

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2026.15.013

临证心得

基于“重强窍塞”探析功能性便秘的病机及分型辨治

师浩然, 梁可欣, 智菁, 张至柔, 赵鲁卿✉

首都医科大学附属北京中医医院, 北京市东城区美术馆后街 23 号, 100010

[摘要] 基于李杲“重强”“九窍不通”之论, 提出“重强窍塞”的病机观点, 认为功能性便秘的核心病机在于脾肺同陷、湿浊壅滞, 腑气因之不通。在此框架下, 脾虚湿陷为出口梗阻型便秘的主要病机, 肺气下陷为慢传输型便秘的关键病机, 两种病机兼见则形成混合型便秘。以此为指导, 将功能性便秘分为三型辨治: 出口梗阻型治以通腑降浊、开窍启闭, 方用自拟升陷通窍汤; 慢传输型治以宣肺运脾、升陷助运, 方用自拟宣肺运脾汤; 混合型治以宣肺运脾与升清降浊并举, 方用自拟宣运通窍汤, 临证尚需结合兼夹证候随证化裁。

[关键词] 功能性便秘; 重强窍塞; 脾肺同陷; 湿浊壅滞

功能性便秘 (functional constipation, FC) 是一种常见的功能性肠病, 以排便次数减少, 粪便干结, 排便费力, 排便不尽感等为主要临床表现, 病程通常超过 6 个月。FC 主要包括慢传输型便秘 (slow transit constipation, STC)、出口梗阻型便秘 (outlet obstructive constipation, OOC) 及混合型便秘 (mixed constipation, MC) 三种类型, 其病理机制各有侧重^[1]。流行病学调查显示, 功能性便秘在全球范围内的患病率为 10%~15%, 且随年龄增长而逐渐升高^[2-3]。长期便秘可诱发痔疮、肛裂, 增加心脑血管事件风险, 严重影响患者生活质量, 已成为备受关注的公共卫生问题^[4]。现代医学治疗 FC 常用泻剂 (如容积性泻剂、渗透性泻剂、刺激性泻剂)、促动力药及促分泌药等, 虽可暂时缓解症状, 但远期疗效欠佳, 且长期使用刺激性泻剂易导致药物依赖、结肠黑变病及泻剂结肠等不良反应^[5]。

中医学将 FC 归属于“便秘”“大便难”“脾约”等范畴, 中医药治疗多按照热积秘、气滞秘、寒积秘、气虚秘、阳虚秘、阴虚秘、血虚秘等证型辨证论治, 具有疗效确切、不易复发的优势^[6]。《伤寒论·辨阳明病脉证并治》有“趺阳脉浮而涩, 浮则胃气强, 涩则小便数, 浮涩相搏, 大便则硬, 其脾

为约”之论, 后世医家多从脾约津亏、肠道燥结立论, 治以麻子仁丸增液润下^[7-8]; 或从气血亏虚、肠道失濡立论, 治以黄芪汤、润肠丸等补益通便^[9-10]。我们在临床发现, 不少 FC 患者虽表现为排便费力、粪便干结, 但整体伴有腹胀纳呆, 神疲乏力, 肛门坠胀, 舌淡胖、苔白腻等脾虚湿盛之象。对于此类患者, 若按上述常规证型辨治, 常陷入两难困境: 见其便干则投以增液润下、攻下导滞之品, 初服似可暂通, 久则愈通愈秘, 反致湿浊下陷更甚; 见其乏力则径用补气升提之剂, 却因湿浊未化, 补而壅滞, 腹胀愈增。因此, 我们基于东垣“重强”之旨, 结合“九窍不通”之论, 提出“重强窍塞”病机观点, 认为此类顽固性 FC 可因脾肺同陷、湿浊壅滞所致, 临床以宣肺运脾、升陷开窍等法治之, 现总结如下。

