

梅毒、淋病诊断标准、治疗方案

(供 参 考)

04

北京市性病防治所

1989年10

通 知

为了对梅毒、淋病及时进行检查正确诊断，彻底地早期治疗。参考全国性病防治研究中心的材料，特印发“淋病、梅毒诊断标准、治疗方案、疗后观察、判定标准”，以供在学习、工作中参考。

今后，凡在淋病、梅毒等STD各病种的诊断、治疗、检查等方面有疑难者。可直接与我所联系，互相学习，共同提高。

联系电话：421.2461—310或315或316

邮政编码：100013

北京市性病防治所

1989年10月17

淋病诊断暂行标准

一、病史：有婚外性行为或嫖娼史。配偶感染史，或与家中淋病患者共用物品史。或新生儿的母亲有淋病史等。无并发症的淋病潜伏期平均3—5天。

二、临床表现

(一) 男性淋病

1、无并发症的淋病：有尿灼痛、尿急、尿频、尿道口流脓、全身不适等。检查时尿道口及舟状窝红肿，尿道外口有脓性分泌物。

2、有并发症的淋病：多因急性尿道炎症期身体衰弱、治疗不及时或不当、酗酒以及性生活过度等而发生并发症。

(1) 淋菌性前列腺炎、精囊炎：检查时前列腺均匀性肿大，有压痛，肛门有压迫感或会阴、肛门部有钝痛感、下腹不适感、尿频、尿急、尿道灼痛、腰痛。慢性时疼痛减轻，下腹不适坠胀感、腰酸、腰痛，常出现性功能减退及神经衰弱等症状。

(2) 淋菌性附睾炎：患侧阴囊红肿、灼热、疼痛和触痛明显，可有沿精索至腰部的放射痛，全身可有发热、寒战。炎症转为慢性时，疼痛减轻，仅为隐痛，检查附睾有硬块感觉及轻度压痛。

(二) 女性淋病

1、急性期主要侵及子宫颈和尿道。

(1) 子宫颈炎：主要表现为脓性白带增多，有腰痛、下腹痛、

全身不适等，检查时子宫颈红肿，宫颈外口周围糜烂，官口有脓性分泌物。由于分泌物的刺激，外阴、阴道局部红肿、糜烂，有脓性分泌物，并有刺痒感。

(2) 前庭大腺炎：前庭大腺部位红肿、疼痛、触痛、轻压时感觉有肿块，有脓液自前庭大腺开口排出。若形成脓肿，触之有压痛及波动感。

(3) 尿道炎：有尿急、尿频、尿痛及尿血。检查时尿道口红肿，有脓性分泌物。

(4) 幼女淋菌性外阴阴道炎：阴道脓性分泌物多，外阴及肛门周围粘膜皮肤也可发生红肿，甚至破溃。

2、有并发症的淋病

(1) 淋菌性输卵管炎：急性输卵管炎表现为下腹隐痛或刺痛、触痛、腰酸背痛，发热、寒战及不适感。

(2) 淋菌性盆腔腹膜炎：症状基本同上，但腹部检查有腹膜刺激症状。

以上急性炎症转变为慢性者，症状均趋于缓和或不明显。

三 其他部位的淋病

1、淋菌性眼结膜炎：临床上分两个类型(1)新生儿淋菌性眼结膜炎，多为双侧，(2)成人淋菌性结膜炎：常为单侧。主要表现为急性化脓性结膜炎，结膜发红，充血水肿，有大量脓性分泌物，严重的可发生角膜炎，表现为角膜混浊，溃疡或失明。

