

慢性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征 不同性质疼痛对药的选择

吴秀全¹ 晏斌² 高庆和²

(1. 安阳市中医院男科, 安阳 455000; 2. 中国中医科学院西苑医院男科, 北京 100091)

【摘要】慢性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征是临床男科的多发病, 常见的疼痛性质包括胀痛、刺痛、灼痛、隐痛、麻痛等, 其病机为气滞、血瘀、湿热、血虚、络阻等, 其相应的对药选择为枳壳、香橼、乳香、没药、车前草、泽泻、当归、白芍、丝瓜络、路路通等。根据其致病性质, 选择针对性对药进行治疗, 具有痛性异而对药专的特点。

【关键词】慢性盆腔疼痛综合征; 慢性前列腺炎; 疼痛类型; 对药治疗

DOI: 10.16025/j.1674-1307.2025.06.023

慢性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征(chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome, CP/CPPS)是临床男科的常见病, 约占前列腺炎的90%以上^[1]。疼痛是其主要症状, 区域往往涉及会阴、睾丸、腰骶部、小腹部及大腿根部等处, 且疼痛性质和程度不同, 严重影响患者的工作及生活质量。西医多以经验性抗生素、非甾体类抗炎药等进行治疗, 疗效不佳, 且易复发^[2]。CP/CPPS病因复杂, 现代医学认为, 该病可能是病原体感染、神经内分泌异常和化学因素等共同作用的结果^[3]。研究^[4-5]认为, 前列腺组织炎症与环氧化酶-2(cyclooxygenase-2, COX-2)和前列腺素E2(prostaglandin E2, PGE2)等水平异常相关。CP/CPPS属中医学“精浊”范畴, 多因气滞、血瘀及湿热等致病^[6]。临床中疼痛症状应首辨虚实, 可分为实性疼痛和虚性疼痛, 病机则为不通则痛和不荣则痛。湿热、血瘀、痰浊等实邪滞于精室, 气血运行障碍, 络道不通, 而见疼痛, 属不通则痛; 血虚之证, 血气不足, 精室失于濡养, 不荣则痛。故应根据不同的疼痛性质选择用药。中医药以辨证论治为基础, 对于CP/CPPS的治疗具有独特优势。笔者在临床治疗CP/CPPS时常根据疼痛性质选择药对治疗, 取得较好疗效, 现将经验总结如下。

1 CP/CPPS疼痛性质的中医辨证

精浊之证, 病位在男性特有的奇恒之腑——精室。浊者, 相对于清而言, 意指体液浑浊, 相当于现

代医学的炎症表现。精室有狭义和广义之分, 狭义精室是指前列腺, 而广义精室则是包括睾丸、附睾在内的内生殖器官的总称^[7]。精室居于身体下部, 故疼痛位置多居下焦, 但不固定。精室功能的发挥, 与脾、肾、心、肝均有密切联系^[8]。精室以通为用, 通补结合^[9], 而精室失用是湿、瘀、热、虚等病理因素作用的结果^[10]。《医方聚度》载:“湿热盘踞下焦, 或串精室……或阻隧道。”初期多见气滞、湿热之证, 中期及后期多见血虚、血瘀、络阻之证。该病基本治则为标本兼治, 急则治标与缓则治本结合, 治法包括病因治疗并配合止痛。但在临证中, 各个发病阶段可出现两个或两个以上的证候兼夹, 故治疗时, 不可一味囿于单个证型, 要因势而变。

临证中, CP/CPPS常见的疼痛性质包括胀痛、刺痛、灼痛、隐痛、麻痛等, 不同的疼痛性质体现不同的病机特点。胀痛, 多为气滞所致, 因气滞不行, 结聚于内, 聚而不走, 攻撑作胀而痛; 刺痛, 多为血瘀所致, 是由血瘀于内, 停阻精室, 如芒于内, 痛如针刺; 灼痛, 多为湿热所致, 是为湿热之邪, 热蕴于湿, 湿袭阴位, 热性炎上, 熏炙精室, 如火烧灼, 出现灼痛; 隐痛, 多为血虚所致, 因津血不足, 精室失于濡养, 不荣则痛, 痛之不甚, 其状隐隐; 麻痛, 多为络阻所致, 精浊一病, 病程较长, 痰浊内阻, 病久入络, 经气闭塞, 精室络阻, 麻木并痛。

