

# 麻 风 病 联 合 化 疗 手 册

马海德 主编

卫生部地方病防治局

# 麻风病联合化疗手册

主 编 马海德

副主编 叶干运 李桓英

编 委 胡鹭芳 李文忠

陈家琨 孟梅白

林春贵 杨锡光

卫生部地方病防治局

一九八七年

# 前 言

---

麻风病的流行已有二千五百多年的历史。据世界卫生组织估计，全世界约有1150多万麻风病人，主要分布在非洲、东南亚、东地中海和西太区，世界上大约有十亿人口居住在患病率达1%以上的流行区。

建国以来，我国累计登记麻风病人50万左右，主要分布在沿海诸省、长江流域、陕南、云贵高原、四川山区及西藏。建国初期，制定了“积极防治，控制传染”的方针，采取了一系列综合防治措施，经过30多年的努力，至1986年统计，全国现症病人数已下降到7万以下。云、贵、川、藏四省区病人尚较多，目前约占全国病人总数的一半以上。原病人较多的广东、山东、江苏、福建、广西等省现症病人数已大幅度下降。但根据我国政府提出在2000年前在我国基本消灭麻风病的目标，要求以县为单位患病率降至0.01%以下，近五年阶段发病率降至0.2/10万以下，任务还是十分艰巨的。

长期以来，我国以氨苯砒单疗为主，治愈了大批患者，但由于氨苯砒耐药菌株的出现，某些地区继发性氨苯砒耐药的流行率已达5—10%左右，原发性氨苯砒耐药病例也有报告，治愈病人的复发有日益增多趋势，值得重视，这说明用单一的氨苯砒治疗已难以实现全国在本世纪末基本消灭麻风病的目标，必须采用多种药物联合化疗才能避免耐药，减少复发，提高疗效，从而促进这一宏伟目标的实现。为此在总结我国麻风病防治经验的基础上，参考国外有关资料，编写了这本手册，要求全国各级麻风防治研究机构和专业人员开展联合化疗工作时认真参照执行。

# 目 录

---

## 前 言

|      |                |    |
|------|----------------|----|
| 第一章  | 麻风病的宣传教育       | 1  |
| 第二章  | 培训麻风病防治人员      | 3  |
| 第三章  | 麻风病的调查         | 5  |
| 第四章  | 麻风病的分型         | 7  |
| 第五章  | 麻风病的临床检查       | 11 |
| 第六章  | 麻风病的细菌检查       | 15 |
| 第七章  | 麻风病理标本的采取及送检   | 19 |
| 第八章  | 麻风病的联合化疗       | 21 |
| 第九章  | 麻风病联合化疗的管理     | 25 |
| 第十章  | 联合化疗的停药标准和监测   | 27 |
| 第十一章 | 联合化疗的疗效判定和治愈标准 | 29 |
| 第十二章 | 麻风反应及其处理       | 30 |
| 第十三章 | 麻风病的复发         | 34 |
| 第十四章 | 麻风病人的住院治疗      | 36 |
| 第十五章 | 畸形的预防          | 37 |
| 第十六章 | 评价             | 44 |
| 附 件  |                | 47 |

# 第一章 麻风病的宣传教育

在开展联合化疗之前以及在防治工作的整个过程中，要把宣传教育工作放在首位，采取多种形式反复进行麻风防治知识的宣传，逐渐消除人们对麻风病的恐惧和歧视以及麻风病人的自卑心理，争取各级领导和全社会的热情支持。这样，以联合化疗为主的麻风防治工作才能有效地进行，达到预期目的。

