魏紹斌教授從痰瘀辨治經行咯血經驗介紹

Introduction of the experience of Professor *WEI Shaowu* in the differential treatment of hemoptysis during menstruation through phlegm and blood stasis

葉美秀　指導：魏紹斌　*YE Meixiu, WEI Shaowu*

（1.成都中醫藥大學　臨床醫學院，碩士研究生　2.成都中醫藥大學附屬醫院　四川省中醫院婦科）

[摘要]　魏紹斌教授在治療經行咯血上獨具匠心，緊抓該病痰瘀為患的病理特點，提出「痰瘀互結」的病機學說，認為痰瘀併治方能收到遠期療效，臨床常投以二陳湯合失笑散加減治療該病，療效顯著。

[關鍵詞]　經行咯血；魏紹斌教授；痰瘀互結

每值經期或經行前後出現有規律的、周期性的咯血者，稱為經行咯血[1]，《類證治裁稱之為「倒經」，《葉氏女科證治》有「經不往下行，而從口鼻中出，名曰逆經」的記載，故亦稱「逆經」，至《醫宗金鑒》稱為「經行吐衄」。魏紹斌教授業醫30餘載，訓古求勤，善用經方、驗方治療婦科疾病，對經行咯血的辨治，匠心獨具，療效顯著，余有幸師從恩師，現就老師從「痰瘀」治該病的經驗分析如下，以飨同道。

1　病因病機

該病與西醫學的「代償性月經」相似，這種周期性咯血可能是由於肺黏膜對卵巢分泌的雌激素較為敏感，雌激素使其毛細血管擴張，脆性增強，因而肺毛細血管隨雌激素的周期性改變也發生周期性破裂出血[2]；目前，其發病機制尚未完全闡明，對於該病的發生，導師更傾向於肺子宮內膜異位症對該病的解釋，目前對異位子宮內膜的來源仍在探討中，但可以肯定的是其發病與否取決於在位內膜的生物學特性，包括黏附性、侵襲性、刺激血管形成的能力。子宮內膜脫落後，可經破損的淋巴及血管播散至肺部，繼而異位內膜隨性激素周期性變化發生剝落、出血，表現為隨月經的周期性發作的咯血或胸痛，若病灶累及胸膜，還可伴氣胸及胸腔積液等危急重症。臨床可借助胸片、CT、甚至胸腔鏡、氣管鏡等輔助檢查，但影像學無特異性，多表現為類似肺炎的滲出性病變或肺內結節灶，因此，臨床診斷還應結合病史、家族史及盆腔情況[3]。

據古籍記載及文獻報道，歷代醫家多從肝經鬱火，胃火熾盛、肺腎陰虛立論，如傅青主認為其病機是「肝氣之逆」，《醫宗金鑒》則根內經》「陽絡傷則血外溢，血外溢則衄血」提出「經血逆行……皆因熱盛，傷陽絡則上行為吐衄」的觀點，總之，其發病多因血熱，恰處經行沖任氣血旺盛之際，沖氣上逆迫肺，氣為血帥，氣逆則血逆，經血從口中吐出，發為經行咯血。導師認為除上述因素《脈別論篇》云：「飲入於胃，游溢精氣，上輸於脾，脾氣散精，上歸於肺，通調水道，下輸膀胱，水精四佈……」，若肺脾胃三臟功能失調，水液代謝異常，則可致水濕停聚為痰，故有「脾為生痰之源，肺為儲痰之器」，「痰之本，腎也」之說。《靈樞·百病始生》中記載：「汁與血相搏，則併合凝聚不得散而積成矣」，魏師根據異位內膜周期性增生、分泌、脫落出血的特點，指出「離經之血便是瘀」，瘀血內留於肺，易與肺中痰濁相搏結，膠著難愈，故其病隨月經周期性變化呈現反復發作、循環加重的特點。

