

除湿解痉方直肠滴注治疗ⅢB型慢性前列腺炎合并耻骨直肠肌痉挛性便秘湿热下注证临床研究

王晨¹, 乔小磊¹, 陈如兵², 李丹¹, 胡贇艳¹, 吴洪涛¹, 张迪¹

1. 开封市中医院, 河南 开封 475000; 2. 河南中医药大学第一附属医院, 河南 郑州 450000

【摘要】目的: 观察除湿解痉方直肠滴注治疗ⅢB型慢性前列腺炎合并耻骨直肠肌痉挛性便秘湿热下注证的临床疗效。**方法:** 选取2024年1月—2025年4月在开封市中医院男科就诊的54例ⅢB型前列腺炎合并耻骨直肠肌痉挛性便秘湿热下注证患者, 通过随机数字表法分为治疗组和对照组, 每组27例。研究过程中2组各剔除1例。治疗组予以除湿解痉方直肠滴注治疗, 对照组采用盐酸坦索罗辛联合塞来昔布治疗。2组均持续治疗4周。比较2组临床疗效以及治疗前与治疗1周美国国立卫生研究院慢性前列腺炎症状评分量表(NIH-CPSI)评分、出口梗阻综合征(Longo-ODS)评分、肛管静息压、直肠排便压和中医证候积分, 评估2组安全性。**结果:** 经Mann-Whitney *U*检验, 治疗组疗效优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后1周, 2组NIH-CPSI、Longo-ODS评分均较治疗前降低, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 组间比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后1周, 2组肛管静息压均较治疗前降低, 治疗组肛管静息压低于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 2组直肠排便压均较治疗前提高, 治疗组直肠排便压高于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后1周, 2组中医证候主症、次症积分及总积分均较治疗前降低, 治疗组中医证候主症、次症积分及总积分均低于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。2组治疗期间均未见明显不良反应发生。**结论:** 除湿解痉方直肠滴注治疗ⅢB型慢性前列腺炎合并耻骨直肠肌痉挛性便秘湿热下注证, 能够有效缓解前列腺炎病情及便秘症状, 且安全可靠。

【关键词】 ⅢB型慢性前列腺炎; 耻骨直肠肌痉挛性便秘; 湿热下注证; 除湿解痉方; 直肠滴注; 肛管静息压; 直肠排便压

【中图分类号】 R277.5; R256.35 **【文献标志码】** A **【文章编号】** 0256-7415 (2026) 08-0086-07
DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2026.08.014

Clinical Study on Rectal Instillation of Chushi Jiejing Prescription for IIIB Type Chronic Prostatitis Complicated by Spastic Constipation of Puborectalis with Syndrome of Downward Diffusion of Damp-Heat

WANG Chen¹, QIAO Xiaolei¹, CHEN Rubing², LI Dan¹, HU Yunyan¹, WU Hongtao¹, ZHANG Di¹

1. Kaifeng Hospital of Traditional Chinese Medicine, Kaifeng Henan 475000, China; 2. The First Affiliated Hospital of Henan University of Chinese Medicine, Zhengzhou Henan 450000, China

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of rectal instillation of Chushi Jiejing Prescription on IIIB type chronic prostatitis complicated by spastic constipation of puborectalis with syndrome of downward diffusion of damp-heat. **Methods:** A total of 54 patients with IIIB type chronic prostatitis complicated by spastic constipation of puborectalis with syndrome of downward diffusion of damp-heat treated in the Department of Andrology of Kaifeng

【收稿日期】 2025-11-18

【修回日期】 2026-01-05

【基金项目】 河南省中医药传承与创新人才工程(仲景工程)(豫卫中医函[2021]15号); 开封市科技攻关项目(2303107); 开封市市级科技研发计划联合基金项目(2307006)

