

慢性前列腺炎外治法治疗进展

莫旭威 王彬 李海松 赵冰 刘洋

【摘要】 目前慢性前列腺炎的治疗已经进入中西医结合、内外兼施的综合治疗时代,外治法以其使用方便,临床疗效满意等优势在综合治疗中占有重要的地位,常用的外治法有坐浴、直肠给药、脐疗、物理疗法、前列腺注射、尿道灌注、经会阴超声等。但是,临床中外治法在前列腺炎的治疗中尚有很多误区及不规范的地方,为进一步规范外治法在慢性前列腺炎治疗中的使用,特将常用的外治方法进行详细综述,并对不同的外治方法进行综合评价。

【关键词】 慢性前列腺炎; 外治法; 直肠给药; 会阴超声

【中图分类号】 R697+33 【文献标识码】 A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2015.07.039

Review of treating chronic prostatitis with external therapy MO Xu-wei, WANG Bin, LI Hai-song, et al. Department of Andrology, Dongzhimen Hospital Affiliated to Beijing University of Chinese Medicine, 100700 Beijing, China

Corresponding author: LI Hai-song, E-mail: lihs369@sina.com

【Abstract】 Currently the treatment of chronic prostatitis has entered comprehensive treatment era. External therapy occupies an important position in comprehensive treatment because of the advantages as easy to use and better clinical curative effect. External therapies commonly include sitz bath, rectally, navel therapy, physical therapy, prostate injection, transurethral perfusion and transperineal ultrasound. However, there are some misunderstandings and non-standard operations of treating prostatitis with external therapy in clinical. This paper reviews the commonly used external therapies in detail and evaluates the different external therapies comprehensively, in order to further standardize the application of external therapy in treatment of chronic prostatitis.

【Key words】 Chronic prostatitis; External therapy; Rectal administration; Perineal ultrasound

慢性前列腺炎是成年男性最常见的泌尿生殖系良性疾病,发病率高,35%~50%的男性在一生中某个阶段受到过前列腺炎的影响。由于慢性前列腺炎发病原因复杂,发病机制未清,且临床表现多样,在以排尿异常和前列腺周围区域疼痛为主外,还有越来越明显的精神心理障碍以及个体性特异的临床表现等。因此,近年来,一些学者提出了

前列腺炎综合征的概念,即它是一种具有不同病因、不同临床表现、不同疾病进程且对治疗反应不一的临床综合征。而随着中西医对慢性前列腺炎的深入研究与临床实践,对其也有了新的认识。现代医学对慢性前列腺炎的认识从以感染为核心的美国国立卫生院的四型分类转向 UPOINT 由六个独立因子构成的表型分类系统,治疗以抗感染为核心转向个体化的综合治疗;中医从以湿热为主要病机发展为以肾虚、湿热、血瘀为病机,湿热瘀阻为病机特点,治疗则以辨证论治为核心,活血化瘀贯穿始终,内外治结合的综合治疗。因此,随着中西医对慢性前列腺炎的深入认识,都开始重视综合治疗,而外治法作为综合治疗的重要组成部分,不但可以有效的提高治疗慢性前列腺炎的临床有效率,还有其独有的特色和优势。但是,目前临床中外治法的

基金项目:北京市中医药管理局 2012 中医外治法专项(WZF2012-19);国家中医药管理局“十二五”中医药重点学科建设项目(2013-ZDXKKF-32)

作者单位:100700 北京中医药大学东直门医院男科

作者简介:莫旭威(1987-),硕士,医师。研究方向:中西医结合治疗男科疾病。E-mail: moxuwei1987@126.com

通讯作者:李海松(1960-),博士,主任医师,博士生导师。研究方向:中西医结合治疗男科疾病。E-mail: lihs369@sina.com

应用尚有很多不规范的地方,以及医生对不同的外治法缺乏客观的认识。故本文将对慢性前列腺炎的外治法进行系统性的综述,并对各个外治法进行简要的评论,望能为外治法规范的运用于慢性前列腺炎的治疗中提供借鉴。

