

· 巴蜀名医 ·

DOI: 10.26946/j.cnki.1000-3649.sczy.2603160005

川派名医陈学忠运用扶阳五法辨治郁病的临床经验

袁惠¹, 张霞¹, 范涛¹, 陈学忠^{2, Δ}

(1. 成都市温江区人民医院, 四川 成都 611130; 2. 四川省第一中医医院, 四川 成都 610014)

摘要: 郁病为临床常见的情志疾病, 其发病率近年来呈显著上升趋势。川派名医陈学忠教授基于长期临床实践, 提出郁病的核心病机在于“阳虚为本, 郁滞为标”, 并据此运用扶阳五法(潜阳、通阳、升阳、温阳、养阳)辨治郁病。本文旨在总结陈学忠教授辨治郁病的学术思想与临床经验, 并结合典型病例, 以期对郁病的中医临床治疗提供一种新的思路和方法参考。

关键词: 郁病; 辨证论治; 扶阳五法; 名老中医经验; 陈学忠

中图分类号: R249

文献标志码: A

文章编号: 1000-3649(2026)09-0001-06

郁病系因情志不舒、气机郁滞所致, 以心情抑郁、情绪不宁、胸部满闷、胁肋胀痛, 或易怒易哭, 或咽中如有异物梗塞等为主要临床表现的一类疾病^[1]。现代医学中的抑郁症、焦虑症、神经症等可参考本病辨证论治。随着社会生活节奏加快、竞争压力增大, 郁病发病率逐年攀升, 已成为严重影响人们生活质量和功能的公共卫生问题^[2]。据世界卫生组织统计, 全球有超过 3.5 亿人受到该病困扰^[3]。

目前抑郁症的治疗以西药为主, 但因其发病机制复杂, 常规西药治疗的疗效有限且复发率高, 尤以难治性抑郁症为甚, 临床疗效差, 患者无法恢复社会功能, 已成为临床一大难题^[4]。中医治疗郁病历史悠久, “郁”之概念始于《黄帝内经》“五气之郁”, 《黄帝内经·素问》云: “虚邪贼风, 避之有时, 恬淡虚无, 真气从之, 精神内守, 病安从来? 是以志闲而少欲, 心安而不惧, 形劳而不倦。气从以顺, 各从其欲, 皆得所愿”^[5]。东汉张仲景首载“脏躁”和“梅核气”, 并创甘麦大枣汤及半夏厚朴汤分证治之; 元代朱丹溪立六郁汤、越鞠丸, 以治“六郁”。中医“辨证论治”和“整体观念”两大核心理念, 具有“身一心一体”医学内涵, 与现代医学所提倡的“生理—社会—心理”综合医学模式高度契合。多项研究显示, 中医药在治疗焦虑、抑郁状态方面具有整体调节、副作用小、疗效持久等独

特的优势^[6-8]; 其中温阳中药能显著缓解抑郁症状, 改善生活能力和神经功能, 缓解炎症反应, 降低同型半胱氨酸水平^[9-12]。

陈学忠教授为川派名中医, 第三、第四批全国名老中医药专家学术经验继承工作指导老师, 从事中医临床、教学工作 50 余年, 在郁病的治疗方面积累了丰富的经验。其通过对大量临床病例的观察和总结, 结合《黄帝内经》《伤寒论》等中医经典, 提出郁病核心病机为“阳虚为本, 郁滞为标”, 并据此运用扶阳五法辨治郁病。

本文拟系统阐述陈学忠教授扶阳五法辨治郁病的学术思想和临床经验, 以期为广大中医临床工作者提供有益参考。

1 扶阳五法的理论基础

1.1 阳虚为郁病的根本病机

陈学忠教授认为, 郁病的发生发展与人体阳气盛衰密切相关。《黄帝内经·素问·生气通天论》曰: “阳气者, 若天与日, 失其所, 则折寿而不彰。”“彰”即彰显、昭著, 强调了阳气在人体生命活动中的重要性。人体阳气充盛, 则精神振奋, 情志舒畅; 若阳气不足, 则精神萎靡, 情绪抑郁^[13]。现代人因长期熬夜、嗜食生冷、缺乏运动、精神紧张等因素, 每致阳气受损, 脏腑失于温煦, 气血运行迟缓, 气机因而郁滞, 形成“阳虚为本, 郁滞为标”的病理状态, 其核心为命门火衰、心肾不交, 兼见中土失运、

