



中国实验方剂学杂志

Chinese Journal of Experimental Traditional Medical Formulae

ISSN 1005-9903, CN 11-3495/R

## 《中国实验方剂学杂志》网络首发论文

题目： 前列腺癌雄激素剥夺治疗后并发症中医诊疗专家共识  
作者： 魏永强，高瞻，王权胜  
DOI： 10.13422/j.cnki.syfjx.2025059  
收稿日期： 2024-07-28  
网络首发日期： 2024-10-22  
引用格式： 魏永强，高瞻，王权胜. 前列腺癌雄激素剥夺治疗后并发症中医诊疗专家共识[J/OL]. 中国实验方剂学杂志. <https://doi.org/10.13422/j.cnki.syfjx.2025059>



**网络首发：**在编辑部工作流程中，稿件从录用到出版要经历录用定稿、排版定稿、整期汇编定稿等阶段。录用定稿指内容已经确定，且通过同行评议、主编终审同意刊用的稿件。排版定稿指录用定稿按照期刊特定版式（包括网络呈现版式）排版后的稿件，可暂不确定出版年、卷、期和页码。整期汇编定稿指出版年、卷、期、页码均已确定的印刷或数字出版的整期汇编稿件。录用定稿网络首发稿件内容必须符合《出版管理条例》和《期刊出版管理规定》的有关规定；学术研究成果具有创新性、科学性和先进性，符合编辑部对刊文的录用要求，不存在学术不端行为及其他侵权行为；稿件内容应基本符合国家有关书刊编辑、出版的技术标准，正确使用和统一规范语言文字、符号、数字、外文字母、法定计量单位及地图标注等。为确保录用定稿网络首发的严肃性，录用定稿一经发布，不得修改论文题目、作者、机构名称和学术内容，只可基于编辑规范进行少量文字的修改。

**出版确认：**纸质期刊编辑部通过与《中国学术期刊（光盘版）》电子杂志社有限公司签约，在《中国学术期刊（网络版）》出版传播平台上创办与纸质期刊内容一致的网络版，以单篇或整期出版形式，在印刷出版之前刊发论文的录用定稿、排版定稿、整期汇编定稿。因为《中国学术期刊（网络版）》是国家新闻出版广电总局批准的网络连续型出版物（ISSN 2096-4188，CN 11-6037/Z），所以签约期刊的网络版上网络首发论文视为正式出版。

[收稿日期]2024-07-28

[基金项目]国家自然科学基金资助项目（82174122）；首都卫生发展科研专项项目（首发 2020-2-2033）；中国中医科学院西苑医院提升中医药临床循证证据级别研究专项（XYZX0201-05）

[第一作者]魏永强，硕士，医师，从事中西医结合治疗泌尿系统疾病研究，E-mail: 374538852@qq.com

[通信作者] \*高瞻，博士，主任医师，博士生导师。从事中西医结合治疗泌尿系统疾病研究，E-mail: gaozhanmd@vip.163.com

\*王权胜，博士，主任医师，博士生导师。从事前列腺疾病基础临床研究，E-mail: 415811600@qq.com

## 前列腺癌雄激素剥夺治疗后并发症中医诊疗专家共识

中国性学会中医性学分会专家共识编写组；

中国医师协会中西医结合医师分会泌尿外科专业委员会专家共识编写组

**【摘要】**目前国内对于前列腺癌雄激素剥夺治疗后并发症中医诊疗缺乏共识，为制订前列腺癌雄激素剥夺治疗后并发症中医诊疗策略，根据现有的循证医学证据结合全国多家泌尿外科、男科研究单位的实践经验，中国性学会中医性学分会组织相关临床专家经共识起草、学会审核、专家访谈、共识会议、审稿会等程序充分讨论形成本共识。本共识基于专家临床经验、循证医学证据等综合评估做出前列腺癌雄激素剥夺治疗后并发症中医诊疗规范，为更多患者在诊疗过程中获益。前列腺癌雄激素剥夺治疗后并发症属于“虚劳”“癥瘕”范畴，病因病机主要为药毒致病，导致机体阴阳失衡，脏腑功能失调，为本虚标实之证。治疗主张分期论治、辨证论治，主要治法有中药内服治疗、针灸治疗等，基于中医基础理论可进行中医调护。

**【关键词】**前列腺癌；雄激素剥夺治疗；并发症；中医；专家共识

[中图分类号] R2-0; R22; R285.5; R2-031; R259; R698 [文献标识码] A

[doi] 10.13422/j.cnki.syfjx.20250591

Experts consensus on TCM diagnosis and treatment of complications after androgen deprivation therapy for prostate cancer

Expert Consensus Writing Group of Branch of Sexology of Traditional Chinese Medicine, China Sexology Association;

Expert Consensus Writing Group of Urology Professional Committee of Chinese and Western Integrative Medicine, Chinese Medical Doctor Association

**【Abstract】**: At present, there is no consensus on the TCM diagnosis and treatment of complications after androgen deprivation in China. In order to formulate TCM diagnosis and treatment strategies for complications after androgen deprivation in prostate cancer, based on the existing evidence-based medical evidence and the practical experience of several urology and andrology research units in China, The Chinese Sexology Branch of the Chinese Sexology Association organized relevant clinical experts to fully discuss and form this consensus through the procedures of consensus drafting, society review, expert interview, consensus meeting, draft review meeting, etc. This consensus is based on the comprehensive evaluation of expert clinical experience and evidence-based medical evidence to make TCM diagnosis and treatment norms for complications after androgen deprivation therapy for prostate cancer, so as to benefit more patients in the diagnosis and treatment process. The complications of prostate cancer after androgen deprivation treatment belong to the category of "consumptive disease" and "abdominal mass", the etiology and pathogenesis are mainly caused by drug toxicity, resulting in the imbalance of Yin and Yang of the body and the dysfunction of the zang-fu organs, which is the syndrome of the original deficiency and deficiency. Treatment advocated stage treatment and syndrome differentiation. The main treatment methods include internal administration of traditional Chinese medicine, acupuncture and moxibustion treatment, etc., and the traditional Chinese medicine care can be carried out based on the basic theory of traditional Chinese medicine.

