

脑卒中后抑郁的中西医结合康复诊疗技术研究进展

王若愚¹ 刘兰英²▲

1. 上海中医药大学康复医学院, 上海 201203; 2. 上海市精神卫生中心中医科, 上海 200030

[作者简介] 王若愚 (2002.10-), 女, 上海中医药大学康复医学院, 医学技术专业, 硕士研究生一年级在读。研究方向为精神疾病的中西医结合临床研究。

[▲通讯作者] 刘兰英 (1979-), 女, 硕士学位, 上海市精神卫生中心中医科主任, 教授、硕士生导师, 上海市精神卫生中心中医神志病学科带头人, 国家临床重点专科 (全病程管理的中西医结合精神疾病重点专科) 负责人, 国家精神疾病医学中心 (上海市精神卫生中心) 中医神志病诊疗中心负责人。主攻精神疾病的中西医结合临床与基础研究。

摘要: 脑卒中后抑郁是脑卒中患者康复阶段高发的神经精神并发症, 严重延缓患者神经功能恢复、提升死亡率, 且受认知与文化等因素影响, 临床普遍存在早识别、早干预不足的问题。目前西医对其发病机制的认知以原发性内源性与反应性机制双学说为核心, 以《精神障碍诊断与统计手册》为核心诊断标准, 康复手段聚焦神经调控与认知心理干预; 中医将其归为中风合并郁证, 认同本虚标实的病机特点, 但辨证分型尚未统一, 针灸、五音、推拿等疗法为常用康复手段。中西医结合康复技术各具独特优势, 二者联合应用可发挥协同增效作用, 成为该病症康复诊疗的重要发展方向。本文从病因病机、诊断标准、康复技术及中西医结合应用等方面综述脑卒中后抑郁的研究进展, 为其临床诊疗与康复方案优化提供参考思路。

关键词: 脑卒中后抑郁; 中西医结合康复; 病因病机; 诊断标准; 康复技术

中图分类号: R749.4; R743.3 文献标识码: A

前言

脑卒中后抑郁(post-stroke depression, PSD)是脑卒中患者康复过程中高发的神经精神系统并发症, 以脑血管意外后持续的情绪低落、兴趣减退及躯体不适为主要临床表现, 影响约 33% 的脑卒中幸存者, 不仅延缓患者神经功能恢复进程, 还会增加患者死亡率[1]。

近年来, 中西医结合康复作为一种新型康复手段, 整合了西医康复的前沿理论与中医整体调理的双重优势, 在改善患者情绪、促进社会功能重建方面展现出了独特的优势, 已成为 PSD 康复的新关注领域。

1. 脑卒中后抑郁的病因与发病机制

1.1 西医病理机制

PSD 的病理机制复杂, 现代医学主要从生理学、脑影像学与心理社会因素等多方面进行研究阐述。研究发现, PSD 患者易出现肠道菌群失调导致外周免疫细胞释放炎症因子, 高水平的促炎和炎症标志物参与 PSD 的炎症反应, 加重患者症状[2]。慢性炎症已被证明与下丘脑-垂体-肾上腺轴的长期激活高度相关, 从而导致皮质醇分泌持续升高, 长期高水平的皮质醇对神经细胞具有毒性作用, 可能影响神经递质平衡, 并损害神经可塑性[3]。在调控情绪的神经递质中, 5-羟色胺、肾上腺素与多巴胺等关键神经递质水平下降或其受体功能异常都可能会导致情绪调节紊乱[4]。多模态磁共振研究发现[5-6], 神经可塑性下降、神经元再生不足等原因可能继发局部脑组织体积缩减, 进而引发海马、前额叶等关键脑区萎缩, 脑结构网络异常, 进一步加剧情绪调节与认知功能障碍。此外, PSD 患者还面临社会角色剧变与自我认同危机, 这些不良社会心理因素也可能增强其抑郁情绪。

1.2 中医病因病机

中医学认为, PSD 属“中风”合“郁证”复合病症, 病位认知尚存争议。李玮等人[7]指出 PSD 属于中风病变症, 强调病位在脑, 认为中风后髓海失养、脑络闭阻致神机失常; 蓝施乐等人[8]则从“郁证”角度提出病位在肝, 与心脾肾相关, 肝失疏泄致气机郁滞为发病关键。

