

徐景藩运用疏肝解郁法治疗肝脾不和之郁证的思考

沈波, 胡佳, 颜延凤, 王东旭

南京中医药大学附属南京市中西医结合医院老年病科, 江苏 南京 210014

关键词: 郁证; 抑郁症; 徐景藩; 疏肝解郁法

中图分类号: R277.7 文献标识码: B 文章编号: 1674-8182(2021)06-0829-03

抑郁症是现代医学病名,是一种常见的精神障碍类疾病,临床中以显著而持久的情绪低落、思维意识迟钝、认知功能受损等为主要表现,以高患病率、高复发率为特征^[1-2]。中医学中虽无与之完全对等的病名,但常将其归于“郁证”范畴。郁证往往会发生较为明显的情志变化,好发于各个年龄阶段以及不同性别人群之中,对患者的日常生活和工作带来极大负面影响^[3]。据报告,根据抑郁症患者临床分型,运用恰当的中医疗法,能减轻患者痛苦,促进早日康复^[4]。

国医大师徐景藩,学识渊博,融汇中西,其以在脾胃病的辨证论治中有着独到的学术观点著称于杏林,著有《徐景藩脾胃病治验辑要》^[5]。徐老不仅在脾胃系统疾病的诊治方面经验丰富,更将脾胃病理论与郁证的诊疗相融会贯通,形成独特的治疗思路。笔者借鉴徐老治疗郁证的经验思路,从中医学角度解读郁证的病因病机以及临床验案治疗两方面作一介绍。

1 郁证之病因、病机

1.1 情志不及或过极,郁则所生 现存最早关于郁证的论述出自《黄帝内经》,明代《医学正传》则是首次提出“郁证”病名。郁证是中医病名,是以精神抑郁、情绪不宁、胸胁满闷、胀痛不舒,或哭笑无常,或咽中如有异物梗阻、吐之不出、咽之不下等为临床表现的一类病证,与现代医学的抑郁症相似^[6]。喜、怒、忧、思、悲、恐、惊谓之七情,为中医学特有的情志特征。中医素有情志致病之说,《素问·阴阳应象大论》有云:“人有五脏化五气,以生喜、怒、忧、悲、恐”,五脏与五志的对应关系为肝在志为“怒”,心在志为“喜”,脾在志为“思”,肺在志为“忧”,肾在志为“恐”,又“过怒则伤肝,过喜则伤心,过思则伤脾,过

悲则伤肺,过恐则伤肾”,是故由情志不畅引起的气机失调乃郁证的发生根源。情志变化不及或过极则影响气机循行,升降出入失调,气血津液运行不循常道,损伤相应之脏,若不及时干预,则情志失调难以纠正,病情愈发复杂,影响疾病的发展及预后转归^[7]。临床中郁证常表现为心情低落、精神不振、忧伤思虑过度、悲观厌世等,均属于阴证范畴,故郁证的发生更多由阳气虚所致。阳气输布于周身,温养五脏,五脏藏五志,阳气虚则五脏皆虚,脏虚则志衰,志衰则抑郁发病^[8]。

唐长金^[9]认为七情过激影响气、血、痰、火、湿、食之类的正常运行,五脏六腑功能失调,气机升降失于和顺,最终导致郁证发病。《景岳全书·郁证》云“至若情志之郁,则总由乎心,此因郁而病也。”不良刺激长期以往、反复出现,人体调节自身情志能力下降,从而肝脏无法疏泄如常,肝气失于条达,气机郁滞,气郁日久而化火,火扰心神,另一方面炼液为痰,痰蒙清窍而病。是故情志不遂,气机升降出入失司,气机郁滞,行血无力,血行不畅,瘀阻于内,心神失养,而出现情志抑郁、思虑过度、胸胁胀闷。肝肾同属先天之本,肝失疏泄,肝肾之精化生不足,则脑髓失充,元神失养,日久枢机不利,亦会引发上述表现。思劳过度,心气耗伤,脾气受损,气血生化乏源,心血暗耗,心神失所养而致病。

