

第五讲 关于以桂枝茯苓丸为主方调体治疗“痰瘀阻于胞宫”疾病的探讨

● 郑璐玉 张惠敏 王济 李英帅 李玲孺 白明华 张妍 郑燕飞 俞若熙 井慧如 杨寅 杨玲玲 陈雪梅 倪诚 王琦[▲]

关键词 桂枝茯苓丸 多囊卵巢综合征 痰湿体征 辨体—辨病—辨证 王琦

1 王琦教授开讲

大家好！我们新一期的讲堂又开始了。前面4期，我们主要是以“体病相关，调体为先”这个治疗原则为中心进行一系列的医案讨论。同学们的反馈都很不错，许多同学都说对于我的临床诊病思路和遣方用药有了深入的了解和新的体会。我很欣慰我们的医案讲堂能够给大家开辟一种新的讨论和学习模式，的确，平时每个同学除了固定的时间临床跟诊，你们之间、与我之间交流讨论病案的机会并不多，我们每期的讲堂正好给大家这样一个共同学习和进步的机会，也要再次感谢《中医药通报》杂志对我们“王琦名老中医药专家传承工作室”的大力支持。新的一学期开始了，你们当中有几位同学已经顺利拿到研究生学位，而今年，我们体质中心又来了不少新生力量，他们的到来，也是我们中医人和中医体质学这个学科新的希望。我希望在今后的医案讨论课堂，新旧力量大家都能够踊跃地参与进来，新入校的硕士生、博士生对我的门诊和学术思想会有一个熟悉的过程，而这个讨论课堂正好给你们一个极佳的学习机会，遇到问题随时可以向老师和师兄师姐提问，积极的思考和实践。

今天我们要讨论的是以桂枝茯苓丸为主方，应用

▲通讯作者 王琦，男，著名中医学家。北京中医药大学教授，博士生导师，国家重点学科中医基础理论学科带头人，国家973项目“中医原创思维与健康状态辨识方法体系研究”项目首席科学家，中国科协中医原创思维论坛首席科学家，国家自然科学基金重点项目“痰湿体质易发代谢综合征的中医病因病机分子特征研究”项目负责人。本刊学术顾问。E-mail: wangqi710@126.com

• 作者单位 北京中医药大学基础医学院(100029)

经方调体来治疗妇科相关疾病导致不孕的医案。不知道你们大家有没有注意到，开学后我们学校挂出了很多标语，其中就有一条“读经典，做临床”。这也是我在多年的教学中一直强调的一个理念。1976年我在全国中医研究生班随岳美中、赵锡武、王文鼎、方药中等名老中医查房门诊，后又跟任应秋、刘渡舟等教授学习。尽管他们学术风格各异，但熟谙经典，擅用经方的功底则一，目睹其治验甚多，常以经方起沉痾，愈顽疾，不惟理法谨严，学有渊源，且圆通活变，独具匠心。那么大家都反复提到的经方究竟是什么？经方者，即经典之处方。具有配伍严谨，药简力宏，方以法立，法以方传等特点。《金匮要略》一书共25篇，内容包括内科、外科和妇科等。该书共载262个方剂，其中大多是汤剂，它和《伤寒论》一样，每首方剂配伍严谨，大多切于实用，故后世医家尊之为“经方”。我对于经方的应用主要是根据方证病机而不死句下。之前第二讲中的乌梅丸寒温并用，安蛔止痛，用治久痢、慢性结肠炎，皆多历验不爽。我以为，仲景之学，若实实在在运用于临床，乃是根本；仲景之方，若活活泼泼应用于今病，乃见生命。以今天要讨论的桂枝茯苓丸医案为例，临床上我常以它为主方用来治疗妇人之多囊卵巢，通常在该病治愈后，我们能发现患者的痰湿体质也随之转愈。

下面就请郑璐玉同学（王琦老师2010级博士研究生）介绍一下这则医案。大家通过医案展开，发表自己的观点，共同探讨“辨体—辨病—辨证”的诊疗思路，体会经方调体治病的魅力。

2 医案介绍

郑璐玉：下面由我来向大家介绍一下王老师门诊

中的一则以桂枝茯苓丸为主方结合“辨体-辨病-辨证”治疗慢性盆腔炎、轻度多囊卵巢综合征伴随不孕的医案,并简单讨论一下妇科疾病中盆腔炎、多囊卵巢综合征、不孕等几个容易混淆的诊断要点。

