

20例神经梅毒患者临床资料回顾性分析

陈怀忠, 谢 俭, 李世慎, 陈娜娜

(广西壮族自治区皮肤病医院, 广西 南宁 530003)

【摘要】 目的 分析广西地区神经梅毒患者的临床特征, 提高临床医师对该病的认识, 减少误诊漏诊, 做到早诊断、早治疗。**方法** 回顾性分析 2014 至 2020 年诊断为神经梅毒的 20 例住院患者病历资料。**结果** 20 例神经梅毒患者男性 16 例, 女 4 例, 年龄 (29 ~ 53) 岁, 平均年龄 40.9 岁。初次就诊时规范驱梅治疗 18 例, 未治疗 2 例, 其平均病期为 16.4 个月。无症状神经梅毒 13 例, 间质型梅毒 2 例, 实质型梅毒 5 例。血清 TRUST 滴度 (1 : 2 ~ 1 : 64), 平均滴度为 1 : 12.55。脑脊液检查: TPPA 阳性 20 例, TRUST 阳性 7 例, VDRL 和 TP-IgM 检测结果均阴性; 脑脊液白细胞计数: 分布在 (0.00 ~ 57.00) $\times 10^6/L$, 10 例 $\geq 5 \times 10^6/L$; 脑脊液蛋白含量: (245 ~ 788) mg/L, 17 例高于 500mg/L。20 例患者出院后定期在门诊进行临床和血清学随访, 有 6 例患者半年后复查脑脊液, 白细胞计数恢复正常, 脑蛋白有下降, 临床症状有改善。**结论** 神经梅毒起病隐匿, 临床表现多样化, 易误诊漏诊。临床中对有记忆力减退, 认知功能障碍, 精神行为异常的中年患者, 在排除其他神经系统疾病后, 应警惕神经梅毒的可能, 必要时完善梅毒相关检查; 规范治疗的梅毒患者随访中出现治疗失败、血清固定、TRUST 由阴转阳或滴度上升, 应及时作脑脊液检查以排除神经梅毒, 做到早诊断、早治疗。

【关键词】 神经梅毒; 临床资料; 回顾性分析

中图分类号: R759.1⁺3 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.04.012

神经梅毒是苍白螺旋体侵犯中枢神经系统所引起的慢性感染性疾病。其临床表现复杂多样, 症状无特异性, 易发生误诊漏诊, 而不同时期神经梅毒的治疗效果及预后有很大差异, 因此早诊断早治疗尤为重要。为提高临床医师对本病的认识, 进一步掌握其临床表现和诊断方法, 现将我院 (2014—2020) 年住院治疗的 20 例神经梅毒患者的临床资料进行回顾性分析, 报告如下。

1 资料与方法

1.1 资料来源 收集 (2014—2020) 年在我院诊断为神经梅毒的 20 例住院患者作为本次研究对象。神经梅毒的诊断标准依据 2018 年修订的《性传播疾病临床诊疗与防治指南 (第二版)》^[1]。脑脊液同时检测 TPPA、TRUST、VDRL 和 TP-IgM。

1.2 方法 采用回顾性分析的方法, 对 20 例神经梅毒的病史资料、临床表现、血清和脑脊液实验室检查以及影像学检查等资料进行总结分析。

2 结果

2.1 一般情况 男性 16 例, 女性 4 例, 年龄 (29 ~ 53) 岁, 平均年龄为 (40.9 $\pm$ 6.2) 岁, 均已婚, 职业分布: 个体 6 例, 自由职业 5 例, 农民 4 例, 职员 3 例, 工人 2 例。文化程度: 初中以下 6 人, 高中、中专文化 4 人, 大专以上 10 人。

2.2 治疗随访史和平均病期 20 例患者均确诊梅毒, 初诊时: 一期 1 例, 二期 3 例, 眼梅毒 1 例, 晚期隐性梅毒 3 例, 病期不明隐性梅毒 12 例。规范驱梅治疗 18 例, 未治疗 2 例, 其平均病期 (从初诊梅毒至神经梅毒确诊的间隔时间) 为 16.4 个月。随访中治疗失败 3 例, 血清固定 12 例, 滴度升高 1 倍 3 例。2 例神经

