

吴节教授从湿论治郁证经验

——基于半夏厚朴汤治疗脾虚夹湿型郁证

吴其轩¹, 吴 节²

¹成都中医药大学临床医学院, 四川 成都

²成都中医药大学附属医院治未病中心, 四川 成都

收稿日期: 2025年12月19日; 录用日期: 2026年1月16日; 发布日期: 2026年1月28日

摘要

目的: 总结吴节教授从湿论治脾虚夹湿型郁证的临床经验, 为该证型郁证的中医辨证施治提供新思路与参考依据。方法: 基于四川盆地多雨潮湿的地域特点及人群痰湿质的体质特征, 梳理吴节教授提出的“湿邪困阻脾胃、气机不畅”为郁证核心病机的理论观点; 以《金匮要略》半夏厚朴汤为主方, 结合1例少年郁证三诊典型病案, 分析其辨证思路、用药规律及临证加减技巧。结果: 针对脾虚夹湿型郁证, 吴节教授以半夏厚朴汤为基础, 注重健脾祛湿与理气解郁并举, 通过三诊辨证调方, 患者症状明显改善, 体现了从湿论治该证型郁证的有效性。讨论: 传统郁证治疗多侧重疏肝理气、养心安神, 而吴节教授从湿邪困脾、气机失调角度切入, 兼顾虚实夹杂的证候特点, 丰富了郁证的中医辨治体系, 对临床诊治脾虚夹湿型郁证具有重要的指导价值。

关键词

郁证, 脾虚夹湿, 半夏厚朴汤, 从湿论治, 吴节, 名医经验

Professor Wu Jie's Experience in Treating Yu Syndrome by Eliminating Dampness

—Based on Banxia Houpu Decoction for Spleen-Deficiency with Dampness-Type Depression Type Yu Syndrome

Qixuan Wu¹, Jie Wu²

¹Clinical Medical College, Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Chengdu Sichuan

²Preventive Treatment Center, Affiliated Hospital of Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Chengdu Sichuan

Received: December 19, 2025; accepted: January 16, 2026; published: January 28, 2026

文章引用: 吴其轩, 吴节. 吴节教授从湿论治郁证经验[J]. 中医学, 2026, 15(2): 59-66.
DOI: 10.12677/tcm.2026.152074

Abstract

Objective: To summarize Professor WU Jie's clinical experience in treating depression of spleen-deficiency with dampness type from the perspective of dampness elimination, and to provide new ideas and reference basis for the syndrome differentiation and treatment of this type of depression in traditional Chinese medicine (TCM). **Methods:** Based on the rainy and humid geographical characteristics of the Sichuan Basin and the phlegm-dampness constitution of the local population, this study sorted out the theoretical viewpoint proposed by Professor Wu Jie that "dampness pathogen obstructing the spleen and stomach, leading to unsmooth flow of qi" is the core pathogenesis of depression. Taking Banxia Houpu Decoction recorded in Synopsis of the Golden Chamber as the main prescription, combined with a typical three-visit medical case of adolescent depression, the syndrome differentiation thinking, medication rules and clinical modification skills were analyzed. **Results:** For depression of spleen-deficiency with dampness type, Professor WU Jie took Banxia Houpu Decoction as the foundation, focused on the combination of invigorating the spleen for eliminating dampness and regulating qi for relieving stagnation. Through syndrome differentiation and prescription adjustment in three visits, the patient's symptoms were significantly improved, which reflected the effectiveness of treating this type of depression from the perspective of dampness elimination. **Discussion:** Traditional treatment of depression mostly focuses on soothing the liver to regulate qi and nourishing the heart to tranquilize the mind. However, Professor WU Jie starts from the perspective of dampness pathogen invading the spleen and qi movement disorder, taking into account the syndrome characteristics of intermingled deficiency and excess, which enriches the TCM syndrome differentiation and treatment system of depression and has important guiding value for clinical diagnosis and treatment of depression of spleen-deficiency with dampness type.

