

王祖龙教授“辨主病”学术思想治疗男科共病浅析

马苗苗^{1,2}, 琚保军¹, 张琦¹, 陈如兵¹, 王祖龙^{1*}

(1. 河南中医药大学第一附属医院, 河南 郑州 450008; 2. 河南中医药大学第一临床医学院, 河南 郑州 450046)

摘要: 王祖龙教授基于中医辨证论治理论提出了辨病、辨证、辨主症的“三级诊断”理论。男科疾病常合并出现, 针对男科共病情况, 王教授提出了“辨主病”之学术思想。笔者针对王祖龙教授治疗 ED/PE 共病、DM/ED 共病、CP/ED 共病、CP/BPH 共病等进行了总结, 为男科诊疗提供了新的辨治思路。

关键词: 王祖龙; 主病; 男科; 共病

中图分类号: R256.55; R256.56; R256.59 **文献标志码:** A **文章编号:** 1000-2723(2025)01-0088-06

DOI: 10.19288/j.cnki.issn.1000-2723.2025.01.017

Analysis of Academic Thoughts of Professor Wang Zulong in the Treatment of Comorbidities in Andrology Based on "Distinguishing the Primary Disease"

MA Miaomiao^{1,2}, JU Baojun¹, ZHANG Qi¹, CHEN Rubing¹, WANG Zulong¹

(1. The First Affiliated Hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine, Zhengzhou 450008, China;

2. The First Clinical Medical College of Henan University of Traditional Chinese Medicine, Zhengzhou 450046, China)

ABSTRACT: Based on the theory of dialectical treatment of traditional Chinese medicine, professor Wang Zulong proposed the theoretical approach to governance of "three-level diagnostic approach" of disease differentiation, dialectic, and main symptom discrimination. Due to the common occurrence of andrological diseases, professor Wang put forward the academic thought of "distinguishing the primary disease" in view of the andrology comorbidities, and analyzed the common andrology comorbidities such as ED/PE comorbidities, DM/ED comorbidities, CP/ED comorbidities, and CP/BPH comorbidities, which provided a new diagnosis and treatment idea for andrology diagnosis and treatment.

KEY WORDS: Wang Zulong; primary disease; andrology; comorbidities

王祖龙教授是河南省名中医, 临床治疗男科疾病经验丰富, 并结合自身诊疗经验提出了辨病、辨证、辨主症的中医“三级诊断”临床论治思路。临床诊疗过程中发现男科疾病常先后或合并出现, 男科共病现象普遍, 这不仅给患者造成不利影响, 也为临床诊疗策略的制定带来了干扰。基于针对男科共病的诊疗方案较少, 单纯辨病已无法满足临床需求, 为了更好地临证施治, 王祖龙教授提出了“辨主病”学术思想治疗男科疾病, 现对其学术思想总结如下。

1 三级诊断之溯源

王祖龙教授“三级诊断”学术思想源自中医辨证

论治理论。辨证论治是中医认识和治疗疾病的基本原则, 即理、法、方、药运用于临床的过程, 也是中医最具特色的诊疗方法, 体现了以人为本的个性化中医思路^[1]。基于中医辨证论治的多层次、多维度特点, 王祖龙教授根据自身多年诊疗经验, 针对男科疾病提出“三级诊断”论治思路, 认为只有正确进行辨病、辨证、辨主症, 才能更好地认识并治疗男科疾病, 增加临床经验, 为中医诊疗男科疾病提供更加清晰的思路。

1.1 辨病 辨病主要包括病史、体征、局部症状及辅助检查等方法, 运用望、闻、问、切四诊合参完整、全面、准确地取得患者资料, 进行综合分析, 需立足于中

基金项目: 国家自然科学基金项目(82174377)

作者简介: 马苗苗(1991-), 女, 博士, E-mail: m4353157@126.com

* **通信作者:** 王祖龙(1965-), 男, 教授, 主任医师, 博士后合作导师, 研究方向: 中医药防治男科疾病, E-mail: wangzulong123@126.com

