

# 基于“土壅木郁”理论辨治功能性便秘伴焦虑、抑郁状态

黄志鸿<sup>1</sup>, 章 蓓<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>南京中医药大学研究生院, 江苏 南京

<sup>2</sup>南京中医药大学附属南京中医院, 江苏 南京

收稿日期: 2026年1月27日; 录用日期: 2026年2月22日; 发布日期: 2026年2月28日

## 摘 要

功能性便秘(FC)患者常伴随精神心理异常, 其中焦虑、抑郁障碍的发生率显著高于健康人群。目前, 该病发病机制尚未完全阐明, 临床治疗多存在副作用显著、远期疗效不理想等问题。“土壅木郁”理论源于中医经典五行学说, 核心旨在阐明脾土运化失健、中焦气机壅遏, 进而反侮肝木, 导致肝失疏泄、条达不畅的病理演变过程。这一理论与FC患者焦虑、抑郁的形成过程相契合: 脾虚不运、土气壅滞是病程发展的始动因素, 枢机不通、木郁不达而情志失调为其演变结局。临床上可依据“木郁”的阶段变化特点将功能性便秘合并焦虑抑郁状态划分为三个不同时期, 由此总结出健脾理气通腑、疏肝泻火导滞、养血润肠的对应治法, 以期为临床同道提供参考。

## 关键词

功能性便秘, 焦虑, 抑郁, 中医, 土壅木郁

# Treatment of Functional Constipation Complicated with Anxiety and Depression Based on the Theory of “Earth-Obstructing and Wood-Stagnation”

Zhihong Huang<sup>1</sup>, Bei Zhang<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>Graduate School, Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing Jiangsu

<sup>2</sup>Nanjing Hospital of Chinese Medicine Affiliated to Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing Jiangsu

Received: January 27, 2026; accepted: February 22, 2026; published: February 28, 2026

\*通讯作者。

文章引用: 黄志鸿, 章蓓. 基于“土壅木郁”理论辨治功能性便秘伴焦虑、抑郁状态[J]. 临床医学进展, 2026, 16(3): 187-192. DOI: 10.12677/acm.2026.163778

## Abstract

Patients with functional constipation (FC) are frequently accompanied by mental and psychological abnormalities, among which the incidence rates of anxiety and depressive disorders are significantly higher than those in healthy individuals. At present, the pathogenesis of this disease has not been fully elucidated, and clinical treatments are mostly associated with problems such as significant side effects and unsatisfactory long-term efficacy. The theory of “Earth-obstructing and wood-stagnation” is derived from the classic Five Elements Theory in traditional Chinese medicine, whose core is to clarify the pathological evolution process in which the dysfunction of the spleen (corresponding to Earth) in transportation and transformation leads to the stagnation of qi in the middle energizer, which in turn counteracts the liver (corresponding to Wood), resulting in the failure of the liver to disperse and regulate qi smoothly. This theory is consistent with the development process of anxiety and depression in FC patients: spleen deficiency with impaired transportation and stagnation of Earth qi serve as the initiating factors in the progression of the disease, while blocked qi movement and constrained Wood qi lead to emotional disorders as the ultimate outcomes of its evolution. Clinically, FC complicated with anxiety and depression can be divided into three distinct stages according to the characteristics of qi constraint in the liver during different phases, and corresponding therapeutic methods including invigorating the spleen, regulating qi and unblocking the fu organs, soothing the liver, purging fire and relieving stagnation, as well as nourishing yin, calming the blood and moistening the intestines are summarized accordingly, so as to provide a reference for clinical practitioners.