【作者简介】 王晨(1995-), 男, 医学硕士, 主治医师。

【通信作者】 乔小磊(1985-), 男, 医学硕士, 副主任医师。

Hospital of Traditional Chinese Medicine between January 2024 and April 2025 were selected and divided into the treatment group and the control group using the random number table method, with 27 cases in each group. During the study, one case was excluded from both groups. The treatment group was treated with rectal instillation of Chushi Jiejing Prescription, and the control group was treated with Tamsulosin Hydrochloride combined with Celecoxib. The two groups were treated for four weeks continuously. The clinical effects, and the scores of National Institutes of Health-Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI) and Longo-Obstructed Defecation Syndrome (Longo-ODS), anal canal resting pressure, rectal defecation pressure, and traditional Chinese medicine syndrome scores before treatment and one week after treatment were compared between the two groups; the safety in both groups was evaluated. **Results:** The Mann-Whitney *U* test showed that the efficacy of the treatment group was better than that of the control group, the difference being significant ($P < 0.05$). One week after treatment, the scores of NIH-CPSI and Longo-ODS in the two groups were decreased when compared with those before treatment, differences being significant ($P < 0.05$), there being no significant differences between the two groups ($P > 0.05$). One week after treatment, the anal canal resting pressure in the two groups was reduced when compared with that before treatment, and the anal canal resting pressure in the treatment group was lower than that in the control group, differences being significant ($P < 0.05$). The rectal defecation pressure in the two groups was increased when compared with that before treatment, and the rectal defecation pressure in the treatment group was higher than that in the control group, differences being significant ($P < 0.05$). One week after treatment, the scores of main symptoms, secondary symptoms and total scores of traditional Chinese medicine syndromes in the two groups were decreased when compared with those before treatment, and the above scores in the treatment group were lower than those in the control group, differences being significant ($P < 0.05$). No obvious adverse reactions occurred in the two groups during the treatment. **Conclusion:** The rectal instillation of Chushi Jiejing Prescription can effectively mitigate the prostatitis symptoms and constipation of patients with III B type chronic prostatitis complicated by spastic constipation of puborectalis with syndrome of downward diffusion of damp-heat, which is safe and reliable.

Keywords: III B type chronic prostatitis; Spastic constipation of puborectalis; Syndrome of downward diffusion of damp-heat; Chushi Jiejing Prescription; Rectal instillation; Anal canal resting pressure; Rectal defecation pressure

前列腺炎是男性常见病、多发病,美国国立卫生研究院(NIH)根据前列腺炎的发病机制和临床症状将其进行分型^[1],其中III B型(非炎症性慢性盆腔疼痛综合征)患者的尿液、前列腺液(EPS)检查无炎症表现却有临床症状,而IV型(无症状性前列腺炎)患者EPS检查有炎症却没有临床症状,这一现象导致人们对其发病机制及分类产生了质疑^[2]。近年来部分学者发现以耻骨直肠肌痉挛为主要表现的直肠异常在慢性前列腺炎中发病率非常高^[3-4]。耻骨直肠肌是盆底肌中维持盆底肌张力及正常排便功能的重要组成部分,其痉挛常因慢性、顽固性排便不尽以及便秘等排便功能紊乱引起,并导致盆底肌张力增高,促使膀胱出口阻力增加,从而产生下尿路症状。目前关

于耻骨直肠肌痉挛的治疗以非手术疗法为主,但治疗效果参差不齐。采用塞来昔布联合坦索罗辛治疗合并耻骨直肠肌痉挛的前列腺炎虽取得了一定的临床疗效,但长期服用环氧化酶-2(COX-2)抑制剂会导致消化系统疾病发生^[5],并对肝脏及肾脏等器官造成一定程度的损伤^[6],配合使用 α 受体阻滞剂又会导致低血压发生。

中医采用辨证施治的方法治疗前列腺炎^[7]及功能性便秘^[8]均取得了一定的临床疗效。研究认为,湿热瘀阻下焦是前列腺炎^[9-10]及功能性便秘^[11-12]的基础病机,并将清利湿热作为基本治法。基于“诸痉项强,皆属于湿”的湿邪致痉理论,以及耻骨直肠肌痉挛导致便秘及下尿路症状的基础研究,课题组认为湿

