

主 编 廖元兴

SEXUALLY
TRANSMITTED
DISEASES

现代性病
诊断与治疗

彩色图谱

江西科学技术出版社



STD

SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES

责任编辑 胡会林
封面设计 曾 宇

ISBN 7-5390-1132-7



9 787539 011325 >

定价：138.00 元



现代性病诊断与治疗

彩色图谱

修订本

主 编 廖元兴

江西科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

现代性病诊断与治疗彩色图谱(修订本)/廖元兴主编. —南昌:江西科学技术出版社
ISBN 7-5390-1132-7

I. 现… II. 廖… III. 临床医学, 科普读物 IV. R·44

国际互联网(Internet)地址:

[HTTP://WWW.NCU.EDU.CN:800/](http://WWW.NCU.EDU.CN:800/)

现代性病诊断与治疗彩色图谱(修订本) 廖元兴主编

出版	江西科学技术出版社
发行	南昌市蓼洲街2号附1号
社址	邮编: 330009 电话:(0791)6623341 6610326(传真)
印刷	深圳市彩帝印刷有限公司
经销	各地新华书店
开本	787mm×1092mm 1/16
字数	512千字
印张	18.5
印数	23001—26000册
版次	2004年2月第2版 2005年2月第10次印刷
书号	ISBN 7-5390-1132-7/R·246
定价	138.00元

(赣科版图书凡属印装错误,可向出版社发行部或承印厂调换)

主编廖元兴主任简介



廖元兴主任1970年8月毕业于广州医学院，同年分配在广州军区广州总医院皮肤科工作至今已33年，现任中华医学会皮肤病分会委员、广州军区皮肤科专业委员会主任委员、广东省皮肤科学会副主任委员、广东省中西医结合皮肤性病专业委员会常务副主委、中国人民解放军皮肤科专业委员会常委、《岭南皮肤性病科杂志》副主编、《皮肤病与性病》杂志编委、《中华性传播感染杂志》(英文版)编委、全军《性病、艾滋病技术指导组》成员、广州市性病技术指导小组成员、广

州军区广州总医院皮肤科主任、主任医师(教授)、广州军区广州总医院皮肤激光整形美容中心主任。先后主编《性病的中西医结合诊治》、《现代性病临床论断彩色图谱》、《看图治性病》、《看图治性病》(简要本)、《中西医结合临床皮肤性病学》等五部专著，发表论文50余篇。获中国人民解放军科技进步三等奖二项、四等奖三项、医疗成果二等奖一项(第二作者)、科技进步二等奖一项(第三作者)。

廖元兴教授为人正直，作风正派，医德高尚，学风严谨，谦虚谨慎，团结同志，实事求是，不为名利，甘当人梯，脚踏实地地在皮肤科性病专业工作了30余年。在长期的临床实践中，理论联系实际，无论是诊疗技术、科研及行政管理等方面都积累了较丰富的经验，尤其是诊疗数以万计的性病患者，经验非常丰富。特别是1992年担任皮肤科主任以来，荣立三等功2次，先进党务工作者3次。他领导的科室先后6年被评为“先进单位”，3年被评为“医德医风先进单位”，3年被评为先进党支部(任书记)，先后九年被评为“广州市性病防治工作先进单位”。曾获全军中青年优秀论文奖，其中《如何当好一名性病医师》和《综合性医院应如何做好性病防治工作》两篇论文，从医师个人的角度展示了作为一名好的性病医师应具备良好的医德医风和素质，较好的基础知识和技术水平及其具体措施和方法；从单位的角度总结了综合性医院做好性病防治工作的具体做法和经验。这一系列的研究为我国性病防治工作提供了一份宝贵资料，为我国皮肤科事业，特别是性病防治工作做出了应有的贡献。本书虽小，但也是他和他的同事们心血的结晶。



