

尿道前列腺等离子电切术联合益肾逐瘀汤治疗 前列腺增生的疗效及对性激素的影响

徐章寿 邵 鹏

(江苏省泰州市中西医结合医院,泰州,225300)

摘要 目的:探讨经尿道前列腺等离子电切术(PKRP)联合益肾逐瘀汤对前列腺增生(BPH)患者的临床疗效及对患者性激素水平的影响。方法:选取2014年3月至2016年6月本院收治BPH患者116例,随机分为对照组($n=58$)及观察组($n=58$),2组均PKRP治疗,对照组围手术期进行常规治疗,观察组在对照组的基础上加用益肾逐瘀汤治疗。统计2组手术情况及各证型临床疗效;记录并比较2组术前、术后8周临床指标及性激素水平;统计2组术后并发症发生情况。结果:2组术中冲洗液中血红蛋白含量、膀胱冲洗时间及尿管滞留时间差异均无统计学意义($P>0.05$);对照组血瘀下焦证、膀胱湿热证、肾阴亏虚证、肾阳不足证及肺热气闭证患者的临床总有效率分别为73.91%、40.00%、46.15%、42.86%及40.00%,分别较观察组的95.45%、83.33%、90.00%、100%及100.00%显著降低($P<0.05$);与术前比较,术后8周2组PVR、IPSS评分、QOL评分及观察组 E_2 、LH、FSH激素水平均明显降低,且观察组显著低于对照组($P<0.05$ 或 $P<0.01$);而2组MFR及观察组T、PRL激素水平均明显升高,且观察组显著高于对照组($P<0.01$);观察组并发症发生率为10.34%,显著低于对照组的25.86%($P<0.05$)。结论:PKRP联合益肾逐瘀汤可显著改善BPH患者的临床症状,调节患者性激素水平,提高临床疗效并明显减少患者术后并发症的发生,疗效显著优于PKRP术后常规治疗。

关键词 前列腺增生;经尿道前列腺等离子电切术;益肾逐瘀汤;性激素;疗效

Effect of Transurethral Plasmakinetic Resection of Prostate Combined With Yishen Zhuyu Decoction on Benign Prostatic Hyperplasia And Its Effect on Sex Hormones

Xu Zhangshou, Tai Peng

(Taizhou Hospital of traditional Chinese and Western medicine, Jiangsu, Taizhou 225300, China)

Abstract Objective: To investigate the clinical efficacy of transurethral plasmakinetic resection of prostate (PKRP) combined with Yishen Zhuyu Decoction in the treatment of benign prostatic hyperplasia (BPH) and its influence on sex hormone levels. **Methods:** A total of 116 cases of March 2014-2016 year in June the hospital treated BPH patients were randomly divided into control group ($n=58$) and observation group ($n=58$), 2 groups were treated with PKRP, the control group during the perioperative period of routine treatment, the observation group in the control group and Yishen Zhuyu Decoction treatment. Statistics of 2 groups of surgical conditions and the clinical efficacy of each card type, recorded and compared the preoperative and postoperative 8 weeks clinical index and sex hormone levels in the 2 groups, statistical analysis of postoperative complications of the 2 groups. **Results:** the liquid content of hemoglobin, bladder washing time and catheter retention time had no significant difference between the 2 groups in flushing ($P>0.05$); control group, blood stasis syndrome, bladder coke under the damp heat syndrome, kidney yin deficiency, kidney yang deficiency syndrome and lung heat syndrome in patients with closed the total effective rate was 73.91%, 40%, respectively 46.15%, 42.86% and 40%, respectively, compared with the observation group 95.45%, 83.33%, 90%, 100% and 100% was significantly decreased ($P<0.05$); compared with the preoperative, postoperative 8 weeks, 2 groups of PVR, IPSS score, QOL score and E_2 in the observation group, LH and FSH levels were significantly decreased, and the observation group was significantly lower than that of control group ($P<0.05$ or $P<0.01$); and the 2 group of MFR and T in the observation group, PRL levels were significantly increased, and the observation group was significantly higher than control group ($P<0.01$); the complication rate of observation group (10.34%) was significantly lower than control group (25.86%) ($P<0.05$). **Conclusion:** PKRP combined with Yishen Zhuyu Decoction can significantly improve the clinical symptoms of patients with BPH, regulate the level of sex hormone in patients, improve clinical efficacy and reduce the incidence of postoperative complications, the curative effect was significantly better than conventional treatment after PKRP.