1 “重强窍塞”的内涵

“重强”首见于《素问·玉机真藏论篇》, 言: “脾为孤藏, 中央土以灌四傍……太过则令人四支不举, 其不及则令人九窍不通, 名曰重强”。经文以脾之太过与不及对举, 其中“不及”所致“重强”, 是指脾虚失运, 不能输布精微以养九窍, 故九窍失其常度而不通。历代注家对“重强”之解读各有侧重。王冰《重广补注黄帝内经素问》注曰: “重, 谓脏气重叠; 强, 谓气不和顺”, 以气机壅滞、不相协调为解。《类经》云: “重强, 不柔和

基金项目: 国家自然科学基金(82474414); 北京市科技新星交叉课题(20240484697); 北京市高创青苗人才项目(G202524132)

✉ 通信作者: zhaoluqing@bjzhongyi.com

貌,沉重拘强也”,从症状体征角度阐发其外在表现。《素问吴注》更以“言邪威也”强调其为病邪盛极、正气受困之象。诸家或从气机不和立论,或从症状体征着眼,皆以“重”为壅滞叠聚,“强”为不和、不畅之病态。李杲将《黄帝内经》之论与内伤虚损病证相结合,赋予“重强”新的病机内涵^[11],认为“重强”的本质不仅是脾虚,更是脾胃作为气机升降枢纽的功能减退,导致清阳不升,湿浊不降。《脾胃论·脾胃虚则九窍不通论》中的论述有助于理解“重强”病机,即“肺本收下,又主五气,气绝则下流,与脾土叠于下焦,故曰重强”。具体来看,“肺本收下”言肺气肃降、收敛的生理特性;“气绝则下流”指肺气虚极,失其治节之权,非但不能正常敛降,反而出现病理性下陷;“与脾土叠于下焦”则点明“重强”的核心病机是脾虚湿浊内生,肺虚气陷不升,二者同聚下焦,相互胶结,互为因果。此即“叠”字之深意,非单一病邪为患,而是气陷与湿浊两种病理因素交结为患。基于此,“重强”之病机实质即脾肺同陷、湿浊壅滞,以致脏腑枢机不利。

九窍为清阳出入之门户,赖清气以养,恶湿浊所干。《脾胃论·脾胃虚则九窍不通论》云:“有形之土,下填九窍之源,使不能上通于天”,指脾虚所生之湿浊是填塞九窍之根本,使清阳不能上通于天。魄门是否归属于九窍,历代虽有争议(如《难经》将其归入六腑),但对于窍为人体与外界沟通之纽带,众家认识一致。本文从功能角度出发,取“下填九窍之源”之义,将魄门视为九窍之功能末端。魄门位居下焦,为肠腑传导之末,与脾胃、大肠关系最为密切,水谷精微被吸收后,糟粕由此排出体外。就FC而言,湿浊盘踞于此,魄门启闭失司,遂成窍塞之变,表现为大便排出困难、肛门坠胀、排便不尽感诸症。此即“窍塞”之谓,与“重强”合而为“重强窍塞”,兹以此为切入点,探讨FC之病机与辨治。

2 基于“重强窍塞”的FC病机认识

FC病位在大肠与魄门,究其根本,实与脾肺两脏功能失常密切相关。基于“重强窍塞”的病机观点,FC的核心病机可概括为脾肺同陷、湿浊壅滞,腑气因之不通。

2.1 脾虚湿陷,湿浊盘踞下焦

脾主运化,为气机升降之枢纽。脾运健则清升浊降,糟粕按时下传。若脾虚失运,则水谷不化精

微,反生湿浊。湿性重浊黏滞,易于下趋,加之脾虚清阳不升,湿浊遂乘虚下陷,直趋魄门。在“重强窍塞”的认识框架下,OOC可视为以脾虚湿陷为主导,湿浊壅滞,实邪填塞则气机出入不利;脾虚气陷,清阳不升则魄门失于清阳濡养,排便感觉迟钝,推动无力则粪便滞留。其临床表现不在便次减少,而在排便不尽,肛门坠胀,粪质黏滞不爽,努挣而难出。现代医学认为此类便秘的病理机制主要有两个方面:一为盆底松弛,直肠黏膜内脱垂,排便时松弛的黏膜组织折叠下移,直接形成物理性梗阻,阻碍粪便通过^[12];二为直肠感觉功能减退,盆底肌协调障碍,直肠对粪便刺激感知迟钝,排便时盆底肌群矛盾收缩,导致粪便滞留难出,排出无力^[13]。上述两种机制,与脾虚湿陷所致的气机不利、推动无力,在病理认识上具有一定的相通性。

