

DOI:10.3724/SP.J.1008.2011.00806

以出血性脑梗死为表现的神经梅毒 1 例报告

Neurosyphilis presented as hemorrhagic cerebral infarction: a case report

何明峰*, 郭槟荣, 王同聚, 高飞, 田松朝

解放军 371 中心医院神经内科, 新乡 453000

[关键词] 出血性脑梗死; 神经梅毒; 病因学

[中图分类号] R 759.13

[文献标志码] B

[文章编号] 0258-879X(2011)07-0806-02

1 临床资料 女性, 50 岁, 因“头痛伴恶心、言语混乱 7 d”于 2010 年 1 月 9 日收住入院。患者于 2010 年 1 月 2 日受风寒后感到头部左颞部持续性胀痛, 口服“白加黑”、复方阿司匹林等抗感冒药后, 患者大量出汗, 但头痛无明显缓解; 2 d 后头痛加重伴恶心, 无呕吐, 在外院行头颅 CT 检查未见明显异常, 给予氟桂利嗪等药物治疗后症状无好转; 患者 7 d 后出现言语混乱等精神症状, 再次到外院就诊, 行头颅 CT 检查示脑出血(图 1A、1B), 并且收入该院, 给予小牛血清去蛋白提取物、尼莫地平、甘露醇等药物治疗, 患者头痛症状仍无明显缓解。随后患者于 2010 年 1 月 9 日来我院就诊。发病后患者有间断性低热, 最高体温 37.5℃。既往患者有遇冷头痛, 易感冒的病史; 否认高血压、糖尿病、高脂血症等病史。同时患者于 15 年前在深圳等地的发廊工作, 因入院后发现患者贫血, 查 Hb 82 g/L, 行输血前检查示: 梅毒血清学阳性。入院查体: T 36.9℃, P 78 次/分, R 20 次/分, BP 116/68 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa), 贫血貌, 神经系统查体: 神清语利, 计算力、理解力、远近记忆力正常, 双侧瞳孔等大等圆, 直径约 2.5 mm, 对光反射灵敏, 躯体深浅感觉正常, 四肢肌力 5 级, 肌张力正常, 双侧腱反射正常, 双侧病理征阴性, 颈稍抵抗, Kering 征、Brudinski 征阴性。其余神经系统查体无

明显异常。实验室检查: 脑脊液梅毒螺旋体血球凝集试验(TPHA) 1:320。诊断: (1)出血性脑梗死; (2)神经梅毒。诊断明确后给予青霉素 G 400 万 U+氯化钠注射液 100 ml 静滴(1 次/4 h); 同时口服丙磺舒 0.5 g/次(4 次/d); 在青霉素治疗的前 1 d 给予泼尼松 5 mg 口服, 4 次/d, 连服 3 d 预防赫氏反应。同时给予脱水降颅压及对症治疗: 20%甘露醇注射液 130 mg 静滴, 1 次/8 h; 口服甲氧氯普胺 10 mg/次, 3 次/d, 罗通定 60 mg/次, 2/d, 治疗后患者体温正常, 头痛及言语混乱等精神症状消失。要求出院。出院前给予患者复查头颅 CT 示: 左侧颞顶部的血肿吸收完全, 原低密度梗死区明显缩小(图 1C、1D)。

2 讨论 神经梅毒是由梅毒螺旋体侵犯中枢神经系统所引起的慢性系统感染性疾病。过去认为神经梅毒为晚期梅毒的表现, 其实梅毒感染各期均可出现中枢神经系统改变, 并非晚期梅毒才可发生神经系统受累^[1]。早期梅毒未经治疗或治疗不彻底的者, 其中有 8%~10% 出现神经梅毒, 这些患者多发生在感染后 10~20 年, 男性多于女性^[2]。因为梅毒感染人体后, 3~18 个月内会侵入中枢神经系统, 所以未经治疗的梅毒患者中, 约 20% 的患者发展为无症状神经梅毒, 4%~9% 的患者发展为有症状神经梅毒^[3]。