## 一、宣传对象

- (一) 各级领导干部。
- (二) 各级医务人员。
- (三) 各阶层的广大群众，特别是教师和学生。
- (四) 病人及家属。

## 二、宣传内容

(一) 宣传党和政府对人民健康的关怀和有关指示精神，宣传麻风病防治的方针政策，宣传消灭麻风病的任务和意义及开展联合化疗的重要性。

(二) 宣传麻风病可防、可治、不可怕的科学道理。

(三) 宣传麻风科普知识和防治方法，使群众认识麻风病的早期症状，主动报病检查。

(四) 教育患者按时检查，规则服药，做好自我功能锻炼，做好眼、手、脚的个人保护，避免或减少畸形和防止畸形加重。

(五) 教育病人家属主动接受检查，并照顾和爱护病人，

积极督促服药配合治疗。

（六）教育干部、群众关心和支持麻风防治工作，不得歧视、迫害麻风病人。要保障麻风病人作为公民的一切正当权利，包括入学、就业、婚姻等。

（七）教育各级医务人员要关心麻风防治工作，为消灭麻风病共同努力。

### 三、方式

广播、电视、录像、电影、宣传画、壁报、黑板报、宣传车、图片展览、报刊杂志、宣传资料、手册、文艺作品、会议座谈、候诊室宣传、门诊、口头宣传等。特别是麻风流行地区，在放映电影的同时，也要放映麻风防治科普的幻灯和电影，每年国际麻风节要集中加强宣传，使麻风病的防治知识家喻户晓。

## 第二章 培训麻风病防治人员

培训麻风防治人员是开展联合化疗的关键，联合化疗是用多种杀菌机理不同的抗麻风药物监服和每日自服相结合的治疗方法。在疗程结束后必须进行严格的有限期的监测，这与过去的防治概念和方法有根本的区别。为了使这项工作有效地进行，必须对省、地县级麻风防治人员和基层的区、乡卫生医务人员认真、严格的逐级培训。省、地（市）麻风防治机构负责县级麻防人员的培训，并协助县级麻防机构对区、乡级卫生医务人员进行培训。

### 培训内容

以本手册内容为主，辅以图片、幻灯等教材，并做好现场示范。县级麻防人员培训6~10天，区、乡级卫生人员培训3—5天，经过培训，区、乡级医务人员要达到下列要求：

（一）加强责任感。按时发药，送药到手，应监服的药物当面服下，做好记录，其它自服药物要教育病人每日规则自服。

（二）送药时要询问病人在治疗中有何不适，进行体检，及时发现药物反应和麻风反应，特别是眼和神经的反应，并及时处理、记录或上报。

（三）定期对病人家属进行体检，以发现皮肤和神经症状。

（四）每次发药时，对病人及家属进行预防麻风畸形的宣传，并教育病人做简单的体疗。

(五) 宣传麻风病可防、可治、不可怕的科普知识。

县级防治人员除做好或督促区、乡卫生人员做好上述工作外，应会独立诊治麻风病，处理麻风反应和药物反应，做细菌涂片检查和病理组织取材等，并能作疗效评价，监测随访及判断治愈和复发。

## 第三章 麻风病的调查

为了控制麻风病传播，要采用多种调查方式尽量做到多发现，早发现病人。根据我国过去的经验和麻风病发病率低的特点，在开展联合化疗前，以县为单位，因地制宜地做好以下工作。

