

引用:呼晓婷,董增浩,冯利民.基于开阖枢理论探讨冠心病伴焦虑抑郁诊治思路[J].中医导报,2025,31(10):189-194.

理论

基于开阖枢理论探讨冠心病伴焦虑抑郁 诊治思路*

呼晓婷¹,董增浩¹,冯利民^{2,3}

(1.天津中医药大学,天津 301617;

2.天津市滨海新区中医院,天津 300450;

3.天津中医药大学第二附属医院,天津 300250)

[摘要] 冠心病伴焦虑抑郁病因复杂,目前中西医结合治疗尚缺乏分阶段辨证思路。本文基于《黄帝内经》开阖枢理论,分三阶段探讨其病机与治法:发病初期以太阳开机不畅、营卫失和,太阴脾虚、痰瘀阻脉为主,治以桂枝类方调和营卫,理中丸温补太阴,截断痰瘀之源;枢机不利期,少阳胆郁痰热、少阴心肾不交,治以小柴胡汤合温胆汤和解少阳,四逆汤振奋少阴阳气,黄连阿胶汤交通心肾;阖机失司期,厥阴失阖、阳明不降,治以乌梅丸调和寒热,半夏泻心汤通降阳明。

[关键词] 冠心病;焦虑抑郁;开阖枢;双心疾病

[中图分类号] R229 [文献标识码] A [文章编号] 1672-951X(2025)10-0189-06

DOI: 10.13862/j.cn43-1446/r.2025.10.034

Exploring the Diagnosis and Treatment of Coronary Heart Disease with Anxiety and Depression Based on the Opening-Closing-Pivot Theory

HU Xiaoting¹, DONG Zenghao¹, FENG Limin^{2,3}

(1.Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 301617, China; 2.Tianjin Binhai New Area Hospital of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 300450, China; 3.The Second Affiliated Hospital of Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 300250, China)

[Abstract] Coronary heart disease (CHD) accompanied by anxiety and depression has a complex etiology, and current integrated Chinese-Western medicine approaches lack a staged syndrome differentiation framework. Based on the Opening-Closing-Pivot theory from *Huangdi Neijing*, this article discusses its pathogenesis and treatment strategies in three stages. In the initial stage, characterized by impaired Taiyang opening, Nutritive and Defensive Qi disharmony, Taiyin spleen deficiency, and Phlegm-Stasis obstructing the vessels, treatment involves Guizhi-based formulas to harmonize Nutritive and Defensive Qi, and Lizhong Wan (理中丸) to warm and supplement Taiyin, thereby cutting off the source of phlegm and stasis. In the pivoting disorder stage, marked by Shaoyang gallbladder depression with phlegm-heat and Shaoyin heart-kidney non-interaction, treatment employs Xiaochaihu Tang (小柴胡汤) combined with Wendan Tang (温胆汤) to harmonize Shaoyang, Sini Tang (四逆汤) to invigorate Shaoyin Yangqi, and Huanglian Ejiao Tang (黄连阿胶汤) to restore heart-kidney communication. In the closing disorder stage, featuring Jueyin closing failure and Yangming failure to descend, treatment uses Wumei Wan (乌梅丸) to regulate cold-heat imbalance and Banxia Xiexin Tang (半夏泻心汤) to unblock and descend Yangming.

[Keywords] coronary heart disease; anxiety and depression; opening-closing-pivot theory; psycho-cardiological disease

*基金项目:国家自然科学基金面上项目(82274237)

通信作者:冯利民,男,主任医师,研究方向为中医药防治心血管疾病

双心疾病是指具有心血管疾病或心血管疾病样症状,同时合并心理、情绪等问题的一类疾病,其中以冠状动脉粥样硬化性心脏病(以下简称“冠心病”)合并焦虑、抑郁最为多见。临床表现为胸闷、胸痛、心悸等心血管疾病表现合并焦虑、抑郁、情绪低落、惊恐发作、急躁、睡眠障碍等焦虑、抑郁症状。焦虑抑郁是冠心病的独立危险因素,且冠心病患者患抑郁的概率是普通人群的2~3倍^[1]。其具体发病机制目前尚不明确,涉及炎症学说、神经营养因子学说、基因多态性学说等^[2]。西医对于冠心病伴焦虑抑郁状态患者的治疗主要是在常规心血管药物治疗基础上行抗焦虑抑郁药物联合心理干预为主,如5-羟色胺重摄取抑制剂(selective serotonin reuptake inhibitor,SSRIs)。但有研究显示,SSRIs停药后复发率高达30%^[3],且长期使用可能加重心血管负担(如QT间期延长)^[4]。相比之下,中医通过调和营卫、疏泄枢机等整体调节手段,可减少药物依赖,改善患者依从性^[5]。冠心病合并焦虑抑郁可以归属于中医“胸痹心痛”“情志病”“郁证”“不寐”“癫狂”等的范畴,目前研究虽关注情志与心脉的关联,但缺乏基于气机动态演化的分期辨治框架。本文立足《黄帝内经》开阖枢理论,通过分阶段调畅三阴三阳开阖枢机,同步改善冠心病痰瘀阻脉的“形损”与焦虑抑郁的“神乱”,实现“形去则神安,神调则形愈”的双向协同效应,彰显开阖枢理论分阶段同治形神的独特优势,为“双心同调”提供了整体视角,以期为临床上治疗冠心病伴焦虑抑郁提供更广阔的思路。