[Keywords] prostate cancer; androgen deprivation therapy; complications; traditional Chinese Medicine; expert consensus

前列腺癌 (Prostate Cancer, PCa) 是泌尿男生殖系统中常见的恶性肿瘤, 其发生发展与雄激素密切相关, 雄激素剥夺治疗 (androgen deprivation therapy, ADT) 是局限性、复发性和转移性前列腺癌的基础治疗方案<sup>[1]</sup>, 治疗后因雄激素缺乏而引起的一系列并发症<sup>[2-5]</sup>, 包括性欲减退、勃起功能障碍、肥胖、糖尿病、骨质疏松<sup>[6]</sup>、代谢异常<sup>[7]</sup>、认知功能障碍<sup>[8]</sup>、心血管疾病<sup>[9]</sup>等, 对患者生存期和生活质量造成严重影响。西医学在此方面可采用针对性的药物治疗以缓解相关并发症, 但缺乏整体综合的治疗方法, 患者会因担心药物副作用而产生精神心理改变, 如何缓解这一系列并发症成为亟待解决的问题。立足中医药诊治优势, 制订具有科学性、代表性、可操作性的《前列腺癌雄激素剥夺治疗后并发症中医诊疗专家共识》, 可以更好地指导临床, 提供更加科学规范的中医诊疗方案, 发挥中医药特色优势。

## 1 流行病学

前列腺癌 ADT 后并发症较多, 其流行病学特点不尽相同, 包括:

(1) 潮热: 潮热是 ADT 后最常见的并发症, 发生率高达 50%~80%<sup>[10]</sup>。

(2) 骨质疏松: 研究显示, ADT 治疗会降低骨密度, 且随着治疗时间的延长, 使骨折发生率以及骨质疏松症的患病率进一步增高, 尤其是 ADT 治疗 10 年后骨质疏松的发病率可高达 80% 以上<sup>[11]</sup>。

(3) 性功能障碍: 约 20% 的患者在接受 ADT 后可以保持部分性功能<sup>[12]</sup>, 10%~17% 患者在接受 ADT 后可以保持能满足性交要求的阴茎勃起, ADT 对性欲的影响更严重, 只有约 5% 的患者在接受 ADT 后可以保持较高性欲<sup>[13]</sup>。

(4) 抑郁状态: 接受 ADT 患者中, 重度抑郁障碍的发生率为 12.8%, 比 65 岁以上男性的发病率高出 32 倍<sup>[14]</sup>。

(5) 体质量改变: 一项研究显示, ADT 治疗 1 年后, 患者平均体重增加了 1.8%~3.8%<sup>[15]</sup>, 另有研究显示, ADT 治疗 1 年后, 患者体重增加 3~15kg, 平均增加 6kg<sup>[16]</sup>。

(6) 心血管事件: 鉴于患者体质的改变, 有超过 50% 长期接受 ADT 治疗的患者存在与胰岛素抵抗相关的心血管疾病发生风险, 在一项涉及 22816 名患者的调查中, 接受 ADT 超过 1 年的前列腺癌患者较未接受 ADT 的患者存在高出 20% 的心血管事件发病率<sup>[17]</sup>。

(7) 血糖血脂影响: 研究表明, ADT 治疗 1 年后前列腺癌患者甘油三酯从基线时的 104.92 mg/dl 增加 123.57mg/dl (P<0.0001), 高密度脂蛋白胆固醇从基线时的 47.78 mg/dl 增加到 51.09 mg/dl (P<0.0001)<sup>[18]</sup>; ADT 可增加空腹胰岛素水平, 并降低前列腺癌患者的胰岛素敏感性, 大量研究表明 ADT 与胰岛素抵抗和 2 型糖尿病存在相关性, 1 项包含 65695 例 ADT 患者的 meta 分析发现, ADT 治疗组发生糖尿病的风险显著增加, 且随着治疗时间的延长, 糖尿病的发病风险也在增加<sup>[19]</sup>。

(8) 乳房发育: 研究显示, 在接受比卡鲁胺 150mg/d 治疗的患者中, 男性乳房发育的发生率为 66.3%, 乳房胀痛的发生率为 72.7%<sup>[20]</sup>。

(9) 贫血: ADT 引起的贫血较为常见, 接受联合雄激素阻断治疗的患者中有 90% 出现血红蛋白浓度下降, 并且至少下降 10%<sup>[21]</sup>。

