

临证承启

DOI: 10.16305/j.1007-1334.2026.z20250923006

张志明应用升阳益胃汤辨治抑郁症的临证经验

兰园媛¹, 唐亚芬¹, 白彩瑞¹, 崔玉苗², 马美琳¹, 吴 荣³

1. 甘肃中医药大学中西医结合学院(甘肃 兰州 730000); 2. 天水市中医医院重症医学科(甘肃 天水 741000); 3. 甘肃省中医药研究院心内科(甘肃 兰州 730050)

【摘要】 介绍张志明教授运用升阳益胃汤辨治抑郁症的临证经验。张教授提出抑郁症核心病机始于脾胃虚弱, 清阳不升, 致水谷精微不归正化, 神机失养; 继而中焦纳运失常, 痰浊内蕴, 阻碍阳气生发, 令神机颓废; 加之肝郁失疏, 横逆乘脾, 气滞痰浊交互为患, 加剧阳气郁遏, 导致神机失司, 终发为郁证。临证主张从脾胃立论, 以“培土升阳, 疏肝达郁”为法, 以升阳益胃汤为主方, 尤重风药在升阳、疏肝、胜湿中的妙用; 强调临证化裁, 择时服药, 配合心理疏导, 综合干预以增效, 为突破抑郁症西药治疗瓶颈和拓展中医辨治思路提供新途径。

【关键词】 抑郁症; 升阳益胃汤; 经典名方; 临床应用; 中医药疗法; 名医经验

Zhang Zhiming's clinical experience in applying Shengyang Yiwei Decoction for pattern-based diagnosis and treatment of depressive disorder

Lan Yuanyuan¹, Tang Yafen¹, Bai Cairui¹, Cui Yumiao², Ma Meilin¹, Wu Rong³

1. School of Integrative Chinese and Western Medicine, Gansu University of Traditional Chinese Medicine, Lanzhou, Gansu 730000, China; 2. Department of Critical Care Medicine, Tianshui City Hospital of Traditional Chinese Medicine, Tianshui, Gansu 741000, China; 3. Department of Cardiology, Gansu Provincial Hospital of Chinese Medicine, Lanzhou, Gansu 730050, China

Abstract: This paper introduces Professor Zhang Zhiming's clinical experience in treating depression with Shengyang Yiwei Decoction. Professor Zhang proposes that the core pathogenesis of depressive disorder is primarily attributed to deficiency of the spleen and stomach, which leads to failure of clear yang to ascend. This pathological mechanism impairs the transformation, transportation, and distribution of water and grain essence, ultimately resulting in reduced mental vitality and spiritual activity. Subsequent dysfunction of the middle jiao promotes the accumulation of phlegm-turbidity, further obstructing the production and flow of yang qi and aggravating mental fatigue. Accompanying liver qi stagnation and spleen constraint exacerbate this condition by inducing additional qi stagnation and phlegm accumulation, which collectively contribute to yang obstruction and mental depression. The treatment principle emphasizes strengthening the spleen, uplifting yang, and soothing liver qi stagnation. Shengyang Yiwei Decoction is used as the core prescription, which distinctively incorporates wind-dispersing herbs to activate yang, regulate the liver, and resolve dampness. The therapeutic approach also highlights the importance of accurate syndrome differentiation, tailored application of herbal medicine, psychological support, and integrated intervention to improve clinical outcomes. This strategy not only addresses the multifactorial pathogenesis of depressive disorder but also expands the scope of traditional Chinese medicine-based pattern differentiation and treatment, offering a complementary alternative to conventional Western antidepressant therapies.

Keywords: depressive disorder; Shengyang Yiwei Decoction; classic famous formula; clinical application; traditional Chinese medicine therapy; famous physician's experience

[基金项目] 国家中医药管理局第五批全国中医临床优秀人才研修项目(国中医药人教函[2022]1号)

[作者简介] 兰园媛, 女, 硕士研究生, 主要从事中西医结合防治心血管疾病研究工作

[通信作者] 吴荣, 主任医师, 硕士研究生导师; E-mail: wurong01@163.com

抑郁症(depressive disorder)是以持续性抑郁情绪、兴趣减退、认知功能损害及自杀倾向为特征的

疾病。基于全球疾病负担研究数据统计,全球约有 2.8 亿抑郁症患者^[1],中国成人年患病率达 3.6%^[2],抑郁症或将于 2030 年跃居全球疾病负担首位。当前治疗面临疗效局限(低治愈率、延迟起效、自杀风险窗口期增大)、副作用及依从性三重困境。抑郁症属于中医学中的“郁证”范畴,中医药在不同层面防治抑郁症优势明显,且安全性更优。

