

趙恩源醫師譯

〔譯者〕陸軍上校，畢業於本校醫科第三屆，畢業後出長陸軍 821 醫院，因於院長任內表現優良，成績卓著，於五十八年十二月經參謀總長高魁元上將提升調任國防部軍醫處處長，職司全國軍醫策劃督導業務，為北醫爭光不少。此外更大力奔走，為母校的後輩同學，極力爭取至軍方醫院實習的機會，如一核准本校醫科學生繼續在北投軍中醫院實習。二、准許本校醫技科學生至三軍總醫院實習。我們謹在此代表同學向他致以最深的謝意！

繼發性梅毒 所致之 腎症候羣 與 急性肝炎

1947 年統計美國梅毒病例，多達十萬人，接受青黴素治療者迄 1957 年僅 6,250 人，但至 1962 年據報已達二萬人且有漸趨增加之勢。在本世紀初期，現代醫學文獻對於梅毒症候群鮮有記載或描述。近期由於梅毒病例之增加，故對此一症候群方復被注意。如本文之標題即是其中之一。

■ 病例報告 ■

患者是一位廿歲黑人男性，於 1966 年 9 月住入馬迪根總醫院，主訴兩眼、小腹及雙腿浮腫，入院前三個星期，病人一直很好。惟在四天前曾罹輕度喉痛，經用舌片與含漱，旋即痊癒。但沒有小便困難，痛疼，或夜尿。入院前五天，始發現腹部、脾、小腿，眼周圍有浮腫，體重由 155 磅增加到 172 磅；但無發冷發燒，疲倦、消化不良、黃疸，及注射或輸血，與肝病病人接觸等病史。

入院後身體檢查顯示：發育及營養狀況良好，眼周圍及小腿浮腫，脈搏 70 次，血壓 120/70 mm Hg 呼吸 80/min. 口溫華氏 98°F，體重 172 磅。頭、眼、耳、鼻、喉檢查正常。胸部叩診聽診清楚，心臟無肥大亦無雜音，腹部胖得圓滾滾且有 Shifting dullness. 無壓痛，肝脾無腫大，會陰及直腸檢查除近肛門處有一公分之表淺潰瘍外餘無何變異。股、踝部水腫 3+，皮膚，淋巴及神經系統正常。血球比密 39%，血色素 12.2 Gm/100ml，白血球 7,300/mm³，分類檢查正常。血沈 40mm/hr，ASTO Titer 125 todd units，初次，至十月四日則變為零。惟至十月十一到卅一日則又復為 333 及 250 Todd units。尿比重 1.020，蛋白尿（卅），白血球 3—6/hpf，紅血球 1—2/hpf，伴有很多粗細之圓柱，無有脂肪體或紅血球圓柱，空腹及飯後二小時血糖試驗正常，PPD 皮膚試驗在 48 小時無反應，紅斑性狼瘡細胞三次檢查為陰性。尿培養數次均為陰性，喉頭塗抹標本培養僅有正常之 Flora。BUN 入院時為 25ml/100ml，至九月卅日降為 13ml/100ml。自此以後變為正常，入院初尿蛋白在 24hrs 為 5.6gm，迄九月廿五日達高峰 9.6gm。嗣則減為 2—3gm。但經青黴素治療後迅而轉為陰性。creatinine clearance 檢查，在住院期間始終正常 PSQ 亦屬正常，IVP 及腎“Scan”，腎臟活體切片正常，血清總蛋白 4.4 gm/100ml，血清白蛋白 0.8gm/100ml。總脂肪 944mg/100ml。Cardiolipin Microfoccula

tion test 九月十九日為陽性，是 1:16 titer。螢光螺旋菌抗體反應亦為陽性。十月四日牛心磷脂絮狀試驗變為陰性。腦脊髓液及脊液血清檢查陰性。

十月五日肝功能試驗 (LFT) BSP 45 分鐘是 1.7%，驗及直接血清 Bilirubins 在住院期間均為正常。十月廿七日鹼磷酯 21 Bessey—Lowry units 麝香混濁試驗 10.8 units. SGOT 110 units. 經用青黴素治療後，肝功能仍然是異常。但迄九月廿三日，鹼磷脂旋即降為 21 Bessey—Lowry units. SGOT, 60 units. SGPT 40 units. 肝之“Scan”正常。

胸部 X-Ray 檢查，左側肋膜積水，嗣即消失，EKG 亦正常。

患者最初具見為一典型之腎症狀群並伴有顯著之蛋白尿，高膽醇，低白蛋白及全身性水腫，但住院期間並無高血壓，入院後曾予臥床休息，膳食限制鈉之攝取，六天後體重減輕 20 磅 (157 又 $\frac{1}{2}$ 磅)，尿量每日達 3000ml。迄九月卅日，全身水腫全消，體重 141 磅，迄至出院而無再增。

九月廿九日患者除訴肛門周圍仍有壓痛外，其他症狀全消失，而肛門處之 2 × 3 cm 不規則表淺潰瘍經用新黴素與枯菌素軟膏局部塗擦與坐浴，很快痊癒。

肝功能異常初見於十月廿五日，而肝 biopsy 則現肝炎，嗣經追查患者首在 1966 年八月與梅毒患者接觸，十一月四日有數個無痛偽膜性潰瘍在前扁桃線弓，乃為繼發性梅毒之徵。梅毒血清初次試於陽性，螢光螺旋體抗體試驗亦為陽性，因此確定為梅毒旋予以 240 萬單位之白黴素兩劑，每次間隔一週。