## Keywords

Functional Constipation, Anxiety, Depression, Traditional Chinese Medicine, Earth-Obstructing and Wood-Stagnation

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

## 1. 引言

功能性便秘(functional constipation, FC)是临床上常见的胃肠道功能性疾病,核心临床表现为排便困难、排便次数减少或排便不尽感。因现代社会生活节奏加快、饮食结构改变及社会心理因素等多重影响,FC病程多迁延难愈,患者因长期受便秘症状困扰,常合并焦虑、抑郁等精神心理障碍[1]。目前,FC合并焦虑抑郁等情绪障碍疾病的发病机制尚不明确,有研究推测其可能与5-羟色胺(5-HT)水平异常有关,因其为一种肠内的神经递质,具有调节人的情绪、认知等多种生理功能[2]。西医针对FC多使用泻剂对症治疗,此类药物虽能在短期内极大改善排便困难,但停药后病情易复发,且长期服用可能导致结肠黑变病(melanosis coli, MC)等副作用[3]。对于合并焦虑抑郁状态者,常同时联合抗焦虑抑郁药物干预,目前以5-HT再摄取抑制剂(SSRIs)临床应用最为广泛,但其易引发恶心呕吐、消化不良等胃肠道反应以及性功能障碍,且存在一定程度的戒断症状[4]。此外,临床应用抗焦虑抑郁药物时,仍面临具体疗程、停药指征不明确等难题,患者对长期服药也多存顾虑。因此,如何实现FC与焦虑抑郁状态的共同治愈,已成为当前临床诊疗中的突出难题。

在中医理论体系中,功能性便秘(FC)属于“便秘”“后不利”范畴,对于焦虑抑郁状态,与中医“郁

证”、“脏躁”等病证有关。目前中医领域对于 FC 合并焦虑、抑郁等情志异常的辨证分型尚未形成统一规范标准,现代医家多从脑、肠相关方面展开辨治,虽提出较多干预措施,但对其病机变化及个体化治疗所述甚少[5]-[7]。本文基于“土壅木郁”理论,系统解析 FC 与焦虑、抑郁之间的病机演变,依据疾病进展过程中所呈现的不同临床表现辨证施治,现总结相关辨治经验,以飨同道。

## 2. “土壅木郁”的理论历史沿革及其内涵

“土壅木郁”是基于中医五行学说中“土侮木”理论衍生的病理概念。在五行对应关系中,脾属土、肝属木,生理状态下,二者为“脾土荣木、肝木疏土”的协同关系。倘若因饮食失节、久病迁延或年老体虚等因素,导致脾胃运化功能失常,土气不畅,进而反克肝木,使肝失疏泄、气机郁滞,临床可见情志抑郁、胸胁胀满等症状。“土壅木郁”在古代中医典籍中并未明确提出,仅有“土陷木郁”“土陷木遏”之类说法,然其核心内涵与“土壅木郁”异曲同工。如清代医家黄元御提出“肝随脾升,胆随胃降,木荣而不郁……劳伤中气,土湿木郁,则生惊悸……湿则土陷而木遏,疏泄不行。”以及“阳衰土湿,水谷消迟,谷精埋郁,不能化气,陈腐壅遏,阻滞脾土,木气遏郁,土木郁蒸。”等观点,明确指出惊悸、食积等病症的发生,本质是由脾胃壅滞导致肝木疏泄失常的结果。直至近代,医家秦伯未在《谦斋医学讲稿·论肝病》中首次明确提出“土壅木郁”这一术语,并强调通过治疗中焦以御木侮[8],进一步丰富了该理论内涵,并使之表述更加规范。

## 3. 基于“土壅木郁”分析 FC 伴焦虑抑郁状态的病机演变

### 3.1. 土气壅滞为发病之源

脾主升清以输布水谷精微、胃主降浊以传导饮食糟粕下行;大肠主津、司传导,承接胃之浊气,使糟粕转化为粪便排出;肝主疏泄,宣达气机以调情志,三者间协调配合,共同维系气机条达、情志平和。《素问·玉机真脏论篇》言:“脾不足,令人九窍不通。”若脾虚不运,清气不升、浊阴不降致土气壅塞、腑气不通,发为便秘。粪便滞留肠腑,进一步加重“土壅”这一病理因素,致土壅侮木,影响肝脏的疏泄功能,逐渐出现木郁不舒而情绪异常。国外学者 Mayer [9]的一项研究表明,情绪变化与内脏的刺激感觉反应存在明确关联性,内脏组织受刺激后产生的感觉信号可以影响大脑情感区域,进而引发情绪状态的变化,导致和(或)加重 FC 患者的焦虑抑郁情绪,侧面证实了“土壅”作为疾病发展的始动因素,可进一步传变导致“木郁”的发生。

