



MAFENGBING DIFANGBING LINCHUANG ZHENZHI ZHINAN

主 编 刘宝录
副主编 刘芳胜
焦永明
马茂忠

地方病
临床
诊治
指南

甘肃科学技术出版社

麻风病、地方病临床诊治指南

刘宝录 主编

甘肃科学技术出版社

图书在版编目 (C I P) 数据

麻风病、地方病临床诊治指南 / 刘宝录主编. —兰州:
甘肃科学技术出版社, 2008.1
ISBN 978-7-5424-1162-4

I. 麻… II. 刘… III. ①麻风—防治—指南②地方病—
防治—指南 IV. R755-62 R599-62

中国版本图书馆CIP数据核字 (2007) 第201331号

责任编辑 左文绚 (0931-8773238)
封面设计 左文绚 霍文钢 (0931-8773275)
出版发行 甘肃科学技术出版社 (兰州市南滨河东路520号 0931-8773237)
印 刷 天水新华印刷厂
开 本 880mm×1230mm 1/32
印 张 10.5
字 数 264千
版 次 2008年5月第1版 2008年5月第1次印刷
印 数 1-1 000
书 号 ISBN 978-7-5424-1162-4
定 价 48.00元

主 编 刘宝录
副 主 编 刘芳胜 焦永明 马茂忠
蒲朝晖

编委会成员(按姓名笔画为序):

马茂忠	王文伦	王新华
冯 宇	田耀文	刘宝录
刘芳胜	刘伯荣	刘 鑫
何利民	连红军	杨彦明
张文普	张建国	张学德
吴得强	范多智	洪立新
姜桂花	高介亮	秦精爽
柳红果	秦玉龙	焦永明
蒲朝晖	廖永建	黎晓芸

作者序

解放后,我国在麻风病和地方病防治方面取得了显著成绩,积累了丰富的防治经验,但缺乏比较齐全的直观的图片资料。尤其是,我们清楚地认识到麻风病和地方病的流行,不仅严重危害病区广大群众的身体健康,而且严重制约病区经济的发展与社会进步。麻风病是一种严重危害人类健康的慢性传染病,在部分地区仍是一个突出的公共卫生问题。在全国有576个县是地方病重病区,更为重要的是有些属新发现的老病区,特别在贫困、偏僻、交通不便的山区、半山区及经济不发达地区,麻风病和地方病发病呈上升趋势,严重影响国民经济发展。主要原因是麻风病和地方病病人较过去显著减少,人们的防治意识淡薄,致使基层医务人员诊治知识贫乏,诊断与发现技能较低,特别从事于麻风病和地方病时间短的同志和基层卫生人员没有得到及时培训,大多不认识该病,在日常工作中要发现病人就显得比较困难。故此,作者将多年来在防治工作中亲自拍摄和收集到的资料汇编成册,供基层和初学者参考。

麻风病和地方病的诊断有其特异性临床症状,如何直观地准确识别该病,对麻风病和地方病的诊断、治疗及预防控制有重大意义。我们通过在麻风病和地方病第一线的长期工作,结合多年防治体会,综合借鉴国内外防治经验,积累了一些资料,精心搜集、汇总、整理、编撰而成《麻风病、地方病临床诊治指南》一书。该书共分7章,每章介绍一种疾病,对该病的基本概念、主要危害和流行病学做简要的论述。重点对各病种的临床症状进行了描述,如:麻风抗酸杆菌、结核样型、界线类偏结核样型、中间界线类、界线类偏瘤

型、瘤型、未定类麻风病人图片,地方性甲状腺肿0度、I度、II度、弥漫型、结节型、混合型,地方性克汀病神经型、粘液性水肿型、混合型,地方性亚临床克汀病病人图片,大骨节病临床早期、I度、II度、III度、单纯干骺型、干骺骨骺型、干骺骨端型、单纯骨端型、干骺骨骺骨端型、干骺腕骨型、干骺骨端腕骨型、干骺骨骺骨端腕骨型X线图片,氟斑牙临床可疑、极轻、轻度、中度、重度及氟骨症临床X线图片,亚急性型、慢型克山病病人心脏扩大胸片,房室传导阻滞、ST—T改变、心房纤颤、心房扑动、P波异常、低电压心电图图片,鼠疫杆菌、腺鼠疫、肺鼠疫、皮肤鼠疫病人图片等,共计130张。书后尚有23条附录,提供了麻风病和地方病的病区划分、诊断标准、处理原则等详细资料。该书图文并茂,内容较为丰富,不拘一格,通俗易懂,实用性和指导性比较强。

