

文章编号: 1005-0957 (2025) 04-0464-07

· 临床研究 ·

骶四针电针联合翁沥通胶囊治疗湿热瘀滞型慢性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征的疗效观察

周舒宁, 陈柏鸿, 王国平

(浙江省杭州市第九人民医院, 杭州 311225)

【摘要】 目的 观察骶四针电针联合翁沥通胶囊治疗湿热瘀滞型慢性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征的临床疗效及安全性。**方法** 将 66 例湿热瘀滞型慢性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征患者随机分为对照组和观察组, 每组 33 例。对照组予口服翁沥通胶囊治疗, 观察组在对照组口服翁沥通胶囊基础上联合骶四针电针治疗。观察两组治疗前、治疗后、随访 1 个月和随访 3 个月美国国立卫生研究院慢性前列腺炎症状指数 (National Institutes of Health chronic prostate inflammation symptoms index, NIH-CPSI)、中医证候积分、医院焦虑与抑郁量表 (hospital anxiety and depression scale, HADS) 评分的变化, 比较两组临床疗效和不良反应发生情况。**结果** 观察组总有效率为 97.0%, 优于对照组的 72.7%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。两组治疗后、随访 1 个月和随访 3 个月 NIH-CPSI 各单项评分和总分、中医证候积分和 HADS 评分均优于同组治疗前 ($P < 0.05$), 两组随访 1 个月和随访 3 个月 NIH-CPSI 各单项评分和总分、中医证候积分和 HADS 评分均优于同组治疗后 ($P < 0.05$), 两组随访 3 个月 NIH-CPSI 各单项评分和总分、中医证候积分和 HADS 评分均优于同组随访 1 个月 ($P < 0.05$)。观察组治疗后和随访 1 个月 NIH-CPSI 各单项评分和总分、中医证候积分和 HADS 评分均优于对照组 ($P < 0.05$); NIH-CPSI 各单项评分和总分组别和时间存在交互作用, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。两组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。**结论** 骶四针电针联合口服翁沥通胶囊治疗湿热瘀滞型慢性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征的临床疗效优于单一口服翁沥通胶囊, 能更有效地改善临床症状, 缓解患者焦虑和抑郁情绪, 且安全性较好。

【关键词】 针刺疗法; 电针; 针药并用; 前列腺炎; 腹痛; 湿热瘀滞

【中图分类号】 R246.2 **【文献标志码】** A

DOI: 10.13460/j.issn.1005-0957.2025.04.0464

Efficacy observation of Di Si Zhen electroacupuncture combined with Weng Li Tong capsules in treating chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome of damp heat stagnation type ZHOU Shuning, CHEN Baihong, WANG Guoping. *The Ninth People's Hospital of Hangzhou, Hangzhou 311225, China*

[Abstract] Objective To observe the clinical efficacy and safety of Di Si Zhen (four specific points in the sacral region) electroacupuncture combined with Weng Li Tong capsules in treating chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CP/CPPS) of damp heat stagnation type. **Method** Sixty-six patients with CP/CPPS of damp heat stagnation type were randomly divided into a control group and an observation group, with 33 cases in each group. The control group received oral Weng Li Tong capsules, while the observation group received Di Si Zhen electroacupuncture on the basis of oral Weng Li Tong capsules. The changes in the National Institutes of Health chronic prostatitis symptom index (NIH-CPSI) scores, traditional Chinese medicine (TCM) syndrome scores and hospital anxiety and depression scale (HADS) scores of both groups were observed before treatment, after treatment, at 1-month and 3-month follow-ups. The clinical efficacy and adverse reactions were compared between the two groups. **Result**

基金项目: 浙江省自然科学基金探索项目 (LQ23H270018); 杭州市卫生计生科技计划一般项目 (A20220432)

