

慢性前列腺炎中西医结合诊疗指南

Guidelines on diagnosis and treatment of chronic prostatitis with integrated traditional
Chinese and Western Medicine

2024-12-18 发布

2024-12-18 实施

中国中西医结合学会 发布

目 次

前 言	I
引 言	II
1 范围	1
2 规范性引用文件	1
3 术语和定义	1
4 前列腺炎分类	2
5 流行病学	2
6 发病机制	3
6.1 西医病因病理	3
6.2 中医病因病机	4
7 诊断	4
7.1 西医诊断	4
7.1.1 临床症状	4
7.1.2 体格检查	6
7.1.3 实验室检查	6
7.1.4 辅助检查	7
7.2 中医辨证	7
7.3 CP/CPPS临床表型分类系统（UPOINT）	8
7.4 基于UPOINT与“病-证”结合为导向的中西医协同分类思路	9
8 鉴别诊断	10
9 治疗	10
9.1 基础治疗	10
9.2 西药治疗	10
9.3 中医辨证论治	12
9.4 基于UPOINT与“病-证”结合为导向的中西医协同治疗思路	15
9.5 合并性功能障碍的治疗	18
9.6 外治法	18
9.7 物理治疗	19
9.8 心理治疗	19
9.9 CP/CPPS主要治疗方法推荐意见和证据汇总	19
10 健康教育与随访	20
附 录A（资料性）指南制定过程及方法	23
附 录B（规范性）证据级别与推荐强度评价方法	26
附 录C（资料性）符号和缩略语	28
参考文献	29

前 言

本指南按照GB/T 1.1-2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》起草。

本指南由中国中西医结合学会提出并归口。

本指南起草单位：广西中医药大学第一附属医院

本指南负责人：宾彬

本指南执笔人：宾彬、郭军、孙自学、杨文涛、王家辉、张春和、周少虎、陆海旺

本指南主审人：张敏建、常德贵、郭军、金保方、孙自学、李彦锋、杜亮、戴继灿

本指南讨论专家：马超、王万春、王祖龙、王瑞、尤耀东、吕伯东、孙一鸣、刘建荣、李宏军、李湛民、李大文、李波、邢俊平、张春影、张培海、张长城、陈磊、杨霞、范海青、阿地力江·伊明、周青、郁超、耿强、袁少英、高兆旺、高文喜、商学军、程宛钧、焦拥政、路艺、戴宁

引 言

慢性前列腺炎（Chronic prostatitis, CP）是前列腺在病原体和/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^[1]。慢性前列腺炎是泌尿男科常见病、多发病，临床表现复杂、病情易缠绵难愈。本病患者常饱受疼痛和下尿路症状困扰，部分患者还伴有焦虑、抑郁、恐惧等精神心理障碍以及勃起功能障碍、早泄等性功能障碍，严重影响患者的身心健康和生活质量，并加重社会经济负担。如何充分运用中医、西医现有的研究成果，进一步规范诊疗，提高临床疗效，改善预后，减轻社会负担，是亟待解决的难题。

本病属于中医学“精浊”“淋证”“白浊”等范畴。

西医治疗慢性前列腺炎的方法包括药物治疗、心理治疗、物理治疗、手术治疗等，其主要方法是药物治疗，但仍存在疗效不确切或有争议、长期疗效欠佳、不良反应多和易复发等问题。中医药治疗慢性前列腺炎独具优势和特色，可改善患者疼痛症状、排尿症状和生活质量评分，并且药物不良反应少，临床应用具有较好的依从性。中西医结合治疗慢性前列腺炎可发挥协同作用，大量临床研究和基础实验证实了其有效性。近年来，伴随着慢性前列腺炎诊疗方面取得的重要进展，欧洲泌尿外科学会（European association of urology, EAU）等权威机构，先后颁布了慢性前列腺炎相关的诊疗指南并不断更新。基于指南的临床需求及循证医学的发展，中国中西医结合学会男科专业委员会也先后制定了《慢性前列腺炎中西医结合诊疗指南》（2007年试行版）、《慢性前列腺炎中西医结合诊疗专家共识》（2015年版），促进了本病诊断和治疗规范化，为广大中、西医泌尿男科临床工作者诊治本病及临床研究提供了有益的指导，促进了中西医结合诊治本病疗效评价的统一和诊疗水平的提高。

近年来，慢性前列腺炎的诊断和治疗方面的新理念、新方法、新技术、新药物不断涌现，在学科深度和广度上都有长足的发展和进步。为了规范临床医生对慢性前列腺炎的预防、诊断和治疗，指南制定工作组邀请中医、西医及中西医结合临床医学专家和方法学专家共同参与，以中西医临床关键问题为导向，遵循循证医学指南制定的方法，通过广泛地搜集国内外中西医结合诊治慢性前列腺炎的研究成果，在进行文献评价及GRADE（Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation）系统评价当前最佳证据后，再通过专家论证汇集集体经验和智慧，在此

基础上，广泛征求中医学、西医学、临床流行病学、护理学等多学科专家意见，最后制定了有证据级别及推荐意见的《慢性前列腺炎中西医结合诊疗指南》（以下简称：本指南）。

本指南参照最新的国际、国内指南，汇聚中医、西医相关领域研究进展和成果编制而成，力求以简明的语言阐释本病中西医治疗原则，以期协助各级医师、护理人员、从事中医/中西医结合教育和科研的工作者等能更好地将本指南应用于慢性前列腺炎患者的诊治工作和科研工作中，其科学性、实用性和依从性等需要在临床实践中不断验证，根据临床和科研实践反馈意见进行更新、修订和完善。

慢性前列腺炎中西医结合诊疗指南

1 范围

本指南适用的疾病范围为慢性前列腺炎（Chronic prostatitis, CP），包括其定义、分类、诊断、治疗等内容。本指南适用于各级中医医院、综合医院及社区医疗服务中心等医疗机构。

本指南适用人群范围为执业医师（包括从事中医、西医及中西医结合工作的医师）、护理人员 and 医学院校中从事中医药教育的工作者和学生、中医药科研机构相关人员等。以上人员可在临床及科研实践中参考使用本指南。

2 规范性引用文件

下列文件的内容，通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注明日期的引用文件，仅与该日期对应的版本适用于本文件；不注明日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修订版本）适用于本文件。

《GB/T 1.1-2020》标准化工作导则第1部分：标准化文件的结构和起草规则（参见 <http://www.sac.gov.cn>）；

GB/T14396-2016《疾病分类和代码》

《GB/T 7714-2015》信息与文献参考文献著录规则（参见<http://www.sac.gov.cn>）；

《团体标准管理规定》；

《世界卫生组织指南制定手册》（第2版）（参见<https://www.who.int/publications/item/9789241548960>）；

中国制订/修订临床诊疗指南的指导原则（2022版）；

国际卫生实践指南报告规范（RIGHT）；

中国临床实践指南报告规范（RIGHT 中医拓展版）；

中医临床实践指南报告清单；

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

慢性前列腺炎（ICD11：N41.100）Chronic prostatitis

慢性前列腺炎是指前列腺在病原体和/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性疾病^[1]。慢性前列腺炎主要包括慢性细菌性前列腺炎（Chronic bacterial prostatitis, CBP）、慢性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征（Chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndromes, CP/CPPS）。欧洲泌尿外科学会（European Association of Urology, EAU）将前列腺疼痛综合征（Prostate pain syndrome, PPS）重新定义为原发性前列腺疼痛综合征（Primary prostate pain syndrome, PPPS）^[2]。该定义突出强调了该综合征的“原发性”。“慢性前列腺炎”一词的意义仍然与PPS等同。

本病属于中医学“精浊”“淋证”“白浊”等范畴。

4 前列腺炎分类

参照学术界比较公认的1995年美国国立卫生研究院（National Institutes of Health, NIH）制定的前列腺炎分类方法（见表1）。

表1 NIH分类的各型前列腺炎及临床特点

类型	I型	II型	III型		IV型
			IIIA	IIIB	
名称	急性细菌性前列腺炎（Acute bacterial prostatitis, ABP）	慢性细菌性前列腺炎（Chronic bacterial prostatitis, CBP）	慢性前列腺炎 / 慢性盆腔疼痛综合征（Chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndromes, CP/CPPS）		无症状性前列腺炎（Asymptomatic inflammatory prostatitis, AIP）
			炎症性	非炎症性	
症状特点	全身症状和尿路刺激症状	反复发作的下尿路感染，具有复发性泌尿道感染的特征，持续超过3个月	盆腔区域疼痛或不适至少持续3个月，伴有下尿路症状和/或性功能障碍		无症状
前列腺液白细胞	增多	增多	增多	正常	增多
致病菌	+	+	—	—	±

注：+ 表示检出，— 表示未检出

前列腺炎常见的类型主要是II型、III型。由于IV型前列腺炎缺乏明显症状而少有主动就诊者，一般在患者因其他疾病就诊，进行前列腺液检查时发现。本指南主要论述III型前列腺炎，即慢性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征（CP/CPPS）。

5 流行病学

慢性前列腺炎是泌尿男科常见病、多发病，部分慢性前列腺炎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，统计的一般人群发病率差异较大，目前国内报道的慢性前列腺炎发病率为6.0%~32.9%，高于国外的文献报道^[3]。有研究表明组织学炎症检出率更高^[4]，但前列腺炎症状与组织学前列腺炎严重程度之间，缺乏有临床意义的相关性^[5]。

一般普遍认为，慢性前列腺炎主要影响50岁以下的中青年男性^[6]。关于慢性前列腺炎在人群中的真实患病率的信息非常有限。在国外文献中，以人群为基础的前列腺炎症状患病率范围为1%~14.2%^[7-9]。

有学者对来自北京、安徽、西安、广州、甘肃等省市的15000名符合条件的男性志愿者进行调查，共收集到12743名（占84.95%）男性志愿者的信息，其中有1071人（占8.4%）报告了类似前列腺炎的症状，进一步根据病史和前列腺液检查结果显示符合慢性前列腺炎的百分比为4.5%（571）^[10]。

由于本病症状与其他疾病（如良性前列腺增生、膀胱疼痛综合征等）症状存在较多重叠，单纯基于症状的病例定义，可能不能反映慢性前列腺炎的真实患病率。

6 发病机制

6.1 西医病因病理

6.1.1 II型前列腺炎致病因素主要为病原体感染，以逆行感染为主，常见致病菌有粪肠球菌、大肠杆菌等^[11]。前列腺结石或钙化、生物膜的存在与前列腺感染持续存在相关^[12]。

6.1.2 III型前列腺炎发病机制十分复杂，而且存在诸多争议。疼痛是其主要症状，而作为慢性疼痛综合征的共同特征，尚未发现单一的病因解释。这种情况可能发生在暴露于一种或多种起始因素的易感男性中，这些因素可能是单一的、重复的或连续的。一些疾病因素，包括感染、遗传、神经内分泌、氧化应激、盆腔相关疾病因素、免疫（包括自身免疫）或心理机制参与了本病的发生。这些因素可能导致外周自我延续的炎症状态和/或神经源性损伤，产生急性或慢性疼痛。前列腺的慢性组织学炎症与症状进展显著相关^[13]。涉及神经可塑性的敏感化可能导致集中性神经性疼痛状态^[14]，这也可以解释为什么在CP/CPPS中通常未发现组织损伤。越来越多的证据表明CP/CPPS的神经病变起源与中枢神经系统的疼痛阈值变化有关，而焦虑似乎是其发展成为CP/CPPS的一个危险因素^[15]。国内有学者研究还发现年龄 [OR: 2.828, 95% CI(1.239-6.648), P =

