

个 案

脑实质梅毒合并脑膜血管梅毒 1 例*

福州总医院厦门大学附属东方医院 翁巧玲 徐明 崔小萍 陈胜平*, 福州 350001

关键词 意识不清; 神经梅毒

中图分类号 R759.1+3

文献标识码 D

DOI 10.11768/nkjwzzzz20180228

神经梅毒是梅毒螺旋体经全身播散侵犯脑脊膜和/或血管引起神经组织变性或血管病变的慢性中枢神经系统疾病。神经梅毒诊断的困难在于其临床表现多样,而抗生素的使用至其临床表现更复杂化,而且绝大多数患者不能提供梅毒感染病史,故神经梅毒易漏诊、误诊。本文介绍 1 例以突发意识不清为首发表现的混合型神经梅毒患者的诊疗过程。

患者男,60 岁,已婚,外观消瘦,因行为异常 10 余天,反应迟钝、言语不能 4 d,突发意识不清 1 d 入院。10 余天前患者有行为异常,表现为身着短衣短裤于门前来回踱步行走,表情淡漠,反应迟钝,呼之不应答,约片刻后自行回家。4 d 前无明显诱因出现精神萎靡,表情淡漠,反应迟钝,言语不能,交流困难,右侧口角流涎,无口角歪斜,伴持续低热, $T 37.2 \sim 38.5^{\circ}\text{C}$,无头痛,无意识丧失、大小便失禁等,就诊外院,行头颅 CT 平扫示:右侧颞叶局部稍高密度影,建议磁共振检查(因其有“齿状突骨折钢钉内置术”,故未行)。予调脂、营养神经、抗血小板聚集等治疗后,效果欠佳。入院前 1 天突发意识不清,言语含糊,左上肢偶发不自主抽搐,持续约 5 min 后自行缓解,伴低热, $T 37.5^{\circ}\text{C}$ 左右,在我院急诊科查血常规:白细胞计数 $16.3 \times 10^9/\text{L}$ 、中性粒细胞百分比 86.1%、中性粒细胞计数 $14.1 \times 10^9/\text{L}$ 、单核细胞计数 $1.04 \times 10^9/\text{L}$ 、C-反应蛋白 192.0 mg/L ,生化基本正常。初步诊断“颅内感染?脑出血?”于 2017 年 1 月 25 日收住我科。既往有“高血压病”10 余年,无癫痫、结核、肝炎病史,无外伤、输血史,有手术史。否认肿瘤病史。专科查体:神志萎靡,运动性失语,查体不合作,双侧腹壁反射存在,肱二、三头肌反射(++)、桡骨骨膜反射(++),跟、膝腱反射(++);髌阵挛、踝阵挛未引出,病理征未引出,脑膜刺激征阴性。实验室检查:真菌 GM 试验阳性。结核感染 T 细胞

检测:结核杆菌 r-干扰素释放 40.8。痰菌涂片:革兰阴性杆菌++、革兰阳性球菌++,链状排列。脑电图:①全导低-高波幅不规则慢活动频发;②右侧额颞顶区少量阵发高波幅尖-慢复合波。腰穿检查:测脑脊液压力 $270 \text{ mmH}_2\text{O}$,脑脊液报告:色清,白细胞计数: $30 \times 10^3/\text{L}$,红细胞计数: $3 \times 10^6/\text{L}$ 。细胞分类:小淋巴细胞 66%,转化型淋巴细胞 1%,嗜中性粒细胞 18%,浆细胞 2%,单核样细胞 13%,以淋巴细胞为主的混合性细胞学反应,并发现浆细胞,未发现瘤细胞;潘氏球蛋白(+),葡萄糖 2.16 mmol/L ,总蛋白 1467.10 mg/L ,氯化物 117.11 mmol/L ,抗酸染色(-),新型隐球菌(-),拟颅内炎症。血清梅毒螺旋体抗体检查试验(+),凝血四项、D-二聚体、乙肝血清标志物均未见异常。

本患者既往有高血压病史,反应迟钝、言语不能 4 d,突发意识不清 1 d,外观消瘦,反复低热,脑脊液示压力升高,常规生化可见蛋白升高,糖、氯化物降低等特点,诊断考虑:①结核性脑膜炎?②脑栓塞?予积极抗结核、抗感染、营养神经、抗血小板聚集等治疗 1 周后,患者病情无明显好转,仍持续发热、昏迷。为明确诊断,排除其他疾病可能,请相关科室会诊,提出:老年患者,表情淡漠、反应迟钝、言语不能为首发症状,行梅毒螺旋体颗粒凝集试验 TPPA(+).追问病史,患者与爱人分居 10 余年,可疑有“冶游史”,结合以上特点,需考虑神经梅毒可能。完善相关检查:梅毒血清试验:梅毒滴度 1:8。再次行脑脊液检查:报告提示梅毒 TPPA:阳性(1:4);TRUST:阳性(1:20480)。

患者 10 余天前有性格改变,随后出现表情淡漠、反应迟钝、言语不能,考虑脑实质梅毒(麻痹性痴呆型)。其中精神异常、意识不清、左上肢偶发不自主抽搐,脑实质梅毒无其临床表现,患者虽无肢体深浅感觉障碍或肢体乏力,但头颅 CT 平扫示:右侧颞叶局部稍高密度影,考虑脑膜血管梅毒,最后诊断:脑实质梅毒合并脑膜血管梅毒。治疗上予泼尼

*基金项目:南京军区医学科技创新项目(MS124)

