

前列安栓联合吡哌美辛治疗慢性非细菌性前列腺炎的临床研究

刘 辉^{1,2}, 贾玉森^{2,3}, 张泉东^{1,2}

1. 北京市大兴区中西医结合医院 泌尿外科, 北京 100076

2. 北京市大兴区中西医结合医院 贾玉森基层老中医传承工作室, 北京 100076

3. 北京中医药大学东方医院 泌尿外科, 北京 100071

摘要: **目的** 探讨前列安栓联合吡哌美辛治疗慢性非细菌性前列腺炎的临床疗效。**方法** 纳入 2024 年 1 月—2025 年 12 月北京市大兴区中西医结合医院收治的 80 例慢性非细菌性前列腺炎患者, 按照随机数字表法分为对照组和治疗组, 每组各 40 例。对照组给予吡哌美辛栓, 直肠给药治疗, 1 粒/次, 1 次/d。治疗组在对照组治疗基础上联合前列安栓, 1 次/d。两组疗程均为 4 周。观察两组患者临床疗效, 比较治疗前后美国国立卫生研究院慢性前列腺炎症状指数 (NIH-CPSI) 评分、症状评分、简式抑郁-焦虑-压力量表 (DASS-21) 评分、36 项健康调查简表 (SF-36) 评分及血清 C 反应蛋白 (CRP) 水平。**结果** 治疗后, 治疗组总有效率 (95.00%) 较对照组 (80.00%) 更高 ($P < 0.05$)。治疗后, 两组疼痛不适评分、排尿评分、症状的影响评分、生活质量评分、总评分都低于同组治疗前 ($P < 0.05$); 治疗组疼痛不适评分、排尿评分、症状的影响评分、生活质量评分、总评分低于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后, 两组尿路症状评分、放射痛症状评分、性功能障碍评分、全身症状评分都降低 ($P < 0.05$); 治疗组临床症状评分低于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后, 两组 DASS-21 评分和血清 CRP 水平都低于同组治疗前, SF-36 评分都高于同组治疗前 ($P < 0.05$); 治疗组 DASS-21 评分和血清 CRP 水平低于对照组, SF-36 评分高于对照组 ($P < 0.05$)。**结论** 慢性非细菌性前列腺炎采用前列安栓联合吡哌美辛治疗安全性良好, 能进一步减轻局部炎症, 有效改善患者临床症状、情绪状态及生活质量, 值得临床推广应用。

关键词: 前列安栓; 吡哌美辛栓; 慢性非细菌性前列腺炎; 美国国立卫生研究院慢性前列腺炎症状指数评分; 症状评分; 简式抑郁-焦虑-压力量表评分; 36 项健康调查简表评分; C 反应蛋白

中图分类号: R983 文献标志码: A 文章编号: 1674-5515(2026)06-1695-06

DOI: 10.7501/j.issn.1674-5515.2026.06.025

Clinical study of Qianlie'an Suppositories combined with indomethacin in treatment of chronic non bacterial prostatitis

LIU Hui^{1,2}, JIA Yusen^{2,3}, ZHANG Quandong^{1,2}

1. Department of Urology, Beijing Daxing District Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Hospital, Beijing 100076, China

2. Jia Yusen Basic-level Traditional Chinese Medicine Doctor Inheritance Studio, Beijing Daxing District Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Hospital, Beijing 100076, China

3. Department of Urology, Beijing University of Chinese Medicine Dongfang Hospital, Beijing 100071, China

Abstract: Objective To investigate the clinical efficacy of Qianlie'an Suppositories combined with indomethacin in treatment of chronic non bacterial prostatitis. **Methods** A total of 80 patients with chronic non-bacterial prostatitis who were admitted to Beijing Daxing Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Hospital from January 2024 to December 2025 were included. They were randomly divided into control group and treatment group according to random number table method, with 40 cases in each group. Patients in control group were treated with Indomethacin Suppositories for rectal administration, 1 grain/time, once daily. Patients in treatment group were treated in addition with Qianlie'an Suppositories once daily. Both groups had a treatment course of 4 weeks. The clinical efficacy of two groups was observed, and the National Institutes of Health Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI) score, symptom score, Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21) score, 36-Item Health Survey (SF-36) score, and serum C-reactive

收稿日期: 2025-12-24

基金项目: 北京中医药薪火传承“3+3”工程 (2023-JC-24)

