

传染病诊断 国家标准汇编

中国预防医学科学院标准处 编



中国标准出版社

传染病诊断国家标准汇编

中国预防医学科学院标准处 编

中国标准出版社

1998

图书在版编目(CIP)数据

传染病诊断国家标准汇编/中国预防医学科学院标准处
编.-北京:中国标准出版社,1998

ISBN 7-5066-1760-9

I. 传… II. 中… III. 传染病-诊断-国家标准-汇编-中
国 IV. R510.4-65

中国版本图书馆 CIP 数据核字(98)第 27987 号

中国标准出版社出版

北京复兴门外三里河北街 16 号

邮政编码:100045

电 话:68522112

中国标准出版社秦皇岛印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行 各地新华书店经售

版权专有 不得翻印

*

开本 880×1230 1/16 印张 24 字数 766 千字

1998 年 12 月第一版 1998 年 12 月第一次印刷

*

印数 1—2 000

定价 78.00 元

前 言

传染病是危害我国人民身体健康、威胁人民生命的最严重疾病之一。我国人口众多,预防、控制传染病发生与流行的任务十分艰巨。传染病防治工作是关系到全国人民的健康和安危,关系到保护生产力,促进国家现代化建设的重要工作。《中华人民共和国传染病防治法》及其实施办法的发布,为传染病的预防、控制、管理提供了法律依据。

本汇编收集了截止到1998年6月底发布的41项传染病标准,其中包括31种法定传染病的34个诊断标准,及7个与传染病控制相关的标准。另外还收集了5个消毒标准。

这些标准都是《中华人民共和国传染病防治法实施办法》的配套标准,对传染病的预防、治疗、控制和疫情管理都作了规定,是政府部门、卫生防疫部门加强传染病监督管理的重要技术依据,也为各有关部门、系统、各行各业各司其职,统一协调行动,共同做好传染病防治工作提供技术指导。

中国预防医学科学院是全国卫生(含诊断)标准的业务管理总归口单位,我处作为主管业务的办事机构,已经编辑出版了《环境、学校与放射卫生标准汇编》、《职业病诊断国家标准汇编》、《劳动卫生国家标准汇编》、《劳动卫生国家标准汇编(2)》、《食品卫生国家标准汇编(1)》、《食品卫生国家标准汇编(2)》、《食品卫生国家标准汇编(3)》、《食品卫生国家标准汇编(4)》。今后还将陆续编辑出版各类卫生标准系列汇编。并承办系列《汇编》的征订和发行工作。

