

第二十一讲 关于治疗焦虑症医案的探讨※

●王停¹ 郑燕飞² 王济² 李英帅² 张惠敏² 李玲璐² 白明华² 俞若熙² 张曾亮² 姚海强² 朱丽冰² 陈高² 赵时鹏² 孙冉冉² 沈昆² 杨菲² 李长明² 李品² 梁雪² 包蕾² 王琦²▲

摘要 本次“王琦讲堂”围绕国医大师王琦教授临床治疗焦虑症医案,从焦虑症的中医病因病机、与抑郁症的区别与联系、主病主方及用药特色等进行了分析和探讨。王琦教授分析了焦虑症“肝胆郁热,心神失养”的主导病机;阐述了疏肝安神汤的制方思想和配伍特点。通过讨论,大家对应用中医药方法治疗焦虑症有了系统的认识,学习领会了王琦教授论治焦虑症的独特处方思路和用药经验。

关键词 焦虑症 主病 主方 疏肝安神汤 王琦

1 王琦教授开讲

焦虑症是目前临床上的常见病、多发病,严重影响患者的生活质量,随着社会和经济的发展,本病的发病率有逐年上升的趋势。在美国,其终生发病率达 28.8%。欧洲抽样调查^[1]显示,40%的人会经历各种情感障碍,其中焦虑症占到了 13.6%。而在我国,焦虑症的终生患病率和 12 个月患病率分别为 4.8% 和 3.0%^[2]。焦虑症是以持续性紧张担心、恐惧或发作性惊恐为特征的情绪障碍,伴有植物神经系统症状和运动不安等行为特征。现诊断主要依赖于临床表现,由于病

因及临床表现多样性和复杂性,目前各国指南对其诊断和分型仍存在差异。目前临床治疗以西医为主,西医主要采用药物进行治疗,这些药物通过不同的作用靶点起到抗焦虑的效应,但是这些西药常有成瘾性、副作用大、价格昂贵、患者依从性差等缺点。中医学无“焦虑症”之名。从临床表现看,本病属于中医情志病范畴,与“郁证”、“惊证”、“恐证”、“惊悸”、“怔忡”、“不寐”、“脏躁”、“百合病”等相关。

我在临床上论治焦虑症,倡导主病主方思想,根据焦虑症发病规律和特点提出“肝胆郁热,心神不安”的核心病机,在此病机的指导下

以清利肝胆、安神定志为治法,自拟疏肝安神汤治疗焦虑症,病案较多,疗效较好。王停老师从中选择了 1 则病案,提议展开讨论。

2 病案介绍

王停(教授,医学博士,硕士生导师,北京中医药大学科研实验中心副主任):我整理了王琦老师 2014 年 1 月~2015 年 5 月期间治疗焦虑症的 60 多个病案,从中精选了以下这则医案。

韩某,女,50 岁。2014 年 4 月 9 日初诊。主诉:焦虑伴失眠 1 年。现病史:患者自诉 2013 年 4 月因家中变故出现精神紧张,焦虑,易胡思乱想,失眠多梦,入睡困难,当地医院诊断为:焦虑症。曾服用帕罗西汀、氯硝西泮、曲唑酮、舍曲林等无效,遂来就诊。刻诊:失眠,入睡困难,约 1~2 小时方能入睡,多梦,易醒,凌晨 1~2 点早醒,醒后难以入睡,服用黛力新、阿普唑仑、脑灵素等药能睡 5~6 小时,不服药则睡 1~2 小时。头痛,后脑勺发麻,颈项疼痛不适,自觉心跳加速,烦躁不

※基金项目 ①国家重点基础研究发展计划(973 计划)“中医原创思维与健康状态辨识方法体系研究”项目(No. 2011CB505403);②北京市自然科学基金面上项目“王琦名老中医体质学术流派研究”(No. 7132125);③国家中医药管理局王琦名老中医专家传承工作室建设项目;④北京中医药薪火传承“3+3”工程王琦名医传承工作站建设项目。

