

哈乐联合少腹逐瘀汤治疗慢性非细菌性 前列腺炎/慢性骨盆疼痛综合征

王新平^{1*}, 易剑锋², 严兴科³, 赵春霖¹, 潘海邦², 董小鹏²

(1. 甘肃中医学院附属医院外科, 兰州 730000; 2. 甘肃中医学院外科教研室, 兰州 730000;
3. 甘肃中医学院针灸推拿系, 兰州 730000)

[摘要] 目的:探讨哈乐联合少腹逐瘀汤治疗慢性非细菌性前列腺炎/慢性骨盆疼痛综合征(chronic abacterial prostatitis/chronic pelvic pain syndrome, CABP/CPPS)的临床效果。方法:选择 2008 年 9 月至 2012 年 10 月甘肃中医学院附属医院就诊的 CPPS 患者 130 例,按照就诊的先后次序随机分为 A、B 两组,每组 65 例, A 组给予盐酸坦索罗辛缓释(哈乐)胶囊治疗, B 组给予哈乐联合少腹逐瘀汤治疗,观察比较两组的治疗效果,观察指标:慢性前列腺炎症状评分、前列腺液白细胞计数、卵磷脂小体及尿流率变化。结果:B 组总有效率明显高于 A 组,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗后 B 组的前列腺液白细胞计数和 NIH-CPSI 临床症状评分明显低于 A 组,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗后 B 组卵磷脂小体(卅)明显多于 A 组,差异均有统计学意义($P < 0.05$);治疗后 A 组和 B 组患者尿流率较治疗前均有增加,差异具有统计学意义($P < 0.05$);治疗后 A 组和 B 组患者尿流率比较无统计学差异。结论:少腹逐瘀汤可显著提高哈乐治疗慢性骨盆疼痛综合征的临床疗效,且治疗显效时间明显缩短。

[关键词] 哈乐(盐酸坦索罗辛);少腹逐瘀汤;慢性骨盆疼痛综合征

[中图分类号] R287 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2013)21-0302-05

[doi] 10.11653/syfy2013210302

Clinical Observations on Harnal Capsule Combined with Shaofu Zhuyu Soup in Treating Chronic Abacterial Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome

WANG Xin-ping^{1*}, YI Jian-feng², YAN Xing-ke³, ZHAO Chun-lin¹, PAN Hai-bang², DONG Xiao-peng²

(1. Department of Surgery, Affiliated Hospital of Gansu University of Traditional Chinese Medicine (TCM), Lanzhou 730000, China; 2. Staff Room of Surgery, Gansu University of TCM, Lanzhou 730000, China; 3. Department of Acupuncture and Massage, Gansu University of TCM, Lanzhou 730000, China)

[Abstract] **Objective:** To investigate the effect of harnal capsule combined with Shaofu Zhuyu soup in treating chronic abacterial prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. **Method:** One hundred and thirty patients of CPPS from September 2008 to October 2012 were randomly divided into A and B group, 65 cases in each group. A group received the treatment of harnal capsule, the B group received the treatment of harnal capsule combined with Shaofuzhuyu soup. Observe and compared the clinical effect of the both groups. The evaluating indexes included the change of the scores of NIH-CPSI, leukocyte count and lecithin corpuscles in prostatic fluid, peak flow. **Result:** The total effective rate in B group was higher than A group, and there was significant difference in both groups ($P < 0.05$). The scores of NIH-CPSI, leukocyte count in B group were significantly lower than those in A group after treatment, and there was significant difference in both groups ($P < 0.05$). The cases with lecithin corpuscles (卅) in B group were more than those in A group, and there was significant difference in both groups ($P < 0.05$). The peak flow and mean flow increased after treatment in both group, and there was statistically

[收稿日期] 20130530(009)

[基金项目] 国家自然科学基金项目(81060304)

[通讯作者] *王新平,副主任医师,从事男科、泌尿外科腹腔镜技术研究, Tel:13909315618, E-mail:lzywxp@sina.com

differences. There was no statistically differences after treatment between A and B group, presenting similarities in peak flow and mean flow. **Conclusion:** Shaofu Zhuyu soup can significantly improve the clinical effect of Chronic abacterial prostatitis/chronic pelvic pain syndrome, and the effective time was significantly shorter.

