

个案报道

梅毒性脊髓炎 1 例报告
Syphilitic myelitis: a case report

胡 越, 杨雪莲

(第二军医大学附属上海市浦东新区公利医院神经内科 200135 上海市)

doi: 10.3969/j.issn.1004-406X.2016.04.17

中图分类号: R759.1+3 文献标识码: B 文章编号: 1004-406X(2016)-04-0378-02

梅毒是梅毒螺旋体(*treponema pallidum*, TP)感染所致的一种慢性传播疾病, 神经梅毒系由 TP 感染人体后出现的大脑、脑膜或脊髓损害的一组临床综合征^[1], 未经治疗的早期梅毒患者约 10% 可发展为神经梅毒^[2]。梅毒性脊髓炎是神经梅毒的一种, 是 TP 累及脊髓引起的炎症反应, 是梅毒性神经损害的早期表现, 多发生于 TP 感染后 2~10 年, 表现为急性或亚急性横贯性脊髓损害, 如下肢瘫痪或无力、感觉障碍、膀胱功能异常等, 在临床上少见。我院收治 1 例梅毒性脊髓炎患者, 报道如下。

患者男, 52 岁, 因“背部疼痛 1 月余伴左下肢乏力、麻木半月余”于 2015 年 9 月 8 日入院。患者 2015 年 8 月 10 日出现腰背部疼痛, 以右侧为主, 自觉腰部束带感, 当时无明显双下肢乏力、麻木, 未予重视, 后疼痛持续不缓解, 2 周后出现左臀部至大腿前部麻木感伴乏力, 遂至我院就诊。病程中患者自觉有便秘、小便不适感。既往有高血压、高尿酸、高脂病史, 否认糖尿病、冠心病、消化道溃疡等病史。久居上海, 少量吸烟, 偶有饮酒。已婚已育。否认家族遗传性疾病。追问病史, 既往有冶游史, 7 个月前发现快速血浆反应素试验(rapid plasma reagin, RPR)阳性, 已予青霉素治疗, 治疗后 1 个月曾复查 RPR 定量为 1:8。入院查体: 四肢肌张力正常, 左下肢近端肌力 4 级, 远端肌力 5 级, 余肢体肌力 5 级; 双侧 Babinski 征(+), 双侧 Gordon 征(+), 双侧 Chaddock 征(-), 左侧 Oppenheim 征(+), 右侧 Oppenheim 征(-); 双侧肱二、三头肌及桡骨膜反射(+), 双侧膝反射(++), 双侧踝反射(+); 双侧上肢浅感觉正常, 右侧 T10 平面以下浅感觉减退, 左侧 T10 平面以下浅感觉过敏, 左大腿前部浅感觉减退, 余肢体浅感觉无明显异常; 双侧指鼻试验、跟膝胫试验稳准, Romberg 征(-); 脑膜刺激征(-)。实验室检查: 人类免疫缺陷病毒(human immunodeficiency virus, HIV)抗体阴性, RPR 阳性, RPR 定量 1:32 阳性, 梅毒螺旋体颗粒凝集试验(*treponema pallidum* particle, TPPA)阳性。脑脊液压力 120mmH₂O、无色透明、白细胞计数 150×10⁶/L、蛋白定量 906mg/L、氯化物 116.9mmol/L、葡萄糖 2.3mmol/L, 性病研究实验室试验

