

引用:李风雷,杨学攀,杨波,等.萆菟汤联合脐疗治疗湿热瘀滞型慢性前列腺炎临床研究[J].陕西中医药大学学报,2024,47(3):115-118.

## 萆菟汤联合脐疗治疗湿热瘀滞型慢性前列腺炎临床研究\*

李风雷<sup>1</sup> 杨学攀<sup>1</sup> 杨波<sup>2</sup> 韩紫阳<sup>3</sup> 张智俊<sup>4\*\*</sup>

(1.南京中医药大学翰林学院/泰州市海陵区里华卫生院,江苏泰州 225300;2.南京中医药大学附属

泰州市中医院,江苏泰州 225300;3.南京中医药大学中医学院,江苏南京 210046;

4.泰州市海陵区里华卫生院,江苏泰州 225300)

**摘要:**目的 观察全国名老中医徐福松教授所创萆菟汤联合脐疗治疗湿热瘀滞型慢性前列腺炎(chronic prostatitis, CP)的临床疗效。方法 运用随机数字法将收治的60例湿热瘀滞型CP患者分为两组,每组各30例。治疗组运用萆菟汤联合脐疗药物治疗;对照组运用萆菟汤联合脐疗安慰治疗,两组均连续治疗8w。8w后通过对比治疗前后CP中医主要症状评分、次要症状评分、NIH-CPSI评分,统计分析两组临床疗效、评分变化以及安全性。结果 治疗组总有效率为93.33%,对照组总有效率为86.67%,有统计学意义( $P<0.05$ )。两组组内比较治疗前后中医主要症状评分、次要症状评分、NIH-CPSI评分均有统计学意义( $P<0.05$ )。组间比较在会阴小腹疼痛、前列腺压痛两项主要症状指标,性功能这项次要症状指标,NIH-CPSI评分疼痛指标,治疗组优于对照组,有统计学意义( $P<0.05$ );在小便赤涩、尿后滴白、阴囊潮湿、排尿方面比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。两组不良反应发生率比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。结论 萆菟汤联合脐疗治疗湿热瘀滞型CP可明显改善患者中医主要症状评分及NIH-CPSI评分,特别是在改善疼痛方面有优势,值得临床推广研究。

**关键词:**萆菟汤;脐疗;辨证论治;慢性前列腺炎;NIH-CPSI评分

中图分类号:R247.9

文献标识码:A

文章编号:2096-1340(2024)03-0115-04

DOI:10.13424/j.cnki.jsctcm.2024.03.017

慢性前列腺炎(chronic prostatitis, CP)是中医男科临床常见疾病,以排尿刺激征与不同部位的疼痛和不适为主要表现<sup>[1]</sup>,国内发病率约为6%~32.9%<sup>[2]</sup>,由于患者对此疾病认识不足且症状不典型,其实际发病率应高于流行病学调查结果<sup>[3]</sup>。CP临床表现复杂,病情缠绵难愈,病理病机尚未彻底阐明,因此目前的抗生素治疗、物理治疗等方式并未能彻底满足患者需求<sup>[4]</sup>。

CP属于中医学中的“精浊”“淋浊”“白淫”范畴,肾虚为本、湿热为标、瘀滞为变,临床多见湿热瘀滞、肾气亏虚、气滞血瘀等证型<sup>[5]</sup>。平素饮食刺激、生活不规律等因素,导致体内相火偏旺,湿热之邪内生,久郁致瘀浊阻滞,因而湿热瘀滞型占比

较高。全国名老中医徐福松教授根据临床治疗经验,鉴古创新,自创名方萆菟汤(粉萆薢、菟丝子为君药,茯苓、车前子、泽泻、黄柏、枸杞子、川续断、山药、沙苑子、牡蛎为臣药,丹参、石菖蒲为佐药,甘草为使药),临床效果斐然<sup>[6]</sup>。脐疗法是重要的中医外治法之一,并被广泛的运用于CP治疗中,常与内服中药偕用以起增效之用<sup>[7-11]</sup>。本次研究应用萆菟汤联合脐疗治疗湿热瘀滞型CP疗效满意,现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 研究对象及分组** 收治2021年3月—2022年6月南京中医药大学附属泰州医院及泰州市海陵区里华卫生院60例湿热瘀滞型CP患者为研究