0.004]、憋尿[OR: 2.413, 95% CI(1.213- 4.915), $P = 0.005$]、焦虑或易怒[OR: 3.511, 95% CI(2.034-6.186), $P < 0.001$]、避孕[OR: 2.136, 95% CI(1.161-3.014), $P = 0.029$]和吸烟状况[OR: 1.453, 95% CI(1.313-5.127), $P = 0.013$]是与CP/CPPS患者疼痛严重程度密切相关的危险因素^[16]；另一项研究发现，饮酒、吸烟、性交频繁，以及疲劳、压力和睡眠过少也是CP/CPPS的危险因素^[10]。

肠道微生物在相邻器官中的迁移可能共同参与形成CP/CPPS。研究发现，CP/CPPS患者的肠道微生物多样性显著减少，因此推测肠道微生物异常可能是CP/CPPS的疾病生物标志物和潜在的治疗靶点^[17]。另有研究^[18]表明，CP/CPPS患者的尿液微生物有显著的多样性，梭状芽孢杆菌的数量相对较高，不同临床表型之间微生物组差异显著。

国内有学者研究发现，80%以上不明原因的CP/CPPS患者存在中央型腰椎间盘突出症，突出的椎间盘压迫硬膜囊造成马尾神经功能损伤，形成炎症反应，从而可能导致CP/CPPS^[19]。

最近，国内学者采用遗传流行病学方法研究发现干扰素基因（Interferon gene, IFNG）、干扰素 γ 受体1（Interferon Gamma Receptor 1, IFNGR1）和雄激素受体（Androgen receptor, AR）的遗传多态性，可能是CP/CPPS易感性的遗传因素，其进一步的研究可能有助于确定CP/CPPS的遗传易感性和遗传模型^[20]。

6.2 中医病因病机

中医学认为，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，或因房事不洁，湿热从精道内侵，壅聚于下焦而成；或由于相火妄动，所愿不遂；或忍精不射，相火郁而不散，离位之精化为白浊；或有因情志不畅等影响肝气正常疏泄，肝郁不舒而致气滞血瘀，最终精室失藏过泄、瘀浊不散而成。其病机演变初期往往以湿热为主；日久缠绵不愈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”之虚实夹杂证候；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、虚出现在慢性前列腺炎的不同阶段^[21-25]。久病入络，精室脉络瘀阻，败精瘀浊与湿热互结，是慢性前列腺炎反复发作、缠绵难愈的主要原因^[26]。

7 诊断

7.1 西医诊断

7.1.1 临床症状

国内学者针对慢性前列腺炎症状分布进行研究后发现，尿频占65.8%，盆腔疼痛和不适占52.3%，尿痛占23.0%，性功能相关不适占21.8%^[6]。

7.1.1.1 疼痛

作为CP/CPPS最主要的临床表现，疼痛最常见于会阴部，其次是睾丸、耻骨区及阴茎；还见于尿道、肛周、腹股沟、腰骶部等。疼痛症状对患者生活质量的影响高于排尿症状^[27,28]；发生于骨盆外的疼痛对患者的社会心理健康及生活质量的影响更大^[29]。射精痛或射精后疼痛不适也是本病常见的临床表现^[30]。肌痛是一种经常被忽视的慢性盆腔疼痛形式，51%的CP/CPPS患者存在肌痛^[31]。当触诊到盆底肌肉时，CP/CPPS患者常出现肌肉痉挛和肌肉张力增加以及疼痛^[32]。

7.1.1.2 下尿路症状

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、尿末或用力排大便时，尿道有白色分泌物流出（即“尿道滴白”现象，但需排除非本病的因素，如淋菌性尿道炎等）；还可有排尿等待、排尿无力、尿线变细、排尿中断及排尿时间延长等。

7.1.1.3 精神心理障碍

CP/CPPS患者中普遍存在焦虑、抑郁、失眠、记忆力下降等精神心理障碍。研究显示，躯体形式障碍（Somatoform disorders, SD）是本病患者最常见的精神障碍类型（91.7%），其次是情绪障碍（Mood disorders, MD）（50.6%）和焦虑（32.1%），疼痛与尿路症状评分和抑郁评分之间呈正相关^[33]。

7.1.1.4 性功能障碍

CP/CPPS患者中常伴发性功能障碍，最常见的是勃起功能障碍（Erectile dysfunction, ED）和早泄（Premature ejaculation, PE）。国内学者研究显示IIIA型前列腺炎患者中，勃起功能障碍、早泄和射精疼痛的患病率分别为19%、30%和30%^[34]，而通过自我报告和国际勃起功能指数-5（International Index of Erectile Function, IIEF-5）评估的ED患病率分别为40.5%和35.1%，均与年龄显著相关^[35]。另一项研究则显示，慢性前列腺炎患者的早泄患病率为36.9%^[36]，而且早泄和美国国立卫生研究院慢性前列腺炎症状指数（National Institutes of Health-Chronic Prostatitis Symptom Index, NIH-CPSI）总分之间，存在显著相关^[37]。

一项大型横断面研究显示，阴道内射精潜伏期（Intravaginal Ejaculation Latency

Time, IELT)、国际勃起功能指数-5 (IIEF-5) 与焦虑和抑郁自评量表得分呈负相关^[38]。因此, 必须重视CP/CPPS患者中普遍存在的心理负担及其引发的性功能障碍问题^[33,38-40]。

综上所述, CP/CPPS可明显地降低患者的生活质量。在诊断CP/CPPS时, 推荐使用NIH-CPSI进行基础评估和治疗监测。社会心理症状和疼痛灾难化在CP/CPPS患者中的发生率高^[41], 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^[42]。

7.1.2 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。

7.1.2.1 局部体检

检查下腹部、腰骶部、腹股沟、会阴部、阴茎、阴囊、尿道、睾丸、附睾、精索等有无异常, 同时有助于进行鉴别诊断。

7.1.2.2 直肠指检

评估前列腺的大小、边界、质地、中央沟、局部温度、压痛等情况。同时评估盆底肌肉的压痛及其触发点、紧张度, 以及肛门直肠本身的病变。

7.1.3 实验室检查

7.1.3.1 前列腺按摩液检查

II型、IIIA型前列腺炎患者前列腺按摩液 (Expressed prostatic secretion, EPS) 中WBC数量增多, 而IIIB型前列腺炎WBC数量在正常范围。研究显示, WBC数量与症状严重程度之间无线性相关^[43-46]。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。当前列腺有细菌、真菌、滴虫等病原体感染时, 也可通过EPS高倍镜检发现。若EPS提取困难, 不宜短时间内反复多次按摩, 可留取前列腺按摩后尿液进行尿液分析。

7.1.3.2 病原学定位检查

“四杯法”为经典方法, 但试验繁杂, 不推荐应用于日常诊疗工作。推荐使用“两杯法” (前列腺按摩前、后尿液) 或按摩前后试验 (Pre and Post Massage Test, PPMT)^[47], 后者诊断准确率大于96%^[48]。由于仅有8%的CP/CPPS患者前列腺细菌定位培养呈阳性, 这一比例与无症状者相似^[49], 因此, 病原学定位检查对于CP/CPPS的诊断价值有限, 并非必需。精液微生物培养也有助于前列腺炎的诊断^[50], 采用尿—前列

腺液—精液试验（U-EPS-S试验），可准确鉴定分离物中的病原体和污染物，有助于诊断和鉴别诊断以及评估不同生殖器官感染的治疗效果^[51]。

7.1.3.3 尿常规分析及尿沉渣检查

在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。

7.1.3.4 其他实验室检查

新近研究证实，使用尿液标本检测的前列腺小体外泄蛋白（Prostatic exosomal protein, PSEP），可以作为辅助诊断前列腺炎的特异性生物标志物^[52]。前列腺按摩前、后尿样PSEP含量的敏感性分别为86.93%和61.06%，但液体摄入量的差异可能导致尿液浓缩或稀释而影响其结果^[53]。

血白细胞CD64^[54]、IL-8、IL-1 β 、ICAM-1^[55]及SOD3、CA1^[56]等以及尿前列腺蛋白的N-糖基化谱^[57]等也可作为新型的前列腺炎诊断标志物，但其临床意义还需要更多的临床研究予以证实。

7.1.4 辅助检查

主要有泌尿生殖系统彩超、尿流率、尿动力学、尿道膀胱镜、血清前列腺特异抗原（Prostate Specific Antigen, PSA）、CT和MRI检查、前列腺穿刺等。彩超检查可发现前列腺回声不均匀或欠均匀、钙化、结石、腺管扩张、精囊改变、盆腔静脉充血等改变，但不推荐单一使用彩超检查结果作为诊断依据。前列腺钙化一般被认为与前列腺慢性炎症和/或感染有关，虽然临床意义不大，但有研究显示前列腺钙化的存在影响抗生素治疗前列腺感染的疗效^[58,59]。

上述辅助检查有助于排除泌尿生殖系统以及盆腔脏器可能存在的其他疾病。

7.2 中医辨证

本病的辨证分型，主要分为基本证型与复合证型（2种或2种以上基本证型同时存在）。本病常见中医证型包括湿热下注证、气滞血瘀证、肝气郁结证、肾阴亏虚证、肾阳不足证和湿热瘀滞证；实证因素为湿热、气滞、血瘀，虚证因素则主要是肾虚和脾虚。其中，湿热下注证、气滞血瘀证、肝气郁结证、湿热瘀滞证的出现频率较多，其次是肾阳不足证、肾阴亏虚证，且多为兼夹证，湿热、血瘀、肝郁多交互为患^[1,21,22,25,60-64]。

证候变化与病程、年龄等因素有关：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。

综上，本病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，主要的复合证型为湿热瘀滞证（即湿热下注证+气滞血瘀证）。各证型具体表现见表2。在临床工作中应四诊合参，参考上述证型标准进行辨证。

