

《黄帝内经》情志理论在重症加强治疗病房的运用和发挥

潘金波

(杭州市第三人民医院 ICU, 浙江 杭州 310009)

重症加强治疗病房(ICU)是重症患者和手术后高危患者的集中管理救治单位,汇集了各种先进的医疗仪器设备,是现代医学进步的显著标志之一。尽管如此,传统中医在急危重症的救治中仍有其独到之处,可为现代医学借鉴。笔者尝试运用《黄帝内经》情志理论及调摄方法来辅助治疗 ICU 患者精神和心理问题,临证显效,报道如下。

1 ICU 患者精神和心理问题的现状

ICU 患者由于病情和所处环境的特殊性,使其往往处于强烈的应激状态,产生诸如谵妄、焦虑、抑郁、躁狂等精神或心理问题,引起全身不适^[1-2],几乎所有 ICU 常见躯体疾病都能引起谵妄,故谵妄在 ICU 的发生率高达 70%~87%^[3]。目前现代医学对于 ICU 患者精神和心理问题认识有限,其发生机制复杂,同时对各类精神和心理问题的识别与诊断困难,没有特异性的辅助检查指标,临床诊断主要依据症状,借助各类评估量表,鉴别诊断困难。

近年来国内外学者对于 ICU 患者精神和心理问题日益重视,制定了相关的 ICU 患者镇痛镇静指南,提出“完美的 ICU”的概念,镇痛镇静治疗也逐步成为 ICU 的基本治疗。目前指南推荐的治疗包括药物和非药物治疗两方面^[3]。非药物治疗的主要方法是改善 ICU 环境,为患者营造舒适的人性化的环境,保持患者适宜体位,尽量降低噪音、灯光刺激等;药物治疗包括阿片类镇痛药、非阿片类镇痛药、非甾体抗炎药、局麻药、苯二氮草、丙泊酚、右美托咪定、氟哌啶醇、新型抗精神病药等,尤其是右美托咪定,由于其具有良好的镇静镇痛效果和相对较少的不良反应,近年来在临床上应用越来越广泛^[4-7]。但是,右美托咪定由于其剂量依赖性及长期使用同样容易产生新的精神异常等原因,仍然不能堪称完美^[8-11],以至于“完美的 ICU”始终只是镜中花、水中月。同时,广泛的镇痛镇静药物使用带来的高额医疗费用和社会经济负担,以及药物相关性的精神问题也日渐浮现^[12]。

俗话说“心病仍需心药医”。笔者认为,目前 ICU 镇痛镇静治疗中缺乏的是专业的心理评估和治疗。而传统中医学素来重视“天人合一”、“身心合一”,情志是医者临证合参必须考虑的因素,故笔者尝试运用《黄帝内经》情志理论及调摄方法来阐述、辅助治疗 ICU 患者精神和心理问题。

2 《黄帝内经》的情志理论在 ICU 的运用和发挥

中医心理学源远流长,《黄帝内经》记载了丰富的有关情志的理论认识和临床应用方面的经验,是中医心理学的奠基之作,可以为解决现代 ICU 患者精神和心理问题方面提供独到的借鉴。

2.1 从《内经》情志的产生看精神和心理活动的本质:情志一词虽首见于明代张介宾《类经》“情志九气”,但情志理论却起源于先秦时期,初成于《黄帝内经》^[13]。首先,《内经》以为情志者神也,是一种精神思维活动。《灵枢·本神》云“故生之来谓之神,两精相搏谓之神,随神往来者谓之魂,并精而出者谓之魄,所以任物者谓之心,心有所忆谓之意,意之所存谓之志,因志而存变谓之思,因思而远慕谓之虑,因虑而处物谓之智。”寥寥数字,不仅涵盖了现代心理学的意识、意志、记忆、思维、情绪等诸多方面,而且提出神与形具、形神一体的整体观,认为神是依附于形而存在的,说明各种心理活动是以物质为基础的,形消则神灭。此外,藏象和五行是《内经》的核心方法论,同样被运用于情志理论,其将情志视为五脏的一种功能体现,由 5 种不同的精微物质产生 5 种不同的精神活动,表现为 5 种不同的情绪。如《灵枢·本神》云“肝藏血,血舍魂”“心藏脉,脉舍神”“脾藏营,营舍意”“肺藏气,气舍魄”“肾藏精,精舍志”“脉血营气精”5 种精微物质是谓五脏之所藏,五脏藏精而化气生神,神动于内,情现于外,故《素问·阴阳应象大论》有云“人有五脏化五气,以生喜怒悲忧恐”“肝……在志为怒;心……在志为喜;脾……在志为思;肺……在志为忧;肾……在志为恐。”然五脏必以心为主导,如《素问·灵兰秘典论》云“心者,君主之官也,神明出焉”;《灵枢·邪客》云“心者,五藏六腑之大主也,精神之所舍也”,所以然则心主神明,五脏精气各司其属是产生心理活动的生理基础^[14]。

