

· 临床经验 ·

# 王琦运用主病主方论治慢性前列腺炎经验

董 阳,王 济,王 鑫,孟翔鹤,李博悻,郑燕飞

(北京中医药大学国家中医体质与治未病研究院,北京 100029)

**[摘要]**国医大师王琦提出湿热、瘀浊阻滞为慢性前列腺炎的主导病机,临床运用“主病主方”思想,以当归贝母苦参丸合复元活血汤加减为主方治疗慢性前列腺炎,用药时兼顾体质,并辨体加减。

**[关键词]**慢性前列腺炎;主病主方;当归贝母苦参丸;复元活血汤;临床经验;王琦

**[中图分类号]**R697<sup>+</sup>.33;R249 **[DOI]**10.3969/j.issn.2095-7246.2018.05.008

慢性前列腺炎是前列腺在病原体或某些非感染因素作用下,患者出现以盆腔区疼痛不适、排尿异常等症状为特征的疾病<sup>[1]</sup>,属于中医学“子痛”“精浊”“白浊”等范畴。本病临床分型复杂、难于诊断且现有疗法效果不佳,既属多发病,又是难治病。中医药物治疗对本病有明显优势<sup>[2]</sup>。

徐大椿在《兰台轨范·序》明确指出“一病必有主方,一方必有主药”,“如一方所治之病甚多者,则为通治之方”。王琦据此认为主病主方是针对疾病全程主导病机的方剂。主病主方的精髓在于申明主导病机,把握疾病走向,结合患者体质,兼顾症候群组综合分析。制方遣药则提倡以主方针对主要病机,兼以调整偏颇体质,对症治疗。笔者现将王琦运用主病主方思想治疗慢性前列腺炎的经验介绍如下。

## 1 慢性前列腺炎的主导病机

确立主方的前提在于辨识疾病的主导病机。慢性前列腺炎病程甚长,常以尿频、尿急、尿痛、小便黄、尿道灼热、滴白等排尿改变为首发症状,故既往临床多以湿热下注膀胱立论,治以清热利尿通淋,但疗效并不满意<sup>[3]</sup>。王琦结合西医解剖关于“前列腺导管与尿道、射精管所出之道不同”的理论,扬弃湿热下注膀胱的观点,提出慢性前列腺炎的主导病机为湿热、瘀浊阻滞,即患病日久,湿热不攘,浊毒瘀血内蕴,前列腺脉络、导管阻滞不通。前列腺法象六腑,以通为顺,湿热、瘀血、浊毒为祸,不通则痛,故可见会阴部、后尿道刺痛及排尿、性交疼痛等症状,引及睾丸、阴茎、腹股沟。结合现代临床,慢性前列腺炎患者指诊检查常有压痛、变硬、结节等体征,前列腺液镜检则多见白细胞成堆现象,亦符合湿瘀浊阻、精窍不畅的论断。

## 2 慢性前列腺炎的主方主药

针对主导病机,王琦以当归贝母苦参丸合复元活血汤加减为主方治疗慢性前列腺炎。主方主药为:天花粉 15 g,柴胡 12 g,当归、浙贝母、苦参、滑石粉(包煎)、桃仁、红花各 10 g,熟大黄、炙甘草各 6 g。功能清热祛湿排浊、化瘀通络止痛。治疗湿热、瘀浊阻滞前列腺,精窍不畅,排尿不利伴见会阴、小腹疼痛较剧者。当归贝母苦参丸出自《金匱要略·妇人妊娠病脉证并治第二十》:“妊娠,小便难,饮食如故,当归贝母苦参丸主之。”其方后注云:“男子加滑石半两”<sup>[4]</sup>。该方以当归通络活血,苦参、浙贝母、滑石清热排浊利窍。如湿热较重,可佐以马鞭草、草薢、鱼腥草各 15 g,虎杖 10 g,清热祛湿。《金匱要略·消渴小便不利淋病》云:“小便不利,蒲灰散主之。”如排尿不利症状明显,可加入蒲黄 10 g 合滑石以泄热利湿、化瘀利窍。复元活血汤出自李东垣《医学发明》,用于治疗“恶血留于胁下,及疼痛不可忍”。胁下为肝经所循行,故该方以柴胡、熟大黄为君,疏肝理气、荡瘀泄热;当归、桃仁、红花活血祛瘀止痛;天花粉散结消肿。全方疏肝气、散瘀血,而前列腺亦属肝经循行所过之“阴器”,故该方治疗慢性前列腺炎颇为合拍。临证常合金铃子散疏肝理气止痛,药用延胡索、川楝子各 10 g,反佐温性乌药 12 g,以防寒热格拒。如患者疼痛日久,瘀血阻络,临证又可酌加蜈蚣 1 条、穿山甲粉 3 g 等虫类药,以加强全方破血祛瘀、通络止痛功效。