表2 各证型及其表现

证型	主症	次症	舌脉
湿热下注证	尿频尿急，灼热涩痛	尿液黄浊，尿道滴白，阴囊潮湿，口苦口干	舌红，苔黄腻，脉滑实或弦数
气滞血瘀证	会阴部、外生殖器区、小腹、耻骨区、腰骶、腹股沟及肛周坠胀或疼痛	排尿刺痛，淋漓不畅，血精或血尿	舌紫黯或有瘀点、瘀斑，苔白或黄，脉弦或涩
肝气郁结证	会阴部、外生殖器区、小腹、耻骨区、腰骶、腹股沟及肛周坠胀不适，似痛非痛	胸闷心烦，排尿无力，小便淋漓，疑病恐病	舌淡红，苔白，脉弦细
肾阳不足证	尿后滴沥，劳后白浊	畏寒肢冷，腰膝酸软，精神萎靡，阳痿早泄，性欲低下	舌淡胖，苔白，脉沉迟或无力
肾阴亏虚证	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	舌红，苔少，脉细数
湿热瘀滞证	尿频尿急，灼热涩痛，淋漓不畅，会阴部、外生殖器区、小腹、耻骨区、腰骶、腹股沟及肛周坠胀或疼痛	尿液黄浊，尿道滴白，口苦口干，阴囊潮湿，血精或血尿	舌红，苔黄腻，脉弦数或弦滑
注：本病临床表现常呈多样化，其他证型还有肾虚湿热证、肾虚血瘀证、脾肾两虚证、肝郁肾虚证、肝郁脾虚证、中气不足证、肝郁化火证、寒凝肝脉证等。临床需根据实际情况，四诊合参，综合辨证。			

7.3 CP/CPPS临床表型分类系统（UPOINT）

NIH分类法和NIH-CPSI评分体系的建立，以改善症状、提高生活质量作为前列腺炎的治疗目的，已基本达成共识。但多项基于此的多中心临床试验结果并不十分令人满意。

Nickel等学者于2009年提出用于指导CP/CPPS诊疗的UPOINT表型分类系统和建议的治疗方法^[65-69]。

该系统将CP/CPPS的临床表现（表型）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UPOINT。这一分类方法倡导对于造成本病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。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，表型定向治疗可以提高治疗的成功率^[2]。这是继NIH分类系统和NIH-CPSI之后的又一重大进展，与中医辨证论治不谋而合，将两者结合，可显著改善患者的疼痛症状、排尿症状、生活质量及NIH-CPSI总评分，提高临床疗效^[70-72]。UPOINT表型分类和中医“病-证”关系见7.4表3。

7.4 基于UPOINT与“病-证”结合为导向的中西医协同分类思路

表3 基于UPOINT与“病-证”结合为导向的中西医协同分类思路

表型分类	临床表现	中医辨证
排尿症状（U）	CPSI排尿症状评分>4 患者主诉令人困扰的尿频、尿急或夜尿 最大尿流率<15ml/s和/或呈梗阻模式 残余尿量>100ml	湿热下注证 湿热瘀滞证 气滞血瘀证 肾阳不足证 肾阴亏虚证 肾虚血瘀证
社会心理障碍（P）	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	肝气郁结证
器官特异性表现（O）	特异性的前列腺压痛 前列腺液中白细胞增多、血精 广泛的前列腺钙化	湿热下注证 湿热瘀滞证 肝气郁结证 气滞血瘀证
感染（I）	排除I型前列腺炎及II型前列腺炎感染复发 前列腺液细菌培养阳性 既往抗菌治疗有效	湿热下注证 湿热瘀滞证

神经系统/全身性状况 (N)	盆腔或腹部以外的疼痛 肠易激综合征	气滞血瘀证 肝气郁结证
盆底肌触痛 (T)	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	气滞血瘀证 肝气郁结证
注：本表每个表型分类和中医证型的对应关系不是绝对的、一成不变的，临证需根据具体病情及其发展阶段，四诊合参，综合辨证，以全面、准确地做出判断。		

8 鉴别诊断

上述疼痛不适、排尿异常、性功能障碍等症状并非慢性前列腺炎所特有。慢性前列腺炎的诊断是排除性诊断。本病需与良性前列腺增生、精囊腺炎、尿路感染、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、肉芽肿性前列腺炎、原发性膀胱颈梗阻、泌尿生殖系统结石、性传播疾病、膀胱肿瘤、前列腺癌、睾丸附睾和精索疾病、肛门-直肠相关疾病、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。

9 治疗

中医、中西医结合综合治疗CP/CPPS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^[69,73]。在强调辨病-辨证、个体化治疗的同时，需要关注患者的生活质量和纠正不良生活方式。

CP/CPPS治疗方法繁多，采用单一治疗措施的研究结果常常令人失望，其原因可能与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有关，单一治疗措施难以使得所有患者获益^[2]。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^[74,75]。

9.1 基础治疗

CP/CPPS的发生与患者对疾病认知缺乏以及不良的饮食和生活行为习惯相关。对患者进行健康宣教，普及相关知识，指导改变其不良行为习惯是治疗的基础。

9.2 西药治疗

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（如M-受体阻滞剂、 β_3 受体激动剂、抗抑郁药、抗焦虑药等）对缓解症状也有不同程度的疗效。

Nickel等^[68]为UPOINT系统的每一类表型提出了针对性的治疗建议和方法。研究显示，使用UPOINT系统进行表型定向治疗，可显著降低患者NIH-CPSI评分及提高生活质量^[58,70,76,77]。

9.2.1 α -受体阻滞剂（推荐强度：强；证据级别：中）

α -受体阻滞剂通过抑制位于前列腺、膀胱颈部平滑肌上的肾上腺素能受体，松弛平滑肌而改善排尿症状。在CP/CPPS中使用 α -受体阻滞剂，主要基于该类物质在LUTS中的疗效，抗炎作用也是 α -受体阻滞剂发挥治疗作用的可能机制之一^[78]。常用的 α -受体阻滞剂有坦索罗辛、特拉唑嗪、多沙唑嗪、阿夫唑嗪和赛洛多辛。多项研究已证实， α -受体阻滞剂能改善NIH-CPSI总分[平均差MD=5.01；95% CI(7.41,2.61)]，包括其子评分（疼痛、排尿症状和生活质量）^[79]。

总的来说， α -受体阻滞剂对CP/CPPS的疼痛、排尿和生活质量评分有中等的治疗效果^[80,81]。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，疗程不应少于6周^[82,83]。应注意该类物质可能导致的眩晕和体位性低血压、逆行射精等不良反应，推荐睡前服用。

9.2.2 抗生素

抗生素治疗对CP/CPPS的疼痛、排尿和生活质量评分有中等的治疗效果^[2]。经验性抗菌药物治疗CP/CPPS可改善NIH-CPSI评分[平均差MD= 2.43；95% CI(4.72,0.15)]^[79]。尽管在前列腺液或其他样本中未分离出致病菌的情况下，氟喹诺酮类和大环内酯类药物的应用已被证明对治疗疼痛有效^[84]，这说明抗生素的治疗效果超出了其抗菌作用，也可能是从抗生素治疗中获益的患者存在未被识别的尿路病原体感染。抗生素联合 α -受体阻滞剂可获得更理想的疗效^[80,85]。

IIIA型CP/CPPS可经验性使用抗生素2周~4周，再根据疗效反馈决定是否继续使用抗生素治疗。只有在证实患者获益大于风险时，才建议继续应用抗生素，总疗程4周~6周。推荐使用单一抗生素（喹诺酮类或四环素类）治疗病程<1年且治疗经历简单的IIIA型CP/CPPS患者。若超过6周无效，应选择其他治疗。（推荐强度：强；证据级别：中）

不推荐使用抗生素治疗IIIB型CP/CPPS。

对于明确存在沙眼衣原体、解脲支原体和/或人型支原体等感染，可口服大环内酯类、四环素类等抗生素治疗^[86]。

对于II型前列腺炎，应根据细菌培养结果选择敏感抗生素，常用氟喹诺酮类药物，疗程4周~6周，并进行阶段性疗效评价。疗效不佳时，可改用其他敏感抗生素。

9.2.3 非甾体抗炎药（推荐强度：弱；证据级别：中）

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。研究显示NSAIDs可改善NIH-CPSI评分[平均差MD=2.50；95%CI(3.74, 1.26)]^[87]。非甾体抗

炎药对本病有中等的整体治疗效果，如塞来昔布^[2]。使用该类药物必须考虑其长期使用带来的不良反应，可以联合 α -受体阻滞剂使用^[88]。

9.2.4 M受体阻滞剂和 β_3 受体激动剂（推荐强度：弱；证据级别：中）

对伴有膀胱过度活动症（Overactive bladder, OAB）表现如尿急、尿频和夜尿增多但无尿路梗阻的前列腺炎患者，推荐使用M受体阻滞剂（如索利那新、托特罗定等）或 β_3 受体激动剂（如米拉贝隆）治疗^[89]，后者可以显著改善患者24小时排尿次数和每次排尿量。

9.2.5 抗抑郁、抗焦虑药（推荐强度：弱；证据级别：中）

对合并抑郁焦虑等心理障碍的患者，可选择使用抗抑郁药及抗焦虑药治疗以改善心理障碍症状，还可缓解排尿症状与疼痛等躯体症状。必须严格掌握这些药物的适应证、禁忌证和不良反应。可选择三环类/苯二氮卓类抗抑郁药、选择性5-羟色胺再摄取抑制剂，如舍曲林、氟西汀等^[90,91]。

9.3 中医辨证论治

辨证论治是中医的优势和特色治疗方法，也是医生临床经验与患者个体化治疗方案结合的最佳体现。本指南所列处方均来源于国家中医药行业高等教育“十四五”规划教材的《方剂学》^[92]。在临床应用中，可结合具体病情和医生个人经验加减化裁，本指南不承担相关法律责任。

9.3.1 湿热下注证

治法：清热利湿，导浊通淋

推荐处方：八正散（《太平惠民和剂局方》）加减

推荐备选方：龙胆泻肝汤（《医方集解》）加减、程氏萆薢分清饮（《医学心悟》）加减

9.3.1.1 中成药

宁泌泰胶囊（推荐强度：强；证据级别：中）

用法用量：口服，每次3粒~4粒，每日3次

由四季红、芙蓉叶、仙鹤草、大风藤、白茅根、连翘、三棵针组成的宁泌泰胶囊，能显著改善湿热下注证CP/CPPS患者疼痛评分、排尿评分、生活质量评分^[93,94]，并且不增

加不良反应率。一项 Meta 分析^[95]（11篇 RCT，总样本量2079例）显示，宁泌泰胶囊联合抗生素治疗CP与单用抗生素治疗比较，可显著降低 NIH-CPSI 总分 [MD=-8.14; 95%CI (-9.39, -6.90)]。

