

病例報告

中醫治療慢性非細菌性攝護腺炎 / 慢性骨盆腔疼痛症候群：病例報告及文獻回顧

邱凡誠^{1, #}、黃怡^{2, #}、林揆曉³、姜智釗^{4, 5, *}、鄭為仁^{6, 7, *}

¹ 南崁風澤中醫診所，桃園，臺灣

² 新竹風澤中醫診所，新竹，臺灣

³ 龜山文學風澤中醫診所，桃園，臺灣

⁴ 埔心風澤中醫診所，桃園，臺灣

⁵ 長庚科技大學保健營養系，桃園，臺灣

⁶ 長庚大學中醫學系，桃園，臺灣

⁷ 桃園長庚紀念醫院中醫部，桃園，臺灣

背景：男性慢性非細菌性攝護腺炎 / 慢性骨盆腔疼痛症候群（CP/CPPS）盛行率約為 2% 至 10%，且其盛行率大多隨年齡增長而上升。臨床表現常見頻尿、排尿疼痛或不適，以及骨盆、會陰部疼痛，並可能伴隨焦慮或其他慢性疼痛狀態，進而明顯影響生活品質。現行常規治療包括 α -受體阻斷劑、非類固醇消炎止痛藥、抗生素、骨盆底物理治療及多模式症狀導向治療；然而，整體療效仍具有個體差異，部分患者症狀改善有限。**病案描述：**本文藉由回顧一例 CP/CPPS 患者的病史、診療歷程與追蹤結果，闡述中醫藥介入此類疾病的治療策略與具體療效。同時，結合國內外相關臨床與藥理文獻，進一步探討中醫藥治療 CP/CPPS 的潛在機轉，並評估中西醫整合照護在臨床應用上的價值與潛力。**結果：**經中醫藥治療與追蹤後，患者的排尿不適與骨盆腔疼痛獲得顯著緩解，焦慮情緒亦隨之改善，整體生活品質大幅提升。在客觀評估上，美國國家衛生研究院慢性攝護腺炎症狀指數（National Institutes of Health Chronic Prostatitis Symptom Index, NIH-CPSI）由

#：為共同第一作者，對本文貢獻均等

* 通訊作者：

1. 姜智釗，埔心風澤中醫診所，地址：326 桃園市楊梅區永平里永美路 334 號，電話：03-4826520，email：b9205020@hotmail.com

2. 鄭為仁，桃園長庚紀念醫院中醫部，33378 桃園市龜山區頂湖路 123 號，電話：03-3196200 分機 2612，傳真：03-3298979，Email：misterarren@gmail.com

115 年 1 月 28 日受理，115 年 6 月 29 日接受刊載

初始的 31 分顯著下降至 6 分。**結論：**本文旨在提供具體的臨床觀察與經驗分享，凸顯中醫藥在 CP/CPPS 照護上的潛在作用，並為未來的臨床研究提供參考。

關鍵字：中醫、慢性攝護腺炎、慢性非細菌性攝護腺炎 / 慢性骨盆腔疼痛症候群、病例報告、文獻回顧

前言

攝護腺炎為泌尿科常見之男性疾病之一，临床上以骨盆腔陰部疼痛、頻尿、排尿疼痛和排尿困難等症狀為主要表現，長期發作將嚴重影響患者生活品質與心理健康。根據 Borgert 等人（2025）的研究指出，男性攝護腺炎的終生盛行率約為 9.3%[1]。美國國家衛生研究院（National Institutes of Health, NIH）將攝護腺炎分為急性細菌性、慢性細菌性、慢性非細菌性以及無症狀發炎性 [1]，其中以第三型慢性非細菌性攝護腺炎，又稱慢性骨盆腔疼痛症候群（Chronic non-bacterial prostatitis/chronic pelvic pain syndrome, CP/CPPS）最為常見，約占慢性攝護腺炎的九成以上 [1-3]。根據 Healy 等人（2023）的回顧研究，男性 CP/CPPS 的盛行率約為 2% 至 10%，且風險隨年齡增加而上升，在 50-59 歲的男性相較於 20-39 歲的男性，風險增加 3.1 倍 [2]。在台灣即將邁入超高齡社會的背景下 [4]，CP/CPPS 之長期管理更具臨床重要性。

CP/CPPS 的患者除了下泌尿道症狀外，15-40% 的患者合併有勃起功能障礙，亦常伴隨腸躁症、纖維肌痛症、慢性疲勞症候群等共病，並與焦慮、憂鬱等心理健康問題相關 [1-2]。根據 Borgert（2025）等人的研究指出，CP/CPPS 患者罹患憂鬱、焦慮及恐慌症的比例顯著高於一般男性（13% vs. 4%）。該研究亦收錄了患者的自述，指出 CP/CPPS

造成的疼痛令人難以忍受且沮喪，患者常伴隨對症狀復發的擔憂，甚至懷疑自己是否罹患癌症 [1]。近年研究指出，CP/CPPS 的成因涉及骨盆腔肌肉張力異常、免疫失衡、神經內分泌失調及情緒壓力等多重因素 [1]。治療目標在於症狀控制而非治癒，目前西醫治療 CP/CPPS 主要以 α -阻斷劑、消炎止痛藥物、物理治療及行為調整為主 [1-2, 5-8]。然而，Anothaisintawee 等人（2011）的系統性回顧指出，以 α -受體阻斷劑或非類固醇消炎止痛藥（NSAIDs）作為單一療法時，治療失敗率仍高達 20% 以上，且症狀改善幅度多未達臨床最小重要差異（MCID），顯示現行常規藥物治療仍有其侷限性 [5]。多項研究亦證實，採用多模式（multimodal）且個體化的治療策略，其臨床失敗率顯著低於單一藥物治療；因此，多面向的個人化整合治療已成為目前管理 CP/CPPS 的重要趨勢 [1-2, 5-6]。此種強調個體化的治療策略，恰與中醫「辨證論治、同病異治」的核心精神不謀而合；而中醫藥具備「多靶點」調控的特性，更使其在 CP/CPPS 的治療上展現出極具前景的臨床潛力。

據 CP/CPPS 之臨床表現，其小便頻急、餘瀝不盡及尿道澀痛等症狀，確屬中醫典籍中「淋證」之範疇。「淋」之病名首見於《內經》，而張仲景於《金匱要略》中對其症狀描述尤為詳盡：「淋之為病，小便如粟狀，小腹弦急，痛引臍中。」歷代醫家多將淋證

之病機責之於膀胱濕熱、脾腎虧虛及肝鬱氣滯；其病位雖在膀胱與腎，然與肝、脾之臟腑功能失調密切相關 [9]。治療原則上，實證治以清利除邪，虛證則以補腎扶正為主；臨床施治首重詳辨寒熱虛實與標本緩急。本文藉由報告一例中醫診療顯著改善 CP/CPPS 患者，顯示中醫藥介入 CP/CPPS 具有臨床應用潛力，亦期能為中西醫整合治療提供實證參考。

病案闡述

1. 基本資料

姓名：侯 ○ ○

性別：男性

年齡：57 歲

職業：設備廠主管，工作需要久站和久走。

婚姻：已婚

籍貫：新北市板橋區

初診日期：114 年 4 月 8 日

2. 主訴

反覆頻尿合併排尿疼痛已五個月。

3. 現病史

患者為 57 歲男性，自民國 113 年 11 月初起出現頻尿與左大腿內側痠痛，約兩週後出現排尿疼痛。民國 113 年 12 月至 114 年 1 月期間曾於外院接受中醫治療，症狀反覆發作。民國 114 年 2 月 17 日，患者轉至西醫診所就診，診斷為泌尿道感染，並給予 cephalexin 與 acetaminophen 治療六日，頻尿及排尿疼痛短暫緩解。惟 4 月初症狀再度復發，遂於民國 114 年 4 月 8 日來本院門診就醫。

