

• 理论探讨 •

## 从五脏虚损论治迟滞型抑郁症\*

何婧琳, 钱凤娥, 李媛, 杨丽萍<sup>△</sup>  
(云南中医药大学, 云南昆明 650500)

**摘要:** 抑郁症是临床常见的精神障碍之一,属于中医情志病的范畴。因其病因不清,发病机制不详,一直是神经科学领域的一个难题。现代医学将原发性抑郁症按照临床表现分为激越型抑郁症和迟滞型抑郁症,本文对迟滞型抑郁症临床表现进行分析,详细阐述其病机与五脏虚损之间的关系。提出中医治疗迟滞型抑郁症应以补益气血、调理脏腑功能为主要治疗原则。

**关键词:** 抑郁症;中医;五脏虚损

中图分类号: R277.7

文献标志码: A

文章编号: 1000-2723(2022)01-0001-04

DOI: 10.19288/j.cnki.issn.1000-2723.2022.01.001

### Treatment of Retarded Depression from Deficiency of Five Zang Viscera

HE Jinglin, QIAN Fenge, LI Yuan, YANG Liping  
(Yunnan University of Chinese Medicine, Kunming 650500, China)

**ABSTRACT:** Depression is one of the common mental disorders in clinic, which belongs to the category of emotional disorders in traditional Chinese medicine. Because of its unclear etiology and unknown pathogenesis, it has been a difficult problem in the field of neuroscience. Modern medicine divides primary depression into primary depression and retarded depression according to its clinical manifestations. This paper analyses the clinical manifestations of retarded depression and elaborates the relationship between its pathogenesis and five zang viscera deficiency. It is suggested that tonifying Qi and blood and regulating the function of viscera should be the main therapeutic principles in the treatment of retarded depression by traditional Chinese medicine.

**KEY WORDS:** depression; traditional Chinese medicine; deficiency of five zang viscera

抑郁症或称抑郁障碍,是由各种原因引起的以抑郁为主要症状的一组心境障碍或情感障碍,是一组以抑郁心境自我体验为中心的临床症状群或状态<sup>[1]</sup>。WHO最新统计全球抑郁症和恶劣心境者患病率达12.8%,预测2020年抑郁症将成为全球第2位医疗疾患<sup>[2]</sup>。原发性抑郁症按照临床表现分为迟滞型抑郁症和激越型抑郁症,临床研究发现两者对抗抑郁治疗的效果有较大差异<sup>[3]</sup>。其中迟滞型抑郁症(retarded depression)临床以精神运动性抑制为主要特征,患者

常出现情绪抑郁,思维迟缓,联想困难,话少速慢,动作行为少,兴趣索然,诸事高兴不起来,自卑自责自罪,有自杀观念及行为等<sup>[4]</sup>。本文将剖析迟滞型抑郁症的临床主症,探讨其病机与五脏虚损的关系,为中医药治疗迟滞型抑郁症提供参考。

#### 1 迟滞型抑郁症的病机

抑郁症在中医里属于情志病的范畴,情志是七情和五志的合称,中医认为情志的产生是五脏气化的结果,五脏之气的虚实影响着人体的情绪感受。《素问·

收稿日期: 2021-12-06

\* 基金项目: 云南省应用基础研究项目—中医联合专项(202001AZ070001-013);云南省重大科技专项(202002AA100007)

第一作者简介: 何婧琳(1983-),女,讲师,研究方向:中医学、民族医学。

△通信作者: 杨丽萍, E-mail: 258727692@qq.com

《阴阳应象大论》云：“人有五脏，化五气，以生喜怒悲忧恐”，其中心化气生喜乐，肝化气生愤怒，脾化气生思虑，肺化气生悲忧，肾化气生恐惧。五脏气的虚实变化会引发情绪的变化，《灵枢·本神》中云：“肝气虚则恐，实则怒”，“心气虚则悲，实则笑不休”，这种因五脏气化太过或不及引起的情绪变化，不同于应激性刺激导致的短暂情绪起伏，会使人长期的处于某种情绪中难以化解。中医郁证中因五脏虚损引起的忧郁症与迟滞型抑郁症的临床表现极为相似，明代医家张景岳在《景岳全书·郁证》中描述忧郁症的表现就是以长期的悲伤、忧愁情绪为代表，其次还见终日“戚戚悠悠，精气但有消索，神志不振”，这些症状与迟滞型抑郁症的精神运动性抑制表现相似。张景岳认为忧郁症是由五脏虚损引起的，《景岳全书·郁证》有言：“又若忧郁病者，则全属大虚，本无邪实，此多以衣食之累，利害之牵，及悲忧惊恐而致郁者，总皆受郁之类。”对于此症的病机张景岳概括为：“盖悲则气消，忧则气沉，必伤脾肺；惊则气乱，恐则气下，必伤肝肾”。可见迟滞型抑郁症这类以精神运动性抑制为主要表现的情志病与五脏虚损有着密切的关系。下面就其与五脏虚损之间的具体联系展开详细讨论，以便临床对证治疗，正如《灵枢·本神》所言：“必审五脏之病形，以知其气之虚实，谨而调之也”。

