

· 专家共识 ·

慢性前列腺炎中西医结合诊疗专家共识

中国中西医结合学会男科专业委员会

(2015 年 5 月)

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, 患者出现以盆腔区域疼痛或不适、排尿异常等症状为特征的疾病。

CP 一直是困扰泌尿男科医师的常见疾病, 对患者的身心健康造成严重影响。由于国内的各项调查研究所应用的流行病学方法及所选择调查人群结构的不同, 统计的发病率差异较大, 目前国内报道的 CP 发病率约为 6.0% ~ 32.9%, 高于国外的文献报道^[1]。对于本病, 目前尚存在致病因素复杂、临床症状多样化、诊断方法和疗效标准存在争议、疗程长短不统一等问题, 因此有必要研究制定适合国情的 CP 诊疗指南。

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具有明显优势^[2]。

CP 的临床辨证分型繁多, 以往关于证候的研究以病案分析、专家经验报告等回顾性分析为主, 对于证候的前瞻性研究甚少, 遵循证医学 (Evidence-Based Medicine, EBM) 的研究更少, 因而在辨证方面缺乏统一的标准和科学、客观的方法, 经过编写组专家的反复研讨, 本专业委员会于 2007 年制定了《中国慢性前列腺炎中西医结合诊疗指南 (试行版)》^[3], 试行版的发行促进了 CP 的证候规范化, 为广大中西医泌尿男科临床工作者诊治 CP 及临床研究提供了有益的指导, 促进了中西医结合诊治 CP 疗效评价的统一和治疗水平的提高。近年来 CP 的诊断和治疗方面有了许多新的发展, 在临床实践中, 试行版也逐渐显现出一些不足之处, 国内中西医结合男科专家提出了很多建设性的意见, 推动了本共识的修订和完善。

本共识具有以下特点: (1) 结合最新医学研究成果, 体现整体调节的理念; (2) 辨病与辨证相结合, 发挥中西医结合的优势; (3) 遵循 EBM 原则, 尽量选取可信度较高的文献, 并兼顾了地区差异, 确保共识内容的真实性、可靠性和广泛指导性; (4) 众多专家参与

编写, 确保共识的权威性、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。

以下就本病的诊断、辨证、治疗和疗效评价及健康教育等方面进行阐述。

1 西医诊断

1.1 前列腺炎分类 1995 年美国国立卫生研究院 (National Institutes of Health, NIH) 根据当时对前列腺炎的基础和临床研究情况, 制定了前列腺炎分类方法。

I 型: 急性细菌性前列腺炎 (acute bacterial prostatitis, ABP)。II 型: 慢性细菌性前列腺炎 (chronic bacterial prostatitis, CBP)。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), 根据前列腺按摩液 (expressed prostatic secretion, EPS) 或精液或第三份膀胱中段尿标本 (third midstream bladder specimen, 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 WBC 数量升高, IIIB 型患者的 EPS 或精液或 VB3 中 WBC 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 (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。

前列腺炎常见的类型主要是 II 型、IIIA 型和 IIIB 型, IV 型前列腺炎由于缺乏明显症状而少有就诊者, 但报道显示在男性不育患者中有较高的发病率^[1]。

1.2 临床症状 患者表现为不同程度的下尿路症状 (lower urinary tract symptoms, LUTS), 如尿频、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、尿分叉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、焦虑等

通讯作者: 张敏建, Tel: 0591 - 83258135, E-mail: 190078137@qq.com

DOI: 10.7661/CJIM.2015.08.0933

症状。在诊断 CP 时,推荐应用 NIH 的 CP 症状指数 (National Institutes of Health - chronic prostatitis symptom index, NIH-CPSI) 进行基础评估和治疗监测。心理状况的评估可以通过患者健康问卷 (patient health questionnaire, PHQ) 及疼痛灾难化评分 (pain catastrophizing scale, PCS) 等测量工具来实现^[4]。

1.3 体格检查 包括直肠在内的泌尿生殖系统检查和局部神经肌肉系统检查。

1.3.1 局部体检 检查患者下腹部、腰骶部、会阴部、阴茎、阴囊、尿道外口、睾丸、附睾、精索等有无异常,有助于进行鉴别诊断。

1.3.2 前列腺指检 包括大小(增大或正常);边界(清或不清);质地(腺体饱满,或软硬不匀,或有结节,或质地较硬);中央沟(存在、变浅、消失);前列腺局部温度(增高、正常);压痛(有无局限性压痛);盆底肌肉的压痛和触发点以及肛门直肠本身的病变。建议在进行前列腺指检前先留取尿液做尿液分析。

1.4 实验室检查

1.4.1 尿常规分析及尿沉渣检查 前列腺按摩前留取尿液进行尿液分析是排除尿路感染和诊断前列腺炎的辅助方法,可发现或排除部分相关疾病如细菌感染、泌尿生殖系统恶性肿瘤等。

1.4.2 前列腺按摩液检查 一般认为在Ⅱ型、ⅢA型前列腺炎患者 EPS 中 WBC 数目增加,而ⅢB型 WBC 不增加。WBC 计数与症状严重程度相关性尚不明确。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,为前列腺炎的特有表现。

