

刘昭纯教授治疗中风后抑郁症经验

程爱军

(济宁市中医院康复科, 山东 济宁 272100)

摘要:刘教授长期从事中医药与康复相结合防治脑血管疾病的研究, 临床经验丰富。对于中风病, 进行了深入研究, 曾提出“瘀血生风”的理论, 辨证论治中风病及其合并症, 临床疗效显著。刘教授认为中风后抑郁的发生是由于肝气郁结, 心神失养, 阴阳失调所致, 提出“疏肝解郁, 宁心安神, 调和阴阳”的基本治疗大法, 自拟“疏肝宁神方”, 随症加减, 减轻了患者抑郁状态, 从而提高整体康复效果。

关键词:刘昭纯; 中风; 抑郁; 临证经验; 疏肝宁神方

doi:10.3969/j.issn.1672-2779.2021.01.034

文章编号: 1672-2779(2021)-01-0082-02

Experience of Professor Liu Zhaochun in Treating Post-stroke Depression

CHENG Aijun

(Rehabilitation Department, Jining Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shandong Province, Jining 272100, China)

Abstract: Professor Liu Zhaochun has long been engaged in the research on the combined prevention and treatment of cerebrovascular diseases with traditional Chinese medicine and rehabilitation, and has rich clinical experience. The theory of “blood stasis generates wind” has been put forward after in-depth research on stroke. Treatment of apoplexy and its comorbidities based on syndrome differentiation has remarkable clinical effect. Professor Liu believes that the occurrence of depression after stroke is caused by the stagnation of liver qi, the loss of mind and the imbalance of yin and yang. He puts forward the basic treatment method of “soothing the liver and relieving depression, calming the mind and calming the spirit, and harmonizing yin and yang”. Self-designed “soothing the liver and soothing the spirit” reduce the depression of patients, so as to improve the overall rehabilitation effect.

Keywords: Liu Zhaochun; post-stroke depression; experience; soothing the liver and soothing the spirit recipe

刘昭纯教授是山东中医药大学博士生导师, 曾兼任日本横滨市立大学康复医学科特别研究员, 擅长治疗内科疾病, 其中对中风病的治疗积累了丰富经验。笔者有幸跟刘师于门诊学习, 获益匪浅。现就刘师运用“疏肝宁神方”治疗中风后抑郁的经验介绍如下。

中风后抑郁症(Post-stroke depression, PSD)是发生在中风后的一种包括多种精神症状和躯体症状的复杂的情感障碍性疾病。患者必须具备对事物丧失兴趣、抑郁的情绪或其他伴随的 2 个症状(睡眠障碍、身体不适、能力下降、悲观无价值感), 且这些症状持续 ≥ 2 周^[1]。PSD 发病率为 25%~70%, 不但影响患者的生存质量, 同时影响长期陪护者的情绪, 从而影响康复治疗过程和预后。广大康复医护人员、治疗师高度重视其危害性, 对于 PSD 的病因、治疗等研究者众多。目前认为 PSD 临床症状有情绪低落、迟钝、焦虑、忧虑、易激惹、失眠、早醒、负罪感、体质量变化等^[2]。

PSD 的发病机制目前倾向于以下 2 种学说^[3], 一是原发性内源性学说, 即脑卒中病人脑损害后, 去甲肾上腺素能及 5-羟色胺能神经元及其传导通路受损, 导致去甲肾上腺素及 5-羟色胺含量下降, 导致抑郁; 二是反应性机制学说, 患者病后家庭、社会、生理等变化, 导致生理、心理失衡而致抑郁。

对 PSD 的西药治疗多选用三环类抗抑郁药(如盐酸多塞平片)、选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂(如百优解等)、

含神经阻滞剂的氟哌噻吨美利曲辛(黛力新)、去甲肾上腺素能和特异性 5-HT 能抗抑郁药(如米氮平等)。因药物常见的不良反应如恶心、呕吐等消化道症状, 头晕、头痛等中枢神经症状等^[4], 导致患者耐受性和依从性差。而中医药治疗中风后抑郁有一定的优势。

中风后抑郁属于中医“中风郁证”“癫证”“脏躁”“不寐”等病范畴^[5]。

刘昭纯教授认为中风后抑郁的发病与肝气郁滞、心神失养、阴阳失调有关。《黄帝内经·玉机真脏论》曰“肝为刚脏, 喜条达而恶抑郁”, 正常的情志活动取决于气机的调畅, 肝疏泄正常, 气机调畅则机体可协调自身的精神活动, 表现为精神愉快, 心情舒畅, 思维敏捷; 气机郁滞则肝失条达, 肝气郁结, 则人体情志失调所引发气血津液输布失常、脏腑功能运化失调, 出现郁闷不解, 思虑愁忧等。可知情绪活动与肝脏密切相关。

中风患者发病突然, 不能适应角色的转换, 家庭及社会地位发生了巨大变化, 从而缺乏自尊、自信, 存在感、价值感降低, 出现思虑过多, 心神失养。《素问·举痛论》曰: “思则心有所存, 神有所归, 正气留而不行, 故气结矣。”以情志内伤为重要病因, 以气机郁滞为病理基础^[6], 则出现情绪低落, 失眠多梦, 心悸怔忡等。

中风患者多存有“阴阳失调”病机^[7], 《灵枢·邪客》: “今厥气客于五脏六腑, 则卫气独卫于外, 行于阳则阳气盛, 阳气盛则阳跷; 不得入于阴, 阴虚, 故目不瞑”。

《内经》：“阳气尽，阴气盛，则目瞑；阴气尽而阳气盛，则寤矣，阴阳不相协调，则失眠、多梦、烦闷不安。”因此对中风后抑郁患者的治疗过程中应当重视调和阴阳。

1 病机、基本治法、基本方

根据上述认识，总结出中风后抑郁的病机为肝气郁结，心神失养，阴阳失调；提出“疏肝解郁，宁心安神，调和阴阳”治法。

自拟方：疏肝宁神方，组方如下：柴胡 10 g，白芍 15 g，枳实 10 g，川芎 10 g，香附 9 g，法半夏 10 g，生薏苡仁 30 g，珍珠母 30 g，炒枣仁 30 g，炙甘草 6 g。

方解：君药：柴胡疏肝解郁，臣药：白芍敛阴、养血、柔肝，制约柴胡耗伤阴血之蔽；枳实理气、破结、解郁，与柴胡为伍，升清降浊，舒畅气机。佐药：川芎辛、平，入肝经，行气活血解郁；香附辛、平，入肝经，宽胸理气，疏肝解郁；半夏能治“目不得瞑”，《吴鞠通医案》：“不寐，加半夏一两”之说。结合现代药理研究结果^[8]，半夏对中枢神经有良好的镇静和安定作用，对小鼠被动活动亦有抑制作用，表明半夏有镇静催眠作用。半夏、薏苡仁，原为半夏秫米汤，吴鞠通认为秫米可用薏苡仁代替，是“治疗失眠第一要方”，功在交通阴阳，“决渎壅塞，经络大通，阴阳得和者也。”珍珠母：可安神魂，定惊痫，主治心神不安，烦躁失眠；炒枣仁：养血安神。益肝血，善治焦虑，烦躁，失眠。使药：炙甘草调和诸药。

2 随症加减

本方柴胡疏肝散与半夏秫米汤加减。兼见口苦咽干：重用白芍，加夏枯草；兼烦躁易怒：重用珍珠母，加黄连、栀子；失眠重者：重用半夏，加生龙骨、生牡蛎；兼见腹胀、便秘：重用枳实，加厚朴、麻子仁；兼见心悸、怔忡：重用炒枣仁，加远志、柏子仁；兼见汗出过多：重用白芍，加五味子、山萸肉；兼见纳差、便溏：加炒白术、茯苓、焦三仙；抑郁焦虑重者：重用柴胡，加郁金、石菖蒲。

3 医案举隅

朱某，女，62 岁，2018 年 3 月 2 日就诊。右侧肢体活动不灵 2 个月，失眠、烦闷 1 个月。2 个月前因突然言语不清、右侧肢体活动不灵到当地医院就诊，经过检查诊断为“急性脑梗死”，在神经内科综合治疗 10 d 后病情稳定出院，未进行系统康复治疗。1 个月前出现情绪低落、失眠、烦闷，为求进一步好转来我院。现言语謇涩，右侧肢体活动不灵，乏力。常悲伤欲哭，生活无望。夜间睡眠约 2~3 h，寝食难安，纳差，尿频，偶尔失禁，便秘。舌质暗，苔薄白，脉弦。查体：神志清，精神萎靡。右上肢近端肌力 1 级，远端肌力 0 级，右下肢近端肌力 2 级，远端 0 级，踝内翻、足下垂。日常生活活动能力(Barthel 指数)评定量表：15 分(重度依赖)，汉密

顿量表(HAMD)评估：35 分(严重抑郁)。诊断为中风病郁证，治则：疏肝解郁，宁心安神。方用疏肝宁神方加减。柴胡 10 g，白芍 15 g，川芎 10 g，香附 9 g，枳实 10 g，法半夏 10 g，生薏苡仁 30 g，珍珠母 30 g，炒枣仁 15 g，炙甘草 6 g，龙骨 30 g，牡蛎 30 g，火麻仁 30 g。水煎服。服用 10 剂后睡眠好转，夜间睡眠 5 h 左右，康复锻炼较前积极，食少，大便 2 日 1 次，不干。舌淡、苔白，脉弦细。原方加焦三仙各 10 g。服用 5 剂后情绪好转，食量增加，继续服用本方 5 剂，服药期间坚持康复训练。患者主动性逐渐增强，自信心增加，悲伤哭泣消失，积极配合物理治疗、作业治疗，肢体功能逐渐好转，1 个月后日常生活活动能力(Barthel 指数)评定量表：60 分(轻度依赖)，汉密顿量表(HAMD)评估：12 分(可能有抑郁症)。

4 小结

PST 的发病与脑卒中的严重程度、认知障碍及环境有关。部分患者存在认知及言语障碍，表现出一系列的交流困难，所以 PSD 的发生不易察觉，但严重影响患者的预后。患者主动康复的愿望明显降低，甚至在康复训练过程中哭啼郁闷，不能集中注意力配合康复治疗师，严重影响患者肢体功能障碍的恢复，在日常生活中处于被动状态，明显影响生活质量。刘教授认为中风后抑郁基本病机为肝气郁滞，心神失养，阴阳失调，且有虚实之分，主要涉及肝、心两脏。治疗以疏肝解郁、宁心安神，调和阴阳为主。虽患者本病为中风病，然而郁证影响中风病患者的康复治疗，影响疗效。“急则治其标”，先调理情志，肝气条达，疏泄正常，阴阳平衡，利于中风病恢复。同时康复训练时治疗师尽早指导患者卧位到坐位的体位转换、上下轮椅，引导患者尽早自行吃饭、穿衣，减轻对他人依赖，提高生活自理能力，让患者重建自信，发现希望，积极参与到康复训练中。

参考文献

- [1] Robinson R G, Jorge R E. Post-stroke depression: A review[J]. *Am J Psychiatry*, 2016, 173(3): 221-231.
- [2] Gawronski D W, Reding M J. Post-stroke depression: An update[J]. *Curr Atheroscler Rep*, 2001, 3(4): 307-312.
- [3] 黄宁. 柴胡加龙骨牡蛎汤治疗中风后抑郁 38 例[J]. *实用中医内科杂志*, 2007, 21(9): 62-63.
- [4] 姜春和. 抗抑郁药临床应用研究进展[J]. *中国药房*, 2008, 19(5): 385-387.
- [5] 王维慧, 李亚春. 解郁汤治疗中风后抑郁 39 例临床观察[J]. *实用医技杂志*, 2008, 15(1): 60-61.
- [6] 何芳华, 文云波, 赖永金, 等. 针刺配合心理疏导在中风后抑郁症早期康复治疗中等应用[J]. *中国中医药现代远程教育*, 2015, 13(5): 72-74.
- [7] 罗文舒, 钟卫正, 翁子梅, 等. 从调神和调阴阳角度思考任督二脉在中风病中的应用[J]. *中国医药指南*, 2013(34): 211-212.
- [8] 朱复南. 半夏汤实验研究初报[J]. *中药药理与临床*, 1990, 6(5): 15-16.

(本文编辑:李海燕 本文校对:李 鹏 收稿日期:2019-12-10)