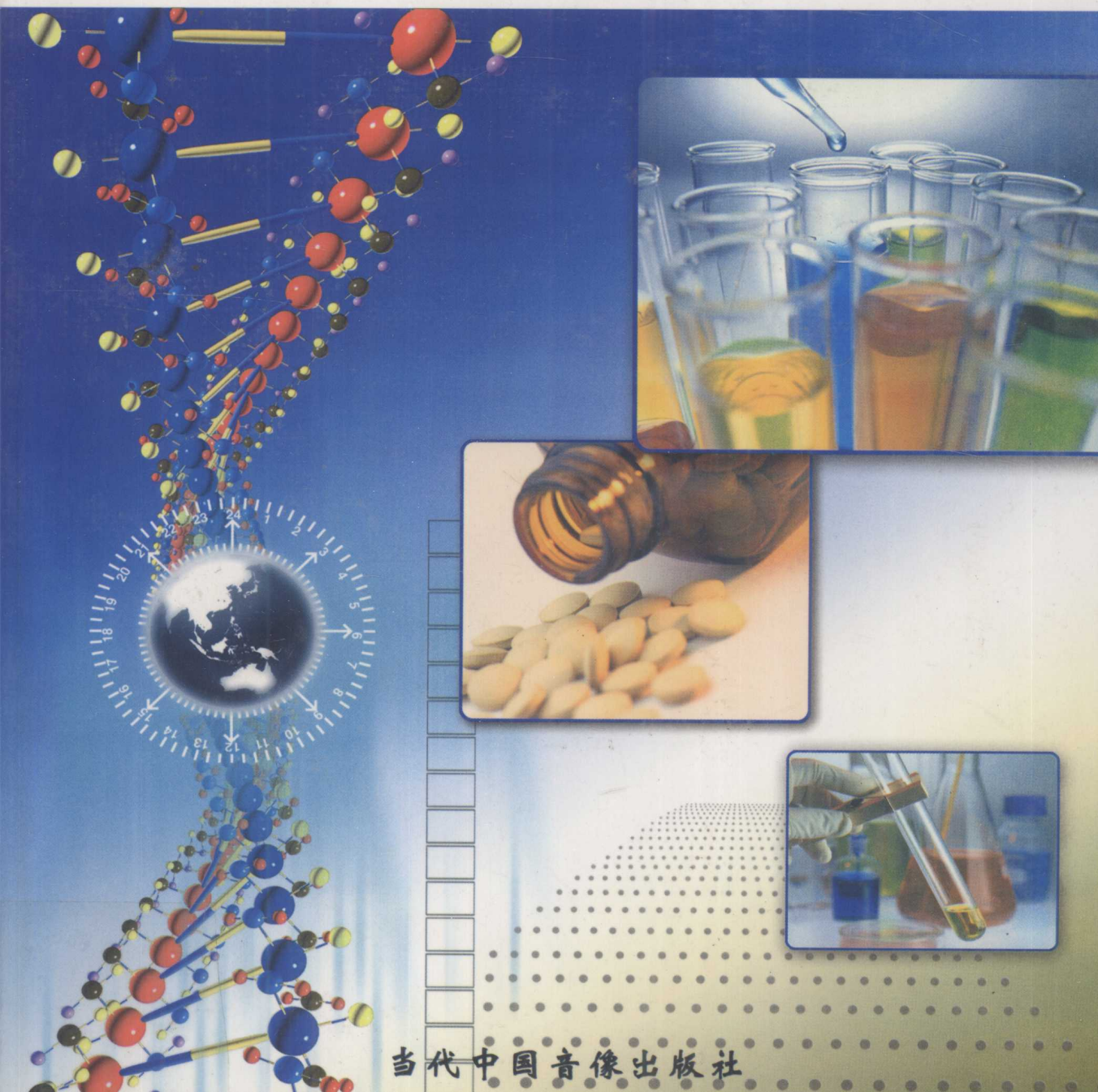


现代性病诊断、治疗、防范 新技术实用手册



当代中国音像出版社

现代性病诊断、治疗、防范 新技术实用手册

田华实 主编

第二册

当代中国音像出版社

(一)用药方法与用量

口服:成人每次 0.5g,每日 3~4 次服用;儿童每日每千克体重 25~50mg,分 3~4 次服用,均在饭前或饭后 2 小时服用。

静脉滴注:成人每日 1g,分 2 次给药;儿童每日每千克体重 20~30mg,分 2 次给药。临用时加少量灭菌注射用水溶解,再以 0.9% 氯化钠注射液或 5% 葡萄糖注射液稀释为 1mg/ml 的溶液滴注。疗程一般为 7~10 日。

(二)不良反应

四环素的不良反应以胃肠道反应较多,表现为上腹部不适、恶心、呕吐、腹泻、口腔炎等,以口服最明显,与用药剂量呈正相关。长期应用肝肾功能不良者发生率高,原有肝肾病史者可加重其损害。四环素可致胎儿骨骼发育不全,早产儿延迟骨生长,可致幼儿牙齿变色并使牙釉发育不良及龋齿,偶见有皮疹、白细胞下降等。

对四环素类药物过敏、肝炎及肝功能有不良、肾衰患者、孕妇、哺乳期妇女及 8 岁以下小儿禁用。肾功能不全、重症肌无力以及有荨麻疹等过敏性疾病者慎用。

三十、多西环素

又称为强力霉素、脱氧土霉素、长效土霉素、Doxycycline、Doxycine、Vibramycin 等。

多西环素是土霉素的衍生物,为一种高效半合成四环素抗生素,1996 年开始用于临床。多西环素的主要作用机制是通过干扰细菌蛋白质的合成来抑制细菌的繁殖。多西环素的抗菌活性是四环素的 2~8 倍。多西环素对淋球菌有较强的抗菌活性,但耐青霉素的淋球菌对多西环素也耐药。