基金项目: 四川省中医药管理局科研课题(2024MS117)。

第一作者: 袁惠, 硕士, 副主任中医师, 研究方向: 中医脾胃病、情志病, E-mail: 717805115@qq.com。

Δ 通讯作者: 陈学忠, 硕士, 博士研究生导师, 主任医师, 研究方向: 心脑血管疾病的中西医结合研究、内科疑难杂症的中医诊治, E-mail: sccd865@sina.com。

引用格式: 袁惠, 张霞, 范涛, 等. 川派名医陈学忠运用扶阳五法辨治郁病的临床经验[J]. 四川中医, 2026, 44(9): 1-6.

阳气郁闭。《景岳全书》所载“阳气不足之人，多忧思抑郁，不任劳苦，此以阳气不充，故志意衰少也”为该病机提供了理论支撑。中医对郁病的传统认识，自《黄帝内经》以来，多以肝气郁结、气机不畅为核心，历代医家如朱丹溪、张从正等亦多从实郁、六郁论治。然亦有医家论及阳虚与郁之关联，如张景岳在《景岳全书》中明确指出：“凡五气之郁，则诸病皆有，此因病而郁也。至若情志之郁，则总由乎心，此因郁而病也”，并认为阳气虚损可导致“忧郁内伤之病”；李东垣在《脾胃论》中强调脾胃气虚、清阳不升可致“怠惰嗜卧，四肢不收”等类郁症状^[14]，实已蕴含从阳虚、气虚论治情志病的端倪。陈学忠教授在此基础上，系统性构建了以“阳虚为本，郁滞为标”为核心，涵盖心、肾、脾、肝等多脏腑的郁病病机理论，并针对性提出“扶阳五法”的辨治体系。该体系深化并发展了前人从阳虚论治情志病的学术思想，为临床辨治郁病提供了更为立体的认知维度和辨治路径。

1.2 阳气与情志的关系

中医理论认为，阳气具有温煦、推动、兴奋等作用。在情志方面，阳气充盛则精神饱满，思维敏捷，情绪开朗；阳气不足或郁滞不达，则元神易受阴凝之邪侵袭，进而精神萎靡，思维迟缓，情绪低落而生郁病^[15]。陈学忠教授指出，阳气是人体情志活动的物质基础，阳气的盛衰直接影响情志变化。五脏俞穴与五志穴皆位于足太阳膀胱经，故足太阳膀胱经与五脏之神联系密切^[16]。阳气通达，则气血和畅，精神安定，神明清灵，故保持阳气通畅为情志病临证第一要义。

从脏腑功能观之，心为君主之官，主神明，心阳充盛与否直接关乎神志之清浊。肾为先天之本，内藏真阳，肾中阳气对全身脏腑经络具有温煦推动作用；肝主疏泄，调畅气机，肝阳的升发有助于情志舒畅；脾为后天之本，脾阳健旺是化生水谷精微以充养气血、濡养心神的基础。因此，心、肾、肝、脾四脏阳气充盛是维持正常情志活动的关键^[17]。

1.3 扶阳法治治疗郁病的机制

基于郁病“阳虚为本，郁滞为标”之病机，临证多阳虚、阳郁、阴盛、火亢等相兼为患，治当扶阳为本，解郁为标。扶阳旨在温煦脏腑，振奋阳气，恢复脏腑功能；解郁重在疏通气机，调畅情志。两者相辅相成，共同达到治疗郁病的目的。扶阳五法包括温阳、通阳、升阳、潜阳、养阳，通过调达脏

腑的阳气，增强脏腑功能，推动气血运行，改善阳气不足所致之气机郁滞与情志抑郁诸症。此外，阳气充盛尚能提高机体应激能力与适应能力，增强抗御病邪之力，防止郁病复发。

2 扶阳五法的具体内容

2.1 潜阳法

治法理论：肾为先天之本，内藏元阴元阳，为人体阳气之根本。陈学忠教授认为，郁病患者多有肾阳不足的表现，如畏寒肢冷、腰膝酸软、夜尿频多等。肾阳不足，不能温煦全身，阳气不能上达于心脑，从而出现情绪抑郁、失眠多梦等症状，温肾潜阳为其核心治法。