▲通讯作者 王琦,男,著名中医学家。国医大师,北京中医药大学终身教授,博士生导师,国家重点学科中医基础理论学科带头人,国家 973 项目首席科学家,中国科协中医原创思维论坛首席科学家。本刊学术顾问。E-mail: wangqi710@126.com

●作者单位 1. 北京中医药大学科研实验中心(100029);2. 北京中医药大学基础医学院中医体质与生殖医学研究中心(100029)

安,易疲乏,纳差,食欲不振,大便 1 次/日,不成形,小便可。舌暗红苔薄白,脉弦细。焦虑自评量表(SAS)评分:62 分。处方:柴胡 12g,黄芩 10g,法半夏 12g,党参 10g,桂枝 10g,熟大黄 3g,灵磁石 20g(先煎),生龙牡各 30g(先煎),琥珀粉 3g(分 2 次冲服),炙甘草 15g,淮小麦 30g,大枣 12g。30 付,水煎服,每日 1 付。

2014 年 5 月 14 日第二诊。服药后在停用西药情况下,焦虑紧张、烦躁明显缓解,失眠改善,约半小时左右即能入睡,偶能 10 分钟入睡,睡眠 4~5 小时,头痛、颈项不适缓解,舌稍暗红苔薄白,脉弦滑。焦虑自评量表(SAS)评分:42 分。处方:柴胡 12g,黄芩 12g,法半夏 10g,党参 10g,桂枝 10g,熟大黄 3g,灵磁石 20g(先煎),生龙牡各 30g(先煎),炒栀子 10g,淡豆豉 10g,夏枯草 20g,葛根 20g,炙甘草 15g,淮小麦 30g,大枣 12g。30 付,水煎服,每日 1 付。

2014 年 6 月 20 日随诊。患者自述,目前焦虑紧张基本控制,睡眠改善,达 6~7 小时/日,余无明显不适。

3 现场讨论

3.1 焦虑症与抑郁症的区别与联系

朱丽冰(王琦教授 2014 级博士研究生):我认为首先应该明确焦虑症的概念。焦虑症是以焦虑为主要特征的神经症,表现为没有事实根据也无明确客观对象和具体观念内容的提心吊胆和恐惧不安,还有自主神经症状、肌肉紧张以及运动性不安。分为广泛性焦虑症(慢性焦虑症)和发作惊恐状态(急性焦虑症)^[3]。

王济(副教授,医学博士,王琦

教授 2011 届博士后):临床中焦虑症与抑郁症经常同时出现,二者容易混淆,既有联系又有区别。在联系上:焦虑症和抑郁症均属于精神障碍,且抑郁症在临床上常伴有明显的焦虑症状。在区别上:根据目前常用的精神疾病分类系统(世界卫生组织主导制定的最新版《疾病及有关健康问题的国际分类》,即 ICD-10;美国精神病学会的《精神障碍诊断和统计手册》,即 DSM;中华精神科学会公布的最新版《中国精神障碍分类与诊断标准》,即 CCMD-3),抑郁症属于心境障碍(或情感性精神障碍),而焦虑症属于神经症性精神障碍^[4]。

沈昆(王琦教授 2013 级硕士研究生):诊断焦虑症还需排除以下疾病:①甲状腺功能亢进、高血压、冠心病等躯体疾病的继发性焦虑;②排除兴奋药物过量、催眠镇静药物、抗焦虑药的戒断反应,强迫症、恐惧症、疑病症、神经衰弱、躁狂症、抑郁症,或精神分裂症等伴发的焦虑。

王济:沈昆同学说得很有对,此外,二者的区别还应该注意以下几点:①仔细询问病史及精神检查,我们可发现抑郁症患者存在情绪低落、绝望感、自杀念头甚至自杀行为,但焦虑症患者有强烈的求生欲望,多积极求治,只有症状使其极为痛苦时,才会有以死解脱的念头,但不持续,一般不付诸行动。②抑郁症表现为精力减退,兴趣及愉快感缺乏,活动减少。焦虑症患者一般没有兴趣及愉快感缺乏,从感兴趣的活动中也能获得愉快体验,患者躯体活动增多,与抑郁症活动减少不同。③焦虑症与抑郁症均常伴有睡眠障碍,但焦虑症患者睡眠障碍主要为入睡困难、睡眠浅,但其入睡后能持续较长时间,这与其交感神经功能亢进是一致的。抑郁症睡眠

