

苜星青霉素联合皮肤物理抗菌膜对梅毒硬下疳的疗效分析

孙锡喜 许华青 陈祯祥*

(郑州市第六人民医院·河南郑州 450000)

摘要 目的:分析对梅毒硬下疳患者应用苜星青霉素联合皮肤物理抗菌膜作用的效果。方法:选取医院收治的梅毒硬下疳患者78例,随机分为对照组和试验组各39例,两组均予以苜星青霉素治疗,试验组另外联合皮肤物理抗菌膜治疗、对比两组治疗前后的血清炎症因子水平变化,治疗后随访2个月,对比两组的皮损愈合时间及病情进展情况。结果:治疗后两组的血清白细胞介素-27(IL-27)、白细胞介素-33(IL-33)水平均下降(P<0.05),两组比较试验组更低(P<0.05);试验组的皮损愈合时间短于对照组(P<0.05);试验组进展为梅毒Ⅱ期的占比低于对照组(P<0.05)。结论:对梅毒硬下疳患者应用苜星青霉素联合皮肤物理抗菌膜治疗更利于降低患者的炎症因子水平,缩短皮损愈合时间,并更利于控制病情的发展。

关键词 梅毒硬下疳 皮肤物理抗菌膜 苜星青霉素

梅毒硬下疳是感染梅毒螺旋体(Tp)后的Ⅰ期临床表现,主要发生于Tp入侵部位,其中以生殖器部位常见,若不及时予以规范化驱梅,病情可进一步发展,对患者的健康造成严重影响^[1]。苜星青霉素是指南中推荐的抗Tp药物,但由于Tp大量存在于皮损部位,具有极强的传染性,单以苜星青霉素治疗的效果较慢^[2]。皮肤物理抗菌膜是近年来在临床广泛应用的一种局部抗菌药物,具有较好的物理灭菌作用。本研究中将分析对梅毒硬下疳患者应用苜星青霉素联合皮肤物理抗菌膜治疗的作用,报道如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料

78例梅毒硬下疳患者为医院2017年1月-2019年1月收治,随机将患者分为对照组和试验组各39例。试验组中男22例,女17例,年龄22-75岁,平均(45.3±10.2)岁,病程7-25d,平均(18.5±4.0)d,发病部位:外生殖器38例,口唇部1例;对照组中男20例,女19例,年龄22-74岁,平均(45.5±10.5)岁,病程7-24d,平均(19.0±4.0)d,发病部位:外生殖器37例,口唇部2例。两组一般资料比较无显著的统计学差异(P>0.05)。

1.2 方法

两组均使用苜星青霉素治疗,以注射用苜星青霉素(石家庄石药集团中诺药业有限公司,国药准字H20033291)肌肉注射

240万单位/次,1次/周,连续治疗3周。

试验组在以上基础上应用皮肤物理抗菌膜(南京神奇科技开发有限公司,C59400168175),清理皮损部位后,将药物喷头取下,在距离皮损15cm左右按压喷头喷洒药物,使药物均匀的覆盖皮损部位,8h/次,连续应用3周。

1.3 观察指标

(1)对比炎症因子水平变化。于治疗前后抽取患者的外周空腹静脉血3mL,离心分离血清后以化学免疫发光法检测两组的血清白细胞介素-27(IL-27)、白细胞介素-33(IL-33)水平,试剂盒由中生北控生物科技股份有限公司提供。

(2)对比皮损愈合时间及病情进展情况。两组均在治疗后随访2个月,统计两组的皮损愈合时间,并在末次随访时检测梅毒滴度(RPR),若结果为阳性则进展为梅毒Ⅱ期。

1.4 统计学分析

统计学工具为SPSS25.0软件,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用t检验,计数资料以(%)表示,采用 χ^2 检验,P<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 炎症因子水平变化

治疗前两组的血清IL-27、IL-33水平差异无统计学意义(P>0.05),治疗后的水平均下降(P<0.05),试验组低于对照组

表1 炎症因子水平变化 ($\bar{x} \pm s$, ng/L)

