

引用:石学淑,赵志恒.基于“神不使”理论探讨卒中后抑郁的护理实践[J].湖南中医杂志,2026,42(4):151-157.

## 基于“神不使”理论探讨卒中后抑郁的护理实践

石学淑,赵志恒

(天津中医药大学第二附属医院,天津,300250)

**[摘要]** 该文以《黄帝内经》“神不使”理论为基础,阐释了卒中后抑郁(post-stroke depression, PSD)脑心神失调、神机失用的中医学病机本质,提出“形神共调、以神为先”的护理原则。在此基础上,构建了涵盖神志状态辨证评估、通络养神与情志调摄并举的中医学特色护理干预体系,并探讨了其与针灸、中药、传统功法等技术的协同应用。同时文中提出的融合现代心理护理、环境支持学的中西医结合护理模式,为推动 PSD 护理发展提供了理论参考。

**[关键词]** 卒中后抑郁;“神不使”理论;中医护理;形神共调;情志护理

**[中图分类号]** R255.233 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2026.04.024

卒中系全球范围内高致残、高致死的重大疾患,其并发症的规范化防治始终是神经康复领域的主要所在与临床难点。卒中后抑郁(post-stroke depression, PSD)作为卒中常见的精神情感并发症<sup>[1]</sup>,流行病学调查显示,其患病率高达 52%,且随着人口老龄化进程加速及卒中发病率的持续上升,这一数字可能进一步增长<sup>[2]</sup>。PSD 不仅严重制约神经功能的恢复,还与卒中复发及致死风险增高相关,是目前卒中恢复期管理面临的主要瓶颈之一。当前临床护理虽已引入多种心理与社会干预措施<sup>[3-6]</sup>,但其成效仍受限于统一理论框架的缺失、干预措施间协同效应不足或相关理论未能与患者的病理基础紧密结合的弊端。因此,总结一种贯通身心、统摄诸般干预环节的疗法,不仅是提升 PSD 护理效能的必然要求,亦是破解该领域康复瓶颈的关键所在。

“神不使”理论源自《素问·汤液醪醴论篇》,揭示了在复杂或迁延性疾病中,因脏腑衰惫、气血精神亏耗,导致生命体自我调节与反应能力严重下降,致使外治之法难以奏效的核心病机<sup>[7-8]</sup>。该理论在形神一体的基础上,为理解心身交互性疾病提供了理论框架<sup>[9]</sup>。将其引入 PSD 的护理领域,不仅

能为解读卒中后抑郁致形损神伤的复杂病机提供经典中医学理论依据,更能为构建以调复神机为重点、整合多种护理资源的系统性干预策略奠定基础。

综上,本文旨在系统梳理“神不使”理论的内涵与外延,深刻剖析其与 PSD 现代临床表现的内在联系,并以此为指导,构建从评估原则到干预技术的 PSD 中医学特色护理实践。其意义在于通过经典理论与现代护理实践的深度融合,为突破当前 PSD 护理的瓶颈提供新的思路。

### 1 “神不使”理论的中医学阐释与 PSD 病机关联

1.1 “神不使”的理论源流与内涵 《素问·汤液醪醴论篇》载“精神不进,志意不治,故病不可愈”,其为“神不使”的理论渊源。该观点提出当病情危笃,患者“精神”与“志意”极度虚衰,将导致机体丧失接受方药或针石调控的内源性动力,无法产生有效的治疗应答,此时即步入“神不使”的后期阶段<sup>[10]</sup>。张景岳阐释为:“凡治病之道,攻邪在乎针药,行药在乎神气,故施治于外,则神应于中……若以药剂治其内而藏气不应,针艾治其外而经气不应,此其神气已去,而无可使矣。”由此可见,“神不使”之精义,在于“神”作为生命之主宰,其调摄功能之失用或衰惫。

