

索利那新联合坦索罗辛对Ⅲ型前列腺炎的疗效观察价值体会

易强 魏俊峰

(郑州大学附属郑州中心医院泌尿外科 河南郑州 450007)

摘要:目的:分析Ⅲ型前列腺炎患者行索利那新+坦索罗辛治疗效果。方法:选取 2017 年 6 月~2020 年 11 月收治的 84 例Ⅲ型前列腺炎患者,根据随机数字表法分为对照组和观察组,各 42 例。对照组给予坦索罗辛治疗,观察组给予索利那新+坦索罗辛治疗,比较两组临床疗效。结果:治疗前,两组临床指标、炎症介质及尿流量情况比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,观察组国际前列腺炎症症状评分、美国国立卫生研究院慢性前列腺炎症状积分指数评分低于对照组,前列腺液白细胞计数、24 h 排尿次数少于对照组($P<0.05$);治疗后观察组白介素-8、肿瘤坏死因子- α 低于对照组,白介素-10 指标高于对照组($P<0.05$);治疗后观察组最大尿流量、平均尿流量大于对照组($P<0.05$);观察组治疗总有效率为 95.24%,高于对照组的 76.19%($P<0.05$)。结论:索利那新联合坦索罗辛联合治疗Ⅲ型前列腺炎患者能提高临床疗效,确保用药合理性。

关键词:Ⅲ型前列腺炎;索利那新;坦索罗辛

中图分类号:R697.33 文献标识码:B doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.16.018

前列腺炎属男性泌尿系统特有病症,多发于中老年群体,其中 50 岁以上患者最常见。流行病学显示,老年男性群体中患病率高达 80%。致病因素尚未明确,可能与排尿功能异常、内分泌异常、免疫功能异常及病原体感染等因素有关,根据疾病类型差异性分 I 型、II 型、III 型、IV 型,其中 III 型前列腺炎最常见,发病时患者呈尿失禁、尿频、睾丸疼痛、下腹疼痛等表现,严重影响患者身心健康,因此早期如何对症用药成为泌尿外科关注热点^[1]。坦索罗辛是治疗前列腺炎常用药,通过松弛前列腺组织、控制炎症及改善排尿障碍等,缓解患者不适、控制疾病进展,但单独用药疗效欠佳、药物副作用较多^[2]。鉴于此,本研究分析Ⅲ型前列腺炎患者给予索利那新联合坦索罗辛的临床效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2017 年 6 月~2020 年 11 月收治的 84 例Ⅲ型前列腺炎患者,根据随机数字表法分为对照组和观察组,各 42 例。观察组年龄 51~74 岁,平均(62.34±2.67)岁;病程 1~4 年,平均(2.05±0.24)年;文化程度:初中以下 15 例,高中 14 例,大专以上 13 例。对照组年龄 52~75 岁,平均(62.59±2.11)岁;病程 1~3 年,平均(2.01±0.38)年;文化程度:初中以下 16 例,高中 15 例,大专以上 11 例。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),有可比性。本研究经医院医学伦理委员会审批同意。

1.2 入组标准 纳入标准:与“美国国立卫生研究院分类标准”相符,疾病诊断为Ⅲ型;呈尿急、尿频、尿痛及排尿不畅等表现;前列腺液尿细菌培养呈阴性;50~85 岁;临床资料完整;患者及其家属知情同意,并签署知情同意书。排除标准:伴睾丸、精索疾

病;伴尿路感染、膀胱肿瘤及膀胱输尿管结石;伴肛门直肠疾病;重要脏器功能衰竭;存在用药禁忌;严重精神障碍;中途退出本研究。

1.3 治疗方法 两组确诊后,叮嘱多喝水、合理膳食,告知患者少吃辛辣、生冷等食物。对照组给予坦索罗辛治疗,每晚临睡前单次服用 0.2 mg 盐酸坦索罗辛缓释胶囊(国药准字 H20000681),1 次/d。观察组给予坦索罗辛联合索利那新治疗,坦索罗辛剂量和方法同对照组,琥珀索利那新片(国药准字 J20090109),1 次/d。两组均治疗 8 周。

1.4 观察指标 (1)临床指标:前列腺炎症状评分参考国际前列腺炎症状评分(IPSS),总分 35 分,轻度 ≤ 7 分,中度 8~19 分,重度 ≥ 20 分,得分越低越好;症状积分参考美国国立卫生研究院慢性前列腺炎症状积分指数(NIH-CPSI),总分 0~21 分,得分越低症状越轻;参考前列腺液白细胞计数(WBC)、24 h 排尿次数。(2)炎症介质:抽取患者空腹晨间 2 ml 静脉血,离心、待检,采用酶联免疫吸附法(ELISA)检测白介素-8(IL-8)、白介素-10(IL-10)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α),由上海抚生实业提供试剂盒,严格按试剂说明进行。(3)尿流量情况:记录两组患者最大尿流量(MFR)、平均尿流量(AFR)。(4)临床疗效:显效为症状消退,实验室指标恢复,NIH-CPSI 评分降低 $\geq 90\%$,日常生活恢复;有效为症状缓解、实验室指标基本恢复,NIH-CPSI 评分降低 36%~89%,日常生活基本恢复;无效为症状未缓解、病情加重。总有效=显效+有效。

