

文章编号: 1005-0957 (2024) 05-0549-06

• 临床研究 •

针刺配合翁沥通胶囊治疗良性前列腺增生的疗效观察

刘永存, 赵会谢, 刘国伟

(石家庄市中医院, 石家庄 050051)

【摘要】 目的 观察针刺配合翁沥通胶囊治疗良性前列腺增生的临床疗效及其对血清肿瘤坏死因子- α (tumor necrosis factor- α , TNF- α)、前列腺特异性抗原 (prostate specific antigen, PSA) 水平的影响。**方法** 将 119 例良性前列腺增生患者随机分为 A 组 40 例、B 组 38 例及 C 组 41 例。A 组采用针刺治疗, B 组采用口服翁沥通胶囊治疗, C 组采用针刺配合口服翁沥通胶囊治疗。观察 3 组治疗前后尿动力学各项指标 [排尿后残余尿量 (postvoid residual urine, PVR)、最大尿流率 (maximum urine flow, Qmax)、最大逼尿肌压力]、国际前列腺症状评分 (international prostate symptom score, IPSS)、生活质量 (quality of life, QOL) 评分、中医证候 (排尿困难、夜尿频数、腰膝酸软、小腹胀满) 积分及实验室指标 [血清 TNF- α 、PSA、白细胞介素-6 (interleukin-6, IL-6)、表皮细胞生长因子 (epidermal growth factor, EGF) 水平] 的变化情况, 比较 3 组临床疗效。**结果** 3 组治疗后 PVR、最大逼尿肌压力、I-PSS、QOL 评分、各项实验室指标及中医证候积分均较同组治疗前显著降低, Qmax 均显著升高, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。C 组治疗后 PVR、最大逼尿肌压力、I-PSS、QOL 评分、各项实验室指标及中医证候积分均明显低于 A 组和 B 组, Qmax 均明显高于 A 组和 B 组, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。A 组治疗后各项指标与 B 组比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。C 组总有效率为 92.7%, 明显高于 A 组的 70.0% 和 B 组的 73.7%, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 针刺配合翁沥通胶囊治疗良性前列腺增生疗效确切, 能降低患者 TNF- α 、PSA 水平, 改善其临床症状。

【关键词】 针刺疗法; 前列腺增生; 针药并用; 肿瘤坏死因子- α ; 前列腺特异性抗原

【中图分类号】 R246.1 **【文献标志码】** A

DOI: 10.13460/j.issn.1005-0957.2024.05.0549

Therapeutic observation of acupuncture plus Weng Li Tong capsules for benign prostatic hyperplasia LIU Yongcun, ZHAO Huixie, LIU Guowei. *Shijiazhuang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shijiazhuang 050051, China*

[Abstract] Objective To observe the clinical efficacy of acupuncture plus Weng Li Tong capsules in treating benign prostatic hyperplasia (BPH) and its effects on serum levels of tumor necrosis factor- α (TNF- α) and prostate specific antigen (PSA). **Method** A total of 119 patients with BPH were randomly allocated to group A (40 cases), group B (38 cases), and group C (41 cases). Group A was treated with acupuncture, group B was prescribed oral Weng Li Tong capsules, and group C received acupuncture plus oral Weng Li Tong capsules. Before and after the treatment, the three groups were observed for changes in the urodynamic parameters [postvoid residual urine (PVR), maximum urine flow (Qmax), and maximum detrusor pressure], international prostate symptom score (IPSS), quality of life (QOL) score, symptom score of traditional Chinese medicine (difficulty urinating, frequent nocturia, soreness and weakness in the low back and knees, and bloating in the lower abdomen), and laboratory indexes [serum TNF- α , PSA, interleukin-6 (IL-6), and epidermal growth factor (EGF)]. The clinical efficacy was compared among the three groups. **Result** After the treatment, the PVR, maximum detrusor pressure, IPSS score, QOL score, laboratory indexes, and traditional

基金项目: 河北省中医药管理局科研计划项目 (2020345)

