DOI:10.13193/j.issn.1673-7717.2025.09.023

癃清片治疗湿热瘀滞型慢性前列腺炎临床研究

张修举[1],聂哓伟[2],高庆和[1],刘绍明[3]
(1.中国中医科学院西苑医院,北京 100091;2.北京中医药大学第三附属医院,北京 100029;
3.北京中医药大学东方医院,经开区院区,北京 100176)

摘要:目的 研究癃清片治疗湿热瘀滞型慢性前列腺炎临床。方法 抽取80例经检查被确诊为湿热瘀滞型慢性前列腺炎的患者,按随机数字表分为两组,对照组40例予以盐酸坦洛新缓释片治疗,研究组40例予以癃清片治疗。对两组患者的临床疗效、慢性前列腺炎症状积分指数(NationalInstitu-tes of Health Chronic Prostatitis Symptom Index,NIH-CPSI)、尿动力学指标以及前列腺液相关指标进行对比。结果 研究组总有效率与对照组相比,95.00%高于77.50%,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗后,与对照组相对比,研究组NIH-CPSI评分更低,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗后,与对照组相对比,研究组最大尿流率、膀胱最大容量更高,残余尿量、最大逼尿肌压力变化更低,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗后,与对照组相对比,研究组单核细胞趋化蛋白-1(Monocyte chemoattractant protein-1,MCP-1)、巨噬细胞集落刺激因子(macrophage-stimulating factor,M-CSF)、血管细胞黏附分子1(Vascular cell adhesion molecule 1,VCAM-1)、白介素10(interleukin 10,IL-10)、C-反应蛋白(C-reactive protein,CRP)水平均更低,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 湿热瘀滞型慢性前列腺炎患者采取癃清片进行治疗后,减轻患者的临床症状,有效减轻其炎性反应,抗菌效果好,促进患者恢复,临床应用价值较高。

关键词:慢性前列腺炎;湿热瘀滞型;癃清片;尿动力学
中图分类号:R277.597.33 **文献标志码**:A **文章编号**:1673-7717(2025)09-0130-04

Study on Longqing Tablets(癃清片) in Treatment of Chronic Prostatitis with Dampness-Heat and Blood Stasis

ZHANG Xiuju[1],NIE Xiaowei[2],GAO Qinghe[1],LIU Shaoming[3]
(1. Andrology Department,Xiyuan Hospital,China Academy of Chinese Medical Sciences,Beijing 100091,China;
2. Traditional Chinese Medicine Comprehensive Department,The Third Affiliated Hospital of Beijing University of Chinese Medicine,Beijing 100029,China;
3. Comprehensive Surgery of Economic Development Zone,Dongfang Hospital,Beijing University of Chinese Medicine,Beijing 100176,China)

Abstract:*Objective* To study the clinical study of Longqing Tablets(癃清片) in the treatment of chronic prostatitis with dampness-heat stasis. *Methods* A total of 80 patients diagnosed with chronic prostatitis with damp-heat and blood stasis were selected and divided into two groups according to random number table. Forty cases in control group were treated with Tamlosin Hydrochloride Sustained-Release Tablet,and the other 40 cases in study group were treated with Longqing Tablets. The clinical efficacy,chronic prostatitis syndrome score index(NIH-CPSI),urodynamic indexes and prostatic fluid related indexes of the two groups were compared. *Results* The total effective rate of the study group was 95.00%,higher than that(77.50%) of the control group,and there was statistical significance($P<0.05$). After treatment,the NIH-CPSI score of the study group was lower than that of the control group,and the difference was statistically significant($P<0.05$). After treatment,compared with those of the control group,the maximum urine flow rate and maximum bladder volume in the study group were higher,and the changes of residual urine volume and maximum detrusor pressure were lower,and there was statistical significance($P<0.05$). After treatment,the levels of monocyte chemoattractant protein-1(MCP-1),macrophage-stimulating factor(M-CSF),vascular cell adhesion molecule 1(VCAM-1),interleukin-10(IL-10) and C-reactive protein(CRP) in the study group were lower than those in the control group,and the differences were statistically significant($P<0.05$). *Conclusion* After Longqing Tablets treating patients with chronic prostatitis with dampness-heat and blood stasis,the clinical symptoms can be alleviated,the inflammatory response can be effectively reduced and the antibacterial effect is good. It can promote the recovery of the patients,and have high clinical application value.