组别	n	IL-27		t/P 值	IL-33		t/P 值
		护理前	护理后		护理前	护理后	
试验组	39	25.30±3.01	12.36±2.31	21.298/0.000	4.65±1.01	1.80±0.50	15.793/0.000
对照组	39	24.85±3.20	14.20±2.50	8.911/0.000	4.55±1.05	2.20±0.63	11.985/0.000
t 值		0.640	3.376	—	0.429	3.106	—
P 值		0.524	0.001	—	0.669	0.003	—

(P<0.05),见表1。

2.2 皮损愈合时间和病情进展情况比

试验组的皮损愈合时间短于对照组(P<0.05),试验组进展为梅毒Ⅱ期的占比低于对照组,两组差异有统计学意义(P<0.05),见表2。

表2 皮损愈合时间和病情进展情况比较

组别	n	皮损愈合时间 ($\bar{x} \pm s$, d)	梅毒Ⅱ期 (%)
试验组	39	26.32±6.32	1 (2.56)
对照组	39	35.35±8.32	6 (15.38)
t/ χ^2 值		5.397	3.924
P 值		0.000	0.048

3 讨论

硬下疳多发生于性接触后的2-4周内,可在3-8周内自然消失,可在硬下疳出现6-8周后转变为梅毒Ⅱ期,因此需及时予以规范的治疗。由于Tp可造成全身感染,在感染会引起炎症反应,引起血清炎症因子水平的升高。IL-27、IL-33是机体常见的两种白介素,参与细胞的增殖、调节、免疫和活化,机体在感染Tp后可激活免疫功能,导致IL-27、IL-33水平的升高,因此如何降低血清IL-27、IL-33水平对于促进梅毒患者的恢复有重要意义^[3]。

本研究结果治疗后两组的血清IL-27、IL-33水平均下降,且试验组低于对照组,说明对梅毒硬下疳患者应用苜星青霉素联合皮肤物理抗菌膜治疗更利于降低患者的炎症水平;试验组的皮损愈合时间短于对照组,且试验组进展为梅毒Ⅱ期的占比

* 中国人民解放军联勤保障部队第九八八医院·河南郑州 450000

亚临床甲状腺功能减退症孕妇不同妊娠时期 血红蛋白和促甲状腺激素水平及其相关性分析

薛丰田 李 芳*

(河南大学附属郑州颐和医院·河南郑州 450047)

摘要 目的:探讨亚临床甲状腺功能减退症(SCH)孕妇不同妊娠时期血红蛋白(Hb)和促甲状腺激素(TSH)水平及其相关性。方法:选取我院进行就诊治疗的86例亚临床甲状腺功能减退症孕妇作为研究对象,比较不同妊娠时期孕妇临床资料和实验室检查结果。结果:妊娠晚期组孕妇其体重和体质量指数均显著高于妊娠早期和中期孕妇($P<0.05$);随着TSH水平的降低,孕妇Hb水平可逐渐升高。结论:合并SCH孕妇其妊娠晚期Hb水平较早期和中期孕妇显著降低;但采用左旋甲状腺激素治疗后,SCH孕妇其Hb水平显著上升,而TSH显著下降。

关键词 亚临床甲状腺功能减退症 孕妇 妊娠时期 血红蛋白 促甲状腺激素 相关性

亚临床甲状腺功能减退症(Subclinical hypothyroidism, SCH)在近年来尤其被关注,其发病率在合并甲状腺疾病的孕妇中所占比例约为1%,随着病情的进展,可有2%~5%的孕妇进展为临床甲状腺功能减退症^[1]。可见,SCH的合并对孕妇而言有着一定的影响,也有资料表明^[2],妊娠合并贫血也可引发多种妊娠或围产期并发症,是导致新生儿出生缺陷的重要因素之一,有文献报道,合并SCH人群其贫血率显著上升,尤其是女性更为明显^[3]。但目前临床上关于合并SCH孕妇血红蛋白(Hemoglobin, Hb)具体的变化情况以及SCH治疗药物对Hb的影响缺乏大量报道^[4]。本文通过整理分析86例合并SCH孕妇的临床资料,探讨SCH孕妇不同妊娠时期Hb和促甲状腺激素TSH水平及其相关性,具体报道内容如下:

1 资料与方法

1.1 研究对象

选取2016年12月至2018年12月,我院进行就诊治疗的86例亚临床甲状腺功能减退症孕妇,作为研究对象,年龄为20~42岁,平均年龄(26.68±2.04)岁。纳入标准:(1)所有孕妇均经B超检查证实为单胎存活妊娠;(2)所有孕妇均符合妊娠期SCH诊断标准^[5]:TSH高于正常值范围,同时游离甲状腺素(FT4)正常或轻度降低但不低于普通人群正常值范围的第10个百分点;(3)所有孕妇均采用左旋甲状腺素进行规范治疗;(4)知晓本研究病签署知情同意书。排除标准:(1)孕前既往有过甲状腺疾病病史者;(2)存在血液系统、炎症及肿瘤疾病者;(3)SCH前存在

糖尿病或贫血者;(4)既往采用调脂和降糖药物治疗者;(5)临床及实验室资料不完整或缺乏准确性者;(6)自愿退出本研究者。

1.2 研究方法

整理分析86例合并SCH孕妇的临床及实验室等检查资料,并根据其首诊时间将86例孕妇分为妊娠早期组38例、妊娠中期组20例和妊娠晚期组28例,所有孕妇入院后均采用左旋甲状腺素按照2012年《妊娠和产后甲状腺疾病诊治指南》推荐的治疗方案进行规范治疗,且治疗前(入组时)后(分娩前)所有孕妇Hb、TSH、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)、 γ -谷氨酰转氨酶(GGT)、谷丙转氨酶(ALT)、游离三碘甲状腺原氨酸(FT3)、游离甲状腺素(FT4)水平。

1.3 观察指标

根据临床及实验室检查结果比较不同妊娠时期年龄、身高、体重、体质量指数及甲状腺过氧化物酶抗体阳性率以及采用左旋甲状腺素治疗前后Hb、TSH、LDL-C、HDL-C、GGT、ALT、FT3和FT4水平,并分析Hb与TSH的相关性。

1.4 统计方法

本研究数据均采用SPSS18.0软件进行统计分析,计量资料通过平均数±标准差进行描述,通过t检验或方差分析;计数资料通过率或构成比描述,并采用 χ^2 检验,通过Pearson直线相关性分析Hb与TSH的相关性,以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

低于对照组,说明应用苜星青霉素联合皮肤物理抗菌膜可缩短皮损愈合的时间,预防病情的进展。苜星青霉素是目前临床治疗梅毒的首选,该药物对Tp的活性较强,作为青霉素G的长效制剂,可抑制细菌细胞壁的合成,达到灭菌的作用^[4]。但苜星青霉素的吸收缓慢,单一用药的效果有限。皮肤物理抗菌膜属于高分子活性剂,其主要成分为有机硅季铵盐,在皮损部位喷洒后可在喷洒部位固化,在皮肤表面形成“正电荷膜”,即阳离子活性剂,将带有负电荷的细菌、真菌及病毒等病原微生物吸附并与其中和,达到抗菌的作用,且具有用药方便,喷洒范围广泛的特点,与苜星青霉素联合应用可达到内外联合的抗菌作用,更利于降低血清IL-27、IL-33水平,促进皮损部位的恢复,并可控制病情的进展^[5]。

综上,以苜星青霉素联合皮肤物理抗菌膜治疗梅毒硬下疳,对于降低炎症因子水平,缩短皮损恢复时间、控制病情的发展有更显著的作用。

参考文献

- [1] 张炼,何金,江阳.苜星青霉素联合头孢三嗪治疗梅毒的疗效及安全性影响[J].中国性科学,2017,26(4):99-102.
- [2] 孙杰,李爱莉,袁阳.苜星青霉素驱梅治疗后无症状神经梅毒发病情况的临床分析[J].实用皮肤病学杂志,2018,11(1):20-22.
- [3] 王卫华.不同方法结合治疗对于梅毒硬下疳患者的临床疗效[J].中国药物经济学,2017,12(4):90-91.
- [4] 李洪江.苜星青霉素联合头孢三嗪对梅毒患者血清RPR阴性率及康复进程的影响[J].皮肤病与性病,2018,40(2):212-214.
- [5] 王春梅,阮师漫,徐力力,等.不同治疗方案在隐性梅毒感染患者合并皮肤病中的疗效研究[J].中华医院感染学杂志,2017,27(20):4604-4606.

* 河南财经政法大学医院·河南郑州 450046