

麻 风 病

防治手册

陈贤义 李文忠 陈家琨 主编



科学出版社

www.sciencepress.com.cn

麻 风 病 防 治 手 册

陈贤义 李文忠 陈家琨 主编

科 学 出 版 社

2 0 0 2

内 容 简 介

麻风病是一种主要侵犯皮肤和周围神经的慢性传染病,在我国流行已 2000 多年。为了提高防治人员的业务水平,统一必要的技术标准和操作方法,促进我国麻风防治工作的持续发展,卫生部疾病控制司组织该领域的专家编写了本手册。本书以面向基层,侧重实用为原则,力求简明扼要,图文并茂,并能指导现场防治工作。

本书适合各级卫生行政干部、麻风防治和管理人员、皮肤科医师、卫生防疫人员、基层医务人员、医学教学工作及医学生使用。

图书在版编目(CIP)数据

麻风病防治手册/陈贤义,李文忠,陈家琨主编. 北京:

科学出版社,2002.2

ISBN 7-03-009812-9

I. 麻… II. ①陈…②李…③陈… III. 麻风-防治-手册 IV. R755-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2001)第 067582 号

科学出版社 出版

北京东黄城根北街16号

邮政编码 100717

[http // www sciencep com](http://www.sciencep.com)

新蕾印刷厂 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2002年2月第一版 开本 A5 (890×1240)

2002年2月第一次印刷 印张 6 1/2 插页 8

印数 1—5 000 字数 281 000

定价: 16.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换〈新欣〉)

《麻风病防治手册》编委会

主 编 陈贤义 李文忠 陈家琨
副主编 胡鹭芳 江 澄 张国成
编 委 (按姓氏笔画排列)
王荷英 叶干运 刘季和 孙新华
江 澄 李文忠 李桓英 吴勤学
杨丽萍 何达坝 陈贤义 陈树民
陈家琨 陈祥生 沈 洁 沈训珍
沈建平 严良斌 张国成 胡鹭芳
夏 刚 曾学思 熊俊浩
主 审 叶干运 李桓英

Contributors

Editors-in-Chief

Chen Xianyi Li Wenzhong Chen Jiakun

Vice Editors-in-Chief

Hu Lufang Jiang Cheng Zhang Guocheng

List of Contributors

Wang Heying	Ye Ganyun	Liu Jihe	Sun Xinhua
Jiang Cheng	Li Wenzhong	Li Huanying	Wu Qinxue
Yang Liping	He Daxun	Chen Xianyi	Chen Shumin
Chen Jiakun	Chen Xiangsheng	Shen Jie	Shen Xunzhen
Shen Jianping	Yan Liangbin	Zhang Guocheng	Hu Lufang
Xia Gang	Zeng Xuesi	Xiong Junhao	

Proof-Reading Editors

Ye Ganyun Li Huanying

本手册蒙荷兰麻风救济会资助出版

The publication of this book was sponsored by the
Netherlands Leprosy Relief

前 言

麻风病是一种主要侵犯皮肤和周围神经的慢性传染病,在我国流行已 2000 多年。本病往往在青壮年发生,诊治不及时常导致畸残,给病人、家庭及社会带来严重的精神和经济压力,对人类的身心健康构成严重威胁。近年来,随着社会经济发展和医学进步,麻风病业已成为一种可防、可治的疾病。

新中国成立不久,在百废待兴的情况下,我国政府即着手研究麻风病的防治问题。1956 年,中共中央发布的《全国农业发展纲要(修正草案)》中,提出要“积极防治”麻风病。1957 年制订的《全国麻风病防治规划》,确定了“积极防治,控制传染”的原则,提出了“边调查、边隔离、边治疗”的防治策略。1963 年,制订了《麻风病治疗方案》、《麻风病临床治愈暂行标准》等 9 个技术方案。1981 年,提出了“力争我国在本世纪末实现基本消灭麻风病”的奋斗目标,制订了《全国麻风防治管理条例》和 3 个技术方案。在防治策略上实现了“四个转变”,特别是加强病例发现和普遍推广联合化疗,大大推进了我国的麻风病防治进程。

50 年来,在各级政府的领导下,在国际社会的大力支持下,通过几代麻风病专家、广大麻风病防治和管理人员的辛勤努力,我国的麻风病防治工作取得了显著成就。全国在省(市、区)或地(市)水平均提前达到了世界卫生组织要求的“消除麻风”指标。按照比世界卫生组织严格 10 倍的我国标准,2000 年,全国基本消灭麻风病达标县(市)已达 90%,15 个省(市、区)通过了部或省(市、区)的考核验收工作,取得了阶段性成果。

