

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2023.06.003

肖承棕运用温肾散寒活血法治疗 子宫内膜异位性痛经经验

王梦雨¹, 汤玲², 马丽爽¹, 王东红¹✉ 指导: 肖承棕²

1. 中国中医科学院眼科医院, 北京市石景山区鲁谷路 33 号, 100040; 2. 北京中医药大学东直门医院

[摘要] 总结肖承棕教授运用温肾散寒活血法治疗子宫内膜异位性痛经的临证经验。认为子宫内膜异位性痛经的基本病机是肾阳不足为本、寒凝血瘀为标, 主张以温肾散寒活血为基本治法进行分期论治。经前期及经期治以温肾散寒、活血止痛, 常用胡芦巴丸合失笑散加减化裁; 经后期治以温肾散寒、活血消瘀, 常用新拟胡芦巴丸, 并坚持中医辨证与西医辨病相结合, 注重标本同治。

[关键词] 子宫内膜异位症; 子宫腺肌病; 痛经; 温肾散寒活血; 胡芦巴丸; 名医经验; 肖承棕

肖承棕 (1940—), 女, 国医大师, 北京中医药大学东直门医院教授、主任医师、传承博士后导师, 京城四大名医萧龙友先生之嫡孙女及学术经验传承人。从事妇科临床、教学、科研工作六十余年, 擅长治疗妇科常见病及疑难杂症, 注重标本同治, 并提倡中医理论指导下西医辨病与中医辨证相结合。

子宫内膜异位性疾病主要包括子宫内膜异位症 (endometriosis, EM) 和子宫腺肌病 (adenomyosis, AM), 二者虽以子宫内膜腺体及间质侵入的不同部位而划分^[1], 但皆有痛经表现。研究显示, 年轻未育的 EM 患者痛经发生率高达 76.46%^[2], 而约 50% 的 AM 患者也有痛经表现^[3]。EM 与 AM 引起的痛经部位及程度也存在一定差异, AM 痛经程度比 EM 更为剧烈, 且多集中于子宫部位^[1,4], 而 EM 所致疼痛范围更广, 涉及小腹、腰骶、盆腔等^[1]。子宫内膜异位性痛经剧烈且不易根治, 如 EM 复发率高、病灶易增生及浸润, 且容易合并 AM^[5], 导致疾病反复难愈, 降低复发率已成为临床研究热点。EM^[6] 和 AM^[7] 的西医治疗以药物和手术治疗为主, 但药物治疗如激素类药物、非甾体类抗炎药有一定的副作用, 而手术治疗存在较高的复发风险。中医治疗子宫内膜异位性痛经具有较好临床疗效, 可显著减轻疼痛症状^[8-9]。肖承棕教授认为, EM 和 AM 均可归属于中医学“癥瘕”范畴, 病机不离肾虚血

瘀, 其所致痛经多与肾阳不足、寒凝血瘀有关, 主张以温肾散寒活血为基本治法, 并强调应坚持标本同治、辨病与辨证相结合, 常用《太平惠民和剂局方》中胡芦巴丸加减分期治疗。现将肖老师运用温肾散寒活血法治疗子宫内膜异位性痛经的经验总结如下。

1 肾阳不足, 寒凝血瘀为基本病机

肖老师临证尤为重视肾阳在女性经、带、胎、产、乳中的重要作用, 认为子宫内膜异位性痛经主要责之不通则痛, 病机以肾阳不足为本、寒凝血瘀为标。《傅青主女科》云: “夫经水出诸肾” “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”, 阐明了痛经与肾虚密切相关。肖老师指出, 现代女性痛经以肾阳不足者居多, 临床多数患者有经期小腹冷痛、喜温喜按、得温痛减, 伴畏寒肢冷、小便清长、舌淡胖、苔白、脉沉弦或沉细等肾阳不足表现。肾阳乃元阳, 为人体阳气之根本, 五脏六腑之阳皆赖于肾阳之温养。先天禀赋不足、素体阳虚, 或后天调摄失养, 如贪凉饮冷、久居寒湿之地、露脐露踝的穿衣风格、经期遭受外寒等均可导致女性为寒邪所伤, 进而耗伤肾阳, 致肾阳不足而气化无权, 则脏腑无力化气行血, 气血亏虚而致冲任胞宫失养, 痛经乃发。

