

2015 年美国疾病预防控制中心性传播疾病诊断和治疗指南（续） ——梅毒的诊断和治疗指南

CDC 2015 Guideline for the Diagnosis and Treatment of Syphilis

樊尚荣, 梁丽芬 (编译)

【关键词】 梅毒; 诊断; 治疗

【Key words】 Syphilis; Diagnosis; Therapy

【中图分类号】 R 759.1 【文献标识码】 A doi: 10.3969/j.issn.1007-9572.2015.27.002

樊尚荣, 梁丽芬 (编译). 2015 年美国疾病预防控制中心性传播疾病诊断和治疗指南 (续) ——梅毒的诊断和治疗指南 [J]. 中国全科医学, 2015, 18 (27): 3260-3264. [www.chinagp.net]

Fan SR, Liang LF. CDC 2015 guideline for the diagnosis and treatment of syphilis [J]. Chinese General Practice, 2015, 18 (27): 3260-3264.

梅毒是梅毒螺旋体引起的系统性疾病。为指导治疗及随访, 将梅毒分成三期: 一期梅毒 (如感染部位溃疡或硬下疳)、二期梅毒 (包括但不仅限于皮疹、皮肤黏膜病变及淋巴结病变) 和三期梅毒 (如心脏病变或树胶肿)。缺乏临床表现, 仅血清学检查阳性的梅毒螺旋体感染称潜伏梅毒, 感染期在 1 年内称为早期潜伏梅毒, 其余的称为晚期潜伏梅毒或分期未明的潜伏梅毒。神经梅毒可以出现在梅毒的各期。早期神经系统表现有颅神经功能障碍、脑膜炎、卒中、精神状态的急性改变及听力、视力异常。晚期神经系统表现 (如三期梅毒) 出现在感染后 10~30 年内。

1 诊断

1.1 螺旋体检查 病损分泌物做抹片, 在暗视野显微镜下见到可活动的梅毒螺旋体即可确诊。

1.2 血清学检查 包括非螺旋体试验和螺旋体试验。非螺旋体试验包括快速血浆反应素试验 (RPR) 或性病研究试验 (VDRL); 螺旋体试验包括荧光螺旋体抗体吸收试验 (FTA-ABS)、梅毒螺旋体颗粒凝集试验 (TP-PA) 和梅毒酶联免疫吸附试验 (ELISA) 等。

非螺旋体试验抗体滴度与梅毒活动期相关, 可以用于评价疗效。治疗后非螺旋体试验抗体滴度可以下降甚至转阴, 有些患者规范治疗后非螺旋体试验抗体可以持续存在, 称为“血清固定”。大部分梅毒患者螺旋体试验可以终生持续阳性。螺旋体试验抗体滴度与疗效无关。部分临床实验室将螺旋体试验用作梅毒初筛试验。

梅毒初筛试验阳性的患者需进行标准的非螺旋体试验, 根据非螺旋体试验抗体滴度决定进一步治疗方案。若非螺旋体试验阴性, 则应行另外一种螺旋体试验。若第 2 次螺旋体试验阳性, 除其性生活史提示有再次感染可能, 既往接受过治疗的患者不需要进一步处理, 应在 2~4 周后再次进行非螺旋体试验, 避免漏诊早期感染。未接受过治疗的患者应给予治疗。除了病史或查体提示近期感染的患者外, 其余按晚期潜伏梅毒治疗。若第 2 次螺旋体试验阴性, 流行病学风险及临床上考虑梅毒可能性低时, 不建议进一步检查及治疗。若第 2 次螺旋体试验结果为弱阳性, 在低危情况下, 也不建议治疗。对于合并 HIV 感染患者, 血清学检查也可以用于梅毒的诊断及疗效评价。当临床表现提示早期潜伏梅毒, 而血清学检查阴性时, 对于有梅毒高危因素的患者应进行预防性治疗, 并考虑进一步检查。