基金项目:国家自然科学基金青年项目(82104880); 中国中医科学院优秀青年科技人才培养专项(ZZ16-YQ-010)

作者简介:吴秀全, 男, 45岁, 硕士, 副主任医师。研究方向: 中西医结合治疗男科疾病。

通信作者:晏斌, E-mail: yanbinxyy@126.com

引用格式:吴秀全, 晏斌, 高庆和. 慢性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征不同性质疼痛对药的选择[J]. 北京中医药, 2025, 44(6): 778-781.

2 对药的选择

对药是指在中医药理论指导下,中药处方配伍中成对出现的药物,是复方的主干,通过两药相辅相成的配伍,起到增强疗效的作用^[11-12]。CP/CPPS 病情复杂,疼痛多样,临证根据不同的疼痛性质,有针对性地选择对药,可增强疗效。

2.1 枳壳-香橼理胀痛

胀痛患者,疼痛位置常循于肝经,多见于睾丸及大腿根部,常伴胸胁胀满、心情郁闷或急躁易怒、善太息、失眠、多梦等。枳壳行气宽中,《本草纲目》载其“气行则痞胀消,气通则痛刺止”;香橼疏肝理气、和中止痛,二药临证用量常为 10 g。枳壳有镇痛消炎作用^[13],其机制与抑制炎症组织产生 PGE2 有关^[14]。香橼具有良好的镇痛抗菌作用^[15]。枳壳、香橼均属耗气之品。《本草通玄》曰:“香橼性中和,单用多用亦损正气。”可酌加敛阴之品,如白芍 10 g,避免耗气伤阴;并应中病即止,随症减量。临证属肝郁气滞者,除对药外常用合欢皮 15 g、贯叶金丝桃 6 g,以疏肝解郁安神。CP/CPPS 患者因其慢性病程,临证忧思伤神者多见,宜调养心脑之神,以上二药可调畅情志,开窍悦神,亦合“脑-心-肾-精室轴”之用药理论^[16]。此外,还当加强心理疏导,让患者了解疾病特点及发展转归,减轻心理负担,更有利于疾病恢复。若肝郁气滞,日久化火,加牡丹皮 10 g、炒栀子 10 g。本证患者常伴睡眠障碍,失眠者常用龙骨 15 g、牡蛎 30 g、茯神 10 g,多梦常用夜交藤 10 g、浮小麦 30 g,易醒加用远志 10 g、灵磁石 10 g。

2.2 乳香-没药散刺痛

刺痛患者,多病程迁延难愈,疼痛程度较重,疼痛区域多见于会阴部及腰骶部,常于久坐后症状加重,并舌下脉络迂曲明显。常规选择乳香、没药外,可加用鬼箭羽 10 g、土鳖虫 10 g,以增强活血化瘀止痛之功。乳香活血止痛、消肿生肌,《珍珠囊》谓其“定诸经之痛”。没药常与乳香相须为用,以增强活血止痛之功。《本草纲目》云:“乳香活血,没药散血,皆能止痛、消肿、生肌,故二药每每相兼而用”。乳香、没药单味药量一般 10 g,二者相须为用时可用 9 g,在疼痛减轻后,结合舌脉,可减至 6 g。实验证实乳香与没药具有明显的抗炎镇痛作用^[17]。乳香可以促进前列腺 RWPE-1 细胞单层紧密连接的通透性^[18]。乳香和没药的水提液与实验动物肝毒性相关^[19]。CP/CPPS 的治疗周期长,长期用药需加护

