

代生物学进展, 2022,22(11):2076-2080.

[10] 王丽萍. D 二聚体联合游离三碘甲状腺原氨酸对急性心肌梗死患者的应用价值[J]. 血栓与止血学, 2022,28(1):42-43.

[11] 张媛媛, 李玲, 倪英群, 等. 甲状腺功能正常的 2 型糖尿病患者游离三碘甲状腺原氨酸水平与白蛋白尿的相关性[J]. 中国临床保健杂志, 2020,23(2):216-219.

[12] YIP, R M L, YIM C W. Role of Interleukin 6 Inhibitors in the Management of Rheumatoid Arthritis[J]. JCR-J CLIN RHEUMATOL, 2021,27(8):e516-e524.

[13] VREUGDENHIL G, LÖWENBERG B, VAN EIJK H G, et al. Tumor necrosis factor alpha is associated with disease activity and the

degree of anemia in patients with rheumatoid arthritis[J]. EUR J CLIN INVEST, 1992,22(7):488-493.

[14] IERVASI G, PINGITORE A, LANDI P, et al. Low-T3 syndrome. A strong prognostic predictor of death in patients with heart disease[J]. Circulation, 2003,107(5):708-713.

[15] PFEILSCHIFTER J, KÖDITZ R, PFOHL M, et al. Changes in proinflammatory cytokine activity after menopause[J]. ENDOCRINE REV, 2002,23(1):90-119.

[16] 李方治, 侯春阳, 孙佳英. 急性肺损伤炎症环境中 TNF- $\alpha$  介导肺通透性增加的机制研究[J]. 临床和实验医学杂志, 2017,16(19):1914-1918.

## 上接 42 页

(气滞血瘀证) 临床观察[J]. 四川中医, 2020,38(10):86-89.

[9] 季康寿, 杨茗茜, 陈文娜, 等. 外泌体 miRNA 与中医理论关联及在冠心病中的机制研究进展[J]. 中华中医药学刊, 2021,39(5):48-52.

[10] 庞瑜, 张国浩, 张家美. 血府逐瘀汤对气滞血瘀型冠心病心绞痛患者临床症状及血小板活化因子水平的影响[J]. 贵州医药, 2020,44(8):1287-1289.

[11] 陈智慧, 张哲, 杨关林, 等. 中药复方个体化干预气滞血瘀型冠心病心绞痛的多中心随机对照试验[J]. 中华中医药杂志, 2021,36(9):5635-5639.

[12] 文潇. 血府逐瘀汤加减治疗气滞血瘀型冠心病心绞痛的临床效果[J]. 临床医学工程, 2019,26(6):803-804.

[13] 孙俊雄. 血府逐瘀汤加减联合曲美他嗪治疗冠心病不稳定型心绞痛临床效果观察[J]. 临床合理用药杂志, 2019,12(13):49-51.

[14] 彭木辉. 化痰祛瘀汤治疗气滞血瘀型冠心病心绞痛的临床疗效及

对血脂、血液流变学的影响[J]. 国医论坛, 2019,34(2):24-26.

[15] 赵淑燕. 加减血府逐瘀汤及曲美他嗪治疗冠心病不稳定型心绞痛临床效果探讨[J]. 世界复合医学, 2021,7(12):74-78.

[16] 闫祥宏. 瓜蒌薤白半夏汤合涤痰汤加减辅助气滞血瘀型冠心病心绞痛疗效观察[J]. 实用中医药杂志, 2021,37(11):1853-1854.

[17] 刘新锋, 关玲霞. 血府逐瘀汤联合西药治疗冠心病不稳定型心绞痛临床研究[J]. 新中医, 2021,53(19):56-60.

[18] 徐伟珍. 血府逐瘀汤加减治疗冠心病不稳定型心绞痛的方法及其预后价值[J]. 当代医学, 2020,26(33):167-168.

[19] 刘璐瑶. 血府逐瘀汤加减对血瘀阻滞型稳定型冠心病心绞痛的临床意义以及药理研究[J]. 光明中医, 2021,36(1):62-64.