**基金项目:**天津中医药大学第二附属医院“薪火相传计划”后备人才项目(2024年);天津中医药大学第二附属医院引进博士人才培养项目(2024年)

**第一作者:**石学淑,女,副主任护师,研究方向:中医护理学防治脑血管疾病

该理论揭示了疾病由邪气鸱张之实证,转入正气涣散、机体应合能力迟钝之虚损或虚实夹杂状态<sup>[7]</sup>。

1.1.1 神的概念与功能 中医学的“神”具有丰富的内涵<sup>[11-12]</sup>。广义之神,是人体一切生命活动的外在总括与内在主宰,《素问·移精变气论篇》所言“得神者昌,失神者亡”即蕴含此意;狭义之神,则特指人的意识及思维,其由心所主,分藏于五脏。综上所述,中医学理论中的“神”不仅是机体生命活动的总宰,统帅着脏腑、经络及气血的有序运行,也是精神情志活动的源泉与调控中枢,并借由外在的变化反映着内在脏腑精气的盛衰。其功能的实现,依赖于机体的气血精微等物质充养,其中五脏的运化平衡是确保“神”能够行使其主宰职能,维持“形神合一”状态的重要保证。

1.1.2 “神不使”的病理表现与分类 “神不使”在临床呈现为失神与神乱两类。失神表现为精神萎靡、目黯无光、反应迟钝、声低气怯,乃至昏愆,属神气衰微,多见于久病重病之后元气大伤者。神乱则表现为情志异常,如抑郁、焦虑、思维散漫等,属神失其守,不能正常调控情志。PSD更多地表现为神乱中的抑郁、焦虑、兴趣丧失等情感障碍,但其背后往往兼有失神的基础,即气血亏虚、脏腑功能不足。而根据神不使病机侧重,可将其分为因虚致病,如气血两虚、心脾两虚、肝肾阴虚;或因实致病,如痰瘀阻窍、肝郁气滞,然PSD临床多见虚实夹杂之候<sup>[13]</sup>。

1.2 基于“神不使”理论探讨PSD的病机内涵 PSD的发生,本质上是卒中后脑与躯体的损伤引发情志精神的失调造成的。在此基础上,神的失调又将影响形的康复预后,导致形神互损状态的出现,对患者身心造成严重危害。

1.2.1 脑络瘀阻与神明失养 脑为元神之府,清窍之所,主宰人的精神意识活动。卒中的基本病机为脑络瘀阻,窍闭神匿<sup>[14]</sup>。此种脑络瘀阻将直接损伤元神之府,导致府失其用,神失其居。同时瘀血阻滞,新血难生,脑窍失于气血濡养,则神明失养,神机运转失灵。此即《医林改错》所言:“癫狂一症,哭笑不休,詈骂歌唱……乃气血凝滞,脑气与脏腑气不接。”

卒中急性期后,瘀血虽渐化,但络脉损伤未复,致使脑窍气血灌流与濡养功能持续匮乏,从而构成了“神不使”的器质性基础。神明失清阳之气的濡养,则表现为情绪低沉、思维迟滞、兴趣索然等症状。

1.2.2 情志内伤与心神失守 卒中作为负性应激性事件,其突发性和破坏性对患者构成了显著的心理创伤,易诱发深层的情志内伤。临床上,由肢体功能障碍引发的生理受限、生活自理能力的丧失、社会角色的剧烈震荡以及对疾病预后的不确定感,共同交织成一种持续性的慢性情志应激状态。这种长期存在的应激负荷不仅导致了神机疏泄的紊乱,更在心理与生理的双重维度上,成为了触发PSD病理演进并制约机体康复的重要因素<sup>[15]</sup>。

长期的忧思、恐惧与郁怒等负面情志,率先损伤肝之疏泄功能,诱发肝气郁结的出现。气机郁滞日久,不仅可郁而化火、炼液成痰,亦可因气滞导致血行不畅而致瘀阻形成,形成气、火、痰、瘀错综互结之势。在五脏关系的动态演变中,肝郁既可横逆犯脾,致使脾失健运,湿聚生痰;又可化火上炎,耗灼心阴并扰动心神。最终可致痰浊、瘀血、郁火等多种病理产物交织闭阻清窍,内扰神明,致使心神丧失宁谧守舍之职,临床呈现出焦虑、悲伤、多思及睡眠障碍等症状。这一演变过程揭示了“神”受情志内伤后,“神机”的调节职能由紊乱趋向衰减的病理过程。