Keywords:chronic prostatitis;NIH-chronic prostatitis symptom index;Longqing Tablets(癃清片);urodynamics

基金项目:国家自然科学基金项目(82104880)
作者简介:张修举(1987-),男,山东郓城人,主治医师,博士,研究方向:中西医诊治男科疾病。
通讯作者:刘绍明(1975-),男,四川射洪人,副主任医师,博士,研究方向:中西医结合防治泌尿男科疾病。E-mail:shaomingliu@sina.com。

慢性前列腺炎是临床上比较常见、高发的泌尿生殖系统疾病，好发于青、中年男性群体。有研究表明[1-3]，约有 50% 男性一生当中的某个阶段会受到慢性前列腺炎的困扰，而 35 岁以上的男性群体中约 36% ~40% 会出现不同程度的慢性前列腺炎。该病具有病因、病机较为复杂，病情顽固等特点，且极易反复发作，治愈率较低，虽然不会危及到患者的生命安全，但是其临床症状会严重影响患者的身体健康，降低其生活质量。西医治疗慢性前列腺炎疗效不理想，且不良反应较多，停药后也极易反复发作[4]。随着中医药技术的发展，采取中医药治疗该病已逐渐得到临床的关注和认同。从中医的角度上看，慢性前列腺炎属于“白淫”“精浊”“劳淋”等范畴[5]。根据中医辨证分型可将该病分为 4 ~ 6 种，其中以湿热瘀滞型最为常见。湿热瘀滞型慢性前列腺炎患者的病机为湿热、血瘀、肾虚，核心为气滞血瘀。癃清片是名中医根据多年临床经验，在中医理论指导下研发的中药三类新型中成药，在泌尿系统感染的治疗中得到了广泛的应用[6]。基于此，为探讨癃清片治疗给湿热瘀滞型慢性前列腺炎患者带来的临床效果，选取我院 80 例经检查被确诊为湿热瘀滞型慢性前列腺炎的患者作为研究对象，现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 抽中 2021 年 4 月—2023 年 10 月在北京中医药大学东方医院收入治疗的湿热瘀滞型慢性前列腺炎患者 80 例作为研究对象，按随机数字表法划分组别，各 40 例。研究组年龄 30 ~ 55 岁，平均(43.23 ± 10.21)岁；病程 3 ~ 10 年，平均(6.45 ± 1.23)年。对照组年龄 31 ~ 57 岁，平均(43.32 ± 10.30)岁；病程 3 ~ 10 年，平均(6.44 ± 1.27)年。两组比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 诊断标准 ①符合《中国泌尿外科疾病诊断治疗指南》[7]中对慢性前列腺炎的诊断标准；②患者伴有尿频、尿痛、尿急、排尿无力等临床症状。

1.3 中医辨证标准 参考《中医病证诊断疗效标准》[8]中对该病的辨证，符合湿热瘀滞型；伴尿频、尿痛、尿急，且伴有灼热感，排尿或是在排便时尿道会溢出白浊。腰骶部、睾丸部伴有坠胀感、疼痛；舌质红，苔黄腻或薄黄，脉滑数。

1.4 纳入标准 ①符合慢性前列腺炎的诊断标准，并经临床检查被确诊的患者；②患者年龄在 25 ~ 70 周岁；③临床资料完整；④患者对该研究知情，签署相关文件参与。

1.5 排除标准 ①合并出现前列腺肿瘤、前列腺增生、尿路疾病的患者；②急性前列腺的患者；③合并心脑血管、肝肾功能不全等疾病的患者；④一周内进行过相关治疗的患者；⑤对研究药物过敏的患者。

2 治疗方法

2.1 对照组 予以盐酸坦洛新缓释片(昆明积大制药股份有限公司；国药准字 H20051461)治疗，规格为每片 0.2 mg，1 片/次，1 次/d，饭后服用。连续服用 4 周。

