

· 思考中医 ·

中医对慢性前列腺炎认识的历史沿革与现代转变[※]金亦沁¹ 金亦涵² 金保方^{3▲}

摘要 中医对慢性前列腺炎的认识经历了长期演变:秦汉至隋唐时期初步建立病因病机体系;宋金元时期拓展了湿热、瘀阻及脏腑功能理论;明清时期辨证体系趋于成熟,并强调标本兼顾、虚实兼治;现代中医结合检验技术、微循环及奇恒之腑理论进行创新,创立“前列腺汤”“革菟汤”“补肾导浊汤”等方药,可显著改善症状、降低复发率,为临床提供了多元而有效的治疗方案。

关键词 慢性前列腺炎;中医认识;历史沿革;现代演变;治疗多元化

慢性前列腺炎(chronic prostatitis, CP)是一类以下尿路症状(lower urinary tract symptoms, LUTS)及盆腔区域疼痛或不适为主要表现的综合征^[1]。该病在成年男性中较为常见,我国报道的发病率约为 8.4%~25.0%^[2]。目前,西医治疗主要采用 α 受体阻滞剂、非甾体抗炎药、抗生素及神经调节剂等,然而多项 Meta 分析显示这些治疗手段疗效有限,且普遍存在显著的安慰剂效应^[3,4]。因此,CP 的临床治疗仍面临巨大挑战。

相较之下,中医药通过辨证施治、整体调控及“多成分、多靶点、多途径”的协同作用机制,在提高疗效、降低复发率、缓解焦虑及改善生活质量方面展现出独特优势^[5,6]。虽然中医古籍中未直接出现“慢性前列腺炎”这一病名,但“精浊”“白浊”“淋浊”“劳淋”等病证的描述与本病表现相似,涵盖了 CP 相关的核心症状与病机。历代医家在长期临床实践中,系统探讨了湿热、肾虚、瘀血、气滞等病因病机,逐步构建出较为成熟的辨证施治体系,并在当代不断吸收现代医学成果,推动中医理论与实践的持续深化。

本文系统回顾中医对 CP 病机认识的演变历程,剖析其理论体系的构建与发展,并探析中医药在现代临床实践中的有效转化。通过融合传统智慧与现代视角,本研究旨在为进一步深化 CP 的中医病因病机研究及治疗策略优化提供理论支持与临床参考。

※基金项目 国家自然科学基金项目(No.82575070);东南大学附属中大医院中西医协同医学科研项目(No.2023zyxt06)

▲通信作者 金保方,男,主任中医师,教授,博士研究生导师。研究方向:男科与生殖医学研究。E-mail:hexiking@126.com

•作者单位 1.南京中医药大学第一临床医学院(江苏南京 210023);2.东南大学附属中大医院生殖中心(江苏南京 210009);3.东南大学附属中大医院中西医结合男科(江苏南京 210009)

1 古代医家对 CP 相关病证的认识演进

1.1 秦汉至隋唐:病名雏形与理论奠基 秦汉至隋唐时期是中医对 CP 相关病证认识的初创与奠基阶段。尽管当时尚无“前列腺”的解剖概念,但医家已通过对白浊、小便不利、少腹疼痛等症状的临床观察,逐步建立与之相应的病名体系,探讨其病因病机,并形成了初步的诊疗思路,为后世辨证论治奠定了重要理论基础。

《黄帝内经》对与 CP 相关的核心症状已有较多论述。如《素问·玉机真脏论》曰:“少腹冤热而痛,出白。”《素问·至真要大论》亦云:“少阳在泉,客胜则腰腹痛,而反恶寒,甚则下白溺白。”后世医家多将其视为“尿道滴白”及盆腔疼痛的早期记载,提示本病可表现为少腹热痛、尿液浑浊,病机涉及湿热郁滞与气机阻塞。“淋”在中医古籍中泛指小便频数、涩痛、短少而滴沥不尽等症,其病机多与下焦湿热蕴结、气化失调或气血瘀阻相关。《素问·六元正纪大论》云“阳明司天之政,气化运行后天……其病中热胀,面目浮肿,善眠,鼾衄嚏欠,呕,小便黄赤,甚则淋”,揭示湿热壅滞、气化失司可致小便不利、黄赤甚至淋证的发生。此外,《素问·至真要大论》载“太阳之胜,阴中乃疡,隐曲不利,互引阴股”,指出下焦湿热壅滞可使气血运行不畅,湿热郁蒸则热盛肉腐,进而导致水液代谢失调。临床可见小便不利、阴部牵引作痛等症,与现代 CP 患者的会阴部疼痛及排尿障碍有一定对应关系。《素问·痿论》又曰:“思想无穷,所愿不得,意淫于外,入房太甚,宗筋弛纵,发为筋痿,及为白淫。”此言从情志失调、房事失节等方面探讨宗筋失养的病因,揭示了情志因素及劳倦、房劳在本病发生、发展中的作用,并指