1.2 肝失疏泄是郁证发生的主要原因 《格致余论》云:“主闭藏者肾也,司疏泄者肝也”,明确了肝主疏泄的观点。肝脏疏泄功能主要体现在以下三个方面。(1)通调气机:五行之中肝属木,主升发,条达周身气机的升降出入。(2)主司开阖:调节脏腑精气的贮藏、排泄,主导女子卵子的生成及月经潮止,与男子

精液生成及排出息息相关。(3)调畅情志:肝脏可对全身气机调节,以保障人体正常情绪变化和精神状态。有学者指出,肝对气机调节是肝主疏泄最重要的内涵,是其发挥主司开阖和调畅情志功能的必要条件^[10]。若肝脏失于疏泄,则气机不畅,以致郁滞,而出现一系列因气机郁滞导致的胸胁胀闷、情志抑郁的临床表现,因此肝失疏泄是郁证发生的重要环节。

1.3 肝脾不和乃郁证发生的关键环节 五行之中肝脾生理病理相互影响,《金匱要略》云“夫治未病者,见肝之病,知肝传脾。”对应了肝木与脾土乘侮关系,故将肝脾不和的相互关系归纳为肝木乘土、脾土侮木。(1)肝木乘土:《血证论·脏腑病机论》言:“木之性主乎疏泄。食气入胃,全赖肝木之气以疏泄之,则水谷乃化。”饮食入胃,胃府对其进行受纳腐熟,形成水谷精微。脾胃健运,故将水谷精微中清阳之气升发输布,上归于肺,而将其中浊阴之气下输于肾,脾之升清,胃之降浊皆依赖肝脏的疏泄功能。肝脏疏泄失司,则脾之清阳不升,胃之浊阴不降,阴阳失调,出现胸胁满闷之征,故将此关系形容为肝木乘脾。此外,脾胃之运失健亦导致肝脏无法正常行使其疏泄功能。(2)脾土侮木:肝主疏泄而藏血,体阴而用阳,脾乃后天之本,为生化气血之源,血生于脾而藏于肝,脾运不健,则生化气血乏源。气血同源,气与血不可须臾相离,气为血之帅,气不足而化血无源,致肝血不足。

肝脾在功能上表现为对立制约与互根互用的辨证关系,在调和气血方面体现为协同作用,脾主生血以供肝藏之,肝为脾升清降浊。肝疏泄有节,调畅周身气机循环,脾气充沛,气血生化源源不绝,是心主血脉,肺朝百脉、通调水道以及脾统血液等功能确保均可顺利运转,从而保证全身脏腑器官功能的正常运行^[10-11]。周仲瑛^[12]认为肝失疏泄,脾失健运,心失所养,脏腑气血阴阳失调是抑郁症的主要病机。

相关研究资料显示,郁证的病因病机主要是内外因,但是从现阶段郁证患者的具体发生发展角度来看,外邪导致郁病发生的人数比较少,大多数为内伤七情导致脏腑功能失调^[13],郁证致病因素不外乎七情过极、肝失疏泄、肝脾不和等方面,上述三种因素,既可以单独亦或者互相影响而导致情志失调、气机不畅,影响肝脾两脏协作平衡关系,导致气血失于和顺,产生痰湿、痰火、瘀血等病理产物,而这些产物又作为新的致病因素反作用于肝脾,加重气血阴阳的失调,导致疾病的快速发展。

2 国医大师徐景藩治疗郁证之学术思想

郁证多由情志不畅引起,常以肝失疏泄,肝脾不

和为主,徐老针对性提出以疏肝解郁,调和肝脾为主要治法。临床中脾胃不和为主的则据证调和脾胃,使脾胃受纳水谷、运化水谷精微功能恢复正常,此为生化气血源源不竭之基础。人体气血元气充沛,则肝血充足、心神得养,气血调畅,均有助郁证病人恢复。徐老对精神受到刺激而导致情志抑郁,精神恍惚,纳呆食少,形体消瘦之者,根据其有胃中不适,食少,每进饮食必脘腹胀满、噫嗝,腹中终日作响,大便稀而溏,舌质淡苔白,脉象弦而细等。分析其病机为情志不畅,致使肝气郁滞,心气不足;肝木升发失调乘侮脾土,导致脾化生气血不足。肝气既失于条达,心脉缺乏气血滋养,以调治中焦为先,使气血生化有源,此为治本之策。