障碍表现为早醒,醒后不能入睡。反映了两种疾病不同的神经内分泌障碍机制。

王琦教授:刚才王济老师、朱丽冰及沈昆同学分别从焦虑症的概念,及其与抑郁症的联系与区别进行了较为深入的讨论,明确诊断是焦虑症治疗的关键。我们临床看病一定要搞清楚诊断,尤其是有疑似症状,容易混淆的,可借用现代医学的手段,提高临床诊断的准确性,有助于中医临床诊疗。诊断不一,则处方用药亦有区别。

这个患者除了焦虑、抑郁外,还有很重要一个症状是“失眠”。我们临床看病时,有的焦虑症患者临诊的主诉往往主要是“失眠”,而失眠可以是独立的疾病,也可能是继发的疾病,在临床中一定要辨别清楚。失眠有其自己的病机、治法,我们在以往的王琦讲堂《更新失眠治疗的思路与方法》^[5]中有过详细的阐述,而焦虑症、抑郁症所导致的继发失眠不相同,可以参考失眠调节阴阳的治法,但是焦虑症的根本病机是不能忽略的。当然,这个患者除有焦虑症表现外,尚有一定的抑郁倾向。现代医学研究认为,失眠类型与焦虑症、抑郁症的相关性,焦虑症多见入睡困难,抑郁症则多见早醒,说明由于长期的情志不畅、躯体问题等造成该患者有一定的抑郁倾向。所以治疗时要分清主次,抓住主要矛盾。

3.2 焦虑症的病因病机认识

张曾亮(王琦教授 2013 级博士研究生):焦虑症的病因病机应从其两种类型来认识:一是广泛性焦虑(慢性焦虑),因郁致病,脏腑精气血津液运化障碍,引起惊、恐、忧、思、怒、悲等情志出现异常变化,继而加剧郁的情况,引起本病;二是惊恐障碍(急性发作),对于惊悸病因

病机论述,多认为惊悸因惊恐、恼怒所诱发,因惊致悸,渐至稍惊即悸,甚则外无所惊亦悸。

郑燕飞(讲师,医学博士,王琦教授 2011 级博士研究生):中医对焦虑症的病机认识主要体现在虚、实、虚实夹杂三个方面,根据临床表现广泛性焦虑可归属于“郁病”、“不寐”、“怔忡”、“百合病”、“脏躁”、“灯笼病”的范畴;惊恐障碍可归属于“惊悸”范畴。因此与这些疾病相关的病机都与焦虑症的发生有联系。在制定《广泛性焦虑症的中医证候诊断标准(草案)》的研究中,其结果表明:肝郁化火、肾虚肝旺、痰热扰心、心脾两虚、肝郁脾虚、心肾不交等六个证型是广泛性焦虑的主要证候^[6]。对于惊恐障碍的中医病机以心、肝、胆、肾不足为主,既有单独出现,也有合并出现。

李玲孺(讲师,医学博士,王琦教授 2009 级博士研究生):该患者是由于家庭变故导致情志不遂、气机郁滞,故而影响到肝、脾、心等脏腑的气机和功能,应属于慢性焦虑症。患者主诉的两个主要问题“焦虑”和“失眠”主要是与肝有关。依据患者精神紧张、焦虑、胡思乱想等主诉的焦虑表现,及舌暗红苔薄白,脉弦细等舌脉表现,可以判断患者的基本病机为肝气郁结;肝气郁结导致气机逆乱、肝郁化火、阳不入阴,出现入睡困难、多梦等睡眠障碍,并伴有头痛、后脑勺发麻、颈项疼痛不适等症。此外,该患者“心”、“脾”功能也受到影响。依据易疲乏、纳差、食欲不振、大便不成形等表现可以判断患者存在肝郁脾虚之证。脾虚日久导致气血亏虚、心神失养,则会导致心跳加速等自主神经功能障碍。心跳加速在中医当属“怔忡”、“心悸”范畴。张景岳认为惊悸、怔忡与心脾两脏有关,