方药组成与分析：潜阳封髓丹加味，药物组成：白附片 15~30g（先煎），干姜 15g，肉桂 10g，龟甲 20g，砂仁 15g（后下），黄柏 20g，炙甘草 15g，龙骨 30g，牡蛎 30g，首乌藤 30g。方中白附片、干姜、肉桂温补肾阳，壮君火；龟甲、盐黄柏入肾经，泻火除热，防止附片温燥太过；龙骨、牡蛎重镇安神；首乌藤养血安神；炙甘草调和诸药，诸方共奏温肾潜阳、安神定志之功。

临证备要：适用于肾阳不足、虚阳上浮型郁病，症见情绪低落、畏寒肢冷、腰膝酸软、失眠多梦、潮热盗汗、舌红少苔、脉沉细等。临证时需根据患者具体情况，随证加减。如肾阳不足为甚者，加熟地黄、杜仲、巴戟天、山茱萸；兼见脾虚者，加党参、白术；兼见口腔溃疡者，加白芷、当归；心悸失眠明显者，加远志、石菖蒲等。使用该法时应注意附片的炮制和煎煮方法，必须先煎 1~2 小时，以降低毒性；密切观察患者服药后反应，中病即止，防止温燥伤阴。

2.2 通阳法

治法理论：阳气通达是保证思维意识及精神活动正常的前提。陈学忠教授认为，郁病的发生与人体阳郁不畅、气血失调密切相关。少阳为枢，主司人体气机升降出入，若少阳枢机不利，气血运行不畅，则致心神失养，出现情绪抑郁、失眠多梦等症状。故治当以通阳达表、调和枢机为主，陈老制定了柴龙法为其代表治法。

方药组成与分析：以柴胡桂枝龙骨牡蛎汤加代赭石、首乌藤化裁，药物组成：柴胡 15g，桂枝 15g，黄芩 15g，法半夏 15g，党参 30g，大枣 30g，生姜 3 片，炙甘草 15g，龙骨 30g，牡蛎 30g，代赭石 30g，首乌藤 30g。方中柴胡和解少阳而调畅

气机,桂枝温通经脉、通阳化气,调和营卫。二药一疏一温,调达少阳枢机、通阳和营,共为君药。黄芩清少阳郁热;法半夏和胃降逆、燥湿化痰;龙骨、牡蛎重镇安神、潜阳敛神;合代赭石增强重镇降逆、安神定志之力,共为臣药,助君药清热化痰、镇潜安神、调达上下。党参、大枣、生姜健脾益气、和胃调中、调和营卫,扶中有助枢机运转;首乌藤养血安神、通络,助安神定志,并为化裁加味之助用,以上为佐药。炙甘草调和诸药,为使;合大枣、生姜亦助调营和脾。全方寒温并用,攻补兼施,共奏和解少阳、通阳和营、化痰和胃、重镇潜阳、安神定志之功。

临证备要:适用于少阳枢机不利、气血失调所致之郁病,症见情绪抑郁、胸胁胀痛、口苦咽干、失眠多梦、舌红苔薄白、脉弦细等。临证时,应根据患者体质与病机变化,灵活加减药物及其用量。若心悸、失眠多梦明显,可加茯神丸(茯苓、茯神、人参、远志、石菖蒲);若兼见腹胀,则易黄芩为黄连,改生姜为干姜,加强寒热平调、辛开苦降之效;若烦闷尤甚,加栀子、淡豆豉;若兼见郁热者,可酌增黄芩用量。

2.3 升阳法

治法理论:陈学忠教授认为,郁病与气机升降失常密切相关。阳气亏虚,升发无力,致清阳不升,浊阴不降,故见头晕、乏力、情绪抑郁等症。且肝郁气滞亦可干预气机升降,形成上热下寒、虚实夹杂的病理状态,故治当以升阳温里为要。