主 编 廖元兴

副主编 王俊杰 邓列华 赵永铿

编 委 王俊杰 邓列华 TSIEH SUN

SALLY SUN 赵永铿 张永清

摄 影 廖元兴 王俊杰 黄可立

邓列华 赵永铿 林页新

编委简介

王俊杰 广州军区总医院皮肤科副主任医师

邓列华 暨南大学医学院附属医院皮肤科主任、教授、硕士生导师

TSIEH SUN 美国 CORNELL 大学医学院病理科主任、教授、医学博士

SALLY SUN 美国 FRESNO VA 医学中心主任医师、医学博士

赵永铿 美国 CONY 医疗中心顾问、原暨南大学医学院附属医院院长
兼皮肤科主任、教授

张永清 江西医学院第四附属医院皮肤科主任

再版前言

《现代性病临床诊断彩色图谱》自1997年2月第一版出版以来,已经经历了整整七个春秋,到2001年止,已先后6次印刷,共发行了2万多册。至今为止,仍有不少读者来电来信说买不到这本书。同时也有很多专家、教授、读者以不同方式给本书较高的评价,尤其是对基层医师有很大实用价值。可见此书确实对我国性病的防治工作起到一定的作用。

本书毕竟已出版七年了,七年来性病在变化,性病防治工作也随之变化。自从作者报告广州军区广州总医院,从1990年开始NGU占性病的首位以来,1996年以后,广州市及广西、天津、海南等省市自治区也相继报告NGU占了首位。近年来,全国性病在增多,但增长幅度最大的是梅毒,其增长之快、危害之大也是罕见的。更可怕的是艾滋病发展迅速,估计这些性病的危害性将在未来的数年后更加惊人。

性病的增加及其危害是可怕的,但更可怕的是诊治上的混乱。这种混乱包括乱开设的诊所,或不经批准的所谓“性病中心”,也包括某些为技术水平很低的单位或私人诊所追求经济利益而作了名不符实或不科学的媒体宣传,也包括某些医师对病人不负责任的诊治。更重要的是我们基层医师的诊疗水平不高。这样就会大大影响我国的性病防治工作,其后果造成性病的危害更大、更严重,对此,全国的专家们均有同感和忧虑。要把性病防治工作做好,除了依法进行整治外,提高医师特别是广大基层医师的性病诊疗水平也成了当务之急。为了适应性病防治工作的需要,与时俱进,故再版此书,并将书名改为《现代性病诊断与治疗彩色图谱》。本次为2004年版,争取以后每两年再版一次。此版对首位的淋病、急剧上升的梅毒、诊疗困难的NGU、反复发作的生殖器疱疹和尖锐湿疣作重点介绍。同时增加“生殖器溃疡的鉴别诊断”一章。结合我和我的同事们在诊治性病中的经验体会,以图谱和文字结合的形式着重从各病的临床表现、诊断、鉴别诊断和治疗上下工夫,力求提高广大基层医师对性病的诊治和预防水平,哪怕是减少一些诊治上的差错,对整治上述的一些“混乱”状态起一些作用,也算是我们为国家的性病防治工作出了一点微薄之力。

广州军区广州总医院位于风景秀丽的广州市流花湖畔,是一所集医疗、教学、科研、预防、保健为一体的大型综合性“三甲”医院。该院皮肤科创建于1949年,自1986年以来,共诊治性病患者15万多人次,无论是病人的数量、诊治水平、检验水平和科研成果以及著书立说等方面都处于国内先进水平,曾先后九年被广州市评为性病防治工作先进单位。我们在实践中不断总结经验,再加上国内外同道们的协作、支持和帮助,对本书进行修订,相信会收到更好的效果。

