

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2016.04.018

## 临证心得

## 胡芦巴丸加减治疗原发性痛经

孙玥<sup>1</sup>, 王天芳<sup>2\*</sup>, 张佳元<sup>2</sup>, 侯帅颖<sup>2</sup>

(1. 北京中医药大学东直门医院, 北京市东城区海运仓 5 号, 100700; 2. 北京中医药大学基础医学院)

**摘要** 原发性痛经多发生在经前或经期的前几天, 常呈痉挛性疼痛, 有阳虚表现。病机特点是寒伏天癸, 血遇寒而凝, 血瘀不通而痛。以《太平惠民和剂局方》卷八中的胡芦巴丸为基本方加减, 从寒凝气滞血瘀论治原发性痛经, 根据寒凝、气滞、血瘀程度的不同进行加减, 并加以心理疏导等辅助方法进行治疗。

**关键词** 原发性痛经; 胡芦巴丸; 寒凝; 气滞; 血瘀

痛经为伴随月经的疼痛, 是指女性在月经期或行经前后出现下腹疼痛、坠胀, 同时还可有头痛、头晕、乏力、恶心、呕吐、腹泻等其他不适。根据有无器质性原因, 分为原发性痛经和继发性痛经。年轻女性常发生原发性痛经, 多在月经初潮后 6 ~ 12 个月内或者规律性排卵后出现, 一般持续 1 ~ 3 天, 常呈痉挛性疼痛<sup>[1]</sup>。西医对于原发性痛经的一般治疗主要为卧床休息、热敷、服用止痛药等。我们以《太平惠民和剂局方》卷八中的胡芦巴丸加减为基本方治疗寒凝气滞血瘀所致的原发性痛经, 现将心得体会介绍如下。

## 1 对原发性痛经的认识

### 1.1 基本病机

原发性痛经多发生在经前或经期的前几天, 多伴有小腹局部怕冷, 得温痛减, 痛甚者可表现为冷汗、面色苍白、手足发冷、呕吐腹泻等。患者平时有手足不温、畏寒等阳虚的表现, 若经期不注意保暖, 复感寒邪, 或饮食生冷, 则可使里寒加重; 同时由于对每月疼痛的期待性恐惧, 可导致患者出现气滞。因此, 寒凝、气滞、血瘀常伴随出现, 导致较为剧烈的绞痛、胀痛或坠痛, 并伴有全身及小腹局部怕冷, 严重者还可有腹泻、呕吐、出冷汗、头晕、乏力等。原发性痛经在疼痛发作时以“不通则痛”的实证表现较为突出, 因此, 宜采用经前、经期及经后分阶段治疗。月经前 1 周开始服药至月经第 2 ~ 3 天主要以温肾祛寒止痛为主; 非月

经期则根据患者平时的情况及月经周期进行相应的调理。

### 1.2 基本方药

基于原发性痛经发作时的表现特点, 从阳气不足, 寒凝、气滞、血瘀的角度<sup>[2]</sup>, 采用《太平惠民和剂局方》<sup>[3]</sup>卷八的胡芦巴丸加减治疗, 临证时根据具体情况加减使用。

胡芦巴丸原方组成: 胡芦巴一斤(炒), 吴茱萸十两(汤洗十次, 炒), 川楝子一斤二两(炒), 大巴戟六两(去心, 炒), 川乌六两(炮, 去皮、脐), 茴香十二两(淘去土, 炒)。此方原用以治疝气, 小腹有形如卵, 痛不可忍, 或绞结绕脐攻刺, 呕恶闷乱。