## 2 迟滞型抑郁症与五脏虚损的关系

迟滞型抑郁症患者的临床表现均以精神运动性抑制为特征，偶尔伴有激越行为，这些临床症状的出现与五脏虚损密切相关。

2.1 心境情绪低落与心肺气虚 迟滞型抑郁症的心境与情绪障碍主要表现为：显著而持久的情感低落、动机降低、兴趣和快感丧失、心境平淡悲观与空虚感。脏象学说认为心在志为喜，肺在志为悲忧，临床上持久的情绪低落、心境不乐多与心肺虚损有关。

《灵枢·本神》云：“心气虚则悲，实则笑不休。”孙思邈《备急千金要方》云：“心虚则悲，悲则忧”“心气虚者，其人即畏。”可见心气充足使人心生喜乐，心气虚会导致悲哀忧愁，甚至会出现胆怯畏惧的症状。悲观忧愁情绪的产生还与肺有关，肺为相傅之官，其志为悲，《景岳全书》言：“夫五脏之神，皆禀于心，故忧生于

心，肺必应之。”肺主气，有司呼吸、朝百脉、通调水道的功能，肺气充足是实现上述功能的保障，迟滞型抑郁症其临床上常出现的言语缓慢、语气低沉、精力缺乏、胸闷、善太息等伴随症状是肺气虚的典型表现。现代临床研究表明心肺疾病患者的抑郁症发病率明显高于普通人群。研究发现抑郁症是(冠心病)CHD常见的合并症，但两者之间相互作用的机制不明确<sup>[5]</sup>。自1960年起就有CHD患者中抑郁的高发病率的报道，早期研究的对象主要是心肌梗死(MI)后的患者，严重抑郁的患病率在17%~27%<sup>[6]</sup>。COPD(慢性阻塞性肺疾病)患者中，有抑郁症状存在的患者占被调查者的75%<sup>[7]</sup>。JONES等<sup>[8]</sup>研究发现COPD患者群中，抑郁症患病率达42%。在发病机制方面，研究表明COPD患者血清中肿瘤坏死因子(TNF- $\alpha$ )、白介素-8等水平升高、IL-2水平降低，这些细胞因子的变化使COPD的炎症反应进一步放大，炎症性细胞因子通过影响脑内情感支配区和意识运动支配区中的5-羟色胺、去甲肾上腺素、多巴胺等神经递质代谢活动而诱发抑郁症状<sup>[9]</sup>。

2.2 精神运动性抑制与心血亏虚 精神运动障碍又称为动作行为障碍，迟滞型抑郁症临床有明显的精神运动性抑制表现，如垂头丧气、运动迟缓、凝视固定，不能保持眼神交流，语速缓慢、面部表情缺失、身体僵硬、姿态异常等<sup>[10]</sup>，此外部分患者还伴有认知损害。

中医认为这种精神运动性抑制是神气不足的表现，严重者叫做失神。“神”是指人体生命活动的外在表现，与人的精神、意识和思维活动密切相关。心藏神，心主神明，《灵枢·邪客》篇中记载：“心者，五脏六腑之大主也，精神之所舍也。”《素问·灵兰秘典论》云：“心者，君主之官也，神明出焉。”心主神明，即是指心统帅周身的生理活动，主宰人的精神活动及思维意识。神明的衰旺与心血的虚实相关，《灵枢·营卫生会》云：“血者，神气也。”《灵枢·平人绝谷》云：“血脉和利，精神乃居。”人体的血液舍于脉中，维持人体正常的生理活动和精神活动，《灵枢·营卫生会》云：“以奉生身，莫贵于此。”心血充足则精神健旺，思维清晰，反应灵敏，肢体活动自如。心血亏虚则神失所养，《灵枢·邪客》云：“心伤则神去”，迟滞型抑郁症出现的思维迟