9.3.2 气滞血瘀证

治法：行气活血，化瘀止痛

推荐处方：复元活血汤（《医学发明》）加减

推荐备选方：少腹逐瘀汤（《医林改错》）加减

9.3.2.1 中成药

少腹逐瘀丸（推荐强度：弱；证据级别：低）

用法用量：口服，大蜜丸，每次9g，每日2次

少腹逐瘀丸用于 CP/CPPS 气滞血瘀证，临床较为常用，患者接受度高。经专家论证认为，该药可以改善气滞血瘀证CP/CPPS患者的临床症状，可以进入指南推荐。

9.3.3 肝气郁结证

治法：疏肝解郁，行气止痛

推荐处方：柴胡疏肝散（《景岳全书》）加减

推荐备选方：逍遥散（《太平惠民和剂局方》）合金铃子散（《太平圣惠方》）

加减

9.3.3.1 中成药

9.3.3.1.1 逍遥丸（推荐强度：弱；证据级别：低）

用法用量：口服，浓缩丸，每次6g~9g，每日2次

逍遥丸用于 CP/CPPS肝气郁结证，临床较为常用，患者接受度高。经专家论证认为，该药可以改善肝气郁结证CP/CPPS患者的临床症状，可以进入指南推荐。

9.3.3.1.2 疏肝益阳胶囊（推荐强度：强；证据级别：中）

用法用量：口服，每次4粒，每日3次

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、石菖蒲组成的疏肝益阳胶囊，适用于肝气郁结证CP/CPPS合并ED的患者，联合常规西药方案（盐酸坦洛新缓释片+普适泰片）可显著改善CP/CPPS合并ED患者NIH-CPSI、IIEF-5、医院焦虑抑郁量表（Hospital anxiety and depression scale,HADS）评分^[96-99]。

9.3.4 肾阳不足证

治法：温肾化气，利水通淋

推荐处方：济生肾气丸（《济生方》）加减

推荐备选方：金匱肾气丸（《金匱要略》）加减

9.3.4.1 中成药

金匱肾气丸（《金匱要略》）（推荐强度：弱；证据级别：低）

用法用量：口服，每次小蜜丸9g或大蜜丸1丸，每日3次

金匱肾气丸用于 CP /CPPS肾阳不足证，临床较为常用，患者接受度高。经专家论证认为，该药可以改善肾阳不足证CP/CPPS患者的临床症状，可以进入指南推荐。

9.3.5 肾阴亏虚证

治法：滋肾填精，养阴清热

推荐处方：知柏地黄汤（《医宗金鉴》）加减

推荐备选方药：六味地黄丸（《小儿药证直诀》）加减

9.3.5.1 中成药

知柏地黄丸（《医宗金鉴》）（推荐强度：弱；证据级别：低）

用法用量：口服，每次小蜜丸9g或大蜜丸1丸，每日3次

知柏地黄丸用于 CP/CPPS肾阴亏虚证，临床较为常用，患者接受度高。经专家论证认为，该药可以改善肾阴亏虚证CP/CPPS患者的临床症状，可以进入指南推荐。

9.3.6 湿热瘀滞证

治法：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》）加减

推荐备选方：四妙丸（《成方便读》）合失笑散（《太平惠民合剂局方》）加减

9.3.6.1 中成药

前列舒通胶囊（推荐强度：强；证据级别：低）

用法用量：口服，每次3粒，每日3次

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、柴胡、川牛膝、甘草组成的前列舒通胶囊，适用于湿热瘀滞证 CP/CPPS患者。一项纳入16项RCT的meta分析^[100]（n=2368）结果显示，试验组（前列舒通胶囊+喹诺酮类药物）总有效率[RR=1.56,95%CI(1.29,1.88),P<0.001]、NIH-CPSI评分[MD=-6.97,95%CI(-8.67,-5.26),P<0.001]、疼痛症状评分[MD=-3.18,95%CI(-3.92,-2.44),P<0.001]、排尿症状评分[MD=-1.62,95%CI(-1.85,-1.38),P<0.001]、生活质量评分[MD=-2.16,95%CI(-2.89,

-1.43), $P<0.001$]、前列腺液白细胞计数[MD=-8.90,95%CI(-11.79,-6.02), $P<0.001$]和复发率[RR=0.22,95%CI(0.12,0.42), $P<0.001$]均显著优于对照组（单用喹诺酮类药物）;不良反应发生率比较[RR=0.49,95%CI(0.11,2.13), $P=0.34$]。另一项纳入10项RCT（ $n=1796$ ）的Meta分析^[101]结果也显示，前列舒通胶囊与左氧氟沙星联合使用治疗慢性前列腺炎的临床疗效优于单独使用左氧氟沙星[OR=6.53,95%CI(4.70,9.08), $P<0.01$];前列舒通胶囊与左氧氟沙星联合使用治疗慢性前列腺炎的临床疗效优于单独使用左氧氟沙星[OR=4.83,95% CI(2.50,9.36) , $P<0.01$];前列舒通胶囊与盐酸莫西沙星联合使用治疗慢性前列腺炎的临床疗效优于单独使用盐酸莫西沙星[OR =4.29, 95% CI(2.23,8. 25), $P<0.01$]。临床上使用前列舒通胶囊联合喹诺酮类药物治疗慢性前列腺炎较单用喹诺酮类药物疗效更优，该治疗方案能够明显提高治疗有效率，减少EPS白细胞计数并显著降低 NIH-CPSI评分，且安全性良好。

9.4 基于UPOINT与“病-证”结合为导向的中西医协同治疗思路（见表4）

表4 基于UPOINT与“病-证”结合为导向的中西医协同治疗思路

表型分类	西医治疗	中医治法	推荐方药	备选方剂	推荐中成药
排尿症状（U）	α -受体阻滞剂 M-受体阻滞剂 $\beta 3$ 受体激动剂	清热利湿，导浊通淋 温肾化气，化瘀通窍	八正散 龙胆泻肝汤合桃红四物汤 济生肾气丸 知柏地黄汤	程氏萆薢分清饮 龙胆泻肝汤 金匱肾气丸 六味地黄丸	宁泌泰胶囊、前列舒通胶囊 龙胆泻肝丸合桂枝茯苓丸 金匱肾气丸 知柏地黄丸
社会心理障碍（P）	心理咨询 认知行为治疗 抗抑郁药、抗焦虑药	疏肝解郁，行气止痛	柴胡疏肝散	逍遥散合金铃子散	逍遥丸 疏肝益阳胶囊
器官特异性表现（O）	α -受体阻滞剂 植物制剂 前列腺按摩 5 α -还原酶抑制剂	清热利湿，导浊通淋 活血化瘀，利窍通淋 疏肝解郁，行气止痛	八正散 柴胡疏肝散 复元活血汤	程氏萆薢分清饮 龙胆泻肝汤 逍遥散合金铃子散 少腹逐瘀汤	宁泌泰胶囊、前列舒通胶囊 逍遥丸 少腹逐瘀丸
感染（I）	抗生素	清热利湿，导浊通淋 活血化瘀，利窍通淋	八正散 龙胆泻肝汤合桃红四物汤	程氏萆薢分清饮 四妙丸合失笑散	宁泌泰胶囊、前列舒通胶囊 龙胆泻肝丸合桂枝茯苓丸
神经系统/全身性状况（N）	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	疏肝解郁，行气止痛 行气活血，化瘀止痛	柴胡疏肝散 复元活血汤	逍遥散合金铃子散 少腹逐瘀汤	逍遥丸 少腹逐瘀丸
盆底肌触痛（T）	骨骼肌松弛剂 针对盆腔的物理治疗、综合性治	行气活血，化瘀止痛	复元活血汤	少腹逐瘀汤	少腹逐瘀丸

	疗运动				
注：临床中应根据不同患者个体和疾病不同阶段的差异灵活辨证，“病-证”结合，中西医协同治疗，慎防不加辨证地长期过用一方一药。					

9.5 合并性功能障碍的治疗

对于合并性功能障碍的CP/CPPS患者，更详细的诊疗方法建议参照本学会的相关指南。

9.6 外治法

9.6.1 针灸治疗（推荐强度：强；证据级别：中）

针灸治疗CP/CPPS以脏腑辨证为基础进行辨证选穴，调和阴阳，调畅气血，以及远近取穴的选穴循经规律为主^[102,103]。可辨证选取：秩边、中极、曲骨、会阴、关元、足三里、三阴交、膀胱俞、上髎、下髎、次髎、中髎、肾俞、气海、阴陵泉、太溪等穴。

针刺对CP/CPPS的治疗可从多个层面发挥作用，譬如调节炎症因子的水平，调节免疫；提高机体的抗氧化能力；调节神经递质的释放和自主神经的活动来减轻组织损伤和改善神经功能；调节盆底肌肉收缩，改善尿动力学；改善盆腔瘀血^[102]，还可调节慢性疼痛疾病的脑区功能和结构^[104]。多项随机假针灸对照研究^[105-108]显示针刺疗法可缓解盆腔疼痛和改善排尿症状，降低NIH-CPSI评分，随访后发现长期疗效稳定，在改善症状和生活质量方面优于假针灸。

9.6.2 栓剂/凝胶塞肛（推荐强度：强；证据级别：低）

对于以会阴部、腰骶部坠胀痛不适为主要表现，伴有或无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，推荐使用栓剂或凝胶，睡前排便后塞肛。多项研究证实栓剂（前列安栓、前列泌尿栓）/凝胶（含纳米银成分）对CP/CPPS具有较好疗效，能显著改善慢性前列腺炎患者NIH-CPSI评分、中医证候评分，可与其他治疗措施联合应用^[109-116]。

9.6.3 中药贴敷、脐疗（推荐强度：弱；证据级别：低）

研究证实中药贴敷、脐疗也可取得一定疗效^[117-119]。其中一项系统评价^[117]纳入22项RCT共涉及1087例患者，结果显示，穴位贴敷疗法可显著提高慢性前列腺炎患者的有效率[OR=0.30；95%CI(0.22，0.40)]，改善患者NIH-CPSI评分[OR=-2.28；95%CI(-2.84，-1.72)]及中医证候评分[OR=2.70；95%CI(0.38，5.02)]。

9.6.4 中药保留灌肠（推荐强度：弱；证据级别：低）

中药保留灌肠使药物直接从直肠黏膜吸收，有效成分迅速到达病变的前列腺组织，避免了消化酶、酸碱环境对药物的影响和破坏作用，可提高药物的生物利用度^[120]。中药灌肠可显著改善NIH-CPSI评分、中医症状评分、前列腺液中白细胞数量和卵磷脂小体数量^[121]。

9.7 物理治疗

9.7.1 磁振磁电治疗、生物反馈和电刺激治疗（推荐强度：弱；证据级别：低）

磁振磁电治疗通过磁场、机械波、磁振波、低频声波及脉冲电刺激，具有增强前列腺生物膜通透性，改善局部微循环和组织代谢，减轻间质水肿的作用。磁振磁电联合药物、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患者排尿症状，缓解疼痛与不适症状，提高生活质量^[122,123]。

9.7.2 前列腺按摩（推荐强度：弱；证据级别：低）

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。按摩手法如经直肠盆底经络揉推治疗还具有刺激神经末梢，放松盆底痉挛的肌肉，提高局部疼痛感受器阈值，降低中枢传递疼痛感觉的神经元兴奋性，促进各种镇痛物质的自身分泌，缓解CP/CPPS患者的疼痛等症状^[124]，联合其他治疗可有效缩短病程^[122]。

