

《良性前列腺增生症中医诊治》专家共识

张春和^{1,2} 李曰庆² 裴晓华² 秦国政^{1,2}

(¹ 中华中医药学会男科分会, 昆明 650021; ² 中华中医药学会外科分会, 北京 100029)

基金项目: “十一五”国家科技支撑计划项目“中医治疗常见病”研究(2007BAI20B045);

国家自然科学基金项目(81160443);

国家中医药“十一五”重点学科中医男科学建设项目[国中医药发(2009)30号];

云南省应用基础研究计划项目(2011FB145)

通信作者: 秦国政, E-mail: ynzyh@hotmail.com

[关键词] 良性前列腺增生症; 精癰; 中医; 诊治; 中药; 专家共识

良性前列腺增生症(Benign Prostatic Hyperplasia, BPH)是一种复杂的, 由多种因素造成的, 影响绝大多数老年男性生活质量的常见疾病。由于前列腺的良性增生表现为前列腺体积增大和出现下尿路症状(Lower Urinary Tract Symptoms, LUTS), 而 LUTS 提示有下尿路梗阻的存在^[1]。BPH 是中老年男性排尿困难最常见的原因, 属中医学“癰闭”范畴。现代中医结合有关前列腺的解剖知识, 依照前列腺分泌前列腺液的生理功能, 将前列腺与精囊同属于精室, 精室病变导致的癰闭, 故称之为“精癰”^[2]。

研究^[3]表明, 超过 40 岁的男性可出现 BPH 的尿路梗阻症状, 其中近 1/2 会出现尿末滴沥, 1/4 尿线变细、无力, 1/5 排尿等待。急性尿潴留的风险也从 40~49 岁的 0.2% 上升至 80 岁以上的 3%。BPH 的主要危险因素为年龄增大和正常睾丸功能^[1], 此外还发现关节炎、哮喘、焦虑症、抑郁症、心脏疾病、代谢综合征等疾病与 BPH 的发生、发展亦有一定的关联性^[4]。前列腺增生的病理生理变化主要表现为膀胱出口梗阻、膀胱功能异常、双侧上尿路扩张及肾功能损害。膀胱出口梗阻(Bladder Outlet Obstructions, BOO)是 BPH 病理生理变化的根本原因。诊断 BPH 引起的 LUTS 需要根据症状、体格检查尤其是直肠指诊、影像学、尿动力学检查及内镜检查等综合判断。目前, 现代医学根据 BPH 病情的轻重及并发症予保守治疗、药物治疗和手术治疗, 其中药物治疗主要是运用 α 受体阻滞剂(ABs)、5 α 还原酶抑制剂(5ARI)和联合用药^[5]。

1 病因病机

本病多发于 50 岁以上的老年男性, 病位在精室, 与膀胱、肾的关系最为密切, 与脾、肝、肺亦有一定关系^[6]。多因年老肾元亏虚, 膀胱气化无力, 加之瘀血、败精、湿热等瘀阻下焦, 乃成精癰。肾虚血瘀水阻^[7]、膀胱气化失司^[8]是精癰之基本病机, 本虚标实是其病机特点。各证病机分述如下。

1.1 湿热蕴结

外感湿热之邪, 阻滞膀胱; 或肾热移于膀胱; 或过食辛辣肥甘酒醇, 酿湿生热, 流注下焦, 蕴结膀胱, 影响膀

基金项目: “十一五”国家科技支撑计划项目“中医治疗常见病”研究(2007BAI20B045), 国家自然科学基金项目(81160443), 国家中医药“十一五”重点学科中医男科学建设项目[国中医药发(2009)30号], 云南省应用基础研究计划项目(2011FB145)

作者简介: 张春和(1968-), 男, 四川南江人, 主任医师, 硕士研究生导师, 临床医学博士, 研究方向: 男科疾病的基础与临床, E-mail: zhangchunhe0426@126.com