作者简介: 刘 辉, 副主任医师, 研究方向是前列腺炎、前列腺增生、泌尿系结石的治疗。E-mail: liuh2866@126.com

protein (CRP) level before and after treatment were compared. **Results** After treatment, the total effective rate of the treatment group (95.00%) was higher than that of the control group (80.00%) ($P < 0.05$). After treatment, the pain discomfort score, urination score, symptom impact score, quality of life score, and total score of both groups were all lower than those before treatment in the same group ($P < 0.05$). The pain discomfort score, urination score, symptom impact score, quality of life score, and total score of the treatment group were lower than those of control group ($P < 0.05$). After treatment, the urinary tract symptom score, radiating pain symptom score, sexual dysfunction score, and systemic symptom score of both groups decreased ($P < 0.05$). The clinical symptom score of treatment group was lower than that of control group ($P < 0.05$). After treatment, the DASS-21 score and serum CRP level of both groups were lower than those before treatment in the same group, but the SF-36 score was higher than that before treatment ($P < 0.05$). The DASS-21 score and serum CRP level of treatment group were lower than those of control group, and the SF-36 score was higher than that of control group ($P < 0.05$). **Conclusion** The combination of Qianlie'an Suppositories and indomethacin has good safety in treatment of chronic non-bacterial prostatitis, and can further reduce local inflammation, effectively improve the clinical symptoms, emotional state and life quality of patients, which is worthy of clinical promotion and application.

Key words: Qianlie'an Suppositories; Indomethacin Suppositories; chronic non bacterial prostatitis; NIH-CPSI score; symptom score; DASS-21 score; SF-36 score; CRP

慢性非细菌性前列腺炎属于Ⅲ型前列腺炎，作为泌尿外科常见的复杂性疾病，其病理机制尚未完全阐明，目前多认为与免疫炎症反应紊乱、盆底功能紊乱及神经敏化等多因素相关，而非传统意义上的细菌感染所致。资料显示，该病在 20~50 岁中青年男性群体中发病率居高不下，全球范围内患病率为 9%~16%，且近年来呈现年轻化趋势，我国社区成年男性的患病比例已达 8.4%~11.7%，其中Ⅲ型前列腺炎最常见，占 64%~90%，严重影响患者生活质量^[1-3]。该病临床表现具有多样性与隐匿性，典型症状包括会阴部、下腹部坠胀隐痛、排尿异常（如尿频、尿急、尿不尽感）及性功能障碍等，部分患者还可伴随焦虑、抑郁等精神心理问题。长期迁延不愈的病情不仅会导致患者生理痛苦加剧，还可能引发家庭关系紧张，降低工作与社交能力，成为影响男性身心健康的重要公共卫生问题。当前临床治疗以对症干预为主，常用方案包括 α -受体阻滞剂、非甾体抗炎药、植物制剂等单一或联合用药，但存在疗效参差不齐、不良反应明显及复发率较高等问题^[4]。近年来，局部给药途径因其能直接作用于前列腺靶区、避免全身不良反应而受到关注。吲哚美辛作为非甾体抗炎药 (NSAIDs)，具有较强的抗炎镇痛作用，可快速缓解炎症反应与疼痛症状^[5]。前列安栓属于中药栓剂，具有活血化瘀、清热利湿、散结止痛之效，适用于湿热瘀阻引起的慢性前列腺炎^[6]。因此本研究在慢性非细菌性前列腺炎的治疗中，采用前列安栓联合吲哚美辛治疗，观察其临床疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入 2024 年 1 月—2025 年 12 月北京市大兴区

中西医结合医院收治的 80 例慢性非细菌性前列腺炎患者，其中年龄 21~61 岁，平均 (38.67±7.92) 岁；病程 4~85 个月，平均 (33.73±8.51) 个月；美国国立卫生研究院慢性前列腺炎症状指数 (NIH-CPSI) 评分 14~35 分，平均 (26.75±7.01) 分；身体质量指数 (BMI) 18.6~28.9 kg/m²，平均 (18.6~28.9) kg/m²；已婚、未婚各 58、22 例。研究通过北京市大兴区中西医结合医院伦理委员会的审查与批准 (DXZXYW202407)。

