

• 理论探讨 •

从“阳虚”论治郁证

鲍艳媛¹, 刘 艺², 张建鹏¹, 郝域江³, 谢招虎³, 李兆福^{3*}

(1. 昌宁县人民医院, 云南 保山 678100; 2. 宜宾市中医医院, 四川 宜宾 644000;

3. 云南中医药大学, 云南 昆明 650500)

摘要: 郁证是临床常见的精神疾病,传统中医认为,郁证的发生多与“肝”相关,其病机在于肝气郁结,治疗多以疏肝行气解郁为主,然而疗效却不尽如人意。抑郁症属于西医病名,现代医学研究表明,其隶属于中医郁证范畴。结合中医整体观念和辨证论治原则以及时代因素,认为郁证的发生与“心、肝、脾、肾”等脏腑密切相关,本质主要在于阳气虚衰,采用温阳益气之法常可取得满意疗效。本文主要从阳虚论治郁证,并附有医案一则,旨在为采用中医温阳益气之法治疗郁证提供理论依据。

关键词: 郁证;源流;阳虚;四逆汤

中图分类号: R256.29

文献标志码: A

文章编号: 1000-2723(2025)04-0001-03

DOI: 10.19288/j.cnki.issn.1000-2723.2025.04.001

郁证是中医病名,是由于情志不舒、气机阻滞等导致的一类病证。临床上多表现出持续的思维迟缓、情绪低落、意志减退、无趣、无能、无力、疲劳乏力等一派阴沉、衰败之象,严重者可出现自杀的念头和行为。中医认为郁证有“广义之郁”与“狭义之郁”之分^[1-2],广义之郁泛指一切气血津液瘀滞不通而导致的疾病,狭义之郁仅指由情志不畅而导致的疾病。抑郁症是一种复杂情感精神障碍疾病,其临床表现与中医郁证有极大的相似之处,“抑郁症”在中医古籍中并没有明确的记载,临床上常将抑郁症归属于郁证范畴^[3]。现代医学认为抑郁症的发生多与相关遗传基因的变异,5-羟色胺、多巴胺、去甲肾上腺素等相关神经递质系统失衡,甲状腺激素、性激素等激素水平的分泌紊乱,海马体的体积减小、前额叶皮层功能异常等脑部结构的改变,以及社会和心理因素的影响有关^[4],治疗上多以氟哌噻吨美利曲辛、草酸艾司西酞普兰、帕罗西汀、米氮平片等药物为主,虽然这些药物对郁证的治疗有一定的效果,但是长期服用副作用较大,增加高血压、出血、高钠血症等病症发生的风险^[5-6],从中医角度来看,运用西药治疗疾病虽然有效,但是影响了生命中最本质的因素——阳气的自然发展变化,阳气被遏,进而加速疾病的进程。人们常规认为郁证的发生多与情

志不舒、肝气郁结有关,治疗上多采用疏肝行气解郁之法;现结合传统中医整体观念和辨证论治的基本原则与临床实践表明,郁证发生的根源在于阳气虚衰,采用中医温阳补肾之法治疗效果较佳。

1 郁证的源流

中医“郁证”,早在战国时期的《黄帝内经》中就有“五郁”之说^[7],即木郁、火郁、土郁、金郁、水郁,分别对应人的五脏,即肝、心、脾、肺、肾,从脏腑辨证的角度明确分析五郁的区别:木郁常表现为胸胁疼痛、口苦、耳鸣等症状;火郁主要表现为目赤心热、疮疡肿痛、小便赤涩等症状;土郁主要表现为腹胀满、不欲饮、大便溏、身体沉重、下肢水肿等症状;金郁主要表现为咳嗽、咯痰、气逆、气促等症状;水郁主要表现为腹满、腰膝酸痛、怕冷、筋脉挛急等症状。

汉代医家张仲景在继承与发扬《黄帝内经》的基础上,认为“郁”是疾病发生发展的重要病机,并逐渐形成较完整的辨证论治体系,其书《伤寒杂病论》为后世医家治疗郁证奠定了重要基础^[8]。《伤寒论》中的柴胡剂、四逆散为治疗情志抑郁的基础方,《金匱要略》中的半夏厚朴汤治疗梅核气,麻黄连翘赤小豆汤、栀子柏皮汤、茵陈蒿汤等可治疗湿热郁,枳实芍药散治疗血郁,甘麦大枣汤治疗情志抑郁,延用至今。

基金项目: 云南省“万人计划”名医专项(2019)