1 “开阖枢”及“双心”同调的理论内涵

1.1 开阖枢的源流及发展

“开阖枢”理论源自《素问·阴阳离合论篇》:“太阳为开,阳明为阖,少阳为枢。”以“门扉”意象阐释三阴三阳气机离合运动,奠定了中医气化理论的动态模型基础。后世医家立足临床实践,逐步深化其内涵。隋唐时期,杨上善在《黄帝内经·太素》中以“门闩-门扇-门轴”类比“关阖枢”,从形质角度明确了三阴三阳内外门户功能,为理论形质化阐释奠定基础;唐代王冰突破形质局限,从阴阳气之多寡差异解析开阖枢功能特性,提出开阖枢因三阴三阳气之多少不等而功能各异的学术观点,为后世六经辨证提供了气化依据;明代张景岳从经脉、脏腑角度对开阖枢病理状态进行了阐述,提出“开主出,阖主入,枢主出入之间”,并首次将开阖枢理论系统应用于《伤寒论》六经病机阐释,标志着该理论从生理阐释向病理分析的跨越;当代学者则进一步融合脏腑、气化、经络学说,构建“三阴三阳-气机动态”理论体系,广泛应用于胸痹、情志病等复杂病证^[6-8],为开阖枢理论指导“双心疾病”诊疗提供了现代诠释。

1.2 主“血脉藏神”之双心

所谓“双心”,一指心脏,二为心理,是中医“心主血脉”与“心藏神”功能的整体体现。生理层面,心为君主之官,主血脉以濡养神明,如《素问·八正神明论篇》所载:“血气者,人之神不可不谨养。”心血充盈则神志清明,脏腑得荣;病理层面,心脉痹阻可致神失所养,如《灵枢·本神》所言“心气虚则悲,实则笑不休”。情志郁结亦可反损心脉,《诸病源候论》载“思虑烦多,则损心”^[9]。心神一体,生理上“血脉和利,精神乃居”,病理上“心伤则神去,神去则死矣”。

神失清明,心亦受损,则表现为“双心”异常^[10]。现代医学研究进一步揭示,慢性应激通过激活交感神经-肾上腺轴加剧冠状动脉粥样硬化进程^[11],而心肌缺血诱发的炎症因子释放可加重焦虑抑郁症状^[12]。二者互为因果,形成“形损致神乱、神乱复损形”的恶性循环,与中医“双心互损”理论高度契合。

2 冠心病伴焦虑抑郁的中医分期及各期阴阳开阖病机特点

基于开阖枢理论,冠心病伴焦虑抑郁的诊治机理并非单独针对冠心病或焦虑抑郁,而是通过调节三阴三阳气化运动,同步干预形神互损的病理过程。从开阖枢理论视角看,“双心病”的本质是以开阖枢气化失序为枢纽,气血紊乱为途径,形神互损为结局的病理过程。调和营卫、疏泄枢机、交通心肾、调和寒热、通降阳明等治法,既能改善心脉痰瘀阻痹之“形损”,又能直接安定神志、平复虚烦之“神乱”。二者病机在气化层面同步失衡,既非单纯冠心病引发焦虑抑郁,亦非情志异常独立导致胸痹。由此揭示了“血脉和则精神明,气血乱则神明乱”的深层机制,彰显中医从气化动态层面整体调控形神共病的独特优势。本文结合临床中冠心病伴焦虑抑郁患者的证候特点及开阖枢各阶段阴阳之气流转规律,分以下三个阶段讨论。

2.1 发病之初:太阳开机不畅,营卫失和,太阴升运失司,脾虚痰滞,痰瘀阻脉

太者为开。开阖枢理论中,太阴与太阳皆司开之职,位居机体之表,具开启、运行、升发之能。太阳主外卫,护卫肌表;太阴主内营,滋养营血。两者共同维系“营卫相将而不失其常,气血周流而各安其位”的形神和谐之态。本期核心病机可概括为“太阳开机失畅致营卫失和,太阴升运失司致痰瘀阻脉”。太阳开机顺畅,则营卫和谐,气机上下通达,腠理致密,正气充沛,足以御外邪之侵扰。若太阳开阖失司,卫阳失于温煦护卫,则外邪易袭,或卫阳本虚而更易感邪,外邪肆虐与卫阳虚损互为因果,终致太阳开机滞涩,营卫失和,气血紊乱。症见畏寒肢冷、恶风自汗、脉浮缓等症。卫阳失守致营阴失于固摄,心阳无外护而浮越,心血失荣而虚滞,故见心悸怔忡、失眠多梦。此即《灵枢·营卫生会》“营卫不行,五脏不通”之候。太阴开机不利是三阴病的初始阶段^[13],以“太阴失开,痰湿内生”为核心。太阴脾肺共司中焦气化。脾主运化升清以生气血。肺主宣降布津以通水道,并朝百脉助心行血。二者协同维系水谷精微输布、气血津液周流及心脉贯行。若太阴开机失利,中焦气化失司,脾失健运则水谷不化,精微不布而气血乏源,心血亏虚致心脉失充、血行涩滞;脾虚水停,湿浊内生,聚而成痰,壅塞三焦则气机阻滞。久则血滞为瘀,痰瘀胶结痹阻心脉,发为胸痹。脾虚及肺,宗气生化不足,无力贯心脉以行气血,反致喘促短气,加重心脉痹阻。肺失宣降,津液不布则痰湿愈盛,肃降失职则痰浊上逆胸膈,壅遏心阳,胸痹之势更剧。形病既成,气血不荣则心神失养,症见焦虑抑郁、寐差多梦。情志郁结,思虑过度,气结中焦而耗伤脾气,木郁克土致太阴壅滞,痰瘀未去而脾虚益甚,形损及神,神乱反耗形。久则肝肾受累,或肾阴虚致水不涵木、肝阳亢逆犯脾,或肾阳虚致脾阳不振,进一步加剧痰瘀胶结。如此形神互损,痰瘀阻脉与情志失调互为因果,终致太阴开机不复,气血逆