2　辨治經驗

肺主氣，司呼吸，痰瘀停滯胸中，經期氣血充盛，瘀滯加重，氣　機阻滯不暢，不通則痛，故經期胸悶痛，痰挾瘀血礙氣，氣機不暢，肺失宣降，故見咳嗽咯血。魏師臨證強調辨病與辨證相結合，在辨證求因，審因論治的基礎上，緊抓該病痰瘀為患的病理特點，認為「瘀血」雖為其主要致病因素，然常兼「痰濁」作祟，若治瘀不治，顧此失彼，痰濁黏稠難化，一有所逆，留血與之搏結，則宿疾再起，由此指出痰瘀併治方能收到遠期

版權所有 Copyright ICTCM All Rights Reserved

療效，《瘕瘕門》言：「善治癥瘕者，調其氣而破其血，消其食而豁其痰」，故以祛瘀化痰法，貫穿治療始終。常取二陳湯與失笑散合方，以上兩方均出自《太平惠民和劑局方》，二陳湯由陳皮、半夏、茯苓、甘草、烏梅、生薑組成，為燥濕化痰、理氣暢中的代表方，現代藥理研究表明[4]，其能促進氣道分泌物的排泄，有效降低血清中炎性細胞因子的含量，從而控制氣道炎症。失笑散首見於宋代《太平惠民和劑局方·卷之九，治婦人諸疾》，治療婦女瘀血諸症，由薄黃、五靈脂組成，二者均入血分，散血合血，生用兼可泄火，研究發現[5]，其含有的Fe和Cu等微量元素對活血化瘀有較大的作用。二方合用，充分發揮經方合方配伍精當，藥簡力專之優點，變化靈活，針對性強，使痰瘀漸化，而無稽留之害。

女子一生經、孕、產、乳，以血為用，屢傷藏血之肝，肝失疏泄，朱丹溪亦提出「自氣成積，自積成痰，痰挾瘀血，遂成窠囊」的論點，瘀和痰的形成與人體氣機失調密切相關，在治療痰瘀互結之證時導師常佐理氣藥物，如金鈴、四逆、香附之類，即「痰隨氣行，氣順痰消」之理。

3 典型案例

患者古某，女，29歲，因「經行咯血半年餘」於2013年11月19日初診。患者訴，自2012年1月開始無明顯誘因每值經期咯少量血痰，經淨即止，曾前往外院呼吸科就診，診斷為肺部感染，予抗炎對症治療後緩解。2013年5月，上述症狀再發，伴見胸悶氣塞，咯出血痰後方覺舒暢，急於外院行胸部CT及肺部活檢，結果提示肺部炎症改變，電子支氣管鏡未見明顯內膜異位病灶，予抗炎治療後好轉，待下次月經來潮，症狀復現，遂前往我院尋求中醫治療。患者平素月經周期規律，經量多，色暗紅，夾血塊，小腹隱痛，就診時，患者處於經前一周，情緒急躁易怒，口乾苦，自覺咽中痰黏，納眠可，二便調，舌質暗，苔黃膩，脈弦滑，中醫診斷：「經行咯血」；西醫診斷：肺子宮內膜異位症。中醫辨證為肝鬱痰瘀互結證，治以疏肝順氣，消瘀化痰之法，以金鈴四逆散、二陳湯合失笑散加減組方：醋竹葉柴胡10g，枳殼10g，白芍藥15g，陳皮10g，法夏15g，茯苓15g，生蒲黃20g，五靈脂15g，製香附10g，延胡索15g，炒川楝子10g，川牛膝15g，白茅根15g，甘草6g，8劑，水煎服，3日服2劑；另予院內製劑內異康復片，一次4片，1日3次，囑患者經淨後查腫瘤標志物。二診：患者訴情緒有所好轉，經期胸中悶塞，咽中痰黏，經量較既往稍減，色鮮紅，夾血塊，行經d2-4天仍咳嗽並咯少量血痰，查腫標示：CA125 25.12，CA19-9 7.91，CA72-4 1.22，CEA 0.86，未見異常。舌質暗，苔白膩，脈滑，諸症均減，前方去川楝子、延胡索，加桔梗15g，款冬花10g，10劑，繼予內異康復片口服，服法同前。三診：患者月經將至，訴經期咳嗽咯痰多，色白，或見痰中帶血，仍感胸悶，舌質，苔薄膩，脈滑。中藥增強化痰消瘀之力：生蒲黃20g，五靈脂10g，白茅根20g，黃芩10g，南沙參20g，桑葉15g，陳皮10g，法夏15g，茯苓15g，瓦楞子20g，海螵蛸20g，款冬花10g，桔梗15g，甘草6g，15劑，繼予內異康復片口服，服法同前。四診：患者訴諸症好轉，經量中，色鮮紅，夾少許血塊，經期偶有咳嗽，偶見痰中帶血絲，已無胸中悶塞感。舌淡紅，苔薄膩，脈緩。繼予前方加減治療，生蒲黃20g，五靈脂10g，白茅根20g，瓦楞子20g，海螵蛸20g，黃芩10g，南沙參20g，桑葉15g，陳皮10g，法夏15g，茯苓15g，款冬花10g，桔梗15g，淫羊藿15g，10劑，內異康復片繼服。守方鞏固治療1餘月，後電話隨訪，患者告知經行咯血未再復發。