医的整体观念,通过四诊合参来实现。王祖龙教授认为,男科疾病诊疗应首辨病名,根据疾病的临床特点掌握疾病发生、发展、转归、预后的规律,并做出相应的鉴别诊断。与此同时,男科疾病最大的特点是存在局部症状与特征,局部表现有助于判断疾病归属及所处阶段,是男科辨病的关键。但应注意思维逻辑,避免经验主义、先入为主。当中医四诊资料无法完全对疾病做出精确诊断时,可基于中医理论指导,亦可借助辅助检查手段进行补充。

1.2 辨证 辨证是中医学的重要内容,中医男科学则强调辨病与辨证相结合,在辨病基础上,结合症候及舌脉进行辨证,从而指导临床施治。值得注意的是,由于男科疾病的特殊性,部分患者并无全身症状或舌脉异常,仅有检查结果异常,此时应以局部辨证为主,根据中医病位或局部体征来进行辨证。

1.3 辨主症 主症是患者最有代表性、最主要、最痛苦的症状和体征,可能是病机的主线,在诊断中具有主导作用。主症决定了疾病的主要矛盾,而随着疾病发展,主要矛盾发生变化,主症亦会随之改变。王祖龙教授认为,辨主症的过程首先应辨别症状的轻重缓急,发病急、痛苦大、程度重的为主症;其次,辨别主症的先后顺序,先出现的或是后续症状原因的为主症;最后,辨别主症的真假,避免误判。

2 “辨主病”为三级诊断之首要环节

辨病是“三级诊断”中的首要因素,也是共病状态时临床诊疗的关键所在。多数男科疾病病因多样、发病机制复杂,导致男科共病现象普遍,这在一定程度上增加了临床治疗难度^[2]。基于男科疾病的特殊性,针对男科共病情况,王祖龙教授提出“辨主病”学术思想,建议从因果、主诉、严重程度及药物影响进行分析。

2.1 从因果关系辨 在医疗实践中,“因”是指在某一疾病现象出现之前,引起这一疾病现象症状的总和,“果”是指由一个或一系列症状引起的具体疾病的现象。对病因的探究是理解和分析疾病因果关系的根本^[3],二者出现有特定的时间顺序,“因”一定先于“果”。研究表明,部分男科疾病往往存在明显诱因而发病,这 1 现象在疾病病名上亦有体现,如糖尿病性勃起功能障碍、心因性勃起功能障碍、精索静脉曲张性不育、梗阻性无精子症等。

多种男科疾病均存在因果关系,在临床诊疗过程中,应尤其注意疾病是否有诱发因素。王祖龙教授认

为,针对有明显因果关系的男科共病情况,应辨诱因为主病,治疗顺序宜“先因后果”,优先治疗该病的诱发因素。

2.2 从主症辨 男科疾病以慢性进展居多,针对慢性病共病的患者,其就诊时的主症多代表患者急迫需要解决的问题,也是辨主病的重要参考。慢性病虽进展缓慢,但仍会给患者带来身体伤害及心理负担,甚至影响家庭和谐。由于慢性病疗程较长,以主症而辨主病可在缓解患者病情的同时,并增加患者治疗信心,从而提高治疗依从性。

因此,王祖龙教授认为,针对慢性病的共病情况,可优先参考患者之主症而辨主病。

2.3 从疾病严重程度辨 男科多为慢性疾病,但也有部分急性病,如急性细菌性前列腺炎、急性尿道炎等。王祖龙教授认为,与中医“急则治其标,缓则治其本”的原则相似,急性进展期的疾病发展较快,可能对机体造成不可逆的损伤。当急性疾病与慢性疾病合并出现时,当辨急性疾病为主病,优先进行治疗。

除此之外,当两种慢性疾病合并出现时,在排除有因果关系的前提下,首先应根据患者主诉对病情严重程度进行判断,病情更严重、更影响患者生活和工作的应辨为主病;其次,可从疾病预后进行判断,预后较差、对患者身体损伤较大的应辨为主病。

