

复方多粘菌素 B 软膏预防尖锐湿疣激光治疗后创面感染的疗效观察

李正良, 王新华

[中图分类号] R 752.5+3

[文献标识码] B

[文章编号] 1001-7089(2011)08-0647-01

1 一般资料

选择 2008 年 3 月 - 2009 年 4 月在本院门诊就诊的尖锐湿疣患者, 均符合临床皮肤病学的诊断标准^[1], 未合并其他性病, 同意按照本试验要求进行用药。排除标准: ①治疗前 1 周内或治疗中使用其他抗生素者; ②合并有糖尿病、系统性红斑狼疮等免疫性疾病者; ③不遵医嘱用药者; ④妊娠或哺乳期的妇女。共入选 158 例, 男 81 例, 女 77 例, 年龄 18 ~ 68 岁, 平均 (27.1 ± 3.5) 岁。皮损位于包皮龟头、阴囊、腹股沟、外阴、大小阴唇和肛周等处, CO₂ 激光治疗后创面 0.5cm × 1.0cm ~ 3.5cm × 3.0cm。将入选患者随机分为两组, 治疗组 86 例, 对照组 72 例。两组患者的年龄、性别、CO₂ 激光治疗后创面大小和部位均具有可比性。

2 治疗方法

治疗组以生理盐水清洁创面及其周围皮肤后, 用复方多粘菌素 B 软膏(商品名: 孚诺软膏, 浙江日升昌药业有限公司生产) 外搽创面 2 次/d; 对照组清创后予绿药膏(通用名: 林可霉素利多卡因凝胶, 上海新亚药业闵行有限公司生产) 外搽创面, 3 次/d。两组疗程均为 12d, 治疗结束后判定疗效。患者治疗前、治疗后均检查肝、肾功能。

3 疗效观察指标和判定标准

每例患者选择面积最大或症状最严重的皮损作为靶皮损, 指定同一位医师于用药前及用药后第 2、4、6、8、10 和 12 天时各观察 1 次, 包括红肿、糜烂、渗液、疼痛和靶皮损面积等, 症状严重程度按照 (0 = 无, 1 = 轻, 2 = 中, 3 = 重) 进行评分并记录, 包括不良反应、持续时间、处理方法和疗效。疗效指数 = (治疗前评分 - 治疗后评分) / 治疗前评分 × 100%。痊愈为创面愈合, 疗效指数为 90% ~ 100%; 显效为创面缩小, 无分泌物, 疗效指数为 60% ~ 89%; 好转为创面渗出液减少, 创面无扩大, 疗效指数为 30% ~ 59%; 无效为创面基本不变或扩大, 疗效指数 < 30%。治疗结果进行 *t* 检验和 χ^2 检验。

4 结果

两组患者治疗前、后评分见表 1。治疗前, 治疗组和对照组的评分差异无统计学意义 ($t = 0.193, P > 0.05$), 治疗后, 治疗组的评分显著低于对照组, 治疗组的有效率显著高于对照组, 差异均有统计学意义 ($t = 3.608, \chi^2 = 7.334, P$ 均 < 0.01)。治疗结束后, 判定为好转和无效的患者停药 2 天后进行分泌物细菌培养, 治疗组 4 例全部阴性, 对照组有 10 例进行细菌培养, 报告金黄色葡萄球菌和链球菌各 1 例, 表皮葡萄球菌 2 例。改为复方多粘菌素软膏外搽, 全部治愈。另外, 两组均未发现肝肾功能异常和不良反应。

表 1 两组患者治疗前、后的评分和治疗结果比较 ($\bar{x} \pm s$, 例)

组别	例数	治疗前	治疗后	痊愈	显效	好转	无效	有效率 (%)
治疗组	86	7.87 ± 1.86	3.21 ± 1.67	76	6	4	0	95.35
对照组	72	7.93 ± 2.01	4.37 ± 2.26	55	4	11	2	81.94

5 讨论

复方多粘菌素 B 软膏是由多粘菌素 B、新霉素和杆菌肽以及利多卡因等组成的复方制剂, 已被美国 FDA 药品生产商注册登记。Robert 等^[2]认为, 复方多粘菌素 B 软膏对预防和治疗伤口感染效果较好, 对预防小伤口感染安全有效。本研究结果也表明了复方多粘菌素 B 软膏的疗效明显优于对照组 ($P < 0.01$) 而且未发现不良反应。故笔者认为复方多粘菌素 B 软膏对 CO₂ 激光治疗尖锐湿疣后预防感染安全有效, 值得临床应用。本研究中参与细菌培养的样本数较少, 是不足之处, 尚需要进一步观察论证。

[参考文献]

- [1] 赵辨. 临床皮肤病学[M]. 3 版. 南京: 江苏科学技术出版社, 2001: 536-537.
- [2] Robert A, Peter S, Qing Li, et al. Topical triple-antibiotic ointment as a novel therapeutic choice in wound management and infection prevention: a practical perspective[J]. *Anti Infect* 2007, 5(5): 773-782.
- [3] [收稿日期] 2011-01-17 [修回日期] 2011-02-28
- [4] tis: ALL NAATs are not created equal[J]. *J Clin Microbiol* 2005, 43(3): 1372-1373.
- [5] [12] Thejls H, Gnarp J, Gnarp H, et al. Expanded gold standard in the diagnosis of Chlamydia trachomatis in a low prevalence population; diagnostic efficacy of tissue culture, direct immunofluorescence, enzyme immunoassay, PCR and serology[J]. *Genitourin Med*, 1994, 70(5): 300-303.
- [6] [收稿日期] 2010-12-27 [修回日期] 2011-01-17

[作者单位] 浙江省东阳市皮肤病医院 浙江 东阳 322100

(上接第 643 页)

- [9] Black CM. Current methods of laboratory diagnosis of Chlamydia trachomatis infections[J]. *Clin Microbiol Rev*, 1997, 10: 160-184.
- [10] Fresse AS, Sueur JM, Hamdad F. Diagnosis and follow-up of genital chlamydial infection by direct methods and by detection of serum IgG, IgA and secretory IgA[J]. *Indian J Med Microbiol*, 2010, 28(4): 326-331.
- [11] Schachter J, Hook EW, Martin DH, et al. Confirming positive results of nucleic acid amplification tests(NAATs) for Chlamydia trachoma-