

## · 经验交流 ·

# 宁泌泰胶囊联合盐酸坦索罗辛对ⅢB型前列腺炎患者临床疗效观察及对前列腺液中炎症因子影响

盛倩 余谦 王佳

慢性前列腺炎是常见的一种成年男性疾病,流行病学调查分析其发病率呈不断增加趋势,可发生于各年龄段的成年男性,其症状常反复无常,并且病程迁延难愈,严重影响患者生活质量<sup>[1,2]</sup>。ⅢB型前列腺炎病程迁延难愈、临床表现复杂多样,容易出现反复发作,临床表现主要为下腹痛以及会阴部疼痛不适,尿不尽、尿频等,对患者生活和工作影响很大<sup>[3]</sup>。因此,临床上采取有效的治疗ⅢB型前列腺炎方法具有重要意义<sup>[4]</sup>。本次研究旨在探讨宁泌泰胶囊联合盐酸坦索罗辛对ⅢB型前列腺炎患者临床疗效观察及对前列腺液中炎症因子影响。现报道如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2017年1月至2018年6月期间金华文荣医院收治的ⅢB型前列腺炎患者160例,年龄24~52岁,平均年龄(35.12±4.23)岁;

病程5~48个月,平均病程(24.81±4.67)个月;体重53~79 kg,平均体重(65.43±5.97)kg;合并基础疾病:高血压44例、糖尿病24例、冠心病14例。纳入标准:①符合2015年版《慢性前列腺炎中西医结合诊疗专家共识》<sup>[5]</sup>制定的ⅢB型前列腺炎相关诊断标准,且美国国立卫生研究院慢性前列腺炎症状指数(national institutes of health symptoms index of chronic prostatitis, NIH-CPSI)评分≥10分;②患者年龄≥24岁;③病程超过3个月;④获得知情同意者。排除标准:①合并急性前列腺炎、前列腺肿瘤疾病及前列腺增生症等;②合并有泌尿系感染疾病者;③合并心脑血管、肝肾功能严重异常者;④有尿道或者盆腔手术史者;⑤精神疾病者;⑥过敏体质者。采用随机数字表法分为联合组54例、宁泌泰组53例和坦索罗辛组53例。三组基线资料比较见表1。三组比较,差异均无统计学意义( $P$ 均>0.05)。

表1 三组基线资料比较

组别	n	平均年龄/岁	平均病程/月	平均体重/kg	合并基础疾病/例		
					高血压	糖尿病	冠心病
联合组	54	34.73 ± 3.51	24.38 ± 4.51	65.38 ± 6.37	15	8	5
宁泌泰组	53	35.52 ± 4.68	25.13 ± 4.98	66.13 ± 6.02	13	9	4
坦索罗辛组	53	35.18 ± 4.21	24.89 ± 4.63	64.98 ± 5.43	16	7	5

1.2 方法 坦索罗辛组:给予盐酸坦索罗辛缓释胶囊(由安斯泰来制药中国有限公司生产)1粒口服,每日二次;宁泌泰组:给予宁泌泰胶囊(由贵阳新天药业股份有限公司生产)4粒口服,每日三次;联合组:给予坦索罗辛联合宁泌泰胶囊,用法用量同坦索罗辛组与宁泌泰组。三组疗程均为4周。

1.3 疗效标准 依据NIH-CPSI评分评价其疗效:治愈:患者NIH-CPSI评分较治疗前减少90%及以上;显效:患者NIH-CPSI评分较治疗前减少60%及以上;有效:患者NIH-CPSI评分较治疗前减少30%及以上;无效:患者NIH-CPSI评分较治疗前减少30%以下。

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2019.09.020

作者单位:321000 浙江金华,金华文荣医院检验科(盛倩),泌尿外科(余谦、王佳)

1.4 观察指标 观察三组治疗前后NIH-CPSI量表评分变化,包括生活质量、排尿症状、疼痛以及总分,评分越高说明越严重;观察三组治疗前后前列腺液中炎症因子变化,包括白介素-6(interleukin-

6, IL-6)、白介素-10(interleukin-10, IL-10)和肿瘤坏死因子- $\alpha$ (tumor necrosis factor- $\alpha$ , TNF- $\alpha$ )。

