辨证治疗。能调整机体内环境，改善循环和微循环，使卵巢恢复排卵功能，具有较大的优越性。

据李超荆的经验，应用现代的医学理论与诊断方法去分析闭经的类型，再结合中医的辨证进行治疗，则可获较好的疗效。如下丘脑性闭经，根据中医“肾主生殖”及肾上通于脑，下连冲任而系胞的理论，宜采用补肾法治疗。但实际上，对于由环境、精神因素引起的闭经，单纯补肾法可以取得一些效果；而对于其它下丘脑性闭经，如多囊卵巢综合征，闭经溢乳综合征，精神厌食症闭经，单纯用补肾法治疗效果却不理想，而通过辨病与辨证相结合，分别采用补肾化病法治疗多囊卵巢综合征，清肝通络佐以滋肾法治疗闭经溢乳综合征，健脾和胃佐以温肾法治疗精神厌食症闭经，则取得较好效果。

7.1.2 气血虚弱

临床表现：月经周期后延，经量少，色淡而质稀，渐至闭经。而色苍白或萎黄，心悸气短，头晕目眩，神疲乏力，纳少便溏，唇舌淡白，苔薄白，脉细弱。

病机分析：因屡伤于血，或脾虚，以致气血两亏，血海空虚，故月经由后期量少色淡而渐至闭止不行。血虚不能上荣于面，则面色苍白或萎黄。气血不足，不能养心则心悸气短。血虚不能上荣于头，则头晕目眩。脾虚中阳不振，则神疲乏力。脾虚失于运化，故纳少便溏。唇舌淡，苔薄白，脉细弱均为气血俱虚之征。

转归：气血不足责于心脾，日久及肾而致肾气虚惫，精血亏败，冲任虚衰成为血枯经闭；气血不足日久营阴暗耗亦可致心阴不足，心火上炎，胞脉闭，心气不得下通之闭经。

治法：补气养血调经。

方药：人参养荣汤、圣愈汤、八珍汤。

人参养荣汤

人参 黄芪 白术 茯苓 远志 陈皮 五味子 当归 白芍 熟地 肉桂 炙甘草
全方补气生血养营，以益生发之气。阴长阳生，精充血旺，经行如常。

圣愈汤

人参 黄芪 当归 川芎 熟地

八珍汤

党参 白术 茯苓 炙甘草 当归 熟地 白芍 川芎

上述三方均为临床补气养血调经常用方剂，临证可灵活选用，候正气恢复，冲任得养，血海满盈，再酌情加入泽兰、茺蔚子、鸡血藤、丹参、山楂、牛膝等活血通经。

临证参考 若因产后大出血所致的经闭-席汉氏综合征，除见气血虚弱证象外，更见神情淡漠，阴道干涩，阴毛腋毛脱落，性欲减退，生殖器官萎缩等证，此乃精血亏败，肾

气虚惫，冲任虚衰，可于人参养荣汤加仙茅温命火，鹿角霜、鹿茸片、紫河车、海马、鲍鱼等补精血，长期服用。若因思虑过度，营阴暗耗致心悸怔忡，失眠多梦者，方用柏子仁丸(《济阴纲目》)。方中柏子仁养心，清润生津；熟地滋阴养血；续断补肝肾；卷柏、牛膝、泽兰通血脉。方中活血兼以养心血，行中有补。著名妇科专家马志常以此方加减治疗闭经屡屡见效。若因虫疾而致血虚闭经，当先治虫，继以扶脾胃、补气血而治闭经。

本证虽然成因不同，或数伤于血，或脾胃虚弱，或心脾气结，营阴耗损，但究其根源，重在脾胃。冲任为奇经，不能独行经，需要依靠脏腑通过十二经将营、卫、气、血、精、津、液输而至之，而各脏腑又需要脾胃化源，输布津液，灌溉四旁。故治疗气血虚弱之闭经应重在脾胃的调治，气血有源，任通冲盛，血海如期满盈，经自通。

据宋光济的经验，对于思虑劳倦伤心脾所致的闭经，如脾虚带脉失约而见带下者，应“治经先治带”，先予化湿止带，俟带止后，再予调经。用药上，益气健脾选用党参、白术、山药、茯苓、焦谷芽；化湿清肝止带选用鸡冠花、海螵蛸、芡实、柴胡、白芍；养血调经用当归、川芎；带止纳振，气血渐充后再佐以鸡血藤、丹参、赤芍、泽兰、香附、川楝子等活血通经，则经自通。

另据朱良春的经验，虚证经闭，不用桃仁、地鳖虫之类活血祛瘀药，惟常于补养药中加入香附一味，以调气行滞，俟气血渐充，冲脉得滋，血海渐满，血液流通，则经水自然来潮。不可妄用攻破通经之品，以免损伤血室。

对于虚证闭经之治疗，多先补后通。如何掌握用“通”法的时机呢？据柴松岩的经验，滑脉为阳脉，有力时为血海充实气盛，细滑考虑血海未枯而不充实，在治疗上应给予滋补之法。若在治疗中脉之滑象逐渐有力时，说明血海得复，可加入活血通利之品。

7.1.3 痰湿阻滞

临床表现：月经停闭，形体肥胖，神疲嗜睡，头晕目眩，胸闷泛恶多痰，或面浮足肿，或带下量多色白，苔白腻，脉濡或滑。

病机分析：肥胖之体，多痰多湿，痰湿阻滞，气血不畅，冲任壅塞，故月经停闭。痰湿困脾，故胸闷泛恶多痰，神疲嗜睡。痰湿中阻，清阳不升，则头晕目眩。湿浊下注，则带下量多色白。脾虚不运，痰湿内阻，故面浮足肿，苔白腻、脉濡滑。

转归：本证是本虚标实。本虚指脾肾虚，以脾为主，标实以痰为主，亦有因七情因素导致肝郁气滞，凝聚成痰也属于实证。痰为有形之邪，积久不化，必然影响气机而致血瘀，痰瘀互结于冲任、胞脉，加重病情，日久难愈。

治法：豁痰除湿，调气活血通经。

方药：苍附导痰丸合佛手散、丹溪治痰湿方、加减香砂六君子汤。

苍附导痰丸合佛手散

茯苓 法半夏 陈皮 甘草 苍术 香附 胆南星 枳壳 生姜 神曲 当归 川芎
全方有燥湿健脾化痰，活血通经之功。

丹溪治湿痰方

苍术 白术 半夏 茯苓 滑石 香附 川芎 当归

加减香砂六君子汤

南沙参 茯苓 白术 法半夏 陈皮 木香 砂仁 当归 川芎

原方治疗闭经脾虚型兼有痰湿阻滞者。

加减：临证时常需加入温补脾肾的仙灵脾、仙茅、巴戟、鹿角片、黄芪和开窍化痰之石菖蒲。若为多囊卵巢综合征，治以补肾化痰或补肾活血化痰为主。在上述方药的基础上选加山甲(炮)、海藻、白芥子、皂角刺、牡蛎化痰软坚。若为肝郁痰湿日久化热亦采用清热解郁化痰燥湿之法，选加清利肝经湿热之品。

临证参考：痰湿阻滞闭经，顾名思义，应是痰湿导致闭经，但亦有因闭经后导致痰湿者。一般来说，痰湿导致闭经，是由气及血，而闭经导致痰湿，是由血及气，痰湿是气血失调产生痰湿，虽与脾胃有关，但实践中证明与肾、肝的关系亦很密切。肾阳偏虚，气化不利，水液失调，停聚而致痰湿是闭经的主因。肝郁气滞，凝聚成痰亦是闭经中不可忽视的因素。此外血瘀所致痰湿闭经也是临床常见的。为了提高对痰湿闭经的疗效，摸索治疗规律，针对辨病辨证的特点，筛选有效的方药外。作者认为控肥、通经、调周是治疗痰湿闭经的三大主法。就控肥而论，阳肥者重于利湿，阴肥者重于温通，偏肝者清化，偏脾肾者温化，通经不在于逐瘀，而在于调血；调周更为重要，是治本之法，但在具体运用时，当以辨证求因，审因论治为前提。如因闭经太久，通经无益，可暂时应用己烯雌酚，黄体酮人工周期治疗。让月经来潮2~3月后，再予原法调治，或可配合中医按阴阳消长转化规律制定的方法治疗。如仍无效者有些如多囊卵巢综合征可行卵巢楔形切除术等多种方法治疗。

夏桂成认为肾阳偏虚的痰湿闭经，是本虚标实，处理上有两种方法：一是标本同治，即补肾阳与化痰燥湿合用，常以二仙汤、人参鹿茸丸加入苍朴二陈汤合用之。二是标本异治，即把补肾助阳与化痰燥(利)湿分开论治，急则治标，必须加强化痰燥湿的力量。苍朴二陈汤、芎归平胃丸加减，服用半个月左右，再以补肾助阳的参茸丸、二仙汤类方药，或者轮流交替服用，或者补肾助阳予以汤剂，而化痰燥湿予以丸剂，缓缓图治，但必须注意补肾助阳的后期，伍以滋阴养血，将更有利于肾阳的恢复。

据朱良春的经验，本证只用燥湿化痰健脾收效较缓，加用理气活血通经之品，则奏效迅速。正如戴思恭《证治要诀·卷三》所说：“善治痰者，不治痰而治气，气顺则一身津液随气而顺矣。”朱化善用益母草、丹皮、川牛膝、桃仁、肉桂五味药。盖因前四味，皆活血通经之良药，祛瘀生新之品。阴血下行，必阳气鼓动，藉肉桂辛热补阳之力，俾气之阳盛以动血，则经隧自通。何子淮经过长期实践，反复摸索，治疗上采取化痰湿，除浊邪，健脾胃，求生化，补肾气，促来潮，分期治疗，尚能得心应手。具体方法是以祛湿化痰疏通经络为基本法，药如：生山楂、生苡仁、姜半夏、茯苓、陈皮、平地木、泽兰、泽泻、苍术、大腹皮、生姜皮等。因湿为阴邪，其性粘腻，不易骤化，效治疗过程中不宜操之过急。经过一个阶段的治疗，一效可以达到体重逐渐下降，厚腻苔渐化，纳谷转香，腹胀减轻。待痰湿化净，即着手第二阶段的健脾胃求生化。药如，党参、白术、茯苓、山药、山楂、砂仁、平地木、苡仁等。脾胃得运，生痰之源杜绝，经行有望。在此基础上再参以巴戟天、熟地、枸杞子、鹿角片、菟丝子、透骨草等补肾填精，温暖下元，充养血海之品。这样分期耐心调理，即可收到湿化脾旺血足经调的目的。

7.1.4 阴虚内热

临床表现：月经先多后少，渐至经闭，五心烦热、颧红升火，潮热盗汗，口干舌燥。

舌质红或有裂纹，脉细数。

病机分析：阴虚生内热，热燥血高、血海渐涸，故月经由少渐至停闭，并见五心烦热，颧红盗汗等虚弱征象。舌质红或有裂纹，脉细数属阴虚内热之象。

转归：阴虚日久，精血亏损，虚火内炽，可致阴虚劳热，见形体羸瘦，骨蒸潮热，或咳嗽唾血等证。阴虚内热煎熬津液亦可致瘀阻脉道遂成虚实夹杂之证。

治法：滋阴清热，活血通经。

方药：加味—阴煎加味、补肾地黄丸、瓜石汤。

加味—阴煎加黄精、丹参、枳壳。

生地 熟地 白芍 知母 麦冬 地骨皮 甘草 黄精 丹参 枳壳

补肾地黄丸

熟地 枣皮 山药 茯苓 丹皮 桑螵蛸 泽泻 知母 黄柏 玄参 龟甲 麦冬
竹叶 远志 枣仁

全方能益水源而降浮热。

瓜石汤

瓜蒌 石斛 玄参 麦冬 生地 瞿麦 车前子 益母草 马尾连 牛膝

适用于阴虚血热胃火消烁之闭经。

加味 若虚烦潮热甚者，方中加青蒿、鳖甲、丹皮；若咳嗽唾血者，酌加五味子、百合、川贝、阿胶。若虚烦少寐者加柏子仁、夜交藤。如有结核病，同时应给予抗痨治疗配以黄精浸膏内服。若为实火灼阴，而致血燥经闭者，加黄芩、黄柏、偏心肝火旺者，加柴胡、栀子；偏胃火旺者用加味泽兰汤(宋光济经验方：泽兰叶、川连、川石斛、生地、赤芍、当归、卷柏、丹参、川芎、益母草、红花)养阴清热，活血通经。

临证参考：如有结核病，应同时给以抗痨治疗。据肖相安的经验，阴虚内热之闭经，用自拟麦冬鳖甲通经汤治疗，疗效颇佳。方剂组成：鳖甲(醋炒) 青蒿 丹皮 芍药 茯神 首乌 蕲艾(醋炒)，鲜茜草藤各 12g，郁金、麦冬各 10g。临证时重视精神因素，一是开导患者，使其心情愉快；二是注意舒肝解郁，常仿一贯煎之意，随证加入橘络、刺蒺藜、大麦芽、香附、延胡索等。当经通及诸证消退后，以补气血之剂治其本，以巩固疗效。

7.1.5 血寒凝滞

临床表现：经闭不行，小腹冷痛拒按，得热则痛缓，形寒肢冷，大便不实，舌紫黯，苔白，脉沉紧。

病机分析：寒邪客于冲任，与血相搏结，血为寒凝致瘀，瘀阻冲任，气血不通，血海不能满盈，故经闭不行；寒客胞中，血行不畅，“不通则痛”，故小腹冷痛，得热后血脉暂通，故腹痛减缓；寒伤阳气，阳气不达，故形寒肢冷；脾阳不振，则大便不实。苔白舌紫黯，脉沉紧均为血瘀寒凝之征。

转归：血为寒凝，运行不畅，气机受阻，可致气滞血瘀之证。寒邪最宜伤人阳气，阳虚气不能化水湿，可致寒湿阻滞。

治法：温经散寒，活血调经。

方药汤：温经汤。

人参 当归 川芎 白芍 桂心 莪术 丹皮 甘草 牛膝

全方温而不燥，攻而不伤，补而不滞。

临证参考：若寒湿凝滞者，治宜温经散寒除湿化瘀，方用少腹逐瘀汤加苍术、茯苓。

若寒凝血瘀日久，耗伤正气，致虚寒成瘀者，可选用大温经汤（《金匱要略》）加味治疗，或艾附暖宫丸。

宫腔粘连综合征亦属血瘀范围，应采用传统中医活血化瘀、温经散寒治之，方用理冲汤和归肾丸加减。并结合病因采用西医宫腔分离术，术后宫腔内投置节育环，或应用人工周期，以防宫腔再次粘连。

7.1.6 血瘀气滞

临床表现：月经闭止，胸胁胀满，小腹胀痛，精神抑郁，舌质紫黯，边有瘀点，苔薄，脉沉涩或沉弦。

病机分析：气以宣通为顺，气机郁滞，不能行血，冲任不通，血海不能满盈，则经闭不行。气滞不宣，则精神抑郁，胸胁胀满。瘀血内停，瘀阻胞脉，故小腹胀痛。舌紫黯，边有瘀点，脉沉弦或涩为瘀滞之象。

转归：血瘀气滞日久可以化热，瘀热互结致肝气上逆，阳明胃经之气应降不降，阴血不归冲脉，反随肝气上逆于乳房、乳头成乳而溢出。冲脉阴血因上逆而空虚，故致闭经溢乳综合征。

治法：行气活血，祛瘀通经。

方药：膈下逐瘀汤。

当归 赤芍 桃仁 香附 川芎 枳壳 红花 延胡索 五灵脂 丹皮 乌药 甘草
全方行气活血，祛瘀行滞，故能通经。

加减：若血瘀气滞日久化热，症见小腹灼热痛，带下量多色黄有味，舌红苔黄、脉数而有力者宜采取清热化瘀之法，于上方加入黄柏、丹皮、败酱、栀子、知母、大黄等，亦可采用血府逐瘀汤加味。

若出现肝经郁热之闭经溢乳综合征可采用宣疏通降相参之法。

临证参考：肝郁气结，导致气滞血结，胞脉阻闭，经血不能下达，而致经闭腹大，状似怀子而无形。甚至可出现恶阻反应自觉胎动，古称气胎，应与早孕鉴别。治法以理气行血开郁为要。姜裕芹用逍遥散加减治疗1例气胎，先后服9剂而病愈。据龙志云经验，运用活血化瘀法，应以中医辨证论治为原则，并结合西医学的手段，对有血瘀证的患者采用此法治疗，取得良好的效果。如果遇到体质虚弱的病人，应注意同时采取扶正措施，使攻而不伤正，以加强活血化瘀的作用，此外，还应注意善后调养，促进机体康复。其用自拟的通宫汤加减治疗血瘀实证经闭，取得较好的效果。通宫汤的基本方：当归、赤芍、川芎、桃仁、红花、丹参、莪术、牛膝、益母草。上述药物根据动物实验和药理研究，证实均有不同程度的刺激子宫收缩，改善微循环的功能。

7.2 辨病辨证论治

闭经是妇科疾病的常见症状，可以由多种原因引起，属难治之病。临床采用辨病辨证结合，收到可喜疗效。现将以闭经为主要症状的常见疾病的治疗分述如下：

7.2.1 下丘脑垂体性闭经

临床症状：月经失调，继而出现闭经或突然闭经史；可有特定环境改变或惊恐史；眩晕，面色少华，肢倦乏力，心烦急躁，失眠，或经前面部痤疮，口腔溃疡，便秘等症，且往往随月经周期的变化而出现。

体征：妇科检查子宫、卵巢可正常大小，或子宫略偏小。基础体温呈单相型。

实验室检查及其他检查：

内分泌测定：促性腺激素、血 FSH、LH 低下，血 E_2 低下。

垂体兴奋试验：如无反应，提示病变在垂体，由于垂体功能低下引起闭经。如垂体兴奋试验阳性、即 LH 较基值上升 2~4 倍，提示由于下丘脑功能低下引起闭经。

B 超：卵巢、子宫无特殊变化或子宫偏小，双侧卵巢可见小卵泡。

主症分析：下丘脑垂体性闭经以月经失调渐至闭经或突发闭经及阴虚血燥之象为主要临床症状。

本病多属虚中夹实，常因肝肾阴亏，肝虚血少，肾精不足，无以化为经血，天癸枯竭，冲任脉虚，血海空虚而致闭经。另外，阳明燥热，津液枯竭不能化生月经，或者脾胃阴虚，燥热灼伤津液，邪热煎熬阴血成瘀，阴血涸竭也可致血海空虚而致闭经。但以脾虚燥热之证多见。

本病可因精神过度紧张或环境突然改变，心情恐惧，忧虑等扰乱中枢神经系统与丘脑下部的功能，从而影响丘脑下部-垂体-卵巢性腺轴功能导致闭经。营养不良或其他系统疾病，也可以影响丘脑下部垂体促性腺激素降低而致闭经。

治法：偏于阴虚血燥者宜养阴润燥，泻火调经；偏于肝肾不足者宜益肾养肝调经。

方药：前者选用瓜石归龙汤加减，后者选用益肾汤加减。

瓜石归龙汤加减。

全瓜蒌 石斛 玄参 生地 瞿麦 车前子(包) 益母草 麦冬 生山栀 川牛膝
加当归 龙荟丸(包煎)

益肾汤加减。

枸杞 覆盆子 车前子 木瓜 鹿角霜(先煎) 丹参 熟地 菟丝子 益母草 白芍
紫石英 五味子

转归与预后：本病多由精神神经因素引起，病程一般较长，病势较缓，治疗较难，若能积极治疗，疗效亦较佳。

7.2.2 闭经溢乳综合征

临床症状：闭经，用黄体酮试验可有撤药性出血；溢乳或挤压两乳头有少量乳汁分泌；不孕；性功能减退；如因垂体肿瘤引起闭经溢乳，常伴头痛，复视或视野缩小。

体征：基础体温呈单相，个别基础体温呈双相，但呈黄体功能不健的体温相。

实验室检查及其他检查：

血清泌乳素测定 PRL 值连续两次大于 $25\mu\text{g/L}$ ；如 PRL 大于 $100\mu\text{g/L}$ 提示有垂体肿瘤的可能。

血清 FSH、LH、 E_2 值低下。

头颅蝶鞍薄层摄片、CT、核磁共振对垂体肿瘤诊断有重要意义。女性垂体肿瘤多为微腺瘤，直径小于 10mm。

主症分析：本病以闭经，溢乳为主要临床症状。

经乳同源，妇女在产后哺乳期，阴血上溢为乳则经闭，断乳经行则乳歇，这是正常的生理现象。但有产后不哺乳，或断乳后迨自溢乳而闭经。亦有与孕育无关发生在更年期或服用某种镇静剂及激素类药物，或因垂体腺瘤，丘脑下部障碍及甲状腺机能减退等，以致溢乳闭经者，此为病理现象。古人有“女子乳头属肝，乳房属胃”之说，而经乳的调节与冲任有密切关系。经云“冲脉为病，逆气而里急。”溢乳是气逆，里急则经闭，可理解为本病的机转之一。因此，凡情志抑郁，肝气郁结，或过食辛辣，胃热壅滞，皆可使冲脉气机失于调畅而造成“里急”。里急则冲气无由下达，于是经血随肝气上逆为乳，遂成溢乳闭经。另外，劳倦过度，损及气血，房帏不节，损伤肝肾，可使气血统摄失司，不能与心相交，心阳之气不得下降，阴血不能按时下注胞宫而为月汛，则反顺为逆，血不归正而上逆，溢为乳汁。

临床上尚需辨证求因，审证论治。

若肝肾损亏，肝气上逆者，治宜疏肝养血顺经，方药用四物汤合逍遥散加减。或左归丸合二至丸配疏降之品加减。若脾肾不足，气血两虚者，治以健脾益肾，调补气血，方用圣愈汤合右归丸加减。若肾虚血枯，心肝火旺，治宜清热养阴，疏肝利气调经，方用四物汤、增液汤合逍遥散加减。若因胃热而逆，用调胃承气汤，清胃降逆。若因寒而逆者用苍附半夏茯苓汤。

转归与预后：本病的病情较为复杂，迁延日久，治疗不易速效，论治必须排除肿瘤，临证可根据具体情况采用中西医结合治疗。日久子宫萎缩，病进可转为血枯经闭，治疗更难。

7.2.3 多囊卵巢综合征

临床症状：月经失调，月经稀发或稀少，甚至闭经，或月经频发，经量过多，或不规则阴道流血，少数也有稀发排卵月经及黄体不健，这些症状往往初潮即起；多毛：常在初潮前即有多毛现象，大多分布在口唇，乳晕周围、腹中线、耻骨联合、四肢、外阴等处；肥胖：体重增加；不孕，即孕亦易流产；部分病员面部及前胸、后背痤疮频发。

体征：妇科检查可见外阴毛发较多，可布及肛门周围、下腹部、腹中线，呈女性分布，也有呈男性分布者。子宫体正常大小，两侧附件阴性或可扪及增大之卵巢，基础体温单相。

实验室检查及其它检查：

激素测定：

(1) 放免测定血 LH 持续升高，FSH 值正常或下降，且无周期变化，无高峰值。LH 与 FSH 比值 > 3 ，LH-RH 兴奋试验可呈高亢型。

(2) 放免测定血 E_1 (雌酮) 水平升高，雌二醇 (E_2) 水平正常或偏低，无周期性变化， E_1 与 E_2 比值 > 1 。

(3) 血睾酮 T 和双氢睾酮，雄烯二酮高于正常水平。

(4) 尿 17-酮类固醇测定可略增高。

腹腔镜检查及卵巢检查：腹腔镜检查可见双侧卵巢增大，表面光滑，包膜增厚，呈灰白色，其下有较多大小不等的小卵泡，使卵巢呈多囊性变化。卵巢活组织病理检查可见卵

巢包膜胶无化纤维组织增生，其下多个滤泡，直径数毫米至1厘米，少量闭锁卵泡，卵泡膜细胞增生伴黄素化，未见黄体。宫颈粘液结晶少，拉丝差，无周期性变化。

阴道脱落细胞检查 无周期性变化，伊红细胞指数偏低。

气腹造影 子宫正常大小，双侧卵巢阴影对称性增大，大于宫体阴影1/4以上，较饱满。

B型超声 见双侧卵巢增大，皮质下见多个小卵泡。

子宫内膜活体组织检查可见子宫内膜不典型增生，除外子宫内膜癌变。

主症分析 本综合征以闭经、不孕、肥胖、多毛为主症。

多囊卵巢综合征的中医病因病机主要涉及肾、肝、脾及痰湿等方面，脾肾虚是痰湿形成的主要原因，脾虚水湿不运，日久聚湿为痰，肾虚不能蒸腾津液，可内生痰湿。此外，肝郁化热，日久凝聚为痰，痰湿侵袭，阻滞胞宫，痰湿为阴邪易伤肾阳，故肾虚与痰湿两者互为因果，作用于机体产生闭经之证。

关于本综合征的病因，目前尚无定论，可能与遗传，心理因素、环境改变有关。多认为是中枢神经系统神经递质分泌失调，导致持续性无周期性的分泌高水平的LH，引起性反馈调节机制失常而致闭经。

治法：温肾化痰，健脾调经。

方药：金匱肾气丸合启宫丸。

临床尚应审证求因，辨证治疗，不拘一格。必要时可采用中西医结合多种方法治疗，包括手术、激素、理疗等治疗。久治不愈，内膜变化呈不典型增生，应与子宫内膜癌鉴别。

7.2.4 席汉氏综合征

临床症状：产后大出血，出现休克，休克时间长，经抢救后脱险，但产后出现无乳汁，继之发生闭经；第二性征及生殖器官萎缩，性欲减退，消瘦，怕冷，毛发脱落，面色苍白。

体征：病人低血压，低代谢，心动过缓。

实验室检查及其它检查：

促卵泡成熟素(FSH)、黄体生成素(LH)、雌二醇(E₂)低于正常水平。

17-羟类固醇(17-oAS)及17-酮类固醇(17-KS)低于正常水平。

血T₃、T₄低于正常水平。

主症分析：本综合征以产后失血、缺乳、闭经及肾精不足之象为主要症状。

由于产后大失血，休克过久，导致阴血暴亡以致精血亏乏，从而影响脾、肾、脑、胞宫的功能失常，发生闭经、缺乳、各脏功能低下之证。病起于伤阴，进而伤阳，多种脏器受累，故王耀廷提出此病应归于“产后风冷虚劳”，治以温补肾阳，调摄冲任，采用八味丸加减。酌加玄参、阿胶、龟甲、鹿茸、紫河车等温润填精，或血肉有情之品。

转归与预后：本病病情较重，中医西医目前尚无满意疗效。但中医治疗可缓解病情，必要时亦应配合现代医学的方法治疗。

7.2.5 高促性腺激素性闭经

临床症状：继发性闭经：可先有月经失调，月经稀少，继之闭经，少数突然闭经，常伴不孕；烘热心烦、易怒等更年期综合征表现；性功能障碍；生殖器官萎缩，尤其见于月经初潮后早期即发生卵巢早衰者；约有20%者伴甲状腺功能减退、类风湿关节炎、阿狄

森氏病等自身免疫性疾病或有流行性腮腺炎性卵巢炎。

体征：基础体温基线高。妇科检查可见阴道粘膜菲薄，皱褶少，充血，子宫萎缩。

实验室检查及其它检查：

内分泌激素测定 FSH、LH 水平明显升高， E_2 水平明显低落，均达到绝经期水平，需化验 3 次后始能确诊。血 PRL 正常。

阴道脱落细胞：显示雌激素水平低下，出现底层细胞或以底层细胞为主。

腹腔镜检查或剖腹卵巢活体组织检查：卵巢早衰者可见卵巢小，萎缩、卵泡不明显，镜下未见始基卵泡，卵巢间质纤维化，卵巢内可找到抗卵巢抗体；无反应卵巢综合征，则见到卵巢正常大小，肉眼及镜下均可见多个小卵泡，卵巢组织内可找到抗卵泡膜细胞、抗颗粒细胞、抗 FSH 抗体。

B 超：显示卵巢小，未见卵泡者属卵巢早衰；卵巢正常大小，可见多个小卵泡者属无反应卵巢综合征。

主症分析：本病以闭经伴见烘热汗出，心烦易怒为主症。证属肾水枯竭致阴虚火旺，冲任脉衰闭。

本病倾向于自身免疫病。有文献报道，卵巢早衰与无反应卵巢综合征应用免疫抑制剂肾上腺皮质激素治疗后出现排卵效应。有遗传倾向。

治法：滋阴降火，补肾活血。

方药：知柏地黄丸合桃红四物汤加减。

知母 黄柏 生地 龟甲 鳖甲 女贞子 赤芍 当归 仙灵脾 桃仁 补骨脂

临证可配合西药人工周期疗法。

转归与预后：本病因其病因复杂，治疗难度较大，西医主要用雌激素作为替代疗法，也有用皮质激素治疗，但效果不明显。中医辨证治疗可明显改善其烘热汗出，烦躁易怒等症状，与西药雌激素合并治疗，可提高疗效。少数可出现排卵。

7.2.6 宫腔粘连综合征

临床症状：经闭不行或月经量少；周期性少腹痛，肛门坠胀，腰痛，有里急后重感；继发不育；发生反复流产、早产、胎位不正、胎儿宫内死亡或胎盘植入。

体征：妇科检查见宫颈闭塞，探针不能通过。子宫部位有明显压痛，宫颈举痛阳性，附件压痛明显，包括宫旁组织及子宫骶骨韧带处均有压痛。

实验室检查及其他检查：

子宫碘油造影：可显示固定的充盈缺损。为两种类型，即宫颈管粘连与宫腔粘连。前者主要发生在宫颈内口，后者不但是宫颈内口粘连，宫腔内亦发生粘连狭窄。

主症分析：本综合征以闭经伴周期性腹痛为主症，是由于瘀血不下所致，中医辨证多属实证，亦有虚中夹实者。

宫腔粘连综合征是指患者在人工流产、中期引产或足月分娩后造成宫腔广泛粘连而引起的闭经、子宫内膜异位、继发不育和再次妊娠引起流产等一系列症候群。西医学认为病起于：①子宫颈，子宫内膜及肌层的受损。②细菌侵入宫腔内引起感染，造成炎症性粘连。③子宫内膜结核。

治法：培本复源，调补冲任。

方药：桃红四物汤加减。

证属血虚气滞者，上方合用圣愈汤加减。药用：党参 黄芪 当归 白术 白芍 川芎 熟地 桃仁 红花 腹痛周期性发作时去白术，加赤芍、益母草、川牛膝、鸡血藤。

证属血瘀气滞者用桃红四物汤合银翘红酱解毒汤（《上海中医学院经验方》）加减。药用：桃仁 红花 丹参 赤芍 川芎 生地 熟地 忍冬藤 败酱草 土茯苓 红藤 生甘草 腹痛周期性发作时用：上方去败酱草、土茯苓，加益母草、莪术、川牛膝。

转归与预后：本病运用中药化痰理气、清热通络法可以改善症状，提高疗效。同时配合手术剥离后，置节育器，及西药人工周期更佳。但应以预防为主，避免或减少人工流产，可使发病率降低。

7.3 临床用药经验与体会

闭经是妇科常见难治疾病之一，是许多疾病的症状反应。后世医家根据其不同病因病机进行不同的辨证论治，积累了丰富的临床经验。由于学术观点的不同，在遣方用药上各具特色，丰富了闭经病的方药辨证体系。现将有关专家治法综述如下。

7.3.1 补肾滋肾法

闭经分虚实两种，而虚证又以肾虚为主，占有“肾主生殖”、“经源于肾”、“经水出诸肾”之说，《妇人良方大全·调经门·月经不通方论》：“肾气全盛，冲任流通，经血既盈，应时而下，否则不通也。”说明补肾应贯穿整个治疗闭经的始终。故后世许多医家认为补肾疗法是治疗闭经的第一大法。

肾阳不足，温补肾阳，补益命火，即所谓“益火之源，以消阴翳。”

常用药物：肉桂、附子、补骨脂、仙茅、仙灵脾、菟丝子、巴戟、锁阳、覆盆子。

代表方剂：右归饮、右归丸、温冲汤等。

肾阴不足，宜滋养肾阴，填精补髓。阴虚阳亢者，宜大补真阴，佐以潜阳之品，正所谓“壮水之主，以制阳光”。

常用药物：地黄、阿胶、黄精、山茱萸、龟甲胶等。

代表方剂：左归饮、左归丸、六味地黄丸、百灵育阴汤。

肾不化气者，应从肾阴阳两方面加以调补。

代表方剂：肾气丸、归肾丸、大补元煎等或再酌加人参、黄芪等补气。

阴阳互根、又相互转化，应遵《景岳全书·新方八略·补略》“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。”的原则。又肝肾同源，精血互生，一开一合，一藏一闭，维系动态平衡，为冲任之本。故补肾法往往与养肝法同用，补肝肾亦为补冲任。临床亦有用中药养肝滋肾进行仿人工周期疗法，促进机体内分泌平衡，使月经恢复正常，采用“三补一攻”中药人工周期疗法。即第一、二阶段滋补肝肾，养血调经，并适当加入温补肾阳药如淫羊藿、肉苁蓉等使肾气旺盛，冲任充足；第三阶段在上药基础上，加疏肝理气之品用以疏通气机，以利血行；第四阶段即从第22天开始，用通经活血药物因势利导而促进月经的按时来潮。

现代药理研究证明补肾药具有调节内分泌的功能。

7.3.2 推运冲任法

本法乃朱葆初的经验。意在通过大剂补血柔营药涵养冲任，并伍用疏气通络启闭祛瘀之品推运之，使冲任二脉通利旺盛，达月事以时下。推运冲任法由推运冲任方和柴胡起卑饮两方组成。前方用大剂当归、丹参、熟地以补养营血，使胞脉充盈，再用苏木配香附推气行血，疏运血中之气，气推血运则胞脉开通。苁蓉补肾益精起胞脉，瞿麦通经而下，三棱、莪术、地鳖通散脉络内积，诸药合用使冲任两脉气血得以推运通利，发挥正常的生理功能。后方用柴胡疏理气郁，当归、熟地、川芎养血益精；川芎行血中之气；艾叶温经；公丁香、白豆蔻气味浓烈，芳香开窍暖宫，诸药急趋直下，运散下焦之结，意在推运冲任基础上，促排卵而望治愈之效。

7.3.3 疏肝理气法

“女子以肝为先天”，肝藏血，主疏泄，司血海，为任督之本。在月经的产生中起调控作用。若素体肝旺或情志刺激后，气机拂逆，血运紊乱，不循常道下归血海而为月经，反随肝气上逆，遂发闭经。所以疏肝理气，调理肝之功能，也是治疗闭经的常用方法。

肝失条达，宜疏肝解郁，调理气血。

常用药物如柴胡、香附、郁金、青皮、川楝子、橘叶、延胡索、乌药、木香、枳壳等。

常用方剂：逍遥散、四逆散等加减。

肝郁化火，则宜疏肝清热。

常用药物如丹皮、栀子等。

常用方剂：丹栀逍遥散。

肝经湿热，肝胆火盛者，宜泻肝清热利湿，于疏肝方中加入清泄湿热之品，如龙胆草，车前之类。

常用方剂：龙胆泻肝汤。

肝血不足，肝木失养，宜养血柔肝。

常用药物如当归、白芍、熟地、阿胶、桑椹子、枸杞子、女贞子、山萸肉、龟甲等。

常用方剂：四物汤加味、一贯煎、二至丸。

肝阴不足，肝阳上亢，宜养血柔肝，育阴潜阳。

常用药物如生地、白芍、玄参、女贞子、石决明、菊花、珍珠母、生龙骨、生牡蛎等。

常用方剂：三甲复脉汤。

“见肝之病，当先实脾”，故治肝应佐以健脾之品。

7.3.4 健脾和胃法

脾胃为后天之本，气血生化之源，主运化和统摄，为带脉之本。是月经产生的物质基础和动力。若脾胃失调，运化统摄无权，生化之源不足，或使水湿停滞，进而损伤冲任，发生闭经。故健脾和胃之法在闭经治疗中亦占有重要地位。

脾胃虚弱，气血生化不足，可用四君子汤参苓白术散。药用人参、山药、大枣等。脾虚夹湿者，可用陈夏六君子汤加苍术、厚朴、藿香之类。脾虚胃实者，可用陈夏六君子汤加炒谷芽、炒山楂、鸡内金之类消导之品。脾虚气陷者，用举元煎、补中益气汤等。药用参、芪术，升麻等。胃失和降，可用陈夏六君子汤或橘皮竹茹汤及干姜半夏人参汤等。

7.3.5 祛瘀化痰法

血瘀痰阻冲任胞脉，是导致闭经的重要原因之一。因此，祛瘀化痰法是治疗经闭不可

缺少的方法。临症应根据瘀和痰的成因不同采用分而治之。

活血化瘀常用药桃仁、红花、泽兰、蒲黄、五灵脂、三棱、莪术、赤芍、丹参、水蛭、虻虫、蜈蚣、全蝎等。

活血常佐以行气之品如香附、郁金、乌药、沉香等。佐以清热之品如丹皮、茜草、黄连等。佐以温经之品如桂枝、肉桂、艾叶、附子等。佐以补气之品如黄芪、党参、白术等。佐以补血之品如当归、白芍、丹参、鸡血藤等。

常用方剂：失笑散、桃红四物汤、血府逐瘀汤、少腹逐瘀汤、生化汤、膈下逐瘀汤、大黄廑虫丸等。

利湿除痰之品常用陈皮、半夏、茯苓、苍术、茵陈、车前子等。利湿除痰常据其成因佐以健脾之品，或佐以温阳化气之品。

常用方剂：苓桂术甘汤、全生白术散、苍附导痰丸、二陈汤、健固汤、真武汤等。

瘀痰互结宜桂枝茯苓丸合当归芍药散并用。

有关活血化瘀的研究很多，据目前研究资料，桃红四物汤能改善子宫的血流动力学异常。疏通子宫局部的微循环，扩张子宫内的毛细血管。红花、益母草能兴奋子宫，促使子宫发生节律收缩，从而使月经来潮。

据沈丽君的经验，生山楂、刘寄奴、鸡内金三药活血散瘀而无伤正之弊，兼有开胃、利水之利，故在闭经治疗时以上三味为主药加减运用，可取得一定效果。

此外，据卢章文介绍金希聪的经验，依“痰瘀相关”之理，用生南星、生半夏为主加减治疗顽固性闭经。生半夏及生南星均用至60g(均先煎)，加益母草、红糖(另加)服5剂药后，月经自通，再以原方去益母草、加当归、丹参续服5剂。月经基本正常后用归脾汤善后调理、顽固性闭经告愈。

可见闭经一证，病虽复杂，但如能掌握辨证要点、治疗大法，并灵活运用方药，还是可以取得一定治疗效果的。

7.4 变证的治疗

“五脏之伤，穷必及肾”。血枯经闭日久，阴精亏损，虚火内炽，致成阴虚劳热，《医宗金鉴》称其为血风癆。症见形体羸瘦、骨蒸潮热，或咳嗽、唾血等证。

治宜滋阴清热，调经。

方药选用：清骨散(银柴胡、胡黄连、秦艽、鳖甲、地骨皮、青蒿、知母、甘草)或者青蒿鳖甲汤(青蒿、鳖甲、细生地、知母、丹皮)加减。必要时可配以西药抗癆治疗。

7.5 针灸疗法

7.5.1 辨证治疗

7.5.1.1 血枯经闭

取穴 背俞、任脉穴为主，针刺补法，并加灸。

主穴 脾俞 肾俞 肝俞或中脘 气海 合谷 三阴交。

配穴 ①心悸失眠配神门、内关；②纳差配足三里；③便秘配支沟、照海；④腰背酸痛配命门；⑤头晕耳鸣配百会、耳门、行间穴。

7.5.1.2 肝郁气滞

取穴 取任脉、足厥阴肝经、足太阴脾经穴为主，针泻法加灸。

主穴 中极、期门 太冲 阳陵泉。

配穴 ①胸腹胀满配中脘、足三里、行间穴；②口苦咽干配列缺、照海；③小腹胀痛配气海、四满穴。

7.5.1.3 寒凝血瘀

取穴 取任脉穴为主，可加灸。

主穴 气海(关元) 三阴交 地机 丰隆 合谷穴。

配穴 ①腹胀冷痛配中脘 中极 足三里并加重灸；②白带多加次髎。

7.5.2 经验穴

针刺承浆穴，能使机体抑制，降低大脑皮层兴奋性，治疗某些继发性垂体机能减弱，具有补阴作用，故可以治疗闭经。

7.5.3 耳针疗法

主穴 子宫 内分泌 皮质下 卵巢穴。

配穴 肾 肝 心 三焦 胃。

操作 先用毫针治1疗程，后改为王不留行籽压法，惧痛者亦可直用压法。每次压3~4穴，10次为1疗程。

7.5.4 梅花针疗法

选穴 夹脊穴胸11至骶4，气海至中极穴。

方法 用梅花针中强刺激叩打，每日或隔日1次，10次为1疗程。

7.5.5 皮内针疗法

选穴 肾俞 肝俞 气海 足三里 三阴交穴。

方法 先在选穴处作常规消毒。然后将皮针埋入穴位，用胶布固定，避免进水，可保留1周左右，天热时隔日更换1次。

7.5.6 穴位封闭法

7.5.6.1 耳穴封闭

选穴 脑 卵巢 内分泌。

方法及药物 用维生素B₁或3%~5%当归注射液、红花注射液，每穴每次注射0.2ml，隔日1次，10~15次为1疗程。

7.5.6.2 体穴封闭

选穴 中极 气海 三阴交或足三里 肾俞 脾俞。

方法及药物 当归注射液或丹参注射液加适量生理盐水，每穴每次注射2~3ml，每日或隔日1次，7~8次为1疗程，或用雌孕激素混合液，每次选1~2穴，每穴注射0.1~0.2ml，隔天1次，3~5次为1疗程。

7.5.6.3 三阴交穴位注射配合中药口服

方法及药物 采用当归注射液在单侧三阴交处注射4ml，双侧穴位交替使用，隔日注射1次，10次为1疗程。

7.5.7 三阴交穴羊肠线埋入配合中药

方法及药物 采用0~1号肠线0.5cm,放置在8~9号消毒针头内,刺入双侧三阴交穴,待得气后用针芯将羊肠线植入肌肉之内。

7.5.8 灸疗神厥穴改善卵巢功能

7.6 西医诊疗撮要

西医治疗闭经的原则是针对造成闭经的病因进行治疗。

7.6.1 纠正全身健康状况

女性生殖器官是机体的一部分,闭经的发生与神经内分泌失调有关,因此,对全身体质性治疗和心理学治疗在闭经的治疗中占重要地位。若闭经由于潜在的疾病或营养缺乏引起,应积极治疗全身性疾病,提高机体体质,供给足够营养,保持标准体重。若闭经受应激或精神因素影响,应进行心理治疗,消除精神紧张和焦虑。

7.6.2 病因治疗

闭经若由器质性病变引起,应针对病因治疗。如对宫腔粘连者应扩张宫腔,并随即放置宫腔内节育器,同时给予雌激素使子宫内膜生长,防止重新粘连,待月经来潮2~3次后取出节育器;有条件医院最好在子宫镜直视下分离粘连。诊断子宫结核性内膜炎者,应积极抗痨治疗。垂体肿瘤或卵巢肿瘤者应明确诊断后,根据肿瘤的部位、大小和性质制定治疗方案。应用避孕药物引起者,可停药。

7.6.3 性激素治疗

对先天性卵巢发育不全、卵巢功能早衰者可用性激素作替代治疗。应用性激素后出现周期性撤药出血,酷似月经来潮,不但可以纠正其失常的生理和心理状态,还可以促进生殖器官和第二性征的发育;除对生殖器官产生效应外,还对下丘脑和垂体产生反馈作用而起调节作用。

7.6.3.1 小剂量雌激素周期疗法

己烯雌酚0.5mg 每日1次口服,连服20天,停药8~10天,再重复以上。

7.6.3.2 雌、孕激素序贯疗法

应用雌、孕激素模仿自然月经周期作替代治疗,使子宫内膜发生相应变化,引起周期性脱落,又称人工周期。己烯雌酚1mg(或炔雌醇0.05mg),每晚1次,连服20日,在服药第16天加用黄体酮20mg,日1次肌肉注射,共用5天,(或安宫黄体酮10~12mg口服,日用量),两药同时用完,停药后3~7天出现撤药性出血。于出血第5日重复用药,一般连续使用3个周期。用药期间有抑制下丘脑-垂体轴作用,停药后月经可能恢复并出现排卵。

7.6.3.3 雌、孕激素合并疗法

应用雌、孕激素合并治疗,其作用是抑制垂体分泌促性腺激素,停药后可能出现反跳作用,使月经恢复及排卵。己烯雌酚0.5mg及安宫黄体酮4mg,每晚服1次,连服20天,撤药后出现出血。

7.6.4 诱发排卵

下丘脑垂体性闭经而卵巢功能存在且要求生育者,可根据临床情况选用促排卵药。

7.6.4.1 下丘脑垂体功能失调治疗

对垂体和卵巢功能正常,下丘脑功能不足或不协调者,可用氯蔗酚胺(克罗米芬、舒经

酚)以纠正下丘脑-垂体-卵巢轴的功能而诱发排卵。克罗米芬,于月经的第5天或撤药性出血第5天开始应用,每晚50mg,连服5天。如无效,于第2个月经周期开始时药物可增至100mg或150mg,一般连续应用3个周期,或人绒毛膜促性腺激素(HCG)与克罗米酚联用,先用克罗米酚5天后,于月经第14~16天肌肉注射3天HCG,剂量依次为1000U、2000U及5000U。

7.6.4.2 下丘脑垂体功能衰竭治疗

多采用HMG-HCG方案,适用于对CC缺乏反应或GnRH分泌不足的患者。也可应用B_hRH作脉冲式微量静脉泵注治疗或GnRH-HMG-HCG治疗。

7.6.4.3 高催乳激素血症伴垂体肿瘤治疗

治疗可用抗催乳激素药物溴隐亭为主,配伍应用性激素、促性腺激素以提高排卵率。溴隐亭直接作用于下丘脑和垂体,刺激PIF,抑制催乳激素合成与分泌,并能抑制垂体肿瘤生长。溴隐亭开始时每日2.5mg,若无明显反应逐渐加至每日5~7.5mg,分2~3次口服,最大剂量每日不超过10mg,连续治疗3~6个月或更长时间,用药期间监测血催乳激素浓度以决定药量。

8 疗效评定标准

依据国家中医药管理局于1994年6月28日批准的(1995年1月1日实施)中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》。

治愈:月经来潮,连续3次以上正常行经。

好转:月经恢复来潮,但月经周期未正常。

未愈:月经仍未来潮。

9 调摄护理

调情志 加强精神护理,减少精神刺激。注意精神治疗,做到“治病”、“懂病”,发挥其主观能动性,解除精神压力,促进疾病向愈。

注意摄生 经、产之时血室正开,邪气易侵,故应注意摄生,勿感受寒湿。

保养脾胃 经行、产后之际忌食生冷寒凉酸性之物,以免损伤脾阳或凝滞气血。

增强体质 作好计划生育,减少或避免流产及手术损伤。

及时治疗慢性疾病,消除导致闭经的因素。积极治疗月经病,如月经过少、月经后期等。

【近代研究】

1 理论研究

1.1 现代医家对病因病机的认识

历代妇科医家十分重视闭经的研究,认为其病因病机复杂,有因脏腑功能失常以致冲任气血失调者,有因冲任胞脉直接受损而经不来者,也有因它病而致经不潮者。但究其本

质,按“辨证求因”原则可分为虚实两端,正如《医学入门·月事不通》所说:“凡此变证百出,不过血滞与血枯而已。”侯锡五就指出血枯属虚,多由阴血亏少或枯竭,无血可下而成;血滞属实,多由邪气阻塞,经脉不通。^[1]郑长松也根据闭经虚实的不同,指出血枯当责之脾虚、肾虚、血亏;血滞当责之气滞血瘀、寒凝、热结和痰阻。^[2]

近代医家在临床实践中又进一步体会到闭经一证以虚证为多见。王少华主要强调脾胃虚寒,气血不足,血海空虚。^[3]蒲辅周重视肝脾不调,生化无权。^[4]许润三认为是肾虚失于主导作用为常见。^[5]而罗元恺等更倾向于经闭中以虚证而虚中夹实(夹郁、夹瘀、夹痰、夹寒)为最多见。因此闭经的发生主要与肝、脾、肾三脏功能相关,并最终会归结于肾阴阳两虚,命门火衰。^[6]

1.2 病因学的现代研究

1.2.1 肾虚

近年来,随着肾为月经之本的理论被公认,经闭虚证以肾虚为本的认识亦渐趋一致。

马宝璋就关于月经产生机理的讨论,阐述了“肾气-天癸-冲任-胞宫”与“下丘脑-垂体-卵巢-子宫”的对应关系。确定了肾虚在经闭中的重要地位。^[7]为了进一步探讨闭经妇女肾虚与性腺功能变化的关系。廖玎玲通过对100例闭经、稀发月经妇女性腺功能观察发现肾阳虚、肾阴虚和无特殊见证组之间尿 E_2 均值有极显著差异($P < 0.01$),各证型组之间 P_2 无显著差异($P > 0.05$),都处于正常卵泡期水平。LRH垂体兴奋试验肾阳虚与肾阴虚患者多数呈低差或延迟反应;无特殊见证组与正常月经组比较无显著差异($P > 0.05$),说明月经障碍“肾虚”与下丘脑功能紊乱有一定关系。为“肾主生殖”理论提供了客观指标和理论依据。^[8]

现代医学认为女性性腺功能,主要受下丘脑的调控,通过垂体及其靶腺之间的反馈调节制约,维持生殖激素的动态平衡。肾虚妇女LRH兴奋试验多数出现延迟反应。说明下丘脑功能紊乱,导致了内源性LRH分泌不足。已有研究表明,肾阳虚患者肾上腺皮质功能低下,主要是垂体功能下降所致,并引起整个机体代谢降低,体内E合成代谢机能低下,最终有可能导致月经稀发和闭经。

1.2.2 情志因素

显著的感情压抑也可造成心理性闭经。近来研究证明,紧张的情绪刺激会通过大脑皮质控制的下丘脑来影响垂体前叶抑制卵巢的排卵活动而导致闭经。这是精神神经因素引起的暂时性功能变化。^[9]

1.2.3 遗传因素

闭经患者的发病原因很复杂,它与染色体特别是性染色体的畸变有一定的相关性。在原发性闭经的妇女中,其染色体的畸变率接近50%。^[10]徐昌芬对68例原发性闭经患者进行细胞遗传学分析,发现染色体异常31例,占45.6%。^[11]林瑞冬在对46例继发性闭经患者做细胞遗传学研究发现,染色体异常占10例,畸变率为21.7%,并涉及到性染色体和常染色体的异常。^[12]辜士扬对38例继发闭经患者的外周血淋巴细胞作了核型分析,发现8例异常。结果表明染色体异常是继发性闭经的一种病因,而细胞遗传学的检查方法是诊断继发性闭经的一种必要手段。^[13]

1.2.4 体重减轻与运动因素

在现代社会由于追求身体苗条,结果造成体重减轻,并成为继发性闭经的主要致病因素者至少占有 20% 病例。神经性厌食是与闭经有关的体重减轻范围中最严重的形式。虽说丢失理想体重的 70% 的所有病例是闭经的,但得到证据表明,在某些个体,体重减轻虽不太严重(10%)即可能改变下丘脑功能而足以造成闭经。剧烈锻炼本身常伴有身体脂肪的能量转化显著,脂肪蓄积减少,其结果也可造成闭经。性激素产生异常即使体重无明显减低,即所谓的运动性闭经。在国外也有类似报道,日本对此进行了专门的调查,初潮前就开始进行较激烈体育运动和初潮前未进行较激烈体育运动的相对比,发现前者初潮年龄比后者明显地推迟。运动性闭经主要是由于紧张的训练。学习和快节奏的生活,尤其是比赛阶段的高度兴奋状态,还有为了训练或比赛突然改变生活环境和生活方式,这些客观因素造成的紧张情绪刺激,通过下丘脑-垂体-性腺轴引起性腺激素变化,可产生暂时性闭经。^[9]

1.2.5 药物因素

能够引起闭经溢乳综合征的药物有性激素、吗啡、抗胆碱剂及精神药物。其中以抗精神药物为多见。抗精神病药物对内分泌的影响主要是作用在下丘脑,阻断下丘脑的多巴胺受体,使垂体分泌 PRC 的功能失去控制而引起高泌乳素血症。

凡属药物引起者,一般停药后即能恢复,但因精神病人需较长时间的精神药物维持治疗,对本症的治疗就应酌情而定。如当精神病急性发作期出现本症时,可暂不予治疗,待精神症状稳定后,先采用间断停药法,如仍无效,可周期性应用激素治疗,也可应用左旋多巴、溴隐亭、维生素 B₆ 等药物。

另外口服避孕药也可导致闭经。避孕药的主要成分是女性激素,其所提供的女性激素代替了卵巢分泌的女性激素,卵巢停止活动,排卵也受到抑制。故在避孕药作用下,子宫内膜不能长到正常厚度,仅是薄薄的一层,子宫内膜的腺体也发育不健全,使月经显著减少,服避孕药也可使子宫体积变小,这也是月经量减少的一个原因。一般用药时间越长,变化越大,月经减少越严重,甚至发生闭经。

口服避孕药导致闭经,曾有报道少于 1%,与其有关的易患因素有显著的月经不规律,未经产妇,服药时体重过低,至少有 1/3 的病例在停药 6 个月内,月经恢复规律,而 80% 的病例是在停药 12 个月内恢复正常月经,一般认为大多数病例的闭经与长期下丘脑压抑有关。^[14]

2 临床研究

2.1 临床症状的观察研究

闭经是妇科临床常见病证之一,由于成因复杂,临床表现不一。

侯锡五经多年临床实践认为闭经虽有血滞、血枯的不同,但在临床上最终都将出现肾阴虚、肾阳虚或阴阳俱虚的证候。而其中有肾阳虚之见证者约占半数以上。主要表现为月经周期拖延起始,继之则月经逐少,血色浅淡,逐渐发展为闭经。初期可无病容及自觉病状,日久逐渐出现下腹发凉,畏寒肢冷,腰腿酸软,白带多而清稀,食少便溏,倦怠懒言,足跗浮肿或无浮肿,舌胖,舌淡,脉沉细。^[1]

近几年来,虽有多种方药组合,或攻或补,却未收到预期效果。韩清华在临床实践中

发现闭经患者有一些特异症状(腰腹酸痛、潮热、水肿、下利、便秘、肥胖、溢乳、血风劳和末梢瘀紫等九大症状),这些症状与闭经有着一定的内在联系,并直接影响到临床疗效,故应引起注意。^[15]吕洪新在将闭经分为虚实两大类的同时,还指出一类特殊的经闭,虫积闭经。症见面黄肌瘦,皮肤干燥,多食善饥,腹部青筋暴露,腹大颈细,腹痛起包,嗜食异物,每多吐虫,便虫,月事不行。^[16]

2.2 证候研究现状

吴家柏等将闭经分为寒凝血滞、气滞血瘀、肝脾失和、血虚挟瘀、气血两虚等证型。^[17]庞泮池将闭经分为风寒凝结、肝郁气滞、痰湿阻滞、血虚气滞、脾气虚弱、冲任不足、阴虚内热。^[18]朱良春治疗室女闭经的经验是将其分为心脾两虚、肝肾不足、气滞血瘀、心肝火旺、痰湿内阻五个证型进行施治,并取得一定疗效。^[19]

刘丽君认为血瘀型闭经应包括气滞血瘀型和寒凝血瘀型两种。^[20]高益民对刘奉五老中医治疗闭经 200 例分型整理归纳为:①肝郁气滞,血行受阻。②肝热上冲,血逆经闭。③脾血血亏,心气不足。④阴虚胃燥,冲逆经闭。⑤血虚阴亏,肾精不足。⑥寒伤冲任,经血凝结。⑦血瘀凝滞,经脉受阻等 7 个主要证型。^[21]而对于肥胖型闭经多责之脾虚运化失职,湿聚脂凝,脉络受阻,营卫不得宣通,血海空虚,体胖经闭,故朱南孙将其分为脾肾阳虚,痰湿阻络;肝郁气结,痰湿阻络两个证型,并治愈多例。^[22]

2.3 治则治法研究

2.3.1 治则研究状况概述

闭经当属难治之症,病程较长,疗效较差。治疗时,虚证治以补肾滋肾,或补脾益气,或补血益阴以滋养经血之源。实证治以行气活血或温经通脉,或祛邪行滞以疏通冲任经脉。另外本病虚多实少,切忌妄行攻破,误犯虚虚实实之诫。其中程泾在探讨功能性闭经和月经稀少辨证论治时指出:经后期滋养肾精,兼顾肾气;排卵前期宜补养精血辅助助阳调气活血;排卵后期宜从温补肾阳考虑;经前期宜活血调经。初步分析中医各型疗效接近,肾虚痰阻和肾虚肝郁者疗效偏低。^[23]

2.3.2 治法研究

当代医家多宗前人之说,依据临床表现辨证论治。如李炳茂提出六法治疗流产后经闭,即调补冲任,益肾通经;行气活血,开郁通经;补气养血,益冲经通;益肾固本,填精通经;养阴制火,清热通经;清化湿热,祛痰通经。并取得了满意疗效。^[24]孙文璧等在临床上确立了补肾调冲,补肾疏肝和健脾舒肝三法。^[25]黄丽岩更提出闭经辨治六法:益肾培元,调补冲任;补肾益精,养血通经;滋阴清热,活血通经;益气健脾,养血通经;燥湿化痰,活血通经;理气活血,祛瘀通经。^[26]而夏丽华的调经利水法^[27],韩冰的补肾调冲法,^[28]俞瑾的补肾化痰祛更是各有妙处。^[29]

但是由于闭经原因复杂,疗程较长,治疗有一定难度,因此这方面的临床报道多属个案,大样本的疗效观察报道不多。说明提高闭经的诊断与治疗水平是研究中医妇科的重点之一。

2.4 闭经病治疗用药规律研究

由于闭经的中医病因病机明确，一是虚，一是瘀，因此在用药规律上大多集中在补虚和化瘀两个方面。虚证闭经又多以肾虚立论，所以补虚又偏重于补肾。临床应用较多的是熟地黄、肉苁蓉、黄精、补骨脂、枸杞子、菟丝子、杜仲等。化瘀以活血通经为主，作为传统活血化瘀药物如当归、丹参、赤芍可以养血和血；桃仁、川芎、红花、益母草、牛膝能活血行血通瘀；莪术、水蛭、土鳖虫可破血消瘀攻坚。另外，因为痰瘀相关的原理，在临床上又多用痰瘀同治法治疗痰湿闭阻胞宫，痰瘀内结之闭经，主要用药是南星、半夏、茯苓、苍术等。

总之，随着几十年来中药仿人工周期的兴起和中西医结合介入，对于闭经病的治疗已并不单纯注重应用补虚或化瘀药，而是从多方面多角度辨证用药。研究探讨中医药对下丘脑-垂体-卵巢轴的调节机理，并通过临床实践，不断提高疗效，已成为当今中医妇科界热切关注的课题。

2.5 针灸治疗闭经的研究

针灸治疗经闭也采用辨证分型的治疗原则。^[30]多分为三型：（血枯经闭型、肝郁气滞型、寒凝血瘀型）进行辨证施针。^[31]在临床上还可以配合经验穴，如承浆、长强、合谷和命门穴。其中针刺承浆穴能使机体抑制，降低大脑皮层兴奋性，治疗某些继发的垂体机能减弱，其有补阴及滋润作用，故治疗闭经疗效可靠。同时刺络拔罐法，耳针疗法，梅花针疗法，皮内针疗法，穴位封闭法治疗闭经在临床中均有尝试。并都有一定疗效。如刘世学采用三阴交穴位注射配合口服中药法治疗口服避孕药引起闭经 17 例，全郁有效。^[32]说明采用多种方法交叉治疗闭经可能是提高临床疗效的一种必然趋势。

2.6 人工流产后闭经诊治的研究

从 80 年代始随着人工流产中止早孕的普及，人流后闭经也有逐年增多的趋势。近代研究发现闭经在人工流产、自然流产清宫及诊刮后的发生率，与孕次、产次、吸刮宫次数无明显正比关系。相反，初孕未产行第 1 次刮宫者，发病偏多。其中属 Asherman's 综合征多见。现代医学认为其直接原因是手术创伤子宫内膜所致。特别是由于负压过高，吸引时间过长，刮宫过深或在有负压的情况下吸头多次进出宫口，手术粗暴等，均可引起子宫内膜及子宫口的过度损伤。炎症的存在是 Asherman's 综合征发病的另一个诱因。这不仅会增加损伤粘连的机会，而且会加重粘连的程度。此外，卵巢激素的相对不足，亦会使受损的子宫内膜不能及时完善地修复，从而增加了其粘连的机会。诊断 Asherman's 综合征最直接的方法是探针探查宫腔及子宫输卵管造影。用宫腔分离加上环同时采取卵巢激素的替代疗法，治疗 Asherman's 综合征是有效的治疗方法。给予卵巢激素的目的是为了促使子宫内膜更及时更完善地修复。^[33]

李应寿认为人工中止妊娠，使孕妇从心理到外界的环境都处于一种紧张气氛之中，复加机械的直接损伤，故更易发生人流术后的闭经。中医学认为，人流者伤脑官胞络，胞宫又为妊养胎儿之所在，所以胞宫受损，天癸亏虚，肾气衰少为其主要病机。^[34]张心夷从实践中认

识到人流后闭经概为冲任失调所致。冲任二脉不但对月经的生成与维持正常的生理功能起主要作用,而且又是子宫联系脏腑的通路。如果冲任失调,就可造成子宫功能紊乱,加上子宫内膜损伤过重,脉络受阻,性激素对子宫内膜的作用失去了物质基础,最终导致了闭经的发生。^[35]而王国梁认为主要是因手术粗暴,刮宫过深,肾元受伤,血海涸竭所致。^[36]因此,在治疗上应从调补冲任,补肾活血两个方面论治。方选理冲汤和归肾丸加减。^[35]活血药不可太过,川芎用量以 3g 为宜,当归以 6g 为妥。旨在补虚,散寒,养血。^[34]

2.7 闭经溢乳综合征诊治机理研究

闭经溢乳综合征为非产褥期妇女或产妇在停止哺乳一年后,出现持续性溢乳,且伴有闭经者。或由脑垂体肿瘤所引起,或服用某些药物所致。现代医学认为,其发病机制由丘脑下部生乳素抑制因子和促性腺素释放分泌减少,故有闭经溢乳和生殖器萎缩等症状。所以在诊治之前必须排除肿瘤。

古人向有“女子乳头属肝,乳房属肾”之说,而经乳的调节与冲任有密切关系,因此,朱南孙就临床经验认识到凡情志抑郁,肝气郁结,或过食辛辣,胃热壅滞,皆可使冲脉气机失于调畅,使冲气无由下达,血亦无下达之路,于是不化经面上逆为乳,溢乳闭经遂成。其次,劳倦过度,损及气血,房事不节,伤及肝肾,可使气血统摄失司,不能与心相交,心阳之气不得下降,阴血不能按时注入胞宫而为月汛,则反顺为逆,血不归正而上溢为乳汁。临床分为三型:肝肾亏损,肝气上逆;脾肾不足,气血两虚;肾虚血枯,心肝火旺。分别治以四物汤合逍遥丸加减;圣愈汤合右归丸加减和四物、增液合逍遥散加减。^[37]

王耀廷则认为肝郁肾虚居多。肾水不足,封藏失职,更加肝经疏泄太过,气血紊乱;或脾胃虚弱,运化失职,水湿停聚,为痰为饮,阻碍气机,胞脉不利,气血逆入乳房化为乳汁而成闭经溢乳之证。在临床上将其分为肝郁气滞、肝火上冲、肾虚肝旺及脾虚痰阻四证。^[38]

陈慧依重视中西医结合,辨病与辨证结合,在明确西医诊断的基础上,对闭经溢乳的病因病机进行了分析。认为本病是由于肝气上逆,阴血不归冲脉反随肝气逆于乳头;或因阳明胃经之气应降反逆,冲血随之逆上,灌于乳房成乳而溢。冲脉因阴血逆上而空虚见经闭不行。临床尚需辨证求因,对因用药。^[39]

姚离晨通过临床诊治提示:本病在辨证上抓住肾虚的环节,兼顾他脏,是治疗的关键。在剂型和用药上,先以汤剂开道,继而以丸剂缓调。使药物能徐徐渗透直达病所。同时选用胎盘、阿胶等血肉有情之物,使补肾以益胞脉,养血以调冲任。这也是治疗本病的有效措施。^[40]

2.8 席汉氏综合征诊治机理的研究

产后大出血,特别是有较长时间休克,引起垂体前叶组织缺氧、坏死,导致垂体功能减退,最终将引起席汉氏症候群。产后无乳是最早出现和最常见的症状,然后出现产后闭经,性欲减退,第二性征逐渐消退,生殖器萎缩。如果促甲状腺素及促肾上腺素的分泌已受到影响,患者除闭经外,则会出现消瘦,乏力,怕冷,毛发脱落,反应迟钝,心动过缓,血压降低等症状。上述症状有时在产后数年才出现。现代医学多以替代治疗为主,补充雌孕激素以防止内生殖器的萎缩和骨质疏松的过早发生。

王耀廷临床观察时发现,本病从失血无乳渐致虚衰,形寒畏冷,月经闭止,毛发憔悴

脱落,眉毛、腋毛、阴毛脱落、稀疏,甚有脱光者。而眉毛脱落以外 1/3 最为明显。患者多先呈气血虚弱,继之出现一派肾阳虚衰表现,舌淡苔薄白,脉沉细或沉迟细弱。子宫萎缩,阴道皱壁消失,呈老年性改变,易患阴道炎及感冒。应归于产后风冷虚劳。治以温补肾阳,调摄任冲。并在大队补阳益气药中,酌加温润填精或血肉有情之品。方选八味地黄丸加减。酌加玄参、阿胶、龟甲之类以滋阴填精,但呆滞碍胃者不可久用。^[38]

孙宁铨也认为本病主要与肾有关,故采用“益肾调补气血”的大法并取得一定疗效。临床资料表明补益肾的精气可促使衰退的内分泌腺体有可能恢复,或促使其它有关内分泌腺体的代偿功能加强。调补气血能改善人体的机能状态,促进血液循环,改善营养状态,从而使受损的组织得以修复再生,恢复或部分恢复原来的生理功能,因而促使席汉氏综合征月经再潮,并由于内分泌失调得到纠正而水肿、脱毛、性欲淡漠等症状亦逐步减轻或消除。^[41]

总之,此类闭经,只宜填补,不可攻伐。正如张景岳所说:“欲以通之,无如充之。但使雪消则春水自来,血盈则经脉自至”。

2.9 高促性腺激素性闭经,诊治机理的研究

高促性腺激素性闭经指妇女 35 岁前闭经,而其体内促性腺激素水平可达绝经期值。发病不高,约占闭经患者的 10% 左右。该症在临床上分卵巢早衰和无反应卵巢综合征二类。高促性腺激素性闭经的临床表现和雌激素水平,与更年期综合征者相近似。由于卵巢功能衰退,性激素水平低下,对垂体分泌失去负反馈作用,血 FSH、LH 水平升高。临床除表现闭经外,均出现口干,烦躁,烘热,手足心热,便秘,心悸,易感冒等免疫功能下降现象。舌质红,脉细数,应属阴火旺证候。治宜养阴清热。俞瑾等用中西医结合治疗本病。在治疗开始时先用 2 周中药,发现患者烘热等症状的消通时间明显短于中药治疗更年期综合征者。而雌激素水平如阴道脱落细胞涂片中嗜伊红细胞指数的上升就不如症状改善明显。然后加服乙蔗酚,使月经来潮。说明中药可能在卵巢上有促成 FSH 受体产生的作用。^[42]专家们认为本病倾向于自身免疫病。有文献报道,卵巢早衰与无反应卵巢综合征应用免疫抑制剂肾上腺皮质激素治疗后出现排卵效果。因此,本病研究所用的滋阴降火补肾中药可能与免疫调节作用有关。

3 实验研究

3.1 中医常用治法疗效机理的研究

在肾主生殖理论指导下,俞瑾等对 26 例下丘脑-垂体功能失调性闭经患者进行了补肾化痰治疗。主药有附子、肉桂、熟地、黄精,并于排卵后加用益气补肾药,同时作了有关实验室工作。本研究认为补肾化痰法不仅可调整卵巢功能,使雌激素(E)水平低者上升,高者下降,具有促排卵作用,而且很可能作用于下丘脑-垂体。其机理可能有别于雌激素(E)和克罗米芬等药物。这也为补肾法对生殖神经-内分泌免疫环路的调节,提出了一个完整的研究项目。^[43]

龙志云研究发现活血化瘀能够改变微循环和血液流变状态,并能影响垂体和肾上腺皮质功能及出凝血时间,能够促进增生病变的转化和吸收,桃红四物汤就是治疗血瘀经闭的

有效方剂之一。^[44]

吴家柏等对于闭经的治疗除分型用药之外,皆投用大黄廑虫丸活血以治标。现代药理研究证明:大黄、廑虫具有促进子宫收缩,加强盆腔充血的作用。大黄中所含食用大黄素具有雌激素(E)样作用,可使去势雌性大鼠迅速恢复性周期。临床试用也有卵泡激素样功能。蛭蟥能兴奋子宫;水蛭、桃仁能阻碍血液凝固,扩张毛细血管,促进出血,这可能就是大黄廑虫丸用于闭经的有效根据。^[17]实验研究证明,当归、川芎、丹参、红花、赤芍等活血化瘀药在体外或动物体内有增强纤溶作用,可改善盆腔血液流变学和微循环,能使卵巢和子宫的供血加强。有利于宫腔或输卵管粘连的松解和吸收,功能得到改善。故对人流术后所致的闭经有较好疗效。^[45]

日本学者用当归芍药散对幼鼠进行排卵试验表明,本方可能作用于中枢特别是下丘脑,调节垂体-卵巢功能,加强神经内分泌调节的排卵过程,与人绝经促性腺激素同用,对无排卵周期和黄体不健有实用价值。荻野氏等通过实验进一步指出了本方对脑烟碱受体合成有刺激作用,表明本品能直接作用于脑。日本的研究还提示,本方能升高促黄体生成素,促卵泡刺激素和增加孕酮分泌,但不影响值乳素水平。而在临床研究方面,当归芍药散在治疗闭经,无排卵周期和黄体不健全时能改善卵巢功能,应用此药后40%的闭经妇女及50%的无排卵周期妇女产生排卵,村田高明氏认为本方对激素有微活作用,使LH-RH增加,使Ⅱ度闭经患者之LH-RH试验结果改善,增强克罗米芬的疗效,使E₂及P含量增加,Ⅱ度闭经患者妊娠。^[45]

3.2 中药仿人工周期治疗闭经的研究

中药仿人工周期疗法,是辨证与辨病相结合治疗月经病的方法。廖玎玲等通过对31例继发闭经妇女分组用中、西药人工周期治疗观察,认为闭经的原因不同,体内分泌环境不一,用中药人工周期治疗后垂体GnRH对LRH-A的刺激反应也各有差异。其中:中药人工周期对下丘脑性闭经妇女垂体GnRH起正反馈兴奋作用,LRH-A刺激试验显示,中药人工周期治疗后,FSH反应高峰提前,LH高峰延迟,平均峰值均显著大于治疗前(P<0.01)。提示中药人工周期能明显增强垂体GnRH对LRH-A刺激的敏感性,并增加LH贮备合成能力,进一步促进卵巢性激素的分泌功能,提高E₂水平。而对卵巢早衰妇女垂体GnRH起负反馈抑制作用,FSH、LH基值及各反应时间FSH、LH均值均比治疗前降低,以FSH基值及60分钟FSH反应均值下降更明显(P<0.05)。另外中药人工周期对垂体LH/FSH比使起调整作用,使PCOS患者治疗后,FSH基值及各反应时间FSH均值均比治疗前上升。LH基值较治疗前显著下降(P<0.05),各反应时间LH均值比较治疗前降低。说明中药人工周期可能直接增加FSH的释放和贮备能力,并降低LH基值,调整LH/FSH比值。^[46]

【古训今释】

1 病名溯源

闭经最早见于《内经》。《素问·阴阳别论篇》称为“女子不月”,《素问·评热病论》中称为“月事不来”,《金匱要略·妇人杂病脉证并治》称为“经水断绝”。隋代巢元方在《诸病源

候论·卷三十七》中，宋代陈自明在《妇人大全良方·调经门》中，李杲在《兰室秘藏·妇人门》中都有论述。《景岳全书·妇人规》中以“血枯”、“血隔”分虚实立论，言简理明。

2 病因病机论

2.1 以七情影响立说

《素问·阴阳别论》曰：“二阳之病发心脾，有不得隐曲，女子不月。”武叔卿注云：“此节当从隐曲推解，人有隐情曲意，难以舒其哀，则气郁而不畅，则心气不开，脾气不化，水谷日少，不能变化气血以入二阳（指阳明胃）之血海，血海无余，所以不月。”

《妇人大全良方·室女经闭成劳方论第九》寇宗奭注曰：“夫人之生，以血气为本，人之病未有不先伤其气血者，若室女童男，积想在心，思虑过度，多致劳伤，男子则神色消散，女子则月水先闭。盖忧愁思虑则伤心而血逆竭，神色先散，月水先闭。”

宋·陈自明《妇人大全良方》曰：“愆期未嫁之女，偏房失宠之妾，寡居之妇，庵院之尼，欲动而不能遂，感愤而不得言，多有经闭之疾，含羞强忍，不欲人知，遂成劳瘵之病。”

《妇科心镜》曰：“若月经不通，未必不由心事不足，思虑伤脾，有所劳倦，杀气不输，脾金失养，肾水无滋，经水枯涸，以致三五不调，渐至闭绝，虚损内热，骨蒸劳瘵之证作，而卒难以治。”

《女科秘传》曰：“闭经之由，必有所因，或因月事将临之时，适感暴怒，肝气一发，血随气升而不下，亦能闭经……。”

2.2 以积寒风冷立说

《金匱要略·妇人杂病脉证并治第二十二》：“妇人之病，因虚、积冷、结气，为诸经水断绝，至有历年，血寒积结胞门，寒伤经络……三十六病，千变万端。”

隋巢元方《诸病源候论·卷三十七》曰：“妇人月事不通者，由劳损血气，致令体虚受风冷，风冷客于胞内，伤损冲任之脉，……致胞络内绝，血气不通故也。”

清代吴谦《医宗金鉴·妇科心法要诀》曰：“石瘕寒气客胞中，状如怀子不经行，胞闭热气迫肺咳，伤心气血不流通。”

清代吴道源《女科切要·经行闭止》曰：“经闭之由，必有所因，或月事适至之时，因渴饮水，并食生冷之物，及生水中洗浴，寒气入内，血即凝滞，亦能令人闭经也。”

2.3 以肥人脂满，痰塞胞门立说

《丹溪治要心法·妇人科》曰：“有积疾下流于胞门，闭塞不行。”

明代万密斋《万氏妇人科·调经章》曰：“妇人女子经闭不行，其候有三，乃脾胃损伤，饮食减少，气耗血枯，而不行者。”“一则忧愁思虑，恼怒怨恨，气郁血滞而经不行者。”“一则脂痰痞塞，病涎壅盛，血滞而经不行者。”

《女科切要·调经门》曰：“肥白妇人，经闭而不通者，必是湿痰与脂膜壅塞之故也。”

2.4 以火热立说

李杲《兰室秘藏·妇人门》曰：“经闭不行有三，妇人脾久虚，形体羸弱，气血俱衰，以致经水断绝。或因劳心，心火上行；月事不来，胞脉闭也；胞脉属心，络胞中，气上迫肺，心气不得下通，故不来，宜安心补血泻火，则经自行（此上焦心肺有热，而经不行也）。或病中消，胃热善饥渐瘦，津液不生。夫经者，血脉津液所化，津液既绝，为热所烁，肌肉渐瘦，时见烦渴，血海枯竭，名曰血枯经绝，宜泻胃之燥热，补益气血，则经自行。（此中焦胃有热结而经不行也）。或心包络脉洪数，躁作时见，大便秘，小便难，而经水闭绝，此血海干枯，宜调血脉，除脉络中火邪，则经自行（此下焦胞络热结而经不行也）。”

2.5 以瘀血立说

娄全善《医学纲目》说：“妇人经闭，有污血凝滞胞门，少腹疼痛，有热有寒。如热而经闭者，罗谦甫血极膏，一味大黄为末醋熬成膏，治妇人干血气，大便利一二行，经血自行，是妇人之仙药也；仲景抵当汤，亦主妇人经水不利；千金桃仁煎，治血积月水不行，若寒结污血而不下，云岐红花当归散，治妇人室女经候不行，或积瘀血，腰腹疼痛。”

李梴《医学入门·妇人门》曰：“经行与产后一般，若其时余血一点未净，或外被风寒，及湿冷暑热邪气，或内伤生冷，七情郁结，为痰为瘀，凝积于中曰血滞。”

《医宗金鉴·妇科心法要诀》曰：“血滞经闭，石痕生于胞中，寒气客于子门，子门闭塞，气不得通，恶血当泻不泻。经曰：月事不通者，胞脉闭也。”

2.6 以心血亏肾水涸立说

明代虞抟《医学正传·妇人科上》曰：“妇人百病，皆自心生，如五志之火一起，则心火亦从而燔灼，经闭不通之证，先因心事不足，由是心血亏耗，故乏血而归肝，而出纳之用既竭。”又云：“月经全借肾水施化，肾水既乏，则经血日以干涸。”

2.7 以血枯立说

李梴《医学入门·妇人门》曰：“或经止后，用力太过，人房太甚，及服燥热，以致火动，邪气盛而心血枯衰，曰血枯……故重则经闭不通。”

张介宾《景岳全书·妇人规》曰：“凡妇女病损，至旬日半载之后，则未有不闭经者。正因阴竭，所以血枯，枯之为义，无血而然。故或以羸弱，或以困倦，或以咳嗽，或以血热，或以夜热，或以饮食减少，或以亡血失血，及一切无胀无痛，无阻无隔，而经有久不至者，既无非血枯经闭之候。”

《妇人大全良方·血枯方论第十》曰：“经云，有病胸胁支满者，妨于食。病至则先闻腥臊臭，出清液，四肢清，目眩，时时前后血，病名曰血枯。此得之年少时有所大脱血，若醉入房中，气竭肝伤，故月事衰少，不来也”。

2.8 以脾胃损伤立说

王节斋《明医杂著·续医论》曰：“妇人女子，经脉不行，多有脾胃损伤而致……。”

李杲《兰室秘藏·妇人门》曰：“妇人脾胃久虚，或形羸气血俱衰，而致经水断绝不行。”

2.9 以五脏病变立说

薛己《女科撮要·经闭不行》曰：“夫经水，阴血也。属冲任二脉主，上为乳汁，下为月水。其为患，有因脾胃虚不能生血而不行者”，“有因脾郁伤血，耗损而不行者”，“有因胃火血消烁而不行者”，“有因劳伤心血，少而不行者”，“有因肾水亏不能生肝血而闭者”，“有因肺气虚不能行血而闭者。”

综观前贤论述，闭经的原因繁复，但归纳起来不外以下四个方面：一是精神因素，即七情内伤及社会环境影响；二是六淫之邪侵袭，外伤经络，内入脏腑、胞宫；三是生活所伤，如饮食失节、劳逸失度、房室不慎、跌仆创伤；四是体质因素，由于先天禀赋的差异及后天条件的影响，形成不同体质，往往成为某种致病因素的基础。如偏阴虚、偏阳虚、偏于肾虚、偏于脾虚、偏于热、偏于寒、偏于抑郁内向、偏于情急暴躁、偏于肥胖、偏于孱弱……就病机而言，不外脏腑功能失常，血气失调，冲任、胞宫损伤三个方面。

3 证 候

古人将经闭分为虚实即血枯、血隔两大类。如《景岳全书·妇人规》：“血枯与血隔，本自不同。盖隔者，阻隔也；枯者，枯竭也”。“凡妇女病损，至旬月半载之后，则未有不闭经者”，“故或以羸弱，或以困倦，或以咳嗽，或以夜热，或以饮食减少，或以亡血失血，及一切无胀、无痛、无阻、无隔，而经有久不至者，即无非血枯经闭之候”。罗元恺点注《妇人规》指出：“血隔为实……实者多突然闭止，兼见小腹胀痛，拒按，烦躁、舌黯红、脉沉弦而实等。”

4 治 则 治 法

《女科经纶·月经门》引陈良甫曰：“血滞经闭宜破者，原因饮食毒热，或暴怒、凝瘀、积痰。直须大黄干漆之类，推陈致新，俾旧血消而新血生也。若气旺血枯，起于劳役忧思，自宜温和滋补。或兼有痰火湿热，尤宜清之凉之。每以肉桂为佐者，热则血行也，但不可纯用峻药，以亏阴道。调和饮食，自然血气流通；苟不务充养气血，惟以毒药攻之，是求千金于乞丐，必死而后已也”。

明代万密斋《万氏妇人科·调经章》曰：“妇人女子，经闭不行，其候有三：乃脾胃损伤，饮食减少，气耗血枯而不行者，法当补其脾胃，养其血气，以待气充血生，经自行矣。不可妄用通经之剂，则中气益损，阴血益干，致成劳瘵之疾而不可救。一则忧愁思虑，恼怒怨恨，气郁血滞而经不行者，法当开郁气行滞血，而经自行。苟用补剂，则气得补而益结，血益凝聚，致成癥瘕胀满之疾，所谓养虎自遗患也。一则躯脂痞塞，痰涎壅清而经不行者，法当行气导痰，使经得行。斯谓之良工矣。”

李杲《兰室秘藏·妇人门》曰：“经闭不行有三……宜泻胃之燥热，补益气血，经自行矣……宜安心补血泻火，经自行矣。”

4.1 血滞治法

夫所谓血滞者，经血停滞不行也，然引起血滞的原因很多，如气滞血瘀(包括肿瘤等)，痰湿阻滞，风寒积冷，火热互结等，其结果皆能使经血停滞不行，呈现经闭胀痛的病证，中医都以血滞名之，而用导之一法，但是须要依随其因而导之，如气滞血瘀宜理气活血，祛瘀通经；痰湿阻滞宜豁痰除湿，调气活血通经；风寒积冷宜温经散寒通经；火热内结宜清热泻火通经。

4.2 血枯温法

夫所谓血枯，就是血液枯涸。中医所指的血包括血液津液而言。贫血，营养不良，全身衰弱，卵巢内分泌缺乏诸病，中医都可按血枯治疗，采用滋补之法。临证还要根据病情辨证施治。如肝肾不足者，补肾养肝调经；气血虚弱者，补气养血调经；阴虚血燥者，养阴清热调经；脾气虚弱者，补益脾气调经。

5 方剂用药归类

5.1 理气活血，祛瘀通经

(1) 血府逐瘀汤。(《医林改错》)

桃仁 红花 当归 生地黄 川芎 赤芍 牛膝 桔梗 柴胡 枳壳 甘草

主治 气滞血瘀经闭。

(2) 红花当归散。(《妇人大全良方》)

红花 当归尾 紫葳 牛膝 甘草 苏木 白芷 桂心 赤芍药 刘寄奴

主治 血瘀经候不行。

(3) 琥珀散。(《妇人大全良方》)

天台乌药 当归 莪术

主治 心膈迷闷，月信不通。

5.2 豁痰除湿，调气活血通经

(1) 苍附导痰丸。(《叶天士女科诊治秘方》)

茯苓 法半夏 陈皮 甘草 苍术 香附 胆南星 枳壳 神曲 生姜

主治 痰湿阻滞闭经。

(2) 抵当汤。(《金匱要略》)

水蛭 虻虫 桃仁 大黄

主治 瘀血闭经。

(3) 四物合二陈汤。(《陈素庵妇科补解》)

归须 赤芍 川芎 生地 陈皮 法夏 茯苓 甘草 海藻 红花 香附 丹皮

主治 痰积经水不通。

5.3 温经散寒通经

(1) 温经汤。《金匱要略》

桂枝 吴茱萸 当归 芍药 川芎 人参 生姜 麦冬 半夏 丹皮 阿胶 甘草

主治 寒凝血瘀闭经、痛经。

(2) 桂附丸。《陈素庵妇科补解》

肉桂 香附 延胡索 熟艾 当归 熟地 红花

主治 风寒血瘀闭经。

5.4 清热泻火通经

(1) 调胃承气汤。《伤寒论》

大黄 甘草 芒硝

主治 胃肠燥热炼血闭经。

(2) 三和汤。《医宗金鉴》

当归 川芎 大黄 朴硝 白芍 地黄 黄芩 栀子 连翘 薄荷 甘草

主治 血热闭经。

(3) 玉烛散。《医宗金鉴》

当归 川芎 熟地 白芍 大黄 芒硝 甘草

主治 里热便结闭经。

5.5 补肾养肝调经

(1) 归肾丸。《景岳全书》

熟地 山药 山萸肉 茯苓 当归 枸杞 杜仲 菟丝子

主治 肝肾阴虚闭经。

(2) 补肾地黄汤。《陈素庵妇科补解》

熟地 麦冬 知母 黄柏 泽泻 山药 远志 茯神 丹皮 枣仁 玄参 桑螵蛸
山萸肉 竹叶 龟甲

主治 肾阴虚闭经。

5.6 补气养血调经

(1) 八珍汤。《正体类要》

熟地 当归 白芍 川芎 党参 白术 茯苓 甘草

主治 气血虚弱闭经。

(2) 归脾汤。《校注妇人良方》

人参 白术 黄芪 白茯苓 龙眼肉 当归 远志 酸枣仁 木香 甘草 生姜 大
枣

主治 心脾两虚，气血不足闭经。

5.7 养阴清热调经

(1) 一阴煎。(《景岳全书》)

生地 熟地 芍药 麦冬 甘草 牛膝 丹参

主治 阴虚血少，血枯经闭。

(2) 柏子仁丸。(《景岳全书》)

柏子仁 牛膝 卷柏 泽兰叶 续断 熟地黄

主治 血虚有火，月经耗损，渐至不通。

(3) 青蒿鳖甲汤。(《温病条辨》)

青蒿 鳖甲 细生地 知母 丹皮

主治 虚劳经闭。

5.8 补益脾气调经

(1) 补脾饮。(《陈素庵妇科补解》)

白术 黄芪 茯苓 山药 广皮 当归 熟地 人参 香附 补骨脂 炙甘草

主治 脾胃虚弱闭经。

(2) 补中益气汤。(《脾胃论》)

人参 黄芪 甘草 当归 陈皮 升麻 柴胡 白术

主治 脾虚气陷闭经。

6 针灸疗法

《备急千金要方·卷三十》：“少腹坚痛，月水不通，刺带脉，入六分，灸五壮，在季肋端一寸八分。”“月水不通，奔泄气上，下引腰脊痛。刺气穴，入一寸，灸五壮，在四满下一寸。”“月闭溺赤、脊强、互引反折、汗不出。刺腰膂，入二寸留七呼，灸三壮，在第二十一椎节下间。”“女子不月水，痺惊善悲不乐如堕坠，汗不出。刺照海，入四分，灸二壮，在内踝下四分。”“血不通，刺会阴，入二寸，留七呼，灸三壮，在大便前小便后。”

7 调 护

7.1 精神护理

精神情绪影响与疾病有很大的关系。葛洪《肘后救卒方》曰：“凡治妇人诸病，兼治忧恚，令宽其思虑，则病无不愈。”闭经一症，由于七情而引起的，中医在这方面的治疗对病人精神上的慰藉非常重视，每以善言解慰，以愉悦病者的心情为第一，这种精神疗法，在实践中收到很大的帮助，所谓“心病还须心药医也。”

7.2 饮食护理

饮食以富有营养为紧要，乌贼骨有止血和血的作用，雀卵鲍鱼汁有强壮滋养作用，乌鸡与墨鱼共炖食，甚有帮助，用以佐膳亦更佳。《素问·腹中论》治血枯“以四乌鲂骨一鹿

茹，二物并合之，丸以雀卵，大如小豆，以五丸为后饭，饮以鲍鱼汁，利肠中及伤肝也”。清·张志聪注云：“夫鱼乃水中动物，属阴中之阳，血中之气……夫飞者主气，潜者主血，卵白主气，卵黄主血，雀乃羽虫，丸以雀卵者，因气竭肝虚，补血而补气也。”“鲍鱼味咸气臭，主利下行，故饮鲍鱼汁以利肠中，而后补及于肝之伤也。”后世在此基础上治肾虚肝伤诸证多采用海参、淡菜、乌鸡、鹌鹑、乳鸽等饮食疗法。

展 望

闭经是妇科临床常见的症状，中医自古即把妇人闭经视为痼疾，列为妇人三十六病中的三痼之一。表明闭经往往难以治愈。闭经有原发、继发之分，有子宫性、卵巢性、垂体性、下丘脑性之不同，甚至某些全身性疾病亦可引起闭经。因此，不论是诊断，还是治疗闭经都比较复杂，尤其是治愈，更不容易。中医惯以辨证治疗闭经，有气血、脏腑、痰湿、血瘀之辨，证候虽多，但不外虚实两端。虚为精血不足，无血可行；实为脉络闭塞，经血被阻，不得下行。故治疗应虚者补而通之，实者泻而通之。由于虚实可混杂，或病势轻重有异，临床用药忌呆补腻补，或猛攻峻下。一般来说，药宜和缓，法应灵活，依候化裁，寓攻于补，寓补于攻，各有侧重，不可求急功近利，只可缓图，待气血复，冲任流通，经血自行。至于某些全身性疾病出现的闭经，应查明病源，治愈原发病，月经多可恢复，故应避免盲目破血通经，而耗伤已亏乏之精血。否则，不但难以收功，反而遗害脏腑功能，加重病势。

为提高治疗闭经的疗效，科学地判断每位闭经患者的预后，中医有必要引进西医的病理分类及诊断方法。临床中，以西医的方法诊病，以中医的方法辨证，或中或西，中西互补，不拘于门户之争，选择有效的药物、方法，酌情施治。对于子宫性闭经，尤其是先天性子宫缺陷、后天性子宫缺如等，至少，目前药物无望治愈者，则不必盲目治疗。中医主要应选择治疗神经内分泌失调性、功能性闭经。

我们认为，对闭经按西医的病理分类法，据病因及证候处方用药，有利于总结临床疗效，有利于阐明中医药治疗闭经的科学性，是提高确立中医药治疗闭经疗效的重要途径。

(王 雷 陈瑞雪 张立明 后晓南)

近现代参考文献

- [1] 侯锡五，等，温阳补肾法治疗闭经 60 例临床小结，湖北中医杂志，1982 (4):26~27
- [2] 郑其国，郑长松老中医治疗闭经的经验，辽宁中医杂志，1981 (11):7~9
- [3] 王少华，等，脾胃学说在妇科领域内的应用，辽宁中医杂志，1982 (4):16
- [4] 中医研究院，蒲辅周医疗经验，北京：人民卫生出版社，1981
- [5] 许润三，中级医刊，1984 (2):38
- [6] 罗元恺，闭经证治，中医杂志，1985 (8):569
- [7] 马宝璋，中医妇科学，上海：上海科学技术出版社，1997，16~18
- [8] 廖玘玲，等，闭经稀发月经妇女“肾虚”与性腺功能变化的观察，中西医结合杂志，1986 (10):590
- [9] PETRUCCO O.M J Pediatr obstet Gynecol 1986 (7~8):23

- [10] 张启瑞,等.原发性闭经细胞遗传学的初步报告.中华妇产科杂志,1982 (4):201~204
- [11] 徐昌芬,等.原发性闭经患者细胞遗传学的初步研究.南京医学院学报,1992 (4):353~356
- [12] 林瑞冬,等.62例闭经病人的细胞遗传学分析.广州中医学院学报,1992 (1):25~30
- [13] 辜士扬,等.原发闭经的细胞遗传学研究.中华医学杂志,1980 (10):593~596
- [14] 朱楣光.药物性闭经.实用妇产科杂志,1989 (3):122~123
- [15] 韩清华,等.闭经病症窥见.上海中医药杂志,1989 2:14~15
- [16] 吕洪新.闭经的辨证论治.中医药学报,1986 4:25~27
- [17] 吴家柏,等.治疗闭经46例的临床体会.云南中医学院学报,1982 (1):9~11
- [18] 庞泮池.闭经的辨证论治.浙江中医杂志,1966 (4):20~21
- [19] 姚岳.朱良春老师治疗室女闭经的经验.江苏中医杂志,1983 (2):13
- [20] 刘丽君,等.活血化瘀法在妇科的临床应用.中医药学报,1995 (2):5~6
- [21] 高益民,袁洪波.刘奉五老中医对闭经分型辨治介绍.中医杂志,1985 (9):34
- [22] 朱南孙.肥胖型闭经治验.上海中医药杂志,1982 (3):8
- [23] 程 涇,等.功能性闭经和月经稀少辨证论治初探.中医杂志,1984 (7):35
- [24] 李炳茂.治疗流产后经闭六法.辽宁中医杂志,1987 (6):46~47
- [25] 孙文墅,等.浅谈闭经从肝、脾、肾论治法则.陕西中医函授,1993 (4):12~13
- [26] 黄丽岩.闭经辨治六法.山东中医杂志,1992 (4):4~5
- [27] 夏丽华,等.调经利水法在妇科中的应用.吉林中医药,1987 (5):16
- [28] 孙文墅.韩冰教授补肾调冲法治疗妇科疾病经验.天津中医,1992 (1):6
- [29] 俞瑾,等.补肾化痰治疗下丘脑-垂体功能失调性闭经.中西医结合杂志,1983 (4):203~206
- [30] 李志明,等.针灸对经闭辨证论治经验谈.广东中医,1962 (11):17~19
- [31] 赵锦梅,等.针灸治疗闭经的进展.陕西中医学院学报,1994 (2):38~39
- [32] 刘世学.穴位注射配合中药治疗口服避孕药引起闭经17例.实用中医药杂志,1993 (2):13
- [33] 张曦,等.吸刮术后闭经发病机制的探讨.河南医学院学报,1981 (1):318~320
- [34] 李应寿,等.早期人工流产后诸症的中医药治疗.甘肃中医,1992 (2):13~14
- [35] 张小夷.从冲任论治人流后闭经.上海中医药杂志,1994 (8):14~15
- [36] 王国梁.人工流产后常见症状的治疗.浙江中医杂志,1990 (12):550
- [37] 朱南孙.溢乳闭经诊治心得.江苏中医杂志,1984 (4):26~29
- [38] 王耀廷.两种难治性闭经的辨证治疗.吉林中医药,1989 (3):2
- [39] 陈慧依.辨证与辨病相结合治疗闭经.吉林中医药,1989 (3):2
- [40] 姚寓晨,等.中医药治愈2例闭经泌乳综合征.中医杂志,1981 (9):33~34
- [41] 孙宁铨.运用中医理论治疗闭经病的认识.江苏中医,1977 (6):12~13
- [42] 俞瑾,等.中西医结合治疗高促性腺激素性闭经.中医杂志,1983 (12):29~31
- [43] 俞瑾,等.补肾化“痰”治疗下丘脑-垂体功能失调性闭经.中西医结合杂志,1983 (4):203~206
- [44] 龙志云.活血化瘀法治疗血瘀证经闭.实用中西医结合杂志,1990 (1):31~32
- [45] 姚石安.当归芍药散在妇科应用研究的进展.中医药,1991 (6):35
- [46] 廖玎玲,等.中药人工周期对继发性闭经妇女垂体 GnH 释放和贮备功能的影响.中西医结合杂志,1989 (8):458~461

❀ 崩 漏 ❀

崩漏是指月经周期、经期、经量出现严重紊乱，经血非时暴下或淋漓不尽者。是妇科的多发病和疑难病。相当于西医的无排卵功血。崩漏病患者较多，有人统计达妇科门诊的 $\frac{1}{3}$ 。国外绝经前妇女异常子宫出血 50% 以上最终诊断为成年功血。目前，西医治疗本病多用激素、抗纤溶、刮宫，收到一定疗效，但难以根治。对于保守治疗无效且不要求生育者，多采取子宫或子宫内膜切除术，但存在许多副作用。中医对本病有丰富的经验和较好的疗效。

【今日临床】

1 诊断标准

目前，关于崩漏病的诊断标准，多参考卫生部颁布的《中药新药临床研究指导原则》。

1.1 西医病名诊断标准

1.1.1 无排卵型功血

由于排卵障碍，无黄体形成，子宫内膜增生过长，临床表现不规则子宫出血，经期长短不一，出血量时多时少，甚至大量出血。妇科抗查：出血时宫颈充血、较软，宫口松，子宫亦较软，有时伴有一侧或双侧卵巢囊性增大。基础体温单相型，阴道脱落细胞涂片无排卵周期性改变，出血前1~2天宫颈粘液呈现羊齿植物叶状结晶，内膜病理检查可见增生期变化或增生过长，无分泌期变化。

1.1.2 排卵型功血

1.1.2.1 黄体功能不足 经前子宫内膜分泌功能不良；临床表现月经周期缩短，经量多少不一，经期延长；阴道涂片有时可见角化细胞指数偏高，细胞难积，皱褶不佳；基础体温双相型，黄体期缩短，在10天以下，或呈梯形上升或下降。

1.1.2.2 黄体萎缩不全 经期第5天子宫内膜活检呈分泌期改变；临床表现为月经周期正常，经期延长，经量多少不一；基础体温呈不典型双相型，下降延迟或逐渐下降。

1.2 中医证类诊断标准

1.2.1 实热证

- ① 突然出血，量多，或淋漓不尽，色深红，质粘稠；
- ② 头晕面赤；
- ③ 烦渴，喜冷饮；
- ④ 大便秘结，小便黄；
- ⑤ 舌质红绛或舌尖红，舌苔黄或黄腻；
- ⑥ 脉数或弦数、洪数。

以上①必须具备，兼具其余的3项，即可诊断。

1.2.2 虚热证

- ① 突然出血，量多，或淋漓不尽，色深红或红，质薄；
- ② 面颊潮红；
- ③ 午后潮热，盗汗；
- ④ 烦热少寐；
- ⑤ 咽干口燥；
- ⑥ 大便干燥，小便黄；
- ⑦ 舌质红，苔薄黄或无苔；
- ⑧ 脉细数。

以上①必须具备，兼具其余的4项，即可诊断。

1.2.3 肾阳虚证

- ① 突然出血，量多，或淋漓不尽，色淡或黯红，质清稀；
- ② 精神萎靡；
- ③ 眩晕，腰痛；
- ④ 小腹寒冷，或空坠不适，或四肢不温；
- ⑤ 面色萎黄；
- ⑥ 小便清长，大便溏薄；
- ⑦ 舌质胖淡，苔薄白；
- ⑧ 脉沉细无力。

以上①必须具备，兼具其余的4项，即可诊断。

1.2.4 肾阴虚证

- ① 突然出血，量多，或淋漓不尽，色鲜红，质稍稠；
- ② 耳鸣心悸；
- ③ 五心烦热；
- ④ 失眠，盗汗；
- ⑤ 腰膝酸软；
- ⑥ 舌质红或偏红，苔薄；
- ⑦ 脉细数。

以上①必须具备，兼具其余的4项，即可诊断。

1.2.5 脾虚证

- ① 突然出血，量多，或淋漓不尽，色淡，质薄；
- ② 面色㿔白；
- ③ 神疲乏力；
- ④ 心悸，气短懒言；
- ⑤ 纳呆，大便溏薄，小便清长；
- ⑥ 手足不温；
- ⑦ 舌质淡胖，边有齿痕；

⑧ 脉细弱或虚大。

以上①必须具备，兼具其余的4项，即可诊断。

1.2.6 血瘀证

① 突然出血，量多，或淋漓不尽，色紫红，夹有血块；

② 小腹胀痛拒按，块下痛减；

③ 胸胁胀满不舒，或乳房胀痛；

④ 舌质紫黯或有瘀点；

⑤ 脉涩、紧或弦涩。

以上①必须具备，兼具其余的3项，即可诊断。

2 中心证候特征

崩漏是专指月经周期、经期、经量严重失常的月经疾病。经血非时暴下，量多势急，状如山崩者，是崩中的中心证候特征；量少势缓，如屋之漏，点滴而下，经久不止，是漏下的中心证候特征。

3 病因

3.1 热

因于热者，有阴虚内热，阳盛实热，肝郁化热，湿蕴化热之别。血遇热则行，热扰冲任、迫血下行而为崩漏。

3.1.1 虚热

素体阴虚，或久病、失血以致阴伤，或孕产过频，房事过度、暗耗阴精，或阴血暴失，直损于阴，或年老阴液日消，阴虚水亏，虚火内炽，扰动血海，故经血非时妄行。血崩则阴愈亏，冲任更伤，以致崩漏反复难愈。

3.1.2 实热

3.1.2.1 肝郁化热 素性抑郁，郁久化火，或情志过激，暴怒伤肝，或肝阳素旺，易动肝火，肝火内炽，气机逆乱，疏泻失常，冲任失调，血海蓄溢失度，以致经血妄行而为崩漏。

3.1.2.2 阳盛实热 素体阳盛，复感非时暴热之气，或过服辛热助阳之物，酿成实热。火热之邪迫及冲任，血海无宁，血行无度而为崩漏。

3.1.2.3 湿遏化热 阳盛之体、恣食肥甘厚味。煎炒油炸，损伤脾气，脾损则失于运化，水湿之邪流注下焦，遏久化热；或因湿热之邪直犯下焦，蕴于冲任，扰于血海，经行无度而为崩漏。

3.2 血瘀

素性抑郁或情志失调，肝失条达，气机郁滞，或热灼阴血，湿热之邪壅遏脉道(湿性粘滞，碍于血运)，或经期产后，感受寒邪，寒搏于血，血因寒而凝，瘀阻胞脉，血不归经，溢泄无度而成崩漏。

3.3 虚

因于虚者，有脾虚、肾虚之分。脾虚则统摄无权，肾虚则封藏失职，不能约制经血而成崩漏。

3.3.1 脾虚

素体脾胃虚弱，忧思过度，饮食劳逸，损伤脾气，脾伤则气陷，统摄无权；冲任失固，不能约制经血，故成崩漏。

3.3.2 肾虚

肾为元气之根、生殖之本，藏元阴而寓元阳，为调节经血之轴心。因而经病的发生与肾的关系尤为密切。临床常见有肾气虚、肾阴虚、肾阳虚、阴阳俱虚等。

3.3.2.1 肾气虚 先天禀赋不足，肾气稚弱，天癸初至，冲任未盛，或早婚多产，房劳伤肾，或大病久病，穷及于肾，或年老肾气渐衰，封藏失职，冲任不固而成崩漏。

3.3.2.2 肾阴虚 素体阴虚，或婚产过早过频，房室过纵，暗耗真阴，或病程日久，失血伤阴，元阴不足则虚火内动，精血失守而成崩漏。

3.3.2.3 肾阳虚 病程日久、气损及阳，或素体阳虚，命门火衰，封闭无权，精血失固而成崩漏。

综上所述，崩漏一病，病因较为复杂，虽分立三大类，但人是一个有机整体，在致病的机理上并非能绝对分开，互相之间有着特定的内在联系。且往往因烦劳过度，情志过度，用力不当，气候骤变等诱发和加重本病。

4 发 病

本病起病多急，经血非时暴下为其主证，表现为月经失去其正常有规律的周期，代之以不同频率的经量过少或过多，经期延长的子宫出血，量可少至点滴出血，多至大血块，造成严重贫血；出血时间少则1~2天，长可达几个月；周期短则十几天，有时亦可长达几个月。

4.1 病 位

本病病位反映在冲任、胞宫，表现为子宫的非时下血。

4.2 病 性

本病病性以虚为主，虚实寒热错杂。崩漏虽有血热、肾虚、气虚、血瘀等不同病变。但由于损血耗气，日久均可转化为气阴两虚或气血俱虚，或阴阳俱虚。也可能崩漏久不愈，而复感邪气，或久漏致瘀证见虚实夹杂，反复难愈。而脏腑损伤，冲任虚损则为崩漏的病理关键。

4.3 病势与病机转化

本病起病多急，崩以其量多势急，状如山崩者，谓之“崩中”。漏以其量少势缓，如屋之漏，点滴而下，经久不止者，谓之“漏下”。崩为漏之甚，漏为崩之渐。若崩中日久，

气血大衰，可转为漏。久漏不止，病势日进，亦能成崩。

4.4 证类病机

气虚 脾虚气陷，统摄无权，故忽然暴下，或日久不止，遂成漏下。气虚火不足，故色淡而质薄。中气虚故气短，神疲，肢倦。舌淡，脉缓均为气虚脾阳不足之象。

肾虚 肾虚则封藏不固，冲任失守，故经乱无期，量多或淋漓不尽。阳虚则真火不足，经血失煦，故色淡质稀。腰为肾之府，肾主骨，肾阳虚衰，不能温养腰府及骨骼，则腰膝酸软疼痛；不能温煦肌肤，故畏寒肢冷；肾处下焦，阳气不足，阴寒盛于下，所以两足发冷更为明显。阳气不足，心神衰弱，故精神萎靡不振。舌淡胖苔白，脉沉弱，均为肾阳虚衰，气血运行无力的表现。阴虚血热，则色鲜红，质稍稠。肾阴不足，髓减骨弱，骨骼失养，故腰膝酸痛；脑海失充，则头晕耳鸣。肾阴亏虚，虚热内生，故见形体消瘦，潮热盗汗，五心烦热，溲黄便干，舌红少津，脉细数等症。

血热 热盛于内，损伤冲任，血海沸腾，迫血妄行，故经血崩下或淋漓不尽，血色红或紫，质稠。热扰心神则烦热，热伤胃津，故口渴，热邪内蕴可有发热。苔黄，脉洪数，俱是血热之征，若夹有湿邪，则苔黄腻，若是虚热，则苔薄黄，脉细数。

血瘀 胞宫瘀滞，新血不安，由是经乱无期，离经之血时瘀时流，故经血来时止。血瘀故血色紫黯有块，瘀阻则气血不畅，故作痛。舌质紫黯，苔薄白，脉涩，为有瘀之征。

5 临证思路

抓住主诉 经血非时暴下不止或淋漓不尽。

分析病位 本病病位反映在冲任、胞宫，表现为子宫的非时下血。

确定病性 本病病性以虚为主，虚实寒热错杂，一般而言，虚证多而实证少，热者多而寒者少，无论何种因素导致的崩漏，由于阴血的大量丢失，气随血泄，都不同程度地存在着气血俱虚或气阴两虚或阴阳俱虚，冲任失固的病理机制。崩漏久不愈而复感邪气，或久漏致瘀也可能见虚实夹杂，故崩漏发病机理复杂，常是因果相干，气血同病，多脏受累，属妇科难证、重证。若发病急骤，经血骤然暴下或淋漓不绝，经血淡而质稀薄，伴见神疲肢倦，气短懒言，舌淡，脉缓等属气虚；若经血非时而下，时下时止，量或多或少，涩滞不爽，或停闭日久，又突然崩中下血，继而淋漓不断，色紫黑有块，小腹疼痛或胀痛，舌质紫黯或有瘀斑瘀点，脉弦涩或沉涩等属瘀血为患；若经来非时，忽然大下或淋漓不尽，经色黯淡，质清，伴面色晦黯，腰脊酸痛，舌淡嫩，脉沉弱等属肾虚致病；若经血非时暴下，量多，色红或紫，质稠有灼热感或伴口干心烦，舌红，脉细数或弦数等，为血热致病。

临床上应本着“急则治标，缓则治本”的治疗原则，灵活掌握塞流、澄源、复旧三法。暴崩之际，急当止血防脱，运用各种止血手段，达到迅速控制阴血流失，在病势凶猛，血下如注时，当急治其标，暂以塞流止血为主，以防气随血脱，危及生命，即“留得一分血，便是留得一分气”之意。在病势缓解之后，针对病因，辨证施治，即澄源。此时当谨守病机，正本清源，针对病因调治为主。病势进一步缓解，出血控制或明显减少，当以善后调理为重点，即复旧。塞流、澄源、复旧之法不可截然分割，临床实际常二法同用，或三法同施，塞流需澄源，澄源当固本。

6 鉴 别

月经先期 又称“经早”是指月经周期提前 7 天以上，甚至 10 余日一行者。以周期提前为特征，其量、色、质和持续时间与正常月经相同，而崩漏的发病特点是月经的期和量都发生严重紊乱，临床诊断依据主要是月经不按周期而妄行，出血或量多如注，或淋漓不断，甚至数月未有时。

月经量多 是指月经量较以往明显增多，周期基本正常者。是以经量明显增多，在一定时间内能自然停止为诊断要点。如经量特多，暴下如注或下血日久不止，或伴有周期紊乱，则已发展为“崩漏”之证。

经期延长 又称“月水不断”是指月经周期基本正常，行经时间超过 7 天以上，甚至淋漓半月方净者。若终月不尽者，则为“漏下”。本病月经周期基本正常，以行经期超过 7 天以上或淋漓半月始净为诊断依据。而漏下是经血非时而下，淋漓不断，绵延数十日至数月不等。

月经先后无定期 又称“经乱”是指月经周期时或提前时或延后 7 天以上者。以月经周期紊乱为特征。其量、色、质和持续时间与正常月经基本相同。崩漏与经乱有别，经乱虽或迟或早，但还是有周期；崩漏往往无明显的周期，有些漏下三四十天，淋漓不止，继之以大量出血的血崩，血崩之后，又继之以漏下不止，如此交替反复，有持续两三个月者。出血停止以后，或又两三个月不来潮，一旦再来潮，又复崩漏不已。如是反复发作，可经年累月而不愈，故曰：“崩漏不止，经乱之甚者也。”但月经先后无定期，如果出现经量过多，或经期延长者，常可发展成为崩漏，应予以重视。

堕胎 是指妊娠 12 周内，胚胎自然殒堕者，临床上以出血与腹痛为主证，若出血渐少而停止，腹痛消失，排出之胎块完整，则殒胎已堕，若出血增多，排出之胎块残缺不全，已堕而未完全堕出者，或殒胎稽留胞中一、二月不下而发作欲产者，常可发生大出血不止，应特别重视，尽快清除宫内残存物。堕胎可通过病史询问及作有关妊娠的诊断检查而明确诊断。崩漏虽阴道出血较多，但无腹痛，妊娠试验阴性，且无早孕反应。

异位妊娠 是指孕卵在子宫腔外着床发育，是妇产科急腹症中常见的疾病，异位妊娠破损后可发生不规则少量阴道流血或急性腹腔内大出血，出血的轻重缓急，因妊娠时间、部位和破损程度的不同而有较大的差异，内出血严重可发生休克，甚至死亡。最常见为输卵管妊娠，占 95%。输卵管妊娠在流产或破裂之前，往往无明显症状，临床表现为：停经，多数患者有短期停经史大都在 6 周左右。腹痛：患者突感下腹一侧有撕裂样剧痛，持续或反复发作，常伴有恶心、呕吐、阴道不规则流血，常是不规则点滴状，深褐色，有的出血较多，需在病灶除去后才能停止。晕厥与休克：由于腹腔内急性出血及剧烈腹痛可出现晕厥与休克，其程度与出血的速度及量有关，但与阴道外流血不成比例。临床上部分宫外孕患者无停经史，而以不规则阴道出血为主要表现，个别还表现为较多量的阴道出血，极易与崩漏混淆。根据病史，临床表现，辅助检查，尿妊娠试验，超声波，后穹窿穿刺等可确立诊断。崩漏虽然有阴道不规则流血，或量多如注，或淋漓不断，但无停经史及腹痛，辅助检查也无阳性体征。

产后出血证 是指胎儿娩出后，产褥期发生的阴道出血。在病史及发病时期上便能与

崩漏鉴别。

赤带 是指夹血性的粘液,见于未行经时期,患者月经多属正常。而崩漏是月经的期、量的异常。

癥瘕 是指妇女下腹部胞中有结块,伴有或痛,或胀,或满,甚或出血者。癥者,坚硬不移,瘕有定处;瘕者,推之可移,痛无定处。癥瘕可影响妇女经、带、胎、产诸证。临床上可出现月经过多或过少,闭经,崩漏,带下,堕胎,小产,不孕等证。如癥瘕发展缓慢,按之柔软活动者,多属善证,预后较好;如癥瘕伴疼痛,有长期出血,或五色带下,且有臭气,患者形体消瘦,面色灰黯者,多为恶证,预后不良。癥瘕出血多有症可查,崩漏出血无下腹部胞中结块,可通过妇科有关辅助检查以鉴别。

外伤 生殖道外伤出血多有外伤史可询,与崩漏发病机理不同,由于外阴及阴道血管丰富,外伤时可发生出血及血肿,尤其有静脉曲张及血管瘤时出血史为严重。新婚时性交出血,严重者偶见阴道壁及后穹窿裂伤,多由于阴道壁组织脆弱或性行为过于粗暴造成。宫腔手术未按操作规程也可引起,如人工流产的吸宫术和刮宫术可造成宫壁损伤和穿孔出血。

全身性疾病 包括血液系统疾病、心血管系统疾病、其它内分泌系统疾病、新陈代谢障碍、营养不良、肝肾功能障碍等引起的出血都有原发病史可查。

7 临床治疗

7.1 分证论治

7.1.1 阴虚血热

临床表现: 经血非时突然而下,量多势急或量少淋漓,血色鲜红而质稠,伴面色潮红,口燥咽干,心烦潮热,盗汗,腰膝酸痛无力,或小便黄少,或大便干结,舌偏红或有裂纹,脉细数。

病机分析: 素体阴虚,或久病、失血以致阴伤,阴虚水亏,阴主精血,阳主气火,阴本涵阳,今阴不足则阳独胜,虚火内炎,扰动血海,冲任不固,迫血妄行,故经血非时暴下或淋漓不尽。月经之主要成分是血,血与气有相互的关系,皆来源于脏腑,故血病不仅可以及气,并可累及脏腑,《素问·阴阳别论》谓“阴虚阳搏谓之崩”此即阴虚阳亢之意。阴虚是本,阳亢是标,由阴虚而导致阳亢,亦即阴虚生内热之意,《灵枢·百病始生》篇说:“阳络伤则血外溢,阴络伤则血内溢,血外溢则衄血,血内溢则后血。”后血,指大便下血,依《内经》之理,崩漏当属阴络伤范畴。凡损伤营气,阴分必虚,伤阴之病,五脏均可出现。心阴不足,则心神不宁而血无所主,以心藏神,心主血脉也。肺阴受损,则气短而且逆乱,血无所从,以肺主气,气为血帅也。脾阴不足,则意不宁静而且无所统摄,以脾藏意而统血也。肝阴不足,则神魂不守,不能藏血蓄血以供全身之所需,以肝藏魂及藏血也。肾阴不足者,则阴精不固而志不坚,以肾藏志及藏精也。故阴虚阳搏之病机,五脏皆可出现。阴血既虚,加以虚火内扰,所谓火居阴分,血受热扰而妄行,遂致崩漏。虚热内扰,心神不安,故心烦;津不上润,则口燥咽干;筋脉失养,故腰膝酸软无力;阴虚生内热,热蒸于里,故五心烦热;火炎于上,则两颧发红,内迫营阴,则夜间盗汗,阴虚伤津,小便量少色赤,大肠失润则大便秘结;阴血不足,故脉细,内有虚热,故脉细数,舌红有裂纹。

治法：滋阴清热，止血调经。

方药：保阴煎合二至丸加减。

生地 熟地 白芍 黄芩 黄柏 川断 山药 甘草 女贞子 旱莲草

加减：如出血如注者，加仙鹤草、血余炭、乌贼骨，并重用人参增强止血作用；如漏下日久不止者(久漏必瘀)，加三七粉、炒蒲黄化瘀止血；气随血耗，演变为气阴两虚者，加人参、麦冬、五味以补气，滋阴，止血；病势缓解，善后调理可用上下相资汤(《石室秘录》)：人参、玉竹、沙参、五味、麦冬、熟地、山萸、玄参、车前、牛膝。

临证参考：由于崩漏发病缓急不同，出血的新久各异。因此，治疗崩漏，尚须本着“急则治其标，缓则治其本”的原则，灵活掌握塞流、澄源、复旧三法。塞流：即是止血，是暴崩之际，恐保阴煎难以济急，急当止血防脱，一般采用固气摄血法，当即煎服生脉散(人参、麦冬、五味子)，以人参大补元气，摄血固脱，并具生津安神宁血之效，麦冬养阴清心，五味子益气生津，补肾养心，收敛固涩。此方较之单用独参汤更具补气摄血，滋阴敛血之效。若见四肢厥逆，脉微欲绝等证时，则于生脉散中加附子，去麦冬，或用参附汤(人参、附子)加炮姜炭，血势不减者，宜输血救急。血势渐缓，则澄源复旧固本，使其恢复正常的月经周期为主。调理之法，应根据患者体质的虚实，阴阳的偏盛偏衰以治之。《素问·至真要大论》指出：“谨查阴阳之所在而调之，以平为期。”如本证型阴虚血热有火者，治宜滋阴清热，可进保阴煎。澄源之后，则应从根本治疗，以恢复其固有之功能，治法或补肾，或调肝，或扶脾，在预计月经周期之中段，可加入适量之温补肾阳药物，以振奋肾气，促其排卵，如能按期排卵则月经自调矣。

7.1.2 肝郁化热

临床表现：经血非时突然而下，量多势急或量少淋漓不断，血色鲜红夹有小血块，伴见烦躁易怒，胸胁胀闷，时有暖气，叹息，舌质正常边红，苔微黄，脉弦数。

病机分析：肝为刚脏，以血为体，以气为用，古称为“体阴而用阳”其主要作用，一为藏血，一为疏泄；藏血以养其体，疏泄以畅其用。由此可见，肝集调节气血作用于一身，而生血方面前病变，当责之于肝。女子一生的行经、怀孕、产育等过程耗血甚多，有赖于肝的藏血及调节。肝为藏血之乡，冲为血海，冲任又隶属于肝肾，因而，肝血之盈亏，关系着血海之盛衰、经血之多少。一旦肝血不足，则肝气有余，“气有余，便是火”，志火内燔，血海沸腾，于是经血不以时下，血热妄行而成崩漏。青春期少女虽肾气未充，然情窦初开，肝气易动，任性固执者，稍有不遂，即致肝郁气滞，郁火内生，灼其冲任，血热妄行而成崩漏。中年妇人，善怀而多郁，往往肝郁气滞于先，气滞则血瘀于后，瘀阻脉道，血难循经而行，溢于脉外，积于血室，同样能导致崩漏。肝气郁结，经气不利，故肝经所过部位如胸胁、乳房、少腹发生胀闷疼痛或窜动作痛。肝生疏泄，具有调节情志的功能，气机郁结，不得条达疏泄，则情志抑郁，善叹息；久郁不解，失其柔顺舒畅之性，故情绪急躁易怒，舌边红，苔微黄，脉弦数，为肝郁化热之象。

治法：疏肝解郁，凉血止血调经。

方药：平肝开郁止血汤加减。

当归 白术 白芍 丹皮 生地 三七 甘草 黑芥穗、柴胡

根据《内经》“木郁达之”之原理，清热止血宜先解其郁。

加减：出血较多者，加夏枯草、贯仲、地榆以清热凉血止血；肝郁克土，兼见脾虚者，加淮山药、黄芪以益气摄血。病势缓解后的善后调理可选(《医宗己任篇》)滋水清肝饮：熟地、山茱萸、丹皮、茯苓、淮山药、泽泻、柴胡、白芍、当归、栀子，必要时可加制首乌、桑寄生。

7.1.3 阳盛实热

临床表现：经血非时忽然大下，或淋漓日久不尽，色深红质稠，伴头晕面赤，口干，口渴烦热，或有发热，小便黄或大便干结，舌质红，苔黄腻，脉洪数。

病机分析：素体阳盛，或感受热邪，或过食辛辣助阳之品，酿成实火，实热伏于冲任，扰动血海，血被热迫而妄行，故经血漏下或淋漓不净，血色深红质稠；火热上炎，则头晕面赤，热扰心神则烦热，热伤胃津液故口干口渴，热邪内蕴可有发热。热伤津则小便化源不足，故量少色赤，大肠失润故大便干结。舌质红，苔黄，脉洪数俱是血热之征。

治法：清热凉血，止血调经。

方药：清热固经汤。

黄芩 焦栀子 生地 地骨皮 地榆 阿胶 生藕节 陈棕炭 炙龟甲 牡蛎粉 生甘草

全方寓滋阴敛血于清热凉血之中，便热除血止。

加减：出血较多者，加仙鹤草、茜草等增强凉血止血之力。热甚者加夏枯草或大黄炭以增清热泻火之功。

7.1.4 湿遏化热

临床表现：经下无期，淋漓不尽，忽而增多，色黯红，质稠粘腻，或夹秽臭粘涎，平时带下量多，色黄，质稠，秽臭，小腹隐痛，小便黄，大便溏而不爽，身重困倦，渴不喜饮，舌红苔黄腻，脉濡数。

病机分析：素本阳盛之体，恣食肥甘厚味，煎炒油炸，损伤脾气，脾损则失于运化，水湿之邪流注下焦，遏久化热，或因经行产后，胞脉空虚，如因摄生不洁，或因久居湿地，或因手术损伤以致湿邪乘虚而入，蕴而化热，伤及冲任，扰于血海，经行无度而为崩漏。正如清代名医尤在泾所说：“妇人崩中下血多因湿热伤脾胃而致，盖脾统血，伤则失守也。”东垣曰“脾胃有亏，下陷于肾，与相火相合，湿热下迫，经漏不止。”湿性粘滞不爽，故经血质稠粘腻，有热故臭秽，湿热蕴积于下，损伤任、带二脉，故平时带下量多色黄，质粘稠，有臭气；湿热蕴脾，故大便溏泄不爽，小便短赤，湿性重着，脾为湿困，故身重困倦；湿为阴邪，故渴不喜饮，舌红，苔黄主热，腻主湿，脉濡主湿，数主热，均为湿热内盛之征。

治法：清热除湿，凉血止血调经。

方药：三妙红藤汤。

黄柏 苍术 苡仁 红藤 败酱 夏枯草 大蓟 小蓟 香附 仙鹤草 益母草

全方共奏清热除湿，健脾止血之功。

加减：可加马齿苋、地榆、贯仲等以增强清利湿热及止血之功。

7.1.5 血瘀

临床表现：经血非时而下，时下时止，或淋漓不尽，或停闭日久复又崩中下血，继而淋漓不断，经色紫黑有块，小腹刺痛或胀痛，瘀块排出后则疼痛减轻，经量减少，舌质紫

黯，苔薄白，脉涩或弦紧。

病机分析：素性抑郁，气血运行不畅，或七情所伤，冲任瘀滞；或经期产后，余血未尽又感于寒热，以致成瘀，瘀阻冲任，血不归经，发为崩漏。即前人所谓“瘀结占据血室，好血不得归经”。胞宫瘀滞，新血不安，由是经乱无期，离经之血时瘀时流，故经血时来时止。若冲任阻隔，则经水不至；蓄极而满，但瘀血不去，新血难安，故血又暴下。血瘀故血色紫黯有块，瘀血内停，络脉不通，气机受阻，不通则痛，故小腹刺痛或胀痛，瘀块排出后疼痛减轻，瘀血阻塞络脉，阻碍气血运行，致血涌络破，不得循经而外溢，其离经之血，排出体外者，则见出血；停聚体内者，凝结为瘀，转而阻塞脉络，成为再次出血的原因，舌质紫黯，脉象细涩，常为瘀血之征。

治法：活血化瘀，止血调经。

方药：四物汤合失笑散加味。

熟地 当归 川芎 生地 五灵脂 蒲黄 三七 茜草根 乌贼骨。

全方共奏活血化瘀止血调经之效。

加减：因热致瘀或瘀久化热，经色紫红，质稠有块，心烦、口渴、舌红脉弦数者，加黄连、黄芩、丹皮、赤芍清热凉血；因寒致瘀，肢冷畏寒，小腹冷痛者，加桂心、乌药、吴茱萸、炮姜、艾叶等散寒行瘀；气滞血瘀者，加炒川楝、香附理气行瘀；出血日久，气随血耗，见气短神疲者，加人参、黄芪、白术补气养血；下血量多者，去当归，川芎，选加三七粉、乌贼骨、茜草根、益母草、仙鹤草等化瘀止血。

7.1.6 脾虚

临床表现：经血非时而至，崩中继而淋漓，血色淡而质薄，伴气短神疲，面色萎黄，倦怠乏力，食少纳呆，或面浮肢肿，手足不温，大便溏薄，舌质淡，苔薄白，脉弱或沉弱。

病机分析：素体脾胃虚弱或忧思过度，饮食劳倦，损伤脾气，脾伤则气陷，统摄无权，冲任失固，不能约制经血，致成崩漏。正如《妇科玉尺》所说：“思虑伤脾，不能摄血致令妄行”。气虚火不足，故经色淡而质薄，中气虚故气短乏力，神疲，少气懒言；脾气不足，胃气亦弱，腐熟功能失职，故纳呆食少；脾虚水湿不化，流注肠中，则大便溏薄；脾阳不振，故四肢不温；脾虚不运，可有浮肿；脾胃为后天之本，气血生化之源，脾气不足，久延不愈，可致营血亏虚，而成气血两虚之证。气血两虚，肌肢失去血的濡养和温煦，可致形体逐渐消瘦。面色萎黄，舌淡，苔薄白，脉缓弱，是脾气虚弱之征。

治法：补气摄血，养血调经。

方药：固本止崩汤。

人参 黄芪 白术 熟地 当归 黑姜。

全方重在补气养阴以摄血止崩，使气壮则血能固摄，血旺则气有所附，虚火可自清，阴静阳和，崩漏可愈。

加减：暴发崩中，出血过多而不止，以致晕厥晕倒，不省人事，当此危急之际，必须重用独参汤或参附汤，酌加姜炭、阿胶，以回阳固脱，待复苏之后再进固本止崩汤；脾阳不足，四肢欠温，经色黯黑者，加炒艾叶、补骨脂以温阳摄血；漏下日久者，加三七粉、炒蒲黄、益母草、木香化瘀止血；病势缓解或崩漏停止，可选补肾固冲丸（《中医学新编》）：人参、白术、砂仁、大枣、熟地、当归、枸杞、阿胶、鹿角霜、菟丝子、杜仲、巴戟、续断。

7.1.7 肾气虚

临床表现：经来无期，忽然大下或淋漓不止，色淡红，质清，面色晦黯，腰骶酸痛，小腹空坠，小便频而清长，带下清稀，舌淡嫩，苔白润，脉沉弱。

病机分析：肾气乃肾精所化生之气，肾气的盛衰与天癸的至与竭有直接的关系，冲任之本在肾，胞络系于肾，肾气亏虚而不摄，往往导致冲任不固。若先天禀赋不足，肾气稚弱，天癸初至，冲任来盛，或早婚多产，房劳伤肾，或大病、久病，穷及于肾，或年老肾气渐衰，封藏失职，冲任不固，而成崩漏，经来无期，忽然大下或淋漓不止；气虚火不足，故经色淡面质薄；肾气亏虚，骨骼失肾气温养，故腰骶酸痛；气虚气血运行无力，不能上荣于面，故面色晦黯；肾与膀胱相表里，肾气虚膀胱失约，以致小便次数频繁，量多清长；气虚升举无力，故小腹空坠；肾气不足，带脉失约，故见带下清稀，舌淡苔白，脉沉弱，是肾气虚衰之象。

治法：补肾气，固冲任，摄经血。

方药：毓麟珠加味。

人参 白术 茯苓 白芍 川芎 炙甘草 当归 熟地 菟丝子 杜仲 鹿角霜 川椒

方中四君子汤健脾面益气，四物汤补血滋阴，菟丝子、杜仲、鹿角霜温养肝肾，补肾气，益精，调补冲任；佐川椒温督脉以助阳。全方既温养先天肾气以生精，又培补后天脾胃以生血，并佐以调和血脉之品，使气充血足，冲任得养，崩漏可愈。

加减：量多势急者加黄芪、仙鹤草、乌贼骨、茜草根以益气止血治其标。

7.1.8 肾阴虚

临床表现：经血非时而下，出血量多或淋漓不尽，色鲜红，质稍稠，伴头晕耳鸣，腰脊酸软，五心烦热或心烦失眠，舌质偏红，少苔，脉细数。

病机分析：肾为先天之本，水火之宅，元气之根，奇经之源，主藏先后二天之精，职司摄纳，肾与肝关系密切，肾藏精而肝藏血，“精血同源”，“乙癸同源”，两者均有主宰经血的功能。所谓“经本于肾”“经水出诸肾”。若肾不藏精，则肾阴不足而相火有余，火灼阴络致伤，络损血溢，遂致崩漏。肾水阴虚，冲任失守，故经乱无期，量多或淋漓不尽；阴虚血热则血鲜红，质稠；肾阴不足，髓减骨弱，骨骼失养，故腰膝酸软；肾海失充则头晕耳鸣；心肾为水火既济之脏，肾水亏虚，本火失济，则心火偏亢，致心神不宁，心烦失眠，肾阴亏虚，阴虚内热，故见五心烦热，舌红少苔，脉细数等症。

治法：滋水益阴，止血调经。

方药：左归丸合二至丸减牛膝。

熟地 山药 枸杞 山茱萸 菟丝子 鹿胶 龟甲胶 女贞子 旱莲草

加减：可加制首乌、益母草、血余炭等增强益阴止血之功；头晕目眩者，加夏枯草、刺蒺藜、牡蛎等平肝潜阳；心烦失眠者，加夜交藤、五味子、柏子仁益阴安神。

7.1.9 肾阳虚

临床表现：经来无期，出血量多或淋漓不尽，色淡质清，伴精神萎靡不摄，畏寒肢冷，面色晦黯，腰膝酸软，小便频而清长，夜间尤甚，大便溏，舌质淡，苔薄白，脉沉弱。

病机分析：肾主封藏，肾阳不足，封藏无权，冲任失约，故经来无期，量多或淋漓不渐，阳虚则真火不足，经血失煦，故色淡质稀。腰为肾之府，肾主骨，肾阳虚衰不能温养

腰府及骨骼，故腰膝酸软疼痛；不能温煦肌肤，故畏寒肢冷，阳气不足，心神无力振奋，故精神萎靡不振；肾阳极度虚衰，浊阴弥漫肌肤，故面色晦黯无泽；肾与膀胱相表里，肾阳虚膀胱失约，以致小便次数频繁，量多清长，夜间阴气盛，阳气愈衰，故夜间尤甚。肾阳虚，命门火衰，火不生土，脾失健运，故大便稀溏或泄泻。舌质淡苔白，脉沉弱，均为肾阳虚衰，气血运行无力的表现。

治法：温肾固冲，止血调经。

方药：右归丸加减。

制附子 肉桂 熟地 山药 山茱萸 枸杞子 菟丝子 鹿角胶 当归 杜仲

加减：本方可选加黄芪、补骨脂、覆盆子益肾气，止经血；若患者为年少肾气不足，可加紫河车、仙茅、仙灵脾以加强补肾益冲之功；阳虚寒盛，小腹冷痛，加艾叶、炮姜以温经、止痛、止血；若脾肾阳虚，证兼四肢不温，纳少便溏者，合理中丸：干姜、人参、白术、甘草，健脾温中，经血较多者，再加艾叶，赤石脂，温经止血。

7.2 按年龄分期辨证论治

临床上，病人的年龄阶段是崩漏辨证的重要参考。不同的年龄阶段，其生理病理有着各自不同的特点，按照这一特点进行崩漏的治疗，则可以更加切合病情而取得更好的疗效。金元时代的名医刘完素在《素问病机气宜保命集·妇人胎产论》提出：“妇人童幼天癸未行之际，皆属少阴；天癸既行，皆从厥阴论之；天癸已绝，乃属太阴经也。”很多妇产科医生以此指导临床实践，屡见良效，兹就此三个不同年龄段，分别进行崩漏治疗的论述。

7.2.1 青春期崩漏

青春期少女有着肾气未充，肾精未实，天癸初至，冲任未盛，封藏不固密，冲任难内守的特点。肾为先天之本，水火之宅，元气之根，奇经之源，主藏先、后天之精，职司摄纳。肾与肝关系密切，肾藏精而肝藏血，“精血同源”“乙癸同源”两者均有主宰经血的功能，所谓“经水出诸肾”，“经本于肾”。如肾气亏虚而不摄，冲任失固，则经血失其常道成崩漏；若肾不藏精，则肾阴不足而相火有余，火灼阴络致伤，络损血溢，则成崩漏；如肾阳虚命门火衰，火不生土，致脾虚统摄无权，不能约制经血则成崩漏。故治疗青春期崩漏应以治肾为主，兼以理脾。

临床表现：肾阳虚，肾气不摄者以青春期少女经来无期，出血量多或淋漓不尽，血色淡而质清，面色晄白，精神萎靡不振，畏寒肢冷，小便频而清长，大便溏，舌质淡，苔薄白，脉沉弱为主证；肾阴亏虚火旺者以青春期少女经血非时而下，出血量多或淋漓不尽，血色鲜红，质薄，伴头晕耳鸣，手足心热，腰脊酸软，舌质偏红，少苔，脉细数。

治法：肾阳虚，法当温阳益肾以止崩；肾阴虚治宜滋阴降火以止崩。

方药：肾阳虚方选右归丸合举元煎；肾阴虚方选左归丸合二至丸。肾阳虚基本方为：制附子、肉桂、熟地、山药、山茱萸、枸杞子、菟丝子、鹿角胶、杜仲、人参、黄芪、升麻、白术、炙甘草。肾阴虚基本方为：熟地、山药、枸杞、山茱萸、菟丝子、鹿角胶、龟甲胶、女贞子、旱莲草。

7.2.2 育龄期崩漏

中年妇女行经、怀孕、产育等过程耗血甚多，而肝为刚脏，以血为体，以气为用，体

阴而用阳，阴血足才能柔润以养肝。肝又为藏血之乡，冲为血海，冲任又隶属肝肾，因而肝血之盈亏，关系着血海之盛衰，经血之多少。若肝阴血不足，则肝气有余，“气有余，便是火”，五志之火内藩，血海沸腾，于是经血不以时下，血热妄行而成崩漏。肝为将军之官，其性刚强，故需疏泄调达，以柔和为顺。若素多抑郁，或暴怒伤肝，可使肝的疏泄功能失常，以致肝郁气滞，或郁久化热而肝火亢盛。由于妇人善怀而多郁，往往易致肝郁气滞，气滞则血瘀于后，瘀阻脉道，血难循经而行，溢于脉外，积于血室，同样能导致崩漏。肾为五脏之根，五脏之气非此不能发，五脏之液非此不能滋。且肾为肝母，肝木有赖于肾水的滋养，肾阴旺则肝血充，因而在治肝的同时，也常兼以治肾。故育龄期崩漏以治肝为主，兼理肾。

临床表现：中年妇女经血非时突然而下，量多势急或量少淋漓不断，血色鲜红夹有小血块，伴见烦躁易怒，胸胁乳房胀闷，时有暖气，叹息，舌质正常边红，苔微黄，脉弦数。

治法：疏肝解郁，养肝止血调经。

方药：开郁止血汤合二至丸加减。基本方为：当归 白术 白芍 丹皮 生地 三七 甘草 黑芥穗 柴胡 女贞子 旱莲草

7.2.3 绝经期崩漏

女子到“七七”之年，处于绝经期，一则肾气早衰，肾经亏损，需要脾胃源源不断地数精，藉后天以资先天；二则“冲脉隶于阳明”半百之龄，“太冲脉衰少”一旦脾气亏虚，则肾气势必不固，冲脉更加失约，终致血失所系而致崩中。脾司统血之职，人体周身血之所以能上下内外运行，全赖脾为之统摄；脾气亏虚，统摄无权，血行不循常道，溢出脉外，则为崩漏。在治脾的同时，也要兼以治肾。因为脾本身在肾中真阳的温煦下，脾气才能健旺而如环无端，发挥职司统血的功能。西医认为：肾的生理功能似大体包括了西医的垂体——肾上腺皮质系统、性腺系统、内分泌系统。妇女更年期，卵巢机能衰退，雌激素对垂体的抑制减弱，出现了继发性垂体机能亢进，并影响甲状腺、肾上腺皮质与垂体之间的相互制约，相互协调作用，同时也使垂体和下丘脑之间的正常关系，神经与内分泌之间的正常关系受到干扰破坏，这种生理病理变化，形成了更年期一些特有症状，故肾虚也是本病发生的一个重要因素。且经云“人年四十，而阴气自半”这说明经绝前后肾阴已经不足。故治疗绝经期崩漏，应以治脾为主，兼以理肾。

治法：补气摄血，养血调经。

方药：固本止崩汤加减，基本方为：人参、黄芪、白术、熟地、当归、黑姜。

7.3 临床用药经验与体会

中医治病讲究理法方药的完整统一，组方遣药当识病机、据证候，在治法指导下加以灵活运用，目的在于追求满意的疗效。近代医家经验不一，用药特点各异，大大丰富了崩漏病的方药辨证体系。以下所述是综合有关中医崩漏病专家治疗崩漏的临床用药心得体会。

7.3.1 滋阴清热法

滋阴清热以滋肝肾之阴，清虚热，凉血止血，这是治疗崩漏的大法之一。药用熟地、当归、白芍、干地黄、菟丝子、枸杞子、女贞子、旱莲草、山药、何首乌、阿胶、龟甲、地骨皮等。熟地，甘而微温，滋肾水，补真阴，填骨髓，生精血，补血之上剂；当归，补

血润燥，味辛而动；熟地配当归，一动一静，一散一补，补血养阴，生化有形之血；白芍，补血泻肝敛阴；干地黄，甘苦而寒，补阴凉血，滋阴退阳，生血凉血；菟丝子，性味平和，补肝脾肾三阴，强阴益精，温而不燥且益阴清热；枸杞子，甘平，生精助阳，滋肾益气；女贞子，平补肝肾之精；旱莲草，甘咸，补肾止血；山药，补脾肺，清其虚热；何首乌，苦坚肾，温补肝，甘益血，涩收敛精气，填精益髓，养血去风；阿胶，平补，养肝滋肾，益气补阴；龟甲，甘平，补心益肾，退虚热；地骨皮，甘淡而寒，泻肝肾虚热，能凉血而补正气。据现代药理学：熟地、当归、首乌、枸杞子、阿胶、生地能增加红细胞与血红蛋白，而熟地、当归、白芍、生地还能升血小板。当归能抑制血小板聚集，抗血栓，造血和抗贫血作用，它补血的有效成分是当归多糖，后者对正常或照射致骨髓抑制或贫血小鼠粒——单系祖细胞(CUF-GM)的增殖均有明显的刺激作用，而对外周血小板中无影响，提示其可能通过直接或间接途径激活淋巴细胞和 CUF GM 的增殖与分化而发挥补血作用；枸杞子、何首乌能促进小鼠骨髓造血功能，骨髓粒——单系祖细胞及红系祖细胞数及外周血网织红细胞比例显著增加。