1.4.3 病原学定位检查 (1)四杯法为经典方法,但试验繁杂,可操作性有限,本共识不推荐应用于日常的诊疗工作中;(2)推荐使用两杯法或按摩前后试验(pre and post massage test, PPMT)^[5],后者诊断准确率大于 96%^[6]。仅有 8% 的 CP/CPPS 患者前列腺细菌定位培养阳性,这一比例与无症状者无显著差异^[7],因此,病原学定位检查对于 CP/CPPS 的诊断价值有限,并非必需。

1.5 辅助检查 主要有 B 超、尿流率、尿动力学、膀胱尿道镜、血清 PSA、CT 和 MRI 检查、前列腺穿刺等。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。

1.6 鉴别诊断 本病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、泌尿生殖系统结核、泌尿生殖系统结石、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盆腔区域疼痛和排尿异常的疾病进行鉴别。

1.7 CP/CPPS 临床表型分类系统(表 1、2) 前列腺炎的 NIH 分类法和 NIH-CPSI 症状评分体系的建立,以改善症状作为前列腺炎的治疗目的,已经基本达成共识。但是,多项基于此的多中心临床试验结果并不十分令人满意。Nickel JC 等^[7]于 2009 年提出并初步验证了可用于指导 CP/CPPS 诊断和治疗的表型分类系统(phenotypic classification system)和推荐的治疗方法^[8-12]。该系统将 CP/CPPS 的临床表现(表型)细分为六类,即排尿症状(urinary symptoms)、社会心理障碍(psychosocial dysfunction)、器官特异性表现(organ-specific findings)、感染(infection)、神经系统/全身性状况(neurological/systemic conditions)和盆底肌肉触痛(tenderness of pelvic floor skeletal muscles),简称为 UPOINT。并建议使用评估步骤和项目对 CP/CPPS 进行 UPOINT 表型分类。这一分类方法倡导对于造成 CP 的几个因素进行综合干预,可有效缓解症状,达到临床治愈的目标。

表 1 UPOINT 表型分类及临床表现

表型分类	临床表现
排尿症状	CPSI 排尿症状评分 >4 分,患者主诉令人困扰的尿急、尿频或夜尿,尿流率 <15 mL/s 及(或)呈梗阻模式,残余尿 >100 mL
社会心理障碍	临床抑郁症,不良的应对方式或行为,如灾难化(症状的放大或反刍、绝望)、社交问题
器官特异性表现	特异性的前列腺压痛,前列腺液中 WBC 增多、血精,广泛的前列腺钙化
感染	排除Ⅰ型前列腺炎及Ⅱ型前列腺炎感染复发,定位于前列腺液的 G-杆菌或肠球菌感染,既往抗菌治疗有效
神经系统/全身性状况	盆腔或腹部以外的疼痛,肠易激综合征
盆底肌触痛	纤维肌痛,慢性疲劳综合征,会阴、盆底或盆侧壁明显触痛和(或)痛性痉挛或痛性触发点

表 2 CP/CPPS 评估步骤和项目

评估步骤	项目
基本项目	病史
	直肠指检(包括盆底评估)
	尿液分析及尿液培养
	两杯法或按摩前后试验
推荐项目	NIH-CPSI
	尿流率及残余尿量测定
	抑郁、不良的社会适应和(或)应对行为评估
	相关疾病(如肠易激综合征等)问卷评估
	尿细胞学检查
	精液分析与培养
	尿道拭子培养
可选择项目 (需要特别指征)	压力流率测定
	影像尿动力检查(包括尿流-肌电图检查)
	膀胱尿道镜检查
	经直肠、腹部超声检查
	盆腔影像学检查(CT、MRI)
	血清 PSA 检查

尽管仍需更多的临床实践和研究对其进行验证,但 UPOINT 表型分类系统对于 CP/CPPS 诊断、治疗和临床研究的指导价值已获得较广泛肯定,是继 NIH 分类系统和 NIH-CPSI 之后的又一重大进展,与中医强调整体观念的辨证治疗方法也有相通之处^[13]。

2 中医辨证

2.1 基本病机 本病多由于饮食不节,嗜食醇酒肥甘,酿生湿热,或因外感湿热之邪,壅聚于下焦而成;或由于相火妄动,所愿不遂,或忍精不泻,肾火郁而不散,离位之精化为白浊,或房事不洁,湿热从精道内侵,湿热壅滞,气血瘀阻而成^[14,15]。其病机演变初期往往以湿热为主,日久缠绵不愈时多表现为气滞血瘀之象,病久则损耗肾气,可致“肾虚则小便数,膀胱热则水下涩”之虚实夹杂证型,或肾阴暗耗,可出现阴虚火旺证候,亦有火势衰微,易见肾阳不足之象。总之,湿、热、瘀、滞、虚贯穿在 CP 不同阶段^[16-19]。

2.2 辨证分型 CP 的证型主要分为基本证型与复合证型。近年来,涉及不同地区的多中心 CP 基本证型临床流行病学调查报告陆续发布,姚飞翔等^[18]研究表明 CP 常见中医证候是湿热下注证、气滞血瘀证、湿热瘀阻证和肾阴虚证、肾阳虚证、脾气虚证。实证因素为湿热、气滞、血瘀,虚证因素则主要是肾虚和脾虚。李兰群等^[19]研究显示湿热下注证、气滞血瘀证、肝气郁结证的出现频率较多,且多合并出现;肾阳虚损证、中气不足证、阴虚火旺证出现频率较少,且多为兼夹证;以邪实证为主,湿热、血瘀、肝郁多交互为患。其他调查报告也显示湿热下注证与气滞血瘀证最为多见^[20-22]。

