

引用:张月,李明玥,彭卫东,等.彭卫东教授应用苓桂术甘汤合小陷胸汤治疗妇科疾病经验[J].现代中医药,2024,44(1):24-27.

彭卫东教授应用苓桂术甘汤合小陷胸汤 治疗妇科疾病经验*

张月¹ 李明玥² 彭卫东^{3**}

(1. 重庆市江津区中医院,重庆 江津 402260;2. 成都中医药大学,四川 成都 610075;

3. 成都中医药大学附属医院妇科,四川 成都 610075)

摘要:彭卫东教授深究医理,精于辨证,认为许多妇科疾病均与人体水液代谢失常相关,基于伤寒论六经辨证思路,将苓桂术甘汤合小陷胸汤广泛用于临床,苓桂术甘汤主治为太阴病,能温下寒,化中焦之水饮,小陷胸汤主治为阳明病,能清上热,二方合用则起到下能温阳化饮,上能开胸泻热,中焦之枢得以畅通,恢复人体水液代谢平衡,饮去人安,水火既济,病乃除之。

关键词:苓桂术甘汤;小陷胸汤;六经辨证;妇科疾病;太阴阳明合病

中图分类号:R271 **文献标识码:**A

文章编号:1672-0571(2024)01-0024-04

DOI:10. 13424/j. cnki. mtem. 2024. 01. 006

苓桂术甘汤与小陷胸汤均出自《伤寒杂病论》,苓桂术甘汤主治为中阳不足,痰饮内停,小陷胸汤主治为饮热互结,经方大家冯世伦教授将苓桂术甘汤归为太阴病类方,小陷胸汤归为阳明病类方,两方合用可用于治疗太阴阳明合病之病证。彭卫东教授深究医理,精于辨证,认为许多妇科疾病均与人体水液代谢失常相关,基于伤寒论六经辨证思路,将苓桂术甘汤合小陷胸汤广泛用于临床,疗效多验。

1 苓桂术甘汤合小陷胸汤理论基础

1.1 人体水液代谢生理 《素问·经脉别论》云:“饮入于胃,游溢精气,上输于脾,脾气散精,上归于肺,通调水道,下输膀胱,水精四布,五经并行,合于四时五藏阴阳,揆度以为常也。”描述了人体正常水液代谢的过程,水为阴邪,阳气主动,其代谢过程离不开阳气的运化。阳气为一身之本,其主导着机体水液代谢的生理,若阳气不足,机体功能沉衰,则可导致水液代谢失常而形成痰饮水湿等病理产物^[1]。

脏腑的升降功能影响着机体水液代谢^[2],从

五脏升降功能而言,心火宜降,肾水宜升,肾阳鼓动真阴化为冲和之肾气与天部的心交合,心阴牵制心火下行温暖地部的肾阳^[3-4],形成水火既济之生理状态,水火既济中的“既济”二字即出自于此,“既济卦”指上坎下离相资,五行中坎属水、离属火,水居上、火位下,水火上下交济互融,主吉^[5-6],为机体功能和谐之象,上焦心火不断下济于肾水,使下焦肾水不断发挥其先天之精功能,下焦肾水上济于上焦心火,使上焦心火行使其正常生理功能,一升一降,维持阴阳寒温平衡、水液代谢平衡^[7-8]。

1.2 人体水液代谢病理 《伤寒论》第 277 条言“自利不渴,属太阴,以其脏有寒故也。”此条为太阴病的提纲,总的描述了太阴病的症状及病机,自利不渴为水液代谢失常所致,其病机为脏腑有寒,寒者阳气不足也,阳气不足则机体功能沉衰,不能行使其运化水液的功能,水饮停聚,从而产生一系列水饮症状。水液代谢失常导致痰饮水湿等病理产物的形成,可导致五脏六腑疾病的发生^[9-10],如《金匱要略·痰饮咳嗽病》言:“夫饮有四,何谓也?

