

慢性前列腺炎中西医结合多学科诊疗指南

中国中医药信息学会男科分会

【关键词】慢性前列腺炎；中西医结合；诊疗指南；多学科

中图分类号：R697⁺.33 文献标志码：A doi: 10.13263/j.cnki.nja.2020.04.015 ①



扫一扫下载指南全文

慢性前列腺炎(chronic prostatitis, CP)是泌尿男科常见疾病,国内报道发病率为6.0%~32.9%^[1-2]。CP包括Ⅱ型慢性细菌性前列腺炎(chronic bacterial prostatitis, CBP)和Ⅲ型慢性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征(chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome, CP/CPPS)^[3]。本病属于中医“精浊”、“白浊”等范畴。由于CP临床表现复杂、病情缠绵难愈,临床诊治中涉及泌尿外科、男科、心理科、感染科、疼痛科、盆底外科、针灸科等,多学科(multiple disciplinary teams, MDT)共同诊疗具有一定优势,可为本病的临床诊治提供一个新思路和新途径。

目前CP诊疗过程存在治疗方案欠规范、多学科参与度不足、疾病整体化管理不系统、治疗效果不理想等问题。因此,中国中医药信息学会男科分会组织相关领域专家,结合国内外最新临床证据制订本指南,为临床医师从多学科协同诊治CP提供参考,发挥MDT在CP管理中的作用。

1 病因

感染、精神心理因素、免疫功能异常、盆底肌肉失调等,都在CP发病和过程中有一定的作用。

1.1 感染 常见的病原体包括细菌、支原体、沙眼衣原体等。CBP占前列腺炎的5%~10%,CBP中90%~95%为革兰阴性菌,包括大肠埃希菌、棒状杆菌、克雷伯杆菌等^[4-8];CP/CPPS可能与支原体、衣原体等微生物感染有关。

1.2 精神心理因素 抑郁、焦虑和心理创伤相关疾病、躯体化障碍、药物依赖和滥用等是CP患者中最常见的精神心理问题^[9]。调查显示,精神因素在CP

的发病中起重要作用^[10],经久不愈的CP患者中,超过一半存在明显的精神心理问题^[11]。另外,人格因素在CP的发病中同样起着较为关键的作用,可影响疾病的发生、发展及预后,同时与患者治疗的依从性密切相关^[12]。

1.3 盆底肌功能失调 盆底肌功能失调会导致CP症状。CP患者在尿流动力学改变中表现出尿道敏感性和紧张性增高的情况,排尿时会出现假性失调。在储尿过程中,膀胱逼尿肌不稳定收缩,从而导致尿频、尿急及尿失禁;尿道外括约肌张力过强,对抗逼尿肌正常收缩,从而影响排尿,使残余尿增多,甚至尿潴留^[13-14]。

1.4 免疫因素 CP的发病与免疫功能失调有关,病因可能有自身免疫的参与,且存在于CP中的免疫反应是一个特异性的细胞免疫过程,免疫炎症细胞及细胞因子介导局部免疫炎症反应^[15-16]。

1.5 中医病因病机 中医认为本病与肝、脾、肾、膀胱相关,初起多为湿、热、瘀、滞,后期出现气虚、阴亏、阳衰等,病久表现为虚实夹杂。因过食辛辣或过度饮酒,脾失健运,湿热内生,壅滞下焦;或长期久坐湿热血蕴结,相火久遏不泄,精道气滞血瘀,血运不畅;或生活压力大,情志不畅致肝气郁滞;禀赋不足,肾气不足,或相火妄动,阴精暗耗,或久病及肾,阴损及阳,精关不固,膀胱失约。

MDT建议:感染、免疫因素、精神心理、盆底功能异常等因素均可导致CP,尤其应重视精神心理因素在发病中的作用。慢性前列腺炎中医认为单一病机较少,多数为复合因素,如湿热、气滞、血瘀、正虚等因素交叉所致。

① 通讯作者: 商学军, Email: shangxj98@sina.com; 郭军, Email: guojun1126@126.com

2 诊断和评估

CP 的诊断和评估依赖于病史、体格检查、辅助检查、评估量表等。首先,根据病史、体格检查判断 CP 的病程、治疗经过、症状特点。然后,通过辅助检查,再进一步确定 CP 的病因。最后,还需评估病情的严重程度及预后,以及是否存在并发症及合并症。全面准确的诊断是 CP 患者有效治疗的前提和基础。

2.1 临床症状 CP 主要症状分为 4 类,包括盆腔疼痛症状、下尿路症状(lower urinary tract symptoms, LUTS)、精神心理症状和性功能障碍症状。盆腔疼痛症状包括泌尿生殖区疼痛、射精痛、排尿疼痛、腹部/盆腔肌肉压痛等。LUTS 包括储尿期症状(尿急、尿频、夜尿增多和急迫性尿失禁)、排尿期症状(排尿延迟、尿线细、排尿困难)或排尿后症状(尿不尽感、尿后滴沥)。精神心理症状包括焦虑和压抑、认知/行为异常、生活质量下降。性功能障碍主要包括 ED、性欲低下、射精功能障碍^[17-18]。

