

ICS \*\*.\*\*\*. \*\*  
C \*\*



# 团 体 标 准

T/CACM \*\*\*\*—20\*\*

---

## 神志病中西医结合临床诊疗指南 ——中风后精神障碍

Clinical Diagnosis and Treatment Guidelines of Mental Diseases for  
Integrated Chinese and Western Medicine -- Mental Disorder after Stroke



## 目 次

前言 .....	I
引言 .....	II
1 范围 .....	1
2 规范性引用文件 .....	1
3 术语和定义 .....	1
4 诊断 .....	1
5 治疗 .....	4
6 疗效评价标准 .....	11
7 预防与调护 .....	13
8 预后 .....	13
9 注意事项 .....	13
参考文献 .....	14



## 前 言

本指南根据GB/T 1.1—2020的相关规则起草。

本指南由中华中医药学会神志病分会提出。

本指南由中华中医药学会归口。

本指南起草单位：黑龙江神志医院。

本指南主要参与起草单位：黑龙江省精神心理卫生研究中心、山西中医药大学、无锡市精神卫生中心、复旦大学附属中山医院、上海市第九医院、黑龙江中医药大学、深圳市中医医院、沈阳市精神卫生中心、沈阳市安宁医院、浙江省立同德医院、长春中医药大学附属医院、河南省中医药研究院附属医院、北京中医药大学第三附属医院、北京市大兴区精神病医院、山东省中医药高等专科学校、福建省平南市人民医院。

本指南主要起草人：赵永厚、柴剑波、赵玉萍、赵思涵、王群松、于明、李卡、孙珊、杨炳友、吴永刚、都弘、高德江、刘兰英、王健、刘华、时素华、李高飞、井霖源、叶瑞华。

本指南的起草程序遵守了中华中医药学会团体标准管理办法和立项流程。

本指南在20\*\*年\*\*月\*\*日由中华中医药学会审议通过。

本指南由中华中医药学会发布，版权归中华中医药学会所有。

## 引 言

目前国内外缺乏中风后精神障碍中西医结合诊疗的标准和指南，中医药治疗中风后精神障碍的研究在国际上缺乏影响力，缺乏统一性和认可度。因此，本指南在中风后精神障碍中医诊疗指南的基础上，整理国内外中医药及中西医结合治疗中风后精神障碍的治疗方案及经验，借鉴循证医学的方法，对中风后精神障碍的现代临床研究文献和古籍文献进行分级及意见推荐，形成中西医结合防治中风后精神障碍的临床实践指南，对于规范使用中医药方法、提高中风后精神障碍的临床疗效具有重要作用。

《神志病中西医结合临床诊疗指南—中风后精神障碍》以中医药临床诊疗的作用与优势发挥为基础，以中西医在精神疾病临床诊疗中各自优势的最大化，以及中西医结合联合疗效的最优化为制定目标，在中华中医药学会 2018 年发布的《中医神志病临床诊疗指南·首发中风后精神障碍》（标准号：T/CACM 1130-2018）基础上，结合近年来国内外临床研究证据，进行证据分级和意见推荐，经过专家讨论，形成具有指导意义的中风后精神障碍的中西医结合诊疗指南。

本指南的制订采用了文献检索、Delphi 法问卷调查、专家访谈、会议讨论的方法。首先成立指南编写组，产生初始问题清单，起草 PICO（人群、干预、对照、结局）格式的关键问题及结局，制订工作计划。根据关键问题和结局制定检索策略，文献检索范围覆盖中、英文文献和现存相关国际指南。文献分级方法按北京中医药大学刘建平教授团队 2019 年更新提出的“基于证据体的中医药临床证据分级标准建议”来实施。采用 Delphi 法获得临床专家对指南的共识意见，经专家论证形成最终指南。

本指南主要为中风后精神障碍提供以中西医结合为主要内容的诊断、治疗、预防、保健意见，推荐有循证医学证据的中风后精神障碍现代医学和中医药诊断、治疗方法。本指南的使用者为中医、西医、中西医结合临床医师、护理人员，中风后精神障碍诊疗和管理相关专业人员。应用环境为具备开展中西医结合治疗中风后精神障碍的所有医疗机构。

# 神志病中西医结合临床诊疗指南—中风后精神障碍

## 1 范围

本指南规定了中风后精神障碍的定义、临床特征、诊断标准、治疗方案。

本指南适用于轻、中度中风后精神障碍中医、中西医结合临床诊疗。

## 2 规范性引用文件

下列文件对于本文件的应用是必不可少的。凡是注日期的引用文件，仅注日期的版本适用于本文件。凡是不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

GB/T 15657-1995《中医病证分类与代码》

GB/T 14396-2016《疾病分类与代码》

GB/T 16751.1-1997《中医临床诊疗术语·疾病部分》

GB/T 16751.2-1997《中医临床诊疗术语·证候部分》

GB/T 16751.3-1997《中医临床诊疗术语·治法部分》

GB/T 13016-2020《标准体系表编制原则和要求》

GB/T 1.1-2020《标准化工作导则 第1部分：标准的结构和编写》

## 3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

### 中风后精神障碍 Mental Disorder after stroke

一种由于脑卒中引发神志异常的神志疾病。临床以脑卒中后出现感觉、知觉、记忆及思维等异常为主要特征。主要表现为情绪低落、情感脆弱、焦虑紧张、悲观、失眠、食欲改变、精力减退、思维迟钝、日常生活能力减退等，同时伴随躯体多系统的不适，甚至还有自杀行为等。相当于西医的“急性脑血管病所致精神障碍”等范畴。