2.4 从药物影响辨 当并病情况出现时,临床常选择联合用药或药物加减治疗,此时应着重判断治疗某病的药物是否能同时治疗另一疾病,以及治疗某病的药物是否会加重另一疾病的病情。

因此,王祖龙教授认为,在无因果关系的两种慢性男科疾病出现共病时,当某一疾病的用药可同时对另一疾病亦有改善时,当辨前者为主病;当某一疾病的用药对另一疾病有不良影响时,当辨后者为主病。

3 “辨主病”在男科疾病中应用广泛

3.1 糖尿病合并勃起功能障碍、逆行射精 流行病学调查显示,DM 男性患者勃起功能障碍(erec-tile dysfunction, ED)的发生率为 71.21%^[4],而逆行射精患者伴 DM 病史的比例亦高达 72.22%^[5],但近 63%的 DM 男性患者在就诊时并不关注性功能相关问题^[6],加之 DM 患者的血糖水平难以稳定控制在理想范围内,为 DM/ED、DM/逆行射精共病的治疗带来了很大的困难。

现代医学认为,DM 和 ED、逆行射精密切相关。

DM 可引起血管结构改变,使阴茎海绵体动脉血管硬化、微动脉闭塞、海绵体闭合受损,导致阴茎及海绵体的血流灌注不足而发生 ED^[7];DM 的高糖状态可引起自主神经和周围神经损伤、神经纤维变性甚至凋亡,导致性刺激和性冲动传导障碍而发生 ED^[8];DM 持续高糖状态还可影响下丘脑-垂体-性腺轴,导致血清睾酮合成减少、促性腺激素分泌增多及内皮细胞功能障碍而发生 ED^[9];加之 DM 不易控制及多种并发症,极大的心理压力可导致大脑皮质及下丘脑激发被抑制而出现 ED^[10];与此同时,DM 高糖状态可使神经系统受累并导致膀胱颈部括约肌和尿道外括约肌功能失调,精液倒流入膀胱内而导致逆行射精^[11]。

王祖龙教授认为,DM 是 ED、逆行射精发生的重要原因,DM/ED、DM/逆行射精共病患者因已具备良好的控糖方案,就医时多以 ED 或逆行射精为主症,此时应辨 ED 或逆行射精为“主病”,兼顾 DM 的治疗。

3.2 前列腺炎合并勃起功能障碍、早泄、男性不育症

慢性前列腺炎 (chronic prostatitis, CP)、ED、早泄 (premature ejaculation, PE) 和男性不育症 (male infertility, MI) 是男科的常见疾病,且 CP 与 ED/PE/MI 共病情况普遍。中医认为,CP、ED、PE 及 MI 病位均在精室,CP 发病时湿热之邪从精道内侵,使离位之精化为白浊。精浊日久,优思过度,则见阳痿;精关不固,则见早泄;肾精失养,则见不育。现代研究表明,CP 可引起 ED、PE 及 MI 的发生^[12-14],但具体病理机制尚不明确,为 CP/ED、CP/PE、CP/男性不育症共病的治疗带来了挑战。

CP 患者中 ED 发生率近 50%^[15],原因可能有以下 3 个方面:①CP 产生的疼痛、下尿路症状可诱发患者焦虑、压抑等心理问题,最终导致性行为减少甚至性功能障碍;②CP 患者雌二醇表达的升高导致促黄体生成素和睾酮含量降低,诱导 ED 的发生^[16];③CP 的炎性损伤产生氧化应激及炎性细胞因子可导致阴茎海绵体舒张功能异常,进一步诱发 ED^[17]。