目前中医学界普遍认同 PSD 病机属“本虚标实”, 气机不畅、血运失常是 PSD 始动因素, 痰、瘀既是病理产物, 亦是关键致病因素。高睿泽等人[9]提出以肝肾亏虚、心脾气血不足、清窍失养为本, 以肝气郁结、气血痰瘀痹阻清窍为标; 蔡圣朝教授[10] 则强调气机失畅为中风与郁证的共同病机, 中风致脑窍闭阻、神扰气机后, 痰、瘀、湿等病理产物蓄积引发 PSD。

2. 脑卒中后抑郁的中西医临床诊断

2.1 西医临床诊断

《精神障碍诊断与统计手册》(diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth edition, DSM-5)将脑卒中后情绪障碍界定为因脑卒中引起的具有抑郁特征、重度抑郁样发作或混合情绪特征的情绪障碍, 是 PSD 西医临床核心诊断标准。

量表评估是 PSD 诊断的重要辅助手段。临床常用量表包括 9 项患者健康问卷(patient health

questionnaire-9 items, PHQ-9)、汉密尔顿抑郁评定量表(Hamilton depression scale, HAMD)、贝克抑郁自评量表等[11]。其中, PHQ-9 与 HAMD 因诊断效率高, 被推荐用于评估患者情绪障碍的严重程度。需注意的是, 由于 DSM-5 的诊断包含疲倦、精力减少、体重减轻等躯体症状, 与脑卒中后躯体功能障碍表现相似, 临床评估时需仔细鉴别, 避免过度诊断。

2.2 中医临床诊断

中医对 PSD 的诊断尚无“金标准”, 临床上多依据“中风”与“郁证”的辨证原则, 加以自己的学术观点和临床经验进行辨证。

张芸芸[12]将 PSD 分为气滞血瘀、痰瘀互阻、肝郁血虚、气虚血瘀、心脾两虚五型; 闫咏梅等[13]基于“气机失调在先, 脑府功能失常为核心, 先虚后实, 虚实相兼”的病机特点, 将其分为四种证型: 1) 风痰阻络, 肝郁气滞, 2) 肝阳兼亢, 郁火内蕴, 3) 气虚血瘀, 心脾双损, 4) 肝肾不足, 忧郁伤神。由此可见, 中医体系在 PSD 的诊断上仍没有系统化理论, 但均是根据脏腑、虚实、病理因素切入, 形成了多种分型, 未来需基于大样本临床数据, 构建兼顾辨证精髓与客观化指标的诊断体系, 规范分型术语, 提升中医诊断的可靠性与重复性。

3. 脑卒中后抑郁的中西医康复技术

3.1 现代康复技术

3.1.1 物理治疗与神经调控

物理治疗与神经调控是康复中的重要手段, 其中非侵入性脑刺激(noninvasive brain stimulation, NIBS)作为核心技术, 通过电磁场、恒定电流等物理因子调节中枢神经功能, 主要包括经颅磁刺激(transcranial magnetic stimulation, TMS)、经颅直流电刺激(transcranial direct current stimulation, tDCS)等[14]。

TMS 和 tDCS 是 PSD 干预中最常用的 NIBS 技术: tDCS 通过调节目标脑区神经网络的自发性电活动来改变大脑皮层的兴奋性以改善抑郁情绪; TMS 则通过电磁波的电磁感应调节大脑皮层活动并促进相应皮层区域的功能映射[15-16]。其中, 重复经颅磁刺激(repetitive transcranial magnetic stimulation, rTMS)因可精准控制刺激的频率和位置, 是临床上治疗 PSD 的首选、无创且经临床验证的方法[17]。

3.1.2 心理干预

心理干预涵盖多种干预方法, 其中认知行为治疗(cognitive-behavioural therapy, CBT)、正念疗法与接纳与承诺疗法等应用最为广泛。认知行为疗法以“改变行为模式、重构问题认知框架”为核心, 包含心理教育、行为激活、问题解决等模块, 可单独或联合应用[18]; 正念起源于佛教中的冥想, 以正念觉察为核心, 帮助患者专注当下, 接纳负性情绪、减少认知反刍[19]; 接纳与承诺疗法作为第三代认知行为疗法, 通过接纳自身情绪、明确价值方向、承诺行动等方式, 促进个体应对内在体验并引导价值行动, 使患者产生积极行为改变[20]。然而, 单一的心理干预模式不适用于所有人, 且治疗时长、会话次数的个体差异较大, 限制了其普及性[21]。