邪侵袭下焦,阻滞气机,日久化热,湿热胶着导致盆底肌肉挛急,进而引起排便排尿障碍是慢性前列腺炎合并耻骨直肠肌痉挛性便秘的基本病机,以木瓜散、芍药甘草汤、柴胡葛根汤为基础方化裁成除湿解痉方,具有除湿行气、通络解痉功效。本研究观察除湿解痉方直肠滴注治疗ⅢB型慢性前列腺炎合并耻骨直肠肌痉挛性便秘湿热下注证的临床疗效,报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 ①ⅢB型慢性前列腺炎的诊断标准参考《慢性前列腺炎中西医结合诊疗指南》^[13]制定。泌尿生殖区、盆腔肌肉等部位疼痛;有不同程度的下尿路症状;EPS白细胞计数正常,且细菌培养为阴性。同时符合上述3项即可诊断为ⅢB型慢性前列腺炎。②耻骨直肠肌痉挛性便秘诊断标准参考功能性便秘罗马Ⅳ诊断标准^[14]及《功能性便秘诊治指南》^[15]拟定。临床症状:进行性加重的排便费力,排便次数增多,排便不尽感及肛门堵塞感明显,或需要手指帮助排泄;指诊:肛管紧缩,手指通过狭窄时患者极不舒适,疼痛,直肠后方较深呈袋状;排粪造影检查:摄取患者静坐、提肛、力排相片,静息相、力排相耻骨直肠肌变化幅度不大,耻骨直肠肌压迹持续存在或加深,肛管及肛门不能正常扩张开放,呈典型搁架征改变。具备2个及以上临床症状,结合指诊及排粪造影检查可诊断为耻骨直肠肌痉挛性便秘。

1.2 辨证标准 参考《中西医结合诊疗前列腺炎专家共识》^[16]及《便秘中医诊疗专家共识意见(2017)》^[8]制定辨证标准。主症:尿频,尿急,尿道灼热,大便秘结或黏腻不爽。次症:小便黄浊,阴囊潮湿,舌质红、苔黄腻,脉滑实或弦数。符合主症及任意2项次症即可辨为湿热下注证。

1.3 纳入标准 年龄18~50岁;符合ⅢB型慢性前列腺炎和耻骨直肠肌痉挛性便秘的诊断标准;符合湿热下注证的辨证标准;签署知情同意书。

1.4 排除标准 其他类型的前列腺炎及前列腺增生患者;慢传输型便秘患者;嵌顿性混合痔、肠结核、克罗恩病、溃疡性结直肠炎、肛瘘及肛周脓肿患者;恶性肿瘤、直肠占位性病变性质不明患者;全层直肠脱垂患者;有药物过敏史的患者;患有心血管、肝、肾、造血系统等严重原发性疾病,无法配合治疗的患者;参与本研究前3个月内使用过影响本试验

药物的患者。

1.5 剔除与脱落标准 违背课题研究治疗方案,中途改用其他疗法者;临床资料统计不全,无法判定疗效者;中途退出者;失访者。

1.6 中止试验标准 在试验过程中出现重大安全问题(如发生重大不良反应、重大事故或疾病迅速恶化)时,应立即停止试验。

1.7 一般资料 选取2024年1月—2025年4月于开封市中医院男科就诊的54例ⅢB型慢性前列腺炎合并耻骨直肠肌痉挛性便秘湿热下注证患者,通过随机数字表法分为治疗组和对照组,每组27例。研究期间,对照组1例患者因胃部不适退出试验而剔除,治疗组1例患者因合并用药而剔除,最终2组各纳入26例。治疗组年龄26~46岁,平均 (35.46 ± 4.71) 岁;病程12~51个月,平均 (26.92 ± 11.17) 个月。对照组年龄25~42岁,平均 (34.27 ± 4.29) 岁;病程12~57个月,平均 (26.08 ± 11.01) 个月。2组一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究通过开封市中医院医学伦理委员会批准(伦理审批号:KFSZYLL-2024-ky07)。