系统症状为首发症状。

2.3 临床表现和临床分型 有神经系统症状 7 例, 其中记忆力减退 5 例, 认知障碍精神行为异常 1 例, 视力下降 1 例; 无明显临床症状 13 例。根据临床表现、实验室和影像学检查结果进行临床分型, 无症状神经梅毒 13 例, 有症神经梅毒 7 例 (间质型 2 例, 实质型 5 例)。见表 1。

2.4 血清学检查 20 例患者血清检测 TPPA、TRUST 结果均为阳性。TRUST 滴度范围为 (1 : 2 ~ 1 : 64), 平均滴度为 1 : 12.55。HIV 抗体检测均阴性。

2.5 脑脊液检查 20 例患者的脑脊液 TPPA 检测结果为阳性; TRUST 检测结果 7 例阳性 (滴度为 1 : 1 ~ 1 : 2); VDRL 和 TP-IgM 检测结果均阴性。白细胞计数: (0.00 ~ 57.00) $\times 10^6/L$, 中位数 5.4 $\times 10^6/L$, 10 例 $\geq 5 \times 10^6/L$ 。蛋白含量: (245 ~ 788) mg/L, 17 例高于 500mg/L, 平均为 (570.7 $\pm$ 143.7)mg/L。葡萄糖值: (3.1 ~ 5.1)mmol/L, 2 例升高。氯: (120 ~ 129)mmol/L。潘氏试验: 7 例阳性。见表 1。

2.6 治疗和随访情况 20 例患者均按我国神经梅毒的推荐方案治疗, 水剂青霉素 (1 800 ~ 2 400) 万 U 静脉滴注 (300 万 ~ 400 万 U, 每 4h1 次), 连续 14d。继以苄星青霉素, 每周 240 万 U, 肌注, 共 3 次。患者出院后均定期在门诊进行临床和血清学随访, 其中 6 例患者出院半年后复查脑脊液, 白细胞计数均恢复正常, 脑蛋白均有下降, 临床症状有改善。

3 讨论

神经梅毒是由梅毒螺旋体侵入中枢神经系统所引起的慢性感染性疾病, 20 世纪 40 年代青霉素发明以后, 其发病率显著降低, 但近年来, 随着人类免疫缺

表1 20例患者的临床症状和实验室检查结果

编号	脑脊液检查									血清			临床症状	是否规范治疗史
	TPPA	TRUST	VDRVL	TP-IgM	白细胞计数($\times 10^6/L$)	蛋白(mg/L)	潘氏试验	葡萄糖(mol/L)	氯	TPPA	TRUST	HIV		
1	+	-	-	-	1	788	+	3.6	125	+	1:2	-	记忆力减退	否
2	+	-	-	-	15	574	-	4.4	126	+	1:2	-	视力下降	是
3	+	-	-	-	57	564	+	3.6	122	+	1:8	-	无	是
4	+	-	-	-	0	514	-	3.4	129	+	1:16	-	记忆力减退	是
5	+	-	-	-	10	245	-	3.3	124	+	1:32	-	无	是
6	+	-	-	-	3	550	-	4.1	127	+	1:64	-	无	是
7	+	1:2	-	-	8	533	+	3.1	123	+	1:32	-	无	是
8	+	1:1	-	-	2	658	-	5.1	124	+	1:16	-	无	是
9	+	1:1	-	-	5	485	-	3.1	125	+	1:8	-	无	是
10	+	1:1	-	-	2	769	-	3.9	126	+	1:32	-	无	是
11	+	-	-	-	12	725	-	4.5	125	+	1:16	-	记忆力减退	否
12	+	-	-	-	6	558	+	4	128	+	1:8	-	无	是
13	+	-	-	-	2	786	+	3.5	126	+	1:2	-	记忆力减退	否
14	+	-	-	-	16	578	-	4.5	126	+	1:2	-	记忆力减退	是
15	+	-	-	-	5.8	556	+	3.7	124	+	1:8	-	无	是
16	+	1:1	-	-	1	516	-	3.3	129	+	1:16	-	认知障碍	是
17	+	-	-	-	10	260	-	3.4	125	+	1:32	-	无	是
18	+	-	-	-	3	562	-	4.2	126	+	1:64	-	无	否
19	+	1:2	-	-	9	533	+	3.5	120	+	1:32	-	无	是
20	+	1:1	-	-	3	660	-	4.8	126	+	1:16	-	无	是