作者简介: 刘永存 (1975—), 男, 副主任医师, Email: uai529@163.com

Chinese medicine symptom scores decreased, and the Qmax increased in the three groups, all showing statistical significance ($P<0.05$). After the intervention, the PVR, maximum detrusor pressure, IPSS score, QOL score, laboratory indexes, and traditional Chinese medicine symptom scores were significantly lower in group C than in groups A and B, and the Qmax was significantly higher in group C compared to the other two groups ($P<0.05$). There were no significant differences in the outcome measures between groups A and B after the intervention ($P>0.05$). The total effective rate was 92.7% in group C, higher than 70.0% in group A and 73.7% in group B, and the differences were statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** Acupuncture plus Weng Li Tong capsules can effectively treat BPH, down-regulating the TNF- α and PSA levels and improving clinical symptoms.

[Key words] Acupuncture therapy; Prostatic hyperplasia; Acupuncture medication combined; Tumor necrosis factor- α ; Prostate specific antigen

良性前列腺增生为泌尿科常见疾病,在中老年男性群体中具有较高的发病率,可导致老年男性排尿障碍^[1-2]。良性前列腺增生发生后,可导致尿急、尿频、排尿无力、急迫性尿失禁,对患者生活质量造成较大影响。临床主要采用西医治疗,可使患者尿道阻力减轻,临床症状缓解,但因其效果单一,具有较大差异性,故寻找新的治疗方式较为重要^[3]。针刺疗法具有较好的抗炎效果,可抑制机体内炎性肉芽肿的产生,降低机体内毛细血管的通透性,促使患者恢复^[4]。翁沥通胶囊具有散结祛瘀、清热利湿的功能,可促进患者血液循环,加快机体对炎症的吸收,临床疗效较好^[5]。临床研究中,暂未有研究将针刺、翁沥通胶囊联合应用于良性前列腺增生患者的治疗。基于此,本文采用针刺配合翁沥通胶囊治疗良性前列腺增生,分析其对血清肿瘤坏死因子- α (tumor necrosis factor- α , TNF- α)、前列腺特异性抗原(prostate specific antigen, PSA)水平的影响,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

选取 2021 年 12 月至 2022 年 12 月于石家庄市中医医院收治的 119 例良性前列腺增生患者为研究对象,按照随机分组法分为 A 组 40 例、B 组 38 例和 C 组 41 例。3 组患者年龄、病程、病情严重程度及前列腺体积比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。详见表 1。本研究经石家庄市中医学院医学伦理委员会批准(20190824019)。

1.2 纳入标准

符合《良性前列腺增生症中西医结合药物治疗专家共识》^[6]中对于良性前列腺增生的诊断标准;年龄 55~85 岁;超声检查显示前列腺体积 >20 mL。

1.3 排除标准

出现严重尿潴留者;患有前列腺癌、泌尿系统感染、泌尿系结石者;合并心脑血管疾病者;存在精神障碍者。

表 1 3 组一般资料比较

组别	例数	平均年龄/岁($\bar{x} \pm s$)	平均病程/年($\bar{x} \pm s$)	病情严重程度/例		前列腺体积/mL($\bar{x} \pm s$)
				轻度	中度	
A 组	40	60 $\pm$ 5	5.06 $\pm$ 1.01	28	12	32.95 $\pm$ 3.58
B 组	38	60 $\pm$ 5	5.03 $\pm$ 1.00	20	18	32.72 $\pm$ 3.48
C 组	41	61 $\pm$ 5	5.09 $\pm$ 1.03	27	14	32.84 $\pm$ 3.51

2 治疗方法

所有患者均采用非那雄胺片(杭州康恩贝制药有限公司,国药准字 H20051921)进行基础治疗,每次 1 片(5 mg),每日 1 次。此外,A 组采用针刺治疗,B 组采用药物治疗,C 组采用针刺配合药物治疗。