肾阳不足, 其温煦、推动、防御、固摄功能失职, 易致寒凝血瘀。肾主水, 肾阳不足则温煦功能

✉ 通讯作者: wdh93@sina.com

减退,致阳虚而阴寒凝滞,血遇寒则凝,血行不畅则瘀;阳化气,阳虚则推动作用减弱而气化无力,气为血之帅,气化不足则无力行血,致血行迟缓而化瘀;阳虚则卫外不固,防御功能减弱,更易受外寒侵袭,外寒与内寒相合,致寒凝血瘀;肾阳固摄失职,致血不循经、溢于脉外而成瘀。《圣济总录》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,其血与气两不流利,致令月水结搏于脐腹间,刺疼痛”,说明寒邪是导致痛经的重要因素。寒凝血瘀,冲任气血运行不畅,壅滞胞宫,不通则痛,发为痛经。疾病日久,更加耗伤肾阳,阴寒内盛,进一步加重血瘀,阴寒与瘀血互结,阻滞胞宫脉络,蕴久化为癥瘕,则为子宫内膜异位性疾病。癥瘕的存在,又易损耗肾阳,使寒凝血瘀难解,胞宫气血瘀滞更甚,形成恶性循环,故子宫内膜异位性痛经多较其他原因所致痛经程度剧烈,且病程长。临床常表现为经前期或经期小腹正中或两侧少腹冷痛拒按,呈进行性加重,以经期第一二天剧烈,遇寒加重,得热痛减,腰腹部、臀部及手脚冰凉,或伴恶心呕吐、夜尿清长、腰膝酸软,月经量少、色暗、夹有血块,舌暗淡或有瘀斑、瘀点,苔薄白,脉沉弦或沉细涩等。

2 温肾散寒活血为基本治法

肖老师尤为重视疾病之本,认为治疗疾病不可只缓解或消除“标”的病痛而忽略了疾病的根本原因,提倡标本同治。针对子宫内膜异位性痛经肾阳不足、寒凝血瘀的病机,提出温肾散寒活血为基本治法,分期论治,经前期及经期侧重止痛,经后期侧重消癥。

2.1 经前期及经期:温肾散寒,活血止痛

子宫内膜异位性痛经多于经前二三日便有疼痛症状,应及早治疗以防止疼痛加重。针对经前期及经期痛经,治宜温肾散寒、活血止痛,常用胡芦巴丸合失笑散加减化裁。药物组成:胡芦巴 15 g,巴戟天 15 g,吴茱萸 5 g,小茴香 10 g,川楝子 10 g,生蒲黄 12 g(包煎),五灵脂 12 g,续断 15 g,川牛膝 15 g,乌药 15 g。胡芦巴丸和失笑散均出自《太平惠民和剂局方》,胡芦巴丸具有温肾祛寒之功,可治疗肾经虚冷、疝气等;失笑散活血化瘀、散结止痛,主治瘀血阻滞证,此二方合用既温肾阳而祛寒止痛,又化瘀血而散结消癥,助寒瘀得除,则痛自止。方中胡芦巴苦、温,归肾经,温肾助阳而适用于肾阳不足之下焦虚冷,苦可逐寒湿而能治寒疝

