

## 黄柏八味片联合多沙唑嗪治疗慢性前列腺炎的疗效观察

简静芳<sup>1</sup>, 万陈妮<sup>1\*</sup>, 陈伟<sup>2</sup>

1. 华中科技大学同济医学院附属梨园医院 泌外科, 湖北 武汉 43000

2. 黄石市中心医院 肾内科, 湖北 黄石 435000

**摘要:** **目的** 探寻黄柏八味片联合多沙唑嗪在慢性前列腺炎患者中的治疗价值。**方法** 回顾性选取 2024 年 5 月—2025 年 5 月在华中科技大学同济医学院附属梨园医院入组的 60 例慢性前列腺炎病例, 依据所采用治疗方式的差异分为对照组和治疗组, 每组各 30 例。对照组口服甲磺酸多沙唑嗪缓释片, 2 mg/次, 1 次/d。治疗组在对照组的基础上口服黄柏八味片, 3 片/次, 3 次/d。两组均连续治疗 8 周。对比治疗后两组患者临床疗效、症状缓解、前列腺情况、尿动力学。**结果** 治疗后, 治疗组总有效率明显高于对照组 (100.00% vs 76.67%,  $P < 0.05$ )。治疗后, 两组 NIH-CPSI、中医证候积分均明显低于治疗前 ( $P < 0.05$ ), 且与对照组相比, 治疗组治疗后 NIH-CPSI、中医证候积分均显著更低 ( $P < 0.05$ )。治疗后, 两组前列腺体积、前列腺移行区体积和前列腺质地评分均显著低于治疗前 ( $P < 0.05$ ), 且治疗后治疗组在前列腺体积、前列腺移行区体积的缩小及前列腺质地评分的降低方面均显著优于对照组 ( $P < 0.05$ )。治疗后, 两组最大尿流率、平均尿流率明显升高, 而膀胱残余尿量明显降低 ( $P < 0.05$ ); 且与对照组相比, 治疗组治疗后最大尿流率、平均尿流率和膀胱残余尿量改善更明显 ( $P < 0.05$ )。**结论** 黄柏八味片联合多沙唑嗪能够显著增强慢性前列腺炎的临床疗效, 促进前列腺功能恢复, 并有效改善尿动力学相关指标。

**关键词:** 黄柏八味片; 甲磺酸多沙唑嗪缓释片; 慢性前列腺炎; 慢性前列腺炎症状指数; 中医证候积分; 尿动力学

中图分类号: R983

文献标志码: A

文章编号: 1674-5515(2026)04-1091-05

DOI: 10.7501/j.issn.1674-5515.2026.04.032

## Clinical observation of Huangbai Bawei Tablets combined with doxazosin in treatment of chronic prostatitis

JIAN Jingfang<sup>1</sup>, WAN Chenni<sup>1</sup>, CHEN Wei<sup>2</sup>

1. Department of Urology, Liyuan Hospital Affiliated to Tongji Medical College of Huazhong University of Science and Technology, Wuhan 43000, China

2. Department of Nephrology, Huangshi Central Hospital, Huangshi 435000, China

**Abstract: Objective** To explore the therapeutic value of Huangbai Bawei Tablets combined with doxazosin in treatment of chronic prostatitis. **Methods** A total of 60 cases of chronic prostatitis admitted to Liyuan Hospital Affiliated to Tongji Medical College of Huazhong University of Science and Technology from May 2024 to May 2025 were retrospectively enrolled. According to different treatment methods, they were divided into control group and treatment group, with 30 cases in each group. The control group received oral Doxazosin Mesylate Extended Release Tablets, 2 mg once daily. On the basis of the control group, the treatment group was given oral Huangbai Bawei Tablets, 3 tablets each time, 3 times a day. Both groups were treated continuously for 8 weeks. Clinical efficacy, symptom relief, prostate status and urodynamics were compared between the two groups after treatment. **Results** After treatment, the total effective rate of the treatment group was significantly higher than that of the control group (100.00% vs 76.67%,  $P < 0.05$ ). After treatment, the NIH-CPSI scores and TCM syndrome scores in both groups were significantly lower than those before treatment ( $P < 0.05$ ). Compared with the control group, the treatment group showed significantly lower NIH-CPSI scores and TCM syndrome scores after treatment ( $P < 0.05$ ). After treatment, the prostate volume, transitional zone volume, and prostate texture scores in both groups were significantly reduced compared with before treatment ( $P < 0.05$ ). Moreover, the treatment group demonstrated significantly greater improvements in prostate volume reduction, transitional zone volume reduction, and prostate texture score reduction than the