### 3.2. 木气拂郁,情志失调

#### 3.2.1. 初期肝郁气滞,抑郁寡欢

肝属木,主疏泄,既能维系血脉通利、促进血液正常运行,又能调畅全身气机控制精神情志活动,保障心神安定。清代医家王孟英指出:“七情之病,必从肝起。”在疾病初期,因土壅渐重,壅滞之土气反克肝木使木气升发不畅,导致疏泄不利、肝郁气滞,进而引发情志调控失常。因这一时期木郁初现,尚化火伤阴,故患者就诊时多为心境低落、对日常活动无兴趣、无愉悦感、善太息、委屈欲哭、胸胁胀满,舌淡红、苔白,脉弦。此阶段患者症状较轻,以情绪症状为主,认知及躯体症状反而不显著。

#### 3.2.2. 中期肝火上炎,焦虑烦躁

《临证指南医案·郁》云“郁则气滞,气滞久则化热,热则津伤,津伤则燥”,肝为刚脏,性喜条达而恶抑郁,其内寓相火,若长期肝气郁滞不通,“气有余便是火”,便可从阳化火生热,耗气伤津。从现代医学视角分析,焦虑症人群多存在焦虑烦躁、过度紧张、急躁易怒等人格特质,同时伴有面红目赤、口苦咽干、肋肋胀痛、肌肉紧张、抽搐震颤、记忆力减退、决断能力下降、纳食减少、夜寐难安等认知及

躯体症状[10] (这类症状群恰好与中医肝郁化火的特征相符), 切诊可见舌红苔黄, 脉象弦数, 提示病症已由早期的单纯气机郁滞进展至中期化火伤津的病理阶段。中医理论强调肝藏血, 血舍魂, 而魂调控着人体情绪、动机等本能性活动, 是人身动机及情绪产生的源头[11]。如果肝火亢盛、相火妄动, 则易激惹、头晕头痛、出汗; 魂不守舍则脑髓失养, 出现注意力难以集中、健忘; 母病及子则心神不宁, 出现坐卧难安、入睡困难(不同于初期时, 此阶段患者焦虑及躯体症状明显, 情感症状反而相对隐匿)。

### 3.2.3. 后期肝阴虚损, 阴亏阳亢

《医宗金鉴》曰: “盖肝为木气, 全赖土以滋培, 水以灌溉。若中土虚, 则木不升而郁。阴血少, 则肝不滋而枯。”肝藏血属阴, 主疏泄为用, 肝之阴血充盛则能敛制肝阳, 维系肝脏正常生理功能, 进而调控精神活动, 维持情志稳定、心境愉悦及思维敏捷。土壅木郁迁延日久, 病及营血, 势必耗损肝阴, 导致肝脏濡养功能减退; 阴血不足而虚热内灼, 呈现“阴亏阳亢”这一特殊病理变化。一方面, 肝阴亏虚, 疏泄不利致气机阻滞于胸胁及情志层面, 表现为情绪低落、兴趣减退等抑郁症状; 另一方面, 肝阴敛制功能失司, 肝阳偏亢而又引发情绪过度亢奋状态。因此患者常呈现“抑郁”与“亢奋”并存的混合情绪状态, 以躁狂与抑郁交替发作为核心特征, 如日间烦躁易怒而夜间情绪低落(这一特征也与现代医学中“双相情感障碍”的临床表现相类似[12]), 《临证指南医案》中强调因思虑情志所伤, 病机为肝脾不调者, 在春夏交接时期更易引发, 且病情尤重, 须以移情易性, 怡悦开怀[12]。

