

消除作为公共卫生 问题的麻风指南

第 一 版
(1995)

沈建平 译
叶千运 李文忠 审校

世界卫生组织消除麻风行动计划 日内瓦
全国性病麻风病控制中心 编印
(1996)

目 录

前言	(1)
麻风病	(3)
流行病学:一些事实	(3)
问题的重要性	(4)
过去历史	(4)
目前形势	(4)
联合化疗(MDT)的应用	(5)
联合化疗的优点	(6)
消除麻风	(7)
定义	(7)
消除麻风的策略	(7)
策略的基本内容	(8)
消除麻风策略中包括的基本工作	(9)
麻风的诊断	(10)
麻风病例	(10)
诊断	(10)
麻风诊断中的道德责任	(10)
麻风主要的体征	(10)
一种简单的诊断试验	(11)
临床检查	(11)
病史	(11)
麻风检查	(12)
疑似病例	(12)

转诊	(12)
麻风的分类	(14)
选择适当的联合化疗方案	(14)
临床分类指南	(14)
诊断和分型的流程图	(16)
细菌学检查	(16)
对诊断服务的组织	(18)
建立有效的医疗机构	(18)
如何增进社区对麻风的了解	(19)
谁可能向卫生中心报病?	(20)
麻风的治疗	(22)
联合化疗的药物	(22)
WHO 推荐的联合化疗方案	(23)
多菌型麻风	(23)
少菌型麻风	(23)
联合化疗药物应用的一般注意事项	(24)
开始对病人实施联合化疗的步骤	(24)
完成治疗和治愈	(25)
对失访者的处理方法	(25)
举例:失访者的处理方法	(26)
失访者的再治疗	(27)
有特殊需要的病人	(27)
联合化疗治疗要点	(29)
并发症的处理	(30)
麻风反应	(30)
逆向反应或 I 型反应	(30)

逆向反应的治疗	(30)
推荐的强的松龙的疗程	(31)
麻风性结节性红斑(ENL)反应或Ⅱ型反应	(31)
麻风性结节性红斑的治疗	(32)
病人护理及残疾的预防和处理	(33)
有发生神经损伤危险的病人	(33)
如何发现神经损害?	(33)
残疾的预防	(33)
残疾的分级	(33)
常见问题和采取的办法	(35)
组织联合化疗服务	(39)
更新登记名单	(39)
筛选病人	(39)
选择联合化疗方案	(39)
准备治疗登记	(39)
对病人发放联合化疗药物	(40)
联合化疗药物供应	(40)
特殊药物	(41)
特殊情况和解决方法	(41)
评价联合化疗实施的进展	(42)
选读资料	(44)

前 言

我们从来没有如此接近于即将看到麻风被征服,即使该病仍在危害很多人,但现在有可能把它作为公共卫生问题加以消除。在多种抗麻风药物联合化疗(MDT)的基础上,经十年强化治疗后,一个令人鼓舞的结果就是1991年世界卫生大会决议在2000年将麻风作为一个公共卫生问题来加以消除。以后WHO麻风工作组规划了消除麻风的策略,从那时起,实际上所有主要的麻风流行国家已实行了消除麻风的行动计划。

消除麻风策略的中心部分是使所有病人都能接受WHO推荐的MDT,包括那些居住在难以到达地区的病人。

本指南的目的是使麻风流行国家的每一个卫生工作者对这一历史重任作出贡献,使所有病人接受MDT和实现把麻风作为公共卫生问题而消除的目标。尽管指南对所有的各级卫生工作者都有帮助,但主要是针对现场工作者,负责组织实施麻风防治的现场工作者。它可用作自学材料和培训教材。

指南对实施MDT和实现消除麻风目标所要做的工作作了明确的说明,但并不包括麻风的每一个方面,也不打算替代麻风的教科书,只是对最重要的概念进行讨论和说明所采取的方法细节(包括技术步骤),读者如要了解进一步信息可参阅指南最后列出的阅读材料。

