

不是变态反应性炎症性皮肤病，虽然有这些表现也不能认为是湿疮。故诊断标准更应该细化，明确化。③如何确定其分期标准：以时间或表现为期？还是两者的结合？等等这些问题都需要同道及临床大师多提意见和建议予以论证。上述是研究湿疮病多年后，遇到的一些问题提出的愚浅之见，希望同道予以批评指正。

#### [参考文献]

[1] 顾伯康. 中医外科学[M]. 上海：上海科学技术出版社，

1988：137.

[2] 李曰庆. 中医外科学[M]. 北京：中国中医药出版社，2010：166.

[3] 陆德明. 中医外科学[M]. 北京：中国中医药出版社，2000：138.

[4] 翟辛. 中医皮肤性病学[M]. 北京：中国中医药出版社，2009：131.

[5] 赵辨. 中国临床皮肤病学[M]. 南京：江苏科学技术出版社，2010：725.

(责任编辑：黎国昌)

## 理气化痰汤治疗中风后抑郁体会

卢薇，林丹，凌爱香，朱红，王挺挺

台州市恩泽医疗集团中心医院，浙江 台州 318000

[关键词] 中风后抑郁 (PSD)；气郁痰阻；理气化痰汤

[中图分类号] R749.1+3 [文献标识码] B [文章编号] 0256-7415 (2014) 04-0251-03

DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2014.04.100

中风又称脑卒中，是中医学对急性脑血管意外的统称，是神经系统的常见疾病。中风后抑郁症(Post-stroke depression, PSD)是指在中风后引发的抑郁，属于继发性抑郁症的一种，是中风后患者最常见的精神障碍类并发症之一。其临床表现除了中风后固有的半身不遂、偏身麻木、口眼歪斜等躯体症状外，还可出现情绪低落、易哭易怒、失眠、纳差、兴趣减退等抑郁症候<sup>[1]</sup>。中风后抑郁病机复杂，临床所见有肝气郁结、气郁化火、痰气郁结、心神失养、心脾两虚及心肾阴虚等，但较多学者认为，肝气郁结是中风后抑郁发病的始要环节，故疏肝解郁法为临床治疗中风后抑郁的常用治法。

笔者认为，中风后抑郁患者多为“因病而郁，气郁痰阻”。且有研究<sup>[2]</sup>发现，中风病气郁痰阻型较易并发抑郁症，且抑郁症状较重，病程较长，这说明痰

浊阻络在中风后抑郁的发病中起着很重要的作用。故笔者从气郁痰阻论治中风后抑郁症，运用自拟理气化痰汤为主辨证治疗，取得良效。试谈体会如下。

### 1 气郁痰阻病机说

中医学并无抑郁症的病名。从临床症状看，抑郁症为情志病，一般将其归属于郁证范畴。历来医家对郁证的病因认识多有争论，但不外乎五脏病变和情志因素两类，即“因病而郁”和“因郁而病”。明·张景岳《景岳全书》载：“凡五气之郁，则诸病皆有，此因病而郁也；至若情志之郁，则总由于心，此因郁而病也。”中风后抑郁症属于“因病而郁”。中风患者对突发之病情产生忧愁、焦虑等情绪，从而影响肝之疏泄功能，气机郁结，津停成痰，痰气胶结，气机壅遏不畅，痰随气升，上扰脑窍。脑为元神之府，主神明，神明被扰，精神思维活动异常，则出现精神抑

[收稿日期] 2013-09-28

[作者简介] 卢薇 (1980-)，女，医学硕士，主治医师，主要从事中西医结合内科临床工作。

郁、性情急躁、纳呆寐差等郁证症状。且痰邪日久化热，亦可加重气郁，而病久伤及气血，又可导致气虚血瘀等，增加了气郁痰阻的程度。中风后抑郁总的病机与气郁痰阻关系密切。

## 2 自拟理气化痰汤

中风后抑郁气郁痰阻证主要表现为在中风病的基础上兼见情绪低落，精神沮丧，坐卧不安，易惊，失眠多梦，头晕，食少，口中黏腻，咽喉不适，腹胀痰多，大便不爽，舌红、苔白腻或黄腻，脉弦滑等症候。清·李用粹《证治汇补》指出：“郁病虽多，皆因气不周流，法当顺气为先。”清·费伯雄《医方论·越鞠丸》谓：“凡郁病必先气病，气得流通，郁于何有？”笔者根据中风后抑郁气郁痰阻证的病机，制定了以理气化痰为主，兼以益气活血的治疗大法，自拟理气化痰方治疗。

