

- [ 6 ] 乐 杰. 妇产科学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 269-271.
- [ 7 ] 郑筱萸. 中药新药临床指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 145-146.
- [ 9 ] 戚昕蕊, 龚小辉, 李冬华. 子宫肌瘤的流行病学研究进展[J]. 中国妇幼保健, 2014, 29(22): 3693-3695.
- [ 8 ] Arora D, Chawla J, Kochar S P S, *et al.* A randomized control trial to assess efficacy of Mifepristone in medical management of uterine fibroid[J]. *Med J Armed Forces India*, 2017, 73(3): 267-273.
- [ 9 ] 陈燕娥, 闫 雪, 钟业超, 等. 米非司酮联合桂枝茯苓对子宫肌瘤的临床研究 [J]. 中国临床药理学杂志, 2016, 32(15): 1374-1377.
- [ 10 ] 张生兰, 马西文. 宫瘤消胶囊联合米非司酮治疗子宫肌瘤对患者子宫肌瘤体积及激素水平的影响[J]. 世界中医药, 2018, 13(11): 2749-2752.
- [ 11 ] 沈东成, 徐秋霞, 杜 洁, 等. 子宫肌瘤中西医结合发病机制的研究进展[J]. 中华中医药学刊, 2015, 33(5): 1110-1112.
- [ 12 ] 邢峰丽, 封若雨, 孙 芳, 等. 浅议子宫肌瘤的中医辨证分型[J]. 环球中医药, 2017, 10(7): 840-842.
- [ 13 ] Courtoy G E, Donnez J, Marbaix E, *et al.* Progesterone receptor isoforms, nuclear corepressor-1 and steroid receptor coactivator-1 and B-cell lymphoma 2 and Akt and Akt phosphorylation status in uterine myomas after ulipristal acetate treatment: a systematic immunohistochemical evaluation[J]. *Gynecol Obstet Invest*, 2018, 83(5): 443-454.
- [ 14 ] 陈慧莉, 邱 慧. ER、IGF-1 在子宫肌瘤中的表达情况分析[J]. 中国妇幼保健, 2016, 31(20): 4284-4286.
- [ 15 ] Zhang Y, Guo S, Fang J, *et al.* Tanshinone II A inhibits cell proliferation and tumor growth by downregulating STAT3 in human gastric cancer [ J ]. *Exp Ther Med*, 2018, 16(4): 2931-2937.
- [ 16 ] 刘 磊, 张光霁, 楼招欢, 等. 丹参有效成分防治恶性肿瘤作用机制的研究进展[J]. 中华中医药杂志, 2018, 33(6): 2472-2475.

## 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

屈 涛, 张 华, 陈建设\*  
(河南省中医院, 河南 郑州 450002)

**摘要:** 目的 观察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。方法 160 例患者随机分为对照组和观察组, 每组 80 例, 对照组给予前列舒通胶囊, 观察组在对照组基础上加用前列康灌肠汤, 疗程 20 d。检测临床疗效、复发率、临床症状评分、血清及前列腺液炎症因子 (TNF- $\alpha$ 、IFN- $\gamma$ 、IL-1 $\beta$ 、IL-8)、血液流变学指标 (HBV、MBV、LBV、RV) 变化。结果 观察组总有效率高于对照组 ( $P < 0.05$ ), 复发率更低 ( $P < 0.05$ )。治疗后, 2 组临床症状评分、血清及前列腺液炎症因子、血液流变学指标降低 ( $P < 0.05$ ), 以观察组更明显 ( $P < 0.05$ )。结论 前列舒通胶囊联合前列康灌肠汤可有效改善湿热瘀阻型Ⅲ型慢性前列腺炎患者临床症状, 复发率低。

**关键词:** 前列舒通胶囊; 前列康灌肠汤; Ⅲ型慢性前列腺炎; 湿热瘀阻

中图分类号: R287

文献标志码: A

文章编号: 1001-1528(2020)05-1199-05

doi: 10. 3969/j.issn.1001-1528. 2020. 05. 018

## Clinical effects of Qianlie Shutong Capsules combined with Qianliekang Decoction Enema on patients with type III chronic prostatitis due to Damp-heat and Blood-stasis Accumulation

QU Tao, ZHANG Hua, CHEN Jian-she\*

(Henan Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Zhengzhou 450002, China)