1.2.3 脏腑虚损与神机失用 卒中患者多为中老年,本有肝肾亏虚、气血渐衰的生理基础。病后气血耗伤、活动减少、脾胃受损,加之治疗中可能存在过用活血化痰峻剂,易致心、脾、肝、肾等脏气进一步虚损<sup>[16]</sup>。心主血脉藏神,心血亏虚则神失所养;脾为后天之本,气血生化之源,脾虚则气血亏虚,神失濡养;肝藏血舍魂,肝血不足则魂不守舍;肾藏精生髓充脑,肾精亏虚则脑髓失充,元神失养。

脏腑虚损导致气血精微生化不足,无法上奉于脑、濡养心神,是神不使发生的内因。神机缺乏气血的滋养,则其调节情志、统帅生命活动的的能力必然下降,表现为神疲乏力、动力缺乏、思维迟钝、意志消沉等隐性抑郁症状。

## 2 “神不使”理论与 PSD 现代机制的诠释

“神不使”理论为理解 PSD 的现代生物学机制提供了独特的中医学视角。现代研究认为 PSD 的机制涉及前额叶、边缘系统等与情绪调节相关脑区的神经解剖学改变,单胺类神经递质 5-羟色胺 (serotonin, 5-HT)、去甲肾上腺素 (norepinephrine, NE)、多巴胺 (dopamine, DA) 等的合成与代谢异常,以及神经内分泌失调、免疫炎症反应以及神经可塑性受损等多方面<sup>[17]</sup>。

从“神不使”理论观之,神经解剖损伤与神经递质紊乱可对应于脑络瘀阻、神明失养与痰瘀扰神。卒中病灶破坏了情绪调节的神经通路,如同脑络瘀阻导致元神之府功能结构受损;神经递质系统的失衡,则类似于中医学“痰”“火”“瘀”等病理产物扰乱了神志活动的物质基础与信息传递<sup>[18]</sup>。神经内分泌与免疫炎症的异常,则可与脏腑虚损,气机失调相联系。持续应激状态下的下丘脑-垂体-肾上腺轴 (hypothalamic-pituitary-adrenal, HPA) 呈亢进和慢性炎症状态,反映了机体因卒中导致的正气内虚,自我调节系统失于平衡,导致内环境稳态破坏,这正是一种广义的“神不使”状态。而神经可塑性受损所导致的学习、记忆、适应能力下降,则与神机失用直接对应,是神的主动调节、适应环境功能减退的表现。

因此,“神不使”从更整体、更动态的层面,将 PSD 的各种碎片化生物学发现,整合到形神失和、神机失用这一主要病机之中,强调了躯体损伤、心理反应以及机体整体调节能力三者之间的关系。这提示着,针对 PSD 的干预应从恢复神机运转、促进形神和谐的整体层面进行综合调控。

## 3 基于“神不使”理论的 PSD 护理启示

### 3.1 护理原则应形神共调、以神为先

针对神机失用的病机核心,临床护理实践须确立形神共调,以神为先的纲领。这意味着在护理决策与实施中,应当将调复患者的精神状态、激发其内在生机置于优先地位。

治神是贯穿护理全程的主导思想。其关键在于通过各种护理手段,激发患者自身的神气,恢复

其神机的主动调节能力。首先需要早期识别并高度重视患者的情绪变化,将情绪管理视为卒中康复中不可或缺的一环。在执行康复训练或生活护理时,则需时刻观察并调动患者的精神状态,追求神与形俱。而上述行为将建立积极的治疗性护患关系,通过护士充满关怀、尊重与希望的语言和行为,向患者传递神,帮助其稳定心神,树立康复信心。正如《灵枢·师传》所言:“告之以其败,语之以其善,导之以其所便,开之以其所苦。”这种支持性沟通本身就是一种高层次的神的交流与调治。

形神共调强调治神需以调形为基础。通过积极、科学的康复护理改善患者的肢体、吞咽及言语功能,减少残障带来的痛苦与不便,这也是最根本的安神之法。患者对功能状态的渐进性改善将形成正向反馈,自我效能感由此提升,进而显著缓解其抑郁情绪,关键在于此调形过程需浸润治神意识。如康复计划需个体化,难度需与患者心理承受力匹配,避免因挫败加重神伤。在训练中,护理人员应善用鼓励、共情等方法,将机械训练转化为有成就感的正向体验,在调形的同时养神。此外,积极处理疼痛、失眠、便秘等躯体不适,解除形苦,亦直接有助于神安。