7.3.2 清热凉血法

清热凉血，止血调经，这是针对崩漏实热证的治疗大法。药用黄芩、栀子、生地、大黄、地榆、茜草、丹皮、大小蓟、紫草、苎麻根等。黄芩，苦寒泻中焦实火，除脾家湿热，清热凉血，血不妄行则崩漏自止；栀子，苦寒，泻三焦之火，使三热之郁火下行，从小便出；生地，甘苦大寒，消瘀通经，大黄，大苦大寒，沉降悍利，破血逐瘀，生地与大黄，一补一泻，一开一合，对热扰胞宫夹瘀的崩漏有良效；地榆，苦酸微寒性沉而涩，酸敛止血，入下焦，除血热，以生用为佳，必同醋煎，否则效果不佳；茜草，性味苦寒，入心肝血分，味辛能散，有行气活血，凉血止血，行血化瘀之能，善去瘀，与乌贼骨配伍，一涩一散，一止一行，活血不耗血，止血不留瘀。据现代药理学：茜草有效成分“茜单酸”其对肿瘤化疗后白细胞下降者有提升作用，并能增加骨髓的血流量，增加机体对缺氧的耐受力，提高机体免疫力而对肝肾无毒性作用。且可纠正肝素引起的凝血障碍，具有抗肝素作用。仙鹤草、小蓟、生地能缩短凝血时间，大蓟、槐花、藕节、莲房缩短出血时间。丹皮泻血中伏火，和血凉血而生血，破积血，通经脉；大小蓟甘凉，破血下行，行而带补；小蓟能破瘀生新，保精养血，退热补虚，大蓟凉血解毒之力强。紫草，甘咸寒，入厥阴心包、肝经，凉血活血，其色紫入血，善清血分之热，能行血滞，凉血热，泻热毒，其性平和，凉血不峻，活而不妄，治崩之良药。苎麻根，甘寒而滑，补阴破瘀，解热润燥，鲜用止血效果颇佳；益母草，辛微苦寒，消水行血，去瘀生新。

7.3.3 调肝理气法

疏肝解瘀，凉血止血是对肝郁化热化火的崩漏病人的治疗原则，药用生地、当归、白芍、柴胡、丹皮、香附、郁金、川芎等。生地，甘苦大寒，消瘀通经；当归，入心、肝、脾经，补血润燥，味辛而动，治一切血证阴虚而阳无所附者；白芍，补血泻肝敛阴；柴胡，苦平微寒，能引清气上行，而平少阳、厥阴之邪热；丹皮，泻血中伏火，和血泻血而生血，破积血，通经脉；香附，性平气香，味辛能散，微苦能降，微甘能和，乃血中气药，通行十二经八脉气分，主一切气，利三焦，解六郁，气为血帅，血因气行，气顺则血和畅，能凉血补气，能引血药至气分而生血，此正阳生阴长之义；郁金，辛苦寒，行气解

郁泻血；川芎，辛温升浮，入少阳、厥阴经，乃血中气药，能入冲脉搜风散瘀，能和血行气而通阴阳，治一切血证。

7.3.4 养心健脾法

养心健脾是崩漏病澄源复旧治疗大法之一。药用党参、白术、黄芪、炙草、茯苓、远志、炒枣仁、龙眼肉、大枣等。党参甘平补中益气，和脾胃，除烦渴，据现代药理学：党参能明显增加红细胞数，血红蛋白含量，及因放疗和化疗而下降的白细胞数。党参的水溶性提取物对 ADP 所致血小板聚集有明显的抑制作用。白术，甘补脾，温和中，在血补血，在气补气，生津液；黄芪，甘温，生肌固表，炙用补中，益元气，温三焦，壮脾胃，现代药理学提示：黄芪能促进骨髓造血，促进各类血细胞的生成、发育和成熟过程。甘草，味甘，补脾胃不足，而泻心火，炙用，补三焦元气而散表寒，入和剂则补益，入凉剂则泻邪热，入峻剂则缓正气，入润剂则养阴血；茯苓，补心脾，通行水，宁心益气，调营理卫，生津止渴；远志，补心肾，能通肾气上达于心，强志益肾，补精壮阳；酸枣仁，补而润，宁心敛汗，醒脾，除烦止渴；龙眼肉，补心脾，养心补血；大枣，补脾胃，润心肺，补中益气，升发脾胃升腾之气，调营卫，生津液。

7.3.5 温肾健脾法

温肾健脾药用附子、肉桂、杜仲、川续断、龟甲胶、鹿角胶、山萸肉、菟丝子、艾叶、覆盆子、仙茅、仙灵脾等。附子，辛甘大热纯阳补肾命门之火，通行十二经，无所不至，能以补气药以复散失之元阳，引补血药以滋不足之真阴；肉桂，辛甘大热，入肝肾血分，补命门相火之不足，益阳消阴，又能抑肝风而扶脾土；杜仲，甘温，补肝肾治腰膝酸痛；川续断，益肝肾，补而不滞；龟甲胶、鹿角胶为血肉有形之品，鹿角胶偏于补阳，龟甲胶，偏于滋阴，两胶合力，益精填髓；山萸肉，补肝肾，涩精气，强阴助阳；艾叶，苦辛纯阳之性，通十二经，走三阴，理气血，逐寒湿，暖子宫，止诸血；菟丝子，覆盆子补养经血，强阴益精；仙茅辛热，助命火，益阳道；仙灵脾，辛香甘温，入肝肾，补命门，益精气，坚筋骨。据现代药理学：附子、肉桂能降低或减少正常家兔的全血比粘度，血浆比粘度，红细胞电泳时间，红细胞聚集性等，能降低血液粘滞性，增加血液流动性，加快血流速度，这可能与温阳活血作用有关。

7.3.6 升阳除湿法

升阳除湿是崩漏病复旧的治疗方法之一。药用独活、羌活、苍术、蔓荆子、当归、防风、炙甘草、升麻、藁本、柴胡、黄芪等。独活，辛苦微温，气缓善搜，入足少阴肾经；羌活，辛苦性温气雄而散，入足太阳膀胱以理游风，兼入足少阴厥阴经，泻肝气，搜风，风胜湿，故二活能去湿；防风，辛苦微温，升浮为阳，行脾胃二经，为去风胜湿之要药；苍术，补脾去湿，升阳散郁，能升发胃中阳气，藁本，去风胜湿；蔓荆子，疏散风热；升麻，轻宣升阳，甘辛微苦，入脾、胃二经，为引经药，升发火郁，能升阳气于至阴之下，引苦温之药上行；柴胡，引少阳清气上行；升麻引阳明清气上行；清阳升则浊阴降，气血平和；黄芪，壮脾胃，益元气补中。诸药合用，使脾胃湿热俱除，后天之本固，气血生化有源，气顺血和，则崩漏可望治愈。

7.3.7 活血化瘀法

活血化瘀止血为治疗崩漏的大法之一。药用三七、蒲黄、五灵脂、川芎、丹参、益母

草、莪术、槐花、白茅根、仙鹤草等。三七活血化瘀止血，能止血而不留瘀；蒲黄、五灵脂行血消瘀通经脉。据现代药理学：三七的有效成分人参三醇皂甙 Rg1 能扩张血管，抑制血小板聚集，并使血液粘度降低，具有活血作用，三七的有效成分三七氨酸，具有收缩血管作用，能缩短出、凝血时间，三七还具有类似人参的滋补作用，能调节免疫功能，改善记忆以及促进蛋白质、核酸代谢等。蒲黄能促进血液凝固，体外试验，蒲黄煎剂对人血有促凝血作用，皮下注射蒲黄提取物，能使家兔血小板数增加，凝血酶源时间缩短。川芎，行气活血，去风止痛，为“血中气药”；丹参，去瘀止痛，活血通经，清心除烦；益母草，活血调经，利水消肿，去瘀生新，仙鹤草，收敛止血，二者相辅相成；莪术行气破血，消积止痛；槐花、白茅根，凉血止血。据现代药理学：仙鹤草能增加血小板数目，提高血小板粘附性，聚集性，或促进其伸展伪足，加速血小板内促凝物质释放。槐花，白茅根能改善血管壁功能，降低血管脆性，抑制毛细血管通透性。益母草经实验研究发现，对子宫有明显的兴奋作用，表现为子宫张力增强，收缩幅度增大，节律加快，促进子宫收缩止血。

7.4 专方专药治疗

7.4.1 滋阴凉血类

(1) 牡丹皮汤(《备急千金要方》)

组成：牡丹皮、干地黄、禹余粮、艾叶、龙骨、柏叶、厚朴、白芷、伏龙肝、青竹茹、川芎、地榆、阿胶、芍药。

功用与主治：清经调冲，摄血止崩。用于崩中血盛者。

(2) 青春固冲汤(《黑龙江中医药》)

组成：当归、白芍、女贞子、熟地、菟丝子、旱莲草、血见愁、黄芪、白术、甘草。

功用与主治：补肾固冲，用于青春期崩漏。

加减：血净后，减去血见愁，旱莲草用量减半，加五味子。

临证举例：用本方治疗青春期崩漏 31 例，其中肾阴虚型 17 例，肾阳虚型 7 例，冲任伏热型 3 例，心脾两虚型 4 例。结果：痊愈 26 例，好转 2 例，无效 3 例，总有效率为 90%。

(3) 复方乌贼骨茜草汤(《浙江中医杂志》)

组成：乌贼骨、茜草炭、地榆炭、樗木、蒲黄炭(包煎)、槐花炭、荠菜、马齿苋、生甘草。

功用与主治：清热凉血，化瘀止血。用于妇人崩漏。

加减：气虚者加党参、黄芪；血热者，加生地炭；血瘀者，加煅花蕊石。

临证举例：报道子宫出血 100 例，其中功能性子宫出血 68 例，子宫肌瘤 22 例，慢性附件炎 5 例，慢性子宫肌炎 4 例，慢性子宫内膜炎 1 例。疗效：气虚为主者 39 例，显效 17 例，有效 16 例，无效 6 例；血热为主者 41 例，显效 18 例，有效 17 例，无效 6 例；血瘀为主者 20 例，显效 10 例，有效 10 例。提示血瘀型疗效最佳。此外，68 例功血中，显效 37 例，有效 27 例，无效 4 例；22 例子宫肌瘤中显效 4 例，有效 12 例，无效 6 例；10 例妇科炎症中，显效 4 例，有效 4 例，无效 2 例。提示本方对功能性者优于器质性者。

(4) 宫血灵(《河南中医》)

组成：益母草、贯众炭、生山楂、茜草、炒红花、旱莲草、生地榆、藕节、三七粉(冲)。

功用与主治：凉血止崩。用于妇人崩漏。

临证举例：用本方治疗崩漏 151 例，显效 46 例(30.4%)，有效 91 例(60.3%)，无效 14 例，总有效率达 90.7%。

(5) 凉血地黄汤(《兰室秘藏》)

组成：生地黄、当归尾、黄连、黄柏、知母、蘼本、川芎、升麻、柴胡、羌活、防风、黄芩、炙甘草、细辛、荆芥穗、蔓荆子、红花少许。

功用与主治：养阴清火，祛风止血。用于妇人血崩不止。属肾水阴虚，不能镇守包络相火者。

(6) 解毒四物汤(《丹溪心法附余》)

组成：当归、白芍、熟地黄、川芎、黄连、黄芩、黄柏、栀子。

功用与主治：养血清热。用于妇人冲任血热，经行不止，或如豆汁，五色相杂，面色萎黄，脐腹刺痛，寒热往来，崩漏不止。

7.4.2 补益心脾类

(1) 丁香胶艾汤(《兰室秘藏》)

组成：熟地黄、白芍药、川芎、丁香、阿胶、当归、生艾叶。

功用与主治：养血温经，调气止血。用于崩漏不止。由心气不足，劳役及饮食不节所致。其脉两尺俱弦紧洪，按之无力，自觉脐下如冰，求厚衣被以御其寒，白带、白滑之物多，间有屋漏水样物，时有鲜血，右尺脉时微洪。

(2) 断红汤(《中医杂志》)

组成：红参(或党参)、熟地、乌贼骨、当归、阿胶(烊化)、制香附、参三七末(冲服)、血竭末、蚤休、炮姜炭、艾叶炭。

功用与主治：补气养血，固冲止血。用于妇人崩漏。

加减：脾肾阳虚，加淫羊藿、吴茱萸、肉桂；肝肾阴虚，去炮姜炭，艾叶炭，加生地、旱莲草、茜草、龟甲(先煎)；气虚夹瘀，加泽兰、益母草、焦山楂；瘀甚，可加红花、失笑散；虚热较甚，可加地骨皮、银柴胡、丹皮。

临证举例：用本方加减治疗妇女崩漏 100 例，痊愈 64 例，有效 19 例，好转 10 例，无效 7 例。

(3) 升阳除湿汤(《兰室秘藏》)

组成：当归(酒洗)、独活、蔓荆子、防风、炙甘草、升麻、蘼本、柴胡、羌活、苍术、黄芪。

功用与主治：散风除湿，益脾升阳。用于饮食劳倦，心火乘脾，漏下恶血，月经不调，或暴崩不止，多下水浆之物，怠惰嗜卧，四肢不收，困倦乏力，气短气逆，脉缓而弦急，按之洪大。

(4) 参茜童便饮(《四川中医》)

组成：党参、茜草、童便。

功用与主治：补气化瘀，清热止血。用于妇人崩漏。

临证举例：用本方随证加减治疗崩漏 266 例，年龄 14~45 岁，已婚者 244 例，未婚者 22 例，病程 16~185 天。结果：痊愈 254 例，占 95.4%；有效 10 例，占 3.76%；无效 2

例,占0.75%。

(5) 补中益气汤(《脾胃论》)

组成:黄芪、炙甘草、人参、当归身(酒焙干或晒干)、陈皮(不去白)、升麻、柴胡、白术。

功用与主治:补中益气,升阳举陷。用于脾胃气虚,少气懒言,四肢无力,困倦少食,饮食乏味,不耐劳累,动则气短;或气虚发热,气亏而喘,身热而烦,渴喜热饮,其脉洪大,按之无力。

临证举例:用本方加大剂量,酌情加减(黄芪30~50g,红参10~15g,白术15~20g,当归、阿胶、龟甲胶、鹿角胶各15g,熟地、白芍各20g,棕榈炭30g,升麻7.5g)治疗崩漏26例。其中崩中者8例,服药3~10剂后皆痊愈;漏下者18例,服3~20剂后痊愈14例,有效3例,无效1例。

(6) 固冲汤(《医学衷中参西录》)

组成:炒白术、生黄芪、煅龙骨(为细末)、煅牡蛎(为细末)、山萸肉、生白芍、海螵蛸(为细末)、茜草、陈棕炭。

功用与主治:益气健脾,固冲摄血。用于妇人冲脉不固,血崩,或月经过多,色淡质稀,心悸气短,舌淡,脉细弱或虚大者。现用于功能性子宫出血属气虚者。

加减:脉象有热者,加大生地30g;凉者,加附子9g。

7.4.3 调肝固冲类

(1) 益气固冲止崩汤(《陕西中医》)

组成:黄芪、白术、醋柴胡、陈皮炭、仙鹤草、甘草、党参、芥穗炭、当归、炒川断、升麻。

功用与主治:益气固冲止崩。

加减:若出血量多,加血余炭、棕炭各10g,乌梅炭5g;气虚,党参易红参;血虚,加生地炭20g,阿胶10g(烊化);血热,加丹皮,炒黄芩,焦栀子各10g;血瘀,加蒲黄炭、茜草各10g;气郁,加香附15g,藕节20g,莲房炭10g;兼心悸者,加炒枣仁、炒远志、桂圆肉各15g;腹痛,加乌药、元胡各10g;凡诸证出血量多,日久不愈者,均可加三七末5g(冲服),海螵蛸、白及各10g,鹿角霜20g。

临证举例:用本方治疗崩漏290例,年龄15~45岁,病程17天~6个月。

治疗结果:痊愈286例,有效3例,无效1例。

(2) 开郁四物汤(《医学正传》)

组成:香附、当归身、白芍(酒炒)、熟地黄、川芎、黄芪、蒲黄、地榆、人参、白术、升麻。

功用与主治:补气摄血,理气调经。用于崩漏脾虚肝郁者。

加减:崩漏较甚者,加陈棕炭(为末)酒调服。

(3) 当归芍药散(《中医杂志》)

组成:当归、芍药、川芎、茯苓、白术、泽泻。

功用与主治:用于功血属肝郁脾虚者。

临证举例:本方治疗功血83例,其中有排卵者36例,无排卵者47例;属血瘀气滞

者 29 例, 气血两虚者 16 例, 两型兼见者 38 例; 兼寒证者 9 例, 兼热证者 13 例, 无明显寒热兼证者 61 例。每服 3g, 1 日 2 次, 疗程 3~6 个月。结果: 痊愈 12 例, 基本痊愈 20 例, 显效 26 例, 有效 18 例, 无效 7 例。显效以上为 69.9%, 有效率为 91.6%。气血辨证三型疗效无明显差异, 寒热辨证以无明显寒热兼证为最佳, 无排卵治愈率明显高于有排卵型。对月经周期延长或缩短, 经期延长, 经量增多均有效, 以经期延长疗效为最佳, 单纯经量增多为最差。

实验研究: ①抗贫血作用《中药通报》(1957, 1:42): 本方有明显抗贫血作用。各组成生药及混合制剂中均含有叶酸、复合叶酸、烟酸碱及维生素 H 等抗贫血成分, 其中以当归、川芎、芍药含量最高。②对微循环和血液流变性的影响, 《中医杂志》(1983, 6:425): 临床证实, 功血患者有甲皱微循环异常, 表现为管袢轮廓模糊出现率及异形管袢等增加, 微血流速度变慢, 血流态呈断线、虚线等异常表现, 血细胞聚集等。气血两虚型管袢轮廓模糊出现率显著高于气滞血瘀型, 而管袢数目明显少于气滞血瘀型。报道的 83 例经用本方治疗后可见多项指标, 均获明显改善, 唯异形管袢及管袢瘀血无明显改变。改善表现为: 红细胞电泳时间明显缩短, 血浆比粘度和血浆渗透压明显下降; 对血球压积和全血比粘度则呈双相性影响。治疗前气滞血瘀型后 2 项指标最高, 气血两虚最低, 治疗后分别超于正常。

(4) 当归汤(《备急千金要方》)

组成: 当归、川芎、黄芩、芍药、甘草、生竹茹。

功用与主治: 和血清热。用于崩中下血, 虚劳羸瘦。

宜忌: 忌劳累、嗔怒、禁百日房事。始病用之为宜, 久病羸虚则非此方可治。

(5) 养血汤(《竹林女科证治》)

组成: 当归(酒洗)、白芍、白术(蜜炙)、茯苓、制香附、青皮、柴胡、炙甘草。

功用与主治: 平肝养血。用于大怒所致之崩漏。

7.4.4 补肾固冲类

(1) 固冲汤(《北京中医学院学报》)

组成: 熟地、山萸肉、黄芪、白术、白芍、龙骨、牡蛎、乌贼骨、五倍子、茜草、仙鹤草、侧柏叶。

功用与主治: 补肾固冲, 收敛止血。用于功能性子宫出血。

加减: 劳伤, 加红参、三七、鹿角霜; 虚寒, 加附片、炮姜、艾叶; 虚热, 加生地、丹皮、旱莲草; 血瘀, 加蒲黄、赤芍、当归。

临证举例: 本方加减治疗功能性子宫出血 50 例, 结果痊愈 34 例, 显效 13 例, 有效 3 例。

(2) 补先汤(《四川中医》)

组成: 鹿角胶、龟甲胶、杜仲炭、熟地黄、山药、当归、山萸肉、枸杞子、菟丝子、血余炭、河车粉冲服。

功用与主治: 固精补肾, 固冲止血。用于青春期功血。

临证举例: 本方加减治疗功能性子宫出血 105 例, 结果痊愈 103 例, 好转 1 例, 无效 1 例。

(3) 龟鹿补冲汤(《中医妇科治疗学》)

组成：党参、乌贼骨、黄芪、鹿角胶。

功用与主治：补肾益气，固冲止血。用于劳伤冲任，肾气不固，致生崩漏，骤然下血，先红后淡，面色苍白，气短神疲，舌淡苔薄，脉大而虚。

加减：腹痛，加三七 1.5~3g。

(4) 鹿红汤(《福建中医药》)

组成：鹿角霜、阿胶、红花、当归。

功用与主治：补肾养血，固崩止漏。用于妇人崩漏。

加减：血虚者，加红参、熟地；寒者，加炮姜；气虚者，加红参、黄芪；血热者，加丹参、地榆。

临证举例：用本方治疗崩漏 31 例，年龄为 24~41 岁，病程 5 天~4 月。疗效：服 1 剂痊愈者 8 例，2 剂痊愈者 14 例，3 剂治愈者 7 例，配合西药治愈者 2 例。

(5) 固肾调经汤(《浙江中医学院学报》)

组成：黄芪、巴戟天(或仙茅)、川断(或补骨脂)、当归、白芍、熟地、侧柏叶炭、炒艾叶炭。

功用与主治：固精补肾，养血止血。用于卵巢功能失调性子宫出血。

临证举例：本方加减治疗 36 例，年龄 20~45 岁，出血天数 10~70 天。治疗结果：治愈 35 例，无效 1 例。

(6) 当归内补丸(《北京市中药成方选集》)

组成：熟地、茯苓、当归、黄芪、川芎、白芍、肉苁蓉、炒白术、肉桂、甘草。

功用与主治：补气和营，调经养血。用于失血崩漏，月经不准，腰酸腿痛，身体瘦弱。

7.4.5 补肝肾益冲任类

(1) 调理冲任汤(《中西医结合杂志》)

组成：女贞子、旱莲草、桑寄生、川断、菟丝子、枸杞子、巴戟天、肉苁蓉、炒山药。

功用与主治：调理冲任，滋肾养阴。用于功能性子宫出血。

加减：口苦咽干，目眩易怒者，加柴胡、黄芩；便血紫黑有块，舌有瘀点者，加生蒲黄、五灵脂；心烦失眠、烦热者，加黄连、肉桂。

临证举例：用本方治疗功能性子宫出血 436 例，结果：服药 2 剂血止者 106 例，4 剂血止者 144 例，6 剂血止者 82 例，8 剂血止者 42 例，10 剂血止者 18 例，无效者 44 例，总有效率为 89.91%，建立正常月经周期 317 例，复发者占 119 例，继以调理冲任汤血止，又建立正常月经周期者 35 例，无效者 84 例，总有效率达 80.73%。

(2) 安冲汤(《陕西中医》)

组成：黄芪、生地、阿胶、白术、茜草、白芍、川断、乌贼骨、生龙牡、炒蒲黄、五倍子、血余炭、参三七。

功用与主治：益气补精，养血止血，用于功能性子宫出血。

加减：气虚加党参、重用黄芪；血虚加当归，生地易熟地；阴虚加龟甲、女贞子、旱莲草；阳虚加附子、肉桂、仙茅；脾虚加山药、扁豆；肾虚加菟丝子、桑寄生、巴戟天；肝虚加山萸肉、枸杞子、制首乌。

临证举例：用本方治疗崩漏 154 例，治愈 75 例，显效 25 例，好转 53 例，无效 1 例。

总有效率为 99.4%。

(3) 桑耳散(《太平圣惠方》)

组成：桑耳(微炙)、熟干地黄、阿胶(炒令黄燥)、茜草根。

功用与主治：养血止血，用于崩漏，下血不止，日渐虚困黄瘦。

(4) 乌鸡丸(《景岳全书》)

组成：熟地、当归、白术、山药、山茱萸、枣肉、柿饼、莲肉、蜜炙黄芪、鹿角胶、狗脊、杜仲、枸杞子、莲须、香附、阿胶、川芎、乌药。

功用与主治：养血补精，温肾种子。用于妇人羸弱，血虚有热，经水不调，崩漏不调，崩漏带下，骨蒸潮热，不能成胎。

(5) 益气固肾汤(《陕西中医》)

组成：黄芪、旱莲草、女贞子、生地、熟地、覆盆子、白芍、炒荆芥、升麻。

功用与主治：益气固肾止崩，用于崩漏。

加减：腰痛者，加炒川断；出血久者加乌贼骨、五倍子；血色污浊者，加马齿苋；瘀甚者，加炒蒲黄；出血量多者，加炒贯众、三七粉(冲服)；头晕心悸，眠差者，加首乌、合欢皮或酸枣仁。

临证举例：用本方治疗崩漏 214 例，年龄 12~52 岁，其中功能性子宫出血 153 例，人流后子宫内膜炎 34 例，放环后月经失调 21 例，子宫肌瘤 6 例。治疗结果：治愈 194 例，好转 20 例，总有效率 100%。

7.4.6 化瘀止血类

(1) 白药(为云南草医曲焕章所创之秘方，又名：云南白药、百宝丹)

组成：处方保密。有市售成药。

用法：散剂，每瓶 4g，内有保险子 1 粒。每服 0.2~0.5g，1 日 2~3 次。胶囊剂，每服 1 粒，1 日 2 次。

功用与主治：活血止血，用于崩漏、月经过多、产后腹痛等。

临证举例：a.《哈尔滨中医》(1959, 11:28)：报告 105 例，其中功血 42 例，有效 40 例；其余月经过多 18 例，更年期子宫出血 8 例，刮宫(或流产)后出血 8 例，宫颈糜烂出血 4 例，子宫肌瘤出血 3 例，均获痊愈。另有痛经 6 例，产后子宫复旧不全 3 例，疗效亦佳。b.《中华妇产科杂志》(1959, 3:191)：用本品治疗妇产科疾病 70 例，对其中的功能性子宫出血疗效较佳，一般服药 3~4 天后出血显著减少，平均 5、6 天完全止血。于阴道或子宫切除、会阴修补术等妇科手术前使用，可显著减少术中出血量。

附：本品疗效甚佳，但必须掌握剂量，不宜超过 0.5g/次，否则会产生毒副反应。据大量报道，每次服用 2.5g 以上者极易引起中毒，中毒多于服后 20~30 分钟出现，主要症状为：头晕眼花，恶心呕吐，口、舌、四肢乃至全身麻木，心率失常，血压异常，甚则休克。此外，尚有过敏反应，局部刺激(如咽炎、会厌水肿)等不良反应的报道。

(2) 桃红四物汤(《湖南中医杂志》)

组成：当归、熟地、川芎、白芍、桃仁、红花。

功用与主治：养血活血止血。用于血虚有瘀崩漏者。

加减：血多者加茜草、海螵蛸。

临证举例：用本方加减治疗崩漏 345 例，痊愈 186 例，好转 128 例，无效 31 例，总有效率 91%。

(3) 丹参酒(《备急千金要方》)

组成：丹参、艾叶、熟地黄、金银花、地榆。

功用与主治：调和气血。用于妇人崩漏下血。

(4) 四仙丸(《普济方》)

组成：桃仁(去皮、尖)、当归、大黄(醋浸、炙)、水蛭(石灰、炒)。

功用与主治：祛瘀清热。用于妇人崩中，内有瘀血，小腹急满痛者。

7.4.7 清热利湿化瘀止血类

(1) 梔子霜汤(《中医杂志》)

组成：炒梔子、鸡血藤、益母草、白茅根、红花炭、鹿角霜、川楝子炭、生甘草。

功用与主治：养血固冲，益肾清热。用于青春期崩漏。

加减：脾气虚，加党参、黄芪；瘀血症状明显，加三棱、莪术、海螵蛸；平时出血量少，伴带下量多，夹有湿热现象者，加黄柏、墓头回、丹皮、赤芍；伴见发热者，加银花、蒲公英、败酱草；肾虚明显者，加女贞子、菟丝子、淫羊藿。

临证举例：用本方治疗青春期崩漏 86 例，出血时每日 1 剂，出血停止后去红花炭，加逐瘀清热药，如三棱、莪术、黄柏、墓头回、淫羊藿、女贞子等。治疗结果：治愈 74 例(86%)，好转 6 例(7%)，无效 6 例(7%)。其中 12~15 岁年龄组疗效最好。

(2) 茵陈蒿汤(《伤寒论》)

组成：茵陈蒿、山梔子、大黄。

功用与主治：清热利湿。用于湿热内蕴，瘀血阻滞，新血不得归经之崩漏。

临证举例：《河南中医》(1981, 1:45)：袁某，女，70 岁。突然下血不止 10 余日，病渐加重。诊见面色不华，下血鲜红，淋漓不断，饮食不佳，大便干结，小便短赤，舌暗红，苔黄，脉沉涩。证属湿热内蕴。治宜清热利湿。茵陈 6g，炒梔子 10g，大黄 10g，生甘草 3g。煎服 14 剂而愈，至今未发。

(3) 乌茜汤(《中医杂志》)

组成：煅乌贼骨、茜草炭、地榆炭、榧木、蒲黄炭(色煎)、槐花炭、荠菜、马齿苋、生甘草。

功用与主治：凉血散瘀，固摄止血。用于崩漏。

加减：气虚者，加党参、黄芪；血热者，加生地黄炭；血瘀者，加煅花蕊石。

临证举例：用本方治疗崩漏 140 例，显效 64 例，有效 53 例，无效 23 例，总有效率 83.6%。

(4) 车前汤(《圣济总录》)

组成：车前子、淡竹叶、黄芩、阿胶(炙燥，杵碎)、生地黄。

用法：除阿胶外，余为粗末。以水 300ml，煎至 150ml，下阿胶搅拌，顿腹。

功用与主治：清热凉血。用于经血暴下，兼带下。

7.4.8 补气摄血类

(1) 固本止崩汤(《辽宁中医杂志》)

组成：熟地、黄芪、焦术、党参、山药、海螵蛸、牡蛎、茜草、陈皮、阿胶、升麻。

功用与主治：大补气血，温脾止崩。用于妇人虚火血崩，两目昏暗，昏晕在地，不省人事。

临证举例：用本方加减治疗 112 例崩漏患者，痊愈 107 例，无效 5 例，总有效率 95.5%。

(2) 益胃升阳汤(《兰室秘藏》卷中)

组成：黄芪、人参、甘草、当归身、陈皮、升麻、柴胡、生黄芩、白术、炒神曲。

功用与主治：大补气血，滋补脾胃。用于血崩。

加减：腹痛，加炒芍药；口渴，加葛根。

(3) 举元煎(《湖北中医杂志》)

组成：人参、炙黄芪、炙甘草、炒升麻、炒白术。

功用与主治：补气升提。用于气虚下陷之血崩血脱，妊娠小便不通等。

加减：出血量多，色鲜红者，加生地、丹皮、地榆炭、贯仲炭、黄芩炭；血色黯红挟血块，伴小腹胀痛者加益母草、三七粉、枳壳、茜草；量多色淡质稀，伴头晕、气短懒言者加重黄芪剂量，加人参；伴腰酸者加川断、桑寄生、菟丝子、枸杞；伴畏寒肢冷者加艾叶炭、炒川断、乌贼骨、炮姜炭；伴五心烦热、两颧发红者去党参加太子参、地骨皮、阿胶。本方一般合用二至丸(女贞子、旱莲草)加山药。

临证举例：用本方加减治疗 41 例崩漏病人，痊愈 30 例，显效 6 例，好转 3 例，无效 2 例。

(4) 独参汤(《医方类聚》)

组成：大人参

功用与主治：补气固脱。用于崩漏失血后，气血俱虚，面色苍白，恶寒发热，手足清冷，自汗或出冷汗，脉微细欲绝者。

7.5 针灸疗法

针灸疗法包括针刺法与灸法两部分，它们都是通过对经络、腧穴的刺激，以调节人体气血阴阳，达到扶正祛邪，治愈疾病的目的。针灸疗法特别是针刺疗法，对于提高本病的临床疗效，有明显的效果。

7.5.1 分型论治

7.5.1.1 阴虚血热

处方：然谷、阴谷、气海、三阴交、隐白、血海，取任脉、足少阴、足太阴经穴为主。

刺灸法：然谷、阴谷、血海行补法。其余三穴行平补平泻法。

方义：然谷为肾经荥穴，阴谷为肾经合穴，二穴相伍能滋阴清热，调理经血；血海为脾经腧穴，可泄血中之热以止血；隐白为脾经井穴，是治崩漏的常用有效穴，气海乃任脉经穴，伍以三阴交可调固冲任以制约经血妄行；诸穴相伍，以达滋阴清热、凉血固冲之效。壮水则热自消，血海宁则经血自止。

7.5.1.2 阳盛实热

处方：血海、隐白、三阴交、中极、断红穴、曲池，取任脉、足太阴经穴为主。

刺灸法：针刺用泻法，隐白可浅刺 0.1~0.2 寸或用三棱针点刺放血数滴。

方义：血海为脾经腧穴，可清泄血中伏热。隐白为脾经井穴，是治疗崩漏的常用有效穴；断红穴为经外奇穴，是治疗崩漏的经验效穴。配大肠经曲池清泄热邪、热清则血海自宁、经血可止；再配以三阴交和任脉中极以调固冲任、制约经血妄行。诸穴合用，可达清泄血热、固冲止血之功。

7.5.1.3 肝郁血热

处方：太冲、大敦、气海、三阴交、隐白。取足厥阴、足太阴经穴为主。

刺灸法：针刺用泻法，大敦、隐白毫针浅刺1~2分，或用三棱针点刺放血。

方义：太冲为肝经输原穴，可疏肝理气，大敦为肝经井穴，可清肝凉血，隐白为脾经井穴，为治疗崩漏的常用效穴，气海伍三阴交，可调理冲任，固冲止血。诸穴相配，肝气得疏，血热得清，冲任得固，经血自止。

7.5.1.4 湿热

处方：阴陵泉、中极、隐白、三阴交、次髎，取任脉、足太阴经穴为主。

刺灸法：针刺行泻法，隐白浅刺1~2分或用三棱针点刺放血。不宜灸。

方义：阴陵泉为脾经合穴，可清利湿热；中极配三阴交清利下焦湿热而调理冲任，以制约经血妄行；脾经井穴隐白为治崩漏之效穴；再配次髎清利湿热而止带。诸穴相配，湿热清则胞脉宁，冲任得理可经血自止。

7.5.1.5 脾虚

处方：关元、气海、脾俞、足三里、隐白、三阴交，取任脉、足太阴经穴为主。

刺灸法：针刺行补法，并用灸法。隐白施悬灸或艾炷灸。

方义：气海、关元为任脉经穴，能调补冲任，重灸可补气摄血，三阴交功通三阴，可调补三阴而益气固冲，隐白为脾经井穴，重灸可益气摄血，脾俞、足三里施以补(灸)法，可健脾益气，脾气健则经血有所统。诸穴施予补法则脾气健，冲任固而崩漏之疾可愈。

7.5.1.6 肾气虚

处方：关元、气海、三阴交、隐白、肾俞、交信，取任脉、足少阴、足太阴经穴为主。

刺灸法：针刺用补法，并用灸法。

方义：关元为任脉经穴，又是足三阴之会，三阴交为足三阴之交会穴，二穴相配，能调补肾、肝、脾三经以调固冲任，促使肾复封藏与施泄、脾复统血、摄血，肝复藏血与调节血量之职；气海补益元气，交信为肾经腧穴，肾俞为肾经之背俞穴，二穴施补可增强肾气的封藏作用。隐白为治崩效穴。诸穴相伍可收补元气，固冲任，摄经血之效。

7.5.1.7 肾阴虚

处方：然谷、阴谷、关元、气海、隐白、肾俞，取任脉、足少阴、足太阴经穴为主。

刺灸法：针刺行补法，不宜灸。

方义：然谷为肾经荥穴，阴谷为肾经合穴，二穴合用可滋肾益阴，宁冲止血。关元为足三阴之会，能益阴固冲；气海伍肾俞，可补益肾气(阳中求阴之意)；隐白为治崩效穴。诸穴相配，可收滋肾益阴宁冲止血之效。

7.5.1.8 肾阳虚

处方：命门、百会、复溜、关元、肾俞、隐白，取任脉、足少阴、足太阳经穴为主。

刺灸法：针刺行补法，并重灸法。

方义：命门、百会为督脉经穴。督脉总督一身之阳。温补二穴可峻补元阳和升提阳气，固崩止漏。复溜为足少阴经穴，灸之以助命门补益肾阳。关元、肾俞合用，可补益肾气，调固冲任；隐白为治崩之常用穴。诸穴合施，以达温补肾阳，调经固冲，止血的目的。

7.5.1.9 阴阳俱虚

处方：命门、百会、然谷、阴谷、关元、三阴交、隐白，取督脉、足少阴、足太阴经穴为主。

刺灸法：针刺施补法，并用灸法。

方义：命门、百会合用，温补肾阳。然谷、阴谷并施，滋肾益阴；关元、三阴交调固冲任，摄经止血；伍以隐白治崩要穴。诸穴相伍，可达滋阴补阳，固冲止血之效。

7.5.2 其它疗法

7.5.2.1 耳针

选穴：子宫、内分泌、神门、皮质下、肾、肝、脾。

操作：每次选2~4穴，毫针中等强度刺激、留针30~60分钟。也可耳穴压丸或埋针。

7.5.2.2 耳穴注射疗法

选穴：子宫、膈、脾。

操作：双耳常规消毒，用5号针头，每穴各注射维生素K₃0.1ml，每日1次，连续注射3次。

7.5.2.3 点刺井穴疗法

操作：用酒精常规消毒穴位附近皮肤，并在穴后1.5cm处用线缠紧，再将消毒后的三棱针尖对准穴位迅速点刺，深约1mm，随即退出，以出血2、3滴为度。每日或隔日1次，一般1~3次获愈。

7.5.2.4 皮肤针

取穴：出血期叩打小腿内侧、腰骶部、带脉区、颈动脉区、百会。出血期一般不宜叩打腹股沟和下腹部；出血停止后，叩带脉区、下腹部、腹股沟、中脘、胸椎7~12，腰骶部、小腿内侧、大椎。

操作：中等强度刺激，每日1次，7~10次为一疗程。

7.6 西医治疗撮要

崩漏相当于西医的无排卵功能性子宫出血病。对单纯由于内分泌失调引起的功能失调性子宫出血患者的治疗，有排卵型与无排卵型应加以区别。在治疗过程中，又需按当时的出血量，时间，与上次出血时间的关系，以及病人的体质考虑用药的种类和剂量。患者体质往往较差，呈贫血貌，应加强营养，改善全身情况，可补充铁剂，维生素C和蛋白质，贫血严重者尚需输血。出血期间避免过度疲劳和剧烈运动，保证充分的休息。流血时间长者给予抗生素预防感染，适当应用凝血药物以减少出血量。另外，尚需提高患者对本病的认识，以使其积极配合治疗。治疗可分阶段进行，对青春期少女应以止血和调整周期为主；对青、中年患者以达到排卵为目标，无论其对当时的生育功能是否重要，排卵标志着卵巢功能的恢复，恢复排卵往往可以避免复发，或减少复发的机会；更年期妇女则在于快速止血，预防复发，并使之顺利进入绝经期。无排卵功血的治疗如下：

7.6.1 止血法 无排卵功血的出血机理是由于增生的子宫内膜脱落不全,因此,止血的原则是使内膜脱落干净。止血的方法有刮宫,孕激素内膜脱落法,雌激素内脱生长法,合成孕激素内膜萎缩法。在未发现药物刮宫之前,止血的方法是刮宫,用机械的方法将增生的内膜刮去,有时不能将增生的内脱刮净,术后继续出血。在发现药物刮宫后,在很多情况下取代了机械刮宫法。药物刮宫法(即孕激素内膜脱落法)是用黄体酮将增生的子宫内膜改变为分泌期,停药后一般2~3天内膜开始脱落出血,一周内出血停止,亦称为撤退性出血。黄体酮撤退性出血的缺点是出血较多,尤其是第一次使用,出血多时血红蛋白可下降2~3g,弥补这一缺点可在用黄体酮同时加用睾酮以减少出血量。在没有其他并发症如炎症或脱瘤等时,用黄体酮加丙酸睾酮撤退止血成功率可达98%。若出血不止应酌情检查血小板及凝血功能,给予止血敏5~10g置入5%葡萄糖水500~1000ml内静脉滴注,甚至补充血小板或新鲜冻干血浆。血止后2~3天可逐渐将雌激素减量。内膜萎缩法止血用于育龄或更年期患者伴有重度贫血且已除外宫腔恶性病变者。所用合成孕激素剂量应大,连用20天,若有突破性出血可配伍小量雌激素如己烯雌酚0.1mg/日。

7.6.2 调整周期法 一般采用性激素按时撤药性出血方法以引起子宫内膜的周期性变化,特别是用雌、孕激素顺序疗法可以有类似正常月经周期的内膜变化。同时在停药后可能出现反跳性排卵。对于青春期或生育年龄卵巢功能较低下、子宫偏小者,用雌、孕激素人工周期顺序疗法。己烯雌酚1mg/d×22天,在后10天加安宫黄体酮(口服)8~10mg/d。对于生育年龄,雌激素水平偏高、子宫内膜较厚或子宫较饱满者,用雌、孕激素合并疗法。复方甲地孕酮片每晚1片,连服22天。对于腺瘤性子宫内膜增生过长者用较大量的全周期孕激素治疗。氯地孕酮10~12mg/d,连服22天,共3疗程后复查内膜。

7.6.3 促排卵 促排卵是治疗无排卵功血的关键步骤。止血是治标,恢复排卵是治本。自从国家生产了氯蔗酚胺以来,用于青春期功血诱导排卵,成功率为65.8%,能控制周期但仍无排卵者为15.4%,无效约20%。用法是于撤退性出血第5天开始,每晚服50mg,连服5天,可诱发排卵。如用药一疗程仍无排卵,可于周期末加用黄停酮20mg,每天1次,连用3天。下周期可重复治疗,也可增大剂量为每天100mg。该药不宜长时间连续应用以免发生卵巢过度刺激综合征。对于卵泡发育尚佳,有一定雌激素水平者,用绒毛膜促性腺激素(HCG)中期促排卵。于月经周期第16~18天仍无排卵征象者,可肌肉注射HCG 5000~10000U 1~2天。如无排卵征象亦应于后期用雌、孕激素10天,引起撤退性出血,以免复发不规则出血。

7.6.4 绝经期妇女无排卵功血的治疗 绝经期妇女的卵巢功能逐渐衰退,先是黄体功能不足,以后无排卵。据统计,45岁以后,约25%的月经是无排卵的。部分无排卵周期表现为无排卵月经,而部分周期表现为无排卵功血。治疗目的主要是止血。对年龄45~50岁,卵巢功能中度不健全,雌激素呈中~高度影响。用雄—孕激素周期治疗。2~3个疗程后,可单用雄激素治疗,用甲基睾丸素每晚含服5~10mg,连服3个月到半年。对年龄50~55岁,子宫内膜呈过度增生,严重者呈不典型增生,为无对抗性雌激素影响。在严密观察下用高效大剂量合成孕激素治疗,如安宫黄体酮或醋酸甲地孕酮,每天30~40mg,必要时还可增加剂量,连用3个月后复查,如不典型增生内膜仍继续存在时,行子宫摘除术较为稳妥。绝经前期是由排卵月经过度到无排卵而最后卵泡停止发育到月经停

止。这过渡时期有时可长达数年，若反复出血而影响工作与健康亦可考虑手术切除子宫。在治疗更年期功血之前，均应先行诊断性刮宫，以排除器质性尤其是恶性病变后，方可按功血治疗，因为更年期前后是恶性肿瘤的好发年龄。

8 疗效评定标准

痊愈：控制出血后，连续3个月经周期、经期、血量均正常，自觉症状消失，血色素在10g以上。能恢复正常排卵，黄体期不少于12天，或更年期妇女血止后绝经者。

显效：控制出血后，月经周期、血量基本正常，但经期仍较长(7天以上，10天以下)，自觉症状基本消失，血色素在10g以上者。

有效：月经周期、经期、部分自觉症状得到明显改善，血量减少，血色素在8g以上者。

无效：以上各项均无改善者。

9 食 疗

崩漏病人体质往往较差，呈贫血貌，应加强营养，改善体质，增强抗病能力。药膳，能将药物治疗和食品保健结合起来，通过膳食中的药物成分自然消化吸收，达到保健强身，防病祛病，滋补益寿的目的。崩漏病的食疗方法有：

(1) 猪肚1个，洗净。莲子500g，浸泡后去皮心。把莲子纳入猪肚，并将两端扎紧，然后投入锅中用水煮熟，食时咸甜随意。每剂分5天服食为1疗程。

(2) 将乌骨鸡肉100g洗净，切成小块；加冬虫夏草15g、山药40g，调料适量，加水共煮，待肉熟，饮汤食肉。每日1剂，5天为1疗程。

(3) 桂圆肉30g，红枣15g，洗净，置入锅内加水500ml，煮沸后投入砂糖50g，文火煮熟，分2~3次服用。日1剂，7天为1疗程。

(4) 红枣250g，红糖125g，人参5g，三味一起煎水服。每天1剂，连服数天。

(5) 木耳15~30g，炒至见烟为度，加血余炭10g，共研细末，每次服6~10g，温开水或淡醋送下。

(6) 乌梅30g，麦门冬15g，加水煎汤，徐徐服用。

(7) 柿叶9g，侧柏叶9g，黄芩9g，研为细末，每次3g，温开水送服。

(8) 荠菜花30~45g，生地15g。水煎服，每天1次，连服3~5天。

(9) 白茅根15g，老丝瓜9g，旱莲草9g，煎水代茶饮。每天1剂，连服4~5天。

(10) 木耳15g，藕节30g，冰糖15g，猪肉(瘦)100g，四味放入砂锅内，加水炖熟后服食。每天1剂，分2次服用，连服5~7次。

(11) 山楂片(去核)500g，60度白酒300ml。将山楂片放入细口瓶内再加白酒，密封瓶口，每天振摇1次，1周后饮用。每天2次，每次10ml，连服数天。

(12) 益母草30~60g，延胡索20g，鸡蛋2个。加水同煮，鸡蛋熟后去壳取蛋再煮片刻，去药渣，吃蛋饮汤。每天1次，连服5~7天。

(13) 首乌10~30g(布包)，大米(或小米)100g。放沙锅内共煮粥。每天1剂，供早、晚餐服食。

(14) 芝麻15g，大米100g。将芝麻用水淘净，轻微炒黄后研成泥状，加大米煮粥。每

天1剂,供早餐食用。

(15) 黄精 15~30g, 山药 100~200g, 鸡一只或半只。将鸡洗净切块, 同上药放入盘中, 隔水炖熟, 调味服食。分两次食用, 隔天1剂, 连服数剂。

(16) 小蓟(全草)、益母草各 60g, 加水煎汤, 去渣再煎至浓稠服。

(17) 新鲜生地黄适量, 洗净后切段, 每次榨取生地汁约 50ml; 或用干地黄 60g, 煎取药汁。先用粳米加水煮粥, 煮沸后加入地黄汁和生姜, 煮成稀粥食用。

【近代研究】

1 理论研究

1.1 病名与范围

关于崩漏的病名及其概念范围,主要有两种不同意见。其一认为崩漏应泛指各种原因引起的非月经期的子宫出血,包括了性腺轴功能失调、生殖系统炎症、肿瘤、外伤等所导致的不正常子宫出血。此种观点,主要依据《诸病源候论·崩中漏下候》中有关该病的论述,“血非时而下,淋漓不断,谓之漏下”,“忽然暴下,谓之崩中”。另一种意见则认为崩漏是专指功能失调性子宫出血病,其理论依据为《景岳全书·妇人规》中“崩漏不止,经乱之甚者也”的理论。后者为近代医家广泛接受,如《中医妇科学》中谓:“根据历代医籍记载及临床实践,认定崩漏在月经疾病范围内论述,至于其他病证所致的似崩似漏的下血证,在有关内容中交待,不属本病范畴。”(高等中医院校教学参考丛书 人民卫生出版社 1988)。

功能失调性子宫出血(简称功血)是由于调节生殖的神经内分泌机制失常引起的异常子宫出血,而全身及内外生殖器官无器质性病变存在的一种妇科常见疾病,分为排卵性月经失调和无排卵性功能失调性子宫出血两类。其中无排卵性功血患者可有各种不同的临床表现,常见症状是子宫不规则出血,特征为月经周期紊乱,经期长短不一,出血量时多时少,甚至大量出血,而排卵性月经失调则常表现为月经周期缩短,月经频发。依据其症状表现,前者可归于“崩漏”范畴,后者则应归于“月经先期”范畴;反之有的月经紊乱临床表现虽符合崩漏,但并无卵巢功能失调依据,又未发现器质性改变者,亦属于“崩漏”范畴。因此不能将“功血”与“崩漏”完全等同起来。然而现代医家多将功血归于崩漏范围进行探讨,将辨病与辨证相结合进行研究,以期收到更好的临床疗效。

1.2 病因病机

现代医家对崩漏病因病机的研究,尚未能取得完全一致的认识。如胡玉荃等认为崩漏病因较多,有血热、气虚、血瘀、肾虚之别^[1];姜云功认为本病病因有肾气未充,冲任不固,肝不藏血,脾不统血,下焦湿热,元气大虚,不能收敛其血;房事不节,损伤胞脉;跌仆持重,损伤冲任;瘀血内阻,新血不能归经等。^[2]宋光济则认为崩漏病因为六淫、七情、饮食劳倦、房帏不慎等种种原因影响肝、脾、肾功能失常,导致冲任损伤,不能固摄气血所致。^[3]罗元恺等认为崩漏病因有血热、脾虚、肾虚、血瘀之别^[4];刘敏如认为崩漏有因热所致,且有虚热与实热之别^[5];李广文认为崩漏病因病机,肾虚是根本,气虚难定

论,气虚是崩漏失血导致的结果,肾虚是引起崩漏的根本原因。^[6] 杨宗孟则认为:崩漏病机为冲任受损,脾虚湿困;或阴虚有热;或肾虚不足;冲任损伤,气血两虚。^[7]

由于不同的年龄阶段,其生理病理有着各自的不同特点。自刘完素《素问病机气宜保命集》中“妇人童幼,天癸未行之间,皆属少阴;天癸既行,皆从厥阴论之;天癸既绝,乃属太阴经也”论点问世后,后世妇科同道多以此指导临床,现代医家亦将此推演引申,用以指导崩漏治疗,认为青春期崩漏多属先天禀赋不足即肾虚,育龄期崩漏多见肝郁血热,更年期崩漏多属脾肾两虚或肝肾阴虚。

现代医家在不断对崩漏的病因病机研究过程中,认识到崩漏的发病有先天不足,早婚多产,阴血两伤或房事不节之不同,或认为肾气机能不足,或强调肝肾失调,或重视心、脾、肾虚弱,或主张气虚、气滞、血热等,然主要在于冲任损伤,不能固摄经血。由于冲任虚损责之于肾虚,且冲任为奇经,赖五脏以养,因此崩漏之因,本于肾虚,关乎肝脾,五脏为本,冲任为标。总之,任何因素影响了肾气-天癸-冲任-胞宫这个生理轴间关系致失调,都可导致崩漏发生,而尤以肝肾亏虚,阴虚阳盛,热扰冲任,血海不宁为本病发病关键。

2 临床研究

2.1 治则治法

现代医家主张崩漏以无周期的阴道出血为辨证要点,临证时结合出血的量、色、质的变化以及全身伴随证候,辨明寒、热、虚、实,在治疗时根据病情的轻重缓急,出血久暂,采用“急则治其标,缓则治其本”的原则,灵活运用塞流、澄源、复旧三法。

塞流即止血。崩漏以失血为主,故止血乃治疗本病当务之急,暴崩之际,急当止血防脱,一般采用独参汤或生脉散(《内外伤辨惑论》):人参、麦冬、五味子以固气摄血,或用参附汤(《校注妇人大全良方》):人参、附子以回阳救逆,同时可配合针刺人中、合谷或百会,血势不减者,宜输血急救。由于崩与漏有证候缓急之异,故治崩宜固摄升提,不宜辛温行血,以免失血过多导致阴竭阳脱;治漏宜养血理气,不可偏于固涩,以免血止成瘀。

澄源即求因治本。针对引起崩漏的具体原因,采用补肾健脾、理气化瘀、清热固冲等法,使崩漏得到根本治疗,塞流与澄源两法常是同步进行,切忌不问原由,概投寒凉或温补之剂,或专事止涩或专以化瘀,致犯虚虚实实之戒。

复旧即调理善后。崩漏在血止之后,当以理脾益肾以善其后。近代研究指出,补益肾气,重建月经周期,才能使崩漏得到彻底治愈。因“经水出诸肾”,肾气盛,才能月事以时下,对于青春期、育龄期的虚证患者补肾调经尤为重要。

治崩三法不能截然分割,三者之间密切相关。此外,青春期患者,重在补肾气,益冲任;育龄期重在舒肝养肝,调冲任;更年期患者重在滋养肝肾,扶脾固冲。近年来,妇科学者在遵循古训的基础上治疗崩漏各有特色,如下所述。

2.2 辨证用药研究

崩漏临床分型以肾虚(肾阳虚、肾阴虚)、脾虚、血热、血瘀四型为多见,肾阴虚型以左归丸加减;肾阳虚型以大补元煎加减;脾虚型以固冲汤加减;血瘀型以逐瘀止崩汤加

减；血热型以清热固经汤加减。魏祝娣将本病分为三型论治：①肝肾阴虚型：治以滋肾养肝、安冲止血，方用二至丸合生脉散加减（女贞子、旱莲草、山萸肉、地稔根、阿胶、制首乌、党参、麦冬、五味子）；②脾肾阳虚型：治以温肾健脾固冲止血，方用脾肾阳虚止血方（全国科协定方）加味（党参、白术、补骨脂、赤石脂、黄芪、岗稔根、金樱子、炙甘草、制首乌）；③血瘀型：治以活血化瘀调冲止血，方用失笑散合四乌贼骨一芦茹丸加味（五灵脂、蒲黄、茜草根、乌贼骨、益母草、枳壳、贯众、五爪龙、炙甘草）。^[8]赵洪斌等将本病分为虚实两大类，虚证者治以龙牡汤为主（芡实、龙骨、牡蛎、地榆炭、阿胶、艾炭）；实证者治以刘寄奴汤（刘寄奴、杜仲炭、续断、白芍、大小蓟、藕节）。^[9]张又良等治疗崩漏倡导五法：①消风止崩法：用于血分风胜之崩漏，基本方为防风、荆芥、僵蚕、地榆炭、蛤壳、当归炭、炒白芍、制首乌等；②活血祛瘀法：常用于血瘀之崩漏，基本方为五灵脂、蒲黄炭、琥珀、当归、延胡索、制香附、红花、参三七、地榆炭等；③清热凉血法：用于热扰冲任之崩漏，基本方为生地炭、炒条芩、知母、地榆炭、炒丹皮、侧柏炭、山梔炭、炒白芍等；④温经止血法：常用于阳衰胞寒之漏下，基本方为熟地炭、炮姜炭、炒当归、赤石脂、淡附子、官桂、补骨脂、艾绒炭等；⑤益气摄血法：用于气虚不能摄血之崩漏，基本方为党参、焦白术、炙黄芪、制黄精、当归、炙甘草、炮姜炭、龙骨等。^[10]何子淮在治疗崩漏时，将病分为三证，治以三法：血热堤决者，平时常凉血清肝，养阴抑沸，药用生地、生白芍、槐米、地骨皮、丹皮、川连、黄芩等；经来崩下治以宁静血海，清流遏流，药用桑叶、炒白芍、荷叶、紫草根、旱莲草、生地炭、元参炭、仙鹤草等；经量减或净后治以养血敛肝，固守堤防，药用生地、生白芍、玉竹、杞子、阿胶、合欢皮、麦冬、炙甘草等。虚中气陷者，平素多服健脾柔肝之剂，如党参、白术、茯苓、炙甘草、炒白芍、肉豆蔻炭、石莲肉、沙苑子炭等；经漏不止宜益气举陷，摄血塞流，重用白术、白芍，并加黄芪、升麻炭、松花炭、禹余粮等。胞络瘀滞者，活血化瘀，疏通气血，药用当归、赤白芍、大小蓟、艾炭、元胡、丹参、川芎等，下血多夹有血块，腹痛者荡涤胞络，散瘀畅流，药用血竭、制大黄、马齿苋、血余炭、槲本花、川芎等。^[11]裘笑梅对崩漏因气不摄血者，治以扶气摄血，方用参芪胶艾汤，因脾不统血者，治以健脾摄血之归脾汤；肝不藏血者，治以疏肝理气之逍遥散加味，气滞血瘀者，治以行气祛瘀之失笑散或震灵丹；血热妄行之虚热者，治以养阴清热之保阴煎；实热者，治以清热凉血之三黄忍冬藤汤。^[12]蔡小荪论治崩漏认为应“临证首别阴阳，塞流勿忘化瘀”，阳崩宜养阴凉血，药用炒当归 9g，丹皮炭 9g，侧柏叶 9g，白芍 12g，炒地榆 12g，旱莲草 15g，生地炭 30g；阴崩宜温阳止血，药用党参 12g，生黄芪 20g，炒当归 9g，焦白术 9g，牛角腮 9g，陈艾炭 3g，仙鹤草 30g，熟附片 9g，炮姜 3g，阿胶 9g；血瘀宜化瘀止血，常用炒当归 9g，丹参 6g，赤白芍各 9g，生蒲黄 30g，血竭 3g，花蕊石 15g，熟军 9g，益母草 9g，仙鹤草 20g，震灵丹（包）。12g^[13]李广文治疗崩漏要点是流血则止，补肾收功，用举元煎加活血祛瘀、固涩、益肾之药，组成“崩漏止血通用方”，不论哪一型崩漏均可用本方加减治疗，药用：黄芪、炒党参、益母草、马齿苋、仙鹤草、生地炭、旱莲草、煅龙牡、升麻、炒白术、生蒲黄、小蓟、川断、黑荆穗、炙甘草。血止后，从肾脏入手以治本，方用自拟石英毓麟汤（紫石英、炒川断、川牛膝、仙灵脾、当归、菟丝子、枸杞子、制香附、炒赤芍、白芍、祛心、丹皮）。^[6]

综上所述，近代医家治疗崩漏，或用经典方，或用自拟方，或用经验方，依据临床症状，进行辨证用药，都收到较为肯定的疗效。

2.3 中药人工周期疗法

目前多数学者认为崩漏的主证以“肾虚”为本，虽有肝不藏血、肝郁化火、脾虚失摄等表现。但前提是肾气虚损，冲任失调所造成的，目前临床多采用补肾调周法，并按月经周期阴阳消长转化来调整用药。廖珂玲治疗崩漏，在不同的月经期间服不同的方药，于月经第5天或用激素引经后第5天开始按如下顺序连续服药，先服“促卵泡汤”（熟地、当归、首乌、菟藟子、菟丝子、肉苁蓉各10g，偏肾阴虚加女贞子、旱莲草各10g；偏肾阳虚加仙茅、仙灵脾各10g）7剂，继服“排卵汤”（丹参、赤芍、泽兰、紫河车各10g，红花3g，桃仁、香附、当归各6g，肾阴虚加女贞子、旱莲草各10g）5剂；再服“促黄体酮汤”（首乌、熟地、龟甲、白术、川断、肉苁蓉、当归各10g，肾阴虚型加女贞子、旱莲草；偏肾阳虚型加黄芪、巴戟）7剂；最后服“调经活血汤”（丹参、赤芍、泽兰、菟藟子、桑寄生各10g，香附、当归各6g，肾阳虚加川芎6g，当归10g）5剂，均每天1剂，水煎服。治疗18例，共92个周期；15例性腺功能得到不同程度改善，6例妊娠，3例恢复月经及排卵，6例月经周期或经量及黄体功能均有好转，3例无效。^[14]葛秦生治疗95例崩漏患者，中药组用补肾方（熟地、当归、首乌、菟藟子、肉苁蓉、女贞子、旱莲草、仙灵脾、枸杞子、川断、淮山药、阿胶各9g）和活血补肾方（柴胡、赤芍、白芍、泽兰、益母草、刘寄奴、生蒲黄、牛膝、菟丝子、枸杞子、肉苁蓉、仙茅、仙灵脾各9g，鸡血藤、覆盆子、女贞子各15g），一般经后连续服补肾方7~10天，每天1剂，水煎服。无周期者服3剂停7天，每月服9剂；有周期者后期服3剂，中期第12~13天再服3剂，每个中期共6剂。中药加绒毛促性腺激素组：服中药同时肌肉注射绒毛促性腺激素（1000U/次），每周2次，有周期者于周期第12~14天起每周注射2次，至下次月经来潮，一般4~6次。中药加己烯雌酚组：服中药同时口服己烯雌酚，剂量为0.1~0.5mg，常服0.2或0.25mg，20天为一周期。共治疗312个周期，中药组225个周期，怀孕18个周期，有效97个周期，周期有效率为51.1%；中药加绒毛促性腺激素组55个周期，怀孕8个周期，有效25个周期，周期有效率为60.0%；中药加己烯雌酚组32个周期，有效仅18个周期，周期有效率为25.0%。^[15]冯显逊认为一般经前以补肾、活血、调肝为法，经后以补肾、养血、益气为法，可恢复月经周期。^[16]

2.4 中西医结合疗法

施明仙用补中益气汤加减，并合用止血芳酸、氟哌酸、维生素C治疗宫血100例，治愈42例，显效50例，有效10例，无效8例，总有效率达92%。^[17]李玉秀治疗崩漏，以中药熟地、白芍、党参、山药、当归、五味子、蒲黄炭、续断、棕榈炭、甘草、阿胶为基础方加减，合用己烯雌酚、黄体酮、丙酸睾酮等西药，治疗100例功血，取得较好疗效。^[18]刘旦光等将81例20~40岁的肾虚型功血患者随机分为中药补肾组（41例），与中西医结合组（38例），前者属肾阳虚者用右归饮加减，属肾阴虚者用左归饮加减，肾阴阳两虚者用以上两方加减，连服10天后，该服排卵汤（当归、熟地、川芎、白芍、桃仁、红花、肉桂等），3天后该服补肾中药至月经来潮，此为一个疗程，经净后仍按上法连用2~3个疗程。后者用女性激素止血后，服上述补肾中药至月经来潮为一个疗程，此间不服排卵汤，于月经第5天加用克罗米芬，每日50~75mg，共用5天，连续治疗3个疗程。前者随访26

例,治愈20例,好转6例;后者随访31例,治愈28例,好转3例,中西医结合治疗疗效显著,两组比较 $P < 0.05$ 。^[19]

2.5 其它中医疗法

薛地成用耳穴贴压法治疗功血54例,主穴取子宫、附件、卵巢、内分泌、肝、脾肾。配穴:皮质下、神门、脑点、三焦,总有效率96.3%,未见无效病例。^[20]丁荣主穴取肾、子宫、附件、盆腔、内分泌、肾上腺、皮质下、卵巢,配穴取膈、肝、脾腰痛点,共治疗功血100例,痊愈81例,好转16例,无效3例,优于中药治疗对照组。^[21]梁清湖治疗功血142例,主穴取中极、隐白、太冲,头针双侧生殖区,气虚者灸百会、关元、气海;漏症加针肾俞,崩症加脾俞和双大敦;赤白带下加针环俞、小肠俞,月经不调加中极、足三里;通经加条口透承山。痊愈59例,显效54例,有效18例,无效11例,总有效率92.26%。^[22]张永绪等治疗功血142例,分针刺、艾灸、中药和中药加针刺四个治疗组。针刺与艾灸组均取关元、子宫(双)、三阴交(双)、次为主穴;中药组流血期间服止血方剂,血止后服调经方剂。中药加针刺组在服中药同时,于月经周期第15~17天加刺关元、子宫(双)、三阴交(双)。142例中痊愈64例,好转47例,无效31例,总有效率78.17%;艾灸组和中药加针刺组疗效显著高于针刺组和中药组($P < 0.05$, $P < 0.01$),但二者间无显著差异($P > 0.05$)。认为中药加针刺治疗后疗效显著提高,可能与体内雌激素水平发生变化有关,针刺中触发排卵或调整内分泌水平。^[23]陈建平头针针刺双侧生殖区,辅以足运感区。用75%酒精消毒针刺部位,针刺时针尖与头皮呈30度左右角度,先刺双侧生殖区,用2寸长毫针;再刺双侧足运感区,用4寸毫针,均快速进针,推该区后,双手同时快速捻转双侧头针,每次捻转2~3分钟,间隔5分钟,后行第二次捻针,如此捻针3次,再留针15分钟即可出针。每天一次,经前三天开始至经净为止。每个经期为1疗程,一般治疗1~3个疗程可痊愈。共治疗25例,痊愈23例,好转2例。^[24]沈丽君用艾灸治疗血崩12例,方法是在隐白穴及其上方约10cm处皮肤周围用艾灸熏至皮肤潮红烘热为度,每次10~20分钟,日3~5次,结果全部病例获显效。^[25]刘万成针刺功血92例,主穴取百会、关元、命门、肾俞、三阴交,配穴为脾虚型加脾俞、归来、中极;肝郁型加太冲、肝俞等;结果显效72例,有效13例,无效7例,总有效率92.4%。^[26]王勇针灸治疗功血46例,取断红穴(位于手背第二、三掌骨间,即八穴之上都穴,所刺方向与其相异)先针后灸,留针20分钟,艾卷灸10~15分钟,均获满意效果。^[27]

3 实验研究

崩漏一病的实验研究发展较为缓慢,就目前而言,仍处于进行大量的临床疗效及疗效机制的研究,而且对其诊断与疗效判定标准并不十分规范,难以进行合理对比,动物实验研究滞后,今后应加强崩漏的基础理论研究。

关于证与病及疗效机理的研究

刘瑞芬等分析了崩漏患者的中医证型与西医病名、卵巢功能失调类型、基础体温及血红蛋白的关系。认为无排卵型功血、有排卵型功血均以脾虚、肾虚、脾肾两虚证居多,证实了“脾主统摄”、“肾主固藏”的传统论点。慢性盆腔炎、子宫肌瘤与血瘀病变有关,但

无排卵型宫血在血瘀组中亦占相当比例，与脾肾虚组有何本质不同，尚须进一步探讨。同时认为卵巢排卵障碍，黄体功能不全，慢性盆腔炎及子宫肌瘤等都可出现月经周期、经期、经量严重失常而致崩漏，而脾虚、肾虚、脾肾两虚证与排卵障碍、黄体功能不全有关，但对多数慢性盆腔炎、子宫肌瘤所致的崩漏与排卵障碍及黄体功能不全的关系尚持怀疑态度。并认为子宫内膜增殖证的患者外以血瘀、气虚血瘀证多见，并分析了临床上常用活血化瘀法或益气化瘀法治疗可以收到较好效果的原因。^[28]赵翠英认为阴道细胞涂片检查提示雌激素水平过高患者多为卵巢功能过旺而致子宫内膜增殖证，宜在辨证基础上加活血化瘀、消积之品；雌激素水平偏低者疗效较差，治疗时间较长，应佐以助阳之品；雌激素水平居中者疗效较好，甲皱微循环检查提示：出血多时要加用活血止血药，血流呈虚线时要加重补益气血药的用量。^[29]叶青研究提示，脾虚型患者年龄较大，宫内膜改变以非功能性疾患为主，其中68%为子宫肌瘤和子宫内膜息肉；肾虚型患者年龄跨度大，未发现子宫肌瘤，56.3%为功能性疾患；血瘀型患者子宫内膜多呈功能性改变，57.8%为内膜增殖过长，与西医学子宫内膜增殖证相吻合。^[30]王志刚研究认为脾失统血的崩漏患者凝血功能紊乱，其中血浆纤维蛋白含量降低，优球蛋白溶解时间缩短而非脾失统血的患者这种现象没有脾失统血的患者明显，而用益气健脾之剂除能改善临床症状和体征外，还可增加血浆纤维蛋白元含量，优球蛋白溶解时间明显延长，增加血清钙含量，提高胃泌素分泌水平。^[31]徐晋勋等研究提示促卵泡汤（熟地、当归、首乌、菟丝子、肉苁蓉各10g，偏肾阴虚加女贞子、旱莲草各10g；偏肾阳虚加仙茅、仙灵脾各10g）有轻度的女性激素样作用。^[32]

【古训今释】

1 崩漏溯源

1.1 崩漏病名

崩漏一病，古多分而称之，崩即指崩中，此外尚有称为“崩下”、“暴崩”者（《陈素庵妇科补解·调经门·经水淋漓不止方论》），有称为“血崩”者（《丹溪心法·崩漏十九》），有称为“暴下血”者（《普济方·妇人诸疾》），有称为“经崩”者（《医宗金鉴·妇科心法要诀·崩漏总括》）；漏即漏下，其它尚有“血漏”（《陈素庵妇科补解·调经门·经水淋漓不止方论》），“经漏”（《女科撮要·经漏不止》），“血淋”（《景岳全书·妇人规》）等名。上述二者，合称崩漏，《女科切要·血崩》及《景岳全书·妇人规》中亦称之为“崩淋”。

1.2 崩漏沿革

崩，最早见于《黄帝内经·素问》：“阴虚阳搏谓之崩”（《素问·阴阳别论》），在《黄帝内经太素·卷三·阴阳杂说》中注：“崩，下血也”。由此指出，“崩”乃是指出血量多而势猛，如山之崩而言，并且阴虚血热，热迫血妄行是引起“崩”的主要原因。此后，唐代·王冰注《黄帝内经素问》释为“阴脉不足，阳脉盛搏，则内崩而血流下”。后世医家多从脉象上加以发挥，如《素问注证发微·阴阳别论》马蒔注：“尺脉既虚，阴血已损，寸脉搏击，虚火内炽，谓之曰崩，盖火迫而血妄行也”，至明代医家·张介宾《类经·脉色类·二十九》阐述尤

为具体：“阴虚者，沉取不足，阳搏者，浮取有余。阳实阴虚，故为内崩失血之证”。从《内经》中“崩”之原义来看，“崩”乃泛指一切下血势急之证，涉及范围广泛，从而为后世医家研究崩漏奠定了理论基础。

“漏”最早见于汉代张仲景《金匮要略·妇人妊娠病脉证并治》：“妇人宿有癥病，经断未及三月，而得漏下不止。……所以血不止者，其癥不去故也”，指出妇人素有癥病，瘀血阻于胞宫，损伤冲任，导致漏下不止，此为论述漏下的最早记载。同时，张仲景不但提出了“漏下”之名，而且对不同情况所致的妇科血证做了初步鉴别，进而记载了治疗方药，“妇人漏下者，有半产后因续下血都不绝者，有妊娠下血者，……胶艾汤主之”。

此后，晋代医家王叔和《脉经》中有“青、黄、赤、白、黑”五崩之说，隋·巢元方《诸病源候论·妇人杂病诸候》亦有“崩中而五色俱下”及“漏下五色”的记载，但是根据其症状描述，颇似异常带下，后世医家论述崩漏未见沿用此说。但《诸病源候论》中首列“漏下候”、“崩中候”、“崩中漏下候”，简明地对崩中、漏下的病名含义做了区分，并对各自的病因病机进行了论述，如《诸病源候论·妇人杂病诸候·漏下候》指出，“非时而下淋漓不断谓之漏下”、“忽然暴下谓之崩中”，乃是由于“劳伤气血”或为“脏腑损伤”，以致“冲任二脉虚损”、“冲脉任脉气血俱虚”、“不能约制经血”而引起，并且观察到崩中与漏下可以互相转化，为后世医家将此病统称为崩漏提供了依据。

其后历代医家对崩漏的研究各有侧重，宋代医家齐仲甫《女科百问》曾有“阴崩”、“阳崩”之分，认为二者主要从病因及下血颜色不同而进行鉴别，“三焦绝经，名曰血崩，受热而赤者，谓之阳崩”，“受冷而白者，谓之阴崩”。从今看来，阴崩所下为白，实为过多之白带，不应属于崩漏，而应归于“五带”范畴。此外，古代医家已注意到崩漏一病会伴有许多兼证乃至合并证，如宋代医家陈自明曾提出“杀血心痛”一名，“妇人血崩而心痛甚，名杀血心痛，由心脾血虚也”（《校注妇人良方·妇人杀血心痛方论第十四》）。在审因辨证论治上，元朝医家李杲《兰室秘藏》论崩漏主脾胃有亏，肾阴虚损，治法偏重温补，朱震亨《丹溪心法·崩漏》提出以“补阴泻阳”法来治疗“脏腑损伤，冲任二脉血气俱虚”的血崩证；明代医家李梴《医学入门·妇人门·崩漏》论崩漏主热，指出病位在“胞中血海”处；《薛氏医案选·女科撮要·经漏不止》认为：“或因脾胃虚损不能摄血归源，或以肝经有火，血得热而下行，或因肝经有风，血得风而妄行，或因怒动肝火，血得热而沸腾，或因脾经郁结，血伤而不归经，可因悲哀太过，胞络伤而下崩”，对崩漏病因病机论述较详而全面。在治疗方法上，明代医家方药之在《丹溪心法附余》中提出了塞流、澄源、复旧的治崩大法，至今仍为临床治疗崩漏所遵循。值得推崇的是明代医家张景岳的见解，他在继承了前人对崩漏论述的理论基础上，更加明确地提出了新的观点。《景岳全书·妇人规·崩淋经漏不止》对崩漏的论述尤为明晰，指出崩漏属于“经病”、“血病”，认为崩漏属于严重的月经紊乱，“崩漏不止，经乱之甚者也”，“盖乱则或前或后，漏则不时妄行，由漏而淋，由淋而崩，总因血病，而但以微甚耳”。从概念上与传统认为凡非时下血概称崩漏做了区别，使之更加完善而明晰，确定了崩漏属于月经病范畴，为崩漏的鉴别诊断提供了理论依据，后世医家基本上接受张氏观点，如清·吴谦《医宗金鉴·妇科心法要诀》谓：“妇人经行之后，淋漓不止，名曰经漏”、“经血忽然大下不止，名为经崩”。在病因病机上，张氏认为与五脏阴虚阳搏有关，“五脏皆有阴虚，五脏皆有阳搏”，“凡阳搏必属阴虚，络伤必致血溢”、

“病阴虚者，单以脏气受伤，血因之而失守也，病阳搏者，兼以火居阴分，血得热而妄行也”。在崩漏证类上分为“阴虚血热妄行者”、“肝经怒火动血逆气未散者”、“血有滞逆而妄行者”、“去血过多血脱气陷者”、“营气不足血不能调而妄行者”，“脾气虚陷不能收摄而脱血者”、“脾肾虚寒者”、“肝胆气不能藏血者”、“崩淋既久血滑不禁者”、“其秽臭脉滑多火者”，并且观察到崩漏发病过程可表现为“阻隔”（闭经），而过期“阻隔”便有崩决之危，“若隔之浅者，其崩尚轻；隔之久者，其崩必甚”。张氏所论，反映出崩漏病情反复，机理复杂，为后世医家研究崩漏提供了理论与临床依据。此后清代傅山对崩漏一病证治亦有独到之处，如在《傅青主女科·血崩·血崩昏暗》中主张“止崩之药不可独用，必须于补阴之中行止崩之法”，对崩漏之危重证“血崩昏暗”的审因施治提供了治疗方药。清·唐容川《血证论》谓：“经血者，血之余也”，因此“女子胞中之血，每月一换，除旧生新，旧血即是瘀血，此血不去，便阻化机”，为后世医家治疗血瘀所致崩漏提供了可靠的理论依据，认为：“治失血者，不去瘀而求补血，何异治疮者”，只有治以化瘀之法才会使“瘀血去则新血已生，新血生而瘀血自去”，丰富和完善了血瘀型崩漏证治的理论基础，对临床起到重要的指导作用，以上历代医家对崩漏的论述，值得进一步探讨和临床验证。

2 证候与病象

2.1 证候分类

从古代医家论述崩漏一病的记载文献资料来看，由于其致病原因不同而症状各异，有因热者，有因寒者，有因虚者，有因实者，有因瘀者，有因湿者，并且多数文献反映出崩漏一病病因复杂，症状多样，变证百出，并且容易与其它许多疾病混淆，兹将其证候分类分述如下。

2.1.1 虚热崩漏

《黄帝内经素问·阴阳别论》最早提出阴虚血热，热迫血行可以引起本病，“阴虚阳搏谓之崩”，由于“阴脉不足，阳脉盛搏，则内崩而血流下”（《黄帝内经素问·阴阳别论》）。虽然对其症状缺乏描述，但为后世医家认识本证提供了理论依据，宋《鸡峰普济方·卷第十七·妇人》论述了阴虚内热所致崩漏的症状，“血色鲜明如水下”，并且指出其预后归属，“其脉数疾微小为顺，大者甚逆”，其治疗上，如误用温热助热，会出现“得温则烦，甚至于昏闷”。若虚热之极，尚可出现血崩昏暗之危重证候，“妇人有一时血崩，两目黑暗，昏晕在地，不省人事”（《傅青主女科·血崩昏暗》）。

2.1.2 湿热崩漏

对脾胃虚弱，病久及肾，相火偏盛，湿热下迫所致之崩漏，金·李杲在《兰室秘藏·妇人门》中有详细描述，“其色紫黑，如夏月腐肉之臭”，依据其脉象可以详查，“中有赤带者，其脉洪数疾，热明矣，必腰痛或脐下痛”，并且多有前驱症状，“临经欲行，先见寒热往来，两胁急缩，兼脾胃证出见，或四肢困热，心烦不得眠卧，心下急”。

如发病在夏季，脾胃虚弱，更兼暑热之邪，则会出现“气短气逆，自汗不止，身热闷乱，恶见饮食，非惟不入，亦不思食，沉懒困倦，四肢无力，大便时泄”等一派湿热症状（《兰室秘藏·妇人门》）。

2.1.3 寒致崩漏

汉代医家张仲景最早记载了因冲任虚寒所致崩漏的证候，“妇人陷经，漏下黑不解”。依据脉症，可以详辨，“其脉二尺俱弦紧洪，按之无力。其证自觉脐下如冰，求厚衣被，以御其寒，白带白滑之物多，间有如屋漏水下，时有鲜血，右尺脉时微洪”（《兰室秘藏·妇人门》）。明代医家龚廷贤《寿世保元·崩漏》中还记载了崩漏患者过服寒凉之剂更会出现许多虚证，“其症益甚，更加肚腹痞闷，饮食不入，发热烦躁，脉洪大而虚”。清朝医家沈封尧认为虽然崩证“热多寒少”，但根据其下血颜色可以辨别寒热。一般认为血量多，色赤者为热，色紫黑者为瘀血，而沈氏认为“阳虚”亦可表现为血色紫黑，“倘色紫黑者，出络而凝，其中有阳虚一证”（《沈氏女科辑要·血崩》），因为阳虚，致使“脉中之营血漏出”，凝而不流，“渐渐变紫变黑”，然而必须兼有少腹恶寒之证，方可明确，然后可治以温补法。这些辨证要点，至今仍为临床所依循。

2.1.4 瘀血崩漏

《金匱要略·妇人杂病脉证并治》记载了因瘀血在少腹所致之老年崩漏症状：“妇人年五十所，病下利，数十日不止，暮即发热，少腹里急，腹满，手掌烦热，唇口干燥”。后世医家在不断临床实践的基础上，对瘀血所致崩漏有了进一步的观察，认为瘀血所致崩漏比较顽固，并且崩中与漏下可以互见，至今值得重视，如《诸病源候论·崩中漏下候》：“崩而内有瘀血，故时崩时止，淋漓不断，名曰崩中漏下”，《普济方·妇人诸疾门》亦有相同认识：“既崩而淋漓不断，血瘀于内也”，并且指出依据小腹胀疼痛与否，可以断定瘀血之有无，“若小腹急满痛者，难治，内有瘀血也”，因病情太重，较为“难治”，治疗之法，应“勿止之”，否则更为难治。

除了上述诸因素所致崩漏症状表现外，古代医家对其它病因所致崩漏亦有描述，如清·何涛《女科正宗·崩漏门》认为痰湿亦可导致崩漏发生，“其症或腹满如孕，或脐腹疼痛，或血出则快，止则烦闷”。另外，年龄不同，其证候不尽相同，病情轻重各异，《严氏济生方·妇人门·崩漏论治》记载了室女崩漏的临床症状，“室女二七天癸至，亦有当时未至而后至者，有卒然暴下淋漓不止，若有崩漏者，失血过多，变生诸证”，元·危亦林《世医得效方》则有老年崩漏的描述，“经断后多年，忽然再行，遂成崩漏”。

崩漏一证，病因不同，证候各异，王肯堂在继承前人论述崩漏理论基础上，全面论述了崩漏因“寒”、“热”、“虚”、“实”等不同病因所致该病的不同脉证，“冷者，脉紧细，手足寒，红去淡黑或五色”，因于火热者，则“脉洪，四肢温，心烦口苦燥”；心虚者，“惚恍多梦，健忘，舌强，小便多，面红，盗汗”；实者，“腹中痛”（《证治准绳·女科》）。

2.2 证候辨别

通过四诊可以详细辨明崩漏的寒热虚实，及其病情轻重缓急。《景岳全书·妇人规·辨血色》详细记述了通过望经血的量、色、质以察虚实寒热，“若血浓而多者，血之盛也；色淡而少者，血之虚也”，并且驳斥了医者“尽以紫色作热证”的观点，盖紫与黑相近，今人但见紫色之血，不分虚实，便谓内热之甚，不知紫赤鲜红浓而成片成条者，是皆新血妄行，多由内热。紫而兼黑，或散或薄，沉黑色败者，多以真气内损，必属虚证。更严重的，如见“或如屋漏水，或如腐数之宿血，是皆紫黑之变象也”，同时指出，“若尽以紫色

作热证治疗”的严重后果“则无不随药而毙矣”。通过闻诊可以探知崩漏的危重证候，如《证治汇补·癫狂》：“有妇人月水崩漏过多，迷心……而言语错乱”。至于切诊，古代医家多侧重于以脉诊来判断崩漏的病情轻重与寒热虚实，《黄帝内经·阴阳别论》最早提出“阴虚阳搏谓之崩”，后世医家对此多有论述，如《素问注证发微·阴阳别论》马蒔注：“尺脉既虚，阴血已损，寸脉搏击，虚火内炽，谓之曰崩”，明·张介宾在《类经·脉色类·二十九》进一步作了分析，“阴虚者，沉取不足；阳搏者，浮取有余。阳实阴虚，故为内崩失血之证”。汉代医家张仲景认为依据脉象可以辨别崩漏，“寸口脉弦而大，弦则为减，大则为芤，减则为寒，芤则为虚，寒虚相搏，此名曰革，妇人则半产漏下”（《金匱要略·妇人杂病脉证并治》）。对此，《诸病源候论·漏下候》亦有相同观点，巢氏认为漏下之病，多因劳伤以致冲任之气虚损不能制其经脉，以致血非时而下，淋漓不断，从脉象上可以察知，“诊其寸口脉弦而大，弦则为减，大则为芤，减即为寒，芤即为虚，虚寒相搏，其脉为革，妇人即半产而下漏”，同时指出，依据脉象，可以判断预后，“又尺寸脉虚者，漏血，漏血脉浮，不可治也”。在《诸病源候论·崩中候》中，巢氏还记述了崩中之脉，“寸口脉微迟，尺脉微于寸，寸迟为寒在上焦，但吐耳，今尺脉迟而弦，如此小肠痛，腰脊痛者，必下血也”。在治疗崩漏的过程中，明确其诊断与预后都十分重要。在古代医家医著中，讨论崩漏预后生死的诊脉方法很多，甚至今天仍可作为临床参考，如《脉经·平妇人病生死证》谓：“诊妇人漏血，下赤白，日下血数升，脉急疾者，死；迟者，生。诊妇人漏下赤白不止，脉小虚滑者，生；大紧实数者，死”。此外，脉象亦可反映出在治疗崩漏过程中用药正确与否及其预后转归，如《鸡峰普济方·妇人》记载了阴虚内热所致崩漏的症状及误用温药而引起的证候，“血色鲜明如水下，得温则烦，甚至于昏闷，其脉数疾微小为顺，大者甚逆”，明·龚廷贤《寿世保元·崩漏》则记载了崩漏患者过服寒凉之剂会出现“更加肚腹痞闷，饮食不入，发热烦躁，脉洪大而虚”。

2.3 病证鉴别

2.3.1 崩漏异同

“崩”与“漏”临床表现不尽相同，古代医家多分而述之，《太素·阴阳杂说》卷三注：“崩，下血也”，指出血量多而势猛，如山崩者称为血崩或崩中，“卒然下血者，血来甚多，如崩如数，俗名血崩”（《陈素庵妇科补解·胎前杂证门·妊娠卒然下血方论》）；而“漏”则血量少而势缓，“漏下之病，经血淋漓不断是也”（《圣济总录·妇人血气门》）。后世医家通过长期的临床实践，逐渐认识到“崩”与“漏”的症状虽然不同，“非时而下，淋漓不断谓之漏下”、“忽然暴下谓之崩中”，但其病因病机却有相同之处，皆由“冲任二脉虚损”、“不能约制经血”所致，并且在症状上可以相互转化，“崩而内有瘀血，故时崩时止淋漓不断，名曰崩中漏下”（《诸病源候论·崩中漏下候》）。其后世医家对此认识更为深入，《严氏济生方·妇人门崩漏论治》认为“漏下”与“崩中”同为一证，然轻重不同，崩为漏之甚，漏为崩之渐，“崩漏之疾，本乎一证，然有轻重之别焉。轻者谓之漏下，漏下者淋漓不断是也；重者谓之崩中，忽然暴下，乃漏证之甚者也”。并对失血过多的症状做了详细描述，“若下血过多，真阴过耗，遂致头晕眼花，气乏怔忡，身体羸瘦，饮食减少，腹内冷痛，四肢无力，惊惕恐怖，此其证也”。这些论述，与临床颇为吻合。明·张景岳尤为明确地指

出崩漏属于月经病范畴，“崩漏不止，终乱之甚者也”。同时强调崩与漏同为一病，而病情轻重有别，“盖乱则或前或后，漏则不时妄行，由漏而淋，由淋而崩，总因血病，而但以其微甚耳”（《景岳全书·妇人规》）。虽然崩漏一病不论暴崩还是久崩，均属重病，然相对而言，初病者体质尚未虚，较为易治；久病者由于病情反复发作，去血过多，体软日弱，因而收效较难，“暴崩者其来骤，其治亦易。久崩者其患深，其治亦难”（《景岳全书·妇人规》），张氏关于病情轻重及新病久病对其治疗效果及预后转归的论述实为恰当肯切，若病重患深，易久治不愈，“且凡血因崩去，势必渐少，少而不止，病则为淋”，而且由于崩漏久而不愈，元气亏损，易致阴虚假热之证，“多致寒热咳嗽，脉见弦数或豁大等证”。

总之，崩漏有以崩为主的，有以漏为主的，或崩与漏交替出现，或停经日久又忽然血下不止，崩为漏之甚，漏为崩之渐，二者可相互转变。并且由于崩漏发病机理复杂，常是因果相干，多脏受累，气血同病，属妇科难治重证，诚如《妇科证治约旨》所说，“崩中者，势急症危，漏下者，势缓症重，其实皆属危重之假”。

2.3.2 崩漏兼证

由于崩漏致病因素复杂，临床症状各异，其兼证也多种多样，多由于病情较重，治疗失当，失血耗气过多，正气日衰所致。无论何种原因所致之崩漏，由于失血耗气，统摄失司，冲任失养，日久均可转化为气血俱虚，或气阴两虚，或阴阳俱虚而变生他病，生育年龄可数不孕，夜有盗汗，咳嗽痰涎，头顶多痛，关节酸痛，可见崩漏为病，多脏受累，且反复发作，实为妇科疑难重症，《备急千金要方·妇人方下》论述尤为言简意赅：“女人漏下，或瘥或剧，常漏不止，身体羸瘦，饮食减少，或赤或白或黄，使人无子”。

如果崩漏“血多未止”，失血过多，则可引起虚极血晕，“心中悬虚，心闷眩冒，头重目暗，耳聋满，举头使闷欲倒”等症状（《备急千金要方·妇人方下》），清代医家傅山《傅青主女科·血崩昏暗》中则更有“血崩昏暗”的症状描述，曰：“妇人有一时血崩，两目黑暗，昏晕在地，不省人事者”。这些急危症状的描述，颇似临床上失血性贫血、失血性体克的临床表现，临床上应予重视。

此外，宋·陈自明还曾提出崩漏兼有心痛者，“妇人血崩而心痛甚，名曰杀血心痛”（《妇人大全良方·妇人杀血心痛方论第十四》）。

2.3.3 崩漏五色

晋代医家王叔和《脉经》中曾有“五崩”之说，《诸病源候论·崩中五色俱下候》不但指出劳伤过度，损伤冲任之脉，致五脏虚损，引起崩中而下五色，并且描述了五色崩中的各自形色，其状：“白崩形如涕，赤崩形如红汁，黄崩形如烂瓜汁，青崩形如蓝色，黑崩形如干血色”。宋代医家陈自明《妇人大全良方·调经门·崩中带下方论》则认为“五崩是妇人极重之患，疗之最难”，由于俱伤的经脉脏腑不同，其临床表现亦有五色及形质的区别。“若伤足厥阴肝之经，其色则青如泥色；若伤手少阴心之经，其色赤如红津；若伤手太阴肺之经，其色则白，形如涕；若伤足太阴脾之经，则其色黄如烂瓜，若伤足少阴肾之经，则其色黑如衄血。”

《诸病源候论·漏五色俱下候》还论述了漏下五色的病因病机，指出漏下五色与崩中五色的病因病机大致相同，亦多由劳伤气血，损伤冲任，以致“五脏损伤”所致，但其与崩中五色相比除症状有缓急之别外，漏下五色仅有五色之别，崩中五色则有形质之分，为其

不同之处,“肝脏之色青,漏下青者,是肝脏之虚损,故漏下而挟青色也”(《诸病源候论·漏下青候》)。“脾脏之色黄,漏下黄者,是脾脏之虚损,故漏下而挟黄色也”(《诸病源候论·漏下黄候》)。“心脏之色赤,漏下赤者,是心脏之虚损,故漏下而挟赤色也”(《诸病源候论·漏下赤候》)。“肺脏之色白,漏下白者,是肺脏之虚损,故漏下而挟白色也”(《诸病源候论·漏下白候》)。“肾脏之色黑,漏下黑者,是肾脏之虚损,故漏下而挟黑色也”(《诸病源候论·漏下黑候》)。其后《圣济总录·妇人血气门》认为血虚气衰,不能约制,又有瘀血在内,因冷热不调,致使血败亦可致漏下五色,“其色或赤如豆汁,黄如烂瓜,黑如衄血,青如蓝色,白如脓涕五色随五脏虚损而漏应焉。”

以上论述,不论是崩中五色,还是漏下五色,古代医家都认识到是较为难治的一种证候。由于依据其症状描述,颇似异常带下,故后世医家论崩漏时未沿用上述说法。据其对病因病机的分析,及其症状特点,与当今临床恶性肿瘤所引起的症状较为相似。《备急千金要方·妇人方下》慎火草散所治之崩漏恶候即可见一斑,“崩中漏下赤白青黑,腐臭不可近,令人面黑无颜色,皮骨相连,月经失度,往来无常,小腹弦急,或苦绞痛上至心,两胁肿胀,食不生肌,令人偏枯,气息乏力,腰背痛连胁,不能久立,每嗜卧困懒。”

2.3.4 崩漏鉴别

从古代文献的记载及有关论述来看,崩漏应与如下证候相鉴别:

2.3.4.1 胎漏 “漏下”之名在古代含义广泛,如《金匮要略·妇人妊娠脉证并治》:“妇人宿有癥病,经断未及三月,而得漏下不止……所以血不止者,其癥不去故也,当下其癥,桂枝茯苓丸主之”,由此可见,漏下涵盖了因癥病所引起的下血证及妊娠下血,即所谓的胎漏或胎动不安。后世医家逐渐将妊娠后下血与崩漏进行了区别,“漏胞者,谓妊娠数月,而经水时下”(《诸病源候论·妊娠漏胞候》),明代张景岳对此持相同认识,《景岳全书·妇人规·胎漏》:“妊娠经血不固者,谓之胎漏。”此外,妊娠后下血还有势急症缓之别,其名亦异,“妊娠卒然下血,与漏胎下血不同。漏胎者,或一月或半月,血来点滴淋漓,来不甚多,且无癥感。卒然下血者,血来甚多,如崩如败,俗名血崩,又名血海散”(《陈素庵妇科补解·胎前杂证门·妊娠卒然下血方论》)。

2.3.4.2 带下 崩漏与带下为两个不同的病证,早在晋隋以前往往崩带合称,如《备急千金要方·妇人方下》载:“川芎汤治带下漏血不止方”,有时甚至将二者相混淆,如《备急千金要方·妇人方下》:“崩中漏下赤白不止”,将崩中漏下与赤白带下两个不同病证相混。由于这两种病证的病因病机不同,因此其治法亦应不同。崩漏所下为血,而赤白带下是阴道流出来的赤白相兼而质地粘的分泌物。自《诸病源候论》开始,明确提出“带下病”的病名,如“带下赤候”、“带下白候”、“带下五色俱下候”等,将崩与带进行了细致的区分。后世医家对此做了进一步论述,如《仁斋直指方论·论崩中带下》卷第二十六谓:“下部出血不止,谓之崩中”,“秽液常流,谓之带下”,并且阐明了二者的病因病机不完全相同,“崩中失血,多因冲任虚损,荣道受伤得之;冷带杂下,多因下焦不固,内挟风冷得之”,同时也认识到,二者有时发病机理可以相同,如脾胃亏损,不能制约水分与血分,可致崩漏与带下,并且强调在治疗时,不能见血止血,见带止带,主张治以固护脾胃,散寒除湿之法,如用桂、附、参、术、苓之类,对临床有一定指导意义。

2.3.4.3 产后崩漏 产后血崩与恶露不止有别,指产后阴道突然大量出血而言。宋·

李师圣《孕育宝庆集·产后血崩》提出“产后伤耗经络，未得平复，而劳役损动，致血暴崩下，淋漓不止。或因咸酸不节，伤蠹荣卫，气衰血弱，亦变崩中”，不但论述了产后血崩的病因病机，对其预后也做了判断，“若小腹满痛，肝经已坏，为难治”。正如《妇人大全良方·产后门·产后血崩方论》所评：“血崩不是轻病，况产后于此，是谓重伤”。《陈素庵妇科补解·产后众疾门·产后血崩方论》则从脾、心、肝三脏受损，及其三经之火迫血妄行论述其病因病机，其症，“势若崩漏，不可遽止，因而昏晕闷乱者有之矣”。清代医家傅山《傅青主女科·产后·产后血崩》更加丰富了产后血崩的病因病机，而且对其重者可以出现神志改变做了论述，“少妇产后半月，血崩昏晕，目见鬼神，人皆曰恶血冲心也，谁知是不慎房帙之过乎？”。《胎产心法·血脱气脱神脱三证论》更加指出“产后暴崩为血脱”，为妇科危证，应及时抢救。

2.3.4.4 淋证 古代文献中有以“崩淋”概指崩漏者，如《景岳全书·妇人规》：“崩淋之病，有暴崩者，有久崩者。……且凡血因崩去，势必渐少，少而不止，病则为淋”，这里所言“淋”，其实即是漏下，有时亦称为“血淋”，如“凡血淋治法，大约如前，但其秽臭脉滑者，多火，宜从清凉；若腥臭清寒脉细者，多寒，必须温补，”根据下血形质可以判断下血寒热，对淋漓日久，病程较长，或反复发作，则“精去无穷，尾闾易竭，非大加培补不可”，当治以固阴煎及十全大补汤之类。清代医家吴道源在《女科切要·血崩》中对崩与淋从病因病机到临床表现进行了鉴别诊断，他认为，“崩淋之病相似而实不同。崩者，如土之崩，其势大下而不禁，乃血热而兼气虚不能收摄也。淋者，如水淋漓，艰涩而不痛快，乃内郁热而气亦滞也”。并且二者所下之物亦不相同，“然崩则纯血，淋则有赤白沙石之异。”从其对“淋”的症状描述来看，颇似内科所称的“淋证”，不应再属漏证范围，临床上应注意将二者区分开来。

3 病因病机学说

崩漏病因多端，古代医家著述多从脏腑损伤，气血失调，冲任受损等方面加以阐述，兹分述如下。

3.1 脏腑损伤

肾虚：肾为天癸之源，冲任之本，在月经产生及排泄过程中起主导作用，而崩漏是月经期、量严重失调的病证，因此肾脏受损为本病的致病根源。

少女肾气不足，天癸初至不充，肾气稚弱，冲任未盛，不能调摄经期，制约经血，可致“室女崩漏”，如宋代医家严用和《严氏济生方·妇人门·崩漏论治》：“室女二七天癸至，亦有当时未至而后至者，有卒然暴下淋漓不止者”，严重者会出现其它并发症，“若有崩漏者，失血过多”，而“亦生诸证”。此外，或因房劳无节伤肾，或因不当手术损伤胞宫，影响冲任，以致肾虚，或年老肾虚，封藏失职，冲任不固，不能约制经血，而成崩漏。若肾阴亏损，虚火内生动血，亦会酿成崩漏，诚如《兰室秘藏·妇人门·经漏不止》所云：“妇人血崩，是肾水阴虚不能镇守胞络相火，故血走而崩也”。

脾虚：脾主统血，使血循其道，经行有期。若由忧思过度，饮食劳倦，损伤脾气，脾伤气陷，统摄失权，冲任失固，不能约制经血，亦成崩漏。李东垣《兰室秘藏·妇人门》认

为崩漏“皆由饮食不节，或劳伤形体，或素有心气不足，因饮食劳倦，致令心火乘脾”所致，《妇科玉尺·崩漏》亦云：“思虑伤脾，不能摄血，致令妄行”。

思虑过度：劳伤心经也可导致崩漏。“妇人忧思过度，劳伤心经，心主于血，心虚不能维持诸经之血，亦能致崩中下血之患”（《严氏济生方·妇人门·崩漏论治》）。由于心主血脉，“胞脉者属心而络于胞中”，故心气不通，血脉流畅，入于胞脉，心肾相通，则月经如常；若心血虚亏，心气不足，则不能维持诸经之血，可致崩漏下血。

肝郁：肝气郁结可致妇女血崩。盖肝主藏血，又主疏泄，若情志不遂，肝气郁结，则致肝不藏血，疏泄太过而成崩漏。如《傅青主女科·郁结血崩》载有：“妇人怀胎甚郁，口干舌渴，呕吐吞酸，而血下崩者，人皆以火治之，时而效，时而不效，其故何也？是不识为肝气之郁结也”。并且作了进一步分析，“夫肝主藏血，气结而血亦结，何以反至崩漏？盖肝之性急，气结则其急更甚，更急则血不能藏，故崩不免也”。

3.2 气血失调

崩漏病因多种多样，其机则可纳为“虚”、“热”、“瘀”。因于虚者，有因脾肾之虚，有因气血两虚，有因脏腑俱虚。前者常为致病之本，后者常为结果而复又成病因，致使崩漏反复难已，正如《诸病源候论·妇人杂病诸候·崩中候》所说“崩中者，脏腑伤损，冲脉、任脉、血气俱虚故也”，“若劳动过度，则脏腑俱伤，而冲任之气虚，不能约制其经血，故忽然暴下，谓之崩中”。

因于热者，虽有因于虚热，实热之不同，但都伤及冲任二脉，迫血妄行，如《伤寒明理论·热入血室》所云：“冲之得热，血必妄行”。

因于瘀者，原因各异，有因“怀胎甚郁”，肝气郁滞而瘀者，亦有“冷积胞中，络脉寒凝”或瘀者，还有经行产后，血室受邪，壅遏致瘀者。瘀滞冲任二脉，使新血不得归经，乃或崩漏之患。

除上述病因病机外，古代医家还以不同角度进行综合论述。

在脏腑损伤方面，古代医家认识到常常由于多脏合而为病，如金·李杲《兰氏秘藏·妇人门》认为脾胃虚弱，脾病及肾，湿热下迫而致崩漏不止，“皆由脾胃有亏，下陷于肾，与相火相合，湿热下迫，经漏不止”。值得重视的是，李氏认为患者的社会因素，生活环境也常影响发病，“或人故贵脱势，人事疏少，或先富后贫，心气不足，其火大炽，旺于血脉之中，又致脾胃失节，火乘其中，形质肌肉容颜似不病者，此心病者，不行于诊，故脾胃饮食不调，其证显矣”。明代医家薛己则认为，由于脾胃虚弱，或肝经有火或肝经有风或怒动肝火，或悲哀太过等，均可致崩漏，“其为患因脾胃虚损，不能摄血归源；或因肝经有火，血得热而不行；或因肝经有风，血得风而妄行；或因怒动肝火，血热而沸腾；或因脾经郁结，因伤而不归经；或因悲哀太过，胞络伤而下崩”（《女科撮要·经漏不止》）。

血热：素体阴虚，或久病，或经行合房，失血伤阴，阴虚内热，虚火内炽，扰动血海，加之阴虚失守，冲任失约，致经血妄行，“若经候过多，遂至崩漏，色明如水下，得温则烦，甚者至于昏闷。……此由阴阳搏，为热所乘，攻伤冲任。血得热则流散，譬如天暑地热，则经水沸溢，阳伤于阴，令人下血。”（《妇人大全良方·调经门·崩暴下血不止方论》）。

素体阳盛，肝火易动，或素性抑郁，郁久化火；或感受热邪、湿热，或过服辛辣助阳

之品，饮酒助热，酿成实火，热伏冲任，热迫经血妄行，致成崩漏。《万病回春·妇人科》认为新病多属湿热，“崩漏者，有新久虚实之不同，初起属湿热者”，若病久则会转为虚热，“稍久属虚热”。“酒家嗜好炙博，亦有协热而下血者”（《仁斋直指方论·论崩中带下》）。清代医家傅山认识尤当，《傅青主女科·血崩·血海太热血崩》曰：“冲脉太热而血即沸，血崩之为病，正冲脉之太热也”。

血瘀：七情所伤，冲任瘀滞，或经期期间，或产后血未尽又感于寒、热之邪，以致成瘀，阻于冲任，血不归经，发为崩漏，“一应妇人大小产及诸下血新瘀，未得经久，遂触房事，皆作崩中漏下，二带之疾。又有月事久闭，才得一通，下部为风邪所搏，致使败瘀出而未尽，亦作崩中漏下”。（《仁斋直指方论·论崩中带下》）“新伤胎，及新产后余血不消作坚，使胞门不闭，淋漓去血”（《备急千金要方·妇人方下》）。因经行产后，余血未尽，正气较虚，易受外邪。“盖由血虚气衰，不能约制，又有瘀血在内，因冷热不调，致使血败”（《圣济总录·妇人血气门》）。若经闭复通，瘀血内阻，风冷之邪侵入胞宫，瘀血阻滞冲任，新血不得归经，亦可致崩漏下血。《普济方·妇人诸疾门》指出因瘀血所致崩漏较为难治，“即崩而淋漓不断，血瘀于内也”，由于瘀血内阻，气血不畅，常兼有“小腹急满痛”，治疗应“勿止之”，而不应见血止血。

气虚：万全《万氏妇人科·崩漏》云：“妇人崩中之病，皆因中气虚，不能收敛其直，加以积热在里，迫血妄行，故令经血暴下而成崩中”，认为崩中乃由中气虚损，不能摄血，复由积热在里，迫血妄行所致，若崩中日久，“中气下陷，元气不固”，下血连年不止，则转为漏下。

4 治则治法

治则与治法是相互联系而又相互区别的。治则是确定治法的依据，治法则是在治则指导下确定的治疗疾病的具体方法，后者从属于前者。实际上，在中医古籍中，治则与治法常是相互融合，密不可分的。

4.1 治 则

崩漏有其病因病机的特殊性。一般而论，崩漏虚证多而实证少，因热者多而因寒者少，即便是火亦是虚火，非实可比。在崩下之时多见标证，血势缓或血止后常显本证，但崩漏标本错综复杂，因此在审证中应抓住其辨证要点，审证求因，视其转化，分清病性的寒、热、虚、实和证情的轻、重、缓、急。“寒者热之，热者寒之，虚则补之，实则泻之”为其最基本原则。由于崩漏一病，不论暴崩久漏，均属重证。相对而言，初病者体质较强，正气未虚，较为易治；久病者，病情反复发作，去血过多，体质日弱，正气益虚，故收效较难。诚如张介宾所言，“暴崩者，其来骤，其治亦易。久崩者其患深，其治亦难”（《景岳全书·妇人规》）。因此，历代医家都本着“急则治其标，缓则治其本”的原则，进行辨证论治，如万全《万氏妇人科·崩漏章》云：“凡妇人女子，初得崩中暴下之病者，宜用止血之剂，乃急则治其标也”。《医学入门·妇人门》亦遵循前人治疗崩漏原则，在暴崩下血之际，急以止血为先，然后辨证求因以治本，认为血止后，宜“养胃安心还其血”治本，以巩固疗效，防止复发。

4.2 治 法

“辨证论治”是中医学的基本思想之一，由于崩漏病因病机特点，决定了在治疗该病时要重在对脏腑、气血、冲任的整体调摄，但有时也需要采取局部治疗相配合。在历代医家论治崩漏时，多以内治法为主，外治法较少。在遵循“寒者热之，热者寒之”，“虚者补之，实者泻之”的基本原则基础上，本着“急则治其标，缓则治其本”的原则，以多法施治，其中尤以明代方约之所提出的治崩三法，即“塞流、澄源、复旧”为代表。

4.2.1 崩漏急救

暴崩下血之际，急当止血固脱，“留得一分血便是留得一分气”，一般采取固气摄血法。如明代医家薛己指出，大出血时勿以脉诊，应舍脉从症，“急用独参汤救之”（《女科撮要·经漏不止》），以大补元气之人参固脱，反对寒凉之药，以免伤及脾胃，克伐生生之气。薛氏观点，多为历代医家所接受。

4.2.2 治热以寒

宋代医家许叔微在《普济本事方·妇人诸疾》中认为阴虚阳盛，血海蕴热所致崩中下血，不应再治以收敛止血，或补血止血，应以黄芩清热凉血，“此治阳乘阴，前所谓天暑地热，经水沸溢者”。金代医家张元素之子张璧也认为血室有热，迫血妄行所致崩下不止，应以“金华散”清热凉血，活血止血，方能取效（《丛书集成·云岐子保命集论类要》）。清代医家龚廷贤认为崩漏新病多属湿热，“宜解毒也”，治疗亦以清热凉血为主，告诫后人慎用温燥之品，若“稍久属虚热者，宜养血而清火也”，并对崩漏“新久虚实”不同情况提出了相应的治疗方法，从而丰富了崩漏的治疗经验（《万病回春·妇人科》）。《女科经纶·崩带门》则强调因热所致崩漏应治以清补升提之法，“妇人血崩，来如潮涌，明是热势妄行，岂可作寒论治，宜清补兼升提，不可骤止”。

4.2.3 治寒以热

宋代医家严用和认为冲任虚寒，血凝不运亦可导致崩漏发生，不能概认为血热所致，“若以谓血热致崩中而用凉药误矣”，应治以大温之剂，诸如“岁丹”、“阳起石丸”之属，因为“岁丹之性，全恃火力，如水寒成冰，血寒成块，血得温，则流散四肢，冰得日，则烘消成水，血凝得丹则流畅，火之力也”（《严氏济生方·妇人门·崩漏论治》）。清代医家沈尧封认为崩证“热多寒少”，对于“阳虚”所致崩漏，症见经色紫黑，兼有“少腹恶寒”之表现者，“方可投温”，治以温补之法（《沈氏女科辑要·血崩》）。

4.2.4 治虚以补

对于气血虚者《金匱钩玄·妇人科·血崩》指出“崩之为病，乃血之大下，岂可为寒。但血去后，其人必虚，当大补气血”。对于阴虚者，《鸡峰普济方·妇人》卷第十七认为应“当补其阴”，切忌误用温药，否则会加重病情，“得温则烦，甚至于昏闷”。清代医家对此见解尤为独到，“世人一见血崩，往往用止涩之品，虽亦能取效于一时，但不用补阴之药，则虚火易于冲击，恐随止随发，以致经年累月不能全愈者有之。是止崩之药，不可独用，必须于补阴之中行止崩之法（《傅青主女科·血崩》）。朱震亨主张以“大补脾胃而升举气血，补阴泻阳”之法治脾胃虚弱，脾病及肾之崩漏。由于脾脏喜燥恶湿，脾虚易为湿困，因此对于脾虚湿胜者，杨仁斋认为应治以固护脾胃，散寒除湿之法，“宜桂枝附子汤加健脾

之药”(《仁斋直指方论·论崩中冲带下》卷第二十六)。或治以益气升阳,除湿之法,如李东垣及其弟子罗天益皆以脾胃之气立论,以升阳除湿汤治“女子漏下恶血”,因于心火乘脾者(《东垣试效方·崩漏治验》);用“益胃升阳汤”以使阳生阴长,助生发之机(《卫生宝鉴·崩漏带下》)。明·张介宾在《内经》“阴虚阳搏谓之崩”的理论基础上,提出“阴虚者,血失守,阳搏者,血妄行”,认为“五脏皆有阴虚,五脏皆有阳搏”,因此,在治疗崩漏时,“宜审脏气,宜察阴阳”,分清虚实寒热,再予以治疗,“无火者求其脏而培之、补之;有火者察其经而清之,养之”,特别指出气虚假热者勿用寒凉,“然有火者不得不清,但元气已虚极多假热,设或不明真假,而误用寒凉,必复伤脾胃,生气日见殆矣”。张氏在治法上,极为推崇李杲的脾胃论,主张升阳益胃,以四君子辈收功,“故凡见血脱等证,必当用甘药,先补脾胃以益生发之气”,补脾可以摄血;由于脾胃为气血生化之源,脾气健运,则“阳生阴长,而血自归经矣”(《景岳全书·妇人规》)。

4.2.5 治崩三法

历代医家都很重视崩漏病血止后宜善后固本。《普济方·妇人诸疾门》认为应以温经收敛固涩之“鹤顶丸”调理善后。《医学入门·妇人门》也认为血止后宜“养胃安心还其血”,继续调治根本,以巩固疗效,防止复发,否则“变为白浊、白淫、血枯发热、不可治矣”。明代医家万全认为崩中的治疗应掌握“急则治其标的原则”,“凡妇人女子,初得崩中暴下之病者,宜用止血之剂,乃急则治其标也”,采取“初止血,次清热,后补虚”的三步治疗方法,为后世医家方约之提出治崩三法打下了基础(《万氏妇人科·崩漏章》)。

治崩三法,即“塞流”、“澄源”、“复旧”,为明代医家方约之所提出,在《丹溪心法附余·崩漏》中有详细论述,“治崩次第,初用止血,以塞其流;中用清热凉血,以澄其源;末用补血,以还其旧,”并且三者密切相关,“若止塞其流而不澄其源,则滔天之势不能遏;若止澄其源而不复其旧,则孤子之阳无以立。故本末勿遗,前后罔紊,方可以言治也”。后世医家多遵循并完善了方氏三法以治崩漏,如《叶氏女科证治秘方·崩漏标本证治》中说:“凡崩漏初起,治宜止血,以塞其流,加减小物汤、十灰丸主之。崩漏初止,又宜清热,以清其源。……崩漏既止,里热已除,更宜补气血,以端其本”。并根据崩漏发病特点对三法之间关系作了分析,“要知崩漏皆由中气虚,不能收敛其血,加以积热在里,迫血妄行,或不时血下,或忽然暴下,为崩为漏。此证初起,宜先止血,以塞其流,急则治其标也。血既止矣,如不清源,则滔天之势必不可遏。热既清矣,如不端本,则散失之阳,无以自持。故治崩漏之法,必守此三者次第治之,庶不致误”。

综上所述,崩漏论治还应以“辨证论治”为准绳,然由于崩漏发病机理的特殊性,依据其发病缓急和出血新久不同,则应本着“急则治其标,缓则治其本”的原则,灵活运用治疗方法。塞流、澄源、复旧是治疗崩漏的三大方法,塞流即是止血。暴崩之际,急当止血防脱以治其标,一般采用固气摄血法,如“急用独参汤救之”(《女科撮要·经漏不止》)。待出血渐缓,或者停止出血之后,宜行澄源复旧以治其本。澄源即正本清源,辨证论治,或调补心脾肝肾以资其化源,或清其热、祛其瘀、化其痰以除病因。复旧即善后调理。但复旧并非全在补血,当视其病势,于善后方中寓治本方法。因经病之本在肾,故总宜补肾固冲调经,使本固血充而经自调。

5 方剂用药归类

5.1 养阴清热类

(1) 二圣汤(《古今医鉴》)

组成：何首乌、甘草。

功用与主治：养阴止血。用于血崩。

(2) 上下相资汤(《石室秘录》)

组成：熟地、山萸肉、玉竹、沙参、当归、牛膝、人参、玄参、麦冬、北五味、车前子。

功用与主治：益气养阴。用于血崩之后，口舌燥裂，不能饮食。

(3) 四物知柏汤(《症因脉治》，又名：知柏四物汤《医宗金鉴》)

组成：当归、生地、川芎、白芍、知母、黄柏。

功用与主治：养血清热。用于阴虚火旺之崩血、漏血。

(4) 地黄益母汤(《圣济总录》)

组成：生地黄汁、益母草汁。

功用与主治：滋阴养血。用于妇人血下不止，兼赤白带下。

(5) 止血汤(《履霜集》)

组成：当归头、川芎、酒炒黄芩、土炒白术、炙甘草、酒洗生地、炒白芍、黑干姜、升麻、陈棕炭。

功用与主治：养血固冲，收敛止血。用于妇人虚热血崩。

(6) 牡丹皮汤(《备急千金要方》)

组成：牡丹皮、干地黄、槲叶脉、禹余粮、艾叶、龙骨、柏叶、厚朴、白芷、伏龙肝、青竹茹、川芎、地榆、阿胶、芍药。

功用与主治：清经调冲，摄血止崩。用于崩中血盛者。

(7) 胶连饮(《丹台玉案》)

组成：黄连、当归身、阿胶、赤芍、芡实、泽泻、车前子、牛膝、山药、川芎、熟地。

功用与主治：清热降火，和血调气。用于妇女崩淋。

(8) 凉血地黄汤(《兰室秘藏》)

组成：生地黄、当归尾、黄连、黄柏、知母、藁本、川芎、升麻、柴胡、羌活、防风、黄芩、炙甘草、细辛、荆芥穗、蔓荆子、红花少许。

功用与主治：养阴清火，祛风止血。用于妇人血崩不止，属肾水阴虚，不能镇守包络相火者。

(9) 益母汤(《万病回春》)

组成：当归、川芎、白芍(酒炒)、熟地(姜汁炒)、条芩、陈皮、香附(醋炒)、阿胶(蛤粉炒)、益母草、白术、玄参、蒲黄(炒)、甘草。

功用与主治：养血清火，理气调经。用于妇人血崩，血虚有火者。

(10) 黄芩汤(《伤寒总病论》)

组成：黄芩

功用与主治：清热止血。用于妇人漏下不止。

(11) 解毒四物汤(《丹溪心法附余》，又名：温清饮《万病回春》)

组成：当归、白芍、熟地黄、川芎、黄连、黄芩、黄柏、栀子。

功用与主治：养血清热。用于妇人冲任血热，经行不止，或如豆汁，五色相杂，面色萎黄，脐腹刺痛，寒热往来，崩漏不止。

(12) 千金散(《医方类聚》引《施圆端效方》)

组成：熟地黄、芍药、当归、川芎、生地黄、小蓟、蒲黄。

功用与主治：养血和血，凉血止血。用于妇人血崩不止。

(13) 地龙散(《圣济总录》)

组成：炒地龙、郁金、陈棕炭、侧柏叶、地黄汁、胎发(泥裹，煨、去泥)。

功用与主治：固涩止血。用于妇人冲任气虚，经血暴下；兼带下。

(14) 伏龙肝散(《宣明论方》)

组成：川芎、生地黄、阿胶(炙)、当归、续断、地榆、小蓟根、伏龙肝、青竹茹。

功用与主治：补血清热。用于妇人血崩不止。

(15) 龟甲散(《备急千金要方》)

组成：龟甲、牡蛎。

功用与主治：固涩收敛，益阴潜阳。用于妇人崩漏不止，虚劳乏力。

(16) 槐子散(《良朋汇集》)

组成：槐子(炒黄)、贯众(炒黄)。

功用与主治：清热固涩。用于妇人血山崩漏不止。

(17) 槐花散(《良朋汇集》)

组成：陈槐花、百草霜。

功用与主治：凉血止血。用于妇人突然血崩，下血不止。

(18) 黑蒲黄散(《陈素庵妇科补解》)

组成：蒲黄(炒黑)、炒阿胶、当归、川芎、炒白芍、熟地、炒生地、丹皮、黑荆芥、地榆(炒黄)、香附(醋炒)、陈棕炭、血余炭。

功用与主治：固冲止血。用于妇人血崩。

(19) 四味丸(《杨氏家藏方》，又名：四生丸《普济方》引《十便良方》)

组成：生荷叶、生艾叶、生柏叶、生地黄。

功用与主治：滋阴凉血，化瘀止血。用于阴虚内热，血热妄行之崩漏，及产后出血。

(20) 止血益母丸(《履霜集》)

组成：益母草、大蓟(阴干)、童便制香附、丹参、酒炒黄芩、熟地黄(杵为膏，忌铁)、山萸肉、干山药(酒炒)、白茯苓(蒸熟)、丹皮(去骨，酒洗)、泽泻。

功用与主治：养血清火，固冲止血。用于妇人崩漏，新起属实热者。

(21) 黑龙丸(《古今医鉴》)

组成：黑驴粪(烧炭存性)

功用与主治：固摄止血。用于血崩及经水过多不止。

5.2 调补冲任类

(1) 十灰汤(《医钞类编》)

组成：大蓟、小蓟、荷叶、侧柏叶、乱发、茅根、茜草、山栀子、大黄、蒲黄、老丝瓜。

功用与主治：凉血止血。用于崩中下血不止。

(2) 人参山漆汤(《家庭治病新书》)

组成：人参、山漆(即三七)、白芍、黄柏、艾叶炭、荆芥炭、红花炭、炒丹皮、地榆炭。

功用与主治：清热凉血，固冲止血。用于妇女崩中下血。

(3) 抑红煎(《医学集成》)

组成：熟地、当归、炒白芍、焦荆芥、贯仲、姜炭、棕炭、侧柏炭。

功用与主治：养血止血。用于妇女久崩不止。

(4) 牡蛎汤(《鸡峰普济方》)

组成：乌贼骨、牡蛎、桂心、干姜、黄芪、白芷、五色龙骨、熟干地黄。

功用与主治：温阳益气，固崩止漏。用于妇人漏下五色不止，淋漓连年，黄瘦痿痒。

(5) 滋血汤(《太平惠民和剂局方》)

组成：赤石脂(火煅红)、海螵蛸、侧柏叶。

功用与主治：清热凉血，固冲止血。用于妇人劳伤脏腑，冲任气虚，不能制约其经血，致患血崩；或下鲜血，或下瘀血，连日不止，淋漓不断，形羸气劣，倦怠困乏者。

(6) 二神散(《古今医统大全》)

组成：陈槐花(炒)、百草霜。

功用与主治：凉血固摄。用于血崩下血。

(7) 二陈摄本散(《绛囊撮要》)

组成：陈棕榈(烧存性)、陈阿胶。

功用与主治：固涩止血。用于血崩不止。

(8) 十灰散(《叶氏女科证治秘方》)

组成：百草霜、侧柏叶、莲蓬壳、棕榈皮(陈败者)、油头发(皂荚水洗)、黄绢(或新绵亦可)、艾叶、藕节、白茅根、蒲黄、阿胶(蛤粉炒珠，另研细末)。

功用与主治：固涩止血。用于血崩初起。

(9) 止崩汤(《临证医案医方》)

组成：生地炭、熟地炭、阿胶珠、莲房炭、山萸炭、当归身、黑升麻、黑芥穗、仙鹤草、五味子、五倍子、茅根炭、鸡冠花炭。

功用与主治：养血固冲，固涩止血。用于崩漏(功能性子宫出血)。症见子宫骤然大量下血，或淋漓不断，舌质淡，苔白，脉浮大无力，或沉细无力。

(10) 乌金散(《普济方》引《经验良方》)

组成：陈棕炭、龙骨。

功用与主治：涩血固崩。用于妇人血崩不止，脉软而涩。

(11) 六合散(《医便》)

组成：杏仁皮(烧炭)、童便浸香附(炒黑)、旧红毡子(烧炭)、炒地肤子、陈棕炭、血余炭、蟹壳(烧炭)、陈莲蓬(烧炭)。

功用与主治：凉血固涩。用于血崩不止。

(12) 地黄龙牡榴梅散(《医学从众录》)

组成：炒生地、煅龙骨、煅牡蛎、炒石榴皮、炒乌梅肉、陈棕炭、百草霜、阿胶(蒲黄拌炒)、陈京墨(炒)。

功用与主治：固涩止血。用于妇人血崩。

(13) 莲壳散(《儒门事亲》)

组成：陈棕炭、莲房炭、炒香附。

功用与主治：收敛止血。用于妇人血崩。

(14) 梅姜散(《魏氏家藏方》)

组成：棕榈、乌梅、干姜(同煅存性)。

功用与主治：收敛止血。用于妇人血崩漏下。

(15) 鹿角散(《魏氏家藏方》)

组成：乌贼骨、煅龙骨(二味另研为细末)、牡蛎粉、鳖甲(米醋炙焦黄)、鹿角(镑,人酥油少许拌炒)。

功用与主治：温肾固摄, 止血补虚。用于妇人经水不止。

(16) 樺叶散(《太平圣惠方》)

组成：樺树叶、炙甘草、炮干姜、麦门冬(去心,焙)。

功用与主治：温经止血。用于妇人崩中下五色, 或赤白带下不止。

(17) 锦灰散(《杏苑生春》)

组成：大黄、木贼、棕榈皮、侧柏叶、艾叶、干漆、鲫鱼鳞、鲤鱼鳞、血余、当归(逐味火煅存性,为细末)。

功用与主治：固涩止血。用于妇人血崩不止, 心烦口燥。

(18) 玉关丸(《景岳全书》)

组成：白面(炒熟)、枯矾、五倍子(醋炒黑)、炒五味子、诃子(半生,半炒)。

功用与主治：摄经固脱。用于妇人崩漏不止, 带浊不断。

(19) 四红丸(《医方易简》)

组成：蒲黄、泽泻、阿胶、当归。

功用与主治：养血止血。用于妇人血崩, 及便血、衄血, 各种失血。

(20) 血崩丸(《内外验方秘传》)

组成：煅龙骨、赤石脂、血余炭、蒲黄炭、陈棕炭、藕节炭、艾叶炭、乌梅炭、柏叶炭、莲房炭、明矾、旧黄绢炭、木贼炭、当归、桃仁、乌贼骨炭、白芍、党参、山药、新棉花炭、赤松皮炭。

功用与主治：固涩止血。用于女人血崩不止。

5.3 补益心脾类

(1) 丁香胶艾汤(《兰室秘藏》)

组成：熟地黄、白芍药、川芎、丁香、阿胶、当归、生艾叶。

功用与主治：养血温经，调气止血。用于崩漏不止。由心气不足，劳役及饮食不节所致。其脉两尺俱弦紧洪，按之无力，自觉脐下如冰，求厚衣被以御其寒，白带、白滑之物多，间有屋漏水样物，时下鲜血，右尺脉时微洪。

(2) 伏龙肝汤(《肘后备急方》)

组成：灶心土

功用与主治：温脾止血。用于妇人血崩。

备考：按本方原无方名，据《普济方》卷一〇一补。

(3) 伏龙肝汤(《备急千金要方》)

组成：伏龙肝、生地黄、生姜、甘草、艾叶、赤石脂、桂心。

功用与主治：温脾止血。用于劳伤冲任，崩中失血，赤白相兼，或如豆汁，脐腹冷痛，口干食少。

(4) 止经汤(《女科万金方》)

组成：当归、白芍药、熟地、川芎、香附、阿胶、黄芩、蒲黄、白术、侧柏叶(盐、酒少)、砂仁、甘草。

功用与主治：养血固冲，止血调经。用于妇人经水不时，淋漓不止，或自成片，或似黑水，面色青黄，头眩眼花，四肢困倦。

加减：咳嗽，加五味子、杏仁；泄泻，加肉桂、草果、罂粟壳；气急，加半夏、五味子；腹痛，加枳壳、玄胡索、干漆。

(5) 升阳除湿汤(《脾胃论》)

组成：甘草、麦芽粉(如胃寒腹鸣者加)、陈皮、猪苓、泽泻、益智仁、半夏、防风、羌活、神曲、柴胡、升麻、苍术。

功用与主治：健脾燥湿。用于脾胃虚弱，湿盛血崩，不思饮食，四肢困弱。

(6) 升阳除湿汤(《兰室秘藏》又名：调经升麻除湿汤)

组成：当归(酒洗)、独活、蔓荆子、防风、炙甘草、升麻、藁木、柴胡、羌活、苍术、黄芪。

功用与主治：散风除湿，益脾升阳。用于饮食劳倦，心火乘脾，女子漏下恶血，或暴崩不止，多下水浆之物，怠惰嗜卧，四肢不收，困倦乏力，气短气逆，脉缓而弦急，按之洪大，亦治男子水疝。

(7) 升阳益气汤(《杏苑生春》)

组成：黄芪、白术、人参、陈皮、当归、神曲、升麻、柴胡、黄芩、炙甘草。

功用与主治：益气升阳。用于妇人暴崩，黑白成块，与水俱下。或左腹有血痕，日久月水不调，水泻不止，食罢烦心，饮食减少，甚至瘦弱。此为血脱。

(8) 寿脾煎(《景岳全书》又名：摄营煎)

组成：白术、当归、山药、炙甘草、枣仁、远志、炮干姜、莲肉(去心，炒)、人参。

功用与主治：温脾摄血，养心安神。用于脾气虚寒，不能摄血，致患崩漏。

加減：血未止，加乌梅2个，畏酸者不用乌梅，加地榆；滑脱不禁，加醋炒五倍子；气虚甚者，加炙黄芪；气陷而坠，加升麻，或白芷亦可；阳虚畏寒，加制附子；血去过多，阴虚气馁，心跳不宁，加熟地。

(9) 固气汤(《傅青主女科》)

组成：人参、白术(土炒)、大熟地、当归(酒洗)、白茯苓、甘草、炒杜仲、燕山萸肉、远志、炒五味子。

功用与主治：固气补血。用于妇女气虚崩漏，或妊娠3月血崩小产。

(10) 补中益气汤(《脾胃论》)

组成：黄芪、炙甘草、人参(去芦头)、当归身(酒焙干或晒干)、陈皮(不去白)、升麻、柴胡、白术。

功用与主治：补中益气，升阳举陷。用于脾胃气虚，少气懒言，四肢无力，困倦少食，饮食乏味，不耐劳累，动则气短；或气虚发热，气高而喘，身热烦，渴喜热饮，其脉洪大，按之无力。凡妇人崩漏、子宫脱垂、妇科肿瘤，男子精子活动力低下之不育症等，见有上述症状者均可使用。

(11) 补气止崩汤(《揣摩有得集》)

组成：生黄芪、当归身(土炒黑)、白芍炭、阿胶珠、贯众炭、干姜炭、炒白术、熟地炭、炒山药、麦冬(去心)、炒五味子、乌梅炭。

功用与主治：补气养血，固涩止崩。用于妇人血崩，不论老少强弱，或因房事不慎，或因肝气太盛，皆属气血亏损。

(12) 补阴益气煎(《景岳全书》)

组成：人参、当归、酒炒山药、熟地、陈皮、炙甘草、升麻(火浮于上者，去而不用)、柴胡(如无外邪者不用)。

功用与主治：益气养阴，散风清热。用于气阴两虚之崩漏。

(13) 补养心脾汤(《罗氏会约医镜》)

组成：人参、蜜炙黄芪、白术、茯神、当归、炒枣仁、柏子仁(去油)、酒炒白芍、炒阿胶、炒山药、炙甘草。

功用与主治：补气宁心，健脾止血。用于产后劳役惊恐，损伤心脾，不能统血，以致血崩者。

(14) 柏子仁汤(《重订严氏济生方》)

组成：酒炒当归、川芎、茯神(去木)、小草、阿胶(蛤粉炒成珠)、鹿茸(酒蒸，焙)、炒柏子仁、香附(炒去毛)、川断(酒浸)、炙甘草。

功用与主治：补血养心，温肾止血。用于妇人忧思过度，劳伤心经，崩中下血。

(15) 复元养荣汤(《寿世保元》)

组成：远志肉、人参、炒酸枣仁、蜜炒黄芪、荆芥、酒炒白芍、当归头、地榆、白术、甘草。

功用与主治：补气养血，健脾宁心。用于妇人血崩，血去过多，心神恍惚。

(16) 理中汤(《伤寒论》)又名：人参汤(《金匱要略》)、人参理中汤(《校注妇人良方》)

组成：人参、干姜、炙甘草、白术。

功用与主治：温中祛寒，补气健脾。用于崩漏，行经腹痛，妊娠吐泻，带下等证属脾胃虚寒者，症见倦怠少气，四肢不温，口不渴等。

(17) 黄土汤(《金匮要略》)

组成：甘草、干地黄、白术、炮附子、阿胶、黄芩、灶心土。

功用与主治：温阳健脾，养血止血。用于脾虚阳衰，妇人血崩，血色黯淡，四肢不温，面色萎黄、舌淡苔白，脉沉细无力。

(18) 黄龙汤(《竹林女科证治》)

组成：炙黄芪、当归、白芍、蜜炙白术、苍术(米泔浸)、陈皮、生地黄、炙甘草、熟地黄、柴胡。

功用与主治：健脾养血，滋阴清热。用于妇人劳累过度，脾胃虚损，以致漏下不止，其色鲜红，气短气逆，自汗不止，身体发热，大便溏泄，四肢无力，不欲饮食。

(19) 黄芩汤(《圣济总录》)

组成：黄芩(去黑心)、当归、侧柏叶、炒蒲黄、炒艾叶、生地黄。

功用与主治：清热凉血，化瘀止血。用于妇人经血暴下，或带下赤白不止。

(20) 黄芪汤(《圣济总录》)

组成：黄芪、阿胶(炙燥)、炙甘草、大枣(去核)。

功用与主治：补气养血，固经止漏。用于妇人漏下，淋漓不断。

(21) 惜红煎(《景岳全书》)

组成：白术、山药、炙甘草、地榆、炒川断、北五味子、炒荆芥穗、乌梅、炒白芍。

功用与主治：健脾益气，收敛止血。用于妇人经血不固，崩漏不止。

加减：火盛者，加黄连、黄芩；如脾虚兼寒，脾泄者，加破故纸、人参。

(22) 惜红煎(《医门八法》)

组成：炒白术、黄芩、生地、地榆、川断、荆芥穗、炒扁豆、莲肉、砂仁(研末)、五倍子、金樱子(去核)、乌梅肉。

功用与主治：健脾清热，固涩止血。用于妇人崩漏。

(23) 温补荣气汤(《罗氏会约医镜》)

组成：当归(若血虚有热者宜少用)、枸杞子、熟地、炙甘草、酒炒白芍、山药、炒枣仁。

功用与主治：温补气血。用于妇人血崩及生产后出血过多，心脾血虚，脉细数，体虚气弱，心痛潮热。

加减：心虚有火，痛不可按者，加丹皮或生地；血寒凝滞，加肉桂；气胀而滞者，加陈皮、香附之类；气虚而不能生血者，加蜜炒黄芩，或加人参更妙；血散而不收敛者，加五味子，或用十全大补汤亦妙。

(24) 八珍散(《普济方》引《孟诜方》)

组成：人参、白术、粟米(微炒)、白茯苓、姜制厚朴、益智仁、黄芪、甘草。

功用与主治：补气健脾，利湿调经。用于妇人思虑过多，伤损脾气，脾虚则不能制水，漏下五色，或只常下黄白水。

(25) 伏龙肝散(《太平圣惠方》)

组成：伏龙肝、赤石脂、煅龙骨、煅牡蛎、乌贼骨(煅炭)、禹余粮(煅，醋淬七遍)桂心、白术、黄牛角(煅炭)。

功用与主治：温肾固摄。用于妇人漏下，或愈或剧，身体羸瘦，饮食减少，四肢无力。

(26) 固胎散(《松崖医径》)

组成：黄芩、白术、炒砂仁、阿胶珠。

功用与主治：养阴清热，固崩止漏。用于妇女崩漏下血。

(27) 狼牙散(《太平圣惠方》)

组成：狼牙草(即仙鹤草)、诃黎勒皮、白芍、白术、黄芪。

功用与主治：补气健脾，收涩止血。用于妇人崩中下血不止，心胸虚闷。

(28) 乌骨鸡丸(《女科指掌》)

组成：当归、川芎、白芍、生地、人参、香附、砂仁、厚朴、海金沙、侧柏叶、僵蚕。

功用与主治：益气补血，健脾摄血。用于漏下不止，身体羸弱，脉来细小，芤而微涩者。

5.4 养血调肝类

(1) 地黄汤(《竹林女科证治》)

组成：白芍、生地、当归身、川芎、羌活、防风、柴胡、黑荆芥、炒升麻、甘草、酒炒黄芩、姜汁炒黄连、酒炒黄柏、藁本、蔓荆子、红花、细辛。

功用与主治：清热澄源。用于崩漏初起。

(2) 当归汤(《备急千金要方》)

组成：当归、川芎、黄芩、芍药、甘草、生竹茹。

功用与主治：和血清热。用于崩中下血，虚劳羸瘦。

(3) 如神饮(《丹台玉案》)

组成：蒲黄、艾叶、升麻、黄芩、地榆、当归身、柴胡、血见愁、黄连、山梔、紫荆皮。

功用与主治：清热凉血，止血。用于妇人血崩，来如涌泉，面黄肌瘦。

(4) 开郁四物汤(《医学正传》)

组成：香附、当归身、白芍(酒炒)、熟地黄、川芎、黄芪、蒲黄、地榆、人参、白术、升麻。

功用与主治：补气摄血，理气调经。用于崩漏脾虚肝郁者。

加减：崩漏较甚者，加陈棕炭酒调服。

(5) 止崩汤(《嵩崖尊生全书》)

组成：当归、川芎、白芍、生地、荆芥(炒黑)、炒黄芩、防风、升麻、白术、蒲黄、阿胶、地榆、黄柏。

功用与主治：清热燥湿，和血止崩。用于妇人月经暴崩不止。

(6) 乌沉汤(《医林绳墨大全》)

组成：川芎、当归、白芍、香附、乌药、甘草、陈皮。

功用与主治：舒肝养血。用于悲哀甚而致血崩者。

(7) 固源汤(《简明医彙》)

组成：黄芩、臭椿根皮、灶心土、当归头、熟地黄、白芍药、地榆、川芎、艾叶、炒荆芥。

功用与主治：固崩止血。用于血崩日久不止。

(8) 羌防四物汤(《病因脉治》)又名：羌活六合汤(《医林纂要》)

组成：羌活、防风、当归、生地、川芎、白芍药。

功用与主治：祛风和血。用于风邪内阻，经血不行，或行而暴下，色青如韭汁，多寡不常，怕热畏风，兼见风虚眩晕，风秘便难。

(9) 奇效四物汤(《校注妇人良方》)

组成：当归(酒拌)、熟地黄、白芍药、川芎、炒阿胶、炒艾叶、黄芩。

功用与主治：养血清热。用于肝经虚热，经血沸腾，崩久不止。

(10) 养血汤(《竹林女科证治》)

组成：当归(酒洗)、白芍、白术(蜜炙)、茯苓、制香附、青皮、柴胡、炙甘草。

功用与主治：平肝养血。用于大怒所致之崩漏。

(11) 养血平肝散(《济阴纲目》)

组成：当归(酒浸)、炒白芍、香附(炒黑)、青皮(醋炒)、柴胡、川芎、生地黄、甘草。

功用与主治：养血舒肝，调经止血。用于因大怒所致之经血暴下。

(12) 桂枝姜苓汤(《四圣心源》)

组成：甘草、茯苓、桂枝、芍药、干姜、丹皮、首乌。

功用与主治：疏肝和脾，活血止血。用于经漏，经水先期。

(13) 桂枝姜苓牡蛎汤(《四圣心源》)

组成：甘草、茯苓、桂枝、芍药、干姜、丹皮、牡蛎。

功用与主治：调荣益卫，收涩止血。用于血崩。

加减：气虚，加人参。

(14) 凉血固真汤(《摄生众妙方》)

组成：当归身、川芎、白芍药、生熟地黄、条实黄芩(生用，细切)、香附子(童便浸透)、续断、黄柏(微炒)。

功用与主治：清热凉血，固真止血。用于月水频发，血分有热，劳倦腰痛，手足烦热，头目昏眩，渐成崩漏。

(15) 二神散(《普济方》)

组成：香附(烧存性)、炒蒲黄。

功用与主治：行气止血。用于妇人血崩不止。

(16) 四神效(《易氏医案》)

组成：香附、乌药、苏梗、白芷、甘草、川芎、白术、神曲、当归。

功用与主治：行气舒肝，健脾摄血。用于气郁崩漏，昼夜十数次，用止血药而血愈甚，羸瘦食少，面青爪黑，气促痰喘；心脉平和，肝脉弦大，时一结；肺脉沉而大，且有力，脾胃脉沉涩，两尺沉而无力。

(17) 立效散(《济阴纲目》)

组成：炒香附、当归、赤芍、良姜、五灵脂。

功用与主治：行气解郁，和血止血。用于妇人血崩，脐腹痛。

(18) 当归散(《儒门事亲》)

组成：当归、煅龙骨、炒香附、陈棕炭。

功用与主治：止血固崩。用于妇人血崩。

(19) 乌金散(《妇科指掌》)

组成：醋炒香附、当归、五灵脂、醋炒地榆、荆芥穗(俱炒黑)。

功用与主治：清热祛风，固经止血。用于妇人血崩不止。

(20) 经验散(《类编朱氏集验方》)

组成：香附(半生半炒)、代赭石(为末)。

功用与主治：疏肝行气，固涩止血。用于血崩。

(21) 荆芥散(《医略六书》)

组成：生地(炒炭)、荆芥(炒炭)、白芍(醋炒)、白术(炒炭)、当归(醋炒)、木香、茯苓、血余炭、荷叶(炒黑)、陈棕炭。

功用与主治：养血化瘀，行气止痛。用于妇人崩漏腹痛，脉弦浮数。

加减：血热，加丹皮炭；血滞，加延胡索；血中气滞，加香附炭；血气虚，加赤石脂；咳嗽，加桑白皮；气虚，加人参；阴血虚，加阿胶珠、炒蒲黄；胃中寒，加炮姜炭(淡盐水炒)。