《景岳全书》云:“心脾血气本虚,而或为怔忡,或为惊恐。”《伤寒杂病论·平脉法》曰:“卫气弱,名曰憊;荣气弱,名曰卑;憊卑相搏,名曰损。”心脾两虚、营卫气弱,导致心慌。

孙冉冉(王琦教授 2012 级硕士研究生):有研究从中医体质学角度进行焦虑症患者体质分布研究,在 168 例有焦虑症患者中,最多的体质类型依次为气郁体质 37 例(22.02%)、湿热体质 33 例(19.64%)、阴虚体质 18 例(10.71%)、特禀体质 18 例(10.71%),男性湿热体质多发,女性以气郁体质多见^[7]。

王停:这个患者因家庭变故,精神创伤,乃情志致病,肝气郁结,日久化火,出现了焦虑、精神紧张、心烦等症状;甲木克乙土,肝气郁结最易克脾土,脾失健运,则不思饮食,气血生化乏源,进而导致心血亏虚,心失所养,则失眠多梦;母病及子,损伤心神,出现心悸、失眠等症。

王琦教授:刚才大家围绕着病因病机进行了较为深入的探讨。我们一些书本对于焦虑症有很多分型,既有肝郁化火,又有痰火扰心;既有肝郁脾虚,又有心脾两虚;既有肾虚肝旺,又有心肾不交,等等,莫衷一是。我们作为一名临床医生,首先是看病的,在病的框架下去辨证。每个病都有核心病机,任何一个疾病的发生发展过程是由主导病机所控制的,临床诊治疾病,首先要辨清主导病机,根据核心病机进行处方用药,就是主病主方。这个患者得的是焦虑症,我认为焦虑症的核心病机是肝胆郁热,心神失养,所以处方以疏肝安神汤疏肝清胆,安神定志。临床疾病表现纷繁复杂,运用主病主方治疗疾病,可以执简驭繁,提高疗效。

3.3 王琦教授治疗焦虑症的处方思路

姚海强(王琦教授 2012 级硕士研究生):王老师对焦虑症的治疗主要是以主病主方学术思想为指导,并结合具体的特异性情况而灵活加减。主病主方思想是王老师临床实践的一大特色,主要是秉承于徐灵胎,《兰台轨范·序》论曰:“欲治病者,必先识病之名,能识病之名而后求病之所由生,原其所由生,又当辨其生之因各不同,而病症所由异,然后考虑其治之法,一病必有主方,一病必有主药。”王老师将主病主方内涵界定为:高度针对贯穿整个疾病始终的主导病机,以一方为主,并可根据病情、证候、体质的多样性,据主方加味,体现病-体-证一统观。中医自古以来就重视辨病与方药的对应关系,《五十二病方》记载了包括内、外、妇、儿、五官等 52 类疾病,基本上以病论治。

王停:针对焦虑症,王老师认为其主导病机是肝胆郁热,心神不安。本病属中医情志病范畴,与心关系密切,因中医认为心主神志,为精神意识和思维活动的主宰,如《灵枢·邪客》载:“心者,五藏六府之大主也,精神之所舍也”,故而因外界事物扰乱,心神不安,可致焦虑失眠;另外焦虑症多有气机郁滞,与肝脏关系密切,如赵献可《医贯》载:“凡郁皆肝病也”,气郁不舒,木失条达,肝气郁结故而发病,甚或郁久化热,热扰心神,心肝两脏相合为病。针对这一主导病机,王老师创制了针对焦虑症的主方疏肝安神汤,以柴胡加龙骨牡蛎汤合甘麦大枣汤。