3.2 中医康复技术

3.2.1 五音疗法

五音疗法源于中医“五音配五脏”理论, 《史记·乐书》《儒门事亲》等古典医籍均记载该疗法有益于焦虑、抑郁情绪调节。

该疗法基于角、徵、宫、商、羽五音与肝、心、脾、肺、肾五脏的对应关系选乐干预: 角调属木, 通于肝, 可疏肝理气, 改善肝气郁结引起的郁闷、烦躁、易怒; 宫调属土, 通于脾, 能健运脾气、调畅中焦气机[22-23]。临床还可根据 PSD 证型辨证施乐, 如肝气郁结证用角调、肝郁脾虚证用宫调等[24]。五音疗法无创、无副作用, 患者接受度高, 可作为 PSD 辅助康复手段, 但目前缺乏统一的选乐标准与干预方案, 未来仍需进一步规范其临床应用。

3.2.2 针灸

针灸通过针刺或艾灸特定穴位调节气血阴阳, 已广泛用于 500 多种疾病的干预[25]。其核心优势在于“整体调节”, 可同步改善 PSD 患者的情绪障碍与躯体不适, 运用过程中应重视穴位配伍、刺激参数的规范化。

符文彬教授提出“一针疏肝调神、二灸温通扶阳、三巩固泻实定神”的治疗思路[26]。临床多以百会、四神聪等督脉穴作为主要刺激点, 配伍合谷、太冲等原穴、络穴行平补平泻法, 以醒脑安神、宣通阳气、行气开郁[27]。近年来, 基于“脑肠同调”理论的腹针疗法亦取得了相对理想的临床疗效[28]。目前, 针灸已被证明是非药物治疗中改善中风后抑郁症状的最有效康复干预措施, 并对其他中风相关症状亦有积极影响[29]。

3.2.3 推拿疗法

推拿疗法通过手法刺激穴位调节脏腑气血阴阳, 已逐渐应用于情志类疾病康复, 可有效疏通经络、镇静安神, 改善患者精神状态。

针对 PSD，临床多以揉法、按法刺激相关穴位，达到疏通经络、解郁安神的效果[30]。陶吉明等[31]等提出的“通督调神”推拿技术，既能疏通经络气机，又可重塑脑神功能，实现标本兼治。研究显示，每周5次、持续2周的推拿干预能够影响海马体的激活以及海马与丘脑、丘脑与尾状核的功能连接，显著改善 PSD 患者的抑郁状态与认知功能，具有较高的安全性[32]。

3.3 中西医结合康复技术

以“中学为体、西学为用”与“中西医并重”为核心特征的整合医学观念，已成为医学领域未来发展的新导向[33]。

中西医结合康复能够针对不同阶段的脑卒中后抑郁患者发挥不同的自身优势：脑卒中后抑郁患者初期可能受到身体运动障碍的影响，出现起病迅速、症状严重的临床现象，此刻现代康复技术的运用能够迅速起效，帮助患者控制精神状态，减少患者自伤自杀情况；当患者病情趋于稳定后，中医治疗的加入能够起到整体调理的效果，促进患者的整体恢复[34]。

此外，中西医结合康复能起到协同作用，增强疗效，控制患者临床症状的同时，改善患者的病理状态。研究显示，现代的神经调控等技术能够精确定位治疗靶点，提升神经可塑性，靶向修复前额叶-边缘系统的网络连接，使多个关键脑区连接性增强[35]。中医针灸、推拿等疗法则通过抑制中枢炎症、调节下丘脑-垂体-肾上腺轴平衡、激活脑源性神经营养因子相关信号通路，促进神经营养因子表达，帮助患者恢复气血运行[36-37]。可以推测中西医康复在神经环路层面协同强化情绪调节网络功能，在分子层面协同上调神经营养因子、下调炎症因子，实现靶向干预与整体调控的病理修复，最终产生更优康复效果。

