·临证体会·

基于“少阳为枢”理论探讨中医治疗抑郁症

郭秀慧[1,2]，张多[1,2]，黄璜[1,2]，李亚南[1]，栗俞程[1,2]，闫向丽[1,2*]，许二平[1,2*]

（1.河南中医药大学，河南 郑州 450046；2.河南中医药大学中医药科学院，豫药全产业链研发河南省协同创新中心，河南 郑州 450046）

摘要　抑郁症是一类情感障碍和心境障碍性疾病，中医治疗抑郁症有独特优势。本文基于“少阳为枢”理论，分析抑郁症的核心病机，探讨中医治疗抑郁症的理论依据与临床应用。本文认为抑郁症病机实为肝郁日久，气机郁滞，致三焦失司，痰湿中阻，最终胆失疏泄，升发不畅，证型可归纳为肝郁脾虚湿盛证。在治疗方面，本文突破以往多从肝论治抑郁症的局限，以肝胆脾胃为基础，结合具体临床表现，将经典名方丹栀逍遥散和温胆汤结合，拟方温笑散，疏肝解郁，理气化痰，清胆和胃，临床效果良好，附验案一则予以佐证。

关键词　少阳为枢；抑郁症；肝郁脾虚湿盛；温笑散

中图分类号：R255　　**文献标识码**：A　　**文章编号**：1002－2392(2025)05－0030－05

DOI：10.19664/j.cnki.1002－2392.250092

抑郁症是一类精神障碍性疾病，患者主要表现为情绪消沉，睡眠障碍，思维异常，对事物的兴趣减弱或丧失，严重者甚至有自杀倾向和行为[1]。本病患病率高、疾病负担高、致残率高、病死率高，世界卫生组织预计到2030年，抑郁症将在全球疾病负担源中排名第一[2]。目前帕罗西汀、舍曲林等是临床治疗各种抑郁障碍的一线用药[3]，但患者服用后常出现纳差、嗜睡、乏力等继发反应[4]，且西药疗效不稳定、复发率高等问题也日益凸显。中医学依据整体观念、辨证论治在抑郁症的临床治疗中发挥独特优势，具有不良反应少、治疗效果好、对机体损害小的特点[5]，逐渐被患者广泛接受。“少阳为枢”理论出自《黄帝内经》，强调少阳调节经气输布的作用。本课题组在长期治疗抑郁症患者的过程中，以“少阳为枢”理论为基础，总结出独特的肝胆脾胃一体化理论，临床疗效显著，现将经验系统总结如下。

收稿日期：2024－04－18　　**修回日期**：2024－07－16

基金项目：国家自然科学基金面上项目(82274496)；河南省联合基金重点项目(232301420018)；河南省科技攻关项目(232102311193)；河南省博士后科研项目(202001044)

作者简介：郭秀慧(1999－)，女，硕士研究生，研究方向：方剂配伍及作用机理规律。

＊通信作者：闫向丽(1991－)，女，博士，助理研究员，从事方剂配伍及作用机理规律研究。

许二平(1962－)，男，博士，教授，博士研究生导师，从事方剂配伍及作用机理规律研究。

1　“少阳为枢”理论内涵

《说文解字》载：“枢，户枢也”[6]，有调节、控制之意。“少阳为枢”理论最早见于《素问·阴阳离合论》，载：“三阴三阳之离合也，太阳为开，阳明为阖，少阳为枢”[7]，强调少阳位于半表半里，可调节太阳、阳明的开阖，对机体的生命活动起着重要作用。下面将从经络与脏腑两方面阐述“少阳为枢”的理论内涵。