作者简介: 鲍艳媛(1996-),女,住院医师,硕士,E-mail: byy814@163.com

* **通信作者:** 李兆福(1970-),男,博士,主任医师,研究方向:风湿病的中医防治研究,E-mail: lzf0817@126.com

金元时期,朱丹溪首次提出“六郁学说”^[9],即气郁、血郁、痰郁、食郁、湿郁、火郁,他认为郁证的的发生多与情志、饮食、外邪等因素有关,郁证的病机多为气机不利,气血津液运行不畅,凝集于肢体经络,壅滞不通。从气血津液角度分析此六郁:气郁常表现为胸部胀闷不适、胁肋疼痛等症状,脉沉涩;血郁多表现为四肢无力、便血等症状,脉沉;痰郁常表现为咳嗽、痰黏胶固、吐之难出、动则气喘等症状,寸口脉沉滑;食郁常表现为饮食不佳、胃气上逆、噎腐吞酸、腹部胀满等症状,人迎脉平和,气口脉繁盛;湿郁常表现为周身走痛,或全身关节疼痛,遇寒加重等症状,脉沉细;火郁常表现为发热,目眩晕厥,口舌生疮,小便赤涩等症状,脉沉数。“郁证”之名,由明代虞抟《医学正传》首次提出,在前人五郁、六郁学说的基础上提出六郁相因为病的理论^[10]。

除了五郁、六郁学说之外,在历史文献中可查阅到温热药治疗郁证的记录。早在《伤寒论》中,少阴病的提纲:“少阴之为病,脉微细,但欲寐也。”这一病的临床表现符合郁证的临床表现,采用温热的四逆汤治疗^[11],故采用温阳补肾之法治疗郁证可追溯至汉代。宋代太医局编撰的《太平惠民和剂局方》是世界上第一部由官方主持编写的成药标准书籍,书中记载用“菟丝子丸”治疗夜间多梦惊恐,精神困倦,喜怒无常,悲忧不乐,饮食无味,心腹胀满,腰膝酸软乏力,小便滑数,房室不举等症状,这些症状描述与郁证的临床表现类似,用药以菟丝子、肉桂、附子、鹿茸、巴戟天等温热类药物为主^[12]。这说明,郁证的发生与阳气不足有关,且在宋朝时期,也用温阳之法治疗郁证。

2 对郁证的认识

2.1 肝经论郁证 传统医家认为郁证的发生多因情志不舒,外感风、寒、暑、湿、燥、火六邪或饮食不节而导致气机升降失调,气化失司,气血瘀滞,结聚不通而发作,多以情志抑郁为主症,病位主要在肝。治疗多以疏肝行气解郁为主,越鞠丸是治疗六郁证的代表方剂,全方由香附、川芎、苍术、神曲、栀子五味药组成,香附为君治疗气郁,臣佐川芎以行气活血解血郁,苍术燥湿运脾解湿郁,栀子清热泻火解火郁,神曲消食和胃解食郁,五郁得解则痰郁自消,即典型的五药治六郁。

2.2 阳虚论郁证 郁证发生的根源在于阳气虚衰。从中医的阴阳辨证来看,“阳主动、阴主静”,一般来

讲,凡是运动的、上升的、外在的、弥散的、温热的、兴奋的均属于阳;凡是静止的、下降的、内在的、聚集的、寒冷的、抑制的均属于阴。郁证多以心情低落、兴趣减退、思维迟缓、反应迟钝、记忆与认知功能下降等一派阴沉、衰败之象为主,故辨证属阴证。阳气是一身动力之源,是生命活动的根本动力,阳虚则寒,无以温煦肢体经脉,气血运行不畅,凝集于肢体经络,经络阻塞不通,导致三焦气化不利,脏腑功能失调;阳气虚衰,升发不足,兴奋机能低下,无力推动人体的神明活动,故可出现郁证。五脏之中,阳虚多与心、肝、脾、肾有关^[13],主要在心、肾二脏。

2.2.1 心阳虚衰,运血无力 心的主要生理功能是心主血脉和心主神志。心主血脉,心阳虚衰,则无以推动血液在脉中正常运行,故无以濡养周身,出现面色无华,唇舌淡白,四肢厥冷,脉象无力等症状;心主藏神,心为君主之官,即人体的生命外在活动均由心所主,精神类疾病与心关系密切,心气充沛,心阳充足,则心主神志功能正常,表现为精神振奋、神志清晰、思维敏捷。若心阳不足,则心主神志功能异常,常出现心烦、失眠、多梦、神志不安、精神恍惚、情绪低落等症状^[14]。