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,其中出现频率最高的证型组合为湿热

下注证加气滞血瘀证(湿热瘀滞证)。证候变化与病程、年龄等呈相关性:早期以湿热为主,实证多见,且多有夹瘀兼证;后期则在湿热、瘀血基础上,多伴虚证,以肾虚为主,或伴脾虚、气虚等证。

在上述调查结果的基础上,经过专家的反复综合论证,CP 中医辨证分型最终得到了专家们的一致认可。CP 主要的基本证型为:湿热下注证、气滞血瘀证、肝气郁结证、肾阳不足证、肾阴亏虚证,复合证型为湿热瘀滞证。

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 1 项计 1 分的原则,累计得分 ≥ 5 分辨证成立。

2.2.1 基本证型 (1) 湿热下注。主症:尿频尿急,灼热涩痛。次症: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) 气滞血瘀。主症: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。次症: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。(3) 肝气郁结。主症:会阴部、或外生殖器区、或少腹、或耻骨区、或腰骶及肛周坠胀不适,似痛非痛,小便淋漓。次症:胸闷心烦,排尿无力,余沥不尽,疑病恐病。舌脉:舌淡红,脉弦细。(4) 肾阳不足。主症:尿后滴沥,劳后白浊。次症:畏寒肢冷,腰膝酸软,精神萎靡,阳痿早泄或性欲低下。舌脉:舌淡胖苔白,脉沉迟或无力。(5) 肾阴亏虚。主症:尿频尿急,尿黄尿热。次症: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^[18-23]。

2.2.2 复合证型 湿热瘀滞。主症:小便频急,灼热涩痛,排尿困难,余沥不尽,会阴胀痛或下腹、耻部、腰骶及腹股沟等部位不适或疼痛。次症:小便黄浊,尿道滴白,口苦口干,阴囊潮湿。舌脉:舌红,苔黄腻,脉弦数或弦滑。

本病临床表现多样化,复合证型尚见肾虚湿热、脾肾两虚、中气亏虚、肝郁脾虚、肝郁化火、寒凝肝脉等证候。

3 治疗 CP 中医、中西医结合综合治疗主要以改善症状、提高生活质量和促进相关功能恢复为目的^[12,24]。在强调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。对 AIP 一般无需治疗,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。

CP/CPPS 治疗方法繁多,既往研究显示,采用单

一的措施治疗研究结果常常令人失望,其原因可能是 CP/CPPS 是一种具有多种病因、不同进展途径、症状多样和对治疗反应不一的异质性临床综合征,单一治疗措施难以使得所有患者获益^[12,25]。因此,目前尚无特定有显著临床疗效的单一疗法被推荐用于 CP/CPPS^[26,27]。

3.1 基础治疗 CP/CPPS 与患者疾病认知缺乏以及不良的饮食和生活行为相关。接受健康宣教、心理和行为辅导有积极作用。

应告知患者忌酒及辛辣刺激食物;避免憋尿、久坐,注意保暖,加强体育锻炼。应杜绝不洁性行为和避免频繁性兴奋。保持适度规律的性活动,但不宜忍精不射。热水坐浴或局部热敷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影响。

3.2 西药治疗(表 3) 最常用的 3 种药物是 α -受体阻滞剂、抗生素、非甾体抗炎药(non-steroidal anti-inflammatory drugs, NSAIDs),其他药物(M-受体阻滞剂、植物制剂、抗抑郁药、抗焦虑药、改善局部微循环药物等)对缓解症状也有不同程度的疗效。

Shoskes DA 等^[9]为 UPOINT 系统的每一类表型提出了针对性的建议治疗方法。他们实施的一项前瞻性病例系列研究显示,使用 UPOINT 系统进行表型定向治疗可显著改善患者的症状及生活质量,这一结论也被国内最近一项前瞻性研究所证实^[28]。

表 3 UPOINT 表型建议治疗方法

表型分类	治疗方法
排尿症状	抗毒蕈碱类药物(M-受体阻滞剂) α -受体阻滞剂
社会心理	心理咨询 认知行为治疗 抗抑郁药、抗焦虑药
器官特异性表现	α -受体阻滞剂 5 α -还原酶抑制剂 植物制剂 前列腺按摩
感染	抗菌药物
神经系统/全身性状况	神经调节剂、三环类抗抑郁药 加巴喷丁 相关疾病的特异性治疗
盆底肌触痛	骨骼肌松弛剂 针对盆腔的物理治疗、综合性治疗 运动

3.2.1 α -受体阻滞剂 α -受体阻滞剂可通过拮

抗膀胱颈和前列腺的 α -受体,或直接作用于中枢神经系统的 $\alpha_1A/1D$ 受体,降低膀胱、后尿道、前列腺内张力,松弛膀胱颈、后尿道,改善排尿功能^[29]。常用的 α -受体阻滞剂有特拉唑嗪(terazosin)、阿夫唑嗪(al-fuzosin)、多沙唑嗪(doxazosin)和坦索罗辛(tamsulosin)。国外一项系统综述和网络荟萃分析显示 α -受体阻滞剂可显著改善患者的疼痛、排尿、生活质量及总的症状评分^[29],但仍存在争议,尚无足够的循证医学证据进行论证。病史较短的患者给予较长疗程的 α -受体阻滞剂治疗,症状改善可能更为明显^[31,32]。因此,基于目前的证据,尚不能推荐 α -受体阻滞剂作为治疗所有 CP/CPPS 的首选药物^[32,33]。推荐使用 α -受体阻滞剂治疗病程 <1 年的 CP/CPPS 患者,可与其他药物联合使用治疗,疗程不应少于 6 周^[34,35],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。

