维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253－3626(2005)03－0465－03

12 例麻风病临床病理分析

管小琴[1], 吴小川[2], 林　晓[1], 肖　明[1]

(重庆医科大学基础医学院病理教研室,重庆　400016;2. 重庆市传染病医院,重庆　630030)

【摘　要】目的:了解麻风病临床和病理表现特点,期望减少误诊和漏诊。方法:对 12 例有皮肤损害或感觉障碍的患者活检组织作 HE 和抗酸染色,光镜观察。其中 6 例临床诊断为麻风病。结果:所有病例病理检查见麻风细胞、肉芽肿及神经损伤等病变,抗酸染色阳性,确诊麻风病。结论:对皮肤有红斑等慢性损害患者应检查周围神经,可疑病例应作涂片和活检及抗酸染色检查。

【关键词】麻风病;临床;病理

【中国图书分类法分类号】R755　　【文献标识码】A　　【收稿日期】2004－08－30

Clinical and pathologic analysis of 12 cases of leprosy

GUAN Xiaoqin, et al

(*Department of Pathology, College of Basic Medicine, Chongqing Medical University*)

【Abstract】*Objective*: To understand the clinical and pathological characteristics of lepropy with the expectation to reduce the misdiagnoses and missed diagnoses. *Methods*: 12 cases including 6 clinically diagnoses cases of leprosy patients with some lesions in the skin or nerves were examined by HE and acid－fast stains under light microscopy. *Results*: All cases were confirmed as leprosy by pathology with that pictures of leprous cells, granulomas, nerve lesion and positive acid－fast stain. *Conclusion*: It is necessary to make careful check of nerves and to make smear, biopsy, acid－fast stain for patients with chronlic spots in the skin.

【Key words】Leprosy; Clinic; Pathology

麻风病是感染麻风杆菌而引起的慢性传染病,主要损害皮肤和周围神经组织。不仅严重危害患者健康,并涉及社会公共卫生问题。重庆曾是麻风病中、低流行区,通过数十年积极的防治工作,至 2000 年,先后有 33 个区县达到基本消灭麻风病的标准。尽管如此,仅 2000 年,重庆的 17 个区县中就新增 39 例麻风病,发病率较 1999 年增加[1],主要为农村人口。在目前社会人口流动性增加的背景中,有必要提高临床及病理医生对该病的认识和正确诊断,防止其蔓延传播。为此,回顾了我科室近 20 年来麻风病例,分析临床及病理资料,期望减少误诊和漏诊。

1　材料和方法

收集我科 1985 年至 2003 年病理诊断麻风病 12 例(其中 1 例为南充地区医院提供我科室病理读片会资料)。包括 2003 年 1 例;2001 年 1 例;2000 年 3 例;1997 年 2 例;1992 年 2 例;1987 年 2 例;1985 年 1 例,其中 5 例临床诊断麻风病,1 例为麻风病治愈停药后复发。临床诊断结节病或神经炎等 4 例,无诊断 2 例。所有病例均于病变处取活检,福尔马林固定,石蜡包埋,系列酒精脱水,切片 5μm,HE 常规染色及抗酸染色,光镜观察。

2　结　果

2.1　一般资料

12 例患者中 2 例为女性。年龄从 28 岁到 65 岁(28 至 35 岁 3 例;36 至 45 岁 3 例;46 至 55 岁 1 例;56 至 65 岁 5 例)。7 例为农民,司机和饮食业各 1 人,3 人无职业记载。分别来自合川(4 例),巴县(2 例),南充(2 例),酉阳(1 例),华蓥(1 例),岳池(1 例),余 1 例地址不祥。其中两例为兄弟,有接触史(其父亲为麻风病患者,已治愈)。该两人为普查发现。1 人于 93 年确诊瘤型麻风,治疗两年后停药,再次复查。其余 9 人均为出现症状后 1 至 9 年就诊。

作者介绍:管小琴(1955－　),女,教授,
主要研究方向:传染病。

维普资讯 http://www.cqvip.com

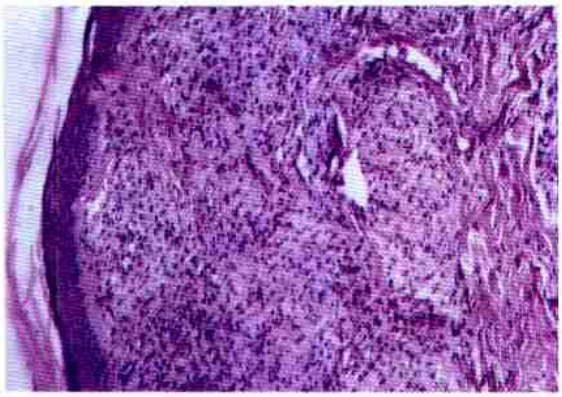


图 1 真皮及皮下组织炎症细胞弥漫浸润,表皮下见无细胞浸润带 (HE×100)