出其与勃起功能障碍的相关性。

东汉张仲景在《金匱要略》中对“淋证”病症进一步细化,指出“热在下焦者,则尿血,亦令淋秘不通”“小便如粟状,小腹弦急,痛引脐中”,明确描述了下焦热盛所致的血淋、癃闭及少腹拘急疼痛等症状。同时,张仲景强调“淋家不可发汗”,警示发汗易损伤阴液、助长热势,反使病情加重,体现了其对本病“湿热为本”病机及治疗禁忌的深刻认识。在治疗方面,张仲景所创蒲灰散、滑石白鱼散等方剂,开创了“清热利湿通淋”治法之先河。其中,以当归贝母苦参丸加滑石治疗小便不利,尤其体现了其在湿热夹瘀证治思路上的早期探索。

三国时期名医华佗在《中藏经》中首次提出“八淋”之说,涵盖冷淋、热淋、气淋、劳淋、膏淋、砂淋、虚淋、实淋。该论述较为系统地阐述了淋证的多种类型、病因及临床表现,拓展了对该类病证复杂性的认知,为后世中医辨证论治奠定了分类基础。同时,华佗首次提出淋证与虚劳相关的病机观点,提示医家注意其慢性、迁延性的病理特点。

隋代巢元方《诸病源候论》中明确了本病肾虚湿热的病机观点:“诸淋者,由肾虚膀胱热故也。”又云:“虚劳尿精者,肾气衰弱故也。肾藏精,其气通于阴。劳伤肾虚,不能藏于精,故因小便而精液出也。”强调本病多以肾气不足为本、膀胱郁热为标,奠定了“本虚标实”的理论基础。同时,巢元方将淋证归纳为七类,即石淋、气淋、膏淋、劳淋、热淋、血淋、寒淋,进一步丰富了淋证的分类体系。

唐代王焘《外台秘要》在继承隋以前“八淋”与“七淋”分类基础上,进一步归纳整理为“五淋”,即石淋、气淋、膏淋、劳淋、热淋。该书不仅保存了大量前代已佚医方,更对不同类型淋证的方剂作了系统归类,为后世辨证施治提供了重要参考,其治疗思路至今在临床上仍具有启发意义。

1.2 宋金元时期:病机拓展与理论创新 宋金元时期中医学派林立,学术争鸣活跃,对CP相似病证的病机认识与治疗策略呈现出明显的继承、发展与创新,尤其在湿热、痰瘀及脏腑功能关系等方面取得了重要突破。

宋代《圣济总录》强调肾气亏虚、膀胱有热为“诸淋”发生之关键,认为“腑脏气虚,寒热不调,使气不化而水道不宣,故为淋病”。严用和在《济生方》中进一步提出心肾不交证型,指出“心火炎上而不息,肾水散漫而无归”,可致“小便白浊、梦寐频泄”等症,并主张

