

伊曲康唑与氟康唑治疗马拉色菌毛囊炎的疗效对比分析

赵琳

湘潭市第二人民医院 湖南湘潭 411100

【摘要】目的 探讨并对比伊曲康唑与氟康唑治疗马拉色菌毛囊炎的疗效。**方法** 选择2017年1月-2018年8月在我院治疗的马拉色菌毛囊炎84例患者进行研究,随机均分为观察组与对照组各42例。对照组给予口服氟康唑治疗,研究组给予口服伊曲康唑治疗,对比分析两组患者的治疗效果、治疗费用使用情况和不良反应发生率。**结果** 两组患者治疗总有效率、不良反应发生率无显著差异($P > 0.05$);氟康唑治疗费用更高,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 伊曲康唑与氟康唑治疗马拉色菌毛囊炎效果均显著,且安全性相当,但伊曲康唑更加经济实惠,马拉色菌毛囊炎可优先选用伊曲康唑进行治疗。

【关键词】 马拉色菌毛囊炎;伊曲康唑;氟康唑**【中图分类号】** R756**【文献标识码】** A**【文章编号】** 1672-0415 (2019) 01-068-02

马拉色菌毛囊炎是由正常寄生于人体内的糠秕马拉色菌在特定条件下快速繁殖引发的慢性或复发性皮肤病,该病为常见一类的皮肤疾病,近几年的发病人数呈快速上升状态。各年龄段均能发作,治疗难度较大^[1]。马拉色菌毛囊炎引起的皮损为红色的半球状丘疹,直径在3mm左右,具光泽,边缘有红晕,常见于颈部、胸背部、上臂等暴露在外部位,损害了患者的形象和身心健康^[2]。此外,还可能伴随痤疮、多汗以及表皮囊等症状,有时还会出现瘙痒,影响患者的日常生活并带来不便^[3]。目前,临床上治疗该病常采取的药物为伊曲康唑与氟康唑,本文旨在探讨以上两种药物治疗马拉色菌毛囊炎的临床疗效,并分析其治疗费用情况,结果如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2017年1月-2018年8月在我院治疗的马拉色菌毛囊炎84例患者进行研究,全部患者均确诊,并告知患者签署知情同意书且获批准,排除严重的心、肝、肾、肺等功能障碍患者,排除治疗之前使用过任何抗真菌治疗药物患者。随机均分为观察组与对照组各42例。观察组中,男性23例,女性19例;年龄最大51岁,最小16岁,平均年龄(29.71±4.12)岁;病程0.91~8.67年,平均病程(1.98±0.70)年。对照组中,男性24例,女性18例;年龄最大53岁,最小17岁,平均年龄(30.14±3.86)岁;病程1.17~7.36年,平均病程(1.77±0.93)年。皮损多对称散生在胸部、颈部及上臂等处,两组患者的基本资料的差异不显著($P > 0.05$),可进行对比分析。

1.2 方法

对照组给予口服氟康唑治疗,一日1次,一次150mg,连续服用2周。研究组给予口服伊曲康唑治疗,一日1次,一次200mg,连续服用2周。两组患者在治疗期间不能服用其他药物,治疗结束后观察两组患者的疗效。

1.3 疗效评价

对比两组患者的治疗效果、治疗费用使用情况和不良反应发生率。

治疗效果分成4个等级,即无效、有效、显效与痊愈,评价标准如下^[4]:(1)无效:皮疹没有发生任何改变,镜检马拉色菌显示阳性。(2)有效:皮疹已有50%左右消失,镜检马拉色菌显示阳性。(3)显效:皮疹已超过70%消失,镜检马拉色菌显示阴性。(4)痊愈:皮疹已完全消失,镜检马拉色菌显示阴性。总有效率=有效率+显效率+痊愈率。

1.4 数据处理方式

应用软件SPSS22.0分析本研究数据,治疗效果、不良反应发生率采用百分数(%)表示,卡方检验,治疗费用采用(均数±标准差)表示,t检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的治疗效果对比

两组患者治疗总有效率无显著差异($P > 0.05$),如表1所示。

表1: 两组患者的治疗效果对比[n(%)]

分组	例数	无效	有效	显效	痊愈	总有效率(%)
观察组	42	3	6	15	18	92.86
对照组	42	4	6	17	15	90.48
χ^2						0.941
P						0.766

2.2 两组患者的不良反应状况对比

治疗过程中,观察组和对照组均有1例出现呕吐现象,停药后症状消失,两组患者不良反应发生率无显著差异($\chi^2=0.984$, $P=0.817 > 0.05$)。

2.3 两组患者治疗费用对比

观察组治疗费用(274.61±36.15)元,对照组治疗费用(320.12±53.61)元,差异有统计学意义($t=3.091$, $P=0.025 < 0.05$)。