以胡芦巴丸加减作为治疗寒凝气滞血瘀型原发性痛经基本方: 胡芦巴 15 g, 巴戟天 15 g, 小茴香 6 g, 吴茱萸 5 g, 乌药 10 g, 桂枝 10 g, 白芍 10 g, 甘草 6 g。原方中川乌有大毒, 炮制煎煮不当易致中毒故弃而不用, 川楝子据病情轻重酌情使用。胡芦巴温肾助阳、祛寒止痛, 标本兼治; 巴戟天补肾助阳; 乌药温肾散寒、行气止痛; 茴香散寒止痛、理气和胃; 吴茱萸散寒止痛且能降逆止呕、助阳止泻; 桂枝助阳气、温通经脉; 白芍敛阴养血缓急止痛; 甘草以调和诸药, 并桂枝以化阳, 芍药以化阴, 调和营卫。诸药合用以暖宫散寒, 行气活血, 助阳和阴。在此基础上, 若患者以胀痛为主, 经前常有乳房胀痛及情绪波动者, 加重理气之药, 如川楝子、香附等; 若以血瘀为主, 见经血血块多, 色深暗, 血块下后痛减等, 则加重活血化瘀之力, 可

\* 通讯作者: tianfangwang2000@163.com, (010) 64286661

加用当归、莪术、苏木、泽兰、川牛膝、生蒲黄、五灵脂，甚至乳香、没药等；如痛甚，可用全蝎、蜈蚣等；如有气虚之象，可加用黄芪以益气活血等。

### 1.3 辅助治疗

由于原发性痛经多发生在年轻女性，疼痛阈值相对较低，平时学习工作压力大，患者常存在对痛经的恐惧、担心，反而加重疼痛感，即有些原发性痛经与情绪有关，因此，对患者进行恰当的解释及心理疏导，使患者解除对痛经的恐惧，有利于减轻气滞血瘀，加快疾病的缓解。

另外，原发性痛经患者疼痛发作多伴有寒象，故经期要注意保暖，尤其是双足、腰腹部，避免凉饮食的刺激，防止寒凝血瘀的加重等。

## 2 典型病例

患者，女，22 岁，2013 年 9 月 18 日初诊。主诉经期腹痛，自初潮至今。患者经前 1 周至来潮后第 1~2 日小腹冷痛难当，服用止痛片仍疼痛难忍，且手足冰冷。月经周期为 36~37 天，经期 5~6 天，末次月经为 9 月 3 日，经血色暗，有血块，量正常。刻诊：口渴，多涎，眼睑肿。食欲、睡眠及二便正常，舌胖大，苔薄白，脉沉细略弦。治以温阳健脾，活血利水，待至月经前 1 周，治以温经散寒，理气活血止痛之法。予两方根据月经周期分期服用。

处方一：茯苓 30 g，桂枝 10 g，白术 15 g，炙甘草 3 g，茜草 10 g，红花 10 g，益母草 15 g，泽兰 15 g，猪苓 15 g，炒白芍 12 g，当归 12 g，牡丹皮 10 g。7 剂，水煎服，即日起服用。

处方二：胡芦巴 15 g，巴戟天 15 g，乌药 10 g，小茴香 6 g，吴茱萸 5 g，延胡索 15 g，生蒲黄（包）10 g，五灵脂 10 g，莪术 15 g，炒白芍 15 g，桂枝 10 g，甘草 6 g。8 剂，水煎服，经前 1 周开始服用。

2013 年 10 月 26 日复诊：10 月 10 日行经，小腹未痛，经色转红，手足冷缓解。此后因他疾就诊，知其于 12 月行经前又自服胡芦巴丸方 8 剂，此后痛经症状明显缓解。

按语：患者就诊之时为两次月经之间，根据刻下症及月经情况，存在水湿、瘀血内停之象，因此，给予两个处方，处方一予苓桂术甘汤加味，侧重温阳健脾，活血利水；处方二予胡芦巴丸方加减，嘱经前服用，重在温经散寒，理气活血止痛。