收稿日期: 2025-10-13

基金项目: 湖北省自然科学基金项目 (2023AFD020)

作者简介: 简静芳, 女, 主要从事泌尿方向疾病研究。E-mail: 1286691495@qq.com

\*通信作者: 万陈妮, 女, 主要从事泌尿方向疾病研究。

control group after treatment ( $P < 0.05$ ). After treatment, both groups exhibited a significant increase in maximum urinary flow rate and average urinary flow rate, along with a significant decrease in post-void residual urine volume ( $P < 0.05$ ). Compared with the control group, the treatment group showed significantly greater improvements in maximum urinary flow rate, average urinary flow rate, and post-void residual urine volume after treatment ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** The combination of Huangbai Bawei Tablets and doxazosin can significantly improve the clinical efficacy of chronic prostatitis, promote the recovery of prostate function, and effectively improve urodynamic parameters.

**Key words:** Huangbai Bawei Tablets; Doxazosin Mesylate Extended Release Tablets; chronic prostatitis; NIH-CPSI; TCM syndrome score; urodynamics

慢性前列腺炎在泌尿外科领域具有较高发病率，其典型症状包括骨盆区疼痛、排尿异常与性功能障碍，且因其病程迁延、易反复发作，给患者带来显著困扰。国内流行病学调查表明，该患病率约为 30%<sup>[1]</sup>。慢性前列腺炎临床药物常用方案涵盖抗生素、 $\alpha$  受体阻滞剂及非甾体抗炎药等类别，甲磺酸多沙唑嗪缓释片作为  $\alpha$  受体阻滞剂在排尿期症状控制方面功效显著，然而在尿频、尿急等储尿期症状的控制方面则不尽理想<sup>[2-3]</sup>。中医药在慢性疾病的长期管理中具有独特价值，其作用机制常涉及多靶点调控、整体机能调节以及个体化诊疗策略。白明纲等<sup>[4]</sup>研究指出，黄柏八味片作为蒙古族医学理论体系中的经典制剂，以清热、凉血、固精为主要功效，目前，该药已在临床中广泛应用于多种泌尿生殖系统感染相关疾病的治疗，并显示出良好的应用潜力。当前，针对黄柏八味片与甲磺酸多沙唑嗪缓释片联合治疗慢性前列腺炎的探索仍是一个值得深入的研究方向。本研究致力于探索这一联合用药新策略的临床价值，以期提升患者综合获益寻求更优方案。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般临床资料

研究对象为 2024 年 5 月—2025 年 5 月华中科技大学同济医学院附属梨园医院收治的 60 例慢性前列腺炎患者，年龄 40~63 岁，平均年龄 (48.57±5.23) 岁；病程 3~22 个月，平均病程 (10.55±1.35) 个月；分型：IIIA 型 35 例，IIIB 型 25 例。本研究已通过华中科技大学同济医学院附属梨园医院医学伦理委员会批准 (LY2025-MN05)。

### 1.2 诊断标准

**1.2.1 西医诊断** 参照文献<sup>[5]</sup>中内容：病史时长>3 个月；骨盆区域（如会阴、肛周、睾丸等）存在酸胀疼痛，部分伴射精疼痛；呈现下尿路刺激症状（如尿频、尿急、尿不尽感）或可见尿道口分泌物；前

列腺指检结果正常，或存在触痛、可扪及炎性结节；尿常规白细胞计数及细菌培养无异常；前列腺液白细胞数>10 个/HP 或正常，且细菌培养为阴性；慢性前列腺炎症状指数 (NIH-CPSI)<sup>[6]</sup>评分>4 分。

