

苏联麻風病考察团講演选集

孙紋絹 何达壘 譯

人民衛生出版社

內 容 提 要

1958年冬,由苏联麻风病学专家所組成的麻风病考察团前来我国訪問,在广州等地为我国麻风防治工作者作了一系列的講演。内容簡明扼要,切合实际应用。篇幅虽然不多,但对于有关麻风防治工作的重要問題,如流行病学、临床学、診斷学、預防、治疗以及防治机构的組織形式等,都有扼要的叙述,包括着苏联多年来麻风防治工作者在这方面的宝贵經驗。

本书可供麻风防治工作者学习之用。此外,在麻风地区的一般医师也应多予参考。

苏联麻风病考察团講演选集

開本: 87×109 2/32

印張: 2

字數: 4.5千字

孙紋絹 何达堯 譯

人 民 卫 生 出 版 社 出 版

(北京書刊出版業營業許可証出字第〇四六號)

• 北京崇文區磁子胡同三十六號 •

七 〇 一 工 厂 印 刷

新华書店科技发行所发行·各地新华書店經售

統一書號: 14048·1946

定 价: 0.30 元

1959年8月第1版—第1次印刷

(北京版) 印數: 1—2,000

目 录

麻风的流行病学	1
麻风的临床学(概要)	6
麻风的诊断	11
麻风的鉴别诊断	23
麻风的预防方法和防治组织	27
苏联的麻风防治组织	35
关于地方医疗预防机构参加麻风防治工作的组织形式	42
麻风病的现代治疗原则	46
问题解答	55

麻風的流行病學

B. Φ. 舒賓所長

麻風防治工作的途徑和方向的選擇決定於我們對促使此病的傳播的主要條件的看法。蘇聯學者們認為麻風病與結核病一樣乃是一種社會疾病，其傳播的原因首先就是居民生活水平差與社會經濟不良，因此在與麻風病鬥爭過程中除治療外，提高居民物質生活水平和文化水平都具有重大意義。

蘇聯在中亞細亞地區，與伊朗、阿富汗、土耳其等交界地帶（這些地區很久以前就是麻風的巨大疫源地），在伏爾加河下游、北高加索以及在烏拉爾過去從中亞細亞移民的游牧部落地區，有數量不大的麻風病人；在遠東、亞庫梯和波羅的海沿岸的共和國也有個別登記的病例。蘇聯現有麻風病人總數約 5,500 名。

麻風是一種慢性和傳染性較小的傳染病，但在生活條件、經濟條件不好的情況下，人們對這種感染的自然抵抗力減低，其患病率也可達很高的數字（在納烏爾島上達 30%）。

在與病人長時間共同生活在一個家庭或一所住處里的人中，其患病率約為 3—15%，只有兒童較易感染此病，約占 30—40%（根據某些作者的材料）。上述的不同取決於生活條件和家庭的衛生習慣，並取決於和病人接觸的情況、時間的長

短以及其他条件。

在能遵守主要的一般卫生原则的家庭里，再一次地傳染給别人的机会是极少的；儿童多从患病的父母身上傳染此病，从家中其他人傳染者較少。当母亲患病时，儿童也常多患此病。患此病的儿童中，最高的数字是双亲都患此病者。共同在一起生活的夫妇中，有一人患麻风时，互相傳染的机会与傳染給儿童的机会相較要少得多。

麻风病的发展与分布的程度，在不同的居民間，取决于各种不同的原因。

許多作者(罗德热尔斯、米勒斯等)曾設法把各个不同地方麻风病发展的程度不同，說成与自然地理因素有关(如空气潮湿、雨量多、地势低下和沼澤地区、高温地带等)，但是麻风病不仅存在于空气干燥、雨量少的地区，在高山地带、热带而且在极圈上也有麻风的分布。这些都与认为麻风的分布决定于气候和地理因素的理論(从广泛意义上来理解)之拥护者的論断相矛盾。罗德热尔斯的观点是典型的资产阶级的理論，它明显地企图减低社会因素在麻风分布問題上的意义，而以地理因素来代替社会因素。

从历史上来看，人所共知，以前麻风在西欧国家中分布最广，其中也包括挪威。但到目前來說，在这些国家里，麻风病人已大大减少，甚至在某些国家里已經完全沒有麻风病人了。因此，无论如何也不能說这是与气候条件有关，因为这些国家的气候根本沒有变化。

