

不执疏肝治郁病，阳化水饮神自安

一难治性失眠伴抑郁

姓名： 杨某 性别： 男 年龄： 47 岁 2025 年 8 月 11 日初诊

主诉： 夜寐不安 3 月。

现病史：患者 3 月前无明显诱因出现夜寐不安，入睡困难、睡后易醒，醒后不能再睡，先后至市一院、二院、四院就诊，予艾司唑仑、思诺思、劳拉西泮、佐匹克隆等药物治疗。此次入院：患者情绪低落，愁闷，兴趣减退，不愿面对工作及社交活动，倦怠懒动，口干欲饮，时有耳鸣、视物模糊，饭量不减，但食欲减退，夜寐欠安，大便干结（服用安眠药前大便一日两次），小便正常。

查体：BP：116/81mmHg，心肺听诊正常，双下肢不肿。神经系统查体：无异常。

个人史：出生于连云港市，久居本地，无传染病流行区居住史，无冶游史，否认吸烟饮酒史。

既往史、过敏史、家族史：均无。

中医体征：舌质淡红水润，边有齿痕，苔薄白，脉弦细。近 1 月体重下降明显。

诊断：中医诊断：郁病，肝郁脾虚证，西医诊断：焦虑抑郁状态。

治法：疏肝健脾、解郁安神

处方：逍遥散加减

方药：当归 10g、白芍 10g、柴胡 10g、茯苓 15g、白术 10g、炙甘草 10g、生姜 10g、薄荷 6g、川芎 10g、香附 10g、陈皮 10g、郁金 10g，4 剂，水煎服，日两次。

2025 年 8 月 15 日

药后，患者睡眠较前稍改善，仍情绪低落、愁闷，倦怠懒动，兴趣丧失。舌脉同前，请丰老师指导！

2025 年 8 月 16 日

丰广魁老师查房：该患者肝郁脾虚是存在的，但这里面肝郁是因还是脾虚是因？虚是本还是实是本？我们要去思量下，我认为该患者不适合去解郁，该患者主要存在的问题在“饮”，应该去化饮。如果该患者的脉是弦大脉的话可以去解郁，但该患者的脉呈现的是弦细脉。中医诊断：郁病，证型：水饮上犯，治法：温阳化饮兼以安神，选方：苓桂术甘汤+补益心气药物，方药：茯苓 30 克、桂枝 10 克、白术 12 克、炙甘草 6 克，灵芝 18 克，5 剂水煎服，日两次。当然如果大家没有想到苓桂术甘汤，可不可以选用它方，我认为也是可以的，如使用“补中益气汤”（补气）或是“东垣清暑益气汤”（益气化湿）都应该有效。

2025 年 8 月 21 日：

药后，患者倦怠懒动症状好转，口干、心烦减轻，纳可，寐转安，大便两日一行，便质软，小便调。舌质淡红，边有齿痕，苔薄白润，

脉弦细。守上方一周。

编者按：本案患者以“夜寐不安”为主诉，病程中经服多种镇静催眠药物及抗焦虑抑郁药物治疗，疗效初显后衰减，伴情绪低落、兴趣减退、倦怠懒动等核心症状，兼见口干欲饮、耳鸣视物模糊、大便干结等躯体表现，予逍遥散加减以疏肝健脾，服药后睡眠稍改善，但情绪与倦怠症状仍存，此为辨证深化之关键节点。丰广魁老师基于“水饮上犯”的核心病机，确立“温阳化饮兼以安神”治法，选苓桂术甘汤为基础方，此方乃仲景温阳化饮之代表，方中重用茯苓30克，健脾渗湿、宁心安神，一药双解水饮与失眠；桂枝温通心阳、化气行水，助水液运化；白术健脾燥湿，与茯苓相须为用，奏“培土制水”之效；炙甘草益气和中，调和诸药。更佐灵芝18克补益心气，因水饮久停易耗伤心气，心气足则心神得养、水饮得化，标本兼顾。

丰广魁老师临证思辨，未囿于“郁病多从肝治”的常法，而是紧扣“病机标本”与“舌脉”两大核心，展开层层剖析：其一，提出“肝郁与脾虚孰为因果、虚与实孰是根本”，打破“情绪异常即属肝郁”的惯性认知，指出临床需辨清病症与本质病机的关系；其二，聚焦舌脉客观指征——患者舌质淡红水润、边有齿痕，提示水湿内蕴，脉见弦细而非弦大，“弦脉”虽可属肝，但“细脉”更露气血不足、水饮阻滞之象，此为否定单纯的“肝郁”、确立“水饮”核心病机的关键依据。盖水饮为阴邪，易上扰清窍则耳鸣、视物模糊，上凌心神则夜寐不安；又水饮困脾，脾失健运则气血生化乏源，故见倦怠懒动、体重下降，虽有情绪抑郁之“郁象”，实由水饮阻滞气机、心神失养所致，

若徒用逍遥散之疏肝解郁，不仅难除水饮病根，反可能耗伤正气，致虚者更虚、饮者更停，此即“不适合单纯解郁”之要义。（宁倩）