### 一、复查现症病人

对院内外现症经治病例（包括用氨苯砒或氨苯砒加利福平治疗的病例）进行全面的临床和细菌检查，有条件的地区应作病理检查，并作好病历记录和小结。

### 二、有计划地复查已治愈病人

病情复发者，按新病人处理。

### 三、报病

报病是经济效益最好的发现病人的方法，对经过确诊的病人要做好宣传教育工作，使之积极主动配合治疗。

（一）自报：通过麻防知识的大力宣传和普及，患者消除了顾虑，主动上门看病。

（二）互报（上报）：在普及麻风防治知识的条件下，各级医疗机构和群众会转送或督促可疑病人至县皮防所（站）确诊，并落实治疗。

### 四、接触者检查

（一）多菌型接触者：对多菌型患者的全部家属和近邻在病人治疗期间，及完成疗程后的5年监测期中，每年进行体检一次。在此期间如患者外迁或死亡，也应对家属和近邻

每年体检一次。

(二)少菌型接触者：重点放在15岁以下的儿童，自病人确诊时开始至停药后的监测期间每年体检一次。

应将患者家属名单列表附在病历上，逐年记录接触者的检查结果，县级麻风防治机构应做好接触者中每年麻风发现率的统计（见附件一）。

## 五、线索调查

线索调查的方法，是在宣传麻风病可防、可治、不可怕的前提下，将麻风病的症状，尤其是早期症状（面部潮红，浅色斑、淡红斑，隐约可见的红斑，感觉异常如局部蚁行感和麻木，浅神经粗大，疼痛，手脚肌肉轻度萎缩等）编成几条线索向广大群众宣传，发动群众自报、互报、提供有麻风病症状和体征的可疑者，由麻风专业医生对上报的可疑者进行体检、细菌检查，必要时作组织病理检查确诊。

## 第四章 麻风病的分型

为了便于在基层开展联合化疗工作，世界卫生组织建议把马德里或雷德里—乔普林的麻风病分型法归纳为两型，即多菌型（MB）和少菌型（PB）即可。

| 分 型                          | 多菌型（MB）                                  | 少菌型（PB）                                         |
|------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 马 德 里<br>( 1 9 5 8 )         | 瘤 型 ( L )<br>界线类 ( B )                   | 结核样型 ( T )<br>未定类 ( I )                         |
| 雷德里—<br>乔 普 林<br>( 1 9 6 6 ) | 瘤 型 ( LL )<br>界线类偏瘤型(BL)<br>中间界线类 ( BB ) | 结核样型 ( TT )<br>界线类 偏结核样型<br>( BT )<br>未定类 ( I ) |
| 任何一个部位<br>的细菌密度              | $\geq 2 +$                               | $< 2 +$                                         |

为了更准确地评价联合化疗的近、远期疗效和进行流行病学分析，并与国内外的观察结果进行对比，在有条件的地区应采用五级分型。

未定类麻风在五级分型中被认为是各型的早期。大多为浅色斑，少数为淡红斑，斑数较少，周围神经损害不明显、仅皮损有轻度感觉障碍和闭汗。查菌多为阴性，少数为阳性。麻风菌素晚期反应呈阳性或阴性。组织学上表现为非特异性慢性炎症细胞浸润，大多可以自愈，少数可演变为其它类型。未定类麻风未列入五级分型中。

## 五级分型

### 1. 结核样型麻风 (TT):

(1) 皮损少, 只有1~2块浅色斑、红斑、环状损害、丘疹样损害或斑块, 边界清楚, 表面干燥有鳞屑, 闭汗, 无毛及感觉障碍明显。

(2) 眉毛不脱落。

(3) 浅神经干损害少, 仅有1~2条神经受累、粗大、质硬。

(4) 粘膜、淋巴结、睾丸、眼及内脏无损害。

(5) 不发生Ⅱ型麻风反应。

(6) 皮肤涂片查菌0~1+。

(7) 麻风菌素试验晚期反应阳性。

(8) 组织病理变化没有无浸润带, 上皮样细胞成灶状分布, 上皮样细胞周围有多而致密的淋巴细胞包围, 常见郎罕氏细胞, 或有肉芽肿侵蚀表皮及纤维蛋白样变性, 神经小分支破坏显著。

### 2. 界线类偏结核样型麻风 (BT):

(1) 皮损多发, 分布不对称, 基本损害为红斑, 斑块或浅色斑, 数目较多, 常有卫星状损害。有的皮损中央可见“免疫区”, 其内外缘都很清楚, 干燥的程度轻些。