**1.2.2 中医诊断** 核心症状尿急、尿频、尿痛、会阴/腰骶坠胀。次要见尿后滴沥、尿道灼热、尿道口白浊、阴囊潮湿。舌象见暗红质有瘀斑、苔黄腻；脉弦数或涩滑<sup>[7]</sup>。

### 1.3 纳排标准

**纳入标准：**符合上述中西医诊断；患者入组前知晓研究利弊并签订入组同意书。

**排除标准：**罹患尿道炎、前列腺肿瘤或泌尿系统结石等泌尿系统其他疾病；伴肝肾、心脏等器质性病变；伴其他系统活动性感染疾病；依从性低下者；过敏体质；入组前已经接受相关治疗者。

### 1.4 药物

甲磺酸多沙唑嗪缓释片由乐普制药科技有限公司生产，规格 4 mg/片，产品批号 20244353、20253807；黄柏八味片由湖南兴蒙制药有限公司/湖南康益元药业有限公司生产，规格 0.5 g/片，产品批号 20243010、20250012。

### 1.5 分组和治疗方法

所有患者均符合纳入标准，按治疗方式差异将其分为对照组和治疗组，每组各 30 例。对照组年龄 40~61 岁，平均年龄 (48.34±4.37) 岁；病程 3~19 个月，平均病程 (10.33±1.11) 个月；分型：IIIA 型 19 例，IIIB 型 11 例。治疗组年龄 45~63 岁，平均年龄 (48.63±5.28) 岁；病程 5~22 个月，平均病程 (10.43±1.55) 个月；分型：IIIA 型 16 例，IIIB 型 14 例。两组上述资料对比均衡性理想，具有可比性。

对照组口服甲磺酸多沙唑嗪缓释片，2 mg/次，1 次/d。治疗组在对照组的基础上口服黄柏八味片，3 片/次，3 次/d。两组均连续治疗 8 周。

## 1.6 疗效评价标准<sup>[8]</sup>

临床治愈：治疗后，患者 NIH-CPSI 评分与中医证候积分降幅 $\geq 95\%$ ，症状体征消失，前列腺液正常。显效： $60\% \leq$ 积分降幅 $< 95\%$ ，症状体征改善，WBC 减少 $\geq 60\%$ 。有效： $30\% \leq$ 积分降幅 $< 60\%$ ，症状体征改善， $30\% \leq$ WBC 减少 $< 60\%$ 。无效：未达上述标准。

总有效率 = (临床治愈例数 + 显效例数 + 有效例数) / 总例数

## 1.7 观察指标

**1.7.1 症状缓解** 治疗前后采用 NIH-CPSI 评分系统量化分析，该量表由 9 个条目构成，主要评估疼痛（条目 1~4，0~21 分）、排尿障碍（条目 5~6，0~10 分）与生活质量影响（条目 7~9，0~12 分）3 个维度，其总分与临床症状严重程度呈正相关<sup>[8]</sup>。《中药新药临床试验指导原则（试行版）》中所载的“慢性前列腺炎症状分级量表”：该量表症状条目分为主症与次症两类：主症涵盖尿频、尿急、尿痛；次症包括尿道灼热、尿道白浊与阴囊潮湿，每一症状均按严重程度进行量化评分：0 分表示无症状，2 分为轻度，4 分为中度，6 分为重度。

**1.7.2 前列腺情况** 治疗前后经前列腺 B 超检测前列腺体积、前列腺移行区体积。前列腺质地评分：前列腺质地评分（0~6 分）标准基于直肠指诊结果制定，具体分级定义为：正常（0 分）；轻度（2 分）表现为表面光滑伴轻度不对称；中度（4 分）表现为表面不光滑，可触及少量结节，质地较硬；重度（6 分）表现为表面不光滑，布满结节，腺体质地硬韧且体积缩小。