2.1 针刺治疗

取关元、曲骨穴。患者取仰卧位,常规消毒后,采

用 0.25 mm $\times$ 40 mm 毫针行平补平泻法进行针刺,得气后留针 25 min。每 2 d 治疗 1 次,连续治疗 1 个月。

2.2 药物治疗

口服翁沥通胶囊(吉林省华威药业有限公司,国药准字 Z20043767),每次 3 粒(1.2 g),每日 2 次,连续治疗 1 个月。

3 治疗效果

3.1 观察指标

3.1.1 尿动力学指标

3 组治疗前后分别对尿动力学各项指标[排尿后残余尿量(postvoid residual urine, PVR)、最大尿流率(maximum urine flow, Qmax)、最大逼尿肌压力]进行测定。患者于测量前 30 min 饮用 300 mL 水,采用放射性探测仪对膀胱区排尿前后变化进行测量,计算 PVR;采用重量式尿流计对患者排尿时 Qmax 进行测定;采用尿动力学检查仪对患者最大逼尿肌压力进行检查,调整腹压、膀胱压最大值,在直肠导管气囊内放入 4 mL 充盈液体,并以 30 mL/min 的速度进行膀胱灌注,对最大逼尿肌压力进行测定。

3.1.2 国际前列腺症状评分(international prostate symptom score, IPSS)、生活质量(quality of life, QOL)评分

3 组治疗前后分别采用 IPSS 评价患者前列腺症状情况,该量表总分 35 分,轻度为 0~7 分,中度为 8~19 分,重度为 20~35 分,分数越高表示患者症状越严重;采用 QOL 评价患者生活质量,该量表总分 6 分,分数越高表示患者生活质量越差。

3.1.3 实验室指标

3 组治疗前后分别于清晨 8:00 抽取患者空腹静脉血 3 mL,以转速 3 000 r/min 离心处理 10 min,取上层清液,-80℃保存,待检。采用酶联接免疫吸附法测定(enzyme-linked immunosorbent assay, ELISA)检测血清中 TNF-α、PSA、白细胞介素-6(interleukin-6, IL-6)、表皮细胞生长因子(epidermal growth factor, EGF)水平,即使用碳酸盐缓冲液,将待测液稀释,后倒入孔中,4℃下过夜处理,后弃去,洗净,孔中加入 1%血清白蛋白,37℃孵育 60 min,后弃去,洗净,稀释抗血清,每孔加入 0.1 mL,37℃下进行轻微摇晃 40 min,后弃去,冲洗干净,使用 TMB 进行显色处理,后在 450 nm 波长下检测 OD 值,查出 TNF-α、PSA、IL-6、EGF 表达水平。

3.1.4 中医证候积分

3 组治疗前后分别根据《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[7]对患者各项中医证候进行评分。根据症状严重程度对排尿困难、腰膝酸软、小腹胀满进行积分,轻度记 1 分,中度记 2 分,重度记 3 分;夜尿频数根据次数积分,0~1 次记 0 分,2 次记 1 分,3 次记 2 分,4 次及以上记 3 分。

3.2 疗效标准

显效:患者临床症状明显改善,IPSS 改善≥60%。

有效:患者临床症状有所缓解,IPSS 改善≥15%且<60%。

无效:患者临床症状未改善,IPSS 改善<15%。

总有效率=[(显效例数+有效例数)/总例数]×100%。

3.3 统计学方法

所有数据采用 SPSS19.0 软件进行分析处理。符合正态分布的计量资料以均数±标准差表示,组间比较采用独立样本 *t* 检验,组内比较采用配对 *t* 检验,多组间比较采用 *F* 检验;计数资料以百分率表示,采用卡方检验。以 *P*<0.05 表示差异具有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 3 组临床疗效比较

由表 6 可见,C 组总有效率为 92.7%,明显高于 A 组的 70.0%和 B 组的 73.7%,差异均有统计学意义(*P*<0.05)。A 组治疗后总有效率与 B 组比较,差异则无统计学意义(*P*>0.05)。

表 2 3 组临床疗效比较 单位:例

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率(%)
A 组	40	16	12	12	70.0
B 组	38	15	13	10	73.7
C 组	41	21	17	3	92.7 ¹⁾²⁾

