

维生素 E 联合左氧氟沙星治疗 III A 型慢性前列腺炎的临床研究

孔 瑞^{1,2} 梁朝朝^{1,2} 樊 松^{1,2} 张 力^{1,2}

摘要 选择在泌尿外科门诊确诊的 III A 型慢性前列腺炎患者共 45 例临床资料,将患者随机分为 3 组,A 组单用左氧氟沙星,B 组单用维生素 E,C 组联合使用上述两种药物,服用剂量为左氧氟沙星 2 次/d,200 mg/次,维生素 E 2 次/d,200 mg/次,持续服药时间均为 4 周。分别于治疗前、治疗后第 4 周观察慢性前列腺炎症状评分(NIH-CPSI)评分,做尿三杯试验,监测最大尿流率并结合直肠指检结果。治疗后 4 周,A、C 两组治疗前后的自身对比差异有统计学意义($P < 0.01$),最大尿流率差值差异有统计学意义($P < 0.05$)。B 组 NIH-CPSI 评分、最大尿流率差值差异无统计学意义。3 组间比较 4 周 NIH-CPSI 评分、最大尿流率差值差异有统计学意义($P < 0.01$)。

关键词 慢性前列腺炎;维生素 E;左氧氟沙星;治疗

中图分类号 R 697.33

文献标志码 A 文章编号 1000-1492(2014)10-1499-03

慢性前列腺炎(chronic prostatitis,CP)的发病机制至今尚未完全阐明。治疗目标主要是缓解疼痛、改善排尿症状和提高生活质量,疗效评价应以症状改善为主。目前临床上常单纯给予抗生素治疗,但疗效较差,尤其是对于 III A 型 CP,疗效更差。维生素 E 是强有力的天然抗氧化剂,可以延迟、抑制和阻断机体氧化应激反应。与抗生素联合用药是否更有助于 III A 型 CP 临床症状的缓解,尚缺乏明确的研究。该研究对部分 III A 型 CP 患者,给予维生素 E 联合左氧氟沙星治疗,疗效较好。现报告如下。

1 材料与方法

1.1 病例资料 收集 2012 年 12 月~2013 年 6 月,在泌尿外科门诊中筛选出确诊的 III A 型 CP 患者共

45 例临床资料,均符合 1995 年美国国立卫生研究所(National Institutes of Health,NIH)制定的有关 CP 的分类方法,年龄 25~55 岁,中位 31 岁。病程 3 个月~10 年。入选条件为盆腔区疼痛或不适至少持续 3 个月以上,可伴随排尿异常和性生活障碍症状;慢性前列腺炎症状评分(National Institute Health-Chronic Prostatitis Symptom Index,NIH-CPSI)≥10 分;(expressed prostatic secretion,EPS)培养无细菌生长,镜检白细胞数量≥10 个/HP;均排除泌尿生殖系其他疾病、糖尿病、高脂血症、慢性肝肾衰竭、严重的心脑血管疾病、消化系统疾病、血液系统疾病、传染性疾病、严重的神经精神性疾病或有心理症状者。患者无过敏史,无乙醇、药物滥用史等。2 周内无抗生素等药物治疗,并禁欲 2~5 d。因不良反应以外原因未能规律服药者,治疗中途失访者及退出试验者不计算在内。

1.2 分组与治疗方法 将 45 例患者随机分为 3 组,A 组单纯给予左氧氟沙星片(华润双鹤药业股份有限公司生产)200 mg 口服,每日两次;B 组单纯给予维生素 E 软胶囊 200 mg(厦门星鲨制药公司生产)口服,每日两次;C 组联合使用上述两种药物用法同上;持续服药时间均为 4 周。分别比较 3 组于治疗前、治疗后第 4 周 NIH-CPSI 评分,EPS 镜检及细菌培养,最大尿流率差值和直肠指检结果。

1.3 统计学处理 采用 SPSS 11.0 软件进行分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,自身对照配对 *t* 检验比较给药前后各项观察指标的差异。

2 结果

2.1 3 组内统计结果分析 入选病例总数 45 例。随机分配后,A 组 15 例,平均年龄(31.45 ± 6.21)岁,平均病程(2.35 ± 1.78)年;B 组平均年龄(31.23 ± 5.37)岁,平均病程(2.19 ± 1.95)年;C 组平均年龄(31.84 ± 8.01)岁,平均病程(2.55 ± 1.64)年。3 组患者在年龄、身高、体重、病程、入选时症状评分、EPS 常规方面差异均无统计学意义。治疗前与治疗后,A 组 NIH-CPSI 评分、最大尿流率

2014-07-17 接收

基金项目:国家自然科学基金项目(编号:81170698、81370856);卫生部国家临床重点专科建设项目(2012)