## 4 诊断

采用中西医结合辨病与辨证相结合的诊断方法，首先根据西医诊断标准进行疾病诊断，再根据中医诊断标准判断属于中医的哪种疾病并进行中医证候诊断。<sup>[1]</sup>

## 4.1 西医诊断

### 4.1.1 临床表现

(1) 轻度症状：表现为注意力不集中，睡眠障碍，兴趣下降，思虑过度，精神活动减少，沮丧，悲伤，易激惹，类似抑郁性神经症表现。

(2) 中度症状：可出现情绪高涨，病理性健谈（言语频率或语速增加），失眠，躁动，悲伤欲哭等；通常不会出现幻觉和妄想等精神病性症状，但常伴有躯体症状如肠易激综合征：出现腹部的系列不适症状，伴随疼痛，排泄物及习惯改变。使工作、社交或家务活动有一定程度的困难。确诊为中度抑郁症应及时进行治疗，避免发生严重情况。<sup>[2]</sup>

(3) 重度症状：除上述症状外，还有紧张，早醒，体重减轻，食欲减退，思维缓慢，幻觉妄想，自卑绝望，厌世自杀等。自杀企图和行为是中风后精神障碍中最危险的症状。另外，可见不典型的症状，表现为周期性的各种躯体不适，头晕，乏力，头痛，胸闷，恶心，呕吐等，个别严重者可出现假性痴呆。

### 4.1.2 诊断标准

参照国际疾病分类第十版(ICD-10)中中风后精神障碍的诊断标准，同时满足以下条件的患者，即可以诊断：

(1) 症状标准：至少出现以下3项症状（同时必须符合第1项或第2项症状中的一项），且持续一周以上。

- ①经常发生情绪低落（自我表达或者被观察到）；
- ②对日常生活丧失兴趣，无愉悦感；
- ③精力明显减退，无原因的持续疲乏感；
- ④精神运动性迟滞或激越；
- ⑤自我评价过低，或自责，或有内疚感，可达妄想程度；
- ⑥缺乏决断力，联想困难，或自觉思考能力显著下降；
- ⑦反复出现想死的念头，或有自杀企图/行为；
- ⑧失眠，或早醒，或睡眠过多；



⑨食欲不振，或体重明显减轻。

(2) 严重标准：社会功能受损，给本人造成痛苦或不良后果。

(3) 病程标准：符合症状标准和严重标准至少持续 2 周，可存在某些分裂性症状，但不符合分裂症的诊断。若同时符合分裂症的症状标准，在分裂症状缓解后，满足抑郁发作标准至少 2 周。

(4) 排除标准：排除某种物质（如服药、酗酒、吸毒）或其他躯体疾病引起的精神障碍（例如适应障碍伴抑郁心境，其应激源是一种严重的躯体疾病）。排除其他重大生活事件引起精神障碍（例如离婚、丧偶）。排除脑血管病等器质性精神障碍、精神活性物质和非成瘾物质所致抑郁。

#### 4.1.3 辅助检查

神经系统检查及影像学检查确诊为脑卒中。简明国际神经精神访谈、DSM-IV 临床定式访谈、简明精神评定量表、阴性与阳性症状量表、汉密尔顿抑郁量表、汉密尔顿焦虑量表、明尼苏达多项人格测验、贝克抑郁问卷、老年 PSD、32 项轻躁狂症状清单（HCL-32）、心境障碍问卷（MDQ）、双相谱系障碍量表（BSDS）等对本病的诊断有参考作用。

#### 4.2 鉴别诊断

中风后精神障碍当与癫痫、狂病、痫病、郁病等做出鉴别。

#### 4.3 中医诊断

中医并没有明确提出中风后精神障碍的病名，但根据其特点可归属于中医“郁证”等范畴。中风后精神障碍的中医证候诊断，主要通过临床望、闻、问、切四诊信息进行辨证，并将中医辨证体系中的八纲辨证、脏腑辨证、气血津液辨证相结合。

#### 4.4 中医病机及证候分型

##### 4.4.1 中医病因病机

中风后精神障碍属中医神志病学“郁证”范畴，是中风的变证。中风病机多属阴阳失调，气血逆乱，与心、脑、肝、肾密切相关，本病为中风后发生的情志疾病，其病机可认为是在机体阴阳失调、气血逆乱的基础上，相关脏腑功能失调及病理因素共同作用的结果。肾精亏损是本病的发病基础，复因气血失调、饮食不节、劳逸失度或者外邪侵袭等引发。肾精亏损，气血生成不足，脑失所养，出现

