

DOI: 10.16305/j.1007-1334.2026.z20251213003

从“因病致郁”“因郁致病”探讨泻药性结肠与焦虑抑郁共病的发病机制与治疗策略

吴月, 磨炼, 何友成, 蔡舒雨, 魏丽凤, 潘可怡, 袁建业

上海中医药大学附属龙华医院(上海 200032)

【摘要】 从“因病致郁”(久病致郁、久药致郁)与“因郁致病”(气郁致病、血郁致病)双向路径,剖析泻药性结肠(CC)与焦虑抑郁共病病机的传变规律,并结合肠-脑轴失调、下丘脑-垂体-肾上腺轴激活、微生态失衡等现代医学机制,阐释其共病的科学内涵。基于“郁病同治”原则构建身心共调、分期论治的整体框架。分期治则:初期/活动期以调神疏肝、理气开郁为主,中期/迁延期注重活血化瘀、祛浊解毒,后期/虚损期侧重益气养阴、扶正固本;分证落实:对应常见肝郁气滞、瘀血阻络、心脾两虚及气阴两虚兼瘀等证候,形成证治方药。同时强调方药随证加减、针灸“调神”与“治肠”并举、心理行为干预等综合疗法的运用。

【关键词】 泻药性结肠;便秘;焦虑;抑郁;因病致郁;因郁致病;郁病同治

Discussion on pathogenesis and treatment of cathartic colon and anxiety-depression comorbidity from perspective of "disease-induced depression" and "depression-triggered disease"

Wu Yue, Mo Lian, He Youcheng, Cai Shuyu, Wei Lifeng, Pan Keyi, Yuan Jianye

Longhua Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 200032, China

Abstract: This paper analyzes the transmission patterns underlying the comorbidity of cathartic colon (CC) and anxiety and depression through the bidirectional pathways of "disease-induced depression" (chronic illness or prolonged medication inducing depression) and "depression-triggered disease" (qi or blood depression causing disease). It further elucidates the scientific connotation of this comorbidity by integrating modern medical mechanisms such as gut-brain axis dysfunction, hypothalamic-pituitary-adrenal axis activation, and microbial imbalance. Based on the principle of "simultaneous treatment of stagnation and disease," an integrated framework for mind-body regulation and stage-specific treatment is established. This framework is stage-led in treatment principle: the initial/active stage focuses on regulating the spirit, soothing the liver, and moving qi to resolve stagnation; the middle/prolonged stage emphasizes activating blood circulation, resolving stasis, and eliminating turbidity and toxins; and the late/deficiency stage prioritizes boosting qi, nourishing yin, and supporting healthy qi to consolidate the foundation. Treatment is syndrome-specified: corresponding to common syndromes such as liver qi stagnation, blood stasis obstructing the collaterals, heart-spleen deficiency, and qi-yin deficiency with blood stasis, a syndrome-specific treatment plan

is formulated with corresponding formulas. Meanwhile, the application of comprehensive therapies is also emphasized, including modifying medicinal formulas according to clinical syndromes, combining acupuncture and moxibustion for "mind regulation" and "intestinal treatment", and implementing psychological and behavioral interventions.

Keywords: cathartic colon; constipation; anxiety; depression; disease-induced depression; depression-triggered disease; simultaneous treatment of depression and disease

[基金项目] 上海市卫健委上海市进一步加快中医药传承创新发展三年行动计划项目[Zy(2021-2023)-0403];上海市科委上海市“科技创新行动计划”医学创新研究专项(21Y11922600);上海市中医药管理局谢建群名中医工作室项目(LH02.06.028)

[作者简介] 吴月,女,博士研究生,主要从事脾胃病的中医基础与临床研究工作

[通信作者] 袁建业,研究员,博士研究生导师;

E-mail: yuanjianye@hotmail.com

泻药性结肠(cathartic colon, CC)又称泻剂结肠,是一种因长期或过量服用刺激性泻剂(如蒽醌类、比沙可啶等药物)导致结肠功能与结构损伤,伴随自主排便功能减弱或丧失,并产生泻剂依赖的慢性顽固性便秘^[1]。患者常陷入“越泻越秘”的困境,不仅会增加结肠黑变病、肛周疾病及心脑血管意外的风险^[2],还会显著降低患者的生活质量、加重社会经济负担^[3-4]。随着“生物-心理-社会”医学模式的发展,消化系统疾病与精神心理障碍之间错综复杂的交互作用日益受到关注^[5]。多项流行病学调查研究^[6-9]证实,便秘患者焦虑抑郁等精神心理障碍的患病率显著高于普通人群。一项前瞻性队列研究^[10]更是直接揭示,便秘可能是抑郁症的独立风险因素或前驱表现,这提示二者可能存在因果关联与共同的病理基础,并非简单的伴随关系。

