



## 头孢三嗪治疗早期梅毒的疗效评价

梅毒是由苍白螺旋体引起的一种慢性传染病，主要通过性接触传播。近年来，其发病率呈高速持续递增的趋势[1]。目前，该病的治疗仍以青霉素为主。1999年1月~1999年5月间，我们采用上海罗氏制药有限公司生产的头孢三嗪[商品名罗氏芬，批准文号：1998卫药准字XF-0129(1)]治疗早期梅毒，并与卞星青霉素G治疗对照，进行临床及血清学比较分析，现将结果报道如下。

### 1 病人与方法

#### 1.1 病例来源

63例患者均为本院性病科就诊的初发病人，将其随机分成治疗组与对照组。治疗组31例，男17例、女14例，年龄18~45岁，平均26.9岁，其中I期梅毒7例，II期梅毒21例，潜伏梅毒3例；对照组32例，男17例、女15例，年龄20~46岁，平均25.6岁，其中I期梅毒8例，II期梅毒20例，潜伏梅毒4例。

#### 1.2 病例纳入标准

血清快速血浆反应素环状卡片试验(RPR)及梅毒螺旋体被动颗粒凝集试验阳性；有或无临床症状，病程在2个月~1年；发病以来无药物治疗史、无青霉素及头孢三嗪过敏史，能够配合追踪随访者。

#### 1.3 治疗方法

治疗组：头孢三嗪0.25 g，肌肉注射，1次/日，15 d为1疗程。对照组：卞星青霉素G 240万U，分两侧臀部肌肉注射，每周1次，3周为1疗程。为预防吉海反应，均于开始治疗前加服强的松片5 mg，4次/d，4 d。

#### 1.4 疗效判定标准[2]

临床治愈：临床症状及体征消失或在原皮损处残留浅表瘢痕或色素沉着斑，3个月内RPR滴度下降4倍以上。血清学治愈：临床症状与体征消失，RPR每3月检查1次，连续3次阴性。

### 2 结果

#### 2.1 临床结果

治疗组临床治愈29例，治愈率为93.5%，其中6例遗留有色素沉着斑；对照组治愈31例，治愈率为96.9%，8例遗留色素沉着。两者临床疗效无显著性差异( $P>0.05$ )。两组患者一般均于用药后2~3 d硬下疳干燥、收敛，全部病例硬下疳7~10 d内愈合。II期梅毒疹用药后2~3 d颜色变暗，2周内消失。

#### 2.2 血清学结果

治疗组与对照组患者均进行1年以上血清学随访。治疗组31例中，血清RPR转阴27例(87.1%)，对照组32例中RPR转阴29例(90.6%)。经 $\chi^2$ 检验，两组血清RPR阴转率无显著性差异( $P>0.05$ )。

青霉素治疗梅毒已有50年历史，至今仍为首选药物，也未见产生耐药菌株的报道，其突出的优点是疗效稳定，价格低廉，但患者用药需皮试，偶见过敏性休克，中枢神经系统药物浓度低是其最大缺陷[3]。头孢三嗪为广谱半合成第三代头孢菌素，具有半衰期长、生物利用度高、对 $\beta$ 内酰胺酶稳定、组织穿透能力强等特点，常用剂量能透入脑脊液，适合有神经损害的梅毒患者，安全性高[2][4]。本研究结果说明，应用头孢三嗪治疗早期梅毒与卞星青霉素相比，两组患者临床治愈率与血清学治愈率均无明显差异，也就是说近期疗效相当。因此，对于青霉素不能耐受的患者，头孢三嗪治疗早期梅毒不失为一种较好的替代药物。治疗组患者有1例出现瘙痒性丘疹，用抗组胺药后缓解，未中断治疗；也未发现药物过敏性休克的病例，其远期疗效有待进一步观察。

#### 参考文献：

- [1] 郑道诚, 陈永锋, 叶丽芳. 广东省1987~1996年梅毒流行病学分析[J]. 中国性病艾滋病防治, 1998, 4(3): 104-6.
- [2] 何成雄, 魏 珊, 邵康蔚. 头孢三嗪治疗早期梅毒疗效分析[J]. 中华皮肤科杂志, 1998, 31(3): 194.
- [3] 李 季, 田广南, 李 平. 两种抗生素治疗56例早期梅毒[J]. 临床皮肤科杂志, 2000, 29(1): 32.
- [4] Graig WA. Antibiotic selection factors and description of a hospital- based out-patient antibiotic therapy program in USA[J]. Eur J Clin Microbiol Infect Dis, 1995, 14(1): 4-10.

#### 参考文献：

- [1] 郑道诚, 陈永锋, 叶丽芳. 广东省1987~1996年梅毒流行病学分析[J]. 中国性病艾滋病防治, 1998, 4(3): 104-6.
- [2] 何成雄, 魏 珊, 邵康蔚. 头孢三嗪治疗早期梅毒疗效分析[J]. 中华皮肤科杂志, 1998, 31(3): 194.
- [3] 李 季, 田广南, 李 平. 两种抗生素治疗56例早期梅毒[J]. 临床皮肤科杂志, 2000, 29(1): 32.
- [4] Graig WA. Antibiotic selection factors and description of a hospital- based out-patient antibiotic therapy program in USA[J]. Eur J Clin Microbiol Infect Dis, 1995, 14(1): 4-10.