缓,精神萎靡,表情淡漠,动作失灵,反应迟钝,强迫体位等精神运动性抑制表现,正是失神的表现。现代研究中大量证据显示抑郁是心血管疾病的独立危险因素,抑郁症病人中心脏病死亡率是一般人群心脏病死亡率的8倍<sup>[11]</sup>。在临床研究中,袁辉<sup>[12]</sup>将60例符合纳入标准的抑郁症患者随机分成治疗组(大补心汤+氟哌噻吨美利曲辛片组)和对照组(氟哌噻吨美利曲辛片组),进行8周的干预治疗后,汉密尔顿抑郁量表疗效比较,治疗组总有效率86.6%,对照组总有效率76.6%,治疗组疗效优于对照组( $P<0.05$ ),证明运用补心的治法在心气虚型抑郁症的临床治疗中疗效确切,正如《素问·八正神明论》所云:“血气者,人之神,不可不谨养。”

**2.3 激越行为与肝阳虚** 迟滞型抑郁症患者临床表现中伴有一定的激越行为,患者偶尔出现有愤怒、易激惹的情绪,甚至出现自杀倾向,综合患者其他精神运动性抑制表现,临床可将其概括为一种少气易怒的症状,中医认为这种少气易怒的症状是肝阳虚的表现。

《素问·六节藏象论篇》曰:“肝者,罢极之本,魂之居也……通于春气。”春气主升,肝主疏泄,在志为怒,肝喜条达而恶抑郁,肝的阳气是肝升发和疏泄的内在动力。肝阳上亢会导致烦躁善怒,肝阳的虚弱也会导致肝气升发不足而使人易怒。《素问·脉解》篇记载了肝阳虚导致少气易怒的原因:“所谓少气善怒者,阳气不治。阳气不治则阳不得出,肝气当治而未得,故善怒。”可见阳虚导致肝阳欲升发而不得,肝阳当治不治是病患出现少气易怒的原因。其次肝阳虚也会导致情绪上忧郁和胆怯,近代名医秦伯未《谦斋医学讲稿》中记载:“懈怠、忧郁、胆怯、头痛、麻木、四肢不温等,便是肝气虚和肝阳虚的证候”,这些症状在迟滞型抑郁症患者中也很常见。迟滞型抑郁症患者的这类少气易怒表现与肝阳上亢引起的易怒、易激惹症状在病因病机上完全不同,临床治疗时应该以补肝气为主,疏肝行气为辅,如果病机不明,误用大量苦寒药物清肝利胆或用疏泄行气类药物耗散阳气,使得阳气再受攻伐则临床治疗难有收效。

**2.4 躯体障碍与脾肾虚弱** 临床上迟滞型抑郁症患

者除去心情与情绪障碍及精神运动障碍外,往往还伴随一系列的躯体障碍。主要表现为身体四肢出现疼痛和麻木,汗液和唾液分泌减少,消化系统出现便秘、食欲不振、消化不良,生殖系统出现性欲下降、闭经、阳痿等,这些躯体障碍按五脏功能划分,可归属于脾虚表现和肾虚表现两类。

其中肾为先天之本,与人体的生殖有着密切的关系,肾气虚、肾精亏损易导致性欲下降、阳痿、闭经、疲劳、失眠及精力下降;同时津液的产生有赖于命门相火的蒸腾作用,肾虚气化无力将会造成汗液、唾液的减少。临床研究也表明肾精不足、肾阳虚与代表抑郁症核心症状的V阻滞因子有正相关性,其中肾精不足的相关性最高<sup>[13]</sup>。其次迟滞型抑郁症的消化道症状和肢体症状是脾虚的表现,脾主运化,脾失健运,运化水谷功能失调,则出现腹满腹痛、食欲不振、消化不良等消化道症状。脾主四肢,胃中的水谷之气由脾气输布充养四肢,即《素问·太阴阳明论》所言:“四肢皆禀气于胃,而不得至经,必因于脾,乃得禀也。”脾虚会导致躯体不得禀水谷之气,出现四肢麻木、肌肉跳动疼痛等症状。脾为后天之本,脾胃为人体气血生化之源,五脏六腑之海,脾胃虚弱进一步导致五脏气血亏虚,使得抑郁症患者难以摆脱忧郁情绪,生活质量大大降低。故林佩琴在《类证治裁·郁证论治》中言:“七情内起之郁,始而伤气,继必及血,终乃成劳。”临床治疗也证实,配合使用健脾药物治疗抑郁症有良好的疗效。实验研究表明用不换金正气散加减的醒脾开郁方,可以从多方面来调节中枢单胺类神经递质之间的关系,以达抗抑郁的功能<sup>[14]</sup>。朱晨军等<sup>[15]</sup>将60例心脾两虚型抑郁症患者随机分为观察组和对照组,观察组口服归脾汤加减,对照组口服氟西汀,疗程均为6周。结果显示归脾汤可显著改善心脾两虚型抑郁症患者的中医症状和社会功能,使多数患者治愈或转为阈下抑郁,与氟西汀疗效相当,但比氟西汀不良反应少,起效早。

