

· 慢性前列腺炎研究 ·

对慢性前列腺炎诊治的再认识与中医药的选择

金保方 孙大林 张新东 夏国守 高永金 唐志安 徐福松

【摘要】 慢性前列腺炎是男性最常见的疾病之一。由于其病因及发病机制仍不清楚,其诊断和治疗缺乏统一的标准,造成了临床上不少的认识及诊治误区。本文阐述了笔者对慢性前列腺炎尿分叉、尿道滴白等临床症状,前列腺液检测改变,慢性前列腺炎诊断,Ⅲ、Ⅳ型前列腺炎分型,慢性前列腺炎与性功能障碍和不育症关系的认识,论述了慢性前列腺炎中医药选择方法,以期为提高治疗慢性前列腺炎中医治疗效果提供参考。

【关键词】 慢性前列腺炎; 慢性前列腺炎分类; 前列腺液检查; 不育症; 性功能障碍; 中医药治疗

【中图分类号】 R697+.33 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2012.07.005

Recognition on the diagnosis and treatment of chronic prostatitis with traditional Chinese medicine

JIN Bao-fang, SUN Da-lin, ZHANG Xin-dong, et al. Institute of Andrology, Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing 210046, China

Corresponding author: JIN Bao-fang, E-mail: hexiking@126.com

【Abstract】 Chronic prostatitis (CP) is a common disease in young and middle aged men, but its etiology and pathogenesis are not clear so far. Because the lack of well authorized standards on diagnosis and treatment with traditional Chinese medicine (TCM), there are still misunderstandings in the clinical practice. This article discussed author's thoughts about clinical symptoms (such as urine furcation, drops of urethra, test of liquor prostaticus, diagnosis of CP, classifications of Ⅲ and Ⅳ type of CP, and the relationship between CP and sexual dysfunction or male infertile. In addition, the article addressed the selecting methods of TCM on the treatment of CP. The article will provide a reference to improve the treatment of CP with TCM.

【Key words】 Chronic prostatitis; Chronic prostatitis classification; Prostatic fluid inspection; Male infertile; Sexual dysfunction; TCM treatment

慢性前列腺炎(chronic prostatitis, CP)是男性最常见的疾病之一,其发病率为 2.2% ~ 9.7%^[1],多见于性活动频繁的青壮年人群。有资料显示约有 50% 的男性在一生中的某个时期会受到前列腺炎的

影响^[2]。目前,CP 的病因及发病机制不清,其诊断和治疗仍缺乏统一的标准,加之理论与临床、理化检查与临床症状的不相符,给很多患者及医生造成困惑。笔者在临床上以改善临床症状为法,变通地理解某些观点,并加强与患者的沟通,取得了较好的临床效果。现将认识和体会总结如下。

1 对慢性前列腺炎“误区”的再认识

1.1 对某些临床症状的再认识

不少患者因单纯尿分叉症状而就诊,甚至某些专著也把尿分叉当成 CP 的症状之一,反复治疗却难以取得疗效。尿分叉可分为生理性尿分叉和病理性尿分叉。生理性尿分叉多是偶发,主要是由于

作者单位:210046 南京中医药大学男科学研究所[金保方、孙大林(硕士研究生)、张新东、夏国守、高永金(硕士研究生)、唐志安(博士研究生)、徐福松]

作者简介:金保方(1964-),博士,出站博士后,主任医师,副教授。中国医师协会中西医结合男科专家委员会副主委,南京中医药大学男科学研究所所长,江苏省人民医院生殖中心特聘专家。研究方向:中西医结合男科学及生殖医学研究。E-mail: hexiking@126.com

前尿道或尿道开口处临时有阻塞所致。射精后因部分精液残存尿道中,或晨勃尿道球腺液残存尿道中,其含有粘蛋白成分,水分被蒸发后,粘蛋白使尿道外口粘连闭合,而致尿分叉。晨起尿排出时冲力较大,使尿道口形态暂时改变所致。病理性尿分叉多是持续性的,与尿道口的畸形有关。而前列腺位于后尿道周围,无论何种病变(不仅仅是 CP)都不可能造成病理性尿分叉,只可能导致排尿不畅。因此,临床上见到单一的尿分叉症状,跟前列腺无关,按 CP 治疗更是无稽之谈。