诚然,由于水平有限,错误在所难免,我们也衷心希望读者,特别是各位专家、教授和同行们多多批评、指教。

廖元兴

2003年10月于广州

目 录

第一章 性病的概念 (1)	第一节 病原学和流行病学 (89)
第二章 淋 病 (4)	第二节 临床表现 (90)
第一节 病原学和流行病学 (4)	第三节 实验室检查 (106)
第二节 临床表现 (8)	第四节 诊断和鉴别诊断 (107)
第三节 实验室检查 (29)	第五节 治 疗 (109)
第四节 诊断和鉴别诊断 (32)	第七章 软下疳 (114)
第五节 治 疗 (38)	第一节 病原学和流行病学 (114)
第三章 非淋菌性尿道炎 (43)	第二节 临床表现 (115)
第一节 病原学和流行病学 (43)	第三节 实验室检查 (119)
第二节 临床表现 (44)	第四节 诊断和鉴别诊断 (120)
第三节 实验室检查 (58)	第五节 治 疗 (123)
第四节 诊断和鉴别诊断 (61)	第八章 性病性淋巴肉芽肿 (125)
第五节 治 疗 (65)	第一节 病原学和流行病学 (125)
第四章 细菌性阴道病 (68)	第二节 临床表现 (126)
第一节 病原学和流行病学 (68)	第三节 实验室检查 (129)
第二节 临床表现 (69)	第四节 诊断和鉴别诊断 (130)
第三节 实验室检查 (70)	第五节 治 疗 (132)
第四节 诊断和鉴别诊断 (72)	第九章 腹股沟肉芽肿 (134)
第五节 治 疗 (73)	第一节 病原学和流行病学 (134)
第五章 生殖器念珠菌病 (74)	第二节 临床表现 (135)
第一节 病原学和流行病学 (74)	第三节 实验室检查 (137)
第二节 临床表现 (75)	第四节 诊断和鉴别诊断 (138)
第三节 实验室检查 (83)	第五节 治 疗 (139)
第四节 诊断和鉴别诊断 (85)	第十章 尖锐湿疣 (140)
第五节 治 疗 (87)	第一节 病原学和流行病学 (140)
第六章 梅 毒 (89)	第二节 临床表现 (141)

第三节 实验室检查 (156)	第十四章 艾滋病 (223)
第四节 诊断和鉴别诊断 (161)	第一节 病原学和流行病学 (223)
第五节 治 疗 (179)	第二节 临床表现 (227)
第十一章 生殖器疱疹 (195)	第三节 各种器官受害的情况 (229)
第一节 病原学和流行病学 (195)	第四节 实验室检查 (248)
第二节 临床表现 (196)	第五节 诊 断 (249)
第三节 实验室检查 (204)	第六节 治 疗 (250)
第四节 诊断和鉴别诊断 (205)	第十五章 阴道滴虫病 (256)
第五节 治 疗 (206)	第一节 病原学和流行病学 (256)
第十二章 传染性软疣 (209)	第二节 临床表现 (257)
第一节 病原学和流行病学 (209)	第三节 实验室检查 (259)
第二节 临床表现 (210)	第四节 诊断和鉴别诊断 (260)
第三节 实验室检查 (214)	第五节 治 疗 (260)
第四节 诊断和鉴别诊断 (215)	第十六章 阴虱病 (262)
第五节 治 疗 (216)	第一节 病原学和流行病学 (262)
第十三章 巨细胞病毒感染 (218)	第二节 临床表现 (264)
第一节 病原学和流行病学 (218)	第三节 实验室检查 (265)
第二节 临床表现 (220)	第四节 诊断和鉴别诊断 (265)
第三节 实验室检查 (221)	第五节 治 疗 (265)
第四节 诊 断 (221)	第十七章 生殖器溃疡的鉴别诊断 . . (267)
第五节 治 疗 (222)	

第一章 性病的概念

因性交而传染的疾病,称为性病(Venereal Diseases,VD)。经典或传统的性病有5种:梅毒、淋病、软下疳、性病性淋巴肉芽肿和腹股沟肉芽肿。

所谓性传播疾病(Sexually Transmitted Diseases,STD),是因为性行为(包括阴交、肛交、接吻、触摸等)引起性器间传染的疾病和性器外接触(直接接触和间接接触)传染的疾病。STD范围较VD广,传染途径也远较VD多而复杂,因此,STD已有30余种,加上STD综合征更是复杂。从VD到STD不是名词上的简单更改,也不只是数量上的增多,而是思想和概念上的更新,是医学发展的必然。人们对我国近10年来STD的流行,从惊讶、不可理解到逐渐接受,就说明了这一点。

随着性病概念的更新,我们对性病的认识也应该改变,不能墨守成规,应该放弃旧的概念、旧的观念。当然,这不等于全盘搬国外的东西,要结合当前我国性病的具体情况去认识问题,去分析问题,不断地总结经验,这样才能做好性病的诊断、治疗和预防等工作。目前流行的性传播疾病名称,国内常称为性病,是指以性行为为主要传播途径的一些传染病。现代性病的病原体既多又复杂,每种性病可由一种或一种以上的病原体引起,从表1-1中可看出各种性病病原体的关系。