1 中药坐浴

中药坐浴可以作用于前列腺周围区域,促进局部血液循环、缓解盆底肌肉痉挛,而且中药有效成分可以直接经会阴、肛门、直肠部皮肤黏膜、淋巴结、血管等渗透进入前列腺,增加前列腺的局部血液循环,促进炎症的吸收、消散,进而达到缓解前列腺临床症状表现的作用。韩立杰等^[1]使用散结化瘀汤坐浴(青皮 15 g、三棱 15 g、莪术 15 g、山甲 10 g、水蛭 10 g、白芷 15 g、荷叶 30 g)治疗慢性非细菌性前列腺炎 194 例,总有效率为 91.24%。商月娥等^[2]自拟野菊花汤坐浴(野菊花 60 g、白芷 15 g、露蜂房 15 g)治疗慢性前列腺炎 80 例,总有效率为 77.5%。雒焕文^[3]使用仙灵大黄汤坐浴(淫羊藿、大黄、丝瓜络、青皮、川楝子、王不留行、丹参、红花、制乳香、制没药、牛膝、萆薢、石菖蒲)治疗慢性前列腺炎 150 例,总有效率 92%,复发率 11.59% 明显低于对照组(33.84%)。张智勇等^[4]使用通淋坐浴汤(蒲公英 30 g、紫花地丁 30 g、土茯苓 30 g、红藤 30 g、三棱 10 g、莪术 10 g、丹参 10 g、白花蛇舌草 30 g、皂角刺 10 g)治疗ⅢB 型前列腺炎综合征 37 例,总有效率为 78.4%。

评:坐浴方便易操作,能够很好的缓解前列腺炎相关症状表现,是临床中使用普遍,患者易接受并可自行操作的一种方法。如果中药坐浴不方便,温水坐浴也可以起到很好的辅助作用。但是,坐浴主要适用于以会阴、小腹等前列腺周围区域疼痛不适的慢性前列腺炎患者。另外,还需要注意:温度不宜过高,以不超过 45℃ 为宜;另外睾丸产生精子的功能对温度很敏感,阴囊局部温度升高可以导致睾丸生精功能下降甚至不育,因此有生育要求者不宜坐浴,或者坐浴时将阴囊抬起。

2 直肠给药

直肠给药对于缓解慢性前列腺炎的症状有较好的疗效,临床上使用普遍。直肠静脉与膀胱前列腺静脉丛之间有 2~6 条较小的痔生殖静脉,这些静脉能够将直肠静脉的血液单向地运送到泌尿生殖

静脉丛。药物经直肠黏膜吸收,通过直肠上静脉进入肝门静脉,循环全身;可以经过中、下直肠静脉进入髂内静脉,汇入髂总静脉,进入大循环;还可以经过痔生殖静脉交通支,到达前列腺周围的泌尿生殖静脉。通过上述途径,药物可以到达前列腺周围,从而发挥局部治疗作用。

2.1 栓剂纳肛

陈曹君等^[5]将 62 例Ⅲ型慢性前列腺炎患者随机分为两组,A 组双氯芬酸钠栓剂纳肛治疗,B 组安慰剂纳肛治疗,疗程 3 周。结果:A 组有效率为 86.1%,明显高于对照组,可以明显缓解患者疼痛类症状。高文君等^[6]将以疼痛为主诉的Ⅲ型前列腺炎患者随机分为治疗组 48 例和对照组 44 例,治疗组口服美辛栓剂纳肛治疗,对照组口服特拉唑嗪片。结果:总有效率为 83.3%,在缓解前列腺炎疼痛类症状方面较对照组有明显优势。徐罡等^[7]将 72 例慢性前列腺炎患者随机分为两组,治疗组 36 例,前列安栓纳肛,睡前 1 粒,疗程 3 个月;对照组 36 例,前列安栓模拟剂纳肛,睡前 1 粒,治疗 3 个月。结果:总有效率 68.6%,可以有效的缓解前列腺炎患者疼痛程度及尿频程度。李宁忱等^[8]将 125 例慢性前列腺炎患者随机分为治疗组和对照组,治疗组 65 例,前列安栓纳肛,睡前 1 粒,疗程 1 个月;对照组 60 例,前列安栓模拟剂纳肛,睡前 1 粒,疗程 1 个月。结果:总有效率 71.9%,前列安栓治疗慢性前列腺炎效果明显,其是对于前列腺疼痛类症状明显优于对照组。

