

王焕禄临床治疗抑郁症经验浅议

燕莉 王洪蓓

【摘要】 本文通过对王焕禄临床治疗抑郁症经验的梳理,浅述王焕禄对抑郁症发病病机的观点,即肝郁气滞是抑郁症产生的基本病机,且贯穿于抑郁症发展的全过程;气郁日久,影响他脏生理功能,又可形成新的病理机制,即痰浊内蕴、胆腑被扰,或痰火内扰、心神错乱,或心肺阴虚、心神被扰几种情况。针对以上四种不同病机,分别介绍了王焕禄运用四逆散、温胆汤、礞石滚痰丸和百合知母汤(百合地黄汤)加减治疗抑郁症的临床治疗经验。

【关键词】 王焕禄; 抑郁症; 名老中医; 经验

【中图分类号】 R749.4+1 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2015.07.033

抑郁症是一种常见的情绪障碍性疾病,表现为一种持久的抑郁状态,伴情绪低落、躯体不适和睡眠障碍等症状^[1]。现代医学一般采用口服药物治疗,虽然疗效尚可,但具有药物依赖性及副作用。在中医学中,它归属于神志类病,结合抑郁症的症状表现,属“郁病”范畴;由于抑郁症的表现复杂多样,根据临床主诉的不同又可归属于“百合病”“脏躁”“癫狂”“梅核气”等范畴。王焕禄是国家级名老中医,行医五十余载,积累了丰富的临床经验,对抑郁症的病机和治疗形成了自己的观点,临床疗效颇佳。现将王焕禄对抑郁症发病病机的观点和临床治疗经验,总结并浅述如下,与同道交流。

作者单位:100037 北京市西城区展览路社区卫生服务中心中医科(燕莉);北京市西城区展览路医院中医科(王洪蓓);北京中医药大学[燕莉(硕士研究生)、王洪蓓(博士研究生)]

作者简介:燕莉(1979-),女,2012级在职硕士研究生,主治医师。研究方向:名老中医学术思想临床经验传承。E-mail:yanl125@163.com

1 气机郁滞,责之于肝

王焕禄认为抑郁症的发生始于气机郁滞之机。多年的临床实践,使王焕禄总结出抑郁症患者发病前多有情感创伤史,由此引发患者情志不遂、精神抑郁,进而导致肝失疏泄,气机郁滞。《内经》有云:“愁忧者,气闭塞而不行。”中医学认为,人精神、意识的正常表现,有赖五脏六腑的生理功能正常发挥,正如《灵枢·卫气》有云:“五脏者,所以藏精神魂魄者也。”脏腑功能的正常,就需要人体内气机升降出入正常,这自然与五脏中肝之疏泄功能密切相关。肝主疏泄,可以调节全身气机的运行,亦可以调畅情志。肝失疏泄,则气机运行失常,“出入废,则神机化灭”(《黄帝内经素问·六微旨大论》)。亦如《医碥·郁》所云:“百病皆生于郁,……郁而不舒,则皆肝木之病矣。”故临床可见情绪低落的精神状态,并伴见胸闷不舒,善太息,胸胁胀满等症。

临床治疗上,王焕禄主张疏肝解郁为法,临床常用基础方为柴胡10g、枳实10g、白芍10g、八月札10g、香附10g、

炒酸枣仁 30 g、菖蒲 30 g、远志 10 g、生龙骨 20 g。方中柴胡、枳实、八月札、香附共奏疏肝理气之效,白芍养血柔肝;炒酸枣仁、菖蒲、远志、生龙骨调心神,养心镇静安神。

王焕禄认为,气郁是抑郁症产生的基础病机,贯穿于抑郁症发展的全过程。有临床流行病学关于抑郁症中医辨证及证候指标调查的分析结果也显示,肝郁气滞证是抑郁症最基础的证候^[2]。因此,疏肝解郁法是治疗抑郁症的基本治法。气郁日久,则波及影响其他脏腑生理功能,伴生新的病理机制。

2 痰浊内蕴,胆腑被扰

肝主疏泄,调节全身气机之升降出入。肝木调达,对于保证全身气血的正常循行起到重要作用。肝疏泄失常,除了可以直接影响其调畅情志之功外,还会间接影响其他脏腑生理功能而引发情志变化。与肝脏相表里的胆腑为“中精之腑”,喜清静,恶抑郁,亦主气机调畅,正如《素问·阴阳离合》有云:“是故三阳之离合也:太阳为开,阳明为阖,少阳为枢。”若肝失疏泄,最容易影响胆的功能,造成胆气不利;若肝郁气滞,影响中焦脾胃运化,造成气血津液运化失常,痰湿内生,二者侵扰胆腑,则胆气失于调达,其主决断功能受到影响。由于人体精神心理活动与胆的决断功能有关,胆失决断临床上可以见到患者胆怯易惊、善恐、失眠、多梦等症状。