然而,将肝炎、股癣、疥疮等归为性病,不但患者不肯接受,就连医生也有很多持不同意见的。但是,作为医务工作者,应逐渐适应医学的发展,因为任何疾病的分类都是人为的,只要有道理,又有利于疾病的防治,就应该接受。所以,我们要勇于打破旧观念,接受新东西。人们不同意此种分类法,关键在于把性病和不道德划了等号,认为患了性病就是乱搞男女关系。以往经典性病狭义观念的影响也是原因之一。不可否认,性病主要是性行为(尤其是性交)所传染,但也有不少是其他途径传染的,是由正常或合法的性接触而传播的。实际上,有

嫖客、暗娼,使性乱行为得到控制,在打击或制止这些现象的同时,不断深入认识性病,正确对待性病病人,同时教育病人正确地认识自己,对待自己,自觉地配合医生积极治疗,防止性病的再蔓延。

第二章 淋 病

淋病(Gonorrhea)是由淋病双球菌引起的泌尿生殖系粘膜为主的化脓性炎症性性病。主要是通过性交感染,大都在局部感染,但也可通过血行播散到全身各个器官和皮肤。

第一节 病原学和流行病学

淋病的病原菌为淋病奈瑟氏球菌,简称淋球菌或淋菌,属裂殖菌纲,真细菌目,奈瑟氏球菌科,奈瑟氏菌属。

一、淋菌的生物学特征

淋菌是革兰氏阴性豆形双球菌,其大小为 $0.6\sim 0.8\mu\text{m}$ 。淋菌非常娇嫩,最怕干燥,在干燥环境中 $1\sim 2$ 小时即死亡。不耐热,在 55C 时 5 分钟死亡。 42C 时 $5\sim 15$ 分钟死亡。在室温内 $1\sim 2$ 天死亡。淋菌对硝酸银极度敏感,在 $1:4\ 000$ 的硝酸银溶液中数分钟便死亡;在 1% 酚液中 $1\sim 3$ 分钟死亡;在 1% 蛋白银液中,10 分钟死亡。但是,淋菌适宜在潮湿、温度 35C 、含有 $2.5\%\sim 5\%$ 二氧化碳的环境中生长。

与淋病相似的还有同科莫拉氏菌和不动杆菌,同属的有脑膜炎双球菌、粘膜炎奈瑟氏菌和干燥奈瑟氏菌等。故在临床标本涂片,革兰氏染色看到肾形革兰氏阴性双球菌时,通常不能作为鉴定淋菌的唯一标准。即使在细胞内发现,也只是对男性尿道炎确诊率较高,而对女性宫颈炎的确诊率只有 60% 左右,约有一半病人不易与其他革兰氏阴性双球菌区别,故要作培养和生化检验才能确诊。

目前,虽然实验室的检查鉴定没有根本改变,但病原体的感染部位发生了变化。淋菌仅侵犯人类,原寄生于泌尿生殖系统,脑膜炎球菌寄生于咽喉。由于性行为方式的多样性,尤其是口交等方式打破各种奈瑟氏菌常住部位的界线,故在尿道、宫颈内可发现脑膜炎双球菌,在咽喉部培养出淋菌已不足为奇。所以,单靠涂片确诊是远远不够的,有条件的临床微生物实验室应开展培养及特定的生化反应加以鉴定。

近年来出现的 Thayer—Martin 培养基大大提高了淋菌的培养成功率。特别是对宫颈、咽喉及直肠标本的培养,既提高了准确率,也避免了不必要的误诊和漏诊。这是由于加入了适当的万古霉素、粘菌素和制霉菌素等药物,抑制了其他细菌的生长,为淋菌生长创造了有利的条件。