1.1　少阳为经络之枢

依据经络学说，少阳位于太阳和阳明之间，是调节人体气机的枢纽，有调节太阳经、阳明经开阖的作用。刘渡舟云：“少阳经脉行于身侧，居于太阳阳明两经之间，外侧从太阳之开，内侧从阳明之合，从而起到枢机的作用”[8]，少阳枢机正常则内外经脉气血平衡[9]。少阳经包括足少阳胆经和手少阳三焦经。《灵枢·经脉》载：“胆足少阳之脉，起于目锐眦，上抵头角下耳后……下颈，合缺盆，以下胸中，贯膈，络肝，属胆，循胁里……是动则病口苦，善太息，心胁痛不能转侧……三焦手少阳之脉，起于小指次指之端，上出两指之间……入缺盆，布膻中，散落心包，下膈，遍属三焦……是动则病耳聋浑浑焞焞，嗌肿，喉痹。是主气所生病者，汗出，目锐眦痛，颊痛，耳后、肩、臑、肘、臂外皆痛，小指次指不用”[10]，足少阳胆经循行贯膈络肝，受邪则出现口苦、叹息、胁痛等症状，手少阳三焦经分布在头颈及手

臂外侧,受邪则出现循行部位疼痛等症状。

1.2 少阳为脏腑之枢

从脏腑角度而言,“少阳为枢”可体现在肝、胆、三焦之间的相互作用和相互影响。《灵枢·九针十二原》云:“阴中之少阳,肝也”[10]。肝虽居于体内,属五脏,从其生理部位和脏腑所属来看应属阴,但肝主疏泄,有升发之性,其功能与少阳枢机开阖密切相关,功能上以阳为用,具有“体阴用阳”的特点[11]。胆与肝互为表里,同司疏泄,吴鞠通《医医病书》云:“盖胆为少阳,主升阳气之先,输转一身之阳气,体本阳也。”[12]可知胆属少阳,具有输转一身阳气的作用。此外,手少阳三焦经循行过胸腹,《素问·灵兰秘典论》云:“三焦者,决渎之官,水道出焉”[7],表明三焦在水液代谢中起着关键的疏导作用。《中藏经·论三焦虚实寒热生死逆顺证之法》曰:“三焦者,人之三元之气也,号曰中清之府,总领五脏六腑、营卫、经络、内外、左右、上下之气也。三焦通,则内外左右上下皆通也,其于周身灌体,和内调外,荣左养右,导上宣下,莫大于此也”[13],详细论述了三焦主持诸气,总司全身气机和气化的重要作用,故三焦与肝胆共同维持人体少阳枢机的作用。

2 少阳枢机不利是抑郁症的核心病机

中医学古籍中无抑郁症这一病名,但根据其临床表现及发病特点可与“郁证”“脏躁”“梅核气”及“百合病”等情志病对应[14]。刘完素在《素问玄机原病式·热类》中提出“郁,怫郁也,结滞壅塞而气不通畅”[15],认为郁证源于气机不畅。中医内科学教材认为郁证的主要病因是情志不畅、肝郁气滞,后期多见五脏气机失和[16]。故有学者提出气机郁滞是抑郁症的基本病机[17]。少阳作为人体气机转输的通道,也是情志之枢,少阳气机郁滞则情志不舒,变生情志病。《伤寒论》云:“伤寒五六日,中风,往来寒热,胸胁苦满,默默不欲饮食,心烦喜呕……小柴胡汤主之”[18],明确指出少阳病中会出现神志、情绪和消化异常表现。而抑郁症患者在临床中也常表现出胸胁苦满,默默不欲饮食,心烦喜呕等症状,小柴胡汤作为和解少阳的主方,被广泛用于抗抑郁的治疗中[19-20]。这提示我们少阳枢机不利是抑郁症的核心病机,和解少阳则是抑郁症的重要治法。

《国际中医临床实践指南首发抑郁症》中将抑郁症分为肝郁气滞证、肝郁脾虚证、心脾两虚证、肾虚肝郁证、肝胆湿热证 5 种证型[21]。流行病学研究显示,肝郁脾虚证是抑郁症的核心证候[22]。研究表明,肝郁脾虚证占抑郁症证型的 53.9%,患者患病时间越长,在肝郁得不到及时疏泄的情况下脾虚程度显著加深,说明肝郁日久必损克脾土[23],导致无法正常运化水液,体内痰湿集聚、胆郁痰扰,最终进展为肝郁脾虚湿盛证抑郁症。