Key Words Benign prostatic hyperplasia; Transurethral plasmakinetic resection of the prostate; Yishen Zhuyu Decoction; Sex hormone; Curative effect

中图分类号: R277.5 文献标识码: A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2016.12.045

前列腺增生症(BPH)是泌尿外科常见疾病之一,临床主要表现为尿频、尿急、进行性排尿困难等,且随着人口老龄化速度加快,BPH的发病率逐年增高^[1-2]。经尿道前列腺等离子电切术(PKRP)是治疗BPH的经典术式,但存在术中出血多、操作难度大、并发症多等缺点^[3]。近年来,中医治疗BPH方面取得了一定的进展,中医学认为肾气亏虚为BPH发病之本,故治疗应以补肾为要,益肾逐瘀汤具有活血化瘀、补肾益气、软坚散结之功效^[4]。据报道,其可明显改善BPH患者围手术期排尿功能,缩小前列腺体积(PV),改善患者临床症状,且无明显不良反应^[5]。现代医学表明BPH的发生、发展与其体内性激素水平平衡密切相关^[6]。因此本研究旨在探讨PKRP联合益肾逐瘀汤对BPH的临床疗效及对患者性激素水平的影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2014年3月至2016年6月我院收治BPH患者116例,所有患者均经病理学检查确诊,伴有下尿路梗阻症状,且影像学显示PV增大。所有患者的中医辨证均符合国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》^[7]。纳入标准:年龄55~80岁;国际前列腺症状(IPSS)评分>13分;最大尿流率(MFR)<15 mL/s;血液前列腺特异抗原(PSA)在正常水平者;无急性泌尿系统感染性疾病者;入院前2周内未服用过其他治疗BPH药物或影响性激素水平的药物者。排除标准:伴有严重心、肝、肾等功能异常者;合并逼尿肌无力、神经源性膀胱、泌尿结石等影响机体排尿功能的相关疾病者等。本研究经本院医学伦理委员会研究批准且所有纳入患者及家属均知情同意。将所有患者随机分为对照组($n=58$)及观察组($n=58$),2组患者年龄、PV、PSA及中医辨证分型等方面比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。见表1。

1.2 治疗方法

1.2.1 手术方法 2组均行PKRP治疗:首先对患者进行腰硬联合麻醉,取截石位,采用Gyrus等离子体切割系统进行切割(电切160 W,电凝80 W)。术中不做膀胱造瘘,经尿道置入电切镜,观察尿道及附近器官,并判断膀胱有无病变。以精阜为远端标志,从膀胱颈部切出从颈部到精阜近侧的标志沟,深度直达包膜,依次切割左右两叶及颈部塌陷腺体,最后修整精阜附近组织,吸出膀胱内前列腺碎屑并彻底

止血。

1.2.2 围手术期处理方法 对照组患者围手术期均进行常规治疗,包括给予普乐安片口服,4片/次,1次/d,连续服用8周;给予罗红霉素片口服,150 mg/次,2次/d,连续服用2周;给予氨甲苯酸片口服,0.25 g/次,3次/d,连续服用2周。观察组在对照组的基础上加用益肾逐瘀汤。药方:黄芪20 g,熟地黄、山茱萸、菟丝子、枸杞子、土鳖虫、怀牛膝、泽泻各10 g,附子、肉桂各3 g。据患者各证型适当加减,以水煎取汁口服,1剂/d,分2次温服,连续服用8周。

1.3 观察指标 1)统计并比较2组术前及术后8周临床症状指标,包括PVR、MFR、IPSS评分、生活质量(QOL)评分等指标;2)检测并比较2组术前及术后8周性激素水平变化,包括睾酮(T)、雌二醇(E_2)、催乳素(PRL)、黄体生成素(LH)及促卵泡素(FSH)等。3)统计2组术后并发症发生率。

1.4 疗效判定标准 1)统计2组手术情况。2)统计2组各证型临床疗效^[7]:痊愈:症状消失,排尿通畅尿流曲线恢复,残余尿量(PVR)基本消失;显效:症状显著改善,PVR减少,MFR明显改善;有效:症状有所改善,排尿困难症状缓解,PVR减少,MFR有所改善;无效:症状未见改善,排尿仍困难,PVR及MFR未见好转。总有效率=(痊愈+显效+有效)例数/总例数 $\times 100\%$ 。

