

文章编号: 1005-0957 (2025) 02-0158-06

· 专题研究 ·

腹针联合常规药物治疗湿热瘀滞型 IIIA 型前列腺炎的疗效观察

刘利红¹, 高瞻¹, 息金波², 丁家森¹, 张泽家¹, 王雄¹, 张晨²

(1. 中国中医科学院西苑医院, 北京 100091; 2. 北京中医药大学第三附属医院, 北京 100029)

【摘要】 目的 观察腹针联合常规药物治疗湿热瘀滞型 IIIA 型前列腺炎的临床疗效。**方法** 纳入 72 例湿热瘀滞型 IIIA 型前列腺炎患者, 采用随机数字表法按 1:1 分为对照组和治疗组, 每组 36 例; 治疗中两组均脱落 3 例, 最终完成有效病例为 66 例, 每组 33 例。对照组予盐酸克林霉素棕榈酸酯分散片联合宁泌泰胶囊治疗, 治疗组在对照组常规药物治疗基础上联合腹针治疗。观察两组治疗前后美国国立卫生院-慢性前列腺炎症状指数 (National Institutes of Health-chronic prostatitis symptom index, NIH-CPSI)、中医证候积分及前列腺液中白细胞计数的变化。比较两组临床疗效及不良反应发生情况。**结果** 治疗组总有效率为 93.9%, 显著高于对照组的 72.7% ($P < 0.05$)。治疗后, 两组 NIH-CPSI 症状评分中排尿症状、疼痛不适以及生活质量各单项评分和总分以及中医证候积分均较同组治疗前降低 ($P < 0.05$), 且治疗组上述评分均低于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后, 两组前列腺液中白细胞计数均减少 ($P < 0.05$), 且治疗组低于对照组 ($P < 0.05$)。两组不良反应发生情况比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。**结论** 在常规药物治疗基础上, 腹针可进一步减轻湿热瘀滞型 IIIA 型前列腺炎的临床症状, 降低前列腺液白细胞计数, 提高临床疗效。

【关键词】 针刺疗法; 腹针; 针药并用; 前列腺炎; 慢性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征; 湿热瘀滞; 炎症

【中图分类号】 R246.2 **【文献标志码】** A

DOI: 10.13460/j.issn.1005-0957.2025.02.0158

Observation on the efficacy of abdominal acupuncture plus conventional medication for type IIIA prostatitis of damp heat stasis type LIU Lihong¹, GAO Zhan¹, XI Jinbo², DING Jiasen¹, ZHANG Zejia¹, WANG Xiong¹, ZHANG Chen². 1.Xiyuan Hospital of China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100091, China; 2.Beijing University of Chinese Medicine Third Affiliated Hospital, Beijing 100029, China

[Abstract] Objective To observe the clinical efficacy of abdominal acupuncture plus conventional medication for type IIIA prostatitis of damp heat stasis type. **Method** Seventy-two patients suffering from type IIIA prostatitis of damp heat stasis type were allocated, using a random number table, at a ratio of 1:1 to a control group and a treatment group, with 36 cases in each group. Three cases dropped out in each group during treatment. Finally, 66 cases (33 in each group) completed treatment. The control group was treated with Clindamycin palmitate hydrochloride dispersed tablets plus Ning Mi Tai capsules and the treatment group received by abdominal acupuncture in addition. The National Institutes of Health-chronic prostatitis symptom index (NIH-CPSI) score, the TCM syndrome score and the count of white blood cells in prostatic fluid were observed in the two groups before and after treatment. The clinical therapeutic effects and the incidences of adverse reactions were compared between the two groups. **Result** The total efficacy rate was 93.9% in the treatment group, which was significantly higher than 72.7% in the control group ($P < 0.05$). After treatment, the subscores of NIH-CPSI such as voiding symptom, pain and discomfort and quality of life and the total score of NIH-CPSI, and the TCM syndrome score decreased in the two groups compared with before ($P < 0.05$), and