然而,在成绩面前,我们还必须认识到:目前,对麻风病尚缺乏有效的一级预防措施;麻风病例的早期发现亟待改善;我国麻风病疫情分布不平衡,部分边远山区和少数民族地区疫情还较重;麻风病患者及其治愈者的畸残预防和康复医疗任务尚十分繁重。要真正实现“创建一个没有麻风病的世界”,还必须做较长期的艰苦努力。

值此世纪之交的关键时刻,我们组织部分专家编写了这本《麻风病防治手册》,目的在于提高防治人员的业务水平,统一必要的技术标准和操作方法,促进我国麻风病防治工作的持续发展。本手册以面向基层、侧重实用为原则,力求简明扼要,图文并茂,并能指导现场防治工作。

我们希望各级卫生行政干部、麻风病防治和管理人员、卫生防疫人员、皮肤科医

师、基层医务人员、医学教学工作及医学生,将这本手册作为麻风病的防治工作指南加以使用,也欢迎对本手册的不足之处提出宝贵意见。

卫生部疾病控制司

陈贤义

2001年1月20日

目 录

第一章 麻风病简史	1
第一节 麻风病的病名	1
第二节 麻风病的早期记载	1
第三节 麻风病的疫源地及其传播	2
第四节 麻风病防治知识的演变	2
第五节 全球现代抗麻风运动	4
第六节 我国现代麻风防治事业	6
第二章 麻风病的细菌学	8
第一节 麻风杆菌简介	8
第二节 麻风动物模型的应用	9
第三章 麻风病的免疫学	12
第一节 麻风病的免疫反应	12
第二节 麻风病的免疫诊断方法	14
第三节 麻风病的免疫预防和治疗	15
第四章 麻风病的皮肤组织病理学	17
第一节 与麻风光谱分型有关的组织病理变化	17
第二节 麻风反应的病理	21
第三节 麻风病的病理诊断与鉴别诊断	23
第五章 麻风病的传染和流行	26
第一节 麻风病的传染	26
第二节 麻风病的流行特点	28
第三节 麻风病的流行现状	30
第六章 麻风病的症状	33
第一节 皮肤症状	33
第二节 神经症状	38
第三节 眼、耳、鼻、喉症状	41
第四节 淋巴结、内脏、骨骼、关节与肌肉等症状	42

第七章 麻风病的分类	44
第一节 麻风病分类的历史演变	44
第二节 五级分类法	45
第三节 各型麻风病的演变	50
第八章 麻风病的检查	52
第一节 病史询问和体格检查	52
第二节 临床试验	56
第三节 麻风病的细菌和组织病理学检查	57
第九章 麻风病的诊断与鉴别诊断	58
第一节 麻风病的诊断要点	58
第二节 麻风病的病例发现	59
第三节 麻风病的鉴别诊断	63
第十章 麻风病的化学治疗	72
第一节 麻风病化学治疗的历史和进展	72
第二节 目前可用于麻风病联合化疗的药物	73
第三节 麻风病化学治疗中的耐药和持久菌	75
第四节 麻风病的联合化疗	77
第五节 联合化疗的观察方法	81
第十一章 麻风病联合化疗后的复发及处理	83
第十二章 麻风反应及其处理	88
第一节 麻风反应的机制	88
第二节 麻风反应的分类和特点	89
第三节 麻风反应的处理	91
第十三章 常见麻风眼病及处理	94
第一节 麻风眼损害的途径及分类	94
第二节 麻风眼病的一般检查	95
第三节 麻风眼病及防治	95
第四节 麻风眼病转诊及视力残疾的标准	100
第十四章 麻风病的残疾防治和康复	102
第一节 麻风病的周围神经损害	102
第二节 麻风病的残疾分级	108
第三节 麻风病的残疾防治	109
第十五章 麻风病的护理	116
第一节 门诊、住院(村)病人的护理	116
第二节 麻风病联合化疗的护理	117