我们郑重敬告广大读者,由标准业务管理总归口单位编辑,中国标准出版社出版的《汇编》是完全可以信赖的。

读者如有关于卫生标准的问题,请与中国预防医学科学院标准处联系。

地址:北京宣武区南纬路27号;邮编100050;电话:(010) 63038203,63186655-2301,2302。

中国预防医学科学院标准处

1998.8

目 录

一、传染病标准

GB 15973—1995	麻风病诊断标准及处理原则	3
GB 15974—1995	梅毒诊断标准及处理原则	14
GB 15975—1995	淋病诊断标准及处理原则	23
GB 15976—1995	我国控制和消灭血吸虫病标准	30
GB 15977—1995	血吸虫病诊断标准及处理原则	31
GB 15978—1995	人间鼠疫疫区处理标准及原则	40
GB 15983—1995	麻疹诊断标准及处理原则	45
GB 15984—1995	霍乱诊断标准及处理原则	53
GB 15985—1995	丝虫病诊断标准及处理原则	64
GB 15986—1995	黑热病诊断标准及处理原则	71
GB 15987—1995	传染性肺结核诊断标准及处理原则	78
GB 15988—1995	布鲁氏菌病诊断标准及处理原则	86
GB 15989—1995	疟疾诊断标准及处理原则	93
GB 15990—1995	乙型病毒性肝炎的诊断标准及处理原则	100
GB 15991—1995	鼠疫诊断标准	111
GB 15992—1995	鼠疫控制及其考核原则与方法	118
GB 15993—1995	猩红热诊断标准及处理原则	124
GB 15994—1995	流行性感诊标准及处理原则	130
GB 15995—1995	钩端螺旋体病诊断标准及处理原则	139
GB 15996—1995	流行性出血热诊断标准及处理原则	147
GB 15997—1995	白喉诊断标准及处理原则	163
GB 15998—1995	百日咳诊断标准及处理原则	172
GB 15999—1995	丁型病毒性肝炎诊断标准及处理原则	179
GB 16000—1995	HIV/AIDS 诊断标准及处理原则	185
GB 16001—1995	伤寒、副伤寒诊断标准及处理原则	200
GB 16002—1995	细菌性痢疾、阿米巴痢疾诊断标准及处理原则	208
GB 16393—1996	新生儿破伤风诊断标准及处理原则	218
GB 16394—1996	脊髓灰质炎诊断标准及处理原则	223
GB 16853—1997	结核病监测标准	231
GB 16882—1997	动物鼠疫监测标准	240
GB 16883—1997	鼠疫自然疫源地及动物鼠疫流行判定标准	247
GB 16884—1997	流行性脑脊髓膜炎诊断标准和处理原则	253
GB 16885—1997	布鲁氏菌病监测标准	267
GB 17009—1997	风疹诊断标准及处理原则	280
GB 17010—1997	甲型病毒性肝炎诊断标准及处理原则	287

GB 17011—1997	戊型病毒性肝炎诊断标准及处理原则	293
GB 17012—1997	感染性腹泻的诊断标准及处理原则	298
GB 17013—1997	包虫病诊断标准及处理原则	306
GB 17014—1997	狂犬病诊断标准及处理原则	313
GB 17015—1997	炭疽诊断标准及处理原则	317
GB 17016—1997	流行性腮腺炎诊断标准及处理原则	326

二、消毒标准

GB 15979—1995	一次性使用卫生用品卫生标准	333
中华人民共和国卫生部通告		348
GB 15980—1995	一次性使用医疗用品卫生标准	349
GB 15981—1995	消毒与灭菌效果的评价方法与标准	356
GB 15982—1995	医院消毒卫生标准	368
GB 16383—1996	医疗卫生用品辐射灭菌消毒质量控制标准	374

一、传染病标准

中华人民共和国国家标准

麻风病诊断标准及处理原则

GB 15973—1995

Diagnostic criteria and management of leprosy

根据《中华人民共和国传染病防治法》及《中华人民共和国传染病防治法实施办法》特制定本标准。

麻风病是由麻风分枝杆菌(*Mycobacterium leprae*)引起的慢性传染病,主要侵犯皮肤和外周神经。如治疗不及时,有可能造成眼、面、手、足的残疾。

1 主题内容与适用范围

本标准规定了麻风病的诊断标准及处理原则。

本标准适用于全国各级医疗保健机构、卫生防疫机构对麻风病的诊断、报告和处理。

2 诊断原则

根据麻风菌侵犯皮肤、上呼吸道粘膜和外周神经引起的症状和体征,结合皮肤损害组织液涂片的细菌学检查和/或皮损活检的特异性病理改变,即可确诊麻风病。

3 诊断标准及分型

3.1 诊断标准

3.1.1 慢性皮疹。

3.1.2 局限性麻木(温、痛、触觉障碍)。

3.1.3 外周神经粗大。

3.1.4 组织切刮涂片抗酸染色查菌阳性。

3.1.5 皮损活检有特异性病理变化或侵犯皮神经的非特异性炎症。

疑似病例:具备 3.1.1, 3.1.2, 3.1.3 任何两项。

确诊病例:具备 3.1.1, 3.1.2, 3.1.3 三项或疑似病例加 3.1.4 或 3.1.5。

查菌及活检方法见附录 A。

3.2 分型

麻风病可分为 5 个逐渐移行的类型:由免疫力强的结核样型(TT)至细胞免疫力低的瘤型(LL),其间有免疫性不稳定的界线类偏结核样型(BT),中间界线类(BB)和界线类偏瘤型(BL)。此外,早期麻风皮损无特异性病理变化,称未定类(I)。