“肾病者当禁固之,心病者当安宁之”以调和心肾。该论述将精神心理因素纳入CP病机体系,揭示了焦虑、失眠与症状加重之间的关联。

刘完素在《素问玄机原病式》中进一步强调“热客膀胱”致淋的观点,认为热邪不仅可导致“小便涩痛”,亦能引起“遗尿不禁”。书中认为其病机核心在于“廷孔郁结极甚,气血不能宣通”,并将热邪所致诸症统一于“郁结”之下。朱丹溪同样主张淋证皆属于热,治宜解热利水。此外,朱丹溪从“痰热”及“中焦浊气下注”角度阐释淋浊成因,在《金匱钩玄》中提出“淋皆属于痰热”,并创立“胃中浊气下流为赤白浊”之论,认为脾胃运化失常可致湿浊下注。此论开辟了从脾胃入手治疗CP的新路径,为后世运用二陈汤等健脾化湿方剂提供了理论依据。张元素在《医学启源》中强调三焦气机运行障碍是排尿障碍的关键,提出“虚则不能制下,遗溺……中焦实热,则下上不通……下焦实热,则小便不通”,从三焦气机升降失常角度补充了对小便不利的阐述。李东垣则在《兰室秘藏》中提出淋证当分在气在血而治之,“如渴而小便不利者,是热在上焦肺之分……如不渴而小便不通者,热在下焦血分”,进一步完善了不同部位热邪与小便障碍关系的辨析。

1.3 明清时期:辨证体系成熟与经验系统化 明清时期,中医对CP的认识趋于系统化,在证型分类、瘀血病机阐发及方药应用等方面均取得显著突破,形成了贴近临床的完整辨治体系。

明代张介宾在《景岳全书》中首次将“淋浊”区分为“精浊”与“溺浊”,指出“由精而为浊者,其动在心肾;由溺而浊者,其病在膀胱、肝、脾”,从病变起源及病位差异为二者确立了辨证基准。同时,张介宾创立“治淋四法”,主张热者宜清、涩者宜利、下陷者宜升提、虚者宜补,形成了既分病因病性,又兼顾标本虚实的治疗纲领。汪绮石在《理虚元鉴》中进一步对白浊与白淫进行细致鉴别,强调二者在病程新久与虚实属性上的不同:“白浊、白淫,从新久定名。初出茎中痛而浓浊如膏,谓之白浊;久之不已,精微弱而薄,痛淫,则火衰而寒胜矣。”此论不仅明确了白浊属实热偏盛、病在早期,而白淫多由久病精虚、肾阳不足所致,也提示临证应审因辨久——早期重在清热利湿、化浊止痛,后期则应温补肾阳、固精摄涩。张、汪二者的观点相辅相成,共同推动了精浊病机与治法体系的完善。

明代医家虞抟基于白浊、白淫多由湿邪致病的特点,总结前人论述,首次在《医学正传·卷之六·黄疸》中提出“治湿不利小便,非其治也”^[7]。这一观点对后

世影响深远,在 CP 的临床辨治中被广泛采用。医家多以萆薢分清饮、八正散、龙胆泻肝汤等清热利湿方剂为基础进行加减,取得了较好的临床疗效。

清代医家对“瘀阻精室”病机的认识达到新高度。叶天士在《临证指南医案》中剖析,“若房劳强忍,精血之伤……有形败浊阻于隧道,故每溺而痛”,并指出“徒进清湿热利小便无用”,强调单纯清热利湿法对瘀阻型病证难以奏效。《证治要诀》谓:“精浊室塞窍道而结。”《证治汇补》亦载:“精浊者,因败精流于溺窍,滞而难出……要知浊出精窍,淋出溺道,由败精瘀腐者,十常六七;由湿热流注,与脾虚而下陷者,十中二三。”这些论述均揭示瘀血与败精互结是本病迁延难愈的关键因素,为后世从瘀论治并与分型辨治相结合提供了重要依据。

2 现代医家对 CP 的认知革新

进入 20 世纪以来,随着医学科技的发展及中西医结合理念的深化,现代中医在继承传统辨证论治基础上,积极吸纳现代解剖、生理、病理等学科成果,对 CP 的病因病机及治疗体系展开了多层次、多角度的创新探索。诸多医家在长期临床实践与理论反思中,提出一系列颇具开创性的学术观点与治疗方案,不仅丰富了中医对 CP 的理论认知,也在实践中显著提升了疗效。这些创新涵盖了从活血化瘀、调理奇恒之腑,到基于微循环与病理演变规律的系统化理论构建,并结合具体方药优化治疗方案,共同推动了 CP 中医治疗从经验积累向循证化、系统化的深刻转变。