指南是由巴西的Vimond大夫和日内瓦WHO总部消除麻风行动规划的职员编写的。谨对下列许多专家和研究所撰写WHO各种关于麻风和消除麻风的书刊和建议表示感谢。

日内瓦 WHO 消除麻风行动规划主任
S.K Noordeen 大夫

专家名单和研究机构(略)

麻 风 病

麻风病是由麻风分枝杆菌——一种杆状、具有抗酸性的杆菌引起的慢性传染性疾病。此病主要侵犯皮肤、周围神经、上呼吸道粘膜和眼。

很久以来麻风一直危害人类，它曾经危害每一个大洲。在历史上和在人们的记忆中留下了可怕的形象——残毁、排斥和被社会抛弃。

流行病学：一些事实

麻风病可危害不同年龄和性别者。

该病的潜伏期很长，可达数年。最常见的潜伏期是 3~5 年。麻风是人与人之间直接传染的疾病，然而需要长时间的接触，并只有一小部分人发病。

麻风是由未治病人通过呼吸道或皮肤传染给健康人。

问题的重要性

麻风给予人类可怕的形象已长达数千年。在中国、埃及和印度最古老的文明史中，对此病已有认识。几千年来患有慢性而无法治愈的畸残病人的总数是无法计算的。自古以来，麻风被社会认为是一种有传染性、毁形和无法治愈的疾病。这就导致社会产生强烈的反应，把患者看成比疾病本身更为可怕。

在亚洲、非洲和拉丁美洲许多国家有大量病人。1995 年大约有 24 亿人生活在麻风流行率高于万分之一的国家。1995 年估计有 100~200 万患者因过去或现在的麻风病而留

有可见的无法恢复的残疾,需要社会关心和照顾。

然而在过去几十年中麻风的社会印象已得到改善,麻风病已被视为与其它公共卫生问题相似,病人逐渐在一般卫生机构得到治疗。所有国家已采纳在门诊治疗麻风病人。而古老的象征耻辱的麻风院正在消失。这一乐观形势需要卫生人员和各界人士的强力支持,以保证病人获得充分的治疗和自我尊重。

过去历史

当麻风杆菌在 1873 年由汉森发现时,当时是被证明为引起人类致病的第一个细菌。然而直到 20 世纪 40 年代氨苯砒及其衍生物采用后才有了有效的治疗。这是麻风防治方法的一次革命,从此麻风病人可在门诊治疗,不再需要象征高度耻辱的隔离治疗。

然而对氨苯砒耐药的麻风菌株逐渐出现和广泛流行,病人临床进步缓慢和治疗时间太长,引起病人就诊不规则和治疗服从性差,这样氨苯砒单疗越来越不成功,麻风防治普遍无效。

目前形势

25 个麻风高流行国家的病人数占世界估计病人数的 92%。其中排在前面的 5 个国家的病人数即超过 80%。1995 年世界上估计有 180 万病人,大多数集中在东南亚、非洲和美洲。在 130 万已登记治疗者中,有 100 万病人正在接受 MDT。全世界每年发现的新病例约为 50 万。

WHO 地区	登记病例	新发现病例	MDT 复盖率 %
非 洲	113650	47900	80.60
美 洲	195891	36623	65.85
远 东	23219	6504	81.51
地 中 海	4916	—	47.38
欧 洲	913664	456882	76.38
西太平洋东南亚	40508	12737	97.70
总 计	1291848	560719	76.17

MDT 的应用

1981 年 WHO 化疗研究组对标准 MDT 方案的推荐开辟了一个乐观的新纪元。MDT 方案的推荐受到了所有麻风流行国家、国际和非政府组织、捐赠机构和职业团体的热情支持。十年前似乎不可能的事,由于这一简单和相对并不昂贵的 MDT 问世已成为现实。MDT 高度有效而且乐于被病人接受与耐受。MDT 快速治愈病人,中止疾病传播,因此使消除麻风成为可能。

MDT 的采用和普及,戏剧性地改变了麻风流行国家的麻风面貌。在过去的十年中估计全球麻风患病率下降了 80% 以上。即使在设施和资源有限的情况下,由卫生服务机构实施 MDT 也很有效,使大部分病人获得治愈。据估计,到 1995 年底,与氨苯砒单疗相比,MDT 已防止了 50 ~ 100 万病人复发。