UPOINT 表型分类系统是近年来较为推荐的一种新方法,即泌尿系症状(urinary symptoms)、社会心理症状(psychosocial)、器官特异性症状(organ-specific findings)、感染(infection)、神经系统/全身性状况(neurological/systemic conditions)和骨盆及周围肌肉疼痛(tenderness of pelvic floor skeletal muscles) 6 种表型^[19-20]。

MDT 建议:盆腔疼痛症状、LUTS、精神心理症状和性功能障碍症状常合并出现,因此需要多学科参与进行鉴别诊断。判断患者的临床症状是否由前列腺炎引起,应除外肛肠疾病、消化疾病、骨科疾病等,必要时由泌尿外科、男科、疼痛科、盆底外科、心理科等鉴别。

2.2 体格检查 ①常规:阴茎、阴囊、会阴区域、尿道外口、睾丸、附睾、精索等部位,有助于明确局部情况及鉴别诊断。②直肠指检:注意前列腺大小、边界、质地、局部温度、有无压痛等,进行前列腺液检验。③腹部检查:注意有无腹部压痛(部位及特点),异常包块(部位、大小及质地等),肾区、输尿管走行区、膀胱区有无阳性体征等,用于排除腹部其他疾病导致的类似症状。

2.3 辅助检查

2.3.1 推荐检查 ①尿常规:排除尿路感染。②“四杯法”或“二杯法”检查:明确感染部位以及是否合并尿路感染,明确前列腺炎分型。③病原体检查:明确前列腺炎的感染类型及致病病原体。

2.3.2 可选检查 ①排粪造影、肛直角/会阴水平测量:可评价盆底肌功能改变。②超声:前列腺彩超可以了解有无前列腺合并症。经会阴盆底超声、超声断层成像(tomographic ultrasound imaging, TUI):用于评价盆底结构损伤情况。③MRI 检查明确有无合并 BPH 及占位病变。④有前列腺癌风险时可行 PSA 检查。⑤具有 LUTS 患者可进行尿流动力学检查。⑥宏基因组二代测序,可检测出临床标本中存在的病原体,尤其是复杂感染性疾病中少见、新发或不典型的病原体^[21]。

2.4 临床诊断 ①CBP 是指有反复发作的下尿路感染,具有复发性泌尿道感染的特征,前列腺按摩液(expressed prostatic secretions, EPS)/精液/前列腺按摩后尿液(third midstream bladder specimen, VB3)中白细胞数量升高,细菌培养结果阳性,同时卵磷脂小体减少。②CP/CPSP 根据 EPS/精液/VB3 常规显微镜检查,该类型又分为 III A 型和 III B 型,其中 III A 型患者的 EPS/精液/VB3 中白细胞数量升高,III B 型患者的 EPS/精液/VB3 中白细胞数量在正常范围^[3]。

2.5 评估工具 常用的临床评估方法,可选用慢性前列腺炎症状指数(NIH chronic prostatitis symptom index, NIH-CPSI)、国际前列腺症状评分(The International Prostate Symptom Score, IPSS)、生活质量评分(Quality of Life, QOL)。

①如果合并勃起功能下降的 CP 患者,可采用国际勃起功能指数 5(International index of erectile function, IIEF-5)。②可能伴有心理障碍的 CP 患者,首先采用 90 项症状清单(SCL-90)筛查其是否存在某种心理症状及严重程度如何^[22]。③可能存在异常情绪的患者,可采用抑郁自评量表(SDS)与 PHQ-9 抑郁自评量表评估抑郁情绪^[23-24],焦虑自评量表(SAS)与广泛性焦虑 GAD-7 自评量表评估焦虑情绪^[25-26],有助进一步判断患者是否伴有某些情绪障碍,以及是否需要抗抑郁药物或心理治疗的干预。④采用艾森克人格问卷(EPQ)评估患者的人格类型^[27],有助对临床症状迁延不愈的 CP 患者不良个性进行矫正。

2.6 中医辨证 CP 的中医证型主要分为湿热下注、气滞血瘀、肝郁气滞、肾气不足、肾阴亏虚、湿热瘀滞、脾肾两虚、肾虚血瘀、肾虚肝郁等^[28-29]。主要证型如下:(1)湿热下注。症见:尿频尿急,灼热涩痛,小便黄浊,尿后滴白,阴囊潮湿,心烦气急,口苦口干。舌脉:舌苔黄腻,脉滑实或弦数。(2)湿热瘀滞。症见:会阴胀痛或下腹、耻部、腰骶及腹股沟等

部位不适或疼痛,小便频急,黄浊涩痛,排尿困难,余沥不尽,口苦口干,阴囊潮湿。舌脉:舌红,苔黄腻,脉弦数或弦滑。(3)肝郁气滞。症见:少腹、睾丸或胸胁胀痛,排尿不畅,淋漓不尽,尿频尿急,情志抑郁或易怒,胸闷、善太息。舌脉舌苔薄白,脉弦。(4)气滞血瘀。症见:会阴部、或外生殖器区、或小腹、或耻骨区、或腰骶及肛周疼痛或坠胀,尿后滴沥,排尿刺痛,淋漓不畅,血精或血尿。舌脉:舌质紫黯或有瘀点、瘀斑,苔白或黄,脉弦或涩。(5)肾气不足。症见:尿后滴沥,劳后白浊,腰膝酸软,精神萎靡,阳痿早泄,遗精,尿频。舌脉:舌淡胖苔白,脉沉无力。(6)肾阴亏虚。症见:尿频尿急,尿黄尿热,五心烦热,失眠多梦,头晕眼花,遗精早泄、性欲亢进或阳强。舌脉:舌红少苔,脉沉细或弦细。(7)脾肾两虚。症见:小便不利,尿后滴沥,小腹隐痛,腰酸乏力,少气懒言,精神萎软,面色淡白,畏寒肢冷,纳差便溏,或五更泄泻,性欲低下,或见阳痿。舌脉:舌质淡胖苔薄白,脉沉细。(8)肾虚血瘀。症见:尿频尿急,腰膝酸软,会阴部隐痛夜间加重,遗精,健忘,肌肤甲错,口唇紫暗。舌脉:舌质暗红或瘀点、瘀斑,苔白,脉细涩。

