

出口梗阻型便秘中西医研究进展

孙梦阳¹, 潘祥宾^{2*}

¹黑龙江中医药大学研究生院, 黑龙江 哈尔滨

²黑龙江中医药大学附属第二医院, 肝脾胃科, 黑龙江 哈尔滨

收稿日期: 2026年7月8日; 录用日期: 2026年8月2日; 发布日期: 2026年8月13日

摘要

出口梗阻型便秘(outlet obstructive constipation, OOC)是功能性便秘最常见的亚型, 临床以排便费力、排便不尽感、肛门阻塞感、排便时间延长、需辅助排便等为主要表现, 病程长、易复发、难以根治, 严重影响患者情绪及生活质量。据统计, 全世界成年人便秘发病率约16%, 其中60岁以上老年人发病率约18.1%, OOC约占60%。女性发病率明显高于男性, 且随年龄增长发病率升高。现代医学认为本病主要由盆底肌群功能紊乱、直肠解剖结构异常、神经调控失调及心理因素共同导致, 治疗以饮食干预、药物、生物反馈、盆底电刺激及手术为主, 但存在复发率高、远期疗效有限、部分有创治疗存在并发症风险等问题。中医学将OOC归属于“便秘”“后不利”“魄门失司”等范畴, 病位在大肠与魄门, 与脾、肝、肾、肺脏腑功能失调密切相关, 病机多属本虚标实。中医以辨证论治为核心, 采用中药内服、针灸、温针灸、穴位埋线、推拿康复等多种疗法, 具有整体调节、副作用小、远期疗效稳定的优势。本文系统梳理近年国内外相关文献, 从西医发病机制、诊断技术、治疗手段及中医病因病机、辨证论治、中医药与针灸外治、中西医结合治疗等方面展开综述, 分析当前研究不足, 展望未来研究方向, 旨在为OOC的规范化中西医诊疗提供理论参考。

关键词

出口梗阻型便秘, 中西医结合, 发病机制, 诊断, 治疗, 综述

Research Progress of Traditional Chinese and Western Medicine on Outlet Obstructive Constipation

Mengyang Sun¹, Xiangbin Pan^{2*}

¹Graduate School of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

²Department of Liver, Spleen and Stomach Diseases, The Second Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

*通讯作者。

文章引用: 孙梦阳, 潘祥宾. 出口梗阻型便秘中西医研究进展[J]. 临床医学进展, 2026, 16(8): 916-923.
DOI: 10.12677/acm.2026.1682866

Abstract

Outlet obstructive constipation (OOC) is the most common subtype of functional constipation. Its main clinical manifestations include straining during defecation, a sense of incomplete defecation, anal obstruction sensation, prolonged defecation time, and the need for assisted defecation. Characterized by a long course, high recurrence rate and difficulty in radical cure, OOC seriously affects patients' mood and quality of life. Statistical data show that the global incidence of constipation in adults is approximately 16%, with an incidence rate of 18.1% in the elderly over 60 years old, among which OOC accounts for about 60%. The incidence of OOC is significantly higher in females than in males and increases with age. Modern Western medicine holds that the pathogenesis of OOC is mainly attributed to pelvic floor muscle dysfunction, abnormal anatomical structure of the rectum, neurological regulation disorder and psychological factors. Western medical treatments mainly include dietary intervention, medication, biofeedback therapy, pelvic floor electrical stimulation and surgical treatment. However, these treatments are associated with problems, such as high recurrence rate, limited long-term efficacy, and complication risks of some invasive treatments. In traditional Chinese medicine (TCM), OOC is classified into the categories of "constipation", "posterior dysentery" and "dysfunction of the anal orifice". The disease is located in the large intestine and anal orifice, and is closely related to the dysfunction of the spleen, liver, kidney and lung. Its pathogenesis is mostly manifested as root deficiency and excess manifestation. Centering on syndrome differentiation and treatment, TCM adopts various therapies including oral administration of Chinese herbal medicine, acupuncture, warm needling, acupoint catgut embedding, and TCM tuina rehabilitation therapy, which possess the advantages of holistic regulation, minor side effects and stable long-term efficacy. By systematically reviewing relevant domestic and foreign literature in recent years, this paper summarizes the research progress of OOC from the perspectives of Western medical pathogenesis, diagnostic techniques and therapeutic methods, as well as TCM etiology and pathogenesis, syndrome differentiation and treatment, internal and external therapies of Chinese medicine and acupuncture, and integrated traditional Chinese and Western medicine treatment. The existing deficiencies in current researches are analyzed and future research directions are prospected, aiming to provide a theoretical reference for the standardized diagnosis and treatment of OOC with integrated traditional Chinese and Western medicine.

