临床研究 文章编号:0253-3626(2010)04-0635-02

55 例先天梅毒临床特点与误诊

周亚玲
(深圳市儿童医院儿科,深圳 518026)

【摘 要】目的:探讨先天性梅毒(Congenital syphilis,CS)的临床表现及特征,达到早发现早治疗,减少误诊。方法:1999~2008 年间,55 例住院患儿,年龄半小时到 3 岁,确诊为梅毒。分析临床表现与特征。结果:男性 33 例,女 22 例。人数逐年增加。55 例中仅 5 例以梅毒感染收入院,50 例入院首诊未考虑梅毒。临床表现不典型,可累及多系统,表现为皮肤粘膜损害、黄疸、肝脾大、呼吸急促、骨髓炎、鼻塞鼻涕鼻血丝、呕吐、水肿和抽搐等。结论:CS 临床表现多不典型,很易误诊,可出现多系统表现。

【关键词】先天性梅毒; 新生儿; 误诊; 临床特征
【中国图书分类法分类号】R759.1+51 【文献标识码】A 【收稿日期】2009-12-30

Clinical analysis of congenital syphilis: 55 cases report

ZHOU Ya-ling
(*Department of Pediatrics, Shenzhen Children's Hospital*)

【Abstract】*Objective*: To find out the clinic characteristics of congenital syphilis (CS), to reduce the possibility of misdiagnosis. *Methods*: Fifty-five (aged at hedyanhour to three years)cases were analyzed the clinic manifestation retrospectively during 1999 to 2008. *Results*: There were 33 male and 22 female. of 55 cases, only 5 were diagnosed as CS at the beginning of entry hospital and the rest were misdiagnosed. The main complain showed 27 cases with mucocutaneous lesion (papula, papulopustule, bleb, desquamation), 26 with jaundice, 32 with hepatomegaly, 14 with splenomegaly, 12 with tachypnea, 6 with osteomyolitis, 20 with nose problem (rhinocleisis, epistaxis, rhinorrhea), 7 with congenital deformity, 5 with hemorrhage, 4 with abdominal distension, 1 with abdominal pain, 2 with vomiting, 2 with edema, 1 with tic, 1 with bad cry. *Conclusion*: In most newborns and infants, the onset of CP is heralded by nonspecific signs which involved multi-system. The rate of misdiagnosed for CP could be beyond 90%.

【Key words】Congenital syphilis; Newborns; Misdiagnosis; Clinic manifestation

先天性梅毒(Congenital syphilis,CS)又称胎传梅毒,是指梅毒螺旋体(Treponema,TP)经胎盘和脐静脉由母体侵入胎儿血液循环所致的感染[1]。随着社会的开放,梅毒感染也不断增加,人是唯一的传染源,体液经粘膜吸收入血而传播。目前世界上超过 100 万的婴儿出生即有梅毒感染[2]。儿童医院 1999 年 ~2008 年间在该院就诊发现的梅毒抗体阳性患儿 75 例,其中 22 例为门诊体检验梅毒螺旋体明胶颗粒凝集反应(Treponemal pallidum particle aggutination,TPPA)阳性。本文对资料完整 55 例梅毒感染住院患儿进行分析。

1 临床资料

1.1 一般资料

55 例患儿收入院时间是 1999 年 1 例,2001 年 1 例,2002 年 1 例,2003 年 2 例,2004 年 2 例,2005 年 7 例,2006 年 5 例,2007 年 17 例,2008 年 19 例。男 33 例,女 22 例。年龄出生半小时 ~1 月 33 例,~2 月 14 例,~3 月 4 例,~4 月 1 例,~5 月 1 例,~6 月 1 例,大于 6 月 1 例。55 例中 22 例患儿母亲承认有过梅毒感染,有过治疗但不正规,怀孕期无梅毒任何体征,不清楚 4 例(患儿为弃婴),29 例患儿母亲否认梅毒感染,产前未作过梅毒抗体检测,无梅毒感染临床表现,当中 10 位家长拒抽血检查,其余 19 例家长配合,确诊为梅毒感染者。

