

·国医大师·

本文引用:王阳,黄念,佟庆.国医大师柴嵩岩治疗子宫内膜异位症证治思路[J].湖南中医药大学学报,2019,39(3):298-301.

国医大师柴嵩岩治疗子宫内膜异位症证治思路

王阳¹,黄念¹,佟庆^{2*}

(1.北京中医药大学,北京 100029;北京中医药大学东方医院,北京 100078)

[摘要] 国医大师柴嵩岩提出子宫内膜异位症(endometriosis, EM)为“阳证、热证、实证”,其基本病机为湿热毒邪侵袭冲任血海;在治疗过程中形成了分时论治、分年龄论治、辨证论治等论治方法;基于长期临床经验,将EM辨为湿热瘀阻证、气滞血瘀证、肾虚血瘀证、气虚血瘀证;以“解毒热、化湿浊、祛瘀滞、散结聚”为遣方用药原则,取得了良好的临床疗效。

[关键词] 子宫内膜异位症;痛经;不孕症;湿热瘀阻证;气滞血瘀证;柴嵩岩

[中图分类号] R271

[文献标志码] A

[文章编号] doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2019.03.003

Chinese Medicine Master Chai Songyan's Thoughts in Diagnosis and Treatment of Endometriosis

WANG Yang¹, HUANG Nian¹, TONG Qing^{2*}

(1. Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China; 2. Dongfang Hospital Affiliated to Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100078, China)

[Abstract] Chinese Medicine Master Chai Songyan points out that endometriosis (EM) is a Yang syndrome, a heat syndrome, and an excess syndrome, and its basic pathogenesis is damp-heat and toxic pathogens invading Chongren Xuehai. In the course of treatment, the treatment methods based on time, age, and syndrome have been formed. Based on long-term clinical experience, EM is differentiated into syndrome of stagnant dampness-heat, syndrome of Qi stagnation and blood stasis, syndrome of kidney deficiency and blood stasis, and syndrome of Qi deficiency and blood stasis. The medication principles of "detoxicating and alleviating fever, removing dampness and turbidity, removing blood stasis and stagnation, and dispersing agglomeration" have helped to achieve good outcomes.

[Keywords] endometriosis; dysmenorrhea; infertility; syndrome of stagnant dampness-heat; syndrome of Qi stagnation and blood stasis; Chai Songyan

子宫内膜组织出现在子宫体以外的部位时,称为子宫内膜异位症(endometriosis, EM)^[1]。近年来EM发病率呈上升趋势,人群中发病率约为10%~15%,是目前最为常见的妇科疑难病^[2],严重影响女性健康及生活质量。中医学无“EM”病名,根据其临床表现,现代中医将其归属于“癥瘕”“不孕”“痛经”“月经失调”等范畴。国医大师柴嵩岩在临床中对本病极为重视,经过多年的临床实践积累和潜心研究,在EM的病因病机、辨证论治、处方用药等方面形成了

较为成熟的认识及治疗思路,临床疗效显著,现将其概述如下。

1 病因病机

EM虽为良性疾病,却具有浸润生长的特点。相对于以“血瘀证”为主要病机的传统认知,柴教授根据EM发病特点、病机转化规律和临床表现,总结出EM的本质是阳证、热证、实证,基本病因病机为湿热毒邪侵袭冲任血海^[3]。因其导致的疼痛较为剧烈,

[收稿日期] 2018-11-21

[基金项目] 北京中医药大学东方医院 1166 人才培养项目。

[作者简介] 王阳,女,在读硕士研究生,研究方向:中医妇科。

[通讯作者] *佟庆,女,博士,副主任医师,硕士研究生导师, E-mail: tammytong@126.com。

且呈进行性加重、经期加重的特点,病灶持续增长,较为活跃,故属阳证;因其病因病机多为人流、宫腔手术、经期不节(洁)性交、生殖器官感染等,导致湿热毒邪侵袭冲任血海,所以属于热症;因其存在固定不移的异位病灶,病灶内含离经之血即为瘀血,瘀阻冲任,日久集聚成癥,所以属于实证。当外感的湿热毒邪或自身的湿热之邪与血搏结,伏于下焦,每逢经期,冲任血海涌动,伺机为虐,血海受扰,冲任受损则发为月经失调;毒邪不断结聚,阻遏冲任、胞脉,不通则痛,发为痛经;湿热毒邪阻胞宫、胞脉,日久结聚于特定部位,发为癥瘕;阻滞胞宫、胞络,不能摄精成孕,发为不孕。