猝然昏倒、不省人事、半身不遂等中风症状，中风患者心脑功能失调，神失所养，神明被扰，影响一切受大脑支配的精神、思维等活动，则易出现精神、意识异常，情绪低落、兴趣降低、烦躁郁闷等状况。肝气郁结是本病的发病根源，肝失所养，疏泄功能失常，表现为情志不稳，或低落消沉，默默不欲语，喜叹息，情绪不宁，或急躁易怒，不能自控等。脾虚失运是本病发病的关键因素，脾气虚弱，不能正常运行，则水谷精微不能濡养各脏腑器官，致脏腑功能失常。中风患者久病气机逆乱，脾失健运，水湿内停，易致痰湿中阻，气血不畅，蒙蔽心脑，则患者易出现忧思郁闷、精神不振等。中风病缠绵难愈，而久病患者素体脾虚失运，则痰湿偏盛，痰瘀伏于体内，易引起气血逆乱，痰湿上阻蒙蔽清窍而发为本病。<sup>[3]</sup>

#### 4.4.2 中医证候分型<sup>[4]</sup>

##### (1) 肝郁气滞证

精神抑郁，情绪不宁，胸部满闷，胁肋胀痛，痛无定处，脘闷暖气，不思饮食，大便不调，舌苔薄腻，脉弦。

##### (2) 气郁化火证

突然发生口眼歪斜，舌强语蹇，手足重滞，甚则半身不遂。急躁易怒，胸胁胀满，口苦而干，或头痛，目赤，耳鸣，或嘈杂吞酸，大便秘结，舌红苔黄，脉弦数。

##### (3) 痰蒙清窍证

突然昏仆，不省人事，牙关紧闭，口噤不开，两手握固，肢体强痉，大小便闭，面白唇暗，静卧不烦。并见神识恍惚，神思不敏，健忘嗜卧，头晕目眩，四肢不温，痰涎壅盛。舌质暗，苔白腻，脉沉滑。

##### (4) 心脾两虚证

多思善愁，心神不宁，心悸胆怯，头晕神疲，失眠健忘，面色不华，纳差，舌质淡，苔薄白，脉细弱。

##### (5) 肝肾阴虚证

情绪不宁，心悸健忘，头晕耳鸣，腰酸，失眠多梦，五心烦热，盗汗，口咽干燥，舌红少津，脉细弱或沉细。

##### (6) 瘀血内阻证

精神抑郁，性情急躁，头痛，失眠，健忘，或胸胁疼痛，或身体某部有发冷或发热感，舌质紫暗，或有瘀点、瘀斑，脉弦或涩。

## 5 治疗

## 5.1 治疗原则

### 5.1.1 中医治疗原则

初期多为实证，治以平肝息风，化痰祛瘀，通腑泄热，醒神开窍；后期以虚证为主，治以补益心脾，滋阴养血，活血化瘀。

### 5.1.2 西医治疗原则

抗抑郁药物是治疗中风后精神障碍的首选，还可以选用抗焦虑药物、抗精神病药物等。中风后精神障碍的发病原因以脑内血流障碍、神经细胞损伤或凋亡及神经递质紊乱为主，西药针对脑内血流障碍、神经细胞损伤或凋亡及神经递质紊乱这些病理生理情况，可以选择具有明确靶向的药物，做到有的放矢的直接改善脑内血流情况、修复神经细胞及正性调节神经递质水平。具体药物选择取决于患者症状的严重程度以及药物的副作用，尤其注意特殊人群的用药选择。此外，应注意配伍药物间的相互作用及其对疾病的影响，治疗药物的选择应个体化，应尽可能地提高患者的治疗依从性，并对患者进行定期随访。<sup>[5]</sup>

西医对于中风后精神障碍的治疗策略主要有：<sup>[6]</sup>

- (1) 早期识别，尽早治疗，争取缓解症状，预防病情的不稳定性。
- (2) 首选药物治疗，足疗程治疗。
- (3) 选择安全性高，有效性强的新型药物。
- (4) 积极进行家庭教育，争取家属重视、建立良好的医患联盟，以配合对患者的长期治疗；定期对患者进行心理治疗、康复和职业训练。
- (5) 联合治疗无效时：无抽搐电休克治疗。

## 5.2 中西医结合治疗策略

中医治疗疾病起到醒脑安神，镇惊息风的优点，能促进患者的脑细胞新陈代谢，从而纠正紊乱的大脑功能，也能增加脑神经系统的能量供给，增强机体免疫力，疗调并济，祛邪而不伤正，真正达到标本兼治。西医治疗疾病起效相对较快，疗效比较确定，能有效地缓解症状。

中西医结合治疗可以扬各自之长，避各自之短，提高各自疗效。人体是一个有机的整体，其疾病发生、发展有其必然性和规律性，中西医学虽理论体系不同，但研究对象一致，所以应将西医综合治疗与中医辨证施治相结合，对症支持治疗以西医为主，“治病求本”中医为主，这样标本兼治，二者

合用可以取得较好的临床疗效，既减少西药的用量，又明显降低了西药的毒副作用，同时减少了疾病的复发率，对提高患者的生活质量有积极的意义。<sup>[7]</sup>

### 5.3 中医治疗

#### 5.3.1 中医辨证治疗

##### (1) 肝郁气滞证

治法：疏肝解郁，理气畅中。

方药：柴胡疏肝散（《景岳全书》）加减。<sup>[8]</sup>

常用药：陈皮（醋炒）、柴胡、川芎、香附、枳壳（麸炒）、芍药、甘草（炙）。

加减：胁胀满疼痛较甚者可加郁金、青皮、佛手疏肝理气；肝气犯胃、胃失和降，而见嗳气频作、胸脘不舒者，可加旋覆花、代赭石、苏梗、法半夏和胃降逆；兼有食滞腹胀者，可加神曲、麦芽、山楂、鸡内金消食化物。（低级证据，弱推荐）