收稿日期: 2019-06-19

基金项目: 河南省中医药科学研究专项课题 (2019ZY2050)

作者简介: 屈 涛 (1970—), 女, 副主任护师, 从事中西医结合防治生殖系统疾病研究。E-mail: zhanghua333555@163.com

\* 通信作者: 陈建设 (1971—), 男, 博士, 副主任医师, 从事中医药防治生殖及男科疾病研究。Tel: (0371) 66331318, E-mail: duanxiaoshu6666@163.com

**ABSTRACT: AIM** To observe the clinical effects of Qianlie Shutong Capsules combined with Qianliekang Decoction Enema on patients with type III chronic prostatitis due to Damp-heat and Blood-stasis Accumulation. **METHODS** One hundred and sixty patients were randomly assigned into control group (80 cases) for 20-day administration of Qianlie Shutong Capsules, and observation group (80 cases) for 20-day administration of both Qianlie Shutong Capsules and Qianliekang Decoction Enema. The changes in clinical efficacy, recurrence rate, clinical symptom score, serum and prostatic fluid inflammatory factors (TNF- $\alpha$ , IFN- $\gamma$ , IL-1 $\beta$ , IL-8) and hemorheological indices (HBV, MBV, LBV, RV) were detected. **RESULTS** The observation group demonstrated higher total effective rate than the control group ( $P < 0.05$ ), along with lower recurrence rate ( $P < 0.05$ ). After the treatment, the two groups displayed decreased clinical symptom score, serum and prostatic fluid inflammatory factors and hemorheological indices ( $P < 0.05$ ), especially for the observation group ( $P < 0.05$ ). **CONCLUSION** For the patients with type III chronic prostatitis due to Damp-heat and Blood-stasis Accumulation, Qianlie Shutong Capsules combined with Qianliekang Decoction Enema can effectively improve clinical symptoms with low recurrence rate. **KEY WORDS:** Qianlie Shutong Capsules; Qianliekang Decoction Enema; type III chronic prostatitis; Damp-heat and Blood-stasis Accumulation

前列腺炎是由多种原因引起的前列腺组织的慢性炎症,为男科常见疾病<sup>[1]</sup>,成年男性中发病率为13.5%~21.3%<sup>[2]</sup>,临床上分为4种类型,即急性细菌性前列腺炎(I型)、慢性细菌性前列腺炎(II型)、慢性非细菌性前列腺炎(III型)、无症状性前列腺炎(IV型),其中87.3%~96.2%的为III型<sup>[3]</sup>。该疾病临床表现多样化,加之血浆-前列腺组织屏障等因素,导致治疗棘手,西医目前主要采用非甾体抗炎药、 $\alpha$ 受体阻滞剂、抗生素、前列腺按摩等手段<sup>[4]</sup>,但未达到令人满意的临床疗效,不良反应和复发率较高。

多年来,课题组一直致力于慢性前列腺炎的研究。本研究观察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,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 2017年1月至2018年9月收治于河南省中医院生殖医学科的160例慢性前列腺炎患者,随机数字表法分为对照组和观察组,每组80例。其中,对照组年龄22~44岁,平均年龄(31.2 $\pm$ 4.1)岁;病程1.7~8.2年,平均病程(4.6 $\pm$ 1.5)年,而观察组年龄21~45岁,平均年龄(32.5 $\pm$ 4.7)岁;病程1.6~8.5年,平均病程(4.5 $\pm$ 1.6)年,研究期间2组分别脱落4、1例。2组一般资料比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

## 1.2 诊断标准

**1.2.1 西医** 参照《泌尿外科学》<sup>[5]</sup>和《慢性前列腺炎中西医结合诊疗指南》<sup>[6]</sup>。①临床症状,有

不同程度的下尿路症状,如尿频、尿急、尿痛、尿不尽感、尿道灼热,于晨起、尿末或排便时尿道有少量白色分泌物流出,有排尿等待、排尿无力、尿线变细、尿分叉或中断及排尿时间延长等,会阴部、外生殖器区、下腹部、耻骨区、腰骶及肛周坠胀疼痛不适,部分患者还可出现头晕、乏力、记忆力减退、性功能异常、射精不适或疼痛,以及精神抑郁、焦虑等症状;②直肠指诊前列腺,腺体饱满,或软硬不均,或有结节,或质地较硬,可有局限性压痛,可轻度增大或正常。

