

蔡小荪治疗子宫内膜异位症经验

王隆舟¹ 指导:蔡小荪²

(1 上海中医药大学附属市中医院,上海市芷江中路274号,200071; 2 上海市第一人民医院)

关键词 子宫内膜异位症/中医疗法; @ 蔡小荪

蔡小荪教授是上海市第一人民医院中医妇科主任医师,首届全国继承老中医学术经验导师。从事妇科临床、教学60余年,学验俱丰,主病证结合,衷中参西,擅治疑难杂病。现将其治疗经验介绍如下。

1 基本病机

子宫内膜异位症(以下简称“内异症”)是妇科中较为难治的疾病,病势缠绵,复发率高。它是由于有生长功能的子宫内膜组织种植在子宫腔外的任何部位的妇科疾病。现代医学认为,病因复杂,呈多源性,主要病理变化为异位内膜的周期性出血及周围组织的增生和纤维化。异位内膜的周期性出血即“体内出血”,属中医理论之“离经之血”,此血及脱落之内膜不能排出体外或及时吸收化解,即成瘀血,故瘀血是本病发生发展的病理基础。肾藏精主生殖,与妇女之月经、胎孕关系甚为密切,故内异症之形成与肾虚有关。肾虚血瘀为本病病机,肾虚为本,血瘀为标。

内异症的病理实质是血瘀,而造成血瘀的原因及血瘀形成的病理变化较复杂。明代张景岳:“瘀血留滞作征,唯妇人有之。其证则由经期或产后,凡内伤生冷或外受风寒;或悲怒伤肝,气逆留血;或忧思伤脾,气虚而滞;或积劳积弱,气弱不行。总之血动之时,余血未净,而有所逆,则留滞日积而渐成微矣……妇人久徵宿痞,脾胃必亏,邪正相搏,牢固不动。气联于子宫则不孕。”蔡教授认为致病有3大原因:一是经期产后房事不节,败精浊血混为一体;二是人工流产、剖腹产术后,损伤冲任及胞宫,瘀血留滞胞络、胞宫;三是邪毒侵袭,稽留不去所致寒热湿瘀阻。血瘀多由气滞、肝郁、热结、寒凝、湿热、气虚、阴虚等因所致。气为血帅,气滞则血运不畅,肝郁则气结血留为瘀,“血受寒则凝结成块,血受热则煎熬成块”(《医林改错》)。湿热内蕴与血相搏,则交结为瘀:“阴足则火不动”(《血证论》),阴虚则阳火易动,气逆火盛而煎熬成瘀。同时瘀血壅滞,又易生他变。如血瘀则气滞不畅,血瘀则水湿不化,久瘀化热,久瘀伤气,久瘀则血枯阴虚。血瘀能与多种病理机制发生相互影响、相互转化、互为因果

的作用,临证必须随症应变。

2 治疗大法

蔡教授对内异症的诊治,摸索了一套独特的治疗规律,经临床验证,疗效显著。内异症以肝郁气滞、瘀血阻络者为多数,正如《血证论》中指出:“瘀之为病,总是气与血交结而成,须破血行气以推除之。”活血祛瘀散结,可以使瘀血得化,癥瘕缩小;气血流畅,痛经减轻;冲任调和,摄精成孕。治则:经期期间须控制症状,经净以后拟消除病灶。然基本方不能通治所有内异症,还须按患者的秉赋差异、受邪性质、病机转归、症状特点进行辨证施治。对体虚邪实者,如气虚阴亏者,可以攻补兼施,扶正散结,加用滋阴和补气之剂,以宗前人“养正积自除”之法;寒凝血瘀者,临床特征常表现为剧烈腹痛,用经痛方加温经散寒之剂,痛势多能缓解。内异症往往与盆腔及内生殖器各种炎症掺杂互见,炎症可加重内异症及其临床表现,而内异症能使周围组织发生局部脓肿、黏连,以致炎症加重。因此,治疗不应局限于“痛经”、“崩漏”、“癥瘕”等范畴,对兼有湿热型或热结患者,加用大剂清热解毒、利湿导滞之品。人体的内分泌功能活动,具有较强的季节倾向,气候剧变常可出现症状反复。经痛者对寒冷敏感,冬季症状发作频而剧;血崩者对热的反应明显,每至夏季则症势加重,这正是中医所谓的“寒则凝滞”、“热则流散”之故。因此在治疗上不能墨守成规,必须“同中辨异”、“动中应变”,才能提高疗效。