9.7.3 热疗（推荐强度：弱；证据级别：低）

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，加快局部代谢产物排出，促进炎症消退，降低结缔组织张力和增强免疫力^[125,126]，有效缓解前列腺炎症症状，但需谨慎用于未生育男性。

9.8 心理治疗（推荐强度：强；证据级别：中）

针对CP/CPPS设计的认知行为疗法可以改善疼痛和生活质量，对于有明显心理困扰的CP/CPPS患者，建议进行心理治疗^[2]。心理干预能够改善患者的疼痛症状、灾难化心理和生活质量^[127,128]。

9.9 CP/CPPS主要治疗方法证据和推荐意见汇总（见表5）

表5 CP/CPPS主要治疗方法证据和推荐意见

证据总结	推荐意见	推荐强度	证据等级
α -受体阻滞剂对CP/CPPS的疼痛、排尿和生活质量评分有中等治疗效果	对于CP/CPPS持续时间少于1年的患者，推荐使用 α 受体阻滞剂	强	中
抗生素治疗对CP/CPPS的疼痛、排尿和生活质量评分有中等治疗效果	使用单一抗生素（喹诺酮类或四环素类）治疗病程少于1年且治疗经历简单的IIIA型CP/CPPS患者	强	中
非甾体抗炎药对CP/CPPS有中等的治疗效果	为有适应证的CP/CPPS患者提供非甾体抗炎药物。必须考虑长期使用带来的副作用	弱	中
M-受体阻滞剂可以改善排尿症状	为伴有OAB表现如尿急、尿频和夜尿但无尿路梗阻的CP/CPPS患者提供M-受体阻滞剂	弱	中
β 3受体激动剂可以改善患	为伴有OAB表现的CP/CPPS患者	弱	中

者24小时排尿次数和每次排尿量	使用提供 β 3受体激动剂		
抗焦虑、抗抑郁药可改善CP/CPPS患者心理障碍症状、排尿异常与疼痛等躯体症状	对合并抑郁、焦虑等心理障碍的CP/CPPS患者，使用抗抑郁药、抗焦虑药治疗	弱	中
宁泌泰胶囊能显著改善湿热下注证CP/CPPS患者疼痛评分、排尿评分、生活质量评分	为有适应证的CP/CPPS患者提供宁泌泰胶囊	强	中
疏肝益阳胶囊能显著改善心理性勃起功能障碍（肝郁肾虚证）	为有适应证的CP/CPPS患者提供疏肝益阳胶囊	强	中
前列舒通胶囊能改善湿热瘀滞证CP/CPPS患者的下尿路症状，局部疼痛及下坠感，提高生活质量	为有适应证的CP/CPPS患者提供前列舒通胶囊	强	低
针灸在改善CP/CPPS症状和生活质量方面优于假针灸	为有适应证的CP/CPPS患者提供针灸治疗	强	中
栓剂/凝胶塞肛可以改善CP/CPPS患者疼痛和排尿症状	为有适应证的CP/CPPS患者提供栓剂或凝胶塞肛治疗	强	低
中药贴敷、脐疗可以改善CP/CPPS患者NIH-CPSI评分	为有适应证的CP/CPPS患者提供中药贴敷、脐疗	弱	低
中药保留灌肠可显著改善CP/CPPS患者NIH-CPSI评分	为有适应证的CP/CPPS患者提供中药灌肠治疗	弱	低
磁振磁电、生物反馈和电刺激联合治疗能改善CP/CPPS患者排尿症状，缓解疼痛与不适，提高生活质量	为有适应证的CP/CPPS患者提供磁振磁电、生物反馈和电刺激治疗	弱	低
前列腺按摩可缓解CP/CPPS患者疼痛等症状	为有适应证的CP/CPPS患者提供前列腺按摩	弱	低
热疗可以有效缓解CP/CPPS症状	为有适应证的CP/CPPS患者提供热疗	弱	低
心理干预能够改善CP/CPPS患者的疼痛症状、灾难化心理和生活质量	对有明显心理困扰的CP/CPPS患者进行心理治疗	强	中

10 健康教育与随访

慢性前列腺炎具有病程长、治疗周期长、易反复等特点，容易给患者造成不同程度的精神心理压力，影响正常工作生活。患者对本病缺乏正确认识、存在不良习惯、治疗依从性差等因素严重影响治疗效果。因此，实施慢病管理，对慢性前列腺炎患者的健康教育和随访，显得十分重要。实施个体化健康教育，普及相关知识，有助于缓解患者的紧张、焦虑，改善由此引发的躯体症状；随访有利于及时获得治疗及康复反馈信息，用于指导治疗方案的调整。有效的健康教育和随访有助于提高疗效以及治疗的连续性，同

时提高患者的满意度和依从性，从而有利于疾病的康复。在日常诊疗中，医生应耐心倾听，并择机进行细致的诊间口头宣教，也可以充分利用现代多媒体，采取多元化的宣教方式实现诊间、诊后宣教。

10.1 健康教育

10.1.1 科普疾病知识

向患者普及慢性前列腺炎相关知识，缓解、消除焦虑恐慌，树立战胜疾病的信心。如前列腺的解剖、病理生理，前列腺炎的病因、临床表现、治疗方法和效果、易复发的原因、用药指导、生活健康指导、心理指导等。明确告知患者前列腺炎是一种常见病、多发病，不威胁生命，并非所有的前列腺炎都需要治疗。前列腺液白细胞检查主要用于指导诊断分类，与病情严重程度、症状的严重程度无必然联系，减少或消除白细胞数量并不是治疗的目的，改善症状、提高生活质量、促进相关功能恢复，才是最重要的。

10.1.2 纠正不良习惯

应纠正过量饮酒、嗜食辛辣、久坐、频繁自慰、忍精不射、纵欲等不良习惯。应杜绝不洁性行为、预防尿路感染。保持心情愉悦，缓解紧张焦虑情绪，加强体育锻炼，注意防寒保暖。

10.1.3 适时心理干预

抑郁和/或焦虑状态可能是慢性前列腺炎易感或致病因素，还会影响本病的预后。对于慢性前列腺炎患者普遍关注的癌变、性功能障碍、不育等问题，应耐心细致地解释。鼓励患者保持积极向上的生活工作态度，勿过度关注某些症状。必要时请心理科、疼痛科等多学科参与诊疗。

10.1.4 坚持规范诊疗

强调遵从医嘱的重要性和必要性。症状的缓解和消除，是评价慢性前列腺炎治疗效果的主要依据。治疗的重点不应仅仅放在药物上，并非所有患者都需要药物治疗。心理支持、改变不良习惯等非药物干预方法，同样重要。

10.1.5 中医养生保健

在辨证的前提下，慢性前列腺炎患者的饮食，以清淡、清补之品为主。炙烤、辛辣燥热之物应忌食或少食。通过不同的中医保健方法（如收腹、提肛、摩腹等），调息、调心、调身，调节脏腑经络气血可改善症状。

10.2 随访

定期随访，及时获取患者治疗效果、心理状态等反馈信息，并进行针对性调整，给

予必要的健康指导及复诊信息。可每2周～4周随访一次。建议采用NIH-CPSI阶段性随访评估慢性前列腺炎的治疗效果。

利益冲突声明

指南制定专家组及工作组成员均不存在本指南相关的利益冲突。所有参与的专家及工作人员均声明其本人没有和本指南主题相关的任何商业的、专业的或其他方面的利益，以及所有可能被本指南成果影响的利益。

附录 A

（资料性）

指南制定过程及方法

A.1 指南制定项目组成员及职责

本指南编写工作在福建中医药大学附属人民医院张敏建教授主持下，由广西中医药大学第一附属医院宾彬教授负责组织实施，联合全国具有代表性的从事慢性前列腺炎中医、西医和中西医结合临床工作中经验丰富的泌尿外科、男科专家及方法学专家组成指南制定专家组。在指南制定专家组的指导下，以张敏建教授为组长的指南制定工作组成员按当前循证医学中指南制定的要求开展工作。

A.2 利益冲突声明

指南制定专家组及工作组成员均不存在本指南相关的利益冲突。所有参与的专家及工作人员均声明其本人没有和本指南主题相关的任何商业的、专业的或其他方面的利益，以及所有可能被本指南成果影响的利益。

A.3 构建临床问题及文献筛选（详细内容见编制说明）

本指南制定工作组通过问卷调查形式构建本指南需要回答的临床问题，再以临床问题为中心进行文献检索，汇聚当前的中医、西医、中西医结合的循证医学成果。根据纳入的临床问题及结局指标，遵循PICO（Population, Intervention, Control, Outcome）原则对具体临床问题进行证据检索。中文数据库选取中国知网学术文献总库（CNKI）、中文科技期刊全文数据库（VIP）、中国生物医学文献数据库（CBM）、万方数据库（Wanfang），英文数据库选取Medline、Embase、Cochrane Library进行检索，纳入随机对照试验（Randomized Controlled Trial, RCT）、系统评价及Meta分析等文献进行评价。检索时间截止至2022年8月31日。本指南研究将相对高质量的研究文献，包括RCT、真实世界研究、专家共识和Meta分析等，纳入本次研究，还特别注重采纳我国学者的研究成果，使得指南具有本土特色。部分研究存在设计不规范和质量偏低的问题，加上研究的异质性，偏倚风险等，不可避免影响部分荟萃分析结论的可靠性。因此，部分治疗药物和措施仍需要高级别的循证证据支撑。

A.4 形成证据级别与推荐强度

参照目前国际通用的评价证据体的GRADE（Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation）方法，指南制定工作组对证据进行检验并讨论其与临床问题的符合程度后，将形成证据级别与推荐强度。在审定证据等级和推荐过程中，工作组在GRADE方法基础上，通过问卷、征求意见、举行论证会等形式，广泛且充分地征询了来

自全国各地中医、西医专家、中西医结合专家、方法学专家、护理专家意见，统筹兼顾地区差异，确保指南推荐内容的真实性、可靠性和广泛的指导性。针对部分治疗措施如经典的中药汤剂虽研究证据少或研究质量偏低，但专家认可度高，临床疗效肯定而列入推荐；部分治疗措施研究证据充分，但综合证据质量、利弊平衡及国内开展情况等因素后，结果为弱推荐。同时，有待今后更多、更科学的研究和更高等级的证据来进一步完善和更新指南。