方药组成与分析:以补中益气汤合半夏泻心汤、四逆汤加减化裁。药物组成:黄芪30g,人参30g,白术15g,柴胡15g,升麻10g,当归15g,陈皮15g,枳壳15g,黄连10g,法半夏20g,干姜20g,大枣30g,炙甘草15g,附片15~30g(先煎),薏苡仁60g。方中黄芪补中益气、升阳举陷,为君;人参、炙甘草、白术健脾益气,当归养血和血,为臣;升麻、柴胡升阳举陷,陈皮、枳壳理气和胃,为佐;半夏泻心汤寒热平调、散结消痞,四逆汤温阳散寒,薏苡仁健脾除湿、调和睡眠,诸药相合,共奏升阳温里、健脾益气、安神定志之功。

临证备要:适用于阳气不足、气机升降失常型郁病,症见情绪抑郁、头晕、气短、乏力、畏寒、腹胀、便溏、舌红苔白、脉沉细等。使用该法时,应注意黄芪用量,一般自30g起,可根据病情逐渐增加;附片用量亦应根据患者体质和证候适当调整。

如兼气滞者,加木香、枳壳;兼血瘀者,加丹参、川芎等。

2.4 温阳法

治法理论:脾为后天之本,主运化水谷精微,为气血生化之源。陈学忠教授结合临证经验认为,郁病患者多有脾胃功能失调表现,如胃胀、纳差、便溏等。脾胃虚弱,运化失常,气血生化不足,心神失于濡养,故见情绪抑郁、乏力等症;且阳虚脏腑功能低下造成气机郁滞,亦可影响脾胃功能,形成肝脾不和、寒热错杂的病理状态。治当以温运脾阳、开郁和中为核心,方选四逆汤合开郁和中汤。

方药组成与分析:四逆汤合开郁和中汤。药物组成:柴胡15g,桂枝15g,白芍15g,黄连10g,法半夏20g,党参30g,干姜20g,大枣30g,郁金15g,炙甘草15g,附片60g,龙骨30g,牡蛎30g,代赭石30g,首乌藤30g。

“开郁和中法”为陈老针对肝郁气滞、枢机不利、气血阴阳失调、寒热错杂的复杂病机所创,由柴胡桂枝汤合半夏泻心汤加减而成。方中柴胡疏肝解郁,桂枝温通经脉,白芍养血柔肝,三药合用,共奏疏肝解郁、调和营卫之功,为君药。黄连清热燥湿,干姜温中散寒,寒热并用,调和脾胃,为臣药。法半夏降逆和胃,党参、大枣健脾益气,郁金行气解郁,共为佐药,炙甘草调和诸药,为使药。龙骨、牡蛎、代赭石重镇安神,首乌藤养血安神。合四逆汤温阳散寒,方中重用附片为君药,附片性纯阳,犹若日照当空,阴霾自散;干姜为臣,助其温阳之功;炙甘草为佐,缓和附子燥烈之性。全方共奏开郁和中、调和肝脾、温阳安神之功。

临证备要:适用于阳虚气滞、肝胃不和、寒热错杂型郁病,症见情绪抑郁、畏寒、胃胀、嗝气打嗝、口苦、恶心、便溏、舌淡红苔白腻、脉沉细等。使用该法时,应注意根据患者寒热偏盛情况调整黄连和干姜的用量。如热象明显者,可酌增黄连用量;寒象明显者,可增干姜用量。兼见痰湿者,加茯苓、陈皮;兼见血瘀者,加丹参、川芎等。此外,附片用量较大,须在明确辨证为阳虚重证的前提下应用。用药期间需告知患者可能的反应,并密切监测心率、血压及有无口唇、四肢麻木等中毒先兆。