通讯作者: 秦国政(1960-), 男, 云南镇雄人, 二级教授, 一级主任医师, 博士研究生导师, 临床医学博士, 出站医学博士后, 研究方向: 男科疾病的中医诊治研究, E-mail: ynzyh@hotmail.com

胱气化功能，而致小便不畅或闭而不通。

1.2 气滞血瘀

情志不畅，肝气郁结；或暴怒伤肝，气机失调；或感受外寒，寒凝络脉；或湿热蕴久，生滞生瘀；或房劳过度，血瘀膀胱；或憋尿过久，脉络不通，均致瘀血阻塞其窍，使膀胱气化受阻，发生小便不畅或闭而不通。

1.3 脾肾气虚

年老脾肾气虚，推动乏力，不能运化水湿，终致痰湿凝聚，阻于尿道而生本病。

1.4 肾阴亏损

素体阴虚，或久病及肾，大损肾阴；或热病耗伤真阴；或因失血，发汗过多，津液枯竭，以致肾阴亏损，虚火上炎，阳无以化，水液不能下注膀胱，导致本病发生。

1.5 肾阳虚衰

年老体弱，久病体虚，使肾阳衰微，命门火衰，而致尿不能出；或肾气不充，气化不及州都，膀胱传送无力，而为癃闭。

2 诊断

2.1 临床表现

BPH 的临床症状包括储尿期症状、排尿期症状以及排尿后症状。储尿期症状包括尿频、尿急、尿失禁以及夜尿增多等；排尿期症状包括排尿踌躇、排尿困难以及间断排尿等；排尿后症状包括排尿不尽，尿后滴沥等。临床症状的轻重取决于膀胱出口梗阻的程度，前列腺的大小与症状的严重程度不一定成比例。常见症状分述如下。

2.1.1 尿频：为本病最早出现的最常见的症状。初为夜尿次数增加，且逐渐加重，随之白天也出现尿频。其原因主要为膀胱逼尿肌功能减退，残余尿量增加，使膀胱有效容量减少所致。部分患者可出现膀胱过度活动症（Over Active Bladder，OAB）。

2.1.2 排尿困难：为 BPH 最主要的临床症状。随着排尿次数的增加，逐渐出现排尿困难。轻者仅表现为排尿等待，排尿不畅，排尿时间延长，射程变短，尿线分叉，尿线变细，尿不尽感；中度表现为尿线断续而下，分次排尿；重度则小便涓滴而下，尿不成线，需多次增加腹压帮助排尿，小腹膨隆，严重者发展为慢性尿潴留。

2.1.3 尿失禁：膀胱残余尿液，达到一定数量，且膀胱内压增高到一定程度后，超过尿道的阻力时，尿液可自行溢出，称为充溢性尿失禁。夜间熟睡时，盆底骨骼肌松弛，尿液更易自行流出，而出现遗尿。

2.1.4 尿潴留：为常见症状之一，据国外学者统计占 30%~40%。前列腺增生症患者如遇受寒、性交、饮酒、疲劳、上呼吸道感染等诱因，引起腺体及膀胱颈部充血水肿，形成急性梗阻而致尿潴留。

2.1.5 血尿：腺体增生后，覆盖前列腺的黏膜毛细血管扩张，当膀胱收缩时，腺体表面血管牵拉破裂可致出血，合并膀胱结石时可引起终末血尿。

2.1.6 腹压增加引起的症状：因排尿困难而长期依靠增加腹内压力排尿，将会引起痔疮、脱肛、便血、疝等并发症。

2.1.7 全身症状：下尿路梗阻伴双侧肾积水的患者，可出现消化不良、恶心、腹胀等胃肠道症状。当上尿路继发感

染时，可见畏寒发热、腰酸痛等症。晚期因尿路梗阻造成肾功能损害，甚至尿毒症。表现为食欲不振、恶心、呕吐、贫血、血压升高、嗜睡、意识迟钝及氮质血症等。因此对老年男性出现原因不明的肾功能不全时，应首先排除 BPH。