纳入标准：(1) 满足慢性非细菌性前列腺炎诊断标准^[7]；(2) 无精神疾病；(3) 自愿签订知情同意书；(4) 近 2 周末使用过非甾体抗炎药、 α -受体阻滞剂及相关中药制剂等治疗；(5) 病程 ≥ 3 个月；(6) NIH-CPSI 评分 ≥ 14 分；(7) 年龄 20~65 岁。

排除标准：(1) 合并泌尿系统急性感染、尿道狭窄、膀胱结石、前列腺肿瘤等疾病；(2) 近 3 个月有泌尿生殖系统手术史或创伤史；(3) 合并严重心、肝、肾、造血系统等疾病；(4) I 型（急性细菌性）、II 型（慢性细菌性）或 IV 型（无症状炎症性）前列腺炎；(5) 对前列安栓中任何成分过敏，或有严重痔疮或直肠损伤影响给药；(6) 存在吲哚美辛使用禁忌。

1.2 分组和治疗方法

按照随机数字表法分为对照组和治疗组，每组各 40 例。对照组年龄 24~61 岁，平均 (39.05±7.94) 岁；病程 4~81 个月，平均 (33.65±8.48) 个月；NIH-CPSI 评分 14~35 分，平均 (26.84±7.09) 分；BMI 18.6~28.5 kg/m²，平均 (23.82±3.09) kg/m²；已婚、未婚各 28、12 例。治疗组年龄 21~59 岁，平均 (38.24±7.89) 岁；病程 5~85 个月，平均

(33.84±8.55)个月; NIH-CPSI 评分 14~34 分, 平均(26.65±6.98)分; BMI 18.8~28.9 kg/m², 平均(23.65±3.14) kg/m²; 已婚、未婚各 30、10 例。两组基线资料比较无明显差异, 有可比性。

两组患者均接受一般性处理, 包括调整饮食结构(避免辛辣刺激食物、戒烟戒酒)、规律作息(避免熬夜、过度劳累)、适度运动(避免久坐久站, 加强体育锻炼)、心理疏导(缓解焦虑情绪)及避免不洁性生活等。对照组给予吡哌美辛栓(湖北东信药业有限公司, 规格 0.1 g/粒, 产品批号 231209、250704)直肠给药治疗, 排便后洗净肛门, 取 1 粒栓剂缓慢塞入肛门内 2~3 cm 处, 1 次/d, 日间给药, 保持侧卧位约 15 min。治疗组在对照组治疗基础上联合前列安栓(丽珠集团丽珠制药厂, 规格 2 g/粒, 产品批号 231108、241205)治疗, 使用前清洁肛门, 将药栓置入肛门内 2~3 cm 深处, 1 次/d, 睡前给药, 保持侧卧位 15 min。两组疗程均为 4 周。

1.3 疗效判定标准^[8]

临床控制: 前列腺液常规检查白细胞≤5/HP, 临床症状消除; 显效: NIH-CPSI 评分降低≥16 分; 有效: 5 分≤NIH-CPSI 评分降低<16 分; 无效: NIH-CPSI 评分降低<5 分。

总有效率=(临床控制例数+显效例数+有效例数)/总例数

1.4 观察指标

1.4.1 NIH-CPSI 量表评分 涵盖 4 个维度共 9 个条目, 具体为疼痛不适(0~21 分)、排尿(0~10 分)、症状的影响(0~6 分)、生活质量(0~6 分)、量表总分(评分范围 0~43 分), 评分越高表示对应维度及整体症状越严重^[9]。

1.4.2 症状评分 每个条目按无、轻、中、重各计 0、2、4、6 分, 其中包含 13 条尿路症状(0~78 分)、5 条放射痛症状(0~30 分)、3 条性功能障碍(0~18 分)、11 条全身症状(0~66 分), 评分越高表示相关症状越严重^[10]。

1.4.3 简式抑郁-焦虑-压力量表(DASS-21)评分 包含 3 个子量表, 各 7 个条目, 对应抑郁、焦虑、压力 3 种情绪体验, 每个条目采用 0~3 分评分法, 总分(0~63 分)越高提示情绪问题越严重^[11]。

1.4.4 36 项健康调查简表(SF-36)评分 涵盖生理机能、生理职能、躯体疼痛等 8 个维度, 共 36 个条目, 总分取各维度得分的平均值, 经标准化转换为 0~100 分, 分数越高代表生存质量越好^[12]。