2.2.2 肝阳不足,疏泄失职 主疏泄是肝的主要生理功能。肝气疏泄,畅达全身气机,可调畅血和津液的运行,可调畅情志。故肝阳气虚衰,则疏泄功能失职,无以调畅全身气血津液的运行,无以调畅情志,常出现气虚乏力、月经不调、情志抑郁、闷闷不乐等症状。张宁等^[15]研究发现,以温肝阳为基础,兼顾疏肝、养肝、顾护中焦等治疗青少年抑郁障碍可取得良好疗效。

2.2.3 脾阳虚衰,化生无源 脾为后天之本,气血生化之源,饮食物是人体所需要的营养主要来源,是生成精、气、血、津液的主要物质基础,饮食物的消化吸收都要经过脾的运化,脾阳不足,则气血化生受限,无以濡养五脏六腑、四肢百骸。故出现头晕、乏力、少气懒言等症状。脾在志为思,思与心神有关,脾阳虚衰,故常出现头目眩晕、不思饮食、情绪低落等症状。

2.2.4 肾阳虚衰,温煦不足 肾为先天之本,肾阳为一身阳气之根本,具有温煦、推动、兴奋的作用,肾阳充盛,脏腑形体官窍得以温煦,则人体机能旺盛,精神振奋;若肾阳不足,温煦、推动等作用减弱,则脏腑机能减退,精神不振,出现一派阴沉之象。肾在志为恐,肾阳虚衰可出现惊恐不安、情志混乱等症状。《伤寒论》中少阴病的提纲,脉微体现阳虚,脉细体现阴虚,由此

可看出少阴病的病机是阴阳俱虚,且以阳虚为主;但欲寐体现人的精力减退,出现嗜睡现象,卫气行于阳则寤,行于阴则寐,阳气主亢奋,主人的生机与活力;阴主消极,主人的睡眠,肾阳虚衰,少阴寒化,阳虚阴盛,则可出现手足厥冷、畏寒蜷卧、下利清谷等一派阴沉之象,此可表明阳气虚衰是郁证发生的基本病机。多采用附子剂,如附子汤、四逆汤、白通汤、通脉四逆汤等治疗。四逆汤是治疗少阴病的主方,全方由附子、干姜、甘草三味药组成,附子为君,辛甘大热,上助心阳,中温脾阳,下补肾阳,被誉为“回阳救逆第一要药”;附子无姜不热,干姜可助附子温经散寒,且干姜长于温脾阳,脾胃为后天之本,故足以壮后天之本。甘草调和二药,且可健脾益气、温中养阳。三药合用,走四肢、通关节、回阳益气。

阳气虚衰、气机不畅,久而成郁;阳气不足,温煦推动全身气、血、津液的作用减弱,久而化为水饮、痰湿。气郁、痰饮、水湿反可消耗阳气,反复循环,故出现一片阳虚阴盛之象,故郁证的根本病机在于阳气虚衰,治疗的关键在于温阳解郁。吴荣祖教授是云南扶阳学派的主要传承者之一,他认为现代人生活节奏快,工作压力大,患有郁证的人数不胜数,于是结合患者情绪低落,困倦面容,漠视周围的人与事物等症状,完全可抓住其“阳虚”本质,采用温肾助阳益气大法,运用吴萸四逆汤合苓桂术甘汤治疗郁证^[6]。全小林院士经过多年的临床经验总结,运用自己独特“态靶辨证”学术思想治疗郁证,以脾肾阳虚为态,抑郁焦虑为靶,运用四逆汤加仙茅、淫羊藿、巴戟天治疗郁证,效果极佳^[7]。吴节教授治疗郁证,以扶阳、调气、祛湿为主,针药相结合,在临床上取得良好疗效^[8]。

3 医案举隅

王某,女,41岁,2022年9月26日就诊。主诉:抑郁2年余,伴双手掌指关节疼痛1月。症状:患者近2年来情绪低落,喜静,沉默寡言,感乏力倦怠,自觉胸闷不舒,善太息,平素恶风畏寒,手足冷,月经周期延长,淋漓不尽,纳食量少,嗜睡,近1月来,感双手掌指关节疼痛,晨起明显,受寒疼痛加重,大便正常,小便清长。舌质淡,苔白滑,脉沉细。曾于外院诊断为抑郁症,服用草酸艾司西酞普兰片治疗,但效果较差,遂求助中医。中医诊断:郁证(脾肾阳虚)。治法:温阳益气,散寒通络。方药:四逆汤加减。附子30g(先煎2h),干姜10g,当归15g,川芎15g,肉桂10g,牡丹皮15g,