[**Key words**] harnal capsule (tamsulosin); chronic abacterial prostatitis/chronic pelvic pain syndrome; Shaofu Zhuyu soup

慢性前列腺炎是成年男性常见病, 约占泌尿外科和男性科门诊病人的 25% ~ 30%^[1], 美国国立卫生研究院 (national institutes of health, NIH) 根据对前列腺炎的基础和临床研究情况, 将前列腺炎分为 IV 型^[2], 其中慢性非细菌性前列腺炎/慢性骨盆疼痛综合征 (chronic abacterial prostatitis/chronic pelvic pain syndrome, CABP/CPPS) 是前列腺炎中最常见的类型, 约占慢性前列腺炎的 90% 以上^[3], 主要表现为长期、反复的骨盆区域疼痛或不适, 持续时间可超过 3 个月, 并伴有不同程度的排尿症状和性功能障碍, 严重影响患者的生活质量。由于其病因复杂, 症状多变, 目前治疗该病尚无特效的药物, 治疗效果不理想。甘肃中医学院附属医院于 2008 年 9 月至 2012 年 10 月应用哈乐联合少腹逐瘀汤治疗慢性非细菌性前列腺炎/慢性骨盆疼痛综合征患者 130 例, 疗效显著。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取从 2008 年 9 月至 2012 年 10 月甘肃中医学院附属医院院诊治的 CABP/CPPS 患者 130 例, 将所有患者按照就诊的先后次序随机分为 A、B 两组, 其中 A 组 65 例, 年龄 22 ~ 47 岁, 平均 (34.50 ± 3.31) 岁, 平均病程 (4.75 ± 1.79) 个月; B 组 65 例, 年龄 21 ~ 48 岁, 平均 (35.45 ± 3.24) 岁, 平均病程 (4.80 ± 1.75) 个月; 两组患者在年龄、病情等方面比较差异无统计学意义, 具有可比性。

130 例患者均有不同程度的盆腔疼痛或不适症状: 如耻骨上或会阴部刺痛或坠胀不适, 小腹坠胀, 腰骶部疼痛等; 或有不同程度的尿路刺激症状: 如尿频、尿急、尿痛、尿不尽、排尿费力等; 或者阳痿、早泄、性欲减退、失眠健忘、精神抑郁等全身症状; 美国国立卫生研究院 (NIH) 的慢性前列腺炎症状评分 (chronic prostatitis symptom index, CPSI) 均 > 8 分^[4]。纳入及排除标准按国际前列腺炎合作网络 (IPCN)^[2,5]。所有的患者均符合 CPPS 的诊断标准。全部患者经中医辨证属气滞血瘀或兼湿热证。

1.2 方法 治疗前采用 Stamey 四杯法 (即分段细菌培养) 对初段尿 (VB1)、中段尿 (VB2)、按摩后前列腺液 (EPS) 及尿液 (VB3) 行显微镜检及细菌培

