

团体标准

T/ HAICWM—20**

前列腺癌中医诊疗指南

Guidelines for the diagnosis and treatment of prostate cancer in Chinese medicine

（文件类型：公示稿）

完成时间：2026 年 2 月

20XX-XX-XX 发布

20XX-XX-XX 实施

目 次

前 言 II

引 言 III

前列腺癌中医诊疗指南 1

1 范围 1

2 规范性引用文件 1

3 术语和定义 1

4 诊断 2

4.1 临床表现 2

4.2 诊断标准 2

4.3 分型 3

4.4 中医诊断 4

4.5 中医辨证分型 5

5 治疗方案 6

5.1 西医治疗 6

5.2 中医辨证论治 7

5.3 经典名方 8

5.4 中成药治疗 8

5.5 前列腺癌临床难点问题的治疗策略 9

6 健康调护 17

6.1 情志调护 17

6.2 饮食调护 18

6.3 运动调护 18

7 病情监测随访 18

7.1 治愈性治疗患者 18

7.2 M0 期患者 18

7.3 综合治疗患者 18

7.4 记录保存 18

8 随访和预防 18

8.1 初级预防 19

8.2 二级预防 19

8.3 三级预防 20

附录 A 2024 年《CSCO 前列腺癌诊疗指南》 TNM 分期 22

附录 B 证据概要表 24

参考文献 28

前 言

本文件参照GB/T1.1—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》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由湖南中医药大学第一附属医院提出。

本文件由湖南省中医药和中西医结合学会归口。

本文件起草单位（排名不分先后）：湖南中医药大学第一附属医院、湖南中医药大学、中国中医科学院西苑医院、中国人民解放军东部战区总医院、浙江大学医学院附属第二医院、中国中医科学院广安门医院、福州大学附属省立医院、江苏省中医院、上海中医药大学附属龙华医院、上海中医药大学附属岳阳医院、上海中医药大学附属曙光医院、广州中医药大学第一附属医院、天津中医药大学第一附属医院、三峡大学、成都中医药大学附属医院、贵州中医药大学第一附属医院、中南大学湘雅医院、中南大学湘雅二医院、中南大学湘雅三医院、湖南省肿瘤医院、湖南省人民医院、宁乡市人民医院。

本文件主要起草人：周青、田雪飞

本文件参与起草人（按姓氏笔画排序）：王龙、尤耀东、吕伯东、刘浩、刘华、向松涛、陈敏丰、陈磊、吴学良、张长城、张星、易路、祖雄兵、郭军、郭姍琦、徐东亮、唐开发、商学军、彭煜、谢宇、魏永宝

引言

0.1 背景信息

前列腺癌（prostate cancer, PCa）作为全球男性高发恶性肿瘤，其年龄标准化发病率达 29.4/10 万，居男性恶性肿瘤发病率第一位^[1]。中国 PCa 发病率呈逐年上升趋势，最新数据显示其年龄标化发病率为 9.7/10 万，位居中国恶性肿瘤第六位。我国年新发病例约 13.4 万例，死亡病例约 4.75 万例^[2]。人口老龄化现状、生活方式改变及前列腺特异性抗原（prostate-specific antigen, PSA）筛查推广共同推动中国 PCa 发病率以年增幅 12.9% 快速上升^[3]。PCa 临床进程隐匿，约半数以上患者确诊时已进展至中晚期，丧失手术根治机会。雄激素剥夺疗法（androgen deprivation treatment, ADT）成为此类患者的基础治疗方案，然而，大约 20-30% 的患者最终仍会产生耐药性，转化为去势抵抗性前列腺癌

（castration-resistant prostate cancer, CRPC），其特征为血清睾酮（testosterone, T）维持去势水平，而 PSA 持续增高或影像学证实肿瘤进展^[4]。尽管现有雄激素受体（androgen receptor, AR）靶向药物不断更新，其治疗效果仍存在局限。中医药在 CRPC 阶段治疗中体现独特价值，中西医协同治疗方案在减少不良反应、改善患者生活质量及延长生存周期等方面临床疗效显著^[5]。循证研究证实，辨证论治方案包括中药汤剂、中成药可延缓肿瘤进展，缓解骨转移疼痛、改善 CRPC 患者生存质量及远期预后^[6]。基于丰富的中医临床实践经验，亟需系统总结 PCa 中医诊疗方案和疗效，为临床决策提供标准化参照。

为进一步规范 PCa 中医诊疗方案，提高中医诊治 PCa 水平，湖南中医药大学第一附属医院周青教授联合全国权威性医疗机构及相关单位专家，根据《世界卫生组织指南制定手册》的指南制定流程、《基于证据体的中医药临床证据分级标准》以及湖南省中医药和中西医结合学会团体标准管理办法等相关要求，结合中医诊疗的特色、中国实际情况的特点及相关专家共识，制定了《前列腺癌中医诊疗指南》。

0.2 确定并构建临床问题

在本指南制定初期，根据文献查阅、专家深度访谈、问卷调查以及专家共识会，构建了以下临床问题：

中医药治疗是否能延缓激素敏感性前列腺癌(hormone-sensitive prostate cancer, HSPC)进展为 CRPC, 并延长患者的疾病稳定期?

中医药治疗是否能预防 PCa 出现骨转移, 减少骨相关事件(skeletal related events, SREs)的发生?

中医药治疗是否降低 PCa 术后复发转移?

中医药治疗是否能促进 PCa 术后患者的康复?

PCa 患者接受促性腺激素释放激素类似物、接受雄激素受体拮抗剂等治疗后, 中医药治疗能否减轻其不良反应?

中医药治疗能否减轻 PCa 放疗患者的相关不良反应?

中医药治疗能否减轻 PCa 化疗患者的相关不良反应?

中医药治疗能否改善前列腺癌患者的贫血?

0.3 说明资金资助及利益冲突情况

制定工作组成员均签署了《利益冲突声明书》, 均声明不存在与本指南相关的经济利益冲突或非经济利益冲突。

前列腺癌中医诊疗指南

1 范围

本文件规定了PCa的中医证候诊断标准、治疗方案的内容。

本文件适用于PCa的中医诊断与治疗工作。

各等级医院泌尿外科、男科及肿瘤科专业的中医（中西医结合）执业医师及经过中医培训的西医临床执业医师可参照本文件开展相关诊疗工作，相关护理人员和药师也可参考使用。

2 规范性引用文件

下列文件中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，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

GB/T16751.1—2023《中医临床诊疗术语·疾病部分》；全国中医标准化技术委员会 2023

GB/T16751.2—2021《中医临床诊疗术语·证候部分》；全国中医标准化技术委员会 2021

《前列腺癌中西医结合诊疗与健康中国专家共识 2022》；中华男科学杂志 2022

《中国抗癌协会前列腺癌整合诊疗指南 2022》；天津科技出版社 2022

全国高等中医药教育教材（第4版）《中医外科学》；人民卫生出版社 2022

《24个专业105个病种中医诊疗方案》；国家中医药管理局医政司 2011

3 术语和定义

3.1 前列腺癌（prostate cancer, PCa）

PCa指发生于前列腺上皮的恶性肿瘤。前列腺癌属于中医“癥积”范畴。

3.2 激素敏感性前列腺癌（hormone-sensitive prostate cancer, HSPC）

HSPC指对ADT（androgen deprivation treatment, ADT）仍然敏感的PCa类型。分为非转移性激素敏感性前列腺癌（non-metastatic hormone-sensitive prostate cancer, nmHSPC）和转移性激素敏感性前列腺癌（metastatic hormone-sensitive prostate cancer, mHSPC）。

3.3 去势抵抗性前列腺癌（castration-resistant prostate cancer, CRPC）

CRPC指前列腺癌患者经过初始持续ADT治疗后，血清睾酮达到去势水平，但是疾病进展的前列腺癌阶段。疾病进展可表现为PSA水平持续增高或影像学可见的肿瘤进展。

3.4 癥积

参照全国中医标准化技术委员会2023年发布的《中医临床诊疗术语·疾病部分》的定义，癥积是中医“积聚”病证中的一类，特指由痰湿、瘀血等病理产物长期凝结而成的，腹内固定不移、触之有形的实性结块。其病机核心是血瘀，病位在脏、在血分，属里、实（或本虚标实）证，多见于各种慢性器质性疾病及肿瘤性病变。

4 诊断

4.1 临床表现

4.1.1 下尿路刺激症状

尿频、尿急、夜尿增多、急迫性尿失禁等。

4.1.2 排尿梗阻症状

肿瘤侵犯突入尿道或膀胱颈，可引起梗阻症状，如排尿困难、排尿等待、尿线无力、排尿间断，甚至尿潴留等。

4.1.3 局部侵犯症状

肿瘤局部侵犯压迫精囊、输精管可引起血精、睾丸疼痛和射精痛；侵犯膀胱可引起血尿；肿瘤突破前列腺纤维囊侵犯支配阴茎海绵体的盆丛神经分支时，会出现勃起功能障碍。

4.1.4 全身症状

PCa 易发生骨转移，引起骨痛或病理骨折、截瘫；可侵及骨髓引起贫血或全血象减少；肿瘤压迫髂静脉或盆腔淋巴结转移，可引起双下肢水肿；肿瘤明显压迫直肠，还可引起排便困难或肠梗阻。

4.1.5 其他症状

其他少见临床表现包括腹膜后纤维化、副瘤综合征和弥散性血管内凝血等。

4.2 诊断标准

4.2.1 直肠指诊（digital rectal examination, DRE）

PCa 多发生于前列腺外周带，DRE 对 PCa 的早期诊断和分期具有重要参考价值。PCa 的典型表现是可触及前列腺坚硬结节，边界欠清，无压痛。若未触及前列腺结节也不能排除 PCa，需要结合 PSA 及影像学检查等综合考虑。DRE 挤压前列腺可导致 PSA 入血，影响血清 PSA 值的准确性，因此 DRE 应在患者抽血实验室检查 PSA 后进行。

4.2.2 PSA

PSA > 4.0 ng/mL 为异常。当 PSA 介于 4~10 ng/mL，为 PCa 判定的灰区，推荐参考前列腺健康指数（prostate health index, PHI）、PSA 密度（prostate specific antigen density, PSAD）、PSA 速率（prostate specific antigen velocity, PSAV）判定。PSA 越高，PCa 出现转移的概率越高。PCa 根治术后，在影像学检查阴性的前提下，连续两次复查 PSA > 0.2 ng/mL 则提示 PCa 生化复发；根治性放疗后复查 PSA 水平升高超过 2 ng/mL 以上则提示生化复发。需排除 PSA 受到增生、炎症、尿潴留等因素的影响，而导致误诊、漏诊及过度诊断。