患者主訴頻尿，白天排尿約每小時一次，伴有尿流變細與排尿不淨感。偶發左大腿內側及髖部痠痛（VAS = 4，以過去門夾傷小指造

成骨裂時的疼痛 VAS = 10 為基準。），排尿後可緩解；排尿時陰莖根部和左側睪丸灼熱澀痛感（VAS = 6），射精時亦同。尿液顏色時為透明、時為淺黃，無異味。患者自述飲水量若超過 2000 mL，喝咖啡和疲勞時頻尿症狀加劇，服用中藥或抗生素治療後可短暫緩解。無夜尿、無下腹痛或陰囊腫脹。過去一年無危險性行為史，平均每週自慰一次，精液顏色正常。兒時曾接受包皮環切術。近兩年工作壓力大、心情煩躁，症狀反覆發作影響日常工作及外出活動，情緒進一步惡化。另有不定時腰痠（VAS = 3），疲勞時加重。

4. 過去病史

4.1. 高血壓已兩年，服 valsartan 160 mg 每日一錠，現血壓控制穩定。

4.2. 慢性 C 型肝炎，於民國 95 年 3 月 22 日發現，經干擾素治療半年後血清已無病毒量，現每半年追蹤肝指數和腹部超音波。

5. 個人史

5.1. 個人習慣：無抽菸喝酒嚼檳榔。平時無運動習慣。

5.2. 過敏史：無食物、藥物過敏史。

5.3. 飲食習慣：葷食，飲食無特殊偏好，日飲水量 2000 mL，每天早上喝一杯美式咖啡。

6. 家族史

無已知家族史

7. 中醫四診

7.1. 望診

7.1.1. 神志：意識清楚、精神尚可。

7.1.2. 體型：體格中等（身高：176.4 cm，體重：74.3 kg，BMI = 23.8）。

7.1.3. 皮膚：膚色暗黃。

7.1.4. 口唇：唇色淡紅。

7.1.5. 甲色：淡紅，按壓變白，放鬆則回復淡紅。

7.1.6. 眼瞼：淡紅。

7.1.7. 四肢：活動度正常、外觀無畸形、無水腫、無關節腫脹。

7.1.8. 眼神：眼神擔憂。

7.1.9. 舌診：舌質暗紅，苔薄白。

7.2. 聞診

7.2.1. 語音：構音清晰、語音音量大小正常。

7.2.2. 味道：無特殊氣味。

7.3. 問診

7.3.1. 全身：較怕冷、不怕熱、冬天和在冷氣房時四肢易覺冰冷、汗可。

7.3.2. 情志：平時工作壓力大，心情煩躁，近期因健康狀況煩躁加重。

7.3.3. 睡眠：眠可（睡眠時間多為 23:30-7:00），無眠中斷。

7.3.4. 頭項：無不適。

7.3.5. 五官：無不適。

7.3.6. 胸腹：無胸悶胸痛。無腹脹腹痛、無胃食道逆流史。食慾一般。

7.3.7. 腰背：輕微腰痠（VAS = 3），疲勞時加重。

7.3.8. 四肢：左大腿內側和髖部痠痛（VAS = 4），排尿後可緩解。頻尿發生約兩個月後，患者在冷氣環境中易覺得手足冰冷。

7.3.9. 二便：大便一日一行，成形，質地正常。小便頻尿（1 次 / 1 小時）、尿流變細、排尿不淨、解尿時伴隨陰莖根部及左側睪丸定點灼熱澀痛（VAS = 6）。

7.3.10. 性行為史：射精陰莖根部和左側睪丸灼熱澀痛（VAS = 6）。固定

性伴侶，無危險性行為，性慾減退，近兩年無性行為，一週自慰一次。

7.4. 切診

7.4.1. 切診：雙側脈沉弦略澀。

7.4.2. 觸診：雙手肌膚溫度正常、水腫按壓評估陰性。

8. 現代醫學身體（理學）檢查、實驗室檢查及特殊檢查

8.1. 理學檢查：視診外生殖器、陰囊無紅腫，觸診按壓下腹部、髖部無明顯壓痛。flank knocking pain 陰性。

8.2. 實驗室檢查：

8.2.1. 114 年 2 月 18 日尿液檢查：白血球、紅血球、尿酮體、潛血反應、細菌、尿蛋白、尿糖等檢驗結果皆屬正常或落在正常範圍。

8.2.2. 114 年 3 月 15 日生化檢查：AST 24 U/L、ALT 26 U/L、total cholesterol 165 mg/dl、triglyceride 72 mg/dl 等檢驗結果皆落在正常範圍。

8.3. 特殊檢查：114 年 3 月 15 日腹部超音波檢查肝臟、膽囊、胰臟和腎臟沒有發現異常。

8.4. 問卷評估：美國國立衛生研究院慢性攝護腺炎症狀指數（NIH-Chronic Prostatitis Symptom Index, NIH-CPSI）評分，疼痛部分為 14 分，排尿症狀 8 分，生活品質影響 9 分，總分為 31 分。

9. 整體回顧

患者為 57 歲男性，自民國 113 年 11 月初起出現頻尿，約兩週後開始排尿疼痛，並伴射精時不適，經西醫診斷為泌尿道感染，先後接受中藥、cephalexin 和 acetaminophen 治療，症狀

短暫緩解但反覆未癒，於 114 年 4 月 8 日至本院中醫門診就醫。初診時，患者白天排尿次數約 12~13 次（平均每小時一次），伴排尿不淨感；間歇出現左大腿內側和左髖部痠痛（VAS = 4），排尿後可舒緩；排尿和射精時陰莖根部與左側睪丸有定點灼熱澀痛（VAS = 6），尿液和精液顏色正常。頻尿於日飲水量超過 2000 mL、喝咖啡或疲勞後加重。近兩年工作壓力大，情緒煩躁，因症狀反覆發影響日常生活而加劇煩躁感。上述疼痛、排尿症狀和影響生活品質程度 NIH-CPSI 評分為 31 分。

患者過去一年無危險性行為史，小時候曾接受包皮環切術。過去病史包括高血壓（服西藥控制良好）和慢性 C 型肝炎（治療後定期追

蹤）。體格中等，神態略顯擔憂；平素較怕冷，氣溫低時四肢易感覺冷；有腰痠（VAS = 3），疲勞時加重。大便每日一次，成形；食慾一般，無特殊飲食偏好；日飲水量約 2000 mL；睡眠時間規律，無夜尿。固定性伴侶，近兩年性慾減退，每週自慰一次。切診脈沉弦略澀，觸診雙手肌膚溫度正常。舌質暗紅，苔薄白。

