

淋球菌感染_感染科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/609/2021_2022__E6_B7_8B_E7_90_83_E8_8F_8C_E6_c22_609584.htm 淋球菌感染

(gonococcalinfection)所致淋病，是目前最常见的性传播疾病。淋球菌具有粘膜寄生特点，好侵犯圆柱上皮及移行上皮，直接感染主要部位是尿道、肛管、眼结膜、咽部及子宫颈内膜等处。【病原学】淋球菌(gonococcus)有严格的人类寄生性，属于奈瑟菌属，为革兰阴性双球菌，常成对排列，邻近面扁平或稍凹陷，形成氧化酶阳性的菌落，其致病性可能与细菌表面物质即粘附因子和菌毛的作用有关。带菌毛的细菌具有毒力，可引起感染，无菌毛的细菌无毒力，不产生炎症。菌毛可粘附于各种上皮细胞，并抑制中性粒细胞的吞噬作用。菌毛的抗原变异可允许淋球菌迅速的适应于附着在不同的上皮表面，从而逃避宿主对菌毛的抗体反应。内毒素在致病中有一定作用，但非主要因素。淋球菌有多种耐药菌型：产青霉素酶淋球菌(ppng)对青霉素、氨苄西林等耐药，质粒介导的耐四环素淋球菌(trng)为高度耐药株，经染色体介导的耐药菌(cmrng)耐多种药物。此菌对外界抵抗力较弱，干燥、湿热中易杀灭。放置室温中1~2天内死亡。【流行病学】1.传染源 人是本病唯一天然宿主。病人及带菌者为传染源，后者更为重要。2.传播途径 淋病主要通过性接触传播；也可因接触含菌分泌物污染的物品，如衣被，浴巾等所传染；患淋病的产妇，分娩时可经产道传给新生儿。3.易感人群 人对淋球菌的感染没有先天免疫性，所有的人都有基本相同的易感性，获得性免疫力也很低，再感染及慢性感染者

普遍存在。性活跃的中青年发病较多。多性伴侣的娼妓，嫖娼者发病率高。【发病机制及病理】淋球菌附着于柱状上皮或移行上皮后，穿过或通过细胞之间达到上皮下结缔组织，淋球菌蛋白工转入宿主细胞，可以启动上皮细胞的细胞摄粒作用。淋球菌脂多糖以及肽糖对输卵管、气管培养物具有毒性。淋球菌也产生数种蛋白酶、肽酶、磷脂酶及弹性蛋白酶等，在发病机制中发挥作用。淋球菌经中性粒细胞吞噬后，在细胞内能否被杀伤尚有争议。在体内生长时，细菌表面上发生表型血清抵抗力，可抵抗中性粒细胞的间接杀伤作用。尿道或阴道菌丛如白色念珠菌、表皮葡萄球菌，以及某些乳酸杆菌，在试管中能抑制淋球菌，为机体提供一些自然抵抗力。淋球菌可自子宫颈播散到子宫内膜及输卵管的机会，可因妇女应用子宫内装置而增加，月经期则进一步增加了上行感染的危险性，并易罹患淋球菌菌血症。【临床表现】淋球菌感染的临床表现取决于感染的部位，感染时间的长短，感染株的毒力以及有无局部及全身的播散等因素。1.男性淋病潜伏期为1~7日。初起时为前尿道炎，局部有瘙痒或灼热感，尿道轻度发红，有少量粘液或尿道口粘着，分泌逐渐增多呈黄绿色脓液，出现尿频、尿急、排尿困难及尿道口红斑。排出的尿液（尤其是晨尿）先混后清。随着病情进展疼痛日渐加剧，并可出现前血尿，腹股沟淋巴结肿大等。部分病人可有高热、寒战、倦怠及食欲不振等全身症状。如不加治疗2~4周后症状可缓解，脓液减少变稀，仅清晨尿道口有少许粘性脓液，但疾病本身并未痊愈。在激烈活动、饮酒、性交或其它因素使身体虚弱时可使病情再度加重，以致使整个尿道发生炎症，甚至表现为终末血尿，全部尿液均混浊，还可因

括约肌痉挛出现暂时性尿闭，甚至出现痛性勃起或滑精现象。不治疗容易转变为慢性淋病，并易伴发合并症。慢性尿道炎患者尿道可有瘙痒和灼热感，早晨起床时有尿道口灰白色或黄色分泌物或有尿道口粘着现象。尿液轻度混浊或在较清尿液中浮着2~10mm长弯曲的灰白色丝状物，称为淋丝。伴有排尿疼痛，会阴部可有压迫感或灼热感。常伴有倦怠、精神不振等。症状时轻时重，可持续较长时间，在过劳、饮酒或性交等刺激后加重。淋球菌尿道炎还可引起一系列合并症，如尿道球腺炎，附睾炎，前列腺炎，精索炎及尿道狭窄等症。值得注意的是，有研究表明，一种需特殊营养的营养型淋球菌所引起的淋病约96%为无症状型感染。这些人在淋病的传播中起重要作用。

2. 妇女淋病 潜伏期约为7~10日。女性因尿道短，症状往往不明显。当受感染时，可同时侵入子宫颈内膜及尿道，也可感染肛管及咽部。无并发症的急性女性淋病常引起排尿困难、尿频、尿急、尿痛等尿道炎的症状；以及子宫颈炎的表现，如白带增多，不正常的经期出血，肛门直肠不适等症状，检查可见子宫颈充血、水肿、触痛或有糜烂，常有脓性分泌物。患淋病妇女中有15%以上病例，可由子宫颈炎扩展为输卵管炎，并可导致子宫内膜炎、盆腔炎，甚至盆腔脓肿。妇女淋病还可发生淋病性直肠炎、皮炎、口腔炎及外阴多发性糜烂。少数可引起淋球菌性肝周围炎。围生期淋球菌感染者，可发生胎膜早破、早产，产后子宫内膜炎及产后败血症等。