**1.7.3 尿动力学** 治疗前后接受 OT-UD-I 型膀胱测压仪测量最高尿流率、平均尿流率及膀胱残余尿量。

## 1.8 不良反应观察

统计恶心呕吐、丘疹、头晕等情况。

## 1.9 统计学方法

SPSS 24.0 处理数据，以  $\bar{x} \pm s$  表示计量资料，用样本  $t$  检验；计数资料百分比表示，用  $\chi^2$  检验。

## 2 结果

### 2.1 两组临床疗效比较

治疗后，对照组总有效率明显低于治疗组（76.67% vs 100.00%， $P < 0.05$ ），见表 1。

### 2.2 两组症状缓解比较

治疗后，两组 NIH-CPSI、中医证候积分均明显低于治疗前（ $P < 0.05$ ），且与对照组相比，治疗组治疗后 NIH-CPSI、中医证候积分均显著更低（ $P < 0.05$ ），见表 2。

### 2.3 两组前列腺情况比较

治疗后，两组前列腺体积、前列腺移行区体积和前列腺质地评分均显著低于治疗前（ $P < 0.05$ ），且治疗后治疗组在前列腺体积、前列腺移行区体积的缩小及前列腺质地评分的降低方面均显著优于对照组（ $P < 0.05$ ），见表 3。

### 2.4 两组尿动力学比较

治疗后，两组最大尿流率、平均尿流率明显升高，而膀胱残余尿量明显降低（ $P < 0.05$ ）；且与对照组相比，治疗组治疗后最大尿流率、平均尿流率和膀胱残余尿量改善更明显（ $P < 0.05$ ），见表 4。

### 2.5 两组不良反应比较

两组不良反应对比差异无统计学意义，见表 5。

表 1 两组临床疗效比较

Table 1 Comparison on clinical efficacy between two groups

组别	n/例	临床治愈/例	显效/例	有效/例	无效/例	总有效率/%
对照	30	5	9	9	7	76.67
治疗	30	9	11	10	0	100.00*

与对照组比较：\* $P < 0.05$ 。

\* $P < 0.05$  vs control group.

表 2 两组症状缓解对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

Table 2 Comparison on symptom relief between two groups ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n/例	NIH-CPSI		中医证候积分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照	30	31.95 ± 5.75	17.75 ± 5.10*	22.10 ± 4.75	13.30 ± 3.40*
治疗	30	31.85 ± 5.67	12.40 ± 3.90*▲	22.15 ± 4.72	9.15 ± 2.95*▲

与同组治疗前比较：\* $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较：▲ $P < 0.05$ 。

\* $P < 0.05$  vs same group before treatment; ▲ $P < 0.05$  vs control group after treatment.

表 3 两组前列腺情况对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

Table 3 Comparison on prostate status between two groups ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n/例	前列腺体积/cm <sup>3</sup>		前列腺移行区体积/cm <sup>3</sup>		前列腺质地评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照	30	44.65±2.26	40.10±2.05*	23.38±1.96	19.82±1.66*	2.13±0.06	1.52±1.02*
治疗	30	44.42±2.25	37.35±1.90*▲	23.50±2.09	17.70±1.15*▲	2.11±0.08	0.90±0.34*▲

与同组治疗前比较: \*P<0.05; 与对照组治疗后比较: ▲P<0.05。

\*P<0.05 vs same group before treatment; ▲P<0.05 vs control group after treatment.

表 4 两组尿动力学对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

Table 4 Comparison on urodynamics between two groups ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n/例	最大尿流率/(mmol·L <sup>-1</sup> )		平均尿流率/(mmol·L <sup>-1</sup> )		膀胱残余尿量/mL	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照	30	12.74±1.25	17.52±2.45*	7.15±0.98	10.76±1.43*	82.12±5.15	29.65±4.85*
治疗	30	12.70±1.23	21.84±2.92*▲	7.25±1.02	12.95±1.55*▲	82.05±5.10	24.70±3.90*▲

与同组治疗前比较: \*P<0.05; 与对照组治疗后比较: ▲P<0.05。

\*P<0.05 vs same group before treatment; ▲P<0.05 vs control group after treatment.