陷病毒(HIV)的广泛传播、男同性恋群体的扩大,神经梅毒的发病率逐渐增加^[2-3]。既往认为神经梅毒只发生于晚期,现研究发现各期梅毒均可发生中枢神经系统(CNS)损害,其起病隐匿,临床表现多样化,症状无特异性,其预后主要与其发现早晚和是否及时治疗有关,如何早期发现病人是关键。本组资料男性16例(80%),平均年龄40.9岁,在诊疗工作中要留意性活跃人群。本组资料显示,无症状神经梅毒13例(65%),与郜莹^[4]和马博雅等人^[5]报告以有症状神经梅毒为主不同,可能与地区差异、病人来源和就医行为有关。这13例无症状神经梅毒均是在随访中发现,提示梅毒规范治疗后需定期随访观察,对梅毒治疗失败、血清固定、TRUST滴度由阴转阳的患者,应及时进行脑脊液检测。本组中有神经系统症状7例(35%),其中2例为中年男性因出现记忆力下降、认知障碍为首发症状就诊,提示中年患者有神经系统症状时,在排除其他神经系统疾病后,应仔细询问患者本人及配偶流行病学史和梅毒史,并常规进行梅毒血清学检查,必要时脑脊液检查,以减少误诊、漏诊的发生。由于神经梅毒的影像学检查无明显特异性表现,诊断价值有限,因此目前神经梅毒的诊断主要依赖于脑脊液检查。本组20例患者的脑脊液TPPA检测结果均阳性,TRUST检测结果7例阳性(滴度为1:1~1:2),VDRL和TP-IgM检测结果均阴性。TPPA是否更敏感,需更多样本和数据。本研究脑脊液检查中,白细胞计数 $\geq 5 \times 10^6/L$ 有10例,蛋白含量 $\geq 500mg/L$ 有17例,脑

脊液中白细胞增多、蛋白含量升高提示血脑屏障破坏,对神经梅毒有辅助诊断作用,对疗效的判断及疾病的转归亦有重要作用。脑脊液中白细胞计数是判断疗效的敏感指标。如果最初的脑脊液检查白细胞数升高,则应每隔3个月复查,直到细胞数正常。如果在治疗后3个月脑脊液细胞计数不下降,或者在2年后脑脊液仍未完全恢复正常,则应该考虑复治。本组资料6例患者出院半年后复查脑脊液,白细胞计数均恢复正常,脑蛋白均有下降,临床症状有改善。

文章就本地区神经梅毒的临床特征做一总结,旨在提高临床医生对于神经梅毒的认识,减少误诊漏诊,做到早诊断,早治疗。本研究的局限性,一是样本数较少,二是既往的病历资料数据不够完整,需要进一步的数据和研究才能得出更可靠的结论。

参考文献:

- [1] 王千秋,刘全忠,徐金华.性传播疾病临床诊疗与防治指南[M].2版.上海:上海科学技术出版社,2020:78-100.
- [2] de V A,Kidd S,Torrone E A.Reported cases of neurosyphilis among early syphilis cases-United States,2009 to 2015[J].Sex Transm Dis,2018,45(1):39-41
- [3] Hernandez I,Johnson A,Reina O M,et al.Syphilis and HIV/syphilis co-infection among men who have sex with men(MSM) in ecuador[J].Am J Mens Health,2017,11(4):823-833.
- [4] 郜莹,李秀芳,唐清宁,等.21例神经梅毒患者回顾性分析及总结[J].中国艾滋病性病,2019,25(4):415-416.
- [5] 马博雅.22例神经梅毒临床资料回顾性分析[D].银川:宁夏医科大学,2017.