

仅表现为脱发的二期梅毒二例误诊报告

林挺

【摘要】 仅表现为脱发症状的二期梅毒临床少见，常常误诊为其他类型的脱发。该文报道 2 例仅表现为脱发的二期梅毒患者，脱发表现为虫蚀状、弥漫性小片状，梅毒血清学试验阳性或梅毒螺旋体检查阳性。经苄星青霉素治疗后毛发再生。该文提示梅毒性脱发单独出现时，注意勿漏诊。

【关键词】 脱发；梅毒性；误诊

Misdiagnosis of secondary syphilis with single complaints of alopecia: two cases report LIN Ting. *Department of Dermatology, the General Hospital of Guangzhou Military Command, Guangzhou 510010, China*

【Abstract】 Clinical symptoms of alopecia in secondary syphilis often misdiagnosed as other types of hair loss. Two cases of secondary syphilis with single complaints of alopecia are reported. The alopecia was presented as worm-biting like or diffused small patches. Diagnosis was made according to serologic tests or treponema pallidum examination. After treatment with benzathine penicillin, both patients recovered. Hair loss can provide clues to diagnosis of syphilis when it was the only manifestation.

【Key words】 Alopecia; Syphilis; Misdiagnosis

仅表现为脱发症状的二期梅毒临床少见，常常误诊为其他类型的脱发。耽误了病情，也延误了治疗，给患者带来巨大的痛苦。笔者诊治了 2 例仅表现为脱发的二期梅毒被误诊患者。现报告如下，以引起临床医生的注意，避免误诊误治。

病例资料

例 1，男，48 岁，商人。因头部轻度红斑、弥漫性、虫蚀状脱发 3 个月余于 2011 年 9 月就诊我科门诊。患者 3 个月前不明原因头部出现轻度红斑并开始脱发，先出现在颞部、枕部，后逐渐扩展至头顶及发际部，呈现散在的、弥漫性、虫蚀状脱发，每天脱发约 300 余根，无其他不适。来我院前曾在多所综合性医院就诊，均诊断为“脂溢性脱发”，给予治疗，但无效。且脱发逐渐加重。发病后患者易疲劳，无心慌心悸，无关节痛，头屑及油脂分泌不多，躯干、四肢及生殖器无皮疹，无痒痛、麻木等感觉，精神无异常表现。患者 1 年前曾有过多多次不洁性接触史。以往未得过其他性病。家族中无类似病史。发病前 3 个月内无精神紧张及焦虑史。体格检查：系统检查无特殊发现。皮肤科检查：头颞部、枕部、顶部可见散在的红斑、斑片样、弥漫性虫蚀状脱发（图 1A），脱发区边界不

清，用手轻拉外观正常的毛发，极易脱落。双耳后各可触 1 枚蚕豆大的淋巴结，活动，无触痛。头皮肤色正常。无断发，头屑不多。无结痂、糜烂。躯干四肢及生殖器、肛周均无皮损。牙齿、指甲及口腔黏膜无皮损。眉毛、腋毛、生殖器部毛发正常。实验室及辅助检查：血尿大便常规正常，肝肾功能正常，胸片检查正常。头发真菌检查：未找到真菌孢子、菌丝。梅毒微粒凝集试验（TPPA）1：560 阳性，快速血浆反应素试验（RPR）1：64 阳性。脑脊液梅毒两项检查：RPR 试验阴性，脑脊液性病研究实验室试验阴性。抗人类免疫缺陷病毒抗体（HIV-Ab）阴性。诊断：①梅毒性脱发；②二期梅毒。给予苄星青霉素注射剂 240 万单位肌内注射每周 1 次，连续 3 周。治疗后 3 周时复诊，患者已经不再继续脱发。治疗结束 3 个月复查 RPR 1：4 阳性，头发已完全长出。8 个月后复查毛发正常，脱发治愈，RPR 转阴。

例 2，男，21 岁。因头顶红斑丘疹、枕部虫蚀样、斑片状脱发 5 个月于 2013 年 6 月来我院入院治疗。患者 5 个月前头顶、枕部毛发多处小片状脱落，脱发区呈虫蚀样、斑片状，且逐渐扩大。脱发区部分见红斑、丘疹。无瘙痒及痛感。发病后常伴有乏力感。来我院前曾在深圳多所医院就诊，均诊