## 2 病理生理机制

雄激素作用的靶器官众多, 其中包括中枢神经、心血管、性腺及附属性腺、肝脏、肾脏、皮肤、骨骼、肌肉等, ADT 后, 由于雄激素缺乏会引起相应并发症, 包括器质性病变和精神心理的改变。ADT 后, 垂体产生的 FSH 和 LH 水平降低, 导致下丘脑肾上腺素浓度升高、 $\beta$ -内啡肽改变, 潮汐样作用于下丘脑体温调节中枢, 进而引起机体外周血管舒缩功能异常, 出现潮热现象<sup>[22-23]</sup>; 骨重塑系统失衡, 从而导致骨密度的丢失, 引起骨质疏松<sup>[24]</sup>; 睾酮水平的降低, 会导致一氧化氮水平降低和海绵体内压力下降, 造成勃起功能障碍<sup>[25]</sup>; ADT 致使大脑内的雄激素受体减少, 影响患者情绪和认知功能<sup>[26]</sup>; 雄激素剥夺后糖代谢、脂代谢会发生一定影响, 患者胰岛素抵抗, 血脂增高<sup>[27]</sup>; 雄激素通过其受体依赖性的机制来调节体内的局部炎症反应, 这一调节过程在控制动脉粥样硬化斑块的形成与破裂方面发挥着决定性作用, 从而影响心血管疾病的发生<sup>[28]</sup>。

## 3 中医病因病机

前列腺癌 ADT 后并发症在中医主要归属为“虚劳”“癥瘕”等范畴, 病位在肾、脾, 病因病机主要为药毒致

病，肾精亏虚，脾失运化，脾肾两虚，引起脏腑功能失调等多种因素综合作用，导致机体阴阳失调，正气亏虚，气血阻于经络，而产生局部气滞、血瘀、痰凝、湿聚、热毒等互结而成。故本病为本虚标实之证，脾肾亏虚为致病之本，湿热、痰瘀、毒邪等病理因素为致病之标，加速了疾病的进展。

(1) 肾虚毒滞：雄激素剥夺导致机体脏腑功能失司、气血津液失常，从而出现以肾精亏虚为主的虚性劳损，运化失司，代谢失常，以致痰、湿、热、瘀等病邪内生。

(2) 肾精亏虚：患者多为老年男性，男子七八，天癸竭，精少，肾脏衰，形体皆极，经 ADT 后，睾酮达到去势水平，肾精亏耗。

(3) 脾气虚弱：经 ADT 后脾失健运，水谷津液无以输布，酿湿生痰，痰湿郁久化热，而生湿热之邪，气血精微无从化生，血亏气少，气无以行血摄血，而助瘀血热毒。

## 4 诊断

### 4.1 诊断标准

患者必须具备 (1)、(2) 两个条件，同时具备 (3) 中任何一条，可考虑为前列腺癌 ADT 后并发症。

(1) 结合患者病史、临床表现及体征、DRE、PSA、影像学检查结果等 (包括 B 超、CT、MRI、骨扫描等)，经穿刺、手术病理或临床明确诊断为前列腺癌。

(2) 患者接受 ADT 治疗，且血清睾酮处于去势水平，即低于 50ng/dl (1.7nmol/L)。

(3) 出现睾酮相关靶器官的临床症状，如：①出现潮热盗汗、烘热汗出的症状；②或出现骨折、骨质疏松的情况；③或性欲下降、勃起功能障碍、射精无力、射精障碍等性功能减退的症状；④或焦虑、抑郁等不良情绪加重；⑤或开始出现毛发稀少、乳房发育、睾丸阴茎萎缩等表现；⑥或体重改变，血压、血脂、血糖等代谢异常；⑦或感到乏力，体力减退，生活质量下降；⑧或出现血象的异常，如贫血等。

### 4.2 体格检查

在系统检查的基础上，重点检查泌尿系统、生殖系统、内分泌系统、心血管系统。

### 4.3 实验室检查

根据患者主诉，疾病发展阶段，病情严重程度进行针对性的检查，其中血液检查包括：血常规、血脂、血糖、糖化血红蛋白、性腺激素六项、肝肾功能。

### 4.4 影像学检查

泌尿系统超声检查、男性生殖系统超声检查、腹部计算机断层扫描、盆腔计算机断层扫描、盆腔核磁、骨密度检查、全身骨扫描。

### 4.5 中医诊断

中医诊断应当注重望诊、闻诊、问诊、切诊四诊资料的收集，并据此进行辨证论治。

(1) 虚劳：多见神疲体倦，心悸气短，面容憔悴，自汗盗汗，或五心烦热，或畏寒肢冷，脉虚无力等症。若病程较长，久虚不复，症状可逐渐加重。

(2) 癥瘕：癥指坚硬、不移动，痛有定处，瘕指聚散无常，痛无定处。

诊断流程图如下，见图 1。

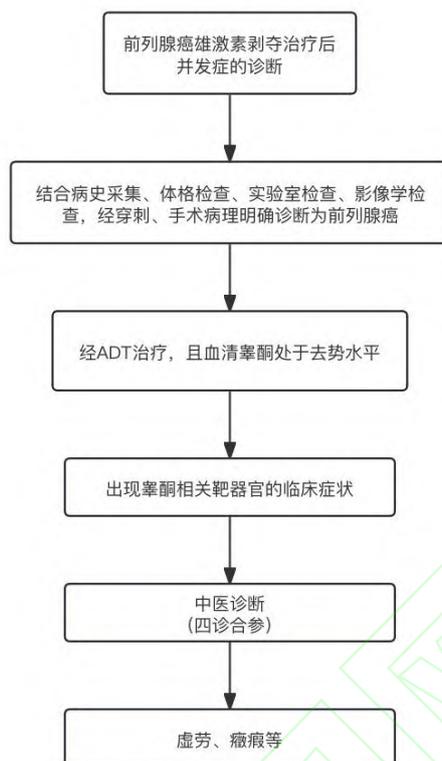


图 1 前列腺癌 ADT 后并发症诊断流程

Fig.1 Diagnosis process of complications after androgen deprivation therapy for prostate cancer