### 3.2 护理评估应重神志状态的观察

传统护理评估多关注形体功能缺损评分[如美国国立卫生研究院卒中量表(National Institute of Health Stroke Scale, NIHSS)]、日常生活能力等形的指标,对神的评估往往简化为单一的抑郁量表。基于“神不使”理论,护理评估应构建融合中医学辨证思维的系统化神志状态评估体系,其是实现早期干预与精准施护的前提。

中医学望神注重对精神、眼神、面色、形体动态的整体把握,具有无创、动态、便捷的优势。因此护理人员应培养专业化的望诊能力,敏锐捕捉如目光呆滞、表情淡漠、懒动喜卧、叹息频频等“神不使”的早期征象。即便相关量表评分未达标准,此类表现也提示其可能存在阈下抑郁,需启动预防性情志调护。

在望神初步判断基础上,应结合系统评估工

具,形成对患者神志状态进行多维评估,如使用多维标准化抑郁、焦虑量表进行评估,明确情绪问题的性质与严重程度。同时,由于认知损害常与抑郁共存且相互影响,故还需评估患者注意力、记忆力、执行力等功能。除此之外,观察评估患者的主动性、积极性、对康复治疗的依从性、日常生活自理的动力等,将直接反映神机的驱动能力。因睡眠是神的休养状态,睡眠障碍是“神不使”的常见表现,详细询问并记录睡眠情况也十分必要。收集信息时,仍需以中医学辨证思维统摄,分析症状背后的病机联系,为后续辨证施护提供精准导向。

3.3 护理干预当通络养神与情志调摄并重 针对“神不使”病机中脑络瘀阻,神明失养与情志内伤,心神失守等关键环节,护理干预需一方面通络醒神以治其形本,另一方面则应情志调摄以安其神用。

通络醒神护理技术旨在通过外部温和刺激,改善脑部气血,濡养元神。例如头部穴位按摩,选取百会、四神聪、神庭、印堂等穴,施以柔和持久的按揉。在进行手法施治时,可嘱患者配合以深长呼吸,并令其神意注于施术之处,使形松神静,气机和调。再如中药沐足或熏蒸疗法<sup>[19-20]</sup>,可辨证选用活血或安神中药,借助温热与药力,调和全身气血,上荣脑窍或引火下行,从而改善睡眠与疲劳状态,间接安神。

情志调神护理方法则直接作用于神的层面。依据五音入五脏理论辨证选乐应用五行音乐疗法,角调疏肝,用于情绪抑郁;徵调振奋,用于动力缺乏;宫调健脾,用于思虑过度。指导患者于固定时间静心聆听,每日 20 ~ 30 min<sup>[21-24]</sup>。叙事护理则是引导患者叙说疾病经历,护理人员运用外化、改写等技术,帮助其重构疾病意义,发现内在力量与资源,从而释怀明志<sup>[25-27]</sup>。护士在倾听过程中,需运用共情、肯定、外化、改写等技巧,充当积极的引导者而非评判者。此外,正念减压训练引导患者不加评判地觉察当下身心体验,有助于打破抑郁的反刍思维,减轻焦虑,提升情绪调节能力,这与中医学静以养神、精神内守思想相通<sup>[28-30]</sup>。

神的调养贯穿日常生活细节。《素问·四气调神大论篇》专门论述如何顺应四时阴阳变化来调摄

精神。护士应给予患者个体化的生活指导,睡眠护理强调起居有常,创造暗、静、舒适的睡眠环境,指导睡前沐足、按摩涌泉等助眠<sup>[31]</sup>。饮食调摄推荐安神食材如小米、莲子、百合,辨证辅以针对肝郁的花茶或改善心脾两虚的药膳。环境营造则指导保持居室整洁、光线柔和,鼓励适度接触自然,顺应天人相应以舒畅气机,愉悦心神。

