

## 前列舒通胶囊联合普适泰片治疗慢性前列腺炎的临床研究

王雅慧<sup>1</sup>, 范月霞<sup>1</sup>, 李飞<sup>1</sup>, 顾艳<sup>2</sup>

1. 如皋市人民医院 泌尿外科, 江苏 南通 226500

2. 连云港市第一人民医院 影像科, 江苏 连云港 222000

**摘要:** **目的** 探讨前列舒通胶囊联合普适泰片治疗慢性前列腺炎的临床疗效。**方法** 选取2021年1月—2022年12月如皋市人民医院收治的100例慢性前列腺炎患者, 根据计算机随机排列法将所有患者分为对照组和治疗组, 每组各50例。对照组饭后口服普适泰片, 1片/次, 2次/d。治疗组在对照组基础上口服前列舒通胶囊, 3粒/次, 3次/d。两组连续治疗3个月。观察两组的临床疗效, 比较两组国立卫生研究院慢性前列腺炎症状指南(NIH-CPSI)评分、最大尿流率、残余尿量以及血清中总前列腺特异性抗原(TPSA)、白细胞介素-8(IL-8)、白细胞介素-2(IL-2)的水平和前列腺液中白细胞介素-1 $\beta$ (IL-1 $\beta$ )、白细胞介素-6(IL-6)、单核细胞趋化蛋白-1(MCP-1)水平。**结果** 治疗后, 治疗组的总有效率92.00%明显高于对照组的总有效率76.00%, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。治疗后, 治疗组疼痛不适、尿频尿急、尿不尽消失时间均明显短于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。治疗后, 两组的NIH-CPSI评分低于治疗前( $P < 0.05$ ), 且治疗组NIH-CPSI评分较对照组更低( $P < 0.05$ )。治疗后, 两组前最大尿流率高于治疗前, 残余尿量低于治疗前( $P < 0.05$ ); 治疗后, 治疗组最大尿流率高于对照组, 残余尿量低于对照组( $P < 0.05$ )。治疗后, 两组血清TPSA、IL-8、IL-2水平均低于治疗前( $P < 0.05$ ); 治疗后, 治疗组患者的血清TPSA、IL-8、IL-2水平低于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。治疗后, 两组患者前列腺液IL-1 $\beta$ 、IL-6、MCP-1水平低于治疗前( $P < 0.05$ ); 治疗后, 治疗组患者前列腺液IL-1 $\beta$ 、IL-6、MCP-1水平低于对照组( $P < 0.05$ )。**结论** 前列舒通胶囊联合普适泰片治疗慢性前列腺炎的疗效确切, 可显著减轻临床症状, 控制病情进展, 进一步降低炎症反应。

**关键词:** 前列舒通胶囊; 普适泰片; 慢性前列腺炎; 尿不尽消失时间; NIH-CPSI评分; 最大尿流率; 残余尿量; 总前列腺特异性抗原; 白细胞介素-8; 白细胞介素-2; 白细胞介素-1 $\beta$ ; 白细胞介素-6; 单核细胞趋化蛋白-1

中图分类号: R983 文献标志码: A 文章编号: 1674-5515(2023)11-2825-06

DOI: 10.7501/j.issn.1674-5515.2023.11.028

## Clinical study on Qianlie Shutong Capsules combined with Prostat Tablets in treatment of chronic prostatitis

WANG Ya-hui<sup>1</sup>, FAN Yue-xia<sup>1</sup>, LI Fei<sup>1</sup>, GU Yan<sup>2</sup>

1. Department of Urology, the People's Hospital of Rugao, Nantong 226500, China

2. Department of Imaging, the First People's Hospital of Lianyungang, Lianyungang 222000, China

**Abstract: Objective** To investigate the clinical effect of Qianlie Shutong Capsules combined with Prostat Tablets in treatment of chronic prostatitis. **Methods** Patients (100 cases) with chronic prostatitis in the People's Hospital of Rugao from January 2021 to December 2022 were divided into control group and treatment group according to the computer random arrangement method, and each group had 50 cases. Patients in the control group were *po* administered with Prostat Tablets, 1 tablet/time, twice daily. Patients in the treatment group were *po* administered with Qianlie Shutong Capsules on the basis of the control group, 3 grains/time, three times daily. Patients in two groups were treated for 3 months. After treatment, the clinical efficacies were evaluated, and NIH-CPSI scores, maximum urine flow rate, residual urine volume, the serum levels of TPSA, IL-8, and IL-2, the levels of IL-1 $\beta$ , IL-6, and MCP-1 in prostatic fluid of two groups were compared. **Results** After treatment, the total effective rate of 92.00% in the treatment group was significantly higher than 76.00% in the control group, with statistically significant difference ( $P < 0.05$ ). After treatment, disappearance time of pain and discomfort, frequent and urgent urination, and inexhaustible urine in the treatment group was lower than those in the