1.5 统计学方法 采用SPSS 22.0软件处理数据。计量资料以均数 $\pm$ 标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示。计量资料采用 $t$ 检验;计数资料采用 $\chi^2$ 检验。设 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 三组疗效比较见表2

由表2可见,联合组总有效率明显高于坦索罗辛组和宁泌泰组,差异均有统计学意义( $\chi^2$ 分别=

9.89、12.38,  $P$ 均 $<0.05$ )。

表2 三组疗效比较

组别	n	疗效/例				总有效率 /例(%)
		治愈	显效	有效	无效	
联合组	54	18	21	12	3	51(94.44)*#
坦索罗辛组	53	9	16	13	15	38(71.70)
宁泌泰组	53	7	15	14	17	36(67.93)

注: \*:与坦索罗辛组比较,  $P<0.05$ ; #:与宁泌泰组比较,  $P<0.05$ 。

### 2.2 三组治疗前后NIH-CPSI量表评分比较见表3

表3 三组治疗前后NIH-CPSI量表评分比较/分

组别		生活质量	排尿症状	疼痛	总分
联合组	治疗前	9.20 $\pm$ 1.45	5.16 $\pm$ 1.48	12.03 $\pm$ 1.54	26.39 $\pm$ 2.64
	治疗后	3.76 $\pm$ 0.89*# $\Delta$	2.35 $\pm$ 0.81*# $\Delta$	4.53 $\pm$ 0.76*# $\Delta$	10.64 $\pm$ 1.02*# $\Delta$
坦索罗辛组	治疗前	9.18 $\pm$ 1.32	5.23 $\pm$ 1.19	11.87 $\pm$ 1.82	26.28 $\pm$ 2.37
	治疗后	5.48 $\pm$ 1.21*	3.48 $\pm$ 1.02*	6.45 $\pm$ 1.08*	15.41 $\pm$ 1.45*
宁泌泰组	治疗前	9.27 $\pm$ 1.25	5.09 $\pm$ 1.34	12.10 $\pm$ 1.43	25.98 $\pm$ 2.71
	治疗后	5.67 $\pm$ 1.19*	3.27 $\pm$ 1.29*	6.01 $\pm$ 1.42*	14.87 $\pm$ 1.82*

注: \*:与同组治疗前比较,  $P<0.05$ ; #:与坦索罗辛组比较,  $P<0.05$ ;  $\Delta$ :与宁泌泰组比较,  $P<0.05$ 。

由表3可见,三组治疗前的NIH-CPSI量表评分比较,差异均无统计学意义( $F$ 分别=0.24、0.38、0.78、0.56,  $P$ 均 $>0.05$ );三组治疗后,NIH-CPSI量表各评分比较,差异有统计学意义( $F$ 分别=22.31、15.87、25.46、18.98,  $P$ 均 $<0.05$ )。三组治疗后NIH-CPSI量表评分较治疗前降低,差异均有统计学意义( $t$ 分别=23.50、12.24、32.09、37.12; 15.04、

8.13、18.64、28.48; 15.18、7.12、22.00、24.78,  $P$ 均 $<0.05$ )。联合组治疗后的NIH-CPSI量表评分均低于坦索罗辛组和宁泌泰组,差异均有统计学意义( $t$ 分别=8.38、6.35、10.65、19.71; 9.41、4.43、6.74、14.87,  $P$ 均 $<0.05$ )。

### 2.3 三组治疗前后前列腺液中炎症因子变化比较见表4

表4 三组治疗前后前列腺液中炎症因子变化比较/pg/ml

组别		IL-6	IL-10	TNF- $\alpha$
联合组	治疗前	143.27 $\pm$ 14.26	374.52 $\pm$ 47.38	82.13 $\pm$ 12.35
	治疗后	53.14 $\pm$ 8.79*# $\Delta$	126.37 $\pm$ 14.52*# $\Delta$	32.54 $\pm$ 7.48*# $\Delta$
坦索罗辛组	治疗前	139.98 $\pm$ 18.69	368.93 $\pm$ 32.43	79.98 $\pm$ 13.54
	治疗后	89.81 $\pm$ 13.24*	243.97 $\pm$ 23.56*	58.92 $\pm$ 10.21*
宁泌泰组	治疗前	142.13 $\pm$ 15.34	371.54 $\pm$ 36.21	80.98 $\pm$ 12.79
	治疗后	87.96 $\pm$ 12.76*	245.21 $\pm$ 18.56*	57.56 $\pm$ 8.45*

