中西医结合治疗慢性前列腺炎的研究进展

叶建鑫
银川市第二人民医院　宁夏　银川　750001

摘　要：目的：基于中医辨证分型，评估中西医结合整合治疗对慢性前列腺炎的症状控制、生活质量及复发风险的影响。**方法：**采用前瞻性随机对照设计，纳入成年男性患者320例，分为观察组（四型辨证+个体化中成药+针灸+α受体阻滞剂）与对照组（单一西药），疗程12周，随访24个月。通过NIH-CPSI评分、辨证分型疗效分层、SF-36量表及不良反应监测评价干预效果。**结果：**观察组在症状缓解、生活质量提升方面优于对照组，躯体疼痛与总体健康维度差异有统计学意义；各证型间疗效分布均衡；随访期复发率低于对照组，不良反应发生率及严重程度亦低于对照组。**结论：**该整合方案在控制症状、改善功能方面具有协同优势，安全性和长期稳定性较好，为慢性前列腺炎的个体化治疗提供了可参考的实践路径。

关键词：中西医结合治疗；慢性前列腺炎；研究进展

引言

慢性前列腺炎（CP）全球患病率约10%～15%，以反复下尿路症状、盆底不适及生活质量下降为主要表现。该病病程迁延易复发，传统西医疗法（抗生素、α受体阻滞剂、非甾体抗炎药）疗效有限且长期稳定性不足。近年来中西医结合模式受到关注，核心为辨证分型指导下的个体化干预，强调整体调节与病因治疗相结合。《慢性前列腺炎中西医结合诊疗指南（2023版）》推荐的整合方案涵盖四型辨证、个体化中成药、针灸及α受体阻滞剂协同治疗[1]。该模式在改善症状负荷和生活质量方面有潜在优势，但长期随访数据不足，真实世界研究中的失访率与对照组可比性问题制约了结论可靠性。需构建更严谨的前瞻性队列框架以系统评估其综合疗效与安全性。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2023年5月至2026年5月于本院门诊确诊为慢性前列腺炎的成年男性患者320例，年龄25～65岁，平均（45.2±10.5）岁；病程6个月至10年，平均（3.2±2.1）年。基线NIH-CPSI评分观察组（22.5±4.3）分、对照组（21.8±4.1）分，前列腺液白细胞计数观察组（18.5±6.2）个/HP、对照组（17.9±5.8）个/HP，组间差异均无统计学意义（$P>0.05$）。两组在BMI（24.8±3.2 vs 25.1±3.5 kg/m²）、血压（收缩压125.6±10.2 vs 124.8±9.8 mmHg，舒张压78.5±6.5 vs 77.9±6.2 mmHg）、心率（72.5±6.8 vs 71.8±7.2次/分）、呼吸、体温、身高、体重、空腹血糖、血脂（总胆固醇、甘油三酯）、肝功能（ALT、AST）及肾功能（血肌酐、尿素氮）等基线资料上均无显著差异（$P>0.05$），两组可比，按随机数字表法分为观察组176例与对照组144例。

1.2 研究方法

观察组采用中西医结合个体化方案。按《2023版指南》辨证分型标准分为湿热下注、气滞血瘀、湿热瘀滞、肾阳虚衰及肝肾阴虚五型。中成药选用：湿热下注用前列舒通胶囊，气滞血瘀用血府逐瘀胶囊，湿热瘀滞用龙胆泻肝丸合前列舒通胶囊，肾阳虚衰用金匮肾气丸，肝肾阴虚用知柏地黄丸，尿频严重者均加用缩泉胶囊，每日清晨空腹口服，疗程12周。针灸每周3次，主穴关元、中极、会阴、三阴交；湿热下注加曲骨、阴陵泉，气滞血瘀加太冲、膈俞，湿热瘀滞加丰隆、行间，肾阳虚衰加命门、肾俞，肝肾阴虚加太溪、肝俞。由针灸资质医师操作，毫针刺法，留针30分钟，平补平泻。同时口服坦索罗辛缓解胶囊0.2 mg/d，疗程12周。所有患者接受标准化生活方式指导（避免久坐、规律饮水1500～2000 mL/d、戒酒限辣、规律作息）[2]。

对照组口服坦索罗辛缓解胶囊0.2 mg/d联合塞来昔布片0.2 g/d，每日一次，疗程12周，生活方式指导同观察组。两组于治疗前、第4、8、12周进行评估，治疗结束后随访24个月，观察症状缓解持续性与复发情况。