乱、形神交困之顽疾难解。现代研究显示,严重急性呼吸综合征冠状病毒2(SARS-CoV-2)可靶向感染动脉斑块泡沫细胞,诱导促炎因子释放,加剧冠脉炎性损伤^[14];同时,SARS-CoV-2还会通过缺氧损伤、神经侵袭、免疫炎症失调等多重机制诱发焦虑抑郁^[15],形成“形神共病”特征。由此可见,发病之初病机关键在于“营卫失和为本,痰瘀阻脉为标”,外则太阳开机不利引动营卫失调,内则太阴失运酿生痰瘀,形欲损神始乱。若失治误治,痰瘀胶结壅塞三焦,将进一步阻碍枢机出入,导致开枢失衡。

2.2 病进之由:枢机不利,少阳胆郁痰阻,少阴心肾不交 《黄帝内经灵枢集注》言:“开阖如户扉,枢犹转纽,舍枢则不能开阖。”枢机乃三阴三阳气化之关键,少阳为阳枢主司气机升降,少阴为阴枢维系水火既济。因前证太阳开机不利,营卫失和未解,痰瘀初结为患,致枢机运转滞涩,终成少阳枢滞而气郁痰阻,少阴枢逆而心肾失交之候,形损神乱势成。

2.2.1 阳枢不利,气郁不舒,胆火炽盛,三焦逆乱 少阳枢机不利,其病机根于胆腑失司。《素问·六节脏象论篇》言:“凡十一藏,取决于胆也。”奠定了胆为枢机主宰的理论根基。张仲景以“口苦、咽干、目眩”为少阳病提纲,揭示“少阳之为病,胆火上炎而枢机不利”之要义。胆主决断而司气机升降之枢。《类经·藏象类》“肝气虽强,非胆不断”的论述,阐明了胆腑决断功能对肝胆疏泄系统的调控作用。三焦气化虽赖胆火温煦,然其水道通调更需胆决之精准调控,若胆失决断,则三焦气化失序,气液升降逆乱。肝主疏泄虽可调畅全身气机,然其“疏土调情”之功实需胆决之枢转协调。若将枢机本质归于肝之疏泄,则混淆了发号施令之帅与冲锋陷阵之将的关系。故少阳枢机之要,当以胆腑决断为调控核心,三焦气化为传导系统,肝气疏泄为协同机制,三者共维少阳枢机如门户转轴之灵。

从三阳转变观之,少阳枢机承太阳之开、启阳明之阖。太阳开机失利则卫阳失煦,外邪内陷与胆火相搏,形成卫郁胆炽之传变格局。胆火源于少阳枢机不利,气郁化火,加之胆腑内寄相火,其性属木易从阳化热,故邪郁少阳易致胆火炽盛,上炎为患。卫阳本需胆火温煦以布散三焦。胆火亢盛反灼营阴,致使太阴运化迟滞,痰瘀胶结心脉,形成外邪内陷、胆火炽盛、痰瘀阻脉的病理特征。同时,胆火肆虐易致三焦同病,循经上扰则犯心肺,横逆中焦则克脾胃,下注下焦则劫肾阴。上焦见烦躁失眠、口干口苦,火灼肺津则痰热壅肺;中焦胆火犯胃则纳呆呕恶,湿热阻脾则气机壅滞;下焦相火妄动则尿赤便秘,或湿热下注扰动精室。三焦气化失司,则痰湿、瘀血、热毒胶结,形成“胆火炽盛,三焦壅滞,气机紊乱”的病理循环。肝主疏泄受胆决调控,胆火内炽则肝失条达,形成“郁火冲逆”的特殊证候,既见胸胁苦满、善太息等气郁之象,又见急躁易怒、寐差多梦等火扰之征。木郁克土之势,也进一步加剧太阴虚损与痰瘀互结,致枢机愈滞,形神互损。观其病机演变,始于太阳失开致卫阳内陷,成于胆枢失转致三焦逆乱,终致气血失和、形神共病。