基金项目: 中国中医科学院科技创新工程重大攻关项目 (CI2021A02205)

作者简介: 刘利红 (1996—), 女, 2023 级博士生, Email: 11h5081022@163.com

通信作者: 高瞻 (1970—), 男, 主任医师, Email: gaozhanmd@vip.163.com

were lower in the treatment group than in the control group ($P<0.05$). After treatment, the count of white blood cells in prostatic fluid decreased in the two groups compared with before ($P<0.05$) and were lower in the treatment group than in the control group ($P<0.05$). The incidence of adverse reactions had no statistically significant difference between the two groups ($P>0.05$). **Conclusion** On the basis of conventional medication, abdominal acupuncture can further relieve the clinical symptoms of type IIIA prostatitis of damp heat stasis type, decrease the count of white blood cells in prostatic fluid and improve the clinical therapeutic effect.

[Key words] Acupuncture therapy; Abdominal acupuncture; Acupuncture medication combined; Prostatitis; Chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndromes; Damp heat stasis type; Inflammation

III型前列腺炎又称慢性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征(chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome, CP/CPPS)^[1]。CP/CPPS是以排尿异常、会阴及盆腔区域慢性疼痛不适等多种表现为主的临床综合征^[2],临床上以50岁以下的成年男性患者多见,其占比达到90%~95%,国内报道发病率为6.0%~32.9%^[3-5],严重影响患者身心健康^[6-8]。由于其复杂的病理生理机制以及临床表现的异质性,临床治疗难度大且不易根治^[9-10]。大多数进行以症状为导向的联合诊疗^[11-12],以改善排尿症状、减轻疼痛不适、提高患者生活的质量为目标^[13]。中医学多将慢性前列腺炎归属于“精浊”“肾虚腰痛”“白浊”等范畴。目前临床多采用以药物治疗为基础的综合治疗方案^[14-15]。目前对本病的研究以经典名方加减、中药配伍组方、针刺治疗的临床研究较多^[16-18],而针药并用治疗本病的随机对照研究尚不多见,尤以腹针治疗本病的随机对照临床研究更是极少。腹针是运用腹部全息理论,以神阙穴调控系统为核心,通过刺激腹部相关腧穴,平衡脏腑阴阳,进而恢复脏腑机能的一种新型针刺疗法^[19]。笔者长期运用腹针治疗IIIA型前列腺炎患者,现将其报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

纳入2022年6月至2023年1月就诊于北京中医药大学第三附属医院泌尿外科的湿热瘀滞型IIIA型前列腺炎患者72例,采用随机数字表法按1:1将患者随机分为对照组和治疗组,每组36例。治疗组因依从性差脱落1例,因外地出差而中途退出脱落2例,最终纳入33例;对照组因依从性差脱落2例,中途退出1例,最终纳入33例。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性,详见表1。本研究经北京中医

药大学第三附属医院伦理审查委员会批准(BZYSY-2022YJSKTPJ- 25)。

表1 两组一般资料比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	年龄/岁	病程/月
对照组	33	33±8	11.03±3.15
治疗组	33	35±8	9.97±3.50

1.2 纳入标准

参照《中药临床试验设计实践》^[20],符合以下各项方可纳入。符合《中国泌尿外科和男科疾病诊断治疗指南》^[21]与美国国立卫生研究院所制定的IIIA型慢性前列腺炎诊断标准^[22];符合《慢性前列腺炎中西医结合诊疗专家共识》^[23]中医证候标准;符合慢性前列腺炎湿热瘀滞的辨证标准;年龄18~50岁,男性;近2周内未使用抗生素类药物及其他与本疾病治疗相关的药物;依从性较好,自愿加入本研究签署知情同意书。

1.3 排除标准

符合以下任意一项即可排除,参照《中药临床试验设计实践》^[20]。对治疗用药有过敏史者或不耐受者;腹部皮肤有关病症无法进行针刺者或有针刺禁忌者;伴随严重的心脑血管疾病、或肝肾系统、血液系统等方面疾病者;伴随泌尿系严重梗阻性疾病,须手术治疗者;合并严重的精神疾病者;有严重肛肠类疾病,无法进行前列腺指检按摩者;前列腺液或精液难以取出者。