因此，麻风发病率不同的問題，我們应从另一方面去寻求解釋，即在較短時間內发生变化的社会經濟制度現象方面来寻求解釋。

在可成为促成某地区麻风病发展的社会經濟因素中，应

首先說明該地居民的移动情况。目前发现在某些河流和其邻近海岸三角洲地带居民的麻风发病率较高，即可以用这种因素来解釋。由于在近 60—80 年来，漁业的发展，蒸汽机水上运输的出现以及运费的低廉，在这些地区劳动力的流入大大增加，这就引起了麻风病发病率的增长。

在不同居民中，各种年龄的发病率也可能不同。斯宾德利尔氏(1935年)分析了爱沙尼亚有关麻风傳布的材料。他指出在爱耶利島上年齡在 30 岁以上的人被傳染的占全部登記病人的 59%，在北爱沙尼亚占 67.9%。因此，作者得出一个結論，即年齡不是易于感染麻风的决定因素。当这种傳染大量傳播时，在卫生条件差的以及人口密集的情况下，在儿童年齡时已可能发生感染。反之，在相反的条件下，感染也可能大大减少，向后拖至年齡較大时发生(如爱沙尼亚情况)。斯宾德利尔氏的結論也可用 1936 年罗氏所分析的西非和印度的材料来証实其正确性。在他的材料中，30 岁以上的人被傳染者分别相当于病人的 15 和 8 %。

年紀大的人发病率如此低，不能以对麻风有天然的抵抗力来解釋，如这样解釋就与爱沙尼亚和其他許多国家的材料相矛盾。我們是应同意斯宾德利尔氏的結論的。

如果說年齡不同的人們发病率的不一樣，其主要原因是机体在不同年齡时的特点也各有所不同，或如罗氏(1932)和曼那兰克氏(1934)所提出的“在儿童时特別易患麻风”。如这样說，那么，不同地区年齡分組的发病率情况，应相差不多，但事实并不如此。

因此，不同年齡組的麻风病发病率是决定于居民現有的社会和生活条件。这样也同样可解釋为什么在不同国家內男人和女人发病率不同的問題。

麻风傳染的机制和其免疫性尚未完全搞清楚。瘤型麻风傳染性最强，結核样型和未定型麻风的傳染性就不那么强。有結核样型麻风病人的家庭中，极少有再被感染者。很多作者都认为由病人傳染給健康者很可能是通过皮肤粘膜破损处而感染(即成为接种)。这种观点早在上一世紀时就提出，但以傳染性物質接种于人体所得出的无数次阴性結果与此說法是相矛盾的。

基德罗夫斯基、格拉马曉夫斯基等氏設想，麻风可能通过空气經呼吸道而感染。这种观点有利于說明在麻风傳布最广泛的地区(生活条件不好等)，年青居民发病率很高的事实。这是通过空气傳染途徑的特点。但这种观点的分歧很多。

昆虫傳染的可能不大，从观察材料和动物实验都未能获得可靠的結論，从流行病学观点来看，很少有可能是因昆虫傳染而成为散播的疫源地。

由于很多原因，使得在研究麻风感染机制时就很困难。麻风的潜伏期很长，甚至病人对可能傳染給他麻风的人有过联系的事，已記憶不起。

許多作者都承認麻风有免疫性。“夫妇兩人共同生活，但其互相感染的发生与儿童相較，要少得多。”这应解釋为：在病人患病开始时即共同在一起生活，这样即逐渐产生并形成免疫性，而出生在父母麻风病发展很利害的时期的儿童就沒有得到这种优越性。也可用免疫形成来解釋下面情况，在居民文化水平低和麻风傳播很广的地区，年齡較大(指20岁以上者)居民的发病率比年輕(10—20岁)居民的发病率低。尽管長時間生活在疫源地，虽有极大可能被感染，但40—60岁者比20岁以下的发病率平均約少一半。显然，居民中，达到这个年齡的人，已获有免疫性的成分很大，以致降低了发病率。

同时，在麻风病人較少的地区，沒有可能起免疫作用，年齡大者比年齡小者的发生率要高一倍，这种发病率直接与長時間生活在疫源地有关。

从我們的观点来看，居民对这种傳染病的抵抗力和免疫性在麻风发病率上有很大作用，并不是細菌一碰到人的身体就会导致疾病。根据麻风病研究所的观察，在与病人有密切接触的十人中，只有一人得病，其他九人都健康正常。

