

双相情感障碍患者发病时相症状的运气特征

李嫣嫣¹, 吕凤芹¹, 许艳艳¹, 贾竑晓², 黄志源¹

1. 厦门市仙岳医院, 福建 厦门 361012; 2. 首都医科大学附属北京安定医院, 北京 100088

[摘要] 目的: 探讨双相情感障碍(BD)患者发病时相的五运六气特征, 为BD患者发病病机本质寻找新的切入点。方法: 选取1990—2020年厦门市仙岳医院收治的BD住院患者2 155例, 根据患者发病时相特点, 将其分为躁狂相组及抑郁相组; 同时依据发病期间是否伴有精神病性症状, 进一步将躁狂相分为伴精神病性症状组(躁狂伴精组)859例、不伴精神病性症状组(躁狂不伴精组)920例, 将抑郁相分为伴精神病性症状组(抑郁伴精组)92例、不伴精神病性症状组(抑郁不伴精组)220例。分别对BD患者的发病日期进行运气转化, 并对其发病日期的运气分布进行统计学分析。结果: 躁狂相中伴精组与不伴精组在客气分布上差异有统计学意义($P<0.05$), 在岁运、主运、客运、主气分布上差异无统计学意义($P>0.05$); 抑郁相中伴精组与不伴精组在主运分布上差异有统计学意义($P<0.05$); 在岁运、客运、主气、客气分布上差异无统计学意义($P>0.05$)。结论: BD患者躁狂相的精神症状可能与厥阴风木客气有关, 不伴有精神病性症状的躁狂相可能与少阴君火客气有关; BD患者抑郁相的精神症状可能与太木主运有关, 不伴有精神病性症状的抑郁相可能与少土、太火主运有关。在五运六气视角下, BD患者精神病性症状的出现可能是厥阴风木或木运太过引动肝风, 挟实邪致神机失用的严重状态。

[关键词] 双相情感障碍; 躁狂相; 抑郁相; 五运六气; 入院日期; 运气特征分布

[中图分类号] R256.29 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2026) 10-0014-08

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2026.10.003

Distribution of Circuits and Qi Characteristics of Symptomatic Phases in Patients with Bipolar Disorder

LI Yanyan¹, LYU Fengqin¹, XU Yanyan¹, JIA Hongxiao², HUANG Zhiyuan¹

1. Xiamen Xianyue Hospital, Xiamen Fujian 361012, China; 2. Beijing Anding Hospital, Capital Medical University, Beijing 100088, China

Abstract: **Objective:** To explore the Five Circuits and Six Qi characteristics of the symptomatic phases in patients with bipolar disorder (BD), aiming to identify new entry points for understanding the underlying pathogenesis of BD. **Methods:** A total of 2 155 BD inpatients treated at Xiamen Xianyue Hospital from 1990 to 2020 were selected. Based on the symptomatic phases at onset, patients were divided into manic phase and depressive phase groups. According to the presence or absence of psychotic symptoms during the onset period, the manic phase group was further subdivided into a group with psychotic symptoms ($n=859$) and a group without psychotic symptoms ($n=920$). Similarly, the depressive phase group was subdivided into a group with psychotic symptoms ($n=92$) and a group without psychotic symptoms ($n=220$). The onset dates of BD patients were converted into Five Circuits and Six Qi data, and statistical analysis was performed on the distribution of these parameters. **Results:** In the manic phase, the distribution of guest qi showed a significant difference between the group with psychotic symptoms and the group without psychotic

[收稿日期] 2025-10-28

[修回日期] 2026-02-24

[基金项目] 厦门市仙岳医院院内课题 (2020XYB12)