## 4. 从“土壅木郁”分期探析 FC 伴焦虑抑郁状态的治则治法

### 4.1. 初期宜运脾理气通腑为先

李东垣于《脾胃论》中指出: “凡怒、忿、悲、思、恐惧, 皆损元气……善治斯疾者, 惟在调和脾胃。”强调顾护脾胃、健补脾气在情志病的治疗有至关重要的作用。纵观 FC 并发焦虑抑郁状态的过程中, 脾虚土壅、气机失调始终贯穿全程, 而肝郁为病机之枢, 肠滞为外在之标。故治疗时, 应审慎辨治, 不可偏于一隅, 当以运脾理气、疏肝解郁为治则, 重在恢复肝脾正常功能, 方选逍遥散合黄芪汤加减。方中柴胡疏肝理气、黄芪益气助运, 二者协同以恢复肝脾调和, 共为君药。当归、白芍养血柔肝; 火麻仁、白蜜润肠通便; 陈皮、白术、茯苓、甘草合用共奏培植中土而升木达郁之功。现代研究[13]已证实, 逍遥散具有抑制神经炎症相关通路、调节 HPA 轴功能、改善神经递质代谢等抗焦虑抑郁作用。初期治疗虽以补促运, 以运为通, 然临证仍须慎用补药, 因其滋腻碍胃, 易壅塞脾胃气机, 使推运之力减弱; 若大量应用行气药则又易耗气伤阴, 故临证时应灵活施治, 可适当辅用玫瑰花、合欢花、绿萼梅等芳香花蕊卉穗之品以代茶饮, 既避免刚燥, 又可以巧制胜、轻清展气, 更好发挥脏腑助运气机功能, 理气解郁, 怡人情志。

### 4.2. 中期当疏肝泻火导滞为要

疾病进展至中期, 肝失疏泄, 气机失调, 进而郁滞化火、灼伤阴液, 属实中夹虚证。《辨证录·大便秘结门》云: “欲开大肠之闭, 必先泻肝木之火”, 郁火既消, 则情志调、便秘通, 故确立泻肝导滞、清解郁火为治疗核心法则, 方选当归龙荟丸合丹栀逍遥散加减。方中以龙胆草、芦荟为君, 苦寒沉降, 直泻肝胆实火; 黄芩“泻相火清风木”、黄连“泻心火而除烦热”、黄柏“疏肝脾而泻湿热”, 配栀子增清热之力, 共为臣药; 肝木郁滞易耗伤阴血, 柴胡、芍药相伍, 可滋肝阴、养血分以润燥滑肠; 酸枣仁、牡丹皮养血安神定志; 佐木香疏肝行气, 冀气机条达则腑气自通之义; 鉴于方中苦寒泻下之品偏多, 恐伤脾胃正气, 遂加之茯苓、白术益气健脾, 固护中土; 甘草调和诸药, 缓和苦寒之性。全方共奏疏肝泻火、清热导滞、润肠通便之功, 在条达肝之气机、清泻郁火的同时顾护脾胃运化, 使气血充盛而正气无伤以耐受苦寒泻下之攻伐。遵周学海《读医随笔》中“平肝者舒肝也非伐肝也, 肝之性, 喜升而恶降, 喜散

而恶敛。”所训[14], 方中既不过泻以伤正, 又不过补以助热, 最终达到标本同治之效。目前相关报道曾指出大黄、芦荟等蒴酩类泻药可导致结肠黑病变, 但近期研究显示在停止治疗后, MC 会在 3 个月至半年左右逐渐消退, 表明芦荟在医师控制剂量及疗程的前提下仍是较安全的治疗便秘的中药[15]。

### 4.3. 后期须养阴补血润肠为本

便秘迁延未愈, 邪留不去则气耗阴亏, 既致生血无源、肠道失润, 便秘益发顽固, 又可化虚火扰心致心神不宁而加重焦虑抑郁情绪。《类证治裁》言: “凡肝阴不足, 必得肾水以滋之”, 治宜养阴补血、润肠通滞, 方选滋水清肝饮加减。方中熟地黄滋肾阴、山茱萸养肝阴、山药补脾阴, 三药相协以臻“阴平阳秘, 精神乃治”之效, 共为君药。当归、何首乌补益精血兼润肠通便; 柴胡、白芍、酸枣仁养血敛阴柔肝, 补肝体以助肝用, 与甘草相合更奏酸甘化阴生津之功, 且现代药理研究[16]表明柴芍相配可有效增强 5-HT 等神经递质的表达, 有助于改善焦虑抑郁情况。木郁不达易致脾虚失运, 故加白术、茯苓益气健脾以实土御木, 使营血化生有源; 丹皮清热凉血, 制山茱萸温涩之性。全方以甘温、甘平之品为主, 遵循“滋水涵木、培土御木”的核心思想, 滋阴而不滋腻、疏肝而不伤阴、健脾而不燥湿, 通过补泻兼施、疏养并举, 最终恢复脏腑互生互养、三焦气机条达的良性循环。