评:痔生殖静脉位于肠静脉与膀胱前列腺静脉丛之间,近年来发现其共有 2~6 条,痔生殖静脉的发现为直肠用药治疗慢性前列腺炎提供了科学依据。林成仁等^[9]对前列安栓在大鼠体内的药代动力学进行研究,采用同位素示踪法进行药物标记。研究结果显示,直肠能够将前列安栓迅速吸收,很快到达前列腺部位,积聚于前列腺中,证实了直肠用药治疗前列腺炎的科学性。栓剂纳肛治疗前列腺炎可以保证药物有效成分被迅速吸收并直达前列腺发挥治疗作用。其临床有效率高,可以明显缓解前列腺炎排尿异常及疼痛类症状,而且使用方便,副作用发生率低,常见的为腹泻等,患者易于接受,依从性好。因此,该方法是临床普及较广,医生认可度高且最常用的一种治疗慢性前列腺炎的外治方法。

2.2 中药保留灌肠

路世亮等^[10]使用中药保留灌肠(丹参 10 g、香

附 9 g、赤芍 9 g、乳香 8 g、没药 8 g、紫草 30 g、败酱草 15 g、红花 9 g、苦参 20 g) 治疗慢性前列腺炎 100 例, 每天 1 次, 7 天为一疗程, 共两个疗程, 总有效率为 86%。李秀^[11]使用中药保留灌肠(蒲公英 30 g、紫花地丁 30 g、白花蛇舌草 30 g、石韦 20 g、皂角刺 12 g、穿山甲 9 g、土茯苓 30 g) 治疗前列腺炎 118 例, 每晚灌肠 1 次, 14 天为 1 个疗程, 总有效率为 98%。周仕铁等^[12]使用五味消毒饮加减灌肠(金银花、蒲公英、野菊花、紫花地丁、败酱草、土茯苓各 20 g、赤芍 25 g、大黄 15 g) 治疗前列腺炎综合征 30 例, 每天灌肠 1 次, 15 天为 1 个疗程, 共 2 个疗程。总有效率为 86.67%。刘建平^[13]使用中药灌肠(红藤、败酱草、虎杖、三棱、乳香、没药、蒲公英、红花、王不留行、泽兰等) 治疗慢性细菌性前列腺炎 45 例, 每天 1 次, 10 天为一个疗程, 总有效率为 71.11%。

评: 药物保留灌肠能够发挥局部用药效应、直肠透析功能、降低药物对肝脏的影响等, 临床使用普遍, 甚至包括危急重症等疾病。但是中药保留灌肠需要将中药煎汤导入直肠内, 保留 30 分钟~2 小时, 操作复杂不便, 且保留时间较长, 需要每天 1 次, 因此对于慢性前列腺炎这种门诊疾病患者不易接受, 且普遍存在患者不易耐受的问题。另外中药保留灌肠用于治疗慢性前列腺炎尚缺乏规范的大型多中心随机对照的临床研究验证, 医生认可度低, 不适用于临床推广。

3 脐疗

脐疗就是在脐部使用药物或艾灸、热熨等方法治疗疾病的方法。肚脐中央为神阙穴, 又称脐中穴, 与脏腑经络关系十分密切。隶属于阴脉之海任脉, 任脉与督脉相表里; 同时, 神阙穴也是经脉之海冲脉循行之所, 与百脉相通。五脏六腑的病变都可以影响到脐。脐部血管主要有胸腹壁静脉、腹壁上动脉、腹壁下静脉、腹壁浅动脉以及脐周围的脐周静脉网等。因此, 脐部血管丰富, 分布特殊, 血液供养丰富, 具有迅速吸收的能力。因此, 脐部局部用药, 能够快速吸收, 增强机体的免疫力和抗病能力, 达到强身健体、防病治病之目的。孙增才等^[14]运用中药前列腺康散(淫羊藿、石韦、苦参、川牛膝、煅牡蛎各等份, 共研细粉备用) 治疗慢性前列腺炎 45 例, 使用伤湿膏外敷脐部, 隔日换药 1 次, 14 天为 1 个疗程, 总有效率为 93.3%。李海松等^[15]使用丁桂散敷脐(丁香和肉桂按 3:10 的比例组方, 用醋将

其调制为药丸放在神阙穴, 外盖一次性医用敷料) 治疗慢性前列腺炎气滞血瘀证 48 例, 每晚换药 1 次, 4 周为 1 个疗程, 总有效率为 81.2%。王新果等^[16]使用丁桂贴(丁香和肉桂, 细磨用醋调和, 贴肚脐) 治疗Ⅲ型前列腺炎 30 例, 2~5 小时/次, 3 次/周, 治疗 8 周, 总有效率为 63.3%。