(一)用药方法与用量

口服:成人每日 100~200mg,分 1~2 次服用,首次可加倍;儿童每日每千克体重 2~4mg,分 1~2 次服用。治疗无合并症淋病疗程 7~10 日。

(二)不良反应

多西环素的不良反应以胃肠道反应多见,如呕吐、上腹部不适或烧灼感,与剂量有关。多西环素易致光敏性皮炎。

对四环素过敏者禁用。多西环素不宜与含钙、镁、铝、铁等金属离子的药物同服,孕妇和婴幼儿尽量不用或慎用。

三十一、米诺环素

又称为二甲胺四环素、美满霉素、长效四环素、Minocycline、Minocin 等。

米诺环素是一种长效、高效半合成四环素,通过阻止病原体转运核糖核酸与核糖体的结合,阻断其蛋白质的合成而抑制病原体的繁殖,高浓度时有杀菌作用,抗菌谱与四环素基本相似,抗菌活性比四环素强 8~12 倍。米诺环素对淋球菌有一定的抗菌活性,其药浓度低于 0.4 μ g/mL,可抑制 80% 淋球菌,米诺环素适用于由淋球菌引起的男性无合并症的尿道炎和女性患者对青霉素有禁忌症时,但耐青霉素的淋球菌对本品也耐药。

(一) 用药方法与用量

口服:成人首次服用 200mg,以后每日 100~200mg,分 1~2 次服用,小于 8 岁的儿童首次每千克体重 4mg,以后每日每千克体重 2~4mg,分 1~2 次服用。一般疗程 7~10 日,治疗淋菌性前列腺炎时疗程 2~4 周。

陈永昆等用米诺环素胶囊治疗潜伏期 3~5 天、病期一周以内的 56 例男性无合并症淋病患者,方法为:口服米诺环素胶囊 100mg,每日 2 次,首次加倍,总剂量 1000mg。结果治愈率为 100%,所有患者于第二次服药后病情好转,尿道口溢脓减少,服完药后症状消失。用药期间少数患者诉上腹不适、头昏。

有学者建议米诺环素单次剂量 300mg 疗法应尽量少用,因失败率达 13%,而采用米诺环素每次 100mg,每日 2 次,连服 10 日的疗法能根治淋球菌并不发生淋菌性后尿道炎。

(二) 不良反应

米诺环素的不良反应可出现轻度胃肠道反应、头晕、头痛、耳鸣、共济失调、转氨酶升高、偶有过敏反应,长期使用可引起指甲、皮肤、巩膜等处的色素斑形成。

对四环素过敏者禁用,新生儿、婴幼儿不宜使用,孕妇和哺乳期妇女慎用,肝肾功能不全者不宜使用。

三十二、诺氟沙星

又称为氟哌酸、淋克星、Norfloxacin、Noroxin、Floxacin 等。

诺氟沙星 1979 年由日本研制开发,我国于 1983 年合成,1985 年用于临床,属于第三代喹诺酮类药物。诺氟沙星的主要作用机制是作用于细菌的 DNA 促旋酶,阻碍细菌 DNA 的复制。诺氟沙星抗菌谱广,作用强,对革兰阴性淋球菌,包括产酶菌株有较强的抗菌作用。

(一) 用药方法与用量

口服:成人每次 0.2~0.4g,每日 2 次服用,或每次 0.1~0.2g,每日 3~4 次服用,连用 7~10 日。

诺氟沙星治疗无合并症淋病可单剂量 0.8g 顿服,或 1.2g,1 日内分两次口服,其疗

效与壮观霉素 2g 肌肉注射的疗效相似。

诺氟沙星宜空腹或半空腹服药。加用丙磺舒可使血药浓度升高,延长半衰期。诺氟沙星不与利福平和氯霉素合用。

廖元兴等用诺氟沙星(淋得治)治疗病程在 1~60 天的急性淋病 66 例(男 55 例,女 11 例),采用一次性口服诺氟沙星 800mg,结果痊愈 65 例,无效 1 例,治愈率为 98.48%,除 1 例服药后有短时间胃部不适外,其余无其他副作用。

(二)不良反应

诺氟沙星的不良反应常见有恶心、呕吐、食欲减退、上腹不适等消化道反应,与服药剂量有关。可发生皮疹、皮肤瘙痒、白细胞少、一过性血清转氨酶升高,可影响未成熟动物的软骨发育。