Keywords

Yu Syndrome, Spleen-Deficiency with Dampness, Banxia Houpu Decoction, Eliminating Dampness, Wu Jie, Experience of Distinguished Physicians

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

郁证是一类以情绪低落、胸闷胁胀、多疑善虑等为主要表现的情志疾病，近年来受生活节奏加快、精神压力剧增等因素影响，其发病率呈显著上升趋势，严重威胁人群身心健康。目前临床对郁证的辨治多以疏肝理气、养心安神为核心法则，虽取得一定疗效，但仍存在部分患者辨证精准度不足、疗效欠佳的问题。四川盆地多雨潮湿的地域环境易致湿邪内生，加之当地人群痰湿质的体质倾向，湿邪困阻脾胃、气机升降失常与郁证的发生发展密切相关。吴节教授深耕中医临床三十余载，创新性提出“湿邪困脾、气机不畅”为郁证核心病机，尤重脾虚夹湿这一虚实夹杂证型的辨治，主张以《金匮要略》半夏厚朴汤为基础方，结合临证化裁，在少年郁证等病例中收效显著。本文拟通过梳理吴节教授从湿论治脾虚夹湿型郁证的理论思想与典型病案，总结其辨证思路及用药规律，以期为临床郁证的多元化辨治提供新的思路与参考。

方法：基于四川盆地多雨潮湿的地域特点及人群痰湿质的体质特征，梳理吴节教授提出的“湿邪困

阻脾胃、气机不畅”为郁证核心病机的理论观点；结合1例临床典型病案，总结其辨证思路及临证技巧。

结果：针对脾虚夹湿型郁证，吴节教授以半夏厚朴汤为基础，注重健脾祛湿与理气解郁并举，通过三诊辨证调方，患者症状明显改善，体现了从湿论治该证型郁证的有效性。

讨论：传统郁证治疗多侧重疏肝理气、养心安神，而吴节教授从湿邪困脾、气机失调角度切入，兼顾虚实夹杂的证候特点，丰富了郁证的中医辨治体系，对临床诊治脾虚夹湿型郁证具有重要的指导价值。

2. 疾病概述

郁证是中医临床常见的情志类疾病，核心病机为情志不舒、气机郁滞，进而导致肝、脾、心三脏功能失调，以心情抑郁、情绪不宁为主要表现[1]，常伴随胸部满闷、胁肋胀痛、咽中异物感及脾胃不适等症状。其中，脾胃系症状是脾虚夹湿型郁证的典型特征，多由“肝郁犯脾”“脾失健运”引发，具体可表现为食欲减退、胃脘胀闷、腹部胀满(食后加重)、大便异常(稀溏或黏滞不爽，或因气机郁滞致干结)，部分患者还会出现嗳气频繁、恶心欲呕、口中黏腻、神疲乏力等表现。正如《医学正传·郁》[2]所云：“或雨湿之侵凌，或酒浆之积聚，故为留饮湿郁之疾”，明确指出湿邪侵袭、湿滞中焦与郁证的密切关联；清·李用粹《证治汇补·郁症》[3]亦言“脾郁中满不食”，进一步强调脾失健运、湿郁互结是郁证的重要病机分支。

在现代医学范畴中，中医郁证无直接对应的病名，其临床表现主要指向以情绪障碍为核心的疾病，其中最常见的为抑郁症与广泛性焦虑障碍。抑郁症以持续低落心境、兴趣或快感缺失为核心，伴随认知及躯体功能异常，多由遗传、神经生化紊乱(如血清素、多巴胺失衡)及心理社会因素共同作用引发；广泛性焦虑障碍则以持续过度且难以控制的焦虑为核心，伴随自主神经功能紊乱、肌肉紧张及行为回避，焦虑内容多与日常生活琐事相关。