在各类便秘中,CC与焦虑抑郁的共病现象尤为典型。一方面,CC患者病程漫长、治疗反复,对泻药具有一定的依赖性,身心承受巨大压力;另一方面,焦虑抑郁等负面情绪又可通过脑-肠轴反向加重便秘。二者在疾病演进过程中相互交织、彼此影响,形成“便秘引发情志异常”与“情志失调加剧便秘”的恶性循环。然而,当前对二者共病的研究多停留于现象关联,缺乏能够统摄其复杂互动关系的理论框架来指导临床实践。明代医家张介宾率先提出“因病致郁”与“因郁致病”理论,揭示了慢性躯体疾病与情志疾病间互为因果的规律,这一理论框架与CC伴发焦虑抑郁的临床特征高度吻合,为系统阐释其共病机制提供了独特视角。本文立足于此理论框架,系统梳理“郁”“病”以及“因病致郁”“因郁致病”的内涵,双向剖析CC与焦虑抑郁的中医病机特点及传变规律,并融合现代医学病理机制予以印证,同时基于“郁病同治”原则探索更具临床针对性与可操作性的中医治疗策略,以期为打破CC与焦虑抑郁的恶性循环,提高临床诊疗水平提供思路。

1 “郁”“病”以及“因病致郁”“因郁致病”的理论内涵

1.1 “郁”之要义 “郁”本义为草木茂盛积聚之态,后引申为悒郁阻滞。在中医学里,“郁”既有广义与狭义之别,又有“郁证”与“郁病”之分^[11]。广义之“郁”涵盖内外诸因所致的气机失调、代谢障碍的病理状态,是指气、血、津、液等精微物质异常蓄积、凝聚、停滞的动态过程,属于“郁证”范畴^[12]。在CC与焦虑抑郁共病中,长期滥用泻药导致药毒蓄积于肠腑,直接损伤肠络气血,形成气滞、血瘀、浊毒内蕴

的五气之郁,为情志之郁的物质基础;焦虑抑郁所致的情志之郁,又导致气机逆乱、脏腑功能失调,进而产生痰浊、血瘀等病理产物,加重五气之郁。因此,本文所述之“郁”,既有外在表现的情志之郁(郁病),又有内在本质的药毒及久病所致的气机失调与病理产物郁结(郁证),两者互为因果,而药毒致郁是连接CC(病)与焦虑抑郁(郁)的核心枢纽。

1.2 “病”之所指 大肠“传导之官”功能的正常发挥,依赖于多脏腑的协同作用。CC之成,首责药毒内伤,长期过量服用苦寒沉降的刺激性泻剂,戕伐中焦,劫夺阴液,致脾胃运化失职,气血生化乏源,此为“本虚”(气、血、阴、阳俱损)之始。土虚木乘,肝无所养,疏泄失职,气机壅滞,糟粕难行;子盗母气,气血乏源,心血失养,神机失主;母病及子,肺金失养,治节无权,肠燥津亏;久病及肾,肾之温煦、濡养失职,二便调控失常。本病的“标实”在于气机壅滞、瘀浊痰湿等病理产物内结肠腑,故表现为腹胀、大便秘结难出。因此,CC的病性属本虚标实,且呈动态演变之势;其病位虽在大肠,实为多脏腑功能失调的综合表现。

1.3 “因病致郁”与“因郁致病” 张介宾的“因病致郁”与“因郁致病”理论精辟地概括了慢性躯体疾病与郁病之间的双向互动、互为因果的动态关系^[13]。

《景岳全书·郁证》载:“凡五气之郁,则诸病皆有,此因病而郁也。”对于CC与焦虑抑郁共病而言,“因病致郁”之论是指长期滥用泻药与便秘久病,损伤肠腑和其他脏腑功能,导致气机失调、气血亏虚,并产生痰、瘀、浊毒等病理产物。形质损伤与病理郁结,易上扰清窍、内扰神明,最终导致情志异常。

《景岳全书·郁证》又载:“至若情志之郁,则总由乎心,此因郁而病也。”长期情志不遂、肝气郁结,直接导致全身气机紊乱、脏腑乖戾。肝郁乘脾,脾胃运化失司、大肠传导无力。气滞血瘀,肠络痹阻,病深难解,糟粕内停加重,进一步依赖泻剂,使CC病情恶化或更易诱发,即“因郁致病”。

“因病致郁”与“因郁致病”虽然在理论上可区分,但临证常相互交织,互为因果,构成“药毒/久病致脏腑损伤→气机失调/病理产物淤积(郁证)→情志异常(郁病)→加重气机紊乱→肠腑功能恶化(CC加重)”的恶性循环,缠绵难愈。

