

〔文章编号〕 1007-0893(2020)23-0174-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2020.23.082

前列舒通联合盐酸坦索罗辛对慢性前列腺炎的疗效

陆乾辉¹ 陈以德²

(1. 佛山市高明区计划生育服务站, 广东 佛山 528500; 2. 佛山市高明区人民医院, 广东 佛山 528500)

〔摘要〕 **目的:** 研究前列舒通联合盐酸坦索罗辛治疗慢性前列腺炎疗效评价及对血清前列腺特异性抗原(PSA)、神经生长因子(NGF)、转化生长因子- β (TGF- β)的影响。**方法:** 选取佛山市高明区计划生育服务站2019年2月至2020年6月收治的100例慢性前列腺炎患者, 随机分为观察组52例、对照组48例, 对照组患者运用盐酸坦索罗辛治疗, 观察组联合运用前列舒通胶囊与盐酸坦索罗辛, 观测两组患者美国国立卫生研究院慢性前列腺炎症状指数(NIH-CPSI)评分情况、视觉模拟评分法(VAS)评分、现有疼痛强度(PPI)得分。观测两组患者临床疗效, 血清中PSA、NGF、TGF- β 水平。**结果:** 观察组患者治疗总有效率为92.31%, 明显高于对照组的72.92%, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。治疗前, 两组患者NIH-CPSI、VAS、PPI水平比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$); 治疗后, 观察组患者NIH-CPSI、VAS、PPI水平均低于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。治疗前, 两组患者血清PSA、NGF、TGF- β 水平比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$); 治疗后, 观察组患者血清PSA、NGF、TGF- β 水平均低于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。**结论:** 对慢性前列腺炎患者联合运用前列舒通、盐酸坦索罗辛可达到良好的治疗效果, 改善患者血清PSA、NGF、TGF- β 水平。**〔关键词〕** 慢性前列腺炎; 前列舒通; 盐酸坦索罗辛
〔中图分类号〕 R 697⁺.33 〔文献标识码〕 B

临床上男性患者常见多发疾病之一为慢性前列腺炎, 发病比例30%, 多发年龄20~55岁, 发病率目前逐年提升^[1]。慢性前列腺炎复发率较高, 目前缺乏明确的治疗方式, 单一用药方式效果往往效果有限且预后不佳^[2], 因此目前临床多采用联合用药方式。前列舒通联合盐酸坦索罗辛是目前经常运用的药物, 本研究旨在研究前列舒通联合盐酸坦索罗辛治疗慢性前列腺炎的疗效, 详情报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取佛山市高明区计划生育服务站2019年2月至2020年6月收治的100例慢性前列腺炎患者, 随机分为观察组52例、对照组48例。观察组年龄22~60岁, 平均年龄为(41.2±8.3)岁; 患病时间6个月~4年, 平均患病时间(2.37±0.41)年。对照组年龄25~60岁, 平均年龄为(41.2±8.3)岁; 患病时间6个月~5年, 平均患病时间(2.45±0.47)年。两组患者年龄、患病时间等一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.1.1 纳入标准 符合慢性非细菌性前列腺炎诊断标准^[1], 前列腺液镜检每高倍视野下白细胞数至少10个, 卵磷脂小体减少甚至消失, 同时前列腺液细菌培养显示阴性; 病程大于3个月。

1.1.2 排除标准 合并急性前列腺炎、前列腺肿瘤患者;

对本研究药物过敏; 服用过影响药物疗效的药物; 伴有尿道炎、尿道狭窄、肝肾功能不全患者。

1.2 方法

给予两组患者基础治疗, 运用抗菌药物进行治疗, 包括头孢菌素类、喹诺酮类、大环内酯类等, 对患者运用对症解痉止痛治疗, 保持良好的生活习惯, 禁食辛辣刺激食物, 性生活适度^[3]。

1.2.1 对照组 运用盐酸坦索罗辛(阿斯泰来制药(中国)有限公司, 国药准字H20000681)治疗, 睡前1h口服, 每日1次, 每次0.2g。连续治疗4周。

