

莫匹罗星软膏与红霉素软膏治疗 脓疱疮的临床疗效观察

王建化 高玉萍 (杭州市西湖区人民医院, 杭州 310013)

百多邦莫匹罗星软膏 Mupirocin 是一种新的抗生素, 对葡萄球菌、链球菌引起的皮肤感染有较高的疗效。本文总结和比较了百多邦与红霉素治疗

脓疱疮的临床疗效、安全性、副作用等情况, 现将结果报告如下。

资料和方法

研究对象：病例为我院门诊皮肤科16a以下的儿童共85例。其中43例外用百多邦，42例外用红霉素。在选择疗效观察病例时除外以下患者：1.前48h内接受过局部和系统抗生素治疗的患者；2.新生儿(<28d)；3.免疫受损害；4.皮损面积超过50cm²的患者。

选择3个最大的皮损作为培养取材处，用无菌操作揭起痂皮采取下面的新鲜渗出液，用无菌棉拭子轻擦皮肤并移入培养基中送实验室。

培养后，患者被随机分为2组：红霉素组：接受红霉素软膏外用，百多邦组：接受2%莫匹罗星聚乙二醇油膏，每日三次，共10d。

红霉素软膏由上海申光药厂生产，莫匹罗星软膏由中美天津史克制药有限公司提供。

观察方法：在用药第3、4、5、6、7、10d，检查病人，评价①皮损形态结构；②出现新皮损；③副作用，同时在用药前后检查血常规、尿常规。

疗效判断标准：①治愈：皮损消失或完全干燥；②改善：皮损无扩大或部分干燥；③无效：治疗无反应或皮损扩大。

统计分析：用 χ^2 检验进行统计分析， $P < 0.05$ 为有显著性。

结 果

两研究组的年龄与性别分布稍有不同，但差别无显著性。见表1。

表1 红霉素组与百多邦组脓疱疮患者情况比较例(%)

| 特性或差别 | 各 组 数 值 | |
|------------|----------------|----------------|
| | 红霉素组 n = 42 | 百多邦组 n = 43 |
| 年龄范围(月) | 4~132 | 9~192 |
| 平均年龄(月) | 44 | 54 |
| 男 性 | 29 | 20 |
| 女 性 | 16 | 25 |
| 治疗前平均病期(天) | 5 | 5 |
| 平均皮损数 | 4 | 5 |
| 皮损最大直径(mm) | 30 | 45 |

两组病人用药后，d 3、d 5、d 7、d 10累

积治愈率百多邦组明显优于红霉素组，有显著差异。见表2。

表2 红霉素、百多邦累积治愈率比较

| 天 数 | 红霉素组 n = 42 | | 百多邦组 n = 43 | | P |
|-----|----------------|-------|----------------|--------|-------|
| | 例 数 | (%) | 例 数 | (%) | |
| 3 | 1 | (2.4) | 5 | (11.6) | <0.05 |
| 5 | 18 | (43) | 32 | (74) | <0.05 |
| 7 | 31 | (74) | 43 | (100) | <0.05 |
| 10 | 32 | (78) | 43 | (100) | <0.05 |

治疗结束后，随访2个月，未见有脓疱疮可能并发的迟发或早期后遗症，如肾小球肾炎、骨髓炎、脓毒性关节炎及其它系统的链球菌和葡萄球菌等感染征象。

85例患儿在治疗期间，未发现药物副反应及过敏反应。治疗结束检查血常规、尿常规均正常。

讨 论

许多年来，脓疱疮被认为是链球菌所致疾病。最近，世界上不同地区的许多研究显示金葡菌是此病的主要致病菌。

过去的10年中，从脓疱疮中分离到的金葡菌对红霉素的敏感性约90%或更高^[1,2,3,4]。最近有报道^[5,6]红霉素的耐药率分别为32%和48%，证实了脓疱疮分离出的金葡菌对红霉素耐药率高。

百多邦是通过抑制异亮氨酰tRNA合成酶，从而抑制细菌细胞内蛋白质的合成，抑制细菌生长^[7]。百多邦对需氧型革兰氏阳性球菌如金葡菌、表皮金葡菌、化脓性葡萄球菌、β溶血性链球菌有很强的抗菌活性。该药抗菌谱的特点是对正常皮肤菌群仅有较弱的活性，与临床应用的其它抗生素无交叉耐受。

结果显示，百多邦的治愈率为100%，红霉素的治愈率为78%，有显著差异性。证实了百多邦较红霉素治愈时间短、治愈率高、所用剂量及次数少，无副作用等优点。

参 考 文 献

- Demidovich, C. W., R. R. Wittler, M. E. Ruff, J. W. Bass, and W. C. Browning. 1990. Impetigo: current etiology and comp-

- arison of penicillin, erythromycin and cephalixin therapies. *Am. J. Dis. child.* 144, 1313—1315.
- 2 Dillon, H. 1980. Topical and systemic therapy for pyoderms. *Int. J. Dermatol.* 19, 443—451.
- 3 Goldfarb, J., D. Crenshaw, J. O'Horo, E. Lemon, and J. L. Blumer, 1988. Randomized clinical trial fo topical mupirocin versus oral erythromycin for impctigo. *Antimicrob. Agents Chemother.* 32, 1780—1783.
- 4 Schachner, L., D. Talpin, G. B. Scott, and M. A. Morrison. 1983. Therapeutic update of superficial skin infections. *Pediatr. Clin N. Am.* 30, 397—404.
- 5 Dagan R., and Y. Bar-David. 1989. Comparison of amoxicillin and clavulan icacid (augmentin) for the treatment of non-bulk impetigo. *AM. J. Dis. Child.* 143, 916—918.
- 6 Rogers, M., D. C. Dorman, M. Gapes, and J. Ly. 1987. A three-year study of impetigo in Sydney. *Med. Aust.* 147, 63—65.
- 7 Hughes J. Mellows G. Inhibition of isoleucyltransfer ribonucleic acid synthetase in *Escherichia coli* by pseudomonic acid. *Biochem J* 1978, 176, 305—18.