2.2 研究组 研究组 40 例予以癃清片(津药达仁堂集团股份有限公司隆顺榕制药厂；国药准字 Z10920030)治疗，规格为每片 0.6 mg，6 片/次，2 次/d。连续服用 4 周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 (1)临床疗效：参考《中医病证诊断疗效标准》[8]制定，治愈：患者临床症状、体征消失，前列腺检查时触诊压痛消失，中医证候积分降低 60% 以上，质地恢复正常；显效：患者临床症状、体征较前明显改善，中医证候积分降低 45% ~60%，前列腺检查时触诊压痛较前明显减轻；有效：患者临床症状、体征改善，中医证候积分降低 30% ~44%，前列腺检查时触诊压痛减轻；无效：患者临床症状、体征无改善，中医证候积分降低 30% 以下。治疗总有效率为治愈率、显效率与有效率总和。(2)慢性前列腺炎症状积分指数(National Institu - tes of Health Chronic Prostatitis Symptom Index，NIH - CPSI)[9]：该评分量表分为 3 个部分，包括生活质量、排尿症状、疼痛或不适，分值 0 ~ 43 分。生活质量包括三项，分值 0 ~ 12 分；排尿症状两项，分值 0 ~ 10 分；疼痛或不适四项，分值 0 ~ 21 分。分值越高，患者症状越严重。(3)尿流动力学指标：最大尿流率、膀胱最大容量、残余尿量以及最大逼尿肌压力变化。(4)前列腺液相关指标：取患者治疗前、治疗四周后的前列腺液，采取酶联免疫吸附法检测前列腺液中单核细胞趋化蛋白 - 1(Monocyte chemoattractant protein - 1，MCP - 1)、巨噬细胞集落刺激因子(macrophage - stimulating factor，M - CSF)、血管细胞黏附分子 1(Vascular cell adhesion molecule 1，VCAM - 1)、白介素 10(interleukin 10，IL - 10)、C - 反应蛋白(C - reactive protein，CRP)。

3.2 统计学方法 采用 SPSS 25.0 统计学软件分析数据。计量资料经 Shapiro - Wilk 检验均符合正态分布，以($\bar{x} \pm s$)表示，采用 t 检验；计数资料以频数率(%)表示，采用 χ^2 检验。$P < 0.05$ 时表示差异具有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 临床疗效 研究组总有效率与对照组相比，95.00% 高于 77.50%，差异有统计学意义($P < 0.05$)。详见表 1。

表 1 两组慢性前列腺炎患者临床疗效比较

单位：例(%)

组别	例数	显效	一般	无效	总有效
对照组	40	24(60.00)	7(17.50)	9(22.50)	31(77.50)
研究组	40	30(75.00)	8(20.00)	2(5.00)	38(95.00)
χ^2 值		-	-	-	5.164 7
P 值		-	-	-	0.023 1

4.2 两组 NIH - CPSI 比较 治疗前，两组 NIH - CPSI 评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$)；治疗后，与对照组相对比，研究组 NIH - CPSI 评分更低，差异有统计学意义($P < 0.05$)。详见表 2。

表 2 两组慢性前列腺炎患者 NIH - CPSI 的比较($\bar{x} \pm s$)

单位：分

组别	例数	时间	生活质量	排尿症状	疼痛或不适
对照组	40	治疗前	8.58 ± 1.31	8.48 ± 2.27	10.59 ± 3.21
		治疗后	6.75 ± 1.33①	5.89 ± 1.35①	8.74 ± 2.24①
		t 值	6.199 8	6.202 2	2.989 2
		P 值	0.000 0	0.000 0	0.003 7
研究组	40	治疗前	8.59 ± 1.29	8.47 ± 2.28	10.58 ± 3.23
		治疗后	3.25 ± 1.05①②	4.91 ± 1.18①②	5.75 ± 1.20①②
		t 值	20.304 8	8.770 2	8.865 4
		P 值	0.000 0	0.000 0	0.000 0
治疗前 t 值			0.034 4	0.019 7	0.013 9
治疗前 P 值			0.972 6	0.984 4	0.989 0
治疗后 t 值			13.063 2	3.456 8	7.441 6
治疗后 P 值			0.000 0	0.000 9	0.000 0