2.5 养阳法

治法理论:陈学忠教授认为,郁病的发生与“肾虚血瘀”密切相关。肾为先天之本,藏精生髓,若肾精不足,则髓海空虚,心神失养;同时,情志不

畅易致气滞血瘀,瘀血阻滞脑络,进一步加重心神失养,形成“肾虚为本,血瘀为标”的病理状态。《素问·上古天真论》指出“五七,阳明脉衰,面始焦,发始堕;六七,三阳脉衰于上,面皆焦,发始白;七七,任脉虚,太冲脉衰少,天癸竭,地道不通,故形坏而无子也。”强调肾气盛衰、天癸竭乏及冲任虚衰与人体衰老、形质改变及生殖机能减退密切相关,为“肾虚为本”提供理论依据。王清任在《医林改错》中提到:“夜不能睡,用安神养血药治之不效者,血府逐瘀汤主之。”印证了血瘀可致失眠、情志异常。养阳法以“补肾填精、活血化瘀”为核心,通过滋养肾中阳气、疏通血脉,使肾精充盛、气血流畅,从而改善因肾虚血瘀所致之郁病。该法尤其适用于病程较长、虚实夹杂的患者,体现了“治病求本”“扶正而不碍邪,祛邪而不伤正”的治疗理念。

方药组成与分析:健脑通脉汤。药物组成:淫羊藿 30g,熟地黄 15g,菟丝子 15g,制首乌 30g,黄芪 30g,川芎 15g,丹参 30g,桑叶 30g,生山楂 30g,酸枣仁 15g。方中淫羊藿、熟地、何首乌等滋补肾精以养阳;川芎、丹参、生山楂活血通络、祛瘀生新;黄芪益气通络;酸枣仁养肝宁心安神;桑叶其性轻扬,其味苦、甘,功可泻瘀滞之郁热,平抑肝阳。全方共奏补肾化瘀、安神定志的功效。

临证备要:适用于肾虚血瘀型郁病,症见情绪低落、兴趣减退、失眠多梦、健忘易惊,或兼见焦虑、烦躁,头晕耳鸣、神疲乏力、夜尿频多,女性可见月经紊乱,男性可见遗精滑泄等,面色晦暗、舌紫暗有瘀点、脉涩。使用该法时,如瘀血较甚者,可酌增丹参、川芎用量;头晕明显者,可加天麻平肝阳息风;眠差多梦者,加龙骨牡蛎平肝潜阳,重镇安神;兼见血虚者,加当归、白芍柔肝养血;兼见气虚者,加党参、白术健脾益气等。

3 验案举隅

3.1 潜阳法治疗郁病

患者,男,45岁,2022年10月15日初诊。主诉:情绪低落、失眠多梦3年。现病史:患者3年前因工作压力大出现情绪低落,兴趣减退,失眠多梦,伴有畏寒肢冷,腰膝酸软,夜尿频多。曾服用抗抑郁药物治疗,效果不佳。刻症:情绪低落,表情淡漠,畏寒肢冷,腰膝酸软,夜尿频多,舌淡胖,苔白,脉沉细。中医诊断:郁病,辨证:肾阳不足、虚阳上浮。治法:温肾潜阳,安神定志。方药:潜阳封

髓丹加减。具体药物:白附片 30g(先煎),肉桂 10g,干姜 10g,龟甲 20g,砂仁 15g(后下),黄柏 20g,炙甘草 15g,龙骨 30g,牡蛎 30g,首乌藤 30g,熟地黄 15g,山茱萸 15g。4剂,水煎服,每日1剂,分3次温服。

二诊(2022年10月20日):患者诉情绪较前好转,睡眠改善,畏寒肢冷减轻,夜尿频次减少。舌淡胖,苔白,脉沉细。效不更方,继续服用7剂。

三诊(2022年10月27日):患者诉情绪明显好转,睡眠基本正常,畏寒肢冷明显减轻,夜尿频多症状基本消失,食纳稍差,进食后感胃部胀满,舌淡红苔白,脉沉细。调整方药:白附片 30g(先煎),肉桂 10g,干姜 10g,龟甲 20g,砂仁 15g(后下),黄柏 20g,炙甘草 10g,龙骨 30g,牡蛎 30g,首乌藤 30g,熟地 15g,山茱萸 15g,党参 25g,白术 25g。7剂,水煎服,每日1剂,分3次温服。随访3个月,患者情绪稳定,睡眠正常,未再出现畏寒肢冷、夜尿频多等症状。