Keywords

Outlet Obstructive Constipation, Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Pathogenesis, Diagnosis, Treatment, Review

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

功能性便秘是肛肠科及消化科的常见慢性功能性疾病, 全球发病率呈逐年上升趋势。根据肠道动力及排便障碍的特点, 可将其分为慢传输型便秘、出口梗阻型便秘(outlet obstructive constipation, OOC)及混合型便秘三类。其中, OOC 约占功能性便秘的 60%, 是临床最主要的便秘类型[1]。该病并非单纯的肠道传输迟缓, 而是以盆底及肛门直肠排便协调障碍为核心病理特征。患者肠道传输功能基本正常, 但因盆底肌群痉挛、松弛不良、肌力减弱或直肠解剖结构异常, 导致粪便排出受阻。OOC 的临床表现复杂多样,

患者常需长时间蹲坐、用手辅助排便甚至使用灌肠剂, 严重影响了日常工作和社交活动。长期便秘还会导致腹胀、腹痛、食欲减退等症状, 部分患者因恐惧排便而形成恶性循环, 进一步加重盆底功能紊乱。流行病学调查显示, OOC 在老年人群中的发病率更高, 且随着人口老龄化进程加快, 其患病率预计将持续攀升。此外, OOC 与多种全身性疾病如糖尿病、帕金森病等存在关联, 使得临床管理更加复杂。因此, 深入认识 OOC 的发病机制、优化诊疗策略具有重要的临床意义和社会价值。

现代医学治疗侧重于对症处理与盆底功能康复, 短期效果确切, 但难以从根本上纠正患者的体质及排便习惯紊乱, 长期依赖泻药易导致肠道敏感度下降及病情反复。中医学从整体观念与脏腑辨证出发, 重视气机、气血、津液的整体调摄, 在改善盆底功能、缓解临床症状、减少复发方面具有显著优势。近年来, 随着盆底检测技术的完善及中医外治技术的规范化推广, OOC 的中西医诊疗体系不断丰富。本文综合近年来的临床与基础研究文献, 对 OOC 的中西医研究进展进行系统综述, 以期临床综合治疗提供依据。

2. 现代医学研究进展

2.1. 发病机制

OOC 公认的直肠肛门和盆底组织结构与功能异常包括松弛性和痉挛性两大类: (1) 肌肉松弛、组织器官下垂, 压迫并阻塞排便通道, 包括直肠前突、直肠黏膜内脱垂、会阴下降、子宫脱垂、骶直分离等; (2) 盆底肌运动不协调, 排便时肌肉异常收缩导致肛门口难以松弛, 包括耻骨直肠肌肥厚、痉挛、内括约肌失弛缓等[2]。临床中单一因素发病较少见, 常多种因素相互夹杂。超过 2/3 的患者伴有直肠前突, 其中半数以上合并直肠黏膜内脱垂, 约 80% 的患者同时存在“三联征”(即直肠前突、黏膜内脱垂、盆底痉挛综合征)[3]。部分学者认为, 轻度直肠前突可能与肛管松弛不充分相关, 而非盆底松弛所致, 并指出部分患者的直肠前突可能是便秘的结果而非原因。临床上女性患病率显著高于男性, 盆底解剖结构的差异及妊娠、分娩使女性外括约肌及盆底肌紧张度低于男性, 直肠前突、直肠黏膜内脱垂为女性发病的主要原因, 而耻骨直肠肌肥厚、痉挛等则为男性发病的主要原因[4]。

