

302 例梅毒患者临床分析

殷文浩¹, 郑 敏¹, 鲍 彰¹, 盛桂芳², 于月明²

(1. 浙江大学医学院附属第二医院, 浙江 杭州 310009; 2. 浙江省嘉兴市第一医院, 浙江 嘉兴 314000)

[摘要] 目的: 了解目前梅毒发病的特点, 提高对梅毒的认识, 以减少误诊, 改善预后。方法: 对 302 例梅毒患者的临床资料进行回顾性分析。结果: 302 例梅毒患者, 一期 49 例, 二期 233 例, 早期潜伏 18 例, 晚期 2 例, 误诊率 18.21% (55/302), HIV 抗体检测均阴性。经正规抗梅毒治疗, 6 个月后, 血清阴转率: 一期 46.94%, 二期 39.48%, 早期潜伏 44.44%, 晚期 0%。结论: 目前临床上以早期梅毒为多见, 晚期梅毒将逐渐增多, 对早期梅毒应规范治疗, 以减少晚期梅毒的发生。

[关键词] 梅毒/诊断; 误诊; 回顾性研究; 临床分析

[中图分类号] R 759.1 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1008-9292(2003)06-0536-02

近年来梅毒患者有日益增多的趋势, 大多为早期梅毒, 现将我们在 1999 年 1 月至 2001 年 2 月间诊治的临床资料完整的梅毒患者 302 例报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 300 例门诊患者, 为早期梅毒(一期、二期和早期潜伏), 2 例住院患者, 为晚期梅毒。所有患者均作血清 RPR、TPHA 检测, 均阳性, RPR 滴度 1:4~1:128。男性 185 例, 女性 117 例, 男:女 1.58:1。年龄 18~76 岁, 其中小于 20 岁 5 例, 20~30 岁 118 例, 31~40 岁 104 例, 41~50 岁 57 例, 51~70 岁 17 例, 大于 70 岁 1 例。婚姻状况:已婚 175 例, 未婚 102 例, 离婚 25 例。职业:工人 35 例, 农民 26 例, 干部 18 例, 服务员 86 例, 个体工商户 51 例, 司机 49 例, 业务员 20 例, 无业 16 例, 学生 1 例。传染源:男性 185 例中, 163 例为婚外性接触感染, 18 例为配偶传染, 4 例否认婚外性接触史; 女性 117 例中, 有婚外性接触史 59 例, 配偶传染 56 例, 2 例否认婚外性接触史。本组病例中, 合并淋病 14 例, 非淋菌性尿道炎 5 例, 尖锐湿疣 2 例; 55 例二期梅毒患者曾误诊为其它皮肤病; 所有病例检测 HIV 抗体均阴性。

1.2 临床表现

1.2.1 一期梅毒 49 例, 占 16.23%, 其中男性 42 例, 女性 7 例, 均表现为硬下疳及近卫淋巴

结肿大, 硬下疳分别位于冠状沟、包皮、龟头、阴唇、阴道口, 为直径约 0.5~1 cm 的浅表溃疡, 单发 33 例, 多发 16 例, 伴腹股沟淋巴结肿大 29 例, 双侧 11 例, 单侧 18 例, 4 例淋巴结轻微压痛, 余均无痛。

1.2.2 二期梅毒 233 例, 占 77.15%, 男性 130 例, 女性 103 例, 表现为二期梅毒疹, 能询及硬下疳史者 73 例。皮疹表现多种多样, 斑疹 65 例, 丘疹 16 例, 斑丘疹 41 例, 丘疹鳞屑性损害 16 例, 掌跖鳞屑性斑疹 135 例, 扁平湿疣 65 例, 头皮虫蚀样脱发 1 例。皮疹主要分布于掌跖、躯干、四肢及外生殖器、肛周, 皮疹呈单一形态 147 例, 两种以上形态 86 例, 15 例有轻微瘙痒, 余无症状, 本组患者中未见明显粘膜、骨骼及眼睛损害。