理气化痰方组成：胆南星、法半夏、石菖蒲、青礞石、柴胡、郁金、佛手、绿梅花、陈皮、竹茹、栀子、茯苓、白术、川芎、丹参、白芍、芦根。本方针对中风后抑郁症患者体内已成之伏痰阻塞心窍，以胆南星、法半夏、石菖蒲、青礞石涤顽痰开窍；柴胡、郁金、佛手、绿梅花、陈皮疏肝理气解郁，使气畅痰自消；竹茹、栀子清热化痰；茯苓、白术益气健脾、化痰渗湿，使痰无所生；川芎、丹参理气活血，治疗基础疾病；配以白芍、芦根柔肝以防诸药辛燥太过。诸药合用，气顺痰除，共奏理气化痰，益气活血之功效。若兼见神疲乏力、面色少华、多思善忘、便溏等气虚症状时，可在自拟方的基础上加黄芪、山药、扁豆衣、薏苡仁等健脾益气；若兼见面色晦滞、胸胁刺痛、舌暗或有瘀斑、脉沉涩等血瘀症状时，可加用桃仁、赤芍、当归等活血化瘀。

## 3 病案举例

陈某，男，62岁，2013年6月22日入院。代诉：左侧肢体乏力3月余。病史：患者3月余前在家中无明显诱因下出现左侧肢体乏力，在当地医院诊断为“脑梗死”，给予改善脑循环、营养神经等治疗（具体药物不详）后，言语吞咽功能较前好转，仍左侧肢体偏瘫。有高血压病、高血脂症、糖尿病病史2年，但均未规范监测和治疗。收入院治疗。体检：血压145/80 mmHg。头颅MRA：脑内多发缺血灶，右侧放射冠区多发陈旧性梗死灶，右侧放射冠区DW1斑片状高信号，考虑急性梗死。汉密顿抑郁量

表评分20分。诊见：神志清，左侧肢体乏力感，稍有头昏，无头痛，左肩关节疼痛较剧，情绪不稳，不欲言语，对病情愈后感到悲观，脾气有时急躁，腹部饱胀，能排气，排便减少，小便正常，进食量不多，寐差，舌暗红、苔黄腻，脉滑数。中医诊断：①中风（中经络）；②郁证，证属气郁痰阻。西医诊断：①脑梗死；②中风后抑郁；③2型糖尿病；④高血压病（1级很高危）；⑤高脂血症。

西药治疗：给予营养神经、抗血栓、降脂稳定斑块、降压、降糖等。配合康复心理疏导、作业疗法、运动疗法、平衡训练、功能性电刺激等康复治疗。

中医药治疗：给予针刺和辨证方药治疗。治则：益气化痰，活血通络。①针刺疗法（选穴：四神聪、肩三针、曲池、合谷、内关、神门、足三里、丰隆、太冲。具体操作方法：选普通毫针，四神聪向百会穴方向平刺，其余穴位常规针刺；肩三针、曲池、合谷、足三里等4组加电针，每次留针30 min，每天1次。②辨证方药治疗用理气化痰方为基础方加减。处方：青礞石（先煎）30 g，胆南星、法半夏、石菖蒲、柴胡、绿梅花、陈皮、竹茹、茯苓、白术、川芎、丹参、白芍、芦根各15 g，郁金、佛手各10 g，天麻9 g。5剂，每天1剂，水煎服。

6月28日二诊：患者情绪逐渐稳定，能在别人扶助下缓慢行走，诉左侧肢体乏力，有少许头昏、头痛，左肩关节仍疼痛，寐稍差，纳增，二便常，舌暗红、苔黄腻，脉滑。汉密顿抑郁量表评分18分。继续守理气化痰法加入通络、活血止痛药物，前方加桑枝15 g，乳香、没药各10 g。7剂，如法煎服。

7月4日三诊：患者能在帮扶下缓慢行走，左侧肢体乏力感、腹部饱胀感、头昏、睡眠、左肩关节疼痛等好转，脾气急躁渐平，开始有笑容，纳可，二便常，舌暗红、苔白稍腻，脉滑。汉密顿抑郁量表评分18分。守前方去栀子、竹茹。再进7剂。