评: 脐疗治疗慢性前列腺炎有较好的疗效, 尤其对慢性前列腺炎小腹等部位的疼痛有明显优势, 脐部给药容易吸收, 不经过消化系统, 避免了对消化道的刺激。另外, 脐疗操作简便, 患者易于接受, 耐受性好, 临床普及度高。但是, 需要注意的是, 使用时注意观察局部过敏等不良反应, 可使用防过敏敷料、减少贴敷时间、采用刺激性较小的调和剂等方式降低不良反应的发生。

4 物理疗法—热疗

物理治疗是应用自然界及人工制造的各种物理因素作用于人体以治疗和预防疾病的一门科学, 简称理疗。利用这些物理因素对人体的影响, 可通过神经、体液系统途径引起应答性反射而产生效应, 调节人体局部和全身状态、转化病理生理, 消除病因及促进机体康复^[17]。物理疗法是治疗慢性前列腺炎的一种辅助疗法, 近年来进展迅速, 其中以物理热疗最多, 研究进展最快。张勇等^[18]采用 CRS-2280E 型体外短波电容场热疗系统前列腺热疗仪, 治疗慢性前列腺炎 38 例, 治疗部位为耻骨上脐下区, 治疗仪器频率 13.56 MHz, 隔日 1 次, 60 分钟/次, 7 次为 1 个疗程。显著缓解患者疼痛症状(15.9 ± 1.7 VS 8.2 ± 2.0 , $P < 0.01$)。沈敏浩等^[19]用 EFHS-300 内生场热疗系统治疗慢性前列腺炎 120 例, 工作频率 13.56 MHz, 治疗温度控制在 $40 \sim 42^\circ\text{C}$ 。治疗时间 1 小时/次, 隔日一次, 5 次为一个疗程, 总有效率达 77.5%。黄小庆等^[20]采用 ZD-2001 体外电场热疗机(山东威海众恒医疗设备有限公司生产) 治疗慢性前列腺炎 40 例, 工作频率 13.56 MHz, 最大输出功率 400 W, 维持输出功率 70%~90% 之间, 温度相当于 $38 \sim 41^\circ\text{C}$, 行前列腺部位照射, 每次 1 小时, 隔日一次, 总有效率为 70%。赖胡钦等^[21]使用 HG-2000P 体外高频热疗系统治疗慢性前列腺炎 43 例, 由珠海市和佳医疗设备有限公司生产, 最大输出功率 600 W, 工作频率 13.56 Hz, 每天 1 次, 每次 40 分钟, 连续 5 天 1 疗程, 总有效率为 74.4%。

评:热疗主要利用多种物理手段所产生的热力作用,加速前列腺组织局部血液循环,增加新陈代谢,促进消炎和消除组织水肿,消除盆底肌肉痉挛等。短期内虽有一定的缓解症状作用,但尚缺乏长期的随访资料及循证医学证据^[22]。而且热疗的温度控制非常重要,容易出现温度过高而致医源性损伤,因此,对于未婚及未生育者不推荐。另外,药物治疗仍然是治疗慢性前列腺炎的首选方法,热疗只能作为治疗慢性前列腺炎的辅助疗法,且不可滥用。

5 前列腺注射

慢性前列腺炎病因病机复杂、症状多样、治疗棘手,口服、肌注、静脉滴注等给药方式治疗前列腺炎均未取得理想的效果。因此,普遍认为前列腺药物透过性低是造成前列腺炎成为男性人体最难治疗甚至不可治愈的主要因素^[23]。于是,就出现了前列腺局部注射这一特殊的治疗方法,以期解决前列腺药物不易透过的问题。张杰等^[24]使用前列腺局部注射治疗 40 例难治性慢性前列腺炎患者,先将患者前列腺液进行细菌培养和药敏试验,然后选择敏感抗生素,加入地塞米松和利多卡因的混合液中,经会阴前列腺包膜下注射,7 天注射 1 次,4 次为 1 个疗程,疗程 1 个月,总有效率为 92.5%。庞建平^[25]经会阴前列腺包膜内注射抗生素溶液治疗慢性前列腺炎 36 例,5 天 1 次,6 次为 1 个疗程,总有效率为 94.4%。陈孝彬等^[26]对细菌培养阳性患者均采取药敏结果选择相应治疗量抗生素。其余根据经验选取治疗量干扰素针剂,配合地塞米松 5 mg、2% 利多卡因针 5 mL、0.9% 生理盐水 10 mL 组成 15 mL 针剂,经会阴前列腺内注射,6 次为 1 个疗程,隔日注射 1 次,治疗 2 个疗程,总有效率为 91.01%。程军平等^[27]应用药物根据药敏选用丁胺卡那霉素 4.0 mL 或氧氟沙星 6.0 mL 等敏感抗生素、醋酸强地松龙 5.0 mL、2% 利多卡因 8.0 mL 混合液,经直肠前列腺内注射治疗慢性前列腺炎 51 例,每 10 天治疗 1 次、3 次为 1 个疗程。总有效率为 98.04%。