1.2.3 早期潜伏梅毒 18 例, 占 5.96%, 男性 12 例, 女性 6 例, 5 例为性伴患病后检查而确诊, 13 例为就诊其他性传播疾病检查而确诊, 询及硬下疳史 5 例, 躯干四肢皮疹史 4 例。

1.2.4 晚期梅毒 2 例, 占 0.66%, 其中 1 例女性 23 岁, 2 年前婚检 RPR 1:8 阳性, 无硬下疳和二期皮疹史, 有婚外性接触史, 予水剂青霉素 G 80 万 U 肌注, 每天 2 次, 共 7 d, 此后 RPR 在

收稿日期: 2002-01-25 修回日期: 2002-05-10

作者简介: 殷文浩(1969—), 男, 硕士生, 主治医师, 从事皮肤科临床和科研工作。

1 : 8 ~ 1 : 32 之间波动,又多次用水剂青霉素治疗。本院作腰穿,脑脊液 RPR 1 : 1 阳性,TPHA 阳性;血清 RPR 1 : 8,TPHA 阳性,神经系统检查未发现临床症状和体征,诊断:无症状性神经梅毒。1 例男性 50 岁,心血管梅毒,主动脉瓣关闭不全,心功能Ⅳ级,血清 RPR 1 : 8,TPHA 阳性,脑脊液无异常。10 多年前有婚外性接触史,有硬下疳史,未曾抗梅治疗,无二期皮疹史。

1.3 治疗

1.3.1 早期梅毒: ① 苄星青霉素 G 240 万 U,肌注,每周 1 次,共 3 次,治疗 182 例。② 普鲁卡因青霉素 G 80 万 U,肌注,每天 1 次,共 15 d,治疗 97 例。③ 21 例青霉素皮试阳性者中,强力霉素治疗 12 例,100 mg 每天 2 次口服,共 20 d;美满霉素治疗 9 例,100 mg 每天 2 次口服,共 20 d。131 例抗梅治疗同时口服强的松 10 mg,每天 3 次,共 3 d,未服强的松者,有 17 例出现 Jarisch-Herxheimer 反应。

1.3.2 晚期梅毒: ① 1 例无症状性神经梅毒水剂青霉素 G 320 万 U 每 4 h 1 次静滴,连续 15 d,而后苄星青霉素 G 240 万 U 肌注,每周 1 次,共 3 次。② 1 例心血管梅毒在心衰控制后予普鲁卡因青霉素 G 80 万 U 肌注,每天 1 次,共 20 d,2 个疗程,中间隔 2 周。2 例在抗梅治疗前 1 d 始服强的松 10 mg,每天 3 次,共 5 d,未发生 Jarisch-Herxheimer 反应。

1.4 结果 经抗梅毒治疗,一期和二期梅毒患者皮疹全部消退。RPR 阴转率: 3 月后一期梅毒为 30.61%,二期梅毒为 21.46%,早期潜伏梅毒为 27.78%; 6 月后一期为 46.94%,二期为 39.48%,早期潜伏为 44.44%; 其余患者 RPR 滴度下降均超过 2 个稀释度。2 例晚期梅毒患者治疗前 RPR 1 : 8,治疗后 3 个月和 6 个月均为 1 : 4。由于 6 个月 after 大多数患者失访,使血清反应滴度变化的长期观察很难做到。

2 讨论

本组 302 例中,男性居多,185 例,占 61.26%;年龄以 21 ~ 40 岁的性活跃人群为主,222 例,占 73.51%;男、女性中因婚外性接触而感染者分别占 88.11%(163/185),50.43%

(59/117),共 222 例,占 73.51%(222/302),多为嫖娼或卖淫所致,与国内文献报道相似^[1],提示性乱是梅毒的主要传播途径,故要控制梅毒的流行,打击卖淫嫖娼是一个重要的措施。

