

# 不同方法结合治疗对于梅毒硬下疳患者的临床疗效

王卫华

**【摘要】目的** 探讨苄星青霉素与皮肤物理抗菌膜联合应用治疗梅毒硬下疳患者的临床疗效。**方法** 选取2015年3月至2016年6月于辽宁省沈阳维康医院接受诊治的92例梅毒硬下疳患者作为研究对象,根据抛硬币法进行分组,正面为对照组,反面为试验组,各46例。对照组患者接受苄星青霉素治疗,试验组患者则在对照组基础上接受皮肤物理抗菌膜治疗,比较两组患者治疗后皮损愈合情况、临床效果、不良反应发生率以及血清白细胞介素-27(IL-27)和白细胞介素-33(IL-33)变化情况。**结果** 治疗1周、2周、3周及1个月,试验组患者皮损愈合率均明显高于对照组,差异均有统计学意义(均 $P<0.05$ );试验组患者治疗的总有效率(95.7%)显著高于对照组(65.2%),不良反应发生率(8.7%)显著低于对照组(30.4%),差异均有统计学意义(均 $P<0.05$ );治疗后,试验组患者血清IL-27和IL-33水平均明显低于对照组,差异均有统计学意义(均 $P<0.05$ )。**结论** 采用苄星青霉素联合皮肤物理抗菌膜治疗梅毒硬下疳临床效果显著。

**【关键词】** 梅毒硬下疳; 苄星青霉素; 皮肤物理抗菌膜

**【DOI】** 10.12010/j.issn.1673-5846.2017.04.029

梅毒是目前临床中较为常见的全身性传染疾病,其主要传播方式为性传播与血液传播,该病最为常见的传染源是梅毒螺旋体<sup>[1]</sup>。临床一般会将梅毒根据病情严重程度等分为一期、二期、三期3种类型,若患者未能接受及时治疗,病情进一步发展,患者身体健康会受到严重影响,生命质量也会明显下降,甚至造成患者出现严重不良心理。本研究就苄星青霉素与皮肤物理抗菌膜联合应用治疗梅毒硬下疳患者的临床疗效进行分析,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取2015年3月至2016年6月于我院接受诊治的92例梅毒硬下疳患者作为研究对象,根据抛硬币法进行分组,正面为对照组,反面为试验组,各46例。所有患者均经梅毒血浆反应素快速试验(RPR)与暗视野显微镜检查确诊,排除意识严重混乱、合并其他类型性病、血液异常、肝肾功能不全。对照组患者中,男24例,女22例,年龄22~60岁,40例患者硬下疳发于外生殖器,4例患者发于下唇,2例患者发于左舌唇;试验组患者中,男26例,女20例,年龄21~57岁,41例患者硬下疳发于外生殖器,4例患者发于下唇,1例于左舌唇发病。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

**1.2 治疗方法** 对照组患者于臀部肌肉注射苄星青霉素,注射剂量为240万U,1次/周。试验组患者则在对照组基础上接受皮肤物理抗菌膜治疗,所选药物

为洁悠神(长效抗菌材料),有机硅铵盐是洁悠神最为主要的构成成分,于患者硬下疳皮损部位及患者内裤上均匀喷洒药物,1次/d。两组患者均治疗1个月。

**1.3 观察指标** 比较两组患者治疗后皮损愈合情况、临床效果、不良反应发生率以及血清白细胞介素-27(IL-27)和白细胞介素-33(IL-33)变化情况。

**1.4 疗效判定标准** 显效:皮损完全消失,RPR、甲苯胺红不加热血清试验(TRUST)滴度下降 $>4$ 倍;有效:皮损情况明显改善,RPR、TRUST滴度下降 $\leq 4$ 倍;无效:皮损情况及RPR、TRUST滴度指标均未发生变化,甚至恶化<sup>[2]</sup>。总有效率(%) = (显效例数+有效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

**1.5 统计学分析** 采用SPSS 21.0统计软件进行数据分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 $t$ 检验,计数资料以百分率表示,组间比较采用 $\chi^2$ 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 皮损愈合情况比较** 治疗1周、2周、3周及1个月,试验组患者皮损愈合率均明显高于对照组,差异均有统计学意义(均 $P<0.05$ ),见表1。

表1 两组患者皮损愈合情况比较[例(%)]

组别	例数	治疗1周	治疗2周	治疗3周	治疗1个月
对照组	46	13(28.3)	16(34.8)	28(60.9)	38(82.6)
试验组	46	29(63.1)	33(71.7)	41(89.1)	46(100.0)
$\chi^2$ 值		11.215	12.619	9.797	8.762
$P$ 值		$<0.05$	$<0.05$	$<0.05$	$<0.05$

辽宁省沈阳维康医院, 辽宁沈阳 110021

2.2 治疗效果比较 试验组患者治疗的总有效率显著高于对照, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 2。

表 2 两组患者治疗效果比较

组别	例数	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效[例(%)]
对照组	46	12	18	16	30(65.2)
试验组	46	24	20	2	44(95.7)*

注: 与对照组比较,  $\chi^2=13.538$ , \* $P < 0.05$

2.3 不良反应发生情况比较 试验组患者不良反应发生率为 8.7% (4/46), 显著低于对照组的 30.4% (14/46), 差异有统计学意义 ( $\chi^2=6.907$ ,  $P < 0.05$ )。

2.4 治疗前后血清 IL-27 和 IL-33 水平比较 治疗前, 两组患者血清 IL-27 和 IL-33 水平差异均无统计学意义 (均  $P > 0.05$ ); 治疗后, 试验组患者血清 IL-27 和 IL-33 水平均明显低于对照组, 差异均有统计学意义 (均  $P < 0.05$ )。见表 3。