10. 時序圖：根據初診資料，將重要症狀變化整理為圖一。

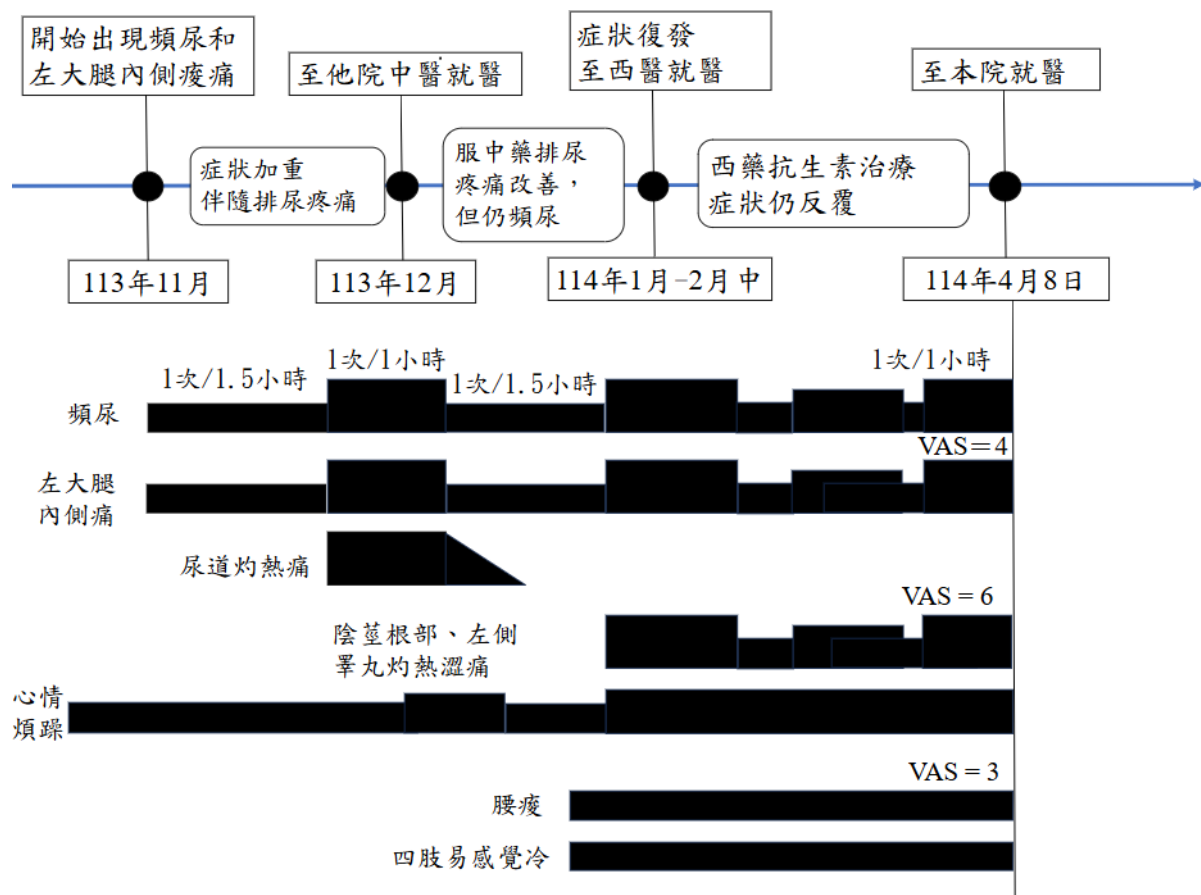
11. 臟腑病機四大要素分析

11.1. 病因

11.1.1. 內因：壓力。

11.1.2. 不內外因：勞倦、久病。

11.2. 病位



圖一 時序圖

11.2.1. 中醫病位：膀胱、肝、腎、足厥陰肝經。

11.2.2. 西醫病位：下泌尿道、陰莖、左睪丸、左側大腿內側、左髖部。

11.3. 病性

11.3.1. 主症：頻尿五月餘伴隨排尿和射精陰莖根部與睪丸灼熱澀痛、尿不淨感、左大腿內側和左髖部痠痛。脈沉弦略澀，舌暗紅，苔薄白。

11.3.2. 次症：腰痠、手足易感覺冷、心情煩躁。

11.4. 病勢

患者為 57 歲男性，主訴自民國 113 年 11 月起出現頻尿及排尿疼痛，外院初步診斷為泌尿道感染。在男性泌尿道感染的鑑別診斷上，患者幼時已行包皮環切術，並否認高風險性行為，可排除因包皮清潔問題或危險性行為所導致的男性非複雜性泌尿道感染。經評估，患者無糖尿病、中樞神經病變（腦部或脊髓）病史，亦無尿道外傷、導尿管置入、泌尿道結石或膀胱腫瘤等紀錄，理學檢查 flank knocking pain 呈陰性，114 年 3 月 15 日腹部超音波檢查腎臟沒有發現結石。這些陰性病史和檢查結果足以排除大多數導致男性泌尿道感染的常見結構性或功能性異常。值得注意的是，除下泌尿道症狀外，患者主訴左側大腿內側、髖部及陰莖根部有局限性疼痛，且與排尿及射精之誘發關係，此疼痛分佈和性質符合攝護腺炎典型的骨盆與會陰轉移痛特徵。綜合上述臨床表徵與排除性評估，臨床高度懷疑其診斷為由攝護腺炎所誘發之男性複雜性泌尿道感染 [10]。

依中醫觀點分析，「攝護腺炎」之臨床表徵類同古籍記載之「淋證」、「精濁」或「白淫」[11-12]；本案患者呈現頻尿、餘尿感、及小便澀

痛，確屬「淋證」範疇 [9, 13]。傳統上，淋證多肇因於濕熱蘊結膀胱，病勢急驟。然本案發病緩慢，患者平素無嗜食辛辣，且四診並無明顯外感或內生濕熱之象。據《景岳全書·淋濁》所述，淋證初起雖多因熱，然隨病程演變與治療介入，可轉化為寒、熱、虛、實等不同證型。進一步辨證發現，患者小便澀滯、淋漓不宣，脈沈弦；雖無典型少腹滿痛，但其陰莖、大腿內側及骨盆之疼痛區域，均屬足厥陰肝經循行部位，依「不通則痛」之理，此乃肝氣鬱滯所致，符合「氣淋」之實證表現。另一方面，患者頻尿已逾五個月，症狀遇勞則劇，伴隨腰痠、畏寒肢冷及性慾減退，顯示腎氣虧虛，已具備「勞淋」之特徵 [9]。參照張伯臾之論點，六淋之間及虛實性質可相互轉化 [13]；故推斷本案病機應屬「氣淋實證」逐漸轉化為「勞淋」，呈現本虛標實、虛實夾雜之臨床特徵。

綜合析之，患者因長期工作壓力及病情反覆致情志不遂，進而導致肝失疏泄，氣機鬱滯日久化瘀，形成肝經氣血凝滯；同時兼見腎氣虧虛，二者共同導致膀胱氣化失司。此病機解釋了患者頻尿、淋漓不盡之主訴，以及陰莖根部、左大腿內側與髖部之定點灼熱澀痛，此疼痛區域與足厥陰肝經之循行路徑高度相符。針對此病程演變，《臨證指南醫案》指出：「病久痛久則入血絡」，亦云「久病必虛，久病及腎」。此二語精確闡釋了本案因病程遷延，導致「久病入絡」之氣滯血瘀痛徵，以及「久病及腎」之虛損表現。

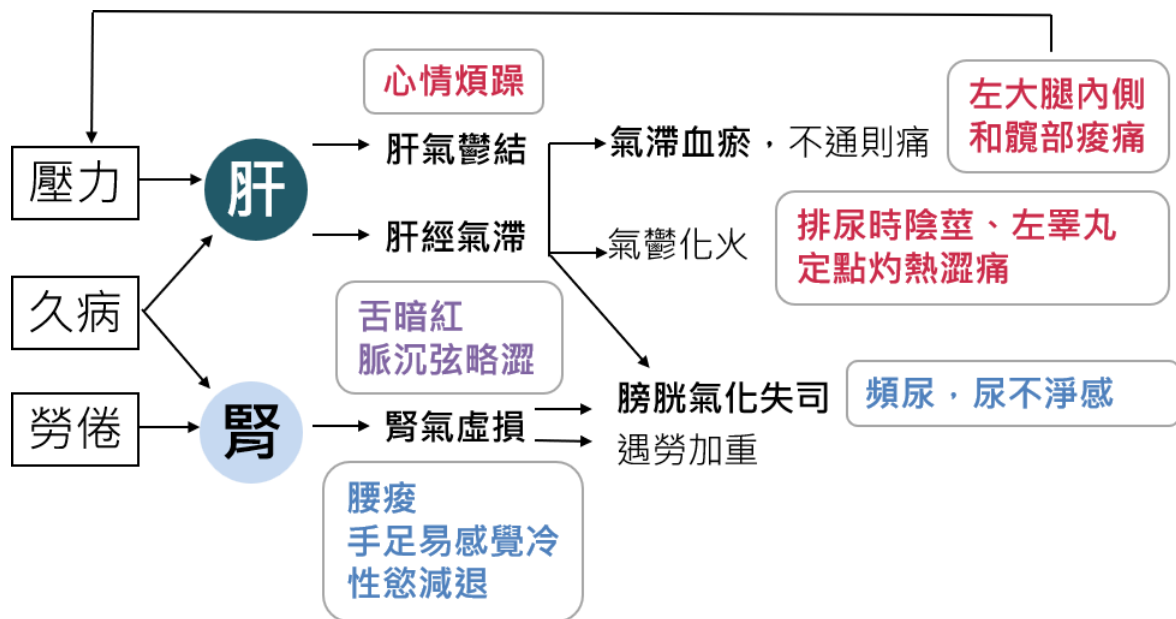
此外，患者之既往病史亦佐證了此一病機推論：中醫理論認為，高血壓之病位主要在肝腎，病程久者多以肝腎虧虛為本，風火痰瘀互結為標 [14-15]，這為患者的「腎氣虧虛」提供了潛在體質背景；而慢性 C 型肝炎雖處非活躍期，其病機常見肝鬱脾虛 [16]，亦與患者目前顯著