世界卫生组织技术报告(WHO TRS 675, 1982)将五级分型归纳为反肤涂片细菌阳性的多菌型(MB, 包括 LL, BL, BB 及部分 BT)和细菌阴性的少菌型(PB, 包括 I, TT 及部分 BT)麻风。各型麻风病的临床表现和病理特征见附录 B。

4 治疗原则

为了迅速消除传染性、缩短疗程,防止耐药性和复发需要用多种杀菌药物联合化疗(MDT, Multidrug therapy),治疗方案见附录 F。

部分患者在治疗的前、中、后可出现免疫变化,临床上称麻风反应。对麻风反应应及时予以抗炎治疗。

国家技术监督局 1995-12-15 批准

1996-07-01 实施

疗,防止畸残,但不能停 MDT。麻风反应的症状及处理见附录 G。

5 停药后监测、临床治愈标准和复发判定

5.1 停药后监测

各型麻风在完成 MDT 疗程后,均应每年至少进行一次临床(包括附录 D 内容)和细菌检查;MB 连续 10 年,PB5 年。停药时应嘱患者在出现新皮损或原有皮损红肿、有外周神经疼痛或者麻木区扩大时应及早主动就诊,以便及时判断是否出现了麻风反应或复发,并予以适当治疗。

5.2 临床治愈(非活动)标准

MB 完成疗程后,在监测期内活动性症状(皮损红肿、外周神经粗大、疼痛)消失,细菌指数持续下降,至阴转后再每三个月查菌一次,即在 6 个月内连续三次阴性;PB 治疗后活动性损害消失,皮肤查菌仍为阴性者,即可判为临床治愈。对临床不活动者仍应完成每年一次的临床和细菌检查,以便及时发现麻风反应或复发。

5.3 复发判定

患者经治疗达到临床不活动后,又出现麻风病的活动性症状和/或皮损查菌又呈阳性(某部位皮损查菌又较停药时增加 $\geq 2+$),或者皮损活检又重现特异性麻风病理改变时即为复发。当疑为复发时应核实服药是否规则,并应注意与 I 型麻风反应(见附录 C),或与其他皮肤病鉴别。临床不活动的病例查菌阴转后又呈阳性时,必须认真核实前后查菌结果。

诊断复发须经省级皮肤病防治研究所进行临床、细菌和组织病理的检查,加以确认。如确为复发,应在重复 MDT(MB 重复三联,PB 由二联改为三联)前做活检,并由指定实验室接种鼠足垫,以确定菌株是否对 MDT 中的某种药物耐药,然后再决定是否更换治疗方案,在活检后应立即开始 MDT,判断复发前后仅宜做一次活检。

6 麻风畸残临床分级

麻风患者在外周神经受损的情况下,可出现相应部位皮肤麻木和肌肉麻痺,神经功能检查和畸残分级见附录 C。对所有麻风患者均应进行眼、面、手、足自我保护,以及受损神经相应部位肌肉功能锻炼的健康指导。

7 防治管理

为了早期发现病人,避免残疾发生,在各种体格检查中均应有检查麻风病的内容,即:在室内自然光线条件下,仔细检查全身皮肤有无麻木性皮疹和外周神经粗大等情况。如有可疑体征,应请皮肤科会诊。对可疑皮肤损害的边缘应刮取组织液,涂片做抗酸菌检查和/或做皮损的病理检查。

没有麻风专业机构的地/州和县应在防疫站内指定专人负责日常麻风防治工作(临床、细菌检查、组织活检、治疗、疗后监测以及接触者定期体检等),并向省或地/州上报流行病学统计、向基层进行宣传教育工作,并对患者家属/接触者在治疗和监测期应每年查体一次。我国的麻风防治指标见附录 E。

8 消毒方法

麻风菌尚不能在体外培养,其生长活力低于结核菌,勿需特别防护和消毒。检查病人后仅需用肥皂和流水洗手;污物可煮沸(30min)、曝晒(2h),常规消毒可与结核菌类似(用 75% 的酒精或 3% 漂白粉澄清液浸泡 1~2h),只要尽早发现病人,予以联合化疗,即可立即阻断传染。