临床治疗上,王焕禄选用陈无择《三因极一病证方论》中所载的温胆汤加减治疗,意在化痰浊,利胆气,使脏腑功能恢复正常,气机调顺,神志自安。正如杨鹏^[3]提出温胆汤具有调畅气机的作用。王焕禄常用临床经验方药组成为清半夏 10 g、陈皮 10 g、茯苓 10 g、枳实 10 g、竹茹 6 g、胆南星 6 g、生甘草 10 g、菖蒲 30 g、白梅花 10 g。方中半夏降逆和胃,燥湿化痰为君;陈皮理气燥湿,茯苓健脾渗湿为佐;竹茹清热化痰,止呕除烦,枳实行气消痰,使痰随气下为臣;甘草健脾和胃,协调诸药为使。胆南星、菖蒲化痰开窍;虽然以上群药配伍可清化痰浊、胆气调顺,但由于肝胆互为表里脏腑,二者在生理上相互为用,相互促进,正如《类经·脏象类》有云:“胆附于肝,相为表里,肝气虽强,非胆不断,肝胆相济,勇敢乃成。”因此,王焕禄经验方中又加疏肝理气解郁的白梅花,助肝之疏泄如常,从而使胆气更利。诸药合用,共奏理气化痰、清胆和胃之效。若肝火旺盛,加龙胆草 6 g、黄芩 10 g、栀子 10 g 清肝泻火;若肝郁气滞明显,加八月札 10 g、郁金 10 g,助白梅花疏肝理气解郁;若睡眠较差,加炒酸枣仁 30 g、远志 10 g、生龙骨 30 g,养心安神。

3 痰火内扰,心神错乱

在中医学中,痰火扰心所引发的神志症状临床可见狂躁不安、打人毁物、哭笑无常、不避亲疏等,这一系列表现似乎与以心境低落为主要表现的抑郁症极不相称,更符合中医学中“狂病”的表现,但王老师结合多年临床经验,提出痰火内扰、心神错乱是抑郁症日久由气郁进一步发展的常见病机之一。其实,在现代医学心理学中关于抑郁症患者情绪的描述

中,也指出部分患者表现为具有明显的焦虑和运动激越,严重者可出现幻觉、妄想等精神病性症状,并非疾病全程表现为情绪消沉,同时伴见入睡困难,睡眠障碍等。据 kessler 等报道抑郁障碍共病焦虑障碍的比例达 50%^[4]。此类抑郁症患者主要是由于情志不遂,气机郁滞,病程日久,郁而化火,正所谓“五志过极皆从火化”。热伤津液,炼液为痰,痰火扰动心神;或木郁土不达,运化失常,痰湿内生,火邪夹痰浊上扰心神,痰火作祟,变化多端,故临床表现焦虑,悲观失望,烦躁易怒,胸胁胀满,多梦,耳中轰鸣,头晕,头胀,腹胀,口苦,咽有异物感,恶心,小便短赤,或胸脘痞闷,或不寐,或奇怪之梦,或咳嗽痰稠,舌质红,舌苔黄腻,脉弦数或滑数等症^[5]。在上述表现中,王焕禄认为此型患者的烦躁易怒发作程度较重,甚则暴怒不能自控。

临床治疗时,王焕禄选用王珪所创用于治疗老痰怪病的名方—礞石滚痰丸加减变化。其经验方药组成为青礞石 10~20 g、黄芩 10 g、大黄 6 g、沉香面 1.5 g、炒酸枣仁 30 g、菖蒲 30 g、清半夏 10 g、胆南星 6 g。方中青礞石甘、咸、平,坠痰下气,平肝镇惊安神;黄芩清热泄火;大黄清热泻火,使热从大便清;沉香降气安神;半夏、胆南星燥湿祛痰;炒酸枣仁、菖蒲化痰安神开窍。全方配伍共奏逐痰泻火,宁心安神之效。若伴肝火旺盛,方中加龙胆草 6 g、栀子 10 g,清肝泻火;若肝阳亢逆,加珍珠粉 0.6 g、生石决明 30 g 平肝潜阳。