2 “因病致郁”“因郁致病”理论指导下的共病机制剖析

2.1 从“因病致郁”探讨CC导致焦虑抑郁的病机

2.1.1 久病致郁 《证治汇补》指出“有病久而生郁者”,CC 患者常年依赖泻剂,腑气通涩失常,病程迁延,日久必暗耗气血,为情志病变埋下病机根源。

《中西汇通医经精义》指出“大肠传导,全赖肝疏泄之力”,CC 患者腑气壅滞,阻碍肝气条达,致肝脏疏泄不及、气机郁遏不畅,症见情绪低落、郁郁寡欢、善太息、胸胁胀闷;郁久化火则见急躁易怒、心烦口苦。女子以血为本、以肝为先天,经孕产乳数伤于血,肝体易虚而肝气易郁,此为 CC 患者以女性居多的关键所在。心主神明而统摄魂魄意志,久病暗耗心血,心神失养、神不守舍,则见失眠健忘、多疑善虑;心气虚衰,神气不充,“心气虚则悲”(《灵枢·本神》),则见焦虑、抑郁。CC 患者因疾而忧思,思则气结伤脾,脾虚气血生化乏源,无以濡养心神;脾虚水湿不运,聚湿生痰,痰浊上蒙神机,导致情绪沉重、思维迟钝、嗜睡健忘,若痰火内蕴,则见烦躁易怒、坐卧不宁。病深及肾,肾精亏虚,脑髓失充,则见反应迟钝、意志消沉;肾阳虚衰,无以温煦心神,则见情绪低沉、嗜睡、动力缺乏。

病程迁延、形质损伤,以正气亏虚为始、脏腑失调为枢、神明失养为终的病理演变过程,是久病致郁之关键。

2.1.2 久药致郁 久服刺激性泻剂,药毒伤正、由形及神的病理过程是 CC 区别于久病致郁和其他类型便秘伴情绪障碍的独特病机。刺激性泻剂苦寒克伐,长期使用势必戕伐正气,损伤脾胃,致水湿内停,聚而成痰,上蒙清窍,则见神识昏蒙、情绪低沉、反应迟钝;同时耗伤周身气阴,气虚则大肠运行迟滞,糟粕内停愈甚,阴亏则濡润失职,肠道燥涩,反成“越泻越秘”之象。^[14]气虚推动乏权,阴血脉道涩滞,日久必生瘀血,与肠道糟粕浊毒互结,形成“瘀毒”。“有诸内者,必形诸外”,瘀毒其色外现于肠壁,即 CC 患者内镜下常见结肠黑变病之形征所在^[15]。瘀血内蕴,阻碍新血化生,加重心肝血虚,使患者意志消沉、思虑纷纭;瘀久化热,瘀毒循经上逆,扰动清空,蔽障神明,则现烦躁易怒、焦虑不宁。

过服泻剂、戕伐正气,以气阴两虚为始、瘀血浊毒为枢、痰蒙神窍为终的病理演变过程,是久药致郁之本质。

2.2 从“因郁致病”探讨焦虑抑郁加重或诱发 CC 的病机

2.2.1 气郁致病 《素问·举痛论》载“百病生于气”,《临证指南医案》载“悒郁动肝致病”,《灵枢·本

神》载“忧愁者,气闭塞而不行”,以上均提示情志内伤,气机壅滞,是“因郁致病”之关键。

情志不遂,肝气怫郁,疏泄失职,则枢机不利,致一身气机周流受阻,大肠局部则形成“浊气不降”的局面,此为情志失畅直接导致或加重 CC 排便困难的始动环节。气属阳,郁遏不解,必化热生火,此为“气有余便是火”之病机转归。肺主气,司宣发肃降,与大肠相表里。情志不遂,悲忧伤肺,致肺气郁闭,肺气不降则大肠传导失司,糟粕内停,即《医经精义》所云“大肠所以能传导者,以其为肺之腑,肺气下达,故能传导”。肺为水之上源,肺气郁闭则治节无权,不能通调水道,津液不布,加之郁火内灼而肠失濡润津液,更助便秘之势。故患者常临厕努挣、粪质干硬,伴腹胀、矢气频多,且症状可随情绪波动。木郁不达,必克脾土,致水湿内停,聚而生痰。痰湿内蕴,其性黏滞重浊,易与糟粕相互胶结,故患者常见大便黏滞不爽、排便不尽、肛门坠胀且有里急后重之感。