1.3 脑脊液检查 脑脊液检查包括脑脊液细胞计数、蛋白测定和脑脊液 VDRL。神经梅毒的诊断: (1) 血清学检查阳性; (2) 神经系统症状及体征; (3) 脑脊液检查异常 (脑脊液细胞计数或蛋白测定异常, 加上脑脊液 VDRL 阳性)。脑脊液 VDRL 诊断神经梅毒的特异度高, 但灵敏度低。如果患者有神经系统症状及体征, 脑脊液 VDRL 阳性, 在排除血液污染后, 可诊断神经梅毒。脑脊液 VDRL 阴性, 临床上出现神经梅毒的症状和体征, 血清学检查阳性时, 如果脑脊液细胞计数或蛋白测定异常, 考虑诊断神经梅毒。也可以考虑行脑脊液 FTA-ABS。与脑脊液 VDRL 相比, 脑脊液 FTA-ABS 灵敏度高, 特异度低。脑脊液 FTA-ABS 阴性, 尤其对于神经系统表现没有特异性的患者, 不应考虑神经梅

译者单位: 518036 广东省深圳市, 北京大学深圳医院妇产科 (樊尚荣); 汕头大学医学院 (梁丽芬)

毒。对于合并 HIV 感染的患者，脑脊液细胞计数会偏高（白细胞 $>5/\text{mm}^3$ ），为提高诊断准确性，这类患者脑脊液细胞计数异常的标准应提高为白细胞 $>20/\text{mm}^3$ 。

2 治疗

各期梅毒的首选治疗药物均为青霉素 G。根据分期和临床表现决定剂型、剂量和疗程。

2.1 不同时期梅毒的治疗

2.1.1 一期梅毒、二期梅毒

2.1.1.1 推荐方案 成人推荐方案：苄星青霉素，240 万 U，单次，肌肉注射。新生儿及儿童推荐方案：苄星青霉素，5 万 U/kg，最大剂量 240 万 U，单次，肌肉注射。

2.1.1.2 随访、疗效评价和重复治疗 在治疗后第 6 个月、第 12 个月进行非螺旋体试验评价疗效，如果疗效不确定或怀疑再次感染梅毒，可以增加随访次数。如在治疗后 6 个月内临床症状及体征持续存在或再次出现，或持续 2 周出现血清学检查抗体滴度增高 4 倍或以上，应视为治疗失败或再次感染梅毒，对于此类患者没有标准的治疗方法，至少应追踪临床表现、血清学检查、HIV 检查及脑脊液检查，如果无法随访，应予以重新治疗。推荐经脑脊液检查排除神经梅毒后，予以苄星青霉素，240 万 U，1 次/周，肌肉注射，共 3 次。

2.1.1.3 特殊情况 青霉素过敏。多西霉素 100 mg，口服，2 次/d，连续 14 d。四环素 500 mg，4 次/d，口服，连续 14 d。头孢曲松 1~2 g，1 次/d，肌肉注射或静脉滴注，连续 10~14 d。阿奇霉素 2 g，单次口服，对某些一期梅毒及二期梅毒有效，仅当青霉素或多西霉素治疗无效时可选用。阿奇霉素方案不能用于男-男性交者、合并 HIV 感染患者和孕妇。若青霉素过敏者的依从性及随访追踪不能确定时，应先行脱敏治疗后予以苄星青霉素治疗。

2.1.2 三期梅毒 包括神经梅毒和潜伏梅毒以外的晚期梅毒，如心血管梅毒或梅毒瘤树胶肿等。

2.1.2.1 推荐方案 苄星青霉素，240 万 U，1 次/周，肌肉注射，共 3 次。

2.1.2.2 其他治疗 三期梅毒患者治疗前应行 HIV 检查及脑脊液检查。随访缺乏相关研究。

2.1.2.3 特殊情况 青霉素过敏者的治疗应与感染病学专家商讨。

2.1.3 神经梅毒

2.1.3.1 治疗方案 推荐方案：青霉素 1 800~2 400 万 U/d，300~400 万 U/4 h，静脉滴注或持续静脉滴注，连续 10~14 d。若患者依从性好，也可考虑以下方案：普鲁卡因青霉素 240 万 U，1 次/d，肌肉注射；丙磺舒 500 mg，4 次/d，口服，连续 10~14 d。可考虑在推荐

方案或替代方案治疗结束后予以苄星青霉素 240 万 U，1 次/周，肌肉注射，共 3 次。

2.1.3.2 其他 虽然全身性应用糖皮质激素是常用的辅助治疗，但目前仍无证据证明应用这类药物是有益的。

2.1.3.3 随访 在治疗后每 6 个月进行脑脊液检查，直到脑脊液细胞计数正常。治疗后 6 个月脑脊液细胞计数无下降或治疗后 2 年脑脊液细胞计数和蛋白未降至完全正常，予以重复治疗。