3.2 通阳法治疗郁病

患者,女,55岁,于2023年12月7日初诊。主诉:情绪低落、眠差2年。现病史:患者于2年前无明显诱因开始出现情绪低落、眠差不适,喜悲伤易哭,稍不适则哭泣,夜间入睡困难,多梦易惊醒,时心慌、心悸、汗出,双目畏光,耳鸣,大便干,怕冷,纳差,曾于外院诊断“焦虑症、抑郁症”,口服西药后效果不佳。症见:愁眉苦脸,眉头紧锁,衣着较常人厚,近视眼镜上复加墨镜,帽子遮挡,喜悲伤欲哭,夜间入睡困难,多梦易惊醒,时心慌、心悸、汗出,双目畏光,耳鸣,大便干,怕冷,纳差,大便干不易解,舌质淡红,舌体胖大浅齿印,脉弦。中医诊断:郁病,辨证:肝郁气滞、阴阳失调。治法:疏肝解郁、调和阴阳,处方:柴龙汤,具体药物:柴胡 15g,黄芩 15g,法半夏 15g,党参 30g,大枣 30g,炙甘草 15g,桂枝 15g,赤芍 15g,龙骨 30g,牡蛎 30g,代赭石 30g,首乌藤 30g,生姜 3片。6剂,水煎服,每日1剂,分3次餐后温服。

二诊(2023年12月14日):患者情绪低落稍缓,睡眠稍改善,但仍怕冷,双目畏光、耳鸣改善不明显。初诊方加制附片 60g、枸杞子 15g,续用10剂。

三诊(2023年12月21日):患者欣喜状,诉情绪低落明显改善,双目畏光消失,畏寒怕冷好转。继续予以二诊方14剂口服。

3.3 升阳法治疗郁病

患者,女,70岁,于2020年7月31日初诊。主诉:反复胸闷、头晕、肢体乏力1年。现病史:1年前患者无明显诱因出现间断性胸闷,伴心前区压榨感,心悸胆怯,每次持续约数分钟,深吸气后可缓解,头晕,头部闷沉,肢体乏力,行走漂浮感,意志消沉,心情抑郁,腹胀,饮食差,口干,口苦,无口角歪斜、二便失禁、肢体功能障碍等。多次于当地医院住院治疗,症状缓解不佳,后于住院期间由陈老查房诊治。既往史:既往有“脑梗塞”病史数年;患者有“抑郁症”病史14年,长期服用“草酸艾司西肽普兰片10mg 每日1次”及“盐酸丁螺环酮片5mg 每日3次”改善抑郁症状,近1年出现意志消沉,交流能力下降、情绪低落、对生活失去兴趣等症状。否认高血压、糖尿病等慢性疾病。刻下症见:患者卧床,无力行走,覆厚被,诉间断性胸闷,心悸胆怯,善太息,情绪不宁,心情抑郁,饮食差,腹部痞满不适,头晕,头部闷沉,肢体乏力,面色苍白,神倦怯寒,四肢欠温,口干,口苦,睡眠差,尿频、尿急、尿痛,大便秘结,无力排便,肛门坠胀,舌体胖大有齿印,舌质淡,苔黄腻,脉沉细。中医诊断:郁病,辨证:脾虚气弱,中气下陷,寒热互结,阳虚失温。治法:补中益气,升阳举陷,辛开苦降,温阳散寒,处方:补中益气汤合半夏泻心汤、四逆汤。具体药物:附片30g(先煎半小时),干姜20g,生晒参30g,黄芪30g,升麻15g,柴胡15g,枳壳30g,陈皮15g,白术30g,当归12g,黄连10g,大枣30g,法半夏30g,炙甘草15g。7剂,水煎服,每日1剂,分3次温服。

二诊(2020年8月7日):患者由家属搀扶到诊室,诉肢体乏力、腹部痞满缓解,口苦、口干减轻,纳差,仍诉四肢欠温,尿频,大便秘结,排便改善,肛门坠胀缓解,睡眠差。因患者症状有所减轻,情绪改善,胸闷减轻,阳虚仍明显,故附片加量至40g;患者脾虚,睡眠差,加用薏苡仁60g,取半夏秫米汤之意。