2.1 刘猷枋教授对瘀血病机的阐释与“前列腺汤”的创制 刘猷枋教授自 1963 年起潜心研究 CP,通过大量临床实践,结合中西医两法探寻本病的病因与本质。其认为,虽然 CP 致病因素复杂,但在病理上具有共同特征:多种病因可导致前列腺腺管、腺泡及间质充血水肿,腺管阻塞、腺液潴留,炎症包裹及间质纤维化,最终形成前列腺硬结与硬化^[8]。临床表现多见腰骶、少腹、会阴等部位固定性疼痛,伴尿频、尿痛,舌质紫暗等,这些均提示本病多属“血瘀证”范畴。刘猷枋教授认为,CP 的本质在于“瘀阻经脉、瘀积包块”的瘀血症。瘀血阻滞气机,则气血痹滞互结而发为疼痛;病久瘀热上扰心神,可致心悸失眠;瘀阻清阳上升,则见头昏头痛^[9]。对 CP 患者的血液流变学研究显示,其低切全血比黏度、血沉、红细胞压积均高于健康对照,静脉血含氧量降低,提示存在轻度高凝状态^[10]。

基于“血实宜决”的治疗原则,刘猷枋教授创制了

以活血化瘀为核心治法的“前列腺汤”,显著提高了 CP 临床治愈率。方中丹参、赤芍、桃仁、红花、乳香、没药重在活血化瘀、导滞散结;川楝子、青皮破气消积,行血中之气滞;败酱草、蒲公英清热解毒、消肿散瘀;白芷、小茴香性温,可散寒止痛。诸药合用,可实现活血化瘀、清热解毒、行气止痛的综合功效,兼顾病理环节与证候本末^[11]。这一理论创新具有革命性意义,备受医家推崇并得到广泛应用。

2.2 徐福松教授主张前列腺为奇恒之腑并创制“萆菟汤” 奇恒之腑是一类相对封闭的组织器官,不直接与水谷相接,形态似腑而非腑,功能又具五脏贮藏精气之特征,可谓似脏而非脏。《素问·五藏别论》载:“脑、髓、骨、脉、胆、女子胞,此六者,地气之所生也,皆藏于阴而象于地,故藏而不泻,名曰奇恒之腑。”传统观点认为女子奇恒之腑为六,而男子仅有五。然而,从解剖与功能来看,男女皆具“胞”,并非女性独有。为补男子奇恒之腑之数,明清医家将“精室”列入其中。张景岳在《类经》中云:“胞,子宫也,在男子则为精室,在女子则为血室。”唐宗海亦称:“男子之胞,名丹田、气海、精室,以其为呼吸之根,藏精之所也。”又云:“男子之胞,一名精室,乃藏精之处。”基于奇恒之腑“藏而不泻”的生理特性及解剖上“一源三歧”的特点,有学者提出前列腺应属男子胞范畴^[12-13]。

徐福松教授基于长期临床实践,结合 CP 的证型分布与病机演变规律,明确提出前列腺当属“奇恒之腑”的脏腑定位,确立“补肾导浊,攻补兼施”的治疗大法,并自拟“萆菟汤”^[14]。该方源于程钟龄《医学心悟》,是由“萆薢分清饮”与“菟丝子丸”化裁而成,药物组成包括萆薢、菟丝子、车前子、五味子、乌药、益智仁、石菖蒲、煅牡蛎、茯苓、山药、沙苑子、泽泻等。方中萆薢、菟丝子为主药,前者祛湿而不伤阴,后者补阴而不留邪;五味子、沙苑子、牡蛎固精,助菟丝子填精之效;车前子导湿,茯苓渗湿,增强萆薢分清祛湿之力;茯苓配菟丝子寓“茯菟丹”之意,可固精兼渗湿;车前子合菟丝子为王旭高之法,专导败精下行;益智仁温补脾肾、固精缩尿;乌药行气止痛、温肾散寒;石菖蒲开窍化湿;泽泻利湿泄热;山药平补脾肾,兼能收涩。全方清利与收涩并用、消补兼施,既藏且泻,亦清亦涩,正契合前列腺“亦脏亦腑”的特性,临床治疗 CP 疗效显著^[15]。研究显示,萆菟汤治疗 CP 的有效率达 85.56%~94.44%^[16-18],并能显著降低前列腺液中 IL-6 及 IL-22 水平^[19]。

