

金黄散外敷联合抗生素治疗湿热下注型急性附睾炎 30 例

洪志坚, 许昭亭, 颜锡欣*

(福建中医药大学附属晋江中医院, 福建 泉州 362200)

摘要: 目的 观察金黄散外敷联合抗生素治疗湿热下注型急性附睾炎的疗效。方法 选取 2024 年 7 月—2025 年 7 月于福建中医药大学附属晋江中医院泌尿外科住院的湿热下注型急性附睾炎患者 60 例, 采用随机数字表法分为对照组和观察组, 每组 30 例。对照组先给予经验性用药头孢曲松钠, 待中段尿培养药敏结果出来后根据药敏结果调整用药; 观察组在对照组治疗基础上联合金黄散局部外敷, 疗程均为 7 d。应用视觉模拟评分法(VAS) 分级评分评估 2 组治疗前后疼痛程度; 采用彩超探测阴囊内血流信号, 并进行分级评分; 测量附睾肿块的最大直径; 检测白细胞总数(WBC)、中性粒细胞比例(NEUT%)和 C 反应蛋白(CRP); 并比较 2 组治疗后 1 个月的疗效。结果 与治疗前比较, 2 组治疗后 VAS 分级评分和阴囊内血流信号评分均明显降低($P < 0.05$), 肿块直径明显缩小($P < 0.05$); WBC、NEUT%和 CRP 均明显降低($P < 0.05$)。与对照组比较, 观察组治疗后 VAS 分级评分和阴囊内血流信号评分均明显降低($P < 0.05$), 肿块直径明显缩小($P < 0.05$)。2 组有效率比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论 金黄散外敷联合抗生素可改善湿热下注型急性附睾炎阴囊疼痛、阴囊内局部炎症充血反应, 并促进肿块消退。

关键词: 急性附睾炎; 子痈; 湿热下注证; 金黄散; 外敷

急性附睾炎是泌尿外科常见的非特异性感染性男科疾病, 通常是由尿道、前列腺或精囊等部位通过输精管逆行侵入附睾发生的炎症感染, 临床上常见致病菌多为大肠埃希菌和金黄色葡萄球菌^[1]。附睾在中医学里称为“肾子”, 根据附睾炎的临床表现可归属“子痈”“颓疝”“囊痈”范畴。本病好发于青壮年, 若早期失治、误治, 容易转变为慢性附睾炎, 日久反复发作可引起精液质量的改变, 严重者患处出现脓肿破溃, 甚则出现化脓性附睾睾丸炎, 或者发展为睾丸梗死。急性附睾炎临床首选抗生素治疗, 同时配合患侧局部托高阴囊, 但由于血睾屏障存在于睾丸附睾的血管循环系统和实质部位, 仅有输精管与外界相通, 附睾部位血液循环较差, 附睾腺管阻塞使药物难以到达病灶, 导致阴囊肿块消散慢、症状反复等^[2]。依据中医“外治之理即内治之理”理论, 外治可直达病所、起效快、无胃肠刺激且安全性高。金黄散源自《外科正宗》, 具有清热解毒、消肿止痛之功, 其组成药物具有有效抗菌、镇痛、降压等药理作用, 且经济简便, 值得临床推广^[3]。本研究观察金黄散外敷联合抗生素治疗湿热下注型急性附睾炎, 疗效甚佳, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 西医诊断标准 参照《中国泌尿外科疾病诊断治疗指南手册: 2014 版》^[4]中急性附睾炎诊断标准。

1.2 中医辨证标准 参照《中医外科学》^[5]中子痈

湿热下注证的辨证标准。主症: 患处突然发作, 明显的睾丸肿痛, 包括阴囊皮肤红肿灼热, 疼痛可放射至同侧小腹部、腹股沟区; 次症: 伴小便短赤, 恶寒发热, 大便干结; 舌脉: 舌质红, 苔黄腻, 脉弦滑数。

1.3 纳入标准 ① 年龄 18~65 岁; ② 病程 ≤ 10 d; ③ 同意加入本研究, 并签署知情同意书。

1.4 排除标准 ① 合并有睾丸扭转、阴囊外伤、化脓性附睾睾丸炎、结核性附睾炎、阴囊肿瘤、阴囊内丝虫病等其他泌尿系疾病者; ② 合并有严重的低蛋白血症、重度高血压、糖尿病等原发性疾病者; ③ 合并有冠状动脉粥样硬化性心脏病、脑梗死或脑出血、肝硬化等重要脏器疾病者; ④ 精神病患者或不合作者; ⑤ 对本研究提供药物成分过敏者; ⑥ 正在参加其他临床研究者。