相较于西药治疗(易出现耐药性、不良反应)，中医药治疗郁证具有独特优势，通过辨证论治调整脏腑功能，既能显著减轻情绪及躯体症状、缩短治疗周期，又能减少不良反应，同时帮助患者恢复日常生活调摄能力，尤其适合病程缠绵、虚实夹杂的郁证患者。吴节教授作为四川省名中医，从事临床、教学及科研三十余年，擅长诊治郁证类疾病，其立足四川地域特点提出的“从湿论治”脾虚夹湿型郁证经验，临床实用性极强。

3. 病因病机

吴节教授结合多年临床实践，认为脾虚夹湿型郁证的发病核心在于“情志失调为诱因，湿邪困脾为关键，气机不畅为纽带”，三者相互影响、形成恶性循环，最终导致郁证缠绵难愈，具体病机传变过程如下。

3.1. 情志失调，肝气郁结为始动因素

中医认为“肝主疏泄”，核心功能是调畅全身气机、促进气血津液运化、调节情志活动。当人体长期处于精神压抑、过度恼怒、情志不舒的状态时，会直接导致肝的疏泄功能失常，形成肝气郁结。肝气郁结并非单纯的情绪问题，而是气机运行受阻的病理状态，不仅会影响情志的条达，更会通过“肝木乘脾土”的五行传变，直接克制脾胃的运化功能——此为“湿邪内生”的始动环节，也是吴节教授强调“郁证多兼脾虚湿滞”的核心依据之一。肝郁既损本脏，又乘脾气[4]戕害脾运化水谷之力，致中州生化乏源，即肝气横逆中土，致脾失健运。

3.2. 脾失健运，湿邪内生为关键环节

《四圣心源·六气偏见》[5]言：“一切内外感伤杂病，尽缘土湿也”。抑吴节教授结合四川地域多潮湿的环境特点，及患者(如本例少年)嗜食辛辣、脾胃娇弱的体质特征，同时指出：四川地处盆地，多雨

潮湿，人群体质占比多为痰湿质，此类体质人群脾胃运化本就相对薄弱，更易因外湿侵袭与内湿内生相合，加重“脾失健运”的程度，进而诱发或加重郁证。

木郁久而土亦衰败^[6]肝气郁结克制脾土后，脾的运化水湿、转输水谷功能受损，水谷精微不能正常布散，易聚而成湿，形成“脾虚生湿”的病理状态；同时，外湿(地域环境之湿)易与内湿(脾虚所生之湿)相合，进一步困阻脾胃，加重“脾失健运”的程度。

此时，湿邪既是脾虚的病理产物，又是加重郁证的致病因素——湿邪黏滞重浊，易阻滞气机，正如《素问·生气通天论》^[7]所云“因于湿，首如裹”，湿邪侵袭人体不仅会致头身困重、周身紧滞(如本例患者之“全身发紧”)；《丹溪心法·六郁》^[8]更明确指出“湿郁者，周身走痛，或关节痛，遇阴寒则发，脉沉细”，说明湿邪困阻可引发躯体疼痛与情绪沉滞的联动表现；同时湿邪困脾又会进一步削弱脾胃功能，形成“脾虚→湿生→脾更虚”的递进式损伤，这也是脾虚夹湿型郁证“躯体症状缠绵、情绪波动反复”的关键原因。

3.3. 气机不畅为纽带，恶性循环致郁证缠绵

湿邪内生后，其“黏滞阻滞”的特性会直接影响全身气机的运行，使原本因肝郁而不畅的气机进一步阻滞，形成“湿滞气机”的核心状态。《类经·五郁之治》^[9]言：“土郁者，脾郁也，湿滞之属也”，点明湿郁的核心在脾、关键在气机壅滞。