2 治疗方法

2.1 对照组

予盐酸克林霉素棕榈酸酯分散片(广州一品红制药有限公司,国药准字 H20030434,规格 75 mg/片),每次 450 mg,每日 3 次;联合宁泌泰胶囊(贵阳新天药业股份有限公司,国药准字 Z20025442,0.38 g/粒),每次 1.52 g,每日 3 次。共治疗 6 周。

2.2 治疗组

在对照组常规药物治疗基础上联合腹针治疗。取中脘、下脘、气海、关元、中极、曲骨、下风湿点、水道和归来穴。患者取仰卧位,暴露胸前及腹部皮肤,针刺前医生洗手消毒,严格消毒患者穴位区域的皮肤,根据患者体型及腹部脂肪厚度,选择相应规格的一次性使用无菌针灸针,针刺时掌握合适的深度和角度。中脘、下脘、气海、关元和中极 5 个穴位需深刺即刺入地部,双侧曲骨、下风湿点、水道和归来穴需中刺即刺入人部。避开毛孔,穴位直刺,轻捻转行气,停留 5 min 候气,再轻捻转行针 1 次进行催气,留针 30 min。隔日 1 次,每周治疗 3 次,共治疗 6 周。

治疗中嘱两组患者禁食辛辣刺激食物并注意局部保暖。

3 治疗效果

3.1 观察指标

3.1.1 美国国立卫生院-慢性前列腺炎症状指数 (National Institutes of Health-chronic prostatitis symptom index, NIH-CPSI)^[24]

包括疼痛与不适症状、生活质量、排尿症状 3 个方面,共有 9 个问题,总分 0~43 分;分数越高表明症状越严重。治疗前和治疗后分别对两组进行评估。

3.1.2 中医证候积分^[25]

包括尿道灼热涩痛、尿道白灼、尿短赤、尿频急、会阴刺痛、会阴坠胀不适、阴囊潮湿等内容,按病情严重程度划分为无、轻度、中度和重度,对应分数为 0 分、2 分、4 分和 6 分;分数越高表示病情越重。治疗前和治疗后分别对两组进行评估。

3.1.3 前列腺液常规检查

患者排尿后取胸膝位,按摩前列腺后见前列腺液自尿道口溢出,用玻璃片接取标本,在前列腺液显微镜下观察前列腺液情况。治疗前和治疗后分别对两组进行评估。

3.1.4 前列腺局部质地、形态、压痛情况

患者排尿后取胸膝位,检查者戴好手套或指套,涂润滑剂,以食指轻轻按揉肛门后缓慢伸入直肠深部检查前列腺局部质地、形态和压痛情况。治疗前和治疗后分别对两组进行评估。

3.1.5 不良反应发生情况

用药或针刺后随时观察两组的不良反应发生情况,

包括恶心、反胃、胃脘部不适、头晕、乏力、腹泻、便秘、皮肤过敏、晕针、滞针、血肿等。

3.2 疗效标准^[25]

痊愈:症状消失,NIH-CPSI 评分降低 $\geq 90\%$ 。

显效:症状基本消失,NIH-CPSI 评分降低 $\geq 60\%$ 且 $< 90\%$ 。

有效:症状减轻,NIH-CPSI 评分降低 $\geq 30\%$ 且 $< 60\%$ 。

无效:症状无改善甚至加重,NIH-CPSI 评分降低 $< 30\%$ 。

总有效率 = [(总例数 - 无效例数) / 总例数] $\times 100\%$ 。

3.3 统计学方法

用 SPSS25.0 统计软件对所有数据进行统计分析。计量资料若符合正态分布则用均数 $\pm$ 标准差表示,组间比较采用独立样本 t 检验,组内比较采用配对 t 检验;若不符合正态分布则用中位数(下四分位数,上四分位数)表示,比较采用 Wilcoxon 秩和检验。计数资料比较采用卡方检验,等级资料比较采用非参数检验。以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 两组临床疗效比较