3 从“少阳为枢”论抑郁症的病机进展

3.1 肝郁为本,气机郁滞

《素问·六节脏象论》载:“肝者,罢极之本……此为阳中之少阳,通于春气”[7],指出肝属少阳。《素问·灵兰秘典论》云:“肝者,将军之官,谋虑出焉”[7],阐明肝在机体活动中的调节控制作用。肝五行属木,其性主升、主动,肝主疏泄,其功能体现在对于气的升降出入之间的平衡协调。若肝失疏泄,致少阳气机郁阻,则出现胁肋、小腹等部位胀痛不适,且症状常随情绪波动而加重。《诸病源候论》云:“结气病者,忧思所生也。心有所存,神有所止,气留而不行,故结于内”[24],指出情志抑郁可致机体气机不畅,郁积于内。肝性喜条达而恶抑郁,因而情绪郁怒不畅首先会影响肝脏,肝气失于条达,气失疏泄,而致肝气郁结,最终发为抑郁症。抑郁症初期病位在肝,表现为肝郁气滞证,患者常出现情绪低落、兴趣下降、注意力不集中等表现。

3.2 三焦失司,痰湿中阻

《难经·三十一难》云:“三焦者,水谷之道路,气之所终始也。上焦者,在心下,下膈,在胃上口,主内而不出……中焦者,在胃中脘,不上不下,主腐熟水谷……下焦者,当膀胱上口,主分别清浊,主出而不内,以传导也”[25],可知三焦为水谷运化的通道,其化生的精微物质有助于维持人体的生命活动,同时可转化为气血津液。少阳枢机不利,三焦功能失常,致水液停滞,患者出现舌体胖大、苔白腻等症。脾胃居于中焦,二者一主升清,一主降浊,为脏腑气机升降的中心环节,肝的疏泄功能与脾胃的升降功能关系密切。一方面,脾胃的升降依赖于肝的疏泄,肝气郁滞,疏泄失司,则脾胃无法正常地升清降浊。另一方面,脾主统血,脾运化的精微物质可转化为肝所藏之血。《素问·经脉别论》云:“食气入味,散精于肝……浊气归心,淫精于脉”[7],又言:“饮入于胃,游溢精气,上输于脾,脾气散精,上归于肺”[7],脾气健旺则精气血津液有化生之源,脾升举清气功能失常则无法转输水谷精微,气血无以化生,肝无法得到滋养,其疏泄功能减退,则会导致气机不畅、气机郁结的病理变化。

抑郁症患者肝郁日久,损及脾土,中焦运化水液的功能失常,无法将被吸收的水谷精微中多余的水分转输至肺和肾,再通过肺和肾的气化功能化为汗和尿排出体外,导致水液在体内停滞,形成湿、痰、饮等病理产

物。即《血证论》所载“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;设肝之清阳不升,则不能疏泄水谷,渗泄中满之症在所不免”[26]。中焦失司最终导致气滞痰郁,是肝郁脾虚湿盛证抑郁症的发病基础,脾胃在抑郁症发病中亦占有重要地位。

3.3 胆失疏泄,升发不畅

《灵枢·本输》云:“胆者,中精之府”[9],内部贮藏胆汁。《东医宝鉴》载:“肝之余气,泄于胆,聚而成精”[27],概述了胆汁的来源。在机体吸收、转化营养物质的过程中,胆汁汇聚肝之精气,有帮助饮食消化的作用。《素问·宝命全形论》云:“土得木而达”[7],从五行木与土之间生克制化的关系视角,阐释了肝胆之气对脾胃之气的疏通调畅作用。

肝气郁结导致三焦失司,酿生痰湿,胆郁痰扰,则惊惶不寐;胆气上蒸,则自觉口中有苦味;胆中郁热,上逆胃腑,可见恶心、呕吐等症状。痰湿既是三焦失司所产生的病理产物,又是瘀阻经脉而致气机不畅的病理因素。中医古籍中可见“百病中多有兼痰者”[28]的观点,盖因痰湿重着、黏滞且易与寒邪、热邪相结,往往导致疾病变化多端。抑郁症患者多病程较长,症状易反复,临床可见情绪低落、思维迟钝、烦躁不安、呕恶呃逆、神志异常等症,亦符合“怪病多痰”的观点。