的「肝氣鬱滯」表現高度吻合。

綜上所述，本案診斷屬「淋證」，其病機特點為「本虛標實、虛實並見」（本虛在腎，標實在肝鬱血瘀）。據此，確立治則以「疏肝解鬱，

補腎利水，活血化瘀」為核心。

11.5. 病因病機圖：依據初診資料與臟腑病機四大要素，歸納本案之病因病機如圖二。



圖二 病因病機圖

12. 診斷

12.1. 中醫診斷

12.1.1. 病名：淋證

12.1.2. 證型：肝氣鬱結，氣滯血瘀，腎氣虧虛。

12.2. 西醫診斷：攝護腺炎引起的男性複雜性泌尿道感染。

13. 治則：補腎利水，疏肝解鬱，活血化瘀。

14. 初診處方：

濟生腎氣丸 5克、膈下逐瘀湯 4克、四逆散 3克、益智仁 1克、黃柏 1克、王不留行 1克（日劑量）。早晚飯後分兩次服用。

15. 方藥分析

本案初診處方以「濟生腎氣丸」為主方，

取其補腎助陽、利水通淋之功。並佐以「膈下逐瘀湯」合「四逆散」，旨在疏肝解鬱、行氣止痛兼活血化瘀。值得探討的是，雖《醫林改錯》所述膈下逐瘀湯之傳統病位與本案未必完全相符，然考其方藥組成，內含香附、延胡索、烏藥、枳殼等品，皆具顯著之疏肝行氣與止痛作用；此藥組恰能切中本案因「肝經氣滯血瘀」所致之骨盆、大腿及排尿疼痛，發揮精準療效。加味單味藥方面，選用「王不留行」以利尿通淋、行血止痛；「益智仁」溫腎縮尿以改善頻尿；「黃柏」則清瀉下焦實火，以解局部鬱熱。上述處方構成了初診辨證施治之核心架構，後續療程則據臨床症狀及舌脈演變隨證加減，以觀療效。

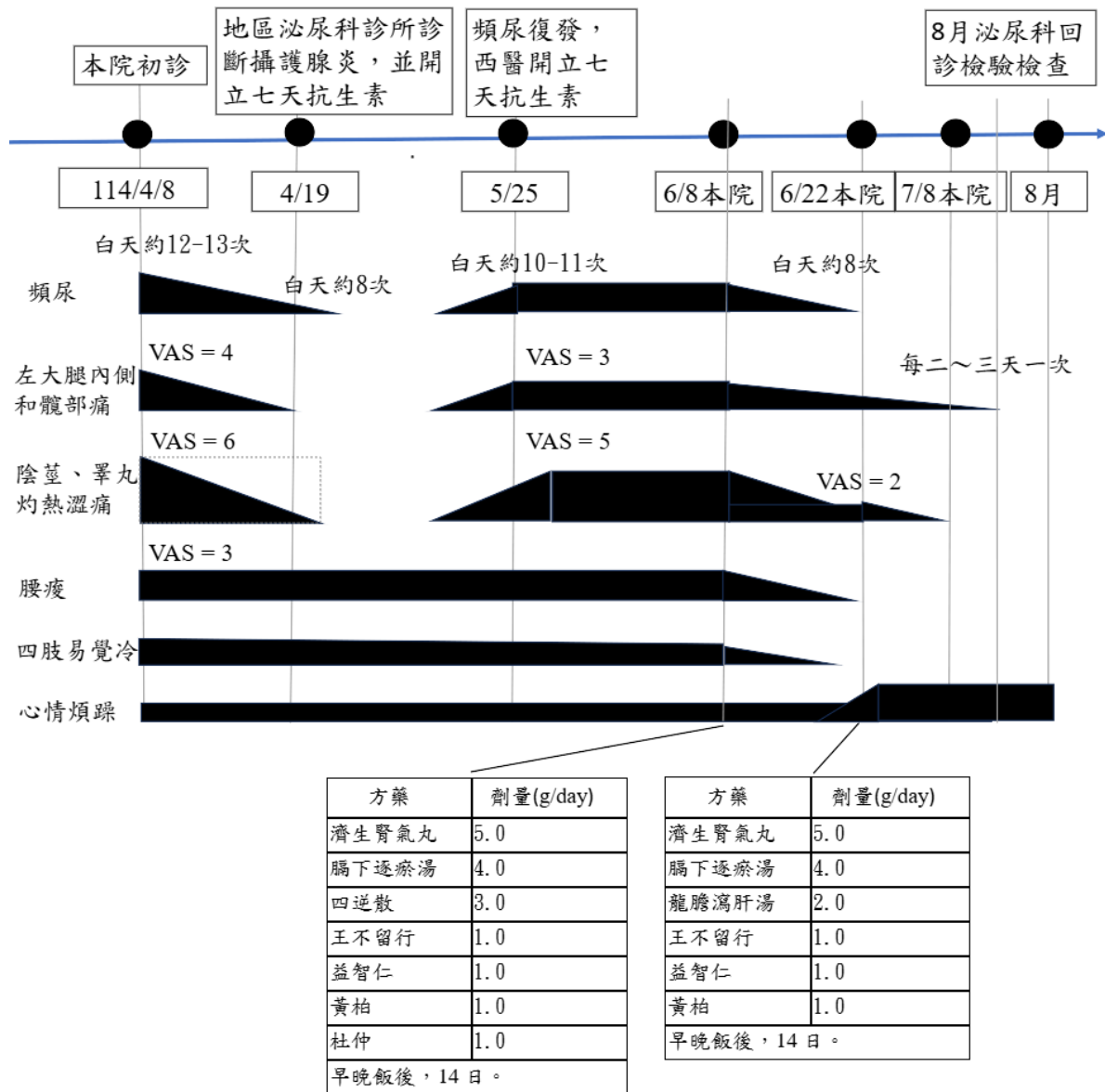
16. 追蹤診療紀錄

於表一及圖三。

本案的追蹤診療過程與症狀變化分別彙整

表一 追蹤診療紀錄表

日 期	症狀變化	處 方	治療經過與思路
114/04/19	1. 白天解尿次數：13 → 8 次 2. 小便解不淨感 3. 解尿時陰莖疼痛：VAS = 6 → 3 4. 解尿前左大腿痠痛：VAS = 4 → 2 5. NIH-CPSI：31 → 24		西醫診斷為攝護腺炎，開立七天抗生素 ciprofloxacin。
114/06/08	1. 白天解尿次數：8 → 10 次 2. 小便解不淨感 3. 解尿時陰莖疼痛：VAS = 3 → 5 4. 解尿前左大腿痠痛：VAS = 2 → 3 5. NIH-CPSI：24 → 27 6. 腰痠痛：VAS = 3 7. 手腳冰冷次數減少 8. 舌暗紅，苔薄白。脈沉弦略澀	濟生腎氣丸 5g 膈下逐瘀湯 4g 四逆散 3g 王不留行 1g 益智仁 1g 黃柏 1g 杜仲 1g 分兩次服用 早晚飯後 14 日。	1. 5/25 症狀復發，服七天抗生素 ciprofloxacin 無改善。 2. 辨證與初診相近，腰痠痛程度持平，沿用前方加入杜仲 1g。
114/06/22	1. 白天解尿次數：10 → 8 次 2. 小便解不淨感已無 3. 解尿時陰莖疼痛：VAS = 5 → 2 4. 解尿前左大腿痠痛：每次解尿都痛 → 一天一次，VAS = 3 → 2 5. NIH-CPSI：27 → 12 6. 腰痠痛：VAS = 3 → 0 7. 手腳冰冷已無 8. 舌暗紅，苔薄白。脈沉弦略澀。 → 舌診苔根黃薄，脈沉弦滑	濟生腎氣丸 5g 膈下逐瘀湯 4g 龍膽瀉肝湯 2g 王不留行 1g 益智仁 1g 黃柏 1g 分兩次服用 早晚飯後 14 日。	1. 因脈沉弦轉變為沉弦滑，舌苔根部黃薄，推測為濕熱下注肝經，將前方去四逆散，加龍膽瀉肝湯 2g。 2. 因腰痠痛、四肢易冷和頻尿等腎氣虧虛的狀況改善，去杜仲。
114/07/08	1. 白天解尿次數：8 次 2. 解尿時陰莖疼痛：VAS = 2 → 0 3. 解尿前左大腿痠痛：一天一次 → 二~三天一次，VAS = 2 4. NIH-CPSI：12 → 6 5. 腰痠痛、手腳冰冷已無 6. 舌淡紅，苔薄白，根黃薄。脈沉弦滑 → 脈沉弦	濟生腎氣丸 5g 膈下逐瘀湯 4g 龍膽瀉肝湯 2g 王不留行 1g 黃柏 1g 分兩次服用 早晚飯後 14 日。	1. 因頻尿、腰痠、手足易冷控制穩定，前方去溫腎縮尿的益智仁。 2. 因患者年紀超過 50 歲，仍持續建議至西醫泌尿科做攝護腺檢查與後續追蹤。
114/08	泌尿科追蹤檢查：尿液、PSA、殘餘尿量皆正常，尿流速可接受；診斷為輕微良性攝護腺腫大，建議定期追蹤。		