二、淋菌的结构

淋菌由核质、细胞浆和细胞壁构成。

淋球菌	核 质	主要由 DNA 和蛋白质组成,呈团丝状,无核膜。与淋菌的生长、繁殖、遗传和变异有关。			
	细胞浆	由蛋白、核酸、脂类、糖类、盐类和水组成。与淋菌的代谢有关。			
	细胞膜	又称胞浆膜,由多种蛋白质、类脂质和酶类组成。与合成细胞外膜蛋白的成分有关。			
	细胞壁	粘肽层	由一系列糖和氨基酸连接组成。与保持菌体结构的一体化有关。		
		外膜	脂多糖	是淋菌重要的表面结构之一。与淋菌的毒力、致病性和免疫性有关。	
			外膜蛋白	蛋白 I	与蛋白 III 形成“孔道”。与淋菌生理活动有关。
				蛋白 II	使淋菌彼此粘附在一起,并粘附于宿主细胞。
		蛋白 III	对抗 IgG 的杀菌作用。		
		菌毛	具有使淋菌粘附到宿主细胞上去的作用。		
	荚膜样物质	可能是一种酸性多糖,并可能具有抗吞噬作用。			
IgA 蛋白酶	可能在于灭活局部的特异性抗体。				

三、淋菌的分型

淋菌的菌型对其感染的致病性和流行病学研究以及临床诊疗都是很重要的,但目前对淋菌的分型研究还很不够,而且各个研究者的角度及方法不同,故目前尚未完全统一意见。

1. 营养分型。测定淋菌的营养类型有助于估计淋菌各株间的潜在性毒力、侵袭力、抗生素敏感性和遗传性成分。有时可能有诊断的作用。

淋菌菌株有特殊的营养要求,只有满足了才能在培养基上生长,这些细菌称为营养缺陷型。分型原则是将细菌接种在缺乏某一成分的综合培养基上,如不能生长时,就称为这一成分的营养缺陷型。因此有 Pro⁻菌株(脯氨酸营养缺陷型),Proto 菌株(无机物质 Prototrophic 营养缺陷型)等等。最引人注目的是 AHU⁻菌株,淋菌生长需要精氨酸(Arg⁻型)、次黄嘌呤(Hyx⁻型),和尿嘧啶(Ura⁻型)合称 AHU⁻菌株(或精嘌呤菌型),对青霉素高度敏感,也常见于无症状性淋病,但淋菌性输卵管炎中则很少发现。另外营养分型也有地理上的差别。

2. 血清学分型。虽然血清分型的方法不同,但基于淋菌外膜蛋白的主要成分,发现淋菌有三大血清组。现把各血清型相应编组列表 2-1。

3. 耐药菌分型。

表 2-1

三种方法相应血清型分组表

方 法	一 组	二 组	三 组
微小免疫荧光法 (Wang)	A 型	B 型	C 型
协同凝集试验 (Sandstrom 等)	W I	W II	W III
酶联免疫吸附试验 (ELISA)	1、2、3	4、5、6、7 及 8 型大部分	9 和 8 型小部分

自从 Neisser 分离出淋菌,至今已有 200 多年。淋菌经过各种抗生素的作用,必然产生耐药性,目前已发现有两种耐药性。

(1)染色体介导耐药淋菌菌株。这是由染色体介导的一种逐渐表现出来的低度耐药性菌株。它不产生 β -内酰胺酶,而是通过染色体突变等方式,使细胞通透性改变造成对青霉素的耐药性增加。此种菌株不但对青霉素耐药,而且还包括对头孢菌素、四环素、壮观霉素和其他氨基糖甙类药物的耐药。

(2)质粒介导耐药淋菌菌株。这是由质粒介导的一种高度耐药性菌株。耐药质粒能够编码合成 β -内酰胺酶,能裂解青霉素的 β -内酰胺环,使青霉素失效,淋菌照旧得以生长繁殖。这种菌株自 1976 年被分离出来以后,世界各地均有报告,我国也不例外,称为产青霉素酶的淋球菌,即 PPNG(Penicillinase Producing Neisseria Gonorrhoeae)。但必须注意,不是所有耐青霉素的淋菌都是 PPNG,既耐青霉素,又能产生 β -内酰胺酶的淋菌才是 PPNG。要用青霉素药敏试验和 β -内酰胺酶测定二项结果来鉴定。质粒介导的还有四环素耐药淋菌。由于质粒控制,干扰了四环素的输送过程,细菌对四环素吸收减少或排泄增多,降低了四环素在细菌内的浓度,使四环素治疗几乎无效。

