

物理抗菌剂辅助治疗脓疱疮疗效观察

谢字龙 陈 刚

(云南省临沧市临翔区人民医院, 云南 临沧 677000)

中图分类号: R751.05; R753.1 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2014.01.016

脓疱疮是由金黄色葡萄球菌和/或乙型溶血性链球菌引起的一种急性化脓性皮肤病, 俗称“黄水疮”, 传统治疗首选抗生素外用, 但近年来随着抗生素的广泛应用, 耐药金葡菌的发生率呈较快增长趋势^[1]。因此, 我们对确诊脓疱疮的门诊患儿采用物理抗菌剂-JUC(洁悠神, 南京神奇科技开发有限公司生产)局部辅助治疗(皮疹破溃、渗液时给予湿敷), 取得良好疗效, 现总结报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 我院2009年12月-2013年6月门诊确诊的脓疱疮患者, 年龄为8个月~14岁, 病程为(1~4)天。2周内未口服及外用抗生素和肾上腺皮质激素。按就诊单双日随机分为两组, 观察组, 200例, 男132例, 女68例; 对照组, 112例, 男77例, 女35例。两组间性别、年龄、病程及病情程度等无显著性差异, 具有可比性。

1.2 治疗方法 两组患儿均给予头孢哌酮舒巴坦钠60mg/kg·d, 分2次静脉点滴, 3天。观察组皮损处用生理盐水清创、干燥后, 以JUC喷洒患处, 3喷/次, 3次/d, 皮疹破溃、渗液时给予JUC纱布湿敷, 每天换药1次。对照组皮损处用生理盐水清创、干燥后, 外涂莫匹罗星乳膏2次/d, 疗程为7天。

1.3 疗效判定标准 在治疗后第3天开始分别观察脓疱吸收程度和瘙痒改善情况, 疗程结束后根据皮损情况和自觉症状、菌检和/或培养结果判定疗效。痊愈: 皮损完全消退, 痒感消失, 菌检和/或培养阴性; 显效: 皮损消退60%以上, 痒感明显减轻, 菌检阴性或可见少量细菌, 培养阴性; 好转: 皮损消退20%~60%, 痒感减轻, 菌检和/或培养阳性; 无效: 皮损消退不足20%或继续加重, 痒感同前或加剧, 菌检和(或)培养阳性。痊愈率、显效率合计百分比为总有效率。

1.4 统计学处理 应用SPSS 13.0软件进行统计学分析, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 疗效比较 观察组200例, 痊愈136例(68.00%

), 显效33例(16.50%), 好转29例(14.50%), 无效2例(1.00%), 总有效率84.5%; 对照组112例, 痊愈60例(53.57%), 显效24例(21.43%), 好转20例(17.86%), 无效8例(7.14%), 总有效率74.43%。两组痊愈率比较 $\chi^2 = 6.39$, $P < 0.05$, 总有效率比较 $\chi^2 = 4.23$, $P < 0.05$, 差异均有统计学意义。

2.2 不良反应 观察组未见不良反应, 对照组4例(3.57%)出现不良反应, 主要为红斑、瘙痒, 停药后逐渐消退。

3 讨论

脓疱疮是一种好发于儿童的细菌感染性皮肤病, 其特征为丘疹、水疱或脓疱, 易破溃而结成脓痂, 传染性高。直接接触是其主要传播途径, 患者很容易通过搔抓而将感染散布至自身。(0~4)岁儿童每年的发病率为2.8%, (5~15)岁年龄段儿童发病率为1.6%。根据其临床表现主要分为三型: 大疱性脓疱疮、非大疱性脓疱疮和葡萄球菌性烫伤样皮肤综合征。其病原菌主要为金黄色葡萄球菌, 其次为A组乙型溶血性链球菌和二者的混合感染。金黄色葡萄球菌产生的表皮松解毒素是致病的主要原因, 表皮松解毒素充当着细菌的“分子剪刀”, 攻击皮肤的防御屏障^[1]。

创面处理是脓疱疮治疗关键, 选择有效药物治疗, 可缩短脓疱疮的病程, 防止并发症的发生。传统治疗采用消毒剂局部清创(如0.5%碘伏擦拭)后外涂抗生素制剂(如莫匹罗星外涂), 但许多患者往往会出现脓疱吸收不明显, 皮损增多, 瘙痒加剧, 甚至向湿疹演变。而外用消毒剂对皮肤有一定的腐蚀性, 且长期局部外用抗生素制剂预防感染容易产生耐药菌。

莫匹罗星原名假单胞酸A, 可作用于细菌体内的异亮氨酸tRNA合成酶的异亮氨酸结合位点, 选择性抑制异亮氨酸tRNA合成酶, 阻碍氨基酸的合成, 导致蛋白质合成受影响, 进而发挥抗菌功能, 临床广泛用于细菌感染性皮肤病的治疗。但自1988年发现

【收稿日期】2013-12-15

莫匹罗星耐药菌以来,世界各地已有大量耐药菌报道^[2], mupA 基因可以编码一种新型异亮氨酸 tRNA 合成酶,它不与莫匹罗星结合,使细菌产生耐药性;此外,细菌体内的异亮氨酸 tRNA 合成酶发生点突变导致空间构象变化,降低与莫匹罗星的结合力,也可导致耐药性^[3]。在减少耐药菌株的产生及控制耐药菌所致感染的过程中,合理应用抗菌药物及寻找治疗耐药菌所致感染的新的有效途径,仍是重要的措施之一^[4]。

