●岐黄随笔●

引用：李阳林，徐宏．基于“木郁达之”理论探讨卒中后抑郁的辨治思路[J]．湖南中医杂志，2026，42（8）：110-113.

基于“木郁达之”理论探讨卒中后抑郁的辨治思路

李阳林[1]，徐 宏[2]
（1.广西中医药大学，广西 南宁，530200；
2.广西中医药大学第三附属医院，广西 柳州，545001）

[摘要] “木郁达之”理论是指木气郁滞不畅，需通过“达之”来疏散木郁，“达之”虽以调气为核心，然其治法绝非局限于疏肝理气一途，凡能使气血和畅、郁结得舒者，皆属“达”法范畴。卒中后抑郁（post-stroke depression，PSD）是脑卒中常见的严重后遗症之一，以持续情绪低落、兴趣丧失及睡眠障碍为核心表现，其延缓了患者的康复进程，降低了生活质量。文章基于“木郁达之”理论治疗PSD，治以疏郁调络、燮脏消实、阴阳和神，以期为中医论治PSD提供新的思路和方法。

[关键词] 卒中后抑郁；木郁达之；中医药疗法；辨治
[中图分类号]R277.733 [文献标识码]A DOI：10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2026.08.019

卒中后抑郁（post-stroke depression，PSD）是卒中常见并发症，其发病率通常为25%～79%，具体数据因研究设计、评估工具和随访时间的不同而有所波动[1]。《脑卒中后抑郁临床诊疗指南》[2]表明，PSD患者心境抑郁，病程较长，不利于卒中康复，增加远期死亡风险。中医学虽无“PSD”的病名，但根据其症状，可将其归属于“中风病”“郁证”范畴，而郁证发生于中风之后者，属“因病致郁”。本病病位主要在脑，与肝密切相关，本文基于“木郁达之”理论，讨论PSD的病机及治疗，以期为中医论治PSD提供理论依据。

1 “木郁达之”理论

“木郁达之”首载于《素问·六元正纪大论篇》：“木郁达之……水郁折之。”[3]王春秀等[4]认为，自然气候的异常变化会直接或间接影响人体，导致机体产生连锁病理反应。肝在五行中属木，通于春生之气，中医学理论秉承取象比类等法，认为肝的生理特性与木之生发、条达相类似，故有“肝属木”之论。因此“木郁”即肝郁，如明代孙一奎《医旨绪余·论五郁》云：“木郁者，肝郁也。”木性本条达，失其常则既可亢逆为害，亦可郁遏为害。肝郁不仅为本脏之病，更为五脏气机失调之枢机，肝木之郁可传变及脾、肾等诸脏。清代张璐在《张氏医通·诸气门上》中阐释：“木者生生之气……木郁则土郁……五行相因，自然之理。”

对于“达之”的理解，历代医家各有阐发。唐代王冰注《素问·六元正纪大论篇》言：“达，谓吐之，令其条达也。”明代张景岳在《景岳全书·郁证》中表示，“木郁之治，宜于达矣”，并进一步阐释了“若气陷……发即达也；气壅……夺即达也；气秘……泄亦达也；气乱……折亦达也”，揭示了“达之”在于顺应肝木之性，针对气机的不同病理状态，分别采用发越、攻夺、通泄、折降等法，其皆有“但使经络通行”之目的，恢复其通畅条达之机。至清代，唐笠

第一作者：李阳林，女，2023级硕士研究生，医师，研究方向：中医药治疗老年病
通信作者：徐宏，男，医学硕士，主任医师，硕士研究生导师，广西壮族自治区名中医，研究方向：中医药治疗老年病，E-mail：381898456@qq.com

山《吴医汇讲》曰：“从其性，适其宜，而致中和，即为达道。”“达之”贵在调畅气机，顺应肝木条达之性，最终使人体阴阳气血重归“中和”的和谐状态，令郁结解。张琦《素问释义》中释“达”为通，主调畅其气，亦是对此原则的简洁概括。由此可见，“达之”虽以调气为核心，然其治法绝非局限于疏肝理气一途，《素问·六元正纪大论篇》亦载“木郁达之……然调其气，过者折之……所谓泻之”，强调凡能行滞化瘀、清火涤痰，使气血和畅、郁结得舒者，皆属“达”法范畴。

“头者，精明之府。”肝主调畅气机，有赖于脑神的统领，脑神失统，肝气失去畅达的统帅与指令，致疏泄不及，此即“气郁”。同时，卒中后患者因肢体残疾、生活能力下降，产生忧思悲恐等情志郁结，进一步加重肝郁，此即“情志郁”。因此，PSD的“木郁”包括“气郁”及“情志郁”，气郁加重情志不舒，情志郁复增气机壅滞，两者皆为肝所主。