养。所有患者均停用抗感染药物和其他制剂, 治疗期间忌辛辣、烟酒及刺激性食物, 避免性生活, 嘱患者排尿后吸气提肛锻炼。A 组给予哈乐胶囊 0.2 mg·d⁻¹ 睡前服, 疗程 4 周; B 组给予哈乐胶囊 0.2 mg·d⁻¹ 睡前服, 疗程 3 周, 配合少腹逐瘀汤口服, 处方: 小茴香、延胡索、没药、当归、川芎、赤芍、蒲黄、五灵脂、穿山甲各 10 g, 干姜、肉桂各 6 g, 蒲公英 15 g, 前列腺质地较硬, 有结节者加三棱 12 g, 莪术 12 g; 会阴睾丸等处疼痛较甚者加醋延胡索 10 g, 三七 (冲服) 3 g; 尿道刺痛者加琥珀粉 (冲服) 3 g; 中药 1 剂水煎分服 1 日 2 次, 疗程 2 周。所有患者治疗前后均进行肛门指检、慢性前列腺炎症状评分 (chronic prostatitis symptom index, CPSI)、前列腺按摩液常规检查, 尿流率采用美国 Laborie 公司生产的 Ascend 尿动力分析仪进行检测^[6]。

1.3 疗效评价标准 参考美国国立卫生研究院制定的慢性前列腺炎症状量表 (NIH-CPSI)^[6] 及《中药新药治疗慢性前列腺炎 (非特异性) 的临床研究指导原则》^[7] 制定。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 16.0 软件进行统计学分析, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组内治疗前后前列腺液白细胞计数和 NIH-CPSI 临床症状评分比较用配对 *t* 检验, 组间治疗前后前列腺液白细胞计数和 NIH-CPSI 临床症状评分比较用独立样本 *t* 检验, 组间总有效率比较用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为有显著性差异。

2 结果

2.1 临床疗效 A 组和 B 组有效率分别为 81.5%, 100%, B 组总有效率明显高于 A 组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 两组临床疗效比较 ($n = 65$)

组别	治愈	显效	有效	无效	有效率/%
A	26	16	11	12	81.5
B	35	21	9	0	100 ¹⁾

注: 与 A 组比较¹⁾ $P < 0.05$ 。

2.2 白细胞计数和 NIH-CPSI 临床症状评分比较 A 组和 B 组治疗后白细胞计数和 NIH-CPSI 临床症状评分均明显低于治疗前, 差异有统计学意义 ($P <$

0.05); 治疗后 B 组的前列腺液白细胞计数和 NIH-CPSI 临床症状评分明显低于 A 组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 治疗前后白细胞计数和 NIH-CPSI 临床症状评分比较 ($\bar{x} \pm s, n = 65$)

组别	白细胞计数/个/HP		NIH-CPSI 临床症状评分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
A	20.65 ± 1.58	8.23 ± 1.28 ¹⁾	23.45 ± 2.80	16.77 ± 2.35 ¹⁾
B	20.78 ± 1.52	3.33 ± 1.05 ^{1,2)}	23.50 ± 2.83	10.23 ± 2.23 ^{1,2)}

注: 与同组治疗前比较¹⁾ $P < 0.05$; 与 A 组治疗后比较²⁾ $P < 0.05$ 。

2.3 卵磷脂小体比较 治疗后 A 组和 B 组的卵磷脂小体(卅 ~ 卅)者较治疗前明显增多; 治疗后 B 组卵磷脂小体(卅)者明显多于 A 组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 治疗前后卵磷脂小体比较 ($n = 65$) 例

组别	治疗前				治疗后			
	+	++	+++	卅	+	++	+++	卅
A	34	31	0	0	5	16	24	20
B	35	30	0	0	0	2	30	33 ¹⁾

注: 与 A 组治疗后比较¹⁾ $P < 0.05$ 。

2.4 尿流率改变 治疗后 A 组和 B 组最大尿流率、平均尿流率较治疗前增加, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后 A 组和 B 组最大尿流率、平均尿流率差异无统计学意义。

表 4 治疗前后尿流率比较 ($\bar{x} \pm s, n = 65$)

组别	最大尿流率/ $\text{mL} \cdot \text{s}^{-1}$		平均尿流率/ $\text{mL} \cdot \text{s}^{-1}$	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
A	16.45 ± 2.92	22.55 ± 3.11 ¹⁾	11.33 ± 3.29	15.87 ± 3.35 ¹⁾
B	16.50 ± 3.03	23.05 ± 3.13 ¹⁾	11.28 ± 3.33	15.93 ± 3.23 ¹⁾