A.5 专家问卷调查及编写初稿（详细内容见编制说明）

指南制定工作组根据专家问卷调查结果，编写指南初稿。

A.6 专家论证与征求意见（详细内容见编制说明）

2022年6月15日晚上在腾讯会议以线上形式举行本指南的论证会，出席会议有张敏建教授（福建中医药大学附属人民医院）、宾彬教授（广西中医药大学第一附属医院）、陆海旺副主任医师（广西中医药大学第一附属医院）、孙自学教授（河南省中医院）、杨文涛教授（广西中医药大学附属瑞康医院）、李彦锋教授（陆军特色医学中心）、戴继灿教授（上海交通大学医学院附属仁济医院）、常德贵教授（成都中医药大学附属医院）、郭军教授（中医科学院西苑医院）、金保方教授（东南大学中大医院）、张春和教授（云南省中医医院）、周少虎教授（广州中医药大学第一附属医院）、王家辉教授（海南省人民医院）、杜亮教授（四川大学华西医院），汇聚了全国范围内泌尿男科、方法学领域的著名中医、西医及中西医结合专家、循证医学专家一起讨论。会中宾彬教授代表指南制定工作组汇报指南制定的背景及基础，系统地阐述了指南工作文献调研方法、证据评价体系、制定流程及编写体例多个核心工作环节。与会专家对指南具体内容进行了讨论论证，达成共识后形成工作讨论稿。

在专家论证会后，综合各专家意见进行修改完善的基础上，再次将工作讨论稿发给制定小组成员，进行论证，然后形成征求意见稿。2022年7月6日通过电子邮件形式征求来自全国22个省/自治区/直辖市的包括中医、西医、护理等领域的31位专家意见，时间不少于10天。

附征求意见稿专家名单（以姓氏笔画为序）：马超（新疆医科大学附属中医医院）、王万春（江西中医药大学附属医院）、王祖龙（河南中医药大学附属第一医院）、王瑞（郑州大学第一附属医院）、尤耀东（成都中医药大学附属医院）、吕伯东（浙江中医药大学附属第二医院）、孙一鸣（黑龙江省中医药科学院）、刘建荣（山西省人民医院）、李宏军（北京协和医院）、李湛民（辽宁中医药大学附属医院）、李大文（广西壮族自治区人民医院）、李波（河北省中医院）、邢俊平（西安交通大学医学院第一附

属医院)、张春影(哈尔滨医科大学附属第二医院)、张培海(成都中医药大学附属医院)、张长城(三峡大学医学院)、陈磊(上海中医药大学附属龙华医院)、杨霞(成都中医药大学附属医院)、范海青(福建中医药大学附属第二人民医院)、阿地力江·伊明(新疆医科大学基础医学院)、周青(湖南中医药大学第一附属医院)、郁超(上海中医药大学附属龙华医院)、耿强(天津中医药大学第一附属医院)、袁少英(广东省中医院珠海医院)、高兆旺(山东中医药大学附属医院)、高文喜(湖北省中医院)、商学军(东部战区总医院/中华男科学杂志社)、程宛钧(福建中医药大学附属人民医院)、焦拥政(中国中医科学院广安门医院)、路艺(宁夏医科大学附属银川市中医医院)、戴宁(安徽中医药大学第一附属医院)

附录 B

(规范性)

GRADE证据级别与推荐强度评价方法

B.1 证据级别

参照目前国际通用的评价证据体的 GRADE 方法，有5项因素可影响随机对照试验（RCTs）的证据级别，证据体初始得分为0分，于各因素中根据证据体的风险严重程度降低1分~2分。通过累计5项因素中证据体的所降低的总分，最终决定其证据级别（见表B.1及表B.2）。

表 B.1 GRADE 影响证据级别的因素

降级因素	严重程度	降低等级
偏倚风险	严重	-1
不一致性		
不直接性		
不精确性		
发表偏倚	非常严重	-2

表 B.2 GRADE 证据级别分级表

证据级别	总级别	具体描述
高（A）	0	我们非常确信真实的疗效接近估计疗效：进一步研究也不可能改变该估计疗效的可信度
中（B）	-1	我们对估计疗效信心一般：真实的疗效可能接近估计疗效，但也有可能差别很大；进一步研究很可能影响该估计疗效结果的可信度，且可能改变该估计疗效的结果
低（C）	-2	我们对疗效的估计信心有限：真实疗效可能与估计疗效有很大差别；进一步研究极有可能影响该估计疗效结果的可信度，且很可能改变该估计疗效的结果
极低（D）	≤-3	我们对疗效的估计几乎没有什么信心：真实疗效可能与估计疗效有很大差别；估计疗效结果很不确定

B.2 推荐强度

参照目前国际通用的评价证据体的GRADE方法，将推荐意见分为“强”“弱”两级。当明确显示干预措施利大于弊或弊大于利时，指南制定工作组将其列为强推荐。当利弊不确定或无论质量高低的证据均显示利弊相当时，则视为弱推荐。除证据级别与利弊权衡外，其他一些因素也会影响推荐意见的强弱，影响推荐强度的因素见表B.3。

表 B.3 GRADE 影响推荐强度的因素

因素	强推荐的例子	弱推荐的例子
证据级别（证据级别越高，越适合制定强推荐，反之亦然）	许多高质量随机试验证明吸入类固醇药物治疗哮喘的疗效确切	只有个别案例验证了胸膜剥脱术在气胸治疗中的实用性
利弊权衡（利弊之间的差别越大，越适合制定强推荐，反之亦然）	阿司匹林用于降低心肌梗死病死率，且毒性低、使用方便、成本低廉	华法林治疗心房纤颤低危患者同时轻度降低中风几率，但增加出血风险，带来巨大不便
价值观及意愿的差异（医护人员及患者之间的价值观及意愿差异越小，或不确定性越小，越适合制定强推荐，反之亦然）	淋巴瘤年轻患者更重视化疗延寿的作用而非其毒副作用	淋巴瘤老年患者可能更重视化疗的毒副作用而非其延寿作用
资源成本（一项干预措施的花费越低，消耗成本越小，越适合制定强推荐，反之亦然）	预防短暂缺血性脑卒中患者中风复发，阿司匹林成本低	预防短暂缺血性脑卒中患者中风复发，氯吡格雷或潘生丁联合阿司匹林成本高

另外，对于某些中医传统经典名方有一定有效性和安全性，为临床不可或缺但缺乏循证医学证据的，则根据指南共识小组专家的论证结果，共识度超过 90% 则形成推荐意见共识。

附 录 C

(资料性)

符号和缩略语

名词	英文	缩略语
慢性前列腺炎	Chronic prostatitis	CP
欧洲泌尿外科学会	European association of urology	EAU
评估、发展和评价建议的分级	Grading of recommendations assessment, development and evaluation	GRADE
慢性细菌性前列腺炎	Chronic bacterial prostatitis	CBP
慢性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征	Chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndromes	CP/CPPS
前列腺疼痛综合征	Prostate pain syndrome	PPS
原发性前列腺疼痛综合征	Primary prostate pain syndrome	PPPS
美国国立卫生研究院	National Institutes of Health	NIH
急性细菌性前列腺炎	Acute bacterial prostatitis	ABP
慢性细菌性前列腺炎	Chronic bacterial prostatitis	CBP
无症状性前列腺炎	Asymptomatic inflammatory prostatitis	AIP
雄激素受体	Androgen receptor	AR
干扰素基因	Interferon gene	IFNG
干扰素 γ 受体1	Interferon Gamma Receptor 1	FNIGR1
下尿路症状	Lower urinary tract symptoms	LUTS
躯体形式障碍	Somatoform disorders	SD
情绪障碍	Mood disorders	MD
勃起功能障碍	Erectile dysfunction	ED
早泄	Premature ejaculation	PE
国际勃起功能指数-5	International Index of Erectile Function	IIEF-5
慢性前列腺炎症状指数	Chronic prostatitis symptom index	CPSI
阴道内射精潜伏期	Intravaginal ejaculation latency time	IELT
患者健康问卷	Patient health questionnaire	PHQ
疼痛灾难化评分	Pain catastrophizing scale	PCS
前列腺按摩液	Expressed prostatic secretion	EPS
按摩前后试验	Pre and post massage Test	PPMT
前列腺小体外泄蛋白	Prostatic exosomal protein	PSEP
前列腺特异性抗原	Prostate specific antigen	PSA
非甾体抗炎药	Non-steroidal anti-inflammatory drugs	NSAIDs
膀胱过度活动症	Overactive bladder	OAB
医院焦虑抑郁量表	Hospital anxiety and depression scale	HADS

参 考 文 献

- [1]张敏建, 宾彬, 商学军, 等. 慢性前列腺炎中西医结合诊疗专家共识[J]. 中国中西医结合杂志, 2015, 35(08): 933-941.
- [2]European Association of Urology. Guidelines for chronic pelvic pain[Z]. 2022.
- [3]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.
- [4]张祥华, 张骞, 李学松, 等. 良性前列腺增生合并组织学前列腺炎的检出率——两种不同诊断标准的比较研究[J]. 中华临床医师杂志(电子版), 2007, (07):29-31.
- [5]Nickel JC, Roehrborn CG, O'Leary MP, et al. The Relationship between Prostate Inflammation and Lower Urinary Tract Symptoms: Examination of Baseline Data from the REDUCE Trial[J]. European Urology, 2008, 54(6):1379-1384.
- [6]Liang CZ, Zhang XJ, Hao ZY, et al. An epidemiological study of patients with chronic prostatitis[J]. BJU INT, 2004, 94(4):568-570.
- [7]Barry MJ, Link CL, Menaughton-Collins MF, et al. Over lap of different urological symptom complexes in a racially and ethnically diverse, community-based population of men and women[J]. Bju International, 2010, 101(1):45-51.
- [8]Roberts RO, Jacobson DJ, Girman CJ, et al. Low Agreement Between Previous Physician Diagnosed Prostatitis and National Institutes of Health Chronic Prostatitis Symptom Index Pain Measures[J]. Journal of Urology, 2004, 171(1):279-283.
- [9]Krieger JN, Lee S, Jeon J, et al. Epidemiology of prostatitis[J]. International Journal of Antimicrobial Agents, 2008, 31(2):85-90.
- [10]Liang CZ, Li HJ, Wang ZP, et al. The prevalence of prostatitis-like symptoms in China[J]. J UROLOGY, 2009, 182 (2): 558-563.
- [11]Xiong S, Liu X, Deng W, et al. Pharmacological Interventions for Bacterial Prostatitis[J]. Front Pharmacol, 2020, 11504. doi: 10.3389/fphar.2020.00504
- [12]Bartoletti R, Cai T, Nesi G, et al. The impact of biofilm-producing bacteria on chronic bacterial prostatitis treatment: Results from a longitudinal cohort study[J]. World J Urol, 2014, 32, 737-742.
- [13]Nickel JC, Freedland SJ, Castro-Santamaria R, et al. Chronic Prostate Inflammation Predicts Symptom Progression in Patients with Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain[J]. The Journal of Urology, 2017, 198: 122.
- [14]Nickel JC, Baranowski AP, Pontari M, et al. Management of men diagnosed with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome who have failed traditional management[J]. Reviews in Urology, 2007, 9(2):63-72.
- [15]Chung SD, Lin HC. Association between Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome and Anxiety Disorder: A Population-Based Study[J]. Plos One, 2013, 8(5):e64630.
- [16]Chen J, Zhang H, Niu D, et al. The risk factors related to the severity of pain in patients with Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome[J]. BMC Urol, 2020, 20 (1): 154. doi: 10.1186/s12894-020-007
- [17]Shoskes DA, Wang H, Polackwich AS, et al. Analysis of Gut Microbiome Reveals Significant Differences between Men with Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome and Controls[J]. Journal of Urology, 2016:435-441.
- [18]Shoskes DA, Altemus J, Polackwich AS, et al. The Urinary Microbiome Differs Significantly Between Patients With Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome and Controls as Well as Between Patients With Different Clinical Phenotypes[J]. UROLOGY, 2016. doi.org/10.1016/j.urology. 2016.02.043
- [19]金保方. 腰椎间盘突出症与男科疾病[J]. 中华男科学杂志, 2015, 21(10):867-870.