对照组总有效率为 72.7%,低于治疗组的 93.9%,组间差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。详见表 2。

表 2 两组临床疗效比较						单位:例
组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	33	3	9	12	9	72.7
治疗组	33	8	15	8	2	93.9 ¹⁾

注:与对照组比较 ¹⁾ $P < 0.05$ 。

3.4.2 两组治疗前后 NIH-CPSI 比较

治疗前,两组 NIH-CPSI 比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性。治疗后,两组 NIH-CPSI 中疼痛不适、排尿症状和生活质量单项评分及总分均较同组治疗前降低 ($P < 0.05$),且治疗组上述评分均低于对照组 ($P < 0.05$)。详见表 3。

3.4.3 两组治疗前后中医证候积分比较

治疗前,两组中医证候积分比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性。治疗后,两组中医证候积分均较同组治疗前降低 ($P < 0.05$),且治疗组的中医证候积分低于对照组 ($P < 0.05$)。详见表 4。

3.4.4 两组治疗前后前列腺液白细胞计数比较

治疗前,两组前列腺液白细胞计数比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。治疗后,两组前列腺

液白细胞计数均较治疗前降低($P<0.05$),且治疗组低于对照组($P<0.05$)。详见表 5。

表 3 两组治疗前后 NIH-CPSI 比较($\bar{x} \pm s$)

		单位:分				
组别	例数	时间	疼痛不适	排尿症状	生活质量	总分
对照组	33	治疗前	12.54±1.95	8.93±2.09	8.84±2.12	30.39±4.47
		治疗后	6.57±3.51 ¹⁾	3.66±2.50 ¹⁾	4.87±2.84 ¹⁾	15.12±7.58 ¹⁾
治疗组	33	治疗前	12.12±2.07	8.12±1.78	9.57±2.16	29.81±4.73
		治疗后	4.18±3.27 ¹⁾²⁾	1.93±2.20 ¹⁾²⁾	3.48±2.29 ¹⁾²⁾	9.60±6.45 ¹⁾²⁾

注:与同组治疗前比较¹⁾ $P<0.05$;与对照组比较²⁾ $P<0.05$ 。

表 4 两组治疗前后中医证候积分比较[$M(P_{25}, P_{75})$]

单位:分			
组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	33	16(12, 20)	10(8, 14) ¹⁾
治疗组	33	16(12, 20)	8(5, 8) ¹⁾²⁾

注:与同组治疗前比较¹⁾ $P<0.05$;与对照组比较²⁾ $P<0.05$ 。

表 5 两组治疗前后前列腺液白细胞计数比较

单位:例				
前列腺液白细胞 计数	对照组(33 例)		治疗组(33 例)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
- (<10/HP)	0	14	0	23
+ (10~19/HP)	8	9	7	7
+ (20~30/HP)	16	6	18	3
+ + + (>30/HP)	9	4	8	0

3.5 两组不良反应发生情况比较

治疗组出现不良反应 2 例,其中 1 例出现恶心及胃部不适症状,考虑患者素有慢性胃炎病史,可能与盐酸克林霉素棕榈酸酯分散片的部分不良反应有关,嘱患者停药并更换其他药物后,不良反应自行消退;另 1 例患者出现滞针情况,嘱患者不用紧张,予轻轻拍打周围肌肉后取出针,患者无其他任何不适。对照组无不良反应发生。治疗组不良反应发生率为 6.1%,对照组不良反应发生率为 0%,组间比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

4 讨论

III 型前列腺炎是前列腺炎中最常见的一种类型,西医学认为 CP/CPPS 与病原体感染、尿液反流、氧化应激、神经内分泌因素、免疫反应异常等相关^[26]。其病理表现为前列腺腺泡、腺管及间质充血水肿,腺液和

