

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2024.16.014

基于疮疡理论辨治间质性膀胱炎/膀胱疼痛综合征

刘琼琼^{1,2}, 庞然²✉, 陈月莹^{1,2}, 唐浚峰^{1,2}, 曹凤钦^{1,2}, 马棣元²

1. 北京中医药大学, 北京市朝阳区北三环东路11号, 100029; 2. 中国中医科学院广安门医院

[摘要] 认为间质性膀胱炎/膀胱疼痛综合征(IC/BPS)内镜下广泛出血、Hunner溃疡等表现以及其病情反复、迁延难愈的特点与中医学疮疡的特征相符,治疗上可参考疮疡的中医治疗思路。IC/BPS病机多表现为本虚标实,以脾肾亏虚为本,湿热、瘀血为标。治疗以托、补之法为本,兼用消法,以活血清热、通络止痛治其标。临证常用内托生肌散加减以益气活血,消肿托毒;同时结合具体症状配合四君子汤或缩泉丸健脾补肾以扶正,并根据瘀血、湿热等兼证针对性配伍三棱、莪术等活血化瘀,薏苡仁、泽泻等清热利湿。

[关键词] 间质性膀胱炎;膀胱疼痛综合征;疮疡;护场;脾肾亏虚;托法;补法;消法

间质性膀胱炎/膀胱疼痛综合征(interstitial cystitis/bladder pain syndrome, IC/BPS)是指在排除感染和其他病变的前提下,持续6周以上的以膀胱充盈相关的不适和下尿路症状为主要表现的一组症候群^[1],临床常表现为与膀胱充盈有关的盆腔疼痛、尿频、尿急等^[2]。IC/BPS是一种进行性疾病,病程漫长,病情反复,难以根治,且随着时间的推移症状呈现逐渐加重趋势^[3],严重影响患者的生活质量,导致焦虑抑郁情绪^[4],影响性功能^[5]。目前,现代医学常用口服药物、膀胱灌注、手术干预等治疗手段,但尚无明确的普适性治疗^[2]。中医学在整体观念和辨证论治理论的指导下,运用针灸、中药灌注、中药内服等治疗方法,在IC/BPS的治疗中具有一定优势^[6]。我们通过多年临床实践发现,IC/BPS在病因病机及内镜下表现方面与中医疮疡的特征相符,故借鉴疮疡理论中“消、托、补”的治疗思路治疗IC/BPS,现将相关经验总结如下。

1 基于疮疡理论对IC/BPS的认识

1.1 IC/BPS可归属中医学疮疡范畴

广义的疮疡是指一切体表浅显的外科疾病,包括肿疡、溃疡等,正如《外科启玄》所云:“疮之

一字,所包者广矣。虽有痈、疽、疔、疖、瘰癧、疥、癣、毒、痘、疹等分,其名亦止大概而言也”。田德禄教授提出西医内窥镜是中医望诊的延伸,人体内的黏膜同样是机体防御外界病理因素的屏障,溃疡的形成机制与体表的疮疡有相通之处,故提出“内疡”理论^[7]。IC/BPS在膀胱镜下可观察到膀胱黏膜广泛出血、Hunner溃疡等表现,膀胱活检则可见慢性炎症细胞浸润、逼尿肌纤维化等表现^[8],与中医学疮疡的特征有相似之处。现代医学也证实,疮疡的病理改变包括血管通透性改变、白细胞募集和积累以及炎症介质释放^[9],而趋化因子等炎症介质吸引纤维细胞进入炎症部位,会引起疮疡部位的纤维化^[10]。膀胱作为储存尿液的容量器官,尿路上皮是膀胱和尿液之间的屏障,是机体内部抵抗病理因素的屏障之一,可以防止尿液中的代谢物质侵害膀胱。研究^[11]发现,IC/BPS患者膀胱的血尿屏障均有不同程度的炎症组织病理变化和特征性的内镜表现,其尿路上皮下区域密集分布着由淋巴细胞和浆细胞组成的炎症细胞,严重者存在Hunner溃疡区微血管增加、水肿、纤维化、出血和纤维蛋白渗出。综上,IC/BPS的膀胱镜下典型的黏膜广泛出血或Hunner溃疡的表现与疮疡具有高度的相似性,故可将之归属于中医外科“疮疡”范畴。