断为“斑秃”，或“脂溢性脱发”。给予治疗，但效果差。且脱发逐渐加重，面积增多、扩展。患者头屑及油脂分泌不多，头部无瘙痒、疼痛、麻木等感觉。患者 1 年前有过多次不洁性接触史。无性病史。家族中无类似病史。体格检查：系统检查无特殊发现。皮肤科检查：头枕部、顶部可见数块斑片状脱发，间中见虫蚀状脱发区（图 1B），脱发区部分见红斑、丘疹。右耳后可触 2 枚蚕豆大的淋巴结，活动，无触痛。皮损呈对称性。无断发，头屑不多。无结痂、糜烂。躯干四肢及生殖器无皮损。实验室检查：血尿大便常规正常，肝肾功能正常，



图 1 仅表现为脱发的二期梅毒患者头部皮损

A：例 1 患者头部弥漫性、虫蚀状脱发；B：例 2 患者头枕、顶部虫蚀样、斑片状脱发

讨 论

梅毒是目前我国主要的性传播疾病之一，近 10 年来发病率有逐年上升的趋势，其中以二期梅毒最为常见，临床表现复杂多样，可模拟众多疾病，如不注意鉴别极易造成误诊^[1,2]。二期梅毒的病变基础是梅毒螺旋体血症，因此病变可累及全身各个系统，但临床上主要表现为皮疹和黏膜损害，而脱发的发生率较低^[3]。梅毒性脱发多发生在感染梅毒后数月至 1 年才出现，多以虫蚀状、弥漫性小片状脱发，好发于头皮，严重者可累及眉毛、胡须、阴毛等。在极少部分梅毒患者，脱发可为其唯一临床表现或首发表现^[4,6]。本文中的两例患者均出现虫蚀样、斑片状脱发，是其唯一的临床症状，且梅毒血清学均阳性，均符合二期梅毒脱发的诊断。目前梅毒性脱发的确切发病机制仍不明，Nam-Cha 等^[7]应用免疫组织化学检测发现梅毒性脱发患者的毛乳头周围及毛基质中可见到梅毒螺旋体，提示脱发与螺旋体直接相关。脱发区部分见红斑、丘疹可能是梅毒螺旋体在头皮局部聚积导致微血管炎症、供血不足，毛囊营养发生暂时性障碍所致^[8]。梅毒性脱发一般不会造成毛囊永久性

胸片检查正常。头发真菌检查：未找到真菌孢子、菌丝。取患者皮损区行病理检查：真皮血管周围、毛囊周有大量的浆细胞、淋巴细胞浸润。TPPA 1:480 阳性，RPR 1:16 阳性。脑脊液梅毒两项检查：RPR 试验阴性，脑脊液 VDRL 阴性。（HIV-Ab）阴性。诊断：①梅毒性脱发；②二期梅毒。给予苄星青霉素注射剂 240 万单位肌肉注射每周一次，连续三周。治疗后 2 个月脱发停止，6 个月后复查毛发正常，脱发治愈，RPR1:1 阳性。截至投稿日仍在观察之中。

破坏，经抗梅治疗后毛发可以再生^[9]。本文 2 例经确诊后给予长效青霉素治疗，毛发均恢复正常状态，RPR 阴转或明显滴度下降，临床达到治愈。

梅毒性脱发如果与梅毒性皮疹同时出现则诊断不难，如果单独出现，而不伴有梅毒的其它症状和体征则易漏诊^[10]。在就诊时特别注意如下几点：①首先要详细了解病史、家族史，尤其不洁性接触史，有否梅毒病史。本文 2 例发病前数月均有不洁性接触史。②是否有梅毒性脱发的临床表现，梅毒性脱发多发生在头顶、颞侧、枕部，如虫蚀状脱发，或弥漫性脱发，伴脱发区皮肤可有充血性红斑浸润，可伴有眉毛、腋毛、阴毛脱落。自觉不痒不痛。上述 2 例患者临床表现为虫蚀状、弥漫性小片状脱发，不痛不痒，头屑不多，例 2 脱发区部分见红斑、丘疹，均符合梅毒性脱发的典型临床症状。③实验室检查：TPPA 及 RPR，必要时可做脑脊液检查梅毒（疑伴有神经梅毒者）。此 2 例患者 TP-PA 1:560 及 1:480 阳性，RPR 1:64 及 1:16 阳性，均符合梅毒诊断。本文 2 例患者仅表现为脱发，为梅毒的唯一症状。建议对临床表现不典型的脱发进行梅毒血清试验筛查，以免漏诊。

