

# 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<sup>[1]</sup>,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,CO<sub>2</sub>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、CO<sub>2</sub>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 $\chi^2$ 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<sup>[2]</sup>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CO<sub>2</sub>激光治疗尖锐湿疣后预防感染安全有效,值得临床选用。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-