[20] 代洪绪, 翟文姬, 项聿华. 血府逐瘀汤加减联合西医常规疗法治疗气滞血瘀型稳定型心绞痛的临床观察[J]. 中国民间疗法, 2020,28(24):85-88.

# 尿道等离子剝除术治疗前列腺增生的可行性 及对患者性功能和血清学指标的影响

李道岭

(淄博市张店区人民医院泌尿外科, 山东 淄博, 255000)

**摘要:**目的 评价行尿道等离子剝除术治疗前列腺增生患者的可行性及其对性功能和血清学指标的影响。方法 回顾性分析 2017 年 6 月—2021 年 6 月淄博市张店区人民医院收治的 60 例前列腺增生患者, 由随机数表法分为对照组 (30 例) 和观察组 (30 例)。对照组接受经尿道等离子电切术治疗, 观察组采用经尿道等离子剝除术治疗, 术后均对两组进行为期 6 个月的随访。对比两组手术相关指标及临床疗效, 术前与术后 6 个月血清学指标水平、生活质量评分 (QOL)、国际前列腺症状评分 (IPSS), 术后 6 个月性功能及并发症发生率。结果 观察组患者的住院时间、术后冲洗时间、导尿管留置时间、手术时间均短于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 观察组临床总有效率明显高于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 与术前相比, 术后两组 QOL 评分、IPSS 评分、血清表皮生长因子受体 (EDFR) 水平、前列腺特异性抗原 (PSA) 水平、血清睾酮 (T) 水平均降低, 观察组比对照组更低, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 术后 6 个月与对照组比较, 观察组患者国际勃起功能指数 (IIEF-5) 更高, 勃起功能障碍率、逆行射精率、并发症发生率方面均更低, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论 前列腺增生患者接受经尿道等离子剝除术对患者机体创伤较小, 能有效调节各项血清学指标, 同时对患者性功能影响较小, 安全性较高。

**关键词:** 前列腺增生; 经尿道等离子剝除术; 经尿道等离子电切术; 性功能

**中图分类号:** R697.32 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-8011(2023)-16-0049-04

前列腺增生指前列腺间质及腺体增生、肥大,属于一种多见的泌尿系统疾病,多发于中老年群体,常表现出尿频、尿急、排尿困难等临床症状,给患者的日常生活带来巨大的困扰<sup>[1]</sup>。目前,临床治疗前列腺增生患者的主要方式是外科手术,其中临床常用的术式为经尿道等离子电切术,但术中止血效果不佳、远期复发率高,且存在尿道狭窄、性功能障碍等并发症,影响患者整体治疗效果<sup>[2]</sup>。近年来,在临床前列腺增生的治疗中经尿道等离子剝除术被患者广泛接受,该术式属于在经尿道等离子电切术的基础上发展而来的一种新型方式,其将经尿道等离子电切术与开放前列腺摘除术的优点融合在一起,具有术中术后出血少、腺体切除彻底等优势<sup>[3]</sup>。基于此,本研究旨在探讨前列腺增生患者使用经尿道等离子剝除术治疗的可行性及其对性功能和血清学指标的影响,现将详细研究结果及讨论进行以下报道。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

回顾性分析 2017 年 6 月—2021 年 6 月淄博市张店区人民医院收治的 60 例前列腺增生患者,由随机数表法分为对照组(30 例)和观察组(30 例)。两组年龄、前列腺体积、身体质量指数(BMI)、术前最大尿流率(Qmax)、残余尿量(RUV)等一般资料对比,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),见表 1。本研究已获得淄博市张店区人民医院医学伦理委员会批准。患者本人及其家属充分了解研究相关内容后,自愿签署知情同意书。

### 1.2 纳入与排除标准

纳入标准:①符合《良性前列腺增生中西医结合诊疗指南(试行版)》<sup>[4]</sup>中前列腺增生的诊断标准,且经影像学、尿常规等检查后确诊者;②心肺及肝肾功能正常者;③符合本次研究手术指征者;④排尿困难时间>1 年者。