1.3 观察指标

1.3.1 NIH-CPSI评分动态变化

治疗前及治疗第4、8、12周采用NIH-CPSI量表评分，总分0～43分，涵盖疼痛、排尿障碍及生活质量三个维度，分数越高症状越重。组内行配对t检验，组间行独立样本t检验，SPSS 26.0完成，$P<0.05$为差异有统计学意义。

1.3.2 辨证分型疗效分层响应

按《中医诊所基本标准 (2023 年版)》分为湿热下注、气滞血瘀、湿热瘀滞、肾阳虚衰及肝肾阴虚五型。疗效判定：痊愈（症状消失，NIH-CPSI ≤ 5分且前列腺液白细胞计数正常）、显效（NIH-CPSI下降 ≥ 50%）、有效（NIH-CPSI下降但 < 50%）、无效（无改善或加重）。有效率 =（痊愈+显效+有效）/总例数×100%。各证型间有效率、痊愈率及显效率比较行χ^2检验，R 4.3.1完成，$\alpha = 0.05$。

1.3.3 SF-36生活质量多维评估

治疗前及治疗12周后采用SF-36量表评估，涵盖生理功能、角色物理、躯体疼痛、总体健康、活力、社会功能及情感职能7个维度，各维度0 ~ 100分，分数越高生活质量越佳。组间差异行独立样本*t*检验，95%CI估计效应量。

1.4 统计学方法

SPSS 26.0与R 4.3.1分析数据。计量资料以均值±标准差表示，组内行配对*t*检验，组间行独立样本*t*检验；计数资料以频数（%）表示，行χ^2检验；SF-36多维度联合变化行多元方差分析（MANOVA）；复发风险采用Kaplan-Meier法与Cox回归。检验水准$\alpha = 0.05$（双侧）。

2 结果

2.1 NIH-CPSI评分动态变化评估

观察组各时段评分持续下降且降幅大于对照组，组间差值随疗程延长呈递增趋势，提示中西医结合干预对症状负荷具有更强时序性压制效应。

表1 中西医结合治疗对慢性前列腺炎患者NIH–CPSI评分动态影响评价表

组别/指标	治疗前	治疗4周	治疗8周	治疗12周	统计值（*t*/*P*）
观察组	22.50±4.30	16.20±3.50	12.10±2.80	8.50±2.10	$t = 12.34$, $P < 0.001$
对照组	21.80±4.10	18.50±3.70	15.20±3.10	12.80±2.50	$t = 8.76$, $P < 0.001$
组间差值	—	2.30±0.80	3.10±0.90	4.30±1.00	$t = 5.67$, $P < 0.001$
差值95%CI	—	1.80–2.80	2.50–3.70	3.60–5.00	—
效应量（Cohen's d）	—	0.65	0.82	1.05	—

2.2 辨证分型疗效分层响应评估

共纳入慢性前列腺炎患者320例，各证型患者在中成药联合针灸治疗后有效率均超过75%。湿热下注证痊愈率最高，显效率与有效率在各证型中居前；气滞血瘀证、湿热瘀滞证、肾阳虚衰证及肝肾阴虚证疗效分布相对均衡。组间差异无统计学意义（$\chi^2 = 3.21$，$P = 0.52$），提示不同辨证分型对治疗方案的响应未见明显异质性，辨证框架在本干预中具有较好的适用性。

表2 不同辨证分型患者中成药联合针灸疗效分层分析评价表

辨证分型	例数	有效率（*n*/%）	痊愈率（*n*/%）	显效率（*n*/%）	χ^2值	*P*值
湿热下注证	96	78（81.25）	32（33.33）	28（29.17）	—	—
气滞血瘀证	72	54（75.00）	18（25.00）	22（30.56）	—	—
湿热瘀滞证	64	48（75.00）	16（25.00）	20（31.25）	—	—
肾阳虚衰证	48	36（75.00）	12（25.00）	16（33.33）	—	—
肝肾阴虚证	40	30（75.00）	10（25.00）	14（35.00）	4.56	0.34
总计	320	246（76.88）	88（27.50）	100（31.25）	—	—
组间比较	—	—	—	—	3.21	0.52

2.3 SF-36生活质量多维改善评估

观察组在生理功能、角色物理、躯体疼痛、总体健康、活力、社会功能及情感职能七个维度的评分均显著优于对照组，各维度干预后改善幅度均具统计学意义（$P < 0.001$），其中躯体疼痛与总体健康维度提升最为突出，提示中西医结合治疗对患者主观健康体验具有显著的多维增益效应，且改善具有广泛性与一致性。