1.2.2 观察组 在对照组基础上, 联合运用前列舒通胶囊(保定步长天浩制药有限公司, 国药准字Z20027140)治疗, 每日3次, 口服, 每次1.2g。连续治疗4周。

1.3 观察指标

(1) 通过放射免疫判断患者血清中前列腺特异性抗原(prostate specific antigen, PSA), 运用双抗体夹心酶联免疫吸附法检测患者神经生长因子(nerve growth factor, NGF)水平, 联合运用双抗体夹心酶联免疫吸附法与酶联免疫吸附法检测患者转化生长因子- β (transforming growth factor- β , TGF- β)水平。(2) 观测两组患者美国国立卫生研究院慢性前列腺炎症状指数(the national institutes of health chronic prostatitis symptom index, NIH-CPSI)评分情况、视觉模拟评分法(visual analogue scales, VAS)评分、

〔收稿日期〕 2020-09-13

〔作者简介〕 陆乾辉, 男, 副主任医师, 主要从事泌尿外科工作。

现有疼痛强度 (present pain intensity, PPI) 得分。(3) 观测两组患者临床疗效, 包括痊愈、显效、有效、无效。痊愈: 患者临床症状均消失, 且前列腺质地未见明显异常, 同时前列腺压痛感消失, 前列腺细菌检查显示阴性, 患者前列腺液检查及体征评分较治疗前减少超过 90%; 显效: 患者临床症状至少 60% 得到缓解, 同时前列腺细菌检查结果显示阴性, 前列腺压痛感消失。有效: 患者前列腺液检查及体征评分较治疗前降低 40% ~ 59%, 同时前列腺液白细胞检测结果显示基本好转; 无效: 患者临床症状及其体征未见明显好转, 甚至加重。总有效率 = (痊愈 + 显效 + 有效) / 总例数 × 100%。(4) 观测两组患者血清中 PSA、NGF、TGF-β 水平。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 19.0 软件进行数据处理, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 *t* 检验, 计数资料用百分比表示, 采用 χ^2 检验, *P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较

观察组患者治疗总有效率为 92.31%, 明显高于对照组的 72.92%, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较 (n(%))

Table with 7 columns: 组别, n, 痊愈, 显效, 有效, 无效, 总有效. Rows for 对照组 and 观察组.

与对照组比较, ^a*P* < 0.05

2.2 两组患者治疗前后 NIH-CPSI、VAS、PPI 水平比较

治疗前, 两组患者 NIH-CPSI、VAS、PPI 水平比较, 差异均无统计学意义 (*P* > 0.05); 治疗后, 观察组患者 NIH-CPSI、VAS、PPI 水平均低于对照组, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 2。

表 2 两组患者治疗前后 NIH-CPSI、VAS、PPI 水平比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

Table with 6 columns: 组别, n, 时间, NIH-CPSI, VAS, PPI. Rows for 对照组 and 观察组 at 治疗前 and 治疗后.

与对照组治疗后比较, ^b*P* < 0.05

注: NIH-CPSI 一美国国立卫生研究院慢性前列腺炎症状指数; VAS 一视觉模拟评分法; PPI 一现有疼痛强度

2.3 两组患者治疗前后血清 PSA、NGF、TGF-β 水平比较

治疗前, 两组患者血清 PSA、NGF、TGF-β 水平比较, 差异均无统计学意义 (*P* > 0.05); 治疗后, 观察组患者血清 PSA、NGF、TGF-β 水平均低于对照组, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 3。

表 3 两组患者治疗前后血清 PSA、NGF、TGF-β 水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

Table with 6 columns: 组别, n, 时间, PSA/μg · L⁻¹, NGF/ng · L⁻¹, TGF-β/μg · mL⁻¹. Rows for 对照组 and 观察组 at 治疗前 and 治疗后.