在麻风病的預防措施中，我們所采取的主要方法，就是防止感染的傳播，即防止感染进入健康人身上（隔离病人）。但我們几乎还没有方法，增强人民对这种感染的抵抗力。这是在麻风病微生物学和免疫学方面科学研究工作中的弱点。

到目前为止，还不能作麻风病原菌的培养，也沒有方法在动物身上試驗成功，这就使寻求麻风的免疫疫苗和研究麻风血清免疫診斷，以及在动物身上进行麻风治疗等工作都很难进行。

目前苏联麻风病学家，正在努力解决这一系列的問題（其中也包括卡介苗接种等）。为了这个目的，要吸收全国微生物学和生物学研究所很大一部分力量来参加此項工作。这些問題如能解决，則在降低麻风发病率方面将起极大作用，尤其是在我們友好的中华人民共和国，現在要将全部麻风病人隔离，在許多省份內还有困难。在这样的情况下，这些問題的解决，是会起很大作用的。

（孙紋緝 譯）

麻風的臨床學(概要)

H. A. 托爾蘇耶夫教授

麻風是一種慢性全身性傳染病，是由韓森氏(Hansen)桿菌所引起的，主要損害外胚層的衍化物(如皮膚、粘膜及周圍神經系統)，並且大多發生在含有大量活動性間質的器官和組織中。

麻風是人類早已聞名的古老疾病之一。在亞洲、非洲、南美和中美國家中發病最多。在歐洲麻風最常見於伊比利亞半島，亞平寧半島和希臘。社會經濟因素在麻風的流行病學方面起着很大作用，在殖民地和半殖民地國家的居民中麻風病特多的事實即可證明此點。蘇聯在拉脫維亞、愛沙尼亞，在伏爾加河、頓河、多瑙河、德聶斯泰爾河、錫爾河和阿姆河的三角洲地帶，在高加索、南高加索、中亞細亞地區的共和國，亞庫梯共和國以及遠東地區還遺留有麻風疫源地。

成人對麻風的自然抵抗力非常大，但是一切造成身體衰弱因素都能促成感染此病。感染通常發生在與病人(多為母親、兄弟、姊妹等)有長時間密切接觸者的兒童。兒童傳染給成年人者極為少見。皮膚和上呼吸道粘膜是感染進入的門戶。

麻風的病原體是抗酸和抗酒精性的分枝桿菌。其形態與結核桿菌很相似，常呈球狀堆積。除典型桿菌外，有時還呈顆粒狀、碎裂狀和喪失抗酸性的桿菌。在任何動物身上作接種感染均尚未獲得成功，病原菌的培養也尚未成功。

健康人以及結核样型麻风病人皮内注射 0.1 毫升麻风菌素(用麻风瘤内已死杆菌稀释而成的乳液)时结果为阳性,即在注射部位形成小结节,并常破溃。未定型病人的麻风菌素试验 50% 为阳性结果,而瘤型病人则为阴性。对一岁以下的幼儿,麻风菌素试验都为阴性结果,1—3 岁儿童试验的结果不定。这种试验可表明机体对麻风感染的抵抗力的程度,并对麻风病人接触者进行流行病学监督有很重要的意义。

苏联对麻风病的分类分为:瘤型、結核样型、未定型。每一型都有其一定的组织学、免疫学和临床学上的特点。

麻风的潜伏期平均为 4—6 年,但也有延长至 10—12 年以上的病例。

一、瘤型麻风(以前称为结节性麻风) 其特点是损害皮肤表面、口腔粘膜、淋巴结、眼及某些内脏器官;组织学的特点是有含有巨细胞(魏尔啸氏)、空泡原形质和大量杆菌的特殊肉芽肿。

一般皮肤病损开始不明显,较常见者为红色斑疹,特殊的有融合趋势的褐色斑;一般好发于肩部、股部和臀部等处。在这些斑疹上或是在临床上健康的面部、耳垂、手背、足背、前臂和膝部皮肤上有境界不明显的红色弥漫性浸润。面部自然皱纹变深;眉毛从外侧开始脱落,然后全部脱光。

