

前列安丸治疗慢性非细菌性前列腺炎

邹如政^{*}, 赵旭, 朱勇, 王安新, 周水平
(湖北中医药大学附属襄阳医院, 湖北 襄阳 441000)

[摘要] **目的:**观察前列安丸对慢性非细菌性前列腺炎(CNP)的临床疗效。**方法:**将176例肝郁血瘀型CNP患者,采用数字表方法随机分为治疗组和对照组各88例,治疗组口服前列安丸,每次10g,每天3次;对照组口服前列康片,每次5片,每日3次。两组治疗4周后观察两组治疗前后临床疗效,慢性前列腺炎症状评分(NIH-CPSI),中医症状积分,前列腺液参数和尿流率的变化。**结果:**两组经过4周治疗后,治疗组总有效率(90.97%)明显高于对照组总有效率(68.60%)($P < 0.01$);治疗组NIH-CPSI总评分(9.75 ± 3.67)分,中医症状积分(6.15 ± 3.24)分,较对照组(15.83 ± 3.71), (9.36 ± 5.12)分,显著降低($P < 0.01$);治疗组前列腺液白细胞和卵磷脂小体积分(0.86 ± 0.74), (0.75 ± 0.63)分,较对照组(1.54 ± 0.37), (1.40 ± 0.25)分,显著改善($P < 0.01$),治疗组最大尿流率(MFR)和平均尿流率(AFR) (22.35 ± 4.26), (12.35 ± 2.24) $\text{mL} \cdot \text{s}^{-1}$,较对照组(16.54 ± 2.73), (10.12 ± 2.65) $\text{mL} \cdot \text{s}^{-1}$,显著提高($P < 0.01$)。**结论:**前列安丸能够显著降低CNP患者的NIH-CPSI评分、中医症状积分、改善前列腺液参数和尿流率,临床疗效显著。

[关键词] 慢性非细菌性前列腺炎; 中医药治疗; 前列安丸

[中图分类号] R287.6 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2015)11-0164-05

[doi] 10.13422/j.cnki.syfjx.2015110164

Effect of Qianlian Pills in Treatment of Chronic Non Bacterial Prostatitis ZOU Ru-zheng^{*}, ZHAO Xu, ZHU Yong, WANG An-xin, ZHOU Shui-ping (Xiangyang Hospital Affiliated to Hubei University of Chinese Medicine, Xiangyang 441000, China)

[Abstract] **Objective:** The aim of this study was to observe the clinical efficacy of prostatic on chronic non-bacterial prostatitis (CNP). **Method:** In this study, one hundred and seventy-six cases of liver depression and blood stasis patients with this disease were randomly divided into the treatment group and the control group using digital table method, with 88 cases in each group. The treatment group was given oral Qianlian pills 10 grams every time, 3 times a day, while the control group was given oral Qianlie Kang tablets, 5 tablets every time, 3 times a day. The clinical curative effect, chronic inflammatory prostate (NIH-CPSI) score, traditional Chinese medicine (TCM) symptom score, prostate fluid parameters and urine flow rate before and after treatment were observed four weeks after treatment in the two groups. **Result:** After the treatment for four weeks, the total effective rate in treatment group (90.97%) was significantly higher than that in control group (68.60%) ($P < 0.01$). The NIH-CPSI total score (9.75 ± 3.67), TCM symptom score (6.15 ± 3.24) in treatment group significantly reduced compared with the control group (15.83 ± 3.71), (9.36 ± 5.12) ($P < 0.01$). In the treatment group, the prostatic fluid white blood cells and lecithin body score (0.86 ± 0.74), (0.75 ± 0.63) improved significantly compared with the control group (1.54 ± 0.37), (1.40 ± 0.25) ($P < 0.01$). In treatment group, maximal urinary flow rate (MFR) and average urinary flow rate (AFR) [22.35 ± 4.26], (12.35 ± 2.24) $\text{mL} \cdot \text{s}^{-1}$] increased significantly compared with the control group [16.54 ± 2.73], (10.12 ± 2.65) $\text{mL} \cdot \text{s}^{-1}$] ($P < 0.01$). **Conclusion:** Qianlian pellet can significantly decrease the NIH-CPSI score and TCM symptom score in patients with CNP, and improve the prostatic fluid parameters and urine flow rate. The clinical curative effect is remarkable.