MDT 建议:适当的检查和评估可以明确诊断、判断症状严重程度,指导疾病的治疗和预后。诊断方面,如患者存在精神心理症状,各量表评分高于正常值,如 SDS 与 SAS 标准分 >50 或 PHQ 与 GAD-7

总分 >5 分,提示患者可能存在抑郁与焦虑情绪;如 SCL-90 总分超过 160 分,或阳性项目超过 43 项,或任一因子分超过 2 分,可以考虑筛选阳性,当患者在某一因子的得分 >2 时,则患者在该方面可能有心理健康方面的问题,请精神心理专家协同会诊;如发现盆底肌结构、功能异常者,请盆底外科协同会诊;如考虑感染,请感染科专家协同会诊。推荐使用评估量表工具以协助诊断。中医认为,慢性前列腺炎以肾虚为本,临床也应重视肝、脾在其中的作用;慢性前列腺炎以湿热瘀滞为标,单纯虚证较少,以虚实夹杂或实证多见。

3 CP 的治疗策略

3.1 一般治疗 CP 的治疗目的以改善症状和提高生活质量为主,对患者进行健康教育,对 CBP 患者达到清除病原微生物的原则。①改善生活方式:告知患者避免久坐、憋尿、熬夜等不良生活习惯,避免频繁的性冲动。推荐适当的热水坐浴及局部热敷,有助于缓解不适症状,但有生育需求者避免使用;②改变饮食结构:告知患者忌酒及改变辛辣刺激饮食习惯,以清淡饮食为主;③心理和行为指导:在中医理论指导下,以情胜情法调节情志,加上气功、导引等方式,调息、调心、调身,达到强身健体、治病防病的目的。多学科流程图见图 1。

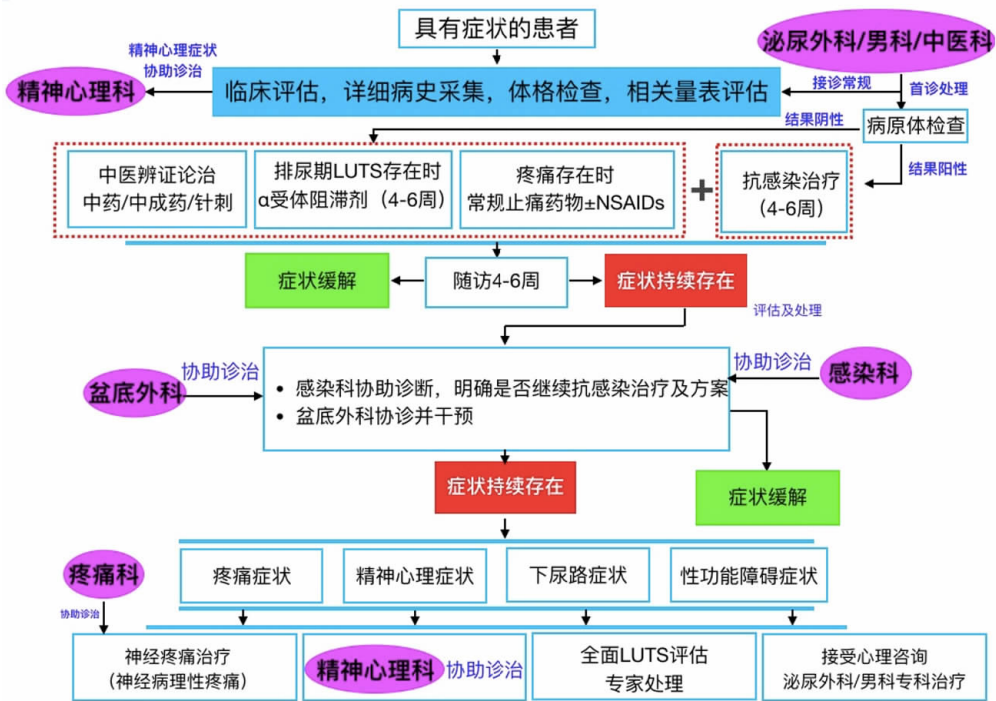


图 1 CP 多学科诊疗流程

3.2 抗生素治疗 CBP 的治疗,可采用喹诺酮类、大环内酯类、四环素类为临床常用的抗生素^[30]。氟喹诺酮类药物被认为是治疗已证实的 CBP 的首选抗生素,因为它们具有良好的药代动力学特性和广泛的抗菌谱。大样本回顾性研究结果显示,左氧氟沙星单用与左氧氟沙星联合阿奇霉素的病原菌根除率分别为 79% 和 87.8%,提示抗生素的联合应用可增加疗效^[31]。推荐在抗感染治疗前,先进行病原体培养及药物敏感试验,根据病原体及药敏结果针对性选择敏感性药物治疗。

