

## 舍尼通联合罗红霉素治疗无菌性前列腺炎 40 例

张喜旺<sup>1</sup>, 杨亚平<sup>2</sup>, 刘顺良<sup>1</sup>, 姜静岩<sup>1</sup>

(1. 中国人民解放军第 251 医院, 河北 张家口 075000; 2. 河北省张家口市桥西区机关门诊部, 河北 张家口 075000)

中图分类号: R969.4; R983

文献标识码: A

文章编号: 1006-4931(2002)07-0071-01

**摘要** 目的: 应用舍尼通片加罗红霉素胶囊治疗无菌性前列腺炎。方法: 舍尼通片 1 片, 1 日 2 次, 口服; 罗红霉素胶囊 150mg, 1 日 2 次, 口服。结果: 治疗组与对照组疗效比较差异显著 ( $P < 0.05$ ), 提高了治愈率、好转率, 缩短了治疗时间; 治疗中无明显毒副作用。结论: 该疗法治疗无菌性前列腺炎疗效肯定。

**关键词** 舍尼通片; 罗红霉素胶囊; 无菌性前列腺炎

无菌性前列腺炎又称非细菌性前列腺炎, 是男性泌尿生殖系统的常见病、多发病, 是一种原因不明的炎症改变, 由于病因不清, 至今未有肯定有效的治疗方法。目前治疗无菌性前列腺炎多以活血化瘀与疏肝调血、射频热疗及心理治疗等方法。笔者近年对无菌性前列腺炎门诊患者, 予舍尼通片联用罗红霉素胶囊进行治疗, 取得了满意的效果, 现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

我院泌尿科门诊患者共 120 例, 年龄 21~64 岁, 平均 35.5 岁; 病程最长 2 年, 最短半年。临床症状有: 尿频、尿急、尿痛、夜尿多; 伴有持续性或间断性的会阴部、外生殖器、腹股沟区疼痛不适及射精痛; 射精后不适加重, 会阴部酸胀不适; 阴囊及睾丸、肛门坠痛, 奇痒; 尿道内痛或偶见尿道口流白色粘液; 有的病例突出地表现为不射精; 部分病例伴有性功能减退、腰膝酸软乏力、精神不集中、失眠多梦、焦虑等植物神经功能紊乱症候群。其中有冶游史者 38 例。前列腺指诊: 前列腺正常 58 例, 触痛 42 例, 表面结节 13 例, 轻度增生 4 例, 中度增生 3 例; B 超检查: 前列腺正常 80 例, 前列腺回声不均匀、符合炎症改变 28 例, 腺体增大 12 例。全部病例均行前列腺液涂片, 查淋球菌均阴性, 其中 90 例行前列腺液 PCR 检测革兰氏阴性 ( $G^-$ ) 菌、淋球菌、衣原体、支原体均为阴性。

### 1.2 诊断标准

无急、慢性尿路感染病史; 前列腺液镜检示白细胞 (WBC)  $> 10/HP$ , 卵磷脂小体不同程度减少; 前列腺液细菌培养阴性; 前列腺炎的综合症状。

### 1.3 治疗方法

根据患者就诊先后顺序, 将全部病例随机分成 A、B、C 3 组, 每组 40 例。A 组: 单用口服罗红霉素胶囊 (每次 150mg, 每天 2 次); B 组: 口服罗红霉素胶囊 (每次 150mg, 每天 2 次), 同时服舍尼通片 (每次 1 片, 每天 2 次); C 组: 单用舍尼通片 (每次 1 片, 每天 2 次)。平均 4 周为 1 疗程, 治疗过程中每 2 周复诊 1 次, 全部病例均于 1 个疗程后进行疗效比较。治疗过程中停止使用其它治疗。

### 1.4 疗效判定

治愈: 临床症状完全消失; 好转: 临床症状基本消失; 无效: 临床症状无减轻。

## 2 结果

3 组病例疗效、疗程结果见表 1、表 2。从表 1 可以看出, B 组治愈率及好转率明显高于 A 组和 C 组, 有显著差异 ( $P < 0.05$ ); A 组与 C 组间无差异 ( $P > 0.05$ )。从表 2 可以看出, 第 21 天以后其阶段性治疗效果 B 组明显高于 A 组和 C 组, 第 28 天时 B 组治愈率、好

转率呈加速递增, 效果更好。因此, 舍尼通片联用罗红霉素胶囊治疗无菌性前列腺炎与单用罗红霉素胶囊或单用舍尼通片相比不仅提高了治愈率、好转率, 也缩短了治疗时间, 而且全部病例在治疗过程中未出现毒副作用。

表 1 3 组病例疗效比较

组别	例数	治愈	好转	无效	总有效率 (%)
		例 (%)	例 (%)	例 (%)	
A	40	15(37.8)	13(32.5)	12(25.0)	70.0
B	40	28(70.0)	9(22.5)	3(7.5)	92.5
C	40	19(47.5)	15(37.5)	6(15.0)	85.0