2.1 验案举例

患者陈某,女,34岁,北京人,身高154cm,体重65kg。2011年12月29日初诊:患者婚后8年,同居,备孕2年未孕。形体肥胖,曾患慢性盆腔炎,服抗生素疗效不显。经前乳房胀痛,经事愆期,经行量多,色暗,有大血块,少腹痛,右侧甚。平素喉间多痰,腰酸带多,色黄质稠,大便不实,日2次,粘滞不爽,舌体胖边有齿痕,苔白厚腻,脉滑。妇科检查:阴道炎I度;宫颈糜烂I度;外阴瘙痒(+).辅助检查示性激素:均正常;输卵管造影(2011-10-28):右侧输卵管堵塞;B超(2011-11-10):多囊卵巢综合征轻度,子宫内膜厚度不均匀,轻度脂肪肝。此系冲任阻滞,胞脉闭塞。多因痰湿内盛,阻塞气机,冲任失司,经血不能满溢,闭塞胞宫致不孕。辨为痰湿体质,血瘀证,治宜化痰燥湿、祛瘀消癥、通络止痛。予仲景《金匮要略》桂枝茯苓丸合薏苡附子败酱散加减。处方:川桂枝10g,丹皮10g,茯苓10g,赤芍10g,生薏米20g,淡附片10g,败酱草20g,红藤20g,制苍术30g,黄柏10g,椿根皮20g,贯众10g,白花蛇舌草30g。23剂,水煎服。

2012年2月9日二诊:体重减至63kg。腹痛渐减轻,以左侧效显,右侧腹房事及劳累、着凉后仍痛。月经愆期,量多,无大血块,少腹微痛,经后白带量色质正常。舌脉同前。妇科检查:阴道炎(-);宫颈糜烂(-),宫颈光滑;外阴瘙痒(-)。辅助检查示B超(2012-2-8):囊性卵泡已不可见,子宫内膜厚度均匀;双附件区未见明显异常,盆腔无积水;右侧有成熟卵泡,大小为2.3×1.1cm,卵泡不圆,微瘪,非优势卵泡。此为痰湿蕴滞包络,日久血瘀凝聚,积而成块,一时未易消散。处方:上方茯苓改为20g,苍术改为20g,加水红花子15g。5剂,水煎服。

2012年5月3日三诊:服上方后经水准时,经期腹痛明显改善,体重再减至60kg。近日因外感,腰酸乏力,右侧腹痛再发。辅助检查示B超(3月8日):有优势卵泡,左右各一,子宫内膜厚度均匀,1.0cm,双附件区未见明显异常,盆腔无积水。B超(4月8日):有优势卵泡(左侧),未见卵巢及附件病变。方药中肯,原意追击。处方:熟附片12g,生薏米20g,败酱草30g,红藤30g,桂枝10g,丹皮10g,茯苓15g,赤芍10g,桃仁10g,当归10g,白花蛇舌草30g,益母草15g。

2.2 关于妇科疾病中慢性盆腔炎、多囊卵巢综合征、不孕的诊断以及中医临床诊断的讨论

白明华(王琦老师科研助理):此病人虽以腹痛、2年未孕为主就诊,但其实则为多囊卵巢综合征所致。其多囊卵巢综合征为本,未孕为标,治不孕当先治多囊卵巢综合征。而多囊卵巢综合征又是一种生殖功能障碍与糖代谢异常并存的内分泌紊乱综合症。属于中医“闭经”、“不孕”之痰湿瘀滞的范畴。故王老师以多囊卵巢综合征入手诊治。

王济(副教授,医学博士,王琦老师2011届博士后):我提一些我对该患者西医诊断的看法(1)根据2003年欧洲人类生殖协会和美国生殖医学协会共同推荐的诊断标准,符合以下三项中两项者可诊断多囊卵巢综合征(PCOS):①临床持续无排卵或偶发排卵;②临床和/或生化指标存在高雄激素血症(西医临床上,典型PCOS往往有高雄激素血症);③卵巢多囊性改变。此次的病例陈某,既往月经尚规律(患者测排卵同房3月),内分泌检查无异常,仅B超显示多囊卵巢综合征轻度,应该不算为典型的PCOS。(2)此病例既往有附件感染史,一侧输卵管阻塞。生殖系统慢性感染可能是引起其不孕的主要原因之一。事实上王老师在治疗时也充分考虑了这一点,所以,此病例主要诊断应该是:①不孕;②慢性盆腔炎;③PCOS(轻度)?

杨寅(王琦老师2011级博士研究生):我再补充一些多囊卵巢综合征的排除诊断标准,来帮助我们今后在临床上更好的认识和了解这个病。PCOS诊断的排除标准:排除标准是诊断PCOS的必须条件,如泌乳素水平明显升高,应排除垂体瘤,20%~35%的PCOS患者可伴有泌乳素水平轻度升高;如存在稀发排卵或无排卵,应测定卵泡刺激素(FSH)和雌二醇水平,排除卵巢早衰和中枢性闭经等;测定甲状腺功能,以排除由于甲状腺功能低下所致的月经稀发;如出现高雄激素血症或明显的雄激素水平升高的临床表现,应排除非典型性肾上腺皮质增生(NCAH)、Cushing综合征、分泌雄激素的卵巢肿瘤等。

