

病兼滞者，行而和之。张介宾结合朱丹溪“凡郁皆在中焦”之说，对于气机失调引起内生痰浊、瘀血等，喜从中焦入手，并结合脾胃与其他脏腑关系，常投陈皮、枳壳、厚朴等。陈皮性辛温，擅理中焦之气，《本草备要》记载能“调中快膈、导滞消痰”，广泛用于脾胃气滞之脘腹胀满、消化不良等，现代研究表明，陈皮所含有右旋柠檬烯等挥发油可促进消化液分泌，促进消化道蠕动，同时可疏肝理气；因肺主一身之气，故枳壳上可开肺气之郁闭，中可理脾胃气滞，为合适之药；胃肠之间存在“食下，则肠实而胃虚”的关系，厚朴苦温而通肠，有利于斡旋中焦气机。三药合用，以中焦为主，兼顾上焦及下焦，气行血畅，则诸病自愈。

病兼寒者，温而和之。《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》概括痰饮治疗大法为“当以温药和之”，痰饮其本在中阳亏虚，纳运失司，津液输布失常，留而不行，可见呕吐、泄泻等证。湿为阴邪，非阳不化，但不可过于温燥，否则“壮火散气”，损伤人体正气，亦不可专于温补，以免妨碍邪气排出，故当在振奋中阳的同时，配伍行气化湿之品，其代表方诸如和胃二陈煎温胃除湿止呕，该方在二陈汤基础上，加用干姜温胃散寒，砂仁化湿行气，如此则中阳得运，气机自和，祛邪而不伤正。曹炳章曾将此方制为丸剂，并以此为基础方治疗寒痰中阻，痰如稀水，并用于风邪犯肺所引发的咳嗽、咽痒等。^[2]

病兼热者，凉而和之。关于湿热阻滞中焦，导致传道失司，引起腹痛、泄泻等，张介宾在前人辛开苦降的基础上，结合叶天士“渗湿于热下”的理论，主张淡渗利湿为主，寒凉清气为辅，导湿热从二便出，则阴平阳秘，气血调和。其代表方剂首推大分清饮，以茯苓、猪苓及泽泻淡渗利湿，山栀子清气分热，枳壳降气通闭，木通及车前子清热利水，助小便排泄，则湿邪可祛，热无所依。彭述宪曾运用此方去山栀子，加黄连、佩兰、薏苡仁等，治疗一女腹泻，泻前腹部胀痛，肛门灼热，大便不爽，小便黄，舌苔黄厚，脉弦滑，

诊为湿热中阻，服药4剂后诸症明显缓解，并推广到水肿、腰痛、带下等属湿热者。^[3]

4 小结

综上所述，“和”的思想广泛指导古琴艺术与中医学的实践活动，并取得明显成就，是共同追求的目标之一，二者虽存在明显差异，但在阴阳失调的矛盾问题处理上具有明显共性：一是通过取象比类的方法向自然学习，和谐共存；二是调和事物内部阴阳偏胜及运动状态，达到阴阳调和。如此内外结合，阴阳相感，在脾胃系统疾病日趋复杂的今天，仍具有先进的指导意义。

参考文献：

- [1] 缪希文.慢性萎缩性胃炎辨治体会[J].中国中医急症,2005,14(10):1013.
- [2] 沈元良.曹炳章先生治疗痰病经验探析[J].浙江中医杂志,2016,51(1):1-2.
- [3] 彭述宪.大分清饮临证治验[J].四川中医,1985,10:24.

基金项目：

- 1. 山东省中医药科技发展计划，2019-0966，中医经典名方治疗基层消化内科常见病（胃痛、痞满、泄泻、痢疾、便秘）诊疗指南制定；
- 2. 山东省经典名方协同创新课题，2018KFY16，基于NF-κB信号通路、微血管生成研究槐花散治疗溃疡性结肠炎的作用机制；
- 3. 国家自然科学基金项目（青年基金），81704038，基于TLR3途径的中药复方治疗轮状病毒性肠炎的药效评价及机制探讨。