对诺氟沙星过敏者、孕妇禁用。哺乳期妇女、婴幼儿、儿童和肝肾功能不全者应慎用。

三十三、依诺沙星

又称为氟啶酸、Enoxacin、Flumark 等。

依诺沙星为第三代喹诺酮类药物。依诺沙星的作用机制、抗菌作用与诺氟沙星相似。

(一)用药方法与用量

口服:成人每次 0.2~0.4g,每日 2 次服用,疗程 7~10 日。

依诺沙星治疗无合并症淋病可给予 0.8g,分 2 次口服。

白玫等观察了用国产氟啶酸治疗 105 例淋菌性尿道炎和宫颈炎的疗效,其中男性 86 例,女性 19 例。病程最短 2 天,最长 2 个月,平均 5.92 天。治疗方法:将患者随机分为 3 组。1 组 39 例,氟啶酸 0.6g 口服,共 2 次,间隔时间 12 小时;2 组 30 例,氟啶酸 0.4g 口服,共 2 次,间隔时间 6 小时;3 组 36 例,氟啶酸 0.8g 顿服。结果:3 组治愈率分别为 97%(38/39)、90%(27/30)、92%(33/36)。3 组疗效间无显著性差异,但 2、3 组未愈的有 5 例,再用氟啶酸 1.2g 治疗,其中 4 例治愈。氟啶酸起作用比较迅速。本组多数患者在 12 小时左右症状明显减轻,24~48 小时症状可全部消失。副作用仅有 1 例发生轻度恶心、呕吐。

(二)不良反应

依诺沙星的不良反应发生率约 4.4%,可有皮疹、皮肤瘙痒、光过敏反应、胃肠道反应、头痛、失眠、肝肾功能异常,以及血象变化等。

对依诺沙星和喹诺酮类药物过敏者禁用,葡萄糖-6-磷酸脱氢酶缺乏者、儿童、孕妇和哺乳期妇女禁用。有精神分裂症及癫痫病史者、肾功能严重受损者慎用。用药期间避免日光和紫外线照射。

三十四、氧氟沙星

又称为氟嗟酸、泰利必妥、康泰必妥、奥复星、Ofloxacin、Tarivid、Fuldazin等。

氧氟沙星是第三代喹诺酮类广谱抗菌药物,1988年开始在我国临床上应用。氧氟沙星是一种溶菌和杀菌剂,其抗菌作用除环丙沙星外,高于其他氟喹诺酮类药物,对耐氨基糖苷类抗生素、耐 β -内酰胺类抗生素产青霉素酶的细菌具有高度的抗菌活性,淋球菌对氧氟沙星敏感。

(一)用药方法与用量

口服:成人每次0.1~0.2g,每日2~3次服用。

静脉滴注:每次0.2~0.4g,每日2次服用。

氧氟沙星治疗无合并症淋病连用3~5日,治疗有合并症淋病连用7~10日。也可单剂量0.4g顿服治疗无合并症急性淋病。

张婴元等用氟嗟酸单剂400mg口服治疗病程在1周左右的48例急性淋病,结果:44例治愈,3例显效,1例进步,有效率为97.92%,治愈率为91.67%。痊愈病例的临床症状大多在给药后8~10小时消失,少数病例治疗后3日症状减轻尚未消失,9日随访时已全部消失。

宋伟等比较了国产和进口氧氟沙星治疗无合并症淋病的疗效。治疗方法:将82例患者随机分为两组,治疗组40例,用国产氧氟沙星400mg顿服;对照组42例,用进口氧氟沙星400mg顿服。两组均不用其他药物,用药结束后分别在第4、8、12天连续3次门诊复查。痊愈为临床症状、体征消失,晨尿尿常规、分泌物涂片淋球菌镜检及淋球菌培养3项指标连续2次均为阴性,否则为未愈。结果:治疗组40例,治愈39例,治愈率为98%。见效时间:症状、体征消失最短8小时,最长2天,35例前2次复查3项指标为阴性,占88%,另4例第2、3次复查3项指标均为阴性。对照组42例,治愈41例,治愈率98%。

吴志华等用氟嗟酸治疗男性急性淋菌性尿道炎66例,女性急性淋菌性宫颈炎34例,共100例病程4天~3周的患者。治疗方法:氟嗟酸一次口服,男性400mg,女性600mg。对照组为壮观霉素,男性一次性肌肉注射2g,女性一次性肌肉注射4g。治疗后第4天、第15天随访观察。结果:氟嗟酸组100例中治愈97例,显效3例,总有效率

100%,治愈率为97%。壮观霉素组76例,治愈62例,显效4例,无效10例,总有效率为86.84%,治愈率为81.58%。氟嗟酸的不良反应有尿道刺激症状2例,头晕、兴奋不能入睡或睡眠欠佳4例,大便次数增加、便稀3例,恶心2例,周身皮肤瘙痒1例。

(二)不良反应

氧氟沙星的不良反应发生率约为3.5%,可有恶心、呕吐等胃肠道反应,皮肤瘙痒、皮疹、头痛、眩晕、肝酶升高、白细胞减少等。

对氧氟沙星及本类药物过敏者、严重肾功能不全者、孕妇、哺乳期妇女及儿童禁用。有癫痫史者慎用。

三十五、左氟沙星

又称为可乐必妥、Levofloxacin等。

左氟沙星为氧氟沙星的左旋异物体。左氟沙星的作用机制与氧氟沙星相同,抗菌活性明显地高于氧氟沙星。

(一)用药方法与用量

口服:成人每日200~400mg,分2次服用。治疗无合并症淋病可单剂量200mg顿服,或每次100mg,每日2次服用,连用3~5日。

(二)不良反应

左氟沙星的不良反应发生率低且轻,可有恶心、呕吐、上腹部不适等消化道反应、皮疹、头晕、味觉异常、嗜酸性粒细胞增多等。

对左氟沙星及氧氟沙星过敏者、孕妇、哺乳期妇女和儿童禁用。严重肾功能不全者、有癫痫病史者慎用。

三十六、环丙沙星

又称为环丙氟哌酸、悉复欢、喹诺仙、西普乐、Ciprofloxacin、Cifran等。

环丙沙星属第三代喹诺酮类药物。环丙沙星的作用机制是通过阻止细菌DNA的复制而起抗菌作用。环丙沙星的抗菌谱较广,对淋球菌、包括对青霉素、氨基糖苷类和四环素类抗生素耐药的淋球菌有高效的抗菌作用。