* 基金项目:重庆市江津区科技计划项目(Y2022004)

** 通讯作者:彭卫东,硕士研究生,主任医师。E-mail:393026460@qq.com

师曰：有痰饮，有悬饮，有溢饮，有支饮。”阐述了痰饮水湿可发生于机体各个脏器，致病可呈多脏性^[10-11]。

中焦之枢为水火既济之通路^[13-14]，若中焦水饮阻滞，则水火失济，上焦心火不能下济肾水，火性炎上，而表现潮热、头晕、口干、心烦、失眠、心悸、心胸灼热、痤疮、经行头痛、恶阻等上热之症候；下焦肾水不能上既于上焦心火，水性趋下，则表现下肢冰冷、肿胀、二便异常、带下量多、阴痒、月经异常等下寒之症候。

1.3 从六经辨证角度谈合方对水液代谢失常的调节 当代经方大师胡希恕先生、冯世纶教授认为，仲景在八纲表里病位基础之上，加入半表半里的病位，从表里发展成了表、半表半里、里三个病位，又分别存在阴、阳两种不同属性^[15-16]，即太阳病为在表的阳证、少阴病为在表的阴证、少阳病为半表半里的阳证、厥阴病为半表半里的阴证、阳明病为在里的阳证、太阴病为在里的阴证。从仲景六经辨证治疗体系来看，痰饮水湿所导致疾病大多为病位在里的阴证，即“太阴病”的范畴^[17]。

《伤寒论》第 67 条：“伤寒，若吐、若下后，心下逆满，气上冲胸，起则头眩，脉沉紧，发汗则动经，身为振振摇者，茯苓桂枝白术甘草汤主之。”《金贵要略·痰饮咳嗽病》第 16 条：“心下有痰饮，胸胁支满，目眩，苓桂术甘汤主之。”仲景提出“病痰饮者，当以温药和之。”苓桂术甘汤是治疗中阳不足、痰饮内停的经典方^[18]，为桂枝甘草汤加茯苓、白术而成，桂枝解表温阳，平冲降逆，甘草补中，茯苓、白术主利尿逐水，全方体现了温阳化饮之法，主治心下逆满、头晕目眩、胸胁支满等水饮代谢失常所致疾患，六经辨证属太阴病类方^[19-20]。《伤寒论》第 138 条：“小结胸病，正在心下，按之则痛，脉浮滑者，小陷胸汤主之。”小陷胸汤由黄连、半夏、瓜蒌实组成，半夏、瓜蒌实开胸逐水，黄连除热解烦，主治水饮化热或热与饮结所致胸胁胀满、心下按之痛或痰咳烦热者，六经辨证属阳明证类方^[21-22]。苓桂术甘汤与小陷胸汤合为太阴阳明类方证。太阴之湿可从寒化，亦可从热化，若湿从热化，则为太阴阳明合病，为苓桂术甘汤与小陷胸汤所主；痰饮水湿最易阻滞气机，导致机体升降失调，若肾水当升不升，心火当降不降，则成水火失济之病态，

表现为上有心火不降而反升之热证，下有肾水不升而所致之下寒，苓桂术甘汤主治为太阴病，能温下寒，化中焦之水饮，小陷胸汤主治为阳明病，能清上热，二方合用则起到下能温阳化饮，上能开胸泻热，中焦之枢得以畅通，恢复人体水液代谢平衡，饮去人安，水火既济，病乃除之。

2 病案举例

2.1 月经病 胡某某，女，35 岁，主诉：月经量少 1 年余。初诊：2022 年 4 月 13 日。1 年来，月经量较前减少 1/2，经色淡，少血块，无明显痛经，周期、经期尚可，面部痤疮，口干不欲饮，偶有胸闷，经前烦躁，纳可，眠差，大便不成形，小便可，舌淡红，苔薄白，脉细，左关脉略浮。西医诊断：月经稀少。中医诊断：月经过少-太阴阳明合病。处方：茯苓 20 g，桂枝 15 g，白术 15 g，炙甘草 5 g，法半夏 15 g，黄连 6 g，瓜蒌皮 15 g，薏苡仁 20 g，山药 20 g，当归 15 g，川芎 10 g，香附 15 g。7 剂，水煎服，2 日 1 剂，1 日 3 次，每次 100 mL。

按语：患者月经量少、色淡、大便不成形、舌脉均为提示为在里的阴证，即太阴病，经前烦躁、面部痤疮、胸闷为太阴热化，苓桂术甘汤治太阴，小陷胸汤治阳明，为太阴阳明合病，恢复人体正常水液代谢则病可愈也。二诊：2022 年 5 月 10 日。患者服上方 6 剂后月经来潮，经量较前稍有增加，经色暗红，面部痤疮、胸闷均好转，大便仍不成形，效不更方，患者大便仍不成形，上方加入佩兰 10g 以增强祛湿力量，8 剂，水煎服，2 日 1 剂，1 日 3 次，每次 100 mL，嘱下次月经干净后复诊。三诊：2022 年 6 月 16 日。患者诉药后月经量基本恢复，经色转红，少血块，大便已成形，余未诉不适。