圖三 追蹤診療變化時序圖

16.1 初診與初期治療（民國 114 年 4 月 8 日至 4 月 19 日）

患者於民國 114 年 4 月 8 日初診，主訴頻尿、殘尿感、解尿與射精疼痛，以及左大腿內側與骨盆區域痠痛。當下確立治則為「疏肝解鬱、補腎利水、活血化瘀」。經中藥治療後，頻尿顯著改善，日間解尿次數由 13 次降至約 8 次。殘尿感雖仍存在，但各項疼痛指標均見緩

解：左大腿內側及骨盆痠痛之視覺類比量表評分下降（VAS= 3 → 2）；解尿與射精疼痛亦減輕（VAS= 6 → 3）；NIH-CPSI 評分為 24 分。患者於民國 114 年 4 月 19 日至泌尿科就醫，確診為攝護腺炎。考量可能處於急性發炎期，西醫採行經驗性抗生素治療（empirical antibiotic therapy），給予 ciprofloxacin 七日期，未執行指診或按摩後尿液培養。在中西醫整合治療下，

初期症狀持續緩解。

16.2 病情復發與調整（民國 114 年 5 月 25 日至 6 月 8 日）

然而，患者於民國 114 年 5 月 25 日症狀復發。雖經西醫再次給予第二療程 ciprofloxacin，症狀未見改善，遂於民國 114 年 6 月 8 日回診本院。此時頻尿加劇（日 10 ~ 11 次），伴隨殘尿感；小便前左大腿內側及骨盆痠痛（VAS = 3）；解尿與射精時陰莖及左側睪丸出現灼熱澀痛（VAS = 5）；腰部痠痛持平（VAS = 3），NIH-CPSI 評分為 27 分，但手足冰冷感減輕。查舌暗紅、苔薄白，脈沉弦略澀。辨證仍屬「肝氣鬱滯、腎氣虧虛」，針對腰痛持平且易因勞倦加重之特點，於原方加入杜仲以補腎強腰。處方分早晚飯後兩次服用，療程 14 日。

16.3 第二次複診與辨證轉折（民國 114 年 6 月 22 日）

患者於民國 114 年 6 月 22 日回診，頻尿改善至日間 8 次，殘尿感消失。左大腿內側與骨盆痠痛之頻率與程度均下降，由原本每次解尿前發作降至每日一次（VAS = 2）；解尿與射精時之灼熱澀痛亦顯著緩解（VAS = 2），NIH-CPSI 評分為 12 分。此外，手足冰冷消失，腰痠緩解。舌象暗紅、苔薄白而根部稍黃；脈象由沉弦轉為沉弦滑。此時辨證思路隨之調整：淋證病程多見濕熱下注，且疼痛部位（陰莖、睪丸、大腿內側）仍屬足厥陰肝經循行區域，結合舌根黃苔與脈滑之變化，推測病機轉為「濕熱下注肝經」，導致膀胱氣化不利。故去除四逆散，改加龍膽瀉肝湯 2g 以清瀉肝經濕熱；另因腎虛症狀改善，去除杜仲。處方續服 14 日。

16.4 第三次複診與穩定期（民國 114 年 7 月 8 日）

民國 114 年 7 月 8 日回診時，患者頻尿狀況穩定（日間約 8 次）；解尿前左大腿內側與骨

盆痠痛頻率大幅降低，僅每二至三日發作一次（VAS = 2）；解尿與射精疼痛完全消失。NIH-CPSI 評分為 6 分，與初診時 NIH-CPSI 評分相比改善 80.6%。舌淡紅、苔薄白，僅舌根微見黃薄苔，脈沉弦。考量頻尿穩定，且腰痠、手足冰冷未再復發，故去除益智仁。後續追蹤期間，患者頻尿與排尿疼痛均無再發，僅存偶發性解尿前左大腿和骨盆痠痛。

另患者曾於民國 114 年 8 月前往醫學中心泌尿科門診追蹤，並接受尿液常規檢查、血液攝護腺特異抗原檢測、尿流速檢查合併膀胱超音波殘餘尿量評估，以及經直腸攝護腺超音波檢查。回顧當時檢查結果，尿液各項檢驗數值均落在正常範圍；抽血檢查攝護腺特異抗原（prostate-specific antigen, PSA）為 1.32 ng/mL，亦屬正常範圍。尿流速檢查顯示，最大尿流速為 15.9 mL/s，平均尿流速為 6.9 mL/s；膀胱超音波檢查顯示排尿後殘餘尿量為 19 mL。整體而言，最大尿流速與殘餘尿量皆屬可接受範圍，平均尿流速則略低，仍需配合臨床症狀與其他檢查結果綜合判讀。經直腸攝護腺超音波檢查顯示，攝護腺體積為 25.87 cm³，移行區體積為 5.51 cm³，並可見少許鈣化點。泌尿科診斷為輕微良性攝護腺腫大，建議定期門診追蹤即可。綜合上述檢查結果，並未發現明顯泌尿道感染、尿滯留或攝護腺惡性病變之證據，此結果亦進一步減輕患者對疾病復發及嚴重泌尿系統疾病之擔憂。

討論

臨床上，泌尿道感染依解剖構造與功能狀態，可區分為單純性與複雜性兩類。單純性感染多發生於泌尿系統功能正常的女性；反之，男性泌尿道感染由於原本具備較長的

尿道等生理屏障，一旦發生感染，臨床上多直接歸類為複雜性感染。其病因常涉及解剖結構異常、危險性行為或包皮衛生不良；其中，結構異常尤以攝護腺病變及尿路結石為最主要之相關因子 [10]。

攝護腺炎是指攝護腺本體及其周圍組織之發炎反應。臨床常見症狀包含會陰與下腹部疼痛、頻尿及排尿困難，部分患者亦伴隨

性功能障礙或射精疼痛。本病盛行率極高，於 50 歲以上男性族群中，其發生率位居泌尿系統疾病第三位 [1-3]。根據美國國家衛生研究院（NIH）之分類標準，攝護腺炎可分為四類：急性細菌性（I 型）、慢性細菌性（II 型）、慢性非細菌性攝護腺炎 / 慢性骨盆腔疼痛症候群（III 型，CP/CPPS）及無症狀性發炎（IV 型），詳見表二。

表二 攝護腺炎依美國國家衛生研究院分類（NIH category I-IV prostatitis）

分型	類 別	特 點
I	急性細菌性攝護腺炎	起病急，常有頻尿、急尿、排尿困難常合併高燒、畏寒和噁心等。
II	慢性細菌性攝護腺炎	反覆細菌感染所致，症狀與急性攝護腺炎類似，需透過攝護腺按摩後的尿液培養確診。
III	慢性非細菌性攝護腺炎或慢性骨盆腔疼痛症候群	最常見類型，症狀包括鼠蹊部、會陰部、陰莖、睪丸或下背疼痛，射精時或射精後也常會疼痛。
IV	無症狀性攝護腺發炎	多於檢查時偶然發現。