注:与 A 组比较¹⁾*P*<0.05;与 B 组比较²⁾*P*<0.05。

3.4.2 3 组治疗前后尿动力学各项指标比较

由表 3 可见,3 组治疗前尿动力学各项指标(PVR、Qmax、最大逼尿肌压力)比较,差异均无统计学意义(*P*>0.05)。3 组治疗后 PVR、最大逼尿肌压力均较同组治疗前显著降低,Qmax 均显著升高,差异均具有统计学意义(*P*<0.05)。C 组治疗后 PVR、最大逼尿肌压力均明显低于 A 组和 B 组,Qmax 均明显高于 A 组和 B 组,差异均具有统计学意义(*P*<0.05)。A 组治疗后尿动力学各项指标与 B 组比较,差异均无统计学意义(*P*>0.05)。

3.4.3 3 组治疗前后 I-PSS、QOL 评分比较

由表 4 可见,3 组治疗前 I-PSS、QOL 评分比较,差异均无统计学意义(*P*>0.05)。3 组治疗后 I-PSS、QOL 评分均较同组治疗前显著降低,差异均具有统计学意义(*P*<0.05)。C 组治疗后 I-PSS、QOL 评分均明显低于 A 组和 B 组,差异均具有统计学意义(*P*<0.05)。A

组治疗后 I-PSS、QOL 评分与 B 组比较, 差异则均无统计学意义 ($P>0.05$)。

3.4.4 3 组治疗前后各项实验室指标比较

由表 5 可见, 3 组治疗前各项实验室指标 (TNF- α 、PSA、IL-6、EGF 水平) 比较, 差异均无统计学意义 ($P>0.05$)。3 组治疗后各项实验室指标均较同组治疗前显著降低, 差异均具有统计学意义 ($P<0.05$)。C 组治疗后各项实验室指标均明显低于 A 组和 B 组, 差异均具有统计学意义 ($P<0.05$)。A 组治疗后各项实验室指标与 B 组比较, 差异则均无统计学意义 ($P>0.05$)。

3.4.5 3 组治疗前后各项中医证候积分比较

由表 6 可见, 3 组治疗前各项中医证候 (排尿困难、夜尿频数、腰膝酸软、小腹胀满) 积分比较, 差异均无统计学意义 ($P>0.05$)。3 组治疗后各项中医证候积分均较同组治疗前显著降低, 差异均有统计学意义 ($P<0.05$)。C 组治疗后各项中医证候积分均明显低于 A 组和 B 组, 差异均具有统计学意义 ($P<0.05$)。A 组治疗后各项中医证候积分与 B 组比较, 差异则均无统计学意义 ($P>0.05$)。

表 3 3 组治疗前后尿动力学各项指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	PVR/mL		Qmax/(mL · s ⁻¹)		最大逼尿肌压力/(cm · H ₂ O ⁻¹)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
A 组	40	42.63±5.33	30.25±4.02 ¹⁾	9.52±1.03	13.21±2.16 ¹⁾	75.02±8.31	42.21±5.68 ¹⁾
B 组	38	41.85±5.29	29.63±4.00 ¹⁾	9.49±1.01	13.18±2.14 ¹⁾	74.96±8.32	43.02±5.70 ¹⁾
C 组	41	42.77±5.40	22.17±3.05 ¹⁾²⁾³⁾	9.55±1.05	18.55±2.34 ¹⁾²⁾³⁾	75.05±8.35	25.19±3.47 ¹⁾²⁾³⁾

注: 与同组治疗前比较 ¹⁾ $P<0.05$; 与 A 组比较 ²⁾ $P<0.05$; 与 B 组比较 ³⁾ $P<0.05$ 。

表 4 3 组治疗前后 I-PSS、QOL 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

单位: 分

组别	例数	I-PSS		QOL 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
A 组	40	16.58±2.15	13.02±2.41 ¹⁾	4.31±0.52	3.65±0.41 ¹⁾
B 组	38	16.66±2.17	13.08±2.49 ¹⁾	4.33±0.54	3.58±0.42 ¹⁾
C 组	41	16.55±2.12	7.59±0.88 ¹⁾²⁾³⁾	4.29±0.50	2.11±0.32 ¹⁾²⁾³⁾