2.2 带下病 冯某，女，34 岁，主诉：反复带下量多、色黄、异味 1 年。初诊：2022 年 4 月 28 日。近 1 年来，患者反复阴道炎发作，多次给予阴道用药后，阴道炎仍反复发作，故求中医治疗，刻下见：月经尚可，带下量多，时黄时白，外阴潮湿感，偶伴阴痒，倦怠乏力，午睡后感头晕，纳可，眠差，大便易不成形，粘腻，夜尿 1~2 次/晚，舌红，边有齿痕，苔白，脉细。西医诊断：慢性阴道炎。中医诊断：带下病-太阴阳明合病。处方：茯苓 20 g，桂枝 15 g，白术 15 g，炙甘草 5 g，法半夏 15 g，黄连 6 g，瓜蒌皮 15 g，薏苡仁 20 g，白鲜皮 15 g，泽泻 15 g，紫荆

皮 15 g。6 剂,水煎服,2 日 1 剂,1 日 3 次,每次 100 mL。

按语:带下量多、外阴潮湿感、偶伴阴痒、倦怠乏力、午睡后感头晕、大便易不成形,夜尿 1~2 次/晚均为太阴病,带下时黄、大便粘腻有太阴热化之势,此为太阴阳明合病,选方为苓桂术甘汤合小陷胸汤。二诊:2022 年 5 月 12 日。患者诉药后带下量明显减少,未觉阴痒,外阴潮湿感好转,眠仍差,患者已无阴痒,上方去紫荆皮,加首乌藤 15 g,共 8 剂,水煎服,2 日 1 剂,1 日 3 次,每次 100 mL,月经期间停药。2022 年 6 月 18 日患者欣喜电话告知药后至今未发作阴道炎,精神、睡眠均较前好转。

2.3 妇人腹痛 患者张某某,女,23 岁,主诉:反复下腹隐痛半年。初诊:2022 年 5 月 23 日。近半年来,患者反复下腹隐痛,于消化科与妇科门诊反复就诊,刻下见:下腹隐痛,情绪焦虑,精神稍差,口干微苦,月经尚可,带下不多,纳可,眠差多梦,二便可,舌红,边有齿痕,苔白,脉细。妇科检查未见明显阳性体征。西医诊断:盆腔炎性疾病。中医诊断:妇人腹痛-太阴阳明合病。处方:茯苓 20 g,桂枝 15 g,白术 15 g,炙甘草 5 g,法半夏 15 g,黄连 6 g,瓜蒌皮 15 g,薏苡仁 20 g,延胡索 15 g,白芍 15 g,贯众 15 g,郁金 15 g。4 剂,水煎服,2 日 1 剂,1 日 3 次,每次 100 mL。

按语:精神稍差、舌边有齿痕,脉细均为太阴病,情绪焦虑,口干微苦,眠差多梦为太阴热化之势,此为太阴阳明合病,选方为苓桂术甘汤合小陷胸汤。二诊:2022 年 6 月 6 日。患者诉药后下腹疼痛不明显,精神好转,继续原方 8 剂巩固治疗。

2.4 绝经前后诸症 邹某某,女,46 岁,主诉:心慌、心悸 1 月余。初诊:2022 年 7 月 2 日。近 1 月,患者自觉心慌、心悸,于心内科就诊未见明显病变,因处围绝经期,建议妇科就诊。刻下见:精神可,心慌、心悸,偶有胸闷,易烦躁,口干不欲饮,偶有潮热汗出,纳可,眠稍差,大便可,小便频,舌淡红,苔白稍厚,脉弦细。西医诊断:绝经综合征。中医诊断:绝经前后诸症-太阴阳明合病。处方:茯苓 20 g,桂枝 15 g,白术 15 g,炙甘草 5 g,法半夏 15 g,黄连 6 g,瓜蒌皮 15 g,薏苡仁 20 g,煅龙骨 30 g,煅牡蛎 30 g,薏苡仁 20 g,生姜 9 g,郁金 15 g。6 剂,水煎服,2 日 1 剂,1 日 3 次,每次 100 mL。