2.2.2 阴枢不利,从阴化寒,肾阳失煦,从阳化热,水火失

济 少阴为三阴之枢,其枢机运转维系心肾水火既济。其枢机不利常继少阳、太阴之变,形成“阴枢不利,寒热相因”之特殊转变。一则太阴虚寒未解,土不制水,累及少阴,致肾阳式微,少阴寒化;肾阳不振,无力温煦太阴痰湿,反致寒湿愈凝,瘀滞愈甚,肾阳虚衰,气化无权,水饮停聚,与太阴痰湿合邪,形成寒湿痹阻之势。症见:胸痛彻背,遇冷加剧。脾肾阳虚,神明失养,则精神萎靡、困倦嗜睡、思维如蒙雾露。肾阳虚衰则膀胱气化不利,水饮泛溢肌肤,尤以下焦为甚,故见下肢浮肿,按之凹陷不起,甚则腰骶肿胀、小便短少。《伤寒论》云:“少阴之为病,脉微细,但欲寐也。”正是少阴枢机失灵之兆。迁延日久,少阴阳虚,寒凝血瘀,阴寒内盛,逼迫虚阳浮越,形成“真寒假热”证。症见四肢逆冷,冷不过肘膝,颧赤如妆,胸腹不热反欲近衣,舌紫胖有瘀斑,苔黑润滑。二则少阳枢滞,气机壅塞,郁而化热,此郁火引动胆腑内寄之相火,形成“相火上炎”或“相火下迫”之态。循经下劫肾阴,肾水亏虚,不能上济心火,致心火独亢于上,形成“心火燔灼,肾水亏耗”之局。症见:心烦失眠、口舌生疮等上热与腰膝酸冷、夜尿频数等下寒症状并见;或兼有胸痛如灼,入夜尤甚,五心烦热,心悸怔忡,舌红少津有裂纹,苔黄燥,脉细数;阴虚火旺,灼伤血络,血行瘀滞,肌肤甲错,舌绛有瘀点,脉细涩。痰热久羁,灼伤气阴,气随液脱,汗出不止,气短乏力,手足瘃疔。此际阴液将竭,阳气失附欲脱,气阴两伤,阴阳失系。阴损及阳,阳气耗散,虚寒内生,则见烦躁盗汗却手足欠温,脉细数无力。综上,阴枢不利引起形神共病的病机关键是:太阴虚寒未解,累及少阴,致肾阳式微,形神失温;少阳枢滞,引动相火,心火燔灼,肾水亏耗,水火不交,形亏神乱。

2.3 关键环节:阖机失司,要在厥阴,剧在阳明 疾病进展至阖机失司阶段,本质为开阖枢动态平衡全面失序,以厥阴阴阳交接崩溃与阳明浊阴不降为核心病机,其转变纵横三阴三阳,可分三途论之:一者,少阳枢滞,胆火逆传,上扰厥阴心包,痰热痹阻神机,症见胸痛心悸、烦躁失眠;胆火横逆犯胃则阳明失阖,胃浊上逆,见呕恶吞酸、脘痞便秘,形成“胆火犯胃、浊痰壅胸”之候。二者,少阴失交,寒热之变直中厥阴。少阴寒化,肾阳虚衰,不能温煦肝阳,肝寒血瘀,致胸痛彻背、神萎嗜睡、脉沉迟;少阴热化则虚火灼肝,肝风内动,风火相煽,致胸灼烦热、手足蠕动、焦虑惊惕。寒热转化失职,终致“上热下寒”格拒。三者,太阴痰湿壅盛,沿脾经“注心中”、肝经“布胁肋”逆传厥阴,痰瘀胶结壅遏胸阳。症见:胸闷如窒、喘息难卧;痰浊蒙蔽清窍,则情志抑郁、思维迟滞。如《灵枢》所言“脾藏意,肝藏魂”,脾虚痰阻,精微不布则意失所藏,神机迟滞;肝郁痰凝,疏泄失职则魂不安宅,情志悖乱。形神互损,终成痼疾。

厥阴主司阴阳转化,肝体阴用阳体现在肝能藏血濡养肝体,疏泄气机调畅气血,其阳根于少阴命门之火;阳明以通降为顺,胃降浊阴以助肺肃,维系中焦升降枢纽。若少阳枢滞,胆火郁结上扰厥阴,劫耗肝阴,肝阳失去肝阴涵养,不能内守,反浮越于上,形成“昼不精,夜不瞑”的病理状态,表现为胸中灼热、烦躁不寐、面赤升火等上热征象;少阴寒化,命门

火衰,肝阳失于温煦,疏泄无力,血瘀寒凝于下;太阴痰湿壅滞,逆传厥阴,痰瘀胶结痹阻胸阳,蒙蔽清窍。阳明失阖,胃浊不降反逆,与胆火互结,熏灼胸膈,中焦枢纽崩溃,脾不升清、胃不降浊,终致“清阳不升而寒凝于下,浊阴不降而热壅于上”。厥阴阴阳转化失职,肝阴亏与肝阳衰并存,形成“虚阳浮越于上,真寒凝滞于下”之格拒;阳明阖降崩溃,气化链断裂,寒热无从交济。症见胸灼肢冷、烦躁神疲、舌绛苔黄腻、脉弦滑尺沉。如《伤寒论》“阴阳气不相顺接”之终末危局,其病机本质为“太阳营卫失和、太阴脾开失运为病起之始,少阳胆火、少阴君相失职为传变之枢,厥阴阴阳寒热格拒为开阖之崩”,终致三阴三阳开阖枢气化全面崩溃,形神共损至极。