肝之品,常加五味子 10 g;且长期应用活血化瘀药物有耗伤阴液之虞,故治疗中应注意固护阴液,一般同时应用生地黄 10 g;如肝功能检验提示总胆固醇升高,可加炒神曲 15 g;如谷丙转氨酶略有增高,可加垂盆草 10 g。乳香和没药均有刺激性气味,可能出现恶心、呕吐等症状,建议患者餐后温服,并注意护胃药物的使用,一般用炒麦芽 15 g;然亦需中病即止,据症状、舌脉变化及时减量或停药。临床可见气滞血瘀两证并见,气为血帅,气行则血行,可配合使用枳壳、香橼行气以增强行气活血止痛之功,结合疼痛位置,会阴部疼痛可加绿萼梅 10 g,腰骶部疼痛加用香附 10 g。

2.3 车前草-泽泻清灼痛

灼痛患者临证多伴尿赤、尿液浑浊、尿不尽、尿分叉及阴囊潮湿。车前草利水通淋、清热解毒,《神农本草经》谓其“主气癰,止痛,利水道小便”。泽泻利水渗湿泄热,因归肾、膀胱经,故下焦湿热者尤为适宜。车前草提取物可明显减轻实验大鼠前列腺上皮细胞间质水肿^[20]。其机制是抑制 COX-2 以阻止与前列腺素等产生炎症级联反应,以减轻疼痛症状^[21-22]。《本草纲目》载泽泻可“渗湿热,行痰饮,疝痛脚气”。实验^[23]表明,泽泻可减少小鼠扭体次数,具有镇痛抗炎作用。泽泻临床用量常为 10 g,若舌苔黄腻明显,车前草可用至 15 g。除运用对药外,常并用黄柏 10 g、川草薢 10 g,以清利湿热。对于灼痛患者,治疗中建议加强生活调适,多饮水,忌食辣椒、羊肉、酒等辛辣刺激性食物,保持规律性生活;并注意顾护阴液,以防利水伤阴,常加玄参 6 g。该类患者就诊时,建议常规检测尿液,以排除尿路感染。如伴尿路感染,常加瞿麦 10 g、土茯苓 15 g、白花蛇舌草 15 g,以增强清热通淋之力,必要时加用敏感抗生素。对此类患者在清利湿热过程中,需密切关注舌质舌苔变化,根据舌象随时调整药物剂量,以免过度寒凉伤及脾胃。如患者出现胃纳不香、胃部不适等症,及时加用护胃之品,如炒谷芽 15 g。

2.4 当归-白芍缓隐痛

隐痛患者疼痛程度较轻,隐隐出现,常伴神疲乏力、面色发黄,腰骶部疼痛多见,按揉后可减轻。临证常加用黄芪 10 g、大枣 3 枚,以补气益血。当归补血活血止痛,《本草纲目》谓其“治心腹诸痛”,善治血虚血瘀之痛;《本草正》载:“凡有形虚损之病,无所不宜。佐之以攻则通,则能祛痛通便”,说明当归尤适血虚之痛。白芍养血敛阴、柔肝止痛,《本草纲目》谓其“腹中虚痛……小腹痛”,《名医别录》云:

“通顺血脉,缓中……中恶腹痛,腰痛”。白芍除治疗腰腹疼痛外,还可治疗多种疼痛^[24]。当归有较好的抗炎镇痛作用,其机制与降低非细菌性前列腺炎模型小鼠前列腺组织中的神经生长因子(nerve growth factor, NGF) mRNA 表达水平密切相关^[25]。白芍通过减少 PGE2 含量,升高 β -内啡肽水平,以抑制疼痛传导,从而发挥镇痛作用^[26]。临床当归用量 10~15 g、白芍 10 g。当归、白芍属质润滋腻之品,久服可有生湿、碍胃之弊,治疗中可酌加消导之品,如炒山楂 15 g。此类患者一般体质较弱,气候变化时常易感冒,导致前列腺慢性炎症加重,不利于病情恢复。气血相互影响,血虚、气虚等病理变化可相互转化,相兼为患^[27]。故补血不忘补气,气行血亦行,则气血共荣,发挥其濡润滋养之功。临床并用黄芪、党参等,亦合当归补血汤补血之奥义。调补气血勿忘健运脾胃,脾胃功能如常,气血化生有源,血虚之证无虞。临证常用茯苓 10 g、炒麦芽 30 g、山药 15 g、焦山楂 30 g、白术 10 g,以养护后天之本。血虚之证亦常伴阴虚,可见口渴、烦热等,常加天冬 10 g、天花粉 10 g 以滋养阴液,津血同源,更利血虚之证恢复。