作者介绍:周亚玲(1963-),女,副主任医师,硕士,
研究方向:感染性疾病和呼吸疾病。

2 结 果

2.1 临床表现和入院首诊情况

55 例患儿临床表现是,皮肤损害(包括斑丘疹,脱皮,疱疹)27 例(49.1%),黄疸 26 例(47.2%)脾大 14 例(25.45%),肝肋下大于 1.5 cm 32 例(58.18%),呼吸急促 12 例(21.82%),骨损害 6 例(11%),鼻部症状(鼻塞,鼻涕,鼻血丝等)20 例(36.4%),先天畸形 7 例(12.73%),出血症像 5 例 (9.01%),腹胀 4 例(7.27%),腹痛 1 例(1.8%),呕吐 2 例(3.6%),水肿 2 例(3.6%)抽搐 1 例(1.8%)尖叫 1 例(1.8%)。早产儿 8 例(14.55%),过期产 1 例。低体重 10 例(18.18%),极低体重(体重 <1 500 g)2 例(3.6%),43 例体重大于 2 500 g。就诊的主诉与入院诊断的情况见表 1。

2.2 实验室检查

采用 TPPA 免疫层析法检查梅毒抗体,诊断试剂由日本富士瑞必欧株式会社提供,55 例患儿均为阳性。所有患儿送血到市疾病控制中心作非特异快速血浆反应素(Rapid plasma, RPR)检测和 19sIgM 荧光螺旋体抗体吸收试验,RPR 阳性 53 例,19sIgM 阳性 54 例。27 例肝功异常,肾功异常 16 例。尿异常 18 例,HB 低于 120 克 29 例,白血球(White blood cell,

表 1 就诊主诉与入院诊断情况

就诊原因	入院诊断	例数
皮疹疱疹	梅毒感染	5
重度黄疸	黄疸查因	6
气促,纳差	肺炎	11
呼吸暂停反应差	窒息反应差	7
无肛门	消化道畸形	4
发绀	先心病	3
腹胀	腹胀查因	4
呕吐	呕吐查因	1
下肢假性麻痹	骨髓炎	2
面苍白发热	发热待查	1
皮肤红色肿块	血管瘤	2
哭闹腹痛	腹痛待查	1
体检	血小板减少查因	2
皮肤鼻出血	出血查因	2
抽搐	破伤风	1
尖叫	颅内出血	1
呼吸困难	肺透明膜病	1
水肿纳差	肾病	1

WBC) 数大于 15×10^9 个有 18 例 (最高达 45.7×10^9 个), WBC 数小于 8×10^9 个 11 例, 中性粒细胞比例大于 60%15 例,中粒细胞小于 40%16 例,血小板减少 12 例,增高 15 例, C 型反应蛋白(C-reactive protein,CRP)小于 10 mg/L 23 例, 大于 20 mg/L 19 例,13 例未做 CRP 检查; 胸片显示有肺炎 21 例,长骨 X 片显示异常 6 例,乙肝两对半异常 11 例,丙肝 1 例,巨细胞 IgM 抗体阳性 3 例。

3 讨 论

先天梅毒的诊断缺乏金标准, 主要根据母亲梅毒病史, 患儿临床表现,实验室化验及 X 线检查进行综合分析,血液中发现梅毒 IgM 抗体帮助确诊。本组患儿 55 例 TPPA 均阳性,表明血中梅毒特异性抗体 IgG 和(或)IgM 阳性。如果为胎传梅毒抗体 IgG, 这种一般滴度较低且在生后 2~4 月滴度降至零[3],也有报道抗体在 6~12 月阴转[4]为非先天梅毒;55 例确诊为 CS。除 5 例以皮肤皮疹脓疱疹怀疑梅毒感染收入院外,其余均是在住院化验血中发现有梅毒感染,再去追问母亲病史结合临床验血确诊先天梅毒。本组住院资料显示梅毒感染患儿在逐年增多,家长不主动提供梅毒感染史,甚至否认感染,增加了临床首诊的难度,这更要求医护人员要耐心询问病史,细心与家长沟通,把性传播疾病情况作为病史的常规。2006 年该院已将梅毒抗体检测作为进行手术及侵入性检查前常规血检。