4 从“少阳为枢”述抑郁症的治疗经验

基于上述基本病机,本文认为治疗抑郁症应调畅少阳枢机,以疏肝解郁为本,注重理气化痰、清胆和胃,结合经典名方丹栀逍遥散和温胆汤总结出临床经验方温笑散,将其作为治疗肝郁脾虚湿盛证抑郁症的基础用方。温笑散组成为半夏 15 g,竹茹 15 g,枳实 20 g,陈皮20 g,炙甘草 10 g,茯苓 15 g,柴胡 10 g,当归 10 g,白芍 15 g,炒白术 20 g,牡丹皮 15 g,栀子 10 g,薄荷 6 g。方中柴胡疏肝解郁以条达肝气,半夏化痰降逆以调畅中焦,共为君药,二者相配,有升清降浊之效。白芍、竹茹、枳实、炒白术 4 味药共为臣药。白芍酸苦微寒,养血敛阴,柔肝缓急,与柴胡同用可制柴胡疏泄太过,使肝体柔和,肝气条达;竹茹清胆和胃,清热化痰,除烦止呕,与半夏相配可化痰和胃,痰热去而胆气定;枳实行气消痞,与柴胡为伍,一升一降,增强理气解郁之功,又可助半夏理气化痰之效,使痰随气下;炒白术健脾益气,既能实土以御木乘,又能使营血生化有源。当归、牡丹皮、栀子、陈皮、茯苓 5 味药共为佐药。当归甘辛苦温,养血和血活血;牡丹皮清热凉血;栀子泻火除烦,引热下行;陈皮辛苦温,理气和胃,燥湿化痰;茯苓健脾利湿,以杜生痰之源。炙甘草、薄荷共为使药。炙甘草益气和中,调和诸药;薄荷助柴胡疏肝郁,透达肝经郁热。诸药合用,组方精炼,配伍严谨,温凉并进而无寒燥之偏性,理脾化痰则脾胃得安、痰浊去而胆郁可疏,共奏疏肝解郁,理气化痰,清胆和胃之功。

在前期临床研究中,本课题组将 120 例肝郁脾虚湿盛证抑郁症患者随机分为治疗组和对照组,给予温笑散的治疗组有效率为 93.33%,以盐酸帕罗西汀片治疗的对照组有效率为 76.67%($P<0.05$),表明温笑散治疗肝郁脾虚湿盛证抑郁症疗效稳定可靠[29]。前期实验研究表明,温笑散能有效缓解由皮质酮诱导的小鼠抑郁样行为[30]。

4.1 疏肝解郁,调畅气机

肝郁气滞为抑郁症的基本病机,故疏肝解郁为治疗的基本方法。临床诊疗中首选“善达少阳之木气”[31]的柴胡调理气机,并引药入肝经。将柴胡与白芍同用,既能补肝之体,又可助肝之用,使血和则肝和。薄荷助柴胡疏肝透热,理气醒脾,取“火郁发之”之义。血为气之母,气为血之帅,气机阻滞多伴有血瘀阻络。当归为血中气药,与白芍同用以补肝血而敛阴。牡丹皮清营血郁火,可入营分而清血热。

4.2 理气化痰,通利三焦

三焦气机不畅则可见湿邪阻滞,中焦脾胃最易受损,白术可扶脾抑肝,含“见肝之病,知肝传脾,当先实脾”[32]之意。《本草新编》云:“虽然人知白术益人,而不知白术之损人也,白术利水,其性必燥”[33]。故选用炒白术以增强健脾之效,先安未受邪之地。茯苓补脾宁心,淡渗利水,可从源头断绝痰湿之邪化生,与白芍合用可理气祛湿。栀子清泻三焦,通调水道,使热邪下行。炙甘草调和脾胃、益气和中。诸药合用使脾气得健,则湿邪无处停聚。

4.3 清胆和胃,调畅胆腑

半夏味辛,性平,《神农本草经》载其“主伤寒,寒热,心下坚,下气,喉咽肿痛,头眩胸胀,咳逆肠鸣,止汗”[34],归脾、胃、肺经。《名医别录》中记载半夏“消心腹胸中膈痰热满结,咳嗽上气,心下急痛坚痞,时气呕逆”[35],擅治脾不运湿所致的痰多壅滞之证。竹茹性味甘寒,善治肺胃胆腑之病,功擅清泻肺胃之热,可化热痰,止烦呕,与半夏合用,治疗胆郁化火与痰湿相结之证。陈皮行气宽中,消痰祛湿,合枳实破气散痞,取“治痰先治气”之意,二药合用则化痰功效益彰。