2.5 丝瓜络-路路通疗麻痛

麻痛患者疼痛程度中等,可伴见咽中异物感,或咳少量白痰,舌苔白腻多见,临证常加清半夏 10 g、茯苓 10 g,以化痰浊、通络阻。丝瓜络祛风通络解毒,《本草纲目》谓其“能通人脉络脏腑……祛痛”,有明显的抗炎镇痛作用^[28]。《本草纲目拾遗》载路路通“舒经络拘挛,周身痹痛,手脚及腰痛”,可用于关节痹痛、麻木拘挛等症,结合其活络通经、畅通诸窍之功,下焦精室闭阻亦有同效。路路通可抑制炎症介质分泌,调控核因子 κ B 信号通路以发挥抗炎作用^[29]。临证用丝瓜络、路路通,需量大方得良效。一般常用丝瓜络 30 g、路路通 20 g。如疼痛现于睾丸,加用橘核 10 g、荔枝核 10 g;发于腰骶,加用川牛膝 15 g;咽部异物感明显,加厚朴花 15 g、紫苏叶 10 g;如见咽部少量黄痰,加竹茹 10 g、瓜蒌 10 g。此类患者平素不宜食用寒凉之品,注意养护脾胃,因脾为生痰之源,脾之健运则痰浊不生。

3 病案举例

患者,男,34岁,于2022年2月25日就诊,主诉“小腹疼痛伴睾丸、腰部、会阴处疼痛2月余”。2021年12月,患者无明显诱因出现小腹部、睾丸部、腰骶部及会阴部疼痛,于当地医院就诊,诊断为慢性前列腺炎,口服左氧氟沙星胶囊等药物2周,效果欠

佳。自诉之前睾丸偶有疼痛,可自行缓解,故未在意。既往有手淫史。查生殖系彩超示前列腺体积增大,回声欠均匀,左侧附睾囊肿;前列腺液常规示卵磷脂小体++,白细胞+;前列腺液细菌培养阴性;血清前列腺特异性抗原正常。刻下症见:小腹部、睾丸部、腰骶部及会阴部疼痛,呈针刺样疼痛,排尿无力,平素体健,日常久坐,极少锻炼,性生活不规律,每月1次,纳可,睡眠较差,心情一般,大便不成形,舌质暗,舌下脉络迂曲,苔薄,脉涩。西医诊断:慢性盆腔疼痛综合征;中医诊断:精浊,精室血瘀证。拟活血化瘀止痛为法,方药组成:乳香 10 g,没药 10 g,延胡索 20 g,枳壳 10 g,丹参 10 g,赤芍 10 g,生龙骨 30 g(先煎)、生牡蛎 30 g(先煎)、当归 10 g,橘核 10 g,合欢花 15 g,苍术 10 g。14剂,每日1剂,水煎服,每日2次,早晚餐后0.5 h温服。嘱适当多饮水,避免久坐,忌食辛辣刺激性食物,性生活保持规律,每周1~2次。

2022年3月12日二诊:患者小腹部、睾丸部、腰骶部及会阴部疼痛减轻,排尿无力改善,睡眠略改善,诉口干,大便偏干,心情不佳。上方减苍术,加栀子 10 g、蒲公英 15 g,合欢花加至 25 g。14剂,煎服法同前。