1.2 疮疡护场与IC/BPS

“护场”用以判断疮疡的预后与转归,其首见

基金项目:国家重点研发计划(2018YFC2002203);首都卫生发展科研专项(首发2022-1-6011);北京市科技计划(Z161100000516156)

✉ 通讯作者:pangran2002@sina.com

于明代赵宜真的《秘传外科方·疔疮治法》^[12]，即“如生一疔之外，别处肉上再生一小疮，即是有应，可用针挑破，护场”是为“疮证吉”，相反“无应，别处肉上无疮，不护场”则是“疮证凶”，如此用以描述判断疮疡的预后。王肯堂在《证治准绳·疡医》中论述“疔之四围赤肿，名曰护场，为可治”，明确指出疮疡创面外周形成的局限性红肿为护场，是疮疡预后良好的特征。《中医外科学》^[13]则将护场进一步诠释为“疮疡正邪交争中，正气能够约束邪气，使之不至于深陷或扩散而形成的局部作肿范围”，提示有护场则正气足，预后好，反之则正气不足，预后不佳。后有学者进一步研究，认为护场可分为整体护场和局部护场，整体护场指人体正气对内外邪气的抵抗，防止外邪入侵机体；局部护场则就疮疡的创面而言，指在其周围形成一个保护性屏障，防止毒邪走散，陷于内里^[14]。在疮疡的诊疗过程中，护场的形成与否能够反映病变局部的营卫气血的充盈和流畅度，以及抵御外邪促进伤口愈合的能力。

对于IC/BPS，依据其膀胱镜下是否存在Hunner溃疡分为两种不同的亚型：Hunner溃疡型和非Hunner溃疡型^[15]。其中，Hunner溃疡型膀胱镜下表现为膀胱内局限性发红的黏膜区域，伴有向中央疤痕区放射状分布的小血管，存在创面四周形成屏障的护场特征；而非Hunner溃疡型膀胱镜下则表现为膀胱内多象限广泛弥漫性黏膜出血，不具有护场的特征。从而提示Hunner溃疡型IC/BPS患者正气相对充足，预后相对较好。已有研究^[16-17]证实，对比非Hunner溃疡型IC/BPS，经过腔内治疗、局部药物注射治疗或经皮神经电刺激，Hunner溃疡型IC/BPS通常具有更好的预后。

2 从疮疡理论探讨IC/BPS中医病因与病机

疮疡辨证需先别阴阳，如《疡医大全·论阴阳法》指出：“凡诊视痈疽，施治必须先审阴阳，乃为医道之纲领，阴阳无谬，治焉有差”。考虑到IC/BPS起病缓慢，病程较长，病位较深且病变涉及整个膀胱，以及疾病常迁延难愈等特点，当将之归属为阴证疮疡范畴，其病机多表现为本虚标实。

2.1 脾肾亏虚为IC/BPS发病之本

中医学认为，疮疡的病因包括外感和内伤两方面，病机涵盖虚实两端，气血亏虚常为阴证疮疡的发病基础。气血不足，失于固护，无力抗邪而成疮疡；同时疮疡形成和破溃过程中会再度耗伤气血，