2 基于“木郁达之”探析PSD的病因病机

“凡五气之郁……因病而郁也”，郁病发生于中风之后者，属“因病致郁”。PSD病位在脑，与肝密切相关，以气的升降出入为基础，气机不利，则脑窍受损致神机失守；肝之阳气调畅失司，复加情志失调，发为郁证，此为PSD。《辨证录·五郁门》言木郁累及其他四脏之机，“木郁则五郁皆郁”，故“木郁”为解“五郁”之关键[5]。PSD的病机为“脑神失调，肝失疏泄”，气机、血运受阻，脾失健运，瘀、痰等病理产物相互搏结，壅滞为患，或下阻肾水，形成虚实互结、阴“不平”阳“不秘”之候。

2.1 *神机失用* “脑为元神之府”，与人的精神活动密切相关。血气上荣于脑，脑窍得养，神机内守。气为血之帅，气逆上冲，血溢脑络，发为中风；气行郁阻，则帅血无权为瘀，阻塞脑脉，亦为中风之“形损”。中风后患者身体机能障碍，影响生活能力与社会功能，加之脏腑、气血、阴阳等失调，均可诱发抑郁情绪，肝木不“达”致PSD[6]。《金匮要略·五脏风寒积聚病脉证并治》云“邪哭使魂魄不安者……血气少者”，无故之悲哭等情绪改变，皆因血气少而不养神，使“魂魄不安”，故PSD患者常表现反应迟缓、情绪低落等。《素问玄机原病式》云“气血宣行，则其中神自清利，而应机能为用矣”，气行血畅，神机才能正常运转，脑神才得以发挥正常功能。研究发现，脑白质高信号是缺血性卒中发病后3个月时PSD的独立危险因素[7]。脑卒中后，游离铁与载铁蛋白大量沉积，会触发一系列级联反应，引发神经元功能障碍，进而损害大脑中调节情绪与认知的神经环路的结构与功能。这一病理变化，对脑卒中及PSD的结局具有重要作用[8]。铁是红细胞合成血红蛋白、实现氧气运输的必需元素，故而与气血生成及濡养功能正常密切相关；铁代谢异常与PSD的关系密切，间接说明了气血对PSD发生发展的重要作用。

2.2 *肝木不疏* 《素问·调经论篇》载：“血之与气，并走于上……为大厥。”《灵枢·口问》言：“悲哀愁忧……五脏六腑皆摇。”两者共同阐明剧烈情志刺激是导致气血上冲、诱发或加重卒中、郁证的关键因素。卒中患者多有情绪低落、烦躁、胸胁胀满、善太息等郁证症状[9]。情志不遂易郁遏肝木，令其枢机不利，此为PSD发生的关键因素。元代朱丹溪提出“气血冲和，万病不生，一有怫郁，诸病生焉”。“怫郁”本意为情志抑郁不得舒畅，表明气血“冲和”则健康无病，一旦发生“怫郁”，气血郁结不畅，“万病”则“生”。《景岳全书·郁证》曰：“情志之郁……初病而气结，宜顺宜开。”旨在以“达之”为治疗原则，调畅肝木之气，以达治疗PSD的目的。张华军等[10]研究证实，肝郁是PSD患者中频率最高的中医证素。胡建芳等[11]研究表明，针刺联合疏肝活血汤治疗可以减轻PSD患者的抑郁症状，促进神经功能的恢复，改善生活质量，其作用机制可能与调节外周和中枢神经递质水平的作用有关。

2.3 *虚实互结* 肝木不达，瘀血不行，且卒中后脾胃多虚，脾郁则湿困，结而为痰，痰瘀互结，壅滞脑络。《灵枢·经脉》曰：“人……精成而脑髓生。”乙癸同源，故脑窍之充养，其本在肾精，其资在肝血。《素问·生气通天论篇》曰：“阳气者……失其所则折寿而不彰。”PSD多见于肾阴亏耗，元阳渐衰之人。《素问·阴阳应象大论篇》谓：“清阳出上窍。”

肾为先天之本，脾为后天之本，肾精赖肝之阳气运行、脾之阳气运化气血以充养。脾阳衰微，气血生化乏源，清阳不得上升，精微不得上奉于脑，亦不能下滋于肾，致肾精亏虚、髓海失充。肾水亏虚，不能滋养肝木，导致肝阴不足，易肝气郁结或肝郁化火。痰瘀上蒙脑窍，下阻肾水，亦可致水不涵木之证。有研究显示，痰瘀互结证在PSD中占比约10.63%，仅次于肝气郁结证[12]。曹慧颖等[13]一项针对老年PSD患者的证候研究显示，肝郁脾虚证是最常见的证型，占比高达38.74%。