5 验案举隅

患者朱某,女,47 岁。主诉:精神紧张 3 年。现病史:3 年前患者开始出现精神紧张,伴胃脘部疼痛,自觉痰多恶心,食多则吐,腿两侧疼痛,偶有鼻塞伴头顶痛,眠差,大便日 1 次,成形。舌质暗,苔薄白,脉弦。

既往史：鼻炎。西医诊断：抑郁症。中医诊断：郁证（肝郁脾虚湿盛证）。治宜疏肝解郁，理气化痰，清胆和胃。处方温笑散：法半夏 12 g，柴胡 15 g，白芍 20 g，竹茹 15 g，枳实 20 g，当归 20 g，陈皮 20 g，茯苓 15 g，炒白术 20 g，炙甘草 10 g，薄荷 6 g（后下），牡丹皮 15 g，栀子 10 g。7 剂，水煎服，日1 剂，早晚分服。

二诊。服上方 7 剂后，患者自觉欲吐，头痛、胃痛明显减轻，鼻塞减轻，吐痰减少。舌质淡，苔薄白，脉弦。处方温笑散加减：柴胡 15 g，炒白芍 20 g，当归 20 g，陈皮 20 g，茯苓 15 g，炒白术 20 g，炙甘草 10 g，薄荷 6 g（后下），牡丹皮 15 g，黄芪 30 g，炒僵蚕 6 g，全蝎 10 g，辛夷 10 g。14 剂，煎服法同前。

三诊。患者自述服药后精神紧张与头痛、胃痛等症均未再发作。近期因劳累、饮食不规律自觉腹部闷胀，口臭，大便日 1 次。舌质暗，苔薄黄，脉弦。心电图提示心动过缓。处方补中益气汤合半夏泻心汤加减：黄芪 30 g，党参 15 g，当归 15 g，炒白术 20 g，升麻 6 g，柴胡 15 g，陈皮 15 g，炙甘草 15 g，清半夏 12 g，干姜 10 g，黄芩 10 g，黄连片 3 g，木香15 g，川芎 10 g，丹参 20 g。7 剂，煎服法同前。

四诊。服上方 7 剂后，患者自述已无明显不适，但食多仍有呕吐感。舌质淡，苔薄白，脉弦。处方：温笑散原方。14 剂，煎服法同前。嘱患者规律饮食。

患者四诊结束后随访 1 年，精神紧张、胃脘疼痛诸症均未再发作。

按：患者精神紧张伴胃痛，诊断为抑郁症。胆失疏泄，故腿两侧胆经巡行部位疼痛；久病脾虚，出现痰多、恶心、食多则吐的症状。证属肝郁脾虚湿盛。方中柴胡、白芍、枳实疏肝理气；牡丹皮、当归活血祛瘀，使气血得以调和；法半夏燥湿化痰，陈皮理气健脾，为治痰要药；茯苓、炒白术利水渗湿，健脾宁心；薄荷引药入肝经；炙甘草健脾和胃。诸药合用，疏肝以利胆气，清胆以解肝郁，健脾以利胃降，和胃以助脾升。脏病治腑，腑病治脏，脏腑同治则疏肝健脾、清胆和胃之效更彰。处方有疏肝解郁，理气化痰，清胆和胃之功效，对抑郁症属肝郁脾虚湿盛者尤为合适，故患者疼痛明显减轻，吐痰减少。二诊时，根据患者病情及舌脉变化，去法半夏、竹茹、枳实、栀子，易生白芍为炒白芍以减少药物寒凉之性，加黄芪以补气，炒僵蚕、全蝎通络止痛，辛夷散风寒，通鼻窍。诸药合用，肝郁得舒，痰湿得化。三诊时患者症状本已有所改善，但因劳累、饮食不规律出现腹胀、口臭等症状，遂以补中益气汤合半夏泻心汤加减治疗，佐以川芎、木香行气止痛，丹参养血安神。四诊时患者诸症已除，但食多仍出现呕吐感，盖因患者久病，少阳枢机不利，中焦无法运化水湿，痰湿不易去除，故以温笑散原方巩固治疗。