胡芦巴丸虽用于寒凝气滞血瘀所致痛经，但常在经前 1 周开始服用，以防治经期小腹冷痛之发生。其余时段可根据患者的整体情况辨证论治，恐胡芦巴丸温燥之性为患。

## 3 讨论

原发性痛经患者临床常见平日恶热喜凉、性急、易生疮疮红肿疼痛，有明显热象，而临经前及月经初期出现整体性的畏寒、手足不温、小腹冷痛等明显寒象。何时希在《女科一知集》<sup>[4]</sup>第三卷奇经、脏腑、全身与月经的关系中摘引了多部医书中与月经相关的论述，如《诸病源候论》曰“冲任之脉皆起于胞中，为经络之海。手太阳小肠经、手少阴心经，此二经为表里，主上为乳汁，下为月水，然则月水为经络之余，若冷热调和，则冲任充盛，太阳少阴所主之血宣流”。明代《邯郸遗稿》曰“血乃后天饮食入胃，游溢精气，以为流通之用。盖经水乃冲任所主，人身中有奇经八脉，俱属肾经无形之脉，其冲任者，奇经之二，其脉起于胞中，为经脉之海，与手太阳、足少阴为表里，上为乳汁，下为月水，女人独禀此水，以为生生之原。与男子二八之精同气。滋天一之源而来。精则一月而满，满则溢，似血而实就血也”。

由此揣度，肾阳化气而成无形冲任二脉，以阳化气，阴成形，血因而至而相合，盛满则出，为经水。女子二七天癸至，而后任脉通太冲脉盛，故可知天癸至为前提条件。故理解为肾阳滋天癸而化气，为冲任二脉之气，手太阳、足（手）少阴经所主之血与此气合，而为经水。若是感受寒邪，邪伏于天癸，则每至肾阳凭借天癸而化气为脉时，邪随之出于冲任，故显现寒象。《女科一知集》中也提到经水并非运行全身之血，而是与精相类，故需滋水而非单纯补血。所引《邯郸遗稿》中亦指出，冲任起于胞中亦靠其间一点命门之火为之主宰，与之前肾阳化天癸为气的揣测并不相悖。由此可知，若要驱邪，需当其出时，即应在月经将至前后，以温肾散寒药驱邪，不然平日天癸深藏肾中，邪亦深藏，温之而不得。又因“若冷热调和，则冲脉任脉充盛，太阳少阴所主之血宣流”，故若平素血热之人，亦应于邪未出时凉血清热，以使冷热调和。行经期间部分患者出现的屡欲大便之感（大便成形），腹痛严重时出现的恶心呕吐，治疗时无需兼顾<sup>[5]</sup>，联系到经水为手太阳小肠所主之血，小肠（下转第 358 页）

与针对性增强,有利于提高临床疗效。

#### 4.2 有利于把握疾病规律以治未病

每一种疾病都有其发生、发展、转归的病理演变过程,在临床实践中要做到治未病,必须早期辨病,才能正确把握疾病的发展演变规律,控制病势发展,截断病情的恶化<sup>[14]</sup>。例如对于糖尿病或代谢综合征,考虑胰岛素抵抗是其核心并贯穿疾病始终,中医辨治“消渴”,无论早期的阴虚热盛,或中期的气阴两虚,还是晚期的阴阳两虚,都会将改善胰岛素抵抗作为干预的重点,以减少或延缓其各种并发症的出现。基于“辨病论治”的现代方药组方应用,辨病为先,把握疾病发展的规律,揭示疾病的本质,从而更加准确地辨证施治,以达到未病先防、既病防变之目的。

#### 4.3 有利于中药新药的开发应用

在中药药性理论指导下,根据药物性味、归经、升降沉浮等中医认识,选用具有某些明确药理作用的药物,不仅能扩大中药使用范围,也能创制新药新方。例如,在“辨证论治”的基础上,对部分慢性胃炎患者结合运用一些具有解毒活血作用的中药(丹参、蒲公英等)有助于消除炎症;对部分反流性食管炎患者结合运用具有和胃降逆作用的中药(半夏、竹茹等)以促进胃动力,有提高疗效的作用<sup>[14]</sup>。基于“辨病论治”的现代方药组方应用,有利于不断发现一些用之有效的专用药物、药对、方剂,有利于中药新药的开发应用。

#### 参考文献

- [1] 全小林. 论辨证、辨病、审因与辨证论治在临床中的应用 [J]. 中医杂志, 2013, 54(2): 93-95.
- [2] 朱文锋, 刘莺. 病证症相结合的中医诊疗体系 [J]. 北京中医药大学学报, 1999, 22(6): 2-4.