4. 现有研究不足与未来展望

脑卒中后抑郁病理机制涉及神经递质、下丘脑-垂体-肾上腺轴、神经可塑性及脑网络异常等多个环节，兼具器质性损伤与情志失调的特点。西医标准化诊断与现代康复、中医整体辨证与传统康复各具优势，二者联合应用可协同增效，已成为 PSD 诊疗的重要发展方向。但当前研究仍存在明显不足，多数为单中心小样本试验，缺乏统一规范的中西医结合干预方案，长期疗效与预后数据相对匮乏，对协同作用的分子及环路机制阐释尚不深入。未来临床转化应重点完善全流程体系，将 PSD 筛查纳入脑卒中后康复常规评估，建立早识别、早分流、早干预的闭环管理；并依据抑郁严重程度、脑卒中病程、神经功能状态及中医证型实施分层干预，融合西医病理特点与中医辨证结果制定个体化联合康复方案，持续优化技术规范，推动中西医结合康复从研究走向实用，切实提升脑卒中患者整体康复质量。

5. 小结

总之，脑卒中后抑郁西医以神经递质失衡、神经炎症、下丘脑-垂体-肾上腺轴紊乱、神经可塑性下降及脑网络异常为核心病理，中医属中风合郁证、本虚标实、气机失调为关键病机。诊断上西医标准化量表评估成熟，中医辨证分型尚未统一，未来应构建融合诊断体系。康复技术中，西医神经调控与认知行为疗法靶向精准，中医针灸、五音、推拿整体调畅气血，二者优势互补。中西医结合康复通过协同作用实现增效，未来应完善融合诊断、制定标准化方案、加强早筛与个性化干预，推动脑卒中后抑郁康复诊疗规范化、精准化发展。参考文献：

- [1] ZHOU H, WEI Y J, XIE G Y. Research progress on post-stroke depression[J]. *Exp Neurol*, 2024, 373: 114660.
- [2] HU J J, WANG L Y, FAN K L, et al. The association between systemic inflammatory markers and post-stroke depression: A prospective stroke cohort[J]. *Clin Interv Aging*, 2021, 16: 1231-1239.
- [3] OESTREICH L K L, WRIGHT P, O'SULLIVAN M J. Hyperconnectivity and altered interactions of a nucleus accumbens network in post-stroke depression[J]. *Brain Commun*, 2022, 4(6): fcac281.
- [4] 程永. 基于“脑-脏腑相通”理论深入探讨卒中后抑郁发病机制[J]. *中西医结合慢性病杂志*, 2026, 3(01): 1-8.
- [5] LU Q, LU S, WANG X, et al. Structural and functional changes of post-stroke depression: A multimodal magnetic resonance imaging study[J]. *Neuro Image: Clinical*, 2025, 45: 103743.
- [6] HONG W, ZHAO Z, WANG D, et al. Altered gray matter volumes in post-stroke depressive patients after subcortical stroke[J]. *Neuro Image: Clinical*, 2020, 26: 102224.
- [7] 李玮, 孙培养, 胡伟, 等. 中医药治疗卒中后抑郁临床研究进展[J]. *甘肃中医药大学学报*, 2024, 41(6): 77-83.
- [8] 蓝施乐, 张永全, 张艺, 等. 卒中后抑郁中西医治疗研究进展[J]. *大众科技*, 2019, 21(12): 66-68.
- [9] 高睿泽, 韩名媛, 吕晓琳, 等. 针刺治疗卒中后抑郁临床研究进展[J]. *中国中医药信息杂志*, 2025, 32(03): 186-191.