然而,目前中医学界对情志的定义相对于《内经》时期更为明确,但可能略微局限,现代中医学将情志视为对现代心理学中情绪的特有称谓,指人对内外环境变化进行认知评价而产生的涉及心理、生理两大系统的复杂反映,具有内心体验、外在表情和相应的生理和行为的改变^[15]。然而,目前运用现代医学解释情志或情绪时,其核心思想依然来源于《黄帝内经》:如“心”主“任物”,故由君主之官主导五脏对环境变化进行认知评价;又如形神统一观,神本于形而生,依附于形而存,形为神之基,神为形之主,故情志必定涉及心理、生理两大系统;而以五脏为中心的整体观思想将喜、怒、悲、忧、恐五志分属于五脏时,亦与五脏系统中五官、五液、五声等生理现象产生了联系,是故内在心理体验可以产生相应的表情、生理和行为的改变。

回顾中医学近千年的发展史,乃至如今,《黄帝内经》对于情志产生的认识仍为执牛耳者。总而言之,以《内经》为代表的传统中医学对于情志产生有着全面、完善的理论认识,认为情志的物质基础是五脏精气,且是人有机整体的一部分,其核心内涵是中国传统的朴素唯物主义哲学思想。由

于它的研究方法、思维不同于现代心理学,使得其在某些方面更具有优势,如中医学的整体观思想;重视情志或心理因素在所有疾病发生发展过程中的作用;强调“形”“神”之间的相互影响,认为生理、心理系统不可分割,实可以为现代心理学的发展提供借鉴。

2.2 从《内经》情志致病看 ICU 患者精神和心理问题的病因、病机:中医学对于情志致病的机制早就有明确的解释,其中又以《黄帝内经》为经典。首先,《内经》认为,适度的情志活动是人体正常的精神活动和心理表现,如《素问·气交变大论》云“有喜有怒,有忧有丧,有泽有燥,此象之常也”;适度的情志活动有利于脏腑正常的功能活动,对于防御疾病、保持健康有益,如《灵枢·本脏》所言“志意者,所以御精神,收魂魄,适寒温,和喜怒者也……志意和则精神专直,魂魄不散,悔怒不起,五脏不受邪矣”。然则“生病起于过用”,过度的刺激超过了机体心神的调节能力范围,必将影响脏腑气机正常的升降出入^[14],如《素问·举痛论》云“百病生于气也,怒则气上,喜则气缓,悲则气消,恐则气下,惊则气乱,思则气结……思则心有所存,神有所归,正气留而不行,故气结矣”。如若气机紊乱不能及时得到调整或舒缓,气血易伤,则脏腑气血阴阳失调矣,如《灵枢·本神》云“恐惧而不解则伤精,精伤则骨酸痿厥,精时自下”。

情志病的病机是以“喜、怒、忧、思、悲、恐、惊”为代表的情绪导致脏腑气机失调。气机者,气出入升降也,脏腑气机失常,则功能失用,甚至伤及人体正气。ICU 常见的精神或心理问题,如谵妄、焦虑、抑郁、躁狂者,《内经》属于“忧、思、悲、恐、惊、怒”范畴,发病则直接伤及相应五脏系统。笔者试以“谵妄”为例说明之,其属“七情”中“恐、惊”之类。恐则气下,惊则气乱,在外表现为恐怖性幻觉、错觉,在脏则为肾,然“惊则心无所倚,神无所归,虑无所定”(《素问·举痛论》)。谵妄时心脏同时亦伤,心神不宁,则日夜颠倒;心神摇曳,失却“任物”之功,则认知功能障碍。