1.4.5 血清 C 反应蛋白(CRP) 采集两组患者治疗前后空腹静脉血 2 mL, 分离血清; 采用免疫比浊法, 使用 7600-020 型生化分析仪(日本日立)检测血清 CRP 水平, 试剂盒购自南京诺唯赞医疗科技有限公司。

1.5 不良反应观察

记录两组患者治疗过程中药物不良反应情况, 如肛门不适、腹泻等。

1.6 统计学分析

以 SPSS 28.0 统计软件包进行数据处理, $\bar{x} \pm s$ 表示计量资料, 百分比表示计数资料, 分别以 *t*、 χ^2 检验进行差异分析。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较

治疗后, 治疗组总有效率(95.00%)较对照组(80.00%)更高($P<0.05$), 见表 1。

2.2 两组 NIH-CPSI 评分比较

治疗后, 两组疼痛不适评分、排尿评分、症状的影响评分、生活质量评分、总评分都低于同组治疗前($P<0.05$); 治疗组疼痛不适评分、排尿评分、症状的影响评分、生活质量评分、总评分低于对照组($P<0.05$), 见表 2。

2.3 两组临床症状评分比较

治疗后, 两组患者尿路症状评分、放射痛症状评分、性功能障碍评分、全身症状评分都降低($P<0.05$); 治疗组临床症状评分低于对照组($P<0.05$), 见表 3。

表 1 两组临床疗效比较

Table 1 Comparison of clinical efficacy 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	40	8	11	13	8	80.00
治疗	40	12	18	8	2	95.00*

与对照组比较: * $P<0.05$ 。

* $P<0.05$ vs control group.

表 2 两组 NIH-CPSI 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

Table 2 Comparison of NIH-CPSI scores between two groups ($\bar{x} \pm s$)

组别	n/例	观察时间	疼痛不适评分	排尿评分	症状的影响评分	生活质量评分	总评分
对照	40	治疗前	13.41 ± 2.38	5.92 ± 1.18	3.61 ± 0.80	3.88 ± 0.81	26.84 ± 7.09
		治疗后	6.12 ± 1.59*	2.56 ± 0.60*	1.78 ± 0.47*	1.86 ± 0.53*	12.35 ± 3.42*
治疗	40	治疗前	13.23 ± 2.45	5.89 ± 1.22	3.55 ± 0.76	3.91 ± 0.79	26.65 ± 6.98
		治疗后	4.37 ± 1.04*▲	1.34 ± 0.31*▲	1.03 ± 0.29*▲	1.15 ± 0.33*▲	7.69 ± 1.94*▲

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 3 两组临床症状评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

Table 3 Comparison of clinical symptom scores between two groups ($\bar{x} \pm s$)

组别	n/例	观察时间	尿路症状评分	放射痛症状评分	性功能障碍评分	全身症状评分
对照	40	治疗前	53.12 ± 6.45	18.89 ± 3.31	9.57 ± 2.18	32.24 ± 5.67
		治疗后	24.37 ± 4.56*	8.58 ± 2.17*	4.76 ± 1.25*	17.91 ± 3.46*
治疗	40	治疗前	52.34 ± 6.78	18.47 ± 3.14	10.23 ± 2.30	31.69 ± 5.84
		治疗后	15.90 ± 3.52*▲	5.86 ± 1.49*▲	3.15 ± 0.83*▲	11.28 ± 2.92*▲

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.

2.4 两组 DASS-21、SF-36 评分和血清 CRP 水平比较

治疗后, 两组 DASS-21 评分和血清 CRP 水平

都显著降低, SF-36 评分都高于同组治疗前 ($P < 0.05$); 治疗组 DASS-21 评分和血清 CRP 水平低于对照组, SF-36 评分高于对照组 ($P < 0.05$), 见表 4。

表 4 两组 DASS-21、SF-36 评分和血清 CRP 水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

Table 4 Comparison of DASS-21, SF-36 scores and serum CRP levels between two groups ($\bar{x} \pm s$)

组别	n/例	DASS-21 评分		SF-36 评分		CRP/(mg·L ⁻¹)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照	40	18.41 ± 3.52	12.56 ± 2.89*	53.15 ± 7.01	65.38 ± 6.23*	8.19 ± 1.51	4.53 ± 1.02*
治疗	40	18.34 ± 3.45	7.87 ± 2.06*▲	52.67 ± 6.84	78.49 ± 5.65*▲	8.25 ± 1.47	2.36 ± 0.59*▲