2 治疗方法

2组患者均告知需要养成良好的饮食习惯,适量饮水,忌食辛辣食物,禁止饮酒。

2.1 对照组 参考《中国泌尿外科和男科疾病诊断治疗指南(2019版)》^[17]结合临床实际给予西药治疗。盐酸坦索罗辛缓释胶囊(杭州康恩贝制药有限公司,国药准字H20050285,规格:0.2 mg/粒)口服,每天1次,每次0.2 mg。塞来昔布胶囊(四川国为制药有限公司,国药准字H20203357,规格:0.2 g/粒)口服,每天2次,每次0.2 g。持续治疗4周。

2.2 治疗组 使用除湿解痉方直肠滴注治疗。处方:薏苡仁30 g,木香15 g,木瓜15 g,白芍15 g,炙甘草12 g,柴胡15 g,葛根20 g,丝瓜络20 g,川牛膝20 g。将上述药物放入500 mL水中煎煮至150 mL,待温度降至37~38℃,患者侧卧,行直肠滴注,深度距肛门20~25 cm,滴注完毕保留40 min,每天1次,持续治疗4周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①美国国立卫生研究院慢性前列腺炎症状评分量表(NIH-CPSI)评分。治疗前及治疗后1周,应用NIH-CPSI评估患者前列腺炎病情。项目

1~4评估疼痛(0~21分),项目5~6评估排尿障碍(0~10分),项目7~9评估生活质量(0~12分),总分0~43分,分值越高提示病情越重。②出口梗阻综合征(Longo-ODS)评分。治疗前及治疗后1周,应用Longo-ODS评分评估患者排便情况。评分表包含排便次数、不完全排空感、排便费力时间、排便费力程度、活动减少、直肠会阴部不适、泻药、灌肠、手助排便等条目,总分0~40分,得分越低提示排便情况越好。③肛管静息压、直肠排便压。治疗前及治疗后1周,应用XDJ-S8型消化道动力检测仪(合肥凯利光电科技有限公司)测量肛管静息压和直肠排便压。④中医证候积分。参考《中西医结合诊疗前列腺炎专家共识》^[16]及《便秘中医诊疗专家共识意见(2017)》^[8]制定中医证候评分量化表。主症(尿频、尿急、尿道灼热、大便秘结或黏腻不爽)根据无、轻、中、重分别计0、2、4、6分,次症(小便黄浊、阴囊潮湿、舌质红、苔黄腻)根据无、轻、中、重分别计0、1、2、3分,次症(脉滑实或脉弦数)根据无、有分别计0、1分。于治疗前及治疗后1周采集数据。⑤安全性。⑥临床疗效。

3.2 统计学方法 使用SPSS26.0统计学软件分析数据。计量资料(NIH-CPSI评分、Longo-ODS评分、肛管静息压、直肠排便压、中医证候积分)如服从正态分布和方差齐性,以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用独立样本 t 检验,组内比较采用配对样本 t 检验;不服从正态分布则用中位数(四分位数) $[M(P_{25}, P_{75})]$ 描述,组间比较采用Mann-Whitney U 检验,组内比较采用Wilcoxon符号秩和检验。等级资料采用Mann-Whitney U 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参考《中西医结合诊疗前列腺炎专家共识》^[16]及《便秘中医诊疗专家共识意见(2017)》^[8]拟定。疗效指数=(治疗前中医证候积分-治疗后1周中医证候积分)/治疗前中医证候积分×100%。临床痊愈:主要症状、体征消失或基本消失,疗效指数≥95%;显效:主要症状、体征明显改善,70%≤疗效指数<95%;有效:主要症状、体征明显好转,30%≤疗效指数<70%;无效:主要症状、体征无明显改善,甚或加重,疗效指数<30%。总有效率=(临床痊愈+显效+有效)例数/总例数×100%。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。经Mann-Whitney U 检验,治疗组疗效优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组临床疗效比较						例(%)
组别	例数	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	26	3(11.54)	13(50.00)	8(30.77)	2(7.69)	24(92.31)
对照组	26	0	4(15.38)	14(53.85)	8(30.77)	18(69.23)
Z值				3.507		
P值				<0.001		