1.5 统计学方法 数据处理采用 SPSS22.0 统计学软件分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料以%表示,采用 χ^2 检验。检验水准 $\alpha=0.05$ 。 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床指标比较 治疗前, 两组 IPSS、NIH-CPSI 评分及 WBC 计数、24 h 排尿次数比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 治疗后, 同对照组比较, 观察组 IPSS、NIH-CPSI 评分更低, 前列腺液 WBC 计数、24 h 排尿次数更少 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床指标比较 ($\bar{x} \pm s$)						
指标	时间	观察组 (n=42)	对照组 (n=42)	t	P	
IPSS(分)	治疗前	26.43± 3.12	26.39± 3.28	0.05	0.95	
	治疗后	10.24± 1.15 [#]	17.32± 1.29 [*]	26.55	<0.05	
	t	31.55	16.67			
NIH-CPSI(分)	治疗前	28.16± 3.54	28.29± 3.85	0.16	0.87	
	治疗后	11.84± 3.02 [#]	16.32± 3.41 [*]	6.37	<0.05	
	t	22.72	15.08			
前列腺液 WBC(× 10 ⁹ /L)	治疗前	14.63± 2.41	14.85± 2.49	0.41	0.68	
	治疗后	5.57± 2.35 [#]	10.46± 2.62 [*]	9.00	<0.05	
	t	17.44	7.87			
24 h 排尿次数(次)	治疗前	12.35± 4.27	12.47± 4.51	0.12	0.90	
	治疗后	6.13± 2.75 [#]	8.36± 3.64 [*]	3.16	<0.05	
	t	7.93	4.59			
P		<0.05	<0.05			

注: 与同组治疗前比较, ^{*} $P<0.05$; 与对照组治疗后比较, [#] $P<0.05$ 。

2.2 两组炎症介质水平比较 治疗前, 两组炎症介质水平比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 治疗后, 同对照组比较, 观察组 IL-8、TNF- α 指标更低, IL-10 指标更高 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组炎症介质水平比较 ($\bar{x} \pm s$)						
指标	时间	观察组 (n=42)	对照组 (n=42)	t	P	
IL-8 (pg/ml)	治疗前	3 897.62± 486.51	3 898.04± 485.61	0.004	0.997	
	治疗后	1 987.41± 405.53 [#]	2 972.18± 328.65 [*]	12.227	<0.05	
	t	19.546	10.233			
IL-10 (pg/ml)	治疗前	139.85± 18.92	139.94± 19.45	0.021	0.983	
	治疗后	234.53± 20.01 [#]	171.64± 15.62 [*]	16.056	<0.05	
	t	22.281	8.236			
TNF- α (ng/ml)	治疗前	113.95± 12.34	114.08± 12.29	0.049	0.962	
	治疗后	46.32± 9.83 [#]	78.92± 10.56 [*]	14.644	<0.05	
	t	27.781	14.062			
P		<0.05	<0.05			

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 两组尿流量情况比较 治疗前两组尿流量情况比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 治疗后同对照组比较, 观察组 MFR、AFR 较高 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组尿流量情况比较 (ml/s, $\bar{x} \pm s$)						
组别	n	MFR		AFR		
		用药前	用药后	用药前	用药后	
观察组	42	13.21± 4.29	19.51± 3.14 [#]	9.45± 2.26	14.38± 2.17 [#]	
对照组	42	13.84± 3.86	16.28± 3.25 [*]	9.18± 3.14	12.05± 1.86 [*]	
t		0.707	4.632	0.452	5.283	
P		0.481	<0.05	0.652	<0.05	

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 两组治疗效果比较 与对照组比较, 观察组总有效率更高 ($P<0.05$)。见表 4。

表 4 两组治疗效果比较[例(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
观察组	42	27 (64.29)	13 (30.95)	2 (4.76)	40 (95.24)
对照组	42	22 (52.38)	10 (23.81)	10 (23.81)	32 (76.19)
χ^2					4.763
P					0.029

