

基于开阖枢理论从气滞血瘀论治便秘的证治探讨

乔聪玲^{1,2*}, 邓皓天^{1,2}, 栾顺顺^{1,2}, 施丽婕^{1,2#}

¹天津中医药大学第一附属医院, 天津

²中医国家临床医学研究中心, 天津

收稿日期: 2026年6月22日; 录用日期: 2026年7月22日; 发布日期: 2026年8月3日

摘要

便秘为临床多发疾病, 其中气滞血瘀证型不仅占比颇高, 且病情往往迁延难愈。笔者研习经典认为, 此类便秘的核心症结在于阳明通降失司(阖机壅滞), 常伴随厥阴疏泄失常(枢机郁闭)与少阳枢转不利。治疗上主张行气活血以开郁结、通降阳明以复传导。笔者导师撷取开阖枢理论精华, 自拟旋归调阖汤, 重用旋覆花、当归为君, 前者降逆气以复阳明之顺, 后者润瘀血以通肠道之塞; 佐以代赭石、半夏增强降逆和胃之效; 伍以木香、香附、枳壳等疏解肝郁, 调畅厥阴; 配以白术、玄参、牡蛎等健脾助运、增液行舟。全方紧扣“调枢机、降胃气、化瘀滞”之旨。本文通过理论探源与病案佐证, 系统阐释该方治疗气滞血瘀型便秘的机理, 以期为临床提供新的诊疗思路。

关键词

开阖枢, 阳明为阖, 厥阴为枢, 气滞血瘀, 便秘

A Discussion on Syndrome Differentiation and Treatment of Constipation from Qi Stagnation and Blood Stasis Based on the Kai-He-Shu (Opening-Closing-Pivot) Theory

Congling Qiao^{1,2*}, Haotian Deng^{1,2}, Shunshun Luan^{1,2}, Lijie Shi^{1,2#}

¹First Teaching Hospital of Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin

²National Clinical Research Center for Chinese Medicine, Tianjin

*第一作者。

#通讯作者。

文章引用: 乔聪玲, 邓皓天, 栾顺顺, 施丽婕. 基于开阖枢理论从气滞血瘀论治便秘的证治探讨[J]. 中医学, 2026, 15(8): 12-18. DOI: 10.12677/tcm.2026.158399

Received: June 22, 2026; accepted: July 22, 2026; published: August 3, 2026

Abstract

Constipation is a common clinical condition, among which the qi stagnation and blood stasis pattern not only represents a significant proportion but also tends to be protracted and refractory. Based on an examination of classical texts, the author posits that the core pathogenesis of this type of constipation lies in the dysfunction of Yangming regarding descending and closing functions (characterized by obstruction and stagnation), often accompanied by abnormal dispersion and discharge of Jueyin (marked by depression and blockage) and impaired pivoting of Shaoyang. In terms of treatment, the author advocates promoting qi and activating blood to relieve stagnation, and descending and unblocking Yangming to restore conduction. The author's mentor, drawing on the essence of the opening-closing-pivoting theory, formulated the Xuanfu-Danggui Regulating Decoction, employing Inula Flower and Chinese Angelica in heavy doses as sovereign drugs: the former descends rebellious qi to restore the free flow of Yangming, and the latter nourishes blood to resolve stasis and unblock intestinal obstruction. Adjuvant herbs, including Hematite and Pinellia, are used to enhance the downbearing of rebellious qi and harmonize the stomach. The formula is further combined with Aucklandia Root, Cyperus Rhizome, and Bitter Orange to soothe Liver depression and regulate Jueyin, and supplemented with Atractylodes, Figwort Root, and Oyster Shell to invigorate the Spleen, assist transportation, generate fluids, and facilitate defecation. The entire formula adheres to the principle of "regulating the pivot, descending stomach qi, and resolving stasis". This paper systematically elucidates the mechanism of this formula in treating qi stagnation and blood stasis type constipation through theoretical exploration and case studies, aiming to provide new diagnostic and therapeutic insights for clinical practice.