腹痛、足膝冷痛等,达标本同治之功;附子是治疗阳虚证的常用中药,但附子主要成分乌头类生物碱既是有效成分也是毒性成分,炮制或煎煮不当易出现中毒表现^[10],而胡芦巴方便煎煮,经长期临床观察发现其温阳壮阳、散寒止痛疗效显著,故肖老师临床中常用胡芦巴代替附子。巴戟天补肾壮阳兼祛寒湿,擅治少腹冷痛,《本草新编》载其“甘温,补其火,而又不烁其水……温而不热,健脾开胃,既益元阳,复填阴水”,与胡芦巴配伍补而不烈且功在治本,温肾扶阳以温命门之火,尤适用于阳虚寒凝血瘀所致的痛经。吴茱萸长于散寒止痛,现代药理研究^[11]表明,吴茱萸碱、吴茱萸次碱具有明显止痛效果;因其有小毒,用量多为 5 g 以内,且不宜长期使用,常用于经前期或经期。小茴香、乌药温补肝肾、行气止痛,其中小茴香与吴茱萸配伍尤适用于胃脘部寒凉、恶寒喜暖伴恶心呕吐的患者。续断、川牛膝活血祛瘀,助失笑散增强活血止痛之力;川楝子苦寒,既可防温热太过,又可行气止痛。

因寒凝重而痛经严重者,症见小腹冷痛剧烈、遇寒加重、面色青白、手足冰凉等,加桂枝、细辛温经散寒止痛,其中细辛有小毒,用量不宜超过 3 g,细辛可配伍甘草 6 g 既能缓急止痛,还可缓解或消除细辛的毒性;瘀血阻滞较重者,症见月经色暗红、夹有血块、舌紫暗且边尖有瘀点、脉沉涩,加牡丹皮、丹参、蜈蚣、没药活血祛瘀。伴经前心烦易怒、胸胁或乳房胀痛等症之肝郁气滞者,加橘核、荔枝核理气止痛;伴口苦、带下量多色黄质黏且味臭秽、舌红、苔黄、脉弦数等肝郁化热者,加郁金、土茯苓行气解郁、清热凉血;伴月经量多色红质稠、舌紫红、脉滑数或涩等湿热蕴结者,加茵陈、益母草、绵马贯众清利湿热;气虚中阳不振症见肛门坠胀不适、少气懒言、纳差便溏者,加党参、黄芪、白术、枳壳健脾益气、补气固冲,夜尿频多者加益智仁、山药健脾温肾。

2.2 经后期:温肾散寒,活血消癥

肖老师认为,子宫内膜异位性痛经的经后期治疗不可忽视,宜以温肾散寒、活血消癥为法治疗。常用新拟胡芦巴丸,组成:胡芦巴 15 g,巴戟天 15 g,小茴香 10 g,乌药 15 g,续断 15 g,川牛膝 15 g,鳖甲 15 g,延胡索 12 g,莪术 15 g,刘寄奴 12 g,鸡内金 15 g,浙贝母 15 g,王不留行 12 g。方中胡芦巴、巴戟天、小茴香、乌药温肾扶阳以治本,使肾阳得充而下焦得温;《景岳全书》云:“善

补阳者，必于阴中求阳，则阳得阴助而生化无穷”，鳖甲滋养肾阴以阴中求阳，又可软坚散结，配伍浙贝母、鸡内金增强散结消癥之力；川牛膝、续断逐瘀通经兼补肾养血，王不留行、刘寄奴、莪术、延胡索活血行气化瘀，共奏活血消癥之功。

久病气虚症见神疲乏力、面色黯淡明显者，加党参、黄芪健脾益气；若肝肾亏虚明显，腰膝酸软者加桑寄生、狗脊补肝肾、强筋骨，头晕、耳鸣、胁痛者加枸杞子、熟地黄滋补肝肾；肾阳不足之肢冷畏寒明显者，加肉桂补火助阳、桂枝温通经脉；食欲不振、胃脘不适者，加佛手 10 g 与方中鸡内金 15 g 配伍以理气和胃。佛手、鸡内金配伍为萧龙友先生所创佛金散，主治胃脘不适^[12]，肖老师认为，癥瘕之病多痰多瘀，鸡内金消积化瘀、佛手燥湿除痰，二者配伍既能和胃化痰又能散瘀消癥，尤其适用于子宫内位异位性痛经兼胃脘不适者。