3 基于开阖枢理论的冠心病伴焦虑抑郁分阶段治疗思路

3.1 调和营卫,温补太阴,宣化痰瘀 双心疾病初期以“太阳开机不利致营卫失和,太阴失运致痰瘀阻脉”为核心病机,临床常见恶风畏寒、自汗涇涇,活动后胸闷气短、体倦乏力等营卫失调、太阴失运之症,兼见心悸怔忡、夜寐不安等形神共病之象。此期正气尚可抗邪,治当“开太阳以调营卫,运太阴以化痰瘀”,外调内运截断病势。开太阳重在调营卫而非解表邪,太阳为诸阳之表,其开机不利则卫阳失于温煦,营阴失于固摄,治宜辛甘化阳与酸甘化阴并举。桂枝汤是调和营卫阴阳的首方。方中桂枝、生姜、甘草辛甘化阳,外固肌表以御邪,内助心阳以行血;芍药、大枣、甘草酸甘化阴,滋养营血以安神。诸药相合,共奏“营卫和而太阳开”之效,使表固邪却、气血调达,太阳开机得复。发汗过多致心阳耗损而见“心下悸欲得按”,投桂枝甘草汤,独取桂枝、甘草辛甘化阳,通阳益气以定悸;气逆上冲如奔豚者,桂枝加桂汤平冲降逆;兼心神浮越烦躁者,取桂枝甘草龙骨牡蛎汤,借龙牡咸寒沉降之性,潜阳入阴,敛神归舍^[16]。活用桂枝类方,调和营卫复太阳开机。

太阴失运,脾虚生痰,痰湿壅塞,久则血滞成瘀,痰瘀互结阻于心脉,气血乏源,心神失养,脾虚及肺,宗气无以贯心脉,气血化生运行障碍,形神初损。治当以温补为开,助脾运化。临床可见胸痛呈固定刺痛或憋闷感,常于思虑过度、情绪波动时诱发,焦虑抑郁时伴口干苦、善太息、纳呆、寡言,平素体倦乏力、食后腹胀、大便溏薄,舌淡胖苔白腻,舌边齿痕,右关沉弱等症。以理中丸作为基础,人参甘温入脾肺,补肺脾气助宗气生成。宗气贯心脉则胸痹自缓,肺脾气足则痰湿得化。干姜辛热温中,既散脾肺寒凝,又助肺宣发以通调水道,使痰湿无由聚积;白术苦温健脾,燥湿化痰以绝生痰之源,与干姜共复脾开之机,使精微四布,心脉得养;炙甘草调和诸药,兼缓脾思之郁结。全方通过温运中焦、健旺脾肺,使气血生化有源、痰湿得消、宗气充盛、心脉得通、神明得安。痰饮壅盛,胸闷心悸、体倦头重者,合苓桂术甘汤通阳化饮、健脾祛湿。痰去胸阳展,湿化脾运健,气血充而形神调,助太阴开机得复。瘀阻心脉,胸痛如刺、舌紫脉涩,加丹参活血清心,三七散瘀安神。少阳枢机初现郁滞,则辅以柴胡、枳壳疏利气机。木香醒脾和胃,调枢机气化,防痰瘀壅塞三焦。现代研究表明,理中丸通过调控一氧化氮/内皮素平衡保护血管内皮功能,抑制脂质过氧化反应,从早期抑制动脉粥样硬化形成^[17]。此阶段治

疗当紧扣“开太阳、运太阴”之纲,外调营卫以固护形神,内运太阴以绝痰瘀之源,既防开枢之传变,又立双心同治之根基。

3.2 调和枢机,和解少阳,交通心肾

3.2.1 和解少阳,化痰通瘀,枢转三焦 少阳枢机不利是双心疾病进展的核心环节,其病机以“胆火扰神,气郁痰阻,三焦逆乱”为特征。治疗当以“和解少阳、化痰通瘀、枢转三焦”为总则,临床可见胸胁胀满或走窜性疼痛(多于午后申时少阳经气当令之时加重)、虚烦不寐多梦易惊、口苦咽干急躁易怒,舌边尖红赤苔薄黄或黄腻,脉弦滑或弦数。取小柴胡汤合温胆汤化裁:柴胡疏利肝胆兼透太阳之邪;黄芩清胆火;半夏降逆化痰;生姜、薄荷助柴胡开太阳之表^[18];竹茹、黄连清化痰热;枳实、陈皮行气通滞,热去则痰消,痰消则瘀散;茯苓健脾杜痰源;丹参、郁金活血通络;滑石通草渗利三焦;大黄通腑泻热以调阳明阖机;龙骨、牡蛎镇胆安神。全方既解太阳之表闭,又枢转少阳之郁火,更通阳明之腑气,使三焦气化复常,痰瘀浊毒得化,胆火降则心神自安。虚烦不寐多梦者,加酸枣仁、远志养心安神;痰瘀阻脉,胸闷痛如室者,加薤白、瓜蒌通阳散结;胆火扰心,悸动不安者,加珍珠母、磁石重镇潜阳以定心神;纳呆脘痞者,加麦芽、山楂健脾消滞以复中州;卫阳失煦、营阴不守而自汗盗汗并见者,加浮小麦、麻黄根固表敛汗以调营卫。现代研究^[19-21]表明,柴胡类方可通过调控PI3K/Akt、NF-κB等信号通路抑制炎症,温胆汤具有调节脂代谢、抗炎、缓解焦虑抑郁保护神经细胞等作用,龙骨、牡蛎含钙成分能稳定神经细胞膜电位。全方多靶点改善双心病“形神共损”的病理状态。病至少阳,标志着双心病病理格局的定型,此时胆火炽盛、痰瘀胶结、三焦壅滞已成燎原之势。枢转少阳为破局关键:一则借柴胡透达疏利枢机,使郁火痰瘀随少阳经气流转而消散;二则藉温胆通降导浊邪下行,从阳明出路排出。阻断“胆火传心、痰瘀入络”之传变路径,助三焦气化复常,实现“枢转开阖,痰瘀自化,形神共养”的逆转。