炎性分泌物滞留精管导致腺管阻塞,腺管和腺体在炎性细胞浸润下纤维化而致管腔狭窄,腺体局部血液循环障碍等^[27]。由于血浆-前列腺组织屏障作用,药物在前列腺局部分布浓度很低,疗效往往不尽人意,容易反复。其病程缠绵难愈,严重影响患者的生活健康^[28]。

中医学认为本病属“精浊”“淋浊”等范畴,脾肾亏虚是精浊发病的始动环节,湿热蕴结下焦,闭阻精道是致病的关键因素,而气血瘀滞是精浊进一步发展的病理反应,三者相互影响,贯穿于疾病发展的全过程,共同导致疾病的发展与转归,其治疗多采用补肾健脾、清热利湿和活血化瘀之法^[29-31]。血络瘀阻不通和水液气化失常为疾病的基本病机,脾肾亏虚,湿热蕴结下焦,气化不利,同时三焦气机不利,气血津液运行不畅,久之血络瘀阻,精离其位化为精浊,导致疾病的发生,治疗以“补肾化气、健脾利湿、化瘀通络”为基本治则,以脏腑为器,经络为通路,针刺腹部腧穴,平衡脏腑阴阳,畅通经络气血,达到治疗疾病的目的。

经络是人体气血运行的道路,是沟通、协调脏腑功能的结构基础,而腹部为全身脏腑、经络分布最聚集之处。在此次研究中,运用腹部全息理论,以神阙调控系统为核心,通过刺激腹部相关腧穴。一方面可调节腹部经络、沟通脏腑,双向调节脏腑的功能活动,使五脏阴阳平衡,气血运行通畅,疾病向愈^[32];另一方面腹针能刺激局部,直达病所,改善前列腺腺体微循环,消除炎症^[33]。本研究所选穴位中脘、下脘、气海和关元穴为“引气归元”组合,以后天补益先天,以先天资助后天,四穴合用能补肾化气,健脾利湿,调和阴阳,通调气血之功,“阴阳之道,阳密乃固”。振奋精室之阳气,使筋肉得荣则不痛,是基于中医“治病必求于本”的治则理念而选用的一组穴位。中极穴是膀胱的募穴,内应精室,补之可温肾化气,通调水道,泻之可清泻相火,调理下

焦精室气血,同时毗邻膀胱,针刺中极可使盆神经兴奋,逼尿肌收缩,促进膀胱的排尿功能^[34]。曲骨穴为任脉、足厥阴之会,临床将其运用于排尿困难、尿失禁、勃起功能障碍等泌尿生殖系统疾病,精室、膀胱之病皆可取之,具清热利湿、行气活血之功^[35]。水道和归来穴皆位于下腹部足阳明胃经,针刺此穴既可促进脾胃化生新血,加速局部血液运行,又能活血化瘀,利湿通淋,通调三焦水道,改善排尿症状。下风湿点为经验穴,具有清热利湿、活血消肿的功效。诸穴合用能共奏调补脾肾、疏通水道、清热利湿、活血化瘀之效。

本研究结果显示,在常规药物治疗基础上联合腹针治疗湿热瘀滞型IIIA型前列腺炎的总有效率高于单纯常规药物治疗,且可进一步改善患者疼痛不适、排尿症状,提高生活质量。III型前列腺炎的主要症状为疼痛,而针刺在改善疼痛方面是早有研究的,“用针之要,在乎调气调血”,中医学认为针刺是通过调畅气血运行和气血循环变化来达到镇痛效应。西医学认为通过刺激穴位,可促进机体内源性阿片类物质的释放,从而抑制神经中的疼痛信号及增强血液流动来缓解疼痛^[36]。另外,针刺可从调节炎症因子水平、提高免疫、抗氧化、调节自主神经活动、改善盆腔瘀血等多方面作用缓解前列腺炎的疼痛和排尿症状^[37-38]。本研究结果显示,针药并用的整体疗效要优于单纯药物治疗,可能是针刺能影响药物在体内的吸收、分布、代谢、排泄等过程,且在一定程度上促进药物的吸收,引起血药浓度的改变,提高生物利用度,更好发挥药理效应^[39-40]。前列腺液常规检查结果示,两组均能减少患者前列腺液白细胞计数,降低炎症的发生,且治疗组疗效优于对照组,但是白细胞计数不能反映慢性前列腺炎症状的严重程度^[41]。不良反应方面,两组比较差异无统计学意义,表明针药并用安全性较好。