作者简介：

张云松，通讯作者。

编辑：田杏茹 编号：EA-4200722268（修回：2021-03-07）

从肝主疏泄理论探析卒中后抑郁

Exploration on post-stroke depression from the theory of Shuxie of liver

林佳明 姚宝农* 吴艳丽 林利城
 (钦州市中医医院, 广西 钦州, 535000)

中图分类号: R749.4 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2021) 07-0052-04 证型: G

【摘要】卒中后抑郁(Post-stroke Depression, PSD)是卒中后常见的情感障碍性疾病,其症状多样,病程持久,发病率日益上升,严重影响患者康复及预后。通过相关医籍资料的整理与分析,以“肝主疏泄”的生理功能为切入点,探析其与PSD发生发展的相关性,总结出“肝主疏泄”通过调畅情志,促进血液输布,脾胃运化及胆汁分泌以影响PSD病情变化,为PSD的中医诊疗提供理论参考。

【关键词】肝主疏泄;卒中后抑郁;藏象理论研究

【Abstract】 PSD is the common affective disorder after stroke, with diverse symptoms, and the course of the disease is long, and the incidence of the disease is increasing, which restricts the rehabilitation prognosis. Through the collation and analysis of relevant medical records, the physiological function of Shuxie (疏泄) of liver as the entry point, the correlation with the occurrence and development of PSD was explored. The therapy from Shuxie of liver can affect significantly the change of PSD through adjusting emotions, promoting

blood transfusion, driving the transportation and transformation of spleen and stomach, accelerating bile secretion. This study is expected to provide a theoretical reference for the diagnosis and treatment of PSD.

【Keywords】 Shuxie of Gan; Post-stroke depression; Study of visceral theory

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2021.07.017

卒中后抑郁是指发生于卒中后,以抑郁心境为主要临床表现的情感障碍性疾病,其以情绪低落,兴趣缺失,精力减退为核心症状,以头晕头痛,胸闷心悸,腹胀暖气,睡眠障碍为躯体症状,并伴有紧张不安,自责自罪情感症状的一组综合征^[1]。流行病学研究表明,PSD在卒中后5年内的综合发生率为31%^[2],其10年病死率是一般卒中患者的3.4倍^[3],严重影响患者康复及预后,需要更多关注及个体化治疗^[4]。近年来,中医学在PSD方面研究不断深入,探析PSD的病因病机及中医治疗不断发展^[5-7]。在中医学中虽无PSD直接对应病名,根据张介宾“因病致郁”理论,目前认为PSD为中医学“中风病”及“郁病”合病。通过对相关医籍文献的整理,并结合临床实际,“肝主疏泄”与PSD发生发展密切相关成为新的诊疗思路。本文从“肝主疏泄”角度探析PSD的病因病机,以期对PSD的中医诊疗提供理论基础。

1 肝主疏泄的源流及演变

“疏泄”之说,始见于《素问·五常政大论篇》:“发生之纪,是谓启陈,土疏泄,苍气达,阳和布化,阴气乃随,生气淳化,万物以荣。”疏,即为疏导、疏通;泄,则为发散,发泄。元·朱丹溪在《格致余论·阳有余不足论》明确提出:“主闭藏者,肾也;司疏泄者,肝也。”明·薛立斋则在《内科摘要·卷下》中表述为“肝主疏泄”。随着临床实践的逐步发展,肝主疏泄理论日益深化。清·张志聪在《黄帝内经·灵枢集注》中指出:“肝主疏泄,小便不利者,厥阴之气逆也。”认为肝疏泄水液,当厥阴之气逆时,可使小便不利。清·唐荣川在《血证论·脏腑病机论》:“木之性主于疏泄,食气入胃,全赖于肝木之气疏泄之,而水谷乃化,没肝不能疏泄水谷,渗泻中满之证,在所不免。”认为肝主疏泄促进脾胃运化,有助于脾胃之气的升降。现代学者刘悦坡^[8]通过总结历代医家对肝主疏泄功能的论述,认为肝主疏泄主要有四层涵义:①表明肝脏的生理特性;②阐明肝脏的生理机能;③表述肝脏的病理;④阐释肝病的治则治法。认为肝主疏泄在调摄养生,治未病,治疗生殖之疾等方面有重要指导价值。医者刘罗冀^[9]认为肝主疏泄,其疏,可使脏腑经络之气运行通畅无阻;其泄,使机体气散而不郁滞。《中医基础理论》^[10]在论述肝主疏泄生理功能则指出:肝主疏泄,是指肝气具有畅达全身气机,协调平衡脏腑经络之气的升降出入运动,促进精血津液的输布,起到通而不滞,散而不郁的作用。气机调畅,脏腑、形体、官窍机能稳定有序,病无所生。正如周学海所云:“凡脏腑十二经之气化,皆必藉肝胆之气化以鼓舞之,始能调畅而不病。”