很多学者认为尿道滴白是 CP 患者前列腺液分泌过多或排除不畅时“满则溢”所致,因而又被称为“前列腺溢液”。但此观点缺乏相应的临床研究和动物实验的支持。且部分 CP 患者给予持续性的药物治疗后,前列腺炎症状好转或消失,而尿道滴白的症状却无明显好转。尿道滴白内容物除了前列腺液(expressed prostatic secretions, EPS)外,还包括尿道球腺的分泌物。在性冲动时尿道球腺分泌增多,同样会出现尿道滴白。排便时暂时性的腹压增大,使前列腺内的压力增大,也可能造成 EPS 溢出,出现尿道滴白。禁欲时间过久,前列腺充盈度高,也是造成尿道滴白的原因之一。因此,在处理尿道滴白时,切勿单从 CP 入手。

1.2 对 CP 与不育症的再认识

精子是在生殖内分泌系统的调控下,在睾丸内产生,然后被输送到附睾内加工成熟的,可知精子的生成和成熟均与前列腺的关系不大。因此,无精子症、少精子症和畸形精子症与前列腺无关。只有当精子排出体外时,才与精浆(含 30% 前列腺液)相遇。一般情况下,排出体外的精液在 5~25 分钟液化,液化后的精液才开始检测。即使患有 CP,其含有炎性因子的精浆也很难在 5~25 分钟之内,对精子造成影响。因此,精子的数量和形态学跟前列腺无关,活动率与 CP 也关系不大。所以,针对 CP 治疗精子异常,肯定是徒劳无功的。当然,CP 可通过改变精液成分、精液酸碱度、精液黏稠度与液化、精液量等影响生育。

1.3 对 CP 与性功能障碍的再认识

男性性功能的维持需要具备 3 方面:正常形态的生殖器官、完整的阴茎血管系统、完善的神经和内分泌系统。而 CP 对这三方面造成影响,证据不足。但临床可以见到不少 CP 伴随性功能障碍的患者。有大样本的资料统计^[3],CP 患者中性功能障碍的患病率为 49.0%,其中早泄(premature ejaculation,

PE)占 26.4%,勃起功能障碍(erection dysfunction, ED)占 14.9%,PE 合并 ED 占 7.7%。在给予心理治疗后,患者的症状能得到明显的改善^[4-5]。因此,笔者认为 CP 伴随的性功能障碍主要是患者的心理问题造成的。CP 患者普遍存在着心理障碍,表现为焦虑、抑郁、自卑、精力减退、疲乏、多疑、恐性病、失眠多梦、射精疼、早泄等症状^[6-7]。笔者推测可能有以下原因:CP 患者伴有会阴部不适、睾丸疼痛、阴茎不适等症状,加之认识上的误区,造成心理压力,而致性功能障碍。

2 对 CP 诊断的再认识

2.1 对 EPS 价值的再认识

传统上以 EPS 中白细胞的数量作为前列腺炎的诊断和疗效评价的主要指标,但临床中常可以见到 EPS 中无白细胞或白细胞很少的患者却表现出严重的症状;相反,部分无明显症状的患者中,EPS 中存在大量白细胞甚至脓细胞。大量的研究也表明,EPS 中的白细胞数与症状的严重程度不一致^[8-10]。笔者考虑可能有以下原因:(1)四杯法和二杯法由于程序繁琐,在临床上应用较少,多是直接 EPS 涂片;(2)前列腺液中的病原体、白细胞或脓细胞不仅仅来自前列腺,有可能来自尿道;(3)细菌、病毒培养阳性,并不代表感染,有的是属于人体正常菌群或条件致病菌。临床上根据 EPS 培养阳性,并通过药敏试验,选择相应的抗生素,虽然治疗后复查 EPS 培养阴性,但临床症状却无改变,这也从另一方面证明 EPS 检查的不足。因此,笔者认为,EPS 检查只能作为 CP 诊断和疗效评判的参考指标,而不能作为绝对指征。

2.2 对 CP 诊断标准的再认识

由于对 CP 的病因、发病机制及病理变化认识的局限,使得 CP 的诊断标准存在缺陷。传统上将 EPS 中白细胞 ≥ 10 个/HP 作为 CP 的诊断标准,并把白细胞计数作为疗效判定的指标之一,但 EPS 应用价值有限,临床上差异极大。因此,在临床上一定要充分考虑患者的症状、病史等全身状况,只要有尿路和/或骨盆周围疼痛不适症状,即可诊断为 CP,而 EPS 只有参考价值。