2.2 肺气下陷,肠道传送无力

肺主气,司宣发肃降,与大肠相表里。肺气肃降有助于糟粕下行,肺气宣发有助于清阳上升。肺气以收敛下行为顺,若肺气虚衰,失其治节之权,则不能正常敛降,出现病理性下陷。肺气虚陷,其向大肠传导之气亦衰,肠道为之蠕动减缓,传送无力。糟粕停滞过久,水分被过度重吸收,遂致便次减少、粪质干结,故从“重强窍塞”视角看,STC以肺气下陷为主要病机。其临床表现以便次减少、缺乏便意、粪质干硬为主要特点,与STC的结肠动力减退、传输延迟相对应。现代研究表明,STC患者Cajal间质细胞减少,干细胞因子/干细胞因子受体(SCF/c-Kit)信号减弱,肠道起搏功能失调^[14];且存在5-羟色胺(5-HT)信号系统紊乱,5-HT合成不足,兴奋性神经递质匮乏^[15],从微观层面揭示了肠道动力障碍的病理基础。

2.3 湿浊壅滞,上下交阻为患

李杲论“重强”之要义,在于“叠”字。“叠”即脾虚下陷之湿浊与肺虚下陷之气互为因果、同聚下焦的病理状态。湿浊得气陷则愈趋下而难化,气陷得湿浊则愈壅滞而难升,下者壅滞,清阳不升,上下之气交阻不通,肠腑因之失司。当此之时,既有肺虚不运所致的肠道传送无力,又有湿浊填塞所致的魄门启闭不利。二者相互为患,形成MC结肠传输缓慢与出口梗阻并存的病理基础。其临床表现亦兼有二者的特征,既有便次减少,多日无便意,又有排便不尽,肛门坠胀。两种表现相互影响,肠道蠕动无力则粪便久停,久停则湿浊更甚;湿浊填塞则排出困难,努挣则气陷益甚,终致病情缠绵,持续难愈。

2.4 魄门填塞，久病继生诸变

魄门为传导之末，位居下焦，受五脏之气而使。在FC中，脾肺同陷，湿浊壅滞的最终病理结局便是湿浊填塞魄门，窍端启闭失司。魄门填塞日久不愈，患者反复努挣用力，又可导致一系列继发病变，使病情更趋复杂。如干硬粪便划伤肛门皮肤则致肛裂，表现为排便时剧痛如刀割，厕纸染血或滴血；长期用力排便致直肠静脉曲张，引发或加重痔疮，表现为肛门异物感、瘙痒，脱出或便血；干结粪便长期嵌顿刺激直肠黏膜，可引发直肠炎症，表现为肛门灼热、坠痛，黏液便等。上述诸变，虽表现为局部症状，实则是全身气机失调，脾肺功能衰退的局部反映，故治疗当从脾肺入手，而非仅治其标。

3 基于“重强窍塞”的FC分型辨治

3.1 OOC的临床表现与辨治

OOC以排便不尽感、肛门坠胀为主要表现，其病机以脾虚湿陷为主，肺失治节为辅。脾虚湿陷与肺气下陷交结于下焦，湿浊填塞魄门，形成魄门堵塞，此时湿浊与气陷同聚魄门，而非以肠道传送无力为主，故粪质可不干结但仍排出困难。临床表现为排便不尽感，肛门坠胀，粪质黏或先干后软，但排出艰难，伴腹胀纳呆、神疲乏力、面色萎黄，舌淡暗、苔白滑或白腻，脉沉弱或沉涩。此外患者常诉便后仍觉未排净，甚者频频如厕而终不能畅，严重时需用手按压腹部方能完成排便。