3.2.2 抗生素 II 型前列腺炎应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,常用氟喹诺酮类药物,治疗至少维持 4~6 周,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。III A 型可经验性使用抗生素 2~4 周。经验性抗菌药物治疗 CP/CPPS 可改善一些患者的症状,因而也被广泛使用,但前列腺相关标本的细菌培养、白细胞和抗体状态并不能预测 CP/CPPS 患者对抗菌药物治疗的反应^[36],CP/CPPS 患者前列腺活检标本细菌培养结果与无症状者比较差异并无统计学意义^[7]。

近年发表的一篇荟萃分析对分别涉及环丙沙星(6 周)、左氧氟沙星(6 周)和四环素(12 周)的几项随机对照研究进行了总结^[30],该荟萃分析并没有显示治疗结果有显著不同,但网络荟萃分析提示这些药物与安慰剂相比能够显著减少疼痛、排尿症状、降低生活质量评分及总的症状评分。总体而言,抗菌药物治疗 CP/CPPS 的证据欠充分。推测能够从抗菌药物治疗获益的患者存在未被识别的尿路病原体感染。推荐使用至少 4~6 周的单一抗菌药物(喹诺酮类或四环素类)治疗病程 <1 年且治疗经历简单的 CP/CPPS 患者。若超过 6 周无效,应选择其他治疗。对于明确存在沙眼衣原体、溶脲脲原体或人型支原体等特异感染,可以口服大环内酯类、四环素类等抗生素治疗^[37]。

3.2.3 非甾体抗炎药 研究表明,与下尿路症状相比,CP/CPPS 患者的疼痛症状对生活质量的更大影响^[38],缓解疼痛的治疗应得到充分重视。NSAIDs 是治疗 CP/CPPS 相关症状的经验性用药,

其主要目的是缓解疼痛和不适。塞来昔布^[39]具有一定疗效,但仍需大宗研究进一步证实。使用该类药物必须考虑其长期使用带来的不良反应。

3.3 其他药物 还可根据临床情况选用植物药(如普适泰、槲皮素、锯叶棕提取物)、M-受体阻滞剂、抗抑郁药及抗焦虑药等^[40-42]。

3.4 中医辨证论治

3.4.1 湿热下注 治则:清热利湿,导浊通淋。推荐方药:八正散(《太平惠民和剂局方》)。推荐备选方药:龙胆泻肝汤(《医方集解》)、程氏萆薢分清饮(《医学心悟》)。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)^[43],每次 1.14~1.52 g,每天 3 次,口服。

中西医结合治疗思路:在辨证论治的前提下,可根据具体情况,联合选用 α -受体阻滞剂、M-受体阻滞剂改善下尿路症状,根据药敏选用足量疗程的敏感抗菌药物,以提高疗效。

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

中西医结合治疗思路:气滞血瘀证患者主症为疼痛时,在行气活血基础上,可加用 NSAIDs、 α -受体阻滞剂等改善疼痛症状。

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

中西医结合治疗思路:本证型可以单用中药治疗,在精神症状较严重时,如焦虑、抑郁等,可根据临床需要选用抗抑郁药及抗焦虑药^[41]。 α -受体阻滞剂及 NSAIDs 有助于改善或消除下尿路症状和慢性疼痛等症状,从而缓解焦虑抑郁状态,提高疗效,可酌情选用。针对 CP 患者焦虑、抑郁相关的性功能障碍,推荐中成药:疏肝益阳胶囊(由蒺藜、柴胡、蜂房、地龙、水蛭、九香虫、紫梢花、蛇床子、远志、肉苁蓉、菟丝子、五味子、巴戟天、蜈蚣、石菖蒲组成)^[44],每次 1 g,每天 3 次,口服,对改善 CP 患者的勃起功能,改善焦虑、抑郁等症状有较好的疗效。

3.4.4 肾阳不足 治则:温补下元,补肾壮阳。推荐方药:济生肾气丸(《济生方》);推荐备选方药:肾气丸(《金匱要略》);推荐中成药:龟龄集^[45](由人参、鹿茸、海马、枸杞子、丁香、穿山甲、雀脑、牛膝、锁阳、熟

地黄、补骨脂、菟丝子、杜仲、石燕、肉苁蓉、甘草、天冬、淫羊藿、大青盐、砂仁等组成),每次 0.6 g,每天 1 次,口服,早饭前 2 h 淡盐水送下。

中西医结合治疗思路:以扶正祛邪治疗为主,伴有严重 ED/早泄者,可加用 5 型磷酸二酯酶抑制剂(phosphodiesterase type 5, PDE5)/选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂。

3.4.5 肾阴亏虚 治则:滋肾填精,养阴清热。推荐方药:知柏地黄丸(《医宗金鉴》);推荐备选方药:左归丸(《景岳全书》);推荐中成药:大补阴丸(《丹溪心法》),每次 6~9 g,空腹盐白汤送下。