Keywords

Opening-Closing-Pivot, Yangming as Closing, Jueyin as Closing, Qi Stagnation and Blood Stasis, Constipation

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

便秘的临床特征主要界定为周排便频次低于三次，伴随粪便质地干结或排泄过程费力[1]。流行病学数据揭示，全球成年人群便秘患病率介于 10%至 20%之间，且该比例随年龄增长呈显著上升趋势，在 65 岁以上老年群体中可高达 30%~40% [2] [3]。值得注意的是，便秘不仅严重干扰患者日常生活质量，更与结直肠癌的发生发展存在潜在关联[4]；此外，因过度用力排便诱发心源性猝死的临床案例亦屡见不鲜，亟需引起高度重视。

针对这一临床棘手问题，中医药疗法展现出独特的干预优势。2024 年出台的《便秘中医诊疗专家共识》系统梳理了该病的病因病机及辨证论治体系[5]，而 2025 年发布的《功能性便秘中西医结合诊疗专家共识》则进一步细化了基于分型分度的精准治疗策略[6]。本课题组导师深耕中医胃肠病领域多年，基于《黄帝内经》“开阖枢”理论精髓，独创针对气滞血瘀型便秘的“旋归调阖汤”，临床实践证实该方疗效确切。本文拟就该方的理论渊源、组方逻辑及临床应用价值进行系统性阐述。

2. “开阖枢”理论探微与“二阖”内涵解析

2.1. 开阖枢学说源流考辨

“开阖枢”理论滥觞于《素问·阴阳离合论》，原文明确记载：“太阳为开，阳明为阖，少阳为枢……太阴为开，厥阴为阖，少阴为枢。”^[7]该理论将三阴三阳经气的运行态势高度概括为“开”“阖”“枢”三种基本形式：其中“开”主司宣发敷布，“阖”负责内收闭藏，“枢”掌管转输调节。三者互为依存、环环相扣，共同维系人体气机升降出入的动态平衡^[8]。

在此需特别辨析“二阖”之深意：三阳之“阖”与三阴之“阖”虽名同而实异。阳明之阖，作用于阳分，主导胃肠之气以降为顺，推动饮食糟粕下行并排出体外；厥阴之阖，作用于阴分，主司肝气以藏为要，确保疏泄有序从而气血调和。二者虽分属阴阳不同维度，功能侧重各异，但在病理演变过程中常相互波及，此乃本研究立论之基石。

2.2. “阳明为阖”的生理学本质

阳明经涵盖手阳明大肠与足阳明胃，核心职能在于受纳腐熟水谷及传导排泄糟粕。“阳明为阖”之要义，在于强调胃肠气机以下降为和、以通畅为顺，最终完成将代谢废物向下传导并排出体外的“阖”之终末环节。正如《灵枢·营卫生会》所云：“谷入于胃，脉道以通，血气乃行。”^[9]若阳明阖机失于通降，致使糟粕滞留肠道，腑气壅塞不通，便秘遂由而生。

2.3. “厥阴为阖”的生理内涵及其与便秘的关联

厥阴经内联肝脏与心包，其中肝主疏泄，负责调畅全身气机并促进脾胃运化；同时肝主藏血，调控血液运行。“厥阴为阖”意指肝气以条达舒畅为生理常态，以闭郁阻滞为病理状态^[8]。倘若肝气郁结日久不解，导致厥阴阖机疏泄失职，气滞必然累及血分，致血行涩滞而成瘀，进而阻碍阳明通降功能，最终诱发便秘。《便秘中医诊疗专家共识(2024)》明确指出，肝气郁结、气机壅滞或气郁化火耗伤津液，致使肠腑失于通利，是便秘形成的关键病理环节^[5]。