[作者简介] 李嫣嫣 (1991-), 女, 主治医师。

[通信作者] 黄志源 (1981-), 男, 副主任医师。

symptoms ($P < 0.05$). However, no significant differences were observed in the distributions of annual circuit, host circuit, guest circuit, or host qi between the two groups ($P > 0.05$). In the depressive phase, the distribution of host circuit showed a significant difference between the group with psychotic symptoms and the group without psychotic symptoms ($P < 0.05$). However, no significant differences were observed in the distributions of annual circuit, guest circuit, host qi, or guest qi between the two groups ($P > 0.05$). **Conclusion:** Psychotic symptoms in the manic phase of BD may be associated with guest qi of Reverting Yin Wind-Wood. Manic phases without psychotic symptoms may be related to guest qi of Lesser Yin Sovereign Fire. Psychotic symptoms in the depressive phase of BD may be associated with the excessive host circuit of Greater Wood. Depressive phases without psychotic symptoms may be related to the host circuits of Lesser Earth and Greater Fire. From the perspective of Five Circuits and Six Qi, the emergence of psychotic symptoms in BD patients may be a severe condition where Reverting Yin Wind-Wood or excessive Wood circuit stirs liver wind, combined with excess-pathogens, leading to deactivation of the vital activity.

Keywords: Bipolar disorder; Manic phase; Depressive phase; Five Circuits and Six Qi; Admission date; Distribution of Five Circuits and Six Qi characteristics

双相情感障碍(BD)是一种慢性精神疾病,其特征是躁狂症和抑郁症交替发作,目前影响着全球超过1%的人口。本病可导致残疾和死亡,通常是由自杀和心血管疾病引起^[1],对患者的社会功能及生活质量造成毁灭性打击。现代医学对BD病因学研究仍聚焦于神经递质与遗传机制层面,难以全面解释其发作的周期性、季节性与个体差异性、复发预测等。近年来,现代研究已观察到气象因素(光照、温度、湿度、气压等)及季节变化对BD患者的发病率、发作及转归存在显著影响。其中,是否伴有精神病性症状不仅是BD鉴别诊断的关键标志,更是界定严重程度以及治疗策略的决定性因素。

中医学五运六气理论的核心是“天人相应”,认为自然界的周期性气候节律、时空能量变化深刻影响着人体的生理病理活动。已有研究表明,精神疾病患者的发病存在先天运气禀赋特点的差异^[2-4]。BD患者情绪状态的剧烈波动(躁郁交替)具有明显的周期性及节律性特征,这与运气学说所解释的天地阴阳消长、气运盛衰变化的周期性规律高度契合。笔者从五

运六气理论视角切入,探讨不同运气条件与BD患者出现精神病性症状的关系,更深层次揭示其病机本质,对是否伴有精神症状的BD患者的发病期运气特点进行分析。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照《精神与行为障碍分类第10版(ICD-10)》^[5]中的BD诊断标准。

1.2 纳入标准 符合BD诊断标准;病例资料基本信息完整,如姓名、性别、出生地、出生日期、病历号、首次入院日期(发病日期)等。年龄:躁狂相12~83岁,抑郁相12~76岁;首次入院日期(发病日期)躁狂相为1990年12月10日—2020年12月24日,抑郁相为2005年8月15日—2020年12月16日。

1.3 排除标准 基本信息错误者;诊断为轻躁狂、混合发作者。

1.4 一般资料 选取1990—2020年厦门市仙岳医院收治的2 155例BD住院患者临床资料。根据患者发病时相特点,将其分为躁狂相组及抑郁相组;同时依据发病期间是否伴有精神病性症状,进一步将躁狂相分为伴精神病性症状组(躁狂伴精组)、不伴精神病性症状组(躁狂

不伴精组),将抑郁相分为伴精神病性症状组(抑郁伴精组)、不伴精神病性症状组(抑郁不伴精组)。躁狂伴精组859例,其中男396例,女463例;躁狂不伴精组920例,其中男535例,女385例;抑郁伴精组92例,其中男37例,女55例;抑郁不伴精组220例,其中男113例,女性107例。另外,本次研究中有轻躁狂41例、混合发作23例用于补充样本基线资料。