##### (2) 气郁化火证

治法：舒肝健脾，清肝凉血化瘀。

方药：丹栀逍遥散（《薛氏医案》）加减。<sup>[9]</sup>

常用药：柴胡、白芍、白术、茯苓、当归、薄荷、甘草、生姜、丹皮、栀子。

加减：热势较轻、口苦、便秘者，加龙胆草、大黄泄热通腑；肝火犯胃而见胁肋胀痛、口苦、嘈杂吞酸、嗳气呕吐者，可加黄连、吴茱萸清肝泻火，降逆止呕；肝火上炎而见头痛，目赤者，加菊花、钩藤、刺蒺藜清热平肝。（低级证据，弱推荐）

##### (3) 痰蒙清窍证

治法：化痰息风，宣郁开窍。

方药：涤痰汤<sup>[10]</sup>（《奇效良方》）合温胆汤<sup>[11]</sup>（《三因极一病证方论》）加减。

常用药：半夏（汤洗七次）、茯苓、橘红、竹茹、郁金、石菖蒲、胆南星（姜制）、天麻、钩藤、僵蚕。

加减：兼有动风者，加天麻、钩藤；有化热之象者，加黄芩、黄连；见戴阳证者，属病情恶化，急进参附汤、白通加猪胆汁汤救治。（高级证据，强推荐）

##### (4) 心脾两虚证

治法：健脾养心，益气补血。

方药：归脾汤（《济生方》）加减。<sup>[12]</sup>

常用药：党参、黄芪、白术、茯苓、酸枣仁、龙眼肉、木香、炙甘草、当归、远志、生姜、大枣。

加减：可酌情加郁金、合欢花以开郁安神。（低级证据，弱推荐）

#### （5）肝肾阴虚证

治法：滋阴清热，养血安神。

方药：镇肝熄风汤（《医学衷中参西录》）合甘麦大枣汤（《金匱要略》）加减。<sup>[13]</sup>

常用药：怀牛膝、生赭石、生龙骨、生牡蛎、生龟板、生杭芍、玄参、天冬、川楝子、生麦芽、茵陈、甘草、浮小麦、大枣。

加减：肝阴不足，肝阳偏亢，以致头痛、眩晕、面红潮热者，加刺蒺藜、草决明、钩藤、石决明平肝潜阳；若性情急躁易怒，口苦口干，舌红者，可用滋水清肝饮。（高级证据，强推荐）

#### （6）瘀血内阻证

治法：活血化瘀，理气解郁。

方药：血府逐瘀汤（《医林改错》）加减。<sup>[14]</sup>

常用药：当归、生地、桃仁、红花、枳壳、赤芍、川芎、柴胡、甘草、桔梗、牛膝。

加减：血瘀甚者可加三棱、莪术破气行血；神志异常者可与甘麦大枣汤合用；瘀血较重伴有疼痛者加元胡、丹参。（高级证据，强推荐）

### 5.3.2 中医非药物治疗

#### （1）针刺治疗：

①“醒脑开窍”针刺法<sup>[15]</sup>：主穴选内关（手厥阴心包经）、水沟、三阴交（足太阴脾经）；辅穴选极泉、神门（手少阴心经）、委中（足太阳膀胱经）、尺泽（手太阴肺经）；吞咽障碍加风池、翳风、完骨；手指握固加合谷；语言不利加上廉泉，金津、玉液放血；足内翻加丘墟透照海。操作方法：先刺双侧内关，直刺0.5~1寸，采用捻转提插泻法1分钟；继刺人中，向鼻中隔方向针刺0.3~0.5寸，用重雀啄法，至眼球湿润为度；再刺三阴交，沿胫骨内侧缘与皮肤呈45度角斜刺，进针1~1.5寸，用提插补法，使患侧下肢抽动3次为度。极泉，原穴沿经下移1寸，避开腋毛，直刺1~1.5寸，用提插泻法，以患侧上肢抽动3次为度；神门，直刺0.3~0.5寸，小幅度捻转补法，局部酸胀为度；尺泽，屈肘成120度角，直刺1寸，用提插泻法，使患者前臂、手指抽动3次为度；委中，仰卧直腿抬高取穴，直刺0.5~1寸，施提插泻法，使患侧下肢抽动3次为度。风池、完骨、翳风均针向喉结，进针2~2.5寸采用小幅度高频率捻转补法，每穴行手法1分钟；合谷向三间穴进针1~1.5寸，采用提插泻法，使患者第二手指抽动或五指自然伸展为度；上廉泉针向舌根1.5~2寸，用提插泻法；金津、玉液用三棱针点刺放血，出血1~2ml。丘墟透向照海穴均1.5~2寸，局部酸胀为度。每穴留针30min，1次/d，每周治疗6天，4周为一个疗程。（高级证据，强推荐）

②**子午流注针法**<sup>[16]</sup>：主穴选心经的本穴、原穴、络穴，即少府、神门、通里，取穴时辰为气血流注心经之时，即午时（11~13时）。心经的母穴少冲，取穴时辰为肾经气血衰退之时，即未时（13~15时）。小肠经的母穴后溪，取穴时辰为小肠经气血衰退之时，即申时（15~17时）。配穴取水沟、百会、内关、神门、太冲。具体操作：患者取仰卧位，局部皮肤常规消毒，进行针刺，在申时针刺主穴5min后再刺配穴，以局部出现酸、麻、胀感为度，针刺得气后留针30min。（高级证据，强推荐）