#### 4 “神不使”理论指导下的中医学特色护理技术应用实践

4.1 针灸与推拿在调神中的协同作用 针灸与推拿是中医外治法的瑰宝,在调神方面具有独特优势,其在PSD护理中的应用不应仅限于医师的范畴,护理人员亦可在评估、协助、延续护理中发挥关键作用,并掌握部分安全简便的操作。针刺选穴常取百会、印堂、内关、神门、三阴交等,以交通阴阳、宁心安神。护理人员虽非施针主体,但可在治疗前评估神志状态供针灸师参考,治疗中引导患者放松以增强针感与心身效应,治疗后指导患者按压内关、太冲等特定穴位以巩固疗效。对耳穴压豆等保健措施,护理人员可直接施护或指导家属操作,以稳定情绪、改善睡眠。

推拿亦可以在一定程度上改善局部气血。护理人员可掌握头面部安神推拿手法,如开天门、推坎宫、揉太阳、五指拿头等。每日为患者操作,通过舒适的手法接触与局部放松,直接给予患者心理抚慰,达到手法调形以安神的效果<sup>[32]</sup>。背部轻柔按揉膀胱经,能调节脏腑背俞穴,对因脏腑虚损导致的“神不使”有根本性的调理作用。

4.2 中药与膳食调养的神形同补使用 中药内服是中医学治疗PSD的主要手段之一,护理工作的重点在于用药护理、观察反应及饮食调护的协同。护理人员需熟知常用疏肝、安神、化痰、活血等治郁中药及方剂的基本功效与可能反应,以便进行专业的用药观察与护理。同时,将药食同源理念落到实处,护士应根据患者的中医学辨证分型,制订个性化的饮食指导方案。

4.3 传统功法与情志疗法的整合运用 八段锦、太极拳等传统功法,动作舒缓,配合呼吸与意念,是动

形以怡神的典范。护理人员可根据患者情况评估推荐合适功法,并可组织带领小组练习,利用群体氛围增强坚持动力与社交支持。练习重在引导患者享受过程、觉察身心变化,而非追求动作完美。

在情志疗法中,可创造性运用中医情志相胜理论。针对PSD以悲忧为主的情志,依据喜胜忧原则,并非简单逗乐,而是用心为患者创造能引发其内心真挚喜悦的契机<sup>[33]</sup>。如回顾分享其生命中的高光时刻、组织其感兴趣的文娱活动、在安全前提下安排短暂的社交参与,帮助其重获对生活的掌控感与愉悦体验。护理需细致把握度,避免过度刺激<sup>[34-35]</sup>。

## 5 构建中西医结合的PSD护理模式

### 5.1 “神不使”理论与现代心理护理的融合

将“神不使”理论与现代心理护理方法进行创造性融合,能产生更加显著的效果,丰富干预手段的理论内涵与实践深度。

#### 5.1.1 认知行为疗法与调神导气的结合

认知行为疗法是指通过识别并改变患者的负面自动思维与行为模式来改善抑郁状态<sup>[36-39]</sup>。从“神不使”理论来看,这些负性认知和行为模式,正是神机失于调节、气机郁结不畅在心理层面的具体表现。因此,在实施认知行为疗法时,可以融入中医学调神导气的理念。如患者在陷入负性思维漩涡时,先指导其缓慢按揉太冲穴并深呼吸以疏肝降气、安定神志,待情绪稍平后再进行认知重构,从而提高干预效率。又如布置行为激活作业时,可以结合中医理论解释活动意义。比如参与社交活动可疏肝解郁;进行适度劳动可健脾益气;接触自然可顺应天时以养神,使患者从身心合一的角度理解并接纳这些作业。

#### 5.1.2 心理弹性培养与固本养神的共识

心理弹性是指个体在面对逆境时有效适应和恢复的能力,是预防和对抗抑郁的重要心理资源<sup>[40]</sup>。这与“神不使”理论中通过培补脏腑气血、顾护正气以增强神机抗病能力的思路高度一致。护理实践中,一方面通过中医学的饮食、功法等固本措施;另一方面,在心理教育中,引导患者将其在应对卒中病程中展现的坚韧,解读为自身正气与神机力量的体现,从而强化其“正气存内”的积极自我认知,内外结合培养心理韧性。

