

# 淋病 (Gonorrhoea)

## 一、疾病概述 (Disease description)

### (一) 定義

淋病是由奈瑟氏淋病雙球菌所引起之一種性傳染病。淋病雙球菌好侵犯柱狀上皮細胞，例如尿道、子宮頸管及直腸黏膜等。其病程嚴重程度及個案診斷之難易度，均有性別上之差異。

### (二) 臨床特徵

#### 1、男性

感染後 2~7 天出現症狀，尿道有膿性分泌物流出，排尿有刺痛或灼熱感，有些病患會自癒，偶而有少數成為無明顯症狀之帶菌狀態。此外男同性戀者常患直腸感染，多無症狀，但可能產生搔癢、裡急後重，以及有分泌物流出。

#### 2、女性

感染後數天可發生尿道炎或子宮頸炎，症狀常不明顯，故不被注意。約有 20% 之病患因月經週期導致子宮被侵犯，引起子宮內膜炎、輸卵管炎或骨盆腔腹膜炎，最後甚至造成子宮外孕或不孕症。慢性子宮頸管感染相當普遍，青春期前之女孩如直接與污染物接觸，可以引發外陰陰道炎。

#### 3、泌尿生殖系統外之感染

淋菌性結膜炎在成人很少見，新生兒則很容易經由產道而被感染，如無適當處理與治療，常導致失明。所有淋病感染中約 0.5~1.0% 之病患併發菌血症，導致擴散性感染，淋病性關節炎、皮疹，以及極少數之病人會產生心內膜炎及腦膜炎。假如未能及時並妥善處理與治療，關節炎可能產生終身性損害。死亡病例甚少發生，如有則係併發心內膜炎之故。

### (三) 診斷

除依據臨床症狀及徵象外，必須從尿道、子宮頸管、肛門、直腸及咽喉部採取檢體，作革蘭氏染色找出淋病雙球菌，最好能以選擇性之培養基，例如 Thayer-Martin 培養基，以二氧化碳培養，再以各種生化或螢光抗體方法，確定診斷，並作細菌菌種之鑑定及藥物敏感性試驗。

## 二、致病原 (Infectious agent)

奈瑟氏淋病雙球菌，是德國醫師亞伯·奈瑟氏 (Albert Neisser) 於 1879 年所發現之病原微生物。5 年後波姆氏 (Bumm) 成功培養分離，確認為淋病之致病原。自從 1977 年抗青黴素淋菌 (Penicillinase-Producing Neisseria Gonorrhoeae, 簡稱 PPNG) 首次出現於東南亞國家，即迅速蔓延全球，其出現之機率，有極大之地區性差異。臺灣之 PPNG 達 33% 以上。此外抗四環黴素、抗 Cefoxitin 及抗 Spectinomycin 淋菌相繼出現，且有增加之趨勢。

## 三、流行病學 (Epidemiology)

(一) 為全球性之性傳染病，基本上不論任何種族、性別及年齡均能發病，尤以年輕成年群，即 20~35 歲之年輕人最多；城市之流行率較農村高。過去 20 年來，全球之流行率也有上昇之情形。

(二) [臺灣流行概況詳見衛生福利部疾病管制署「傳染病統計資料查詢系統」。](#)

## 四、傳染窩 (Reservoir)

人類。

## 五、傳染方式 (Mode of transmission)

- (一) 性接觸是最主要之傳播方式。
- (二) 與感染者的黏膜滲出物接觸。
- (三) 嬰兒眼結膜可經由產道感染引致結膜炎。

## 六、潛伏期 (Incubation period)

通常為 2~7 天，偶而更長。

## 七、可傳染期 (Period of communicability)

未經治療的病人或無症狀的帶菌者，其傳染力可達數月之久，如能有效治療，即能降低其傳染力。

## 八、感受性及抵抗力 (Susceptibility and resistance)

任何人對淋病雙球菌均有感受性，感染後雖然可產生抗體，但由於淋菌菌株抗原性有相當大之差異，所以再感染是常有的事。使用子宮內避孕器之婦女較易發生輸卵管發炎，粘膜有破損者容易產生菌血症。由於淋菌好侵犯柱狀上皮細胞，故成年女性感染淋病不會發生陰道炎，但青春期前之女孩，其陰道壁則為柱狀上皮細胞，所以會出現症狀明顯之外陰陰道炎且感受性較高。

## 九、病例定義 (Case definition)

詳見衛生福利部疾病管制署「[傳染病病例定義](#)」網頁。

## 十、檢體採檢送驗事項 (Specimens taking and transportation)

請參閱「防疫檢體採檢手冊」(見附錄)或逕洽疾病管制署研究檢驗中心。

## 十一、防疫措施 (Measures of control)

(一) 預防方法：基本上與梅毒之預防措施相同，此外新生兒眼睛感染之預防繫於其母親之早期診斷及治療。新生兒出生時，即以 1% 硝酸銀溶液為其眼睛滴藥，此外 0.5% 紅黴素眼膏以及 1% 四環黴素眼膏均有效。

(二) 病患以及性接觸者之處理

- 1、淋病為報告傳染病，確定病例應呈報當地主管機關，絕對尊重個人隱私。
- 2、隔離：不需要。適量而有效之抗生素治療，迅速使分泌物喪失傳染性。病人在抗生素治療期間禁止與他人性交，以免傳染他人。同時也應禁止與最近接觸過之性伴侶發生性行為，避免再度感染，除非對方已接受妥善之處理及治療。
- 3、消毒：分泌物及被污染之物品應消毒處理。
- 4、檢疫：非例行性檢疫項目。
- 5、疫苗：目前無。
- 6、性接觸者追蹤、檢查以及感染來源之確認：淋病患者病前之 10 天內及病後之性接觸者應進行調查，以維護這些接觸者之健康。應採取適當之診查及治療，切斷傳染源，遏阻疾病之擴散。第一次產檢前檢查應做淋菌培養，產婦如證實感染淋病，其生下之新生兒應作各有關部位之細菌培養，以確立其診斷。

7、治療方法

成年人淋病，無併發症—可用任一種方式，若無法排除披衣菌感染，應一併治療

(1) Ceftriaxone 125~250 mg IM, ST + Doxycycline, 100 mg bid p.o ×7 days

或

(2) Cefixime 400 mg po in a single dose 及

Doxycycline, 100 mg bid p.o ×7 days

\* Spectinomycin 對咽喉部之淋病無效，可用 Ceftriaxone 250 mg IM, ST, 治療後 4~7 天作咽喉部之培養。

如確知該淋病該淋菌對盤尼西林無抗藥性，可用

Amoxicillin 3.0 g p.o, ST + Probenecid 1g p.o (30' before Amoxicillin)

懷孕婦女一絕不能用 Quinolones 及四環黴素。

Ceftriaxone 125~250 mg IM, ST + Azithromycin 1g po in a single dose.

— 新生兒淋菌性結膜炎 —

(1) Ceftriaxone 25~50 mg/kg, IV or IM, in a single dose, 不超過 125 mg

## 淋病之傳染途徑、診斷、檢驗、治療及處置流程