[Key words] chronic non-bacterial prostatitis; Chinese medicine treatment; Qianlian pills

[收稿日期] 20141008(005)

[基金项目] 湖北省中医药科研项目(2012Z-Y38)

[通讯作者] * 邹如政, 硕士, 主任医师, 从事中西医结合男科学工作, Tel: 0710-3441217, E-mail: xfzrz@tom.com

慢性非细菌性前列腺炎 (chronic non-bacterial prostatitis, CNP) 是男科常见疾病, 好发于中青年男性, 约占慢性前列腺炎患者总数的 90% 以上^[1]。国外报道发病率为 9% ~ 14%^[2], 国内资料显示可达 24.3%^[3]。因症状复杂、病程迁延、并发症较多且易反复发作的缘故, 对大多数患者的精神、体力、工作、学习和生活诸方面影响较大, 且可影响男性的生育, 越来越引起国内外医学界的关注^[4], 目前西医无十分有效的治疗方法, 中医药治疗慢性前列腺炎越来越受重视, 特别是经方在慢性前列腺炎治疗中的意义倍受关注^[5]。CNP 归属于中医的“淋证”、“精浊”等范畴, 多因肾虚、湿热、脾亏、血瘀等所致, 采用清热利湿、活血化瘀、补肾泄浊等方法治疗^[6]。笔者在临床中发现 CNP 具有特殊的表现和病机特点, 清热、利湿、补肾等方法治疗虽有一定的疗效, 但病情易现反复, 从以疼痛为主、痛有定处及伴有情绪因素等特点观察到多数患者以肝郁气滞、瘀血阻络、精室不通为主要表现, 并贯穿疾病发展的全过程。结合现代医学研究结果, 笔者认为 CNP 的发生主要在于肝郁气滞、血瘀络阻, 总结出疏肝理气、活血通络从肝治疗 CNP 的方法, 取得了显著的临床疗效^[7]。本研究是进一步观察疏肝活血法组方的前列安丸治疗 CNP 的临床效果, 探讨 CNP 从肝治疗的作用机制, 为临床治疗 CNP 提供有效药物和方法。

1 资料与方法

1.1 诊断标准 西医诊断标准参照吴阶平主编的《泌尿外科学》^[8] 及美国国立卫生研究院慢性前列腺炎分类方法^[9] 诊断标准制定, ①尿路症状: 尿频、尿急、尿痛, 尿滴沥, 偶有尿道滴白; ②疼痛症状: 会阴部、小腹、睾丸、腰骶部及肛门坠胀疼痛或不适, 连续反复持 3 个月以上; ③伴随症状: 阳痿、早泄、射精痛、失眠、多梦等; ④慢性前列腺炎症状指数评分 (NIH-CPSI) > 10 分; ⑤前列腺触诊质地腺体饱满, 或软硬不匀, 或有结节, 或质地较硬; 可有局限性压痛; 可轻度增大或正常。前列腺液 (EPS) 检查白细胞 ≥ 10 个/HP, 卵磷脂小体减少或消失, 细菌培养阴性。⑥多发青壮年, 易于复发。中医诊断标准根据《慢性前列腺炎中西医结合诊疗指南(试行版)》^[10] 结合临床制定肝郁血瘀证, 主证: 会阴部, 外生殖器区, 下腹部, 耻骨上区, 腰骶及肛周部位坠胀, 或以上部位疼痛, 精神抑郁。次证: 小便淋漓不畅, 尿后滴沥, 性情急躁焦虑。舌脉: 舌质黯或有瘀点、脉弦或涩。具备主证 1 项、次证 2 项者和舌脉者, 即辨证

成立。

1.2 纳入标准 ①年龄在 18 ~ 50 岁; ②符合 CNP 诊断标准; ③符合中医肝郁血瘀证型; ④患者签署知情同意书, 并能完成主要观察指标者。

1.3 排除标准^[10] ①年龄 18 岁以下或 50 岁以上者; ②有前列腺增生、前列腺肿瘤、神经源性膀胱、膀胱颈纤维化、膀胱尿道结石、尿道狭窄者; ③有前列腺手术史或激光、射频、微波、消融等治疗史的患者; ④服药依从性差的患者; ⑤严重烟酒嗜好和药物成瘾者; ⑥合并有严重心、脑、血管、肝、肾和造血系统严重原发性疾病及精神性疾病患者, 血常规、肝肾功能异常者。