郑璐玉:看来大家对于这个患者的诊断还真是富有争议啊。由于王老师门诊的特殊性,通常都是由我们学生先来对就医的患者进行详细的问诊,写好门诊病历之后,再由王老师根据我们提供的病史及刻诊信息来进行下一步的诊疗。这个病例中的患者,自述前来就诊的主诉是不孕,随后提供了大量的妇科及实验室检查报告,在一堆庞杂的影像学及实验室检查报告

中,我们就初步给出了以下结论:多囊卵巢综合征轻度,右侧输卵管不通导致了不孕,慢性盆腔炎一直未愈。

3 王琦教授提问

以前我们的医案讨论都是由我们的案例提供者给大家一个病例,已经有了具体明确的诊断和治疗过程,大家来讨论我的诊疗思路,今天这个情况很有意思。首先就有人对这个案例的诊断提出质疑,其实你们仔细看了诊疗经过不难发现,我对她的诊断是如何判断的?其次,在整个治疗过程中,辨体-辨病-辨证和主病主方的理念又是怎样体现的?最后,我还想给大家提一个小问题,你们都知道对于痰湿体质,我喜欢用“苍术”,那么,谁知道我用苍术的用意究竟是什么?下面还是大家来畅所欲言,自由讨论。

4 现场讨论

4.1 关于王老师诊疗思路的讨论

李玲孺(王琦老师2009级博士研究生):首先,我想针对该患者发病的始末和病机进行一下分析。因我与患者比较熟悉,对其生活习惯有一定的了解,据她所说,大学毕业时才90多斤,毕业后工作、结婚,由于工作繁忙,薪酬不薄,夫妻俩天天下馆子,均喜食涮羊肉、麻辣烫等高热量、辛辣刺激的食物。同时经常加班、熬夜,工作压力大。这种生活持续了两年,体重增加三十多斤,容易乏力、头晕、身体沉重,皮肤和头发油腻,持续反复的妇科炎症,腹痛、发烧,经常用抗生素治疗。当其想要孩子时却都怀不上了,当然她爱人本身精液质量也有问题,这应该也与生活习惯有密切关系,所以她的不孕比较复杂。后来开始注意饮食但也为时已晚。初诊时身体沉重、乏力,舌胖有齿痕,舌苔厚腻等都提示该患者有脾虚湿盛、痰湿内蕴的状态,这应该属于典型的后天因素造成的痰湿体质。

痰湿体质是蕴生很多内分泌及代谢性疾病的土壤,如糖尿病、高尿酸、高血脂等,该患者由于正处于育龄期,而多囊卵巢综合征是生育年龄妇女常见的一种复杂的内分泌及代谢异常所致的疾病,也即该患者痰湿体质,又处于育龄期,因此促使了多囊卵巢综合征的发生。一般认为多囊卵巢综合征以肾虚为本,导致卵泡发育不成熟,这往往与先天遗传有密切的关系。该病例为典型的后天生活习惯不当引起痰湿内蕴所造成,且月经周期基本规律,尚不属于典型的“肥胖、月经稀发、毛发多”之典型多囊卵巢综合征,肾虚

并不是特别明显,痰瘀一除,内环境改善,卵泡自然得到良好的发育和排出。

痰湿体质就像一块肥沃的土地,蕴久化热,容易滋生各种炎症,所以患者有反复的附件炎、阴道炎及宫颈糜烂,有白带色黄、粘稠。炎症反复刺激,会导致络脉不通,所以会有疼痛、输卵管阻塞等。同时,由于过度运用抗生素,损伤阳气,因此会有小腹怕冷的现象。同时,像这种反复的炎症,往往也会导致局部的血脉不通,引起局部的怕冷症状。

杨玲(王琦老师2009级硕士研究生):对于这个病例,其实我觉得王老师可能并没有过多考虑其是否是一个典型的多囊卵巢综合征或者其他的病名,而是通过“辨体-辨病-辨证”就把这个问题解决了。我觉得我们也并没有必要在这个典型或者不典型方面纠结,这个似乎也不太影响我们中医诊治,王老师提出“辨体-辨病-辨证”诊疗模式,正是将这个复杂的问题简单化,为我们做了一个最好的诊断思路展示。

我们跟着王老师在门诊那么长时间了,大家都注意到,虽然每一个初诊的病人我们都做了详细的记录,以方便王老师诊断看病,但是王老师并不依赖我们写的病例。而是面对一个新病人,王老师首先通过望诊对其进行初步判断,比如这个女患者身高154cm,体重65kg,我们第一眼一看也应该知道这是一个肥胖病人。我记得一次门诊王老师说过,对于那些女性肥胖病人,如果月经不规律稀少或闭经,查看身上多毛者,多有多囊卵巢综合征。“肥胖女性、闭经、多毛”的判断在门诊上可谓屡试不爽。很多来看闭经的患者或者肥胖的女性患者,我们可以观察到王老师经常让患者挽起袖子查看体毛是否浓密,若较普通人多,王老师就对那患者说“你可以去查一下是否有多囊卵巢综合征”,患者忙不迭声说“是是是,查过了,有有有。”有的听过王老师建议去做检查首次发现,都觉得王老师简直是太神奇了。