作者简介: 周舒宁 (1994—), 女, 住院医师, Email: 18069875715@163.com

The total effective rate in the observation group was 97.0%, significantly higher than 72.7% in the control group ($P<0.05$). The individual item scores and total scores of NIH-CPSI, TCM syndrome scores and HADS scores after treatment, 1-month and 3-month follow-ups were better than those before treatment in both groups ($P<0.05$), and the individual item scores and total scores of NIH-CPSI, TCM syndrome scores and HADS scores after 1-month and 3-month follow-ups were better than those after treatment in the two groups ($P<0.05$). The individual item scores and total scores of NIH-CPSI, TCM syndrome scores and HADS scores of the two groups at 3-month follow-up were better than those at 1-month follow-up ($P<0.05$). After treatment and 1-month follow-up, the single item scores and total scores of NIH-CPSI, TCM syndrome scores and HADS scores in the observation group were better than those in the control group ($P<0.05$). There was an interaction between group and time for single item score and total score of NIH-CPSI, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). There was no statistically significant difference in the incidence of adverse reactions between the two groups ($P>0.05$). **Conclusion** The clinical efficacy of Di Si Zhen electroacupuncture combined with Weng Li Tong capsules is better than Weng Li Tong capsules alone in treating CP/CPPS of damp heat stagnation type, significantly improving clinical symptoms, alleviating anxiety and depression, and demonstrating good safety.

[Key words] Acupuncture therapy; Electroacupuncture; Acupuncture medication combined; Prostatitis; Abdominal pain; Damp heat stagnation

慢性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征 (chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome, CP/CPPS) 是泌尿外科的常见病, 其患病率约 10%^[1], 临床主要表现为盆腔疼痛和下尿路症状, 病程长且多迁延难愈, 全球约有 35%~50% 的中青年男性因此病症而生活质量受到影响^[2-3]。西医治疗以控制症状为主, 疗程通常持续 4~12 周, 但可能伴有不良反应。中医学结合本病症状及体征, 则将其归类于“精浊”“白淫”等范畴, 其中临床上以湿热瘀滞证最为多见。针灸治疗 CP/CPPS 因其安全性高和不良反应少而被业界关注。据现有大型研究^[4]表明针灸治疗后约 70% 的 CP/CPPS 患者在半年内未出现症状明显反弹, 表明针灸具有良好的长期疗效。骶四针疗法在泌尿系统疾病的治疗中, 其临床疗效已被证明优于常规针刺方法。因针药并用可减轻患者焦虑、抑郁的程度, 现有临床诊疗指南^[5-6]亦提倡联合多种诊疗方案治疗本病。故本研究旨在评估骶四针疗法结合翁沥通胶囊治疗湿热瘀滞型 CP/CPPS 的针药结合疗法的临床疗效, 并与单纯口服翁沥通胶囊进行比较, 评估两种治疗方案的疗效差异。

1 临床资料

1.1 一般资料

本研究纳入 2022 年 1 月至 2023 年 6 月就诊于杭州市第九人民医院泌尿外科门诊的湿热瘀滞型 CP/

CPPS 患者, 共计 66 例。所有患者均经过纳入标准筛选, 确保研究对象的同质性与可比性。采用随机数字表法将患者随机分为观察组和对照组, 每组 33 例。两组一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性, 详见表 1。本研究已通过杭州市第九人民医院医学研究伦理委员会审查与批准。

表 1 两组一般资料比较

组别	例数	年龄/岁 ($\bar{x} \pm s$)	病程/月 ($\bar{x} \pm s$)
观察组	33	40 $\pm$ 9	37.76 $\pm$ 22.78
对照组	33	40 $\pm$ 9	32.88 $\pm$ 21.92

1.2 诊断标准

西医诊断标准参照《慢性前列腺炎中西医结合诊疗专家共识》^[7]制定。中医诊断标准参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[8]中湿热瘀阻证的诊断标准。

1.3 纳入标准

符合西医与中医的诊断标准;经泌尿外科专科医生确诊;年龄 18~55 岁;美国国立卫生研究院慢性前列腺炎症状积分指数 (National Institutes of Health chronic prostate inflammation symptoms index, NIH-CPSI)^[9]总分 ≥ 15 分;接受治疗和检测, 且自愿参与本试验, 签署知情同意书。