中西医结合治疗思路:以扶正祛邪为主。

3.4.6 湿热瘀滞 治则: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》);推荐备选方药:四妙丸(《成方便读》)合失笑散(《太平惠民和剂局方》)。推荐中成药:前列舒通胶囊(由黄柏、赤芍、当归、川芎、土茯苓、三棱、泽泻、马齿苋、马鞭草、虎耳草、川牛膝、柴胡、甘草组成)^[46],每次 1.2 g,每天 3 次,口服。

中西医结合治疗思路:在辨证论治的前提下,如有明确感染者可选用氟喹诺酮类或四环素类抗生素口服,注意掌握疗程;还可根据临床需要选用 α -受体阻滞剂以及 NSAIDs 等西药综合干预,提高疗效。

3.5 外治法

3.5.1 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。前列腺与直肠之间存在特殊的静脉通道,保留灌肠可改善病灶血液循环,促进局部药物吸收和前列腺瘀积物排泄;同时,温热刺激可降低痛觉神经兴奋性,减轻炎性水肿,解除局部神经末梢压力,使肌肉、肌腱、韧带松弛,以消肿止痛^[47,48]。

3.5.2 栓剂塞肛 已有多项临床试验^[49]及系统评价^[50]证实前列安栓(由黄柏、虎杖、泽兰、栀子等组成)对 CP 具有较好疗效。对于以会阴部、腰骶部坠胀痛不适为主要表现,伴或无 LUTS 症状的患者,或不能耐受口服药物治疗、口服药物依从性差的患者,推荐使用前列安栓,每天 1 粒,睡前排便后塞肛。

3.5.3 其他外治法 药物离子导入、中药坐浴、中药熏洗、中药贴敷、脐疗也可取得一定疗效^[51,52],但需注意掌握适应证和禁忌证。

3.6 针灸治疗 有多中心随机对照试验和 Meta 分析显示针灸对 CP 有较好疗效,可明显改善症状积分^[53,54]。推荐辨证选穴:中极、关元、气海、足三里、太冲、太溪、肾俞、三阴交、阴陵泉、血海等^[55,56]。

3.7 物理治疗

3.7.1 热疗 主要利用多种物理方法所产生的热力作用,促进前列腺腺体内温度均匀升高、血管扩张、血流加快、血液循环改善,白细胞吞噬功能增强,加快局部代谢产物和毒素的排出,增强抗生素的杀菌作用,促进炎症消退^[57],消除组织水肿、缓解盆底肌肉痉挛,缓解症状。但鉴于经尿道、会阴途径应用微波、射频、激光等物理手段尚缺乏循证医学证据的支持,一般不作为常规治疗方法推荐使用,尤其不宜用于未婚及未生育者。

3.7.2 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,并增加局部的药物浓度,进而缓解 CP 患者的症状^[58],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。对不能耐受医师前列腺按摩的患者,定期排精亦可获得与前列腺按摩同等的疗效。

3.7.3 生物反馈和电刺激治疗 生物反馈和电

刺激联合治疗 CP/CPPS 有协同作用,能明显改善 CP/CPPS 患者疼痛与不适症状,提高生活质量,以及提高最大尿流率^[59]。

3.8 心理治疗 心理干预能够改善患者的疼痛症状、灾难心理和生活质量,但不能改善抑郁或某些下尿路症状^[60]。推荐对有明显心理困扰的 CP/CPPS 患者实施针对性的心理治疗。

4 临床疗效评价(表 4) 中医、中西医结合治疗 CP 疗效研究必须经过至少 1 个月以上的严格临床试验,并与阳性对照药物或安慰剂比较,记录全部症状、体征的变化和不良反应,进行动态观测。

EPS WBC 计数与 NIH-CPSI 评分/症状的严重程度无相关性,作为临床诊断、选择治疗、预测疗效等工具的价值有限^[61]。因此,临床评价以 NIH-CPSI 评分、中医辨证评分为主要指标, EPS 中的各参数作为次要指标,并不以消除前列腺局部的炎症为主。

表 4 慢性前列腺炎中医辨证评分参考表

临床症状	无(0分)	轻(2分)	中(4分)	重(6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,但可忍受	涩痛明显,难以忍受
	尿频	增加,不影响工作	增加,轻度影响工作	增加,严重影响日常工作
	尿急	小便急迫,可忍耐	小便急迫,但可忍耐片刻	小便急迫,迫不及待
	排尿刺痛	微感刺痛	刺痛明显,但可忍受	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, <0.5 min	间断出现, 0.5 ~ 1 min	持续出现, >1 min
	尿无力	偶尔出现	间断出现	持续出现
	夜尿增多	偶尔出现, 1 ~ 2 次/夜	间断出现, 3 ~ 4 次/夜	持续出现, >4 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, <0.5 min	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(1 ~ 2 次/周)	间断出现(3 ~ 4 次/周)	频繁出现(>4 次/周)
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,不影响工作	间断,轻度影响工作	持续,严重影响工作
	胸闷善太息	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,仅可轻体力劳动	精神疲乏,仅可日常活动	极度疲乏,四肢无力
	便泄稀溏	偶尔出现	间断出现	手足心发烫,心烦不宁
	五心烦热	手足心发热,偶有心烦	手足心发热,时有心烦	持续出现
	潮热盗汗	偶尔出现	间断出现	持续,严重影响工作
	眩晕耳鸣	偶尔,不影响工作	间断,轻度影响工作	持续,严重影响工作
	失眠健忘	偶尔,不影响工作	间断,轻度影响工作	持续,严重影响工作
	口咽干燥	偶尔出现	间断出现	持续出现