2.1.3.4 特殊情况 青霉素过敏。头孢曲松 2 g，1 次/d，肌肉注射或静脉滴注，连续 10~14 d。

2.1.4 潜伏梅毒 血清学检查阳性，排除一期、二期、三期梅毒。诊断早期潜伏梅毒的依据：在过去 12 个月内出现唯一可能的暴露，且符合以下条件：确有血清学检查转阳或持续 2 周以上非螺旋体试验抗体滴度升高 4 倍或以上；明确的一期梅毒或二期梅毒症状；其性伴侣存在一期梅毒或二期梅毒或早期潜伏梅毒。不符合上述条件，没有临床症状，血清学检查阳性的患者应诊断为晚期潜伏梅毒或分期未明的潜伏梅毒。

2.1.4.1 治疗 成人：（1）早期潜伏梅毒治疗推荐方案：苄星青霉素 240 万 U，单次，肌肉注射。（2）晚期潜伏梅毒或分期未明的潜伏梅毒治疗推荐方案：苄星青霉素 240 万 U，1 次/周，肌肉注射，共 3 次，总剂量 720 万 U。新生儿及儿童：（1）早期潜伏梅毒治疗推荐方案：苄星青霉素 5 万 U/kg，最大剂量 240 万 U，单次，肌肉注射。（2）晚期潜伏梅毒治疗推荐方案：苄星青霉素 5 万 U/kg，每次最大剂量 240 万 U，1 次/周，肌肉注射，共 3 次（总量为 15 万 U/kg，最大剂量 720 万 U）。

2.1.4.2 随访和疗效评价 在治疗后第 6、12、24 个月进行非螺旋体试验评价疗效。符合以下条件时需要脑脊液检查排除神经梅毒：（1）非螺旋体试验抗体滴度持续 2 周以上升高 4 倍或以上；（2）治疗后 1~2 年内，原来升高的非螺旋体试验抗体滴度（ $\geq 1:32$ ）下降小于 4 倍；（3）出现梅毒的症状或体征。若脑脊液检查异常应按神经梅毒治疗。

2.1.4.3 特殊情况 青霉素过敏。多西霉素 100 mg，2 次/d，口服，连续 28 d。四环素 500 mg，口服，4 次/d，连续 28 d。头孢曲松，剂量及用法有待商榷。青霉素过敏的患者，如果用药依从性差或不能保证随访时，应经脱敏治疗后使用苄星青霉素。

2.2 妊娠梅毒 孕妇均应在第 1 次产前检查时行梅毒血清学检查。可用非螺旋体试验或螺旋体试验中的一种检查方法进行梅毒筛查。螺旋体试验阳性孕妇应行非螺旋体试验，以便评价疗效。对梅毒高发地区孕妇或梅毒

高危孕妇,在妊娠第 28~32 周及分娩前再次筛查。妊娠 20 周以上死胎史者均需要行梅毒血清学检查。所有孕妇在妊娠期间至少做 1 次梅毒血清学检查,如果未进行梅毒血清学检查,新生儿则不能出院。

2.2.1 诊断 除病历清楚记录既往曾接受规律抗梅毒治疗或梅毒血清学检查非螺旋体试验抗体滴度下降良好,梅毒血清学检查阳性孕妇均视为梅毒患者。螺旋体试验用于产前梅毒筛查,若为阳性,应行非螺旋体试验。若非螺旋体试验阴性,应再次行螺旋体试验(首选 TP-PA),最好用同一标本。若第 2 次螺旋体试验阳性,可确诊梅毒或既往梅毒病史。既往曾接受规范治疗者,不需要进一步治疗,否则应进行梅毒分期并根据梅毒分期进行治疗。若第 2 次螺旋体试验阴性,对于低危孕妇且否认梅毒病史者,初次螺旋体试验则为假阳性。对于低危孕妇,无临床表现,性伴侣临床及血清学检查阴性,应于 4 周后再次行血清学检查,若 RPR 和 TP-PA 仍为阴性,则不需要治疗。若随访困难,否认抗梅毒治疗病史者应根据梅毒分期进行治疗。