\* 基金项目:泰州市科技支撑计划(社会发展)项目(TS202023)

\*\* 通讯作者:张智俊,副主任药师。E-mail:qqzyf8@163.com

对象。按照随机数字表法将患者均分为对照组(萆菟汤联合脐疗安慰治疗),治疗组(萆菟汤联合脐疗药物治疗),每组30例。

## 1.2 纳入及排除标准

**1.2.1 纳入标准** ①参照《中国泌尿外科疾病诊断治疗指南》分类标准<sup>[12]</sup>,符合CP西医诊断标准;②参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[13]</sup>,符合湿热瘀滞型CP中医诊断标准;③年龄30~75岁;④病程超过3个月;⑤均签署知情同意书。

**1.2.2 排除标准** ①对盐酸坦索罗辛缓释胶囊、中药过敏者;②合并精囊炎、精索静脉曲张、慢性附睾炎、前列腺癌等疾病的患者;③合并有严重肝肾功能不全、心脑血管疾病及造血系统疾病的患者;④合并严重神经症、精神病患者;⑤依从性差、不配合实验者。

**1.3 治疗方法** 入组前首先对所有患者进行健康宣教。两组均采用中药萆菟汤加减治疗,煎煮滤汁150 mL,分早、晚两次服用,每日1剂;脐部外敷用食醋和成的面粉团,不加入任何药物,20~30 min,每日1次,治疗8 w。治疗组在中药萆菟汤加减治疗的基础上,加用脐疗,脐疗方组成及治疗方法:黄柏1份、丁香1份、肉桂1份,三药混合后打粉,过120目筛,每次用量1.5 g药粉,用少许食用醋调和成团,把药团涂于脐窝,外敷固定,20~30 min,每日1次,治疗8 w。

**1.4 观察指标** ①中医主要症状积分比较:会阴、小腹疼痛;小便赤涩;前列腺压痛三项指标。治疗

前后重度计6分、中度计4分、轻度计2分、无症状计0分。②中医次要症状积分比较:尿道口滴白;阴囊潮湿;性功能三项指标。治疗前后重度计6分、中度计4分、轻度计2分、无症状计0分。③NIH-CPSI评分,比较两组患者治疗前后疼痛总得分0~21分;排尿总得分0~10分;生活质量总得分0~12分。④安全性评价:不良反应发生情况,如胃肠道呕吐、腹泻等;肝肾功能损伤等<sup>[13]</sup>。

**1.5 疗效评定标准** 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[13]</sup>进行临床疗效评价。

**1.6 统计学方法** 采用SPSS 26.0统计软件分析、处理,计量资料采用t检验,计数资料采用卡方检验, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组患者临床疗效比较** 治疗后两组患者临床疗效比较;与对照组比较,治疗组总有效率高于对照组,有统计学意义( $P<0.05$ ),见表1。

表1 两组患者临床疗效比较(n)

| 组别  | n  | 痊愈 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效率(%) |
|-----|----|----|----|----|----|---------|
| 对照组 | 30 | 2  | 11 | 13 | 4  | 86.67   |
| 治疗组 | 30 | 5  | 15 | 8  | 2  | 93.33   |

**2.2 两组患者中医主要症状积分比较** 两组组内比较治疗前后中医主要症状评分有统计学意义( $P<0.05$ )。组间比较在会阴小腹疼痛、前列腺压痛两项主要症状指标,治疗组优于对照组,有统计学意义( $P<0.05$ )。在小便赤涩方面比较差异无统计学意义( $P>0.05$ ),见表2。

表2 中医主要症状积分变化( $\bar{x}\pm s$ )

| 组别  | n  | 会阴、小腹疼痛   |             | 小便赤涩      |            | 前列腺压痛     |             |
|-----|----|-----------|-------------|-----------|------------|-----------|-------------|
|     |    | 治疗前       | 治疗后         | 治疗前       | 治疗后        | 治疗前       | 治疗后         |
| 对照组 | 30 | 4.67±0.96 | 2.13±0.91*  | 5.02±1.02 | 1.42±0.93* | 5.41±0.96 | 1.47±1.38*  |
| 治疗组 | 30 | 4.81±1.06 | 1.63±1.13*# | 5.03±1.04 | 1.53±1.01* | 5.33±0.96 | 1.07±1.26*# |