(22) 柴胡山栀散(《灵验良方汇编》)

组成：丹皮、柴胡、山栀、川芎、当归、芍药、甘草、牛蒡子、白术。

功用与主治：疏肝清热，健脾养血。用于妇人肝火漏血。

(23) 柴胡抑肝散(《陈素庵妇科补解》)

组成：柴胡、青皮、香附、丹皮、焦栀、当归、川芎、白芍、生地、炒蒲黄、炒荆芥、陈棕炭。

功用与主治：和肝气，清肝火，养肝气。用于妇人因事暴怒，经行气逆而厥。怒伤肝，肝藏血，因而崩注。

(24) 黄金散(《良朋汇集》)

组成：炒香附、当归尾、炒五灵脂。

功用与主治：行气解郁，化瘀止血。用于妇人血崩不止。

(25) 黑逍遥散(《医宗己任编》)

组成：柴胡、白芍、归身、白术、熟地、茯苓、甘草。

功用与主治：养血舒肝，健脾和胃。用于肝郁血虚，或郁怒伤肝，致肝不藏血而妄行，崩漏不止。

加减：血热者，加丹皮；阴虚火旺者，加牡蛎。

(26) 五灵脂丸(《玉机微义》)

组成：五灵脂、神曲。

功用与主治：活血止血。用于血山崩不止。

(27) 崩漏丸(《摄生秘剖》)

组成：羌活、藁本、防风、肉桂(夏季不用)、土炒白术、当归、炙黄芪、柴胡、人参、熟地、川芎、细辛、炒白芍、红花、独活、炮附子、炙甘草、桃仁(去皮、尖)。

功用与主治：温阳益气，升阳摄血，用于妇人崩漏。

5.5 补肾固经类

(1) 小蓟汤(《鸡峰普济方》)

组成：伏龙肝、桑寄生、川断、地榆、艾叶、阿胶、当归、赤石脂、厚朴、生姜、小蓟根。

功用与主治：健脾益肾，凉血止血。用于妇人崩漏。

(2) 安荣汤(《罗氏会约医镜》)

组成：当归(去尾)、熟地、丹参、山药、酒炒白芍、丹皮、蛤粉炒阿胶、川断、炙甘草。

功用与主治：凉血止血。用于血分有热，崩漏日久，六脉虚弱，体亏无神。

加减：实火盛，迫血妄行，口渴，舌黄，便燥，六脉洪滑，加黄柏、黄芩、山梔仁之类，或加生地、赤芍、青蒿；不效，加黄连。

(3) 固元煎(《医方简义》)

组成：熟地、归身、酒白芍、炒菟丝子、煅龙骨、鹿角霜、炙鳖甲、杜仲(盐水炒)、潼蒺藜、益母草、炙甘草、广木香。

功用与主治：调经止血。用于妇女经漏。

(4) 川芎散(《医方类聚》引《施圆端效方》)

组成：川芎、当归、生地黄、伏龙肝、龙骨、芍药、蒲黄、罂粟壳(蜜炒焦)。

功用与主治：养血散瘀，收敛固涩。用于妇人崩漏带下，诸方不效者。

(5) 伏龙肝散(《顾氏医径读本》)

组成：伏龙肝、赤石脂、禹余粮、当归、熟地、川断、附子、艾叶炭、侧柏叶。

功用与主治：温经止血。用于崩中，因气血劳伤，冲任脉虚，脐腹疼痛，遂成五色杂下之候者。

(6) 乌鱼骨散(《鸡峰普济方》)

组成：乌贼骨、鹿茸、阿胶、当归、蒲黄。

功用与主治：补肾固涩。用于妇人漏下不止。

(7) 蒲黄散(《普济方》)

组成：炒蒲黄、炒破故纸、炒陈旧石灰。

功用与主治：活血止血。用于妇女崩中不能止。

(8) 乌龙丹(《证治准绳·女科》)

组成：禹余粮(炒)、乌贼骨、鹿茸、龙骨、石燕(煅)、阿胶、当归、干姜。

功用与主治：温肾固涩。用于崩中不止。

(9) 鹿角霜丸(《万氏女科》)

组成：鹿角霜、柏子仁(去壳，炒)、当归身、茯神、龙骨、阿胶(蛤粉炒成珠)、川芎、

醋制香附、炙甘草、川断。

功用与主治：温肾暖宫，固冲止血。用于崩久成漏，连年不休者。

(10) 紫灵丸(《魏氏家藏方》)

组成：煅阳起石、煅赤石脂、熟干地黄(酒浸)、当归(酒浸)、牡蛎粉。

功用与主治：固冲温经，暖宫摄血。用于妇人虚寒血崩。

(11) 滋阴百补丸(《宋氏女科秘方》)

组成：香附(新汲水浸1日，晒干)、炒破故纸、酒浸山药、姜汁炒杜仲、黑荆芥穗、川断、当归、茯苓。

功用与主治：养血祛风，固冲止血。用于血崩日久，血水淋漓不止；及妇人年过五十而经血过多者。

(12) 增损禹余粮丸(《备急千金要方》)

组成：禹余粮、龙骨、人参、桂心、紫石英、乌头、桑寄生、杜仲、五倍子、远志、泽泻、当归、石斛、苁蓉、干姜、蜀椒、牡蛎、甘草。

功用与主治：补气益肾，止血调经。用于妇人劳损而致崩中不止，面色萎黄，身体羸瘦。崩漏量多，虽暂止而数日即复发，劳累后更剧。

5.6 滋养肝肾类

(1) 鲍鱼汤(《千金翼方》)

组成：鲍鱼、当归、阿胶、艾叶。

功用与主治：补血暖宫，调经止血。用于漏血、崩中。

(2) 桑耳散(《太玉圣惠方》)

组成：桑耳(微炙)、熟干地黄、阿胶(炒令黄燥)、茜草根。

功用与主治：养血止血。用于崩漏，下血不止，日渐虚困黄瘦。

(3) 四红丸(《饲鹤事集方》)

组成：当归、阿胶、蒲黄、血余炭。

功用与主治：和血止血。用于崩漏，下血不止，血败带淋，面黄肌瘦，饮食不思，骨节酸痛，及诸血症。

(4) 乌鸡丸(《景岳全书》)

组成：熟地、当归、白术、山药、山茱萸、枣肉、柿饼、莲肉、蜜炙黄芪、鹿角胶、狗脊、杜仲、枸杞子、莲须、香附、阿胶、川芎、乌药。

功用与主治：养血补精，温肾种子。用于妇人羸弱，血虚有热，经水不调，崩漏带下，骨蒸潮热，不能成胎。

(5) 枇杷叶丸(《扶寿精方》)

组成：蜜炙枇杷叶、山药、枸杞子、山萸肉、吴茱萸。

功用与主治：滋肾养阴，调气止血。用于妇人血崩，月经不调，或前或后。

5.7 化瘀止血类

(1) 立效汤(《奇方类编》)

组成：益母草、当归身、知母、川芎、三七、陈棕炭。

功用与主治：养血散瘀，固崩止血。用于血崩。

(2) 必效散(《产乳备要》)

组成：陈棕炭、木贼(去节,烧存性)、麝香(研)。

功用与主治：祛瘀止血。用于妇人月水不调，及崩漏不止。

(3) 干漆散(《圣济总录》)

组成：干漆(炒令烟尽)、炒大黄、细辛、肉桂、炙甘草。

功用与主治：温化寒瘀。用于漏下黑色。

(4) 生干地黄散(《备急千金要方》)

组成：生干地黄、炒黄连、桂心、炒大黄、黄芩、蜜虫。

功用与主治：清热逐瘀。用于妇人漏下黄色。

备考：本方原无方名，据《太平圣惠方》卷七十三补。

(5) 拈痛散(《仙拈集》)

组成：蒲黄(炒)、五灵脂(炒)、官桂、雄黄、甘草。

功用与主治：活血化瘀，温经止痛。用于血崩，小腹刺痛。

(6) 备金散(《卫生宝鉴》，又名：万金散《良朋汇集》)

组成：炒香附、炒当归尾、炒五灵脂。

功用与主治：行气活血，化瘀止血。用于妇人血崩不止。

(7) 定血散(《医方类聚》引《医林方》)

组成：贯众(微炒,为末)不拘多少。

功用与主治：化瘀止血。用于妇人崩中，败血过多。

(8) 雷氏木贼散(《本草纲目》引《医垒元戎》)

组成：木贼草、香附子、朴硝。

功用与主治：行气降浊，化瘀清络。用于妇人血崩，腹痛不可忍者。

加減：脐下痛者，加乳香、没药、当归。

(9) 四仙丸(《普济方》)

组成：桃仁(去皮、尖)、当归、大黄(醋浸,炙)、水蛭(石灰炒)。

功用与主治：祛瘀清热。用于妇人崩中，内有瘀血，小腹急满痛者。

(10) 朱雄丸(《胎产新书》)

组成：朱砂、雄黄、白茯苓。

功用与主治：开窍降逆。用于经来不止，兼下牛膜一样片状物，昏迷倒地，乃血气结聚变成此证。

(11) 丹参酒(《备急千金要方》)

组成：丹参、艾叶、熟地黄、金银花、地榆。

功用与主治：调和气血。用于妇人崩漏下血。

5.8 利湿清热类

(1) 车前汤(《圣济总录》)

组成：车前子、淡竹叶、黄芩、阿胶(炙燥,杵碎)、生地黄。

功用与主治：清热凉血。用于经血暴下，兼带下。

(2) 当归汤(《鸡峰普济方》)

组成：小蓟根、当归、阿胶、川断、青竹茹、川芎、生地黄、地榆、灶心土、马通20ml(以水调,取汁)。

功用与主治：清热止崩，调冲养血。用于妇人忽暴崩中，出血不断，或如鹅鸭肝者。

(3) 茵陈蒿汤(《伤寒论》)

组成：茵陈蒿、山栀子、大黄。

功用与主治：清热利湿。用于湿热内蕴，瘀血阻滞，新血不得归经之崩漏。

(4) 黄连解毒汤(《郑氏家传女科万金方》)

组成：川黄连、黄柏、黄芩、山栀子、连翘。

功用与主治：清热泻火，凉血止血。用于妇人崩漏不止。

(5) 樗白皮汤(《摄生众妙方》)

组成：樗白皮、黄芩、当归头、熟地黄、地榆、川芎、伏龙肝、芍药、生地黄、艾叶(炒)。

功用与主治：清热凉血，涩经止血。用于崩漏不止，血下无度。

(6) 乌金散(《圣济总录》)

组成：乌贼骨、棕榈、羊角尖、蚕茧(出过蛾者)，新棉、白矾、干姜。

功用与主治：清热固涩。用于妇人血漏，日久不止；或暴下血不止。

(7) 木耳散(《产科发蒙》引《百一选方》)

组成：陈棕炭、木耳、莲房、槐米(各煨存性)。

功用与主治：凉血止血。用于妇人血崩。

(8) 白茅根散(《鸡峰普济方》)

组成：伏龙肝、禹余粮、白芍药、熟地黄、地榆、白茅根、龙骨、当归、甘草、血竭。

功用与主治：清热固冲，收涩止血。用于妇人崩中不止，绕脐撮痛，或时烦渴。

(9) 立效散(《兰室秘藏》)

组成：当归、莲蕊、白棉籽、红花、白茅花。

功用与主治：凉血散瘀，固冲止血。用于妇人血崩不止。

(10) 立效散(《普济方》引《经验良方》)

组成：晚蚕砂(醋浸一宿,焙干)、当归(酒浸,焙干)、女子头发(焙焦)、乌龙尾(即久尘灰,生姜自然汁浸,焙干)、旧棕叶(烧炭存性)。

功用与主治：固涩止血。用于血崩，及赤白带下。

(11) 蚕灰散(《鸡峰普济方》)

组成：蚕纸灰、茶笼内箬叶(烧炭)。

功用与主治：清热利湿，固摄止血。用于妇人崩中漏下。

(12) 夏枯草散(《普济方》引《海上名方》)

组成：夏枯草(烧炭存性)。

功用与主治：清热止血。用于妇人崩中漏下不止。

(13) 绿寒散(《太平圣惠方》)

组成：晚蚕砂(微炒)、伏龙肝。

功用与主治：燥湿收敛。用于妇人崩中，下血不止。

(14) 霹雳散(《良朋汇集》)

组成：炒黄芩、炒荆芥。

功用与主治：清热调经，止血。用于妇人血山崩漏，行经不止。

(15) 麝香散(《医方类聚》引《吴氏集验方》)

组成：蚕退纸(烧存性)、晚蚕砂(拣去土)、蜚黄(烧存性)、白僵蚕(炒去丝)。

功用与主治：去风凉血，止血。用于妇人血崩。

(16) 龙骨丸(《女科秘要》)

组成：龙骨、海螵蛸、生地、牡蛎、当归、白芍、川芎、黄芩、白茯苓。

功用与主治：清热调经。用于月经味臭如腐肉。

(17) 竹茹丸(《妇人大全良方》)

组成：当归、白术、青木香、蚕蜕(煨)、陈棕炭、穿山甲(煨)、地榆、竹茹、川芎、白茯苓、甘草、血余(煨)、牡蛎(煨)、棉子(煨)、熟地黄、赤石脂(煨)。

功用与主治：养血清热。用于妇人崩中，赤白带下。

5.9 暖宫止血类

(1) 归芪止血汤(《陈素庵妇科补解》)

组成：当归、黄芪、蒲黄(半生半炒)、香附、桂心、熟艾、白术、地榆(炒黑)、黄芩(炒黄)、炙甘草、川芎。

功用与主治：补气祛寒，温经止血。用于妇人因感风冷，余经留滞血海，经行后已止五六日，忽然暴崩。

(2) 四物加味汤(《医略六书》)

组成：当归、川芎、熟地、白芍、人参、吴茱萸(醋泡，炒黑)、醋炒赤石脂、炮姜。

功用与主治：温补经血，暖宫止血。用于血室虚寒，阳气不能统运，蓄泄无权，腹痛崩漏，脉虚者。

(3) 逐瘀止血汤(《傅青主女科》)

组成：生地(酒炒)、大黄、赤芍、丹皮、当归尾、炒枳壳、龟版(醋炙)、桃仁(炒，研)。

功用与主治：行血祛瘀，活血止痛。用于妇人升高堕落，或闪挫受伤，以致恶血下流，有如血崩之状，手按之而疼痛，久则面色萎黄，形容枯槁，乃瘀血作祟。

(4) 地榆散(《太平圣惠方》)

组成：地榆、伏龙肝、茯苓、熟干地黄、炒柏叶、蒲黄、白芍药、鹿角胶(捣碎，炒令黄燥)、漏芦、蟹爪(微炒)、炙甘草、桂心、炮干姜、炒当归、川芎。

功用与主治：化瘀止血。用于妇人崩中漏下不止。

(5) 芍药散(《外台秘要》引《删繁方》)

组成：芍药，煨牡蛎、干地黄、白术、干姜、乌贼骨、炮附子、桂心、黄芪、龙骨。

功用与主治：温中止血。用于妇人崩漏，淋漓不止。

(6) 伏龙肝散(《三因极一病证方论》)

组成：伏龙肝、赤石脂(煨,醋淬)、煨牡蛎、乌贼骨、禹余粮(煨,醋淬)、桂心(一方有龙骨)。

功用与主治：固崩止血。用于气血劳伤，冲任脉虚，经血非时，忽然崩下，或如豆汁，或成血片，或五色相杂，或赤白相兼，脐腹冷痛，经久未止，令人黄瘦，口干，饮食减少，四肢无力，虚烦惊悸，使人无子。

(7) 芳香散(《杨氏家藏方》)

组成：香白芷、龙骨、荆芥叶。

功用与主治：固崩止漏。用于妇女崩漏不止。

(8) 赤石脂散(《太平圣惠方》)

组成：赤石脂、慎火草、炒当归、鹿茸(酥炙黄)、龙骨、阿胶(炒黄燥)、炒艾叶、炮干姜。

(9) 蒲黄散(《太平圣惠方》)

组成：蒲黄、鹿茸(去毛,涂酥炙令黄)、当归(微炒)、阿胶(炙令黄燥)、乌贼鱼骨(炙黄)、生干地黄。

功用与主治：补虚止漏。用于妇女漏下虚弱。

(10) 姜棕散(《妇科玉尺》)

组成：陈棕炭、炮姜。

功用与主治：温经止血。用于崩漏属虚寒者。

(11) 紫金散(《杨氏家藏方》)

组成：禹余粮(煨,醋淬)、赤石脂、龙骨、白芍药、炙甘草、川芎、炮附子、熟地黄、当归、干姜、肉桂。

功用与主治：温补冲任，止崩止带。用于冲任虚损，月水崩下，淋漓不断，腰腹重痛，及5种带病。

(12) 蒲黄散(《备急千金要方》)

组成：蒲黄、鹿茸、当归。

功用与主治：补肾固冲，养血止血。用于肾虚，冲任不固，漏下不止。现用于功能性子宫出血属肾阳不足者。

(13) 蔷薇根皮散(《太平圣惠方》)

组成：蔷薇根皮、慎火草(景天)、白薇、炒黄连、散龟版(涂酥炙黄)、炮干姜、桂心、细辛、当归(微炒)、熟干地黄、川芎、石斛、白芍、禹余粮(煨,醋淬七遍)、煨牡蛎、炒艾叶。

功用与主治：调和气血，固冲止血。用于妇人崩中漏下赤白青黑，腐臭不可近，面色熏黑，肌肉消瘦；月经失度，往来无常，小腹弦急，腹中疼痛，不欲饮食。

(14) 霹雳散(《杨氏家藏方》)

组成：香附(炒)、炮川乌、石灰(油炒)。

功用与主治：调气燥湿。用于经脉妄行，血崩不止。

(15) 艾附丸(《张氏医通》)

组成：当归、熟地、白芍、川芎、人参、石菖蒲、醋炒吴茱萸、肉桂、熟附子、蕲艾、香附。

功用与主治：温暖冲任。用于妇人崩伤淋伤，带下赤白，小腹绞痛。

(16) 龙骨丸(《医心方》引《经心录》)

组成：龙骨、阿胶(炙)、赤石脂、牡蛎、干地黄、当归、甘草、蒲黄。

功用与主治：固摄止血。用于妇人崩中漏下。

(17) 龙骨丸(《太平圣惠方》)

组成：龙骨、鹿茸、熟地黄、乌贼骨(烧炭)、白芍、炒侧柏叶、干姜。

功用与主治：温肾固冲。用于妇人崩中下五色。

(18) 白石脂丸(《圣济总录》)

组成：白石脂、川芎、大蓟、伏龙肝、熟干地黄、炒阿胶。

功用与主治：养血止血。用于妇人经血五色杂下，或独赤独白，日久不止。

(19) 延龄护宝丸(《产乳备要》)

组成：禹余粮(煨，醋淬七遍)、龙骨、人参、肉桂、赤石脂、紫石英(研)、熟地黄、杜仲、桑寄生、川断、白芷、川芎、炒当归、远志肉、石斛(去根，炒)、茯苓(去皮)、炒阿胶、牡蛎、五味子、艾叶。

功用与主治：补气暖宫，调经止血。用于妇人冲任虚损，经候过多，行经时暴下不可禁止，因成崩中，连日不断，致五脏空虚，面色黄瘦；崩竭暂止，日少复发，不耐动摇，小劳辄极剧。

(20) 交加丸(《鸡峰普济方》)

组成：生地黄(捣烂取汁，留滓另置一处)、生姜(同上法。以上将生地黄汁炒生姜滓，生姜汁炒地黄滓，炒至干，加以下诸药)、白芍药、人参、当归、麦门冬、琥珀、阿胶、蒲黄。

功用与主治：滋益营卫，补益冲任。用于妇人诸血妄行。

(21) 阳起石丸(《济生方》)

组成：煨阳起石、醋炙鹿茸。

功用与主治：壮阳祛寒，固经止血。用于冲任不固，虚寒之极，崩中不止，变生他证。

(22) 阴崩固经丸(《女科百问》)

组成：醋炒艾叶、鹿角霜、伏龙肝各等分，干姜少许。

功用与主治：暖宫固冲，温经止血。用于妇人冲任虚弱，月经不调，来多不断，淋漓不止。或忽然暴下，量多色淡，谓之阴崩。

(23) 内补丹(《普济方》)

组成：黄连、山萸肉、干姜、当归、鳖甲、芫花(醋浸)、白芷、干漆(香油浸)、制川乌、巴豆、乱发、桃仁、官桂、炒陈皮、炒芸苔子、煨龙骨。

功用与主治：补中止血，消瘀去积。用于妇人久患血崩不止，累医无力者。

(24) 柏叶丸(《太平圣惠方》)

组成：炒侧柏叶、续断、川芎、禹余粮(煨，醋淬七遍)、艾叶(微炒)、炒阿胶、煨牡

蛎、地榆、熟干地黄、炒当归、丹参、穿山甲(炙微黄)、鹿茸(去毛,酥炙微黄)、鳖甲(醋炙微黄)、赤石脂。

功用与主治:温肾散寒,固冲止血。用于妇人崩中漏下不止,日渐黄瘦,四肢无力,腹内疼痛,不思饮食。

(25) 禹余粮丸(《太平圣惠方》)

组成:禹余粮(煨,醋淬七遍)、龙骨、紫石英(煨为粉,水飞过)、人参、桂心、炮川乌头、泽泻、桑寄生(微炒去汗)、石斛、当归、杜仲、肉苁蓉(酒浸一宿,炙干)、远志(去心)、五味子、牡蛎(煨为粉)、甘草(炙)。

功用与主治:温肾暖宫,固经止血。用于妇人崩漏不止,面色萎黄,肢体消瘦。

(26) 镇宫丸(《重订严氏济生方》)

组成:代赭石(火煨,醋淬七次)、紫石英(火煨,醋淬七次)、禹余粮(火煨,醋淬七次)、附子(醋炙)、阳起石(煨红,细研)、川芎、鹿茸(燎去毛,醋蒸,焙)、茯神、阿胶珠、炒蒲黄、酒浸当归、血竭(别研)。

功用与主治:温肾助阳,化瘀止血。用于妇人崩漏不止,或下五色,或赤白不定,或如豆汁,或状若豚肝,或下瘀血,脐腹胀痛,头晕眼花,久久不止,令人黄瘦,口干胸烦不食。

(27) 熟附丸(《奇效良方》)

组成:熟附子、木贼(去节)、煨龙骨、煨赤石脂、川芎、当归。

功用与主治:温阳固冲,和血止崩。用于妇人崩漏。

5.10 补气摄血类

(1) 当归芍药汤(《兰室秘藏》)

组成:柴胡、炙甘草、生地黄、橘皮、熟地黄、黄芪、泔浸苍术、当归身、白芍、白术。

功用与主治:补中益气,养血摄血。用于妇人经脉漏下不止,其色鲜红。时值7月处暑之间,先因劳役,脾胃虚弱,气短气逆,自汗不止,身热闷乱,恶见饮食,沉懒困倦,四肢无力,大便时泄;后再因心气不足,经脉再下不止,惟觉气下脱,元气逆上,倦怠无言。

(2) 安崩汤(《医学集成》)

组成:人参、黄芪、白术、三七(为末)。

功用与主治:大补元气,固崩止血。用于五崩。一曰热病下血;二曰寒热下血;三曰经来未断房事,血漏;四曰经来举重,伤冲任;五曰产后下血不止,不省人事者。

(3) 升举大补汤(《嵩崖尊生全书》)

组成:川芎、麦冬、黄芪、人参、当归、白术、熟地、陈皮、炙甘草、白芷、荆芥穗、升麻、血余炭。

功用与主治:补气升陷,凉血止血。用于妇人血崩。

加减:汗多,加麻黄根、浮小麦;大便难,加肉苁蓉;痰多,加贝母;咳嗽,加桔梗、杏仁;不寐、惊悸,加枣仁、柏子仁,或加黄连以泻火。

(4) 升举大补汤(《胎产秘书》)

组成：人参、白术、川芎、当归、熟地、黄芪、白芷、荆芥、陈皮、黄连、炒黄柏(泻者勿用)、羌活、防风、升麻、甘草。

功用与主治：补气升陷，清热散风。用于产后血崩不止，或有血块如鸡蛋大，或下血成片。

加减：渴，加麦冬、五味子；泻，加泽泻、莲子；痰，加半夏；兼白带者，加苍术、半夏。

(5) 助气敛血汤(《辨证录》)

组成：白术、土炒黄芪、醋炒三七末。

功用与主治：助气敛血，固冲止崩。用于妇人血崩，目暗晕地。

(6) 固本止崩汤(《傅青主女科》)

组成：大熟地、焦白术、生黄芪、酒洗当归、黑干姜、人参。

功用与主治：大补气血，温脾止崩。用于妇人虚火血崩，两目昏暗，昏晕在地，不醒人事。

(7) 经验固崩汤(《宋氏女科秘方》)

组成：当归、川芎、酒炒白芍、熟地、杜仲、川断、山药、升麻(症状严重者倍用)、地榆、焦山栀、黑荆芥、黑干姜。

功用与主治：升阳举陷，固崩止血。用于血崩不止，彷徨之甚。

(8) 举元煎(《景岳全书》)

组成：人参、炙黄芪、炙甘草、炒升麻、炒白术。

功用与主治：补气升提。用于气虚下陷之血崩血脱，妊娠小便不通等。

(9) 举元益血丹(《竹林妇科证治》)

组成：人参(去芦)、蜜炙白术、酒洗当归、熟地黄、蜜炙黄芪、酒炒白芍、酒炒黄芩、炙甘草、炒升麻。

功用与主治：补气养血，举元升陷。用于冲任虚损，不能约束经血而崩漏。

(10) 益胃升阳汤(《兰室秘藏》)

组成：黄芪、人参、甘草、当归身、陈皮、升麻、柴胡、生黄芩(夏倍用)、白术、炒神曲。

功用与主治：大补气血，滋补脾胃。用于血崩。

加减：腹痛，加炒芍药；口渴，加葛根。

(11) 黄芪当归人参汤(《兰室秘藏》)

组成：黄连、生地黄、炒神曲、橘皮、桂枝、草豆蔻、黄芪、人参、麻黄(不去节)、当归身、杏仁(另研如泥)。

功用与主治：补气升阳，散郁止血。用于妇人经水暴崩不止。其证曾有流产史，后月经逐月延迟，令忽暴下不止。其人心窄，性急多惊，掌中寒，九窍微有不利，四肢无力，上气短促，脉沉细而缓，间而沉数。

(12) 加味白薇丸(《卫生鸿宝》)

组成：白薇、赤芍、沙参、当归身、川芎、炙甘草、蜜炙黄芪、丹皮。

功用与主治：补气益血，清热降逆。用于妇人崩漏，忽而厥逆，移时方醒，名曰血厥。

(刘宇新 赵广兴 王翠霞)

近现代参考文献

- [1] 张晓丹,等.胡玉荃主任医师治疗崩漏的经验.广西中医药,1995 (6):20
- [2] 姜云功.崩漏治验三则.辽宁中医杂志,1987 (8):21
- [3] 宋光济.治疗崩漏的体会.中医杂志,1988 (2):17
- [4] 张玉珍,等.岭南妇科名医罗元恺教授论治崩漏特色.新中医,1998 (9):5
- [5] 刘敏如.对崩漏有关问题的讨论.天津中医学院学报,1985 (1):9
- [6] 李广文.崩漏诊治心得.山东中医杂志,1990 (3):2
- [7] 张丽文.杨宗孟治崩用药经验.吉林中医药,1998 (4):7
- [8] 魏视娣.崩漏诊治浅议.新中医,1988 (8):1
- [9] 赵洪斌.辨证治疗崩漏证 120 例.吉林中医药,1988 (3):14
- [10] 季昌明.张又良老中医治疗崩漏五法.江苏中医杂志,1983 (1):16
- [11] 何子淮.功能性子宫出血(崩漏)证治.中医杂志,1985 (6):4
- [12] 张萍青.裘笑梅老中医对崩漏的论治经验.佳木斯医学院学报,1994 (1):78
- [13] 周翠珍.血崩须辨阴阳塞流不可留瘀蔡小荪辨治血崩证的经验.上海中医药杂志,1995 (4):2
- [14] 廖玘玲.“中药人工周期”对女性性腺功能的影响.中医杂志,1982 (1):31
- [15] 葛素生,等.中医补肾法诱导排卵——附 95 例病例分析.中医杂志,1982 (5):19
- [16] 冯显逊.谈谈中医治疗“功血”的三个环节.辽宁中医杂志,1988 (10):17
- [17] 施明仙.中西医结合治疗功能失调性子宫出血 100 例.浙江中医杂志,1994 (1):13
- [18] 李玉秀,等.中西医结合治疗功能性子宫出血 100 例.黑龙江中医药,1992 (5):18
- [19] 刘日光,等.中西医结合治疗功能失调性子宫出血 38 例.中国中西医结合杂志,1994 (6):371
- [20] 薛地成,等.耳穴贴压治疗功能性子宫出血 54 例.中国针灸,1994 (2):20
- [21] 于荣.耳穴贴压王不留行治疗功能性子宫出血 100 例.浙江中医杂志,1992 (7):
- [22] 梁清湖.功能性子宫出血 142 例针灸治疗观察.中医杂志,1993 (3):164
- [23] 张永络,等.针灸中药治疗功能性子宫出血的疗效观察.中国针灸,1995 (3):19
- [24] 陈建平.头针治疗崩漏 25 例.浙江中医杂志,1995 (8):356
- [25] 沈丽君.艾灸隐白止崩浙江中医杂志,1981 (9):428
- [26] 刘万成.针刺治疗功能失调性子宫出血 92 例临床观察.中国针灸,1989 (1):14
- [27] 王勇.“断红穴”治疗妇人崩漏 46 例的体会.新中医,1989 (3):32
- [28] 刘瑞芬.试析崩漏患者的中医证型与西医病名、基础体温、卵巢功能失调类型及血红蛋白的关系.上海中医药杂志,1990 (10):1
- [29] 赵翠英,等.中医药治疗“功血” 160 例临床观察.江苏中医,1993 (2):9
- [30] 叶青,等.宫腔镜检查与崩漏辨证关系初探.北京中医学院学报,1993 (4):36
- [31] 王志刚.脾不统血与凝血功能紊乱的临床研究——附 52 例崩漏的疗效分析.浙江中医杂志,1986 (12):549
- [32] 徐晋勋,等.“促卵泡汤”女性激素样作用的观察.中医杂志,1982 (1):31

✿ 流 产 ✿

流产是妇产科临床的常见病证之一，属于中医学“胎漏”、“胎动不安”、“妊娠腹痛”、“滑胎”、“堕胎”、“小产”等范畴。

胎漏是指妊娠期阴道少量出血，时下时止，或淋漓不断，而无腰酸腹痛者。《诸病源候论·妊娠漏胞候》称“漏胞”，《圣济总录·妊娠门》称为“漏胎”。若妊娠期出现腰酸腹痛，胎动下坠，或阴道少量出血者，称为胎动不安。妊娠腹痛是指妊娠期间出现以小腹疼痛为主的病证。《金匱要略·妇人妊娠病脉证并治第二十》称“胞阻”，《妇科玉尺》卷二称“胎痛”，《竹林女科证治》卷二称“痛胎”。“胎漏”、“胎动不安”、“妊娠腹痛”多见于西医学的“先兆流产”。滑胎是指凡堕胎、小产连续发生3次以上者。《诸病源候论》称其为“数堕胎”。滑胎在明以前是指临产催生的方法，不是病名。将滑胎做为妇科一个疾病名称首见于叶天士的《叶氏女科证治》和吴谦的《医宗金鉴·妇科心法要诀》，因此，今天所指的“滑胎”是从清朝沿革而来的病名。滑胎类似于西医学的习惯性流产。若胎漏、胎动不安进一步发展，可有堕胎、小产之虞。凡妊娠12周内，胚胎自然殒堕者，称为“堕胎”。妊娠12~28周内，胎儿已成形而自然殒堕者，称其为“小产”。《金匱要略·妇人妊娠病脉证并治第二十》谓“半产”。堕胎、小产相当于西医学的早期流产和晚期流产。

以上诸证属中医妇科急证范畴。因阴道流血可影响继续妊娠。若出血量多，暴下不止，常可致晕厥，或阴道血大下，阳无所附，以致“阴阳离决”，危及生命，对此治疗刻不容缓。若反复多次的堕胎，给患者的健康造成损害。应用中医中药保胎治疗，对于解除临床症状，促使继续妊娠，保障健康具有独特的优势。本篇所讨论的内容主要是指西医学的“先兆流产”和习惯性流产范畴，不包括堕胎、小产。

【今日临床】

1 诊断标准

关于胎漏、胎动不安、滑胎的中医诊断标准主要依据中华人民共和国中医药行业标准，现采录如下：

1.1 胎漏、胎动不安中医诊断标准

1.1.1 病名诊断标准

主症：妊娠期间，阴道少量下血，时下时止为胎漏。或先感腰酸、腹部胀坠作痛，继有少量出血者，为胎动不安。

次症：食少纳呆，恶心，倦怠乏力。

理化检查：尿免疫乳胶凝集测定呈阳性反应。尿、血 HCG 测定的数值，有助于早孕

诊断。B超探查胎囊、胎心搏动正常，并与停经月份相符。必要时作妇科检查，视子宫大小，是否与停经日期相符及宫口闭合情况。

上述凡具备主症，参考其它项即可诊断胎漏、胎动不安。

1.1.2 证类诊断标准

1.1.2.1 肾气不足

妊娠期，阴道流血，量少色淡，腰酸腹坠，或伴头晕耳鸣，小便频数，或有流产史，舌淡，苔白，脉沉滑尺弱。

1.1.2.2 气血亏虚

妊娠期，阴道流血，量少，色淡质薄，腰酸腹坠，神疲肢软，心悸气短，面色少华，舌质淡，苔薄白，脉细滑。

1.1.2.3 血热内扰

妊娠期，阴道流血，色鲜，或腹痛下坠，心烦不安，手心灼热，口干咽燥，大便秘结，舌红苔黄而干，脉弦滑或滑数。

1.1.2.4 外伤损络

妊娠外伤后腰腹胀坠作痛，阴道流血，色紫红，或有血块。舌淡红，脉细滑无力。

1.2 滑胎的中医诊断标准

1.2.1 病名诊断标准

主症：屡孕屡堕，男子检查正常者。

次症：神疲肢倦，头晕耳鸣，手足心热。

理化检查：染色体检查：排除遗传因素所致。B超探查子宫有无畸形。

上述凡具备主症，参考其它项即可诊断滑胎。

1.2.2 证类诊断标准

1.2.2.1 脾肾两虚

头晕耳鸣，腰酸膝软，神疲肢倦，气短懒言，纳少便溏，夜尿频多，眼眶黯黑或面有黯斑。舌质淡，苔薄，脉沉弱。

1.2.2.2 气血亏虚

面色苍白或萎黄，心悸、气短，头晕肢软，神疲乏力，舌淡，苔薄，脉沉细弱无力。

1.2.2.3 阴虚内热

两颧潮红，口干咽燥，手足心热，烦躁不宁，或形体消瘦，舌红、少苔，脉细数。

2 中心证候特征

本病因冲任受损，胎元不固所致，是胎漏、胎动不安、滑胎的主要证候学特征，其主症为妊娠期，小腹坠痛，阴道流血，或屡孕屡堕。次症有腰酸、尿频、神疲肢倦或心烦少寐，舌质淡或舌红，苔薄白，白腻或黄，脉沉滑、细滑、缓滑或滑数，或沉弱、细弱。

小腹坠痛：病初起即可出现，多见于妊娠腹痛，胎动不安或滑胎。妊娠腹痛多表现为

小腹隐痛，胀痛，冷痛或阵痛，胎动不安其腹痛之前多先有胎动下坠感，多与腰酸并见。

滑胎者，孕后无症状，或有小腹坠痛。妊娠中晚期，多无自觉症状，突然阵发性腹痛，胎儿随之排出。

阴道流血：病初起即可有之，多见于胎漏、胎动不安、滑胎。胎漏多表现为阴道少量流血，时下时止，或淋漓不断，色褐或深红、黯红。若病情加重，出血量增多，甚至超过月经量，色鲜红，质稀或稠，有血块，伴腰痛腹坠则属难免流产。胎动不安主要表现为小腹疼痛，可有少量阴道流血，也可无阴道流血。

屡孕屡堕：见于滑胎者，堕胎或小产连续发生3次或3次以上，多数发生在同一个妊娠月，有的不在同一个妊娠月。临证时，根据腰酸疼痛的性质、程度，阴道流血的量、色、质等征象，以及出现的兼证、舌脉进行综合分析，指导治疗。

3 病 因

3.1 气 血 虚 衰

禀赋素弱，或素体阴血不足；或久病、重病损伤正气，耗血伤阴，或化源不足，气血两亏；或过劳伤气，终致气血虚衰，胎失所养而致本病。

3.2 房 劳 多 产

先天肾气不足或早婚、多产(多次人流术或引产术及自然流产)，或孕后房室不节，损伤肾气，胎失所养而致本病。

3.3 内 伤 七 情

工作和生活中，突然、剧烈、长期的情志刺激，如暴怒、悲哀太过、惊恐过度等，超过生理所能调节的范围，引起阴阳失调，气血紊乱，脏腑功能损伤而致本病。

3.4 饮 食 不 节

孕后过饥，过饱，暴饮暴食，过食或偏食寒凉、肥甘厚味、辛温燥热之品，损伤脾胃，化源不足，胎失所养，而发生本病。

3.5 血 热

孕妇素体阳盛，或肝郁化热，或过食辛温燥热之品，或外感邪热，导致阳盛血热，损伤胎元，而发生本病。

3.6 其 它 原 因

孕后不慎，跌仆闪挫，或登高持重，或宿有癥瘕之疾，瘀阻胞脉，气血逆乱，胎失所养而发生本病。此外，误服碍胎损胎之药，或过食温补之品，亦可导致本病。

4 病 机

4.1 发 病

妊娠腹痛、胎漏、胎动不安病初起多表现为小腹疼痛，阴道少量流血，腰酸。一般无明显诱因。也可因孕期过劳，跌仆闪挫，登高持重等诱发本病。滑胎者每次流产，初起多表现为妊娠腹痛或胎漏、胎动不安，病程可短(几小时之内)可长(月余)，继而胎元殒堕。

4.2 病 位

在冲任、胞宫。

4.3 病 性

本病虚证多而实证少。实为外伤血瘀，虚为肾虚、气血虚弱。因外伤而致本病者，孕妇多身体健壮，突受跌仆闪挫伤损胎元，表现为小腹胀痛，阴道流血。气能载胎，血能养胎，胞脉系于肾，故肾虚，气血虚弱，均致胎元失养而发病，多具有肾虚或气血虚弱证候。

4.4 病 势

根据小腹疼痛的程度，阴道流血量多少来判断病势、预后。若仅有小腹疼痛，少量阴道流血，病情尚轻，经积极保胎治疗和卧床休息，腹痛逐渐减轻至消失，阴道流血逐渐停止，疾病可向愈，继续妊娠至足月分娩。反之，若失治、误治则小腹疼痛加剧，阴道流血量增多，色鲜红，提示病情进一步发展，胎元已殒，安胎无益，宜从速下胎，以保母体健康。甚则因流血过多而渐至神昏肢冷汗出之脱证，病情危笃，应立即采用中西医结合抢救治疗。

4.5 病 机 转 化

本病的病机转化，决定于体质因素、致病因素、冲任胞宫与气血强弱。

因先天禀赋之差异，加之后天饮食、环境、房劳、疾病、情志变化等条件影响引起阴阳失调，脏腑功能失常，气血失和，冲任受损，胎元失养。如果冲任、胞宫、气血受损较轻，经过辨证论治，脏腑、冲任、胞宫、气血功能恢复，胎元安固而保胎成功。反之，若冲任、胞宫气血受损严重，或治不及时，则病情急转直下，胎元失养而胎殒，以致发生堕胎、小产。胎殒胞宫，欲排不能，故腹痛阵作；胞中瘀阻，新血不得归经，故阴道流血量多，持续不止；瘀阻胞中，不通则痛，块物排出，腹痛减轻。故本病病机转化关键在冲任、胞宫气血盛衰。

4.6 证 类 病 机

4.6.1 肾气不足

先天肾气不足，禀赋素虚，或早孕，或房劳伤肾，或多次人工流产，或孕后不慎房事，或屡孕屡堕，肾气被伤，胞脉失于维系，胎元不固，而致本病。

4.6.2 脾胃虚弱

素本脾胃虚弱或孕后过饥过饱，暴饮暴食，或过食寒凉，损伤脾胃，化源不足，冲任血虚，胎失所养，胎元不固而致。

4.6.3 气血两虚

禀赋素弱或久病、重病之后，或过劳伤气，或饮食不节，损伤脾胃，化源不足，气血虚损，气虚胎失所载，血虚胎失所养，胎元不固而致。正如《傅青主女科·妊娠》所言：“胎成于气，亦摄于气，气盛则胎牢，气衰则胎堕。”

4.6.4 血热扰胎

孕妇素体阳盛，或剧烈的情志刺激，肝郁化热，或过食辛温燥热之品，或过服暖补之药，热邪内侵，热扰冲任，迫血妄行，损伤胎元。

4.6.5 外伤损胎

孕后不慎跌仆闪挫，或登高持重，或劳力过度，损伤冲任，气血失和，致伤胎气，胎元不固而致病。

4.6.6 肝郁害胎

孕期情志抑郁，或郁怒伤肝，肝气不得疏泄，郁久则气逆火炽，或气滞郁热，灼伤冲任血海，迫血妄行，损伤胎元。

4.6.7 血瘀碍胎

屡孕屡堕，失血伤气，气虚则无力运血，血虚则运行迟滞，既有血虚，又有血瘀，气血运行不畅，胎失所养，胎元不固。

5 临证思路

5.1 抓住主诉

妊娠腹痛以孕后小腹疼痛为主。胎漏是孕后阴道少量流血，无腰酸腹痛。胎动不安是以腰酸，小腹疼痛为主，可有或无阴道流血。滑胎则表现为屡孕屡堕。

5.2 详问病因

引起流产的原因很多，除禀赋素弱外，更应注意寻找诱发因素，应详细询问工作性质、劳动强度、是否接触有毒物质、精神压力、孕后房事等，以利于帮助诊断，辨证论治。

5.3 分析病位

本病病在冲任、胞宫。冲为血海，任主胞胎，胞宫主藏，主月经，孕育胎儿。

5.4 确定病性

根据临证表现，妊娠腹痛可分为虚证和实证。虚证胞脉失养，不荣而痛，表现为孕后小腹绵绵作痛，喜温喜按，舌淡苔白脉细滑。实证胞脉阻滞，不通而痛，表现为妊娠期小腹胀痛，连及胸胁，舌红，苔薄白，脉弦滑。

胎漏，胎动不安，以本虚为主。

6 鉴 别

6.1 妊娠腹痛与胎动不安的鉴别

胎动不安，也有小腹疼痛表现，但腹痛前先有胎动下坠感，而且腹痛常与腰酸或阴道少量流血并见；妊娠腹痛仅以小腹疼痛为主，无腰酸及阴道流血症状。

6.2 胎漏与激经、胎殒难留、胎死不下、胎动不安的鉴别

激经是指妊娠早期(孕2~3个月内)，按月仍有少量阴道流血，到4~5个月后自行停止，无损于胎儿的生长发育，俗称“盛胎”、“垢胎”。胎漏与激经不同的是胎漏的阴道流血无规律，其停止时间也不确定，往往是堕胎、小产的先兆。二者相同点均表现为妊娠后，阴道少量流血，而无腰酸腹痛。

胎殒难留者，阴道流血量较胎漏增多，腹痛加重。B超：见胎囊已破损，位置下移，宫口已开放，胎动、胎心消失。

胎死不下者，可伴阴道流血，孕中期不见小腹长大，未觉胎动或曾觉胎动，后又胎动消失。B超：胎囊胎体大小与孕月不符，胎动、胎心消失。

胎动不安与胎漏的鉴别关键在临证时，患者主诉、临床症状不同，胎动不安以腰酸、小腹疼痛为主要症状。胎漏以孕后阴道流血为主症。

7 临 床 治 疗

7.1 分 证 论 治

7.1.1 肾气不足

临床表现：妊娠期阴道流血，量少，色淡红，腰酸，腹胀坠痛，头晕耳鸣，小便频数，或屡孕屡堕，舌质淡红，苔薄白，脉沉滑尺弱。

肾气不足的辨证要点：①发生在妊娠期。②阴道流血，量少。③小腹疼痛。④腰酸，头晕耳鸣，小便频数。⑤舌质淡红，苔薄白，脉沉滑尺弱。

治法：补肾固本安胎。

方药：寿胎丸加味。

川断 桑寄生 菟丝子 阿胶 党参 白术 山药

加减：阴道流血量多，加旱莲草、艾叶温肾固冲止血。腹痛甚者，加杜仲以补肾壮腰安胎。小便频数者，加覆盆子、益智仁温肾固涩。便秘者加肉苁蓉以补肾润肠通便。腹痛加白芍、甘草、艾叶暖宫缓急止痛。

临证参考：妊娠后阴血聚下养胎，阴血不足，肾水亏涸，胎元失养而致胎漏、胎动不安。《丹溪心法》卷五曰：“阳施阴化，胎孕乃成，血气虚损，不足荣养其胎，则自堕。譬如枝枯则果落，藤萎则花堕”。杨孟宗的研究生对40例胎漏、胎动不安病人进行了临床研究，发现这种病人血中HCG明显低于正常月妊娠妇女，特别是肝肾阴虚型更为明显，用补肾安胎药物治疗后，血中HCG有明显升高，腰痛及腹痛等自觉症状消失。杨氏常用女

贞子、菟丝子、寄生、山药、川断，补肾固胎，临床应用屡屡获效。有滑胎史又妊娠者可选用补肾固冲丸(《中医学新编》菟丝子 续断 巴戟天 杜仲 当归 熟地 鹿角霜 枸杞子 阿胶 党参 白术 大枣 砂仁)。

7.1.2 脾胃虚弱

临床表现：妊娠期阴道少量流血，色褐，腰酸，面色不华，头晕乏力，口淡无味，小腹坠胀而痛，食少纳呆，舌质淡红，苔薄白，脉细滑无力。

脾胃虚弱的辨证要点：①发生在妊娠期。②阴道少量流血。③腰酸，小腹坠胀疼痛。④食少纳呆，口淡无味。⑤舌质淡红，苔薄白，脉细滑无力。

治法：健脾益气，固本安胎。

方药：举元煎合寿胎丸加减。

党参 黄芪 升麻 白术 炙甘草 山药 菟丝子 寄生 川断 阿胶

加减：阴道流血增多加莲房炭养血止血；腰痛甚加杜仲补肾壮腰以安胎；纳谷不香，中焦不运加砂仁醒脾开胃安胎；腹痛加重加白芍配炙甘草缓急止痛；心悸、气短、乏力加远志、炒枣仁养心安神。

临证参考：胎漏或胎动不安出现气短懒言，面白无华，小腹空坠，可选用补中益气汤(人参 甘草 白术 当归 陈皮 黄芪 升麻 柴胡)

7.1.3 气血两虚

临床表现：妊娠期阴道少量流血，小腹隐痛，面色淡白或萎黄，少气懒言，疲乏无力，心悸，失眠，舌质淡白，苔薄白，脉细滑无力。

气血两虚的辨证要点：①发生在妊娠期。②阴道少量流血。③小腹隐痛。④少气懒言乏力，心悸，失眠。⑤舌质淡白，苔薄白，脉细滑无力。

治法：补气养血安胎。

方药：胎元饮去当归加黄芪、阿胶。

人参 杜仲 白芍 熟地 白术 陈皮 甘草 黄芪 阿胶

加减：若心悸、失眠加珍珠母、煅龙骨养心安神。腰酸腹坠者加菟丝子、桑寄生。

临证参考：还可选择的方剂有：

(1) 泰山磐石散：人参 黄芪 当归 续断 黄芩 川芎 白芍 熟地 白术 炙甘草 砂仁 糯米

(2) 八珍汤：当归 人参 白术 茯苓 炙甘草 川芎 熟地 白芍

7.1.4 血热扰胎

临床表现：妊娠期阴道少量流血，色深红或鲜红，质稠，心烦少寐，口渴饮冷，便秘溲黄，舌红，苔黄，脉细滑数。

血热扰胎的辨证要点：①发生在妊娠期。②阴道少量流血，色红。③心烦少寐，口渴，便秘溲黄。④舌红，苔黄，脉细滑数。

治法：滋阴凉血，固肾安胎。

方药：保阴煎。

生地 熟地 黄芩 黄柏 山药 川断 甘草 白芍

加减：若阴道流血量增多加阿胶、地榆养阴凉血止血；腰酸痛加菟丝子、桑寄生、川

断固肾安胎；口干加石斛、芦根生津止渴；若伴头痛、头晕、烦躁加菊花、桑叶、蔓荆子养血平肝；心烦少寐加炒枣仁、夜交藤、阿胶、鸡子黄养心安神；伴恶心、呕吐加竹茹、桑叶、丝瓜络清热降逆止呕。

临证参考：根据分经养胎学说，妊娠的前4个月为肝、胆、心包络、三焦经养胎，为木火之气当令，则孕妇体内木火之气亦偏旺。若素体阴亏，火热伤阴，就会发生胎漏、胎动不安。我们根据这一理论，临床以黄芩清热安胎。若伴有恶心呕吐者，则加桑叶、竹茹、丝瓜络清热平肝降逆止呕。用桑叶者，取其经霜肃降之性，以平抑木火之气也。

还可选择的方剂：

(1) 增损八物汤：人参 白术 当归 白芍 熟地 艾叶 条芩 黄柏 知母 阿胶 甘草

(2) 梔芩汤：山梔仁 黄芩 当归 玄参 枳壳 苏梗 广皮 白芍 杜仲

7.1.5 外伤损胎

临床表现：孕期跌仆闪挫后腰酸，腹胀坠或阴道少量流血，色褐，舌质正常，苔薄白，脉滑无力。

外伤损胎的辨证要点：①发生在妊娠期。②有外伤史。③腰酸、腹胀坠、阴道流血量少。④舌质正常，苔薄白，脉滑无力。

治法：补气和血安胎。

方药：圣愈汤加菟丝子、桑寄生、续断。

加减：若阴道流血量多可于上方中去当归、川芎，加艾叶炭、阿胶养血止血安胎。

腹痛甚，舌边、舌尖可见瘀点、瘀斑、脉沉涩，于上方中去人参，加炒蒲黄、五灵脂化瘀止痛。

临证参考：还可选择的方剂：

(1) 救损安胎汤：当归 白芍 生地 白术 炙甘草 人参 苏木、乳香 没药

(2) 龙骨散：龙骨 当归 地黄 艾叶 地榆 阿胶 白芍 干姜 蒲黄 牛角

7.1.6 肝郁害胎

临床表现：孕期阴道少量流血，色黯，伴小腹疼痛，腰酸，胸胁胀满，时时暖气，善太息，舌红，苔薄黄，脉弦滑略数。

肝郁害胎的辨证要点：①发生在妊娠期。②小腹疼痛，腰酸。③阴道少量流血。④胸胁胀满，善太息。⑤舌红苔薄黄，脉弦滑略数。

治法：调肝顺气安胎。

方药：逍遥散加味。

柴胡 当归 白芍 黄芩 白术 梔子 甘草 陈皮 竹茹 桑叶 丝瓜络

加减：腰痛加菟丝子、桑寄生、续断固肾安胎；阴道流血量多加乌梅炭、地榆炭凉血止血安胎；头痛目眩加夏枯草、白蒺藜平肝降逆；少寐多梦加柏子仁、炒枣仁养心安神；口渴咽干加麦冬、沙参、石斛养阴生津。

临证参考：若兼见胸闷喘促，坐卧不安，胎气上逼，可参照胎气上逆治疗，用紫苏饮（紫苏 陈皮 大腹皮 当归 白芍 川芎 人参 甘草）。

7.1.7 瘀血害胎

临床表现：屡孕屡堕，妊娠期阴道少量流血，伴腰酸，下腹坠痛或合并下腹部癥瘕，舌质黯，舌下络脉粗大青紫、苔薄白、脉细滑。

瘀血害胎的辨证要点：①屡孕屡堕。②发生在妊娠期。③阴道少量流血，腰酸，小腹痛。④下腹部癥瘕。⑤舌质黯，舌下络脉粗大青紫苔薄白，脉细滑。

治法：理血安胎。

方药：四物汤加减。

当归 川芎 丹参 香附

加减：若腰酸加重加桑寄生、菟丝子、川断固肾安胎；若伴神疲乏力加党参、黄芪、白术健脾益气；若小腹疼痛加重加蒲黄、五灵脂化瘀止痛。若下腹部合并癥瘕加桂枝、茯苓、桃仁、赤芍。桂枝通阳，使气行血亦行。茯苓除湿，使水利瘀消。赤芍、桃仁化瘀活血消癥。

临证参考：子宫肌瘤合并妊娠易发生流产。未孕时应积极治疗子宫肌瘤，若子宫肌瘤已合并妊娠而出现先兆流产症状时可按《金匱要略》妊娠“癥瘕害”用桂枝茯苓丸治之。

7.2 按主症辨证论治

临床上，胎漏、胎动不安、滑胎病人多以阴道流血，腹痛，屡孕屡堕为突出症状，下面分别论述。

7.2.1 以阴道流血为主

孕后阴道流血，量少，色褐或黯红。

治法：安胎止血。

方药：芎归胶艾汤加减。

阿胶 甘草 艾叶 当归 白芍 地黄

加减：若伴有面色㿔白，精神萎靡，头昏，心悸，舌质淡红，苔薄白，脉滑无力。上方加党参、白术、炙甘草健脾益气；加陈皮理气和中。加桑寄生、杜仲固肾安胎。

若伴头晕耳鸣，腰酸腹坠，小便频数，舌淡，苔薄白，脉细滑。上方加杜仲、续断、菟丝子、桑寄生补肾固胎。

若伴有心悸，失眠，面色少华，舌质淡红苔薄白，脉细滑。上方加茯神、炒枣仁、白术健脾养心安神。加珍珠母、煅龙骨既有镇静作用，又可补充钙质供胎儿发育之需要。

若伴有胸胁胀满，时时暖气，舌红，苔黄糙，脉弦滑数。上方去艾叶加黄芩、荆芥、山栀、竹茹、地榆顺气调肝，凉血止血。

若伴恶心、呕吐、舌红，苔薄黄，脉弦滑上方加竹茹、桑叶、丝瓜络养血平肝安胎。

若伴五心烦热，口渴，咽干，舌红、苔黄脉滑细数。上方去艾叶、甘草，加沙参、麦冬、地骨皮、黄芩，养阴清热安胎。

若伴有癥病，上方加桂枝、茯苓、赤芍、桃仁化瘀消癥。

7.2.2 腹痛

孕后小腹疼痛或坠胀，或隐痛，或伴腰酸腰痛。

治法：养血止痛安胎。

方药：当归芍药散。

当归 白芍 茯苓 白术 泽泻 川芎

加减：若伴小腹冷痛，面色㿠白，形寒肢冷，纳少便溏，舌淡，苔白，脉沉弱无力。上方加艾叶暖宫止痛，加党参、甘草健脾益气。

若伴腹部胀痛，两胁尤甚，胸闷暖气，苔薄腻，脉弦滑。上方加苏梗宽中理气安胎，加香附、川楝子疏肝养肝安胎。

若伴五心烦热，口苦，咽干，舌红，苔薄黄，脉细滑数。上方加栀子、黄芩、苏梗疏肝清热。

若伴阴道流血量增多，血虚者加阿胶养血止血。虚寒者加艾叶温经止血。血热者加地榆、乌梅凉血止血。血瘀者加蒲黄、五灵脂化瘀止血。气郁气滞者加砂仁、苏梗、香附理气安胎止血。

若腰痛如折上方加菟丝子、桑寄生、川断补肾安胎。

若小腹坠胀，小便频数，夜尿多者上方加覆盆子、益智仁、黄芪、升麻以温肾升提固涩。

若便秘者于上方中加火麻仁、黑芝麻、肉苁蓉润肠通便。

若心悸、失眠、头晕耳鸣于上方加黄芩、阿胶、鸡子黄、麦冬、生地、黄连泻心火，滋肾水。

若腰膝酸软，头目昏眩，舌红少苔，脉弦滑于上方加枸杞子、沙参、生地、女贞子、旱莲草以滋水涵木。

7.2.3 屡孕屡堕

屡孕屡堕，神疲乏力肢倦，面色㿠白或萎黄。或未孕时无不适症状。

治法：泰山磐石散。

人参 黄芪 当归 续断 黄芩 川芎 白芍 熟地 白术 炙甘草 砂仁 糯米

加减：若伴头晕耳鸣，腰膝酸软，夜尿多，舌质淡嫩或淡黯，苔薄白，脉沉细。于上方中加菟丝子、桑寄生、枸杞子、杜仲补肾固冲安胎。

若伴两颧潮红，口干咽燥，五心烦热，舌红少苔，脉细滑数，于上方中去人参、黄芪、炙甘草加沙参、生地、丹皮、麦冬养阴清热。

若伴胸胁胀满，暖气，善太息于上方中去糯米、人参、黄芪、熟地，加炙柴胡、苏梗、香附调肝顺气安胎。

若伴失眠，多梦，头晕于上方加珍珠母、夜交藤养心安神。

本症的治疗，重在平时调摄护理，尽可能找出流产原因，积极治疗。大多数以补肾健脾，益气养血，调补冲任为主。可用滋肾育胎丸(罗元恺经验方)。孕后一旦出现流产先兆症状，即应按症对因施治。具体治疗可参考7.1中医分证论治。

7.3 临证用药经验与体会

因导致流产发生的病因不同，故临床选方用药应在辨证论治的基础上灵活化裁。对因施治，方可收到满意疗效。现分述如下：

7.3.1 补肾安胎药

肾虚系胎无力，《景岳全书·妇人规》云：“妇人肾以系胎，而腰为肾之府，故胎孕之妇，最虑腰痛，痛甚则堕，不可不防。”肾旺则胎安。故补肾安胎贯穿于流产治疗的始终。

常用药物：菟丝子、杜仲、川断、桑寄生、熟地、枸杞、山萸肉、女贞子、旱莲草。

代表方剂：寿胎丸。

菟丝子、续断、桑寄生、杜仲、补肾强筋骨，肾旺则能载胎养胎，胎元即能完实强壮。女贞子、旱莲草固摄冲任。熟地、枸杞、山萸肉滋阴养血，肾中精血旺盛则能荫胎。现代研究表明：菟丝子能促进卵巢黄体的形成，续断含有维生素 E，能促进子宫和胚胎发育。杜仲能抑制子宫收缩，并有镇静作用。

7.3.2 健脾安胎药

脾胃为气血生化之源，胎儿在母体内赖血以供养，气以载之，故王节斋云：“养胎全在脾胃，譬犹钟悬于梁，梁软则钟下坠，折则堕矣。”若脾胃虚弱，冲任气血不足则胎失载养而坠折。常用药物：党参、白术、山药、陈皮、炙甘草、砂仁、半夏、竹茹、黄芪、升麻。

代表方剂：举元煎。

党参、白术、山药、炙甘草健脾益气安胎。山药健脾兼补肾。陈皮、砂仁健脾理气安胎。半夏、竹茹健脾化痰止呕。黄芪、升麻益气健脾升阳。现代药理研究表明：陈皮有抑制子宫收缩作用。

7.3.3 养血安胎药

胎儿在母体内赖气血滋养，因素体血虚或脾胃虚损，化源不足，或孕后恶阻笃重，饮食难入，气血无以化生，血少胎失所养，胎元不固而致本病。常用药物：熟地、白芍、当归、党参、白术、黄芪、何首乌、桑寄生、阿胶。

代表方剂：胎元饮。

熟地、白芍、当归养血敛阴安胎。党参、白术、黄芪健脾益气。何首乌、桑寄生养血安胎。阿胶养血止血。现代研究表明：当归有抗贫血和抗维生素 E 缺乏的作用。其挥发油可抑制子宫收缩，使子宫肌松弛，子宫血流通畅，从而改善子宫胎盘循环状态，减轻胎盘病变程度，有助于提高胎盘功能而保胎；但其非挥发性成分能兴奋子宫肌使其收缩加强，因其具有“双向性”，故孕期使用当归煎剂应以后入保留挥发油成分为宜，以免引起子宫收缩。白芍对子宫平滑肌的张力和运动有松弛、抑制作用。

7.3.4 清热安胎药

孕后血聚养胎，阴血不足，阳常偏盛，热扰冲任，胎元不固以致胎漏下血、胎动不安，故而《妇科玉尺》引张介宾云：“胎热者，血易动，血动者，胎不安，故坠于内热”。常用药物生地、当归、白芍养血凉血。黄芩清热安胎。麦冬、沙参养阴生津。山药、川断健脾补肾安胎。地榆、仙鹤草凉血止血。竹茹、桑叶、丝瓜络养血清热平肝。

代表方剂：保阴煎。

生地、当归、白芍养血凉血。黄芩清热安胎。麦冬、沙参养阴生津。山药、川断健脾补肾安胎。地榆、仙鹤草凉血止血。竹茹、桑叶、丝瓜络养血清热平肝。

7.3.5 理气安胎药

因脾胃素弱，或郁怒伤肝或痰湿中阻等，加之孕后胎体渐长故气机升降不利，气血运行受阻影响胎儿的滋养，故有“疏得一分气，安得一分胎”的古训。常用药物：陈皮、木香、苏梗、半夏、砂仁、香附。

代表方剂：香砂六君子汤。

陈皮、半夏、砂仁理气健脾和胃。苏梗、木香顺气和胃安胎。现代药理研究表明：香附有抑制子宫收缩和提高痛阈的作用。因流产均表现为下腹痛必有气血郁滞，根据中医学痛则不通的理论，用香附理气行血，使气血得通则腹痛自解，故而香附为理气安胎良药。

7.3.6 养肝安胎药

女子以肝为先天，孕后阴血下注冲任，肝阴不足，肝阳偏盛，热扰冲任，或郁怒伤肝，肝不藏血，胎失所养而致胎漏、胎动不安。常用药物：香附、川芎、沙参、枸杞、黄芩、熟地、当归、白芍、陈皮。

代表方剂：一贯煎。

香附、陈皮疏肝理气。黄芩清热安胎。沙参、枸杞养阴。熟地、白芍、当归、川芎养血和血柔肝而壮水之主，故血不燥而气得和。

7.3.7 化瘀安胎药

因屡孕屡堕，或外伤损胎致气血运行不畅，损伤胎元。常用药物：当归、川芎、丹参、香附、乳香、没药。

代表方剂：四物汤。

当归、川芎、丹参活血养血。香附理气安胎。乳香、没药活血化瘀，散结定痛。

临床应用活血化瘀安胎药必须辨证准确。瘀血不去，新血不生。病人必须身体壮实，有瘀证可查，方可使用。傅山云：“凡人内无他症，胎元坚固，即或跌仆闪挫，依然无恙，惟内之气血素亏，故略有闪挫，胎便不安。”故用化瘀药物时用量要小，并常与大量补气养血药同时应用，以避免傅青主所言“因治而后堕者”。

7.3.8 止血安胎药

因寒、热、虚、实诸多病因致冲任不固，不能制约其经血以养胎元而致本病。叶桂云：“留得一分自家之血，即减一分上升之火”。阴道流血过多或日久，虚火越盛，胎尤难安，故止血安胎为治疗要法。血热常用药物为苎麻根、黄芩炭、藕节炭、生地炭、地榆炭、侧柏炭以清热凉血止血安胎。血寒常用药物为炮姜炭、艾叶炭、荆芥炭以温而止血安胎。气虚者常用药物为党参、白术、升麻、黄芪以补气摄血安胎。血虚者常用药物为当归、白芍、阿胶以养血止血安胎。血瘀者常用药物为赤芍、丹参、益母草、当归以化瘀止血安胎。

7.4 变证的治疗

流产常见的变证有发热、血崩、晕厥。下面分别论述。

7.4.1 发热

发热多因孕后阴道流血日久致气血耗伤，血室正开，邪毒乘虚而入，稽留于冲任、胞宫，正邪交争而发热。

临床表现：发热，恶寒，或高热，小腹疼痛拒按，阴道流血量多或量少，色紫黯，气臭秽，五心烦热，口渴，小便黄，大便干燥，舌红、苔黄，脉数。

治法：清热解毒，凉血化瘀。

方药：解毒活血汤去桃仁、红花，加金银花、败酱草、丹参。

连翘 葛根 柴胡 枳壳 当归 赤芍 生地 甘草 金银花 败酱草 丹参

加减：若高热、汗出，心烦不安，斑疹隐隐，舌红绛，少苔，脉弦细数。此为热入营

分，治法宜清营解毒，散瘀泻热，方用清营汤(玄参 麦冬 生地 金银花 连翘 竹叶 心 丹参 黄连 水牛角)。

7.4.2 血崩

血崩是胎漏、胎动不安进一步发展而致堕胎、小产过程中出现的阴道大量流血的危急情况之一。因孕妇素体虚弱，加之流血日久损伤元气，气虚冲任不固，血失统摄而致血崩。

临床表现：突然阴道大量流血，色鲜红，有块或见胎块排出，小腹疼痛，头晕，心悸，气短懒言，面色苍白，舌淡白，少苔，脉虚数。

治法：补气固冲，摄血止崩。

方药：升举大补汤去当归、川芎、黄连，加山萸肉、乌贼骨。

黄芪 白术 陈皮 人参 炙甘草 升麻 熟地 麦冬 白芷 芥穗

临证参考：张锡纯《医学衷中参西录》在寿胎丸后按语中云：“若胎气已动，或至下血者，又另有急救之方。曾治一妇……忽胎动下血，急投以生黄芪生地黄各二两，白术、山萸肉(去净核)、龙骨(煅捣)、牡蛎(煅捣)各一两，煎汤一大碗，顿服之，胎气遂安。将药减半，又服一剂，后举一男，强壮无恙”。

7.4.3 晕厥

昏迷多因血崩耗气伤血，气随血脱，清窍失养，神无所依而致。

临床表现：昏不知人，肢冷汗出，脉微细欲绝，血压下降。

治法：补气固脱。

方药：独参汤。

发热、血崩、晕厥虽为流产变证，亦皆为急危重症，除中医药、针灸等治疗外，应配合现代医学输液、输血、升压、抗感染及刮宫术等措施积极抢救，使患者迅速脱离危险。

7.5 西医治疗撮要

7.5.1 临床表现

流产的主要症状是停经后有阴道流血和腹痛。先兆流产：有流产的先兆，而妊娠有继续的可能者。阴道有少量流血及轻度下腹疼痛及腰酸，子宫大小与妊娠月份相符，宫口闭合，尿妊娠试验阳性，治疗及时可以痊愈。习惯性流产：自然流产连续发生3次以上者。

7.5.2 处理原则

(1) 先兆流产：禁止性生活，卧床休息。黄体酮10~20mg，肌内注射，每日1~2次。维生素E50~100mg，口服，每日3次。适当应用镇静剂，安定5mg，口服，每日3次。

(2) 习惯性流产：习惯性流产发生后，男女双方均应进行详细的体格检查，包括精液检查，卵巢功能测定，子宫输卵管造影和染色体核型分析，并针对病因进行处理。受孕次数不能太密。停经后应适当休息，避免过劳，严禁性生活，一旦妊娠诊断明确后，应即给予保胎治疗。

8 疗效评定标准

所选疗效判定标准系中华人民共和国中医药行业标准。

胎漏、胎动不安的疗效评定：

治愈：血止胎安，兼症消失，观察2周后，各项检查证实正常妊娠。

好转：漏红减少，兼症改善，各项检查为正常妊娠。

未愈：出血不止，甚至堕胎流产，或胎死腹中。

滑胎的疗效评定：

治愈：正常分娩。

未愈：仍堕胎、小产。

9 调摄护理

流产发生多与情志不遂，饮食不节，房劳多产及跌仆闪挫有关。因此，在流产的预防上，患者应保持心情舒畅、精神愉快，不可生气发怒。良好的精神状态有助于机体保持正常的生理机能，免受邪气侵害。尤其对屡孕屡堕者，更应帮助患者消除紧张情绪。医护人员帮助病人解除思想障碍是重要的治疗护理措施之一，护理人员要主动了解病人的心理活动，让他们正确对待疾病，对其不利于疾病康复的心理活动，积极予以开导。医护人员向病人介绍病情要谨慎中肯，不能简单化或搪塞了事，使患者产生疑虑而增加紧张不安情绪。祖国医学历来重视孕期保健。现代研究已证实胎儿已具有听觉、感觉和其他反应，孕妇的情绪和感情变化会在其子代身上反应出来，甚至影响其子女一生的身心健康和智力发育水平。为优化胎儿生存环境，保证胎儿健康发育，孕妇应修身达礼，以文明的言行，高尚的情操，通过外象而内感，促进胎儿智力发育，从先天即受到符合社会道德规范的陶冶。孕妇的精神心理状态对人类胎生期生长发育的影响，越来越引起了人们的注意，许多产科、儿科专家正致力于此方面的研究。孕妇在妊娠期间，随着胎儿形体的发育，需要摄取更多的营养物质，以满足孕妇自身及胎儿的营养需求。孕后因生理的改变，常影响脾胃功能，故应选择富于营养而又易于消化吸收的食物。一般可顺其自然，孕妇想吃什么，就吃什么。不宜饥饱失衡，不可过食生冷、辛辣、油腻之品，以保持脾健胃和，大便通畅。孕期要节性欲，戒房事，特别是妊娠的早期和晚期，性生活过频可引起子宫收缩，导致流产或早产。孕期要注意劳逸结合，孕后生理负荷加重，孕妇承担劳作的能力减弱，故不宜过度劳累，避免登高持重及剧烈的体育活动，以免伤胎。但过于安逸则气滞碍胎，因此，孕妇要有规律合理的作息，参加适当的工作劳动。孕妇衣服应宽大、柔软、保暖。居室应通风向阳，增加日照，衣被随气候冷暖而增减，预防感冒发热，尤其是风疹等感染。孕期应禁用或慎用各种药物，以免影响胎儿的健康发育。

对流产患者的护理工作十分重要，首先要全面细致的观察病情，辨证施护。如观察腹痛的性质、持续时间、程度，并详细记录。若腹痛加剧，腰酸腹坠胀，并见阴道流血，需防流产。若见腹痛剧烈，阴道不规则流血，面色苍白，汗出淋漓，四肢厥冷，脉微欲绝，血压下降，应考虑异位妊娠破裂大出血所致，需做好输液、输血和手术的准备，积极抢救。若阴道流血量超过正常月经量，多保胎无望，应观察有无胚胎组织排出，并做好输液、输血及刮宫手术准备。阴道流血者应绝对卧床休息，静心休养。若因外伤而致本病，可适当按摩受伤部位，以减轻痛苦，严禁外贴各类跌打损伤膏，以防流产的发生。

10 康 复

本病经正确治疗后，一般均可痊愈。对屡孕屡堕者，停经后在未出现流产先兆之前即应开始保胎治疗，若临床流产先兆症状消失仍需服药至上次堕胎月份之后。虽然导致流产发生的原因很多，但总与患者平素脏腑偏盛偏衰有密切关系，故而孕前与孕后的饮食疗法值得重视。只有通过情志、生活起居、饮食疗法等综合性调理才能使正气恢复，身体健康。

常用食疗方法如下：

(1) 气血虚弱：宜食①母鸡汤。②大枣汤。③红豆汤。④煮鸡蛋。以达调补气血之功。

(2) 气郁：宜食①金橘饼。②锅巴汤。

(3) 虚寒：宜食①生姜汤。②艾叶 50g，鸡蛋 7 个，先煎艾叶沸后 10 分钟去渣取汁备用，把鸡蛋煮熟去皮，放入艾叶汁内再煮沸，此方为 1 日量。吃鸡蛋，喝艾汤，每日 1 剂，连服 3 剂。

(4) 肾虚：①羊肉粥：精羊肉 100g，粳米 100g，调料适量，取羊肉洗净切块，同粳米共煮粥，加姜盐等调味。②胡桃栗子粥：胡桃 50g，栗子 50g，大米 100g，胡桃、栗子均去皮取肉，二者同大米共煮为粥，随意食用。

滑胎患者食疗方法如下：

(1) 多食易消化且营养丰富食物。如鱼、肉、蛋、动物内脏、排骨汤，以补充胎儿生长发育的需要，忌食辛辣动火之品。

(2) 玉米外衣，每天一个煎汤代茶饮，至将流产月份加倍用量。一直服至足月为止。

(3) 凤凰衣(雏鸡孵化出壳后的卵壳内膜)适量，瓦上文火焙黄，按前次流产月份提前连服 5 日，每日 2 次，每次 10g，米汤冲服。

(4) 鲜藕粥：鲜老藕 250g，粳米 100g，红糖或蜂蜜适量，藕去节，洗净，切薄片，与粳米、红糖或蜂蜜同煮粥。

(5) 在流产先兆出现时，取鲜枸杞根 250g，面淡无华，精神不振者加红参、黄芪、当归、老母鸡一只(去内脏)，用文火共炖 3 小时，汤与肉分 3 次服完，连用 2~3 次。

(6) 扁鹊三豆饮：绿豆衣 12g，稽豆衣 12g，赤小豆 12g，银花 9g，生甘草 15g，水煎服日 2 次。

(7) 艾叶煮鸡蛋平时常服，可预防滑胎。

(8) 竹茹阿胶粥：青竹茹 30g，阿胶 10g，粳米 50g，白糖适量，先煎竹茹，去渣取汁，阿胶烊化。将粳米淘净煮粥，再兑入药汁，白糖，稍煮即成，每日分 2 次服，空腹温服。

(9) 黑豆菟丝子糯米粥：黑豆 50g，菟丝子 30g，糯米 100g，将菟丝子用纱布包好，与上两味一齐下锅，加水适量共煮为粥，去纱布包。顿服或分次服食。

(10) 紫河车粉，每日分 3 次服，服至第 2 月后逐月改为隔 2 日，隔 3 日，隔 5 日，隔 10 日服，至孕 7 月停。

(11) 鱼膘胶(炒)15g，猪蹄适量，炖汤连服 3 次后，再吃猪蹄，每月 3 次。

(12) 南瓜蒂 3~5 个水煎频饮，连服 7 剂，每日 1 剂。

【近代研究】

1 理论研究

1.1 病因病机研究

1.1.1 现代医家病因病机认识集粹

关于流产的病因病机,中医界有着不同的观点。当代许多名老中医积累了丰富的经验。胥受天认为流产的原因有三:一为肾亏;二为脏腑失调,气血不和;三为母体素来虚弱,孕后不慎跌仆闪挫或劳累过度。无论何种原因,其病机之纲均为冲任不固,胎元失养。^[1]哈荔田认为导致流产的原因虽有种种,但总不外脾胃虚损、气血不足、冲任失调等几个方面。其中无不以肾不载胎,脾失濡养为发病关键。安胎当以补脾肾,益气血,固冲任为要。又当参照寒热不同而进行。滑胎者以先天不足肾气虚弱或脾弱中虚或肝郁素性善怒多郁或性生活无度为主要原因。^[2]朱小南特别指出:素有滑胎者不宜生育过多过密,否则屡孕屡堕形成气血虚亏,冲任损伤,而后嗣终不可待。^[3]姚宣芬指出以肾气虚血亏致胚胎发育不健全多见,次因血热,外伤及肝胆经脉亏虚使冲任受损,胎元无养而致胎动不安。^[4]罗元恺认为,虽然导致流产的原因很多,但终致肾虚胞脉无所系或气血不足,胎元失养,故主张流产的防治应辨证辨病相结合。治以滋肾补肾为本,辅以健脾调理气血,使先天与后天相互支持,相互促进,巩固胎元。^[5]宋光济认为妇女怀孕后,阴血不足,阴虚火旺煎耗胎元;脾胃虚弱,生化匮乏;或素体肾虚无力载胎养胎;以及感受外淫,伤及七情等,均能影响胎儿正常生长发育,而致胎漏、胎动不安、滑胎。^[6]毛美容认为本病的发生,主要责之于肾,肾乃冲任之本,胎之所系。若素禀肾气不足或因房室伤肾而致胎元不固,一经补肾固胎则胎可安。^[7]马宝璋认为中医妇科学将本病分为肾虚、气虚、血虚、血热、外伤五型。但导致本病的核心机理是肾气亏损与气血失调,故提出“安胎必补肾,兼予调养气血”之治疗大法。^[8]

刘茂林认为,滑胎的主因为堕胎、小产。盖小产犹如强摘生瓜,势必牵引瓜蔓,使母体耗气伤血,无济于冲任。且小产之妇亦每易怀孕,使堕胎未复,新胎又得精血滋养,冲任势必更虚而数堕。^[9]赵延楼则认为数堕胎势必致瘀血滞留胞宫而发为滑胎。^[10]孙延绍认为脾肾阳虚、寒湿凝滞胞脉是滑胎的主要病因病机。^[11]

1.1.2 病因病机学的研究

本病的原因是多方面的。胎元方面、母体方面因素以及内外因损伤冲任胞宫,均可致本病发生。王自平结合西医学全面论述了胎漏、胎动不安的病因病机,指出胎元方面:父母先天之精不足,或者男精不实,女精不健;或者两精结合成胎元有缺陷,致发生胎漏、胎动不安。西医学认为孕卵异常是早期流产的主要原因;母体方面:在于孕妇的肾气不足,气血虚弱,冲任不固,胎失所养;或血热迫血妄行损伤胎气;或外伤造成气血紊乱,冲任不固,不能养胎,胎失所载而致胎漏、胎动不安。西医学认为母体方面的因素是由于内分泌功能失调(孕激素不足,甲状腺功能不足)、生殖器官疾病(子宫畸型、盆腔肿瘤、子宫内口松弛,或宫颈深度裂伤等)、母体全身性疾病(急慢性传染病、维生素缺乏、使性中毒)和各种创伤。^[12]此外,沈宗华认为流产的病机与肾气的盛衰、脾气健运有密切关系。^[13]沈龙

媵则从舌质、舌苔的表现认为胎漏患者以血热居多，所以用清热养血法治疗。^[14]

1.1.3 自发性流产的病因及免疫性病因的研究

自发性流产的病因十分复杂，相对来说，西医学对自发性流产的病因研究较为深入，但仍不够明确，目前认为最直接的原因可能为染色体异常、先天或后天的子宫底及宫颈缺陷、双亲染色体重组、基因突变、黄体功能不全、免疫因素、多囊卵巢及其它疾病等。自发性流产除与上述诸因素有密切关系外，与职业生活习惯等亦有一定联系。目前多数学者认为妊娠期母亲吸烟、饮酒、接触有机溶剂、重体力劳动、心理及社会经济应激等都会增加流产的危险性。Taskine 等调查全芬兰所有妊娠的理疗科医师，发现妊娠 10 周后接触超声、短波者自然流产增加了 3 倍。深部热疗及短波明显与先天畸形有关。^[15]因此，在妊娠期禁止吸烟、饮酒、避免重体力劳动及接触有毒物质、防止 X 线及电离辐射，对降低流产率和胎儿畸形有重要意义。

近年来，广大同仁均认为原因不明的习惯性流产的重要病因是免疫因素。由于生殖生理学、免疫学等学科的进展，推动了生殖免疫学的发展，使人们对妊娠免疫、免疫不育及免疫性习惯流产有了新的认识。正常妊娠的维持是由于妊娠作为一种同种异体移植，胎儿有来自父亲和母亲的组织相容性遗传因子，是一个半自己和半非己的同种异体移植物。胎儿之所以不被排斥，是由于正常情况下，作为宿主的母体免疫系统是一个复杂完整的系统，免疫因子在整个生殖周期中起作用，保护机体不受异物攻击。母体一般不与精子或胎体发生反应，母胎间以复杂的免疫调节平衡来维持妊娠正常进行，一旦平衡失调则发生排斥反应，导致流产。故引起习惯性流产的免疫学因素通常有：

(1) 母体封闭抗体少：在正常孕妇的血清中，存在一种抗配偶淋巴细胞的特异性 IgG 抗体，它抑制混合淋巴细胞反应(MLR)，封闭母体淋巴细胞对滋养层的细胞毒作用，防止辅助 T 细胞识别胎儿抗原，并可阻止母亲免疫系统对胚胎的攻击，故称其为封闭抗体。王明训认为 80%~90% 的习惯性流产的妇女测不到这种特异性的封闭抗体，而体内存在未被抑制的细胞毒细胞，这些细胞可直接作用于胚胎，或通过释放炎性介质间接损害胎儿或胎盘，导致流产。^[16]

(2) 夫妇间的组织相容性抗原(HLA)相容性高：HLA 不同，可刺激机体产生不同的 HLA 抗体。实验研究显示：HLA 抗体具有抑制夫妇间淋巴细胞反应，保护胎儿免受母体免疫系统的攻击。当夫妻双方 HLA 相容性高时，则不能刺激母体产生维持妊娠所必需的封闭因子。因缺乏这种抗体的调节作用，母体免疫系统容易对胎儿产生免疫学攻击，导致流产。当然 John 认为共有 HLA 不是引起流产的主要因素，而夫妇间共有滋养层——淋巴细胞交叉反应抗原(TLX)时，则可引起流产。^[17]而且这一观点已为越来越多的学者所接受。

(3) 抗精子免疫：抗精子抗体可以阻碍精子获能及顶体反应，抑制精子穿透宫颈及在子宫和输卵管中运行，干扰精子穿过卵子透明带，影响精卵融合。

(4) 抗磷脂抗体对习惯性流产的作用：抗磷脂抗体(APA)是一组自身免疫性抗体。其导致流产的机理可能是：①抗磷脂抗体可使胎盘血管出现多发性梗塞，胎盘血流减少而致流产、死产。②前列环素(PGI₂)对维持胎儿循环起重要作用。抗磷脂抗体能抑制胎儿血管内的 PGI₂ 的产生，故胎儿可因循环障碍而发生流产。③抗磷脂抗体可直接引起滋养层的损伤，从而导致流产、死产。

(5) 血型抗原：因血型不合导致流产或死胎最常见的类型是 ABO 血型及 Rh 血型不合。在我国主要以母为“O”型，胎儿为“A”型或“B”型者的血型最常见。

(6) 抑制细胞：Clark 将参与调节母体胎儿排斥反应的抑制细胞分为三型：Ⅰ型抑制细胞为一类非 T 细胞性小淋巴细胞，主要分布于子宫蜕膜和子宫静脉血中；Ⅱ型是一类分布广泛的抑制性 T 细胞；Ⅲ型是滋养层细胞。^[18]这三类抑制细胞在保护胎儿免遭母体排斥，维持正常的妊娠过程起着非常重要的作用。Days 在检查早期自然流产的病人中发现抑制淋巴细胞极少，而人工流产者则可找到。提示抑制细胞的缺乏可导致自然流产率的升高。^[19]

2 临床研究

2.1 临床症状的观察与总结

流产一病，由于涵盖中医学中的诸多病名，而从古至今对本病临床症状的论述颇多，故归纳整理诸多症状，对于指导临床十分有意义。

流产相当于中医学之“胎漏”、“胎动不安”、“妊娠腹痛”、“滑胎”、“堕胎”、“小产”等病。胎漏又称胞漏，指妊娠经血不时而下，但无腹痛者；而胎动不安则为妊娠期间，不时感到胎动不安，继而出现轻微的腰酸腹痛，或者有阴道少量流血者。故胎漏症状上无腰酸腹痛，而胎动不安则有腰酸腹痛及少量下血。二者需区别开来。诚如《胎产心法》所说：“胎动、胎漏皆能下血，胎动腹痛，胎漏腹不痛。”妊娠腹痛指妊娠期间出现少腹疼痛，反复发作，又称“胞阻”。堕胎指在妊娠 12 周内，胎儿尚未成形而自然殒落。而小产则为妊娠 12~28 周内，胎儿已成形，胚胎自然殒落者。滑胎则为堕胎小产连续 3 次以上者。明确上述概念，有必要与激经、胎死不下、妊娠尿血、妊娠肠风下血等加以鉴别。激经又称“垢胎”，易与胎漏混淆，区别在于胎漏下血乃非时而下，伴有全身症状；而激经之下血则应其经期而至。多为血盛之妊有之，无损于胎，无需投药；妊娠尿血则为尿中带血而无疼痛，但其病位在膀胱，自尿道排出；妊娠肠风下血多发生于妊娠五六月时，忽然便血，然而其血出肛门，察此可资鉴别。此外流产卒然下血如崩如败，俗称“产崩”，又名“血海崩”。属妇科急症。亦应早期诊断及与其它流产鉴别诊断。

西医学已将流产系统归纳为先兆流产、难免流产、不全流产、完全流产，及过期流产、感染流产等。并将中医脉症及西医诊查结合为一体。先兆流产：孕 12 周以内脉滑数阴道少量出血，为咖啡色或鲜红色，腹痛或伴腰酸，宫颈口未开，子宫大小符合妊月，尿妊娠试验阳性。B 超见胎囊、胎心或胎动。难免流产：孕后各期脉沉或缓或滑数，阴道出血量多或大出血，色鲜，伴血块，阵发性腹痛，腰酸下坠是规律性发作。宫颈口开放，孕妇子宫大小尚符合妊月，但胎心消失或异常。不全流产：孕后各期，脉沉，或缓，或虚数，阴道出血不止，或长期淋漓不断又忽见胎体、胎盘、部分胎物排出。宫颈口开放，子宫小于孕月，无胎动，阴道继续出血者为不全流产。过期流产：孕后脉缓或数，阴道有少量出血或大出血者，有腹痛但宫缩不规律，有时腰酸下坠，宫颈口未开或微开，子宫小于妊月，变硬，查无胎心胎动者，为过期流产。完全流产：孕后各期，脉虚数无力，胎体与附属物全部娩出，阴道出血减少或停止，子宫已收缩，应诊为完全流产。感染流产：流产

过程中,有宫腔感染因素,如长期阴道出血、破膜、不完全流产、手术无菌操作不严格等,阴道出血量多,分泌物呈脓血性有臭味,体温升高,脉搏快,下腹疼痛严重者可出现休克,下腹部压痛反跳痛。流产尚须与前置胎盘、妊娠合并子宫肌瘤出血、葡萄胎性出血等情况相鉴别。上述三种情况亦可出现阴道流血等症状,但B超可将其一一区别开来。前置胎盘可见胎盘低置;妊娠合并子宫肌瘤出血,可见肌瘤结节的光团;葡萄胎则查不到胎囊、胎心、胎动,呈葡萄胎样声像图。

2.2 舌象、脉象的观察

舌象、脉象的观察在流产患者中,尤其重要,对判断其证候虚、实、寒、热属性及预测病势转归,及保胎与否具有重要作用。如黄含英对62例先兆流产患者的临床分析表明:31例脾肾阳虚型者中,治疗前显示脉滑无力者25例,细滑尺脉弱者6例,治疗后仅2例有尺脉弱,余均为细滑脉;28例肝肾阴虚者,治疗前示细滑尺脉弱者8例,弦滑尺脉弱者20例,疗后仅4例为弦细,余皆为弦滑;3例气血虚弱型,治疗前均为细滑尺脉弱,治疗后仅1例无改变。以上5例脉象无改变者,终于流产。同样舌象亦因保胎治疗后,有明显改善。无改善者,多流产。^[20]

2.3 证候研究现状

流产一病,西医治疗较为局限,而中医治疗既很独特又很有成效。故现今多有中药保胎治疗之说。然中药保胎,关键在于辨证的准确,所以流产证候的研究显得尤为重要。

对于流产的辨证分型,多依据病因病机的不同而分为不同证候。任雯在妊娠疾病论治中,将胎动不安分为气血虚弱、肾气不足、阴虚血热、跌仆外伤四型。滑胎则因其屡孕屡堕,实属肾气虚弱而以肾虚候为主。胎死腹中(过期流产)分为气血虚弱无力娩出及血瘀胞宫滞而不行两型。^[21]郭志强则对胎漏临证辨析为肾虚胎漏、气虚胎漏、血虚胎漏、血热胎漏、虚热胎漏、癥病胎漏、及外伤胎漏。^[22]李广文总结滑胎病因有三。归纳为肾虚型滑胎、气血虚弱型滑胎、及血热型滑胎。^[23]姚宣芬则将滑胎分为四型,在李文广之基础上,增加了肝胆经虚热型。^[4]黄含英对先兆流产进行中医辨证及治疗分为脾肾阳虚型、肝肾阴虚型、气血虚弱型。^[20]

近年来对于流产的证候学研究越来越规范,依据中华人民共和国中医药行业标准,胎漏、胎动不安的证候分为肾气不足、气血亏虚、血热内扰、外伤损络四候。滑胎的证候分类为脾肾两虚、气血亏虚、阴虚内热。详见【今日临床】有关证类诊断标准部分。

2.4 治则治法的研究现状

2.4.1 治则的研究状况

综观流产一病多虚、多热而引起。虚可见肾虚、脾肾阳虚、肝肾阴虚、气血亏虚等。热可见血热内扰、阴虚内热。依据中医理论“肾为先天之本”,“肾主胞宫”,“胞脉系于肾”,“肾气虚则冲任不固,胞脉不系。”故本病主要责之于肾。故马宝璋提出“安胎必补肾,兼予调养气血”之说。^[8]肾受天认为造成流产的原因虽多,但病理机制为冲任不固、胎元失养,故当以固冲安胎为施治原则。^[4]唐伟其拟补肝肾调冲任之法治胎漏、胎动不

安 37 例取效满意。^[26]何子淮则根据“急则治标，缓则治本”的原则。主张出血期予凉血清肝，待症状缓解，胎火平熄，漏红停止之后，投以扶中气，益脾胃，养肝肾，以安胎为本。^[27]然而针对本病的诊断及治疗，首先应本着病因病机其次要遵从辨证治疗的原则。故首先须判断胎元已殒未殒，若胎元未殒，因其总病机为冲任气血不调，胎元不固，故本病治法应以安胎为主，并根据不同证型采用固肾、调气养血、清热等法。

2.4.2 治法的研究概况

流产的治疗，因其不同的类型，亦有其不同的治疗措施。中医的判别标准主要以胎元已殒未殒来衡量。胎元未殒如胎漏、胎动不安、滑胎、妊娠腹痛则用安胎之法。若胎元已殒，发展至堕胎小产则当急以去胎益母为主。所以近代医者针对胎漏、胎动不安、滑胎、妊娠腹痛的治疗、预防研究颇多，且众说纷纭。罗元恺主张流产的防治应辨证辨病相结合，治以滋肾补肾为主，辅以健脾调理气血，使先天与后天相互支持，相互促进巩固胎元。^[5]朱小南主张逢滑胎者属于小产后必须避孕半年并指出治疗本症应掌握下列原则。一是补气血，凡有小腹重坠感觉时，注意补气；二是固肾气、强冲任；三是健脾胃，认为脾胃为水谷之海，生化之源，消化吸收，输布精气，与母、胎的营养和健康莫不有直接关系，更提出对滑胎而复孕者，当兼有腰酸现象时即行安胎。所谓防微杜渐，以免一旦流血旋即堕胎时，会措手不及。^[3]此外对安胎法的研究亦很广泛。席增业通过对《傅青主女科》的研究总结安胎六法。补肾安胎法包括滋阴补肾、温肾助阳、补肾益气等法；益气安胎法；清热安胎法；活血安胎法；暖宫安胎法；养肝安胎法。^[28]徐鸿彬继承孙少山及结合个人体会归纳安胎八法：滋阴清热法，用于热扰血海，胎元不宁之证；补肾固本法；健脾资源法；育阴和肝法；和血疗损法，用于跌仆闪挫及劳倦过度所致损伤胎元；益气温中法；祛湿除痰法；扶正解毒法，适用于误服致堕胎的毒物、药物等。^[29]此安胎八法颇有特色且更现孙少山治病必求于本之主张。对于安胎之法的归纳整理还有：陆文彬的安胎十法：调摄冲任法、育肾涵肝法、泻南补北法、调肝顺气法、益气举元法、温煦脾肾法、调养心脾法、升清降浊法、清润养胃法、理血安宫法。^[30]以及宋光济的安胎六法：清热安胎法、健脾安胎法、补肾安胎法、顺气安胎法、养血助胎法、平肝安胎法。^[6]刘瑞芬根据诸多报道及个人体会，总结安胎六法：补肾安胎法、益气安胎法、养血安胎法、清热安胎法、理气安胎法、止血安胎法。^[32]除上述安胎之法外，尚有严可斌的滑胎治未病法。^[33]梅淑敏以反治法治滑胎。^[34]此法为用活血化瘀法治滑胎。此二者亦很有成效，很有特色。

流产的治疗，除上述众多的中医治法外，还有中西医结合治疗法，西医疗法，以及更为先进的免疫疗法等，以下进行分类详细综述。

2.5 中医药疗法的研究概况

2.5.1 辨证分型论治法

辨证分型论治的遣方用药，体现了中医传统理法方药的完整性，故一般多采用。张声瑶分二型：气虚肾亏者用泰山磐石饮加减。阴虚内热者用保阴煎加减。治疗 34 例，33 例有效。^[35]高谷音治疗 117 例，分为二型：气虚肾亏型 73 例，治以淮山药、炒白术、菟丝子、杜仲、桑寄生、蛤粉炒阿胶、砂仁拌熟地、党参、续断、艾叶炭；阴虚血热型 44 例，治以生地、旱莲草、女贞子、桑寄生、苎麻根、续断、槐花、黄芩、白芍，以上可随证加

减。结果：有效 95 例，无效 22 例，有效率 81.2%。^[36] 朱英芬分三型，气血虚弱用泰山磐石饮或养元保胎汤；肝肾亏损型用千金保孕方合安胎饮加减；冲任脉虚型，用胶艾四物汤去川芎合千金保孕方化裁，共治 39 例，成功 37 例，成功率为 94.9%。^[37] 刘奉五亦分为三型，脾虚血热者用清热安胎饮；脾肾不足者用寿胎丸加味；阴虚血热者用芩连芍药甘草汤加减，均有良效。^[38] 田茂云等治疗 73 例分四型：肾虚型用菟丝子、桑寄生、续断、阿胶、党参、白术。阴道下血多加旱莲草、艾叶；腰痛甚加杜仲；气血两虚型用党参、杜仲、白芍、熟地、白术、陈皮、炙甘草、阿胶、黄芪；血虚加枸杞，流血多加仙鹤草、苎麻根；腹痛加白芍、艾叶、香附；血热型用生地、熟地、黄芩、黄柏、白芍、续断、山药、甘草、苎麻根，流血多者加阿胶、艾叶、旱莲草，胎动甚加菟丝子、桑寄生；外伤型用党参、黄芪、当归、熟地、白芍、川芎、菟丝子、桑寄生、续断，下血多者去当归、川芎，加艾叶炭、阿胶等；结果：痊愈 62 例，好转 6 例，失败 5 例，总有效率 93.15%。^[39] 朱金凤等治疗 64 例分四型：阴虚内热用保阴煎加减；气血虚弱用泰山磐石饮加减；脾肾亏损用举元煎合寿胎丸加减；外伤型用圣愈汤加减；具体加减法是：阴道出血属血热者加地榆、槐花、旱莲草、藕节炭等；气血虚弱、脾肾亏损者加艾叶炭、炮姜炭、阿胶等；外伤者稍佐祛瘀生新止血药；呕吐属气血虚弱、脾肾亏损者加半夏、藿香、砂仁、苏梗，伏龙肝；血热者加苏叶黄连汤、橘皮竹茹汤。腰痛甚者加菟丝子、续断、桑寄生等。腹胀痛甚者加木香、香附等。口渴喜饮者加麦冬、石斛、天花粉等。此外，气血虚弱，肝肾损者可加南瓜蒂；血热者加苎麻根，以助安胎。每日 1 剂，连服 3 个月或经常服用。结果：治愈 61 例(95.3%)随访足月分娩者 60 例。^[40]

2.5.2 专方专药

2.5.2.1 传统方 导致先兆流产及习惯性流产的原因虽有种种，但总不外乎脾肾虚损、气血不足、冲任失固，故不少人主张减少分型，专治根本。因此往往选用某一固定传统方，或某一种治法立论治疗，取效亦很满意。如：朱金凤用寿胎丸加味，治疗 110 例先兆流产患者，出血较多者，加止血之品；血热者加生地、旱莲草各 15g、地榆、槐花各 10g；阳虚者加补骨脂、仙鹤草 10g、艾叶炭 6g、黄芩减至 6g、菟丝子加至 15g；兼瘀者可加乌贼骨以补阳化瘀止血，每日 1 剂，10 剂为 1 疗程。结果：110 例患者有效 106 例，占 96.36%。无效 4 例，占 3.64%。^[41] 而吴振国亦用寿胎丸加减治疗先兆流产 41 例，保胎治疗后有效 40 例，无效 1 例。具体加减为：偏气虚或伴腹下坠者加黄芪 30g、升麻 3g、柴胡 6g；血虚者加蒸首乌 15g、熟地 15g、杞果 15g；偏血热者可去狗脊加生地 15g、黄芩 10g、二花 30g；偏肾阳虚者，菟丝子改用 30g，加巴戟天 10g、淫羊藿 15g、仙茅 12g，便秘者加草决明 30g、肉苁蓉 15g；腹痛者可加白芍 15g、甘草 6g。^[42] 北京中医学院周青梅等用寿胎丸加减治疗胎动不安，基本方加党参、山药、白芍、炙甘草。再根据病情需要随证加减，如有热者加黄芩、苎麻根；便干者加肉苁蓉；纳差加砂仁，共治疗 150 例，有效 129 例，有效率 86%。^[43] 应用寿胎丸加减治疗流产的例子不胜枚举。此外，张咏林用举元煎加味治疗流产，气血双虚者，主方加当归、白芍、桑寄生；脾肾亏损者，主方加菟丝子、续断、砂仁、山药；血热者主方去白术、黄芪、升麻加桑叶、菊花、白茅根、续断、山药、旱莲草；外伤型：出血多者，主方加地榆炭、仙鹤草、艾叶炭；腰痛甚者加菟丝子、续断、山药、旱莲草；外伤型：出血多者，主方加地榆炭、仙鹤草、艾叶炭；腰痛甚者加菟丝子、续断、桑寄生，治疗流产 44 例，痊愈 42 例，减轻 2 例，有效率 100%。^[44] 赵玉海用泰山磐石散加减治疗先兆流产，血热者加生地、白茅根、藕节、侧柏叶；肝肾阴虚加山茱萸、黄精、玉竹；冲任

不固重用淫羊藿、续断、黄芪、升麻；气滞血瘀加川芎、佛手、炒灵脂；寒滞血脉加炮姜、桂枝、制附子；血热者加黄柏炭等，治疗先兆流产 96 例，有效率 94.8%。习惯流产 8 例，有效率 87.5%。^[45]张宽智用安奠二天汤加味（主方为原方加枸杞子、阿胶）气血两虚型加当归、桑椹、砂仁；脾肾亏损型加续断、巴戟天、陈皮；血热伤胎去党参、白术，加白茅根、紫草、马尾莲；跌仆伤胎出血多者加侧柏炭、椿根白皮；腹痛甚者加益母草；腰痛甚者加菟丝子、肉苁蓉，治疗 37 例，34 例有效，3 例无效。^[46]赵荣胜用胶艾四物汤加黄芪、党参、炒荆芥、仙鹤草为主；有流产史者症状消失后继用当归散加味养血安胎，38 例中 36 例治愈。^[47]

2.5.2.2 自拟方

近年来，涌现出很多新方，临床应用都有良好的效果。

对于先兆流产。朱水香等治疗 100 例先兆流产患者，用安胎合剂（党参、怀山药、白术、续断、桑寄生、熟地（或制首乌）、菟丝子、甘草），腰痛甚者加杜仲、枸杞；腹胀痛者加炒白芍、陈皮；阴道下血者加阿胶、仙鹤草、地榆炭；恶心、呕吐者加竹茹、陈皮，或黄连、苏叶、砂仁等。偏气虚胎热者加生地、麦冬、条芩；偏阴虚胎寒者加黄芪、艾叶炭等。每日 1 剂水煎分 2 次服。为巩固疗效，在症状消失后治疗 2~8 周。结果：服药 5~15 剂、痊愈 98 例，无效 2 例。^[48]王清华用固肾安胎汤（白芍、甘草、川断、桑寄生、生龙牡）加减，治疗先兆流产 40 例，治愈率 90%。^[49]梁玉屏用安胎合剂（党参、白术、淮山药、制首乌、炒杜仲、菟丝子、桑寄生、阿胶、续断）治疗先兆流产 131 例，有效率为 94.6%。^[50]沈宗华自拟补肾益气汤，主方为党参、黄芪、升麻、白术、甘草、菟丝子、桑寄生、阿胶、续断、陈皮，辨证治疗先兆流产 29 例，28 例治愈，1 例无效。一般服药 5~10 剂即可见效。^[13]叶宝贵自拟保胎汤，由黄芪、党参或太子参、白术、白芍、山药、地黄、炒杜仲、桑寄生、砂仁、大枣随证加减治疗先兆流产 60 例，有效 50 例，无效 10 例。^[51]宋超典自拟保元安胎饮治疗胎动不安，用黄芪、焦白术、熟地黄、杜仲、阿胶、川断各 12g，桑寄生 20g，当归身 12g，砂仁 6g，鲜藕、红糖各 30g 为引，煎汤每剂 2 汁，温服，每日 3 汁随证加减，临床疗效满意。^[52]冯春芳自拟保胎汤治疗先兆流产 30 例，处方为菟丝子、川断、当归、白芍、砂仁（后下）、苏梗、淡芩、仙鹤草，日 1 剂，随证加减。结果：显效 20 例，有效 7 例，好转 2 例，无效 1 例。^[53]另外还有张玉珍运用罗元恺的滋肾育胎丸（吉林参、党参、白术、菟丝子、桑寄生、续断、阿胶等）。^[54]王云铭的调补冲任方（白术、黄芩、桑寄生、杜仲）。^[55]王忠民的八味安胎汤（阿胶、砂仁、白术、黄芩、桑寄生、杜仲、艾叶炭、紫苏梗）。^[56]疗效均好，适于临床选用。

对于习惯性流产。朱桂兰自拟安胎饮（知母 30g、黄芩 10g、制首乌 10g、炒白芍 15g、莲须 30g、茯苓 20g、苏梗 20g、砂仁 10g、荷叶蒂 7 个），肾虚加黑杜仲 30g、桑寄生 30g、川断 20g、山茱萸 30g；阴虚血热加枸杞子 30g、黑芝麻 20g、黄精 30g、百合 12g、石斛 15g、黑栀子 12g、生地 15g、阿胶 10g（烔化）；脾虚气血不足加炙黄芪 30g、人参 10g、紫河车 6g、炒山药 30g、炒白术 12g，中药治疗 100 例滑胎患者，结果：痊愈 97 例，无效 3 例，有效率为 97%。^[57]姚群元自拟固肾安胎饮治疗 40 例习惯性流产，主方为菟丝子、女贞子、党参、桑寄生、杜仲、阿胶（烔化）、升麻、陈皮，经对证加减治疗，效果显著。^[58]刘长天治疗习惯性流产 37 例，用自拟固胎饮：白术、菟丝子、砂仁、炙甘草、桑寄生、杜仲。腹痛甚加白芍；小腹下坠加党参、升麻；下血加苎麻根、阿胶、焦艾叶；血热加黄芩、旱莲草、栀子、生地、地榆炭。从怀孕之月起，每月服 3 剂，服至上次堕胎月份以后，结果治愈 34

例，无效3例。^[59]专方随证加减治疗，有利于临床系统观察和分析总结。

2.5.3 逐月养胎法论治

北齐医家徐之才较早地论述了逐月养胎法。徐氏依照十个妊娠月由不同的脏腑经脉所养的理论，分别针对各月常易发生的疾病，确立逐月养胎，以保证胎儿正常生长发育。长期以来指导着中医学的孕期保健工作。近年，有些学者根据这一理论来保胎。如张相泽等以续断、桑寄生、菟丝子、白芍、甘草为主，视流产发生在不同月分给予相应的有效药物及针灸治疗。妊娠一、二月加柴胡或青皮，针阳陵泉、太冲清胆郁热；三月加远志、玉竹，针神门、少海补养心气；四月加香附，针阳池、外关疏利三焦气机；五、六月加砂仁、麦芽，针阴陵泉、地机健脾和胃；七月重用黄芪，针列缺、尺泽益气补肺；八月加郁李仁，针合谷、曲池滋阴润肠，效果亦佳。^[60]赵玉海在报道中亦指出保胎用药应注意初孕不忘肝；三月不忘心；五月不忘脾；七月不忘肺。^[45]

2.6 中西医结合疗法的研究概况

2.6.1 中药为主，西药为辅治疗先兆流产

依据病人的症状、体征，四诊合参，辨证分析，分别补肾固冲、补气养血、清热安胎之法，采用中药煎剂，多可达到安胎目的。若中药服后一周内，仍漏下血不止，或腹胀痛不易控制者，可酌加黄体酮10~20mg，日1次肌肉注射，能够起到促进蜕膜生长，并抑制子宫收缩的作用。血止3~5天后停药，可每日配合口服维生素E，每次15mg，每日3次，有利于孕卵发育。例如：王爱华等治疗先兆流产19例，首先辨证分型，气虚用举元煎；血虚型用胎元饮；肾虚型用寿胎丸；血热型用保阴煎；其次，随证适当加减，除给予中药治疗外，同时给以黄体酮、维生素E等药，血止即停药。对于流产不可避免时则劝其清宫治疗。结果：19例中，足月分娩者14例，占78%；胎死宫内清宫者4例，占22%；另1例保胎成功但早产。^[61]朱美德用太子参、焦白术、淡子芩、炒白芍、阿胶(烔化)、炒续断、炒杜仲、苎麻根、赤小豆、绿豆、稽豆衣、银花为主，随证加减，辅以西药维生素丙500~1000mg加25%葡萄糖40ml静脉注射，每天1次，吸入氧气10分钟，每天2次，共用3天。维生素E10mg，每天3次口服，一般症状好转后仍用中药巩固。用此法治疗习惯性流产6例，诊时临床均有腰酸、腹痛、见红三大症状。实验室检查有2例孕妇的丈夫出现大Y染色体，结果5例分娩，1例孕32周，尿E₃正常，一般情况良好。^[62]孙艾英用药粥治疗先兆流产60例，取干苎麻根片50g、桂圆15粒、红枣50g，用清水浸泡10分钟后煎汤，汤成后加糯米1~2两，隔水蒸成药粥，每日分1~2次服，服至症状及体征消失后1周。同时每日肌注黄体酮10~20mg，及服维生素E，并卧床休息，精神治疗，对症处理。结果痊愈54例，无效6例，治愈率90%。^[63]

2.6.2 刮宫术后的中药调理

对于确诊为难免流产、不全流产、过期流产等病的处理原则，应尽快帮助患者排除宫腔内容物，实行刮宫术。术后病人体质比较虚弱，容易受邪而生瘀。因此对于产后多虚多瘀的病理机制，可以采用中药调理。多以补气养血、祛瘀生新之法，可选用加参生化汤，每日3次水煎口服，有利于调整恢复脏腑功能，促进子宫复旧。

2.7 免疫疗法的研究概况

反复的自然流产与免疫学因素密切相关。近年来引起人们的广泛关注，因此，对于反复自然流产的免疫治疗，亦积累了较多临床经验。

2.7.1 免疫治疗的理论基础

主要是通过输入同种异体白细胞增加组织相容性抗原或次要组织相容性抗原的不相容性，以刺激母体产生对组织相容性抗原(HLA)或滋养层——淋巴细胞交叉反应抗原(TLX)的适当免疫反应，产生保护性抗体，从而维持妊娠，保护胎儿。

2.7.2 免疫治疗的适用对象

不明原因的反复自然流产患者；

夫妇间有二个或二个以上相同的 HLA 抗原；无抗父系淋巴细胞毒抗体；对男方的单向 MLC 无反应，而对无关第三者的抗原刺激有反应。

2.7.3 治疗方法

免疫原可为：丈夫的淋巴细胞；第三者的淋巴细胞；健康产妇的绒毛细胞或滋养层细胞制备品。免疫注射亦有采用洗净的单核细胞、分离的淋巴细胞，也有用浓缩的白细胞或全血。免疫途径：全血或浓缩白细胞的注射量大，均作静脉注射。分离精制的单核细胞多数在前臂或臀部分多个部位注入皮内。

1981 年，Taylor 和 Faulk 首先对 4 名原因不明的反复自然流产妇女进行了免疫治疗。其中 3 人成功分娩。^[64] McIntyre 等用同样方法治疗原发性流产 33 例，其中 26 人怀孕，23 人成功分娩疗效为 88%。^[65] Mowbray 等的双育法治疗试验结果显示：注射丈夫淋巴细胞的 22 例反复自然流产妇女中，17 人妊娠成功，成功率为 77%。而注射自身淋巴细胞的 27 例反复自然流产妇女中，仅 10 人妊娠成功，成功率为 37%。两组间有显著差异($P < 0.01$)。^[66] 曲陆荣等采用丈夫的淋巴细胞给妻子皮下或皮内多点接种法，治疗原因不明反复流产 40 例，其中 24 例妊娠足月分娩获正常男婴；3 例妊娠中，B 超未见胎儿异常；5 例于妊娠早期又发生自然流产。治疗后妊娠成功率为 84.8%。^[67] 此外，对于继发性流产，McIntyre 等发现肝素能降低母体过强的免疫反应性。他们为 6 例患者皮下注射肝素，从孕前的黄体期开始或孕后立即开始 5000U，每天 2 次，持续至孕 36 周末。结果 2 例成功分娩，2 例流产，另 2 例尚在治疗。^[65]

此外，针对抗磷脂抗体阳性的治疗，有人提倡应用强的松或小剂量阿司匹林治疗。前者为免疫抑制剂，每日给药 10~60mg；后者可对抗血小板而维持胎盘循环，每日给药 40~80mg。Unander 氏认为对患有自身免疫病的反复自然流产妇女，可进行免疫抑制治疗，一般用强的松龙，每日 30mg，维持妊娠。很轻微的病例，可单用阿司匹林 250mg，每日 1 次。^[68]

抗精子抗体所致流产的治疗：治疗目的在于降低抗精子抗体的滴度。例如女性配偶血清或宫颈粘液有抗精子抗体者，在性交时可使用避孕套 3~6 个月，减少精子对机体的刺激。一般能使部分患者的抗体滴度下降，此时受孕成功率较高。如女性配偶抗体滴度持续下降，或男性配偶抗体滴度大于 1:32，可考虑应用免疫抑制剂，如可的松类激素治疗。

免疫疗法优点为技术简单，成功率高、易于普及。但到目前为止它尚处于临床试验阶

段,并且因适用对象、实施方法、效果检测、安全性及对出生儿的远期观察等,还存在一些问题有待今后深入研究。

2.8 西医治疗概况

西医学对先兆流产的治疗,过去一贯以黄体酮制剂,包括天然孕酮及人工合成孕酮,作为首选药物。但近年来不少人认为:只有天然孕酮可用于黄体功能不足引起的先兆流产,而其它衍生物,由于代谢方式不同,对先兆流产效果不佳。此外,郑传利用舒喘灵治疗先兆流产,取效满意。每次2.4~4.8mg、最大量7.2mg,口服,每天4次,连服2~3天,疗效低者可加服1个疗程。结果:93例外源性先兆流产,78例在12~48小时之内流血停止,腹痛消失。12例用药后3天阴道流血明显减少,腹痛显著减轻,其治愈率83.9%,显效率12.9%,总有效率96.8%^[69]

2.9 其它疗法

2.9.1 分段治疗法

李兆苓根据先治其标,后治其本的原则进行分段治疗先兆流产。第一阶段,投以当归芍药散加减。第二阶段,下腹疼痛缓解,出血停止,腰痛或不痛者用寿胎丸加减。结果120例中痊愈108例,有效10例,无效2例。^[70]

2.9.2 穴位注射法

王金权报道用黄体酮注射液10mg注入关元穴,每日1次,至症状消失后再注射3天,同时口服维生素E20mg,每日3次,能够起到安胎作用。^[71]

2.10 中药保胎预后的研究状况

2.10.1 判断预后的标准

一般认为,胎漏患者不论流血时间多久,只要患者的脉搏强有力或滑数,胎儿的大概情况都是健康的。如果脉象沉细无力而缓慢,胎儿往往难以保全。朱金凤认为出血量少疗效高,出血黯黑粘稠者,似为流产预后不良之兆。^[40]叶宝贵亦体会:凡出现阴道下血量多,特别是超过平素月经量者,出血时间较长,超过10天甚则半月,血色呈紫酱,秽浊有臭味;下腹坠痛较剧,既往流产2次以上,妇检宫口已开者,一般不能保住。^[51]朱小南等根据“妇人肾以系胞,而腰为肾之腑。”认为腰部的征象可作为预后的参考。如漏红而兼腰酸或腰痛甚者,保胎较难。漏红而腰部酸痛轻微或腰部无征象者,易于保全。再者,腹痛的程度与预后亦有关系。腹痛甚且有坠胀感者,流血多的难以保全。腹痛轻微而流血量少的安胎较易。^[3]黄含英等认为,如果先兆流产发生于8周内者,阴道出血量少,持续时间短,脉象细滑或弦滑,而子宫增大与孕周相符合,则按中医辨证论治保胎。于治疗4~6天后,如果阴道出血未止,腹痛频繁,脉象不滑利者,不适于继续保胎。凡阴道出血中量,持续2~3天,脉象滑利,子宫小于孕周者,如孕期在8周内者,不适于保胎,在8周以上者治疗3~4天后症状无改善且脉象转为不滑利者则不宜继续保胎。凡阴道出血中量,持续2~3天,脉象滑利,子宫小于孕周者,如孕期在8周内者,不适于保胎,在8周以上者治疗3~4天后症状无改善且脉象转为不滑利者,则不宜继续保胎。^[20]此外,有

医家以 HCG 值作为保胎预后的估计。如王清华认为,尿中 HCG 值持续上升,提示绒毛、胚胎、胎儿发育正常。^[49]而高谷音则认为,如果连续 2 次血 HCG 值低于同期妊娠正常值下限或在血 HCG 值分泌高峰期呈现相反的逐渐下降的趋势,均应结合临床体征,尽早作难免流产处理。

2.10.2 保胎预后的现状

中医药保胎安全、可靠、疗效确切,对小儿智力及体格发育无不良影响。刘燕宁等用寿胎丸保胎对小儿影响进行追访观察,以母孕期采用寿胎丸保胎 30 例,用药 3~70 天,和母孕期未服用保胎药 27 例的两组小儿对比观察,结果两组小儿智商均属于正常。寿胎丸组小儿智商大于 120 之例数多于对照组,统计学处理有显著意义,两组小儿智商测试结果提示:寿胎丸加减保胎,不仅无碍胎儿的脑发育,还可促进其发育,有利于小儿出生后的智力发育。^[73]刘菊芳等用罗氏滋肾育胎丸保胎,对小儿影响进行追访观察 30 例,结果表明:30 例出生时身高体重均属正常范畴,平均智商为 208.97,标准差为 11.285 与韦氏智力量表提供的常模(平均数为 100,标准差为 15)相比较。受检儿童的智力不低于正常儿童群体的智力水平。^[74]

此外,对于难免流产,或完全流产患者,在其流产后,必须重视防治,以防再次流产。首先需要注意避孕。再次受孕需在流产后 1 年以上,以使身体充分复元。其次,注意节制房事。再次,避免精神、情绪过度紧张。

3 实验研究

3.1 中药安胎作用机理的实验研究

随着现代药理学的发展,中药保胎作用的现代研究更为深入广泛。以下简要概括之。中药当归有抗贫血作用,既能兴奋子宫又能抑制子宫,当子宫未加压时,可轻度抑制子宫,使子宫松弛。子宫血流通畅,从而改善子宫胎盘循环状态,减轻胎盘病变程度,有助于提高胎盘功能而保胎。当子宫加压时,则使其不规则收缩变为节律整齐;白芍对子宫平滑肌的张力和运动有松弛,抑制作用;菟丝子能促进卵巢黄体的形成;续断含有大量维生素 E,能促进子宫和胚胎发育;杜仲能抑制子宫收缩,并有镇静作用;香附能抑制子宫收缩和提高痛阈;陈皮亦能抑制子宫收缩;然而枳壳能增强子宫收缩,对滑胎患者,非孕期,可促进子宫恢复而孕后则不宜使用。

朱金凤等用寿胎丸加味(菟丝子、续断、阿胶、党参、炒白术、淮山药、白芍、黄芩、桑寄生)煎剂的实验研究证明:①复方煎剂对子宫平滑肌收缩有抑制作用。其中黄芩对子宫平滑肌收缩有较强的抑制作用。②可增强假孕大鼠脑垂体—卵巢功能。③具有雌激素样活性,促进子宫发育。如菟丝子使阴道上皮细胞角化,子宫重量增加。黄芩、白术亦有相同的较弱的作用。续断使子宫重量明显增加,并促进了子宫的生长发育。^[41]张玉珍等对菟丝子、人参进行了促雌兔性腺发育的观察。发现给药组:雌兔卵巢有较丰富的黄体,子宫内膜腺体增多,分泌现象比较明显。卵巢、子宫血液供应明显增加等。对照组:以上现象不明显。从而认为本药能促进雌兔卵巢黄体形成,有促进卵巢、子宫生长发育等作用。^[54]高谷音对 117 例本病患者,以滋肾健脾法为主治疗,用以载丸合寿胎丸化裁:怀山药、炒白术、菟丝子、杜仲、桑寄生、

蛤粉炒阿胶、砂仁拌熟地、党参、续断、艾叶炭,保胎成功的 95 例。在治疗前后做了 208 次绒毛膜促性腺激素(HCG)动态测定。结果表明,中药治疗后血 HCG 值均有不同幅度的上升,并均达到同期妊娠正常值范围。其中 16 例在治疗前血 HCG 曾略低于同期妊娠正常值下限,中药治疗后均上升至正常范围。因此具有维持妊娠黄体,改善滋养层的功能,促进孕卵发育的作用。^[36]叶朗清等用川杜仲、川续断、金毛狗脊、桑寄生、苘麻根、黄芪、党参、当归、生地、熟地等对 13 例先兆流产患者治疗,测定服药前后四次免疫指标变化(玫瑰花结形成率,IgG、IgA、IgM)。服药后,均有不同程度下降,证明该方对先兆流产患者的免疫功能有一定的影响。^[24]此外,姚宣芬的实验研究表明:补益脾肾药物,能使绒毛膜促性腺激素含量增高,达到孕育安胎的作用,如人参、黄芪、山药、菟丝子、桑寄生等。^[4]

俞丽霞根据何子淮先生的安胎合剂:以苘麻根、党参、炙黄芪、焦白术、熟生地炭等组成。具有益气养血、补肝肾、止血、安胎之效。药理实验证明对兴奋的子宫有抑制作用,对处于抑制状态的子宫有轻度的兴奋作用,具有明显的双相调节作用;从血液流变学测定表明:用药后血浆粘度和全血比粘度明显增高;同时,本品还能增加血小板计数;延长凝血时间;缩短出血时间;这些血液系统的作用及对中枢的镇静、安神作用,均有助于安胎。^[25]根据杨新吾的验方“无忧保胎”方研制而成的孕康口服液。主方有狗脊、黄芪、山药、菟丝子、桑寄生、当归、续断、杜仲、党参、白芍、补骨脂等。研究表明:孕康对针刺和缩宫素所致大、小鼠实验性流产模型均有明显的保胎作用。其疗效与黄体酮无差异;对大、小鼠的离体子宫有明显的松弛作用;并能拮抗缩宫素和乙酰胆碱等子宫的兴奋作用。^[31]

3.2 习惯流产与免疫关系的实验研究

万幸的实验研究表明:补中益气汤对正常小鼠的免疫功能无明显影响,而对免疫功能低下小鼠的“NKC-IL-2-IFN- γ ”有增强作用,并可使之恢复至接近正常水平。^[72]

Vojtiskova 氏的动物实验证明 F-9 畸胎瘤细胞引起的实验性无精子生成 F-9 抗原和精子生成细胞间的关系已得到证实,用畸胎瘤细胞免疫过的小鼠生育力明显下降。^[75]

Chavez 氏的动物实验已证明:抗滋养层抗原的抗体影响生育力,并发现从反复流产的妇女身上获得的血清在体外可抑制鼠滋养层生长。^[76]

大量实验证实,合体滋养层细胞膜表面不表达 HLA,而存在大量滋养层抗原,其抗血清能与淋巴细胞发生交叉反应,称为滋养层-淋巴细胞交叉反应抗原(TLX),正常妊娠中,随着合体滋养层细胞不断脱落进入母体血,TLX 抗原进入母体并导致免疫识别与免疫反应,这一过程如果适当,对于维持妊娠,保护胎儿免遭排斥是非常重要的。

【古训今释】

1 病名溯源

妊娠后出现阴道流血,小腹疼痛,早在后汉·张仲景的《金匱要略·妇人妊娠病脉证并治第二十》中就有记载:“妇人有漏下者,……有妊娠下血者,假令妊娠腹中痛,为胞阻”。明确指出妊娠期间,腹不痛而下血者称为胎漏;下血而腹痛者称为胞阻。晋·王叔和在《脉经》中最早提出胎漏、胎动不安的名称。隋·巢元方的《诸病源候论·妊娠漏胎候》称胎漏为

“漏胞”。巢氏曰：“漏胞者，谓妊娠数月，而经水时下”。《圣济总录·妊娠门》曰：“妊娠将理失宜，经血时下，谓之漏胎”。故胎漏又称“漏胎”。

关于滑胎的论述，历代医家有多种说法。隋·巢元方在《诸病源候论》中将滑胎称为“数堕胎”。巢氏曰：“若血气虚损者，子脏为风冷所居，则血气不足，故不能养胎，所以致胎数堕”。由此可见与现代概念有异。但该书中也有“滑胎”二字的出现。“妊娠十月，五脏俱备，六腑齐通，纳天地气于丹田，故使关节、人神咸备然可预修滑胎方法也。”孙思邈在《千金方·卷二》中论述滑胎是一种临产用药方法，“妊娠一月始胚……十月诸神备，日满即产矣，宜投滑胎药，入月即服”。唐·昝殷《经效产宝·益气滑胎令易产方论第三》中详论了关于产妇在分娩时能够顺利分娩而用的药，故称为“益气滑胎”。宋·陈自明在《妇人大全良方·妊娠数堕胎方论第一》中明确提出“数堕胎”的概念：“若血气虚损者，子脏为风寒所苦，则血气不足，故不能养胎，所以数堕胎也。其妊娠腰疼者，喜堕胎也”。宋·齐仲甫在《女科百问·第五十八问》：“妊娠三月，曾经堕胎，至其月日复堕者何也？答曰：……若血气虚损，子脏为风冷所乘，致亏荣卫，不能荫养其胎，故数堕也。假令妊娠三月，当手心主包络经养之，不善摄生伤经，则胎堕，后虽再有妊，至其月日，仍前犯之，所以复堕胎也。”这是古人第一次提出数堕胎的临床特点之一，即应期而下。补充了前人论述的不足。明·王纶《明医杂著·续医论》曰：“妇人半产，多在三个月，及五月七月，除跌仆损伤不拘外，若前次三个月而堕，则下次必如期复然”。明·万全《广嗣纪要》亦曰：“孕而多堕者，男子贪淫情纵，女子好欲性偏，兼以好食辛酸热物，暴损冲任，故有堕胎之患。”明·张介宾《景岳全书·妇人规》一书中云：“凡妊娠之数见堕胎者，必以气脉亏损而然”。“且胎怀十月，经养各有所主，所以屡见小产堕胎者，多在三个月及五月七月之间，而下次之堕，必如期复然，正以先次伤此一经，而再值此经，则遇阙不能过矣。”以上各家所论，与我们现代所研究的“滑胎”极为相似，只是未称为“滑胎”。将滑胎作为疾病命名，首见于叶天士《叶氏女科证治·安胎》，书中曰：“妊娠有三月而堕者，有六七月而堕者，有屡孕屡堕者，由于气血不足，名曰滑胎”。吴谦的《医宗金鉴·妇科心法要诀》明确提出堕胎或小产应期而下的特点，称为滑胎。书中云：“若怀胎三五七月无故而胎自堕者，至下次受孕亦复如是，数数堕胎则谓之滑胎”。近代中医妇科教材已将古代“数堕胎”归纳为滑胎，其渊源就是清代的论点。由此可见滑胎在明以前的内涵是指使妊娠妇女易产的一种疗法，不是病名。滑胎作为妇科一个疾病名称始于清代，所以滑胎作为治疗方法要早于做为疾病名称一千余年。

2 病因病机论

关于妊娠后出现阴道流血，小腹痛，早在《金匱要略》明确指出妊娠腹痛可由妊娠伤胎下血或半产下血致冲任脉虚，胞脉失于温煦，气血运行不畅所致。《诸病源候论》广泛讨论了引起妊娠腹痛、胎漏、胎动不安、滑胎的病因病机。《诸病源候论·妊娠腹痛候》曰：“腹痛，皆由风邪入于脏腑，与血气相击搏所为。妊娠之人，或宿挟冷疹，或新触风邪，疝结而痛，其腹痛不已，邪正相干，血气相乱，致伤损胞络，则令动胎也”。《诸病源候论·妊娠小腹痛候》云：“妊娠小腹痛者，由胞络宿有冷，而妊娠血不通，冷血相搏，故痛也，痛甚亦令动胎也。”以上两段认为妊娠之妇素本阳虚，气血运行不畅，又外受风邪入于脏腑，以致正邪相干，寒凝胞脉，胞脉不通，故致腹痛而胎动。此说对后世有一定影响，医家多

宗之。《诸病源候论·妊娠漏胞候》云：“漏胞者，……此由冲脉任脉虚，不能约制太阳、少阴之经血故也”。提出冲任脉虚，不能约制经血而致妊娠胎漏，下血不止。《诸病源候论·妊娠胎动候》云：“胎动不安者，多因劳役气力，或触冒冷热，或饮食不适，或居处失宜，轻者止转动不安，重者便致伤堕。若其母有疾以动胎，治母则胎安；若其胎有不牢固，致动以病母者，治胎则母瘥”。凡劳累过度，感受外邪，饮食不调，起居不慎，或素体虚弱均可导致冲任脉虚，胎元不固而病漏胞、胎动不安。若病情严重可发展为堕胎。同时认识到其病因可分为“其母有疾以动胎”和“其胎有不牢固”的母体、胎元两方面因素。朱震亨在《格致余论·胎自堕论》提出“血气虚损，不足荣养，其胎自堕，或劳怒伤情，内火便动，亦能堕胎，推其原本，皆因于热”。强调“虚损”、“内火”致病，堕胎亦然。宋·陈素庵在此基础上提出因七情内伤，郁怒伤肝，郁而化火，热扰冲任，血为热迫，亦可致胎漏、胎动不安。《陈素庵妇科补解·胎前杂症门》卷之三曰：“妊娠胎动不安，大抵冲任二脉血虚，胎门子户受胎不实也。然亦有饮酒过度，房事太多而胎动者；有登高上厕，风入阴户，冲伤子室而胎动者；有因击触而胎动者；有暴怒伤肝胎动者；有用力过度伤筋胎动者”。同时陈氏还补充了因饮酒过度、房事太多、登高上厕、击触、暴怒、用力过度等病因。明·张景岳在《景岳全书·妇人规·胎动欲堕》中除提出“跌扑”、“怒气”、“虚弱”、“劳逸”、“房室不慎”等病因外，还补充了“药石误犯”即误服药石毒物伤胎之因。傅山在《傅青主女科·妊娠跌损》一书中从内因与外因的关系，辨证地论述了胎动不安的病机，傅氏曰：“妊妇有失足跌损，致伤胎元，……人只知是外伤之为病也，谁知有内伤之故乎？凡入内无他证，胎元坚固，即或跌扑闪挫，依然无恙，惟内之气血素亏，故略有闪挫，胎便不安”。由此可知，气血素亏为胎动之内因，为本；跌仆闪挫是胎动之外因，为标。

关于妊娠腹痛病因病机的论述，最早记载见于汉·张仲景《金匮要略·妇人妊娠病脉证并治第二十》：“妇人怀妊六七月，脉弦发热，其胎愈胀，腹痛恶寒者，……子脏开故也”。提出本病发生由于素本阳虚，妊娠后阴盛于内，胞宫失于温煦而致。《圣济总录·妊娠门》提出“妊娠脏腑虚弱，冒寒湿之气，邪气与正气相击，故令腹痛，病不已，则伤胞络，令胎不安”。《陈素庵妇科补解·胎前杂症门》卷之三指出“妊娠少腹痛者，因胞络宿有风冷，后却受妊，受妊之后则血不通，冷与血相搏，故令少腹痛也，……或孕后新触风邪即痛，痛则伤胎亦有”。《女科百问》卷二曰：“胎动腹痛，其理盖缘饮食、冷热、动风、毒物；或因再交，摇动骨节，伤犯胞胎，……或因服热药太过，血气相干，急服顺气药安胎，不然变成漏胎，则难疗矣”。由此可见，宋以前多以风冷立论。而宋·齐仲甫不仅认识到外感六淫是致病因素，且指出饮食不节，损伤脾胃，或误服碍胎损胎之物，或过食暖宫之品，或房事不节，均可致胞脉受损，气血运行不畅而致妊娠腹痛，延误治疗，将有胎漏、堕胎之虑。《叶氏女科证治》卷二曰：“妊娠腹痛，须分寒热虚实。寒痛脉迟……，虚痛脉无力，喜按，乃血少不能养胎”。补充提出血虚、胞脉失养，不荣而痛。现将历代医家有关妊娠腹痛病因病机归纳如下：虚者，血虚气弱，血少胞脉失养，气虚运行无力，胞脉不荣而痛；或素体阳虚，胞脉失于温煦而痛；或感受寒邪，寒凝血滞，不通则痛；或外感热邪；或过食辛热温燥之品；或气郁化火以致热伤冲任而致腹痛。

关于滑胎的病因病机，历代医家也有详细论述。《诸病源候论·妊娠数堕胎候》曰：“阳施阴化，故得有胎，荣卫调和，则经养周足，故胎得安而能成长。若血气虚损者，子脏为风冷

所居,则血气不足,故不能养胎,所以致胎数堕。候其妊娠而恒腰痛者,喜堕胎也”。提出滑胎由气血虚损,胎失所养而致。《格致余论·胎自堕论》提出“血气虚损,不足养荣,其胎自堕;或劳怒伤情,内火便动,亦能堕胎”。《景岳全书·妇人规·数堕胎》提出:“凡妊娠之数见堕胎者,必以气脉亏损而然。而亏损之由,有禀质之素弱者,有年力之衰残者,有忧怒劳苦而困其精力者,有色欲不慎而盗损其生气者,此外如跌仆、饮食之类,皆能伤其气脉。气脉有伤而胎可无恙者,非先天之最完固者不能,而常人则未之有也”。以上明确提出除气血不足外,情志所伤,房劳过度,跌仆等因素均可致胎元失固而滑胎。《医林改错》有瘀血而致滑胎之说。书中明确提出:“不知子宫内,先有瘀血占其地,胎至三月再长,其内无容身之地,胎病靠挤,血不能入胎胞,从旁流而下,故先见血,血既不入胎胞,胎无血养,故小产”。吴谦在《医宗金鉴·妇科心法要诀·胎不安小产堕胎总括》中不仅认识到母亲方面因素,而且明确指出有胎儿方面的因素,“孕妇气血充足,形体壮实,则胎气安固,若冲任二经虚损,则胎不成实……无故而胎自堕,至下次受孕亦复如此,数数堕胎,则谓之滑胎,多因房劳太过,欲火煎熬,其胎因而不安,不可不慎者也”。故应因人而异,因病而辨,因体而别,方可效验。张锡纯在《医学衷中参西录·论治妇人流产》中指出“流产为妇人恒有之病,而方书所载保胎之方,未有用之必效者。诚以保胎所用之药,当注重于胎,以变化胎之性情气质,使其善吸其母之气,化以自养,自无流产之虞;若单补助妊妇,使其气血壮旺固摄,以为母强自能荫子,此又非熟筹完全也”。也提出滑胎有母体和胎儿两方面的因素。综上所述,归纳起来不外以下几方面:一是禀赋素弱,肾气不盛,胎元不固;二是气血不足,胎失所养,胎元不固;三是情志所伤,怒伤肝火,内扰胎元;四是房事不节,色欲过度,精血暗耗,不能养胎固胎;五是跌仆闪挫,误服伤胎之物损伤胎元等。

3 治则治法

关于本病的治法,早在汉·张仲景《金匱要略·妇人妊娠病脉证并治第二十》载有“妊娠养胎白术散主之”这是最早关于安胎方药的论述。又载:“妇人妊娠,宜常服当归散主之……妊娠常服即易产,胎无疾苦”。当归散具有养血健脾,清化湿热,安胎之功效,是治疗胎动不安的代表方,后人常以白术、黄芩二味作为安胎要药,即源于此。北齐·徐之才曾倡分经养胎理论,其曰:“妊娠一月名始胚,足厥阴肝脉养之;二月名始膏,足少阳胆脉养之;三月名始胞,手少阳心主胞络脉养之;四月始受水精以或血脉,手少阳三焦脉养之;五月始受火精以成气,足太阴脾脉养之,……十月五脏六腑皆具,俟时而生”。分经养胎学说是阴阳、五行、经络、脏腑学说在妊娠养胎的具体运用。《素问·六元正纪大论》曰:“太过者暴,不孕者徐,暴者为病甚,徐者为病持……太过者其数成,不及者其数生,土常以生也”木、火、土、金、水五行配五脏,每一脏都有太过和不及。《医学入门·妇人门》曰:“各经气血多少虚实不调,则胎孕不安,逐月依经调之,免堕胎患,大忌男女交合”。妊娠前4个月肝胆、心包络、三焦经养,木火之气当令,因此妊娠早期体内木火之气偏旺,如素体阴亏火热伤阴,就会导致胎动不安。临床常治以清热安胎,代表药为黄芩。《证治准绳·女科》曰:“今妇人堕胎在三月、五月七月者多,在二、四、六月者少。三月属心,五月属脾,七月属肺,皆属脏,脏为阴,阴常不足,故多堕耳!如在三月堕者,后孕至三月仍堕,以心脉受伤也”。妊娠以后血聚于下以养胎元,阴血不足,肾水亏涸,

不能上济心火，制火无权，龙雷火旺，更加耗伤阴血。《内经》曰：“亢则害，承乃制”。血者阴也，虚则阳亢，亢则害，故腹痛胎堕，治以补肾水以济心火。虽然分经养胎学说为我们治疗妊娠病提出了理论依据，但也不是绝对的，如《医宗金鉴·妇科心法要诀》指出“分经养胎不足凭，无所专养论不经”。《圣济总录·妊娠门·妊娠腹痛》提出：“妊娠脏腑虚弱，冒寒湿之气，邪气与正气相击，故令腹痛。病不已，则伤胞络，令胎不安，治法宜祛散寒湿，安和胎气，则痛自愈”。认为妊娠腹痛甚可致胎动不安，论治重在调理气血，使胞脉气血充沛，流通如常，则疼痛自止。此外应及时配用安胎止痛之品。《陈素庵妇科补解·胎前杂症门卷之三》曰：“妊娠经血不时而下，名曰漏胎……宜大补气血，用十二味安胎饮。”《女科百问·卷下》曰：“设若下血腹痛，盖系子宫久虚，致令胎堕，其危甚于正产。若妊娠曾受此苦，可预服杜仲丸”。由此可知早在宋以前治疗上即强调要“预服”之。张介宾在《景岳全书·妇人规》指出：“妊娠忽然下血，其证有四，……然治此者，必先察其血去之多少，及于血去之后，尤当察其邪之微甚，如火犹未清，仍当清火，气犹未顺，仍当顺气。若因邪而动血，血去而营虚，则速当专顾元气，以防脱陷。此中或当治标，或当救本，或当兼标本而调理之。倘不知先后缓急，将恐治标未已而救本无暇也，当详察之”。张氏除根据标本缓急，辨别寒热外，还强调可安与否。其可安者，当审因安胎，其不可安者，当下胎益母。故言：“妊娠胎气伤动者，……若因母病而胎动，但治其母，若因胎动而母病，但安其胎。轻者转动不安，或微见血，察其不甚，速宜安之”。至今，此观点仍在指导临床。有关安胎之法，张介宾又云：“盖胎气不安，必有所因，……去其所病，便是安胎之法，故安胎之方，不可执，亦不可泥其月数，但当随证、随经，因其病而药之，乃为至善”。“不可泥其月数”，即根据逐月养胎之理按证循经守方，妊娠前四个月肝胆、包络、三焦经养，多见木火之气偏旺，火热伤胎，常以黄芩为代表药物清热安胎。妊娠五月以后脾胃、肺、大肠、肾、膀胱经养，乃土金水之气当令，脾主运化，肺主通调水道，肾主开合。如《沈氏女科辑要·妊娠肿胀》云：“肾者，胃之关也，或关门不利，因而聚水，或脾不能散精行肺，或肺不能水精四布，此有形之水病也”。故妊娠后6个月水湿为患多见，常以白术为代表药物健脾除湿安胎。所以《丹溪心法》卷五曰：“产前安胎，白术、黄芩为妙药也”。自北齐·徐之才提出“逐月养胎方”，元代·朱丹溪提出“黄芩、白术乃安胎圣药”之说以后，对后世影响很大，有些医家或固执按月循经守方，或不辨寒热虚实，概投白术、黄芩以安胎，流弊不鲜。关于滑胎治法，张介宾在《景岳全书·妇人规》中提出“若或滋养之机少有间断，则源流不继而胎不固矣。譬之种植者，津液一有不到，则枝枯而果落，藤萎而花坠，……凡治堕胎者，必当察此养胎之源，而预培其损，保胎之法，无出于此。……故善保胎者，必当专顾血虚，宜以胎元饮为主而加减用之，其次则芍药芎归汤，再次则泰山磐石散或千金保孕丸，皆有夺造化之功”。应用胎元饮、泰山磐石散健脾补肾、固气益血保胎治疗胎漏、胎动不安、滑胎，一直沿用至今，疗效颇佳。到了清代各医家对本病的发病机理研究更深入，辨证用药更加全面。清·萧坝在《女科经纶》卷四提出“胎动宜行气，胎漏宜清热。盖缘子宫久虚，致令堕胎。其危同于风烛，非正产可比，急以杜仲丸预服”。傅山创安奠二天汤以固胞胎之气血，补脾胃。傅氏曰：“胞胎之系通于心与肾，而不通于脾，补肾可也，何故补脾？然脾为后天，肾为先天，脾非先天之气不能化，肾非后天之气不能生，补肾而不补脾，则肾之精何以遽生也，是补后天之脾，正所以补先天之肾也”。叶桂提出妊娠腹痛，须分寒热虚实，病因不同，