第三节 麻风反应的护理	119
第四节 手、足、眼的自我护理	120
第五节 假肢的护理	121
第六节 麻风病人的心理护理	121
第七节 麻风病人的社区护理	122
第八节 消毒供应的管理	123
第十六章 麻风病的疫情监测	124
第十七章 麻风病的社会医学问题	128
第十八章 麻风病的健康教育与业务培训	133
第一节 健康教育	133
第二节 业务培训	137
第十九章 基本统计指标及计算方法	140
第二十章 全国麻风病预防控制工作规范	147
附录 1 麻风病皮肤查菌常规	157
附录 2 麻风病皮肤活体组织检查及报告	162
附录 3 麻风病人的病历	166
附录 4 麻风病细菌送检报告单及记录单	176
附录 5 麻风病病理检查送检单及报告单	177
附录 6 麻风病联合化疗药物发放及监服记录	179
附录 7 联合化疗的疗效判断和治愈标准	180
附录 8 麻风病人完成联合化疗后的监测记录	181
附录 9 麻风患者家属健康检查记录	182
附录 10 麻风监测个案登记表及流行防治情况统计表	183
附录 11 基本统计指标及计算方法—寿命表法	191
附录 12 基本消灭麻风病考核验收办法(重新修订,1999)	194
附录 13 本手册英文缩略语	197
附录 14 临床及病理彩色照片	200

第一章 麻风病简史

麻风病是一种慢性传染病，至少已流行了二千多年。过去，由于缺乏有效的预防和治疗措施，成为引起畸残的一大原因，曾长期被视为“不治之症”，是全球关注的公共卫生和社会问题。

第一节 麻风病的病名

麻风病在不同的国家和地区，有众多的名称。但都往往存在歧视与偏见，有不洁、道德败坏及易传染等含意。英文“leprosy”一词，则专指麻风病，也有人称汉森（Hansen）病。

我国历史上有关麻风病的名称有：疔，疔风，癩，恶疾及天刑等，现称之为“麻风病”或“麻风”，“麻”是指麻木，“风”是指“病因”。

第二节 麻风病的早期记载

一、亚 洲

公元前 600~前 556 年，印度的梵文《妙闻集》中，称麻风病为“Kushtha”。在我国，殷商时（公元前 1066 年）箕子漆身为厉的故事，是有关麻风病最早的传说。春秋后期孔子弟子冉耕（公元前 544~前 478 年）患“恶疾”，“先儒以为癩”，系最早记载的麻风病例。《内经》（公元前 403 年以后）称麻风病为“大风”，并论述其病因及症状。其后的《诸病源候论》、《千金要方》、《解围元藪》及《疯门全书》等，对病因、症状、治疗等都有较系统的论述。古巴比伦王国（公元前 612 年）遗址出土的楔形文字陶土板，有令麻风病人远离城市的条款。阿拉伯的《古兰经》（公元 609~632 年）记录有“结节性麻风”。

二、非 洲

从埃及木乃伊中发现有麻风病引起颅骨损害的证据，有专家认为公元前 300~前 200 年非洲已有麻风病存在。

三、欧 洲

公元前 700~前 165 年的圣经《旧约全书》，为麻风病人制订一系列严厉的礼仪法规、检疫隔离及清洁等程式，亦弘扬博施济众的奉献精神。

四、美洲及大洋洲

美洲土生土长的印第安人中原无麻风病流行，至 1543 年才在哥伦比亚的西班牙人中发现首例患者。大洋洲在 10 世纪末曾一度流行麻风病。

第三节 麻风病的疫源地及其传播

一、麻风病的疫源地

多数学者认为麻风病是多中心源的。而 Muir 等认为印度是它最早的疫源地，东传至中南半岛，北传至中国，再传至朝鲜、日本；由中南半岛南传至东亚各国；西经波斯、阿拉伯传至非洲，再由埃及经希腊、巴尔干半岛传至欧洲；由欧洲及非洲传至美洲；由中南半岛、欧洲或亚洲传至大洋洲。

二、麻风病的传播

1. 亚洲 全球公认麻风病以往在印度和中国流行最为严重，印度尼西亚、缅甸、尼泊尔、阿富汗、孟加拉国等国流行也较重。

2. 非洲 公元前 6 世纪由波斯人及公元前 4 世纪由亚历山大的军队传入，现仍在安哥拉、中非等国流行。

3. 欧洲 公元 4 世纪时已普遍流行，13 世纪时每 200 人中即有一名患者。14 世纪中叶以后流行下降，现有少量病例存在于西班牙、葡萄牙、罗马尼亚、前苏联的南部、希腊及波罗的海国家。

4. 美洲 麻风病流行与 15 世纪末欧洲殖民者远征活动，以及 16 世纪初贩卖非洲黑人奴隶输入有关。现仍在巴西、巴拉圭、阿根廷、哥伦比亚、古巴、海地等中南美洲国家流行。