注：①同组治疗前比较，$P < 0.05$；②治疗后研究组与对照组相比较，$P < 0.05$。

4.3 两组尿流动力学指标比较 治疗前，两组患者尿流动力学指标比较差异无统计学意义($P > 0.05$)；治疗后，与对照组相对比，研究组最大尿流率、膀胱最大容量更高，残余尿量、最大逼尿肌压力变化更低，差异有统计学意义($P < 0.05$)。详见

表 3 两组慢性前列腺炎患者尿流动力学指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	最大尿流率/(mL/s)	膀胱最大容量/(mL)	残余尿量/(mL)	最大逼尿肌压力变化/(cmH_2O)
对照组	40	治疗前	6.34 ± 1.54	238.59 ± 6.22	69.89 ± 7.23	8.24 ± 1.11
		治疗后	11.88 ± 2.71①	280.64 ± 6.35①	30.14 ± 5.16①	7.22 ± 0.94①
		t 值	11.240 9	29.919 4	28.303 0	4.435 1
		P 值	0.000 0	0.000 0	0.000 0	0.000 0
研究组	40	治疗前	6.36 ± 1.58	238.25 ± 6.21	69.26 ± 7.19	8.31 ± 1.04
		治疗后	14.73 ± 2.69①②	298.36 ± 7.52①②	25.75 ± 4.79①②	5.25 ± 0.52①②
		t 值	16.968 5	38.981 0	31.851 7	16.644 2
		P 值	0.000 0	0.000 0	0.000 0	0.000 0
治疗前 t 值			0.057 3	0.244 7	0.390 8	0.291 1
治疗前 P 值			0.954 4	0.807 4	0.697 0	0.771 8
治疗后 t 值			4.720 6	11.386 6	3.943 5	11.598 3
治疗后 P 值			0.000 0	0.000 0	0.000 2	0.000 0

注:①同组治疗前后比较,$P < 0.05$;②治疗后研究组与对照组相比较,$P < 0.05$。

表 4 两组慢性前列腺炎患者前列腺液相关指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	MCP-1/(ng/L)	M-CSF/(μg/L)	VCAM-1/(m/mL)	IL-10/(ng/L)	CRP/(mg/L)
对照组	40	治疗前	533.34 ± 90.61	1.83 ± 0.54	93.20 ± 15.51	15.41 ± 2.25	13.50 ± 1.34
		治疗后	417.78 ± 60.85①	0.85 ± 0.49①	76.32 ± 10.14①	11.74 ± 1.54①	7.78 ± 0.98①
		t 值	6.696 2	8.500 1	5.761 2	8.513 0	21.791 5
		P 值	0.000 0	0.000 0	0.000 0	0.000 0	0.000 0
研究组	40	治疗前	521.35 ± 90.59	1.81 ± 0.48	92.77 ± 15.50	15.34 ± 2.22	13.53 ± 1.33
		治疗后	365.41 ± 40.92①②	0.53 ± 0.41①②	65.45 ± 9.35①②	8.21 ± 0.98①②	5.23 ± 0.50①②
		t 值	9.921 7	12.824 1	9.545 3	18.582 6	36.944 6
		P 值	0.000 0	0.000 0	0.000 0	0.000 0	0.000 0
治疗前 t 值			0.591 8	0.175 1	0.124 0	0.140 1	0.100 5
治疗前 P 值			0.555 7	0.861 5	0.901 6	0.889 0	0.920 2
治疗后 t 值			4.516 9	3.167 7	4.984 3	12.230 7	14.659 0
治疗后 P 值			0.000 0	0.002 2	0.000 0	0.000 0	0.000 0