附录 A

麻风菌检查法及麻风病理标本的送检

(补充件)

A1 查菌

A1.1 标本制备

除常规部位如耳垂、眶上及颌下外,要在2~3块活动性皮损的边缘上取材,共5~6处;以75%酒精棉球擦拭皮肤后,用左手中指和食指将皮肤捏紧,使变苍白,右手持消毒手术刀,用刀尖切一长5mm,深2~3mm的切口,然后转持刀柄90°,来回刮取切口边缘和底部的组织液,再均匀地按顺序在清洁的载玻片上涂成直径5~7mm的薄膜。刮取时应注意防止带血;每刮取一部位后,均应将刀尖拭净并以酒精火焰消毒;每名病人应换一新刀片以避免交叉污染和感染;取完一名患者的标本后,应将载玻片的反面放在酒精火焰上来回晃动2~3次以固定之,然后标记病历号及取标本日期,放入玻片盒内,防潮、防尘、防日光,在三日内连同送检单送化验室做抗酸染色检查。

A1.2 抗酸染色

A1.2.1 在玻片涂膜上滴加石碳酸复红染液,置酒精灯火焰上加热至出蒸气,稍停,再热;反复三次,共历3~5min,清水缓缓冲洗;注意切勿使染液沸腾或干涸。

A1.2.2 加1%盐酸乙醇液脱色1/2~1min,至无红色脱落,再用流水缓缓冲洗;切勿直接冲涂膜处。

A1.2.3 用0.3%美蓝水溶液复染1~3min,然后流水自片端缓缓冲洗、晾干、镜检。

A1.3 细菌密度指数(BI)

油镜(10×100倍)下检查,麻风菌呈鲜红色,背景呈浅蓝色。阴性涂膜至少查200个视野。每个涂膜中的菌量以细菌指数表示:

1+	平均每100个视野有细菌1~10条	至少检查100个视野
2+	平均每10个视野有细菌1~10条	至少检查100个视野
3+	平均每1个视野有细菌1~10条	至少检查50个视野
4+	平均每1个视野有细菌10~100条	至少检查50个视野
5+	平均每1个视野有细菌100~1000条	至少检查50个视野
6+	平均每1个视野有细菌1000条以上,有菌球。	至少检查25个视野

每名病人每次至少应选5个部位,各做1个涂膜。将5个涂膜所得的加号数的和除以5,即为该病人的细菌指数。

A2 病理标本

检查麻风皮损的病理,对诊断分型、评价疗效和判愈都很重要。标本要用10%中性福尔马林固定,送当地的中心实验室(州、省级)做HE和抗酸法染色;实验室并应在一月内出报告。

活检应选活动性损害的边缘高起部位,要在局部麻醉下无菌操作,避免挤压,沿皮纹切12mm×6mm,深达皮下脂肪组织的皮瓣,固定后附上送检单送至州、省级皮肤病防治所病理室。

中性福尔马林固定,可较好地保存组织的原有形态和麻风菌的抗酸性,配制方法:

福尔马林(40%甲醛水溶液)	100mL
磷酸二氢钠($\text{NaH}_2\text{PO}_4 \cdot 2\text{H}_2\text{O}$)	3.5g
磷酸氢二钠($\text{Na}_2\text{HPO}_4 \cdot 12\text{H}_2\text{O}$)	6.5g
蒸馏水	900mL

附 录 B
麻风病的分型
(补充件)

为了便于在基层开展联合化疗,世界卫生组织建议把马德里(Madrid)或雷德里-乔普林(Ridley-Jopling)的麻风病分型法归纳为两型,即多菌型(MB, Multibacillary leprosy)和少菌型(PB, Paucibacillary leprosy)麻风:

表 B1

分型	多菌型(MB)	少菌型(PB)
马德里 (1953)	瘤型(L) 界线类(B)	结核样型(T) 未定类(I)
雷德里-乔普林 (1966)	瘤型 (LL) 界线类偏瘤型(BL) 中间界线类 (BB)	结核样型 (TT) 界线类偏结核样型(BT) 未定类(I)
任何一个部位的 细菌(+)号数	$\geq 2+$	$< 2+$

机体对麻风菌的免疫反应有差异,因而有不同的临床和组织病理表现。根据细胞免疫力的强弱,麻风病可大致分为五个逐渐移行的类型:

B1 未定类型(I)

多为麻风的早期表现,有1个或数个浅色斑或淡红斑,边缘清楚或不清楚,有感觉障碍,常见于皮肤暴露部位;涂片查菌常为阴性。组织病理:真皮内附件、血管、皮神经周围可有淋巴细胞浸润,在神经和立毛肌内有时可见少数麻风菌。

B2 结核样型(TT)

有一至数个斑疹、斑块或丘疹性损害,边缘清楚,略高出皮肤,有的皮损中心部位外观正常或有萎缩,表面干燥有鳞屑,可有毳毛脱落和闭汗,感觉消失,皮损附近的皮神经支可粗大;有1~2条外周神经干粗大、质硬。组织病理:真皮内有上皮样细胞肉芽肿,可侵及表皮基底层,外围密集淋巴细胞,其中心区可见郎罕氏细胞。皮肤附件和神经中看不到麻风菌。

B3 界线类偏结核样型(BT)

皮损较少,分布不对称,多为红褐色或色素减退斑,可高出皮面,中央可有免疫性较强的“空白区”,边缘清楚,表面常粗糙有鳞屑,可触及皮损附近的皮神经,可有1~3条外周神经粗大压痛;大的皮损附近常有卫星样损害。皮损涂片麻风菌少或无。组织病理:表皮下可见无浸润带,真皮有上皮样细胞肉芽肿,其外围有较多的淋巴细胞浸润。皮肤附件和神经内可见或无麻风菌。

B4 中间界线类(BB)

皮损多少不等,一般不对称,为斑疹、斑块或结节等多形性损害,常呈黄红或暗红等多种颜色。皮损中部常见免疫区,内缘清楚,外缘多不明显。皮损表面光滑无鳞屑,有感觉障碍,查菌阳性。组织病理:真

皮内有上皮样细胞肉芽肿,呈弥漫性分布,仅有少数淋巴细胞,无朗罕氏细胞;可部分累及神经,束膜呈层状,有中等数量的麻风菌(3~4+)。

B5 界线类偏瘤型(BL)

皮损较小,形态多样,较广泛,较对称,表面光滑,边缘不清楚,有感觉障碍,有多条外周神经粗大,质较软,菌量较多。组织病理:表皮下有无浸润带及巨噬细胞肉芽肿,后者的细胞有的呈空泡化,间有淋巴细胞,神经束膜呈层状,并有浸润;有较多的麻风菌(4~5+)。

B6 瘤型(LL)

早期皮损小而多,分布广泛、对称,为红色或褐色或似有色素沉着的斑疹,常有弥漫性浸润,表面平滑有光泽,界限不清楚;晚期有斑块、结节或呈皱折状;神经粗大、质软。有对称性手足麻木,常规部位查菌多,可堆集成团。组织病理:表皮下有无浸润带,真皮内有巨噬细胞肉芽肿,淋巴细胞很少,在 HE 染色中组织细胞呈泡沫状;神经束膜呈层状结构;麻风菌极多,呈团状(5~6+)。

附录 C

麻风复发与麻风反应的鉴别

(补充件)

在完成联合化疗后的监测期或其后,又出现了麻风的症状,即为复发。

复发的临床体征:

- a. 原有皮损范围扩大、变厚、边缘发红;
- b. 原无皮损的部位又出现了新的损害;
- c. 原查菌阴性部位又出现了麻风菌,或较在停药时某部位(损害)细菌增加 $\geq 2+$,尤其是又出现了完整菌。细菌指数在复查时若有增加,必须对照病历认真核实;
- d. 触摸原不痛的外周神经又有明显的疼痛。