注:组内比较治疗前后\* $P<0.05$ ;组间比较治疗后# $P<0.05$

**2.3 两组患者中医次要症状积分比较** 两组组内比较治疗前后中医次要症状评分、有统计学意义( $P<0.05$ )。组间比较在性功能这项症状指标,治疗组优于对照组,有统计学意义( $P<0.05$ );在尿后滴白、阴囊潮湿方面比较差异无统计学意义( $P>0.05$ ),见表3。

**2.4 两组患者NIH-CPSI评分比较** 两组组内比较治疗前后NIH-CPSI评分均有统计学意义( $P<0.05$ )。组间比较疼痛指标,治疗组优于对照组,有统计学意义( $P<0.05$ );在排尿方面、生活质量方面比较差异无统计学意义( $P>0.05$ ),见表4。

表3 中医次要症状积分变化( $\bar{x}\pm s$ )

| 组别  | n  | 尿后滴白      |            | 性功能       |             | 阴囊潮湿      |            |
|-----|----|-----------|------------|-----------|-------------|-----------|------------|
|     |    | 治疗前       | 治疗后        | 治疗前       | 治疗后         | 治疗前       | 治疗后        |
| 对照组 | 30 | 4.53±1.04 | 1.87±1.17* | 4.8±1.24  | 2.07±1.7*   | 5.13±1.13 | 1.6±1.43*  |
| 治疗组 | 30 | 4.47±1.01 | 2.07±1.23* | 4.67±1.21 | 1.89±1.52*# | 5.07±1.14 | 1.6±1.61*# |

注:组内比较治疗前后\* $P<0.05$ ;组间比较治疗后# $P<0.05$

表4 两组患者治疗前后 NIH-CPSI 评分变化( $\bar{x}\pm s$ )

| 组别  | n  | 疼痛        |             | 排尿        |            | 生活质量      |            |
|-----|----|-----------|-------------|-----------|------------|-----------|------------|
|     |    | 治疗前       | 治疗后         | 治疗前       | 治疗后        | 治疗前       | 治疗后        |
| 对照组 | 30 | 9.73±1.28 | 3.63±2.11*  | 8.11±0.84 | 3.37±1.63* | 7.27±0.98 | 2.73±1.86* |
| 治疗组 | 30 | 9.87±1.33 | 3.17±1.99*# | 8.16±0.83 | 3.11±1.26* | 7.33±0.96 | 2.61±1.83* |

注:组内比较治疗前后\* $P<0.05$ ;组间比较治疗后# $P<0.05$

**2.5 安全性分析** 对照组出现腹泻1例,治疗组无恶心呕吐腹泻病例,两组均未出现肝肾功能损伤,不良反应发生率比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

### 3 讨论

CP 病因病机异常复杂,存在广泛争议,其发病与免疫反应异常、精神因素、内分泌等相关。目前治疗 CP 的现代医学常用的治疗手段包括解痉和消炎镇痛治疗等对症治疗。单纯的内治药物往往难以在病灶内达到理想的药物浓度,从而造成治疗效果不甚理想的局面,进而易致疾病迁延难愈。近年来康复医学出现了一些外治手段比如微波、磁刺激疗法、生物反馈电刺激疗法,可不同程度的改善症状。

徐福松教授作为中医男科奠基人之一,对于男科疾病有着独到的见解,守古创新,自创诸多验方。针对精浊病,徐老以经方茵陈蒿汤清饮与菟丝子丸为体,以临床疗效为用,研制成如今菟丝子汤。徐老认为精浊病以湿热为标、肾虚为本,两者相互作用,最终发展成虚实夹杂的证候。肾虚无力固摄阴精,阴精下流壅塞窍道,郁久化生湿热,久而损阴伤阳,肾精亏损<sup>[14]</sup>,故而单一使用补肾或祛邪之法并不能达到药到病除之效。菟丝子汤中菟丝子祛湿,菟丝子补肾,共为君药。茯苓渗湿,车前子导湿,泽泻利湿,黄柏清泄湿火相火,共助菟丝子分清去浊;山药固肾,枸杞子益肾,沙苑子补肾固精,续断补肝肾,牡蛎收敛固涩,共助菟丝子益肾填精为臣药。丹参活血通络,有祛瘀生新功效,石菖蒲豁痰开窍,为佐药;甘草起调和作用,兼引诸