治疗此类便秘当以通腑降浊、开窍启闭为要，重在消除魄门之填塞。常用自拟升陷通窍汤加減，组成：枳实 15 g，槟榔 10 g，瓜蒌仁 15 g，苍术 15 g，厚朴 10 g，荷叶 15 g，升麻 6 g，北柴胡 6 g。方中枳实、槟榔行气导滞，为通降腑气之要药，《名医别录》谓枳实“破结实，消胀满”，《本草纲目》谓槟榔“主消谷，逐水”，二药合用，直入下焦而破气散结，使壅塞之湿浊得以开通。瓜蒌仁润肠通便，又能降气涤痰，助枳实、槟榔以通腑降浊。佐苍术、厚朴、荷叶运脾燥湿，化已生之湿浊，杜其再生之源。然湿浊壅滞之形成，本于气陷不升，若只降浊而不升清，则浊虽暂去而气陷如故，病必复作，故稍用升麻、北柴胡升提下陷之气，使清气升而湿浊降，二药与枳实、槟榔相伍，一升一降，复其枢机。全方以降浊为主，升降相济，使填塞之湿浊得通，下陷之清气得升，则魄门启闭复常。

3.2 STC的临床表现与辨治

STC以便次减少，粪质干结为主要表现，其病机以肺气下陷为主，脾虚气滞为辅。临床表现为便次减少，每周自发性排便少于3次，连续多日无便意；粪质干结呈羊粪状或条干状，排便费力需努挣，甚则屏气、满脸通红方能勉强排出，伴下腹胀满、气短乏力、语声低微、纳差等症，舌淡胖边有齿痕、苔白腻，脉虚无力。

针对此类便秘患者，治当宣肺运脾、升降助运，重在恢复肠道动力。常用自拟宣肺运脾汤加減，组成：黄芪 15 g，党参 12 g，紫菀 15 g，苦杏仁 10 g，桔梗 10 g，茯苓 15 g，牛蒡子 10 g，火麻仁 8 g，郁李仁 8 g。方中黄芪、党参补益脾肺之气，然用量适中，意在助气化以复治节，而非大剂峻补，使补而不滞。紫菀、苦杏仁宣降肺气，取提壶揭盖之法，《药品化义》称紫菀“开发阴阳，宣通壅滞，大有神功”，《本草便读》谓苦杏仁“功专降气，能润大肠”，二药合用，使肺气宣降有序则大肠传送有力。牛蒡子辛散宣肺，助紫菀、苦杏仁增强宣降之力，兼能滑肠通便，于肺气不宣、肠腑壅滞之证尤宜。桔梗载药上行，与苦杏仁、牛蒡子相伍，复肺气宣降之常。茯苓运脾燥湿，消除湿浊阻滞，使脾运复则湿浊自化。稍佐火麻仁、郁李仁润肠通便，取润下之意，助糟粕下行，润而不膩，使肠道得润而不致助湿。全方肺脾同调，升降并用，使下陷之气得升，壅塞之湿得化，肠道传送之功自复。

3.3 MC的临床表现与辨治

MC以便次减少与排便不尽感并存为主要特征，其病机为脾肺同陷、上下交阻。肺气下陷则大肠传送无力，湿浊壅滞则魄门填塞不通，二者相互为患。肠道蠕动无力则粪便停留，停留日久则湿浊更甚；湿浊填塞魄门则排出困难，努挣日久则气陷益甚。患者既有多日无便意之苦，又有便后仍觉未净之困，临床表现为便次减少与排便不尽感并存，粪质干结与肛门坠胀兼见，伴腹胀满闷、神疲乏力等症，舌淡暗胖大、苔白腻，脉沉弱或沉滑。

针对此类便秘，治当宣肺运脾与升清降浊并举，两法同施，不可偏废。临床常用自拟宣运通窍汤加減，组成：黄芪 15 g，白术 30 g，茯苓 15 g，枳实 10 g，牵牛子 6 g，皂荚 6 g，莱菔子 15 g，威灵仙 10 g，酒大黄 3 g。方中黄芪、白术补益脾肺，