2.4. 阳明与厥阴的病理交互机制

肝与胃(脾)之间存在紧密的生理协同及病理传变关系。肝之疏泄功能有助于胃之受纳，而胃之通降亦能辅助肝气条达。若厥阴阖机郁闭，势必横逆犯胃，干扰阳明阖机之正常运作。换言之，气滞血瘀型便秘的发病机制常遵循“厥阴闭阻在先、阳明失降在后”的因果链条，二者互为因果，相互影响。

3. 气滞血瘀型便秘的病理机制阐释

3.1. 核心病机剖析

气滞血瘀型便秘的发病逻辑，始于气机郁遏，继而导致血行凝滞，终致阳明腑气通降功能失司。其具体的病理演变轨迹表现为：情志不畅或长期静坐少动，致使肝失疏泄条达，引发厥阴阖机闭塞，进而阻碍全身气机的正常周流。鉴于“气为血之帅”，气行不畅必致血运迟缓而成瘀，气滞与血瘀相互搏结，阻滞阳明传导之道，致使糟粕内停而发为便秘。该病病变核心虽在大肠，然其发生发展与肝、脾、肺、肾等多脏腑功能紊乱密切相关^[5]。

3.2. 病因学探析

基于临床实践观察，气滞血瘀型便秘的致病因素主要可归纳为四类：其一，情志内伤，忧思恼怒过度导致肝气郁结难解，致使厥阴阖机闭阻；其二，久坐缺乏运动，引起气血运行涩滞，大肠传导动力匮

乏；其三，久病迁延不愈，病邪深入脉络，导致气血互结成瘀；其四，腹部手术创伤，致瘀血内留，直接阻滞肠络通畅。

3.3. 辨证关键要素

针对气滞血瘀型便秘的临床辨识，应把握以下核心指征。主症表现为大便干结不通，或虽有便意却排便艰涩不爽^[10]。气滞兼症可见腹胀攻痛且痛处游走不定，伴频繁嗳气及胸胁胀满，症状常随情绪波动而加剧。血瘀兼症则体现为腹痛位置固定、呈刺痛状且拒按，兼见面色黧黑、口唇紫暗。舌诊多见舌质紫暗或现瘀斑瘀点，苔薄白或微腻；脉象则以弦脉或涩脉为主^[10]。

3.4. 脏腑关联辨析

本证虽以大肠传导失职为标象，实则与肺、脾、肾三脏存在深刻的内在联系。肺与大肠相表里，若肺气宣降失常，则大肠传导无力，治疗宜佐以宣肺之法；脾虚则运化健旺不足，导致中气升降紊乱，治当健脾以助运化；肾阳亏虚则温煦推动之力减弱，治需温补肾阳以助气化功能。

4. 治疗策略构建与旋归调阖汤的方解

4.1. 总体治则的制定

紧扣气滞血瘀型便秘“气机郁结、瘀血内阻、阳明腑气不降”的核心病机，本研究确立了“疏泄厥阴以行气活血，通降阳明以恢复传导”的根本治疗法则。该法则旨在双管齐下：一方面甄选疏肝理气与活血化瘀之品，旨在开解郁闭之厥阴肝经，使其气机条达舒畅；另一方面配伍通腑降逆药物，意在疏导壅滞之阳明白腑，促使其气机重归顺降之常。

4.2. 旋归调阖汤的药物组成

笔者在跟随导师临床诊疗过程中，习得经验方“旋归调阖汤”，该方专为气滞血瘀型便秘而设。其基础处方如下：旋覆花 9 g(包煎)，当归 15 g，代赭石 10 g(先煎)，玄参 10 g，生白术 30 g，姜半夏 9 g，陈皮 10 g，木香 10 g(后下)，大腹皮 10 g，枳壳 10 g，香附 10 g，赤芍 10 g，生牡蛎 15 g(先煎)，夏枯草 10 g，生甘草 6 g。