7月12日四诊：患者可自行拄拐杖行走，无腹胀，但乏力感明显，脾气较前平和，无头晕头痛，左肩关节仍有少许疼痛，夜寐可，饮食佳，舌暗红、苔白，脉滑。汉密顿抑郁量表评分17分。守前方加槲寄生15 g，黄芪、川牛膝各30 g。再进6剂。

7月18日五诊：患者逐渐独立行走，左侧肢体乏力感好转，腹部饱胀感好转，头昏好转，大便调，左肩关节疼痛好转，情绪好转，舌暗红、苔白，脉

滑。查体：左上肢肌力 Ⅱ级，左下肢肌力 Ⅱ级，右侧肢体肌力 Ⅱ级。汉密顿抑郁量表评分 16 分。予出院，带前方药 7 剂。

#### 4 结语

中风后抑郁症是继发性抑郁症，为“因病而郁”，气郁痰阻是中风后抑郁症的重要病机。笔者应用自拟理气化痰方治疗中风后抑郁气郁痰阻证取得了较好的疗效。笔者在临床运用中体会到，临床应用理气化痰方应结合患者的具体情况，配合他法辨证论治。康复心理疏导也具有重要意义，中风后抑郁的发生，既有生物学的因素，又有社会心理因素，符合生物—心理—社会医学模式，是社会心理学因素共同作用的结

果。康复心理疏导能积极地调整患者的心态，树立正确的人生观，培养乐观性格，提高患者对生活的信心，消除失落感和悲观情绪，并以积极的态度配合治疗护理，从而促进治疗效果。

#### [参考文献]

- [1] 钱建强. 中风后抑郁症的病机特点探析[J]. 河北中医, 2010, 9(12): 1090.
- [2] 郑万利. 黄连温胆汤配合百忧解治疗中风后抑郁 32 例[J]. 陕西中医, 2006, 27(7): 812.

(责任编辑：黎国昌)

## 石学敏院士针刺治疗小脑性共济失调 1 例报道

张琳琳<sup>1</sup>, 陈宥伊<sup>2</sup>

1. 天津中医药大学 2011 级硕士研究生, 天津 300193; 2. 天津中医药大学第一附属医院, 天津 300193

[关键词] 小脑性共济失调; 针刺; 石学敏; 医案

[中图分类号] R742.8\*2 [文献标识码] B

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.04.101

[文章编号] 0256-7415 (2014) 04-0253-02

共济失调是指肌力正常情况下的运动协调障碍，即肢体随意运动的幅度及协调发生紊乱，以及不能维持躯体姿势和平衡，分为感觉性、前庭性、小脑性和大脑性共济失调 4 种类型。而脑血管病所引起的小脑性共济失调临床较为常见，其表现为随意运动的力量、速度、幅度和节律的不规则，即协调运动障碍，可伴有肌张力减低、眼球运动障碍及言语障碍。笔者跟随石学敏院士治疗小脑性共济失调 1 例，病案介绍如下。

#### 1 病例介绍

患者吴某，男，24 岁，韩国籍，主因“四肢活动不协调 5 年余”为主诉来天津中医药大学第一附

属医院特需针灸科就诊。患者于 2007 年 2 月 13 日，活动后出现口喎流涎，语言謇涩，神昏倒地，就诊于韩国当地医院，查颅脑 CT 示脑出血，考虑脑动静脉畸形所致小脑出血，于神经外科行去骨瓣减压术，开颅血肿清除术，脑室-腹腔分流术，经治病情平稳，转入神经内科治疗，具体用药追问不详。现为进一步康复治疗，收入特需针灸科诊治。诊见：神清，精神可，吟诗样语言，站立不稳，身体前倾，行走时左右摇晃呈醉酒步态，行走时需借助上肢力量协调平衡，曲线前进，双上肢意向性震颤，双眼粗大垂直眼震、复视，右眼外展受限，静止时头颅不自主震颤，纳可，寐欠安，二便调，舌红绛、苔薄黄，脉弦。查

[收稿日期] 2013-09-05

[作者简介] 张琳琳 (1987-)，女，硕士研究生，研究方向：针刺治疗脑血管病方向。

[通讯作者] 陈宥伊，E-mail: cherychen99@sina.com。