### 5.2 护理环境设计与神安居理念的落实

“神安居”是指为神的安宁休养创造适宜的内外环境。《素问·上古天真论篇》强调“恬淡虚无,真气从之,精神内守”,即需要宁静和谐的环境以利养神。

病房是患者最主要的生活环境,其设计应遵循天人相应原则,促进患者心神安宁。将神安居理念融入病房环境设计,主要控制光线、色彩、布局与装饰。有条件者可设置康复花园,使患者能直接感受自然节律,达到人境相应以养神的目的。护士是此环境的主要维护者与调节者。

家庭是患者重要的心理社会环境。护士应积极将养神理念拓展至家庭之中。对家属教授基本的情绪观察、沟通技巧及中医学情志调护方法,使其成为合格的协同调神者<sup>[41-44]</sup>。同时,帮助患者重建社会参与,如组织病友支持小组,利用同辈理解与支持这一独特资源进行同病相养;链接社区资源,协助患者逐步恢复社会角色,重获价值感,也是有效实现养神行之有效的方法之一<sup>[44-47]</sup>。

### 5.3 护士角色从执行者到调神者的转变

此外,作为实践“神不使”理论的主要人员,护士自身的角色认知与核心能力需进行转变,即从医嘱和护理常规的被动执行者,转变为主动的调神者,即患者身心状态的评估者、中医特色护理技术的运用者、治疗性环境的营造者以及健康教育的指导者。践行此模式的重点是培养运用中医学理论对患者神志、情绪、躯体症状进行综合辨证的能力。这需要系统的中医理论训练与持续的临床案例研讨。护士需掌握常见证型的辨识要点与对应护理原则,从而能制订并实施真正意义上的个体化中医学护理计划。

同时,语言是与患者之神直接对话的媒介。护士需精炼言语调神艺术,多予以共情性语言、解释性语言、鼓励性语言、暗示性语言,而避免伤害性、命令性语言。通过充满专业关怀与智慧的沟通,直接安定患者心神,建立深度的治疗联盟。

为有效推动这一角色转变,建议实施分层级的差异化培训方案,将中医特色理念贯穿护理人才培养全过程:针对基础薄弱组,重点强化中医学基础理论与神志护理常规的规范化培训。培训内容应

明确纳入《中医医院信息与数字化建设规范(2024版)》<sup>[48]</sup>中关于中医学护理文书、辨证施护信息化记录、情志调护电子评估工具应用等相关要求,帮助护士掌握信息化环境下的中医护理流程与数据采集规范,提升其对神志状态进行结构化、可追溯记录的能力。而针对素养卓越组,应在熟练掌握辨证施护技能基础上,鼓励其参与中医医院信息安全管理制度的制定与优化,探索构建中医特色数据的安全保护模式,如神志状态辨证评估要素、情志调护干预路径、五音疗法处方库等敏感或特色数据的分级分类保护机制。通过将中医护理知识体系与医院信息化治理深度融合,培养兼具中医临床思维与数字化管理能力的复合型调神护理人才。

## 6 小 结

“神不使”理论以其对形神关系及疾病过程中机体反应状态衰退的独特理解,为 PSD 的护理提供了理论支撑。本文系统阐释了该理论,并论证了 PSD 的中医病机本质是卒中事件引发脑-心-神失调,最终导致神机失用的过程。

基于“神不使”理论,构建了以形神共调、以神为先为总纲的护理实践。该体系强调通过系统化的神志状态辨证评估实现早期预警,通过通络养神与情志调摄并举的干预技术实现心身同治,并通过深化中医学特色护理技术的应用内涵,探索其与现代心理护理、环境支持的有机融合,最终旨在推动构建神-形-境一体的中西医结合护理模式,其核心在于推动护理人员向兼具中医学辨证思维与现代人文关怀的调神者角色深刻转变。

## 参 考 文 献

[1] 温尊甲,吴超,沈梅芬,等.首次卒中患者卒中部位与卒中后抑郁相关性的Meta分析[J].重庆医学,2017,46(19):2677-2682.  
[2] Muşat M I, Cătălin B, Hadjiargyrou M, et al. Advancing post-stroke depression research: Insights from murine models and behavioral analyses [J]. Life (Basel), 2024, 14(9): 1110.  
[3] 吴亚文,韦衡秋.综合护理干预对脑卒中后抑郁患者的心理抑郁程度及神经功能康复的疗效评价[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(26):130.  
[4] 唐善梅,张驰,周敏.综合护理干预对卒中后抑郁的影响[J].中国卒中杂志,2023,18(11):1338.