CP 患者中 PE 的发生率约 25%^[18],且 PE 患者比无 PE 患者更容易发生 CP,提示 CP 可能是 PE 的 1 个高危因素^[19]。于解剖结构而言,CP 的支配神经为 L5~S2,附属腺体协助排精的支配神经为 S2~S4^[20],CP 与 PE 的支配神经有交叉区域,可能相互影响;其次,PE 的发生亦与心理状态密切相关,CP 产生的焦虑、

恐惧等不良情绪是诱发 PE 的重要因素之一;最后,CP 造成氧化应激反应活跃,活性氧清除能力下降,引起细胞和神经损伤,也可导致 PE^[21]。

CP 患者中男性不育的发生率为 10.39%^[22]。首先,CP 的炎症刺激可使前列腺分泌功能异常而导致精液不液化,细胞因子水平升高从而影响精子质量^[23];其次,前列腺腺管闭合不紧,精子进入前列腺后免疫反应激活,从而产生抗精子抗体^[24];除此之外,CP 继发的 ED、PE、精索静脉曲张等也可导致男性不育症^[25]。

王祖龙教授认为,从因果看,CP 是导致 ED、PE、MI 发生的重要因素之一,当 CP/ED、CP/PE、CP/MI 共病时,当辨 CP 为“主病”优先进行治疗。

3.3 男性不育症合并性功能障碍 MI 属于中医“无子”“无嗣”等范畴,多由肾精亏虚,肾气不足,天癸失充,精室失用,无以化肾精为生殖之精,发为精薄、精少而致无子。性功能障碍包括 ED、PE、不射精、逆行射精等。据统计,全球 MI 患病率约 3.4%,近半数年龄在 30~39 岁^[26]。对育龄阶段的 MI 合并性功能障碍的患者而言,生育往往是其第一诉求,患者对生育的迫切需要与性功能改善之间的矛盾是治疗的难点所在。

现代研究表明,MI 病因复杂,一般认为是多因素或多疾病造成的,其中性功能障碍是导致 MI 的主要因素之一^[27]。男性生殖功能有赖于阴茎的勃起和精液的释放,ED 患者因勃起硬度差而无法完成性生活,甚至部分 MI 患者由于备孕压力出现排卵期 ED,形成恶性循环;与此同时,PE、不射精和逆行射精因精液释放异常而导致 MI。

王祖龙教授认为,MI 与性功能障碍临床常合并出现,但目前该领域研究较少,应引起重视。从因果关系看,性功能障碍是导致 MI 的重要因素,针对 MI/性功能障碍共病的情况,应辨性功能障碍为“主病”优先进行治疗。

3.4 慢性前列腺炎合并良性前列腺增生 CP 与良性前列腺增生症 (benign prostatic hyperplasia, BPH) 发病机制有一定的相似之处,二者病位均在精室,且临床表现均以下尿路症状 (lower urinary tract symptoms, LUTS) 为主。BPH 与 CP 均为中老年多发^[28],且病情缠绵难愈,如合并出现可使患者 LUTS 迅速加重,因此临床治疗难度较大。

现代医学研究表明,CP 与 BPH 可相互影响。老年男性的前列腺组织常发生增生性变化,BPH 患者

前列腺细胞迅速增多;而组织学 CP 患者前列腺体积更大、LUTS 更严重、急性尿潴留风险更高,从而导致 BPH 加重^[29]。CP 炎症浸润使前列腺组织反复破坏、愈合,导致前列腺结节增大和组织重塑,下尿路症状加重,可能是导致 BPH 发生发展的关键因素^[30-32]。CP 与 BPH 互为因果,相互影响,最终形成恶性循环。

王祖龙教授认为,CP 与 BPH 的发病机制与治疗均有一定的相似之处,CP 以 LUTS 为主症,而 BPH 除 LUTS 外,严重时还可能出现尿潴留、泌尿系感染、肾功能损伤等^[33-34]。对于 CP/BPH 共病患者,当病情均呈慢性进展时,当以患者主症而辨主病;如 BPH 出现出现严重并发症,当辨 BPH 为主病优先进行治疗。