3.2.2 振奋少阴,温阳解郁,交通心肾,君相安位 少阴寒化证以“肾阳虚衰,寒凝少阴”为核心病机,其治疗关键在于振奋少阴元阳以调畅气机。肾阳不振则寒湿瘀滞,痹阻心脉。症见:胸痛彻背、遇冷加剧,伴冷汗自出,舌淡胖边现紫斑,脉沉微或迟涩等形损之候;阳虚火衰,元神失养,则见精神萎靡、兴趣减退、神疲乏力等神乱之征,临床常见合并慢性心衰患者。当以四逆汤加减论治,附子直入少阴,破阴回阳;干姜温运太阴,兼化寒痰;甘草调和药性,防燥烈伤少阴真阴^[22]。形损显著者,加桂枝、桃仁增强温阳化瘀之力;神乱突出者,加龙骨、牡蛎潜镇浮阳;寒湿痹阻,舌淡胖苔白腻如积粉者,合苓桂术甘汤温化痰饮;舌红少津者,加熟地黄、山萸肉防温燥伤阴;血郁化热者,加牡丹皮,赤芍清透郁热。现代药理学研究证实,四逆汤可改善心肌缺血、抑制细胞凋亡,兼具强心、扩血管、抗氧化三重效应^[23]。临床上当立足温阳散寒、祛瘀化痰、形神共调,破少阴寒凝以通心脉,振命门真火以安神机,截断寒热传变之势。

少阴热化证以“阴虚火亢,心肾不交,形神交惫”为病机关键,治疗当滋阴降火以安君相、清化痰热以通心脉。其证候

特征以顽固性失眠为标,症见入睡困难、辗转反侧,甚则彻夜不寐,然昼间反见虚性亢奋,兼胸痛如灼、心悸怔忡,房性期前收缩、室性期前收缩等心律失常,舌红少津裂纹或苔黄燥,脉细数有力。治疗上选黄连阿胶汤合小陷胸汤加减。黄连、黄芩直折心火以安君位;阿胶、鸡子黄滋填肾阴以涵相火;瓜蒌、半夏宽胸涤痰以通痹痹^[24]。阴虚火亢为主者,加生地、麦冬增强滋阴之力;痰热胶结显著,室性期前收缩频发者,加丹参、郁金活血化瘀;阴损及阳,手足欠温,脉细无力者,加西洋参、人参气阴双补。现代药理学研究表明,黄连阿胶汤能改善5-羟色胺含量,具有抗焦虑和调节多因子助眠的作用^[25],同时黄连阿胶汤能增强心肌功能,舒张血管,促进冠心病患者心功能恢复^[26]。此方立足少阴,兼顾少阳痰热,既复心肾水火交泰,又破痰瘀胶结之势,使心神得明,肾精得固,少阴枢机自复,较单用滋阴或清热法更具“形神同治、标本兼顾”优势。

3.3 清上温下,调和阴阳,恢复厥阴,通降阳明 针对阖机失司“厥阴阴阳逆乱、阳明浊阴不降”的核心病机,治疗当以“调和寒热、通降阳明”为纲,主方选用乌梅丸调厥阴寒热、半夏泻心汤通降阳明,并依证型动态加减。厥阴为六经传变之终局,阴阳交争、寒热错杂、虚实互现。双心病至此已呈“寒热胶结、痰瘀毒损、神机涣散”之危局。临床表现为胸中灼热、烦躁失眠、口干苦、舌红苔黄等上热之象,兼四肢厥冷、腹痛便溏、小便清长、脉弦细或沉迟等下寒之象;亦有胸痛如刺合焦虑抑郁、脑雾健忘等痰瘀神乱交织表现;或虚风内动,眩晕肢颤,或阳气暴脱,厥冷脉微。乌梅丸之“酸收、苦泄、辛开、甘补”四维配伍,精准对应厥阴病机^[27]。乌梅大剂量酸敛肝体,阖降厥阴,防虚阳上越。黄连、黄柏清泻胆火胃热,折其上扰之势。附子、干姜破脾肾寒凝,通阳散寒。人参、当归补虚化源,助阴阳交泰。“寒热并用、攻补兼施”,可瓦解厥阴“寒热对峙、阴阳格拒”之僵局。痰瘀阻脉,胸痹危急者,加瓜蒌、薤白豁痰通阳,丹参、檀香活血行气。肢冷脉微者,合四逆汤回阳救逆,防厥脱之变;神机失守,情志癫狂者,加龙骨、牡蛎镇惊安神,石菖蒲、远志豁痰开窍。舌红绛、脉细数者,合黄连阿胶汤滋阴降火,防热极生风;虚风内动,手足蠕蠕、眩晕者,合羚羊钩藤汤平肝息风,截断阳气暴脱之变。厥阴逆乱为双心病终末之剧。乌梅丸以“调和阴阳”为核心,动态合方破痰瘀神乱之困,实现“寒热并治、痰瘀同消、神形共调”的治疗目的。其精髓在于守乌梅丸法度,察症候微变,合方破局,逆转阴阳离决之危。