治法各异。并在《叶氏女科证治·卷二》中云：“寒痛脉迟，宜理中汤；热痛脉数，宜芩芍汤；虚痛脉无力，喜按，乃血少不能养胎，宜四君归芍汤；实痛脉有力，拒按，宜香壳丸”。此论至今仍指导临床。《女科要旨·胎前》引王海藏云：“胎前气血和平，则百病不生。若气旺而热，热则耗气血而胎不安，当清热养血为主。……安胎之法有二：如母病致动胎者，但疗母则胎自安；或胎气不固，或有触动以致母病者，宜安胎则母自愈”。汪机云：“凡胎前总以养血健脾、清热疏气为主”。赵献可云：“胎茎之系于脾，犹钟之系于梁也。若栋梁不固，栋梁亦挠。必使肾中和暖，然后胎有生气，日长而无陨坠之虞。何必定以黄芩、白术哉”！通过以上医家之论，点明安胎之总则。一是辨清母病动胎还是胎病及母分其标本而治；二是胎前总以养血健脾、清热疏气为主；三是肾气为胎元稳固之根本，肾中和暖，则胎有生气，故补助肾气在安胎中具有重要意义。由此观之，历代医家通过不断的医疗实践，对本病的论述不断深入，日臻完善，其宝贵经验足以供临证时参考。

4 方剂用药归类

历代医家在辨证论治的前提下，提出了诸多治法，创立了许多方剂，下面从以下几方面加以评述。

4.1 补气养血

(1) 肚痛方(《外台秘要》)

当归 川芎 人参 大枣 阿胶

主治 安胎、胎病。

(2) 十二味安胎饮(《陈素庵妇科补解》)

当归 熟地 白芍 黄芪 人参 茯神 白术 牡蛎 阿胶 枣仁 麦冬 甘草

主治 妊娠经血不时而下。

(3) 加减安胎饮(《产鉴》)

黄芪 甘草 人参 白术 艾叶 当归 川芎 熟地 续断 茯苓 白芍 香附 陈皮 杜仲

主治 妊娠数堕胎，腰痛甚。

(4) 泰山磐石散(《景岳全书》)

人参 黄芪 当归 续断 黄芩 川芎 白芍 熟地 白术 炙甘草 砂仁 糯米

主治 妇人血气两虚，或肥而不实，或瘦而血热，或脾肝素虚，倦怠少食，屡有堕胎之患。

(5) 胎元饮(《景岳全书》)

人参 当归 杜仲 白芍 熟地 白术 炙甘草 陈皮

主治 冲任失守，胎元不安不固者。

(6) 安胎散(《胎产新书》)

人参 川芎 黄芩 当归 白芍 黄芪 白术 熟地 炙甘草 阿胶(蛤粉炒)

主治 胎前下血动胎。

(7) 安胎饮(《广嗣五种备要》)

人参 黄芩 当归 于术 熟地 川芎 陈皮 紫苏 甘草
主治 妊娠二三月，胎动不安。

4.2 养血安胎

(1) 葱白汤(《备急千金要方》)

葱白 阿胶 当归 续断 川芎

主治 妊娠胎动不安，腹痛。

(2) 芎根汤(《外台秘要》)

芎根 干地黄 当归 白芍 甘草 阿胶

主治 劳损动胎，腹痛去血，胎动向下。

(3) 胶艾汤(《金匮要略》)

川芎 阿胶 甘草 艾叶 当归 白芍 干地黄

主治 妇人漏下，妊娠腹中痛。

(4) 艾叶散(《太平圣惠方》)

艾叶 川芎 桑寄生 阿胶 当归 甘草

主治 妊娠胎动不安，腹内疼痛。

(5) 大补地黄丸(《叶氏妇科证治》)

人参 白术 当归 茯苓 熟地黄 杜仲

主治 妊娠胎动不安、胎漏。

4.3 养阴清热

(1) 梔芩汤(《竹林女科证治》)

山梔仁 黄芩 当归 元参 枳壳 苏梗 广皮 白芍 杜仲

主治 妊娠初受妊，腹痛。

(2) 当归散(《金匮要略》)

当归 黄芩 白芍 川芎 白术

主治 妊娠常服，胎无疾苦。

(3) 增损八物汤(《万氏妇人科》)

人参 白术 当归 白芍 熟地 艾叶 条芩 黄柏 知母 阿胶 炙甘草

主治 胎漏，胞中有热。

(4) 保阴煎(《景岳全书》)

生地 熟地 芍药 山药 川断 黄芩 黄柏 生甘草

主治 一切阴虚内热动血等证。

4.4 健脾补肾安胎

(1) 桑寄生散(《胎产新书》)

当归 桑寄生 川断 白术 香附 阿胶 川芎 人参 白茯苓 炙甘草 生姜

主治 胎漏经血妄行、淋漓不已。

(2) 寿胎丸(《医学衷中参西录》)

菟丝子 桑寄生 川断 阿胶

主治 胎漏、胎动不安、滑胎。

(3) 阿胶散(《太平圣惠方》)

阿胶 白茯苓 白术 川芎 当归 陈皮 甘草

主治 治妊娠胎动，腹内疝痛，不思饮食。

(4) 陆氏胎漏方(《胎产新书》)

当归 川芎 人参 白术 茯苓 黄芪 升麻 香附

主治 胎漏下血。

(5) 陆氏伤胎方(《胎产新书》)

当归 川芎 香附 黄芩 升麻 砂仁

主治 损伤胎，腰腹痛，经血淋漓，胎下坠。

(6) 补中安胎饮(《广嗣五种备要》)

黄芩 白术 人参 熟地 当归 白芍 生甘草 苏梗

主治 受孕之后，经血不时点滴。

(7) 安奠二天汤(《傅青主女科》)

人参 熟地 白术 山药 山萸 扁豆 炙甘草 杜仲 枸杞子

主治 妊娠小腹作疼，胎动不安，如有下堕之状。

(8) 大造丸(《广嗣五种备要》)

紫河车 枸杞子 天冬 益智仁 川柏 人参 当归 茯苓 熟地 麦冬 五味子

川膝 山药 菟丝子

主治 先经堕过，服之庶无半产之患。

4.5 理气固冲安胎

(1) 归艾饮(《陈素庵妇科补解》)

当归 川芎 艾叶 茯苓 白术 白芍 杜仲 陈皮 香附 木香 砂仁 乌药 防

风 紫苏 甘草

主治 妊娠少腹痛。

(2) 保命安胎汤(《陈素庵妇科补解》)

砂仁 香附 陈皮 紫苏 秦艽 川芎 当归 白芍 黄芪 白术 杜仲 艾叶 黄

芩 童便

主治 因惊跌仆胎动不安，无下血者。

(3) 阿胶散(《校注妇人良方》)

熟地黄 白芍 艾叶 当归 黄芪(炒) 甘草 阿胶(炒)

主治 妊娠跌仆，或毒药致胎不安。

(4) 地榆散(《女科百问》)

地榆 当归 龙骨 川芎 阿胶 干姜 艾叶 蒲黄 白术 熟地 黄牛骨腮(烧灰)

乌贼骨(烧灰)

主治 妊娠损动胎胞，下血不止。

(5) 龙骨散(《妇科胎产经验良方》)

龙骨 当归 地黄 艾叶 地榆 阿胶 白芍 干姜 蒲黄 牛角

主治 因损妊下恶血不止。

(6) 救损安胎汤(《傅青主女科》)

当归 白芍 生地 白术 炙甘草 人参 苏木 乳香 没药

主治 妊娠有失足跌损致伤胎元，腹中疼痛势如将堕者。

5 预防与康复

妊娠期保健，即古人所谓养胎学说。对此古人非常重视，自北齐·徐之才提出逐月养胎法，后世医家在此基础上对养胎学说做了大量补充，使其逐渐完善，形成了完整详细的养胎理论体系。下面从以下几方面加以评述。

5.1 精神调养

妇女妊娠后应保持心情舒畅，精神愉快，故而《三因方·妇人论·避忌法》提出：“一月足厥阴脉养，……不可纵怒”。孕后在情志方面应注意不可过喜大怒等，《万氏妇人科·胎前章》云：“古有胎教，……喜怒哀乐莫敢不慎”。若情志不畅则“母气既伤，子气应之，未有不伤者也。其母伤则胎易堕，其子伤则脏气不完，病斯多矣”。在《宜麟策》一书中作者把“除恼怒”列为养胎的首要内容，指出“恼怒则否塞不顺，肝气上冲，呕吐衄血、脾胃受伤，肝气下注，则血崩带下，滑胎小产”。《仁斋直指方·孕育备说》也云：“若七情内伤……则易致漏胎”。由此可见，情志的调节对养胎非常重要，所以《宜麟策》又云：“欲生好子者，必须先养其气”。

5.2 饮食起居保养

妊娠后饮食当以清淡可口、营养丰富为宜，不可过食生冷、辛辣、油腻之品。《万氏妇人科·胎前章》提出“今为妇者，喜啖辛酸煎炒肥甘生冷之物，不知禁口，所以脾胃受伤，胎则易堕”。《女科秘要·保胎法》亦提出：“宜谨饮食。苟忽略不知避忌，伤胎甚易。大约宜淡薄不宜肥浓，宜轻清不宜重浊，宜甘平不宜辛热，宜温补不宜耗散”。《产孕集·孕忌第四》也云：“饮食则以冲和淡泊为正。节厚味，禁腥浊，毋饮醇酒，毋食异味”。关于孕妇饮食宜忌，《妇婴至宝·胎前饮食》一书有详细论述，曰：“饮食宜淡泊，不宜肥浓；宜轻清不宜重浊；宜甘平，不宜辛热。青蔬白饭，亦能安神。……宜食诸物：猪肚、肺多用；鸡、鸭、鲫鱼、淡鲞、海参、白菜、菠菜、笋，少用；芝麻油，豆腐皮，二味宜多用；莲子、熟藕、山药、芡实，诸味总宜洁净，多用清汤，吹去浮油，饮之最佳。俱宜白煮，忌用油煎，此多为膏粱之人言之耳。……忌食诸物：椒、姜、煎炒、野味、异味、猪肝、犬、马、猪自死肉、脚鱼、虾蟆、鳝鱼、蟹，勿多酒、勿乱药。”孕妇起居当注意谨避寒暑，做到劳逸适度，不可过劳，亦不可过分安逸。《仁斋直指方·孕育备说》提出：“妇人怀胎，脏气壅闭，不可多睡，不可忧惧、劳役”。《宜麟策》也提出：“胎前感冒外邪，或染伤寒时症，郁热不解，往往小产堕胎，攸关性命。要知起居饮食，最宜调和，夏不登

楼，宜着地气，夜不露坐，宜暖背腹”。

5.3 节制性欲

《宜麟策》提出“保胎以绝欲为第一要事……倘或房劳不慎，必致阴虚火旺，半产滑胎”。《女科秘要·保胎法》也云：“保胎第一宜绝欲为主，其次寡欲”。《张氏医通·妇人门·经候》云：“其最甚者，尤在不节交合，淫火尽归其子，以酿痘疹疥癩之毒。”由此可见，性欲过度有伤胎元，尤其在妊娠早期及妊娠晚期更应节欲，性生活过频可引起子宫收缩，导致流产或早产。故而《产孕集·孕忌第四》亦提出“怀孕之后，首忌交合。盖阴气动而外泄，则分其养孕之力，而扰其固孕之权，且火动于内，营血不安，神魂不密，形体劳乏，筋脉震惊，动而漏下，半产难产”。这些论述与现代医学的观点是相符合的。

5.4 慎用药物

妊娠期当禁用或慎用各种药物，以免对胎儿造成无辜的伤害。故《仁斋直指方·孕育备说》云：“误服药饵，破血动胎”。但若孕妇有不适或疾病，则宜随时调治为佳，即《内经》所云：“……有故无殒，亦无殒也”。对此《宜麟策》提出：“胎前产后，药能起死回生，世人鉴误治之害，遂言胎前不必服药，迷乱人意，以致失于调补，株守含忍，勉强临盆，诸症蜂起。若知接养有方，随时调治，其所安全母子者，药饵之功正复子浅也”。

综上所述，古人的养胎学说，内容丰富，论述详细，具有较高的科学价值与现实意义。

妊娠腹痛、胎动不安、胎漏、滑胎均属先兆流产范畴。治疗本病首先要明确胎元是未殒还是已殒。除应用B超帮助明确诊断外，更应注意阴道流血多少及腰腹疼痛程度。若阴道流血量少，色褐无块，腰腹不痛，或疼痛轻微保胎较易；若化验血HCG连续2次低于同期妊娠正常值下限，则应结合临床尽早做难免流产的处理。近年来在应用古方辨证论治保胎的基础上，涌现出很多自拟方剂，临床使用都取得了良好的效果。虽然方剂名称不同，用药各异，但补肾安胎贯彻治疗始终。对中药安胎作用机理的近代研究表明，一些安胎中药如续断、桑寄生、菟丝子等具有维持妊娠黄体、改善滋养层的功能、促进孕卵发育的作用，同时可促进胎儿脑的发育，有利于小儿出生后的智力发育。临床观察研究证实，应用中药保胎，疗效确切，安全可靠。对中药保胎所生儿童跟踪调查表明，无论体质状况、智力发育都与未经保胎正常产儿童无差异，证明中药保胎有广泛的应用前景。今后应在中医理论指导下，开展大样本调查研究，进一步阐发本病的病因病机、建立统一的辨证分型标准、筛选有效方药，研究其作用机理，把中医治疗胎漏、胎动不安、滑胎的研究提升到一个新的水平。

(陈丽文 徐 琨)

近现代参考文献

- [1] 胥京生. 胥受天老中医治疗先兆流产经验. 辽宁中医杂志, 1982 (9):37
- [2] 哈荔田. 哈荔田妇科医案医话选. 天津: 天津科技出版社, 1982 17

- [3] 朱南荪, 等. 朱小南妇科经验选. 北京: 人民卫生出版社, 1981 79
- [4] 姚宣芬. 中西医结合治疗习惯性流产 22 例. 湖南中医学院学报, 1988 (2):24
- [5] 罗元恺. 百科全书·中医妇科学. 上海: 上海科学技术出版社, 1983 328
- [6] 宋光济. 安胎六法在妇科临床的应用. 上海中医药杂志, 1989 (3):9
- [7] 毛美容, 等. 寿胎丸加减治疗胎漏胎动不安滑胎 118 例. 湖北中医杂志, 1982 (6):16
- [8] 马宝璋. 试论安胎必补肾兼予调养气血. 中医药学报, 1988 (1):34
- [9] 刘茂林. 女科诊治门径. 辽宁科技出版社, 1987 331
- [10] 赵延楼. 逐瘀法治疗滑胎 212 例. 辽宁中医杂志, 1986 (9):26
- [11] 孙延绍. 温阳祛寒温经除湿法治愈滑胎 22 例. 新中医, 1989 (12):22~23
- [12] 王自平, 等. 妊娠早期出血辨证施治. 中原医刊, 1987 (3):3
- [13] 沈宗华. 自拟补肾益气汤治疗先兆流产的体会. 江西中医药, 1987 (3):24
- [14] 沈龙媪. 清热养血法治胎漏 70 例. 上海中医药杂志, 1993 (1):12
- [15] Taskine H. Epidemiol. Commun Health. 1990 (3):196
- [16] 王明训. 自发性流产有关的一些免疫学问题. 国外医学·妇产科分册, 1987 (14):98
- [17] John A, et al. Human trophoblast lymphocyte cross-reactive antigens define a new alloantigen system science, 1983; 222:1135
- [18] Clark DA, et al. Immunoregulation of host-versus-graft responses in the uterus. Immunol Today, 1984; 5:111
- [19] Days, et al. Suppressor cells in human decidua. Am J Obstet Gynecol, 1985; 151:267
- [20] 黄含英, 等. 先兆流产的中医辨证论治. 中西医结合杂志, 1985 (4):214
- [21] 任雯. 妊娠病论治. 陕西中医, 1985 (10):466
- [22] 郭志强. 胎漏临证辨析. 北京中医学院学报, 1990 (4):28
- [23] 李广文. 以中西医结合的观点探讨滑胎的辨证施治. 山东中医学院学报, 1979 (1):13
- [24] 叶朗清, 等. 安胎法对同种肾移植的临床观察. 中医杂志, 1981 (3):22
- [25] 俞丽霞, 等. 中药“安胎合剂”的药理实验研究. 浙江中医学院学报, 1995 (4):28
- [26] 唐伟其. 补肝肾调冲任治疗胎漏胎动不安 37 例. 吉林中医药, 1994 (3):27
- [27] 陈少春, 等. 何子淮妇科经验集. 第 1 版. 北京: 人民卫生出版社, 1982 175
- [28] 席增业. 《傅青主女科》安胎法初探. 山西中医, 1986 (2):10
- [29] 徐鸿彬. 安胎八法浅析. 天津中医, 1994 (2):7
- [30] 陆文彬. 安胎十法. 浙江中医杂志, 1986 (2):63
- [31] 杨耀芳, 等. 习惯性流产中医诊治研究进展. 中国中医药信息杂志, 1996 (6):19
- [32] 刘瑞芬. 中医治疗先兆流产近况. 山东中医杂志, 1989 (5):62
- [33] 严可斌, 等. 滑胎治未病法. 上海中医药杂志, 1994 (7):21
- [34] 梅淑敏. 滑胎的反治法. 浙江中医药, 1979 (10):362
- [35] 张声瑶. 中药治疗先兆流产和习惯性流产 34 例小结. 江苏中医杂志, 1981 (6):28
- [36] 高谷音. 先兆流产中药保胎方法的初步探讨. 中医杂志, 1985 (9):38
- [37] 朱英芬. 习惯流产的辨证施治. 上海中医药杂志, 1987 (3):8
- [38] 北京中医学院, 等. 刘奉五妇科经验. 北京: 人民卫生出版社, 1982 175
- [39] 田茂云, 等. 胎漏胎动不安 73 例分析. 贵阳中医学院学报, 1987 (3):25
- [40] 朱金凤, 等. 先兆流产的辨证论治. 江西中医药, 1983 (1):34
- [41] 朱金凤. 寿胎丸加味治疗先兆流产的临床观察及实验研究. 中西医结合杂志, 1987 (7):407
- [42] 吴振国. 寿胎丸加减治疗先兆流产 41 例. 中原医刊, 1987 (3):8
- [43] 周青梅. 寿胎丸治疗胎动不安 150 例疗效观察. 北京中医杂志, 1986 (5):39

- [44] 张咏林. 举元煎加味治疗流产 44 例. 陕西中医, 1985 (5):205
- [45] 赵玉海. 泰山磐石散加减治疗先兆和习惯性流产 104 例总结. 云南中医杂志, 1985 (6):34
- [46] 张宽智. 安奠二天汤加味治疗习惯流产 37 例. 浙江中医杂志, 1986 (2):60
- [47] 赵荣胜. 保胎法近况. 浙江中医杂志, 1987 (8):352
- [48] 朱水香, 等. 安胎合剂治疗先兆流产 100 例临床观察. 江西中医药, 1987 (2):23
- [49] 王清华. 固肾安胎汤治疗先兆流产 40 例小结. 辽宁中医杂志, 1982 (9):14
- [50] 梁玉屏. 安胎合剂治疗先兆流产 131 例. 湖北中医杂志, 1986 (2):25
- [51] 叶宝贵, 等. 自拟保胎汤治疗先兆流产 60 例. 浙江中医杂志, 1986 (2):60
- [52] 宋超典. 自拟保元安胎饮治疗胎动不安的体会. 河南中医, 1984 (4):41
- [53] 冯春芳. 保胎汤治疗先兆流产 30 例. 江西中医药, 1994 (1):29
- [54] 张玉珍. 罗元恺教授经验方“滋肾育胎丸”临床总结. 新中医, 1983 (3):11
- [55] 王云铭. 调补冲任方治疗习惯性流产 34 例. 山东中医杂志, 1981 (2):87
- [56] 王忠民. 中医药治疗先兆流产 45 例观察. 湖北中医杂志, 1985 (5):31
- [57] 朱桂兰, 等. 自拟安胎饮治疗滑胎 130 例总结. 河南中医, 1994 (15):312
- [58] 姚群元. 自拟固肾安胎饮治疗习惯性流产 40 例. 湖北中医杂志, 1992 (5):9
- [59] 刘长天. 自拟“固胎饮”治疗滑胎 37 例. 黑龙江中医药, 1985 (2):24
- [60] 张相泽. 治疗滑胎 103 例. 四川中医, 1985 (5):14
- [61] 王爱华, 等. 中西医结合治疗先兆流产 19 例. 山东中医杂志, 1986 (3):37
- [62] 朱美德, 等. 中西医结合治疗习惯性流产 6 例. 上海中医药杂志, 1983 (3):23
- [63] 孙艾英. 药粥治疗先兆流产 60 例. 四川中医, 1993 (10):40
- [64] Taylor C. Faulk up. Lancet, 1981 II: 68~70
- [65] McIntyre JA et al. Am J Obstet-Gynecol, 1985 151, 1035~1058
- [66] Mowbray JF et al. Lancet, 1985 I: 941~943
- [67] 曲陆荣, 等. 免疫疗法治疗反复流产. 中国实用妇科与产科杂志, 1994 (4):229
- [68] Unander Am Lind holm. A. Am. J obstet-Gynecol. 1986; 154:510~516
- [69] 郑传利. 舒喘灵治疗先兆流产及转胎位术前用药. 山东医药, 1983 (10):20
- [70] 李兆苓. 分段治疗先兆流产 120 例. 湖北中医杂志, 1989 (12):9
- [71] 王金权. 女病外治良方妙法. 北京: 中国中医药出版社, 1993 143
- [72] 万幸, 等. 补中益气汤对正常及脾虚模型小鼠 Nke-IL-2-IFN-r 调节网的影响. 中国免疫学杂志, 1993 (3):封四
- [73] 刘燕宁, 等. 寿胎丸保胎对小儿影响的观察. 湖北中医杂志, 1987 (4):26
- [74] 刘菊芳. 中医药防治自然流产的追踪调查. 新中医, 1990 (4):55
- [75] Vojtiskova M et al. proc Natl Acad Sci VSA 1983; 80:459
- [76] Chavez DJ et al. J Rkeprod Immunol 1984; 6:273281

✿ 妊娠肿胀 ✿

妊娠肿胀是指妊娠期间，肢体面目或全身发生肿胀，又名子肿、子水不利、胎水、胎水不利。根据其肿胀的病因病性又有“病在气者”和“病在水者”的称谓。根据其肿胀部位及程度的不同，亦分别有“子肿”、“子满”、“子气”、“皱脚”、“脆脚”等不同名称。如在妊娠七、八月后，只有两脚微肿而无其他不适，尿检、血压均无异常者，是妊娠晚期常有现象，可不必治疗，产后自能消退。西医的“妊娠高血压综合征”及“羊水过多”属本病范畴。

【今日临床】

1 诊断标准

妊娠肿胀的诊断主要依靠临床表现来确定。由于现代医家多从“妊娠高血压综合征”或“妊娠中毒症”的角度进行研究，故对于包含此二者的部分症状的妊娠肿胀病，目前并没有制定一个统一的诊断标准。我们认为目前单纯以妊娠期间是否有肿胀来确定本病，过于笼统、模糊，对指导临床诊断及治疗，存在局限性，缺乏精确性，限制了对妊娠肿胀的进一步研究。随着医学检查手段的进步(如超声检查、X线检查、羊水中胎甲球蛋白的测定、羊膜囊造影等)，胎水肿满已不难确诊，故应将其从妊娠肿胀中分离出来，作为独立病种进行研究。而妊娠肿胀应包括下述几种情况：在妊娠24周以后，仅有踝部向上发展的水肿，而无蛋白尿或高血压，经休息仍不消退者；孕前无高血压、肾炎及心脏病史，在妊娠24周以后，出现浮肿、头晕，伴高血压或蛋白尿者；皮肤浮肿不明显，但体重每周增加0.5kg以上者。在对妊娠肿胀做出诊断之前，应对所有资料全面分析，抓住重点，而且应首先明确一个前提：即病人未形成先兆子痫或子痫。我们拟定的诊断标准为：①有停经史，明确妊娠已24周以上，妊娠前无浮肿病史；②水肿自踝部向上逐渐发展，经休息仍不消退，甚则通身浮肿，或浮肿不明显，而体重每周增加0.5kg以上；③可伴高血压(血压 $>17.33/12\text{kPa}$ ，即 $130/90\text{mmHg}$ ；或与基础血压相比，收缩压 $>4.0\text{kPa}$ ，即 30mmHg ，舒张压 $>2.0\text{kPa}$ ，即 15mmHg)；④尿常规检查可有蛋白尿或尿蛋白定量 $>0.3\text{g}/24\text{小时}$ 。

2 中心证候特征

妊娠后引起的相关脏腑功能失调及体液、气机运行紊乱是妊娠肿胀的证候学特征。主症为妊娠后出现肿胀，肿是外在表现，胀是自觉症状。次症有肢冷畏寒、神疲乏力、口淡无味、心悸气短、食欲不振、便溏、腰膝酸软、胸闷胁胀、口苦烦躁、头晕等。舌象见舌淡有齿痕、舌淡胖、舌淡；苔薄白或腻、苔白润、苔白滑、苔薄腻、苔薄白。脉象有脉缓无力、脉沉细、脉沉迟无力、脉弦滑等。水肿多由踝部开始，渐延至小腿、大腿、外阴部和腹部。水肿部位隆起，皮肤紧张甚至发亮，按之成凹陷。足部及小腿明显的凹陷性水

肿，经休息而不消退，以“+”表示；水肿延及大腿，皮肤如橘皮样，以“++”表示；水肿涉及外阴及腹部，皮肤薄而发亮，以“+++”表示；全身水肿有时伴有腹水，以“++++”表示。

3 病 因

3.1 脾 虚

孕妇脾气素弱，或过食生冷，内伤脾阳，脾虚转输失职，不能制水，水湿逗留，溢于四末而为肿。

3.2 肾 虚

素体肾虚，命门之火不足，孕后阴血聚以养胎，有碍肾阳敷布，不能化气行水，且肾为胃之关，肾阳不布，则关门不利，聚水而从其类，水湿泛滥而为肿。

3.3 气 滞

孕妇素多忧郁，气机不畅，当妊娠四月以后，胎体渐长，有碍气机升降，遂发肿胀。

3.4 诱发因素

外感、烦劳、情志不遂、饮食不当等均可诱发或加重本病。

4 病 机

4.1 病 位

妊娠肿胀有水、气之别。其水肿病位在脾肾；气肿病位在肝。以上均可引起全身多个脏腑功能紊乱。

4.2 病 性

为本虚标实或虚实夹杂之证。

4.3 病 机 转 化

妊娠肿胀因于脾虚或肾虚，使运化或温化水湿功能失职，而致水湿内停，属本虚标实之证。脾虚湿停，久病不已，可累及于肾，而演变成脾肾两虚之证。水湿久而不去，可内阻于经络，使气血运行失畅而致瘀，形成水湿与血瘀互结之证，可见肢体或腹部有赤缕红丝、舌紫而边尖有瘀点等瘀象。若因于肝郁气滞、气机疏泄升降失常而致病，故病多属实。气郁日久不行，肝气横犯脾土，脾土运化失职，以致肝郁脾虚，表现为虚实夹杂之证，甚至由脾病再及于肾，脾肾两亏，引起肿胀加重。妊娠肿胀某些久病或肿势急骤发展者，可因水湿内生、阻滞经隧，精血输送受阻或脾虚而气血生化之源不足以致肝失所养出现肝阳上亢，甚至阳化风动而演变成先兆子痫和子痫的危重病证。亦有水湿内停胞中，损

伤胎元，或因脾虚气弱不能载胎，肾虚胎失所系，以致胎元不固而发生早产、小产，应在诊治中引起足够的重视。

5 临证思路

妊娠肿胀，顾名思义，即是妊娠期出现肿胀为主要临床表现。肿属水，胀属气，肿胀同时发生是妊娠肿胀的特点。对妊娠肿胀的治疗一般根据水肿程度的轻重，患病时间的久暂，以及出现兼症的不同，分为脾虚、肾虚、气滞三种不同证候进行。临证时除依靠主诉外，尚须分析病候、确定病性。一般来说，因于水者其症多皮薄色白而光亮，按之凹陷，即时难起；因于气者其症皮厚而色不变，随按随起。临床常见的脾肾阳气虚弱及气滞湿阻所致肿胀，病情虚实不同，证候上前者以水肿为主，后者以腹胀为主。辨清肿胀之类别后，还需要运用四诊，详查形、气、舌、脉、证，辨清虚实，以便于采取相应的治疗方法。因于水者，脾肾虚弱为主，水湿停滯外溢肌肤为标。因于气者，肝郁气滞为本，津液不布湿气内阻之气肿为标。因本病可由一脏自病，也可因一脏发病而累及他脏发病。故可表现为脏腑之间因虚致实或虚实夹杂、参差互见的情况。应注意辨明病证的标本缓急，详审邪正之间的相互关系，在复杂的病情中作出正确的分析判断，根据急则治其标、缓则治其本和治病求本的原则，确定治法方药。以脾虚水肿为例：肿甚标急之时，当以利水渗湿消肿为主，待水湿除而肿势缓和后，以健脾益气、利水渗湿而标本兼治。肿消湿除后，再予健脾益气治本以善其后。这样或治标或治本或标本兼治，主次分明，才能取得较好的临床疗效。治疗妊娠肿胀，遣方用药之时应注意不要过用滑利、峻下、逐水、耗散之品，时刻注意扶正培元。对因病而致胎动不安者，当配益气补肾、固任安胎药物以保护胎元。

6 鉴 别

在妊娠期间，尚有多种原因可以导致孕妇出现面目甚至身体浮肿，如高血压、心脏病、肾炎等。这就需要我们做出准确的鉴别诊断。我们认为，对于不是因为妊娠而直接导致的脾、肾、肝等脏腑功能失调，而发为肿胀者均不属于本病的范畴。故凡是在妊娠前常有水肿反复出现的症状，而此次又在妊娠期复发者；或因妊娠期不慎外感风湿之邪，内侵肺脾而导致肺气失宣，不能通调水道、下输膀胱，以致风遏水阻，风水相搏流溢肌肤或湿邪内侵困阻中土，脾失健运而水湿泛溢致肿者，均应予以鉴别排除。临床上可通过详细询问病史或以后者常伴有的恶风、恶寒发热、肢节酸重，或咳嗽喘促，或苔薄白脉浮滑等外感证候为其鉴别要点。另外，妊娠肿胀与妊娠合并肾炎在临床上有时较难鉴别，其鉴别要点为：妊娠肿胀既往无肾炎病史，发病时间在妊娠 24 周以后，浮肿首先发生在足踝部，逐渐向上蔓延，尿常规化验可见尿蛋白(+)~(+++)，有少量透明管型，严重时可有红、白细胞；妊娠合并肾炎既往有急、慢性肾炎史，在妊娠前或妊娠早期即有浮肿，以后逐渐加重，浮肿首先发生在眼睑，尿常规化验可有尿蛋白(+++)或(++++)，有各种管型及红、白细胞。正常孕妇在妊娠后期常有轻度下肢浮肿，经胎前检查，无异常发现又无其他不适，可不做治疗，待产后这种浮肿多能自然消失。若妊娠肿胀兼有眩晕等症，检查有高血压、蛋白尿，可能发展为子痫，需积极防治。

7 临床治疗

7.1 分证论治

7.1.1 脾虚

临床表现：妊娠数月，面目四肢浮肿，甚则遍及全身，肤色淡黄，皮薄而光亮，按之凹陷不起，神疲乏力，口淡无味，食欲不振或便溏，舌淡有齿痕，苔薄白或腻，脉缓无力。

病机分析：脾虚不运，水湿不化，外溢于四肢肌肉及头面故面目四肢浮肿，甚则遍及全身。病在有形之水湿，水聚皮下故肤色淡黄、皮薄而光亮，按之凹陷不起。脾虚气弱则神疲乏力。中焦运化失司故口淡乏味、食欲不振或便溏。舌淡有齿痕，苔薄白或薄腻，脉缓无力均为脾虚中阳不振之征。

治法：健脾行水。

方药：白术散加减。

白术 茯苓皮 大腹皮 陈皮 扁豆 砂仁 党参 苡仁 生姜皮

加减：兼阴血不足者加当归、川芎；肿势明显、小便短少者加猪苓、泽泻、防己；肿势较重而致胸闷而喘者加葶苈子、杏仁、厚朴、紫苏；伴瘀象者加丹参、桃仁、赤芍；食少便溏者加山药、芡实；脾病及肾兼有肾阳不足者加肉桂、巴戟天、淫羊藿。

7.1.2 肾虚

临床表现：妊娠中晚期，面浮肢肿，下肢尤甚，按之凹陷难起，心悸气短，腰酸乏力，肢冷畏寒，舌淡苔白润，脉沉细。

病机分析：肾阳不足，上不能温煦脾土，下不能温暖膀胱，则脾失健运，膀胱气化不行，水道莫制，泛滥肌肤，故面浮肢肿。湿邪习性下注因而其肿以下肢尤甚。病为有形之水，则按之凹陷难起。水气凌心则心悸气短。腰为肾府，肾虚则腰酸乏力。阳气不能外达四末则肢冷畏寒。舌淡苔白润，脉沉细为肾阳不足之征。

治法：温阳化气行水。

方药：真武汤加减。

附子 白术 茯苓 白芍 寄生 杜仲 续断 菟丝子 淫羊藿 泽泻 生姜 甘草

加减：若阳虚不重或有堕胎、小产、滑胎病史，或伴明显腰酸疼痛恐有早产之忧者，可去辛热有毒之附子，改用补骨脂、巴戟天、仙茅等；肿势严重者，可加车前子或配五皮饮；心悸气促者酌加葶苈子、远志、五味子、大枣等；因精血受湿气所阻，便肝失血养、肝阳偏亢而见头晕耳鸣目眩者，酌加天麻、钩藤、石决明、煅龙骨、煅牡蛎；兼有血瘀之象者，酌加丹参、桃仁、赤芍等。

7.1.3 气滞

临床表现：妊娠三、四月后，先由脚肿，渐及于腿，皮色不变，随按随起，头晕胀痛，胸闷胁胀，食少纳呆，苔薄腻，脉弦滑。

病机分析：气机郁滞，升降失司，清阳不升，浊阴下滞，故先由脚肿，渐及于腿。病因气滞而非水停，故皮色不变，随按随起。清阳不升，浊阴上逆则头晕胀痛。气郁不宣，横侮中土则胸闷胁胀，食少纳呆。苔薄腻，脉弦滑均为妊娠气郁之征。

治法：理气行滞，健脾化湿。

方药：天仙藤散合四苓散。

天仙藤 香附 陈皮 乌药 苏叶 木瓜 白术 茯苓 泽泻 猪苓 生姜 甘草

加减：兼见头晕胀痛目眩者酌加天麻、地龙、煅龙骨、煅牡蛎；气郁湿滞久而化热伴心烦口苦、苔黄腻者酌加栀子、黄芩、桑叶；湿聚痰盛者酌加半夏、远志、莱菔子、冬瓜仁等；偏于气虚血弱者去泽泻、猪苓、生姜，加党参、当归、川芎、阿胶、何首乌等。

7.2 临床用药经验与体会

在妊娠肿胀的临床治疗上，健脾渗湿作为一个基本大法，贯穿于三种证候的治疗过程之中，且需按照“治病与安胎”并举的原则，随证加入安胎药物，故均可重用白术，伍以砂仁，二者健脾渗湿行气，又不会妨碍胎儿。亦均可重用党参、黄芪升阳益气，以防止胎气下陷。对肾虚者，更须加用补肾安胎之剂，如桑寄生、杜仲、续断等。附子温肾壮阳、化气行水，但其辛热有毒，作用强烈，可取小量或先煎以去其毒性，或可改用肉桂或桂枝以通阳化气行水，亦可取得较好疗效，并能避免伤胎之嫌。在妊娠肿胀病例中，一般多为中晚期妊娠，五、六个月以上者，用一般的淡渗利水药对胎气影响不大。若在妊娠初期，这类药物亦须谨慎使用。必须注意的是，一定要慎用温燥、寒凉滑利之品，避免在治疗中耗阴伤阳而致病情发生变化。浮肿严重，尿频而短者，即应进低盐饮食，并积极治疗，以防病情进展，发生子痫等变证。

7.3 妊娠肿胀变证的治疗

先兆子痫和子痫往往由妊娠肿胀发展而来，三者之间存在着内在的联系。前二者之病本为精血亏虚，因孕后赖精血以养胎，更使机体精血不足，与肝、脾、肾三脏关系密切。如脾虚水湿不运或肾阳虚损，膀胱失于温煦，水道不利以致浮肿，或脾虚湿困，津液失于散布，而致阴精不足，肝阳偏亢，或肝血肾精不足，以致肝阳上亢形成先兆子痫，进而肝风内动酿成子痫。因此及时治疗妊娠肿胀及先兆子痫是预防子痫的要点。先兆子痫常呈虚实兼夹之象，临证时应详审证候虚实而论治，注意抓紧时机对其予以有效、及时的治疗，多能促使病情由重转轻，逐渐向愈。其治重在平肝潜阳，故在审因论治的基础上，羚羊角、钩藤、天麻、石决明、龙骨、牡蛎、鳖甲、龟甲等常适当选用。子痫重在预防，但若一旦发作则病情危重，由于突然昏仆、剧烈而频繁的抽搐可能给孕妇和胎儿带来极大的危害，故以尽快控制抽搐、昏迷为首要任务，以镇痉熄风、涤痰成化痰开窍为大法，在抽搐昏迷得到控制后，又须重视子痫多有反复发作的特点，求其病本而施治。如此急则治标、缓则治本或标本同治，主次分明地遣方用药，可望获取较好疗效。平肝熄风药如羚羊角、钩藤、龙齿等亦多首选。针对实际病情酌配一、二味活血化瘀药如丹参、琥珀、归尾、赤芍、苏木等，可获“治风先治血，血行风自灭”之效。若心窍被蒙，神识昏迷者宜配入竹沥、天竺黄、石菖蒲，严重者鼻饲送服安宫牛黄丸、至宝丹或紫雪丹等开窍镇痉之剂。或用清开灵注射液静脉滴注。

7.3.1 先兆子痫

7.3.1.1 阴虚肝旺

临床表现：妊娠后期常感头晕头痛，逐渐加剧并见眼花目眩，伴面色潮红，咽干耳鸣，或下肢浮肿，舌红或绛，脉弦数或弦细而数。

病机分析：素体肾精肝血不足，孕后益虚，不能涵养肝木，肝阳上亢故常感头晕头痛，甚或眼花目眩。虚热上乘则面色潮红。阴精亏虚，空窍失养则咽干耳鸣。木侮中土脾失健运，水湿外溢肌肤而见下肢浮肿。舌红或绛、脉弦数或弦细而数为阴虚肝旺之象。

治法：育阴潜阳，平肝熄风。

方药：羚角钩藤汤。

羚羊角 桑叶 川贝母 生地 钩藤 菊花 茯神 白芍 生甘草 鲜竹茹

加减：头痛眩晕甚者，加天麻、夏枯草、龙骨、牡蛎、龟甲、鳖甲等，兼见视物不清酌配白蒺藜、草决明、青箱子；兼见下肢浮肿者，加猪苓、泽泻、防己；伴胸胁疼痛，酌加青木香、合欢皮、郁金；木郁侮土，脾失健运，食少便溏腹胀者，配陈皮、白术、山药、茯苓；口苦咽干、心烦、舌红苔黄脉数者，加黄芩、黄连、栀子、知母，便秘者加大黄、生首乌；肾阴亏虚而腰膝酸软，加熟地、菟丝子、桑寄生、杜仲、川断。

7.3.1.2 脾虚肝旺

临床表现：妊娠后期，面浮肢肿，进而头晕胀痛目眩，胸闷欲呕，食少便溏，神疲肢软，苔腻，脉虚弦而滑。

病机分析：脾气素弱因孕而重虚，运化失司，水湿泛滥肌肤则面浮肢肿。湿浊阻滞精血，兼中虚气血生化无源，阴血虚少，致肝失濡养，肝阳上亢则头晕胀痛目眩。湿浊上犯则胸闷欲呕。脾虚气弱，中阳不振，则食少便溏，神疲肢倦。苔腻脉虚弦而滑为脾虚肝旺之征。

治法：健脾利湿，平肝潜阳。

方药：白术散加天麻、石决明、钩藤、羚羊角、牡蛎、菊花等。

加减：面浮肢肿甚者，加泽泻、猪苓、赤小豆；胸闷呕恶者加法半夏、竹茹、旋覆花；痰多色白质稠加厚朴、冬瓜仁、制南星；水湿犯肺见喘促气短、起卧不安者加葶苈、大枣、苏子、厚朴花；脾虚气弱神疲肢软甚，宜加党参、黄芪；腹部、肢体有赤缕红丝或唇青舌紫或舌有瘀斑者，酌加丹参、琥珀、赤芍、桃仁等。

7.3.2 子痫

临床表现：常于先兆子痫病证后数天或数小时，或无明显先兆症状而突然发作。突然昏仆，不省人事，面色青紫，双目直视，牙关紧闭，继而四肢抽搐，口吐涎沫，气粗痰鸣，须臾抽搐停止逐渐转醒，醒后复发，甚者昏迷不醒，抽搐反复发作，舌红或绛苔黄腻，脉弦有力或弦数。

病机分析：肾阴亏虚，肝木失养，阴虚则阳亢，甚则阳化风动，且水亏不能济火，心肝火旺炼液成痰，风痰火三邪上蒙清窍则突然昏仆、不省人事。风痰内盛，壅滞气道则颜面青紫、气粗痰鸣、口吐涎沫。邪窜筋脉则四肢抽搐、双目直视、牙关紧闭。风痰火邪聚散无常，散则抽搐停止逐渐转醒，聚则复发如故，所以呈反复发作状态。舌红绛苔黄腻脉弦数均为风痰火交炽之征。

治法：熄风止痉、泻火涤痰、清心开窍。

方药：羚角钩藤汤送服安宫牛黄丸，或至宝丹，或紫雪丹以清心开窍、熄风止痉。必

要时可鼻饲。

临证参考：因外感而诱发者，酌加防风、苏梗、羌活、白僵蚕、葛根等；痰涎壅盛者，加天竺黄、石菖蒲、竹沥等；面红目赤、烦躁谵妄、小便短赤者，加龙胆草、栀子、黄连、竹叶等；产后子痫可酌加太子参、熟地、枸杞、当归等，兼有便秘者配何首乌、黑芝麻、柏子仁、肉苁蓉等；兼见瘀血征象如腹部、四肢有赤缕红丝，唇色青紫，舌见瘀斑者，可酌加丹参、赤芍、琥珀、桃仁等。

一般来说，患者经过治疗，病情稳定，在严密的动态观察中可以继续维持妊娠。但若经过治疗而病情未见好转，或抽搐难以控制，持续陷入昏迷状态者，应当适时中止妊娠，以保全患者的生命。

7.4 外 治 法

7.4.1 大蒜 3~5 瓣、蓖麻子 30 粒。

用法：上药共捣烂，每日下午敷于脚底，翌晨起更换，至小便通、浮肿消为止。

7.4.2 田螺数个、盐少许。

用法：田螺捣烂，加盐少许，敷脐下 1.3 寸处。每日敷 6~8 小时，敷 3~5 次有效。

7.4.3 紫苏叶若干。

用法：将紫苏叶捣烂，敷于脚心处，每日一次，可预防妊娠肿胀的发生。

7.5 针 灸 疗 法

7.5.1 指针疗法治疗妊娠肿胀

指针疗法是以术者手指在病人适当的穴位上施用点按的手法以治疗疾病的一种方法。

7.5.1.1 指针部位：下水沟(在胫腓骨前面之间隙)。

操作方法：连续用食指或中指的指尖在选定的穴位上按压。每日 1 次，7~10 日为 1 个疗程。

7.5.1.2 指针部位：水区点(在“外膝眼”下三横指处)。

操作方法：水区点和下水沟二穴可交替点、按，手法要轻。对较胖的孕妇手法可重些。一般每日早晨 1 次，7~10 次为 1 个疗程。

7.5.2 灸法治疗妊娠肿胀

脾俞：灸 3~7 壮；温灸 5~20 分钟。复溜：灸 3~7 壮；温灸 5~20 分钟。足三里：灸 5~15 壮；温灸 10~20 分钟。阴陵泉：灸 3 壮；温灸 5~15 分钟。三阴交：灸 3~7 壮；温灸 10~20 分钟。

7.5.3 针刺治疗子痫

7.5.3.1 抽搐：针刺曲池、合谷、承山、太冲。昏迷：针刺人中、百会、风池、涌泉。牙关紧闭：针刺下关、颊车。

7.5.3.2 取穴：合谷、曲池、三阴交。电针，给电压 2 伏，中刺激留针 1~2 小时。

7.5.3.3 腕踝针：患者平卧位，取左右两手上 1、上 3 四个进针点，针尖刺入皮肤呈 30°角，通过皮肤后，即将针体放平，紧贴皮肤平面沿直线进针，深度一般为 1.4 寸，留针 30 分钟。

8 调摄护理

预防妊娠肿胀的发生,是孕期保健非常重要的一个方面。孕妇每天必须保证8~9小时充足的睡眠时间;卧室空气要保持流通;衣着要宽大寒暖适宜;避免剧烈运动,可适当做保健操、散步等;保持大便通畅;控制性生活;情绪不能波动太大,要稳定乐观。饮食要营养充足,搭配合理。忌食海货发物(南瓜、雪里红、海鱼等)及含碱性物质较多的食品,也不宜多吃生冷瓜果类碍脾助湿之品。孕妇应早期进行产前检查,并经中医辨证,做预防性治疗,是行之有效的方法。而且中药作用较持久,长期服用无副作用,病情波动、反复的范围较小,对中轻度患者可于门诊服药观察,有利于产前保健工作的开展。如脾虚早期常有食少纳呆或食后脘胀、便溏等;肝郁早期常有急躁易怒、胸闷、善太息等;肾阳虚常有畏寒、腰膝酸冷、浮肿等;肾阴虚常有腰酸、咽干、舌燥、口渴等。分别给予调脾胃、疏肝气、补肝肾等药物,可预防发病。另外,属水湿者,可嘱患者自服冬瓜皮或赤小豆水煎代茶,或玉米须水煎代茶;属气滞者,可嘱其用橘皮或木香片水煎代茶。对于已发病的孕妇,首先要解除其思想顾虑,使其心情舒畅,密切注意体重及水肿的变化情况,经常检查血压和尿常规,掌握病情变化,及时施治,以防止发生先兆子痫或子痫。要注意限制食盐和液体的摄入。轻者可适当减轻工作量,严重者要卧床休息或住院治疗。

【近代研究】

1 理论研究

1.1 病证名称与定义

妊娠肿胀做为一个病名,其定义是指妊娠以后,出现头面、眼睑、肢体肿胀或遍身浮肿,或腹大胀满。比较具有概括性。由于受古代医家的影响,近代仍有许多医家将本病分别称为子肿、子气、皱脚、脆脚、于满或胎水肿满,其说不一。即使在近一、二十年中较具权威性的高等中医院校教材或教学参考书,在本病的病名上也不尽相同。具有代表性的著作如:湖北中医学院及成都中医学院妇科教研室分别主编的《中医妇科学》均以“妊娠肿胀”做病名,而“子满”做为本病中的一种征象^[1,2]。罗元恺^[3]等编写的《中医妇科学》则将“子满”分离出来,分别以“子肿”、“子满”做为病名来分节论述。而杨思澍^[4]等编写的《中医临床大全》以“妊娠浮肿”为病名,突出了“肿”,但没有体现出“胀”。这种情况已不适应现代中医学的发展需要,故在本病的病名等诸方面尚需进一步规范化研究。

1.2 病因病机研究

1.2.1 现代医家病因病机认识集粹

现代医家对于妊娠肿胀的病因病机的认识,基本上是统一在脾虚、肾虚、气滞这三者之上,并以此来指导临床治疗。具有代表性者,如:成都中医学院妇科教研室^[2]根据本病有“病在水者”和“病在气者”的不同表现,对其分为妊娠水肿和妊娠气肿两大类。认为妊娠水肿是妊娠期所发生的体内水液潴留,泛滥于肌肤或内停胞中而产生的一种临床病

证,涉及肾、脾、肺、三焦、膀胱等脏腑,凡肾失温化蒸腾、脾失转输健运、肺气失于通调、三焦决渎失司、膀胱气化不利均可导致机体水液代谢失常而致水肿。但就妊娠水肿而言,其肿则尤重于脾,其病机则须结合妊娠期特定的生理状态所致的特殊生理变化在致病方面所起作用来认识。基于这一观点,又将其分为脾虚、肾虚二种证候。脾虚:孕妇素体不足,脾气虚弱或因饮食失节恣食生冷厚味油腻之物,或因劳倦忧思所伤而致脾虚,兼因孕后胎居母腹赖中气以载,且后期胎儿渐长,阻碍脾之运化,故尔脾虚失运,水湿不化,溢于肌肤以致面目肢体浮肿。肾虚:孕妇素禀不足或因多产、房劳伤肾,命火不足。孕后阴血下聚以养胎,有碍于素体不足之肾阳的敷布,脾阳失煦则中宫运化失常,膀胱气化失司以致水饮内停,或外泛肌腠发为水肿。妊娠气肿的主要病机为:孕妇素性忧思抑郁,肝失条达,气机不畅,妊娠四、五月后,胎儿渐大,两因相感,气滞愈甚,是以升降之机悖逆,故清阳不升,浊阴下滞以致下肢肿胀不消,或因气机不顺而津液不布,湿气内阻发为肿胀。罗元恺等认为子肿之成,尤与脾肾二脏至关重要。因脾为气血生化之源,肾主藏精,孕后精血下注养胎,易致脏腑伤损,脾虚失运,或肾虚阳气失于敷布,上不能温煦脾阳,下不能暖膀胱,以致水道不利溢而为肿,也有因胎体渐长,复因情志内伤,气机不运,滞而为肿者。以上三者的认识已为中医界广泛认同,基本上已成为本病病因病机研究的基础和规范,对指导临床实践起到了非常重要的作用^[3]。

杨思澍等认为妊娠浮肿病主在脾,其次在肾,严重者影响至肺。除脾虚、肾虚、气滞之外,还强调第四点:肺失通调水道。因肺主宣发,主通调水道,若肺素多痰,或邪气伤肺,复加妊娠有碍气机,则肺失通调,水湿泛滥而为肿。^[4]方如丹认为子肿必先责之于肾,其次责之于脾、肺。肾为水脏,为水之下源,位居下焦而主二便,又主关门,有化气行水之职能,孕妇若素体肾虚,孕后阴血下聚,碍于肾阳敷布,使肾失其化气行水之职能,以致关门不通,小便失利,水积于下焦,决渎之中,透过筋膜,渗入皮肤之间,形成子肿;脾主湿土,位居中焦,以运行水谷,若孕妇脾气虚弱,失其转输水湿之职,水湿积于中焦,透过肌肉达于皮肤,泛滥于全身或下肢而致子肿;肺主宣化,位居上焦,为水之上源,以通调水道,由于忧伤过度,使七情之气郁结,以致肺气郁闭,失其通调水道、化气行水之职,肺郁水滞则水积于胸腹之中,透过肌肉浸入皮肤之间形成子肿。^[5]周家岐认为子肿一病在脏责之于肺脾肾。肺主气,胎孕非气不生,如肺气宣通,水道通调,下输膀胱,则肿退而胎长;反之,肺气不宣,则水道不通,易肿易胀。脾主健运主统血,为气血生化之源、后天之本,胎孕非血不荫,如脾气健运,土旺制水,土盛血生,则肿消而胎荫;反之,脾失健运,土不制水,也易肿或满。肾主藏精主水,胎孕非精不固,如肾气旺盛,阳气敷布,关门通利,则肿治而胎固;反之,肾气不足,阳气不布,关门不利,则易肿尿少。还认为本病临床上以脾虚所致者为最多见,次为脾肾同病、脾肺同病,纯属肾或肺而致本病者,实为少见。^[6]

陈玉琦根据其多年临床经验,提出了自己独到的见解。认为妊娠前半期常见有皱脚、脆脚,后半期较多见子气、子肿、子满,而其病因病机各有不同,必须结合临床症状,审因辨证。①皱脚:由于孕妇气血虚亏,下元不足,湿气滞于下而致脚肿。②脆脚:多由脾虚不能制水,水湿聚于下而发生脚肿,属水气为病。③子气:因孕妇素体脾虚,或孕后伤于湿,湿气内蕴,气机升降失调,湿气滞于四肢皮肤而虚肿,属湿气为病。④子肿:属水

气为病，是脾肾阳虚所致。脾虚则运化输布失职，水湿停聚，泛滥肌肤。肾阳不足，胞胎阻遏，膀胱气化不行，水不归经而横溢发生水肿。⑤子满：多由体质素弱，脾虚不能运化水湿；胎气挟湿，湿浊与水谷之气相并。水与血相搏，血化为水，水湿停聚胞中，而致胎水过多。^[7]

王淑雯等运用脏腑相生、相克学说，分析本病的发病与发展。认为初期为脾阳虚，不能运化水湿，故现水肿。肾阳虚则命门之火不生土，致脾肾两虚，使浮肿加重。肺虚则木火刑金，肾虚则水不涵木，土虚则木郁，均可导致肝旺。妊娠后精血供养胎元，使肝肾更虚，若有诱因而使肾阴更虚，则水不涵木，水不济火而使肝阳偏亢，心火上炎。如继续发展，阴血不能柔肝，肝火愈炽，木燥水亏，加以风火相煽，煎液成痰，化火生风。风、痰、火三邪相互交织，上扰清窍，而致昏迷抽搐，即肝风内动——子痫。^[8]

在临床上，本病患者亦常伴见瘀血征。对于瘀血的形成，王淑雯等认为：水停则气滞，气滞则血瘀，水肿日久，久病人络，气血运行不畅，进而促使水湿内停，水肿益甚，瘀象多见。^[8]张雅洁等认为：由于患者平素情志抑郁，气机不畅，加之妊娠晚期，增大的胎体阻碍气机升降，使血液运行受阻，发生气滞血瘀；或因素体肝肾阴虚，孕后母血供养胎儿，阴血更亏，以致血行滞涩，瘀阻脉络；阴虚内热也可煎熬血液，热郁血瘀。瘀血形成后，又能影响气机通畅，使气滞更加明显；瘀血日久，还可化火伤阴，加重阴虚，形成恶性循环。这为临床治疗时适当选用活血化瘀药物，提供了理论依据。^[9]

2 临床研究

2.1 临床症状的观察研究

临床症状的观察是对妊娠肿胀病做出正确诊断的基础，症状也是诊断本病的主要依据，充分观察和认识临床症状对于本病的治疗具有重要意义。成都中医学院妇科教研室^[2]认为：妊娠肿胀是以妊娠期间(常于四、五月后)出现明显的肢体肿胀，且睡眠及休息后不能自行消退为主要临床特征。按临床表现分为两类，①是四肢甚至腹部或全身出现皮薄色白而光亮，按之即时难起的水肿证；或水停于胞中发为腹大异常、胸中满闷、喘逆不安、下肢及阴部肿胀，按之如泥的胎水肿满证。②是出现双足渐及腿部肿胀不适，局部皮色不变或按不成窝，随按随起或自觉身重足肿行动不便等气肿证。罗元恺等将本病的症状概括为：子肿是孕后浮肿，开始局限于踝部，以后逐渐上升，甚至发展到全身。子满是腹大异常，腹皮急而发亮，腹部胀满，甚则喘满不得卧，行动艰难，尿少甚或不通。此外，二者均提出“隐性水肿”亦属妊娠肿胀范围。对于其表现，前者认为无明显肿胀征象，而每周体重增加超过0.5公斤或每月体重增加超过2.3公斤；后者认为外表浮肿不明显，只觉肢体重坠，步履艰难，而体重一周内明显增加超过0.5公斤。^[3]徐敏华通过临床观察认为：从临床体征看，子肿属凹陷性水肿，而子气属非凹陷性水肿或隐性水肿。^[10]

2.2 证候研究现状

辨证论治是治疗妊娠肿胀的主要方法。故在明确诊断后，再分清证型，明确证候属性，然后依法组方用药，是治疗的重要步骤。故对于证候方面的研究就显得极为重要，近

代医家在此方面做了许多探讨。大多数医家基于本病的病因病机以脾虚、肾虚、气滞为基础这一特点,将本病分为脾虚、肾虚、气滞三种证候,也已基本上成为本病辨证论治的基础和现行规范,有代表性者如:湖北中医学院^[1]、成都中医学院妇科教研室^[2]、罗元恺^[3]等分别编著的《中医妇科学》等。另外,王佩蓝^[11]等将子肿辨证分为脾肾阳虚(包括脾阳虚和肾阳虚)和气滞湿阻。^[11]杨思澍等将本病分为脾虚、肾虚和气滞,又分出第四种:痰邪闭肺型,其症见妊娠遍体洪肿,心腹胀满,喘促,小便不利,大便不畅,舌红苔厚,脉滑数。^[4]王淑雯等将妊娠水肿分为虚证、实证二类。虚证均属于阳虚肿胀,除共同症状外,以下又分脾虚肿胀:症见肤色淡黄、四肢浮肿、皮薄而光亮;肾虚肿胀:症见面浮肢肿、心悸气短、腰酸腿软;脾肾阳虚肿胀:症见周身浮肿、纳少腹胀、腰膝酸软。实证分为肺气郁闭肿胀:外感风邪咳嗽、气喘、鼻塞、流涕、咳痰,继之面目浮肿后遍及全身,小便不利或尿少、大便干燥、舌红苔白滑或黄燥、脉浮数;气滞肿胀:先由脚肿渐及于腿,随按随起,胸闷胁胀,食少,舌黯红苔薄腻,脉弦滑。^[8]周家岐分为脾虚:症见四肢、面目浮肿,面色萎黄,乏力,腹胀纳减,舌胖苔白,边有齿痕,脉濡;脾肾同病:上述症状基础上,见形寒腰酸等肾阳不足症状;脾肺同病:浮肿以下肢为甚(甚则趾间出水),胸胁胀满,脉细弦,苔薄白。^[6]何子淮分三型论治。轻型:妊娠头面遍身浮肿,皮色白润光亮,头眩而重,口中淡腻,四肢无力,易烦不安,甚则喘促小便短少,大便溏薄,舌苔白腻,脉弦滑,往往在早期就出现浮肿,但肿势不甚;重型:全身浮肿,腹满胀大异常,气逆不安,小便艰涩,头眩而重,口淡心悸,舌苔白腻,脉象虚滑,虽然服药、休息,浮肿难以消退;严重型:上症皆俱,兼有肢体困倦,病及诸脏,元气不振,或子迫产门,也有子死腹中。^[12]方如丹又有辨证肺郁水滞型:其症多有精神抑郁,胸胁胀满,气闷不舒,舌苔薄白,脉弦滑。^[5]

2.3 治则治法研究

2.3.1 治则概述

纵观妊娠肿胀一病,当属本虚标实、虚实夹杂之证。其有水肿、气肿之别,治疗原则亦迥然不同。水肿者,其本多在脾虚、肾虚,其标为水湿外溢于头面四肢或内停胞中。按中医急则治其标、缓则治其本、治病求本的原则,于肿势较甚时,应以消肿为主,治以利水渗湿为重,佐以健脾益气或温肾助阳,待水湿除而肿势缓和后,再以健脾益气或温肾助阳佐以利水渗湿而缓求其功,肿消湿除后继以健脾益气或温肾助阳以巩固疗效。气肿者,肝郁气滞、肺郁不宜为本,津液不布,湿气内阻之气肿为标,当予标本兼治,治以理气行滞、疏肺解郁、健脾渗湿。最近,雷新民强调利湿之时勿忘护阴。认为:①阴血偏虚,自当护阴:受孕以后,阴血聚于冲任以养胎,致使孕妇机体处于阴血偏虚的状态,若发子肿,利湿自当护阴。②津血同源,理当护阴:血和津液同属阴,都有滋润和濡养作用,在生理上互相补充,即“津血同源”;在病理上相互影响,如津液大量耗损,不仅流行于脉内的津液可以渗出脉外以作补充,致血脉空虚而“津枯血燥”,若发子肿,必然阴血相对不足,若过于利湿,必伤阴血。③健脾化源,意在护阴:子肿多为脾虚所致,且脾虚者多有便溏,又可伤阴,如重利湿而不护阴,必耗伤阴血。故其治当健脾,健脾也即是化源,其意在护阴。④其本属虚,勿忘护阴:阴虚致肿者,多用利湿之药,则更伤其阴;阳虚致肿者,多用利湿之药,则不但伤其阳也伤其阴,最后致阴阳俱伤。

上述观点很值得我们在临证时加以注意。^[13]

2.3.2 治法研究

中医治疗妊娠肿胀病,较单纯西医治疗有着很大优势和较好的疗效。当代医家多在总结前人经验的基础上,根据临床表现进行辨证论治,通过临床观察和总结病例,来积极探索和寻求最佳的治疗方案及治疗方药,其见解虽各有不同,但也确实值得借鉴。

2.3.2.1 健脾渗湿法 因妊娠肿胀以脾虚为主者多见,故多数医家运用此法为主拟方选药加减治疗,或佐以温阳药,或佐以理气药等。如湖北中医学院、成都中医学院妇科教研室、罗元恺、杨思澍、吴熙、戴德英等均用此法,以全生白术散(茯苓皮、白术、大腹皮、陈皮、生姜皮)加减治疗本病属脾虚者。^[1-4,14,15]王佩蓝等用妊毒1号方(白术、陈皮、茯苓、桑白皮、木香、大腹皮、党参、泽泻、生姜皮),治疗妊毒症100例,疗效满意。^[11]王桂生用白术散加味(白术、茯苓、大腹皮、生姜皮、橘皮、扁豆、砂仁)治疗子肿84例,临床治愈62例,显效17例,有效5例,总有效率100%。^[16]杜中语等用黄芪腹皮汤(黄芪、大腹皮、白术、当归、茯苓、党参、山药、泽泻、车前草)治疗妊娠水肿58例,治愈43例,显效14例,无效1例,总有效率98.3%。^[17]张达旭用鲤苓汤(红鲤鱼、茯苓)治疗妊娠水肿135例,治愈50例,显效50例,好转30例,无效5例,总有效率达96.2%。^[18]程秀文等用白术散加减治疗羊水过多51例,治愈34例,好转8例,无效9例,总有效率82.3%。^[19]上海中医学院附属曙光医院妇科对于脾虚有湿的妊娠浮肿,则用此法以参苓白术散或理中汤加减治疗。^[20]周家岐以全生白术散加味为基本方(炒党参、焦白术、茯苓皮、陈皮、六神曲、大腹皮、黄芪皮、姜皮、炙甘草、大枣)加减治疗本病。^[6]何子淮运用方药:党参、炙黄芪、焦白术、甘草、苏梗、冬瓜皮、砂仁、生姜皮,以健脾渗湿治疗本病属轻型患者;运用方药:党参、黄芪、砂仁、焦白术、地骷髅、茯苓、防己、冬葵子以扶脾利水,治疗本病属重型者。^[12]

2.3.2.2 温肾助阳、化气行水法 湖北中医学院、成都中医学院妇科教研室、罗元恺、杨思澍、吴熙、戴德英等、王淑雯^[8]等均以此法用真武汤加减治疗妊娠肿胀属肾虚者。^[1-4,14,15]王佩蓝等用妊毒2号方:桂枝、椒目、白术、当归、茯苓、黄芪、泽泻、苍术、陈皮、补骨脂、黑豆衣。^[11]

2.3.2.3 温阳化气、培土利水法 何子淮运用此法治疗妊娠肿胀属严重型者,方药:黄芪、生白术、肉桂、砂仁、泽泻、党参、桑白皮、狗脊、通天草、天仙藤、枳壳、朱灯芯,必要时加淡附子3g以温煦肾气。^[12]

2.3.2.4 健脾温肾法 周家岐用此法治疗本病属脾肾同病者,方药:炒党参、焦白术、茯苓皮、陈皮、六神曲、黄芪皮、姜皮、炙甘草、大枣、炒川断、制狗脊(或菟丝子)。并吞服济生肾气丸,每次4.5~9克,每日3次。^[6]

2.3.2.5 健脾宣肺理气法 周家岐用此法治疗本病属脾肺同病者,方药:白术、茯苓皮、陈皮、大腹皮、姜皮、炙甘草、桑叶、桑皮、桔梗、苏叶、苏梗、天仙藤、制香附、宣木瓜。^[6]

2.3.2.6 理气行滞、健脾化湿法 湖北中医学院、成都中医学院妇科教研室、罗元恺、杨思澍、吴熙、戴德英、王淑雯等均用此法,以天仙藤散(天仙藤、香附、陈皮、甘草、乌药、生姜、木瓜、紫苏叶)治疗本病属气滞者。^[1-4,14,15,8]王佩蓝等用妊毒3号方:丹参、香附、陈皮、甘草、乌药、生姜、木瓜、紫苏叶。^[11]

2.3.2.7 养血健脾、分利水湿法 徐敏华用此法,以全生白术散合《金匮》当归散加减治疗子肿。^[10]朱小南则使用黄芪、当归、白芍、熟地、白术、茯苓、泽泻、砂仁、枣仁、柏子仁等。^[21]

2.3.2.8 补气养血、理气除湿法 成都中医学院妇科教研室使用顺气养血汤(陈皮、木香、乌药、桑皮、党参、当归、川芎、阿胶、何首乌、甘草)合茯苓汤(白术、茯苓、生姜、陈皮、香附、乌药、木瓜、紫苏、甘草)治疗气血虚弱之气滞肿胀患者。^[2]陈玉琦运用此法,以顺气养血汤加减(当归、白芍、川芎、党参、陈皮、炙甘草、木香、乌药)治疗皱脚。^[7]

2.3.2.9 养血安胎、理气化湿法 徐敏华以天仙藤散合紫苏饮加减治疗子气。^[10]廖蔼玲则用千金鲤鱼汤:党参、茯苓、白术、生姜、大腹皮、当归、白芍各 10g、鲤鱼一条(一斤以上),先煮鲤鱼,去鱼留汤,再纳诸药,煎好温服。^[12]

2.3.2.10 养血安胎、平肝消肿法 姚五达曾用本法治疗妊娠肿胀,方药:苧麻根、白术、茯苓、桑寄生、嫩玳瑁、竹茹、石决明、钩藤、黄芩、莲子心、菊花、冬瓜皮、砂仁。^[23]

2.3.2.11 养血安胎、健脾利水法 邹志为用此法治疗证属妊娠后期营血不足、脾胃虚弱而发为妊娠水肿者。方用当归芍药散加味:当归、川芎、白芍、白术、茯苓、泽泻、苡米、大腹皮、车前子、陈皮、银杏^[24]。

2.3.2.12 扶土抑木利湿法 上海中医学院附属曙光医院妇科,运用此法治疗妊娠肿胀属脾虚肝旺型者,证见头晕浮肿、大便溏薄、泛恶、苔薄白脉弦滑。方药为半夏白术天麻汤加减(天麻、石决明、白术、茯苓、泽泻、薏苡仁、白蒺藜、山药、党参、半夏等)。^[20]

2.3.2.13 滋养肝肾、健脾利水法 黄莉萍运用此法治疗妊娠肿胀。方用一贯煎合五皮饮加减(生地、沙参、枸杞、麦冬、川楝子、桑寄生、白芍、石决明、丹参、白术、茯苓皮、大腹皮、陈皮等)。^[25]

2.3.2.14 舒肝和脾、清热利湿法 夏陆勋曾用此法治疗子肿属肝邪犯脾、湿热内蕴者,证见全身浮肿、头晕头痛、面目肌肤微黄、口苦、尿黄、心烦、苔黄腻脉弦数。方药:柴胡、白芍、香附、陈皮、茵陈、梔子、竹叶、板蓝根、白术、大腹皮、桑皮、冬瓜皮、车前子、泽泻、甘草。^[26]

2.3.2.15 祛风宣肺利水法 王淑雯用此法治疗肺气郁闭型妊娠肿胀,方药:桑菊饮(桑叶、菊花、桔梗、杏仁、连翘、芦根、薄荷、甘草)加防己、茯苓、泽泻。^[8]杨志一曾用越婢加半夏汤(麻黄、石膏、生姜、甘草、大枣、半夏)治疗肺气郁闭兼有胃热的妊娠肿胀患者。^[27]

2.3.2.16 泻肺利水法 杨思澍用此法治疗妊娠肿胀属痰邪闭肺型患者,方药用葶苈散加味(葶苈子、白术、茯苓、桑白皮、郁李仁、黄芩、杏仁、旋覆花、香薷、紫苏叶)。^[4]

2.3.2.17 健脾益肾、肃降肺气法 赵松泉等运用此法,以主方(茯苓皮、冬瓜皮、大腹皮、山药、白扁豆、石莲子、车前子、冲天草、抽葫芦、川断、桑白皮、天仙藤、防己)配合巩固方(茯苓、白术、石莲子、车前子、山药、大腹皮、冲天草、抽葫芦、桑寄生、川断、冬瓜皮、冬葵子、天仙藤),每日 1 剂,先服主方 6~10 剂,有效后再服巩固方。治疗 60 例,对羊水过多而胎儿正常者疗效好,有效率为 95.8%。^[28]

2.3.2.18 疏肺解郁、行水消肿法 方如丹治疗属肺郁水滞型子肿患者,其症多有精神抑郁、胸胁胀满、气闷不舒、舌苔薄白、脉弦滑。方用五皮饮加苏梗、砂仁。^[5]

2.3.2.19 健脾利湿、束胎清热法 朱小南治疗子肿属脾虚湿滞兼有内热者。方药用《金匮》防己黄芪汤加减：黄芪、白术、茯苓、防己、生地、黄芩、桑白皮、大腹皮、新会皮等。^[29]

2.3.2.20 活血化瘀法 近年有人采用活血化瘀为主的方法治疗妊娠肿胀，亦取得较好的疗效。如王淑雯等对妊娠水肿中的脾肾阳虚型患者及其它证型患者而见有瘀象者，特别是对一般病程长、病情重者，均常规加用活血化瘀药物，疗效满意^[8]。张雅洁等对于气滞血瘀之妊娠水肿，治以活血化瘀、理气行水，方药：丹参、赤芍、葛根、玄参、猪苓、大腹皮。治疗40例，水肿减轻者占84%^[9]。黄邦泓等则以健脾养血、活血化瘀、理气行血为法，方药：当归、丹参、党参、白术、牛膝、桃仁、白芍、茯苓、猪苓、红花、陈皮^[30]。钱晓华等用川芎嗪注射液120~160ml加入5%葡萄糖500~1000ml，静脉滴注，每日1次，治疗41例，其平均动脉压、水肿及蛋白尿均明显改善($P<0.01$)^[31]。

2.4 针灸疗法的研究

妊娠肿胀因多发于妊娠中晚期，针刺治疗不当易致伤胎，故采用针灸治疗者极少，临床报道亦鲜见。赵尔康采用灸法治疗妊娠肿胀，可免针刺伤胎之虞，取穴为肺俞、脾俞、肾俞、公孙各灸3壮，复留灸5壮，本法较有实用价值^[32]。陈佑邦等采用辨证取穴方法治疗。脾虚者，治以温健脾阳、利水消肿，取穴：脾俞、三焦俞、水分、足三里、阴陵泉。脾俞、三焦俞均向脊柱方向针刺，针0.5~1寸，余三穴均直刺，诸穴均用捻转或提插补法，不留针，亦可针灸并施；肾虚者，治以温肾壮阳、化气行水，取穴：肾俞、三焦俞、气海、三焦俞。肾俞、三焦俞均向脊柱方向斜刺，肾俞可刺1~1.5寸，行捻转补法，气海不针，重用灸法，其余诸穴可针灸并施。同时亦可用耳针疗法：取穴肝、脾、肾、皮质下、膀胱、腹。每次取3穴，双侧均取，针用中等度刺激，隔日1次，亦可用揸针埋入法。张明皈^[34]等以补肾健脾利水为法，取穴：肾俞、三焦俞、水分、足三里、三阴交、阴陵泉等，毫针刺用补法，得气后即出针，轻者日针1次，重者日针2次，取得了较好的疗效^[33]。乌香杨等亦采用辨证施治法，脾虚型：选穴水分、水泉、商丘、血海，留针40分钟，每日针1次，10次1个疗程；肾虚型：选穴涌泉、腰阳关、公孙、关元，每穴悬灸5分钟，每日灸1次，10次1个疗程；气滞型：选穴三阴交、肾俞、水泉、孔最，留针30分钟，每日针1次，7次1个疗程。治疗38例，痊愈14例，好转20例，无效4例^[35]。

【古训今释】

古代医家在唐代以前对于妊娠肿胀的病证及病因病机就有了较为明确的认识，并且已从医疗实践中总结和积累了一些治疗本病的经验方剂和药物。宋、金、元、明时期对病机认识仍宗于“脾虚”立论，并以疏壅气、行水湿、利小便为治法，认为在治疗中应该做到“治于未产之前”，对临床有一定指导意义和实用价值。清代以后，对本病的病因病机有了更进一步的认识和细致的分类，对其“湿气为病”，“水气为病”和“病在无形之气”、“有形之水”分别作了较为详尽的症状描述和提示了鉴别要点，从而对妊娠肿胀的病因病机及证治理法都有了比较全面的认识，也积累了不少有效的方药。

1 病名溯源

妊娠肿胀病始载于东汉·张仲景的《金匱要略》，至隋代，在巢元方的《诸病源候论》中也有记述。但以上仅从病证、病因上认识本病，没有明确命名。唐·孙思邈在所著《华佗神医秘传》中首先提出“子肿”一名，但有人对该书是否为孙氏所著提出质疑，故又有人认为是明·李梴在《医学入门》中始有“子肿”一名。宋·陈素庵在《陈素庵妇科补解》始有“子气”病名，并据其水肿的部位又分出“皱脚”一名。“脆脚”则始见于明·朱棣《普济方》。清·吴谦在《医宗金鉴》中综合前人经验，根据本病的肿胀部位及程度不同，详分其名为“子肿”、“子气”、“子满”、“皱脚”、“脆脚”，后人多有延用。后人亦有称本病“妊娠浮肿”。清代沈尧封在《沈氏女科辑要》中则有病名为“妊娠肿胀”。

2 证候与病象

最早论述本病临床表现的是东汉医学家张仲景，他在《金匱要略·妇人妊娠病脉证并治第二十二》中说：“妊娠有水气，身重，小便不利，洒淅恶寒，起即头眩，葵子茯苓散主之”，又说：“妇人伤胎怀身，腹满不得小便，从腰以下重，如有本气状”。虽未明确提到“肿”，但“重”字或可理解为“肿”的谐音，或可理解为体重增加，类似现代的“隐性水肿”。《华佗神医秘传·卷七》说：“妇人妊娠数月后，面目身体四肢浮肿者，此由胎气泛滥，名曰子肿”。具体指出了“子肿”的临床表现。宋代，《陈素庵妇科补解》分别描述了“子满”、“皱脚”、“子气”的临床表现，如该书《始前杂症门》卷之三说：“妊娠肿满，……，遂致腹胀，手足面目俱肿，小水闭涩，名曰胎水。……，若临床两足微肿，名曰皱脚。……，妊娠三月，两足自脚面渐肿至腿膝，行步艰辛，以胸膈满闷，饮食减少，似水气状，脚指间有黄水出者，谓之子气，亦名胎肿”。同时又指出了“子满”胎儿异常的征象为“诊脉必浮，腹满喘者，其胎必坏”。明·李梴《医学入门·始前》说：“……面目肢体遍身浮肿，名曰胎水，又名子肿”，对“子肿”也作了描述。又说：“胎水遍身虚浮肿，腹大异常亦堪忧。妊娠五、六个月，腹大异常，高过心胸，气逆不安，胎中蓄水所致，若不早治，必然其子手足软短，形体残疾，或生下即死，子母难保”。对子满的危害作了较详细的说明。清·阎纯玺《始产心法·卷上》继前者之后对子满的症状，进行了进一步颇为详尽的描述：“所谓子满者，妊娠至五六个月，胸腹急胀，腹大异常，或遍身洪肿，胸胁不分，气逆不安，小便艰涩，名曰子满，又名胎水不利。若不早治，生子手足软短有疾，甚至胎死腹中”。以上二者的论述明确指出了本证有与畸胎或死胎并存的现象。这种认识在现在看来也是相当正确和难能可贵的，并为与其症状十分相似的“羊水过多”的研究所证实。清·吴谦《医宗金鉴·妇科心法要诀·子肿子气子满脆脚皱脚总括》说：“头面四肢肿子肿，自膝至足子气名，肿胀喘满曰子满，但脚肿者脆皱称”。并进一步解释说：“头面遍身浮肿，小水短少者，属水气为病，故名曰子肿。自膝至足肿，小水长者，属湿气为病，故名曰子气。遍身俱肿，腹胀而喘，至六七个月时者，名曰子满。但两脚肿而肤厚者，属湿，名曰皱脚；皮薄者属水，名曰脆脚。大凡水之为病多喘促，气之为病多胀满。喘促属肺，胀满属脾也”。其按水肿部位及程度的不同，明确区分了不同名称的病性和临床表现。且其“水气为病”、“湿气为病”之论对妊娠肿胀的临床分型和辨证论治确有指导意义，故为后世医家所推崇。清·沈尧封

《沈氏女科辑要·妊娠肿胀》认为本病“名色虽多,不外有形之水病,与无形之气病而已”,并明确指出二者的鉴别点为:“病在有形之水,其证必皮薄色白而亮;病在无形之气,其证必皮厚色不变”。对后世医家的诊断、辨证也具有非常重要的指导意义。

3 病因病机

3.1 病因

东汉·张仲景《金匱要略·妇人妊娠病脉证并治第二十二》最早提出本病的病因是“妊娠有水气”,其病机关键可引伸为阳气不化、小便不利。隋·巢元方认为其病因是脾胃虚弱,如《诸病源候论·妊娠胎间水气子满体肿候》说:“此由脾胃虚弱,脏腑之间有停水,而挟以妊娠故也”。宋·王怀隐《太平圣惠方·卷第七十五·治妊娠胎间水气子满体肿诸方》说:“夫妊娠虚肿者,凡妊娠无使气极,若心静气和则胎安,若中风寒,邪气有所触犯,身体受病,乍寒乍热,头眩腰痛,胎中有水,寒气所伤,脾胃虚弱所致也”。认为本病的发生与脾胃虚弱有密切关系。此外,情志因素及外感风寒亦可有害脾胃而致病。宋·《陈素庵妇科补解·妊娠胎水肿满方论》认为子满“皆由引饮过度,湿渍脾胃,水气泛滥”所致。子气病因则为“素有风气,或冲任二经有血风”。明·朱棣《普济方·妊娠诸疾门·身体肿胀》说:“夫妊娠肿满,由脏气本弱,……,若中风寒邪气,及有所触犯,则随邪而生病也,……然其由有自致。或因泄泻下痢,脏腑虚滑耗损脾胃。或因寒热疟疾,烦渴,引饮太过,湿渍脾胃,皆能使头目或手足浮肿也”。对本病的致病因素做了较为全面的概括。

3.2 病机

关于本病的病机,最早有所认识的是东汉·张仲景的《金匱要略》,该书指出:妊娠水气为阴盛阳气不化、气化失司之病。与此不同的是,隋·巢元方《诸病源候论·妊娠胎间水气子满体肿候》说:“妊娠之人,经血壅闭,以养于胎。若挟有水气,则水气相搏,水渍于胎,兼伤脏腑,脾胃主身之肌肉,故气虚弱,肌肉则虚,水气流溢于肌,故令体肿,水渍于胞,则令胎坏”。认为本病为脾胃虚弱,孕后母体血聚养胎,营血不足,脾胃益虚,水湿无制,溢于肌肤,或蓄积于胞所致,与孕妇特定的生理条件和体质因素有关,可影响胎儿生长发育,导致胎儿畸形或死胎。巢氏对妊娠水肿的认识,是以《素问·至真要大论》所谓“诸湿肿满,皆属于脾”的理论为依据的,对本病的理论和实践方面,都具有比较重大的意义,为后世医家所重视,影响到了诸如《太平圣惠方》、《圣济总录》、《证治准绳·女科》、《妇人良方》等著述,成为本病的主要病机理论之一。如宋代《圣济总录·卷第一百五十七·妊娠胎间水气肌肤浮肿》说:“论曰:脾合土,候肌肉,土气和平,则能制水,水自传化,无有停积。若妊娠脾胃气虚,经血壅闭,故水饮不化,湿气泛滥,外攻形体,内注胞胎,……”。而《华佗神医秘传·卷七》则认为子肿的病机是“胎气泛滥”、壅遏气机所致。为气滞致肿提供了理论依据。古代医家在著述中多将子满、子气、子肿等混同论述,直至宋代,《陈素庵妇科补解》方将子满、子气分开论述,陈文昭在补按中更进一步对二者从症状、病机方面进行了比较。该书《胎前杂症门卷之三》论子满病机为:“妊娠肿满,由妇人脏气本弱,怀妊则血气两虚,脾土失养,不能制水”、“妊娠胎水肿满,头足遍身皆肿,此

乃停饮聚湿，脾虚不能制水之故。”论子气为：“症自脚面肿至腿膝，然止在腰以下，乃气滞下焦，非水症也。”论皱脚为：“此因胞水太多，渗入下焦膝胫以下，三阴络脉独受其害，水性润下故也”。在清代傅山之前的医家均认为脾虚湿盛导致本病，但傅山则认为脾肺气虚是其病机之关键。如《傅青主女科·下卷》说：“妊娠有至五个月，肢体倦怠，饮食无味，先两足肿，渐至遍身头面俱肿，人以为湿气使然也，谁知是脾肺气虚乎！……，盖脾统血，肺主气，胎非血不荫，非气不生，脾健则血旺而荫胎，肺清则气旺而生子。苟肺衰则气馁，气馁则不能运气于皮肤矣；脾虚则血少，血少则不能运血于肢体矣。气与血两虚，脾与肺失职，所以饮食难消，精微不化，势必至气血下陷，不能升举，而湿邪即乘其血虚之处，积而成浮肿，证非由脾肺之气血虚而然耶？”清·沈尧封《沈氏女科辑要·妊娠肿胀》说：“胎碍脏腑，机括不灵。肾者胃之关也，或关门不利，因而聚水；或脾不散精行肺；或肺不能水精四布，此有形之水病也。又腹中生一物，则大气升降之道窒塞，此无形之气病也。……，更有痰滞一证，痰虽水类，然凝聚质厚，不能遍及皮肤，惟壅滞气道，使气不宣通，亦能作肿，其皮毛不变，故用理气药不应，加化痰之品，自然获效”。认为妊娠肿胀的本质不外乎有形之水和无形之气所致，病位在肾、脾、肺三脏，其病机为胎长后阻碍脏腑功能引起肾失温化、脾失健运、肺失通调，或胎阻气道，气机升降失常，气机郁滞而致津液环流失常而发病，有的表现以气病为主，有的表现以水患为主，补充了既往对本病偏于脾虚认识的不足，并为后世医家的临床诊治进一步提供了理论依据。清·唐容川则另有自己的见解，其《血证论·胎气》说：“子气者，水肿也。胞与膀胱，并域而居。胞宫为胎所站（具文义应为占），侵逼膀胱，以致膀胱之水不能化行。亦由膀胱之气化，先有不足，故能为胎站。用五苓散主之”。认为子气是由膀胱气化功能失常所致，对于临床治疗也有很好的指导意义。

4 治则治法

在妊娠肿胀的治则治法方面，古代医家的见解也是各有千秋。东汉·张仲景在《金匮要略·妇人妊娠病脉证并治第二十二》中，只给药方及穴位，而未提到治法。所用葵子茯苓散具有通窍利水之功，使小便通利，水有去路，阳气得以敷布，故诸症自愈。而本病的形成是受胎气的影响，致使气化受阻，小便不利而成水肿，因此不用温阳行水剂而取具有滑利作用的葵子，与化气利水的茯苓相配，这就是不以温阳为目的的利水方法。该书还指出：“妇人伤胎怀身，……，如有水气状，怀身七月，太阴当养不养，此心气实，当刺泻劳宫及关元，小便微利则愈”。是由于妊娠七个月时，胎儿开始通过手太阴肺经获得营养，但该经功能不及子宫，厥阴心包经的功能仍充盛。因此，针刺劳宫、关元以泻心经之实，通利小便。宋·《陈素庵妇科补解·胎前杂症门卷之三》认为治疗子满应“主于行水，兼用利气消胀之药”；治疗子气应“主于顺气，更祛风宽中之品”，而二者治则的共同点是“健脾养血安胎”。清·《傅青主女科·下卷》说：“夫妊娠虽有按月养胎之分，其实不可拘于月数，总以健脾补肺为大纲。……治法当补脾之血与肺之气，不必祛湿，而湿自无不去之理。方用加减补中益气汤”。认为古代虽有逐月养胎之说，然而本病的发生与脾肺血气虚弱关系最为密切，益气养血则脾肺健旺，运化健全，输布有常，气得以升，水湿自能消散。清·萧埙《女科经纶》卷三引何松庵曰：“妊娠三月后，肿满，如水气者，俗呼琉璃胎是也。古方

一主于湿，大率脾虚者多。脾虚不运，则清浊不分，须以补脾兼分利。若夜肿日消，是血虚，宜健脾兼养血主之”，提出了气虚血虚致肿的不同的治法。清·程国彭《医学心悟·卷五胎水肿满》说：“大法，胎水壅遏用五皮饮加白术、茯苓主之。脾虚不能制，用六君子汤主之。凡腰以上肿宜发汗，加秦艽、荆芥、防风，腰以下肿宜利小便，加车前、泽泻、防己。胎水通行，生息顺易，宜先时治之，不可俟其既产而自消也”。从其论述中看出：病之本在于脾肺肾三脏功能失调，病之标为水湿内停。五皮饮偏于治标，而六君子汤偏于治本，临床可据其标本缓急辨证使用。对于妊娠晚期患者，宋·《圣济总录·卷第一百五十七·妊娠胎间水气肌肤浮肿》说：“怀妊之始肿满者，必伤胎气，如临月而脚微肿者，利其小便则病自愈”。而宋·齐仲甫《妇科百问·卷下》则认为：“妊娠至八九个月，腿脚肿者，不可为水病治之，恐导其真气。见此状者，则知其易产也。盖胞藏水血过多，不致胎燥，故云易产也。当服顺气滑胎之药。”特别指出若发病在妊娠晚期，可服用有顺气功能的药品。以上二者意见不同，临床当视具体情况而采用合适的治疗方法。

5 方剂用药归类

(1) 葵子茯苓散(《金匮要略》)

葵子 茯苓

主治 妊娠有水气，身重小便不利，洒淅恶寒，起即头眩。

(2) 治妊妇体肿有水气，心腹急满方(《备急千金要方》)

茯苓 白术 黄芩 杏仁 旋覆花

主治 妊娠肿胀，心腹急满。

(3) 鲤鱼汤(《备急千金要方》)

鲤鱼 白术 生姜 芍药 当归 茯苓

主治 妊娠腹大，胎间有水气。

(4) 治妊娠子肿神方(《华佗神医秘传》)

大腹皮 生姜皮 茯苓皮 白术 紫苏 大枣 木香

主治 妊娠肿胀。

(5) 泽泻散(《太平圣惠方》)

泽泻 桑根白皮 木通 枳壳 赤茯苓 槟榔

主治 妊娠气壅，身体腹胁浮肿，喘促，大便难，小便涩。

(6) 桑白皮散(《太平圣惠方》)

桑白根皮 冬葵根 赤茯苓 木通 枳壳 商陆 泽泻

主治 妊娠四肢浮肿，小便不利，时时喘促。

(7) 汉防己散(《太平圣惠方》)

汉防己 大腹皮 桑根白皮 紫苏茎叶 赤茯苓 木香

主治 妊娠通身浮肿，喘促，小便涩。

(8) 木通散(《太平圣惠方》)

木通 香薷 桑根白皮 鸡苏茎叶 木香 诃黎勒皮 子芩 枳壳 槟榔

主治 妊娠身体浮肿，心腹胀满，小便不通。

(9) 赤茯苓散(《太平圣惠方》)

赤茯苓 白术 旋覆花 黄芩 杏仁 木通

主治 妊娠身体浮肿，心腹急满，小便涩滞。

(10) 猪茯苓散(《太平圣惠方》)

猪苓 紫苏茎叶 木通

主治 妊娠身体浮肿，腹胀，小便不利，微渴引饮，气急。

(11) 槟榔丸(《太平圣惠方》)

槟榔 赤茯苓 桑根白皮 郁李仁 白术 甜葶苈 枳壳

主治 妊娠身体浮肿，心腹胀满，小便涩，喘息促。

(12) 治妊娠四肢浮肿，皮肉拘急，小便不利方(《太平圣惠方》)

商陆 羌活 桑根白皮 赤小豆

主治 妊娠四肢浮肿，小便不利。

(13) 茯苓饮(《圣济总录》)

赤茯苓 白术 杏仁 旋覆花 黄芩

主治 妊娠胎间水气，肌肤浮肿，喘促。

(14) 白术散(《全生指迷方》)

橘皮 大腹皮 茯苓 生姜 白术

主治 妊娠面目肿如水状。

(15) 商陆赤小豆汤(《三因极一病证方论》)

赤小豆 商陆

主治 妊娠手脚肿满挛急。

(16) 肾着汤(《三因极一病证方论》)

茯苓 白术 干姜 甘草 杏仁

主治 妊娠腰脚肿痛。

(17) 天仙藤散(《陈素庵妇科补解》)

天仙藤 香附 陈皮 乌药 茯苓 白术 大腹皮 人参 紫苏 当归 杏仁 厚朴 白芍

主治 妊娠胎气，两足自脚面渐肿至腿膝，行步艰辛，以致胸膈喘闷，饮食减少，似水气状，脚指间有黄水出。

(18) 肾着汤(《陈素庵妇科补解》)

香附 陈皮 甘草 川芎 木香 茯苓 白术 黄芩 苏叶 当归 白芍 腹皮 羌活 苍术

主治 妊娠胎水肿满。手足面目俱肿，小便闭涩。

(19) 天仙藤散(《校注妇人良方》)

天仙藤 香附子 陈皮 甘草 乌药 生姜 木瓜 苏叶

主治 妇人有水气而成胎，以致两腿足浮肿。

(20) 当归散(《普济方》)

当归 赤茯苓 枳壳 白芍药 川芎 川白姜 木香 粉草

主治 胎前诸疾，腹急肚胀，腰腹时痛，不思饮食，四肢浮肿，气急时喘，大便困难，小便忽涩，玉门忽肿。

(21) 五皮散(《普济方》)

大腹皮 桑白皮 生姜皮 茯苓皮 橘皮

主治 胎水，亦治寻常脾虚肿满。

(22) 茯苓汤(《寿世保元》)

当归 川芎 白芍 熟地黄 白术 泽泻 白茯苓 条芩 栀子 厚朴 甘草 麦门冬

主治 妊娠七八个月前，面目虚浮，肢体肿满。

(23) 加减补中益气汤(《傅青主女科》)

人参 黄芪 柴胡 甘草 当归 白术 茯苓 升麻 陈皮

主治 脾肺气虚妊娠浮肿，两足渐至遍身头面俱肿。

展 望

妊娠肿胀是妊娠常见病、多发病，往往是伴发妊娠毒血症的先驱症状，是一个由轻到重的病理发展过程。实践证明，中医在治疗和预防本病方面，有其自身的特色和明显的优势。但是，在许多方面仍存在着缺点，需要进一步研究。主要有下面几点：

1 病名的规范化研究：目前，在妊娠肿胀的病名使用方面，仍没有一个统一的标准。各位医家根据自己的习惯，而使用不同的病名，这就极大地限制了对本病的进一步研究。故非常有必要进行病名的规范化研究。

2 诊断标准方面的研究：由于缺少一个统一的诊断标准，且现有的诊断涵义也较模糊，使有些医家所诊治的病例缺乏可靠性和准确性。如：临床有人单纯将以水肿为主症者列为本病的范畴，而无明显症状的隐性水肿就有可能被忽略。更值得注意的是，水肿患者中是否有些实属于先兆子痫患者？另外，有的医家将外感后引发的水肿列入本病，而有的医家认为应将其排除在本病之外。这就需要我们及早建立一个统一的诊断标准并明确其涵义。

3 从临床实际来看，本病与先兆子痫往往在症状上是相互交错、难以明确区分的。而且在发病过程上，也是有相关性和连续性的。有很多医家从西医的妊娠高血压综合征或妊娠中毒症的角度去进行诊断，并将水肿作为其一个主症，运用中医理论进行辨证论治。笔者认为借鉴这种方式，采用现代检查手段，对初步符合本病的病例进行量化分析。这样既能提高诊断的精确性和可靠性，又可提高研究及治疗结果的可信性和可比性。能否找出一个切实可行的研究方式，亟待广大中医界同仁去努力探索。

(陈晓明 张忠奎)

近现代参考文献

- [1] 湖北中医学院，中医妇科学，上海：上海科学技术出版社，1980. 5
- [2] 成都中医学院妇科教研室，中医妇科学，北京：人民卫生出版社，1986. 10

- [3] 罗元恺, 等. 中医妇科学. 北京: 人民卫生出版社, 1988. 7
- [4] 杨思澍, 等. 中医临床大全. 北京: 北京科学技术出版社, 1991. 8
- [5] 方如丹. 从肾脾肺三脏论治子肿. 陕西中医, 1997 (6): 287
- [6] 周家岐. 老中医周世鹏诊治子肿病经验. 上海中医药杂志, 1982 (2): 14
- [7] 陈玉琦. 妊娠肿胀的辨证治疗. 辽宁中医杂志, 1979 (3): 20~22
- [8] 王淑雯, 等. 祖国医学对妊娠中毒症病因病机的探讨. 天津医药, 1986 (3): 168
- [9] 张雅洁, 等. 活血化瘀为主治疗妊娠高血压综合征初步探讨. 中医杂志, 1984 (5): 38~39
- [10] 徐敏华. 106例妊娠水肿的分型及治则. 上海中医药杂志, 1985 (2): 25
- [11] 王佩蓝, 等. 中西医结合治疗妊毒症 100例小结. 云南中医杂志, 1983 (6): 26
- [12] 何子淮女科经验集. 杭州: 浙江科技出版社, 1982
- [13] 雷新民. 小议子肿之治勿忘护阴. 陕西中医, 1998 (2): 95
- [14] 吴熙. 妊娠肿胀的中医调治. 北京: 人民卫生出版社, 1985. 10
- [15] 戴德英, 等. 中医妇科临床手册. 第2版. 上海: 上海科学技术出版社, 1990
- [16] 王桂生. 白术散加减治疗子肿 84例报告. 北京中医, 1994 (6): 28
- [17] 杜中语, 等. 自拟黄芪腹皮汤治疗妊娠水肿 58例. 中医杂志, 1985 (2): 31
- [18] 张达旭. 鲤苓汤治疗妊娠水肿 135例. 广西中医药, 1990 (3): 7
- [19] 程秀文, 等. 白术散加减治疗羊水过多 51例. 福建中医药, 1986 (4): 26
- [20] 上海中医学院附属曙光医院妇科. 辨证分型治疗晚期妊娠. 上海中医药杂志, 1966 (1): 25
- [21] 朱小南. 漏胎、滑胎、胎弱等症的临床经验. 中医杂志, 1965 (3): 20
- [22] 廖葛玲. 妊娠肿胀. 新中医, 1983 (1): 17
- [23] 姚五达医生临床经验. 北京市老中医经验选编. 北京: 北京出版社, 1980. 2
- [24] 邹志为. 当归芍药散治疗妊娠疾病举隅. 河南中医, 1997 (3): 143
- [25] 黄莉萍. 一贯煎为主治疗妊娠高血压综合征 74例临床报道. 中医杂志, 1995 (8): 37
- [26] 夏陆勋. 子肿重度腹水验案. 河北中医, 1985 (3): 38
- [27] 杨志一. 医案札记. 江西医药, 1963 (9): 29
- [28] 赵松泉, 等. 中药治疗羊水过多症 60例观察. 中医杂志, 1984 (5): 40
- [29] 朱南孙. 朱小南妇科经验选. 北京: 人民卫生出版社, 1981. 12
- [30] 黄邦泓, 等. 中西医结合治疗妊娠高血压综合征 112例疗效观察. 新中医, 1995 (8): 32~34
- [31] 钱晓华, 等. 川芎嗪治疗妊娠高血压综合征临床分析. 中西医结合杂志, 1991 (9): 533
- [32] 赵尔康. 中华针灸学. 北京中国书店(影印本), 1987
- [33] 陈佑邦, 等. 中国针灸治疗学. 北京: 中国科学技术出版社, 1980. 10
- [34] 张明皈, 等. 针刺治疗妊娠中毒症 27例临床观察. 福建中医药, 1986 (5): 35
- [35] 乌香杨, 等. 针灸治疗子肿 38例. 针灸临床杂志, 1997 (12): 42

✿ 产后恶露不绝 ✿

产后恶露不绝是中医的一个病名，其临床表现与西医所称的子宫复旧不全相似。分娩后由于子宫肌肉的收缩，缩复作用，迫使肌层内血管管腔闭锁或狭窄，子宫肌细胞缺血并发生自溶，子宫体积明显缩小，胎盘剥离亦随着子宫的缩小和新生内膜的生长而得以修复，一般产后 5~6 周可恢复到非孕状态，这个过程称为子宫复旧，当复旧功能受到阻碍时，即引起子宫复旧不全，临床上以恶露异常为主症。

【今日临床】

1 诊断标准

关于产后恶露不绝的诊断标准，中医诊断标准有国家中医药管理局制定的中医药行业标准，并已经发布试行，现采录如下：

1.1 病名诊断标准

产后恶露不绝是由于产时劳伤经脉，导致气血运行失常，而致子产后 3 周以上仍有阴道流血者。相当于西医子宫复旧不良，子宫轻度感染，胎盘、胎膜残留。

1.2 证类诊断标准

脾虚气陷 产后恶露过期不止，量多或淋漓不断，色淡红，质稀薄，无臭味。小腹空坠，神倦懒言，面色淡白。舌淡，脉缓弱。

血热内扰 产后恶露过期不止，量较多，色深红，质稠粘，有臭秽气。面色潮红，口燥咽干。舌质红，脉虚细而数。

气血瘀滞 产后恶露淋漓涩滞不爽，量少，色紫黯有块，小腹疼痛拒按。舌紫黯或边有紫点，脉弦涩或沉而有力。

1.3 疗效评定标准

1.3.1 治愈：阴道出血停止，症状消失。

1.3.2 好转：阴道出血减少，症状减轻。

1.3.3 未愈：症状无改善

2 中心证候特征

产后 3 周以上阴道仍有少量出血是产后恶露不绝的证候学特征。其主症为产后恶露过期不止，伴有色、质、味异常。

3 病 因

3.1 原 发 病 因

3.1.1 素体虚弱

素体虚弱，产时气随血耗，其气益虚，气不摄血，故产后恶露不绝。

3.1.2 生活所伤

产后操劳过早伤及脾气，多胎妊娠，羊水过多，膀胱过度膨胀，产后尿潴留，子宫过度后倾后屈，影响子宫收缩，造成气虚冲任不固，血失统摄，而致恶露不绝。

3.2 继 发 病 因

3.2.1 血热

素体阴虚，因产亡血伤津，营阴更亏，阴虚则内热，或产后过食辛辣温燥之品，或肝气郁滞，久而化热，热伤冲任，迫血妄行，而致恶露不绝。如子宫内膜炎，子宫肌炎，或盆腔感染引起恶露不绝。

3.2.2 血瘀

产后胞宫、胞脉空虚，寒邪乘虚而入，血为寒凝，结而成瘀；或七情内伤，气滞而血瘀，瘀阻冲任，新血难安，而致恶露不绝。如子宫肌瘤、子宫肌腺病，或部分胎盘、胎膜残留引起的产后恶露不绝。

4 病 机

4.1 发 病

本病起病缓慢，病程长短不一。任何原因引起的子宫复旧不良均可引起产后恶露不绝。如体质因素、因产耗损或产时不洁或产后护理不慎及产褥不洁，邪毒内侵，蕴而化热，迫血妄行，均可导致产后恶露不绝。

4.2 病 位

病位在冲任胞宫。然脾主中气统血，肝藏血，司血海，肾主封藏，冲任之本在肾，故又与脾肾肝之功能失调有关。

4.3 病 性

本病主要是气血失调，有虚实之不同。虚为气虚失摄，实为热迫血行或瘀阻经脉，血不循经。

4.4 病 势

本病若治疗不及时或迁延日久，失血伤阴而致血虚阴竭，或复加感染，可変生他病，如继发性贫血。特别值得注意的是经治疗仍不好转，应考虑排除滋养细胞肿瘤。做必要的

诊断性刮宫、查尿或血 HCG 测定。

4.5 病机转化

素体虚弱，产后操劳，损伤脾气，脾气虚弱，冲任不固，血失统摄，故产后恶露不绝。气主煦之，血主濡之，气虚则无力运血，血行迟滞，气虚夹瘀，或寒邪乘虚而入，与血相搏，血为寒凝，或气滞血瘀，宿有癥积或胞衣胎膜残留，阻滞冲任，瘀血不去，新血不得归经，则恶露不绝。或产后失血，血为阴，阴亏血少或产后过食辛热之品，耗阴伤液，虚热内生，或情怀不畅，肝气郁结，气郁化火，热扰冲任，迫血妄行，故产后恶露不绝。

4.6 证类病机

本病的发生机理，主要是冲任为病，气血运行失常。因冲为血海，任主胞胎，恶露为血所化，而血源于脏腑，注于冲任。若脏腑受病，冲任不固，则导致恶露不绝。其病因有气虚、血热、血瘀。

4.6.1 气虚 体质虚弱，正气不足，产时失血耗气，正气愈虚。或因产后操劳过早，劳倦伤脾，气虚下陷，以致冲任不固，不能摄血，而致恶露不绝。

4.6.2 血热 平素阴虚，复因产时失血，阴液更亏，营阴耗损，而致阴虚生内热。或因产后过服辛热温燥之品，或感受热邪，或肝郁化热，以致热扰冲任，迫血下行，导致恶露不绝。

4.6.3 血瘀 产后胞脉空虚，寒邪乘虚入胞，与血相搏，瘀血内阻，或胞衣残留，影响冲任，血不归经，以致恶露淋漓，日久不净。

5 临证思路

5.1 抓住主诉

本病主要发生在产后(包括人工流产、药物流产、中期引产)，病者常常以阴道流血与小腹隐痛或低热就诊。

5.2 分析病位

产后恶露不绝的病位在冲任胞宫。变化在气血。如子宫复旧不良者，临床表现经过比较轻。合并有子宫肌瘤或胎盘胎膜残留者，往往阴道流血多，可继发贫血；合并有感染者，常伴有发热，可表现为白细胞升高。

5.3 确定病性

产后恶露不绝的病性有虚实之分。以气虚血弱为主，又有热和瘀的不同。血热证常有低热，合并感染者，给予清热解毒，抗感染治疗。血瘀证合并有胎盘、胎膜残留者，给予活血化瘀治疗或刮宫术。如果长期阴道流血经治疗无好转，或患者一般状态较差，尿妊娠试验阳性，应考虑绒癌的可能。

6 鉴 别

6.1 产 后 血 崩

分娩后或产褥期，阴道大量出血，其势如崩，出血时间可发生于产后未满3周以内，但不是淋漓少量，也不是时多时少。

6.2 产 后 发 热

若属产后邪毒发热，恶露可能超过3周末净，其量或多或少，但气味臭秽形如败酱，并有发热寒战，体温升高，化验血象白细胞升高。

7 临 床 治 疗

7.1 分 证 论 治

7.1.1 气虚

临床表现：产后恶露过期不止，量多，色淡红，质稀，无臭味，精神倦怠，四肢无力，气短懒言，小腹空坠，面色㿔白，舌淡，苔薄白，脉缓弱。

病机分析：气虚统摄无权，冲任不固，则恶露过期不止，血量较多；血失气化，则色淡质稀，无臭味；气虚中阳不振，则精神倦怠，气短懒言；中气不足，失于提掣，则小腹空坠；气虚清阳不升则面色㿔白。舌淡，苔薄白，脉缓弱，均为气虚之征。

转归：本证若治疗及时，调摄得法，可很快治愈；若迁延日久，可致产后血崩；若合并感染，可致产后发热。

治法：益气摄血。

方药：补中益气汤。

人参 黄芪 当归 陈皮 升麻 柴胡 白术 甘草

加减：形寒肢冷，小腹疼痛，喜热喜按者，加桂枝、炮姜、补骨脂以温经止血；恶露夹块，小腹疼痛，排块痛减者，加乌贼骨、益母草以化瘀止血；头晕目眩，心悸怔忡，脉虚细者，加白芍、龙眼肉、鹿角胶以补血益精；腰膝酸软者，加续断、杜仲以补肾强腰。

临证参考：本病以子宫复旧不良较多见，检查子宫较正常产褥期的子宫大而软，可有轻度压痛。如予补气摄血治疗效果不明显时，可配合子宫收缩剂如麦角新碱、缩宫素。若血崩大下，当固经止血，可给予5%葡萄糖500ml并加缩宫素10U，静脉点滴。同时要让患者及时排尿，以防产后尿潴留，影响子宫复旧。

7.1.2 血热

临床表现：产后恶露过期不止，量较多，色深红，质粘稠，气臭秽，口燥咽干，面色潮红，舌红、少苔，脉细数无力。

病机分析：产后营阴耗损，虚热内生，气郁化热或感受热邪，热扰冲任，迫血妄行，故恶露过期不止，量较多；血被热灼，则色深红，质稠粘，气臭秽；虚热上浮，故面色潮红；阴液不足，则口燥咽干。舌红，苔少，脉细数无力，为阴虚内热之征。

转归：本病一般属于产后恶露不绝合并有感染者，以小腹疼痛为主，患者突然发热，恶露反而减少或无，或恶露有味。检查腹部有压痛。化验白细胞升高。B超检查正常，及时给予抗感染治疗可好转，如治疗不及时，病情进一步发展，可发生中毒性休克。

治法：养阴清热，凉血止血。

方药：保阴煎。

生地 熟地 白芍 山药 续断 黄芩 黄柏 甘草

加减：肝郁化火，两胁胀痛，心烦口苦，苔黄，脉弦数者，用丹栀逍遥散；感受邪热，兼湿热者，加红藤、败酱草、地榆。

临证参考：血热产后恶露不绝临床多见于有感染者。检查腹部有明显压痛。化验白细胞升高明显。在治疗过程中要注意以下几点：

一般治疗：取半卧位，保持大小便通畅。纠正贫血，供给足量之维生素和水分。必要时补液输血以增强患者抵抗力。纠正电解质紊乱。

局部治疗：保持外阴清洁，创口感染者清洗后上消炎药剂。

抗感染治疗：结合致病菌给药最好，轻症给一般抗生素，如5%葡萄糖500ml加青霉素800U，日1次，静脉点滴。重者根据检验结果再改用对致病菌敏感之药物，用药量应足够。

7.1.3 血瘀

临床表现：产后恶露过期不止，淋漓量少，色黯有块，小腹疼痛拒按，块下痛减，舌紫黯或有瘀点，脉弦涩。

病机分析：瘀血阻滞冲任，新血不得归经则恶露过期不止，淋漓量少，色黯有块；瘀血内阻，不通则痛，故小腹疼痛拒按；块下瘀滞稍通，故使痛减。舌紫黯，脉弦涩，为瘀血阻滞之征。

转归：血瘀证以胎盘、胎膜残留或子宫肌瘤引起的产后恶露不绝多见。表现为小腹疼痛无发热，常常有突然大量阴道流血，若治疗不及时，可发生失血性休克。检查子宫较大而软，有肌瘤者可触及肌瘤结节。B超检查可发现子宫有无回声光团。

治法：活血化瘀，理血归经。

方药：生化汤。

当归 川芎 桃仁 炮姜 炙甘草

《女科秘诀大全·安全产后秘诀》曰：“生化汤行中有补，能生又能化。如四物汤产后误人多矣。地黄性滞，白芍酸寒伐生气，生化汤除此二味，加以温中行血之剂，生化汤因药性功用而立名也。产后血块当消，而新血亦当生，若专用消，则新血不生，专用生，则旧血反滞。考诸药性，如芎归桃仁三味，善攻旧血骤生新血，佐以黑姜炙草引三味入于肺肝，生血利气，五味共方行中有补，是产后圣药也”。

加减：口干咽燥，舌红，脉弦数者，酌加地榆、黑黄柏以清热止血。

临证参考：血瘀产后恶露不绝临床多见有胎盘、胎膜残留者，表现为小腹疼痛，恶露淋漓不断时多时少。B超检查可见子宫内有胎盘、胎膜残留。对阴道流血多者，在抗感染的同时给予刮宫术，以达到止血的目的。对疑似有绒毛者，刮出物送病理检查。

7.2 按主症辨证论治

产后恶露不绝病人多表现为某些症状比较突出，针对主症的治疗，往往是临床治疗的关键。

7.2.1 腹痛为主

产妇分娩以后，小腹疼痛者，称为产后腹痛。因血瘀引起的，又称“儿枕痛”。

产后腹痛的主要机理有不荣而痛与不通而痛，虚实两端。

7.2.1.1 血虚证 小腹隐痛，喜按，恶露量少，色淡。

治法：养血益气。

方药：肠宁汤。

当归 熟地 阿胶 人参 山药 续断 麦冬 肉桂 甘草

加减：疼痛较著者，可加香附、乌药以行气止痛。

7.2.1.2 血瘀证 小腹疼痛拒按，恶露量少、色黯有块。

治法：温经活血，祛瘀止痛。

方药 生化汤。

当归 川芎 桃仁 炮姜 炙甘草

7.2.1.3 热结证 小腹灼痛，按之剧痛，恶露初则量多，继则量少，甚如败脓。

治法：泻热逐瘀，活血止痛。

方药：大黄牡丹皮汤。

大黄 牡丹皮 桃仁 冬瓜仁 芒硝

加减：恶露量多可加地榆、茜草。

7.2.2 发热为主

产后恶露淋漓不断，伴有发热者，往往合并有感染。

引起产妇发热的原因很多，而与本病关系密切的主要病因病机有感染邪毒，正邪交争；阴血骤虚，阳气外散；败血停滞，营卫不通。

7.2.2.1 感染邪毒 产后发热恶寒，或高热寒战，小腹疼痛拒按，恶露初时量多，继则量少，色紫黯，或如败脓，其气臭秽，心烦不宁，口渴喜饮，小便短赤，大便燥结，舌红苔黄而干，脉数有力。

治法：清热解毒，凉血化瘀。

方药：解毒活血汤。

连翘 葛根 柴胡 枳壳 当归 赤芍 生地 红花 桃仁 甘草

加减：高热甚，可酌加白薇、柴胡；汗多烦渴不解，加石膏、天花粉、麦冬。

7.2.2.2 血虚 产后失血过多，身有微热，头晕眼花，心悸少寐，恶露或多或少，色淡质稀，小腹绵绵作痛，喜按，舌淡红，脉细弱。

治法：养血益气，和营退热。

方药：八珍汤。

加减：兼气虚，伴见气短懒言，神疲肢软，脉细弱，加党参、黄芪。

7.2.2.3 血瘀 产后乍寒乍热，恶露不下，或下亦甚少，色黯有块，小腹疼痛拒按，

舌紫黯，或有瘀点瘀斑，脉弦涩有力。

治法：活血祛瘀，和营退热。

方药：血府逐瘀汤。

7.3 中医辨病论治

恶露不绝的临床表现，与子宫复旧不全很相似。引起子宫复旧不全的因素主要有以下几方面：部分胎盘、胎膜残留；子宫内膜炎、子宫肌炎或盆腔感染；膀胱过度膨胀或经常处于膨胀状态，以产后尿潴留引起的最为常见；子宫肌壁间肌瘤、子宫腺肌病；多胎妊娠、羊水过多等等。根据其病因属性及临床表现，一般可按气虚、血热、血瘀等辨证施治。如有胎盘、胎膜残留者，应按血瘀证论治；子宫肌壁间肌瘤、子宫腺肌病影响子宫收缩复者，应于活血化瘀之方中佐以祛正消积之品；子宫内膜炎、子宫肌炎或盆腔感染而影响子宫复旧者则应按血热、郁热或感染邪毒辨证处方；多胎妊娠、羊水过多、尿潴留等引起了子宫复旧不全者，多属气虚，治当补气升提，固摄止血。

7.4 临床用药经验与体会

7.4.1 补气摄血药

“气主煦之，血主濡之”，“无阳则阴无以生；无阴则阳无以化”。补气摄血为治疗产后恶露不绝的常用方法之一。通过补气可以摄血，且气能化血，使之阳生阴长，达到补气止血的目的。又冲任隶属于肝肾，产后冲任受损，肾气难免虚耗，肾虚不固，则恶露不绝。补肾可以调养冲任，冲任得固，则恶露自止。常用方剂：补中益气汤、举元煎、归脾汤。常用药物：党参、黄芪、升麻、柴胡、山药、白术、当归、陈皮、阿胶、炙甘草。补肾药多用续断、桑寄生、菟丝子、杜仲。

其中主药黄芪甘微温，党参甘平，均入脉肺二经，具有补中益气之功能，达到补气摄血之作用。现代药理研究认为，黄芪具有增强机体免疫功能和抗菌的作用，并通过细胞抑制病毒的繁殖，是补气摄血的代表药物。白术、山药、炙甘草健脾益气，陈皮理气，使之补而勿滞，当归、阿胶补血养血，升麻、柴胡升举下陷之清阳。

7.4.2 清热凉血药

“血得热则沸”，热邪迫血妄行。清热凉血药具有凉血，清热，使血循常道而不妄行的作用。“血以调为补”，所谓调就是调其偏，清热凉血就是纠其血热之偏，从而达到补血止血的目的。

清热凉血是以凉血药物为主，配合清热之剂，凉血和营，调理冲任。常用方剂：保阴煎、清经汤、清热固经汤。常用药物：生地、黄芩、黄柏、地骨皮、丹皮、地榆、女贞子、旱连草、乌贼骨、阿胶、熟地、山药、续断、白芍。女贞子、旱连草为二至丸，具有滋肾养阴，封藏肾精的作用。熟地、白芍益血敛阴，生地清热凉血、养阴生津，黄芩、黄柏清热泄火，直折热邪。地榆、丹皮清热凉血止血，续断固肾止血，乌贼骨固涩止血。

7.4.3 活血化瘀药

活血化瘀是治疗血瘀的基本治则。气为血之帅，血随气行，气滞可引起血瘀，血瘀也可引起气滞，所以活血化瘀常与行气药配合应用。气虚无力推动血液，则血行不畅，积而

成瘀，故气虚血瘀证，宜补气与活血化瘀药同用。瘀血不去，新血难安，所以血瘀证的患者，常伴有血虚，因此在活血化瘀中加入和血行血之品。出血病证，因瘀滞而致者，当以祛瘀为主，瘀血得去，则血自归经。出血多者，当配合止血药。常用方剂：生化汤、失笑散。常用药物：益母草、当归、川芎、赤芍、丹皮、山楂、桃仁。并适当配合制香附、广木香等气分药，取气行则血行之意，特别对胎盘残留者，活血化瘀尤为重要。再则根据中医辨证与西医辨病相结合，产后抵抗力低下，容易继发感染，形成子宫内膜炎，而致恶露不止，可应用清热解毒药，不必拘泥于“产后宜温”之说而不敢用寒凉之品。

7.5 外 治 法

7.5.1 温灸疗法

葱白 60g 姜汁 10g 细辛 4g 牙皂 3g 共捣烂，调鸡蛋清。敷患处，温灸。主治产后腹痛。

7.5.2 外涂疗法

蓖麻 30g 研细成膏。涂产妇足心，数分钟后胞衣即下，衣下即洗去。主治产后胞衣不下。

7.5.3 敷脐疗法

用下胞散(伏龙肝 50g 甘草 15g 研末)醋调如糊状涂敷神阙、关元，用胶布固定，约 10~15 分钟，胞衣即下。

7.5.4 外敷疗法

大麻子 40 个 雄黄 3g 上药共捣为膏，敷双侧涌泉穴。一般敷数分钟，胞衣即下，病愈立即去掉。主治产后胞衣不下。

7.5.5 热熨疗法

用艾叶炒热熨小腹。主治因寒凝血滞，胞衣不下。

7.5.6 腹带法

在腹壁上放棉花 4~5 层，用软布围而缚之。优点有三：一为外面稍加压力，能帮助子宫早日复原。二能使腹部温暖，防止固摄乏力引起恶露不绝。三防止腹壁肌肉由于分娩而引起的松弛，并减少内脏下垂之诱因。

7.6 针 灸 疗 法

取穴足三里，针刺，轻度刺激，留针 30 分钟。每日 1 次。主要用以治疗产后腹痛。或单用艾灸关元穴，每日 1 次，每次 20 分钟，主治产后腹痛。

7.7 西医治疗撮要

7.7.1 产后阴道出血量少，检查未发现明显异常者，可应用子宫收缩剂治疗。

7.7.2 出血时间较长者，应给予抗生素预防感染。若出现发热、子宫有压痛、恶露量增多有臭味，化验血象白细胞升高。则应按产褥感染进行治疗。一般可按药敏试验选用抗生素，根据病情轻重，采取肌肉注射或静脉点滴给药。可选用青霉素、氨苄青霉素、链霉素等。

7.7.3 子宫复旧不全或疑有胎盘残留，或出血较多，应立即行刮宫术，术前术后用宫缩剂及抗生素治疗，刮出组织应做病理检查。

7.7.4 对明确诊断为生殖道肿瘤，或滋养细胞肿瘤，或凝血功能障碍性疾病的患者，应按具体情况给予相应处理。

8 疗效评定标准

中华人民共和国中医药行业标准中，“中医妇科病证诊断疗效标准”部分关于产后恶露不绝的疗效评定标准如下：

治愈：阴道出血停止，症状消失。

好转：阴道出血减少，症状减轻。

未愈：症状无改善。

9 调摄护理

9.1 积极开展新法接生，无菌操作，对预防本病极为重要。

9.2 产后注意检查胎盘、胎膜是否完整，如发现不全时，应立即清理宫腔。

9.3 产褥期内要保持外阴清洁，经常更换月经垫，勤换内裤，禁止盆浴，禁止性生活，以避免或减少感染的机会。

9.4 产后不食或少食辛辣及寒凉食物，多食营养丰富食物。

9.5 加强产后护理，注意腹部保暖，避免感受风寒。

10 康 复

本病是产后常见多发病，治疗及时得当，多数能恢复正常，不留后患，预后良好。若治疗不及时，病情拖延日久，出血不止，可致血虚阴竭，机体抵抗力减弱，引起产后感染等症。若恶露淋漓日久，经治疗而不愈者，排除其他病变后，应考虑到绒癌的可能，要作进一步检查以明确诊断。

【近代研究】

1 理 论 研 究

1.1 病证名称与定义

1.1.1 病名

病证名历来是中医临床研究的争论焦点，从古到今，本病病名多样，但以恶露不绝命名者多，亦有恶露不尽，恶露不止之别名。

如全国高等医药院校第五版教材《中医妇科学》则用“产后恶露不绝”一词。^[1]而第六版教材《中医妇科学》则用“恶露不绝”，未加产后二字。^[2]笔者查阅多方面资料，发现以“产后恶露不绝”命名者居多，如刘奉五、裘笑梅等。而以“恶露不绝”命名者，如哈荔田、何子淮等。国家中医药管理局发布的中医药行业标准中有关中医妇科病证诊断疗效标

准则以“产后恶露不绝”命名。

高德明在产后恶露异常的讨论一文中指出：为了能对恶露异常进行正确的治疗，首先要在诊断上辨清楚这种恶露异常是属于哪一类型的，特别是恶露不尽与恶露不绝。这两类恶露异常，都有恶露淋漓而下的现象，但治疗却是完全不同。

一般来讲，恶露不尽是恶露行而不畅，行有未尽的意思，不仅排泄日期不长，排泄总量亦不足正常的数量，颜色呈暗紫色，气味腥秽，并混有小瘀块，腹部有胀痛感，而且往往腹痛一阵，恶露来一下，脉搏多呈弦滞。

恶露不绝是恶露应绝而不绝，无论从恶露排泄的时间和总量来说，都应当终止，但是还是淋淋漓漓地下来，不过血色很浅淡，没有臭气，腹部胀痛感极轻微，甚至完全没有，脉搏多呈涩弱，这是说明血虚体弱，子宫创伤面还没有及时地修复愈合。^[3]

1.1.2 定义

产后恶露不绝的概念，许多教材均认为产后恶露持续3周以上，仍淋漓不尽者，称为产后恶露不绝。笔者认为：此概念不够严密，因为恶露是指胎儿娩出后，胞宫内遗留余血、浊液。正常恶露初为黯红色，继则淡红，末为黄白色，一般在产后3周左右排净。如果写产后恶露持续3周以上，仍淋漓不尽者，为产后恶露不绝将不妥，应写产后血性恶露持续3周以上，仍淋漓不断者为产后恶露不绝，是否需加“血性”二字，有待商榷。中医药行业标准的中医妇科病证诊断疗效标准中有关产后恶露不绝的定义，比较准确，现引用如下：产后恶露不绝是由于产时劳伤经脉，导致气血运行失常，而致产后3周以上，仍有阴道出血者。

1.2 病因病机的研究

关于产后恶露不绝的发病机理历代多有不同，但概括起来，不外气血为病，脏腑功能失常，冲任损伤而致。

哈荔田认为：恶露不绝的发病机理总因肝肾虚衰，冲任失约，气血运行失常所致，并认为本病的发病因素以明代张景岳论述最为全面。哈氏认为肝肾二脏与产后恶露不绝有关。恶露不绝与现代医学的子宫复旧不良，产后感染、胎盘残留而形成恶露不绝症状相似。^[4]

刘奉五认为：其发病原因是瘀血内停，气不摄血，或阴虚内热，以气血运行失常为主。^[5]

何子淮认为：综合各家学说，结合临床体会，该病主要由气虚、血瘀、血热所致，但气虚为常，血瘀则次，血热较少。^[6]

韩百灵认为：产后恶露不绝其中有寒热虚实之不同，指出产后有寒有实证，不可忽视。^[7]

裘笑梅认为：鉴于产后(或人工流产后)多虚多瘀的特点，产后恶露不绝是由于产后营血虚耗，元气大伤，气虚则摄血无力，导致恶露淋漓不止，又冲任隶属于肝肾，产后冲任受损，肾气难免虚耗，肾虚不固，是以恶露久延。^[8]

夏桂成认为：产后恶露不绝，气血虚弱是其主要原因。此外，产时不洁，或产后护理不慎及产褥不洁，邪毒内侵蕴而化热，热迫血妄行也可致恶露不绝。强调了因邪毒入侵引起的恶露不绝。^[9]

吴昌生辨证治疗流产后恶露不绝113例，肉眼见到有残留胚胎组织排出者39人，可

见由胚胎组织残留而引起的产后恶露不绝不容忽视。^[10]

刘新生认为：血瘀型恶露不绝患者存在着全血比粘度，血浆比粘度增高的情况，经活血化瘀治疗后明显降低。^[11]

唐仲超认为：产后恶露不绝由冲任虚损，瘀阻气滞，肝经血热所致，强调冲任虚损。^[12]

宋世焱指出：产后恶露不绝分为风冷相搏，血滞气阻、火盛于内，肝经郁热，脾不摄血，下元虚寒。唯宋氏遵《妇人大全良方》，提出风冷相搏所致恶露不绝。^[13]

2 临床研究

2.1 辨证规律的研究

症状的观察是临床研究的基础。产后恶露不绝以阴道流血为主症，属于血证的范畴，根据以证立法，依法组方，理法方药完整统一的原则，进行辨证论治是多数学者治疗产后恶露不绝的常用方法。如蒲辅周、何子淮、哈荔田将产后恶露不绝都分为气虚、血热、血瘀三型。裘笑梅将产后恶露不绝分为气虚不摄、瘀血内阻、血热蕴郁三种类型，三者往往相兼为患。夏桂成将产后恶露不绝分为气虚失摄、瘀血阻滞、阴虚火旺。黎烈荣将产后恶露不绝分为气虚下陷不能摄血、阴虚血热血海不宁、肝郁化热迫血妄行、瘀血阻滞血不归经。吴昌生将本病分为二型：气虚夹瘀型、瘀热内阻型。

气虚夹瘀型症见小腹空坠或绵绵作痛，舌淡边有齿痕，苔薄润，无明显化热症状，多为恶露不绝未满1个月者，选用加味生化汤。当归、制香附各10g，炮姜炭、炙甘草各6g，川芎5g，桃仁6~10g，益母草10~15g，党参30g。加减：舌尖红、苔黄（有化热趋势）者，选加金银花、连翘各12g，黄芩或红蚤休6~10g，赤芍10g，蒲公英15~30g，恶露有块或腹痛明显者，酌加红花6g、生蒲黄（包煎）10g、焦山楂15g。

瘀热内阻型症见恶露色黯红，气秽臭，腹痛或腰骶酸坠，舌黯红，苔黄或腻，口干苦，低热起伏，便结溲赤，选用加味桃仁二丹四物汤。桃仁、红蚤休、生蒲黄（包煎）、炒蒲黄（包煎）各6~10g，丹皮、紫丹参、当归尾、赤芍、黄芪各10g，生地、焦山楂各15g，红花6g，川芎5g，益母草10~15g。加减：便秘者加大黄炭6~10g，发热者加蒲公英、白花蛇舌草各30g。

朱金凤在“23例产后恶露不绝分型论治”一文中，将产后恶露不绝分为气虚血瘀型、气血虚弱型、瘀血停滞型、阴虚内热型、瘀热阻滞型，其中21例服中药而痊愈，占91.3%。产后恶露不绝，西医认为主要是由于产后子宫复旧不全，产后胎盘或胎膜残留，产后感染等原因引起。以上三种原因与中医辨证分型的关系，从23例病案中分析，子宫复旧不全，以气血虚弱及气虚血瘀型较多见。胎盘或胎膜残留，或产后合并感染者，则大多数为瘀血停滞型。^[14]

陈卫民在“产后恶露不绝治验介绍”一文中将产后恶露不绝分为心脾两虚型、肝肾阴虚型、冲任虚损型、肝郁挟热型、血瘀滞阻型，并认为辨证要注意出血的量多量少、色深、色淡、色紫，有无瘀块，或稀或稠，有无胀痛，拒按喜按等。^[15]

刘新生在“缩宫逐瘀汤治疗血瘀型恶露不绝的临床与实验研究”一文中指出：68例

经治疗获痊愈 63 例，占 92.7%，好转 3 例，占 4.4%，无效 2 例，占 2.9%，总有效率为 97.1%。其中 31 例患者分别在治疗前和治疗后 3~10 天进行了血液流变学指标的检测。近几年来认为血液流变学检查指标可作为衡量血瘀是否存在的参考依据。本文血液流变学测试结果，反映血瘀型恶露不绝患者存在着全血比粘度、血浆比粘度增高的情况，经治疗后则明显降低。^[11]

田中立等人在“银黄汤治疗恶露不绝 62 例疗效观察”一文中指出：产后恶露不绝分气虚型、气虚挟瘀型、血热型、血热挟瘀型。疗效标准为：痊愈：药后血止；好转：药后出血量减少，或用药期间出血停止，停药后又出血；无效：用药 2 个疗程后，出血无变化，甚至增多者。治疗结果为治愈 56 例，好转 3 例，无效 3 例。56 例痊愈患者，服药最少 2 剂，最多 10 剂，平均 5.5 剂，其中 2~5 剂 40 例，6~10 剂 16 例，说明服药剂数与疗效不成正比。^[16]

唐仲超在“治疗产后恶露不绝的经验”一文将产后恶露不绝分为冲任虚损、瘀阻气滞、肝经血热三型，并认为妇女以血为主，血虚则冲任失调，故用药处处要照顾阴血。本病虽以虚证多见，但亦不可拘泥于“产后无有余”之说，恣用峻补，必须审详。辨证一般以有痛为实，无痛为虚。^[12]

宋世焱在“产后恶露不绝的辨证施治”一文中指出：产后恶露不绝可分风冷相搏、血滞气阻、火盛于内、肝经郁热、脾不摄血、下元虚寒。风冷相搏治以温经祛瘀，以玄胡索散为主（玄胡索、当归、制香附、桃仁、炮姜、蒲黄、益母草、独活、吴萸、乌药）。血滞气阻治以调气行瘀，以芎归七气汤加味（川芎、当归、姜半夏、川朴、桂心、茯苓、苏叶、陈皮、党参、益母草、青皮炭）。火盛于内治宜寒凉降火，养阴止血为主，并根据其原因分别用药。如过食姜椒糖酒引起者，用神功散加减（当归、生熟地、党参、杜仲、玄参、黄芩、知母、制香附、黄柏、生甘草、荆芥炭）；如因夏暑炎热引起者，用梔丹四物汤加味（焦山梔、丹皮、当归、生地、川芎、炒白芍、荆芥炭、黄芩、黄柏、飞滑石、党参、乌梅）；如在冬季因向火取暖而引起者，用清化饮加味（白芍、麦冬、丹皮、茯苓、黄芩、生地、川石斛、木通、荆芥炭）。肝经郁热治以平肝解郁，佐以凉血止血，以解郁止血汤（柴胡、丹皮、白芍、生地、当归、白术、三七末、荆芥炭、炙甘草）。脾不摄血治宜理脾疏郁、养血止血，用六君子汤加味（党参、白术、茯苓、炙甘草、陈皮、姜半夏、柴胡、当归、川芎、佛手柑、仙鹤草）。下元虚寒，急宜温精补气以固元防脱，方用白芍药散加味（白芍、煅牡蛎、干姜、熟地、桂心、黄芪、龙骨、乌贼骨、鹿角胶、党参、白术、陈棕炭、升麻炭）。^[13]

“郑长松治疗恶露不绝经验简介”一文认为恶露不绝，辨证重在察其恶露之色、质、量、味，并参合舌脉及见症，依其症而立法遣药。气虚不摄者，症见恶露淡少，神疲萎靡、面色苍白，纳呆无味，乳房松软，汁少质稀，舌淡乏苔，脉象细弱。法当益气摄血，药以参、芪、白术、山药为主，辅以养血收涩之剂，脾气复能统，血自归元。血热蕴郁者，症见恶露量多质稠，色泽鲜艳，味臭难闻，面红舌赤，口干咽燥，脉象细数。法宜凉血益阴，佐以摄固。药用生地黄、藕节、旱莲草、白芍、黄芩、龙骨、牡蛎等。瘀血内阻者，症见恶露或多或少，色呈黯紫有块，小腹疼痛拒按，下血块后稍缓，舌黯边有紫点，脉来涩或细弦。自拟活血化瘀汤（益母草、当归各 30g，赤芍、白芍、川芎各 10g，炒桃仁 15g，蒲黄、五灵脂各 10g，炮姜、广木香各 6g，肉桂、生甘草各 3g）。^[17]

吴昌生辨证治疗流产后恶露不绝 113 例，经治疗后全部血止，肉眼见到有残留胚胎组织排出 39 人。其中服 1 剂药血止者 21 人，服 2 剂药血止者 27 人，服 3 剂药血止者 36 人，服 4~7 剂药血止者 2 人，服 8~25 剂药血止者 4 人。分为气虚夹瘀型和瘀热内阻型。^[10]

2.2 治则治法的研究

2.2.1 治则概述

产后恶露不绝属于产后病范畴，因此具有产后多虚多瘀的特点，常以气虚、血热、血瘀的症状较为突出，产后恶露不绝不论属虚属实，终为冲任不固所致，故治宜固冲止血，固冲之法，应遵循虚者补之，热者清之，留者攻之的原则，分别施治。

2.2.2 治法研究

临床科研最终以提高疗效为目的，因此多年来，临床各家从临床观察和总结有效经验入手，积极寻找和创新最合理的治疗方案与方药。

近代医家多宗前人之说，依据临床表现辨证论治。哈氏提出治疗产后恶露不绝三大法，分别采用补益肝肾，固冲养血；清热养阴，凉血止血；活血化瘀，行血止血的方法。如产后恶露不止，迁延日久，常导致大下暴脱的危险证候，故当务之急，极需固络止血。

刘奉五提出，临床多以瘀血内停为主，但能相互兼见，或夹杂为患，所以，治疗时重点在于活血化瘀，并根据病情兼以益气养血，或养阴凉血等法，临床体会到病程较短者易治，若持续时间较长，证型交错，辨证用药也比较困难。

何子淮认为血瘀产后恶露不绝可用失笑散、生化汤等活血化瘀轻剂，有时难以奏效，则采用化瘀重剂，如血竭化症汤加减。化瘀疗法的选用需要谨慎，不可偏重破散，免正气损伤。对血热型更要注意选药，不可用寒凉之剂，否则苦寒败胃，可导致乳汁减少等证出现。

韩百灵认为：产后恶露不绝，其中有寒热虚实之不同。如属于寒实者，宜温而攻之；属于虚寒者，宜温而补之；属于实热者，宜清热活血；属于虚热者，宜养阴补血。特别是属于虚者，宜当缓补收功，属于实者，务必急下得救，否则恶露上攻而致血晕，或瘀血积留日久致变积之患。

裘笑梅认为：根据产后多虚多瘀的特点，本病应着重补虚和祛瘀，补虚以益气固肾为主，因产后营血虚耗，元气大伤，气虚则摄血无力，导致恶露淋漓不止，补气可以摄血，且气能化血，此“阳生阴长”之义，又冲任隶属于肝肾，产后冲任受损，肾气难免虚耗，肾虚不固，是以恶露久延，补肾可以调养冲任，冲任得固，则恶露自止。对胎盘残留者，活血化瘀尤为重要，根据中医辨证与西医辨病相结合，产后抵抗力低下，容易继发感染，形成子宫内膜炎，而致恶露持续不止，可用清热解毒药物，不可拘泥于“产后宜温”之说，而不敢用寒凉之品，其次，收敛止血亦不可忽视，多与活血祛瘀法，配合应用；通中有守，相辅相成。

夏桂成认为：产后恶露不绝，气血虚弱是其主要原因，此外，产时不洁或产后护理不慎及产褥不洁，邪毒内侵、蕴而化热、迫血妄行，也可致恶露不绝。辨证分为三型：气虚失摄证、瘀血阻滞证、阴虚火旺证。对血瘀等实证类型，一面服用活血化瘀的生化汤，一面应进一步检查，如确系胎盘、胎膜残留者，要行清宫术，特别是行人工流产或半产、引产者，更应考虑手术清宫，不得徒持药饵。凡恶露经久不绝者，必须注意两种情况：一是

继发的湿热感染。凡气虚、阴虚血热、血瘀，特别是后两者，极易引起湿热的继发因素，因此必用清利、清化之剂，不可拘泥于“产后宜温宜补”之陋习。二是恶性化，久漏不已，尚需作进一步检查，如尿、血的 HCG 测定和诊刮病检，警惕绒毛膜上皮癌的存在，以便较早发现，较早防治。

高德明将产后恶露不绝治疗归纳为三大法：一是破血逐瘀法。这一方法的目的是刺激子宫引起强烈的收缩，使瘀塞或滞留在子宫内的恶露，得以向外排泄，主要适用于恶露不下。二是行气活血法：这种方法改善子宫机能，促进子宫内的血液循环，使恶露的排泄更通畅一些，虽亦有助于子宫的收缩，但远没有破血逐瘀法来得强大有力。一般是用以治疗恶露不尽。三是补益止血法：这是为治疗恶露不绝而设计，目的在于增进全身的生活机能，以改善局部的创伤出血情况，使早日获得愈合健复。^[3]

蒲辅周认为：“产后恶露不止，由血瘀引起，宜活血化瘀，通因通用之法，方宗桃仁四物汤加益母草。血止后用八珍汤加益母草、鸡血藤海螵蛸。由血热引起，用保阴煎加减（黄芩、黄柏、生地、熟地、白芍、川断、山药、甘草、益母草），气血虚而色淡者，用十全大补汤或人参养荣汤主之。”^[18]

黎烈荣认为：运用中医药治疗产后恶露不绝，具有收缩子宫、控制感染、排出胎膜、消除恶露、促进子宫复旧等功效，尤其是避免了清宫术给患者带来的痛苦。^[19]

高德明认为：恶露不绝和一般子宫出血不同，决不是单纯应用止血药所能见效的。但既有出血，止血药还是不可少的，更重要的是，强壮药的使用。通过临床实践，总结出治疗恶露不绝的基本方：黄芪 15g 干地黄 15g 杜仲 15g 党参 15g 白芍 10g 续断 15g 白术 10g 阿胶 15g 桑寄生 15g 棕榈炭 15g 地榆炭 15g 生甘草 15g。^[3]

2.3 方剂用药研究

历代医家治疗产后恶露不绝创制了许多专门方剂。这些方剂的组成和运用，足以反映出治疗本病的用药特点。

根据验方用药规律分析，结合笔者对 25 个治疗产后恶露不绝方剂统计发现，治疗产后恶露不绝的用药使用率较多的是益母草、当归。益母草辛苦微寒，归心、肝、膀胱经，具有活血祛瘀、利尿消肿的作用，为妇科经产要药。此外，还能清热解毒，如《本草纲目》：“活血破血，调经解毒。”药理实验证明：益母草对子宫有显著的兴奋作用，能收缩子宫而止血。当归甘辛温，归肝、心、脾经，具有补血活血止痛润肠的作用，为良好的补血药。药理实验证明：当归对子宫的作用与子宫机能状态有关，当子宫内未加压时，当归轻度抑制子宫收缩，子宫肌肉松弛，血流通畅，局部营养改善；当子宫内加压时，则使子宫收缩由无节律变为有节律，且节律变慢，此时子宫肌肉有充分休息时间，收缩力增加。且当归具有抗炎镇痛作用。其次使用率较高的是党参、黄芪补气药，其中有 8 方，用此二味药；再次为活血化瘀药，如蒲黄、丹皮、桃仁、丹参、红花、乳香、没药、三七、山楂等；还有清热解毒药，如红藤、败酱、栀子、黄芩。

总之从用药统计的大体情况可以看出，中医药治疗产后恶露不绝，无论从理论上还是治疗原则上，与古代亦有所不同。古代多以虚瘀立论，治以补气养血，活血化瘀；其次为风冷相搏，治以温经散寒。今人多沿用补气养血，活血化瘀治疗，同时增加了清热凉血、

清热解毒药的应用,而很少用温经散寒之品。

2.3.1 验方治疗

(1) 红酱饮(黎烈荣方)