固本防复，其中黄芪益气升阳，复肺主治节之权；白术重用至 30 g，既可补气健脾以助运化，又能滋脾津而通肠道，《本草正义》谓白术“最富胎膏，故虽苦温能燥，而亦滋津液”，于脾虚湿陷之便秘尤宜。茯苓渗湿健脾，助白术以杜湿浊再生；枳实破气消积，与白术相配，寓消于补，行而不伤。牵牛子、皂荚为《本草纲目》所载治疗肠结的要药，书中谓牵牛“能走气分，通三焦。气顺则痰逐饮消，上下通快矣”，谓皂荚“通肺及大肠气”。牵牛有黑白之分，《本经逢原》谓白丑“属金利肺”“通大肠风秘”，正合本病肺气下陷、宣肺运脾之治，故取白丑皂荚逐饮通滞，豁痰通窍，二者相伍，痰气并治，开上下闭塞。莱菔子降气化痰，消食导滞，尤善消食积气滞所生湿浊。威灵仙性猛善走，《本经逢原》谓其“性善下走，通十二经，故能宣通五脏”，可宣通气道、血道、魄门之壅滞，既能助黄芪宣通肺气以复治节，又能助枳实、莱菔子通达魄门以开闭塞，一药而兼宣上通下之功，于湿浊壅滞之证尤具开闭之妙。酒大黄通腑降浊，推陈致新，然用量宜轻，意在借其走泄之性以助浊阴下行，而非峻攻伤正，中病即止。全方肺脾同治，升降并调，使下陷之气得升，壅塞之浊得化，肠道传送有力，魄门启闭复常。

3.4 临证加减

湿浊壅滞，阻滞中焦气机，脾胃升降失常，肝气郁结，若兼见排便不爽、腹胀痛连及胸胁、嗳气频作、情绪不畅加重者，可加北柴胡、香附、佛手疏肝理气，使枢机转则升降复。湿浊久羁，郁而化热，湿热内生，若兼见口干口苦、小便短赤、舌苔黄腻者，可加黄芩、栀子、连翘清解郁热，热甚者加黄连、大黄泻热通腑，但需中病即止，免伤脾阳。

脾肺气陷日久，清阳不升，卫外不固，阳气渐耗，若兼见大便艰涩、腹中拘急得温则舒、四肢不温或畏寒怕冷、夜尿多、小便清长者，可加肉苁蓉、肉桂、怀牛膝温阳通便。气能生津布津，脾肺气虚日久，津液化生不足，或湿浊郁而化热，反耗阴液，可出现阴虚之变。若兼见大便干结如羊屎、口干咽燥、舌红少苔或中有裂纹、脉细数者，此乃湿浊久羁、气陷化热伤阴之象，治当益气养阴、增液润肠，可加玄参、生地黄、麦冬。

湿浊阻滞，气机不利，日久及血，血行不畅，若兼见舌暗脉涩者，可加桃仁、当归尾活血通络，血行则湿浊易化。此外，脾肺气陷、湿浊壅滞日久，努挣用力又可导致局部损伤。湿浊久羁下焦，

郁而化热，热伤血络，肠风内扰，若见黏膜脱垂明显者，加五味子、乌梅收敛肺气；若努挣日久，魄门破损，兼见排便时剧痛、出血者，可加白及、地榆炭收敛止血；若长期用力排便，直肠静脉曲张，痔疮脱出者，可加槐角、荆芥炭疏风凉血。