1.5 一般资料 选取 2024 年 7 月—2025 年 7 月于福建中医药大学附属晋江中医院泌尿外科住院的湿热下注型急性附睾炎患者 60 例, 采用随机数字表法分为对照组和观察组, 每组 30 例。观察组年龄 21~62 岁, 平均(41.50 $\pm$ 9.62)岁, 病程(3.50 $\pm$ 2.06)d; 对照组年龄 23~55 岁, 平均(39.00 $\pm$ 8.25)岁; 病程(4.00 $\pm$ 1.98)d。2 组年龄、病程比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。本研究已通过福建中医药大学附属晋江中医院医学伦理委员会审查批准(审批号: 闽晋中伦理审[2024]024 号)。

2 方法

2.1 治疗方法

2.1.1 对照组 先给予经验性用药头孢曲松钠(湖南海灵化学制药有限公司), 每次 2 g, 溶于 100 mL

收稿日期: 2025-09-15; 接受日期: 2025-10-23

基金项目: 福建中医药大学校级课题(XB2024162)

通信作者: 颜锡欣, E-mail: 1207785207@qq.com

DOI: 10.13260/j.cnki.fjtc.2026.05018

生理盐水中静脉滴注,每日2次。待中段尿培养药敏结果出来后根据药敏结果调整用药,抗生素由福建中医药大学附属晋江中医院西药房根据处方配药,疗程7 d。

2.1.2 观察组 在对照组治疗基础上联合金黄散局部外敷治疗。药物组成:天花粉 12.5 g,大黄 6.25 g,黄柏 6.25 g,姜黄 6.25 g,白芷 6.25 g,天南星 2.5 g,厚朴 2.5 g,苍术 2.5 g,陈皮 2.5 g,甘草 2.5 g。由福建中医药大学附属晋江中医院中药房配备后制成散剂,使用时用白醋调敷成糊状,均匀涂抹在纱布上,纱布厚度3~4层,涂药厚度约0.3 cm,以能包裹患侧阴囊皮肤为宜,每次换药前均需清洁会阴部,每日1次,每日早晨换药,疗程7 d。

2.2 观察指标

2.2.1 疼痛程度评估 采用视觉模拟评分法(visual analogue scale, VAS)^[6]评估疼痛程度,用10 cm长的标尺,从无痛到难以忍受的剧痛,最左为0,最右为10,让患者根据自身感受到的疼痛程度直观选择分数,并进行VAS分级评分。① 无痛(0分≤VAS评分<1分),计为0分;② 疼痛尚可忍受,轻微或呈间歇性,一般不影响睡眠(1分≤VAS评分<4分),计为2分;③ 中度疼痛,入睡困难,需要口服一般镇痛药可缓解症状(4分≤VAS评分<7分),计为4分;④ 重度疼痛,疼痛持续,需肌注止痛药方可得到一定缓解(VAS评分7~10分),计为6分。

2.2.2 肿块直径检测 使用标准钢板尺检测2组治疗前后附睾肿块的最大直径。

2.2.3 阴囊内血流信号评分 采用超声诊断系统(上海西门子医疗器械有限公司,型号:ACUSON Sequoia Silver)探测2组治疗前后阴囊内血流信号,并进行分级评分^[7]。① 0级:未见到明确的血流信号,计为0分;② I级:血流色彩暗淡,可见稀疏的点状或

细的条束状血流信号,计为2分;③ II级:血流色彩明亮,有较多的点状血流信号,计为4分;④ III级:血流色彩明亮,有较粗的条束状血流信号,计为6分。

2.2.4 炎症指标检测 分别于治疗前后空腹抽取2组静脉血,采用自动化血液分析仪检测白细胞总数(WBC)和中性粒细胞比例(NEUT%),采用免疫比浊法检测C反应蛋白(CRP)。

2.2.5 疗效判定标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[8]评价2组治疗后1个月的总体疗效。① 治愈:全身症状消失,无疼痛,肿块消散;② 好转:肿痛减轻,全身症状明显缓解;③ 未愈:局部及全身症状未见明显改善。

总有效率=(治愈+好转)/总例数×100%

2.3 统计学方法 采用SPSS 20.0软件进行数据分析。计量资料符合正态分布以($\bar{x}\pm s$)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;不符合正态分布以 $M(P_{25}, P_{75})$ 表示,组间比较采用Mann-Whitney U 检验,组内比较采用Wilcoxon符号秩检验。计数资料比较采用 χ^2 检验。等级资料采用秩和检验。 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