3 基于“木郁达之”辨治PSD

本病宜遵循“木郁达之”的治疗原则。《素问·举痛论篇》言：“百病生于气也。”《医醇賸义·劳伤》中治郁结诸证，重在疏达肝胆气机，可概括为“凡郁皆肝病也。”范晶晶等[14]从脏象—神象维度阐发并梳理了肝系神象辨证规律。“木郁”之象，临床多见肝郁脾虚、痰瘀互结、水不涵木三大证候。治疗当宗“木郁达之”之旨，以疏肝解郁为枢，谨守病机，各司其属，多脏同病，未可执一法而通治，须调和阴阳，使“阴平阳秘，精神乃治”。

3.1 *疏郁调络* 卒中之发，首责气血逆乱，上冲脑窍。《素问·灵兰秘典论篇》言：“肝者……魂之居也。”肝魂失于脑神统帅，初郁遂生。抑郁不乐，此为肝“谋虑出焉”之职失司，“木郁”已成。“达之”者，令其条达通畅之意，正如《素问·脏气法时论》所言：“肝……急食辛以散之。”木性恶郁，痰瘀毒邪阻络，肝木为伏毒所闭，当以辛味之品助其升发[15]。《金匮要略·脏腑经络先后病脉证》云：“见肝之病，知肝传脾。”肝气郁结，横逆犯脾。临床上PSD肝郁脾虚之证者，可见胸胁胀闷、善太息、纳呆脘痞、神疲乏力。当选逍遥散为基本方，方中柴胡顺肝木喜条达之性；吴忧等[16]研究发现，柴胡可纠正神经环路失调，改善抑郁样行为。白术、茯苓健脾益气，实土以御木侮。诸药合用，共奏“达之”法中“疏肝”与“实脾”并举之功。范鹏等[17]认为，抑木扶土法通过调畅肝气、健运脾胃，既能扶助正气以恢复中风患者康复，又能使肝血得养，气血上荣而神安，从而改善PSD症状。若气郁盛者，可加川芎、香附、郁金等药物以行气解郁、化卒中遗留之瘀滞；冯科冉等[18]提出，生物碱川芎嗪可通过保护血管、神经元等途径通利血脉，增强卒中患者的康复。“达之”之法，亦不独赖方药。针灸之法重在调气，与“达之”理出一辙，临床上常选用百会、太冲、三阴交等穴，具有平抑肝阳、健脾通络之功。

3.2 *燮脏消实* “脾为生痰之源”，木郁则气滞，气不行则血瘀；脾郁则湿困，结而为痰；痰瘀互结，阻滞脑络，致神失所养，症见神情呆钝、沉默寡言、舌暗苔腻。治当理气活血、化痰开窍，方选癫狂梦醒汤合温胆汤。前方以桃仁、柴胡等活血通络、调气开郁，共奏“疏其血气，令其调达”之效；后方以半夏、陈皮等燥湿化痰，此乃“实脾”以绝生痰之源。李男等[19]研究发现，含桃仁的方剂联合康复训练，能降低血清生长分化因子-15水平，有效改善缺血性脑卒中患者的神经功能。宗子婴等[20]研究证实，针对痰瘀证型的方剂能有效改善抑郁、睡眠质量，并显著提高日常生活能力、降低神经功能缺损程度。针灸可取血海、膈俞、丰隆等穴，诸穴配伍，共“达”通痰瘀之功。

3.3 *阴阳和神* “阴平阳秘，精神乃治”，二者平衡协调，则神有所养，魂有所舍。PSD以“木郁”为枢机，“阴阳失衡”为总纲。“气有余便是火。”气郁日久，从阳化热，酿成肝火。“肝木之所以郁……郁则气逆……化火。”木郁化火，见口苦咽干、烦躁易怒，宜丹栀逍遥散，用栀子、牡丹皮等针对其“阳亢”之证。肝肾同源，病势迁延，久病及肾，肾为阴阳之根，见“阴阳两虚”之势。治当滋水涵木，恢复“阴平阳秘”之状态，方选六味地黄丸加减。方中牡丹皮、茯苓、泽泻为“达之”范畴，泻浊利湿，使补而不腻。兰量园等[21]研究发现，茯苓多糖对肝损伤胎鼠具有细胞保护的药理活性。六味地黄丸通过滋肾水以养肝脾，沈威等[22]认为六味地黄苷糖能改善小鼠焦虑和抑郁样行为改变，其机制可能与其调节细胞因子的失衡以及抑制星形胶质细胞活化有关。针刺可取太溪、涌泉、三阴交等滋阴以涵木。