该书的编写来源于实践,服务于基层。相信本书可成为广大基层临床和疾病预防控制人员预防、诊断和治疗方面的参考用书,可进一步提高广大医务工作者麻风病和地方病诊治水平,适应新形势防治工作,为早日控制乃至消灭麻风病和地方病,解放病区劳动生产力,全面建设小康社会做出更大贡献。

鉴于作者水平有限及编写时间仓促,书中难点会有不妥或疏漏之处,敬请同行和读者批评指正。

目 录

第一章 麻风病	(1)
第一节 麻风病的概念	(1)
第二节 麻风病的简史	(2)
第三节 麻风病的病因	(3)
第四节 麻风病的发病机理	(5)
第五节 麻风病的传染方式	(6)
第六节 麻风病的免疫	(8)
第七节 麻风病的临床检查注意事项	(9)
第八节 麻风病的分型与临床表现	(10)
第九节 麻风病的诊断要点	(32)
第十节 麻风病的鉴别诊断	(33)
第十一节 麻风病的防治	(35)
第十二节 麻风病防治中存在的问题和展望	(37)
第二章 碘缺乏病	(42)
第一节 碘缺乏病的概念	(42)
第二节 碘缺乏病的病因	(43)
第三节 碘缺乏病的流行特点	(45)
第四节 地方性甲状腺肿分度	(46)
第五节 地方性甲状腺肿分型	(48)
第六节 地方性克汀病分型	(49)
第七节 地方性亚临床克汀病诊断	(52)
第八节 碘缺乏病的鉴别诊断	(53)

第九节	碘缺乏病的防治	(57)
第三章	大骨节病	(59)
第一节	大骨节病的概念	(59)
第二节	大骨节病的病因	(59)
第三节	大骨节病的流行特点	(63)
第四节	大骨节病的病理改变	(65)
第五节	大骨节病的临床分型	(68)
第六节	大骨节病的 X 线分型	(70)
第七节	大骨节病的鉴别诊断	(82)
第八节	大骨节病的防治	(84)
第四章	地方性氟中毒	(87)
第一节	地方性氟中毒的概念	(87)
第二节	地方性氟中毒的病因	(87)
第三节	地方性氟中毒的流行特点	(88)
第四节	地方性氟中毒的病理改变	(89)
第五节	氟斑牙的临床诊断	(90)
第六节	氟骨症的临床分度	(93)
第七节	氟骨症的 x 线诊断	(95)
第八节	地方性氟中毒的防治	(98)
第九节	关于含氟牙膏使用的几个问题	(103)
第五章	克山病	(105)
第一节	克山病的概念	(105)
第二节	克山病的病因	(105)
第三节	克山病的流行特点	(107)
第四节	克山病的病理改变	(108)
第五节	克山病的临床分型	(108)
第六节	克山病的心电图检查	(113)
第七节	克山病的防治	(122)

第六章 鼠疫	(132)
第一节 鼠疫的概念	(132)
第二节 鼠疫的流行概况	(133)
第三节 鼠疫的病原	(135)
第四节 鼠疫的流行特点	(136)
第五节 鼠疫的临床表现	(137)
第六节 鼠疫的防治	(141)
第七节 鼠疫防治任重道远	(143)
第七章 布鲁氏菌病	(147)
第一节 布鲁氏菌病的概念	(147)
第二节 布鲁氏菌病的发展史	(147)
第三节 布鲁氏菌病的疫情动态	(149)
第四节 布鲁氏菌病的流行特点	(154)
第五节 布鲁氏菌病的病原	(161)
第六节 布鲁氏菌病的发病机理	(162)
第七节 布鲁氏菌病的病理形态学	(167)
第八节 布鲁氏菌病的临床表现	(169)
第九节 布鲁氏菌病的临床分类规则	(178)
第十节 布鲁氏菌病的诊断	(179)
第十一节 布鲁氏菌病的鉴别诊断	(180)
第十二节 布鲁氏菌病的防治	(183)
附录	(190)

第一章 麻风病(leprosy)