2 研究方法

2.1 发病日期年、月干支转化 依照万年历,将各组患者资料中的发病日期统一转化成干支纪年、干支纪月。

2.2 发病日期岁运分布判定 见表1。根据《素问·天元纪大论》中的“年岁五运统之”的理论,对发病日期对应的岁运进行判定:逢阳干为岁运太过之年;逢阴干为岁运不及之年。

表1 发病日期岁运分布判定

岁运	木	火	土	金	水
太过之年	壬(太)	戊(太)	甲(太)	庚(太)	丙(太)
不及之年	丁(少)	癸(少)	己(少)	乙(少)	辛(少)

2.3 发病日期主运分布判定 见表2。各时令的正常气候变化为主运,一年时段根据节气所分属,主运分五步,分司一年当中的五个运季,从每年大寒日始,按五行相生的次序推移,即木为初运,火为二运,土为三运,金为四运,水为终(五)运。各运季时间固定,每运约为七十三日零五刻。

表2 发病日期主运分布判定

主运	节气	公历日期	属性	天干
初运	大寒节至春分节后十二天	1月20日—4月1日	木	丁(少);壬(太)
二运	春分节后十三天至芒种后九天	4月2日—6月15日	火	戊(太);癸(少)
三运	芒种后第十天至处暑后第六天	6月16日—8月29日	土	甲(太);己(少)
四运	处暑后第七天至立冬后第三天	8月30日—11月11日	金	乙(少);庚(太)
五运	立冬后第四天至大寒前一天	11月12日—1月19日	水	丙(太);辛(少)

2.4 发病日期客运转化方法 客运是通过每年五个运季中的特殊岁气变化,在每年值年大运(中运)的基础上进行推算。具体推算方法如下:当年值年大运就是当年客运的初运,然后循着五行太少相生的次序,分作五步推运,每运季时长步约为七十三日零五刻,行于主气之上,与主运相对,逐岁变迁,十年为一个循环一周期。其中,值年大运(中运)根据天干化五运的规律确定:凡逢甲己之年为土运,乙庚之年为金运,丙辛之年为水运,丁壬之年为木运,戊癸之年为火运。

2.5 发病日期主气分布判定 见表3。主气指主司一年正常气候变化的六气,根据固定年支划分六气,将一年分为六个时段,每个时段对应一气,且时间段固定不变。

表3 发病日期主气分布判定

主气	节气	公历	属性	六季
初气	大寒节至春分前日	1月20日—3月20日	厥阴风木	风季
二之气	春分日至小满前日	3月21日—5月20日	少阳相火	温季
三之气	小满日至大暑前日	5月21日—7月22日	少阴君火	热季
四之气	大暑日至秋分前日	7月23日—9月22日	太阴湿土	湿季
五之气	秋分日至小雪前日	9月23日—11月21日	阳明燥金	燥季
六之气	小雪日至大雪前日	11月22日—1月19日	太阳寒水	寒季

2.6 发病日期客气转化方法 客气六步随年支的变化而更替,其推算以司天之气为核心,据“司天之气位于三之气”的原则,按照厥阴风木、少阴君火、太阴湿土、少阳相火、阳明燥金、太阳寒水的三阴三阳顺序,依次推导出其余五气,分别对应于初之气、二之气、四之气、五之气、终(六)之气^[6]。

2.7 统计学方法 运用Microsoft Excel软件绘制表格,整理并观察各组临床资料发病日期对应的天干、岁运、主运、客运、主气、客气的分布情况。组间比较采用 χ^2 检验。所有资料统计分析均采用SPSS26.0统计学软件进行分析,检验水准 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 为差异有统计学

意义。

3 结果

3.1 躁狂相发病日期运气分布 躁狂伴精组859例,其中男396例,女463例;躁狂不伴精组920例,其中男535例,女385例;

3.1.1 岁运分布 见表4。在躁狂相发病日期的岁运分布中,伴精组与不伴精组在“少火、少金、少木、少水、少土、太火、太金、太木、太水、太土”分布比例无明显区别。2组岁运分布比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