我在网上查了一些关于多囊卵巢综合征的资料,其诊断标准为(1)临床症状主要为:①月经异常(闭经、月经稀发、无排卵月经等);②男性化(多毛、粉刺、声音低调、阴蒂肥大);③肥胖;④不孕。(2)内分泌检查所见:①LH高值、FSH正常值;②注射GnRH后LH分泌增多,FSH分泌正常;③雌酮/雌二醇比值升高;④血中睾酮或雄烯二酮升高。(3)卵巢所见:①B超见多个卵泡囊性变;②双合诊及B超见卵巢肿大;③腹腔镜见卵巢内膜肥厚及表面隆起;④镜下见卵泡膜细胞层肥厚增殖和间质增生。以上三项均具备时可诊断

为PCOS,其他项目作为参考,若所有必备和参考项目均具备,则为典型PCOS病例。前一个诊断标准临床症状我们肉眼直接看不到,后两个诊断标准需要借助一定的检查工具判断。对于多囊卵巢综合征的治疗,我感觉基本上也像是头痛治头、脚痛治脚,比如闭经可用氯米芬,内分泌异常用地塞米松等,还有19、20岁的年轻多囊卵巢综合征患者卵巢已经切过一侧了,我觉得挺可惜的。

王老师治疗这种病例,主要还是要根据“辨体-辨病-辨证”进行“治病调体理证”,多运用桂枝茯苓丸加减再加一些辨证调体的药治疗。我跟踪过一例肥胖闭经多毛的病例,一侧卵巢切除,经过调理,她现在月经很正常,皮肤多毛的现象也减轻了,感觉很好!

杨寅:对,我同意杨玲的说法。在本病例中,该患者曾因B超结果被诊断为多囊卵巢综合征轻度,而问诊发现其有急性附件炎转为慢性附件炎病史,就诊时发现其同时患有阴道炎。而这恰恰印证了西医对多囊卵巢综合征的一些新发现,即北京大学第三医院的乔杰等人通过“多囊卵巢综合征的病因学研究”发现一些炎性因子在PCOS患者血清中明显升高,提示慢性炎症可能与PCOS发病相关,也提示临床医生在治疗PCOS患者时可以考虑加用抗炎治疗。在本病例中,老师使用化痰活血消癥的化痰消癥汤和排脓消肿的薏苡附子败酱散,恰有西医的抗炎治疗之效。

4.2 用方用药思路的探讨

白明华:王老师根据清·徐灵胎《兰台轨范》中“一病必有主方,一方必有主药”的“主病主方主药”构想,提出了主病主方论思想。对于多囊卵巢综合征,王老师认为其主要病机为痰凝血瘀,冲任失调,常选用桂枝茯苓丸加味的化痰消癥汤为主进行治疗,本例根据病人的主病、体质、病证,选用了桂枝茯苓丸合薏苡附子败酱散为主加味治疗,效不更方,前后共进28剂,使卵巢病变及相关诸症消失,B检查正常。

另外,此病人的治疗还体现了王老师的“辨体-辨病-辨证”的“三辨”思想的运用。此病人为痰湿体质,因此王老师在组方中加入茯苓、生薏米、制苍术等健脾化痰祛湿药物,蕴涵了其辨体质用方思想;而对于此病虽是以痰凝血瘀,冲任失调为主要病机,但本病人一有小腹怕冷、热敷缓解的阳虚寒凝,一有白带色黄黏稠、外阴瘙痒的湿热为患,为痰湿血瘀、寒热错杂之证,故加入薏苡附子败酱散,寒温并用,化痰瘀以消肿,同时加用红藤、黄柏、椿根皮、贯众、白花蛇舌草等以加强清解湿热之力,以主病为主,参以辨体质、辨