然而,十分惊奇的是,目前现代医学对于谵妄无法解释的发病机制,居然可以用《内经》的情志理论给予完善的病机阐述。同时,《内经》情志理论更记载了许多目前现代医学尚未发现的病理生理改变,如恐惧日久,伤及肾精者,出现骨酸痿厥,精时自下,说明长期处于谵妄状态可能导致患者出现骨质疏松、肢体萎缩、厥冷、性激素分泌异常等,这为今后的循证医学提供了思路,而中医先驱者已经在实验室验证了“恐伤肾”的动物模型^[16]。

《黄帝内经》将病因分为内因、外因。《素问·调经论》云“夫邪之生也,或生于阴,或生于阳。其生于阳者,得之于风雨寒暑;其生于阴者,得之饮食居处,阴阳喜怒”。其中,“喜怒”代表情志,可见《内经》对于情志致病的重视,并形成一整套完善的理论体系,历久而弥新,笔者认为在病机方面甚至仍然超越现代心理学的成就,非常值得深入研究。

3 《黄帝内经》情志调摄法在 ICU 的运用和发挥

目前 ICU 患者精神和心理问题主要还是依靠药物治疗,但是临床却反映出了诸多问题,包括没有完美药物,各类药物均存在不同程度的不良反应;药物治疗效果不佳,甚至出

现药物导致的新的精神问题;药物使用过量,镇静过深,导致咳嗽、咳痰能力减弱,影响脱机拔管;相关药物昂贵,增加了患者经济负担等^[17-21]。然而,中医学认为情欲之感,非药能愈,七情之病,当以情治。《黄帝内经》记载了诸多行之有效的调摄情志的方法,强调运用“动其神”之法,达到“其身相应”的效果,实为奠定了中医心理治疗学的基础^[22]。笔者尝试运用其中大法调摄 ICU 患者精神和心理问题。

3.1 情志相胜法:以情胜情之法是五行生克理论在中医心理治疗学上创造性的发明。《素问·五运行大论》云“悲胜怒,恐胜喜,怒胜思,思胜恐,喜胜忧”,此为“以期胜”可以“治之”。人体五脏存五志而对应五行,正是由于彼此之间的这种联系使得情志与脏腑两者之间在生理、病理等诸多方面产生相互的影响,其中具体的机制可能暂时无法为现代医学所明晰,但是其确实存在。经过历代先贤的努力探索,针对某些特殊的情志疾病时,医者通过运用语言或行动引导患者产生相对应的特殊情绪变化,从而影响脏腑的气机或功能,恢复机体的平衡。诚如吴昆《医方考》所言“情志过极,非药可愈,须以情胜,内经一言,百代宗之,是无形之药也”。后世医家多宗此法,为中医心理学奠定了一则治疗大法。然而情志相胜绝非简单的“悲胜怒”,其内涵博大精深,医者需知其因何而怒,慎重地选择,适当的悲伤刺激可以调整脏腑气机,使其上逆之气平顺,不恰当的刺激可能无效,甚至适得其反。故选择刺激的强弱、时机亦因人而异,慎之又慎,需要个体化调摄。笔者常试以“思胜恐”之理论治疗患者谵妄状态。谵妄者,恐也,思可胜之,通过询问患者平素最为思念、牵挂之人,利用现代电子产品录制其相关视频或者音频资料勾起患者的思念之情,给予安慰、鼓励之语,许以美好的约定,使患者产生了新的期望,唤起求实的意愿,积极配合治疗,临证效佳。

3.2 移精变气法:《素问·移精变气论》云“古之治病,惟其移精变气,可祝由而已”。此法由来已久,原始氏族时期即已经存在,亦非我国独有,脱胎于古之祭祀或原始的宗教信仰,故多为古来巫医祭祀所用,如马莒所云“祝由者,祝其病所由来,以告于神也,上古毒药未兴,针石未起,惟其移精变气,可祝由而已病也”。实际上是通过言语引导患者产生战胜疾病的希望和信心的一种心理疗法,“祝,告也。由,病之所以出也”,详细告之以其病之由来,观察患者的心理变化,循循善诱,以婉言开导之,以庄言振惊之,以危害悚惧之,在不经意间引导患者缓缓“转移精神”,产生相对正面的心理变化,改变患者的血气运行状态,从而达到调摄情志的目的。焦虑者,尤其适合此法。临床观察发现,出现焦虑状态之人多有肝郁气滞、思虑过度、肝脾不和之象,采用对其思虑、担忧的问题给予正面解释和开导,患者往往移精变气,精神大振。“精气神”,人之三宝,“神”可以通过气机影响全身,气机调顺,则肝脾气滞自消。此法最为重要之处是需得由一位患者信赖的人对其进行开解,可以是医生也可是至亲,寥寥数语,就可能提升患者的“神”,几乎等同于扶正大法。