- [10] 王明明, 杨勇, 黄雪珍, 等. 蔡圣朝运用“醒脑调气”针刺结合放血疗法治疗卒中后抑郁经验[J]. 河北中医, 2024, 46(11): 1765-1767.
- [11] LIU F, GONG L, ZHAO H, et al. Validity of evaluation scales for post-stroke depression: A systematic review and meta-analysis[J]. BMC Neurol, 2024, 24(1): 286.
- [12] 张芸芸. 中医药治疗卒中后抑郁的研究进展[J]. 湖南中医杂志, 2024, 40(07): 191-194.
- [13] 闫咏梅, 刘力, 陶根鱼. 卒中后抑郁证中医辨治初探[J]. 陕西中医学院学报, 2000, (05): 49-50.
- [14] ZHANG Y, FANG H, WANG R, et al. Non-invasive brain stimulation progression in post-stroke depression treatment: A systematic review[J]. Alpha Psychiatry, 2024, 25(5): 626-634.
- [15] REKTOROVÁ I, ANDERKOVÁ L. Noninvasive brain stimulation and implications for nonmotor symptoms in Parkinson's disease[J]. Int Rev Neurobiol, 2017, 134: 1091-1110.
- [16] KOUTSOMITROS T, EVAGOROU O, SCHUHMANN T, et al. Advances in transcranial magnetic stimulation (TMS) and its applications in resistant depression[J]. Psychiatrki, 2021, 32(Supplement I): 90-98.
- [17] STARKSTEIN S E, HAYHOW B D. Treatment of post-stroke depression[J]. Curr Treat Options Neurol, 2019, 21(7): 31.
- [18] 顾莎莎, 袁雪娇, 鲁梦, 等. 认知行为疗法联合心理动力学疗法用于抑郁症患者的价值[J]. 现代中西医结合杂志, 2024, 33(24): 3473-3476.
- [19] WANG S B, WANG Y Y, ZHANG Q E, et al. Cognitive behavioral therapy for post-stroke depression: A meta-analysis[J]. J Affect Disord, 2018, 235: 589-596.
- [20] 朱柯蒙, 汪晓, 张庆娥. 正念疗法在常见精神疾病治疗中的研究进展[J]. 中国神经精神疾病杂志, 2023, 49(10): 636-641.
- [21] 钟运铃, 张容, 杨洁惠, 等. 基于接纳承诺疗法的心理干预方案在护理管理者中的应用效果[J]. 中国医药导报, 2026, 23(07): 118-123.
- [22] 钟克龙. 基于“培土荣木”理论五行宫调音乐改善脑卒中后抑郁痰湿体质患者抑郁情绪的研究[D]. 成都: 成都中医药大学, 2024.
- [23] 游倩. 五行音乐疗法干预卒中后抑郁的循证实践方案构建研究[D]. 成都: 成都中医药大学, 2023.
- [24] 谌朝霞, 王红, 李利容, 等. 五行音乐干预对缺血性中风后抑郁患者生活质量的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2016, 25(06): 677-679.
- [25] 刘保延. 针灸医学: 点亮传统智慧新灯塔, 开启学科建设新航道[J]. 中国针灸, 2025, 45(01): 1-2.
- [26] 李雅雯, 吴炳鑫, 顾小钗, 等. 符文彬疏肝调神整合针灸治疗卒中后抑郁临床经验[J]. 中国针灸, 2025, 45(04): 510-515.
- [27] 张剑平, 杜渐. 基于“五志过极”的针灸治疗卒中后抑郁中医机理探讨[J]. 中国中医基础医学杂志, 2024, 30(10): 1680-1683.
- [28] 赵薇薇. 基于“脑肠轴”理论探讨腹针治疗卒中后抑郁的临床疗效观察[D]. 安徽: 安徽中医药大学, 2024.
- [29] YI Y, ZHAO W, LV S, et al. Effectiveness of non-pharmacological therapies for treating post-stroke depression: A systematic review and network meta-analysis[J]. Gen Hosp Psychiatry, 2024, 90: 99-107.
- [30] 周帅. 腹部推拿治疗卒中后抑郁的临床疗效观察[D]. 南京: 南京中医药大学, 2020.
- [31] 陶吉明, 尹露, 张宏, 等. 脑卒中后抑郁“通督塑神”推拿诊疗方案优化研究[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2023, 25(07): 2266-2273.
- [32] TAO J, ZHANG S, KONG L, et al. Effectiveness and functional magnetic resonance imaging outcomes of Tuina therapy in patients with post-stroke depression: A randomized controlled trial[J]. Front Psychiatry, 2022, 13: 923721.
- [33] 樊代明. 整合医学宣言[J]. 疾病预防与控制, 2025, 1(04): 1-2.
- [34] 李志良, 段必双, 刘海静. 卒中后抑郁的中西医治疗研究进展[J]. 心理月刊, 2025,

20(22): 225-228, 232.

[35] Fan Y, Wang L, Jiang H, et al. Depression circuit adaptation in post-stroke depression[J]. *J Affect Disord*, 2023, 336: 52-63.

[36] 江伟杰, 古剑雄. 针灸治疗脑卒中后抑郁的西医机制及进展[J]. *实用心脑血管病杂志*, 2026, 34(04): 15-19.

[37] 马晓娟. 基于BDNF/TrkB/PI3K/AKT信号通路探究五音推拿治疗脑卒中后抑郁的机制[D]. 南京: 南京中医药大学, 2025.