过数月或一年后在这些斑疹上,或在没有改变的皮肤上,形成局限性麻风瘤,或在皮内形成弥漫性浸润;其出现有时很急,颜色鲜红并且体温增高。融合在一起的麻风瘤可以形成大片的、表面不平的结节团。麻风瘤和浸润上面的皮肤呈红褐色,含油脂。其后可发生毛细血管扩张或皮屑脱落,但在长时间内感觉仍正常。

瘤型麻风的皮疹多发生于颜面部(眉弓、额部、下颌、颧

骨、鼻翼处)、耳垂及四肢末梢部。极少损害脊椎部、头发部、腹部皮肤、手足掌、臀部、脐周围和大皱褶处(肘部、腋下、腹股沟等)。

麻风瘤有向塌陷和破溃发展的趋向。破溃多半发生在病情恶化之后,所形成的溃疡坚实、突起,其边缘呈圆形或半圆形,并有大量脓性分泌物。溃疡多疼痛;愈合缓慢。

鼻中隔粘膜也常受损害,形成麻风瘤或浸润,因破溃而出现厚痂;软骨和鼻骨交界处可发生鼻穿孔或变形。

在患病已久的病例,唇部与舌粘膜以及软腭、硬腭均受损害,并由于麻风瘤破溃而形成瘢痕,以致引起显著的变形。

喉部病变从会厌开始,导致声音嘶哑、失音、呼吸困难、气喘发作,甚至出现气管狭窄,须立即施行气管切开手术。

眼发生巩膜表面炎时,巩膜呈一种特殊颜色(老象牙色)。亦可发生角膜巩膜炎、进行缓慢的角膜炎、严重复发性虹膜炎及虹膜睫状体炎,因而逐渐导致视力减退,终至完全失明。眼球后部不受损害。

一切可触及的淋巴结,首先是股部、腹股沟、肘部等处,显著肿大。在淋巴液中可发现麻风杆菌。

常见肝脏和脾脏肿大。在肱骨和尺骨处触诊时可发现伴有疼痛感的骨髓炎。久病、重病病例发生附睾炎时,可由于睾丸萎缩而产生幼稚型、乳房肥大和阳痿。

在各种可致机体衰弱因素的影响下(如受寒、妊娠、手术、不合理的治疗,尤其是服用碘化钾等),可使麻风病人进入一时性反应阶段(麻风反应);此种反应或是突然发作,或是逐渐发生。其特点为发热、原有皮疹恶化、呈鲜红色、湿润、疼痛、手足浮肿、眼与睾丸病变恶化,麻风瘤常破溃,并有新的皮

疹出現(斑、丘疹、結節)。反應發生得愈急，結束得也愈快，或恰好相反。如果急性發作繼續數周，則亞急性可持續數月，甚至數年，以致病人身體非常衰弱。

二、結核樣型麻風 其特點為良性病程，麻風菌素試驗呈陽性結果，損害皮膚及周圍神經；通常查不出桿菌。組織學特點是有典型的結核樣結構(巨細胞、上皮樣細胞、周圍為淋巴細胞)。

典型結核樣型麻風在軀干和四肢皮膚上的皮疹表現為以下幾種：

1. 花樣形結核樣型：其邊緣高起並呈圓形，由紅色小粒、扁平丘疹融合而成，稍有脫屑；外側邊緣很清晰，內側不明顯，中心部發亮；在舊皮疹上出現萎縮。皮疹形狀不一，可能是單個的或是多數的。

2. 斑片樣結核樣型：是花樣形結核樣型發展的一定階段，中心部尚未吸收，也未形成萎縮。

3. 肉瘤狀結核樣型：由單個的或聚集成團的紅色結節融合而成。

4. 非典型結核樣型：有色素減退斑和紅斑，臨床上與未定型斑狀損害無區別，只有組織學檢查才能確定其類型。

所有結核樣型皮疹都具有一個特點，即在皮疹部位上有感覺障礙並且不能排汗。

結核樣型麻風的穩定病程，有如瘤型麻風一樣，可因急性或亞急性發作而中斷，其後一般皮膚上的皮疹消失。象這樣的反應多半發生在一般狀況較好的病人。皮疹，尤其是邊緣上的皮疹變為濕潤且顏色鮮明。惡化期時原有的神經炎症狀加劇；如原無神經炎者也多在此時發生。假如機體抵抗力減低，就有可能轉化成瘤型麻風。

有时結核样型麻风的皮疹开始出现得很突然，在皮肤任何部位上都可出現紅色、发亮的斑状損害，呈环形或片形，丘疹或結节。有的皮疹还伴有浮腫，并有时破潰。但也常可能脫屑而吸收，其后遺留下感觉缺失的萎縮面。