3.5 勃起功能障碍合并早泄 ED 和 PE 是男性功能障碍的常见类型。研究显示,ED 患者 PE 的发生率为 33.67%^[35],PE 患者 ED 的发生率高达 76.3%^[36]。ED 和 PE 发病机制虽不同,但在疾病进展过程中可相互影响,甚至形成恶性循环^[37],临床上对于二者治疗的优先级别仍有争议,因此治疗难度较大。

中医认为,ED 的发生与肝密切相关。阴茎属筋,而肝主筋,过阴器;阴茎勃起有赖于血液的充盈,而肝主血,肝血不足则无法濡养阴器,发为阳痿。精室充盈,精关开阖有度,方可泄精正常。而肾藏精,若肾气亏虚,催化无能,则精室藏精不足、精关不固而发为早泄。中医治疗早泄常用收敛固涩之药以固精关,但同时也会引起局部血管收缩,导致阴茎持续疲软;其次,PE 患者常辅助局部麻醉药外用以降低龟头敏感度,性生活愉悦感下降也会影响勃起功能。

ED 和 PE 的一线用药分别是磷酸二酯酶 5 抑制剂(phosphodiesterase-5-inhibitors, PDE5i)、5-羟色胺再摄取抑制剂(selective serotonin reuptake inhibitors, SSRIs)。研究表明,PDE5i 联合 SSRIs 可显著改善 ED/PE 共病患者的国际勃起功能指数评分(International Index of Erectile Function 5-item, IIEF-5)及射精潜伏期(intravaginal ejaculatory latency time, IELT)^[38],但一项关于 ED/PE 共病的 Meta 分析结果显示,与单独应用 SSRIs 相比,单独使用 PDE5i 或联合 SSRIs 治疗后,ED/PE 共病患者的 IELT 及 IIEF-5 评分更高($P<0.001$),且不良反应无统计学差异,认为 ED/PE 共病时优先治疗 ED 可获得更佳疗效^[39]。

王祖龙教授认为,ED 与 PE 作为性功能障碍最常见的 2 种类型,对患者生活和心理均影响较大,治

疗方案或可直接影响患者病情的转归。ED/PE 共病时,建议辨 ED 为主病优先进行治疗。

3.6 良性前列腺增生合并勃起功能障碍 BPH 与 ED 共病临床较为常见。研究表明,BPH 合并 ED 的发生率约 40%^[40],而 ED 患者 LUTS 的发生率高达 72.2%^[41]。BPH 的一线用药为 α 受体阻滞剂(如坦索罗辛)、5 α 还原酶抑制剂(如非那雄胺),对于 BPH 合并 ED 的患者,临床常使用坦索罗辛加 PDE5i 联合治疗,疗效虽优于单独用药,但不良事件及疼痛发生率极高,导致患者依从性较低^[42]。同时,5 α 还原酶抑制剂也对患者性功能有潜在不良影响^[43],这为 BPH/ED 的治疗带来了极大挑战。

目前认为,盆腔动脉粥样硬化是 BPH/ED 的共同发病机制。盆腔动脉粥样硬化可导致阴茎缺血缺氧从而导致 ED 的发生,因供血不足及长期慢性缺氧亦可促进膀胱逼尿肌细胞凋亡和组织增生、前列腺间质纤维化、前列腺平滑肌张力增高而使 BPH/LUTS 加重。PDE5i 主要通过抑制 PDE5 对环磷酸鸟苷的降解来延长阴茎海绵体平滑肌细胞的舒张时间来治疗 ED。有研究发现,PDE5 同样存在于前列腺组织中,与调控前列腺移行带间质平滑肌动态活力、组织增殖及组织分泌功能有关^[44]。相关动物模型研究发现,PDE5-i 可改善局部动脉硬化诱发的慢性缺血模型大鼠的前列腺肿大,改善前列腺血流状态^[45],还能抑制 2 型糖尿病动物模型前列腺重量的增加,并改善前列腺缺血^[46]。