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、大便常规检查;心电图、肝功能、肾功能检查;可能出现的不良反应及临床表现、严重程度、发生和持续时间及消除方法。

5 健康教育 健康教育和疾病知识的普及,对引起疾病危险因素的充分了解,在 CP 的发病和治疗转归方面起到了很重要的作用。患者一旦消除某些担忧和顾虑后,治疗上常常可收到事半功倍的效果。

5.1 重视心理干预 对于心理因素是否可以导致 CP 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 CP 的转归^[62,63]。

5.2 预防尿路感染 病原体感染是引起 I 型及 II 型 CP 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。CP 患者 EPS 中性传播病原体检出率较高^[64],说明尿路感染与前列腺炎发病相关。

5.3 调整生活方式 流行病学研究表明长时间固定体位(尤其是坐位/骑跨位)、酗酒、运动量减少、长时间憋尿、频繁手淫是 CP 发病的危险因素^[65,66]。

5.4 中医养生保健 在辨证的前提下,前列腺炎患者的饮食多以清淡、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。

临床上在治疗 CP 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,可有效减轻患者心理压力,消除因身心障碍引起的恶性循环,使其症状得到明显改善,对 CP 的预防也起着重要作用。CP 患者也应调畅情志,保持会阴部清洁卫生,杜绝不洁性行为,性生活要适度,久坐者应定时活动,饮酒要适量,适时排尿降低膀胱尿道压力等。同时采取其他预防措施,如多饮水、勤锻炼,了解一些生理知识,少食辛辣刺激食物等,将有助于减轻 CP 的症状和防止复发。

(执笔者:福建中医药大学附属人民医院张敏建,广西中医药大学第一附属医院宾彬,南京军区南京总医院商学军,北京医院邓庶民,江西中医药大学附属医院王万春,广州中医药大学第一附属医院周少虎、谢建兴,山东中医药大学附属医院高兆旺,第三军医大学附属大坪医院李彦锋)

(参与论证者:广州中医药大学第一附属医院丘勇超,新疆自治区乌鲁木齐中医院马超,中国中医科学院广安门医院马卫国,南方医科大学南方医院毛向明,贵州中医学院第二附属医院王波,郑州大学第一附属医院王瑞,中南大学湘雅二医院王荫槐,海南医学院附属医院王家辉,江苏省中医院宁克勤,

山西省人民医院刘建荣,浙江中医药大学附属第二医院吕伯东,贵阳医学院附属医院孙发,上海交通大学医学院附属国际和平妇幼保健院孙斐,黑龙江省中医院孙一鸣)

参 考 文 献

- [1] 米华,陈凯,莫曾南.中国慢性前列腺炎的流行病学特征[J].中华男科学杂志,2012,18(7):579-582.
- [2] 沈昊,张玲,童文馨,等.中西医结合治疗慢性前列腺炎的系统评价与 Meta 分析[J].职业与健康,2012,28(21):2628-2631.
- [3] 中国中西医结合学会男科专业委员会.慢性前列腺炎中西医结合诊疗指南(试行版)[J].中国中西医结合杂志,2007,27(11):1052-1056.
- [4] Tripp DA, Nickel JC, Wang Y, et al. Catastrophizing and pain-contingent rest predict patient adjustment in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome[J]. J Pain, 2006, 7(10):697-708.
- [5] Nickel JC. The Pre and Post Massage Test (PPMT): a simple screen for prostatitis [J]. Techniques Urol, 1997, 3(1):38-43.
- [6] Nickel JC, Shoskes DA, Wang Y, et al. How does the pre-massage and post-massage 2-glass test compare to the Meares-Stamey 4-glass test in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome[J]. J Urol, 2006, 176(1):119-124.
- [7] Nickel JC, Pontari M, Moon T, et al. A randomized, placebo controlled, multicenter study to evaluate the safety and efficacy of rofecoxib in the treatment of chronic nonbacterial prostatitis[J]. J Urol, 2003, 169(4):1401-1405.
- [8] Nickel JC, Shoskes DA. Phenotypic approach to the management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome [J]. Curr Urol Reports, 2009, 10(4):307-312.
- [9] Shoskes DA, Nickel JC, Kattan MW. Phenotypically directed multimodal therapy for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a prospective study using UPOINT[J]. Urology, 2010, 75(6):1249-1253.
- [10] 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 syndrome [J]. Prostate Cancer Prostatic Dis, 2009, 12(2):177-183.
- [11] Shoskes DA, Nickel JC, Dolinga R, et al. Clinical phenotyping of patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome and correlation with