此外,在这些方案中多种药物联合应用防止了耐药的发生。由于它的有效以及间接促进了病例发现和病人自我护理,估计 MDT 使 100 ~ 200 万病人免于发生残疾。

在麻风目前可以完全治愈的信息广泛传播后,对病人的社会污名与歧视开始削弱。同时社会对麻风有更多的了解,越来越多的病人主动向卫生机构报病寻求诊断和治疗。

在许多组织完善的规划中,每年发现的新病人数逐渐减少,清晰地表明 MDT 对麻风传播的影响。

MDT 的优点

- 治疗高度有效;
- 疗程缩短;
- 病人乐意接受;
- 现场实施方便;
- 防止细菌耐药发生;
- 中止了感染播散;
- 减少复发危险;
- 预防残疾;
- 改善社会印象。

消除麻风

消除麻风的战斗已到达关键阶段,战斗已全线展开。但在所有战斗中,战果将根据现场而定。在那里麻风工作者正在进行艰苦和持久的战斗。通过大力实施 MDT,我们面临着巨大的挑战和消除麻风的极好的机会。最终社会将不再需要对麻风而致残的人进行常常是终生的照顾。

定义

消除和消灭稍有差别。术语消除(Enimination)是用于描述患病率逐渐减少不再构成公共卫生问题的程度。消除作为公共卫生问题的麻风的定义为将麻风患病率减少到 1/万人口以下。而消灭(Eradication)是指致病微生物完全消失、传播完全中止而言。应认识到在 2000 年可能将麻风作为公共卫生问题消除,但要消灭麻风将需更多的时间才能达到。

消除麻风的策略

消除的策略要靠灵活的方法。麻风在国家之间和国家内部分布不均匀,同样麻风防治服务质量和数量差距也很大,一些地区建立了麻风专业机构,而其它地区在综合卫生机构治疗病人,大多数有专业监督和负责治疗的机构。由于这些差异和目标的时间限制,消除麻风的策略必须适应不同的需要。

消除麻风要靠以下手段

- 1、使所有社区和地区实施 MDT;
- 2、用 MDT 治疗所有登记病人;

- 3、诊断和迅速治疗所有新病人；
- 4、改善对病人保健服务的质量,包括残疾预防和处理；
- 5、保证治疗规划和完成治疗；
- 6、争取社区对病人和防治规划的支持。

策略的基本内容

有效的消除战略必须简单和灵活,使足以广泛实施和适应疾病控制的需要。重要的是在建立和实施国家疾病控制政策时,规划人员应考虑全球战略的关键因素。在这一过程中,中级和初级水平人员也需要考虑在现场处理日常工作的策略因素。

消除麻风策略的主要因素

- 所有卫生机构提供 MDT 服务；
- 保证所有现存和新发病人接受适当的 MDT 方案；
- 鼓励所有病人完成规则治疗；
- 增强社会对麻风的了解、使可疑病人能自我报病寻求诊断和治疗；
- 制定工作目标和时间表,并努力去实现；
- 保持良好的工作记录,以便监测消除麻风工作的进度。

消除麻风策略中 包括的基本工作

准备工作

- 1、行动计划
- 2、资源动员
- 3、MDT 的组织安排

支持工作

- 1、说服病人和其家庭；
- 2、社区教育；
- 3、转诊系统；
- 4、促进社会和经济的结合。

中心工作

- 1、更新登记名单；
- 2、实施 MDT；
- 3、使病人服从和完成治疗；
- 4、发现病人；
- 5、残疾预防和处理。

评价工作

- 1、规划监督和评价；
- 2、流行病学监测。

麻风的诊断

麻风病例:麻风病例是一个有以下单个或多个症状并必须完成治疗疗程的人。

- 1、皮肤浅色斑或淡红斑,伴有明确的感觉丧失;
- 2、周围神经损害表现为感觉丧失、手足或面部肌力减退;
- 3、皮肤涂片查菌阳性。

诊断

麻风的诊断常常是根据临床体征和症状,这些临床体征和症状很容易被经过短期培训的医务人员查出或观察到。实际上伴有症状的病人通常主动来医疗中心就诊,偶而需要经实验室检查或其它检查来确诊。