作者单位:¹安徽医科大学第一附属医院泌尿外科,合肥 230032

²安徽医科大学泌尿外科研究所,合肥 230022

作者简介:孔 瑞,男,硕士研究生;

梁朝朝,男,主任医师,教授,博士生导师,责任作者,E-mail:Liang_chaozhao@163.com

差值差异有统计学意义($P < 0.01$)。B组 NIH-CPSI 评分、最大尿流率差值差异无统计学意义。C组 NIH-CPSI 评分、最大尿流率差值差异有统计学意义($P < 0.01$) ,见表 1。

2.2 各组间统计结果分析 治疗 4 周后 3 组间比较 ,NIH-CPSI 评分 ,最大尿流率差值差异有统计学意义($P < 0.01$) ,见表 1。

表 1 3 组患者治疗前后 NIH-CPSI 及最大尿流率差值比较($n = 15 \bar{x} \pm s$)

组别	NIH-CPSI(分)		最大尿流率 差值(ml/s)
	治疗前	治疗后	
A	25.1 ± 5.29	18.95 ± 4.65**	3.03 ± 1.27**
B	25.6 ± 4.86	24.38 ± 5.02 ^{△△}	0.49 ± 1.61 ^{△△}
C	25.3 ± 4.96	16.31 ± 3.26** ^{△△##}	5.49 ± 1.84** ^{△△##}

与治疗前比较: ** $P < 0.01$; 与 A 组比较: ^{△△} $P < 0.01$,与 B 组比较: ^{##} $P < 0.01$

3 讨论

慢性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征(chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndromes ,CP/CPPS) (Ⅲ型) 是前列腺炎中最常见的类型 ,约占 CP 的 90% 以上^[2]。根据 EPS/精液/前列腺按摩后尿液(voiced bladder three ,VB3) 常规显微镜检查结果 ,Ⅲ型又可再分为ⅢA(炎症性 CPPS)和ⅢB(非炎症性 CPPS) 2 种亚型: ⅢA 型患者的 EPS/精液/VB3 中白细胞数量升高; ⅢB 型患者的 EPS/精液/VB3 中白细胞在正常范围。ⅢA 型 CP 患者临床较多见 ,症状复杂多样 ,临床各种治疗方法的效果均较差 ,病情易反复 ,因此选择ⅢA 型 CP 患者作为研究对象 ,易于对比观察。ⅢA 型 EPS 细菌培养阴性而白细胞明显增高 ,因此推测病因可能是病原体感染 ,可能与某些细菌、沙眼衣原体和支原体等病原体有关。抗生素的治疗大多为经验性治疗。推荐首选口服氟喹诺酮类药物 ,其对敏感菌所致的急性前列腺炎、CP 以及复杂性前列腺炎 ,均有较好的效果。氟喹诺酮类药物治疗 2~4 周 ,根据疗效决定是否继续治疗 ,如果患者临床症状减轻时就继续考虑使用抗生素 ,总的疗程为 4~6 周^[3]。本研究所使用的左氧氟沙星是氟喹诺酮类抗菌药 ,口服生物利用度接近 100% ,消除半衰期为 4~6 h ,85% 的药物以原形由尿液排泄。不良反应发生率低于多数氟喹诺酮类药物(在第 4 代以外的喹诺酮类中最低) ,主要不良反

应是胃肠道反应^[4]。

Shahed et al^[5] 发现 ,氧化应激损伤在 CP 的发病机制中起到了重要作用。维生素 E 具有很强的抗氧化作用 ,即本身苯环的羟基失去电子或 H^+ ,以清除氧自由基和过氧化物或抑制磷脂酶 A_2 和脂氧酶 ,以减少氧自由基的生成 ,中断过氧化物和丙二醛的生成。本身生成的生育醌 ,可被维生素 C 或氧化还原系统复原 ,继续发挥作用。Diplock et al^[6] 认为 ,维生素 E 的毒性很低 ,每日的安全供给量为 1 000 mg ,即使高达 3 200 mg ,也无毒性。部分学者^[7-8] 认为在氧化应激时适当增加维生素 E、抗坏血酸等抗氧化剂的供给量是必要的。在特殊情况 ,尤其是患病时 ,为了抵御危害机体的氧化损伤 ,作为药用的抗氧化剂的大量使用也是可行的。由于ⅢA 型 CP 是一种多因素所致的疾病 ,治疗方法迥异 ,疗效报道结果不一。因此寻找理想的治疗方法至关重要 ,本研究结果显示维生素 E 与左氧氟沙星联合用药方案能更有效地缓解ⅢA 型 CP 患者的疼痛不适症状和排尿症状 ,耐受性好 ,值得在临床上推广应用。