吴茱萸5g,炙香附10g,麦冬15g,北沙参10g,炒蒲黄30g,黄芪30g,羌活15g,炙甘草10g。7剂,水煎服。半月后复诊,患者情绪稍好转,语声清晰,乏力倦怠明显改善,关节疼痛明显缓解,无胸闷、太息,月经量较前减少,大小便正常。仍然延用原方7剂。三诊时,患者病情明显好转,愿意与人交流,饮食睡眠均正常,舌质稍淡,苔白,脉细。予附子汤加减,方药:附子20g(先煎2h),党参10g,茯苓15g,白术15g,白芍15g,当归15g,桂枝15g,川芎15g,阿胶15g,独活15g,麦冬15g,炒蒲黄20g。继7剂,水煎服。

按语:大多数医家治疗郁证,多从“肝经”论治,认为情绪低落,喜静,沉默寡言等症状往往是因为肝气郁结,常采用疏肝行气解郁之法治疗,故忽略了心肾的生理功能,心主血脉,推动血行,心气不足则无力推动血行;肾主元阴元阳,肾阳虚衰,全身阳气不足,无法推动血液循环于周身,脑窍失养则情绪低落、喜静、沉默寡言;四肢失于温养则手足厥冷;肾阳亏虚,气化失司则小便不利;阳虚气机不利郁结于肝则出现胸闷不舒、善太息;脾阳亏虚,血液失于固摄,出现月经周期延长,淋漓不尽;阳虚则寒,患者出现恶风畏寒,外感风寒邪气,寒邪凝滞,则出现关节疼痛、遇寒加重。运用四逆汤可温心肾之阳,激发全身的阳气,加用温热之吴茱萸、肉桂温补元阳,合用黄芪、当归补气养血,川芎、羌活祛风通络止痛,香附理气宽中,麦冬、北沙参防热甚伤阴液,牡丹皮清热凉血、活血散瘀,防止因热甚煎灼阴液成瘀,炒蒲黄止血不留瘀,治疗月经淋漓不尽,全方合用温阳益气、散寒通络。同时,此方温阳之力强,阳气旺盛,推动气、血、津液循环于周身,肢体关节部位疼痛可明显缓解,里寒散则表寒亦除,标本兼治,故患者无论是精神状态,还是肢体关节的疼痛均明显好转。

4 总结

近年来,随着经济社会的发展,现代人的压力越来越大,郁证的发病也越来越年轻化,随着西医治疗的长期疗效不满意,中医药治疗逐渐显现出它的优势。随着郁证“扶阳法”的不断发展应用,临床经验结果的不呈现,证明从“阳虚”论治郁证是可行的,这为郁证的临床诊疗提供了新的视角。随着郁证“从阳论治”的效果逐渐显现,有望形成“郁证从阳论治”的系统化理论并被临床广泛应用。中医药文化(下转第18页)

- [14] 武之望. 济阴纲目[M]. 北京:中国中医药出版社,2009:95.
- [15] 孟媛,刘丽. 需氧菌性阴道炎患者中医证型、体质分布规律及相关因素分析[J]. 世界中西医结合杂志,2023,18(4):771-777.
- [16] 钱海墨,方晓红,王思慧,等. 何氏女科对妇女高危型人乳头瘤病毒感染的认识与中医治疗[J]. 中华中医药杂志,2023,38(12):5851-5854.
- [17] 陈秋芳. 细菌性阴道炎患者中医体质分布规律及相关影响因素分析[J]. 光明中医,2022,37(16):2880-2882.
- [18] 周佳,潘文. 浅议中医体质学说在妇科病防治中的应用[J]. 辽宁中医杂志,2013,40(12):2454-2455.
- [19] 金哲. 中医药在阴道微生态恢复中的作用[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2017,33(8):791-795.
- [20] 徐学麟,周欢珍,高雅洁,等. 参苓白术散治疗脾虚型慢性宫颈炎的临床疗效及作用机制[J]. 中药材,2022,45(9):2261-2263.
- [21] 顾海娜,谢琼艳,李书艳,等. 康妇炎胶囊对支原体属感染慢性盆腔炎血清炎症因子及盆腔血流动力学的影响[J]. 中华中医药学刊,2023,41(2):201-204.
- [22] 范琳琳,余文华,刘晓倩,等. 针灸治疗慢性盆腔炎疗效的 Meta 分析[J]. 针刺研究,2014,39(2):156-163.
- [23] 张洁,杨从敏,赵凌,等. 基于数据挖掘技术探析针灸治疗慢性盆腔炎选穴规律[J]. 中华中医药杂志,2016,31(8):3028-3032.
- [24] 李宗霖,谭晓华,王格瑩,等. 基于“药物-成分-靶点”探讨中药复方辨证论治阴道炎的科学内涵[J]. 中草药,2023,54(21):7232-7247.
- [25] WANG M,BAI Q X,ZHENG X X,et al. Smilax china L. a review of its botany, ethnopharmacology, phytochemistry, pharmacological activities, actual and potential applications[J]. Journal of Ethnopharmacology, 2024, 1(10):116992.
- [26] 王思予,申芳,刘少璇,等. 中药单体调控 NF- κ B 信号通路治疗宫颈癌的研究进展[J]. 中医药学报,2023,51(11):103-109.
- [27] 魏少奔,李哲,董邴芸. 参芪排毒汤在 CIN1 伴高危 HPV 感染中的疗效观察[J]. 四川中医,2024,42(10):165-168.