注: 与同组治疗前比较 ¹⁾ $P<0.05$; 与 A 组比较 ²⁾ $P<0.05$; 与 B 组比较 ³⁾ $P<0.05$ 。

表 5 3 组治疗前后各项实验室指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

指标	A 组 (40 例)		B 组 (38 例)		C 组 (41 例)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
TNF- α /(ng · L ⁻¹)	142.65±22.01	108.65±21.69 ¹⁾	143.22±23.06	107.71±20.70 ¹⁾	141.52±21.98	94.25±10.03 ¹⁾²⁾³⁾
PSA/(μ g · L ⁻¹)	9.25±0.81	4.14±0.53 ¹⁾	9.32±0.85	4.12±0.51 ¹⁾	9.20±0.80	2.38±0.35 ¹⁾²⁾³⁾
IL-6/(ng · L ⁻¹)	141.02±23.28	105.36±23.11 ¹⁾	140.63±22.09	104.59±22.02 ¹⁾	142.31±23.29	73.52±6.18 ¹⁾²⁾³⁾
EGF/(mg · L ⁻¹)	45.92±5.31	31.02±4.23 ¹⁾	46.03±5.42	31.08±4.27 ¹⁾	45.89±5.27	17.25±2.34 ¹⁾²⁾³⁾

注: 与同组治疗前比较 ¹⁾ $P<0.05$; 与 A 组比较 ²⁾ $P<0.05$; 与 B 组比较 ³⁾ $P<0.05$ 。

表 6 3 组治疗前后各项中医证候积分比较 ($\bar{x} \pm s$)

单位: 分

项目	A 组 (40 例)		B 组 (38 例)		C 组 (41 例)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
排尿困难	1.58±0.21	1.10±0.17 ¹⁾	1.55±0.20	1.08±0.16 ¹⁾	1.60±0.23	0.48±0.05 ¹⁾²⁾³⁾
夜尿频数	1.72±0.24	1.01±0.14 ¹⁾	1.68±0.22	1.00±0.13 ¹⁾	1.70±0.20	0.39±0.04 ¹⁾²⁾³⁾
腰膝酸软	1.52±0.24	1.05±0.23 ¹⁾	1.50±0.22	1.02±0.21 ¹⁾	1.51±0.23	0.68±0.07 ¹⁾²⁾³⁾
小腹胀满	1.38±0.24	0.86±0.09 ¹⁾	1.36±0.22	0.83±0.07 ¹⁾	1.41±0.26	0.49±0.05 ¹⁾²⁾³⁾

注: 与同组治疗前比较 ¹⁾ $P<0.05$; 与 A 组比较 ²⁾ $P<0.05$; 与 B 组比较 ³⁾ $P<0.05$ 。

4 讨论

前列腺增生为临床常见病,其发病机制复杂,具有较长病程,可影响患者生育、性生活,前列腺增大后,可对患者膀胱颈、尿道造成压迫,导致患者尿失禁,继发结石、感染,使患者身心健康受到影响^[8-9]。前列腺增生的发生主要是由于前列腺间质、腺体成分增生,使其前列腺增大,导致尿道变窄、延长,引发下尿路症状^[10-11]。

良性前列腺增生属中医学“精癰”“癰闭”“淋证”范畴,该病的发生多由膀胱功能失调导致,可对人体水液的代谢造成影响,使其无法控制机体排尿,导致良性前列腺的发病^[12-13]。相关临床报道显示,针刺治疗良性前列腺增生效果较好,具有较好的抗炎效果,可使毛细血管通透性下降,使炎症肉芽肿的产生得到抑制,在良性前列腺增生中具有较好的使用效果^[14-15]。翁沥通胶囊是由浙贝母、薏苡仁、大黄、金银花、泽兰、川木通、旋覆花、铜绿、黄芪、栀子及甘草制成的中药制剂,多种药物共同使用,具有散结祛瘀、清热利湿的功效^[16-17]。本研究结果显示,采用针刺配合翁沥通胶囊治疗,可降低良性前列腺增生患者临床症状评分、PVR、最大逼尿肌压力,增加 Qmax,提高生活质量,缓解尿路阻塞症状,促使患者恢复,具有较好的临床使用效果,其原因可能为两者联合使用可对前列腺上皮细胞、间质细胞增生进行抑制,使机体内雄激素维持于正常水平,对患者尿道压力进行缓解,加快患者的恢复。