造成疾病迁延难愈。人体气血的生成有赖于中焦脾胃的运化和下焦肾气的濡养。脾肾亏虚则气血生化不足，易发疮疡，如薛己在《外科枢要》中指出：“殊不知疮疡之作，由胃气不调；疮疡之溃，由胃气腐化；疮疡之敛，由胃气荣养”，陈实功在《外科正宗》亦云：“盖疮全赖脾土”。许叔微在《普济本事方》中言：“肾气怯弱，真元衰劣，自是不能消化饮食，譬如鼎釜之中，置诸米谷，下无火力，虽终日米不熟，其何能化”，强调脾胃在肾气的鼓动下方能运化水谷，化生气血。综上，脾肾亏虚则疮疡易生难敛，是疮疡疾病的发病基础。

《素问·阴阳应象大论篇》言：“年四十，而阴气自半也，起居衰矣。”IC/BPS多为中老年起病，研究报道其初次发病的中位年龄为40岁^[18]。由于IC/BPS通常病程较长，久病则进一步损伤脾肾，耗伤气血。脾居中央，灌四旁，为后天之本，气血生化之源，脾气虚则脏腑失养，水液运化失调，导致小便不利。脾主统血，若脾气虚无力统摄血液，血溢脉外，可表现为膀胱镜下的黏膜广泛出血。膀胱为州都之官，与肾相表里，肾气不充则膀胱失约，无以制水。《圣济总录·诸淋门》云：“肾虚则不能制小便，膀胱夹热则水道涩，肾虚膀胱热，则胞内气胀，小腹坚满，而生淋涩之病也。”脾气不足，肾气不充，无力运化水谷精微荣养脏腑，膀胱失养，日久气化不利，开阖失司，则小便频数，发为IC/BPS。

2.2 湿热、瘀血为IC/BPS发病之标

疮疡或因六淫邪气、虫兽咬伤等特殊之毒、金刃针刺外伤等外邪客于机体，或因饮食、情志等内伤致邪实于脏腑，从而导致局部气血不通，营气不从逆于肉理，血行不畅瘀滞经脉，最终瘀而化热，热盛肉腐发为疮疡。IC/BPS初起常因饮食不节等因素产生湿热，致使三焦痞涩及膀胱气化不利。《中藏经》描述小便不利的病因为：“诸淋与小便不利者，皆由五脏不通，六腑不和，三焦痞涩，荣卫耗失。”脾居中焦，上连上焦心肺，下连下焦肝肾，为津液代谢之枢纽，通行三焦水液。若湿热停注犯脾，则气机阻滞不能运化三焦水液，痰瘀水饮瘀滞下焦，致使小便不利，如李杲在《脾胃论》中所述：“湿土之气溜于脐下，肾与膀胱受邪”。湿热之邪下注膀胱，局部脉络受阻，气血紊乱，脏腑功能失调，膀胱气化不利则小便频数，如《医学心悟》所言：“淋者，小便频数，不得流通，溺已而痛是也。大抵由膀胱经湿热所致”。此外，湿热日久则

可化瘀,瘀热互结灼伤脉络,则引起膀胱充盈相关的疼痛。正如《伤寒论·辨太阳病脉证并治》所言:“太阳病不解,热结膀胱……但少腹急结者,乃可攻之,宜桃核承气汤”“太阳病,六七日表证仍在,脉微而沉,反不结胸,其人发狂者,以热在下焦,少腹当硬满,小便自利者,下血乃愈。所以然者,以太阳随经,瘀热在里故也”。瘀热互结,阻于下焦,气血无法通达,不通则痛,故 IC/BPS 患者表现为盆腔部位的疼痛。同时,瘀血、湿热客于经脉,经气郁闭,血不循经,溢于脉外,则表现为膀胱镜下膀胱黏膜广泛出血。

3 基于疮疡理论采用消、托、补三法治疗 IC/BPS

消、托、补三法是疮疡内治法总的治疗原则,分别对应疮疡初起、成脓和溃后的不同阶段。对于阴证疮疡,患者通常有较长的病史,久病必虚,治疗当以托、补之法为基础,以扶正培本托里为要。同时,考虑到 IC/BPS 患者主要表现为膀胱充盈相关的盆腔疼痛,结合中医“不通则痛”和“久病必瘀”的理论,治疗需兼用消法,活血清热、通络止痛以治标。