3 辨证与辨病相结合

肖老师重视中西医结合，坚持中医辨证与西医辨病相结合，常以实验室检查指标及影像学检查辅助诊疗。血清肿瘤标志物癌抗原 125 (CA125) 在子宫内膜异位性疾病中常为升高水平^[13-14]，经长期临床观察发现其数值越高则患者痛经程度越重。临证可根据疼痛程度及 CA125 数值对胡芦巴予“三阶梯用量”原则，即痛经尚能忍受、CA125 数值 < 100 U/ml 时常常用 15 g；痛经较为剧烈或 CA125 数值在 100~200 U/ml 之间时常常用 20~29 g；痛经难以忍受且 CA125 数值 > 200 U/ml 时常常用 30 g，同时加党参、黄芪各 30 g 益气扶正，加蜈蚣 3 g、醋没药 10 g 增强活血化瘀止痛之力而缓疼痛之急。若妇科检查扪及囊性包块、触痛性结节或影像学检查提示异位囊肿最大内径大于 4 cm，加鳖甲、夏枯草、浙贝母、牡蛎软坚散结、消肿化癥。此外，若合并盆腔炎症性疾病，带下量多者加茯苓、薏苡仁健脾除湿；热毒较盛而见下腹灼痛剧烈、口苦烦渴、带下色黄味臭秽者，加大血藤、败酱草、土茯苓清热利湿解毒、活血化瘀止痛；伴输卵管不通者加路路通、枳实理气通经活络，伴输卵管卵巢囊肿者加泽兰、路路通、马鞭草、皂角刺、虎杖活血散瘀、利水消肿；盆腔炎症性疾病后遗症湿热蕴结者，症见下腹胀痛、腰骶部酸痛、带下量多色黄味臭秽等，自拟“二花二草二藤汤”^[15]清热解毒祛湿、通络止痛，组成：金银花 15 g、野菊花 15 g、败酱草 15 g、鱼腥草 15 g、忍冬藤 15 g、大血藤 15 g。

4 验案举隅

患者，女，27 岁，2021 年 9 月 8 日初诊。主诉：经行腹痛 6 年余，剧烈痛经 1 天。患者 13 岁月经初潮，平素月经规律，周期 28~30 天，经期 5~7 天，量中等，色暗，夹有较多血块，经期前两天小腹坠痛明显，呈进行性加重，疼痛可放射至大腿及臀部，得温痛减，月经前 2 天常需口服布洛芬缓释胶囊 [每次 1 粒 (0.3 g)、每天 1~3 次] 止痛，平素怕冷，小腹、腰臀及手脚冰凉。末次月经 2021 年 9 月 7 日。因小腹坠痛剧烈于中国中医科学院眼科医院妇科门诊就诊，刻下症见：小腹坠痛剧烈，怕冷喜温喜按，腰臀及四肢凉，月经量中色暗、夹有较多血块，乏力，食欲较差，眠可，二便调。舌暗、苔薄白，脉沉紧。辅助检查：妇科 B 超：子宫大小 5.0 cm×4.9 cm×4.2 cm，内膜厚 1.1 cm，右侧卵巢 2.2 cm×1.9 cm，左侧卵巢 2.3 cm×2.1 cm，左侧附件区见囊性包块，大小为 2.8 cm×3.4 cm，边界尚清；血清 CA125 62 U/ml。西医诊断：EM；中医诊断：痛经，癥瘕（肾阳不足、寒凝血瘀）。治以温肾散寒、活血止痛为法，予胡芦巴丸合失笑散加减。处方：胡芦巴 15 g，巴戟天 15 g，吴茱萸 5 g，小茴香 12 g，川楝子 10 g，生蒲黄 12 g (包煎)，五灵脂 10 g，续断 15 g，川牛膝 15 g，乌药 15 g，益母草 15 g，桂枝 10 g，细辛 3 g，莪术 10 g，王不留行 10 g，丹参 10 g，牡丹皮 10 g，赤芍 10 g，鸡内金 15 g，佛手 10 g。7 剂，每日 1 剂，水煎分早晚两次温服。嘱注意腹部保暖，疼痛剧烈难以忍受时可服用布洛芬缓释胶囊，但每日最多不宜超过 0.9 g。