排除标准:①病理检查被证实为前列腺癌者;②全身出血性疾病者;③处于急性泌尿生殖系统感染期者;④合并膀胱肿瘤、膀胱结石、严重尿道狭窄者及尿道外括约肌功能障碍者。

### 1.3 方法

术前均对两组患者进行各项身体及生化指标检查。

对照组实施经尿道等离子电切术治疗,包括:患者接受全身麻醉,在进行低压灌洗时使用 0.9% 氯化钠溶液,将膀胱穿刺造瘘位置定位在患者耻骨上,置入电切镜,定位精阜,切除前列腺中叶至外科包膜时,使用的是五步点切法,且顺着

膀胱颈部切,并进行止血,修整腺体,并将电切镜拔出,冲洗前列腺组织过后,置入三腔气囊导尿管。

观察组给予经尿道等离子剝除术治疗,具体内容包括:患者行全身麻醉,在耻骨位置处进行膀胱穿刺造瘘,定位精阜,切口位置定位于阜前缘至前列腺剝除间隙处,做切口时行三叶剝除法,将增生的前列腺组织向膀胱推挤,工具为电切环,将前列腺组织剝离推至膀胱颈后,工具为电切镜鞘,从膀胱颈部将增生前列腺的 12 点切除至精阜,方法为等离子电切法,深度至前列腺外科包膜;之后分别将左侧叶和右侧叶进行剝除,剝除处理方法同上;最后修整前列腺尖部,使尿道在精阜处保持圆形,吸出粉碎组织,使用电凝进行止血,术后使用抗生素进行常规抗感染,并用 0.9% 的氯化钠溶液对前列腺组织进行冲洗,术后拔除尿管时间依据患者恢复情况。

对两组患者进行为期 6 个月的随访。

### 1.4 观察指标

①手术相关指标。对两组患者导住院时间、尿管留置时间、术后冲洗时间、手术时间等手术相关指标进行记录。②两组患者临床疗效。对两组患者临床疗效进行评估,评估工具为《良性前列腺增生中西医结合诊疗指南(试行版)》,依据国际前列腺症状评分(IPSS)<sup>[5]</sup>对患者症状进行评价。显效:治疗后尿线状况正常,IPSS 评分为 0 分;有效:治疗后尿线状况为尿细如线、续断成线等,症状得到改善,IPSS 评分为 1~19 分;无效治疗后 IPSS 评分、尿线状况等均未达到上述标准。总有效率=(显效+有效)例数/总例数 $\times 100\%$ 。③血清学指标水平。分别于术前和术后 6 个月,采集两组 4 mL 空腹静脉血,待其凝固后置于离心设备进行处理 15 min,转速为 3 000 r/min,使用电化学发光法对血清表皮生长因子受体(EDFR)、睾酮(T)、血清前列腺特异性抗原(PSA)水平进行检测,检测试剂盒来自深圳市健竹科技有限公司。④两组患者 IPSS、生活质量评分(QOL)<sup>[6]</sup>。分别在术前和术后 6 个月,评价两组患者下尿路症状严重程度,评价工具为 IPSS 评分,满分 35 分,患者症状越严重得分就越高;评价两组患者生活质量,评价工具为 QOL 评分,总分为 6 分,患者生活质量越好得分越低。⑤性功能。使用国际勃起功能指数(IEF-5)<sup>[7]</sup>对两组患者术后 6 个月的性功能进行评价,满分 18 分,得分越高性功能越好,同时记录两组勃起功能障碍率、逆行射精率。⑥两组患者并发症发生率。在术后 6 个月对两组患者尿路感染、急性附睾炎、暂时尿失禁等并发症发生率进行记录。并发症发生率=(尿路感染+暂时尿失禁+急性附睾炎)例

表 1 两组一般资料比较

( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	年龄(岁)	前列腺体积(mL)	BMI(kg/m <sup>2</sup> )	Qmax(mL/s)	RUV(mL)
对照组	30	63.49 $\pm$ 3.68	105.19 $\pm$ 10.38	24.29 $\pm$ 1.27	6.41 $\pm$ 1.72	97.91 $\pm$ 21.35
观察组	30	64.01 $\pm$ 3.72	105.21 $\pm$ 10.43	24.34 $\pm$ 1.41	6.67 $\pm$ 1.82	98.01 $\pm$ 21.42
<i>t</i>		0.544	0.007	0.144	0.569	0.018
<i>P</i>		0.588	0.994	0.886	0.572	0.986