注: \*:与同组治疗前比较,  $P<0.05$ ; #:与坦索罗辛组比较,  $P<0.05$ ;  $\Delta$ :与宁泌泰组比较,  $P<0.05$ 。

由表4可见,三组治疗前的前列腺液中IL-6、IL-10及TNF- $\alpha$ 水平比较,差异均无统计学意义( $F$ 分别=1.21、0.89、0.52,  $P$ 均 $>0.05$ );三组各指治疗后前列腺液中IL-6、IL-10及TNF- $\alpha$ 水平比较,差异有统计学意义( $F$ 分别=30.19、35.46、10.29,  $P$ 均 $<0.05$ )。三组治疗后前列腺液中IL-6、IL-10及TNF- $\alpha$ 水平

较治疗前降低( $t$ 分别=39.54、36.80、25.24; 15.87、22.69、9.04; 15.95、22.12、8.75,  $P$ 均 $<0.05$ )。联合组治疗后的前列腺液中IL-6、IL-10及TNF- $\alpha$ 水平均低于坦索罗辛组和宁泌泰组,差异均有统计学意义( $t$ 分别=16.91、31.15、15.27; 16.46、36.93、16.23,  $P$ 均 $<0.05$ )。

### 3 讨论

慢性前列腺炎具体发病机制尚未完全阐明,认为其发病是在一个始动因素作用的逐步发展成多种因素且相互影响,或发病开始由多因素共同作用<sup>[6]</sup>。近年来研究发现,炎症反应中细胞因子与慢性前列腺炎发生、发展密切相关<sup>[7]</sup>。IL-6是重要的一种细胞炎症因子,临床报道显示ⅢB型前列腺炎患者IL-6水平明显升高<sup>[8]</sup>。IL-10在ⅢB型前列腺炎患者的前列腺液中异常表达,且报道显示其含量与疼痛症状呈正相关。TNF- $\alpha$ 是重要的一种致炎细胞因子。临床报道显示,ⅢB型前列腺炎患者前列腺液中TNF- $\alpha$ 表达明显升高,且可促进前列腺素E2大量释放,刺激单核巨噬细胞和中性粒细胞分泌IL-1、IL-6等细胞因子,进一步激发明显的炎症反应<sup>[9]</sup>。本次研究结果显示,宁泌泰胶囊联合盐酸坦索罗辛治疗后患者前列腺液中IL-6、IL-10及TNF- $\alpha$ 水平低于宁泌泰胶囊与盐酸坦索罗辛( $P$ 均 $<0.05$ ),说明宁泌泰胶囊联合盐酸坦索罗辛可降低前列腺液中IL-6、IL-10及TNF- $\alpha$ 水平,而减轻炎症反应。

盐酸坦索罗辛是一种肾上腺能 $\alpha_1$ 受体拮抗剂,药理研究表明其不仅对前列腺平滑肌、膀胱颈部和尿道具有高选择性的阻断作用,同时还能够松弛平滑肌而降低尿道压迫性,使尿流率增加而促进膀胱排空,从而达到减少且缓解由于尿液反流而引起的下尿路刺激症状,且对 $\beta$ 受体几乎无阻滞作用<sup>[10,11]</sup>。中医学认为ⅢB型前列腺炎属“白灼”范畴,认为其发病主要由脾肾亏虚、风邪化热以及湿热下注蕴结引起,故而应以清热解毒、利湿通淋为治疗法则。宁泌泰胶囊是一种中药制剂,主要由四季红、大风藤、仙鹤草、连翘、芙蓉叶、三颗针、白茅根组成,具有清热解毒、消肿止痛、祛瘀散结和利湿通淋功效。现代药理研究表明,宁泌泰胶囊具有杀菌、利尿作用,防止尿液反流,提高机体免疫功能等作用。苏玖雄等<sup>[12]</sup>学者研究报道显示,慢性前列腺炎患口服宁泌泰胶囊联合左氧氟沙星胶囊治疗总有效率高于单独左氧氟沙星胶囊治疗,NIH-CPSI评分低于单独左氧氟沙星胶囊治疗。本次研究结果显示,宁泌泰胶囊联合盐酸坦索罗辛总有效率高于宁泌泰胶囊与盐酸坦索罗辛( $P$ 均 $<0.05$ ),说明宁泌泰胶囊联合盐酸坦索罗辛可提高疗效;宁泌泰胶囊联合盐酸坦索罗辛治疗后患者生活质量、排尿症状、疼痛及NIH-CPSI总分低于宁泌泰胶囊与盐酸坦索罗辛( $P$ 均 $<0.05$ ),说明宁泌泰胶囊联