4.2.3 MRI

MRI 检查是诊断 PCa 及明确临床分期的最主要方法之一。前列腺 MRI 可显示前列腺癌外周包膜的完整性、是否侵犯前列腺周围脂肪组织、膀胱及精囊等器官；预测包膜或包膜外侵犯的准确率达 70%~90%，有无精囊受侵犯的准确率 90%；MRI 可显示盆腔淋巴结受侵犯情况及骨转移病灶，对 PCa 的临床分期具有重要的作用。

4.2.4 多模态 MRI (mpMRI)

mpMRI 对国际泌尿病理协会 (international society of urological pathology, ISUP) 分级 ≥ 2 的 PCa 的检出和定位具有较好的敏感性，因此应在穿刺活检前进行 mpMRI 成像检查。此外，为避免不必要的活检，对 DRE 正常，PSA 水平在 2~10ng/mL 的无症状男性，可以采用 mpMRI 帮助决策是否需要活检。基于 PI-RADS 评分、经直肠超声和 PSAD 等指标的列线图可能有助于区分需要进行穿刺活检的 PCa 患者。

4.2.5 正电子发射计算机断层成像 (positron emission tomography-computed tomography, PET-CT)

碳-11 胆碱 PET-CT 已被用于检测和区分 PCa 和良性病变。这项技术在生化失败再分期患者中的敏感性和特异性分别为 85% 和 88%。碳-11 胆碱 PET-CT 可能有助于检测这些患者中的远处转移。前列腺特异性膜抗原 (prostate-specific membrane antigen, PSMA) 在前列腺癌细胞表面特异性高表达，使其在 PCa 分子影像学及靶向治疗领域具有极为重要的研究价值，特别是核素标记 PSMA 小分子抑制剂已在 PCa 的分子影像学诊断方面显示出较好的临床应用前景。68Ga-PSMA PET-CT 对 PCa 的诊断准确性远高于传统影像学检查，比如 MRI、CT 及前列腺超声。

4.2.6 前列腺穿刺活检

前列腺穿刺条件：①任何 PSA 下，如 DRE 发现前列腺可疑结节、经直肠超声检查或 MRI 发现可疑病灶；②PSA > 10ng/mL；③PSA 4~10ng/mL，可结合 f/tPSA、PSAD 或 PHI。满足上述任一条件，即可穿刺活检。包括超声引导下经直肠/会阴 10~12 针系统穿刺（首选）、MRI 引导下靶向穿刺联合系统穿刺、MRI 引导下融合靶向穿刺。

4.3 分型

4.3.1 TNM 分期

PCa 分期最广泛采用的是美国癌症联合委员会制订的 TNM 分期系统。PCa 分期的目的是指导选择治疗方法和评价预后。主要通过 DRE、PSA、穿刺活检阳性针数和部位、核素全身骨显像、前列腺 MRI 或前列腺 CT 以及淋巴结清扫来明确临床和病理分期。T 分期表示原发肿瘤情况，N 分期表示淋巴结情况，M 分期表示远处转移。

4.3.2 风险分层 (低、中、高危)

4.3.2.1 极低危

T1c, Gleason 评分 \leq 6/Gleason 1 级, PSA $<$ 10ng/mL, 前列腺活检阳性针数少于 3 个, 每针癌灶 \leq 50%, PSA 密度 $<$ 0.15ng/(mL·g)。

4.3.2.2 低危

T1~T2a, Gleason 评分 \leq 6/Gleason 1 级, PSA $<$ 10ng/mL。

4.3.2.3 中度偏好

T2b~T2c, 或 Gleason 评分 3+4=7/Gleason 2 级, 或 PSA10~20 ng/mL 但是前列腺活检阳性针数少于 50%。

4.3.2.4 中度偏差

T2b~T2c, 或 Gleason 评分 3+4=7/Gleason 2 级, 或 Gleason 评分 4+3=7/Gleason 3 级, 或 PSA10~20ng/mL。

4.3.2.5 高危

T3a, 或 Gleason 评分 8/Gleason 4 级, 或 Gleason 评分 9~10/Gleason 5 级, 或 PSA $>$ 20ng/mL。

4.3.2.6 极高危

T3b~T4, 或主要分级区 Gleason 5, 或穿刺活检阳性有 4 针以上, Gleason 评分 8~10/Gleason4 或 5 级。

4.3.3 病理分型

PCa 的病理评分系统 Gleason 分级是目前应用最广泛的组织学评价前列腺腺癌的分级系统。2014 年 ISUP 专家共识会议对 PCa Gleason 分级标准进行修订, 详见表 1:

表 1 前列腺腺癌 Gleason 分级标准

| 分级 | 组织学特征 |
|-----|--|
| 1 级 | 单个的分化良好的腺体密集排列, 形成界线清楚的结节 |
| 2 级 | 单个的分化良好的腺体较疏松排列, 形成界线较清楚的结节(可伴微小浸润) |
| 3 级 | 分散、独立的分化良好的腺体 |
| 4 级 | 分化不良、融合的或筛状(包括肾小球样结构)的腺体 |
| 5 级 | 缺乏腺性分化(片状、条索状、线状、实性、单个细胞)和(或)坏死(乳头/筛状/实性伴坏死) |

4.4 中医诊断

4.4.1 中医病名诊断

PCa 可归于中医学“癥积”范畴。

4.4.2 中医病因病机

本病病位主要在与肾、脾、肝、膀胱密切相关。肾虚精亏, 膀胱气化无力, 则湿浊内停; 脾失健运, 湿浊内生, 郁而化热; 肝失疏泄, 气滞血瘀; 终致湿、热、瘀结聚下焦精室, 久为毒邪, 发为 PCa。

4.4.3 中医证素诊断

推荐意见：参照全国中医标准化技术委员会 2021 年颁布的《中医临床诊疗术语·证候部分》，及《中医外科学》（第 4 版）教材泌尿男科生殖系疾病部分，PCa 的病位要素主要包括肾、脾、肝、膀胱，病性要素主要包括阳虚、阴虚、湿热、气滞、血瘀，推荐辨证分型时参考使用。见表 2、表 3。

表 2 病位要素

| 脏腑 | 症状特点 |
|----|------------------------------------|
| 肾 | 面色晄白，五更泄泻，完谷不化，形寒肢冷，腰膝酸软。 |
| 脾 | 面色萎黄，食欲不振，餐后饱胀，泄泻肠鸣，腹部隐痛，乏力倦怠。 |
| 肝 | 胸胁苦满，气郁不舒，急躁易怒，头晕目眩，爪甲无华，口苦，舌红，脉弦。 |
| 膀胱 | 排尿困难，尿频，夜尿增多，血尿，少腹部胀痛不适。 |

表 3 病性要素

| 病性 | 症状及舌脉特点 |
|----|--|
| 阳虚 | 畏寒肢冷，面色晄白，脘腹冷痛，喜温喜按，小便清长，大便溏泄，或浮肿。舌淡苔白，脉沉迟或细弱。 |
| 阴虚 | 潮热盗汗，咽干口渴，两目干涩，形体消瘦，大便干结，五心烦热，口渴欲饮。舌红少津，脉细数。 |
| 湿热 | 尿频，尿急，尿痛，尿色黄，阴囊潮湿，口干口苦，大便秘结。舌红，苔黄腻，脉弦数。 |
| 气滞 | 少腹胀痛不适，嗳气矢气频作。舌淡，苔薄，脉弦。 |
| 血瘀 | 少腹、会阴疼痛固定不移，隐痛或刺痛，形体消瘦，面色晦暗黧黑，舌质紫黯或有瘀斑、瘀点，脉细涩。 |

4.5 中医辨证分型

4.5.1 辨证依据

参照《前列腺癌中西医结合诊疗与健康中国专家共识》^[7]。综合分析 1985 年～2025 年国内生物医学期刊发表的有关中医药及中西医结合治疗 PCa 的临床研究文献，通过出现频数和应用病例统计中医证型诊断标准，具体内容如下。

4.5.2 湿热下注证

症候：尿频，尿急，尿痛，尿色黄，阴囊潮湿，口干口苦，大便秘结。舌红，苔黄腻，脉弦数。

4.5.3 气滞血瘀证

症候：排尿费力，或点滴而出，少腹、会阴部胀痛难忍，固定不移。舌黯红，或有瘀点瘀斑，舌底络脉曲张，脉细涩。

4.5.4 肾阳不足证

症候：尿频，尿清长，夜尿多，畏寒肢冷，腰膝酸冷，神疲乏力，面色无华。舌淡，苔白，脉沉细。

4.5.5 肝肾阴虚，湿热下注证

症候：尿频，尿急，尿痛，尿色黄，少腹、腰骶及会阴部坠胀，阴囊潮湿，五心烦热，潮热盗汗，口干口苦，渴不欲饮。舌质黯红，苔黄腻，脉细数。

4.5.6 肾阳不足，瘀毒阻络证

症候：尿频，尿急，尿不尽，尿滴沥，夜尿多，腰膝酸冷，骨痛不移，面色黧黑，神疲乏力，或失眠焦虑。舌黯，或有瘀点瘀斑，舌底络脉曲张，苔黄，脉细涩。

4.5.7 脾肾不足，湿毒蕴结证

症候：尿频，尿无力，尿不尽，会阴坠胀不适，神疲乏力，自汗，畏寒肢冷，腰膝酸软，纳呆食少，双下肢水肿。舌淡，苔白腻，脉沉细无力。

5 治疗方案

5.1 西医治疗

前列腺癌的西医治疗需根据疾病的不同阶段选择最佳方式，强调多学科协作与个体化原则。

5.1.1 局限性前列腺癌

局限性阶段应优先选择根治性手段以消除病灶配合辅助 ADT、外放射治疗等。对于极低危、部分低危且预期寿命较长的患者，可考虑主动监测，动态观察肿瘤进展。

5.1.2 根治性治疗后复发

根治性治疗后复发时，完善 PSA 倍增时间（prostate-specific antigen doubling time, PSADT）、PSA、骨扫描、MRI、前列腺瘤床穿刺活检等相关检查，明确复发范围与性质。根据检查结果选择挽救性放疗、挽救性放疗联合 ADT、ADT、挽救性前列腺切除、观察随访等。