张志明教授为全国名中医,教育部“长江学者奖励计划”特聘教授,博士研究生导师,现任甘肃省中医院党委副书记、院长,从事临床工作 30 余载,长期致力于中西医结合防治内科急危重症及疑难杂病。现今郁证辨治常聚焦于心、肝、肾,多以疏肝解郁、清心化痰、滋阴清热为法^[3]。张教授有别于此,秉承李东垣“脾胃内伤,百病由生”之论,从脾胃立论,深刻阐释“清阳不升”致郁之核心病机,临证获效显著。本文旨在系统总结其运用升阳益胃汤治疗本病的临证经验。

1 病机分析

1.1 脾胃虚弱、清阳不升为发病之基 《灵枢·平人绝谷》“神者,水谷之精气”之论提出脾胃化生的水谷精微是神志活动的基础;《素问·生气通天论》“阳气者,精则养神”进一步阐明阳气内化水谷精微奉养心神;《脾胃论》论述胃主受纳腐熟水谷,脾主运化升清,二者纳运相协以升发清阳,内化水谷精微上奉心脑,滋养神志^[4]。百病皆由脾胃衰而生,郁证亦如此。脾胃既虚,则清阳不升、浊阴壅塞,气机升降逆乱,中焦枢机失运:一则水谷精微不能内化上奉心脑,神机失养见思维迟滞、健忘疑病;二则纳运失职,中焦气滞阻碍情志疏泄,见情绪低落、兴趣减退;三则土不生金,肺气生化无源,肺无所养,卫阳不固,故畏寒自汗、少气懒言、不喜外出,久之社交回避而孤僻;四则清阳不升反降,下行扰动肾关,阴火乘其土位,上冲扰神致失眠、惊悸;五则中气下陷累及肾气,肾失固摄见尿频、失禁,伴生羞耻感;六则浊阴壅塞胆腑,疏泄通路受阻,胆枢不利,决断失常而焦躁惊惧,终发为郁证。故脾胃虚弱、清阳不升为郁证发病之基。

张志明教授主张“治郁当重扶阳”,强调脾胃协同升阳以濡养神机,重视胃阳。胃属阳土,性主动不息,脾之散精赖胃阳之蒸腾,故脾禀气于胃。胃气升则脾气始升,脾胃虚弱常始于胃,胃病则脾无所禀而继病,故治脾胃之损首在升发胃阳^[5]。升阳益胃汤方中借柴胡、防风、羌活等风药轻扬升散之

性,于早、午饭后服药,先振胃阳,助其腐熟水谷,化生精微^[6]。其后投以黄芪、党参、白术、炙甘草等甘温之品,使培中之力得以充分发挥。待胃阳得升,更借风药升提之效,辅以半夏、陈皮、茯苓、泽泻健运中焦、蠲除痰浊,湿浊既去,则脾阳自伸,运化复常。全方先以风药启枢醒胃,继以健脾之药升阳培土,兼顾服药时序与药味配伍,寓通于补,标本兼治,共奏培土升阳之功。

1.2 痰浊壅滞属病证之标 中焦虚衰,其本在于清阳不升;脾胃羸弱,其机在于生发之气不达。今中气不旺,则枢机莫转,虚者益虚。水谷不化,积为湿浊;水湿不运,凝而成痰,痰浊壅滞,更碍阳气生发,令神机失养。痰浊上蒙清窍,见“脑为之不满,耳为之苦鸣,头为之苦倾,目为之眩”,甚则出现喃喃自语等神乱之象;痰浊作为有形实邪,进一步困厄脾土,加重脾胃虚弱之候;脾阳失煦,肌肉自伤,见倦怠乏力、肢体麻木。痰浊可加速郁证从功能失调向形质损伤转归,原因有二。其一,初始痰浊黏滞,阻滞气机,可见情绪低落、善太息等功能性气郁之象^[7];然持续不愈,则由气入血,入络伤形,导致窍道壅滞、络脉失和,表现为喉中异物感、胸胁刺痛、肢体麻木等形质损伤之征。其二,痰浊久羁成窠囊,不仅加重阻碍气血,更直接耗伤脏腑经络,形成结节、痰核,持续损耗精微,致阴阳失衡难以自复,成为疾病深化与迁延的关键环节^[8]。针对上述病机,张教授临证注重风药轻用胜湿,以其升散透达之性导湿外泄;并配合白术、茯苓、泽泻,共奏“燥湿、渗湿、泄湿”协同之效,佐以健脾复运,直指痰浊核心。升阳益胃汤全方治疗贯穿小剂量缓补原则,以防大补壅滞,再伤中气。此非以绝对剂量论,实为原方用法、病机演变、配伍机制之综合体现。溯本求源,李东垣制方黄芪虽用至二两(约今制 60 g),然煎服法为“每服三钱,渐加至五钱止”,日服量实际仅 9~15 g,且择时服药以助药力,意在轻剂缓图、药力绵长。临证运用当审痰浊消长、察枢机转复、顺脾欲缓之性,分期施治:初期坤土虚弱不可峻补,补益药宜 9~15 g,若终日不饥、饭后胀甚,为运脾不足,可佐苍术;中期痰浊渐化、枢机得复,可酌情加减山药等平补之品,若饥不欲食、饭后微胀,守方观察,或佐麦芽等醒脾开胃;后期痰浊得化、运化复常,补益药渐增至 15~20 g,若虚象明显,稍增用量仍须佐运脾之品,或以丸剂缓图巩固。张教授临证深秉此旨,审时度势、动态调方,使补而不滞。