**1.2.2 中医** 参考《中药新药临床研究指导原则》<sup>[7]</sup>。主症为①小便痛频急或不畅,余沥不尽,尿道灼热;②小腹或会阴或腰骶部有疼痛或不适感,或股内侧痛,次症为①睾丸疼痛或不适;②阴囊潮湿;③尿后滴白,舌脉为舌质红,或夹有瘀点、瘀斑,苔黄或黄腻,脉滑数或涩。凡具备主症①和②及次症中的1项,参照舌脉,即可辨证为湿热瘀阻证。

**1.3 纳入标准** ①符合“1.2”项下诊断标准;②年龄20~45岁;③病程1.0~8.0年;④近3个月未使用治疗慢性前列腺炎的药物;⑤患者知情同意。

## 1.4 排除、脱落标准

**1.4.1 排除标准** ①过敏体质或对本研究药物过敏;②合并前列腺增生、前列腺肿瘤、间质性膀胱炎、泌尿系结石、精索静脉曲张、腰背肌筋膜炎等;③合并有心血管、脑血管、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病。

**1.4.2 脱落标准** ①依从性差;②出现严重不良

反应；③资料不全；④证型改变；⑤失访。

### 1.5 治疗手段

1.5.1 对照组 口服前列舒通胶囊（保定天浩制药有限公司，0.4 g/粒，国药准字 Z20027140），每次 1.2 g，每天 3 次，连续 20 d。

1.5.2 观察组 在对照组基础上加用前列康灌肠汤，组方黄柏 10 g、车前子 30 g、萆薢 15 g、薏苡仁 25 g、瞿麦 20 g、败酱草 30 g、赤芍 15 g、泽兰 15 g、桃仁 12 g、当归 15 g、甘草 6 g、石苇 15 g，由河南省中医院统一煎制，浓缩至 200 mL，在 30~40 °C 下灌肠，每天 1 次，每次 100 mL，由责任护士执行，连续 20 d。

1.6 指标检测 ①慢性前列腺炎症状指数量表 (NIH-CPSI)<sup>[8]</sup>、焦虑自评量表 (SAS)<sup>[9]</sup>、症状自评量表 (SCL-90)<sup>[10]</sup>、中医症状量表<sup>[7]</sup> 评分；②酶联免疫吸附法检测血清和前列腺液中炎症因子 [肿瘤坏死因子- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ )、 $\gamma$ -干扰素 (IFN- $\gamma$ )、白细胞介素-1 $\beta$  (IL-1 $\beta$ )、白细胞介素-8 (IL-8)] 水平；UniCel DxH800 型血液分析仪 (美国 Beckman Coulter 公司) 检测血液流变学指标 [全

血高切黏度 (HBV)、全血中切黏度 (MBV)、全血低切黏度 (LBV)、全血还原黏度 (RV)]。

1.7 疗效标准 参照《慢性前列腺炎中西医结合诊疗指南》<sup>[6]</sup>，疗效指数 = [(治疗前 NIH-CPSI 评分 - 治疗后 NIH-CPSI 评分) / 治疗前 NIH-CPSI 评分]  $\times$  100%。①治愈，疗效指数  $\geq$  90%；②显效，60%  $\leq$  疗效指数 < 90%；③有效，30%  $\leq$  疗效指数 < 60%；④无效，疗效指数 < 30%。总有效率 = [(治愈例数 + 显效例数 + 有效例数) / 总例数]  $\times$  100%，随访 6 个月复发率 = [复发例数 / (治愈例数 + 显效例数 + 有效例数)]  $\times$  100%。

1.8 统计学分析 通过 SPSS 18.0 软件进行处理，计量资料以 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示，组间比较采用 *t* 检验；计数资料以百分率表示，组间比较采用卡方检验。以 *P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

2.1 临床疗效、复发率 观察组总有效率高于对照组 (*P* < 0.05)，随访 6 个月复发率更低 (*P* < 0.05)，见表 1。

表 1 2 组临床疗效、复发率比较 [例 (%) ]

Tab. 1 Comparison of clinical efficacy and recurrence rates between the two groups [ case (%) ]