2.1.8 国际前列腺症状评分（IPSS）：为目前国际公认的判断 BPH 患者症状严重程度的最佳手段。IPSS 是 BPH 患者下尿路症状严重程度的主观反映，其与最大尿流率、残余尿量以及前列腺体积无明显相关性。根据评分将症状分为轻、中、重度：0~7 分为轻度；8~19 分为中度；20~35 分为重度。

表 1 国际前列腺症状评分表（IPSS）

在过去 1 个月，你有否以下症状	没有	少于 5 次	少于半数	大约半数	多于半数	几乎每次	症状评分
1.是否经常有尿不尽	0	1	2	3	4	5	
2.两次排尿间是否经常短于 2 小时	0	1	2	3	4	5	
3.是否经常有间断性排尿	0	1	2	3	4	5	
4.是否经常有憋尿性困难	0	1	2	3	4	5	
5.是否经常有尿线变细现象	0	1	2	3	4	5	
6.是否经常需要用力及使劲才能开始排尿	0	1	2	3	4	5	
7.从入睡到早起一般需要起来排尿几次	没有	1 次	2 次	3 次	4 次	5 次以上或	
	0	1	2	3	4	5	
症状计分的总评分=							

2.2 体格检查

2.2.1 直肠指检（Digital Rectum Examination, DRE）：是诊断 BPH 简单而重要的方法，应在排空膀胱后进行检查。DRE 可以了解前列腺的大小、形态、质地、有无结节及压痛、中央沟是否变浅或消失，以及肛门括约肌张力情况。

2.2.2 局部神经系统检查（包括运动和感觉）：肛周和会阴外周神经系统的检查以提示是否存在神经源性疾病导致的神经源性膀胱功能障碍。

2.2.3 外生殖器检查：排除因尿道外口狭窄或畸形所致的排尿障碍。

2.3 实验室检查

2.3.1 尿常规：可了解有无血尿、蛋白尿、脓尿及尿糖等。合并尿路感染时，尿常规检查可有白血球或脓细胞，应常规作尿培养，有细菌时应作药物敏感试验

2.3.2 肾功能：由于膀胱逼尿肌失代偿可影响肾功能，因此必须检查肾功能，一般测定血清肌酐和尿素氮。部分 BPH 患者合并慢性尿潴留，常伴有肾功能损害。

2.3.3 前列腺特异性抗原（PSA）：用放射免疫法测定（RIA），其正常参考值为 0~4 ng/mL。主要用于区分 BPH 和

前列腺癌。但血清 PSA 不是前列腺癌特异性指标，前列腺癌、BPH、前列腺炎都可能使血清 PSA 升高。另外，泌尿系感染、前列腺穿刺、急性尿潴留、留置导尿、直肠指诊及前列腺按摩等也可以影响血清 PSA 值。

2.4 影像学检查

2.4.1 超声诊断：是诊断 BPH 最常用的方法，了解前列腺形态、大小、有无异常回声、突入膀胱的程度，以及残余尿量。经直肠超声还可以精确测定前列腺体积（计算公式： $0.52 \times \text{前后径} \times \text{左右径} \times \text{上下径}$ ）。经腹部超声检查可以了解膀胱壁的改变以及有无结石、憩室或占位性病变，同时了解双肾、输尿管有无病变。

2.4.2 静脉尿路造影（Intravenous urography）检查：如果下尿路症状患者同时伴有反复泌尿系感染、镜下或肉眼血尿、怀疑肾积水或者输尿管扩张反流、泌尿系结石，应行静脉尿路造影检查。应该注意，当患者造影剂过敏或者肾功能不全时禁止行静脉尿路造影检查。