- [3] 邢超. 因病-因证-因症结合组方模式的探讨 [J]. 北京: 北京中医药大学, 2007.
- [4] 朱文锋, 阳晓, 王行宽. 辨病论治体系初探 [J]. 北京中医药大学学报, 1997, 20(6): 2-5.
- [5] 吴伟, 卿立金. “辨病为先, 辨证为次”: 现代中医临床思维模式的思考 [J]. 中医杂志, 2010, 51(12): 1061-1063.
- [6] 朱元洁. 从方剂组成探讨中医之“辨病论治” [J]. 南京: 南京中医药大学, 2010.
- [7] 陈大舜. 中医辨病论治研究的目的意义与思路方法 [J]. 湖南中医学院学报, 1999, 19(4): 39-41.
- [8] 谢鸣, 周然. 方剂学 [M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2012.
- [9] TU Y. The discovery of artemisinin (qinghaosu) and gift from Chinese medicine [J]. Nat Med, 2011, 17(10): 1217-1220.
- [10] 张亭栋. 含砷中药治疗白血病研究: 谈谈癌灵 1 号注射液对白血病的治疗 [J]. 中国中西医结合杂志, 1998, 18(10): 581.
- [11] 王丛斌. 谈“药对”在方剂配伍中的应用 [J]. 光明中医, 2013, 28(8): 1733-1734.
- [12] 王琦. 主病主方论 [J]. 中华中医药杂志, 2014, 29(1): 9-13.
- [13] 杜纪鸣. 香连丸体外抗菌实验 [J]. 中国医院药学杂志, 2004, 24(3): 153-154.
- [14] 徐英峰, 方东. 复方大承气汤灌肠结合皮硝外敷治疗单纯性肠梗阻 52 例临床疗效观察 [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2015, 23(2): 118-120.
- [15] 赵康. 鳖甲煎丸治疗肝硬化瘀血内结证的临床研究 [J]. 武汉: 湖北中医药大学, 2014.
- [16] 蒋健. 论辨证论治的缺陷及与辨病论治相结合的必要性 [J]. 中西医结合学报, 2005, 3(2): 85-87.  
(收稿日期: 2015-04-20; 修回日期: 2015-07-08)

编辑: 黄 健

(上接第 343 页)

上连胃腑下连大肠之腑, 血脉相连, 小肠之血瘀滞不下, 则上碍胃而下碍大肠, 即参考伴有症状治疗时要有所取舍, 治病必求于本。

总之, 原发性痛经的病机特点是寒伏天癸, 而非血脉, 当化气之时与血相合, 而致血遇寒而凝, 寒热不调, 血瘀不通而痛, 应分期分寒热而治, 血热之人平日所现热象与经期所现寒象亦得以解释。

#### 参考文献

- [1] 曹泽毅. 中华妇产科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2014: 2667.

- [2] 刘雁峰. 肖承棕教授学术思想与临床经验总结及交通心肾法治疗更年期综合征的临床研究 [J]. 北京: 北京中医药大学, 2011.
- [3] 太平惠民和剂局方 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 209.
- [4] 何时希. 女科一知集 [M]. 上海: 学林出版社, 1985: 148.
- [5] 经燕, 王清. 许润三 [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2014: 52.  
(收稿日期: 2015-06-25; 修回日期: 2015-11-10)

编辑: 侯建春