

重组人干扰素 α -2b 预防生殖器疱疹复发的临床观察

黄胜萍

作者单位: 538021 广西,防城港市防城区皮肤病防治院

作者简介: 黄胜萍(1971-),女,大学本科,主治医师,研究方向:性病诊治。E-mail:tanguangyu@yahoo.cn

[摘要] 目的 观察重组人干扰素 α -2b 局部注射联合口服伐昔洛韦对生殖器疱疹复发的预防作用。方法 实验组采用重组人干扰素 α -2b 局部注射联合口服伐昔洛韦治疗生殖器疱疹,对照组单独采用口服伐昔洛韦治疗,比较两者的临床复发率。结果 治疗后观察 1 年内复发次数,实验组明显低于对照组,两组复发率相比差异具有统计学极显著意义($P < 0.01$)。结论 重组人干扰素 α -2b 局部注射,可显著降低生殖器疱疹复发率。

[关键词] 生殖器疱疹; 单纯疱疹病毒; 重组人干扰素 α -2b; 伐昔洛韦

[中图分类号] R 752.6 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-3806(2010)02-0142-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2010.02.14

Clinical observation of recombinant human interferon α -2b in the prevention of recurrence of genital herpes

HUANG Sheng-ping. Skin Prevention Institute of Fangcheng District, Guangxi 538021, China

[Abstract] **Objective** To observe the effect of local injection of recombinant human interferon α -2b combined with oral valaciclovir for the prevention of recurrence of genital herpes. **Methods** The experimental group was treated with local injection of recombinant human interferon α -2b combined with oral valaciclovir in the treatment of genital herpes, and the control group was treated with oral valaciclovir, and all patients were followed up within 1 year after treatment, the clinical relapse rate was compared. **Results** The relapse number within one treatment after year in the experimental group was significantly lower than that in the control group. The relapse rate between two groups were significant difference ($P < 0.01$). **Conclusion** Local injection of recombinant human interferon α -2b can significantly reduce the relapse rate of genital herpes.

[Key words] Genital herpes; Herpes simplex virus; Recombinant human interferon α -2b; Valaciclovir

生殖器疱疹(GH)是由单纯疱疹病毒(HSV, 90%由HSV-2, 10%由HSV-1引起)所致的性传播疾病(STD),是常见的性传播疾病之一。生殖器疱疹感染呈逐年上升趋势,传染性强,复发率高,在艾滋病流行地区,生殖器疱疹增加了HIV感染的危险性。女性生殖器疱疹与宫颈癌的发生密切相关。我们采用重组人干扰素 α -2b 局部注射联合口服伐昔洛韦治疗生殖器疱疹,取得较为满意效果。现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 所有病例均来自本院性病专科门诊,病程 >4 个月,且发作次数间隔 <3 个月。伴有结缔组织病、妊娠、哺乳期妇女、其他病毒性疾病、药

物过敏者及三个月内用过免疫调节剂者除外。根据卫生部制定的生殖器疱疹诊断标准,共确诊患者 61 例,其中男 35 例,女 26 例,年龄 18 ~ 50 岁,平均 28.9 岁。病程 4 月 ~ 3 年,平均 17.4 月。复发间隔 4 ~ 10 周,平均 6.8 周。所有患者均有冶游史或配偶感染史。皮疹均为聚集或散在小水疱、糜烂或溃疡,自觉疼痛,分布于男性包皮、龟头、冠状沟、阴茎和女性大小阴唇、阴蒂、阴阜等处。治疗期间要求停止性生活或过性生活时戴避孕套,避免同用浴具,以切断交叉传染途径。将 61 例患者随机分成实验组 31 例,对照组 30 例。两组性别、年龄、病程及复发病例间隔时间等差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。见表 1。

表1 两组患者一般情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	男:女	年龄(岁)	病程(月)	复发间隔(周)
实验组	31	17:14	28.5 ± 6.66	17.35 ± 9.17	6.82 ± 1.46
对照组	30	18:12	28.4 ± 7.1	17.47 ± 9	6.78 ± 1.45
χ^2	-	0.166	0.055	0.05	0.039
P	-	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

1.2 治疗方法 实验组局部注射 100 万 U 干扰素 α -2b, 隔日 1 次, 共 7 次, 并联合口服伐昔洛韦 0.3 g, 2 次/d, 连续服药 14 d。对照组采用口服伐昔洛韦 0.3 g, 2 次/d, 连续服药 14 d。对所有患者 1 年内的复发情况进行追踪随访和记录。