NIH, National Institutes of Health. 表格參考並修訂自 Borgert BJ, et al. (2025) [1]。

本案患者臨床表現為頻尿、排尿疼痛及骨盆區域不適。經臨床追蹤與泌尿專科評估，初判屬於複雜性泌尿道感染範疇，但考量其病程遷延、尿液常規檢查無異常，且對抗生素治療反應不佳（臨床上排除細菌性感染）。綜合其特定之疼痛分布模式（骨盆、陰莖根部及睪丸定點痛），最終確診為 CP/CPPS。

CP/CPPS 為中青年男性慢性骨盆腔疼痛之主要成因。其臨床特徵以骨盆區域（如會陰、下腹、睪丸及陰莖）之持續或間歇性疼痛為主，常伴隨頻尿、排尿困難等下泌尿道症狀及性功能障礙。臨床診斷依據通常定義為：「在過去六個月內，經歷至少三個月持

續或反覆之骨盆腔疼痛，且排除其他可明確解釋症狀之病理成因」。其確切病因尚未完全闡明，目前推測涉及骨盆底肌肉張力異常、心理壓力、神經源性疼痛、自體免疫反應或局部微發炎等多重機制，被視為一種多因素交互作用之症候群 [1]。在治療策略上，目前尚無單一標準療法，臨床多主張採行個體化治療。藥物方面，可處方 α -受體阻斷劑改善排尿障礙，或合併非類固醇消炎止痛藥緩解疼痛；針對神經性或廣泛性疼痛，可選用 pregabalin 等神經調節劑；若伴隨勃起功能障礙，則可考慮使用磷酸二酯酶第五型抑制劑（PDE5i）[1-2]。需注意的是，抗生素並非常

規首選，僅建議於細菌培養證實感染時方納入考量。非藥物介入則包含骨盆底肌物理治療、心理支持、認知行為治療、有氧運動及針灸等 [8, 17]。上述療法可單獨應用或與藥物併行，旨在減輕臨床症狀並優化患者之生活品質。

雖然中醫典籍沒有「攝護腺炎」之名，但根據其臨床症狀，可對應「淋證」、「精濁」、「白淫」等相關病證。《素問·痿論

篇》曰：「思慮過度，所願不得，意淫於外，入房太甚，宗筋弛縱，發為筋痿，及為白淫。」，指出病因與不當的性生活有關，如房勞、忍精不泄，導致腎精虧損，腎氣虛衰，進而影響膀胱氣化而出現頻尿、淋漓不盡等症。除了不當性生活外，《景岳全書·淋濁篇》亦提及其他病因：「淋之為病，小便痛澀滴瀝……大抵此證，多由心腎不交，積蘊熱毒，或酒後房勞，服食燥熱，七情鬱結所

表三 淋證的類型與代表方劑

分 類	證 候		治 法	代表方劑
熱淋	起病急，小便短數，灼熱刺痛，尿色黃赤，舌苔黃膩，脈濡數。或伴有惡寒發熱、口苦、腰痛拒按、便秘。		清熱瀉火，利水通淋	八正散
石淋	小便排出砂石，小便艱澀，尿時疼痛或突然中斷，舌質紅，苔薄黃，脈弦或帶數。		清熱利濕，通淋排石	石韋散
氣淋	實證	小便澀痛，淋漓不宣，少腹脹滿，苔薄白，脈沉弦。	利氣疏導	沉香散
	虛證	小便澀滯，尿後餘瀝，少腹墜脹，面色晄白，舌質淡，脈細無力。	益氣升提	補中益氣湯
血淋	實證	尿中有血，小腹澀痛，舌尖紅，苔黃，脈數。	清熱通淋，涼血止血	小蓳飲子合導赤散
	虛證	尿色淡紅，輕微疼痛澀滯，腰痠膝軟，舌淡紅，脈細數。	滋陰清熱，補虛止歇	知柏地黃丸
膏淋	實證	小便混濁如米泔水，舌苔黃膩，脈濡數。	清熱利濕，分清瀉濁	萆薢分清飲
	虛證	小便如膏脂，輕微澀痛，腰痠膝軟，舌淡苔膩，脈細無力。	補虛固澀	膏淋湯
勞淋	小便不甚赤澀，尿痛不甚，但淋漓不已，時做時止，遇勞即發，腰痠膝軟，舌淡，脈弱。		健脾益腎	無比山藥丸

資料來源：整理自陳榮洲主編《中醫證治學》[9]。

致。」總結本病的病因病機與腎氣虧虛、濕熱下注和氣滯血瘀有關。濕熱下注既可由外感濕熱火毒所致，也可因內生濕熱引發 [11]。當濕熱長期不得清利，相火鬱遏，導致精道氣血瘀滯；或因情志不調，肝失疏泄，氣血凝滯經脈；又或感寒濕之邪，至厥陰絡脈受損，則見會陰、少腹、睪丸及腰骶等處疼痛不適。本病病程纏綿，易反覆發作，其病機多以脾腎虧虛為本，濕熱瘀結為標，形成「本虛標實」之證 [12]。

本案患者臨床表現為小便頻急、淋漓不盡及尿道澀痛，其症狀特徵符合中醫典籍所述之「淋證」範疇 [9, 13]。根據張伯臾主編之《中醫內科學》，淋證之核心病機多責之於膀胱濕熱、腎氣虧虛及肝氣鬱滯。臨床上，依據其病因病機與證候表現之差異，可細分為熱淋、石淋、血淋、氣淋、膏淋、勞淋等六淋（詳見表三）[9]。

治療淋證首重辨明寒熱虛實。誠如《景岳全書·淋濁篇》所云：「然淋之初病……故必以脈以證，而察其為寒，為熱，為虛，庶乎治不致誤。」此語確立了臨床脈證合參、審慎辨證之重要性。現代中醫臨床家亦支持此觀點。熊繼柏認為 [18]，鑑別淋證虛實的關鍵，在於分析病程長短及水道不利的臨床特徵；張伯臾則進一步補充 [13]，六淋並非固定不變，其間存在轉化與虛實夾雜的動態過程，導致臨床常呈現複合型病機。因此，唯有透過精確的辨證論治，全盤考量標本、緩急及寒熱虛實之演變，方能提高臨床療效。

本案初期治療以濟生腎氣丸為主方，佐以膈下逐瘀湯與四逆散加減；後續追蹤期間，依據病情與病機之演變，隨證轉方為龍膽瀉肝湯，患者症狀因而獲得顯著改善。茲將本案治療歷程中使用之主要方藥及其藥理實證依據，彙整如表四。

表四 患者所用中藥與攝護腺疾病之現代研究

中藥名	研究方法	研究結果
八味地黃丸	隨機對照試驗 (RCT)	合併 tamsulosin 治療因 BPH 引起之 LUTS，可顯著改善 IPSS、QoL 及 NIH-CPSI [19]。
	系統性回顧與網絡統合分析 (Systematic Review and Network Meta-analysis)	在多種中藥複方與西藥聯合治療的比較中，八味地黃丸合併西藥展現出最佳的整體臨床有效率 [20]。
膈下逐瘀湯	隨機對照試驗 (RCT)	口服膈下逐瘀湯加用癃閉舒膠囊六週，其在疼痛緩解與 IPSS 評分的改善幅度上，顯著優於對照組 [23]。
四逆散	隨機對照試驗 (RCT)	使用四逆散合併 tamsulosin 可改 NIH-CPSI，且改善幅度顯著優於對照組 [24]。
龍膽瀉肝湯	隨機對照試驗 (RCT)	合併 tamsulosin 治療 BPH 引起之 LUTS，除改善 IPSS、QoL 與 NIH-CPSI 外，對於疼痛症狀的緩解尤為顯著 [19]。