徐福松教授所创萆菟汤以其显著的临床疗效,不

仅证明了“前列腺当属奇恒之腑”理论之正确,也弥补了传统“治湿不利小便,非其治也”这一治则在慢性前列腺炎临床治疗中的局限。

2.3 李曰庆教授总结CP的病机演变规律为“肾虚为本,湿热为标,瘀血为变” 李曰庆教授提出,CP的病理演变可概括为“肾虚为本,湿热为标,瘀滞为变”^[20]。疾病初起多属实证、热证,清热利湿之法常能迅速缓解症状。然此类药物性多寒苦,若长期反复应用,易损伤阳气,导致肾气亏虚,卫外失固,病邪乘虚反复侵袭,致使病情迁延难愈。

中医理论认为“热易清而湿难去”,湿热之邪缠绵难解,久病易耗伤阴液,累及脾肾,致使肾虚愈甚、湿邪难化。同时,相火易动而不得平秘,久之精关失守,肾精亏虚,体质由实转虚,形成虚实夹杂的病理特征。湿热留滞日久,深入血分,可致脉道与精道瘀阻,故瘀血是本病发展的必然趋势^[21]。

在证型分布上,李曰庆教授发现单纯虚证或实证罕见,而本虚标实者居多,且多呈虚实并见状态。因此,若仅依赖清热利湿法,往往难以持久奏效。基于此,其主张治疗应“温清并用”——温以扶正,清以祛邪,使标本兼顾、疗效稳固^[20]。在用药规律方面,温性药物使用比例最高(34.88%)^[22],常用药物包括:乌药、吴茱萸暖肝化湿、散寒止痛;生黄芪、白芷祛湿排脓、消肿止痛;巴戟天、淫羊藿补肾温阳;桂枝温阳化气^[21-23]。

此外,李曰庆教授临床观察发现,CP患者除湿热证外,多伴血瘀证。一项对918例患者的证候调查显示:气滞血瘀证824例(89.76%)、湿热下注证680例(74.07%),两者兼有者尤为常见,其中湿热下注合并气滞血瘀证460例,占50.11%^[24]。因此,其在本病的治疗中重视活血化瘀、行气止痛,常配伍桃仁、红花、川牛膝、川楝子、延胡索、王不留行、乳香、没药等药物^[21]。

2.4 金保方教授基于微循环理论改良“萆菟汤”,创制了“补肾导浊汤” 现代研究表明,腺体长期反复充血、水肿,腺液排泄不畅,瘀滞于腺管内;间质微血管及毛细血管收缩甚至闭塞,导致局部微循环功能失衡^[25]。上述病理变化与CP密切相关,其核心在于微循环障碍。现代研究还发现,血瘀证与微循环障碍高度吻合,经络、气血运行的阻滞均可影响微循环,其核心环节多源于瘀血形成^[26]。活血化瘀中药不仅可改善血流动力学,还能调节微血管结构,促进血液循环^[27]。

结合CP临床多见气滞血瘀证型,病机具有“血瘀

为变”的特点,并以微循环障碍为病理基础,金保方教授在继承徐福松教授“补肾导浊”治法的基础上,对“萆菟汤”进行了优化:在原方中加入清热利湿、活血化瘀药物之马鞭草、制水蛭及王不留行,使其兼具补肾、导浊与活血之功,从而创制出“补肾导浊汤”,极大地提高了CP的治疗效果。

临床研究显示,“补肾导浊汤”可显著改善CP患者的前列腺症状评分,降低前列腺液中炎症细胞因子TNF- α 、IL-1 β 、IL-10水平,并使血液流变学指标(HBV、MBV、LBV)较治疗前明显下降,提示其在改善局部微循环及抑制炎症反应方面具有确切疗效^[28]。动物实验和细胞实验结果表明,补肾导浊汤能够降低TNF- α 、IL-1 β 等促炎因子水平,从而减轻CP大鼠前列腺及前列腺上皮细胞的炎症损伤。其作用机制可能与上调p-AKT表达、抑制p-p38 MAPK及NF- κ B2表达有关。此外,补肾导浊汤还能上调Bcl-2表达、下调Bax表达,从而发挥抗凋亡作用^[29]。