## 5 治疗

### 5.1 西医治疗

#### (1) 基础治疗

重视患者全身症状，注意对各系统症状的评估，积极治疗患者的基础疾病，如心脑血管疾病、糖尿病、精神心理疾病。适当增加运动量包括室外运动、控制体重，保持合理的膳食，保持积极乐观的心态，加强营养，避免高动物脂肪饮食。

#### (2) 药物治疗

①潮热：对于潮热汗出的症状，目前常见的有激素治疗、非激素治疗或选择间歇性的 ADT 治疗等方法<sup>[29]</sup>，醋酸环丙孕酮等甾体类抗雄激素类药物可显著改善潮热，但具有一定的心血管毒性和肝毒性，舍曲林等选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂是临床常用的非激素疗法，可通过调节中枢神经系统控制潮热<sup>[30]</sup>。

②性功能障碍：有研究表明，间歇性 ADT 治疗也可以改善性欲和勃起功能<sup>[29]</sup>。

③骨质疏松：常规每天补充钙（1200~1500mg）和维生素 D（400IU）的同时，合理使用骨保护剂可以改善患者的骨密度，预防骨质疏松<sup>[31-34]</sup>。

④抑郁：采用文拉法辛、度洛西汀等 5-羟色胺及去甲肾上腺素再摄取抑制剂，可进行抗抑郁治疗<sup>[35]</sup>。

⑤积极控制血压、血糖、血脂，对于既往有心血管疾病或 ADT 治疗导致心血管疾病的患者，采用二级预防措施，如使用他汀类药物、二甲双胍（每天 2 次，每次 850mg，连续 2 周）加生活方式干预<sup>[36]</sup>。

#### (3) 心理行为治疗

患者常合并焦虑抑郁，应当重视由于全身并发症引起的患者的精神心理改变，减轻患者的恐惧、焦虑、抑郁情绪，以配合前列腺癌的基础治疗，以及对并发症的治疗。

##### ①正念减压疗法<sup>[37]</sup>

正念减压是一种情绪压力管理方法，通过多种形式进行放松训练，如呼吸运动放松、音乐放松以及静坐式冥想放松等训练，具体表现为以正念形式引导患者将注意力转移到观察呼吸上，用积极健康的态度重新审视原本消极的事件，客观地面对现实，同时进行腹式呼吸，需要达到思维放空约 2 min，每天进行 2 次训练。

##### ②认知行为疗法<sup>[38]</sup>

认知行为疗法是比较常见的心理治疗方法，旨在帮助个体识别和改变负面的思维和行为模式，以改善情

感和行为问题。通过放松训练、情感及心理护理等方法，纠正患者的认知偏差，树立正确的认知观，减轻患者焦虑等不良情绪，还可介绍成功的案例给患者，使患者知道正确的面对疾病可以有效提高生活质量，增加患者治疗信心。

## 5.2 中医治疗

ADT 治疗的同时可以运用中医药治疗方法，或可在出现并发症时进行中医药治疗。中医药方法可贯穿治疗过程的始终（共识建议）。

### 5.2.1 治疗原则

（1）扶正祛邪：根据正虚邪实的程度以及正气虚弱的类型来安排具体治疗方案，扶正以补虚为主，包括调和阴阳、调补气血、培补脾胃、健脾益肾；祛邪根据兼证不同，可适当加入疏肝、活血、利湿药等以祛癌毒（共识建议）。

（2）分期论治：治疗时可按照 HSPC 期（hormone-sensitive prostate cancer, HSPC）、CRPC 期（castration-resistant prostate cancer, CRPC）分为两期：HSPC 期（前期）患者多为本虚标实之证，治疗应注重扶正祛邪；CRPC 期（中后期）多以本虚为主，治疗应注重扶正为主，还应注重疏肝、调理情绪（共识建议）。

### 5.2.2 辨证论治

#### （1）肾虚证

##### ①肾阴虚

证候：以五心烦热，腰膝酸软或痛，眩晕，耳鸣，齿松，发脱，舌质红，舌苔少，脉细数，或伴见潮热，颧红，盗汗等为特征。

推荐方药：知柏地黄丸加减<sup>[39]</sup>（Ⅲ级证据，强推荐），常用知母、黄柏、山药、熟地黄、牡丹皮、山茱萸、泽泻、茯苓等。

##### ②肾阳虚

证候：以神疲、欲寐，畏寒、肢冷，腰膝以下尤甚，面色㿔白或黧黑，小便清长，夜尿频数，舌质淡或胖，舌苔白，脉沉弱，尺部无力，或伴见性欲衰减，阳痿、早泄，小便白浊，心悸、喘促，浮肿，五更泄泻，小腹或阴部有冷感等为特征。

推荐方药：济生肾气丸加减（专家共识，强推荐），常用肉桂、附子、熟地黄、山药、茯苓、山茱萸、牛膝、车前子、菟丝子、干姜等。

##### ③肾阴阳两虚

证候：以畏冷、肢凉，五心烦热，眩晕、耳鸣，腰膝酸软，早泄，舌质暗淡，舌苔光润，脉细或弱，尺部无力等为特征。

推荐方药：薯蓣丸加减（专家共识，弱推荐），常用人参、山药、茯苓、当归等；轻症可选用五子衍宗丸合二至丸加减（专家共识，弱推荐），常用枸杞子、菟丝子、覆盆子、五味子、车前子、女贞子、墨旱莲等；重症可选用左归丸合右归丸加减（专家共识，弱推荐），常用山药、山茱萸、枸杞子、牛膝、菟丝子、熟地黄、附子、肉桂、当归、杜仲等。