此外, OOC 患者的直肠最大耐受容量及初始感觉阈值明显高于正常人, 缺乏便意可能与直肠感觉异常相关[2]; 超氧化物歧化酶可改善肠道黏膜屏障, 丙二醛水平与便秘症状严重程度呈正相关, 提示过氧化反应可能参与 OOC 的病情进展[5]。OOC 患者焦虑、抑郁等精神心理障碍的发生率较高, 其严重程度与直肠肛门动力学改变及直肠感觉异常呈正相关。长期精神压力及焦虑可刺激中枢神经系统, 导致盆底肌非自主性静息收缩, 这种“脑-肠”互动可能是引发 OOC 的重要机制。具体而言, 大脑皮层在应激状态下释放的促肾上腺皮质激素释放因子可通过迷走神经影响肠道运动和分泌功能, 同时激活交感神经使盆底肌张力增高。此外, 5-羟色胺、去甲肾上腺素等神经递质的失衡也可能参与 OOC 的发生发展。临床观察发现, 伴有明显焦虑情绪的 OOC 患者往往对常规治疗反应较差, 提示心理干预应成为综合治疗方案的重要组成部分。部分学者认为, 解剖结构异常仅为引发临床症状的“冰山一角”, 通过手术纠正后, 精神心理因素等被忽略的“冰山主体”才会显现。此外, 直肠 Cajal 间质细胞数量减少、功能减弱[6], 盆底结缔组织中胶原纤维含量降低等也可能是 OOC 发病的重要因素, 尚需进一步研究。

2.2. 诊断技术进展

目前, 临床资料仍是 OOC 诊断的基础, 但由于其临床症状缺乏特异性, 常需多种诊查技术联合应用。直肠指诊为首要检查方法, 对盆底肌不协调排便的诊断具有较高的敏感性、特异性和阳性预测价值。排粪造影准确率高, 以 X 线排粪造影应用最为广泛。纪国学[7]将硫酸钡混悬液常规灌肠至结肠肝曲, 采用 AXGPM80 胃肠机进行动静态观察、连续摄片及图像存储, 能够较准确地判断肛管、结直肠的功能性与

器质性病变,对 OOC 具有鉴别价值。李超等[8]报道,排粪造影征象与中医证型存在相关性,如肝郁气滞对应耻骨直肠肌痉挛,肝肾阴虚对应直肠前突、黏膜内脱垂,脾肺气虚对应会阴下降、黏膜内套叠,提示排粪造影可服务于中医辨证论治。值得注意的是,排粪造影虽然准确率高,但存在辐射暴露、操作相对繁琐等局限,且患者需要在特定环境下完成排便动作,部分患者可能因紧张而影响检查结果的真实性。因此,临床医生应根据患者具体情况选择合适的检查方法,必要时联合多种技术以提高诊断准确性。此外,肛门直肠测压也是 OOC 诊断中不可或缺的工具,可定量评估肛门括约肌功能、直肠感觉功能和直肠顺应性等参数,为制定个体化治疗方案提供客观依据。近年来,高分辨率肛门直肠测压技术的发展使得对肛门直肠功能的评估更加精细,有望进一步提高 OOC 的诊断水平。

磁共振排粪造影无电离辐射,能直观显示耻骨直肠肌、直肠等盆底软组织的形态结构,在诊断肛提肌反常收缩方面敏感度可达 90%以上,可作为 X 线排粪造影的重要补充。但受检查体位与重力作用的影响,其在评估直肠前突严重程度方面的准确性不及 X 线排粪造影。盆底超声对直肠前突、直肠黏膜内脱垂的检出准确率与排粪造影结果相近。针对痉挛型 OOC 患者,行 Valsalva 动作后肛直肠角缩小、肛提肌裂孔前后径变短,可作为该病的重要诊断参考指标。盆底肌电图对盆底肌肉异常放电的识别特异性较高,Gupta 等研究提出,静息状态下的基线肌电图指标能够预判生物反馈治疗后症状能否获得长期改善。