## 3 主病主方,辨体加减

张景岳谓:“证随人见,成败所由。故当以人为先,因证次之。”指出在临证中辨识体质的作用。王琦认为体质是疾病发生的“土壤”,疾病发病倾向、转归与患者体质密不可分。针对体质状态,因人制宜的灵活治疗即是治病求本的具体体现<sup>[5]</sup>。王琦发现慢性前列腺炎患者的体质以湿热、血瘀、气郁体质最为多见。患者生活习惯不良,或嗜食辛辣烟酒、膏粱

基金项目:国家社会科学基金重大项目(17ZDA331)

作者简介:董阳(1992-),男,硕士研究生

通信作者:郑燕飞, [yanfei\\_z@163.com](mailto:yanfei_z@163.com)

厚味,或久坐少动,日积月累渐成湿热、血瘀体质。加之病情迁延反复,情志抑郁,气郁不舒亦可影响体质状态。在主病主方的基础上当兼顾体质用药,湿热质当加用黄柏9g,车前子、土茯苓各15g,以清热利湿;血瘀质加丹参10g、苏木9g,以祛瘀通络;气郁质酌加郁金12g,以疏肝理气、调节体质。

#### 4 主病主方,随症加减

王琦认为,主病主方的目标是疾病,是针对疾病发生、发展规律的高效干预。但随着疾病的进展,在患者体质等因素的影响下,主导病机出现侧重,致某一症候群组表现较为突出,则当考虑宏观与微观诊疗相结合,主病主方与对症处理并举。临床可将慢性前列腺炎的常见症状归纳为三大症候群组,即尿路刺激症候群、盆腔疼痛症候群、精神心理症候群。尿路刺激症候群可见前列腺液分泌增多,排出不畅,出现尿道口秽浊、滴白,尤以排尿终末等腹压增大时明显,伴见尿频、尿急、尿痛、尿有余沥、尿道灼热及排尿困难。该症候群以排尿不畅为突出表现,病机偏重湿热浊邪阻滞,在治疗上当兼顾化浊、利精窍,对症选用理气排脓之品,如白芷12g、薏苡仁20g、冬瓜子30g。盆腔疼痛症候群多出现在病程后期,可见少腹、会阴、后尿道、睾丸、阴茎、腹股沟牵引刺痛,肛门坠胀不适。此症候群以疼痛为主要表现,瘀血阻络病机突出,治疗上着重化瘀通络,用药可选王不留行15g、刘寄奴10g,以通络止痛。精神心理症候群较为普遍,是慢性前列腺炎难治的原因之一<sup>[3]</sup>,可表现为疑虑较多、情绪低沉、周身不适、腰膝酸软、失眠多梦、性欲减退、焦虑不安、甚则恐惧幻觉。治疗精神心理症候群,多从肝郁气滞角度出发,加入白蒺藜、川楝子各10g,以疏肝宁志。患者宜长服疏肝解郁类中成药,调畅情志,怡情移性。

#### 5 典型医案

5.1 慢性前列腺炎以湿浊为主 患者鄧某,男,32岁,自由职业,已婚。2017年5月9日初诊。主诉:尿不尽,尿等待2年。患者素嗜食辛辣煎炸、海鲜啤酒。述自2015年发现尿不尽现象,后逐渐出现尿等待,每次排尿需等待10s左右。近期发现有右下腹刺痛症状,性交后较为明显。口中黏腻不舒,不渴。纳可,眠差,多梦易醒。舌暗红水滑,苔薄黄,脉弦滑。2017年前列腺液检查:白细胞(++)。中医辨证:湿浊内蕴为主,兼瘀血阻络。治法:清利湿浊,辅以行气活血。处方:马鞭草、生蒲黄(包煎)各20g,乌药、鱼腥草、益母草各15g,柴胡12g,当归、浙贝母、苦参、滑石粉(包煎)、王不留行、黄柏、虎杖各10g。21剂,水煎服,每日1剂,早晚各1次。嘱患者