#### （2）脾肾两虚证

证候：以腰膝酸软，脐腹隐痛，小腹坠痛，腹胀、腹泻，纳呆，大便溏薄，或肢体浮肿，小便不利，头晕、耳鸣，面色晦黄或黯，舌质淡胖或暗，脉细弱，尺部无力，指纹淡，或伴见皮肤紫癜、面颊蝶形红斑、口腔及外阴溃疡等迁延反复等为特征。

推荐方药：若患者症状表现以气虚为主，补中益气丸加减（专家共识，强推荐），常用黄芪、甘草、党参、炒白术、当归、升麻、柴胡、陈皮等；若患者症状表现以阳虚为主，可选用附子理中丸加减（专家共识，弱推荐），常用附子、党参、炒白术、干姜、甘草等。脾肾两虚证也可选用验方健脾益肾方加减<sup>[40]</sup>（专家共识，弱推荐），常用熟地黄、山药、山茱萸、黄芪、茯苓、党参等。

#### （3）肝肾阴虚证

证候：以眩晕，耳鸣，五心烦热，低热，颧红，腰膝酸软，视物不清，甚则视歧，舌质红，舌苔少，脉细数，或伴见胸胁疼痛等为特征。

推荐方药：一贯煎合左归丸加减（专家共识，弱推荐），常用沙参、麦冬、当归、生地黄、枸杞子、川楝子、山药、熟地黄、山茱萸等。

#### (4) 气血亏虚证

证候：床以神疲、乏力，气短、懒言，面色淡白或萎黄，头晕、目眩，心悸，失眠，健忘，唇甲色淡，舌质淡，脉弱或细等为特征。

推荐方药：八珍汤加减（专家共识，强推荐），常用人参、白术、茯苓、当归、川芎、白芍、熟地黄、甘草等；或选用十全大补汤加减（专家共识，弱推荐），即在八珍汤基础上加黄芪、肉桂，再临症加减。失眠重症者，可选用八珍汤合归脾汤加减（专家共识，弱推荐），常用人参、白术、茯苓、当归、川芎、白芍、熟地黄、甘草、黄芪、远志等；潮热汗出重者，可选用八珍汤合青蒿鳖甲汤加减（专家共识，弱推荐），常用人参、白术、茯苓、当归、川芎、白芍、熟地黄、甘草、青蒿、鳖甲、知母、生地黄、牡丹皮等。

#### (5) 气阴两虚证

证候：以神疲、乏力，气短、懒言，稍动则心慌、心悸、汗出，伴见咽干、口燥，潮热、盗汗，小便短少，大便干结，舌质嫩红，舌边有齿痕，舌苔少而干，脉细无力或虚数等为特征。

推荐方药：生脉散加减（专家共识，强推荐），常用麦冬、五味子、人参等。

#### (6) 痰湿毒瘀证

证候：以胸脘痞闷、胀痛或刺痛，头身困重，疲乏、嗜睡，或肌肤肿硬、麻木，舌质淡紫，或有瘀点，舌苔滑腻，脉弦涩等为特征。

推荐方药：若患者症状表现以瘀滞为主，可选桂枝茯苓丸加减（专家共识，强推荐），常用桂枝、茯苓、牡丹皮、赤芍、桃仁等。若以痰湿为主，可选导痰汤加减（专家共识，弱推荐），常用半夏、橘红、茯苓、枳实、天南星、甘草等。

#### (7) 其他：

##### ①出现肾阳虚证为主的证候时，补肾药物该如何选择？

可选用一些滋阴补肾填精的药物为主，以阴中求阳（共识建议）。需要注意的是，补肾阳的中药中如有雄激素样作用需谨慎使用：淫羊藿、冬虫夏草、锁阳、海狗鞭、鹿茸、肉苁蓉等（共识建议），部分可能不会提高雄激素水平的温热性药物可以使用（共识建议），对于一些有雌性激素作用的补肾药可以使用（共识建议）。

##### ②CRPC 期患者出现前列腺癌 ADT 后并发症中医药治疗方法该如何选择？

CRPC 期患者邪气实而正气衰，治疗上当以扶正为主，驱邪为辅（共识建议）；中医治疗灵活性更多，患者对激素不敏感，有雄激素样作用的中药也可适当使用（共识建议）；CRPC 期中医药治疗主要用于改善患者生存质量，减轻患者痛苦，需重视心理、情志方面的治疗调护（共识建议）。

