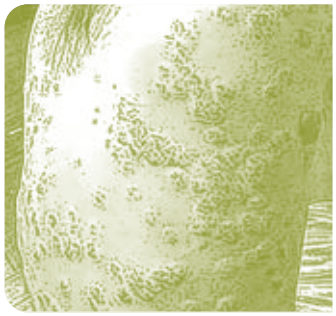


社 區 醫 學

梅毒的臨床表現與診斷

謝旻翰

前言

梅毒是一種常見的性傳染病。在台灣，每年有六千多位新診斷個案。造成梅毒的病原菌為梅毒螺旋體(*Treponema pallidum*)，其傳播方式包括性行為、血液傳染、母子垂直傳染或傷口直接接觸到皮膚或黏膜病灶之分泌物及體液。

梅毒的臨床表現

梅毒會因病程進展的不同，而有多種不同的臨床表現。以下針對各期梅毒的臨床表現分別敘述之

(一) 初期梅毒：

梅毒螺旋體藉由性行為進入人體，而造成局部病灶，包括硬性下疳及局部淋巴結腫大。硬性下疳是一種不痛且無分泌物的潰瘍性病灶，常發生於外陰部，但亦可能發生於子宮頸、肛門及口腔；約2-8週後會自行癒合。

(二) 二期梅毒

在此時期，梅毒螺旋體會散佈於身體的各個器官，甚至菌血症，進而造成各種不同的臨床症狀，包括皮疹、濕爛性丘疹(mucous patches)、全身性淋巴結腫大、發燒、關節疼痛等。這些症狀約1-6個月後會自行消退。

(三) 潛伏性梅毒

潛伏性梅毒是指透過實驗室的血清檢驗可發生梅毒螺旋體的抗體反應成陽性，但病人沒有任何的臨床症狀。然而，即便沒有臨床症狀，並不代表病程並未持續進展。此外，被感染第一年內的潛伏性梅毒被稱為早期潛伏性梅毒，而一年後就是晚期潛伏性梅毒。初期梅毒、二期梅毒及早期潛伏性梅毒被稱為早期梅毒。

(四) 晚期梅毒

隨著梅毒螺旋體的感染，會造成體內緩慢的發炎，並在感染後5-30年產生臨床症狀。一般被分成晚期神經性梅毒、心血管梅毒及梅毒腫(gumma)。其中，神經性梅毒並非只會發生在晚期梅毒，在初期梅毒及二期梅毒時，梅毒螺旋體亦有可能進到中樞神經系統，此時發生的神經性梅毒被稱為早期神經性梅毒。

診斷

高醫附設醫院感染科
關鍵詞：gumma
通訊作者：謝旻翰

對於感染症而言，大多需要以細菌培養來做為診斷的依據。然而，梅毒螺旋體卻無法於體外進行培養，造成了診斷的困難。故梅毒的診斷主要依靠兩種方法。第一種是直接檢驗檢體中是否有梅毒螺旋體，使用的方法包括暗視野鏡檢(darkfield examination)、聚合酶連鎖反應(polymerase chain reaction, PCR)、免疫染色(immunostaining)及嗜銀染色(Warthin-Starry staining)，但這些檢驗方法在實驗室操作上不易執行，而且往往臨床上也不易直接收集到病灶檢驗，故在臨床使用來診斷梅毒的機會並不大；第二種方法是透過血清學的原理，來檢驗病患體內是否有對抗梅毒螺旋體的抗體，因為這些檢驗方式相對簡單、便宜，是目前用來診斷梅毒的主要工具。

用來協助診斷梅毒的血清學檢驗包括非梅毒螺旋體血清抗體檢查(nontreponemal test)和梅毒螺旋體血清抗體檢查(treponemal test)，以下分開探討之：

(一) 非梅毒螺旋體血清抗體檢查

不論非梅毒螺旋體血清抗體檢查或梅毒螺旋體血清抗體檢查都是透過凝集反應檢驗體內是否有相對應的抗體。當人體遭受到梅毒螺旋體的感染時，體內會產生很多不同的抗體，其中一種是會對抗脂質抗原(lipoidal antigen)的抗體，這種抗體同時也會去對抗梅毒螺旋體，故可以利用測定該抗體，來協助診斷梅毒；也因為並非檢測直接對抗梅毒螺旋體抗原的抗體，故稱為非梅毒螺旋體血清抗體檢查；臨床上常使用的包括VDRL試驗 (venereal disease research laboratory test)及RPR試驗(rapid plasma reagin test)。這兩種方法都是利用含有cardiolipin-lecithin-cholesterol抗原的試劑與病人的血清結合，以檢測血清中是否含有對抗cardiolipin-lecithin-cholesterol抗原的IgG或IgM。

不論是VDRL和RPR試驗，其檢驗價數的高低與疾病的活性呈正相關。一般而言，當病患出現硬性下疳後的10-15天，VDRL或RPR試驗才會呈陽性反應[1]；隨著病程進展到二期梅毒及早期潛伏性梅毒時，其價數最高；之後會隨著時間價數逐漸降低，通常最後會小於1:4。在梅毒感染者中，即使沒有經過任何治療，仍有25%的病人，其VDRL或RPR試驗會陰轉[2]。

(二) 梅毒螺旋體血清抗體檢查

梅毒螺旋體血清抗體檢查所檢驗的是直接對抗梅毒螺旋體抗原的IgG及IgM抗體，臨床上常使用的包括TPHA試驗(Treponema pallidum haemagglutination test)、TPPA試驗(Treponema pallidum particle agglutination test)及FTA-abs試驗(fluorescent treponemal antibody absorption test)。

與非梅毒螺旋體血清抗體檢查不同的是，梅毒螺旋體血清抗體檢查的價數與疾病活性無關；而且一旦得病，不論治療與否，絕大多數的病患終身均會成陽性反應；因此就協助臨床醫師診斷及治療的幫助上，較非梅毒螺旋體血清抗體檢查來得

小。此外，與VDRL和RPR試驗類似，其在硬性下疳發生後的1到2週後才會呈陽性反應[1]。

臨床上，對於梅毒血清學的檢驗多是以VDRL或RPR試驗當成篩檢的工具；當其呈陽性反應時，再以TPHA或TPPA試驗確認；若TPHA或TPPA試驗亦呈陽性反應，則可診斷梅毒。然而，不論非梅毒螺旋體血清抗體檢查或梅毒螺旋體血清抗體檢查，在硬性下疳發生前或硬性下疳剛發生的前1到2週，會呈陰性反應。故臨床醫師在診斷梅毒時，還是要針對病患的性病病史、臨床症狀、及是否有危險性行為等進行評估，不應只依照實驗室檢驗作出診斷。若所有血清學的檢驗均為陰性，但臨床仍懷疑梅毒感染，應於2到4週後再重新檢驗[3]。

結論

隨著網路的發達及性觀念的開放，性病的診斷更是一個重要的課題。其中，梅毒的表現十分多樣化，而診斷方式則是以血清學檢驗為主；故臨床醫師必須了解梅毒血清學所代表的臨床意義及隨著病程不同的變化，才能正確地評估病患的病情。

參考資料

1. Janier M, Hegyi V: 2014 Eurogpean guideline on the management of syphilis. J Eur Acad Dermatol Venereol 2014; 28:1581-93.
2. Mandell GL, Bennett JE, Dolin R: Mandell, Douglas, and Bennett' s principles and practice of infectious disease. 7th ed.2010; 3045-8.
3. Morshed MG, Singh AE: Recent trends in the serologic diagnosis of syphilis. Clin Vaccine Immunol 2015; 22:137-47.