4 验案举隅

患者，男，68 岁，2025 年 3 月 5 日初诊。主诉：排便次数减少、粪质干结 10 余年，加重半年。患者 10 余年前始出现排便困难，每周排便一二次，粪质干结呈羊粪状，曾间断服用乳果糖口服液等渗透性通便药，初服大便可暂通，停用则复作如故。近半年症状加重，每周自发性排便不足 1 次，连续多日无便意，腹胀满闷，需间断使用开塞露或口服番泻叶方能排便。刻下症见：大便干结，努挣难下，4~6 日一行，上腹胀满，气短乏力，口干口苦，偶有畏寒，纳差，睡眠一般，夜尿频。舌淡胖、边有齿痕，苔白腻，脉虚无力。既往有 2 型糖尿病病史 5 年，血糖控制尚可。查体：腹部稍膨隆，无明显压痛，肠鸣音减弱，每分钟二三次。辅助检查：3 周前于外院查结肠传输试验示 72 h 标志物排出率 15%，标志物主要分布在右半结肠及横结肠，提示结肠传输功能严重延迟；肛门直肠测压示直肠感觉阈值正常，排便时肛管压力协调，无矛盾性收缩。西医诊断：慢传输型便秘。中医诊断：便秘，脾肺气虚证，治以宣肺运脾、升陷助运。予自拟宣肺运脾汤加减，处方：黄芪 10 g，党参 15 g，紫菀 15 g，苦杏仁 10 g，桔梗 10 g，升麻 6 g，苍术 12 g，厚朴 10 g，茯苓 10 g，白扁豆 20 g，火麻仁 10 g，郁李仁 15 g。7 剂，每日 1 剂，水煎分早晚两次温服。嘱患者服药期间停用番泻叶、开塞露等其他通便药物；适当增加膳食纤维摄入，避免辛辣、油炸及精细加工食物；每日晨起及睡前顺时针摩腹，以助肠道蠕动；养成定时排便习惯，有便意时及时如厕，避免久蹲努挣。

2025 年 3 月 12 日二诊：药后第 3 天始有便意，排便 1 次，粪质仍干结但较前变软，排便时努挣减轻。本周共排便 2 次，腹胀稍减，气短乏力略改善，口干口苦减轻，畏寒不显，纳食稍增，睡眠一般，夜尿同前。舌淡胖、苔白腻较前减退，脉弦细。予初诊方加威灵仙 10 g，14 剂，煎服法及医嘱同前。

2025 年 3 月 26 日三诊：每周排便三四次，粪质成形，排便顺畅，无需用力努挣，腹胀消失，纳食增加，睡眠一般，偶有乏力，夜尿仍频。舌淡

红、苔薄白，脉较前有力。予二诊方去郁李仁，加白术 15 g，14 剂，煎服法及医嘱同前。

2025 年 4 月 23 日四诊：患者三诊后因外出停服中药两周，停药期间排便较规律，现大便一二日一行、质可、排便畅，口干口苦消失，气短乏力明显好转，无腹胀等不适，眠安，夜尿一二次。舌淡红、苔薄白，脉弦。嘱患者停药，继续坚持摩腹及规律排便习惯，注意饮食调理，适当运动，不适随诊。

2025 年 8 月电话随访，患者诉排便规律，一二日一行，粪质正常，无排便费力及不尽感，乏力感消失，未再使用任何通便药物。复查结肠传输试验示 72 h 标志物排出率 74%，肛门直肠测压示直肠感觉阈值正常，排便时肛管压力协调，未见矛盾性收缩。

按语：本案患者年近七旬，久病便秘，证属肺脾气虚。肺与大肠相表里，肺气虚陷则大肠传送无力，腑行迟缓，糟粕停留过久，故大便干结，多日无便意；脾虚湿陷，运化失司，致上腹胀满，纳差；气短乏力、舌淡胖、苔白腻皆为脾肺气虚，湿浊内停之征。虽见口干口苦、偶有畏寒、夜尿频等寒热错杂之象，乃气虚日久，气化失司所致，未可轻投寒凉温燥，当以培补脾肺为要。初诊方中黄芪、党参补益脾肺之气，非大剂峻补，意在助气化，使补而不滞；紫菀、苦杏仁宣降肺气，取提壶揭盖之法，桔梗载药上行，升麻轻举下陷，复肺气宣降之常；苍术、厚朴、白扁豆、茯苓运脾燥湿，脾运复则湿浊自化；火麻仁、郁李仁润肠通便，助糟粕下行，此型湿浊未至胶结，故可佐润下而不虑其助湿。二诊时患者排便次数增加，努挣减轻，脉由虚弱无力转弦细，提示正气渐充，气机渐通而湿浊未尽，故加威灵仙一味，取其性猛善走，宣通五脏之功，既可助黄芪宣通肺气，又可助苍术、厚朴通达气机。三诊时诸症明显减轻，去郁李仁之润下，加白术健脾固本，以善其后。停药后随访，便秘控制良好，复查结肠传输试验明显好转。本案治疗始终紧扣肺气下陷的核心病机，以宣肺运脾，升陷助运为法，未用一味攻下之品而收通便之功，体现了“重强窍塞”指导 STC 辨治之妙。