1.4 一般资料 本研究所有病例均来源于 2011 年 12 月—2013 年 12 月湖北中医药大学附属襄阳医院男科门诊, 符合纳入标准, 共计 176 例。按随机数字表法分为两组, 前列安丸治疗组 88 例, 年龄 18 ~ 50 岁, 平均 (29 ± 2.5) 岁; 病程 1 ~ 6 年, 平均 (2.8 ± 0.5) 年。前列康片对照组 88 例, 年龄 18 ~ 50 岁, 平均 (28 ± 2.3) 岁; 病程 1 ~ 5 年, 平均 (2.7 ± 0.4) 年。两组在年龄、病程等方面差异无统计学意义, 具有可比性。

1.5 治疗 ①治疗组口服前列安丸 (由柴胡 10 g, 郁金 18 g, 荔枝核 18 g, 赤芍 15 g, 丹参 18 g, 桃仁 18 g, 红花 18 g, 当归 15 g, 牛膝 18 g, 黄柏 12 g 等组成, 浓缩成水泛丸, 本院制药室制, 1 g 药丸含生药 0.8 g, 院内编号 20111015) 治疗, 每次 10 g, 每天 3 次。②对照组口服中成药前列康片 (安徽新陇海药业有限公司, 又名普乐安片, 国药准字 Z34021056, 批号 20111201), 每次 5 片, 每日 3 次。两组均 4 周为 1 个疗程, 共治疗 1 个疗程。治疗观察期间不服用其他治疗前列腺炎药物, 治疗 4 周后进行相关检查及资料统计。

1.6 观察指标 ①症状评分: 服药前后进行 NIH-CPSI 症状评分; ②中医证候症状积分: 主要证状 (会阴部, 外生殖器区, 下腹部, 耻骨上区, 腰骶及肛周部位坠胀, 或以上部位疼痛, 精神抑郁) 重度为 6 分, 中度为 4 分, 轻度为 2 分, 无症状为 0 分。次要证状 (小便淋漓不畅, 尿后滴沥, 性情急躁焦虑等) 重度为 3 分、中度为 2 分、轻度为 1 分、无症状为 0 分。中医症状积分 = 主要证状积分 + 次要证状积分。③检验指标: 前列腺直肠指诊前列腺大小、质地、压痛等情况; 前列腺液中白细胞计数、卵磷脂小体计数 (通过分级量化进行统计学分析: WBC < + 记 0 分, + 记 1 分, ++ 记 2 分, +++ 记 3 分, ≥ +++ 记 4 分; 卵磷脂

小体 \geq 卅记0分,卅记1分,卅记2分,+记3分,<+记4分)。尿流动力检测:采用加拿大生产Labonie尿流动力仪,检测最大尿流率(MFR),平均尿流率(AFR)。治疗前后各检查1次。计算公式按尼莫地平法。④安全性指标:治疗前后检查血、尿、粪常规;肝、肾功能、心电图等。⑤不良反应观察:主要观察服药期间有无不良反应及其他过敏反应等。

$$\text{减少率} = (\text{治疗前积分} - \text{治疗后积分}) / \text{治疗前积分} \times 100\%$$

1.7 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》及美国国立卫生研究院慢性前列腺炎症状指数(NIH-CPSI)^[9]进行评定。

1.7.1 总疗效评定标准 ①临床痊愈:症状消失,NIH-CPSI评分减少95%以上,EPS常规检查连续2次以上正常,肛诊前列腺压痛消失、质地正常或接近正常。②显效:症状基本消失,NIH-CPSI评分减少60%以上,EPS常规检查连续2次以上WBC计数较前减少60%以上,前列腺压痛及质地明显改善。③有效:症状减轻,NIH-CPSI评分减少30%以上,EPS常规检查连续2次以上WBC计数较前减少30%以上,前列腺压痛和质地有所改善。④无效:症状或体征未见明显变化,NIH-CPSI评分<30%或无变化,EPS常规检查连续2次以上WBC计数较前减少<30%,前列腺压痛和质地无改善。