3 临证经验

依据历代医家治疗“血瘀”、“癥结”的经验,蔡教授主张“求因为主,止血为辅”,“治病必求于本”。以通因通用、化瘀散结为大法,并注意到整体辨证,结合病因治疗,以调整脏腑、气血、阴阳的生理功能。按临床主症设立对症治疗。基本方:

3.1 内异I方:炒当归10g,川芎6g,丹参12g,牛膝10g,赤芍10g,香附10g,延胡索12g,血竭3g,没药6g,生蒲黄12g(包),五灵脂10g(包)。本方当归、川芎辛香走散,养血调经止痛;赤芍清瘀活血止痛;丹参祛瘀生新;牛膝引血下行,凿瘀破结;香附理气调经止痛;延胡索、没药活血散瘀,理气止痛;生蒲黄、五灵脂通利血

脉,行瘀止痛;血竭散瘀生新,活血止痛。

3.2 内异Ⅱ方:炒当归 10g,生地黄 10g,生蒲黄 30g,丹参 10g,香附 10g,花蕊石 20g,熟大黄 10g,震灵丹 12g,白芍 10g,三七 2g。本方丹参祛瘀生新;香附理气调经,以助化瘀;生蒲黄、花蕊石化瘀止血;熟大黄凉血泻火,祛瘀止血;三七化瘀定痛止血;震灵丹化瘀定痛,镇摄止血。

3.3 内异Ⅲ方:茯苓 12g,桂枝 3g,赤芍 10g,牡丹皮 10g,皂角刺 30g,桃仁 10g,莪术 12g,石见穿 20g,穿山甲 9g,水蛭 6g。本方为桂枝茯苓方加味。桂枝茯苓丸治瘀阻,下癥块;皂角刺辛温锐利,直达病所,溃肿散结;石见穿活血消肿;穿山甲散血通络,消肿排脓;莪术行气破血,消积散结;水蛭恶血,破瘀散结。

4 病案举例

例1:徐某,女,31岁,于2003年8月14日初诊。经量过多1年,15岁7/21~25,0—0—0,婚6年,2002年秋行双侧卵巢巧克力囊肿剥离术,Lmp8月13日,曾服丹那唑,此次经痛较剧,经量过多,舌质嫩红,脉细略数。证属宿瘀未清,治以活血化瘀。处方:炒当归 10g,生地黄 10g,香附 10g,延胡索 12g,赤芍、白芍各 10g,丹参 6g,生蒲黄 20g(包),败酱草 30g,桂枝 2.5g,血竭 3g,川芎 6g,5剂,水煎服,日1剂。

2003年8月18日二诊:腹痛较剧,量多,较前略减,脉细略数,舌中根腻微黄,质嫩红,前法加减。处方:党参 12g,生黄芪 12g,炒当归 10g,赤芍、白芍各 10g,香附 10g,牛膝 12g,生蒲黄 20g(包),花蕊石 12g,熟大黄 10g,三七粉 2g(吞服),3剂,水煎服,日1剂。