1.4 排除标准

患有其他的泌尿系统疾病者, 如泌尿系统的肿瘤、

其他分型的前列腺炎、泌尿道感染等;近 1 个月内服用过治疗 CP/CPPS 的相关药物,或接受过针灸等其他非药物疗法者;目前正口服可能影响下泌尿道功能的药物者;有泌尿系统相关的器质性疾病或者症状性的泌尿系感染者;经腹部 B 超残余尿 ≥ 100 mL 者;合并老年性痴呆、脊髓损伤、卒中、多发性硬化、帕金森病及多系统萎缩等影响下尿道功能者;合并严重的心、脑、肝、肾、造血系统等的原发疾病者;患有严重的认知功能障碍及精神疾病等无法合作者。

1.5 脱落、剔除和中止标准

治疗过程中出现严重不良事件或不良反应者;研究过程中接受其他治疗方法者;研究中治疗次数未达到 80%者;自行退出者或随访期间失访者;基于其他任何原因不适合接受电针治疗及对口服翁沥通胶囊出现严重不良反应者。

2 治疗方法

2.1 对照组

予口服翁沥通胶囊治疗。翁沥通胶囊(华北制药股份有限公司生产,国药准字 Z19991104,规格 0.4 g/粒),餐后口服,每次 1.2 g(3 粒),每日服用 2 次。治疗 12 次为 1 个疗程,共治疗 2 个疗程。

2.2 观察组

在对照组口服翁沥通胶囊治疗基础上,联合骶四针电针治疗。主穴取骶四穴^[9],配穴取双侧曲池和委阳穴。嘱患者取俯卧位,针刺处皮肤进行常规消毒,在骶骨边缘旁,平第 4 骶后孔水平处取骶四穴上针刺点,用 0.40 mm $\times$ 100 mm 毫针直刺 3~3.5 寸,以针感传导至尿道或肛门为度;在尾骨尖旁开 0.5 寸(双侧)取骶四穴下针刺点,用 0.40 mm $\times$ 100 mm 毫针向外侧斜刺,针刺深度 3.5~4.5 寸,以针感传导至尿道为度。针刺点的位置详见图 1。针感达上述部位后使用电针仪(华佗牌 SDZ-II B 型,苏州医疗用品厂有限公司)连接同侧二穴的针柄,连续波,频率 2 Hz,强度以患者耐受为度,电针 30 min,每周治疗 3 次。电针治疗时,需使盆底肌产生以尿道为中心的有节律的向上强烈收缩感。用 0.25 mm $\times$ 40 mm 毫针直刺曲池穴,针刺深度为 30 mm;用 0.25 mm $\times$ 40 mm 毫针直刺委阳穴,针刺深度为 30 mm,进针得气方可行捻转提插的泻法;共留针 30 min,间隔 10 min 行针 1 次。治疗 12 次为 1 个疗程,共治疗 2 个疗程。

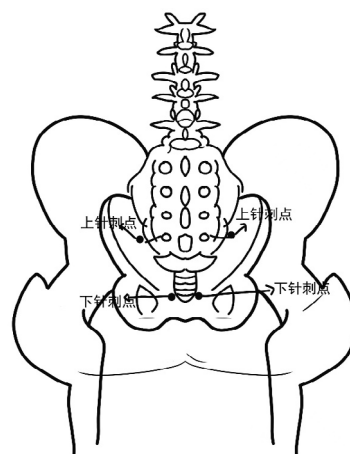


图 1 骶四穴位置示意图

3 治疗效果

3.1 观察指标

3.1.1 NIH-CPSI^[10]

采用 NIH-CPSI 对两组患者治疗前、治疗后、随访 1 个月和随访 3 个月的症状进行量化评估,包括疼痛和不适、排尿症状及生活质量 3 个维度,总分 0~43 分,病情按轻(0~9 分)、中(10~18 分)及重(19~31 分)分级,得分越高则症状越严重。