第一节 麻风病的概念

麻风病是麻风分支杆菌引起的一种严重危害人类身心健康的慢性传染病。主要侵犯皮肤、黏膜和周围神经,晚期病人可有眼、鼻、咽喉、淋巴及内脏损害,诊治不及时常可导致畸残。本病往往在青壮年中发生,给病人、家庭和社会带来严重的精神和经济压力。麻风病的潜伏期可长达几年,一般3至5年,有的甚至更长。本病在世界范围内流行甚广,最严重的有25个国家,有1200多万登记病人;全世界每年新发现病人约有50万,主要分布于亚洲、非洲及拉丁美洲。未经治疗的麻风病人是唯一的已知传染源,麻风病防治一直是人们关注的社会和公共卫生问题。近年来,麻风病的临床特征发生了改变,不仅综合医院医生对麻风病了解不多,很多皮肤科医生也缺乏对麻风病知识的了解。甚至医学院校毕业生也没有学习过这方面的诊治知识。所以,被确诊为麻风病的患者大多已就诊过多家医院,很少被早期识别,而长期被误作其他疾病治疗,这些患者就可能作为传染源在社会上传播。

第二节 麻风病的简史

一、麻风病的名称

在中国,秦、汉时把麻风称疔、厉、疔风、大风、恶疾等;隋唐时称疔、癩、恶风等;宋元时仍沿用以上名称。“麻风”一词,最早见于元朱震亨(1281~1358年)《丹溪心法》一书;明清仍用癩、麻风等,还有疔、天刑、大麻风等名称。

在欧洲,公元150年,罗马名医 Areatus 曾称麻风病为“真性象皮病”《圣经》中的希伯来文“Zarrath”一词,是不可接触的意思,并非单指麻风,其中也包括鳞屑性皮肤病等。公元前150年把《圣经》译为希腊文时,将“Zarrath”译为“Lepra”。以后英文译为“Leprosy”,则专指麻风病。

二、有关麻风病较早的文字记载

1. 埃及

据考证,公元前2400年的纸草书中,有“set”一词,可能是指麻风病。公元前1350年,由苏丹及达发来的黑人奴隶中有麻风病人。雷姆赛期二世时,已有麻风病流行。约瑟记述,在埃及第四代法老的王宫遗址中发现的陶罐上面,有类似瘤型麻风“狮面”的刻绘,经考证陶罐的产生时期,相当于公元前1411至1314年。

2. 印度

根据穆尔等学者的记述,在公元前1400年时的梵文经典《吠陀》中的“Kushtha”一词系指麻风,印度学者据此认为麻风病在印度流行,已有3000多年的历史。达门德拉虽然也提及此项记载,但他认为在公元前600年的“Sushruta Samhita”中,才有了关于麻风

病“可靠的、写得很好的临床与治疗”的记录。

3. 美索不达米亚

在古巴比伦王国尼尼微城的亚述巴尼拔皇宫（建于公元前7世纪）的遗址中，发掘出很多刻有楔形文字的瓦片，其中有令麻风病人远离城市的法律条文。这说明在那时亚洲西部的底格里斯河与幼发拉底河流域一带，已有麻风病流行。

4. 中国

在《战国策》中，记录范雎说秦王时，引用了殷商时（公元前1066年）箕子漆身为厉以避杀身之祸的故事。这可能是我国历史上有关麻风的最早的传说。如《论语》中记述“伯牛有子冉伯牛（公元前544~477年）患麻风病。如《论语》中记述伯牛有疾即“恶疾”，“先儒以为癩”。战国时代（公元前475~221年）有关麻风的记载又较多。如《战国策》记述刺客豫让曾化装成麻风病人以行刺；《庄子外篇》记述“厉人夜生子，遽取火而视之，汲汲然唯恐其似己也”。秦汉以后的中医典籍中，关于麻风的记载已很多。如战国的《内经》、隋代的《诸病源候论》、唐代的《千金要方》、清代的《解围元藪》、《疯门全书》等，对麻风病的症状、治疗等，已有较深的认识和系统的论述。

第三节 麻风病的病因

麻风病是由麻风杆菌引起的，麻风杆菌即是麻风病病原菌。在光学显微镜下完整的杆菌为直棒状或稍有弯曲，长约2~6微米，长约0.2~0.6微米，无鞭毛、芽孢或荚膜。非完整者可见短棒状、双球状、念珠状、颗粒状等形状。数量较多时有聚簇的特点，可形成球团状或束刷状。在电子显微镜下可观察麻风杆菌新的结构。麻风杆菌抗酸染色为红色，革兰氏染色为阳性。离体后的麻风杆菌，在夏季