1.7.2 中医证候疗效标准 ①临床痊愈:临床症状、体征消失或基本消失,证候积分减少 \geq 95%;

表2 两组治疗前后NIH-CPSI评分变化比较($\bar{x} \pm s, n = 86$)

Table 2 Comparison of symptom score changes before and after treatment between two groups ($\bar{x} \pm s, n = 86$)

组别	时间	盆腔疼痛	尿路症状	生活质量	前列腺症状
治疗	治疗前	13.71 \pm 4.65	6.74 \pm 2.43	9.82 \pm 3.35	25.71 \pm 5.32
	治疗后	4.12 \pm 1.24 ^{1,2)}	2.24 \pm 1.43 ^{1,2)}	2.42 \pm 1.24 ^{1,2)}	9.75 \pm 3.67 ^{1,2)}
对照	治疗前	13.18 \pm 4.23	6.53 \pm 2.26	9.24 \pm 3.11	25.31 \pm 4.78
	治疗后	9.26 \pm 1.31 ¹⁾	4.16 \pm 2.31 ¹⁾	5.71 \pm 1.63 ¹⁾	15.83 \pm 3.71 ¹⁾

注:与本组治疗前比较¹⁾ $P < 0.01$;与对照组治疗后比较²⁾ $P < 0.01$ (表3~4同)。

2.3 两组治疗前后中医症状积分变化比较 前列安丸组治疗后中医症状积分改善显著优于对照前列康片组($P < 0.01$)。见表3。

2.4 两组治疗前后前列腺液参数变化比较 改善前列腺液白细胞、卵磷脂小体积分前列安组显著优于前列康组($P < 0.01$)。见表3。

2.5 两组治疗前后尿流率比较 前列安组改善前列腺病患者的最大尿流率(MFR),平均尿流率

②显效:症状、体征明显改善,证候积分减少 \geq 60%;
③有效:中医临床症状、体征均有好转,证候积分减少 \geq 30%;
④无效:症状、体征均无明显改善,甚或加重,证候积分减少 \leq 30%。

1.8 统计学方法 所得数据均用SPSS 13.0统计软件包处理,计数资料用 χ^2 检验和Ridit分析,计量资料统计处理的结果用 $\bar{x} \pm s$ 表示,显著性检验用 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

前列安丸治疗组脱落2例,前列康片对照组脱落2例。实际完成观察者,治疗组86例、对照组86例。

2.1 两组临床综合疗效比较 前列安丸治疗组总有效率为90.97%,前列康片组为68.60%,两组比较有显著意义($P < 0.01$)。见表1。

表1 两组治疗前后综合疗效比较

Table 1 Comparison of comprehensive effect of before and after treatment between two groups

组别	治愈 /例(%)	显效 /例(%)	有效 /例(%)	无效 /例(%)	总有效率 /%
治疗	30(34.89)	23(26.74)	25(29.07)	8(9.30)	90.97 ¹⁾
对照	20(23.25)	18(20.93)	21(24.42)	27(31.40)	68.60

注:与对照组比较¹⁾ $P < 0.01$ 。

2.2 两组治疗前后NIH-CPSI评分变化比较 前列安丸组改善患者的盆腔疼痛、尿路症状、生活质量和前列腺症状评分优于前列康片组($P < 0.01$)。见表2。

(AFR)显著优于对照前列康组($P < 0.01$)。见表4。

2.6 不良反应观察 治疗前后血常规尿常规、肝肾功能及心电图检查均无异常变化。未发现任何不良反应及药物毒副反应。

3 讨论

由于CNP的发病机制尚不明确,目前西医临床治疗主要有抗菌药物治疗、 α -受体阻滞剂、前列腺包

表 3 两组治疗前后中医症状、前列腺液参数积分比较 ($\bar{x} \pm s, n = 86$)

Table 3 Comparison of syndrome score, parameters of prostatic fluid before and after treatment between two groups ($\bar{x} \pm s, n = 86$)