3.1.2 中医证候积分

采用中医证候积分对两组患者治疗前、治疗后、随访 1 个月和随访 3 个月的症状进行量化评估。主症包括尿频、尿时余沥不尽、小腹处疼痛、尿道的灼热、会阴处疼痛、腰骶部疼痛、股内侧部位疼痛和睾丸处疼痛,依照严重程度赋值,其中 6 分为重度,4 分为中度,2 分为轻度,0 分为无症状。次症包括潮湿阴囊、自觉口干和/或口苦,同样依照严重程度赋值,其中 3 分为重度,2 分为中度,1 分为轻度,0 分为无症状。针对是否存在舌苔、脉象症状,进行额外赋值 2 分或 0 分。得分越高说明病情越严重。

3.1.3 医院焦虑与抑郁量表(hospital anxiety and depression scale, HADS)评分

包含焦虑和抑郁两个子量表,各 7 题。无症状为 0~7 分,可疑存在 8~10 分,肯定存在 11~21 分;8 分及以上为阳性,视作患者存在或可能存在焦虑或抑郁状况。分别于治疗前、治疗后、随访 1 个月和随访 3 个月时进行评估。

3.1.4 不良反应发生情况

电针安全性评价。每次治疗后医生需询问是否出

现晕针、断针、遗针、局部血肿、难以忍受的针刺痛(疼痛视觉模拟量表评分 ≥ 6 分)、持续时间 ≥ 1 h 的针后疼痛或是出现头晕、恶心、心悸、失眠等症状。

翁沥通胶囊安全性评价。每次治疗后医生需询问口服翁沥通胶囊后是否出现头晕、烦躁、皮疹瘙痒、恶心、呃逆、腹痛、胃脘胀痛等。

及时记录两组不良反应发生情况。

3.2 疗效标准

参照《前列腺盆腔综合征中国专家共识》^[11]制定。

治愈:临床症状完全消失,NIH-CPSI 较治疗前下降超过 90%。

显效:临床症状基本消失,NIH-CPSI 较治疗前下降 60%~90%。

有效:临床症状得到缓解,NIH-CPSI 较治疗前下降 30%~59%。

无效:临床症状没有改善,在某些情况下可能会恶化。

总有效率=[(治愈+显效+有效)例数/总例数] $\times 100\%$ 。

3.3 统计学方法

数据处理使用了SPSS22.0统计软件。符合正态分布的计量资料采用均数 $\pm$ 标准差表示,组间比较使用独立样本 t 检验,组内比较采用重复测量方差分析,两两比较使用LSD- t 检验。计数资料采用例数或率表示,组间比较用卡方检验。以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 两组治疗前后 NIH-CPSI 各单项评分和总分比较

两组治疗前 NIH-CPSI 各单项评分和总分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。两组治疗后、随访 1 个月和随访 3 个月 NIH-CPSI 各单项评分和总分均优于同组治疗前($P<0.05$),两组随访 1 个月和随访 3 个月 NIH-CPSI 各单项评分和总分均优于同组治疗后($P<0.05$),两组随访 3 个月 NIH-CPSI 各单项评分和总分均优于同组随访 1 个月($P<0.05$)。观察组治疗后和随访 1 个月 NIH-CPSI 各单项评分和总分均优于对照组($P<0.05$); NIH-CPSI 各单项评分和总分组别和时间存在交互作用,差异具有统计学意义($P<0.05$)。详见表 2。