情志怫郁、肝失疏泄,以气机壅遏为始、痰气受阻为枢、肠腑壅滞为终的病理演变过程,是气郁致病之核心。

2.2.2 血郁致病 气为血之帅,气郁日久,必致血行郁滞,并可由初期的功能性“血郁”状态逐渐发展为有形病理产物的“血瘀”,此转化多见于病程迁延,体质偏属气滞质、阴虚质及血瘀质且长期依赖泻剂的患者。瘀血一旦形成,病理之“果”转化为致病之“因”,使病情深痼难解。血行郁滞,凝结成瘀,痹阻肠络,腑气壅滞不通,粪便滞涩难下^[16],故见腹部固定刺痛、夜间尤甚,舌色淡黯或有瘀斑瘀点,舌下络脉迂曲粗胀,脉象多呈细涩,部分患者可见颜面色素沉着,女性可见月经延期、经色暗红且血块增多,内镜常伴结肠黑变表现,与 CC 患者的临床表现高度吻合^[17]。血瘀日久不散,必壅遏化热,瘀热互结,内灼阴液,致肠道津亏液涸,粪质更加干硬难下。《灵枢》云“血脉和利,精神乃居”,瘀血内停不仅痹阻肠络,还会导致心脉不畅,清窍失养。心为君主之官,其功能失常会影响全身的气血功能,肠腑传导愈加紊乱,糟粕内停更为严重。

气郁及血瘀阻滞肠络,以气滞为始、血瘀为枢、肠络瘀阻为终的病理演变过程,是血郁致病之重点。

2.3 CC 与焦虑抑郁共病的现代医学机制 作为慢性便秘的特殊亚型,CC 与焦虑抑郁共病的病理机制

研究尚未完全阐明。现代医学从肠-脑轴双向通信的角度出发,以结肠动力障碍为起点,通过肠-脑轴、神经-免疫-内分泌网络以及个体心理行为易感性等路径解释CC诱发焦虑抑郁的可能机制;同样,精神心理状态又可通过上述通路反向加剧肠道功能障碍,形成恶性循环。

2.3.1 “因病致郁”的现代病理基础 (1)神经功能损伤与内脏敏感性增加。长期滥用刺激性泻剂,可导致结肠神经丛变性、平滑肌功能减退,引发结肠蠕动节律紊乱与推进性收缩减弱,甚至出现结肠黑变病^[18]。患者结肠传输试验时间超过72 h、直肠感觉阈值降低,部分影像学检查还可见结肠袋形态消失、肠腔扩张等表现^[19]。持续的内脏不适信号传递至中枢,加剧内脏敏感性,是构成焦虑抑郁情绪的神经心理基础^[8]。

(2)微生态失衡与肠屏障功能受损。长期滥用泻药不仅会破坏肠道微生态平衡^[20],影响短链脂肪酸等代谢物产生^[21-22],还会扰乱色氨酸代谢途径^[23]。上述过程不仅会影响神经递质生成,直接诱发便秘,还会导致神经毒性代谢产物增加,诱发抑郁^[24-25]。同时,长期便秘致粪便滞留、毒素蓄积,肠屏障功能受损,内毒素及相关细胞因子入血,诱发全身性低度炎症,至中枢引起小胶质细胞活化,损害海马神经可塑性,成为CC与焦虑抑郁共病的重要病理基础^[26-27]。

(3)下丘脑-垂体-肾上腺轴(HPA轴)持续激活。慢性内脏敏感性与持续性外周低度炎症会通过神经-免疫-内分泌网络激活HPA轴,导致该神经内分泌轴负反馈调节失衡,表现为促肾上腺皮质激素释放激素、促肾上腺皮质激素与糖皮质激素持续释放^[28]。此激素级联反应能直接对海马和杏仁核产生神经毒性,进而参与焦虑抑郁等病理过程^[29]。

2.3.2 “因郁致病”的现代病理基础 (1)中枢介导肠道功能失调。焦虑或抑郁可引起患者自主神经功能紊乱,使结肠处于“高张力、低动力”状态,延长结肠传输时间,亦会通过干扰盆底肌群的协同运动降低直肠感觉阈值或减弱排便意愿。此外,杏仁核、前额叶皮层等情绪调节中枢功能异常会引起HPA轴过度激活,促进糖皮质激素分泌,进而抑制结肠蠕动、改变肠道黏膜通透性、减少肠道黏液分泌,同时影响肠道免疫系统,诱发局部低度炎症,抑制有益菌定植,最终诱发或加重便秘,这也解释了便秘作为情绪障碍躯体化表现的原因^[30-31]。

(2)认知行为固化。CC患者因长期排便困难和对药物产生依赖,易形成“肠道功能被药物破坏”“不使用药物无法排便”等认知固着,此类认知会驱动患者反复就医、持续滥用泻剂等行为模式,形成“预期性焦虑-强迫性用药-排便挫败感”的负性循环,显著加剧焦虑与抑郁情绪^[32-33]。值得注意的是,部分患者滥用刺激性泻剂并非单纯出于治疗便秘的目的,而是伴随减重意图或存在进食障碍等心理学特征^[34],该类人群本身就具有较高的焦虑抑郁风险。