在组方用药方面,攻补兼施,通涩并用,扶正强调从先天、后天之本入手,脾肾同调,同时配伍清热活血、解毒通络之品。常用内托生肌散(《医学衷中参西录》)补气养血、化瘀敛疮(黄芪、丹参、乳香、没药、白芍、天花粉、甘草)加泽兰、白芷、皂角刺消肿托毒,标本兼治。IC/BPS 患者正虚为本,脾土受害乏力,精微不运,膀胱脉络失于濡养,其疮疡迁延难愈,因此常重用黄芪(30 g 以上)以益气健脾、托疮生肌。黄芪作为“疮家之圣药”,《神农本草经》载其“主痈疽久败疮,排脓止痛”,体现了疮疡内治法中托法的运用,如元代齐德之在《外科精义》中所述“凡为疮医,不可一日无托里之药”。丹参入手少阴经、手厥阴经,为心与包络血分药,具有破宿血、补新血之功。现代药理学研究发现,丹参的有效成分具有镇痛、抗炎的功效,对于疮疡类疾病具有良好的治疗作用^[19]。泽兰不仅能够活血解毒治疗疮疡,还可通利小便,如《景岳全书》载其“善清血和血……破宿血,除腹痛,清新血,利关节,通水道,除癥瘕,消扑损瘀血,并治金疮痈肿疮脓”。乳香、没药作为常用药对,不仅相辅相成以活血化瘀,还具有解毒、生肌之功^[20]。皂角刺其性锐利,直达疮所,可消肿托毒排脓。白芷亦为治疗疮疡之要药,

如《日华子诸家本草》载其“破宿血,补新血……排脓,疮痍、疥癣,止痛生肌,去面肝疵癍”。天花粉清热消肿、白芍调和气血,二者性凉质润,可使补而不热。甘草调气解毒,调和诸药。

若有面色萎黄、四肢沉重乏力、易疲劳、纳食腹胀、肠鸣泄泻等症状的患者,辅以四君子汤健脾益气,助益运化水谷精微,转枢以利中焦。《素问·宣明五气论篇》云:“水泉不止者,是膀胱不藏也。”老年患者肾精亏虚,肾气衰微,下元不固则小便频数。对于有神疲健忘、精神倦怠、头晕耳鸣、夜尿多、腰膝酸软等症状,特别是老年人群,常配合缩泉丸合熟地黄、覆盆子以补肾精、暖肾阳。

瘀血为 IC/BPS 常见病机,常加用三棱、莪术、王不留行等药活血化瘀;若盆腔疼痛明显,可加用香附、延胡索、盐橘核等药物行气止痛;若见口苦、小便黄、尿道灼热、大便黏等湿热症状,可加用薏苡仁、泽泻、车前子、栀子、木通等药物清热利湿。对于病程日久的 IC/BPS 患者,常配合蜈蚣、全蝎、土鳖虫等虫类药疏通经络以止痛,如叶桂在《临证指南医案》中所指出的“初为气结在经,久则血伤入络,辄仗蠕动之物,松透病根”。现代研究也表明,全蝎具有镇痛活性肽蝎毒素,蜈蚣具有类蜂毒素、类组胺物质、多种抗菌多肽镇痛多肽,能够在疮疡的治疗中发挥镇痛、抗炎等作用^[21]。同时,为防止活血走窜类药物泄散真气,耗伤阴血,常通涩并用,配以桑螵蛸、覆盆子等药收敛固涩,以固护元气。