环丙氟哌酸对淋病合并症存在的衣原体感染无效。

(一)用药方法与用量

口服:成人每次0.25g,每日2~3次服用,重症者可每日剂量增至1.5g。

静脉滴注:成人每次0.1~0.2g,每日2次。治疗无合并症淋病连用3~5日。

环丙沙星治疗有合并症淋病连用 5~7 日。也可单剂量 0.25~0.5g 顿服,或单剂量 0.1~0.2g 静脉滴注治疗无合并症淋病。

国外 20 世纪 80 年代,环丙氟哌酸开始用于治疗无合并症淋病,有效率达 100%,包括许多耐药株,其疗效堪与头孢曲松 250mg 单剂肌肉注射媲美。

周华等观察了用盐酸环丙氟哌酸治疗 20 例潜伏期 2~10 天、病程 2 天至 1 个月的男性淋菌性尿道炎患者的疗效。治疗方法:用盐酸环丙氟哌酸 600mg,单剂量口服,治疗后第四天和第七天随访。结果:治疗后第四天,19 例淋球菌培养阴性,1 例阳性,至第 7 天,该阳性例亦转阴。17 例尿道刺激症状消失时间与尿道停止排脓时间相等,为 7~48 小时,其中 16 例在 7~11 小时之间。3 例在临床症状明显好转,无再感染情况下,持续存在轻度尿道刺激症状,分泌物涂片在 1000 倍显微镜视野下多形核白细胞 > 5 个,两次作淋球菌培养阴性,拟诊为淋病后尿道炎,给予氟嗪酸每日 400mg,口服,共 10 天均痊愈。

李宁等用环丙沙星 500mg 空腹顿服,治疗急性淋病 12 例,结果 9 例淋球菌转阴,3 例淋球菌仍为阳性,淋球菌转阴率为 75%。

(二)不良反应

环丙沙星的不良反应有恶心、呕吐、腹痛、腹泻等消化道症状,有头晕、头痛、失眠、欣快感、震颤、皮疹、嗜酸性白细胞增多、味觉异常、血清转氨酶和血尿素氮增高、肌酐增高等。

环丙沙星禁用于对喹诺酮类药物过敏者、孕妇、哺乳期妇女和儿童。有癫痫病史、严重肾功能不全者应慎用。

三十七、磺胺甲噁唑

磺胺甲噁唑又称为磺胺甲基异噁唑,新诺明,Sulfamethoxazole、Sinomin、SMZ。

磺胺甲噁唑在结构上类似于对氨基苯甲酸,可与对氨基苯甲酸竞争性作用于细菌体内的二氢叶酸合成酶,从而阻断对氨基苯甲酸作为原料合成四氢叶酸的过程,达到抑制细菌蛋白质的合成。淋球菌对磺胺甲噁唑敏感。

磺胺甲噁唑口服后易自消化道吸收,吸收率高达 90% 以上,但吸收速度不快,给药后 2~4 小时达血药峰浓度。每次 1g,每日 2 次口服磺胺甲噁唑后血药峰浓度可达 50mg/L 以上。磺胺甲噁唑吸收后广泛地分布于组织和体液中,主要从肾小球滤过排泄。

(一)用药方法与用量

口服:成人每日 2g,分 2 次服用,首剂加倍;1 个月以上的婴幼儿和儿童每日每千克体重 50mg,分 2 次服用,首剂加倍。

(二)不良反应

磺胺甲噁唑较常见的不良反应有光感性皮炎、药物热、肌肉关节疼痛等,严重者可发生渗出性多形红斑型或固定型药疹、剥脱性皮炎或大疱表皮松解萎缩性皮炎等;其他不良反应有粒细胞减少、血小板减少、溶血性贫血和血红蛋白尿;黄疸、血清转氨酶增高,严重者可能引起急性肝坏死;可引起结晶尿、血尿和管型尿;恶心、呕吐、食欲减退、腹泻等消化道反应;少数可有头痛、乏力等。

对磺胺药过敏者、妊娠后期和哺乳期妇女、新生儿以及肝肾功能不全者禁用磺胺甲噁唑,老年人慎用磺胺甲噁唑。在应用磺胺甲噁唑的治疗过程中,应定期复查血、尿常规等,发现异常时应立即停药。如需大剂量、长疗程应用,应同时服用碳酸氢钠并多饮水,以减轻该药对肾脏的损害。

鉴于目前用于治疗淋病且安全性较好的药物较多,故极少用该药治疗淋病。

三十八、复方磺胺甲噁唑

复方磺胺甲噁唑又称为复方新诺明。

复方磺胺甲噁唑对淋球菌等具有良好的抗菌活性。

(一)用药方法与用量

治疗一般性细菌性感染:成人每日4片,分2次口服;儿童每日按照SMZ每千克体重40~80mg、TMP每千克体重5~10mg,分2次口服。

(二)不良反应

复方磺胺甲噁唑的不良反应与磺胺甲噁唑相同。偶见过敏性休克。

三十九、丙磺舒

又称为羧苯磺胺、Probenecid、Probecid、Proben、Benemid等。

丙磺舒可抑制肾小管对机酸的转运过程,阻止尿酸的重吸收,促进尿酸的排泄,可用于慢性痛风的治疗。丙磺舒也可通过干扰酶的代谢,竞争性抑制弱有机酸如青霉素类、头孢菌素类等药物从肾小管的分泌而增加这些药物的半衰期,提高和延长这些药物的血浆浓度,故可用作青霉素类药物和头孢菌素类药物的辅助疗法,以增强其疗效。