表4 躁狂相发病日期岁运分布 例(%)				
天干(岁运)	躁狂伴精组 (例数=859)	躁狂不伴精组 (例数=920)	χ^2 值	P 值
癸(少火)	23(2.7)	41(4.5)	13.276	0.151
乙(少金)	118(13.7)	131(14.2)		
丁(少木)	137(15.9)	130(14.1)		
辛(少水)	23(2.7)	27(2.9)		
己(少土)	92(10.7)	104(11.3)		
戊(太火)	99(11.5)	115(12.5)		
庚(太金)	63(7.3)	68(7.4)		
壬(太木)	41(4.8)	63(6.8)		
丙(太水)	163(19.0)	137(14.9)		
甲(太土)	100(11.6)	104(11.3)		

3.1.2 主运分布 见表5。在躁狂相发病日期的主运分布中,伴精组与不伴精组在“少火、少金、少木、少水、少土、太火、太金、太木、太水、太土”分布比例无明显区别。2组主运分布比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

3.1.3 客运分布 见表6。在躁狂相发病日期的客运分布中,伴精组与不伴精组在“少火、少金、少木、少水、少土、太火、太金、太木、太水、太土”分布比例无明显区别。2组客运分布比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

3.1.4 主气分布 见表7。在躁狂相发病日期的主气分布中,伴精组与不伴精组在“厥阴风木、少阳相火、少阴君火、太阳寒水、太阴湿土、阳明燥金”分布比例无明显区别。2组主气分布比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

表5 躁狂相发病日期主运分布 例(%)				
主运	躁狂伴精组 (例数=859)	躁狂不伴精组 (例数=920)	χ^2 值	P 值
少火	100(11.6)	102(11.1)	6.277	0.712
少金	94(10.9)	83(9.0)		
少木	77(9.0)	87(9.5)		
少水	69(8.0)	78(8.5)		
少土	77(9.0)	88(9.6)		
太火	98(11.4)	94(10.2)		
太金	93(10.8)	97(10.5)		
太木	78(9.1)	106(11.5)		
太水	80(9.3)	95(10.3)		
太土	93(10.8)	90(9.8)		

表6 躁狂相发病日期客运分布 例(%)				
客运	躁狂伴精组 (例数=859)	躁狂不伴精组 (例数=920)	χ^2 值	P 值
少火	44(5.1)	68(7.4)	12.565	0.183
少金	71(8.3)	80(8.7)		
少木	115(13.4)	108(11.7)		
少水	58(6.8)	77(8.4)		
少土	125(14.6)	116(12.6)		
太火	134(15.6)	115(12.5)		
太金	111(12.9)	112(12.2)		
太木	69(8.0)	81(8.8)		
太水	84(9.8)	106(11.5)		
太土	48(5.6)	57(6.2)		

表7 躁狂相发病日期主气分布 例(%)				
主气	躁狂伴精组 (例数=859)	躁狂不伴精组 (例数=920)	χ^2 值	P 值
厥阴风木	116(13.5)	155(16.8)	6.492	0.261
少阳相火	159(18.5)	156(17.0)		
少阴君火	164(19.1)	172(18.7)		
太阳寒水	122(14.2)	146(15.9)		
太阴湿土	146(17.0)	134(14.6)		
阳明燥金	152(17.7)	157(17.1)		

3.1.5 客气分布 见表8。在躁狂相发病日期的客气分布中,伴精组在“厥阴风木”分布较不伴精组比例更高(18.7% vs 14.9%),差异有统计学意义($P<0.05$);不伴精组在“少阴君火”分布较伴精组比例更高(19.6% vs 13.2%),差异有统计学意义($P<0.05$);其余2组客气(少阴相火、太阳寒水、太阴湿土、阳明燥