理想的治疗应是安全、有效、经济,且不良反应少。JUC 为皮肤物理抗菌膜专利技术产品,经口无毒,对人体正常细胞无损伤,对皮肤、黏膜无刺激性,对宿主免疫力不产生影响;一次喷湿能保持 8 小时以上的长效抗菌功能,兼具“物理抗菌”和“隐形敷料”的双重作用,可很好隔离和保护创面;JUC 纳米级分子网状膜所带的正电荷强力吸附带有负电荷的病原微生物(细菌、真菌、病毒),静电力使其破裂、变形、死亡,起到物理杀灭或抑制微生物的作用。皮肤物理抗菌膜机理最有价值的特点是物理抗菌,避

免耐药菌的产生^[4]。本研究采用与药物抗菌不同的物理抗菌方法,对脓疱疮的局部辅助治疗取得了更满意的临床疗效,这与此前诸多临床报道的结果相一致^[5-6]。与对照组相比,JUC 局部应用安全,更值得推广。

参考文献:

[1]李姝,邓列华. 脓疱疮研究新进展[J]. 国外医学皮肤性病学分册,2004,30(4):215-216.
 [2]Petinaki E, Spiliopoulou I, Kontos F, et al. Clonal dissemination of mupirocin-resistant staphylococci in Greek hospitals [J]. J Antimicrob Chemother, 2004, 53(1):105-108.
 [3]刘媚娜,刘庆中,陆红,等. 金黄色葡萄球菌对莫匹罗星的耐药性研究[J]. 中华临床感染病杂志,2008,1(3):533-536.
 [4]刘淮,刘景桢. 解决抗菌药物滥用和耐药的新途径[J]. 皮肤病与性病,2010,32(2):15-17.
 [5]刘琴. 洁悠神物理抗菌方法治疗脓疱疮的临床观察[J]. 江苏医药,2009,35(6):740.
 [6]张萍萍,肖锋,纪曼芬,等. 三种方法治疗新生儿脓疱疮的临床疗效比较[J]. 新医学,2013,44(8):540-542.

(上接第 28 页)

2.2 复发观察 治疗结束后观察随访 1 年,痊愈病例中治疗组复发率为 16.67% (16/96),对照组为 73.17% (30/41)。

2.3 不良反应 两组患者用药期间均未发现严重的不良反应。两组患者用药前后血尿常规、肝肾功能及心电图均无有意义的变化。

3 讨论

慢性湿疹目前认为属于 IV 型变态反应。具有急性、亚急性湿疹病史、反复发作的瘙痒、皮损呈浸润、增厚、干燥及色素沉着等特征。其病因复杂、多数患者不能找到确切的病因,可能与机体的过敏性体质有关,外界因素如饮食、气候、生活用品等可成为本病的诱发因素。盐酸左旋西替利嗪片是第二代 H₁ 受体拮抗剂,有 H₁ 受体,抑制过敏反应的速发相;有抑制嗜酸粒细胞聚集、黏附,抑制中性粒细胞产生的白三烯,从而抑制过敏反应的迟发相^[4]。它具有抗过敏作用起效快,强而持久,不良反应低等优点,配合外用属于中效糖皮质激素的醋酸氢化可的松软膏,对湿疹有一定的治疗作用,但停药后容易复发。

中医学认为本病是因为禀赋不耐,或饮食失节,或过食腥发动风之品,伤及脾胃,脾失健运,致使湿

热内蕴,复感风邪,风湿热邪相搏,浸淫肌肤,发为本病。“湿”性重浊粘腻,易耗血伤阴,化燥生风;故风、湿、血燥是导致慢性湿疹的主要因素。治疗关键在于健脾养血、益气固表、祛风润燥。健脾养血汤方中黄芪、党参、白术、茯苓健脾益气燥湿;当归、丹参、鸡血藤、赤芍养血活血润燥;泽泻、防己利水泻湿,通窍利道;白鲜皮、苦参祛风除湿止痒;防风、蝉蜕疏风解表止痒。诸药合用健脾益气养血为治本,除湿祛风活血为治标,从而达到标本兼治的目的。本观察结果表明中西医结合治疗慢性湿疹,既可快速缓解症状、消除皮损;又能有效防止病情的复发。而且无论近、远期疗效,均明显优于单纯西药治疗。

参考文献:

[1]赵辨. 临床皮肤病学[M]. 第 3 版,南京:江苏科学技术出版社,2001.04-607.
 [2]van de Kerkhof PC. The Psoriasis Area and Severity Index and alternative approaches for the assessment of severity: persisting areas of confusion [J]. Br J Dermatol, 1997, 137(4):661-662.
 [3]唐曙,江培红. 克敏能口服治疗 48 例慢性荨麻疹、皮肤划痕症的近、远期疗效观察[J]. 临床皮肤科杂志,1997,26(2):115-117.
 [4]吴志华. 皮肤科治疗学[M]. 第 2 版,北京:科学出版社,2013.756-757.