CP/CPPS 的治疗,在没有明确证据表明有细菌感染的情况下,可经验性应用抗生素作为 CP/CPPS 治疗的一线药物^[32]。氟喹诺酮类、四环素类、大环内酯类均显示出对 CP/CPPS 症状缓解的作用^[33-35]。

感染科建议: 抗生素对 CBP 和 CP/CPPS 的总评分、尿量、疼痛和生活质量评分有改善作用,应作为一线治疗方案。抗感染治疗应以病原体检测、细菌培养和药敏试验结果为依据,在感染科专家的协同下,充分考虑疾病特点和药物相互作用/禁忌证等情况下合理使用,避免滥用。

推荐对于早期 CBP 和 CP/CPPS 患者,可给予敏感性药物 4~6 周作为一线治疗。没有条件的单位,可选择经验性治疗,推荐喹诺酮类药物。感染指标严重患者可考虑抗生素联合应用。仅在治疗后症状好转但未痊愈的情况下,可继续采用抗生素治疗 4~6 周,直到病原微生物转阴。如果抗生素治疗后症状没有改善,应考虑采用其他治疗方式。

3.3 α 受体阻滞剂 α 受体阻滞剂可以降低尿道、膀胱颈部以及前列腺部平滑肌的兴奋性,减少排尿阻力,改善 LUTS 和疼痛症状,为治疗 CP 的基本药物。可根据患者的情况选择不同的 α 受体阻滞剂^[36]。推荐使用的 α 受体阻滞剂主要有坦索罗辛(必坦)、多沙唑嗪等。

泌尿男科建议: α 受体阻滞剂对 CBP 和 CP/CPPS 的总体症状、排尿症状、疼痛和生活质量评分有改善作用,推荐 α 受体阻滞剂与抗生素合用。使用 α 受体阻滞剂,如果在 4~6 周内未能缓解尿路梗阻、CBP 或 CP/CPPS 的其他症状,应停止治疗并考虑采用其他药物治疗,如肌松剂、免疫调节剂、非甾体抗炎药等。治疗中应注意该类药物治疗导致的眩晕和体位性低血压等不良反应。

3.4 精神心理干预 存在精神心理症状的 CP 患者,常规药物和物理治疗有时难以达到最佳的疗效,在常规药物与物理治疗的基础上辅以心理干预不仅可有效地改善其心理障碍,同时还可降低其躯体症

状的严重程度^[37]。针对不同心理症状,可选择相应的心理干预手段。心理干预主要指支持治疗,包括耐心解答疑虑,指导全面、正确地认识疾病,减轻不必要的心理压力。另外,心理干预还包括认知行为治疗(cognitive-behavioral therapy, CBT),其可有效地改善患者认知障碍,减少其负性思维,降低其对疼痛的情绪反应,从而改善患者疼痛、排尿等躯体症状以及异常心理症状和生活质量^[38-39]。中医辨证属心肾不交者,推荐乌灵胶囊,口服,3 粒/次,3 次/d^[40-41]。

精神心理科建议: 心理症状应在 CBP 和 CP/CPPS 的初期进行评估,并贯穿于 CP 的整个诊治过程。心理干预可能改善躯体症状和生活质量,应与后期 CBP 和 CP/CPPS 的其他治疗相结合。

3.5 盆底肌功能康复治疗 盆底肌功能康复治疗旨在改善盆底肌的放松性和协调性,对于因盆底肌结构改变、功能异常如肌肉痉挛、紧张等引起的症状有改善作用。可采用盆底肌训练、Laborie-Urostym 电刺激、骶神经电刺激治疗等方法。神经系统/全身性神经调节技术已在 CP / CPPS 的治疗中显示出良好的效果。在一项随机,安慰剂对照、双盲试验中,瑞士研究人员研究了声电磁(SEM)治疗在难治性 CP / CPPS 中的作用,对于症状持续时间少于 12 个月的患者,使用 SEM 的益处比使用安慰剂更为明显^[42]。骨盆底物理治疗(PFPT)可改善多达 72% 患者的症状^[43]。当顽固性的盆底疼痛性疾病在尝试了所有疗法均疗效不好的时候,约 50%~70% 的患者尝试骶神经电刺激治疗后会有 50% 程度以上的改善,而且绝大部分人的治疗效果会持续很长时间。

盆底外科建议: 盆底肌功能康复治疗可全程用于 CP 的治疗,在治疗早期发现有盆底肌结构、功能改变时即可介入,药物治疗后症状缓解不明显者也应该考虑进行盆底功能再评估并进行干预。

3.6 疼痛治疗 轻度疼痛症状的患者,可常规给予对乙酰氨基酚。非甾体抗炎药(NSAIDs)往往只针对短期疼痛治疗、早期 CBP 或 CP/CPPS 患者。NSAIDs 效果不佳者,需要在 4~6 周内停止使用,以免增加 NSAIDs 带来的不良反应。