#### 5.2.3 针灸治疗<sup>[41-44]</sup>（III级证据，强推荐）

传统针灸疗法着重调补脾肾、调和气血。

推荐选穴：肾俞、三阴交、神门、阳陵泉、中髎、心俞、阴陵泉、次髎、内关穴、百会穴、太溪、太冲、中极、关元、气海、水道、足三里。

#### 5.2.4 其他中医治疗<sup>[45-47]</sup>

一些具有中医特色的治疗方法也可酌情使用，如：耳针、耳穴压豆、穴位敷贴、穴位注射、传统功法等（共识建议）。

前列腺癌 ADT 后并发症治疗流程图见图 2，中医辨证论治流程见图 3。

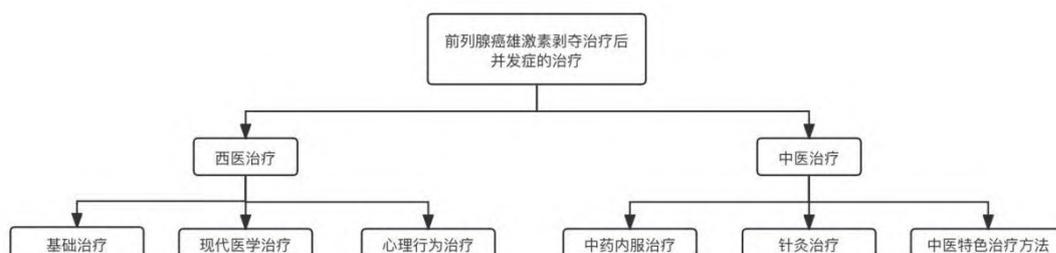


图 2 前列腺癌 ADT 后并发症的治疗流程

Fig.2 Treatment process of complications after androgen deprivation therapy for prostate cancer

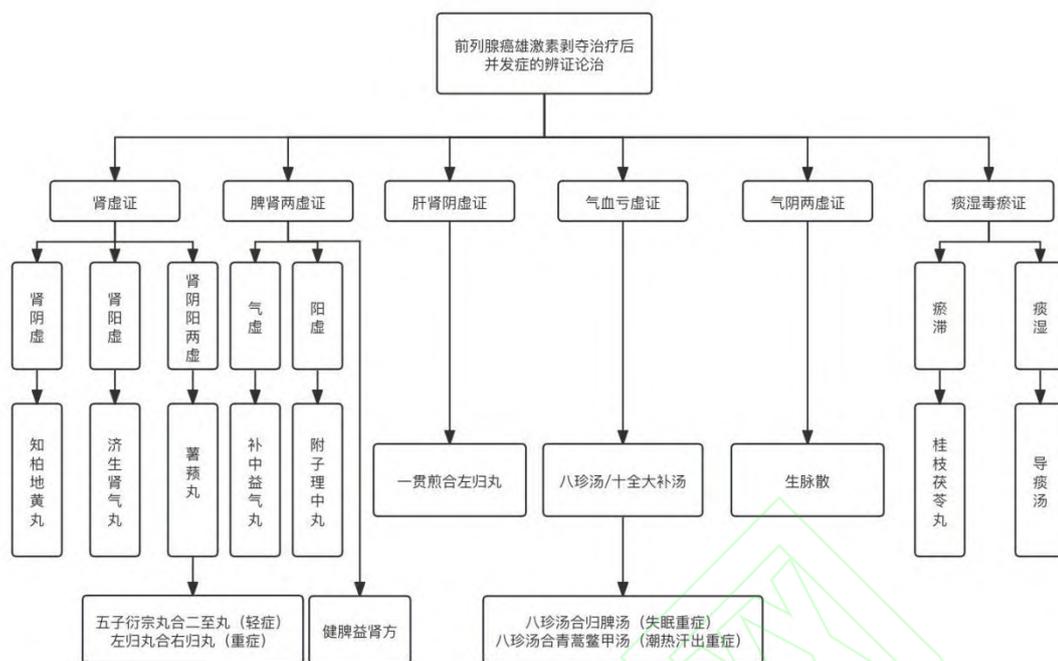


图3 前列腺癌 ADT 后并发症的辨证论治流程

Fig.3 Process of syndrome differentiation and treatment of complications after androgen deprivation therapy for prostate cancer

### 5.2.5 中医调护

在中医理论指导下的生活调护方面提倡健康生活方式，消除不利于心理和身体健康的行为和习惯，具体方法包括：

- (1) 调摄饮食，营养丰富，规避饮食不洁，饮食有节，勿食过饱，饮食清淡，避免过度油腻饮食（共识建议）；
- (2) 起居有常，保持规律的作息，保证充足的睡眠，顺应天时，避免熬夜（共识建议）；
- (3) 适当运动，劳逸结合，可坚持练习八段锦，放松身心，舒展身体，避免剧烈运动（共识建议）；
- (4) 情志疏导，忧思伤脾，恐惧伤肾，调畅情志，避免不良心态对脏腑气机的影响，保持心态平和（共识建议）。

### 6 共识编写组成员

- 顾问：姜 辉 北京大学第一医院  
 组长：王权胜 广西中医药大学第一附属医院  
 高 瞻 中国中医科学院西苑医院  
 专家组成员：（按姓氏笔画排序）  
 尹 静 四川省中西医结合医院  
 王澍弘 重庆大学附属三峡医院  
 古焱明 广东省中医院二沙岛分院  
 史本康 山东大学齐鲁医院  
 毕焕洲 北京中医药大学深圳医院（龙岗）  
 闫永吉 北京中医药大学东直门医院  
 张 瑞 黑龙江中医药大学附属第二医院  
 张春和 云南省中医医院  
 李 博 首都医科大学附属北京中医医院  
 庞 然 中国中医科学院广安门医院  
 陈 赟 江苏省中医院

陈建设 河南省中医院  
郁超 上海中医药大学附属龙华医院  
徐东亮 上海中医药大学附属曙光医院  
钱彪 赣南医学院第一附属医院  
高文喜 湖北省中医院  
崔云 浙江中医药大学附属宁波中医院  
曾文彤 成都中医药大学附属医院  
谢雁鸣 中国中医科学院中医临床基础医学研究所  
黄卫 海南省中医院  
黄亚胜 杭州市中医院  
蔡剑 成都中医药大学附属医院  
执笔：魏永强、高瞻\*、王权胜\*