3 基于“郁病同治”原则的治疗策略探索

3.1 治疗总则 针对CC与焦虑抑郁共病“本虚标实、病郁交互、动态演变”的病机特点,治疗须恪守“郁病同治”原则,身心共调、分期而治。

初期(活动期)急则治标,调神疏肝以开郁通腑。此期患者便秘症状突出、情志障碍明显,标实突出而形体未大虚,治疗时当以调畅气机、疏肝解郁为先,佐以导滞通腑,旨在快速缓解便秘主症与情绪障碍,阻断“病郁互结”的恶性循环。

中期(迁延期)缓则治本,化痰祛瘀以解毒开窍。此期患者病程迁延,泻剂依赖明显,常伴结肠黑变病、痰、瘀、浊毒互结,成为阻滞肠腑、扰乱神机之“窠臼”,治疗应在调达气机的基础上,着力于活血化瘀、祛浊解毒、通络开窍,以清除病理产物,恢复肠腑通降与神机清明。

后期(虚损期)固本培元,扶正固本以安神润肠。此期患者气血阴阳俱损,肠失濡润,神失所养,治疗时当以益气养血、滋阴温阳、补益心脾为主,旨在扶助正气、濡养形神,恢复脏腑功能与形神之基。

3.2 分型论治

3.2.1 肝郁气滞证:条达肝木,理气开郁 本证多见于“因病致郁”之情绪反应显著者或“因郁致病”之初期,此时病情相对较轻,形体未虚。此证患者粪质多不干,但排便费力,情绪抑郁或焦躁郁怒、善太息,胸胁闷胀、腹胀、矢气频发,上述症状可随情绪波动加重;舌淡红、苔薄白或薄黄,脉弦。

气机壅滞是“因郁致病”的起始环节,也是“因病致郁”的加重因素。正如《证治汇补》所载“郁病虽多,皆因气不周流,法当顺气为先”,临证可在疏调气机的基础上,进一步辨析焦虑与抑郁之偏重,精准施治。以焦虑为主者,多属气郁化火,肝火扰心,治当疏肝清火、安神定志,方选逍遥散、枳实导滞丸加减,以柴胡、香附、郁金疏肝解郁,枳实、厚朴

降气导滞,同时配合火麻仁、郁李仁润肠通便,玫瑰花、合欢皮解郁安神。气郁化火,见心烦、口苦者,加栀子、牡丹皮、龙胆草以清泻郁火;失眠多梦者,加煅龙骨、煅牡蛎重镇安神。以抑郁为主者,多属肝郁气滞,心神失养,治当疏肝解郁、养心安神,方选逍遥散、柴胡疏肝散加减,以合欢皮、郁金、石菖蒲解郁开窍,酸枣仁、柏子仁养心安神。痰气交阻,见咽中梗阻、舌苔腻者,加半夏、瓜蒌皮以化痰散结。此外,气滞者常兼肺气郁闭,治当宣肃肺气,加桔梗、杏仁、紫菀开提肺气、启上通下,使升降复常、腑气得通。从现代医学角度来看,本法旨在调节脑-肠轴功能紊乱、降低应激反应,从而缓解焦虑抑郁情绪,恢复自主神经对结肠动力的正常支配,改善结肠节律性收缩^[35]。

3.2.2 瘀血阻络证:化瘀通络,祛除窠白 本证多见于病程迁延、长期依赖刺激性泻剂,且伴有结肠黑变内镜表现者。此证患者多有排便困难,腹部时有刺痛,伴面色晦暗、口唇紫暗,思维迟钝,记忆力减退;舌质黯,或有瘀点瘀斑,舌下络脉青紫迂曲,脉细涩。

瘀血既是气郁、久病虚损之果,又是加重神机紊乱之因,故治当活血行气、化瘀通便、开窍醒神。方选血府逐瘀汤、桃红四物汤加减,以桃仁、红花、川芎、丹参活血祛瘀、疏通肠络,同时配合地黄、麦冬、玄参等养阴增液,如“增水行舟”。对伴随结肠黑变病者,可加僵蚕、地龙搜剔络脉之瘀,蒲公英、地锦草清肠腑之毒;忧思少语者,加远志、石菖蒲以化浊开窍。从现代医学角度分析,该证型可能与结肠黏膜色素沉着程度、血液流变学异常、炎症因子水平升高有关,本法可通过增加血液循环、抗炎、抗氧化等途径改善结肠功能^[16]。