建议: 鉴于 CP/CPPS 与神经病理性疼痛之间的联系,必要时可寻求疼痛科专家相关指导^[44-46]。针对慢性疼痛或长期反复出现疼痛,曲马多可以较好的缓解症状。阿片类制剂因成瘾性较强,对于早期 CBP 或 CP/CPPS 患者,不推荐使用^[47]。如果存在神经病理性疼痛,需要进行积极处理。当疼痛严重且治疗无效,或严重损害患者的生活方式和参与日

常活动的的能力时,应考虑转诊至专业的疼痛科。

3.7 中医治疗

3.7.1 辨证论治 (1) 湿热下注: 清热利湿, 导浊通淋。推荐方药: 八正散《太平惠民和剂局方》。推荐中成药: 癃清片^[48], 口服, 6片/次, 2次/d; 重症: 8片/次, 3次/d。清浊祛毒丸^[49], 口服, 一次8g (一小袋), 3次/d。宁泌泰胶囊^[50], 口服, 3~4粒/次, 3次/d。(2) 湿热瘀滞: 清热利湿, 行气活血。推荐方药: 龙胆泻肝汤《医方集解》合桃红四物汤《医宗金鉴》。推荐中成药: 前列舒通胶囊^[51], 口服, 3粒/次, 3次/d。前列平胶囊^[52], 口服, 5粒/次, 3次/d。(3) 肝郁气滞: 疏肝解郁, 行气止痛。推荐方药: 柴胡舒肝散《景岳全书》。推荐中成药: 逍遥丸《太平惠民和剂局方》, 小蜜丸9g/次, 大蜜丸1丸/次, 2次/d。(4) 气滞血瘀: 行气活血, 化瘀止痛。推荐方药: 少腹逐瘀汤《医林改错》。推荐中成药: 前列欣胶囊^[53], 口服, 4~6粒/次, 3次/d。桂枝茯苓胶囊, 口服, 3粒/次, 3次/d, 饭后服。(5) 肾气不足: 温补下元, 补肾壮阳。推荐方药: 济生肾气丸《济生方》。推荐中成药: 前列康片(普乐安片)^[54], 口服, 3~4片/次, 3次/d, 1个月为1疗程。(6) 肾阴亏虚: 滋肾填精, 养阴清热。推荐方药: 知柏地黄丸《医宗金鉴》。推荐中成药: 左归丸, 口服, 9g/次, 2次/d。(7) 脾肾两虚: 益气健脾, 温补肾阳。推荐方药: 参苓白术散《太平惠民和剂局方》合右归丸《景岳全书》。推荐中成药: 还少胶囊, 口服, 5粒/次, 2~3次/d。(8) 肾虚血瘀: 滋阴补肾, 活血化瘀。推荐方药: 六味地黄丸《小儿药证直诀》合少腹逐瘀汤《医林改错》。推荐中成药: 前列舒乐颗粒^[55], 开水冲服, 1袋/次, 3次/d。

3.7.2 针灸 针刺可以改善CP疼痛症状及NIH-CPSI和QOL评分^[56]。在循经方面, 主要以足太阳膀胱经、任脉、足太阴脾经为主^[57-60]。取穴部位主要分布在胸腹部、腰骶部及四肢部。腰骶部穴位应深刺2.5~4寸为佳; 小腹部1~2.5寸为佳; 局部针刺应以针感到达小腹、前列腺、阴茎等部位为佳, 远

部穴位针刺应以酸胀感为佳。行针手法以捻转补泻为主^[61]。

针刺主穴可选取关元、三阴交、中极、秩边、阴陵泉等穴位^[62], 湿热下注加水道; 气滞血瘀加膈俞、血海、太冲; 肝气郁结加太冲、肝俞; 肾阳不足加命门、腰阳关; 肾阴亏虚加膏肓、太溪; 湿热瘀滞加曲池、委阳。针刺可隔日1次, 每次留针30min, 6次为一个疗程^[63]。

3.7.3 其他 研究证实, 艾灸^[64]、腹部按摩^[65-66]、足部反射区按摩^[67]、中药直肠内给药^[68-69]等治疗手段可改善CP的临床症状。其中, 艾灸、中药直肠内给药研究相对较多, 其他治疗报道较少。

中医建议: 中医辨证论治和针灸治疗可作为CBP和CP/CPPS的一线治疗方法, 与其他治疗方式结合使用。推拿按摩等其他传统方法在患者的治疗过程及日常预防中也可应用。在常规治疗30d以上效果不佳时, 建议采用中医辨证结合针灸治疗。

3.8 植物制剂 近年来植物制剂治疗CP取得了较好的疗效, 主要是植物提取物和花粉制剂, 具有抗炎、抗水肿、促进膀胱逼尿肌收缩与尿道平滑肌松弛等作用。推荐植物制剂: 锯叶棕果实提取物(沙芭特), 成分为锯叶棕果实提取物。适用于CP, 如尿频、尿急、排尿困难等。用法用量: 口服, 1粒/次, 1~2次/d。饭后用温开水送服。医师要根据疾病的严重程度和病程决定疗程^[70-71]。

4 总结和展望

本指南旨在帮助医师对CP的多学科诊断和治疗作出合理决策, 不是强制性标准, 尚存一些在不足、不完善之处, 并不能解决CP诊断和治疗中的所有问题。临床医师在针对某一具体患者时, 应充分了解本病的最佳临床证据和现有医疗资源, 并在全面考虑患者具体病情及其意愿的基础上, 根据自己的知识和经验, 制定合理的诊疗方案。随着CP的研究进展和MDT模式的发展, 将来可能会有更多的学科参与并出现更多更好的治疗策略, 本指南仍将根据学科进展和临床需要不断更新和完善。

慢性前列腺炎中西医结合多学科诊疗指南编写组

顾问: 宋春生 (中国中医科学院研究生院)
 贺占举 (北京大学第一医院)
 刘继红 (华中科技大学同济医学院附属同济医院)
 商学军 (东部战区总医院)

编委: 郭军 (中国中医科学院西苑医院)
 贾玉森 (北京中医药大学东方医院)
 戴继灿 (上海交通大学医学院附属仁济医院)
 孙自学 (河南省中医院)
 欧阳斌 (天津中医药大学第一附属医院)
 吴天浪 (成都中医药大学附属医院)
 李湛民 (辽宁中医药大学附属医院)
 周青 (湖南中医药大学第一附属医院)
 高文喜 (湖北省中医院)
 张春和 (云南省中医院)
 陈赟 (江苏省中医院)
 邓庶民 (北京医院)
 张春影 (哈尔滨医科大学附属第二医院)
 戴宁 (安徽中医药大学第一附属医院)
 白强 (上海交通大学医学院附属新华医院)
 陈磊 (上海中医药大学附属龙华医院)
 毛家亮 (上海交通大学医学院附属仁济医院)
 孙一鸣 (黑龙江省中医院)
 黄晓军 (浙江中医药大学附属第二医院)
 丁留成 (南京医科大学附属第二医院)
 赵鹏 (南京鼓楼医院)
 彭拥军 (江苏省中医院)
 乔飞 (江苏省中医院)
 姚凤珍 (江苏省中医院)
 陈建淮 (江苏省中医院)
 耿强 (天津中医药大学第一附属医院)
 韩强 (首都医科大学附属北京中医医院)
 王福 (中国中医科学院西苑医院)

执笔: 俞旭君 (成都中医药大学附属生殖妇幼医院)
 高庆和 (中国中医科学院西苑医院)

参考文献

[1] 梁朝朝. 加强我国慢性前列腺炎的流行病学研究. 中华泌尿外科杂志, 2006, 27(8): 509-511.

[2] 米华, 陈凯, 莫曾南. 中国慢性前列腺炎的流行病学特征. 中华男科学杂志, 2012, 18(7): 579-582.

[3] Krieger JN, Nyberg LJr, Nickel JC. NIH consensus definition and classification of prostatitis. JAMA. 1999, 282(3): 236-237.

[4] Hochreiter W, Bader P. Etiopathogenesis of prostatitis. Urology, 2001, 40(1): 4-8.

[5] Nickel JC, Downey J, Johnston B, et al. Predictor of patient response to antibiotic therapy for the chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a prospective multicenter clinical trial. J

Urol, 2001, 165(5): 1539-1544.

[6] 齐旻芳, 黄高翔, 周雪娟. 慢性非细菌性前列腺炎发病机制的研究进展. 广西医科大学学报, 2017, 34(8): 1247-1249.

[7] 肖家全, 任黎刚, 吕火祥, 等. 难治性慢性前列腺炎患者前列腺液病原微生物研究. 中国男科学杂志, 2010, 24(10): 16-20.

[8] 张伟, 商安全, 薄涛, 等. 慢性前列腺炎病原菌感染特征及危险因素分析. 现代预防医学, 2019, 46(18): 3443-3446, 3451.

[9] Riegel B, Bruenahl CA, Ahyai S, et al. Assessing psychological factors, social aspects and psychiatric co-morbidity associated with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome(CP/CPPS) in men — a systematic review. J Psychosom Res, 2014, 77(5): 333-350.

[10] 杨金瑞, 刘龙飞. 中国泌尿外科医师对慢性前列腺炎患者精神症状的认知及诊治行为调查. 中国心理卫生杂志, 2007(6): 416.

[11] Zhang GX, Bai WJ, Xu T, et al. A preliminary evaluation of the psychometric profiles in Chinese men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. Chin Med J(Engl), 2011, 124(4): 514-518.

[12] 蔡国梅, 张华锋, 赵佳. 慢性前列腺炎患者的社会心理特征及其相关因素分析. 中国男科学杂志, 2014, 28(4): 19-22.

[13] Cornel EB, van Haarst EP, Schaarsberg RW, et al. The effect of biofeedback physical therapy in men with chronic pelvic pain syndrome type III. Eur Urol, 2005, 47(5): 607-611.

[14] Anderson RU, Sawyer T, Wise D, et al. Painful myofascial trigger points and pain sites in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. J Urol, 2009, 182(6): 2753-2758.

[15] 林谦, 江少波. 慢性前列腺炎病因学研究进展. 现代泌尿外科杂志, 2007, 12(2): 138-140.

[16] 胡小朋, 白文俊, 朱积川, 等. 慢性前列腺炎细菌及免疫学研究. 中华泌尿外科杂志, 2002, 23(1): 29-31.

[17] 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. BJU Int, 2015, 116(4): 509-525.

[18] Murphy AB, Macejko A, Taylor A, et al. Chronic prostatitis: management strategies. Drugs, 2009, 69(1): 71-84.

[19] Shoskes DA, Nickel JC, Rackley RR, et al. Clinical phenotyping in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome and interstitial cystitis: A management strategy for urologic chronic pelvic pain syndromes. Prostate Cancer Prostatic Dis, 2009, 12(2): 177-183.

[20] 郭军. 基于UPOINT对慢性前列腺炎中西医结合诊疗的思考. 中国中西医结合杂志, 2018, 38(5): 517-519.

[21] Goldberg B, Sichtig H, Geyer C, et al. Making the leap from research laboratory to clinic: Challenges and opportunities for next-generation sequencing in infectious disease diagnostics. MBio, 2015, 6(6): e01888-15.

[22] 王征宇. 症状自评量表(SCL-90). 上海精神医学, 1984, 2(2): 68-70.

- [23] 王征宇, 迟玉芬. 抑郁自评量表 (SDS). 上海精神医学, 1984, 2(2): 71-72.
- [24] 闵宝权, 周爱红, 梁丰, 等. 病人健康问卷抑郁自评量表 (PHQ-9) 的临床应用. 神经疾病与精神卫生, 2013, 13(6): 569-572.
- [25] 王征宇, 迟玉芬. 焦虑自评量表 (SAS). 上海精神医学, 1984, 2(2): 73-74.
- [26] 曲 珊, 胜利. 广泛性焦虑量表在综合医院心理科门诊筛查广泛性焦虑障碍的诊断试验. 中国心理卫生杂志, 2015, 29(12): 939-944.
- [27] 钱铭怡, 武国城, 朱荣春, 等. 艾森克人格问卷简式量表中国版 (EPQ-RSC) 的修订. 心理学报, 2000, 32(3): 317-323.
- [28] 周 青, 贺菊乔, 王大进, 等. 1083例慢性前列腺炎中医证型分布调查研究. 湖南中医药大学学报, 2008, 28(s): 71-73.
- [29] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则 (试行). 北京: 中国医药科技出版社, 2002. 168-172.
- [30] Engeler D, Baranowski AP, Borovicka J, et al. EAU guidelines on chronic pelvic pain. Eur Urol, 2018, 74(1): 1-82.
- [31] Magri V, Perletti G, Cai T, et al. Levofloxacin for NIH category II chronic bacterial prostatitis: A real-life study. Chemotherapy, 2019, 64(1): 8-16.
- [32] Murphy AB, Nadler RB. Pharmacotherapy strategies in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome management. Expert Opin Pharmacother, 2010, 11(8): 1255-1261.
- [33] Alexander RB, Probert KJ, Schaeffer AJ, et al. Ciprofloxacin or tamsulosin in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: A randomized, double-blind trial. Ann Intern Med, 2004, 141(8): 581-589.
- [34] Nickel JC, Downey J, Clark J, et al. Levofloxacin for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome in men: A randomized placebo-controlled multicenter trial. Urology, 2003, 62(4): 614-617.
- [35] Perletti G, Marras E, Wagenlehner FM, et al. Antimicrobial therapy for chronic bacterial prostatitis. Cochrane Database of Syst Rev, 2013, 8(8): CD009071.
- [36] Anothaisintawee T, Attia J, Nickel JC, et al. Management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: A systematic review and network meta-analysis. JAMA, 2011, 305(1): 78-86.
- [37] Wang J, Liang K, Sun H, et al. Psychotherapy combined with drug therapy in patients with category III chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: A randomized controlled trial. Int J Urol, 2018, 25(8): 710-715.
- [38] Tripp DA, Nickel JC, Katz L. A feasibility trial of a cognitive-behavioural symptom management program for chronic pelvic pain for men with refractory chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. Can Urol Assoc J, 2011, 5(5): 328-332.
- [39] Nickel JC, Mullins C, Tripp DA. Development of an evidence-based cognitive behavioral treatment program for men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. World J Urol, 2008, 26(2): 167-172.
- [40] 管月帆. 乌灵胶囊合太得恩治疗良性前列腺增生临床观察. 浙江中西医结合杂志, 2007, 17(7): 427-428.
- [41] 中华医学会神经病学分会神经心理学与行为神经病学组. 综合医院焦虑、抑郁与躯体化症状诊断治疗的专家共识. 中华神经科杂志, 2016, 49(12): 908-917.
- [42] Kessler TM, Mordasini L, Weisstanner C, et al. Sono-electromagnetic therapy for treating chronic pelvic pain syndrome in men: A randomized, placebo-controlled, double-blind trial. PLoS One, 2014, 9(12): e113368.
- [43] Polackwich AS, Li J, Shoskes DA. Patients with pelvic floor muscle spasm have a superior response to pelvic floor physical therapy at specialized centers. J Urol, 2015, 194(4): 1002-1006.
- [44] Pontari MA, Krieger JN, Litwin MS, et al. Pregabalin for the treatment of men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: A randomized controlled trial. Arch Int Med, 2010, 170(17): 1586-1593.
- [45] Aboumarzouk OM, Nelson RL. Pregabalin for chronic prostatitis. Cochrane Database of Syst Rev, 2012, 8: CD009063.
- [46] National Institute for Health and Care Excellence. Neuropathic pain-pharmacological management: The pharmacological management of neuropathic pain in adults in non-specialist settings. NICE CG 173; 2013.
- [47] Nickel JC. Opioids for chronic prostatitis and interstitial cystitis: Lessons learned from the 11th World Congress on Pain. Urology, 2006, 68(4): 697-701.
- [48] 高筱松, 高文喜, 贺菊乔, 等. 癃清片治疗慢性前列腺炎多中心双盲安慰剂对照试验研究. 中国男科学杂志, 2010, 24(9): 21-25.
- [49] 李世林, 唐 梁, 叶海霞. 清浊祛毒丸联合针刺治疗慢性非细菌性前列腺炎的临床研究. 广州中医药大学学报, 2015, 32(6): 1035-1039, 1046.
- [50] Jin C, Chen Z, Zhang J. Meta-analysis of the efficacy of Ningmitai capsule on the treatment of chronic prostatitis in China. Medicine (Baltimore), 2018, 97(33): e11840.
- [51] 黄超原, 徐景利, 丘勇超. 前列舒通联合喹诺酮类抗菌药物治疗慢性前列腺炎疗效与安全性的 Meta 分析. 中国药房, 2016, 27(6): 793-797.
- [52] 柯明辉, 张培伦, 王 鑫, 等. 前列平胶囊治疗慢性无菌性前列腺炎观察. 中华中医药杂志, 2016, 31(6): 2161-2163.
- [53] 何晓锋, 郁 超, 陈 磊. 前列欣胶囊治疗慢性前列腺炎 180 例疗效观察. 湖南中医药大学学报, 2012, 32(4): 30-31.
- [54] 王传航, 李兰群, 周 强, 等. 普乐安片治疗慢性前列腺炎多中心临床观察. 中国现代应用药学, 2010, 27(11): 1054-1056.
- [55] 周少虎, 翁治委, 崔 刚, 等. 前列舒乐颗粒治疗慢性前列腺炎 (肾脾双虚、气滞血瘀证) 临床研究. 中国男科学杂志, 2019, 33(5): 67-70.
- [56] 何 渊, 夏春玲, 刘步平. 针刺治疗慢性前列腺炎 Meta 分析. 中华中医药杂志, 2015, 30(1): 226-229.
- [57] 魏 旭, 张宇佳, 陈 翔. 针灸治疗前列腺炎选穴规律研究. 针灸临床杂志, 2014, 30(11): 59-61.
- [58] Qin Z, Wu J, Tian J, et al. Network meta-analysis of the efficacy

- cy of acupuncture, alpha-blockers and antibiotics on chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Sci Rep*, 2016, 6: 35737.
- [59] Junaid W, Rahat U, Li SH, *et al*. Efficacy of acupuncture in the treatment of chronic prostatitis-chronic pelvic pain syndrome: A review of the literature. *Int Urol Nephrol*, 2019, doi: 10. 1007/s11255-019-02267-2.
- [60] Qin Z, Zang Z, Zhou K, *et al*. Acupuncture for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: A randomized, sham acupuncture controlled trial. *J Urol*, 2018, 200(4): 815-822
- [61] 王洪辉, 李芳, 王立, 等. 基于现代文献针灸治疗前列腺炎临床刺灸规律研究. *江西中医药*, 2019, 50(1): 56-59.
- [62] 耿强, 赵玉, 欧阳斌, 等. 基于文献研究分析针刺治疗慢性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征的选穴循经规律. *时珍国医国药*, 2019, 30(3): 748-751.
- [63] Zhou M, Yang M, Chen L, *et al*. The effectiveness of long-needle acupuncture at acupoints BL30 and BL35 for CP/CPSP: A randomized controlled pilot study. *BMC Complement Altern Med*, 2017, 17(1): 263.
- [64] Yu Y, Kang J. Clinical studies on treatment of chronic prostatitis with acupuncture and mild moxibustion. *J Tradit Chin Med*, 2005, 25(3): 177-181.
- [65] 王权午, 马颖桃. 下腹部推拿治疗肾虚损型慢性前列腺炎30例临床观察报道. *黑龙江中医药*, 2012, 41(5): 42-43.
- [66] Ying J, Zhou MJ, Chen HY, *et al*. Effect of essential oil on patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: A pilot randomized controlled trial. *Chin J Integr Med*, 2019, 25(2): 91-95.
- [67] 张培海, 常德贵, 张科庄, 等. 足部反射区按摩配合前列通瘀胶囊治疗慢性非细菌性前列腺炎. *中国中西医结合杂志*, 2008, 28(7): 659-660.
- [68] 孙自学, 李鹏超. 慢性前列腺炎的中医诊疗思路探析. *辽宁中医杂志*, 2019, 46(2): 268-269.
- [69] 吴敬成, 许超. 中药直肠滴注治疗慢性前列腺126例临床观察. *河北中医*, 2001, 23(5): 382.
- [70] 詹绪新, 商学军, 黄宇烽. 锯叶棕果实提取物在治疗前列腺疾病中的应用. *中华男科学杂志*, 2015, 21(9): 841-846.
- [71] 吴小军, 周占松, 张恒, 等. 锯叶棕果实提取物治疗慢性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征的初步研究. *第三军医大学学报*, 2014, 36(14): 1504-1506.

(收稿日期: 2020-01-16; 接受日期: 2020-02-24)

(本文编辑: 徐建平)