合盐酸坦索罗辛治疗可减轻前列腺炎症状。

综上所述,宁泌泰胶囊联合盐酸坦索罗辛对ⅢB型前列腺炎患者临床疗效明显,且可降低患者前列腺液中IL-6、IL-10和TNF- $\alpha$ 水平而减轻炎症反应,值得临床借鉴。但本次研究仍存在一些不足之处,纳入样本量相对较少,纳入观察指标相对较少,因此还需在后续研究中增加样本量和观察指标做多中心、多样本深入研究。

### 参考文献

- 1 Probert KJ, Alexander RB, Nickel JC, et al. Design of a multicenter randomized clinical trial for chronic prostatitis / chronic pelvic pain syndrome[J]. Urology, 2016, 59(6):870-876.
- 2 Motrich RD, Bresler ML, Sánchez LR, et al. IL-17 is not essential for inflammation and chronic pelvic pain development in an experimental model of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome[J]. Pain, 2016, 157(3):585-597.
- 3 郭宁宁. 中西医结合治疗伴有抑郁情绪的Ⅲ型慢性前列腺炎疗效观察[J]. 新乡医学院学报, 2016, 33(4):312-314.
- 4 李征. 前列舒通胶囊联合坦索罗辛治疗ⅢB型前列腺炎的疗效观察[J]. 现代药物与临床, 2017, 32(2):293-295.
- 5 张敏建, 宾彬, 商学军, 等. 慢性前列腺炎中西医结合诊疗专家共识[J]. 中国中西医结合杂志, 2015, 35(8):933-941.
- 6 王健生, 张玉娟, 张宜, 等. 丹红通精方联合左氧氟沙星对慢性前列腺炎患者血清细胞因子的影响及疗效[J]. 中国生化药物杂志, 2017, 37(1):84-86.
- 7 周利平, 陈娟英, 沈华, 等. 前列康片联合头孢呋辛酯片对慢性前列腺炎患者血清细胞因子的影响及疗效分析[J]. 中国现代医生, 2017, 55(14):28-31.
- 8 李国芬. 细胞因子在Ⅲ型前列腺炎免疫炎症反应中的意义[J]. 国际免疫学杂志, 2017, 40(3):331-335.
- 9 马诚椒. 宁泌泰胶囊与盐酸坦索罗辛缓释胶囊联合治疗慢性前列腺炎患者疗效观察[J]. 医学理论与实践, 2017, 30(18):2738-2739.
- 10 宁晶, 张晓毅, 邹练. 盐酸坦索罗辛胶囊联合宁泌泰胶囊治疗Ⅲ型前列腺炎的临床疗效分析[J]. 中国性科学, 2018, 21(1):14-17.
- 11 邱志勇, 周锡环, 苏斌. 琥珀酸索利那新联合盐酸坦索罗辛治疗Ⅲ型前列腺炎患者中的临床效果分析[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2017, 38(11):1260-1262.
- 12 苏玖雄, 陈深泉, 谢中兴. 宁泌泰胶囊联合左氧氟沙星胶囊治疗慢性前列腺炎的临床疗效分析[J]. 中医临床研究, 2016, 8(23):107-108.

(收稿日期 2019-03-10)

(本文编辑 蔡华波)