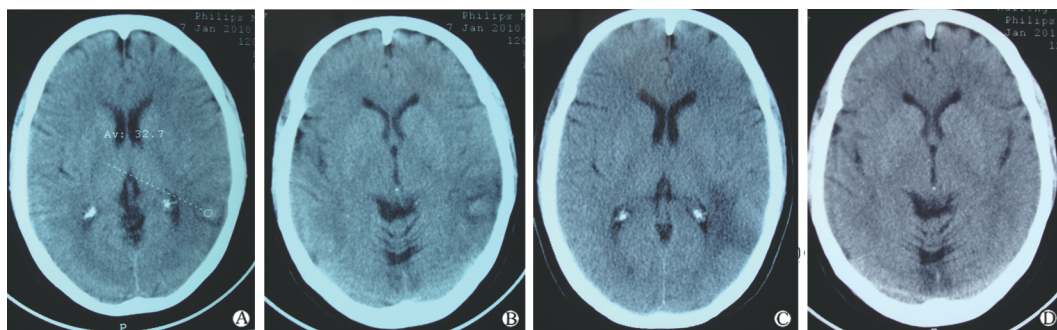


图 1 患者入院前(A,B)及出院前(C,D)头颅 CT 结果

在我国, 梅毒从 20 世纪 80 年代复燃, 且发病率呈逐年上升趋势, 随着时间的延长将逐渐进入神经梅毒的高峰期。但张子平等^[2]认为我国已经步入神经梅毒的高峰期。因此有

关神经梅毒的报道也越来越多, 但是报道以脑梗死为多见, 有关脑出血的报道我们也只检索到 1 例^[4], 而以出血性脑梗死为表现的神经梅毒未曾见报道。我们认为由于社会的多

[收稿日期] 2011-02-04

[接受日期] 2011-05-05

[作者简介] 何明峰, 主治医师。

* 通信作者(Corresponding author). Tel: 0373-58100585, E-mail: mingfenghe@126.com

元化导致目前脑梗死的病因亦多样化,因此对于脑梗死的诊断要更多关注病因的诊疗。该患者为中年女性,既往无类似病史,亦无高血压、糖尿病、高脂血症、肥胖等高危因素,因此其脑梗死的病因学诊断尤为重要,除了考虑多发性大动脉炎、脑血管畸形等血管方面的因素外,还要认真询问患者的工作、生活等基本情况,有针对性的进行血液或脑脊液实验室检查等,以明确病因诊断,尽早进行病因学治疗。该患者系中年女性,离异,无脑梗死的高危因素,有不洁性生活史,因此要考虑神经梅毒的可能性,进一步行病因学检查,使治疗具有针对性。所以病史询问不细致,体格检查不全面,仅满足于症状学诊断,未能进一步追踪病因常是导致误诊的主要原因之一。因此加强对神经梅毒的认识,提高诊断水平,做到早期诊断、早期治疗,以期获得良好的治疗效果,具有十分重要的现实意义。

[参考文献]

- [1] 吴志华,樊翌明. 神经梅毒的研究进展与现状[J]. 中华皮肤科杂志,2004,37:313-315.
- [2] 张子平,程波,王柠. 神经梅毒的临床表现与诊断的探讨[J]. 中国麻风皮肤病杂志,2006,22:285-287.
- [3] Marra C M, Castro C D, Kuller L, Dukes A C, Centurion-Lara A, Morton W R, et al. Mechanisms of clearance of *Treponema pallidum* from the CSF in a nonhuman primate model[J]. Neurology, 1998, 51:957-961.
- [4] 汪伟巍,李榕,于涛,郑水顺. 以脑出血为首发症状的神经梅毒一例[J]. 中华神经医学杂志,2005,4:468.

[本文编辑] 徐佳,贾泽军