2、淋菌性咽炎：咽部粘膜红肿、充血，有脓性分泌物。

3、淋菌性直肠炎：大便不适，肛门有瘙痒和烧灼感，重者有里急后重或直肠出血，直肠镜检查可见肠壁上附有脓液，直肠粘膜红肿、充血。

4、淋菌性皮炎：皮损可表现为红斑或水疱、脓疱、糜烂，周围以红晕。或出现溃疡或小结节。

5、播散性淋病

(1) 淋菌性败血症：通常由于泌尿生殖系统或咽部淋病经过血行播散引起全身性淋病。女性多，常在月经或妊娠时发病。主要表现为间歇性发热、寒战、关节疼痛以及出现多种形态的皮疹，如红斑、水疱、脓疱、周围有红晕、出血点、有压痛，愈后留色素斑。多发生在四肢远端及其关节附近。

(2) 淋球菌通过血液，还可发生多发性或局限性关节炎、脑膜炎、心内膜炎、心包炎、腹膜炎和肺炎等。（临床表现从略）

三、实验室检查

1、涂片：取脓性分泌物涂片采用革兰氏染色，在多形核白细胞内找到革兰氏阴性双球菌，即可诊断。此法对男性急性尿道炎病人有初步诊断意义，而对无症状的男女患者或只有少量分泌物的女患者检出淋球菌的阳性率较低，诊断意义不大。

2、培养：取脓性分泌物、疱液、血液作淋球菌培养，阳性

(根据菌体、菌落形态、氧化酶试验等)即可诊断。此法对症状轻微或无症状的男女患者都很敏感,主要在于进一步确诊和需要做药物敏感试验者。目前我国确诊淋病的主要方法。

取材注意事项

(1) 避免在病人小便后立即取材,最好在早晨或排尿后1—2小时后取材。

(2) 男性急性淋病可从患者尿道采取分泌物,有并发症的淋病需行前列腺按摩后取分泌物检查。

(3) 女性患者应分别从子宫颈或尿道取材检查。

(4) 若为男性同性恋或乱交者应分别从咽部和肛门、直肠取材。

四、鉴别诊断:急性淋菌性尿道炎主要应和非淋菌性尿道炎鉴别,后者主要有以下几点:

- 1、潜伏期比淋病时间长,一般为1—3周。
- 2、尿痛程度较淋病轻,常为尿道口作痒或烧灼感。
- 3、分泌物较淋病者稀薄,呈浆液性,量少。
- 4、分泌物涂片镜检找不到淋球菌,但每高倍视野下可见到10—15个多形核白细胞。