表 2 两组治疗前后 NIH-CPSI 各单项评分和总分比较 ($\bar{x} \pm s$) 单位:分

项目	组别	例数	治疗前	治疗后	随访 1 个月	随访 3 个月
疼痛和不适	观察组	33	7.82 $\pm$ 2.08	1.24 $\pm$ 1.54 ¹⁾⁴⁾	1.64 $\pm$ 1.82 ¹⁾²⁾⁴⁾	3.15 $\pm$ 1.84 ¹⁾²⁾³⁾
	对照组	33	7.15 $\pm$ 1.28	2.27 $\pm$ 1.86 ¹⁾	2.48 $\pm$ 1.39 ¹⁾²⁾	3.61 $\pm$ 1.66 ¹⁾²⁾³⁾
排尿症状	观察组	33	6.06 $\pm$ 1.77	1.85 $\pm$ 1.42 ¹⁾⁴⁾	2.55 $\pm$ 1.35 ¹⁾²⁾⁴⁾	4.21 $\pm$ 1.75 ¹⁾²⁾³⁾
	对照组	33	6.30 $\pm$ 1.57	3.73 $\pm$ 1.94 ¹⁾	3.67 $\pm$ 1.61 ¹⁾²⁾	4.27 $\pm$ 1.59 ¹⁾²⁾³⁾
生活质量	观察组	33	9.09 $\pm$ 0.98	2.33 $\pm$ 1.51 ¹⁾⁴⁾	3.85 $\pm$ 1.97 ¹⁾²⁾⁴⁾	5.55 $\pm$ 2.75 ¹⁾²⁾³⁾
	对照组	33	8.97 $\pm$ 0.92	4.27 $\pm$ 2.04 ¹⁾	4.97 $\pm$ 1.57 ¹⁾²⁾	5.85 $\pm$ 1.42 ¹⁾²⁾³⁾
总分	观察组	33	22.97 $\pm$ 2.62	5.39 $\pm$ 3.98 ¹⁾⁴⁾	8.03 $\pm$ 4.25 ¹⁾²⁾⁴⁾	12.91 $\pm$ 5.00 ¹⁾²⁾³⁾
	对照组	33	22.42 $\pm$ 2.00	10.27 $\pm$ 5.18 ¹⁾	11.12 $\pm$ 3.12 ¹⁾²⁾	13.73 $\pm$ 3.17 ¹⁾²⁾³⁾

注:与治疗前比较¹⁾ $P<0.05$;与治疗后比较²⁾ $P<0.05$;与随访 1 个月比较³⁾ $P<0.05$;与对照组比较⁴⁾ $P<0.05$ 。

3.4.2 两组治疗前后中医证候积分比较

两组治疗前中医证候积分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。两组治疗后、随访 1 个月和随访 3 个月中医证候积分优于同组治疗前($P<0.05$),两组随访

1 个月和随访 3 个月中医证候积分优于同组治疗后($P<0.05$),两组随访 3 个月中医证候积分优于同组随访 1 个月($P<0.05$)。观察组治疗后和随访 1 个月中医证候积分优于对照组($P<0.05$)。详见表 3。

表 3 两组治疗前后中医证候积分比较 ($\bar{x} \pm s$) 单位:分

组别	例数	治疗前	治疗后	随访 1 个月	随访 3 个月
观察组	33	20.24 $\pm$ 3.57	4.97 $\pm$ 4.07 ¹⁾⁴⁾	8.36 $\pm$ 3.62 ¹⁾²⁾⁴⁾	12.21 $\pm$ 3.89 ¹⁾²⁾³⁾
对照组	33	20.58 $\pm$ 2.76	7.94 $\pm$ 4.90 ¹⁾	10.03 $\pm$ 2.94 ¹⁾²⁾	13.24 $\pm$ 3.70 ¹⁾²⁾

注:与治疗前比较¹⁾ $P<0.05$;与治疗后比较²⁾ $P<0.05$;与随访 1 个月比较³⁾ $P<0.05$;与对照组比较⁴⁾ $P<0.05$ 。

3.4.3 两组治疗前后 HADS 评分比较

两组治疗前 HADS 评分比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。两组治疗后、随访 1 个月和随访 3 个月 HADS 评分优于同组治疗前 ($P<0.05$), 两组随访 1 个月

和随访 3 个月 HADS 评分优于同组治疗后 ($P<0.05$), 两组随访 3 个月 HADS 评分优于同组随访 1 个月 ($P<0.05$)。观察组治疗后和随访 1 个月 HADS 评分优于对照组 ($P<0.05$)。详见表 4。