2 肝主疏泄的主要内涵

2.1 肝主疏泄,主调畅情志

《景岳全书·郁证》:“凡五气之郁则诸病皆有,此为因病而郁也。”提出了“因病致郁”理论。《素问·举痛论篇》提

出:“百病生于气也。”情志活动与脏腑功能相关,脏腑功能正常与否有赖于气的升降出入,肝主疏泄,畅达全身气机,保持气的运行平衡协调,因而使人心情舒畅。卒中发生后,气机“结聚而不得发越也,当升者不升,当降者不降,当变化者不得变化”,以致气郁。《王孟英医案》:“肝主身之气,七情之病必由肝起。”说明肝与思维情绪活动联系密切。叶天士也提及情志不畅与肝失疏泄的关系,“恼怒肝郁”“悒郁动肝致郁病……疏泄失职”“气郁不舒,木不条达”等均为肝气郁结,疏泄失职的表现。PSD患者出现情绪低落,兴趣缺失,郁郁寡欢等情志异常表现,缘由肝失疏泄,气机郁结所致。情志活动,是精神活动的重要部分,是指人的情感、情绪变化,分属五脏,由心所主。但心主神志,缘由心主血脉,血脉正常运行,有赖气机调畅,气机得以调畅,有赖肝主疏泄功能正常。《明医杂著·医论》认为:“肝为心之母,肝气通,则心气和,肝气滞,则心气乏。”阐释了肝调畅气机,调畅情志的重要性。肝主疏泄,气机调畅,气血和调,情志活动正常;肝失疏泄,气机郁结,气血失调,则情志异常。卒中日久,脑络受损,元神失主,致肝气不达,疏泄不足,引起多疑易惊、低落怅然、悲忧善哭、抑郁不乐之七情郁症。

2.2 肝主疏泄,主促进血液输布

《素问·调经论篇》载:“人之所有者,血与气耳。”指出血气为生命基本物质。《素问·八正神明论篇》载:“血气者,人之神,不可不谨养。”说明血气是机体精神活动的主要物质基础。肝藏血,主疏泄,肝所藏之血属阴,为肝之体;肝疏泄功能属阳,为肝之用,故为“肝体阴而用阳”,肝疏泄功能正常与否直接影响肝所藏之血运行畅阻。“气为血之帅”,“血非气不运”,肝主疏泄,调畅气机,是调节血行通畅的关键环节,正如唐容川在《血证论·脏腑病机论》中载:“肝属木,木气冲和条达,不致遏郁,则血脉得畅。”卒中后抑郁为中风病基础上演变而来,以阴阳失调,气血逆乱,脑络痹阻为病机转变,以风、火、痰、瘀为病理因素。肝为刚脏,易亢生风,风阳上扰,则头晕头痛;肝郁化热,日久化火,火扰神明,则情绪不宁;气机郁结,津凝为痰,痰气交阻,则腹胀暖气;血行不畅,停积则瘀,瘀阻脉络,则胸闷心悸。肝失疏泄,气血运行不畅,风火痰瘀无以宣发,血气不和利,精神无以居,形损神衰,五志失态,抑郁乃生。此印证《丹溪心法》载:“气血冲和,万病不生,一有怫郁,诸病生焉。”

2.3 肝主疏泄,主促进脾胃运化

郁病多在中焦,中焦包括脾胃。脾气主升,以上升水谷精微至心肺以化生气血,营养全身;胃气主降,以通降消化水谷及下传糟粕。脾气以升为健,胃气以降为和,脾胃运化共同维持机体平和。《血证论·脏腑病机论》:“木之性主于疏泄,食气入胃,全赖肝木之气以疏泄之,而水谷乃化。”说明了肝主疏泄,调畅气机,助于脾胃升降,促进脾胃运化,化生气血津液,维持机体生命活动;肝失疏泄,气机郁滞,脾失