3 临床验案举隅

患者,女,36岁,2019年10月17日初诊。

主诉:上腹隐痛间作6年余。

病史:患者6年来上腹隐痛不适,餐后加重,进食偏少,间断服用奥美拉唑等治疗,症状未改善,后至当地医院复查胃镜示中度萎缩性胃炎。患者近来隐痛痞胀仍作,饮食减少,体重亦逐渐减轻,胸闷欲叹气,肋肋胀痛,情绪低落,乏力淡漠,经前乳房胀痛不适,经后缓解。大便偏干,小便正常,睡眠梦多。面色黯黄,舌质红有齿印,苔薄白,脉虚而弦。

辨证分析:患者以食欲不振为主诉,先分其外感还是内伤,因病程较长,无恶寒发热、恶心呕吐等外感表现,于是从内伤考虑。内伤又分虚实,从患者病情分析,由情志不畅所引起,自觉胸闷欲叹息,脉象虚而弦,当考虑虚实夹杂,实则肝气郁滞,肝气横逆中土,中虚即脾胃气虚。治当疏肝解郁为主,辅以健脾运中,方以徐景藩舒肝和胃汤为主加减。处方:太子参15g、炒白术10g、苏梗10g、制香附10g、炒枳壳6g、佛手片6g、炒白芍10g、石见穿15g、炙鸡内金10g、陈香椽10g、煨瓦楞30g、陈皮6g、六神曲10g、炙甘草6g。

二诊(2019年10月24日):患者服药后胃脘部仍感隐痛不适,纳食不香,肋肋胀痛,时有刺痛感,舌质黯红有齿印,苔薄白,脉虚弦。中虚气滞,滞久成瘀,拟在原方基础上加行气化瘀之品。处方:太子参15g、炒白术10g、苏梗10g、制香附10g、炒枳壳6g、佛手片6g、炒白芍10g、石见穿15g、炙鸡内金10g、煨瓦楞30g、青皮6g、延胡索6g、川楝子6g、红花6g、合欢花6g、六神曲10g、炙甘草6g。

三诊(2019年11月8日):患者继服中药两周

后,胃脘隐痛感减轻,纳食转佳,胁肋胀痛也减,大便稍干,口中少津。舌尖稍红,苔薄白,脉弦细。拟理气养胃。处方:太子参 15 g、炒白术 10 g、苏梗 10 g、制香附 10 g、炒枳壳 6 g、佛手片 6 g、炒白芍 10 g、五味子 6 g、丹皮 6 g、石见穿 15 g、炙鸡内金 10 g、煨瓦楞 30 g、陈皮 6 g、川楝子 6 g、红花 6 g、合欢花 6 g、六神曲 10 g、炙甘草 6 g。

服药半月,自觉食欲好转,有饥饿感,面色也渐渐红润,偶有胸闷叹气,精神亦好转。在上方基础加减用药治疗年余,诸症未作。

按:患者平素情志不畅,进食欲不振,胸闷短气,郁证诊断较为适当。临床之时,患者主诉较多,重点不突出,笔者治疗时也常常感觉无从下手,常想全盘考虑,所开处方看似面面俱到,但非常繁杂,疗效也不确切。后来翻阅《徐景藩脾胃病临证经验集粹》一书,徐老引用《黄帝内经》:“肝苦急,急食甘以缓之;肝欲散,急食辛以散之。”来指导治疗郁证胃病。而在临床参考徐老疏肝法治疗时还需注意以下几方面。

其一、循序渐进。初诊时患者肝气郁滞为主,以苏梗、制香附、佛手片、香橼等性味较为平和的辛散药物解郁。二诊时患者胃脘部仍感隐痛不适,纳食不香,胁肋胀痛,舌质暗红,肝郁较甚,且有气滞血瘀之象,在前期辛散解郁药物基础上,加用金铃子散,稍用青皮理气破气,延胡疏肝理气,此外延胡索合红花共奏活血之功。