1.5 统计学方法 采用SPSS 19.0软件对上述研究数据进行统计学分析,计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,多组间计量资料比较采用重复测量方差分析,组内比较采用配对 t 检验,组间比较采用独立 t 检验。计数资料以百分比(%)表示,采用 χ^2 检验,非参数等级资料采用秩和检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组手术情况比较 2组患者PKRP均顺利完成,观察组及对照组术中冲洗液中血红蛋白含量分别为(10.9 ± 5.1)g和(13.2 ± 5.8)g;观察组及对照组膀胱冲洗时间分别为(12.6 ± 2.8)h和(15.3 ± 3.1)h;观察组及对照组尿管滞留时间分别为(65.2 ± 10.7)h和(66.3 ± 11.2)h。2组术中冲洗液中血红蛋白含量、膀胱冲洗时间及尿管滞留时间差异均无统计学意义($P>0.05$)。

2.2 2组临床疗效比较 对照组血瘀下焦证、膀胱

湿热证、肾阴亏虚证、肾阳不足证及肺热气闭证患者的临床总有效率分别为 73.91% ,40.00% ,46.15% ,42.86% ,40.00% ,观察组分别为 95.45% ,83.33% ,90.00% ,100.00% ,100.00% ,观察组各证型 BPH 患者的临床总有效率均较对照组显著提高 ($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 2 组临床症状指标比较 术前 2 组患者 PVR、MFR 及 IPSS、QOL 评分差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)；与术前比较，术后 8 周 2 组 PVR 及 IPSS、

QOL 评分均明显降低，MFR 均明显增大，且 2 组差异有统计学意义 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。见表 3。

2.4 2 组术前及术后 8 周性激素水平比较 术前 2 组患者血清 T、E₂、PRL、LH 及 FSH 水平差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)；与术前比较，术后 8 周观察组患者 T 及 PRL 水平均明显升高，且显著高于对照组 ($P < 0.01$)；而观察组 E₂、LH 及 FSH 水平均明显降低，且显著低于对照组 ($P < 0.01$)。见表 4。

表 1 2 组一般资料比较($\bar{x} \pm s, n$)

组别	年龄/岁	PV/mL	PSA (ng/mL)	中医证型				
				血瘀下焦	膀胱湿热	肾阴亏虚	肾阳不足	肺热气闭
对照组 ($n = 58$)	71.2 $\pm$ 6.3	78.3 $\pm$ 18.2	3.9 $\pm$ 1.2	23	10	13	7	5
观察组 ($n = 58$)	72.4 $\pm$ 6.7	75.6 $\pm$ 17.8	4.0 $\pm$ 1.3	22	12	10	8	6
χ^2	0.994	0.808	0.431			0.753		
P	0.323	0.421	0.668			0.945		

表 2 2 组临床疗效比较[$n(\%)$]

证型	组别	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
血瘀下焦	对照组 ($n = 23$)	3 (13.04)	5 (21.74)	9 (39.13)	6 (26.09)	17 (73.91)
	观察组 ($n = 22$)	5 (22.73)	4 (18.18)	12 (54.55)	1 (4.55)	21 (95.45) *
膀胱湿热	对照组 ($n = 10$)	0 (0.00)	3 (30.00)	1 (10.00)	6 (60.00)	4 (40.00)
	观察组 ($n = 12$)	1 (8.33)	6 (50.00)	3 (25.00)	2 (16.67)	10 (83.33) *
肾阴亏虚	对照组 ($n = 13$)	0 (0.00)	3 (23.08)	3 (28.57)	7 (38.10)	6 (46.15)
	观察组 ($n = 10$)	1 (10.00)	3 (30.00)	5 (50.00)	1 (10.00)	9 (90.00) *
肾阳不足	对照组 ($n = 7$)	0 (0.00)	1 (14.29)	2 (28.57)	4 (57.14)	3 (42.86)
	观察组 ($n = 8$)	2 (25.00)	5 (62.50)	1 (12.50)	0 (0.00)	8 (100.00) *
肺热气闭	对照组 ($n = 5$)	0 (0.00)	1 (20.00)	1 (20.00)	3 (60.00)	2 (40.00)
	观察组 ($n = 6$)	1 (16.67)	1 (16.67)	4 (66.67)	0 (0.00)	6 (100.00) *