4 验案举隅

患者,男,68岁,2020年6月10日初诊。主诉:下腹及会阴部疼痛,憋尿时加重,伴尿频4年。患者自述4年前渐进性出现下腹及会阴部疼痛、憋尿时明显,伴尿频、日间10余次、夜尿4~7次。2018年11月于外院行膀胱镜检查及麻醉下水扩张,镜下见膀胱黏膜广泛出血,部分黏膜撕裂至肌层,结合组织活检病理确诊为 IC/BPS。先后服用盐酸坦索罗辛、黄酮哌酯、氯雷他定、左氧氟沙星、氟哌噻吨美利曲辛等药物治疗,症状无明显改善,未再服用上述药物。刻下症见:下腹及会阴部疼痛、憋尿时及夜间加重,尿频、日间排尿约1小时1次、夜尿5~8次,伴神疲健忘,腰膝酸冷,纳食一般,眠差易醒,舌淡暗、苔薄,脉弦、尺脉沉。西医诊断:IC/BPS;中医诊断:淋证(肾虚血瘀证)。治以补肾固本、活血通络为法,方以内托

生肌散合缩泉丸加减。处方：蜜黄芪 50 g，生地黄 30 g，熟地黄 30 g，乌药 10 g，盐益智仁 30 g，桑螵蛸 10 g，覆盆子 15 g，丹参 30 g，泽兰 15 g，当归 15 g，醋乳香 9 g，醋没药 9 g，炒王不留行 30 g，皂角刺 20 g，白芷 12 g，醋香附 12 g，蜈蚣 2 条，土鳖虫 5 g，肉桂 6 g，香加皮 6 g，南沙参 15 g，知母 20 g，盐橘核 15 g，山慈菇 6 g，玄参 10 g，夏枯草 15 g，首乌藤 30 g，炙甘草 30 g。14 剂，水煎服，每日 1 剂，早晚分服。

2020 年 6 月 22 日二诊：患者自述日间下腹及会阴部疼痛改善约 50%，憋尿及夜间疼痛缓解，日间排尿减至 8~10 次，夜尿减至 3~4 次，睡眠改善，食欲欠佳，仍感腰膝酸冷，舌淡暗、苔薄，脉弦、尺脉沉。予初诊方去熟地黄、盐橘核、首乌藤、山慈菇、玄参、夏枯草，加山药 20 g、盐小茴香 15 g。14 剂，煎服法同前。

2020 年 7 月 6 日三诊：患者自述下腹部疼痛症状整体改善 90%，日间排尿 8 次左右，夜间偶有阴部不适、夜尿 3~4 次，纳眠可，舌淡暗、苔薄，脉弦、尺脉微沉。予二诊方去知母，加桂枝 12 g、细辛 3 g、炒白芍 40 g、熟地黄 30 g。继服 28 剂后改为隔日 1 剂，继予上方 14 剂，守方调理 28 天。

2021 年 1 月 10 日随访，患者诉症状控制良好，仅偶有排尿时下腹疼痛，日间排尿 7~8 次，夜尿 2~3 次，病情稳定。

按语：本案患者病程较长，病情迁延难愈，膀胱镜下表现为膀胱黏膜广泛出血，符合中医阴证疮疡范畴。患者年老体衰，肾精亏损，复因病程日久，耗伤气血，故见诸多虚损之象，同时膀胱镜下见黏膜撕裂至肌层，伤及气血，导致“护场”被破坏，故多次治疗疗效甚微。初诊时患者表现为憋尿时明显的盆腔区域疼痛，结合舌象淡暗，考虑同时存在不通则痛和不荣则痛的情况。治疗以托、补之法扶正托毒固本，兼用消法以通络散瘀止痛。方中重用蜜黄芪、生地黄、熟地黄为君，三药合用健脾补肾填精，同时托毒外出，修复疮疡护场；配伍乌药、盐益智仁、桑螵蛸、覆盆子共为臣药，以温肾化气，固肾缩尿；佐以丹参、泽兰、当归、炒王不留行、醋乳香、醋没药活血祛瘀，醋香附、盐橘核行气止痛，蜈蚣、土鳖虫搜邪通络，配以南沙参、知母养阴润燥以防活血化瘀药物伤阴之弊，山慈菇、白芷、皂角刺、玄参、夏枯草以消肿散结，肉桂温经通脉，香加皮通利小便，首乌藤养血安神，并重用炙甘草缓急止痛，兼具调和诸药之功。二诊