3 对美国国家卫生研究院推荐的分类(NIH 分类)的再认识

3.1 III A 型 CP

III A 型 CP 主要是根据 EPS 中的白细胞确诊。

由于 EPS 不能作为 CP 诊断的绝对指征,因此在临床中一定要结合临床症状,如骨盆区域疼痛、排尿异常,来诊断是否属于ⅢA 型前列腺炎。

3.2 ⅢB 型 CP

Ⅲ型前列腺炎又称为慢性骨盆疼痛综合征(chronic pelvic pain syndrome, CPPS),主要临床表现为骨盆区域疼痛或不适至少持续 3 个月以上,可伴有排尿和性功能症状。特别是ⅢB 型,并能没有炎症状态,易反复发作,很多患者给予抗炎、 α 受体阻滞剂、止痛药等治疗,疗效较差。

中央型腰椎间盘突出症(central lumbar intervertebral disc herniation, CLIDH)患者椎间盘向正后方突出压迫硬膜囊,可能会影响脑脊液循环,引起马尾神经充血、水肿^[11],引起疼痛。因此单纯的骨盆周围疼痛,特别是会阴、睾丸疼痛,伴有肛周紧缩坠胀、臀部、大腿内后侧疼痛不适者,要注意与 CLIDH 的鉴别,只有在合并排尿异常症状时,才能考虑为 CP。

3.3 IV 型 CP

IV 型 CP 无临床症状,仅依靠前列腺液中的白细胞而确诊。不少患者因此背上前列腺炎的包袱,反复治疗后仍有白细胞,蒙上了巨大的心理阴影,严重影响生活质量。尽管国内外学者研究发现^[3,12,13],IV 型前列腺炎的发病率高达 30% 左右,但均未跟踪随访,无法证明这 30% 左右的人群将来发展为有症状的 CP 或其他前列腺疾病的几率比另外的 70% 人群高。笔者认为对 IV 型 CP 的判断,很容易让一部分“正常人”带上 CP 的帽子,增加心理负担,影响生活质量。因此这个提法值得商榷。

4 CP 中医治疗简述

因为前列腺炎的发病机理不清,临床治疗的重点是改善症状。慢性细菌性前列腺炎须根据细菌培养结果和药物穿透前列腺的能力选择相应抗生素治疗。常用的抗生素包括磺胺类、喹诺酮类和大环类脂类等。慢性非细菌性前列腺炎可运用 α 受体阻滞剂、植物药、局部治疗、前列腺按摩、热水坐浴、局部物理治疗、精神心理治疗等,但是,整体疗效欠佳。中医药以辨证论治为原则,在治疗 CP 上积累了丰富的经验。近年来,结合现代医学理念,在辨病用药上,也取得了很好的临床疗效。

4.1 萆菟汤治疗 CP

唐容川《医经精义》指出:“男子之胞,名丹田、

名气海、名精室,以其为呼吸之根,藏精之所也”。精室包括睾丸、附睾、精囊腺、前列腺等,具有化生和储存精子的功能。由此可见,前列腺属于奇恒之腑的范畴。奇恒之腑的形态似腑,多为中空的管腔或囊性器官,而功能似脏,主藏精气而不泻。故奇恒之腑的病变也多以补虚泻实并用的方法来治疗。

萆菟汤是由南京中医药大学徐福松教授创立,徐老根据程钟龄《医学心悟》萆菟分清饮、菟丝子丸之意加减而制,由萆薢、菟丝子、车前子、五味子、乌药、益智仁、石菖蒲、煅牡蛎、茯苓、怀山药、沙苑子、泽泻等药物组成。临床上已有大量的报道,萆菟汤能显著改善和治疗 CP^[14-17]。

萆菟汤中菟丝子补肾益精,配萆薢利湿去浊;五味子收敛固涩,补肾宁心,合车前子利尿通淋,渗湿止泻;益智仁温补脾肾,固精缩尿,同乌药行气止痛,温肾散寒;煅牡蛎重镇收涩,石菖蒲开窍化湿;沙苑子补肾固精,泽泻利湿泻热;怀山药平补脾肾,兼收涩,茯苓利水渗湿,兼健脾。全方合用,补肾导浊,消补兼施,既藏且泻,亦清亦涩,正契合胞宫与精室奇恒之腑的亦脏亦腑之性,故治疗 CP 有良效。