数 / 总例数 × 100%。

### 1.5 统计学分析

采用 SPSS 23.0 软件分析, 计数资料以  $[n(\%)]$  表示, 采用  $\chi^2$  检验; 计量资料以  $(\bar{x} \pm s)$  表示, 采用  $t$  检验, 以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者手术相关指标比较

观察组手术时间、术后冲洗时间、住院时间、导尿管留置时间均短于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 2。

表 2 两组患者手术相关指标比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	住院时间 (d)	导尿管留置 时间(d)	手术时间 (min)	术后冲洗 时间(d)
对照组	30	8.34 ± 2.73	2.47 ± 0.43	69.01 ± 22.13	3.12 ± 0.36
观察组	30	6.54 ± 1.15	1.44 ± 0.18	51.96 ± 16.39	1.27 ± 0.19
$t$		3.328	12.102	3.391	24.893
$P$		0.002	<0.001	0.001	<0.001

### 2.2 两组患者临床疗效比较

观察组临床总有效率明显高于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 3。

表 3 两组患者临床疗效比较  $[n(\%)]$

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
对照组	30	10 (33.33)	7 (23.33)	13 (43.33)	17 (56.67)
观察组	30	16 (53.33)	12 (40.00)	2 (6.67)	28 (93.33)
$\chi^2$					10.756
$P$					0.001

### 2.3 两组患者血清学指标水平比较

两组术前血清 T、EDFR、PSA 水平比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 术后 6 个月比较, 观察组以上各指标显著低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 4。

### 2.4 两组患者 QOL 评分、IPSS 评分比较

两组术前 IPSS 评分、QOL 评分比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 术后 6 个月比较, 观察组 IPSS 评分、QOL 评分均低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 5。

### 2.5 两组患者性功能比较

观察组 IIEF-5 评分高于对照组, 勃起功能障碍率、逆行射精率低于对照组, 差异有统计学意义, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 6。

### 2.6 两组患者并发症发生率比较

术后 6 个月观察组并发症发生率明显低于对照组, 差异有统计学意义, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 7。

表 4 两组患者血清学指标水平比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	T (pg/mg)		EDFR (fmol/mg)		PSA (ng/L)	
		术前	术后 6 个月	术前	术后 6 个月	术前	术后 6 个月
对照组	30	19.57 ± 5.82	15.04 ± 4.57*	65.03 ± 19.05	35.15 ± 10.73*	11.12 ± 4.34	7.01 ± 1.72*
观察组	30	19.02 ± 5.32	12.03 ± 2.55*	65.02 ± 19.06	28.09 ± 8.62*	11.13 ± 4.33	4.15 ± 0.72*
$t$		0.382	3.150	0.002	2.810	0.009	8.401
$P$		0.704	0.003	0.998	0.007	0.993	<0.001

注: 与同组术前比较, \* $P < 0.05$ 。

表 5 两组患者 QOL 评分、IPSS 评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	IPSS 评分		QOL 评分	
		术前	术后 6 个月	术前	术后 6 个月
对照组	30	26.41 ± 5.72	9.92 ± 5.24*	4.75 ± 1.14	2.23 ± 0.43*
观察组	30	26.43 ± 5.69	7.21 ± 1.26*	4.76 ± 1.13	1.74 ± 0.65*
$t$		0.014	2.754	0.034	3.444
$P$		0.990	0.008	0.983	0.001

注: 与同组术前比较, \* $P < 0.05$ 。

表 6 两组患者性功能比较  $[(\bar{x} \pm s)/n(\%)]$

组别	例数	IIEF-5 (分)	勃起功能障碍率	逆行射精率
对照组	30	9.87 ± 2.76	19 (63.33)	21 (70.00)
观察组	30	15.93 ± 0.72	2 (6.67)	3 (10.00)
$t/\chi^2$		11.637	21.172	22.500
$P$		<0.001	<0.001	<0.001