历代医家普遍认为气机郁滞是“郁证”的基本病机。吴节教授亦认为郁证病机多为气机失调，但不限于气机郁滞，而包括气滞与气虚^[10]。《杂病源流犀烛·诸郁源流》^[11]载：“诸郁，脏气病也。《临证指南医案》^[12]载：‘郁则气滞，气滞久则必化热，热郁则津液耗而不流，升降之机失度，初伤气分。’其原本于思虑过深，更兼脏气弱，故六郁之病生焉。”吴节教授强调，湿邪阻滞中焦则气机壅滞，情志疏泄无门，情绪低落、焦虑等郁证表现更易迁延；湿邪阻碍气机则阴阳气血难以畅达，心神失养，既加重眠差、噩梦等躯体症状，又进一步影响情志状态，湿性黏滞，湿邪在疾病传变过程中病程较长，易困脾而难以速愈^[13]导致病程迁延，最终形成“湿阻气机→情志不舒→湿郁更甚”的闭环。此时，气机不畅作为“纽带”，将情志失调、湿邪困脾紧密联结，形成恶性循环：一方面，气机阻滞会加重肝的疏泄失常，使情绪低落、焦虑等情志症状更显著；另一方面，湿滞气机可致“痰气互结”，出现咽部异物感、胸胁胀满等躯体症状；同时，气机不畅又会反过来影响脾胃的运化，使湿邪更难排出，持续困阻中焦。

如此，“情志失调→肝气郁结→脾失健运→湿邪内生→气机不畅→加重肝郁与脾虚”的循环持续存在，最终导致郁证病程缠绵、难以速愈——这正是吴节教授强调“从湿论治”需兼顾“调畅气机”的核心原因。

4. 典型病案与诊疗经验

4.1. 典型病案

一诊(2024年11月30日)

主诉：情绪低落伴腹部胀满、眠差2月余，加重2日

病史：患者2月前因学校人际关系问题出现中度焦虑、轻度抑郁，伴心中焦虑、腹部胀满，入睡困难、多噩梦，偶因噩梦惊醒、醒后手心汗出；近2月渐添咽部异物感、全身发紧(契合《素问·生气通天论》“因于湿，首如裹”及《丹溪心法》“湿郁周身走痛”之表现)，日间易胡思乱想、情绪低迷，自幼遇考试易紧张(发作时全身发紧)，近2年偶见双肩抽动(右肩尤甚)；伴胃纳一般、食后腹胀，大便干结(2日1行)，小便色黄；平素嗜食辛辣、易上火，运动后喜冷饮，畏热无恶寒。

查体(四诊): 舌质淡，苔白腻花剥，脉弦

辨证: 肝郁脾虚、湿滞气机

治法: 疏肝健脾、化湿理气、安神定志

方药: 姜半夏 10 g、姜厚朴 10 g、紫苏梗 10 g(后下)、茯苓 15 g、桔梗 10 g、麸炒枳壳 10 g、丹参 10 g、肉桂 5 g(只用 3 g)、醋北柴胡 10 g、百合 10 g、麦冬 15 g、合欢花 20 g、石菖蒲 10 g、郁金 15 g、四制香附 10 g。7 剂，水煎服，每日 1 剂，分 3 次温服(每次 150 ml)。

二诊(2024 年 12 月 13 日)

主诉: 情绪低落减轻，腹部胀满缓解，仍偶见右肩抽动

病史: 服一诊方 7 剂后，情绪低落减轻约 50%，腹部胀满缓解，大便调为 1 日 1 行；全身发紧感减轻，入睡时间缩短至 40 分钟，胃纳渐佳，小便色淡黄；仍偶见右肩抽动，无新增不适。

查体(四诊): 舌质淡红，苔薄白腻，脉弦略滑

辨证: 肝郁脾虚、湿滞气机(湿邪渐减)

治法: 守方续服，巩固化湿疏肝之效

方药: 继服一诊方 7 剂，用法同前。

三诊(2024 年 12 月 30 日)

主诉: 情绪平稳，外感症状消失，偶见右肩抽动

病史: 服 14 剂(一诊方 + 二诊方)后，情绪基本平稳、可主动参与同学互动；咽部异物感减轻，全身发紧(“首如裹”“湿郁周身痛”)消失，右肩抽动减至每日 1~2 次；眠安(每日睡 7~8 小时)，胃纳佳，二便调。