2022年3月28日三诊:患者小腹部、睾丸部、腰骶部及会阴部疼痛明显减轻,尿无力明显改善,诉纳食可,睡眠明显改善,心情改善,舌下脉络迂曲减轻,大便黏滞,舌苔偏黄,遂减当归,加生薏苡仁 30 g,丹参增至 15 g。14剂,煎服法同前。

2022年4月12日四诊:患者偶有疼痛症状,尿无力基本消失,纳食可,大便基本正常。予上方 14剂,并嘱生活调适,以巩固疗效。1个月后随访未诉不适。

按:患者小腹部、睾丸部、腰骶部及会阴部刺痛,排尿无力,平素久坐,活动较少,证属瘀血停阻精室,不通则痛。方中乳香、没药活血化瘀止痛,丹参、赤芍活血化瘀,当归养血活血,枳壳、橘核理气,延胡索理气活血止痛,生牡蛎软坚散结,并配合生龙骨镇静安神,合欢花疏肝解郁,诸药合用以活血化瘀止痛。故二诊时患者疼痛症状减轻,考虑乳香、没药等一派温燥之品,易生内热,患者出现大便偏干,故加用栀子、蒲公英以清利内热,并加大合欢花用量,以疏肝解郁安神、改善心情。三诊时患者疼痛症状明显减轻,纳食正常,而大便偏黏,遂减补血滋腻之当归,加清热利湿之生薏苡仁。四诊时疼痛症状偶有出现,予 14剂以巩固疗效。本例患者治

疗中虽未出现明显伤阴表现,但仍有内热症状出现,故临证可常规加用生地黄 6~10 g;对于伴有慢性胃病者,可常规加用护胃之品。

参考文献

- [1] WANG JS, YANG J, DENG S, et al. Acupuncture combined with tamsulosin hydrochloride sustained-release capsule in the treatment of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: A study protocol for a randomized controlled trial[J]. *Medicine (Baltimore)*, 2020,99(12):e19540.
- [2] 徐柳汀,张斌,苗鹏程,等.慢性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征患者基于 UPOINT 临床表现分型的个体化治疗效果分析[J]. *中国性科学*,2022,31(10):19-23.
- [3] 白宽,谭广兴,李刚琴,等.经方治疗Ⅲ型前列腺炎水瘀互结证初探[J]. *中医临床研究*,2022,14(4):98.
- [4] 刘胜京.归黄方治疗Ⅲ型前列腺炎湿热瘀滞证临床观察及调控 P13K/AKT/NF- κ B 通路实验研究[D].北京:北京中医药大学,2021.
- [5] 王全立,陈如兵,郝高利.经直肠超声电导联合中药治疗慢性非细菌性前列腺炎临床观察[J]. *实用中医药杂志*,2022,38(4):530-531.
- [6] 郑小挺,马玲,姚文亮,等.基于浊瘀理论的中药联合穴位埋线治疗慢性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征的作用机制研究[J]. *现代诊断与治疗*,2022,33(2):159-160.
- [7] 高兆旺,张丽,刘庆申.论精室的解剖与生理[J]. *山东中医药大学学报*,2002,26(5):330-332.
- [8] 王劲松,王新恒,王小虎.王劲松中医精室论[M].南京:东南大学出版社,2016. 26.
- [9] 洪志明,陈子龙,邱俊峰,等.从“以通为用,通补结合”辨治男性不育症探讨[J]. *北京中医药*,2023,42(6):664-667.
- [10] 王浩,张继伟,晏斌,等.精室理论在中医泌尿男科中的应用探析[J]. *中医学报*,2023,51(10):1-6.
- [11] 臧文华,卞华,白红霞,等.术语“药对”源流考[J]. *中国中医基础医学杂志*,2020,26(5):571.
- [12] 李晔.中医对药应用初探[J]. *北京中医药*,2012,31(3):372.
- [13] 江宝瑞,丁宏,王跃,等.枳壳的药理研究作用[J]. *云南中*

医中药杂志,2022,43(6):72-73.