5. 大洋洲 大洋洲目前在巴布亚新几内亚等国流行仍较重。

1999 年，亚洲、非洲和南美洲的麻风病人数，占全球总数的 90%。

第四节 麻风病防治知识的演变

一、病因及实验研究方面

古代认为麻风病是因鬼神或天命受到惩罚所致。我国秦汉时主“风”说；隋唐时

有“虫”说；明代以后有了传染和遗传观念。欧洲在19世纪中叶以前认为它是遗传病。1873年，挪威医学家汉森（1841~1912），在病人组织中发现麻风病的病原体，1931年，国际麻风会议（马尼拉）上被命名为麻风分枝杆菌（简称麻风菌）。

1960年，Shepard首先在正常小白鼠足垫中接种人麻风菌获得有限繁殖，为麻风基础理论研究的一项重要突破。

二、临床及治疗方面

我国《内经》除对麻风病的病因、症状及针刺疗法作过记述外，还指出其为慢性病。《睡虎地秦墓竹简》（公元前359~前217年）记述有皮肤损害、麻木和眼损害等明确的麻风病临床描述。隋代《诸病源候论》开始有初步的分类。唐代医圣孙思邈（公元581~682年）亲手治疗过600名麻风病患者，堪称是世界上最早的麻风病专家。

几千年来，人类对麻风病的治疗进行过多种尝试。大风子于公元12世纪从东南亚输入中国，南宋白玉蟾在1127年前后就用其治疗麻风病；元代朱震亨在1347年首先述及大风子可致失明的不良反应。

砒类药的问世使麻风病进入了化学治疗阶段。1943年，Faget首先应用普洛明（promin）静脉注射；1946年，Cochrane、1947年，Lowe相继使用氨基砒（DDS）肌注和口服；多年来DDS一直成为主要的抗麻风药物。1962年，Browne等及1970年Leiker等，分别报告用氯法齐明（氯苯吩嗪，clofazimine, B-663）及利福平（RFP）口服治疗麻风病。

1964年，Pettit等及1977年Pearson等，相继证实继发性及原发性DDS耐药菌株。1972年，Freerksen在马耳他实施RFP和isoprodian（系DDS、丙硫异烟胺（PTH）和异烟肼的复合物）联合治疗麻风病的方案。1981年世界卫生组织（WHO）麻风化疗研究组推荐了用于多菌型（MB）和少菌型（PB）麻风的联合化疗（MDT）方案。

三、防治措施及管理方面

中外历史上的宗教、礼法和法规都极端歧视麻风病患者，有过诸多的限制和规定，引起一系列社会问题。对待麻风病的态度及措施，随着社会进步和科学发展，得到不断的演变和改进。

（一）将病人聚居于偏僻地区或遭杀害

我国春秋时期即记载“妇有七出”，其一为“有恶疾”；“女有五不取（娶）”，其一为“世有恶疾者”，为日后之律令长期沿袭。晋葛洪《抱朴子》记有：“上党赵瞿，病癩历年垂死，其家弃之，送置山穴中。”圣经《旧约》记有发现疑似麻风病患者禁闭7天，确诊则宣布其为不洁，立即“村外隔离”。公元9世纪起，法国、挪威、美

国及日本等多国，都颁布有麻风病人终身隔离的法令。

我国秦代（公元前 359～前 217 年）有将犯罪病人遣送“疠所”，水淹或活埋处死的规定。唐代文学家卢照邻因患麻风病，自沉颖水，时年四十。1935 年，广东军阀制造了一起集体枪杀 300 多名麻风病人的白云山惨案。1943 年，瑙鲁岛有过把所有病人集中到船上，用炮火击沉的事件。

（二）设立麻风病人收容所（lazar houses）或疗养所（leprosarium）

圣经《旧约》记载有耶稣基督为麻风病人治疗，人们对他们则既同情又厌恶。君士坦丁大帝之母 Helena 创立救济老人和贫民的“旅社”，12 世纪欧洲又设立有专门的麻风病人收容所或疗养所，至公元 4 世纪共有收容所 636 处，13 世纪多达 1 万 9 千多处，多属于慈善救济性质。为预防麻风病传播设立隔离病所，是中世纪对传染病预防的重要医学贡献之一。