以上各种分型均有其优点,同时也发现互相之间有其一定的联系,在美国有统计,96% AHU⁻菌株属 W I,而非洲 AHU⁻菌株则属于 W I、W II 和 W III, W I 菌株比 W II、W III 菌株对正常人血清的杀菌作用有更强的抵抗力。亚洲型 PPNG 属于 W I 和 W II,在菲律宾和香港以 Prototrophic W II 和 Pro⁻ W I 占优势。而欧洲型 PPNG 虽然在瑞典以 W I 为主,但在其他地区具有抗原的异质性。

四、淋菌的致病机理

淋菌对单层柱状上皮细胞和移行上皮细胞(前尿道、子宫颈、后尿道、膀胱粘膜)敏感,而对复层鳞状上皮细胞(舟状窝、阴道粘膜等)不敏感。

人在感染淋菌初期,仅影响男性前尿道、女性尿道和子宫颈。淋菌进入这些部位后,借助于菌毛、蛋白 II 和 IgA 分解酶迅速与尿道、宫颈上皮粘合,蛋白 I 转至尿道的上皮细胞膜,继而淋菌被柱状上皮细胞吞噬,淋菌进入细胞后大量繁殖,导致细胞损伤崩解,然后转至细胞外粘膜下层,以通过脂多糖的内毒素与补体、IgM 等协同作用,于该处引起炎症反应,多核白细胞增多,粘膜糜烂、脱落。尿道或宫颈粘膜开始排出黄白色脓性分泌物(图 2-1、图 2-2)。白细胞集中于细菌丛的四周,当排尿时,受粘连的尿道粘膜被扩张,刺激局部神经引起疼痛。炎症刺激尿道括约肌痉挛收缩,发生尿频尿急。同时使粘膜小血管破裂而出现终末血尿。反应严重者,粘膜下层组织,甚至海绵体也受影响,因而发生尿道周围炎。在这一过程中,机体局部及全身均产生抗淋菌的抗体,由于抗体-补体杀菌作用,一般不会扩散到全身,从

而使局部炎症逐渐消退。炎症消退后,坏死粘膜修复,均为鳞状上皮细胞或结缔组织,严重或反复地感染,结缔组织均纤维化,引起尿道狭窄。输精管和输卵卵管也可发生狭窄甚至闭塞,导致不育和不孕。若机体免疫力低,可扩散到整个泌尿生殖系统,可侵入血流造成菌血症,并由血液带到其他部位,出现淋菌性皮炎、关节炎、心内膜炎、心肌心包炎、脑膜炎及中毒性肝炎等。