利益冲突声明：本共识所有参与者均不存在任何利益冲突。

#### 参考文献

- [1] HENEGHAN C. BMJ Evidence-Based Medicine in 2018[J]. BMJ Evid Based Med 2019 ; 24 ( 2 ) : 43-44.
- [2]蔡建良,董光,石汉平.前列腺癌患者雄激素剥夺治疗后的代谢营养问题[J].肿瘤代谢与营养电子杂志,2020,7 ( 02 ) : 236-239.
- [3]周致远,韩邦旻,杨博宇.前列腺癌雄激素剥夺治疗的危害及防治策略[J].中华医学杂志,2020,100 ( 34 ) : 2641-2644.
- [4]FREEDLAND S J, ABRAHAMSSON P A. Androgen deprivation therapy and side effects: are GnRH antagonists safer?[J]. Asian J Androl, 2021, 23 ( 1 ) : 3-10.
- [5]SCHIFFER L, KEMPEGOWDA P, ARLT W, et al. MECHANISMS IN ENDOCRINOLOGY: The sexually dimorphic role of androgens in human metabolic disease[J]. Eur J Endocrinol, 2017, 177 ( 3 ) : R125-R143.
- [6]BROWN J E, HANDFORTH C, COMPSTON J E, et al. Guidance for the assessment and management of prostate cancer treatment-induced bone loss. A consensus position statement from an expert group[J]. J Bone Oncol, 2020, 25: 100311.
- [7]SCHIFFER L, ARLT W, STORBECK K H. Intracrine androgen biosynthesis, metabolism and action revisited[J]. Mol Cell Endocrinol, 2018, 465: 4-26.
- [8]李建华,王雷,邱晓东,等.75岁及以上的老年前列腺癌患者雄激素剥夺治疗后的长期认知障碍风险分析[J].中华老年医学杂志,2021,40 ( 03 ) : 319-322.
- [9]周渝,景攀,林立,等.老年前列腺癌患者雄激素去势治疗后的长期心力衰竭风险的回顾性研究[J].中国心血管杂志,2021,26 ( 02 ) : 147-150.
- [10]CHARIG C R, RUNDLE J S. Flushing. Long-term side effect of orchiectomy in treatment of prostatic carcinoma[J]. Urology.1989, 33 ( 3 ) : 175-178.
- [11]MOROTE J, MORIN J P, ORSOLA A, et al. Prevalence of osteoporosis during long-term androgen deprivation therapy in patients with prostate cancer[J].Urology. 2007 Mar; 69 ( 3 ) : 500-504.
- [12]ROUSSEAU M E. Hormone replacement therapy[J].Nurse Pract Forum. 1998 Sep; 9 ( 3 ) : 147-153.
- [13]POTOSKY A L, KNOPF K, CLEGG L X, et al. Quality-of-life outcomes after primary androgen deprivation therapy: results from the Prostate Cancer Outcomes Study[J]. J Clin Oncol. 2001 Sep 1; 19 ( 17 ) : 3750-3757.
- [14]PIRL W F, MELLO J. Psychological complications of prostate cancer[J]. Oncology ( Williston Park ). 2002 Nov; 16 ( 11 ) : 1448-53; discussion 1453-4, 1457-8, 1467.
- [15]SMITH S R. Metabolic syndrome targets[J].Curr Drug Targets CNS Neurol Disord. 2004 Oct; 3 ( 5 ) : 431-439.
- [16]HIGANO C S. New treatment options for patients with metastatic castration-resistant prostate cancer[J]. Cancer Treat Rev. 2012 Aug; 38 ( 5 ) : 340-345.
- [17]SAIGAL C S. Quality indicators for benign prostatic hyperplasia in vulnerable elders[J]. J Am Geriatr Soc. 2007

Oct; 55 Suppl 2: S253-S257.