表 3 两组患者治疗前后血清 IL-27 和 IL-33 水平比较 (ng/L,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	IL-27		IL-33	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	46	24.2±2.8	14.8±2.4	4.6±1.1	2.0±0.5
试验组	46	23.8±3.0	12.4±2.0	4.5±1.0	1.6±0.5
t 值		0.513	3.099	1.080	2.747
P 值		0.609	0.003	0.283	0.007

### 3 讨论

梅毒硬下疳是一期梅毒的主要症状, 一般生长于患者外生殖器部位, 无明显痛痒感<sup>[2]</sup>。女性患者由于其自身生理解剖特征, 梅毒硬下疳很难被及时发现, 而男性患者发病后一般发现较早<sup>[3]</sup>。梅毒是由于梅毒螺旋体感染造成全身感染的一种传染性疾病, 临床将其分为早期、中期和晚期, 除了具有侵害皮肤的危害外, 还将会累及患者全身器官, 是目前临床上一种较为严重的性传播疾病。梅毒的主要致病菌是密螺旋体属内部的苍白螺旋体, 其长度为 6~15  $\mu\text{m}$ , 形状为螺旋形, 很难被染色。人体皮肤及黏膜对于梅毒螺旋体是一道天然屏障, 若皮肤及黏膜等出现受损, 病毒螺旋体就很有可能侵入体内, 经由淋巴管传播, 在人体皮肤及黏膜部位就会出现炎症反应<sup>[3]</sup>。

对于梅毒硬下疳的治疗, 苄星青霉素较为常用。患者注射苄星青霉素后, 梅毒螺旋体的自溶酶细胞壁会受到严重破坏, 细胞就会出现凋亡<sup>[4]</sup>。对于梅毒硬下疳患者而言, 接受苄星青霉素治疗时间越早越好, 且药物剂量需要也为适当。苄星青霉素在患者体内血液中的药物浓度可以维持两周左右, 因此, 患者的注射时间不应太短。洁悠神是高分子活性剂药物, 其主要作用机制为: 患者接受洁悠神喷洒后, 药物会在患者皮肤部位出现固化, 进而形成分子性

质的抗菌敷料药物, 患者皮肤表面就会出现正电荷膜, 即阳离子活性剂, 可以将带有负电的细菌等进行吸附与中和, 病原菌微生物的代谢酶等就会出现窒息, 进而凋亡。此外, 洁悠神是水溶性制剂药物, 对于患者身体的褶皱部位及较难固定的部位也可以正常使用, 其应用范围更为广泛。梅毒硬下疳患者在接受两药联合治疗后, 梅毒螺旋体会被尽快杀死, 加快硬下疳部位的皮损愈合, 患者机体内其他病原体也会被及时消除, 避免患者出现不必要的不适反应而影响治疗。

血清 IL-27 和 IL-33 是人体内较为常见的两种白细胞介质, 目前人类体内一共发现白细胞介质 38 个。白细胞介质主要是多种细胞共同作用于多种细胞因子, 其功能较为复杂和多变, 主要作用于人体内的细胞调节、增殖以及免疫等。IL-27 是由 EB13 和 p28 所组成的一种异二聚体, 主要是为了促进人体内细胞的增殖。IL-33 存在不同的剪切形式, 其功能主要与白细胞介素受体 (ST2) 结合的作用下所产生的, 进而达到产生辅助性 T 细胞 2 类 (Th2) 细胞的目的。经过研究发现, IL-27 和 IL-33 指标在人体内的正常水平为 (12.2±1.1) ng/L 和 (1.37±0.24) ng/L, 梅毒硬下疳患者体内的血清 IL-27 和 IL-33 浓度均高于正常范围, 采取苄星青霉素与皮肤物理抗菌膜联合的治疗手段对于降低血清 IL-27 和 IL-33 浓度效果十分显著<sup>[5]</sup>。

本研究结果显示, 治疗 1 周、2 周、3 周及 1 个月, 试验组患者皮损愈合率均明显高于对照组; 试验组患者治疗的总有效率显著高于对照组, 不良反应发生率显著低于对照组; 治疗后, 试验组患者血清 IL-27 和 IL-33 水平均明显低于对照组。与刘安齐等<sup>[6]</sup>的研究结果相似, 提示采用苄星青霉素联合皮肤物理抗菌膜治疗梅毒硬下疳临床效果显著,

### 参考文献

- [1] 张明, 吴昊, 汪晓丹, 等. 苄星青霉素治疗人类免疫缺陷病毒合并梅毒感染的临床研究进展[J]. 国际流行病学传染病学杂志, 2013, 40(1):50-52.
- [2] 王燕. 苄星青霉素、头孢三嗪治疗早期梅毒效果观察[J]. 山东医药, 2011, 51(26):84-85.
- [3] 赖芸沂, 车雅敏. 4 种常用驱梅药物治疗早期梅毒的疗效评价[J]. 中国性科学, 2012, 21(2):23-27.
- [4] 乔桂芝, 史克实, 艾蕾, 等. 头孢三嗪与苄星青霉素治疗早期梅毒的疗效对比[J]. 中国麻风皮肤病杂志, 2002, 18(3):295-296.
- [5] 何启敏. 苄星青霉素、阿奇霉素治疗早期梅毒的临床研究[J]. 中国性科学, 2013, 22(5):55-56.
- [6] 刘安齐, 丁琦, 蔡恒骥, 等. 苄星青霉素联合皮肤物理抗菌膜治疗梅毒硬下疳疗效观察[J]. 中国感染控制杂志, 2011, 10(2):126-128.