4 心肺阴虚,心神被扰

王焕禄根据其多年临床经验,认为由气郁导致心肺阴虚,从而引发的临床以心神被扰为主要表现、属于中医“百合病”范畴的病证也是抑郁症在临床中常见的一种形式。关于百合病的记载,早在汉代即由医圣张仲景所记载。在《金匮要略》中所记载此病的发生多见于热病后,即指出此病为热邪伤阴,虚火扰神,心肺受累所致。而情志内伤,亦可形成百合病。病者情志不遂,郁热伤及心肺之阴,心肺阴虚内热,百脉故而受病^[6]。对于素体阴虚的患者,适逢情志不遂,形成上述病理发展机制,加重原有阴虚之候,亦可发病。临床症见患者情绪低落,对生活缺乏兴趣,“意欲食不能食,常默默,欲卧不能卧,欲行不能行,饮食或有美时,或有不闻食臭时,如寒无寒,如热无热……诸药不能治……如有神灵者,身形如和,其脉微数”(《金匮要略·百合狐惑阴阳毒病》)等诸多神经症样表现。

临床治疗时,王焕禄临床选用代表方剂百合知母汤(或百合地黄汤)加味化裁治疗,正所谓“法随证出、方随法立”“有是证用是药”。其经验方药组成为百合 10 g、知母 10 g、炒酸枣仁 20~30 g、菖蒲 30 g、远志 10 g、生龙骨 40 g。方中百合养阴润肺,知母清热养阴,若热象较重则易为生地清热养阴、凉血。由于抑郁症临床多见睡眠障碍及气郁表现,方中配伍生龙骨、远志、菖蒲、炒酸枣仁安神定志;菖蒲、远志二药味辛,又有辛散之功,可助疏理气机、解郁开窍。若患者为处于围绝经期的中年妇人,临床伴见善悲欲哭之证,则上方加甘麦大枣汤以润燥养心安神。若患者肝郁气滞症状明显,

则合柴胡疏肝散组方治疗。若入睡困难明显者,可加缬草 15 g,以助疏肝解郁,安神定志。

5 典型病案

患者,女,23 岁,于 2014 年 4 月 29 日主因“情绪低落 7 年,间断脾气急躁 3 年”初诊。患者 7 年前在校读书时因为同学排挤引发情绪低沉,在当地精神病医院就诊,诊断为“抑郁症”,因患者家长及患者自己担心西药抗抑郁药的不良反应,故未遵医嘱服药。近 3 年来患者仍经常情绪低落,善悲,少言寡语,甚则对生活失去希望,但有时又脾气暴躁不能自控。时有心慌气短,胸闷,恐惧,疲乏无力,夜寐早醒,有时幻想。以往大便干结,目前大便稀,月经经常先期而至。舌淡红,苔黄厚,脉弦滑。西医诊断:抑郁症,中医诊断:郁病(痰火扰心)。处方:青礞石 20 g、黄芩 10 g、生大黄 10 g、沉香曲 10 g、菖蒲 30 g、郁金 15 g、炒酸枣仁 30 g、胆南星 6 g、龙胆草 10 g、栀子 10 g、甘草 10 g,连服 14 剂,告知患者若服药后大便偏稀或次数增加无碍。二诊时患者诉脾气急躁明显减少,恐惧略减,但仍有幻想,自觉精力、体力增加,入睡时间缩短,仍多梦、早醒,上午恶心、纳食不佳,仍大便溏稀。舌淡红,苔黄较前转薄,脉弦。遂减郁金为 10 g,加清半夏 10 g、茯苓 15 g,继服 14 剂。三诊时,患者恐惧感减轻,但仍畏惧上学,仍早醒,幻想,有时情绪不能控制。舌苔黄根部略厚,脉弦滑。遂守初诊方去沉香曲、郁金、胆南星、生甘草,加生地 10 g、川楝子 8 g、甘松 10 g、生麦芽 30 g、茵陈 30 g,继服 14 剂。如此又复诊 2 次,根据病证变化,守初诊方继续加减进退,又服药 1 个月未再复诊。时隔 3 个月后电话随访,患者诉目前情绪稳定,可自行调节,疲乏改善,恐惧、幻想消失,已基本可以正常生活、学习,遂停药。