5.1.3 转移性激素敏感性前列腺癌（mHSPC）

mHSPC 确诊后应及时确定疾病状态且在接受全身治疗前行重要脏器的功能评估。同时配合骨扫描、CT/MRI、PSMA PET/CT 等检查评估肿瘤分层。根据肿瘤分层进行治疗，ADT 是 mHSPC 的基础治疗，可联合其他治疗。ADT 主要有促性腺激素释放激素激动剂（包括戈舍瑞林、曲普瑞林、亮丙瑞林等）和促性腺激素释放激素拮抗剂（包括地加瑞克）。低瘤负荷 mHSPC 可选择 ADT+阿比特龙+泼尼松或者 ADT+EBRT 或者 ADT+恩杂鲁胺等或者 ADT+比卡鲁胺等；高瘤负荷 mHSPC 可选择 ADT+恩杂鲁胺、阿帕他胺等。

5.1.4 去势抵抗性前列腺癌（CRPC）

CRPC 可分为非转移性去势抵抗性前列腺癌（nonmetastatic castration-resistant prostate cancer, nmCRPC）和转移性去势抵抗性前列腺癌（metastatic castration-resistant prostate cancer, mCRPC）。此

仍需将 ADT 作为基础治疗；nmCRPC 治疗需根据 PSADT 的值，进行分层治疗；mCRPC 治疗应以 MDT 为基础，根据患者既往是否行内分泌治疗、化疗等情况进行分层治疗或在系统治疗的基础上考虑支持治疗^[8]。nmCRPC 根据 PSADT 分层：PASDT \leq 10 个月可选择恩杂鲁胺、阿帕他胺等；PSADT $>$ 10 个月可选择观察随访或者 ADT 联合治疗。mCRPC 的治疗可分为：既往未行 ADT 和化疗可选择阿比特龙+泼尼松、恩杂鲁胺、多西他赛等；既往新型 ADT 失败且未化疗可选择多西他赛、奥拉帕利等；既往化疗失败且未行新型 ADT 可选择阿比特龙+泼尼松、恩杂鲁胺、奥拉帕利等；既往新型 ADT 和化疗失败可选择奥拉帕利、卡巴他赛等^[7]。

5.2 中医辨证论治

5.2.1 论治依据

分析 1984 年至 2024 年国内生物医学期刊发表的有关中医药及中西医结合治疗 PCa 的临床研究文献，参照《前列腺癌中西医结合诊疗与健康管理中国专家共识》^[7]、《前列腺癌雄激素剥夺治疗后并发症中医诊疗专家共识》^[9]及国家中医药管理局医政司 2011 年颁布的《24 个专业 105 个病种中医诊疗方案》，根据患者证型列举治法方药如下。

5.2.2 湿热下注证

治法：清热利湿。推荐方药：八正散（《太平惠民和剂局方》）合猪苓汤（《伤寒论》）加减。组成：篇蓄、瞿麦、车前子、滑石、栀子、甘草梢、大黄、木通、猪苓、茯苓、泽泻、阿胶（烊化）。

5.2.3 气滞血瘀证

治法：理气活血，破瘀消癥。推荐方药：四逆散（《伤寒论》）合少腹逐瘀汤（《医林改错》）加减。组成：当归、延胡索、川芎、没药、赤芍、蒲黄、五灵脂、小茴香、干姜、肉桂。

5.2.4 肾阳不足证

治法：温肾助阳。推荐方药：肾气丸（《金匱要略》）加减。组成：生地黄、山茱萸、山药、茯苓、牡丹皮、泽泻、桂枝、炮附子（先煎）。

5.2.5 肝肾阴虚，湿热下注证

治法：补益肝肾，清热除湿。推荐方药：六味地黄丸（《小儿药证直诀》）合当归贝母苦参丸（《金匱要略》）加减。组成：熟地黄、山茱萸、山药、茯苓、泽泻、牡丹皮、当归、浙贝母、苦参。

5.2.6 肾阳不足，瘀毒阻络证

治法：温肾助阳，活血解毒。推荐方药：肾气丸（《金匱要略》）合西黄丸（《外科证治全生集》）加减。组成：生地黄、山茱萸、山药、茯苓、牡丹皮、泽泻、桂枝、炮附子（先煎）。另加服西黄丸（药用：人工牛黄、人工麝香、乳香、没药）。

5.2.7 脾肾阳虚，湿毒蕴结证

治法：健脾补肾，利湿解毒。推荐方药：升陷汤（《医学衷中参西录》）合附子理中汤（《三因极一病证方论》）。组成：黄芪、知母、柴胡、桔梗、升麻、党参、白术、干姜、炮附子（先煎）。

5.3 经典名方

5.3.1 肾气丸（《金匮要略》）

肾气丸联合内分泌治疗能够降低 HSPC 患者死亡风险，且干预治疗越早患者的 OS 越长；并提高 PSA 反应率，改善患者生活质量，降低肾阳虚证候评分^[10]。（证据级别：III级，强推荐）

5.3.2 知柏地黄丸（《医宗金鉴》）

知柏地黄丸可显著改善老年 PCa 药物去势治疗后的骨质疏松，能够增加骨密度及抗氧化应激水平，有助于提高老年 PCa 患者的生活质量^[11]。（证据级别：III级，强推荐）

5.3.3 六味地黄丸（《小儿药证直诀》）

六味地黄汤联合内分泌治疗可以降低晚期 PCa 患者 PSA 水平，提高其生活质量^[12]。（证据级别：II级，强推荐）

5.4 中成药治疗

5.4.1 概述

中成药在 PCa 的综合治疗中具有扶正祛邪作用，贯穿手术后、放疗期、内分泌治疗阶段及去势抵抗期等各个环节。其运用亦强调辨证论治，对于提高患者生活质量、减轻西医治疗副作用、降低肿瘤复发及延缓疾病进展均有积极意义。本指南纳入的口服中成药及中药注射剂以国家医疗保障局颁发的《国家基本医疗保险、工伤保险、生育保险药品目录（2022.01）》医保目录名单为准，旨在规范临床用药，提高治疗效果。根据中成药的各自功效特点可分为清热解毒、攻邪散结两大类。其中清热解毒类具有清热利湿、凉血解毒、散结止痛的功效，常用中成药包括：复方苦参注射液、西黄丸等。攻邪散结类多具攻毒蚀疮、活血软坚、化痰散结之功，常用中成药包括：小金丸（片、胶囊）、复方斑蝥胶囊等。

5.4.2 前列腺根治性切除术（radical prostatectomy, RP）后联合中成药治疗

5.4.2.1 降低术后复发率，延长生存期

5.4.2.1.1 复方苦参注射液

复方苦参注射液^[13]可清热利湿、凉血解毒，用于 PCa 患者可调节免疫功能，降低血清 PSA 水平，改善体力状况与生活质量，并有助于缓解癌性疼痛和出血。（证据级别：IV级，弱推荐）

5.4.2.1.2 小金丸（《外科证治全生集》）

小金丸^[14]可解毒消肿、活血软坚、化痰散结，适用于气结痰凝血瘀证 PCa，尤适用于 RP 术后或 ADT 治疗期间伴免疫功能低下者，可提高细胞免疫功能。（证据级别：III 级，弱推荐）

5.4.2.1.3 西黄丸（《外科证治全生集》）

西黄丸^[15]可清热解毒、化痰散结、活血消肿、祛瘀止痛。用于 PCa 根治术患者，可辅助减轻 RP 术后局部炎症反应、缓解癌性疼痛或术后创伤疼痛，调节机体免疫功能以减少术后免疫抑制相关风险，同时有助于降低血清 PSA 水平，改善患者术后体力状况（如 Karnofsky 功能状态评分提升）与整体生活质量。（证据级别：IV 级证据，强推荐）

5.4.2.2 改善术后尿控

5.4.2.2.1 黄莪胶囊

黄莪胶囊^[16]具有益气活血、散结利湿之功，用于 RP 术后辅助治疗可有效减轻膀胱痉挛疼痛，改善最大尿流量、膀胱顺应性、逼尿肌压力等尿动力学指标，提升尿控能力、生活质量和自我管理效能。（证据级别：III 级，弱推荐）

5.4.2.2.2 前列冲剂

前列冲剂^[17]联合桑螵蛸散加味可改善 RP 术后尿失禁患者的中医证候评分和尿动力学指标（包括最大尿流率、残余尿量、最大尿道闭合压、最大膀胱容量），提高治疗有效率，且安全性良好（证据级别：IV 级，弱推荐）。

5.4.2.3 改善术后性功能障碍

5.4.2.3.1 复方玄驹胶囊

复方玄驹胶囊^[18]可温肾壮阳、益精固本，通过调节性腺轴功能、改善血流与神经功能，适用于 PCa 术后肾阳虚型性功能障碍患者（证据级别：IV 级，弱推荐）

5.5 前列腺癌临床难点问题的治疗策略

5.5.1 临床问题：中医药治疗是否能延缓 HSPC 进展为 CRPC，并延长患者的疾病稳定期？

5.5.1.1 推荐意见

基于现有证据，建议在规范内分泌治疗的基础上，联合具有“扶正祛邪”作用的中医药治疗（包括中药汤剂、中成药及注射剂），可有效延缓 HSPC 向 CRPC 的进展，显著延长无进展生存期（progression free survival, PFS）和总生存期（overall Survival, OS），提高生活质量，并减轻内分泌治疗的相关副作用。其核心机制在于中医药的整体调节作用，通过补肾健脾、益气养阴、活血化瘀等，改善体内微环境，增强机体免疫及治疗耐受性，从而延缓疾病进展。a 芪蓝胶囊^[19]（证据级别：III 级，弱推荐）、b

肾气丸^[10]（证据级别：Ⅲ级，强推荐）、c 健脾益肾颗粒^[20]（证据级别：Ⅳ级，弱推荐）、d 健脾利湿化痰方^[21]（证据级别：Ⅲ级，强推荐）、e 参芪扶正注射液^[22]（证据级别：Ⅲ级，强推荐）。

5.5.1.2 辨证论治

HSPC 阶段总体以健脾补肾为主、解毒散结为辅的诊疗思路。此阶段治疗目的在于提高患者生存质量，并延缓激素敏感向去势抵抗转变，稳定病情，延长生存期。

5.5.1.2.1 脾肾不足，邪毒蕴结证

症候：尿频，尿无力，尿不尽，会阴坠胀不适，神疲乏力，自汗，失眠心烦，腰膝酸软，畏寒肢冷，纳呆食少，双下肢水肿。舌淡，苔白腻，脉沉细无力或沉涩。治法：健脾补肾，解毒散结。推荐方剂：加味参芪地黄汤^[23]（党参、黄芪、茯苓、熟地黄、山药、山茱萸、牡丹皮、泽泻、苦参、山慈菇等）。（证据级别：共识建议，Ⅳ级，弱推荐）