(一)用药方法与用量

用作青霉素类药物等抗生素的增效剂时,成人每次0.5g,每日4次,或每次1g,顿服。

(二)不良反应

丙磺舒的不良反应可引起恶心、呕吐等胃肠道反应,以及药疹、白细胞减少,大剂量

可引起癫痫发作,长期使用可引起肾结石等。

对磺胺类药物过敏者、肾功能不全者、肾或泌尿道结石类肾脓肿者禁用。有溃疡病史和孕妇应慎用。

第三节 淋球菌对常用抗生素的敏感性与疗效

随着新药的不断出现,临床用于治疗淋病的药物也不断增多,但淋球菌对各种抗生素的敏感性也不断发生变化。鉴于此,国内一些学者专门研究了淋球菌对常用抗生素的敏感性,以了解现行淋病治疗药物的有效性,调整治疗淋病的有效药物和治疗方案,为治疗淋病药物的选择提供指导。

苏晓红等用琼脂稀释法测定了 5 种监测抗菌药物对 390 株淋球菌的敏感性,结果见表 3-7-2。

表 3-7-2 390 株淋球菌中抗菌药物敏感性分布

抗菌药物	MICmg/L														
	0.002	0.004	0.0078	0.015	0.03	0.06	0.125	0.25	0.5	1	2	4	8	16	32
壮观霉素											0	1	27	169	192
青霉素			0	0	0	0	5	23	43	118	129	60	12 [△]		
四环素						0	1	2	15	96	109	152	15	0	
环丙沙星	0	5	8	3	24	52	90	91	73	11	33 [*]				
头孢三嗪	1	18	61	57	90	110	39	14	0	0					

注 △其中 4 株 MIC>8, * 其中 8 株 MIC>2

许庆芳等用琼脂对倍稀释法检测了 117 株淋球菌对 10 种抗生素的敏感性,结果发现淋球菌对青霉素的敏感性有 40.17%,淋球菌对头孢三嗪、壮观霉素、阿奇霉素、美满霉素 100%敏感,对氟哌酸、氟嗪酸的敏感率分别为 92.3%、91.46%。见表 3-7-3、3-7-4。

表 3-7-3 10 种抗生素对 117 株淋球菌的 MIC 分布

抗生素	株数	淋球菌 MIC 分布(mg/L)										
		≤0.0075	0.015	0.03	0.06	0.125	0.25	0.5	1	2	4	8
青霉素 G	117	8	4	10	7	18	35	32	3			
头孢三嗪	117	103	12	2								
氟哌酸	117	6	0	1	2	4	7	18	35	25	10	8

抗生素	株数	淋球菌 MIC 分布(mg/L)											
		≤0.0075	0.015	0.03	0.06	0.125	0.25	0.5	1	2	4	8	16
氟哌酸	117	19	0	4	6	12	25	29	9	3	9	1	
红霉素	117	8	8	7	4	13	39	31	7				
阿奇红霉素	117	20	10	51	31	5							
四环素	117	1	0	0	16	3	10	25	21	27	14		
强力霉素	117			4	10	7	8	12	44	32			
美满霉素	117	5	2	0	17	10	16	47	20				
壮观霉素	117					8	4	1	7	19	38	40	

表 3-7-4 10 种抗生素对 117 株淋球菌的抗菌活性 (MICmg/L)

抗生素	株数	MIC 范围	MIC50	MIC90	临界浓度	耐药浓度	敏感率 (%)
青霉素 G	117	≤0.0075 ~ 1.0	0.25	0.5	0.1	0.2	40.17
头孢三嗪	117	≤0.0075 ~ 0.03	0.0075	0.015	8	16	100
氟哌酸	117	≤0.0075 ~ 16	1.0	4.0	4	8	92.31
氟哌酸	117	≤0.0075 ~ 8	0.25	2.0	2	4	91.46
红霉素	117	≤0.0075 ~ 1	0.25	0.5	0.5	1	94.02
阿奇红霉素	117	≤0.0075 ~ 0.05	0.03	0.06	2	4	100
四环素	117	≤0.0075 ~ 4.0	1.0	4.0	4	8	100
强力霉素	117	0.03 ~ 2.0	1.0	2.0	4	8	100
美满霉素	117	≤0.0075 ~ 4.0	0.5	1.0	4	8	100
壮观霉素	117	0.125 ~ 8	4.0	8.0	32	64	100

陈寅初等用 K-B 法分别于 1990 年 ~ 1993 年, 1994 年 ~ 1996 年检测了淋球菌对 15 种药物的敏感性, 结果见表 3-7-5。

表 3-7-5 淋球菌 15 种药物敏感性测定结果 株 (%)

药 物	1990 年 ~ 1993 年		1994 年 ~ 1996 年	
	测定株	敏感株	测定株	敏感株
青霉素	54	32(59)	85	43(51)
氟哌酸	51	49(96)	116	74(64)
四环素	13	12(92)	67	53(79)
红霉素	30	27(90)	72	40(56)
环丙沙星	61	61(100)	11	6(55)
壮观霉素	7	7(100)	32	26(81)
强力霉素	13	12(92)	14	13(93)