淋病暂行治疗方案

一、无并发症的淋病

(一) 淋菌性尿道炎或淋菌性子宫颈炎

1、水剂普鲁卡因青霉素G 480万单位，一次肌注，分两侧臀肌注射。

或氨苄青霉素 (Ampicillin 安比西林) 3.5 g，口服。

或羟氨苄青霉素 (Amoxycillin 阿摩西林) 3.0 g 口服。

上述三种方法任选一种，同时顿服丙磺舒 (Probenecid) 1g。

2、氟哌酸 (Norfloxacin 淋得治) 300 mg，一次口服，孕妇及肝肾功能障碍者忌用。

3、对青霉素、头孢菌素、丙磺舒过敏的患者可用下药：

四环素 0.5 g，口服，每日四次，共服7天 (孕妇及儿童禁用)。

或红霉素 0.5 g，口服，每日四次，共服7天。

或强力霉素 0.1 g，口服，每日二次，共服7天 (孕妇禁用)。

以上药物对同时有衣原体感染者有良好治疗效果。

4、对产青霉素酶淋球菌 (PPNG) 感染可用：

壮观霉素 (Spectinomycin 淋必治) 2 g，肌注。

或头孢三嗪 (Ceftriaxone 菌必治) 250 mg，肌注。

或氟哌酸 300 mg，一次口服。

(二) 淋菌性眼炎

1、成人淋菌性眼炎：病人应住院治疗。

(1) 水剂青霉素G 1000万单位，每日一次，静脉滴注，共5天。

(2) 对PPNG感染可用：

头孢三嗪1g，每日二次，肌注，共2天。

(3) 局部用生理盐水冲洗，每隔一小时冲洗一次，冲后再用0.5%红霉素液点眼。

2、新生儿淋菌性眼炎：传染性强很快引起失明，应住院隔离治疗。

(1) 水剂青霉素G 10万单位/kg/天，静脉注射，分四次给药，共7天。

(2) 对PPNG感染者可用头孢三嗪。按新生儿剂量给药。

(3) 局部处理同上。

(三) 淋菌性咽炎

头孢三嗪 250mg，肌注。

或氟哌酸 300mg，口服。

或复方新诺明(SMZco)每次2片，每日3次，共服7天。

注：氨苄青霉素、羟氨苄青霉素及壮观霉素对本病无效。

(四) 淋菌性直肠炎

壮观霉素 2 g, 肌注。

或头孢三嗪 250 mg, 肌注。

或氟哌酸 300 mg, 一次口服。

注: 氨苄青霉素、羟氨苄青霉素和四环素对淋菌性直肠炎无效。

(五) 儿童淋病

体重45 kg或45 kg以上的儿童按成人方案治疗, 体重少于45 kg按以下方法治疗。

1、羟氨苄青霉素 50 mg/kg, 口服, 同时顿服丙磺舒 25 mg/kg (最大量1 g)。

或水剂普鲁卡因青霉素G 10万单位/kg, 肌注。同时顿服丙磺舒 25 mg/kg (最大量1 g)。

2、对PPNG感染者: 可给予适当剂量的壮观霉素或头孢三嗪。

3、对青霉素和头孢菌素过敏的儿童可用:

(1) 壮观霉素 40 mg/kg肌注, 口服, 分四次给药, 共5天。

(2) 8岁以上儿童可用四环素 40 mg/kg/日/

二、有合并症的淋病 (包括淋菌性输卵管炎和淋菌性副睾炎)

1、水剂普鲁卡因青霉素G 480万单位 一次肌注 (分两侧臀肌注射) 同时顿服丙磺舒1 g。

经上述方法治疗后要继续服用氨苄青霉素500 mg每6小时一次, 同时顿服丙磺舒1 g, 每日二次, 共10天。

2、对PPNG感染或青霉素过敏者用下列药物:

(1) 壮观霉素 2 g, 每日肌注一次, 共10天。

(2) 头孢三嗪 250 mg, 每日肌注, 一次共10天。

三、播散性淋病

1、水剂青霉素G 1000万单位, 每日静脉点滴一次, 3—5天, 待症状改善后改为氨苄青霉素或羟氨苄青霉素500 mg, 口服, 每日4次, 共7天。

2、或用头孢三嗪 1.0 g, 静脉注射, 每日1次, 共7天。

3、由PPNG感染者可用 头三 1 g, 每日静脉注射2次, 5天后改为250 mg, 每日肌注一次, 共7天。

注: 播散性淋病应请专家会诊。

注意事项:

1、应按方案及时、彻底、足量进行治疗。

2、淋病患者于患病6周后都应进行梅毒血清学试验。

3、对在30天内接触过淋病患者的性侣(包括妇女或异性恋男性以及同性恋患者)均应做淋菌的检查、培养, 并进行预防性治疗。

淋病的疗后观察

1、治疗结束后第7天和第14天, 应从感染部位取材做疗后随访涂片和培养。

2、对用非壮观霉素治疗的病例，治疗后3—7天仍持续有淋病表现者要考虑可能为PPNG感染，应再用壮观霉素2.0g肌注，或用头孢三嗪250mg肌注。

3、经上述治疗后，仍有淋病表现，可能对壮观霉素或头孢三嗪耐药，而应做药敏试验，改用敏感药物。

4、若经上述治疗后，淋病又有复发，则为重复感染，不一定是治疗失败，则需对患者进行教育并对其性伴进行追查。

5、若经过治疗后症状消退，涂片和培养均未发现淋球菌，但后期又出现尿道炎的症状持续不断，则考虑为非淋菌性尿道炎，需进一步检查病原体并给予对症治疗。

淋病的暂行判愈标准

要求在治疗结束后两周内，绝对无性接触史，其判愈标准如下：

1、症状体征全部消失；

2、尿液澄清透明；

3、在治疗结束后第7天和第14天男性患者经前列腺按摩后取材，女性患者从子宫颈口和尿道口取材，做分泌物涂片和培养，二次培养阴性。

梅毒诊断暂行标准

一、诊断原则：

1、梅毒除皮肤粘膜外可侵犯许多系统，可与许多其他病症状相近，因此必须根据病史、体检与实验室检查结果进行综合分析，慎重作出诊断。

2、询问病史时要注意男女双方的感染史、妇女生育史与性病过去治疗史，询问感染史时要耐心仔细，性接触史中包括配偶感染史、婚外性交史、嫖娼史或同性恋史。

3、检查皮疹时应注意全身皮肤，尤其是皮肤粘膜交界处、口腔、外阴与肛门附近以及掌跖部位皮疹，如有必要，在护士协助下检查女阴与子宫颈部位。

4、梅毒血清检查有二种，一种是以心拟脂为抗原的非特异反应，如V D R L、U S R等，另一种是以梅毒螺旋体为抗原的特异性反应，如T P H A、F T A—A B S等，要根据具体条件与反应的优缺点，科学地评价其意义。

二、各期梅毒诊断标准

(一) 一期梅毒：

1、有婚外性交或嫖娼史或配偶感染史，潜伏期2—3周。

2、典型的临床表现：一般为单个硬下疳，不痛不痒，多发生在生殖器，少数见于肛门、口唇及其他部位，伴有局部淋巴结肿大。

3. 实验室检查:

(1) 暗视野显微镜检查见有梅毒螺旋体。

(2) 梅毒血清试验阳性。如感染期不足2—3周,应于感染4周后复查血清反应。

以上二项检查中有一项阳性即可。

(一) 二期梅毒:

1、有婚外性交或嫖娼史或配偶感染史,有硬下疳史,病期在2年以内。

2、典型的临床表现:皮疹表现有各种类型,包括斑疹、丘疹、鳞屑性皮疹等,常泛发,对称,有轻度浸润,缺乏自觉症状。掌跖易见有脱屑性斑疹,粘膜可见粘膜斑,阴部肛门可发生扁平湿疣或湿丘疹,头发可虫蛀样脱落,浅表淋巴结可肿大及全身轻度不适。

3. 实验室检查:

(1) 有扁平湿疣、阴部湿丘疹或粘膜斑时,使用暗视野显微镜检查梅毒螺旋体。

(2) 梅毒血清试验强阳性。

(二) 三期梅毒:

1、有婚外性交或嫖娼史或配偶感染史,有或无一、二期梅毒病史。

2、典型的临床表现:结节性皮疹或皮肤、粘膜、骨骼树胶肿。在晚期心血管系统易受侵犯,主要有单纯性主动脉炎、主动脉瓣闭锁不全与主动脉瘤。

在晚期少数病例神经系统也可受侵犯，主要有脑脊液检查异常、梅毒性脑膜炎、脊髓病与麻痹性痴呆。

3、实验室检查：

(1) 梅毒血清试验：非特异性试验大多阳性，但可阴性；特异性试验为阳性，它属于证实试验，对于可疑病例有确诊价值。

(2) 脑脊液检查：白细胞与蛋白量增加，VDRL试验阳性。

(四) 潜伏梅毒（隐性梅毒）

病期在两年以内为早期潜伏，两年以上为晚期潜伏梅毒。

1、有婚外性交或嫖娼史或配偶感染史，有或无梅毒病史。

2、无临床症状与体征，包括心血管与脑神经系统。

3、非特异性试验二次阳性，间隔一个月，如有疑问可作特异性试验证实。

(五) 胎传梅毒

1、生母为梅毒患者。

2、临床表现：有典型早期或晚期胎传梅毒损害。

3、实验室检查：

(1) 暗视野显微镜：早期皮肤与粘膜损害上梅毒螺旋体为阳性。

(2) 梅毒血清试验：阳性，晚期一部分病人非特异性试验也可阴性。

各期梅毒暂行治疗方案

一、治疗原则：

- 1、梅毒诊断必须明确。
- 2、越早期治疗效果越好。
- 3、治疗剂量与疗程必须足够。
- 4、治疗后要经过足够时间追踪观察。

二、治疗目的：

- 1、对一期、二期梅毒迅速使病损丧失传染性，以免传染他人；

在最短时间内达到完全治愈，防止症状进一步发展。

2、一期与二期时治疗可使临床完全治愈，但三期（晚期）时则治愈率降低，梅毒性炎症在组织内可消退，但已损坏的组织被疤痕代替，可残留部分后遗症。

3、非特异性血清试验：在早期，治疗后滴度下降，最后阴转，如果治疗后滴度又上升四倍以上，要考虑血清复发的可能性。部分晚期病人虽经足量规则治疗血清也不能阴转，此属于血清抵抗现象。

4、特异性血清试验为证实试验，即使经满意的治疗后，仍可持续阳性，甚至持续终身阳性，因此不能作为判断疗效、复发与再感染的标准。

三、治疗方案：

(一) 早期梅毒（包括一期、二期、病期在二年以内的潜伏梅毒）

1、青霉素：

(1) 水剂普鲁苯因青霉素G，80万单位/日，肌注，连续10天，总量800万单位。

(2) 苄星青霉素G（长效西林），240万单位，分为二侧臀部肌注，每周一次，共二次。

2、只限对青霉素过敏者用

(1) 盐酸四环素500mg，4次/日，口服，（2g/日），连服15天（肝、肾功能不良者禁用）。

(2) 红霉素，用法同四环素。

(二) 病期长于二年的梅毒（三期皮肤、粘膜、骨骼梅毒，病期超过二年或不能确定病期的潜伏梅毒）及二期复发梅毒。

1、青霉素：

(1) 水剂普鲁苯因青霉素G，80万单位/日，肌注，连续15天为一疗程，疗程量1200万单位，也可考虑给第二疗程，总量2400万单位，疗程间休药二周。

(2) 苄星青霉素G，240万单位，一次/周，肌注，共三次。

2、只限对青霉素过敏者用

(1) 盐酸四环素，500mg，4次/日，口服，（2g/日），连服30天为一疗程。

(2) 红霉素，用法同四环素。

(三) 心血管梅毒

不用苄星青霉素，如有心衰，首先治疗心衰，待心功能代偿时，从小剂量开始注射青霉素，以避免因吉海氏反应造成病情加剧或死亡。

1、水剂普鲁苯因青霉素G，80万单位/日，肌注，连续15天为一疗程，疗程量1200万单位，共二疗程（或更多），疗程间停药二周。

2、只限对青霉素过敏者用

(1) 盐酸四环素，500mg，4次/日，口服，（2g/日），连服30天为一疗程。

(2) 红霉素，用法同四环素。

(四) 妊娠期梅毒

1、水剂普鲁苯因青霉素G，80万单位/日，肌注，连续10天。妊娠初3个月内，注射一疗程，妊娠末3个月注射一疗程。

2、对青霉素过敏者，用红霉素治疗（禁用四环素）。服法及剂量与非妊娠期病人相同，但其所生婴儿应该用青霉素治疗。

3、有明确记载过去曾接受充分治疗，现无复发、无再染证据者，可不治疗。

(五) 胎传梅毒

1、早期胎传梅毒

(1) 普鲁苯因青霉素G，5万单位/kg体重/日，肌注，连续