在完成 MDT 疗程后,可出现 I 型麻风反应,往往误诊为复发,二者的特征见表 C1:

麻风反应与复发的鉴别:

表 C1

症 状	I 型 反 应	复 发
出现时间	治疗中或停药后 1/2~1 年内,但也可出现在停药一年以后	停药 1 年以后
发作特点	突然发作	缓慢
全身症状	发烧、乏力、关节痛	无
皮损特点:		
原皮损	数个或全部旧皮损红肿发亮	个别原皮损的边缘发红、浸润
新皮损	较少	主要为出现新皮损
溃疡	损害常破溃	少见
脱屑	皮损消退后有脱屑	不脱屑
外周神经	侵犯以前已受累的神经,运动障碍发展快	侵犯以前已或未受累的神经,运动障碍发展慢

续表 C1

症 状	I 型 反 应	复 发
激素疗效	短期(4周)强的松治疗(40mg/日)奏效,以后每月减10~5mg/日,至6个月减完。待用强的松40mg/日4周与复发鉴别后,重复MB MDT方案,同时用激素治疗,用激素时不停MDT	强的松治疗无效。用激素40mg/日治疗1月后,临床无好转即停激素,重复MB MDT方案

附 录 D

麻风病的神经功能检查和畸残临床分级

(补充件)

D1 神经损害检查

形态检查:按顺序沿神经经路进行。触摸各对神经,双侧对比神经的粗细、硬度、均匀度、触痛及放射痛等。注意有无神经瘤和神经脓疡。

必须双侧对比检查耳大神经、尺神经、腓总神经、胫后神经、眶上神经、正中神经、桡神经,以及皮损或麻木区附近有无皮神经粗大。

D2 感觉功能检查

检查痛、触及温度觉是否迟钝、减退或丧失。检查前,先向病人说明检查方法和要求,在取得病人的理解与合作后再进行测试。要求病人在闭眼或以物遮盖双目的情况下,指出并说出被测部位的感觉如何。应注意观察病人的表情和反应,以判断结果的可靠程度。

D2.1 痛觉:以针尖轻刺正常皮肤和皮损让病人回答“痛”或“不痛”,并观察其表情。不可刺的太轻或太重。

D2.2 触觉:用柔软的羽毛或棉签末端的棉絮轻触正常皮肤及皮损,让病人用手指指出每次触及的部位或回答触试的次数。

D2.3 温觉:用两支试管,一置冷水,一置热水(40℃左右)交替测试受检部位,并进行正常和皮损部位的对比,以了解其能否感知冷热。

一般可先做痛觉检查,而后测触觉和温度觉。触觉和痛觉丧失者,不必再测温度觉;如触、痛觉正常时,应测温度觉。

D3 运动功能检查

要记录受累神经支配的肌肉肌力是否正常,有无瘫痪或萎缩。

D3.1 面:通过抬额、皱眉、闭眼及吹口哨等动作,观察有无面神经麻痹。注意患者有无正常的眨眼动作,再令患者闭眼,看上下眼睑能否闭全;如不能闭合,应估计眼裂的距离(mm)。

D3.2 手:令患者外展小指,测其肌力,并观察拇指掌侧外展、手指外展、内收、对掌、握拳、腕背屈等动作的情况和力量。

D3.3 足:检查患足能否内翻、外翻,以及足背屈的情况及力量。

D4 麻风畸残的基础记录和分级(附基础记录表和分级表)

对在治疗中、后以及监测期中的麻风患者每次查体时都应进行手、足和眼的神经功能检查,如有异

常要及时采取措施,以避免原有神经功能障碍加重或出现新的残疾。检查时可托住患者的手或足,用圆珠笔垂直地轻压双侧指、掌和足底的相应部位(单侧手有 11 点,足有 12 点),使形成一个约 1cm 直径的凹陷,嘱患者在不看的情况下指出压点所在,有感觉记“√”,否则记“×”(见表 D1 麻风病畸残基础记录)。