4.3 2组不同时间点NIH-CPSI评分比较 见表2。治疗前,2组NIH-CPSI评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后1周,2组NIH-CPSI评分均较治疗前降低,差异均有统计学意义($P < 0.05$);组间比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表2 2组不同时间点NIH-CPSI评分比较($\bar{x} \pm s$)				分
组别	例数	治疗前	治疗后1周	
治疗组	26	31.50 ± 4.93	17.54 ± 4.20 ^①	
对照组	26	28.19 ± 8.89	19.77 ± 5.67 ^①	
t 值		1.896	-1.636	
P值		0.070	0.114	

注:①与本组治疗前比较, $P < 0.05$ 。

4.4 2组不同时间点Longo-ODS评分比较 见表3。治疗前,2组Longo-ODS评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后1周,2组Longo-ODS评分均较治疗前降低,差异均有统计学意义($P < 0.05$);组间比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表3 2组不同时间点Longo-ODS评分比较($\bar{x} \pm s$)				分
组别	例数	治疗前	治疗后1周	
治疗组	26	18.27 ± 2.38	11.58 ± 1.84 ^①	
对照组	26	18.58 ± 2.98	12.27 ± 2.16 ^①	
t 值		-0.522	-1.145	
P值		0.606	0.263	

注:①与本组治疗前比较, $P < 0.05$ 。

4.5 2组不同时间点肛管静息压、直肠排便压比较 见表4。治疗前,2组肛管静息压、直肠排便压比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后1周,2组肛管静息压均较治疗前降低,治疗组肛管静息压低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$);2组直肠排便压均较治疗前提高,治疗组直肠排便压高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表4 2组不同时间点肛管静息压、直肠排便压比较($\bar{x} \pm s$) mmHg

组别	例数	肛管静息压		直肠排便压	
		治疗前	治疗后1周	治疗前	治疗后1周
治疗组	26	79.92±7.57	66.85±5.76 ^①	52.15±7.29	70.62±7.35 ^①
对照组	26	81.23±6.41	71.50±4.93 ^①	53.42±6.66	65.38±7.21 ^①
t值		-0.846	-3.457	-1.010	2.647
P值		0.406	0.002	0.322	0.013

注: ①与本组治疗前比较, $P < 0.05$ 。1 mmHg=0.133 kPa。

表5 2组不同时间点中医证候积分比较[$M(P_{25}, P_{75})$ 或($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	主症		次症		总积分	
		治疗前	治疗后1周	治疗前	治疗后1周	治疗前	治疗后1周
治疗组	26	16.77±4.27	4.00(2.00, 6.00) ^①	7.00(6.00, 8.00)	3.00(2.00, 3.00) ^①	23.65±5.23	6.69±3.58 ^①
对照组	26	16.38±3.96	8.00(5.50, 10.50) ^①	7.00(5.75, 8.00)	4.31±1.99 ^①	23.04±4.50	12.54±5.19 ^①
Z/t值		0.337	-4.212	-0.846	-2.688	0.454	-3.940
P值		0.738	<0.001	0.398	0.007	0.652	<0.001

注: ①与本组治疗前比较, $P < 0.05$ 。

4.7 安全性 2组治疗前、治疗后1周血常规、尿常规、心电图、肝功能、肾功能均无异常。治疗期间, 患者未见明显不良反应。

5 讨论

前列腺炎是男性常见的多发病, NIH根据前列腺炎的发病机制和临床症状将其归纳为四类^[1], 该分类目前存在的争议主要集中在ⅢB和Ⅳ两种分型。随着对其病因病机的探究, 已有越来越多的证据证明ⅢB型前列腺炎的发生与盆底肌功能改变、耻骨直肠肌痉挛相关^[18-22]。耻骨直肠肌是盆底肌中维持盆底肌张力及正常排便功能的重要组成部分, 其封闭骨盆底部并参与形成提肛肌, 在膀胱颈水平, 耻骨直肠肌、尿道外括约肌和肛肌纤维相互交错。耻骨直肠肌痉挛形态上表现为肌纤维增生, 功能上表现为痉挛性改变, 常由慢性、顽固性腹泻及便秘等排便功能紊乱引起^[23]。其痉挛不但会引起排便习惯的改变, 也会造成尿道括约肌的不稳定, 产生尿频、尿急、尿不尽及盆底疼痛不适的感觉。