注：与对照组比较，* $P < 0.05$ 。

表 3 2 组临床症状指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	对照组 ($n = 58$)		观察组 ($n = 58$)	
	术前	术后 8 周	术前	术后 8 周
PVR/mL	107.3 $\pm$ 26.4	97.1 $\pm$ 27.1 *	106.5 $\pm$ 26.3	75.3 $\pm$ 26.7 * * $\Delta\Delta$
MFR/(mL/s)	9.6 $\pm$ 2.5	11.2 $\pm$ 3.2 * *	9.4 $\pm$ 2.7	15.7 $\pm$ 3.1 * * $\Delta\Delta$
IPSS 评分/分	23.1 $\pm$ 3.6	19.7 $\pm$ 4.1 *	23.7 $\pm$ 3.5	13.2 $\pm$ 3.4 * * $\Delta\Delta$
QOL 评分/分	4.4 $\pm$ 0.8	3.0 $\pm$ 0.7 * *	4.3 $\pm$ 0.9	2.6 $\pm$ 0.8 * * $\Delta\Delta$

注：与术前比较，* $P < 0.05$ ，* * $P < 0.01$ ；与对照组比较， $\Delta\Delta P < 0.01$ 。

表 4 2 组术前及术后 8 周性激素水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	对照组 ($n = 58$)		观察组 ($n = 58$)	
	术前	术后 8 周	术前	术后 8 周
T/(ng/dL)	540.3 $\pm$ 59.9	551.5 $\pm$ 61.2	539.2 $\pm$ 59.6	800.3 $\pm$ 60.1 * * $\Delta\Delta$
E ₂ /(pg/mL)	42.9 $\pm$ 19.2	40.2 $\pm$ 17.1	43.1 $\pm$ 18.9	31.3 $\pm$ 17.5 * * $\Delta\Delta$
PRL/(ng/mL)	11.1 $\pm$ 2.8	11.5 $\pm$ 2.9	11.0 $\pm$ 3.0	12.3 $\pm$ 2.9 * * $\Delta\Delta$
LH/(mIU/mL)	18.9 $\pm$ 2.3	18.3 $\pm$ 2.6	18.8 $\pm$ 2.2	17.2 $\pm$ 2.8 * * $\Delta\Delta$
FSH/(mIU/mL)	29.1 $\pm$ 3.2	28.6 $\pm$ 3.3	28.9 $\pm$ 3.1	26.8 $\pm$ 3.0 * * $\Delta\Delta$

注：与术前比较，* * $P < 0.01$ ；与对照组比较， $\Delta\Delta P < 0.01$ 。

2.5 2组并发症比较 术后对照组继发性出血5例、膀胱痉挛4例、尿失禁3例、排尿困难3例,不良反应发生率为25.86%(15/58);观察组继发性出血2例、膀胱痉挛1例、尿失禁2例、排尿困难1例,不良反应发生率为10.34%(6/58),与对照组比较,观察组不良反应发生率显著降低($P < 0.05$)。

3 讨论

BPH又称前列腺肥大,是男性泌尿外科常见疾病,严重者可引发尿潴留及泌尿系统感染,甚至肾功能衰退,影响患者生活质量^[8]。PKRP对BPH具有一定的临床疗效,本研究中2组患者均顺利完成PKRP,且2组间术中冲洗液中血红蛋白含量、膀胱冲洗时间及尿管滞留时间均无统计学意义。但众多研究^[9-11]表明,行PKRP患者术后并发症较多,如术后常发生尿道狭窄,也是患者术后排尿困难的主要原因之一;术中操作易造成尿道黏膜损伤,伤口瘢痕挛缩等;由于术后经导尿管刺激或血压波动等因素导致创面焦痂脱落,故术后2~3周易出现继发性出血;术中未严格按照无菌操作规范进行及术后导尿管留置时间过长,均易导致术后尿路感染的发生;术中金属电切镜鞘持续刺激膀胱尿道口附近,加之电热损伤,尿道内括约肌受损或功能失调,患者术后易出现尿失禁症状;此外,PKRP术中为避免损伤尿道外括约肌,只切除了前列腺增生腺体,导致尖部腺体残留,同时保留的外周带仍可发生前列腺癌。因此,围手术期采取必要措施预防术后一系列并发症的发生,是改善BPH患者预后,提高患者术后生活质量的关键。