(venereal disease research laboratory, VDRL)阳性。脑脊液水通道蛋白阴性, 脑脊液寡克隆带电泳阴性, 同步血糖 5.4mmol/L, 甲状腺功能、肿瘤指标、风湿、自身免疫指标等结果均阴性。肌电图: L4、L5 神经根性损害。入院前脊柱 MRI 平扫+增强扫描(2015 年 8 月 25 日)示 T3~T4、T8~T11 水平脊髓信号异常伴 T3/4、T7/8、T9/10 水平脊髓边缘小结节灶, T11 椎体内小血管瘤(图 1)。头颅 MRI 平扫+增强扫描(2015 年 8 月 26 日)未见明显异常。入院后诊断: 梅毒性脊髓炎。治疗: 头孢曲松 2.0/d 静脉注射驱梅治疗 15d, 并用大剂量甲泼尼龙+丙种球蛋白冲击治疗。治疗 4d 后患者腰背部疼痛减轻、腰部束带感减轻, 治疗 4d 后复查脊柱 MRI 平扫(2015 年 9 月 11 日)示 T3~T4 节段病灶已消失, T8~T11 节段脊髓内异常信号影(图 2)。住院 16d 后带强的松片出院继续使用 1 个月左右, 出院时患者腰背部疼痛、左下肢麻木症状好转, 大小便正常。查体: 双侧上肢浅感觉正常, T10 平面以下浅感觉减退好转, 左大腿浅感觉减退好转, 余肢体浅感觉无明显异常。治疗 50d 后(即出院 1 月余后)随访, 患者已基本恢复, 无明显疼痛及感觉障碍, 神经系统查体未见明显阳性体征, 复查脊柱 MRI 平扫+增强扫描(2015 年 10 月 27 日)示 T3~T4、T8~T11 水平脊髓内异常信号消失(与 8 月 25 日脊柱 MRI 平扫+增强扫描比较)(图 3)。

讨论 梅毒在我国 20 世纪 50 年代后几乎绝迹, 但 80 年代末又死灰复燃, 近 30 年来发病人数迅速增长。过去认为中枢神经系统表现是梅毒感染的晚期(Ⅲ期)表现, 但现在已经被证实可发生在梅毒的各个阶段^[3]。梅毒性脊髓炎是一种少见的脊髓 TP 感染性疾病, 在神经梅毒患者中约 1.5% 为梅毒性脊髓炎^[4]。

梅毒性脊髓炎的症状与急性脊髓炎相似, 早期为下肢乏力和麻木等感觉异常, 进而出现以运动为主的痉挛性瘫痪, 受累平面以下感觉缺失但平面的上缘可有感觉过敏或束带感, 膀胱、直肠括约肌功能障碍。如炎症累及脊神经根, 则出现梅毒性脊膜神经根炎, 表现为相应区域的疼痛和(或)感觉减退^[5]。

2010 年美国疾病控制预防中心(CDC)梅毒诊治指南中神经梅毒的诊断标准^[6]: 非螺旋体抗原血清试验(RPR 或 VDRL)阳性, 脑脊液检查发现细胞数(白细胞>5/mm³)或蛋

第一作者简介: 女(1989-), 住院医师, 研究方向: 脑血管病
电话: (021)58858730-5222 E-mail: 791479501@qq.com
通讯作者: 杨雪莲 E-mail: 112785870@qq.com



图 1 a、b 治疗前 (2015 年 8 月 25 日) 脊柱 MRI 平扫+增强 a T2WI 平扫见 T3~T4、T8~T11 水平椎管中央梭形异常高信号, 伴 T3/4、T7/8、T9/10 高信号小结节灶 b 增强后可见 T3/4、T9/10 点状强化 图 2 a、b 治疗 4d 后 (2015 年 9 月 11 日) 脊柱 MRI 平扫示 T3/4 病灶已消失, T8~T11 脊髓节段内见条状异常信号影 图 3 a、b 治疗 50d 后 (2015 年 10 月 27 日) 复查脊柱 MRI 平扫+增强 a T2WI 平扫可见 T3~T4、T8~T11 水平椎管中央梭形异常信号消失 b 增强后可见 T3/4、T9/10 点状强化灶消失

Figure 1 a, b (August 25, 2015) Before treatment of the spine MRI plain scan+enhancement a Shows T2WI appear T3-T4, T8-T11 spinal canal high signals of the central spindle and small nodule with T3/4, T7/8, T9/10 high signals b Shows it enhanced T3/4, T9/10 visible dot enhancement **Figure 2 a, b** (September 11, 2015) 4 days after treatment of the spine MRI plain scan: T3/4 lesions have disappeared, abnormal signal shadows in the T8-T11 spinal segment **Figure 3 a, b** (October 27, 2015) 50 days after treatment to review the Spine MRI plain scan+enhancement a Shows T2WI appear T3-T4, T8-T11 spinal canal abnormal signal have disappeared b Shows it enhanced T3/4, T9/10 dot enhancement lesions have disappeared