王祖龙教授认为,BPH/LUTS 与 ED 高度相关,PDE5i 对 ED 和 BPH 均有改善作用,考虑 5 α 还原酶抑制剂对 ED 的不良影响,针对 BPH/ED 的共病情况,应辨 ED 为主病优先进行治疗。

4 结语

男科疾病共病情况极为常见,临床常倾向于采取兼顾策略,对疾病进行联合施治。王祖龙教授结合自身临床经验,对男科共病情况提出了“辨主病”之学术思想,认为在共病治疗过程中从“主病”角度分析,才能达到更好的临床疗效。辨主病应作为男科共病的诊疗重点,需结合患者实际情况灵活运用,可改善预后,并增加患者依从性。王祖龙教授“辨主病”学术思想的提出对男科共病的标准化临床治疗路径的形成、科学的临床诊疗指南的制定具有重要意义,具有较高的临床推广价值。

笔者对王祖龙教授治疗常见男科共病的经验进

行了总结和整理,因男科共病体系庞大,笔者未能将王祖龙教授全部男科共病经验进行论述,后续将该模块内容进行进一步总结和完善,形成男科共病临床诊疗路径规范化体系,以期为男科共病的诊疗提供新的思路。

参考文献:

- [1] 王祖龙. 男科条辨[M]. 郑州: 郑州大学出版社, 2019: 19-23.
- [2] 李海松, 赵琦, 马健雄, 等. 中医男科研究现状与思考[J]. 北京中医药, 2022, 41(12): 1332-1334.
- [3] 徐静汶, 李晓彬, 王学习, 等. 疾病因果逻辑关系的辨证思维[J]. 医学与哲学(B), 2013, 34(6): 1-3, 18.
- [4] YUAN P H, MA D L, ZHANG Y C, et al. Analysis of cardiovascular risks for erectile dysfunction in Chinese patients with type 2 diabetes mellitus lacking clinical symptoms of cardiovascular diseases[J]. Translational Andrology and Urology, 2020, 9(6): 2500-2509.
- [5] 郑艳, 吴应碧, 余林, 等. 36 例逆行射精患者病因及精子质量分析[J]. 国际检验医学杂志, 2023, 44(2): 241-243.
- [6] BLAIR Y A, DOHERTY L, TEMPROSA M, et al. Prevalence and predictors of erectile dysfunction among men in the diabetes prevention program outcomes study[J]. Journal of Diabetes and Its Complications, 2024, 38(2): 108669.
- [7] LIU L, WANG X, LIU K, et al. Inhibition of inducible nitric oxide synthase improved erectile dysfunction in rats with type 1 diabetes[J]. Andrologia, 2021, 53(8): e14138.
- [8] SLOAN G, SELVARAJAH D, TESFAYE S. Pathogenesis, diagnosis and clinical management of diabetic sensorimotor peripheral neuropathy[J]. Nature Reviews, Endocrinology, 2021, 17(7): 400-420.
- [9] KUCHAKULLA M, NARASIMMAN M, SONI Y, et al. A systematic review and evidence-based analysis of ingredients in popular male testosterone and erectile dysfunction supplements [J]. International Journal of Impotence Research, 2021, 33(3): 311-317.
- [10] BIELKA W, PRZEZAK A, MOLEDA P, et al. Double diabetes—when type 1 diabetes meets type 2 diabetes: definition, pathogenesis and recognition [J]. Cardiovascular Diabetology, 2024, 23(1): 62-62.