金)分布比例无明显区别。2组客气分布比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表8 躁狂相发病日期客气分布				例(%)
客气	躁狂伴精组 (例数=859)	躁狂不伴精组 (例数=920)	χ^2 值	P 值
厥阴风木	161(18.7)	137(14.9)	4.725	0.030
少阳相火	148(17.2)	170(18.5)	0.472	0.492
少阴君火	113(13.2)	180(19.6)	13.269	<0.001
太阳寒水	137(15.9)	161(17.5)	0.767	0.381
太阴湿土	159(18.5)	148(16.1)	1.826	0.177
阳明燥金	141(16.4)	124(13.5)	3.021	0.082
χ^2 值	20.125			
P 值	0.001			

3.2 抑郁相发病日期运气分布 抑郁伴精组92例,其中男37例,女55例;抑郁不伴精组220例,其中男113例,女性107例。

3.2.1 岁运分布 见表9。在抑郁相发病日期的岁运分布中,伴精组与不伴精组在“少火、少金、少木、少水、少土、太火、太金、太木、太水、太土”分布比例无明显区别,2组比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

表9 抑郁相发病日期岁运分布				例(%)
天干(岁运)	抑郁伴精组 (例数=92)	抑郁不伴精组 (例数=220)	χ^2 值	P 值
癸(少火)	11(12.0)	12(5.5)	16.489	0.057
乙(少金)	16(17.4)	32(14.5)		
丁(少木)	8(8.7)	34(15.5)		
辛(少水)	3(3.3)	2(0.9)		
己(少土)	8(8.7)	29(13.2)		
戊(太火)	6(6.5)	36(16.4)		
庚(太金)	6(6.5)	10(4.5)		
壬(太木)	9(9.8)	13(5.9)		
丙(太水)	16(17.4)	34(15.5)		
甲(太土)	9(9.8)	18(8.2)		

3.2.2 主运分布 见表10。在抑郁相发病日期的主运分布中,伴精组在“太木”分布比例较不伴精组更高(16.3% vs 6.4%),差异有统计学意义($P<0.05$);不伴精组在“少土”“太火”分布比例较伴精组更高(8.2% vs 1.1%)、(13.2%

vs 5.4%),差异有统计学意义($P<0.05$);其余主运(少火、少金、少木、少水、太火、太金、太水、太土)在2组间分布比例无明显区别。2组主运分布比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表10 抑郁相发病日期主运分布				例(%)
主运	抑郁伴精组 (例数=92)	抑郁不伴精组 (例数=220)	χ^2 值	P 值
少火	13(14.1)	21(9.5)	1.404	0.236
少金	12(13.0)	17(7.7)	2.175	0.140
少木	4(4.3)	19(8.6)	1.747	0.186
少水	11(12.0)	24(10.9)	0.071	0.789
少土	1(1.1)	18(8.2)	5.710	0.017
太火	5(5.4)	29(13.2)	4.010	0.045
太金	10(10.9)	21(9.5)	0.127	0.721
太木	15(16.3)	14(6.4)	7.604	0.006
太水	11(12.0)	29(13.2)	0.087	0.768
太土	10(10.9)	28(12.7)	0.209	0.647
χ^2 值	21.112			
P 值	0.012			

3.2.3 客运分布 见表11。在抑郁相发病日期的客运分布中,伴精组与不伴精组在“少火、少金、少木、少水、少土、太火、太金、太木、太水、太土”分布比例无明显区别,2组比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

表11 抑郁相发病日期客运分布				例(%)
客运	抑郁伴精组 (例数=92)	抑郁不伴精组 (例数=220)	χ^2 值	P 值
少火	5(5.4)	7(7.4)	13.757	0.131
少金	12(13.0)	22(10.0)		
少木	9(9.8)	24(10.9)		
少水	6(6.5)	24(10.9)		
少土	6(6.5)	37(16.8)		
太火	11(12.0)	25(11.4)		
太金	10(10.9)	32(14.5)		
太木	10(10.9)	17(7.7)		
太水	13(14.1)	21(9.5)		
太土	10(10.9)	11(5.0)		