时患者疼痛症状已显著改善，故去盐橘核；食欲欠佳，故去熟地黄以防滋腻碍胃；仍腰膝酸冷，考虑患者正虚为本，不可久用清热之品，故去山慈菇、玄参、夏枯草；同时患者服药后可顺应昼夜，夜间气机转阳入阴，睡眠转佳，因此去首乌藤。加用山药健脾气、益脾阴，小茴香行气散寒。三诊时患者疼痛症状进一步改善，排尿症状亦明显改善，但夜间偶有阴部不适，考虑夜间人体顺应自然变化阴盛阳衰，阳气不足以鼓舞正气，故去滋阴清热的知母，加入桂枝、细辛温阳以助气化；同时为防止桂枝、细辛辛散走窜之弊，故再加白芍、熟地黄的滋阴收涩，固护正气。整个治疗过程以疮疡理论为指导，以托、补之法为本，兼用消法，以补肾固本、活血通络为基本治则，把握健脾益肾与活血化瘀通络之间的平衡，灵活化裁内托生肌散和缩泉丸。期间根据患者病情采用行气、清热、滋阴、温阳等法随证加减，缓图其功，使疮疡渐愈，疼痛渐轻。

参考文献

- [1] HANNO P. Diagnosis and treatment of interstitial cystitis/bladder pain syndrome[J]. J Urol, 2022, 208(6): 1178.
- [2] CLEMENS JQ, ERICKSON DR, VARELA NP, et al. Diagnosis and treatment of interstitial cystitis/bladder pain syndrome[J]. J Urol, 2022, 208(1): 34-42.
- [3] DRISCOLL A, TEICHMAN JM. How do patients with interstitial cystitis present? [J]. J Urol, 2001, 166(6): 2118-2120.
- [4] MCKERNAN LC, WALSH CG, REYNOLDS WS, et al. Psychosocial co-morbidities in interstitial cystitis/bladder pain syndrome (IC/BPS): a systematic review[J]. Neurourol Urodyn, 2018, 37(3): 926-941.
- [5] CHEN A, SHAHIYAN RH, ANGER JT. Interstitial cystitis/bladder pain syndrome treatment: a systematic review of sexual health outcomes [J]. Sex Med Rev, 2022, 10(1): 71-76.
- [6] 谭仔龙, 沈建武. 中医药治疗间质性膀胱炎临床研究进展[J]. 中国医药导报, 2023, 20(27): 55-58.
- [7] 常炳龙, 何莹, 刘凯文, 等. 田德禄教授“内疡”理论治疗溃疡性结肠炎经验及用药规律 [J]. 中国临床医生杂志, 2019, 47(11): 1375-1377.
- [8] 中国中西医结合学会泌尿外科专业委员会, 湖北省中西医结合泌尿外科学专业委员会. 中西医结合诊疗间质性膀胱炎专家共识[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2022, 28(6): 757-762.
- [9] CHEN L, DENG H, CUI H, et al. Inflammatory responses and inflammation-associated diseases in organs [J]. Oncotarget, 2017, 9(6): 7204-7218.