4.3. 组方机理剖析

君药：取旋覆花与当归相须为用。旋覆花味兼苦辛咸，性微温，入肺、脾、胃及大肠经，长于降气化痰、和中止逆。《名医别录》记载其能“利大肠”^[11]，《本草纲目》亦将其归为“手太阴肺、手阳明大肠之药”^[12]。清代医家尤在泾于《静香楼医案》中，曾运用旋覆代赭汤加减治疗气滞痰凝所致便秘，推崇其“理气化痰，标本同治”之功^[13]。当归味甘辛，性温，归肝、心、脾经，功擅补血活血、润肠通便^[14]。二药配伍，一降一润，一攻一补，协同发挥通降阳明、化瘀行血之效。

臣药：代赭石质地重坠，善沉降逆气，助旋覆花增强镇逆之力；半夏辛温燥散，功能和胃降逆、燥湿化痰。二者相辅相成，共奏平抑上逆之气之功。

佐药：分为三组协同作用。第一组聚焦疏肝行气：木香辛温通行，香附疏解肝郁，枳壳破气宽中，大腹皮行气导滞，陈皮理气和胃，诸药合用，致使郁闭之厥阴肝气得舒。第二组侧重健脾助运：生白术味甘苦性温，专司健脾益气，此处重用至 30 g，意在激发太阴脾土之升清功能。第三组致力于滋阴软坚：玄参咸寒滋阴，寓“增水行舟”之意；牡蛎咸涩微寒，主软坚散结；夏枯草清泻肝火、消散郁结；赤芍凉血散瘀。四味联用，共达增液润燥、化瘀通络之目的。

使药：生甘草调和诸药，兼补脾益气，确保全方升降有序、攻补得宜。

4.4. 配伍特色

本方体现了四大配伍精髓：其一，降润并施，旋覆花降气与当归润肠相合，兼顾攻邪与扶正；其二，气血同调，理气药与活血药并用，契合“气行则血行”之理论；其三，升降互济，旋覆花、代赭石之降逆与白术之升清相伍，促使气机复归平衡；其四，攻补兼施，既祛除病邪而不伤正气，又扶助正气而不留邪患。

4.5. 临证加减化裁

临床应用时需随症灵活加减：若血瘀征象显著，酌加桃仁、红花以增强化瘀之力；若肝郁化火，加柴胡、白芍以助疏肝泄热；若腹胀满甚，投厚朴以破气消胀；若津亏口干，入火麻仁、郁李仁以增液润肠；若气虚乏力，加黄芪以益气健脾；若少阳枢机不利伴口苦胁满，加柴胡、黄芩以和解少阳；若肾阳不足见腰酸肢冷，入肉苁蓉以温补肾肾；若热结腑实致腹痛拒按，加大黄以通腑泄热。

5. 典型病案

5.1. 验案一

患者李某某，女，48岁，2025年3月15日初诊。

主诉：反复便秘2年余，加重3月。

现病史：2年前家庭变故后情志抑郁，逐渐出现大便干结，每4~6日一行，艰涩难出，伴腹胀刺痛。曾在多家医院就诊，服用番泻叶、大黄等泻下药物可暂缓，停药后旋即如故。近期症状加重，遂来就诊。

刻下：大便4~6日一行，质硬如栗，努挣乏力，腹胀刺痛，位置固定；面色青黄不泽，口唇紫暗；平素善太息，纳谷不馨。舌质紫暗，边尖散见瘀斑，苔薄白微腻；脉象弦中带涩。

既往史：甲状腺囊性结节病史，否认其他慢性病史；2年前因子宫肌瘤行子宫全切术，术后恢复尚可。

辅助检查：2025年1月，肠镜：结肠息肉(已切除，病理类型：腺瘤样息肉，低级别上皮内瘤变。)