## 5. 验案举隅

患者, 女, 45 岁, 2024 年 5 月 19 日初诊, 主诉: 大便困难 10 年余。现病史: 患者自诉 10 年前出现排便困难, 平均 4~5 日一行, 大便干结难解, 多为羊粪状, 如厕时每用力努挣、达半小时以上, 且排便不尽感尤为明显。遂就诊于当地医院, 曾先后口服乳果糖、比沙可啶、番泻叶等药物辅助排便, 开始服用时, 服完即排, 近 3 月来药后效果逐渐不佳, 需手动排便, 甚则灌肠治疗。若一日未排便, 则不思饮食、彻夜难眠, 思维难以集中, 反复纠结于排便问题, 整日情绪低落, 兴趣减退, 紧张不安, 敏感多疑, 易激惹发怒, 五心烦热, 咽干口燥, 潮热盗汗, 胸胁胀满不适, 舌红少苔, 脉弦细数, Wexner 评分为 16 分。治拟疏肝健脾、滋阴养血, 予滋水清肝饮加减。具体方药为: 熟地黄 20 g、山茱萸 15 g、山药 15 g、当归 20 g、柴胡 8 g、白芍 10 g、酸枣仁 10 g、炒白术 20 g、茯苓 10 g、牡丹皮 6 g、泽泻 6 g、栀子 6 g、麸炒枳壳 15 g、厚朴 10 g、炙甘草 6 g。水煎服, 每日 1 剂, 分早晚两次, 共 14 剂。同时嘱患者多进行户外活动、增加水分及纤维素摄入。

2024 年 6 月 3 日二诊, 患者诉自服药 7 天后焦虑抑郁情况缓解, 自觉心情较前舒畅, 情绪较前稳定, 与家人争吵次数减少, 躯体化症状未发, 纳食可, 大便约 2~3 日一行, 干结便次数减少, 但胸胁及腹部胀满仍间断发作, 时感口干, 舌淡红, 苔薄白, 脉弦细数。再次评估 Wexner 量表, 得分为 11 分。守初诊方去泽泻、栀子两味, 加玄参、佛手各 10 g, 再服 14 剂。

2025 年 6 月 20 日三诊, 患者口干、潮热盗汗、疲乏等症状明显好转, 情绪稳定, 大便 1~2 日一行, 质软成型, 舌淡红、舌体胖大边有齿痕, 脉弦。Wexner 评分为 5 分。考虑患者阴虚已无, 改予逍遥散合黄芪汤巩固疗效, 继服 1 月。

2025 年 7 月 28 日电话随访, 患者告知诸症消失, 情绪、饮食、睡眠、排便均正常, 后定期至门诊取药。

按: 患者中年女性, 便秘达 10 年之久, 长期服用泻药, 加之久病耗气, 脾胃既虚, 肠道传导无力, 气机阻滞不通, 因而便秘顽固不愈, 土壅难除。土气侮木, 病邪渐由脾及肝发展, 使肝气郁滞, 疏泄不利, 故情志失调。患者五心烦热, 咽干口燥, 潮热盗汗, 结合舌苔脉象, 阴虚明显, 判断其木郁已化火灼阴, 损及阴血, 故辨为木郁后期, 故予滋水清肝饮化裁, 滋阴养血、调和枢机。二诊时患者木郁得通, 症状有所好转, 但仍有口干、胸胁及腹部胀满, 故去泽泻、栀子两味, 增玄参滋阴养血、佛手理气和中, 以

复健运。三诊症状已明显改善, 阴虚之象近无, 此为津液复还征兆, 仍存的神疲食少为血不养身所致, 故易为逍遥散合黄芪汤维持治疗, 遵“见肝之病, 知肝传脾, 故以实脾”训, 防止疾病再发伤脾。后期电话随访 3 个月, 诸症消失。纵观治疗全程, 以“土壅木郁”理论为指导审慎求因、灵活施治, 从而达到执简御繁, 最终恢复五脏和、肠滞通、情志畅的正常生理状态。