4.2 前列倍喜胶囊治疗精液不液化

CP 不会影响精子常规参数,但可以导致精液不液化而影响生育。精液不液化约占男性不育 2.51%~42.5%^[18]。一般认为,精液不液化与前列腺分泌液化因子减少有关。笔者用苗药前列倍喜胶囊治疗精液不液化,取得了满意的临床效果。前列倍喜胶囊是由猪鬃草、王不留行、皂角刺、刺猬皮、蜈蚣提取加工制成的复方制剂,具有清利湿热,活血化瘀,利尿通淋的功效。笔者前期的临床统计显示,其治愈率可以高达 91.67%^[19]。孙祥宙等^[20]也通过多中心观察前列倍喜胶囊治疗精液不液化的疗效,报道其有效率为 66.4%,并能显著提高患者的精子密度。

当然,治疗不育症的金标准是使女方怀孕并正常分娩,即使精液不液化药物治疗无效,适时选择宫腔内人工受精(intra-uterine insemination, IUI),可达到生育目的。

4.3 四逆散加减治疗 CPPS

CPPS 类似于中医的“精浊”、“淋浊”,患者多有疼痛及排尿不适,久之则伴有焦虑、失眠等神经衰弱症状以及性功能改变,如早泄和性欲减退。该病症状复杂,病程迁延,并发症较多,且易反复发作。病机为外感湿热秽浊之邪,内由久食厚腻,酿生湿

热,加之情志气机不畅,败精瘀浊而成湿阻气滞血瘀^[21]。

四逆散出自张仲景的《伤寒论》,由柴胡、枳实、芍药、甘草 4 味中药组成。其中柴胡善于疏解肝经郁滞,为疏肝气郁滞之要药,既可疏肝气,又能引药入经;芍药性微寒,味甘酸,具有养血敛阴之效,并长于缓急止痛,又擅补肝体;配柴胡以和肝,二药刚柔相济,芍药之酸敛可缓柴胡之升散太过而无耗阴血之弊,而柴胡之辛散又能解芍药酸敛之滞,互为制约,相得益彰;枳实辛散苦降,气锐力猛,既善破气,又能导滞,为破气消积除痞之要药;与柴胡为伍,一升一降,使肝气疏,壅滞达;甘草调和诸药,益脾和中,又具缓急止痛之功,芍药合甘草,酸甘化阴又能缓急止痛。诸药合用肝气疏,气血调^[22]。四逆散的方义正契合 CPSS 的病因病机。因此,笔者在临床中多运用四逆散加减治疗 CPSS,每获良效。

4.4 从大便入手治疗 CP

小便异常与 CP 密切相关,但大便异常与男科疾病之间的关系仍未受到重视。有研究表明慢性前列腺炎可引起大便稀频、干燥或干稀交替,通过对慢性前列腺炎的治疗能改善大便症状。推测可能是充血肿大的前列腺对直肠造成压迫,出现肠蠕动减慢、排便困难和大便干燥等改变^[23-24]。运用逆向思维,大便的异常也可能导致 CP 或加重其症状。在临床上通过对大便异常的辨治,也能改善 CP 的症状。

前列腺的血液供应主要来自膀胱下动脉及直肠中动脉,局部炎症反应时容易相互影响。肠道既是除体表外隔绝外环境的主要屏障,又是体内最大的细菌储源,肠道细菌或内毒素易位进入淋巴或直接流入肝而成为炎症反应的启动者。便秘时粪便在肠道内滞留时间延长,肠黏膜吸收的大量有害物质通过血供系统影响前列腺,引起炎症反应。另外,便秘时粪块压迫肠壁和前列腺体,导致腺管管腔狭窄和尿道狭窄,引起腺液引流不畅,腺管阻塞、肿胀,尿道内压力增高,局部微循环障碍,日久导致纤维组织增生、变硬。尽管迄今没有发现结肠与前列腺之间存在直接交流通道,但邻近器官之间的“直接浸润”存在着很大的可能性,这可以从直肠给药或中药灌肠治疗的疗效得到佐证。直肠给药或中药灌肠是目前临床治疗 CP 的常用方法之一,且有很好的临床效果。临床上从大肠入手、以通下为法治疗男科疾病(包括 CP、精囊炎),也能取得显著