图 2-1 男性淋菌性尿道炎

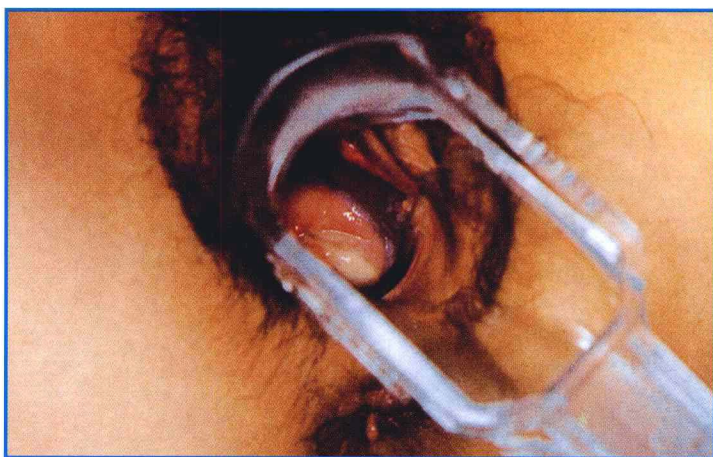


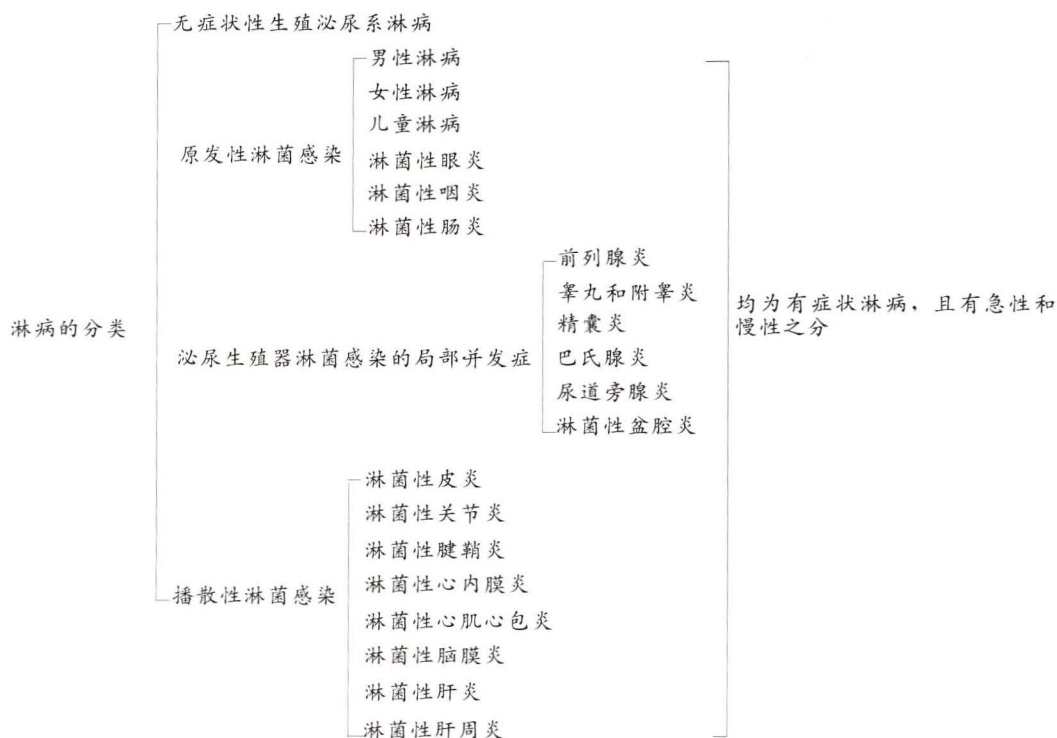
图 2-2 女性淋菌性宫颈炎

淋病是目前全世界发病率较高的性病之一。目前估计全世界每年新发的淋病约为 2500 万例。有些国家高达 5%, 非洲有些国家孕妇发病率高达 10%。近几年来,总的发病人数在不断增多,我国也不可能例外,我国有的城市有时发病率超过法国。1992 年海南省发病率为 55.45/10 万,武汉市发病率为 32.43/10 万。有的接近英国,深圳市 1986 年发病率 70/10 万,1993 年广州市发病率已高达 108/10 万,全国 1991~1995 年已高达 80 万例,仍为性病之首。由于不少患者不到正规医院诊治,个体游医或少数医师隐瞒病例,甚至很多患者自行买药,不去求医等因素,加上我国性病报病制度还不完善,有些单位不重视不执行报病制度,故

病例的漏报率很高。也就是说,我国目前淋病等的发病率远远不只这个数字。一般说来,淋病相对较易治愈,因此 1992 年以来,我国不少地区发病率有所下降,构成比例也明显降低。但是我们仍应看到,淋病患者仍在不断增加,耐药菌也不断出现,慢性淋病在逐日增多,儿童患病率也逐渐上升。淋病不仅给患者本人带来很大的危害,而且传染家属、子女,造成不育,严重影响子孙后代的健康,甚至危害人类。因此不能等闲视之。医生和患者都应抱着对社会负责的态度,及时报告、诊断、治疗,并做好预防工作。

第二节 临 床 表 现

淋菌感染的临床症状颇为复杂,分类法也很多,各国各家意见未能统一。有急、慢之分,有男、女之分,有有症状和无症状之分,有肛门生殖器和非肛门生殖器之分等等。我们认为下列分类法较适合我国淋病诊治的需要。