2.2.2 治疗 根据孕妇梅毒分期采用相应的青霉素治疗方案治疗。

2.2.3 其他治疗 一期梅毒、二期梅毒及早期潜伏梅毒,可以在治疗结束后 1 周再次予以苄星青霉素,240 万 U,肌肉注射。妊娠 20 周以上的梅毒孕妇应行胎儿彩色超声检查,排除先天梅毒。胎儿及胎盘梅毒感染的 B 超表现(如肝肿大、腹腔积液、水肿及胎盘增厚)提示治疗失败,此时应与产科专家商讨进一步处理。如治疗中断应重新开始治疗。

2.2.4 随访和疗效评价 多数孕妇在能做出疗效评价之前分娩。在妊娠第 28~32 周和分娩时进行非螺旋体试验评价疗效。对高危人群或梅毒高发地区孕妇需要每月检查非螺旋体试验,以发现再感染。如果在治疗 30 d 内分娩,临床感染症状持续至分娩,或分娩时产妇非螺旋体试验抗体滴度较治疗前高 4 倍,提示孕妇治疗可能不足。

2.2.5 特殊情况 青霉素过敏。首先深入探究其过敏史的可靠性,必要时重做青霉素皮肤试验。对青霉素过敏者,首选脱敏治疗后再予以青霉素治疗。脱敏治疗一定要在有急救药物及设施的医院进行。脱敏治疗是暂时的,患者日后对青霉素仍可过敏。四环素和多西环素禁用于孕妇。红霉素和阿奇霉素对胎儿感染梅毒疗效差,不用于治疗妊娠梅毒。目前尚无资料推荐应用头孢曲松治疗妊娠梅毒。

2.3 先天梅毒 有效预防和发现先天梅毒取决于发现孕妇梅毒,取决于孕妇第 1 次产前检查时常规进行梅毒血清学检查。对于先天梅毒高危社区和人群,在妊娠

28 周和分娩时均应获得其梅毒血清学检查和性生活史。作为对梅毒感染孕妇治疗管理的一部分,应获得其性伴侣治疗的相关信息,以利于评估其再感染梅毒的风险。不推荐常规进行新生儿或脐血梅毒血清学检查。对母亲梅毒血清学检查优于对新生儿梅毒血清学检查。如果母亲梅毒血清学检查是低抗体滴度或其是在妊娠后期感染梅毒,新生儿梅毒血清学检查可以是无反应的。孕妇在妊娠期间至少做 1 次梅毒血清学检查,如未进行梅毒血清学检查,新生儿及母亲均不能出院,对于先天梅毒高危的社区和人群,在分娩时应进行梅毒血清学检查。

2.3.1 新生儿(出生后 1 个月内)评估和治疗 先天梅毒的诊断因非螺旋体或螺旋体 IgG 抗体可通过胎盘途径传递给胎儿,使新生儿梅毒血清学检查阳性结果解释变得复杂。决定新生儿是否需要检查和治疗主要依据以下因素:(1) 母亲梅毒;(2) 母亲梅毒治疗情况;(3) 新生儿出现梅毒的临床、实验室、影像学表现;(4) 同一实验室母亲和新生儿梅毒血清学检查非螺旋体试验抗体滴度差别。

2.3.1.1 诊断或高度怀疑先天梅毒 诊断或高度怀疑先天梅毒的依据满足以下任何一项即可:(1) 具有先天梅毒的临床症状和体征;(2) 从病损或体液暗视野检查梅毒螺旋体试验或 PCR 阳性;(3) 新生儿梅毒血清学检查非螺旋体试验抗体滴度较母亲增高 >4 倍。

诊断或高度怀疑先天梅毒患儿的检查项目包括:(1) 脑脊液检查;(2) 全血细胞计数;(3) 根据临床需要做其他检查如长骨 X 线检查、胸部 X 线片、肝功能检查、颅脑超声、眼底检查和脑干听力反应。对诊断或高度怀疑先天梅毒的患儿按先天梅毒进行治疗。

诊断或高度怀疑先天梅毒治疗方案:(1) 水剂青霉素,出生 7 d 内,5 万 U/kg,1 次/12 h,静脉滴注;出生 7 d 后,5 万 U/kg,1 次/8 h,静脉滴注,连续 10 d。(2) 普鲁卡因青霉素,5 万 U/kg,1 次/d,肌肉注射,连续 10 d。若治疗中断 1 d 以上应重新治疗。