4 小 结

中医学多将PSD责之于神机失用，肝木不达，

日久痰气瘀阻、肾水亏虚，终致本虚标实之候。肝木畅使郁结解，其功能为 PSD 的枢机之要，故患者常兼有肝郁脾虚、痰瘀互结、水不涵木等气机失调及气血运行失常之候。本文基于“木郁达之”理论，结合临床辨证情况，分别从疏郁调络、燮脏消实、阴阳和神入手，以达到“调肝以和诸脏”“气达则神安”之旨。本文基于“木郁达之”理论，系统总结 PSD 的辨治经验，旨在为中医治疗本病提供新的思路和理论依据，以改善临床症状，提升患者生存质量。

参考文献

[1] De Ryck A, Fransen E, Brouns R, et al. Poststroke depression and its multifactorial nature: Results from a prospective longitudinal study[J]. J Neurol Sci, 2014, 347(1/2): 159-166.
[2] 宋景贵, 王长虹, 吕路线, 等. 脑卒中后抑郁临床诊疗指南[J]. 临床心身疾病杂志, 2020, 26(3): I0001-I0006.
[3] 田代华. 黄帝内经素问[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 174.
[4] 王春秀, 李铭. 基于“水郁折之”理论探讨糖尿病性黄斑水肿的辨治[J]. 湖南中医杂志, 2025, 41(11): 108-112.
[5] 强若男, 刘雁峰, 梁甲一. 基于“木郁达之”探析从肝论治经前期综合征[J]. 环球中医药, 2024, 17(7): 1354-1357.
[6] 王辉, 谢有良, 翟立武, 等. 脑卒中后抑郁的情志病机探讨[J]. 中国中医基础医学杂志, 2021, 27(4): 548-549, 565.
[7] 胡佳, 周志明, 杨倩, 等. 脑白质高信号与卒中后抑郁的相关性[J]. 国际脑血管病杂志, 2019, 27(8): 597-602.
[8] Guo J, Tuo Q Z, Lei P. Iron, ferroptosis, and ischemic stroke[J]. J Neurochem, 2023, 165(4): 487-520.
[9] 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): 658-693.
[10] 张华军, 杨海明, 万茜, 等. 中风证素分布及与抑郁程度的相关性分析[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2020, 18(8): 1201-1203.
[11] 胡建芳, 胡翠雯, 叶永法, 等. 针刺联合疏肝活血汤治疗卒中后抑郁患者的疗效及对患者外周和中枢神经递质的影响[J]. 广西医学, 2025, 47(11): 1615-1620.
[12] 韩瑾, 袁月, 徐方飚, 等. 中药干预卒中后抑郁随机对照试验的结局指标现状分析[J]. 中国中药杂志, 2025, 50(2): 542-554.
[13] 曹慧颖, 邢佳, 李冰, 等. 基于因子分析及聚类分析的老年卒中后抑郁证候要素分布规律研究[J]. 环球中医药, 2024, 17(10): 2003-2009.
[14] 范晶晶, 刘玮, 张梵, 等.《黄帝内经》脏象学说中的神象学说[J]. 河南中医, 2025, 45(8): 1186-1191.
[15] 杨琦, 陈晓雯. 基于“玄府-伏毒-肝络”理论论治非酒精性脂肪性肝病[J]. 中西医结合肝病杂志, 2023, 33(5): 442-443.
[16] 吴忧, 任秋萍, 蔡晓诗, 等. 柴胡疏肝散对围绝经期肝郁证大鼠神经环路变化的影响[J]. 中医药学报, 2023, 51(5): 27-32.
[17] 范鹏, 赵铎. 中西医对脑卒中后抑郁的认识与诊治[J]. 中医研究, 2019, 32(3): 7-9.
[18] 冯科冉, 吴娅丽, 杨柳青, 等. 川芎嗪及相关制剂联合用药在脑血管病中的应用进展[J]. 中华中医药学刊, 2024, 42(8): 157-162.
[19] 李男, 朱玉晓, 贾建萍, 等. 桃仁红花煎联合康复训练治疗缺血性脑卒中患者的疗效及对GDF-15、SIRT1和MMP-9水平的影响[J]. 中国医院用药评价与分析, 2024, 24(9): 1050-1053.
[20] 宗子婴, 赵林, 赵岱, 等. 温胆通脉汤联合氟哌噻吨美利曲辛片治疗痰瘀型脑卒中后抑郁临床研究[J]. 中国医药科学, 2025, 15(7): 140-143.
[21] 兰量园, 吴咖, 吴欣谋, 等. 茯苓多糖保护对乙酰氨基酚暴露胎鼠的分子机制研究[J]. 中药药理与临床, 2019, 35(2): 52-55.
[22] 沈威, 孙晓莹, 朱明好, 等. 六味地黄苷糖对睡眠剥夺小鼠所致焦虑抑郁样行为的作用及其机制研究[J]. 国际药学研究杂志, 2018, 45(12): 920-927.

（收稿日期：2026-01-20）
［编辑：韩晗］