(收稿日期:2024-10-20)

(上接第 3 页)博大精深,温阳益气之法仅是郁证治疗的一类,但是细致的研究和讨论该治法对于郁证的治疗及预后具有深远的意义。

参考文献:

- [1] 王萌,周永学. 中医郁病理论的源流与发展[J]. 中华中医药杂志,2022,37(4):1878-1881.
- [2] 李建国,赵博. 抑郁症与中医郁证之甄别[J]. 甘肃中医,2009,22(3):3-4.
- [3] 曲森,唐启盛. 抑郁症与中医“郁证”的关系探讨[J]. 北京中医药大学学报,2004,27(1):11-13.
- [4] 闫洁,顾丰华. 抑郁症的发病机制及治疗药物研究进展[J]. 世界临床药物,2024,45(4):430-434.
- [5] 王子惠,刘丽宏. 医院门诊抗抑郁药处方点评与应用情况分析[J]. 中国临床药理学杂志,2020,36(11):1583-1585.
- [6] 张咪雪,刘莎. 抑郁症的药物治疗新进展[J]. 重庆医科大学学报,2024,49(5):631-637.
- [7] 黄雪莲,朱爱松,于一鸿,等. 郁证源流考略[J]. 中华中医药杂志,2022,37(10):5699-5703.
- [8] 潘美杰. 仲景辨治郁证特色浅析[J]. 浙江中医杂志,2022,57(6):448-449.
- [9] 王庆彦,郑洪新. 朱丹溪之六郁学说[J]. 中国中医药现代远程教育,2019,17(1):23-25.
- [10] 李亚慧,赵红霞,高蕊. 中医郁证病名解析[J]. 中国中医基础医学杂志,2020,26(4):430-432.
- [11] 黄海彬,张桂荣,杨忠奇. 郁证从少阴论治与临证发微[J]. 四川中医,2022,40(9):34-36.
- [12] 郑若韵,贺娟. 《黄帝内经》“阳气者,精则养神”理论对精神疾病治疗的指导意义[J]. 现代中医临床,2020,27(2):30-33.
- [13] 胡域锋,王革生,裴清华,等. 基于阳郁致虚论治抑郁[J/OL]. 中医学报,1-5.[2025-06-16]. <http://kns.cnki.net/kerns/detail/41.141.k.20240805.1055.026.html>.
- [14] 洪建勋,孟萍,邓棋卫,等. 从阳虚气郁论治焦虑抑郁症经验探析[J]. 江西中医药,2020,51(9):22-25.
- [15] 张宁,张宏贤,郭简宁,等. 从肝阳虚论治儿童青少年抑郁障碍[J]. 环球中医药,2023,16(8):1624-1627.
- [16] 卞秀娟,吴荣祖. 吴荣祖教授运用吴萸四逆汤合苓桂术甘汤治疗阳虚型抑郁证经验[J]. 云南中医中药杂志,2015,36(12):6-8.
- [17] 陈烁,顾成娟,唐程,等. 态靶辨证在脾肾阳虚型抑郁症中的运用//四逆汤加仙茅、淫羊藿、巴戟天[J]. 辽宁中医杂志,2020,47(9):4-6.
- [18] 李吴雨,吴节. 吴节教授从“阳、气、湿”三因治疗郁证经验[J]. 成都中医药大学学报,2024,47(2):71-74.

(收稿日期:2024-07-03)