3. 儿童淋病 以女童多见。幼女主要为外阴、阴道炎表现，尿频、尿急、尿痛，外阴分泌物增多，检查可见尿道口、大小阴唇、阴道口等处有不同程度的红肿及脓性分泌物。严重者引起淋病性直肠炎。新生儿通过患有

淋病的母亲产道时可被感染，一般于出生后4日内出现症状，患儿双眼睑结合膜充血，水肿，结合膜乳头肥厚，表面粗糙不平，呈绒毛状，形成渗出膜，球结合膜亦充血、水肿，结合膜囊中白色脓性分泌物多，哭时溢出，检查时几乎源源不断外流，角膜可被穿透以致失明。也可发生咽炎、呼吸道感染或肛管炎。

4.四、播散性淋球菌感染发生率随时间和地区而异。地区性淋球菌感染易发生菌血症。播散性感染大约2/3是妇女。可有淋病性关节炎、心内膜炎等多器官损害，以致发生败血症、脓毒血症等。妇女淋球菌感染后发生宫外孕的危险性比正常妇女高2~10倍，其中约12%死亡。

【实验室检查】

- 1.直接涂片检查 取尿道或宫颈内膜急性损伤处的渗出物涂片，作革兰染色镜检，发现细胞内有革兰阴性双球菌时，可考虑诊断为淋病。如果仅在细胞外或发现非典型细菌革兰阴性双球菌，则只能诊断为可疑淋病。
- 2.分离培养 现多采用的选择性培养基为thayer—martin (tm)培养基、改良的tm培养基和martin—lewis培养基，均含有抗生素，选择性抑制其它细菌，对尿道、子宫颈及咽部的淋球菌培养是最有用的。接种后培养应置密闭容器，其内应具有70%的湿度和3%~10%的二氧化碳，置于35~37℃孵育48小时，观察鉴定淋球菌菌落，并作药敏试验。对无症状、无分泌物的男性患者，可用细的棉拭子插入2cm深的前尿道取标本，男性同性恋疑有淋病者还应进行咽部和肛门取材。妇女最好宫颈内取材，同时在肛管、尿道和咽部取标本检查。阳性率可进一步提高。
- 3.其他方法 血清学及免疫学试验均因某些技术因素及假阴性或假阳性结果，使应用价值受到限制。基因探针检测因价格高、繁杂费时等缺点临床少用。聚合酶链反应 (pcr) 方法

用以检测淋球菌，已少量应用于临床，也存在昂贵等缺点。

【诊断与鉴别诊断】淋病要根据病史、临床表现、体格检查及实验诊断进行分析作出正确诊断。因为尿道炎种类繁多，致病菌不同，加之近来耐青霉素及耐四环素类淋球菌不断出现，致使临床表现不尽相同，所以实验诊断极为重要，检出病原体才能确诊。凡有婚外性行为，性乱交或有不洁性交者，性伴侣中有淋病或与家庭中淋病患者共用物品者，以及患有淋病的母亲所生新生儿，均有较高感染淋病的危险性，应追踪调查。淋病主要应与非淋菌性尿道炎进行鉴别，后者的病因主要为沙眼衣原体，它的流行病学及临床表现与淋病极其类似，且二者并存的机会较高，鉴别诊断取决于病原学检查结果。其它原因所致尿道炎、附睾炎、直肠炎、阴道炎、子宫颈炎等疾患均应与淋病鉴别。【治疗】淋病治疗必须及时，足量，规范用药，彻底治疗。还应强调夫妻（或性伴侣）同时治疗。应注意耐药菌株的流行，最好是对培养出的细菌作药敏试验，选择敏感药物。要警惕与非淋菌性尿道炎并存的可能性，必要时应加以治疗，治疗淋病要坚持对患者及性伴侣同时治疗。淋病患者还应注意进行梅毒血清学检查，以便及时早期治疗。对不耐药淋球菌感染的治疗首选青霉素480万u，单次肌注，加丙磺舒1.0g，一次口服；也可用氨苄西林3.5g加丙磺舒1.0g，二者均一次口服；或用阿莫西林3.0g及丙磺舒1.0g，二者均一次口服。现今由于耐药菌株较多，加之淋病与非淋菌性尿道炎并存的发生率较高，故美国疾病控制中心一般对无合并症者推荐以下方案，即头孢曲松250mg单次肌注，同时口服四环素500mg/次，每日4次，共服7日，或用强力霉素100mg/次，每日2次，取代四环素。孕

妇可用红霉素代替四环素及多西环素。上述头孢曲松可以大观霉素2.0g，单次肌注替代。β-内酰胺类抗生素中头孢噻肟、头孢呋辛、头孢唑肟及某些氟喹诺酮类药物如环丙沙星对耐药淋病也有较好疗效。为保证疗效，淋病患者治疗后2周内应绝对无性接触。【预防】1.加强宣传教育，提倡一夫一妻，性爱专一，严禁嫖娟，卖淫。应洁身自爱。2.发现病人应及时彻底治疗，治疗后定期复查，必要时需复治，以求彻底，防止复发。必要时可进行预防性治疗。3.注意个人卫生，淋病患者所用物品应及时消毒处理，患者不与小孩同床，不共用浴盆浴巾等物。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com