近年来研究发现,中医药治疗BPH具有较好疗效,且不良反应小,患者乐于接受。中医学将BPH归属中医“癃闭”中的“闭证”范畴,肾气虚弱是BPH的发病之本,而肾精亏虚、血行无力、瘀阻下焦则是BPH的发病之标,故中医临床治疗BPH主张以“补肾”“化瘀”为治疗原则。方中山茱萸、生地黄、熟地黄及枸杞子滋补肾阴;肉桂、黄芪及附子温肾散寒;炮山甲、泽泻及地鳖虫破瘀散结、活血利水;诸药配伍攻补兼施,共奏补肾益气、活血化瘀、软坚散结之功^[12]。已有研究^[13]显示,该方可明显改善BPH患者症状及下尿路梗阻情况;动物实验也表明该方可抑制增生、稳定膀胱逼尿肌、延缓逼尿肌缺氧性病理改变的作用^[14]。本研究结果与上述报道相似,术后8周2组PVR、IPSS评分及QOL评分均明显降低,且观察组显著低于对照组;而2组MFR均明显增大,且观察组大于对照组。益肾逐瘀方可补肾益元,

有利于调节膀胱功能,改善患者的排尿症状,提高生活质量,也可化瘀散结还可使PV缩小,改善BPH临床症状,提高术后临床疗效。本研究中BPH患者分为血瘀下焦、膀胱湿热、肾阴亏虚、肾阳不足和肺热气闭5个证型,治疗后对照组上述5个证型BPH患者的临床总有效率分别为73.91%,40.00%,46.15%,42.86%,40.00%,分别较观察组的95.45%,83.33%,90.00%,100.00%,100.00%显著降低,与殷明洲等^[15]研究结果相似。提示PKRP联合益肾逐瘀方可显著提高各证型BPH患者的临床疗效,显著优于PKRP术后常规治疗。

目前有关BPH的病因尚未彻底明确,但已经确认年龄是其决定因素。近年来现代医学研究证实,性激素水平与BPH的发生、发展密切相关^[16]。BPH患者双氢睾酮的含量显著增加,而雄性激素在前列腺内的作用主要通过双氢睾酮来实现的;此外,BPH患者的雌激素水平对前列腺也有较大的影响,因此,性激素紊乱是BPH的病因之一。现代药理研究证实^[17-18],益肾逐瘀方可通过调节下丘脑-垂体-睾丸性腺轴功能,改善患者性激素失衡;同时亦可改善机体微循环,促进血液循环。本研究中术后8周观察组患者T及PRL水平均明显升高,且显著高于对照组;而观察组E₂、LH及FSH水平均明显降低,且显著低于对照组,与相关研究^[19-20]结果相似,提示益肾逐瘀方可调节BPH患者性激素紊乱,改善患者整体功能,减轻BPH患者临床症状。此外,本研究中对照组并发症发生率为25.86%,显著高于观察组的10.34%,提示益肾逐瘀方可明显减少PKRP术中操作所引发的并发症,改善患者预后,具有较好的安全性。

综上所述,PKRP联合益肾逐瘀汤治疗BPH的临床疗效显著,可明显减轻患者临床症状,调节患者性激素水平,并有效减少术后相关并发症的发生,具有较高的安全性,效果显著优于PKRP术后常规治疗,值得临床上推广应用。

参考文献

- [1] 张志强,刘洋,陈晓乐,等.姜黄素衍生物C15对白血病K562/A02细胞多药耐药的逆转作用[J].中国医院药学杂志,2015,35(18):1637-1642.
- [2] Haj-Ahmad TA, Abdalla MA, Haj-Ahmad Y. Potential Urinary miRNA Biomarker Candidates for the Accurate Detection of Prostate Cancer among Benign Prostatic Hyperplasia Patients[J]. J Cancer, 2014, 5(3):182-191.

高;而观察组 SOD 降低,MDA、TNF- α 与术前无显著变化。表明普外手术围手术期应用参附注射液可以增加氧自由基歧化反应,防止代谢产物 MDA 堆积,从而减少细胞损伤,促进机体康复。

综上所述,参附注射液可提高普外手术患者术后免疫功能,降低血液流变学指标水平,减少手术对组织的损伤,有助于术后患者的恢复。

参考文献

- [1]程冬春,叶国祥,毛敏军.肝胆外科手术部位感染目标性监测分析[J].中华医院感染学杂志,2015,25(1):179-181.
- [2]顾东升.参附注射液对老年直肠癌患者术后恢复的影响[D].广州:广州中医药大学,2010.
- [3]朱爱芹,潘怀富.参附注射液治疗缺血性心肌病充血性心力衰竭疗效观察[J].实用中西医结合临床,2016,16(7):62-63.
- [4]陈雪秋,颜晓潭.普外术后感染高危因素调查研究[J].中华医院感染学杂志,2012,22(24):5533-5534,5564.
- [5]陆新岸,杨泽江,邓朝明.参附注射液配合化疗对晚期非小细胞肺癌患者免疫功能的影响[J].中医学报,2010,25(6):1049-1051.