- [11] KIM K D, LEE H, YOON Y, et al. Mp85 -04 does imipramine and pseudoephedrine medical treatment have clinical implication in treatment of retrograde ejaculation caused by diabetes mellitus[J]. The Journal of Urology, 2018, 199(4S): e1170.
- [12] LEE J H, YOO T K, KANG J Y, et al. Relationship between erectile dysfunction and moderate to severe prostatitis-like symptom: a propensity score-matched analysis[J]. Int Urol Nephrol, 2021, 53(11): 2261-2266.
- [13] GAO J J, GAO R, LIU X, et al. Correlations between personality traits, patient-reported outcome, and chronic prostatitis symptoms in men with different premature ejaculation syndromes[J]. BioMed Research International, 2022(8): 8049976.
- [14] 李华强. 慢性前列腺炎对男性不育及性功能障碍的影响及临床治疗分析[J]. 中国卫生标准管理, 2021, 12(12): 43-46.
- [15] DURAN B E, TRIPP D A, CAMPBELL J, et al. Chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome-related pain symptoms and their impact on sexual functioning [J]. Canadian Urological Association Journal, 2022, 16(6): 222-227.
- [16] 曹勤, 薛松. 检测性激素对临床诊断慢性前列腺炎患者的价值及意义[J]. 中国初级卫生保健, 2017, 31(4): 88-90.
- [17] 王可屹, 彭波. 慢性前列腺炎合并勃起功能障碍病理机制的研究进展[J]. 中国男科学杂志, 2023, 37(3): 116-120.
- [18] 徐成林, 郁超, 张建桃, 等. 五香花外洗方联合前列红鹿方治疗湿热瘀阻证 III A 型前列腺炎合并早泄疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2023, 32(15): 2147-2151.
- [19] 黄小军, 李虎宜, 梁志恒, 等. 早泄患者前列腺炎样症状及慢性前列腺炎患病状况临床调查[J]. 中国性科学, 2017, 26(8): 8-10.
- [20] 刘贵中, 白文俊. 射精功能障碍与男性不育[J]. 中国性科学, 2021, 30(5): 49-51.
- [21] FENG B, DONG Z L, WANG Y R, et al. Li-ESWT treatment reduces inflammation, oxidative stress, and pain via the PI3K/AKT/FOXO1 pathway in autoimmune prostatitis rat models[J]. Andrology, 2021, 9(5): 1593-1602.
- [22] 李华强. 慢性前列腺炎对男性不育及性功能障碍的影响及临床治疗分析[J]. 中国卫生标准管理, 2021, 12(12): 43-46.
- [23] HAO Z Q. Astaxanthin improves serum cytokine expression and semen quality of diabetes mellitus KKAY mice [J]. Chemico-Biological Interactions, 2020, 332: 109303.
- [24] 沈玉萍, 尹健. 前列腺炎合并不育症患者的抗精子抗体检测与结果分析[J]. 临床检验杂志(电子版), 2019, 8(4): 125-126.