### 3 小结

现代医学已经发现,迟滞型抑郁症和激越型抑郁症从临床表现到治疗方法都显示出很多差异性,并推测这两种亚型存在着不同的发病机制和病理损害<sup>[10]</sup>。

运用中医理论对迟滞型抑郁症的临床表现仔细辨析后发现其与五脏的气血虚损密切相关,属于虚证。临床应结合具体病例辨证论治,以补法为主进行治疗,若妄用疏肝解郁、清热泻火之类的药物可能造成患者气血的进一步耗伤,难以收到疗效。明确迟滞型抑郁症与五脏虚损的关系,不论是对提高中医治疗抑郁症的临床疗效,还是对今后相关药物的研发都有重要的参考价值。

#### 参考文献:

- [1] 朱紫清,季建林,肖世富. 抑郁障碍的诊疗关键[M]. 南京:江苏科学技术出版社,2003:1-2.
- [2] DENNIS C L, DOWSWELL T. Interventions (other than pharmacological, psychosocial or psychological) for treating antenatal depression[J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2013,31(7):CD006795.
- [3] HASLER G, DREVETS W C, MANJI H K, et al. Discovering endophenotypes for major depression[J]. *Neuropsychopharmacology*, 2004, 29(10):1765-1781.
- [4] 李青栋,许晶. 抑郁症的概念及分类研究历史[J]. *医学与哲学(临床决策论坛版)*, 2009, 30(11):78-80.
- [5] 郭敏,史冬梅. 抑郁症与冠心病的关系[J]. *中国实用内科杂志*, 2010, 30(5):462-464.
- [6] BUNKER S J, COLQUHOUN D M, ESLER M D, et al. "Stress" and coronary heart disease: psychosocial risk factors[J]. *Med J Aust*, 2003, 178(6):272-276.
- [7] LACASSE Y, ROUSSEAU L, MALTAIS F. Prevalence of depressive symptoms and depression in patients with severe oxygen-dependent chronic obstructive pulmonary disease[J]. *J Cardiopulm Rehabil*, 2001, 21(2):80-86.
- [8] JONES P W. Depression in chronic obstructive pulmonary disease: a common concomitant disease [J]. *Am J Respir Crit Care Med*, 2011, 183(5):562-563.
- [9] 曹雪,苗青. 从肺主忧伤探讨慢性阻塞性肺疾病合并抑郁焦虑状态的中医病机[J]. *辽宁中医药大学学报*, 2009, 11(6):60-62.
- [10] 李泾,吴天诚. 迟滞/激越型抑郁症的研究进展[J]. *临床精神医学杂志*, 2013, 23(1):58-60.
- [11] 李秋香. 如何治疗心血管病患者的抑郁 [J]. *国际精神病学杂志*, 1993(3):147-151.
- [12] 袁辉. 《辅行诀五脏用药法要》大补心汤方证研究及其治疗心气虚型抑郁症临床观察 [D]. 济南:山东中医药大学, 2014.
- [13] 曲森,唐启盛,裴清华,等. 运用相关性分析方法探讨抑郁症中医核心病机的研究[J]. *北京中医药大学学报*, 2011, 34(8):565-568.
- [14] 郭静,高颖,朱陵群,等. 醒脾开郁方对抑郁症大鼠模型的中枢单胺类递质的影响[J]. *北京中医药大学学报*, 2005, 28(3):55-57.
- [15] 朱晨军,李侠,曲森. 归脾汤治疗心脾两虚型抑郁症[J]. *吉林中医药*, 2014, 34(7):209-213.