查体(四诊): 舌质淡红，苔薄白花剥，脉细弦

辨证: 肝郁脾虚、湿滞未净

治法: 守方加柔肝缓急

方药: 一诊方加白芍 10 g、炙甘草 10 g。14 剂，水煎服，每日 1 剂，分 3 次温服(每次 150 ml)。

4.2. 病案按语

4.2.1. 症状与病机对应关系

患者情绪低落、双肩抽动对应“肝气郁结，疏泄失司”；木与土不相谐，则其所主经筋与肌肉，……或因土湿困遏，痰湿流窜筋肉之间，着痛隐隐、痛而不移、酸胀重闷、动后益甚等痰湿阻络之象得见。治应实脾疏肝……[14]，因此腹部胀满、食后加重、大便异常对应“肝郁乘脾，脾失健运，湿浊内生”；咽部异物感对应“湿滞气机，痰气互结于咽喉”；全身发紧则契合《素问·生气通天论》[7]“因于湿，首如裹”及《丹溪心法·六郁》[8]“湿郁者，周身走痛”所描述的湿邪困阻、头身困重之象；苔白腻/薄白花剥、脉弦滑/细弦则体现“肝郁脾虚、湿阻气耗”的虚实夹杂状态。

4.2.2. 方药解析

吴节教授以“湿郁”为核心，随证调整用药：

一诊基础方：以半夏厚朴汤(姜半夏、姜厚朴、紫苏梗、茯苓)为核心化湿开郁；现代研究发现，茯苓多糖可以通过调节 T 细胞抑制抑郁小鼠 ConA 刺激的 T 细胞增殖达到抗抑郁效果[15]；加桔梗宣肺利咽，针对咽部异物感；麸炒枳壳、四制香附、醋北柴胡增强疏肝理气之力，解木郁以复脾运；研究证明，柴胡可以减轻抑郁症状，主要通过其活性成分柴胡皂苷提高大脑海马多巴胺的水平。脾为生痰之源，清半夏辛温而燥，善燥湿化痰，且入脾经，善治疗脾脏之痰湿以调畅中焦。二者相配，肝气条达、中焦调畅则一

身之气机畅达，且柴胡能升发脾胃之清阳，清半夏能降中焦之浊气，二者相配又有升清降浊之效[16]丹参、郁金活血行气，使气行湿化；肉桂(少量)温阳化湿，防湿浊遏阳；百合、麦冬、合欢花、石菖蒲养阴安神、解郁定志，贴合少年情志不宁之态。

二诊守方：湿邪渐减、核心病机未变，续服原方巩固化湿疏肝之效。

三诊加味：加白芍、炙甘草(芍药甘草汤)柔肝缓急，针对残留的双肩抽动症状，同时调和脾胃，强化“肝脾同调”的核心思路。

4.2.3. 疗效评价

经 35 天调治，患者症状改善：

一诊后(7 天)：情绪、腹胀、便结改善，“全身发紧”减轻，体现“湿化气畅、脾运渐复”；

二诊后(14 天)：情绪持续减轻，躯体不适缓解，体现“湿郁得疏、气机渐调”；

三诊后(35 天)：情绪平稳、“首如裹”等湿邪表现消失，仅残留轻微抽动，体现“肝脾调和、湿郁并治”；

停药 1 月随访：情绪稳定、社交及学业恢复病前水平，印证该治法的远期有效性。

4.2.4. 吴节教授辨证思路

吴教授针对此少年郁证病例的辨证，体现了其“以湿为核、以地域为基、以虚实为纲”的三层核心逻辑：

以湿为核心病机：初诊即抓住“全身发紧、苔白腻、食后腹胀”等湿邪表现，结合“因于湿，首如裹”的经典论述，直接锁定“湿滞气机”为核心病机，避免了仅从“情志失调”单一辨证的局限，为后续“化湿开郁”提供了明确方向。

以地域为基：考虑到患者身处四川盆地、日常嗜食辛辣的背景，吴教授明确“外湿 + 内湿”是其湿邪内生的双重诱因——地域潮湿加重外湿侵袭，嗜食辛辣损伤脾阳、加重内湿，故用药中既用茯苓、紫苏梗健脾化湿，又加少量肉桂温阳化湿，兼顾地域与体质的双重影响。