有临床研究^[18-19]显示,机体内炎症反应可使前列腺增生患者病情加重,降低其机体内炎症因子水平,使炎症损伤减轻,可改善临床症状。TNF- α 、IL-6 为临床常见炎症指标,其中 TNF- α 为炎症细胞因子,临床细胞活性较强,其表达水平升高后,可加重患者病情;IL-6 为机体内主要的促炎细胞因子,可对干细胞进行刺激,使细胞分泌 C-反应蛋白,促进患者病情的发展^[20-21]。PSA 主要是由前列腺上皮细胞分泌,具有较高的组织特异性,低表达于正常机体内,随着前列腺增生的发生、发展,PSA 表达水平渐增^[22-23]。EGF 可促进前列腺细胞的增殖,使前列腺增生速度加快^[24-25]。本研究结果显示,采用针刺配合翁沥通胶囊治疗,可降低良性前列腺增生患者体内 TNF- α 、PSA、IL-6、EGF 水平,促使患者的恢复,可改善机体内细胞因子水平,其原因可能为两者联合使用可增强机体内血运,消除患者局部的炎症反应,增加其抗炎效果,使患者的血液循环速度加

快,抑制机体内促炎因子水平,减轻患者炎症损伤。

综上所述,针刺配合翁沥通胶囊治疗良性前列腺增生疗效确切,可降低患者体内 TNF- α 、PSA 水平,改善尿动力学指标,加快临床症状的恢复速度,表明两者联合临床推广价值较高。但本研究纳入样本较少,数据统计存在一定偏倚,且存在一定局限性,后续应进一步分析。

参考文献

- [1] LERNER LB, MCVARY KT, BARRY MJ, *et al.* Management of Lower Urinary Tract Symptoms Attributed to Benign Prostatic Hyperplasia: AUA GUIDELINE PART I-Initial Work-up and Medical Management[J]. *J Urol*, 2021, 206(4):806-817.
- [2] FRANCO JVA, JUNG JH, IMAMURA M, *et al.* Minimally invasive treatments for benign prostatic hyperplasia: a Cochrane network meta-analysis[J]. *BJU Int*, 2022, 130(2):142-156.
- [3] DORNBIER R, PAHOJA G, BRANCH J, *et al.* The New American Urological Association Benign Prostatic Hyperplasia Clinical Guidelines: 2019 Update[J]. *Curr Urol Rep*, 2020, 21(9):32.
- [4] 赵豫波,刘萃龙,王希友,等.翁沥通胶囊在前列腺特异性抗原处于灰区前列腺穿刺活检中的应用价值研究[J].标记免疫分析与临床,2022,29(2):195-199.
- [5] 罗盼盼,门波,李鹏超,等.温针灸治疗肾虚血瘀型良性前列腺增生症效果及其对性激素水平的影响[J].中国老年学杂志,2022,42(7):1684-1687.
- [6] 北京中医药学会男科疾病专家共识组.良性前列腺增生症中西医结合药物治疗专家共识[J].中国男科学杂志,2021,35(5):75-79.
- [7] 中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则(试行)[S].北京:中国医药科技出版社,2002:295.
- [8] 张淮,赵卫,胡继红,等.前列腺动脉栓塞术治疗良性前列腺增生临床效果及手术入路探讨[J].介入放射学杂志,2022,31(5):451-454.
- [9] 李清华,张超,陈红兵,等.钬激光与等离子双极电切在经尿道前列腺剝除术中对老年良性前列腺增生患者的临床应用[J].中国老年学杂志,2022,42(10):2403-2406.
- [10] 符方智,杨扬,张烈,等.基于“主病主方”理论探讨肾