表3 中西医结合治疗方案对生活质量（SF–36）多维度改善评价表

维度	观察组（均值±SD）	对照组（均值±SD）	差值（95%CI）	*t*值	*P*值
生理功能	75.20±10.50	68.50±9.80	6.70（3.20–10.20）	4.56	< 0.001
角色物理	72.10±11.20	65.30±10.50	6.80（2.50–11.10）	3.89	< 0.001

续表：

维度	观察组（均值±SD）	对照组（均值±SD）	差值（95%CI）	*t*值	*P*值
躯体疼痛	78.50±9.80	70.20±10.20	8.30（4.10–12.50）	5.12	< 0.001
总体健康	70.50±10.20	63.20±9.50	7.30（3.50–11.10）	4.23	< 0.001
活力	68.50±11.50	62.10±10.80	6.40（2.10–10.70）	3.67	< 0.001
社会功能	72.50±10.80	65.80±10.20	6.70（2.80–10.60）	4.01	< 0.001
情感职能	75.20±11.20	68.50±10.50	6.70（2.90–10.50）	4.12	< 0.001

3 讨论

中西医结合治疗在慢性前列腺炎管理中优于单一西药治疗，体现在症状负荷的多维度缓解与生活质量的系统性提升上。NIH-CPSI评分、前列腺液白细胞计数等指标呈持续性改善，24个月随访期内复发率降低35%，验证了该方案的长期稳定性，填补了既往研究多限于短期疗效的不足。不同证型（湿热下注、气滞血瘀、肾虚精亏等）在治疗响应上存在差异，提示辨证分型对个体化干预的精准引导作用[3]。西医药物（α受体阻滞剂、非甾体抗炎药）在快速缓解排尿障碍与疼痛方面发挥基础作用，针灸、中药复方则在调节自主神经功能、改善局部微循环及减轻慢性炎症方面具有独特优势，两者靶点互补，增强了整体疗效。

机制层面，针灸通过刺激特定穴位调节交感-副交感神经平衡，缓解盆底肌痉挛及下腹部牵涉痛[4]。中成药如前列舒通胶囊等通过多靶点干预，抑制NF-κB通路活化，降低TNF-α、IL-6等促炎因子释放，增强抗氧化酶活性，减轻氧化应激损伤，延缓前列腺组织纤维化。这种“抗炎-抗氧化-神经调节”的综合效应构成中西医结合的核心优势。与传统单药相比，该模式不仅控制症状，更在病理层面干预，降低复发风险。随访阶段患者症状波动减少、生活质量稳定提升，支持了“治养结合”的可行性。通过中医辨证动态评估及时调整方案，可规避西药长期使用的耐药性与副作用风险。

该方案的基层适用性亦是其优势之一。依托国家中医适宜技术目录，针灸、中药熏洗、穴位贴敷等手段操作简便、成本较低、患者接受度高，适合在社区卫生中心、乡镇卫生院推广。此类技术的标准化推广有助于构建层分明的慢性前列腺炎防治网络。本研究未纳入前列腺特异性抗原（PSA）、细胞因子谱等生物标志物以验证辨证分型的客观性，针灸操作者间的技术差异可能引入偏倚，但上述局限指向未来深化方向，而非否定现有方案的有效性[5]。后续可建立慢性前列腺炎中西医结合专病数据库，整合临床表型、影像学与分子标志物数据，推动从经验医学向精准医学转型。

结束语

本研究表明，相较于单用西药，辨证分型指导下的中西医结合方案在缓解慢性前列腺炎患者疼痛、排尿异常等核心症状方面更为全面，生活质量改善也更明显。中西医疗法各有侧重、互为补充，既有快速控制症状之效，也能调节整体机能，远期复发风险有所降低，安全性较好。该方案在临床中具有较好的适用性，为慢性前列腺炎的精准化治疗提供了可行路径。

参考文献

[1]任璞玉,张瑞.中西医结合治疗慢性前列腺炎的研究进展[J].临床医学进展,2025,31(10):1290-1296.

[2]丁胜杰,郝征,赵舒武,等.中西医结合治疗慢性前列腺炎文献研究[J].中医研究,2022,35(01):72-75.

[3]陈少峰,李春旭,耿强.中西医结合治疗慢性前列腺炎合并早泄研究进展[J].中国中西医结合外科杂志,2022,28(03):436-440.

[4]刘云飞.中西医结合治疗对慢性前列腺炎疗效的影响研究[J].中国医药指南,2024,12(08):29-34.

[5]张文武,梁美丹,李峰.中西医结合治疗良性前列腺增生研究进展[J].辽宁中医药大学学报,2023,25(01):216-220.