改变饮食结构,饮食清淡。

2017年6月3日二诊。患者述排尿、口黏较前好转,惟右下腹刺痛如前,舌暗苔薄白,脉弦。上方加天花粉15g、三七粉(冲服)3g。21剂,水煎服。

2017年6月28日三诊。述腹痛基本控制,舌质仍暗。予上方继服21剂,巩固治疗。1个月后电话随访得知患者病已痊愈。

按 患者平素多食辛辣发物,体内易酝酿湿浊邪热。来诊以排尿不畅为主诉,兼有口黏、舌水滑苔黄、脉滑等征象,考虑以湿热内蕴为主。其舌暗,腹刺痛,又提示有瘀血阻络的病机存在。故以清利湿浊、行气活血止痛为治则。药用浙贝母、苦参以清热解毒、化湿利尿,以当归、柴胡、王不留行行气活血,以生蒲黄、滑石、黄柏、马鞭草、鱼腥草、虎杖清热除湿,以益母草活血利湿。在大队寒凉清热药中反佐温性的乌药能预防寒热格拒,其功能行气,以助利湿活血。患者二诊、三诊症状均以腹痛为主,足可见瘀血难祛,故加用天花粉、三七粉化瘀通络。考虑患者饮食偏嗜,易酿生湿热瘀浊,嘱患者饮食清淡以杜湿热之源。

5.2 慢性前列腺炎以疼痛症状为主 患者陈某,男,44岁,司机,已婚。2016年6月30日初诊。主诉:睾丸、会阴疼痛2年余。述自2014年3月开始出现睾丸、会阴疼痛,小腹、腰、龟头痛感明显,每因疼痛剧烈不能完成性交。素从事司机工作,每日久坐可达13~14h,症状每于工作后加重,疼痛难忍,以吗啡止痛方舒。排尿不畅可见尿频、尿急、尿等待、尿道口滴白。自觉畏寒,睾丸冷,阴囊潮湿,阴雨天加重。烦躁胸闷易怒。纳少,食欲差,大便不成形,3~4d一行。入睡困难,眠浅易醒。舌暗红,舌中后部苔黄腻,脉沉略滑。2014年泌尿系统B超、CT检查提示:左侧附睾囊肿,前列腺炎,膀胱炎。中医辨证:瘀血阻络为主,兼阳虚湿浊内蕴。治法:行气活血,通络止痛。处方:天花粉、刘寄奴各15g,柴胡12g,当归、桃仁、红花、浙贝母、苦参、丹参、延胡索、桂枝各10g,炙甘草、丁香各6g,炮山甲粉(冲服)3g,蜈蚣1条。21剂,水煎服,每日1剂,早晚各1次。

2016年7月25日二诊。患者站立、行走睾丸疼痛减轻,久坐仍痛,腹泻未作。刻见面部有暗红色“钞票纹”,健忘,舌下静脉迂曲青紫,脉沉。上方去桂枝,加苏木9g、三七粉(冲服)3g,21剂。

2016年8月18日三诊。睾丸痛基本控制,小腹、会阴疼痛未再发作,未再使用吗啡镇痛。尿频、排尿不畅改善。述近日仍心烦胸满,舌暗红,脉沉弦。上方去苏木、丹参,加炙鳖甲20g、郁金12g、地龙10g、川楝子9g,21剂,以巩固治疗。

· 针灸经络 ·

# 针刀配合揸针治疗腕管综合征临床疗效观察

弓 臣, 宋 杨

(北京市昌平区中西医结合医院骨科, 北京 102208)