- [6]苏同义,朱铁年,高冬梅,等.不同化疗方案对晚期非小细胞肺癌患者骨髓抑制及免疫功能的影响[J].现代生物医学进展,2014,14(21):4067-4070.
- [7]张志峰.参附注射液在普外手术后的应用[J].中国中医急症,2015,24(5):922-923.
- [8]李瑞伟,李秀芝,郝正玮,等.参附注射液联合低剂量氢化可的松对重度脓毒血症患者炎症因子及免疫功能的影响[J].临床肺科杂志,2015,20(7):1244-1246,1247.
- [9]雷李美,蓝翔,考验,等.参附注射液对严重创伤患者免疫功能调节的研究[J].中国基层医药,2015,22(19):2928-2930,2931.
- [10]周奇,梁力建,彭宝岗,等.参附注射液对普通外科患者术后组织修复及免疫功能的影响[J].广东医学,2006,27(10):1567-1568.
- [11]康素娟,张瑜,赵芳,等.参附注射液对老年气虚血瘀证型舒张性心力衰竭患者血液流变学的影响[J].临床合理用药杂志,2014,7(29):1-2.
- [12]周军,陈烨,石恒林,等.参附注射液复合异丙酚对围手术肝缺血-再灌注损伤影响的研究[J].现代预防医学,2008,35(9):1759-1761.

(2016-10-21 收稿 责任编辑:王明)

(上接第 2700 页)

- [3]朱江.经尿道前列腺电切术治疗良性前列腺增生症的临床体会[J].中国医药指南,2014,12(25):285-286.
- [4]刘文涛.益肾逐瘀汤加减治疗前列腺增生并大出血的临床分析[J].中国继续医学教育,2015,7(4):253-254.
- [6]陈怀,梁廷福,黄倩倩.半剂量金匱肾气丸佐联合用药对前列腺增生症夜尿症状及性激素的影响[J].广东医学,2014,35(14):2280-2281.
- [8]Gao YA, Huang Y, Zhang R, et al. Benign prostatic hyperplasia: prostatic arterial embolization versus transurethral resection of the prostate—a prospective, randomized, and controlled clinical trial[J]. Radiology, 2014, 270(3):920-928.
- [9]徐章寿,王君,宋猛,等.前列腺等离子电切术后再次排尿困难的原因分析[J].中国现代医药杂志,2008,10(1):30-31.
- [10]徐章寿,邵鹏,李成,等.经尿道等离子双极电切术治疗前列腺增生症的疗效观察与并发症分析[J].国际泌尿系统杂志,2014,34(5):722-725.
- [11]吴波,杨波,周东言,等.经尿道前列腺等离子双极电切术与耻骨上经膀胱前列腺切除术治疗良性前列腺增生的疗效和安全性

- 比较[J].中国现代医生,2014,52(28):24-26.
- [13]雷明星,陈永华.益肾逐瘀汤加减治疗前列腺增生并大出血的临床疗效[J].临床合理用药杂志,2013,6(35):50-51.
- [14]方诺,曹焕敏,左建桥.益气活血清热利湿方对大鼠前列腺增生模型激素水平的影响[J].河北医药,2010,32(9):1061-1062.
- [15]殷明洲.益肾逐瘀汤加减治疗前列腺增生并出血 46 例[J].中国现代医生,2009,47(21):115.
- [17]孙新来.逐瘀通淋汤联合抗生素治疗经尿道前列腺切除术后下尿路刺激症状临床研究[J].亚太传统医药,2016,12(6):136-137.
- [18]夏金根.补肾逐瘀汤合中药热敷治疗慢性前列腺炎观察[J].医药前沿,2014,3(27):332-332,333.
- [19]张亚大,卢子杰,张平,等.益肾逐瘀汤治疗良性前列腺增生症 100 例疗效观察及对性激素的影响[J].新中医,2003,35(9):14-15.
- [20]樊新荣,何清湖,颜苗.克癥胶囊对 BPH 肾虚血瘀证大鼠前列腺增生和性激素水平的影响[J].湖南中医药大学学报,2013,33(1):94-98.

(2016-10-21 收稿 责任编辑:王明)