白测定异常或 VDRL 阳性或伴有神经系统相关症状和体征。研究表明,神经梅毒脑脊液蛋白含量与病情有关,也与预后相关,即蛋白越高,病情越重,预后越差^[7]。

神经梅毒的影像学表现多样, Kikuchi 等^[8]和 Chilver-Stainer 等^[9]描述了梅毒性脊髓炎的 MRI 表现:病变可累及多个胸髓节段, T2WI 表现为弥漫性高信号, 增强 T1WI 表现为脊髓表面部位的局灶性强化, 称为“烛光征”, 提示 TP 由脊髓表面向脊髓中心侵犯的病理过程。虽然该病 MRI 表现具有特征性, 但是仍需根据病史、实验室检查结果等综合做出诊断^[10]。

本例患者发病时有明显腰背部疼痛和下肢乏力、麻木、感觉减退等症状, 既往有冶游史, RPR、TPPA 阳性, VDRL 阳性, 脑脊液蛋白及白细胞数量增多, 肌电图提示 L4、L5 神经根性损害, 脊柱 MRI 提示多个胸髓节段中央梭形异常信号, T2WI 呈高信号, 增强可见特征性点状强化, 头孢曲松驱梅治疗有效, 治疗后患者症状明显好转, 出院 1 月余后复查脊柱 MRI 提示脊髓内异常信号消失。综合分析, 该患者明确诊断为梅毒性脊髓炎。

由于梅毒早期无特异性症状, 易延误治疗, 晚期临床表现复杂多样, 不典型或无症状, 各类型表现交叉重叠, 极易被漏诊或误诊, 误诊率可高达 80.98%^[11]。梅毒性脊髓炎是神经损害的早期表现, 因此一旦确诊即需正规的驱梅治疗, 充分的随访、监测, 以防发展为梅毒脊髓痨、梅毒树胶肿等其他类型的梅毒。

参考文献

1. 蒋红焱, 谢新荣. 神经梅毒 29 例临床分析[J]. 疑难病杂志, 2010, 9(2): 134-135.

2. 贾建平, 崔丽英, 王伟. 神经病学[M]. 第 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008. 247-249.
3. Workowski KA, Berman S. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010[J]. MMWR Recomm Rep, 2010, 59 (RR-12): 1-110.
4. Conde-Sendin MA, Amela-Peris R, Aladro Y, et al. Current clinical spectrum of neurosyphilis in immunocompetent patients[J]. Eur Neurol, 2004, 52(1): 29-35.
5. 秦洁行, 苗玲. 脊髓脊膜血管梅毒一例报道[N]. 上海交通大学学报(医学版), 2006, 26(7): 816-817.
6. Workowski KA, Berman SM. Centers for Disease Control and Prevention Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines [J]. Clin Infect Dis, 2011, 53(Suppl 3): S59-63.
7. 谭燕, 王丽娟, 张玉虎, 等. 神经梅毒脑脊液蛋白含量与 3 年远期预后相关研究[J]. 中华神经医学杂志, 2013, 12(2): 183-186.
8. Kikuchi S, Shinpo K, Niino M, et al. Infectious syphilis in high-income settings in the 21st century[J]. Lancet Infect Dis, 2008, 8(4): 244-253.
9. Chilver-Stainer L, Fischer U, Hauf M, et al. Syphilitic myelitis: rare, nonspecific, but treatable[J]. Neurology, 2009, 72(7): 673-675.
10. 徐文严. 实验检查对神经梅毒诊断的重要性[J]. 临床皮肤科杂志, 2009, 38(11): 742-743.
11. Liu LL, Zheng WH, Tong ML, et al. Ischemic stroke as a primary symptom of neurosyphilis among HIV-negative emergency patients[J]. J Neurol Sci, 2012, 317(1-2): 35-39.

(收稿日期: 2016-01-09 修回日期: 2016-02-20)

(本文编辑 李伟霞)