2.5 秦国政教授基于“疮疡理论”丰富CP病机内涵 秦国政教授指出,CP与疮疡在病因病机方面有高度相似之处。中医认为,二者的发生既可由外感因素(如六淫邪毒、特殊之毒及外来损伤)引起,也与内伤因素(包括情志失调、饮食不节和房劳过度)相关。二者共同的病理过程多表现为气血运行受阻,壅滞不通,进而化热成脓。西医则认为,二者均与病原微生物感染密切相关。CP早期病理变化主要为感染、充血、水肿及炎症细胞浸润,可伴随腺上皮坏死甚至小脓肿形成;至疾病后期,常出现组织纤维化、腺泡皱缩及腺管狭窄,前列腺触诊可见腺体缩小或平陷,质地较软。由于分泌功能下降,前列腺液稀薄量少且不易获取,卵磷脂小体明显减少。这些变化与疮疡晚期“余毒未尽、正气已伤”所致脓水稀少、肉芽灰白、疮口难以收敛的病机十分吻合^[30]。

基于上述认识,秦国政教授提出CP可归属于“内痛”范畴。其病程演变亦与疮疡相似:早期以肿胀疼痛为主要表现,反映“气不通则肿,血不行则痛”的病机特征;中期以脓性分泌物增多、肿痛减轻为主,疮疡表现为脓肿自溃、脓毒外泄,CP则可见腺体胀痛减轻、小便滴白、前列腺液中白细胞及脓细胞增多;至后期,脓液渐少而正气虚损,疮疡表现为久不收口,CP则呈现腺体缩小或平陷、质地质软无痛,前列腺液稀薄量少,难以取出。

在治疗方面,秦国政教授借鉴疮疡“消、托、补”三法,并结合CP的临床分期进行辨治。①发病初期或

急性期:多属热毒炽盛,以“消法”为主,兼用“托法”,常用前列腺消毒方(五味消毒饮加减)。具体药物为:生黄芪 30 g,玄参 30 g,连翘 30 g,金银花 10 g,紫花地丁 10 g,蒲公英 10 g,野菊花 10 g,炒皂角刺 10 g,红藤 10 g,败酱草 10 g,金钱草 10 g。全方共奏清热解毒、消肿散结之效。②中期或慢性活动期:常见瘀浊互结之证,治以“托法”为主,辅以“消法”,常用前列腺托毒方(《外科正宗》透脓散化裁)。具体药物为:生黄芪 30 g,炙黄芪 20 g,连翘 20 g,穿山甲粉 10 g,白芷 20 g,川芎 10 g,炒皂角刺 10 g,陈皮 10 g,川楝子 10 g,当归 10 g,枸橘 10 g。该方具有理气活血、透脓托毒之功。③后期或慢性迁延期:常见余邪未清、正气亏损,此时以“补法”为主,适度兼用“托”“消”之法,常用前列腺扶正方(《外科正宗》托里消毒散加减)。具体药物为:生黄芪 30 g,白芍 30 g,党参 20 g,白芷 20 g,茯苓 20 g,川芎 10 g,醋柴胡 10 g,当归 10 g,白术 10 g,炒皂角刺 10 g,麦冬 10 g,炙远志 10 g。此方功能扶正安神、清托余毒。秦国政教授同时强调,补益不宜过度,以免余邪难以祛除,导致病情迁延^[27]。多中心临床研究发现,基于“疮疡理论”治疗 CP 的临床有效率超过 90%,能显著改善患者前列腺症状评分、中医证候积分,减少前列腺按摩液白细胞数量,并增加卵磷脂小体数量^[31]。

3 讨论与总结

综上所述,中医对 CP 病机的认识经历了从萌芽探索到系统化理论建构的长期演变。自秦汉至隋唐,医家已通过对白浊、少腹疼痛及小便异常等症状的观察,初步确立与本病相关的病名与病机概念,提出肾虚湿热等基本病因病机,为后世辨证论治奠定了理论基础。宋金元时期,医家在继承前人经验的基础上,对淋证病机进行拓展与创新,强调脏腑功能关系、痰湿瘀阻及三焦气机作用,丰富了对排尿障碍及盆腔疼痛机制的认识。明清时期,中医对 CP 相关病证的辨证体系逐渐成熟,形成了精浊、白浊、白淫等病位分型及虚实辨析,并提出兼顾标本、虚实兼治的治疗原则,为临床提供了更系统化的治疗方案。