组别	例数/例	治愈	显效	有效	无效	总有效	复发
对照组	76	15(19.7)	19(25.0)	28(36.8)	14(18.4)	62(81.6)	7(11.3)
观察组	79	37(46.8)	23(29.1)	17(21.5)	2(2.5)	77(97.5)*	1(2.6)*

注：与对照组比较，\* *P* < 0.05。

2.2 临床症状评分 治疗后，2 组临床症状评分 见表 2。  
降低 (*P* < 0.05)，以观察组更明显 (*P* < 0.05)，

表 2 2 组临床症状评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

Tab. 2 Comparison of clinical symptom scores between the two groups ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	例数/例	NIH-CPSI/分	SAS/分	SCL-90/分	中医症状/分
对照组	治疗前	76	27.61 $\pm$ 5.64	47.26 $\pm$ 5.64	18.03 $\pm$ 4.56	43.51 $\pm$ 6.74
	治疗后	76	19.56 $\pm$ 3.46*	31.52 $\pm$ 4.62*	12.51 $\pm$ 3.24*	26.64 $\pm$ 4.34*
观察组	治疗前	79	28.13 $\pm$ 5.42	46.21 $\pm$ 5.26	19.43 $\pm$ 4.16	44.25 $\pm$ 6.25
	治疗后	79	10.52 $\pm$ 2.18*#	13.52 $\pm$ 2.35*#	7.64 $\pm$ 1.72*#	12.54 $\pm$ 2.85*#

注：与同组治疗前比较，\* *P* < 0.05；与对照组治疗后比较，# *P* < 0.05。

2.3 血清炎症因子比较 治疗后，2 组血清 TNF- $\alpha$ 、IFN- $\gamma$ 、IL-1 $\beta$ 、IL-8 水平降低 (*P* < 0.05)，以观察组更明显 (*P* < 0.05)，见表 3。

表 3 2 组血清炎症因子比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

Tab. 3 Comparison of serum inflammatory factors between the two groups ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	例数/例	TNF- $\alpha$ /(ng·L <sup>-1</sup> )	IFN- $\gamma$ /(ng·L <sup>-1</sup> )	IL-1 $\beta$ /(ng·L <sup>-1</sup> )	IL-8/(ng·L <sup>-1</sup> )
对照组	治疗前	76	19.54 $\pm$ 2.43	28.84 $\pm$ 5.23	7.24 $\pm$ 1.73	2.71 $\pm$ 0.43
	治疗后	76	10.72 $\pm$ 1.28*	17.58 $\pm$ 3.62*	4.56 $\pm$ 0.92*	1.92 $\pm$ 0.21*
观察组	治疗前	79	19.13 $\pm$ 2.71	29.05 $\pm$ 5.47	7.53 $\pm$ 1.65	2.83 $\pm$ 0.47
	治疗后	79	4.57 $\pm$ 0.58*#	9.16 $\pm$ 1.26*#	1.82 $\pm$ 0.35*#	0.61 $\pm$ 0.18*#

注：与同组治疗前比较，\* *P* < 0.05；与对照组治疗后比较，# *P* < 0.05。

2.4 前列腺液炎症因子 治疗后, 2组前列腺液 TNF- $\alpha$ 、IFN- $\gamma$ 、IL-1 $\beta$ 、IL-8水平降低 ( $P < 0.05$ ), 以观察组更明显 ( $P < 0.05$ ), 见表4。

表4 2组前列腺液炎症因子比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

Tab. 4 Comparison of prostate fluid inflammatory factors between the two groups ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	例数/例	TNF- $\alpha$ /(ng·L <sup>-1</sup> )	IFN- $\gamma$ /(ng·L <sup>-1</sup> )	IL-1 $\beta$ /(ng·L <sup>-1</sup> )	IL-8/(ng·L <sup>-1</sup> )
对照组	治疗前	76	91.26 $\pm$ 12.52	115.27 $\pm$ 14.27	26.43 $\pm$ 4.62	9.46 $\pm$ 2.43
	治疗后	76	53.23 $\pm$ 7.68*	62.84 $\pm$ 8.31*	17.64 $\pm$ 3.21*	5.37 $\pm$ 1.72*
观察组	治疗前	79	93.51 $\pm$ 11.73	124.81 $\pm$ 13.82	25.84 $\pm$ 4.71	9.17 $\pm$ 2.61
	治疗后	79	24.62 $\pm$ 4.26*#	22.67 $\pm$ 5.62*#	6.84 $\pm$ 1.43*#	2.58 $\pm$ 0.72*#