收稿日期: 2023-05-29

基金项目: 江苏省卫生健康委科研课题(H2018091)

作者简介: 王雅慧(1992—), 女, 江苏淮安人, 主管技师, 本科, 研究方向为泌尿外科。E-mail: wyh268569@163.com

control group, with a statistically significant difference ( $P < 0.05$ ). After treatment, NIH-CPSI scores of two groups were lower than before treatment ( $P < 0.05$ ), and NIH-CPSI scores of the treatment group were lower than those of the control group ( $P < 0.05$ ). After treatment, the maximum urine flow rate in two groups was higher than before treatment, but the residual urine volume in two groups was lower than before treatment ( $P < 0.05$ ). After treatment, the maximum urine flow rate in the treatment group was higher than that in the control group, but the residual urine volume in the treatment group was lower than that in the control group ( $P < 0.05$ ). After treatment, the serum levels of TPSA, IL-8, and IL-2 in two groups were lower than before treatment ( $P < 0.05$ ). After treatment, the serum levels of TPSA, IL-8, and IL-2 in the treatment group were significantly lower than those in the control group ( $P < 0.05$ ). After treatment, the levels of IL-1 $\beta$ , IL-6, and MCP-1 in the prostatic fluid of two groups were lower than before treatment ( $P < 0.05$ ). After treatment, the levels of IL-1 $\beta$ , IL-6, and MCP-1 in the prostate fluid of the treatment group were lower than those of the control group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** Qianlie Shutong Capsules combined with Prostat Tablets has definite efficacy in treatment of chronic prostatitis, which can significantly reduce clinical symptoms, control the progression of the disease, and further reduce the inflammatory reaction.

**Key words:** Qianlie Shutong Capsules; Prostat Tablets; chronic prostatitis; disappearance time of inexhaustible urine; NIH-CPSI score; maximum urine flow rate; residual urine volume; TPSA; IL-8; IL-2; IL-1 $\beta$ ; IL-6; MCP-1

慢性前列腺炎是青壮年常见泌尿系统病变, 主要临床表现为骨盆区疼痛不适、尿急、尿频、尿不尽, 若不及时有效治疗, 可引起早泄、抑郁、失眠、阳痿等并发症, 严重影响患者生活质量<sup>[1]</sup>。目前临床上治疗慢性前列腺炎以药物治疗为主, 常用的药物包括  $\alpha$  受体阻滞剂、非甾体抗炎药、植物药、喹诺酮类抗菌药等<sup>[2]</sup>。普适泰片是一种临床治疗前列腺炎的植物类药物, 能有效减轻慢性前列腺炎的临床症状, 改善尿流动力学水平, 调节前列腺局部微环境, 清除功能性尿道梗阻<sup>[3]</sup>。前列舒通胶囊是由多种中药的组成的复方制剂, 能清热利湿、破瘀散结、活血行气, 临床用于慢性前列腺炎的治疗<sup>[4]</sup>。本研究选取如皋市人民医院收治的 100 例慢性前列腺炎患者, 使用前列舒通胶囊联合普适泰片治疗, 取得良好的效果。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2021 年 1 月—2022 年 12 月如皋市人民医院收治的 100 例慢性前列腺炎患者。患者年龄 24~47 岁, 平均 (31.24 $\pm$ 3.71) 岁; 病程 0.4~6 年, 平均 (3.08 $\pm$ 0.74) 年; 慢性前列腺炎分型分为 IIIA 型 56 例、IIIB 型 44 例。