如果梅毒性脱发为二期梅毒患者的唯一症状

时,很易误诊。常见需要鉴别的疾病:①斑秃:典型表现为突然出现的圆形或椭圆形、直径 1~10 cm、数目不等、边界清楚的脱发区,患处皮肤光滑,无炎症,无鳞屑,无瘢痕,进展期脱发区边缘头发松动极易拔出^[11]。梅毒性脱发在临床和病理上均可模拟斑秃的特点,易造成误诊,但梅毒性脱发常表现为虫蚀状,且不具备斑秃“惊叹号”状的毛发,这是临床鉴别的重要线索。例 2 患者早期在外院就诊也曾误诊为“斑秃”。②雄激素性脱发:本病可有家族史。从前额两侧开始头发密度下降,头发纤细、稀疏,逐渐向头顶延伸,额部发际向后退缩,前额变高,形成“高额”,发际线呈 M 形;或从头顶部头发开始脱落。脱发区皮肤光滑,可见纤细的毳毛,皮肤无萎缩^[12]。本文 2 例脱发均无家族史,无前额变高,形成“高额”,发际线呈 M 形,且梅毒血清学阳性,这完全可与雄激素性脱发区别。③黑癣:均由亲人性皮肤癣菌引起。损害开始为头皮上出现散在的点状鳞屑斑,炎症很轻,稍痒。以后逐渐扩大成灰白色的鳞屑斑,外观酷似脂溢性皮炎。病发紧贴头皮折断,留下黑色的小点。病发直接镜检可见发内真菌感染^[13]。④拔毛癖:为神经精神障碍性皮肤病。它的临床特点是患者反复地不能克制地拔除头皮毛发,导致引人注目的奇形怪状的脱发。梅毒性脱发的鉴别要点是有不洁性接触史,多发生在感染梅毒后数月至 1 年才出现,多以虫蚀状、弥漫性小片状脱发为特征,实验室检查:TPPA 及 RPR 阳性。本文 2 例临床表现及实验室检查均符合梅毒性脱发诊断,通过鉴别诊断也排除其它类似的脱发性疾病。

本文中 2 例患者误诊的主要原因可能是:①临床医生对仅表现为脱发症状的二期梅毒认识不足。②患者全身无伴随其他皮疹,容易引起临床医生忽视。③患者在就诊时未提及或隐瞒不洁性触史也易引起误诊之一。预防措施:在临床工作中对性病要有高度的警惕性,特别是患者隐瞒病史时,应仔细辨认皮疹,与患者沟通,可避开他人追问详细病史,做全面的体格检查和实验室检查,以免漏诊或误诊。

梅毒性脱发一经确诊,给予规范的治疗,绝大部分患者可治愈,预后良好。本文 2 例患者经过苄星青霉素驱梅治疗后,脱发区的毛发均恢复正常,说明梅毒性脱发是可逆性的。

参 考 文 献

- [1] 朱旭贞,毛善英,丁美萍.以神经系统症状为首的梅毒 10 例临床分析.浙江医学,2005,27:593-594.
- [2] 滕蔚,曲才杰,尉莉.梅毒性脱发 24 例临床分析.中国皮肤性病学杂志,2006,20:496-497.
- [3] Vafaie J, Weinberg JM, Smith B, et al. Alopecia in association with sexually transmitted disease: a review. Cutis, 2005, 76: 361-366.
- [4] Bi MY, Cohen PR, Robinson FW, et al. Alopecia syphilitica-report of a patient with secondary syphilis presenting as moth-eaten alopecia and a review of its common mimickers. Dermatol Onlin J, 2009, 15: 6.
- [5] 胡国红,万川.以脱发为唯一表现的二期梅毒 1 例.中国皮肤性病学杂志,2012,24:453.
- [6] 黄海艳,王芳,赵琰,等.以脱发为首表现的青少年二期梅毒 1 例.临床皮肤科杂志,2013,42:690.
- [7] Nam-Cha SH, Guhl G, Fernández-Peña P, et al. Alopecia syphilitica with detection of Treponema pallidum in the hair follicle. J Cutan Pathol, 2007, 34: 37-40.
- [8] De Maubeuge J, Kolivras A, Song M. Syphilitic alopecia. Ann Dermatol Venereol, 2002, 129: 255-256.
- [9] 陈晓燕.梅毒性脱发 2 例.浙江中西医结合杂志,2004,14:444.
- [10] 郑占才,王家璧.少见的皮肤附属器梅毒 2 例.中国性科学,2008,17:21-22.
- [11] 张学军.皮肤性病学.7 版.北京:人民卫生出版社,2012:180.
- [12] 赵辨.中国临床皮肤性病学.北京:江苏科学技术出版社,2010:1185-1186.
- [13] 王侠生,廖康煌.杨国亮皮肤性病学.上海:上海科学技术文献出版社,2005:206-207.

(收稿日期:2014-02-16)

(本文编辑:杨江瑜)