1.3 肝郁乘脾,痰浊壅滞加剧,病情迁延 肝主疏泄,喜条达,调畅气机与情志。情志不畅则肝气郁结,疏泄失职,初起见情绪低落或烦躁易怒、胁肋胀痛、善太息等症;肝阳被遏,魂不守舍,则见失眠乱梦、易惊不安。若久郁不解,由气及血,痰瘀胶结,可发为胸闷、心悸、喉部异物感等。肝郁乘脾,可见脘痞纳呆、嗳气泛恶。肝郁既可因情志所伤而起,亦可因脾虚气机困遏所致,形成“土壅木郁”的恶性循环。肝郁脾虚互为因果,加重痰浊壅滞,终致病情迁延,临证需辨孰先孰后^[9]。张教授临证强调肝脾同治,以辛散风药疏肝解郁、调达气机,顺应肝气升发之性;配合补益脾胃之品,复健中焦运化,以解土壅之困;治肝兼顾养阴,常佐白芍敛阴柔肝,与风药刚柔相济,防其疏泄太过而耗伤阴血。

2 治法方药

张教授认为郁证病位在脾胃,与肝关系密切,临床治疗上应针对郁证病机入手。病机总属本虚标实,虚实夹杂。脾胃虚弱、清阳不升为发病之本,痰浊壅滞属病证之标。病机关键是脾胃纳运不及,阳气升发不足,肝疏泄失职。基于以上对于郁证病机的认识,张教授治疗郁证从脾胃立论,经验推崇用升阳益胃汤为主方治疗,主治脾胃虚弱、清阳不升证。该方出自《内外伤辨惑论》,药物组成为黄芪、党参、白术、炙甘草、半夏、陈皮、茯苓、泽泻、柴胡、防风、羌活、独活、白芍、黄连^[10]。方中黄芪、党参、白术、炙甘草培补脾胃,固守中州之本,合半夏、陈皮、茯苓、泽泻健脾化湿,湿去则气机畅,阳气升发自复,直指“脾胃虚弱、清阳不升”的核心^[11]。柴胡、防风、羌活、独活等风药兼具三重功效:其一,味辛提肝木之气,辛散疏肝以解郁;其二,秉升散之性,可胜湿助运,醒脾燥湿以复脾运;其三,具升举阳气之力,又协同醒脾燥湿与疏肝解郁之功。白芍养阴柔肝,配伍炙甘草可酸甘化阴、缓急止痛;与柴胡并用,既制其辛散劫阴之弊,又防酸敛致郁之虞,共调肝之体用,兼和肝脾^[12]。黄连辛开苦降,清泄郁火。全方契合郁证本虚标实、虚实夹杂的复杂病机,是从脾胃立论治疗郁证的典范方剂^[13]。张教授临证强调灵活变通,主张“有病则从权”,注重随证加减与合方化裁。加减:若兼心悸胆怯甚者,酌加石菖蒲、远志、龙骨、牡蛎以潜镇安神;若见脘痞、舌苔厚腻者,则暂去黄芪、党参之壅滞,改用苍术、厚朴以燥湿运脾,山楂、神曲以消食导滞;若见嘈杂吞酸、嗳气呕恶者,则去羌活、独活之辛燥,改用吴茱