北齐天宝 7～10 年（公元 556～559 年），北印度来华僧人那连提黎耶舍（Narendrayasas），在河南汲郡西山霖落泉寺设立“病人坊”，为我国最早收容麻风病人的设施。以后各代均有类似机构，多系寺院为收容麻风病及其他患者所办。唐会昌五年（公元 845 年）以后，这些病坊大多成为官办慈善救济机构，在客观上起到隔离作用，且与日后的麻风病院有一脉相承的联系。

（三）设立麻风病院

13 世纪以后欧洲出现了由市政管理的医院，挪威卑尔根在 1400～1410 年建立的圣约尔根（St. Jorgen）麻风病院，1839 年以后成为当时世界麻风病研究的中心。1569 年天主教在华设立的第一所麻风病院，是澳门麻风院；以后，相继建有北海普仁（1886）、杭州广济分院（1887）及湖北孝感乐仁（1894）等麻风院。

第 1 届国际麻风大会（1897，柏林）认为：“强制隔离病人乃是与麻风病作斗争的惟一手段。”此后，隔离收治病人成为各国普遍采用的措施，这时麻风病院大多已属于医疗卫生事业的范畴。

（四）废除强制人身隔离，主张在家治疗

第 5 次国际麻风大会（1948，哈瓦那）主张，“只隔离有传染性的病人，可允许部分病人在适当管理下接受门诊治疗”。第 7 次国际麻风大会（1958，东京）认为，“强制隔离是不合时代的错误，应予废除”。20 世纪 80 年代联合化疗的问世，“化学隔离”完全可以替代“人身隔离”来控制麻风病。

第五节 全球现代抗麻风运动

一、科学时代的开始

1873 年，麻风菌的发现确定了麻风病是可能控制的传染病。第 1 届（1897 年，柏

林)与第2届国际麻风大会(1909年,卑尔根)均推荐隔离病人为惟一预防办法。我国1927年2月在上海成立“中华麻风救济会”,“专以救济麻风病人,推广麻风病院,提倡新法治疗及预防传染为宗旨”。

1926年,一麻风杂志《Lepra》在马尼拉等地出版发行,我国1927年在上海出版发行《麻风季刊》(中、英文)。1931年,国际麻风协会在马尼拉成立。第4届国际麻风大会(1938年,开罗)上大凤子是惟一治疗麻风病的药物。1940年,世界上首份麻风病患者主办的杂志《晨光季刊》在上海中华麻风疗养院出版发行。

二、化学治疗时代

1943年,砒类药物的问世,使麻风病成了“可治之症”。第6届国际麻风大会(1953,马德里)认为,麻风病院应由院外诊所来替代。第7届国际麻风大会(1958,东京)呼吁终止对病人的强制性隔离。第8届国际麻风大会(1963,里约热内卢)认为麻风病应和其他疾病一样对待。

在第三次世界卫生大会(1950)上,世界卫生组织(WHO)秘书长首次提及麻风病。1958年,WHO建立麻风科。1954年,法国佛勒豪(Follereau, 1903~1977)律师倡议,把每年元月份的最后一个星期日设为国际麻风节。1966年,在瑞士成立国际抗麻风机构联合会(ILEP)。

三、躯体、心理、社会和经济康复时代

第9届国际麻风大会(1968,伦敦)上,Brand认为躯体康复是麻风治疗的“必须内容”,Hasselblad指出,在心理康复方面偏见与歧视比愚昧和无知更糟糕。巴西Frist等已在就业、经济和社会康复上开展试点。

1973年及1977年分别成立麻风免疫科学工作组(IMMLEP)及麻风化疗科学工作组(THELEP),作为联合国开发计划署/世界银行/WHO热带病研究和培训特别规划的组成部分。第40届世界卫生大会(1987)通过由中国等23个国家的联合提案——《走向消灭麻风》,把它作为“2000年人人享受卫生保健”目标的组成部分,并作为初级卫生保健内容之一。第44届世界卫生大会(1991)通过了“2000年在全球消除作为公共卫生问题的麻风病”的决议,“消除”(elimination)意指把病人数量减少到一个很低的水平(即患病率 $<1/10\ 000$)。此后,第1届消除麻风国际大会(1994,河内)重申了消除麻风病的承诺;第2届消除麻风国际大会(1996,新德里)批准了更新的WHO全球战略;1998年9月第15届国际麻风大会在北京召开,提出21世纪为在全球创立“一个没有麻风病的世界”而努力;第3届消除麻风国际大会(1999,科特迪瓦的阿比让)上成立消除麻风全球联盟,提出“向消除麻风病作最后的冲刺”,在2005年末实现全球所有国家消除麻风病。