参考文献

- [1] 梁朝朝. 慢性前列腺炎流行病学及其发病机制的研究[D]. 合肥:安徽医科大学, 2005.
- [2] 吴阶平, 那彦群, 郭震华, 等. 实用泌尿外科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2011:406.
- [3] 吴阶平. 吴阶平泌尿外科学[M]. 济南:山东科学技术出版社, 2004:389-90.
- [4] 杨宝峰, 苏定冯. 药理学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2010:431.
- [5] Shahed A R, Shoskes D A. Oxidative stress in prostatic fluid of patients with chronic pelvic pain syndrome correlation with gram positive bacterial growth and treatment response[J]. J Androl, 2000, 21(5):669-75.
- [6] Diplock A T, Charleux J L, Crozier-Willi G, et al. Functional food science and defence against reactive oxidative species[J]. Brit J Nutr, 1998, 80 Suppl 1:S77-112.
- [7] Winklfloer B M, Ellemther H, Frlifweith M, et al. Plasma vitamin C concentrations in patients with cystic fibrosis: evidence of associations with lung inflammation[J]. Am J Clin Nutr, 1997, 65(6):1858-66.
- [8] Nlaz M A, Sinhh B, Poondm A, et al. Effect of antioxidant-rich foods on plasma ascorbic acid, cardiac enzyme, and lipid peroxide levels in patients hospitalized with acute myocardial infarction[J]. J Am Diet Assoc, 1995, 95(7):775-80.

A clinical study of vitamin E combined with levofloxacin for III A chronic prostatitis

Kong Rui^{1,2}, Liang Chaozhao^{1,2}, Fan Song^{1,2}, et al

(¹Dep of Urology, The First Affiliated Hospital of Anhui Medical University, Hefei 230022;

²Institute of Urology, Anhui Medical University, Hefei 230032)

Abstract Forty-five patients with chronic prostatitis were randomly divided into a control group (Group A) with fifteen patients and two treatment groups (Groups B and C) with thirty patients. Group A received levofloxacin tablets 0.2 g per time, twice a day. Group B received vitamin E two capsules per time, twice a day. Group C treated with levofloxacin tablets and vitamin E capsule. The efficacy was compared after the treatment of four weeks. After 4-week treatment, there was significant difference between pre-treatment and post-treatment in group A and group C ($P < 0.01$), while the difference was not significant in group B ($P > 0.05$). And there was significant difference in randomly selected two groups from among all groups ($P < 0.01$).

Key words chronic prostatitis; vitamin E; levofloxacin; treatment

(上接第 1481 页)

[7] Chan T, Gu F. Early diagnosis of sepsis using serum biomarkers [J]. *Expert Rev Mol Diagn* 2011, 11(5):487-96.

[8] 李小彦, 王小波, 刘秀峰, 等. 重症急性胰腺炎患者器官功能衰竭的患病率及其危险因素分析 [J]. *中华急诊医学杂志*, 2011, 20(2):156-9.

[9] Berger B, Gumbinger C, Steiner T, et al. Epidemiologic features,

risk factors, and outcome of sepsis in stroke patients treated on a neurologic intensive care unit [J]. *J Crit Care*, 2014, 29(2):241-8.

[10] 曹书华. 脓毒症与多脏器功能失常综合征 [J]. *中华急诊医学杂志* 2010, 19(7):781-2.

Logistic regression analysis of the prognostic factors of patients with sepsis

Fan Quan^{1,2}, Zhang Hong¹

(¹ Dept of Emergency, The First Affiliated Hospital of Anhui Medical University, Hefei 230032;

² Dept of Emergency, The First Affiliated Hospital of Anhui University of Traditional Chinese Medicine, Hefei 230031)

Abstract Objective To investigate the prognostic factors in patients with sepsis and to provide the theoretical basis for clinical diagnosis and treatment. **Methods** A total of 141 septic patients were analyzed retrospectively. Patients were divided into two groups: those who were alive at time of ICU discharge (survivors; $n = 83$) and those who died or to give up before terminal stage (nonsurvivors; $n = 58$). Then the clinical data were statistically analyzed. **Results** In the death group: age, APACHE II score, blood urea nitrogen, serum creatinine, C-reactive protein were significantly higher than the survival group ($P < 0.01$) while albumin, pre albumin were lower than that in the survival group ($P < 0.01$). The Logistic regression analysis illustrated: age (> 60 years), APACHE II score (> 20 score) and blood urea nitrogen (> 9 mmol/L), serum creatinine (> 176 μ mol/L), C-reactive protein level were independent predictors of death in patients with sepsis ($P < 0.05$). Then drew the receiver operating characteristic curve (ROC curve) and analyzed the respective risk factor for predicting prognosis value of sepsis with the help of ROC curve. **Conclusion** Age, high APACHE II score in early sepsis, increased urea nitrogen, elevated serum creatinine and increased C-reactive protein levels were regarded as prognostic value indicators for adverse clinical outcomes in patients with sepsis.

Key words sepsis; prognosis; risk factors; Logistic regression