3.3 言语疏导法:《灵枢·师传》云“王公大人,血食之君,骄恣从欲轻人,而无能禁之,禁之则逆其志,顺之则加其病,

便之奈何? 治之何先? ……岐伯曰: 人之情, 莫不恶死而乐生, 告之以其败, 语之以其善, 导之以其所便, 开之以其所苦, 虽有无道之人, 恶有不听者乎?” 其意显而易见。人之社会地位、生活环境皆有不同, 然而医者需要把握“人之常情”, 明了“百姓人民皆欲顺其志也”的道理, 在诊治过程中尽量满足患者正常的意愿、情感以及生理上的需求, 使得患者在心理上建立对医师的信任。如《内经》所载, 把握患者希望健康、害怕死亡的心理需求, 对其进行有针对性的开导, 通过彼此之间的言语交流使其树立战胜疾病的信心, 安定焦虑的情绪, 从而影响人体的生理功能, 达到治疗疾病的目的。此法为临床最为常用、亦是最为有效的方法, 尤其在初入 ICU 的患者中适用最广泛。患者突然发现身处陌生环境, 周围没有亲人陪护, 自身疾病带来的痛苦体验, 往往使其产生谵妄、焦虑、抑郁、躁狂的精神或心理问题, 对于陌生的医护人员缺乏绝对的信任。所以, 医者在建立与患者绝对的信任或仅仅是开始最初的沟通时, 最为简便和行之有效的是“顺其志”。患者志顺, 则气亦顺。笔者以“治未病”的思想尝试对所有初入 ICU 且意识清楚的患者进行言语疏导, 可以明显减少或延缓其精神或心理问题的发生, 可见早期的言语疏导、心理干预有着十分重要的临床意义。同时, 这也说明了以《黄帝内经》为代表的中医学的先进思想和理念, 时至今日仍然值得我们深入研究和学习。

3.4 暗示法:《素问·调经论》云“刺微奈何? 岐伯曰: 按摩勿释, 出针视之, 曰我将深之, 适人必革, 精气自伏, 邪气散乱, 无所休息, 气泄腠理。真气乃相得”。这是古代先贤记录的一段在针刺过程中采用暗示疗法的生动描述。暗示疗法是利用语言或某种刺激物, 以含蓄的、间接的方式对患者的心理状况施加影响, 诱导患者接受某种信念, 重建自信心; 或改变其情绪和行为, 使其向着某些特定的方向转变^[16]。我们让患者主动参与治疗过程, 告知其治疗的方案、使用的药物、即将采取的有创治疗或检查手段等, 并且及时告知其治疗效果, 比如相关检验、检查结果好转等。虽然 ICU 患者需要长时间卧床, 但应鼓励患者开展康复锻炼, 如进行上肢的握力训练, 下肢的蹬踏训练, 有条件的可以每天安排床旁坐轮椅, 减少卧床时间, 改善膈肌功能等。如此要求患者积极锻炼, 而非完全卧床静养, 一方面是为了康复需要, 锻炼呼吸肌功能; 另一方面可以使患者产生病情不重的自我暗示, 在渐进的锻炼过程中可以体会到疾病好转, 增强信心。

暗示法其实广泛存在于日常诊疗过程中, 医生在与患者交谈、查体时的一言一行, 家属探视时的表情、言语, 甚至于医务工作者之间的谈话、动作等, 都可能对患者产生不同的影响, 需要时刻注意, 尽量造成正面的暗示, 减少负面的暗示, 这需要整个医疗团队和家属的重视和配合。

4 小结

《黄帝内经》对于“情志”理论进行了精辟的阐述, 奠定了中医心理学理论和治疗学的基础, 同时也对为医者提出了要求。《素问·移精变气论》云“数问其形, 从其意”, 强调以患者为主的人文关怀理念。正是基于上述理念, 笔者试将中医学理论与方法运用于重症医学领域, 以期解决目前临床