5.5.1.2.2 脾肾两虚，湿瘀互结证

症候：神疲乏力，腰膝酸软，纳呆脘痞，肢体困重，小便频数。舌淡胖或有齿痕，苔白腻，脉沉滑。治法：健脾补肾，利湿化瘀。推荐方剂：健脾利湿化痰方^[24]（黄芪、补骨脂、刺五加、姜黄、王不留行、甘草）加减。（证据级别：Ⅲ级，弱推荐）

5.5.1.2.3 肾阳虚衰证

症候：畏寒肢冷，腰脊冷痛，小便清长，夜尿频多，性欲减退，精神萎靡。舌淡苔白，脉沉迟无力。治法：温补肾阳。推荐方剂：肾气丸（《金匱要略》）加减^[10]（干地黄、山药、山茱萸、泽泻、茯苓、牡丹皮、桂枝、附子（炮））。（证据级别：Ⅲ级，强推荐）

5.5.1.3 常用中成药

5.5.1.3.1 芪蓝胶囊

适用于气虚血瘀证 HSPC 患者，联合 ADT 可能有增效作用^[19]。（证据级别：Ⅲ级，弱推荐）

5.5.1.3.2 健脾益肾颗粒

适用于脾肾两虚证 HSPC 患者，可改善生活质量，减轻去势综合征^[20]。（证据级别：Ⅳ级，弱推荐）

5.5.1.3.3 参芪扶正注射液

适用于气阴两虚证 HSPC 患者，联合内分泌治疗可增效减毒，改善免疫和代谢^[22]。（证据级别：Ⅲ级，弱推荐）

5.5.1.3.4 肾气丸（《金匱要略》）

适用于肾阳虚证 HSPC 患者，能延长 OS，提高生活质量，改善证候^[10]。（证据级别：III级，强推荐）

5.5.2 临床问题：中医药是否能预防 PCa 出现骨转移，减少骨相关事件的发生？

5.5.2.1 推荐意见

中医药作为综合治疗的一部分，对于预防 PCa 骨转移，控制骨转移灶进展、减少 SERs（如骨痛、病理性骨折）以及缓解癌性骨痛（骨痹）具有确切作用。其作用机制在于“补肾壮骨”以固本，“活血化瘀、解毒散结”以祛邪，旨在强健骨骼，抑制肿瘤，并显著缓解疼痛。a 加味参芪地黄汤^[23]（证据级别：III级，强推荐）、b 复方斑蝥胶囊^[24]（证据级别：III级，强推荐）、c 补肾抑瘤方^[25]（证据级别：III级，弱推荐）、d 西黄丸^[26]（《外科证治全生集》）（证据级别：III级，强推荐）、e 华蟾素胶囊^[27]（证据级别：III级，强推荐）。

5.5.2.2 辨证论治

癌性骨痛，其病机在于“不通则痛，不荣则痛”，由癌毒耗损精血或阻碍气血运行所致。治疗以固本祛邪为基本治则，提倡内治外治联合。

5.5.2.2.1 肾虚毒蕴，骨络瘀阻证

症候：腰脊、骨骼疼痛、固定不移，腰膝酸软，神疲乏力。舌黯淡或有瘀点，脉沉细涩。治法：补肾培本，解毒化瘀，通络止痛。推荐方剂：补肾抑瘤方加减^[25]（淫羊藿、女贞子、墨旱莲、重楼等）。（证据级别：III级，弱推荐）

5.5.2.2.2 寒凝经脉，瘀毒内结证

症候：腰骶、肩背时时冷痛，疼痛多于阴雨天加剧，遇寒则重，得温暂缓，疼痛多昼轻夜重，形寒肢冷，面色晄白。舌淡紫，或舌边有瘀点瘀斑，苔白，脉沉细或涩。治法：温经散寒，活血止痛。推荐方剂：阳和汤加减^[7]（《外科证治全生集》）（熟地黄、肉桂、麻黄、鹿角胶、白芥子、炮姜炭、生甘草等）。（证据级别：共识建议，IV级，弱推荐）

5.5.2.2.3 气血两虚，瘀毒内结证

症候：腰骶、肩背隐隐作痛，绵绵不绝，劳累后加剧，常伴形体消瘦，面色无华，疲倦乏力。舌淡，苔薄，脉细。治法：益气养血，活血解毒。推荐方剂：八珍汤加减^[9]（《正体类要》）（人参、白术、茯苓、当归、川芎、白芍、熟地黄、炙甘草，可加黄芪、鸡血藤、丹参等）。（证据级别：共识建议，IV级，弱推荐）

5.5.2.2.4 肾阳虚衰，瘀毒阻络证

症见腰脊、骨骼冷痛、酸软，畏寒肢冷，神疲乏力，小便清长。舌淡黯，脉沉迟细。治法：温肾助阳，活血解毒，壮骨止痛。推荐方剂：肾气丸^[7]（《金匱要略》）（干地黄、山药、山茱萸、泽泻、茯苓、牡丹皮、桂枝、炮附子）合西黄丸^[26]（《外科证治全生集》）（牛黄、麝香、乳香、没药）加减。（证据级别：共识建议，IV级，强推荐）

5.5.2.2.5 脾肾两虚，毒蕴骨络证

症见骨痛不移，倦怠乏力，纳差，消瘦，腰膝酸软。舌淡，苔白，脉沉弱。治法：健脾补肾，利湿解毒，通络止痛。推荐方剂：加味参芪地黄汤（党参、黄芪、茯苓、熟地黄、山药、山茱萸、牡丹皮、泽泻、苦参、山慈菇等）加减^[23]。（证据级别：III级，弱推荐）

5.5.2.3 常用中成药

5.5.2.3.1 复方斑蝥胶囊

具有破血消瘀、攻毒蚀疮之功，联合放疗可用于治疗骨转移，缓解疼痛，改善骨代谢^[24]。（证据级别：III级，强推荐）

5.5.2.3.2 西黄丸

适用于瘀毒互结证，有助于抑制肿瘤复发转移，可用于预防和治疗^[26]。（证据级别：III级，强推荐）

5.5.2.3.3 华蟾素胶囊

具有解毒消肿止痛之功，可改善免疫功能，抑制肿瘤细胞，有助于控制骨转移进展^[27]。（证据级别：III级，强推荐）

5.5.3 临床问题：中医药治疗是否降低 PCa 术后复发转移？

5.5.3.1 推荐意见

PCa 根治术后联合清热解毒化瘀方（红藤、败酱草、蛇莓、当归、川芎、莪术、王不留行）^[28]，可一定程度上降低复发转移风险，促进术后恢复，改善生活质量。（证据级别：III级，强推荐）

5.5.4 临床问题：中医药治疗是否能促进 PCa 术后患者的康复？

5.5.4.1 推荐意见

a 予以补中益气汤（党参、黄芪、升麻、炒白术、炙甘草、桑螵蛸、当归、柴胡、陈皮）可改善 PCa 术后患者的生活质量，有助于缓解尿失禁等症状^[29]。（证据级别：II级，强推荐）；b 电针骶四穴疗法联合温和灸可缓解尿失禁临床症状^[30]。（证据级别：III级，弱推荐）。

5.5.4.2 辨证论治

核心在于“扶正祛邪”，通过益气养血、补肾固本以修复正气，调和气血阴阳。同时辅以活血化瘀、清热利湿等法，清除余邪，改善体内微环境，从而达至降低复发风险，改善生活质量，促进术后康复的目标。

5.5.4.2.1 气血亏虚证

症候：神疲肢倦，面色㿔白，气短自汗，纳差，头晕心悸，舌淡，苔薄白，脉沉细无力。治法：益气养血。推荐方剂：八珍汤加减（《正体类要》）：人参、白术、白茯苓、当归、川芎、白芍药、熟地黄、炙甘草等^[7]。（证据级别：专家共识，IV级，强推荐）

5.5.4.2.2 肾阳亏虚证

症候：小便失禁，小便清长，夜尿频多，面色㿔白，形寒肢冷，神疲乏力，舌淡胖，脉虚。治法：补肾温阳、化气行水。推荐方剂：肾气丸加减（《金匱要略》）：干地黄、山茱萸、山药、泽泻、茯苓、牡丹皮、桂枝、附子（炮）等^[7]。（证据级别：专家共识，IV级，强推荐）

5.5.4.2.3 脾肾亏虚证

症候：小便失禁，尿频尿急，乏力自汗，腰膝酸软，头晕耳鸣，纳差腹胀，舌淡，边有齿痕，苔薄白，脉沉细弱。治法：补益脾肾，益气固摄。推荐方剂：桑螵蛸散（《本草衍义》）合缩泉丸加减（《妇人大全良方》）：桑螵蛸、远志、石菖蒲、龙骨、人参、茯神、当归、山药、益智仁、乌药等^[31]。（证据级别：III级，弱推荐）

常用中成药：详见 4.4。

5.5.5 减轻抗肿瘤治疗的不良反应

5.5.5.1 中医药联合内分泌治疗

5.5.5.1.1 临床问题：PCa 患者接受促性腺激素释放激素类似物，接受雄激素受体拮抗剂等 ADT 治疗后，中医药能否减轻不良反应？

5.5.5.1.2 推荐意见

中医药可减轻、缓解 ADT 治疗后的不良反应。a 潮热盗汗：清心滋肾汤^[32]（证据级别：III级，强推荐）、知柏地黄汤^[33]（证据级别：III级，强推荐）；b 骨骼系统损害：知柏地黄丸^[11]（证据级别：III级，强推荐）；c 疲劳：肾气丸^[10]（证据级别：III级，强推荐）、加味参芪地黄汤^[34]（证据级别：III级，强推荐）；d 贫血：益气解毒祛瘀方^[35]（证据级别：III级，弱推荐）、益气养血汤^[36]（证据级别：III级，弱推荐）。

5.5.5.1.3 辨证论治

内分泌治疗所致诸症，其核心病机为肾精亏虚，阴阳失调。中医药联合内分泌治疗，重在补肾培本，调和阴阳，兼顾健脾益气，疏肝活血^[31]。

5.5.5.1.3.1 内伤发热（潮热、盗汗等血管舒缩症状）

辨证论治：肾阴不足、邪毒瘀阻证。症候：潮热盗汗，眩晕耳鸣或耳聋，口燥咽干，形体消瘦，失眠健忘，齿松发脱，腰膝酸软，舌红少津，苔少或黄，脉沉细或数。治法：滋阴祛邪。推荐方剂：知柏地黄汤加减：熟地黄、知母、黄柏、山茱萸、山药、牡丹皮、茯苓、泽泻等^[7]。（证据级别：专家共识，IV级，强推荐）