3.2.3 心脾两虚证:养心安神,补益心脾 本证多见于久病耗伤、体质虚弱者。此证患者粪质干结,或干硬但排便常虚坐努责,便后疲乏,伴少气懒言,汗出短气,焦虑不宁、虚烦不眠、心悸易惊,或健忘善悲、意志消沉、思维迟缓;舌淡红、边有齿痕,舌苔薄白,脉细数或细弱。

长期便秘或久服泻剂,耗伤气血,致肝、心、脾多脏失养,神失所藏。以焦虑为主者,乃气血不足,心阴亏虚不能制阳,虚热内生而上扰心神,此“火”为“虚火”,故治以健脾养心、清热安神,方药选归脾汤、酸枣仁汤加减。黄芪、党参、白术(生用)健脾益气,当归、龙眼肉养血,酸枣仁、知母、茯神清热安

神,火麻仁、柏子仁、白蜜润肠通便。虚烦不眠者,加煅龙骨、煅牡蛎重镇定志,磁石、远志交通心肾。以抑郁为主者,乃脾虚气陷,清阳不升,气血不能上行滋养脑窍,加之心血亏虚、心神萎靡不振,治以补气养血、升阳悦神,方选黄芪汤、归脾汤合甘麦大枣汤加减。重用黄芪、党参以补气升阳,当归、龙眼肉养血,炙甘草、小麦、大枣养心安神、和中缓急,石菖蒲、远志开窍醒神,升麻、柴胡升举清阳。阳虚畏寒者,可加肉苁蓉、锁阳温阳润肠。本法着眼于纠正“因病致郁”的体虚与焦虑抑郁状态,通过补益气血、养心安神、润肠通便,起到抗焦虑抑郁与改善肠道动力的作用。

3.2.4 气阴两虚兼瘀证:益气养阴,活血解毒 本证为CC与焦虑抑郁共病的复杂兼夹证,多见于长期滥用泻药,常规治疗无效的顽固性便秘患者。此证患者常连续数日无便意,大便干结如羊屎,临厕努挣乏力,口干舌燥,形体消瘦,腹部刺痛,或伴结肠黑变病,少气懒言,善思忧郁;舌红少津或舌淡黯,舌苔少或无,脉细涩。

久药致郁者以泻药戕伐气阴为本、浊毒瘀结为标,虚实夹杂,治宜气阴双补以复肠道濡润之力,化瘀解毒以清肠道秽浊之邪,开窍醒神以复神明清明之态。治疗可选本课题组自拟方益气养阴活血方(由太子参、白术、玄参、地黄、玉竹、枳壳、瓜蒌子、桃仁、赤芍组成)为基础方益气养阴、活血通便^[22,36],方中太子参、白术益气健脾,玄参、地黄、玉竹滋阴养液,枳壳、瓜蒌子行气导滞,桃仁、赤芍化瘀通便,能从病机源头恢复肠道自主动力,避免“泻后复结”。气虚明显、倦怠乏力者,党参易太子参,加黄芪;焦虑烦躁者,加玫瑰花、月季花以疏肝解郁。本法整体调节肠道菌群及其代谢产物,从源头上恢复肠道自主动力、改善焦虑抑郁状态^[22]。

3.3 综合疗法 除上述内服中药以导滞通腑、疏肝解郁、活血化瘀、养心安神、气阴双补和调畅情志外,亦可加用针灸外治疗法辅助改善CC合并焦虑抑郁患者的相关症状。针刺取穴应“调神”与“治肠”并举,可取百会、印堂、神门以安神定志,天枢、大肠俞、上巨虚以调理肠腑,太冲、肝俞以疏肝解郁,针刺补泻兼施。虚寒明显者,配合艾灸神阙、足三里以温通经络、调和气血。亦可与渗透性泻剂联合使用,逐步减少刺激性泻剂的剂量。

临床需高度重视对患者的心理疏导干预。首先,需帮助患者认识长期滥用刺激性泻剂的危害,

并运用认知行为疗法(CBT)纠正其“无泻药不排便”的不良认知与依赖行为。在此基础上,可借鉴肠易激综合征的治疗经验^[37-38],采用肠道定向催眠(GHT)和接纳承诺疗法(ACT)辅助干预,前者是通过专业催眠诱导患者进入深度放松状态,直接调节胃肠感觉、收缩频率和疼痛感知;后者则是引导患者以正念觉察和接纳感受的态度面对不适症状与心理压力,从而减轻情绪困扰,逐步建立对自主排便的信心。此外,指导患者每日定时排便,有助于重建肠道生物反馈节律。