二期梅毒皮疹多种多样,本组中以掌跖鳞屑性斑疹最多见,占 57.94%(135/233)。各种皮疹类似多种皮肤病,极易误诊,本组中有 55 例误诊。233 例二期梅毒中 31.33%(73/233)的患者询及硬下疳史,均未引起重视而“自愈”。因此,在性病防治工作中,应加强社会宣传,提高人们对性病特别是梅毒的认识,使患者能主动就医,同时应加强对专业人员的业务培训,提高诊治水平,以减少误诊误治。

本组病例中,有早期潜伏梅毒 18 例,多因患其他性病或因性伴患病就诊而被发现,故我们认为,在性病防治中,性伴的治疗非常重要,应劝告和督促患者陪性伴一起检查和治疗。同时,对患其他性传播疾病的患者,应常规作梅毒血清学检查,以防漏诊。潜伏梅毒是重要的传染源,对其治疗能切断传染途径,对控制梅毒传播有重要意义。

我们遇到 2 例晚期梅毒患者,这提醒我们,随着 10 多年来梅毒的再度流行,以及不规范治疗的存在,晚期梅毒将逐渐增多,国内屡有报道^[2,3]。有学者认为,早期梅毒接受不适当治疗比未经治疗结果更差,不规范治疗可催促晚期损害提前发生^[4]。本组 1 例患者,在早期阶段因不正规使用水剂青霉素治疗,不能持续维持有效杀螺旋体浓度,治疗失败,最终出现无症状性神经梅毒。梅毒感染向全身播散时,螺旋体通常侵犯神经系统,有学者用早期梅毒患者的脑脊液接种于动物后分离到梅毒螺旋体^[5,6]。在挪威对 953 例一期和二期梅毒患者的研究中,发现 6.5%有神经系统受累^[7]。故对早期梅毒应及时、正规和足量的青霉素治疗,治疗后应长期随访,如 RPR 滴度不下降或半年内下降小于 2 个稀释梯度,需作脑脊液检查。对有梅毒感染史或梅毒血清试验阳性,持续出现不明原因神经或精神病变,需作有关神经梅毒的检查或适当治疗^[8]。同时,艾滋病在我国已进入增长期,国内已有报告在梅毒患者中发现 HIV 感染^[9],而 HIV 感染者,因免疫力下降, (下转第 542 页)

1998,142(4):923—936.

[18] GRIMMER S, IVERSEN T G, VAN DEURS B, et al. Endosome to Golgi transport of ricin is regulated by cholesterol [J]. **Mol Biol Cell**, 2000, 11(12): 4205—4216.

[19] SCHNITZER J E, OH P, PINNEY E, et al. Filipin-sensitive caveolae mediated transport in endothelium: reduced transecytosis, scavenger endocytosis and capillary permeability of select macromolecules [J]. **J Cell Biol**, 1994, 127(5): 1217—1232.

[20] DAY P J, OWENS S R, WESCHE J, et al. An interaction between ricin and calreticulin that may have implications for toxin trafficking [J]. **J Biol Chem**, 2001, 276(10): 7202—7208.

[21] MICHALAK M, CORBETT E F, MESAELI N, et al. Calreticulin: one protein, one gene, many functions [J]. **Biochem J**, 1999, 344(pt2): 281—292.

[22] ALICEA C, TONGHUANA H, CAROLEA M, et al. Retrograde transport of protein toxins under conditions of COP I dysfunction [J]. **BBA**, 2002, 1589(2): 124—139.

[23] PAGNY S, CABANES-MACHETEAU M, GILLIKIN J W, et al. Protein recycling from the Golgi apparatus to the endoplasmic reticulum in plants and its minor contribution to calreticulin retention [J]. **Plant Cell**, 2000, 12(5): 739—756.