1.3 疗效判定标准 (1) 临床治疗效果: ①痊愈为自觉症状消失, 皮损完全消退; ②显效为自觉症状明显减轻, 皮损消退 70% 以上; ③好转为自觉症状减轻, 皮损消退 30% 以上; ④无效为自觉症状无改善, 皮损消退不足 30%。(2) 复发效果观察: 根据疱疹频繁复发特点而制定标准: ①显效为治疗后 1 年内无复发; ②好转为治疗后 1 年内复发 6 次以下; ③无效为治疗后 1 年内复发 6 次或 6 次以上。

1.4 统计学方法 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 组间比较采用 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学显著意义。

2 结果

2.1 治疗结果 实验组治疗 3 d 后症状明显改善, 对照组用药 5 d 后症状才开始减轻, 实验组起效时间比对照组快。治疗 14 d 时两组病人的临床疗效经 χ^2 检验, 痊愈率及有效率差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 2。

表2 两组治疗 14 d 后疗效比较[n(%)]

组别	例数	痊愈	显效	好转	无效	有效
实验组	31	18(58.1)	10(32.3)	2(6.5)	1(3.2)	30(96.8)
对照组	30	17(56.7)	10(33.3)	2(6.7)	1(3.3)	29(96.7)

注: 两组痊愈率比较, $\chi^2 = 0.012, P > 0.05$; 两组有效率比较, $\chi^2 = 0.0005, P > 0.05$

2.2 治疗后 1 年内复发情况 采用 χ^2 检验分析, 实验组治疗后 1 年内的复发次数, 明显低于对照组, 两组复发率比较差异有统计学极显著意义($\chi^2 = 9.35, P < 0.01$); 但两组有效率差异无统计学意义($\chi^2 = 3.45, P > 0.05$)。见表 3。

表3 两组治疗 1 年后疗效比较[n(%)]

组别	例数	显效	好转	无效	复发率	有效率
实验组	31	26(83.9)	3(9.7)	2(6.5)	5(16.13)	29(93.5)
对照组	30	14(46.7)	9(30)	7(23.3)	16(53.33)	23(76.7)

注: 两组复发率比较, $\chi^2 = 9.35, P < 0.01$; 两组有效率比较, $\chi^2 = 3.45, P > 0.05$

2.3 不良反应 对照组有 2 例出现头晕、头痛、恶心、胃肠道反应, 不影响继续服药。实验组患者注射重组人干扰素后 8 例有不同程度低热、头痛、寒战、乏力、肌痛、关节酸痛等感冒样症状, 2 d 后症状消失, 均能耐受而坚持全程治疗。其余均未见明显不良反应。治疗前后检查肝肾功能及血象均无明显异常。

3 讨论

3.1 生殖器疱疹的发生和复发 常给患者心理上和精神上带来很大的压力和创伤, 影响了患者的生活质量和人际交往。同时生殖器疱疹可产生一系列并发症, 因此, 生殖器疱疹患者应早期诊断、早期发现, 规则用药, 及时治疗, 通过治疗不仅可以减轻症状、缩短病程、防止并发症, 而且还可以促进皮肤损害的愈合, 减少 HSV 排放, 预防 HSV 潜伏感染和生殖器疱疹的复发, 并促进 HSV 潜伏感染的清除。

3.2 自抗病毒药物伐昔洛韦用于临床以来, 伐昔洛韦作为新型抗病毒药物, 其口服经肠壁吸收, 已被证明是治疗 GH 的有效药物, 可缩短病程, 促进皮损愈合, 减少病毒排放。长期应用可减少复发, 能选择性抑制病毒 DNA 合成, 显示抗病毒作用, 然而, 该药不能根除潜伏病毒感染。

3.3 重组人干扰素 α -2b 具有广谱抗病毒、抗肿瘤、抑制细胞增殖以及提高免疫功能等作用。 α -干扰素可使病毒 mRNA 转录、翻译和病毒蛋白质糖基化受抑制, 并增强机体 T 细胞和 NK 细胞活性, 激活单核细胞和巨噬细胞吞噬作用, 提高机体免疫识别和免疫监视功能^[1]。大量干扰素进入体内可阻止病毒复制^[2]。重组人干扰素 α -2b 是现代医药生物技术产品, 国内外大量临床试验证明其治疗生殖器疱疹疗效确切、安全性好。

3.4 以往研究表明, 机体感染 HSV 后的表现与免疫状态有关, 潜伏感染是 GH 复发的根本原因, 宿主免疫功能低下是维持潜伏感染的关键, 免疫抑制或免疫缺陷可导致 HSV 再度活动频繁。消除 HSV 感染, 调节机体免疫功能是预防和控制 GH 的关键^[3]。通过我们临床观察, 采用 100 万 U 重组人干扰素 α -2b 局部注射联合口服伐昔洛韦治疗, 疗效优于对照组, 一年内复发率也明显较对照组为低, 其机制可能是治疗中应用重组人干扰素 α -2b 可以持续性抑制病毒的复制, 提高宿主的免疫功能来加强机体破坏病毒的靶细胞的能力有关^[4]。此治疗方案易为患者接受, 值得临床应用推广。当然, 对于重组人干扰素 α -2b 治疗预防 1 年后及其更远期的复发率仍有

待进一步观察探讨。

参考文献

1 郝彦萍,王冬云,郑 焱,等.基因重组人干扰素 α -2b涂膜剂治疗单纯疱疹24例疗效观察[J].中国皮肤性病学杂志,2001,15(4):248-249.