注:与同组治疗前比较,\* $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,# $P < 0.05$ 。

2.5 血液流变学指标 治疗后, 2组HBV、MBV、LBV、RV降低 ( $P < 0.05$ ), 以观察组更明显 ( $P < 0.05$ ), 见表5。

表5 2组血液流变学指标比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

Tab. 5 Comparison of hemorheological indices between the two groups ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	例数/例	HBV/(1·s <sup>-1</sup> )	MBV/(1·s <sup>-1</sup> )	LBV/(1·s <sup>-1</sup> )	RV/(1·s <sup>-1</sup> )
对照组	治疗前	76	4.82 $\pm$ 0.52	6.91 $\pm$ 1.17	26.51 $\pm$ 5.72	17.23 $\pm$ 4.27
	治疗后	76	4.13 $\pm$ 0.41*	5.12 $\pm$ 0.93*	21.06 $\pm$ 5.14*	13.72 $\pm$ 3.62*
观察组	治疗前	79	4.91 $\pm$ 0.57	6.83 $\pm$ 1.25	26.14 $\pm$ 5.81	17.05 $\pm$ 4.12
	治疗后	79	3.54 $\pm$ 0.30*#	4.26 $\pm$ 0.85*#	15.23 $\pm$ 4.25*#	8.16 $\pm$ 2.73*#

注:与同组治疗前比较,\* $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,# $P < 0.05$ 。

### 3 讨论

Ⅲ型慢性前列腺炎属于中医“精浊”“白浊”“劳淋”等范畴<sup>[11]</sup>, 临床上主要分为湿热瘀阻型、气滞血瘀型、阴虚火旺型、肾虚血瘀型、肝肾亏虚型等, 其中湿热瘀阻型约占37.2%<sup>[12]</sup>, 其病因尚不清楚, 西医认为可能与病原体感染、免疫异常、尿液返流和异常的盆底神经肌肉活动等有关<sup>[13]</sup>; 中医认为, 前列腺为诸脉交汇之地, 湿热瘀阻, 引流不畅, 浊精无法排泄而留滞精室, 日久化瘀生毒, 形成慢性前列腺炎。目前, 该疾病尚无特效疗法, 大多根据患者的症状个体化情况制定治疗方案, 以达到改善排尿症状、缓解疼痛、提高生活质量的目的。中医药具有可操作性、临床疗效好等优势, 可有效改善慢性前列腺炎患者局部循环、加速组织代谢、减轻炎症反应、减少排尿障碍等。

前列康灌肠汤由黄柏、车前子、萆薢、薏苡仁、瞿麦、败酱草、赤芍、泽兰、桃仁、当归、石苇、甘草组成, 方中黄柏味苦性寒, 清下焦湿热, 化热火浊毒, 具有显著的抗病原微生物、解热、镇痛、延缓衰老、扩张血管、降低血管阻力、改善机体血流动力学等作用<sup>[14]</sup>; 萆薢去湿浊, 除痹痛, 利小便; 薏苡仁利水渗湿, 解毒散结; 瞿麦清热利尿, 破血通络; 败酱草清湿浊, 清热毒, 化瘀滞; 赤芍清利湿热, 散瘀止痛; 泽兰温中散寒止痛; 桃仁活血祛瘀; 当归活血通经止痛; 石苇利水通淋;

清利湿热; 甘草调和药性, 诸药合用, 共奏清浊毒、化瘀阻、利湿热之功效。前列舒通胶囊采用口服给药, 通过肝脏代谢进入血液循环, 但由于血浆-前列腺组织屏障等因素, 该方式下药物在前列腺的分布浓度较低。由于前列腺在解剖学上距直肠距离较近, 故前列康灌肠汤可通过直肠给药将药物扩散, 使其经过前列腺的分布浓度较高, 有利于化局部瘀毒。

本研究采用目前国际公认的NIH-CPSI、SAS、SCL-90量表来评价患者前列腺炎症状、生活质量、焦虑情况等, 发现前列舒通胶囊联合前列康灌肠汤治疗后患者临床症状明显改善, 提示联合用药可能具有修复前列腺, 扩张前列腺区域血管, 改善局部血液微循环, 缓解患者焦虑、抑郁和紧张情绪的作用。