5.5.5.1.3.2 骨痹（骨质疏松、病理性骨折等骨骼系统损害）

①肾虚髓伤证。症候：局部剧痛，按之坚硬，面色萎黄或黧黑，腰酸膝冷，耳鸣目眩，肌肉瘦削，饮食锐减，肢体瘫痪或截瘫；舌质淡紫，无苔，脉沉细。治法：益肾填髓，扶正散结。推荐方剂：甲骨汤（沈建平经验方）合消瘤丸（南京中医药大学附属医院协定方）加狗脊、桑寄生、仙灵脾、灵芝、制黄精等。甲骨汤：龟板、鳖甲、炮山甲、煅牡蛎、骨碎补、补骨脂、地骨皮、寻骨风、杜仲、山萸肉、五加皮、薜荔果；消瘤丸：蜈蚣、全蝎、水蛭、斑蝥、麝虫、鼠妇^[7]。（证据级别：专家共识，IV级，弱推荐）

②寒凝经脉，瘀毒内结证。症候：腰骶、肩背时时冷痛，痛多于阴雨天加剧，遇寒则重，得温暂缓，疼痛多昼轻夜重，形寒肢冷，面色晄白；舌淡紫，或舌边有瘀点瘀斑，苔白，脉沉细或涩。治法：温经散寒，活血止痛。推荐方剂：阳和汤加减：熟地、肉桂、白芥子、炮姜炭、生甘草、麻黄、鹿角胶等^[7]。（证据级别：专家共识，IV级，弱推荐）

③气血两虚，瘀毒内结证。症候：腰骶、肩背隐隐作痛，绵绵不绝，劳累后加剧，常伴形体消瘦，面色无华，疲倦乏力，舌淡，苔薄，脉细。治法：益气养血，活血解毒。推荐方剂：八珍汤加减：人参、白术、茯苓、当归、川芎、芍药、熟地黄、炙甘草等^[7]。（证据级别：专家共识，IV级，弱推荐）

④瘀血内阻证。症候：患处肿胀，持续刺痛，夜间为甚，肿块固定不移，按之疼痛，面色晦暗，口唇暗紫；舌质紫暗，或有瘀斑瘀点，脉细涩。治法：活血化瘀，消肿散结。推荐方剂：甲骨汤合消瘤丸加桃仁、红花、丹参、当归等药：龟板、鳖甲、炮山甲、煅牡蛎、骨碎补、补骨脂、地骨皮、杜仲、山茱萸、五加皮、蜈蚣、全蝎、水蛭、斑蝥、麝虫等^[7]。（证据级别：专家共识，III级，弱推荐）

5.5.5.1.3.3 虚劳（疲劳、贫血等）

①气血两虚证。症候：神疲懒言，面色萎黄，倦怠自汗，心悸气短，失眠多梦，舌淡，苔薄，脉细弱。治法：益气生血、补益心脾。推荐方剂：归脾汤加减：白术、人参、黄芪、当归、炙甘草、茯苓、远志、酸枣仁、木香、龙眼肉、生姜、大枣等^[7]。（证据级别：专家共识，IV级，强推荐）

②肾阳亏虚证。症候：畏寒肢冷，面色无华，神疲乏力，食欲不振，腰膝酸软，尿频，尿急，大便稀溏；舌淡，舌体胖大，苔滑润，脉沉迟。治法：温补肾阳。推荐方剂：右归丸加减：熟地、山药、

山茱萸、枸杞子、菟丝子、鹿角胶、杜仲、肉桂、当归、炮附子等^[7]。（证据级别：专家共识，IV级，强推荐）

5.5.5.2 中医药联合放射治疗（放疗）

5.5.5.2.1 临床问题：中医药治疗能否减轻 PCa 患者放疗的相关不良反应？

5.5.5.2.2 推荐意见

针对 PCa 患者放疗，中医药（中药灌肠：海螵蛸、五倍子、白及、三七、青黛、马齿苋）^[37]治疗可减轻不良反应。（证据级别：III级，强推荐）

5.5.5.2.3 辨证论治

①气阴两虚证。症候：多见于根治性放疗后。尿无力，神疲乏力，面白形瘦，口干欲饮，声息低微，腰膝酸软，自汗或盗汗，舌质红或淡，少苔，脉细弱。治法：气阴双补。推荐方剂：生脉散（《医学启源》）（人参、麦冬、五味子）加减^[7]。（证据级别：专家共识，IV级，强推荐）

②热毒炽盛证。症候：多见于根治性放疗后。尿频急、短赤，大便干结，面红口渴，烦躁不宁，夜寐不安，放射处皮肤干燥发红敏感，毛发脱落，舌质红，苔黄腻，脉数。治法：凉血清热解毒。推荐方剂：犀角地黄汤（《备急千金要方》）（犀角（现用水牛角代替）、生地黄、芍药、牡丹皮）合黄连解毒汤（《外台秘要》）（黄连、黄芩、黄柏、栀子）加减^[7]。（证据级别：专家共识，IV级，强推荐）

③热毒伤络证。症候：多见于放射性肠炎。便血，里急后重，肛门灼热，腹痛，尿痛，血尿；舌红，苔黄，脉滑数。治法：清热解毒，凉血止血。推荐方剂：葛根芩连汤（《伤寒论》）（葛根、炙甘草、黄芩、黄连三两）加减^[7]。（证据级别：专家共识，IV级，强推荐）

④脾虚湿热证。症候：多见于放射性肠炎。便溏不爽，肠鸣腹胀、肛门坠胀，纳呆泛酸，口干心烦；舌胖，苔黄，脉滑。治法：健脾祛湿，清热通腑。推荐方剂：参苓白术散（《太平惠民和剂局方》）（莲子肉、薏苡仁、缩砂仁、桔梗、白扁豆、白茯苓、人参、甘草（炒）、白术、山药）合半夏泻心汤（《伤寒论》）（半夏、黄芩、干姜、人参、炙甘草、黄连、大枣）加减^[7]。（证据级别：专家共识，IV级，强推荐）

⑤肾阴亏虚证。症候：多见于放射性肠炎。大便次数增加，量少，时有出血，便时疼痛，口干咽燥，五心烦热；舌红，少苔或无苔，脉细数。治法：滋阴补肾。推荐方剂：六味地黄丸（《小儿药证直诀》）（熟地黄、山萸肉、山药、泽泻、牡丹皮、茯苓）加减^[7]。（证据级别：专家共识，IV级，强推荐）

⑥热结下焦证。症候：多见于放射性膀胱炎。血尿，尿频，尿急，尿痛，排尿困难，舌红苔黄，脉数。治法：清热通淋、凉血止血。推荐方剂：小蓟饮子（《严氏济生方》）（生地黄、小蓟根、滑石、木通、蒲黄、藕节、淡竹叶、当归、栀子仁、炙甘草）加减^[7]。（证据级别：专家共识，IV级，强推荐）

5.5.5.3 中医药联合化学治疗（化疗）

5.5.5.3.1 临床问题：中医药治疗能否减轻 PCa 患者化疗的相关不良反应？

5.5.5.3.2 推荐意见

中医药可减轻 PCa 患者化疗导致的骨髓抑制。a 归脾汤^[38]（《校注妇人良方》）（证据级别：III级，强推荐）、b 体能下降：右归丸^[39]（《景岳全书》）（证据级别：III级，强推荐）。

5.5.5.3.3 辨证论治

①气血两虚证。症候：神疲懒言，面色萎黄，倦怠自汗，心悸气短，失眠多梦，舌淡，苔薄，脉细弱。治法：益气生血，补益心脾。推荐方剂：归脾汤加减^[38]（《校注妇人良方》）。（证据级别：III级，强推荐）

②肾阳亏虚证。症候：畏寒肢冷，面色无华，神疲乏力，食欲不振，腰膝酸软，尿频尿急，大便稀溏；舌淡，舌体胖大，苔滑润，脉沉迟。治法：温补肾阳。推荐方剂：右归丸加减^[39]（《景岳全书》）。（证据级别：III级，强推荐）

5.5.5.3.4 常用中成药

参芪扶正注射液，组成：党参、黄芪、氯化钠、焦亚硫酸钠、依地酸二钠。

药物功效：补气生津，滋阴清热。参芪扶正注射液联合亮丙瑞林对晚期 PCa 患者进行治疗，可有效降低 PSA 和血清睾酮水平，并降低不良反应发生率，适用于肺脾气虚型 PCa^[22]。（证据级别：专家共识，III级，强推荐）

5.5.6 临床问题：中医药治疗能否改善前列腺癌患者的贫血？

5.5.6.1 推荐意见

针对 PCa 患者的贫血，中医药治疗具有较好疗效，能够显著改善贫血症状。益气养血汤（黄芪、茯苓、枸杞子、桂枝、熟地、白芍、当归、白术、党参、川芎、炙甘草、大枣）+艾灸^[40]（证据级别：III级，弱推荐）

5.5.6.2 辨证论治

5.5.6.2.1 气血两虚证

症候：少气懒言，自汗，爪甲苍白，头晕目眩，心悸失眠，手足麻木。舌淡，苔薄白，脉细弱。治法：益气补血。推荐方剂：八珍汤加减：人参、白术、茯苓、甘草、当归、熟地黄、白芍、川芎等^[9, 41]。（证据级别：III级，强推荐）

5.5.6.2.2 心脾两虚证

症候：心悸气短，食后腹胀，头晕目眩，食欲不振，失眠多梦，大便不调。舌淡，苔薄白，脉细弱。
治法：益气健脾，养血安神。常用方剂：归脾汤加减：白术、茯神、黄芪、龙眼肉、酸枣仁、人参、木香、炙甘草、当归、远志、生姜、大枣等。（证据级别：专家共识，Ⅲ级，强推荐）^[7, 9]

5.5.6.2.3 肝肾阴虚证

症候：头晕耳鸣，腰膝酸软，目涩咽干，潮热盗汗，失眠多梦。舌红，少苔，脉细数。治法：滋补肾阴，填精益髓。常用方剂：知柏地黄丸加减：熟地黄、山茱萸、山药、泽泻、牡丹皮、茯苓、知母、黄柏等^[7, 42]。（证据级别：专家共识，Ⅲ级，强推荐）

5.5.6.2.4 脾肾阳虚证

症候：腰膝酸冷，尿频清长，精神不振，怯寒畏冷，大便溏稀。舌淡，苔薄白或白腻，脉细弱。治法：温补肾阳，填精益髓。常用方剂：右归丸加减：熟地黄、附子、肉桂、山茱萸、山药、菟丝子、鹿角胶、枸杞子、当归、杜仲等^[7, 43]。（证据级别：Ⅲ级，强推荐）