萸清肝和胃、降逆止呕。合方:痰热甚者合黄连温胆汤清化痰热;脏躁症见喜怒无常者,则合甘麦大枣汤养心润燥等。张教授临证运用本方之特色,可概括为以下三要。一为善用风药。张教授深谙风药升散之性,巧借柴胡、防风、羌活、独活之类,使阳气升而湿浊化,肝气疏而郁自解,乃融升阳、化湿、疏肝于一法。二为活法圆机。痰浊偏盛暂去参、芪壅滞之弊,易以苍术、厚朴运脾燥湿;肝胃不和则去羌、独辛燥,佐入吴茱萸,配合黄连辛开苦降;兼心神不宁加龙骨、牡蛎以潜镇安神。三为择时服药。嘱患者于早饭、午饭后服药,借阳气升发之势以辅药力,更合“培土升阳”之旨^[14]。以此三要,承古创新,理法兼备,体现其从脾胃论治郁证的学术思想。

3 验案举隅

患者,男,24岁。初诊日期:2024年9月5日。

主诉:持续情绪低落、兴趣减退1年。家庭变故后出现情绪低落、兴趣减退、社交回避,伴乏力,入睡困难,食欲不振,其间无自杀意念或幻觉妄想。患者本次就诊前及整个观察周期内,未服用任何抗抑郁西药,亦未合并使用可能影响情绪评价的药物。刻下:患者情绪抑郁,无故悲忧,喜怒不定,心悸易惊,胸闷,善太息,乏力,时有喃喃自语,脘腹、后背胀痛,畏寒,纳呆,寐差,每日睡眠3~4h,二便调,近期体质量下降4kg;舌胖,舌苔白腻,脉弦细。查体:意识清晰,情绪低落,语速缓慢,思维迟钝。血压(BP)为109/75 mmHg,心率(HR)为72次/分。辅助检查:血常规、生化全套、甲状腺功能均正常;头颅磁共振成像无异常;汉密尔顿抑郁量表(HAMD)-17评分21分(属中度抑郁);症状自评量表(SCL)-90检测提示抑郁因子升高(2.9分)。

西医诊断:抑郁症;中医诊断:郁证;辨证:脾胃虚弱,清阳不升;治法:培土升阳,疏肝达郁;方药:升阳益胃汤加減。

处方:黄芪15g,党参15g,白术10g,炙甘草6g,半夏10g,陈皮10g,茯苓9g,泽泻9g,柴胡6g,防风10g,羌活6g,升麻6g,白芍15g,黄连3g,石菖蒲10g,远志10g,厚朴10g。每日1剂,水煎,分早、午饭后30min温服。

二诊(9月19日):药后患者心悸易惊症状显著改善,腹胀、畏寒较前转佳,仍见情绪低落,善悲欲哭,乏力,后背胀痛,纳差,夜寐欠安;舌胖,舌苔白腻,脉弦细。继投养血安神、疏肝解郁之品,守上方加減。前方改柴胡10g,去厚朴,加酸枣仁10g。煎

服法同前。指导患者调整作息,适度运动。

三诊(10月3日):病情同前。药后患者情绪趋于稳定,睡眠延长至6h,仍感乏力,纳食不馨。复查HAMD-17评分降至16分(轻度抑郁)。患者目前尚有脾虚,侧重健脾,守上方加减。前方改柴胡6g,去羌活、黄连、远志、石菖蒲,加山药15g。煎服法同前。嘱患者可少食枣、栗等,并鼓励外出社交。