证进行治疗而见奇功。

俞若熙(王琦老师2010级博士研究生):王老师在治疗该病时,“辨体-辨病-辨证”始终是贯穿主线。根据患者体重65kg,身高1.54米,又有轻度脂肪肝等,结合舌脉该患者是典型的痰湿体质患者。且患有慢性盆腔炎症,归之病因应以痰、瘀为主,兼有湿、热、毒。所以王老师在用药时以化痰祛湿、化痰消癥为主,兼以清热利湿解毒,使痰瘀化癥消,湿热清,诸症皆愈。桂枝茯苓丸是临床上妇科炎症的常用方,桂枝茯苓丸出自仲景《金匮要略》,由桂枝、茯苓、牡丹皮、芍药、桃仁组成,功效为活血化瘀、缓消癥块。本方原治妇人素有癥块,导致妊娠漏下或胎动不安等症,后世在应用时已不限于妊娠,凡经、胎、产,属癥块引起者皆可用之。临床上经常用于慢性盆腔炎、盆腔包块、卵巢囊肿、子宫肌瘤、输卵管不通不孕等妇科疾病。一方面,桂枝茯苓丸也有报道治疗高脂血症,这也证实其对痰湿体质本身也是有调节作用的;另一方面,目前国内外许多研究表明,高脂血症与患者的血液粘稠度及瘀血、瘀浊呈正相关,因此桂枝茯苓丸能达到调理痰湿体质的作用。所以,通过使用桂枝茯苓丸可以达到治病与调体的作用。此外,薏苡附子败酱散也是《金匮要略》的一个经方,原意用于治疗肠痈已成而阳气不足,不能鼓邪外出,其功效为温阳利湿、排脓化瘀。虽然该患者不是肠痈,但取其组方配伍之理,患者久病气化失常、阳气不足、不能鼓邪外出是其共同的病机,经治疗后,患者阳气旺盛,气化功能恢复,通过气机的升降出入运动,推动了气血津液运化正常,故顽疾盆腔炎症向愈。再配以制苍术、黄柏、椿根皮、贯众、白花蛇舌草清热解毒利湿,水红花子消瘀破积、健脾利湿。共奏治病调体之效。

张惠敏(讲师,主治医师,医学博士,王琦老师2001级硕士研究生):我很赞同俞若熙的观点。从这则医案我们不难看出,王老师用了两个《金匮要略》中的经典方剂,稍作加味。此患者属痰湿体质,痰湿下注冲任,阻滞胞络,痰血搏结,渐积成癥,而出现腹痛甚、带下色黄、外阴瘙痒等症。故拟方以桂枝茯苓丸为主化痰消癥,配以薏苡附子败酱散排脓消肿,两方相合共奏化痰消癥、通络止痛之功,又辅以解毒散结排脓之红藤、白花蛇舌草,因患者有带下色黄、外阴瘙痒,加用苍术、黄柏、椿根皮、贯众以达到清热解毒、燥湿止带之效。因此患者服药20天后“多囊卵巢综合征已经不可见(B超)”,可见经方的魅力所在。

井慧如(王琦老师2009级台湾籍博士研究生):

桂枝茯苓丸,成方于汉代,经历代医家研究已广泛应用于临床中由气滞血瘀、瘀血内阻所致的多种疾病。由于痰凝血瘀是贯穿本病始终的重要病理产物,因此老师以活血化瘀祛痰为基础调体治则。桂枝茯苓丸方中以桂枝温阳化湿通血脉;茯苓安正气并利水;白芍调营养阴;丹皮、桃仁活血化瘀。全方合用可活血化瘀,疏通血脉,加强宫血循环,促进炎性渗出物之排泻及吸收,实为祛瘀化癥之良方。现代药理研究证明,桂枝茯苓丸具有增强血液循环、解痉镇痛、抑菌抗炎、抗纤维化的作用。在临床上,此方亦广泛运用于妇女的各种疾病,诸如痛经、经闭、月经不调、崩漏、癥瘕结聚等病证,只要确是寒凝血滞、瘀血内阻、或湿滞血瘀者,其主要症状为少腹痛,下血紫暗,血中有块,下血块后疼痛减轻,遇寒则甚,得热痛减,或白带过多,腰困,下肢浮肿等,皆有卓效。

临床上用薏苡附子败酱散治疗少腹痛范围较广,不论男女由多种原因造成的少腹疼痛,附件炎、痛经以及因血瘀等原因造成的少腹痛,用薏苡附子败酱散皆有一定的疗效。曹颖甫《经方实验录》曰:“依《金匱》法,肠痈实分为二种。一种为热性者,为大黄牡丹汤所主。一种为寒性者,为薏苡附子败酱散所主。热性者多急性,寒性者多慢性。…寒性者痛缓,身无热,恙生于平日。寒性者属太阴,故薏苡附子败酱散乃附子理中之变局。热性者病灶多在盲肠,寒性者病灶不限于盲肠。”方中薏苡仁开壅泄浊除湿;附子振奋阳气、辛热散结;败酱破瘀排脓。清代徐彬在《金匱要略论注》曰:“薏苡仁寒能除热,兼下气胜湿,利肠胃,破毒肿;败酱善排脓破血利,结热毒气,故以为臣;附子导热行结,故为反佐。”《本草纲目》亦提到:“败酱善排脓破血,故仲景治痈,即古方妇人科皆用之。”《本草正义》云:败酱“能清热泄结,利水消肿,破瘀排脓。”由此可见师法仲景用桂枝茯苓丸化瘀消癥为君,合薏苡附子败酱散温阳散结,排痰除湿消肿祛瘀止痛,使寒痰瘀血得以消散,两方合用降低局部炎症反应,治疗本案由于痰湿体质加上瘀血内阻造成的寒湿凝滞、痰凝于血证候;佐以解毒散结排脓之红藤、白花蛇舌草、贯众;燥湿止带止痒之二妙散、椿根皮;并在二诊加上水红花子化痰散结止痛,确实获得了较为满意的疗效。