2021 年 9 月 15 日二诊：自诉服汤药后小腹坠痛较前明显减轻，未服用西药止痛，小腹怕冷、腰臀及四肢凉减轻，月经 5 天结束，血块较前减少，乏力、纳食好转，眠可。舌暗淡、边有瘀点，苔薄白，脉沉弦。辨证为肾阳不足、寒凝血瘀，治以温肾散寒、活血消癥，处方予新拟胡芦巴丸加减：胡芦巴 15 g，巴戟天 15 g，小茴香 12 g，续断 15 g，川牛膝 15 g，乌药 15 g，鳖甲 15 g，延胡索 12 g，莪术 10 g，刘寄奴 12 g，鸡内金 15 g，浙贝母 15 g，王不留行 10 g，党参 15 g，桂枝 10 g，细辛 3 g，丹参 10 g，牡丹皮 10 g，佛手 10 g。14 剂，每日 1 剂，煎服法、调摄同前。

2021 年 9 月 29 日三诊：无乏力等不适症状，纳眠可，二便调，舌暗、苔薄白，脉沉弦。予初诊方 14 剂，每日 1 剂，煎服法、调摄同前，月经期继

续服用。

2021 年 10 月 13 日四诊：末次月经 2021 年 10 月 6 日，经期 5 天，量中等，色暗，夹有少量血块，小腹坠痛尚可忍受，小腹、腰臀、四肢凉较平素明显减轻，刻下无不适症状，舌暗淡、苔薄白，脉沉弦。予二诊方加当归 10 g、白芍 10 g，28 剂，每日 1 剂，煎服法、调摄同前。

2021 年 11 月 12 日五诊：末次月经 2021 年 11 月 6 日，经期 5 天，量中等，色红，偶有血块，偶有轻微小腹疼痛，刻下无不适症状，舌淡红、苔薄白，脉沉细。今日复查妇科 B 超示：子宫内膜厚 0.4 cm，左侧附件区见囊性包块，大小为 1.1 cm×1.5 cm，边界尚清；血清 CA125 28 U/ml。继予四诊方 14 剂，嘱患者不适随诊。

2022 年 9 月电话随访，患者月经规律，痛经未复发。

按语：本案患者以经行腹痛为主诉，病程较长，结合实验室及妇科 B 超检查，“子宫内膜异位症”诊断明确。患者平素怕冷，经期小腹、腰臀及手脚冰凉，提示肾阳不足，阴寒留结下腹，寒凝血瘀，阻滞冲任胞宫，不通则痛，故经期小腹坠痛，经血下行不畅则经色暗、有血块；病程已久，久病耗伤阳气，加重肾阳不足，使阴寒内盛，进而加重血瘀，阴寒与瘀血互结，蕴久化为癥瘕，发为子宫内膜异位症；寒凝血瘀，胞宫经脉拘急，加之癥瘕进一步阻滞气血运行，使胞宫失养，故见痛经剧烈；阳虚寒凝，中阳不振，故见乏力、食欲较差。辨证属肾阳不足、寒凝血瘀，初诊时患者处于经期，“急则治其标”，予胡芦巴丸合失笑散加减温肾散寒、活血止痛。另加丹参、牡丹皮以活血化瘀止痛，现代药理学研究表明，丹参、牡丹皮相伍可促进丹参重要成分丹参素的吸收^[16]，从而增强活血化瘀之效；加桂枝、细辛温经散寒，益母草、赤芍、王不留行、莪术则增强活血通经、散瘀止痛之力；鸡内金、佛手既能健脾理气和胃改善食欲，又能化痰散瘀消癥。二诊时患者处于经后期，以新拟胡芦巴丸加减温肾散寒、活血消癥，因患者病程较长、食欲欠佳，加党参益气补脾以扶正，桂枝、细辛温通经脉，丹参、牡丹皮增强活血消癥之力，佛手配伍鸡内金健脾和胃消食。三诊时患者无不适症状，考虑月经即将来潮，故予初诊方在经前期进行预防。四诊时患者月经结束后 2 天，自诉经期腹痛明显好转，故予二诊方加当归、白芍养血柔肝，继