在青黴素治療前，患者之蛋白尿由 2—3 gm/24hrs，其肝功能鹼磷脂高達 36 Bessey—Lowry units. SGOT 240 units. SGPT 150 units. 但經青黴素開始治療後此項狀況迅即改善，在第二針青黴素注射後，蛋白尿隨即消失。

患者於十二月五日出院，當於 1967 年一月再度返院檢查時，尿分析完全正常，BUN, 血清尿酸，Creatinine Clearance, Phenolsulfonphthalein，肝功能均屬正常，而鹼磷脂則為 4.2 Bessey—Lowry units, BSP 12.5%。患者身體沒有不適感覺，爾後隔 1—2 月繼續追蹤，情況亦然

■ 討論 ■

綠杏 15 期

本例患者最後鑑定為係梅毒而導致之肝炎及腎病，而梅毒之診斷乃因血清與蠟光螺旋體抗體反應陽性而確定。雖然入院之初未對肛門周圍之潰瘍予以暗野檢查，可能是一生病，續發傳染。但口腔粘膜之潰瘍添為典型梅毒則殆無容疑。加以患者在 1966 年八月曾經與一罹患梅毒之男性發生“鷄姦”益可佐證。

許多醫學文獻曾列梅毒可致腎症候群，Hermann 在 1935 年，曾首次就臨床梅毒性腎病變，予以討論，在 1,040 個梅毒患者中，發現尿蛋白者佔 7.1%。亦曾注意到非特發性腎病之臨床徵象不易區別。惟多發生第二期梅毒疹消退之後，不論有無下疳發生，病體結合試 (CFT) 常呈強陽性及水腫。

水腫，蛋白尿，低白蛋白尿及高膽醇為最主要之發現，血壓及眼底通常乃屬正常。小便多顯重蛋白，圓柱亦常含 WBC 或少數 RBC。腎功能 (RFT) 如：Phenol-Sulfophthalein 排泄，BUN，creatinine clearance 多屬正常，病人典型腎症 群急性發作，每與梅毒第二期一致，施用驅梅毒治療 (auti luetic)，常收極效。

腎活體組織切片鏡正常無變化。Brophy 曾用電子顯微鏡腎上皮 foot processes 與腎絲球體基膜恒為正常，惟部份腎絲球體血管 endothelial-Lining cell 有輕度水腫。Robins 則說基膜有擦破 (Fraying)，微小氈毛呈扭曲狀。內部構造消失與在粒腺體內有脂蛋白沉積。

梅毒性腎病具有自發性減輕，但如予青黴素治療更可加速其康復。Cook, Heyman, Brown 等均曾分別證實。

Fall 等以電子顯微鏡研究；梅毒性腎病在用青黴素治療前後，發現腎絲球體改變可以完全恢復。本文所提病例亦經證明青黴素治療後有顯著改善，限制食鹽及臥床休息可以減低蛋白尿及水腫。

在本世紀初，良性肝炎體有續發性梅毒曾經有報導，Hahn 報告在患有早期梅毒之 33,825 病人中，估計伴有肝炎者佔 0.24%。

梅毒對肝臟之損害其病變有三：

1. 肉芽腫性或瀰漫性非特異型肝炎。
2. 梅毒病性肝炎。
3. 分葉肝。

局部性或瀰漫性非特異型肝炎或見於先天性，或後天性第二期或第三期各型梅毒，多取慢性經過，具有不同之組織變化，包括：淋巴間質浸潤，肝

細胞變性，腺管增殖，肉芽形成或血管周圍纖維化。第二期梅毒肝臟損傷較輕，其特點是肝腫大有壓痛，肝功能試驗異常，肝活體切片有發炎現象，但無樹膠腫或壞死病變，所有上述病變在經驅梅毒治療後，均可回復正常。

Bockus 曾說：如果臨床上對治療反應是顯著的而且永久進步的話，那麼梅毒性原來之病灶必然很大。

因為本文所提病例，在整個病程中，既無黃腫又無肝腫大，故病毒性肝炎仍應存疑。但由臨床經過及發生時期則又屬典型之梅毒性肝炎。

在用神製劑治療梅毒時期，很多人咸認梅毒性發黃疸乃由治療所致。但 Hahn 則以實際上梅毒性肝炎之黃疸具見於未經治療之第二期梅毒。Shapiro 在檢查肝之第三期梅毒病例中，在屍體解剖前 7 例中僅有 5 例確定診斷。故肝腫大與黃疸在此系列中不一定時常發現。惟對治療肝臟梅毒可以防止嚴重的合併症，則殊屬重要，必須認識。Wells 曾說：不管是直接抑或間接證明，在 43 位梅毒病人中有 15 位患肝癌 (Hepatoma)。Homer 亦報告，一例肝性梅毒伴發肝硬化，食道靜脈曲張，上胃腸大量出血。Dykos 報導一例肝臟樹膠腫伴有 Budd-Chiari Syndrome McCrae 則認為梅毒可引起門脈性肝硬化，此項病變多見於第三期梅毒。

■ 結論 ■

一病例兼患腎症候群，肝炎與梅毒，而當施用青黴素治療後，其症狀迅即改善。本文對於腎病變，肝炎及其合併症之發現曾予論述，姑不論現代對於梅毒治療如何進步，此類症候群仍然時有發生。由於梅毒之發病率不斷增加，故其伴發之症狀則又如影之隨形，與日跟進。



■ 主任查房時，實習生都跟在最後面，有一次在外科病房出來，由我殿後，忽然一個老太婆捧著夜尿壺抓住我說：「醫生，你看我先生昨晚的大便多漂亮！」（小歪）