2.3.1.2 可疑先天梅毒 对妊娠梅毒孕妇所分娩的新生儿,体检无异常发现,新生儿非螺旋体试验抗体滴度 ≤4 倍母亲非螺旋体试验抗体滴度。对新生儿应进行有关梅毒检测和评估的指征为母亲符合下列情况之一:(1) 患梅毒而未经治疗或未恰当治疗者;(2) 产前 1 个月内开始梅毒治疗者;(3) 妊娠期应用非青霉素疗法治疗者。对符合上述条件孕妇分娩新生儿的检测包括:(1) 脑脊液检查;(2) 长骨 X 线检查;(3) 全血细胞计数。上述检查诊断或高度怀疑先天梅毒的患儿需要进行以下治疗:(1) 水剂青霉素,出生 7 d 内,5 万 U/kg,1 次/12 h,静脉滴注;出生 7 d 后,5 万 U/kg,1 次/8 h,静脉滴注,连续 10 d。(2) 普鲁卡因青

霉素, 5 万 U/kg, 1 次/d, 肌肉注射, 连续 10 d。(3) 苄星青霉素, 5 万 U/kg, 肌肉注射, 共 1 次。

在开始治疗前, 必须进行全面检查, 包括脑脊液检查、长骨 X 线检查和全血细胞计数, 并确保能完成随访。如果任何一项检查有问题或未完成、因血液污染导致脑脊液检查结果无法解释或不能确保完成随访时, 必须进行 10 d 疗法。如果新生儿非螺旋体试验阴性或认定孕妇存在未经治疗的梅毒感染时, 可以无需完善检查, 直接予以苄星青霉素, 5 万 U/kg, 单次, 肌肉注射, 预防潜伏梅毒。如果孕妇有早期梅毒, 分娩时仍未接受治疗, 则新生儿先天梅毒的可能性高, 此时即使全面检查正常、能确保完成随访, 也应考虑 10 d 疗法。

2.3.1.3 先天梅毒可能性偏低 对妊娠梅毒孕妇所分娩新生儿, 体检无异常发现, 新生儿非螺旋体试验抗体滴度 ≤ 4 倍母亲非螺旋体试验抗体滴度, 若母亲同时符合下列情况: (1) 已经在分娩前 1 个月以上恰当治疗者; (2) 无梅毒复发或再感染梅毒证据者。无需对新生儿进行有关临床和实验室的检测。上述新生儿可选择以下治疗或单纯观察: 苄星青霉素, 5 万 U/kg, 肌肉注射, 共 1 次。

2.3.1.4 先天梅毒可能性低 对妊娠梅毒孕妇所分娩新生儿, 体检无异常发现, 新生儿非螺旋体试验抗体滴度 ≤ 4 倍母亲非螺旋体试验抗体滴度, 若母亲同时符合下列情况: (1) 母亲在妊娠前得到恰当治疗; (2) 妊娠期和产时非螺旋体试验抗体滴度稳定地维持在低水平 (VDRL $\leq 1:2$ 或 RPR $\leq 1:4$)。无需对新生儿进行有关临床和实验室的检测。无需对新生儿进行治疗或选择以下方案治疗: 苄星青霉素 5 万 U/kg, 肌肉注射, 共 1 次。

2.3.1.5 随访和疗效评价 所有非螺旋体试验阳性的新生儿在出生后每 2~3 个月时进行严密追踪复查。未获感染者, 则非螺旋体试验抗体滴度从 3 月龄应逐渐下降, 至 6 月龄时应消失。若发现非螺旋体试验抗体滴度在 6~12 月龄以后保持稳定或增高, 则应对患儿重新检测评估 (包括脑脊液检查), 并彻底治疗, 选择水剂青霉素, 5 万 U/kg, 1 次/4~6 h, 静脉滴注, 连续 10 d。未获感染者, 梅毒螺旋体抗体也可能存在长达 1 年之久, 若超过 18 个月仍然存在, 则该新生儿应按先天梅毒治疗。已经证实脑脊液细胞计数增高的新生儿, 应每 6 个月复查 1 次, 直至脑脊液细胞计数正常为止。脑脊液 VDRL 阳性或脑脊液指标化验异常应考虑存在需要治疗的神经梅毒而不是其他疾病。