**[摘要]**目的 观察针刀配合揸针治疗腕管综合征的临床疗效。方法 将125例腕管综合征患者随机分成对照组61例和试验组64例。对照组接受单纯针刀治疗, 试验组接受针刀配合揸针治疗, 术后根据英国医学研究委员会提出的肢体神经运动功能和感觉功能评价方法及肌电图对两组患者进行疗效评价。结果 治疗后两组患肢感觉和运动功能均较治疗前明显改善( $P < 0.05$ ), 但试验组治疗后感觉和运动功能分级改善程度显著优于对照组( $P < 0.05$ )。两组治疗前波幅、运动电位潜伏期和运动神经传导速度比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ); 与治疗前比较, 两组治疗后波幅、运动电位潜伏期与运动神经传导速度均明显改善, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ); 治疗前后波幅、运动电位潜伏期与运动神经传导速度差值比较, 试验组大于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 针刀配合揸针治疗腕管综合征临床疗效满意。

**[关键词]**针刀; 揸针; 腕管综合征; 肌电图

**[中图分类号]**R246.6 **[DOI]**10.3969/j.issn.2095-7246.2018.05.009

腕管综合征是最常见的周围神经卡压性疾患, 任何导致腕管内压力增高的因素都可以使正中神经受压, 从而出现神经缺血低氧状态, 导致正中神经支配区感觉运动功能障碍<sup>[1]</sup>。针刀可以在避免手术切开的条件下松解神经压迫, 疗效显著, 故在临床中应用已经较为普及。但部分患者由于病程较长或神经受损程度较重, 神经功能难以在针刀术后得到完全

恢复。笔者应用揸针与针刀结合治疗本病取得良好效果, 现报道如下。

## 1 临床资料

1.1 诊断标准 参照《中医筋伤学》<sup>[2]</sup>中腕管综合征的标准拟定。①病史: 腕部有外伤史或者慢性劳损史。②症状: 腕部酸胀疼痛, 桡侧3个半手指麻木、疼痛。症状活动后加重, 休息后减轻。③体征: 桡侧3个半手指感觉减退, 拇指对掌无力, 肌力0~IV级, 部分患者可出现大鱼际萎缩。④Tinel

**作者简介:**弓臣(1982-), 男, 副主任医师

2016年9月22日四诊, 言无明显痛感, 排尿症状好转, 舌质仍偏暗, 嘱上方继服30剂, 饮食清淡, 调畅情志。1个月后电话随访得知患者诸症均除。

按 患者病程日久, 久坐病剧, 以强烈疼痛为主要症状, 舌暗、舌下脉络迂曲青紫、面部“钞票纹”均提示有瘀血阻络的病机。叶天士谓: “初病在经, 久痛入络。以经主气, 络主血, 则可知其治气治血之当然也。”示络病治法当以活血为先, 辅以理气。以素体畏寒, 睾丸冷, 阴雨天加重, 知其阳气不振。故本案主治以活血化瘀、温阳通络, 兼以理气止痛。以当归、桃仁、红花、丹参活血化瘀; 天花粉、炮穿山甲粉、蜈蚣通络止痛; 桂枝、丁香温暖下元; 延胡索、柴胡畅达气机。参合患者小便不利、阴囊潮湿、舌苔黄腻的征象, 又知有湿浊的存在, 药用浙贝母、苦参清利湿浊。二诊用药对症, 加用苏木、三七粉以活血化瘀。三诊病症大减, 在瘀浊阻络的基础上出现气郁烦闷不舒的症状, 故继以炙鳖甲、地龙通络散结, 加用疏

肝解郁之川楝子、郁金, 理气除烦。四诊效不更方, 原方继服, 巩固疗效。

王琦对慢性前列腺炎的诊疗深入而透彻, 独具匠心。以主病主方针对主导病机, 结合患者偏颇体质、症状处方用药, 能全面把握疾病的进退转归, 故能取得良好的临床疗效。

## 参考文献:

- [1] 中国中西医结合学会男科专业委员会. 慢性前列腺炎中西医结合诊疗指南(试行版)[J]. 中国中西医结合杂志, 2007, 27(11): 1052-1056.
- [2] 中国中西医结合学会男科专业委员会. 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, 35(8): 933-941.
- [3] 王琦. 王琦男科[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012.
- [4] 张仲景. 金匮要略[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005.
- [5] 王琦. 论辨体论治的科学意义及其应用[J]. 浙江中医药大学学报, 2006, 30(2): 130-133.

(收稿日期: 2018-05-24; 编辑: 姚实林)