[5] 赵睿,王笑忆,仵晓庆,等.脑卒中患者的精神心理状态和综合护理干预的效果[J].国际精神病学杂志,2016,43(6):1065-1069.  
[6] 刘洪霞.综合护理干预对脑卒中后抑郁患者的心理抑郁程度及神经功能康复的疗效评价[J].医学理论与实践,2017,30(2):301-302.  
[7] 张延丞,张其成.浅论《黄帝内经》神不使及调神的方法[J].中华中医药杂志,2020,35(11):5411-5413.  
[8] 齐立军,潘银凤.从“神不使”浅谈中医的治与效[J].中国民间疗法,2024,32(13):21-24.  
[9] 孟庆岩,颜培正,相光鑫,等.从“神不使”探讨疾病心理康复的重要性[J].辽宁中医杂志,2016,43(5):960-961.  
[10] 张彩勤,张雪亮.“病为本,工为标”的临床启示[J].中国中医基础医学杂志,2014,20(3):287-288.  
[11] 杨巧芳.《黄帝内经》“五脏藏神”理论的内涵及其临床应用[J].中医文献杂志,2024,42(4):53-55.  
[12] 季杰,王艳威,杜世豪,等.浅议《黄帝内经》中“神”在针灸辨治抑郁症中的应用[J].中医学报,2023,38(9):1840-1844.  
[13] 盛洁,张伯华.从“神不使”探讨心理治疗对疾病的重要意义[J].山东中医杂志,2014,33(3):170-171.  
[14] 谭艳,曹洋,罗敏辉,等.从因瘀致郁论治卒中后抑郁[J].南京中医药大学学报,2023,39(6):507-512.  
[15] 赵静亚.心理应激与脑卒中后抑郁的相关性[J].河南医学研究,2023,32(21):3929-3932.  
[16] 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(1):1-8.  
[17] 朱昱,张仕飞,叶宏,等.卒中后抑郁的病理生理机制与治疗策略研究进展[J].四川精神卫生,2025,38(5):469-475.  
[18] 肖瑶,王恩龙.从“气、痰、瘀”论治卒中后抑郁[J].中医药临床杂志,2024,36(8):1432-1435.  
[19] 汤娟娟,王俊杰,桑丽清.芳香中药药枕联合耳穴贴压对卒中后抑郁患者的效果观察[J].中华护理杂志,2015,50(7):848-851.  
[20] 陈锐.卒中后抑郁的护理配合中药汤剂干预的临床效果观察[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(13):31,33.  
[21] 梁凤娇,周霞,王磊,等.基于CiteSpace音乐治疗卒中后抑郁的可视化分析[J].中国医药导报,2023,20(20):29-33,47.  
[22] 杨迎迎,沈寒莹,林法财.中医五行音乐疗法在脑卒中后抑郁中的应用[J].中国医药导报,2019,16(15):115-118.  
[23] 柯欣欣,蔡月虹,郭海燕.音乐护理干预对卒中后轻度抑郁患者的影响[J].中外医学研究,2020,18(31):88-90.  
[24] 逯传玲.急性脑卒中后抑郁患者音乐疗法的临床应用研究[J].中医临床研究,2019,11(13):138-140.  
[25] 吴海燕,江绪银,李启梅,等.叙事护理联合穴位按摩对脑卒中后抑郁患者康复效果的影响[J].西部中医药,2023,36(5):134-137.