2.5 尿动力学检查

最大尿流率（Qmax）对 BPH 诊断意义较大，但 Qmax 存在个体差异和容量依赖性。因此，尿量在 150~200 mL 时进行检查较为准确，重复检查会增加可靠性。Qmax 下降不能区分梗阻和逼尿肌收缩力减低，必要时可行充盈性膀胱测压、压力-流率同步检查、压力/尿道外括约肌肌电图同步检查等尿动力学相关指标检查。

2.6 尿道膀胱镜检查

怀疑 BPH 患者合并尿道狭窄、膀胱内占位性病变时建议行此项检查。通过尿道膀胱镜检查可了解以下情况：①前列腺增大所致的尿道或膀胱颈梗阻特点；②膀胱颈后唇抬高所致的梗阻；③膀胱小梁及憩室的形成；④膀胱结石；⑤残余尿量测定；⑥膀胱肿瘤；⑦尿道狭窄的部位和程度。此项检查为 BPH 的临床确诊性检查项目。

3 鉴别诊断

3.1 前列腺癌

两者发病年龄相似，可同时存在。但前列腺癌有早期发生骨骼与肺转移的特点。直肠指诊前列腺多不对称，表面不光滑，可触及不规则、无弹性的硬结。PSA 和酸性磷酸酶增高。盆腔部 CT、MRI，前列腺穿刺活检可确定诊断。

3.2 膀胱颈纤维化增生（膀胱颈挛缩）

多由慢性炎症引起，膀胱颈部平滑肌为结缔组织所代替。发病年龄较轻，一般在 40~50 岁出现症状，临床表现与 BPH 相似，但检查前列腺不增大。膀胱镜检查是最可靠的鉴别诊断方法。

3.3 神经源性膀胱功能障碍

本病可引起排尿困难、尿潴留，也可继发泌尿系感染、结石和肾积水，临床表现与 BPH 相似，老年患者容易误诊为 BPH，但神经源性膀胱功能障碍常有明显神经系统损害的病史和体征，如下肢感觉和运动障碍、便秘、会阴部感觉减退或丧失，肛门括约肌松弛、收缩力减弱或消失，应用尿流动力学检查可明确诊断。但应注意两者同时存在的可能。

3.4 尿道狭窄

尿道狭窄时出现排尿困难，患者多数有尿道炎症、外伤或尿道器械检查损伤病史。用尿道扩张器探查，尿道口径缩小，尿道造影可见狭窄段尿道僵直变细。查前列腺体不增大。

3.5 膀胱癌

前列腺增生腺体表面血管破裂可引起血尿，应与膀胱癌引起的血尿相鉴别。另外，当膀胱癌位于膀胱颈附近时，也可有梗阻症状，特点是排尿开始时通畅无血尿，近排尿末排尿困难或阻塞感及肉眼血尿。DRE 前列腺正常，通过膀胱镜及 CT 检查可确诊。

3.6 前列腺结石

前列腺结石的尿频、排尿困难等症状与 BPH 相似，如结石较大或多数小结石集中在一起时，DRE 可触及质地坚硬的结节或有结石摩擦感。此类患者常合并慢性前列腺炎反复发作，前列腺通常无明显增大。

4 辨证论治

4.1 治疗原则

治疗精癯本着病机特点，应以扶元补虚治其本，以化瘀通窍治其标。治虚应以补肾为主，使肾之阴阳平衡，开合有度；治实应根据“六腑以通为用”的原则，着重于通法^[10]的运用，宜清湿热，散瘀结，利气机以通水道，同时运用活血化瘀、软坚散结法，使梗阻程度减轻。需要注意的是，还要根据病因，审因论治，根据病变在肺、在脾、在肝、在肾的不同，进行辨证论治，不可滥用通利小便之品。