健运,胃失和降,则致精神抑郁、胸闷太息、脘闷纳呆、肠鸣腹泻等肝脾不和之症^[9]。《素问·宣明五气篇》载:“心藏神,肺藏魄,肝藏魂,脾藏意,肾藏志。”提示五脏所藏的精气是产生五神的物质基础。五脏安和,五神内守,则神识清晰,思维敏捷,意志坚定,反应灵敏,运动灵活。然中焦之郁影响五脏,犯于心,则心失所养;伤于肺,则肺失宣降;损于脾,则脾失运化;侵于肝,则肝失疏泄;责于肾,则命门火衰;五脏失和,九窍不通,脑失所养,五志失态,则见精神、意识、思维、情感异常,卒中后之郁产生也。

2.4 肝主疏泄,主促进胆汁分泌

肝胆互相配合,共主勇怯。正如《素问·灵兰秘典论篇》所载:“肝者,将军之官,谋虑出焉。胆者,中正之官,决断出焉。”《类经·藏象类》亦提及:“胆附于肝,相为表里。肝气虽强,非胆不断。肝胆相济,勇敢乃成。”胆汁化生于肝血,主决断,可防御或消除某些精神刺激的不良影响^[7]。肝主疏泄,可促进胆汁分泌,以助脾胃运化;肝失疏泄,胆气虚怯,则易出现紧张不安,易惊善恐,失眠多梦等情志异常表现。

3 肝主疏泄在卒中后抑郁中的现代医学研究

PSD是生物-心理-社会模式多种因素交互作用而导致的伴有躯体症状的情感障碍性疾病,但其发病机制尚存在争议。现代医学已从神经递质、免疫机制、解剖结构及遗传关联方面进行多方位研究,并取得有效进展。其中,内源性抑郁学说及反应机制学说成为PSD相对主流的发病机制。前者认为脑卒中的发生,直接或间接损伤包括前额叶、边缘系统、下丘脑、海马回等大脑结构,上述脑组织结构参与脑内的情感调节,具有产生、识别、调节情绪功能。5-羟色胺(5-hydroxytryptamine, 5-HT)与去甲肾上腺素(Norepinephrine, NE)是沟通神经结构的单胺类递质。研究表明,脑卒中病变可累及上述大脑结构而损伤5-HT、NE能神经元及其传导通路,导致受累区域的5-HT、NE神经递质水平下降,情感调控能力不足,引发情绪低落,兴趣缺失,紧张不安,甚则自责自罪等情感障碍,出现抑郁状态。反应机制学说则认为,卒中后患者由于神经功能缺损,认知功能减退,劳动能力下降,社会家庭角色转变等影响心里平衡失调,导致心理应激障碍,诱导PSD的发生发展。

中医肝脏并非解剖学意义的肝脏,其涉及了神经、内分泌、消化、生殖等多个系统^[11],是心理应激反应机制的核心,而神经-内分泌-免疫系统的调节与介导影响了PSD的发生发展。PSD以情志异常为核心表现,肝为刚脏,具有喜条达而恶抑郁,主疏泄的生理机能,通过疏通、畅达全身气机以调畅情志。岳广欣等^[11]从现代信息控制学角度对肝主疏泄进行了生理学基础的探讨,认为边缘系统是肝主疏泄的调控中枢,自主神经通路及交感-肾上腺髓质通路是肝主疏泄的信息通路,平滑肌系统是肝主疏泄的效应器,依据平滑肌的舒张和收缩活动,最终完成在边缘系统下的整个疏泄过程,以此调节情感动机及情绪变化。严灿等^[12]发现肝主疏泄反映了中枢神经生物学机制。所谓“疏泄”,实为通过调节神经递质、神经肽、内分泌腺体、激素等的合成与分泌,影响下丘