评:近年来的研究结果显示^[28-31],动物及人类正常前列腺和炎症前列腺对于绝大多数抗菌药物可具有良好的透过性,抗菌药物与非抗菌药物经过口服、肌肉注射、静脉注射及局部吸收等方式都可被吸收到宿主血液内,然后随血液循环到达前列腺,最后通过毛细血管壁进入血管外组织。因此,

前列腺的药物透过性并不是前列腺炎难治的根本原因,对慢性前列腺炎病因、病机、病理的正确认识才是提高临床有效率的根本方法。另外,由明确感染因素导致的慢性前列腺炎不到 10%,因此近年来治疗慢性前列腺炎的思路已经从以抗感染为主转变为现在的个体化的综合治疗。另外,前列腺局部注射可能产生出血、感染、纤维化或增生结节等并发症,操作存在风险,所以患者也不太易于接受。因此,综合现代研究及临床实践,前列腺局部注射并不适合作为慢性前列腺炎的常规疗法。

6 尿道灌注

前列腺管与尿道成直角或斜行进入尿道,这种生理解剖结构导致腺体引流不便,而且容易导致尿道细菌进入腺体;当前列腺有炎症时,常用的抗菌药物不易进入前列腺,如果前列腺组织的病灶周围出现纤维化,药物就更加难以向病灶内扩散。由于人们对前列腺炎以上生理解剖及病理特点的认识,尿道灌注也成为很多医生治疗前列腺炎的特殊疗法。何明卫等^[32]使用 2% 利多卡因 5 mL+0.9% 氯化钠 5 mL 用 10 mL 注射器去针头经尿道口灌入尿道,轻揉阴茎将药液推入后尿道并使用阴茎夹保留 15~20 分钟后排出;再灌入尿道左氧氟沙星液 10 mL 保留 15~20 分钟后排出。治疗慢性前列腺炎 60 例,疗程 2 周,临床治愈率为 85%。王岩斌等^[33]采用双囊三腔管尿道灌注(灌注液配制:将硫酸阿米卡星注射液 0.4 g、2% 利多卡因注射液 5 mL 及地塞米松注射液 5 mg 一同吸入注射器中,加入无菌注射用水,配成 30 mL 药液)治疗慢性前列腺炎 35 例,总有效率为 80.0%。曾俊^[34]使用尿道灌注(灌注液:阿托品 0.5 mg、糜蛋白酶 2000U、1% 利多卡因 5 mL、地塞米松 2.5 mg。非特异细菌性者或淋菌性者均加用头孢曲松 0.25 g、滴虫性者加用甲硝唑 0.25 g、衣(支)原体感染加用环丙沙星 20 mg)治疗慢性前列腺炎 120 例,总有效率达 89.2%。

评:大量研究证实^[28-31]前列腺的药物透过性并不是造成前列腺炎难治的根本原因,而且抗菌药物与非抗菌药物通过口服等方式完全可以达到有效的作用浓度。此外,尿道灌注属于侵入性操作,由于男性尿道长及生理性狭窄的存在,很容易导致尿道损伤等并发症,而且尿道灌注需要将灌注液保留约 20 分钟,容易导致尿道刺激反应,因此患者普遍难于接受。而且,目前尿道灌注治疗慢性前列腺炎