4.2 分型论治

4.2.1 湿热蕴结证：证候：小便频数不爽，尿黄而热或涩痛，或小便不通，少腹急满胀痛，口苦口黏，或渴不欲饮，大便秘结，舌质红苔黄腻，脉滑数或濡数。治法：清利湿热，通闭利尿。推荐方药：八正散加减。少腹疼痛明显，加三棱、莪术、丹参、水蛭、桃仁；尿血加藕节、蒲黄炭、三七粉、小蓟。推荐成药：癃清片、八正胶囊、龙金通淋胶囊。

4.2.2 气滞血瘀证：证候：小便不通或点滴而下，或尿细如线，胸胁胀满，口苦咽干，少腹急满胀痛，舌质淡或紫黯，脉弦或涩。治法：疏肝理气，行瘀散结。推荐方药：沉香散合代抵挡丸^[11]加减。胁腹胀痛甚，加枳实、广木香；口苦而干、目赤，加龙胆草、栀子、夏枯草。尿血、有血块，加生蒲黄、小蓟。推荐成药：前列欣胶囊、前列通瘀胶囊（片）、前列倍喜胶囊。

4.2.3 脾肾气虚证：证候：尿频，滴沥不畅，尿线细甚或夜间遗尿或尿闭不通，神疲乏力，纳谷不香，面色无华，便溏脱肛。舌淡，苔白，脉细无力。治法：补脾益气，温肾利尿。推荐方药：补中益气汤加减。手足不温，少腹发凉，加乌药、肉桂；食少纳差，腹部胀满，加砂仁、半夏；小便不禁，加桑螵蛸、煅龙骨、煅牡蛎。推荐成药：补中益气丸、金匱肾气丸。

4.2.4 肾阴不足证：证候：小便频数不爽，淋漓不尽，头晕目眩，失眠多梦，神疲倦怠，腰膝酸软，咽干口燥，或五心烦热，尿少热赤，舌质红少苔，脉细数。治法：滋阴补肾，清利小便。推荐方药：知柏地黄汤加减。小便艰涩，加石韦、海金沙；心烦尿赤，口舌生疮，加木通；五心烦热，加鳖甲、地骨皮。推荐成药：知柏地黄丸、左归

丸。

4.2.5 肾阳亏虚证：证候：小便不通或滴沥不爽，排尿费力，或尿溢失禁，神疲乏力，腰酸腿软，肢寒怕冷，面色无华，唇甲色淡，舌质淡苔白，脉沉细。治法：温补肾阳，化气利水。推荐方药：济生肾气丸加减。畏寒肢冷，加制附片；泛恶呕吐，加姜半夏、茯苓；小便不通，加沉香、菖蒲；尿溢不禁，加菟丝子、乌药、益智仁。推荐成药：金匱肾气丸（片）、右归丸。

4.2.6 肾虚瘀阻证^[7]：证候：尿频尿急，夜尿增多，排尿无力，尿线细，排尿时间延长，伴腰膝酸痛，小腹胀痛，舌淡紫苔白，脉细涩。治法：补肾助阳，化瘀通窍。推荐方药：前列通窍汤（经验方）加减。口干口渴，舌红少津，加沙参、石斛；尿痛加淡竹叶、石韦；尿血，加栀子、藕节、蒲黄炭、三七粉、小蓟。推荐成药：灵泽片。

5 外治疗法

5.1 针灸治疗

实证选用膀胱俞、阴陵泉穴，用泻法；虚证选用肾俞、关元穴，用补法；急性尿潴留，针刺气海、中极、三阴交，用强刺激法。

5.2 敷脐法

急性尿潴留用艾叶 60 g、石菖蒲 30 g，炒热以布包热敷脐部（神阙穴），或丁桂散外敷。若无效可采用导尿。

5.3 直肠给药

治则以清热利湿、活血化瘀、软坚散结为主，采用中药保留灌肠或用解毒活血栓、前列安栓塞肛。

6 预防与调护

①适度锻炼身体，增强抵抗力，避免感受风寒等外感疾病。②调畅情志，切忌忧思恼怒，避免因心理因素导致病情加重。③避免食辛辣刺激性和寒凉食物，戒除烟、酒，多食纤维性食物。④勿长时间憋尿，保持大便通畅。⑤避免长时间压迫会阴部，如久坐等。⑥及时治疗各种感染，尤其是尿路感染。⑦已发生尿潴留的患者及时导尿或采取其他引流措施。