③**头针治疗**<sup>[17]</sup>：通过针刺刺激头部的穴位而促进脑部功能的恢复，调节情志以达到治疗的效果。治疗主要以调理髓海，调畅气机，疏肝解郁为主。治疗常针刺头部“神穴”，即四神聪、神庭和本神，1次/d，每周3次，8周为一个疗程。亦可神庭透印堂，脑户透强间，悬颅透悬厘，头临泣透阳白，率谷透曲鬓。针刺头面部及颈部可直接刺激脑部功能恢复，调节情志从而能达到治疗效果，常选百会，四神聪，印堂，人中等头面部穴位，也可选用和头部相连通经脉上的穴位。任督二脉、阳跷、阴跷、阳维、阴维等都与头部相连，在此处针刺，可以醒脑开窍，有助于神经功能的恢复。（低级证据，弱推荐）

④**电针**<sup>[18]</sup>：主穴取太冲、百会、神庭、印堂四穴。患者仰卧，穴位常规消毒。取百会穴逆督脉循行方向平刺0.5寸；取神庭穴，平刺0.5寸；取印堂穴，正对鼻尖处平刺0.3~0.5寸。头部穴位百会、印堂穴加用电针治疗仪，频率1Hz，强度以患者感觉有轻微跳动感为度，留针30min。急躁易怒，胸胁胀痛加行间、侠溪疏肝理气；失眠多梦，心神不宁加神门、内关清心安神或加太溪、三阴交养阴安神；胸闷脘痞、痰多加丰隆、内庭、足三里健脾利湿化痰；头晕耳鸣、腰膝酸软加太溪、肾俞补肾益精。1次/d，10次为1疗程。（高级证据，强推荐）

## （2）耳穴压豆疗法

取穴：皮质下、神门、心、交感、脾、肝、肾。操作：将耳部进行消毒，在上述耳穴用探针寻找疼痛敏感点，将王不留行籽附在0.6cm×0.6cm的胶布中央，用镊子贴敷在耳穴上并且给予适当的按压，按压2min，使耳廓有发热、胀痛感，每日按压5次，每次按压30下，隔2天换1次，双耳穴位交替使用，7天为一个疗程，共治疗4周。<sup>[19]</sup>（高级证据，强推荐）

## （3）埋线治疗

肝气郁结型采用心俞、肝俞、肺俞、肾俞均双取；心脾两虚型采用心俞、脾俞、肺俞、肾俞均双取。操作方法：采取一次性埋线针和10支包装的2cm长医用蛋白线。<sup>[20]</sup>（中级证据，弱推荐）

## （4）经穴外敷治疗

经穴外敷中药，具体药物组成有：柴胡、川芎、香附、乌药、艾叶、佩兰、石菖蒲、灯心草、玫瑰花、夜交藤、合欢花。将上述药物装进药包中，贴敷在顶部膀胱经与督脉，实际经络定位以骨度分寸尺为准，以保证定位的准确性。1次/d，持续治疗28天。<sup>[21]</sup>（高级证据，强推荐）

## （5）艾灸治疗

采用艾条温和灸，取穴：百会、大椎、风池、太冲。痰浊加丰隆；血瘀加曲池、膈俞；气虚加足三里、气海。每穴 20min，1 次/d。<sup>[22]</sup>（高级证据，强推荐）

#### （6）中医情志疗法

采用以情治情法，可以用音乐、文娱、色彩、声疗等，使之喜乐、振奋、激动、欢快为原则，以帮助清阳之气上升，行气活血，使患者精神振奋，有助于防止中风后精神障碍的发作。<sup>[28]</sup>

### 5.4 西医治疗

#### 5.4.1 药物治疗<sup>[23]</sup>

##### （1）三环类药物

三环类药物是较早用于治疗中后抑郁症状的药物，阻断大脑内 NE 和 5-HT 能神经末梢突触前膜再摄取，从而使 NE 和 5-HT 这些物质浓度提高，以发挥药效。常用的有阿米替林、丙米嗪及多虑平等。需要注意的是，多数患者的症状在用药 3 周以上才出现明显改善，另外老年患者使用该药易出现副作用，针对此类患者需适当减少药物剂量。由于此类药物不良反应较大，会发生心跳骤停、直立性低血压等，所以目前以不作为治疗疾病地首选药物。

##### （2）选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂（SSRIs）

目前临床常用的药物有：氟西汀、帕罗西汀、曲舍林、西酞普兰等。氟西汀特别适用于老年和体衰的患者，不良反应症状较轻。帕罗西汀作用时间短，能迅速改善症状，不良反应为恶心、头痛、性功能减低及多汗等。曲舍林对女性患者（孕妇除外）、产后和老年患者疗效显著，还可以改善认知功能，不参与其他药物的代谢，药物相互作用较小，安全性高。西酞普兰适用于躯体疾病，合并抑郁，适用于多种药物联合使用者，常见的不良反应有多汗、恶心、性功能障碍和睡眠障碍等。