脑-垂体-肾上腺轴的功能,并作用于不同脑区,以调节神经内分泌免疫网络,并通过实验发现调肝方药可提高应激大鼠的5-HT及多巴胺水平,以此有效调节应激障碍所致的中枢单胺类递质紊乱。另有研究从“方药-证候-疗效-肝功能本质”的研究思路探析肝主疏泄的生理机制。如严灿等^[13]通过调肝方药的治疗效应反证了“肝失疏泄、情志异常”的生物机制;于明等^[14]以疏肝解郁为治疗法则,发现疏肝健脾解郁汤治疗PSD疗效确切,反证了肝主疏泄影响PSD发生发展的生理过程;王冠超等^[15]依据肝经“与督脉会于巅”,督脉“入络脑”的经络联系,采用通督治郁针法治疗PSD,不仅可改善PSD患者的抑郁表现,并可提高患者血清中5-HT、NE及脑源性神经营养因子水平。张金生^[6]认为PSD的发生,肝为起病之源,脑为传病之所,肝失疏泄,脑神失安,提出了“从肝脑论治中风后抑郁症”的观点,并自拟疏肝健脾调郁汤论治PSD,取得良好疗效。

4 小结与展望

PSD的发生建立在脑卒中基础上,是多学科多系统交织的心身疾病,包含神经生理及社会心理两方面,日益成为研究热点。中医学认为人的生命活动是阴阳维持的动态平衡过程,平衡失调,则会引起器质性或功能性病变。PSD是机体“阴平阳秘”生理状态遭到损害,气机失调、升降逆乱的病理体现。肝为刚脏,喜条达而恶抑郁,通过主疏泄的生理机能促进情志、血液、脾胃、胆汁的调畅,以使五脏安和,精神内守。肝气郁结是PSD最为核心的病理机制,本着“木郁达之”及“郁病虽多,皆固气不周流,法当顺气为先”的原则,以疏肝解郁为基本治法,随证实施柔肝、平肝、养肝、清肝等治则。肝主疏泄的理论的深化与创新,有利于探析PSD的发生发展,采用药物和非药物疗法进行综合调节,多环节、多层次、多靶点精准性治疗,具有安全、长效和稳效的优势的特点。以肝主疏泄为切入点,发展微观的、局部的、逻辑的研究,促进个体化诊疗,具有良好的理论价值和指导意义。

参考文献:

[1]王少石,周新雨,朱春燕.卒中后抑郁临床实践的中国专家共识[J].中国卒中杂志,2016,11(8):685-693.
 [2]Hackett ML,Pickles K. Part I :frequency of depression after stroke: an updated systematic review and meta-analysis of observational studies[J]. Int J Stroke, 2014,9(8):1017-1025.
 [3]王春雪,王拥军,郑婷.卒中后抑郁——需要更多关注[J].中国实用内科杂志,2008,28(12):1109-1110.
 [4]Robinson RG,Jorge RE. Post-stroke depression:a review[J]. Am J Psychiatry,2016,173(3):221-231.
 [5]刘泰,钟洁.探析脑卒中后抑郁症的中医病因病机[J].辽宁中医杂志, 2011,38(10):1996-1998.
 [6]张丽娜,张金生,袁书章,等.张金生教授基于“肝脑同治”理论对治疗中风后抑郁症的机理探讨[J].中医临床研究,2020,12(2):72-74.
 [7]于峥,黄晓华,滕静如.“肝主疏泄”理论及其临床指导应用研究[J].中国中医基础医学杂志,2013,19(8):870-872.

- [8]刘悦坡."肝主疏泄"探析[J].现代中医药,2004,24(2):43-45.
- [9]刘罗冀,张虹,丰芬,等.从肝论治失眠研究进展[J].中医学报,2015,30(1):114-116.
- [10]孙广仁.中医基础理论[M].北京:中国中医药出版社,2007:118.
- [11]岳广欣,陈家旭,王竹风.肝主疏泄的生理学基础探讨[J].北京中医药大学学报,2005,28(2):1-4.
- [12]严灿,徐志伟.肝主疏泄调畅情志功能的中枢神经生物学机制探讨[J].中国中西医结合杂志,2005,25(5):459-462.
- [13]严灿,邓中炎,王剑.调肝方药对慢性束缚应激大鼠神经内分泌免疫功能的影响[J].中国免疫学杂志,2000,16(9):488-490.
- [14]于明,曲秀杰,武金星.从肝论治脑卒中后抑郁状态58例的临床分析[J].