6 结语

抑郁症的病因复杂，且病程较长，病情复杂多变。中医药在临床诊疗中具有多成分、多靶点的优势，目前临床多以疏肝解郁为主治疗本病。本文指出“少阳枢机不利”或为抑郁症的中医本质，在临床诊疗中可将此理论运用到抑郁症的治疗中，调理肝、胆、脾胃，兼顾抑郁症发病过程中病理因素的改变及临床表现，这不仅与中医治疗的整体观相吻合，亦符合“见肝之病，知肝传脾，当先实脾”的原则。本文临证根据病因病机遣方用药，提出肝胆脾胃一体化的诊疗策略，具体治疗原则为疏肝解郁，理气化痰，清胆和胃，将具有疏肝解郁，健脾和营功效的丹栀逍遥散和有理气化痰，清胆和胃功效的温胆汤相结合，拟方温笑散用于抑郁症的临证诊疗，以期为抑郁症的中医诊疗提供理论基础和新的思路。

参考文献：

[1] 翟金国. 精神病学[M]. 2 版. 南京：江苏科学技术出版社，2018：73.
[2] World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update[EB/OL]. (2012 - 06 - 16)[2025 - 02 - 17]. https://iris.who.int/handle/10665/43942.html.
[3] 牛雅娟.《中国抑郁障碍防治指南》药物治疗解读[J]. 临床药物治疗杂志，2018，16(5)：6 - 8.
[4] 刘蕊，张佐涛. 抑郁症患者口服抗精神病药物不良反应的影响因素分析[J]. 中国医药指南，2023，21(9)：109 - 111.
[5] 李阳，赵钟辉，刘姝含，等. 抑郁症肝郁脾虚证的中医药研究概况[J]. 中华中医药杂志，2021，36(1)：335 - 338.
[6] 许慎. 说文解字[M]. 徐铉，校. 上海：上海古籍出版社，2021：175.
[7] 黄帝内经素问[M]. 田代华，整理. 北京：人民卫生出版社，2005：14 - 160.
[8] 王庆国. 刘渡舟伤寒论讲稿[M]. 北京：人民卫生出版社，2008：296.
[9] 王诗雅，徐金磊，张丽敏，等. 基于“少阳为枢”浅析肿瘤相关性抑郁的治疗[J]. 中医药信息，2022，39(5)：51 - 54.
[10] 灵枢经[M]. 田代华，刘更生，整理. 北京：人民卫生出版社，2005：4，8，36.
[11] 崔红生，毕伟博. 论少阳主枢及其临床意义[J]. 中华中医药杂志，2016，31(9)：3433 - 3438.
[12] 吴鞠通. 医医病书[M]. 南京：江苏科学技术出版社，1985：7.
[13] 华佗. 中藏经[M]. 吴昌国，校注. 南京：江苏科学技术出版社，1985：39.
[14] 李艳，赵进东，张国梁，等. 郁证的理论溯源及国医大师徐经世治郁思路[J]. 中华中医药杂志，2023，38(11)：5284 - 5289.
[15] 刘完素. 素问玄机原病式[M]. 北京：人民卫生出版社，1983：80.
[16] 张伯臾. 中医内科学[M]. 上海：上海科学技术出版社，1985：121.
[17] 孙秀娟，周春祥. “少阳为枢”内涵探讨[J]. 南京中医药大学学报，2008，24(3)：153 - 155.
[18] 张仲景. 伤寒论[M]. 北京：中医古籍出版社，2018：232.