2 陈焕英,汤军宏.无环鸟苷加干扰素治疗复发性生殖器疱疹40例

疗效观察[J].临床皮肤科杂志,1999,28(4):243.

3 刘宝军,陈 伟,董 娟,等.生殖器疱疹患者干扰素治疗前后血清IL-2及sIL-2R水平变化[J].中国皮肤性病学杂志,2000,14(1):33-34.

4 杨正凤.伐昔洛韦、干扰素和胸腺肽治疗复发性生殖器疱疹的对比观察[J].中国皮肤性病学杂志,2003,17(5):327-328.

[收稿日期 2009-10-10][本文编辑 刘京虹 韦 颖(见习)]

临床研究

泌尿生殖道支原体感染的耐药性分析

丘小霞

作者单位:530003 南宁,广西壮族自治区妇幼保健院

作者简介:丘小霞(1960-),女,大学本科,学士学位,副主任医师,研究方向:妇产科临床与保健。E-mail:qxwds@163.com

[摘要] 目的 了解本地区泌尿生殖道支原体感染及耐药状况,为临床治疗提供依据。方法 对本院送检的8 041份泌尿生殖道分泌物标本进行支原体培养及药敏试验。结果 8 041份标本中共培养出支原体阳性标本3 607份,阳性率44.86%。其中解脲支原体(Uu)3 034株,占84.11%,人支原体(Mh)27株,占0.75%,Uu + Mh混合为546株,占15.14%;支原体对12种抗菌药物的耐药率从高到低依次为环丙沙星80.68%(2910/3607)、加替沙星58.28%(2102/3607)、可乐必妥52.50%(1894/3607)、红霉素42.20%(1522/3607)、罗红霉素33.40%(1205/3607)、甲磺霉素30.88%(1114/3607)、克拉霉素25.20%(909/3607)、阿奇霉素24.84%(896/3607)、环脂红霉素22.46%(810/3607)、强力霉素13.47%(486/3607)、美满霉素12.89%(465/3607)、交沙霉素3.08%(111/3607)。结论 Uu是泌尿生殖道最常见的病原体,多发年龄段为21~30岁,与不孕不育有关。耐药率最低的药物是交沙霉素,美满霉素和强力霉素次之。

[关键词] 泌尿生殖道; 支原体; 药敏试验; 耐药率

[中图分类号] R 518.9 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-3806(2010)02-0144-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2010.02.15

Analysis of drug resistance of Mycoplasma infection in urogenital tract QIU Xiao-xia. *Maternal and Child Care Hospital of Guangxi Province, Nanning 530003, China*

[Abstract] **Objective** To evaluate the status of drug resistance in Mycoplasma infection in urogenital tract, and provide evidences for clinical therapy. **Methods** Mycoplasma from urogenital tract secretion samples ($n = 8\ 041$) of our hospital were artificially cultivated and taken drug sensitive tests. **Results** Positive rates of Mycoplasma was 44.86% (3 670 in 8 041), among which ureaplasma urealyticum accounted for 84.11% (3 034 in 3 607), Mycoplasma hominis accounted for 0.75% (27 in 3 607), Mixed infextion accounted for 15.14% (546 in 3 607); resistances of Mycoplasma to 12 antibacterials reduced successively: ciprofloxacin 80.68% (2910/3607), gatifloxacin 58.28% (2102/3607), cravix 52.50% (1894/3607), erythromycin 42.20% (1522/3607), roxithromycin 33.40% (1205/3607), thiamphenicol 30.88% (1114/3607), clarithromycin 25.20% (909/3607), azithromycin 24.84% (896/3607), alicyclic- erythromycin 22.46% (810/3607), doxycycline 13.47% (486/3607), minocycline 12.89% (465/3607), josamycin 3.08% (111/3607). **Conclusion** Ureaplasma urealyticum (Uu) is the most familiar pathogen in urogenital tract, which usually occurs between the ages 21 and 30 years, relates to infertility. Resistance to Josamycin was the lowest, Minocycline and Doxycycline take second place.

[Key words] Urogenital tract; Mycoplasma; Drug sensitivity test; Drug resistance