注: 与同组治疗前比较¹⁾ $P < 0.05$ 。

2.5 安全性评价 无明显不良反应, 无因体位性低血压、眩晕、明显的消化道症状而停止治疗的患者。

3 讨论

慢性非细菌性前列腺炎是青壮年男性最常见的泌尿系统疾病之一, 其发病率在普通男性中高达 10% ~ 50%^[8], 严重影响患者的生活质量。慢性非细菌性前列腺炎发病机制复杂, 有交感神经学说和尿液返流学说, 也有认为与自身免疫有关^[9-10]。随着研究的不断深入, 尿道内压力过高, 尿液返流入前列腺腺管内, 造成前列腺内尿酸浓度过高, 从而导致前列腺发生化学性炎症, 被认为是 CABP/ CPPS 的重要原因^[11-12], 其中有学者认为尿道高压是导致慢性前列腺炎发病的中心环节^[13]。而前列腺、后尿道

的 α -肾上腺素能受体兴奋性增高及尿道外括约肌及盆底肌痉挛并引起功能性尿道梗阻所致的后尿道高压是引起前列腺尿液反流的重要原因^[14-15]。

哈乐(盐酸坦索罗辛)是一种高选择性 $\alpha 1A$ 受体阻滞剂, 它可以选择性地作用于后尿道、膀胱颈及前列腺部 $\alpha 1A$ 受体, 可抑制平滑肌收缩, 有效地解除膀胱颈及前列腺部尿道痉挛, 增加尿流率, 促进膀胱排空, 降低后尿道阻力, 防止前列腺内尿液滞流, 从而减少排尿期前列腺内尿液返流, 减轻前列腺的化学性炎症, 促进炎性前列腺液的引流及炎症消退, 同时作用于盆底交感神经, 解除盆底肌痉挛, 缓解会阴、盆底肌紧张性肌痛^[16-17]。本组纳入 130 例患者均确诊为 CABP/ CPPS, 随机抽取 65 例患者单独使用哈乐进行治疗, 发现哈乐对 CABP/ CPPS 患者的症状、尿流状况、前列腺液白细胞及卵磷脂小体均有明显改善, 总有效率为 81.5%, 说明哈乐可松弛膀胱颈及前列腺平滑肌, 使盆底痉挛肌肉松弛, 降低尿道内压, 增加尿流率, 从而改善排尿功能紊乱, 改善或消除前列腺和射精管内的尿液返流, 减轻前列腺炎症, 改善前列腺液质量, 并可排除前列腺腺管内的病原体残留分泌物, 从而达到改善、消除症状的治疗目的, 这一点笔者同国内诸多学者有相同感受^[15, 17-19]。但是, 在此组病例中有 18.5% 的患者治疗效果不理想, 笔者通过回顾分析这一部分患者临床资料发现, 这类患者大多具有以下共同特征: 病程较长 > 1 年, 症状反复, 症状以骨盆区坠痛为主, 尿路梗阻症状不重, 前列腺体积偏大, 质地韧, 前列腺超声检查时可发现多发钙化, 脓细胞满视野/HP。笔者考虑这类患者用哈乐治疗不理想的原因为慢性炎症, 腺管阻塞, 前列腺液及腺管内的炎性物质或残留病原体不能排出, 致前列腺阻塞区域炎症不易消退, 且易向周围蔓延, 致前列腺持续充血水肿, 从而压迫自身组织进一步加重腺管阻塞, 同时造成局部血液循环障碍, 代谢产物堆积。