- [26] 王庆梅, 李博, 佟影, 等. 叙事护理联合穴位按摩对脑卒中后抑郁患者抑郁、焦虑及生活质量的影响[J]. 西部中医药, 2023, 36(2): 113-116.
- [27] 王琳琳, 杨妍妍, 王婷婷, 等. 多感官刺激联合叙事护理对脑卒中后抑郁患者心理状态与睡眠质量的影响[J]. 济宁医学院学报, 2024, 47(5): 406-410.
- [28] 徐敬文, 李碧蓉, 蒲晓波, 等. 正念减压疗法对脑卒中后抑郁的影响[J]. 四川精神卫生, 2015, 28(6): 523-525.
- [29] 阮春蕊, 邵丽川, 卢佩兰. 正念疗法联合改良呼吸训练对老年脑卒中后抑郁患者的疗效分析[J]. 黑龙江医药, 2021, 34(5): 1216-1218.
- [30] 徐臻, 李秋宇, 黄小洪. 杵针联合正念冥想对肝郁脾虚型卒中后抑郁患者康复及睡眠质量的影响[J]. 新疆中医药, 2022, 40(5): 30-33.
- [31] 赵东红, 陈虹岩, 薛锐, 等. 个体化的心理护理措施在成人烟雾病患者脑血管重建手术中的应用[J]. 中国医药导报, 2022, 19(24): 147-150, 162.
- [32] 郭成莲, 冯卫星, 王豆. 腹部推拿联合心理疏导治疗卒中后抑郁疗效观察[J]. 延安大学学报(医学科学版), 2018, 16(4): 88-91.
- [33] 信馨, 滕立英, 王素巍, 等. 中医情志护理干预对卒中后抑郁患者心理健康的影响[J]. 西部中医药, 2020, 33(4): 140-143.
- [34] 李洁, 王华. 人文关怀联合心理护理在缺血性脑卒中后抑郁伴焦虑共病患者中的应用效果[J]. 河南医学研究, 2022, 31(5): 812-815.
- [35] 王秀丽, 郭静, 周世菊, 等. 团体怀旧疗法对改善卒中后抑郁患者的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2015, 21(19): 86-88.
- [36] 李鸿远, 张志宏, 刘波, 等. 认知行为辅导对脑卒中患者心理、认知及生活质量的影响[J]. 国际精神病学杂志, 2016, 43(6): 1049-1051.
- [37] 罗顺. 认知行为干预疗法对脑卒中患者抑郁状态及神经功能康复的影响[J]. 中国实用医药, 2020, 15(17): 169-171.
- [38] 周海燕, 吴霞. 认知护理对脑小血管病患者发生焦虑抑郁状态的影响研究[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2019, 4(27): 149, 151.
- [39] 张彩霞, 徐玉丽, 智喜荷, 等. 基于认知-行为的心理护理对青年脑卒中后抑郁的康复效果的影响[J]. 国际精神病学杂志, 2020, 47(3): 606-608, 612.
- [40] 申翠, 陈国燕, 王聪聪, 等. 针刺联合归因训练对缺血性卒中后抑郁患者的疗效及心理弹性的影响[J]. 河北中医, 2023, 45(12): 2037-2040.
- [41] 田冉, 吴爵. 家庭护理干预对脑卒中后抑郁的作用研究[J]. 环球中医药, 2015, 8(S1): 189-190.
- [42] 尹玲茜, 王静静, 刘祚燕. 基于家庭为中心的延续护理联合半结构化心理干预对PSD患者及照护者的影响[J]. 重庆医学, 2021, 50(23): 4048-4052.
- [43] 刘宏丽, 赵秋利, 王坤晓, 等. 脑卒中病人家庭功能在日常生活能力与脑卒中后抑郁中的中介作用研究[J]. 护理研究, 2019, 33(19): 3350-3355.
- [44] 徐志荣, 买娟娟, 王丽, 等. 健康行为互动模式的家庭访视护理在社区脑卒中患者中的应用[J]. 实用医学杂志, 2022, 38(20): 2614-2619.
- [45] 陈颖珏, 刘晓虹, 穆利群. 社区一家庭心理干预对卒中后抑郁患者情绪及康复效果的作用分析[J]. 中国初级卫生保健, 2020, 34(2): 77-79.
- [46] 倪维欣, 钟建兵, 刘剑. 医院-社区-家庭三元联动管理在脑卒中后抑郁患者中的应用效果[J]. 心血管康复医学杂志, 2019, 28(4): 393-397.
- [47] 宁雪梅, 王艳, 沙莎, 等. 结构化团体怀旧法对社区老年卒中后抑郁患者的影响[J]. 成都医学院学报, 2017, 12(4): 510-513.
- [48] 李娜.《中医医院信息与数字化建设规范(2024版)》印发[J]. 中医药管理杂志, 2024, 32(24): 147.

(收稿日期: 2025-12-24)

[编辑: 马怀玉]