组别	时间	中医症状	白细胞	卵磷脂小体
治疗	治疗前	18.41 ± 4.57	2.86 ± 0.65	2.52 ± 0.75
	治疗后	6.15 ± 3.24 ^{1,2)}	0.86 ± 0.74 ^{1,2)}	00.75 ± 0.63 ^{1,2)}
对照	治疗前	18.13 ± 4.32	2.64 ± 0.52	2.36 ± 0.61
	治疗后	9.36 ± 5.12 ¹⁾	1.54 ± 0.37 ¹⁾	1.40 ± 0.25 ¹⁾

表 4 两组治疗前后尿流率 MFR, AFR 变化 ($\bar{x} \pm s, n = 86$)

Table 4 Changes of urine flow rate (MFR, AFR) before and after treatment between two groups ($\bar{x} \pm s, n = 86$)

组别	时间	MFR	AFR
治疗	治疗前	13.21 ± 3.37	8.24 ± 2.31
	治疗后	22.35 ± 4.26 ^{1,2)}	12.35 ± 2.24 ^{1,2)}
对照	治疗前	13.62 ± 3.51	8.67 ± 2.15
	治疗后	16.54 ± 2.73 ¹⁾	10.12 ± 2.65 ¹⁾

膜内注射、物理疗法、生物反馈治疗以及前列腺按摩等^[12], 由于病因复杂, 临床表现多样化, 加之前列腺局部解剖因素, 往往不易彻底治愈, 容易复发^[13], 对患者健康和生活质量有明显的影^[14]。

中医古籍中无前列腺炎病名, 根据临床表现归属于“淋证”、“精浊”等范畴。如《素问·玉机真藏论篇》曰:“少腹冤热而痛, 出白。”《内科心典》云:“精浊者, 白黏如精状, 从茎中留出, 不清, 占下衣有迹者是也。”《金匱要略》曰“淋之为病, 小便如粟状, 小腹弦急, 痛引脐中。”《诸病源侯论》概括“诸淋者, 由肾虚而膀胱热故也。”《医宗必读》亦云:“心动于欲, 肾伤于色, 或强忍房事, 或多服淫秽方, 败精流溢, 乃为白浊。”《临证指南医案》提出:“精浊者, 盖因损伤肝肾, 有精瘀、精滑之分, 精瘀者, 当先理其离宫腐浊, 继以补肾”的治疗方法。

目前对 CNP 的中医辨证分型各家报道虽然不一, 但多数认为湿热下注多出现在病变早期, 中期多为湿热瘀阻, 而后期多伴脾肾亏虚, 湿、热、瘀、滞贯穿在慢性前列腺炎不同阶段^[10]; 湿热、瘀血、肾虚是其基本病机, 清利湿热、活血化瘀、兼以温补肾气是治疗大法^[15]。笔者在临床中发现大部分 CNP 患者仅以疼痛不适、情志变化为主, 湿热症状多为一过性的, 脾肾亏虚等并不十分突出, 使用上述方法治疗虽然初有疗效, 但由于肝之疏泄难调, 气机不畅, 精神情志因素仍在而致病情反复、缠绵。从以疼痛为主,