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 两组不良反应比较

治疗组观察到肛门不适、腹泻、头痛各 1 例, 不良反应发生率是 7.50%; 对照组发生肛门不适、恶心各 1 例, 不良反应发生率是 5.00%, 两组不良反应发生率无显著差异。

3 讨论

慢性非细菌性前列腺炎 (或称慢性盆腔疼痛综合征), 是泌尿男科常见的疑难病症之一。其发病与多种危险因素相关, 包括长期久坐、辛辣饮食、饮酒、憋尿等不良生活习惯, 以及精神心理压力、盆底肌功能紊乱等。其中无菌性炎症反应被认为是核心发病机制之一, 病理过程中, 机体局部免疫细胞激活后释放大炎症介质, 引发前列腺组织慢性炎

症浸润; 同时, 交感神经过度兴奋可导致前列腺管和尿道括约肌痉挛, 引起前列腺液淤积和尿液反流, 化学性刺激加重炎症; 此外, 盆底肌肉紧张、痉挛或触发点形成, 可直接或通过神经反射引起疼痛。这一系列病理过程最终导致反复发作的盆腔区域疼痛或不适、排尿异常等临床症状^[13]。因此, 临床治疗的关键在于有效抑制局部炎症反应、缓解疼痛症状、改善盆底功能及调节机体免疫平衡。NSAIDs 是控制慢性非细菌性前列腺炎相关疼痛和炎症的一线药物选择。吲哚美辛作为强效的 NSAIDs, 其药理机制主要通过抑制环氧酶活性, 减少前列腺素等炎症介质的合成与释放, 从而快速减轻前列腺组织炎症浸润, 缓解会阴部、下腹部等

部位的疼痛不适症状；同时，其栓剂剂型通过直肠给药方式可直接作用于盆腔局部，避免口服制剂对胃肠道的刺激，提升用药安全性^[14]。然而，单用吡哌美辛仅能对症缓解炎症与疼痛症状，无法从根本上调节机体免疫功能、改善盆底微循环障碍，且部分患者对 NSAIDs 反应欠佳，病情易反复，难以实现长期预后改善，因此亟需探寻更有效的联合治疗方案。

慢性非细菌性前列腺炎属中医“精浊”“淋证”等范畴^[15]，核心病机多为湿热下注、瘀血阻滞，常由外感湿热之邪、饮食不节、情志失调或房室不节致湿热蕴结下焦，气血运行不畅，瘀血阻滞前列腺络，形成“湿热”与“瘀血”互为因果的病理状态。故湿热瘀阻是临床常见证型，治疗应以“清热利湿、活血化瘀、通淋止痛”为原则。前列安栓是针对性治疗该证型的经典中成药，由黄柏、泽兰、栀子、大黄、虎杖等多味中药科学配伍而成，具有清热燥湿、泻火解毒、通淋消肿、化浊止痛等功效，契合湿热瘀阻型慢性非细菌性前列腺炎之病机要点。相关研究表明，前列安栓能舒张前列腺和尿道平滑肌，达到解痉作用；还可抑制环氧化酶 2 转录活性，抑制炎症因子表达，减轻炎症浸润，进而起到抗感染、减轻尿道阻力的作用；其药效还能直接进入前列腺组织，作用点准确到位^[16]。1 项 Meta 分析显示，前列安栓联合常规化学药治疗慢性非细菌性前列腺炎患者能有效提升临床疗效，且不良反应较少^[17]。本研究结果显示，治疗组加用前列安栓后，总有效率（95.00%）显著高于对照组（80.00%），且治疗后治疗组 NIH-CPSI 各维度评分、总分及各项临床症状评分均低于对照组，DASS-21 评分、SF-36 评分改善也较对照组更优；表明前列安栓与吡哌美辛联合用药在缓解慢性非细菌性前列腺炎患者疼痛不适、排尿等临床症状方面更具优势，利于改善患者情绪及生活质量。两组不良反应率相近（7.50% vs 5.00%）且均较低，提示联合方案安全性良好。