红藤 30g,败酱草 30g,白花蛇舌草 15g,贯众 12g,蒲黄炭 12g,牡丹皮 9g,栀子 9g,双花炭 9g,谷芽 12g。本方具有清热解毒,行瘀止血的作用。用于产后恶露不绝因子宫内膜炎而致者有良效。

(2) 产后康膏剂(孙宁铨方)

由黄芪、党参、当归、地黄、杜仲、益母草等 6 味中药配制而成,每瓶 400g,每次服用 30g,每日 2 次,具有祛瘀生新,促进子宫复旧,补虚止血的作用。主要用于产后气血虚弱所致的恶露不绝。孙宁铨等用此膏剂治疗产后恶露不净 26 例,总有效率 88%。

(3) 新生化汤(石补天方)

丹参 60g,桃仁、红花各 3g,制乳香、没药各 9g,茺蔚子 15g。随证加减,每日 1 剂,一般服药 3~5 剂。石补天用本方治疗产后恶露不绝 23 例,全部治愈。

(4) 缩宫逐瘀汤(刘新生方)

川芎、当归、刘寄奴、桃仁各 12g,蚕休、枳壳各 20g,益母草、焦山楂各 30g,炮姜 6g,甘草 3g。水煎服,每日 1 剂,症状消失,恶露干净后停药。具有活血化瘀,清热解毒作用。刘新生用本方治疗 68 例,血瘀产后恶露不绝,总有效率 97.1%。

(5) 银黄汤(田中立方)

银花炭、益母草各 15g,炒黄芩、炒丹皮、炒蒲黄、茜草、焦楂曲各 10g,党参 12g,贯众炭 30g,大黄炭 6g。每日 1 剂,5 剂为 1 个疗程。最多服 2 个疗程。本方具有益气祛瘀,清热作用。田中立用本方治疗恶露不绝 62 例,痊愈 56 例,好转 3 例。

(6) 产后恶露净(戚华方)

黄芪、乌贼骨、益母草、桑寄生各 30g,党参、当归、茜草炭、侧柏炭、血余炭、炒蒲黄各 15g,枳壳 10g,三七粉 3g(吞服),甘草 5g。每日 1 剂,水煎服。本方具有益气补肾、活血止血作用。戚华用本方治疗恶露不绝 35 例,治愈率为 97%。

(7) 益宫饮(蒙凤竹方)

党参、女贞子、墨旱莲、茜草、益母草各 5g,白术、蒲黄炭各 12g,甘草 3g。每日 1 剂,将上药用冷水 400ml 浸泡 30 分钟,煎取药液约 150~200ml,分 2 次服。本方具有补气益阳,化瘀调肾的作用。蒙凤竹用上方治疗人工流产后恶露不绝 60 例,总有效率为 98.3%。

(8) 调经汤(杨宗孟方)

当归 20g,白芍 25g,黄芩 15g,白术 20g,山药 20g,柴胡 15g,芥穗 15g,女贞子 30g,旱莲草 25g。本方具有清肝补肾,调冲任的作用。杨宗孟用本方治疗流产、引产后恶露不绝有良效。

(9) 加减生化汤(李秀志方)

当归 24g,川芎、桃仁各 10g,炮姜 3g,炙甘草 5g,炒麦芽 20g。于产后当天或第 2 天开始服药,每日 1 剂,早晚分服。本方具有活血化瘀、温经止痛、调理气血作用。李秀志用本方治疗中期引产后胎膜残留 125 例,治愈率为 99.2%。

(10) 蒲黄醋丸(张红玉方)

生蒲黄 60g, 醋适量。先将醋倒入锅内煮沸再放入蒲黄搅拌成稠糊状, 得凉后, 团如弹子大(约重 9g), 每服 1 丸, 用醋化开后, 早晚各 1 次。张红玉用本方治疗恶露不绝 46 例, 痊愈 44 例, 有效无效各 1 例。

(11) 王渭川验方

生地 12g, 熟地、白芍各 12g, 麦冬 15g, 山药 20g, 连翘 12g, 制香附 10g, 台乌 10g, 木香 6g, 女贞子 20g, 旱莲草 24g, 乌贼骨 15g, 茜草根 15g, 冬瓜仁 20g, 砂仁 3g。每日 1 剂, 水煎服。本方具有养阴清热、理气调冲止血的作用。

(12) 化湿止露饮(黎烈荣方)

鲜荷叶 1 张, 佩兰、陈皮、茯苓、苡仁、升麻各 10g, 藿香、法半夏、厚朴、苍术各 6g, 黄芩、沙参各 20g, 黄柏 15g, 甘草 3g。水煎服, 每日 1 剂。用于人流后恶露不尽。

(13) 鹿芪恶露煎(黎烈荣方)

炒党参 12g, 生黄芪、黑芝麻各 15g, 炒当归、白芍、益母草、鹿角霜、川断、狗脊各 9g, 仙鹤草 20g, 白芷、川芎各 3g, 玫瑰花 1.5g。水煎服, 每日 1 剂, 一般 2~4 剂恶露即净。用于产后恶露量多, 体虚气血双亏者。

(14) 归桃汤(黎烈荣方)

当归 15g, 桃仁、川芎、丹皮、丹参、血余炭、生熟地、蒲黄各 10g, 益母草 12g, 炮姜、炙甘草各 6g。水煎服, 每日 1 剂。用于产后恶露不绝伴有腹痛拒按者。

(15) 温经止露饮(黎烈荣方)

生蒲黄、五灵脂、川芎、桃仁、红花各 9g, 当归 12g, 炮姜炭 15g, 炙甘草 3g。水煎服, 每日 1 剂, 一般服 2~4 剂即愈。用于产后恶露不尽伴腹痛, 证属虚寒者。

(16) 冠榆饮(黎烈荣方)

鸡冠花、地榆、仙鹤草、椿根皮各 30g, 川柏、炒槐米、棕炭各 12g。水煎服, 每日 1 剂, 一般服 3 剂恶露即净。

(17) 清宫汤(李支勤方)

益母草 30~60g, 马齿苋 30g, 生蒲黄 12g, 桃仁、红花、川芎各 10g, 当归 15g。每日 1 剂, 水煎服。

(18) 双花汤(姚寓晨方)

鸡冠花 15g, 金银花 15g, 当归 10g, 泽兰 10g。水煎分服, 每日 1 剂。

(19) 李祥云验方

党参、黄芪各 15g, 升麻 9g, 生地 12g, 熟地 9g, 川芎 4.5g, 当归 9g, 益母草 15g, 乌贼骨 12g, 生茜草 4.5g。水煎分服, 每日 1 剂, 连服 7 剂。

(20) 复方生化汤(何少生方)

当归 10g, 炒川芎 6g, 熟军 6g, 桃仁 6g, 炮姜 5g, 益母草 10g, 丹皮 9g, 炙甘草 5g。如胎盘残留, 当归增至 60g。

(21) 固经灵(胡洪瑞方)

党参、白术、炙黄芪、阿胶(烔化)、贯众炭、生地榆、海螵蛸、益母草各 15g, 茜草炭 10g, 仙鹤草 30g, 升麻、荆芥炭、炙甘草各 6g。水煎服, 每日 1 剂, 血止后继服 3 剂。

(22) 杨新顺验方

归尾 7g, 玄胡 3g, 乌药 7g, 红花 6g, 桃仁 14 粒, 苏木 6g, 肉桂 3g, 枳实 7g, 牛膝 3g, 厚朴 10g, 陈皮 7g, 益母草 15g, 甘草 3g。

(23) 参阿失笑汤(李兴培方)

党参 30g, 阿胶 10g, 醋灵脂 10g, 炒蒲黄 25g。忌用于血热所致恶露不尽。

(24) 固冲方(唐永淑方)

黄芪 30g, 砂仁 3g, 陈皮 10g, 白芍 12g, 旋覆花 10g, 阿胶 10g, 侧柏炭 15g, 血余炭 6g, 茯神 15g。水煎服, 日 2 次, 口服。

(25) 益红膏(中国中医研究院西苑医院妇科验方)

益母草 15g, 红花 9g, 生蒲黄 9g, 川芎 9g, 牛膝 9g。上药浓煎去滓, 加赤砂糖 30g, 搅和成膏, 每日早晚, 空腹时服 6g, 开水调服。用于产后恶露不净、儿枕痛等症。

2.3.2 食疗方法

(1) 马齿苋饮

鲜马齿苋 500g, 白糖 20g。马齿苋洗净去根, 冷开水再浸洗后, 捣烂取汁, 加白糖拌匀, 加热后分 2~3 次饮用。

马齿苋味酸, 微寒, 功能凉血止血。药理研究表明, 本品对豚鼠、大鼠、家兔的离体子宫和兔、犬在体子宫均有明显收缩作用, 临床用于产后子宫缩复不良之子宫出血有效。适用于血热所致产后恶露不绝者。

(2) 韭菜汁饮

鲜韭菜 500g, 血余炭 6g, 白糖 20g。韭菜洗净, 冷开水浸洗片刻, 搅烂榨汁, 调入白糖、血余炭。分 1~2 次服。

韭菜辛温, 能散血逐瘀, 药理研究表明本品对离体子宫有兴奋作用, 提示韭菜通过收缩子宫而达到止血目的, 配伍血余炭能收涩止血。适用于寒凝血瘀所致产后恶露不绝。

(3) 泽兰酒

泽兰 30g, 米酒 300g。上二味共煎, 服时再加少量米酒。

(4) 乌鸡蛋煲酒醋

乌鸡蛋 3 个, 大枣 20g, 醋、酒各 30g。先将鸡蛋煮熟去壳, 加入酒醋、大枣及适量水再煮 20 分钟, 分次服食, 每日 1 剂, 连服数天。

(5) 圆肉红枣粥

桂圆肉、红枣各 30g, 大米 60g。同煲粥食用。

(6) 益母草猪骨汤

益母草 100g, 枳壳 30g, 猪骨 250g。猪骨洗净斩碎, 益母草、枳壳洗净。三味同放砂锅内, 加清水 8 小碗, 煮沸后慢火熬至 2 小碗, 食盐调味成汤。每次饮 1 小碗, 一日分 2 次食完。

益母草辛, 微苦, 平, 善于活血祛瘀, 使瘀血去新血得以归经而出血自止; 枳壳苦, 微寒, 破气行气, 与益母草合用, 能增强益母草祛瘀止血之力。药理研究证明, 益母草与枳壳对子宫有显著的兴奋作用, 故能收缩子宫而止血。猪骨含钙、磷等元素, 对血液凝固有帮助, 尤以产妇更适宜。本汤适用于血瘀所致产后恶露不绝。

(7) 山楂青梅汤

山楂 15g, 青梅 10 枚。同放煲内煎汤取汁饮服。

(8) 益母糖茶

益母草 6g, 红糖 15g, 茶叶 3g。3 味用鲜开水泡 15 分钟, 当茶饮。适用于血瘀恶露不绝。

(9) 益母草山楂糖水

益母草、生山楂各 50g, 砂糖 100g。山楂去核切片, 与益母草放煲内, 加水 500ml, 煎取 400ml, 加入砂糖收膏, 每次服 20ml, 每日 2 次。

2.3.3 单方治疗

(1) 鹿角霜饮。鹿角霜末 30g, 酒水各半煎服。用于产后恶露不绝伴小腹疼痛者。

(2) 益母草 30g, 红糖适量, 水煎服。

(3) 血余炭 9g, 温酒送服。

(4) 荆芥炭 9g, 温酒送服。

(5) 马齿苋 30g, 水煎服。

(6) 八珍益母丸, 1 丸, 日 2 次, 口服。

3 实验研究

3.1 马齿苋 30g, 水煎服。

《中药大辞典·马齿苋》认为: 本品药物作用“提取液对豚鼠、大鼠及家兔离体子宫和家兔及犬的在体子宫都有明显的兴奋作用。产妇口服鲜马齿苋汁 6~8ml, 可见子宫收缩增多, 强度增加。”

“经 500 余例临床观察, 马齿苋注射液, 可以代替麦角新碱, 使子宫平滑肌收缩, 其作用甚至较麦角新碱为强。”

3.2 益母草 30g、红糖适量, 水煎服。

《中药大辞典·益母草》药理研究证实: 益母草的水浸膏或乙醇浸膏不但在离体子宫, 而且在体子宫(静脉注射), 子宫痿(灌胃)的试验中均证实有兴奋作用, 子宫的振幅, 收缩率, 紧张度, 无论已孕或未孕者均见增加, 持续时间颇久。”

3.3 蒙凤竹通过临床实践证实, 属子宫复旧不良, 血红蛋白、红细胞计数偏低者, 多与气虚有关。白细胞(尤其中性)偏高, 或诊为子宫内膜炎者, 多与血热、血瘀有关, 疑有胎盘胎膜残留者多与瘀血有关。诊断性刮宫提示于宫内膜增殖期或增生过长者, 多与肾虚有关。临证时, 将辨病与辨证相结合, 能提高本病的疗效。^[20]

3.4 刘新生认为恶露不绝的发生机理, 主要是产后子宫复旧不良, 感染、胎盘、胎膜残留所致。刘新生用缩宫逐瘀汤治疗 68 例血瘀型恶露不绝者, 总有效率为 97.1%。其中 31 例患者分别在治疗前和治疗后 3~10 天进行了血液流变学指标的检测。另以 30 名人工流产术后 8~15 天恶露属正常的健康妇女作为对照组。全血比粘度(%)对照组为 3.63 ± 0.31 (均值 $\pm$ 标准差), 31 例患者治疗前为 3.9 ± 0.38 , 明显高于对照组 ($P < 0.01$), 治疗后降至 3.69 ± 0.37 , 与治疗前相比有显著性差异 ($P < 0.05$)。血浆比粘度 1%, 对照组为 1.77 ± 0.16 , 31 例患者治疗前为 1.87 ± 0.17 , 明显高于对照组 ($P < 0.05$), 治疗后降至 1.78 ± 0.16 , 与治疗前相比有显著性差异 ($P < 0.05$)。^[11]

抗炎实验：SD大鼠20只，随机分为给药组和对照组，每组10只。给药组以缩宫逐瘀汤(100%浓度)2.5ml/只灌胃，对照组灌入等量生理盐水。30分钟后，从SD大鼠左右足掌腱膜下向关节周围注入25%甲醛液0.1ml。注入甲醛后0.5、1、2、3小时，分别测量左右两踝关节周径，以左右两踝关节之差作为关节肿胀程度。

结果表明：注入甲醛后30分钟至3小时，给药组动物的踝关节肿胀平均小于对照组，经统计学处理有显著性差异($P < 0.05$)。本实验结果表明，本方能使SD大鼠后肢注射甲醛而产生的炎症减轻。

对家兔在体子宫的观察结果表示，缩宫逐瘀汤对家兔在体子宫有兴奋作用。其具体方法是取健康成年雌性家兔18只，体重1.6~2.5kg。用乌拉坦1g/kg体重静脉麻醉后，开腹在子宫分叉处约2cm处穿线，将一侧子宫角拉过玻璃筒底部橡皮膜中央的卵圆孔，连接张力换能器，筒中注入38~39℃的洛氏液30ml。甲组兔子8只，引线关闭腹腔，稳定30分钟后，观察子宫自发性活动20分钟，然后筒内加缩宫逐瘀汤，观察子宫的收缩变化。乙组家兔10只，在剑突下剖腹找出十二指肠，引线关闭腹壁，稳定30分钟后，观察子宫自发活动20分钟，然后从十二指肠给缩宫逐瘀汤6ml/kg体重，观察给药后50~70分钟的子宫收缩变化。

于洛氏液中直接给药，主要表现为子宫张力提高，频率增快，收缩力增强。从十二指肠给药，主要表现为子宫张力提高，收缩力增强但频率变化不明显。

3.5 胡洪瑞自拟固经灵治疗药物流产后出血30例，认为药物流产后出血时间过长的原因主要是蜕膜脱落不全和宫缩较差所致。据现代药理分析，党参、黄芪有增强子宫收缩的作用。经观察，本组30例中，有8例服药后，开始阴道流血反见增多，血块排出后，血量逐渐减少，最后停止。可见补气药确有帮助子宫收缩，促使残留蜕膜排出的作用。

3.6 李克勤用清宫汤治疗人工流产后出血68例，65例痊愈，2例有效，1例无效。李氏认为瘀是根本，逐瘀是关键。清宫汤以益母草、马齿苋活血逐瘀，缩宫止血，清热解毒；桃仁、红花、川芎、当归活血化瘀养血，生蒲黄活血止血，使瘀血去、新血生而血自归经。

本组病例中30例经B超证实子宫内有胚胎组织残留或积血，经清宫汤治疗后，有29例经B超证实子宫内残留物和积血全部排出，有32例子宫复旧不良，投清宫汤加减后出血停止。故清宫汤具有逐瘀止血、缩宫复旧的作用，亦有抗感染并促进炎症吸收的作用。

3.7 张红玉等认为：现代药理研究证实，蒲黄有良好的收缩子宫作用，并能使血小板数目增加，用于恶露不绝，功专力宏。^[22]

【古训今释】

1 病名溯源

恶露不尽一词，始见于《金匱要略·妇人产后病脉证并治第二十》，“产后七八日，无太阳证，少腹坚痛，此恶露不尽，不大便，烦躁发热，切脉微实，再倍发热，日晡时烦躁者，不食，食则谵语，至夜即愈，宜大承气汤主之，热在里，结在膀胱也。”论述了产后瘀血内阻，恶露不尽兼阳明腑实之证治。

类名于《诸病源候论·产后血露不尽候》曰“新产而取风凉，皆令风冷搏结于血，致使

血不宜消，蓄积在内，则有时血露淋漓下不尽。”

唐·孙思邈《千金翼方·卷六·妇人二·恶露》列别名甚多，如“恶露不尽”、“余血不尽”、“子血不尽”、“留血不尽”。

其后由《外台秘要·妇人下》更名为产后恶露不绝，并列方4首。《妇人大全良方》继《外台秘要》之后，乃采用产后恶露不绝一名。但《产鉴·卷之下》则把恶露不绝称为血不止，其曰：“血不止者，恶露淋漓不绝也。”后世医家及现代中医教材，多采用“产后恶露不绝”一名。亦称“恶露不止”，或“恶露不尽”、“血露不尽”。

2 病 证

2.1 时 间

《女科经论·产后门》曰：“产后有恶露不绝之证也，妇人产下其血不止，大约一月为期……如逾一月二月而淋漓不绝，非气虚不能摄血，即立斋所论肝脾二经有亏。《大全》云，经血虚损不足是矣。”又如《女科秘决大全·安全产后秘决》曰：“产后恶露，常以弥月为期，然间有六七朝即净者，又未可以概论也，虽产母禀质不同，而胎之所禀亦异，如胎息壮盛，则气血尽归其子。”《女科秘决大全·安全产后秘决·产后小腹痛》引单养贤曰：“产后脐下痛，在七日内，未曾服药者，当作恶露不尽论。如按而痛止者，属虚，加味生化汤”。恶露是指胎儿娩出后胞宫内残留的余血浊液等。正常恶露初为黯红色，继则淡红，末为黄色或浅白色。一般产后3周左右干净。如产后恶露持续1个月以上且为血性而淋漓不断者，为恶露不绝。

2.2 兼 证

产后恶露不绝，可有往来寒热、恶寒发热、腹痛、心烦、头重、气短等多种兼证。

2.2.1 往来寒热

《备急千金要方·妇人方中》：“产后往来寒热，恶露不尽”。

2.2.2 心烦

《备急千金要方·妇人方中》：“产后余血不尽，奔上冲，心烦腹痛”。

2.2.3 腹痛

《备急千金要方·妇人方中》：“产后恶血不尽，腹中绞刺痛不可忍”。

2.2.4 四肢疼痛

《太平圣惠方·治产后恶露不绝腹痛诸方》：“产后恶血不尽，心神烦热，四肢疼痛。”

2.2.5 腹胁疼痛

《太平圣惠方·治产后恶露不绝腹痛诸方》：“恶血不尽，腹胁疼痛”。

2.2.6 头重

《太平圣惠方·治产后恶露不绝腹痛诸方》：“恶血不下，腹内疔痛，头重。”

2.2.7 气短

《太平圣惠方治产后恶露不绝腹痛诸方》：“产后恶露不绝，腹中疔痛，气息乏力”。又曰：“产后恶露不绝，心闷气短，四肢乏弱，不能饮食，头目昏重”。

2.2.8 面色萎黄

《太平圣惠方·治产后恶露不绝诸方》：“产后脏虚冷，致恶露淋漓不绝，腹中时痛，面色萎黄，羸瘦无力”。

2.2.9 胞衣不下

《仁斋直指方论·妇人》：“产后恶露不尽，胞衣不下，血气攻心眩晕”。

2.2.10 食少

《太平圣惠方·治产后恶露不绝诸方》：“产后恶露不尽，腹内疼痛，心神烦闷，不思饮食”。又曰：“产后恶露下不尽腹内疼痛，虚烦不食”。

2.2.11 恶寒发热

《万病回春·产后》：“产后恶露不尽，胸腹饱闷疼痛，或腹中有块，恶寒发热，有恶血也”。

2.2.12 昏迷

《万病回春·产后》：“产后恶露不尽，瘀血上冲，昏迷不醒，腹满硬痛者，当去恶血”。

2.2.13 二便异常

《胎产心法·恶露不止》：“产后恶露不尽，留滞作痛亦常有之，然此与虚痛者不同，必其渐而甚或大小便不行……”。《金匱要略·妇人产后病脉证治第二十一》：“产后七八日……此恶露不尽，不大便，烦躁，发热……宜大承气汤主之”。

2.3 分 类

《诸病源候论》把恶露异常，分列为三候，但只说明了“恶露不尽”一证，主要是沿用了张仲景在《金匱要略》中的提法。唐代孙思邈《备急千金要方》对恶露提出了 29 种方药，但大部分是治疗恶露不尽的，只有几个方子谈到可以用于“产后漏血不止”。《胎产心法·恶露不止》指出“产后恶露不止，非如崩漏暴下之多也”。明确指出产后出血与产后恶露不尽，有明确区别，产后出血量往往较多，现代医学认为产后出血量超过 400ml，为产后出血，往往在产后 24 小时之内发生。

《陈素庵妇科补解·产后恶露不止方论》指出：“产后恶露宜去，但七日后，或半月内，当去尽而止。若迁延不止，淋漓不断者，大约劳伤筋脉所致……然名是恶露，则非新生之血，不可复留，若迟至一二月，犹点滴未尽，则又非恶血可比矣。或肝虚不能藏血，或脾虚不能摄血，或肝虚生热，致血妄行，或脾郁生热，血不归源，亦未可知。况淋漓不断则又非产后血崩、血败诸症，可以例治”。指出了产后恶露不绝与产后血崩、血败的区别。

《陈素庵妇科补解·产后恶露乍来忽断方论》曰：“产后恶露方下，忽然一断，寒热往来，妄言谵语，如见鬼神，此热入血室，故乍行忽断也”。说明恶露不止之外尚有恶露乍来忽断，热入血室之证，临证不可不察。

3 病因病机学说

关于产后恶露不绝的病因病机，历代医家对其描述各有所异。汉·《金匱要略·妇人产后病脉证治第二十一》中言“恶露不尽”。其曰：“产后七八日，无太阳证，少腹坚痛、此

恶露不尽”。论述了产后瘀血内阻，恶露不尽兼阳明腑实之证治。

隋·《诸病源候论·妇人产后病诸候上》有“产后血露不尽候”、“产后恶露不尽腹痛候”。其曰：“新产而取风冷、皆令风冷搏结于血，致使血不宜消，蓄积在内，则有时血露淋漓不尽”。论述了病因为风冷搏于血，导致虚损，或内有瘀血所致。

唐·孙思邈《千金翼方·妇人二·恶露》卷六列方十八首，主治因虚、瘀、热所致的不同证候。

宋《妇人大全良方·产后恶露不尽腹痛方论》卷二十曰：“产后恶露不尽，腹痛者何？答曰：产后恶血虽常通行，或因外感五邪，内伤七气，致令斩然而止，余血停积、壅滞不行，所下不尽，故令腹痛”。强调外感五邪，内伤七气亦不可忽视。

《陈素庵妇科补解》将产后恶露不绝的病因病机分为“劳伤筋脉”，“或肝虚不能藏血，或脾虚不能摄血，或肝虚生热，致血妄行，或脾郁生热，血不归源”等诸多方面。

《景岳全书·妇人规》指出有伤冲任之络而恶露不止者，同时更以肝脾气虚，气血俱虚，怒火伤肝，血热等立论，并各列方药治之，其中气虚与火热之说迄今仍有重要的指导意义。

《万氏妇人科·卷之二》亦强调冲任损伤所致恶露不绝。其曰：“产后冲任损伤，气血虚惫，旧血未尽，新血不敛，相并而下，日久不止，渐成虚劳”。

《万病回春》，《仁斋直指方论》、《普济本事方》提出恶露不尽，瘀血上冲，败血入肝，血气攻心可引发诸多重危证候。

清·闫纯玺综前人立论，对本病的病因病机及治法作了较全面的论述。《胎产心法·恶露不止》曰：“产后恶露不止……由于产时伤其经血，虚损不足，不能收摄，或恶血不尽，则好血难安，相并而下，日久不止”。又云“或过慎太煖，或因年力方壮，而饮食药饵太补过度，致火动病热，下血日久不止，此产后间有之实证”。从气虚、血热、血瘀三方面论述了恶露不绝的病因。

继而《医宗金鉴·妇科心法要诀》在强调“冲任虚损，血不收摄”的同时，再创“因瘀行不尽，停留腹内，随化随行”的病机，确为当今恶露不绝的重要原因之一。

其后《沈氏女科辑要笺正·恶露过多不止》又曰：“新产恶露过多而鲜红无瘀者，是肝之疏泄无度，肾之闭藏无权，冲任不能约束”。若“关闸无度”，则有“暴脱之变”。

综观产后恶露不绝的病因病机，唐宋以前多以风冷血瘀立论，明清以后分别从产伤冲任，因虚不能固摄；瘀血阻滞，新血不得归经；热扰冲任，迫血妄行下溢等方面加深了对恶露不绝的认识。使产后恶露不绝病因病机日益完善，对本病认识也逐渐全面，治疗更加深入、恰当。

4 治 则

4.1 产后大补气血为主

朱丹溪曰：“产后无得令虚，当大补气血为先，虽有杂证，以末治之”。强调产后多虚，治疗当以大补气血为主，“以末”并非不治，只是放于从属地位。即补正兼以祛邪。

4.2 补气血兼用消散

《女科秘诀大全·安全产后秘诀·产后治法》引陈良甫曰：“产后元气大脱，新血未生，概以大补气血为主，如恶露未尽，补药中入行血药，如感冒风寒停滞，亦须先补，然后发表消导，勿得泛用峻厉伤气血之药”。

4.3 新产先消瘀血为首

《女科秘诀大全·安全产后秘诀·产后治法》引叶以潜曰：“产后以去败血为先，血滞不快，乃成诸病。夫产后元气既亏，运行失度，不免瘀血停留，治者必先逐瘀，瘀消然后方可行补，此第一义也”。“今人一见产后，有内虚证，遂用参芪甘温之剂，以致瘀血攻心而死，慎之”。

4.4 补攻兼施

《医学心悟·妇入门·恶露不绝》卷五：“先去其瘀而后补其新，则血归经矣”。《万氏妇人科》“大补气血，使旧血得行，新血得生。不可轻用固涩之剂，使败血凝聚，变为癥瘕，反为终身之害”。

4.5 益气升提

《女科经论·产后续》：“但产后血脱，当用益气升提之法，如千金方治恶露不绝，经月半岁，用一味升麻，酒煎服，正是此意。至下多亡阴，则有寒无热，姜桂亦所宜用，临证审之”。

4.6 产后祛邪必兼补剂

何松庵曰：“产后气血大损，诸全必须保重，切不可恃健劳碌，致内伤外感、六淫七情诸症为患莫测。故产后症，先以大补气血为主，虽有他症以未治之，或欲去邪，必兼补剂为主，不宜专用峻厉，再损气血”。

4.7 产后先调脾胃

《妇人大全良方·产后续》曰“新产之后，虽无疾，宜将息调理脾胃，进美饮食，则脏腑易平复，气血自然和调，百疾不生也”。

4.8 不宜固涩

《胎产心法·恶露不止》：“不可轻用固涩之剂，致败血聚为癥瘕，反成终身之害”。

4.9 产后服生化汤论

《女科秘诀大全·安全产后秘诀》“产后气血暴虚，理当大补，但恶露未尽，用补恐致滞血，惟生化汤，行中有补，能生又能化，真万全之剂也”。有学者报道，应用生化汤治疗产后、人流后子宫复旧不全而致阴道流血，收到良好效果。实验研究证实生化汤有明显促

进子宫收缩的作用。

以上所引古人关于产后恶露不绝的治疗原则，归纳起来，就是要根据产后多虚多瘀的特点，本着“勿拘于产后，亦勿忘于产后”的原则，精心辨证，审证求因，结合恶露的性状，“审色污淡臭腥秽，虚补瘀攻要辨明”。遣方用药，必须照顾气血，行气勿过耗散，消瘀勿伤气血，清热不宜过用苦寒，温经不宜过用辛燥，应因人因证，灵活运用。切莫胶柱鼓瑟，按图索骥。

5 方剂用药归类

5.1 活血化瘀

5.1.1 兼泻下

(1) 蒲黄汤(《备急千金要方》)

蒲黄 大黄 芒硝 黄芩 甘草

主治 产后血瘀，烦愤逆满，手足疼痛，胃中有热。

(2) 蒲黄汤(《备急千金要方》)

蒲黄 桂心 川芎 桃仁 芒硝 生姜 生地 大枣

主治 产后腹痛头痛，余血未尽。

(3) 铜镜鼻汤(《备急千金要方》)

铜镜鼻 大黄 芍药 干地黄 川芎 干漆 芒硝 乱发 大枣

主治 产后恶露不绝，心腹疼痛。

(4) 小铜镜鼻汤(《备急千金要方》)

铜镜 大黄 甘草 黄芩 芒硝 干地黄 桃仁

主治 产后积聚作病。

(5) 大黄汤(《备急千金要方》)

大黄 当归 甘草 生姜 牡丹皮 芍药 吴茱萸

主治 产后恶露不尽。

(6) 牡丹饮(《普济方》)

牡丹皮 大黄 桂心 桃仁

主治 产后腹痛，恶露不尽。

(7) 黄芩汤(《普济方》)

黄芩 芍药 赤茯苓 大黄 熟地黄 厚朴 干姜 桂心 虻虫 甘草 桃仁 枳实

白术 芒硝

主治 产妇腹中疼，恶露不尽。

5.1.2 兼止痛

(1) 失笑散，又名紫金丸。(《妇人大全良方》)

五灵脂 蒲黄

主治 产后恶露不尽，伴有心腹痛。

(2) 延胡索散(《妇人大全良方》)

延胡索 桂心 当归

主治 产后脐下痛。

(3) 延胡索散(《妇人大全良方》)

延胡索 当归 真琥珀 蒲黄 赤芍 桂心 红蓝花

主治 产后儿枕腹痛。

(4) 延胡索散(《太平圣惠方》)

延胡索 干漆 旱莲子 桂心 当归

主治 产后恶露不尽，腹中疼痛。

(5) 乌金散(《太平圣惠方》)

乱发 赤鲤鱼鳞 香墨 灶突墨 麝香 延胡索 肉桂 麒麟竭 赤芍

主治 产后恶露不尽，腹内疼痛，头重。

(6) 红蓝花酒(《金匮要略》)

红蓝花

主治 腹中刺痛。

(7) 牛膝散(《太平圣惠方》)

牛膝 琥珀 赤芍 延胡索 大黄 牡丹 姜黄 桂心 虻虫 当归 桃仁 枳实

主治 产后恶露不尽，心腹及胁肋疼痛。

(8) 没药散(《太平圣惠方》)

没药 木香 琥珀 桂心 当归 赤芍 川芎 麒麟竭 牛膝

主治 产后恶露不尽，脐腹疼痛。

(9) 姜黄散(《太平圣惠方》)

姜黄 牡丹 当归 虻虫 没药 水蛭 刘寄奴 桂心 牛膝

主治 产后恶露不绝，伴有腹痛。

(10) 赤龙鳞散(《太平圣惠方》)

赤鲤鱼鳞 乱发 棕榈皮 当归 麝香 赤芍

主治 产后恶露不尽，腹痛。

(11) 桃仁汤(《备急千金要方》)

桃仁 吴茱萸 黄芪 当归 芍药 生姜 醍醐 柴胡

主治 产后往来寒热，恶露不尽。

(12) 桃仁散(《太平圣惠方》)

桃仁 赤芍 川芎 当归 菴蒿子 桂心 琥珀 鬼箭羽 甘草

主治 产后恶露不尽，腹肋疼痛。

(13) 泽兰汤(《备急千金要方》)

泽兰 当归 生地黄 甘草 生姜 芍药 大枣

主治 产后恶露不尽，小腹急痛引腰背。

(14) 泽兰散(《太平圣惠方》)

泽兰 当归 刘寄奴 赤芍 红蓝花 干荷叶

主治 产后恶露不尽，腹内疼痛，虚烦不食。

(15) 龟甲散(《太平圣惠方》)

龟甲 当归 干姜 阿胶 诃黎勒 龙骨 赤石脂 艾叶 甘草

主治 产后恶露不绝，腹内疝刺疼痛，不欲饮食。

(16) 艾叶散(《太平圣惠方》)

艾叶 当归 白芍 川芎 熟地 川断 牛膝 桑耳 败酱

主治 产后恶露不绝，脐腹时痛。

(17) 育金散(《普济方》)

当归 甘草 没药 自然铜

主治 产后恶露不快，腰腹疼痛。

(18) 干漆散(《太平圣惠方》)

干漆 没药

主治 恶露下不尽，腹内痛。

(19) 走马散(《普济方》)

当归 红花 苏木 没药 官桂

主治 恶露不尽，小腹冷痛。

(20) 遇仙汤(《普济方》)

当归 桂心 白芷 甘草

主治 恶露不快，肠痛满胀。

(21) 金花散(《普济方》)

桂心 威灵仙 白芷 当归 牡丹皮

主治 血瘀，小腹疼痛。

5.1.3 兼除烦热

(1) 琥珀散(《太平圣惠方》)

琥珀 虎杖 赤芍 桂心 土瓜根 大黄 当归 红蓝花

主治 产后恶露不尽，心神烦热，四肢疼痛。

(2) 苏枋木散(《太平圣惠方》)

苏木 当归 桂心 赤芍 鬼箭羽 羚羊角屑 蒲黄 牛膝 刘寄奴

主治 产后恶露不尽，腹内疝痛，心神烦闷，不思饮食。

5.2 调气和血

(1) 五香连翘汤(《妇人大全良方》)

木香 沉香 丁香 乳香 麝香 升麻 独活 桑寄生 连翘 木通

主治 产后恶露不绝，腰中重痛，下注两股，痛如锥刀，血滞于经络。

(2) 独圣汤(《妇人大全良方》)

贯众

主治 产后亡血过多，心腹微痛，恶露不绝。

(3) 大调经散(《妇人大全良方》)

大豆 茯神 真琥珀

主治 产后血虚，恶露不尽。

(4) 没药丸(《妇人大全良方》)

没药 蜜姜 延胡索 干漆 当归 桂心 牛膝 牡丹皮 干姜

主治 产后心胸烦躁，恶血不快。

(5) 当归养血丸(《普济方》)

肉桂 当归 牡丹皮 赤芍 延胡索

主治 恶露不尽，发热身痛经闭。

(6) 黑神散(《普济方》)

熟地黄 蒲黄 当归 干姜 桂心 芍药 甘草 黑豆

主治 产后恶露不尽，胞衣不下，心胸痞满，腹脐坚胀撮痛，血晕神昏，眼黑口噤，产后瘀血诸疾。

(7) 地黄饮(《普剂方》出拔粹方)

生地黄 当归 生姜

主治 产后恶露不尽，腹内疔痛。

(8) 熟干地黄丸(《太平圣惠方》)

熟干地黄 乱发 代赭 干姜 马蹄 牛角腮 阿胶

主治 产后恶露不绝，血崩，腹中疔痛，喘息气急。

5.3 补气养血

(1) 干地黄汤(《备急千金要方》)

干地黄 川芎 桂心 黄芪 当归 人参 防风 茯苓 细辛 芍药 甘草

主治 产后恶露不尽血虚证。

(2) 生地黄汤(《备急千金要方》)

生地黄 生姜 大黄 芍药 茯苓 细辛 桂心 当归 甘草 黄芩 大枣

主治 产后恶露不绝。

(3) 甘草汤(《备急千金要方》)

甘草 芍药 桂心 阿胶 大黄

主治 产后余血不尽，逆抢心胸，手足逆冷。

(4) 升麻汤(《备急千金要方》)

升麻

主治 产后恶露不绝。

(5) 龙骨丸(《备急千金要方》)

龙骨 干姜 甘草 桂心

主治 产后虚冷下血，恶露不尽。

(6) 牡蛎散(《太平圣惠方》)

牡蛎 川芎 干地黄 白茯苓 龙骨 续断 当归 艾叶 人参 五味子 地榆 甘草

草

主治 产后恶露不绝，心闷短气，四肢乏力，不能饮食，头目昏重。

(7) 续断丸(《太平圣惠方》)

续断 桂心 熟干地黄 赤石脂 艾叶 白术 卷柏 当归 附子 阿胶 川芎 干姜

主治 产后恶露不绝，虚极少气，腹中疔痛，面无血色。

(8) 补益阿胶丸(《太平圣惠方》)

阿胶 熟干地黄 牛膝 黄芪 人参 白术 柏子仁 川芎 赤石脂 艾叶 当归
续断

主治 产后恶露不绝，四肢乏力，不能饮食。

(9) 鹿茸散(《太平圣惠方》)

鹿茸 卷柏 桑寄生 续断 当归 附子 龟甲 白芍 阿胶 熟地 地榆

主治 产后脏虚冷，恶露淋漓不绝，腹中时痛，面色萎黄 羸瘦无力。

(10) 阿胶散(《太平圣惠方》)

阿胶 川芎 艾叶 当归 桂心 地榆 甘草 厚朴

主治 产后恶露不绝，心腹疼痛，不思饮食。

(11) 艾叶丸(《太平圣惠方》)

艾叶 熟地 代赭 干姜 川芎 阿胶 牛角腮 牡蛎

主治 产后恶露不绝，腹中疔痛，气息乏力。

(12) 当归汤(《普济方》)

当归 桂心 荷叶蒂

主治 产后恶血不尽。

(13) 羊肉汤(《普济方》)

羊肉 桂心 当归 吴茱萸 黄芪 川芎

主治 产后恶血不尽，有冷气，腹疼，身体虚弱。

(14) 虎掌饮(《普济方》)

虎掌 当归 艾叶 人参 地榆 生地

主治 产后恶露过多，气短无力，不能食。

(15) 人参饮(《普济方》)

人参 当归 生地 地榆

主治 产后恶露多，气短乏力。

(16) 柏叶汤(《普济方》)

柏叶 当归 禹余粮

主治 产后血不止兼漏下。

(17) 芍药汤(《普济方》)

赤芍 白茅根 瞿麦穗 桃仁 知母 桂心 朴硝 当归

主治 产后恶血不尽，腹疼，寒热呕吐。

(18) 豉饮汤(《普济方》)

豉 羊肉 当归 桂心 黄芩 麦门冬 莎草根 生地

主治 产后恶血不尽，气血攻心，腹疔痛心中有热。

(19) 蜀椒饮(《普济方》)

蜀椒 羊肉 桂心 当归 豉 生地

主治 产后恶血未尽，四肢蒸热。

(20) 生姜汤(《普济方》)

生姜 淡竹叶

主治 产后余血不尽，腰腿疼痛，两肋痛。

(21) 一圣散(《普济方》)

羌活 川芎

主治 产后恶血不尽，胞衣不下。

(22) 百草霜散(《普济方》)出朱氏集验方

百草霜 细面

主治 产后下血不止。

(23) 地榆饮(《普济方》)

地榆 当归 艾叶 人参 桂心 生地

主治 产后恶露不多，心烦气短，少食倦怠。

(24) 桑耳饮(《普济方》)

桑耳 芍药 地榆 茜根 牛角腮 阿胶 艾叶 鸡苏 白龙骨

主治 产后恶露不绝。

(25) 芍药丸(《普济方》)

芍药 阿胶 乌贼骨 当归

主治 产后恶露不绝血虚。

(26) 地黄丸(《普济方》)

生地 当归 阿胶 黄芪 艾叶 生姜

主治 产后血露不断。

(27) 秦艽汤(《普济方》)

秦艽 玄参 芍药 艾叶 白芷 续断 当归

主治 产后恶露不断。

(28) 寄生丸(《普济方》)

桑寄生 附子 芍药 地榆 白龙骨 鸡苏

主治 产后恶露不断。

(29) 芍药汤(《妇人大全良方》)

芍药 知母 生姜 当归 蒲黄 红花 荷叶 生地

主治 产后脏腑劳伤，气血虚损，或胞络挟于宿冷，或产后当风取凉，风冷乘虚而搏于血，血则壅滞不宣，积蓄在内而致恶露不绝。

(30) 卷荷散(《妇人大全良方》)

卷荷 红花 当归 蒲黄 牡丹皮

主治 产后血上冲心，血晕，恶露不快。

(31) 芸苔散(《妇人大全良方》)

芸苔子 当归 桂心 赤芍

主治 产后恶露不下，血结不散，冲心刺痛。

(32) 华佗神方(《华佗神医秘传》)

泽兰 当归 生地黄 芍药 甘草 生姜 大枣

主治 产后恶露不绝。

5.4 清热化瘀

(1) 败酱汤(《备急千金要方》)

败酱 桂心 川芎 当归

主治 产后痛引腰腹中。

(2) 败酱散(《太平圣惠方》)

败酱 琥珀 枳壳 当归 桂心 赤芍 赤鲤鱼鳞 乱发 釜底墨 麝香

主治 产后恶露下不尽，血气冲心闷绝。

(3) 柴胡汤(《备急千金要方》)

柴胡 桃仁 当归 黄芪 芍药 生姜 吴茱萸

主治 产后往来寒热，恶露不尽。

(4) 柴桔汤(《普济方》)出杨氏家藏方

牡丹皮 赤芍 川芎 当归 牛膝 肉桂 防风 莪术 白芷 大黄 陈皮 桔梗
木通 前胡 三棱

主治 产后恶露不尽，寒热无时，脐腹时痛。

历代医家治疗产后恶露不绝创立了许多专门方剂，古人多遵产后多虚多瘀的特点，对产后恶露不绝的治疗也不例外，治疗多以补虚化瘀为主。产后恶露不绝虽以出血为主症，但很少用炭类止血，而以活血化瘀和补气养血药的用量最多，且多用温热药佐寒凉药，虽有的方用败酱苦寒之药，清热解毒，但也以桂心辛温为佐，因为产后多虚，有亡血伤津，而苦寒之药往往伤津，故少用之。

笔者将用药规律归类如下：

活血化瘀药多用蒲黄、桃仁、延胡索、五灵脂、赤芍、牛膝、红花、丹皮、没药、水蛭、虻虫、泽兰、刘寄奴、贯众；

泻下药多用大黄、芒硝；

清热药多用败酱、黄芩、柴胡；

温里药多用干姜、肉桂、吴茱萸；

补气养血药多用当归、川芎、黄芪、生地、人参、阿胶、川断、艾叶、白术。

展 望

产后恶露不绝是产后常见多发病，特别是近年来，随着药物人流的开展，本病有增加的趋势。

中医中药对产后恶露不绝的治疗有其优势。可以减少病人的出血，缩短疗程，免去刮

宫手术的痛苦,受到了广大患者的欢迎。

展望未来,在许多方面还有待于进一步研究和完善。二十世纪九十年代,有关产后恶露不绝的病因病机的研究作了许多工作,取得了很大进展,但还不够深入。以中医辨证论治治疗产后恶露不绝的方剂研究颇多,但多数处于临床观察,疗效统计阶段,实验研究较少。近10年来中医界有关产后恶露不绝发表了不少论文,但几乎都是辨证论治的疗效分析。有少数专家通过实验研究认为血瘀产后恶露不绝患者存在着全血比粘度、血浆比粘度增高的情况,经治疗后则明显降低。可惜此类实验研究文章太少。关于产后恶露不绝的临床疗效评定标准的客观指标的研究则更少。因此,努力探索更新更全面的实验方法、确定临床研究的客观指标,把产后恶露不绝的研究提高到一个新的水准,将是广大医药工作者今后研究的课题之一。

(张海莹 凌霞)

近现代参考文献

- [1] 罗元恺. 中医妇科学. 第5版. 上海: 上海科学技术出版社, 1986. 134~135
- [2] 马宝璋. 中医妇科学. 第6版. 上海科学技术出版社, 1997. 193~195
- [3] 高德明. 产后恶露异常的讨论. 江苏中医, 1959 (3): 13~16
- [4] 哈荔田. 哈荔田妇科医案医话选. 天津: 天津科学技术出版社, 1982. 147~152
- [5] 刘奉五. 刘奉五妇科经验. 北京: 人民卫生出版社, 1982. 196~199
- [6] 何子淮. 何子淮女科经验集. 杭州: 浙江科学技术出版社, 1982. 82~84
- [7] 韩百灵. 百灵妇科. 哈尔滨: 黑龙江人民出版社, 1980. 105~106
- [8] 裘笑梅. 裘笑梅妇科临床经验选. 杭州: 浙江科学技术出版社, 1982. 157~164
- [9] 夏桂成. 中医临床妇科学. 北京: 人民卫生出版社, 1994. 378~383
- [10] 吴昌生. 辨证治疗流产后恶露不绝113例小结. 安徽中医学院学报, 1991. (2): 35~36
- [11] 刘新生. 缩宫逐瘀汤治疗血瘀型恶露不绝的临床与实验研究. 中医杂志, 1990. (11): 35~36
- [12] 唐仲超. 唐仲超治疗产后恶露不绝的经验. 浙江中医杂志, 1983. (10): 438
- [13] 宋世焱. 产后恶露不绝的辨证施治. 浙江中医杂志, 1964. (12): 17~18
- [14] 朱金凤. 23例产后恶露不绝分型论治. 江西中医药, 1982. (1): 20~22
- [15] 陈卫民. 产后恶露不绝治验介绍. 江西医药杂志, 1966. (6): 306~307
- [16] 田中立. 银黄汤治疗恶露不绝62例疗效观察. 浙江中医杂志, 1985. (11、12): 504
- [17] 郑其国. 郑长松治疗恶露不绝经验简介. 浙江中医杂志, 1984. (8): 371
- [18] 中医研究院. 蒲辅周医疗经验. 北京: 人民卫生出版社, 1976. 81
- [19] 黎烈荣. 难治妇产科病的良方妙法. 北京: 中国医药科技出版社, 1995. 701~712
- [20] 蒙凤竹. 益宫饮治疗人工流产后阴道出血60例. 广西中医药, 1992. (6): 7~8
- [21] 胡洪瑞. 固经灵治疗药物流产后出血30例. 新中医, 1996. (2): 29~30
- [22] 张红工. 单味蒲黄治疗恶露不绝有良效. 新中医, 1991. (9): 16

✿ 带 下 病 ✿

带下病有广义和狭义之分。广义者，泛指所有妇产科疾病，而本章讨论的则为狭义带下病。

带下病是指带下量明显增多，色、质、气味发生异常，或伴全身、局部症状者。临床上，它往往又是多种妇产科疾病的一个主要症状表现，常常合并有月经不调、闭经、阴痒、阴痛、妇人腹痛、不孕、癥瘕等。是妇产科领域的常见病、多发病，其发病率与月经病、妊娠病相当，而在南方更为多发，故历代医家多把带下病作为专篇论述。近年来也有认为把带下量过少，阴道干涩痒痛等归属为带下病的范畴。在西医学，带下异常仅仅是多种疾病的一个症状。西医学的各类阴道炎、宫颈炎、子宫炎、盆腔炎、妇科肿瘤等疾病引起的阴道分泌物异常与中医学带下病的临床表现相似，临床上尤其以滴虫性阴道炎、霉菌性阴道炎、性病性阴道炎、非特异性阴道炎、老年性阴道炎以及宫颈炎等所致者为多见。

【今日临床】

1 诊断标准

关于带下病的诊断标准的制定，一期工作始于1983年，于1988年10月定稿，1989年7月1日在全国范围内试行，并在1992年初至1993年底进行了修改，于1995年1月1日正式在全国各级各类中医院实施《中华人民共和国中医药行业标准——中医妇科病证诊断疗效标准》。现采录如下：

1.1 病名诊断标准

带下病系由湿邪影响冲任，带脉失约，任脉失固，导致阴道分泌物量多或色、质、气味的异常。多见于阴道、宫颈等炎症性疾病。

诊断依据

- (1) 带下量多，绵绵不绝。
- (2) 带下量虽不多，但色黄或清稀如水，气腥秽或恶臭。
- (3) 须与输卵管和子宫体、颈的恶性肿瘤相鉴别。

1.2 证类诊断标准

脾虚湿困 分泌物色白或淡黄，量多如涕，无臭，绵绵不断。恶心纳少，腰酸神倦。舌淡胖，苔白腻，脉缓弱。

肾阴亏虚 分泌物色黄或兼赤，质粘无臭。阴户灼热，五心烦热，腰酸耳鸣，头晕心悸。舌红，苔少，脉细数。

肾阳亏虚 分泌物量多，清稀如水，或透明如鸡子清，绵绵不绝，腰酸腹冷，小便频

数清长，夜间尤甚。舌质淡，苔薄白，脉沉迟。

湿热下注 分泌物量多，色黄或兼绿，质粘稠，或如豆腐渣样或似泡沫，气秽或臭，阴户灼热瘙痒，小便短赤，或伴有腹部掣痛。舌质红，苔黄腻，脉濡数。兼肝胆湿热者，出现乳胁胀痛，头痛口苦，烦躁易怒，大便干结。舌红，苔黄，脉弦数。

2 中心证候特征

任脉损伤、带脉失约是带下病的证候学特征。带下病以带下量多，色、质、气味异常为主要症状。其次要症状为：阴部瘙痒不适，腰骶酸痛，小腹、少腹作痛，小便频数，倦怠乏力等。带下颜色的异常有五色带下：青、赤、黄、白、黑，而临床上以白带、黄带、赤白带为常见。带下质的异常有：带下如黄脓状、豆渣状、清稀如水状、浑浊如米泔水状、或如泡沫状等。带下气味的异常有腥臭、恶臭等。脉象有：细、濡、沉迟、细数、濡数、滑数、弦等等。

带下异常，是指带下的量、色、质、气味的异常，如仅有量多，无论色、质、气味正常与否，可诊为带下病；或量虽不多，但色、质、气味出现异常，也可诊断为带下病。带下量多时应排除生理性带下，如妇女月经期前后、排卵期、妊娠期其量增多而无其它不适者，此为生理性带下。

3 病 因

3.1 原 发 病 因

带下病的主要病因与湿邪有关，故前人有“诸带不离湿”之说，如《傅青主女科·带下》说：“夫带下俱是湿症”。湿有内外之别，而湿邪导致带下病也有外感湿邪和湿邪内留之异。

3.1.1 外感湿邪

经期涉水淋雨，感受寒湿，或产后胞脉空虚，摄生不洁，湿毒邪气乘虚内侵，浸渍胞宫冲任，湿蕴化热，湿热下注，致任脉损伤，带脉失约，引发本病；或手术不慎，浴具不洁，卫生习惯不良，湿热、湿毒之邪直犯任、带二脉而成带下病。

3.1.2 湿邪内留

内湿是由脏腑气血功能失调产生，尤其与脾、肾、肝关系密切，并与痰浊、气郁、血瘀有关。

综上所述，带下病是湿邪为患，而脏腑功能失常是其发病的主要条件。

3.2 继 发 病 因

3.2.1 脾阳虚

多因饮食不节，劳倦过度，或忧思气结，损伤脾阳之气，脾虚运化失职，湿浊停聚，流注下焦，浸渍任带，致任脉不固，带脉失约，引发带下病。

3.2.2 肾阳虚

多因素体阳虚，或恣情多欲，房劳多产，肾阳虚损，命门火衰，气化失常，不能温煦

脾阳，水湿内停，下注冲任，损及任带，导致带下病。

3.2.3 肾阴虚

多因素体阴虚，相火偏旺，或房劳多产，阴虚失守，下焦易感湿热之邪，损及任带，约固无力，而为带下病。

3.2.4 肾气虚

多因素体肾虚，或情欲无度、房劳多产等伤肾，肾气虚损，闭藏失职，精关不固，任带失约，精液滑脱而下而成带下病。

3.2.5 肝气郁结

多因情志忧郁，怒气伤肝，肝郁气滞，郁久化热，或肝木犯脾，脾虚湿盛，湿热互蕴，流注下焦，伤及任带，约固无力，发为带下病。

3.2.6 痰浊

肥胖之人，或脾虚湿困，水湿不化，聚而成痰，痰浊下注任带，固约失职，而成带下病。

3.2.7 瘀血

多因气虚运血无力，血瘀脉道，或气机不畅，气滞血瘀，或气郁久而化热，火热迫血妄行而成瘀，湿、热、瘀蕴结任带而成带下病。

3.3 诱发因素

气候潮湿、闷热，涉水淋雨，思虑过度，情志创伤，恣情纵欲，房劳多产，嗜食膏粱厚味，忽视卫生，手术操作消毒不严等均可诱发或加重本病。

4 病机

4.1 发病

本病起病有缓急之分，因以湿邪为患，而湿性粘腻缠绵，故以反复发作，不易治愈为特点，病程较长。发病时以带下量增多，色、质、气味异常为主要症状，或伴有全身或局部不适，有些也表现为带下量极少或无，阴部干涩痒痛或灼痛等症状。

4.2 病位

病位主要在前阴、胞宫、任带、脾、肾。

4.3 病性

有虚、实及虚实夹杂之分。虚证有脾阳虚、肾阳虚、肾阴虚、肾气虚；实证有湿热下注、湿毒蕴结；虚实夹杂为脾肾虚弱夹有湿热、肝郁脾虚夹有痰浊、瘀血等。发病急者大多为实证或虚中夹实，发病缓者或病程缠绵者以虚证为多见。

4.4 病势

若疾病初起，正气强盛，能驱邪外出，则能较快痊愈。若病程缠绵已久，正气已虚或

虚实夹杂，则易反复发作，既消耗正气，也影响健康及生育。赤带、赤白带、五色带或特别臭秽带下尤其是更年期妇女或绝经后妇女出现上述情况更要倍加警惕，早期检查，排除恶变，争取早治。

4.5 病机转化

湿热、湿毒带下病多属实证，起病较急，局部症状明显，病初邪盛正实，病势日进可致热伤阴络，导致赤黄带或五色带下。病久可由实转虚，并随病情、体质的变化出现虚实夹杂证候，如脾虚湿陷，日久不愈，可由脾及肾发展为脾肾两虚带下病；若肝郁脾虚或脾虚湿盛，湿聚成痰可成为本虚标实的痰湿带下病；如脾肾虚，水湿不化，湿郁化热，或气虚运血无力，瘀阻任带，也可由虚转实而成本虚标实证。对年老之妇，若见赤白、赤黄或五色带下，尤应注意病机转化，不论体质强弱，均需重视。

4.6 证类病机

4.6.1 脾阳虚

脾阳虚弱，中州无权，运化失职，湿浊停聚，流注下焦，浸渍任带，任脉不固、带脉失约，故带下量多绵绵，色白或淡黄，质稀薄，无臭气；脾虚中阳不振，清阳不升，故伴随神疲乏力、纳少便溏、足浮肢肿，面色㿔白。舌淡，苔白或白腻，脉缓弱为其象。

4.6.2 肾阳虚

肾阳虚损，命门火衰，气化失常，水湿内停，下注冲任，损伤任带，或肾虚封藏失职，任带失其固约，故可见带下量多，色白清冷，稀薄如水，淋漓不断；肾阳虚，胞宫、胞络、膀胱、中土外腑失于温煦，可见小腹冷感，畏寒肢冷，小便清长频数，大便溏薄，腰痛如折；肾虚髓海不足，可见头晕耳鸣，面色晦暗。舌淡润，苔白，脉沉细而迟为其征。

4.6.3 阴虚夹湿

素禀阴虚，肾阴不足，相火偏旺，易伤血络，阴虚失守，下焦复感湿热之邪，损及任带，约固无力，故带下量多色黄或赤白相兼，质稠味秽；肾阴亏损则髓海不足，故头晕耳鸣，腰膝酸软；阴虚内热，热扰心神则失眠多梦，五心烦热。舌红，苔黄腻，脉细数为其征。若仅为肾阴不足，精液乏润则阴道干涩痒痛，或灼热感，舌红，苔少，脉细为其象。

4.6.4 湿热下注

外感或内生之湿热互结，流注下焦，损伤任带，约固无力，故可见带下多，色黄质稠味臭秽；湿热内蕴，故纳差、胸闷、心烦口干；湿热伤津可见小便短赤，湿热阻滞气血，运行不畅，瘀阻胞脉则小腹或少腹作痛。舌红，苔黄腻，脉濡数为其征。

4.6.5 湿毒蕴结

感染湿毒，热毒蕴蒸，损伤脉络，伤及任带，约固无力，则带下量多，黄绿似脓或五色杂下，秽臭难闻。湿毒蕴结，瘀阻胞脉，故小腹疼痛，毒热伤津，则小便短赤，口苦咽燥。舌红或红绛，苔黄厚腻，脉滑数为其征。

5 临证思路

5.1 抓住主诉

带下量增多，或色、质、气味出现异常；或带下量极少，阴部干涩痒痛，或灼热感。

5.2 分析病位

带下病起病急者，病位多在阴部、胞宫，病位较浅，相对易治。病久缠绵者，病位多在任带、脾、肾，病位较深，相对难治。

5.3 确定病性

带下病有实证、虚证、虚中夹实之分。辨证要点以带下量、色、质、气味为主，结合兼证、舌、脉、体质、病程等综合分析，确定病性，判明寒热虚实。

如同是带下量多色白，若质清稀如涕多属脾虚湿陷；质稠而粘浊多属痰浊下注；质清稀如水，冷感多属肾阳虚，寒湿内盛；色白透明如鸡子清或拉丝状多属肾虚滑精。

同是带下量多色黄、质稠臭秽，多属湿热下注；若黄绿如脓或浑浊如米泔，或脓血杂见，恶臭难闻，多属湿毒。

同是带下量多色赤，若淡红质稀无臭，多系肾气不固；若色红而鲜，质稠，多系阴虚内热；若黯红如败酱，粘浊秽臭难闻，多是湿热或湿毒伤络；若带赤瘀黯，或有小瘀块，多是瘀血内阻；若带赤量少，阴部干涩灼热痒痛，多系肾阴不足。

其次重视兼证舌脉，如同是带多色白，伴见纳少便溏，神疲肢软，舌淡苔白，脉缓弱属脾虚；伴见呕恶痰多，脘闷纳呆，苔腻，脉弦滑属痰浊；伴见腰膝酸软，畏寒肢冷，苔白，脉沉迟属肾阳虚。同是带多色黄，伴见便溏不爽，苔黄腻属湿热；伴见时作寒热，小腹疼痛较剧，阴部肿痛，灼热奇痒多系湿毒内侵。

另外，如杂色带下，或特别臭秽带下或量多如崩，呈阵发性之带下，尤其是老年或绝经后妇女出现上述情况要警惕恶变可能，务必早期检查，积极治疗。

6 鉴 别

6.1 白 浊 病

白浊是指尿窍流出混浊如米泔样物的一种疾患，色白者谓之白浊。多随小便时排出，可伴有小便淋漓涩痛，属泌尿系疾病。而带下秽物出自阴道。

6.2 白 淫 病

白淫指欲念过度，心愿不遂时，或纵欲过度，过贪房事时，从阴道内流出的白液，一般无臭味，有的偶然发作，有的反复发生，与男子遗精相类。《素问·痿论》中指出：“思想无穷，所愿不得，意淫于外，入房太甚，宗筋弛纵，发为筋痿，及为白淫”。说明白淫多在有所思或有所见时发作，与带下病绵绵不断而下秽物者不同。

6.3 漏 下

经血非时而下，量少淋漓不断为漏下，该液体以血液为主，一般无臭味，易与赤带相混。赤带者月经正常，时而从阴道流出一种赤白粘液，似血非血，绵绵不断，此液体以粘液为主，夹少量血液。

6.4 经间期出血

经间期出血是两次月经之间，经来之时，有周期性的阴道少量出血，一般无臭味。而赤带是绵绵不断无周期性。

7 临床治疗

7.1 分证论治

7.1.1 脾阳虚证

临床表现：带下量多，色白或淡黄，质稀薄，无臭气，绵绵不断，神疲倦怠，四肢不温，纳少便溏，两足浮肿，面色晄白，舌质淡，苔白腻，脉缓弱。

病机分析：脾阳虚弱，运化失职，水湿内停，湿浊下注，损伤任带二脉，约固无力，故带下量多，色白或淡黄，质稀薄，无臭气，绵绵不断，脾虚中阳不振，则神疲乏力，四肢不温；脾虚运化失职，则纳少便溏；湿浊内盛，则两足跗肿；脾虚清阳不升，则面色晄白。舌淡，苔白腻，脉缓弱，为脾阳不足之征。

转归：脾阳虚如不及时治疗可由脾及肾发展为脾肾两虚，较难治疗。如及时给予健脾升阳除湿治疗，可望治愈。

治法：健脾益气，升阳除湿。

方药：完带汤。

白术 山药 人参 白芍 苍术 甘草 陈皮 黑芥穗 柴胡 车前子

加减：若脾虚及肾者，可加用续断、杜仲、菟丝子温补肾阳，固任止带；若寒凝腹痛者，可加用香附、艾叶温经理气止痛；若带下日久，滑脱不止者，可加用芡实、龙骨、牡蛎、乌贼骨、金樱子等固涩止带。若脾虚湿郁化热，带下黄稠有臭味者，宜健脾除湿，清热止带，方可选《傅青主女科》易黄汤。

临证参考：本证以正虚为主，故治疗以补虚为主，但始终不忘除湿。可结合针灸、食疗等多途径治疗。

7.1.2 肾阳虚证

临床表现：带下量多，色白清冷，稀薄如水，淋漓不断，头晕耳鸣，腰痛如折，畏寒肢冷，小腹冷感，小便频数，夜间尤甚，大便溏薄，面色晦黯，舌质淡润，苔薄白，脉沉细而迟。

病机分析：肾阳不足，命门火衰，气化失常，寒湿内盛，致带脉失约，任脉不固，故带下量多，色白清冷，稀薄如水，淋漓不断；肾阳虚胞络失于温煦，故小腹冷感；膀胱失于温煦，气化失常，故小便频数，夜间尤甚；火不暖土，则大便溏薄；阳虚寒从内生，故

畏寒肢冷；肾阳虚外府失荣，故腰痛如折；肾虚髓海不足，故头晕耳鸣，面色晦黯。舌淡润，苔薄白，脉沉细而迟，为肾阳不足，虚寒内盛之征。

转归：肾阳虚证因病程较长，且常可导致月经异常，影响胎孕等，相对难治。但温肾扶阳固涩止带得法，也能治愈。

治法：温肾助阳，涩精止带。

方药：内补丸。

鹿茸 菟丝子 潼蒺藜 黄芪 白蒺藜 紫菀茸 肉桂 桑螵蛸 肉苁蓉 制附子

加减：若腹泻便溏者，去肉苁蓉，酌加补骨脂、肉豆蔻。若精关不固，精液下滑，带下如崩，谓之“白崩”，治以补脾肾，固奇经，佐以涩精止带之品，方选固精丸(《济阴纲目》)。

临证参考：本证治疗以内治为主，且可选用乌鸡白凤丸、千金止带丸等，且不可用过苦寒之品，以免克伐正气。

7.1.3 阴虚挟湿证

临床表现：带下量不甚多，色黄或赤白相兼，质稠或有臭气，阴部干涩不适，或灼热感，腰膝酸软，头晕耳鸣，颧赤唇红，五心烦热，失眠多梦，舌红，苔少或黄腻，脉细数。

病机分析：肾阴不足，相火偏旺，损伤血络，复感湿邪，伤及任带二脉，故带下量多，色黄或赤白相兼，质稠，有臭气，阴部灼热感；阴精亏虚，阴部失润，故干涩不适；肾阴亏损，髓海不足，则腰膝酸软，头晕耳鸣；阴虚内热，热扰心神，则五心烦热，失眠多梦。舌红，苔少或黄腻，脉细数，为阴虚挟湿之征。

转归：此乃虚实夹杂之证，如正盛邪退，则能治愈。

治法：滋阴益肾，清热祛湿。

方药：知柏地黄丸加味。

熟地 山药 山茱萸 茯苓 泽泻 丹皮 黄柏 知母 苋实 金樱子

临证参考：虚实夹杂之证，当注意除邪勿伤正，扶正以驱邪。

7.1.4 湿热下注证

临床表现：带下量多，色黄，粘稠，有臭气，或伴阴部瘙痒，胸闷心烦，口苦咽干，纳食较差，小腹或少腹作痛，小便短赤，舌红，苔黄腻，脉濡数。

病机分析：湿热蕴结于下，损伤任带二脉，故带下量多，色黄，粘稠，臭秽；湿热熏蒸，则胸闷心烦，口苦咽干；湿热内阻，则纳食较差；湿热蕴结，瘀阻胞脉，则小腹或少腹作痛；湿热伤津，则小便短赤。舌红，苔黄腻，脉濡数，为湿热之征。

转归：湿热盛可伤阴，缠绵日久可致虚实夹杂。因病程短，故速治可迅速痊愈。

治法：清热利湿止带。

方药：止带汤。

猪苓 茯苓 车前子 泽泻 茵陈 赤芍 丹皮 黄柏 栀子 牛膝

加减：若肝经湿热下注者，症见带下量多，色黄或黄绿如脓，质粘稠或呈泡沫状，有臭气，伴阴部痒痛，头晕目眩，口苦咽干，烦躁易怒，便结尿赤，舌红，苔黄腻，脉弦滑而数。治宜泻肝清热除湿，方用龙胆泻肝汤加苦参、黄连。若湿浊偏甚者，症见带下量多，色白，如豆渣状或凝乳状，阴部瘙痒，脘闷纳差，舌红，苔黄腻，脉滑数。治宜清热

利湿，疏风化浊，方用萆薢渗湿汤加苍术、藿香。

临证参考：因系湿热之证，故用药不宜过于温燥。若因感虫而致者要治以杀虫，如滴虫、霉菌感染、宫颈糜烂者须配合外治法，必要时中西医结合治疗，才能提高疗效。

7.1.5 湿毒蕴结证

临床表现：带下量多，黄绿如脓，或赤白相兼，或五色杂下，状如米泔，臭秽难闻，小腹疼痛，腰骶酸痛，口苦咽干，小便短赤，舌红，苔黄腻，脉滑数。

病机分析：湿毒内侵，损伤任带二脉，秽浊下流，故带下量多；热毒蕴蒸，损伤脉络，则色黄如脓，或赤白相兼，甚或五色杂下，状如米泔，秽臭难闻；湿毒蕴结，瘀阻胞脉，故小腹疼痛，腰骶酸痛；湿浊毒热上蒸，故口苦咽干；湿热伤津，则小便短赤。舌红，苔黄腻，脉滑数，为湿毒蕴结之征。

转归：此证如未治或误治，有时会转化为带下重证。

治法：清热解毒除湿。

方药：五味消毒饮加味。

蒲公英 金银花 野菊花 紫花地丁 天葵子 土茯苓 薏苡仁

加减：若腰骶酸痛，带下恶臭难闻者可加用半枝莲、穿心莲、鱼腥草、樗根皮以清热解毒除秽。若小便淋痛，兼有白浊者，可加用土牛膝、虎杖、甘草梢等。

临证参考：此证有生殖道感染病史或恶性肿瘤或性病史，妇科检查可有急性盆腔炎或恶性肿瘤的阳性体征，或白细胞升高，体温升高，必要时可以中西医结合治疗。

7.2 按主症辨证论治

临床上，带下病人主要表现为带下量、色、质、气味的异常，如何针对这些主症治疗，往往是临床的重点。

7.2.1 带下量多色白质稀为主

患者临床常见带下量多，色白而质清稀，甚或清稀如水，无臭秽，下腹或阴部冷感，神疲体倦，面色苍黄无华，口淡乏味，纳呆，腰酸膝软，四肢不温，夜尿频，舌淡胖，苔白润或白厚，脉沉细濡弱。证属脾肾阳虚带下。

治法：健脾益气，温肾固涩。

方药：完带汤加味。

组成：白术、车前子、白芍各 15g，苍术 10g，党参、茯苓、山药、巴戟各 20g，黑荆芥、白芷各 9g，柴胡、甘草各 6g。

外用可选《疡医大全》之蛇床子洗方：蛇床子 45g，花椒 15g，白矾 20g（冲），煎水熏洗阴部，对滴虫性阴道炎之带下有效。

7.2.2 带下量多色黄质稠为主

患者临床表现为带下量多、色黄、质稠，或黄白相兼，或黄赤杂见，或黄绿如脓，有臭秽气，阴部瘙痒，小腹或阴部灼热感，小便黄赤，大便溏秽，或发热恶寒，小腹疼痛，舌红苔黄腻，脉滑或洪数。证属湿热或湿毒带下。

治法：清热、解毒、除湿为主，佐以健脾。

方药：湿热为主者可选茵陈败酱汤。

组成：茵陈 25g，败酱草、冬瓜仁、苡仁、淮山药、金樱子各 30g，银花藤、茯苓各 20g，麦冬、黑栀子各 15g。

加减：带下黄稠有臭秽者，加蒲公英 30g，苦参 15g；苔白黄厚腻者，加藿香 12g；舌苔黄干者，加黄柏 12g、花粉 15g；下腹热痛者，加川楝子 10g、延胡索 15g；全身发热者，加青蒿 12g（后下）、黄芩 15g；舌红赤者，加紫花地丁 20g、丹皮 12g；有外阴瘙痒者，兼用下方熏洗阴部：防风、白矾（冲）各 20g，蛇床子、荆芥、黄柏、海桐皮、蒲公英、大飞扬、仙鹤草各 30g。

湿毒甚者，可选用止带方加减。

茵陈、败酱草各 30g，山栀子、黄柏、赤芍、泽泻、车前子各 15g，猪苓、牛膝、黄芩、土茯苓各 20g，丹皮 12g。

可兼选用之塌痒汤熏洗阴部：鹤虱草、苦参、蛇床子、威灵仙各 30g，当归尾 25g，狼毒 15g（先煎），猪胆汁 2 个（与煎好之药和匀）。对于霉菌性阴道炎之带下较为有效。

7.2.3 带下量少、阴中灼热瘙痒为主

多发于老年而体质消瘦者，临床表现为带下量少，色黄质粘，或带中有血丝，阴中灼热不适及瘙痒，烦躁，五心烦热，口干不欲饮，舌红少苔，或无苔或花剥苔，脉沉弦细，证属肝肾阴虚带下。

治法：滋肾养肝。

方药：选用知柏地黄丸合二至丸加减。

生地 20g，泽泻、女贞子、旱莲草各 15g，黄柏、知母、山茱萸各 12g，淮山药、茯苓各 20g，丹皮 10g。外用熏洗可选用罗元恺经验方：野菊花、旱莲草、黄柏、蛇床子、金银花、丹参各 30g，甘草、白矾（冲）各 15g。

7.3 辨病论治

7.3.1 滴虫性阴道炎

临床表现：本病由阴道滴虫感染引起，见带下量多，呈灰黄色泡沫状，质稀薄并有臭味，有时混有血色或呈脓性，外阴瘙痒，阴道灼热。部分患者因尿道口及其附近发生炎症时，可发生尿频、尿痛等症状。

治法：本病的治法应以杀虫、止痒的外治法为主，使阴道恢复正常酸度，防止复发及继发感染，而以清热解毒杀虫的内治法为辅。

中药坐浴外治：龙胆草 15g，乌梅 10g，使君子 12g，雷丸 1.5g，艾叶 30g，煎水半脸盆，坐浴，每日两次。

中药内治法：黄柏 10g，龙胆草 6g，薏苡仁 10g，黄芩 10g，使君子 10g。

7.3.2 霉菌性阴道炎

临床表现：霉菌性阴道炎是由白色念珠菌所引起的阴道炎。以白带增多伴有外阴奇痒为特点。霉菌性阴道炎的典型白带呈豆腐渣样小块或呈凝乳状，外阴奇痒多从小阴唇内侧开始，然后蔓延到外阴部，严重者可影响工作和睡眠。阴道壁或阴唇上可附着一层白膜状分泌物，不易擦去，擦去后，可显出粘膜充血肿胀。多见于孕妇、糖尿病及长期使用抗生素者。

治法：

外治法：清热解毒，杀虫止痒。

艾叶 30g, 花椒 10g, 白藓皮 10g, 生大黄 15g, 雄黄 10g (冲调), 细辛 10g, 水煎坐浴。

内治法：清热祛风，杀虫止痒。

马兰 10g, 蝉蜕 6g, 蚕砂 8g, 黄柏 10g, 地肤子 10g, 水煎内服(头煎内服, 二、三煎可坐浴)。

7.3.3 老年性阴道炎

临床表现：老年性阴道炎发生在绝经后妇女，因卵巢功能衰退，雌激素水平低下，阴道粘膜萎缩，阴道壁变薄，糖元来源减少，使阴道酸性减低，抵抗力减弱，细菌容易入侵繁殖，引起炎症。临床常见：白带增多，呈水样或带有血性，若继发感染时白带可呈黄色或脓样；由于白带刺激，外阴及阴道出现瘙痒或灼热感；阴道壁粘膜变薄、光滑、潮红及小出血点，阴道壁脆弱，内诊时很容易引起出血。

治法：滋阴降火，活血止带

方药：知柏地黄丸加减。

知母 10g, 黄柏 10g, 芡实 10g, 苡仁 10g, 泽泻 8g, 生地 15g, 五味子 6g, 丹皮 10g, 赤芍 10g。

7.3.4 宫颈炎

临床表现：白带增多，多呈乳白色粘液样，或淡黄色粘液样，或脓样，亦有白带呈血样。全身症状常伴有腰骶酸痛，下腹坠重，阴道内灼热及胀感。严重宫颈炎、宫颈息肉者可于性交及内诊时引起接触性出血。阴道局部检查时可以发现有子宫颈不同程度的糜烂、充血、水肿、或有单个或多个息肉及纳氏囊肿。

治法：慢性宫颈炎的治疗包括局部外治及内服中药的全身治疗。

外治法：外治法应按先破后立或破中有立的原则，选用具有破坏炎症组织，使其坏死脱落后，再用具有促进上皮新生的药物贴于子宫颈创面，使上皮新生，覆盖创面而达到愈合。因此，药物外治可选用有祛腐生肌、收敛消肿、抗炎杀虫等药物组成。可以用中药配制成栓剂，敷贴于子宫颈，或以腐蚀剂涂抹于宫颈，以达化腐生肌、愈合创面的目的。可以选用子宫颈丸。药物：乳香 10.5g, 蛇床子 4.2g, 硼砂 1.2g, 白矾 52.5g, 没药 9g, 钟乳石 13.2g, 雄黄 13.2g, 硃砂 10.5g, 儿茶 10.8g, 血竭 7.5g, 樟丹 46.5g, 冰片 1.05g, 麝香 1.2g, 以上药制成 1g 左右小丸。每次 1 丸，放于宫颈糜烂面上，以带线棉球紧贴固定，每周 1 次，4 周为 1 疗程。月经前后 3 日不放药，放药禁坐浴或性交，用药后可掉出白色膜样组织，为正常现象。

内治法：应用各种内服法直接治疗宫颈炎无太多的必要，而且疗效较差。但各种外治法均能使宫颈糜烂面发生坏死脱落，阴道分泌物增多，甚至导致感染，因此可以在外治的同时内服清热解毒收敛止带中药，以减少阴道分泌物，预防感染发生。药物：连翘、扁豆、黄芩、茜草、败酱草、大蓟各 10g, 蒲公英、赤小豆各 20g。

7.4 临床用药经验与体会

7.4.1 健脾祛湿为治带之首

前人有“带下俱是湿证”，“脾主湿”之说，带病由湿生，水湿由脾起。临床上治带之

法甚多，但应把握脾虚湿盛这个病机关键，遣方用药应以健脾祛湿为本，同时根据脏腑之偏盛偏衰，佐以补肾、益气、疏肝、滋肾、清热、活血、化痰等法。常用药物可选用淮山药、白术、党参、莲肉、银杏、车前子、茯苓、泽泻、白芷等。如兼肾气虚者，可加菟丝子、川断、桑螵蛸等；兼肾阳虚者，可加巴戟、鹿角霜、蛇床子、熟附子等；兼肾阴虚者，可加六味地黄丸或二至丸；湿热甚者，可加四妙散；肝经湿热者，可加龙胆泻肝汤；热毒盛者，可加五味消毒饮等。

另外，治疗虽以除湿为主，但用药不可过于温燥，以免“助邪火消灼阴血，以致火升水降，凝结浊物”；体虚者，不可过用苦寒克伐脾阳；湿热或湿浊征象较明显者，忌过于收涩，以免留邪。

7.4.2 巧用“风”药为治带之要

“风胜湿”、“肝克脾”属五行生克制化理论。带病虽以“湿”为主，但治疗除祛湿外，灵活选用“风”药常有良效。如古方完带汤，方中以大补脾胃之气为主，稍佐舒肝疏风之品，“使风木不闭塞于地中，则地气自升腾于天上，脾气健而湿气消。”方中轻用柴胡、陈皮、黑芥穗，即取其气味清芳，舒肝达郁，风拂湿去，又避免量重升散太过而风木枭张。又如罗元恺治带喜用白芷。白芷辛温，疏风止头痛，治带用之，亦取其“风能胜湿”之义。

7.4.3 内服、外洗为治带之常

临床治疗带下病，在内服中药的同时，加用外洗方法，可望速效。尤其对于由病原体引起的带下异常，疗效更显，如滴虫性阴道炎可选用外洗Ⅰ号方：土茯苓、苦参、蛇床子、花椒、乌梅、苦楝皮、黄柏、枯矾、地肤子、仙鹤草。霉菌性阴道炎可选用外洗Ⅱ号方：土茯苓、苦参、蛇床子、土槿皮、儿茶、乌梅、苦楝子、百部、黄柏、地肤子。取其清热解毒、杀虫止痒功效。

7.5 外 治 法

带下病的外治法，目前临床常用的方法有阴道纳药及熏洗法。熏洗可选用外洗Ⅰ号方及Ⅱ号方（见7.4.3），或选用塌痒汤：鹤虱、苦参、威灵仙、归尾、蛇床子、狼毒。或蛇床子散：蛇床子、花椒、明矾、苦参、百部。方法为煎汤趁热熏洗，每日1~2次，7~10日为1疗程。或可选用目前市售中成药如洁尔阴、洁身纯、肤阴洁、皮肤康洗液等。

阴道纳药可选用带必康散或矾石丸，具体方法如下：带必康散用冰片、雄黄、枯矾、硼砂，研细末；蛇床子、苦参、血竭、滑石、乳香、没药、黄连、金银花、连翘、炒蒲黄、五倍子等经粉碎后混合备用。矾石丸用去皮杏仁6g，枯矾末12g混匀制蜜丸置阴道深部，每日1次，7天为1疗程，最多不超过21天。

中成药可选用保妇康栓纳阴道。如诊为滴虫性阴道炎可加西药灭滴灵塞阴道，如系霉菌性阴道炎可加用达克宁栓、制霉菌素片塞阴道，这样可提高临床疗效。

7.6 针 灸 疗 法

7.6.1 体针

辨证取穴：带脉（双）、中极、足三里（双）。若白带加少商，赤带加少冲，黄带加隐白，青带加大敦，黑带加涌泉。

手法：用毫针，带脉斜向下刺，针2寸~2寸5分，中极1寸~1寸5分，足三里以得气为度。用捻转提插，平补平泻，留针30分钟。带脉、足三里针后加灸。以上选加穴，都针1~2分深，重刺激，不留针。每隔日针1次。

加减法：肝郁带下加肝俞、血海；肾虚带下加肾俞、命门；脾虚带下加脾俞。手法：快速进针用补法，得气后留针30分钟。

7.6.2 耳针

取穴：脾虚型，取脾、肺、子宫；湿热型取脾、肾上腺、子宫、盆腔、三焦；肾虚型取肾、内分泌、子宫、卵巢。

方法：取单侧耳穴，用5分毫针，常规消毒后刺入软骨，留针30~60分钟，每日或隔日1次。脾虚、肾虚型均用艾绒灸针柄。取针后用消毒干棉球压迫针孔，再用75%酒精涂擦耳廓。

7.7 西医治疗撮要

7.7.1 滴虫性阴道炎

滴虫性阴道炎为阴道滴虫感染所致，阴道分泌物量多如泡沫样，较混浊，有臭味，伴阴道瘙痒等。治疗应以全身用药和局部用药为宜。

(1) 全身用药：滴虫性阴道炎常伴发泌尿系统及肠道内滴虫感染，又因为滴虫不仅寄生于阴道及阴道粘膜皱褶内，还可深藏于宫颈腺体中以及泌尿道下段，单纯局部用药不易彻底消灭滴虫，应结合全身用药获得根治。方案有：①甲硝唑口服法：甲硝唑为高效口服杀滴虫药物，口服每次200mg，每日3次，共7天。治疗后查滴虫转阴时，应于下次月经后继续治疗1疗程，以巩固疗效。有性伴侣者应同时治疗。近年来，有人主张用大剂量甲硝唑，2g1次口服，与7日法有相同疗效，认为较7日法方便、价廉。孕妇禁服。②替硝唑口服法：替硝唑是近年用来抗厌氧菌感染的新药，由于导入乙基磺酰基，其疗效较甲硝唑高，疗程短，耐受性好，口服首剂2g，每日2次，以后每天150mg，每日3次，共5日；或150mg，每日2次，共7日。孕妇禁服。

(2) 局部治疗：改善阴道内酸度，增强阴道防御能力，用0.5%~1%乳酸或醋酸或3%硼酸或1:5000高锰酸钾溶液冲洗阴道，每日1次。灭滴灵200~400mg，于阴道冲洗后或每晚塞入阴道1次，7~10天为1疗程。治疗停药3天后应复查阴道分泌物。治疗期间应暂禁房事，内裤及洗涤用的毛巾应煮沸5~10分钟。

7.7.2 霉菌性阴道炎

本病为念珠菌感染所致，阴道分泌物量多，色白如豆渣样，伴阴道瘙痒，临床上治疗方法有：

(1) 局部治疗：常用2%~3%的苏打液冲洗外阴部及阴道。轻轻拭干后，置制霉菌素片50万单位或达克宁栓1枚于阴道深部，另以达克宁霜剂涂于外阴皮肤，每晚1次，严重者早晚各1次，共7~14天为一个疗程，约50%~80%的患者可以治愈。

(2) 全身疗法：对于严重病例，可增加全身治疗。临床以酮康唑疗效较好。而氟康唑较酮康唑抗真菌作用强10~20倍，副作用更小。酮康唑常用量为200~400mg，顿服或分两次服用。氟康唑常用剂量为200mg，一次顿服。酮康唑与氟康唑均为孕妇禁用。

(3) 原有糖尿病患者, 须同时治疗糖尿病。如患有霉菌性阴道炎时, 应进行局部治疗。治疗期间, 应暂禁房事, 内裤等应煮沸消毒。

7.7.3 非特异性阴道炎

本病可由不同的细菌感染引起, 导致阴道分泌物的异常。治疗应针对病因进行, 并注意局部卫生。治愈前, 应禁性生活。局部治疗的原则是: 恢复阴道的正常酸碱度。根据病原菌使用抗生素乳剂或粉剂。方法有: 应用 1% 乳酸或 0.5% 醋酸或 1:5000 高锰酸钾溶液冲洗阴道, 局部应用醛胺粉或抗生素(氯霉素、合霉素或金霉素、土霉素、甲硝唑等), 涂撒于阴道壁, 每日 1 次, 7~10 天为 1 个疗程。

7.7.4 老年性阴道炎

本病是由绝经后雌激素分泌下降, 致阴道上层腺体分泌减少, 酸度减弱, 抵抗力低下, 易受感染, 导致阴道干涩灼热痒痛等。治疗原则: 提高阴道的抵抗力及抑制细菌的生长。

(1) 局部用药: 1% 乳酸或醋酸或 1:5000 高锰酸钾溶液冲洗阴道, 每日 1 次, 增加阴道的酸度。冲洗后, 每晚阴道内纳入己烯雌酚片剂或栓剂 0.25~0.5mg, 或用倍美力片 0.625mg, 共 7~10 天。严重者, 可加用醛胺粉或抗生素粉剂或软膏局部撒布或涂搽。

(2) 全身用药: 可口服己烯雌酚 0.25~0.5mg, 或倍美力 0.625mg, 每日 1 次, 共 7~10 天, 代替局部应用己烯雌酚。但过久或大剂量服用可引起突破性出血, 故口服雌激素类药时应慎重。

7.7.5 宫颈炎

急、慢性宫颈炎均导致阴道分泌物异常, 其中尤以宫颈糜烂为主。急性宫颈炎治疗原则按病因治疗。慢性宫颈炎与宫颈癌的发病有一定关系。积极治疗宫颈炎对预防宫颈癌有重要意义。治疗前应先作宫颈刮片, 排除早期宫颈癌。

(1) 药物疗法: 适用于糜烂面积较小及炎症浸润较浅的患者。常用药物为 10%~20% 硝酸银或重铬酸钾溶液。硝酸银每周上药 1 次, 2~4 次为 1 个疗程。重铬酸钾于月经后涂药 1 次, 必要时 1~2 个月后再涂 1 次。这两种药物的腐蚀作用极强, 且疗效欠确切, 现较少使用。

(2) 物理疗法: 有火烫、电熨、冷冻、激光等方法。适用于糜烂面较大和炎症浸润较深的病例。一般只需要治疗 1 次即可治愈。是治疗子宫颈糜烂疗效较好、疗程最短的方法。常在月经干净后 3~7 天内进行治疗, 治疗后禁房事 2 个月, 并于 2 个月后复查。

7.7.6 性病性阴道炎

常见有: 淋病、支原体、衣原体阴道炎等。治疗详见西医著作性传播疾病章节。

7.7.7 盆腔炎

盆腔炎包括有子宫内膜炎、子宫体炎、宫旁组织炎、输卵管炎、卵巢炎、附件炎等, 均可导致阴道分泌物的异常。治疗详见西医著作生殖系统炎症章节。

7.7.8 妇科恶性肿瘤

妇科部分恶性肿瘤也可导致阴道分泌物异常。治疗详见西医妇科肿瘤章节。

8 疗效评定标准

参照中华人民共和国中医药行业标准有关中医妇科病证诊断标准。

治愈：阴道分泌物之量、色、气味、质均恢复正常，诸症消失。

好转：阴道分泌物之量、色、气味、质及诸症减轻。

未愈：带下诸症无变化。

9 调摄护理

9.1 保持外阴清洁，特别注意经期、产后卫生，提倡淋浴及蹲式厕所。

9.2 做好计划生育工作，避免早婚多产，定期进行妇科普查，发现病变，及时治疗。

9.3 勿久居湿地，经期产后避免水中作业及生冷饮食，以免外湿内侵。饮食宜清淡，以免辛辣油腻滋生湿热。

9.4 严格按医嘱执行内治及外治，治疗期间禁止性生活。月经期停止使用阴道冲洗及坐浴塞药治疗，以防上行感染。

9.5 医务人员行妇科检查及手术操作时应严格执行无菌操作，防止交叉感染。阴道分泌物中找到滴虫或霉菌者，应禁止游泳，专盆自用，内裤勤煮烫暴晒。

9.6 若反复治疗效果不佳，应嘱其配偶接受检查，如查有滴虫或霉菌感染时，应同时治疗。中老年妇女则应考虑有无糖尿病等全身疾患，可作尿糖、血糖等检查，并进一步诊治。

【近代研究】

1 理论研究

1.1 病证名称与定义

1.1.1 病名

“带下”一词，首见于《内经》，如《素问·骨空论》：“任脉为病……女子带下瘕聚。”而“带下病”之名首见于《诸病源候论》，它首分五色带下，有青、赤、黄、白、黑五色名候。至清·傅青主不仅以五色带命名，且按五色带分别论述病机及证治。带下自内经始即有广义、狭义之分，生理、病理之别。今人所称之带下病是指狭义的病理性的带下。近代名家哈荔田、罗元恺等均认为中医学所指的带下病，包括了西医学中的阴道炎、宫颈炎以及子宫、卵巢、输卵管炎症等疾病引起的阴道分泌物异常。现代认识较为一致的是：西医学的各种生殖系统炎症及肿瘤导致的阴道分泌物异常，可属带下病的范畴。临床所见以黄白带下为多，次则赤白，纯青带较少，青、黑带尤为少见。若见五色杂下之带下病，应注意恶变。

历代文献对带下名称不尽一致，《神农本草经》称带下为“白沃”、“赤沃”、“赤白沃”。《脉经》称“漏下赤白”，《甲乙经》称“白沥”、“赤沥”、“赤白沥”。《诸病源候论》有五色带称。近代医家陈莲舫在《女科秘诀大全》中引叶天士言，指出五色带与白淫、白浊有别。但严鸿志所撰《女科精华·带下》则指出：“带下各家所主不同，其实与浊病无异。”而罗元恺、哈荔田则认为带下与白浊病名有别，但病机相类。另外，朱南山提出了“锦丝带”一名，此称历来妇科书中未见记述，但临床中时有发现。他认为锦丝带属带下病之一，但与一般

带下有所区别。一般带下质地虽分稠薄，但未具韧性者，锦丝带则不然，往往可用卫生纸揩出，细长如银丝，晶莹而透明，长度自寸余至尺长，具韧性可拉长而不断，患者必伴腰酸，此为带病的特征。证属冲任虚寒，若拖延不治，则小腹由虚冷感进而为隐痛。对照西医学，此“锦丝带”与排卵期带下相似，但是“锦丝带”量多于正常，常伴有腰酸，下腹虚冷、隐痛等。

1.1.2 定义

对于带下病的定义，古人论述颇多，且有歧义。带下病分为广义及狭义两种。广义者泛指妇科的经、带、胎、产、杂病，因这些疾病多发生在束带以下，故古人又称妇科医生为带下医，如《史记·扁鹊仓公列传》记载：“扁鹊名闻天下，过邯郸，闻贵妇人，即为带下医”。狭义带下又有生理及病理之分。妇女自青春期开始，从阴道流出的少量白色或透明无特殊气味的粘液，以润泽阴部，此为生理性带下。如《沈氏女科辑要笺正·带下》引王孟英语云：“带下，女子生而即有，津津常润，本非病也”。现在所说的带下病是专指病理性带下，正如《妇人大全良方·带下方论》所言：“病生于带脉，故名带下。”

全国中医历版教材都把带下病定义为：带下量明显增多，色、质、气味发生异常，或伴全身、局部症状者。建国后各医家编写的中医妇科著作中，带下病都基本沿用此定义。在1988年国家中医药管理局发布的行业标准中，带下病定义为：带下病系由湿邪影响冲任，带脉失约，任脉失固，导致阴道分泌物量多或色、质、气味的异常改变。多见于阴道、宫颈等炎症性疾病。但近十多年来，也有学者指出带下病的定义应包括：带下量少，阴中干涩，失其津津常润，甚至阴部萎缩者。^[1,2]

1.2 带下生理的现代认识

带下产生的机理，在中医学的典籍中已经明确带下的产生与任、督、带等奇经的功能有直接关系。任脉在带下的产生上有重要作用，任脉主一身之阴精，凡人体精、血、津、液都由任脉总司。而任脉所司之精、血、津、液失去督脉的温化就要变为湿浊；任脉所主之阴精失去带脉的约束就要滑脱而下，变为病态。因此任脉化生生理性带下这一功能又与督脉的温化、带脉的约束有关。生理性带下在月经初潮后明显出现，在绝经后明显减少，而且随着月经的周期性变化，带下的量也有周期性改变，因此带下的产生与肾气盛衰、天癸至竭、冲任督带功能正常与否有重要而直接的关系。生理性带下产生的机理如下：肾气旺盛，所藏五脏六腑之精在天癸作用下，通过任脉到达胞中生成生理性带下，此过程又得到督脉的温化和带脉的约束。

近代的研究逐渐统一了对带下生理的认识，多数医家均认为生理性带下属于女性体内的一种阴液，是女子在肾气盛，天癸至，任通冲盛的情况下产生，由脾运化，肾闭藏，任脉司，带脉束，其布露于胞中，润泽于阴部。生理性带下的量，其量不多，不致外渗。但在月经前期冲任血海将满之时，及妊娠期血聚冲任以养胎元之间，如雾露之溉，润泽丰厚，带下量可明显增多，或少量排出，至于经间期氤氲之时，阳生阴长冲任气血正盛，带下量也可稍增。生理性带下，是无色透明的，有的略带白色，所以医籍中有时称“白带”。但世俗所称之“白带”多是看到或感觉到的量、色、质有改变的带下病，应予严格区分，生理性带下的质地，是粘而不稠，滑润如膏，无异臭气味。孙氏还提出了生理性带下的变

化规律是：a. 经净至排卵前是月经周期中的“重阴必阳”的“阴阳转化”的前期，在肾气作用下阴精逐渐增加，阴液开始布于胞中，润泽阴道，出现经净后的带下由少到多，质稀粘透明。b. 排卵后为月经周期中“阴阳转化，由阴入阳”的阶段，肾之阴精转化为阳气，阳气蒸腾，阴液相对见少，带下由稀转稠。c. 经前数天为“由阳转阴”先兆，此时“阳中之阴”已在萌动，带下又相应增多，质偏稠粘，色白或淡黄，无味，随之月经来潮。西医学认为白带的来源主要是宫颈腺体的分泌物和子宫内膜、前庭大腺分泌的粘液以及阴道粘膜的渗出物，它的主要成分是脱落的阴道上皮细胞和游走出来的少量白细胞及阴道杆菌。其排出量的多少是受卵巢激素的影响。女子发育成熟后，在排卵期、月经前或妊娠期白带稍有增多，不作病论。^[1]

1.3 病因病机研究

1.3.1 现代医家病因病机认识摘粹

陈莲舫《女科秘诀大全·调理经脉秘诀·带下》认为：“带下之病，其因有六，一者心旌不遂，二者性欲无度，三者房室之逆。此三者之外，尚有湿热下流，虚寒不固，脾肾亏陷而不能收摄者，病机为带脉不能约束。”严鸿志纂《女科精华·带下》指出：带下五色因风邪入于胞门，传于脏腑而致之，赤白带下乃湿热结于带脉，且带下有寒热虚实之分。严鸿志《女科证治约旨·带下门》论带说：“若外感六淫，内伤七情，酝酿成病，致带脉松弛，不能约束诸脉，于是阴中有物，绵绵不断，淋漓下降，即所谓带下也。”《竹全生女科集要·带下》认为：“前贤论妇人带下一证，唯傅山青主氏言之最详而精，认为带证皆属湿，其邪生于脾。”程门雪《妇科学讲义》谓：“纯虚之症治，不离于肝脾肾，而极于奇经；纯实之症治，不出于瘀凝痰结。”

罗元恺从中西医角度阐释了带下病病机，他认为：带下病多因内生殖器有炎症，如阴道炎、宫颈炎、盆腔炎、肿瘤等。致病因素有外来感染或内在病变之分。外来因素如细菌、滴虫、霉菌、淋菌感染等；内在因素如身体虚弱、肿瘤等。中医多认为湿热、湿毒、脾虚、肾虚等所致。^[3]杨家林认为带为阴湿之物，生理状态是属津液范畴，病理状况则为湿浊之邪。湿的来源除外湿或湿毒入侵外，多数情况是和脾肾两脏功能失常导致任带二脉失于固约有关。^[4]邓益和认为带证的产生，就脏腑而言与脾肾肝有关，关键是脾虚。^[5]程泾等认为带下病主要是任带二脉的病变，任带二脉又与全身脏腑相联，如脾虚湿滞、肝郁化火、肾气不固、湿热湿毒等，均可影响任带为病，而导致带下。^[6]赵荣俊、浦永芬等则认为带下病除与肝脾肾及湿有关，还提出了瘀血为其中病机之一。程运文认为：湿为主因，湿邪久留，必凝聚成痰，带下以“湿痰下注，蕴积而成”。^[7-9]

因任为阴脉之海，主司阴液，带下属阴液的一种，由任脉总司。而带脉约束冲任诸经，隶属脾经。如带脉松弛，固约无力，水湿下注冲任、胞宫则成带下病。湿邪导致带下病的途径有二：即外感湿邪及湿邪内生。经行产后胞脉空虚，外湿内侵由上而下浸渍冲任胞宫；或湿蕴化热，湿热下注，损伤冲任二脉，而成带下病；也有因手术不慎，洗浴工具不洁，卫生习惯不好，湿热、湿毒之邪乘虚而入，直接损伤任带二脉而成带下病者。内湿则是由于脏腑功能失常所致，与脾、肾、肝关系密切。有因脾虚运化失职，水湿内停，或聚而成痰，流于下焦，伤于任带二脉而致者。有因肾虚闭藏失职，使任带不能固约，阴液

滑脱而下成为带下病者；或因肾阳不足，命门火衰，不能温煦脾土，水湿内聚，不能敷布，伤于任带而致带下病者；也有因怒气伤肝，肝郁气滞，郁久化热，或肝气犯脾，脾虚湿盛，湿热互结，流注下焦，损及任带二脉，致其约固无力，而发为带下病者。总之，带下病的发病以湿邪为主，与脾肾肝三脏功能失常，导致任带二脉失约有关，有脾虚、肾虚、肝经湿热、肝郁化火、湿热互结、湿毒内盛、痰湿下注、瘀热挟湿等。

1.3.2 病因学的现代研究

(1) 气候、环境、地域因素：带下病以湿为主因，湿有内湿、外湿之分，而外湿致病多与气候环境有关。故认为本病发病与气候、环境、地域等因素有关。如王本元观察了144例带下病的发病原因，其中感受寒湿者96例，占67%；涉水雨淋者26例，占18%。两者合计122例，均为外湿致病，共占85%。^[10]另外，本病也好发于春夏多雨、潮热之季。而南方之地因其多雨多湿多热，也较北方发病率为高。但至目前为止，尚无严密的、大量的流行病学统计资料表明带下病与气候、环境、季节、地域等的相关性，仅从部分临床统计资料中窥见一斑，这方面仍有待进一步研究。

(2) 情志因素：情志因素对于带下病的发生，乃为一种诱因。古人有称肝为女子先天，肝主疏泄，喜条达，恶抑郁。若情志不畅，肝气郁结，肝气犯脾，湿热蕴结，下注冲任，带脉失约而引起带下病。正如薛立斋所言：妇人患痰而兼带下皆由郁结损伤肝脾所致。

现代社会交往频繁，工作学习紧张，使人常感精神负担过重，压力过大。喜怒悲哀思恐惊尤易过极，故情志因素在当今已成为促发本病的一种常因，其中尤以怒伤肝，思伤脾为多见。如周氏按辨证分型治疗带下病80例，其中肝郁型10例。^[11]王本元将带下病144例分型，属肝郁带下者34例。^[10]

(3) 生活失调：严鸿志《女科证治约旨·带下门》指出带下病的病因有因嗜酒好茶、操劳过度、过食肥甘、过食生冷、房事过度、行经之时风入胞中等等。故生活失调主要表现在饮食不节、劳逸失常、房劳多产、跌仆创伤、药误虫蚀等。吴氏认为：生活失于调摄，在一定条件下影响脏腑、气血、冲任的正常功能，从而产生妇女疾病。^[12]

(4) 带脉损伤：带脉在妇科病理生理上有极其重要意义。古今许多医家对带脉与带下病的关系进行过详细论述。带脉始于季肋，绕身一周，其功能约束诸经使经脉气血循行保持常度。带脉在受到致病因素作用下才发生为带下病。其病机如《傅青主女科·带下》所说：“以带名者，因带脉不能约束而有此病。”冀绪指出：带疾与湿热毒邪直中带脉，引起带脉损伤有关。^[13]

1.3.3 带下病危险因素的研究

冀绪通过妇科门诊病例观察到：此病中，a. 已婚较未婚发病为多；b. 农村较城镇妇女多见；c. 行经期及产后妇检、过早房事、盆浴、游泳或手术所伤以致湿热毒邪损及带脉而发病者居多。由此可见，带脉接触湿热邪毒机会愈多，发为带下病的机会也愈多。

女性生殖系统的炎症是带下异常的重要原因，导致这些炎症发生有不少高危因素，如妇女的自然防御机能下降或受到破坏，阴道内环境失衡或酸碱度失常，经期产后或生殖系统手术操作防护不当，老年妇女或年少少女卵巢功能不健等均容易造成病原体的感染，而发生带下病。朱守庆观察76例带下病患者，均为生殖系统炎症所致，其中阴道滴虫病12例，霉菌性阴道炎28例，宫颈炎和宫颈糜烂21例，阴部湿疹15例。^[14]

1.3.4 病机学说的研究

(1) 带下从色论:带下病机多以带色分论。如《傅青主女科·带下》指出:“青带乃肝经湿热”、“黄带乃任脉湿热”、“赤带是肝经郁火内炽,下克脾土,脾土不能运化,致湿热之气蕴结于带脉之间”、白带与“湿气之侵、热气之逼”有关,黑带是火结于下、煎熬津液所致。他强调五带之成均是湿热内蕴所致。这些理论对妇科临床是有普遍指导意义和较高的使用价值。但缪仲淳分析了伤于五脏的病机,认为“白带多是脾虚,肝气郁则脾受损,脾伤则湿土之气下陷,是脾精不守,不能输为荣血而下白滑之物,皆由肝木郁于地中使然。”而孙朗川则认为:带下的颜色虽是辨别本病病因病机的依据,但决不是唯一的依据。同一颜色的带下可由不同病因甚至两种性质相反的病因经过不同的病机变化引起,且不同颜色的带下其色泽的临床意义大小不等。所以临床上不仅要了解带下的色泽、量、质,还要结合患者的妇科病史、全身脉证等综合考虑。^[15]

(2) 带下从瘀论:浦永芬认为:带下之因,无论是五脏之伤,还是寒热痰湿为患,究其病机,皆有血瘀郁于其中。其瘀之来源有三:脏腑失调致瘀;邪气阻滞致瘀;寒热为患成瘀。^[8]

脏腑功能失调对血的影响主要表现在气机失调与功能减退方面。“运血者气也”,气机失调必然会影响血液运行,使血行障碍。脏腑功能减退即气之不足,气不足则运血无力,亦致血行障碍。脾不健运,肾气不化,必然导致水湿停聚,然气血生成亦有减少;而肝失于疏泄,非独不能疏土,更表现在不能疏气血。气滞血滞,瘀血当由此生。

邪气阻滞致瘀,从痰与瘀的关系可见。痰湿为患最易阻滞气机,变生他疾。气滞则血液不行,而血滞气塞,又易生成痰湿。正如张景岳所云:“痰即人之津液,无非水谷之所化,此痰亦既化之物,而非不化之属也。但化得其正,则形体强,荣卫充,而痰涎本皆血气;若化失其正,则脏腑病,津液败,而血气即成痰涎。”

至于寒热为患致瘀,正如《医述·杂证汇参·血证》引罗赤诚论曰:“凡瘀血之证,今人但知闪挫则有瘀血,不知有因火载血上行或吐或衄,病者自忍,而蓄滞于中;或因医药寒凉,而冰凝于内。”可见,火热煎熬、或阴寒内盛,均会导致血液凝滞而成瘀,无论外感内伤,为寒为热,均可导致。正如《杂病广要·诸血病·瘀血》引:“《准绳》、《六要》并曰:夫人饮食起居一失其宜,皆能使血瘀滞不行,故百病由污血者多。”

(3) 带下从痰论:程运文指出,虽然多数医家认为湿为带下病主因,但若湿邪久留,亦必凝聚成痰,痰浊下注而成带疾。^[9]《妇科玉尺·带下论》谓:“带下之因有四……一因胃中湿热及痰,流注于带脉,溢于膀胱,故下浊液也。”证之临床,诚如斯言。由于脏腑功能失约,或外感六淫及饮食损伤脾胃,均可使水谷精微不得正常运化,或水湿内停,凝聚而为痰。随其升降,流动不测,无处不到,故其为害,上至巅顶,下至涌泉,内而脏腑,外而皮毛,变幻百端,产生各样病证。若痰浊流注下焦,伤及任带两脉,致使任脉失固,带脉失约,带下病发矣。故《女科撮要·带下》认为,带下乃“湿痰下注,蕴积而成。”

(4) 带下从虚实论:沈尧封曰:带下有主风冷入于胞络者,巢元方、孙思邈、严用和、杨仁斋、娄全善诸人是也。有主湿热者,刘完素、张洁古、张戴人、罗周彦诸人是也。有主脾虚气虚者,赵养葵、薛立斋诸人是也。有主湿痰者,朱震亨是也。有主脾肾虚者,张景岳、薛新甫是也。又有主木郁地中者,方约之、缪仲淳是也。浦永芬综观前人所述,认为带下病机不外虚实两端,虚者多为脾肾不足,进而导致阴阳之亏损;实者以湿邪为主,或挟火热,或偏

阴寒。虚实之本各有所属。^[8]周德龙也同样认为:带下病机分虚实两端,实证为湿热蕴结、瘀血内停;虚证为脾肾阳虚、水湿困阻;虚实夹杂证为脾肾虚弱,湿热交结。如今临床中较为常见的有脾阳虚、肾阳虚、阴虚挟湿、湿热下注、湿毒蕴结五种。^[16]

2 临床研究

2.1 证候与辨证规律的研究

2.1.1 临床症状的观察与总结

对带下病的临床症状进行观察研究,对于判断带下病的证候及判断病势的善恶,以及治疗均有指导意义。带下病的临床症状主要是带下的量、色、质、味的异常以及伴随的局部或全身症状。吴熙伯观察发现:赤白带下者,常伴有腥味,下阴部有不适感或瘙痒感,小便短赤,口苦咽干;带下黄白相兼,以黄浊色为明显者,常伴有质粘稠,味腥臭,淋漓不断,下阴部坠胀,口苦口干,溲黄便坚;带下青白,以青色为著者,则伴有精神抑郁,胸胁胀满,乳房作胀;清稀带下者,则终日淋漓不净,面色不华,大便稀溏,头昏,周身无力,尿频。^[17]毕明义观察到在脾肾两虚之带下色白为主证者,其带下的质味等随着脾肾虚弱程度的不同尚有区别,如仅为脾虚,则带下量多色白,质清稀,如涕如唾,无臭,甚则绵绵不绝;若脾虚痰湿;则带下量多,色白,质稠粘浊,味腥臭;而脾虚及肾者,则带下量多,色白,质清稀如水,有凉感,久下不止;肾虚精关不固者,则带下量多,色白,或透明如鸡子清,或如绵丝,质粘如拉丝状。^[18]

2.1.2 危绝症与病势转归

西医学认为,带下量、色、质、气味的异常是多种妇科疾病的一种临床症状。而某些妇科恶性肿瘤常有带下异常的临床表现,且多以夹血性、脓血性为主,故带下病的危绝症主要是与妇科恶性肿瘤有关。

郭维蜂认为带下如桃花如脓样者,常是癌瘤所致,且顽固难治。^[19]杨家林提醒,赤带、赤白带、杂色带或特别臭秽带下,尤其是青年妇女或绝经后出现上述情况,应早期检查,以防“胞宫内溃”。^[4]

2.1.3 舌象与脉象的观察

舌象与脉象的观察对带下病的寒热虚实有重要意义。如杨家林认为,带下病的辨证要点以带下量、色、质、气味为主,但要结合兼证、舌、脉、体质、病程等综合分析。^[4]如徐陈如在中医临床观察到:脾虚带下者,舌淡苔白,脉濡缓;肾虚带下者,舌淡苔薄,脉沉缓;湿热带下者,舌质红苔黄腻,脉滑数或濡;阴虚挟湿者,舌质红苔少,脉细而数。^[20]近代的研究也认为,在带下病患者中,舌淡苔白腻,脉缓弱,为脾阳不足之征;舌淡苔薄白,脉沉细而迟,为肾阳不足,虚寒内盛之象;舌红苔少或黄腻,脉细数,为阴虚挟湿之候;舌红苔黄腻,脉濡数,为湿热之显;舌红苔黄腻,脉滑数,为湿毒蕴结之见。^[21]

2.2 证候学的现代研究

2.2.1 证候研究现状

中医的灵魂是整体观念和辨证论治。明确诊断判明带下病的证候属性,对指导治疗有

重要意义。据此立法,辨证论治是大多数医者治疗带下病的常用方法。如罗济群把本病分为六型:a.湿热下注,带脉不固型,用除湿清肝固带汤;b.痰湿凝胞,带脉肿胀型,用苍椿消带汤;c.风冷凝胞,带脉损伤型,用助阳祛风补带汤;d.脾虚带脉迟缓型,用扶脾完带汤;e.肾虚带脉寒型,用养带内补丸;f.带脉下陷,瘀血阻胞型,用散瘀升阳汤。^[2]又如邓益和分四型辨证论治:a.湿热下注型,治以清热利湿,祛瘀止带法,方药:茵陈、败酱草、山栀、野菊花、当归、赤芍、丹皮、云苓、泽泻、车前子、白术、牛膝、柴胡、甘草;b.气血虚损型,治以益气摄血、利湿止带,方药:党参、黄芪、白术、苍术、山药、陈皮、当归、白芍、川断、云苓、升麻、甘草;c.阴虚内热型,治以滋阴补肾,固带安冲,方药:沙参、生地、麦冬、山萸肉、枸杞子、五味子、山药、菟丝子、远志、甘草;d.瘀血阻滞型,治以活血祛瘀、利湿止带,方药:桃仁、红花、当归、赤芍、益母草、泽兰、五灵脂、蒲黄、川芎、熟地。^[23]

综观近代广大医家对带下病证候研究的现状,概括起来有如下证候:a.脾虚:症见带下量多,色白,无臭秽,舌淡苔白,脉细濡缓。b.脾虚夹湿:除脾虚表现外,见带下量多色白,如涕如唾,舌淡苔白腻,脉濡缓。c.肾虚:包括肾气虚(以带下量多清稀、绵绵不断为特点,舌淡苔白,脉沉细。)、肾阳虚(以带下清冷稀薄为特点,舌淡苔薄白,脉沉细而迟)、肾阴虚(以带下极少或无,阴道干燥,性交疼痛不适为特点,舌红苔薄,脉沉细。)。d.脾肾两虚:除脾肾两虚诸症外,见带下色白量多、绵绵不绝,舌淡苔白,脉沉细。e.湿热下注:以带下色白或黄白,质稠如脓,腥臭,外阴瘙痒为特征,舌红苔黄腻,脉濡数。f.阴虚夹湿:以带下量不甚多,色黄或赤白相兼,质稠或有臭气,阴部干涩不适,或灼热感为特征,舌红苔少或黄腻,脉细数。g.肝经郁热:以带下赤白量多,或夹血丝,伴肝郁症状为主,舌红苔黄,脉弦滑数。h.湿毒蕴结:以带多色黄如脓,或夹血丝,或混如米泔,或白如积粉,臭秽,伴全身湿毒症状为特点,舌红苔黄腻,脉滑数。i.痰湿下注:带多色白,质稠而粘浊为其特征。j.营卫不和:以带如漏卮,色白或赤白,心荡寒热,脘胁胀痛等为特点。k.痰瘀互结:症见带下久治不愈,兼有小腹坠胀疼痛或有癥积包块,舌见紫黯或有瘀点瘀斑。

2.2.2 带下病证候组合、演变规律的研究

湿证是带下病发病时最基本、最重要的临床证候,而湿、脾虚、肾虚则是带下病发病的主要病因病机,前者可单独致病,后两者生湿而致病。当它们与不同病因病机结合,就衍生出带下病的各种证候组合,如前述的脾虚夹湿、湿热下注、湿毒蕴结等。

近年来,许多医家在带下病的证候研究方面积累了一定的经验,但在研究观念和方法上,仍处在文献研究和临床经验总结水平上。并由于带下病所对应的西医病名并非单一,带下异常为多种妇产科炎症、妇科肿瘤的一种常见症状,病因繁杂,病理变化各异,故要与现代国际临床研究的方法和要求接轨,存在一定困难。尚未见有较系统、较成熟的带下病演变规律的研究报道。这也正是我们今后须探讨的内容之一。

2.3 治则治法研究

2.3.1 治则研究状况概述

带下病的治疗特别要遵循审因论治这一原则。因为其主要病因是湿邪作祟,故治疗原则应以健脾升阳除湿为主,辅以疏肝固肾。同时湿浊可以从阳化热而成湿热,也可以从阴

化寒而成寒湿，所以要佐以清热除湿、清热解毒、散寒除湿等法。临证时可参照治脾宜升燥，治肾宜补涩，治肝宜疏达的法则。若因感虫而致带下异常者治以杀虫，系滴虫、霉菌感染、宫颈糜烂者须配合外治法，才能提高疗效。治疗时要注意用药不宜过于温燥；若为虚证不可过用苦寒之品，以免克伐脾阳；若为实证，不可过用收敛固涩之品，以免留邪；若为虚实夹杂者，除邪勿伤正。陈青原以中西医结合观，认为带病多属炎性，白带较轻，以白细胞为主；黄带较重，以脓球为主。^[24]治带应包括清热解毒(抗菌作用)，健脾(提高免疫力)祛湿，止带(抑制腺体分泌)三方面。而黄绳武则指出带下治脾固属重要，但脾之运化有赖肾之温煦，此其一；带下日久，必伤阴津，切忌见带治湿，妄用刚燥，重劫其阴，使虚火内炽，破液外泄，带下反而缠绵难愈，此其二；即或湿热下注，也不可清利太过，以疏肝健脾为要，此其三。^[25]

2.3.2 治法研究

近代以来，临床医家治带方法随着对带下病认识的加深而深化和多样化。他们多从临床观察和总结有效病例入手，探索了许多有效的治疗方案、方药。当代医家多宗前人之说，依据临床表现辨证论治。如何子淮在治带一文中介绍了治带四法，即脾虚湿停宜鼓脾摄带，肾气虚弱宜固肾束带，余邪下迫宜清渗止带，湿毒内炽宜荡涤祛带。^[26]陈天祥总结了徐荣斋治疗带下病十二法：a. 健脾轻举法，用于脾虚及肺，带脉失固证，参苓白术合补中益气汤加减。b. 健脾利湿法，用于脾失健运，湿浊流注带脉者，完带汤加减。c. 清肝扶中法，用于肝热夹脾湿下注，带下黄白或赤白相兼者，逍遥散加减。d. 清滋肝肾法，用于肝肾两亏，虚火窜入带脉，带下赤白者，六味地黄汤加味。e. 清肝泻火法，用于肝郁化火，夹湿热蕴于下焦，累及带脉而带下黄浊臭秽者，傅氏完带汤加味。f. 温肾壮阳法，用于肾阳亏虚，带下清稀或黑色淋漓不断者，金匮肾气丸加减。g. 调补奇经法，用于崩漏后八脉空虚，带下白腻如脂，量多清稀无臭气者。h. 疏肝健脾法，用于肝郁犯脾，生湿下注带脉，带下色清者，钱氏清带汤加减。i. 逐毒(虫)外治法，用于湿毒带下，自拟外洗方：野菊花、苦参、蛇床子、生百部、枯矾末。j. 豁痰消癥法(试治肿瘤法)，用于带下青色如膏或黄浊如脓而量多恶臭者，试用方：浙贝、石见穿、鬼箭羽、刘寄奴、半枝莲、山慈菇、龙葵子、七叶一枝花、白花蛇舌草、墓头回。k. 类证分治法：白浊宜程氏革薢分清饮，白淫宜景岳秘元煎，白崩用秘元煎酌加鹿角霜、杜仲、巴戟肉。^[27]

也有部分医家根据带下俱是湿证，而五脏功能失调与五脏密切相关的理论，或从肺、或从肝或从脾肾等入手论治。如刘恒一认为带下俱是湿证，按肺主一身之气，气行湿自化的理论，应用宣脾利湿法治疗带下 36 例，28 例痊愈，5 例有效，3 例无效。^[28]吴熙伯从肝论治带下病，认为赤白带宜清肝为宜，黄白带宜泻肝为多，清稀带下以补肝为先，青白带下宜疏肝为主，黑带以养肝为佳。^[17]

还有从带下病病理因素入手治疗带下病，如徐陈如有祛湿六法：健脾祛湿法、补肾祛湿法、清热祛湿法、疏肝祛湿法、滋阴祛湿法、调经祛湿法。^[20]程运文提出了带下病治痰四法：燥化湿痰法、温化寒痰法、清化热痰法、化痰逐瘀法。龚大国用化痰通络法治疗顽痰入络，带下色白量多，伴少腹疼痛有包块；用温化寒痰法主治痰湿带下；用清化热痰法主治湿热带下，多获良效。^[9]浦永芬提出：带下病因有正虚邪盛两个方面，均寓有瘀血病机在内，辨证有四点当从瘀论治：即带下久治不愈者从瘀；有腰骶小腹坠胀疼痛难消或固

定不移者从瘀；有癥积包块者从瘀；舌见紫黯或有瘀斑者从瘀。^[18]

综述近代广大医家对带下病治法的认识、研究，归纳如下：

(1) 辨证内治：带下病的治疗仍以内治为主，强调辨证施治，针对不同的病因病机处方遣药，取得较好的临床疗效。概述其具体有效的治法有：

健脾除湿法：脾主运化，喜燥而恶湿，对脾病湿盛之白带，治宜健脾除湿止带，多以完带汤为主方，或选参苓白术散等。

益气升提法：为中气不升，湿浊下流之带病而备，多选补中益气汤加减，益气升提除湿，使“风木不闭塞于地中，则地气自升腾于天上”。

温中散寒法：脾阳不振，虚寒内盛之带下，其病机与虚寒性腹泻相类，治宜温中散寒止带，用理中汤加味。对寒凝脾胃，带下量极多，淋漓不断，且顽固者，可选加桂枝汤。

补益心脾法：适用于思虑过度，劳伤心脾，心脾两虚之带下者，多选归脾汤加减，补益心脾止带。

温补肾阳法：针对肾阳不足之清冷带下而定，多用内补丸加减或右归丸、附桂八味丸化裁温肾助阳止带。毕明义用真武汤治疗带下病 118 例，结果治愈 90 例，好转 18 例，无效 10 例，总有效率 91%。^[18]

滋补肾阴法：对肾阴不足之带疾，适当滋养肾阴，若君火偏盛者，选用黄连阿胶汤；若相火偏旺者，可选二至丸合六味地黄丸或知柏地黄丸。而对肾阴亏虚，阴津不能充养阴器，带下量极少或无，阴道干涩灼痛，甚至萎缩者，可用左归类。

补肾固精法：肾气亏损，闭藏失职，阴液滑脱之带下，宜用鹿角菟丝丸或金锁固精丸补肾固精。若量多如崩，急需敛涩时，袁程云自拟白带丸急则治其标。^[29]

健脾补肾法：适用于脾肾阳虚带下病。健脾补肾收涩止带在临床上除清热利湿之外较常用的治法。张国祥辨治带下病 55 例，其中脾肾阳虚型 17 例，用脾肾双补丸加减（炒菟丝、鹿角霜、巴戟天、焦白术、益智仁、五味子、党参、山药、莲子、熟地、车前子）治愈 14 例，显效 1 例，无效 2 例。^[30]而王展用桂枝、杭菊、干姜、龙骨、牡蛎、山药、甘草、大枣等治疗 163 例，仅 6 例无效。对脾肾虚极之白崩症，可选用加减既济汤或内补丸。^[31]何泉光报道一子宫肌瘤术后患者，非创口愈合不良，阴道流液，每天约 1000~1800ml，用纸 3~5 斤，伴血压升高，其诊为脾肾衰惫，失其气化封藏之职，选补中益气汤加温补肾阳之品，时合二陈或合归脾，前后服药百余剂而愈。^[32]

清热利湿法：清热利湿为治疗带下病最常用的方法之一。孙朗川在治疗 107 例带下病者中，根据其临床表现，将其分为湿热型与虚弱型两类，前者为 88 例，后者为 19 例。说明湿热型乃临床最常见的带下病证型。治疗湿热带下，章文庚倡薛立斋宣导之法，遵《湿病条辨·下焦篇》“下焦丧失，皆腥臭脂膏，即以腥臭脂膏补之”为训，常用土茯苓、臭椿皮、败酱草、鱼腥草等腥臭之味直达下焦，同气相求。临床多选用三妙散、止带方、龙胆泻肝汤、丹栀逍遥散、易黄汤等。^[33]

清热解毒法：对黄绿如脓之湿热带下，多施此法，常选银翘三妙散、二黄三白丸、大分清饮、加味五味消毒饮、利火汤等。黄绳武则言久病绿带，虽属湿毒下注，然已脾肾两虚，气阴两伤，治宜健脾补肾，益气养阴，佐以清热解毒，不可一味清解。^[25]

调和营卫法：对营卫不和之带如漏卮，色白或赤白，心荡寒热，脘胁胀痛者，章文庚

多用归脾、六君、逍遥、补中益气等方化裁治之。^[33]

治肝法：a. 肝经火炽之赤白带下，当清肝为宜，用清肝止淋汤。b. 肝经湿热下袭之黄白带下，以泻肝为要，选龙胆泻肝汤。何氏主张选用大量苦寒之品，泻其肝经湿热；待红白分清后，再健脾利湿清热同用，扶正祛邪并举；见带少转清，秽浊已净时，酌情补肾束带。c. 肝气郁结之青白带下，宜疏肝为主，多用逍遥类或四逆散加味。d. 水极或火极之带黑者，养肝为佳。水极者量多质稀色黑，为肝脾肾俱损，湿热久蕴而成；火极者带下腥臭色黑，为肝火过旺，波及命门，损伤任带而致，均宜滋养肝肾为主，可选用完带汤加补肝肾之品或金匱肾气丸化裁。^[34]

宣肺导水法：水湿非独中土所主，与肺金相关，宣肺从高原导水，使之不久溃任带。属肺气虚者，章文庚每喜用紫菀、桔梗、或少佐羌活；若肺肃太过，水湿奔迫下注，则选补中益气类加枳壳、桔梗等调升降。^[33]而刘恒一用麻黄、紫苏、桔梗等组成基本方，治疗带下收到良效。^[28]

治痰法：痰与带均为津液所变，同源异流。一些按常法治之不效者，可从痰着手。a. 热痰下注之带下者，应清化为主，可用芩连温胆汤加味。b. 对寒痰带下，多选理中合二陈或五积散加减。c. 痰湿带病者，可选渗湿消痰饮、平胃导痰汤或四妙合六君等。d. 带病痰瘀互结，下腹刺痛者，偏寒用二陈或苓桂术甘合血府逐瘀汤，偏热用芩连温胆合丹参饮。

(2) 一方为主，随证加减：近十年来，许多医家在治疗带下病的临床实践中，不断地摸索出一些有效的成方。在治疗过程中，以一方为主，随不同证型或病情的改变而随证加减、灵活化裁，也取得较好的疗效。

易黄汤：罗飞报道专用此方加减治疗带下 110 例，愈 89 例，显效 21 例。析其方中山药、芡实健脾固肾涩精，且专补任脉；车前子渗湿于下，加白果引入任脉中收涩止带；湿久必伏生热之虞，故用黄柏清肾中之火，诸药配合，实已握治带之要，再酌情加减，对各种带下自能泛泛曲当。傅青主在该方下曾指出：“此不特治黄带也，凡有带病者，均可治之”。^[35]

升阳益胃汤：杨善栋用李杲升阳益胃汤随症加减治疗带下 74 例，愈 34 例，显效 26 例，好转 7 例，无效 2 例。该方具健脾补中，益气升阳，淡渗祛湿之法，颇合带下病机，且方中风药能祛湿止痒，为治带不可缺少之品。^[36]

乌鸡樗皮汤：由乌贼骨、白鸡冠花、樗白皮三药组成，具化湿清热，温肾止带作用。周少伯随证加味，治带下 100 例中，服药 1~3 剂止者 71 例，3~6 剂止者 25 例，6~15 剂并合外治法而止者 4 例。^[37]

十七味保元汤：朱守庆用十七味保元汤（贯众、毛姜、杜仲、盐水炒小茴香、巴戟天、升麻、石斛、当归、莲须、黄柏各 10g，黄芪 25g，山药、党参、茯苓各 2g，独活、甘草各 6g，桂圆 6 个。）治疗带下病 76 例，显效 36 例，有效 34 例，无效 6 例。^[14]

加味玉真散：陈如芳等用加味玉真散（白附子、天麻、天南星、羌活、白芷、防风、焦白术、炒山药）治疗带下病 36 例，若带下红白相兼加仙鹤草、三七参，腰痛加狗脊、川断、杜仲。月经欠规律，伴胁痛撑胀加柴胡、白芍、芥穗炭等，结果痊愈 32 例，显效 3 例，无效 1 例。

天台乌药散：刘氏以天台乌药散（台乌、川楝子、高良姜、木香、小茴香、青皮）加减治疗 30 例虚寒型白带，疗效满意。^[38]

乌梅丸：张艳用乌梅丸(乌梅 20g, 细辛 6g, 干姜 12g, 黄连 18g, 当归 12g, 附子 10g, 蜀椒 12g, 桂枝 15g, 党参 12g, 黄柏 18g)化裁治疗寒热虚实夹杂型带下病 60 例。治愈 42 例, 显效 12 例, 有效 4 例, 无效 2 例。^[39]

一方为主治疗带下病的成方报道仍有很多, 如用仙方活命饮加减、二带汤(由完带汤与清带汤合方化裁而来)等, 不再一一枚举。

(3) 外治法：近年来, 临床常配合清热利湿杀虫外治法。如罗飞以易黄汤为主配合蛇床子散外洗治疗带下病 110 例, 痊愈 89 例, 显效 21 例, 2 年无复发。^[34]丁爱平用带必康散外治带下病 488 例, 治愈 440 例, 占 90.2%, 好转 48 例, 占 9.8%。^[40]刘耀驰采用熏洗法治带症 156 例(龙葵全秧 150~250g, 国槐鲜枝叶 50~100g, 凤眼草 50~100g), 结果治愈 133 例, 好转 13 例, 无效 10 例。^[41]此外毕明义用矾石丸治疗带下病 208 例,^[42]刘茂林用狼牙汤治疗带下病 54 例, 均有良效。^[43]中药锥切疗法对慢性宫颈炎及子宫颈癌引起的白带增多有治疗作用。^[44]罗元恺《实用中医妇科学》中选外阴洗剂用于带下异常, 阴部痒痛: 当归 20g, 紫花地丁 30g, 银花 50g, 甘草 15g, 地肤子 20g, 紫苏叶 10g。浓煎至 150ml, 外用熏洗阴部。滴霉洗剂用于滴虫性阴道炎、霉菌性阴道炎: 苦参 30g, 蛇床子 50g, 紫花地丁 30g, 白鲜皮 30g, 蒲公英 20g, 黄芩 18g, 川椒 30g。浓煎至 200ml, 外用熏洗阴部, 枯矾合剂用于宫颈糜烂: 枯矾 20g, 儿茶面 20g, 五倍子 20g, 白及面 20g, 生硃砂 0.2g, 冰片 2g。共研细末, 用带线棉碗盛药粉, 将宫颈分泌物揩净, 将棉碗扣住宫颈, 使药粉密切接触宫颈, 留棉碗于阴道内, 线头留于阴道口外, 24 小时后自行取出。每周 1~2 次, 10 次为 1 个疗程。上药期间禁房事, 月经期停止上药。止带栓塞散治各种带下: 苦参 20g, 黄柏 30g, 威灵仙 30g, 白芷 15g, 冰片 5g, 雄黄 5g, 蛇床子 30g。红藤汤灌肠用于治疗急慢性盆腔炎: 红藤 30g, 败酱草 30g, 蒲公英 30g, 鸭跖草 30g, 三棱 9g, 莪术 9g, 延胡索 9g。将上药浓煎至 100ml, 用 5 号导尿管插入肛门 14cm 以上, 用 40~50℃ 的温药液在 20 分钟内灌完后卧床 30 分钟, 每日 1 次, 10 次为 1 疗程。由此可见, 内外并治是治疗湿热带下病的有效方法。近年来市售的中成药如洁尔阴、洁身纯、肤阴洁、保妇康栓等皆为清热利湿杀虫之品, 使用方便, 故颇受欢迎。

(4) 针灸疗法: 可考虑选用以下疗法。

针法: 取任脉、带脉和足太阴经穴为主。湿热, 针用泻法, 不灸; 寒湿, 针用平补平泻法, 多灸。处方: 带脉 白环俞 气海 三阴交。随证配穴, 湿热加行间、阴陵泉; 寒湿加关元、足三里。

灸法: 选穴: 命门 神阙 中极 隐白 三阴交。方法: 艾条熏灸, 每穴 5 分钟, 隔日 1 次, 10~15 次为 1 疗程, 适用于虚寒带下。

近年来, 部分学者以针灸疗法治疗带下病, 尤其是虚证带下, 也取得一定疗效。针灸疗法也不失为配合治疗的一种有效的方法。如王本元辨证针刺治疗带下病 144 例, 主穴取关元、气海、归来。肝郁带下加肝俞、血海; 肾虚带下加肾俞、命门; 脾虚带下加脾俞。快速进针, 施补法, 得气后不留针。治疗 1~2 疗程后, 治愈 106 例, 好转 32 例, 无效 6 例。^[10]袁茂祥以腕踝针治疗虚证带下 22 例, 总有效率为 95.5%。^[45]也有报道针刺环跳穴治疗白带 14 例, 结果痊愈 8 例, 有效 5 例, 无效 1 例。

(5) 饮食疗法: 刘国普等在《妇科病饮食疗法》一书中指出带下病的饮食宜忌: 湿热带

下者,饮食宜清淡,多食富含维生素的新鲜蔬菜、水果及豆制品等。虚寒带下者,食物以温补为上,如瘦肉、鸡汁、蛋类、牛奶等;忌食生冷食物及刺激性食品,如辣椒、咖啡、醇酒厚味等。指出湿热型用椿根白皮汤(椿根白皮包 30g,红糖适量。将药水煎取汁,再加入红糖融化服食。)、木棉花粥(木棉花 30g,大米适量,煮粥服食。)、马齿苋蛋清汤(鲜马齿苋 60g,鸡蛋清 3 个,加水适量,炖熟服食。)、冬瓜子冰糖汤(冬瓜子 45g,冰糖适量)、向日葵茎金砂猪骨汤(向日葵茎 30g,海金砂 15g,猪骨 250g,加水煎服。)、鸡冠白果汤(鸡冠花 30g,金樱子 15g,白果 10 个,瘦猪肉适量,水煎服。)、藕汁鸡冠花汤(藕汁半碗,红鸡冠花 3 朵。水煎取汁,红糖调服。)、扁豆花汤(扁豆花 20g,冰糖适量)。虚寒型用腐竹白果粥、黄芪炖乌骨鸡、莲子红枣糯米粥、猪膀胱煎、附桂鸡蛋汤、莲荷粥等。

欧阳惠卿等编著的《疾病饮食疗法》一书中详述了部分带下病的饮食疗法,如清热利湿止带的有:A. 蒜茸炒苋菜(大蒜 10g、苋菜 250g,加适量油盐)。B. 金针菜炒瘦肉(金针菜 60g、瘦猪肉 100g,加适量油盐配料)。C. 鸡冠花瘦肉汤(鸡冠花 20g、瘦猪肉 100g、红枣 10 个),白带者用白鸡冠花,赤带者用红鸡冠花。D. 筋苋菜糖水(鲜筋苋菜根 500g、白糖 20g)。E. 马齿苋汁(鲜马齿苋 500g,榨取鲜汁、蜂蜜 20g,隔水炖热)。F. 豉汁蒸文蛤(文蛤肉 200g、豆豉 15g、大蒜 10g,加油盐糖蒸熟)。健脾利湿止带的有:白果薏苡仁猪肚汤(白果 10 个、生薏苡仁 30g、猪小肚 3 个)。温中健脾,化湿止带的有:胡椒蛋(鸡蛋 1 个、白胡椒 10 粒研细末,在鲜鸡蛋壳上开一小孔,放入胡椒末,隔水蒸熟)。温肾健脾,固涩止带的有:莲子仙茅炖乌鸡(莲子肉 50g、仙茅 10g、乌鸡肉 100g,隔水炖 3 小时)。补肾固精,收涩止带的有:A. 姜葱煮河蚌(河蚌 2 只、生姜 10g、葱 2 根,加油盐)。B. 淡菜芡实墨鱼汤(淡菜 100g、墨鱼干 50g、瘦猪肉 100g、芡实 20g)。滋阴解毒,利湿止带的有:龟苓汤(乌龟 1 只,瘦猪肉 100g、鲜土茯苓 500g,加水文火煮 3 小时)。

《百病饮食疗法》一书提出辨证食治,分脾虚、肾虚、湿热三型食治。脾虚型用向日葵茎饮、三味苡仁羹、鸡冠花炖猪肚。肾虚型用鹿茸猪胞汤、莲子枸杞酿猪肠、杜仲腰花、脚板苕炖乌鸡。湿热型用萆薢银花绿豆汤、冰糖冬瓜子汤。

2.4 辨证用药研究

2.4.1 带下病治疗用药规律浅析

历代医家为治疗带下病创制了许多方剂,这些方药的组成和运用,基本上能够反映治疗用药的一些规律。如傅山治黄带的易黄汤由淮山、芡实、黄柏、车前子、白果组成。其中淮山、芡实专补任脉之虚,又能利水,加白果引入任脉之中,加用黄柏清肾中之火。治白带的完带汤组方中白术、山药重用一两,柴胡、陈皮、黑芥穗轻至五六分。治青带用加减小逍遥散,不仅用茵陈、栀子、茯苓清热利湿,更用柴胡、陈皮、白芍疏肝。张锡纯治妇女赤白带下之清带汤组成为:生山药,海螵蛸,茜草。此方用龙骨、牡蛎以固脱,用茜草、海螵蛸以化滞,更用生山药以滋真阴固元气。他认为茜草、海螵蛸虽为开通之品,实具收涩之力也。如热重还可加白头翁,可配合外洗法,用儿茶、白矾、石榴皮、没石子等水渍之。又如日本治带名方“中将汤”,组成为:延胡索 6g,当归 18g,官桂 6g,木香 6g,甘草 6g,苦参 9g,怀牛膝 9g,郁金 6g,沙参 12g,续断 9g,山楂 9g,肉豆蔻霜 9g。王渭川的“王氏银甲合剂”,组成:银花 9g,连翘 9g,红藤 24g,蒲公英 24g,大青叶 9g,紫花

地丁 12g, 生鳖甲 24g, 椿根皮 9g, 艾叶 9g, 砂仁 6g, 仙鹤草 60g, 生蒲黄 9g, 炒升麻 24g。历陈近代名方, 我们可以看出: 治带常用药有两类: 一类为白术、山药、芡实、莲子等健脾利湿药, 适用于虚带为主; 一类为红藤、白头翁、栀子、茜草、黄柏、茵陈等清热祛湿药, 适用于实证为主。且不论虚实均重视祛湿, 在祛湿时常少佐疏肝祛风药, 如荆芥穗、薄荷等, 取“风能胜湿”, 并使“风木不闭塞于地中, 则地气自升腾于天上”之意。常可配伍柴胡、郁金、陈皮等疏肝理气药, 使补而不滞, 补中有行。并外用清热杀虫收涩之品。尤其是近年来, 内外同治更为普遍使用。而外治法用药尤以清热利湿、杀虫止痒剂多用。常用药有蒲公英、紫花地丁、苦参、百部、蛇床子、仙鹤草等。

综观建国以来对用成方治疗带下病及辨病辨证结合治疗带下病的研究来看, 内外并治已成为主要治疗途径, 如以易黄汤内服配合蛇床子散外洗, 以及以金鸡冲剂(金樱子、鸡血藤、千斤拔、两面针、十大功劳、穿心莲)配合加味三黄汤(黄芩 15g、黄柏 15g、黄连 15g、虎杖 30g)灌肠, 以及对于阴道炎主要采用熏洗、冲洗、散剂、粉剂局部使用均已取得较好疗效。

2.4.2 新药的开发研制

古法治带下病, 多以内服为主, 也有结合外用的。至 80 年代前, 外用药仍以水煎取汁外洗为主。但随着现代生活节奏的加快, 研制一种适应症广, 疗效好, 使用方便的中成药已成必要。至 80 年代, 先后有了治疗阴道炎所致带下异常的洁尔阴、洁身纯、肤阴洁、保妇康栓等外用药, 内服中成药有妇康消炎片、妇乐冲剂、金刚藤糖浆、妇科千金片等。

2.5 预防与调护的研究

“不治已病治未病”, 故预防带下病的发生是相当重要的。因湿为主因, 故预防湿邪内生或外感是预防带下病的关键。如勿久居湿地, 经期产后避免水中作业及生冷饮食。饮食宜清淡, 忌辛辣油腻, 保持妇女四期卫生, 提倡淋浴或蹲式厕所, 节制性生活, 做好计划生育工作, 以免房劳多产损伤任带二脉。如果发现有感染性疾患时, 要采取隔离措施。如禁止游泳, 专盆专用, 配偶接受检查治疗等。平时适当服用健脾、清热、祛湿等中药有利于带下病的预防。

3 实验研究

因带下异常为西医学中多种妇科炎症、妇科肿瘤的一种常见症状, 病理变化各异, 并非单一病种, 故而对于带下病发病机理的实验研究较难系统进行, 尚未见系统报道, 有待进一步研究。

近代对于治疗带下病的药物疗效机理研究的开展已有一定的深度和广度, 主要体现在带下病的某些治法的作用机理探讨以及中药在治疗带下病方面的药理研究两个方面。以下作简介。

3.1 带下病的某些治疗方法作用机理的研究

3.1.1 清热解毒法作用机理的研究

清热解毒法为治疗带下病的常用方法之一。常用清热解毒药具有不同程度抗感染、消炎等作用, 广泛用于治疗多种急性感染性疾病和急性传染性疾病。其作用机理, 其中一部

分已证实具有抑菌、抗菌、抗病毒、减毒等作用,如板蓝根、大青叶、金银花、连翘、黄芩、黄连、贯众等。但某些具有显著抗感染作用的清热解毒药,体外药理试验却没有显著的抗菌或抗病毒作用,如白花蛇舌草等。经研究推断和各种实验初步证明,清热解毒法作用机理,主要并不仅在于其抗菌、抗病毒作用的大小,而在于其对人体复杂的多方面的综合作用,归纳起来,主要有以下几方面:

(1) 调节和增强机体多种免疫功能:如增强网状内皮系统吞噬功能,促进中性粒细胞的趋化性和随机移动性,促进淋巴细胞转化,促进特异性体液免疫,提高血清或分泌液中溶菌酶水平,增强补体活性,促进抗体生成,增强细胞免疫,消除免疫复合物等作用。如金银花、大青叶、野菊花、山豆根等,能增进白细胞的吞噬能力;黄连、黄芩、白花蛇舌草等能兴奋网状内皮系统和提高巨噬细胞的吞噬作用;金银花、蒲公英、紫花地丁、黄芩、黄连等能提高淋巴细胞的转化率。

(2) 抗病原体:如黄连、黄柏、蒲公英、野菊花、紫花地丁等均对金黄色葡萄球菌、链球菌等有抗菌作用。

(3) 解毒:苦参能增强肝细胞色素 P450 功能而具有解毒作用。黄连、黄芩、黄柏、银花、土茯苓等对细菌毒素或其它毒素有解毒作用。

(4) 消炎:龙胆草、鱼腥草、野菊花等对某些实验性炎症具有消炎作用。

3.1.2 疏风胜湿法作用机理的研究

疏风胜湿法也常用于治疗带下病,其作用机理有:

(1) 抗炎:荆芥、防风、升麻、柴胡等,对动物实验性炎症有一定抑制作用。

(2) 抗变态反应:苏叶、荆芥、柴胡等,对 I 型变态反应有抑制作用。苏叶对 IV 型变态反应、葛根对 III、IV 型变态反应有抑制作用。

(3) 诱生干扰素:实验证明苏叶、白芷、升麻等有诱生干扰素作用,从而可抑制病毒的复制。

(4) 促进巨噬细胞吞噬功能:苏叶、柴胡等,对消灭入侵人体之病原体及消除体内毒素均有重要作用。

3.1.3 活血化瘀法作用机理的研究

在带下病的治疗过程中,活血化瘀法已广为应用,其作用机理有:

(1) 对免疫系统的影响

① 免疫抑制作用:如益母草、当归尾、川芎、桃仁等可抑制细胞抗体形成及血清抗体的形成。

② 免疫增强作用:实验证明黄芪、川芎有与转移因子相似的提高细胞免疫功能作用。一些常用于感染、肿瘤、局部炎症或包块有效的活血化瘀方药,具有免疫增强效应。当归、桃仁、赤芍、丹参等可加强吞噬细胞的吞噬功能,提高单核细胞系统对染料的廓清速度,从而增强了非特异性免疫功能。

(2) 对炎症的影响

① 某些活血化瘀药具有抑制病原微生物的作用。

② 某些活血化瘀药调整机体状态,影响炎症过程,可通过改善局部循环、降低毛细血管通透性、减少渗出和水肿、减轻炎症反应程度,并促进吞噬细胞功能,促进炎症的吸

收,使炎症局限化。对免疫功能的调节也有利于炎症的恢复。

3.1.4 扶正固本法作用机理的研究

该法常用于虚证或虚中夹实之带下病,以补肾、健脾、益气为主,其作用机理有:

(1) 对免疫系统的影响:中医学的虚证和西医学的机体免疫机能减退关系密切,用扶正固本法能提高及调节机体的免疫机能。实验证明,人参、白术、淫羊藿、杜仲等,均可提高巨噬细胞的吞噬功能。党参、黄芪等可增强网状内皮细胞的吞噬功能。人参、党参、当归、桑椹子、枸杞子、女贞子、菟丝子、鹿茸等,有促进淋巴细胞的转化作用。肉桂、仙茅、菟丝子、锁阳等补阳药,能使抗体形成时间提前。人参、党参、黄芪均可增加免疫球蛋白含量。某些扶正方药对抗体的免疫机能具有双向作用,即对正常的免疫机能有促进作用,而对异常的变态反应则有抑制作用。甘草则能抑制免疫反应。黄芪有促进干扰素的作用。

(2) 改善机体能量代谢:人参、黄芪等扶正固本药具有以下作用:

① 调节核酸和蛋白质的生物合成,通过核酸复制、转录、翻译,将生物信息传递给蛋白质,借以调节机体的新陈代谢活动。

② 诱导肝脏药酶,增强机体解毒功能,促进调节肝脏的合成代谢。

③ 通过调节阴阳、补助气血,发挥抗应激和适应原样作用,调整机体功能的亢进或低下,使之恢复正常。

(3) 对环核苷酸的调节:国内外一些实验的研究,反映了 cAMP 和 cGMP 变化与中医阴虚、阳虚有着一定的关系。用滋阴药或温阳药治疗后,随着虚证的好转, cAMP 和 cGMP 的含量和比例亦有相应的改变,证明扶正固本药对环核苷酸有一定的调节作用,因而对神经系统、内分泌系统、代谢免疫等也起了良好的调节作用。

(4) 补肾能调节下丘脑-垂体-性腺轴功能,从而达到调补冲任督带的作用。

3.2 常用中药在治疗带下病方面的药理研究

3.2.1 清热解毒类药物

黄连

(1) 抗菌:黄连及其有效成分黄连素有广谱抗菌作用。体外试验证明,黄连或小檗碱对溶血性链球菌、金黄色葡萄球菌皆有较强的抗菌作用,对金黄色葡萄球菌的抗菌力优于青霉素,对产气荚膜杆菌、结核杆菌等亦有效。对变形杆菌、大肠杆菌、伤寒杆菌则作用较差。对宋内氏痢疾杆菌、副伤寒杆菌、绿脓杆菌则几无作用。小檗碱低浓度抑菌而高浓度杀菌。煎剂即有良好的抗菌作用。对链霉素、氯霉素、土霉素抗药后,小檗碱仍有抗菌作用。

在试管内,黄连制剂或小檗碱对蓝色毛菌、絮状表皮癣菌、狗小孢子菌、星形奴卡氏菌等 13 种皮肤真菌等均有广泛而显著的抑制作用。

(2) 抗原虫:黄连煎剂对阴道滴虫也有一定的抑制作用。此外,对沙眼衣原体等均有抑制作用。

黄连及小檗碱的抗菌作用原理较为复杂,目前尚未完全阐明。有人认为,黄连的抗菌作用与其影响微生物的代谢过程有关。亦有报告指出:小檗碱能抑制细菌 DNA、RNA、蛋

白质及类脂的合成；小檗碱可与 DNA 形成复合物，从而影响了 DNA 的复制，干扰了细菌繁殖。小檗碱小剂量(2~5mg/kg)能增强家兔网状内皮系统的吞噬功能。小檗碱 19mg/kg 静脉注射，可提高试验性金黄色葡萄球菌败血症犬白细胞吞噬金黄色葡萄球菌的能力，并保护动物免于死亡。小檗碱对于细菌毒素还有明显的解毒效应。

黄柏

抗菌作用：黄柏抗菌有效成分为小檗碱。黄柏煎剂或醇浸剂体外试验对金黄色葡萄球菌、白色葡萄球菌、柠檬色葡萄球菌、草绿色链球菌、绿脓杆菌等均有抑制作用，对大肠杆菌、伤寒杆菌几乎无效。亦有报道对大肠杆菌有效者。就生药而言，黄连抗菌作用较黄柏强 1 倍。体外试验黄柏对结核杆菌也有抑制作用。黄柏的抗菌作用原理与其对细菌呼吸及 RNA 合成的强烈抑制有关。

在试管中，黄柏煎剂或浸剂对多种常见的致病性皮肤真菌(蓝色毛癣菌、絮状表皮癣菌、大小芽孢子菌、许兰氏毛癣菌、奥杜盎氏小孢子菌等)有不同程度的抑菌作用。在体外对阴道滴虫也有一定的抑制作用。

龙胆草

(1) 对石膏样毛癣菌、星形奴卡氏菌等皮肤真菌有不同程度的抑制作用，对绿脓杆菌、变形杆菌也有抑制作用。

(2) 抗炎作用：龙胆草试对角叉菜胶引起的大鼠足跖水肿有抑制作用。口服龙胆碱可使大鼠甲醛性“关节炎”肿胀减轻。对小鼠的抗炎作用较水杨酸强。抗炎原理可能与神经-垂体-肾上腺系统有关。

马齿苋

抗菌作用：乙醇提取物对大肠杆菌、变形杆菌、金黄色葡萄球菌、真菌如奥杜盎氏小芽孢癣菌、结核杆菌也有不同程度的抑制作用。对绿脓杆菌有轻度抑制作用。

鱼腥草

(1) 抗病原微生物作用：鱼腥草鲜汁对金黄色葡萄球菌有抑制作用，加热后作用减弱。体外试验证明，鱼腥草煎剂对多种革兰阳性细菌和阴性细菌如金黄色葡萄球菌、卡他球菌、变形杆菌、肠炎杆菌等均有不同程度的抑制作用。鱼腥草乙醚提取物在体外对结核杆菌有明显抑制作用。鱼腥草中提取得到的一种油状物，对各种微生物(尤其对霉菌和酵母)均有抑制作用。但也有报告认为，鱼腥草煎剂抗菌作用不甚明显。

鱼腥草的主要抗菌有效成分癸酰乙醛对多种细菌、抗酸杆菌及真菌等均有较明显的抗菌作用，但该种化合物性质不稳定。其硫酸氢钠加成物则性质稳定而又保留其抗菌活性。我国人工合成的癸酰乙醛的亚硫酸氢钠加成物称为合成鱼腥草素，在体外对多种革兰氏阳性和阴性细菌都具有明显的抑菌作用，以金黄色葡萄球菌及其耐青霉素株、甲型链球菌较为敏感，卡他球菌、伤寒杆菌次之，而大肠杆菌、绿脓杆菌不甚敏感。另外，对白色念珠菌、新型隐球菌、孢子丝菌、曲菌、着色霉菌、红色癣菌、叠瓦癣菌、石膏样小孢子菌、铁锈色小孢子菌、鲨癣菌等亦有明显抑制作用。

(2) 对免疫系统的作用：鱼腥草煎剂在体外能明显促进人外周血白细胞吞噬金黄色葡萄球菌的能力。合成鱼腥草素能提高慢性支气管炎患者白细胞的吞噬功能，提高家兔及患者血清备解素水平。

白头翁

抗病原微生物作用：白头翁的榨取液对金黄色葡萄球菌、绿脓杆菌有较强的抗菌作用。煎剂对痢疾杆菌的作用根据其菌种不同而作用亦有所差异。乙醇浸液在试管内对枯草杆菌及金黄色葡萄球菌有抑制作用。白头翁的有效成分为原白头翁素和白头翁素，对金黄色葡萄球菌、链球菌、结核杆菌、白色念珠菌等都有很强的抑制作用。水浸液(1:3)在试管内对多种真菌也有不同程度的抑制作用。白头翁流浸膏在试管内有明显杀灭阴道滴虫的作用，其最低有效浓度为2mg/ml。

金银花

(1) 抗病原微生物作用：体外实验表明，金银花对多种致病菌如大肠杆菌、绿脓杆菌、人型结核杆菌、金黄色葡萄球菌、溶血性链球菌等均有一定程度的抑制作用。一般而言，对沙门氏菌属作用较强。亦有报告认为，金银花提取液对金黄色葡萄球菌有效，而对大肠杆菌则否。水浸剂比煎剂作用强。本品与连翘合用，抗菌范围可以互补；与青霉素合用，能加强青霉素对耐药金黄色葡萄球菌的抗菌作用，其机理是在抑制细菌体内蛋白质合成上有协同作用。

金银花水浸剂(1:4)，在试管内对铁锈色小芽孢癣菌、星形奴卡氏菌等皮肤真菌有不同程度的抑制作用。实验证明，絮状表皮癣菌、堇色毛癣菌、许兰氏黄癣菌、许兰氏黄癣菌蒙古变种、同心性皮内癣菌、趾内发癣菌、足趾发癣菌在含有金银花煎剂的葡萄糖琼脂培养基及液体培养基上，呈有不同程度的绿晕现象。

金银花水煎剂(1:20)在人胚肾代原单层上皮细胞组织培养上，对疱疹病毒有抑制作用。

(2) 抗炎作用：金银花提取液腹腔注射能抑制大鼠角叉菜胶性脚肿，减轻蛋清性脚肿程度。对大鼠巴豆油性肉芽囊，亦有明显的抗渗出和抗增生作用。

(3) 对免疫功能的作用：实验表明，金银花煎剂能促进白细胞的吞噬功能。对细胞免疫有抑制作用。小鼠腹腔注射金银花注射液，也有明显促进炎性细胞吞噬功能的作用。

蒲公英

抗病原微生物作用：蒲公英注射液在试管内对金黄色葡萄球菌耐药菌株、溶血性链球菌有较强的杀菌作用，对绿脓杆菌、变形杆菌及卡他球菌亦有一定的杀菌作用。蒲公英提取液(1:400)在试管内能抑制结核杆菌。蒲公英水煎剂(1:80)能延缓ECHO₁₁病毒细胞病变。水浸剂对多种皮肤真菌亦有抑制作用。

穿心莲

(1) 抗炎作用：穿心莲甲、乙、丙、丁素均有不同程度的抗炎作用。1g/kg灌服能抑制二甲苯或醋酸所致小鼠皮肤或腹腔毛细血管通透性的增高，减少Selye氏肉芽囊中巴豆油所致急性渗出量，但对肉芽组织增生无明显影响。能抑制蛋清性脚肿的发展，但切除肾上腺后作用消失。丁素的抗炎作用最强，丙素、甲素、乙素次之。

(2) 对免疫功能的作用：有报告认为，穿心莲可能对细胞免疫的某些环节有作用。其水煎剂在体外能提高人白细胞吞噬金黄色葡萄球菌的能力，穿心莲制剂新炎得平(内含酯和酮)，可提高小鼠血清溶菌酶水平，增强腹腔巨噬细胞和中性粒细胞对肺炎球菌或金黄色葡萄球菌的吞噬能力，穿心莲甲素注射液及喜炎平注射液亦能增强吞噬细胞功能。

败酱草

抗病原微生物作用：黄花败酱口服液、黄花败酱冲剂、白花败酱冲剂对金黄色葡萄球菌有较强的抑制作用。败酱浸剂在体外对金黄色葡萄球菌、白色葡萄球菌有轻度抑制作用；对溶血性链球菌无作用。

白鲜皮

抗真菌作用：白鲜皮水浸剂(1:4)，在试管内对多种致病菌如堇色毛癣菌、铁锈色小芽孢癣菌、羊毛状小芽孢癣菌、腹股沟表皮癣菌、红色表皮癣菌、星形奴卡氏菌等均有不同程度的抑制作用。

梔子

抗病原微生物作用：对金黄色葡萄球菌等有抑制作用；水浸液在体外对多种皮肤真菌有抑制作用。

3.2.2 疏风胜湿类药物

苍术

抗病原微生物作用：烟熏消毒对结核杆菌、金黄色葡萄球菌、大肠杆菌、绿脓杆菌和枯草杆菌有明显的杀灭作用。烟熏剂对核型多角病毒，肺炎支原体、乙型链球菌和金黄色葡萄球菌、黄曲霉菌和其它致病真菌均有显著杀灭作用。

荆芥

抗菌和抗炎作用：体外实验证明，荆芥煎剂对金黄色葡萄球菌有较强的抗菌作用。此外，乙型链球菌、绿脓杆菌和人型结核杆菌等有一定的抑制作用。荆芥煎剂及荆芥与防风混合煎剂均有明显抑制小鼠耳廓肿胀作用，混合煎剂比单煎效果好。荆芥对醋酸引起的炎症有明显的抗炎作用。

升麻

抗菌作用：在试管内升麻能抑制结核杆菌的生长。其变种绿叶升麻 *Cimifuga foetida* L. var. *simplex* Huth. 的水浸剂(1:4)在试管内对许兰氏黄癣菌、铁锈色小芽孢癣菌、红色表皮癣菌、奥杜盎氏小孢子菌等等皮肤真菌均有不同程度的抑制作用。

柴胡

(1) 抗炎作用：柴胡皂甙对组织胺或 5-羟色胺引起的血管通透性增加有抑制作用，并能制止因右旋糖苷(Dextran)，或 5-羟色胺，或巴豆油，或醋酸引起的鼠足浮肿。柴胡皂甙 a 和 d 具有抗渗出(肉芽囊法)和抗肉芽肿作用(棉球肉芽肿法)。而口服给药的强度仅为肌肉注射的 1/10。实验证明柴胡皂甙的抗炎强度和强的松相似。单味柴胡及其复方也有相似的抗炎作用；柴胡抗肉芽肿增生比抗渗出作用更强。柴胡皂甙的抗炎作用是通过刺激肾上腺，促进肾上腺皮质系统功能所致。此外，柴胡皂甙对许多过程包括渗出、毛细血管通透性、致炎因子的释放白细胞游走和结缔组织增生都有影响。

(2) 对免疫功能的影响：实验表明，柴胡多糖能提高小鼠体液和细胞免疫功能，并使免疫抑制状态有一定程度的恢复，柴胡多糖给小鼠腹腔注射，可显著增加脾系数、腹腔巨噬细胞吞噬百分数及吞噬指数。柴胡多糖还能明显提高刀豆素 A 活化的脾淋巴细胞转化率及天然杀伤细胞的活性。

3.2.3 扶正固本类药物

党参

(1) 对免疫功能的影响：实验表明，党参可明显增强小鼠腹腔巨噬细胞的吞噬活力。党参制剂给小鼠腹腔注射(0.2ml/d)、肌内注射(0.1ml/kg)和静脉注射(0.2ml/kg)，连续7天，巨噬细胞的数量明显增加，细胞体积增大，伪足增多，吞噬能力增强。细胞内DNA、RNA、糖类、ACP酶、酸性酯酶及琥珀酸脱氢酶活性均显著增强。党参沉淀物30g(生药)/kg给小鼠腹腔注射，能明显增强被氢化可的松抑制的巨噬细胞吞噬活力。当剂量降至3g(生药)/kg作用仍很明显。

亦有报道指出，党参提取液对正常小鼠的免疫增强作用并不显著，但对用环磷酰胺造成免疫抑制状态的小鼠，能明显增强淋巴细胞转化、抗体形成细胞的功能，提高血清抗体滴度的水平，提示党参的免疫调节作用与机体所处的机能状态有密切关系。实验表明，党参多糖对细胞免疫有调节作用。给小鼠腹腔注射多糖200mg/kg，连续5天或8天，对腹腔巨噬细胞吞噬鸡红细胞、小鼠炭粒廓清和胸腺细胞E花环形成有促进作用，并对腹腔注射环磷酰胺、氢化可的松小鼠腹腔巨噬细胞吞噬功能、E花环形成有增强和恢复作用。

(2) 抗病原微生物的作用：体外实验证明，党参对副大肠杆菌及大肠杆菌等均有不同程度的抑制作用。但亦有报道认为，党参煎剂对嗜盐菌、沙门氏菌等反有加速其生长的作用。

黄芪

(1) 对免疫系统的作用：①对非特异性免疫功能的作用：黄芪煎剂(32%)给小鼠每日或隔日口服0.5ml连续1~2周，能增强其网状内皮系统的吞噬功能。黄芪口服液25g/kg、50g/kg给小鼠灌胃，连续7天，能明显提高其网状内皮系统的吞噬功能，并对氢化可的松抑制后的网状内皮系统吞噬功能亦有明显的提高。黄芪水煎剂口服后对腹腔游走巨噬细胞吞噬鸡红细胞功能有较强促进作用。小鼠肺巨噬细胞加黄芪液的体外实验表明，其巨噬细胞吞噬白色葡萄球菌的作用明显增强，吞噬数量增加。黄芪多糖能使小鼠吞噬绵羊红细胞百分率及指数明显增强，黄芪皂甙甲能明显促进淋巴细胞增殖分化和浆细胞抗体合成。此外，黄芪能使小鼠血液中的白细胞数及多核白细胞数明显增加。黄芪注射液静脉注射对烧伤后兔的中性白细胞吞噬及杀菌功能的回升有作用。②对体液免疫的作用：黄芪对正常机体的抗体生成功能有明显的促进作用。小鼠口服低剂量(12.5ml/kg)北芪精连续7天，可显著提高用免疫扩散法测定的血清IgG含量。除多糖外，黄芪中的蛋白大分子、氨基酸、生物碱及甙类均有促进抗体和免疫反应作用。正常人每日口服黄芪16g，连续20天后，血浆中IgM、IgE指标均有上升，如长时间口服(40天)，IgG也明显上升。③对细胞免疫的作用：实验证明，黄芪水煎剂可促进正常人和肿瘤病人的淋巴细胞转化率。黄芪水煎剂可使胸腺细胞糖皮质激素受体浓度降低40%，表明其具有促进T细胞分化与成熟的作用。黄芪对健康人的淋巴细胞有刺激作用，并超过脂多糖。④对诱生干扰素的作用：黄芪对干扰素系统有明显的刺激作用，包括自身诱生、促进诱生和活性发挥三个方面。黄芪能促进小鼠对病毒诱生干扰素的能力，从而一定程度地抑制病毒繁殖。

(2) 抗病原微生物的作用：黄芪对 α -溶血性链球菌、 β -溶血性链球菌、金黄色葡萄球菌、柠檬色葡萄球菌、白色葡萄球菌、枯草杆菌等均有抗菌作用。黄芪多糖对结核杆菌感染有明显的对抗作用。

黄芪注射液给小鼠静脉注射有抑制病毒的作用。黄芪的其它成分如氨基酸、生物碱、黄酮和甙均具有显著抗滤泡性口腔炎病毒的作用。

白术

(1) 抗菌作用：白术煎剂对金黄色葡萄球菌、溶血性链球菌、绿色链球菌、枯草杆菌有不同程度的抑制作用。白术水浸剂在试管内对絮状表皮癣菌、星形奴卡氏菌、堇色毛癣菌、同心性毛癣菌等皮肤真菌亦有一定的抑制作用。

(2) 对免疫功能的作用：白术有强壮作用和提高机体抗病能力的作用。有报告指出，白术能增强网状内皮系统的吞噬功能。白术对白细胞减少症有升白作用。白术亦能提高淋巴细胞转化率和自然玫瑰花形成率，促进细胞免疫功能，而且能明显增加 IgG 的含量。

3.2.4 活血化瘀类药物

赤芍

(1) 抗病原微生物作用：体外实验证明，赤芍对绿脓杆菌、大肠杆菌、变形杆菌、葡萄球菌、 α 、 β -溶血性链球菌等均有抑制作用。对某些致病性真菌亦有抑制作用。赤芍煎剂(1:40)在试管内对疱疹病毒有抑制作用。

(2) 抗炎和对免疫系统的作用：芍药甙有弱的抗炎作用，对角叉菜胶及右旋糖酐引起的大鼠后脚浮肿有抑制作用。

赤芍正丁醇提取物 3g/kg 皮下注射 5 次，小鼠网状内皮系统吞噬指数显著提高。赤芍水提取物和 70% 乙醇提取物能明显抑制小鼠溶血素反应。对鸡红细胞激发的迟发型变态反应亦有显著抑制作用。赤芍 70% 乙醇提取物对小鼠脾脏玫瑰花结形成细胞(RFD)有显著抑制作用。说明其对活性 T 淋巴细胞有显著抑制作用。赤芍水提取物对人末梢血淋巴细胞和小鼠脾细胞的淋巴细胞幼稚化活性显著升高。

丹皮

(1) 抗炎作用：实验证明，牡丹酚及其以外的糖甙成分均有抗炎作用，且后者的抗炎作用比牡丹酚还强的多。牡丹酚对由角叉菜胶、蛋清、甲醛、组织胺、5-羟色胺和缓激肽所引起的大鼠足跖肿胀，对二甲苯引起的小鼠耳壳肿胀和内毒素引起的腹腔毛细血管通透性增高均有明显的抑制作用。摘除大鼠双侧肾上腺后其抗炎作用依然存在，提示牡丹皮的抗炎作用与垂体-肾上腺系统无关。

(2) 抗病原微生物作用：牡丹酚在试管内对白色葡萄球菌、枯草杆菌、大肠杆菌等均有较强抗菌作用。牡丹酚在试管内对大肠杆菌、枯草杆菌、金黄色葡萄球菌等均有抑制作用。丹皮浸液在试管内对铁锈色小芽孢菌等 10 种皮肤真菌也有一定抑制作用。

3.2.5 外用类药物

地肤子

抗皮肤真菌作用：地肤子水浸剂(1:3)在试管内对许兰氏黄癣菌、星形奴卡氏菌、铁锈色小芽孢癣菌、羊毛状小芽孢癣菌、杜盎氏小芽孢癣菌等均有不同程度的抑制作用。

仙鹤草

抗菌、抗炎作用：实验证明，仙鹤草的热水或乙醇浸液在试管内对枯草杆菌、金黄色葡萄球菌、大肠杆菌、绿脓杆菌等均有抑制作用，对人型结核杆菌亦有抑制作用。全草水提取物或乙醇提取物，对芥子油或葡萄球菌感染引起的家兔结膜炎，均有消炎作用，该作

用与仙鹤草中含有能生成缩合型鞣酐(Phlobaphene)的鞣质有关。仙鹤草嫩茎叶煎剂对阴道滴虫亦有较好的杀灭作用。

冰片

抑菌、抗炎作用：体外实验表明，较高浓度的冰片(0.5%)有抑菌作用，合成冰片和天然冰片作用相同。龙脑、异龙脑均有抗菌作用，并能显著抑制大鼠蛋清性足跖肿胀；异龙脑对巴豆油耳廓肿胀亦有抑制作用。提示它们对液体的渗出和组织水肿等炎症过程有抑制作用。

乌梅

抗病原微生物作用：体外实验表明，乌梅水煎剂(1:1)对枯草杆菌、葡萄球菌(金黄色、柠檬色、白色)等有抑制作用，对大肠杆菌、变形杆菌、绿脓杆菌等肠内致病菌也有效，而对甲或乙种链球菌无作用。乌梅的抑菌作用与其制剂呈酸性有一定关系。如将其制剂调至中性，其对金黄色葡萄球菌的抑菌强度可减弱一半。

实验表明，乌梅水煎剂在试管内对须疮癣菌、石膏样小芽孢菌、絮状表皮癣菌等皮肤真菌亦有一定的抑制作用。有效浓度分别为1:160、1:320、1:480。

花椒

抗病原微生物作用：在试管内，川椒对溶血性链球菌、金黄色葡萄球菌、柠檬色葡萄球菌、白色葡萄球菌、枯草杆菌等革兰阳性菌；对大肠杆菌、变形杆菌等革兰阴性菌均有抑制作用。

百部

(1) 抗病原微生物作用：体外实验表明，百部煎剂及醇浸剂对乙型溶血性链球菌、金黄色葡萄球菌、白色葡萄球菌、大肠杆菌、变形杆菌、枯草杆菌以及人型结核杆菌均有不同程度的抑制作用。蔓生百部水浸剂在体外对某些致病真菌有一定的抑制作用。

(2) 杀虫作用：百部乙醇提取液的50%蒸馏水混悬液接触阴虱数分钟即可将其杀死。水浸液则无效。用70%的乙醇浸出液杀头虱和阴虱的效力比DDT和除虫菊强。

明矾

(1) 抗菌作用：明矾对多种革兰阴性、阳性球菌和杆菌都有抑制作用；对常见化脓菌有较强抑制作用。实验表明，明矾对金黄色葡萄球菌、变形杆菌、大肠杆菌、绿脓杆菌有抑制作用。体外实验表明，白矾及枯矾对羊毛状小孢子菌和红色毛癣菌有很强的抑制作用。

(2) 收敛、固脱作用：实验证明，明矾水具有很强的收敛作用。可治疗白带过多及溃疡(浓度为1%~5%)。

(3) 抗阴道滴虫作用：10%明矾液在试管内(培养液与药液之比为1:1)有明显的抗阴道滴虫作用。

蛇床子

抗病原微生物作用：蛇床子在试管内对絮状表皮癣菌、石膏样小芽孢菌、羊毛样小芽孢菌均有抑制作用。蛇床子浸膏在体外对滴虫有较强的杀灭作用。但也有报道，以肝浸膏作为培养基，10%及20%的蛇床子煎剂对阴道滴虫无杀灭作用或作用极弱。

苦参

抗病原微生物作用：体外实验证明，1%苦参碱对痢疾杆菌、大肠杆菌、变形杆菌、

乙型链球菌及金黄色葡萄球菌均有明显抑制作用。醇浸膏在体外尚有抗滴虫作用，强度弱于黄连，而与蛇床子相似。在试管中，苦参煎剂高浓度(1:100)对结核杆菌有抑制作用。煎剂(8%)水浸剂(1:3)在体外对某些常见的皮肤真菌有不同程度的抑制作用。

根据现代药理研究结果：苦参、蛇床子、百部均有抗病原体作用，苦楝皮、苦参煎剂在体外对某些常见的皮肤真菌有不同程度的抑制作用，苦参醇浸膏在体外尚有抗滴虫作用，强度弱于黄连，与蛇床子相近。而仙鹤草体外试验有杀灭滴虫作用，在试管内对枯草杆菌及金黄色葡萄球菌有抑制作用。

【古训今释】

1 病名溯源

“带下”一词有广义狭义之分。《史记·扁鹊仓公列传》记载：“扁鹊名闻天下，过邯郸，闻贵妇人，即为带下医”，所谓带下医即女科医生。广义带下泛指妇科经带胎产诸疾而言，由于这些疾病多发生在带脉以下，故称为“带下”。《金匱要略心典》：“带下者，带脉之下，古人列经脉为病，凡三十六种，皆谓之带下病，非今人所谓赤白带下也。”《产宝》及《备急千金要方》指出带下三十六疾如下：(1)十二癥：所下之物，一如膏，二如黑血，三如紫汁，四如赤肉，五如脓痂，六如豆汁，七如葵羹，八如凝血，九如清血似水，十如米泔，十一如月浣，十二如经度不应期。(2)九痛：一阴中伤痛，二阴中淋痛，三小便即痛，四寒冷痛，五经来腹痛，六气满痛，七汁出阴中如虫啮痛，八胁下分痛，九腰胯痛。(3)七害：一害食，二害气，三害冷，四害劳，五害房，六害妊，七害睡。(4)五伤：一穹孔痛，二中寒热痛，三小腹牢痛，四脏不仁，五子门不正引背痛。(5)三痼：一经闭不通，二绝产乳，三羸瘦不生肌肉。张仲景认为三十六疾皆由于子脏寒热、劳损而下及阴内所致。以上旧说难稽，有模糊难得要领之弊，但可以看出带下病包涵范围广泛。丹波元简曰：“古所谓带下，乃腰带以下之义。疾病系于月经者，总称带下。”“带下之病，妇人最多，谚有‘十桃九疰，十女九带’”(《大众医药·妇女门》)。可见，广义带下包括妇科诸种疾病，范围广泛。而狭义带下是指妇女阴道内流出的一种粘稠滑腻液体，如带绵绵而下。它又有生理病理之别。

1.1 生理性与病理性带下

带下女子生而即有，津津常润，本非病也。若带下量多，且出现一些症状，则为病也。狭义带下是指妇女阴道内流出的一种粘稠滑腻液体，如带绵绵而下，其中又有生理病理之别。生理性带下是精液，是肾精下润之液，《素问·逆调论》说：“肾者水脏，主津液”。《灵枢·口问》说：“液者所以灌精濡空窍者也”。《灵枢·五癯津液别》说：“五谷之津液和合而为膏者，内渗入于骨空，补益脑髓，而下流于阴股”。《景岳全书·妇人规》说：“盖白带出于胞中，精之余也”。明确指出液为肾精所化，润滑如膏，具有濡润、补益作用，流于阴股而为带下，充养和濡润前阴空窍。王孟英云：“带下，女子生而即有，津津常润，本非病也”。《女科证治约旨·带下门》：“阴中有物淋漓下降，绵绵不断，即所谓带下也。”正常女子自青春期开始，冲任流通后，阴道内即有少量色白或无色透明、无臭液体流出，特别是在经期前后及月经中期，其量稍增多，使阴道保持湿润，此为生理性带下。如张山雷

《女科辑要笺正》说：“孟英谓：女子生而带下，不足为病，即所谓‘津津常润者’，本属无多，亦不移恶，是以世俗有‘十女九带’之谚，诚不必用药”。《血证论·崩带》说：“而胞中之水清和，是以行经三口后，即有胞水……乃种子之候，无病之月信也”。如带下量过多，或色质气味发生异常，则属于带下病，“……如其太多，或五色稠杂者斯为病候”。如若带下量多，日夜津流如清米泔或如胶粘，状如崩中，则又称为“白崩”，实指严重的带下病。“十桃九疰，十女九带”，“凡妇人带白，是第一等病，令人不生育，宜速治之”（《普济本事方·妇人诸疾》）。“有室女虚损而有此疾者皆令孕育不成，以致绝嗣。凡有是证速宜治之”（《重订严氏济生方·妇人门·带下论治》）。“震按：今之妇人患带下者，十居八九”（《医学心悟·带下》）。“带下，令人不生育，宜急治之”（《叶氏竹林女科·调经下》）。这都说明带下病是女子的常见病、多发病，宜速治。

1.2 历史源流

历代医籍关于带下病名称颇不统一，带下之名首见于《黄帝内经》，如《素问·骨空论》记载：“任脉为病，男子内结七疝，女子带下瘕聚”。高士宗解释曰：“女子带下瘕聚。带下湿浊下淫也”。《难经·廿九难》曰：“带之为病，腹满，腰溶溶若坐水中”。《神农本草经》称带下为“沃”，有“白沃”、“赤沃”、“赤白沃”之名。汉·张仲景《金匮要略》称带下为“下白物”。晋·王叔和《脉经·脉证》称带下为“漏白下赤”，“大风邪入少阴，女子漏白下赤”。在《平郁冒五崩漏下经闭不利腹中诸病》篇中并提出“五崩”之名，“五崩何等类？白崩者形如涕，赤崩者形如绛津，黄崩者形如烂瓜，青崩者形如蓝色，黑崩者形如衄血也”。从五崩所描述的形色看，多系指阴道不正常之溢液。晋·《针灸甲乙经》称带下为“沥”，有“白沥”、“赤沥”、“赤白沥”之名。隋·巢元方《诸病源候论》除重复王氏五崩之说外，首次提出“带下病”的名称，指出带下有青、黄、赤、白、黑五色各候，配属五脏，青属肝虚，黄属脾虚，赤属心虚，白属肺虚，黑属肾虚，“五脏俱损者，故其色随秽液而下，为带五色俱下”（《诸病源候论·带五色俱下候》）。这样就把崩、带分开，不再混为一说。巢氏以五色配五脏虽较机械，但就带色辨证尚有一定临床意义，并为后世分证论治开创了先例。明代吴昆指出带下病与任督带脉相关。《医方考·妇人门》曰：“凡人腰脐间有带脉，奇经八脉之一也，回身一周，如束带焉。下焦虚损，督任有亏，则中焦气血乘虚而袭之，陷于带脉之下，气病为白，血病为赤，名曰赤白带下也”。宋·《妇人大全良方》指出带下病的发生与带脉有关，病生于带脉，故名为带，指明了病位。《新编妇人良方补遗大全·调经门》曰：“奇经八脉，有带在腰，如带之状，其病生于带脉之下，其有冷热者，即随其性也”。金·刘完素对带下之因提出湿热郁结冲任，这在病因学上是比较大的突破，指出：“带下者，任脉之病也……故下部任脉湿热甚者，津液涌溢，而为带下也”（《素问玄机原病式》）。明·戴思恭《证治要诀·妇人门·赤白带》提出“漏带”之名。“有带疾愈后一二月再发，半年一发，……此名漏带，最难治”。已认识到带下病缠绵难愈、容易复发的特点。清·傅山《傅青主女科·带下》曰：“夫带下俱是湿症，而以带名者，因带脉不能约束而病此患，故以名之。”清·《医宗金鉴·妇科心法要诀》指出带下系劳伤冲任随入五脏兼湿化，若胞宫内溃则所下之物杂见五色；若有脏腑败气，时下不止而多者，是危证也。已认识到五色杂下是一种严重的证候，和西医的恶性肿瘤有类似之处，这种认识是非常可贵的。清·

唐容川《血证论·崩带》指出“带脉下系胞宫……属于脾经”、“若脾土失其冲和，不能制水，带脉受伤，注于胞中，因发带证”。认识到与脾脏关系密切。

1.3 白淫、白带之辨

《内经》提出了“白淫”之义，《素问·痿论》曰：“思想无穷，所愿不得，意淫于外，入房太甚……及为白淫”。对白淫之义，诸家所释不一。有指为男子溺中带精和女子带下病者，王冰曰：“白淫，谓白物淫衍，如精之状，男子因洩而下，女子阴器中绵绵而下也”；有指为男子尿浊，女子带症者，如张介宾、马蒔、李中梓等，马蒔曰：“白淫，在男子为遗精，在女子为白带”。而姚止庵、张志聪则以为白淫为男女之精液。姚止庵曰：“白淫，男女皆有之，男为溺精，女为阴液”。此义似较可取，按男女意淫于外性欲冲动时，每有分泌物自阴窍流出，即所谓淫精类，相当于西医学所指的男子前列腺液，女子巴氏腺液。可以看出，白淫多由于思欲太过或心愿不遂所导致。在有所思或有所见时发作，与带下病之白物绵绵而下，无所休止者不同。

带下首见于《内经》，其后历代医家各有发展，金、元、明、清以后，对带下生理病理的认识已逐渐完善。

2 证候与病象

有关带下证候的论述，从《内经》至清代诸医家，所著极为丰富，主要从带下量、色、质、气味等几个方面阐述。带下病的临床表现主要是带下量、色、质、气味的异常，或是量多，色或黄或白，或黄绿如脓，或赤白相间，或杂色齐下，质或稀或稠，气味或腥臭或秽臭或腐败难闻。但综合分析，从带下颜色立论为最多。隋·《诸病源候论》首次提出“带下病”的名称，指出带下有青、黄、赤、白、黑五色各候，配属五脏。陈自明根据带下的五色，与五脏相联系，认为：“若伤厥阴肝经，色如青泥；伤手少阴心经，色如红津；伤手太阴肺经，形如鼻涕，伤足太阴脾经，色如烂瓜；伤足少阴肾经，黑如衄血”（《妇人大全良方·带下方论》）。陈氏虽于文后未列方治，但对临床辨证，颇有指导意义，后世薛己增补其方，使之更臻完善。晋《脉经·脉证》曰：“大风邪入少阴，女子漏白下赤”。《济阴纲目·赤白带下门·论带下劳伤冲任》曰：“或气倍于血，气倍生寒，血不化赤，遂成白带。若气平血少，血少生热，血不化红，遂成赤带。寒热交并，则赤白俱下”。元·《丹溪心法·总证论治》曰：“带下赤属血，白属气”。又言：“赤白带下皆属血，出于大肠小肠之分”。《济阴纲目·赤白带下门·论带下属湿热冤结不散》曰：“赤者，热入小肠；白者，热入大肠”。但明·吴昆《医方考·妇入门》曰：“曾见寒者固有赤带，热者益多白带，此白寒赤热之言不足征矣”。又曰：“气陷于下焦则白带，血陷于下焦则赤带”。根据带下的不同颜色分以下几种：

2.1 白 带

由于肺虚或湿盛，带下量多色白，质稀或稠，无臭或腥臭。《诸病源候论·妇人杂病诸候·带下白候》：“肺脏之色白，带下白者，肺脏虚损，故带下而挟白色”。陈自明认为：“若伤手太阴肺经，形如鼻涕”。《傅青主女科·带下》曰：“妇人经年累月，下流白物，如涕如唾，不能禁止，甚者臭秽者，所谓白带也。夫白带者，乃湿甚而火衰”。

2.2 黄 带

由于脾虚或湿热，带下量多或不甚多，其色黄或黄绿如脓，质稀或稠，其气臭秽，常伴阴痒等症。《诸病源候论·妇人杂病诸候·带下黄候》：“脾脏之色黄，带下黄者，是脾脏虚损，故带下而挟黄色”。陈自明认为：“若伤足太阴脾经，色如烂瓜”。《傅青主女科·带下》曰：“妇人带下而色黄者，宛如黄茶浓汁，其气腥秽，所谓黄带是也。夫黄带乃任脉之湿热也”。

2.3 赤 带

由于心虚或火热，带下量不多，其色红或淡红或如败酱，似血非血，混杂粘液，质或腥或臭或无臭。《诸病源候论·妇人杂病诸候·带下赤候》：“心脏之色赤，带下赤者，是心脏虚损，故带下而挟赤色”。陈自明认为：“若伤手少阴心经，色如红津”。《傅青主女科·带下》曰：“妇人带下而色红者，似血非血，淋漓不断，所谓赤带也。夫赤带亦湿热之病也。然湿是土之气，宜见黄白之色。今不见黄白而见赤色者，火热之故也。火之色赤，故带下亦赤耳。惟是带脉系于腰脐之间，近乎至阴之地，不宜有火。而今见火症，岂其路通于命门，而命门之火出而烧之耶？不知带脉通于肾，而肾气通于肝。妇人忧思伤脾，又加郁怒伤肝，于是肝经之郁火内炽，下克脾土，脾土不能运化，而致湿热之气蕴于带脉之间，而肝不藏血亦渗于带脉之内。皆由脾气受伤运化无力，而湿热之气随气下陷，同血俱下，所以似血非血形象，现于其色也。其实血与湿不能两分”。

2.4 青 带

由于肝脏虚损或肝经湿热，带下青绿色，甚者如绿豆汁。《诸病源候论·妇人杂病诸候·带下青候》：“肝脏之色青，带下青者，是肝脏虚损，故带下而挟青色”。陈自明认为：“若伤厥阴肝经，色如青泥”。《傅青主女科·带下》曰：“女人带下而色青者，甚者绿如绿豆汁，稠粘不断，其气腥臭，所谓青带也。夫青带乃肝经湿热。肝属木，而木之色属青，带下流如绿豆汁，明明是肝木之所恶，何以成青带之症？不知水为肝木之所喜，而湿实肝木之所恶，以湿为土之气也。以所恶者合之所喜，必有违者矣，肝之气既违，则肝之气必逆，气欲上升而湿欲下降，两相牵制，以停位于中焦之间，而走于带脉，遂从阴器而出。其色青绿者，正以其乘肝木之气化也。逆轻者，热必轻而色青；逆重者，热必重而色绿”。临床上单纯青带不常见，常为黄中带绿，常可并入黄带中讨论。

2.5 黑 带

由于肾虚或热极，带下色黑，甚者如黑豆汁。《诸病源候论·妇人杂病诸候·带下黑候》：“肾脏之色黑，带下黑者，是肾脏虚损，故带下而挟黑色”。陈自明认为：“若伤足少阴肾经，黑如衄血”。《傅青主女科·带下》曰：“妇人带下而色黑者，甚则如黑豆汁，其气亦腥，所谓黑带也。夫黑带者，乃火热之极也。或疑火色为红，何以成黑，谓为寒之极或有之。殊不知火极似水乃假象也。其症必然腹中痛，小便时如刀刺之状，阴门必发肿，面色必发红，日久必黄瘦，饮食必兼人，口中必然渴，饮以凉水少觉宽快，此胃火太旺，

与命门三焦之火合而煎熬，所以熬干而变为炭色，断是火热之极之变，而非少有寒气也。全赖肾水与肺金无病，其生生不息之气润心济胃以救之耳。所以但成黑带之症者，是火郁结于下，而不炎于上也。治法惟以泄火为主，火热退而湿自除也”。黑带实质上属于陈旧性出血，或多系赤带积久成为黑色。

此外，历代医籍尚有赤白带、五色带的名称。赤白带指带下量不多或多，赤白杂下，质稠粘腻，气味腥或臭。五色带是指带下稠粘或青黄赤白相兼，或二三色夹杂而下，一般都有秽臭，有恶性之虞。

3 病因病机

历代医家对带下病病因病机的认识各有所异，多数医家认为湿为带下病主因。因带下病主证为带下量多，而带为阴湿之物，故认为带下病多属湿邪为患，与脾肾二脏功能失常、任带二脉失于固约等有极密切的关系。脾为中州，喜燥恶湿，人体津液由脾转输运化，如脾虚运化失职，水湿内停，湿热内生，下注任带可发为带下病。肾为水脏，主五液，开窍于前后二阴，主闭藏，又与任脉相系，任主诸阴，其脉起于胞宫，故肾、任脉、胞宫间密切相关。如肾阳不足，蒸腾失司，或命门火衰，火不制水，火不生土，寒湿内聚伤及任带可发为带下病。又如肾气虚、扁闭无权，关窍不固，精液下滑也可造成带下病。此外肾阴不足，虚火妄动，封藏失职，精液下夺伤及任带也能成为带下病。故脾肾功能失常为带下病发病的内在条件。经络上，任为经脉之海，司阴液，下通于胞中，带下属阴液，故由任脉主司，任脉失司可发为带下病。带脉约束诸经，下系胞宫，属于脾经，如带脉纵弛，不能约束诸经，水湿下注也能成为带下病。因此，任脉损伤，带脉失约为带下病之主要病机，其中尤以任脉损伤为主。此外，尚有外受湿热或湿郁化热，损及任带，或外感湿毒，病虫直犯阴器、胞宫，伤及任带而成带下病者。

3.1 病因

对带下病的成因，经历代医家不断补充完善。《脉经·脉证》曰：“大风邪入少阴，女子于漏白下赤”。《张氏医通·妇人门·带下》：“带下之症，起于风气寒热所伤，入于胞宫，从带脉而下，……或因六淫七情，或因醉饱房劳，或因膏粱厚味，或服燥剂所致；脾胃亏损，阳气下陷，或湿痰下注，蕴积而成”。《妇科玉尺·带下论》曰：“……亦有湿痰流注下焦，或肝肾阴淫之湿，或缘惊恐而木乘土位，浊液下流。或色欲太甚，肾经亏损之故。或产多之妇，伤血伤液，皆能成带下之疾”。巢元方主风冷寒热之邪入于胞络所致，兼之劳伤体虚，房劳过度，内外相感而成，强调人体正气虚是致病的先决条件。如说：“劳伤过度，损动经血，致令体虚受风冷，风冷入于胞络，搏其血之所以成也”。或因“阴阳过度，则伤胞络，故风邪乘虚而入于胞中，损冲任之经，伤太阳少阴之血，致令胞络之间秽液与血相兼连带而下。冷则多白，热则多赤，故名带下”（《诸病源候论·带下候》）。同样，明代吴昆亦认为正气虚，下焦虚损，督任有亏是发病的关键，如吴昆在《医方考·妇人门》曰：“下焦虚损，督任有亏，则中焦气血乘虚而袭之，陷于带脉之下，气病为白，血病为赤，名曰赤白带下也”。《济阴纲目·赤白带下门·论带下劳伤冲任》曰：“由劳伤冲任，风冷居于胞中”。南宋·陈自明《妇人大全良方·带下方论》指出带下病的发生与带脉有关，“人有带

脉，横于腰间，如束带之状，病生于此，故名为带”。陈氏对妇人带下病的论述，在病因及辨证方面有新见。他认为以前将带下分为十二种，其证过于繁杂，因而将带下之症与脏腑相联系，分为五类：“妇人带下，其名有五，因经行产后，风邪入胞门，传入脏腑而致之”（《妇人大全良方·带下方论》）。这样，他不仅指出带下的病因是风邪客于胞门，同时将带下一证，在病机上与人体脏腑、经络结合起来，对后世论带下有一定的影响。金·刘完素对带下之因提出湿热郁结冲任，这在病因学上是比较大的突破，指出：“带下者，任脉之病也……故下部任脉湿热甚者，津液涌溢，而为带下也”（《素问玄机原病式》）。以后张从正、李梴、张元素、汪机等均从湿热立论，如张子和认为带下属湿热冤郁移热于小肠，从金化而为白，随洩而下，绵绵不绝，其治与痢疾同法。元·朱震亨《丹溪心法·带下》主湿痰下注，“胃中痰积流下渗入膀胱”。明·戴思恭认为“赤白带下皆因七情内伤，或下元虚冷”。清代傅山认为湿是带下病之因，并与带脉失约有关。如《傅青主女科·带下》曰：“夫带下俱是湿症，而以带名者，因带脉不能约束而病此患，故以名之”。然带下病感非一端，清·《妇科玉尺·带下论》曰：“带下之因有四：一因气虚，脾经不能上升而下陷也；一因胃中湿热及痰，流注于带脉，溢于膀胱，故下浊液也；一因伤于五脏，故下五色带也；一因风寒入于胞门，或中经脉，流传脏腑而下也。”说明带下病的发生与气虚、湿热及痰、五脏内伤、风寒之邪有关。清·《沈氏女科辑要笺正·带下》概括带下的病因“总不外湿火、相火、阴虚不守三途而已”。至此对带下病病因的认识已逐渐完善。在病因方面提出了湿、痰、风寒、七情、房室劳伤、五脏内损及体质因素等在致病中的作用。归纳如下：

3.1.1 湿为带下病主因

外感湿邪和湿邪内生均可导致带下病。湿为有形之阴邪，其性重浊濡滞，困阻气机。带病多为湿邪所致，故《傅青主女科·带下》谓：“带下俱是湿症”。《医宗金鉴·妇科心法要诀》谓：“带下有余皆湿化。”湿与寒并，则成寒湿；湿郁日久，转化为热，则成湿热；聚液成痰，则成痰湿；湿热蕴积日久，或感受湿毒之邪，浸淫机体，致成湿毒。故可又分为寒湿、湿热、痰湿、湿毒等。

3.1.1.1 湿邪外犯 因兼感不同，又有寒湿、湿热、湿毒之别。“南方地土卑湿，人禀常弱，故浊带之症，十人有九”（《医学心悟·带下》）。如生活在湿度较大的环境，或久卧湿地，或冒雨涉水，或在水中浸泡过久，以致影响气机的升降运转，水湿不化，流注阴器，因而发生带浊之症。湿热之邪直犯阴部，累及肝经成带下。如湿热郁遏，热伤阴络，秽液随血渗入下焦则可致赤黄带。《傅青主女科·带下》说：“夫带下亦湿病，……今不见黄白而见赤者，火热故也。火色赤，故带下也见赤耳”。湿毒、病虫多由外而入。经行产后胞室空虚，若此时摄生不慎或洗濯用具不洁，湿毒之邪乘虚而入，直犯阴器胞宫，结于任带，秽液下流成为带下病。或六淫之邪化火，火炽成毒，或因失治误治转化成湿毒者。亦可因感染病虫直犯阴器胞宫而致；主要表现为黄脓带或杂色带下。

3.1.1.2 湿邪内生 脾虚失运，水湿内停，湿聚成痰，则成痰湿带下。《金匱要略·妇人科·带下赤白》云：“带、漏，俱是胃中痰积流下渗入膀胱。”孙一奎曰：“虽有赤白之殊，皆湿痰瘀血所致”（《赤水玄珠·赤白带下》）。《名医指掌·妇人科·带下》曰：“夫带下者，由湿痰流注于带脉而下浊液，故曰带下”。均指出痰湿内生可导致带下病。

内生湿热者，或因脾虚湿盛郁久化热；或恣食膏粱厚味酿生湿热；或情志不畅，肝郁

化火，横克脾土而致肝热脾湿；湿热下注，损及任带而成带下病。如《素问玄机原病式·五运主病》言：“带下，由下部任脉湿热其者，津液溢而为带下也”。《丹溪心镜·带三十》曰：“因湿热结于带脉，津液泛滥，入小肠为赤，入大肠为白”。《济阴纲目·赤白带下门·论带下属湿热冤结不散》谓：“《保命集》云：赤者，热入小肠；白者，热入大肠。原其本，皆湿热结于脉，故津液涌溢，是为赤白带下”。《傅青主女科·带下》说：“妇人忧思伤脾，又加郁怒伤肝，于是肝经之郁火内炽，下克脾土，脾土不能运化，致湿热之气蕴于带脉之间。”

3.1.2 生活所伤

由于生活上不知慎戒，影响脏腑、气血、冲任带脉的正常功能，导致带下病的产生。“带下者，由劳倦过度，损动经血，致令体虚受风冷，风冷入于胞络，搏其血之所以成也”（《诸病源候论·妇人杂病诸候·带下候》）。“今人所患惟赤白二带而已。推其所自，劳伤过度，冲任虚损，风冷据于胞络，此病所由生也”（《重订严氏济生方·妇入门·带下论治》）。《济阴纲目·赤白带下门·论带下劳伤冲任》曰：“由劳伤冲任，风冷据于胞中。妇人平居，血欲常多，气欲常少，百疾不生。或气倍于血，气倍生寒，血不化赤，遂成白带。若气平血少，血少生热，血不化红，遂成赤带。寒热交并，则赤白俱下”。王肯堂·《证治准绳·女科》曰：带下之证有三：未嫁之女月经初下，止而即浴之冷水，或热而扇或当风，此室女病带下之由也。有家之妇，阴阳过多，既伤胞络，风邪乘虚而入，胞经触冷，遂使秽液与血水相连而下，由亡血失气伤动胞络，门开而外风袭，肌体虚而冷风入，风与热气相连，故成液而下。冷则多白，热则多赤，冷热相交则赤白俱下”。指出室女与家妇虽生活所伤，但病因各异。清·《医宗金鉴·妇科心法要诀》指出带下系劳伤冲任随入五脏兼湿化，若胞宫内溃则所下之物杂见五色，若有脏腑败气时下不止而多者，是危证也。

3.1.3 内伤七情

“赤白带下，皆因七情内伤，或下元虚冷，感非一端”（《秘传证治要诀·妇入门·赤白带下》）。七情当中又以怒伤肝，肝木克脾土，脾虚生湿而导致带下病为多见。如《丹溪心法附余·妇入门·带下》云：“广按：妇人赤白带下之症，多是怒气伤肝，夫肝属木，脾属土，肝邪乘脾，木气克土，则脾受伤而有湿，湿而生热，热则流通，所以滑浊之物渗入膀胱，从小便而出也”。妇人多忧思郁怒，损伤心脾，肝火时发，迫血妄行，血走不归经，此所以多患赤白带也。白带多是脾虚，盖肝气郁则脾受伤，脾伤则湿土之气下陷，是脾经不守，不能输为荣血，而下白滑之物矣，皆由风木郁于地中使然。正如《妇科玉尺·带下论》曰：“……或缘惊恐而木乘土位，浊液下流，……总之，妇人多郁，怒则伤肝，肝伤则脾受克，湿土下陷，脾经不受，不能输为营血，而白物下流，宜开郁补脾”。故木乘土也可致带下。

3.1.4 体质因素

经行产后，机体的抗病能力下降，易感受外邪产生带浊之症。如《妇人大全良方·调经门·带下方论》曰：“妇人带下其名有五，因经行产后，风邪入于胞门，传于脏腑而致之”。养尊处优，缺乏锻炼，脾土壅塞，机体正气不足，易产生带下。“苟乖保养，风寒乘虚袭于胞络，冲任不能循流，血气蕴积，冷热相兼，故成带下也”（《圣济总录·带下》）。《济阴纲目·赤白带下门·论带下劳伤冲任》曰：“妇人平居，血欲常多，气欲常少，百疾不生。或气倍于血，气倍生寒，血不化赤，遂成白带。若气平血少，血少生热，血不化红，遂成赤

带。寒热交并，则赤白俱下”。这里指出由于妇女本身气血失调而导致带下病。

3.2 病 机

盖带下多湿，发病主要与肝、脾、肾三脏及任带二脉关系密切，临床总分虚实两端或虚中夹实。刘完素从任脉湿热，津液溢泻立论；薛己倡脾胃损伤，湿痰下注之说；缪仲淳主脾虚肝郁；赵养葵主肾虚带下等。《沈氏女科辑要·带下》引王孟英云：“湿热下注者为实，精液不守者为虚”。明·薛己《女科撮要·带下》认为带下病机系由“脾胃亏损，阳气下陷”，对带下的病机提出了新论。《景岳全书·妇人规》将带下病机总结为六，即“心旌之摇”、“多欲之滑”、“房室之逆”、“湿热下流”、“虚寒不固”、“脾肾亏陷”，强调房事过度，损伤肾气，导致命门不固为带下病重要原因。《傅青主女科·带下》按白、黄、青、黑、赤五色分为五带，分别探讨病机，明确指出病机系由带脉之伤，加之“脾气之虚，肝气之郁，湿气之侵，热气之逼”而致“脾经不守，不能化荣血以为经水，反变为白滑之物，由阴门直下，欲自禁而不可得也”。清·唐容川《血证论·崩带》进一步指明带下病机系由“带脉受伤，脾不制水”，指出“带脉下系胞宫……属于脾经”，“若脾土失其冲和，不能制水，带脉受伤，注于胞中，因发带证。”清·《沈氏女科辑要笺正·带下》提出带下有“相火亢盛，疏泄太过而渗漏者，又有肝肾阴虚不能固摄之证”，补充了带下可由阴虚而致之病机。以上所论阐明、丰富了带下病的病机理论。兹分述如下：

3.2.1 脾虚

饮食失节，或劳倦过度，或忧思气结，损伤脾气，脾虚运化失职，水湿内停，湿邪下注伤及任带，致任脉不固，带脉失约而成为带下病。《女科经纶·带下证》引缪仲淳说：“白带多是脾虚，……脾伤则湿土之气下陷，是脾经不守，不能输为荣血而下白滑之物矣”。《医学心悟·妇人门》云：“带下之症……不外脾虚有湿。脾气壮旺则饮食之精华生气血而不生带，脾气虚弱则五味之实秀生带而不生气血”。明代薛己认为带下病机系由“脾胃亏损，阳气下陷”所致，“或因六淫七情，或因醉饱房劳，或因膏粱厚味，或服燥剂所致，脾胃亏损，阳气下陷；或湿痰下注蕴积而成，故言带也”（《女科撮要·带下》）。若脾虚日久，气虚失摄，气不摄血，也可致赤白带下。《先醒斋医学广笔记·妇人·白带赤淋》：“白带多是脾虚，肝气郁则脾受伤，脾伤则湿土之气下陷，是脾经不守，不能输为荣血而下白滑之物，皆有肝木郁于地中使然”。朱丹溪谓：“带是胃中痰积下流，渗人膀胱”。《傅青主女科·带下》曰：“妇人终年累月下流白物，如涕如唾，不能禁止，甚则臭秽者，所谓白带也。夫白带乃湿盛而火衰，肝郁而气弱，则脾土受伤，湿土之气下陷，是以脾经不守，不能化荣血以为经水，反变成白滑之物，由阴门直下，欲自禁而不可得也”。《医彻·女科·带症论》：“带为脾虚有湿而气不能摄”。《笔花医镜·女科证治·带下》：“带症有青黄赤白黑之分，亦不必分属五脏，总不外乎脾虚有湿而已”。《血证论·崩带》：“若脾土失其冲和，不能制水，带脉受伤，注于胞中，因发带症”。均认为脾虚湿陷是带下病的主要发病机理之一。

3.2.2 肾虚

肾气虚损，带脉漏下，白为气虚，赤为有火。肾虚又有阴虚、阳虚之别。故李梴论带下主“阴虚火旺”，赵献可“下焦肾气虚损。”赵献可曰：“女人带下之疾，带者，奇经八脉之一也，腰脐间回身一周，如束带焉。八脉俱属肾经，人身带脉统摄一身无形之水，下

焦肾气虚损，带脉漏下”。“奇经八脉之中，带脉在腰，如带之状。妇人患带下者，病在带脉也。虽有赤白，总属肾虚”（《医学入门丹台玉案·妇人科·带下门》）。阐明肾虚是带下的主要病机。

3.2.2.1 肾气不足，精关不固：“肾者主蛰，封藏之本，精之处也”，如肾气虚，扃闭无权，精关不固，精液下滑可造成带下病，甚者成为虚寒白崩。《景岳全书·妇人规》云：“白带出于胞宫，精之余也”，“带由脾肾之虚滑者多”。《女科经纶·带下证》引缪仲淳云：“带下如鸡子清者，脾肾虚极也”。

3.2.2.2 肾阳不足，寒湿内盛：先天不足或年老肾虚，或久病及肾而致肾阳不足，蒸腾失司，或命门火衰，火不生土，寒湿内聚伤及任带可发为带下病。

3.2.2.3 肾阴亏耗，阴虚火动：如因多产房劳，肾阴亏耗可发为带下病，《妇科玉尺·带下论》曰：“……或色欲太甚，肾经亏损……产多之妇，伤血伤液，皆能成带下之疾”。或久病失养，肾阴亏耗，阴虚火动，津液下夺兼以热伤阴络，血溢下焦和渗漏之津液混合成为赤带或赤白带，即所谓“热侵阴络下流红”。明代万全《妇人秘科·论治》指出阴虚心火甚可导致带下。《沈氏女科辑要笺正·带下》说：“肾家阴虚，相火鼓动而为遗浊崩带之病本是最多”。说明了阴虚火动发为带下病的机理。

3.2.3 肝失和调

肝须疏泄条达，以柔和为顺。若素多抑郁，或暴怒伤肝，可使肝的疏泄功能失常，以致肝郁气滞，肝木乘土，脾虚失运，湿浊内生，下注冲任，则为带下。“总之，妇人多郁，郁则伤肝，肝伤则脾受克，湿土下陷，脾经不守，不能输为营血，而白物下流，宜开郁补脾”（《妇科玉尺·带下论》）。

3.2.4 血瘀

《济阴纲目·赤白带下门·消瘀血》曰：“仲景云：问：妇人年五十所，病下痢数十日不止，暮则发热，少腹里急腹满，手掌烦热，唇口干燥，何也？师曰：此病属带下。何以故？曾经半产，瘀血在少腹不去”。张石顽曰：“赤白带下，积久不愈，必有瘀血留着于内”。《血证论·崩带》言：“带漏虽是水病，而亦有挟瘀血者，以血阻气滞，因生带浊”。均指明瘀血内留与湿浊互蕴，每能致赤白带下。

3.2.5 冲任带脉损伤

3.2.5.1 冲任损伤：《诸病源候论·妇人杂病诸候·带下候》：“任脉为经脉之海，任之为病，女子则为带下。手太阳为小肠经，手少阴为心经，心为脏主里，小肠为腑主表，二经之血，在妇人上为乳汁，下为月水，冲任所统也。冲任脉起于胞中，损冲任之经，伤太阳、少阴之血，致令胞络之间，秽与血相兼而下。冷则白，热则赤”。《太平圣惠方·治妇人白带下诸方》：“夫妇人白带下者，是劳伤血气，损动冲任之脉，冲任之脉皆起于胞内，为经脉之海。若冲任气虚，不能约制经血，则血与秽液相兼成带下也”。《刘河间伤寒六书·素问玄机原病式·五运主病》：“带下，由下部任脉湿热甚者，津液溢而为带下也”。清·《傅青主女科·白带下》曰：“带脉通于任督，任督病而带脉始病。……或行房而放纵，或饮酒而癫狂，虽无疼痛之苦，而有暗耗之害，则其气不能化经水，反变为带病矣……。况加以脾气之虚，肝气之郁，湿气之浸，热气之逼，安得不成带下之病哉”？《女科经纶》：“带下症皆任脉虚也。赤者热入小肠，白者热入大肠，原其本，皆湿热结于任脉，故津液涌

溢，为赤白带下。本不病结，缘任经脉虚，结滞于带脉，故脐下痛，阴中绵绵而下，此湿热冤结不散为病也”。均阐明冲任二脉是维持妇女生理机能的重要因素，其功能障碍是带下病的重要病机。

3.2.5.2 带脉损伤：《医统正脉全书·素问病机·带下论》曰：“带脉起于季胁章门，如束带状，令湿热冤结不散，故为病也”。“夫治病当先识经络……难经曰：带之为病，溶溶如坐水中。……乘少腹间冤热，白物滑溢，随洩而下，绵绵不绝。内经曰：少腹冤热，洩出白液。冤者，屈滞也，病非本经，为他经冤抑而成此疾也”（《儒门事亲·证妇人带下赤白错分寒热》），《医学衷中参西录·医方》曰：“带下为冲任之症，而名为带者，盖以奇经带脉，原主约束诸脉，冲任有滑脱之疾，责在带脉不能约束”。故带脉失约亦为带下病的主要病机。

4 治则治法

4.1 治 则

欲治带下，首当分寒热虚实，以补虚除湿为纲。虚者补之，陷者升之。补虚者，益气、健脾、固肾；湿者祛之，带下实证以湿为主，故宜除湿。除湿者，燥湿、利湿祛痰、清热化湿。兼肝郁者，佐以舒肝、清肝；兼瘀毒者，佐以化瘀、解毒。

4.2 治 法

带下病虽多因湿邪为患，然仍须正确辨证。如湿郁化热或外感湿热、湿毒，蕴结下注而成者，此属于实；若久病伤脾、伤肾或由脾及肾，水湿下陷或精关不固，精液下夺等则属虚。但临床上有脾肾两虚复感湿热，或湿热之邪未尽，正气已虚而现虚实夹杂情况。主要根据带下量、色、质、气味辨其寒热虚实。如带下量多，色白，质清稀，多属脾虚；色白，质稠，粘浊腥臭属痰湿为患；色白，质清稀如水，有冷感，属肾阳虚寒湿内盛；色白，透明反光如鸡子清，属肾虚精滑；带下量多，色黄，质稠，臭秽系湿热下注；色黄绿如脓，或浑浊如米泔，或夹血，质稠，恶臭难闻多系湿毒证；带下赤色较鲜，质粘稠，多系虚热内盛；赤色淡红，质清稀无臭，多属气虚不摄；赤黄相兼，秽臭，质粘，属湿热内盛。治疗上，王肯堂论带下有“枯涸宜润”之说，“带下久而枯涸者濡之。凡大补气血，皆所以濡之，如以四物汤为末，炼蜜丸梧子大，空心米饮下三四十丸，以疗年高妇人白带，良验，皆润济也”。又有“补虚法”，“凡脉微食少及久病曾经攻下者，俱作虚治，有热用凉补，无热用温补”。《妇人秘科》、《妇人大全良方》、《傅青主女科》分出五色带而定治疗各方，有一定价值。明·万全《妇人秘科·论治》：“带下之病，妇女多有之。赤者属热，兼虚兼火治之；白者属湿，兼虚兼痰治之。赤带用前四物加芩连汤，再加升麻丹皮主之，兼服三补丸。白带用加味六君子汤主之。年久不止者，以和脾胃为主，兼升提。大抵瘦人多火，肥人多痰，要知此候。带久不止者，专以补虚为主，宜服十全大补汤，去地黄，加陈皮、半夏、干姜。更服参术大补丸，以补脾胃之虚，及服补宫丸，以固下元之脱”。《傅青主女科》集带下病机、论治之大成，将带下一病列为全书卷首，按白、黄、青、黑、赤五色分为五带，分别探讨病机及论治，明确指出治法：用健脾益气升阳除湿以治白带；清肝利湿以治青带；健脾利湿、泻肾

火以治黄带；泻火利湿以治黑带；清肝扶脾、养血治血以治赤带。这些医家看法对临床确有指导意义，时至今日仍为广大医家所尊崇。分证叙述如下：

4.2.1 寒湿

《医宗金鉴·妇科心法要诀》谓：“带下，胞中冷痛，乃寒湿也。”《金匱要略》治带下有“主治燥湿为先”，《丹溪心法·带下》亦以主治燥湿为法，认为“漏与带俱是胃中痰积流下，渗入膀胱，无人知此只用升提，甚者上必用上以提其气，下用二陈汤加白术、苍术”。王肯堂论带下有“有湿痰而弱不禁攻者。热湿宜凉燥，寒湿宜温燥”之说。李梴《医学入门·妇人入门》曰：“肥人多湿，身黄，脉缓，阴户如冰或痛，白带，升阳燥湿汤，四妙固真丸。”寒湿带下每见小腹冷痛，带下稀白、气腥、面白、体肥等症，治宜散寒燥湿，可选用二陈汤加白术、苍术，升阳燥湿汤，四妙固真丸等。

4.2.2 湿热

湿热为病，或外感湿邪或因脾虚湿盛，郁久化热；或恣食膏粱厚味酿生湿热；或情志不畅，肝郁化火，横克脾土而致肝热脾湿等而内生者；湿热下注，损及任带而成带下病。此外亦有湿热之邪直犯阴部，累及任带、肝经、胞宫成带下者。如湿热郁遏，热伤阴络，秽液随血渗入下焦则可致赤黄带。由于湿热来源不同，湿热相结途径也异，常见者为湿热下注、肝经湿热及肝热脾虚等证型。《素问玄机原病式》治法主张用辛苦寒药按法治之，使郁结开通，热去湿除而愈，告诫不可用辛热药。张景岳曰：“湿热下流而为带浊，脉必滑数，色见红赤，证有烦渴而多热者，宜保阴煎、加味逍遥散、或经验猪肚丸亦佳。若热甚兼淋而赤者，宜龙胆泻肝汤”（《景岳全书·妇人规》）。湿热下流之带浊，多属急性炎症所致之带下，如急性盆腔炎、宫颈炎、阴道炎之类。由于湿郁化热，故脉必滑数，带色或黄或赤而质稠。证见烦渴发热，或下阴有灼热疼痛瘙痒，小便黄赤短少，舌红苔黄，脉滑数。治宜清热养阴，可选用保阴煎、加味逍遥散、或经验猪肚丸等。若湿热下注严重，证见淋赤带浊者，宜用龙胆泻肝汤以清泻肝经湿热。临床上湿热带下较为多见，每见带下量多，色白或黄，浓稠气秽等症，治宜清热利湿，选用易黄汤、清白散、止带方等。湿热化毒，带下黄绿，臭秽难耐，阴部痛痒者，可选龙胆泻肝汤。据“产前无寒”，李梴提出孕妇带下病的治法，“孕妇带下全是湿热，宜芩术樗皮丸。”

4.2.3 痰湿

治痰湿带下宜燥湿化痰止带。朱丹溪主燥湿为先。其对症见体肥面白，痰多，脉缓滑，带下量多，似痰似唾者，宜理气调中，选用苍砂导痰丸等。明·李梴《医学入门·妇人入门》曰：“湿痰流下，渗入膀胱，宜二陈汤加二术升麻柴胡，或苍柏樗皮丸。如结痰白带淋漓不已者，先以小胃丹，候郁积开，服苓术芍药丸”。对湿痰下注者采用升提，为治带下病开创了新法。

4.2.4 脾虚

饮食失节，或劳倦过度，或忧思气结，损伤脾气，脾虚运化失职，水湿内停，湿邪下注伤及任带，致任脉不固，带脉失约而成为带下病。脾虚湿陷是带下病最主要病机，故治以健脾益气，升阳除湿，方如五物异功散，补中益气汤等，佐以各经见证之药。《女科撮要·带下》：“妇人带下，……脾胃亏损，阳气下陷，或痰湿下注蕴积而成，故令带下也。凡此皆当壮脾胃升陷气为主，佐以各经见证之药”。《先醒斋医学广笔记·妇人·白带赤淋》：

“盖白带多属气虚，故健脾补气要法也。宜以补中益气汤加酸枣仁、茯苓、山药、黄柏、苍术、麦冬之类”。《妇科玉尺·带下论·带下原由症治》曰：“皆当壮脾胃升阳气为主，佐以各经见证之药。色青属肝，小柴胡加山栀、防风。湿热壅滞，小便赤涩，龙胆泻肝汤。肝血不足，或燥热风热，六味丸。色赤属心，小柴胡加山栀、当归。思虑过伤，妙香散。色白属肺，补中益气汤加山栀。色黄属脾，六君子汤加山栀、柴胡，不应，归脾汤。色黑属肾，六味丸。气血俱虚，八珍汤。气血下陷，补中益气汤。湿痰流注，前汤加茯苓、半夏、苍术、黄柏。气虚痰饮下注，四七汤送六味丸。不可拘肥人多痰瘦人多火，而以燥湿泻火轻治之”。若脾虚日久，气虚失摄，气不摄血，也可致赤白带下。兼有肝郁不舒，则选用完带汤。“久带不止者，专以补虚为主，宜服十全大补汤……更服参术大补丸，以补脾胃之虚，及服补宫丸，以固下元之脱”（《万氏妇人科·崩漏章》）。李梴《医学入门·妇人门》曰：“凡带下或用升提，如升阳调经汤，或用收涩如伏龙肝散、白芷散，然暂止而终不止者，盖卫司开合而为荣血之主，脾胃为血海水液之会，卫气与胃气俱虚，则血液无所制约。故古方有用桂枝汤加附子以固卫气者，四君子汤加草果、丁香、木香以燥水健脾者，或用利中汤加陈皮、半夏，或单半夏丸用芎、归煎汤下，或补中益气汤平胃散，皆补胃厚脾。使用气血自循故辙，而不专于收涩以劫夺之也”。清·唐容川《血证论·崩带》指明带下病机系由“带脉受伤，脾不制水”，治宜和脾以利水，治脾即是治带，治带即治水也，以土制水而带脉自愈。

4.2.5 肾虚

4.2.5.1 肾阴虚：多产房劳，色欲太甚，或久病失养，肾阴暗耗，水火不济，阴虚火动，津液下夺兼以热伤阴络，血溢下焦和渗漏之津液混合成为赤带或赤白带下。《妇人秘科·论治》和《景岳全书·妇人规》均指出“心旌摇，心火不静而带下者，先当清火，宜朱砂安神丸、清心莲子饮、直指固精丸之类主之。若无邪火而见心虚带下者，宜秘元煎、人参丸、心虚白浊歌、茯菟丸之类”。“心旌摇”，即精神有淫念邪思而心神恍惚不宁。《素问·痿论篇》云：“思想无穷，所愿不得，意淫于外，人房太甚，宗筋弛纵，发为筋痿，及为白淫”。张志聪注释说：“欲火盛而淫精自出也，即今之所谓带浊。”马蒨云：“在男子为精滑，在女子为白带”。邪思不已，情绪不宁则易生心火。而胞脉属心而络于胞中，故心火盛于上，相火盛于下，扰及胞中而为带下，治宜清火热、宁心神。故李梴论带下主“阴虚火旺”，带下多赤，或赤白相兼，治宜养阴清热，选知柏地黄丸类。

4.2.5.2 肾气虚：赵献可曰：“八脉俱属肾经，人身带脉统摄一身无形之水，下焦肾气虚损，带脉漏下”。见带下清稀，终日淋漓，精神萎靡，治宜补肾培元，方用内补丸、肾气丸等。“人事不畅，精道逆而为浊为带者，初宜六味地黄汤或威喜丸之属以利之。久不止者宜固阴煎、苓术菟丝丸之属以固之”（《景岳全书·妇人规》）。

4.2.5.3 肾阳虚：阳虚阴寒内生，治宜温补。《济阴纲目·赤白带下门·论带下虚寒宜温补》曰：“带下有虚寒带腥臭者，因小水淋漓不已，或崩中暴下，或产后去血过多，以致阴亏阳竭，荣气不升，经脉凝泣，卫气下陷，经气累滞于下焦，蕴积而成，白滑如涕，下流腥臭者，黄芪建中汤去桂加当归，水煎，吞苦楝丸。久不止，脐腹引阴冷痛者，东垣固真丸。……有寒，加桂附”。《景岳全书·妇人规》曰：“欲事过度，滑泄不固而带下者，宜秘元煎、寿脾煎、固阴煎、苓术菟丝丸、济生固精丸、锁精丸、金锁思仙丹之类主之”。

脾气主升，肾主闭藏，脾虚不能运化水湿，以至水湿内留而下注；肾气虚则不能固摄精气而下泄。故脾肾气虚下陷的妇女，必带下清稀，日久不愈，兼有人便溏泄，小便清长，舌淡苔白，脉象沉涩，治宜健脾固肾，补气升提。“脾肾气虚下陷而多带者，宜用寿脾煎、归脾汤、补中益气汤之属”（《景岳全书·妇人规》）。

此外，由瘀血致带下者，治以化瘀为主。《金匱要略·带下病脉证》论治带下，立“消瘀血”一法。《济阴纲目·赤白带下门·消瘀血》曰：“病属带下。何以故？曾经半产，瘀血在少腹不去。当以温经汤主之”。盖瘀血内留与湿热互蕴每能致赤白带下，张石顽曰：“赤白带下，积久不愈，必有瘀血留着于内”。其症可见腹部满痛不欲按，经血涩少，口干唇燥等症，治以化瘀为主，使气顺血和，则带下亦止。可选用金匱温经汤、失笑散等。明代陈自明在“异病同治，同病异治”的辨证思想指导下，依“妇人以血为本”，治疗上强调“调其血”，提出通用方治疗妇科疾病。主张用加减四物汤治疗崩中带下等病症。

5 方剂用药归类

5.1 内 治 法

《妇科玉尺·带下论》认为带下之疾“宜概用莲须、杜仲、续断之辈”。带下热者，宜杞子、生地，二黄三白丸、白芷散，或益母草末酒服。带下虚者，宜东垣固真丸。肥人，宜升麻燥湿汤。总要健脾燥湿，升提胃气，佐以补涩，如茯苓、白术、柴胡、川芎之类。白是脾虚，宜升提脾气，助补脾元，宜补中益气汤加茯苓、枣仁、山药、苍术、黄柏、麦冬，或六味丸加杜仲、牡蛎、牛膝、海螵蛸。胃虚有痰宜六君子汤。寒湿者，宜大圣万安散、元戎六合汤、延胡苦楝汤。若色如脓泔臭秽者，湿热甚也，宜二术、芩、柏、半夏、车前，佐以升提，或解带散、十枣汤、宣明导水丸。若阴虚火甚，宜六味丸加五味子、杞子、黄柏、车前、菟丝子。肾阳虚者，宜投鹿角胶温涩之品，或内金鹿茸丸。下如鸡子白状，脾肾虚也。必脾肾双补，宜归脾丸、八味丸，或补骨脂丸加肉桂。白带腥臭，宜桂附汤、卫生汤。赤带久不止，宜胶艾四物汤加麦冬、杏仁、牡蛎。

清·《傅青主女科·带下》将带下一病按白、黄、青、黑、赤五色分为五带，白带方用完带汤，黄带方用易黄汤，赤带方用清肝止淋汤，青绿之带方用加减逍遥散，黑带方用利火汤。

《济阴纲目·赤白带下门·论带下湿热药用正治从治之异》曰：“方氏曰：妇人赤白带下，多是怒气伤肝。夫肝属木，脾属土。肝邪乘脾，木气克土，则脾受伤而有湿，湿而生热，热则流通，所以滑浊之物渗入膀胱，从小便而出也。丹溪作湿热而用苦寒之药治之者是矣。虽然古人曾有用辛温治之而愈者，不知苦寒之药正治之法也；辛温之药从治之法也。盖湿热怫郁于内，肚腹疼痛，赤白带下，非辛温从治而能升散之乎？然湿热未曾怫郁，但止赤白带下，不若用苦寒正治为当也”

5.2 外 治 法

首见于《金匱要略·妇人杂病脉证并治第二十二》：“矾石丸：治干血下白物。矾石三分烧透，杏仁一分，共研作蜜丸枣核大，纳阴中，日一次。”《本草拾遗》有“妇人五色带下，

以面作煎饼七个，安于烧赤黄砖上，以黄瓜萋傅面上，安布两重。令患者坐之，令药气入腹熏之，当有虫出如蚕子，不过三五度痒。”从今天看来，这些治带下的方法，多用于阴道炎属湿毒，病虫直犯阴器者。

5.3 验方

《太平圣惠方》卷七十三：“妇人带下，赤带用赤葵，白带用白葵”。《备急千金要方》：水和云母、韭菜子、生地黄、枸杞根，治带下；赤白带下，用铜钱、三叶酸浆草。《太平惠民和剂局方》：威喜丸治妇人白带。《外台秘要》：兔皮，治妇人带下。白马左蹄烧灰，治五色带下。《永类铃方》：百草霜治妇人带下。《集玄方》：风化石灰、白茯苓，治白带白淫。《证治要诀》中以沙参为末，治妇人白带。《医学集成》：治带下用白芷。《孙氏集效方》中白鸡冠花治白带，赤带用红鸡冠花。《摘玄方》：松香治妇人白带；白带不止，用炒槐花，煅牡蛎。《百一选方》：椿根白皮、滑石治女人白带。《丹溪方》：椿根白皮一两半。干姜、白芍、黄柏各炒黑为末。《袖珍方》：妇人白带，用酒及艾叶煮鸡卵。《济生方》：室女白带，冲任虚寒，鹿茸丸主之。《救急易方》：陈冬瓜仁炒为末治女子白带。《圣济总录》：漏芦、艾叶治产后带下。

治疗赤白带验方较多，有《胜金方》：禹余粮火煅醋淬。《积德堂方》：苦参、牡蛎粉。《广利方》：白芍、干姜。《广济方》：芍药炒黑。《卫生易简方》：草果、乳香。《圣惠方》：香附、赤芍。《集验方》：益母草治带下赤白。《徐氏家传方》：石燕、夏枯草花治多年赤白带下。《妇人良方》：石菖蒲、破故纸等分炒。《魏元君济生丹》：用荞麦炒焦。《永类铃方》：白扁豆炒。《崔元亮海上方》：马齿苋和鸡子白；韭根捣汁和童便露。《图经本草》：桑木耳切碎。《濒湖集简方》白果、莲肉、江米、胡椒。《纂要奇方》：水槿根皮。《摘玄方》：真秋石治赤白带下。

5.4 针灸疗法

《针灸甲乙经·妇人杂病》曰：“妇人乳子下赤白，腰俞主之。妇人下赤白，沃后，阴中干痛，恶合阴阳，少腹嗔坚，小便闭，曲骨主之。妇人下赤白，里急瘕，五枢主之。女子下苍汁，不禁赤沥，阴中痒痛，……不可俯仰，下卯主之”。《备急千金要方·妇人方》曰：“月事不利，见赤白而有身反败阴寒，刺行间入六分，灸三壮，穴在足大趾间动脉应手。赤白里急瘕，刺五枢入一寸，灸五壮，穴在内踝上五寸。女人漏下赤白，月经不调，灸交信三十壮，穴在内踝上五寸。女子漏下赤白，灸营池四穴三十壮，穴在内踝前后两边池中脉上，一名阴阳穴。女人漏下赤白四肢酸削，灸漏阴三十壮，穴在内踝下五分微动脉上。女人漏下赤白，泄注，灸阴阳，随年壮，三报，穴在足拇指下屈里长头白肉际”。朱震亨《丹溪心法·卷五》曰：“妇人得子，多变成白水淋漓而下，经久，身面虚肿，刺阴骨入两寸半。又法：如喘满，刺鱼际穴，透太渊穴，左右共四十九呼，治肺经水气极妙”。《证治准绳·女科》曰：“赤白带，刺中极入二寸半。赤泻白补，白环俞一寸半，泻一吸，补一吸。又法：气海中极白环俞三穴，不效，取阳交穴，补多泻少，灸七壮，又取三阴交。又法：下白带不已，渐渐如蛊，取气海穴六分，中极委中二穴各五分。赤带如法。又法：下白带不已，渐渐如蛊，取曲骨承阴二穴各七分，中极六分，穴在两旁柱骨下，赤带如

法。又法：四花穴，治赤白带如神。”

5.5 用药宜忌与调护

对于本病的用药，《儒门事亲·妇人赤白带下错分寒热解》有“不可骤用峻热之剂燥之”之说，认为：“燥之则内水涸，……小溲不利则足肿面浮渐至不治”。《女科正宗·带下总论》亦提出“不宜专以温补燥热之剂反助邪火销灼营阴，以致火升水降，凝结浊物”。均强调不可过于温燥。此外虚证不可用寒凉克伐脾阳，湿热湿毒证早期，湿热征象明显时以及湿浊严重时均忌过早收涩以免留邪。明·《景岳全书·妇人规》强调房事过度损伤肾气，导致命门不固为带下病重要原因，治疗既要服药，也要节欲，否则“药饵之功必不能与情实争胜，此带浊之不易治也”。

6 预防康复

饮食有节，勿过食生冷，以免损伤脾胃水湿停聚。勿食厚味以免蕴湿生热。《丹溪心法》提出“必须断厚味”即是此义。节嗜欲，《通俗妇科论》提出“带下宜首禁房事”，预后一般良好。但有医家认为带下病的危害不可忽视。晋·王叔和《脉经·脉证》曰：“诊妇人漏下赤白不止，脉小虚滑者生，大紧实数者死。妇人带下脉浮，恶寒者，不治”。《证治要诀·妇人门·赤白带》指出漏带易复发，“有带疾愈后，一二月或再发，半年一发，先血而后下带，来不可遏，停蓄未几又复倾泻，此名漏带最难治者也”。明代李梴《医学入门·脉法》曰：“带下崩中，脉多浮动，虚迟者生，实数者重。肾脉浮迟，主患带浊”。其实若带下迁延日久，不仅消耗体质，影响健康，而且影响生育，因此并非是一种无足轻重的疾病。而对赤带、赤白带、杂色带更应引起足够重视，早期诊断，积极治疗，否则“胞宫内溃”，五脏俱虚则后果堪虞。

(邓高丕 缪江霞 周英)

近现代参考文献

- [1] 孙宁铃. 生理性带下的机理探讨. 上海中医药杂志, 1985 (7):22
- [2] 曾莉梅. 养阴法在妇科的应用. 广西中医药, 1986 (6):1
- [3] 罗元恺. 女科述要. 新中医, 1992 (9):19
- [4] 杨家林. 带下病病机及证治. 四川中医, 1986 (3):7
- [5] 邓益和. 易黄汤加味治带 80 例疗效观察. 辽宁中医杂志, 1986 (7):36
- [6] 程泾, 等. 宋光济老师治疗带下经验. 浙江中医学院学报, 1983 (1):36
- [7] 赵荣俊. 活血化瘀法治带下症. 新中医, 1988 (12):32
- [8] 浦永芬. 带下病从瘀论治初探. 贵阳中医学院学报, 1994 (3):11~13
- [9] 程运文. 带下病治痰四法. 湖南中医杂志, 1988 (3):16~17
- [10] 王本元. 辨证针刺治带下病 144 例. 中国针灸, 1990 (5):4
- [11] 周端求. 牡菟柏地扁女汤治疗带下病 80 例. 云南中医杂志, 1998 (6):25
- [12] 罗元恺. 实用中医妇科学. 上海: 上海科学技术出版社, 1994. 21
- [13] 冀绪. 浅谈带脉理论在带下病中的作用. 河北中医, 1997 (2):33

- [14] 朱守庆. 十七味保元汤治疗带下病 76 例. 江苏中医, 1991 (11):13
- [15] 孙朗川. 孙朗川妇科经验. 福州: 福建科技出版社, 1988. 28
- [16] 周德龙. 以虚实为纲辨治带下病. 四川中医, 1984 (6):19
- [17] 吴熙伯, 等. 从肝论治带下病. 广西中医药, 1986 (5):20
- [18] 毕明义. 真武汤治疗带下 118 例. 山东中医杂志, 1994 (10):448
- [19] 郭维峰. 崩漏·带下·不孕特效方. 1965
- [20] 黄熙理. 徐陈如老中医治疗带下病的经验. 福建中医药, 1994 (5):5
- [21] 马宝璋. 中医妇科学. 上海: 上海科学技术出版社, 1997. 111
- [22] 罗济群. 白带的辨证治疗. 辽宁中医杂志, 1980 (10):24
- [23] 邓益和. 易黄汤加味治带 80 例疗效观察. 辽宁中医杂志, 1986 (7):36
- [24] 陈青原. 炎性带下的中医治疗体会. 陕西中医, 1984 (2):19
- [25] 王希浩. 黄绳武治疗带下病经验琐谈. 湖北中医杂志, 1985 (2):7~8
- [26] 何子淮. 治带四法. 浙江中医学院学报, 1981 (1):21
- [27] 陈天祥. 徐荣斋治带下病经验 12 法. 湖北中医杂志, 1983 (1):8
- [28] 刘恒一. 宣肺利湿法治带下 36 例. 浙江中医杂志, 1987 (8):32
- [29] 袁程云. 妇科止带十二法. 河北中医, 1984 (4):41~42
- [30] 张国祥. 治疗带下 55 例观察. 浙江中医杂志, 1984 (1):32
- [31] 王展. 中药治疗脾肾虚型带下 163 例. 陕西中医, 1986 (5):218
- [32] 何泉光. 术后带下并高血压治验. 广西中医药, 1986 (5):32
- [33] 姜润林. 章文庚老中医治疗带下病的经验. 辽宁中医杂志, 1987 (10):16
- [34] 何子淮. 治带四法. 上海中医药杂志, 1988 (2):29
- [35] 罗飞. 易黄汤为主治疗带下 110 例临床观察. 浙江中医杂志, 1987 (8):366
- [36] 杨善栋. 升阳益胃汤治疗带下 74 例疗效分析. 浙江中医杂志, 1987 (8):367
- [37] 周少伯. 乌鸡樗皮汤加味治疗带下症 100 例. 上海中医药杂志, 1985 (8):27
- [38] 李友忠. 矾石丸治疗带下病 208 例. 山东中医杂志, 1984 (4):43
- [39] 张艳. 乌梅丸化裁治疗虚实夹杂型带下病 60 例. 河北中医, 1994 (11):42
- [40] 丁爱平. “带必康散”外治带下病 488 例临床观察. 新中医, 1990 (3):25
- [41] 刘耀驰. 霜后龙葵熏洗法治带下症 156 例. 中草药, 1990 (2):20
- [42] 毕明义, 等. 矾石丸治疗带下病 208 例. 山东中医杂志, 1994 (2):68
- [43] 刘茂林, 等. 狼牙汤治疗妇人带下病 54 例. 中国医药学报, 1990 (1):42
- [44] 李衡友, 等. 中药锥切疗法治疗慢性宫颈疾病 75 例分析. 中华妇产科杂志, 1984 (4):201
- [45] 袁茂祥. 腕踝针治疗虚证带下 22 例观察. 中医杂志, 1982 (2):49

✿ 不 孕 症 ✿

女子婚后夫妇同居2年以上，配偶生殖功能正常，未避孕而不孕；或曾孕育，未避孕而又2年以上不再受孕者称不孕。前者称原发不孕，中医古籍称“全不产”；后者称“继发性不孕”，中医古籍称“断绪”。

关于不孕的年限，现在各国未统一。我国中西医在过去均定为3年。1984年国际妇产科联合会将不孕标准改为2年。中国中西医结合学会妇产科专业委员会于1987年制定不孕的标准是：凡育龄妇女婚后2年，夫妇同居，性生活正常，男性生殖功能正常，未避孕而不孕者，称为原发性不孕症。末次妊娠后2年未避孕而不孕者，称为继发性不孕症。现在中医、西医及中西医结合妇科学者大都采用了这一定义。

不育与不孕不同。不育是指女方有过妊娠，但均以堕胎、小产、早产、死胎、死产而告终，未得活婴者。现也把男子不能生育称不育。

不孕是世界性共同关注的疑难病证，女性不孕并不是一个独立的疾病，而是许多妇产科疾病一种结局或后遗症。例如先天发育不良、生殖器畸形、月经病、带下病、癥瘕等均足以导致不孕；近几年，女性生殖器炎症、内分泌失调性疾病、流产的发生率上升，性传播疾病死灰复燃，由此导致不孕的发病率亦随之呈上升的趋势。因此诊治不孕，在妇产科中具有极重要的地位。

不孕的发生关系夫妇双方。根据国内一些地区流行病学的调查，女方因素占50%~60%，男方占30%~40%，双方同时不能孕育占10%。致于不孕的发病率世界卫生组织统计各国不尽相同，一般地说，西方国家发生率较我国高。国内按上述标准统计，不孕发病率10%左右。但随着人们思想观念的变化，不少妇女晚婚晚育，有的35岁以后才结婚，自然生育机能已开始下降。在此以后才诊治不孕，故亦有资料提出不孕发病率为10%~15%。可见不孕严重的困扰了一些家庭的和睦和社会的稳定。我国实行计划生育，提倡1+1=3的家庭模式，孩子对家庭是很重要的方面。因此诊治不孕是妇产科工作者应尽的社会义务和责任。

【今日临床】

1 诊 断 标 准

关于不孕症诊断标准的制定，一期工作始于1988年10月定稿，1989年7月1日在全国范围内试行，并在1992年初至1993年底进行了修改。于1995年1月1日正式在全国各级各类中医院实施中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》。现采录如下：

1.1 病名诊断标准

育龄妇女由于肾虚、肝郁、痰湿、血瘀等原因，导致冲任、子宫功能失调，结婚1年

以上，或曾孕育后1年以上，夫妇同居，配偶生殖功能正常，而不受孕者，称为不孕症。

诊断依据

(1) 育龄妇女结婚1年以上，夫妇同居，配偶生殖功能正常，不避孕而未能受孕者，为原发不孕。曾有孕产史，继又间隔1年以上不避孕而未怀孕者，称为继发不孕。

(2) 排除生殖系统的先天性生理缺陷和畸形。

作者认为行业标准，把不孕的年限改为1年欠妥。因为据我国一些婚后自然受孕率的调查显示：半年内受孕60%，1年内受孕75.6%~80%，2年内受孕90%左右。故10%~15%2年以上不怀孕应视为病理性的不孕症，必须诊治。1993年中国中西医结合学会妇产科专业委员会修定的标准，把过去规定的不孕年限从3年改为2年较合适，且符合世界卫生组织的规定，有利于国际交流。现阶段中西医教材也采用了这一标准。如果患者婚龄较大，已达30岁左右，身体盛壮，生殖功能旺盛欲求嗣而1年未受孕者，则需要按不孕的有关原因进行诊治，以免延误了最佳生育时期，影响了治愈率。

1.2 证类诊断标准

肾阳亏虚 婚后不孕，经行量少色淡，头晕耳鸣，腰酸形寒，小腹冷感，带下清稀，性欲淡漠，有时便溏。舌淡胖，苔白，脉沉细尺弱。

肾阴亏虚 婚后不孕，经行先期，量少色红，五心烦热，咽干口渴，头晕心悸，腰酸腿软。舌红少苔，脉细数。

痰湿内阻 婚后不孕，月经后期，量少色淡，形体肥胖，胸闷口腻。苔白腻，脉弦。

肝气郁滞 婚后不孕，月经不调，量或多或少，色紫红有血块，情志失畅，经前胸膈急躁，乳房作胀，行经少腹疼痛，苔薄白，脉弦。

瘀滞胞宫 婚后不孕，经行后期量少，色紫有块，小腹疼痛，临经甚。舌边或有紫斑，苔薄黄，脉弦或涩。

2 中心证候特征

肾虚冲任失调，不能摄精成孕是不孕症的中心证候特征。其主症是婚后不孕。次症是不孕的附加条件：一是夫妇同居；二是未避孕；三是配偶生殖功能正常；四是时间界定为2年。由于肾主生殖，为天癸之源，冲任之本，又藏精系胞，经水出诸肾，故不孕以肾虚证候最突出；其次肝藏血，主疏泄，妇人又以血为基本。肝肾为子母关系，同时不孕又致肝郁不舒。故肝郁的证候仅次于肾虚；再次脾为后天之本，气血生化之源。肾虚不能温煦脾土，木郁又可克伐脾土，因而脾虚证候在不孕症中亦很多见，除气血生化不足的证候外，还往往表现为脾虚水湿不化，聚湿成痰，痰湿阻滞冲任的证候特征。不孕症的中心证候特征依次为肾、肝、脾的功能失常证候。

肾虚：多见月经迟发、后期、量少；甚则月经稀发、闭经。或月经提早或崩漏。或经间期出血。经色多黯淡或鲜红。腰酸膝软，性欲多淡漠，小腹冷，夜尿多，头晕耳鸣，四肢不温，带下量多清稀如水。或形瘦，五心烦热，阴中干涩。多见面斑，眼眶或环唇黯。舌黯或舌红少苔。尺脉细弱或沉细或涩细数等。

肝郁：多见月经不调，先后无定，或痛经，或经行乳房胀痛，头痛，情怀不舒，闷闷

不乐，喜太息。或烦躁易怒，悲伤欲哭，舌尖边有瘀点，脉弦。

脾虚痰湿：多见月经后期，甚或闭经，带下量多，性欲低下。形体虚胖，胸闷痰多，舌淡胖，苔白腻，脉缓滑或沉细。

妇人以血为本，经、孕、产、乳均以血为用。寒热虚实均可致瘀，使血瘀为患，阻滞冲任。又气血之根在肾。肾阳虚血失温煦，肾气虚无力运血，肾阴虚内热灼血，足以致瘀；又肾虚精亏无以化血，虚则无有不滞。肾虚为因，血瘀为果。肾虚必血瘀，血瘀加重肾虚，故肾虚血瘀成为不孕症中最为多见的复合证候特征。可表现为虚实错杂的月经不调、痛经、性欲低或性交痛、下腹胀痛或癥瘕。舌多淡黯或紫黯。脉弦细尺弱。

不孕须结合西医的有关检查，找出不孕的病位所在：如排卵障碍、输卵管阻塞、子宫发育不良等均可出现相应的证候特点。

3 病 因

3.1 原 发 病 因

3.1.1 肾虚

肾主生殖，肾-天癸-冲任-子宫轴是女性生殖轴。由肾虚导致生殖轴失调是不孕的原发病因。

先天肾气不足或后天房劳伤肾，大病久病“穷必及肾”，或年事偏高，肾气渐虚均足以导致肾虚。若肾气虚，冲任虚衰，不能摄精成孕；或肾阳虚，不能化气行水，寒湿滞于冲任；或冲任胞宫失于温煦，不能摄精成孕；或肾阴虚，精亏血少，冲任匮乏；或阴虚内热，热扰冲任均不能摄精成孕。

3.1.2 肝郁

素性忧郁，或七情内伤，情怀不畅，冲任不充，不能相资摄精成孕。

3.2 继 发 病 因

3.2.1 痰湿

多由脾失健运，或肝旺克脾，或肾阳虚不能温暖脾土、脾虚水湿不化，湿聚成痰；或肝郁化火，炼液成痰；或肝郁气机不利，气滞水停，聚液成痰；或过食膏粱厚味，痰湿内生。痰湿流注下焦，阻滞冲任，不能摄精成孕。

3.2.2 血瘀

寒热虚实均可致瘀：肾虚元气不足，无力运血，肾虚必血瘀；肝郁气机不畅，气滞血瘀；经期、产后余血未净而合阴阳，精浊与余血相搏为瘀，瘀结冲任，不能摄精成孕。此外胞中宿有癥瘕积聚，积气搏结于子宫，致阴阳血气不和，不能摄精成孕。有资料统计子宫肌瘤可有 25%~35% 的患者不孕。是由于宫腔变形或伴随卵巢功能失调等原因，影响受精卵着床。

3.3 诱 发 因 素

孕育是繁衍后代的本能生理，其受情志的影响极大。夫妇久别重逢，强烈的刺激可致

额外排卵而受孕；反之，七情内伤，过度忧郁，两情不能酣畅，则冲任不能相资，应该排卵的也抑制了排卵，诱发不孕。

4 病 机

4.1 发 病

不孕往往是一个慢性发病的过程，无法确定其发病的具体时间。只能以欲求嗣而不得已经2年，可能实际不止2年。如带下病、盆腔炎急性期治疗不彻底，转为慢性，或无明显急性期，已变为慢性盆腔炎，就有可能盆腔粘连，瘀阻冲任，闭塞输卵管导致不孕；又如肾虚月经不调、闭经、崩漏，已导致肾为主导的肾-天癸-冲任-子宫生殖轴失调，不能摄精成孕。若先天肾气不足，发育欠佳，应选择生育最佳25~28岁之间生育为宜。如果过早过迟结婚均非所宜。因为早婚，阴气早泄，未完而伤，未实而动；或肾气渐虚，冲任虚衰都难于成孕。因此临床应早期防治足以导致不孕的妇科病，阻断不孕的发病非常重要。

4.2 病 位

不孕的主要病位是在冲任，胞宫以及肾、肝、脾的功能失常、气血失调。

4.3 病 性

不孕病性有虚实之别：虚证以肾气虚、肾阳虚、肾阴虚为主；可兼肾虚血少、肾虚血瘀、肾虚肝郁等；实证以肝郁、血瘀、痰湿为多。痰湿实为本虚(脾肾虚)标实。此外还有寒热之异，如宫寒不孕或阴虚内热或阳盛血热，湿热下注，均可致热伏冲任，阴血受灼不能摄精成孕。

4.4 病 势

不孕有轻重病势的不同。一般来说，年轻，不孕年限较短，月经正常子宫发育正常者，病势轻易治；年龄35岁以上，不孕年限较长，或兼子宫发育不良，自然生殖功能已开始下降者，或盆腔粘连广泛，血瘀难化者，则病势重难治；夫妇双方同时不能孕育者病势更重难治；有的必须配合西医促排卵，通输卵管或剖腹探查；甚至有的采用助孕新技术或许有可能妊娠。有的却终生不能怀孕。

4.5 病 机 转 化

肾主生殖。肾虚冲任失调，不能摄精成孕是不孕的主要病机。又妇人以血为本，经、孕、产、乳均以血为用。肝藏血主疏泄，故肝郁冲任失调不能相资摄精成孕是仅次于肾虚的重要病机。肾与肝子母关切，乙癸同源。由于肾虚和肝郁及肝肾的关系各个侧面的不同病机，脏腑、气血、经络的相互关系产生的各方面病机及其转化，导致不孕的病机错综复杂，变化万千。

肾虚分肾气虚、肾阴虚和肾阳虚。肾精所化之气为肾气，肾气的盛衰，主宰着天癸的至与竭，冲任二脉的通盛与虚衰以及“有子”与“无子”。早在《素问·上古天真论》中已指

出：“女子七岁，肾气盛，齿更发长；二七而天癸至，任脉通，太冲脉盛，月事以时下，故有子；……七七任脉虚，太冲脉衰少，天癸竭，地道不通，故形坏而无子也”。故肾气虚是导致不孕的原发病机。肾有阴阳二气，为水火之宅。若肾阴虚，则精血匮乏，冲任血少，或阴虚生内热，热伏冲任、子宫，均不能摄精成孕；若肾阳虚，命门火衰，则子宫寒冷，冲任不足，不能摄精成孕；肾阳虚不能暖土则脾肾阳虚不能化气行水，水湿内停，聚湿成痰，痰湿流注下焦，壅塞冲任胞宫，不能摄精成孕；脾为后天之本，气血生化之源，脾虚则气血生化乏源，不足以化精，又可致肾精不足，胞脉失养，不能摄精成孕；肾虚为本，虚则无有不滞，肾虚必血瘀，肾虚血瘀，冲任虚滞，胞脉受阻亦难摄精成孕。

肝藏血主疏泄。素性忧郁或七情内伤，则直接影响了肝的功能而发生肝郁或肝阴(血)不足。肝郁则疏泄失常，气血不和，冲任不能相资，不能摄精成孕。所谓“求子心愈切，得之愈难”。“思虑无穷，皆难有子”。临床所见，不孕症中，与人的气质有关，素性忧郁，性格内向依赖性较强，神经质，或对孩子特别看重，心理压力大。久不孕育，更受到家庭、社会的不良刺激，又产生更严重的忧郁、焦虑、烦躁、悲哀欲哭，加重病情，形成恶性循环的肝郁困境，进而产生复杂的内分泌失调，导致不孕；肝郁则气滞，致血瘀，瘀积日久遂成癥瘕积聚渐致痛经、子宫内膜异位症、高催乳素血症，导致更复杂的不孕；肝郁克脾，脾失健运，水湿内停，肝郁不舒，日久化热，湿与热相并，下注冲任，蕴结不通，阻滞胞脉、经络为瘀，湿、热、痰邪互结于胞中，发为盆腔炎、输卵管积水、阻塞而使精卵不能结合，发为不孕。

肝郁克脾，又肝为肾之子，子盗母气，肝郁则肾亦郁，肾郁则气不宣。肝、脾、肾三脏受累，必然导致或早或后，或断或续而发生月经先后无定期，常表现黄体功能不健之不孕。

人是一个整体，脏腑、气血、经络不可分割。不孕是肾-天癸-冲任-子宫轴的严重失调，反映了肾虚是不孕的病机本质。而妊娠是受生理、心理、社会多因素的综合影响，肝郁亦是不孕的重要病机。由肾虚和肝郁导致错综复杂的各个侧面为病机转化，发生虚实错杂，多种病机集于一身的疑难不孕，这是在临证中必须详加审察的问题。

4.6 证类病机

肾虚 先天肾气不足，天癸不充，冲任不通盛，肾主藏精系胞。肾虚常导致月经迟发、月经后期、月经过少、子宫发育不良或无排卵或黄体功能不健；若肾阳虚，冲任虚寒，胞宫寒冷，可出现月经后期、闭经、痛经或崩漏，带下清冷、性欲减退、不孕；肾阴虚，精亏血少，冲任匮乏，可出现月经过少、闭经、阴中干涩、不孕；阴虚生内热，热扰冲任，迫血妄行，又可致阴虚阳搏之崩漏、不孕。

肝郁 素性忧郁或七情内伤，则肝气郁结，疏泄失常，气血不和，冲任不能相资。肝经绕阴器、抵小腹、经肋肋，过乳头，上巅顶，临床可出现吊阴痛、痛经、月经先后不定，经前胸胁、乳房、少小腹胀痛，不孕。

血瘀 肾虚必血瘀，肝郁气滞亦血瘀；寒凝热灼可致瘀，经、产留瘀，经期产后余血未净，阴阳交合，精浊与余血相结为瘀；或宿有胞中癥瘕积聚。致令冲任阻滞不畅，胞孕不受。

痰湿 素体脾虚或恣食膏粱厚味，脾虚不运，痰湿内生，阻塞气机，冲任失调。或湿浊内盛、脂脂满溢，闭塞子宫，不能摄精成孕。

5 临证思路

5.1 抓住主诉

主诉大多很明确，开门见山的诉说不孕多久。但受文化素养、心理因素压力以及不孕相关的复杂证情的影响，也常有不少求嗣者不能直接表述主诉，会绕弯说下腹不舒服、月经不正常、白带多、性欲低等较易说出口的主诉，须进一步询问才知道实际是为不孕来诊。

5.2 分析病位

人类的生殖生理是错杂的，首先关系夫妇双方受孕生理功能，还关系到夫妇间性生活、环境、心理、感情、方法等多方面的因素。因此首先应将不孕夫妇作为一个生殖单元加以检查研究，分析病位在女方还是男方，还是男女双方均有关。一旦夫妇双方均发现问题，必须坚持夫妇同治，这是提高不孕治愈率的重要环节。

如果经检查，不孕定位在女方。或已排除了配偶生殖功能的异常后，就必须对女方进行全面系统的有计划的中西双重诊断，查出女方宏观和微观的病位，为制定整体治疗方案打下基础。

中西医都有辨病，中医先辨病后辨证；西医辨病后重视病因检查。借助病因定位为我所用，有益于复杂不孕症的治疗。

5.2.1 诊断与检查

5.2.1.1 询问病史

生长发育史 发育是否正常，有无早熟或迟缓发育，排除先天性畸形不能为药物治疗者。除妇查子宫的发育外，还要检查乳房等第二性征的发育。乳房亦属肾所主。

月经史 “凡看妇人病，入门先问经”，对于不孕，月经史尤其重要。包括月经的初潮年龄和月经的期、量、色、质以及伴随证。

婚育史 结婚年龄，有无过早过迟结婚？婚后性生活、避孕措施如何？有无流产和刮宫，末次妊娠时间等均要问清，还要问清夫妻感情，有无婚外情？必要时还要了解性生活的方法有无差错以致不能怀孕。

家族史 有无先天性遗传病、性病、性欲下降，乳头有无挤出乳汁？

5.2.1.2 体格检查 注意全身发育，营养状况，毛发的分布。尤重视妇科检查内生殖器的发育、有无急、慢性炎症，肿块等初步估计病位是否在子宫或附件。

5.2.1.3 卵巢功能测定 排卵是否正常是一个关键。可以根据各医院的条件选择进行有关检查：基础体温(BBT)、宫颈粘液及宫颈评分、阴道脱落细胞、子宫内膜活检等。

5.2.1.4 激素测定 主要测定垂体、卵巢激素(FSH、LH、PRL、E2、P、T)。必要时测定甲状腺功能。

5.2.1.5 输卵管通畅试验 掌握适应证和禁忌证。可选择输卵管通气法、通液法，以通液法较多用。如连续2~3次通液均显示输卵管不畅通。宜进一步行子宫-输卵管造影，

以明确阻塞部位、有无积水及粘连等情况外，还可了解子宫发育情况。

5.2.1.6 免疫学检查 根据条件可做性交后试验、血内抗精子抗体测定、宫颈粘液精子抗体测定、透明带抗体测定等。

5.2.1.7 性染色体检查 难以治愈的不孕夫妇，检查染色体有无异常。

5.2.1.8 盆腔B超 对子宫发育不良、肿瘤、炎症、包块、子宫内膜异位症、双子宫畸形等适宜B超探查。

此外，还可选择做宫腔镜、腹腔镜、垂体CT或MRI，以明确不孕的原因。

5.2.2 中医辨病与辨证分析病位

不孕是许多妇科疾病的一种结局或后遗症。临证中不孕往往伴有月经病、带下病、癥瘕等。这些病证的病位均在冲任、胞脉、胞络以及胞宫。因此治疗不孕要首先调经、治带、消癥。古人指出“调经为女子种子紧要也”（见《万氏妇人科·种子章》）以及“种子之法，即在于调经之中”（见《女科要旨·种子》）的观点是千真万确的。

中医对不孕的辨证不外脏腑、气血、冲任。脏腑以肾为主，次及肝脾；气血失调有气血虚弱而以血瘀兼气滞为多；经络主要病位在冲任，可表现为冲任虚衰，冲任不能相资以及冲任阻滞不畅等，最终使胞宫不能摄精成孕。

5.2.3 中西医结合分析病位

不孕不是单独的一个病证，往往同时有多个病证、多个病位影响生殖生理而致不孕。因此临床上就必须综合分析，分清标本缓急，采用宏观辨证与微观辨证结合，辨证与辨病结合，局部与整体，单方与夫妇双方相结合，临床检查与实验室相结合的多层次、多方面的分析病位，才可以提高疗效。

从中西医对月经、受孕的理论认识来看，中医的肾-天癸-冲任-子宫生殖轴与西医的下丘脑-垂体-卵巢-子宫生殖轴虽不能等同，但在完全不同的理论体系中亦有可以沟通之处。可有相应的病位。如肾中产生的天癸，是一种关系人体生长发育和生殖的阴精，是一种无形之水，是促使月经产生和妊娠的重要物质，始终对冲任、胞宫起作用，与西医的生殖内分泌相类似，或是对同一物质的不同表述。由于无排卵或黄体不健导致的不孕症是居首位的，疗效最好。其次是输卵管因素占不孕原因的20%~40%。由于输卵管阻塞的部位不同，与周围组织的关系不同，其预后大不相同。中医认为输卵管是肝经所在部分，病变以瘀为突出。故治以疏肝理气，活血通络的原则，可使部分病人获愈；如输卵管间质部阻塞过去须移植，现在可用导管扩通加活血化瘀的中药灌注获得好苗头。预后最差的是伞端阻塞造口，疗效不高。

子宫内膜异位症导致的不孕呈上升的趋势，约占30%~40%，其机理未完全阐明。按中医的病位分析在冲任、胞脉、胞宫，肾虚血瘀是其主要的病机；免疫性不孕过去认为是原因不明者，无从定位，我们用益肾活血消除抗体取得了93.9%的阴转率。

根据中医关于乳汁生化的理论认为：乳头属肝，乳房属胃，乳汁由血所化，源于冲任，赖气以行。又妇人气血，上为乳汁，下为经水。故对溢乳-闭经的高催乳素血症不孕，西医认为病位在垂体，中医多从肝论治，疏肝解郁，结合乳汁生化理论进行回乳通经，取得了一定的疗效。若合并有垂体微腺瘤属癥瘕，又当配合化瘀消癥。

中西医结合分析病位，辨证辨病辨因结合，针对性更强，往往能获得较好的疗效。一

般来说,病位主要是功能失调者,预后较好;病位已为器质性病变,或多个病位者,预后较差或难以用药物取效。有时须手术治疗或选择体外受精,胚胎移植或其他助孕新技术可能有一定的成功机会。

5.3 确定病性

不孕病性有虚、实、寒、热之异:在大多情况下是肾虚为本。肾虚有先天肾虚或后天损伤肾气,耗损肾阴。先天肾虚,禀赋不足,多见月经迟发,甚或年逾18周岁,天癸未充,月经未潮,或潮后月经稀发、量少。妇查子宫发育不良或幼稚型子宫,第二性征发育欠佳。此类妇女结婚后有二个倾向:一是由于婚后性刺激,生活美满,心情愉快,助长其发育成熟,月经渐至正常,能正常生育;二是由于婚后房劳不节,过早过度损伤肾气,耗伤肾精,加重肾虚,更严重的影响了肾-天癸-冲任-子宫轴,导致婚后闭经、不孕,不孕又承受家庭、社会、心理的压力,产生难以纠正的恶性循环,甚则终生不孕。后天伤肾,或许是曾多次流产,重伤肾气冲任以及胞宫,或由于久病大病,五脏之伤,穷必及肾。只要调节性生活,及时调补肾阴阳,使之平衡协调,调经助孕或功机会较多。虚性还有脾虚、血虚,证情较轻。实性主要是痰湿和血瘀。痰湿为本虚(脾虚为主)标实。血瘀较复杂多变。血瘀与痰湿一样,既是病理产物,又是致病因素。血瘀为实邪,病多顽固。瘀阻冲任,可致不孕;瘀积日久成癥瘕,阻碍胚胎着床发育。瘀阻胞脉胞络,冲任不畅,精卵不能结合而不孕。

对于不孕的临证思路,除抓住主诉,确立不孕,检查原因病位,确定病性以外,还要与病人建立良好的医患关系,关心体贴病人。“信则灵”当病人信任时,便能配合诊治,减轻病人的心理压力,往往取效快。

6 鉴 别

分清原发与继发不孕 同为不孕,有原发,继发之分。原发不孕是指婚后夫妇同居2年以上,未避孕而不受孕者。多与原发病因肾虚有关;继发不孕是指曾有过妊娠,而又2年以上同居不避孕而不受孕者,多与继发病因血瘀与痰湿有关,前者多考虑先天发育,内分泌因素;后者多考虑有无经、产留瘀或邪毒感染导致输卵管因素不孕。

不育 不孕与不育不同,不孕是不能怀孕;不育是指孕而不育,曾有妊娠,发生堕胎、小产、滑胎、早产、死胎而告结局。另一含义是指男性不能生育为不育。

7 临床治疗

7.1 分证论治

7.1.1 肾阳虚

临床表现:婚后不孕,月经迟发,或月经后推,或经闭。经色淡黯,性欲淡漠,小腹冷,带下量多,清稀如水,头晕耳鸣,腰膝膝软,夜尿多。眼眶黯,面部黯斑,或环唇黯,舌质淡黯,脉沉细尺脉弱。

病机分析:肾阳虚,命门火衰,冲任失于温煦,不能摄精成孕,故婚久不孕;经本于肾,阳虚气弱,不能生血行血,冲任空虚,血海不能按时满盈,故月经迟发,推后甚至闭

经。腰为肾之府。膝亦肾所主，肾虚则腰酸膝软。肾主骨生髓。肾虚髓海不足，空窍失养故头晕耳鸣；肾虚，命门火衰，胞脉失煦故小腹冷，性欲淡漠；肾与膀胱相表里，肾阳虚，气化失常，关门不固，故夜尿多；肾虚不能化气行水，水湿内行，下注任带，使任脉不固，带脉失约而使带下量多，清稀如水，眼眶黯面部黯斑或环口黯，舌质黯，脉沉细，尺脉弱均为肾阳不足，冲任虚衰之征。

转归：肾阳虚，上不能暖土，往往肾脾阳虚，水湿内行，痰湿内生，阳虚元气无力运血，血滞为瘀，瘀痰互结于冲任胞脉；下不能暖宫，胞宫寒冷，生发受抑制，往往子宫发育不良，基础体温单相无排卵，出现月经稀发、闭经，舌质淡黯胖，脉沉滑。

治法：温肾培源，养血暖宫，调补冲任。

方药：选用右归丸、毓麟珠、温胞饮随证加减。

右归丸。

制附子 肉桂 熟地 山药 山萸肉 枸杞子 鹿角胶 当归 杜仲

本方原治“元阳不足，先天禀弱，以致命门火衰，不能生土，而为脾胃虚寒”，或“寒在下焦，而水邪浮肿”，或“阳衰无子”等证。本方以“益火之源，以消阴翳”以培补右肾之元阳为主，又宗“阴阳互根”，“阴中求阳”之义，作以滋阴填精补血，使阳得阴助，生化无穷。

右归丸中制附子与熟地相配，调补肾中阴阳，使之平衡协调，已有学者研究只此二中药即能促排卵。若属肾阳虚，卵泡期 BBT 偏低单相时，在补肾方中加入此二味，常能达到促排卵。全方温肾助阳，养阴益血助孕。对肾阳虚无排卵者，从月经干净后，每天 1 剂，连服 7~14 剂左右，疗效较好。

毓麟珠(又名调经毓麟丸、助孕八珍丸)。

人参 白术 茯苓 白芍药 当归 川芎 熟地 炙甘草 菟丝 杜仲 鹿角霜 川椒

诸药合用，既能温补先天肾虚以生精，又能培补后天脾胃以生化，使气血充足，冲任保养，胎孕而成。

本方应用临床时对于气血虚弱，冲任匮乏不能摄精成孕者为宜，方中川椒可以淫羊藿、巴戟代之，既能暖宫助阳，又有兴奋性功能之功。

温胞饮。

巴戟天 补骨脂 菟丝子 肉桂 制附子 杜仲 白术 山药 芡实 人参

全方共奏温肾壮阳、益气补心、填精助孕之功。

上述三方均为肾阳虚不孕的常用方。作者多以右归丸加减，本方配伍甚妙。切中病情；毓麟丸相对平和，但对同时表现气血不足冲任匮乏，血海空虚的肾阳不足患者，往往不宜大温大补，气血根于肾中阴阳。在补气补血中配以温肾益精，既能温养先天肾气以生精，又能培补后天脾胃以生血，使精血充足，冲任得养，经调然后子嗣，亦是诸家喜用的良方。一直列入教科书作为治疗不孕的代表方。傅氏温胞饮顾名思义重在温暖子宫，治宫寒不孕。

加减：若月经失调，首先要调经，调经中指导把握经间期，若子宫发育不良，应积极早治，并加入血肉有情之品如紫河车、鹿角片、或鹿茸，以及配以活血之桃仁、丹参、茺蔚子以补肾活血，通补奇经以助发育子宫；若性欲淡漠者，选加淫羊藿、仙茅、巴戟湿肾

填精，并可用白鸽炖淮、杞；或当归生姜羊肉汤。若肾阳虚火不暖土，症见脾肾阳虚面浮肢肿，四肢不温，胸闷痰多，加参、芪、白术、白芥子，促脾益气化痰。结合实验定期检查，生殖内分泌激素较低落，无排卵，或子宫发育不良，多属肾阳虚，命门火衰。根据《临证指南医案》“任脉为病，用龟板以静摄，督脉为病，用鹿角以温煦”。结合 BBT 的动态观察适时加入调补肾阴阳，通补奇经以助孕。同时肾阳虚，舌质多黯淡，环口亦黯，肾虚必血瘀，稍选加活血之芍、归、桃仁、赤芍、田七片之类补肾活血，可提高补肾之功。

7.1.2 肾阴虚

临床表现：婚久不孕，月经常提前，经量过少或闭经，经色较鲜红。或经期延长甚则崩漏不止。形体消瘦，头晕耳鸣，腰酸膝软，五心烦热，失眠多梦，眼花心悸，肌肤失润，阴中干涩，舌质稍红略干，苔少，脉细。

病机分析：肾阴亏损，天癸不充，冲任空虚，不能摄精成孕，月经量少或经闭；肾阴不足，精亏血少不能上荣清窍，则头晕耳鸣、眼花失眠多梦；精亏血少，不能内荣脏腑，则心悸、腰酸腿软、阴中干涩；外不荣肌肤，则形体消瘦，肌肤不润；若阴虚生内热，热扰冲任，迫血妄行，又导致月经先期或崩漏不止，五心烦热。舌质稍红略干，苔少，脉细均为肾阴虚之征。

转归：五脏之阴气，非此不能滋。肾阴虚可影响其他脏的阴分不足。肾阴不足以养肝则肝肾阴虚；或肝失血养而肝用失调，疏泄失常，发为肾虚肝郁；肾水不足以制心火，心气不得下通则心肾不交。由此导致多脏受累的复合病机；产生更复杂的不孕及其兼证。

治法：滋肾养血，调补冲任。

方药：可选左归丸、养精种玉汤合五子衍宗丸。

左归丸。

熟地 龟甲 山药 枸杞 山萸肉 菟丝子 鹿角胶 川牛膝

作者体会本方除大队滋补肾阴外，配以补阳药，阳中求阴，又稍有活血，还特别重视入冲、任、督三经的龟鹿血肉之品等奇经用药。对调适肾阴阳及调经种子具有特别的疗效。

加减：若出现阴虚火旺，可选加二至丸、白芍、知母；若虚火难平，肾水不足，心肾不交，又可在滋阴中加入清火之品；若出现肾虚肝郁，则宜配以柔肝。

养精种玉汤合五子衍宗丸。

养精种玉汤是傅山治疗身瘦不孕者。全方有滋肾养血调经之效。傅氏认为此方之用，不专补血，而纯于填精，精满则子宫易于摄精，血足则子宫易于容物，皆有子之道也。

临证参考：五子衍宗丸原治男性肾虚精少之不育、阳痿。亦常可用于妇人不孕。病机属肾精不足所致。《本草经疏》认为车前子与补肾药同用，可使“精窍常闭而无漏泄……精固则阴强，精盛则生子”。

作者常用上述二方合用，以加强滋肾益精，养血种子之功。

实验室检查显示黄体功能不健，或 BBT 在卵泡期偏高，高低温差小；子宫发育不良，形体瘦弱者，属肾阴虚者较多。如子宫发育不良，加紫河车；黄体功能不健往往在卵泡期的基础体温偏高，高低温移行时间较长，黄体期波动较大。故月经干净后滋补肾阴养血益精，佐以疏肝柔肝及助阳之品。

7.1.3 肝郁

临床表现：婚久不孕，月经不调，常为先后无定期，经量多少不一，或有痛经，经前乳房胀痛或溢乳，小腹胀痛，或有痛经。经前烦躁易怒，精神抑郁。善叹息。舌黯红，舌边有瘀点，脉弦细。

病机分析：情志不舒，肝失条达，气血不和，冲任不能相资不能摄精成孕；气血不和，月经失调；肝气郁结，气机不畅，经前乳房胀痛、胁痛、小腹胀痛。气滞则血瘀，冲任受阻，不通则痛，故痛经。经前烦躁善太息、溢乳及舌脉所示均为肝郁之征。

转归：本证由于有社会心理因素，七情影响，故较多变化。若肝郁化火，火热上迫，可致经行头痛、吐衄，或情志异常；火热下扰冲任，可致月经先期，月经过多，热灼乳络，可致溢乳；肝郁克脾，肝郁脾虚，月经先后不定、痛经。除不孕外，月经失调、痛经、高催乳素血症较为多见。

治法：舒肝解郁，理血调经。

方药：可用开郁种玉汤、定经汤。

开郁种玉汤。

当归 白芍 白术 茯苓 花粉 丹参 香附

傅山曰：“方似平平无奇，然却能解妬种子，不可忽视”。此方为逍遥散变方，以香附理气中之血入肝经代柴胡，加丹皮凉血活血，花粉生津。

定经汤。

当归 白芍 熟地 菟丝 山药 白茯苓 芥穗 柴胡

傅山曰：“此方舒肝肾之气，非通经之药也；补肝肾之精，非利水之品也。肝肾之气舒而精通，肝肾之精旺而水（即经水——作者注）利”。罗元恺推荐此方，并有所发挥。经他加减的“加味定经汤”具有补肾、健脾、舒肝、调经种子之功。主治月经不调、先后无定期，或断续不净，以致难以受孕，亦治更年期综合征。在其指导下，本人临床应用定经汤加减；经后加强滋肾养血，选加枸杞子、山萸肉、龟甲；经中适加淫羊藿、丹参、桃仁，补肾活血促排卵；经前加强疏肝解郁，选入郁金、合欢皮、青皮。肝脾肾同治，各有侧重地与月经周期肾阴阳转化和气血变化的规律相适应，如此调经种子的确有较好的疗效。

临床上高催乳素血症以肝郁证较多，黄体功能不健则以肾虚肝郁多见，可以结合有关检查随证加减。

7.1.4 血瘀

临床表现：婚久不孕，月经多后期或周期正常，但往往痛经。甚或呈进行性加剧，不能坚持正常的工作。经量多少不一，经色紫黯，有血块，常见块下痛减。有时经行不畅、淋漓难净，或经间出血。或下腹胀痛不适，腰骶酸楚，呈性交痛。舌质紫黯或舌边有瘀点，脉弦或弦细涩。

转归：血瘀是不孕的继发病因，血瘀导致的不孕也都以继发不孕为多。血瘀既是病理产物，血瘀又是致病因素。寒热虚实、跌仆、手术均可致瘀。瘀积日久，足以形成癥瘕包块，成为器质性病变的不孕。盆腔炎、附件炎、输卵管阻塞、积水、子宫内膜异位症、子宫肌瘤、卵巢肿瘤、炎症包块等导致的不孕，大多从瘀论治为主。有的须手术治疗，一般疗程较长，疗效也较差。

治法：活血化瘀，调经助孕。

方药：根据血瘀的兼证及西医检查病因的不同分别选用王清任的三个逐瘀汤、当归芍药散、桂枝茯苓丸，或配合外治法。

王清任少腹逐瘀汤、血府逐瘀汤、膈下逐瘀汤分别适用于血瘀偏寒、偏热、偏气滞的不同。当归芍药散养血、活血，健脾祛湿。桂枝茯苓丸是治疗妇科癥瘕的代表方。各方仍须在临床中针对病因加减。

加减：盆腔炎、附件炎导致不孕，多选用膈下逐瘀汤、当归芍药散，抓住瘀、湿、热、虚的不同，进行加减。如瘀阻较甚，加入丹参、毛冬青、田七、黄芪；湿重带下量多，加苍术、白术、车前子；热甚者，配入败酱草、蒲公英、连翘；若已引起输卵管不畅，加入穿山甲、王不留行、路路通、穿破石、地龙等通络之品，配合活血化瘀的中药外敷下腹部、配合中药保留灌肠。经子宫输卵管造影确诊为近端阻塞者，我们用导管扩通加中药复方丹参注射液或西药灌注取得了一定的疗效，如盆腔广泛粘连，输卵管伞端阻塞，经治无效时，则剖腹探查，手术治疗后继续活血化瘀疏肝通络。

临证参考：如属子宫内膜异位症引起不孕，作者多用补肾活血、软坚散结，调经助孕。一般按经后分阴虚阳虚以左右归丸为基础加水蛭、三棱、莪术、土鳖虫、九香虫；若已有巧克力囊肿，又以桂枝茯苓丸为基础加入上述药物，孕后即停药，或给以安胎预防流产。

如有子宫肌瘤引起不孕，视肌瘤大小，部位以及月经情况综合治疗。需手术者，应手术为先，如无须手术，多按罗元恺经验方——橘荔散结丸（橘核、荔枝核、川断、小茴、台乌、川楝子、海藻、岗稔根、莪术、制首乌、党参、生牡蛎、板栗壳、益母草）加减应用，或用桂枝茯苓丸加减。孕后要及早安胎，因为肌瘤合并早孕，容易发生自然流产。

7.1.5 痰湿

临床表现：婚久不孕，形体肥胖。经行后期，甚则闭经。带下量多，色白质粘无臭。头晕心悸，胸闷泛恶。面色虚浮或㿠白。舌淡胖苔白腻，脉滑。

病机分析：脾肾阳虚，不能化气行水，水湿内停，聚湿成痰。痰湿内盛，气机不畅，则冲任阻滞，脂膜壅塞，不能摄精成孕；冲任阻，月事不以时下，故月经后期，甚则闭经；水湿流注下焦，损伤任带，使带脉失约，任脉不固，故带下量多；痰湿中阻，清阳不升，则头晕，面色虚浮或㿠白；痰湿上泛于心下，则心悸，胸闷泛恶；苔白腻，脉滑为痰湿内蕴之征。

转归：本证是本虚标实。本虚指脾肾虚，以脾为主，标实以痰为主。痰为有形之邪，痰积日久不化，必然影响气机，气机不畅，则致气血瘀，痰瘀互结于冲任胞脉、胞宫，加重病情，日久难愈。临床常见多囊卵巢综合征。

治法：燥湿化痰，理气调经。

方药：苍附导痰丸、启宫丸加减。

苍附导痰丸。

茯苓 法夏 陈皮 甘草 苍术 香附 胆南星 枳壳 生姜 神曲。

全方燥湿健脾，行气消痰，使痰湿消除，经调助孕。

启宫丸（经验方）。

制半夏 苍术 香附 茯苓 神曲 陈皮 川芎

全方燥湿化痰、理气调经。

临证参考：临证时常加入温补脾肾的淫羊藿、仙茅、补骨脂、黄芪、党参和开窍化痰之石菖蒲。若为多囊卵巢综合征，治以补肾化痰或补肾活血为主。在上述方药的基础上选加皂角刺、白芥子、露蜂房、牡蛎化痰软坚。

经治疗3个月疗效不理想，可配合选用克罗米芬，中西医结合再治3个月，仍无效者可行卵巢楔形切除术。手术后月经周期较好，有的统计达80%左右。但排卵和妊娠常要再治疗一段时间，部分病人可获妊娠。

7.2 按主症辨证论治

临床上，不孕病人多表现为月经不调，带下病或癥瘕。尤其是月经病在不孕症中占有重要地位。古人特别指出“种子必先调经”，“种子之法，即在于调经之中”，罗元恺积六十年的临床经验指出：“不孕症的治疗，并无定方，必须因人而施，辨证论治”。《景岳全书·妇人规·子嗣类》云：“种子之方，本无定轨，因人而药，各有所宜，故凡寒者宜温，热者宜凉，滑者宜涩，虚者宜补，去其所偏，则阴阳和而生化著矣”。“世人有置中医理论于不顾，妄以一方一药而概治不孕不育症者，又岂能均有效哉？乃藉此以欺世盗名或敛财者耳”（见《罗元恺女科述要》）。因此按主症辨证论治不孕主要是抓住导致不孕的经、带、癥瘕病证以及结合西医检查的原因，有针对性地各个击破。去其所病，则可能怀孕。

7.3 临床用药经验与体会

中医治疗疾病，强调理、法、方、药的完整统一。组方遣药当识病机、据证候，在治法指导下灵活运用方药，目的在于追求最佳疗效，解除病人疾苦，希望每对夫妇都有完整幸福的家庭，享受天伦之乐。由于不孕病因复杂，关系妇产科的方方面面，近代医家经验不一，用药特点各异，大大丰富了中医药治疗不孕的方药辨证体系。以下所述是综合有关妇科学者治疗不孕的临床用药心得体会，大概可以从中医的辨病与辨证以及西医对不孕原因的针对性治疗来分类。

7.3.1 滋肾益精，调经助孕

天癸是由肾气所化，是月经、妊娠的物质基础，多用熟地、枸杞子、女贞子、龟甲、鹿角胶、淮山药、山萸肉、玄参、肉苁蓉、紫河车。

7.3.2 温肾壮阳暖宫，调经助孕

肾主生殖，为作强之官。温肾壮阳，兴奋性功能，常用药物：菟丝子、淫羊藿、仙茅、鹿茸、鹿角片、鹿角霜、巴戟、杜仲、锁阳、蛇床子、川断、覆盆子、补骨脂、肉桂、制附子。

7.3.3 通补奇经，调经助孕

冲任督带与妇科关系密切，在辨证时加入引经药，可提高疗效。入冲脉药：当归、白芍、川芎、首乌、阿胶、熟地、紫河车；入任脉药：龟甲、龟甲胶、熟地、山萸肉、淮山药、女贞子、桑椹子、香附子。入督脉药：鹿茸、鹿角、鹿角胶、淫羊藿、仙茅、菟丝子（阴阳并补，又能入任脉，为肾虚不孕首选药）；入带脉药：白果、芡实、莲须、金樱子、苍术、白术。

7.3.4 补肾活血，发育子宫

肾通过胞络与子宫相连，子宫有血室之称。故认为补肾养血活血可以促进子宫发育，尤其以血肉有情之品为首选：紫河车、鹿茸、鹿胎、鸡项（小母鸡，尤以竹丝鸡佳）、白鸽、鹌鹑、菟藟子、菟丝子、桑椹子、覆盆子、枸杞子、当归、巴戟、仙灵脾、仙茅、紫石英等。补肾加入养血活血的当归、菟藟子、桃仁、赤芍、丹参共同作用，促进子宫的生长发育，临证中温补肾阳较滋养肾阴效果好。年龄在 25 岁之前最好。若 35 岁以后不能奏效。这是符合女子生长发育和衰退规律的。

7.3.5 补肾活血，促排卵

氤氲期即排卵期，是由于阴精充盛，重阴则阳，阳气渐长的生理阶段。若达不到重阴（阴不足）则不能重阴转阳无排卵。同时卵子排出需要阳气的鼓动和气血的急剧变化促卵泡破裂。因此各医家认为虽然有不同的促排卵方法，但以补肾阴肾阳加活血促排卵为优。即在经后滋肾阴养血的基础上，近排卵期加入温肾助阳的淫羊藿、锁阳、丹参、桃仁之类。

7.3.6 疏肝理气，活血通络，疏通输卵管

附件所在为肝经所过。附件炎，慢性盆腔炎引起的输卵管不畅或阻塞越来越多见。学者们从中医理论分析病机，大多从肝从瘀论治，多在辨证的基础上加入炮山甲、王不留行、路路通、穿破石、皂角刺、地龙、川楝子、威灵仙、三棱、莪术等疏肝通络之品；如有积水加猪苓、桂枝、路路通、泽泻、车前子、川草薢渗利水湿。

多配合活血化瘀，清热祛湿的中药保留灌肠或外敷下腹部，改善盆腔微循环，软化疤痕，松解炎症粘连，消散炎症包块，恢复功能。

7.3.7 补肾活血，治疗子宫内膜异位症不孕

在补肾中选加水蛭、土鳖虫、九香虫等虫类化瘀药以及田七片、三棱、莪术、桃仁、赤芍、丹参、香附、台乌、红花、菟藟子、泽兰。

7.3.8 滋水清肝(或疏肝)，治疗高催乳素血症

根据经水出诸肾，乳汁由气血所化，源于冲任，乳头为肝经所过，乳房属胃，亦为肾所主之理。大多医家认为溢乳-闭经综合征即高催乳素血症的发病机理是肝郁肾虚为多。可在选用逍遥散、定经汤、滋水清肝饮的基础上加麦芽重用 60~200g（1 日量）、山楂、露蜂房、郁金、青皮疏肝消导回乳。有时配合免怀散活血通经以回乳。非垂体肿瘤引起的高催乳素血症。有每日用单味麦芽 30~60g 泡茶，连服 3 个月 1 疗程。或配合溴隐停治疗。当催乳素高于 100ng/ml 时，提示有垂体肿瘤可能，须作头颅蝶鞍 CT 或 MRI 的检查。如经伽玛刀治疗后，仍须配合中药疏肝活血，通窍消癥。选加田七片、桃仁、石菖蒲、葛根、佩兰、石楠藤、地龙、三棱、莪术。

7.3.9 免疫不孕的治疗

作者以益肾活血为主。益肾以女贞子、菟丝子、金樱子、熟地为主，活血以桃仁、当归、丹参、赤芍为主，对 ASAB 阳性者，阴转率为 90% 以上，平均妊娠率为 29%。有的学者报道用知柏地黄丸获得很好的疗效。

7.3.10 补肾调经

有学者研究发现：当归、丹参、川芎、紫河车、巴戟天、仙灵脾、附子、蛇床子、覆盆子、菟丝子、五味子、女贞子、党参、黄芪、白术等均含有较高的锌。人体缺锌可引起①含锌酶活性减弱；②垂体分泌促性腺激素减少；③性腺机能减弱等现象。而上述中药可

以逐步纠正人体缺锌,从而达到改善性功能的目的。同时又发现:丹参、川芎、紫河车、肉桂、熟附子、巴戟天、仙灵脾、蛇床子、枸杞子、覆盆子、菟丝子、五味子、女贞子、北沙参、党参、黄芪、白术等含铜量较高。铜也是人体必需的微量元素之一。适量的铜可增加垂体释放 LH、FSH、TSH 及 ACTH 的合成,缺铜可导致豚鼠不孕,影响孕酮的合成。

7.4 外 治 法

7.4.1 外敷下腹部

对于急慢性盆腔炎、附件炎、炎性包块、输卵管不通,可用活血化瘀,清热解毒,软坚消癥的中药包蒸敷或中药粉调糊外敷下腹患部。表面置热水袋,使药物的温度维持在 45~60℃,疗效更好。笔者单位常规使用经验方双柏散(黄柏、侧柏、大黄、泽兰、薄荷)。

7.4.2 宫腔注入

将中药制成注射液,常规消毒后注入宫腔及输卵管,药物直达病所。有学者报道用复方当归液(当归、川芎、红花)治疗输卵管阻塞性不孕。取得较好疗效。

7.4.3 肛门导入

将栓剂纳入或药液灌入肛内,增加了盆腔血循环中药物的浓度,而且直肠与生殖器、膀胱的静脉丛彼此相通,可以消散胞中瘀积粘连。

7.4.4 导管扩通加中药灌注治疗输卵管间质部阻塞有较好的苗头,笔者有部分成功受孕病例。这是一项新技术。

7.5 针 灸 疗 法

针灸疗法包括针刺法与灸法两部分。针灸治不孕有悠久的历史,丰富的经验。现代主要研究针灸促排卵。针药结合治不孕。针灸取穴主要是足少阴肾经、足厥阴肝经、足太阴脾经及任脉。

7.5.1 体针促排卵

在月经周期第 12 天始,取关元、中极、子宫穴、三阴交(双),进针得气后通电约 30 分钟,每日 1 次,共 3 天。如不出现 BBT 双相,按同法再治 3 天。

关元穴为足三阴、任脉四脉之会又小肠之募穴主治赤白带下,月水不通,绝嗣不育,胞门闭塞者;中极穴,足三阴、任脉四脉之会也,任者妊养之本。

李成贤等报道:“肝神”穴疗法为主治疗不孕 105 例。

7.5.2 灸疗神厥穴促排卵

7.5.3 针药并用治疗输卵管阻塞性不孕

7.6 西医治疗撮要

西医治疗不孕症的原则是针对造成不孕的病因治疗。

7.6.1 内分泌治疗无排卵者可用激素促排卵

克罗米芬 第 1 个月从月经第 5 天或药物撤退性出血的第 5 天始,每晚 50mg,共 5 天。第 2、3 个月按相同的时间加倍药量,即每晚 100mg,连用 5 天。一般连用 3 个月经周期。如雌激素水平低,可先用小剂量雌激素,每天 0.125~0.25mg,共 20 天,应用 1~3