2 辨证要点

对于EM的患者,柴教授在接诊过程中重视询问相关病因,例如宫腔操作史、经期剧烈运动或不洁性交等个人史,以求从源头上切断病因。辨不同年龄阶段患者的不同诉求,也是柴教授治疗EM的特点之一。此外,柴教授重视舌诊、脉诊,为患者制定个体化治疗方案。因EM多属阳证、热症、实证,故脉象通常较为活跃,在治疗过程中,通过脉象变化,判断体内湿热毒邪与阴血盛衰的关系,进而判断病情演变及预后。

3 论治特点

柴教授将EM的发病机制与女性的生理特点相结合,形成了“分时论治”“分年龄论治”“辨证论治”的论治特点。

3.1 分时论治

“顺应周期”是中医“天人合一”思想在妇科临床中的具体体现。对于治疗EM,柴教授顺应月经周期气血盈亏、冲任虚实的变化规律,将治疗分为经期和非经期,根据分期采取不同的治疗原则,遣方用药。

(1)经期。气血变化较甚,血海由满而溢,由盛骤虚。EM患者通常会有较为剧烈的下腹痛,此时应遵循“急则治其标”的原则,以止痛为主。但因异位内膜在经期也会发生出血,柴教授认为如果冒用活血止痛药,会加重病灶出血,因离经之血并无出路,反而会加重病情,所以不主张应用大剂量的活血药,取而代之应用化瘀止痛的药物,如三七粉、蒲黄炭、茜草炭等,化瘀而不伤正,止痛而不破血,先暂时缓

解患者经期盆腔痛的症状。

(2)非经期。冲任气血较为平和,气血下聚于冲任、胞宫,藏而不泻。此时期以“治本”为主,因瘀血是本病的主要病理基础,故在治疗中化瘀贯穿始终,根据不同的辨证采取不同的方法,如补肾化瘀、清热化湿除瘀等。柴教授喜用北沙参、玉竹等归肺经又具有益气滋阴的药物,调补肺肾,从肺而治,补肺启肾^[4],稳定血海,调节患者的卵巢功能和盆腔环境,达到治本目的。

3.2 分年龄论治

EM多见于育龄期女性,25~45岁高发,与其属激素依赖性疾病的特点相符。《素问·上古天真论》将育龄期女性分为三个阶段:“三七,肾气平均,故真牙生而长极。四七,筋骨坚,发长极,身体盛壮。五七,阳明脉衰,面始焦,发始堕。六七,三阳脉衰于上,面皆焦,发始白。”点明女性年龄阶段不同,生理状态截然不同。分年龄论治亦是遵循女性生理特点及主诉进行论治。

对于年轻未婚或暂无生育要求的患者,柴教授不主张积极采取手术的方式进行治疗,而是首先考虑药物保守治疗,维护盆腔正常的生理结构,控制病情发展,解决盆腔的疼痛症状,此时采用中医中药治疗可谓是最优选择。对于抗拒服用中药或久服中药导致胃肠道不适的患者,柴教授并不排斥利用口服避孕药等西医治疗缓解慢性盆腔痛、痛经等症状。对于近绝经期且无生育要求的患者,柴教授主张“消癥、止痛、调经”,顺势而为,益气固肾,适当抑制其卵巢功能,无需维持其生殖生理。