麻风诊断中的道德责任

要记住诊断麻风对个人或他/她的家庭来说,是一件严肃的事。如稍有疑问,不要作出诊断,而把其归为“疑似病人”。告知其有关疾病的常见体征和症状,嘱其6个月后或出现体征/症状恶化时复诊。或将其转往其他专家(皮肤科或神经科)处作出正确诊断。

麻风的主要体征

在一个流行国家或地区,如病人有以下主要体征之一者可以认为患有麻风。

- 1、有与麻风一致的皮损,伴有明确的感觉丧失;
- 2、皮肤涂片查菌阳性。

皮损可是单个或多个,通常颜色比周围正常皮肤要淡。有时皮损呈淡红色或铜红色,可以见到各种各样皮损,但以斑疹、丘疹或结节为常见。感觉丧失是麻风的典型特征,皮损可显示对针刺或轻触感觉的丧失。

神经损害主要是周围神经干损害,这是麻风的又一个特征,可有皮肤感觉丧失和受累神经支配肌肉的肌力减退。如果缺乏这些体征时,没有感觉丧失和(或)肌力减退,而只有神经粗大,常常不是麻风可靠的体征。

皮损涂片查菌阳性。在一小部分病例,在皮损涂片作适当抗酸染色后在显微镜下可见到红色杆状麻风菌,具有诊断意义。

一种简单的诊断试验

需要一根清洁锐利的针或大头针;

告知病人您将做什么并示范一下;

检查时病人应闭眼、或用一些物品将病人眼遮盖,防止病人在检查时偷看;

用大头针轻触皮损中心部位(勿刺破或致出血);

询问病人是否感觉疼痛;

用大头针的尖端和钝端在同一皮损部位和正常皮肤测试比较。

临床检查

病史:病史应包括以下内容:

首发皮损或症状的特征及其发展,因为皮损通常在数月内缓慢发展而无不适感。

过去接受的治疗,以决定是否有必要进一步治疗。

一般病史包括过去或现在任何重要的疾病,注意有无对 MDT 的禁忌症,及需要治疗和(或)转院的其它疾病或情况。

麻风检查:最好在白天自然光下进行。

应检查所有皮损,注意检查病人隐秘处皮肤。

应将皮损部位标记在一张简单人体轮廓图上。

应对一处或几处典型皮损作感觉检查。

应触摸检查主要周围神经干,以确定有无神经粗大和触痛。

应检查眼、手、足,如有残疾,应按 WHO 的 0~2 残疾分级记录法记录。

在一麻风流行国家,凡有浅色斑或红斑伴肯定的感觉丧失者是麻风病人。

疑似病例

具有皮损或提示为神经损害的症状者,主要体征缺乏或可疑时,称其为疑似病例。对这些病例,应告知其麻风的基本症状和体征,如体征持续存在 6 个月以上时或在任何时候出现恶化时,要求其即来复诊。疑似病例也可转到设施齐全的上级医疗机构诊断。(在一些规划中,将这些病例登记在“疑似病例登记卡”上,这很有意义,以便定期观察他们的情况)。

转诊

疑似病例可包括下列各点之一:

- 1、一处或多处有疑似皮疹,但感觉正常;
- 2、手足感觉广泛丧失,而无其它麻风症状;
- 3、一根或多根周围神经干粗大,而无皮损或感觉丧失;
- 4、神经痛,而无其它麻风症状;

5、手和(或)足部无痛性溃疡,而无其它麻风症状;

6、皮肤结节,而无其它麻风症状。

上述某些表现也可出现在非麻风情况下,最好将伴有上述表现的病例转到最近的医疗中心,这些病例也许需要作包括实验室和其它试验在内的更详细的检查。

在缺乏明确的麻风证据时,决不要诊断为麻风。