李玲孺:我再补充一些我对王老师对薏苡附子败

酱散这首经方如何活用治疗妇科疾病

的看法。薏苡附子败酱散是《金匱要略·疮痈肠痈浸淫病脉证并治第十八》中治疗肠痈的方子,治疗肠痈脓已成,原文为“肠痈之为病,其身甲错,腹皮急,按之濡,如肿状,腹无积聚,身无热,脉数,此为肠内有痈脓,薏苡附子败酱散主之。”《灵枢·痈疽》载:“寒邪客于经络之中则血泣,血泣则不通,不通则卫气归之,不得复反,故痈肿。”我想,痈疽的这个病机同样可以挪用到妇科炎症中来。患者痰湿内蕴,招致外邪浸淫,营卫郁遏,郁久化热,湿热下注会引起带下量多色黄、粘稠,化腐成脓则会导致输卵管不通畅、压痛等。方中薏苡仁健脾清热利湿,同时有缓解拘挛疼痛的作用。《神农本草经》记载“薏苡仁主筋急拘挛,不可屈伸,风湿痹,下气”。败酱草则具有清热散结消肿排脓的作用。此方中关键还有一味药是附子,附子振奋阳气,协助薏苡仁和败酱草除湿消郁散滞,“气血之化,必由温之”(《外科证治全生集》)。同时考虑到患者是脾虚湿盛、痰湿内蕴的基础体质,“湿盛则阳微”,以及患者过用抗生素损伤阳气、妇科疾病治疗应“下焦宜温”等因素,附子在这里不可或缺。

有人可能会提出,金匱治疗肠痈的处方除了薏苡附子败酱散外,还有大黄牡丹汤。但是薏苡附子败酱散适用于病久体虚、炎症反复,同时大量抗生素造成苦寒伤阳的慢性炎症期。大黄牡丹汤攻下力量强,我想更适合急性发作期。患者描述其劳累或者熬夜导致附件炎急性发作的时候,则会出现发烧、小腹疼痛明显,痛甚不能仰卧,必须挂急诊输液才能缓解,这正如《金匱要略·疮痈肠痈浸淫病脉证并治第十八》原文所述“诸浮数脉,应当发热,而反洒淅恶寒,若有痛处,当发其痈。”“肠痈者,少腹肿痞,按之即痛如淋,小便自调,时时发热,自汗出,复恶寒……大黄牡丹汤主之。”《灵枢·痈疽》谓“营卫稽留于经脉之中,则血泣而不行,不行则卫气从之而不通,壅遏而不得行,故热。”印证了妇科炎症与金匱所言痈疽有类似的发病机制,急性发作之时用大黄牡丹汤我想也未尝不可,抓住病机,即可灵活运用。综上,引起该患者不孕的两个主要问题,一是妇科炎症,造成了输卵管堵塞;二是多囊卵巢综合征,卵泡发育不成熟且不能正常排出。我觉得这个病例可以先将症状和体征分类,然后再前后对比来看,有助理清思路(如表1)。

表 1 患者症状和体征治疗前后对比表

	治疗前	治疗后	治疗思路	处方
全身	身体沉重、舌苔厚腻、舌体胖大、有齿痕	身体清爽、舌苔褪去很多、齿痕减少	温阳化痰祛湿	蕴含到疾病的治疗之中
妇科炎症	宫颈糜烂 白带色黄、量多、粘稠 右下腹疼痛 小腹怕冷	宫颈光滑 白带量少 疼痛缓解 怕冷减轻	清热解毒利湿、振奋阳气, 促进慢性炎症的消除	薏苡附子败酱散、二妙丸加味
多囊卵巢综合征	卵泡发育不成熟, 有囊性卵泡 子宫内膜厚度不均匀	可见成熟卵泡 子宫内膜厚度均匀	温阳化痰、活血消癥, 促进卵泡的发育和排出	桂枝茯苓丸合附子、红藤等