表四 患者所用中藥與攝護腺疾病之現代研究（續）

中藥名	研究方法	研究結果
龍膽瀉肝湯	隨機對照試驗（RCT）	合併 tamsulosin 治療可改善疼痛、IPSS、最大尿流率、膀胱殘餘尿量和攝護腺發炎因子 [21]。
	系統性回顧與網絡統合分析（Systematic Review and Network Meta-analysis）	單獨使用或是合併抗生素或 α -阻斷劑都可顯著改善 NIH-CPSI、疼痛和攝護腺液中白血球數量 [22]。
王不留行	活體內和體外研究（In Vivo and In Vitro study）	王不留行多醣體能降低膀胱組織中的尿膜蛋白表現，抑制細菌黏附在泌尿道上皮細胞，預防性給予王不留行多醣體三天後，小鼠膀胱組織中的細菌數量顯著減少 [25]。
益智仁	文獻回顧（Literature Review）	益智仁 95% 乙醇萃取物可抑制與毒蕈鹼受體（muscarinic receptor）相關之膀胱逼尿肌收縮活性；且其種子部位具有利尿與抗利尿之雙重調節作用 [26]。
黃柏	活體內研究（In Vivo study）	黃柏萃取物能顯著降低攝護腺組織中總蛋白激酶 B（Akt）、磷酸化 Akt（p-Akt）、cAMP、反應元件結合蛋白（CREB）、Cyclin D1 之表現，進而抑制攝護腺腫瘤發生 [27]。
	活體外研究（Ex Vivo study）	黃柏萃取液能有效抑制由電刺激、正腎上腺素（norepinephrine）及乙醯膽鹼（acetylcholine）所誘發之小鼠攝護腺收縮反應 [28]。

Akt, RAC-alpha serine/threonine-protein kinase (Protein Kinase B); BPH, Benign Prostatic Hyperplasia; CREB, Cyclic AMP-Responsive Element-Binding protein; IPSS, International Prostate Symptom Score; LUTS, Lower Urinary Tract Symptoms; NIH-CPSI, National Institutes of Health Chronic Prostatitis Symptom Index; QoL, Quality of Life; RCT, Randomized Controlled Trial.

經文獻回顧顯示，濟生腎氣丸之母方「八味腎氣丸」及龍膽瀉肝湯，對於改善攝護腺疾病所致之下泌尿道症狀均具有明確療效 [19-20]；其中，龍膽瀉肝湯在緩解疼痛方面的效果尤為突出 [19, 21-22]。至於膈下逐瘀湯與四逆散，雖目前尚需更多高品質之隨機對照試驗佐證，但部分中文文獻已指出其能有效改善 CP/CPSP 之臨床症狀，顯示此二方仍

具備一定之臨床應用價值與潛力 [23-24]。

單味藥理機制方面，動物研究證實王不留行具預防泌尿道感染之效益 [25]；益智仁於動物及細胞實驗中顯示具抑制逼尿肌收縮之潛能，有助改善頻尿症狀 [26]；黃柏則被發現能抑制攝護腺癌形成 [27]，並顯著減少由電刺激、正腎上腺素及乙醯膽鹼所誘發之小鼠攝護腺收縮反應 [28]。上述藥理研究成

果，為本案所選用方藥提供了現代藥理學之基礎支持。

在臨床證據方面，Franco 等人（2019）的 Cochrane 系統性回顧指出，中醫藥治療 CP/CPPS 具潛在效益，可能有助於降低疼痛分數並改善下泌尿道症狀。然而該研究亦強調，受限於原始研究普遍存在高偏差風險（high risk of bias）及顯著的統計異質性（statistical heterogeneity），目前的整體證據確信度仍然偏低 [29]。因此，未來亟需更多設計嚴謹且樣本數充足的隨機對照試驗，以建立更具說服力的臨床實證。

除了藥物治療，生活型態調整亦是管理 CP/CPPS 的關鍵，此即《黃帝內經》「上醫治未病」之現代體現，強調衛教與預防的重要性。臨床建議患者應補充足夠水分、規律運動、避免憋尿及辛辣刺激性飲食，並維持適度性生活。流行病學研究顯示，紅肉、高脂飲食、維生素 D 缺乏及咖啡因攝取均可能增加下泌尿道症狀風險 [30]；反之，規律的中高強度運動則能顯著降低下泌尿道症狀之發生率與疼痛程度 [31]。

結論

CP/CPPS 不僅影響患者的泌尿與性功能，其伴隨的焦慮與壓力更嚴重減損生活品質。面對西醫常規治療在控制復發上的侷限性，本研究展示了中醫介入的獨特價值。透過「補腎、疏肝、活血」的多靶點治療策略，中醫藥能有效突破治療瓶頸，緩解頑固性疼痛與排尿症狀。綜上所述，對於常規治療反應不佳的患者，中醫辨證治療不失為一安全

且有效的選擇，值得在未來的臨床實務與整合醫療模式中進一步推廣與應用。

參考文獻

1. Borgert BJ, Wallen EM, Pham MN. Prostatitis: A Review. *JAMA*. 2025; 334(11): 1003–1013.
2. Healy R, Thorne C, Manjunath A. Chronic prostatitis (chronic pelvic pain syndrome). *BMJ*. 2023; 383: e073908.
3. Krieger JN, Lee SW, Jeon J, Cheah PY, Liong ML, Riley DE. Epidemiology of prostatitis. *Int J Antimicrob Agents*. 2008; 31 Suppl 1(Suppl 1): S85-90.
4. 衛生福利部，高齡社會白皮書，行政院，台北，2021。【Ministry of Health and Welfare. Gaoling Shehui Baipishu. Executive Yuan, Taipei, Taiwan, 2021】
5. Anothaisintawee T, Attia J, Nickel JC, et al. Management of Chronic Prostatitis/ Chronic Pelvic Pain Syndrome: A Systematic Review and Network Meta-analysis. *JAMA*. 2011; 305(1): 78–86.
6. Magistro G, Wagenlehner FM, Grabe M, Weidner W, Stief CG, Nickel JC. Contemporary Management of Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome. *Eur Urol*. 2016; 69(2): 286-297.
7. Franco JVA, Turk T, Jung JH, Xiao YT, Iakhno S, Tirapegui FI, Garrote V, Vietto V. Pharmacological interventions for treating chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a Cochrane systematic review. *BJU Int*. 2020 Apr;125(4):490-496.
8. Franco JV, Turk T, Jung JH, Xiao YT, Iakhno S, Garrote V, Vietto V. Non-pharmacological

- interventions for treating chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018; 5(5): CD012551.
9. 陳榮洲，中醫證治學，弘祥出版社，台北，pp. 295-304，2001。【Chen RZ. Zhongyi Zhengzhixue. Hongxiang Chubanshe, Taipei, pp. 295-304, 2001.】
 10. Godara H、Hirbe A、Nassif M、Otepka J、Rosenstock A。華盛頓內科學手冊（第34版）。合記圖書出版社，台北，pp. 508-512，2015。【Godara H, Hirbe A, Nassif M, Otepka J, Rosenstock A. The Washington Manual of Outpatient Internal Medicine (34th ed.). Ho-Chi Book Publishing Co., Taipei, pp. 508-512, 2015.】
 11. 冷方男，中醫男科臨床治療學，知音出版社，台北，pp. 171-175，1991。【Leng FN. Zhongyi Nanke Linchuang Zhiliao. Zhiyin Chubanshe, Taipei, pp. 171-175, 1991.】
 12. 陳志強、江海身，男科專病中醫臨床診治，人民衛生出版社，北京，pp. 2-170，2000。【Chen ZQ, Jiang HS. Nanke Zhuanbing Zhongyi Linchuang Zhenzhi. Renmin Weisheng Chubanshe, Beijing, pp. 2-170, 2000.】
 13. 張伯興，中醫內科學，知音出版社，台北，pp. 327-335，2002。【Zhang BY. Zhongyi Neikexue. Zhiyin Chubanshe, Taipei, pp. 327-335, 2002.】
 14. 黃伯瑜、黃馨儀，高血壓的中醫治療。北市中醫會刊。2015；21(4)：15-19。【Huang BY, Huang XY. Gaoxueya de Zhongyi Zhiliao. Taipei Journal of Chinese Medicine. 2015;21(4): 15-19.】
 15. 陳淑華、呂萬安，高血壓西醫臨床表現與中醫辨證分型之相關性。北市醫學雜誌。2009；6(2)：103-116。【Chen SH, Lu WA. Relationship between Clinical Features of Hypertension and Classification in Traditional Chinese Medicine. Taipei City Medical Journal. 2009;6(2):103-116.】
 16. 高尚德、張賢文，中醫藥典籍計畫：急慢性肝炎。行政院衛生署中醫藥委員會，八十八年度委託研究計畫成果報告，1999。【Gao SD, Zhang XW. Zhongyiyao Dianji Jihua: Jimanxing Ganyan. Xingzhengyuan Weishengshu Zhongyiyao Weiyuanhui, 88 Niandu Weituo Yanjiu Jihua Chengguo Baogao, 1999.】
 17. Sun Y, Liu Y, Liu B, et al. Efficacy of acupuncture for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2021; 174(10): 1357-1366.
 18. 鄒曉玲、劉朝聖、李點、姚欣艷、龍玲、周興、何清湖，熊繼柏教授辨治淋證經驗。中華中醫藥雜誌。2015；30(4)：1151-1153。【Zou XL, Liu CS, Li D, Yao XY, Long L, Zhou X, He QH. Xiong Jibai Jiaoshou Bianzhi Linzheng Jingyan. Zhonghua Zhongyiyao Zazhi. 2015;30(4):1151-1153】
 19. Lee CL, Shin HK, Lee JY, et al. Combination therapy with tamsulosin and traditional herbal medicine for lower urinary tract symptoms due to benign prostatic hyperplasia: A double-blinded, randomized, pilot clinical trial. *Int J Urol*. 2022; 29(6): 503-509.
 20. Zeng H, Wang Z, Zhu W, Li X, Liu B, Chen C, Huang P, Luo Y. Comparative efficacy of commercial oral poly-herbal traditional Chinese medicine formulations combined with western medicine in benign prostatic hyperplasia management: a systematic review and network