5.5.6.3 常用中成药

5.5.6.3.1 生血宝合剂

功效：益气补血、滋补肝肾。生血宝合剂可有效提升肝肾不足、气血两虚证肿瘤相关性贫血患者的Hb水平、改善中医证候、缓解临床症状、提升患者功能状况^[44]。（证据级别：Ⅲ级，弱推荐）

5.5.6.3.2 益中生血胶囊

功效：健脾和胃，益气生血。益中生血胶囊有对抗或纠正血红蛋白下降趋势的作用，对肿瘤相关性贫血有一定治疗作用^[45, 46]。（证据级别：Ⅲ级，弱推荐）

5.5.6.3.3 健脾生血颗粒

功效：健脾和胃，补气养血。运用健脾生血颗粒联合促红细胞生成素治疗癌性贫血可取得较好疗效^[47]。（证据级别：Ⅲ级，弱推荐）

5.5.6.3.4 生血宁片

功效：益气补血。生血宁片能改善肿瘤相关性贫血患者的贫血状态^[46, 48]。（证据级别：专家共识，Ⅲ级，强推荐）

6 健康调护

6.1 情志调护

PCa患者常因疾病症状，手术创伤及病耻感而产生恐惧、焦虑、抑郁等负面情绪。情志调护旨在帮助患者恢复良好心境，减轻负面情绪对康复的影响。除社会心理干预外^[49]，可采用中医方法调摄情志，

如中国传统音乐疗法，情志相胜法等，以平衡阴阳，调和五志，改善心理困扰，提升生活质量与治疗效果^[50-52]。

6.2 饮食调护

中医强调“药食同源”，饮食调护以扶正固本、平衡阴阳为核心，结合现代医学，减少风险、减轻副作用、提高生存质量。研究表明，健康植物性食物摄入量与 PCa 患者性功能，尿路症状及激素活力评分呈正相关^[53]。建议根据患者体质、体重及健康日常习惯制定营养计划，适当提高植物性食物比例，严格戒酒，避免食用含雄激素类补品及高乳脂食品。

6.3 运动调护

ADT 易增加骨质疏松和骨折风险。适度日晒及规律锻炼可延缓治疗后虚弱^[54]。推荐在医生指导下分阶段练习八段锦、太极拳等传统功法，以滋养脏腑，调和阴阳，保护身体机能，促进肾气恢复，改善膀胱排尿功能^[55, 56]。

7 病情监测随访

病情监测与随访旨在及时发现治疗相关并发症，并帮助患者应对新发情况。随访策略应根据疾病分期、既往症状、预后因素及具体治疗方式进行个体化制定。参照最新《CSCO 前列腺癌诊疗指南 2024》^[57]及《前列腺癌中西医结合诊疗与健康管理中国专家共识》^[7]，建议如下：

7.1 治愈性治疗患者

接受治愈性治疗的患者，治疗后 3 年内每 6 个月随访一次，5 年后延长至每 6~12 个月一次，每次应包括疾病相关病史和 PSA 检测。

7.2 M0 期患者

M0 期患者至少每 6 个月随访，内容涵盖病史、PSA 及肝肾功能。

7.3 综合治疗患者

综合治疗后的患者应每 3~6 个月复查 PSA 和睾酮，监测 ADT 相关代谢综合征症状及并发症，包括血红蛋白、肌酐、碱性磷酸酶、血脂和糖化血红蛋白，定期影像学检查，并早期评估骨密度、实施骨保护措施以降低骨折风险。

7.4 记录保存

每次随访后应详细记录并保存结果，依据反馈动态调整后续随访重点。

8 随访和预防

8.1 初级预防

宗旨：通过体质调理与生活方式干预，降低 PCa 发生风险。

8.1.1 情志调摄

保持情绪稳定，避免长期焦虑、抑郁、静坐、冥想及社交活动有助于气机调畅。

8.1.2 饮食调理

宜清淡饮食，多摄入番茄、胡萝卜、全谷物及深海鱼类。限制红肉、动物脂肪及辛辣刺激之物。可适当食用黑芝麻、山药等益肾之食物。

8.1.3 起居与运动

避免久坐、熬夜，节制房事。每周 ≥ 150 分钟中等强度运动（如散步、八段锦），每日提肛运动，以改善局部循环。

8.2 二级预防

宗旨：针对高危人群，实现早发现、早诊断、早干预，延缓疾病进展。

8.2.1 高危人群早期筛查

50 岁以上男性每年检测 PSA 及 DRE；有家族史者从 40~45 岁开始。

8.2.2 中医辨体与饮食干预

基于中医 9 种体质学说，针对前列腺癌高危人群常见体质类型，以调和阴阳，扶正固本为核心进行早期干预与预防。

8.2.2.1 阳虚质

金匮肾气丸（《金匮要略》）、黑豆核桃粥、当归羊肉汤。

8.2.2.2 阴虚质

六味地黄丸（《小儿药证直诀》）、桑椹枸杞茶、银耳百合羹。

8.2.2.3 气虚质

补中益气丸（《内外伤辨惑论》）、四君子丸（《太平惠民和剂局方》）、黄芪山药粥、人参炖鸡汤。

8.2.2.4 气郁质

逍遥丸（《太平惠民和剂局方》）、柴胡疏肝丸（《医学统旨》）、玫瑰花茶、佛手粥。

8.2.2.5 湿热质

二妙丸（《丹溪心法》）、薏苡仁粥。

8.2.2.6 血瘀质

桂枝茯苓丸（《金匱要略》）、黑木耳桃仁羹。

8.2.3 随访监测

高危人群应每 6~12 个月复查 PSA、前列腺 MRI，必要时行穿刺活检。为动态把握中医证候演变、并与西医监测节奏相协同，建议每 6 个月左右系统进行一次中医辨证再评估，以便及时调整干预方案。

8.3 三级预防

宗旨：预防复发转移，管理治疗副作用，提高生存质量。

8.3.1 防治复发转移

调理体质，扶正抗邪。

阳虚质：肾气丸；阴虚质：六味地黄丸（《小儿药证直诀》）；气虚质：补中益气丸（《内外伤辨惑论》）；气郁质：逍遥丸（《太平惠民和剂局方》）。血瘀质：桂枝茯苓丸（《金匱要略》）

8.3.2 基于体质的副作用管理

8.3.2.1 潮热盗汗（阴虚质、气郁质）

阴虚质：知柏地黄丸（《医宗金鉴》）、浮小麦茶、百合粥；

气郁质：逍遥丸（《太平惠民和剂局方》）

8.3.2.2 疲劳乏力（气虚质）

气虚质：补中益气丸（《内外伤辨惑论》）、十全大补丸（《太平惠民和剂局方》）、黄芪炖鸡、人参粥。

8.3.2.3 尿失禁（气虚质、阳虚质）

补中益气丸（《内外伤辨惑论》）合缩泉丸（《魏氏家藏方》）、山药芡实粥、核桃仁。

8.3.2.4 放射性直肠/膀胱炎（湿热质）

白头翁汤（《伤寒论》）、马齿苋粥、绿豆汤。

8.3.2.5 骨质疏松或骨转移（阳虚质、阴虚质）

阳虚质：右归丸（《景岳全书》）、杜仲牛骨粥；

阴虚质：左归丸（《景岳全书》）、黑芝麻糊。

8.3.3 情志与生活综合调理

重视心理疏导，缓解“恐癌”情绪，可配合逍遥散（《太平惠民和剂局方》）等疏肝解郁。鼓励坚持健康生活方式，进行适度运动，避免过劳。

湖南省中医药和中西医结合学会团体标准公示稿

附录 A

(资料性)

2024 年《CSCO 前列腺癌诊疗指南》TNM 分期

T—原发肿瘤

Tx 原发肿瘤无法评估；

T0 无原发肿瘤证据；

Tis 原位癌，粘膜内癌(侵犯固有层，未穿透粘膜肌层)

T1 不能被扪及和影像无法发现的临床隐匿性肿瘤；

T1a 病理检查偶然在5%或更少的切除组织中发现肿瘤；

T1b 病理检查偶然在5%以上的切除组织中发现肿瘤；

T1c 穿刺活检证实的肿瘤（如由于PSA升高），累及单侧或者双侧叶，但不可扪及；

T2 肿瘤可扪及，局限于前列腺之内；

T2a 肿瘤限于单侧叶的1/2或更少；

T2b 肿瘤侵犯超过单侧叶的1/2，但仅限于一叶；

T2c 肿瘤侵犯2叶；

T3 肿瘤侵犯包膜外，但未固定，也未侵犯邻近结构；

T3a 包膜外侵犯（单侧或双侧）；

T3b 肿瘤侵犯精囊（单侧或双侧）；

T4 肿瘤固定或侵犯除精囊外的其他邻近组织结构：如外括约肌、直肠、膀胱、肛提肌和/或盆壁；

N—区域淋巴结

Nx 区域淋巴结无法评估；

N0 无区域淋巴结转移

N1 区域淋巴结转移；

M—远处转移

Mx 远处转移无法评估；

M0 无远处转移(影像学证实)

M1 远处转移

M1a 非区域淋巴结的转移；

M1b 骨转移；

M1c 其他部位转移，有或无骨转移。

表 A.1 前列腺癌 TNM 分期表

| 分期组 | T | N | M |
|---------|--------|--------|-----|
| 0 期 | Tis | N0 | M0 |
| I 期 | T1, T2 | N0 | M0 |
| II A 期 | T3 | N0 | M0 |
| II B 期 | T4a | N0 | M0 |
| II C 期 | T4b | N0 | M0 |
| III A 期 | T1-2 | N1/N1c | M0 |
| III A 期 | T1 | N2 a | M0 |
| III B 期 | T3-T4a | N1/N1c | M0 |
| III B 期 | T2-3 | N2a | M0 |
| III B 期 | T1-2 | N2b | M0 |
| III C 期 | T4a | N2a | M0 |
| III C 期 | T3-T4a | N2b | M0 |
| III C 期 | T4b | N1-N2 | M0 |
| IV A 期 | 任何 T | 任何 N | M1a |
| IV B 期 | 任何 T | 任何 N | M1b |
| IV C 期 | 任何 T | 任何 N | M1c |

附录 B

(资料性)

