



伴有中枢神经损害的二期梅毒2例报告

近年来,对早期梅毒的临床诊治报道较多,而对二期梅毒的报道较少,现将我科近年来收治的2例神经梅毒报告如下。

1 临床资料

病例1,男性,44岁,因双下肢无力、排尿困难5 d入院。患者入院前20 d出现全身酸痛不适,躯干出现斑疹且逐渐增多,无疼痛瘙痒,并感腹部不适胀痛。5 d后出现双下肢无力,行走困难,小便费力,不能自控,并出现全身消瘦,体重下降8 kg。半年前曾有不洁性病史,阴茎处曾起丘疹,无痛无痒,10天后消失。查体:神清,语言流利,躯干及上肢可见散在红色斑丘疹,表面轻度脱屑,阴茎包皮处见一水肿性斑疹,褐色有鳞屑,未见渗出及溃疡。颅神经检查未见异常,四肢肌张力正常,双上肢肌力V级,双下肢肌力III级,T11以下痛觉减退,关节位置觉及音叉振动觉存在,双腹壁反射消失,左巴彬斯基征阳性,膀胱充盈明显。实验室检查:血常规正常,电解质正常;脑脊液:无色透明,潘氏试验(+),白细胞 $82 \times 10^6/L$,多核75%,单核25%,氯化物117.8 mmol/L,糖2.7 mmol/L,蛋白399 mg/L,血、脑脊液快速血浆反应素试验(RPR),梅毒螺旋体血凝试验(TPHA)均阳性,血、脑脊液梅毒PCR阳性。诊断为脑脊膜血管梅毒致脊前动脉闭塞,给予青霉素、激素及改善循环等治疗后,40 d后皮疹完全消退,双下肢肌力恢复至V-级,复查血及脑脊液梅毒RPR转为阴性。

病例2,男性,50岁。因左侧肢体无力3月,左侧偏盲1月入院。患者入院前3个月无明显诱因出现左下肢无力,并迅速加重至左下肢完全不能活动,继而出现左上肢无力,无明显头痛、四肢抽搐。头颅MRI示右顶叶可见一T1低信号、T2高信号区,考虑“胶质瘤”,口服“司莫司汀”,动脉插管“威猛26”化疗,化疗后症状加重,左上肢肌力下降,后予口服尼莫通等治疗,左上肢肌力恢复正常,左下肢肌力也恢复至IV级,1月前出现左侧偏盲。3年前有冶游史,半年前阴茎肿胀、瘙痒,1个月后消失。查体:神清,言语流利,全身皮肤无黄染,阴茎皮肤呈典型扁平湿疣改变;左侧偏盲;左侧肢体肌张力稍高,肌力IV级,左偏身浅感觉减退,左侧肢体腱反射活跃,左侧腹壁反射减弱,病理征未引出。实验室检查:血常规正常;脑脊液:无色透明,潘氏试验(-),白细胞 $2 \times 10^6/L$,氯化物117.3 mmol/L,糖5.2 mmol/L,蛋白246 mg/L;血、脑脊液RPR、TPHA均阳性,血清梅毒PCR阳性、脑脊液梅毒PCR阴性,阴茎皮损处组织液梅毒PCR阳性、RPR1:16阳性,血清人类免疫缺陷病毒(HIV)抗体阴性。脑电图示轻中度异常。第2次头颅MRI见右顶叶区异常信号区消失,右侧脑室三角区偏前、内囊后肢呈小片状长T1、长T2异常信号,信号欠均,边界欠清晰。诊断为脑血管梅毒致脑血栓形成。给予改善脑循环及驱梅治疗,因患者对青霉素过敏,予罗氏芬1.0 g静脉滴注,每日1次,半月后阴茎皮疹完全消退,肌力、偏盲也有好转。

2 讨论

梅毒是由梅毒螺旋体所引起的一种性传播疾病，近年来我国梅毒感染呈上升趋势，1993年全国梅毒流行病学调查组对全国38个城市监测点的上报资料统计表明，我国部分地区如新疆、福州、厦门等正常人群的梅毒发生率分别为 $10\sim 20/10$ 万、 $12.46/10$ 万和 $17.50/10$ 万，已接近美国的发病率($10\sim 20/10$ 万)[1]。

早期梅毒的临床表现极为复杂，一期梅毒的典型表现为生殖器部位单个、质硬的无痛性溃疡，出现典型下疳易于诊断。然而有典型表现者仅占一期梅毒溃疡的31%[2]，非典型下疳占有相当的比例[3]。二期梅毒的皮疹多种多样，其主要特征为皮疹虽可泛发全身但常分布在股间、生殖器及会阴部位，有时分布在阴部周围，自觉症状轻微。由于二期梅毒疹与多种皮肤病皮损相似，易误诊，斑疹及斑丘疹易误诊为过敏性皮炎、玫瑰糠疹、银屑病、多形性红斑等，鳞屑性丘疹易误诊为银屑病，扁平湿疣易误诊为尖锐湿疣、外阴癌等。本组2例均有皮肤损害，例1主要表现在躯干、上肢及生殖器处有斑疹及斑丘疹，例2为生殖器处典型扁平湿疣改变。

神经梅毒分为间质型和主质型，间质型的病损主要在脑膜及血管，有三种变化：脑膜炎、血管及血管周围炎、梅毒树胶肿；而主质型的病损主要在脑、脊髓实质。间质病变相对较轻，间质型可能演变成为主质型。本组2例神经梅毒均为间质型神经梅毒，是梅毒螺旋体侵犯脑脊膜和小动脉，从而导致神经系统功能障碍，病例1主要为局限性动脉炎造成脊前动脉闭塞所致；病例2考虑是脑小动脉炎造成血管狭窄血栓形成。因此在梅毒日益增多的今天，临床上遇到有上述皮疹及神经系统损害表现时，要考虑到神经梅毒的可能性，应仔细追问病史，同时做血及脑脊液的梅毒RPR、TPHA等检查，也可作组织病理活检协助诊断。对确诊病人，必须按规定足量足疗程的驱梅治疗。

参考文献：

[1] 全国梅毒流行病学调查协作组. 1993年全国38个城市监测点梅毒流行病学调查报告[J]. 中国皮肤性病杂志, 1994, 8: 238-9.

[2] Dicarlo RP, Martin DH. The clinical diagnosis of genital ulcer disease in men[J]. Clin Infect Dis, 1997, 25:292-8.

[3] 韩国柱, 姜文华, 薛华忠, 等. 599例梅毒临床分析[J]. 临床皮肤科杂志, 1993, 22: 67-70.

Han GZ, Jiang WH, Xue HZ, et al. Clinical analysis of 599 cases of syphilis[J]. Clin J Dermatol, 1993, 22: 67-70.

参考文献：

[1] 全国梅毒流行病学调查协作组. 1993年全国38个城市监测点梅毒流行病学调查报告[J]. 中国皮肤性病杂志, 1994, 8: 238-9.

[2] Dicarlo RP, Martin DH. The clinical diagnosis of genital ulcer disease in men[J]. Clin Infect Dis, 1997, 25:292-8.

[3] 韩国柱, 姜文华, 薛华忠, 等. 599例梅毒临床分析[J]. 临床皮肤科杂志, 1993, 22: 67-70.

Han GZ, Jiang WH, Xue HZ, et al. Clinical analysis of 599 cases of syphilis[J]. Clin J Dermatol, 1993, 22: 67-70.