综上,在常规药物治疗基础上,腹针可进一步减轻湿热瘀滞型IIIA型前列腺炎的临床症状,降低前列腺液白细胞计数,提高临床疗效。

参考文献

- [1] AKTAR N, MOUDUD A, CHEN T, *et al.* Recent advances in pharmacological interventions of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome[J]. *Curr Pharmaceut Des*, 2021 (25) : 2861-2871.
- [2] 张敏建,常德贵,宾彬,等.慢性前列腺炎中西医结合诊疗指南[J].中国男科学杂志,2023(1):3-17.
- [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(7):579-582.
- [4] GRAZIANI A, GRANDE G, MARTIN M, *et al.* Chronic prostatitis/chronic pain pelvic syndrome and male infertility[J]. *Life (Basel, Switzerland)*, 2023 (8) : 1700.
- [5] HU M, WAZIR J, ULLAH R, *et al.* Phytotherapy and physical therapy in the management of chronic prostatitis-chronic pelvic pain syndrome[J]. *Internat Urol Nephrol*, 2019 (7) : 1081-1088.
- [6] 李健,祁娜.慢性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征患者的心理弹性及其影响因素分析[J].中国性科学,2022(12):60-63.
- [7] 张银,洪瑶,车晓艳,等.慢性前列腺炎患者心理健康及应对方式与其生活质量的相关性研究[J].中国性科学,2021(10):8-11.
- [8] 龙向前,黄杰.瘀热型慢性前列腺炎与心理性因素及性功能的相关性[J].中国临床研究,2022(1):92-96.
- [9] PIROLA G M, VERDACCHI T, ROSADI S, *et al.* Chronic prostatitis: current treatment options[J]. *Res Rep Urol*, 2019 (11) : 165-174.
- [10] PARSONS B A, BARANOWSKI A P, BERGHMANS B, *et al.* Management of chronic primary pelvic pain syndromes[J]. *BJU Internat*, 2022 (5) : 572-581.
- [11] NICKEL J C. Chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: it is time to change our management and research strategy[J]. *BJU Internat*, 2020 (4) : 479-480.
- [12] MAGISTRO G, WAGENLEHNER F M E, PILATZ A. Chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome[J]. *Urol (Heidelberg, Germany)*, 2023 (6) : 590-596.
- [13] 梁朝朝.前列腺盆腔综合征的理论进展和实践运用[J].安徽医科大学学报,2023(4):523-527.
- [14] 慢性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征诊疗指南[J].中华男科学杂志,2022(6):544-559.
- [15] ADAMIAN L, URITS I, ORHURHU V, *et al.* A comprehensive review of the diagnosis, treatment, and management of urologic chronic pelvic pain syndrome[J]. *Curr Pain Headache Rep*, 2020 (6) : 27.
- [16] 许生甜,黄彦,熊伟,等.从分经论治组方加减柴妙饮治疗慢性前列腺炎湿热瘀滞证的临床研究[J].中华中医药学刊,2024(2):232-235.