表 B.1 证据概要表

| 临床问题 | P (研究对象) | I (干预措施) | C (对照措施) | O (结局指标) |
|---|---|--------------------------|----------|--------------------|
| 在 HSPC 治疗方面, 中医药联合内分泌治疗能否延缓 HSPC 进展为 CRPC 并延长疾病稳定期? | HSPC 患者 | 中医药+规范内分泌治疗 (ADT±新型 ADT) | 规范内分泌治疗 | PFS/OS、转 CRPC、生活质量 |
| 研究类型及数量 | 5 个 RCT | | | |
| 证据等级 | B 级 | | | |
| 是否升级或降级 | 降级 | | | |
| 升级或降级因素 | 盲法及分配隐藏不明确; 部分研究样本量较小、随访不足; 结局指标异质性 | | | |
| 结论 | 在规范内分泌治疗基础上联合中医药治疗, 可能延缓 HSPC 向 CRPC 进展, 延长 PFS/OS 并改善生活质量。 | | | |
| 临床问题 | P (研究对象) | I (干预措施) | C (对照措施) | O (结局指标) |
| 中医药联合常规治疗是否能预防/延缓 PCa 骨转移进展, 减少骨相关事件发生? | PCa 伴骨转移/骨相关风险患者 | 中医药+常规治疗 (ADT/放疗/唑来膦酸等) | 常规治疗 | 骨相关事件、疼痛、骨代谢、生活质量 |
| 研究类型及数量 | 5 个 RCT | | | |
| 证据等级 | B 级 | | | |
| 是否升级或降级 | 降级 | | | |
| 升级或降级因素 | 研究对象多为已骨转移患者 (间接性); 盲法不明确; 样本量有限 | | | |
| 结论 | 中医药联合常规治疗可改善骨转移相关疼痛与骨代谢并减少不良骨事件, 间接支持其抑制骨转移进展与降低骨相关事件的潜力。 | | | |
| 临床问题 | P (研究对象) | I (干预措施) | C (对照措施) | O (结局指标) |
| 中医药治疗是否降低 PCa 根治术后复发 | PCa 根治术后 (生化复发早期) 患者 | 清热解毒化瘀方 | 无对照 | PSA、下尿路症状、复发/转移 |

| | | | | |
|-------------------------------|--|-----------------|-----------|-------------------|
| 发转移风险? | | | | |
| 研究类型及数量 | 1 项单臂临床观察 (36 例) | | | |
| 证据等级 | D 级 | | | |
| 是否升级或降级 | 降级 | | | |
| 升级或降级因素 | 单臂研究, 无对照; 样本量小; 偏倚风险高 | | | |
| 结论 | 根治术后应用清热解毒化癥方可能降低 PSA 并改善下尿路症状, 提示对生化复发早期具有一定干预价值。 | | | |
| 临床问题 | P (研究对象) | I (干预措施) | C (对照措施) | O (结局指标) |
| 中医药联合常规治疗是否促进 PCa 术后康复并改善尿失禁? | RP 术后尿失禁患者 | 补中益气汤+米拉贝隆 | 米拉贝隆 | 漏尿次数、1 h 尿垫、I-QOL |
| 研究类型及数量 | 1 个 RCT | | | |
| 证据等级 | B 级 | | | |
| 是否升级或降级 | 降级 | | | |
| 升级或降级因素 | 样本量较小; 盲法不明确 | | | |
| 结论 | 补中益气汤联合米拉贝隆较单用米拉贝隆可改善 RP 术后尿失禁相关指标并提高生活质量。 | | | |
| 临床问题 | P (研究对象) | I (干预措施) | C (对照措施) | O (结局指标) |
| 针灸联合常规康复是否促进 PCa 术后尿失禁康复? | RP 术后尿失禁患者 | 电针骶四穴+温和灸 | 对照治疗/常规康复 | ICI-Q-SF、I-VAS |
| 研究类型及数量 | 1 个 RCT | | | |
| 证据等级 | C 级 | | | |
| 是否升级或降级 | 降级 | | | |
| 升级或降级因素 | 样本量较小; 盲法不明确 | | | |
| 结论 | 电针骶四穴联合温和灸可降低 ICI-Q-SF 和 I-VAS 评分, 缓解 RP 术后尿失禁症状。 | | | |
| 临床问题 | P (研究对象) | I (干预措施) | C (对照措施) | O (结局指标) |
| 中医药联合 ADT 能否减轻潮热盗汗等血管舒缩症状? | ADT 治疗 PCa 患者 | 清心滋肾汤或知柏地黄汤+ADT | ADT | 潮热频率/评分 |
| 研究类型及数量 | 2 个 RCT | | | |
| 证据等级 | B 级 | | | |

| | | | | |
|----------------------------|--|--------------------|-----------|------------------|
| 是否升级或降级 | 降级 | | | |
| 升级或降级因素 | 盲法不明确；样本量有限 | | | |
| 结论 | 清心滋肾汤或知柏地黄汤联合 ADT 可减少潮热盗汗发生与严重程度。 | | | |
| 临床问题 | P（研究对象） | I（干预措施） | C（对照措施） | O（结局指标） |
| 中医药联合 ADT 能否改善骨代谢异常与骨密度降低？ | ADT 治疗 PCa 患者 | 知柏地黄丸 | 对照/常规治疗 | 骨密度、骨代谢指标 |
| 研究类型及数量 | 1 个 RCT | | | |
| 证据等级 | B 级 | | | |
| 是否升级或降级 | 降级 | | | |
| 升级或降级因素 | 单项研究；盲法不明确 | | | |
| 结论 | 清心滋肾汤或知柏地黄汤可提高 ADT 治疗患者骨密度并改善骨代谢相关指标。 | | | |
| 临床问题 | P（研究对象） | I（干预措施） | C（对照措施） | O（结局指标） |
| 中医药联合 ADT 能否减轻疲劳等虚劳症状？ | ADT 治疗 PCa 患者 | 肾气丸或加味参芪地黄汤+ADT | ADT | 疲劳评分、功能状态 |
| 研究类型及数量 | 2 个 RCT | | | |
| 证据等级 | B 级 | | | |
| 是否升级或降级 | 降级 | | | |
| 升级或降级因素 | 盲法不明确；结局评估主观性 | | | |
| 结论 | 肾气丸或加味参芪地黄汤联合 ADT 可减轻疲劳相关症状并改善功能状态。 | | | |
| 临床问题 | P（研究对象） | I（干预措施） | C（对照措施） | O（结局指标） |
| 中医药能否改善或预防 ADT 相关贫血？ | ADT 治疗 PCa 患者 | 益气解毒祛瘀方或益气养血汤+穴位艾灸 | ADT 或西药对照 | 贫血发生率、Hb/RBC/HCT |
| 研究类型及数量 | 2 个 RCT | | | |
| 证据等级 | B 级 | | | |
| 是否升级或降级 | 降级 | | | |
| 升级或降级因素 | 盲法不明确；部分结局报告不充分 | | | |
| 结论 | 益气解毒祛瘀方或益气养血汤联合穴位艾灸可降低贫血发生率并提高 Hb 等血象指标。 | | | |

| 临床问题 | P (研究对象) | I (干预措施) | C (对照措施) | O (结局指标) |
|---------------------------|--|-------------|---------------|-----------------|
| 中医药联合放疗是否减轻放疗相关不良反应? | 放疗后慢性放射性直肠炎患者 | 中药灌肠 | 去甲肾上腺素+地塞米松灌肠 | 有效率、症状改善 |
| 研究类型及数量 | 1 个 RCT | | | |
| 证据等级 | B 级 | | | |
| 是否升级或降级 | 降级 | | | |
| 升级或降级因素 | 盲法不明确；单项研究 | | | |
| 结论 | 中药灌肠可提高慢性放射性直肠炎有效率，减轻放疗相关不良反应。 | | | |
| 临床问题 | P (研究对象) | I (干预措施) | C (对照措施) | O (结局指标) |
| 中医药治疗能否减轻 PCa 患者化疗相关不良反应? | 化疗期/化疗后 PCa 患者 | 归脾汤等中医药辅助治疗 | 常规治疗 | 血象、骨髓抑制、体能/生活质量 |
| 研究类型及数量 | 1 项临床观察+1 个 RCT | | | |
| 证据等级 | C 级 | | | |
| 是否升级或降级 | 降级 | | | |
| 升级或降级因素 | 主要为观察性证据且存在间接性；随机化及盲法信息不足 | | | |
| 结论 | 归脾汤等中医药辅助治疗可能缓解化疗后骨髓抑制，改善体能与生活质量。 | | | |
| 临床问题 | P (研究对象) | I (干预措施) | C (对照措施) | O (结局指标) |
| 中医药治疗能否改善前列腺癌患者贫血? | PCa 相关性贫血患者 | 益气养血汤+艾灸 | 促红素等西药治疗 | Hb/RBC/HCT、贫血症状 |
| 研究类型及数量 | 1 个 RCT | | | |
| 证据等级 | B 级 | | | |
| 是否升级或降级 | 降级 | | | |
| 升级或降级因素 | 随机化及盲法信息不足；单项研究 | | | |
| 结论 | 益气养血汤联合艾灸较促红素治疗可更好提升 Hb/RBC/HCT 并改善贫血症状。 | | | |

参考文献

- [1] BRAY F, LAVERSANNE M, SUNG H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries[J]. CA Cancer J Clin, 2024, 74(3):229-263.
- [2] 瞿旻, 高旭. 2022 年全球及中国前列腺癌流行状况分析[J]. 海军军医大学学报, 2025, 46(02):229-233.
- [3] 233.
- [4] 林豪胜, 杨增士, 叶宁. 基于年龄-时期-队列模型的中国前列腺癌发病死亡趋势分析[J]. 临床泌尿外科杂志, 2024, 39(08):708-712.
- [5] TYAGI A, CHANDRASEKARAN B, SHUKLA V, et al. Nutraceuticals target androgen receptor-splice variants (AR-SV) to manage castration resistant prostate cancer (CRPC) [J]. Pharmacol Ther, 2024, 264:108743.
- [6] 2024, 264:108743.
- [7] 王勇, 王超, 牛远杰. 中医药治疗去势抵抗性前列腺癌的临床研究进展[J]. 天津中医药, 2021, 38(05):676-680.
- [8] 李小江, 牟睿宇, 邬明歆, 等. 中医药治疗去势抵抗性前列腺癌的研究进展[J]. 中草药, 2019, 50(04):1007-1011.
- [9] 周青, 田雪飞, 常德贵, 等. 前列腺癌中西医结合诊疗与健康中国专家共识[J]. 中华男科学杂志, 2022, 28(10):941-953.
- [10] 夏术阶, 纪志刚主译. 坎贝尔-沃尔什泌尿外科学-第 4 卷-前列腺外科学[M]. 河南科学技术出版社, 2020.
- [11] 魏永强, 高瞻, 王权胜, 等. 前列腺癌雄激素剥夺治疗后并发症中医诊疗专家共识[J]. 中国实验方剂学杂志, 2025, 31(01):193-200.
- [12] 谢雨宏, 易港, 易晓文, 等. 内分泌治疗联合肾气丸对激素敏感性前列腺癌的临床疗效观察[J]. 中华男科学杂志, 2025, 31(04):341-348.
- [13] 包勤文, 董小蕾, 姚东伟, 等. 知柏地黄丸对老年前列腺癌药物去势治疗后骨密度及骨代谢指标的影响 [J/OL]. 中华中医药学刊, 1-15[2026-02-08].
- [14] 余绍龙, 陈智锋, 林峰, 等. 六味地黄汤联合内分泌治疗晚期前列腺癌的临床观察[J]. 中国当代医药, 2010, 17(24):93-97.
- [15] 王文义, 吴冠信, 薛超. 复方苦参注射液辅助多西他赛联合卡铂治疗去势抵抗性前列腺癌临床研究[J]. 辽宁中医杂志, 2022, 49(03):134-135.
- [16] 张超, 冯秀芳, 王秀云, 等. 小金丸联合多西他赛、表柔比星、环磷酰胺治疗Ⅲ期乳腺癌的疗效及对患者免疫功能的影响[J]. 中国药房, 2016, 27(15):2059-2061.