(上接第 537 页) 可使梅毒的自然病程、血清反应及治疗反应发生变化,增加了对梅毒诊断和治疗的复杂性。虽然本组 302 例检测 HIV 抗体阴性,但我们认为还是应常规在梅毒患者中检测 HIV 抗体,以利更有效地控制梅毒和艾滋病的蔓延。

References:

[1] LIU Qian, GAO Fei, WANG Nan-hua, et al(刘 潜, 高飞, 王楠华, 等). Epidemiological analysis and probe for control strategies on syphilis in Heilongjiang province in 1997 [J]. **Chinese Journal of STD & AIDS Prevention and Control(中国性病艾滋病防治)**, 1999, 5(2): 49—50. (in Chinese)

[2] JIANG Ming-jun, XUE Hua-zhong, HAN Guo-zhu(蒋明军, 薛华忠, 韩国柱). A case of syphilitic meningomyelitis [J]. **Chinese Journal of Dermatology(中华皮肤科杂志)**, 2000, 33(3): 200. (in Chinese)

[3] YIN Wen-hao, SHENG Gui-fang, YU Yue-ming(殷文浩, 盛桂芳, 于月明). A case of late cardiovascular syphilis [J]. **Chinese Journal of Dermatology(中华皮肤科杂志)**, 2001, 34(3): 208. (in Chinese)

[4] ZHAO Bian(赵 辨). **Clinical dermatology(临床皮肤病**

[24] SIMPSON J C, ROBERTS L M, ROMISCH K, et al. Ricin A chain utilises the endoplasmic reticulum-associated protein degradation pathway to enter the cytosol of yeast [J]. **FEBS Letters**, 1999, 459(1): 80—84.

[25] WESCHE J, RAPAK A, OLSNES S. Dependence of ricin toxicity on translocation of the toxin A-chain from the endoplasmic reticulum to the cytosol [J]. **J Biol Chem**, 1999, 274(48): 34443—34449.

[26] ARGENT R H, PARROTT A M, DAY P J, et al. Ribosome-mediated folding of partially unfolded ricin A chain [J]. **J Biol Chem**, 2000, 275(13): 9263—9269.

[27] GROSSBARD M L, MULTANI P S, FREEDMAN A S, et al. A phase II study of adjuvant therapy with anti-B4-blocked ricin after autologous bone marrow thansplantation for patients with relapsed B-cell non-Hodgkin's lymphoma [J]. **Clinical Cancer Research**, 1999, 5(9): 2392—2398.

[28] LONGO D L, DUFFEY P L, GRIBBEN J G, et al. Combination chemotherapy followed by an immunotoxin (anti-B4-blocked ricin) in patients with indolent lymphoma: results of a phase II study [J]. **Cancer J Sci Am**, 2000, 6(3): 135—138.

[责任编辑 张荣连]

学) [M]. 3rd ed. Nanjing: Jiangshu Scientific and Technical Publishing House, 2001, 524—525. (in Chinese)

[5] LUKEHART S A, HOOK E W 3rd, BAKER-ZANDER S A, et al. Invasion of the central nervous system by Treponema pallidum: implications for diagnosis and treatment [J]. **Ann Intern Med**, 1988, 109(11): 855—862.

[6] LUKEHART S A, HOOK E W 3rd. Isolation of virulent Treponema pallidum from cerebrospinal fluid of patients with early syphilis [J]. **Clin Res**, 1984, 32(2): 374A.

[7] HOLMES K K, MARDH P A, SPARLING P E, et al. Sexually transmitted diseases [M]. 2nd ed. New York: McGraw-Hill, 1990, 231—245.

[8] RODGERS C A, MURPHY S. Diagnosis of neurosyphilis: appraisal of clinical caseload [J]. **Genitourin Med**, 1997, 73(6): 528—532.

[9] DONG Yong-hui, JU Lai-ti, LI Jun, et al(董永慧, 居来提, 李 君, 等). Syphilis with HIV infection; the first report in Xinjiang [J]. **Chinese Journal of STD & AIDS Prevention and Control(中国性病艾滋病防治)**, 2000, 6(1): 48. (in Chinese)

[责任编辑 张荣连]