效果^[24]。

4.5 排精治疗 CP

前列腺每天分泌约 2 ml 的前列腺液。分泌的前列腺液如果不能通过正常的性生活排泄,虽然一部分可以经过机体局部的分解吸收代谢掉,但不能及时被代谢掉的一部分很容易瘀积,造成局部封闭环境内的无菌性炎症,进而刺激尿道,影响正常排尿,产生各种临床症状。

CP 患者多因前列腺液瘀积,引起前列腺的慢性充血和非特异性的炎症,致腺泡和腺管形成炎症、梗阻,分泌物郁积,引流不畅,日久导致纤维组织增生,而致使反复发作,顽固难愈^[25]。而规律性排精可以及时排空前列腺腺泡和腺管,降低局部有害代谢产物的瘀积,减少了因局部组织的刺激而致的组织水肿和代谢紊乱,促进前列腺血液循环,相当于外科化脓性病变的切开引流^[26]。程勇^[27]观察前列倍喜胶囊配合规律排精治疗Ⅲ型前列腺炎的疗效,发现其治疗效果显著优于单纯运用前列倍喜胶囊($P<0.05$)。过去认为性生活频繁会加重前列腺负担,但目前没有任何证据证明,性生活会导致前列腺充血增加。甚至没有证据表明,CP/CPSS 是充血性还是缺血性改变。

5 对 CP 疗效评判标准的再认识

现行的 CP 疗效标准仍需从临床症状和 EPS 的炎症证据两方面进行考量。但在临床上,许多 CP 患者经过治疗后,尿路症状、心理状态及全身状况获得很大改善,但 EPS 中发现仍有白细胞、脓细胞或病原体,甚至不减反增,给患者又造成了巨大的心理压力。其实 CP 造成腺管阻塞,EPS 瘀滞,治疗后,腺管打通,瘀积的 EPS 被排出,可能出现 EPS 异常。因此,笔者认为,EPS 作为诊断和疗效评判标准,价值有限,值得商榷。而以临床症状的改善作为疗效标准,更符合临床实际。

6 总结与展望

现代医学模式已经逐渐由生物医学模式转变成生物—心理—社会医学模式。医学模式的转变在男科学中体现的更加淋漓尽致。无论是医生还是患者,都更加关注疾病所带来的疾病以外其他方面的影响,如疾病对患者生活方式、饮食制度、夫妻感情和工作状态的影响,以及这些因素在疾病发生、发展和康复过程中的作用。伴随着这种医学模

式的转变,产生了一系列新的矛盾,男科医生是不能脱离社会而超然世外的,必将被推到矛盾顶峰,并被要求做出积极回应^[28]。

CP 的病因十分复杂^[29]。传统的病因学研究多集中在前列腺及其病原体的感染和炎症过程,但对诸多问题的解释却遭遇困境。CP 的治疗方法虽然众多,但多是经验性的治疗,与循证医学的要求相距甚远,治疗结果并不令人满意,目前尚缺乏统一、规范的治疗方案^[30]。由于可能存在多种病因和发病机制,因此在选择治疗方法时多倾向根据病情及个体化原则,选择综合治疗措施,并以简单易行为首选,尽量避免有创伤的方法^[31]。治疗应以改善临床症状,提高生活质量为目的。对 CP 的病因有待于进一步研究,其特异性的治疗也还有待于进一步研究与规范。