##### （3）选择性去甲肾上腺素再摄取抑制剂（NARIs）

临床常用药物有瑞波西汀、米胺色林、地西帕明、阿莫沙平等。瑞波西汀表现出对于“迟滞性卒中后抑郁”（以倦怠、行为迟缓等为主要表现）患者疗效肯定。然而其治疗中风后抑郁的患者并无显著效果。

##### （4）5-羟色胺去甲肾上腺素双重再摄取抑制剂（SNRIs）

代表药物有曲唑酮和奈法唑酮，其优点是无认知方面的不良反应。其不良反应是容易导致低血压，故本类药物不与降压药合用。对于本病的疗效尚需要更多随机对照试验证据加以验证。

##### （5）中枢神经系统兴奋剂

利他林对本病治疗效果优于安慰剂组，其显效时间早于传统抗抑郁药物。

##### （6）其他药物

针对躁狂首选抗癫痫药（丙戊盐酸和卡马西平等），苯二氮卓类药物应用于躁狂症已有多年的历史，典型抗精神病药物（氟哌啶醇），非典型抗精神病药物（奥氮平、喹硫平、利培酮）等。（低级证据，弱推荐）

### 5.3.3 中成药

活力苏口服液：益气补血，滋养肝肾。每次10mL，每日1次~3次，口服，或遵医嘱。用于心脾两虚证，肝肾阴虚证。

### 5.4.2 非药物治疗

#### （1）经颅磁刺激

在常规治疗的基础上，采用经颅磁刺激仪器，进行重复经颅磁刺激治疗，线圈直径为12cm，每日采用60%最大刺激强度对患者双侧额叶刺激1个序列，刺激频率为0.5Hz，连续刺激30次为1个序列，连续治疗1周。<sup>[24]</sup>（低级证据，弱推荐）

#### （2）心理治疗

心理治疗是中风后精神障碍治疗的一种常用方法。医生可以建立融洽的医患关系，通过提供优质服务取得患者的信赖，采取劝导、启发、鼓励、支持、同情、说服、消除疑虑、保证等治疗性沟通技巧，提高患者对疾病的认知，协助患者表达自己的看法，给予心理疏导，鼓励患者克服疾病的焦虑和恐惧。多与家属进行沟通，让患者得到家人的关心与支持，提高治疗的依从性。尽量保护患者的自尊心。在言语及行动上尽可能避免损害患者的自尊心，耐心对待患者在日常生活及治疗时所出现的情绪反复，鼓励其说出心里话。可以通过直接或启发性的提问，了解患者的错误认知，针对逻辑错误进行分析，并鼓励其重建新的正确认知，从而产生健康的心理和适应性行为。<sup>[25~27]</sup>（高级证据，强推荐）

## 5.5 中西医结合分期治疗<sup>[29]</sup>

### 5.5.1 急性期

中风病由于气血逆乱，产生风、火、痰、瘀等病理因素，导致血脉痹阻，或血溢脑脉之外。中风后，脑脉受损，瘀血阻络，气行不畅，属于因瘀而郁；加之中风突然，起病急骤，身心易遭受打击导致七情内伤，肝郁气结而出现各种躯体与精神症状。首选抗精神病西药，对患者实施降压药、广谱抗感染药物治疗，纠正患者的高血压以及对患者进行对症支持治疗；可相应的给予中医药及针刺治疗，严格做到辨证论治。并尽早的为患者制订康复治疗计划，提高患者预后；对出现心理障碍的患者实施



测评，并对其采用心理干预以及相应的神经药物治疗。应定期对患者的症状、药物不良反应、治疗依从性和功能状态进行量化评估。积极控制症状，达到临床治愈，疗程为6~8周。

### 5.5.2 恢复期

进入恢复期之后，邪盛状态已经控制，正气不足，血瘀痰阻的征象渐趋明显。治疗上则需在补虚法中配以行气活血、化痰祛瘀之品以通畅经络。所有患者均应进行卒中基础治疗，包括抗凝、降纤、抗血小板聚集、应用脑保护剂、调节血压血糖血脂，并酌情进行针灸等康复治疗。<sup>[30]</sup>

### 5.5.3 后遗症期

本病多变，初病在气，久病及血，化热伤阴，而成虚实夹杂之复杂病症。应采用中医药系统疗法治疗，为便于长期服用，也可辨证使用中成药。治疗应以疏肝解郁，滋阴清热，养心安神为主。要密切监测复发的早期征象，一旦发现有复发的早期征象，应迅速恢复原治疗，继续使用急性期和巩固期治疗有效的药物。适当结合心理疗法，有助于降低复发风险，

## 5.6 疗程

建议对患者病情进行系统评估，若治疗效果明显，功能恢复达到病前水平，病情稳定且无复发倾向，则可在密切关注病情的前提下逐步撤减抗精神病药用量以缩短疗程。

## 5.7 终止治疗及复发后的策略

不建议患者在假期前、重大事件（比如结婚）及应激事件发生时终止治疗，建议患者不要突然停药，在旅行或外出时随身携带药物。如需终止维持治疗，应缓慢减量，至少持续4~8周，观察有无复发迹象，也可减少撤药综合征的发生。停止治疗前，应告知患者存在中风后精神障碍复发的潜在风险，并应该确定复发后的治疗计划。停药后，建议继续对患者进行定期随访。若症状复发，患者需再次接受一次完整疗程的急性期治疗。