的文献大多为病例报道,尚缺乏科学的随机对照研究,其有效性和安全性还需要进一步的验证,所以,尿道灌注也不适合作为前列腺炎的常规疗法。

7 经会阴超声

超声治疗是超声医学的重要组成部分,广泛的应用于临床疾病的治疗。超声治疗主要利用了超声波与机体的各种生物效应,如热效应、机械效应和空化效应等。通过这些效应,可以起到增强血液循环,加强代谢,改善局部组织营养,增强酶的活力,降低肌肉和结缔组织张力,缓解痉挛,减轻疼痛,降低感觉神经兴奋的作用^[35]。超声治疗用于慢性前列腺炎近年来逐步增多,使用较多的为超声理疗经直肠作用于前列腺,虽然临床报道较多,并取得较好的疗效^[36-39],但由于其侵入性,操作不便,治疗时间长,患者普遍接受度低。而经会阴超声治疗慢性前列腺炎由于其非侵入性的特点,很好的在临床中得到推广。李海松等^[40]采用随机、双盲、多中心试验设计,使用经会阴超声治疗仪治疗慢性前列腺炎 96 例,隔日治疗 1 次,每次 10 分钟,治疗 2 周,共 7 次。总有效率为 70.83%,尤其是可以显著减少疼痛频率、缓解疼痛程度。王传航等^[41]使用经会阴超声治疗仪(型号:GR-QLX;由北京国瑞辉煌医疗器械有限责任公司生产并提供),超声波采用连续发射的方式,频率 1.79 MHz,功率 3.15 W,探头直径约 4 cm,治疗慢性前列腺炎 48 例,隔日治疗 1 次,每次 10 分钟,治疗 2 周,共 7 次,总有效率为 83.33%。

评:临床研究显示经会阴超声治疗仪可以有效的缓解慢性前列腺炎的症状,尤其是慢性前列腺炎会阴、小腹、睾丸等部位疼痛不适的症状,因此,该外治方法更适合于前列腺痛的患者,临床使用要严格掌握适应症。另外,经会阴的方式较之经直肠步骤更为简洁,不用嘱患者排空大便,操作时也不会给患者带来疼痛胀满、便意难忍等不适,减轻了精神的压力和肉体的痛苦,也避免了直肠微细血管破裂出血等并发症。因此,由于其非侵入性、操作简便、治疗时间适中,患者更容易接受,适合在临床推广。

8 总结

慢性前列腺炎临床主要表现为排尿类症状和疼痛类症状,多数患者由于慢性前列腺炎病情顽

固、缠绵难愈而出现焦虑、抑郁等精神症状,而且不同患者又有其特异性的一些临床表现。因此,近年来一些专家学者提出了前列腺炎综合征的概念,即它是一种具有不同病因、不同临床表现、不同疾病进程且对治疗反应不一的临床综合征。因此,近年来随着对慢性前列腺炎的深入研究与认识,慢性前列腺炎的治疗已经进入综合治疗时代。现代医学对慢性前列腺炎的认识从以感染为核心的 NIH 四型分类转向 UPOINT 由六个独立因子构成的表型分类系统,治疗以抗感染为核心转向个体化的综合治疗。而中医学也从以湿热为主转变为湿热、血瘀、肝郁等合并存在的病机特点,治疗则以辨证论治为核心,活血化瘀贯穿始终,内外治结合的综合治疗。外治法作为慢性前列腺炎综合治疗的一部分发挥了重要的作用,坐浴、栓剂、脐疗等外治法以其操作方便、疗效显著而被广大患者接受,并在临床广泛推广。但是,由于临床中慢性前列腺炎的诊疗尚有很多不规范的地方,外治法被不规范的使用、过度滥用的情况普遍存在。因此,亟需进一步客观评估慢性前列腺炎外治法的疗效及临床可推广性,规范慢性前列腺炎外治法的临床适应症,避免过度诊疗,降低医疗成本。