其二、刚柔并济。疏肝药物辛燥稍多,疏泄不及容易转化为疏泄太过,尤其是二诊时加入破气之青皮、川楝子。三诊时患者出现舌红少津等症,在病人气滞之症缓解时中病即止,并配以五味子、炒白芍收敛阴之品,临床时需要根据病情,所投之药既要发挥治疗效果,又不至耗伤肝阴。

其三、疏补兼顾。患者虽有脾胃虚弱之象,治疗应当补虚解郁。该患者以肝气郁滞、中焦升降失常为主,慎勿一味补气健脾,应当补中有消、有运,冀其补而不滞,恢复脾胃升降之功。

4 结 语

郁证被称为“精神病学中的感冒”^[14],其病因病机较为复杂,临床治疗效果不尽如人意。张晓云在多年临床实践中体会到肝脾在疾病发生发展中的重要地位和调肝理脾治法对疾病恢复的重要作用,形成了从肝脾不和论治郁证的学术思想,用于指导临床诊治郁证,临床治疗反馈较好^[15]。

多年临床实践以来,笔者深刻体会到郁证的临床辨证是重难点,常常是诸证交融,虚实夹杂,而证型的不断演变,则是对医者的临床诊疗水平提出了很高的要求。现实中的郁证患者,起初并不认为自己患病,而等到确诊时已经是中后阶段,无形之中增加了治疗难度。中医素有“急则治其标,缓则治其本”之原则,更有“治病必求于本”之训,因此治疗郁证,关键在于治病求本。临床对郁证辨证施治过程中,不仅合理使用药物,而且还要充分发挥沟通的作用,巧妙地与患者交流,尤其是心理疏导法的应用,为患者打开心中之郁结,树立正确疾病观,建立患者康复自信心,以获事半功倍之效。

参考文献

- [1] 江开达. 精神病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:123-124.
- [2] Ferrari AJ, Somerville AJ, Baxter AJ, et al. Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature[J]. Psychol Med, 2013, 43(3):471-481.
- [3] 胡申,孙闵,孙冰. 郁证治疗的经验总结及临床应用[J]. 心理月刊,2020,15(13):235.
- [4] 王杰琼,高冬梅. 中医治疗抑郁症的辨证思路[J]. 中国中医药现代远程教育,2014,12(3):124-125.
- [5] 徐景藩. 徐景藩脾胃病论治辑要[M]. 徐丹华,罗斐和整理. 南京:江苏科学技术出版社,1999:10.
- [6] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 2版. 北京:中国中医药出版社,2007.
- [7] 孙广仁. 中医基础理论[M]. 北京:中国中医药出版社,2002:224-227.
- [8] 徐小敏,杨昆鹏. 中西医结合治疗抑郁症临床观察[J]. 实用中医药杂志,2019,35(9):1096-1097.
- [9] 孙善动. 唐长金教授的学术经验及辨治抑郁症临床观察[D]. 合肥:安徽中医药大学,2016.
- [10] 谢荃,李艳青,张玉,等. 张晓云从肝脾不和论治郁证的临床经验[J]. 中国民间疗法,2020,28(14):22-23.
- [11] 徐文慧,李磊. 调肝运脾法联合美沙拉嗪缓释颗粒治疗腹泻型肠易激综合征的临床疗效[J]. 中国临床研究,2020,33(1):98-101.
- [12] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 北京:中国中医药出版社,2007.
- [13] 颜妙璇,付于. 皮部浅刺结合五行音乐宫调疗法治疗63例兼症为心脾两虚郁证患者疗效观察[J]. 针灸临床杂志,2016,32(1):11-14.
- [14] 李珍,隋竹欣,王海涛. 抑郁症中西医结合治疗的研究[J]. 中西医结合心血管病电子杂志,2019,7(1):5-6.
- [15] 王涣群,张晓云,郭留学. 张晓云从郁论治外感高热用过寒凉的经验总结[J]. 中国中西医结合急救杂志,2014,21(5):389-390.