中医学认为, 小腹乃足厥阴肝经所循行的部位, 前列腺位居其中, 气机不畅, 郁而伤神, 故可见失眠、焦虑、健忘、多疑等神经功能紊乱症状。根据久病入络、久病成瘀的观点, 气滞血瘀是本病的病机所在, 使病情更加复杂而顽固^[20]。慢性前列腺炎治疗困难主因前列腺发生感染, 炎症充血时, 分泌物增多, 很容易形成脓栓而堵塞前列腺管, 导致引流不畅通, 易出现症状反复, 迁延不愈; 同时前列腺的充血, 造成局部组织血液循环障碍, 影响了药物的吸收^[21]。现代医学认为, 前列腺出现炎症时, 腺管炎性阻

塞,随着病程的延长,逐渐出现纤维化,前列腺被膜平滑肌收缩乏力,盆底肌群功能紊乱,从而出现一系列相关证候群。在治疗时就应改善前列腺局部的血液循环,疏通由于炎症破坏所造成的腺管阻塞,以利于前列腺液的排出,虽然致炎物质是由致病微生物造成的,但疏通腺管、引流腺液远比抗菌消炎重要。现代医学研究证明^[22],活血化瘀药具有良好的扩张血管、改善循环、抗缺氧、抗凝、抗纤维化作用,能改善前列腺的微循环,解除炎性病灶梗阻,促进炎性分泌物的排泄和增生灶的转化。少腹逐瘀汤原载于清·王清任《医林改错》,由小茴香、延胡索、没药、当归、川芎、赤芍、蒲黄、五灵脂等组成。方中当归、川芎、赤芍、蒲黄、五灵脂、没药活血化瘀,通络止痛;延胡索止痛、活血利气;三棱破血行气、通滞止痛;肉桂、小茴香可以增强活血化瘀效果,化解滞留少腹瘀血,达到通脉止痛之目的。少腹逐瘀汤具有活血逐瘀、驱寒止痛之功效,属温通方剂,主治少腹瘀血积块疼痛,或无积块而痛,或少腹胀痛。现代药理研究认为,本方有扩张血管、促进血液循环、调节免疫功能及抗感染、抗炎、抗微生物作用,并有较强的镇痛、镇静、解痉作用。临床上,也有学者应用少腹逐瘀汤加减治疗慢性骨盆疼痛综合征,具有良好的镇痛作用,能够显著缓解患者骨盆区域疼痛^[23]。笔者运用哈乐联合少腹逐瘀汤治疗本病,疗效满意,联合治疗组明显优于单独使用哈乐治疗本病。在治疗上,提肛运动锻炼,能够随意地收缩和松弛盆底肌肉,改善盆底神经功能,可减轻患者的疼痛症状^[24],同时,笔者认为排尿后提肛运动可促进排尿后前列腺液排泄,减少尿液反流。

通过使用哈乐联合少腹逐瘀汤治疗 CABP 发现,这部分患者的症状、前列腺液白细胞及卵磷脂小体均有明显改善,且明显优于单独使用哈乐治疗,同时使治疗有效率大大提升,有效率达 100%,而且我们发现绝大部分患者在联合治疗 1 周左右,症状改善明显,NIH-CPSI 临床症状评分均明显降低,说明少腹逐瘀汤可促进前列腺炎症的消退,同时也可以解除前列腺腺管的梗阻,这样在某种意义上也就可以减少复发的可能性,当然,这需要我们进一步进行随访证实。尿动力学检查发现前列腺炎患者有不同程度的下尿路功能障碍,按比例高低排列次序是:最大尿流率、逼尿肌-外括约肌协同失调、BOO、逼尿肌反射亢进、不稳定膀胱,在我们研究中,进一步证实 CABP/CPPS 患者存在尿流率的改变,从尿流状况改善来看,单独使用哈乐和联合治疗之间无明显差异,

我们考虑少腹逐瘀汤主要作用还是改善局部血液循环,减轻炎性充血,解除腺管梗阻,并不能替代哈乐对松弛膀胱颈及前列腺平滑肌作用改善尿流状况。

综上所述,哈乐联合少腹逐瘀汤治疗 CABP/CPPS 的效果明显优于单独使用哈乐,具有疗程短,显效快、安全、简便、易行、费用低、无痛苦的特点,同时可很大程度上缩短哈乐的使用时间,减少不良反应的发生。