按：痰挾瘀血礙氣而病，肺失宣降，故見咳嗽咯血，宜調理血運，疏通氣機。痰瘀在本病中既是病理產物，又是病理因素，魏師認為治療當緊抓痰瘀為患的病理特點，使化瘀消痰之法與理氣之法有機結合，酌加理氣之品以增效，使氣順則痰瘀易消。患者初診時正處經前期，沖任氣血充盛，變化急驟，易於雍滯，導致肝失疏泄，故見情緒急躁、口中乾苦，肝氣上逆，有挾血上逆迫肺之勢，結合舌質、脈象，當辨證為肝鬱痰瘀互結證，肝氣宜順不宜逆，痰瘀宜消不宜結，方擬金鈴四逆散、二陳湯合失笑散加減，以疏肝順氣，消瘀化痰，加白茅根、川牛膝清熱涼血，引血下行，配合院內製劑內異康復片，以化瘀消癥散結之力。魏師辨證詳明，客觀求實，絲絲入扣，由此略見一斑。二診時，患者疾病向愈，但感經期胸中悶塞，咽中痰黏，故減去疏肝行氣之川楝子、延胡索，酌加桔梗、款冬花利咽下氣消痰。三診時，患者肝平氣順，但咳嗽痰多，或痰中帶血，前方再減去四

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved

逆之輩，加海螵蛸、瓦楞子消痰化瘀、軟堅散結，黃芩、南沙參、桑葉清肺瀉火，生津潤肺。四診時，諸症大減，唯偶見痰中夾血絲，《傅青主女科》言「經逆吐血……反復顛倒，未免太傷腎氣，必須於補腎之中，用順氣之法」，且痰濁內生，鬱阻於內，影響腎之氣化。效不更方，於方中加補腎化痰之淫羊藿，繼服數劑以鞏固治療，則痰化瘀消，病未再發。

參考文獻

[1] 張玉珍. 中醫婦科學[M]. 北京：中國中醫藥出版社，2002:162-163.

[2] 曹軍，邱建學，李春飛. 肺部子宮內膜異位症臨床病理分析伴文獻復習[J]. 醫學信息，2011,06:2309.

[3] 李亞里.子宮內膜異位症的影像學診斷[J]. 中國實用婦科與產科雜誌，2008,(24)3:183-186.

[4] 廖華軍. 二陳湯的現代藥學研究[J]. 中醫藥學報，2012,40(5):142-144.

[5] 劉文粲，楊智煒，歐寧鋒，等. 失笑散中15種微量元素的含量分析[J]. 廣東微量元素科學，2003,10(2):40-41.

（編委：蔡潤才審校2018.01.29）

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved