

慢性前列腺炎中西医结合诊疗指南(试行版)

中国中西医结合学会男科专业委员会制定(2007 年 6 月于中国福州定稿)

慢性前列腺炎(chronic prostatitis, CP)是指前列腺在病原体或某些非感染因素作用下,患者出现以骨盆区域疼痛或不适、排尿异常等症状为特征的一组疾病。CP 尤其是非细菌性前列腺炎(nonbacterial prostatitis, NBP)发病机制、病理生理学改变还不十分清楚。

本病属于中医学“精浊”、“淋证”、“白浊”等范畴。长期的临床实践表明,中西医结合治疗本病有明显优势,但目前我国尚缺乏规范的中西医诊疗方案,因而妨碍了中西医结合诊治慢性前列腺炎疗效的统一评估和治疗水平的提高,因此迫切需要制定慢性前列腺炎中西医结合诊疗指南。中国中西医结合学会男科专业委员会从 2003 年黄山会议开始,一直筹划这一指南的编写工作。经过中西医结合男科专家们的反复研讨,最终完成了《中国慢性前列腺炎中西医结合诊疗指南》(试行版)的制定,相信本指南将为广大中西医泌尿男科临床工作者诊治慢性前列腺炎及其临床研究提供有益的指导。

慢性前列腺炎的临床辨证分型繁多,但关于证候研究仍以病案分析、专家经验报告等回顾性分析为多,对于证候的前瞻性研究甚少,采用遵循循证医学(evidence-based medicine, EBM)的研究更少。在辨证方面缺乏统一的标准和科学、客观的方法,因此,迫切需要对慢性前列腺炎的证候进行规范化。经过专家的反复论证,最终统一了对慢性前列腺炎中医辨证分型的共识。

本指南具有以下特点:(1)结合最新医学研究成果,体现整体调节的理念;(2)把握本病的中西医结合点,体现中医诊治本病的特色,发挥中西医结合的优势;(3)遵循 EBM 原则,尽量选取可信力度较高的文献,确保指南内容的真实性、可靠性和指导性;(4)众多专家参与编写,确保指南的权威性、实用性、灵活性和可操作性;(5)坚持“以病带证”的原则,即诊断上主要以现代医学为主,但治疗上仍强调中医辨证论治的原则。

西医诊断

1 前列腺炎新的分类 I型:即为急性前列腺炎(acute bacterial prostatitis, ABP),起病急,伴有持续和明显的下尿路感染症状,尿液中白细胞数量升高,血液和(或)尿液中的细菌培养阳性。II型:即为慢性细菌性前列腺炎(chronic bacterial prostatitis, CBP),有反复发作的下尿路感染症状,前列腺液(EPS)或精液或按摩后尿液(VB3)中白细胞数量升高,细菌培养结果阳性。III型:即为慢性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征(chronic prostatitis/chronic pelvic pains syndromes, CP/CPPS),相当于传统分类方法中的慢性非细菌性前列腺炎(chronic nonbacterial prostatitis, CNP)和前列腺痛(prostatodynia, PD),主要表现为长期、反复的骨盆区域疼痛或不适,持续时间超过 3 个月, EPS 或精液或 VB3 细菌培养阴性;根据 EPS 或精液或 VB3 常规显微镜检查,该型又分为 IIIA(炎症性 CPPS)和 IIIB 型(非炎症性 CPPS)两种亚型,即 IIIA 患者的 EPS 或精液或 VB3 中白细胞数

量升高, IIIB 型患者的 EPS 或精液或 VB3 中白细胞在正常范围。IV型:无症状性前列腺炎(asymptomatic inflammatory prostatitis, AIP),无主观症状,仅在有关前列腺方面的检查时发现炎症证据。

2 临床症状 患者表现为不同程度的尿频、尿急、尿痛,尿不尽感,尿道灼热,于晨起、尿末或排便时尿道有少量白色分泌物流出;会阴部、外生殖器区、下腹部、耻骨上区、腰骶及肛周坠胀疼痛不适。还可有排尿等待、排尿无力、尿线变细或中断及排尿时间延长等。部分患者还可出现头晕、乏力、记忆力减退、性功能异常、射精不适或疼痛和精神抑郁等症状,在诊断慢性前列腺炎时,推荐应用 NIH-CPSI 进行症状评估。NIH-CPSI 主要包括三部分内容,有 9 个问题(0~43 分)。第一部分评估疼痛部位、频率和严重程度,由问题 1~4 组成(0~21 分);第二部分为排尿症状,评估排尿不尽感和尿频的严重程度,由问题 5~6 组成(0~10 分);第三部分评估对生活质量的影响,由问题 7~9 组成(0~12 分)。

3 体格检查 (1)局部体检:检查患者下腹部、腰骶部、会阴部、阴茎、尿道外口、睾丸、附睾、精索等有无异常,有助于进行鉴别诊断。(2)前列腺指诊:质地:腺体饱满,或软硬不匀,或有结节,或质地较硬;压痛:可有局限性压痛;大小:可轻度增大或正常。

4 实验室检查

4.1 尿常规分析及尿沉渣检查 尿常规及尿沉渣检查是排除尿路感染和诊断前列腺炎的辅助方法。

4.2 前列腺液(EPS)检查 EPS 中 WBC 数正常值 <10 个/HP, WBC ≥ 10 个/HP 和卵磷脂小体消失或减少为异常^①。EPS 中 WBC 数量的多少尚有争议,但一般认为在 II型、IIIA 型前列腺炎患者 EPS 中 WBC 数增加,而 IIIB 型则 WBC 不增多。WBC 计数与症状严重程度不一定相关。EPS 中巨噬细胞的胞质内含有被吞噬的卵磷脂小体或细胞碎片等成分是前列腺炎的特有表现。

4.3 病原学检查 当前列腺有细菌、霉菌及滴虫等病原体感染时,可在 EPS 中检测出这些病原体。样本的采集方法有:(1)四杯法:VB1 和 VB2 为初段尿和中段尿,对尿道和膀胱感染有定位意义,VB3 和 EPS 定位前列腺。但因其操作复杂、耗时、费用高,一般较少采用。(2)推荐选用二杯法:只取前列腺按摩前中段尿(VB2)和按摩后尿液(VB3),可获得与四杯法相似结果。

5 辅助检查 主要有 B 超、尿流率、尿动力学、膀胱镜、尿道镜、CT 和 MRI 检查等。B 超检查可见前列腺回声不均匀,钙化、结石,腺管扩张,精囊改变,盆腔静脉充血改变等,但不推荐单一使用 B 超检查结果作为诊断依据。上述各项辅助检查主要用于排除泌尿生殖系统以及盆腔脏器可能存在的其他疾病。

6 鉴别诊断 II型前列腺炎需要与良性前列腺增生、睾丸附睾和精索疾病、膀胱过度活动症、神经源性膀胱、间质性膀胱炎、腺性膀胱炎、性传播疾病、膀胱肿瘤、前列腺癌、肛门直肠疾病、腰椎疾病、中枢和外周神经病变等可能导致骨盆区域疼痛和排尿异常的疾病进行鉴别。

中医辨证

1 基本病机 本病病机研究体现在 3 个不同时期,20 世纪 60 年代以前多集中在以湿热下注为主的研究,20 世纪 60 年代至 20 世纪末又集中于以瘀血内阻为主的研究,20 世纪末至今,病机研究是以湿热瘀滞、肝气郁结为多。慢性前列腺炎的病机演变多认为湿热下注多出现在病变早期,中期多为湿热瘀阻,而后期多伴脾肾亏虚^[2-6]。湿、热、瘀、滞、虚贯穿在慢性前列腺炎不同阶段。

2 辨证分型 慢性前列腺炎的证型主要分为基本证型与复合证型。近年来一项慢性前列腺炎证型分布调查结果显示^[7]:本病绝大多数是复合证型,即由 2 种或 2 种以上基本证型构成,从 1322 例资料统计看,湿热下注(1222 例,占 92.44%)和气滞血瘀(1124 例,占 85.02%)是临床最常见的证型,肾阳亏虚和肝肾阴虚较为少见。出现频率最高的证型组合是湿热下注加气滞血瘀(1039 例/1322 例,占 78.59%),部分患者在以上两证基础上夹杂肾阳亏虚证(208 例/1332 例,占 15.73%),与传统及现代中医认识相符。结合其他流行病学报道^[8],充分说明了慢性前列腺炎的基本证型为:湿热下注、气滞血瘀、肝气郁结、肾阳亏虚,而复合证型为湿热瘀滞、肝肾阴虚。

中医证型的诊断标准:具备下述主症 1 项、次症 2 项和舌脉者,即辨证成立。临床科研时可以进行量化诊断:根据主症 1 项计 2 分,次症、舌脉一项计 1 分的原则,累计得分 ≥ 5 分辨证成立。

2.1 基本证型

2.1.1 湿热下注 主症:小便灼热涩痛,尿频尿急。次症:尿黄短赤、尿后滴沥,小便白浊,阴囊潮湿,心烦口干,口臭脘痞。舌脉:舌苔黄腻,脉滑实或弦数。

2.1.2 气滞血瘀 主症:会阴部、或外生殖器区、或下腹部、或耻骨上区、或腰骶及肛周疼痛,以上部位坠胀。次症:尿后滴沥,尿刺痛,小便淋漓不畅。舌脉:舌质黯或有瘀点、瘀斑,脉弦或涩。

2.1.3 肝气郁结 主症:会阴部、或外生殖器区、或下腹部、或耻骨上区、或腰骶及肛周坠胀不适,以上部位似痛非痛,精神抑郁。次症:小便淋漓不畅,胸闷善太息,性情急躁焦虑,疑病恐病。舌脉:舌淡红,脉弦。

2.1.4 肾阳亏虚 主症:畏寒怕冷,腰膝痠软或痠痛。次症:尿后滴沥,精神萎靡,阳痿或性欲低下。舌脉:舌淡苔薄白,脉沉迟或无力。

2.2 复合证型

2.2.1 湿热瘀滞 主症:尿频、尿急、尿痛,排尿困难,会阴、或肛门坠胀不适或疼痛,尿道口有乳白色分泌物。次症:尿不尽、尿有余沥、尿黄、尿道有灼热感;口苦口干,阴囊潮湿。舌

脉:舌红,苔黄腻,脉弦数或弦滑。

2.2.2 肝肾阴虚 主症:腰膝痠软或痠痛,五心烦热,失眠多梦。次症:小便白浊如米泔样或短赤,遗精、早泄、性欲亢进或阳强。舌脉:舌红少苔,脉沉细或弦细。

2.3 其他证型 寒凝肝脉、肝郁化火、肝郁脾虚、脾肾阳虚、中气亏虚等。可根据中医辨证要素积分法进行辨证。

治疗

治疗原则:慢性前列腺炎中医、中西医结合综合治疗主要以改善症状为目的。在辨病辨证个体化治疗的同时,关注患者的生活质量和纠正不良生活方式。

1 一般治疗 健康教育、心理和行为辅导均有积极作用。患者应戒酒,忌辛辣刺激食物;避免憋尿、久坐,注意保暖,加强体育锻炼。应避免不洁性行为 and 频繁性兴奋,鼓励适度的性生活。热水坐浴有助于缓解疼痛症状,但未生育者要注意长期热水坐浴对睾丸生精功能的不良作用。规律的前列腺按摩治疗也可明显缓解患者的不适症状。生物反馈治疗对盆底会阴肌肉紧张、痉挛所引起的盆底、会阴部不适和疼痛也有良好的缓解作用。

2 西药治疗 最常用的 3 种药物是抗生素、 α -受体阻滞剂和非甾体抗炎镇痛药,其他药物对缓解症状也有不同程度的疗效。

2.1 抗生素 目前,在治疗前列腺炎的临床实践中,最常用的一线药物是抗生素,但目前只发现约 5% 的慢性前列腺炎患者有明确的细菌感染。

II型:根据细菌培养结果选择前列腺腺体内药物浓度较高的敏感抗生素,常用的抗生素是氟喹诺酮类、磺胺类等药物^[9],其间应对患者进行阶段性的疗效评价。疗效不满意者,可改用其他敏感抗生素。不推荐前列腺内注射抗生素的治疗方法。

IIA型:抗生素治疗本病大多为经验性治疗,理论基础推测某些常规培养目前未能检测出的病原体导致了该型炎症的发生。因此,推荐先口服氟喹诺酮类抗生素 2~4 周,然后根据疗效反馈决定是否继续抗生素治疗,只有在患者的临床症状确实减轻时,才建议继续应用抗生素,推荐的总疗程为 4~6 周^[10]。部分患者可能存在沙眼衣原体、解脲支原体或人型支原体等病原体感染,可以口服大环内酯类等抗生素治疗^[11]。

IIB型:不推荐使用抗生素治疗。

2.2 α -受体阻滞剂 能松弛前列腺和膀胱等部位的平滑肌而改善下尿路症状和疼痛,因而成为治疗 II型或 II型前列腺炎的基本药物。可根据患者的个体差异选择不同的 α -受体阻滞剂。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。 α -受体阻滞剂可与抗生素合用治疗 IIA型前列腺炎,合用疗程应在 6 周以上^[12]。

2.3 非甾体抗炎镇痛药 是治疗 II型前列腺炎相关症状的经验性用药,其主要目的是缓解疼痛和不适。

3 其他药物 还可根据临床情况选用植物药、M-受体阻滞剂、抗抑郁药及抗焦虑药等。

4 中医辨证论治

4.1 湿热下注 治则:清热利湿。推荐方药:八正散(《太

平惠民和剂局方》方);推荐备选方药:龙胆泻肝汤(《医方集解》方);推荐中成药:宁泌泰胶囊(由四季红、芙蓉叶、仙鹤草、大风藤、白茅根、连翘、三棵针组成,贵阳新天药业股份有限公司产品)^[13],每次 1.14~1.52 g,每天 3 次口服。

中西医结合思路:Ⅱ型可单用中药治疗,必要时可加用西药治疗。在辨证论治的前提下,可根据具体情况选用西药,以提高疗效,如当 VB3 细菌培养阳性时,推荐口服氟喹诺酮类抗生素治疗至少 4~6 周^[6];ⅢA 型口服氟喹诺酮类抗生素 2~4 周,患者的临床症状确有减轻时,才推荐继续抗生素治疗,总疗程为 4~6 周^[6];ⅢB 型西药治疗还可根据需要使用 α 受体阻滞剂。

4.2 气滞血瘀 治则:行气活血。推荐方药:复元活血汤(《医学发明》方);推荐备选方药:少腹逐瘀汤(《医林改错》方);推荐中成药:大黄廑虫丸,每次 3~6 g,每天 1~3 次,温水服。

中西医结合思路:气滞血瘀证的辨证主症为疼痛,Ⅱ型单用中药治疗,必要时可加用西药。可选用 α 受体阻滞剂与非甾体抗炎镇痛药。必要时可选用抗生素。

4.3 肝气郁结 治则:疏肝解郁。推荐方药:柴胡疏肝散(《景岳全书》方);推荐备选方药:逍遥散(《太平惠民和剂局方》方)合金铃子散(《太平圣惠方》方);推荐中成药:逍遥丸,每次 6~9 g,每天 2 次口服。

中西医结合思路:本证型可以单用中药治疗,在精神症状较重时,如焦虑、抑郁等,可根据临床需要选用抗抑郁药及抗焦虑药。适当选用 α 受体阻滞剂及非甾体类镇痛药有助于提高疗效。

4.4 肾阳亏虚 治则:补肾壮阳。推荐方药:济生肾气丸(《济生方》方);推荐备选方药:肾气丸(《金匱要略》方);推荐中成药:右归丸(《金匱要略》方),每服 6~9 g,淡盐汤送下。还可配合复合蛋白锌^[14],每次 1.2 g,饭前 15min 嚼碎吞服,每天 3 次。

中西医结合治疗思路:以扶正祛邪治疗为主。

4.5 湿热瘀滞 治则:清热利湿,化瘀止痛。推荐方药:龙胆泻肝汤(《医方集解》方)合桃红四物汤(《医宗金鉴》方);推荐备选方药:四妙丸(《成方便读》方)合失笑散(《太平惠民和剂局方》方);黄柏、苍术、牛膝、薏苡仁、五灵脂、蒲黄。推荐中成药:前列解毒胶囊(由水蛭、酒制大黄、益母草、蒲公英、红花、地龙、黄芪、当归、白芍、鸡内金、柴胡组成,石家庄科迪药业有限责任公司产品)^[15],每次 1.6 g,每天 2 次口服。

中西医结合治疗思路:Ⅱ型可中西药并用,Ⅲ型单用中药治疗,必要时可加用西药治疗。在辨证论治的前提下,如有明确感染者可选用氟喹诺酮类抗生素口服。还可根据临床需要选用 α 受体阻滞剂以及非甾体抗炎镇痛药。

4.6 肝肾阴虚 治则:滋阴清热。推荐方药:知柏地黄丸(《医宗金鉴》方);推荐备选方药:左归丸(《景岳全书》方);推荐中成药:大补阴丸(《丹溪心法》方),每次 6~9 g,空腹盐白汤送下。可配合复合蛋白锌^[14],每次 1.2 g,饭前 15min 嚼碎吞服,每天 3 次。

中西医结合治疗思路:以扶正祛邪为主。

5 外治法 (1)中药保留灌肠:在各型辨证的基础上,改变用药途径,可进一步提高疗效,其理论依据是前列腺与直肠之间存在特殊的静脉通道^[16]。建议中药煎液 50~100mL,温度 37~38 °C 于睡前排便后保留灌肠。(2)栓剂塞肛:如前列安栓(由黄柏、虎杖、泽兰、栀子等组成,珠海丽珠集团公司产品)^[17],每天 1 粒,睡前排便后塞肛。(3)中药离子导入、中药坐浴、中药熏洗、中药贴敷也可取得疗效。

6 针刺治疗 针刺对慢性前列腺炎疼痛症状有较好的疗效。推荐选穴:中极、关元、气海、次髎、中髎、下髎^[18],或取次髎、上髎、中髎、下髎、会阴、会阳等穴交替治疗,进针深度及运针以患者得气舒适为度,留针 30min,手法采用平补平泻,每周 2~3 次^[19]。

7 物理治疗

7.1 热疗 主要利用多种物理方法所产生的热力作用,促进前列腺组织血液循环,有利于消除组织水肿、缓解盆底肌肉痉挛,有一定的缓解症状作用。经尿道、会阴途径应用微波、射频、激光等物理手段缺乏循证医学证据的支持。对于未婚及未生育者不推荐。

7.2 前列腺按摩 前列腺按摩可促进前列腺血液循环、腺体排空,促进引流,进而缓解慢性前列腺炎患者的症状,故推荐为Ⅱ、Ⅲ型前列腺炎的辅助疗法,联合其他治疗可有效缩短病程。

临床疗效评价

中医、中西医结合慢性前列腺炎疗效研究必须经过至少 1 个月以上的严格临床试验,并与阳性对照药或安慰剂比较,记录全部症状、体征的变化和不良反应,进行动态观测。临床评价以 NIH-CPSI 评分、中医辨证评分为主要指标(见表 1),EPS 中的各参数作为次要指标。研究结果的有效性和安全性参数应清楚和简明,避免 2 个或 2 个以上的参数组合成“总指数”,评估结果应该展示 NIH-CPSI 评分表、中医辨证评分表参数变化的绝对值和百分数。

安全性评价:血、尿、粪常规检查;心电图、肝功能、肾功能检查;可能出现的不良反应及出现不良反应的临床表现、严重程度、发生时间、持续时间及消除的方法。

无症状型前列腺炎(Ⅳ型):无主观症状,仅在有关前列腺方面的检查(EPS、精液、前列腺组织活检及前列腺切除标本的病理检查等)时发现炎症证据。对此型前列腺炎一般暂不治疗,应注意观察,只有当合并男性不育或有特异性病因时才推荐治疗。

健康教育

1 心理因素 对于心理因素是否可以导致慢性前列腺炎的发病至今仍有争议,但是多数学者认为心理因素可以影响慢性前列腺炎的转归^[20-23]。而其与急性前列腺炎关系不大。

2 尿路感染 病原体感染是引起急性细菌性前列腺炎(Ⅰ型)及慢性细菌性前列腺炎(Ⅱ型)的主要原因,而尿路逆行感染是前列腺感染病原体的主要途径,研究发现性病后前列腺炎的发病率明显增高^[24],说明尿路感染与前列腺炎发病关系密切。

表 1 慢性前列腺炎中医辨证评分参考表

临床症状		无	轻(2分)	中(4分)	重(6分)	总分
尿路症状	尿道灼热	☐	感觉轻微 ☐	感觉明显,但可忍受 ☐	感觉明显,难以忍受 ☐	
	尿道涩痛	☐	微感涩痛 ☐	涩痛明显,但能忍受 ☐	涩痛明显,难以忍受 ☐	
	尿频	☐	增加,不影响日常工作 ☐	增加,轻度影响日常工作 ☐	增加,严重影响日常工作 ☐	
	尿急	☐	小便急迫,可忍耐 ☐	小便急迫,可忍耐片刻 ☐	小便急迫,迫不及待 ☐	
	排尿刺痛	☐	微感刺痛 ☐	刺痛明显,但能忍受 ☐	刺痛明显,难以忍受 ☐	
	尿后滴沥	☐	偶有,轻微 ☐	间断,较明显 ☐	持续,常湿裤 ☐	
	尿短赤	☐	尿少色稍黄 ☐	尿深黄而少 ☐	尿黄赤不利 ☐	
	尿道白浊	☐	偶尔出现 ☐	间断出现 ☐	持续出现 ☐	
	尿细	☐	偶尔出现 ☐	间断出现 ☐	持续出现 ☐	
	尿不尽	☐	偶尔出现 ☐	间断出现 ☐	持续出现 ☐	
	尿等待	☐	偶尔出现 ☐ min	间断出现 ☐ min	持续出现 ☐ min	
	尿无力	☐	偶尔出现 ☐	间断出现 ☐	持续出现 ☐	
	夜尿增多	☐	偶尔出现 ☐ (次/夜)	间断出现 ☐ (次/夜)	持续出现 ☐ (次/夜)	
放射痛症状	会阴等坠胀、似痛非痛	☐	偶尔出现坠胀 ☐	间断出现,时轻时重 ☐	持续出现,难以忍受 ☐	
	会阴等局部刺痛	☐	偶尔出现刺痛 ☐	间断出现,时轻时重 ☐	持续出现,难以忍受 ☐	
	会阴部冷痛、遇寒加重	☐	偶尔出现冷痛 ☐	间断出现,时轻时重 ☐	持续出现,难以忍受 ☐	
	会阴部隐痛	☐	偶尔出现隐痛 ☐	间断出现,时轻时重 ☐	持续出现,难以忍受 ☐	
	腰膝酸软而痛	☐	晨起腰膝酸痛,捶可止 ☐	腰膝酸痛持续 ☐	腰膝酸痛难忍 ☐	
性功能障碍	早泄	☐	基本成功, <2 min	乍交即泄, <0.5min	未交即泄	
	阳痿	☐	坚而不久 ☐	举而不坚 ☐	临房不举或举而即痿 ☐	
	遗精	☐	偶尔出现 ☐ (次/月)	间断出现 ☐ (次/月)	持续出现 ☐ (次/月)	
全身症状	阴囊潮湿	☐	微感潮湿 ☐	潮湿明显 ☐	潮湿汗多 ☐	
	精神抑郁	☐	偶尔,不影响日常工作 ☐	间断,轻度影响日常工作 ☐	持续,严重影响日常工作 ☐	
	胸闷善叹息	☐	偶尔出现 ☐	间断出现 ☐	持续出现 ☐	
	疑病恐病	☐	偶尔出现 ☐	间断出现 ☐	持续出现 ☐	
	神疲乏力	☐	精神不振,仅可轻体力 ☐	精神疲乏,仅日常活动 ☐	极度疲乏,四肢无力 ☐	
	便泄稀溏	☐	偶尔出现 ☐	间断出现 ☐	持续出现 ☐	
	五心烦热	☐	手足心发热,偶有心烦 ☐	手足心发热,时有心烦 ☐	手足心发烫,心烦不宁 ☐	
	潮热盗汗	☐	偶尔出现 ☐	间断出现 ☐	持续出现 ☐	
	眩晕耳鸣	☐	偶尔,不影响日常工作 ☐	间断,轻度影响日常工作 ☐	持续,严重影响日常工作 ☐	
	失眠健忘	☐	偶尔,不影响日常工作 ☐	间断,轻度影响日常工作 ☐	持续,严重影响日常工作 ☐	
	口咽干燥	☐	偶尔出现 ☐	间断出现 ☐	持续出现 ☐	

3 生活方式 流行病学病例对照研究^[3]发现固定坐位体位、酗酒、长时间憋尿是慢性前列腺炎发病的危险因素。

4 中医保健 在辨证的前提下,前列腺炎患者的饮食多以清凉、清补之品为主。煎炒油炸、辛辣燥热之物宜禁忌或少食。气功锻炼可改善症状,在医生的指导下,通过不同的功法,调息、调心、调身,最终达到强身健体、治病防病的目的。

以上研究表明,临床上在治疗慢性前列腺炎时,应仔细评价和注意患者的精神症状,对患者进行有针对性的心理治疗,可有效减轻患者的心理压力,消除因身心障碍而引起的恶性循环,从而使其症状得到明显改善,有助于提高慢性前列腺炎的疗效,对慢性前列腺炎的预防也起着重要的作用。慢性前列腺炎患者也应调畅情志,保持会阴部清洁卫生,避免不洁性行为,性生活要适度,久坐者应适度变换体位,饮酒要适量,适时排尿降低膀胱尿道压力等。同时采取其他干预危险因素的预防措施,如多喝水,勤锻炼,了解一些生理知识,少食辛辣刺激食物等,将有助于慢性前列腺炎的治疗,减轻慢性前列腺炎的症状和防止复发。

(执笔者:福建中医学院附属人民医院 张敏建;北京医院 邓庶民;中国中医科学院西苑医院 郭 军;南京军区南京总医

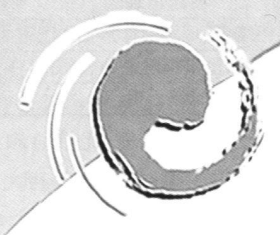
院 商学军;成都中医药大学附属医院 常德贵;北京协和医院 李宏军;广州中医药大学附属医院 周少虎;山东中医药大学附属医院 高兆旺)

参 考 文 献

- 1 Schoor RA. Prostatitis and male infertility: evidence and links. Curr Urol Rep 2002;3 (4) 324—329.
- 2 张敏建,郭 军. 疏肝理气法治疗慢性非细菌性前列腺炎的临床研究. 中华男科学杂志 2002;8 (1) 76—78.
- 3 陈通文,陈和亮. 舒肝理气补肾活血法治疗慢性前列腺炎 40 例. 上海中医药大学学报 2003;17 (4) 31—33.
- 4 庄天衢. 柴胡疏肝散治疗非细菌性慢性前列腺炎 58 例. 湖南中医杂志 2002;18 (6) 38—39.
- 5 郭 军,张春影. 实用前列腺疾病中西医诊治. 北京:人民卫生出版社,2006 212—213.
- 6 张亚强,刘猷枋. 前列腺方治疗慢性前列腺炎血瘀证型的临床和实验研究. 中国中西医结合杂志 1998;18 (9) 534—536.
- 7 李兰群,王传航,刘春英. 慢性前列腺炎中医证型分布频率

- 研究. 中华中医药杂志 2005;20 (4) 245—246.
- 8 陈志强, 谭志健, 桂泽红. 604 例慢性前列腺炎患者中医辨证分型调查分析. 广东中医药大学学报 1997;14 (1) 23—24.
 - 9 Fowler JE Jr. Antimicrobial therapy for bacterial and nonbacterial prostatitis. Urology 2002;60 (6 Suppl) 24—26.
 - 10 Wagenlehner FM, Naber KG. Antimicrobial treatment of prostatitis. Expert Rev Anti Infect Ther 2003;1 (2) 275—282.
 - 11 Skerk V, Marekovic I, Markovic L, et al. Comparative randomized pilot study of ciprofloxacin and doxycycline efficacy and tolerability in the treatment of prostate infection caused by *Ureaplasma urealyticum*. Chemotherapy 2006;52 (1) 9—11.
 - 12 沈柏华, 金晓东, 蔡松良, 等. α_1 受体阻滞剂联合抗生素治疗慢性前列腺炎疗效机制. 中华男科学杂志 2004;10 (7) : 518—520.
 - 13 张磊, 杨世坤, 何有华, 等. 宁泌泰胶囊治疗慢性前列腺炎的疗效评价. 实用医学杂志 2002;18 (11) 1224—1225.
 - 14 杨国强, 陈昭典, 刘卫平, 等. 复合蛋白锌治疗慢性细菌性前列腺炎的临床疗效观察. 中国男科学杂志 2001;15 (3) : 198—200.
 - 15 陈子华. 前列腺炎与前列腺增生. 长春: 吉林科学技术出版社, 2002 : 114—122.
 - 16 Shafik A. Anal submucosal injection: a new route for drug administration of a new outcome measure. J Urol 1999;162 (2) : 369—375.
 - 17 徐罡, 鲁军, 唐孝达, 等. 前列安栓治疗慢性前列腺炎多中心双盲随机安慰剂对照试验. 中华泌尿外科杂志 2002;23 (5) 296—298.
 - 18 王松梅, 李兴国, 张立群. 针灸治疗慢性前列腺炎 30 例. 中国中西医结合杂志 2005;25 (5) 465—466.
 - 19 张敏建. 前列腺痛的中西医结合防与治. 中国中西医结合杂志 2002;22 (3) 219.
 - 20 Berghuis JP, Heiman JR, Rothman I, et al. Psychological and physical factors involved in chronic idiopathic prostatitis. J Psychosom Res 1996;41 (4) 313—315.
 - 21 Miller HC. Stress prostatitis. Urology 1998;32 (3) 507—510.
 - 22 杨金瑞, 黄循, 邹文. 慢性前列腺炎患者心理状况及个性特征研究. 中国心理卫生杂志 1997;11 (2) 90—91.
 - 23 山长武, 刘汝琴. 生活习惯、心理状态与慢性前列腺炎关系的研究. 中国行为医学科学 1997;6 (3) 188—190.
 - 24 莫曾南, 陈坚. 慢性前列腺炎综合征及其治疗对策. 临床泌尿外科杂志 1999;14 (5) 226.

(收稿: 2007-07-27 修回: 2007-09-01)



中国中医药报

报道中医药一切时效信息

拥有信息
占得先机

您想快速获取国家中医药方针政策吗?

您想快速了解中医药前沿科研成果吗?

您想快速掌握当今中医药临床经验吗?

您想快速知晓中医药学术思想时势动态吗?

您想快速学习成功医院的管理模式吗?

您想快速研究成功中医药企业文化及研发管理营销案例吗?

您想快速搜集中医教育及人才培养资讯吗?

您想快速提高自己的医疗水平早日成为名医吗?

欢迎订阅中国中医药报, 全国各地邮局全年均可订阅, 本报为周四刊, 对开八版
邮发代号: 1-140, 每份定价: 0.8 元, 全年定价: 156 元, 半年定价: 78 元

欢迎登陆本报网址: www.cntcm.com.cn
进入中国中医药报网上书店, 大量医药
图书供您挑选。咨询电话: 010-64860746



如果您错过订阅时间或在订阅方面有任何问题, 请直接与中国中医药报社发行部联系
电话: 010-64855367、64854538 网址: www.cntcm.com.cn