(2) 眉毛一般不脱落。

(3) 浅神经干损害数目较多、粗大、质较硬、畸形发生早而重。

(4) 粘膜、淋巴结、睾丸、眼及内脏损害极少而轻。

(5) 可发生Ⅰ型麻风反应。

(6) 皮肤涂片查菌1~2.5+。

(7) 麻风菌素试验晚期反应阳性或弱阳性, 少数亦可为阴性。

(8) 组织病理变化: 有狭窄的无浸润带, 上皮样细胞较散在, 可见郎罕氏细胞或异物巨细胞较多而不太致密, 神经组织破坏尚能辨认。

### 3. 中间界线类麻风 (BB):

(1) 皮损有浅色斑、红斑、斑块、结节、浸润等。皮损呈多色性，如浅色、红色、桔红色、桔黄色、红褐色或黄褐色等。皮损还呈多形性，面部皮损常呈展翅的“蝙蝠状”，有的呈靶子样或徽章样，有的呈倒碟状；皮损边缘部分清楚部分不清楚；可见卫星损害；皮损较光亮，呈多汁状。

(2) 眉毛有的稀疏、脱落，有的完整。

(3) 浅神经干损害多发，但不对称，粗大的程度及硬度不一。

(4) 可发生粘膜、淋巴结、睾丸、眼和内脏损害。

(5) 常发生Ⅰ型或混合型麻风反应

(6) 皮肤涂片查菌2~4+。

(7) 麻风菌素试验晚期反应阴性。

(8) 组织病理变化：有无浸润带存在，上皮样细胞肉芽肿没有巨细胞。淋巴细胞少而散在，常有水肿存在。神经小分枝易辨认，可见神经束膜层状变。

#### 4. 界线类偏瘤型麻风 (BL)：

(1) 皮损多，分布广泛，但不完全对称，边缘模糊不清。有些皮损中央呈穿孔状，内界清楚，外界模糊。

(2) 有的眉毛脱落不对称。

(3) 周围神经损害较多但不对称。浅神经干粗大，质较软。

(4) 粘膜损害出现早而明显。中、晚期患者常有淋巴结、睾丸、眼及内脏等损害。

(5) 可发生Ⅰ、Ⅱ型或混合型麻风反应。

(6) 皮肤涂片查菌4~5+。

(7) 麻风菌素试验晚期反应阴性。

(8) 组织病理变化：有无浸润带及巨噬细胞肉芽肿。淋巴细胞多，有的肉芽肿内有成堆的淋巴细胞，有时可见泡沫细胞。神经束膜呈明显层状变。

#### 5. 瘤型麻风 (LL)：

(1) 皮损多，表面光滑发亮，分布广泛对称。边缘模糊不清。无穿孔状损害。早期可没有明显的麻木或闭汗。

( 2 ) 眉毛脱落对称。

( 3 ) 周围神经损害广泛而对称，浅神经干粗大，质软。

( 4 ) 粘膜损害出现早而明显。中、晚期患者常有淋巴结、睾丸、眼及内脏等损害。

( 5 ) 常发生Ⅱ型麻风反应。

( 6 ) 细菌检查 5 ~ 6 +、有大量菌球。

( 7 ) 麻风菌素试验晚期反应阴性。

( 8 ) 病理组织学特点，有无浸润带，淋巴细胞很少而散在，巨噬细胞呈不同程度的泡沫变。泡沫细胞典型而多。神经束可呈层状变，而没有显著的浸润。

## 第五章 麻风病的临床检查

在进行麻风病检查之前，麻防专业医生需对患者做常规体格检查，注意有无贫血，肝、肾疾患和活动性肺结核病。如有上述疾患，应根据情况给以相应的治疗。

检查麻风病时，室内要有明亮的自然光线，强度适宜。要自上而下观察全身皮肤，从不同角度和距离观察皮肤损害，特别要注意易被忽略的遮掩部位，并用手摸、触、按、压等方法配合，做好记录，并在病历人体图上示之（见附件九）。