纳入标准: (1) 符合慢性前列腺炎的临床诊断标准<sup>[5]</sup>; (2) 近 1 个月未进行相关治疗; (3) 患者阅读并自愿签订知情同意书。

排除标准: (1) 对前列舒通胶囊、普适泰片过敏; (2) 机体主要器官严重功能不全; (3) 精神异常; (4) 前列腺肿瘤患者; (5) 参与其他临床研究; (6) 尿路感染、结石、膀胱炎、尿路狭窄等因素引起的少尿或无尿; (7) 既往前列腺、膀胱等泌尿系

统手术治疗史。

### 1.2 药物

前列舒通胶囊由保定天浩制药有限公司生产, 规格 0.4 g/粒, 产品批号 20201201、20211009、20220504。普适泰片由南京美瑞制药有限公司生产, 每片含花粉提取物 P5 70 mg、花粉提取物 EA10 4 mg, 产品批号 20201115、20210726、20220418。

### 1.3 分组和治疗方法

根据计算机随机排列法将所有患者分为对照组和治疗组, 每组各 50 例。对照组患者年龄 27~47 岁, 平均 (31.46 $\pm$ 3.98) 岁; 病程 0.4~6 年, 平均病程 (3.02 $\pm$ 0.78) 年; 慢性前列腺炎分型分为 IIIA 型 29 例、IIIB 型 21 例。治疗组患者年龄 24~45 岁, 平均年龄 (31.02 $\pm$ 3.46) 岁; 病程 0.5~6 年, 平均病程 (3.14 $\pm$ 0.70) 年; 慢性前列腺炎分型分为 IIIA 型 27 例、IIIB 型 23 例。两组患者的基线资料无明显差异, 存在可比性。

对照组饭后口服普适泰片, 1 片/次, 2 次/d。治疗组在对照组基础上口服前列舒通胶囊, 3 粒/次, 3 次/d。两组连续治疗 3 个月。

### 1.4 临床评价疗效标准<sup>[6]</sup>

临床控制: 前列腺压痛消除, 质地基本正常, 连续 2 次以上前列腺液常规 (EPS) 检查正常, 症状积分降低不低于 95%; 显效: 前列腺压痛、质地显著好转, 连续 2 次以上 EPS 检查白细胞 (WBC) 降低不低于 60%, 症状积分降低不低于 60%; 有效: 前列腺压痛、质地有所好转, 连续 2 次以上 EPS 检查 WBC 降低不低于 30%, 症状积分降低不低于 30%; 无效: 前列腺压痛、质地无改变, 连续 2 次以上 EPS 检查 WBC 降低低于 30%, 症状积分降低

低于 30%。

总有效率 = (临床控制例数 + 显效例数 + 有效例数) / 总例数

## 1.5 观察指标

**1.5.1 症状消失时间** 记录患者疼痛不适、尿频尿急、尿不尽消失时间。

**1.5.2 病情程度** 使用国立卫生研究院慢性前列腺炎症状指南 (NIH-CPSI) 对患者的病情程度进行评估。NIH-CPSI 分为疼痛或不适 (1~4 题)、排尿 (5~6 题)、症状影响 (7~8 题)、生活质量 (9 题) 共 4 个领域 9 个题目, 总分值 0~43 分, NIH-CPSI 评分分值越低则病情越轻<sup>[7]</sup>。

**1.5.3 下尿路指标** 使用永康 KR-E80 型 B 超诊断仪检测患者治疗前后主要下尿路指标最大尿流率、残余尿量。

**1.5.4 血清炎症指标** 在治疗前后, 患者晨起空腹时在检验科进行外周静脉血标本采集, 经离心处理后保留血清, 在美国雷杜 RT-6000 型全自动酶标仪上采用酶联免疫法测定血清中总前列腺特异性抗原 (TPSA)、白细胞介素-8 (IL-8)、白细胞介素-2 (IL-2) 水平, 试剂盒均由上海一研生物公司生产。

**1.5.5 前列腺液炎症指标** 在治疗前后, 患者排便后, 由专业技师对患者行前列腺按摩, 然后采集 1 mL 前列腺液, 置于 -80 °C 冰箱中待测, 在全自动酶标仪上采用酶联免疫法测定前列腺液中白细胞介素-1 $\beta$  (IL-1 $\beta$ )、白细胞介素-6 (IL-6)、单核细胞趋化蛋白-1 (MCP-1) 水平, 试剂盒均购自上海赛培森