2.3. 西医治疗现状

西医基础治疗以饮食调整、增加膳食纤维摄入、规律运动、纠正排便习惯为主,如果膳食纤维摄入不足,就会引起便秘等问题[9]。膳食纤维的推荐摄入量为 25~35 g/d,并推荐食用可溶性膳食纤维;每日摄入 1.5~2 L 水可增强膳食纤维的通便作用[10]。药物治疗多采用泻药及微生态制剂。临床常用泻剂包括欧车前制剂、麦麸类粗纤维制剂、聚乙二醇及乳果糖等,其作用机制主要为促进肠道蠕动、增加粪便含水量及软化粪块。但长期反复使用泻剂易导致药物依赖,形成排便困难与用药通便的恶性循环,无法改善盆底功能障碍的核心问题。微生态制剂(活菌制剂)旨在调节肠道微生态失衡,保障胃肠功能正常[11]。研究表明,便秘患者存在肠道菌群紊乱,粪便中双歧杆菌、拟杆菌、乳杆菌显著减少,而梭杆菌、肠杆菌显著增加[11]。微生态制剂能改善便秘症状,粪菌移植作为肠道微生态治疗的一种手段,可调节肠道菌群平衡,改善便秘症状[12],但其同样无法解决盆底功能障碍这一核心问题。

生物反馈治疗是目前西医的一线首选康复疗法,通过仪器反馈训练纠正患者盆底肌的反常收缩,恢复排便肌肉的协调性,具有无创、安全、可有效降低复发率的优点。盆底电刺激及骶神经调节可改善盆底神经及肌肉功能。生物反馈是轻、中度痉挛型或直肠感觉缺陷型 OOC 患者的首选疗法,不仅可改善症状,还可逆转 80%以上的排便失调参数[13]。精神心理因素在 OOC 的发病机制中具有重要地位,研究发现 OOC 患者的精神心理障碍越重,肛门直肠动力学障碍越严重,因此改善心理障碍对 OOC 患者至关重要。对于重度直肠前突、严重黏膜脱垂等结构性病变,可采用手术矫正,但手术存在创伤风险,部分患者术后仍可能出现排便不适、肛门坠胀甚至失禁,临床需严格把握适应证。

3. 中医学研究进展

3.1. 病名溯源

中医学对便秘的认识源远流长。古代医籍中有关便秘的称谓繁多,常见的有“阳结”“阴结”“脾约”等。早在《黄帝内经》[14]中即有“大便难”“不便”等相关描述。“便秘”这一病名首见于清代沈金鳌所著的《杂病源流犀烛》[15]。

3.2. 病因病机

中医理论认为, 饮食入胃后, 经脾运化为水谷精微以濡养周身, 剩余糟粕由大肠向下传导, 最终经魄门排出体外。大便秘否顺利排出, 依赖于脾之运化与大肠之传导, 其中大肠传导功能尤为关键, 正如《素问》[16]所言: “大肠者, 传导之官, 变化出焉。”若脏腑功能失调, 导致脾失健运或大肠传导失常, 糟粕不能正常排出, 久积体内, 便质干硬, 难以排出魄门, 则发为便秘。

历代医家对便秘的病因病机多有阐发。《素问·举痛论》[16]云: “热气留于小肠, 肠中痛, 瘴热焦渴, 则坚干不得出, 故痛而闭不通矣”, 指出热邪内侵可致便秘。巢元方则认为本病源于五脏失调、三焦不和、冷热并结。《景岳全书·秘结》[17]亦言: “秘结者……盖此非气血之亏, 即津液之耗”, 强调便秘的发生不离气血、津液、阴阳之亏虚。综上所述, 便秘的病机不外饮食不节、情志失调或体虚等因素, 导致邪滞大肠、腑气不通, 或肠道失于濡养、推动无力, 终致大肠传导功能失常。病位虽在大肠, 但与肺、肝、脾、胃等脏腑功能失调密切相关。

4. 中医药治疗研究进展

4.1. 中药治疗

中药辨证治疗是 OOC 的一种保守疗法, 无明显不良反应及并发症。张仲景较为全面地提出了不同的发病机制, 有寒、热、虚、实之分[18]。何驾等[19]研究三仁汤治疗女性 OOC 的疗效, 选取湿热壅滞型患者服用三仁汤 30 d 后, 35 例中治愈 22 例、显效 7 例、有效 4 例, 所有患者症状与体征均有减轻。何羽等[20]研究发现芪仁通便方可有效改善 OOC 气虚证患者的排便费力情况与排便不尽感, 通过提高盆底快慢肌收缩力改善肛门坠胀感。孙健等[21]认为肝与大肠密切相关, 肝气条达则大肠传送无阻, 基于此多采用清肝泄热、疏通解瘀之法治疗便秘。李乾构教授认为便秘患者常有大便黏腻、排便不尽感是由于兼夹湿浊, 湿浊阻滞气机导致排便不畅; 若湿从热化者, 常伴肛门灼热、口苦口干、心烦胸闷、小便短赤、苔黄腻等症。对于此类情况, 李教授强调清热除湿需要兼顾治疗, 临证时可选用黄连、茵陈、龙胆草、酒大黄、滑石等使湿热从二便而消[22]。