痛有定处, 以及具有情绪障碍因素等特点分析, 笔者认为慢性非细菌性前列腺炎的主要发病在于肝郁气滞、血瘀络阻、精室不通。这是因为: 一从生理方面看, “足厥阴之筋……上循股阴, 结于阴器, 其病……阴器不用”(《灵枢·经脉篇》), 肝经与前列腺脉络相连, 调节前列腺的分泌功能, 肝气郁结容易导致少腹部、阴囊、耻骨等处胀痛疼痛和排尿不适; 二从发病方面看, 前列腺炎患者还存在明显的精神心理因素, 主要表现为抑郁、恐惧、躯体紧张等^[16], 伴发焦虑、抑郁精神心理时往往会症状加重、预后差、病程迁延^[17], 另外, 由于该病容易反复, 病久易瘀, 许多患者的血液流变学检查存在异常^[18]。三从临床分型看, 有人对 918 例慢性前列腺炎患者中医证型分布特征进行研究, 结果发现在所有证型中, 气滞血瘀证最多 (89.76%)^[19]; 四从治疗方面看, 从瘀论治、从络论治等活血化瘀通络法可以有效缓解或消除的疼痛症状, 显著提高疗效^[20-21]; 采用心理治疗, 患者的焦虑、抑郁、恐惧、紧张等精神、心理障碍症状可获得临床症状的显著缓解^[22]。肝为筋之宗, 主疏泄, 调畅气机, 情志抑郁致肝失疏泄, 气机不畅, 或久病成瘀, 或水液代谢失常, 积瘀下焦, 郁久化热, 湿、热、瘀三者相结而发病。前列腺归于奇恒之腑, 奇恒之腑易虚、易瘀, 以通为顺^[23], 故调畅情志, 协调气机升降对本症治疗非常重要。笔者紧抓病人多有肝气郁结, 情绪障碍的特点, 提出疏肝解郁、活血通瘀从肝论治慢性非细菌性前列腺炎方法。前列安丸是在此观点指导下研制的有效方剂, 主要由柴胡、郁金、荔枝核、赤芍、丹参、桃仁、红花、当归、牛膝、黄柏等组成。以柴胡、郁金、荔枝核等疏肝解郁, 通达气机; 以赤芍、丹参、桃仁、当归、红花等活血化瘀, 通络止痛; 牛膝活血通经, 兼能引诸药下行; 佐以黄柏清热, 诸药共奏疏肝解郁、活血通瘀之功, 用于治疗肝郁气滞、血瘀络阻、精室不通的 CNP 取得较好的疗效。现代临床药理研究表明, 柴胡皂苷提取成分对小鼠白细胞介素 (IL-2) 和肿瘤坏死因子- α (TNF- α) 的分泌水平均有明显的增强作用^[24]; 郁金能够减少自由基对红细胞膜的损伤^[25]; 荔枝核提取物能显著降低人体外血小板聚集^[26]; 赤芍、牛膝具有低平滑肌张力和解痉作用^[27]; 丹参可以改善实验动物血液流变学状态、抑制免疫反应、减轻炎症损伤^[28]; 桃仁中桃仁蛋白能有抗炎、抗感染作用^[29]; 红花能增加纤维蛋白溶解及抑制血栓形成^[30]; 当归中大量的锌有助于炎症修复^[31]; 黄柏具有 α -肾上腺素受体阻滞剂作用^[32]。

本研究结果显示,治疗组临床综合疗效及中医症状积分总有效率明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$, $P < 0.01$)。两组患者治疗后疼痛、排尿症状、生活质量均明显改善($P < 0.01$)。治疗组治疗后 NIH-CPSI 评分显著低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$)。在改善前列腺液参数及尿流率方面,治疗组明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$, $P < 0.01$)。说明前列安丸治疗 CNP 临床疗效显著,分析其可能作用机制为减轻前列腺炎反应,消除局部炎性梗阻,改善局部微循环,调节免疫功能,促进药物深入前列腺局部组织来达到治疗效果,前列安丸治疗优于前列康片可能与中药复方多靶点效应有关,但其治疗机制仍然有待进一步深入研究。

[参考文献]

[1] Kiyota H, Onodera S, Ohishi Y, et al. Questionnaire survey of Japanese urologists concerning the diagnosis and treatment of chronic prostatitis and chronic pelvic pain syndrome[J]. Int J Urol, 2003, 170(17): 636-642.

[2] Tripp D A, Cunis Nickel J, Lmdis M, et al. Predictors of quality of life and pain in chronic protatitis/chronic pelvic pain syndrome: findings from the national insimtos of health chronic protatitis cohort study[J]. BJU Int, 2004, 94(9): 1279-1281.

[3] 夏国礼,孔祥田,密培,等.我国成人前列腺非特异性炎症[J].中华泌尿外科杂志,1995,16(10):711-712.

[4] 徐福松,秦国政,金保方,等.实用中医男科学[M].北京:中国中医药出版社,2009:454.

[5] 刘宾,牛乐,黄明.宜抵当汤对大鼠慢性前列腺炎的治疗作用及机制[J].中国实验方剂学杂志,2012,18(20):231-235.