3 结 果

3.1 2组治疗前后VAS分级评分、阴囊内血流信号评分和肿块直径比较 与治疗前比较,2组治疗后VAS分级评分和阴囊内血流信号评分均明显降低($P<0.05$),肿块直径明显缩小($P<0.05$);与对照组比较,观察组治疗后VAS分级评分和阴囊内血流信号评分均明显降低($P<0.05$),肿块直径明显缩小($P<0.05$)。见表1。

3.2 2组治疗前后炎症指标比较 与治疗前比较,2组治疗后WBC、NEUT%和CRP均明显降低($P<0.05$)。见表2。

表1 2组治疗前后VAS分级评分、阴囊内血流信号评分和肿块直径比较[($\bar{x}\pm s$)/ $M(P_{25}, P_{75})$]

组别	例数	时间	VAS分级评分/分	阴囊内血流信号评分/分	肿块直径/cm
对照组	30	治疗前	4(2,4)	4(4,6)	2.04±0.77
		治疗后	0(0,2) ¹⁾	0(0,2) ¹⁾	1.00(0.60,1.50) ¹⁾
观察组	30	治疗前	4(2,4)	4(4,6)	1.89±0.68
		治疗后	0(0,0) ¹⁾²⁾	0(0,0) ¹⁾²⁾	0.80±0.30 ¹⁾²⁾

注:与治疗前比较,1) $P<0.05$;与对照组比较,2) $P<0.05$ 。

表2 2组治疗前后炎症指标比较[($\bar{x}\pm s$)/ $M(P_{25}, P_{75})$]

组别	例数	时间	WBC/($\times 10^9/L$)	NEUT%/%	CRP/(mg/L)
对照组	30	治疗前	15.91±1.79	85.88±5.34	222.88±79.28
		治疗后	6.95(6.15,8.35) ¹⁾	67.43(64.48,68.57) ¹⁾	2.95±0.54 ¹⁾
观察组	30	治疗前	15.52±1.56	84.83±4.03	176.75(153.25,248.28)
		治疗后	7.12±1.12 ¹⁾	67.05±4.83 ¹⁾	3.15(2.68,3.50) ¹⁾

注:与治疗前比较,1) $P<0.05$ 。

3.3 2 组疗效比较 2 组治疗过程中均未出现不良反应。2 组有效率比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

表 3 2 组疗效比较

组别	例数	治愈	好转	未愈	总有效
对照组	30	23(76.67)	7(23.33)	0(0)	30(100)
观察组	30	28(93.33)	2(6.67)	0(0)	30(100)

4 讨 论

子痛多因嗜食肥甘厚味,或久居湿地,致脾失健运,肝失疏泄,湿浊内生,郁而化热。湿热循足厥阴肝经下注,聚结于阴器辜丸,气滞血瘀,经络阻塞,发为子痛。症见辜丸附睾肿胀疼痛,痛引少腹,阴囊皮肤潮红灼热,甚则化脓;湿热相搏,故缠绵难愈,小便黄赤,舌红苔黄腻,脉滑数。金黄散中天花粉苦寒泻火,排脓消肿,为君药;白芷燥湿排脓;姜黄活血、行气、止痛;大黄活血散瘀,共为臣药;天南星消肿止痛;黄柏、苍术燥湿;厚朴和陈皮燥湿、消痰、行气,共为佐药;甘草调和诸药,共奏清热解毒、消肿止痛之功,同时运用醋调敷,可增加活血化瘀、消炎止痛之效。临床研究表明,加味金黄散外敷联合抗生素可有效缩短阴囊疼痛及附睾肿物消散时间,降低复发率,并改善精子质量^[9]。

本研究应用抗生素联合金黄散局部外敷治疗急性附睾炎,发现 2 组 WBC、NEUT% 和 CRP 等炎症指标均明显降低,提示选用敏感抗生素治疗规定疗程可明显改善炎症情况。观察组治疗后 VAS 疼痛评分、阴囊内血流信号评分、肿块等均较对照组明显降低和减小,提示金黄散在局部外敷治疗急性附

睾炎的过程中,对患者疼痛、阴囊内局部炎症充血情况、肿块消退情况有明显的改善作用。

综上,金黄散外敷联合抗生素治疗湿热下注型急性附睾炎可改善阴囊疼痛、阴囊内局部炎症充血反应和肿块消退情况,缓解局部症状,临床使用简便效廉,可推广使用。研究中的指标多为客观测量数据或实验室指标,可减少主观因素对实验结果的影响。但由于时间、地域限制,本研究样本量小,未进行临床机制探讨等,也具有一定的局限性。

参考文献

[1] 吴阶平. 泌尿外科学[M]. 济南:山东科学技术出版社,1993: 335-337.