4.2. 经验方与中成药治疗

现代医家结合盆底病机特点, 创制诸多自拟经验方, 以理气、益气、润燥、升提为组方核心, 针对性改善盆底开合失常病机。中成药如芪蓉润肠口服液、麻仁胶囊、四磨汤口服液等, 因服用便捷, 广泛应用于轻中度 OOC 的长期调理, 适合慢病维持治疗。

5. 针灸及中医外治法研究进展

5.1. 针灸治疗

针灸是临床上使用最广泛的中医特色治疗方法。便秘病位在大肠, 与肺脾肾相关, 针灸疗法有益气、解痉、通便的功效, 临床疗效确切[23]。钱雄杰等[24]将生物反馈和中医针灸相结合应用于慢性便秘的治疗, 结果显示接受针灸联合生物反馈治疗的患者临床症状改善幅度明显优于单纯生物反馈治疗的患者, 提示针灸联合生物反馈疗法较单纯生物反馈疗法更能有效改善 OOC 患者的临床症状。邹洋洋等[25]研究发现八髎穴治疗 OOC 具有多途径、多靶点作用的优势, 其机制可能通过提高神经节内板状末梢对机械扩张的敏感性、升高血清 CCK 水平、抑制脊髓前角的 γ -运动神经元和脊髓内侧角的交感中枢的兴奋性以及减少 5-羟色胺、组织胺的释放等多途径达到治疗作用。谢胜等[26]运用背俞指针疗法, 通过针刺刺激足太阳膀胱经上五脏六腑俞穴之经气, 影响任督二脉经气交会, 达到调节肺与大肠、肝与肺、脾与胃升降枢

纽的作用。文嘉钰等[27]以经筋和针刺理论为指导,充分结合盆底部解剖结构和传统经络学说,辨证选取上巨虚、大肠俞、中髎、下髎、长强、承山、足三里等穴位,同时加以足三阳经筋循行处的阳性反应点刺激盆底肌群,增强肌肉力量,取得了良好临床疗效。

5.2. 推拿与导引康复

推拿治疗通过运用各种手法刺激人体腧穴或体表部位以达到治疗便秘的目的。封以生等[28]用食指叠压中指上,以中指螺纹面敲打、平揉、压放 35 例功能性便秘患者双侧足三里、天枢、气海、中脘、大横等脾胃经穴位,总有效率可达 88.6%。在美国加州大学洛杉矶分校医学院对 100 名功能性便秘患者进行的随机对照试验中,采用会阴部自我穴位按压的试验组较运用标准便秘治疗方案的对照组,在生活质量、肠道功能、幸福感改善方面效果显著[29]。

6. 中西医结合治疗研究进展

中西医结合是目前治疗难治性、复发性 OOC 的最优方案。西医生物反馈、盆底电刺激可快速纠正盆底肌肉运动失调,短期改善排便症状;中药、针灸从整体调节脏腑气血、改善体质、消除内在病机,弥补西医治标不治本的缺陷。

王章志[30]对 25 例 OOC 患者实行直肠瓣缝扎术,术后予白术水煎液口服 7 d,总有效率达 100%。江金祥等[31]手术后结合中药口服治疗 OOC 128 例取得满意疗效,认为手术治疗能解决梗阻之急(标),中药益气升阳、升提固脱、润肠通便可解决发病之源(本),标本同治,相得益彰,能取得较好的近期及远期疗效。雷庆军等[32]采用 PPH 手术结合中药治疗 OOC,有效率达 100%。李五九[33]亦认为 OOC 手术治疗后口服中药能和胃健脾、消积导滞、行气止痛,从而尽快激发正常的肠蠕动功能,建立正常的排便规律,取得较好疗效。