个周期然后用克罗米芬，能提高疗效。

雌孕激素人工周期 3 个月，对一般月经失调而有一定雌激素水平者适合使用。

促性腺激素：HCG 具有类似促黄体激素的作用，于卵泡发育近成熟时给药可促排卵。可用克罗米芬 + HCG 联用，先用克罗米芬 5 天后，于月经第 14 ~ 16 天肌肉注射 HCG5000 ~ 10000IU。

溴隐停：适用于无排卵伴有高催乳素血症者。溴隐停 1.25mg，每日 2 次，饭中间服。5 ~ 7 天后加倍，即 2.5mg，每日 2 次，一般 3 ~ 4 周后降至正常即可排卵。一个月后复查，不能降至太低。

7.6.2 生殖道炎症的治疗

根据炎症发生的不同部位采用不同的方法治疗。输卵管炎是引起女性不孕的重要原因。

7.6.3 免疫性不孕的治疗

隔绝疗法：精子同种免疫性不孕妇女使用避孕套 3 ~ 6 个月，待抗体效价消失后，选择排卵期性交，可望受孕。

免疫抑制疗法：排卵前 2 周应用强的松 5mg，每日 3 次。或于阴道塞入强的松 5mg，于月经干净后连用二周。

7.6.4 手术治疗

根据病情可分别施行子宫肌瘤挖出、卵巢囊肿剥出、巧克力囊肿病灶切除、分离粘连、重建卵巢、修复组织，或输卵管复通等手术。

7.6.5 体外授精，胚胎移植(试管婴儿)及其他助孕新技术

8 疗效评定标准

根据国家中医药管理局 1994 年发布的《中医病证诊断疗效标准》中对不孕症的疗效评定标准做出如下规定：

治愈：2 年内受孕者。

好转：虽未受孕，但与本病有关的症状、体征及实验室检查有改善。

未愈：症状、体征及实验室检查均无改善。

【近代研究】

1 理论研究

1.1 病证名称与定义

孕育是民族繁衍的根本，历代医家对不孕有较详的论述。早在战国时期成书的《黄帝内经素问·骨空论》中记载：“督脉生病，其女子不孕”，正式提出了不孕的病名。后来，《山海经》、《神农本草经》、《脉经》等称之为“无子”，《备急千金要方》称“全不产”、“断绪”、“绝嗣”。此外，与不孕有关的还有“绝产”、“绝子”等名称。

在不孕的定义中，对时间的规定尚不统一。美国不孕学会的标准是 1 年，日本有些学者提出不孕期限应规定为 5 年，至少 3 年。我国过去规定为婚后 3 年。1984 年国际妇产科

联合会根据多数学者的意见,将不孕标准定为婚后2年未孕者。

中国中西医结合学会妇产科专业委员会于1987年订出女性不孕标准:凡育龄妇女婚后2年,夫妇同居,性生活正常,男性生殖功能正常,未避孕而不孕者,称为原发性不孕症。末次妊娠后2年未避孕而不孕者,称为继发性不孕症。

近年来的婚后调查资料表明,新婚夫妇1年内怀孕者占90%以上,所以有人主张,结婚年龄在30岁以上,婚后1年一直同居,性生活正常者,也可诊为不孕症。1990年,中国中西医结合学会妇产科专业委员会在第三届学术会议上修订不孕标准为:夫妇同居,性生活正常,男方生殖功能正常,未避孕1年而未受孕者为不孕症。从未怀孕者为原发不孕症,曾有妊娠史者为继发不孕症。

1.2 病因病机研究

1.2.1 现代医家病因病机认识概粹

不孕的原因十分复杂,夫妇双方各占40%~50%,尚有5%~10%原因不明。任何一方生育能力的下降,都会影响其配偶的生育能力。对于女子不孕的原因,历代各家虽然论述不一,但基本上可分为两类。一类是先天性生理缺陷,如《广嗣纪要·择配篇》中所称之“五不女”,其中“螺、纹、鼓、角”四种与西医学之生殖器官先天性畸形相似,此非药物所能治也。而“脉”与内分泌严重失调相似,难以孕育,尚可用药物治疗。另一类为后天的病理变化,正如陈士铎在《石室秘录》中所说:“女子不能生子有十病,为胞宫寒,脾胃寒,带脉急,肝气郁,痰气盛,相火旺,肾水衰,任督病,膀胱气化不利,气血虚”等脏腑功能失常,气血失调而致冲任病变,胞宫不能摄精成孕。

袁家麟整理王福安经验认为,不孕症多因肾虚宫寒,肝郁气滞。孙宁铨认为导致本病的病因有肝郁气滞、寒凝痛经、气血不和、气血不足、下焦湿热。^[1]朱承汉认为肝肾不足、阴虚火旺、肝郁气滞、脾虚痰湿、血瘀湿热是其病因。^[2]班秀文认为不孕的原因有肾阳虚弱、肝肾两虚、气血两虚、痰湿粘腻、肝郁气滞,但临床以肝肾两虚和虚实夹杂为多。^[3]罗元恺认为肾虚、气血虚弱、气滞血瘀、肝气郁结、痰湿内阻是导致不孕的原因,并认为肾虚乃为不孕的主要因素。^[4]胥京生介绍胥受天经验认为肾精亏损、肝郁气滞、寒客胞宫、脾虚血弱、瘀阻胞脉是其致病因素。^[5]刘俊楠认为女子不孕主涉肝肾,有肝肾郁结、肝肾瘀滞、下焦湿热、肝肾阳虚、肝肾阴虚等病因。^[6]哈荔田认为孕育的生理病理与肝、脾、肾三脏的功能盛衰关系密切,临床根据三脏病变的重点不同,有肝肾亏损、脾肾两虚、肾虚肝热、气滞血瘀、湿热瘀阻、寒湿凝滞六种。^[7]近代医家对于本病的病因分析众说纷纭,但归纳起来以肾虚、肝郁、气血虚弱、气滞血瘀、痰湿内阻等为多见。

1.2.2 病因学的现代研究

1.2.2.1 情志因素 情志因素对于不孕症的发生,为历代医家所重视。据估计,全球至少有5000万以上的不孕患者中的20%与心理因素有关。有研究证明,不孕妇女确实存在着不同程度的心理困境,她们绝大多数看重孩子,有烦躁易怒、焦虑紧张或忧郁的表现。夏桂成对74例黄体功能不全者,采用艾森克(成人)个性问卷(简称EPQ)测试法,同时随机抽取健康普查的正常生育期已产妇女65例作对照,结果发现患者的人格特征具有神经质倾向,与正常生育期妇女具有非常显著的差异($P < 0.001$)。再以国际上较为普遍

应用的 zung 忧郁量表(SDS)测试 52 人,并取正常生育期妇女 52 人作对照,以 50 分为界点,测试组为 63.4%,而正常组仅 7.7%,有极显著的差异。^[8]心理学研究表明,情志因素可经过大脑皮质干扰下丘脑-垂体-卵巢轴的分泌功能,从而导致排卵障碍和内分泌功能紊乱,出现停经、月经不调、功能性出血、黄体功能不全、输卵管痉挛、宫颈粘液分泌异常等,造成不孕。李广文认为情志因素可以直接影响排卵功能,也会影响性感,由于性感异常(主要是性欲低下),阴道酸性偏高,不利于精子的存活而不孕。^[9]李曰庆认为孕育知识缺乏加之求孕心切导致的焦急忧虑和家庭环境、周围舆论的压力均可引起肝郁气滞,阴阳失衡,气血不调,冲任受损而致不孕。^[10]

1.2.2.2 肾虚 肾藏生殖之精而主生育,肾所藏的物质与功能要保持一定程度的旺盛和平衡,才有正常的生殖能力。若肾虚则天癸不至,冲任不盛,生殖功能自必低下,而不能摄精成孕,故肾虚不孕为古今医家所公认。肾虚可由先天体质因素,肾气不充,发育不全;或后天多病体弱,或不节房事,多产堕胎所致。

中医学“肾”的功能包括西医生殖系统、内分泌系统、神经系统、免疫系统等功能,而对“肾”实质的研究中发现,“肾”与性腺密切相关,中医之肾-天癸-冲任-胞宫构成的生殖轴与西医学的下丘脑-垂体-卵巢性腺轴功能极为相似。^[10]张荣耀认为不孕本身就是肾虚,单纯原发性不孕肾阳虚症状比较突出,而有并发症或继发性不孕者,往往被并发症掩盖了肾虚症状。^[11]罗元恺认为不排卵者,多属肾阳虚衰。肾阳虚具有垂体-肾上腺皮质系统功能低下的表现。^[4]廖玳玲通过血、尿激素测定对 100 例无排卵闭经与稀发月经患者进行观察,结果“肾虚”妇女 LH-RH 垂体兴奋试验多数呈低差或延迟反应,说明由于下丘脑功能紊乱导致内源性 LH-RH 分泌不足,使垂体对外来 LH-RH 的刺激呈轻度惰性反应所致。廖玳玲还指出肾阳虚者肾上腺皮质功能低下,肾虚寒证多为交感神经系统功能不足,影响下丘脑-垂体功能,抑制卵泡生长,影响卵巢的排卵功能,免疫功能也较正常人低下。^[12]夏桂成通过对 48 例黄体功能不全不孕症患者进行偏阴虚、偏阳虚的分析,发现偏阳虚者 41 例,占 85.4%,肾阴虚者 7 例,占 14.6%,从而认为黄体功能不全与肾阳偏虚(宫寒)关系较大。^[8]

1.2.3 不孕危险因素的研究

人工流产(简称人流)是世界范围内广泛应用于终止早期妊娠的重要措施之一。据估计,全世界每年人流数已达 3000~5000 万之多,且人流者的年龄趋向年轻化,由此而引起的不孕症有增高的趋势。唐英玲等报道,人流引起不孕症占继发性不孕的 65.8%;邹淑华等报道,在 168 例继发性不孕症患者中,曾行人流者 112 例,占 66.6%。^[13]可见,人流已成为不孕症的重要致病因素之一,应引起足够的重视。

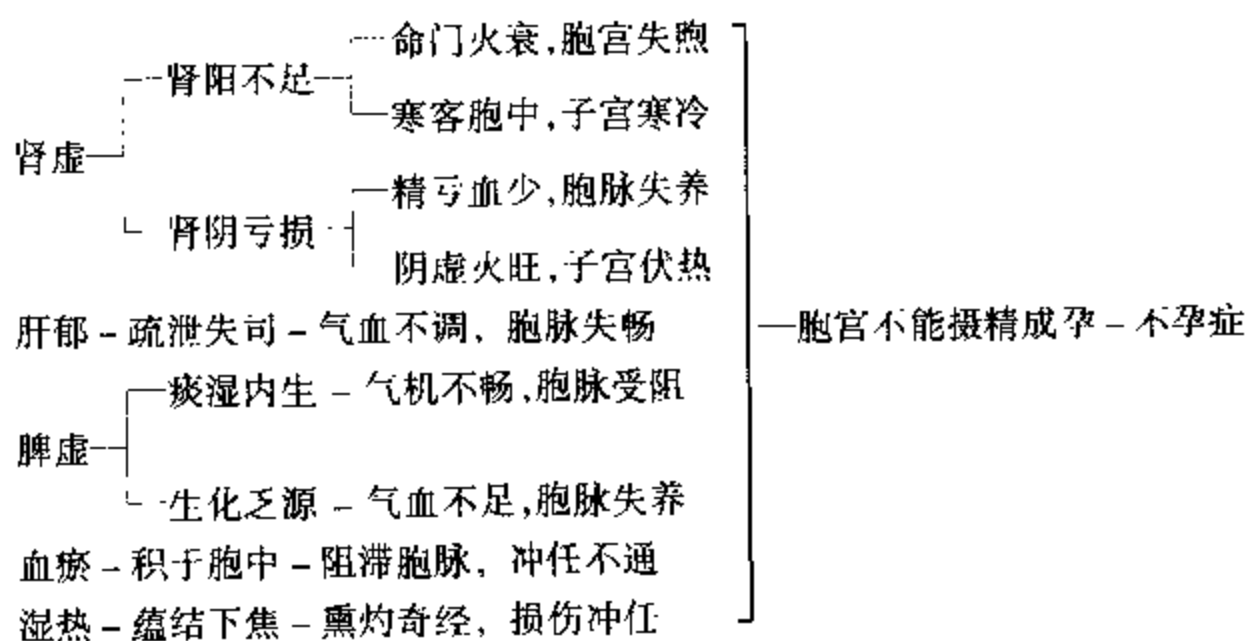
人流导致不孕的原因是多方面的。邹淑华等认为多数有生殖道炎症,占 69.64%,为人流后导致不孕的首位原因,其次是子宫内膜异位症(简称异位症),占 16.09%。无论是生殖道炎症或异位症,最终主要因输卵管功能障碍而不孕,表现在输卵管通畅障碍和蠕动机能紊乱。即使在子宫输卵管通畅的情况下,因输卵管周围粘连妨碍孕卵进入子宫腔,也可导致不孕。^[13]杨石强等提出人流导致不孕的原因,可能涉及到夫妇双方之间的免疫因素,检测 78 例人流后不孕的患者,有 26 例血清中抗精子抗体(AsAb)阳性,占 33.33%,而 40 例非人流不孕症患者,只有 22 人血清中 AsAb 阳性,占 15.71%,两者阳性率有显著

差别。故认为 AsAb 的产生与子宫内膜的破损和炎症有关。AsAb 可干扰精子和卵子的识别过程,干扰精子与卵泡细胞的粘着,阻止精子穿过透明带,从而导致不孕。^[14]

何少山等认为人流对女性生殖机能的影响,是因为胞宫留瘀、胞宫虚损和心理冲击三方面的相互影响。人流损伤脉络,或妊娠物的滞留,生殖道的感染,粗糙的创面发生轻重不一的粘连等,使瘀血留聚,冲任气血运行不畅;人流后胞宫损伤,脏腑经络气血失调,影响生殖功能。^[15]

1.2.4 不孕病机学说的研究

中医对不孕症病机的认识很多,在 60 年代,多认为与阴阳失调,气滞血瘀有关。^[16]刘奉五认为女子不能受孕主要是由于肾气不足,精亏血少,胞宫虚寒,阴虚血热,以及肝郁气滞,冲任气血失调所致。^[17]刘俊楠也认为女子不孕,主涉肝肾,除以上病机外,尚有肝肾瘀滞,精血瘀阻,奇经不畅;下焦湿热,熏灼奇经。^[6]祝石等分析了贲子明治疗的 335 例不孕症,认为其病机有:胞宫实热,胞宫寒实,心脾气伤,痰湿,肝郁,肾阴虚损,瘀血七方面。也有报道,不孕病机主要为:肾阳不足,命门火衰,不能化气行气,寒湿注于胞中,以致宫寒不孕,或肾阴不足,阴虚火旺,内热血枯也难凝精成孕;情志不畅,肝气郁结,或调摄失宜,瘀血内阻,气血不通,不能受精成孕;体质肥胖,痰湿内生,气机不畅,躯脂丰满,阻塞胞宫,不能成孕。^[18,19]岳长礼等将韩百灵治疗不孕的经验,编入电子计算机。韩百灵认为不孕症的发生有四:一是肾气损伤,阴精不化,膏脂不生,阴阳互不平衡而不孕;二是脾失运化,气血不生,胞脉失养而不孕;三是肝失条达,疏泄失司,胞脉失畅而不孕;四是六淫七情,损伤冲任,宿积淹留而不孕。但不孕的重点在肾、脾、肝三脏,认为三者是生化精血之源泉,是孕育之根本。任何一脏功能失常,就会影响其它脏器而致不孕。综上所述,各医家对不孕症的病机学说可归纳为:



1.2.5 不孕症辨病与辨证结合的研究

不孕症的发病因素是多方面的、复杂的,临床常见的导致不孕症的疾病有:排卵功能障碍、盆腔炎及输卵管阻塞、子宫内膜异位症、免疫性不孕等。把西医学的病和中医学的证结合起来、综合分析,以加强治疗的针对性,提高妊娠率。

1.2.5.1 排卵功能障碍 我国育龄妇女不孕症的发生率约 10%,排卵障碍引起的不孕占不孕症的 15%~25%,其治愈率也最高,约占 13.4%。

排卵功能障碍包括无排卵和黄体功能不全,主要是下丘脑-垂体-卵巢轴的功能紊乱所致。肾主生殖,为天癸之源,冲任之本,肾气的盛衰决定着月经是否按时来潮,从而构成了肾-天癸-冲任-胞宫系统。近代医家普遍认为排卵功能障碍主要是肾虚,是肾的阴阳失调所致。

吴忠廉、李广文、马敏珠等认为肾气充盛是卵巢功能正常的基础,肾与排卵功能及受孕有直接关系,排卵功能障碍的不孕症患者,都有不同程度的肾虚表现。陈丽笙等对 112 例无排卵性不孕症患者,使用克罗米芬加补肾中药治疗,效果比单用克罗米芬明显,故指出无排卵性不孕以肾虚为致病之本。毕德同认为子宫小,子宫发育不良,无排卵是先天肾气不足,肾虚所致。潘意坚对黄体功能不全性不孕症,抓住肾虚不固之主要病机,取寿胎丸加味治疗而取良效。陈沛嘉进一步指出,排卵功能障碍属命门火衰,阳虚宫寒者为多。崔文清通过对 38 例无排卵性不孕患者的基础体温(BBT)观察,提出 BBT 单相偏低者表现出肾阳不足的症状,BBT 单相偏高者表现出阴虚内热症状。^[20]夏桂成对黄体功能不全属肾虚证 48 例进行分析,其中肾阳虚 41 例,占 85.4%,肾阴虚者 7 例,占 14.6%,指出黄体功能不全与肾阳偏虚(宫寒)关系较大。^[8]

卵子有规律地排出与肝的疏泄功能有密切关系,庞保珍等采用补肾疏肝与补肾法治疗 149 例无排卵性不孕症患者,结果补肾疏肝法疗效明显优于单纯补肾法,故提出无排卵性不孕患者均有不同程度的肝郁表现。苏爱华认为黄体期是肾的阳气充盛,肝的阳气升发的旺盛时期,若肾阳不足失去温煦,肝气郁结失去疏泄,则阳气升发不及,不能达到和维持较高的基础水平,以至黄体发育不健。因而提出黄体功能不全的基本病机是肾虚肝郁。孔斌也认为从肝肾着手,是治疗该病的有效方法。夏桂成分析黄体功能不全 172 例,其中兼肝郁者 130 例,占 75%,故赞同黄体功能不全与肝郁有关的观点。蔡勤华认为肝藏血,肾藏精,肝肾精血不足,则血少不能摄精受孕,用调补肝肾法治疗无排卵性不孕症 52 例,有效率达 84.6%。

排卵功能障碍与肾虚、肝郁关系密切,已为多数医家所公认。庞保珍等则观察到不少无排卵性不孕者有不同程度的痰湿表现,认为痰湿可以影响卵子的生长和排出,故采用祛痰补肾法和补肾法治疗 132 例无排卵性不孕症患者,结果显示祛痰补肾法的疗效明显优于单纯补肾法,尤以多囊卵巢综合征疗效较好。^[21]

1.2.5.2 输卵管阻塞 输卵管阻塞是女性不孕的重要原因之一,约占 20%~40%,而输卵管阻塞多因盆腔急慢性炎症所致,近几年来发病率逐渐升高。其临床表现突出一个“瘀”字,多数医家认为与气血失和,血瘀阻络有关。钱芝嫦认为是胞宫胞脉瘀阻,属血瘀范畴。贝润浦认为其病理是冲任瘀阻,胞络涩滞,卵管不通,碍于受精,乃至不孕。^[22]杨汝欣则提出本病多有肝郁气滞、血瘀寒凝等表现。张新宽认为有湿热瘀阻,寒瘀凝滞两种情况,并认为在本病的形成和发展过程中,“瘀血阻络”为病理关键。邵公权认为本病有气滞血瘀,气虚血瘀,气阴两虚夹瘀三种。门瑞玲提出为肾虚血瘀所致。乜兰英认为除肾虚夹瘀外,尚有肝郁肾虚,并指出虚实夹杂是其特点之一,其根本因素是“瘀”。^[10]要全保则认为其病机主要是气滞血瘀,可兼有湿热、寒湿、痰浊、肾虚及气血虚等。邢维山指出本病的发生,多因经期产后,瘀血未净复外感、内伤,致使宿血凝结,或由寒凝、气滞、湿热久恋下焦,导致瘀血内阻,胞脉、冲任瘀滞,以致经隧不通,不能摄精成孕。^[10]

1.2.5.3 子宫内膜异位症 子宫内膜异位症是一种常见妇科疾病,近几十年来发病

率逐年增高(这可能与诊断技术的提高有关)。由于其病变所在的部位不同和病变的轻重不同,临床症状差异很大,不孕是临床主要表现之一,发生率为30%~40%。由于异位的子宫内膜周期性脱落、出血,使局部产生粘连,可导致输卵管阻塞;异位病灶能产生大量前列腺素,影响输卵管的蠕动,使卵子运行受阻;子宫内膜异位可导致血清催乳素增高,从而影响卵巢功能,导致排卵障碍或出现黄素化未破裂综合征;异位内膜脱落出血,腹腔液中含大量巨噬细胞,可进入输卵管吞噬精子和干扰精子的正常活动,从而导致不孕。多数中医学者认为肾虚血瘀是其病理实质。如许润三认为,异位内膜的出血是瘀血,久而聚积成癥瘕,或导致胞脉瘀阻不通,使排卵、运卵受碍,精、卵不能结合而致不孕。^[23]金季玲运用活血补肾法治疗子宫内膜异位症而致不孕者35例,收到一定效果。^[24]

1.2.5.4 免疫性不孕 近年来,随着生殖免疫学研究的发展,发现过去认为原因不明的不孕症夫妇,大多数是由于免疫因素引起的。免疫性不孕症包括精子免疫与透明带免疫等。精子免疫是女性机体对精子、精液或受精卵产生抗体,使精卵不能结合,或受精卵不能种植,从而导致不孕。透明带免疫是透明带等自身物质被机体吸收后,通过免疫反应产生自身抗体,阻碍精子与卵子结合及受精。目前了解较多的是抗精子抗体,其引起男女不孕已在世界得到肯定。抗精子抗体导致的不孕症,约占女性不孕的20%。^[25]

中医古籍中尚无有关本病的病因病机论述,目前一些中医学者借鉴西医学对本病的病因病理研究的理论观点,从中医角度出发,对其病因病机进行一些探讨。侯玲玲指出,经行产后,或房事不节,邪毒内侵,损伤血络,致瘀毒内阻,冲任不畅,精不循常道,并乘损而入,变为精邪,与血搏结,使冲任胞宫气机失调,失其纳精之力,使精子活力下降,甚至凝集难动,不能与女卵相合成孕或孕后常堕。^[26]姚石安也认为,经行产后,人流堕胎后,房事不节,邪热内侵,冲任阻滞,精不循常道,反变为邪,内扰气血;或因肾虚冲任不充,胞脉失养,精不循常道,内扰气血而致不孕。临床分为阴虚瘀热和肾虚瘀阻两种。^[25]韩勃则认为本病以肝肾为中心,涉及肺脾,可分为肾阳不足,肾阴亏虚,肝气郁结,肝经湿热,肝肾阴虚,肺脾气虚等类型。夏桂成从中医病因病机学考虑,造成免疫不孕的机理,在子入体阴阳消长失去平衡所致。^[10]罗颂平等也认为肾精亏损或肾阳不足是本病之本,而热灼精血或血滞不行所致之血瘀则是本病之标。

2 临床研究

2.1 证候与辨证规律的研究

2.1.1 临床症状的观察研究

不孕症的临床研究首先从症状的观察入手,以探索疾病的证候及病变性质,病变规律,推测预后,指导临床治疗。

不孕症的临床症状比较复杂,主要表现为经带的异常,多具有月经初潮年龄较大,月经周期紊乱,或闭经,或月经周期提前、推后,或月经先后不定,经期延长,月经量少,经前经期乳房胀痛,少腹疼痛,腰骶酸痛坠胀,带下量多,色黄或白,也有带下量少,阴中干涩,性欲冷漠等。

女性不孕症因素很多,但不论何证,多有月经不调症状,因此,从症状而言,月经不

调多不受孕。因为月经不正常，往往是排卵不正常或无排卵的一种表现，只有月经准期，则生育机会即多。^[14,27]

2.1.2 绝对性不孕症与相对性不孕症的研究

不孕症有绝对不孕和相对不孕之分。绝对不孕症是指有先天或后天解剖生理上的缺陷，经过各种治疗措施仍不能怀孕者。首见于万全《广嗣纪要·择配篇》中的“五不女”。相对性不孕症是指因某种病理因素影响受孕，导致暂时性不孕，如该因素得到纠正，仍有受孕可能者。

在过去的30年，由于中西医诊断治疗技术的提高，我国在不孕症的研究治疗方面已经取得了巨大的成绩。过去被认为不可能妊娠的患者，有些经过人工授精，试管婴儿等方法而获得孕育的机会，而变为相对性不孕症。绝对性不孕症的范围已在逐渐缩小。

2.2 证候学研究

2.2.1 证候研究现状

疾病的本质和属性，通过“证”的形式表现于临床，证候是中医辨证施治的基础内容。不孕症的致病因素是多方面的，首先应明确诊断，判明证候属性。

按照辨证立法组方，理法方药完整统一的原则，对不孕症进行辨证论治仍然是多数医家的常用方法。如罗元恺将不孕症分为肾虚、气血虚弱、气滞血瘀、肝气郁滞、痰湿内阻五型。朱南孙将不孕症分为精气不足，命门火衰；阴血耗损，肝肾不足；邪伤冲任，湿热内蕴；胞脉闭塞，肝郁气滞；癥瘕积聚，瘀血内阻。分别以左归丸、右归丸、圣愈汤、毓麟珠、调肝汤、丹栀逍遥散、苍附导痰丸等加减进行治疗。还有不少医家根据月经周期的阴阳消长变化，采用中药人工周期疗法，月经来潮，经血溢泻，血海空虚，经后期，真阴渐长，宜滋阴养血；经间期，阴盛转阳，宜补肾活血，促进排卵；经前期，真阳渐长，精血满盈，宜阴阳平补；月经期，泻而不藏，宜行气活血，因势利导。也有不少医家，采用辨病与辨证相结合的方法，普遍认为：排卵障碍的不孕症患者，都有不同程度的肾虚表现；也有医家在临证时发现无排卵性不孕患者均有不同程度的肝郁表现，认为卵子有规律排出与肝的疏泄功能有关，加用疏肝药能提高疗效；也有人认为痰湿可以影响卵子的生长和排出，补肾与祛痰合用，可以收到更好疗效。输卵管阻塞多因气滞血瘀，有人认为与肾虚湿热瘀滞有关。子宫内膜异位症现在多认为是肾虚血瘀。免疫性不孕多认为是阴虚火旺所致。

2.2.2 辨证标准的研究

2.2.2.1 辨证标准 各位医家的辨证论治方法各有所长，但因为缺乏统一规范的证候辨证指标、传变与转归规律和轻重程度的标准，由于临床医生实践经验、学术流派的不同，容易出现十个中医生诊治同一个病人，会开出十张不同处方的情况，不便于进行大量病例的科研观察。1986年国家中医药管理局发布的《中医病证诊断疗效标准》，提出不孕症的定义、证类、诊断方案、疗效标准等，此后经过不断的补充修改，1994年公布的标准在证候分类上把不孕症分为5个证候，其具体内容详见本病[今日临床]部分。

2.2.2.2 与辨病结合的辨证标准 中医病证诊疗规范化的研究，使不孕症的临床研究向规范化、系统化迈进了一步。近年来，在不孕症的研究上做了大量的工作，积累了丰富的经验，以及其他学科的渗透，现代检测方法的普遍应用，为不孕症的诊治提供了突破

性进展的条件和基础。从近几年文献报道来看,不孕的治疗研究正朝着辨病与辨证相结合的方向发展,即在明确诊断的基础上,发挥中医辨证论治和专方专药的特长,有的放矢,提高疗效。1990年的中国中西医结合学会妇产科专业委员会第三届学术会议修订的不孕症诊断标准^[28]采用辨病与辨证相结合的方法,现将其临床辨证引用如下:

2.2.2.2.1 排卵功能障碍 分为无排卵和黄体功能不健两类。①无排卵包括多囊卵巢综合征、无排卵性月经失调、高催乳素血症、无排卵滤泡黄素化综合征、无反应卵巢综合征等。

多囊卵巢综合征临床辨证:肾虚痰实为主,怕冷、乏力、疲倦、腰痛、便溏、浮肿、肥胖、喉中痰多诸症可间或出现,舌淡胖,苔薄,脉细。

无排卵性月经失调临床辨证:肾阴阳两虚,疲倦无力,腰痛为主症,怕冷、便溏或口干、便秘,舌淡或红,脉细或细数。

高催乳素血症的临床辨证:肝肾阴虚为主,烦躁、内热、口干、便秘、头痛、少眠、腰酸、乳胀、乏力、脉细(弦)数,舌红。

无排卵滤泡黄素化综合征的临床辨证:肾虚血瘀,可以无证候,有时舌上有瘀点。

无反应卵巢综合征的临床辨证:阴虚火旺为主,烘热、口干、五心烦热、失眠、心悸、便秘、腰酸无力,脉细数、舌红。

②黄体功能不健的临床辨证:肾虚为主,有时见肝郁证,腰酸乏力、经前乳胀、小腹胀、心烦、头胀、浮肿,脉细弦或细数,舌淡红。

2.2.2.2.2 子宫内膜异位症的临床辨证:以血瘀证为主,月经紊乱,经期腹痛拒按,部位固定,经色黑有血块,面唇紫黑,皮下瘀斑,舌质紫黯或有瘀斑、瘀点,舌下静脉曲张瘀血,脉涩或结代。

2.2.2.2.3 输卵管的临床辨证:①气滞血瘀:少腹、胸胁胀,乳胀,无发热或腹痛,无脓性带下,腰酸,脉细或细涩,舌淡红或有瘀点。②下焦湿热:经前发热,少腹胀痛,甚则拒按,带下黄色,溲黄,便秘,脉细数,舌质红,苔薄黄或黄腻。

2.2.2.2.4 子宫肌瘤病的临床辨证:胞宫血瘀为主,痛经,舌有瘀点或瘀斑,脉细或细弦。

2.2.2.2.5 宫腔粘连的临床辨证:气滞血瘀为主,痛经,少腹胀满痛,经量少色黯,舌有瘀点,脉细或细弦。

2.2.2.2.6 免疫性不孕的临床辨证:以阴虚火旺为主,可无证候,有时有内热、口干等表现。

中医病证诊疗标准的研究,使不孕症的临床研究向规范化、系统化迈进了一步。

2.3 治则治法研究

2.3.1 治则概述

导致不孕症的环节甚多,临床证候较复杂,治疗上应从整体出发,在辨证的基础上,遵循“治病必求其本”、“虚则补之”、“实则泻之”等原则,而辨病与辨证相结合调治是提高不孕症疗效的关键。“调经种子”为历代医家所重视,因为月经不正常,往往是排卵不正常或无排卵的一种表现,月经周期准,则生育机会即多,所以妇女不孕,首重调经,经

调然后子嗣。

在具体治法上,又应根据不同病证的不同病机而进行辨证施治。不孕症的病因虽多,但不外乎虚实两端,虚证多属肾虚、血虚,按中医“虚则补之”的原则,可采用补益肾气,填精养血、调补冲任等治法;实者多属肝郁、血瘀、痰湿,按中医“实则泻之”的原则,疏肝理气、活血祛瘀、祛湿化痰等都是常用的治法。由于妇女体属阴而用于血,处于气有余而血不足的状态,应以保养精血为重要,凡大苦大寒,或辛燥之品皆当慎用,而以甘温咸润柔养之剂为佳。

朱南孙认为不孕治疗应按“审因辨证”,“治病求本”的原则,实则攻之,虚则补之,如有经带痼聚等症,则当先治病,然后再论种子。“求于之道,首先调经”,此是治疗不孕症的重要法则。而王渭川则认为古人把调经种子并为一谈。他从实践中总结出:种子必先调经是专指冲任虚损而言,而对其他原因所致不孕,则不在种子必先调经之范围。^[29]

2.3.2 治法研究

现代医家多宗前人之说,根据临床表现进行辨证论治。如冯宗文提出调经种子五法:益精养血法、养阴清热法、疏肝养血法、活血化瘀法、清热消癥法。^[30]张丽峰创治不孕六法是:调肝和冲法、养血通任法、逐瘀清宫法、益肾启宫法、攻坚消积法、利湿完带法。^[31]张承烈则有不孕症治疗八法:调经求嗣法、疏肝理气法、补肾益精法、温经暖宫法、健脾养血法、清化湿热法、消瘀软坚法、经前经期经后调治法。^[32]周海燕等总结了孔肃然治疗不孕症的独特经验是补肾、疏肝、祛瘀三大法。胥受天则采用补肾填精法、疏肝通滞法、活血祛瘀法、化瘀散结法、清热利湿法辨证治疗不孕症 687 例取效。何子淮治不孕经验是:宫寒温摄、血虚调补、导湿驱脂、怡情调理。^[33]朱承汉的施治规律为:益先天,温胞宫;滋肾水,清官热;疏肝气,理宫血;化痰湿,启胞宫;清湿热,通胞络。王兆凯提出治疗继发性不孕症八法:补血养宫法、补气振宫法、散寒暖宫法、温肾壮宫法、凉血清官法、化瘀和宫法、疏肝解郁法、祛痰暖宫法,并认为在治疗上,紧紧围绕治“血”与调整月经周期。^[34]张登山、韩百灵各有治疗不孕症的十二法,前者偏于攻邪祛实,后者偏于扶正补虚,各有特色。综观文献报道,补肾、疏肝、活血化瘀为治疗不孕症的三大治法。

2.3.2.1 补肾法:肾为先天之本,生殖之源,肾虚则胎孕难成,故治疗不孕症从肾入手,是古今医家公认之法。彭少芳认为肾-天癸-冲任-胞宫这一生殖轴系的机转平衡是维持月经周期的基础,肾是其中的主要脏器。肾虚是不孕症者各种症状的主要矛盾,用调补肾阴阳以固冲任之法,才能获得根本的疗效。^[4]蔡小荪等通过对 110 例不孕症分析,指出不孕以肾虚为首,治疗当以补肾为主,即使湿热瘀滞阻塞络,除须清热化湿,活血和气通络外,仍须兼顾及肾,只有在肾气的作用下,才能有助于胞络通调,以利孕育。^[35]有些医家采用辨病与辨证相结合的原则,如杨文兰认为原发性不孕多为肾虚,先天肾气不足,不能摄精成孕,使用育宫片以补肾暖宫,益精养血,调经种子。^[36]朱惠英等报道,对于子宫发育不良,卵巢功能低下,黄体功能欠佳等病导致不孕症属于宫寒不孕者,运用《傅青主女科》之温胞饮加减治疗 98 例,以温煦命门,鼓舞肾阳,摄精成孕,故疗效佳。许润三认为排卵功能障碍多伴发月经不调,如崩、闭、月经先期、后期、经期延长等。其病机主要责于肾虚,肾虚则性腺功能失调,引起排卵功能障碍而不孕,治宜调经种子,以补肾为主,兼顾肝脾。^[23]罗振华设计组方的麒麟丸具有温肾暖宫,壮阳填精的作用,对排卵功能

不良者,能促进排卵,提高受孕成功率。杨素荣等采用滋肾固涩法治疗卵泡发育不全(提前排卵)不孕症,意在于填补因月经期失血而致的阴损,保持肾-天癸-冲任-胞宫之间的阴阳平衡,使肾中真阴充实,阳不外动,促使卵泡发育成熟,至真机期排卵以利受孕。^[37]

近年来,不少报道提出补肾活血法比单纯补肾法疗效好。如郭荣凯认为不孕症患者多由脏腑功能失常,而影响月经不调,以肾虚为本,以血瘀胞宫为标,着眼于肾,着重于通。指出经前阳衰阴盛,多滞多瘀,治以温补肾阳,理气化瘀,通达冲任为主;经后阴衰阳微,多虚多瘀,滋肾仍需阳中求阴,兼以化瘀生新,通调冲任为要。补肾化瘀,通补兼行。^[38]肾气充,肾阳壮,有利于发挥肾主司人体繁衍生殖的机能。而活血化瘀,使瘀去新生,血精互化,气血和调,则易孕。^[39]李石林认为补肾活血是不孕治疗中的技术性环节。指出活血药对卵子的化生、流通、排放均有裨益,但用量宜小,以免伐伤肾精,耗损正气。

2.3.2.2 人工周期疗法:自1963年江西报道用中药人工周期疗法治疗排卵功能障碍性疾病以来,对该法临床研究的报道相继增多,运用中药人工周期治疗不孕症可取得较好疗效。

中药人工周期疗法是吸收了中医辨证论治的精华,模仿妇女月经周期的生理变化,以“补肾”为治疗的基本法则,以调整肾-冲任-胞宫的机能。

(1)三期调整法:不少医家主张三期调治,如杨文兰在经后期,于补肾的基础上加补脾之药,以达后天促先天之功;在经间期由阴转阳的阶段,补肾益气,温通活血,以助化阳促排卵;在经前期温肾暖宫,以助阳长,维持黄体功能。朱嘉杨也主张在卵泡期补脾肾,调气血,固冲任;排卵期疏肝理气,活血化瘀佐以补肾;黄体期补肾养血,理气调经。李超英也报道行经期活血理气,经后期滋阴补肾,排卵前后补气温阳而取良效。

(2)四期调整法:四期调整法是应用阴阳学说,以补肾为基础来调整肾阴阳平衡,采用补肾-活血化瘀-补肾-活血调经周期性公式,以调治月经周期。如孙宁铨在经后期养阴调气血;排卵期以温阳通络,行气活血,以促使天癸的“至”,卵子的顺利排出;经前期阴阳平补,气血双调,使肾的阴阳在基本平衡的基础上,又得气血和调的支持,从而发挥作用;行经期行气活血,使月经排泄通畅顺利,除旧生新。强调在妇女生殖生理的周期活动中,其核心在于“肾”,以肾的阴阳转化为依据,调整其生理功能,达到受孕的目的。^[40]吕春英等采用补肾调周法治疗不孕症78例,其治疗原则是,经后期滋阴养血为主,兼顾肾气,以促使卵泡发育;经间期滋阴补阳,兼调气血以促转化;经前期补肾助阳疏肝,以维持黄体功能;月经期理气活血调经,促使正常行经。并指出,对无排卵者,应着重在经后期的治疗,以促使卵泡成熟排卵;对黄体功能不全者应着重在经前期的治疗,以健全黄体功能。调周是以补肾为重点,以肾的阴阳转化为依据,调整肾气-任脉-太冲脉轴的生理功能,从而达到孕育的目的。^[41]

2.3.2.3 调肝法:有些医家认为,女子有余于气,不足于血。不孕症多发于中年时期,易受情志影响而致气血不和、肝失疏泄,络脉不畅,月经不调,自难受孕。故认为肝郁也是不孕症的重要因素。如黄兆政、包明惠等运用丹栀逍遥散加减治疗,以疏肝解郁,养血调经。弭阳、孔祥运等采用疏肝养血的调经种玉汤(《济阴纲目》)治疗不孕症,疗效满意。

黄震等把肝郁不孕进行分型治疗,包括①舒肝解郁,调理冲任;②疏肝理气,活血通络;③疏肝清热,凉血调经;④疏肝解郁,补肾调经;⑤疏肝健脾,养血调中。并指出行

气药多辛燥，量不宜过重，以免耗散精气。^[42]

中医学认为“肝肾同源”，肝藏血，主疏泄，肝气条达则血脉流通，冲任按时盈溢，月事正常；肾藏精，主生殖，肾中精气充盛是孕育的保证。女子不孕，主涉肝肾，被历代医家所重视。姚本娥等对 361 例不孕症进行分析，其中肝郁与肾虚两型共 282 例，占 78.16%，认为肝郁肾虚是不孕症的主要病理。蒋惠芳具体指出功能性不孕症患者多表现为肝郁肾虚，其治疗宜疏肝益肾，若肝郁偏重的，治疗重在经前及经期，以疏肝理气，活血调经为主，佐以益肾；若偏于肾虚的，治疗重在经后期至真机期，在疏肝的同时，加强益肾调冲助孕之功。^[43] 陈沛嘉也认为不孕症以肝肾亏损，冲任不足者居多，即使兼有气滞血瘀，痰湿内阻等情况，从整体分析，仍属本虚标实，故在治疗上仍以调冲任，补肝肾为主，分别加活血通络、健脾燥湿等药。唐菊芳等对 100 例不孕症进行分析，肝肾不足型有 75 例，以补肾的毓麟糖浆(乐秀珍自拟方)治疗，有效 65 例。

2.3.2.4 活血化瘀法：血瘀是不孕症的另一个重要因素。因妇人多易忧郁，气机不畅，气滞则血瘀，或经期产后(包括人流术后)，调摄不慎，感受寒热邪气，寒凝热灼成瘀，瘀血阻于胞宫，两精不能结合，以致不孕。活血化瘀法为孙连金等医师所常用。刘洪祥认为少腹逐瘀汤之所以被称为调经种子第一方，正是因为有活血化瘀，通调冲任之功，适用于临床最为多见的血瘀型。宋明瑛、王全文运用温经汤、艾附暖宫汤合生化汤治疗寒凝血瘀不孕症而取良效。

近年来对输卵管炎症粘连、阻塞不通导致不孕症的治疗报道较多，周文瑜运用活血化瘀、清热化瘀、行气化瘀、益气化瘀四法进行辨证治疗。王红波等应用疏肝理气，活血化瘀通络之助孕舒通汤(自拟)治疗 100 例，治愈 76 例。贾可夫采用活血化瘀，通络行水法治疗 112 例输卵管积水不孕症，妊娠率达 91.96%。张新宽、齐玲玲等认为“瘀血阻络”是输卵管炎症阻塞的病理关键，活血化瘀通络法必须贯穿于治疗的全过程，以改善血液循环，促进炎症的吸收，疏通阻塞的输卵管。

“瘀血不去，新血不得归经”，“瘀阻胞宫，两精不能结合成孕”。对于子宫内膜增生过长所致不孕症，林珊如等在辨证的基础上，于行经期或出血不止时用活血化瘀法治疗，取得较满意疗效。

取环后不孕的原因主要是子宫内膜组织长期受异物的压迫和刺激，引起局部粘膜组织僵硬或萎缩，影响受精卵着床所致。陈志录等认为活血化瘀法能改善子宫内膜的营养状况，加速陈旧子宫内膜的脱落，并促进卵巢排卵功能的恢复，从而为孕育创造良好条件。

何少山等认为在流产继发不孕的证治中，活血化瘀法应予重视，即使没有典型的瘀血体征，也可参考治血化瘀疗法。^[45] 赵德昌等指出流产术后不孕症主要是瘀、虚所致，瘀有寒瘀和热瘀之分，治立温通与清通两法，温通者，选用艾叶、香附；清通者，多选用丹皮、赤芍；瘀热甚者用川军炭。

2.3.2.5 针刺法：针刺疗法既可调经，又可诱发排卵，是调经种子的一种独特方法，多在排卵功能障碍的患者中应用。刘继章在月经周期第 12、13、14 天针刺，每天 1 次，连续 3 天为 1 疗程，第 1 天针刺关元、归来、三阴交；第 2 天刺中极、气冲、足三里；第 3 天刺命门、承浆、血海。结果 34 例无排卵不孕症患者经过 166 个疗程治疗，妊娠 25 例，有效率达 73.52%。并观察到由于个体差异，机体对针刺的反应性与疗效有一定关系，强

反应性疗效好,疗程短;弱反应性疗效差,疗程长。寇金矛等将无排卵性不孕分成肝郁肾虚、气滞血瘀、肝肾阴虚、脾肾两虚四型,应用针刺法,选用冲、任、督脉有关腧穴和肾、肝、脾经的某些腧穴,共治疗50例,痊愈40例。常用穴位如三阴交、气海、太冲、关元、血海、归来、中极、大赫、脾俞、肾俞、命门、足三里等,其中以三阴交最常用,其次为气海、关元穴^[44]。郭金荣等则把无排卵性不孕分为肾虚、气滞血瘀、痰湿内阻三型,运用中药配合针刺治疗。选用气海、关元、中极、子宫、血海、足三里、太溪、肾俞、八髎、归来、脾俞、中脘等穴交替使用,三型均在排卵前加针大赫、太冲,中药加服排卵汤一周以活血补肾,调理气机促排卵,结果91例中治愈39例,显效32例。陈德永根据中医“三阴交治妇人久不成孕”之说,以三阴交埋线治疗不排卵引起的不孕症18例和继发性闭经6例,对不孕患者在经净后3~7天,将“0”号羊肠线2cm随穿刺针直刺埋入三阴交穴约1寸,结果除闭经4例无效外,余20例中排卵18例,妊娠16例。针刺既能诱发排卵,又能维持黄体功能。杨钟英在月经周期第12天开始针刺中极、三阴交、大赫,连续三天,每天1次,治疗7例无排卵型不孕症,8例黄体功能不全所致不孕症,结果治疗2~3疗程,全部妊娠。针刺还能促进输卵管周围组织的血循环及有关管腔平滑肌收缩蠕动,吸收并消散异位的子宫内膜。李灿瑜采用针药并举治疗输卵管病变所致不孕150例,在服用中药同时,配合针刺,隔天1次,取穴中极、归来、子宫、三阴交,寒凝加关元、足三里,瘀热加太冲、血海,结果输卵管通畅或妊娠者130例,占86.7%,其中妊娠120例。^[45]梁雪雯运用中药、针刺综合治疗输卵管阻塞性不孕85例,针刺选用子宫、关元与阴陵泉、三阴交两组交替运用;穴位注射选用双侧子宫及次髂穴交替,以鱼腥草注射液、当归注射液、胎盘组织液,每次选用2种药物,每穴注药2ml,针刺和穴位注射每日1次,经期暂停,结果治愈59例,妊娠48例。^[46]临床资料表明,使用针刺治疗不孕症,疗效卓然,尤其是中药与针刺联合使用,可以提高妊娠率。

2.3.2.6 外治法:对于输卵管炎症或盆腔炎、子宫内膜异位症、盆腔内手术后粘连等引起输卵管阻塞或功能障碍所致不孕症,采用外治法在临床上已取得很大进展,内病外治是中医学中重要的治疗方法,已被越来越多的医家所重视和运用于临床。外治法多种多样,包括穴位敷贴法、保留灌肠法、宫腔注药法、中药离子导入法等。

(1) 穴位敷贴法:此法既具有穴位刺激作用,又通过特定药物在特定部位的吸收而发挥作用,达到治疗的目的。斑旭昇等采用生附子、透骨消、芒硝、桂枝各60g,丹参120g,吴茱萸、小茴香各50g,艾叶30g,路路通20g共为末,用白酒浸透,拌匀,装袋,蒸热置于关元穴上,保温热敷60分钟,从经来第1天开始,每晚1次,连续15天,配合中药内服,治疗输卵管阻塞性不孕症86例,痊愈63例,占73.26%。^[47]药物敷贴疗法,具有温煦气血,透达经络的直接作用,又能改善局部血液循环,有利于炎症病灶的迅速吸收,从而起到松解粘连,消散包块的作用,达到通畅输卵管而怀孕的目的。穴位敷贴又能起到温肾暖宫,增强机体免疫功能,调节内分泌等作用。陈耀华等将柴胡、当归、小茴香、川芎各20g,牛膝、茯苓、炒白芍各30g,香附25g,附子10g,郁金、青皮、益母草各15g,熟地35g共为末,用麻油调成助孕膏,使用前将脐部洗净,按摩10分钟,使局部充血,每次用助孕膏填满肚脐,以胶布严封,3天更换1次,10次为1疗程,治疗排卵功能障碍性不孕症25例,结果妊娠20例,有效5例。^[48]药物敷脐治疗,乃因脐连命门,

命门为“先天之本”，历代文献都有神阙主治百病之说，药膏敷于神阙，通过药物的发散走窜，借助俞穴，透入肌肤，起到温通阳气，温肾暖宫，调经助孕之功。

(2) 保留灌肠法：此法用肛管或导尿管放置肛门内，将药物灌入直肠内，灌后保留30~60分钟，每天1次，10天1疗程，经期停用。贝润浦用透骨草、皂角刺、土茯苓各15g，威灵仙12g，制乳香、没药、三棱、苦参各9g煎取100ml保留灌肠，配合中药辨证治疗输卵管病变所致不孕症150例，妊娠105例，占70%。^[49]庞保珍等报道用红藤、王不留行、路路通20g，丹参、赤芍、三棱各30g，莪术、当归各15g，地丁12g，制乳香、制没药、穿山甲各10g，小茴香2g，共浓煎200ml，保留灌肠，治疗输卵管阻塞性不孕症96例，结果治愈69例，有效13例，总有效率为85.4%。瞿结宗等采用中药消癥液灌肠为主，治疗子宫内膜异位症50例，消癥液由败酱草、鸡血藤各30g，桂枝、皂角刺、乳香、没药、川芎、赤芍、延胡索各15g，细辛5g组成。阳虚者去桂枝加肉桂、附子、淫羊藿；阴虚者加女贞子、生地；气虚者加太子参、黄芪；经量多者加蒲黄炭、茜草根；有包块者加三棱、莪术。结果痊愈28例，显效16例，其中26例不孕症者，有17例妊娠，受孕率达65%。^[50]可见，中药保留灌肠能使药物有效成分通过直肠粘膜吸收，就近直达病所，以加速炎症的吸收，粘连的松解，包块的消散，从而提高疗效。

(3) 宫腔注药法：该法是在月经干净后3天，通过宫腔导管或双腔导管将中药制剂注入宫腔，每1~3天注药1次，7天为1疗程。李淑芹等采用宫腔及输卵管注射鱼腥草液治疗输卵管炎性阻塞性不孕症390例，经1~4疗程治疗后痊愈210例，200例分别于治疗后1~12月内妊娠，治愈率达53.8%。^[51]谭德梅用当归、丹参、鱼腥草注射液各10ml混合后，注入宫腔，月经后1周加服中药，治疗16例，妊娠10例，5例输卵管通畅程度改善。^[52]常玉清将丹参、鱼腥草、复方莪术注射液各2ml，加生理盐水稀释后，通过双腔导管注入宫腔后保留导管24小时，治疗50例，妊娠28例，妊娠率56%。可见，宫腔注药法能使药物和输卵管病灶直接接触，药物可溶解或软化疤痕组织，并通过注射时的压力，可分离疏通轻度粘连的输卵管管腔，冲刷炎症渗出物造成的阻塞，使管腔通畅，恢复功能而达到受孕目的。

(4) 中药离子导入法：该法是利用直流电将药物离子通过穴位、皮肤、粘膜导入人体。路荣岱应用通管Ⅰ号(败酱草、地丁、丹参、赤芍、路路通、三棱、莪术、穿山甲、橘核、元胡)治疗急性炎症；通管Ⅱ号(Ⅰ号去地丁、元胡，加三七末、地龙、桃仁、蒲公英)治疗慢性炎症。共治疗137例，痊愈119例，痊愈率达86.86%。刘茂林等采用通管Ⅱ号(蜈蚣、穿山甲、皂刺、三棱、莪术、丹参、细辛、血竭、地龙、土元，输卵管积水者加茯苓)浓煎进行药离子导入，同时服用通管Ⅰ号(川芎、穿山甲、细辛、通草、皂刺、三棱、莪术、丹参、葛根、路路通、王不留行、枳壳、桂枝)随症加减，治疗输卵管阻塞性不孕症34例，痊愈33例，治愈率达97%^[53]。李玲等用桃仁、皂角刺、败酱草浓煎，于八髎、关元穴进行药离子导入，并辨证口服中药，以治疗输卵管炎症阻塞性不孕，妊娠率达50%。^[54]输卵管阻塞多因瘀血凝滞，治疗重在活血化瘀，佐以理气通络之品，使瘀滞之输卵管畅通而受孕。

2.4 预 防

由于盆腔炎患病率高，占不孕病因的43.3%，故预防盆腔炎具有重要意义，要加强妇女保健工作，注意个人卫生和公共卫生，预防生殖道感染，特别是积极预防和早期治疗

人工流产与分娩所致的生殖道感染。人工流产后发生生殖功能障碍已引起人们的注意,人流后约 66.6% 的妇女发生不孕症。不孕的原因主要是输卵管通过性障碍,运动功能障碍而引起不孕症,因此,应强调婚前教育,避免婚前妊娠,做好新婚夫妇的避孕指导及计划生育宣传工作,尽可能减少人工流产率。而且,人流术前应严格检查生殖道分泌物的清洁度,术中应严格执行无菌操作技术,术后宜常规预防性应用抗生素等预防措施^[13],以降低盆腔炎等继发不孕症的发生率。

杨石强曾对人工流产后所引起的不孕症与抗精子抗体的关系作了一些探讨,认为抗精子抗体的发生与子宫内膜的破损和炎症有关,并提醒人流术后患者,应合理性生活,预防感染也是减少人流后免疫性不孕的有效措施之一。^[14]

减少不孕症的发病率,还在于疾病的早期进行有针对性地治疗。对于内分泌病因的不孕症,应该早期诊断,及时治疗,应用适当的诱发排卵药物,以提高治愈率。^[15]

近年来,不孕妇女中子宫内膜异位症发病率逐年升高,已引起国内外妇产科工作者的普遍关注。刘梦海认为,要预防不孕症,首先应从预防异位症着手。而目前预防子宫内膜异位症导致不孕的唯一方法便是对异位症的早期诊断和治疗,腹腔镜的检查在早期诊断方面意义很大。吕立群等通过观察患者月经初潮或初潮 1、2 年内出现的原发性痛经与子宫内膜异位症发病的关系,发现异位症不孕妇女中原发性痛经的发生率明显高于对照组,提示原发性痛经与异位症有关。所以认为对于青春期少女出现的痛经不应视为正常的生理现象,而应积极治疗,以预防异位症继发不孕的发生。崔怀琳等认为子宫内膜异位症的真正病因尚未完全明了,但与子宫内膜种植、体腔上皮化生、损伤、炎症、卵巢功能失调及免疫等因素有关。医源性内膜异位症是重要的因素之一。提出应采取如下预防措施:①人工流产吸宫时,要正确使用负压,尤其在吸管出宫腔时,避免带负压,以防子宫内膜碎屑随血液通过输卵管进入盆腔。②人工流产术合并结扎术时,应先结扎输卵管,再吸宫。③结扎术以抽心包埋法为好。④应及时治疗矫正处女膜闭锁、宫颈管狭窄、子宫过度后屈等经血外流不畅疾病,以防经血倒流。⑤在进腹手术时,保护好切口,防止将子宫内膜带入。⑥积极治疗各种急慢性盆腔炎、附件炎、宫颈炎等。^[16]

中医学一向非常重视情志因素对受孕的影响。蔡小荪认为由于孕育知识缺乏,加之求孕心切导致的焦急忧虑,和家庭环境及周围舆论压力,均可导致肝郁气滞,阴阳失衡,气血不调,脏腑经络功能失常而不孕。西医学认为情绪紧张,过度焦虑等均可对丘脑下部-垂体-卵巢轴产生影响而抑制排卵,影响受孕。所以,李广文认为精神愉快,情绪高液,精力充沛,则容易受孕。蔡淑华指出开展婚姻保健,加强孕育知识宣教,解除周围舆论和家庭环境的压力,消除不良情绪,是预防和治疗不孕症的基础工程。^[10]

3 实验研究

3.1 中医常用治法疗效机理的研究

“肾”与生殖内分泌理论相结合的研究,提示了补肾法治疗不孕症的作用机理。近几十年来,大量临床和动物实验均证明了补肾中药对下丘脑-垂体-卵巢性腺轴的调节作用。罗元恺用自拟的促排卵汤,喂饲雌兔进行实验观察,结果发现,给药组的卵巢有较丰富的黄体,

子宫内膜腺体增多,分泌现象明显,并可见有爬跨动作的性行为表现,提示了补肾药有提高雌激素水平,甚至可兴奋下丘脑及垂体的功能。^[4] 正常排卵是受孕的基础,在中药治疗肾阳虚的实验中,观察中药对卵泡影响的研究较少。华启天等为了探讨右归丸治疗肾阳虚不孕症的机理,选择雌性成年大鼠肾阳虚动物模型,取卵巢用光镜观察生长卵泡数。结果显示,肾阳虚组生长卵泡数比对照组明显减少,而在服用右归丸后,与对照组生长卵泡数的差别消失。说明右归丸在肾阳虚时,有促使初级卵泡向生长卵泡发育的作用,这为长期以来临床使用右归丸治疗不孕症提供了依据。俞瑾对由于下丘脑功能障碍导致的多囊卵巢综合征引起的不孕症,应用补肾化痰中药治疗,妊娠率为 48.8%,并观察到治疗中 FSH 水平先增加, LH/FSH 比值下降,再出现 E_2 水平的升高,于是出现 LH 峰值而排卵、妊娠,提示补肾化痰中药的作用部位在下丘脑。补肾可促进卵泡发育,在补肾的基础上加活血化瘀药,可改善微循环,增加血流量,提高排卵率。马堃以补肾为主,兼以活血的原则组方补肾促卵冲剂,取 35 天龄幼年雌性大鼠进行促排卵研究,结果表明,空白对照组无排卵,而补肾促卵冲剂组出现排卵,与孕马血清促性腺激素(PMSG)和 HCG 同用时,可明显提高排卵数,提示该冲剂具有增强 PMSG 和 HCG 的促排卵作用。说明补肾促卵冲剂对卵泡的发育与成熟起到明显的促进作用,其促排卵作用机理是通过调整下丘脑-垂体-卵巢性腺轴完成的。

很多学者认为,中医学的“肾-冲任-天癸-胞宫”与西医学的“下丘脑-垂体-卵巢轴”功能极为相似,提出中药人工周期可能通过调节“下丘脑-垂体-卵巢轴”而起作用。李淑玲等采用补肾法及活血补肾法,自拟排卵助孕汤对肾虚不孕症进行治疗观察,结果,治疗后血清 E_2 、P 的含量较治疗前显著升高,说明服用排卵助孕汤后,卵巢的内分泌功能增强; LH、FSH 含量明显增高,而 PRL 明显下降,说明排卵助孕汤对失调的垂体功能有调节作用。提示该汤的补肾作用,能增强生殖内分泌的自身调节,使下丘脑-垂体-卵巢性腺轴功能更趋于完善和提高,使卵巢恢复正常排卵功能及促进孕卵着床。^[57]

补肾药对肾上腺某些功能也有调节作用,而且肾上腺轴与性腺轴之间在功能上相互影响和联系。中医的“肾主生殖”不仅与性腺密切相关,而且与肾上腺密切相关。女子肾气盛时期正值西医学指的肾上腺机能初现阶段,肾上腺的内分泌导致下丘脑-垂体-卵巢性腺轴的建立。归绥琪等给 9 日龄的雌性大鼠注射雄激素后,睾酮干扰了肾上腺功能而导致雄激素分泌异常,高雄激素影响了下丘脑-垂体-卵巢性腺轴,导致排卵障碍。灌服补肾中药后,肾上腺皮质形态功能恢复正常,同时伴随性激素分泌正常。提示了补肾法除能调节性腺轴外,同时也调节肾上腺皮质功能,共同参与对生殖功能的调节作用,进一步体现了中医的整体观,也为临床补肾药有效地治疗高雄激素无排卵不孕症提供了科学依据。^[58]

免疫性不孕症,自从 1922 年被提出以来,已成为不孕症中一个新课题。陈士岭用活血补肾中药,如丹参、赤芍、归尾、黄芪等有免疫抑制作用的中药,使 AsAb 转阴率 > 80%,妊娠率达 25%。陈晓平等采用补肾育精的固阴煎治疗免疫性不孕症,结果治疗后 IgA 下降、IgG 上升均优于对照组,而 IgM 在治疗前后无明显变化,说明固阴煎治疗女子免疫性不孕症,其机理可能直接或间接抑制循环血中的补体,减少精子制动,凝集抗体,降低生殖道补体水平,抑制宫颈、阴道、子宫内膜 IgA 的产生。该方能调节下丘脑-垂体-卵巢-子宫内分泌轴,从而达到妊娠的目的。

以补肾为大法,治疗“黄体不健”所引起的不孕症,已为众所周知。然而,仍有一部

分有排卵的功能性不孕患者,经补肾治疗后仍不能受孕,据统计,其中大多数有肝郁表现,用疏肝、调肝法治疗可获较好疗效。北京中医医院等应用自拟的“坤宝Ⅲ号”治疗肝郁型黄体不健不孕症 30 例,结果显著改善了 BBT,具有降低 PRL,调整 E_2 的作用趋势,妊娠率为 30%,总有效率为 96.67%,其疗效与孕激素治疗基本相同^[59]。阎乐法等采用补肾疏肝法,自拟促黄体汤治疗黄体不健性不孕症 36 例,妊娠率达 63.8%,并进一步观察到该方具有提高血中 P,延长 BBT 高温天数,降低血中 PRL 的作用。提示补肾疏肝法能调整下丘脑-垂体-卵巢轴的功能紊乱,健全黄体,促进孕酮分泌,调节内分泌,促进受孕。李小平等用疏肝益肾法治疗未破裂卵泡黄素化综合征 52 例,结果,小卵泡黄素化组 35 例,妊娠 14 例,妊娠率为 40%;卵泡持续长大组 17 例,妊娠 8 例,妊娠率为 47.58%。并认为小卵泡发育较差者,主要是肾精不足,肝血亏损,重点多用酸甘之品,使甘酸化阴以充养其精,如巴戟天、菟丝子能使实验的大白鼠垂体、卵巢重量增加,能调整下丘脑-垂体-卵巢轴的正常分泌,促使卵泡发育,这是诱发排卵的基础。卵泡持续长大型,主要是肝疏泄失常,子病及母,肾失开合,当开不开,瘀滞而成,治疗采用疏肝理气,活血化瘀,软坚通络,如穿山甲、鳖甲能激活卵巢局部纤维蛋白溶酶及胶原酶,导致卵泡自身消化或刺激卵巢平滑肌收缩,引起卵泡壁破裂而排卵。

当归芍药散能激活经闭和不孕妇女的卵巢功能。有人以卵巢滤泡和卵子均未发育的幼龄雌性大鼠作动物模型,连续服用当归芍药散 10 天,可使幼龄实验大鼠早熟排卵。同时在服药 7 天检测下丘脑的 LHRH 和垂体前叶的 LH 均增高,提示了当归芍药散首先促进了大脑中枢的功能,继而调节神经内分泌对卵巢的作用。通过对卵巢的直接或间接作用,增强了子宫的功能,因此,当归芍药散对经闭和不孕具有治疗作用。^[60]

活血化瘀法在不孕症的治疗中越来越受到重视。很多因素可致不孕,但多数都有导致气滞血瘀的病理转归。药理研究证明,活血化瘀中药能改善血液循环,增强子宫、输卵管的收缩蠕动,抑制胶原性变,促进增生病变、疤痕组织的软化和吸收,松解粘连。能降低毛细血管通透性,减轻局部微循环障碍,有利于受损组织修复。可增强单核-巨噬细胞系统活性,抑制成纤维细胞的增生和合成胶原,阻止粘连形成,有利于受损子宫内膜的修复和闭塞宫腔的再通。能丰富神经营养,增加卵巢等内分泌腺的供血,促进排卵,改善子宫血液供应,促进蜕膜生长发育,有利于孕卵着床^[15,61]。李超荆等指出桃仁、红花合用明显增加大鼠卵巢-子宫静脉血中前列腺素的含量,能诱发发育成熟的卵泡排卵。李石林用补肾育精汤治疗不孕症 188 例,在排卵前期酌情使用药性缓和的化瘀药,结果,治疗一年内妊娠 157 例,治愈率达 83.5%。活血化瘀药有改善子宫微循环,增强吞噬细胞功能,对盆腔炎和子宫内膜异位症引起的输卵管阻塞疗效不容忽视;对排卵期卵巢周围血循环、血液流变学、组织器官供氧均有改善作用,对卵子的化生、流通、排放均有裨益,但用量宜小。提出了补肾活血是不孕症治疗中的技术性环节。^[62]

子宫内膜异位症的病机是以肾虚为本,瘀血内阻为标。张丽君等在补肾化瘀中药治疗取得疗效的基础上,对未孕健康家兔进行了子宫内膜种植,然后给予补肾活血中药,结果表明,子宫内膜异位模型家兔血清抗子宫内膜抗体(EMAb)阳性率显著增高,PRL 明显上升,P 显著下降。补肾化瘀方使造模组家兔血清 EMAb 阳性率明显降低,PRL 显著下降,P 明显升高,同时与模型组相比,异位内膜与周围组织的粘连程度较轻,异位灶明显被局

限、缩小。李祥云用补肾祛瘀法治疗子宫内膜异位症 285 例, 结果痛经有效率达 92.64%, 不孕治愈率达 62.39%。实验室检查, 患者在血液流变学、内分泌功能、体液免疫等方面存在异常, 经治疗后, 血液流变指标得到明显改善, 说明了活血化瘀药具有改变血液流变学的作用, 可促使局部粘连及结缔组织的松解, 加快瘀血的吸收。高 PRL 水平得以下降, 低下的 LH、 E_2 得以恢复, 起到双相调节作用, 这可能与补肾药调节卵巢-垂体-性腺轴有关。增高的 C_3 、 C_4 治疗后显著降低, 说明补肾祛瘀法有调节免疫的功能。提示了补肾祛瘀法是多效应的, 其作用可能是纠正子宫内膜异位症患者血液高凝状态, 调节内分泌, 调整免疫功能, 从而抑制异位内膜的生长, 促进其吸收面达到治疗目的。

3.2 不孕症的实验研究新进展

西医学认为, 不孕症的发病因素是多方面、复杂的, 包括排卵功能障碍、输卵管阻塞、子宫内膜异位症及免疫性不孕等因素。

黄体功能不全是卵巢黄体分泌孕酮不足引起的综合征, 是不孕症的常见病因之一。随着高催乳素血症的研究不断进展, 黄体功能不全与催乳素之间的关系已引起人们的重视。王峰等对 97 例基础体温测定示黄体功能不全的不孕患者, 测定血中 LH、FSH、PRL 水平, 结果显示, 黄体功能不全患者的血清 LH 和 FSH 值与对照组无显著性差异, 而血清 PRL 值明显高于正常水平, 与对照组比较有显著性差异, 提示高 PRL 与黄体功能不全有关。随着对高催乳素血症的重视, 溢乳症患者发现不断增多, 高 PRL 血症目前已成为妇科临床研究的重要课题, 黄玉珠等对 38 例溢乳患者的血清 PRL 水平及 FSH、LH、 E_2 含量进行分析, 结果单纯溢乳组 FSH、LH、 E_2 值在正常月经周期卵泡期均值范围内, 而溢乳伴闭经、不孕者, FSH、LH 值较正常月经周期卵泡期高而 E_2 值较低。溢乳和高 PRL 血症有重要的联系, 高 PRL 血症最重要的发病因素是垂体肿瘤。伴溢乳或闭经的高 PRL 血症引起排卵障碍、黄体功能异常是导致不孕症的重要因素。

自 1975 年黄素化不破裂卵泡综合征首次被报道后, 至今已被公认为不孕症的重要原因之一, 有人于早期黄体期进行腹腔镜检查, 卵巢表面无排卵痕, 提示卵泡不破裂也可原位黄体化, 并分泌孕激素。其发病机理尚不明确, 有人认为中枢性 LH 分泌不足或紊乱可能是引起黄体不破裂卵泡发生的一个原因。有人认为由于子宫内膜异位症、盆腔粘连所诱发。又有人认为卵巢局部蛋白溶解酶不足或前列腺素缺乏, 可引起排卵障碍, 而导致卵泡不破裂黄素化发生的一个原因。

乳腺小叶增生也有引起不孕症的可能性。徐福松等通过对 32 例乳腺小叶增生者的观察, 认为由于垂体功能失调, 卵巢机能紊乱, 黄体分泌减少, 雌激素相对增多, 促使乳腺腺管生长和乳腺小叶上皮细胞增多, 加之植物神经功能紊乱, 就可引起乳腺病性不孕症。

现在公认, 子宫内膜异位症与不孕症密切相关, 大约 1/3 不明原因的不孕妇女患有异位症, 而在异位症患者中有 20% ~ 66% 发生不孕症。其原因, 部分重症病例可以从盆腔器官粘连来解释。近年来, 许多学者从生化、免疫方面探其不孕病因。^[6]有人通过腹腔镜检查, 发现腹腔液增多, 且与异位症的严重程度呈正相关。腹腔液中的巨噬细胞升高, 一方面能吞噬精子, 另一方面, 巨噬细胞遇到炎性物质或逆流的经血时, 则加速繁殖分裂,

释放出的物质对精子、卵子有直接的细胞毒作用，从而干扰受孕或导致流产。腹腔液中的 $\text{PGF}_{2\alpha}$ 水平明显升高，可以影响卵泡成熟，甚至导致黄体功能不足。异位症患者卵泡细胞内 LH 受体含量减少，因此使 LH 作用受到抑制，导致黄体发育不全，甚至完全不发育。有人认为异位症引起卵巢局部粘连可能是导致黄素化不破裂卵泡综合征的原因。对于异位症患者常有血清 PRL 增高现象，有人认为是由于异位的内膜分泌 PRL，也有人认为是异位症患者的不孕和痛经等所致的精神应激促使垂体 PRL 细胞分泌 PRL 阈值增高。张信美等通过对 36 例异位症患者泌乳素的检测，结果异位症不孕组和非不孕组血清 PRL 无显著性差异，因而认为异位症伴不孕也可能不是由于血清 PRL 增高的原因。

近年来，许多学者指出，自身免疫与不孕有密切关系。有人测定了异位症患者血清中抗子宫内膜抗体、抗卵巢抗体与对照组有显著差异，宫颈粘液的抗卵巢抗体也升高，说明子宫内膜抗体和异位症与体液和局部分泌免疫系统的关系，EMAb 作为子宫内膜异位症的标志，在伴有不孕的异位症患者中，检出率高达 82%。近年来，EMAb 的检测作为非创伤性方法诊断异位症，对不孕症的病因探讨越来越受到重视。患者体内一旦产生 EMAb，即可能与子宫内膜中的靶抗原结合，发生抗原抗体反应，激活补体系统，引起子宫内膜的免疫病理损伤，干扰和妨碍孕卵的植入和胚囊的发育而导致不孕或流产。^[64]

不明原因的不孕症与免疫性因素的关系已引起普遍关注，约 10% ~ 20% 的不孕症是因免疫性因素造成的，目前对 AsAb 致不孕的机理了解得比较清楚。一般认为进入阴道的精子抗原物质能激发阴道、宫颈、子宫内膜组织而产生局部抗体，有学者认为属分泌型免疫球蛋白 IgA、IgG、IgM。这种抗体能通过抑制、凝集，使精子发生运动障碍，不能有效地穿透宫颈粘液，导致不孕。李大金等认为无论是原发性不孕、继发性不孕还是反复自然流产，均与其体内产生了透明带抗体显著相关。透明带自身抗体可能不仅干扰其精卵结合而影响受精，而且也影响孕卵着床及发育，导致不孕和自然流产。所以，透明带抗体比抗精子抗体在更大范围内影响人类生育。^[65]

输卵管性不孕占不孕因素的 30% ~ 40%，已成为不孕原因的首位。过去认为与不孕有关的病原菌为淋球菌和结核菌，但近年来发现，国外妇女生殖道衣原体感染的发病率，已超过淋病而居性传播性疾病的首位。我国衣原体生殖道感染居性传播性疾病的第三位，并有逐年增高的趋势。国内外均有报道，输卵管是衣原体感染的高发部位，女性生殖道沙眼衣原体感染引起的输卵管炎及梗阻，是输卵管性不孕的主要原因之一。由于衣原体的临床症状不明显，易被忽视，且输卵管标本采集又较困难。李豫峰等认为，对输卵管性不孕病人，在可能条件下应早期行腹腔镜检查，并同时检测输卵管部位的衣原体，对及时诊断和治疗输卵管性不孕有重要的意义。

支原体引起的隐性感染所致的输卵管上皮损害、输卵管通过障碍也是不明原因不孕的重要因素。解脲脲原体 (u_u) 是正常人生殖道可以分离出的一种支原体，目前对 u_u 与原因不明的不孕症的关系的研究在国内开始引起重视。刘小澄等从原因不明不孕症妇女中检出 u_u 的阳性率为 56.81%，与正常组相比有显著差异。提示 u_u 的存在的确与不孕症有密切关系。有人对原因不明的不孕症妇女进行抗支原体感染治疗后，恢复妊娠的占 30% 以上，支持了 u_u 为不明原因不孕症的病因之一。 u_u 致不孕的原因目前有以下几种解释：① u_u 可

以导致生殖道炎症,使粘膜细胞坏死,输卵管纤毛运动停滞,从而引起不孕。②宫腔内的 u_0 可以吸附于精子头部和体部,影响精子的运动机能,影响精子与卵子的接触和受精。③ u_0 与精子膜有共同抗原,引起免疫不孕。^[6]

【古训今释】

中医历来重视对不孕的研究,在长期的医疗实践中,积累了极其宝贵的经验,为中华民族的繁衍昌盛作出了很大的贡献。前人所总结出来的经验,经过几千年的不断完善、补充,形成了一套独特的理论,用之论治不孕,疗效斐然。

1 病名源流

早在两千多年前,中医对本病已有了较为系统的认识。《周易·九五爻辞》中就有“女子三岁不孕”的记载。而在《素问·骨空论》正式提出了“不孕”之病名:“督脉者……此为病……其女子不孕”,并认识到由于年老生殖功能减退不能生育的生理现象。《素问·上古天真论》“七七,任脉虚,太冲脉衰少,天癸竭,地道不通,故形坏而无子”。在中医古籍中,不孕的病名并不一致,如《素问》有“不孕”和“无子”之称;《山海经》中称之为“无子”,《针灸甲乙经》中既称“无子”、“不孕”,又称其为“绝子”,《诸病源候论》谓之“断绪”,《备急千金要方》称“全不产”、“断绪”。而历代医家对不孕症的论述,散见于“求嗣”、“种子”、“嗣育”等篇章中。从古书中记载看来,“无子”、“全不产”大概相当于我们今天所说的“原发性不孕”,即女子结婚后夫妇同居两年以上,配偶生殖功能正常,未避孕而受孕者。“断绪”则相当于“继发性不孕”,指女子曾生育或流产后,无避孕而又两年以上不再受孕者。从本病病名的不同看来,我国古代医家已经注意到不孕症是有原发性和继发性,并认识到对这两种不同情况病因病机亦有所不同,治疗也应区别对待。时至今日,中医对该病病名的划分已不甚严格,而是将其统称为“不孕”。

2 证候与病象

不孕,根据其证候的不同,可见不同的兼证。《脉经·平带下绝产无子亡血居经证第四》云:“妇人少腹冷,恶寒久,年少者得之,此为无子,年大者得之,绝产。”指出“少腹冷,恶寒久”为不孕的证候表现,从其表现来看,应为肾阳虚所致不孕。又如“妇人有下身冰冷,非火不暖,交感之际,阴中绝无温热之气”,为肾阳虚宫寒不孕的征象(《傅青主女科·种子》)。“妇人有素性恬淡,饮食少而平和,多则难受,或作呕泄,胸膈胀满,久不受孕”,为脾胃虚寒不孕之证(《傅青主女科·种子》)。“妇人有身体肥胖,痰涎甚多,不能受孕”,为痰湿不孕的证候表现(《傅青主女科·种子》)。“妇人有骨蒸夜热,遍体火焦,口干舌燥,咳嗽吐沫,难于生子者”,此种征象当为肺肾阴虚所致不孕之象(《傅青主女科·种子》)。具体请参前“今日临床”所述。

古代医家在诊断不孕时除关注临床症状外,还讲究从脉象判别诊症。如《脉经·平带下绝产无子亡血居经证第四》所载:“脉微弱而涩,年少得此,为无子。中年得此,为绝产。”微弱而涩乃精气不足或气滞血瘀的表现,妇女得此,多经血于少,或经闭,或不孕。又如《诸病源候论·妇人杂病诸候》中“诊其右手关后尺脉,浮则为阳,阳脉绝无子也。又脉微涩,中年得此

为绝产也。少阴脉如浮紧则绝产。恶寒,脉尺寸俱微弱,则绝嗣不产也”。而临床上由于不孕的成因不同,脉象也多有不同,但往往可见尺脉微弱,此当为不孕之象,可参之。

3 病因病机学说

《黄帝内经》论述了胎孕的机理,指出:“人之始生,以母为基,以父为楨”(《灵枢·天年》),“两精相搏,合而成形,常先身生,是谓精”(《灵枢·决气》),说明胚胎的形成,乃是父精母血相结合的结果,与现代认识精卵结合成受精卵,着床后发育成胚胎的过程相符。这些认识为后世胎孕理论的形成奠定了基础,同时也对后世探讨不孕症的病因病机及治疗产生了巨大影响。

《素问·骨空论》曰:“督脉者……此生病……其女子不孕”。督脉为阳脉之海,其经络循行起于小腹内,下出于会阴部,向后行于脊柱内,上达项后风府穴,进入脑内,上至巅顶,沿前额下行鼻柱。从其循行路线来看,督脉为病,应当是部分生殖器有疾病而致女子不孕。又督脉贯脊属肾,肾为先天之本,元气之根,故督脉又能维系一身之元气。督脉有病,易致元气受损,肾虚不固,而致不孕。这是医籍中最早提出不孕症的病因病机。后世医家在此基础上不断发展,总结和完善了病因病机学说。

3.1 病 因

3.1.1 先天生理缺陷

古代医家认识到不孕症与夫妇双方都有关,“妇人无子者,其事有三。……三者夫病妇疹,皆使无子”(《诸病源候论·妇人杂病诸候》),其中一些是经过治疗可以怀孕的,“若夫病妇疹,须将饵,故得有效也”(同上),而另一些由于夫妇一方或双方存在先天性或后天性生殖器缺陷的则药石难以取效。金元时期朱震亨在其《格致余论·受胎论》指出真两性阴阳人和假两性阴阳人的存在,“男不可为父,女不可为母,与男妇兼行者……其类不一。以女函男有二:一则遇男为妻,遇女为夫。一则可妻而不可夫,其有女具男之全者”,而此种人因其生殖器的异常是不能正常怀孕的。又如明代万全在《广嗣纪要·择配篇》所载,男女各有五种先天性生理缺陷导致不孕不育。女子五种不宜为“一曰螺,阴户外纹如螺蛳样旋入内;二曰纹,阴户小如箸头大,只可通溺,难交合,名曰石女;三曰鼓,花头绷急似无孔;四曰角,花头尖削似角;五曰脉,或经脉未及十四而先来,或十五六而始至,或不调,或全无。此五种无花之器,不能配合太阳,焉能结仙胎也哉”。这五种生理缺陷中,除“脉”尚可能用药治疗外,其余均非药物所能取效。五不女中,“鼓”类似处女膜闭锁,采用西医手术疗法可补中医之不足。

3.1.2 六淫致病

风、寒、暑、湿、燥、火六淫中,风寒湿三邪更易导致不孕的产生,古代医家对此早有认识,下面分述之。

3.1.2.1 风寒致病 隋代巢元方重视风寒致病。他在《诸病源候论·妇人杂病诸候》指出“若风冷入于子宫,则令脏冷,致使无儿”,认为风寒之邪若入内客于胞宫,可致宫寒,血得寒则凝结,冲任、胞宫受损,导致月水不利或不通,经不调则不能摄精成孕。他认为女子不孕有内外两方面因素,内因是劳伤气血,正虚方使邪气有机可乘,外因是六淫邪气

直中胞宫，致使胞宫功能失调，若感受风寒，寒凝血瘀，从而出现月经量少经来不畅、甚或闭经，及崩漏、带下等疾病，导致不孕。正如他在该篇中所进一步指出的，“然妇人挟疾无子，皆由劳伤血气，冷热不调，而受风寒，客于子宫，致使胞内生病，或月经涩闭，或崩血带下，致阴阳之气不和，经血之行乖候，故无子也。”

3.1.2.2 湿邪致病 湿邪可分为外湿和内湿，影响气机，阻滞胞脉的主要是内湿。肥胖妇女，脾虚气弱，运化失职，水湿内停，脂膏壅积，聚液成痰，可以导致痰湿不孕。首次提出痰湿可致不孕的是金元时期著名医家朱震亨。他在《丹溪心法·子嗣九十三》中指出：“若是肥盛妇人，禀受其厚，恣于酒食之人，经水不调，不能成胎，谓之躯脂满溢，闭塞子宫，宜行湿燥痰，用星、夏、苍术、台芎、防风、羌活、滑石、或导痰汤类”，从其所出具的治法、方药来看，此不孕患者由湿邪致病当确凿无误。

《诸病源候论·妇人杂病诸候》又云：“带下无子者，由劳伤于经血，经血受风邪则成带下。带下之病，曰沃与血相兼带而下。病在子脏，胞内受邪，故令无子也”。妇人劳伤气血，复为风寒湿邪所中，寒湿下注，客于胞宫，气血不行，胞脉受阻，故见带下而不孕。其表现与内外生殖器炎症导致不孕相类。

3.1.3 生活所伤

妇产科的疾病往往是由于生活上不知慎戒，影响脏腑、气血、冲任的正常功能而导致的。就不孕而言，主要是房劳多产和饮食不节。

3.1.3.1 房劳多产 房劳多产是导致不孕的一个常见病因。女子房劳过度，孕产过多过频，可致肾气亏虚，耗伤气血，损伤冲任，导致不孕。另一方面，房事不节，经期产后余血未净而合阴阳，血与邪搏而成瘀，也可导致不孕。隋代巢元方在《诸病源候论·妇人杂病诸候》篇中引《养生方》言“月水来绝，以合阴阳，精气入内，令月水不节，内生积聚，令绝子，不复产乳”，指出了妇人不孕可因房事不节，余血未净，与邪相搏成瘀癥瘕所致。明代武之望在《济阴纲目·求子门》中引南齐褚澄之言，指出“合男子多则沥枯虚人，产乳众则血枯杀人”，主张节欲养精。

3.1.3.2 饮食不节 过食寒凉生冷，或暴饮暴食，饥饱失常，或嗜食肥甘厚味，均可导致脾胃受损，失其运化之功，不能充养冲任，或导致痰湿内生，阻滞胞脉而致不孕。正如金元时期朱震亨在《丹溪心法·子嗣九十三》中所指出的：“若是肥盛妇人，禀受甚厚，恣于酒食之人，经水不调，不能成胎，谓之躯脂满溢，闭塞子宫。”

3.1.4 内伤七情

七情皆可导致气血不调，影响受孕。如忧则气结，思则气郁，怨则气阻，怒则气上。血随气行，气逆则血亦逆，气血失和，冲任不能相资，则胞宫难以受孕。七情之中，暴怒和忧思对其影响最大。暴怒伤肝，情志不畅，则肝失条达，疏泄失常，肝气郁结，气血不调，冲任不能相资，导致不孕。而忧思伤脾，脾失健运，痰湿内生，气机不畅，胞脉受阻，则难以摄精成孕。正如《女科要旨·种子》谓：“妇人无子，皆由内有七情之伤，外有六淫之感。或气血偏盛，阴阳相乘所致”。

3.1.5 体质因素

人体由于先天禀赋的差异和后天条件的影响，可以形成不同的体质因素，有偏于阳虚，或偏于阴虚，或偏于肾虚，或偏于脾虚，或形体过胖，或过于消瘦等。这些体质因

素，可以影响机体对某种致病原因的易感性，故体质因素与发病类型有着密切的关系。如朱震亨所云：“肥者不孕，因躯脂闭塞子宫，而致经事不行，……瘦者不孕，因子宫无血，精气不聚故也”（《丹溪治法心要·卷七》）。“肥人多痰”，肥胖之人，多痰湿内盛，闭塞胞宫，不能摄精成孕。“瘦人多火”，瘦者多阴虚内热，火热灼阴，血枯经少，阴精难聚，亦可致不孕。而素体肾虚之人，阳虚而不能温煦胞宫，易致宫寒不孕。体质因素的不同确与发病类型有密切关系。

3.2 病 机

3.2.1 肾虚

肾为先天之本，元气之根，而主生殖。肾气不足、肾阳虚衰、肾精亏虚，均可造成不孕。

3.2.1.1 肾气不足 肾气乃肾精所化之气，概指肾的功能活动。若肾精亏虚不能化气，肾的功能虚衰，影响月经、生育及伴有其他肾虚证候者，称为肾气虚。肾气的盛衰与天癸的至与竭有着直接关系，因而对月经及生育的影响颇大。《黄帝内经·素问·上古天真论》云：“女子……，二七而天癸至，任脉通，太冲脉盛，月事以时下，故有子”。冲任之本在肾，胞脉系于肾，若女子先天肾气不足，或早婚多产，不节房事，损伤肾气，可导致冲任不固，从而影响受孕。

3.2.1.2 肾阳虚宫寒 先天肾气不足，阳虚不能温煦子宫，子宫虚冷，以致不能摄精成孕。宫寒不孕，为临床所常见。宋代赵佶《圣济总录》云：“妇人所以无子者，冲任不足，肾气虚寒也”。肾气虚寒，乃肾阳虚不能温养冲任，胞宫失去温煦，而致发育不良，不能孕育。清代傅山在《傅青主女科·种子》中对此病机说理甚明：“妇人有下身冰冷，非火不暖……夫寒冰之地，不能长草木，重阴之渊不长鱼龙，今胞宫既寒，何能受孕？……盖胞胎居于心肾之间，上系于心而下系于肾，胞胎之寒凉，乃心肾二火之衰微也”。此言心肾阳虚，真火衰微，而致胞胎寒极，难以摄精成孕。

3.2.1.3 肾阴虚 肾阴虚，精血不足，冲任脉虚，胞脉失养，故不能成孕。金元时期朱震亨著《格致余论·受胎论》：“阳精之施也，阴血能摄之，精成其子，血成其胞，胎孕乃成，今妇人无子者，本由血少不足以摄精”，指出不孕有因阴血不足而致。而阴血亏虚，每致阳气偏盛，血海蕴热，亦不能成孕。《丹溪心法·子嗣九十三》言道：“经水不调，不能成胎，谓之子宫干涩无血，不能摄受精气，宜凉血降火”。从此条观之，当属阴虚火旺无疑，故治宜凉血降火、滋阴养血”。清代傅山《傅青主女科·种子》“况瘦人多火，而又泄其精，则水益少，而火益炽。此阴虚火旺，不能受孕。”此言妇人水亏火旺而不孕。水亏乃肾之真阴不足，水亏则木火易动，火炽则精血益受其灼，以致阴虚火旺，细缢之气渐灭，故男施而女不孕。

3.2.2 血瘀

西晋医家皇甫谧认识到女子不孕有因瘀血滞于腹内，不能排去所致，“女子绝子，瘀血在内不下，关元主之”（《针灸甲乙经·妇人杂病》），这是有关血瘀不孕的最早记载。明代在《张氏医通·妇人门》指出瘀血阻滞胞宫，或经闭崩中，可造成不孕。“因瘀积胞门，子宫不净，或经闭不通，成崩中不止，寒热体虚而不孕者”。又云：“妇人立身以来全不产，

及断乳后十年、二十年不产，此胞门不净，中有淤积结滞也”。血瘀不孕多因妇人素多抑郁，血为气滞，或经期产后，余血未净，房事不慎，阻滞胞宫，或外感、内伤导致宿血停滞，或寒客胞中，血为寒凝，血瘀气滞，经水失调，积于胞中，精难纳入，难以受孕。

隋代巢元方指出癥瘕积聚、气滞血瘀可致不孕。他说：“积之生皆因饮食不节，当风取冷过度；其子脏劳伤者，积气结搏于子脏，致阴阳血气不调和，故病结积而无子”（《诸病源候论·妇人杂病诸候》）。清代傅山也有言及此：“疝瘕碍胞胎而外障，则胞胎必缩于疝瘕之内，往往精施而不能受”。癥瘕的产生，多因气滞、血瘀、痰湿所致，各种内外因素导致气血运行不畅，气滞血瘀，积于胞中，或令胞脉阻滞，难以摄精成孕，导致不孕。此与现代医学认为子宫肌瘤、卵巢囊肿等可致不孕相一致。此与子宫内膜异位症的成因与造成不孕的后果相类。

3.2.3 痰湿

痰湿之证多见于肥胖之人。患者体质肥胖，或恣食膏粱厚味，损伤脾胃，失其健运之功，致痰湿内生，气机不畅，胞脉受阻，不能摄精成孕。金元时期朱震亨首倡痰湿不孕，他在《丹溪心法·子嗣九十三》中指出：“若是肥盛妇人，禀受甚厚，恣于酒食之人，经水不调，不能成胎，谓之躯脂满溢，闭塞子宫，宜行湿燥痰，用星、夏、苍术、台芎、防风、羌活、滑石、或导痰汤类”，十分明确地指出了本证候的病因、病机、症状，并提出了行湿燥痰的治法及方药。清代傅山在《傅青主女科·种子》中对此有详细论述，兹录如下：“妇人有身体肥胖，痰涎甚多，不能受孕者，……乃脾土之内病也……不知湿盛者多肥胖，肥胖者多气虚，气虚者多痰涎，外似健壮而内实虚损也。……夫脾本湿土，又因痰多，愈加其湿，脾不能受，必浸润于胞胎，日积月累，则胞胎竟变为汪洋之水窟矣！且肥胖之妇，内肉必满，遮隔子宫，不能受精，此必然之势也。”肥人多痰，素体肥胖之人，必多痰湿，脾胃虚弱，失其运化之功，精不能化，又痰湿内生，躯脂满溢，遮盖子门，阻滞胞宫胞脉，难以摄精成孕，而致不孕。临床所见，痰湿不孕患者多见多囊卵巢综合征、内分泌失调、甲状腺功能低下等疾病，而以形体肥胖，带下量多质如涕为主证。

3.2.4 肝郁

近代医家秦天一曾谓：“女子以肝为先天，阴性凝结，易于怫郁，郁则气滞血亦滞”。妇人若素来性情抑郁，或暴怒伤肝，可使肝的疏泄功能失常，以致肝郁气滞。情志不畅，则肝失条达，气血失调，冲任不能相资，以致不孕。此乃不孕的一个常见病机。诚如清代傅山所言，“其郁而不能成胎者，以肝木不舒，必下克脾土而致塞，脾土之气塞，则腰脐之气必不利。腰脐之气不利，必不能通任脉而达带脉，则带脉之气亦塞矣。带脉之气既塞，则胞胎之门必闭，精既到门，亦不得其门而入矣，其奈之何哉？”（《傅青主女科·种子》）。

综上所述，在非生理缺陷所致不孕中，风寒、肾虚、肝郁、痰湿、气血两虚、湿热、血瘀等均可导致肾和冲任的病变，以致不能摄精成孕而致病。明代薛己在《校注妇人良方·求嗣门》中比较全面地论述了不孕的各种病因病机。“窃谓妇人之不孕，亦有因六淫七情之邪，有伤冲任，或宿疾淹留，传遗脏腑，或子宫虚冷，或气旺血衰，或血中伏热。又有脾胃虚损，不能营养冲任。审此，更当察其男子之形气虚实何如。有肾虚精弱，不能融育成胎者，有禀赋微弱，气血虚损者，有嗜欲无度，阴精衰惫者，各当求其源而治之。”他认

为女子不孕原因有上述各点，而不孕亦与男子有关。此论多为后世所赞同。清代陈士铎在《石室秘录·论子嗣》中认为女子不孕症原因有十：“女子不能生子有十病。……十病何为？一胞胎冷也，一脾胃寒也，一带脉急也，一肝气郁也，一痰气盛也，一相火旺也，一肾水衰也，一任督病也，一膀胱气化不行也，一气血虚而不能摄也”，此类不孕以功能性为多见，如排卵功能障碍、月经失调等，他又言道：“任督之间有疝瘕之症，则外多障碍，胞胎缩入于疝瘕之内，往往精不能施。”从现代医学角度看来，此类不孕以器质性病变为主，如子宫肌瘤、子宫内膜异位症等。总的看来，不孕的病因病机颇为复杂，临床上应充分收集四诊资料，明辨病因病机，以指导治疗。

4 治则治法

4.1 治 则

4.1.1 “先察夫妇双方有无劳伤、痼害之属”而后治之

隋代巢元方在《诸病源候论·妇人杂病诸候》中指出不孕病因有“夫病妇疹”之分，据此，宋代陈自明在《妇人大全良方·求嗣门·陈无择求子论》指出“凡欲求子，当先察夫妇有无劳伤、痼害之属。依法调治，使内外和平，则妇人乐有子矣”。不孕的原因十分复杂，它与夫妇双方都有关，任何一方的生育能力下降都会导致不孕，现在认为男方因素占30%左右。而不孕的发生既可能与夫妇双方生育能力下降有关，还可能与夫妇间的生活环境、情绪等多方面因素有关。故在治疗前应设法弄清不孕的病因，才可有针对性地治疗。如果不孕乃因夫妇双方或一方生理缺陷所致，则治疗只是略尽人事而已，并不能取效。若非生理缺陷所致，则治疗大有可为。男子不育多因禀赋不足、气血虚弱，或肾气不足、阴精亏虚，或房劳过度、肾精衰惫所致，若不孕乃因男方因素所致，与女方无关，则只需治疗男方，其治疗不在本篇讨论范围之内。若不孕乃因男女双方因素所致，则双方均需治疗。男方体健无病，不孕乃女方因素引起，则女方接受治疗足矣。病因的不同，决定了治疗方法的不同，故治疗不孕症首先应察夫妇双方有无劳伤痼疾，精气亏虚之症，了解其原因在男方还是在女方，是先天性生理缺陷还是后天之功能失调，既而才可因人而异，辨证用药。有的放矢地治疗方能取效，不致劳而无功。

4.1.2 调经为要，调经种子

巢元方在《诸病源候论·妇人杂病诸候》指出妇女不孕多因月经不调（“阴阳之气不和，经血之行乖候”）所致，为后世治疗不孕的法则“调经为要”、“调经种子”奠定了基础。金元时期朱震亨云：“求子之道，莫如调经”。明代医家万全著有《万氏妇人科》，书中指出调经的重要性，“女子无子，多因经候不调，药餌之辅，尤不可缓。若不调其经候而与之治，徒用力于无用之地。此调经为女子种子紧要也”（《万氏妇人科·种子章》）。他还指出，对于禀赋体质不同的病人，调经之法也应不同。如痰湿不孕者，宜行湿燥痰、理气调经；子宫干涩、无血之人，宜凉血降火、养血调经；下元虚惫者，应补虚涩脱以调经血。这种看法与西医对不孕症的治疗方法有某些相通之处。西医认为女子受孕的先决条件是排卵功能正常，这有赖于下丘脑-垂体-卵巢内分泌轴的功能性调节，若此轴功能失调，则可引起排卵功能障碍导致不孕。临床上可以见到相当一部分病人不孕确实是因排卵障碍引起的，

而排卵功能障碍往往也造成病人月经失调。针对病因，治疗应诱发排卵，这一治疗过程在某种意义上也是调经的过程。现代中医糅合了中西医学知识，用中药人工周期法调经促排卵治疗不孕，取得了良好的疗效，是对“调经为要”这一古训的有益补充。

4.1.3 因人而药，各有所宜

明·张介宾在《景岳全书·妇人规·子嗣类》中明确提出：“种子之法，本无定轨，因人而药，各有所宜。故凡寒者宜温，热者宜凉，滑者宜涩，虚者宜补”。种子宜因人因病进行辨证治疗，纠其偏盛，补其不足，和其阴阳，则不孕者可孕，绝无只用一方就能遍治天下不孕妇人之理。故治疗时应先充分收集四诊资料，明辨病因病机何属，从而辨证论治，因人而药。沈尧封《女科辑要·求子》也说：“求子全赖气血充足，虚衰则无子。若本体不虚而不受孕者，必有他病。……诸贤所论不同，要皆理之所有，宜察脉辨证论治”。

4.2 治 法

中医认为女子不孕的常见病因有：肾虚、肝郁、痰湿、血瘀、气血两虚等等，其中肾虚是主要原因。治疗时针对不同病因，制定不同的治法。

4.2.1 药物治疗法

4.2.1.1 补肾健脾益气 此法适用于脾胃虚弱又肾气不足者。清代傅山在《傅青主女科·种子》有一类不孕妇人“饮食少思，胸膈满闷，终日倦怠思睡，一经房事，呻吟不已，人以为脾胃之气虚也，谁知是肾气不足乎！”他认为这类病人除脾胃虚弱、运化失司外，还可见“肾气不足”。因为“脾胃之气虽充于脾胃之中，实生于两肾之内，无肾中之水气，则胃之气不能腾；无肾中之火气，则脾之气不能化。惟有肾之水火二气，而脾胃之气始能升腾而不降也。”除此之外，冲为血海，任主胞胎，冲任俱属于肾，而冲脉又隶属于阳明，肾气不足，水火两衰，则中州运化无权，水谷精微无由以化，不能营养四肢百骸，冲任亦因此失养，冲任脉虚，胞脉失养，而见不孕。故“治法必以补肾气为主，但补肾而不兼以补脾胃之品，则肾之水火二气，不能提于至阳之上也”，因此对于脾肾俱虚的病人，当治以补肾健脾益气为法。

4.2.1.2 温肾暖宫 胞宫胞脉与肾相通，胞宫赖肾阳温煦，肾精滋养才能孕育胎儿，若肾阳虚衰，不能温煦胞中，则宫寒不能摄精成孕。对此类肾阳虚衰，宫寒不孕的病人，治宜温肾暖宫，可佐以补心火之品。如《傅青主女科·种子》所言：“补心而即补肾，温肾而即温心，心肾之气旺，则心肾之火自生，心肾之火生，则胞胎之寒自散。而今胞胎既热，尚有施而不受者乎？”

4.2.1.3 补肾填精 不孕有因肾虚精血不足所致者。精血不足，冲任脉虚，胞脉失养，不能成孕，故治宜补肾填精、养血调冲。然而乙癸同源，补肾填精法往往与养肝法同用。盖肝肾同司下焦，肾主藏精，肝主藏血，精血互生，肝肾同源。肝肾又为冲任之本，冲为血海，任主胞胎。肝主疏泄，肾司封藏，一开一合，一泄一藏，肝肾协调，任通冲盛，则“月事以时下，故有子”。临床上常补肝肾以调冲任，故补肾填精之法，常与养肝之法配合使用。

4.2.1.4 活血化瘀 孙思邈在《千金翼方·妇人求子第一》篇中提到“夫求子者，服药须有次第，……女服荡胞汤，及坐药，并服紫石门冬丸，则无不得效矣”，以其方药观之，

可以认为孙思邈主张治疗女子不孕应先祛瘀血下积聚,再服温肾养血之品。其“荡胞汤”乃治疗妇人断绪二、三十年,及生来无子,并数失子的方药。妇人或因经期产后余血未净之时感受寒邪,寒凝血瘀,或忧思恚怒,血气不和成瘀,胞脉瘀阻,两精不能相合,导致无子,故治疗时当先攻后补,先活血化瘀以祛实邪,复投以温养气血、补益肝肾之药。在临证运用时,应根据寒热虚实不同的成因,灵活运用活血化瘀之法,辨证而施,治病求因。

4.2.1.5 疏肝解郁,养血理脾 肝郁是妇人不孕的一种常见证候。妇人情志不畅,肝失条达,肝气郁结,疏泄失常,气血不和,冲任不能相资,以致不孕。因肝疏泄失常,往往有月经不调的表现,影响受孕。又因肝郁化火,病人往往可见脾气急躁易怒。此类不孕当以疏肝解郁为要,然亦需佐以养血理脾之品,同时注意情志的调节。盖郁证之始,起自肝经,不伤营阴,即损脾土。肝郁乘脾,脾失健运,生化之源不足,易致血虚阴伤。《金匱要略·脏腑经络先后病脉证第一》早有明训:“见肝之病,知肝传脾,当先实脾”。《济生方·求子》亦有云:“……妇女血衰而气旺,是谓夫病妇疹,皆使人无子。治疗之法,女子当养血抑气,以减喜怒”。故对肝气郁结的病人,除疏肝解郁之外,还应扶脾养血,使郁去脾健而血不伤。脾气健运则营血充足,冲任得资,肝气条达则血脉流畅,经期如常。正如清代傅山所云:“解肝气之郁,宣脾气之困,而心肾之气亦因之俱舒。所以腰脐利而任带通达,不必启胞脉之门,而胞脉自启”(《傅青主女科·种子》),如此则妇人得以有孕。

4.2.1.6 燥湿化痰 此法乃针对痰湿不孕而制,为金元时期朱震亨所首倡,后世医家赞同者众。《傅青主女科·种子》明确指出,对痰湿不孕“治法必须以泄水化痰为主。然徒泄水化痰,而不急补脾胃之气,则阳气不旺,湿痰不去,人先病矣”。素体肥胖或脾肾两虚,痰湿内生,湿痰闭塞冲任胞宫则不能摄精成孕,故治宜健脾燥湿化痰,调理冲任。治病求本,治疗时除燥湿化痰以祛实外,尚需健脾益气以补虚,使邪去而正不伤。

4.2.2 针灸疗法

早在晋代,医家们已经认识到可以通过针灸治疗不孕。观其所用的穴位,主要是足少阴肾经、足太阴脾经、足阳明胃经及任脉。盖肾为先天之本,元气之根,主生殖,任脉系于肾。肾虚不孕,为临床所多见,针刺肾经的穴位可补肾填精,肾强则能摄精成孕。如《针灸甲乙经·妇人杂病》指出:“妇人无子,涌泉主之”。“大疵绝子,筑宾主之”。“女子不字,……然谷主之”。脾为后天之本,气血生化之源,与胃相表里。而胃经下行与冲脉会于气街以充血海,“冲脉隶于阳明”,针刺脾肾两经的穴位则可调理脾胃功能,脾胃健旺,则气血生化有源,冲任旺盛,易于受孕。如“绝子,高丘(商丘)主之”。“妇人无之,……刺气冲主之”(《针灸甲乙经·妇人杂病》)。商丘、气冲分别为脾经、胃经之穴。“任主胞胎”,任脉起于胞中,任脉之穴治疗不孕症均可取效。如“女子绝子,……关元主之”。“绝子,灸脐中,令有子”(《针灸甲乙经·妇人杂病》)。现代研究表明,针刺可以激发排卵,其机制可能是通过调节下丘脑-垂体-卵巢性腺轴功能而诱发排卵。

4.2.3 外治法

外治法作为内服药物治疗不孕症的辅助手段由来已久。唐代孙思邈在其《千金翼方》的记载说明当时已有阴道用药治疗不孕。“……女服荡胞汤,及坐药,并服紫石门冬丸,则无不得效矣”(《千金翼方·妇人求子第一》)。书中还详细记载了坐导药方的组成、制法、使用方法。后世医籍中也时有这方面的记载,如《外台秘要·妇人上·求子法及方》所引《经

心录》茺莢丸、《女科要旨·种子》所载“广嗣方”。采用阴道用药治疗不孕，古代文献有不少记载，而现在临床应用却不多见，这种方法是否有其应用价值还值得进一步研究。

5 方剂用药归类

不孕的病因以肾虚为主，治疗时所用的药物也多以补肾为主。从各医籍中所载方药看来，男子用药重在益气血、补阴阳，以壮阳为主，女子用药则先活血化瘀下积聚，然后温养气血、补益肝肾。

观历代之方药，据其功效可分为这几类：

5.1 补肾健脾益气

此类方药补肾健脾益气并重，适用于脾胃虚弱又肾气不足者。清代傅山在《傅青主女科·种子》为此创补肾健脾益气之并提汤，药用熟地、巴戟、白术、人参、黄芪、山萸肉、枸杞、柴胡。应用此类补肾健脾、益气生精之品，“是补脾胃之气与血，正所以补肾之精与水也。又益以补精之味，则阴气自足，阳气易升，……无非大地阳春，随遇皆是化生之机，安有不受孕之理欤？”临床可参其理而用之。

5.2 温肾暖宫

此类药物用治宫寒不孕。妇人冲任不足，下焦虚寒由肾虚命火不足，不能温煦胞络冲任，胞宫因之不能摄精成孕，治宜温煦下焦，补养肾气为根本。方药如紫石英丸（《千金翼方·妇人求子第一》）、阳起石丸（《太平圣惠方·治妇人子宫虚冷久无子诸方》）、禹余粮汤、钟乳丸（《圣济总录·妇人经血暴下兼带下》）、暖宫丸（《济生方·求子》）等，俱以补阳为主。方中多用阳起石、紫石英、干姜、吴茺萸、禹余粮、肉桂、杜仲等温肾阳的药物温肾暖宫，佐以活血之品如当归类使胞脉畅通。胞宫得暖，胞脉受荫，而寒自散，使之氤氲化成，如春日温和之气，从而经传受孕。

5.3 补肾填精

此类药物功专补肾养血填精，通调冲任，用治肾精不足，冲任虚损而致不孕者。较为有名的方剂有明·王肯堂《证治准绳·女科·卷之四》所录赵氏苁蓉菟丝子丸，清·傅山所创养精种玉汤（《傅青主女科·种子》）等。现临床上常以养精种玉汤合二至丸运用。常用药物有：熟地、白芍、山萸肉、菟丝子、当归、女贞子、旱莲草等。

5.4 活血化瘀

血瘀是不孕的一个重要成因，而其他因素导致的不孕往往也因久病必瘀而兼见血瘀的表现，故活血化瘀方药在不孕症的治疗中得到了较广泛的运用。常用的方剂有失笑散、桃红四物汤、少腹逐瘀汤等，而桃仁、当归、泽兰、五灵脂、蒲黄、三棱、莪术、赤芍、水蛭、虻虫等乃常用的药物。如上述荡胞汤中就有桃仁、当归、虻虫、水蛭，《圣济总录·妇人经血暴下兼带下》治妇人月水不利，结积无子所用的大黄汤就是由大黄、桃仁、虻虫、水蛭四药组成。

5.5 燥湿化痰

朱震亨指出对痰湿不孕应用燥湿化痰法治疗，可用导痰汤，药宜用南星、半夏、苍术等。后世医家沿袭此法，据此创制了不少行之有效的方剂。如明代万全用苍附导痰丸、四制香附丸。清代傅山认为，治病求本，除燥湿化痰外，尚须健脾益气，故用加味补中益气汤。时至今日，临床常用启宫丸、苍附导痰丸等燥湿化痰、理气调经，取得较好疗效。而半夏、苍术、茯苓、陈皮、石菖蒲、香附、白芥子为常用药物。

5.6 补益气血

不孕有因“妇人血气俱虚，经脉不调，不受孕者”，治宜补益气血，“惟毓麟珠随宜加减用之最妙，其次则八珍益母丸亦佳”（《景岳全书·妇人规·子嗣类》）。毓麟珠和八珍益母丸均以八珍汤为基础，分别加菟丝子、杜仲、鹿角霜、川椒和益母草。临床应用时对气血虚弱、月经不调而不能受孕者可遵此法，以八珍汤加减。

5.7 疏肝解郁

证属肝郁之不孕治疗当以疏肝解郁、养血调经为法。《济生方·求子》中用抑气散治妇人气盛于血所致无子，药用香附、茯神、甘草。清代傅山创开郁种玉汤治疗此证效果尤佳，堪称此类方药的代方。方中用当归、白芍养血柔肝，丹皮凉血活血，香附调气解郁，白术、茯苓健脾益气，花粉生津清热，使肝气之郁得解，脾气之困得宣，心肾之气亦因之得舒，任带二脉通达，胞胎之门自启，妇人得以有孕。

常用药物有香附、白芍、茯苓等。其中香附乃理气之要药，《济生方·求子》有云：“香附乃妇人之仙药，不可谓其耗气而勿服。”

6 预防康复

不孕症的预防及康复应责之于男女双方。综观中医古籍，众多医家对不孕的预防康复所持观点主要有如下几点：

6.1 男女双方应适龄而婚

古代医家认识到晚婚有利于优生，提倡男女双方应适龄而婚。南齐褚澄著《褚氏遗书》有如下论述：“合男女必当其年。男虽十六而精通，必三十而后娶；女虽十四而天癸至，必二十而嫁”。其道理在于“皆欲阴阳完实，然后交合，则交而孕，孕而育，育而为子，坚壮强寿。”若“未笄之女，天癸始至”就过早交合，则“交而不孕，孕而不育，育而子脆不寿”（《褚氏遗书·求男论》）。褚澄论述了晚婚的优越性，指出了早婚对生育的危害性，提倡“合男女必当其年”，即男女双方适龄而婚。从优生学的角度来看，男精充而女血盛，阴阳完实，生子健壮，对整个种族的繁衍是有着重要意义的。故这种看法为广大医家所认同，宋代陈自明《妇人大全良方·求嗣门》及清代《医宗金鉴·妇科心法要诀·嗣育门》均引此段文字加以论述。在古人看来，女子及笄之年虽亦可以婚嫁，但其性器官尚未发育成熟，性功能尚不健全，过早交合，必将损伤其肾气，肾气不足，则不能成孕，假使偶能成孕，

其胎元亦不固、易殒，若能孕育成子，其子亦易早夭。这种观点与西医学的观点颇有共同之处。从西医学角度看来，14岁属青春期，是童年幼稚的生殖器官向成熟过渡的时期。全身体格发育，性功能也逐渐成熟，以月经的来潮为标志。而性成熟期约自18岁开始，历时近30年。此时卵巢功能成熟，有性激素的分泌和周期性排卵，是妇女生育活动最旺盛的时期，也称生育期。女子的最佳生育年龄应是25~30岁。此时妇女不论在生理上还是心理上都已成熟，精力也最充沛，适宜怀孕。而过早婚嫁，容易导致男女双方肾气受损，而致不孕。故预防不孕，首先应树立晚婚的观点，“合男女必当其年”。

但同时需要注意的是，婚育要及时。因为女子自“五七”始，男子自“五八”始，肾气渐衰，相对而言，成孕的机会较前减弱。至女子“七七”之年，男子“八八”之际，“五藏皆衰，天癸竭……而无子耳”，故婚育要及时。正如《济生方·求子》所言：“男女婚姻，贵乎及时，夫妇贵乎强壮，则易于受形也”。

6.2 性生活应有规律

预防不孕症，应做到性生活有规律，包括“节欲以养精”和“交合有时”两方面。

6.2.1 节欲以养精

预防和治疗不孕症，在调护上均需注意“节欲以养精”。《万氏妇人科·种子章》指出：“故种子者，男则清心寡欲以养其精，女则平心定气以养其血。何谓男贵清心寡欲？盖形乐者易盈，志乐者易荡，富贵者之人，不知御神，则荡必倾，不知御形，则盈必亏。此清心寡欲，为男子第一紧要也。何谓女贵平心定气？盖女子以身事人，而性多躁，以色悦人，而情多忌，稍不如意，则忧思怨怒矣。忧则气结，思则气郁，怨则气阻，怒则气上。血随气行，气逆则血亦逆。此平心定气，为女子第一紧要也。”其论述“节欲以养精”之理颇为详尽。

中医理论认为，男精女血是构成胎孕的条件。故欲种子者，男子要清心寡欲以养其精，女子要平心定气以养其血。盖房事过度则肾气受损，肾精亏耗，精气清冷，不足以种子成胎。从西医学观点看来，受孕的条件，首先要男精充实，即男子应具备一定的数量及质量的精子。正常情况下，健康男性精液量有2~6ml，平均3~4ml，pH应为7.5~7.8，在室温下放置30分钟可完全液化，每毫升精液应含精子6千万以上，精子活动力应大于60%，异常精子不超过15%~20%。如果精子数少于6千万/ml，每次射精总精子数低于10万，即称为精子数少。若少于2千万/ml，则可认为生育能力极低。如果纵欲过度，则引起造精功能匮乏，影响精子数量而降低生育能力。因此应“节欲以养精”。需要指出的是，节欲不等于禁欲。禁欲时间过长(大于7天)，虽然精液总量及精子密度可能增加，但精子活动力减弱，精液质量反而下降。所以在“节欲以养精”的同时，应注意“交合有时”。

女子若为七情所伤，每易损伤肝脾肾，致气血失和，冲任不能相资则难以摄精成孕。暴怒伤肝，肝失疏泄，则气机郁滞，阻碍血行，从而导致冲任失调，难以成孕。忧思伤脾，脾失健运，气血生化不足，无以营养四肢百骸，乃至冲任胞宫，影响受孕。恐则伤肾，过度惊恐可导致肾失封藏，肾精不固，精血不足，冲任脉虚，胞脉失养，不能成孕。故女子防治不孕应注意精神调节，以平心静气为要，亦合乎“节欲以养精”之旨。《济生方·求子》有言道：“女子应养血抑气，以减喜怒，男子益肾生精，以节嗜欲，……阴阳和

平，则妇人乐有子矣。”可依其法施之。

6.2.2 交合有时

古代医家主张“节欲以养精”，“节欲”并非指不要房事，而是主张节制房事，通过“节欲”而达到“养精”的目的，使肾精充足。同时注意“交合有时”，选择适当的时候行房事以增加受孕的机会。《素问·上古天真论》指出：“阴阳合，故能有子”。而“合阴阳”的时机就颇有讲究。《女科准绳·求子》引袁了凡言：“天地生物，必有絪縕之时，万物化生，必有乐育之时，……凡妇女一月经行一度，必有一日絪縕之候，于一时晨间，……此的候也，……顺而施之则成胎矣。”可见在明代以前，就已认识到月经周期中有一天是受孕的“的候”——絪縕期，即现在所说的“排卵期”。选择此时“交合”，则胎孕易成。而失其时，则不易怀孕。这与今天妇产科医生指导患者进行性生活所选择的时机不谋而合。现代妇产科学研究发现，排卵一般发生在28天月经周期的中间，即月经前14天左右。卵子从卵巢排出后，随着输卵管伞端上皮细胞纤毛的作用，数分钟后进入输卵管，继而被运送到壶腹部。到达壶腹部与峡部连接处时，由于该处肌肉的收缩，停留在该处约2~3天，等待受精。此时卵子外围的冠状细胞开始松散。若精子与卵子相遇，则开始受精过程。毫无疑问，在排卵期进行性生活将大大增加受孕的可能，对不孕的治疗和预防有着重大的意义。而这一点，早在明代以前，就已经为先贤所认识到了。但在此期同房，仍须注意有所节制，如求子心切或性欲旺盛，纵欲无度，反而会导致不良后果。故隋代巢元方云：“故凡初交之后，最宜将息，勿复交接，以扰子宫”（《诸病源候论·妇人杂病诸候》）。

对不孕症的治疗及预防康复来说，医生给予病人正确的性生活指导是必要的。医生应指导病人有规律地进行性生活，避免纵欲或禁欲，在女方的排卵期，可适当增加同房次数，以增加受孕的机会。《医宗金鉴·妇科心法要诀·嗣育门》有言道：“聚精之道，惟在寡欲，交接女子，必乘其时，不可失之迟早。盖妇人一月经行一度后，必有一日絪縕之时，气蒸而热，如醉如痴，有欲交接不可忍之状，乃天然节候，是成胎生化之真机也”。临床医生不可不察。

6.3 饮食情志的调节

饮食情志的调节在不孕症的调护中亦不可忽视。饮食之中，饮酒尤属应禁之列。明代张介宾在其所著《景岳全书·妇人规·子嗣类》中所言极明：“凡饮食之类，……惟酒多者不宜。……酒性淫热，非惟乱性，亦且乱精。精为酒乱，则湿热各半，真精其半耳。……故凡欲择期布种者，必宜先有所慎，与其多饮，不如少饮；与其少饮，不如不饮。欲为子嗣之计者，其毋（原文为母，据文义迳改）以此为后着”。盖因长期饮酒，可导致慢性酒精中毒而引起不孕或不育，因为酒精对精子、卵子都会有影响。而在现代，除酒外，还应重视吸烟对不孕的影响。

正如前文所言，七情皆可导致气血失调，影响受孕。夫妇双方过分焦虑不孕导致精神紧张也是造成不孕的一个原因。因此，夫妇双方既应重视不孕，抓紧治疗，又不宜过分焦虑，思想压力过重，影响康复。保持心情的平和，积极配合治疗，则康复可期。

古代医家在不孕的预防康复方面认识颇深，论述颇多。其中《济阴纲目·求子门》所引袁了凡言论述全面，兹录如下：“聚精之道，一曰寡欲，二曰节劳，三曰息怒，四曰戒酒，

五曰慎味。肾为精之府，凡男女交接，必扰其肾，肾动则精血随之而流，外虽不泄，精已离宫，未能坚忍者，必有真精数点，随阳痿而溢出，此其验也，故贵乎寡欲。精成于血，不独房室之交，损吾之精，凡日用耗血之事，皆当深戒。目劳于视，则血以视耗；耳劳于听，则血以听耗；心劳于思，血以思耗。随事节之，则血得其养，而与日俱积矣。故贵乎节劳。主闭藏者肾也，司疏泄者肝也，怒则伤肝而相火动，动则疏泄用事，闭藏不能其职，虽不交合，也暗流潜耗矣。故贵乎息怒。酒能动血，人饮酒则面赤，手足俱红，是扰其血也。使一大醉，精随薄矣，故宜戒酒。经云：‘精不足，补以味。’浓郁之味不能生精，惟恬淡者能补精耳。盖万物皆有真味，调和胜，真味衰矣，不论腥素，淡煮粥饭中，有厚汁滚作一团者，此米之精华所聚，食之最能生精，故宜慎味。”此段文字论述“聚精之道”颇为详尽，其理甚明，适用于男女双方，望对同道指导病家有所裨益，故不吝篇幅尽录之。

古代医家对不孕从病因病机到辨证论治均作了大量的探索，并形成理论。这些理论是我国医学史上的瑰宝，对于今天治疗不孕仍有很大的启发作用和指导意义。在先哲的理论指导下，参照西医学理论，“衷中参西”，对于我们研究治疗不孕大有裨益。

(张玉珍 许丽绵 赵颖 韩延华)

近现代参考文献

- [1] 孙宁铨. 中医中药治疗不孕症的临床体会. 江苏中医杂志, 1980 (4):33
- [2] 吴大真, 等. 现代名中医妇科绝技. 北京: 科学技术文献出版社, 1993. 190~218
- [3] 班秀文. 班秀文妇科医论医案选. 北京: 人民卫生出版社, 1987. 198~210
- [4] 罗元恺. 罗元恺论医集. 北京: 人民卫生出版社, 1990. 31~45
- [5] 胥京生. 胥受天老中医治疗不孕症的经验. 辽宁中医杂志, 1985 (7):6~8
- [6] 刘俊楠. 肝肾同治与不孕症. 江西中医药, 1983 (1):41~42
- [7] 哈荔田. 哈荔田妇科医案医话选. 天津: 天津科学技术出版社, 1982. 187~196
- [8] 夏桂成. 328例肾虚不孕症辨治分析. 中国医药学报, 1989. (5):333~334
- [9] 李广文. 情志与孕育. 山东中医杂志, 1986. (4):33~34
- [10] 李曰庆, 等. 中西医结合治不育与不孕研究新进展. 北京: 中国中医药出版社, 1992
- [11] 张荣耀. 温肾法治疗女性不孕症. 山东中医杂志, 1986. (4):27~28
- [12] 廖玕玲. 闭经、稀发月经、妇女“肾虚”与性腺功能变化观察. 中西医结合杂志, 1986. (10):590
- [13] 邹淑华, 等. 生育前人工流产与继发性不孕症关系的分析. 现代妇产科进展, 1998. (1):93~94
- [14] 杨石强, 等. 人工流产后不孕患者抗精子抗体监测. 河南医科大学学报, 1997. (6):55~56
- [15] 何少山, 等. 流产继发不孕症的论治. 中国医药学报, 1988. (2):46~47
- [16] 张丽蓉. 中药针灸治疗不孕症初步总结. 天津医药杂志, 1965. 7(2):146~147
- [17] 北京中医医院, 等. 刘奉五妇科经验. 北京: 人民卫生出版社, 1977. 185~192
- [18] 天津市中心妇产科医院. 中西医结合治愈不孕症 138例临床体会. 天津医药, 1975. (6):300~303
- [19] 罗元恺, 等. 高等中医院校教学参考丛书. 中医妇科学. 北京: 人民卫生出版社, 1988. 385
- [20] 陈晓平. 陈沛嘉老中医治疗女子不孕症的经验. 新中医, 1985. (1):5~7
- [21] 庞保珍, 等. 祛痰补肾法治疗无排卵型不孕 67例疗效观察. 浙江中医杂志, 1996. (11):496
- [22] 贝润浦. 治疗输卵管病变所致不孕 50例报告. 中医杂志, 1992. (5):37

- [23] 赵瑞华. 许润三教授从肝肾论治不孕症之经验. 中医函授通讯, 1994. (2): 20~21
- [24] 金季玲. 活血补肾法治疗子宫内膜异位症不孕 35 例. 陕西中医, 1994. (12): 532
- [25] 姚石安. 女性免疫性不孕证治有何特点. 中医杂志, 1993. (7): 30
- [26] 侯玲玲. 女性免疫性不孕的治疗. 中医杂志, 1992. (5): 14~15
- [27] 朱南孙, 等. 朱小南妇科经验选. 北京: 人民卫生出版社, 1981
- [28] 王净净, 等. 中医临床病证诊断疗效标准. 湖南: 湖南科学技术出版社, 1993
- [29] 王渭川. 王渭川妇科治疗经验. 成都: 四川人民出版社, 1981. 158~168
- [30] 冯宗文. 常用调经种子五法. 湖北中医杂志, 1994. (6): 9~10
- [31] 张东鸣. 张丽峰辨证治疗不孕症六法. 江苏中医, 1995. (1): 3~4
- [32] 张承烈. 不孕证治八法. 中医药学报, 1984. (4): 13~15
- [33] 陈少春, 等. 何子淮女科经验集. 杭州: 浙江科学技术出版社, 1982. 109~114
- [34] 王兆凯. 治疗妇女继发性不孕症八法. 江苏中医, 1988. (9): 4~5
- [35] 蔡小荪, 等. 110 例不孕症治验分析. 上海中医药杂志, 1985. (9): 18~20
- [36] 顺惠芳. 杨文兰治疗不孕症经验. 湖北中医杂志, 1994. (3): 7~9
- [37] 杨素荣, 等. 滋肾固涩法治疗卵泡发育不全不孕症的临床观察. 天津中医, 1989. (50): 9
- [38] 郭荣凯. 补肾化瘀法治疗不孕症. 山西中医, 1988. (3): 8~10
- [39] 李国兰. 补肾活血胎孕汤加减治疗不孕症 642 例. 湖北中医杂志, 1988. (5): 16~17
- [40] 孙宁铃, 等. 中医辨证施治为主, 中西医结合治疗 70 例不孕症的经验. 新中医, 1984. (6): 14~17
- [41] 吕春英. 补肾调周法治疗不孕症 78 例. 新中医, 1995. (11): 34~35
- [42] 黄震, 等. 肝郁不孕的分型证治. 四川中医, 1996. (5): 40~41
- [43] 蒋惠芳. 疏肝益肾治疗功能性不孕症 102 例. 辽宁中医志, 1994. (10): 465~466
- [44] 寇金矛, 等. 针刺治疗无排卵性不孕症 50 例临床观察. 河南中医药学刊, 1997. (4): 45
- [45] 李灿瑜. 针药并举治疗输卵管病变所致不孕 150 例观察. 中医函授通讯, 1998. (1): 39
- [46] 梁雪雯. 中医药治疗输卵管阻塞性不孕症 85 例. 贵阳中医学院学报, 1996. (1): 44
- [47] 班旭昇, 等. 内外合治输卵管阻塞性不孕症 86 例. 北京中医, 1996. (1): 33~34
- [48] 陈耀华, 等. 助孕膏敷脐治疗不孕症 25 例. 陕西中医, 1994. (5): 225
- [49] 贝润浦. 治疗输卵管病变所致不孕 150 例报告. 中医杂志, 1992. (5): 37
- [50] 瞿结宗, 等. 中药外治法治疗子宫内膜异位症 50 例疗效分析. 甘肃中医, 1996. (2): 27
- [51] 李淑芹, 等. 宫腔及输卵管注射鱼腥草液治疗输卵管炎性阻塞性不孕症 390 例分析. 河北中医, 1996. (6): 23
- [52] 谭德梅. 以中药宫内给药为主治疗输卵管不通 16 例. 浙江中医杂志, 1993. (7): 303
- [53] 刘茂林, 等. 34 例输卵管阻塞的治疗体会. 陕西中医学院学报, 1992. (1): 23
- [54] 李玲, 等. 中医辨证治疗输卵管阻塞性不孕临床研究. 中医杂志, 1985. (8): 35
- [55] 万轩金, 等. 女性不孕的病因探讨. 同济医科大学学报, 1994. (6): 486~488
- [56] 崔怀琳, 等. 子宫内膜异位症 128 例临床分析. 武汉医学杂志, 1992. (3): 143~144
- [57] 李淑玲. 肾虚不孕的治疗与机理研究. 山东中医杂志, 1995. (7): 298~299
- [58] 归绥琪, 等. 补肾中药对雄激素致不孕大鼠垂体、卵巢及肾上腺作用的实验研究. 中国中西医结合杂志, 1997. (12): 5~6
- [59] 北京中医医院, 等. 黄体功能不健所致不孕症的临床观察与实验研究. 北京中医杂志, 1990. (4): 51
- [60] 聂淑琴. 当归芍药散与神经内分泌作用. 国外医学·中医中药分册, 1998. (1): 19~20
- [61] 甘树炯. 不孕症中医治疗若干问题探讨. 中国中西医结合杂志, 1992. (12): 747~748

-
- [62] 李石林. 补肾育精汤治疗不孕症 188 例. 山西中医, 1995. (1):25
- [63] 王振海. 子宫内膜异位症引起不孕的生化因素. 国外医学·计划生育分册, 1990. (2):72
- [64] 韩美玲. 子宫内膜异位症的病理生理研究进展. 国外医学·妇产科学分册, 1989. (1):89
- [65] 李大金, 等. 不育的免疫性因素分析研究. 中国免疫学杂志, 1995. (4):232
- [66] 刘小澄, 等. 解脲脲原体与不孕、早孕、生殖道炎症关系的探讨. 实用妇产科杂志, 1997. (6):

3~6

❀ 癥 瘕 ❀

癥瘕是指妇女下腹有结块，或胀、或满、或痛者。癥与瘕，按其病变性质有所不同。癥，坚硬成块，固定不移，推揉不散，痛有定处，病属血分；瘕，痞满无形，时聚时散，推揉转动，痛无定处，病属气分。其临床表现与西医所称的子宫平滑肌瘤、卵巢肿瘤、盆腔炎性包块、子宫内膜异位症相似。若小腹肿块质地坚硬凹凸不平，固定不移，增长速度快者，多为恶性。结合辅助检查，确诊为恶性肿瘤者则预后不良。本章阐述女性良性生殖系统肿瘤，重点介绍子宫平滑肌瘤与卵巢肿瘤。子宫肌瘤是生殖系统最多见的良性肿瘤，多发于生育期妇女，发病率达到20%~25%或更高。常引起月经异常，出血量多，经期延长，周期缩短或不规则阴道出血，严重者出现贫血、不孕等症。西医学对本病的发病机理尚无定论，可能与卵巢功能失调、雌激素水平升高等有关。最常见的发病年龄为35~45岁，不孕的妇女尤为多见。很多患有子宫肌瘤的病人，或因无症状，或因肌瘤小，临床不易发现，多在妇科检查或辅助检查中发现。最新的流行病学资料表明，子宫肌瘤的发展近年来呈上升趋势，而且发病年龄趋于年轻化。

【今日临床】

1 诊断标准

关于癥瘕病的诊断标准，西医诊断多参考《妇产科疾病诊断与鉴别》与《临床疾病诊断标准与国家体检标准》中有关子宫肌瘤诊断而订。中医诊断标准按中华人民共和国卫生部制定《中药新药临床研究指导原则》与国家标准《中医临床诊疗术语》，及高等教育中医药类规划教材《中医妇科学》第五、第六版而定癥瘕的中医诊断与疗效评定标准，现采录如下：

1.1 石瘕诊断标准

1.1.1 临床表现

下腹部或胀、或痛、或满，甚或出血者，或影响经带胎产者，出现月经过多或过少、痛经、闭经、血崩、漏下不止、带下增多、堕胎、小产、不孕等。

1.1.2 检查

若包块较大者可见小腹部隆起，或可于腹壁上触及包块；包块较小者往往需运用西医的双合诊或三合诊检查，并进行B超、CT检查确诊。石瘕应属西医的子宫肌瘤，又称子宫平滑肌瘤，组织学检查可见瘤体由呈漩涡状排列的平滑肌与纤维结缔组织交叉组成，根据子宫肌瘤生长于子宫部位的不同，与子宫肌壁的关系等而分为肌壁间肌瘤、浆膜下肌瘤、粘膜下肌瘤3种类型，其诊断标准如下：

① 肌壁间肌瘤：生长于子宫壁肌肉层内，初发病时均为此类，往往影响子宫的收缩力，致经血量增多，经期延长，临床最多见。

② 浆膜下肌瘤：向子宫表面突出，与浆膜层直接接触，月经正常。

③ 粘膜下肌瘤：向子宫腔内生长，与粘膜层直接接触，有时可以从子宫腔长出伸到阴道内，往往形成带蒂肌瘤，最易引起阴道出血。

子宫肌瘤常为多发性，上述类型有 2 种甚至 3 种肌瘤同时发生者，称为多发性子宫肌瘤，根据妇科盆腔检查及 B 超、CT 检查可以确诊。

1.2 肠覃诊断标准

1.2.1 临床表现

子宫旁少腹内出现圆滑柔韧的肿块，一般不影响月经，临床上患者自觉小腹胀满；触及腹部包块活动，推之可移，时聚时散，或感疼痛，痛无定处。

1.2.2 检查

① 妇科检查：若包块较大者往往患者在腹壁上触及包块而就诊；包块较小者需运用西医的双合诊或三合诊检查，才能确定其包块部位、大小、软硬、触痛等。

② 实验室检查：宫颈活组织检查、阴道细胞学检查、诊断性刮宫、红细胞沉降率、甲胎蛋白测定、碱性磷酸酶测定、病理检查。

③ 其他检查：B 超、核磁共振、腹腔镜、腹部 X 线平片等检查，对盆腔肿块的诊断有重要意义。

2 中心证候特征

瘕瘕主要是指子宫、胞脉、胞络及冲任脉等部位发生的结块或伴疼痛的证候学特征。瘕与瘕既有区别又有联系。瘕亦为石瘕(亦称子宫肌瘤)，瘕为肠覃(亦为卵巢肿瘤等)。

2.1 石瘕主症

腹部肿物：浆膜下肌瘤常无其它症状，而是偶然情况下发现下腹部肿物，膀胱充盈时肿物上升更为明显，病人往往因此而就医。

阴道出血：浆膜下肌瘤常无阴道出血症状。肌壁间肌瘤较大时可有月经过多，往往伴有大血块，月经持续时间延长，间隔时间缩短，一般无不规则阴道出血。粘膜下肌瘤发生症状较早，症状较重，如果发生坏死、溃疡、感染时，则为不规则阴道出血。

压迫症状：肿瘤增大后可压迫临近器官，发生各种症状。如前壁肌瘤和宫颈前唇肌瘤可压迫膀胱发生尿频，甚至产生尿潴留。后壁肌瘤可压迫直肠发生便秘，阔韧带肌瘤可压迫输尿管发生输尿管积水、肾盂积水，而有明显腹痛。

疼痛：肌瘤在一般情况下不发生疼痛。浆膜下肌瘤发生扭转时急性腹痛，粘膜下肌瘤可刺激宫缩发生痉挛性痛；肌瘤红色变性时可引起剧烈疼痛，伴恶心、呕吐，体温升高，白细胞增多；肌瘤合并子宫内膜异位症时可引起痛经。

白带增多：肌瘤使子宫腔面积增大，子宫内膜腺体分泌增多，故白带多。粘膜下肌瘤表面如有表层溃疡，亦可白带多，如伴有感染还可有脓性白带。

不孕：25%~35%的子宫肌瘤患者不孕，可能由于肌瘤阻碍受精卵着床，由于宫腔变形或伴随卵巢功能失调等原因。

全身伴随症状：出血多可有继发性贫血的症状，如头昏、乏力、心悸等。

临床上应注意年龄偏大，生长较快与较大的子宫肌瘤，要排除子宫肌瘤恶性变。子宫肌瘤恶性变时为肉瘤变，约占子宫肌瘤的0.5%左右。

2.2 肠覃主症

腹部肿物：早期肿瘤较小，多无症状，也不影响月经及全身情况，往往在妇科检查时偶然发现。当肿瘤增至中等大小时，可感到腹胀，下腹不适或自己摸到肿块。多从下腹一侧向上增大。常呈球形，若蒂长，肿块可自由活动。肿瘤很大而占满盆腔时，可产生压迫症状如尿频、尿意，还可由于膈肌受压迫，出现呼吸困难以及行动不便等症状。

腹部检查：小的肿瘤无明显体征。若肿瘤较大，腹部可隆起并触及块物，叩诊时瘤体呈浊音，多无移动性浊音。

妇科检查：在子宫一侧或两侧可扪及囊性或实性的球形肿物，表面光滑可活动，与子宫不相连。若肿瘤很大，或与周围器官粘连，往往占满盆腔和腹腔，不易辨出肿瘤界线，也不易推动。穹窿部可有胀满感。

若肿瘤生长迅速，病人在短期内可有腹胀感，可出现腹块及腹水要考虑恶性肿瘤。应尽快手术治疗。恶性肿瘤不属此病讨论范畴。

3 病因病机

3.1 原发病因病机

正气虚弱，血气失调，气滞是癥瘕的起病因素。

生活所伤，内伤七情，妇女经期产后，正气虚弱，血室正开或房事不节，或恚怒伤肝，忧思伤脾等均可引起气血失调，气血郁滞，形成癥瘕。

3.2 继发病因病机

3.2.1 气滞

气滞是癥瘕的起始因素，是病理演变的中心环节，气滞的形成多为七情内伤，主要指恚怒伤肝，忧思伤脾。另外由于妇女经带胎产屡耗阴血，肝木失养，稍有七情引动，则易失却条达之性。疏泄失常，气血郁滞，多成瘕疾。气滞日久生瘀、凝痰，可转化为癥瘕。

3.2.2 血瘀

血瘀的形成，除气滞所致外，还有妇女的特点，如经期产后，正气虚弱，血室正开，若感受风寒，则与血相搏；或房事不节，余血败精内留等，均可致瘀。瘀血结于胞宫，多为有形可征，推之不移之癥瘕。

3.2.3 痰湿

痰湿的形成，与肝脾肾功能失调有关。因肝主疏泄，调畅气机；脾为枢纽，运化水湿；肾乃水脏，开阖司从，气化膀胱。然痰湿致癥，每多与气血相并，因为津液亦随气血而运行，小腹经脉丛集，气血易于瘀滞，津液随之蕴蓄而成。亦可因痰湿内蕴日久化热，致湿热与瘀血相并为癥者。

3.2.4 毒热

经期产后，胞脉空虚，余血未尽之际，外阴不洁，或房事不禁，感染邪毒，入里化热，毒热相搏结，瘀阻冲任，结于胞脉而成癥瘕。

3.3 病 位

病变部位在子宫、胞脉、冲任。

3.4 病 性

癥瘕形成，其病理性质，初起多实，久则每多虚实夹杂，致成痼疾。

3.5 病 机 转 化

本病病因虽有多端，但气滞是癥瘕的起始因素，是病理演变的中心环节，气滞日久生瘀、凝痰，可转化为癥积。瘀结成癥后可有两种发展，其一损伤阳气，整体功能衰退，出现虚寒状态，导致水湿不运，泛滥而见浮肿、腹水；再者是耗损阴血，肌肉经脉失养，虚热内生，热灼血络，可见反复性不规则阴道出血。总之病理演变主要是气滞血瘀，至于痰湿、毒热等均是促成气滞血瘀的病理因素；病变部位在子宫胞脉冲任，本病后期，往往虚实错杂，致成疑难痼疾。

4 临 证 思 路

4.1 抓 住 主 诉

病者往往因下腹肿块与阴道出血量多或不规则出血或不孕就诊。

4.2 分 析 病 位

癥瘕病位在子宫胞脉冲任，临证时，一般要根据患者伴随的症状，下腹肿块情况是固定或是推之可移，阴道有无出血，有无月经量多或量少，有无痛经或平时下腹部胀痛，以及腹痛拒按还是痛无定处，再结合妇科检查、腹部检查，了解下腹肿块是子宫的肿瘤还是卵巢的肿瘤或是炎症肿块、陈旧性宫外孕等；或通过辅助检查 B 超与 CT、核磁共振等综合分析。子宫肌瘤者病在胞宫，属于石瘕；卵巢肿瘤、炎症包块、陈旧性宫外孕等病位在胞脉、胞络，属于肠覃范畴。

4.3 确定病性、病程，分虚实，辨善恶

妇女子宫或胞脉、胞络等部结成包块，伴有或痛、或胀、或满，或影响经、带、胎、产诸证，临床上出现月经过多或过少、疼痛、闭经、血崩、漏下不止、带下增多、堕胎、小产、不孕等。为了及早防治，要求早期诊断，早期发现，根据患者主诉症状与肿物病位及体征，注意如下情况：

4.3.1 分辨病之性质

包块坚硬者，多为血瘀；聚散无常者，多为气滞；包块呈囊性感触痛者，多为湿热

症；包块软而绷紧者，多为痰积。

4.3.2 从病程分虚实

病之初期，肿块胀痛明显者，此乃邪实为主；中期包块增大，质地较硬，隐隐作痛，月事异常，面色欠润者，多邪实正虚；晚期胀痛加重，肿块坚硬如石，全身羸弱者，正虚为主。

4.3.3 辨善恶

癥瘕发展缓慢，按之柔软活动，精神如常，面色有光泽者多为善证；若癥瘕日益增大，按之坚硬如石，疼痛甚剧，伴有或崩或漏，或五色带下，形瘦面黯者，多为恶证。

4.4 治法概要

4.4.1 治疗原则

根据辨证确定治疗原则，本病辨证，重在气病、血病、新病、久病。病在气者，以理气行滞为主，佐以理血；病在血者，以活血破瘀散结为主，佐以理气。新病体质较壮者，宜攻宜破；久病体质较弱者，可攻补兼施，或先攻后补，或先补后攻，随证施治。并需遵循“衰其大半而止”的原则，不可猛攻、峻伐，以免损伤元气。