[参考文献]

- [1] 孙自学. 泌尿男科学[M]. 北京:人民军医出版社, 2005(9):87.
- [2] Krieger J N, Nyberg L J, Nickel J C. NIH consensus definition and classification of prostatitis [J]. JAMA, 1999,282(3):236.
- [3] Schaeffer A J, Knauss J S, Landis J R, et al. Leukocyte and bacterial counts do not correlate with severity of symptoms in men with chronic prostatitis;The National Institutes of Health Chronic Prostatitis Cohort Study[J]. J Urol, 2002, 168(3):1048.
- [4] Litwin M S, Mc Naughton-Collins M, Fowler F J Jr, et al. The national institutes of health chronic prostatitis symptom index: development and validation of a new outcome measure. Chronic Prostatitis Collaborative Research Network [J]. J Urol, 1999, 162(2):369.
- [5] Nickel J C, Nyberg L M, Hennennfent M. Research guidelines for chronic prostatitis: consensus report from the first National Institutes of Health-international Prostatitis Collaborative Network [J]. Urology, 1999, 54(2):229.
- [6] 裴卓禧,钟甘平. 爱普列特对慢性前列腺炎患者尿动力学的影 响 [J]. 兰州医学院学报, 2001, 27(4):44.
- [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] 中华人民共和国卫生部. 中药新药治疗慢性前列腺炎(非特异性)的临床研究指导原则(第三辑)[S]. 1997:52.
- [9] Nickel J C, Downey J, Hunter D, et al. Prevalence of prostatitis like symptoms in a population based study using the National Institutes of Health chronic prostatitis symptom index[J]. J Urol, 2001, 165(3):842.
- [10] Alexander R B, Brady F, Ponniah S. Autoimmune prostatitis: evidence of T cell reactivity with normal prostatic proteins[J]. Urology, 1997, 50(6):893.
- [11] Ponniah S, Arah I, Alenander R B. PSA is a candidate self antigens auto immune chronic prostatitis chronic pelvic pain syndrome[J]. Prostate, 2000, 44(1):49.

奥氮平联合牛黄宁宫片治疗难治性精神分裂症

宋昊, 马建东, 陈永新, 黄素培, 张瑞岭*
(新乡医学院第二附属医院, 河南 新乡 453002)

[摘要] 目的:探讨奥氮平联合牛黄宁宫片治疗难治性精神分裂症的临床疗效及安全性。方法:选取新乡医学院第二附属医院 2009 年 8 月-2012 年 6 月收治的 112 例难治性精神分裂症患者,将其随机分为对照组和观察组,每组 56 例。对照组口服奥氮平治疗,起始剂量 $5 \text{ mg} \cdot \text{d}^{-1}$,1 周内治疗剂量增至 10 mg。观察组在对照组治疗基础上口服牛黄宁宫片,5 片/次,1 日 3 次。8 周后,观察并比较两组患者的阳性和阴性症状量表(PANSS)、临床总体印象量表(CGI)、不良反应症状量表(TESS)以及复发率。结果:对照组和观察组的总有效率分别为 62.50%,75.00%,观察组和对照组间的总有效率比较有显著性差异。治疗 8 周后,对照组肝郁化火、痰火内扰及阴虚火旺的中医证候辨证疗效评分分别为 (2.51 ± 0.27) , (2.68 ± 0.32) , (2.47 ± 0.39) 分;观察组的为 (1.35 ± 0.21) , (1.28 ± 0.13) , (1.87 ± 0.42) 分,治疗后两组的中医证候辨证疗效评分比较差异具有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。从治疗第 4 周末起的各时点,观察组的 PANSS 总分、阳性症状分、阴性症状分、精神病理分及 CGI-SI 总分均较对照组明显下降($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。对照组的 TESS 值为 (0.72 ± 0.23) ,观察组为 (0.54 ± 0.16) ;观察组 1 年内复发率 21.43%;对照组在 1 年内复发率 32.43%。观察组的不良反应及复发率明显低于对照组($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。结论:奥氮平联合牛黄宁宫片治疗难治性精神分裂症的临床疗效显著,不良反应少,复发率低,值得在临床广泛推广。