对于有生育要求的EM患者,调经、育卵、助孕为治疗的主要目的,柴教授总结出“益肾安冲,稳定血海”的基本治疗思路,治疗重点不在消除癥瘕本身,而在于调整盆腔环境、促使患者排出优质的卵子,使患者顺利受孕,其中非经期是治疗的关键时期。对于卵巢巧克力囊肿剔除术后的患者,因手术会切除部分正常的卵巢组织、术中电凝对卵巢血供会产生一定影响,造成了卵巢储备功能下降、排卵障碍。这类病人,常阴血不足,脉络瘀阻,治疗以滋肾养阴、活血通络为主,同时兼顾肝、心、脾脏。补肾喜用女贞子、墨旱莲、菟丝子、杜仲、川断等性味较平和、无温燥助热之弊、有走动之性的药物,少用或不用覆盆子、枸杞子等滋腻之品,亦不用淫羊藿、仙茅、巴戟天等虽补肾但温燥之品。有正常的排卵后,在经后期可加大

通络活血之力,促进卵子的排出,帮助患者受孕。

3.3 辨证论治

基于长期临床经验,柴教授认为本病临床常见证型主要有湿热瘀阻证、气滞血瘀证、肾虚血瘀证、气虚血瘀证。

(1)湿热瘀阻证。主要表现:经前或经期下腹疼痛、有灼热感、拒按,月经量多或经期长、色黯红、质黏腻,平素带下量多、色黄质稠、有异味,小便黄赤,舌红,苔黄腻,脉滑数。常因湿热之邪盘踞子宫,阻碍气机,气血运行失常,停滞生瘀,湿热与瘀血互结于冲任;或有喜食甜腻食物等饮食偏嗜伤脾,脾不能运化水湿,水湿内停,郁而化热,煎熬精血,瘀从中生,湿热瘀结,不通则痛,阻滞冲任而致不孕。治疗时应清热化湿,除瘀消癥。

(2)气滞血瘀证。主要表现:经前或经期小腹胀痛,月经量少,血色紫黯或有血块,块下痛减,常伴有乳房胀痛,舌质紫黯或有瘀点,脉弦。因情志抑郁,或恚怒伤肝,使肝气郁结,气机不畅,因气为血之帅,血为气之母,气滞则血瘀胞脉,冲任气血郁滞,造成慢性盆腔疼痛;同时胞宫难以正常地摄精成孕。治疗时应理气散瘀,消癥散结。

(3)肾虚血瘀证。主要表现:经期小腹刺痛,月经量少,血色黯,有血块,常伴腰膝酸软、性欲淡漠、耳鸣,舌淡紫、脉细涩。因病程较长,久病伤肾,或禀赋素弱,或有多次人流、不良孕史、房劳损伤,肾气不足,冲任、胞脉失于濡养,且冲任气血运行乏力、流通不畅,导致冲任失司,气血瘀阻,冲任、胞宫气血瘀阻,造成经期小腹刺痛;脉络阻滞,影响两精相搏,或胎元不能内居胞宫着床,而致不孕。治疗时应补肾填精,化瘀消癥。

(4)气虚血瘀证。主要表现:经期小腹刺痛,月经量少色淡,有血块,面色无华,神疲乏力,舌淡暗,脉细涩。脾胃素虚,气血不足,不能正常推动精血运行,此外脾有统摄血液的作用,使经血循经而泻。若脾气受损,气虚无力摄血,血溢脉外,离经而泻,离经之血停聚冲任、胞宫,日久发为癥瘕,阻滞胞宫气血运行,不通则痛;同时胞宫失去气血濡养,影响精卵结合及运输。治疗时应益气健脾,化瘀消癥。

4 用药撷菁

根据“解毒热、化湿浊、祛瘀滞、散结聚”的EM

治疗原则,柴老师常用清热解毒药、利湿化浊药、化瘀散结药。

4.1 清热解毒药

常用金银花、野菊花、蒲公英、鱼腥草、篇蓄等药清解体内热毒。此类药物大多为植物的花叶,质轻无重镇凉遏之弊。柴教授认为金银花入血分,善解血中毒热,是妇科清热解毒第一药,直接作用于EM患者的病机——“湿热毒邪”,常用量为10~12 g。EM大多病程较长,若用苦寒重镇之品必耗伤阴血,加重病情。