D5 神经炎的检查 and 记录

在治疗中及疗后的监测期中的每次体格检查,均应有神经功能检查内容。

D5.1 皮肤感觉和肌力在过去半年内有无变化。

D5.2 有无神经痛和压痛。

如“有”则记录其部位、程度及出现日期和检查日期等(见表 D1 麻风病畸残基础记录和表 D2 麻风残疾临床分级登记表)。

表 D1 麻风病畸残基础记录

姓名_____ 性别_____ 年龄_____ 型别_____ 病历号_____

一、感觉检查:

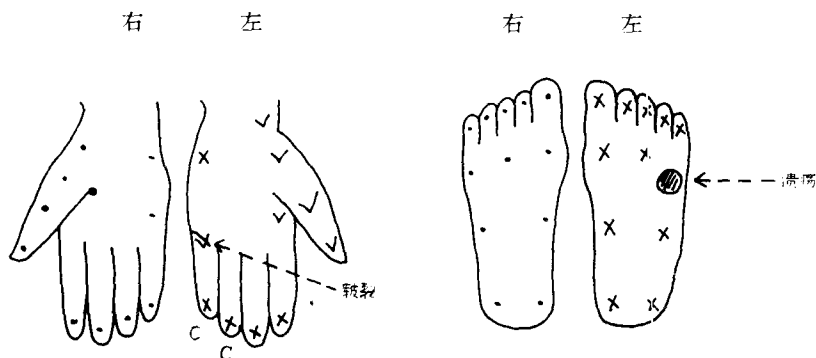
按图中标记的位置轻触皮肤,如患者能指出被触点(范围不超过 3cm)为有感觉,记“√”,否则记“×”。

二、其他检查:

爪形指(趾):在指(趾)端外记“C”,如有强直再记“S”。

皸裂、伤口、溃疡,在患处标记。

指(趾)短缩:记“——”表示短缩水平。



三、运动功能检查:

检 查 项 目	右	左
眨眼运动	有 无	有 无
睑裂宽度(轻闭眼时)	_____ mm	_____ mm
小指内收	N W P	N W P
拇指掌侧外展	N W P	N W P
腕背屈	N W P	N W P
足背屈	N W P	N W P

注: N——肌力正常; W——肌力减弱; P——肌肉瘫痪。

四、神经炎的检查:

1. 皮肤感觉在过去半年内有无变化: 无_____, 有_____; 部位_____ 发生_____年_____月
 2. 肌力在过去半年内有无变化: 无_____, 有_____; 部位_____ 发生_____年_____月
 3. 神经疼痛: 无_____, 有_____; 部位_____ 发生_____年_____月
 4. 神经压痛: 无_____, 有_____; 部位_____ 发生_____年_____月
- 上述四项中,如答案为“有”,则进一步记录其发生部位、发生时间、程度等。

表 D2 麻风病畸残临床分级登记表

部位 级别	眼			手			足			其 他
	症 状	右	左	症 状	右	左	症 状	右	左	
I 级	角膜感觉障碍 结膜炎			保护性感觉障碍			保护性感觉障碍			脱眉 ☐
II 级	眼睑闭合不全			关节可活动的勾指			垂足			面瘫 ☐
	暴露性角膜炎			猿手			皮肤皸裂、伤口			
	虹膜睫状体炎			皮肤角化、皸裂、伤口			单纯性足底溃疡			
	视力减退			轻度骨质吸收			轻度骨质吸收			
							爪形趾			
III 级	视力严重减退			垂腕			马蹄足 (或合并内翻)			塌鼻 ☐
	失明			关节强直			复杂性足底溃疡			
					手指短缩或缺失			足短缩		

注：WHO TRS768 将 I 和 II 级畸残合并为 III 级即可见残疾。脱眉为多菌型麻风症状不应列为残疾，面瘫和塌鼻应为 II 级。在 1m 处让患者用手遮一眼，另眼数手指。如数不清为视力减退，如无光感则为失明。

检查者：_____ 年 月 日

附 录 E

麻风病的防治指标和评价指标

(补充件)

E1 麻风防治指标(以市、县为单位)