辨证：气滞血瘀互结，阳明阖机壅滞，厥阴阖机闭阻。

治法：行气活血，通腑降逆，疏达厥阴。

处方：旋归调阖汤加减。旋覆花9g(包煎)，当归15g，代赭石10g(先煎)，玄参10g，生白术30g，姜半夏9g，木香10g(后下)，大腹皮10g，枳壳10g，香附10g，赤芍10g，生牡蛎15g(先煎)，夏枯草10g，桃仁10g，红花10g，生甘草6g。共7剂，每日1剂，水煎分早晚温服。

二诊(3月22日)：药后大便间隔缩短至2-3日一行，质地转软，腹胀刺痛减轻，面色略见润泽。效不更方，原方继进14剂。

三诊(4月5日)：共服21剂后，大便基本保持每日一行，质软成形，腹胀刺痛消失，面色转润，唇甲仍紫暗，情绪改善，纳食增加。舌质淡暗，边尖瘀斑可见消散趋势，苔薄白，脉弦细。嘱原方再服7剂巩固。

随访：3个月后电话随访，大便基本规律，1~2日1结，成形，质地正常，便秘未再反复，时因情志不畅可再发腹部刺痛感，自行调整情绪后症状消失。

按语：此案气滞血瘀并重，厥阴闭阻与阳明壅滞并见。患者子宫全切术后胞脉受损，瘀血内停；甲状腺囊性结节及结肠腺瘤样息肉术后，瘀瘀互结、局部气血瘀滞未净。方以旋覆花、当归为君，降阳明之逆、润肠道之涩，当归兼可养血调冲；代赭石、半夏助降逆气；木香、香附、枳壳开郁行气以疏厥阴之闭；桃仁、红花以破血分之瘀，兼顾术后瘀阻；生牡蛎、夏枯草、玄参软坚散结，兼顾瘰癧之患。药证相合，收效尚可。

5.2. 验案二

患者王某，男，42岁，2025年6月10日初诊。

主诉：反复便秘1年余，伴口苦咽干。

现病史：患者因工作原因，平素压力较大，1年前始出现大便干结，每3~5日一行，排解不爽，腹胀，胸胁胀满。曾不规律服用麻仁润肠丸、芦荟胶囊等，初时尚可缓解，久服则效减。近半年来症状逐渐加重，并出现口苦咽干，遂来就诊。

刻下：大便3~5日一行，质干，努责难下，腹胀，胸胁胀满，暖气频作，口苦咽干，纳差。舌淡红，苔薄黄微腻，脉弦细。

既往史：否认高血压、糖尿病等慢性病史；吸烟10年，每日约10支，偶饮酒。

辅助检查：(2024年12月，肠镜)：结肠黑变病，痔疮。

辨证：肝郁气滞为主，兼少阳枢机不利，阳明阖机失畅。

治法：疏肝解郁，和解少阳，通降阳明。

处方：旋归调阖汤加减。旋覆花9g(包煎)，当归15g，代赭石10g(先煎)，玄参10g，生白术30g，姜半夏9g，木香10g(后下)，大腹皮10g，枳壳10g，香附10g，赤芍10g，生牡蛎15g(先煎)，夏枯草10g，柴胡15g，黄芩10g，生甘草6g。7剂，水煎服，日1剂。

二诊(6月17日)：药后大便间隔缩至3日一行，质地转软，口苦咽干明显缓解，腹胀及胸胁满闷均减。守方续进14剂。

三诊(6月30日)：大便已基本正常，1~2日一行，质地适中，口苦咽干症状已无，胸胁舒适，纳食恢复。舌淡红，苔薄白，脉弦细。继予7剂善后。

随访：2个月后随访，大便规律，1~2日一行，诸症基本平复。

按语：此案肝郁气滞为主，兼少阳枢机不利，故于旋归调阖汤基础上增入柴胡、黄芩以和解少阳。患者长期吸烟燥热伤津，结肠黑变病为久服蒽醌类泻药所致阴伤络瘀，痔疮湿热瘀阻魄门。方中玄参滋阴润燥、黄芩清泄湿热，兼顾黑变病之阴伤瘀毒；赤芍凉血散瘀、生牡蛎软坚收敛，兼顾痔疮之患；当归养血润燥，可缓吸烟之燥伤。全方融疏厥阴、和少阳、降阳明于一体，不用峻下以免再伤肠络，故收效尚满意。