4.2 利湿化浊药

常用茵陈、薏苡仁、土茯苓、川贝等药利湿化浊。柴教授认为茵陈清利湿热,还兼具散结之效,川贝同样兼具化湿、散结之效,土茯苓兼具利湿、解毒之效,用于EM,一药多效。但因川贝价格昂贵,常用夏枯草、青蒿代之。

4.3 化瘀散结药

柴教授对于EM患者少用活血化瘀药,恐盲目活血,加重病情,而以“化”为主,化即化瘀止血、消肿散结,常用三七粉、茜草、夏枯草、生牡蛎等化瘀止血、消肿散结药。其中,经期水冲服3 g三七粉是柴教授治疗EM所致痛经的经验用药。三七又名参三七,归肝、胃经,具有散瘀止血,消肿定痛的作用。三七粉止血不留瘀,化瘀而不伤正,消肿止痛,是治疗EM的良药。

5 病案举隅

患者,女,37岁。2017年3月25日主因“发现左附件囊性包块1年,未避孕未孕1年余”来诊。患者2016年4月体检时发现左附件囊性包块:5.5 cm×3.8 cm(巧克力囊肿?),CA125升高,外院诊断为“继发性不孕;EM;左卵巢囊肿”,予达英-35治疗2周期后查CA125:96.20 U/mL,前末次月经2017年2月6日,末次月经2017年3月7日,量色可,痛经,现偶有左下腹轻度不适,纳眠可,二便调。孕2产1,2014年足月剖宫产1女,2016年行人工流产术。现未避孕,计划妊娠。舌绛暗苔薄黄腻,脉沉细滑。中医诊断:不孕症;肾气不足、湿热瘀阻证。西医诊断:继发性不孕;EM;左卵巢囊肿。处方:生牡蛎15 g,柴胡3 g,地骨皮6 g,荷叶10 g,茵陈10 g,青蒿6 g,白芍10 g,茜草炭10 g,莲子心3 g,金银花10 g,墨旱莲12 g,绿萼梅6 g,20剂,月经第5日

起,水煎服,日1剂;另三七粉3g,10包,经期连服5日。嘱患者监测基础体温(BBT),忌辛辣刺激食物。二诊:2017年5月20日。此次就诊,末次月经4月3日,经前BBT不典型双相,现上升5d,舌暗脉细滑。处方:太子参12g,枸杞子15g,茵陈10g,川芎6g,桃仁10g,茜草12g,钩藤10g,浙贝母10g,鱼腥草10g,杜仲10g,当归10g,莲子心3g,20剂。此后,依据患者病情变化,辨证给药,加减方药80剂。七诊:2017年12月9日。末次月经:11月24日,轻微痛经。BBT典型双相,舌暗脉细滑。辅助检查:2017年10月29日,CA125:32.7U/mL;阴道B超:子宫5.6cm×6.1cm×5.2cm,内膜0.6cm,左附件区囊性包块2.1cm×1.5cm,右附件未见明显异常。处方:阿胶珠10g,当归10g,椿皮6g,菟丝子15g,地骨皮10g,青蒿5g,女贞子15g,太子参10g,百合10g,覆盆子15g,茯苓10g,莲子心3g。十二诊:2018年7月20日。末次月经:7月16日,无痛经,BBT典型双相。处方:生牡蛎15g,茜草炭10g,郁金6g,当归10g,地骨皮10g,坤草10g,广木香3g,川芎6g,杜仲10g,菟丝子15g,续断10g,丝瓜络10g,三棱3g,金银花10g,20剂。十三诊:2018年8月18日。停经33d,末次月经7月16日,BBT上升23d。辅助检查:8月15日,血HCG:121.4nmol/L,P:7.63ng/mL,舌暗,右脉沉滑,左脉细滑。处方:覆盆子15g,侧柏炭15g,白术10g,苎麻根10g,荷叶10g,莲须6g,菟丝子15g,生甘草3g,枸杞子15g,地骨皮6g,椿皮6g,茯苓10g,10剂。至2018年9月20日随访,患者及胎儿状态良好。