3 讨论

III型前列腺炎是目前常见泌尿科病症, 具有患病率高、病程长、预后差及迁延难愈等特点, 发病机制尚未明确, 可能与病原微生物感染、物理化学刺激、盆底肌发作痉挛及免疫失衡等因素有关。患病后诱导机体发生排尿异常, 增加会阴部感觉异常、盆底肌肌群张力痉挛等, 增加尿道神经肌肉调节紊乱风险, 且多种因素影响下, 机体尿道括约肌过度收缩、引起膀胱颈部失调, 尿液逐渐向前列腺反流, 引起患者出现尿频及尿急等排尿异常症状表现。若疾病持续进展, 会直接影响正常生活, 因此结合实际、尽早提供联合用药有积极作用, 利于控制疾病进展、达到远期疗效。

研究报道指出, 坦索罗辛 + 索利那新治疗 III 型前列腺炎可提高临床疗效^[9]。坦索罗辛属于临床常见用药, 是 α_1 受体拮抗剂, 选择性地阻断 α_1 受体, 对前列腺、膀胱颈部平滑肌起到松弛作用, 且药物在盆底交感神经发挥机制, 可解除盆底肌痉挛, 缓解患者排尿疼痛、困难等不适, 增强药效, 且此药可避免尿液反流、保证用药合理, 但单一用药疗效欠佳, 不良反应较多。索利那新属于毒蕈碱 M 受体拮抗剂, 属临床新型药物, 经口服用药后, 对 M3 受体专一性、亲和性较强, 可对膀胱逼尿肌的不自主性收缩产生抑制, 缓解膀胱肌肉紧张, 用药较安全, 且此药可增强逼尿肌收缩功能, 抑制机体分泌前列腺液, 改善局部微循环、尽早解除前列腺充血, 通过松弛前列腺平滑肌、缓解患者排尿异常等不适, 因此联合用药能发挥协同辅助作用, 药物在多靶点发挥作用, 对相关组织痉挛产生抑制, 抑制过度收缩的肌肉、改善患者不适, 效果较理想^[4]。

本研究结果显示, 治疗后同对照组比较, 观察组 IPSS、NIH-CPSI 评分更低, 前列腺液 WBC 计数、24 h 排尿次数更少 ($P<0.05$), 表明联合用药能相辅相成、缓解患者不适、抑制相关组织痉挛, 避免肌肉过度活动、减少排尿次数。结果还显示, 同对照组比较, 观察组 MFR、AFR 指标更高 ($P<0.05$), 表明联合用药可增加尿流量, 更适用于尿频及尿急者。同对照组比较, IL-8、TNF- α 指标更低, IL-10 指标更高 ($P<0.05$), 说明联合用药能降低炎症、缓解不适, (下转第 92 页)

奋感,神经元也会同步出现高度异常放电现象,呈现异常兴奋状态,向全身部分性或广泛性扩散,出现咬伤舌头、大小便失禁等临床症状,甚至窒息,严重损害患者身心健康^[9]。因此,对癫痫患者采取合理有效的治疗来缓解及控制临床症状至关重要。

随着科学技术的发展,具备连续可调重复刺激的经颅磁刺激仪器越来越广泛用于精神病、神经疾病及康复领域的临床治疗实践中。rTMS 能通过设置不同的刺激频率来达到不同的治疗效果,>1 Hz 是高频率,能发挥兴奋神经元的治疗效果;≤1 Hz 是低频率,能发挥抑制神经元的治疗效果。rTMS 作为高效且特异性较强的神经调控治疗手段,可以快速且无衰减地穿透颅骨,然后发挥高效刺激脑神经、脑血管、脑细胞等中枢神经系统的作用。rTMS 也能对受损的神经细胞发挥修复作用,不断刺激脑部血液循环系统,还能对异常脑电的产生与传达进程产生阻碍作用,发挥改善脑神经细胞功能的效果^[6]。本研究在 rTMS 治疗期间使用 1 Hz 的低频以及 0.2~0.8 T 的磁场,可高效作用于皮质层神经组织膜电位,引发电流感应现象,对大脑皮质兴奋度产生抑制作用,让大脑的兴奋与抑制功能处在动态平衡的状态,有效减弱脑内代谢及神经电活动度,进而起到控制癫痫发作频率的效果^[7]。有研究表明,rTMS 具备无痛、无创、穿透力强、安全性高、治疗费用低等有点,被广大患者所青睐^[8]。但癫痫发作时,患者的脑组织会处于高度缺氧、缺血状态,神经元长期处于该种状态下极易产生坏死,严重损害神经元功能。而左乙拉西坦是一种新型的抗癫痫类药物,是吡咯烷酮衍生物的一种,药理作用为:癫痫患者口服左乙拉西坦后,绝对生物利用度接近 100%,药物可有效阻碍癫痫患者脑部海马 CA1 区域锥体神经元的生成及分泌进程,可对负性变构抑制剂通路产生阻碍作