第三篇 淋病临床诊断治疗与预防新技术

药 物	1990 年 ~ 1993 年		1994 年 ~ 1996 年	
	测定株	敏感株	测定株	敏感株
先锋霉素	7	7(100)	79	65(82)
菌必治	18	18(100)	67	63(94)
复达欣	-	-	45	43(96)
丁胺卡那霉素	-	-	61	58(95)
庆大霉素	-	-	18	13(72)
氨苄青霉素	-	-	26	17(65)
氟霉素	-	-	23	13(57)
SMZ	-	-	39	15(38)

为了解淋球菌对抗生素敏感性的变迁情况,向辉等对门诊 1991 年和 1996 年各 100 株标本进行了 12 种抗生素最小抑菌浓度(MIC)测定。同时对产青霉素酶株(PPNG)和非产青霉素酶株(non-PPNG)的 MIC 值进行比较。结果:1991 年、1996 年淋球菌的 12 种抗生素 MIC 值测定结果见表 3-7-6。1996 年 43 株 PPNG 株与 57 株非 PPNG 株的 12 种抗生素 MIC 值测定结果分析见表 3-7-7。表明青霉素 G 等 6 种抗生素 MIC 值 1996 年与 1991 年相比较有显著性差异($p < 0.05$ 或 $p < 0.01$)。其中以青霉素 G 和氟哌酸两年 MIC 值变化最大。

表 3-7-6 1991 年,1996 年各 100 株淋病奈瑟菌 MIC 值测定统计分析

抗生素	年份	MIC($\mu\text{g/ml}$)			几何均数	P*
		范围	MIC50	MIC90		
青霉素 G	1991	0.0625 ~ 4	0.5	2	0.77	<0.01
	1996	0.25 ~ 256	32	128	8.5	
四环素	1991	0.5 ~ 16	4	8	3.86	<0.01
	1996	1 ~ 16	8	16	5.74	
壮观霉素	1991	8 ~ 32	32	32	26.69	<0.01
	1996	8 ~ 32	16	32	17.58	
红霉素	1991	0.0625 ~ 4	0.25	2	0.49	>0.05
	1996	0.125 ~ 4	0.5	2	0.69	
乙酰螺旋霉素	1991	2 ~ 64	16	32	12.59	>0.05
	1996	1 ~ 64	16	32	14.45	
庆大霉素	1991	4 ~ 32	8	16	11.48	>0.05
	1996	4 ~ 32	8	16	9.74	
卡那霉素	1991	16 ~ 64	32	64	32.43	<0.01
	1999	8 ~ 64	32	64	28.35	

抗生素	年份	MIC($\mu\text{g/ml}$)			几何均数	P*
		范围	MIC50	MIC90		
新霉素	1991	32~128	64	64	64.42	>0.05
	1996	32~128	64	128	61.66	
氯霉素	1991	1~16	4	8	5.25	<0.01
	1996	1~8	4	4	3.39	
头孢唑啉	1991	0.5~16	2	8	2.19	>0.05
	1996	0.125~16	2	4	1.66	
头孢三嗪	1991	0.001~0.0625	0.004	0.0156	0.0049	>0.05
	1996	0.001~0.125	0.008	0.312	0.0069	
氟哌酸	1991	0.0156~1	0.0312	0.25	0.054	<0.05
	1996	0.125~64	2	16	1.75	

* 各抗生素 1991 年与 1996 年比较, μ 检验

表 3-7-7 1996 年 43 株产青霉素酶株(PPNG)和
57 株非 PPNG 的 MIC 值比较

抗生素	菌株	MIC($\mu\text{g/ml}$)			几何均数	P 值*
		范围	MIC50	MIC90		
青霉素 G	PPNG	8~256	128	256	93.11	<0.01
	非 PPNG	0.25~8	1	4	1.36	
四环素	PPNG	1~16	8	16	7.03	<0.01
	非 PPNG	1~16	4	16	4.91	
壮观霉素	PPNG	8~32	16	32	17.95	>0.05
	非 PPNG	8~32	16	32	17.30	
氟哌酸	PPNG	0.5~8	2	4	1.66	>0.05
	非 PPNG	0.125~64	2	8	1.83	
红霉素	PPNG	0.25~4	0.5	2	0.72	>0.05
	非 PPNG	0.125~4	0.5	2	0.58	
乙酰螺旋霉素	PPNG	2~64	16	32	17.18	<0.01
	非 PPNG	1~64	16	32	12.59	
庆大霉素	PPNG	4~16	8	16	9.51	>0.05
	非 PPNG	4~32	8	16	9.93	
卡那霉素	PPNG	8~64	32	32	25.12	<0.01
	非 PPNG	16~64	32	64	32.26	
新霉素	PPNG	32~128	64	64	60.39	>0.05
	非 PPNG	32~128	64	128	63.24	
头孢唑啉	PPNG	0.25~16	1	4	1.39	<0.05
	非 PPNG	0.125~8	2	4	1.89	

第三篇 淋病临床诊断治疗与预防新技术

抗生素	菌株	MIC($\mu\text{g/ml}$)			几何均数	P 值*
		范围	MIC50	MIC90		
氯霉素	PPNG	1~8	4	4	3.61	P>0.05
	非 PPNG	1~8	4	4	3.22	
头孢三嗪	PPNG	0.001~0.125	0.004	0.0312	0.0061	>0.05
	非 PPNG	0.001~0.125	0.0156	0.031	2	