以虚实为纲：《难经·七十七难》谓：“所谓治未病者，见肝之病，则知肝当传之与脾，故先实其脾气”。针对“肝郁脾虚、湿阻气耗”的虚实夹杂状态，吴教授采用“化湿不碍虚、疏肝不伤脾”的平衡思路：一诊以化湿疏肝为主，兼顾安神；二诊湿邪渐减则守方巩固，避免过治伤正；三诊湿滞未净但虚象渐显，即加芍药甘草汤柔肝缓急、调和脾胃，实现“湿郁并治、肝脾同调”的动态平衡。

5. 个人总结体会

5.1. 对“半夏厚朴汤治疗湿郁型郁证”的理解

《金匮要略》中半夏厚朴汤本为“妇人咽中如有炙脔”(梅核气)而设，其核心病机是“痰气互结于咽喉”；吴节教授将其拓展应用于湿郁型郁证，正是精准抓住了“湿滞气机、痰气互结”是湿郁型郁证的核心病机之一——湿邪困脾则气机阻滞，气郁则津聚为痰，痰气互结既会引发咽部异物感等躯体症状，又会加重情志不舒的郁证表现。

从方义看，吴教授对半夏厚朴汤的运用完全贴合湿郁型郁证的特点：姜半夏辛温燥湿、散结降逆，既化中焦湿浊，又解痰气互结，兼顾“湿”与“郁”的核心；姜厚朴苦温下气、燥湿除满，既畅中焦壅滞的气机，又助湿邪宣化，打通“湿阻→气郁”的闭环；紫苏梗辛香宽中、理气舒郁，既宣通湿滞之邪，又疏解肝郁之态，实现“化湿”与“疏肝”的联动；茯苓健脾渗湿，培土以绝湿邪再生之源，从根本上削弱湿郁的发病基础。四药合用，既针对“湿邪困脾、气机阻滞”的湿郁核心，又兼顾“痰气互结、情志不舒”的郁证表现，这正是吴节教授将其作为湿郁型郁证基础方的关键原因。

5.2. 对临床预防与治疗的启发

吴节教授以半夏厚朴汤为核心的“从湿论治”经验，为湿郁型郁证的临床实践提供了明确的方向。

5.2.1. 诊疗层面

关于“湿郁优先”的辨证逻辑：后续遇到郁证患者，若伴随头身困重、脾胃胀满、苔腻等表现，需优先考虑“湿郁”病机，以半夏厚朴汤为基础方展开调治，而非直接选用单纯疏肝或安神的方剂——正如本例中，吴教授先以半夏厚朴汤化湿开郁，再随证加减，才实现了情绪与躯体症状的同步改善。

5.2.2. 用药层面

半夏厚朴汤偏温燥，针对少年、体虚或久郁患者，需避免过用温燥之品。吴教授在本例中加百合、麦冬养阴安神，既缓解了少年情志不宁的状态，又制衡了姜半夏、厚朴的温燥之性；加丹参、郁金活血行气，则是考虑到“湿滞气机易致血行不畅”，让“化湿→理气→活血”形成递进式调治，更贴合郁证虚实夹杂的特点。

5.2.3. 预防层面

针对湿郁型郁证患者，除药物治疗外，需指导其规避湿邪诱因——如避免久居潮湿环境、减少辛辣生冷饮食(以防损伤脾阳加重内湿)；同时增加轻量健脾运动(如慢走、八段锦)，强化脾的运化功能，从“减少外湿侵袭、降低内湿生成”两方面，减少郁证的复发风险。