3 讨论

马拉色菌是一种皮肤寄生菌,马拉色菌毛囊炎的发生条件是皮脂腺分泌较为旺盛、马拉色菌增长速度过快、抑制了毛囊内细菌等。诱发马拉色菌毛囊炎的因素多种多样,如糖皮质激素、抗生素以及免疫抑制剂类药物的滥用,免疫力低下、糖尿病、肿瘤患者以及易出汗体质的人群、炎热潮湿的环境等均易患该病。马拉色菌在各种因素刺激下,于毛囊中大量繁殖将毛囊中的脂肪分解成游离的脂肪酸,使毛囊导管堵塞,从而诱发炎症。研究报道指出^[5],马拉色菌毛囊炎患者中有一半以上者的工作环境或居住环境处于闷热不通风的状态。所以舒适整洁的环境可有效预防毛囊炎的发生,在日常工作或生活中,应保持环境整洁干净,注意通风散热。

马拉色菌毛囊炎主要表现为皮损,临床上治疗时常采取抗真菌治疗^[6],伊曲康唑、氟康唑均为抗真菌药物,伊曲康唑是通过抑制细胞色素P450依赖性酶14a-去甲基酶的活性进行干扰,减少真菌细胞中的麦角固醇和14-甲基固醇,通过抑制病原菌的色素酶系统,破坏膜的组成成分达到有效控制深层病菌生长的目的,从而起到抗真菌的效果。氟康唑的作用机制与伊曲康唑类似,但抗菌谱相比较少。两种药物均为合成药物,抗菌作用良好,尤其对马拉色菌具有较强的抑制作用,同时能够减轻油脂的分泌并避免炎症发生,可以有效缓解因马拉色菌毛囊炎造成的皮肤瘙痒等症状,显著改善病患的生活质量,控制毛囊炎症以及抗感染方面具有较好的效果。本研究中数据显示,两组患者治疗总有效率、不良反应发生率无显著差异($P > 0.05$),数据说明,伊曲康唑、氟康唑在治疗马拉色菌毛囊炎时,能有效缓解患者临床症状,治疗有效率高,且治疗过程中,两组患者均只有1例患者有呕吐现象发生,在停药后,呕吐症状消失,治疗期间均未发生严重不良反应,所以两种药物治疗均较安全、有效。但从经济学角度考虑,伊曲康唑的治疗成本相对较低。

(下转第73页)

态性会降低氯吡格雷的反应,并且基因多态性也会导致氯吡格雷反应变异性,出现氯吡格雷抵抗(CR),降低存活率^[5]。中医认为脑梗死属于“缺血性中风”范畴,主要由于气滞血瘀导致,治疗应该以通脉活血通络以及活血化瘀为主,血栓通注射液属于中药制剂,三七总皂苷为其有效成分,是作用较强的内皮素拮抗剂,可对血小板活化因子以及花生四烯酸进行抑制,并且对血小板聚集具有较好的阻碍作用,且纤维溶解作用较强^[6]。通过注射用药可改善患者的微循环,避免形成血栓,还可减少周围半暗带以及缺血区氧自由基的生成有助于减少神经元坏死,并且血栓通还可改变患者红细胞的变性能力,使得纤维蛋白原浓度不断降低,进而有效增强血小板活性,研究中治疗后患者的各项指标明显改善,这与朱爱琴^[7]的研究结果相一致。

综上所述,对伴有氯吡格雷抵抗(CR)脑梗死患者采用血栓通注射液治疗效果较好,可有效改善患者神经功能缺损状况,降低血小板聚集率,提高日常生活能力。

参考文献

- [1] 王海珠.氯吡格雷抵抗对伴糖尿病的冠心病患者冠脉介入

预后影响及相关因素[J].中国卫生工程学,2017,16(02):234-235.

[2] 王琛.氯吡格雷抵抗对高龄冠心病合并糖尿病患者冠脉介入治疗效果的影响与相关因素分析[J].中国继续医学教育,2015,7(03):209-210.

[3] 吴慧君,左凤同,刘辉,等.氯吡格雷联合阿司匹林肠溶片对伴有脑血管狭窄的脑梗死患者血清磷脂酶及脂素水平的影响[J].医学综述,2016,22(12):2390-2393.

[4] 赵菁,耿文静,翟博智.血栓通注射液治疗急性脑梗死氯吡格雷抵抗的临床观察[J].中草药,2015,46(14):2122-2126.

[5] 刘辉,左凤同,刘洁琼,等.阿司匹林联合氯吡格雷治疗青年人伴有血管狭窄脑梗死临床研究[J].北华大学学报(自然科学版),2016,17(2):229-232.

[6] 左凤同,刘辉,吴慧君,等.双重抗血小板聚集治疗对伴有颅内血管狭窄的缺血性卒中患者的二级预防[J].实用医学杂志,2015,31(15):2559-2561.

[7] 朱爱琴.氯吡格雷联合血栓通治疗2型糖尿病合并脑梗死疗效观察[J].今日健康,2015,14(11):125-125.