- symptom severity [J]. *Urology*, 2009, 73 (3): 538-542; discussion 542-533.
- [12] Nickel JC, Shoskes DA. Phenotypic approach to the management of the chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome [J]. *BJU Int*, 2010, 106 (9): 1252-1263.
- [13] 陈伟杰, 江宁东, 张清, 等. 基于 UPOINTS 的中西医结合治疗慢性前列腺炎的规范化思考[J]. *上海中医药杂志*, 2014, 48(4): 5-7.
- [14] 万水. 中药经超声电导透药仪治疗Ⅲ型慢性前列腺炎 60 例[J]. *河南中医*, 2014, 34(11): 2228-2229.
- [15] 陈国宏, 李兰群. 从肝论治精浊[J]. *北京中医药大学学报(中医临床版)*, 2007, 14(1): 40-41.
- [16] 覃湛, 袁少英, 吕立国, 等. 陈志强辨证论治慢性前列腺炎经验[J]. *广州中医药大学学报*, 2014, 31(1): 135-137.
- [17] 郭军, 张春影. 实用前列腺疾病中西医结合诊治[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 212-213.
- [18] 姚飞翔, 胡镜清, 张亚强. 慢性前列腺炎临床常见中医证候类型和症状/体征的初步研究[J]. *世界中医药*, 2013, 8(6): 672-677.
- [19] 李兰群, 李海松, 郭军, 等. 慢性前列腺炎中医证型临床调查[J]. *中华中医药杂志*, 2011, 26(3): 451-454.
- [20] 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[J]. *湖南中医药大学学报*, 2008, 28(6): 71-73.
- [21] 李海松, 韩富强, 李曰庆. 918 例慢性前列腺炎中医证型分布研究[J]. *北京中医药*, 2008, 27(6): 416-418.
- [22] 李兰群, 李海松, 郭军, 等. 慢性前列腺炎基本证型相关因素多元逐步 Logistic 回归分析[J]. *中国中西医结合杂志*, 2011, 31(1): 41-44.
- [23] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 168-172.
- [24] Engeler S, Baranowski AP, Dinis-Oliveira P, et al. The 2013 EAU guidelines on chronic pelvic pain: Is management of chronic pelvic pain a habit, a philosophy, or a science? 10 years of development [J]. *Eur Urol*, 2013, 64(3): 431-439.
- [25] 刘龙飞, 王龙, 鲁特飞, 等. UPOINT: 一种新的慢性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征表型分类系统[J]. *中华男科学杂志*, 2012, 8(5): 441-445.
- [26] Shoskes DA, Nickel JC. Classification and treatment of men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome using the UPOINT system [J]. *World J Urol*, 2013, 31(4): 755-760.
- [27] Nickel JC, Shoskes DA, Wagenlehner FM. Management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CP/CPPS): the studies, the evidence, and the impact [J]. *World J Urol*, 2013, 31(4): 747-753.
- [28] Guan X, Zhao C, Ou ZY, et al. Use of the UPOINT phenotype system in treating Chinese patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a prospective study [J]. *Asian J Androl*, 2015, 17(1): 120-123.
- [29] Nickel JC, Downey J, Pontari MA, et al. A randomized placebo-controlled multicentre study to evaluate the safety and efficacy of finasteride for male chronic pelvic pain syndrome (category IIIA chronic nonbacterial prostatitis) [J]. *BJU Int*, 2004, 93(7): 991-995.
- [30] Anothaisintawee T, Attia J, Nickel JC, et al. Management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a systematic review and network meta-analysis [J]. *JAMA*, 2011, 305(1): 78-86.
- [31] Nickel JC, Krieger JN, McNaughton-Collins M, et al. Alfuzosin and symptoms of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome [J]. *New Engl J Med*, 2008, 359(25): 2663-2673.
- [32] 王滕滕, 齐太国, 李鹏, 等. α -受体阻滞剂治疗慢性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征的 meta 分析[J]. *泌尿外科杂志(电子版)*, 2013, 5(3): 3-10.
- [33] Fall M, Baranowski AP, Elneil S, et al. EAU guidelines on chronic pelvic pain [J]. *Eur Urol*, 2010, 57(1): 35-48.
- [34] 杨明根, 郑周达, 庄志明, 等. 高选择 α_1 受体阻滞剂治疗慢性非细菌前列腺炎的随机对照临床试验[J]. *中国男科学杂志*, 2010, 2(12): 33-36.
- [35] Kim TH, Lee KS, Kim JH, et al. Tamsulosin monotherapy versus combination therapy with antibiotics or anti-inflammatory agents in the treatment of chronic pelvic pain syndrome [J]. *Int Neurourol J*, 2011, 15(2): 92-96.
- [36] Nickel JC, Downey J, Johnston B, et al. Predictors of patient response to antibiotic therapy for the chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a prospective multicenter clinical trial [J]. *J Urol*, 2001, 165(5): 1539-1544.
- [37] Skerk V, Marekovic I, Markovinovic L, et al. Comparative randomized pilot study of azithromycin and doxy cycline efficacy and tolerability in the treatment of prostate infection caused by *Ureaplasma urealyticum* [J]. *Chemotherapy*, 2006, 52(1): 9-11.
- [38] Wagenlehner FM, van Till JW, Magri V, et al. National Institutes of Health Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI) symptom evaluation in multinational cohorts of patients with chronic