3.2.4 主气分布 见表12。在抑郁相发病日期的主气分布中,伴精组与不伴精组在“厥阴

风木、少阳相火、少阴君火、太阳寒水、太阴湿土、阳明燥金”分布比例无明显区别,2组比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

表12 抑郁相发病日期主气分布 例(%)

主气	抑郁伴精组 (例数=92)	抑郁不伴精组 (例数=220)	χ^2 值	P值
厥阴风木	15(16.3)	28(12.7)	1.586	0.903
少阳相火	15(16.3)	40(18.2)		
少阴君火	13(14.1)	37(16.8)		
太阳寒水	18(19.6)	42(19.1)		
太阴湿土	12(13.0)	34(15.5)		
阳明燥金	19(20.7)	39(17.7)		

3.2.5 客气分布 见表13。在抑郁相发病日期的客气分布中,伴精组与不伴精组在“厥阴风木、少阳相火、少阴君火、太阳寒水、太阴湿土、阳明燥金”分布比例无明显区别,2组比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

表13 抑郁相发病日期客气分布 例(%)

客气	抑郁伴精组 (例数=92)	抑郁不伴精组 (例数=220)	χ^2 值	P值
厥阴风木	23(25.0)	40(18.2)	9.479	0.091
少阳相火	22(23.9)	30(13.6)		
少阴君火	12(13.0)	38(17.3)		
太阳寒水	11(12.0)	38(17.3)		
太阴湿土	15(16.3)	38(17.3)		
阳明燥金	9(9.8)	36(16.4)		

4 讨论

BD属于中医学狂病、郁病、癲证等范畴,主要与先天禀赋、气候环境、情志内伤、饮食不节等有关。纵观BD全病程,肝气郁结是其初始因素,肝火上炎、痰火内扰、痰瘀互结和心脾两虚等是疾病发展的重要病机,气、火、痰、瘀、虚均可单独致病,亦可夹杂致病;实证多与肝郁、痰火、瘀阻相关,虚证多与心脾、肾虚有关,但精神症状出现与何因素相关性更高暂未提及^[7-8]。近代医家多从阳热内盛角度论治狂证及郁证,北京地区研究结果显示BD患者具有火热内盛的本质^[9],闽南地区研究

得出BD发病与阳热内盛有关的结论^[10]。五运六气揭示的是外界气候节律对病机的特异性影响,探讨气运对人体及疾病的病理生理影响,当素体阳热内盛,结合外界因素,同气相求、内外呼应,可出现阳气暴涨、阳郁等症状。《黄帝内经》文中多处揭示气运扰动精神疾病症状,如《素问·气交变大论》所言“岁火太过,炎暑流行……谵妄狂越”;《素问·五常政大论》所述“少阴司天,火气下临……狂妄目赤”等。从五运六气角度来看,素体阳盛的BD患者,外界气候节律变化可能是影响其是否伴有精神症状的重要因素。笔者认为,BD患者精神病性症状的出现可能是厥阴风木或木运太过引动肝风,挟实邪致神机失用的严重状态。

本研究结果显示,躁狂相患者发病时间涵盖1990—2020年,时间跨度30年,完整覆盖1个周期运气;抑郁相患者发病时间涵盖2005—2020年,时间跨度15年,均能较好反映不同运气周期的分布特征。发病期时各运气因素的分布差异,基本可以反映2组之间运气禀赋的特点。

结合本研究结果分析,躁狂发作期:伴有精神病性症状者多逢厥阴风木客气,不伴者多逢少阴君火客气,这揭示了从五运六气影响BD患者躁狂相精神症状的关键病机差异。厥阴风木属肝,肝为风木之脏,主藏魂,当厥阴风木为客气时,容易引动肝阳化风,风火相煽,夹痰上蒙清窍,从而出现幻觉妄想等精神症状;肝风内动,痰瘀随逆至精神症状出现,此时涉及到病机为形神俱损、痰瘀闭窍。正如《素问·至真要大论》提及“厥阴司天,风淫所胜……病本于脾”;《临证指南医案》亦提到“肝风鸱张,挟痰火上阻灵窍”,可以看出风木克土至脾虚生痰,肝风夹痰上扰清窍,风痰窜络,神机失用致幻听妄想等症状出现。此