### 一、皮肤的检查

（一）数目和大小：要注明皮损的具体数目，如数目很多时可叙述为多数或无数。皮损大小最好以实物大小具体形容或量纵横直径。

（二）分布：部位、范围是否对称。

（三）损害种类：斑疹、丘疹、斑块、结节、小节、弥漫性浸润、溃疡、瘢痕等。

（四）损害的形态：圆形、椭圆形、环状、地图状，有无“免疫区”及卫星状损害。

（五）损害的边缘：清楚、不清楚、有无浸润。

（六）损害的表面：高起、扁平、凹陷；多汁或干燥；光滑或粗糙；有无鳞屑，毳毛是否脱落。

（七）光泽和颜色：进行期皮损红肿、发亮、浸润明显。退行期的皮损浅、暗、表面萎缩。多菌型麻风皮损略黄。

（八）浅感觉变化：有无温觉、痛觉、触觉障碍。

（九）细菌涂片检查：阴性、阳性，并注明细菌密度指

数。

## 二、周围神经检查

(一) 触诊：按顺序摸各对神经，在双侧对比下，注意神经的粗细、硬度、均匀度，触痛及放射性疼痛等。皮损附近的皮神经是否粗大。检查应注意沿神经的走向摸。

必须检查各对耳大神经、尺神经、腓总神经、眶上神经、正中神经、桡神经，其次检查胫后神经。

(二) 功能检查：注意在检查时嘱病人不要紧张，先示范，使病人了解各项检查的目的和方法，以便合作。

1. 感觉功能检查：了解对温、痛、触觉的敏感性是否迟钝或消失。在病人不看的情况下回答出被测部位的感觉。

温觉：用两支小试管，一置冷水，一置热水（50℃）交替测验，并进行正常和皮损部位的对比。

痛觉：以针尖刺皮损或手足皮肤，检查是否有痛觉，应注意不可刺得太轻或太重。

触觉：用棉絮或羽毛轻轻拂拭测试部位。

感觉检查必须先正常皮肤进行，使患者能判断正常的温、痛和触觉，以免把各种浅感觉混淆。

2. 运动功能检查：注意记录受累神经支配的肌肉张力和萎缩情况

面：通过抬额、闭眼、吹口哨、微笑等动作观察有无面神经麻痹。

手：通过指内收、外展、对指、握拳、伸屈腕等动作测定上肢神经受累情况。

足：背屈、跖屈、内翻、外翻、检查腓总及胫后神经有无麻痹。

## 三、眼的检查

检查者须首先注意眼周皮肤有无麻风损害，患者是否有正常的角膜反射，是否有疼痛畏光或不适感。同时也要准

备小手电筒和放大镜在暗室内做以下检查：

(一) 眉毛、睫毛：是否脱落或有倒睫。

(二) 眼睑：检查眨眼和闭眼。

(三) 泪管和泪囊：用手指向上、向下压迫泪囊区，看是否有阻塞或脓性分泌物。

(四) 角膜：用电筒检查有无白斑、溃疡或浑浊。

(五) 巩膜：看角膜外围之巩膜，是否有紫红色睫状充血，有无麻风瘤。

(六) 虹膜：用电筒检查纹理是否清晰，瞳孔的形状是否规则以及对光反应程度。

(七) 眼压：令患者闭眼，用双手食指压眼球，了解眼压是否增加。

(八) 如有眼科症状需对症处理，重者需尽快转县医院或由受过眼科培训的麻风专业医生做进一步检查和治疗。

#### 四、麻风病畸形的分类标准

畸形和功能障碍并不是麻风病的必然后果。病人发现得早、处理及时、恰当，畸形是完全可以避免的。为了对已有畸形的患者进一步护理和对麻风防治工作进行评价，世界卫生组织将麻风病所造成的畸形分为三级。

I 级：手：感觉障碍。

足：感觉障碍。

眼：角膜感觉障碍，结膜充血。

II 级：手：外伤、溃疡／爪形指，指间关节无挛缩／轻度骨质吸收。

足：单纯性足底溃疡／垂足／轻度骨质吸收／爪形趾。

眼：眼睑闭合不全／视力模糊／虹膜睫状体炎或角膜炎。

III 级：手：垂腕／关节强直／严重骨质吸收。

足：复杂性足底溃疡、挛缩、马蹄足／严重骨质吸收。