表 2 3 组病例疗程比较 (例)

组别	例数	14d			21d			28d		
		治愈	好转	无效	治愈	好转	无效	治愈	好转	无效
A	40	1	9	30	5	14	21	15	13	12
B	40	5	20	15	15	18	7	28	9	3
C	40	3	11	26	8	13	19	19	15	6

## 3 讨论

前列腺炎并非是一种单一疾病, 而是由不同原因引起的一组临床症候群——前列腺炎综合征, 分为急性慢性细菌性前列腺炎、非细菌性前列腺炎及前列腺痛 3 类<sup>[1]</sup>。由于非细菌性前列腺炎的病因尚不十分清楚, 临床上对无菌性前列腺炎的治疗很难达到肯定的疗效, 采用单一的治疗方法通常难以奏效。

研究表明, 花粉类物质能有效治疗前列腺疾病, 其治疗前列腺疾病的有效成分为舍尼通 (CN-009), 舍尼通是从裸麦花粉提取的制剂, 无过敏原作用, 其活性成分为水溶性 T60 (水溶性花粉提取物 P5) 和脂溶性 (溶于丙酮) GBX (脂溶性花粉提取物 EA10)。舍尼通治疗非细菌性前列腺炎的作用机制是<sup>[2]</sup>: ①对膀胱平滑肌有明显的收缩作用, 可在增强膀胱逼尿肌收缩的同时舒张了尿道括约肌, 能明显改善排尿异常的临床症状, 减少残余尿量; ②抑制内源性炎症介质的合成 (前列腺素等), 具有抗炎、抗水肿作用; ③可降低前列腺酸性磷酸酶的活性及升高血和前列腺组织中锌的含量, 而慢性前列腺炎、前列腺痛患者前列腺液中锌的含量是下降的。由此可见, 舍尼通可缓解盆底肌及尿道扩约肌的痉挛, 增加膀胱逼尿肌的收缩力, 解除了功能性梗阻, 使最大尿流率和平均尿流率得以改善, 并减少尿路感染的机会。另外, 舍尼通可改善前列腺局部环境, 减少前列腺的充血水肿, 促使代谢物、渗出物及化学物质排出加速, 减少局部刺激, 利于炎症消散。目前无菌性前列腺炎的致病因素不很清楚, 有人认为支原体或衣原体感染可能是其致病因素<sup>[3]</sup>。罗红霉素为新一代大环内酯类抗生素, 对支原体、衣原体均有抑制作用<sup>[4]</sup>; 对存在前列腺结石或钙化灶的非细菌性前列腺炎可提高有效率, 虽然非细菌性前列腺炎的前列腺液中细菌培养阴性, 但是这些患者在服用舍尼通同时加服罗红霉素可提高其治疗效果, 同时缩短了疗程。国外有报道, 认为舍尼通是治疗非细菌性前列腺炎较有希望的药物<sup>[5]</sup>。

在治疗期间, 患者肝、肾功能正常, 无明显不良反应发生, 长期

# 贝复舒滴眼液治疗暴露性角膜炎、角膜溃疡 25 例

黄薇,江文,张晓

(四川省成都市核工业 416 医院,四川 成都 610051)

中图分类号:R969.4;R988.1

文献标识码:A

文章编号:1006-4931(2002)07-0072-01

**摘要** 目的:评价贝复舒滴眼液治疗暴露性角膜炎、角膜溃疡的临床疗效。方法:观察暴露性角膜炎、角膜溃疡患者 50 例 88 只眼(角膜炎 31 例,角膜溃疡 19 例),随机分成治疗组 25 例(48 只眼),对照组 25 例(42 只眼),疗程 14d,每日观察上皮修复和局部症状、体征等指标。结果:贝复舒治疗组与对照组各疗效判断指标有显著差异( $P < 0.05$ );贝复舒治疗暴露性角膜炎、角膜溃疡的有效率为 96%。观察过程中未见局部刺激和全身不良反应。结论:贝复舒滴眼液治疗暴露性角膜炎、角膜溃疡疗效确切,安全性高。

**关键词** 碱性成纤维细胞生长因子(bFGF);暴露性角膜炎;角膜溃疡

由于眼睑闭合不良,不能遮盖角膜引起的角膜炎、角膜溃疡称为暴露性角膜炎、角膜溃疡,是一种较常见的眼表面疾病,传统治疗方法有局部包扎、应用抗生素眼膏、睑缘缝合等,虽然可取得一定效果,但均不够满意。自 2000 年 5 月至 2001 年 8 月,笔者采用碱性成纤维细胞生长因子(贝复舒)滴眼液治疗 25 例,并与单纯应用抗生素治疗进行比较,现将结果报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