李英帅(讲师,医学博士,王琦老师 2006 级博士研究生);该患者以不孕为主诉就诊,通过分析其检查结果,可认为其不孕与慢性盆腔炎伴不典型多囊卵巢综合征有关。究其起因,是由于急性附件炎失治迁延而成慢性,日久继发 PCOS。而其发生这一系列疾病的体质背景便是痰湿体质。在疾病状态下,痰湿体质为其个体发病基础,病变局部呈现痰瘀互结、湿热下注之证。本着急则治标、缓则治本的思想,我考虑王老师在处方时首先从证候入手,以桂枝茯苓丸、薏苡附子败酱散、二妙丸合方加清热解毒散结之品,解除局部病变后,再调促孕。桂枝茯苓丸为妇人化瘀消癥常用方,附件炎、PCOS 均可看作癥瘕;薏苡附子败酱散原治肠痈内脓已成或慢性反复发作,若将附件炎等亦看作内痈,那么患者有瘀、有寒、有痰浊,用此方甚为契合。故用经方重在理解制方思想,只要证候契合,不必拘泥于原方所治之病,这也是王老师用经方一贯的思想。如他用阳和汤治疗阳虚寒凝之乳腺增生,用芍药甘草汤缓解哮喘急性发作等,这是我们在学习经方、应用经方时要注意的重要一点,正如王老师说:临证活法活法活用,全在领悟贯通。

郑燕飞(王琦老师 2011 级博士生):经方是历经千年验证的有效方剂,经得起临床的再重复使用。临床看病,首先考虑用经方,只要方证得对,效果往往非常明显。比如这位患者,王老师针对这三个病机,选用了薏苡附子败酱散、桂枝茯苓丸加减。张仲景用桂枝茯苓丸治疗瘀血阻滞胞宫证,这与患者多囊卵巢、输卵管堵塞,腹痛日久,瘀血阻滞相符,且患者腹部冷痛,方中用桂枝可以起到温通经脉的作用,桂枝可化气散结。还有该患者阳虚、湿热较为明显,单用桂枝茯苓丸组方仍显不足,因此王老师再用经方薏苡附子败酱散加减治疗。这个方子很有意思,寒热搭配,君

臣分明,方中重用薏苡仁清热渗湿而健脾,消痈排脓利肠胃,佐以败酱草清热解毒,化瘀排脓,少量附子振奋阳气,因此可以起到温补阳气、活血化瘀、清利湿热的的作用,病证得对,疗效十分明显。这就是经方的魅力!王老师应用经方,始终抓住方证相应,审病机,明方义,如王老师所说:“谨守病机,不拘字句。”薏苡附子败酱散本是用来治疗肠痈的,王老师移用治疗附件炎、阴道炎;桂枝茯苓丸本用来治疗瘀血阻滞胞宫,露下不止,王老师移治多囊卵巢综合征月经量少,或闭经者,此外,如甘草泻心汤原为和胃补虚、清热消痞,王老师常以此方治疗湿热内郁的复发性口疮,有显著疗效,这些都是紧紧抓住了病机二字。因此,仲景方是因证而设,非因经而设,所以小柴胡汤不专主少阳病,桂枝汤不专主太阳病,白虎汤不专主阳明经病。有是证用是方,证以方名,方随证立。

我再回答一下王老师最后的那个小问题。王老师在方中有一个特色用药即重用苍术,充分体现了其“辨体-辨病-辨证”诊疗模式的学术思想。苍术辛苦温,气味浓烈,可散寒燥湿强脾,升阳而开郁,较之白术,祛湿之力尤雄,王老师将其作为调节痰湿体质的主要药物。《珍珠囊》云:“能健胃安脾,诸湿肿非此不能除。”《本草纲目》云:“苍术,除上中下三焦湿,发汗利小便,逐水功最大。湿气身重作痛,熬膏服。”又言:“苍术,消痰水,解湿郁,治痰夹瘀血成囊;治湿痰留饮,……及脾湿下流。”《本草正义》亦言:“苍术,气味雄厚,较白术愈猛,能彻上彻下,燥湿而宣化痰饮……凡湿困脾阳,倦怠嗜卧,肢体酸软,胸膈满闷,甚至膜胀而舌浊厚腻者,非茅术芳香猛烈,不能开泄,而痰饮弥漫,亦非此不化……但有舌浊不渴见证,茅术一味,最为必需之品。”体现了王老师辨体用药的思想。临床上,我们看到王老师治疗肥胖、痰湿体质的

患者,常选用苍术贯彻调体始终,很值得借鉴。再则,这位患者舌胖大齿印,苔白,辨证有阳虚湿阻证,而苍术辛、苦、温,苦能燥湿,温能散寒,一药两扼其用,药证相符,体现了王老师辨证用药的思想。辨病,乃辨中医之病和辨西医之病。这位患者诊断为多囊卵巢综合征,从其发病病机而言多由于水湿、瘀血凝结而成,并且该患者有带下病,傅青主言:“夫带下俱是湿证。”因此,无论从西医之病,还是中医之病来讲,都有用药的指征。