杨菲(王琦教授 2013 级硕士研究生):柴胡加龙骨牡蛎汤证出于《伤寒论》辨太阳病证治中篇,原文:“伤寒八九日,下之,胸满烦惊,小便不利,谵语,一身尽重,不可转

侧者,柴胡加龙骨牡蛎汤主之。”古人除用该方治疗伤寒下后,烦惊谵语证外,还治癫、狂、痫、多梦少寐等证。此方病机为伤寒八、九日,邪不解表未尽,误用攻下而伤正气,邪气乘虚内陷,导致邪气弥漫,气机郁滞,表里俱病。故此方具有调和表里的作用。焦虑症发病一般都有一定的心理原因,比如本病例,患者因家中变故,胡思乱想,而焦虑失眠多梦,心神受伤,气机郁滞,故用本方,甚为合拍。

张惠敏(副教授,医学博士,王琦教授 2001 级硕士研究生,2013 级传承博士后):王老师临床治疗焦虑症用柴胡加龙骨牡蛎汤具有疏肝利胆,清热镇惊,安神定志的功效,常用来治疗肝胆郁热所致的焦虑症。方中柴胡疏肝清热,能够透散肝经郁热,疏调肝经气机;黄芩苦寒清泄胆经郁热,与柴胡相配能够疏肝利胆,清泄郁热;半夏和胃降逆,散结消痞;生龙骨、生牡蛎重镇安神定惊;大黄通腑泄热;桂枝通行阳气;党参补益心脾之气,扶正以镇怯;原方用铅丹,王琦教授用灵磁石代替铅丹,取其重镇安神定惊的功效;又合上甘麦大枣汤来甘缓养心安神。诸药相配,既能清郁热,又可通阳气;既能健脾养心,又能镇惊安神,切合焦虑症的基本病机,经王琦教授临床验证,确实是治疗焦虑症的有效方。

俞若熙(讲师,医学博士,王琦教授 2010 级博士研究生):本例患者因家中变故出现精神紧张,焦虑,思虑无穷,失眠多梦,入睡困难,其为焦虑症伴发睡眠障碍。方选柴胡加龙骨牡蛎汤,重用龙骨、牡蛎加灵磁石 20g、琥珀粉 3g 以加强重镇安神之功,其出现睡眠多梦易醒,心跳加速,烦躁不安等肝火伤阴,心阴不足之证,故在重镇安神基础上加甘

麦大枣汤以养心调肝,安神缓急;患者由于出现脾胃虚弱,食欲不振,大便不成形等症,故大黄仅仅使用 3g,并用熟大黄且未后下,取其通腑泄热之性而无成泻之弊。

李品(王琦教授 2014 级硕士生):患者在服用上方、停用西药的情况下,焦虑症状、失眠症状均得到明显缓解,焦虑自评量表(SAS)由 60 分下降至 40 分,药证相合,效不更方,继用前法。具体而言,患者焦虑、失眠诸症改善,去重镇安神的琥珀粉;病症虽减但病本仍在,故在柴胡加龙骨牡蛎汤基础上,加用栀子豉汤,黄芩加至 12g,清散上焦郁热之力明显增加;半夏辛开散结,化痰消痞,用于痰热结于胸中,但药性偏温,故减其量以防其性温之弊;加夏枯草一清上炎之肝火,肝火降而无刑金扰心之忧,二制半夏之温,使半夏专散胸中之邪而无助热之弊,三合半夏同用,组成王琦老师常用治疗失眠之药组,加强安眠之功;郁热日久,必有伤阴,阴虚则热,加葛根一滋所伤之阴津,加强养阴生津之效,二清脾胃之热,心热而泻脾胃,实有母病泻子之意,三解颈项之肌,缓解其头痛、颈项不适。

白明华(王琦教授科研助理):在本案的治疗中,一者体现了王琦老师主病主方治疗疑难杂病的诊疗思想,抓住焦虑之主病,少阳肝郁,枢机不利,以致邪气弥漫,刑金扰心乘土,故选用柴胡加龙骨牡蛎汤为主方加减,一诊显效,二诊获功;二者体现了王琦老师善用经方治疗疑难杂病的思想,治疗中选用柴胡加龙骨牡蛎汤、栀子豉汤、甘麦大枣汤等经方加减相合而获功;三体现了王琦老师方药活用的诊疗思想。王琦老师在其《方药活用论》中提出“经方时方各善其长,无需各立门户;辨证用方专病专方,无需形同水