中医临床研究,2018,10(1):88-90.

- [15]王冠超,肖伟,章显宝,等.通督治郁针法对脑卒中后抑郁患者血清5-HT,NE和BDNF水平影响的研究[J].甘肃中医学院学报,2015,32(2):58-62.

作者简介:

林佳明(1979—),副主任医师,研究方向为中医脑病、神志病的临床与研究。

姚宝农(1965—),通讯作者,主任医师,硕士研究生导师,研究方向为从事中医脑病、神志病的临床与研究。

编辑:弓良彦 编号:EA-4200121135(修回:2021-03-05)

刘贵海教授运用补脾益肾法治疗脾肾阳虚型

慢性肾脏病的临床思维浅析

Professor Liu Guihai's clinical thought on treating

the Pishen Yangxu type chronic kidney disease by the Bupi Yishen therapy

杜洪波¹ 刘贵海¹ 陈秋菊² 孙雪英¹ 王萌萌¹

(1. 齐齐哈尔市第一医院中西医结合研究中心, 黑龙江 齐齐哈尔, 161000; 2. 齐齐哈尔市讷河市中医医院, 黑龙江 齐齐哈尔, 161300)

中图分类号: R256.5 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860(2021)07-0055-03 证型: DBG

【摘要】当前越来越多的人受到慢性肾脏病的困扰,已成为严重损害人体健康的严重疾病之一。近几十年来,各种新方法发展迅速,腹膜透析、血液透析、肾移植等虽然有疗效,但是整体看来肾病的预后仍然不乐观。尿毒症治疗中经常使用的方法是肾透析和肾移植,但是一般家庭难以承受治疗带来的巨大经济压力,因此减轻慢性肾脏病的恶化,降低其发展为尿毒症的概率,无论对于医学理论还是社会发展均具有重要意义。

【关键词】补脾益肾;脾肾阳虚型;慢性肾脏病;临床思维

【Abstract】 At present, more and more people are plagued by chronic kidney disease, and the treatment effect is not satisfactory. The disease has developed into one of the serious diseases that seriously damage human health. In recent decades, various new methods have developed rapidly. Although peritoneal dialysis, hemodialysis, and kidney transplantation are effective, the overall prognosis of kidney disease is still not optimistic. Kidney dialysis and kidney transplantation are common methods for the treatment of uremia. Therefore, reducing the deterioration of chronic kidney disease and reducing the probability of developing uremia is of great significance for both medical theory and social development.

【Keywords】 Tonifying the spleen and kidney; The Pishen Yangxu type; Chronic kidney disease; Clinical thinking
doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2021.07.018

慢性肾脏病是指肾脏的结构、功能持续性的异常超过3个月。尿检出现红细胞、蛋白尿, B超出现肾脏结构上的改变,肾脏穿刺病理出现异常,肾脏的功能出现改变,肾小球滤过率小于每分钟60 mL等以上任何一种情况,即可诊断为慢性肾脏病^[1]。脾肾阳虚,中医证候名,患者因为身体较差容易受到寒邪侵入体内,或者长时间受疾病的拖累在脾肾中的阳气被逐渐耗散,或者脾肾两脏因其他脏腑的精气不足而阳气耗散。脾虚,没有足够阳气,经常导致腹泻等大肠功能一场现象。另外对食物吸收不全、结肠溃疡、大便经常性不通畅也是该证常见的症状^[2]。脾肾阳气亏虚,温化失权,表

现以泄泻或水肿为主症的虚寒证候。临床表现为面色皑白,形寒肢冷,腰膝或下腹冷痛,久泄久痢不止,或五更泄泻,完谷不化,粪质清冷,或面浮身肿,小便不利,甚则腹胀如鼓,舌质淡胖、舌苔白滑,脉沉迟无力。脾肾阳气不足经常导致腹泻、水肿及慢性肠炎、肾炎等疾病。

1 中医临床基本思维

中医的临床思维必须遵循的几点:一是整体观念,人体的各个组织器官并不是独立存在的,每一个器官都会因其他器官功能的变化而做出相应的调整,它们相互促进相互影响。