[2] 王琦. 王琦男科学[M]. 2 版. 郑州:河南科学技术出版社, 2007:520-523.

[3] 董浩宇,冯硕,常晓丹,等. 如意金黄散的实验研究进展[J]. 西部中医药,2024,37(10):85-87.

[4] 那彦群,叶章群,孙颖浩,等. 中国泌尿外科疾病诊断治疗指南手册:2014 版[M]. 北京:人民卫生出版社,2014:730-731.

[5] 李曰庆,何清湖. 中医外科学[M]. 5 版. 北京:中国中医药出版社,2021:284-286.

[6] SERLIN R C, MENDOZA T R, NAKAMURA Y, et al. When is cancer pain mild, moderate or severe? Grading pain severity by its interference with function [J]. Pain, 1995, 61(2):277-284.

[7] 李星鑫,丁炎,周锋盛,等. 高频彩色多普勒超声在成年人辜丸扭转诊断中的临床应用价值[J]. 影像研究与医学应用, 2025,9(18):99-101.

[8] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京:南京大学出版社,1994:48-49.

[9] 张正潮,李栋,曾彤伟,等. 加味金黄散局部外敷联合抗生素治疗急性附睾炎临床研究[J]. 现代医药卫生,2022,38(20): 3452-3455.

(上接第 63 页)

[12] 常佳怡,候晓宇,黄欢,等. 张仲景用“酒”探析[J]. 江苏中医药,2017,49(5):8-10.

[13] 周礼[M]. 王秀臣,王瑾,校点. 沈阳:辽海出版社,2025:73.

[14] 陆来安,文小平. 《伤寒杂论》经方特殊溶媒考述[J]. 中医杂志,2015,56(19):1625-1629.

[15] 施岚尔,凌云,赵鸣芳. 关于《伤寒论》中清酒的作用探讨[J]. 湖北中医药大学学报,2017,19(5):55-57.

[16] 李时珍. 本草纲目[M]. 刘衡如,校点. 北京:人民卫生出版社,1982:1559.

[17] 中医研究院. 金匱要略语译[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社,1974:89.

[18] 李映发. 宋代酒文化考察[M]//四川大学古籍整理研究所,四川大学宋文化研究中心. 宋代文化研究:第二十一辑. 四川大学出版社,2014:320-342.

[19] 王勇,高爱玲. 《金匱要略》中“白酒”考辨[J]. 中医药学刊, 2003,21(8):1284-1285.

[20] 黄元御,长沙药解[M] 张蕾,翟燕,孙清伟,校注. 北京:中国中医药出版社,2016:122.

[21] 罗竹风. 汉语大词典:缩印本[M]. 上海:上海辞书出版社,

2007:4078.

[22] 杨福双,苏鑫,曹方,等. 《苏沈良方》之酒剂应用管窥[J]. 长春中医药大学学报,2019,35(6):1201-1203,1207.

[23] 杨时泰. 本草述钩元[M]. 上海:科技卫生出版社,1958:390.

[24] 神农本草经[M]. 吴普,述. 孙星衍,孙冯翼,辑. 北京:科学技术文献出版社,1996:65.

[25] 李时珍. 本草纲目[M]. 刘衡如,校点. 北京:人民卫生出版社, 1982:811.

[26] 魏刚,方永奇,柯雪红,等. 石菖蒲开窍醒神物质基础的药学系列研究[J]. 中国中医药信息杂志,2005,12(8):51-53.

[27] 伏秀,马佳怡,朱思婷,等. 中药解酒机制研究进展[J]. 吉林医药学院学报,2023,44(6):458-461.

[28] 许先. 中国食文化讲座之十二 杜康仪狄造酒浆?:中国造酒史简述[J]. 食品与健康,2007(12):4-6.

[29] 黄宫绣. 本草求真[M]. 王淑民,校注. 北京:中国中医药出版社,1997:309.

[30] 张荣珍,刘清泉,黄昊. 急性酒精中毒中医诊疗专家共识[J]. 中国中医急症,2018,27(10):1693-1696.