* 各抗生素 PPNG 与非 PPNG 比较, μ 检验

青霉素 G 的 MIC 值范围 1991 年为 $0.0625\mu\text{g/ml}$ ~ $4.0\mu\text{g/ml}$, 1996 年上升为 $0.25\mu\text{g/ml}$ ~ $256.0\mu\text{g/ml}$, MIC50 值上升 63 倍。氟哌酸的 MIC 值范围 1991 年为 $0.0156\mu\text{g/ml}$ ~ $1.0\mu\text{g/ml}$, 1996 年上升为 $0.125\mu\text{g/ml}$ ~ $64.0\mu\text{g/ml}$, MIC50 也上升 63 倍。其中有些抗生素虽然耐药菌株 1996 年比 1991 年增高不明显, 但中敏菌株已明显增多且已接近耐药临界值。就青霉素 G 来说, PPNG 株比非 PPNG 株 MIC50 值大 127 倍, MIC90 值大 63 倍, PPNG 株在高度耐青霉素的同时, 也存在对其他抗生素的药物抗性。

为了比较常用药物治疗淋病的疗效, 不少学者进行了临床观察, 在此列出, 以利临床医师用药时参考。

庄希泉等用利福平和四环素等联合治疗淋病 246 例, 其中男 58 例, 女 148 例, 年龄最大的 65 岁, 最小的 4 岁。

治疗方案: 将 246 例淋病患者分为 4 组, 用 4 种方案治疗。

第一组: 开始 3 日服利福平 600mg, 每日 1 次, 并同时服用四环素 0.5g, 每日 4 次, 第 4 天停服利福平, 四环素继续服用到第 7 日;

第二组: 前 3 天服利福平 600mg, 每日 1 次, 并同时服用红霉素 0.25g, 每日 4 次, 第 4 ~ 7 日单用红霉素;

第三组: 前 3 天服利福平 600mg, 每日 1 次, 并同时服用复方新诺明 2 片, 每日 2 次, 第 4 ~ 7 日单用复方新诺明;

第四组: 第 1 日服利福平 600mg, 第 1 ~ 7 日服用四环素 0.5g, 每日 4 次。

结果: 第一组 72 例, 治愈 70 例, 治愈率为 97.2%; 第二组 18 例、第三组 13 例均全部治愈, 治愈率为 100%; 第四组 143 例, 治愈 141 例, 治愈率为 98.6%。

庄希泉等总结 246 例淋病患者的治疗经验后认为: ①利福平治疗量为每日 600 ~ 900mg 为宜, 过大量应考虑其不良反应, 有肝脏疾病者应禁用; ②服用 600mg/日的利福平后并同时服用四环素或红霉素皆有疗效; ③孕妇及儿童禁用四环素, 改用红霉素或复方新诺明可获得同样的疗效。

白义杰等用国产头孢氨噻肟钠和头孢三嗪与壮观霉素治疗淋病。

治疗方法:1组用头孢氨噻肟钠(CTX)84例(男63例,女21例)1g肌肉注射,顿服丙磺舒1g;2组45例(男35例,女11例)用壮观霉素2g肌肉注射。结果见表3-7-8。

表3-7-8 3种药物对无合并症淋病的治疗结果

药物	总例数	痊愈例数%	未愈例数%
CTX	84	80(95.2)	4(4.8)
头孢三嗪	45	45(100.00)	0
壮观霉素	42	36(85.7)	6(14.3)

周玲等用壮观霉素、头孢呋肟、头孢噻甲羧肟(氟达欣)、淋克星(Norftoxatin)、氟哌酸、秦利必妥和青霉素G等6种抗生素治疗淋病401例。治疗方法:1组124例(男101,女23例),用壮观霉素2g,肌肉注射1次;2组26例(男16例,女10例),用头孢噻甲羧肟1g,肌肉注射1次;3组34例(男25例,女9例),用头孢呋肟1.5g,分双臀肌肉注射1次;4组83例(男59例,女24例),用淋克星800mg,顿服;5组69例(男48例,女21例),用氟哌酸200mg,每日3次,共3日;6组65例(男43例,女22例),用青霉素G480万U,分双臀肌肉注射,共3日,同时口服丙磺舒1g,共3日。结果见表3-7-9。

表3-7-9 六种抗菌剂治疗淋病的疗效

药物	治疗数	治愈数	治愈率(%)
壮观霉素	124	118	95.16
头孢噻甲羧肟	26	25	96.15
头孢呋肟	34	23	67.65
淋克星	83	77	92.77
氟哌酸	69	64	92.75
青霉素G	65	36	55.38

查戈比较了5种药物治疗急性淋菌性尿道(宫颈)炎的疗效。①悉复欢(环丙氟哌酸)250mg,空腹服,每12小时1次,共服5日;②菌必治(头孢三嗪)250mg,1次肌肉注射;③氟哌酸600mg口服,4小时后重复1次,总量1200mg;④淋必治(壮观霉素)2g,1次肌肉注射;⑤青霉素160万U肌肉注射,每日2次,共5日。结果见表3-7-10。

孙令等比较了4种药物及不同剂量单剂量疗法治疗无合并症淋病的疗效。全部病例共237例(男171,女66例),年龄20~49岁,病程1~43天,均为初诊未经任何治疗者。将患者随机分成6组:①青霉素组:39例(男29例,女10例),青霉素480万U,一次性肌肉注射;②壮观霉素组:38例(男25例,女13例),壮观霉素2g,一次性肌肉注射;③头孢三嗪250mg组:40例(男30例,女10例),头孢三嗪250mg,一次性肌肉注射;④头孢