- [25] 赵明,高庆和,晏斌,等. 男性不育症发病机理及用药思路[J/OL]. 中医学报:1-5[2024-07-04].
- [26] 刘一笑,张莹,受梦媛,等. 1990—2019年全球及中国男性不育症疾病负担分析比较与预测[J]. 现代预防医学, 2023, 50(22):4212-4218.
- [27] 李宏军,洪锴,李铮,等. 男性不育诊疗指南[J]. 中华男科学杂志, 2022, 28(1):66-76.
- [28] 米华,陈凯,莫曾南. 中国慢性前列腺炎的流行病学特征[J]. 中华男科学杂志, 2012, 18(7):579-582.
- [29] LI J Z, LI Y X, CAO D H, et al. The association between histological prostatitis and benign prostatic hyperplasia: a single-center retrospective study[J]. The Aging Male: The Official Journal of the International Society for the Study of the Aging Male, 2022, 25(1):88-93.
- [30] 杜国伟,熊晶,陈赵,等. 前列腺增生合并组织学前列腺炎患者的临床特征及术后并发症分析[J]. 现代泌尿外科杂志, 2020, 25(7):596-600.
- [31] LEE H J, PARK Y W, LEE S W, et al. Association between predictors of progression of benign prostatic hyperplasia and moderate to severe prostatitis-like symptoms: a propensity score-matched analysis [J]. Prostate International, 2022, 10(2):92-95.
- [32] RASTRELLI G, CIPRIANI S, LOTTI F, et al. Testosterone does not affect lower urinary tract symptoms while improving markers of prostatitis in men with benign prostatic hyperplasia: a randomized clinical trial[J]. Journal of Endocrinological Investigation, 2022, 45 (7):1413 - 1425.
- [33] 于文晓. 良性前列腺增生症中西医结合多学科诊疗指南(2022版)[J]. 中国男科学杂志, 2022, 36(2):96-102.
- [34] 贾玉聪,张辉,张凯波,等. 针刺联合益肾通络督脉灸治疗良性前列腺增生[J]. 中医学报, 2023, 38 (8):1783-1787.
- [35] GAO J J, ZHANG X S, SU P Y, et al. Prevalence and factors associated with the complaint of premature ejaculation and the four premature ejaculation syndromes: a large observational study in China [J]. The Journal of Sexual Medicine, 2013, 10(7):1874-1881.
- [36] 王权胜. 勃起功能障碍和早泄共病中西医结合诊治中国专家共识[J]. 中国实验方剂学杂志, 2024, 30 (7):147-153.
- [37] 早泄与勃起功能障碍共病诊疗中国专家共识编写组. 早泄与勃起功能障碍共病诊疗中国专家共识[J]. 中华男科学杂志, 2021, 27(5):461-466.
- [38] TUKEN M, CULHA M G, SEREFOGLU E C. The efficacy and safety of dapoxetine/sildenafil combination therapy in the treatment of men with premature ejaculation and erectile DYSFUNCTION - DAP-SPEED Study[J]. The Journal of Sexual Medicine, 2019, 31(2):92-96.
- [39] 苗德雨,王祖龙,张宸铭,等. 磷酸二酯酶-5型抑制剂与五羟色胺再摄取抑制剂治疗勃起功能障碍合并早泄疗效及安全性 Meta 分析[J]. 现代泌尿外科杂志, 2023, 28 (10):888-893.
- [40] JARQUIN Á J M, QUIROZ C T G, VAZQUEZ A L P, et al. Quality of life and erectile dysfunction in patients with benign prostatic hyperplasia [J]. Cirugia Y Cirujanos, 2021, 89(2):218-222.
- [41] GOLDSTEIN I, HASSAN T, ZOU K, et al. Health-care resource utilization and treatment patterns in Men with erectile dysfunction and benign prostatic hyperplasia-associated lower urinary tract symptoms in the United States: a retrospective database study [J]. Patient Preference and Adherence, 2023, 17:2187-2200.
- [42] CHAI Y M, ZHANG Y. Efficacy and safety of combination comprising tamsulosin and PDE5 -Is, relative to monotherapies, in treating lower urinary tract symptoms and erectile dysfunction associated with benign prostatic hyperplasia: a meta-analysis [J]. American Journal of Men's Health, 2021, 15(1):1557988321997725.
- [43] TORRE A L, PALLERIA C, TAMANINI I, et al. Sexual dysfunctions related to drugs used in the management of lower urinary tract symptoms due to benign prostatic hyperplasia: a narrative review on α -blockers and 5-alpha reductase inhibitors [J]. Uro, 2021, 1(3):82-98.
- [44] CARSON C C. Combination of phosphodiesterase - 5 inhibitors and α - blockers in patients with benign prostatic hyperplasia: treatments of lower urinary tract symptoms, erectile dysfunction, or both [J]. BJU International, 2006, 97(Suppl 2):39-43.
- [45] FUJII S, YAMASHITA S, HAYASHI N, et al. Phosphodiesterase type 5 inhibitor attenuates chronic ischemia-induced prostatic hyperplasia in a rat model [J]. The Prostate, 2019, 79(5):536-543.
- [46] KOBAYASHI H, ZHA X, NAGASE K, et al. Phosphodiesterase 5 inhibitor suppresses prostate weight increase in type 2 diabetic rats [J]. Life Sciences, 2022 (298): 120504.

(收稿日期:2024-10-10)