生物公司。

## 1.6 不良反应观察

记录患者治疗期间恶心、胃灼热、腹胀等不良反应的发生情况。

## 1.7 统计学处理

采用 SPSS 25.0 软件分析处理, 计数资料的组间比较行  $\chi^2$  检验, 计量资料使用  $\bar{x} \pm s$  表示。以独立  $t$  检验进行数据组间比较, 以配对  $t$  检验进行组内比较。

## 2 结果

### 2.1 两组临床疗效比较

治疗后, 治疗组的总有效率 92.00% 明显高于对照组的总有效率 76.00%, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 1。

### 2.2 两组症状消失时间比较

治疗后, 治疗组患者疼痛不适、尿频尿急、尿不尽消失时间均明显短于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 2。

### 2.3 两组病情程度比较

治疗后, 两组患者的 NIH-CPSI 评分低于治疗前 ( $P < 0.05$ ), 且治疗组 NIH-CPSI 评分较对照组更低 ( $P < 0.05$ ), 见表 3。

### 2.4 两组下尿路指标比较

治疗后, 两组前最大尿流率高于治疗前, 残余尿量低于治疗前 ( $P < 0.05$ ); 治疗后, 治疗组最大尿流率高于对照组, 残余尿量低于对照组 ( $P < 0.05$ ), 见表 4。

表 1 两组患者总有效率比较

Table 1 Comparison on total effective rates between two groups

组别	n/例	临床控制/例	显效/例	有效/例	无效/例	总有效率/%
对照	50	19	12	7	12	76.00
治疗	50	23	15	8	4	92.00*

与对照组比较: \* $P < 0.05$

\* $P < 0.05$  vs control group

表 2 两组患者疼痛不适、尿频尿急、尿不尽消失时间比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

Table 2 Comparison on disappearance times of pain and discomfort, frequent and urgent urination, and inexhaustible urine between two groups ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n/例	疼痛不适消失时间/d	尿频尿急消失时间/d	尿不尽消失时间/d
对照	50	8.04 $\pm$ 2.48	10.15 $\pm$ 3.26	11.89 $\pm$ 3.46
治疗	50	5.83 $\pm$ 2.19*	7.93 $\pm$ 2.15*	9.22 $\pm$ 2.51*

与对照组比较: \* $P < 0.05$

\* $P < 0.05$  vs control group

表 3 两组患者 NIH-CPSI 评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

Table 3 Comparison on NIH-CPSI scores between two groups ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n/例	NIH-CPSI 评分	
		治疗前	治疗后
对照	50	22.97 ± 6.83	15.19 ± 4.27*
治疗	50	23.18 ± 6.39	11.37 ± 3.20*▲

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 两组患者前列腺液最大尿流率、残余尿量比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

Table 4 Comparison on maximum prostatic fluid urine flow rate and residual urine volume between two groups ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n/例	观察时间	最大尿流率/(mL s <sup>-1</sup> )	残余尿量/mL
对照	50	治疗前	11.21 ± 1.26	29.27 ± 8.31
		治疗后	13.96 ± 1.60*	19.32 ± 6.15*
治疗	50	治疗前	11.28 ± 1.24	30.29 ± 8.06
		治疗后	15.79 ± 2.15*▲	14.19 ± 4.03*▲

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

### 2.5 两组血清炎症因子水平比较

治疗后, 两组患者血清 TPSA、IL-8、IL-2 水平均低于治疗前 (P<0.05); 治疗后, 治疗组的血清 TPSA、IL-8、IL-2 水平低于对照组, 差异有统计学意义 (P<0.05), 见表 5。

### 2.6 两组前列腺液炎症因子水平比较

治疗后, 两组前列腺液 IL-1β、IL-6、MCP-1 水

平低于治疗前 (P<0.05); 治疗后, 治疗组前列腺液 IL-1β、IL-6、MCP-1 水平低于对照组 (P<0.05), 见表 6。

### 2.7 两组不良反应比较

对照组和治疗组的不良反应发生率分别为 6.00%、8.00%, 两组患者的不良反应发生率无明显差异, 见表 7。

表 5 两组患者血清 TPSA、IL-8、IL-2 水平比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