CRP 作为机体急性时相反应的敏感标志物，其水平变化与慢性非细菌性前列腺炎的炎症进展密切相关。慢性非细菌性前列腺炎核心环节为免疫炎症反应紊乱，机体局部免疫细胞激活后启动级联反应，促使肝脏合成并释放大量 CRP，而 CRP 可进一步参与炎症放大过程，通过促进炎症细胞募集、增强炎症因子释放，加重前列腺组织慢性炎症浸润，同时加剧盆底神经敏感性，形成“炎症反应 -

CRP 升高 - 炎症加重”的恶性循环。因此，监测血清 CRP 水平可直观反映前列腺局部炎症程度，其变化趋势对评估治疗效果具有重要临床意义^[18]。本研究中，治疗组与对照组治疗后血清 CRP 水平均较治疗前显著降低，但治疗组低于对照组；表明前列安栓与吡哌美辛二者共同作用能更高效地阻断炎症进展，利于慢性非细菌性前列腺炎患者病情好转。

综上所述，慢性非细菌性前列腺炎采用前列安栓联合吡哌美辛治疗安全性良好，能进一步减轻局部炎症，有效改善患者临床症状、情绪状态及生活质量，值得临床推广应用。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] 吴天鹏. 慢性前列腺炎的流行病学研究 [J]. 中国全科医学, 2003, 6(2): 102-103.
- [2] 潘思源, 张海博, 杜春. 前列腺炎的临床诊断及治疗进展 [J]. 中国临床研究, 2022, 35(3): 404-409.
- [3] Liang C Z, Li H J, Wang Z P, *et al*. The prevalence of prostatitis-like symptoms in China [J]. *J Urol*, 2009, 182(2): 558-563.
- [4] 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.
- [5] 孔令春. 吡哌美辛的临床应用进展 [J]. 海峡药学, 2006, 18(2): 116-118.
- [6] 崔学教, 谢建兴, 陈铭, 等. 前列安栓的临床应用 [J]. 中药新药与临床药理, 2003, 14(6): 417-418.
- [7] 中华医学会男科学分会, 慢性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征诊疗指南编写组. 慢性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征诊疗指南 [J]. 中华男科学杂志, 2022, 28(6): 544-559.
- [8] 国家中医药管理局. 国家中医药管理局办公室关于印发中风病（脑梗死）等 92 个病种中医临床路径和中医诊疗方案(2017 年版)的通知·精浊病(慢性前列腺炎)中医诊疗方案(试行). [EB/OL]. (2017-03-22) [2025-12-18]. <http://yzs.satcm.gov.cn/gongzuodongtai/2018-03-24/2651.html>.
- [9] 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.
- [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专家共识 [J]. 中国中西医结合杂志, 2015, 35(8): 933-941.
- [11] 文艺, 吴大兴, 吕雪靖, 等. 抑郁-焦虑-压力量表中文精简版信度及效度评价 [J]. 中国公共卫生, 2012, 28(11): 1436-1438.
- [12] 李鲁, 王红妹, 沈毅. SF-36 健康调查量表中文版的研

- 制及其性能测试 [J]. 中华预防医学杂志, 2002, 36(2): 109-113.
- [13] 齐旻芳, 黄高翔, 周雪娟. 慢性非细菌性前列腺炎发病机制的研究进展 [J]. 广西医科大学学报, 2017, 34(8): 1247-1249.
- [14] 陈新谦, 金有豫, 汤光. 新编药理学 [M]. 第 17 版. 北京:人民卫生出版社, 2011: 186-187.
- [15] 陈中国, 王歆玮, 邢发萍. 宁泌泰胶囊治疗慢性前列腺炎的药物经济学评价 [J]. 中草药, 2023, 54(6): 1906-1916.
- [16] 谢建兴, 胡海棠, 肖冬妮, 等. 前列安栓治疗慢性前列腺炎(湿热瘀血阻滞证)的安全性和有效性的III期临床试验 [J]. 中华男科学杂志, 2009, 15(11): 1049-1052.
- [17] 郭俊, 晏斌, 高庆和, 等. 前列安栓治疗慢性前列腺炎有效性与安全性的 Meta 分析 [J]. 中医学报, 2021, 36(8): 1789-1794.
- [18] 周彦. 慢性前列腺炎患者治疗前后血清 CRP、免疫球蛋白测定的临床意义 [J]. 放射免疫学杂志, 2007, 20(6): 591-593.

【责任编辑 金玉洁】