与对照组治疗后比较, ^c*P* < 0.05

注: PSA 一前列腺特异性抗原; NGF 一神经生长因子; TGF-β 一转化生长因子 -β

3 讨论

当前在人们生活方式改变的背景下, 临床慢性前列腺炎发病人数逐年提升, 对患者生活质量产生了不良影响, 医学界积极研发对慢性前列腺炎发病的有效治疗方式。止痛剂、抗菌药物、前列腺按摩、α 受体阻滞剂、植物制剂、生物反馈是当前主要采用的治疗方式 [4]。但是存在着复发现象, 不满足患者治疗需求。慢性前列腺炎发病原因有多个方面, 包括过度按摩前列腺、前列腺组织充血而出现感染, 受凉出现前列腺交感神经活动, 增加了尿道内压力, 会妨碍排泄, 使得出现淤积充血。前列腺炎发病原因包括豚原体、支原体、滴虫、衣原体等, 憋尿也有一定影响 [5]。盐酸坦索罗辛胶属于 α 受体阻滞剂药物之一, 可与 α1A 受体作用。前列舒通组分包括虎耳草、马齿苋、柴胡、川芎、马鞭草、赤芍 [5]。前列舒通对急性慢性前列腺炎, 前列腺增生、前列腺肥大引起的尿频、尿急、尿不净、尿滴沥、尿等待、尿细线、小腹人阴胀痛等具有显著的治疗效果, 可将其运用于排尿不畅、射精痛、腰膝酸软、性欲减退、性功能降低、勃起不坚、早泄、排尿困难等治疗之中, 效果显著。

本研究结果显示, 治疗前, 两组患者 NIH-CPSI、VAS、PPI 水平比较, 差异均无统计学意义 (*P* > 0.05); 治疗后, 观察组患者 NIH-CPSI、VAS、PPI 水平均低于对照组, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)。治疗前, 两组患者血清 PSA、NGF、TGF-β 水平比较, 差异均无统计学意义 (*P* > 0.05); 治疗后, 观察组患者血清 PSA、NGF、TGF-β 水平均低于对照组, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 可见观察组治疗方式能够更有利于改善慢性前列腺炎患者血清水平。

综上所述, 前列舒通联合盐酸坦索罗辛治疗慢性前列腺炎患者可取得良好治疗效果, 显著改善患者血清 PSA、NGF、TGF-β 水平, 缓解患者临床症状, 提升患者生活质量。

[参考文献]

(1) 郭江, 陈本华. 隔姜灸联合盐酸坦索罗辛胶囊治疗慢性前列腺炎 / 慢性骨盆疼痛综合征 (CP/CPPS) 临床疗效及机制研究 (J). 四川中医, 2018, 36(1): 178-181.
(2) 南玉奎, 胡晓刚, 张志强, 等. 前列舒通胶囊联合 α-受体阻滞剂治疗 III 型前列腺炎疗效观察 (J). 国际泌尿系统杂志, 2019, 39(1): 37-39.
(3) 王华礼, 葛玉坤, 乔庆东, 等. 前列舒通胶囊联合盐酸坦

- 索罗辛缓释胶囊治疗经尿道前列腺切除术前列腺腺炎 (J) . 河南医学研究, 2018, 27(9): 1586-1588.
- (4) 张喆, 陈建义. 尿石通丸联合盐酸坦索罗辛缓释胶囊治疗慢性前列腺炎合并前列腺结石的疗效及对患者免疫功能的影响 (J) . 中国医院用药评价与分析, 2018, 18(11): 1482-1484.
- (5) 王振誉. 宁泌泰联合盐酸坦索罗辛缓释剂治疗慢性非细菌性前列腺炎的效果分析 (J) . 医药前沿, 2018, 8(36): 79-80.
- (6) 金珊, 于冰, 林燕. 清康灌肠液保留灌肠对慢性前列腺炎患者细胞因子的影响和疗效 (J) . 贵州医药, 2019, 43(3): 444-446.