- meta-analysis. *Front Pharmacol.* 2024; 15: 1358340.
21. 韓福謙、苑坤娜、余妙華、史春和、楊揚、臧春柳，龍膽瀉肝湯治療濕熱瘀滯型 III 型前列腺炎的臨床療效研究。河北中醫藥學報。2021；36(4)：29-32。【Han FQ, Yuan KN, Yu MH, Shi CH, Yang Y, Zang CL. Longdan Xiegan Tang Zhiliao Shire Yuzhi Xing III Xing Qianliexianyan de Linchuang Liaoxiao Yanjiu. Hebei Zhongyiyao Xuebao. 2021;36(4):29-32.】
22. 徐衍桑、王穎、曾思尋等，龍膽瀉肝湯治療慢性前列腺炎系統性整合分析。河南中醫。2025；45(01)：98-106。【Xu YS, Wang Y, Zeng SX, et al. Longdan Xiegan Tang Zhiliao Manxing Qianliexianyan Xitongxing Zhenghe Fenxi. Henan Zhongyi. 2025;45(1):98-106.】
23. 黃凌，膈下逐瘀湯加減聯合癰閉舒膠囊治療 IIIB 型前列腺炎 74 例。福建中醫藥。2016；47(2)：5-9。【Huang L. Gexia Zhuyu Tang Jiajian Lianhe Longbishu Jiaonang Zhiliao IIIB Xing Qianliexianyan 74 Li. Fujian Zhongyiyao. 2016;47(2):5-9.】
24. 李學清、陳琦、易軍等，四逆散加味聯合鹽酸坦索羅辛治療 III 型前列腺炎 30 例。江西中醫藥大學學報。2019；31(03)：50-52。
25. Yao R, Mao X, Xu Y, et al. Polysaccharides from *Vaccaria segetalis* seeds reduce urinary tract infections by inhibiting the adhesion and invasion abilities of uropathogenic *Escherichia coli*. *Front Cell Infect Microbiol.* 2022; 12: 1004751.
26. Zhang Q, Zheng Y, Hu X, et al. Ethnopharmacological uses, phytochemistry, biological activities, and therapeutic applications of *Alpinia oxyphylla* Miquel: A review. *J Ethnopharmacol.* 2018; 224: 149-168.
27. Kumar AP, Bhaskaran S, Ganapathy M, et al. Akt/cAMP-responsive element binding protein/cyclin D1 network: a novel target for prostate cancer inhibition in transgenic adenocarcinoma of mouse prostate model mediated by Nexrutine, a *Phellodendron amurense* bark extract. *Clin Cancer Res.* 2007; 13(9): 2784-2794.
28. Xu Y, Ventura S. Extracts of bark from the traditional Chinese herb *Phellodendron amurense* inhibit contractility of the isolated rat prostate gland. *J Ethnopharmacol.* 2010; 127(1): 196-199.
29. Franco JV, Turk T, Jung JH, et al. Pharmacological interventions for treating chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019; 10(10): CD012552.
30. Lin PH, Freedland SJ. Lifestyle and lower urinary tract symptoms: what is the correlation in men? *Curr Opin Urol.* 2015; 25(1): 1-5.
31. Zhang R, Sutcliffe S, Giovannucci E, et al. Lifestyle and Risk of Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome in a Cohort of United States Male Health Professionals. *J Urol.* 2015; 194(5): 1295-1300.

Case Report

TCM Treatment for Chronic Non-bacterial Prostatitis/ Chronic Pelvic Pain Syndrome (CP/CPPS): A Case Report and Literature Review

Fan-Cheng Chiu^{1, #}, Yi Huang^{2, #}, Kuei-Liang Lin³, Chih-Chao Chiang^{4, 5, *}, Wei-Jen Cheng^{6, 7, *}

¹*Nankan Fengze Traditional Chinese Medicine Clinic, Taoyuan, Taiwan*

²*Hsinchu Fengze Traditional Chinese Medicine Clinic, Hsinchu, Taiwan*

³*Guishan Wenxue Fengze Traditional Chinese Medicine Clinic, Taoyuan, Taiwan*

⁴*Puxin FengZe Traditional Chinese Medicine Clinic, Taoyuan, Taiwan*

⁵*Department of Nutrition and Health Sciences, Chang Gung University of Science and Technology, Taoyuan, Taiwan*

⁶*Department of Chinese Medicine, Chang Gung University, Taoyuan, Taiwan*

⁷*Department of Chinese Medicine, Taoyuan Chang Gung Memorial Hospital and Chang Gung University College of Medicine, Taoyuan, Taiwan*

Background: The prevalence of chronic non-bacterial prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CP/CPPS) in men ranges from 2% to 10%, with variable prevalence across age groups. Clinically, CP/CPPS is characterized by urinary frequency, dysuria, and pelvic or perineal pain. It is frequently associated with anxiety and other chronic pain conditions, leading to substantial impairment in quality of life. Current conventional treatments often include α -blockers, nonsteroidal anti-inflammatory drugs, antibiotics, pelvic floor therapy, and multimodal symptom-based management; however, their clinical efficacy remains variable. **Case Presentation:** This article reports a detailed case of CP/CPPS to illustrate the diagnostic reasoning and potential therapeutic role of traditional Chinese Medicine (TCM). By integrating findings from relevant clinical and pharmacological studies, we discuss the potential mechanisms of Chinese herbal medicine and the possible benefits of an integrative East-West medical approach. **Outcome:** After TCM treatment and follow-up, the patient's urinary discomfort and

[#] : These authors contributed equally to this work

***Correspondence author:**

1. Chih-Chao Chiang, Puxin FengZe Traditional Chinese Medicine Clinic, No. 334, Yongmei Rd., Yangmei Dist., Taoyuan City 326009, Taiwan, Tel: +886-3-4826520, Email: b9205020@hotmail.com

2. Wei-Jen Cheng, Department of Traditional Chinese Medicine, Center for Traditional Chinese Medicine, Chang Gung Memorial Hospital, Taoyuan, Taiwan, No. 123, Dinghu Rd., Guishan Township, Taoyuan County 333, Taiwan, Tel: +886-3-3196200 ext. 2612, Fax: +886-3-3298979, Email: misterarren@gmail.com

Received 28th January 2026, accepted 29th June 2026

pelvic pain were markedly relieved, anxiety symptoms improved, and overall quality of life was substantially enhanced. The National Institutes of Health Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI) score decreased from 31 to 6. **Conclusion:** This report provides a concrete clinical observation and experiential perspective, highlighting the potential role of TCM in the management of CP/CPPS and offering a reference for future clinical research.

Keywords: Traditional Chinese medicine, Chronic prostatitis, CP/CPPS, Case report, Literature Review