4 结语

本文以“因病致郁”与“因郁致病”理论为纲,探讨CC与焦虑抑郁共病的中医病机。首先,明晰“因病致郁”的路径,除普遍认知的“久病致郁”以外,强调“久药致郁”的病机特点;其次,深化“因郁致病”的传变层次,详述由“气郁致病”到“血郁致病”的演变过程,阐明CC顽固难愈的病理基础。针对以上病机,本文构建了“郁病同治”原则下身心共调、分期而治的整体框架。所提出的“初期调神疏肝、中期化瘀解毒、后期扶正固本”治疗总则,与肝郁气滞、瘀血阻络、心脾两虚及气阴两虚兼瘀等证候的论治方案紧密衔接,形成“分期治则、分证落实”的辨证论治体系,充分彰显“肠病治而神自安、神安而肠病愈”的双向调节优势,以期为临床提供贯通理论与实践的可行路径。本文提出的CC与焦虑抑郁共病病机特点和治疗策略源于理论推导与临床经验,有待大样本、多中心的前瞻性临床研究加以验证与优化。同时,本文提出的中医证型与肠道菌群、特定神经递质标志物之间的关联尚不明确,未来可通过建立“症状-体征-内镜影像-微生物组-代谢组”多维度的中医辨证客观化体系深入研究。

参考文献:

- [1] Marshak R H, Gerson A. Cathartic colon [J]. Am J Dig Dis, 1960, 8(5): 724-727.
- [2] Rao S S C, Rattanakovit K, Patcharatrakul T. Diagnosis and management of chronic constipation in adults [J]. Nat Rev Gastroenterol Hepatol, 2016, 13(5): 295-305.
- [3] The Lancet Gastroenterology Hepatology. The cost of constipation [J]. Lancet Gastroenterol Hepatol, 2019, 4(11): 811.
- [4] Sperber A D, Bangdiwala S I, Drossman D A, et al. Worldwide prevalence and burden of functional gastrointestinal disorders, results of Rome foundation global study [J]. Gastroenterology, 2021, 160(1): 99-114.
- [5] Ranasinghe N, Devanarayana N M, Rajindrajith S, et al. Functional gastrointestinal diseases and psychological maladjustment, personality traits and quality of life [J]. BMC Gastroenterology, 2018, 18(1): 33.
- [6] Murray H B, Flanagan R, Banashefski B, et al. Frequency of eating disorder pathology among patients with chronic constipation and contribution of gastrointestinal-specific anxiety [J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2020, 18(11): 2471-2478.
- [7] Li G, Zhang W, Hu Y, et al. Distinct basal brain functional activity and connectivity in the emotional-arousal network and thalamus in patients with functional constipation associated with anxiety and/or depressive disorders [J]. Psychosom Med, 2021, 83(7): 707-714.
- [8] Liang J, Zhao Y, Xi Y, et al. Association between depression, anxiety symptoms and gut microbiota in Chinese elderly with functional constipation [J]. Nutrients, 2022, 14(23): 5013.
- [9] Wang Y, Shen X, Wang P. Constipation is associated with depression of any severity, but not with suicidal ideation: insights from a large cross-sectional study [J]. Int J Colorectal Dis, 2023, 38(1): 231.
- [10] Yun Q, Wang S, Chen S, et al. Constipation preceding depression: a population-based cohort study [J/OL]. EclinicalMedicine, 2024-01-16. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38264501/>.
- [11] 丁砚秋, 马晓昌, 刘南阳, 等. 郁证的中医证治源流及沿革考辨 [J]. 中华中医药杂志, 2024, 39(9): 4581-4585.
- [12] 张国松, 易法银. 中医之“郁”探讨 [J]. 中医杂志, 2020, 61(3): 261-263.
- [13] 徐向青, 曲淼. “因郁致病”与“因病致郁”理论溯源及临证思考 [J]. 北京中医药大学学报, 2022, 45(9): 878-881.
- [14] 何友成, 蒋风茹, 吴月, 等. 蒽醌类药物治疗功能性便秘的若干思考 [J]. 上海中医药杂志, 2025, 59(2): 19-23.
- [15] Zhang R, Huang C, Wu F, et al. Review on melanosis coli and anthraquinone-containing traditional Chinese herbs that cause melanosis coli [J/OL]. Front Pharmacol, 2023-05-04. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37214441/>.
- [16] 李梦阁, 党志博, 王炳恒, 等. 张磊从瘀论治顽固性便秘并结肠黑变病经验 [J]. 中医杂志, 2023, 64(4): 334-337.
- [17] 何友成, 蒋风茹, 王妍茹, 等. 中西医结合视角下泻剂结肠到泻药依赖性便秘的诊治思路 [J/OL]. 中国实验方剂学杂志, 2025-03-31. <https://doi.org/10.13422/j.cnki.syfjx.20250512>.
- [18] Rao S S C, Brenner D M. Efficacy and safety of over-the-counter therapies for chronic constipation: an updated systematic review [J]. Am J Gastroenterol, 2021, 116(6): 1156-1181.
- [19] Noergaard M, Andersen J T, Jimenez-Solem E, et al. Long term treatment with stimulant laxatives-clinical evidence for effectiveness and safety? [J]. Scand J Gastroenterol, 2019, 54(1): 27-34.
- [20] Wolf P G, Parthasarathy G, Chen J, et al. Assessing the colonic microbiome, hydrogenogenic and hydrogenotrophic genes, transit and breath methane in constipation [J]. Neurogastroenterol Motil, 2017, 29(10): 1-9.
- [21] Zou H, Gao H, Liu Y, et al. Dietary inulin alleviated