7. 现有治疗方法的比较与评价

目前 OOC 的治疗手段多元,西医侧重结构与功能矫正,中医侧重整体气机调摄。本节从作用机制、证据等级、适应证及优缺点等维度,对生物反馈、手术、中药内服、针灸四种疗法进行比较分析。

生物反馈通过训练纠正盆底肌矛盾收缩,证据等级较高(A/B 级),适用于轻中度痉挛型 OOC,优点是无创安全,缺点是见效慢,对重度解剖异常无效。手术通过矫正解剖异常解除梗阻,证据等级较低(B/C 级),适用于重度前突或脱垂,优点是解决梗阻迅速,缺点是有创且远期疗效不稳定。中药内服以辨证论治调节脏腑气血,证据等级为 B 级,适用于各型 OOC,优点是整体调节、副作用小,缺点是起效慢、辨证标准不统一。针灸通过刺激穴位调节神经反射,证据等级为 B 级,适用于痉挛型伴情志失调者,优点是简便易行,缺点是取穴方案繁杂、疗效受手法影响。

研究局限性与矛盾:一是生物反馈与手术的疗效边界存在争议,分歧源于诊断标准与评估终点不统一。二是中医研究辨证分型标准各异,Meta 分析异质性高。三是多数研究缺乏远期随访数据。四是针灸与物理治疗难以实施盲法,疗效可能混杂安慰剂效应。

8. 小结与展望

出口梗阻型便秘以盆底排便协调障碍为核心病理特征。西医诊断精准、康复技术成熟,但远期复发问题突出。中医学从脏腑气机、气血津液失调的角度阐释病机,以中药、针灸、外治等方法综合调理体质,远期疗效稳定、安全性高,具有独特优势。

未来临床研究应进一步统一中医辨证及针灸治疗标准,开展高质量的循证医学研究,深入探索针灸、

中药调节盆底“脑-肠轴”及肌肉神经功能的作用机制。坚持“西医精准康复+中医整体调体”的中西医结合思路,构建个体化、规范化的综合诊疗方案,是提升 OOC 临床疗效、降低复发率的重要发展方向。在此基础上我主张根据患者的西医诊断结果(如直肠前突、耻骨直肠肌综合征)与中医证型(如气虚下陷、肝郁气滞),进行分层、分阶段的治疗组合选择。例如,对于重度直肠前突合并气虚下陷证的患者,可采用“手术+补中益气汤”的方案,先解决结构梗阻之急,再通过中药益气升提以固本;而对于耻骨直肠肌痉挛合并肝郁气滞证的患者,则优先选择“生物反馈+针灸疏肝理气”的组合,以协调盆底肌运动并疏解情志因素。该想法的科学性与普适性仍需更多临床实践验证与优化。