[19] 张慧,原晨,卢华锋,等. 小柴胡汤对抑郁症大鼠 JAK2/STAT3 通路及小胶质细胞活化的影响[J]. 中国药师,2021,24(4):617 - 624.
[20] 许二平,毛梦迪,尚立芝,等. 小柴胡汤加味对慢性束缚抑郁模型大鼠海马谷氨酸转运体 EAATs,VGLUTs 表达的影响[J]. 中国实验方剂学杂志,2020,26(23):27 - 36.
[21] 赵永厚. 国际中医临床实践指南首发抑郁症(2019 - 10 - 11)[J]. 世界中医药,2020,15(20):3157 - 3159.
[22] 熊霞军,胡志希,钟森杰,等. 基于数据挖掘的抑郁症中医证候分布及用药规律分析[J]. 中医药导报,2020,26(14):148 - 151,163.
[23] 姚玉璞,张立平,郭蓉娟,等. 从抑郁症的主要证型探讨"见肝之病,知肝传脾"[J]. 中华中医药杂志,2013,28(4):1081 - 1083.
[24] 巢元方. 诸病源候论[M]. 沈阳:辽宁科学技术出版社,1997:70.
[25] 王九思. 难经集注[M]. 北京:中国医药科技出版社,2019:80.
[26] 唐容川. 血证论[M]. 北京:中国中医药出版社,1996:11.
[27] 许浚. 东医宝鉴[M]. 郭霭春,校点. 北京:中国中医药出版社,1995:107.
[28] 朱丹溪. 丹溪医集[M]. 北京:人民卫生出版社,1993:17.
[29] 黄璜,闫向丽,郭秀慧,等. 温笑散治疗肝郁脾虚湿盛型抑郁症[J]. 中医学报,2024,39(4):882 - 885.
[30] 张多,郭秀慧,栗俞程,等. 基于 BDNF/TrkB/ERK/CREB 信号通路探究温笑散通过促进神经发生抗抑郁的作用机制[J]. 中国实验方剂学杂志,2024,30(8):100 - 108.
[31] 张锡纯. 医学衷中参西录:中[M]. 北京:中医古籍出版社,2016:447.
[32] 张仲景. 金匮要略[M]. 北京:中国医药科技出版社,2013:2.
[33] 陈士铎. 本草新编[M]. 太原:山西科学技术出版社,2011:16.
[34] 神农本草经[M]. 孙星衍,孙冯翼,辑校. 太原:山西科学技术出版社,1991:96.
[35] 尚志钧. 名医别录辑校本[M]. 北京:中国中医药出版社,2013:198.

Exploration on the Treatment of Depression in Traditional Chinese Medicine Based on the "Shaoyang as the Pivot" Theory

GUO Xiuhui[1,2], ZHANG Duo[1,2], HUANG Huang[1,2], LI Yanan[1], LI Yucheng[1,2], YAN Xiangli[1,2], XU Erping[1,2]

(1. *Henan University of Chinese Medicine, Zhengzhou* 450046, *China*; 2. *Henan Collaborative Innovation Center for Research and Development on the Whole Industry Chain of Yu - Yao, Henan University of Chinese Medicine Academy of Chinese Medical Sciences, Zhengzhou* 450046, *China*)

Abstract Depression is a type of emotional and mood disorder. Traditional Chinese Medicine (TCM) has unique advantages in treating depression. Based on the "Shaoyang as the Pivot" theory, this paper analyzes the core pathogenesis of depression and explores the theoretical basis and clinical application of TCM in treating depression. Our research team believes that the pathogenesis of depression is primarily due to long - standing liver qi stagnation, leading to the obstruction of qi movement and resulting in the dysfunction of the Triple Burner, phlegm - damp obstruction, and ultimately, the inability of the gallbladder to perform free coursing properly, with impaired upbearing and effusion. This can be classified into the syndrome of dampness excess due to liver stagnation and spleen deficiency. In treatment, our team breaks away from the traditional focus solely on the liver in treating depression. Instead, based on the liver, gallbladder, spleen, and stomach, by combining clinical manifestation, integrating the classical formulas Dan - Zhi Xiao - Yao Powder and Wen - Dan Decoction, we have developed the formula Wen - Xiao Powder to soothe the liver, relieve depression, regulate qi, resolve phlegm, clear the gallbladder, and harmonize the stomach. This approach has shown good clinical results, supported by a case study.

Key words Shaoyang as the pivot; Depression; Dampness excess due to liver stagnation and spleen deficiency; Wen - Xiao Powder