## 6. 结语

伴随着医疗技术的持续革新, 对于 FC 伴焦虑抑郁状态有了更加深入的认识, 医家愈加重视患者的生活质量与预后等多方面问题。从土壅木郁理论出发, 从而把握“木郁”所处的阶段, 通过分期论治提升治疗的精准性, 针对性地给予治疗手段及康复指导, 对于临床指导具有重要意义。因该理论所存记载相对匮乏, 其在现代临床实践中的应用探索尚处于起步阶段, 今后仍需深入挖掘该理论的内在机制, 以进一步开展相关研究以探明其内涵, 为临床方案的优化提供理论支撑与实践依据。

## 声明

本研究获得南京市中医院伦理委员会批准(审批号: 2026KY002-01), 患者均签署知情同意书。

## 基金项目

国家中医药管理局全国名老中医药专家传承工作室支持项目(编号: 国中医药人教发[2011]41); 南京市名中医工作室项目(项目编号: 2023-NJSMZYGZS-ZB)。

## 参考文献

- [1] 王慧静, 陈佳良, 姚树坤. 功能性便秘患者的社会人口学特征与精神心理状况研究进展[J]. 医学综述, 2019, 25(16): 3146-3150.
- [2] 王李, 童卫东. 基础研究在慢性便秘临床疗效提高中的推进作用[J]. 中华胃肠外科杂志, 2017, 20(12): 1348-1350.
- [3] 郁强, 刘薇, 蒋静, 等. 不同泻药致豚鼠结肠黑变病的实验研究[J]. 北京中医药大学学报, 2018, 41(1): 53-59.
- [4] Philips, E.M., Peeters, B., Teeuw, A.H., Leenders, A.G.E., Boluyt, N., Brilleslijper-Kater, S.N., et al. (2015) Stressful Life Events in Children with Functional Defecation Disorders. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, **61**, 384-392. <https://doi.org/10.1097/mpg.0000000000000882>
- [5] 刘秦浪, 孙林梅, 孙慧, 等. 从脑肠轴探讨功能性便秘伴情绪异常发病机制的研究进展[J]. 世界中医药, 2022, 17(4): 579-582+589.
- [6] 杨艳丽, 隋楠. 功能性便秘与焦虑障碍共病机制及治疗策略研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2025, 27(12): 155-161.
- [7] 陈志杨, 李家诚, 吴本升, 等. 基于“脑肠同调”治法探析柴胡加龙骨牡蛎汤治疗功能性便秘伴情绪障碍[J]. 江苏中医药, 2025, 57(7): 28-31.
- [8] 秦伯未. 谦斋医学讲稿[M]. 上海: 科学技术出版社, 1978: 114.
- [9] Mayer, E.A., Aziz, Q., Coen, S., Kern, M., Labus, J.S., Lane, R., et al. (2009) Brain Imaging Approaches to the Study of Functional GI Disorders: A Rome Working Team Report. *Neurogastroenterology & Motility*, **21**, 579-596. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2982.2009.01304.x>
- [10] 贾竑晓, 李雪, 尹冬青, 等. 广泛性焦虑障碍中西医结合诊疗指南[J]. 现代中医临床, 2023, 30(6): 21-27+35.
- [11] 钟霞, 康晨, 滕晶, 等. 中医“魂”概念的文献研究及其应用探讨[J]. 中华中医药杂志, 2023, 38(9): 4457-4460.
- [12] 叶天士. 临证指南医案[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006.
- [13] 陈铮, 杜立建. 逍遥散加减治疗焦虑症临床观察[J]. 山西中医, 2016, 32(12): 6-9.
- [14] 郑洪新, 李敬林. 周学海医学全书[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2015: 302.
- [15] 黄炜锐, 余彬彬, 余越. 芦荟治疗便秘的研究进展[J]. 中草药, 2024, 55(11): 3874-3885.
- [16] 许鹏, 章程鹏, 周童. 中医药改善抑郁症发病机制的研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志, 2021, 27(9): 244-250.