4.4.2 具体治疗方案与步骤

癥瘕的形成非短期而致，属顽疾痼疾，特别是子宫肌痛，临床上往往伴有月经血增多，经期延长，周期缩短。因病程长，出血多，气随血耗导致气虚；气虚运血无力，血流缓慢，停蓄胞宫，日久成瘀。临床上常发现子宫肌瘤患者同时合并有盆腔炎、卵巢肿瘤、子宫内膜异位症、不孕症等。在施治中可根据病变的主要矛盾及矛盾的主要方面而用药，这就要注意临床观察表现，气滞血瘀、阴阳失调常是这些病变的主要矛盾，可采取异病同治的方法适当考虑病变的特殊症状。按月经周期的不同时期而调治，制定具体治疗方案与步骤，促进患者早日康复。

4.4.2.1 平时诊治

4.4.2.1.1 石瘕的平时诊治 临床治疗子宫肌痛，有以下因素可予中草药保守治疗者：子宫肌瘤中等大小(小于妊娠3个月)、处于浆膜下或肌层内，诊断明确，无不规则阴道出血者；或近绝经期；或因其他原因不适宜手术治疗者；经内膜病检排除恶性变后；已经手术剔除，肌瘤又复发者；未生育，要求保守治疗者。此类患者临床上身体尚壮实，石瘕硬实，治疗上以活血化瘀，软坚散结消瘕为治疗原则。方药可选用桂枝茯苓丸加三棱、莪术、海藻、生龙骨、生牡蛎、穿山甲等。在此基础上调治，可控制肌瘤的生长，促使天癸早绝，免除手术之苦，对小型肌瘤有消散作用，对中型子宫肌瘤可使之控制生长，缩小肌瘤。

4.4.2.1.2 肠覃的平时诊治 肠覃多见于卵巢囊肿，可见于单侧或双侧，经妇科检查与B超确诊，肿瘤直径小于5cm，患者要求保守治疗，可予保守治疗。对于卵巢肿瘤病程短，而肿瘤增长速度快，有恶变趋势的患者，采取西医手术治疗为妥。肠覃在治疗中多采用行气导滞，破瘀消瘕为治疗原则，可用香棱丸加减而收效。

4.4.2.1.3 瘕瘕并不孕、月经过多的治疗 此类患者临床上往往表现为气滞血瘀、阴阳失调。根据证候特点，一般给予养血化瘀，消瘕散结，可用桂枝茯苓丸合四物汤加五爪龙、党参。此治疗的目的主要是养血化瘀，扶正祛邪，提高机体的免疫功能而达到消瘤。

4.4.2.1.4 癥瘕并妊娠的治疗 癥瘕患者并妊娠，此类患者临床上往往见于癥瘕并不孕经治疗后怀孕，胞宫中的胚胎属于珍贵胚胎，在治疗上应治病与安胎并举。临床上随着妊娠月份增大，肌瘤亦增大迅速，可出现肌瘤红色样变时患者表现为下腹妊娠子宫并局部的肌瘤隆起伴触痛明显。治疗上可在安胎的基础上加理气和血药，临床上可用寿胎丸《医学衷中参西录》(菟丝子、桑寄生、续断、阿胶)合圣愈汤《兰室秘藏》(人参、黄芪、当归、川芎、熟地黄、生地黄)加减。

4.4.2.2 行经期诊治 对于癥瘕并月经过多经期治疗可以减少月经量、改善症状。“补消结合”的治疗方案较适用于月经过多、淋漓不断的癥瘕患者，于经期、非经期“补”与“消”各有偏重。一般行经期应停服活血消癥中药与综合治疗(外敷与保留灌肠)。笔者用加味失笑散治疗，若患者气虚血瘀临床表现为月经过多，舌质淡黯，舌体胖大，脉沉细或细弦且伴有头晕无力、小腹下坠、气短懒言之症，治疗上应益气缩宫祛瘀止血。方选用失笑散合举元煎(人参 黄芪 白术 升麻 炙甘草)加益母草、煅龙骨、煅牡蛎。若患者阴虚血瘀临床表现为经行量多，经色黯红或鲜红，夹血块，伴口干咽燥，大便干结，舌红苔薄，脉细数。治疗上应养阴清热、祛瘀止血，方选用失笑散合保阴煎(生地 熟地 黄芩 黄柏 白芍 山药 续断 甘草)加茜草根、贯众炭、槐花等。

癥瘕伴有癥经，临床上多见于子宫肌瘤合并有腺肌症患者。可根据患者具体情况制定治疗方案，一般以活血理气调经止痛消癥为治疗原则，在月经前3~5天开始改服祛瘀消癥、调经止癥中药，可选用《医林改错》内的血府逐瘀汤或少腹逐瘀汤或膈下逐瘀汤。

4.4.2.3 子宫肌瘤在选方用药上需注意以下几个方面：

前面已经陈述子宫肌瘤的发生与卵巢功能失调，肌瘤组织中雌孕激素受体和雌二醇的含量较正常组织增高有关。临床以粘膜下及肌壁间肌瘤所表现的月经异常、出血量多、不孕对机体的影响较大。本病在选方用药上需注意以下问题。

整体与局部的关系

本病形成虽为瘤体局部的瘀血凝结，痰浊胶粘，壅滞经脉所致，但更与整体的肝、脾、肾三脏功能失调，气血不和有关，其中脾肾之气不足，血运乏力尤为明显，我们在化瘤方中，均需注意提高整体功能，酌加补气行血之品。在补法运用过程中，要重视全身症状与舌脉的辨证，有条件的可测定机体的细胞免疫，血流变及微循环指标的变化，而选用温补与清补两法。如见舌质淡黯、舌体胖大有齿印，脉沉细，头晕腹坠、少气懒言者当以温补为主，常选用黄芪、党参、桂枝、鹿角片，温经通脉，助气运血；如见舌黯红边有瘀点，脉细涩，口干舌燥，大便秘结者当以清补为主，常选玄参、太子参、鳖甲、生地黄以养血滋阴，凉血消癥。从测定的部分子宫肌瘤患者的细胞免疫功能来看，用补气化瘀方后，随着瘤体的缩小及全身疲乏现象的改善，细胞免疫的多项指标均获显著改善，并随着疗程的延长而显著提高。

治标与治本的关系

子宫肌瘤属于中医“癥瘕”，就症状与病因而言，其本为癥积瘤体，其标为月经过多，本病以气虚血瘀为主，故应采取攻补兼施治法。在经期、非经期，“攻”与“补”各有侧重，非经期以攻为主，寓补于攻之中，活血化瘀，软坚消癥着眼于治其本，出血期当以摄血以治标为先，又要防其“离经之血”残留为患，常配用三七、茜根止血不留瘀之品。

“四草汤”即马鞭草、鹿衔草、益母草、茜草对粘膜下肌瘤致瘀块量多者有良效。在治本消癥中，桂枝茯苓丸，大黄廑虫丸、橘荔散结丸、百消丹等是常用成药，在选药上具有特殊消癥的药物如山慈菇、血竭、老紫草、海藻、水蛭粉均可酌情加入。由于瘀血内停是子宫肌瘤形成的主要原因，在非经期除用一般化瘀之品如三棱、莪术、石见穿之外，选用软坚散结之品亦属重要一环。我们在临床选夏枯草之苦寒，水蛭、海藻之咸寒，能软坚消癥，破瘀不伤新血。山慈菇甘寒散结之力尤强，其有效成分能显著抑制肌瘤细胞核的分裂，老紫草为清热凉血之佳品，且能有效地对抗促性腺激素的释放，对更年期子宫肌瘤出血量多患者尤为适宜，浙贝母苦寒长于清火散结，多用于瘀血与痰湿胶结为患的肌瘤病者。

注意子宫肌瘤与他病的关系

在临床中我们常发现有些患者同时合并有盆腔炎、卵巢囊肿、子宫内膜异位症等，施治中可根据病变的主要矛盾及矛盾的主要方面而用药。临床观察表明，气滞血瘀、阴阳失调常是这些病变的主要矛盾，可采取异病同治的方法适当考虑病变的特殊症状，按月经周期的不同时期而调治，如合并有盆腔炎者，急性期重在解毒化瘀，慢性期重在散寒化瘀，合并有子宫内膜异位症者经前重在通腑化瘀，经期重在理气止痛。

4.4.2.4 癥瘕的转归

在癥瘕的治疗过程中，患者临床症状消失，盆腔肿块缩小或消失而达到治疗目的，病势向顺发展，可按临床治疗标准衡量(参考疗效评定标准)。如出现以下情况者不适宜保守治疗，应考虑手术治疗：如子宫肌瘤超过3个月妊娠大小，治疗期间肌瘤增大明显，带蒂粘膜下肌瘤，或月经过多，继发重度贫血。卵巢肿瘤直径超5cm以上，或卵巢肿瘤为实性或B超示肿瘤内壁乳头状突起，或短期内肿瘤增大明显，卵巢肿瘤急性蒂扭转者。

癥瘕患者应定期随访，一般以2~3个月检查1次，包括妇科检查与B型超声波诊断，若发现腹胀、腹痛、阴道排液增多和不规则阴道流血应立即就诊，往往有变性可能，尤其在绝经期前后更应积极随访，预防恶变。

患有子宫肌瘤不宜放置宫内节育器，尤其有肌壁间肌瘤和粘膜下肌瘤，以免造成经量过多和经期延长。肌瘤患者也不宜口服避孕药，最好由男方采用避孕措施。

5 鉴 别

与妊娠的鉴别 妊娠者有停经史、早孕反应，子宫增大与停经月份相符，质软囊性感；与盆腔肿块不同，借助妇科检查、妊娠试验、B超检查等可明确诊断。

与癃闭的鉴别 癃闭是尿液在膀胱内积聚，不能溺出的疾病。虽有小腹膨隆、胀、满痛等症，但导尿后诸症便可消失。B超检查两者显示不同声像，可资鉴别。

6 临 床 治 疗

6.1 分 证 论 治

6.1.1 气滞

临床表现：结块不坚，推之可移，部位不定，痛无定处，或有经行后期量少，经行腹痛，或带下偏多。小腹胀满，胸闷暖气，精神抑郁，苔薄润，脉沉弦。

病机分析：疏泄失常，气血不和，乃生癥瘕。然以气滞为主者，必积块不坚，部位不定，推之可移，疼痛每随气聚而作，气行则止，病在小腹，肝失条达，气机不畅，故小腹胀满；肝气上逆则暖气，胸闷；肝失疏泄，则精神抑郁；气机郁滞，血行受阻，可见经行后期、量少；经血滞于胞中，故痛经；肝旺克脾，湿邪内生，则带下量多；脉沉弦乃气机不畅之象。

转归：本证一般以肠覃(卵巢肿瘤)较多，以子宫旁少腹内出现圆滑柔韧的肿块为主，临床治疗宜疏肝解郁，行气散结，若调治得当，腹满胀痛，精神症状等消失快，腹部肿块消缩则较慢。在治疗过程中，特别应强调避免七情六欲，否则精神刺激，生活不慎，复感外邪均可使症状加重并发它症。同时服药期间，定时妇科检查与B超等测定，动态观察病程发展，若病人在短期内腹胀感加重并出现腹水，妇科检查与B超提示肿瘤生长迅速，要排除肿瘤恶变。

治法：行气导滞，破瘀消癥。

方药：选用香棱丸或大七气汤。

香棱丸。

木香 丁香 三棱 枳壳 莪术 青皮 川楝子 小茴香

诸药为细末，面糊为丸，如梧桐子大，朱砂为衣，取其护心宁心之意。

加减：若伴有月经不调，经行后期量少者，可加香附、丹参以助血行；经行腹痛剧烈者加延胡、田七加强理气止痛之效；带下过多，加茯苓、白芷健脾利湿。

大七气汤。

制香附 青皮 陈皮 藿香 醋三棱 醋莪术 苦桔梗 肉桂 益智仁 炙甘草

综合全方，行气导滞，开郁破结，缓缓调治，以防伤正。

加减：若兼食积，症见胸脘痞满，吞酸泛恶，腹部胀硬疼痛，大便秘结，或溏泄不畅，舌苔厚腻，脉象弦涩，宜理气开郁，消食导滞，用开郁正气散。(制香附 青皮 陈皮 白术 茯苓 炒山楂 炒神曲 炒麦芽 桔梗 砂仁 海粉(海蛤代) 延胡索 炙甘草)。

临证参考：本证以气滞肠覃为主，故治以行气导滞，破瘀消癥。病人突然下腹剧痛，妇科检查时发现卵巢肿瘤蒂部有触痛应考虑急性蒂扭转，应采取措施积极抢救，手术治疗。病人腹痛，肿块触痛伴发热，血象白细胞升高，核左移时考虑合并邪毒侵入，治以清热凉血解毒，理气消癥，口服上药加清热解毒药如五味消毒饮：金银花、野菊花、紫花地丁、紫背天葵子、蒲公英。并配合综合治疗：用鱼腥草注射液(南方制药厂)20ml加入5%的葡萄糖注射液250ml作静脉滴注；复方丹参注射液(南方制药厂)40ml加入5%的葡萄糖注射液250ml作静脉滴注；下腹部局部用双柏散水蜜(广州中医药大学)200g外敷，每日1~2次。并用20%复方毛冬青灌肠液(广州中医药大学)100ml保留灌肠，每日1次，综合治疗10~14天为一个疗程。经期停用灌肠与外敷药。患者服药后若腹胀痛症状加重并出现腹水，B超与妇科检查发现下腹肿块增大迅速时或服中药后腹部包块缩小不明显反而增大，直径超过5cm，可采用西医手术治疗。

6.1.2 血瘀

临床表现：胞宫积块坚硬，固定不移，疼痛拒按，月经量多或经期错后，色紫黑有血块。面色晦黯，肌肤乏润，口干不欲饮水，舌边瘀点，脉象沉涩。

病机分析：血瘀不行，气机被阻，积结成癥，故包块坚硬不移，痛而拒按。脉络不

通，血运失常，上不荣面，外不荣肌肤，故面色晦黯，肌肤不润；瘀血内阻，冲任失调，故月经量多，色紫黑有血块，或经行后期；津液不能上承，故口干不欲饮水；舌边瘀点，其脉沉涩，均属于瘀血内阻之征。

转归：本证一般属于血瘀石瘕，石瘕多属于子宫肌瘤。目前在妇科包块的治疗上采取辨病与辨证相结合的方法。子宫肌瘤，是常见的良性肿瘤，根据肌瘤的发生部位不同，可分为粘膜下肌瘤、壁间肌瘤、浆膜下肌瘤三种。临床多表现为月经过多、经期延长、周期缩短、或不规则子宫出血。此证若调治得当，症状能够较快得到控制。如月经量减少、经期正常，下腹疼痛、痛经等症状可改善或消失。但子宫肌瘤是石瘕，亦是痼疾，治疗的疗程较长，平时以活血化瘀，破积消瘕；经时对症处理为主。子宫肌瘤的消失与缩小或稳定不发展需要有耐心服药治疗。医者应对患者阐明服药的意义。同时服药期间亦每隔3个月定期复查B超，动态观察肿瘤发展情况，短期内症状加重或肿瘤增大明显者可通过诊断性刮宫送病检或宫腔镜、腹腔镜、B超、核磁共振等排除恶性变(肉瘤变)。

治法：活血化瘀，破积消瘕。

方药：选用桂枝茯苓丸，或大黄廑虫丸，兼血虚者增味四物散。

桂枝茯苓丸。

桂枝 茯苓 丹皮 赤芍 桃仁各等分，研细末，炼蜜为丸。

加减：若瘕块顽固，上方久服效果不显著者，可在汤剂中加入醋三棱、醋莪术，以增强逐瘀破积之力。若月经过多，崩漏不止者，加失笑散、血余炭等；带下多者加苡仁、白芷；疼痛剧烈者加延胡索、乳香、没药；月经过少、闭经者加牛膝、泽兰。

大黄廑虫丸。

若邪实正盛，肌肤甲错者可选用。

大黄 生地 桃仁 杏仁 白芍 甘草 黄芩 虻虫 水蛭 蛭螭 廑虫 干漆 上药研细末 炼蜜为丸，每丸10g，每次1丸，日服1~2次，空腹温黄酒或温开水送下。

全方重点在于化瘀破血，用丸剂者，取“峻药缓攻”之意。治疗偏热性的血瘀瘕瘕较重者为宜。

增味四物散。

熟地 当归 赤芍 川芎 醋三棱 醋莪术 肉桂 干漆(炒令烟尽)各等份，共为粗末，每服用15g，水煎服。

加减：若出现月经过多，或崩漏不止者，当先治其出血，可用加味失笑散以化瘀止血；带下量多，加苡仁、白芷以健脾利湿；经行腹痛甚剧加延胡、乳香、没药以化瘀止痛；月经量少可加刘寄奴、川牛膝、泽兰等活血通经。

临证参考：血瘀瘕瘕临床多见于子宫平滑肌瘤，亦是石瘕，属疑难痼疾，故以活血化瘀，破积消瘕为主。临证时可碰到以下几个实际问题，在处理上可供参考。

平时处理：以活血化瘀、破积消瘕为主，并加上软坚散结中药如生牡蛎、生龙骨、海藻等；兼顾其它症状如月经过多、贫血应佐以益气补血消瘕；如月经后期效顾调经，或合并不孕者经后在中药治疗的同时并辅以各方面的检查。如经后在中药治疗中同时进行输卵管通水试验(月经干净后3~7天)、免疫学检查、染色体检查、内分泌检查，配偶作精液常规检查等。若合并感染腹痛时可行综合治疗，口服中药方活血化瘀散结加清热解毒药如

五味消毒饮(银花 野菊花 蒲公英 紫花地丁 紫背天葵子),同时给予双柏散水蜜200g(广州中医药大学)外敷下腹部,20%复方毛冬青液(广州中医药大学)200ml保留灌肠,用清开灵注射液(地坛牌、北京中医药大学实验药厂)40ml加入5%的葡萄糖注射液250ml中作静脉点滴,每日1~2次;以上中药保留灌肠与双柏散水蜜外敷下腹部、静脉滴注清开灵注射液每一疗程可为10~14天。

月经期的处理:临证时可根据经量多少、经期延长、痛经程度处理。如月经过多糖经者经期应停服活血消癥方药与综合治疗,并改用祛瘀止血法。笔者用自拟加味失笑散,以五灵脂12g、蒲黄12g、益母草25g、田七末6g(冲)为主加减而显效。如月经过少、痛经者可选用血府逐瘀汤、少腹逐瘀汤、膈下逐瘀汤而获效。阴道不规则出血的处理:临证出现这种情况下要排除粘膜下子宫肌瘤与合并子宫内膜息肉或癌变等。可通过妇科检查与宫腔镜检查或子宫输卵管碘油造影术确诊,此种情况中医药治疗疗效不佳者,应动员患者采用手术治疗。诊断性刮宫送病理检查是不规则阴道出血排除癌变的首选处理方案。子宫肌瘤患者发病多在更年期,应排除恶性病变(肉瘤变、内膜癌变或癌前病变)方可考虑保守治疗。若发现有恶性变可能应首选手术治疗。

6.1.3 痰湿

临床表现:下腹部包块按之柔软,时或作痛,带下增多,色白质粘腻。形寒,胸脘痞闷,小便不多,舌苔白腻,舌质黯紫,脉细濡或沉滑。

病机分析:痰湿结于下腹,与气血相结,癥瘕乃成。包块系痰湿凝聚而成,故按之柔软,时或作痛;痰湿下注,故带下量多,色白而腻;痰湿内阻,则胸脘痞闷;脾肾阳气不足,故形体畏寒;苔白腻,脉细濡或沉滑,均为痰湿内阻之征;舌黯紫乃气血瘀滞之象。

转归:本证一般多见于卵巢肿瘤伴有子宫肌瘤,亦伴有宫颈炎,体质较虚的患者。若调治得当,症状很快得以改善。

治法:理气化痰,破瘀消癥。

方药:选用开郁二陈汤。

制半夏 陈皮 茯苓 青皮 香附 川芎 莪术 木香 槟榔 苍术 甘草 生姜

加减:若脾胃虚弱,纳呆神疲者,上方去槟榔,加白术、党参以健脾益气;若体壮形实者可加金礞石、葶苈子攻逐之品。

临证参考:痰湿癥瘕一般多兼有脾肾虚弱证,临证用理气化痰,破瘀消癥药中要兼顾扶正,给予固肾健脾补气之药如党参、五爪龙、白术、桑寄生。此类患者多合并有慢性宫颈炎,可配合外治法:如舒乐宁外洗液、舒乐宁阴道栓(广州中医药大学)或保妇康阴道栓作阴道灌洗与纳药,亦可在月经干净后3~7天采用物理治疗宫颈炎如电熨术、激光治疗、火熨术、冷冻治疗法等,可一次性治好宫颈炎。消除慢性宫颈炎引起的带下增多症。

6.1.4 毒热

临床表现:小腹有包块拒按,下腹及腰骶疼痛,带下增多,色黄或五色带杂下,可停经期提前或延长,经血量多,经前腹痛加重。发热口渴,烦躁易怒,便秘溲黄,舌红、苔黄腻,脉弦滑数。

病机分析:湿热积聚,蓄久成毒,阻滞冲任,气滞血瘀,结而成癥瘕,效小腹有包块拒按,下腹及腰骶疼痛;湿热蕴结,损伤任带二脉,任脉不固,带脉失约,湿浊下注,故

带下量多，色黄臭秽；热扰冲任，迫血妄行，又瘀血内阻，血不归经，故经期提前或延长，经血量多；瘀血内停，气机不畅，经前血海盛满，故经前腹痛加重，烦躁易怒；毒热壅盛，营卫不和，故发热口渴；热邪伤津，故便秘溲黄。舌红，苔黄腻，脉弦滑数，为湿热毒邪内蕴之征。

转归：本证一般多见于下腹胞中结块或一侧腹部包块合并感染邪毒或是盆腔炎症包块，因此出现腹痛、发热口渴便秘溲黄等一派毒热壅盛的证候。此类患者起病症状较严重，起病后数天内变化较多，可出现寒战高热、下腹剧痛拒按。若调治得当，病情很快趋向平稳，高热退，大便通畅，小便正常，腹痛减轻，此时病势向顺境发展。若经积极处理后仍腹痛未见好转，高热不退，妇科检查与B超、核磁共振检查，若确诊为脓肿形成或急性卵巢肿瘤蒂扭转合并感染时，要采用综合措施抢救或手术治疗。

治法：清热解毒除湿，破瘀消癥。

方药：选用银花败酱饮加味或大黄牡丹皮汤。

银花败酱饮加味。

银花 败酱 土茯苓 炒荆芥 甘草 赤芍 丹皮 丹参 三棱 莪术 皂角刺
大黄牡丹皮汤。

大黄 牡丹皮 桃仁 冬瓜仁 芒硝

加减：腹部包块触痛明显者可加炙山甲、三棱、莪术破瘀消癥。

临证参考：本证以邪热、瘀血、湿毒等邪实为主。故以祛邪为先。病情重者，多需采用综合治疗措施积极抢救。除以上口服中药外，还需要积极用静脉滴注、物理降温、外敷、中药保留灌肠等多种治疗途径给药。静脉滴注醒脑静 20ml (广州中医药大学附属一院) 加入 5% 的葡萄糖液 250ml，同时用清开灵注射液 (地坛牌，北京中医药大学实验药厂) 40ml 加入 5% 的葡萄糖注射液 250ml 作静脉滴注，每日 2 次，较严重者宜根据药敏试验选用抗生素。下腹部外敷双柏散 (广州中医药大学附属一院) 200g 每日 2 次，并常配合清热解毒祛瘀的中药保留灌肠，如用 20% 复方毛冬青液 (广州中医药大学附属一院) 200ml 保留灌肠，每日 1 次，10~14 天为一疗程。此类患者应卧床休息，取半坐卧位有利于脓液积聚于子宫直肠凹陷而使炎症局限，给予充足的营养及水分，尽量避免不必要的妇科检查，以免引起炎症的扩散。

6.2 按主症辨证论治

临床上，癥瘕病人多表现为某些症状比较突出，针对主症的治疗，往往是临床的重点，但总以癥瘕病中心证候为主，临床上采取辨病与辨证相结合的方法。

6.2.1 石癥

下腹胞中结块坚硬，固定不移，疼痛，伴月经量多，夹血块，色紫黑，素体较壮实，口干不欲饮水，舌边瘀点，脉象沉涩。

平素身体较壮实，妇科检查发现以壁间子宫肌瘤为主，患者血瘀不行，气机被阻，积结成癥，故积块坚硬不移；下腹疼痛，瘀血内阻，冲任失调，故月经量多，夹血块，色紫黑；津液不能上承，故口干不欲饮，舌边瘀点，其脉沉涩，均属瘀血内阻之征。

治法：(非经期)活血化瘀，软坚散结消癥。

方药：桂枝茯苓丸加味。

桂枝 茯苓 丹皮 芍药 桃仁 三棱 莪术 生龙骨 生牡蛎 海藻

笔者在临床上用此方煎服治疗子宫肌瘤患者，不但临床症状得到改善，而且局部肌瘤得以控制，并能够明显缩小甚至消失。

治法：(经期)祛瘀止血，益气缩宫。

方药：失笑散加味。

五灵脂 蒲黄 益母草 田七末(冲) 生贯众 花蕊石 煅龙骨 煅牡蛎 五爪龙

临床上由于子宫壁间肌瘤偏粘膜层会出现月经过多，夹血块，往往伴有痛经，用上述五灵脂、蒲黄、益母草、田七末祛瘀缩宫止血；生贯众、花蕊石祛瘀止血；五爪龙、煅龙骨、煅牡蛎益气止血。

6.2.2 肠覃(湿毒)

下腹包块时或胀满作痛，伴有肛门下坠疼痛，积块不坚，大便秘结，尿黄，带下色黄臭秽，发热口干。舌红苔黄腻，脉弦滑数。

气滞则下腹包块不坚，气机不畅则小腹胀满疼痛，湿热毒积聚下焦，阻滞冲任，气滞血瘀结而成癥瘕则出现下腹伴肛门下坠疼痛；湿热蕴结，损伤任带二脉，湿浊下注故带下色黄臭秽。毒热壅盛，营卫不和故发热口渴，热伤津液故大便秘结、尿黄、舌红、苔黄腻，脉弦滑数为湿热毒邪内蕴之征。

治法：清热解毒，凉血化瘀消癥。

方药：五味消毒饮合大黄牡丹皮汤。

蒲公英 金银花 野菊花 紫花地丁 紫背天葵子 大黄 丹皮 桃仁 冬瓜仁 芒硝

笔者在临床上用上述方剂煎服治疗盆腔炎症包块或卵巢肿瘤合并感染者，能够使临床症状较快得到改善，效果尚好。

6.3 临床用药经验与体会

中医治病讲究理法方药的完整统一，组方遣药当识病机。根据证候，在治法指导下加以灵活运用，目的在于追求满意的疗效。近代医家经验不一，用药特点各异，大大丰富了癥瘕病的方药辨证体系。以下所述是综合有关中医专家治疗癥瘕的临床用药心得体会。

6.3.1 活血祛瘀软坚散结消癥药

活血化瘀、软坚散结是治疗癥瘕疑难痼疾的大法。实验研究初步证实气滞血瘀→子宫肌瘤→活血化瘀的关系。许多实验证明肿瘤患者血粘度明显高于正常人。治疗子宫肌瘤都离不开活血化瘀，降低血粘度，改善内环境以达消瘤之目的。正盛邪实，单纯气滞血瘀者疗效为优。药用活血化瘀如桂枝、丹皮、桃仁、赤芍温通血脉，活血化瘀消癥；理气消滞散结药如丁香、木香、小茴香、川楝子、枳壳、槟榔疏肝理气消滞；活血破瘀消癥药如三棱、莪术、虻虫、水蛭、蛭蟥、虻虫等药能搜剔脉络，破瘀消癥。遵《内经》“坚者削之”，“结者散之”的治则，临床上配以软坚散结药如鳖甲、穿山甲、生龙骨、生牡蛎取其软坚散结化瘀消癥。

6.3.2 祛瘀益气止血药

子宫肌瘤患者，因病程长，月经过多，经期延长，气随血耗，临床上可见一部分肌瘤患者的舌质淡黯，舌体肥大，舌边有齿痕，脉细弦等血瘀气虚之证。此类病人除月经过多、经期延长外伴有头晕无力，小腹下坠、气短懒言等一派气血虚证。故减少经量、缩短经期、调理冲任是经期用药的关键。“补消结合”的治疗原则适合于血瘀气虚的患者。非经期以补气化瘀为主，着重于“消”，月经期以祛瘀摄血为先，着重于“补”，故临证时经期用五灵脂、炒蒲黄、益母草、田七末、花蕊石、贯众、煅龙骨、煅牡蛎、五爪龙、太子参、党参等祛瘀益气摄血，停用活血散结消癥中药。

6.4 癥瘕病变证的治疗

癥瘕病常见的变证有急性腹癥、血崩。

6.4.1 急性下腹癥

急性下腹痛在癥瘕病中时有发生。

肠覃(卵巢肿瘤)或浆膜下肌瘤由于蒂部较长，突然体位改变引起急性蒂扭转，此时患者临床表现呈痛苦面容，下腹剧痛，伴恶心呕吐等，在明确诊断后要按急腹症给予抢救手术治疗。

临床表现：癥瘕在治疗期间，复感湿热毒邪，患者出现恶寒发热，伴下腹疼痛拒按，体温升高，白细胞增多，大便秘结，溲黄，带下色黄臭秽。舌红苔黄腻，脉滑数。

治法：清热解毒，泻下破瘀消癥。

方药：解毒活血汤合大黄牡丹皮汤

连翘 葛根 柴胡 枳壳 当归 赤芍 生地 红花 桃仁 甘草 大黄 丹皮 桃仁 冬瓜仁 芒硝

此二方合用能清热解毒，凉血化瘀，泻下破瘀消癥。此证患者常配合中药的保留灌肠与中药外敷，并配合静脉用药以提高疗效。(可参考毒热癥瘕的治疗方案)

6.4.2 血崩

临床表现：石瘕患者中由于子宫肌瘤增大使子宫内膜面积增加，子宫肌壁间肌癥妨碍子宫收缩，或粘膜下肌瘤发生坏死感染时可出现月经增多，不规则阴道出血，甚至血崩，短时间内患者阴道出血量多如崩，往往出现贫血症状，如头晕、乏力、心悸、舌淡胖，脉细等一派气虚血瘀之征。

治法：益气摄血，佐以祛瘀止血。

方药：举元煎合失笑散。

人参 黄芪 炒升麻 炙甘草 炒白术 五灵脂 蒲黄

加减：亦可在此基础上加花蕊石、益母草、茜草炭、海螵蛸加强祛瘀止血。

石瘕出现血崩情况时除服药外在治疗方面应采用多种治疗手段，如加上针刺、艾灸、输血、输氧、输液等，加强子宫收缩而达到减少子宫出血的目的，病情稳定后粘膜下肌癥以采用手术治疗为宜。

6.5 外 治 法

癥瘕外治法亦是常用的治法之一。临证时常用活血化瘀、清热解毒中药外敷下腹部与

保留灌肠、阴道灌洗、坐浴等，通过对脐与小腹的温热刺激，使直接使作用到病变处。因脐下腹膜有丰富的深浅静脉丛，直肠壁与子宫的血循环丰富，这些均有利于药物的穿透弥散而进入血循环，直接促使病灶的软化，消散与吸收。配合口服、内外同治，治疗途径多样化，改善了症状，缩短了病程，也提高了疗效。以下简单介绍笔者常用的外治法：

6.5.1 外敷法

双柏散(广州中医药大学经验方)

大黄 1000g 薄荷 黄柏 泽兰 各 500g 侧柏叶 1000g。共研细末，开水、蜜调敷。

功效：祛瘀止痛，清热解毒。

此方为瘀热郁结肢体诸痛之外用方。血瘀化热、跌打积瘀、瘀热互结，阻滞经络，经络不通则筋骨疼痛、或红肿发热。故方中以侧柏叶清热凉血止血，黄柏清热解毒，共为主药，辅以大黄清泄瘀热、凉血解毒，泽兰活血祛瘀，薄荷疏风消肿，使瘀去热清，红肿疼痛可除。

临床适用于胸痛、腹痛或跌打初期红肿热痛者，外敷本药散，起到祛瘀止痛兼以清热解毒作用，以促进包块的吸收。

用法：双柏散水蜜 200g 外敷下腹部，每日 1 次，10~14 天为一疗程。

6.5.2 保留灌肠法

20% 复方毛冬青液(广州中医药大学附属一院经验方)

功效：祛瘀消肿止痛，清热解毒。

临床适用于盆腔炎、阑尾炎、盆腔炎症包块等。

用法：20% 复方毛冬青液 200ml 保留灌肠，每日 1 次，10~14 天为一疗程。

6.6 针灸疗法

针灸疗法包括针刺与灸法两个部分，它们都是通过对经络、腧穴的刺激，以调节人体气血阴阳，达到扶正祛邪，治愈疾病的目的。针灸治疗癥瘕既可单独使用，又可配合或综合应用，对于提高本病的临床疗效有明显的帮助。

常用的组方选穴：

主方甲组：关元、水道、足三里、三阴交为主，留针 10~20 分钟，不直刺包块部位，不在经期进行。

主方乙组：子宫穴 取双侧针刺 0.8~1 寸

曲骨 直刺 0.6~0.8 寸

横骨 直刺 0.6~0.8 寸

3 个腧穴为主，可交替使用，并配合腰部和下肢的腧穴针刺。

6.7 物理疗法

在癥瘕的物理治疗中，主要有红外线灯与 TDP 特定电磁波治疗。现重点介绍 TDP 特定电磁波治疗器。

TDP 特定电磁波治疗

TDP 是根据特定电磁波效应研究成功的一项重大成果。它对生物有促进新陈代谢，改

善血液循环,促进生长、发育和调节生理机能,是一种见效快、无疼痛、用途广的医疗保健仪器。适用于妇科疾病如盆腔炎、盆腔炎症包块、陈旧性宫外孕等。

使用说明:

使用时电源电压应与机型要求的电压一致,按下开关或旋转定时器预热4~6分钟即可照射。

照射部位应裸露,照射部位与辐射头距离约30cm。

照射时间一般每次30~60分钟,每天1~2次,7~10天为一个疗程。

6.8 西医治疗撮要

西医治疗可采取非手术和手术治疗,应根据病人年龄、是否保留生育功能、肿瘤大小、有无症状以及全身情况等全面考虑后决定。

6.8.1 观察随访

年近绝经期妇女,肌瘤生长缓慢且子宫小于妊娠3个月大小,无月经过多或压迫症状者可随访,不给其它治疗,随访时间为3个月1次,一般绝经后肌瘤常可逐渐萎缩。但要估计到有肌瘤的妇女绝经往往较晚,在观察期间如肿瘤增大或有其它症状仍须考虑手术。

6.8.2 刮宫术

如肌瘤不大,有不规则阴道出血者,应先做诊断性刮宫,排除子宫内膜癌,刮出的子宫内膜病理切片检查如正常或属于良性疾病范围,可观察3~6月,因子宫肌瘤合并子宫内膜增生过长刮宫后可望好转,如无好转或有其他症状仍须考虑进一步处理。

6.8.3 性激素治疗

月经量较多,而肌瘤不大,已除外子宫内膜恶性病变的,可用雄激素治疗,雄激素直接作用于子宫肌层血管的平滑肌,使平滑肌收缩,并能对抗雌激素,使子宫内膜萎缩,减少出血量。可用甲基睾丸素10mg,每日1次,舌下含化。每月用药20天;或在出血多时用丙酸睾丸素25mg,肌肉注射,每日1次,连用3天,以后25mg每周肌肉注射2~3次。注意睾丸素每月用量不宜超过300mg,以免引起男性化征象。

6.8.4 手术治疗

凡肌瘤较大,症状明显或非手术治疗无明显效果者,应考虑手术治疗。现将手术治疗种类及其适应证分述如下:

6.8.4.1 粘膜下肌瘤经阴道摘除术 粘膜下肌瘤若已脱出于宫口外,可将蒂扭断使瘤脱落。如蒂较粗,可用弯止血钳将蒂挟住,将肌瘤切下,断蒂用铬制肠线缝扎,如不易缝扎,则肌瘤切除后可将血管钳挟住,留置24~48小时后取去。

6.8.4.2 经腹部肌瘤剔除术 适用于浆膜下或壁间肌瘤,肌瘤较大、单发或数少,未婚、不孕或有习惯性流产史的年青妇女。如剔除时怀疑肌瘤有恶变,则应放弃剔除而行全子宫切除术。作剔除肌瘤手术后,由于引起肌瘤的原因未消除,术时未观察到的小肌瘤可再长大,有可能需再作子宫切除术。对个别未婚或未育妇女患子宫粘膜下肌瘤,肌瘤在宫腔内,而症状严重者,可考虑剖宫剔除肌瘤,保留子宫,但应注意保护切口及外周组织,防止内膜种植而发生子宫内膜异位症。

6.8.4.3 全子宫切除或次全子宫切除术 是治疗子宫肌瘤最常用的手术方法,一般

作全子宫切除术，以防残留的宫颈以后发生癌性病变，但如果病人的一般情况差，技术条件受限制，也可行子宫次全切除术。年龄在45岁以下的病人，应考虑保留卵巢。子宫颈肌瘤与阔韧带内肌瘤应注意避免损伤输尿管，可先作肌瘤剔除，然后进行子宫切除，粘膜下肌瘤已突出于阴道内而须行子宫切除术者，可先作经阴道摘除；如有困难时，可先用双齿钳经阴道挟持肌瘤，然后进行腹部手术，经切夹子宫血管后切开子宫前壁，切断瘤蒂，将肌瘤自阴道取出，以防污染腹部术野，然后继续进行腹部手术。切下的子宫标本，须切开检查，以便及早发现恶变。

6.8.5 放射治疗

放射治疗只限于因严重合并症而不能进行手术者，采用照射卵巢人工绝经，可用深部X线或⁶⁰钴治疗，亦有采用宫腔内放疗，破坏子宫内膜。放射治疗的禁忌症为子宫粘膜下肌瘤及子宫肌瘤超过3个月妊娠大小者。

7 疗效评定标准

石痕：根据妇科内诊与B超检查判定疗效。治疗前后定时(B超检查时间在月经周期的第10~15天)、定人(妇科检查须由2名以上医师检查确定，检查的时间定为月经干净后3~7天)检查。妇科检查用妊娠子宫周数描述。

痊愈：肌瘤消失，临床症状消失。

显效：临床症状减轻或消失，肌瘤缩小1/2以上者。

有效：症状减轻或消失，肌瘤缩小1/3者；或停药以后肌瘤稳定，症状消失，持续半年以上者。

无效：症状无改善，子宫肌瘤未见明显缩小。

以上疗效评定标准是根据中华人民共和国卫生部制定《中药新药临床研究指导原则》而定。一般临证患者服药以2~3个月为一个疗程。

8 调摄护理

对于癥瘕患者的调摄护理，与其它妇科疾病有相同处，亦有不同处，总的原则促使病人早日康复，现介绍如下：

8.1 保 健

癥瘕者生活起居上要有规律，应劳逸适度，节性欲，内调七情，稳定情绪，保持气血和调，以利病体早日痊愈。

非经期时，可参加正常工作，但不宜过度劳累，可作适当之运动如打太极拳，多散步，同时慎起居，防外邪侵入。对于月经过多致体虚贫血者多卧床休息。癥瘕者房事方面不宜过频，粘膜下肌瘤者禁房事。

经期应保持外阴清洁，防止疾病发生，月经带、月经垫要清洁，或日光消毒。禁止性交、盆浴和游泳，对月经过多继发贫血患者经期避免过劳与精神刺激，应卧床休息。

8.2 饮食调护

对癥瘕者饮食调护临证时是经常碰到的问题，饮食上宜食清淡而有营养的食品，不宜过食辛热或寒凉冰冷，不吃发霉和烧焦的食物，少饮酒、不吸烟；平时除了食瘦肉、禽蛋类以增强体质外，还须多进食活血化瘀、消积除癥之品，如海带、海蜇、海藻、磨菇、木耳、山楂、甲鱼等。

8.3 心理调护

癥瘕是顽难痼疾，发病年龄以35~45岁者为多，且治疗疗程长，因此对此类病者的心理调护尤为重要。给予患者同情和理解，消除对癥瘕恐惧，使其对自身疾病有正确的认识。关于癥瘕心理调护的方法，根据前人所述，主要有以下三法：

开导式：这是精神疗法中的主要内容。凡是精神不畅，心情抑郁患者，均需采用本法。医者应以耐心细致、热情和蔼的态度，获取病人信任，运用针对性语言疏导，达到调气解郁的目的，使癥瘕患者解除顾虑，放下包袱，有信心地配合治疗，调动体内积极的抗病因素，尽快恢复健康。

静式：主要是指镇静催眠的方法，凡是情感异常激动者，失眠烦躁，均可用此法，除了语言、音乐的诱导外，可通过气功调理。

转移式：主要是指痛觉的转移，一般是在病痛的其他部位制造刺激，以此转移患者的痛觉。适用癥瘕伴有痛经者，强烈的耳针及腕踝针亦属此。不能排除针刺本身的止痛作用。此外利用音乐，或其他形式达到止痛目的。

9 康 复

癥瘕病情稳定或临床症状消失，子宫肌瘤消失或缩小，此期间已属癥瘕者康复阶段，但仍然需要治疗一段时间，以巩固疗效，继后一定要定期随访检查。定期随访的时间为3~6个月一次为宜，定期检查项目主要是妇科检查与B超。生活起居上要有规律，可适当参加一些运动，如打太极拳、散步；同时应劳逸适度，节性欲，内调七情。饮食方面宜食清淡而有营养之品，不宜过食辛燥或寒凉冰冷，不吃发霉和烧焦的食物，少饮酒，不吸烟。稳定情绪，保持气血和调，以防癥瘕复发。

【近代研究】

1 理论研究

1.1 病证名称与定义

癥瘕一病，基源于《素问》，而《灵枢》则有妇科癥瘕——石瘕的病位、病因病机、临床表现和治疗以及与肠覃的鉴别诊断等方面的叙述。后来医家如张仲景、张景岳等有更多阐发。由于历代医家语义概念纷杂，人们对本病病名之认识难达统一。“癥病”、“瘕病”、“癥瘕”、“积聚”、“石瘕”等名称，散见于临床各类报道之中，且与内科癥瘕常混淆。为

规范病名,方便临床诊断治疗,1993年国家卫生部发布《中药新药临床研究指导原则》,1997年又颁布《中医病证治法术语》,其中明确规定:石瘕为因气血瘀滞等使胞宫宫体生瘤,并以月经周期提前,经期延长,经量增多为主要表现的妇科疾病。而肠覃为多因气滞痰浊停聚卵巢,并以子宫旁少腹内出现圆滑柔韧的肿块,一般不影响月经为主要表现的妇科疾病。另根据全国高等医药院校教材《中医妇科学》第五、六版,以及人民卫生出版社出版《妇产科疾病诊断与鉴别诊断》,引其病名诊断标准如下:

1.1.1 石瘕

即西医所称子宫肌瘤,又称子宫平滑肌瘤,临床主要表现为月经过多、经期延长、周期缩短或不规则出血。

1.1.2 肠覃

近代以来,罕见肠覃病证名称及其定义研究的报道。据《灵枢·水胀篇》有关肠覃证候的描述,一般认为肠覃主要见于西医学的卵巢囊肿、卵巢冠囊肿、卵巢非赘生性囊肿,甚至输卵管积水等。

瘕瘕的发病近年来呈现上升趋势,而且发病年龄趋于年轻化。严重危害着广大妇女患者的身心健康,因而日益受到医家的重视。随着妇科检查的普及和现代医学理化检测手段如B超、CT、MRI等在临床的广泛使用,以及对瘕瘕证候学认识的深化和进展,目前对妇科瘕瘕诊断率大为提高,为更完善、更有针对性地治疗瘕瘕起了积极的指导作用。

1.2 病因病机研究

1.2.1 现代医家病因病机认识撮粹

1.2.1.1 中医的认识

有关瘕瘕的致病原因多争议,历代医家所述甚丰。蔡小荪认为本病的致病原因,总的说来,不外乎三因,即内因、外因与不内外因,因此本病的形成,大多由月经痞塞不通,或产恶血未净,外感风冷,或内伤七情,或劳伤气血,或产恶和经期多食生冷,或经行产后不避房帟,凡此种种,皆能妨碍血行,而致流滞血络,久则成块,牢固不移。在古代的文献中,瘕瘕的种类很多,但一般以气滞与血瘀为别。如血凝则成瘕,即有形可征,推之不移,坚硬而有定处。气滞而成瘕,瘕者假也,推之移动,忽聚忽散。所以在局部体征方面,可见四种不同的情况,如肌瘤系实质性肿块,囊肿系水肿,增厚系发炎,脓肿系炎症化脓。^[1]沈仲理则认为由于妇女有月经、妊娠、分娩、哺乳这些特殊的生理过程,因而在这些特殊的生理过程中,均易损伤阴血;而瘀血的存在及七情内伤加之阴血不足,肝木失养,疏泄失常,以致气滞血瘀,新血与旧血凝聚成块,结于胞宫,发为石瘕。^[2]毛芙蓉根据自己的临床经验,认为本病初起,缘于情志内伤,或经期产后余血未尽风寒之邪外袭等因素,以致影响少腹气血流畅,而致气滞血瘀。中医理论认为津血同源,血滞则生瘀,津聚则生痰。血赖气行,津赖气布,血瘀气滞日久,则津液输布失常,聚而成痰,演成痰瘀互凝之证。^[3]严红亦赞同痰凝血瘀之说。^[4]王肇英认为“多因情志不遂,肝气郁结,寒湿侵袭,致气血痰湿凝聚”,^[5]杨惠华补充道“或房室所伤,瘀阻胞中,与气血相搏而成瘕块”。^[6]羊菊芬指出本病当从瘀辨,其主要病机为血瘀凝结,且可合并气虚、阴虚、肾虚。^[7]曹继新认为本病之发生与肝、脾、胞宫关系密切,指出肝郁脾虚是本,气滞血瘀为

标。因肝藏血，主疏泄，其脉循行少腹，本病病位在少腹，隶属肝经，胞宫、胞脉系于肾而附于肝，肝气失调，瘀血停聚是本病发生之病机所在。^[8]王道瑞归纳本病可由六淫、七情、胎产，久而日增为癥块。瘀血不除，新血不生，血不归经，而致出血漏下崩中；瘀久化热，阴精受灼，又致阴虚发热漏下；气滞血瘀，肝脾不调，则脾湿不化成滞，并致腹痛阵阵；漏下日久，损及气血，或变生气虚，血虚，气血双虚。是以临床出现月经过多、带下、下腹部包块，子宫增大等各种表现。^[9]梁媿如、时先芳根据前人论述，结合临床所见，将癥瘕的病因和致病机理概括为以下几个方面：①风寒湿邪侵入，经期或产后胞脉空虚，若感受风寒，或久居阴湿之地，或过食生冷，风寒湿邪客于胞宫，损伤脾肾。②情志失调，经产之时精血已伤，而七情过激，郁怒伤肝，致肝血受损，肝气郁结。③气虚出血过多，气随血耗，或忧思劳倦伤脾，使脾气不足。④痰阻，平素体弱脾失健运，湿由内生，聚而成痰，痰浊胶粘，壅滞经脉，气血运行受阻。⑤房劳不节，又避孕不力，屡经流产，或各种手术操作失当，金创所伤，耗伤阴血致肾阴亏损。

总之，本病的发病因素虽有多种，但最终都导致肝脾郁结、脾气不足、肾阴亏损。肝郁疏泄失司，气机不畅，气滞则血亦滞，日久必气滞血瘀，同时木燥津亏，并能郁逆化火，灼伤津液；脾失健运，水谷精微不化，变生痰浊，壅塞脉道，又加气虚，运血乏力，瘀血无力排出，使气血受阻，且脾气不足，生化乏源，使阴血益虚；肾阴亏损，精血不足，虚热内生，则耗伤气血，再加外邪侵袭，最终导致气血不和。一方面，阴血不足，虚火内扰，水愈少而火愈炽，火愈炽则精愈耗；另一方面，瘀血凝结，痰浊阻滞，出现各种病理产物。这些病邪停留体内，既能壅滞气血，又能蕴蓄化热，热邪灼耗，气血更伤。“冲为血海”，“任主胞胎”，冲任二脉与妇人生理、病理的关系最为密切。脏腑失常，气血失调，必然导致冲任二脉的损伤，累及胞宫、胞脉。因阴血亏损，不能濡养胞宫、胞脉，而瘀血、痰浊、热邪却互结停积胞宫、滞塞胞脉，影响气血运行，日积月累，胶凝不解，逐渐形成癥瘕。因此本病的病机虽较复杂，但最终均导致阴虚血热、血瘀痰凝，证属正虚邪实，即前者是本，后者是病理变化的结果，是标。在发病过程中，它们又互为因果，相互转化而见多种临床证候。

1.2.1.2 西医的认识

1.2.1.2.1 石瘕 西医认为石瘕(子宫肌瘤)的确切因素尚不明确，但大多数学者认为子宫肌瘤由子宫肌层内含平滑肌成份的单个肿瘤母细胞而来，受以下因素的影响而生长发展成肌瘤。^[11]

雌激素：子宫肌瘤多发生于生育年龄的妇女，绝经后肌瘤往往逐渐缩小；而使用雌激素能使子宫肌细胞增生肥大，肌层肥厚，子宫增大。同时实验证明，子宫肌瘤组织中雌激素受体(ER)增多，高浓度的雌激素促进肌瘤生长。

胎盘生乳素：妊娠期子宫肌瘤增长较快，可能是胎盘生乳素促进雌二醇的作用，并非单独雌激素的作用。

免疫因素：发现子宫肌瘤患者体内自然杀伤细胞(NK)活性下降，NK是机体免疫系统的重要组成部分，是预防肿瘤生长的第一道防线，因此NK活性下降是肌瘤生长的因素。

1.2.1.2.2 肠覃 肠覃的范围涉及较广，常见的包括西医学的各种卵巢功能性囊肿、卵巢畸胎瘤、子宫内膜异位囊肿、盆腔炎症包块及卵巢恶性肿瘤等。肠覃发病原因较复

杂,大致有以下几个方面^[13]:

内分泌因素:由于hCG过度刺激卵泡膜细胞,可引起其黄素化,形成卵泡膜—黄素囊肿;而成熟滤泡不破裂或闭锁卵泡持续增长,使滤泡腔液体滞留而形成滤泡囊肿;若黄体持续存在或增长,或黄体血肿含血量较多,血液被吸收后,均可致黄体囊肿。

炎症因素:由于输卵管炎症常波及卵巢,可相互粘连,或输卵管伞端与卵巢穿透使渗出液积聚,形成炎性囊肿;或因卵巢周围炎使滤泡破裂受阻而形成滤泡囊肿;或滤泡破裂时细菌侵入,导致炎性积液、积脓,形成卵巢囊肿。另外,急性输卵管炎发生时,输卵管的伞端及峡部因炎症粘连而封闭后,管腔脓液愈积愈多,形成输卵管积脓;成炎性分泌物经卵巢的排卵处进入卵巢中而逐渐形成卵巢囊肿;或管腔内分泌物外溢到卵巢,盆腔腹膜及盆腔中的其他器官周围,如脓性分泌物被因炎症而有广泛粘连的输卵管与卵巢所包围,积存其中,即可发生输卵管卵巢脓肿。

2 临床研究

2.1 证候与辨证规律的研究

2.1.1 临床症状的观察研究

癥瘕的发病范围较广,临床表现亦较复杂,因此通过对本病临床症状的观察,探索疾病的证候及病变规律,从而指导临床诊断和治疗,是历代医家共同面临的重要课题。

癥瘕以包块为主症。包块可发生于胞宫、胞脉、胞络以及盆腔其他部位,且由于包块的大小、性质和部位的不同而有不同的症状。一般而言,包块按之坚硬,推之不移,表面不光滑,围界不清楚,伴疼痛,增长迅速多为恶性;若包块软而压痛,发生时间不长,周界不十分清楚可能属湿热性包块;若包块活动,无明显压痛,表面光滑,周界清楚者多为良性。包块过大可有局部压迫症状,如便秘、小便异常、腰骶疼痛等,湿热包块常伴带下异常或阴痒。子宫或胞脉、胞络发生癥瘕可出现月经失调、闭经、崩漏等病症,或发生胎漏、不孕。恶性癥瘕或癥瘕恶变可出现局部清窜流血或流溢恶臭带下及疼痛难忍,全身可出现大虚之象,如肌肉大削,腹满不食,面色枯白等。^[1]

2.1.1.1 石瘕 张学兰在诊治石瘕的临床观察中发现40.07%患者伴月经过多,而其腰腹疼痛者占42.96%,不孕者占2.2%,无症状者占16.3%。^[11]

毛秋芝、曹玲仙将石瘕的临床症状作出系统归纳^[12]:

(1) 月经异常:是子宫肌瘤最常见的临床症状,表现为月经过多,经期延长,周期缩短,或不规则阴道流血。月经异常和肌瘤生长部位关系密切。粘膜下肌瘤最容易引起月经量增多和经期延长,几乎是100%。肌壁间肌瘤和浆膜下肌瘤月经异常的发生率分别为74%和36%。引起月经异常的原因是子宫肌瘤使宫腔变形,子宫内膜面积增大;肌瘤妨碍了月经期子宫的收缩;子宫内膜的增生和息肉的形成;肌瘤发生坏死或感染;肌瘤压迫致使子宫内膜静脉丛充血与扩张。

(2) 压迫症状:因肌瘤生长部位及大小而产生不同症状。如在子宫体前壁生长,直径达10cm左右或更大时,可压迫膀胱,产生尿频、尿急或排尿困难、尿潴留。若生长在子宫体后壁,可压迫直肠,形成排便困难。生长在阔韧带内或宫颈管内肌瘤较大时可能压迫

输尿管造成肾盂积水。

(3) 阴道排液增多：由于子宫腔增大，内膜腺体分泌增加导致白带增多，粘膜下肌瘤坏死感染，可产生大量血性或脓性分泌物。

(4) 疼痛：部分子宫肌瘤患者有下腹胀痛及下坠感，伴腰酸腰痛，浆膜下肌瘤发生蒂扭转时可发生急性腹部绞痛。此外，在肿瘤有退行性变(红色变性)时可产生钝痛或较严重腹痛。大的子宫肌瘤虽然长在大盆腔，一样可以压迫周围器官和组织产生钝痛及坠脱感，肌壁间肌瘤可产生或加重痛经。

(5) 贫血：月经过多和经期延长、不规则阴道流血经久不愈均可造成不同程度贫血。

(6) 不孕：增大的子宫肌瘤能改变输卵管间质部或峡部位置或造成输卵管梗阻，粘膜下肌瘤可改变宫腔形态及肿瘤本身作为异物能妨碍孕卵着床而影响受孕。肌壁间肌瘤生长凸向宫腔时往往造成流产。

(7) 腹部包块：消瘦的患者，或当肌瘤增大超过3个月妊娠大小时，可从下腹部扪及表面不平滑而质硬的包块。

2.1.1.2 肠覃 肠覃多有小腹胀满，腰腹部坠痛。囊肿增大时可出现压迫症状，出现尿频或尿潴留，大便不畅；压迫横膈时尚可引起呼吸困难，心慌；影响下肢静脉血流可引起腹壁及两下肢浮肿。具体症状和体征，可因肿瘤的性质、大小、发生时期、有无继发性变性或并发症而不同。^[13]其一般临床表现如下：

(1) 下腹不适感：常为卵巢良、恶性肿瘤的最初症状，有时为下腹或盆腔下坠感。消化不良、恶心及上腹隐约不适等亦可成为卵巢恶性肿瘤的常见症状。

(2) 腹部肿物：卵巢良性肿瘤多从下腹一侧向上生长，呈球形，多可移动。卵巢恶性肿瘤即使早期也能出现腹水。因此腹部可出现肿块或无肿块，但均可有腹部膨胀的现象。

(3) 压迫症状：巨大的卵巢良性肿瘤以及恶性肿瘤大量腹水时均可引起压迫症状。例如，压迫横膈引起呼吸困难、心慌；由于腹腔内压增高，影响下肢静脉回流，可引起腹壁及两下肢水肿；固定于盆腔的恶性肿瘤压迫髂静脉，往往引起一侧下肢水肿；膀胱受压时可引起尿频、排尿困难、尿潴留；若肿瘤向腹膜后生长，甚至可压迫输尿管，引起其狭窄、肾盂积水；嵌顿于子宫直肠陷凹的肿瘤可压迫直肠引起下坠感及大便不畅等。

(4) 疼痛：良性卵巢肿瘤如无并发症，极少疼痛。出现腹痛尤其突然发生者，多系卵巢肿瘤蒂扭转所致，偶为肿瘤破裂、出血或/及感染。恶性肿瘤由于浸润、压迫邻近脏器，可引起腹痛、腰痛、腿痛等。

(5) 月经紊乱及内分泌症状：除具有内分泌功能的卵巢肿瘤外，一般卵巢肿瘤不引起月经紊乱，甚至不影响受孕，但恶性肿瘤若严重破坏双侧卵巢组织时，可引起月经紊乱或闭经。具有内分泌功能的卵巢肿瘤，由于发生的时期不同，可引起性早熟、月经紊乱、不孕、绝经后出血等，甚或男性化表现。阴道流血除与卵巢肿瘤本身有关外，还常与伴有的子宫内膜病变有关。

2.1.2 舌象与脉象的观察

癥瘕之为病，表现于舌脉，有气病、血病、新病、久病之异。如气虚者，舌体胖大，边有齿印，脉沉细或细滑；气郁(气滞)者舌淡红，有紫气，脉沉弦；血虚者舌质淡，脉细弱；血瘀者舌质多紫黯，边有瘀点或瘀斑，脉多细弦或沉弦。新病脉多弦而有力，久病脉

弦而迟涩。临证之时,诸医家多从瘀辨。如肖承棕认为舌质紫黯,或有瘀点瘀斑为瘀血内阻;而舌质淡黯,舌体胖大,边有齿痕,脉沉细,细弦或细滑为气虚无力推动血行而致血瘀之候;痰瘀互结则表现为舌苔白腻,或薄腻,或仅见舌根部苔腻,脉弦滑。而众多临床报道更偏于将气滞、血瘀、痰湿一同观察和总结,即气滞者舌淡黯,苔薄润,脉沉弦;血瘀者舌边有瘀点瘀斑,脉沉涩;痰湿者舌质紫黯,苔白腻,脉细濡或沉滑。^[14]

2.2 证候学研究

癥瘕是临床常见病、多发病,亦是妇科疑难病之一,其发病往往呈现全身性的一系列证候,因此证候学研究日益成为医学研究癥瘕的重要内容。

辨证与辨病相结合,是近年来进行辨证论治的一个显著特点。羊菊芬根据癥瘕为血瘀凝结的主要病机特点,认为癥瘕以血瘀为主证,此外尚合并气虚、阴虚、肾虚,并分为气滞血瘀(主证型)和气虚血瘀、阴虚血瘀、肾虚血瘀(兼证型)。^[7]而蔡小荪根据对本病的临床观察,总分为三种类型,即肝郁、脾虚、肾虚,而以肝郁为最多(占61%),并分别以逍遥散、四君子汤、六味地黄汤加减化裁治疗。^[1]肖承棕则将石瘕分为血瘀、气虚血瘀、痰瘀互结等证型。^[14]临床上更多的学者如罗元恺、贺普仁等根据病理因素分为气滞、血瘀、痰湿。^[15,16]1993年国家卫生部制定发布《中药新药临床研究指导原则》将石瘕分为气滞血瘀证、阴虚火旺证及肝郁脾虚证三种证型。而国家中医药管理局统一规划组织编写的《中医妇科学》(规划教材)则将癥瘕明确分为四种证型,现引用如下:

2.2.1 气滞型

主要证候:小腹有包块,积块不坚,推之可移,时聚时散,或上或下,时感疼痛,痛无定处,小腹胀满,胸闷不舒,精神抑郁,月经不调,舌淡,苔薄,脉沉弦。

2.2.2 血瘀型

主要证候:小腹有包块,积块坚硬,固定不移,疼痛拒按,肌肤少泽,口干不欲饮,月经延后或淋漓不断,面色晦黯,舌紫黯,苔厚而干,脉沉涩有力。

2.2.3 痰湿型

主要证候:小腹有包块,按之不坚,或时作痛,带下量多,色白质粘稠,胸脘痞闷,时欲呕恶,经行愆期,甚或闭而不行,舌淡胖,苔白腻,脉弦滑。

2.2.4 湿热型

主要证候:小腹部有包块拒按,下腹及腰骶疼痛,带下量多,色黄或五色杂下,可伴经期提前或延长,经血量多,经前腹痛加重,烦躁易怒,发热口渴,便秘溲黄,舌红,苔黄腻,脉弦滑数。

2.3 治则治法研究

2.3.1 治则概述

癥瘕一病的治疗,早在《素问》里即提出了“坚者软之,坚者削之,留者攻之,结者散之”的大法。癥瘕之成因虽总不离“瘀”,然临证所见多涉及肾、肝、脾、阴、血、气虚之候在所难免,因此本病多虚实夹杂,而《素问》里“衰其大半而止,过者死”的告诫,是对癥瘕这一复杂病理机制的高度重视,亦为后世治疗癥瘕均须遵循的原则。如肖承棕针对

石瘕患者以气虚血瘀为多见，故提出“补消结合”的治疗原则，于经期、非经期“补”与“消”各有偏重。非经期以利水消瘕为主，着重于消，寓补于消之中，消于补之上。若月经量多或淋漓不断者，月经期当以摄血为先；着重于补，寓消于补之中，补于消之上。^[14]马宝璋则认为石瘕的治疗当分阶段确定不同的治疗原则，初起时，正气强邪气浅，宜用攻破；若发病日久，邪气渐深，正气渐弱，则应攻补兼施，并把提攻补的分寸；倘久病不愈，正气已衰，宜以扶正为主，待正气渐复再议攻伐。既攻之后，又当及时扶正善后。^[17]

2.3.2 治法研究

历代医家在中医辨证论治原则指导下，结合临床观察，根据瘕瘕的性质、部位、缓急程度、综合舌、脉所见灵活运用治法遣方用药，收到较好的疗效。

瘕瘕的治疗一般以活血化瘀、软坚散结、攻坚破积为原则。具体运用又需视证的主从立法要有所偏重。如偏气滞而结块不坚者，当主以行气导滞，辅以活血化瘀；血瘀而结块坚者，宜以破血消瘕为主，佐以行气；湿热瘀结之证应解毒散结、清热除湿、活血化瘀并用。痰积者又宜祛痰消积，行气活血共施。体虚者，宜攻补兼施，把握好攻补的分寸，衰其大半而止。

近代医家朱小南认为，妇科瘕瘕其部位在冲任。对于久病瘕聚，治疗必须参照病之新久，体之虚实，病之寒热，如由于奇经气滞而有虚寒现象者，宜辛苦芳香，以温通经络用青囊丸。对于奇经气滞血瘀者，应详察体质的虚实，以攻补兼施。轻则用桂枝茯苓丸、回生丹，重则用大黄蟅虫丸、抵挡丸等，其间以行气为佐，除掌握剂量外，适当配合补肝肾填奇经之品，如参、归、地、狗脊、巴戟等以扶正，对于病久奇经虚损，湿毒残留者，用咸寒腥臭直达下焦法，以乌贼骨、茜草炭，加入鱼腥草、墓头回、半枝莲等清利湿热、解毒化瘕。这些至今为临床上所常用。^[18]

临证瘕瘕的治疗，仍遵古人之法，不离气血而多从“瘀”辨。如何嘉琳总结出妇科瘕瘕证治五法：①气血瘀阻，宜扶正软坚、散瘀消瘕，适用于子宫肌瘤。治疗上常采用“止血不忘消瘕，消瘕兼顾止血”的原则，以达到“止血不留瘀，化瘀不动血”的疗效，从而控制肌瘤的发展、缩小肌瘕及改善子宫出血。②肾亏瘀阻，宜补肾利湿、破瘀消瘕，适用于子宫内膜异位症。并于经前用补肾温通气血法，药选鹿角片、九香虫、香附、郁金等；经期用温经化瘀止痛法，药选归、芎、细辛、失笑散、延胡、乌药等；平时用补肾利湿、破血消瘕法，药选鹿角片、菟丝子、二仙汤、归、芎、棱、莪、猫爪草、半枝莲、红藤、公英之类。③瘀热互阻，宜清热解毒、破瘀消瘕。适用于盆腔炎性包块。常用五味消毒饮，大黄、丹皮、红藤、败酱草、棱、莪、皂角刺、石见穿等。本病若失治误治，转入慢性，可见腹痛绵绵，腰酸等体虚症状，当扶正化瘀，则以黄芪建中汤合血府逐瘀汤化裁。④痰瘀互阻，宜痰瘀同治以消坚。适用于多囊卵巢综合征。药选二陈汤、山慈菇、白芥子、象贝等配伍皂刺、郁金、香附、山甲等，并于经前加入鸡血藤、月季花、牛膝，鼓舞气血畅行。⑤瘀水互阻，宜清热利湿、活血化瘀。适用于卵巢囊肿、输卵管积水等。药选槟榔、枳实行气消肿，泽泻、车前草、石韦、红藤、败酱及五皮饮等清热利湿，桃仁、海藻、昆布、三棱、莪术等品化瘀软坚，常能获得满意的疗效。^[19]

在活血化瘀的同时，各医家根据临证经验具体治法另有侧重。沈仲理注重益气养阴，如选用黄精、党参、白术等，以扶助正气，来达到提高机体免疫功能的日的。曹继新、梁

剑波偏于疏肝调脾，法宗逍遥，以使气血同调。^[8,20]毛美蓉和肖承棕则侧重行气消痰、软坚散结，以夏枯草、苡仁、生牡蛎、浙贝、制鳖甲、瓦楞子等攻补兼施，久服长服，使有形之癥块于无形之中缓消渐散。^[3,14]毛秋芝、曹玲仙以活血化瘀、软坚散结为治疗大法，并坚持辨证与辨病相结合。月经中、后期以活血化瘀为主，寒凝者温阳散寒，方选桂枝茯苓汤；气滞者疏肝理气，方选膈下逐瘀汤。月经期则视经量、经色、经质，并结合其他症状辨证论治，经量多宜用益气止血（固本止崩汤）、祛瘀止血（逐瘀止血汤）、清热止血（青海丸、固经丸）等法，经行不爽用活血祛瘀，因势利导，选用棱、莪、乳、没之类。^[12]

2.4 癥瘕辨证用药研究

2.4.1 癥瘕治疗用药规律初探

自汉代张仲景制定了第一条治疗妇科癥瘕的方剂——桂枝茯苓丸后，历代医家潜心于因脉证治，创制了许多专门方剂，基本能够反映出癥瘕中医辨证论治的发展情况。从这些比较多用的药味功能来看，一是扶正，一是祛邪，即消补兼施。活血化瘀药、理气化痰药、软坚散结药与健脾药、补肾药、滋阴药、养血药同用，是现代治疗癥瘕用药的最突出的特点。

同时，临证施治选药时，大体有经方论治和经验方论治。

2.4.1.1 经方论治 黄纯端用“桂枝茯苓丸”加用生牡蛎、鳖甲、卷柏、柝艾、青皮、黄芪、川断、黄柏，治疗子宫肌瘤 60 例，结果痊愈 43 例，显效 11 例，有效 4 例，控制 2 例。^[21]而朱小南、毛秋芝、曹玲仙等用桂枝茯苓丸、大黄廑虫丸、抵当丸等亦取得较好疗效。^[12,18]王惠兰则用桂枝茯苓丸加味（桂枝、茯苓、丹皮、赤芍、桃仁、鸡内金、水蛭、荔枝核、乌药、黄药子）治疗卵巢囊肿 300 例，囊肿均在 8cm × 8cm 以内。本方日 1 剂，水煎，分 4 次服。佐大黄廑虫丸，1 丸，每日 2 次。治疗 3~6 月，结果痊愈 255 例，好转 30 例，无效 15 例。^[22]

周咏芳报道以棱莪四物汤加丹参、香附、桃仁、红花等治疗子宫肌瘤 20 余例，一般在 3~6 个月内治愈。^[23]周海龙治疗本病理气药与养血药同用，活血药与止血药并施。常用三棱莪术、昆布、茜草、乌贼骨等。^[24]张传芳报道治本病基本方：棱莪四物汤加丹参、泽兰、赤芍。气虚加四君子汤；经期加白及、仙鹤草、艾叶炭。治疗 30 例，其中痊愈 5 例，总有效率 70%。^[25]

周容华用少腹逐瘀汤加减治疗子宫肌瘤 14 例，治愈 8 例，总有效率 92.8%。^[26,27]张玉芬对 110 例子宫肌瘤以生化汤为主方，若子宫大、质硬有结节者，加用三棱、莪术；月经先期量多，加生地炭、丹皮；腰酸加川断、寄生。结果治愈 38 例，总有效率 86.4%。^[28]杨惠华以活血化瘀法治疗本病 60 例，以活络效灵丹合失笑散为主方加减。用本方治疗 3 个月后，症状有较明显好转，甚至完全消失，但使子宫恢复正常大小需一段较长的治疗过程。^[6]

薏苡附子败酱散为主治肠痈脓已成之症，取其清热排脓、化瘀消肿，李兰舫用之治疗湿热下注、湿瘀互结之卵巢囊肿 11 例，囊肿全部消失，消失时间 23~65 天，收到良好的效果。^[29]

2.4.1.2 经验方论治 尹奉儒用夏枯草、王不留行、丹参、牡蛎、当归、香附、桃

仁、莪术、水蛭、皂刺、山甲、桂枝为主方，治疗石瘕 26 例，痊愈 10 例，显效 12 例，无效 4 例。^[30]肖承惊拟肌瘤内消丸(山慈菇、夏枯草、射干、海藻、生首乌、远志等)治疗子宫肌瘤 125 例，结果治愈 11 例，显效 69 例，有效 37 例。^[31]罗清华以橘荔散结丸治疗子宫肌瘤 150 例(药含橘核、荔枝核、川断、小茴香、乌药、川楝子、海藻、岗稔根、莪术、制首乌、党参、生牡蛎、板栗壳、益母草)，结果治愈 18 例，有效 111 例，无效 21 例，总有效率 86%。^[32]张松柏用消瘤调经糖浆治疗子宫肌瘤 90 例(主要药物:益母草、生牡蛎、黄芩、丹皮、贯众、紫草、半枝莲、夏枯草)，结果痊愈 18 例，显效 25 例，有效 41 例，无效 6 例。^[33]

林群玉治疗妇女盆腔良性肿块 30 例，药用桂枝赭石汤(桂枝、赤芍、茯苓、丹皮、桃仁、赭石)加减。10 天为 1 疗程，经治疗 1~4 个疗程后，痊愈 28 例。^[34]弭阳用化痰消癥汤(海藻、昆布、夏枯草、当归、丹皮、赤芍、桃仁、香附、茯苓、山甲、川芎、桂枝)治疗卵巢囊肿 77 例，结果痊愈 48 例，显效 23 例，无效 6 例。^[35]王自平采用中药内服外敷方法治疗卵巢囊肿 120 例，基本方:山甲、三棱、莪术、丹参、茯苓皮、车前子、败酱草、桂枝、桃仁、皂刺，随证加减。日 1 剂，水煎服，药渣外敷。结果:痊愈 51 例，有效 62 例，无效 7 例。^[36]

3 实验研究

子宫肌瘤的发生原因虽未完全明确，但临床和动物实验提示与激素变化有关，由此推测可能与内分泌失调有密切关系。^[37]周俊报道消瘤片(海藻 20g、石见穿 30g、蚤休 20g、三棱 30g、谷芽 15g、淮山药 15g)对子宫肌瘤患者有调节内分泌作用，并有降低肌瘤组织中雌激素胞浆、胞核受体含量的作用。^[38]黄含英等证实子宫肌瘤患者自然杀伤(NK)细胞活性与健康妇女相比，明显降低($P < 0.01$)，并与雌激素增高呈负相关。^[39]周俊等据此对消瘤片展开研究，发现该药对子宫肌瘤体积的缩小和月经情况的改善有较好的疗效，尤以单发性小肌瘤疗效显著，而且经过 6 个月治疗后患者 NK 细胞上升，说明提高机体免疫力是本药疗效机制之一。^[40]罗清华对 30 例子宫肌瘤患者和同龄健康妇女作了 NK 细胞活性测定的对照，亦发现子宫肌瘤患者 NK 细胞活性低于同龄健康妇女，同时提示橘荔散结丸具有提高机体的免疫功能而达到消瘤的目的。^[32]

赵惠芳等对子宫肌瘤经辨证属血瘀证的 36 例患者，测定其血清锌、铜含量，并与正常人作比较，结果发现肌瘤组血清锌、铜含量明显低于正常组($P < 0.01$)。因此认为微量元素和子宫肌瘤发病有关，但其因果关系尚不明确。推测子宫肌瘤血瘀证患者存在锌、铜代谢障碍，同时这类患者大多伴有月经过多，严重贫血，从而导致微量元素含量下降。^[41]

上海第二医科大学中医教研室观察了活血化瘀药物对肌瘤组织内的超微结构的作用，发现用活血化瘀药治疗以前，肌瘤结缔组织中的纤维母细胞和胶原纤维高度增生，大量纤维母细胞分散排列在紊乱的胶原纤维之间，其中粗面内质网高度扩张，肥大细胞及毛细血管较少见。活血化瘀药物治疗 1 年以后，纤维母细胞显著减少，粗面内质网呈小管或泡状，数量也明显减少，胶原纤维排列规则，束间出现较大空隙，肥大细胞增多，毛细血管内皮变薄，接触处大大开放。因此提示活血化瘀药能促进肌瘤中血流状态，影响成纤维细胞的代谢过程，从而调整了结缔组织的代谢，而最终起到消肌瘤的作用。^[42]而盛丽等在研究火针治疗子宫肌瘤的实践中认为:血瘀证的实质是血液处于浓、粘、聚、凝的高凝状态，从而使全身或局部血液循环发生障碍而产生一系列疾病，这是血瘀证产生的病理基

础。因此血液流变性可作为血瘀证病理变化的一个客观指标，并可作为反映各种活血化瘀疗效、改善血液循环障碍、增加血液流量的一个评定指标。^[43]他们发现治疗前患者血液粘滞度的全血粘度、红细胞聚集指数、刚性指数及血球压积等指标明显增高；治疗后，血液流变学四项指标均有好转，表明火针疗法可改变血液流变，达到化瘀消癥的目的。

值得一提的是，盛氏在此组火针治疗的资料中，发现患者均在增殖期血清中呈现高 PRL、低 P、高 T 的变化。而治疗后 T 和 PRL 显著性降低，P 显著升高， E_2 无显著变化。而西医学认为：性激素代谢异常，尤其是长期或大量的雌激素刺激是子宫肌瘤发生和生长的诱因。因此盛氏分析其治疗结果可能与下列因素有关：(1)低浓度 PRL 促进 P 产生，高浓度时抑制 P 产生。(2)据 DALY 等报道，子宫局部的肌肉、内膜间质及子宫肌瘤组织能够生成分泌 PRL，雌激素能使生成 PRL 的细胞增生、肥大，而提高 PRL 水平。还可通过垂体前叶的 2-羟化酶使 E_2 转变为儿茶酚雌激素，与多巴胺竞争受体而阻断其对 PRL 分泌的抑制作用，使 PRL 分泌升高，并能抑制酪氨酸羟化本酶的活性，使多巴胺合成减少，PRL 分泌增加。^[44](3)有报道在高 T 时，子宫局部组织芳香化活跃，使雄烯二酮转化成雌激素，因此，T 在体内的大量存在，为子宫肌瘤的发生、生长创造了条件。P 的生理作用在很多方面与雌激素是互相对抗的，它能使增生的内膜逆转、萎缩或减退，增加雌激素的代谢清除率，间接减少雌激素的生成。因此结果表明，本法治疗子宫肌瘤的作用原理可能与调整体内激素水平，调节内分泌功能有关，从而具有抑制子宫肌瘤生长的功效。^[45]

严红通过针灸治疗子宫肌瘤(以次髎、子宫、三阴交为主穴，以曲骨、气冲为配穴)并设中、西药物对照组，通过实验室观察以下指标：(1)末梢血 α -醋酸萘酯酶染色(AVAE)，以测定淋巴细胞中 T 淋巴细胞百分比及 Th、Ts。(2)血色素(Hb)。(3)凝血时间。(4)血小板计数。(5)碱性磷酸酶。(6)雌二醇 E_2 。观察发现以本穴方治疗子宫肌瘤的同时，某些患者的卵巢囊肿同时治愈或缩小，提示此方对卵巢囊肿也有效。从实验检测指标，说明针刺治疗的作用有：(1)提高机体的细胞免疫功能：观察组治疗后 AVAE 活性及 TH 值均显著增高($P < 0.005$)，显示细胞免疫功能的增强，其中 TH 值明显升高，更有利于 T 淋巴细胞功能的发挥。(2)针刺提高血红蛋白量：观察组治疗后，血红蛋白量较治疗前相比差异显著。近年来，由于免疫学的进展，已知红细胞不但有识别、储存抗原、清除免疫复合物等作用，还可增强 T 细胞的反应，促进带抗原红细胞与 T 细胞的结合。(3)针刺提高血小板量：血小板的主要功能是促进止血和加速凝血，保持血管内皮的完整性，观察组治疗后血小板量显著提高，有助于止血作用的更好发挥。(4)调整 E_2 的功能：观察组治疗后 E_2 水平降低较治疗前差异显著，有个别病例治疗前过低，治疗后达正常范围，提示针刺具有调整体内 E_2 水平的作用。^[46]

【古训今释】

1 病名溯源

“瘕”首见于《内经》，称为“瘕聚”和“石瘕”及“疝瘕”。《素问·骨空论》中曰：“任脉为病……女子带下瘕聚”。认为瘕聚发病与任脉关系密切。《灵枢·水胀》曰：“石瘕生

于胞中，寒气客于子门，子门闭塞，气不得通，恶血当泻不泻，衃以留止，日以益大，状如怀子，月事不以时下，皆生子女子，可导而下”。明确指出瘕乃有形之包块。又《素问·平人氣象论》说：“寸口脉沉而弱，曰寒热及疝瘕，少腹痛……”，等等。

最早记载“瘕”病，并把“瘕”与“瘕”合称“瘕瘕”者，是东汉·张仲景著《金匱要略》。其中“妇人妊娠病脉证并治第二十”云“妇人宿有瘕病，经断未及三月，而得漏下不止，胎动在脐上者，为瘕瘕害。”指出瘕病与妊娠的鉴别。又于“疟病脉证并治第四”云：“……此结为瘕瘕，名曰瘕母……”，提出瘕病形成包块称为瘕母。

子妇人科中“瘕瘕”并称者乃隋·巢元方之《诸病源候论》，并提出“积聚”、“瘕瘕”、“八瘕”等候。《诸病源候论·凡十八论》中曰：“瘕瘕者，皆由寒温不调，饮食不化，与脏气相搏结所生也。”又《诸病源候论·狐瘕候》中条分缕析以上各候。

唐·孙思邈《备急千金要方》中亦提出“积聚”、“血瘕”、“瘕结”、“瘕瘕”、“肉瘕”等名。唐·王焘《外台秘要》则有“八瘕”、“肉瘕”二目。宋·陈自明《妇人大全良方》则分“瘀癖诸气”、“疝瘕”、“八瘕”、“腹中瘀血”、“瘕癖”、“食瘕”、“血瘕”诸门。至明代·王肯堂《证治准绳·女科》中则把诸书所载名目归纳起来，列积聚瘕瘕总目，总论证状。书中云：“古方有五积、六聚、七瘕、八瘕之名……”。

查阅古代文献，汗牛充栋，但瘕瘕亦多列入妇人门，正如《灵枢·水胀》云“石瘕……皆生于女子……”，《证治准绳·女科》云：“若夫七瘕八瘕，则妇人居多。”《景岳全书·妇人规》亦云“瘀血留滞作瘕，唯妇人有之。”由此可见一斑。

2 证候与病象

有关瘕瘕证候的论述，从《内经》至清代诸家所著，极为丰富，亦不统一，但均指出其乃妇人下腹有结块，同时还有许多伴随症状，或胀，或满，或痛，或经、带、胎、产的异常及神志的改变等。

《灵枢·水胀》“石瘕生于胞中……日以益大，状如怀子。”明确指出其病位女子胞中，表现为增大之有形包块。并提示了鉴别诊断，如《灵枢·水胀》中曰：“水与肤胀，鼓胀，肠覃，石瘕，石水何以鉴别之。”又曰“肠覃如何？……寒气客于肠外，与卫气相搏，气不得荣，因有所系，癖而内著，恶气乃起，息肉乃生，其始生也，大如鸡卵，稍以益大，至其成，如怀子之状，久者离岁，按之则坚，推之则移，月事以时下，此其候也。”可能包括妇科包块，如卵巢囊肿等，或为内科瘕瘕，但与石瘕不同，石瘕皆“生于女子”，“生于胞宫”，“月事不以时下”。

东汉时期张仲景《金匱要略·妇人妊娠病脉证并治第二十》提出瘕病与早孕的鉴别。指出“宿有瘕病”的妇女有三种临床表现：腹大如怀胎，闭经，漏下。正是由于下腹包块且有闭经的症状，容易与妊娠相混淆，所以张氏详尽地说明二者的鉴别。故曰：“妇人宿有瘕病，经断未及三月，而得漏下不止，胎动在脐上者，为瘕瘕害。妊娠六月动者，前三月经水利时，胎也。下血者，后断三月血不也。所以血不止者，其瘕不去故也，当下其瘕，桂枝茯苓丸主之。”明确提出瘕与漏下的因果关系：漏下是瘕病的临床表现之一，是“瘕病害”的结果；而“瘕瘕”是造成漏下的原因，是病之本。所以又云：“所以血不止者，其瘕不去故也。”

隋·巢元方《诸病源候论》中详细描述了“癥瘕”，“癥痞”及“八癥”所致状如怀孕，或月经不调、闭经、崩中、漏下、带下、不孕或伴胀满酸癥等全身不适症状。《诸病源候论·八癥候》云：“若经血未尽而合阴阳，即令妇人血脉挛急，小腹重急支满，胸胁腰背相引，四支酸痛，饮食不调，结牢恶血不除，月水不时，或月前月后，因生积聚如怀胎状。”又云：“瘕之聚，令人苦四肢寒热身重淋露不欲食，……腰背相引痛，月水不利，令人不产，小腹下，阴中如刀刺，不得小便，时苦寒热，下赤黄病，令人无子。”《青瘕候》条下云：“瘕聚……月水为之不通利，或不复禁，状如崩中。”《血瘕候》亦云：“月水不时，乍来乍不来，此病令人无子。”《癥痞》条下云：“若冷气入于子脏，则便无子，若冷气入于胞络，血得冷则涩，令月水不通也。”后世如孙思邈、王焘、陈自明、王肯堂、武之望、张介宾等医家在所著之书多沿用《诸病源候论》中所述证候，虽名异而实同。

《诸病源候论·狐瘕候》中亦提及此病神志方面的改变。“狐瘕者……心中恍惚未定……精神游亡……多所思……”。明·武之望《济阴纲目》中亦指出癥瘕患者精神异常表现及全身症状，如“瞢闷，烦躁，迷忘，惊狂，痰呕，汗多，骨热，肢冷，其蓄下焦者，必脐下结急，外热内痛，尺脉洪而数也。”

古人对由于癥瘕致虚劳，由虚劳形成全身衰竭的恶候也已描述。如《诸病源候论·癥瘕候》曰：“若积引岁月，人即柴瘦，遂致死。”《备急千金要方》卷四：“……月水不通，结成癥瘕如石，腹大骨立……”，“令人面黑无颜色，皮骨相连……食不生肌肤……气息乏力……不能久立，每嗜卧困懒。”又《妇人大全良方·妇人积年血癥块方论第十三》曰：“夫妇人积年血癥块者……久而不差，则心腹两胁苦癥，害于饮食，肌肤羸瘦”。以上均指出癥瘕若经年累月，久而不瘥，癥瘕迅速增大，硬如铁石，可伴见消瘦、苦痛等，酷似晚期癌瘤恶液质的表现及预后，大大丰富了妇科癥瘕的内容。

2.1 癥瘕积聚之辨

《诸病源候论·积聚病诸候》曰：“积聚者，由阴阳不和，腑脏虚弱，受于风邪，搏于腑脏之气所为也。腑者阳也，脏者阴也；阳浮而动，阴沉而伏。积者阴气，五脏所生，始发不离其部，故上下有所穷已。聚者阳气，六腑所成，故无根本，上下无所留止，其瘕无有常处。诸脏受邪，初未能为积聚，留滞不去，乃成积聚”。其中指出积病属阴，生于五脏，病位比较固定，聚病属阳，生于六腑，病位并不固定，疼瘕也没有一定的位置。《妇人大全良方·妇人积年血癥块方论第十三》守巢元方之旨曰：“……五脏之气积，六腑之气聚，积者痛不离其部，聚者其痛无常处”。

积聚与癥瘕之关系，在《诸病源候论·积聚瘕结候》中论述了积聚与癥瘕的转化关系。“积聚痼结者，是五脏六腑之气，已积聚于内，重因饮食不节，寒温不调，邪气重沓，牢痼盘结者也，若久即成癥。”指出癥病为积聚的发展。如积块延久不散，部位固定不移，即成癥病。其中区别，在于病程的新久，病情的轻重之分。巢氏此论后代医家并未继承或加以论述，至明代《景岳全书·妇人规·癥瘕类》云：“癥瘕之病，即积聚之别名。”明确指积聚与癥瘕乃互通之名，名异面实同，从各代医家有关积聚癥瘕并称的论述可管窥一二。就如巢氏本人于《诸病源候论·癥瘕候》中所云：“瘕瘕者，……其病不动者，直名为癥。若病虽有结瘕而可推移者，名为瘕，瘕者，假也，谓虚假可动也。”可见瘕与积，瘕与聚名虽

有別，但症状相同。故《景岳全书·妇人规·癥瘕类》曰：“内经上有积聚痞瘕，并无癥字之名，此后世之所增设者。盖癥者，征也。瘕者，假也。征者，成形而坚硬不移者是也；假者，无形而可聚可散者是也。成形者，成由血结，谓之血癥；成由食结，谓之食瘕。无形者，瘕在气分，气滞则见形，气行则散而无迹。此癥瘕之辨也。”瘕聚演变为纯属无形之气聚说法，以张介宾为代表多守此法。但就其临床所见，每有先因气聚，日久则血瘀成瘕，因此不能把它截然分开，前人以癥瘕并称，亦是此理。《丹溪心法·积聚痞块五十四》中朱丹溪曰：“气不能作块成聚，块乃有形之物也，痰与食积死血而成也。”清·王清任《医林改错·膈下逐瘀汤所治之症目》亦云：“气无形不能结块，结块者，必有形之血也。”朱氏、王氏等认为气无形不能结块，癥与瘕一样亦是有形之结块，由痰、食积、死血结聚而成。此看法颇符合现代临床。

2.2 五积、六聚、七癥、八瘕之辨

五积之说，源于《难经·五十六难》，其以五脏分类，曰：“肝之积，名曰肥气”，“心之积，名曰伏梁”，“脾之积，名曰痞气”，“肺之积，名曰息贍”，“肾之积，名曰贍豚”，后代医家多为沿用，至于聚，此书没有分类讨论，是否有脱简，待进一步考证。六聚提法源于明·王肯堂《证治准绳·女科·积聚癥瘕》曰：“古方有五积，六聚，七癥，八瘕之名。五脏之气积，名曰积，故积有五；六府之气聚，名曰聚，故聚有六。”六聚乃六腑之病气忽聚忽散而无定处所命名之。七癥八瘕的提法如《证治准绳·女科》所言：“夫七癥八瘕，则妇人居多，七者火数属心，盖血生于心；八者木散属肝，盖血归于肝。虽曰强分，理似不混。”古人描述的七癥有“蛟龙，鳖，肉，发，虱，食，米”，此源于《诸病源候论》，王肯堂于《证治准绳·女科》驳斥曰：“古人将妇人病为瘕疾，以蛟龙等为生瘕，然亦不必如此执泥。妇人癥瘕并属血病。”故此提名之法，于后世并未沿用。八瘕源于《诸病源候论·狐瘕候》以其形色命名，后世因循之分为“黄瘕”、“青瘕”、“燥瘕”、“血瘕”、“脂瘕”、“狐瘕”、“蛇瘕”、“鳖瘕”。“黄瘕者，……身重淋露……月水不利，令人不产，……下引阴中如刺，不得小便，或时寒热，下赤黄汁……”，“青瘕者……手足肿，面目黄，大小便难，其后月水为之不通利，或不复禁，状如崩中……”，“燥瘕者……夏月热行疾走，……汗出交流……烦满少气……有热……大便涩难……”，“血瘕者……月水不时，乍来乍去，此病令人无子”，“脂瘕者……月水乍来乍去……大小便血不止……”，“狐瘕者……心中恍惚未定……精神游亡……”，“蛇瘕者，……饮污井之木，食不洁之食，吞蛇鼠之精，留结不去……”，“鳖瘕者……水精与邪气俱入……津液妄行，留结不去……”。

2.3 瘕癖，痞块之辨

《诸病源候论》曰“癖病者，由冷气结聚，饮食不消，停积于胁下则成癖病。其状，弦急刺痛，得冷则发作也。”宋·《妇人大全良方·妇人瘕癖诸气方论第七》有云：“夫妇人瘕癖者，本因邪气积聚而生也。瘕者，在腹内近脐左右各有一筋脉急痛，大者如臂，次者如指，因气而成，如弦之状也。癖者为僻，僻在两肋之间，有时而痛，故曰癖也。夫瘕之与癖，皆阴阳不和，经络痞隔，饮食停滞，不得宣流，邪冷之气，搏结不散，得冷则发作疼痛，故曰瘕癖者也。”明·《证治准绳》又云：“气壅塞为痞，言其气痞涩，不宣畅也……”

“疝者，痛也。”至清·陈莲舫《女科秘诀大全》，清·萧廉六《女科经纶》、清·沈金鳌《妇科玉尺》皆云：“……至疝与疝，则俱痛即现，不痛即隐内。在脐左右为疝，在两肋间为疝，在小腹牵引腰胁为疝。”明·《景岳全书·妇人规·癥瘕类》明确指出：“……以至后世有曰疝瘕、曰痞块之属，亦不过以形见之处不同，故名亦因之而异耳。”可见疝瘕，痞块病因、证候与癥瘕相类，只是病位不同而名异。

3 病因病机学说

历代医家对癥瘕的病因病机论述颇多，归纳起来，多由新产，经行不慎，风寒、湿热之邪内侵，或七情，饮食内伤，脏腑功能失调，气机阻滞，瘀血、痰饮、湿浊等有形之邪，相继内生，停积少腹，客于子宫，胶结不解，日积月累，渐成癥瘕。

3.1 病 因

早在《内经》叙述石瘕时即提出，本病的发生，是由于“寒气客于子宫，子宫闭塞”以致“衃以留止”所成，提出寒邪致病说。

《诸病源候论·狐瘕候》比较明确地提出本病发生的原因，有“受于风冷”，“血脉精气不调”，“脏腑虚弱”以及精神刺激等。特别指出“妇人之病，有异于丈夫者……非独关于饮食失节”等因素，更由于“因产后脏虚受寒，后因经水往来，取冷过度，”因而“多夹血气所成也。”简单明了指出寒邪等外来因素易与气血相搏，影响气血的运行而生癥瘕。除寒邪外，该书还叙述了风邪湿邪与热邪致病，论“青瘕”时曰：“妇人新产，未满十日起行，以浣洗太早……又当风卧，不自隐蔽，若居湿席……化生青瘕。”论“燥瘕”时曰：“妇人月水下，恶血未尽，其人虚惫，而以夏月热行疾走……月水横流，衍入他脏不去，有热因生燥瘕之聚。”强调了妇人癥瘕的病因特点。另外该书亦明确指出房事不节或不洁亦是形成本病的重要原因之一，曰：“若经血未尽而合阴阳……饮食不调结牢恶血不除，月水不时或月前月后，因生积聚如怀胎状。”这又是本病生活所伤除饮食失节外又一病因特点。除外邪、饮食、房劳所伤之外，巢氏亦看到本病内因的致病特点曰：“癥瘕之病，由饮食不节，寒湿不调，气血劳伤，脏腑虚弱，受于风冷，令人腹内与血气相结所生……”，“八瘕者，皆胞胎生产，月水往来，血脉精气不调之所生也。”又曰：“妇人荣卫经络，断绝不通，邪气便得往入合于脏。”说明脏腑气血荣卫经络的劳伤或失调，是导致“邪气往入”的内在因素。此说早在《中藏经·积聚癥瘕杂病第十八》即已提及“积聚癥瘕……皆五脏六腑真气，而邪气并，遂乃生焉”。强调了内因发病的重要作用，《诸病源候论·狐瘕候》一言以蔽之，“皆由阴阳不和，风冷搏于脏腑而生积聚也”。

七情致病，于《灵枢·百病始生》就有论述，“若内伤与忧怒，则气上逆……则积皆成矣。”《诸病源候论》中亦多处提及，尤在论“狐瘕”中曰：“妇人月水当日数来而反悲哀忧恐……”则“生狐瘕之聚”。

后代医家多尊崇《诸病源候论》之说，重视内、外病因，如宋·薛己著《校注妇人良方》云：“若乘外邪而合阴阳……则瘕生矣”。对病因病机论述的全而具体、简单明了当推宋代陈无择和明代张介宾二位医家，《三因极一病证方论》指出癥瘕一病“多因经脉失于将理，产蓐不善调护，内伤七情，外感六淫，阴阳劳逸，饮食生冷，遂致营卫不输，新陈干件，

随经败浊，淋漓凝滞，为癥为瘕。”《景岳全书·妇人规·癥瘕类》“……其证则或由经期，或由产后，凡内伤生冷，或外受风寒，或恚怒伤肝，气逆而血留，或忧思伤脾，气虚而血滞，或积劳成弱，气弱而不行。总由动血之时，余血未净，而一有所逆，则留滞日积而渐成癥矣。”陈氏、张氏根据妇女的生理特点，总结前人之说，归纳为：其一，经行产后失于将理，余血未尽，或内伤生冷，或外感风寒、湿毒之邪；其二，郁怒伤肝；其三，忧思伤脾，均日积月累，形成癥瘕。至清《女科经纶》、《女科秘决大全》总结前人之说提出：“妇人食癥属经行不忌生冷所生”，“妇人血癥属风冷饮食与血气相结”，“妇人疝瘕属风冷入腹与血相结”，“妇人八瘕属血脉经气不调所生”，“妇人八瘕属外邪乘合阴阳所致”，“妇人癥瘕属脾胃亏损邪正相搏”等。由此可见，古人对癥瘕的病因的看法颇为一致。

3.2 病 机

癥瘕的致病机理主要责于脏腑功能失调，以及气滞、血瘀、痰浊、湿热或毒热之邪单独或复合作用于机体而致病，在发病过程中，互为因果，相互转化而成多种临床病证。

3.2.1 气滞

由于情志不遂，悲恐不乐，肝气失于疏泄；或邪气阻滞经脉，气机不畅，聚积腹中，气滞则血瘀，气聚血凝，积而成块，但病属初起，积犹未尽，故积而不坚，推之可移。

如《诸病源候论·积聚候》“……六腑之气聚，名曰聚也。”《灵枢·百病始生》“若内伤于忧怒，则气上逆，气逆则六输不通……则积皆成矣。”《景岳全书》云：“……或恚怒伤肝，气逆而血留……则留滞日积而渐以成癥矣。”等。

3.2.2 血瘀

由于新产，经行不慎，或寒邪凝泣不行，或热邪煎熬成块，或气滞日久，由气及血，致腹中之血积结成块。

血瘀之病机历代医家论述富而统一，从《内经》“瘀以留止”。至清《女科经纶》“妇人积聚癥瘕皆属血病”。《医学衷中参西录》“女子癥瘕，多因产后恶露未净，凝结于冲任之中，而流走之新血，又日凝滞其上以附之，遂渐积而为癥瘕矣。”至《医林改错》则一语道破“结块者，必有形之血也。”或“血受寒则凝结成块”，或“血受热则煎熬成块”。

3.2.3 痰积

饮食不节，或肝郁犯脾，以致运化失职，水谷精微不能输布，反下注而为痰浊，痰停气滞，其则血亦受阻，脉络壅塞，痰浊与气血搏结，积结有形，变生癥瘕。

中医理论认为经血同源，血滞则生瘀，津聚则生痰，血赖气行，津赖气布，血瘀气滞日久，津液输布失常，聚而成痰，演成痰瘀互凝之证。于《内经》就已认识到“汁沫与血相搏，则并合凝聚不得散，而积成矣”，“凝血蕴生而不散，津液涩渗，著而不去，而积成矣。”即是讲津液转化成痰，与瘀血聚结成癥瘕。张仲景在《金匮要略》中虽未明言痰瘀互凝之说，但其桂枝茯苓丸治癥病，其中茯苓健脾渗湿之要药，健脾渗湿即杜生痰之源，由此不难测仲景之意。《丹溪心法》“痰夹瘀血，遂成窠囊”。《济阴纲目》则辑录前人对癥瘕的论述，对本病的机理进一步阐发“盖痞气之中未尝无饮，而血癥、食癥之内未尝无痰。则痰、食、血又未有不先因气而后形痰也……”故清·唐宗海《血证论》“血积即久，亦可化为痰”，即说本癥虽由“瘀”所致，但非只有“瘀”，且兼痰邪作祟。

3.2.4 湿热或毒热瘀结

经行、产后胞脉空虚，湿热邪毒乘虚而入，或脾不健运，湿由内生，湿性下流，日久化热，湿阻气机，热灼津血，聚而不散，生痰致瘀相互搏结，发生本癥瘕。

如《诸病源候论》“青瘕者……若居湿席……恶血不除，结热不得前后，便化生青瘕”，“燥瘕者……夏月热行疾走……月水横流，衍入他脏不去，有热，因生燥瘕之聚。”《济阴纲目》亦引此文，至后世专条立此说者却甚少。《医宗必读》云“积之成毒，正气不足，而否邪气踞之。”指邪正相搏胜负之结果，正虚邪盛积可成毒。

3.3 病位于冲任

《内经》认为腹内疝瘕之证，多有奇经任脉为病，任脉行腹里主一身之阴，故曰“任脉为病……女子带下瘕聚”。“石瘕生于胞中……月事不以时下。”说明瘕瘕生于胞中，直接影响冲任功能，而致月经不调。《竹林女科》云：“冲脉任脉起于胞中，为血之海，寒气冲气，血涩不行，成瘕作瘕。”《医学衷中参西录》亦曰：“女子瘕瘕，……凝结于冲任之中……”均明确指出瘀血凝结于冲任之病机。

4 治则治法

4.1 治 则

瘕瘕之治法以活血化瘀，软坚散结为主，佐以行气化痰，兼调寒热。但又必须根据患者体质强弱，病之久暂，酌用攻补。如《内经》所云“客者除之，坚者削之，留者攻之，结者散之。”“大积大聚，其可犯也，衰其大半而止，过者死。”盖恐过于攻伐，伤其气血也。后世治疗多遵循此原则。

《金匱要略》“……瘕瘕害。……所以血不止者，其瘕不去故也，当下其瘕，桂枝茯苓丸主之。”张氏采用缓攻法，制定了第一个治疗此病之方剂，对后世影响较大。《丹溪心法》中亦明确指出：“凡积病不可用下药。徒据真气，病亦不去。当用消积药使之融化，则根除矣。”

古人治疗瘕瘕强调阶段性，分述如下：①《医宗金鉴·妇科心法要诀》“凡治诸瘕积，宜先审身形之壮弱，病势之缓急而治之，如人虚，则气血虚弱不任攻伐，病势虽盛，当扶正气，而后治其病。若形证俱实，宜先攻其病也。”②《医宗必读》指出：“初者，病邪初起，正气尚强，邪气尚浅，则任受攻；中者，受病渐久，邪气较深，正气较弱，任受且攻且补；末者，病魔经久，邪气侵凌，正气消残，则任受补。”③《医学心悟·积聚》详细记载分阶段论治：“治积聚者，当按初中末之三法焉，邪气初客，积聚未坚，宜直消之，而后和之；若积聚日久，邪盛正虚，法从中治，须以补泻相兼为用。若块消及半，便以末治，即住攻击之药，但和中养胃，导达经脉，俾荣卫流通，而块自消矣。更有虚人患积者，必先补其虚，理其脾，增其饮食，然后用药攻其积，斯为善治，此先补后攻之法”。以上诸论说明治疗瘕瘕，古人根据患者体质强弱，病势的盛衰，病程的久暂，或先攻后补，或先补后攻，或以攻为主，或以补为主，或攻补兼施等多种方法治疗，为后世临床所效法。

有关补法的应用，古人亦提出他们的见解。《卫生宝鉴·卷十四》曰：“洁古老人有云，

养正积自除，犹之满坐皆君子，纵有一小人，自无容地而出，今令真气实，胃气强，积自消矣。”《丹溪心法》曰：“人以胃气为本，治法当主固元气，佐以攻伐之剂，必需之待岁月，若期速效，投以峻剂，反致有误也。”张氏、李氏的“养正积自除”具有调整机体的免疫功能，增强机体抗肿瘤能力，控制或阻遏肿瘤的发展，促进机体的康复，对后世治疗本病有重要的指导意义。

在癌瘤治疗尚未攻克的今天，早诊断、早治疗是极其重要的，古人亦有同样认识。《医学正传·卷之一》曰：“大凡腹中有块，不问积聚癥瘕，俱为恶候，切勿视为异常等疾而不求医早治，等待胀满已成，胸腹鼓急，虽仓扁复生，亦莫能救其万一，遘斯疾者，可不惧乎！”虽癥瘕俱为恶候之提法不准确，但其认为本病宜早期治疗，这一经验总结，具有积极的意义。

4.2 治 法

《内经》云：“石瘕……可导而下之。”

4.2.1 内治法及方剂用法归类

历代医家对本病的治疗各有千秋，但万变不离其中，正如明·武之望《济阴纲目》云：“故消积之中，尝兼行气消痰之药为是。”“善治癥瘕者，调其气而破其血，消其食而豁其痰，衰其大半而止。”武氏明确指出，癥瘕的治疗应从瘀血、痰饮、食积着手，以调气为先。

4.2.1.1 调气 《景岳全书·妇人规》曰：“散气之法，只在行气，盖气行则散也。但行气之法，大有权宜，如气实则壅滞，宜破而行之；气闭则留蓄，宜利而行之；气热则干涸，宜寒而行之；气寒则凝结，宜温而行之，此散气治瘕之大法也。”“破气行气之剂，凡气实气壅之甚而为胀为痛者，宜排气饮、木香顺气散、木香调气散、四磨汤，诸七气汤之类主之。若血中之气滞而为瘀为痛者，宜失笑散、通瘀煎、调经饮，甚者《良方》夺命丹。疝瘕气聚者，荔香散，甚者天台乌药散。”“肝气逆而为聚者，解肝煎。”

4.2.1.2 活血通络 《景岳全书·妇人规》曰“形气强壮而瘀血不行，或大病结闭，或腹胀痛甚，有非下不可者，宜《良方》桃仁承气汤下之最捷，或夺命丹、桃仁煎、穿山甲散、赤金豆之类皆可，然下须详慎，非有大实不得已之证，不宜妄用。”指出形体壮实，或兼腑实者，可攻下逐瘀，但须慎重。指“暂见停蓄而根盘未固者，只宜五物煎或决津煎加减主之。”若“妇人形气，病气俱实”宜“通瘀煎、失笑散、玄胡当归之类”以“疏之，导之”。《医学衷中参西录·论女子癥瘕治法》“若在数月以里，其身体犹强壮，所结之癥瘕犹未甚坚，可用《金匱要略》下瘀血汤下之，然必如《金匱要略》所载服法，先制为丸，再煎为汤，连渣服之效”。此论多用于癥积早期，其所拟订的大黄廬虫丸、抵挡汤、抵挡丸、大黄汤对后世有深远的影响，至今仍广泛用于妇科临床。清·王清任《医林改错》以活血化瘀法列膈下逐瘀汤治疗癥瘕积块，影响甚为深广，后世广泛使用，效果良好，正如清代·唐容川著《血证论》曰：“故凡血癥，总以祛瘀为要。”

经薛己校注的宋·陈自明《妇人良方》，总结前人经验，选录三棱煎、桃仁丸、桃仁承气汤、乌药散、穿山甲散等方剂，较之《外台秘要》治八瘕方安全而不峻猛，对后世影响较大，并体现了薛己“养正积自除”的观点。认为“治法宜固元气为主，而佐以攻伐之剂。”“慎不可复伤元气”，其认为治疗癥瘕需待以时日，“当以岁月求之，故欲速效，投以峻剂，

反致有误。”《景岳全书·妇人规》若“稍久且坚，而欲消之磨之，宜三棱丸、万病丸。”《医学衷中参西录·论女子癥瘕论治》曰：“若其病已愈年，或至数年，癥瘕积将满腹，硬如铁石，月信闭塞，饮食减少，浸成病癥，病势至此，再投以下瘀血汤，必不能任受；即能受，亦不能将瘀血通下。”“惟治以拙拟理冲汤补破之药并用”。张氏治疗癥瘕有丰富的临床经验，长于补破并用，指出三棱、莪术、生鸡内金为消磨癥瘕之主药，现已广泛应用于妇科临床，其所拟定化瘀通经散、理冲丸及活络效灵丹，攻补兼施，攻而不峻，久服长服使有形之癥块消于无形之中。颇符合罗谦甫之主张，对血癥治疗，要缓图不要急攻。《卫生宝鉴·妇人门》列增损四物汤、当归丸、活血通经汤、和血通经丸治疗体壮根盘未固，成积块日久，体虚难消者。《普济方·妇人诸病门》列鳖甲丸治“女人腹中积聚，大于七八寸盘面，上下周流，癥不可忍，手足苦冷，咳噫腥臭，两胁热如火炙，玉门冷如风吹，经水不通，或在月前，或在月后。”《温病条辨》列化癥回生丹治“燥气延入下焦，搏于血分，而成癥者，无论男妇”，以上二方根据癥瘕病程较长，久病人络之病机，除治以草木金石之药外，还辅以味咸性窜之虻虫、水蛭、蛭蟥之类，通络散结，软坚消癥，更加人参、当归、熟地、白芍、甘草等药制丸剂以缓图，攻补兼施，渐磨渐消。

4.2.1.3 化痰散积 宋·陈自明《妇人大全良方》列“蓬莪术丸”，治“妇人癥痞，腹肋妨痛，令人体瘦，不思饮食”，列“三棱煎”治“妇人血癥，血瘕，食积瘦滞”；《济阴纲目》列“开郁正元散”治“痰饮血气，郁结食积，气不升降，积聚胀痛，宜利气行血，和脾消导”。以上三方化痰消痰，理气行滞，软坚散结之功，是治疗癥瘕痰瘀为病之方剂，若能灵活运用，加减变化，效果卓著。

4.2.2 用药禁忌

癥瘕的治疗，各代医家，尤以罗谦甫、朱震亨、张介宾、张锡纯为代表，均强调养正邪自除，必先调养，使营卫充实，若不消散，方可议下，若不守禁忌，纵嗜欲，其有不丧身者鲜矣。强调缓图，不宜急攻，后世多因循之，每多收益。

《丹溪心法》曰：“凡积病不可用下药。徒损真气，病亦不去。当用消积药使之融化，则根除矣。”《济阴纲目》亦云：“凡攻击之药，病重病受之，病轻则胃气受伤矣。”《景岳全书·妇人规》论述下法时，强调“然下须详慎，非有大实不得已之证，不宜妄用。”指出下瘀血法宜慎重，须确审其邪气盛实而形体亦健壮者方用之，否则病气未去而正气先伤。

《医学衷中参西录》亦曰：“若人气血壮旺，愈能驾驭药力以胜病也。”故遣方用药时，把扶助正气放在首要地位，时时顾护气血。正如《内经》云：“衰其大半而止，过者死。”

4.2.3 外治法

《景岳全书·妇人规·癥瘕类》曰：“妇人久癥宿痞……外以阿魏膏贴之，仍用熨痞方，或用琥珀膏亦可……”指出妇人久患癥瘕，宜配合外敷法以热敷、热熨。

《证治准绳·女科》“疗妇人血瘕攻刺腹肋时癥，导药方，……内阴中”提出了阴道纳药法治疗血瘕。

《诸病源候论·癥瘕候》提出的“导引”一法，云：“向晨去枕，正偃卧，伸臂胫，瞑目闭口无息，极张腹两足再息，顷间吸腹仰两足，倍拳，欲自散息定，复为之。春三，夏五，秋七，冬九。荡涤五脏，津病六腑，所病皆愈。积聚者，张吸其腹，热乃止。癥瘕散破即愈矣。”这与目前提倡的行之有效的气功疗法名异而实同，是医学遗产的一部分，值得探讨和发扬。

4.2.4 针灸

4.2.4.1 癥瘕取穴 古人于《明堂灸经》、《类经图翼》曰：“关元腧，妇人瘕聚诸疾。”《神应经》、《普济方》亦曰：“瘕聚，关元。”《明堂灸经》、《资生经》、《普济方》均提及曲泉“女子血瘕，按之如汤浸股，内少腹肿，阴挺出。”《针灸甲乙经》、《资生经》分别指出“胞中瘕，子门寒，引髀脾，水道主之。”“水道主胞中瘕”。膀胱俞亦乃古人疗瘕瘕之常用穴位，《明堂灸经》曰：“女子瘕聚，烦满，汗不出，小便赤黄。”《资生经》、《普济方》曰：膀胱俞治“女子瘕聚，脚膝无力。”《类经图翼》主治“女子血瘕”。《明堂灸经》取穴地机治“女子血瘕，按之如汤沃股膝皆痛。”《神应经》取带脉疗“小腹坚”。《类经图翼》取天枢主治“女子血瘕，血结成块”。

4.2.4.2 瘕瘕穴方 可谓千端万种，变化万千。早在《内经》就有毫针治疗瘕积瘕最早记载。《素问·长刺节论》云：“病在少腹有积，刺皮髓以下，至少腹而止；刺夹脊两傍四椎间，刺两髀髂季肋间，导腹中气热下已。”《针灸聚英》则明文云“凡瘕瘕结积之病，甚宜火针”以疏通经脉，调和阴阳，扶正祛邪。

《铜人腧穴针灸图经》曰“曲泉治女子血瘕。……可灸三壮，针入六分”。《针经节要》、《类经图翼》均效仿之。《资生经》、《普济方》、《类经图翼》皆以“妇人瘕聚瘦脊，三焦俞百壮，三极，内踝后宛宛中，随年壮。又灸气海百壮。”《铜人腧穴针灸图经》曰：“膀胱俞治女子瘕聚，……针入三分，留六呼，可灸三壮”。“商曲治妇女腹中积聚，肠中疼，不嗜食，可灸五壮，针入一寸”。“地机……可灸三壮，针入三分”。《针灸聚英》“带下血瘕……灸关元百壮”。《类经图翼》则关元“……刺八分，留七呼，灸七壮”。《医宗金鉴》取承浆“针六分，留七呼，灸三壮”。

配穴治疗瘕瘕古人则是见仁见智。《针灸大成》“海底、归来、关元、三阴交”或“关门、关元、水道、三阴交”。《资生经》、《普济方》“漏谷、曲泉治血瘕”。《针灸集成》对血瘕肠鸣，泻痢，绕脐绞瘕以“天枢百壮，章门、大肠俞、曲泉、曲池、对脐脊骨上，三七壮，灸宜先阴后阳”。《神灸经论》“胃俞、髀俞、气海、天枢、行间”或“三焦俞、肾俞、子宫、子户、中极”，“会阴、复溜”等。《针灸备要》疗瘕瘕取阴陵泉、中封、太冲、四满、关元、带脉、间使等。

5 预防调护

瘕瘕致病，有内、外两因，故历代医家亦是重视内、外两方面的调护。《景岳全书·妇人规》“然必须切慎七情及六淫、饮食、起居，而不时随证调理，庶乎可愈。”古人认为“外邪乘合阴阳”亦可致本病，故唐·王焘《外台秘要》指出治疗期间应禁房事，告诫“三日勿近男子”，且应当“养之如产法。”并提倡早期治疗，明《医学正传》曰：“大凡腹中包块……而不求医早治……虽仓扁复生，亦莫能救其万一。”调护方面，还应注意“养正”。如《卫生宝鉴》曰：“……养正积自除”。

展 望

瘕瘕是妇科常见病，临床特点为下腹部结块。其可见于西医的子宫肌瘤、卵巢肿瘤、

卵巢非赘生囊肿及盆腔炎、盆腔结核、子宫内膜异位症形成的包块。因上述各病病理机制不同,治疗及预后亦不同。目前,中医临床疗效较理想的有子宫肌瘤、盆腔炎症包块、卵巢非赘生性囊肿。

40岁左右妇女,子宫肌瘤发病率较高,据有关报道表明,每四、五个妇女,即有1人患子宫肌瘤。但是,其中20%多自发现后,肌瘤即不再增长,甚至萎缩。一般认为,子宫肌瘤的发生、增长与雌激素有关,故绝经后多能萎缩缩小。因此,临床上对无月经过多、较小的肌瘤可保守治疗,或观察,此为中医药提供了用武之地。

对卵巢肿瘤治疗的报道,虽屡见报端,但临床难以重复。主要原因在于,临床缺少确切的诊断依据,仅凭妇科及B超检查,不能排除卵巢非赘生性囊肿,因卵泡、黄体发育过度,形成的卵泡、黄体囊肿,多可自然消退。

今后,中医药治疗癥瘕,应借助西医的诊断方法,作出组织、病理学诊断,结合中医的辨证,拟定有效方剂,以经得起临床的验证。

(冯金英 曾 诚 李 莉)

近现代参考文献

- [1] 蔡庄,周珮青.蔡氏女科经验选集.上海:上海中医药大学出版社,1997.190~193
- [2] 叶红.沈仲理养血化瘀消瘤散结法治疗子宫肌瘤经验.中医文献杂志,1998.(1):25
- [3] 刘金星,宋旭明,毛美蓉治疗子宫肌瘤经验简介.陕西中医学院学报,1995.(1):11
- [4] 严红.针刺治疗子宫肌瘤疗效观察及部分机理探讨.中国针灸,1991.(2):15
- [5] 王肇英.中医药治疗子宫肌瘤.河北中医,1986.(2):25
- [6] 杨惠华.活血化瘀法治疗子宫肌瘤60例.天津中医,1987.(2):11
- [7] 羊菊芬.子宫肌瘤从瘀论治.南京中医学院学报,1994.(2):49
- [8] 杨彦.曹继新治疗子宫肌瘤经验.湖北中医杂志,1998.(1):11~12
- [9] 王道瑞.中医药治疗子宫肌瘤概况.吉林中医药,1988.(6):33
- [10] 梁媿如,时先芳.浅谈子宫肌瘤的病因病机及治疗.山西中医,1996.(3):52
- [11] 张学兰.子宫肌瘤的血供研究.临床医学影像杂志,1998.(2):123
- [12] 罗元恺主编.实用中医妇科学.上海:上海科学技术出版社,1994.294~299
- [13] 王淑贞主编.实用妇产科学.第2版.北京:人民卫生出版社,1992.705~708
- [14] 肖承棕.子宫肌瘤的论治.中国医药学报,1995.(4):45~46
- [15] 罗元恺主编.中医妇科学.上海:上海科学技术出版社,1990.191~193
- [16] 盛丽,等.火针治疗子宫肌瘤50例临床观察.中国针灸,1998.(3):172
- [17] 马宝璋主编.中医妇科学.上海:上海科学技术出版社,1997.217~220
- [18] 吕伯中.试述妇科癥瘕从冲任诊治.中医药学报,1995.(4):11
- [19] 何嘉琳.妇科癥瘕证治五法.天津中医学院学报,1995.(4):11~12
- [20] 周瑞竹.名老中医梁剑波临证辨证拾萃.新中医,1998.(2):8~9
- [21] 黄纯端.“桂苓丸”治疗子宫肌瘤60例小结.新中医,1982.(10):24
- [22] 王惠兰.桂枝茯苓丸加味治疗卵巢囊肿临床观察.中医杂志,1994.(6):355
- [23] 周咏芳.棱莪四物汤加味治疗子宫肌瘤.中成药研究,1980.(4):31
- [24] 周海龙.子宫肌瘤治验.湖北中医杂志,1986.(5):47

- [25] 张传芳. 中药治疗子宫肌瘤 30 例临床观察. 湖北中医杂志, 1986. (4):17
- [26] 周容华. 加减少腹逐瘀汤治愈子宫肌瘤四例. 湖北中医杂志, 1984. (5):19
- [27] 周容华. 少腹逐瘀汤加减治疗子宫肌瘤 14 例. 北京中医, 1987. (5):34
- [28] 张玉芬, 等. 中西医结合治疗子宫肌瘤 210 例分析. 山西中医, 1988. (1):23
- [29] 李兰舫. 薏苡附子败酱散治疗卵巢囊肿 11 例. 浙江中医杂志, 1987. (12):538
- [30] 尹奉儒. 治疗子宫肌瘤 26 例. 河北中医, 1993. (1):18
- [31] 肖承惊, 等. 肌瘤内消丸治疗子宫肌瘤 125 例临床观察. 中国医药学报, 1990. (2):39
- [32] 罗清华. 橘荔散结丸治疗子宫肌瘤 150 例临床体会. 新中医, 1990. (8):26
- [33] 张松柏. 消瘤调经糖浆治疗子宫肌瘤 90 例. 北京中医, 1992. (6):27
- [34] 林君玉. 桂枝赭石汤治疗妇女盆腔良性肿块 30 例. 江苏中医, 1989. (1):15
- [35] 弭阳. 化痰消癥汤治疗卵巢囊肿 77 例. 河北中医, 1994. (1):25
- [36] 王自平. 内服外敷治疗卵巢囊肿 120 例小结. 河南中医, 1994. (2):105
- [37] 森崇英, 藤井信吾, 小西郁生. 子宫筋腫の發生机序止保存の治療. 日本产科妇人科学会杂志, 1986 (7):1144 ~ 1149
- [38] 周俊, 等. 861 消瘤片对子宫肌瘤患者血浆性激素及肌瘤组织受体含量的影响. 核技术, 1993. (3):299 ~ 302
- [39] 黄含英, 等. 子宫肌瘤患者自然杀伤细胞活性的改变. 中华妇产科杂志, 1990. (6):358 ~ 359
- [40] 周俊, 等. 消瘤片改善子宫肌瘤患者细胞免疫功能的临床及实验研究. 中国中西医结合杂志, 1997 (5):277 ~ 279
- [41] 赵惠芳. 子宫肌瘤血瘀证患者血清中铜锌含量变化的初步观察. 中西医结合妇产科情报资料, 1989 ~ 1990
- [42] 姜宏. 子宫平滑肌瘤的超微结构. 第一军医大学学报, 1990. (2):207
- [43] 姜春华, 等. 活血化瘀研究汇编. 上海: 上海医科大学出版社, 1990. 31
- [44] DALY DC, WALTERS CA, PRIOR JC, et al. Prolactin production from proliferative phase leiomyoma. Amj obstet gynecol, 1984
- [45] 谢启文. 神经内分泌学. 沈阳: 辽宁科技出版社, 1990. 169
- [46] 严红, 等. 针刺治疗子宫肌瘤的临床研究. 针刺研究, 1994. (2):14

❀ 附 录 ❀

方 剂 汇 编

一 画

一贯煎(《柳州医话》) 沙参 麦冬 生地 当归 枸杞子 川楝子

二 画

二四汤(《邯郸遗稿》) 橘红 半夏 茯苓 甘草 熟地 当归 川芎 芍药

二仙汤(《中医方剂临床手册》) 仙茅 仙灵脾 巴戟 知母 黄柏 当归

二至丸(《医方集解》) 女贞子 旱莲草

十全大补汤(《太平惠民和剂局方》) 人参 肉桂 川芎 地黄 茯苓 白术 炙甘草 黄芪 当归 白芍

十补丸(《济生方》) 熟地 山药 山茱萸 丹皮 泽泻 茯苓 肉桂 炮附子 五味子 鹿茸

八物汤(《济阴纲目》) 当归 赤芍 熟地 川芎 川楝子 延胡索 槟榔 木香

八珍汤(《正体类要》) 党参 白术 茯苓 炙甘草 当归 白芍 熟地黄 川芎

人参养营汤(《太平惠民和剂局方》) 人参 黄芪 白术 茯苓 远志 陈皮 五味子 当归 白芍 熟地 肉桂 炙甘草

三 画

三妙红藤汤(《中医治法与方剂》) 黄柏 苍术 苡仁 红藤 败酱 夏枯草 大蓟 小蓟 香附 仙鹤草 益母草

大七气汤(《济生方》) 制香附 青皮 陈皮 藿香 醋三棱 醋莪术 苦桔梗 肉桂 益智仁 炙甘草

大补元煎(《景岳全书》) 人参 山药 熟地 当归 杜仲 枸杞 山茱萸 炙甘草

大柴胡汤(《伤寒论》) 柴胡 黄芩 半夏 白芍 枳实 大黄 生姜 大枣

大黄牡丹皮汤(《金匱要略》) 大黄 牡丹皮 桃仁 冬瓜仁 芒硝

大黄廑虫丸(《金匱要略》) 大黄 生地 桃仁 杏仁 白芍 甘草 黄芩 蛇虫 水蛭 蛭蟥 地鳖虫 干漆

大戟散(《太平圣惠方》) 大戟 当归 青皮 赤芍 大黄 芫花 猪苓 桃仁

上下相资汤(《石室秘录》) 人参 玉竹 沙参 五味子 麦冬 熟地 山萸肉 玄参 车前 牛膝

小柴胡汤(《伤寒论》) 柴胡 黄芩 半夏 人参 甘草 生姜 大枣

四 画

- 开郁二陈汤(《万氏妇人科》) 制半夏 陈皮 茯苓 青皮 香附 川芎 莪术 木香 槟榔 苍术 甘草 生姜
- 开郁正元散(《济阴纲目》) 制香附 青皮 陈皮 白术 茯苓 炒山楂 炒神曲 炒麦芽 桔梗 砂仁 海粉 延胡索 炙甘草 生姜
- 开郁种玉汤(《傅青主女科》) 白芍 香附 当归 白术 丹皮 茯苓 花粉
- 天仙藤散(《校注妇人良方》) 天仙藤 香附子 陈皮 甘草 乌药 生姜 木瓜 紫苏叶
- 五子衍宗丸(《摄生众妙方》) 枸杞子 菟丝子 覆盆子 五味子 车前子
- 五味消毒饮(《医宗金鉴》) 蒲公英 金银花 紫花地丁 紫背天葵子 野菊花
- 五物煎(《景岳全书》) 当归 熟地 芍药 川芎 肉桂
- 五磨饮子(《医方集解》) 乌药 沉香 槟榔 枳实 木香
- 止带汤(《世补斋·不谢方》) 茯苓 猪苓 泽泻 赤芍 丹皮 茵陈 黄柏 栀子 牛膝 车前子
- 内补丸(《女科切要》) 鹿茸 肉桂 菟丝子 黄芪 白蒺藜 沙苑蒺藜 肉苁蓉 桑螵蛸 熟附子 紫菀茸
- 牛膝散(《妇人大全良方》) 牛膝 桂心 赤芍药 桃仁 延胡索 当归 川芎 牡丹皮 木香
- 升举大补汤(《傅青主女科》) 黄芪 白术 陈皮 人参 炙甘草 升麻 熟地 麦冬 白芷 荆芥穗
- 丹栀逍遥散(《女科撮要》) 丹皮 栀子 柴胡 当归 白芍 白术 茯苓 炙甘草
- 丹溪治湿痰方(《丹溪心法》) 苍术 白术 半夏 茯苓 滑石 香附 川芎 当归
- 六味地黄丸(《小儿药证直诀》) 熟地 山药 山茱萸 丹皮 泽泻 白茯苓
- 少府逐瘀汤(《医林改错》) 小茴香 干姜 延胡索 没药 当归 川芎 肉桂 赤芍 蒲黄 五灵脂

五 画

- 正气天香汤(《医学正传》) 台乌药 香附 陈皮 苏叶 干姜
- 左归丸(《景岳全书》) 熟地 山药 枸杞 山茱萸 川牛膝 菟丝子 鹿胶 龟甲胶
- 右归丸(《景岳全书》) 熟地 山药 山茱萸 枸杞 鹿角胶 菟丝子 杜仲 当归 肉桂 制附子
- 龙骨散(《妇科胎产经验良方》) 龙骨 当归 地黄 艾叶 地榆 阿胶 白芍 干姜 蒲黄 牛角
- 平肝丹郁止血汤(《傅青主女科》) 当归 白术 白芍 丹皮 生地 三七 甘草 黑苓穗 柴胡
- 艾附暖宫丸(《沈氏尊生方》) 当归 生地 白芍 川芎 黄芪 肉桂 艾叶 吴茱萸 香附 续断
- 归肾丸(《景岳全书》) 菟丝子 杜仲 枸杞 山茱萸 当归 熟地 山药 茯苓

归脾汤(《正体类要》) 人参 黄芪 白术 茯神 酸枣仁 龙眼肉 木香 甘草 当归
远志 生姜 大枣

四生丸(《妇人大全良方》) 生侧柏叶 生艾叶 生荷叶 生地黄

四君子汤(《太平惠民和剂局方》) 人参 白术 茯苓 甘草

四苓散(《丹溪心法》) 茯苓 猪苓 泽泻 白术

四味回阳饮(《景岳全书》) 人参 制附子 炮姜 炙甘草

四物汤(《太平惠民和剂局方》) 熟地 当归 川芎 白芍

生化汤(《傅青主女科》) 当归 川芎 桃仁 炮姜 炙甘草

生脉散(《内外伤辨惑论》) 人参 麦冬 五味子

失笑散(《太平惠民和剂局方》) 蒲黄 五灵脂

白术散(《全生指迷方》) 白术 茯苓皮 大腹皮 陈皮 生姜皮

瓜石汤(《刘奉伍妇科经验》) 瓜蒌 石斛 玄参 麦冬 生地 瞿麦 车前子 益母草
马尾连 牛膝

圣愈汤(《兰室秘藏》) 人参 黄芪 当归 川芎 熟地 生地

加味乌药汤(《医宗金鉴》) 乌药 缩砂仁 木香 延胡索 香附 甘草 槟榔

加减一阴煎(《景岳全书》) 生地 熟地 白芍 知母 麦冬 地骨皮 甘草

加减香砂六君子汤(《中医妇科治疗学》) 泡参 茯苓 白术 半夏 陈皮 木香 砂仁
当归 川芎

六 画

芍药汤(《保命集》) 芍药 当归 黄芩 黄连 大黄 肉桂 槟榔 木香 炙甘草

至宝丹(《太平惠民和剂局方》) 朱砂 麝香 安息香 金银箔 犀角 牛黄 琥珀 雄黄
玳瑁 龙脑

过期饮(《证治准绳》) 熟地 白芍 当归 香附 川芎 红花 桃仁 莪术 木通 甘草
肉桂

当归四逆汤(《伤寒论》) 当归 桂枝 细辛 芍药 木通 炙甘草 大枣

当归芍药散(《金匱要略》) 当归 芍药 茯苓 白术 泽泻 川芎

当归活血散(《景岳全书》) 赤芍 当归 生地 川芎 桃仁 红花 香附 丹皮 青皮
延胡索 莪术 三棱

血府逐瘀汤(《医林改错》) 当归 生地 桃仁 红花 枳壳 赤芍 柴胡 甘草 桔梗
川芎 牛膝

安宫牛黄丸(《温病条辨》) 牛黄 郁金 犀角 黄芩 黄连 雄黄 栀子 朱砂 冰片
麝香 珍珠

约营煎(《景岳全书》) 生地 芍药 甘草 续断 地榆 黄芩 槐花 炒荆芥穗 乌梅

七 画

寿胎丸(《医学衷中参西录》) 川断 寄生 菟丝子 阿胶

苍附导痰丸(《叶天士女科诊治秘方》) 苍术 香附 陈皮 白茯苓 枳壳 半夏 南星

甘草 生姜 神曲

佛手散(《普济本事方》) 当归 川芎

完带汤(《傅青主女科》) 白术 山药 人参 白芍 苍术 甘草 陈皮 黑芥穗 柴胡

车前子

补中益气汤(《脾胃论》) 人参 黄芪 甘草 当归 陈皮 升麻 柴胡 白术

补肾地黄丸(《陈素庵妇科补解》) 熟地 枣皮 山药 茯苓 丹皮 桑螵蛸 泽泻 知母

黄柏 玄参 龟版 麦冬 竹叶 远志 酸枣仁

补肾固冲丸(《中医学新编》) 菟丝子 续断 巴戟天 杜仲 当归 熟地 鹿角霜 枸杞

子 阿胶 党参 白术 大枣 砂仁

八 画

青蒿鳖甲汤(《温病条辨》) 青蒿 鳖甲 细生地 知母 丹皮

奇效四物汤(《景岳全书》) 当归 熟地 白芍 川芎 阿胶 艾叶 黄芩

固本止崩汤(《傅青主女科》) 人参 黄芪 白术 熟地 当归 黑姜

固经丸(《医学入门》) 龟甲 黄芩 白芍 椿根白皮 黄柏 参附

金匱肾气丸(《金匱要略》) 熟地 山药 山茱萸 丹皮 泽泻 茯苓 桂枝 炮附子

知柏地黄丸(《医宗金鉴》) 熟地 山药 山茱萸 丹皮 泽泻 白茯苓 知母 黄柏

肠宁汤(《傅青主女科》) 当归 熟地 阿胶 人参 山药 续断 麦冬 肉桂 甘草

定经汤(《傅青主女科》) 柴胡 炒荆芥 当归 白芍 山药 茯苓 菟丝子 熟地

参附汤(《校注妇人良方》) 人参 附子

九 画

柏子仁丸(《妇人大全良方》) 柏子仁 牛膝 卷柏 泽兰 续断 熟地黄

香棱丸(《济生方》) 木香 丁香 三棱 枳壳 莪术 青皮 川楝子 小茴香

保阴煎(《景岳全书》) 生地 熟地 黄芩 黄柏 山药 续断 白芍 甘草

胎元饮(《景岳全书》) 人参 当归 杜仲 白芍 熟地 白术 陈皮 甘草

独参汤(《景岳全书》) 人参

姜芩四物汤(《医宗金鉴》) 姜黄 黄芩 熟地 赤芍 川芎 当归 丹皮 延胡索 香附

姜黄散(《景岳全书》) 姜黄 当归 莪术 红花 桂心 川芎 延胡索 丹皮

养精种玉汤(《傅青主女科》) 熟地 山茱萸 白芍 当归

举元煎(《景岳全书》) 人参 黄芪 炒白术 炒升麻 炙甘草

宣郁通经汤(《傅青主女科》) 白芍 当归 牡丹皮 栀子 白芥子 柴胡 香附 郁金

黄芩 生甘草

十 画

泰山磐石散(《景岳全书》) 人参 黄芪 当归 续断 黄芩 川芎 白芍 熟地 白术

炙甘草 砂仁 糯米

桂枝茯苓丸(《金匱要略》) 桂枝 茯苓 赤芍 丹皮 桃仁

桃仁承气汤(《伤寒论》) 桃仁 生大黄 桂枝 炙甘草 芒硝
 桃红四物汤(《医宗金鉴》) 桃仁 红花 熟地 当归 川芎 白芍
 真武汤(《伤寒论》) 茯苓 白术 白芍 生姜 附子
 逐瘀止血汤(《傅青主女科》) 生地 大黄 当归尾 赤芍 丹皮 枳壳 龟甲 桃仁
 逍遥散(《太平惠民和剂局方》) 柴胡 当归 白芍 白术 茯苓 甘草 薄荷 煨姜
 胶艾汤(《金匱要略》) 阿胶 艾叶 熟地 当归 川芎 白芍 甘草
 调肝汤(《傅青主女科》) 山药 阿胶 当归 白芍 山茱萸 巴戟天 甘草
 调经定痛散(《裘笑梅妇科临床经验选》) 生地 当归 白芍 川楝子 元胡 木香 乌药
 川芎 乳香 没药
 调经饮(《景岳全书》) 当归 牛膝 山楂 香附 青皮 茯苓

十 一 画

理中丸(《伤寒论》) 人参 干姜 白术 炙甘草
 理冲汤(《医学衷中参西录》) 党参 生黄芪 山药 鸡内金 三棱 莪术 知母 白术
 天花粉
 梔苓汤(《竹林女科证治》) 山梔仁 黄芩 当归 元参 枳壳 苏梗 广皮 白芍 杜仲
 救损安胎汤(《傅青主女科》) 当归 白芍 生地 白术 炙甘草 人参 苏木 乳香 没
 药
 蛇床子洗方(《疡医大全》) 蛇床子 花椒 白矾
 银花薏苡饮(《中医妇科学》) 银花 薏苡 土茯苓 炒荆芥 甘草
 脱花煎(《景岳全书》) 当归 川芎 红花 牛膝 车前子 肉桂
 惜红煎(《景岳全书》) 白术 山药 炙甘草 地榆 续断 芍药 北五味 荆芥穗 乌梅
 羚角钩藤汤(《重订通俗伤寒论》) 钩藤 羚羊角 桑叶 川贝 生地 菊花 白芍 茯神
 竹茹 甘草
 清肝达郁汤(《重订通俗伤寒论》) 焦山梔 川柴胡 当归须 生白芍 粉丹皮 炙甘草
 广橘皮 苏薄荷 滁菊花 鲜青橘叶
 清经散(《傅青主女科》) 丹皮 地骨皮 白芍 熟地 青蒿 白茯苓 黄柏
 清骨散(《证治准绳》) 银柴胡 胡黄连 秦艽 鳖甲 地骨皮 青蒿 知母 甘草
 清热固经汤(《简明中医妇科学》) 黄芩 焦梔子 生地 地骨皮 地榆 阿胶 生藕节
 陈棕炭 炙龟板 牡蛎粉 生甘草
 清热调血汤(《古今医鉴》) 当归 川芎 白芍 生地 黄连 香附 桃仁 红花 延胡索
 牡丹皮 莪术
 清海苍莎丸(《医学入门》) 南星 苍术 川芎 香附
 清营汤(《温病条辨》) 犀角 生地 玄参 竹叶心 麦冬 丹参 黄连 银花 连翘

十 二 画

紫苏饮(《普济本事方》) 紫苏 陈皮 大腹皮 当归 白芍 川芎 人参 甘草
 紫雪丹(《温病条辨》) 石膏 寒水石 磁石 滑石 犀角 羚羊角 沉香 玄参 青木香

升麻 丁香 硝石 麝香 朱砂 炙甘草 朴硝

温经汤(《金匱要略》) 吴茱萸 当归 川芎 芍药 人参 桂枝 阿胶 牡丹皮 生姜 甘草 半夏 麦门冬

温经汤(《妇人大全良方》) 当归 川芎 白芍 人参 桂心 莪术 丹皮 甘草 牛膝

温胞饮(《傅青主女科》) 巴戟天 补骨脂 菟丝子 肉桂 制附子 杜仲 白术 山药 芡实 人参

滋水清肝饮(《医宗己任篇》) 熟地 山茱萸 丹皮 茯苓 山药 泽泻 柴胡 白芍 当归 栀子

滋血汤(《证治准绳》) 熟地 白芍 当归 川芎 人参 黄芪 白茯苓 山药

十 三 画

塌痒汤(《疡医大全》) 鹤虱 苦参 蛇床子 威灵仙 当归 狼毒

解毒活血汤(《医林改错》) 连翘 葛根 柴胡 枳壳 当归 赤芍 生地 红花 桃仁 甘草

十 四 画

毓麟珠(《景岳全书》) 人参 白术 茯苓 白芍 当归 川芎 熟地 甘草 菟丝子 杜仲 鹿角霜 川椒

膈下逐瘀汤(《医林改错》) 当归 川芎 赤芍 桃仁 红花 枳壳 延胡索 五灵脂 丹皮 乌药 制香附 甘草

十五画以上

增味四物散(《济阴纲目》) 熟地 当归 赤芍 川芎 醋三棱 醋莪术 肉桂 干漆

增损八物汤(《万氏妇人科》) 人参 白术 当归 白芍 熟地 艾叶 黄芩 黄柏 知母 阿胶 炙甘草

蜀痛种子汤(《痛经》) 丹参 当归 香附 白芍 补骨脂 桃仁 延胡索 川楝子 川芎 川牛膝 五灵脂 制没药 木香 炮姜

蜀痛消癖汤(《痛经》) 玄参 夏枯草 牡蛎 清半夏 橘核 昆布 海藻 三棱 莪术 柴胡

古代主要参考书目

《金匱要略》	汉·张机
《褚氏遺書》	南齐·褚澄
《諸病源候論》	隋·巢元方
《備急千金要方》	唐·孙思邈
《經效產寶》	唐·昝殷
《產育寶慶集》	宋·李师圣 郭稽中
《陳素庵婦科補解》	宋·陈沂
《衛生家寶產科備要》	宋·朱端章
《婦人大全良方》	宋·陈自明
《女科百問》	宋·齐仲甫
《脾胃論》	金·李杲
《蘭室秘藏》	金·李杲
《女科濟陰要語萬金方》	宋·郑春敷
《丹溪心法》	元·朱震亨
《醫學正傳》	明·虞抟
《丹溪心法附余》	明·方广
《女科撮要》	明·薛己
《萬氏婦人科》	明·万全
《廣嗣紀要》	明·万全
《赤水玄珠》	明·孙一奎
《醫學入門》	明·李梴
《本草綱目》	明·李时珍
《醫學六要》	明·张三锡
《証治准繩·女科》	明·王肯堂
《邯鄲遺稿》	明·赵献可
《濟陰綱目》	明·武之望
《景岳全書》	明·张介宾
《傅青主女科》	清·傅山
《女科經綸》	清·萧埏
《張氏醫通》	清·张璐
《馮氏錦囊秘錄》	清·冯楚瞻
《女科正宗》	清·何涛

《医学心悟》	清·程钟龄
《医宗金鉴·妇科心法要诀》	清·吴谦
《叶天士女科诊治秘方》	清·叶桂
《四圣心源》	清·黄元御
《沈氏女科辑要》	清·沈尧封
《竹林女科》	清·竹林寺僧
《女科切要》	清·吴本立
《妇科玉尺》	清·沈金鳌
《妇科冰鉴》	清·柴得华
《罗氏会约医镜》	清·罗国纲
《医林改错》	清·王清任
《类证治裁》	清·林珮琴
《女科要旨》	清·陈修园
《血证论》	清·唐容川