## 6 疗效评价标准

### 6.1 中医疗效评价标准<sup>[31]</sup>

治愈：症状消失，情绪正常；

好转：症状减轻，情绪基本稳定；

未愈：症状、情绪均无改善。

## 6.2 西医疗效评价标准

结合患者的实际病情和临床表现，以及体格检查结果和相关实验室报告，可以根据治疗前后抑郁自评量表和 HMRD 量表各项评分进行临床疗效评估。

### 6.2.1 抑郁自评量表（SDS）

采用 SDS 对治疗前后两组的精神状态进行评估，具体包括 20 项。该量表分 4 组特异性症状：精神性情感障碍、躯体性障碍、精神运动障碍和抑郁的心理障碍。总粗分的正常上限为 41 分，分值越低，状态越好。<sup>[32]</sup>

### 6.2.2 汉密尔顿抑郁量表(HAMD)

应用HAMD量表进行评价，分别在治疗前与治疗后的2周、4周末各测定1次，量表评价疗效按HAMD减分率标准：减分率 $\geq 90\%$ 为痊愈；减分率在60%~89%为显效；减分率在30%~59%为好转；减分率 $< 30\%$ 为无效。<sup>[33]</sup>

## 6.3 安全性指标

### 6.3.1 相关实验室检查

随时监测血压、心率等基础生命体征；定期进行心电图检查，血常规、血糖、血脂，肝、肾功能等化验；必要时进行血药浓度监测。

### 6.3.2 量表评价

#### （1）副反应量表（TESS）

TESS 适用于评定各类抗精神药物引起副作用。根据体格检查结果以及实验室报告，结合患者的实际病情，做出相应评定。一般治疗前及治疗后 2 周、4 周和 6 周进行评价。

#### （2）抗抑郁药副反应评定量表（SERS）

SERS 适用于评定抗抑郁药物引起的副作用。SERS 共 14 项，分别在治疗前及治疗后 2 周、4 周、6

周时进行评分。

## 7 预防与调护

中风后精神障碍的发病率较高，进行早期干预降低其发病率或降低病情的严重程度，具有重要的临床意义。目前临床上对于中风后精神障碍的报道大部分集中在治疗方面，早期预防疾病的重要性还没能引起足够广泛的重视。建议患者不要私自或者突然停药，以避免错服、漏服药物的现象发生。在发病后一段时间内，肢体机能尚处在逐渐康复阶段，日常生活处处都必须依靠他人帮助，个人自尊心难免受到伤害。开始表现情绪不高，内心烦躁，中风后的精神障碍对肢体康复是不利的，患者应学会自我调整；家人不仅从生活方面给予精心关怀，还要给予最大精神鼓励和心理支持。必要时，可考虑在医生指导下，内服抗抑郁药辅助治疗，对改善神经功能和抑郁情绪，都有一定帮助。<sup>[34]</sup>

## 8 预后

从总体上看，中风后精神障碍若治疗及时有效，一般预后较好。若脑卒中前性格开朗活泼，加之治疗得当，病程较短，预后较好。反之，若病前性格孤僻，社会适应能力较差，再加之病后气血虚弱，血不养神，导致病情加重，甚则意识不清，则病程较长，预后较差。

## 9 注意事项

应用本指南时应先明确诊断，本指南不适用于精神障碍后发脑卒中的诊断与治疗；不适用于重度中风后精神障碍特别是有自杀倾向的患者的诊断与治疗，本指南不能应用于除中风后精神障碍外的其他疾病，如：癲病、狂病、痫病、郁病等，以免发生诊疗错误，影响患者的转归及预后。

指南中的内容仅仅是用来指导临床工作的概括性或综合性标准，单纯依据指南中的内容和标准并不能保证每一个具体的临床病例都能获得诊疗的成功，更不能简单认为指南中的内容已经囊括了中风后精神障碍临床操作中的所有规范，而轻易地排斥其他一些适合某一个体的方法。在判断某一特定医疗程序和治疗计划正确与否时，所有的结论首先必须是建立在个体患者的具体病情、临床症状和治疗特点的基础之上，而不能简单的依据指南中的相关内容来做出判断或评价。指南中制定的临床诊疗标准并不是一成不变的，其内容或标准是基于大量的临床案例资料总结和专家共识。在指南使用过程中，要不断对其相关理论知识、操作技术及护理规范等进行提炼和总结，形成更为合理和更为科学的操作模式。