此外,在临床中,对于妇科炎症,如盆腔炎、附件炎、阴道炎,王老师经常选用红藤这个药。红藤,苦,平,可清热解毒,活血通络,祛风杀虫。现代医学研究表明红藤对金黄色葡萄球菌、甲、乙型链球菌、绿脓杆菌、大肠杆菌有抑制作用。妇科炎症以湿热、瘀血多见,且多与葡萄球菌、链球菌、大肠杆菌、绿脓杆菌等感染有关。故而在辨证的基础上再配伍红藤,可取得显著疗效。我觉得这个是王老师治疗妇科炎症的特色用药,大家以后临床可以用用看。

5 王琦教授点评

今天听完大家的讨论,首先我感觉很满意。在临床和教学当中,我不断地跟同学们提及要注重“辨体-辨病-辨证”相结合,大家对于这个诊疗模式已经有了很成熟的认识。对于这个案例,下面我简单的做一个小结。

首先谈“辨体”,这个病人属于肥胖,经事延期,行经腹痛,色暗,有血块等,舌苔厚腻,脉象滑。先诊为痰湿之体。其次是“辨病”,今天大家围绕辨病的问题,充分的展开了讨论,从B超来看她符合多囊卵巢征的征象,但从激素水平判断她与多囊卵巢征的诊断又有不太吻合的地方,通过大家不同学科背景间的相互探讨,理清了对于“多囊卵巢征”这个疾病的诊断。而我们中医对于这类疾病的诊断,主要就是抓病机,之前也有几位同学都提到了这一点。这也就引出了接下来要讲的——“辨证”。这个案例它的病机就是“痰湿瘀阻胞宫”,乍看是个痰湿体质,但是她的“痰与湿”的许多征象时日已久,就会有“瘀”的症状出现,所以是痰湿夹瘀。

在临床用方用药中,要围绕痰湿夹瘀的病机抓主方,因此我用了桂枝茯苓丸合薏苡附子败酱散。桂枝茯苓丸表面看来是个化痰的方,实际上桂枝、茯苓有温化痰湿的作用,桂枝温阳和化气行水的作用更佳。这两个方子组合之后,温化,化痰湿、祛瘀消微、散结

的功效就大大增强了。同时,在抓住病机选择主方的同时还一定要注意,处方要有“守方”的思想,有的时候要变方,有的时候就要守方。这个病人,我三诊一直都没有改变主方。

在找准主方后,还有一些针对性的用药,比如大家都知道我在对于痰湿体质的调理中通常都会用到“苍术”,你们可以看到我在这三诊的过程中对于它的用途和剂量的变化。元代朱丹溪首倡痰湿不孕,《丹溪心法》云:“肥盛妇人,禀受甚厚,恣于饮食,经水不调,不能成胎,谓之躯脂满溢,闭塞子宫,宜行湿燥痰。”肾主水,全身水液代谢全赖肾的气化作用。气化功能正常,则水液能够顺利代谢,不致滞留体内。肾阳不足,不仅气化无力,水津不布,更可使脾失温养,运化失常,致水湿凝聚而成痰。同时,朱丹溪也首次明确提出了“痰挟瘀血,遂成窠囊”的痰瘀相关说。痰浊是机体津液代谢失常形成的病理产物,主要由于脾肾阳虚,气化失司所致,同时又可作为新的致病因素,加重疾病进程。痰湿属实邪,阻滞气机,气机升降失常,气滞血易滞,遂致瘀,痰瘀交结,壅塞胞宫而致病。因而痰病致瘀,瘀病生痰,互为病因,并且痰瘀相互依存、相互转化、共同致病。临床上有许多化痰燥湿的药,但不是每一个化痰药都可以达到像苍术那样的化痰目的,苍术可以治湿痰留饮或挟瘀血成窠囊,这是其他化痰药所不能企及的。所以在这些个化痰药中,苍术是燥湿化痰,桂枝和茯苓是温阳化气,就是通过推进对津液的输布从而使痰瘀分解。因此,在大家反复提到“主病主方”的同时,必须要注意到,组方中某几味药的特殊的功用,它的特殊的功效往往就被我们忽略和丢失掉了,你们在这个基础上还是要下功夫学习的。

今天的讨论,我还是要特别地表扬一下大家。这个案例开始大家就对于它的诊断提出质疑,然后通过逐步的列举诊断依据来一一推敲,最终发现通过我们的“辨体-辨病-辨证”进行诊疗,取得满意的疗效。临床上常常也会遇到这样的情况,因此既要辨西医之病,也要辨中医之病,今天这种情况就是我为为什么要反复强调“辨病”的同时结合辨体和辨证的重要性。辨西医之病时要融中医之论、扬中医之长、辨中医之证以及特异治疗。最后,看到同学们在讨论时不仅能够从文献到文献,而且能够结合自己对它的认识来提出见解和看法,这个学风很好,这样的讨论也就更加有深度有意义了。