表 7 两组患者并发症发生率  $[n(\%)]$

组别	例数	尿路感染	暂时尿失禁	急性附睾炎	并发症发生率
对照组	30	3 (10.00)	5 (16.67)	2 (6.67)	10 (33.33)
观察组	30	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (3.33)	1 (3.33)
$\chi^2$					9.017
$P$					0.003

## 3 讨论

前列腺增生可致使尿道受压变窄, 造成尿潴留、膀胱结石、泌尿系统感染等不良现象, 严重者甚至损伤患者肾功能, 且近年来发病率呈逐年升高趋势<sup>[8]</sup>。经尿道等离子电切术所产生的并发症风险较高, 因此在临床应用时会受到一定的限制<sup>[9]</sup>。

经尿道等离子剝除术是近年来广泛应用于临床治疗前列腺增生的新型手术方式, 该术式结合了经尿道等离子电切术和开放性前列腺切除术的特点, 其是先使用电切镜鞘剝除前列腺, 再集中切碎剝离的前列腺组织, 进而实现对患者无血切割操作<sup>[10]</sup>。本次研究结果显示, 观察组住院时间、术后冲洗时间、手术时间、导尿管留置时间均短于对照组, 观察组临床总有效率高于对照组, 术后 6 个月观察组患者 IPSS 评分、QOL 评分、勃起功能障碍率、逆行射精率及并发症发生率低于对照组, IIEF-5 评分显著高于对照组, 表示前列腺增生患者接受经尿道等离子剝除术能加快患者术后恢复, 有效改善患者尿道功能, 且使性功能受到的影响降到最小, 显著提升患者生活质量, 同时降低并发症发生率, 安全性较高, 这与张君等<sup>[11]</sup>研究结果相似。究其原因在于经尿道等离子剝除术过程中对剝离外科包膜的过程进行精准止血, 从而使术中及术后的出血风险减少, 且将外科包膜内增生的组织进行彻底

切除,避免腺体残留,有效提升临床疗效,使尿失禁等并发症发生率降低,加快患者术后康复,从而改善生活质量。此外,手术过程中包膜血管清晰可见,视野清晰,利于手术操作,在对前列腺增生组织进行剜除时,减少了尿道外括约肌收缩功能受到的影响,进而使患者性功能整体受到的影响较小。

本次研究结果显示,观察组术后 6 个月血清 T、EDFR、PSA 水平显著低于对照组,表示前列腺增生患者接受经尿道等离子剜除术对患者机体创伤较小,且能调节各项血清学指标水平变化,这与李成柏等<sup>[12]</sup>研究结果相似。这是由于血清 T 能刺激前列腺细胞使其增殖;当患者发生前列腺疾病时会导血液 PSA 水平异常升高;EDFR 在机体水平升高表示腺上皮基底细胞处于高增殖状态;经尿道等离子剜除术过程中利用镜鞘推剥与电切相结合将增生腺体彻底切除,且准确进入包膜与腺体的层面,避免过度暴力造成的结节间包膜损伤,从而减轻对机体的创伤,更有效地解除下尿路梗阻症状,改善患者血清学指标水平<sup>[13]</sup>。

综上所述,前列腺增生患者接受经尿道等离子剜除术对患者机体创伤较小,能有效调节各项血清学指标,对患者性功能影响较小,安全性较高,可临床应用。

#### 参考文献

[1] 黄辉,田维云,庞佑菊,等.2 型 5α 还原酶抑制剂和 α1A 受体阻滞剂对良性前列腺增生患者尿道角影响价值的研究[J].成都医学院学报,2021,16(5):625-628.  
[2] 赵虎,孙士成,王必亮,等.经尿道前列腺激光剜除术与经尿道前列腺等离子电切术治疗良性前列腺增生症疗效比较[J].中国临床医生杂志,2020,48(2):202-205.

[3] 彭毅,杜恒彬.前列腺等离子剜除术联合钬激光碎石术治疗良性前列腺增生合并膀胱结石的疗效分析[J].实用医院临床杂志,2020,17(1):106-109.

[4] 孙自学,宋春生,邢俊平,等.良性前列腺增生中西医结合诊疗指南(试行版)[J].中华男科学杂志,2017,23(3):280-285.