三、未定型麻风 損害皮肤及周圍神經。此型麻风很不稳定，平均約过 4—5 年或轉化为結核样型(当抵抗力强时)，或轉化为瘤型。此型病人作麻风菌素試驗时，根据其向某一型发展的趋向，結果或为阳性，或为阴性。如有轉化为結核样型的趋向时，則无杆菌，如向瘤型发展时則可发现杆菌，而且杆菌数目逐渐增多。未定型有时可拖延数十年之久。

此型病人的皮肤上有紅色，色素缺乏或色素增多而邊緣清晰的斑片，其大小与形状不一。开始出現在臀部、腰部、股部等处。在手足掌和头发部从不会有斑块。斑状損害上的毛发全部或部分脫落，短時間出現感觉过敏后，很快即发生进行性感觉缺失，并且停止排汗。

有的斑状損害保持数年无任何变化，有的繼續发展侵害新的部位，而有些則自行消退。

单发及多发性神經炎在任何型麻风时都可能发生，但在未定型时最为經常，且神經症状的表現亦最明显。

神經損害的特点是尺神經、耳大神經、腓神經等神經干发生不均匀的腫大。因四肢末梢神經炎而致发生感觉异常，感觉迟鈍和麻木的感觉。一般是按某一神經分支逐渐向上发展的，在手部从尺神經开始，足部則从踇趾开始。

首先是温觉减低，温觉障碍，以后則为痛觉，最后是触觉的减低和消失。除极严重的病例外，一般深部感觉不受損害。感觉障碍中最多見的是温觉，最少見的是触觉。

在数月，有时在一年內，逐渐发生运动障碍。在伴有神經

炎的麻风反应后,其发生較早。由于肌肉萎縮,顏面呈假面具的表情,口成歪形,臉裂呈圓形,眼臉不能紧閉。手部大魚际、小魚际部的肌肉和骨間肌萎縮,手指变形攣縮。足部形成“垂足”。

感觉缺失部位的皮肤和粘膜的反应减低或消失。

营养障碍表现为不全麻痹、麻痹、头部脱发、甲板变形、肘部和手指上出現麻风天皰疮、足底穿通性潰瘍、手足指(趾)骨脫落等。

(孙紋綢 譯)

麻風的診斷

H. A. 托尔苏耶夫教授

广泛吸收皮肤性病科医师和一般医疗机构的医师参加麻风的防治工作;对于及时而正确地早期診斷麻风具有特別重要的意义。

众所周知,早期病例的治疗,效果較快,而且可靠;及时地隔离早期病人,可以制止感染的扩散。

确定“麻风”的診斷时,必須全面考虑患者的病史、临床症状和实驗室檢查的結果。

病 史

必須查明病人病史中的流行病学部分: 出生地点, 曾否在有麻风的地区居住过, 家中及亲友中有无麻风患者。

采集专科病历时应注意:

1. 經常、多次的燙伤(特別在手部);

2. 感觉障碍(消失或减退);
3. 四肢神经分布径路之感觉异常或疼痛;
4. 出汗障碍(某些部位降低);
5. 反复的鼻出血、慢性鼻炎现象;
6. 颜面、手足浮肿,淋巴结肿大,颜面皮肤发黑等。

临 床 诊 断

临床检查包括皮肤科、神经科、耳鼻喉科、眼科和内科的检查。常常要作功能试验。

一、皮肤科检查 应当检查患者的全部皮肤和可见粘膜,因此,要病人脱去全部衣服,在侧面阳光下进行,有时须利用扩大镜。检查时要特别注意:

1. 红斑、色素减退斑、色素加深斑和混合性斑:这些斑疹可能是单个的或多数的,无主观感觉或伴有感觉异常。斑疹部的感觉可能正常,有时减退,或完全消失,但减退者较常见。有时有短暂的感觉过敏。斑疹最常发生于躯干,臀部,四肢(上臂、前臂、股、小腿)伸侧和面部的皮肤。大小不同。色素脱失的斑在皮肤黝黑的人,格外明显。斑处的毳毛(汗毛)常脱落,多不出汗。瘤型麻风时,斑的边缘常不明显,而在结核样型和未定型时,界限清晰。