注:①同组治疗前后比较,$P < 0.05$;②治疗后研究组与对照组相比较,$P < 0.05$。

表 3。

4.4 两组前列腺液相关指标比较 治疗前,两组患者 MCP-1、M-CSF、VCAM-1、IL-10、CRP 比较差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,与对照组相对比,研究组 MCP-1、M-CSF、VCAM-1、IL-10、CRP 水平均更低,差异有统计学意义($P < 0.05$)。详见表 4。

5 讨论

慢性前列腺炎属于临床常见病、高发病,该病主要是以排尿的异常、慢性盆腔的疼痛为主要临床表现,部分患者还会出现阳痿、早泄等性功能异常、精神神经症状等的一组炎性病变[10-12]。其病因较多,多认为与病原体因素如沙眼衣原体、支原体、真菌、病毒等感染性因素相关,其次还与尿液的刺激、免疫反应异常、神经损伤等相关[13-15]。慢性前列腺炎病程较长且顽固,其临床症状比较复杂多样,治愈率相对较低,极易反复发作。该病在全球均呈现发病率上升的趋势,西医治疗该病疗效并不理想。西医采取抗生素、抗菌消炎药物等治疗慢性前列腺炎具有一定疗效,但是前列腺在生理、解剖上具有特殊性,其外周的脂质包膜会屏蔽多种抗生素的药物渗透,加上炎症反应的刺激,多种抗菌药物难以进入前列腺发挥杀菌效果,因此疗效欠佳。反之,中医治疗慢性前列腺炎具有先天的优势,可有效治疗慢性前列腺炎患者。

中医学认为,湿热瘀滞属于慢性前列腺炎的基本病机,因此临床以湿热瘀滞型慢性前列腺炎较为常见。由于湿热下注,气血不通,气滞血瘀,使湿热加重,湿热互作,使病程持续,迁延难愈,久则虚,实则肾虚[16]。所以,湿热、血瘀以及肾虚是慢性前列腺炎的主要病理基础,其核心为气滞血瘀。因此,治疗时应以清热通淋、活血化瘀为主。癃清片[17]属于中成药,临床常用该药物治疗泌尿系统感染疾病。该药物由十种中药材构成,包括泽泻、金银花、败酱草、牡丹皮、车前子、赤芍、白花蛇舌草、黄连、仙鹤草以及黄柏。其中,泽泻[18]具有利水渗湿、化浊降脂以及泄热的功效;金银花[19]可清热解毒、疏散风热;败酱草[20]祛痰排脓、清热解毒;牡丹皮[21]活血化瘀、清热凉血;车前子[22]可清热利尿、渗湿止泻;赤芍[23]能活血祛瘀;白花蛇舌草[24]具有清热解毒、利湿通淋的作用;黄连[25]、黄柏[26]清热燥湿、泻火、解毒;仙鹤草[27]补虚、提气。从现代药理学角度上看,白花蛇舌草[24]具有较好消炎、抑菌功效;车前子[22]具有较为明显的利尿效果,同时还具有抑菌、抗炎效果;赤芍[23]可以抑制血小板的聚集,起到抗凝、抗血栓的作用,对治疗心血管疾病具有较好功效;金银花[19]可抗菌、抗肿瘤、保护胃黏膜;仙鹤草[27]具有止痢、杀菌的功效,对金黄色葡萄球菌、枯草杆菌、大肠杆菌等均有较好的抑制作用。诸药合用,可起到清热利湿、通淋、活血化瘀、散结的作用。因此,现代药理学认为癃清片[28-30]可以破坏细菌的 P 菌毛,抑制药物的黏附,增加其尿量,增强患者尿流的机械冲洗效果,让细菌不能生存,提高吞噬细胞的功能,进而提高自身免疫能力,起到较好的抗菌效果,加速患者康复。同时,还能显著减少前列腺炎时前列腺液中白细胞数量,使卵磷脂小体增多,减少炎性细胞浸润及水肿。此外,癃清片中含有的槲皮素[31]可以抑制巨噬细胞的炎性反应,进而减少炎性细胞的释放,对氧化应激产生抑制,从而抑制细胞的凋亡。在本研究中,研究组总有效率更高,NIH-CPSI 评分、