三诊(2020年8月14日):患者独立步行至诊室,欣喜状,精神、饮食明显改善,诉腹胀、乏力、头晕明显减轻,四肢温暖,无胸闷、心悸,小便正常,便秘、排便无力改善,肛门稍感坠胀。口干,睡眠差,头汗出,上半身感潮热,舌淡胖,舌体少津,苔白腻,脉沉细。在二诊方基础上,调整附片至30g,法半夏减量至20g,薏苡仁减量至40g,合封髓丹:黄

柏15g、砂仁15g。患者于2020年8月17日出院。多次电话回访,现患者症状明显减轻,情绪稳定,精神、饮食、睡眠可,二便正常。

3.4 温阳法治疗郁病

患者,女,48岁,于2022年8月23日初诊。主诉:全身乏力、反复失眠10余年。现病史:患者长期于高原工作生活,反复失眠10余年,入睡困难、多梦、记忆力下降、全身乏力、腹胀、畏寒、月经紊乱且量少。逐渐出现精神抑郁,自觉形神若离、生机萎顿,曾就诊于成都某医院诊断为“抑郁症”,口服抗焦虑抑郁药物不能缓解(具体用药不详),遂停药。刻症:患者焦虑面容,舌体胖大,舌质淡略偏暗,苔薄白,脉沉细。中医诊断:郁病,辨证:肝郁气滞、肝胃不和、寒热错杂证。治法:温阳开郁,处方:开郁和中合四逆汤加减。具体药物如下:柴胡15g,桂枝15g,白芍15g,黄连10g,法半夏20g,党参30g,干姜20g,大枣30g,郁金15g,炙甘草15g,附片60g(先煎),龙骨30g,牡蛎30g,代赭石30g,首乌藤30g。4剂,水煎服,每日1剂,每日3服,每次150mL。

二诊(2022年9月20日):患者神情欣悦,自诉神机得复,若重获新生,睡眠、精神明显好转,乏力畏寒、腹胀悉减,月经量仍偏少,记忆力较前好转,舌体略胖大,苔薄白,脉稍沉。效不更方,守一诊方加当归12g以养血调经,续服7剂。

3.5 养阳法治疗郁病

患者,女,55岁,于2023年12月7日就诊。主诉:情绪低落、失眠多梦3年,加重1月。现病史:患者近3年因退休后生活变故,逐渐出现情绪低落,对事物兴趣减退,夜间入睡困难(需2~3小时),多梦易醒,头晕昏沉,难以工作、驾驶,严重影响患者日常生活。曾诊断为“抑郁症”,服用帕罗西汀等药物治疗后疗效不佳,后求治于中医、中西医结合治疗后疗效仍欠佳。刻下:情绪低落,对事物兴趣减退,夜间入睡困难,多梦易醒,头晕昏沉,伴腰膝酸软、耳鸣、面色晦暗,无视物旋转,无恶心呕吐,大便偏稀,小便正常,舌质暗淡有瘀点,苔白腻,脉沉细。中医诊断:郁病,辨证:肾虚血瘀。治法:补肾填精、活血化瘀,处方:健脑通脉汤加味。具体药物如下:熟地黄20g,菟丝子15g,淫羊藿30g,制首乌30g,黄芪30g,丹参30g,桑叶20g,生山楂30g,酸枣仁30g,川芎15g,天麻15g,龙骨30g,牡蛎30g,远志15g。7剂,水煎服,

每日1剂，一日三服。

二诊（2023年12月14日）：患者诉入睡时间缩短至1小时，夜梦减少，头晕昏沉、腰膝酸软减轻，情绪稍好转，守初诊方，加枸杞子15g增强补肾之力，续服14剂。

三诊（2024年1月4日）：睡眠基本正常（入睡时间<30分钟），情绪明显改善，头晕耳鸣消失。调整方药：熟地黄15g，菟丝子15g，淫羊藿15g，制首乌20g，黄芪20g，丹参20g，桑叶15g，生山楂20g，酸枣仁20g，川芎10g，天麻10g，龙骨30g，牡蛎30g。续服2周巩固疗效。随访：3个月后电话回访，患者情绪稳定，睡眠正常，未再出现明显抑郁症状。

