

神经梅毒误诊为病毒性脑膜脑炎 1 例报道

席天阳 金 枫 郝悦含 张春霞 陈 晏 何志义

【中图分类号】 R759.1

【文献标识码】 A

【文章编号】 1007-0478(2015)05-0310-01

【DOI】 10.3969/j.issn.1007-0478.2015.05.016

神经梅毒是由于苍白密螺旋体感染累及神经系统引起的中枢神经系统疾病。近年来梅毒和神经梅毒的发病率呈上升趋势,应引起重视。现就 1 例本院收治的误诊为病毒性脑膜脑炎的神经梅毒患者临床资料报道如下。

1 病 例

患者,女,27 岁,以“头痛伴恶心呕吐 12 d、发热 2 d”为主诉于 2014 年 12 月 20 日就诊于本院急诊。患者于 12 d 前感冒后出现持续性头痛,逐日加重,与头位、体位无关,伴恶心呕吐,呕吐物为胃内容物;3 d 前患者出现胡言乱语,抽搐发作 2 次,发作时患者无意识,伴舌咬伤,具体发作经过不详;2 d 前患者出现发热。查体:颈强阳性。双侧 Kernig 征阳性。其余未见确切异常。入院体温最高达 39.1 度。辅助检查:脑电图检查示中度异常脑电图,可见左颞导联慢波增多。行诊断性腰穿检查示压力大于 300 mmH₂O,氯 119 mmol/L,细胞 461×10⁶/L,总蛋白 431 mg/L,葡萄糖 3.5 mmol/L,多核细胞 19%,单核细胞 81%;涂片未找到隐球菌。血白细胞 15.67×10⁹/L。颅脑 CT 平扫示脑实质未见确切异常。颅脑 MR 平扫加增强所见:左侧颞叶皮层可见稍长 T₁ 稍长 T₂ 信号影,flair 呈高信号,皮层肿胀,增强扫描可见软脑膜异常强化(图 1),符合脑膜脑炎改变。初步诊断为病毒性脑膜脑炎,给予更昔洛韦 500 mg 2 次/d 抗病毒、优他能 2 g 2 次/d 抗炎、甘露醇降颅内压等治疗后患者头痛稍减轻。入院后完善血常规、血生化、传染病等检查,显示血清梅毒螺旋体特异抗体阳性,定量 17.44 S/CO(正常值小于 1 S/CO)。追问病史,患者 2 年前曾被诊断梅毒。复查脑脊液测压力为 260 mmH₂O,总蛋白 786 mg/L,氯 119 mmol/L,细胞数 256×10⁶/L,未找到隐球菌、抗酸杆菌,梅毒螺旋体抗体阳性。更正患者诊断为神经梅毒,病毒性脑膜脑炎,继续给予优他能 2 g 2 次/d 治疗,4 周后患者病情明显改善,复查腰穿测压力为 200 mmH₂O,总蛋白 332 mg/L,葡萄糖 2.6 mmol/L,氯 118 mmol/L,细胞数 31×10⁶/L。患者遵医嘱出院。

2 讨 论

神经梅毒侵犯中枢神经系统的范围较广,可累及脑脊髓膜、血管和脑、脊髓实质等,常见无症状型神经梅毒、病毒性脑膜炎、血管性梅毒、脊髓痨和麻痹性痴呆等类型,误诊率高达 73.3%,随着梅毒发病率的提高应引起重视。

神经梅毒的诊断尚无金标准,主要依靠病史、脑脊液化验、梅毒血清学检查等综合考虑。脑脊液检查是神经梅毒必

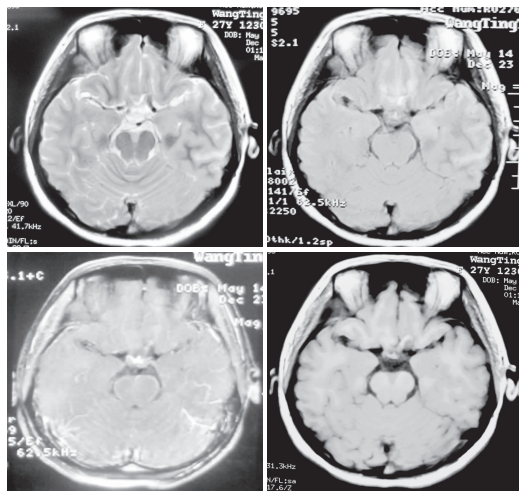


图 1 左侧颞叶皮层可见稍长 T₁ 稍长 T₂ 信号影,flair 呈高信号,皮层肿胀,增强扫描可见脑膜异常强化

要的检查手段,病原学检查是强有力的证据。影像学检查方面,文献报道累及颞叶的神经梅毒 MR 检查多呈长 T₁、长 T₂ 信号,flair 呈高信号,无明显强化,而累及脑膜的病灶可见软脑膜异常强化,本病例影像学表现与文献报道基本一致。本病例脑电图检查示左侧颞部导联混有稍多 2~7 c/s 的 δ 波,说明左侧颞叶皮层功能受累,与影像学所示病灶一致,可见脑电图检查对于鉴别包含神经梅毒在内的颅内感染是否累及脑实质有定性和定位意义,故在颅内感染的诊治初期可及时采取脑电图检查协助尽早做出初步诊断。

梅毒一经确诊应尽早治疗以取得较好转归,潜伏梅毒或梅毒初期未经治疗或治疗剂量不足,可发生神经梅毒。青霉素对神经梅毒疗效显著。头孢曲松钠可以替代青霉素,作为治疗早期神经梅毒的有效药物,我国 2014 年梅毒感染诊疗指南中将头孢曲松列为青霉素的替代性药物,治疗早期梅毒、神经梅毒,治疗后患者快速血浆抗体试验滴度的变化可以用于神经梅毒疗效的评估。

早期诊断和早期治疗是降低神经梅毒病死率和致残率的有效方法。神经梅毒发病率虽逐年增高,但由于临床症状多种多样,缺乏典型特点,大部分患者无症状或仅有非特异性表现,临床上很难确诊,加之早期神经梅毒多隐匿起病,使得早期诊断更加困难。应提高大众对疾病的认识做好预防工作,诊断梅毒即开始正规系统治疗避免发展为神经梅毒;同时诊疗过程中要注意问诊的技巧,以获得可靠的病史为诊断提供证据。应加强医护人员对疾病的认识,遇到中枢神经系统感染、脊髓或脑实质损害等,不能用其他疾病解释者,不明原因的,应考虑此病,以降低误诊率。

(2015-02-04 收稿)