	患病率	发病率 (近 5 年平均)	省(市、区) 应达到的标准
基本控制	$<0.1/1000$	$<2.0/10$ 万	95%以上的县(市)达到基本控制,其余的患病率低于 1%
控 制	$<0.05/1000$	$<1.0/10$ 万	95%以上的县(市)达到控制指标,其余的基本控制
基本消灭	$<0.01/1000$	$<0.5/10$ 万	95%以上的县(市)达到基本消灭指标,其余的达到控制

我国幅员广大,而麻风病又分布不均,故我国麻风病防治指标是以县(市)为单位而制定的。1991 年世界卫生组织大会决议在本世纪末消除麻风病是以国家为单位,指标是各国在本世纪末把麻风病的患病率降至 $<1/10\ 000$ 。

E2 麻风病防治的评价指标(以省或县为单位)

WHO 在 1991 年 6 月 17~21 日雅加达麻风流行病学会议上,建议各国采用下表报告年度麻风各项

基本指标:

国家/地区/省/县名 _____, 人口数 _____, 19 ____ 年

	年终登记病人数	本年新发现病人		本年度开始用 MDT 人数
		有畸残	无畸残	
PB	a	b	c	d
MB	e	f	g	h
共	a+e	b+f	c+g	d+h

E2.1 患病率: $\frac{\text{本年度登记病人数}}{\text{本年年中人口数}}$ 即: $\frac{a+e}{\text{年中总人口数}}$

E2.2 发病率: $\frac{\text{本年度新发现病人数}}{\text{本年年中人口数}}$ 即: $\frac{b+c+f+g}{\text{年中总人口数}}$

E2.3 MDT 覆盖率: $\frac{\text{本年登记病人中至少已上 3 个月 MDT}}{\text{本年登记应上 MDT 病人数}}$ 即: $\frac{d+h}{a+b+c+e+f+g}$

根据 WHO1988 TRS768, MB36 个月内完成 24 个月, PB9 个月内完成 6 个月 MDT 疗程, 即不计入患病率。

E2.4 完成 MDT 率: $\frac{\text{本年完成 MDT 疗程病人数}}{\text{本年中应完成 MDT 疗程数}}$

可将 MB, PB 分开计算: PB 6 个月疗程, 9 个月内完成, 除去外迁及死亡的人数;

MB 24 月疗程, 36 个月内完成, 除去外迁及死亡的人数。

E2.5 新发现病人中

畸残率: $\frac{\text{本年度发现病人中有 II ~ III 级残疾}}{\text{本年度共发现新病人数}}$ 即: $\frac{b+f}{b+f+c+g}$

E2.6 拒绝治疗(未服 MDT)MB, PB 病人数

附 录 F

麻风病的联合化疗治疗方案

(参考件)

F1 麻风病联合化疗药物副作用

F1.1 氨苯砒: 常规剂量副作用少而轻。主要副作用有: 消化道不适, 乏力、失眠等, 不需停药, 不久即可自行消失。个别患者可有贫血、粒细胞减少、肝炎、药疹及精神症状, 重者须停药, 对症处理。

F1.2 利福平: 疗效好, 数日即可杀死 99.9% 的麻风菌, 终止传播。

它的主要副作用有: 使各种分泌物红染。可有皮疹、轻度胃肠反应。但在联合化疗方案中少见。偶尔也见贫血、紫癜、肾衰竭, 此时应停药。

F1.3 氯苯吩嗪。

杀菌效果与氨苯砒相似, 此外该药有抗炎作用, 联合治疗时, 可使 II 型麻风反应减少。

副作用有肠胃反应、色素沉着、皮肤干燥、瘙痒等, 不需停药。在服药 1~3 月, 皮肤暴露部位和麻风浸润, 结节处逐渐呈棕红, 然后转紫褐色。在停药 9~12 月后逐渐消退。服药期间, 小便可呈浅棕红色。大剂量(300mg/日)服用, 可出现严重胃肠道反应, 甚至肠梗阻。

根据临床和查菌结果, 对患者分别采用 MB 或 PB 方案治疗(表 F1), PB(BT)若任何部位查菌阳性