- [14] 叶一丹.三种柑橘属芳香植物精油的抗炎作用研究[D].上海:上海交通大学,2019.
- [15] 石岩,魏锋,马双成.枸橼药用研究进展[J]. *中国药物警戒*,2022,19(5):574-576.
- [16] 郭军.基于“脑-心-肾-精室”轴的男科用药原则与规律探讨[J]. *中华男科学杂志*,2021,27(4):291-294.
- [17] 赵丽辉,赵子樟,李佳响,等.乳香、没药活性成分 KTDA、FSA 及其配伍的抗炎镇痛作用及机制研究[J]. *中药新药与临床药理*,2022,33(11):1460-1465.
- [18] 周青,何清湖,田雪飞,等.麝香配伍乳香促前列腺上皮屏障通透性作用的实验研究[J]. *中华中医药杂志*,2014,29(5):1448-1453.
- [19] 陈颖,王莱,景莉君,等.基于斑马鱼模型筛选壮骨关节丸毒性药物高效筛选[J]. *世界科学技术-中医药现代化*,2017,19(1):140.
- [20] 马莉,曹薇.平车前提取物对慢性非细菌性前列腺炎大鼠炎症因子的影响[J]. *医药导报*,2016,35(6):592-596.
- [21] 王芳芳,潘竞先,欧阳飏.基于分子对接的车前草抗炎机制研究[J]. *中医学报*,2012,40(2):78-81.
- [22] 吴检,黄键.环氧合酶-2 及其在炎症痛中表达的调节[J]. *海峡药学*,2010,22(9):207.
- [23] 侯建平,秦阳,王强,等.正交 t 值法研究当归拈痛汤的镇痛有效药味[J]. *陕西中医学院学报*,2010,33(3):78.
- [24] 代倩倩,夏欢,夏桂阳,等.白芍方药以及白芍总苷镇痛功效及其机理研究进展[J]. *世界科学技术-中医药现代化*,2020,22(1):39-46.
- [25] 杨晶,袁博,颜红,等.当归挥发油中藁本内酯对实验性非细菌性前列腺炎镇痛作用的研究[J]. *中国中医急症*,2014,24(8):1425-1427.
- [26] 吴丽,王丽丽,费文婷,等.芍药苷和芍药内酯苷对小鼠疼痛模型的镇痛作用及对 β -EP、PGE2 的影响[J]. *中华中医药杂志*,2018,33(3):915-918.
- [27] 范航,孙凤霞,李晓玲.再探关幼波“气血辨证”学术思想[J]. *北京中医药*,2023,42(11):1172-1174.
- [28] 杨花,高昂,赵兵,等.丝瓜络药理学研究概况[J]. *安徽农业科学*,2011,39(34):20990.
- [29] 封若雨,朱新宇,邢峰丽,等.路路通的药理作用研究概述[J]. *中国中医基础医学杂志*,2019,25(8):1175-1176.

Drug selection based on different pain characteristics in CP/CPPS

WU Xiuguan¹, YAN Bin², GAO Qinghe²

(1. Department of Andrology, Anyang Traditional Chinese Medicine Hospital, Anyang 455000, China; 2. Department of Andrology, Xiyuan Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100091)

ABSTRACT Chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CP/CPPS) is a common disease in clinical andrology. The common types of pain include swelling pain, stabbing pain, burning pain, dull pain, and numb pain, which correspond to pathogenesis such as *qi* stagnation, blood stasis, dampness-heat, blood deficiency, and collateral obstruction. The corresponding drugs used are *Aurantii Fructus*, *Citri Fructus*, *Olibanum*, *Myrrha*, *Plantaginis Herba*, *Alismatis Rhizoma*, *Angelicae Sinensis Radix*, *Paoniae Radix Alba*, *Luffae Fructus Retinervus*, *Liquidambaris Fructus*, etc. According to the pathogenic characteristics, targeted drugs are selected for treatment, exhibiting the feature of distinct pain types matched with specific drugs.

Keywords chronic pelvic pain syndrome; chronic prostatitis; pain type; drugpair for treatment

(收稿日期:2024-03-03)