2. 麻风瘤(结节)和各种麻风浸润(浅的和深的):开始时发生于四肢和颜面,有时由原发性斑疹发展而来,以后可见于全身皮肤。颜色红褐(常为“铁锈色”),通常质硬;表面油腻发亮。汗分泌减退,常消失。起始感觉正常,逐渐减退,最后消失。麻风反应时结节发红、疼痛。皮疹通常无破溃倾向。如软化而溃破,则愈合缓慢,遗留平滑、感觉缺失而常为色素减退的瘢痕。麻风瘤往往伴有或多或少的热病状态。

3. 結核样型麻风的丘疹和斑块(浸潤斑): 丘疹較密集, 色紅(各种色澤), 通常为多角形, 表面发亮, 很象紅色扁平苔癬疹并有感觉缺失, 后者可为鉴别根据。有时丘疹散在, 分布很广。結核样型麻风的皮疹可为环形或弧形, 如花环状, 和結节性梅毒疹或晚期丘疹性梅毒疹的形状类似。这些环状皮损的中央部皮肤往往萎縮、色素减退并肯定有感觉障碍。

在某些病例, 結核样型麻风疹与結核性狼疮或皮肤梅毒疹的結节很相似。感觉缺失是麻风皮疹的典型症候。

4. 麻风瘤愈合后遺留下的瘢痕以及結核样型皮疹吸收后遺留下的萎縮, 其感觉仍然是缺失的; 色素通常有不同程度的减退, 毛发脱落; 皮脂腺和汗腺的功能均缺失。

5. 特别是在受过外伤的部位(肘、膝), 可以很快地发生較大的水疱, 内容物初起透明, 很快渾浊。水疱通常持續1—2周, 愈合后遺留萎縮性、色素减退而感觉缺失的瘢痕。发生这种水疱的情况很少。

6. 在瘤型麻风时, 有时甚至在皮肤出現可見損害以前, 淋巴結(股部、腹股沟部、肘部等)即已肿大; 肿大的淋巴結不痛(麻风反应期除外), 可以移动, 不融合, 比二期梅毒的淋巴結要軟一些。

瘤型麻风发生麻风反应时, 往往于四肢出現結节性紅斑, 极少出現多形紅斑。

二、神經科檢查 各型麻风均可发生神經症状, 其性質不一。因此, 神經系統檢查是非常重要的, 特别是为了早期診斷。

1. 神經炎的确定: 麻风病时, 淺神經干最常发生变化的是尺神經、腓神經和耳大神經。

上述各神經干不均匀地变粗, 質硬; 加压时往往引起剧烈

的放射性疼痛。

必須記住，健康人的神經干有时也能粗厚。因此，触診必須兩側进行，并尽可能沿神經的整个徑路进行检查。

結核样型麻风时，于皮疹部位按压淺在皮神經的分支时往往可发现粗厚和疼痛。

2. 感觉的測定：淺层感觉障碍在麻风的診斷上有极大的价值。其表現方式通常先为短暫的感觉過敏，很快地轉为知覺减退，最后感觉完全消失。这些感觉障碍既見于皮疹部位，也或多或少見于受损神經分布的四肢皮肤。

首先发生障碍的是温覺，其次为痛覺，最后通常为触覺。

檢查感觉时必须記住：健康人的某些部位(肘关节以上、膝、足背、关节伸側)的感觉比其它部位者低。相反地，面部和指尖部的皮肤則特別敏感。

体力疲劳可使感觉减退。在有穿堂风时和剛刮臉后(面部)，都不应进行检查。在采取蹠腿坐位若干時間以后，則其蹠起的足下部可暂时丧失正常感觉。如果将手置于桌上或放置于类似的位置，即尺神經或整个上肢受压时，就不应檢查前臂皮肤的感觉。

使病人閉眼(不应包扎眼睛)，嘱其高声說出接触次数，但接触之間隔時間不应相等。計数中出現遺漏时，即說明感觉缺失。也可託被檢查者用手指将医师触动的部位准确指出。

檢查必須自皮肤的健康部位开始，只有在病人对刺激有反应时才进行检查，逐漸移向可疑部位。只有多次、反复发现感觉消失时，才能确认感觉消失。

在四肢，檢查要从指(趾)尖部开始，逐漸上移，兩側分別进行。此后于不同的水平部位依橫的方向进行检查。

作温覺檢查时，使用二个相同的試管，分別盛以冷水和热