尿动力学指标水平更低($P<0.05$)。说明采取癃清片治疗湿热瘀滞型慢性前列腺炎的疗效显著,可有效减轻患者的临床症状,改善患者的排尿情况。MCP-1 属于趋化因子,与炎性反应相关;M-CSF 会促进造血红细胞的分化,VCAM-1 参与炎性反应、免疫调节,属于黏附分子;IL-10 属于多效应的抗炎因子,参与慢性前列腺炎的发展进程;而 CRP 是评估前列腺炎的重要指标[32]。治疗后,研究组 MCP-1、M-CSF、VCAM-1、IL-10、CRP 水平均更低($P<0.05$)。说明采取癃清片治疗后,可有效减轻机体的炎性反应,促进患者恢复。

本次研究结果表明,采用癃清片治疗湿热瘀滞型慢性前列腺炎可有效改善患者生活质量、排尿症状、疼痛或不适等相关临床症状,可减轻患者机体的炎性反应,抗菌、抗炎效果良好,可用于湿热瘀滞型慢性前列腺炎临床治疗。虽然本次研究结果显示癃清片治疗湿热瘀滞型慢性前列腺炎具有积极临床应用价值,但未来仍需在临床实践中进一步进行长效性及安全性验证。

参考文献

[1] CHEN N W,JING JIN,HONG XU,et al. Effect of thermophilic bacterium HB27 manganese superoxide dismutase in a rat model of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome(CP/CPPS)[J]. 亚洲男性学杂志(英文版),2022,24(3):323-331.

[2] FRANCO JUAN V A,TURK TAREK,JUNG JAE HUNG,et al. Pharmacological interventions for treating chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a Cochrane systematic review[J]. BJU international,2020,125(4):490-496.

[3] PERLETTI,GIANPAOLO,TRINCHIERI,et al. Safety considerations with new antibacterial approaches for chronic bacterial prostatitis[J]. Expert opinion on drug safety,2022,21(1/6):171-182.

[4] MUKENDI,ALAIN MWAMBA,et al. Prostatic malakoplakia associated with severe chronic active prostatitis[J]. Journal of Clinical Urology,2020,13(2):140-143.

[5] HAN Y P,YU W T,ZHANG Y,et al. Qinghua decoction(清化饮) improves chronic nonbacterial prostatitis possibly via regulating the chromogranin A/nerve growth factor/tyrosine kinase A signaling pathway mediated by inflammatory factors[J]. 中医杂志(英文版),2023,43(4):695-703.

[6] 汪绪祥,王锁刚,陈铸,等. 癃清片治疗慢性前列腺炎的临床疗效及安全性的 Meta 分析[J]. 世界中医药,2020,15(10):1423-1428.

[7] 那彦群. 中国泌尿外科疾病诊断治疗指南[M]. 北京:人民卫生出版社,2014:1-9.

[8] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 北京:中国医药科技出版社,2012:241.

[9] 陆子晖,谭华儒. 通淋起痿汤加减联合揿针疗法治疗Ⅲ型慢性前列腺炎合并勃起功能障碍的疗效观察[J]. 广州中医药大学学报,2023,40(8):1928-1934.

[10] HALABI,JACQUES,JAGGER,et al. Zika virus causes acute and chronic prostatitis in mice and macaques[J]. The Journal of Infectious Diseases,2020,221(9):1506-1517.

[11] LI X C,ZHANG X B,LIAO Z C,et al. Is mild erectile dysfunction associated with severe psychological symptoms in Chinese patients with moderate-to-severe chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome?[J]. 亚洲男性学杂志(英文版),2021,23(3):319-324.

[12] AKTAR,NASRIN,MOUDUD,et al. Recent advances in pharmacological interventions of chronic prostatitis/ chronic pelvic pain syndrome[J]. Current pharmaceutical design,2021,27(25):2861-2871.

[13] ZHANG K,GUO R Q,CHEN S W,et al. The efficacy and safety of Serenoa repens extract for the treatment of patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a multicenter,randomized,double-blind,placebo-controlled trial[J]. World journal of urology,2021,39(9):3489-3495.