本试验聚焦于ⅢB型慢性前列腺炎与耻骨直肠肌痉挛性便秘的共病情况, 将盆底肌功能异常作为两者共病的重要病因, 当耻骨直肠肌因慢性便秘等因素发生痉挛, 可导致盆底肌张力异常, 进而影响尿道括约肌的稳定性, 这可能是两类症状——即排尿异常(如尿频、尿急、尿不尽)与排便障碍(如便秘、盆底疼痛)并存的重要机制。现阶段, 耻骨直肠肌痉

4.6 2组不同时间点中医证候积分比较 见表5。治疗前, 2组中医证候主症、次症积分及总积分比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后1周, 2组中医证候主症、次症积分及总积分均较治疗前降低, 治疗组中医证候主症、次症积分及总积分均低于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

挛的治疗仍然是一个难题。由于手术方式及手术标准的欠缺, 目前非手术治疗(如: 改变生活习惯、扩肛、生物反馈、A型肉毒毒素局部注射等)仍是耻骨直肠肌综合征的首选方案^[4], 但现有治疗手段存在临床证据级别不高、长期缓解率低的问题^[24]。

前列腺炎归属于中医学精浊范畴, 病机主要以湿热、肾虚、血瘀、肝郁为主^[25]。功能性便秘归属于中医学便秘范畴, 病机主要包括湿热、肾虚、脾虚等^[8]。结合目前上述2种疾病的研究进展以及医家对两者病机的探索, 课题组认为耻骨直肠肌痉挛导致的便秘及下尿路症状与湿邪关系密切, 其所引起的前后二阴功能障碍与湿邪侵袭下焦, 日久化热伤及经络密切相关。大肠者, 传导之官, 膀胱者, 州都之官, 两者主司泌别清浊、排泄二便, 均属下焦范畴。《素问·至真要大论》曰“诸痿项强, 皆属于湿”, 《素问·痹论》曰“痹在于筋则屈不伸”, 湿性黏滞, 易阻气机, 湿邪侵犯下焦, 日久气郁化热, 湿热胶着, 伤及经络, 致使肛门挛急, 引起盆底不适、小便淋漓不尽、大便黏腻不爽等症状。

基于湿伤下焦及湿邪致痉理论, 课题组自拟除湿解痉方, 以除湿行气、通络解痉为本, 采用直肠滴注方法, 旨在共同解决湿邪下注, 日久化热所致的气机失调与痉挛状态, 从而达到改善排便功能及下尿路症状的目的。全方以薏苡仁为君, 《神农本草经》载“薏苡仁味甘微寒, 主筋急拘挛不可屈伸,

风湿痹，下气，久服轻身益气”，具有利水渗湿、解痉除痹之效。木香味辛苦，和胃化湿、行气止痛。木瓜味酸入肝，善舒筋活络、祛湿除痹，为治湿痹筋脉拘挛之要药，与木香合用，取木瓜散之意，共为臣药，奏散湿疏筋之效。白芍性微寒，味苦、酸，归肝、脾经，具有平肝止痛、除血痹、利小便之功，炙甘草利血气、通经脉，两药合用取芍药甘草汤之意，共为佐药，主津液受损、筋脉失濡之挛急。柴胡轻清升散，葛根解肌升清，两者合用升清降浊、解肌缓痉，共为佐药。丝瓜络通络活血，川牛膝宽筋除痹、利尿通淋，两者同为使药。全方用药平和，共奏除湿行气、通络解痉之效，通过通利下焦湿邪，恢复肠道气机，清除下焦郁热，解除肌肉痉挛，缓解盆底疼痛，则大便、小便自然得以排出。