表 4 两组治疗前后 HADS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

单位: 分

项目	组别	例数	治疗前	治疗后	随访 1 个月	随访 3 个月
焦虑	观察组	33	7.67±2.10	1.15±1.44 ⁽¹⁾⁽⁴⁾	1.39±1.78 ⁽¹⁾⁽²⁾⁽⁴⁾	2.27±1.96 ⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾
	对照组	33	7.97±1.78	1.94±1.06 ⁽¹⁾	2.30±1.55 ⁽¹⁾⁽²⁾	2.91±2.02 ⁽¹⁾⁽²⁾
抑郁	观察组	33	6.64±1.80	1.06±0.86 ⁽¹⁾⁽⁴⁾	1.55±0.83 ⁽¹⁾⁽²⁾⁽⁴⁾	3.00±2.03 ⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾
	对照组	33	6.82±1.88	1.70±1.02 ⁽¹⁾	2.09±1.04 ⁽¹⁾⁽²⁾	3.33±1.65 ⁽¹⁾⁽²⁾

注: 与治疗前比较 ¹⁾ $P<0.05$; 与治疗组比较 ²⁾ $P<0.05$; 与随访 1 个月比较 ³⁾ $P<0.05$; 与对照组比较 ⁴⁾ $P<0.05$ 。

3.4.4 两组临床疗效比较

观察组总有效率为 97.0%, 优于对照组的 72.7%, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。详见表 5。

表 5 两组临床疗效比较

单位: 例

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
观察组	33	11	17	4	1	97.0 ⁽¹⁾
对照组	33	5	7	12	9	72.7

注: 与对照组比较 ¹⁾ $P<0.05$ 。

3.5 两组不良反应发生率比较

治疗中共出现 3 例轻微不良反应。观察组 1 例, 表现为针刺主穴时轻微疼痛, 暂停进针稍作休息后, 不适感自行消失, 继续施针, 未再次出现上述不良反应。对照组 2 例, 表现为轻微腹痛, 未予处理, 服药后 3 h 症状自行消失。两组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

4 讨论

慢性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征 (CP/CPPS) 属中医学“精浊”“白淫”“淋证”等范畴, 具有病情复杂、病程长和易复发的特点, 长此以往可对患者的生活质量及身心健康产生影响。现代医学认为 CP/CPPS 的病因复杂, 发病机制尚不明确, 现多以改善患者疼痛症状、提高生活质量的对症治疗为主, 且单一药物治疗效果差强人意^[12-13]。张仲景《金匱要略·消渴小便不利淋病脉证并治》中记载“淋之为病……小腹弦急, 痛引膝中”描述了本病以排尿刺痛, 疼痛牵涉少腹及阴部为主要症状。近年来针灸治疗 CP/CPPS 的疗效确切^[14-16], 相关研究^[5]认为, 本病可能是由自身免疫引起, 电针联合疗法可刺激远端交感神经交通支, 作用于骨盆或其他神经, 减少尿反流, 改善患者排尿症状, 减轻疼痛

感^[17-19], 降低本病的远期复发率^[20]。

骶四针由上海市针灸经络研究所汪司右研究员所提出^[9], 本研究所取主穴骶四穴乃经外奇穴, 基于西医骶神经电调节理论, 使针刺深度直达骶 3、骶 4 神经传出点, 从脊髓水平上抑制排尿反射, 充分突出了毫针中长针深刺的优点, 疗法的接受度优于手术切开皮肤肌肉组织。一方面可直接兴奋阴部神经及对应肌群, 促使膀胱内括约肌松弛, 逼尿肌收缩, 从而改善排尿症状。另一方面, 抑制中枢痛觉神经过敏或痛觉异常, 从而达到镇痛目的, 改善尿痛症状^[21]。本研究辨证选取曲池及委阳穴为配穴。曲池穴属手阳明大肠经之合穴, 合治内腑, 针刺可起到清利阳明湿热, 调节大肠气血, 缓解下腹部坠胀及疼痛。委阳穴属足太阳膀胱经, 三焦之下合穴, 三焦主水液代谢, 故委阳可治三焦气化失常之癃闭, 是临床治疗泌尿系感染的关键穴位。主穴和配穴合用, 共奏清热利湿、疏通经脉、活血化瘀之效。故观察组在改善疼痛不适及排尿症状方面疗效更好。