- prostatitis/chronic pelvic pain syndrome[J]. Eur Urol, 2013, 63(5): 953-959.
- [39] Zhao WP, Zhang ZG, Li XD, et al. Celecoxib reduces symptoms in men with difficult chronic pelvic pain syndrome (Category III A)[J]. Braz J Med Biol Res, 2009, 42(10): 963-967.
- [40] Giannantoni A, Porena M, Gubbiotti M, et al. The efficacy and safety of duloxetine in a multidrug regimen for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome[J]. Urology, 2014, 83(2): 400-405.
- [41] Xia D, Wang P, Chen J, et al. Fluoxetine ameliorates symptoms of refractory chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome[J]. Chin Med J, 2011, 124(14): 2158-2161.
- [42] 王荣,陈伟军,王悦,等. M受体阻滞剂联合抗组胺药物治疗 CP/CPPS 的近期疗效分析[J]. 临床泌尿外科杂志, 2014, 29(2): 152-155.
- [43] 种庆贵,宋爱君,郭艳,等. 宁泌泰胶囊治疗慢性前列腺炎临床观察[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2014, 20(2): 178-180.
- [44] 冯懿庚,陈磊,周智恒. 疏肝益阳胶囊联合西药治疗Ⅲ型前列腺炎合并勃起功能障碍的临床疗效[J]. 中华男科学杂志, 2013, 19(11): 1034-1038.
- [45] 郭军,张春影,王瑞. 龟龄集胶囊治疗勃起功能障碍的疗效观察[J]. 中国性科学, 2010, 19(11): 14-16.
- [46] 许晓艳,刘利维,韩瑞发. 前列舒通联合 α -受体阻滞剂治疗慢性前列腺炎的疗效观察[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2014, 20(1): 55-57.
- [47] 王新平,易剑锋,严兴科,等. 中药保留灌肠联合盐酸坦索罗辛缓释胶囊治疗慢性非细菌性前列腺炎/慢性骨盆疼痛综合征临床研究[J]. 中国中医药信息杂志, 2014, 21(3): 19-21.
- [48] 金珊,熊浪,何锦华,等. 中药保留灌肠治疗慢性前列腺炎对照试验的 Meta 分析[J]. 天津中医药大学学报, 2011, 30(1): 23-26.
- [49] 谢建兴,胡海棠,肖冬妮,等. 前列安栓治疗慢性前列腺炎(湿热瘀血壅阻证)的安全性和有效性的Ⅲ期临床试验[J]. 中华男科学杂志, 2009, 15(11): 1049-1052.
- [50] 杨明根,赵晓昆,王新君. 中国慢性前列腺炎治疗的有效性和安全性系统评价[J]. 中国循证医学杂志, 2007, 7(10): 737-742.
- [51] 李天禹,喻坚柏,左亚杰,等. 敷贴合内服治疗慢性前列腺炎的优势——天灸膏合前炎清治疗肾虚湿热型慢性前列腺炎疗效探析[J]. 时珍国医国药, 2009, 20(11): 2830-2831.
- [52] 李海松,王彬,韩亮,等. 脐疗联合栓剂治疗Ⅲ型前列腺炎(气滞血瘀型)80 例临床研究[J]. 北京中医药大学学报(中医临床版), 2013, 20(2): 19-23.
- [53] 严兴科,崔海福,陈程,等. 针灸治疗慢性前列腺炎随机对照临床文献的 Meta 分析[J]. 时珍国医国药, 2012, 23(10): 2592-2595.
- [54] 何渊,夏春玲,刘步平. 针刺治疗慢性前列腺炎 Meta 分析[J]. 中华中医药杂志, 2015, 30(1): 226-229.
- [55] 赵耀东,韩豆瑛. 温通针法靶向透刺治疗慢性前列腺炎临床观察[J]. 中国针灸, 2013, 33(10): 897-899.
- [56] 孟一兵,吴相锋. 针灸综合治疗慢性前列腺炎[J]. 中国中医基础医学杂志, 2010, 16(1): 57-58.
- [57] 张建军,闵立贵,胡晓刚,等. 前列腺及其周围注药加体外高频热疗治疗慢性前列腺炎 338 例临床分析[J]. 现代泌尿外科杂志, 2011, 16(1): 79-81.
- [58] 陈新亮,陈宏,宋静. 复方玄驹胶囊联合前列腺按摩治疗慢性前列腺炎[J]. 中国实验方剂学杂志, 2010, 16(9): 236-237.
- [59] 杨忠圣,祖雄兵,齐琳,等. 生物反馈和电刺激联合治疗慢性前列腺炎/慢性骨盆疼痛综合征[J]. 中华男科学杂志, 2011, 17(7): 611-614.
- [60] Tripp DA, Nickel JC, Katz L. A feasibility trial of a cognitive-behavioral symptom management program for chronic pelvic pain for men with refractory chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome[J]. Can Urol Assoc J, 2011, 5(5): 328-332.
- [61] 刘雅峰,周灿权,欧建平,等. 慢性前列腺炎症状评分与前列腺液白细胞数量相关性分析[J]. 中国男科学杂志, 2008, 22(2): 55-56.
- [62] Riegel B, Bruenahl CA, Ahyai S, et al. Assessing psychological factors, social aspects and psychiatric comorbidity associated with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CP/CPPS) in men - a systematic review[J]. J Psychosom Res, 2014, 77(5): 333-350.
- [63] 王权胜,宾彬,唐乾利,等. 慢性前列腺炎患者的心理干预(附 87 例报告)[J]. 中华男科学杂志, 2011, 17(6): 562-563.
- [64] 李志江,李国栋,程新登. 慢性前列腺炎患者病原体感染分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2014, 24(11): 2645-2647.
- [65] 卢智泉,文娟,史玉婷,等. 门诊患者慢性前列腺炎/慢性骨盆疼痛综合征危险因素分析[J]. 现代预防医学 2010, 37(16): 3001-3003.
- [66] 蓝天,王养民,陈烨,等. 慢性前列腺炎相关危险因素的多中心联合调查研究[J]. 解放军医学杂志, 2010, 35(1): 79-82.

(收稿:2015-05-18 修回:2015-06-28)