注：本论文纳入的验案为回顾性临床资料整理，患者均知情同意。研究者已对患者个人信息进行去标识化处理，以保护患者隐私。

6. 结语

针对气滞血瘀型便秘的临床诊疗，核心在于紧扣“阳明失于通降、厥阴气机闭阻”这一关键病机，确立以行气活血、通降阳明为主导的治疗策略。本研究依托开阖枢理论框架，融合导师丰富的临证心得，初步阐释了旋归调阖汤的组方逻辑及其临床应用价值。该方重用旋覆花与当归为君药，旨在降泄阳明燥热并濡润肠腑；配伍代赭石、半夏以增强降逆和胃之功；佐以木香、香附、枳壳等品疏肝解郁、调畅气机；辅以白术、玄参健脾助运、滋阴软坚；使以甘草调和诸药。全方始终贯穿行气活血、通降阳明的主线。然而，本文仅限于理论推演与个案分析，样本量小、缺乏对照，方药作用机制未深入探讨，随访时间较短、远期疗效不明，相关方药的确切临床疗效仍有待通过大样本、随机对照试验加以确证。未来拟开展前瞻性随机对照临床试验，结合肠道传输试验、血清胃肠激素检测等手段验证疗效并揭示作用机制，同时探索该方对肠道菌群及肠黏膜屏障功能的影响。

利益冲突

本文所有作者均声明不存在利益冲突。

参考文献

- [1] Cho, Y.S., Lee, Y.J., Shin, J.E., Jung, H., Park, S., Kang, S.J., *et al.* (2023) 2022 Seoul Consensus on Clinical Practice Guidelines for Functional Constipation. *Journal of Neurogastroenterology and Motility*, **29**, 271-305.
<https://doi.org/10.5056/jnm23066>
- [2] Suares, N.C. and Ford, A.C. (2011) Prevalence of, and Risk Factors for, Chronic Idiopathic Constipation in the Community: Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Gastroenterology*, **106**, 1582-1591.
<https://doi.org/10.1038/ajg.2011.164>
- [3] Rao, S.S.C. (2003) Constipation: Evaluation and Treatment. *Gastroenterology Clinics of North America*, **32**, 659-683.
[https://doi.org/10.1016/s0889-8553\(03\)00026-8](https://doi.org/10.1016/s0889-8553(03)00026-8).
- [4] 张亚薇, 董洋, 潘丽红, 等. 中药治疗功能性便秘潜在机制研究进展[J]. 天津中医药, 2024, 41(9): 1206-1213.
- [5] 冷炎, 魏玮, 唐旭东. 便秘中医诊疗专家共识(2024) [J]. 中医杂志, 2025, 66(3): 321-328.
- [6] 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.
- [7] 王冰. 黄帝内经素问[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1963.
- [8] 石雪晶. 基于六经“开阖枢”理论的《伤寒论》太阴病本证的文献研究[D]: [硕士学位论文]. 北京: 北京中医药大学, 2022.
- [9] 周鸿飞, 李丹. 灵枢经[M]. 郑州: 河南科学技术出版社, 2017.
- [10] 国家中医药管理局. ZY/T001.1-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2012.
- [11] 陶弘景, 尚志钧. 名医别录[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1986.
- [12] 李时珍. 本草纲目[M]. 武汉: 崇文书局, 2008.
- [13] 柳宝诒. 柳选四家医案[M]. 上海: 上海卫生出版社, 1957.
- [14] 高学敏. 中药学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2002.