- constipation induced depression and anxiety-like behaviors: Involvement of gut microbiota and microbial metabolite short-chain fatty acid[J/OL]. *Int J Biol Macromol*, 2024-01-12. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38219945/>.
- [22] 何友成,单静怡,蒋风茹,等.益气养阴活血方治疗泻药性结肠的疗效观察及病情影响因素分析[J]. *中国实验方剂学杂志*, 2026, 32(11): 173-184.
- [23] Wang J, Ren Y, Chen J, et al. *Bifidobacterium animalis* subsp. *Lactis* A6 alleviates comorbid constipation and depression by rebalancing tryptophan metabolism[J]. *Sci Bull*, 2025, 70(22): 3738-3742.
- [24] Chojnacki C, Mędrek-socha M, Błońska A, et al. A low FODMAP diet supplemented with l-tryptophan reduces the symptoms of functional constipation in elderly patients[J]. *Nutrients*, 2024, 16(7): 1027.
- [25] Chojnacki C, Popławski T, Konrad P, et al. Antimicrobial treatment improves tryptophan metabolism and mood of patients with small intestinal bacterial overgrowth[J]. *Nutr Metab (Lond)*, 2022, 19(1): 66.
- [26] Shi Y, Han Y, Jiang J, et al. Oat fiber alleviates loperamide-induced constipation in mice by modulating intestinal barrier function[J]. *Nutrients*, 2025, 17(15): 2481.
- [27] Tan H. The microbiota-gut-brain axis in stress and depression[J/OL]. *Front Neurosci*, 2023-04-14. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37123352/>.
- [28] Li J, Li Y, Zhao J, et al. Effects of *Bifidobacterium breve* 207-1 on regulating lifestyle behaviors and mental wellness in healthy adults based on the microbiome-gut-brain axis: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial[J]. *Eur J Nutr*, 2024, 63(7): 2567-2585.
- [29] Rakeshkumar P P, Bommaraju S, Datusalia A K, et al. Novel molecular insights into the role of CRH type 1 receptor in the pathophysiology of depression[J/OL]. *Biochem Pharmacol*, 2025-10-17. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41110482/>.
- [30] Yu S, Wang L, Jing X, et al. Features of gut microbiota and short-chain fatty acids in patients with first-episode depression and their relationship with the clinical symptoms[J/OL]. *Front Psychol*, 2023-04-24. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37168424/>.
- [31] Kumar A, Pramanik J, Goyal N, et al. Gut Microbiota in anxiety and depression: unveiling the relationships and management options[J]. *Pharmaceuticals (Basel)*, 2023, 16(4): 565.
- [32] Richards M M, Banez G A, Dohil R, et al. Chronic constipation, atypical eating pattern, weight loss, and anxiety in a 19-year old youth[J]. *J Dev Behav Pediatr*, 2010, 31(S3): S83-S85.
- [33] Roerig J L, Steffen K J, Mitchell J E, et al. Laxative abuse: epidemiology, diagnosis and management[J]. *Drugs*, 2010, 70(12): 1487-1503.
- [34] Gibson D, Benabe J, Watters A, et al. Personality characteristics and medical impact of stimulant laxative abuse in eating disorder patients-a pilot study[J]. *J Eat Disord*, 2021, 9(1): 146.
- [35] Lu C, Zhao L, Tian L, et al. Antidepressant advantage of Chaihushugan san in female mice: A novel signaling mechanism in hippocampus[J/OL]. *J Ethnopharmacol*, 2024-07-23. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39053711/>.
- [36] 何友成,蒋风茹,李思汉,等.基于络病理论探讨辛润通络法治泻剂结肠的理论内涵[J]. *上海中医药杂志*, 2024, 58(3): 47-51.
- [37] Johannes P, Camille F, Bettina K, et al. Intestinal microbiome in irritable bowel syndrome before and after gut-directed hypnotherapy[J]. *Int J Mol Sci*, 2018, 19(11): 3619.
- [38] Black C J, Thakur E R, Houghton L A, et al. Efficacy of psychological therapies for irritable bowel syndrome: systematic review and network meta-analysis[J]. *Gut*, 2020, 69: 1441-1451.

编辑:严 林

收稿日期:2025-12-13