四诊(10月17日):药后患者心情转佳,HAMD-17评分10分,SCL-90抑郁因子降至1.4分,体质量回升2kg,予前方继服。随访6个月,病情稳定。

按 此案患者因家庭变故致情志受伤,脾胃受损而纳运失职,症见腹胀、不嗜食、不知味、体质量减轻;阳气虚则惨惨不乐,喜怒无定;脾虚失运则怠惰嗜卧、胸闷短息、舌胖也;肺卫不固则恶寒,肺俞失养致背胀;肝气郁结,胆腑疏泄失常,又犯脾土,加重痰浊壅滞,见心悸胆怯、善太息、背痛。综观舌脉症,畏寒、乏力、纳呆、舌胖乃“脾胃虚弱,清阳不升”之明证,情绪低落、善太息乃“肝郁乘脾”之象。辨证为脾胃虚弱、清阳不升,治当培土升阳、疏肝达郁,主选升阳益胃汤为用。初诊用药思路有三:一禀李东垣制方用法,轻剂缓图、药力绵长;二遵“脾健不在补贵在运”之训,运化为先,待生长之气渐旺再徐图补益;三佐升麻入脾胃,功专升阳助运,使补益由守转运,清阳复位。再以厚朴行气除胀;石菖蒲、远志安神定悸。择早、午饭后服药,借阳气升发与谷气载运,使药力随阳而升。二诊患者惊悸、腹胀、畏寒减,然情绪抑郁、夜寐欠安,属痰浊渐化而枢机待复,故守方继进,不宜遽补;改柴胡10g疏肝,加酸枣仁10g安神;并指导患者规律作息,借日常调摄以助药力,俾内外同修、身心同治。三诊患者情绪趋稳、睡眠延长,提示痰浊渐化、清阳始升,枢机已具补益之机;仍乏力纳差,加山药15g健运中州,使补益渐增。平日嘱患者以五果为助,少食枣、栗,以资中土;鼓励外出社交,借行为激活调畅情志。药后随访,患者病情尚稳定,HAMD-17评分降至10分,SCL-90量表抑郁因子降至1.4分,诸症改善,疗效确切。纵观本案,贯穿小剂量缓补原则。初诊用药紧扣运化为先之旨;二诊痰浊渐化而未增补益,守枢机待复之度;三诊枢机得转,加山药补益渐增。全案进退有据,契合该原则之精髓,故收效显著。

4 小结

张教授从脾胃立论,提出“脾胃虚弱,清阳不升”的核心病机、“培土升阳,疏肝达郁”的主要治法,以升阳益胃汤为主方,巧妙运用风药,融升阳、疏肝、胜湿于一体,构建了以脾胃为中心的郁证病机理论,与疏肝解郁法相辅相成,突破了郁证多责肝论治之常规,为抑郁症的中医辨治提供了新思路。其注重临证化裁、择时服药及身心同治的诊疗策略,显著提升了临床疗效。本文初步总结其临证经验与学术观点,未来可通过设计高质量随机对照试验进一步验证其疗效,并结合神经-内分泌-免疫网络系统探讨其作用机制,以期为中医药防治精神类疾病提供高级别循证证据及临床实践指引。

参考文献:

- [1] Herrman H, Patel V, Kieling C, et al. Time for united action on depression: a Lancet-World Psychiatric Association Commission [J]. Lancet, 2022, 399(10328): 957-1022.
- [2] Lu J, Xu X F, Huang Y Q, et al. Prevalence of depressive disorders and treatment in China: across-sectional epidemiological study[J]. Lancet Psychiatry, 2021, 8(11): 981-990.
- [3] 丁砚秋,马晓昌,刘南阳,等. 郁证的中医证治源流及沿革考辨[J]. 中华中医药杂志, 2024, 39(9): 4581-4585.
- [4] 李东垣. 脾胃论[M]. 太原:山西科学技术出版社, 2018: 50.
- [5] 许勇镇,阮诗玮,丘余良. 李东垣“胃气升发”论析疑[J]. 中国中医基础医学杂志, 2017, 23(7): 898-900.
- [6] 温颢然,佟歌,高坤,等. 风药治疗抑郁症作用机制探究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2024, 30(10): 1663-1666.
- [7] 黄璜,张多,刘朋良,等. 基于“益火之源,以消阴翳”理论论治抑郁症[J]. 中国中医基础医学杂志, 2024, 30(10): 1672-1675.
- [8] 吴朝玲,蒙珊慧,郭梦坤,等. 国医大师熊继柏基于“窠囊”论治抑郁症[J]. 中国中医药信息杂志, 2025, 32(2): 179-183.
- [9] 孙敬宣,战丽彬. 战丽彬从“土郁夺之”论治抑郁症经验[J]. 上海中医药杂志, 2024, 58(10): 55-58.
- [10] 李东垣. 内外伤辨惑论[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2019: 25.
- [11] 纪甜,赖喜琳,李瑞,等. 李东垣《脾胃论》中补虚药的用药规律及特点[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(A2): 1-2.
- [12] 刘钟阳. 李杲医学创新探析及李杲风药“升补相伍”理论和实践的研究[D]. 北京:北京中医药大学, 2023: 67.
- [13] 王小文,白建英,芦迪,等. 经典名方升阳益胃汤的历史沿革与现代临床应用研究概况[J]. 中国实验方剂学杂志, 2022, 28(19): 173-184.
- [14] 刘慧慧,胡国恒,刘建和,等. 王行宽教授运用升阳益胃汤辨治慢性肠炎临床经验[J]. 时珍国医国药, 2024, 35(2): 469-471.

编辑:张立艳

收稿日期:2025-09-23