血脉,客于经络,留而不去,与血气相干,致营卫不和,淫邪散溢,故面色败、皮肤伤、鼻柱坏、须眉落。

二、西医的病因病理

麻风杆菌在人体内引起的组织变化随机体免疫力而不同。麻风杆菌进入免疫力强的机体可不引起任何组织变化,仅在真皮内短暂存在,麻风杆菌不能存活。如果存活下来,慢慢繁殖,真皮内的组织细胞和血液内的单核细胞能发挥防御功能,移向细菌,吞噬后将其慢慢分解。这些细胞的胞浆有保存碱性燃料的能力,弱酸不易使之退色,故称嗜红细胞。这一阶段可持续数月或数年,最终亦不出现临床症状。麻风杆菌进入易感者机体内,则产生组织变化,早期改变尚无麻风病理特点,仅有非特异性炎症浸润,成为未定类麻风。以后随机体免疫力由强到弱,分别演变为结核样型、界线类及瘤型麻风。免疫力低下者其组织细胞吞入麻风杆菌后,细菌在细胞内繁殖,退行性变,形成菌球、泡沫结构和混浊小滴,组织细胞变为麻风细胞,形成泡沫细胞肉芽肿,这是瘤型麻风病的病理改变。免疫力较强,组织细胞吞入麻风杆菌后变为上皮样细胞,周围有许多淋巴细胞包围,形成结核样肉芽肿,这是结核样型麻风病的病理特点。

第五节 麻风病的传染方式

主要是直接接触传染,其次是间接接触传染。

一、直接接触传染方式

传染性麻风病人通过直接接触,将含有渗出的麻风杆菌与有皮肤或黏膜破损的健康人接触所致。这种传染情况最多见于和患者密切接触的家属。虽然接触的密切程度与感染发病有关,但也不

排除偶尔接触而传染的可能性。

二、间接接触传染方式

健康者与传染性麻风病患者经过一定的传播媒介而受到传染。例如接触传染患者用过的衣物、被褥、手巾、食具等。间接接触传染的可能性要比直接接触传染的可能性小,但也不可忽视。

三、其他传染方式

从理论上说,麻风菌无论通过皮肤、呼吸道、消化道等都有可能侵入人体而致感染。有人强调呼吸道的传染方式,认为鼻黏膜是麻风菌的主要排出途径,鼻分泌物中的麻风菌在离体后仍能存活相当的时间,带菌的尘埃或飞沫可以进入健康人的呼吸道而致感染。也有人指出,以吮血昆虫为媒介可能造成麻风的传染。然而,对这些看法尚有争论。而且在麻风病的流行病学方面还未能得到证实。

必须指出,尽管目前尚无足够的证据肯定什么是主要的传染途径,但机体的抵抗力无疑是在传染过程中起主导作用的因素。人对麻风杆菌有不同程度的自然获得性免疫。一般儿童免疫力较低,成年人中绝大多数对麻风杆菌有较强的抵抗力,不易受感染。一个传染性患者的周围人群受到感染的机会虽然相似,但发生麻风的毕竟是少数。麻风院(村)附近的地区,麻风发病率也并不高,即使是麻风患者的配偶,患病率一般不超过 5%。此外约有 2/3 的麻风病人并问不出麻风接触史。这些都表明,多数长期密切接触者并不发病。麻风杆菌进入人体后是否发病以及发病后的过程和表现,主要取决于被感染者的抵抗力、也就是机体的免疫状态。近年来不少人认为,麻风病也和其他许多传染病一样,存在有亚临床感染,借以说明麻风病的感染率要比发病率高得多,绝大多数接触者在感染后建立了对麻风菌特异性免疫力,以亚临床感染的方式而终止

感染。麻风病既不胎传,也不遗传。

麻风病呈不均匀的集簇性分布和地方性流行。本病的流行主要取决于传染源的存在以及易感人群与患者的密切接触。此外,与社会因素、地理环境及气候等亦有密切关系。

第六节 麻风病的免疫

麻风病是慢性传染病模型,也是一个免疫性慢性疾病模型。长期以来,人们就观察到,各型麻风病在组织病理学上和组织内含菌量的多少都表现明显差异。这些差异并非麻风杆菌有不同的菌株,而是由于机体对麻风杆菌的免疫反应不同所致。近年来根据临床、细菌、病理、免疫等方面表现和特点,都可见到这种渐次移行的现象。为了形象地说明以免疫力为基础的这种状态,借用物理学上的光谱概念,确立了麻风病的免疫光谱现象。即从结核样型、界线类(界线类偏结核样型、中间界线类、界线类偏瘤型)到瘤型,正像一个连续的光谱状。一些研究表明,机体的免疫力决定着麻风病的感染过程,如感染后是否发病、发病类型等。从各型麻风病皮肤和淋巴结活检中,观察组织病理变化,可见损害淋巴细胞的浸害程度以及组织巨噬系统的形态学变化,都可以反映出病人对麻风杆菌免疫反应的不同。