2.3.2 较大新生儿或儿童 (年龄 ≥ 1 个月) 梅毒 较大新生儿和儿童 (年龄 ≥ 1 个月) 梅毒血清学检查阳性时, 应回顾并记录其母亲梅毒血清学检查结果以评估其是否为先天梅毒。任何先天梅毒高危儿童均需接受前面

检查和 HIV 感染检测。检查项目: (1) 脑脊液检查; (2) 血常规检查; (3) 根据临床需要做其他检查如长骨 X 线检查、胸部 X 线片、肝功能检查、颅脑超声、眼底检查和脑干视觉反应。如果没有临床症状和脑脊液 VDRL 阴性, 可选择苄星青霉素 5 万 U/kg, 肌肉注射, 每周 1 次, 共 3 次。如果怀疑或诊断先天梅毒, 选用水剂青霉素治疗, 5 万 U/kg, 1 次/4~6 h, 静脉滴注, 连续 10 d, 继以苄星青霉素, 5 万 U/kg, 肌肉注射, 共 1 次。

先天梅毒的较大新生儿及儿童 (年龄 ≥ 1 个月) 应每 3 个月随访 1 次, 进行体检及梅毒血清学检查, 直到梅毒血清学检查阴性或非螺旋体试验抗体滴度下降 4 倍。若任何时候非螺旋体试验抗体滴度持续 2 周升高或 12~18 个月后下降小于 4 倍, 患儿应完善检查 (如脑脊液检查), 肠外应用青霉素 G 10 d 疗法。若脑脊液检查异常, 应每 6 个月进行 1 次腰穿, 直至检查正常。若 2 年后脑脊液 VDRL 仍呈阳性或脑脊液指标异常, 且不能用其他疾病解释时, 可能为神经梅毒, 应重复治疗, 并向专家咨询。

2.4 HIV 感染合并梅毒

2.4.1 诊断 HIV 阳性患者血清学检查的意义与 HIV 阴性患者相同。临床表现提示梅毒但血清学检查阴性时, 应进一步检查, 如病损活检, 暗视野检查及病损部位分泌物 PCR 检查。

2.4.2 治疗

2.4.2.1 一期梅毒、二期梅毒 苄星青霉素, 240 万 U, 单次, 肌肉注射。现有证据表明, HIV 感染合并梅毒患者, 苄星青霉素、阿莫西林或其他抗生素剂量的增加对于早期梅毒不会增加疗效。HIV 阳性的一期梅毒、二期梅毒患者, 若青霉素过敏, 处理与 HIV 阴性患者相同。但阿奇霉素不推荐用于此类患者。在治疗后第 3、6、9、12、24 个月进行非螺旋体试验评价疗效。

2.4.2.2 潜伏梅毒 HIV 感染合并早期潜伏梅毒的治疗: 苄星青霉素 240 万 U, 单次, 肌肉注射。HIV 感染合并晚期潜伏梅毒的治疗: 苄星青霉素 240 万 U, 1 次/周, 肌肉注射, 共 3 次。对 HIV 感染合并梅毒患者, 需要慎重选用非青霉素类药物, 并严密随诊。在治疗后第 6、12、18、24 个月进行非螺旋体试验评价疗效。任何时候, 如果出现临床症状或非螺旋体试验抗体滴度持续 2 周升高 4 倍或以上时, 复查脑脊液并做相应处理, 如果治疗后 12~24 个月非梅毒螺旋体试验抗体滴度下降 < 4 倍, 复查脑脊液并做相应处理。

2.4.2.3 神经梅毒治疗与随访 同非妊娠期。

2.5 特殊情况

2.5.1 妊娠 治疗妊娠合并各期梅毒唯一有效的是肠

外用青霉素 G。若青霉素过敏，应先行脱敏治疗后予青霉素治疗。

2.5.2 吉-海反应 表现为急性发热伴头痛、肌肉酸痛等，在梅毒首次用药后 24 h 内出现。多见于早期梅毒，因为此时梅毒螺旋体量多。退烧药可以缓解症状，但不可以预防吉-海反应发生。吉-海反应可导致胎儿窘迫和早产等。但不应因出现吉-海反应而推迟或停止治疗。

