

· 经验交流 ·

# 新生儿先天性梅毒的早期诊断

李湘波 廖祥福 徐伏良 周格

(岳阳市第一人民医院 湖南 \* 岳阳 414000)

[中图分类号] R759.1+5 [文献标识码] D [文章编号] 1008-8830(2002)03-0239-01

先天性梅毒又称胎传梅毒,是胎儿在母体内梅毒螺旋体通过胎盘进入血循环所致,近年来发病呈增多趋势。但由于新生儿早期先天性梅毒表现不典型,患儿母亲相关病史难以提供,以及新生儿又常合并其他疾病,所以极易误诊,现报道本科1999年12月至2002年1月收治的12例确诊病例的临床诊断体会。

本组12例,男7例,女5例;入院时年龄<1d 1例,1d~3d 3例,10d~5例,15d~3例。早产儿2例,足月小样儿2例。临床表现为皮疹10例,其中斑丘疹6例,湿疹样皮疹5例,脓疱样皮疹2例,烫伤样皮疹2例,部分患儿有两种或多种皮疹并存。肝脾肿大7例,鼻炎2例。合并重度高胆红素血症3例,出血症2例,败血症1例,肺炎4例,淋菌性眼炎1例。实验室检查:梅毒螺旋体血凝试验(TPHA)阳性12例。12例患儿母亲TPHA均为阳性。贫血5例,血红蛋白45~99g/L。ALT增高6例,70~200U/L;血清总胆红素重度增高3例,258~316 $\mu$ mol/L。血小板减少5例,50~83 $\times 10^9$ /L。凝血酶原时间显著延长2例。眼分泌物检出淋球菌1例。X线胸片双肺有小斑片状阴影4例。治疗与转归:12例确诊后转上级医院治疗2例,放弃治疗2例,其余8例均给予青霉素治疗,第1天注射总量为5万U,第2天起按青霉素每日5~10万U/kg,分3次肌注,疗程14~21d不等。10例皮疹者均于6~10d内消失,未留瘢痕。合并重度高胆红素血症者给予光疗及酶诱导剂退黄治疗,合并出血症者给予输血、维生

素K<sub>1</sub>治疗,合并肺炎败血症者加用头孢噻肟钠抗感染治疗,合并症均治愈。

新生儿先天性梅毒患儿常缺乏典型表现,部分患儿可无任何临床表现,因此易误诊。本组仅5例以本病收住院,另7例则以合并症收住院,住院后才确诊,特别是2例无皮疹的患儿,是在输血时做输血前5项时发现的。吴本清等<sup>[1]</sup>报道本病以早产儿多见,临床表现以皮损害、骨损害和肝损害为主。结合本组病例的特点,我们认为对新生儿难以用其他疾病解释的各种皮疹、肝脾肿大、贫血、肝损害、早产、低出生体重等都要疑及本病,并详细询问患儿父母相关病史,做TPHA检查,以尽早诊断。本病的疗效与治疗早晚密切相关,确诊早,治疗早,疗程短,疗效好。为了加强对本病的早期干预,我们认为在孕妇做产前检查时,应耐心询问孕妇病史,疑患传染病的孕妇,应定期做相关检查,以及时发现孕妇是否患有梅毒,以便对孕妇进行早期干预和对新生儿尽早诊断,本病有合并其他性传播疾病的可能<sup>[2]</sup>,本组有1例合并淋球菌感染,应尽可能完成相关检查。本病的“驱梅”治疗首选青霉素,一旦确诊,应立即使用。

## [参 考 文 献]

- [1] 吴本清,徐位仁.早期先天性梅毒6例[J].中国当代儿科杂志,1999,1(4):252.
- [2] 李君惠,李杰.先天性梅毒合并弓形体,巨细胞病毒感染一例[J].中华儿科杂志,2000,38(3):198.

(本文编辑:吉耕中)