Table 5 Comparison on serum levels of TPSA, IL-8, and IL-2 between two groups ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n/例	观察时间	TPSA/(μg L <sup>-1</sup> )	IL-8/(pg mL <sup>-1</sup> )	IL-2/(pg mL <sup>-1</sup> )
对照	50	治疗前	2.74 ± 0.96	118.54 ± 32.72	124.38 ± 27.03
		治疗后	1.42 ± 0.45*	62.37 ± 20.04*	101.45 ± 24.69*
治疗	50	治疗前	2.85 ± 0.91	119.47 ± 31.25	125.90 ± 26.87
		治疗后	1.05 ± 0.31*▲	46.98 ± 14.56*▲	88.07 ± 21.45*▲

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 6 两组患者前列腺液 IL-1β、IL-6、MCP-1 水平比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

Table 6 Comparison on levels of IL-1β, IL-6, and MCP-1 in prostatic fluid between two groups ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n/例	观察时间	IL-1β/(ng mL <sup>-1</sup> )	IL-6/(ng mL <sup>-1</sup> )	MCP-1/(pg mL <sup>-1</sup> )
对照	50	治疗前	1.21 ± 0.26	0.27 ± 0.07	302.86 ± 31.04
		治疗后	0.96 ± 0.20*	0.22 ± 0.05*	250.93 ± 25.67*
治疗	50	治疗前	1.28 ± 0.24	0.29 ± 0.06	309.47 ± 30.12
		治疗后	0.79 ± 0.15*▲	0.19 ± 0.03*▲	224.15 ± 21.38*▲

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 7 两组患者不良反应发生率比较

Table 7 Comparison on incidence of adverse drug reactions between two groups

组别	n/例	恶心/例	胃灼热/例	腹胀/例	发生率/%
对照	50	1	2	0	6.00
治疗	50	2	1	1	8.00

### 3 讨论

慢性前列腺炎具有发病率高、治愈率低、病程长、极易复发等特点,若不及时有效控制病情,可危及患者生命,对患者生活质量的影响远大于心力衰竭、糖尿病等病变<sup>[8]</sup>。慢性前列腺炎与感染、免疫反应、自身神经炎性反应、带菌尿液返流等因素均有关<sup>[9]</sup>。

普适泰片是由脂溶性花粉提取物 EA10 和水溶性花粉提取物 P5 组成,能抑制环氧合酶、脂氧合酶的活性,降低白三烯、前列腺素的合成,阻止内鞣酮转化为二氢鞣酮,发挥抗炎、抗水肿、促进膀胱逼尿肌收缩、抑制前列腺细胞生长的作用,临床广泛用于慢性前列腺炎的治疗<sup>[10]</sup>。中医将慢性前列腺炎归为“精浊”“白浊”的病症范畴,其主要病因包括肾虚、血瘀、湿热,其主要病机为局部气血运行不畅,日久前列腺气血瘀滞,形成瘀血,与湿热相结,导致病情迁延难愈<sup>[11]</sup>。前列舒通胶囊是由黄柏、赤芍、虎耳草、川芎、当归等 13 味中药组成的复方制剂,能清热利湿、活血祛瘀、消肿散结,符合慢性前列腺炎的病机<sup>[12]</sup>。本研究提示,治疗组的总有效率高于对照组,且疼痛不适、尿频尿急、尿不尽消失时间,NIH-CPSI 评分均低于对照组,治疗组最大尿流率高于对照组,残余尿量低于对照组。提示前列舒通胶囊联合普适泰片治疗慢性前列腺炎的疗效确切,可改善临床症状,进一步控制病情发展,减轻下尿路症状。

多种炎症因子参与慢性前列腺炎的发生、发展,通过检测前列腺液中炎症因子水平有助于更早、更准确掌握前列腺的炎症状态<sup>[13]</sup>。IL-6、IL-1 $\beta$  是典型的炎症因子,能介导多种炎症因子的分泌,加重前列腺细胞的炎症损伤,在慢性前列腺炎组织中呈高表达<sup>[14]</sup>。MCP-1 是典型的趋化因子,能激活单核/巨噬细胞,促进炎症细胞向炎症部位聚集,在慢性前列腺炎组织中呈高表达<sup>[15]</sup>。IL-8 是一种强效炎症趋化因子,能诱导单核细胞、中性粒细胞向炎症部位聚集,调节白细胞黏附因子的分泌,加剧局部组织炎症反应<sup>[16]</sup>。IL-2 是一种免疫因子,能激活 T 细胞