(上接第68页)

综上所述,伊曲康唑与氟康唑治疗马拉色菌毛囊炎治疗效果均显著,且均安全可靠,但伊曲康唑更加经济实惠,马拉色菌毛囊炎可优先选用伊曲康唑进行治疗。

参考文献

[1] 谭妙华,吴江.口服伊曲康唑与氟康唑治疗马拉色菌毛囊炎的疗效及费用情况分析[J].数理医药学杂志,2017(12):1851-1852.

[2] 吕永梅,陈丽.伊曲康唑胶囊联合盐酸阿莫罗芬乳膏治疗马拉色菌毛囊炎临床疗效观察[J].皮肤病与性病,2018(3):391-392.

[3] 樊超.伊曲康唑与氟康唑治疗马拉色菌毛囊炎疗效和安全性观察[J].中华临床医师杂志:电子版,2016(11):170-171.

[4] 刘杰.伊曲康唑与复方酮康唑洗剂联合治疗马拉色菌毛囊炎疗效分析[J].世界临床医学,2017,11(15):85.

[5] 延晓伟,朱嵌玉,万齐华,等.NB-UVB联合酮康唑洗剂、伊曲康唑治疗马拉色菌毛囊炎疗效观察[J].河北医药,2018(6):918-920+924.

[6] 杜旭群.伊曲康唑联合肤疾洗剂治疗马拉色菌毛囊炎疗效观察[J].吉林医学,2017(1):52-54.

(上接第69页)

发烧感冒时遵医嘱用药,出汗及时更换敷贴,白细胞下降时给予升白药物治疗。③加强管理:严格执行科室灭菌消毒制度,加强病房管理,加强对手术患者医院感染的监测和控制;建立PICC导管置入记录单、导管维护记录系统,随时监测置管后导管维护情况,了解患者感染及并发症发生的原因,为PICC循证护理提供依据。

通过对PICC相关性感染患者的病原菌的分析。研究显示,革兰阳性菌、革兰阴性菌是最主要的感染病原菌。其中,金黄色葡萄球菌和大肠埃希菌是整个感染病原菌中所占比例最高。

参考文献

[1] 秦易.肿瘤患者PICC置管感染的病原菌分布与耐药性分析[J].护理学杂志,2016,30(13):87-89,96.

[2] 马涛.PICC相关性感染危险因素的Meta分析[J].中国实用护理杂志,2016,29(31):56-61.

[3] 沈晓琼.PICC感染高危因素分析及预防措施[J].中华医院感染学杂志,2016,24(11):2702-2703.

(上接第70页)

别为(0.29±0.11)、(0.69±0.25)、(1.45±0.35)、(2.45±0.15),明显要低于仅实施牙周组织再生术的患者, $P < 0.05$ 。而且,实施牙周组织再生术与口腔正畸联合治疗的患者的不良反应发生率为8%,和仅实施牙周组织再生术的患者相比明显更低, $P < 0.05$ 。

综上所述,牙周组织再生术与口腔正畸联合治疗牙周炎患者,可有效改善患者牙周组织,降低牙周组织损伤,且不良反应发生率较低,安全性较高。

参考文献

- [1] 赵玺,王媛媛,李江波,等.牙周组织再生术与口腔正

畸联合治疗牙周炎患者的临床疗效观察[J].疑难病杂志,2016,15(3):295-298.

[2] Guoqiang Guan.Potential Periodontal Structure Reconstruction with Biodegradable Scaffold[J].Inside R&D,2013,42(23):2-3.

[3] 喻爱霞.牙周炎患者应用牙周组织再生术联合正畸治疗的临床效果评价[J].河北医科大学学报,2017,38(3):306-310.

[4] Kong,X.,Liu,Y.,Ye,R.et al.GSK3 β is a checkpoint for TNF- α -mediated impaired osteogenic differentiation of mesenchymal stem cells in inflammatory microenvironments[J].Biochimica et Biophysica Acta.General Subjects,2013,1830(11):5119-5129.

(上接第71页)

参考资料

[1] 王福生,杨巧玲.胺碘酮在心力衰竭伴发心房颤动治疗中的临床疗效和安全性探讨[J].基层医学论坛,2017,21(20):2598-2599.

[2] 李栋.芪苈强心胶囊联合胺碘酮治疗老年心力衰竭合并阵发性房颤疗效观察[J].西部中医药,2016,29(3):86-88.

[3] 司贤峰.胺碘酮在急诊抢救心力衰竭伴快速心房颤动患者中的疗效和安全性[J].临床医药文献电子杂志,2016,3(30):6078-6079.

[4] 任光辉.静脉用胺碘酮对心衰并发快速房颤的治疗意义探究[J].临床医学研究与实践,2016,1(22):44-44.

[5] 范国霞.分析胺碘酮治疗心衰并发房颤的临床疗效及安全性[J].当代医学,2017,23(4):99-100.