- [17] 陆子晖, 谭华儒. 通淋起痿汤加减联合揸针疗法治疗 III 型慢性前列腺炎合并勃起功能障碍的疗效观察[J]. 广州中医药大学学报, 2023(8):1928-1934.
- [18] 邓国艳, 许芮豪, 呼格吉乐图, 等. 自拟行气活血消炎方治疗气滞血瘀型慢性前列腺炎的疗效观察[J]. 中国民族医药杂志, 2023(6):7-9.
- [19] 薄智云. 腹针疗法[M]. 北京: 中国科技出版社, 1999: 38.
- [20] 胡思源, 马融. 中药临床试验设计实践[M]. 北京: 科学出版社, 2017:633.
- [21] 黄健. 中国泌尿外科和男科疾病诊断治疗指南[M]. 北京: 科学出版社, 2019:447-450.
- [22] REES J, ABRAHAMS M, DOBLE A, *et al.* Diagnosis and treatment of chronic bacterial prostatitis and chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a consensus guideline[J]. *BJU Internat*, 2015(4):509-525.
- [23] 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(8):933-941.
- [24] LITWIN M S, MCNAUGHTON-COLLINS M, FOWLER F J JR, *et al.* The National Institutes of Health chronic prostatitis symptom index: development and validation of a new outcome measure. Chronic Prostatitis Collaborative Research Network[J]. *J Urol*, 1999(2):369-375.
- [25] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则(试行)[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002:168-172.
- [26] LAI H, GERAU R W, LUO Y, *et al.* Animal models of urologic chronic pelvic pain syndromes: findings from the multidisciplinary approach to the study of chronic pelvic pain research network[J]. *Urology*, 2015(6):1454-1465.
- [27] YEBES A, TORIBIO-VAZQUEZ C, MARTINEZ-PEREZ S, *et al.* Prostatitis: a review[J]. *Curr Urol Rep*, 2023(5):241-251.
- [28] 赵文, 孙自学, 王祖龙, 等. 我国前列腺炎患者心理健康研究的文献统计分析[J]. 中华男科学杂志, 2018(6):553-557.
- [29] 尹爱武, 万新, 李秋. 利湿活血中药治疗慢性前列腺炎的 Meta 分析[J]. 中医临床研究, 2022(6):142-146.
- [30] 刘桂敏, 汤铁波, 白雪, 等. 基于数据挖掘的国医大师王琦治疗慢性前列腺炎用药规律研究[J]. 中国中医药信息杂志, 2021(7):47-53.
- [31] 刘碧娥, 梁树麟, 郑文江, 等. 基于数据挖掘的中药复方治疗慢性前列腺炎的用药规律分析[J]. 中国医院药学杂志, 2021(3):240-245.
- [32] 宋冠杰, 王路. 腹针疗法的临床应用进展[J]. 中国医疗器械信息, 2020(14):42-43, 61.
- [33] 李河桥. 腹部深刺法治疗 III 型前列腺炎(气滞血瘀证)的临床疗效观察[D]. 北京: 北京中医药大学, 2022.
- [34] 巩庆阔, 黄新飞, 陈赞, 等. 针药结合治疗慢性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征临床观察[J]. 中医临床研究, 2021(8):60-62.
- [35] 许琳, 万红棉. 曲骨穴治疗泌尿系统疾病临床研究进展[J]. 湖北中医杂志, 2024(3):59-62.
- [36] 王庆勇, 杨添淞, 屈媛媛, 等. 针刺对脊髓损伤后神经病理性疼痛的镇痛机制研究进展[J]. 中华中医药杂志, 2021(6):3483-3487.
- [37] 李甜, 孙璐, 黄奏琴. 针刺治疗慢性前列腺炎/盆腔疼痛综合征的机制研究进展[J]. 江苏中医药, 2021(12):78-82.
- [38] SUN Y, LIU Y, LIU B, *et al.* Efficacy of acupuncture for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a randomized trial[J]. *Ann Intern Med*, 2021(10):1357-1366.
- [39] 赵鑫宇, 邓夏洁, 张璇. 自拟通窍明智方联合醒脑开窍针法对老年脑卒中后认知障碍患者康复的影响[J]. 中国老年学杂志, 2022(20):5078-5080.
- [40] 冯玲玲, 李楠. 针药结合的实验研究及临床应用进展[J]. 中药与临床, 2017(3):65-68.
- [41] 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(8):1914-1916.

收稿日期 2024-06-01