进入现代,随着解剖学、生理学及微循环理论的发展,中医对 CP 的认识在继承古典经验基础上不断拓展与创新。刘猷枋教授、徐福松教授、李曰庆教授、金保方教授及秦国政教授等通过临床实践与理论总结,明确了 CP“肾虚为本、湿热为标、瘀血为变”的病理演变规律,并结合微循环调控、奇恒之腑理论及证型分治,创制出“前列腺汤”“菖菟汤”“补肾导浊汤”等

一系列具有系统辨治特色的方剂,显著提升了临床疗效,极大地丰富了中医对 CP 的诊疗体系。

尽管自秦汉以来,历代医家对 CP 的研究不断深入,特别是 20 世纪 60 年代以来,从理论到治法均取得了重要突破,为临床提供了多元化的诊疗选择。然而,目前对 CP 的研究仍存在很多盲区与不足,如特征性病理改变、诊断标准化、疗效评判标准、CP 与生育及性功能的相关性等问题,均有待进一步的研究与探索。

参考文献

- [1] 中华医学会男科学分会慢性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征诊疗指南编写组. 慢性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征诊疗指南[J]. 中华男科学杂志, 2022, 28(6): 544-559.
- [2] ZHANG J, LIANG C, SHANG X, et al. Chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a disease or symptom? current perspectives on diagnosis, treatment, and prognosis [J]. Am J Mens Health, 2020, 14(1): 1557988320903200.
- [3] ANOTHASINTAWEE T, ATTIA J, NICKEL J C, et al. Management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a systematic review and network meta-analysis [J]. JAMA, 2011, 305(1): 78-86.
- [4] COHEN J M, FAGIN A P, HARITON E, et al. Therapeutic intervention for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CP/CPPS): a systematic review and meta-analysis [J]. PLoS One, 2012, 7(8): e41941.
- [5] 覃湛, 莫美, 何超拔, 等. 中医药临床优势病种探讨: 慢性前列腺炎 [J]. 中国实验方剂学杂志, 2024, 30(24): 152-158.
- [6] 韦一, 洪志明, 邱俊峰, 等. 基于“主客交-络病”理论探讨慢性前列腺炎的病机及辨治 [J]. 北京中医药大学学报, 2025, 48(7): 979-984.
- [7] 堵吉, 谈勇. “治湿不利小便非其治也”考证 [J]. 吉林中医药, 2021, 32(1): 8-9, 13.
- [8] 张亚强, 刘猷枋. 前列腺方治疗慢性前列腺炎血瘀证的临床与实验研究 [J]. 中国中西医结合杂志, 1998, 18(9): 534-536.
- [9] 麦国健, 刘猷枋, 王永钧, 等. 前列腺炎证治 [J]. 中医杂志, 1987, 32(6): 19-21.
- [10] 张亚强, 刘猷枋. 慢性前列腺炎患者的血液流变学研究 [J]. 中国医药学报, 1996, 11(5): 35.
- [11] 刘猷枋, 杨永元. 中西医结合治疗慢性前列腺炎 [J]. 北京医学, 1979, 3(2): 90.
- [12] 于旭东, 张耀圣. “男子胞”的理论源流及内涵探讨 [J]. 中医杂志, 2023, 64(16): 1721-1724.
- [13] 秦云峰. 对中医“男胞”: 前列腺生理功能再认识 [J]. 中华男科学, 2003, 9(1): 76-78.
- [14] 徐福松. 慢性前列腺炎治疗以补肾导浊为主法 [J]. 江苏中医药, 2006, 41(5): 1-2.
- [15] 金保方, 孙大林, 张新东, 等. 对慢性前列腺炎诊治的再认识与中医药的选择 [J]. 环球中医药, 2012, 5(7): 494-498.
- [16] 陈应前, 张虎生, 卞文伯. 菖菟汤治疗慢性前列腺炎 180 例 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2008, 10(12): 114-115.

(下转第 38 页)