第三篇 淋病临床诊断治疗与预防新技术

三嗪 500mg 组:38 例(男 29 例,女 9 例),头孢三嗪 500mg,一次性肌肉注射;⑤氟嗪酸 400mg 组:37 例(男 26 例,女 11 例),氟嗪酸 400mg,一次性口服;⑥氟嗪酸 800mg 组:45 例(男 32 例,女 13 例),氟嗪酸 800mg,一次性口服。结果见表 3-7-11。

表 3-7-10 5 种药物治疗急性淋菌性尿道(宫颈)炎疗效比较(例)

药 物	病例数	治愈数	未愈数	治愈率(%)
悉复欢	56	54	2	96.43
菌必治	46	44	2	95.65
淋必治	25	23	2	92.00
氟哌酸	30	28	2	93.33
青霉素	29	23	6	79.21

表 3-7-11 各组单剂量抗生素治疗无合并症淋病疗效比较

组 别	病例数	痊愈(%)	失败(%)
①青霉素	39	24(61.5)	15(38.5)
②壮观霉素	38	33(86.8)	5(13.2)
③头孢三嗪 250mg	40	40(100)	0
④头孢三嗪 500mg	38	38(100)	0
⑤氟嗪酸 400mg	39	39(100)	0
⑥氟嗪酸 800mg	45	45(100)	0

洪福昌等用壮观霉素、利福平、红霉素治疗耐青霉素淋病 57 例,方法是将 57 例耐青霉素淋病患者分为 3 组,采用联合用药及单一用药等 3 种治疗方法。第 1 组 21 例,采用壮观霉素 2g,一次性肌肉注射,同时口服四环素,每次 0.5g,每日 4 次,共 5 日;第 2 组 20 例,采用口服利福平,每日 0.6g,一次性口服,共 7 日,同时口服四环素,每次 0.5g,每日 4 次,共 7 日;第 3 组 16 例,采用口服红霉素,每次 0.5g,每日 4 次,共 7 日。结果:第 1 组共治疗 24 例(包括第三组治疗失败 2 例),治愈 23 例,治愈率 95.8%。另 1 例复查时仍感觉尿道有较稀薄分泌物及尿道不适,但分泌物涂片及培养均阴性,后改用红霉素口服,每日 4 次,每次 0.5g,共 7 日,同时口服利福平每日 0.6g,一次性口服,共 7 日,2 周后复查症状消失;第 2 组治愈率 90%,其中 2 例复查时作尿道分泌物涂片仍找到淋球菌,后改用庆大霉素肌肉注射,每日 2 次,每次 8 万 U。共 5 日,同时口服红霉素,每次 0.5g,每日 4 次,共 7 日,1 个月后复查转为阴性;第 3 组治愈 13 例,治愈率为 81.2%,另 3 例中 1 例仍有典型临床症状,涂片淋球菌镜检呈阳性,2 例临床症状消失,但涂片及培养仍找到淋球菌,改用壮观霉素 2g,一次性肌肉注射,同时口服四环素每日 4 次,每次 0.5g,共 7 日,再次复查时临床及淋球菌涂片、培养检查全部阴性。上述 3 种疗法,以壮观霉素组疗效最

佳,治愈率 95.8%,其次为利福平组和红霉素组,治愈率分别为 90%和 81.2%。本临床观察表明,治疗耐青霉素淋病联合用药较单一用药疗效更佳,又以壮观霉素与四环素联合用药疗效最佳。

肖鹭白等观察了用头孢三嗪、头孢噻肟钠和壮观霉素治疗无合并症淋病的疗效。治疗方法:将 72 例患者分为 3 组。A 组 17 例,用进口的头孢三嗪 250mg 加 1%利多卡因 4ml 稀释,一次性肌肉注射;B 组 21 例,用国产头孢噻肟钠 1g 加 1%利多卡因 4ml 稀释,一次性肌肉注射;C 组 34 例,用比利时产壮观霉素 2g,一次性肌肉注射。分别于用药后第 4、8 天复查,作分泌物涂片和培养,并观察临床症状与体征变化,进行疗效评价。治疗结果见表 3-7-12。

表 3-7-12 头孢三嗪、头孢噻肟钠及壮观霉素
治疗无合并症淋病的疗效比较

组别	例数	治愈(%)	无效(%)
A 组	17	17(100)	0
B 组	21	20(95.24)	1(4.76)
C 组	34	31(91.18)	3(8.82)

A 组病例多在用药 6~24 小时内症状明显好转,大部分在 3 天后症状全部消失;B 组症状和体征缓解时间最快 6 小时,最慢 72 小时,平均 39 小时;C 组症状和体征在 4 小时至 24 小时内明显缓解。

第四节 治疗淋病的药物选择

在第二节已列举了治疗淋病的诸多药物和较常用药物的作用与作用机制、用药方法与用量、不良反应等,在第三节介绍了国内学者所研究的淋球菌对常用抗生素敏感性与疗效。但在临床实践过程中如何针对淋病患者的病情进一步选择好治疗药物,对淋病治疗的成功与否至关重要。

治疗淋病的药物选择要考虑以下几个方面:①淋病的类型和病情的严重程度,如是急性淋病还是慢性淋病,是无合并症淋病还是有合并症淋病,是局限于泌尿生殖系统的淋病还是播散性淋病等;②患者所感染的淋球菌对药物的敏感性和耐药性,要对当地或该地区淋球菌流行情况有所了解;③患者有无合并其他性病病原体的感染,如有无沙眼