〔文章编号〕 1007-0893(2020)23-0176-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2020.23.083

超声引导神经阻滞复合全身麻醉在胫骨骨折患者中的应用

郭金华

(三明市第二医院, 福建 三明 366000)

〔摘要〕 **目的:** 分析超声引导神经阻滞复合全身麻醉应用于胫骨骨折手术患者中的有效性。**方法:** 在三明市第二医院 2018 年 1 月至 2019 年 1 月收治的行胫骨骨折手术患者中选取 76 例, 并按照随机数字表法分为对照组和观察组, 各 38 例。其中对照组采用全身麻醉, 观察组采用超声引导神经阻滞复合全身麻醉, 观察比较两组患者应用效果。**结果:** 治疗后, 观察组患者苏醒时间、拔管时间均短于对照组, 且丙泊酚用量小于对照组, 在切皮时、复位时、手术后平均动脉压 (MAP)、心率 (HR) 均优于对照组, Ramsay 镇静评分高于对照组, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 予以行胫骨骨折手术患者超声引导神经阻滞复合全身麻醉效果显著, 可有效缩短患者苏醒时间和拔管时间。

〔关键词〕 胫骨骨折; 神经阻滞复合全身麻醉; 超声引导

〔中图分类号〕 R 614.2 〔文献标识码〕 B

胫骨骨折是常见的骨外科疾病, 该疾病多数为急症, 存在较高的发病率, 在患病时多会合并腓骨骨折, 在四肢骨折中发病率可占 3.77%^[1]。现临床上主要采用切开复位内固定术进行治疗, 在此过程中常见的麻醉方法为全身麻醉和椎管内麻醉, 医生在选择麻醉时, 在保证效果的同时亦要保障安全性。随着医疗技术的不断成熟, 区域神经阻滞由于具有生理干扰少和效果显著以及应激反应小等优点, 已在临床上得到广泛应用^[2]。此外, 随着对超声的不断深入研究, 由超声引导神经阻滞复合全身麻醉在临床应用中取得了较好的效果^[3]。笔者对本院 38 例行胫骨骨折手术患者采用超声引导神经阻滞复合全身麻醉, 分析其该麻醉方式的应用效果, 并作出如下报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料

在本院 2018 年 1 月至 2019 年 1 月收治的行胫骨骨折手术患者中选取 76 例, 纳入标准: 患者及家属均知情同意本研究; 美国麻醉医师协会 (American society of anesthesiologists, ASA) 分级为 I ~ II 级; 所选取患者均已确认为胫骨骨折。

排除标准: 凝血功能异常者; 合并严重心、肝、肾等器质性疾病者; 对局麻药物具有过敏现象者。按照随机分组将纳入患者分为对照组 38 例, 观察组 38 例。对照组女 15 例, 男 23 例; 年龄 19 ~ 56 岁, 平均年龄 (34.38 ± 5.21) 岁; ASA 分级: 18 例为 I 级, 20 例为 II 级。观察组中女性有 16 例, 男性有 22 例; 年龄 19 ~ 57 岁, 平均年龄 (34.64 ± 5.39) 岁; ASA 分级: 17 例为 I 级, 21 例为 II 级。两组患者性别、年龄等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

所有患者均要在手术前接受禁食禁水 8 ~ 12 h, 并做好手术前常规检查, 将患者送入手术室后, 建立静脉通道, 并仔细检测其身体各项指标。

1.2.1 对照组 采用全身麻醉: 手术前将 0.08 mg · kg⁻¹ 咪达唑仑 (江苏恩华药业股份有限公司, 国药准字 H10980025) 对患者行肌肉注射, 后予以 0.03 mg · kg⁻¹ 咪达唑仑、3 μg · kg⁻¹ 芬太尼 (宜昌人福药业有限责任公司, 国药准字 H42022076) 和 1.53 mg · kg⁻¹ 丙泊酚 (AstraZeneca UK Limited, 批准文号 H20130535) 以及 0.6 mg · kg⁻¹ 罗库

〔收稿日期〕 2020 - 09 - 01

〔作者简介〕 郭金华, 男, 主治医师, 主要研究方向是骨科, 产科。