表 5 两组不良反应比较

Table 5 Comparison on adverse reactions between two groups

组别	n/例	恶心呕吐/例	皮肤丘疹/例	头晕/例	发生率/%
对照	30	1	0	1	6.67
治疗	30	2	1	1	13.33

### 3 讨论

在现代西医临床中,慢性前列腺炎的常规治疗多采用药物、物理疗法与心理干预相结合的综合管理模式。甲磺酸多沙唑嗪缓释片作为高选择性α-受体拮抗剂,能够特异性阻断分布于前列腺包膜、腺体及膀胱颈部平滑肌的α受体,从而有效松弛该区域平滑肌,解除功能性梗阻,这一机制不仅有助于降低前列腺段尿道及膀胱颈部的压力,改善尿流动力学参数,也能缓解因盆底肌群痉挛所引发的疼痛不适,促进膀胱排空,恢复部分下尿路功能<sup>[9-11]</sup>。尽管如此,由于慢性前列腺炎在病因与病理机制方面存在高度异质性,现有西医治疗仍以控制症状为主要目标,难以实现疾病的根本性治愈,此外,长期依赖西药治疗也可能导致一系列不良反应,如体位性低血压、头晕、乏力等,在一定程度上限制了其长期应用的可行性与患者的依从性。

从中医视角看,慢性前列腺炎可纳入“淋证”“精浊”等疾病范畴,在疾病早中期,病机以“湿热下注”为关键,并常伴有血瘀征象,随着病程发展,邪气羁留损伤正气,可逐渐出现脾、肺、肾等脏腑

的虚损,究其血瘀成因,一方面源于湿热之邪阻滞气机,日久导致气血凝滞、瘀阻脉络;另一方面,情志内伤或寒湿外邪侵袭,亦是形成或加重血瘀的重要环节,因此,确立“清热利湿、活血化瘀”的治法,是切中本病核心病机的关键<sup>[12-13]</sup>。本结果显示治疗组总有效率高,NIH-CPSI、中医证候积分及前列腺质地评分均较低,前列腺体积、前列腺移行区体积缩小,提示黄柏八味片联合西医治疗,利于改善患者不适症状,提高临床疗效。黄柏八味片被纳入《慢性前列腺炎中西医融合药物治疗专家共识》推荐用药范畴<sup>[14]</sup>。“八味黄柏散”出自蒙医经典《蒙医药方汇编》,其药物组成为黄柏、萆薢、甘草等诸多中药材,具备清热凉血、利尿通淋等临床功效,在现代制剂研发过程中,中国蒙药研究所蒙医理论为指导,对传统“八味黄柏散”进行剂型改良,研制出口服片剂黄柏八味片,综观全方,各种中药材配伍有序,共成清热燥湿、利尿通淋之剂,体现了蒙医方剂在慢性前列腺炎治疗中的独特思路<sup>[15]</sup>。

本研究结果中显示与对照组相比,治疗组患者最大尿流率、平均尿流率较高,膀胱残余尿量较少,

提示黄柏八味片利于改善患者尿流动力学。现代药理表明,在药理层面,黄柏八味片主要依托黄柏、栀子的抗炎作用,通过抑制前列腺素、白三烯、肿瘤坏死因子- $\alpha$  等炎症介质的释放,减轻前列腺组织的炎性水肿与细胞浸润,从而从源头上缓解腺体肿胀,由此带来的直接效应是尿道所受机械压迫减轻,内径增宽,尿液流出更为顺畅,尿流率得到客观改善<sup>[6]</sup>。针对慢性炎症常继发的纤维化病变,方中活血化瘀成分致力于改善前列腺局部微循环,通过扩张毛细血管、提升血液灌注,促进代谢产物与炎性物质的清除,并为组织修复创造有利条件,这种“抗炎-活血”并举的策略,能有效遏制成纤维细胞的过度活化,从而延缓组织纤维化的进展;最终,随着腺体质地软化和体积回缩,其对尿道的结构性压迫得以缓解,患者因此感受到的尿不尽感与排尿费力等症状也随之获得显著改善<sup>[7]</sup>。此外结果中两组不良反应发生率对比差异无统计学意义,提示黄柏八味片联合给药的安全性尚可,这主要得益于黄柏八味片属于天然复方,成分间相互制约,侧重于多靶点的温和调节和恢复身体自愈能力,而非强力对抗,故患者在接受治疗时,机体代谢与耐受性更好。