[14] LI ARTHUR SONEWAI,VAN NIEKERK LEESA,WONG AQUINA LIM YIM,et al. Psychological management of patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome(CP/CPPS): a systematic review[J]. Scandinavian journal of pain,2023,23(1):25-39.

[15] LI Z W,LAO Y F,BAI Y A,et al. Comparison of transcutaneous tibial nerve stimulation versus percutaneous tibial nerve stimulation in category IIIB chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: A randomized prospective trial[J]. The Prostate,2023,83(8):751-758.

[16] 欧阳静雯,门波,张迪,等. 消癥煎联合坦索罗辛对慢性前列腺炎患者炎性细胞因子,免疫球蛋白及尿流动力学的影响[J]. 时珍国医国药,2023,34(7):1663-1666.

[17] 夏康,庞然,莫君甫,等. 癃清片联合伐地那非治疗Ⅲb型慢性前列腺炎伴勃起功能障碍的临床研究[J]. 重庆医学,2020,49(14):2298-2301.

[18] 戴梦翔,金姝娜,宋成武,等. 泽泻及其炮制品化学成分和药理作用的研究进展[J]. 中草药,2023,54(5):1620-1635.

[19] 张仁群,李仪晴,刘子怡,等. 金银花多糖的提取,分离纯化,结构特征和生物活性研究进展[J]. 中华中医药学刊,2023,41(5):155-159.

[20] 范宇,沙冬梅,沙马里牛,等. 白花败酱草的化学成分、药理活性及质量控制研究进展[J]. 中国中药杂志,2022,47(22):6005-6019.

[21] 张瞳,秦月雯,王萍,等. 基于 UHPLC-QTOF-MS/MS 和 TCMIP 的牡丹皮治疗慢性肾炎活性成分筛选及作用机制分析[J]. 中草药,2022,53(9):2756-2767.

[22] 孙钰婧,霍志鹏,王玉,等. 基于 UPLC-Q-TOF/MSE 分析不同炮制时间炒车前子的化学成分变化规律[J]. 中国实验方剂学杂志,2022,28(4):146-153.

[23] 张润,杜菁,易剑平,等. 芩连制剂中赤芍质量控制研究[J]. 中成药,2023,45(1):195-198.

[24] 郭驹,金凯,李美乐,等. 白花蛇舌草提取物对肝癌细胞的放疗增敏作用观察[J]. 山东医药,2022,62(33):1-4.

[25] 陈阳,马嘉仪,张健榕,等. 黄连中生物碱类成分抗溃疡性结肠炎的作用机制研究进展[J]. 南京中医药大学学报,2023,39(12):1260-1266.

[26] 李敏,李莉,全云云,等. 基于网络药理学、分子对接及实验验证探讨黄柏治疗痛风的作用机制[J]. 天然产物研究与开发,2023,35(7):1235-1246.

[27] 张慧兰,郭文晖,王旭,等. 仙鹤草化学成分和药理作用的研究进展及其质量标志物(Q-Marker)预测分析[J]. 中草药,2023,54(16):5399-5409.

[28] 叶章群,蓝儒竹,沈周俊,等. 癃清片与左氧氟沙星单药或联合应用治疗非细菌性炎症性前列腺炎的临床研究[J]. 中华泌尿外科杂志,2016,37(5):363-367.

[29] 张晓静,邓雁如,刘德福,等. 癃清片抗炎镇痛作用研究[J]. 中药药理与临床,2015,31(1):213-217.

[30] 高博,魏东,刘伟倩,等. 癃清片辅助治疗急性附睾炎的安全性及临床疗效观察[J]. 中草药,2019,50(14):3409-3412.

[31] 夏康,庞然,莫君甫,等. 癃清片及盐酸坦洛新缓释片围术期联合用药对前列腺增生症患者术后排尿功能的影响[J]. 重庆医学,2023,52(13):2014-2018.

[32] 冯武兵,陈晨. 前列清瘀汤联合西药治疗慢性前列腺炎(湿热瘀滞证)对患者 EPS 中 MCP-1、M-CSF 水平影响分析[J]. 四川中医,2022,40(1):135-139.