厥阴主阖,为阴尽阳生之枢,其疏泄有度赖阳明胃气通降。若阳明浊瘀壅塞,胃失和降,厥阴疏泄无权,则易生风动火、痰浊蒙窍。症见脘痞呕恶、暖气吞酸,心胸痞塞如压石,喘促短气,头昏如裹,嗜睡甚则神昏,舌苔黄腻,脉滑数。治以辛开苦降之法,复阳明通降,以半夏泻心汤加减。半夏辛开降逆;干姜温脾助升;黄芩、黄连苦寒泄胃;人参、大枣、甘草补中,复中焦升降之轴。瓜蒌、薤白通阳散结;枳实破气降逆,开胸阳以宣痹;厚朴、杏仁、陈皮开胸中无形气结,导胸中有形之滞,通过调畅气机,截断痰瘀生热转变,畅厥阴阖机。阳明胃肠燥结,腑气不通,浊气不降,上逆扰神者,可用承气汤之

类攻下泄实,燥结一除,浊气得降,神明可安。如张锡纯所言:“阳明之浊气下,厥阴之阖机自复。”以通降阳明为枢,调和开阖枢机,使痰瘀得化、风火自息、神明归位,双心病消除。

4 结 语

冠心病伴焦虑抑郁属气血逆乱、形神互损之证。本文基于《黄帝内经》开阖枢理论,揭示其病机以三阴三阳气化失序为枢纽,分期阐释了“太阳、太阴开阖失利,少阳、少阴枢机滞涩,厥阴、阳明阖机崩溃”的传变规律。初期调和营卫、温补太阴以截痰瘀;中期和解少阳、交通心肾以防寒热之变;极期清上温下、调和厥阴阳明以破寒热格拒。同步破解“形损致神乱、神乱复损形”的恶性循环。其病传变纵横三阴三阳,证候寒热错杂、气血逆乱。治疗需立足气化枢机,分阶段平调阴阳寒热、调和气血升降,并注重三阴三阳开阖枢之动态制衡,规避此失彼之弊。

参考文献

- [1] BABIC R, DIMITRIJEVIC S, BURAZOR I. Association of extent and severity of coronary atherosclerosis with clinically undetected depression[J]. Eur Heart J, 2023, 44 (Suppl 2): ehad655.2382.
- [2] 张书萌,陈伶利,陈宇霞,等.基于双心医学和病证结合探讨冠心病焦虑抑郁状态及中医药干预研究[J].中华中医药杂志, 2024, 39(4): 2039-2044.
- [3] FORNARO M, CATTANEO C I, DE BERARDIS D, et al. Antidepressant discontinuation syndrome: A state-of-the-art clinical review[J]. Eur Neuropsychopharmacol, 2023, 66: 1-10.
- [4] YILDIRIM D, KOCATEPE V. Evaluating death anxiety and death depression levels among patients with acute myocardial infarction[J]. Omega, 2023, 86(4): 1402-1414.
- [5] 侯季秋,安莹,陈雅丽,等.中药治疗对冠心病合并焦虑抑郁患者炎症因子影响的系统评价及Meta分析[J].中国实验方剂学杂志, 2021, 27(13): 153-163.
- [6] 黄炫淳,李慧,胡蓝烁,等.浅析“通补胃阳法”在冠心病治疗中的运用[J].中西医结合心脑血管病杂志, 2023, 21(14): 2696-2700.
- [7] 袁惠民,朱美霖,赵丹,等.基于《辅行诀五脏用药法要》探讨乌梅丸论治情志病[J].中国实验方剂学杂志, 2023, 29(7): 230-236.
- [8] 胡天时,马培,刘金瑛,等.从“少阳、少阴为枢”论治双相情感障碍[J].中国中医基础医学杂志, 2025, 31(3): 388-391.
- [9] 谭猛,李成,张笑霄,等.调和营卫法在双心疾病中的应用[J].中医杂志, 2022, 63(7): 691-694.
- [10] 熊鑫,高占华,赵印涛,等.国医大师阮士怡以“双心同调,形神并重”治疗冠心病经验撷英[J].西部中医药, 2023, 36(2): 24-27.
- [11] FENG L S, WANG Y M, LIU H, et al. Hyperactivity in the hypothalamic-pituitary-adrenal axis: An invisible