按语:心慌、心悸、口干不欲饮、小便频均为太阴病内有饮停,胸闷、易烦躁、潮热汗出、眠差为饮郁化热,热扰心神,此为太阴阳明合病,选方为苓桂术甘汤合小陷胸汤。二诊:2022 年 7 月 13 日。患者药后心慌、心悸改善,仍觉潮热汗出,前方加煅龙骨、煅牡蛎各 20 g,共 6 剂,服法同前。三诊:2022 年 7 月 27 日。服药后心慌、心悸、潮热汗出均改善,睡眠好转,嘱患者可停药,患者要求继续服药巩固,予二诊原方继续 5 剂。

2.5 外阴瘙痒 李某某,女,54 岁,主诉:反复外阴瘙痒 3 月。初诊:2022 年 7 月 21 日。近 3 月,患者自觉外阴瘙痒,外院行白带常规、阴道镜检查未见异常。刻下见:外阴瘙痒,夜间甚,带下不多,怕冷,口干欲温饮,偶有口苦,情绪烦躁,纳可,眠差多梦,大便稍干,解时费力,小便可,夜尿 1 次/晚,舌红,胖大,苔薄白,脉细无力。西医诊断:外阴瘙痒。中医诊断:阴痒-太阴阳明合病。处方:茯苓 20 g,桂枝 15 g,白术 15 g,炙甘草 5 g,法半夏 15 g,黄连 6 g,瓜蒌皮 15 g,薏苡仁 20 g,白鲜皮 15 g,紫荆皮 15 g,郁李仁 20 g,鸡血藤 20 g。5 剂,水煎服,2 日 1 剂,1 日 3 次,每次 100 mL。

按语:口干欲温饮、大便稍干、怕冷、解时费力、舌红,胖大,苔薄白,脉细无力属太阴里证,口苦、情绪烦躁、眠差多梦为水饮化热之郁结于胸,属阳明,此为太阴阳明合病^[27-29]。选方为苓桂术甘汤合小陷胸汤。二诊:2022 年 8 月 1 日。药后外阴瘙痒好转,大便仍干,前方改白术为 20 g,共 7 剂,服法同前^[30]。

3 讨论

彭卫东教授善用经方六经辨证理论治疗妇科疾病,如桂枝加附子汤治疗顽固绝经前后诸症、小建中汤治疗外疼皲裂疼痛、小柴胡汤治疗经行头痛、柴胡桂枝干姜汤治疗多囊卵巢综合征等。仲景六经辨证为完整的辨证体系,胡希恕先生是我国近代著名的经方大家,提出了六经辨证来源于八纲辨证体系的重要学术观点^[23-24],将八纲辨证中的阴阳、表里、寒热、虚实通过病位与病性的结合,即为六经辨证,表即体表,反应在体表的阳证为表阳证(太阳病),阴证为表阴证(少阴病);里即是消化道,在消化道的阳证为里阳证(阳明病),在消化道的阴证为里阴证(太阴病);不在体表且不

在消化道者为半表半里(胸、腹、腔间),属阳的为少阳病,属阴的为厥阴病^[25]。八纲辨证体系中阴阳为之总纲,寒、虚为阴,热、实为阳,故一切疾病病性非阴即阳,故其使用范围不限于外感疾病,更可治疗内外妇儿各科杂病^[26]。

经方治疗疾病,求得方证相应是治愈疾病的前提,辨证论治一直是中医治病的核心,从仲景六经辨证角度而言,苓桂术甘汤合小陷胸汤可以治疗太阴阳明合病,临床上只要六经辨证为太阴阳明合病,便有机会用此方,但太阴阳明合病方证不限于苓桂术甘汤合小陷胸汤,如三仁汤、温胆汤、酸枣仁汤、麦门冬汤、胶艾汤、瓜蒌薤白半夏汤、芍药甘草汤等均可以治疗太阴阳明合病^[27-29],临床遣方用药需严格遵循辨证论治的基本原则,有是证,用是方,如胡希恕老先生所言,辨方证是辨证论治的尖端^[30]。

参考文献

[1] 贾国兵,郭萏,杨成军,等.从肺、脾、肾和水液代谢关系论肺结节的发生与辨治[J].中医杂志,2022,63(20):1993-1996.

[2] 刘燧.脏腑气机升降阴阳辨析与应用规律研究[D].济南:山东中医药大学,2019.