- [20]Chen L, Chen J, Mo F, et al. Genetic Polymorphisms of IFNG, IFNGR1, and Androgen Receptor and Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome in a Chinese Han Population[J]. DIS MARKERS, 2021. doi: 10.1155/2021/2898336.
- [21]秦国政, 李焱风, 杨毅坚, 等.从疮疡论治慢性前列腺炎的多中心临床观察[J]. 中华中医药杂志, 2018, 33(09):4209-4212.
- [22]张敏建, 程宛钧, 史亚磊. 慢性前列腺炎辨证论治若干环节的质量控制[J]. 中国中西医结合杂志, 2008, (10):952-954.
- [23]郭军. “脑-心-肾-精室” 轴在中医男科学中的理论构建及应用[J]. 世界中西医结合杂志, 2020, 15(08):1553-1556.
- [24]李东, 刘承, 王琦. 从“瘀浊” 分期论治慢性前列腺炎的临床研究[J]. 中华中医药杂志, 2013, 28(02):571-573.
- [25]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.
- [26]李海松, 党进, 王彬, 等. 慢性前列腺炎络病初探[J]. 中医杂志, 2011, 52(22):1911-1912.
- [27]Zaidi N, Thomas D, Chughtai B. Management of Chronic Prostatitis(CP)[J]. Curr Urol Rep, 2018,19(11):88.
- [28]Wagenlehner FME, Van Till JWO, 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]. European Urology, 2013, 63(5):953-959.
- [29]Lai HH, Jemielita T, Sutcliffe S, et al. Characterization of Whole Body Pain in Urological Chronic Pelvic Pain Syndrome at Baseline: A MAPP Research Network Study[J]. J UROLOGY, 2017, 198 (3): 622-631.
- [30]Shoskes DA, Landis JR, Wang Y, et al. Impact of post-ejaculatory pain in men with category iii chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome[J]. Journal of Urology, 2004, 172(2):542-547.
- [31]Shoskes DA, Berger R, Elmi A, et al. Muscle tenderness in men with chronic prostatitis/ chronic pelvic pain syndrome:the chronic prostatitis cohort study[J]. J UROLOGY, 2007, 179 (2): 556-560.
- [32]Hetrick DC, Ciol MA, Rothman I, et al. Musculoskeletal Dysfunction in Men With Chronic Pelvic Pain Syndrome Type III: A Case-control Study[J]. Journal of Urology, 2003, 170(3):828-831.
- [33]Brünahl, Christian, Dybowski, et al. Mental disorders in patients with chronic pelvic pain syndrome (CPPS)[J]. Optics Communications, 2017, 98:19-26.
- [34]Mu-Qiong Mo, Ling-Li Long, Wen-Lin Xie, et al.Sexual dysfunctions and psychological disorders associated with type IIIa chronic prostatitis: a clinical survey in China[J]. Int Urol Nephrol, 2014, 46(12):2255-2261.
- [35]Hao ZY, Li HJ, Wang ZP, et al. The prevalence of erectile dysfunction and its relation to chronic prostatitis in Chinese men[J]. J ANDROL, 2011, 32 (5): 496-501.
- [36]Liang CZ, Hao ZY, Li HJ, et al. Prevalence of premature ejaculation and its correlation with chronic prostatitis in Chinese men[J]. UROLOGY, 2010, 76 (4): 962-966.
- [37]Gao J, Gao R, Liu X, et al. Correlations between Personality Traits, Patient-Reported Outcome, and Chronic Prostatitis Symptoms in Men with Different Premature Ejaculation Syndromes[J]. BIOMED RES INT, 2022.doi:10.1155/2022/8049976.
- [38]Gao J, Zhang X, Su P, et al. The impact of intravaginal ejaculatory latency time and erectile function on anxiety and depression in the four types of premature ejaculation: a large cross-sectional study in a Chinese population[J]. J SEX MED, 2013, 11 (2): 521-528.
- [39]Gao J, Zhang X. 412 Symptoms, sexual dysfunction and psychological burden in Chinese men with chronic prostatitis/ chronic pelvic pain syndrome[J]. J SEX MED, 2018, 15 (7): S269. doi: 10.1016/j.jsxm.2018.04.318.

[40]Li XC, Zhang XB, Liao ZC, et al. Is mild erectile dysfunction associated with severe psychological symptoms in chinese patients with moderate-to-severe chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome?[J]. Asian Journal of Andrology, 2021, 23(3):319-324.

[41]Huang X, Qin Z, Cui H, et al. Psychological factors and pain catastrophizing in men with

chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CP/CPPS): a meta-analysis[J]. Translational Andrology and Urology, 2020, 9(2):485-493.

[42]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.

[43]Hua M, Gao Y, Yan Y, et al. Research of Correlation Between the Amount of Leukocyte in EPS and NIH-CPSI: Result From 1242 Men in Fangchenggang Area in Guangxi Province[J]. UROLOGY, 2012, 79(2):403-408.

[44]郑小挺, 陈东, 尹申, 等. 前列腺液中白细胞计数对慢性前列腺炎症状程度的影响[J]. 中华中医药学刊, 2016, 34(08):1914-1916.

[45]陈铁峰, 朱江, 李如辉, 等. 前列腺液中白细胞计数与慢性前列腺炎症状严重程度的关系[J]. 中国男科学杂志, 2010, 24(07):56-57.

[46]Schaeffer AJ, Knauss JS, Landis JR, et al. Leukocyte and bacterial counts do not correlate with severity of symptoms in men with chronic prostatitis: the National Institutes of Health Chronic Prostatitis Cohort Study[J]. J UROLOGY, 2002, 168 (3): 1048-1053.

[47]Nickel JC. The Pre and Post Massage Test(PPMT): a simple screen for prostatitis[J]. Techniques in urology, 1997, 3(1):38-43.

[48]Nickel JC, Shoskes D, 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]. The Journal of urology, 2006, 176(1):119-124.

[49]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]. The Journal of urology, 2003, 169(4):1401-1405.

[50]Iovene MR, Martora F, Mallardo E, et al. Enrichment of semen culture in the diagnosis of bacterial prostatitis[J]. J MICROBIOL METH, 2018, 154:124-126.

[51]Wang D, Wang H. Cross-sectional study on the etiological diagnosis of the patients with chronic prostatitis-like symptoms by application of the urine-prostate-semen test[J]. Health Sci Rep, 2022, 5 (3): e574. doi: 10.1002/hsr2.574.

[52]李凯强, 许松, 张国巍, 等. 首段尿液和中段尿液中前列腺小体外泄蛋白对慢性前列腺炎诊断价值的比较分析[J]. 中华男科学杂志, 2018, 24(10): 898-902.

[53]Feng X, Zhang M, Zhang L, et al. The clinical value of the prostatic exosomal protein expression in the diagnosis of chronic prostatitis: a single-center study[J]. INT UROL NEPHROL, 2019, 52 (2): 225-232.

[54]Qian L, Li SB, Zhou Y, et al. Determination of CD64 for the Diagnosis of Bacterial Chronic Prostatitis[J]. American Journal of Reproductive Immunology, 2015, 74(4):309-312.

[55]Huang TR, Li W, Peng B. Correlation of inflammatory mediators in prostatic secretion with chronic prostatitis and chronic pelvic pain syndrome[J]. Andrologia, 2017, 50(2):e12860.

[56]Yang X, Li H, Zhang C, et al. Serum quantitative proteomic analysis reveals potential zinc-associated biomarkers for nonbacterial prostatitis[J]. Prostate, 2015, 75(14):1538-1555.

[57]Vermassen T, Praet CV, Poelaert F, et al. Diagnostic accuracy of urinary prostate protein glycosylation profiling in prostatitis diagnosis[J]. Biochimica Medica, 2015, 25(3):439-449.

[58]Boltri M, Magri V, Montanari E, et al. Computer-Assisted Quantitative Assessment of Prostatic Calcifications in Patients with Chronic Prostatitis[J]. UROL INT, 2018, 100 (4): 450-455.

[59]Zhao WP, Li YT, Chen J, et al. Prostatic calculi influence the antimicrobial efficacy in men with chronic bacterial prostatitis[J]. Asian J Androl, 2012, 14:715-719.

- [60]张敏建主编. 中西医结合男科学[M]. 第2版. 北京:科学出版社,2017.
- [61]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.
- [62]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.
- [63]张敏建, 褚克丹, 史亚磊, 等. 三种中医治则治疗慢性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征临床观察[J]. 中国中西医结合杂志, 2007, (11):989-992.
- [64]Liu SJ, Deng YJ, Zeng Y, et al. Efficacy and Safety of Guihuang Formula in Treating Type III Prostatitis Patients with Dampness-Heat and Blood Stasis Syndrome: A Randomized Controlled Trial[J]. Chin J Integr Med, 2022, 13:1–6.
- [65]Nickel JC, Shoskes D. Phenotypic approach to the management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome[J]. Current urology Reports, 2009, 10(4):307-312.
- [66]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.
- [67]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[J]. Prostate cancer and prostatic diseases, 2009, 12(2):177-183.
- [68]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.
- [69]Nickel JC, Shoskes DA. Phenotypic approach to the management of the chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome[J]. BJU international, 2010, 106(9):1252-1263.
- [70]万文员, 郑小挺, 姚文亮, 等. 基于UPOINT表型分类系统的中西医结合治疗慢性前列腺炎疗效观察[J]. 现代诊断与治疗, 2019, 30(18):3138-3140.
- [71]郭军. 基于UPOINT对慢性前列腺炎中西医结合诊疗的思考[J]. 中国中西医结合杂志, 2018, 38(05):517-519.
- [72]游旭军, 傅伟, 张清, 等. 基于UPOINT系统的袁少英辨治慢性前列腺炎用药规律挖掘研究[J]. 国际中医中药杂志, 2020, 42(08):787-792.
- [73]Daniel S, Engeler, Andrew P, Baranowski, 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]. European Urology, 2013, 64(3):431-439.
- [74]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.
- [75]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 Urology, 2013, 31(4):747-753.
- [76]Majzoub A, Mahdi M, Adnan I, et al. Clinical phenotyping and multimodal treatment of men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome from the Middle East and North Africa: determining treatment outcomes and predictors of clinical improvement[J]. UROLOGY, 2022. doi: 10.1016/j.urology.2022.04.028.
- [77]Krakhotkin DV, Chernylovskiy VA, Bakurov EE, et al. Evaluation of influence of the UPOINT-guided multimodal therapy in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome on dynamic values NIH-CPSI: a prospective, controlled, comparative study[J]. Therapeutic Advances in Urology, 2019, 11:175628721985727.
- [78]Nickel JC, Touma N. α -Blockers for the Treatment of Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome: An Update on Current Clinical Evidence[J]. Reviews in Urology, 2012, 14:56-64.