参 考 文 献

- [1] 韩立杰,张玉美,蒲红梅,等. 散结化瘀汤坐浴治疗慢性非细菌性前列腺炎的临床研究[J]. 光明中医, 2007, 22(11): 59-60.
- [2] 商月娥,冯中贤,王建一,等. 自拟野菊花汤坐浴治疗慢性前列腺炎 80 例疗效分析[J]. 河北中医药学报, 2009, 24(4): 28-28.
- [3] 雒焕文. 仙灵大黄汤坐浴治疗慢性前列腺炎[J]. 中国实验方剂学杂志, 2012, 18(12): 289-290.
- [4] 张智勇,徐晓峰,李楠,等. 通淋坐浴汤治疗ⅢB型前列腺炎综合征的临床观察[J]. 湖北中医杂志, 2009, 31(9): 49-49.
- [5] 陈曹君,张玲. 双氯芬酸钠栓治疗Ⅲ型慢性前列腺炎的疗效与安全性[J]. 医药前沿, 2013, 25(9): 67-67.
- [6] 高文君,郑慧娟,叶纯华,等. 吡啶美辛栓缓解Ⅲ型前列腺炎患者疼痛症状的初步观察[J]. 浙江临床医学, 2007, 9(5): 607-608.
- [7] 徐罡,鲁军,唐孝达,等. 前列安栓治疗慢性前列腺炎:多中心双盲随机安慰剂对照试验[J]. 中华泌尿外科杂志, 2002, 23(5): 296-298.
- [8] 李宁忱,张凯,肖何,等. 前列安栓治疗慢性前列腺炎的安全性和有效性:随机双盲安慰剂对照试验[J]. 中华泌尿外科杂志, 2003, 24(11): 780-783.
- [9] 林成仁,王敏,刘建勋. 前列安栓在大鼠体内的药代动力学研究[J]. 中华男科学, 2000, 6(2): 107-110.
- [10] 路世亮,李霞丽,原冬亚,等. 中药保留灌肠治疗慢性前列腺