## 参 考 文 献

- [1] 吕易坤, 刘安祥, 张骏. 卒中后抑郁发病机制及临床表现的研究进展[J]. 海南医学, 2020, 31 (23): 3093-3096.
- [2] 牟宏, 马跃文. 卒中后躁狂研究进展[J]. 中国实用内科杂志, 2021, 41 (04): 349-352.
- [3] 刘增雪, 陆静珏, 周一心. 关于卒中后抑郁发病机制的研究新进展[J]. 中国医药导报, 2019, 16(02): 24-28.
- [4] 孙颖. 卒中后抑郁中医辨证分型研究进展[J]. 中国中医急症, 2011, 20 (05): 773-774.
- [5] 朱欣茹, 侯晓莉, 刘梦珂, 等. 卒中后抑郁的最新诊疗研究进展[J]. 医学综述, 2020, 26 (13): 2596-2600.
- [6] 杨本德, 王恒, 徐胜军, 等. 卒中后抑郁的临床康复治疗进展[J]. 中国医药导报, 2020, 17 (16): 54-57.
- [7] 周芸. 中西医治疗脑卒中后抑郁概况[J]. 河南中医, 2013, 33 (07): 1090-1091.
- [8] 刘泰, 林泯儒. 脑卒中后抑郁中医辨证分型概述[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2017, 15 (17): 2214-2216.
- [9] 杜明明. 丹栀逍遥散加减治疗卒中后抑郁的疗效分析[J]. 首都食品与医药, 2020, 27 (10): 194.
- [10] 宋汉秋, 鲁崑, 丁志毅, 等. 活血涤痰汤联合氟西汀胶囊治疗中风后抑郁症 40 例[J]. 中医研究, 2015, 28 (09): 28-29.
- [11] 范小会, 董永书. 温胆汤治疗中风后抑郁验案[J]. 中医临床研究, 2016, 8 (21): 15-16.
- [12] 郑丽. 中风后抑郁中医临床分型辨析治疗[J]. 光明中医, 2015, 30 (05): 1056-1058.
- [13] 师庆彬, 于金平, 王兴臣. 镇肝熄风汤合甘麦大枣汤治疗肝肾阴虚型中风后抑郁 60 例[J]. 中国民族民间医药, 2017, 26 (19): 63-64.
- [14] 马素娟, 郝向春, 陈玉良. 血府逐瘀汤治疗中风后抑郁状态 33 例[J]. 中国民间疗法, 2003 (05): 48.
- [15] 王华. “醒脑开窍”针刺法结合耳针治疗中风后抑郁症的临床疗效观察[D]. 湖南中医药大学, 2009.
- [16] 吴梦婷, 赵娜. 子午流注针法治疗中风后抑郁 50 例临床研究[J]. 江苏中医药, 2020, 52 (08): 61-63.
- [17] 赵轩竹, 李书宁, 崔俊波. 非药物治疗治疗卒中后抑郁的临床进展[J]. 中医研究, 2019, 32 (02):

65-70.

- [18] 崔海. 电针治疗 30 例中风后抑郁症的临床观察[J]. 浙江中医学院学报, 2005 (02): 65-66.
- [19] 文佳. 耳穴贴压法联合五行音乐疗法干预中风后抑郁的临床研究[D]. 广西中医药大学, 2017.
- [20] 沙政平. 埋线治疗中风后抑郁症的疗效观察[D]. 广州中医药大学, 2010.
- [21] 曾科学, 杨霞, 盖娟娟, 等. 经穴外敷中药治疗中风后抑郁症临床研究[J]. 河南中医, 2017, 37 (07): 1213-1215.
- [22] 骆彤, 汪武生. 艾灸治疗中风后抑郁症的临床研究[J]. 中国中医药现代远程教育, 2011, 9 (08): 140-141.
- [23] 侯霖, 林祝春, 徐宁, 等. 卒中后抑郁的研究进展[J]. 中国医药指南, 2012, 10 (31): 85-86.
- [24] 单峤, 王世勋, 王新军. 重复经颅磁刺激治疗脑卒中后迟发性癫痫患者焦虑抑郁共病的疗效[J]. 实用医学杂志, 2013, 29 (24): 4000-4003.
- [25] 武文玲, 车守梅, 郑丹丹, 等. 心理治疗在急性缺血性脑卒中后抑郁患者中的临床观察[J]. 中国临床保健杂志, 2019, 22 (02): 261-263.
- [26] 苏晓琳, 赵宏文, 肖学长, 等. 心理治疗对脑卒中后抑郁患者康复疗效影响的观察[A]. 中国康复医学会. 中国康复医学会第五届全国康复治疗学术会议论文集[C]. 中国康复医学会: 中国康复医学会, 2006: 4.
- [27] 王凤华. 心理治疗在改善脑卒中患者抑郁状况及认知功能中的应用研究[J]. 中华临床医师杂志(电子版), 2014, 8 (03): 407-410.
- [28] 章日红, 李丽香, 阙建梅. 中医情志护理联合耳穴压豆干预中风后抑郁疗效观察[J]. 新中医, 2016, 48 (10): 202-204.
- [29] 蒋国卿, 范明月, 张哲, 等. 益心舒胶囊联合米氮平治疗卒中后抑郁疗效观察[J]. 湖南中医药大学学报, 2013, 33 (08): 3-5.
- [30] 唐媛, 冯方俊. 脑卒中后抑郁的分期论治[J]. 湖北中医杂志, 2014, 36 (12): 28-29.
- [31] 国家中医药管理局. 中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准. 北京: 南京大学出版社, 1994: 20-21.
- [32] 河南省卒中学会卒中后心理与情感障碍分会, 河南省医师协会精神科分会, 河南省心理卫生协会. 脑卒中后抑郁临床诊疗指南[J]. 临床心身疾病杂志, 2020, 26 (3): 后插 1-后插 5, 封 3.
- [33] 高娜. 中西医结合治疗中风后抑郁 50 例[J]. 实用中医内科杂志, 2010, 24 (01): 82.
- [34] 蔡金亚, 孙建华, 徐修竹. 中风后抑郁的早期预防现状[J]. 山东中医杂志, 2016, 35 (01): 77-79.