[79]Franco J, Turk T, Jung J H, et al. Pharmacological interventions for treating chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a Cochrane systematic review[J]. BJU International, 2020, 125(4):490-496.

[80]Khattak AS, Raison N, Hawazie A, et al. Contemporary Management of Chronic Prostatitis[J]. Cureus, 2021, 13(12): e20243.

[81]Nickel JC, Krieger JN, McNaughton-Collins M, et al. Alfuzosin and symptoms of chronic

prostatitis-chronic pelvic pain syndrome[J]. The New England journal of medicine, 2008, 359(25):2663-2673.

[82]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.

[83]Kim TH, Lee K, SKim JH, et al. Tamsulosin Monotherapy versus Combination Therapy with Antibiotics or Anti-Inflammatory Agents in the Treatment of Chronic Pelvic Pain Syndrome[J]. Int NeurourolJ, 2011, 15(2):92-96.

[84]Kulovac B, Aganović D, Prcić A, Hadziosmanović O: Management of chronic nonbacterial prostatitis/chronic pelvic pain syndrome[J]. Bosn J Basic Med Sci, 2007, 7:245-249.

[85]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及机制[J]. 中华男科学杂志, 2004, (07):518-520.

[86]Skerk V, Mareković I, Markovinović L, et al. Comparative randomized pilot study of azithromycin and doxycycline efficacy and tolerability in the treatment of prostate infection caused by Ureaplasma urealyticum[J]. Chemo therapy, 2006, 52(1):9-11.

[87]Zhao WP, Zhang ZG, Li XD, et al. Celecoxib reduces symptoms in men with difficult chronic pelvic pain syndrome(Category IIIA)[J]. Brazilian journal of medical and biological research, 2009, 42(10):963-967.

[88]魏山尊, 熊坤林, 张伟国, 等. α -受体阻滞剂联合Cox-2抑制剂对IIIb型前列腺炎患者的疗效观察[J]. 第三军医大学学报, 2015, 37(11):1166-1170.

[89]黄健 (主编). 中国泌尿外科和男科疾病诊断治疗指南(2019版)[Z]. 北京:人民卫生出版社, 2019.

[90]Alexander, Shulyak, Igor, et al. The effectiveness of the combination of rectal electrostimulation and an antidepressant in the treatment of chronic abacterial prostatitis[J]. Central European journal of urology, 2019, 72(1):66-70.

[91]Xia D, Wang P, Chen J, et al. Fluoxetine ameliorates symptoms of refractory chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome[J]. Chin Med J (Engl), 2011, 124(14):2158-2161.

[92]李冀, 左铮云. 方剂学[M]. 11版. 北京:中国中医药出版社, 2021.

[93]杨建林, 刘跃新, 张光银, 等. 宁泌泰胶囊治疗III型前列腺炎随机双盲安慰剂对照临床研究[J]. 中草药, 2019, 50(10):2428-2432.

[94]K Zhang, Liu Y, Yang W, et al. Efficacy and Safety of Ningmitai Capsule in Patients With Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome: A Multicenter, Randomized, Double-blind, Placebo-controlled Trial[J]. UROLOGY, 2021, 153(4).

[95]夏明康, 胡珍真, 杨素娜, 等. 宁泌泰胶囊联合抗生素治疗慢性前列腺炎的 Meta分析[J]. 中草药, 2015, 46(11):1704-1709.

[96]Qi W, Ji-xiang Y, Guo-xin L, et al. Treatment of patients with erectile dysfunction by Shugan Yiyang Capsule: A multi-centered randomized controlled trial[J]. CHIN J INTEGR MED, 2004, 10 (2): 96-101.

[97]冯懿赓, 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.

[98]杨克冰, 黄晓军, 张士更, 等. 小剂量他达拉非联合疏肝益阳胶囊治疗轻中度勃起功能障碍的疗效分析[J]. 中华男科学杂志, 2014, 20(03):267-272.

[99]Zhang Y, Ma H, Nan T, et al. Comparative efficacy of oral chinese patent medicine for chronic prostatitis/ chronic pelvic pain syndrome with sexual dysfunction: A bayesian network

meta—analysis of randomized controlled trials[J]. *Frontiers in Pharmacology*, 2021. 12: 649470. Doi: 10.3389/fphar.2021.649470.

[100]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[J].*中国药房*,2016,27(06):793-797.

[101]刘畅,姜婷婷,张聪,等.前列舒通胶囊治疗慢性前列腺炎的有效性、安全性、经济性系统评价[J].*中华男科学杂志*,2019,25(05):444-450.

[102]Zhi-hao LI, Jun-weiHU, XuLI, et al.Mechanism progress of acupuncture and moxibustion for chronic prostatitis[J].*World Journal of Acupuncture-Moxibustion*,2021,31:309-313.

[103]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[J].*时珍国医国药*,2019,30(03):748-751.

[104]巩庆阔,黄新飞,陈赞,等.慢性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征的针刺治疗临床评价与中枢神经机制研究进展[J].*中华男科学杂志*,2020,26(06):559-563.

[105]Qin Z, Zang Z, Zhou K, et al. Acupuncture for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a randomized, sham acupuncture-controlled trial[J]. *Journal of Urology*, 2018, 10(1): 513-520.

[106]Xie Zheng rong, Deng Ze cheng, Xiao Dou, et al.Acupuncture for chronic prostatitis: A randomized controlled trial[J/OL].*World Journal of Acupuncture-Moxibustion*:1-10[2022-06-09].<http://kns.cnki.net/kcms/detail/11.2892.R.20211122.1731.004.html>

[107]Sun Yuanjie, Liu Yan, Liu Baoyan, et al. Efficacy of Acupuncture for Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome : A Randomized Trial[J]. *Annals of internal medicine*, 2021, 174(10):1357-1366.

[108]Zhou Jing, Liu Yan, Li Chunbin, et al. Comparison of 3 assessment modes of acupuncture effect on patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: A study protocol for a randomized controlled trial[J]. *Medicine*, 2018, 97(42):e12887.doi: 10.1097/MD.00000000000012887.

[109]谢建兴,王志刚,胡海棠,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,(11):1052-1054.

[110]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[J].*中华泌尿外科杂志*,2002,23(005):296-298.

[111]高筱松,高文喜,贺菊乔,等.前列泌尿栓治疗慢性前列腺炎多中心双盲阳性药对照试验研究[J].*中国性科学*,2016,25(08):135-138.

[112]XING Jun-ping, CHENXing-fa, YANGZhi-shang, et al. Effects of Qianlie'an Suppository in Patients with Chronic Prostatitis Syndrome: A Randomized Open-Labelled Prospective and Controlled Trial[J]. *Chinese Journal of Integrative Medicine*, 2003, 9(3):195-198.

[113]李宁忱,张凯,肖何,等.前列安栓治疗慢性前列腺炎的安全性和有效性:随机双盲安慰剂对照试验[J].*中华泌尿外科杂志*,2003(11):59-62.

[114]Hui-Juan C, Shi-Bing L, Jian-Ping L, et al. Qian lie an suppository (prostant) for chronic prostatitis: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials[J]. *MEDICINE*, 2019,98 (14): e15072. doi: 10.1097/MD.00000000000015072.

[115]张培培,刘绍然,鲁荣鹏.盐酸坦索罗辛联合前列舒通与高效单体银前列腺炎抗菌凝胶治疗慢性前列腺炎的临床疗效[J].*中国老年学杂志*,2019,39(19):4782-4784.

[116]张小马,方军,龚强,等.纳米银水凝胶联合 α -受体阻滞剂治疗Ⅲ型前列腺炎的对照研究[J].*重庆医学*,2010,39(22):3065-3066.

[117]梁启放,刘步平,张善禹,等.穴位贴敷疗法治疗慢性前列腺炎临床疗效的系统评价[J].*广州中医药大学学报*,2020,37(05):996-1002.

[118]刘绍明,息金波,陈小均,等.芎柏前列散穴位贴敷治疗Ⅲ型前列腺炎综合征临床观察[J].*中国针灸*,2012,32(3):4.

[119]赵冰,王彬,莫旭威,等.丁桂散贴敷神阙穴,会阴穴治疗慢性非细菌性前列腺炎随机对照临床研究[J].*中国性科学*,2014,23(009):59-62.

[120] Maisel K, Chattopadhyay S, Moench T, et al. Enema ion compositions for enhancing colorectal drug delivery[J]. J CONTROL RELEASE, 2015, 209: 280-7. doi: 10.1016/j.jconrel.2015.04.040.

[121] 王晨, 王祖龙, 陈如兵, 等. 二草汤直肠滴注治疗湿热瘀阻型ⅢA型慢性前列腺炎的临床观察[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(3): 1773-1776.

[122] 吴隽, 胡向农, 杨建军. 生物反馈电刺激疗法联合前列腺按摩治疗慢性前列腺炎/慢性

骨盆疼痛综合征的临床疗效观察[J]. 中华男科学杂志, 2020, 26(11): 996-999.

[123] 何伟, 孙自学, 王光策. 磁振磁电治疗仪联合前列倍喜胶囊治疗慢性前列腺炎/慢性骨盆疼痛综合征的临床疗效观察[J]. 中华男科学杂志, 2020, 26(05): 452-456.

[124] 张敏建, 史亚磊, 程宛钧. 经直肠盆骶经络揉推法治疗前列腺痛的临床研究[J]. 光明中医, 2009, 24(10): 1924-1927.

[125] 张勇, 孙凤岭, 臧桐. 药物联合局部热疗治疗慢性前列腺炎疼痛症状的疗效(附76例报告)[J]. 中华男科学杂志, 2008, (05): 451-453.

[126] 陈胜辉, 熊国根, 陈伊, 等. 体外短波热疗对慢性前列腺炎治疗的效果分析[J]. 中国康复医学杂志, 2008(01): 61-63.

[127] Xu Y, Zhang L, Shen Y, et al. Effectiveness of psychological interventions for treating chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: A protocol for systematic review and meta-analysis[J]. Medicine, 2020, 99(39): e22151. doi: 10.1097/MD.00000000000022151.

[128] 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[J]. Canadian Urological Association Journal, 2011, 5(5): 328-332.