[6] 邹如政.中医药治疗慢性非细菌性前列腺炎的临床研究[J].中医药信息杂志,2005,22(6):45-47.

[7] 邹如政,段华汛,乐才文,等.前列安治疗慢性非细菌性前列腺炎肝郁血瘀证120例临床观察[J].中医杂志,2009,50(6):576-578.

[8] 吴阶平.吴阶平泌尿外科学[M].济南:山东科学技术出版社,2004:584-586.

[9] Litwin M S. A review of development and validation of the national institutes of health chmnic prostatitis synlptom index[J]. Urology, 2002, 60(6): 18-19.

[10] 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(试行版)[J].中国中西医结合杂志,2007,27(11):1052-1056.

[12] 贾建博,杨文婷.慢性前列腺炎的病因与治疗进展[J].齐齐哈尔医学院学报,2007,28(11):1363-1365.

[13] 刘耀明,江伟,刘佳.115例慢性前列腺炎中西医结合配合中药熏洗治疗观察[J].时珍国医国药,2009,20

(5):1257-1259.

[14] 范玉东,胡梦颖,张兰兰,等.前列爽颗粒对慢性前列腺炎模型大鼠血清中 IL-10, TNF- α 含量的影响[J].中国实验方剂学杂志,2012,18(19):267-270.

[15] 李兰群,王传航.慢性前列腺炎中医证型分布频率研究[J].中华中医药杂志,2005,20(4):245-246.

[16] 武立新,梁朝朝,唐智国,等.慢性前列腺炎患者1426例精神障碍调查分析[J].中华泌尿外科杂志,2006,27(8):512-516.

[17] 肖宁,丁克家.慢性非细菌性前列腺炎患者焦虑、抑郁情绪分析与治疗[J].医学与哲学:临床决策论坛版,2009,30(4):68-70.

[18] 张亚强,刘猷枋.前列腺方治疗慢性前列腺炎血瘀症的临床与实验研究[J].中国中西医结合杂志,1998,18(9):534-536.

[19] 李海松,韩富强.918例慢性前列腺炎中医证型分布研究[J].北京中医药,2008,27(6):416-418.

[20] 韩亮,王彬,李海松.慢性前列腺炎从瘀论治再探[J].环球中医药,2012,7(5):488-491.

[21] 李海松,党进,王彬,等.慢性前列腺炎络病初探[J].中医杂志,2011,52(22):1911-1912.

[22] 张晨光,张天禹,杨燕伟,等.门诊森田心理辅助疗法对ⅢB型前列腺炎的疗效探讨(附136例报告)[J].中华男科学杂志,2006,12(8):714-716.

[23] 商建伟,张耀圣,王旭昀,等.除湿通淋颗粒治疗慢性非细菌性前列腺炎临床观察[J].世界中西医结合杂志,2014,9(4):392-394.

[24] 刘晓斌,高燕.北柴胡提取组分对小鼠淋巴细胞活性的影响[J].细胞与分子免疫学杂志,2002,18(6):600-601.

[25] 兰风英.郁金的药理作用及临床应用[J].长春中医药大学学报,2009,29(1):27-28.

[26] 吉中强,宋鲁卿,牛其昌.15种理气中药对人血小板聚集的影响[J].中草药,2001,32(5):428-430.

[27] 薛慈民,徐兆东,叶伟成,等.炎列平冲剂治疗慢性非细菌性前列腺炎的临床观察与实验研究[J].上海中医药杂志,2002,36(4):44-48.

[28] 陆新良,钱可大.丹参抗纤维化作用机制的研究进展[J].中华内科杂志,2006,45(7):608-610.

[29] 刘英,张伟兵,张鹏宇.炒桃仁总蛋白对 TNF- α , IL-2 产生水平的影响[J].中医药学报,2001,29(4):50-51.

[30] 郑虎占.中药现代研究与运用[M].北京:学苑出版社,1997:216.

[31] 蒋毅,王久源,张蜀武.中医药治疗慢性前列腺炎机理研究进展[J].中华男科学杂志,2003,9(5):385-388.

[32] 贾金铭.前列腺炎综合症中西医结合治疗现状、对策及展望[J].中国中西医结合杂志,2002,22(3):164-165.

[责任编辑 邹晓翠]