药直趋精室为使药。此外茯苓配菟丝子,有菟丝子之义,可固精兼渗湿;车前子配菟丝子,为王旭高之法,专导败精之流注<sup>[15]</sup>。全方兼顾补肾与导浊,消补兼施,效用强于单法。对照组使用菟丝子汤疗效满意,总有效率为 86.67%,组内比较治疗前后中医主要症状评分、次要症状评分、NIH-CPSI 评分均有统计学意义( $P<0.05$ )。

脐疗是根据中医理论辨证选用合适的药物制成一定的剂型并配合适合的治疗方法,以达到治疗疾病的目的。脐疗首见于《五十二病方》,《黄帝内经》《难经》等经典著作也有记述,宋金元时期运用渐增,清朝上升到理论新高度并有大量论述,代表性理论为吴师机《理渝骈文》所言:“外治之理,即内治之理,外治之药,亦内治之药。所异者法耳!”近现代脐疗仍有不断地发展。中医具有整体观,运用中医康复技术治疗 CP 疗效确切。

脐为神阙穴,具有调整脏腑阴阳,促进药物快速吸收的重要作用,选药多用芳香温通之药,以利于疗效发挥<sup>[16-21]</sup>。《本草汇言》曰:“丁香,温中快气之药也。”丁香有利于促进气血流通,如《理渝骈文》云:“须知外治者,气血流通即是补。”《珍珠囊》曰:“肉桂去卫中风邪,秋冬下部腹痛。”具有温经通络止痛的效果;黄柏味苦性寒趋于沉降,长于清下焦湿热。三药组合作为脐疗用药配伍精当,对 CP 的主次症状均有针对性<sup>[22-30]</sup>。

本研究运用脐疗疗效显著,总有效率达到 93.33%,与对照组比较有统计学意义。组间比较在会阴小腹疼痛、前列腺压痛两项主要症状指标,

性功能这项次要症状指标,NIH-CPSI 评分疼痛指标,治疗组优于对照组,有统计学意义( $P<0.05$ );在小便赤涩、尿后滴白、阴囊潮湿、排尿方面比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

脐疗作用较为直接,通过临床症状辨证分析,运用芳香、温通、利湿中药敷脐治疗,可以直达病灶,调畅气血,补肾去浊,直接发挥药效,在治疗 CP 疾病中有着不可替代的优势。本方案的规范使用,在发挥中医特色、提高临床治愈率,特别是减轻前列腺疼痛方面,具有一定的临床价值。