- 炎 100 例[J]. 中国医疗前沿, 2010, 5(1): 27.
- [11] 李秀. 中药保留灌肠治疗前列腺炎的疗效观察及护理[J]. 按摩与康复医学(中旬刊), 2012, 03(8): 158-159.
- [12] 周仕铁, 王林, 熊国斌, 等. 五味消毒饮加灌肠治疗前列腺炎综合征 30 例疗效观察[J]. 四川中医, 2006, 24(6): 50-51.
- [13] 刘建平, 姚先明, 彭映全, 等. 超声理疗及中药灌肠治疗慢性细菌性前列腺炎 157 例疗效分析[J]. 中国男科学杂志, 2003, 17(3): 203.
- [14] 孙增才, 张会云, 田显林, 等. 中药外敷治疗慢性前列腺炎 45 例[J]. 河南中医, 2006, 26(7): 24.
- [15] 李海松, 李曰庆, 刘福鼎, 等. 脐疗联合栓剂治疗Ⅲ型前列腺炎气滞血瘀证 48 例临床观察[J]. 北京中医药大学学报(中医临床版), 2010, 17(4): 5-7.
- [16] 王新果, 魏冬梅. 丁桂贴联合盐酸特拉唑嗪治疗Ⅲ型前列腺炎的临床研究[J]. 中国社区医师(医学专业), 2013, 15(5): 94-95.
- [17] 余瑾, 张宏. 物理疗法与中医外治法[J]. 现代康复, 2001, 5(21): 18-19, 28.
- [18] 张勇, 孙凤岭, 臧桐, 等. 药物联合局部热疗治疗慢性前列腺炎疼痛症状的疗效(附 76 例报告)[J]. 中华男科学杂志, 2008, 14(5): 451-453.
- [19] 沈敏浩, 陈群, 严志强, 等. 内生场热疗系统治疗慢性前列腺炎疗效分析[J]. 中国男科学杂志, 2003, 17(4): 272-273.
- [20] 黄小庆, 龙云, 成亚平, 等. 体外电场热疗联合药物治疗慢性前列腺炎疗效观察[J]. 中国男科学杂志, 2009, 23(5): 57-59.
- [21] 赖胡钦, 林新月. 体外高频热疗治疗慢性前列腺炎疗效观察[J]. 岭南皮肤性病科杂志, 2005, 12(4): 317-318.
- [22] 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.
- [23] Charalabopoulos K, Karachalios G, Baltogiannis D, et al. Penetration of antimicrobial agents into prostate [J]. Chemotherapy, 2003, 49(6): 269-279.
- [24] 张杰, 杨吉伟, 何上进, 等. 经会阴前列腺包膜下穿刺治疗慢性前列腺炎[J]. 中华男科学杂志, 2004, 10(11): 830-831, 835.
- [25] 庞建平. 局部注射配合中药治疗慢性前列腺炎 36 例[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2003, 9(6): 439-440.
- [26] 陈孝彬, 杨睿, 云凌, 等. 前列腺注射对慢性前列腺炎的疗效评价附 756 例报告[J]. 昆明医学院学报, 2012, (S1): 292-293.
- [27] 程军平, 戴景兴, 刘永谦, 等. 前列腺解剖位置观察及经直肠局部药物注射治疗慢性前列腺炎临床分析[J]. 第一军医大学学报, 2003, 23(6): 633-635.
- [28] 王和, 陈峥宏, 朱以勇, 等. 万古霉素对细菌性前列腺炎及良性前列腺增生合并细菌性前列腺炎大鼠的前列腺透过性及其治疗效果研究[J]. 中华男科学杂志, 2006, 12(6): 490-495.
- [29] 吴晓娟, 王和. 四环素抑制大鼠细菌性前列腺炎组织中金黄色葡萄球菌生长[J]. 基础医学与临床, 2007, 27(9): 1033-1037.
- [30] 王和, 李章春, 罗振华, 等. 大鼠慢性细菌性前列腺炎模型的制备及其阿米卡星透过性研究[J]. 中华男科学杂志, 2008, 14(7): 583-589.
- [31] 王和. 人类前列腺药物透过性和前列腺炎的病原学诊断与治疗[J]. 中华男科学杂志, 2012, 18(9): 771-776.
- [32] 何明卫, 高江原, 栾兴玉, 等. 尿道灌注治疗慢性前列腺炎的疗效分析[J]. 河北医学, 2012, 18(6): 751-754.
- [33] 王岩斌, 胡朝晖, 周亮, 等. 双囊三腔管尿道灌注配合中药灌肠治疗慢性前列腺炎 35 例临床观察[J]. 湖南中医学院学报, 2003, 23(3): 45-46.
- [34] 曾俊. 药物尿道灌注治疗慢性前列腺炎 120 例[J]. 长江大学学报(自然科学版), 2005, 2(6): 162-163.
- [35] 张志刚. 超声技术在临床治疗中的应用[J]. 医疗设备信息, 2006, 21(4): 61-62, 67.
- [36] 王高能, 张唯力, 王英俊, 等. 青藤碱联合超声理疗治疗Ⅲ型慢性前列腺炎疼痛症状的临床研究[J]. 中国男科学杂志, 2011, 25(3): 10-12, 17.
- [37] 肖琳, 祝海洲. Ⅲ型前列腺炎高能超声聚焦刀治疗后前列腺液 TNF- α 水平的变化[J]. 济宁医学院学报, 2012, 35(5): 380.
- [38] 王高能, 童宪楼, 朱彦, 等. 雷公藤多甙联合经直肠超声理疗治疗难治性 IIIB 型前列腺炎的临床观察[J]. 中国男科学杂志, 2013, (9): 54-55.
- [39] 黄杰, 吴绍钦, 龙向前, 等. 多功能超声仪经直肠导入药物合用中药内服治疗慢性细菌性前列腺炎的疗效观察[J]. 临床合理用药杂志, 2013, 6(18): 83-83.
- [40] 李海松, 王彬, 韩亮, 等. 经会阴超声治疗慢性前列腺炎临床研究[J]. 中华男科学杂志, 2013, 19(1): 49-53.
- [41] 王传航, 周强, 李兰群, 等. 经会阴超声治疗慢性前列腺炎临床观察[J]. 中国男科学杂志, 2011, 25(5): 52-53, 59.

(收稿日期: 2014-05-06)

(本文编辑: 蒲晓田)

· 启事 ·

本刊对来稿中缩略语的有关要求

在摘要及正文中首次出现缩略语时应注明全称。缩略语应尽量少用, 以免影响阅读的流畅性, 不超过 4 个汉字的名词不使用缩略语。已被公知公认的缩略语可以直接使用, 如 DNA、RNA、HBsAg、PCR 等。尚未被公知公认的缩略语以及原词过长、在文中多次出现者, 若为中文可于文中第一次出现时写出全称, 在圆括号内写出缩略语; 若为外文可于文中第一次出现时写出中文全称, 在圆括号内写出外文全称及其缩略语。例如: 流行性脑脊髓膜炎(流脑), 阻塞性睡眠呼吸暂停综合征(obstructive sleep apnea syndrome, OSAS)。全文缩略语以 5 个以下为宜。