4 结 语

陈学忠教授以扶阳五法辨治郁病，在承前人对阳虚致郁认识的基础上，进一步确立并丰富了“阳虚为本，郁滞为标”的核心病机理论，遵循“扶阳为本，解郁为标”原则。通过对其学术思想与典型病例的总结，展现了潜阳、通阳、升阳、温阳、养阳五法在临床中的灵活运用，为郁病的治疗提供了重要的思路借鉴。值得注意的是，扶阳法，尤其是方中运用附子等辛热有毒之品时，须严格辨证，确属阳虚阴盛者方可投用。临床应重视药物的规范炮制，并采取先煎、久煎等减毒措施，并密切观察患者服药后的反应，确保用药安全。本文为经验总结性文章，所述疗效基于个案观察，未来有待通过设计严谨的病例系列研究或对照试验，采用汉密尔顿抑郁量表等标准化量表进行客观评价，以进一步验证其疗效并明确最佳适用范围。持续深入挖掘其理论内涵，并结合现代研究方法进行验证，为郁病的中医药治疗方案优化提供更扎实的循证依据。

参考文献

- [1] 张伯礼. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2017: 289-291.
- [2] Niimura H. Psychiatric disorders in the oldest-old [J].

Brain and Nerve = Shinkei Kenkyu no Shinpo, 2020, 72(12): 1361-1368.

- [3] D'Elia A, Bawor M, Dennis B B, et al. Feasibility of behavioral activation group therapy in reducing depressive symptoms and improving quality of life in patients with depression: The BRAVE pilot trial[J]. Pilot and Feasibility Studies, 2020, 6: 61.
- [4] 孙邈, 杨晨光, 张小弓, 等. 抑郁症患者的发病机制介绍及其中西医治疗进展研究[J]. 心理月刊, 2023, 18(6): 222-224.
- [5] 邢汝雯. 黄帝内经·素问篇[M]. 武汉: 华中科技大学出版社, 2017: 3.
- [6] 肖薇. 中西医结合让抑郁症患者重获身心平衡[N]. 健康报, 2023-11-23(6).
- [7] 郭同, 张琴, 梁芸丹, 等. 中西医结合治疗产后抑郁症的临床研究进展[J]. 成都医学院学报, 2023, 18(5): 670-674.
- [8] 张博, 朱旭, 张哲, 等. 基于CiteSpace的中医药治疗双心疾病相关研究可视化知识图谱分析[J]. 中医导报, 2023, 29(7): 133-140.
- [9] 张永艳, 尹霞, 于洋, 等. 扶阳涤痰解郁汤联合草酸艾司西酞普兰治疗缺血性脑卒中后抑郁（肾虚血瘀痰阻型）的疗效研究[J]. 湖北中医杂志, 2024, 46(7): 12-15.
- [10] 吴迪, 米甜, 王贺东, 等. 淫羊藿素的药理作用及分子机制研究进展[J]. 医学研究与教育, 2023, 40(6): 1-11.
- [11] 赵婧含, 李雪, 吴文轩, 等. 熟地黄的化学成分及药理作用研究进展[J]. 中医药学报, 2023, 51(6): 110-114.
- [12] 赵艳青, 滕晶. 基于中医传承辅助平台系统精神分裂症的组方用药规律分析[J]. 中国中医急症, 2014, 23(11): 1980-1983.
- [13] 叶峥嵘. 郁证形成的正气亏虚病机探讨[J]. 陕西中医学院学报, 2013, 36(2): 13-14.
- [14] 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.
- [15] 马庆韬, 张润琛, 付天聪, 等. 从“阳”立论, 浅析抑郁症的治则治法[J]. 四川中医, 2023, 41(10): 42-46.
- [16] 王睿, 张章, 刘立安, 等. 五脏神与足太阳膀胱经的紧密联系探析[J]. 安徽中医药大学学报, 2021, 40(1): 7-9.
- [17] 马小俊, 陈澈, 王全年. 从扶阳论治抑郁症的学术思想探析[J]. 云南中医中药杂志, 2022, 43(6): 18-20.

（收稿日期：2026-03-16；本文编辑：汪怡婷）