- [10] NATHAN C, DING A. Nonresolving inflammation [J]. *Cell*, 2010, 140(6): 871-882.
- [11] HOMMA Y, AKIYAMA Y, TOMOE H, et al. Clinical guidelines for interstitial cystitis/bladder pain syndrome [J]. *Int J Urol*, 2020, 27(7): 578-589.
- [12] 赵宜真. 秘传外科方[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1991: 123.
- [13] 陈红风. 中医外科学[M]. 2 版. 上海: 上海科学技术出版社, 2021: 13.
- [14] 徐利, 葛琼翔, 林国强. 基于“护场”理论探讨清热化瘀法促进肛肠术后感染切口愈合的机制[J]. *中成药*, 2017, 39(5): 1106-1108.
- [15] WHITMORE KE, FALL M, SENGICU A, et al. Hunner lesion versus non-Hunner lesion interstitial cystitis/bladder pain syndrome [J]. *Int J Urol*, 2019, 26 (Suppl 1): 26-34.
- [16] AKIYAMA Y, NIIMI A, NOMIYA A, et al. Efficacy and safety of intravesical dimethyl sulfoxide treatment for patients with refractory Hunner-type interstitial cystitis: real-world data postofficial approval in Japan [J]. *Int J Urol*, 2024, 31(2): 111-118.
- [17] FALL M, NORDLING J, CERVIGNI M, et al. Hunner lesion disease differs in diagnosis, treatment and outcome from bladder pain syndrome: an ESSIC working group report [J]. *Scand J Urol*, 2020, 54(2): 91-98.
- [18] CARDOZO L, ROVNER E, WAGG A, et al. Incontinence [M]. 7th Edition. Bristol UK: International Continence Society, 2023: 1861.
- [19] 原景, 杜韩, 万梅绪, 等. 丹参有效成分及丹参类制剂抗炎药理作用的研究进展 [J]. *药物评价研究*, 2021, 44(11): 2322-2332.
- [20] 陈楚敏, 谢佳芯, 洗丽柠, 等. 治疗疮疡成方制剂的挖掘与分析 [J]. *西部中医药*, 2021, 34(9): 77-81.
- [21] 马青, 赵明. 《中医方剂大辞典》含全蝎-蜈蚣药对的方剂用药规律分析 [J]. *中医药导报*, 2020, 26(13): 106-109, 113.

Differentiation and Treatment of Interstitial Cystitis/Bladder Pain Syndrome Based on the Theory of Sores and Ulcers

LIU Qionggong^{1,2}, PANG Ran², CHEN Yueying^{1,2}, TANG Junfeng^{1,2}, CAO Fengqin^{1,2}, MA Diyuan²

1. Beijing University of Chinese Medicine, Beijing, 100029; 2. Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences

ABSTRACT It is believed that the endoscopic manifestations of interstitial cystitis/bladder pain syndrome (IC/BPS) such as extensive bleeding and Hunner's ulcers as well as its recurrent and prolonged condition are in line with the characteristics of sores and ulcers in traditional Chinese medicine (TCM), and the treatment can be referred to TCM theory of sores and ulcers. The mechanism of IC/BPS is characterized by root deficiency and branch excess. The root cause is deficiency of the spleen and kidney *qi*, while the manifesting factors are dampness-heat and blood stasis. The treatment is based on the principles of promoting and supplementing, combining with resolving therapy, so that the symptoms could be relieved by promoting blood circulation and clearing heat, unblocking the collaterals and relieve pain. In clinical practice, modified *Neituo Shengji Powder* (内托生肌散) was commonly used to boost *qi* and invigorate blood, expel swollen sore and express toxin; combining with *Sijunzi Decoction* (四君子汤) or *Suoquan Pill* (缩泉丸) based on specific symptoms to strengthen the spleen and kidneys, thereby reinforcing healthy *qi*; according to concurrent symptoms like blood stasis, dampness heat, prescription with *Sanleng* (*Cyperus rotundus*), *Ezhu* (*Curcuma aromatica Salisb*) to invigorate blood and dissolve stasis, or *Yiyiren* (*Coix lacryma-jobi*), *Zexie* (*Alisma plantago-aquatica*) to clear heat and drain dampness.

Keywords interstitial cystitis; bladder pain syndrome; sores and ulcers; "Hu-Chang" theory; spleen-kidney deficiency; promoting therapy; supplementing therapy; resolving therapy

(收稿日期: 2024-01-22; 修回日期: 2024-05-30)

[编辑: 果 彤, 邓 媛]