参与细胞免疫反应,还能激活 B 细胞加重体液免疫反应,能刺激自然杀伤细胞产生杀伤因子,加剧正常组织的炎性损伤<sup>[17]</sup>。TPSA 是一种前列腺特异性抗原,当前列腺组织屏障受到破坏后,大量的 TPSA 能进入血液,引起血清 TPSA 水平升高,与前列腺损伤程度呈正相关<sup>[18]</sup>。本研究结果显示,治疗后,治疗组的血清 TPSA、IL-8、IL-2 和前列腺液 IL-1 $\beta$ 、IL-6、MCP-1 低于对照组,提示前列舒通胶囊联合普适泰片能进一步减轻慢性前列腺炎的炎症反应,这可能是其发挥疗效的作用机制。本研究结果还显示,两组的药物不良反应无明显差异,提示前列舒通胶囊联合普适泰片治疗慢性前列腺炎的药物安全性良好,未增加患者不良反应的发生。

综上所述,前列舒通胶囊联合普适泰片治疗慢性前列腺炎的疗效确切,可显著减轻临床症状,控制病情进展,进一步降低炎症反应。

**利益冲突** 所有作者均声明不存在利益冲突

### 参考文献

- [1] 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.
- [2] 陕文生. 慢性前列腺炎药物治疗概述 [J]. 中国男科学杂志, 2008, 22(7): 64-66.
- [3] 陈运贵, 周杰, 薛彦祥. 丹益片联合普适泰片治疗慢性非细菌性前列腺炎的临床研究 [J]. 现代药物与临床, 2019, 34(5): 1506-1509.
- [4] 屈涛, 张华, 陈建设. 前列舒通胶囊联合前列康灌肠汤对湿热瘀阻型 III 型慢性前列腺炎患者的临床疗效 [J]. 中成药, 2020, 42(5): 1199-1203.
- [5] 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.
- [6] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行) [J]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 168-172.
- [7] 戴继灿. 介绍美国国立卫生研究院慢性前列腺炎症状积分指数(NIH-CPSI) [J]. 中国男科学杂志, 2000, 14(1): 62.
- [8] 赵呈昀, 安瑞华. 慢性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征治疗进展 [J]. 中国男科学杂志, 2021, 35(1): 55-59.

- [9] 张斌斌, 白安胜. 慢性前列腺炎的病因、发病机制及治疗新进展 [J]. 新医学, 2014, 12(2): 83-87.
- [10] 陈建霞, 庄和思. 泽桂癸爽联合普适泰治疗慢性前列腺炎膀胱瘀阻证 50 例 [J]. 中国药业, 2013, 22(4): 73-74.
- [11] 蒲世文. 慢性前列腺炎辨证分型论治 [J]. 中外健康文摘 医药学刊, 2006, 3(2): 94.
- [12] 李征. 前列舒通胶囊联合坦索罗辛治疗 III B 型前列腺炎的疗效观察 [J]. 现代药物与临床, 2017, 32(2): 293-295.
- [13] 高菊兴. 慢性前列腺炎患者前列腺液中细胞因子临床研究进展 [J]. 临沂医学专科学校学报, 2005, 27(6): 451-453.
- [14] 崔崎, 韩玲, 成俊, 等. 前列腺液中免疫球蛋白、细胞因子及趋化因子水平与慢性前列腺炎的关系 [J]. 现代免疫学, 2017, 37(5): 412-416.
- [15] 张珉, 王金. 前列腺液免疫球蛋白、细胞因子及 MIP-1 $\alpha$ 、MCP-1 表达水平在慢性前列腺炎的临床意义 [J]. 热带医学杂志, 2021, 21(8): 1035-1038.
- [16] 徐斌先, 陈卫国, 金雷, 等. III型慢性前列腺炎患者血清 IL-8、L-10、TNF- $\alpha$  检测的临床价值 [J]. 现代泌尿外科杂志, 2012, 17(2): 167-169.
- [17] 李树平, 孟双艳, 李锐. 血清细胞因子测定在慢性前列腺炎诊断、分型中的临床意义 [J]. 中国男科学杂志, 2006, 20(11): 10-13.
- [18] 蒋永康. 血清总前列腺特异性抗原检测在慢性前列腺炎诊断中的应用价值 [J]. 中国医药导报, 2017, 14(7): 114-116.

【责任编辑 解学星】