续温肾散寒活血以治本。五诊时患者月经规律、痛经基本消失，且附件区囊性包块变小，继予四诊方巩固疗效。治疗全程紧扣病机，守胡芦巴丸之方温肾散寒、活血化瘀，使寒瘀得除、癥瘕得消，则痛经自止。

参考文献

- [1] 谢幸, 孔北华, 段涛. 妇产科学[M]. 9 版. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 261-268.
- [2] 刘茜. 463 例年轻未生育女性子宫内膜异位症的临床分析[D]. 长春: 吉林大学, 2022.
- [3] MU L, CHEN W, MA Y, et al. Expression of focal adhesion kinase in the eutopic endometrium of women with adenomyosis varies with dysmenorrhea and pelvic pain[J]. Exp Ther Med, 2015, 10(5): 1903-1907.
- [4] 冷金花, 史精华. 子宫腺肌病的临床表现[J]. 山东大学学报(医学版), 2022, 60(7): 1-5.
- [5] 崔丹, 崔满华. 子宫内膜异位症复发的相关因素研究[J]. 中国妇幼保健, 2013, 28(15): 2369-2371.
- [6] 袁增, 王立杰. 子宫内膜异位症临床诊断和早期治疗相关问题[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2021, 37(3): 296-301.
- [7] 王雁飞, 师伟, 石雅馨, 等. 子宫腺肌病的临床诊断及治疗进展[J]. 中国中西医结合影像学杂志, 2022, 20(5): 501-504.
- [8] 连方, 韩春艳. 祛瘀解毒方治疗血瘀蕴毒型子宫内膜异位症患者 35 例临床观察[J]. 中医杂志, 2011, 52(23): 2013-2016.
- [9] 叶青, 杜锋, 张宗英, 等. 中药内服与外敷分期治疗子宫腺肌病 35 例临床观察[J]. 中医杂志, 2012, 53(6): 495-498.
- [10] 高艳, 谢灵燕, 卢志强. 附子毒理及减毒增效配伍的研究进展[J]. 天津药学, 2020, 32(1): 65-69.
- [11] 卢阿娜. 吴茱萸碱防治痛经寒凝血瘀证的药理机制[D]. 北京: 北京中医药大学, 2010.
- [12] 萧承棕. 名中医萧龙友[J]. 北京中医, 1985, 4(6): 14-17.
- [13] 陈娅, 王英, 周婉平. 血清 CA199 和 CA125 水平变化与子宫腺肌病特征的关系[J]. 中国妇幼保健, 2021, 36(20): 4716-4719.
- [14] 王雅贤, 陈琼华. CA125、HE4、ROMA 及 RMI 在附件包块诊断中的应用价值[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2020, 36(12): 1163-1167.
- [15] 肖苏, 高淑丽, 周秀丽, 等. 肖承棕从肝论治盆腔炎症性疾病后遗症经验[J]. 中医杂志, 2020, 61(10): 855-857.
- [16] 王雅莉, 胡光, 张倩, 等. 活血化瘀中药丹参药对的研究进展[J]. 重庆理工大学学报(自然科学), 2020, 34(3): 197-204.