按语:患者37岁,女子五七“阳明脉衰,面始焦,发始堕”,生理机能开始下降,其中生育能力更是明显下降,但患者有生育要求,这本身就是对矛盾。此外,患者外院诊断为“EM、左卵巢囊肿”。EM的并发症之一为不孕,B超提示左卵巢内存在一个5.5cm×3.8cm的异位病灶,已具备手术指征,但患者拒绝接受卵巢囊肿剔除手术而转求中医药治疗。面对该病人,柴教授的理念是“不放弃”,针对病机给药,尽快恢复卵巢功能。以使卵巢能够排出优质卵子为主要目的,不单着眼于病灶而选用抑制卵巢功能的药物。

患者初诊时刻下症见:左下腹轻微不适,舌绛暗苔黄薄腻,脉沉细滑。诊断为“不孕症”,辨证为“肾

气不足、湿热瘀阻”,舌绛暗、苔黄腻为湿热内蕴之象,脉沉细滑是肾气不足,鼓动无力之象。首诊以清利湿热、化瘀散结为法。若妄加补益药物,恐湿热之邪不去加重病情。方中以生牡蛎为君,化瘀散结,针对病灶;臣以地骨皮、茵陈、青蒿、金银花等清热利湿药,去除湿热之邪;佐以墨旱莲、白芍滋补肾阴,防止清热药太过,耗伤阴血;因患者病情较长,以绿萼梅疏解肝郁、莲子心清心火,调整患者情绪。三七粉经期冲服5d是针对患者痛经,起化瘀止痛之用。二诊患者舌暗脉细滑,提示热邪已除,基础体温不典型双相提示患者有排卵,但卵子质量及黄体功能不佳,故二诊以太子参、枸杞子、杜仲补益肾气,当归养血活血;川芎引药下达胞宫,同时川芎与桃仁均具有动向,适当激发卵巢功能;以茵陈、浙贝母、鱼腥草清热化瘀散结,针对病机。全方以调节卵巢功能为主,兼顾EM病机。七诊患者复查血清CA125恢复正常、盆腔彩超示左卵巢巧囊为2.1cm×1.5cm,较前明显缩小,提示病情好转,患者BBT呈典型双相,提示卵子质量及黄体功能恢复。至此,疾病治疗方案发生变化。此前为疾病治疗的第一阶段——恢复调整卵巢功能,清热毒散瘀结;此后疾病治疗进入第二阶段——补肾益精,在经后期运用活血药物以帮助排卵,为受孕做好准备。至十三诊,患者自然受孕。历经17个月,患者左卵巢囊肿病灶明显缩小、血清CA125恢复正常,自然受孕。患者孕前B超提示左卵巢异位病灶已缩小至2.1cm×1.5cm,因患者妊娠,异位内膜不再发生周期性变化,病灶不会继续增大,疾病停止进展,同时患者生育要求也已得到解决,治疗效果满意。同时,加以适当孕期保健,可期待患者顺利产下活胎。柴教授抓住EM根本病机“湿热毒邪侵袭冲任血海”,辨证论治,遣方用药以“解毒热、化湿浊、祛瘀滞、散结聚”为法,取得了良好的临床疗效。

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.
- [2] ALLEN C, HOPEWELL S, PRENTICE A. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for pain in women with endometriosis [J]. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2009,2(2):CD004753.
- [3] 濮凌云,张巨明.柴嵩岩论治子宫内膜异位症[J].北京中医药,2008,27(10):783-784.
- [4] 张巨明.柴嵩岩治疗妇科疾病经验[J].中医杂志,2010,51(2):128-130.