外,风木扰动肝魂,神不归藏,厥阴肝经“连目系,上出额,与督脉会于巅”,风邪循经上巅,直犯脑髓,出现幻视、思维内容怪异等。如《类证治裁》提到“肝气乘胃,浊气攻心,发则谵妄”,与躁狂发作期出现的呕吐、谵语等症状相符。此时治疗应以熄风通络、开窍防窍闭为主。而少阴君火为客气时,主要是心火亢盛,火性上炎导致情感高涨,但尚未扰动脑窍神明。正如《素问·六微旨大论》之“少阴之上,热气主之”;《素问·至真要大论》之“诸躁狂越,皆属于火”,均表明躁狂相基础的病位在心、脑,病性属火属热,其情绪烦躁亢奋但神志清醒。乃因君火灼心,未犯脑髓,火性升散,气分热盛之证,表现可能言语多,兴高采烈,精力过剩,但无痰瘀阻止窍络,暂不现幻觉妄想等清窍不明之症。此时病机仅涉及气分热盛、功能亢奋状态等神扰之症。治疗上此时应重在清心降火、存阴安神。掌握此规律,可依据当年客气提前分层干预,遇到厥阴风木客气时如可提前予口服天麻钩藤饮等;少阴君火客气时提前予黄连温胆汤等,避免精神症状的恶性转化。

本结果显示,抑郁发作期:伴有精神病性症状者多逢太木(木运太过)主运,不伴者多逢太火(火运太过)或者少土(土运不及)主运,这揭示了不同主运格局对抑郁相精神症状出现的病机差异。太木即木运太过对应的发生之纪,风气流行,木克土则脾虚生痰,这在抑郁相中尤为危险,抑郁本属“阴盛”,若叠加痰湿蒙蔽,极易出现虚无妄想、木僵、幻听等重症;此时肝郁风动,痰瘀闭窍,造成脑络瘀阻的形损,同时存在神机失用的神乱之症。正如《素问·气交变大论》所云“岁木太过,风气流行,脾土受邪……忽忽善怒,眩冒巅疾”;《证治准绳》亦云“肝气横逆,挟痰上冲,灵窍闭阻则妄见妄闻”,明确了木运太过

诱发精神病性症状,肝气横逆,木旺乘土至痰浊内生,上蒙清窍(巅疾)引发精神病性症状,如抑郁发作期的幻听等。再者,木运太过引动内风,循肝经上扰巅顶,脑络受损,则引发木僵症状。《读医随笔》中“肝郁风动,脑髓为之摇震,故神昏谵幻”,即此为其理论依据。临床上若抑郁症患者见手指震颤、舌下络脉紫胀等肝风内动之象,需警惕近期会出现精神病性症状。

而抑郁相不伴精神病性症状者多逢太火或者少土主运。太火即火运太过属阳性,但在抑郁相中反可能激发郁火,临床上但火能暖土,反而不易生痰闭窍,少土即土运不及,本质为脾虚湿困,若无肝风煽动此时木运平和,湿浊主要导致躯体症状而非神乱。同样,有学者从“土得木而达”理论出发探讨BD的病因病机,提出肝气郁结、脾气虚弱、心神受扰为BD的关键病机^[1]。太火主运,即火运太过易致火郁阴伤,但未闭清窍,正如《素问·五常政大论》所言:“赫曦之纪(火运太过)……其病笑疔疮疡。”火性上炎,但抑郁相中火郁于内,若体质阴虚会形成阴伤之症,多表现为五心烦热、口苦失眠等。有学者提出内生火热为BD核心病机,临床上抑郁发作还具有一派热象特点,如焦虑、情绪不稳、易怒心烦、失眠、舌边尖红、脉数等^[9],而非痰瘀闭窍症状。《温病条辨》有“火郁发之”之说,此类抑郁属“阳郁不达”,如少阴热化证之“心中烦,不得卧”,神志尚清。少土主运(土运不及)时脾虚湿困气滞,神倦未乱,正如《素问·气交变大论》所云“岁土不及,风乃大行……体重烦冤”,出现脾虚湿困致躯体沉重等,但湿性黏滞,不易生风动痰上窜清窍。《张氏医通》言:“土虚则升降失职,清阳不升故神倦,浊阴不降故纳呆。”此时病情仅为气机壅滞,未至窍闭,临床上可观察到舌红少苔等火郁伤津之