本共识制订核心专家：①中华中医药学会男科分会、外科分会：张春和（昆明）、李曰庆（北京）、裴晓华（北京）、秦国政（昆明）、李海松（北京）、崔云（宁波）、陈德宁（深圳）、毕焕洲（大连）、孙自学（郑州），袁少英（珠海）、金保方（南京）、宾彬（南宁）、喻文球（南昌）、唐乾利（南宁）、宋爱莉（济南）、阳旭升（桂林）；②其他学会专家：房书亭（北京）、李玛琳（昆明）、郑进（昆明）、高慧筠（北京）。

执笔：张春和，秦国政（云南省中医医院/云南中医学院第一附属医院）

整理：赵凡（云南中医学院 2016 届硕士研究生），李焱风（云南省中医医院/云南中医学院第一附属医院）

致谢：本共识由中华中医药学会男科分会、中华中医药学会外科分会、国家中医药临床重点学科中医男科学云南点、国家中医药慢性前列腺炎重点研究室、云南省中西医结合男科研究中心、云南省高校中医男科学科技创新团队共同制定，得到中国中药协会、中国民族医药学会、云南省中医药学会及云南省健康教育协会等学会、协会支持，在此一并致谢！

参 考 文 献

- [1] Homma Y, Gotoh M, Yokoyama O, et al. Outline of JUA clinical guidelines for benign prostatic hyperplasia[J]. Int J Urol, 2011, 18 (11) : 741-56.
- [2] 秦国政. 中医男科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 337.
- [3] Coyne KS, Sexton CC, Thompson CL, et al. The prevalence of lower urinary tract symptoms (LUTS) in the USA, the UK and Sweden: results from the Epidemiology of LUTS (Epi LUTS) study[J]. BJU Int, 2009, 104 (3) : 352-360.
- [4] Thiruchelvam N. Benign prostatic hyperplasia[J]. Surgery (Oxford), 2014, 32 (6) : 314-322.
- [5] Oelke M, Bachmann A, Descaseaud A, et al. EAU guidelines on the treatment and follow-up of non-neurogenic male lower urinary tract symptoms including benign prostatic obstruction[J]. Eur Urol, 2013, 64 (1) : 118-140.
- [6] 张春和, 李焱风, 秦国政, 等. 540 例良性前列腺增生症患者中医证候分布规律研究[J]. 中医杂志, 2012, 53 (1) : 45-47.
- [7] 张春和, 李海松. 李曰庆教授治疗前列腺增生症经验[J]. 中国临床医生, 2003, 31 (10) : 56-57.
- [8] 林兆丰, 陈志强. 膀胱气化与前列腺增生症[J]. 江苏中医药, 2006, 27 (8) : 14-15.
- [9] 赵冰, 李海松, 王彬, 等. 温阳化气法治疗前列腺增生症浅探[J]. 中医杂志, 2013, 54 (21) : 1885-1886.
- [10] 张春和, 杨会志. 中医古籍对癃闭证候学规律的认识与探讨[J]. 云南中医学院学报, 2011, 34 (4) : 55-57.
- [11] 王琦. 王琦男科学[M]. 郑州: 河南科学技术出版社, 2007: 681.

作者简介: 张春和, 男, 48岁, 主任医师, 硕士研究生导师, 临床医学博士。研究方向: 男科疾病的基础与临床。

秦国政, 男, 56岁, 二级教授, 一级主任医师, 博士研究生导师, 临床医学博士, 出站医学博士后。研究方向: 男科疾病的中医诊治研究。

(收稿日期: 2016-10-08)