火;复方单方择善而从,无需厚此薄彼;活方活法活用,全在领悟贯通”。

王琦教授:临床中,我应用柴胡加龙骨牡蛎汤主要抓 4 个字——“胸满烦惊”,只要患者出现胸闷、心烦、易惊等症状,就可大胆用此方。栀子豉汤专治“虚烦不眠,心下懊憹”,临床出现失眠、心烦、焦躁等症状时就可以采用。还有甘麦大枣汤原治妇人脏躁,喜悲伤欲哭,如神灵所作,叶天士常用这个方子治神志病,屡起大症。我根据组方原理,常用于抑郁、焦虑、失眠等症,常能取得不错的疗效。所以,临床应用经方,大家只要抓住核心病机,不用拘泥于字句,有是证用是方,“汤证一体”。我们学习运用经方要特别领悟张仲景方是因“证”而设。经方应用,当以病机为核心,抓住了病机,就可举一反三,触类旁通。

3.4 王琦教授治疗焦虑症的用药特色

李英帅(副研究员,医学博士,王琦教授 2006 级博士研究生):王老师治疗本病之方药从柴胡加龙骨牡蛎汤合甘麦大枣汤化裁加减而来,王老师在原方基础上化裁加减使之具有较好的治疗焦虑症的临床效果。焦虑症的患者在症状表现上有所侧重,王琦教授根据患者的主要临床表现进行加减:以严重失眠为主要表现者,加琥珀粉、夏枯草;以烦躁不安为主要表现者,加栀子、淡豆豉;以胆小易惊为主要表现者,加珍珠母;以项背不舒为主要表现者,加葛根、苏木。阴虚火旺者去桂枝加知母、黄柏;肝胃阴虚者去桂枝加沙参、麦冬。

李长明(王琦教授 2013 级硕士研究生):王老师临床中治疗焦虑症经常配伍加减用药。如琥珀有镇惊安神,散瘀止血之效。除此之外,《本草正》谓:“清心肺,消瘀血,痰

涎。”《别录》谓其：“主安五脏，定魂魄，消瘀血，通五淋。”病案中病人舌暗红，乃血瘀所致，故以琥珀活血兼安五脏、定魂魄。二诊舌暗红已减、焦虑缓解，血瘀得减，五脏得安，故去琥珀。又如葛根能治疗项背强痛。除此之外，《长沙药解》谓：“解经气之壅遏，清胃腑之燥热，达郁迫而止利，降冲逆而定喘……生津止渴，清金润燥，解阳明郁火，功力尤胜。”初诊时患者以焦虑症表现为重，遵从标本先后的原则，在二诊时病人焦虑症状已缓解，故以葛根疗颈项不适。然而王老师选用葛根除治疗病人的颈项不适之外，兼取其除烦泻热之效以增强栀子豉汤治疗“虚烦不眠”的作用。可见王老师用药之精妙。

杨菲：《伤寒论》中用龙骨、牡蛎治疗精神症状较为常见，如桂枝加龙骨牡蛎汤中用龙骨、牡蛎治疗“烧针烦躁”，桂枝去芍药加蜀漆龙骨牡蛎汤治疗“亡阳必惊狂，卧起不安”之证。王琦老师临床中较为经常使用。

王停：现代中医临床面临复杂多变的疾病系统，仅以辨证用药很难适应临床需求。因此，临床医生应采用多种用药模式，才能提高临床疗效。如可结合中药药理来用药。如现代药理研究表明，葛根能直接扩张血管，较好缓解患者“项僵”症状，如北京同仁堂生产的愈风宁心片即由葛根一味药组成。