按 本患者因上学被同学排挤,引发情志不遂,气机郁滞,故症见胸闷、气短;肝失疏泄,调节情志功能受累,症见情绪低落。木郁则土壅,脾运失常,因而生湿生痰;又气郁日久化火,炼液为痰;痰火相结,上扰心神,心神不宁,故症见心烦易急躁,有时情绪暴躁,甚则出现幻想,夜寐早醒。证属痰火扰心,肝经火旺,治以化痰清火,清肝泄热为法,方中青礞石涤痰下气,平肝镇静;龙胆草、栀子、黄芩清肝泄热,大黄清热泻火,导热下行;沉香降气安神定志;菖蒲、郁金、炒酸枣仁解郁化痰安神;胆南星燥湿化痰;甘草调和诸药。二诊患者精神躁扰症状减轻,后调整方药加清半夏、茯苓增强化痰之力。三诊,患者恐惧减轻,仍早醒,有时情绪不能自控,故调整方药,增加清利肝胆之品,又复诊调整方药 2 次,最终使痰消火清,心神志恢复如常,患者可以恢复正常学习、工作。

6 结语

综上所述,王焕禄临证治疗抑郁症时,强调气郁为本病发生的基础病机,无论是疾病早期的单纯气机郁滞,还是病程日久、伴生痰浊、痰火和阴虚之机,调理气机贯穿于抑郁症治疗的始终,为治疗本病不离之法。在临床治疗时,王焕禄指出梳理气机之法要根据病证灵活运用,调畅气机不应仅仅

拘泥于选用疏肝理气之品,对于那些可以恢复人体气机正常升降出入的治法方药,均可视为调理气机,例如痰浊内蕴者化痰降浊,痰火扰心者逐痰泻火安神,心肺阴虚、心神被扰者养阴清热安神,诸法用之,助机体气机调畅,则神机复常。除此之外,王焕禄对于抑郁症患者常见的睡眠障碍症状比较重视,强调治疗抑郁症时要积极予以干预治疗,对于改善患者的抑郁状态大有裨益。据有关报道指出超过 90% 的重性抑郁症患者存在失眠或白天睡眠^[7],临床中有很多抑郁症患者是以睡眠障碍为主诉来求医,这一症状也是让患者感到最痛苦的事情之一。长时间的睡眠障碍,会让患者感到身心疲惫,从而加重患者焦虑、紧张的情绪,对抑郁症的预后起到不利影响。郭克峰^[8]的研究即提示睡眠障碍是加重抑郁症病情的重要因素,是影响抑郁症患者康复的主要障碍之一。正是由于改善睡眠状况对抑郁症患者病情改善具有重要意义,王焕禄临证用药时必选安神助眠的药物,如炒酸枣仁、远志、生龙骨、菖蒲等养心安神定志之品。另外,王焕禄还指出,抑郁症属于心理、情感障碍,临床上除了药物调治神志外,还应重视对患者的精神调摄。在临床接诊时,除了处方用药外,还注意对此类患者进行心理疏导,指导对象包括患者和患者家属两方。对患者而言,王焕禄会支持、鼓励患者接受并正视罹患精神疾患的现实,告知他(她)此病可以治愈,促使其建立战胜疾病的信心;鼓励患者积极参加各种社会活动,对促进患者疾病恢复有很大帮助。正如《临证指南医案》中指出:“郁证全在病者能移情易性。”对于患者家属而言,王老师要叮嘱其家人多与患者沟通、交流,给患者更多的关爱,为其创造良好的家庭氛围,对于促进患者康复也具有重要作用。这种心理调摄也可以看做是王老师治疗抑郁症调畅气机的非药物干预之法。

参 考 文 献

- [1] 沈渔邨. 精神病学[M]. 北京:人民卫生出版社,1998:358.
- [2] 胡随瑜,张宏耕,郑林,等. 1977 例抑郁症患者中医不同证候构成比分析[J]. 中国医师杂志,2003,5(10):1312-1314.
- [3] 杨鹏,王彦辉. 温胆汤调畅气机的作用[J]. 中华中医药杂志,2012,27(3):647-64.
- [4] 陈忠. 抑郁障碍并存焦虑或失眠症状的药物治疗对照研究[J]. 临床精神医学杂志,2011,21(2):80-83.
- [5] 唐启盛. 抑郁症中医证候诊断标准及治疗方案[J]. 北京中医药大学学报,2011,34(12):810-811.
- [6] 吴晓哲,郭晓冬. “百合病”与“脏躁”异同辨析[J]. 实用中医内科杂志. 2011,25(12):76-77.
- [7] 霍小宁,杨小龙,刘新发. 右佐匹克隆与阿普唑仑辅助治疗抑郁症睡眠障碍对照研究[J]. 国际精神病学杂志. 2012,39(4):208-211.
- [8] 郭克峰,关菊香. 抑郁症患者睡眠障碍与康复的关系研究[J]. 中国临床康复,2002,6(7):952-953

(收稿日期:2015-04-18)

(本文编辑:禹佳)