应用体液免疫和细胞免疫的测定方法检测结果说明,健康成人对麻风杆菌大都具有较强的免疫力,儿童的免疫力较弱,免疫力的强弱随年龄增长而渐增强。各型麻风病人对麻风杆菌的免疫力也不同,在免疫光谱一端的结核型麻风病(TT),其体液抗体较正常人仅略为增高,而细胞免疫功能正常或略为降低。而在光谱另一端的瘤型麻风病(LL),其体液抗体明显增高,而细胞免疫功能则显示严重缺陷。各型麻风病人从体液抗体产生来看,其水平在麻风病光

谱中依序为:LL>BL>BB>BT>TT, 免疫力低的瘤型却较有免疫力结核样型和正常人为高,这是一个反常现象。说明在麻风病人的血清中虽有高水平的抗体,但对身体似乎没有任何保护和有益作用。从细胞免疫反应的强度来看,依序为:TT>BT>BB>BL>LL。麻风病的免疫防御机制主要是细胞免疫。需要指出的是,细胞免疫反应的抑制(或缺陷)有特异性和非特异性两个方面,瘤型麻风病经有效的抗麻风治疗后,其非特异性细胞免疫缺陷可以得到改善;而对麻风杆菌的无反应性(如麻风菌素试验),虽经多年治疗仍不改变,这种特异性缺陷的性质和机制还有待深入研究。

第七节 麻风病的临床检查注意事项

(1)在没有瘙痒的慢性皮肤病应想到是否为麻风病。

(2)要严格掌握麻风病的诊断标准,即在①皮损伴或暂无麻木;②周围或皮神经粗大;③皮损查菌阳性;④皮损活检有麻风病特异性改变的这4条标准中,一定要符合2条以上标准方可诊断麻风病。

(3)要严格确认为麻风病阳性体征,如神经的粗大,皮损的存在,感觉的障碍,查菌的阳性,皮损病理的麻风病特异性改变。在临床和实验室所见不符时要仔细找原因,如查菌试剂问题,取材是否适当,神经是否异常粗大,病人是否配合感觉检查。未能确认的麻风病体征,要谨慎考虑。

(4)早期麻风病皮损没有明显感觉障碍;一般病期在3个月的TT,BT麻风病皮损还不会出现明显麻木,病期在1年以内的BL,LL麻风病皮损没有明显麻木。在典型的临床麻风病面部皮损一般没有麻木;应做温、痛、触觉检查,温觉常最先丧失。

(5)早期瘤型麻风病在躯干部表现为浅色斑,如指甲或银圆大

小,数量多,如同白色糠疹或汗斑,皮肤损害感觉正常。这类皮损一定要在自然光线下观察,才能观察到浅色斑损害,要避免阳光直射下检查。

(6)早期瘤型麻风病两侧眉毛外侧稀疏脱落。

(7)对疑似早期瘤型麻风病检查时,要注意检查芝麻或绿豆大小的丘疹损害,这些损害在数月后将发展为结节。

(8)神经检查要求两侧反复触摸对比,早期多菌型麻风病常没有神经粗大,特别是瘤型麻风病。

(9)要怀疑麻风病就应做皮肤查菌检查,多菌型麻风病查菌必然阳性,阴性就可排除瘤型或偏瘤型麻风病。

(10)皮损查菌未能确诊,应该做皮损病理活检。

(11)仅有神经粗大和相应部位的麻木区,而无皮损,应考虑为纯神经炎麻风病。

(12)许多麻风病患者初诊时可伴有麻风病反应如 I 型反应或 II 型反应,应引起注意。

第八节 麻风病的分型与临床表现

一、麻风病临床表现的三重损害性

1.原发性损害

是指由麻风菌直接导致的各种各样的皮损和周围神经损伤。皮损可以是一处或多处,通常其颜色均较周围的正常皮肤浅一些,有时这些损害也可以是淡红或铜色的。以斑疹、丘疹、斑块、弥漫浸润、结节、溃疡为常见。神经损伤如爪形手、腕下垂、足下垂等。麻风病皮损大多数缓慢发生、发展,但以反应形式为首发症状者也因麻风病人机体免疫力不一,发病后临床表现各异,一般分为结核样型