现代药理学研究表明，薏苡仁中的脂肪油有解热、镇痛等免疫调节作用，能够缓解组织痉挛^[26]，其抗性淀粉可保护肠道有益菌群增殖，促进肠蠕动^[27]。木香中的提取物能缓解肠道平滑肌痉挛并增强胃肠蠕动^[28]。木瓜、芍药中的有效成分木瓜总苷、白芍总苷具有通络止痛、抗炎消肿、改善血流等作用，常用于改善平滑肌痉挛^[29]。另外芍药和甘草配伍可通过抑制引发疼痛物质的释放，发挥解痉镇痛的效应^[30]。柴胡及其化学成分能够在多种炎性相关性疾病中发挥抗炎作用，并能保护肠道屏障，刺激肠道蠕动^[31]。葛根中的葛根素有抗炎镇痛作用，且能重塑肠道菌群，改善肠道功能^[32]。牛膝能显著抑制MCF-7细胞活性，具有抗炎镇痛作用^[33]。丝瓜络能通过改善组织局部缺氧状态，减少炎症物质堆积，缓解疼痛症状^[34]。综上所述，除湿解痉方的作用机理可能与其减轻局部炎症反应，缓解耻骨直肠肌痉挛及疼痛，增强肠道蠕动有关。

本研究结果显示，与 α -受体阻滞剂联合非甾体抗炎药治疗相比，使用除湿解痉方直肠滴注治疗同样能够有效改善ⅢB型慢性前列腺炎合并耻骨直肠肌痉挛性便秘湿热下注证患者的NIH-CPSI评分、Longo-ODS评分、肛管静息压、直肠排便压及中医证候积分，且在改善肛管静息压、直肠排便压和中医证候方面优于西药治疗。其优势可能是直肠滴注除湿解痉方除能减轻局部炎症、缓解局部肌肉痉挛及疼痛外，该方的除湿作用使其在改善中医证候上表现更佳，而宣畅气机、改善肠道环境及增强肠道平

滑肌蠕动方面的作用可能是对肛管直肠压力改变更为明显的主要原因。此次试验启发男学者应重视盆底功能对前列腺疾病的影响，关注慢性前列腺炎患者便秘的发病情况，及时发现便秘引起的盆底肌的改变并将肛肠疾病的治疗纳入慢性前列腺炎的总体治疗方案，可能对慢性前列腺炎的治疗和预防有重要意义。

[参考文献]

- [1] 王琦. 王琦男科学[M]. 郑州: 河南科学技术出版社, 2021.
- [2] 宋诗伟, 张春雷, 尹金龙, 等. 慢性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征新兴治疗方式的研究进展[J]. 中国性科学, 2025, 34(4): 8-12.
- [3] 李宇栋. 北京市混合痔患者慢性前列腺炎患病情况及化痔栓治疗的研究[D]. 北京: 北京中医药大学, 2021.
- [4] 魏山尊. 肛直肠功能紊乱与慢性前列腺炎关系的研究[D]. 重庆: 第三军医大学, 2015.
- [5] 周海东. 化湿祛瘀法治疗膝骨性关节炎(湿瘀痹阻型)的临床疗效观察[D]. 南昌: 江西中医药大学, 2023.
- [6] TRASOLINI N A, YANKE A B, VERMA N N, et al. Safety and Efficacy of Postoperative Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs in Sports Medicine[J]. J Am Acad Orthop Surg, 2022, 30(12): 535-542.
- [7] 曹得中, 程皓洋, 苏亮, 等. Ⅲ型前列腺炎中医临床实践指南(2024年)[J]. 北京中医药, 2024, 43(11): 1251-1256.
- [8] 中华中医药学会脾胃病分会. 便秘中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. 北京中医药, 2017, 36(9): 771-776.
- [9] 宋楠楠, 刘超, 姚锐, 等. 李锋辨治慢性前列腺炎经验介绍[J]. 新中医, 2025, 57(6): 176-180.
- [10] 王定国, 邢益涛, 王立春, 等. 国医大师林天东治疗Ⅲ型慢性前列腺炎用药规律[J]. 河南中医, 2024, 44(8): 1187-1193.
- [11] 贾栋承, 魏峰明, 韩红伟, 等. 魏峰明教授从“湿”论治功能性便秘临床经验[J]. 中医临床研究, 2023, 15(16): 123-127.
- [12] 张易从, 刘绍能. 湿秘中医诊治概况[J]. 新中医, 2020, 52(19): 24-26.
- [13] 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, 37(1): 3-17.
- [14] 尹淑慧, 卓光鑽, 赵克. 出口梗阻型便秘诊治中的共识与争议[J]. 临床外科杂志, 2025, 33(8): 792-795.
- [15] 中华中医药学会. 功能性便秘诊疗指南[J]. 中国中医药现代远程教育, 2011, 9(17): 127-128.
- [16] 中国中西医结合学会泌尿外科专业委员会, 湖北省中西医结合学会泌尿外科专业委员会. 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, 28(4): 451-455.
- [17] 黄健. 中国泌尿外科和男科疾病诊断治疗指南(2019版)[M]. 北京: 科学出版社, 2019: 447-455.