- [18]REZAEI M M, GHOREIFI A, KERIGH B F. Metabolic syndrome in patients with prostate cancer undergoing intermittent androgen-deprivation therapy[J]. *Can Urol Assoc J*. 2016 Sep-Oct; 10 (9-10) : E300-E305.
- [19]WANG H, SUN X, ZHAO L, et al. Androgen deprivation therapy is associated with diabetes: Evidence from meta-analysis[J]. *J Diabete s Investig*, 2016, 7 ( 4 ) : 629-636.
- [20]SMITH P H. Carcinoma of prostate: case against immediate hormonal therapy[J].*Prostate*. 1996 Mar; 28 (3) : 205-208.
- [21]STRUM S B, MCDERMED J E, SCHOLZ M C, et al. Anaemia associated with androgen deprivation in patients with prostate cancer receiving combined hormone blockade[J]. *Br J Urol*. 1997 Jun; 79 (6) : 933-941.
- [22]IRANI J, SALOMON L, OBA R, et al. Efficacy of venlafaxine, medroxyprogesterone acetate, and cyproterone acetate for the treatment of vasomotor hot flushes in men taking gonadotro-pin-releasing hormone analogues for prostate cancer: a double-blind, randomised trial[J]. *Lancet Oncol* 2010, 11 (2) : 147-154.
- [23]MOHILE S G, MUSTIAN K, BYLOW K, et al. Management of complications of androgen deprivation therapy in the older[J]. *Crit Rev Oncol Hemato* 2009, 70 (3) : 235-255man.
- [24]BILEZIKIAN J P. Osteoporosis in men[J]. *J Clin Endocrinol Metab*. 1999 Oct; 84 (10) : 3431-3434.
- [25]Kokorovic A, So AI, Serag H, et al. Canadian Urological Association guideline on androgen deprivation therapy: Adverse events and management strategies[J]. *Can Urol Assoc J*. 2021 Jun; 15 (6) : E307-E322.
- [26]WESTLYE L T, KAUFMANN T, ALNAS D, et al. Brain connectivity aberrations in anabolic-androgenic steroid users[J].*Neuroimage Clin*. 2016 Nov 17; 13: 62-69.
- [27]SMITH M R, LEE H, MCGOVERN F, et al. Metabolic changes during gonadotropin-releasing hormone agonist therapy for prostate cancer: differences from the classic metabolic syndrome[J].*Cancer*. 2008 May 15; 112 (10) : 2188-2194.
- [28]ZAREBA P, DUIVENVOORDEN W, LEONG D P, et al. Androgen deprivation therapy and cardiovascular disease: what is the linking mechanism?[J]. *Ther Adv Urol*. 2016 Apr; 8 (2) : 118-129.
- [29]KOKOROVIC A, SO A I, SERAG H, et al. Canadian Urological Association guideline on androgen deprivation therapy: adverse events and management strategies[J]. *Can Urol Assoc J*, 2021, 15 (6) : E307-E322.
- [30]陈醒, 白文佩, 周应芳, 等. 选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂治疗潮热的研究进展[J]. *中国临床药理学杂志*, 2016 (05) : 476-478.
- [31]SMITH M R, EASTHAM J, GLEASON D M, et al. Randomized controlled trial of zoledronic acid to prevent bone loss in men receiving androgen deprivation therapy for nonmetastatic prostate cancer[J]. *J Urol*. 2003, 169 (6) : 2008-2012.
- [32]MICHAELSON M D, KAUFMAN D S, LEE H, et al. Randomized controlled trial of annual zoledronic acid to prevent gonadotropin-releasing hormone agonist induced bone loss in men with prostate cancer[J]. *J ClinOncol*, 2007, 25 (9) : 1038-1042.
- [33]GREENSPAN S L, NELSON J B, TRUMP D L, et al. Effect of once-weekly oral alendronate on bone loss in men receiving androgen deprivation therapy for prostate cancer: a randomized trial[J]. *Ann Intern Med*, 2007, 146 (6) : 416-424.
- [34]SMITH M R, EGERDIE B, HERNANDEZ T, et al. Denosumab in men receiving androgen-deprivation therapy for prostate cancer[J]. *The NewEngland Journal of Medicine*, 2009, 361 (8) : 745-755.
- [35]AHMADI H, DANESHMAND S. Androgen deprivation therapy: evidence-based management of side effects[J]. *BJU Int* 2013, 111 (4) : 543-548.
- [36]舒灵芝, 罗玉红, 凌文静, 等. 前列腺癌患者雄激素剥夺疗法不良反应管理的研究进展[J]. *中国男科学杂志*, 2024, 38 (01) : 147-152.
- [37]金璐, 陈晴峰. 正念减压疗法在腹腔镜前列腺癌根治术患者护理中的应用效果[J]. *当代护士(上旬刊)*, 2021, 28 (07) : 129-131.
- [38]程海莲, 张昭, 陈波, 等. 认知行为疗法对前列腺癌根治术后患者焦虑的效果[J]. *中国健康心理学杂志*, 2018, 26 (04) : 529-531.

- [39]苏森毅.知柏地黄丸治疗前列腺癌内分泌治疗所致副作用的临床观察[D].福建中医药大学, 2013.
- [40]陈豪特, 高瞻, 张泽家, 等.高瞻治疗前列腺癌雄激素剥夺治疗后代谢并发症的临床经验[J].世界科学技术-中医药现代化, 2021, 23 (12) : 4537-4542.
- [41]ASHAMALLA H, JIANG M L, GUIRGUIS A, et al. Acupuncture for the alleviation of hot flashes in men treated with androgen ablation therapy[J]. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2011 Apr 1; 79 (5) : 1358-1363.
- [42]BEER T M, BENAVIDES M, EMMONS S L, et al. Acupuncture for hot flashes in patients with prostate cancer[J].*Urology*. 2010 Nov; 76 (5) : 1182-1188.
- [43]HAMMAR M, FRISK J, GRIMAS O, et al. Acupuncture treatment of vasomotor symptoms in men with prostatic carcinoma: a pilot study[J]. *J Urol*. 1999 Mar; 161 (3) : 853-856.
- [44]HIRSCH L M, GOLDSTEIN L E. Acupuncture for hot flashes in men treated with androgen deprivation therapy[J]. *Can J Urol*. 2015 Aug; 22 (4) : 7938-7941.
- [45]郁超, 曹宏文, 何晓锋, 等.中医综合疗法治疗前列腺癌骨转移的临床观察[J].上海中医药大学学报, 2015, 29 (02) : 26-30.
- [46]RICH T, PORTER G W 2ND, RICKSi-SANTI L, et al. Intermittent 96-Hour Auricular Electroacupuncture for Hot Flashes in Patients with Prostate Cancer: A Pilot Study[J]. *Med Acupunct*. 2017 Oct 1; 29 (5) : 313-321.
- [47]HARDING C, HARRIS A, CHADWICK D. Auricular acupuncture: a novel treatment for vasomotor symptoms associated with luteinizing-hormone releasing hormone agonist treatment for prostate cancer[J]. *BJU Int*. 2009 Jan; 103 (2) : 186-190.