(上接第 39 页)可将尿道膀胱 M3 受体选择性阻断、抑制前列腺液分泌,预防前列腺充血、改善微循环,效果较理想。研究结果还显示,与对照组比较,观察组治疗总有效率更高($P<0.05$),与王建喜^[9]研究结果基本一致,表明联合用药能发挥各自作用机制、增强药效,对促进患者疾病转归有积极作用,具有实践价值。

综上所述,Ⅲ型前列腺炎患者采用索利那新+坦索罗辛治疗能缓解症状、降低前列腺炎严重程度,增强临床疗效、减少排尿次数及增加尿流量,保证用药安全,可值得临床推广应用。

用,进而不断增强左乙拉西坦对海马区神经元回路的抑制效果^[9]。并且,左乙拉西坦能有效切断患者的大脑皮质 GA-BA 受体下调通路,将大脑皮质 GA-BA 阻滞在人体的海马体内;左乙拉西坦能很好地对人体脑内神经突触囊泡蛋白 2A (SV2A) 产生亲和性,可以与突触细胞 SV2A 蛋白有效结合,调节释放神经递进过程,治疗效果良好^[10-11]。本研究结果表明,与对照组相比,观察组临床总有效率明显升高,不良反应发生率明显降低,表明 rTMS 联合左乙拉西坦治疗癫痫,可提升临床治疗效果,减少不良反应的发生。综上所述,癫痫患者采用 rTMS 与左乙拉西坦联合治疗效果显著,可减少不良反应发生,利于缓解癫痫临床症状,改善患者预后。

参考文献

[1]郝泽林,卢晓东,王卫民,等.甘草酸对癫痫大鼠海马神经元损伤的保护作用及机制[J].中华实验外科杂志,2019,36(2):241.
[2]孙平平.通窍活血汤加减联合针灸对脑卒中后癫痫患者的治疗分析[J].实用中西医结合临床,2019,18(3):72-74.
[3]王蔚文.临床疾病诊断与疗效判断标准[M].北京:科学技术文献出版社,2010.393-394.
[4]欧舒春,夏露,李蓉,等.癫痫无发作患者撤药后的长期结局及复发的危险因素分析[J].卒中与神经疾病,2019,26(1):82-86,104.
[5]李娟,雷涛,郭刚,等.癫痫病人血清脑源性神经营养因子的表达及临床意义[J].中西医结合心脑血管病杂志,2019,17(7):1099-1101.
[6]王学忠,陈志功,栗伟杰,等.重复经颅磁刺激治疗颅脑外伤性癫痫患儿的疗效及对血清 IGF-1、NSE 水平的影响[J].现代诊断与治疗,2018,29(24):3941-3943.
[7]安影丹,李令娟.重复经颅磁刺激对脑卒中后癫痫合并焦虑抑郁共病病人去甲肾上腺素及 5-羟色胺的调节作用[J].中西医结合心脑血管病杂志,2018,16(19):2889-2891.
[8]喻灿如,谢旭芳.重复低频经颅磁刺激治疗癫痫的研究进展[J].中国神经免疫学和神经病学杂志,2017,24(5):366-369.
[9]秦智,叶峰,邴月娟,等.抗癫痫药物单药与联合用药对老年人脑卒中后癫痫发作的疗效、预后及癫痫再发作的影响分析[J].中国基层医药,2019,26(10):1203-1207.
[10]杜雅坤,冯宗怀,王丽辉,等.左乙拉西坦对全面性癫痫发作脑电图间期放电量变化和疗效的研究[J].河北医科大学学报,2019,40(2):133-136,140.
[11]王景立,杨芳,张红阳.奥卡西平联合左乙拉西坦治疗小儿癫痫临床观察[J].解放军医药杂志,2020,32(1):85-88.

(收稿日期: 2021-03-10)

参考文献

[1]廖伟.索利那新联合坦索罗辛治疗Ⅲ型前列腺炎的临床疗效观察[J].中国农村卫生,2018,11(2):29.
[2]管习国,程应生,张志炎.琥珀酸索利那新联合盐酸坦索罗辛治疗Ⅲ型前列腺炎的疗效及安全性[J].中国医院用药评价与分析,2018,18(2):192-194.
[3]尚向平.索利那新联合坦索罗辛治疗Ⅲ型前列腺炎的临床价值分析[J].海峡药学,2019,31(4):215-216.
[4]王卫亚,肖尚领,翟景光.索利那新联合坦索罗辛治疗经尿道前列腺电切术后膀胱过度活动症疗效分析[J].云南医药,2018,39(5):419-421.
[5]王建喜.索利那新联合坦索罗辛治疗Ⅲ型前列腺炎伴膀胱过度活动症患者的 NIH-CPSI 评分及安全性分析[J].医学理论与实践,2018,31(20):3086-3087.

(收稿日期: 2021-04-20)