- 气丸联合桂枝茯苓丸治疗老年良性前列腺增生[J]. 中国性科学, 2022, 31(11):119-122.
- [11] 左世栋, 董金凯, 曲楠, 等. 三维重建对高风险良性前列腺增生患者精准治疗的作用[J]. 微创泌尿外科杂志, 2022, 11(1):38-42.
- [12] 赵明, 郭军, 王福, 等. 从“脑-心-肾-精室”轴探讨良性前列腺增生的中医康复思想[J]. 吉林中医药, 2022, 42(10):1121-1124.
- [13] 王耀武, 郭付祥, 杨荣超, 等. 基于数据挖掘探讨中医药治疗良性前列腺增生症的临床运用现状及规律[J]. 中国男科学杂志, 2022, 36(2):28-38.
- [14] 赵猛, 郑雪, 杨珊珊, 等. 癃畅颗粒结合针刺治疗良性前列腺增生[J]. 吉林中医药, 2021, 41(1):127-129.
- [15] 应海芬, 应海舟, 王力. 曲骨关元针刺、艾盒灸联合盐酸坦索罗辛缓释胶囊治疗良性前列腺增生的临床疗效观察[J]. 辽宁中医杂志, 2021, 48(4):173-176.
- [16] 赵豫波, 刘萃龙, 王希友, 等. 翁沥通胶囊联合西药治疗慢性前列腺炎合并前列腺增生疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2021, 30(18):2000-2003.
- [17] 顾德伦. 翁沥通胶囊联合坦索罗辛治疗前列腺增生症的临床研究[J]. 现代药物与临床, 2021, 36(3):577-581.
- [18] 郭晶晶, 何志伟, 董雪, 等. 老年前列腺增生手术患者硬膜外联合全身麻醉的效果及对术后认知功能、炎症反应的影响[J]. 临床误诊误治, 2021, 34(3):85-90.
- [19] 赵跃华, 宋瑶, 杨金强. 动脉栓塞术治疗老年较大体积良性前列腺增生及对 PSA、炎症因子的影响[J]. 临床和实验医学杂志, 2022, 21(8):867-870.
- [20] 刘璐, 陈艳芝, 王世敏. 血清 TNF- α 、TGF- β 1 和 PSA 水平与良性前列腺增生患者预后的关系[J]. 分子诊断与治疗杂志, 2022, 14(7):1179-1182, 1187.
- [21] 魏明权. PDE5 抑制剂对前列腺增生术后 LUTS 患者尿动力学及血清 IL-6、IL-8 水平的影响[J]. 现代医学与健康研究(电子版), 2020, 4(3):54-55.
- [22] 邵文光, 王建忠, 姜雷. 前列舒通联合非那雄胺对良性前列腺增生术后患者血管内皮生长因子、热休克蛋白、前列腺特异抗原及性激素的影响分析[J]. 中国性科学, 2022, 31(5):37-41.
- [23] 阿衣夏木古丽·艾则孜, 马丽丽, 柳江, 等. 扶正抑瘤汤联合化疗对前列腺癌患者血清 TGF- β 、IL-1A 和 PSA 水平的影响及其疗效分析[J]. 肿瘤药学, 2019, 9(3):484-489.
- [24] 阳新华, 杜新建, 陈波, 等. 简易剜除术与 TUPRP 对前列腺增生患者尿动力学及血清 PSA、EGF、PGE-2 水平的影响[J]. 国际泌尿系统杂志, 2022, 42(4):603-607.
- [25] 于松, 于广海, 杜浩. 改良钬激光前列腺剜除术治疗大体积良性前列腺增生效果及对尿道功能、疼痛介质、表皮生长因子和前列腺特异性抗原的影响[J]. 中国医师进修杂志, 2022, 45(3):226-232.

收稿日期2024-01-26



《上海针灸杂志》官方微信公众号

为方便广大作者和读者第一时间了解期刊动态和热点信息以及随时浏览期刊内容,《上海针灸杂志》已开通官方微信公众号(上海针灸杂志)。

扫一扫左侧公众号二维码,敬请关注《上海针灸杂志》官方微信公众号。