临床检查确诊为暴露性角膜炎、角膜溃疡患者 50 例,其中 30 例双眼患病,20 例单眼患病;男 27 例,女 23 例;年龄 25~60 岁,平均 40.3 岁;裂隙灯检查为角膜上皮点状损害 31 例,荧光素染色阳性,角膜损害处凹陷形成溃疡者 19 例。将患者分为两组,各 25 例,两组临床资料见表 1。

### 1.2 治疗方法

治疗组 25 例(46 只眼)用贝复舒滴眼液加氧氟沙星眼液,每日各滴 3 次,夜间用 0.5% 红霉素眼膏 1 次;对照组 25 例(42 只眼)每日滴用氧氟沙星眼液 3 次,人工泪液 3 次,夜间用 0.5% 红霉素眼膏 1 次,直至痊愈。

### 1.3 疗效判断标准

痊愈:症状消失或显著减轻,上皮损害愈合,荧光素染色为阴性;显效:病情明显好转,症状减轻,损害面积修复 > 70% 以上;进步:病情好转,症状减轻,损害面积修复 30%~70%;无效:病情无好转,症状同前或加剧,损害面积修复 < 30%,此类病例应立即采取其它可行的治疗措施。

## 2 结果

服用较为安全。

### 参考文献:

[1] 吴阶平. 泌尿外科[M]. 济南:山东科学技术出版社,1993:326.  
 [2] 王兵,郭婧,郑华琼. 舍尼通治疗前列腺痛[J]. 中国医院药学杂志,2000,20(4):221.  
 [3] Brunner H, Weidner W, Sshiefer HC. Studies of the role of Ureaplasma

### 2.1 疗效分析

疗效结果见表 2。由表 2 可见,治疗组有效率优于对照组,治疗组一般在用药 3~5d 内眼部症状减轻,病情得到有效控制,两组比较有显著差异( $P < 0.05$ )。

表 2 两组疗效比较

组别	例数	痊愈(例)	显效(例)	进步(例)	无效(例)	痊愈率(%)	有效率(%)
治疗组	25	18	6	1	0	72	96
对照组	25	2	12	8	3	8	56

$\chi^2 = 8.88, P < 0.05$ 。

### 2.2 不良反应

治疗组 25 例(46 只眼)的治疗过程中,未发现有局部刺激和全身不良反应。

## 3 讨论

暴露性角膜炎、角膜溃疡是由于眼睑闭合不良、不能遮盖角膜而引起,临床表现为角膜暴露部位细小点状上皮损害,上皮细胞脱落,可继发感染而形成溃疡,甚至前房积脓<sup>[1]</sup>,因而不可忽视原发病的治疗。传统治疗方法虽有一定的效果,但仍不够理想,因此,应用促进角膜上皮愈合的药物,可进一步提高该病的治愈率。贝复舒的主要成分为碱性成纤维细胞生长因子(basic Fibroblast growth factor, bFGF),bFGF 是哺乳动物和人体组织中存在的一种微量蛋白质,对胚层和神经外胚层源细胞具有广泛的生物学活性,其作用机制是:bFGF 以自分泌和旁分泌的方式,与靶细胞的 bFGF 受体结合,激活细胞内信号传递系统,从而产生促细胞生长和分裂增殖的活性及其它非分裂源活性。实验研究已证实,它能有效地刺激体外培养的动物及人的角膜上皮细胞、基质成纤维细胞和内皮细胞的增生、移行。

bFGF 滴眼液的临床应用尚处于试用阶段。本组用国产重组 bFGF 滴眼液治疗 25 例(46 只眼)暴露性角膜炎、角膜溃疡,并与非贝复舒治疗组 25 例,进行对照,结果治疗组总有效率 96%,对照组为 56%,有显著差异( $P < 0.05$ ),其中暴露性角膜炎疗效最好,而暴露性角膜溃疡疗效较差,因为角膜上皮修复除了上皮愈合的因素外,还受泪液的质量和量的改变及基质损害程度、眼睑闭合功能等综合因素影响。

总之,重组 bFGF 滴眼液无毒副作用,安全有效,顺应性好,应用方便,治疗暴露性角膜炎、角膜溃疡疗效确切。

### 参考文献:

[1] 刘家琦,李凤鸣,丁淑静,等. 实用眼科学[M]. 北京:人民卫生出版社,1990:279.  
 (收稿日期:2001-07-27;二次修回日期:2002-01-28)  
 urealyticum and mycoplasma hominis in prostatitis[J]. J Infect Dis. 1983, 147: 807-813.  
 [4] 汤光. 现代药理学[M]. 北京:中国医药科技出版社,1998:59.  
 [5] 田中英寿. 舍尼通治疗前列腺炎的临床疗效[J]. 泌尿纪要,1992,38: 489-494.

(收稿日期:2001-07-17;修回日期:2001-11-07)