难题, 更好地为患者服务。目前笔者使用《黄帝内经》情志调摄法治疗 ICU 患者精神和心理问题取得较好的临床效果, 但尚未形成一整套规范的操作、评价系统, 缺乏大规模的临床研究支持, 实为抛砖引玉, 还望同道斧正。

参考文献

- [1] 马朋林, 王宇, 席修明, 等. 重症加强治疗病房清醒患者不良住院经历调查分析[J]. 中华危重病急救医学, 2008, 20(9): 553-557.
- [2] 马朋林, 刘京涛. “无镇静”: 梦想还是梦魇? [J]. 中华危重病急救医学, 2012, 24(5): 257-259.
- [3] 刘大为. 实用重症医学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 986.
- [4] 黄青青. 右美托咪啶在重症监护病房中的应用[J]. 中华危重病急救医学, 2010, 22(10): 578-580.
- [5] 江楠, 肖亮灿, 齐铁伟, 等. 右美托咪啶对蛛网膜下腔出血介入栓塞治疗患者的心肌保护作用[J]. 中华危重病急救医学, 2011, 23(10): 633-635.
- [6] 郭荣, 程芮. 右美托咪啶用于重症监护病房颅内动脉瘤破裂患者开颅夹闭术后镇静的效果评价[J]. 中华危重病急救医学, 2012, 24(5): 306-308.
- [7] 邓丽静, 王岚, 王波, 等. 右美托咪啶对脓毒症大鼠炎症反应和淋巴细胞凋亡的影响[J]. 中华危重病急救医学, 2012, 24(9): 558-561.
- [8] 张妍, 姜利军, 朱吉祥, 等. 右美托咪啶用于重症监护病房躁动患者的临床观察[J]. 中华危重病急救医学, 2011, 23(7): 439-440.
- [9] 卢院华, 陈志, 杨春丽. 右美托咪啶与咪达唑仑和丙泊酚镇静对重症患者预后影响的 Meta 分析[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2013, 20(2): 99-104.
- [10] 牛思萌, 周宁. 右美托咪啶对重症监护病房患者镇痛效果的评价[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2013, 20(3): 165-167.
- [11] 赵晓春, 佟冬怡, 龙波, 等. 不同剂量右美托咪啶对甲状腺手术全麻患者苏醒质量的影响[J]. 中华危重病急救医学, 2014, 26(4): 239-243.
- [12] 杨宏富, 孙荣青, 常银江, 等. 舒芬太尼对重症监护病房危重患者镇痛/镇静治疗的多中心随机对照临床研究[J]. 中华危重病急救医学, 2014, 26(2): 94-100.
- [13] 梅秀峰, 高娜, 薛一涛. 中医情志学说的发展历史[J]. 山西中医学院学报, 2010, 11(1): 12-14.
- [14] 危玲. 《黄帝内经》七情学说研究概况[J]. 甘肃中医, 2003, 16(7): 4-7.
- [15] 孙广仁. 中医基础理论[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2002: 225.
- [16] 王米渠, 黄健, 骆永珍, 等. 惊恐孕鼠对子代鼠自然杀伤细胞活性的影响[J]. 成都中医药大学学报, 1997, 20(2): 34-35, 57.
- [17] 张成明, 于金玲, 张岩, 等. 舒芬太尼对家兔急性肺损伤的影响[J]. 中华危重病急救医学, 2008, 20(2): 108-110.
- [18] 万林骏, 黄青青, 岳锦熙, 等. 右美托咪啶与咪达唑仑用于外科重症监护病房术后机械通气患者镇静的比较研究[J]. 中华危重病急救医学, 2011, 23(9): 543-546.
- [19] 李宇江, 袁春晖, 高恩付, 等. 盐酸丙帕他莫对重症监护病房危重患者镇痛效果及身体依赖性的观察[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2011, 18(2): 113-115.
- [20] 李健球, 熊旭明, 陈兴旺, 等. 右美托咪啶在急性呼吸窘迫综合征机械通气患者中的应用[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2012, 19(2): 79-82.
- [21] 汪文杰, 鲁厚清, 邵仁德, 等. 咪唑安定与芬太尼联合用药多发伤患者的血流动力学变化[J]. 中华危重病急救医学, 2012, 24(11): 687-688.
- [22] 吕淑琴, 赵丹. 从《黄帝内经》情志致病反思中医心理疗法[J]. 吉林中医药, 2009, 29(8): 727-728.

(收稿日期: 2014-10-20)(本文编辑: 李银平)