参 考 文 献

- [1] Krieger JN, Lee SW, Jeon J, et al. Epidemiology of prostatitis [J]. Int J Antimicrob Agents, 2008, 31 (Suppl 1): 85-90.
- [2] Krieger JN, Riley DE, Cheah PY, et al. Epidemiology of prostatitis: new evidence for a world-wide problem [J]. World J Urol, 2003, 2:70-74.
- [3] 李宏军,许蓬,刘军生,等. 男性不育患者慢性前列腺炎的发病调查及其对生育的影响[J]. 中华医学杂志, 2004, 84(5): 369-371.
- [4] 梁朝朝,张学军,郝宗耀,等. 慢性前列腺炎与性功能障碍的调查分析[J]. 中华男科学杂志, 2004, 10(6): 434-436.
- [5] 张建国,王艳丽,李静,等. 慢性前列腺炎相关的性功能障碍及心理治疗[J]. 中华男科学杂志, 2005, 11(9): 658-660.
- [6] 邓敏,赵洪福. 心理干预在慢性前列腺炎伴性功能障碍治疗中的作用[J]. 中国性科学, 2011, 20(5): 56-58.
- [7] Berghuis JP, Heiman JR, Rothman I, et al. Psychological and physical factors involved in chronic idiopathic prostatitis [J]. J Psychosom Res, 1996, 41 (4): 313-325.
- [8] 武立新,梁朝朝,唐智国,等. 前列腺液白细胞计数与临床症状的相关分析[J]. 中华泌尿外科杂志, 2006, 27(3): 194-196.
- [9] 刘雅峰,邓春华,孙详宙,等. 前列腺液白细胞计数与慢性前列腺炎症状严重程度的关系分析[J]. 临床泌尿外科杂志, 2007, 22(2): 132-133.
- [10] Schaeffer AJ, Knauss JS, Landis JR, 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): 1048-1053.
- [11] 金保方,张新东,黄宇烽,等. 早泄与中央型腰椎间盘突出相关性的初步研究[J]. 中华男科学杂志, 2009, 15(3): 244-247.
- [12] 王尉,胡卫列,吕军,等. 慢性 IV 型前列腺炎患者血 PSA 的变化[J]. 临床泌尿外科杂志, 2006, 21(3): 180-182.
- [13] Schaeffer A J. Classification (Traditional and National Institute of Health) and demographics of prostatitis [J]. Urology, 2002, 6 (Suppl): 5-6.
- [14] 王劲松. 徐福松教授用菟丝汤治疗男性病经验[J]. 四川中医, 1996, 14(7): 8-9.
- [15] 孙建明. 菟丝汤治疗慢性前列腺炎临床观察[J]. 中华男科学, 2002, 8(4): 312.
- [16] 徐福松. 菟丝汤[J]. 江苏中医药, 2007, 29(7): 10.
- [17] 孙大林,高永金,薛宇阳,等. 金保方教授运用菟丝汤治疗泌尿生殖系疾病验案 5 则[J]. 新中医, 2011, 43(6): 172-174.
- [18] 罗丽兰. 不孕不育 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 516-560.
- [19] 张新东,金保方,周玉春,等. 前列倍喜胶囊治疗精液不液化 180 例临床研究 [J]. 中华男科学杂志, 2009, 15(7): 665-668.
- [20] 孙祥宙,杨槐,高勇,等. 前列倍喜胶囊治疗精液不液化的多中心临床观察[J]. 中华医学杂志, 2011, 91(16): 1100-1103.
- [21] 金保方,黄宇烽,杨晓玉,等. 加味枸橼汤治疗慢性盆腔疼痛综合征的临床研究 [J]. 医学研究生学报, 2005, 18(8): 700-701.
- [22] 邓伶俐. 四逆散加味在男科的运用 [J]. 中医药通报, 2009, 8(1): 43-44.
- [23] 李宏军,刘军生,郭广,等. 慢性前列腺炎与大便异常浅析 [J]. 中华男科学杂志, 2002, 8(5): 338-340.
- [24] 李宏军,刘迎辉,张晓亚,等. 清泻阳明汤治疗慢性前列腺炎综合征 23 例 [J]. 中医杂志, 2007, 48(5): 470.
- [25] 李相如,金保方. 男科疾病中医诊治思路探讨 [J]. 山东中医杂志, 2010, 29(6): 363-365.
- [26] 薛宇阳,叶佳,孙大林,等. 金保方男科医案举隅及禁欲观念浅析 [J]. 吉林中医药, 2010, 30(12): 1081-1082.
- [27] 程勇. 前列倍喜胶囊配合规律排精治疗 III 型前列腺炎 198 例临床观察 [J]. 中国医药指南, 2011, 20(9): 33-34.
- [28] 黄宇烽,李宏军. 实用男科学 [M]. 北京: 科学技术出版社, 2009: 1-20.
- [29] 李宏军. 慢性前列腺炎的病因学、分类及病理 [J]. 医学新知杂志, 2006, 16: 63-65.
- [30] Liang CZ, Li HJ, Wang ZP, et al. Treatment of chronic prostatitis in Chinese men [J]. Asian J Andro, 2009, 11: 153-156.
- [31] 李宏军,李汉忠,商学军,等. α 受体阻滞剂治疗 III 型前列腺炎的效果分析 [J]. 中华泌尿外科杂志, 2006, 27: 424-427.

(收稿日期: 2012-02-19)

(本文编辑: 刘群)