这样分法既能定位,又能定性,容易一目了然。但是,它们之间是联系的,或同时存在,或互相转化交替出现,因此,在诊断某一种淋病是急性还是慢性,是有症状性还是无症状性,有无播散感染的存在,并发了什么炎症,播散到何处(哪一种器官),要有全面的分析,以得出完善而准确的诊断结论。

一、无症状性生殖泌尿系淋病

无症状性淋病亦称隐性淋病、潜伏淋病。淋菌感染可累及尿道、子宫颈等处,但无主观症状和客观体征,这是由于淋菌侵入机体后,机体抵抗力强、淋病繁殖慢及致病力弱,淋菌菌株影响、药物影响、病人反应及耐受状况等原因,淋菌虽在人体内寄生,但未引起任何临床症状。虽然如此,但仍可通过性交互相传染。此种无症状状态可保持终生,也可引起附睾炎、输精管炎或盆腔炎,甚至引起播散性淋病。

二、男性淋病

男性急性淋病即急性淋菌性尿道炎。潜伏期 0.5~15 天不等,平均 3~5 天。首先为急性前尿道感染,最早症状是尿道口红肿(图 2-3)、发痒及轻微刺痛,继而有稀薄淡白色或淡黄色粘液流出(图 2-4、图 2-5),引起排尿不适。一天后症状加剧,分泌物为深黄色较稠的脓液(图 2-6、图 2-7),脓液少时,经挤压前尿道才能发现(图 2-8、图 2-9)。脓液多时龟头、包皮呈浸渍样(图 2-10、图 2-11),裤裆也见到一片片干结了的脓液(图 2-12)或新鲜的脓中带血的脓块(图 2-13)。有的尿道口周围糜烂、浸渍(图 2-14)、渗液加脓液(图 2-15),有的局部浮肿加脓液(图 2-16),有的脓液沿尿道口呈条状浸渍于其间(图 2-17 至图 2-19)。也有的脓液自尿道口流出至系带,引起系带等处脓肿(图 2-20)。无论脓液多少,在此前后病人出现尿道炎性刺激症状——尿痛和尿道灼热感。尿痛常是发病的早期症状,尿痛的特点是排尿开始明显,严重者有排尿困难,痛而不敢排或排中中断,行动不便,入夜阴茎常有痛性勃起。

在前尿道炎发作 2 周后,约 60% 患者有淋菌越过外括约肌进入后尿道继续引起炎症反应,此时常出现尿意窘迫、尿频、尿痛、终末尿痛或终末血尿等。会阴部可有坠痛感,严重者可有暂时性尿潴留和血精现象。

在急性尿道炎发作过程中,患者往往有微热或乏力等症状。有时双侧腹股沟淋巴结肿大,红肿疼痛甚至化脓破溃。部分患者发热至 38℃ 以上,并有头痛等全身不适。急性淋病在 1~2 周后症状可逐渐减轻,一个月后可完全消失,但晨间或长时间未排尿时仍有淋丝,可将尿道口粘着。急性期过后,未经治疗者,在一定条件下可转为慢性淋病。

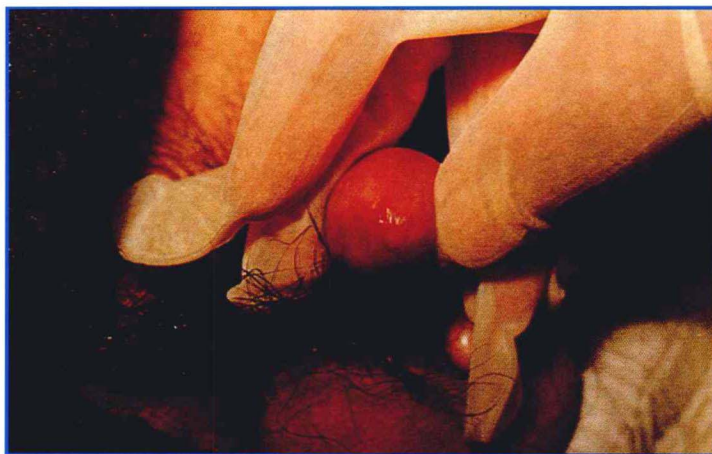


图 2-3 淋菌性尿道炎(早期)