按:药后经净,再拟化瘀散结。循环调治3个周期,月事准期,经量正常,腹痛减轻。临床治崩,多遵循明·方约之提出的塞流、澄源、复旧之大法。若遇暴崩久漏之际,则宜急取治标止血治则。蔡教授认为:本症之崩漏,乃因瘀血停滞,阻于经脉,新血不得循环所致,故治疗当谨守病机,仿“通因通用”,以化瘀澄源为主,非单纯固涩止血所能奏效。瘀血不去,新血不生,血不归经,则出血不止。选方用药不用炭剂止血,惯用自拟“内异Ⅱ方”。以四物汤为基础,选用当归、川芎、生地黄、赤芍、牛膝、丹参、生蒲黄、花蕊石、香附、延胡索、血竭。方中生蒲黄常需据病情超量用之,蒲黄本入血分,以清香之气,兼行气血,故能导瘀结而治气血凝滞之痛,且善化瘀止血,对本症经量多兼痛经者配合花蕊石、血竭尤为适宜。当归常量,川芎减量,取其祛瘀生新之功。也是正治反治法则的灵活运用。经净之后,遂取复旧之法,重在益气止血之品调理,巩固其本。

例2:黄某,女,28岁,2003年9月11日初诊。临

经腹痛加剧半年,12岁5/25,0—0—2—0,据云:未婚,2002年2月,左侧卵巢巧克力囊肿剥离术;2002年12月行人工流产术;嗣后经痛较剧,下块较多,里急感,平素疲惫,腰酸,Lmp8月15日,B超:未见异常。脉细略数,舌嫩红有齿印,苔薄微白。证属宿瘀内结;治拟化瘀散结,调理冲任。处方:当归 10g,生地黄 10g,牛膝 10g,炒杜仲 12g,续断 12g,川芎 6g,补骨脂 10g,白芍 10g,香附 10g,延胡索 12g,乳香、没药各 6g,生蒲黄 12g(包),7剂,日1剂,水煎服。

2003年9月18日二诊:Lmp9月11日,经期尚准,腹痛减轻,今经净,余无所苦,舌嫩红,脉细,再拟化瘀散结。处方:茯苓 12g,桂枝 3g,赤芍 12g,牡丹皮 10g,桃仁 10g,败酱草 30g,椿根皮 12g,穿山甲 10g,皂角刺 30g,泽泻 10g,水蛭 6g,7剂,水煎服,日1剂。

按:内异症痛经是因具有功能的子宫内膜异位于宫腔之外所致,即中医所谓“离经之血”。因而造成新血无以归经而瘀血不能排出之势。若瘀血畅行,块膜排出,则腹痛随之减轻。拟法化瘀治本为主。选方用药不能专用祛瘀通下,应采取促使瘀血融化内消之法。用自拟内异Ⅰ方,其旨在理气活血诸药中,配散寒破血见长之没药、血竭、失笑散,散破癥积宿血,兼具定痛之功。服药当经前3天,晚则瘀血既成,日渐增加,难收预期功效。

例3:程某,女,41岁,2003年12月2日初诊。发现盆腔肿块1周,1998年行全子宫+右附件切除术,病理示:子宫内膜异位症,1—0—0—1,时有小腹隐痛,白带不多,1周前B超检查示“左侧巧克力囊肿”4.5cm×4.4cm×3.4cm,脉略细数,苔淡薄,边有齿印。证属:宿瘀内结,日久成症;治拟化瘀散结。处方:茯苓 10g,桂枝 3g,赤芍 10g,牡丹皮 10g,桃仁 10g,莪术 10g,穿山甲 10g,皂角刺 30g,石见穿 20g,炒白术 10g,水蛭 6g,7剂,水煎服,日1剂。

2003年12月9日二诊:夜间易惊醒,寐欠安,脉略数,苔薄,边有齿印,再拟前法,加镇静安神。处方:茯神、茯苓各 10g,石斛 10g,桂枝 3g,远志 4.5g,磁石 30g(先煎),赤芍 10g,牡丹皮 10g,桃仁 10g,皂角刺 30g,穿山甲 10g,柏子仁 10g,水蛭 6g,14剂,日1剂,水煎服。

按:服中药调治5个月,9月25日经净后,随访B超示:卵巢囊肿消失。再予以巩固。癥瘕为此疾病之根本,按“血实宜决之”治则,于经净后以内异Ⅲ方消癥散结,宗桂枝茯苓丸法加味。一般服药后症状改善较为显著,癥块消失。

(2007-03-22 收稿)