*通信作者:陈胜平, E-mail: chenshengping@126.com

松 20 mg/d,连用 3 d(青霉素治疗前 3 d),以预防吉赫氏反应;奥卡西平控制癫痫发作,青霉素钠 560 万 U/次静脉滴注 4 次/d 等治疗 2 周后,复查脑脊液压力 100 mmH₂O,报告提示梅毒 TPPA:阳性(1:4);TRUST:阳性(1:18220)。余基本同前。患者症状较明显改善,意识清楚,言语清楚,可自由活动行走。3 个月后患者无特殊不适,复查血清梅毒 TPPA:阳性;TRUST:阳性(1:4)。

讨 论

神经梅毒是梅毒螺旋体侵犯脑脊膜和/或血管引起神经组织病变所致,其诊断无金标准,均需根据临床表现、血清学试验、脑脊液检查及放射学扫描结果综合判断。目前认为脑脊液检查是神经梅毒诊断的必要条件,其较权威的诊断标准有 2006 年美国 CDC 推荐诊断标准,2001 年欧洲标准和 2008 年 Fitzpatrick 皮肤病学提出的标准^[1]。国内赵辨主编的《中国临床皮肤病学》诊断标准较接近 Fitzpatrick 皮肤病学,王千秋的《性传播疾病临床诊疗指南》和尹跃平的《性传播疾病实验室诊断指南》较接近 2006 年美国 CDC 推荐诊断标准,本文根据赵辨主编的《中国临床皮肤病学》诊断标准。

神经梅毒根据临床主要症状分为 6 个类型^[2]:①无症状性神经梅毒:无临床症状和体征,依靠脑脊液检查结果诊断;②脑膜型神经梅毒:表现为急性头痛和/或脑膜刺激征阳性,颅神经病变或痫性发作,伴脑脊液细胞数增多,神经影像学检查排除脑卒中;③脑膜血管梅毒:急性局灶性神经系统功能缺失符合血管病变,并经影像学检查证实为脑卒中;④脊髓膜血管梅毒:表现为横贯性脊膜脊髓炎;⑤脑实质性梅毒:包括麻痹性痴呆、视神经萎缩;⑥脊髓痨:表现为脊髓后根、后索病变,主要位于腰骶部。神经梅毒的分型多,其中无症状性神经梅毒占主要,故临床上需注意鉴别,以免漏诊。混合型发病率低,国外文献报道神经梅毒 2 种并发的约占神经梅毒患者 35%~25%,其中合并精神异常、癫痫发作、脑卒中者甚为少见^[3]。

该患者以突发意识不清为主要症状就诊我院,起病急骤,结合颅脑 CT、炎症指标等相关检查,根据常见病、多发病优先原则。初步需考虑脑出血、脑栓塞、结核性脑膜炎、病毒性中枢神经系统感染可能,

并行神经系统相关检查,未能确诊。笔者考虑其老年男性、主观症状多、TPPA(+),需注意神经梅毒,行脑脊液病理、TPPA、TRUST 等检查,最后明确诊断“脑实质梅毒并脑膜血管型神经梅毒(混合型)”。本例入院初期导致误诊,因临床医师对神经梅毒认知不足,病史提供不全,且神经梅毒临床分型多,症状复杂,单依靠症状、体征诊断难,所以导致忽视、出现误诊。

神经梅毒危害性、破坏性大,并具有性传播特点,需早发现、早诊断、早治疗,预防性传播,故笔者建议有可疑神经系统症状患者,均可行血清梅毒螺旋体抗体、梅毒血清试验检查以免漏诊、误诊。研究表明性别、年龄、梅毒分期、治疗方案、初次就诊时血 TRUST 滴度、有无神经系统症状与神经梅毒无显著相关性^[4],故对于已诊断梅毒患者,驱梅治疗 1 年血清未转阴梅毒、病期不明的晚期梅毒、血清反复、所有潜伏期梅毒等,均需行脑脊液检查排除神经梅毒可能。

另外在临床中除神经梅毒外,还需注意排除骨梅毒、心血管梅毒、眼梅毒、梅毒肝炎、梅毒胆管周围炎、肾病等^[5],另外有学者提出罕见数例神经梅毒患者因梅毒螺旋体感染导致血小板重度减少^[6]。总之梅毒患者可出现多器官、多系统病变、多样性临床表现,需注意排除、明确诊断,减少误诊,这需提高临床对梅毒内脏损害的认识,充分利用必要的检查,尽可能减少误诊。

参 考 文 献

- 1 Lowell Goldsmith, Stephen Katz, Barbara Gilchrist, et al. Fitzpatrick's dermatology in general medicine [M]. 7th. New York. 2008. 1955-1977.
- 2 Conde-Sendin MA, Amela-Peris R, Aladro-Benito Y, et al. Current clinical spectrum of neurosyphilis in immunocompetent patients [J]. Eur Neurol, 2004, 52(1):29-35.
- 3 Mitsonis CH, Karari E, Dinmpoulos N. Incidence and clinical presentation of neurosyphilis: a retrospective study of 81 cases [J]. Int J Neurosci, 2008, 118(9):1251-1257.
- 4 王娜, 蒋法兴, 朱文, 等. 非梅毒螺旋体血清学试验持续阳性梅毒患者神经梅毒发生率及影响因素分析 [J]. 中华皮肤科杂志, 2016, 49(5):314-317.
- 5 徐世正, 徐文严. 安德鲁斯临床皮肤病学 [M]. 第 11 版. 北京: 科学出版社. 2012. 353.
- 6 韩雪, 史琳, 白贝贝. 成人梅毒感染伴极重度血小板减少症 1 例 [J]. 内科急危重症杂志, 2014, 20(3):212-213.

(2017-06-18 收稿 2017-12-11 修回)