参考文献

- [1] Hayat, U., Dugum, M. and Garg, S. (2017) Chronic Constipation: Update on Management. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, **84**, 397-408. <https://doi.org/10.3949/ccjm.84a.15141>
- [2] 陈智颖, 刘文新, 王朝晖, 等. 出口梗阻型便秘肛门直肠动力及感知功能与精神心理因素的相关性分析[J]. 中国现代医学杂志, 2017, 27(27): 124-126.
- [3] 刘世举, 刘佃温, 杨会举, 等. 三联术联合中医外治法治疗出口梗阻型便秘 232 例[J]. 河南中医, 2018, 38(8): 1210-1213.
- [4] 田宁, 邵广瑞. 动态直肠排粪造影在出口梗阻型便秘中的应用价值(附 1055 例分析) [J]. 医学影像学杂志, 2018, 28(4): 659-661, 669.
- [5] 牛明了, 甄欢欢, 周晓丽. 秦艽提取物对便秘大鼠血清及结肠组织 NO、SOD、MDA、GSH 水平的影响[J]. 山东医药, 2016, 56(5): 27-29.
- [6] 王李瑶, 孙龙, 毛加荣, 等. Cajal 间质细胞在出口梗阻性便秘直肠肌壁中的表达相关研究[J]. 陕西医学杂志, 2020, 49(3): 285-288.
- [7] 纪国学. 改良型排粪造影对出口梗阻型便秘的鉴别价值[J]. 影像研究与医学应用, 2019, 3(2): 86-87.
- [8] 李超, 张娜, 曹春婕, 等. 慢性功能性便秘的仿真排粪造影征象与中医证型相关性研究[J]. 北京中医药大学学报, 2019, 42(7): 607-610.
- [9] 马晓玲. 食品中膳食纤维对胃肠道健康的影响及机制研究[J]. 现代食品, 2023, 29(20): 136-138.
- [10] 张海军. 微生态制剂在胃肠道疾病中的临床应用[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(79): 50.
- [11] 毕洪玲, 张桂兰, 何婧. 便秘患者肠菌群的调查[J]. 临床军医杂志, 2003, 31(3): 82-84.
- [12] 张春霞. 粪菌移植对功能性便秘患者临床疗效的影响[J]. 中国继续医学教育, 2020, 12(34): 122-125.
- [13] 林亚南, 柳越冬. 出口梗阻型便秘的诊疗进展[J]. 实用中医内科杂志, 2021, 35(4): 52-54.
- [14] 张南峭, 封银曼. 黄帝内经[M]. 武汉: 湖北科学技术出版社, 2022.
- [15] 沈金鳌, 田思胜. 杂病源流犀烛[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2023.
- [16] 田代华. 黄帝内经素问[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2017.
- [17] 张介宾, 李继明. 景岳全书[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2023.
- [18] 杨会举, 周鹏飞, 刘佃温. 出口梗阻型便秘中医症候分布与手术治疗[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2019, 25(2): 225-228.
- [19] 何鸳, 姜华, 常荷, 等. 三仁汤治疗女性出口梗阻便秘疗效的超声评估[J]. 现代中医药, 2020, 40(6): 62-65.
- [20] 何羽, 安啸海, 姚齐贤, 等. 芪仁通便方治疗出口梗阻型便秘气虚证的疗效及对盆底表面肌电评估的影响[J]. 河北中医, 2022, 44(9): 1479-1482.
- [21] 孙健, 梁宏涛, 陆金根. 陆金根治疗出口梗阻型便秘经验[J]. 上海中医药杂志, 2019, 53(12): 17-20.
- [22] 丁军威, 陶琳. 李乾构教授从阳虚、气郁、湿浊论治排便障碍型便秘经验浅析[J]. 环球中医药, 2020, 13(9): 1558-1560.
- [23] 毛曦晔, 耿宏智. 针灸治疗出口梗阻型便秘研究进展[J]. 中国中医药现代远程教育, 2021, 19(7): 200-202.
- [24] 钱雄杰, 张金炎, 曹红波. 针灸联合生物反馈治疗出口梗阻型便秘的临床研究[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2015, 23(3): 214-217.
- [25] 邹洋洋, 丁曙晴, 周惠芬, 等. 八髎穴治疗出口梗阻型便秘的机制探讨[J]. 针刺研究, 2015, 40(5): 427-430.

-
- [26] 谢胜, 韦金秀, 周晓玲, 等. 背俞指针疗法对出口梗阻型便秘患者俞穴选择初探[J]. 河北中医, 2015, 37(1): 85-87.
- [27] 文嘉钰, 胡慧. 从“筋”论刺治疗盆底病引起慢性便秘思路探析[J]. 针灸临床杂志, 2019, 35(12): 68-72.
- [28] 封以生, 陈洪林, 吴诗城, 等. 穴位按摩治疗功能性便秘 35 例疗效观察[J]. 湖南中医杂志, 2017, 33(2): 74-75.
- [29] Abbott, R., Ayres, I., Hui, E. and Hui, K. (2014) Effect of Perineal Self-Acupressure on Constipation: A Randomized Controlled Trial. *Journal of General Internal Medicine*, **30**, 434-439. <https://doi.org/10.1007/s11606-014-3084-6>
- [30] 王章志. 出口梗阻型便秘 25 例治疗体会[J]. 甘肃医药, 2012, 31(4): 256-258.
- [31] 江金祥, 高玲, 左志贵. 中西医结合治疗出口梗阻型便秘 128 例[J]. 湖北中医杂志, 2003, 25(6): 22.
- [32] 雷庆军, 訾维. PPH 手术结合中药治疗出口梗阻型便秘 60 例疗效分析[J]. 四川中医, 2011, 29(1): 111-112.
- [33] 李五九. 出口梗阻型便秘手术后应用六味安消胶囊 181 例[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2003, 11(3): 179.