2.5.3 性伴侣的处理 只有当皮肤黏膜出现梅毒相关病变时，才可能存在性传播。

一期梅毒、二期梅毒或早期潜伏梅毒患者，在其诊断前 90 d 内接触过的性伴侣可能被感染，即使梅毒血清学检查阴性，也应给予预防性早期潜伏梅毒治疗。

一期梅毒、二期梅毒或早期潜伏梅毒患者，在其诊断前 90 d 前接触过的性伴侣，如果无法立即做梅毒血清学检查或不能保证接受随访，给予预防性治疗。如果梅毒血清学检查阴性，无需治疗。如果梅毒血清学检查阳性，则应根据临床表现及梅毒血清学检查结果进行治疗。

在梅毒高发地区，对晚期潜伏梅毒，非螺旋体试验抗体滴度很高（≥1:32）的患者，应通知其性伴侣并予预防性治疗，高抗体滴度可能提示早期潜伏梅毒。

晚期潜伏梅毒的长期性伴侣应接受梅毒血清学检查，并根据检查结果决定治疗方案。

下列情况中，梅毒患者的性伴侣有感染梅毒风险，应告知其暴露情况及检查的必要性：（1）3 个月内与一期梅毒患者有性接触史且有临床症状；（2）6 个月内与二期梅毒患者有性接触史且有临床症状；（3）1 年内与

早期潜伏梅毒患者同房。

其他问题：一期、二期、三期梅毒和潜伏梅毒患者均应行 HIV 检查。在 HIV 高发地区，若首次 HIV 检查阴性，应 3 个月后再次行 HIV 检查。梅毒患者若合并神经系统症状或眼科疾病，应行脑脊液检查、眼科裂隙灯检查及耳部检查，根据检查结果决定治疗方案。

译者点评：

2015 年版指南有以下更新：（1）阿奇霉素不再推荐用于一期梅毒、二期梅毒合并 HIV 阳性的青霉素过敏患者；（2）潜伏梅毒合并 HIV 阳性患者的治疗从“可用头孢曲松”改为“需要慎重选用非青霉素类药物”；（3）潜伏梅毒合并 HIV 阳性患者的随访中，“如果治疗后 12~24 个月非螺旋体试验抗体滴度下降 <4 倍，复查脑脊液并做相应处理”改为“24 个月”；（4）儿童（年龄 ≥1 个月）潜伏期梅毒不再强调分期未明的潜伏梅毒这一概念。潜伏梅毒随访中，需要脑脊液检查的条件中，“非螺旋体试验抗体滴度升高 4 倍”改为“非螺旋体试验抗体滴度持续 2 周以上升高 4 倍或以上”。新指南中，妊娠梅毒的治疗继续沿用之前指南的观点，根据妊娠梅毒分期采用相应的青霉素治疗方案，一期梅毒、二期梅毒及早期潜伏梅毒患者，可以在治疗后 1 周再次予苄星青霉素 240 万 U，肌肉注射。

（原文见：中国全科医学杂志官网：<http://www.chinagp.net/>）

（收稿日期：2015-08-11）

（本文编辑：李婷婷）

• 读者服务 •

本刊“中医·中西医结合研究”栏目简介

“中医·中西医结合研究”栏目是《中国全科医学》杂志固定栏目之一，中医是我国古代人民同疾病做斗争的经验和理论知识，是在古代朴素的唯物论和自发的辩证法思想指导下，通过长期医疗实践逐步形成并发展成的医学理论体系。开展有中医药特色的全科医学服务和社区卫生服务是我国基层医疗事业的重要组成部分。为推进中医研究，促进中医药事业的发展，我刊特向广大从事中医药工作者征集稿件。稿件要求为临床、科研、教学经验和成果等，重点报道中医特色诊疗思路、古法新用、中西医结合临床疗效、中西医结合诊疗经验及体会、中药新用等方面的文章，具有科学性、实用性、可操作性，研究过程严格遵守相关临床试验规定，不接受单纯中医理论探讨稿件。

欢迎大家踊跃投稿！为了提高稿件处理效率，欢迎登录本刊网站（www.chinagp.net）“投稿查询”专区进行在线投稿。投稿咨询电话 0310-2067158。省级以上课题研究成果优先处理录用。

（本刊编辑部整理）