#### 参考文献

- [1] 刘嘉,杨海军,曾庆琪,等.中药调控丝裂原活化蛋白激酶通路治疗慢性前列腺炎的研究进展[J].中医学报,2020,48(9):68-72.
- [2] 俞旭君,高庆和.慢性前列腺炎中西医结合多学科诊疗指南[J].中华男科学杂志,2020,26(4):369-376.
- [3] 米华,陈凯,莫曾南.中国慢性前列腺炎的流行病学特征[J].中华男科学杂志,2012,18(7):579-582.
- [4] 董德河,段瑞华,张毅,等.中医药治疗慢性前列腺炎的研究现状[J].中国性科学,2018,27(7):26-29.
- [5] 秦国政,张春和,李焱风,等.基于疮疡理论论治慢性前列腺炎专家共识[J].中医杂志,2017,58(5):447-450.
- [6] 李娜,魏锦慧,马鸿斌.程氏葶藶分清饮的临床研究进展[J].现代中医药,2019,39(1):105-108.
- [7] 吴泳蓉,何清湖,周青.探讨脐疗法在慢性前列腺炎中的运用[J].中医外治杂志,2019,28(4):61-63.
- [8] 刘帅,宋涛涛,张予东,等.中医外治法治疗慢性前列腺炎临床研究进展[J].河北中医,2019,41(9):1437-1440.
- [9] 李巨春,孙殿统.中药内服、脐疗加保留灌肠治疗慢性前列腺炎的临床观察[J].内蒙古中医药,2017,36(1):5-6.
- [10] 莫旭威,王彬,李海松,等.慢性前列腺炎外治法治疗进展[J].环球中医药,2015,8(7):878-883.
- [11] 王彬,李海松,党进,等.慢性前列腺炎中药外治探讨[J].环球中医药,2012,5(7):499-501.
- [12] 那彦群,叶章群,孙光.中国泌尿外科疾病诊断治疗指南[M].北京:人民卫生出版社,2011.
- [13] 郭军,张春影.实用前列腺疾病中西医诊治[M].北京:人民卫生出版社,2005.
- [14] 贾永华.徐福松菟苈汤临床应用辨识[J].辽宁中医药大学学报,2007,9(2):75.
- [15] 周玉春,张新东,金保方,等.徐福松教授辨治慢性前列腺炎经验[J].南京中医药大学学报,2009,25(4):297-300.
- [16] 刘嘉,杨洪宝,严宝飞,等.前列腺炎 I 号通过 MAPK 信号通路缓解大鼠慢性非细菌性前列腺炎的抗炎机制研究[J].中华中医药学刊,2021,39(6):183-187.
- [17] 戴建业,张曼.瑶药富丁汤对慢性非细菌性前列腺炎大鼠 p38MAPK 信号转导通路的干预机制[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(42):173-174.
- [18] BARNABEI L, LAPLANTINE E, MBONGO W, et al. NF- $\kappa$ B: At the borders of autoimmunity and inflammation [J]. Frontiers in Immunology, 2021, 12: 716469.
- [19] 何康杰,杨向南,戴迪,等.慢性前列腺炎合并勃起功能障碍相关机制的研究进展[J].中国医药,2021,16(8):1276-1280.
- [20] 陈宏,马琼.大泻肾汤对自身免疫性慢性前列腺炎大鼠局部 NF- $\kappa$ B 的影响[J].宁夏医科大学学报,2020,42(11):1108-1111,1118.
- [21] ZHAO QX, YANG FY, MENG LQ, et al. Lycopene attenuates chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome by inhibiting oxidative stress and inflammation via the interaction of NF- $\kappa$ B, MAPKs, and Nrf2 signaling pathways in rats [J]. Andrology, 2020, 8(3): 747-755.
- [22] 蒋林,赵参军,焦静,等.止痛散结贴外用联合奥施康定治疗骨转移中重度疼痛临床研究[J].陕西中医药大学学报,2021,44(5):102-105.
- [23] 黎美娟,叶明花,郑江明.脐疗治未病机理初探[J].陕西中医药大学学报,2019,42(2):32-33,36.
- [24] 洪策.腹舒散敷脐治疗小儿再发性腹痛的临床研究[J].陕西中医药大学学报,2017,40(2):53-54.
- [25] 茹伯战,赵璇,吴功平,等.消湿祛瘀汤联合坦索罗辛对慢性前列腺炎患者炎症因子的影响[J].现代中医药,2021,41(1):78-81.
- [26] 蒋林,赵参军,焦静,等.针刺联合穴位贴敷治疗中重度癌性疼痛临床研究[J].现代中医药,2021,41(5):112-116.
- [27] 曾文璧,麦淑妍,盘庆东,等.基于“一气周流”理论脐针治疗腰椎间盘突出症 25 例[J].现代中医药,2023,43(1):116-120.
- [28] 艾依热提·买买提,木拉提·热夏提.龙胆苦苷对慢性前列腺炎的作用及对 NF- $\kappa$ B 和 MAPKs 信号通路活化的研究[J].实用药物与临床,2021,24(2):111-115.
- [29] 赵谊宁.雌激素受体 ESR1 在前列腺癌组织中表达及分布的研究[D].南京:东南大学,2016.
- [30] LIAO PC, LAI MH, HSU KP, et al. Identification of  $\beta$ -sitosterol as in vitro anti-inflammatory constituent in *Moringa oleifera* [J]. Journal of Agricultural and Food Chemistry, 2018, 66(41): 10748-10759.

(修回日期:2023-05-04 编辑:巩振东)