先天性梅毒的发病多在出生后的前 2 个月,55 例患儿中年龄 1 月内占 60%(33/55),2 月内占 85.45%(47/55),2 岁内占 98.18%(54/55)。当在年龄大的小儿出现症状时,诊断更有难度,本组 1 例 3 岁多的患儿,反复腹痛发作 2 月,以腹痛待查收住院,该患儿作遍了医院能作的所有检查(脑电图,脑 CT,腹部 B 超,风湿肿瘤,传染病等检测),仅梅毒抗体测试实验 TPPA 和 19sIgM 阳性,RPR 阴性,考虑为先天潜伏梅毒感染。另一例 RPR 阴性 19sIgM 阳性,年龄 6 月大,在一月大时患支气管炎使用青霉素类的抗生素一周,可能是抗生素影响 RPR。一例一月大 19sIgM 阴性患儿,其 RPR 及 TPPA 阳性,其母梅毒患者,综合判断为先天梅毒,19sIgM 阴性原因可能 TP 数量少,TP-IgM 水平低检测不到,还有胎儿感染在孕最后一月,TP-IgM 可成阴性。对梅毒的发病,2 岁以内发病者为早期梅毒,这是感染和炎症的直接结果,2 岁后发病,主要是早期感染遗留的畸形或慢性损害[5]。先天梅毒出现症状在一月内较多占 60%(33/55),主要临床表现有肝脾淋巴结肿大,皮肤粘膜损害,骨损害,血液系统表现等,有报道[5]滑车上淋巴结肿大有诊断价值,但遗憾本组资料未有这方面记录; 反复鼻塞流涕鼻血丝是梅毒性鼻炎为梅毒早期特征占 36.4%(20/55)。本组资料有肝大占 58.18%(32/55)与教科书上所描述几乎均有肝大不一致[6],为何如此有待进一步研究。先天梅毒典型表现不多,与很多内科疾病表现一样,医师对此病不熟极易误诊,本组入院诊为先天梅毒仅 5 例,入院首诊误诊较高。尤其只表现骨痛止动易误诊为化脓性骨髓炎。2 例骨髓炎首诊入院患儿,X 片表现为骨破坏和成骨, 由于对本病认识不够,治疗错按一般骨髓炎处理。

先天梅毒常缺乏典型的临床表现,而早发现早治疗是减少儿童身体危害的关键。TP 早期侵犯皮肤粘膜及四肢长骨, 发展到晚期梅毒会侵犯心血管和中枢神经造成严重的脏器损害留下不可逆的后遗症。孕妇应常规作梅毒筛查,发现有 TP 感染一定要进行正规的驱梅治疗,这是防止先天梅毒发生的关键。孕期进行抗梅毒治疗娩出新生儿感染率 2%左右,而未进行治疗的孕妇娩出新生儿感染率 75%~95%[6], 在孕 16 周前得到充分治疗,几乎可完全预防先天梅毒发生,孕 20~24 周开始治疗,可能治愈胎儿梅毒,但不能预防先天梅毒患儿出生。孕晚期才开始治疗,将有相当数量的先天梅毒患儿出生[7]。临床对不明原因的皮肤损害、肝脾肿大、肝功异常、胆红素双向升高或有多器官的损害小儿要做梅毒性血清学筛查[8]。

目前治疗梅毒螺旋体最有效的药物仍然是青霉素,对青霉素过敏可选用红霉素。前 2 d 用青霉素小剂量 5 万/kg 一日 2 次,防止吉海反应加重病情;第 3 d 可以加大剂量为 10 万/kg 一日 2 次,一般疗程 10~14 d,治疗过程中断 1 d,应重新开始治疗。有神经损害疗程为 3 周。治疗后进行定期随访 2、4、6、9、12 个月,有效的治疗 RPR 滴度应在 6 个月内下降,不降或上升者应再治疗。

参 考 文 献

[1] 张家骥,魏克伦,薛辛东.新生儿急救学[M].2 版.北京:人民卫生出版社, 2006.394-396.

[2] Vasquez-manxaniliao O,Dickson-gonzales S S M,Salas J G,et al.Congenital syphilis in valera,Venezuela[J].J Trop Pediatr,2007,53(4):274-277.

[3] 王 玲.先天性梅毒[J].中国临床医师杂志,2008,6(413):13-15.

[4] 顾伟鸣,赵根明,杨 阳,等.先天梅毒患儿血清学随访[J].中华传染病杂志,2007,2(25):118-119.

[5] 沈晓明,王卫平,常立文,等.儿科学[M].第 7 版,北京:人民卫生出版社, 2008.130-130.

[6] 胡亚美,江载芳,诸福棠,等.实用儿科学[M].第 7 版.北京:人民卫生出版社,2002.1022-1026.

[7] 孙正香,彭小明,陈 敏,等.先天性梅毒 73 例诊断与治疗[J].实用儿科临床杂志,2006,21(21):1552-1552.

[8] 周 艳,黄 杰.新生儿先天性梅毒 28 例临床分析[J].江苏医药,2008,5(34):533-534.

(责任编辑:关蕴良)