5.2.4. 关于该疗法局限性的讨论

以临床常见的阴虚火旺型郁证和气血亏虚型郁证做例：

阴虚火旺型郁证：本证核心病机为阴液亏虚、虚火内扰，常见口干咽燥、潮热盗汗、心烦失眠、舌红少苔、脉细数等表现。吴节教授本案此方中半夏、厚朴、肉桂、四制香附均为温燥之品，会进一步耗伤阴液、助长虚火，加重阴虚火旺症状，虽方中配有百合、麦冬滋阴，但整体温燥药占比过高，滋阴药力度不足以制衡其温燥之性可能导致患者烦躁加剧、咽喉干痛更明显，甚至出现口舌生疮等情况，故不适宜使用。

气血亏虚型郁证：本证核心病机为气血不足、气机郁滞，常见神疲乏力、头晕心悸、情绪低落、舌淡苔薄、脉细弱等表现。吴节教授本案此方中桔梗、麸炒枳壳、柴胡等可梳理气机，丹参、合欢花等能活血解郁，对症状有改善作用；但肉桂、四制香附等温燥药若长期或大量使用，会耗伤气血津液，加重患者乏力、口干等亏虚表现。故笔者认为仅可在气血亏虚伴明显寒凝气滞(如脘腹冷痛、喜温喜按)的短暂阶段小剂量使用，且需加重百合、麦冬的用量，或加当归、黄芪等增强益气养血之力，制衡温燥之性。综合来讲应谨慎使用、需调整配伍。

小 结

吴节教授的经验让我认识到，郁证的诊疗不能仅聚焦“情志”，需结合地域、体质等实际因素，抓住“湿”这类易被忽视的核心病机；而半夏厚朴汤的拓展应用，也体现了中医“方随证立、证随机变”的灵活思维——立足经典、贴合实际，才是中医诊疗复杂病症的核心要义。

声 明

患者为未成年人(性别：男，年龄：12岁)，因属于限制民事行为能力人，其参与本研究的知情同意权由法定监护人代为行使。已向监护人充分告知研究目的、方法，监护人在完全理解全部内容后，自愿签署书面知情同意书。同时，结合患者认知水平(12岁)进行通俗化说明，患者已明确表达参与意愿。

(Assent)。

参考文献

- [1] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2017.
- [2] 虞抟. 医学正传[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006.
- [3] 李用粹. 证治汇补[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1998.
- [4] 王萌, 周永学. 从中焦论治郁证学术思想探讨[J]. 中华中医药杂志, 2019, 34(9): 4142-4144.
- [5] 黄元御. 四圣心源[M]. 孙恰熙, 校. 北京: 中国中医药出版社, 2009.
- [6] 杨威, 陈希成, 王霜, 等. 《黄帝内经》“五郁”本义考释[J]. 中国中医基础医学杂志, 2021, 27(5): 705-710.
- [7] 佚名. 黄帝内经·素问[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012.
- [8] 朱震亨. 丹溪心法[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005.
- [9] 张景岳. 类经[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1982.
- [10] 李吴雨, 吴节. 吴节教授从“阳、气、湿”三因治疗郁证经验[J]. 成都中医药大学学报, 2024, 47(2): 71-74.
- [11] 沈金鳌. 杂病源流犀烛[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006.
- [12] 叶天士. 临证指南医案[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2011.
- [13] 陈浩殷, 李依帆, 汤沁淇, 等. 湿邪侵袭机体不同部位的病机异同及西医学认识[J]. 北京中医药大学学报, 2023, 46(7): 954-959.
- [14] 刘智慧, 郑洪新, 鞠宝兆, 等. 从“水寒土湿木郁”探讨抑郁症伴躯体化障碍的病因病机及治法[J]. 北京中医药大学学报, 2025, 48(10): 1345-1351.
- [15] Zhang, W.X., Chen, L., Li, P., et al. (2018) Antidepressant and Immunosuppressive Activities of Two Polysaccharides from *Poria Cocos (Schw.) Wolf*. *International Journal of Biological Macromolecules*, **120**, 1696-1704.
<https://doi.org/10.1016/j.ijbiomac.2018.09.171>
- [16] 于冰清, 邵欣欣, 付晓凡, 等. 抗抑郁中药复方的组方特点及作用机制研究[J]. 中草药, 2021, 52(11): 3344-3352.