象,或舌淡苔腻等脾虚湿盛之象。此时治疗可泻火存阴,予黄连阿胶汤防阴伤化燥;或健脾化湿防壅滞,予参苓白术散等。

综上所述,躁狂相中伴有精神病性症状者多逢厥阴风木客气,不伴者多逢少阴君火客气;抑郁相伴有精神病性症状者多逢太木(木运太过)主运,不伴者多逢太火(火运太过)或者少土(土运不及)主运;在五运六气视角下,躁狂相中厥阴风木客气引动肝风挟痰瘀上闭清窍致精神症状出现,少阴君火客气气分热盛仅致扰神症状,但无幻觉妄想等;抑郁相中太木主运触发肝郁风动、痰瘀阻脑致精神症状出现,太火、少土主运致火郁阴伤或脾虚湿困气滞致神疲、易怒心烦等症状。根据以上规律,可依据运气规律提前预判BD患者的精神症状风险,治疗上可提前分层干预,避免精神症状的恶性转化。

[参考文献]

[1] OLIVA V, FICO G, DE PRISCO M, et al. Bipolar disorders: an

update on critical aspects[J]. Lancet Reg Health Eur, 2024; 101135.

[2] 尹冬青,贾竑晓,李自艳,等. 11996例住院精神分裂症患者的五运六气禀赋特征研究[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2019, 21(9): 1783-1790.

[3] 尹冬青,贾竑晓,李自艳,等. 5957例住院重度抑郁症患者五运六气禀赋特征[J]. 现代中医临床, 2019, 26(1): 9-14.

[4] 尹冬青,贾竑晓,李自艳,等. 13372例住院双相情感障碍患者的五运六气禀赋特征[J]. 现代中医临床, 2019, 29(4): 34-39.

[5] 世界卫生组织. 精神与行为障碍分类(第10版)(ICD-10)[M]. 刘平,于欣,汪向东,译. 北京:人民卫生出版社, 1995: 75-86.

[6] 陈昕力,王冉然,王梦琪,等. 双相情感障碍发病运气相合特征研究[J]. 广州中医药大学学报, 2023, 40(8): 1879-1883.

[7] 俞赞丰,胡港,周曼丽,等. 气、痰、火、虚辨治双相情感障碍[J]. 中医杂志, 2023, 64(19): 2037-2040.

[8] 李辉,崔伟锋,李晓亚,等. 从“气、火、痰、瘀、虚”论治双相情感障碍[J]. 江苏中医药, 2023, 55(4): 51-54.

[9] 尹冬青,贾竑晓,周方,等. 内生火热与双相情感障碍发病的关系探讨[J]. 中华中医药学刊, 2017, 35(2): 482-484.

[10] 李嫣嫣,吕凤芹,许艳艳,等. 不同地区出生的双相情感障碍患者的运气禀赋特点与发病的相关性研究[J]. 中医药通报, 2023, 22(1): 30-34.

[11] 冯宏英,李宇盾,李一鸣,等. 基于“土得木而达”论治双相情感障碍[J]. 中华中医药杂志, 2024, 39(12): 6379-6382.

[责任编辑:冯天保,蒋维超(英文)]