

◆思路研究◆

从阳不足阴有余论治卒中后抑郁

王珍, 贾奎

新乡医学院第一附属医院中西医结合科, 河南 新乡 453000

[摘要] 卒中后抑郁是脑卒中后严重并发症之一。笔者通过文献研究及临床经验总结, 认为卒中后抑郁的病因病机关键在于阳不足, 阴有余, 病证本质为阴类证, 以“治阴病用阳药”为指导来辨治本病, 可使辨治执简驭繁, 且疗效显著。

[关键词] 卒中后抑郁; 阳不足; 阴有余; 阴类证

[中图分类号] R749.4*1

[文献标志码] A

[文章编号] 0256-7415 (2018) 04-0183-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2018.04.050

Treatment from Yang Deficiency with Yin Sufficiency for Post-Stroke Depression

WANG Zhen, JIA Kui

Abstract: Post-stroke depression is one of the serious complications after stroke. Based on literature research and clinical experience summary, the authors believed that the etiology and pathogenesis of post-stroke depression critically lies in yang deficiency with yin sufficiency, and the essence of its syndrome is yin syndrome. Treating for this disease under the guide of “treating yin disease with yang medicine”, treatment based on syndrome differentiation can solve complexity by using simple method and have significant clinical effect.

Keywords: Post-stroke depression; Yang deficiency; Yin sufficiency; Yin syndrome

卒中后抑郁(PSD)是继发于卒中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, 主要表现为情绪低落、思维迟缓、兴趣缺乏、言语减少、睡眠障碍等, 重者出现幻觉、幻想、绝望甚至自杀行为, 是脑卒中的严重并发症之一^[1]。调查显示, 卒中发生后的 1 年内, PSD 的患病率高达 30% ~ 60%^[2-4]。Guiraud V 等^[5]研究表明, PSD 的高发病率不仅影响患者日常生活水平, 也不利于患者的肢体功能恢复。因此, 近年来 PSD 逐渐成为医学界研究的热点^[6]。目前, PSD 的发病机制主要包括以下两种学说: 一是原发性内源性学说; 二是反应性机制学说^[7]。治疗 PSD 的西药主要有三环类抗抑郁药、单胺氧化酶抑制剂、选择性 5-HT 再摄取抑制剂等, 但由于起效慢、疗程长、疗效欠佳等, 导致患者依从

性差。

中医学将 PSD 归于中风、郁证等范畴。中风起于先, 郁证发于后, 是一个复合病名^[8]。笔者通过文献研究及临床经验总结发现, PSD 的病机关键在于阳不足, 阴有余; 其病证本质为“阴类证”。以“补其不足, 损其有余; 治阴病用阳药, 以阳补阳”为治疗大法, 不仅临床疗效显著, 而且使该病的辨治执简驭繁, 便于临床运用。

1 理论基础

《素问·阴阳应象大论》曰: “阴阳者, 天地之道也, 万物之纲纪, 变化之父母, 生杀之本始, 神明之府也, 治病必求于本。”又云: “善诊者, 察色按脉, 先别阴阳。”阴阳乃天地之道, 性命之本, 阴平阳秘, 精神乃治; 阴阳失衡, 百病由生。《景岳全书》中亦

[收稿日期] 2017-07-28

[基金项目] 河南省科技攻关计划项目 (172102310585)

[作者简介] 王珍 (1988-), 女, 硕士研究生, 研究方向: 中西医结合防治脑病的研究。

云“医道虽繁，而可以一言蔽之者曰：阴阳而已。”《内经》又云：“正气存内，邪不可干”；“邪之所凑，其气必虚。”因此，人之不病，在于“正气存内”；人之所病，在于“其气必虚”。郑钦安在《医法圆通》中认为，中风发病主要在于“阳衰在何处，风邪即中何处”；“虽然风由外入，痰因内成，总缘其人素禀阳虚”^[9]。早在金元时期，李东垣就提出了气虚致郁论，认为喜、怒、忧、恐皆可损伤元气，致脾胃气虚，最终导致脾胃、肝胆之气不升反降，造成木火受遏，从而形成气郁，李东垣这一思想为后世补虚治郁的理论奠定了基础。历代诸多医家都提到虚和郁的关系密切，如中气不和说、脏气弱说、积郁成虚说，治疗方面遵循治郁不忘理虚的治疗思想。以上所说的正气、气、阳气均指人体内的“阳”，“阳不足”为卒中后抑郁发病之根本。现代许多医家也发现，中风病从阴阳类证候诊治具有可计量性、可重复性及简便易行的特点^[10]。郑国庆等^[11]曾提出中风患者素体阳虚阴盛者，机体机能相对减弱，在致病因子影响下多从寒化，表现为阴类证。高潇等^[12]认为，督脉为“阳脉之海”，总督一身之阳气，对一身阳经气血起到调节作用，通过风府穴注射贯叶连翘的活性提取成分——金丝桃素结合捏脊疗法治疗脑卒中后抑郁。唐农等^[13]提出中风病治疗的一般次第，即先以清通上焦阳明为主，使阳热有出路；继以健运中焦脾胃，使中枢复转；再主以温补下焦元阳，以保证中风病得以治本。刘茂才等^[14]采用专家临床辨证、临床流行病学、数理统计学相结合方法，将中风急性期证候简括为阳类证和阴类证，并制定了简洁可行的中风急性期阳类证、阴类证辨证标准。所以无论治疗任何疾病，都要首先辨清疾病的阴阳虚实，卒中后抑郁亦是如此。以“阳不足，阴有余”为理论指导来治疗本病，从古至今都得到许多医家的认可。

2 病因病机

提到 PSD 的病因病机，历代医家多从痰浊瘀血、肝郁气滞上思考，注重祛除痰瘀、气滞等标实之邪，而忽略了发病之根本在于阳不足，因虚致实。众所周知，中风病的基本病机为“阴阳失调，气血逆乱”，为本虚标实之证。《素问·生气通天论》曰：“凡阴阳之要，阳密乃固。……阴平阳秘，精神乃治；阴阳离决，精气乃绝。”《医宗必读》云：“积之成也，正气不足，而后邪气踞之。”血液在血管中周流不息、

气机在周身的循环往复须赖阳气的鼓动作用。而人到中年以后，素体阳气亏虚，阳虚不能密固，血溢脉外，发为中风；或因情志失调，耗伤阳气，阳虚无力推动血液，运行缓滞则留而为瘀(郁)；或因饮食劳倦，肥甘厚味损伤脾胃，健运失司，阴寒内盛，津液聚而为痰，痰瘀痹阻血脉，发为中风。脑为髓海，主神明，机体阳虚，精髓化生不足，元神失养；或痰浊、瘀血、气郁之阴邪上扰清窍，神机受损，皆可出现精神、思维、语言、感觉、记忆等不同程度的异常，表现出抑郁症状。

3 相关症状

PSD 的临床表现主要包括三部分，即核心症状、心理症状和躯体症状，核心症状包括情绪低落、兴趣缺乏和乐趣丧失；心理症状包括焦虑、自责自罪、精神病性症状、自杀观念等；躯体症状可以出现睡眠紊乱、食欲紊乱、性功能减退及非特异性躯体症状^[15]。其中，猝然昏倒、不省人事、偏瘫、失语、口舌歪斜、偏盲、头晕耳鸣、情绪低落、语言减少、不爱与人交往、失眠、兴趣减退、不愿意参加社交活动、经常闭门不出、食欲下降和体重减轻、疲乏、孤独、绝望、害怕、无助等症状，从中医的阴阳来分，都属于“阴”。患者为何表现出一派阴类症，这与 PSD “阳不足，阴有余”的病机是密不可分的，从此角度来判断，亦支持 PSD 为“阴类证”这一观点。

4 用药浅析

《素问·阴阳应象大论》曰：“审其阴阳，以别柔刚，阳病治阴，阴病治阳。”证有阴阳之分，脉有阴阳之别，药有阴阳之用；天有阴阳随顺之，药分阴阳善伍之。段艳霞等^[16]通过对 PSD 用药规律的统计发现，补益药在 PSD 的治疗中位居第一。笔者通过文献检索及临床观察发现，治疗 PSD 的中药无论是单味药还是复方配伍，主要包括补益药、活血化瘀、化痰祛湿几类，如黄芪、党参、川芎、赤芍、茯苓、白术等。现代临床药理研究已证明，补益药可有效治疗抑郁症且不良反应较少，往往能够在一种药物中提取出多种抗抑郁成分，体现了这些补益药化学成分的多样性及其药理作用的多靶点性，具有广泛的应用范围^[17]。胡芙君等^[18]研究发现，黄芪注射液不仅对短期内改善患者的抑郁症状具有良好效果，还能有效预防住院期间的自杀事件。补益药多味甘，性温；血得温则行，遇寒则凝，故活血化瘀药味辛，性温。叶天士

认为中风之痰为虚痰,而非实痰,即由于脾不能正常运化水液,津液不布所化之痰,并提出治痰当以“健中运痰”为基本原则^[9]。现代医家亦主张健脾祛痰化湿法治疗痰浊内蕴证,常用药物有半夏、茯苓等,此类药物多味辛、甘,性温。根据中药五味属性“辛甘为阳,酸苦为阴”,故治疗 PSD 的药物多属于“阳性药”。围绕 PSD“阳不足,阴有余”的病因病机,继承中医扶阳学派之“病在阳者,扶阳抑阴;病在阴者,用阳化阴”的治疗理念^[20],以最终实现“阳密乃固”为治疗指归。

综上所述,PSD 发病率高,严重影响患者的健康与康复,探索出简便有效防治本病的方法是每一位医务人员的职责所在。无论是从病因病机,还是从临床表现、辨证治疗用药方面,都支持该病的病机为“阳不足,阴有余”,病证本质为“阴类证”这一观点。此观点得到诸多医家的认同,为 PSD 的中医药防治提供新的思路,使本病的辨证治疗更加简便化、规范化,有其临床意义,便于临床医师辨证施治,值得临床推广。

[参考文献]

- [1] 王珍珍,张春红,王茜茹,等. 中西医治疗卒中后抑郁的研究进展[J]. 针灸临床杂志, 2016, 32(4): 94-97.
- [2] 王彦廷. 脑卒中后抑郁的药物治疗[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2014; 17(6): 104-105.
- [3] 高春林,巫嘉陵. 脑卒中后抑郁临床研究进展[J]. 中国现代神经疾病杂志, 2017, 17(4): 249-253.
- [4] CEDRE Silva, MAA Brasil, EMD Nascimento, et al. Is poststroke depression a major depression? [J]. Cerebrovasc Dis, 2013, 35(4): 385-391.
- [5] Guiraud V, Gallarda T, Calvet D. Depression predictors within six months of ischemic stroke: The DEPRESS Study[J]. Int J Stroke, 2016, 11(5): 519-525.
- [6] 赵亚伟,张彦利,傅天. 中医药治疗卒中后抑郁的研究进展[J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 26(8): 909-912.
- [7] 陈国栋,潘先文. 脑卒中后抑郁的研究进展[J]. 中国临床研究, 2012, 25(2): 105-107.
- [8] 王慧婷,温清秀,卢玮旒,等. 卒中后抑郁发病机制的中西医研究进展[J]. 贵阳中医学院学报, 2014, 36(6): 132-135.
- [9] 郑钦安. 中医火神派三书: 医理真传, 医法圆通, 伤寒恒论[M]. 北京: 学苑出版社, 2007: 174-175.
- [10] 郭捷婷,黄燕. 缺血性中风危险因素与中医证型的关系研究概况[J]. 中医杂志, 2013, 54(13): 1156-1159.
- [11] 郑国庆,黄培新. 中风病辨治阴阳为纲源流[J]. 中华医史杂志, 2003, 33(4): 227-230.
- [12] 高潇,王志杰,董施秋,等. 穴位注射金丝桃素单体结合捏脊疗法治疗脑卒中后抑郁的临床观察[J]. 中医药信息, 2015, 32(2): 102-104.
- [13] 唐农,胡跃强,吴林. 从“阳虚为本”论中风病的次第治疗[J]. 中医杂志, 2015, 56(12): 1076-1078.
- [14] 刘茂才,黄培新,梁伟雄,等. 高血压性中、大量脑出血救治方案建立的思路[J]. 广州中医药大学学报, 2001, 18(1): 1-7.
- [15] 高春岭,谭华,徐磊,等. 急性缺血性脑卒中后抑郁患者相关症状与血清白细胞介素-1水平的关系[J]. 中国老年学杂志, 2017, 37(3): 625-627.
- [16] 段艳霞,李洁,史美育. 中药治疗中风后抑郁症用药规律探讨[J]. 中华中医药学刊, 2011, 29(6): 1419-1421.
- [17] 李梦頔,黄世敬. 补益药及其复方制剂抗抑郁作用研究进展[J]. 中医学报, 2017, 32(5): 818-823.
- [18] 胡芙君,周瑞. 黄芪注射液治疗脑梗塞后遗症后的疗效[J]. 中国医药导刊, 2013, 15(9): 1490-1491.
- [19] 王开达. 叶天士治疗中风病用药规律分析[J]. 湖南中医杂志, 2017, 33(1): 128-131.
- [20] 卢崇汉. 扶阳讲记[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2006: 36.

(责任编辑: 冯天保)