- killer for anxiety and/or depression in coronary atherosclerotic heart disease[J]. J Integr Neurosci, 2024, 23(12): 222.
- [12] STAPEL B, JELINIC M, DRUMMOND G R, et al. Adipose tissue compartments, inflammation, and cardiovascular risk in the context of depression[J]. Front Psychiatry, 2022, 13: 831358.
- [13] 王天琳, 姚魁武. 基于开阖枢理论探讨高血压病的病机与治疗思路[J]. 中医杂志, 2024, 65(12): 1230-1234.
- [14] LIM G B. SARS-CoV-2 infects macrophages in coronary atherosclerotic plaques[J]. Nat Rev Cardiol, 2023, 20(12): 797.
- [15] PENNINX B W J H. Psychiatric symptoms and cognitive impairment in “Long COVID”: The relevance of immunopsychiatry[J]. World Psychiatry, 2021, 20(3): 357-358.
- [16] 毛文君, 张艳. 基于“营卫理论”探讨桂枝汤类方治疗冠心病的机制及研究进展[J/OL]. 山西中医药大学学报, 2025: 1-10[2025-03-31]. <https://kns.cnki.net/KCMS/detail/detail.aspx?filename=SHAN20250328001&dbname=CJFD&dbcode=CJFQ>.
- [17] 熊兴江. 基于重症病例及现代病理生理机制的胸痹虚证与人参汤方证内涵及其治疗冠心病、风心病、心力衰竭、低血压、肺动脉高压等急危重症体会[J]. 中国中药杂志, 2025, 50(6): 1706-1714.
- [18] 刘慧慧, 刘建和, 程丑夫. 程丑夫从少阳论治胸痹经验[J]. 中医杂志, 2021, 62(14): 1214-1217.
- [19] 何清, 高圆媛, 邓青, 等. 柴胡及其复方防治抑郁症的药理作用机制及临床应用研究进展[J]. 中医导报, 2024, 30(9): 83-87.
- [20] 宁博, 谭曦舒, 贺宏伟, 等. 柴胡加龙骨牡蛎汤治疗冠状动脉粥样硬化性心脏病合并焦虑抑郁研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志, 2023, 29(18): 218-228.
- [21] 刘长兴, 郭心怡, 王贺, 等. 加味温胆汤联合黛力新治疗冠心病伴焦虑抑郁状态有效性及安全性的Meta分析[J]. 中药新药与临床药理, 2023, 34(11): 1623-1631.
- [22] 刘朋, 滕晶. 从“经气运行”角度解析四逆汤治疗寒郁性“思”志病[J]. 时珍国医国药, 2022, 33(6): 1403-1405.
- [23] 赵博, 屈新亮, 王祁, 等. 四逆汤对异丙肾上腺素诱导大鼠急性心肌缺血的保护作用及机制[J]. 时珍国医国药, 2023, 34(3): 545-548.
- [24] 张泽权, 雷志伟, 赵敏, 等. 心肾相交与郁证关联性的研究探讨[J]. 时珍国医国药, 2024, 35(1): 164-167.
- [25] 刁华琼, 魏丹, 丁海月, 等. 黄连阿胶汤对睡眠剥夺大鼠5-羟色胺系统和肠道菌群的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2023, 29(21): 49-58.
- [26] 王瑞华, 徐强, 李艳芬, 等. 黄连阿胶汤对阿霉素诱发心力衰竭模型大鼠心功能及心肌细胞Ca²⁺浓度的影响[J]. 中医杂志, 2022, 63(2): 157-163.
- [27] 黄剑浩, 谢宇锋, 刘毅, 等. 冯军结合太极图、甲骨文和《玄隐遗密》探讨厥阴病实质和乌梅丸方证[J]. 中医导报, 2024, 30(6): 181-185.

(收稿日期: 2025-02-24 编辑: 时格格)

(上接第158页)

- [19] 李世君, 鲍家铸. 针药合治冠心病56例小结[J]. 针灸临床杂志, 2000, 16(8): 28-29.
- [20] 时岩, 范虹, 谢华宁, 等. 雷忠义基于“心本于肾, 从肾治心”思想探讨心系疾病论治[J]. 中医导报, 2024, 30(8): 124-127.
- [21] 蒲瑞, 李瑞菡, 王茜, 等. 吴焕林教授从“枢机开阖”辨治冠心病术后心绞痛经验[J]. 中医药学报, 2024, 52(12): 47-51.
- [22] 王艳霞. “俞原配穴”电针预处理对心肌缺血再灌注损伤大鼠炎症因子表达的影响[D]. 哈尔滨: 黑龙江中医药大学, 2022.
- [23] 詹梓廉, 王靖阳, 冯禾, 等. 针灸疗法治疗冠心病的机制与临床研究进展[J]. 天津中医药, 2025, 42(4): 526-531.
- [24] 杨晗, 林芷羽, 李涓, 等. 冠心病穴位敏化现象与规律探讨[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2021, 23(8): 2768-2776.
- [25] 黄金昶, 张春光. 论督任冲为元气之使及临证应用[J]. 北京中医药大学学报, 2023, 46(4): 564-571.
- [26] 李鸿章, 覃霄燕, 邵素菊, 等. “荣输治外经”探析[J]. 中国针灸, 2021, 41(8): 913-914.
- [27] 曾天笑, 梁靖蓉, 郝晓敏, 等. 井穴与十宣穴源流及其关系探析[J]. 中国针灸, 2020, 40(5): 553-556.
- [28] 姚港林, 张紫辰, 李姗姗, 等. 井穴在炎症性疾病中的应用概述[J]. 山东中医杂志, 2023, 42(8): 886-890.
- [29] 牟东晓. 古代针灸要穴研究[D]. 北京: 中国中医科学院, 2022.

(收稿日期: 2024-12-24 编辑: 刘国华)