HBV、MBV、LBV、RV是反映血液流变学的重要指标, 其中HBV、MBV反映红细胞变形程度, 与红细胞的变形性呈负相关; LBV、RV反映红细胞聚集程度, 与红细胞的聚集程度呈正相关<sup>[15]</sup>。“湿”“热”“瘀”是湿热瘀阻型Ⅲ型慢性前列腺炎的主要病理因素, 导致脏腑功能失调, 患者血液呈现浓、粘、凝、滞的状态, 血液微循环障碍, 血液流变学改变, 前列腺血流量减少, 前列腺组织缺血缺氧, 新陈代谢受到影响<sup>[16]</sup>。本研究发现, 联合用药后患者上述血液流变学指标明显降低, 提示它

可能具有增加前列腺局部组织供氧量、改善前列腺组织细胞、修复前列腺受损神经功能、加快细胞新陈代谢、调节机体免疫力的作用。

综上所述,前列舒通胶囊联合前列康灌肠汤可明显改善湿热瘀阻型Ⅲ型慢性前列腺炎患者血液循环,使机体代谢旺盛,并促进药物吸收。

#### 参考文献:

[ 1 ] Xiong Y Y, Zhou L L, Qiu X T, *et al.* Anti-inflammatory and anti-hyperplastic effect of Bazhengsan in a male rat model of chronic nonbacterial prostatitis[J]. *J Pharmacol Sci*, 2019, 139(3): 201-208.

[ 2 ] Gasperi M, Krieger J N, Forsberg C, *et al.* Chronic prostatitis and comorbid non-urolological overlapping pain conditions: A co-twin control study[J]. *J Psychosom Res*, 2017, 102: 29-33.

[ 3 ] Jiang Y M, Cui D, Du Y F, *et al.* Association of anti-sperm antibodies with chronic prostatitis: a systematic review and meta-analysis[J]. *J Reprod Immunol*, 2016, 118: 85-91.

[ 4 ] Šutulovic N, Grubac Ž, Šuvakov S, *et al.* Chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome increases susceptibility to seizures in rats and alters brain levels of IL-1β and IL-6[J]. *Epilepsy Res*, 2019, 153: 19-27.

[ 5 ] 吴阶平. 泌尿外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 211-234.

[ 6 ] 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.

[ 7 ] 国家药品监督管理局. 中药新药临床研究指原则(试行)

[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 292-318.

[ 8 ] Krieger J N, Nyberg L J, Nickel J C. NIH consensus definition and classification of prostatitis[J]. *J Am Med Assoc*, 1999, 282(3): 236-237.

[ 9 ] 段泉泉, 胜利. 焦虑及抑郁自评量表的临床效度[J]. 中国心理卫生杂志, 2012, 26(9): 676-679.

[10] Derogatis L R. SCL-90: Administration Scoring, and Precedure Manual for the R (revised) Version[D]. Baltimore: John Hopkins University, 1977.

[11] 崔伟, 朱明兰, 苗向阳, 等. 前列腺舒通胶囊联合宁泌泰胶囊治疗慢性前列腺炎疗效观察及安全性评价[J]. 中成药, 2017, 39(8): 1756-1758.

[12] 鹿英强, 王丽霞, 李湛民. 复方玄驹胶囊联合法罗培南钠对Ⅲ型前列腺炎的临床疗效观察[J]. 中成药, 2018, 40(4): 1006-1008.

[13] Nickel J C, Freedland S J, Castro-Santamaria R, *et al.* Chronic prostate inflammation predicts symptom progression in patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain[J]. *J Urol*, 2017, 198(1): 122-128.

[14] 丛志承, 求旦旦. 通前络汤联合前列舒通胶囊用于慢性前列腺炎的临床评价[J]. 中成药, 2018, 40(6): 1446-1449.

[15] Bae W J, Cho S J, Lee K W, *et al.* 512-Electric stimulation hyperthermia relieves inflammation via toll-like receptor 4 (TLR-4) suppressor of cytokine signaling (SOCS) pathway in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome[J]. *Eur Urol Suppl*, 2019, 18(1): e680-e681.

[16] Mouraviev V. The role of next generation sequencing of semen samples in the diagnosis and treatment of chronic bacterial prostatitis[J]. *Eur Urol Suppl*, 2019, 18(1): e122.