[3] 史鑫鑫,符德玉,陈晓喆,等.符德玉教授应用“坎中满,离中虚”理论治疗中医心病医案举隅[J].上海中医药杂志,2020,54(3):49-52.

[4] 刘潜,陈胜辉.中医心肾水火病机分析[J].现代诊断与治疗,2022,33(3):350-353.

[5] 林勇凯,张天成,李赛美.从既济、未济两卦角度探析心肾之间的交感关系[J].中国中医基础医学杂志,2016,22(3):297-298.

[6] 文潇莪,苏晓鹏,王晶,等.基于水火“既济”与“未济”理论探讨心肾不交型失眠的中医诊治[J].北京中医药,2021,40(5):495-498.

[7] 李荣慧,黄海平,雷晓明,等.基于“多脏协同”探讨“心肾相交”之机制及临床应用[J].辽宁中医药大学学报,2022,24(8):185-190.

[8] 曹正同,段力,刘杨,等.道医视角下“心肾相交”理论探微[J].中华中医药杂志,2020,35(4):1784-1786.

[9] 李茜,占永立.对《伤寒论》中“水、湿、痰、饮”的认识[J].北京中医药,2016,35(9):863-865.

[10] 赵鼎.基于数据挖掘的经方治疗水湿痰饮病的辨治规律研究[D].济南:山东中医药大学,2018.

[11] 殷鸣,张琦,金钊.《金匱要略》水湿邪气分合考[J].成都中医药大学学报,2022,45(4):106-109.

[12] 张雅楠.《金匱要略》水液代谢异常疾病的研究[D].长春:长春中医药大学,2016.

[13] 高向前,王捷虹.从“脾胃为气机升降枢纽”学说探析心肾不交型不寐的证治[J].江苏中医药,2022,54(11):49-52.

[14] 王子欣.仲景从脾胃论治五脏病思想的研究[D].哈尔滨:黑龙江中医药大学,2021.

[15] 马家驹,冯世纶,李乐愚.从八纲辨证角度探讨经方半表半里实质[J].中华中医药杂志,2019,34(12):5605-5608.

[16] 刘秀清,冯世纶.《伤寒论》的方证体系初探[J].中国中医基础医学杂志,1995(4):50-52.

[17] 马家驹,王玉光.六经辨证中太阳太阴合病治法探析[J].中华中医药杂志,2017,32(9):3928-3931.

[18] 王彰禹,吴雅文.苓桂术甘汤加减治疗痰浊型偏头痛的疗效观察[J].中国处方药,2021(12):125-127.

[19] 吴毓谦,汪龙德,胥文娟,等.《伤寒论》对苓桂剂群的探讨[J].实用中医内科杂志,2022,36(9):47-48.

[20] 姜德友,张宛秋,韩洁茹.苓桂术甘汤研究进展[J].中医学报,2021,36(12):2562-2567.

[21] 武青庭,马星雨,谢雪姣.小陷胸汤临床应用研究近况[J].湖南中医杂志,2020,36(6):169-171.

[22] 黄双龙,尹笑丹,王瑞平.以水为引论述《伤寒论》太阳经辨证思维方式[J].河南中医,2020,40(5):649-652.

[23] 邓璐瑶,李侠,曲森.从胡希恕六经理论辨治产后抑郁症[J].环球中医药,2022,15(4):626-628.

[24] 董玲,赵雪琴,卢慧娜,等.运用胡希恕六经理论辨治小儿哮喘急性发作的思路探析[J].中国中医急症,2023,32(1):87-90.

[25] 林毅鹏,黄守清.胡希恕《伤寒论》学术思想探析[J].中国中医基础医学杂志,2019,25(3):300-301.

[26] 赵进喜,张立山,刘宝利.三阴三阳辨证,实为辨方证;《伤寒论》论外感,更可治杂病[J].环球中医药,2018,11(9):1373-1375.

[27] 钱佳晖,陈仁寿.贺季衡辨治湿温病思路与用药经验[J].中华中医药杂志,2021,36(12):7169-7172.

[28] 张超,杜肖勋,霍青.基于三阴三阳开阖枢理论浅析麦门冬汤证治[J].湖南中医杂志,2021,37(6):120-122.

[29] 颜可晴.《傅青主女科》运用芍药甘草汤治疗妇科病规律探析[J].亚太传统医药,2017,13(10):30-31.

[30] 马家驹.胡希恕经方医学:六经入门讲记[M].北京:中国中医药出版社,2018:180.