[5] 杜国伟,熊晶,陈赵,等.前列腺增生合并组织学前列腺炎患者的临床特征及术后并发症分析[J].现代泌尿外科杂志,2020,25(7):596-600.

[6] 丁华佳,陈珊,蒋青青.钬激光和等离子前列腺剜除术后前列腺增生患者的短期预后比较[J].中国医药,2022,17(2):236-240.

[7] 李鑫,王传麟,谭劲偲,等.不同手术方式治疗前列腺增生症对患者性功能的影响[J].检验医学与临床,2020,17(17):2464-2467.

[8] 石昌龙.经尿道前列腺等离子双极电切术治疗前列腺增生患者的临床疗效[J].中国医药指南,2020,18(25):57-58.

[9] 肖洪廷,吴江,奉静.经尿道钬激光前列腺剜除术和经尿道前列腺等离子电切术治疗良性前列腺增生的临床比较研究[J].中国性科学,2020,29(1):34-37.

[10] 辛黎明.经尿道前列腺等离子剜除术与电切术治疗前列腺增生的效果比较[J].中国医药导刊,2021,23(5):329-331.

[11] 张君,任承德,陈国俊,等.经尿道前列腺等离子剜除术对大体积前列腺增生患者尿动力学、性功能及生活质量的影响[J].现代生物医学进展,2020,20(21):4172-4176.

[12] 李成柏,陈卫国,夏强,等.经尿道前列腺切除术、经尿道前列腺等离子剜除术治疗 BPH 患者的术后康复和控尿功能比较及对睾酮、前列腺特异抗原水平的影响[J].国际泌尿系统杂志,2021,41(3):389-392.

[13] 阳新华,杜新建,陈波,等.简易剜除术与 TUPRP 对前列腺增生患者尿动力学及血清 PSA、EGF、PGE-2 水平的影响[J].国际泌尿系统杂志,2022,42(4):603-607.

## 布地奈德联合氟康唑冲洗对变应性真菌性鼻窦炎术后的疗效分析

张皓<sup>1</sup> 孙焕颖<sup>2\*</sup>

(1. 兴安盟人民医院耳鼻喉科,内蒙古 兴安盟,137400;

2. 兴安盟人民医院神经内科,内蒙古 兴安盟,137400)

**摘要:**目的 探讨变应性真菌性鼻窦炎术后采用丙酸氟替卡松鼻喷雾剂与布地奈德鼻喷雾剂联合氟康唑局部冲洗治疗的疗效和安全性。方法 选取 2015—2022 年于内蒙古兴安盟人民医院接受治疗的 80 例变应性真菌性鼻窦炎患者作为研究对象,根据抛币法将患者随机分为布地奈德组和丙酸氟替卡松组,每组 40 例。两组患者均行鼻内镜手术,布地奈德组接受布地奈德鼻喷雾剂联合氟康唑局部冲洗治疗,丙酸氟替卡松组接受丙酸氟替卡松鼻喷雾剂联合氟康唑局部冲洗治疗,疗程为 8 周。对比两组患者白细胞介素-2(IL-2)、白细胞介素-6(IL-6)、降钙素原(PCT)、血清总免疫球蛋白 E(TIgE)及嗜酸性粒细胞阳离子蛋白(ECP)水平、视觉模拟评分法(VAS)评分、不良反应发生情况。结果 治疗后布地奈德组 IL-2、IL-6、PCT 水平均低于丙酸氟替卡松组( $P<0.05$ )。术后 3 d 布地奈德组 VAS 评分明显低于丙酸氟替卡松组( $P<0.05$ )。治疗后布地奈德组 TIgE、ECP 水平均低于丙酸氟替卡松组( $P<0.05$ )。布地奈德组不良反应发生率显著低于丙酸氟替卡松组( $P<0.05$ )。结论 相比于丙酸氟替卡松鼻喷雾剂,布地奈德鼻喷雾剂可明显抑制炎症反应,减轻疼痛感,改善变态反应,且安全性更高,值得临床应用。

**关键词:**丙酸氟替卡松;布地奈德;氟康唑;变应性真菌性鼻窦炎;疗效;安全性