- [17] 张晓宇, 李泽钊, 白杰, 等. 西黄胶囊联合白蛋白紫杉醇治疗晚期三阴性乳腺癌临床研究[J]. 中草药, 2020, 51(24): 6324-6327.
- [18] 潘悦, 余志贤. 黄莪胶囊对前列腺癌根治术后膀胱功能损伤患者的治疗作用[J]. 山东医药, 2024, 64(04): 18-21.
- [19] 石永柱. 桑螵蛸散加味联合前列冲剂治疗前列腺癌根治术后尿失禁疗效及对尿动力学的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2018, 27(15): 1679-1682.
- [20] 王真, 张丽娟, 李绪杰, 等. 补肾类中成药联合 PDE5 抑制剂治疗勃起功能障碍有效性与安全性的网状 Meta 分析[J]. 中国药房, 2022, 33(18): 2271-2276.
- [21] 常德贵, 李响, 邹建华, 等. 芪蓝胶囊对去势后气虚血瘀型前列腺癌患者临床增效作用研究[J]. 中华男科学杂志, 2017, 23(07): 646-651.
- [22] 刘浩, 刘硕, 王辉. 健脾益肾颗粒对前列腺癌去势术后患者生活质量及免疫功能的影响[J]. 中国中医药信息杂志, 2012, 19(06): 77-78.
- [23] 牟睿宇, 李小江, 郭姍琦, 等. “健脾利湿化痰方”联合治疗激素敏感性前列腺癌的真实世界研究[J]. 中国肿瘤临床, 2023, 50(11): 561-566.
- [24] 陈舜琦, 李祥锟, 伍春羽, 等. 参芪扶正注射液联合瑞维鲁胺对气阴两虚型转移性激素敏感性前列腺癌患者的临床疗效[J]. 中成药, 2025, 47(07): 2473-2476.
- [25] 顾坚毅, 谈鸣岳, 葛旻垚, 等. 加味参芪地黄汤对去势后激素敏感性前列腺癌骨转移患者的疗效研究[J]. 中华男科学杂志, 2021, 27(02): 161-166.
- [26] 江帆, 赵洁, 齐雯洁, 等. 复方斑蝥胶囊联合放疗治疗前列腺癌骨转移患者的疗效[J]. 中国性科学, 2024, 33(10): 125-129.
- [27] 钟梓斌, 林雯丽, 邱文强, 等. 补肾抑瘤方治疗肾虚型晚期激素敏感性前列腺癌骨转移的临床疗效观察[J]. 广州中医药大学学报, 2025, 42(06): 1385-1393.
- [28] 陈桂明, 彭冰, 朱江, 等. 西黄丸联合三维适形放疗治疗骨转移癌痛的临床观察[J]. 中医临床研究, 2017, 9(32): 120-121.
- [29] 臧戈. 华蟾素胶囊联合唑来膦酸缓解前列腺癌骨转移患者疼痛的研究[J]. 光明中医, 2021, 36(15): 2603-2604.
- [30] 郑展, 陆琪俊, 王立芳, 等. 清热解毒化痰法治疗前列腺癌根治术后生化复发的临床研究[J]. 中医肿瘤学杂志, 2022, 4(03): 19-22.
- [31] 吴翔, 贾荔, 娄旭东, 等. 补中益气汤联合米拉贝隆治疗气虚质前列腺癌根治术后尿失禁效果研究[J]. 湖北中医药大学学报, 2025, 27(05): 80-82.
- [32] 沈崇明, 黄帅帅, 章帆, 等. 电针骶四穴联合温和灸治疗前列腺癌根治术后尿失禁 31 例疗效观察[J]. 浙江中医杂志, 2023, 58(11): 842-843.
- [33] 王涛, 李玉兵, 求旦旦, 等. 前列腺癌的现代中医药治疗策略探讨[J]. 广州中医药大学学报, 2022,

- 39(01):207-213.
- [34] 过俊杰, 章茂森, 朱清毅. 清心滋肾汤对前列腺癌内分泌治疗后潮热的疗效及初步机制研究[J]. 中国实验方剂学杂志, 2024, 30(04):152-158.
- [35] 刘华, 唐宏, 郭忠聪. 知柏地黄汤加减联合内分泌治疗肾阴虚型晚期前列腺癌临床研究[J]. 中国中医药信息杂志, 2016, 23(04):24-27.
- [36] 顾坚毅, 赵建华, 华金骏, 等. 加味参芪地黄汤在晚期前列腺癌最大限度雄激素阻断治疗中的应用[J]. 中国中医药信息杂志, 2015, 22(12):26-29.
- [37] 江琳, 李小江, 贾英杰, 等. 益气解毒祛瘀方联合间歇内分泌疗法治疗晚期前列腺癌的临床观察[J]. 中医药导报, 2017, 23(15):36-39.
- [38] 张丙泉, 刘阳, 洪育昌. 益气养血汤联合穴位艾灸对前列腺癌抗雄治疗所致贫血的效果分析[J]. 中外医学研究, 2019, 17(20):13-15.
- [39] 佟咏梅, 孙玲, 赵洪斌. 中药灌肠治疗慢性放射性直肠炎的疗效观察[J]. 中国中医药科技, 2019, 26(03):439-440.
- [40] 张燕军, 崔大江, 雷宝霞, 等. 归脾汤加味治疗化疗诱发的难治性骨髓抑制 32 例临床观察[J]. 现代肿瘤医学, 2011, 19(08):1644-1646.
- [41] 吴文通, 王芳, 钱尤等. 右归丸辅助治疗对脾肾阳虚型骨转移癌痛患者相关肿瘤指标和生活质量的影响[J]. 中国乡村医药, 2019, 26(17):16-17.
- [42] 刘阳, 张丙泉, 龚锦, 等. 益气养血汤联合穴位艾灸对前列腺癌抗雄治疗所致贫血的临床观察[J]. 云南中医中药杂志, 2021, 42(03):25-27.
- [43] 张玉峰. 八珍汤治疗癌性贫血 49 例临床观察[J]. 实用中医内科杂志, 2015, 29(02):76-77+121.
- [44] 田雪飞, 陈孟溪. 肿瘤科中成药用药速查[M]. 人民卫生出版社, 2022.
- [45] 中国临床肿瘤学会(CSCO)中西医结合专家委员会. 抗肿瘤药物引起骨髓抑制中西医结合诊治专家共识[J]. 临床肿瘤学杂志, 2021, 26(11):1020-1027.
- [46] 刘铸, 李向荣, 戴小军, 等. 生血宝合剂治疗肿瘤相关性贫血的随机、双盲、安慰剂对照、多中心临床研究[J]. 北京中医药大学学报, 2025.
- [47] 侯丽, 倪磊, 马薇, 等. 益中生血胶囊治疗肿瘤相关性贫血的临床观察[J]. 北京中医药大学学报(中医临床版), 2012, 19(02):27-30.
- [48] 北京中西医结合学会肿瘤专业委员会, 侯丽. 肿瘤相关性贫血中西医结合诊疗专家共识[J]. 北京中医药大学学报, 2025, 48(7):1024-1036.
- [49] 周国华, 郭宇, 黄健飞, 等. 促红细胞生成素联合健脾生血颗粒治疗癌性贫血的疗效观察[J]. 浙江中医药大学学报, 2011, 35(06):883-884.
- [50] 李春露, 黄飞鸿, 叶云, 等. 生血宁片治疗肿瘤相关性贫血有效性和安全性的 Meta 分析[J]. 中国药房, 2020, 31(12):1494-1499.

- [51] 顾嘉, 殷弘凡, 朱涵菁, 等. 前列腺癌内分泌治疗病人疾病适应性需求的质性研究[J]. 护理研究, 2025, 39(08):1337-1342.
- [52] 严凤, 陈庆丽, 李娜. 中医情志护理结合快速康复在前列腺癌患者围术期中的应用[J]. 西部中医药, 2021, 34(02):122-126.
- [53] 廖娟, 叶晓婉, 曹栋, 等. 中国传统音乐疗法对肿瘤相关抑郁状态的影响——系统评价和荟萃分析[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2023, 25(01):331-340.
- [54] 邓竺, 葛媛莎, 李杰. 基于五期演变理论从“郁”探讨肿瘤相关性焦虑抑郁[J/OL]. 中国实验方剂学杂志, 1-10[2025-10-10]. <https://doi.org/10.13422/j.cnki.syfjx.2025.1525>.
- [55] Loeb S, Hua Q, Bauer SR, et al. Plant-based diet associated with better quality of life in prostate cancer survivors[J]. Cancer, 2024, 130(9):1618-1628.
- [56] Liu ZY, Wang C, Zhang YJ, et al. Combined lifestyle, mental health, and mortality in US cancer survivors: a national cohort study[J]. J Transl Med, 2022, 20(1):376.
- [57] 林子煜, 宗维洁. 太极拳改善老年女性压力性尿失禁的随机对照试验[J]. 运动科学与健康研究, 2025, (05):16-26.
- [58] 陆颖, 赵晓霆, 蒋婧, 等. 八段锦干预抑郁、焦虑的研究现状与思考[J]. 上海中医药杂志, 2020, 54(12):97-102.
- [59] 中国临床肿瘤学会(CSCO)指南工作委员会. 中国临床肿瘤学会(CSCO)前列腺癌诊疗指南-2024[M]. 人民卫生出版社, 2024.