现代医家认为, CP/CPPS 的病因主要责之于湿热内生, 病久则气滞血瘀, 进而耗伤肾气, 故湿、热、瘀、滞、虚贯穿疾病始终, 湿热为标, 肾虚为本。专家共识^[6, 22]认为复合型即湿热瘀滞型 CP/CPPS 乃临床最为常见证。泌尿外科门诊亦以湿热瘀滞型 CP/CPPS 患者居多, 且高发于青壮年, 这可能与现代年轻男性多湿热体质, 饮食生活作息不规律密切相关。年轻人或因嗜食辛辣, 酗酒无度, 湿热内生; 或因好食肥甘厚味, 伤及脾胃, 气机升降失调, 水湿内停, 久则化湿热下注, 蕴结精室; 或因平素体力劳动偏少, 人体气血运行欠畅, 久则水湿内停下焦, 蕴久则化热, 终致湿热蕴阻精室络脉发而为病。

翁沥通胶囊属于纯天然的一种中药制剂, 由薏苡

仁、浙贝、炒栀子、川木通、银花、泽兰等中药组成。方中薏苡仁化湿健脾；川木通利尿通淋兼泻火行水；浙贝母、金银花清热解毒，散结消肿；炒栀子清三焦之热；大黄泻热逐瘀，凉血解毒；旋覆花降气消痰；泽兰祛瘀消痈，利水消肿；铜绿解毒杀虫；蜜黄芪补气固表兼利尿，甘草调和诸药。全方补泻兼施，共奏清热祛湿、活血通瘀、利尿通淋之效。现代实验研究^[23]表明，翁沥通胶囊可通过抑制花生四烯酸代谢产物，减轻炎症细胞浸润，抑制纤维母细胞增殖，从而控制炎症反应，减轻 CP/CPPS 患者的痛苦。多项临床实践^[24-26]亦证实翁沥通胶囊联合治疗 CP/CPPS 是有效的。本研究发现，治疗后，两组患者的中医证候总分较治疗前均有显著的下降，结论与其他临床试验相符。

本研究发现，骶四针电针联合口服翁沥通胶囊可使湿热瘀滞型 CP/CPPS 患者的 NIH-CPSI 评分、中医证候积分和 HADS 评分下降，且观察组临床有效率优于对照组。原因可能为该联合疗法一方面发挥了骶四针长针深刺优势，诱导神经系统释放更多阿片肽，提高镇痛效果^[27]，调节了前列腺的神经功能，改善前列腺血液循环，促使局部区域炎症因子吸收；另一方面通过翁沥通胶囊改善了湿热蕴结和痰瘀交阻之尿频、尿急、排尿困难等下尿路症状，降低患者焦虑抑郁评分。故本方案在缓解 CP/CPPS 患者躯体疼痛的同时，又能改善排尿障碍，消除心理障碍，减缓复发率，有效改善生活质量。

综上所述，骶四针电针联合口服翁沥通胶囊治疗湿热瘀滞型慢性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征的临床疗效优于单一口服翁沥通胶囊，能更有效地改善临床症状，缓解患者焦虑和抑郁情绪，且安全性较好。

本研究设计也存在不足。第一，纳入病例数量偏少，研究结果易发生偏移，今后仍需开展多中心、大样本量的随机对照研究。第二，受研究经费及时间的限制，缺乏前列腺液白细胞、卵磷脂小体数值等客观检测指标，今后需完善。第三，未对“骶四针”疗法治疗 CP/CPPS 的作用机制进行更深层次的研究，今后可通过动物实验深入探索其作用机制。