王琦教授：我们临床看病，要注意药物本身功效的多样性，不要只知道中药的一个功效，而不知道它的另一个功效，只知其一不知其二，要多了解药物的临床新用。比如夏枯草，我们原来一般用来治疗高血压、结节性疾病等，很少用来治疗失眠。我们知道失眠病机是阳不入

阴，所以，治疗时我们就要考虑用什么药可以引阳入阴。夏枯草是“夏至后即枯，盖禀纯阳之气，得阴气则枯”（《本草纲目》），有“通阴阳，……治不眠”之功（《本经疏证》），可和阳养阴，其得阳而长，能使浮散的卫气收于阳分。还有，半夏我们一般用它来降气化痰，忘了它能治疗失眠。半夏生长于夏至日之后，有引阳入阴作用，《灵枢》“饮以半夏汤一剂，阴阳已通，其卧立至。”半夏秫米汤也是治疗“胃不和则卧不安”的名方，其得阴而生，可把卫气从阳分引入阴分。所以，夏枯草是得至阳之气而长，半夏是得至阴之气而生，二药配合为君，取阴阳相配之意，调整阴阳，使营卫循行有序，促使人体睡眠昼夜节律的重建。所以，我们一定要留意药物临床功效的多样性，尽量一药多扼其用，减少处方药味，避免开方大而杂，用药多而重，有欠精纯，失去法度等问题。当然，这就需要我们多读书，多临证。

4 王琦教授总结

本次讲堂大家围绕焦虑症的中医病因病机、与抑郁症的区别与联系、临床用药思路及用药特色等展开了讨论，大家都有所获益。

我们中医看病，要看得明白，要当一个“明医”。中医治疗焦虑症优势在哪里？不足在哪里？我们心里要很清楚。近年来，中医药治疗焦虑症的研究报道逐渐增多，其疗效显著，明显降低了药物的副作用。中医治疗焦虑症立足于整体调节和辨证论治的原则，临床疗效肯定，且具有治疗方法多样化、不良反应少、不易复发、患者依从性好等特点，这是我们的优势。我们的不足在哪里

呢？别人老说我们中医看病拿不出证据，缺乏公认的临床疗效评价标准，治不好不知道为什么，治好了也不知道为什么。我经常说一句话，“一项临床研究，要让中国人相信，外国人也相信，中医相信，西医也相信。只有符合科学的研究方法才能得到科学的结论。”我们作为一名现代中医，临床看病需重视临床实证，要有证据。比如这个病案，我们采用了国际公认的焦虑症自评量表（SAS）评分，刚开始是62分，后来治疗后是42分，这个就是证据，我们把分数降低了，把中度焦虑症治好了。你把这个证据拿出去，大家都认。又如临床上我们治疗抑郁采用汉密尔顿抑郁量表（HAMD）、治疗失眠采用匹兹堡睡眠质量指数量表（PSQI）等作为临床疗效评价标准，这些就是我们要讲的临床实证。

参考文献

- [1] Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. Lifetime prevalence and age - of onset distributions of Comorbidity Survey Replication [J]. Arch Gen Psychiatry, 2005, 62: 593 - 602.
- [2] Ronald C, Kessler, Sergio Aguilar - Gaxiola, et al. The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys [J]. Epidemiol Psychiatr Soc, 2009, 18(1): 23 - 33.
- [3] 张晋培. 精神科疾病临床诊断与治疗方案 [M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2010: 537.
- [4] 李幼辉. 精神病学 [M]. 北京: 人民军医出版社, 2013: 12 - 20.
- [5] 李玲孺, 倪 诚, 张 妍, 等. 更新失眠治疗的思路与方法 [J]. 中医药通报, 2013, 12(6): 4 - 9.
- [6] 唐启盛, 孙文军, 曲 森, 等. 运用数据挖掘技术分析广泛性焦虑症的中医证候学规律 [J]. 中西医结合学报, 2012, (09): 975 - 982.
- [7] 吴淑敏. 新加坡金融界焦虑症患者中医体质特征的研究 [D]. 北京: 北京中医药大学, 2013.