参考文献

[1] 中华中医药学会脾胃病分会. 便秘中医诊疗专家共识

意见(2017)[J]. 中医杂志, 2017, 58(15): 1345-1350.

- [2] Barberio B, Judge C, Savarino E V, et al. Global prevalence of functional constipation according to the Rome criteria: a systematic review and meta-analysis [J]. *Lancet Gastroenterol Hepatol*, 2021, 6(8): 638-648.
- [3] Aziz I, Whitehead W E, Palsson O S, et al. An approach to the diagnosis and management of Rome IV functional disorders of chronic constipation [J]. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*, 2020, 14(1): 39-46.
- [4] 黄素伟, 王垂杰. 功能性便秘中西医结合治疗进展 [J]. *辽宁中医药大学学报*, 2019, 21(1): 221-224.
- [5] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 功能性便秘中西医结合诊疗专家共识(2025 年) [J]. *中国中西医结合消化杂志*, 2025, 33(3): 195-216.
- [6] 柯晓, 袁建业, 赵培琳, 等. 功能性便秘中医药临床及基础研究现状 [J]. *中医杂志*, 2026, 67(3): 277-282, 313.
- [7] 李美玲, 赵长普, 李子舜, 等. 中医经典名方治疗慢性便秘的研究进展 [J]. *中国中医基础医学杂志*, 2026, 32(3): 681-686.
- [8] 魏佳丽, 付晓硕, 贺甜甜, 等. 麻子仁丸及其单味药有效成分治疗功能性便秘的研究进展 [J/OL]. *医学研究杂志*. (2026-02-25) [2026-03-15]. <https://link.cnki.net/urlid/11.5453.R.20260225.1636.005>.
- [9] 罗晶晶, 张宁, 霍涌波. 脾胃病验案四则与临证思辨探微 [J]. *临床医学研究与实践*, 2025, 10(35): 1-4.
- [10] 白志林, 梁利鹏, 赵晓乐, 等. 苁蓉五子膏的制备及润肠通便活性研究 [J]. *天津中医药大学学报*, 2026, 45(1): 66-73.
- [11] 李紫健, 牛建海, 孟惠改, 等. 李东垣“脾胃虚则九窍不通论”对《内经》的继承与发展 [J]. *中国民族民间医药*, 2017, 26(19): 1-3.
- [12] Yüksel İ, Baş M, Özdemir M, et al. Obstructed defecation syndrome [J]. *Turk J Colorectal Dis*, 2021, 31(2): 88-98.
- [13] Rao S S C. Dyssynergic defecation and biofeedback therapy [J]. *Gastroenterol Clin N*, 2008, 37(3): 569-586.
- [14] Wang H, Ren B, Pan J, et al. Effect of miR-129-3p on autophagy of interstitial cells of Cajal in slow transit constipation through SCF C-kit signaling pathway [J]. *Acta Biochimica Polonica*, 2022, 69(3): 579-586.
- [15] Fei X, He Q, Wang S, et al. Leven PRO-CR mediates 5-HT and gut microbiota via TPH1 to improve slow-transit constipation [J]. *Mol Immunol*, 2025, 185: 81-91. DOI: 10.1016/j.molimm.2025.07.007.

(下转第 1676 页)