参考文献

- [1] 邢敏, 周晓辉. 慢性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征中影响免疫激活与免疫耐受相关因素的研究进展[J]. 中国当代医药, 2024(30):193-198.
- [2] REES J, ABRAHAMS M, DOBLE A, *et al.* Diagnosis and treatment of chronic bacterial prostatitis and chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a consensus guideline[J]. *BJU Int*, 2015(4):509-525.
- [3] 赵呈昀, 安瑞华. 慢性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征治疗进展[J]. 中国男科学杂志, 2021(1):55-59.
- [4] QIN Z, WU J, XU C, *et al.* Long-term effects of acupuncture for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: systematic review and single-arm meta-analyses[J]. *Ann Transl Med*, 2019(6):113.
- [5] 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(6):544-559.
- [6] 高文喜, 郭凡, 韩瑞发, 等. 中西医结合诊疗前列腺炎专家共识[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2022(4):451-455.
- [7] 张敏建, 宾彬, 商学军, 等. 慢性前列腺炎中西医结合诊疗专家共识[J]. 中国中西医结合杂志, 2015(8):933-941.
- [8] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则(试行)[S]. 北京:中国医药科技出版社, 2002:43.
- [9] 汪司右, 陈国美, 李丽会. “骶四针”疗法治疗女性压力性尿失禁[J]. 上海针灸杂志, 2006(5):15-17.
- [10] 戴继灿. 介绍美国国立卫生研究院慢性前列腺炎症状积分指数(NIH-CPSI)[J]. 中国男科学杂志, 2000(1):62.
- [11] 梁朝朝, 夏术阶, 邓春华, 等. 前列腺盆腔综合征中国专家共识[J]. 现代泌尿外科杂志, 2020(12):1052-1057.
- [12] 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(4):369-376.
- [13] AKTAR N, MOUDUD A, CHEN T T, *et al.* Recent advances in pharmacological interventions of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome[J]. *Curr Pharm Des*, 2021(25):2861-2871.
- [14] SUN Y, LIU Y, LIU B, *et al.* Efficacy of acupuncture for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a randomized trial[J]. *Ann Intern Med*, 2021(10):1357-1366.
- [15] PAN J, JIN S, XIE Q, *et al.* Acupuncture for chronic prostatitis or chronic pelvic pain syndrome: an updated systematic review and meta-analysis[J]. *Pain Res Manag*, 2023(14):7754876.

- [16] 钟亮. 管氏“补肾九宫穴”联合盐酸坦索罗辛治疗肾阳不足型慢性前列腺炎的临床研究[D]. 昆明: 云南中医药大学, 2023.
- [17] 李格格, 董宝强, 焦政, 等. 夹脊穴针刺联合低频电刺激对脊髓损伤大鼠自噬相关因子及膀胱功能的影响[J]. 中华中医药学刊, 2024(11): 75-80, 279-283.
- [18] 梁启放. 电针联合坦索罗辛影响湿热瘀滞型慢性前列腺炎的临床观察[D]. 广州: 广州中医药大学, 2020.
- [19] LIU Y, MIKRANI R. Chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome and prostate cancer: study of immune cells and cytokines[J]. *Fundam Clin Pharmacol*, 2020(2): 160-172.
- [20] 睦兰, 张晓霞. 电针八髎穴治疗慢性骨盆疼痛综合征的临床疗效观察[J]. 浙江中医药大学学报, 2017(8): 707-710.
- [21] 袁庆, 郑芳, 赵恒飞, 等. 骶四针穴针刺联合生物反馈治疗压力性尿失禁疗效观察[J]. 实用中医药杂志, 2024(9): 1848-1850.
- [22] 张敏建, 常德贵, 宾彬, 等. 慢性前列腺炎中西医结合诊疗指南[J]. 中国男科学杂志, 2023(1): 3-17.
- [23] 朱忠宁, 卢海刚, 马士平, 等. 翁沥通胶囊的药理作用研究[J]. 中国男科学杂志, 2004(4): 43-45, 48.
- [24] 刘国伟, 赵会谢, 刘永存. 翁沥通胶囊联合针刺运动疗法治疗良性前列腺增生临床观察[J]. 湖北中医药大学学报, 2023(6): 77-79.
- [25] 赵豫波, 刘萃龙, 王希友, 等. 翁沥通胶囊联合西药治疗慢性前列腺炎合并前列腺增生疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2021(18): 2000-2003.
- [26] 王德军, 李路凯, 张辉. 翁沥通胶囊联合针刺治疗慢性前列腺炎/慢性骨盆疼痛综合征湿热瘀滞证的临床疗效[J]. 中国实验方剂学杂志, 2018(3): 208-213.
- [27] 娄金鹏, 詹逸珺, 裴建. 从疼痛新定义到针刺干预神经性疼痛机制探讨[J]. 上海针灸杂志, 2022(2): 198-202.

收稿日期 2024-05-14