综上所述,在常规治疗基础上联合使用黄柏八味片与多沙唑啉的中西医结合方案,能够显著增强慢性前列腺炎的临床疗效,促进前列腺功能恢复,并有效改善尿动力学相关指标,具有一定的临床应用与推广价值。

**利益冲突** 所有作者均声明不存在利益冲突

#### 参考文献

- [1] 谢金波,彭波. 良性前列腺增生的流行病学特征及危险因素研究进展 [J]. 同济大学学报:医学版, 2021, 42(4): 568-573.
- [2] 陈昊,董自强. 慢性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征的临床治疗现状 [J]. 海南医学, 2021, 32(18): 2421-2426.
- [3] 杨礼斌,赵玉辉,陈春雷,等. 冬病夏治法联合甲磺酸多沙唑啉片治疗良性前列腺增生症的临床研究 [J]. 上海中医药杂志, 2022, 56(6): 46-49.
- [4] 白明纲,巴根那,赵家栋,等. 蒙药黄柏八味片的质量标准研究 [J]. 中成药, 2007, 29(12): 1795-1798.
- [5] 中华医学会男科学分会,慢性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征诊疗指南编写组. 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, 28(6): 544-559.
- [6] Kildegaard D, Graugaard-Jensen C, Andersen K, et al. Danish version of the National Institutes of Health-Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI) questionnaire: A linguistic translation, cross-cultural adaptation and test-retest reliability study [J]. *Scand J Urol*, 2019, 53(1): 62-68.
- [7] 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 [J]. 中国男科学杂志, 2023, 37(1): 3-17.
- [8] 郑筱萸. 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.
- [9] 张焯,王磊,张璐,等. 甲磺酸多沙唑啉在输尿管镜手术治疗输尿管上段结石围术期中应用的效果 [J]. 广西医学, 2021, 43(1): 27-30.
- [10] 宋子希,曹宏文,陈磊,等. 周氏红鹿方联合甲磺酸多沙唑啉缓释片治疗III型慢性前列腺炎(湿热瘀阻型)的临床疗效观察 [J]. 中国性科学, 2024, 33(8): 107-111.
- [11] 万迎芳,孙建明. 兰苓通泽汤联合甲磺酸多沙唑啉缓释片治疗湿热瘀滞型良性前列腺增生的临床观察 [J]. 中国男科学杂志, 2025, 39(3): 119-125.
- [12] 李生龙,卢刚刚,赵渊博,等. 慢性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征中医药治疗研究进展 [J]. 中国中药杂志, 2024, 49(10): 2648-2653.
- [13] 刘胜京,郭军,王福,等. 基于网络药理学当归黄柏治疗慢性前列腺炎的作用机制研究 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2021, 27(1): 186-188.
- [14] 李海松. 慢性前列腺炎中西医结合药物治疗专家共识 [J]. 中国男科学杂志, 2021, 35(4): 75-79.
- [15] 包焕小,李春霞. 蒙药黄柏八味散药理活性研究进展 [J]. 医学美容美容: 中旬刊, 2015, 1.
- [16] 党静静,于文涛,莫小萱,等. 基于网络药理学探讨黄柏-王不留行药对治疗慢性非细菌性前列腺炎大鼠的作用机制 [J]. 天然产物研究与开发, 2025, 37(3): 544-554.
- [17] 林群芳,周青,周兴,等. 黄柏八味片治疗湿热下注证III型前列腺炎的临床观察 [J]. 中国医师杂志, 2022, 24(11): 1712-1715.

【责任编辑 金玉洁】