- [18] SHOSKES D A, NICKEL J C, RACKLEY R R, et al. Clinical phenotyping in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome and interstitial cystitis: a management strategy for urologic chronic pelvic pain syndromes[J]. *Prostate Cancer Prostatic Dis*, 2009, 12(2): 177–183.
- [19] ZHANG J Z, LIANG C Z, SHANG X J, 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.
- [20] LABETOV I, VAGANOVA A, KOVALEV G, et al. Extracorporeal shockwave therapy in treatment of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: Systematic review and meta-analyses[J]. *Neurourol Urodyn*, 2024, 43(8): 1924–1937.
- [21] ANOTHAISINTAWEE 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.
- [22] 张明选, 戴春福. 便秘及其它肛肠疾病与慢性前列腺炎相关性机理探讨[J]. *辽宁中医杂志*, 2003, 30(11): 900–901.
- [23] SHAH A P, MEVCHA A, WILBY D, et al. Continence and micturition: an anatomical basis[J]. *Clin Anat*, 2014, 27(8): 1275–1283.
- [24] EMILE S H, ELFEDI H A, ELBANNA H G, et al. Efficacy and safety of botulinum toxin in treatment of anismus: A systematic review[J]. *World J Gastrointest Pharmacol Ther*, 2016, 7(3): 453–462.
- [25] 于波锋, 郭双奋, 李世江, 等. 秦国政教授运用通法治疗慢性前列腺炎疗效观察[J]. *云南中医中药杂志*, 2025, 46(3): 103–105.
- [26] 朱坤福, 葛洪亮, 祝蕾. 《温病条辨》薏苡仁用药规律探骊[J]. *中国中医基础医学杂志*, 2023, 29(9): 1523–1525.
- [27] 包辰. 薏苡仁抗性淀粉结构特性及其对肠道菌群调节机制的研究[D]. 福州: 福建农林大学, 2017.
- [28] 袁皖君, 于心漫, 吴浩然, 等. 木香倍半萜类成分及药理作用研究进展[J]. *云南化工*, 2024, 51(8): 1–5.
- [29] 李冀, 李庆伟, 郝峰. 木瓜白芍配伍的现代临床应用及药理研究[J]. *中医药学报*, 2017, 45(1): 93–95.
- [30] 高翠霞, 黄玲玲, 曹雯焯. 芍药和甘草配伍的研究进展[J]. *中医研究*, 2023, 36(8): 92–96.
- [31] ZENG Y, ZHOU L, WAN Y, et al. Effects of Saikosaponin D on apoptosis, autophagy, and morphological structure of intestinal cells of cajal with functional dyspepsia[J]. *Comb Chem High Throughput Screen*, 2024, 27(10): 1513–1522.
- [32] 孟晓伟, 郭风梅, 王倩倩, 等. 葛根素的药理作用研究进展[J]. *中国中药杂志*, 2025, 50(11): 2954–2968.
- [33] 韩永光, 谭雅兰, 张超云, 等. 牛膝化学成分和药理作用研究进展及其质量标志物(Q-Marker)预测分析[J]. *天然产物研究与开发*, 2024, 36(8): 1432–1444.
- [34] 杜冉, 宋德琴, 黄雪婷, 等. 酒制丝瓜络治疗类风湿性关节炎的效果及初步机制分析[J]. *中医药信息*, 2025, 42(11): 37–44.

[责任编辑: 刘迪成, 郑锋玲, 蒋维超(英文)]