[关键词] 奥氮平;牛黄宁宫片;难治性精神分裂症

[中图分类号] R287 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2013)21-0306-05

[doi] 10.11653/syfy2013210306

[收稿日期] 20130121(001)

[基金项目] 河南省卫生科技创新型人才工程专项(2011-2015)

[第一作者] 宋昊,主管药师,从事临床精神药理研究,Tel:0373-3373974,E-mail:13569436454@163.com

[通讯作者] *张瑞岭,主任医师,硕士研究生导师,从事精神药理与成瘾行为研究,Tel:0373-3373798,E-mail:zhangruilingxx@163.com

- [12] Kirby R S, Lowe D, Bultitude M L, et al. Intraprostatic urinary reflux; an aetiologic factor in abacterial prostatitis [J]. Br J Urol, 1982, 54(6):729.
- [13] Hellstrom W J, Schmidt R A, Lue T F, et al. Neuromuscular dysfunction in nonbacterial prostatitis [J]. Urology, 1987, 30(2):183.
- [14] Neal J R, Moon T D. Use of terazosin in prostatodynia and validation of a symptom score questionnaire [J]. Urology, 1994, 43(4):460.
- [15] 邓春华,朱朝阳,梁宏,等. α -受体阻滞剂治疗慢性前列腺炎的临床探讨 [J]. 中国全科医学杂志, 1999, 2(1):29.
- [16] 刘左成,李广宇,黄伟,等. 宁泌泰联合盐酸坦索罗辛缓释胶囊治疗慢性非细菌性前列腺炎疗效观察 [J]. 临床合理用药, 2010, 16(3):26.
- [17] 沈柏华,金小东,蔡松良,等. α 1 受体阻滞剂联合抗生素治疗慢性前列腺炎的疗效机制 [J]. 中华男科学杂志, 2004, 10(7):518.
- [18] 卢凯,李斌. 哈乐,消炎痛栓联合治疗慢性非细菌性前列腺炎疗效观察 [J]. 临床医学工程, 2009, 16(4):30.
- [19] 叶锦,陈锦,余军. α 1-受体阻滞剂对慢性非细菌性前列腺炎治疗的效果 [J]. 第三军医大学学报, 2004, 26(12):1126.
- [20] 杜高社,马宝玲. 哈乐治疗慢性前列腺炎 192 例临床观察 [J]. 现代泌尿外科杂志, 2004, 9(2):106.
- [21] 冯奕,崔云,郑武. 少腹逐瘀汤加味治疗男性慢性盆腔疼痛综合征 72 例 [J]. 中医药临床杂志, 2007, 19(6):607.
- [22] 郁春,陈东,王家辉. 三联疗法治疗气滞血瘀型慢性前列腺炎 31 例 [J]. 辽宁中医杂志, 2012, 39(3):479.
- [23] 崔彦如. 少腹逐瘀汤加减治疗血瘀型慢性前列腺炎 60 例 [J]. 四川中医, 2004, 22(10):45.
- [24] 于军桥,张蜀武. 张蜀武教授运用温通法治疗慢性骨盆疼痛综合征的经验 [J]. 成都中医药大学学报, 2012, 35(1):79.
- [25] Zermann D H, Ishigooda M, Doggweiler Wiygul R, et al. The male chronic pelvic pain syndrome [J]. World J Urol, 2001, 19(3):173.

[责任编辑 邹晓翠]