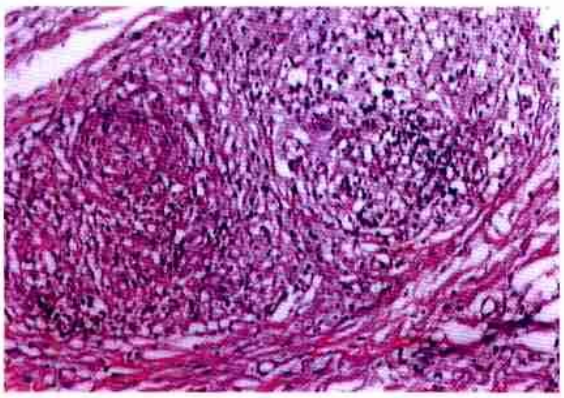


图 2 真皮内肉芽肿形成 (HE×200)

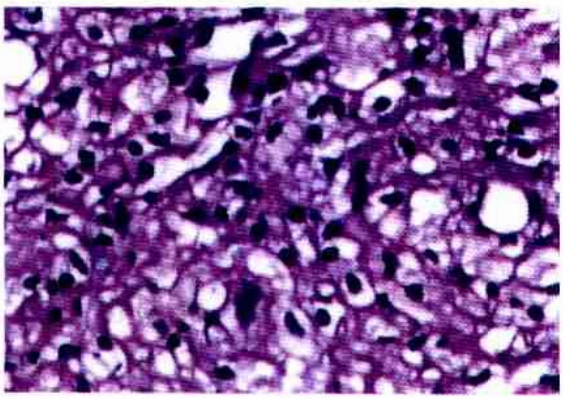


图 3 病灶中大量泡沫细胞(麻风细胞) (HE×400)

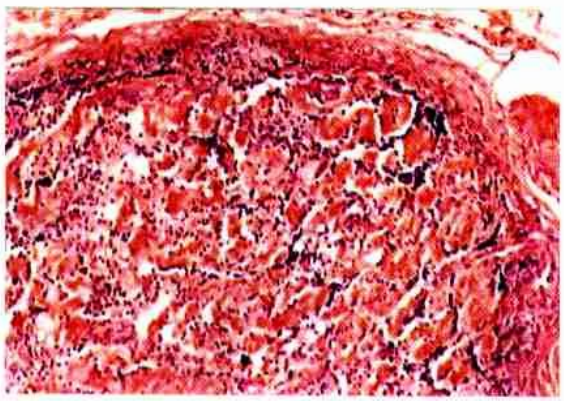


图 4 神经束内炎症细胞浸润伴神经纤维断裂 (HE×200)

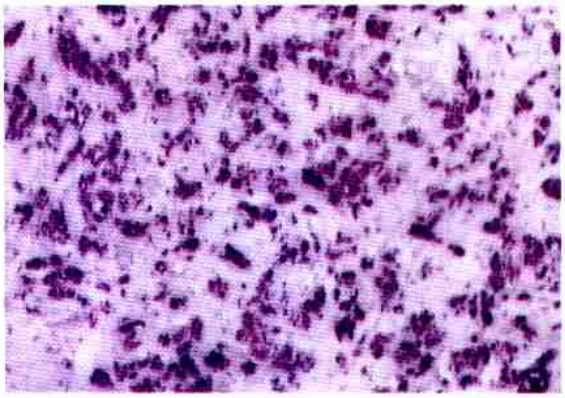


图 5 病灶中大量麻风杆菌存在 (抗酸染色×400)

2.2 临床表现

上述病例 9 人以皮肤红斑丘疹和皮下结节等就诊。其中 2 例伴有肢体感觉麻木。1 例仅因双下肢先后麻木就医。2 例为特殊人群普查发现。临床检查发现 7 例患者除皮肤损害外,伴有神经粗大、反射迟钝和痛觉、触觉、温度觉等不同程度丧失。1 例无神经功能受损表现,3 例未检查神经,1 例在神经内科就诊未检查皮肤。2 例患者出现眉毛脱落,鞍鼻,3 例伴四肢畸形(爪形手,跨弧状行走)。所有患者均分别于病变处(手臂、大腿,颈部、眉弓、耳垂、眼眶等处皮肤及皮下组织和腓浅神经等)取活检,送病理检查。

2.3 病理观察

送检皮肤及皮下组织见多少不等淋巴细胞、单核细胞浸润。部分病例表皮下有明显的无炎细胞浸润带(图 1)。浸润的炎细胞以皮肤附件和神经周围更明显,成团分布伴肉芽肿形成(图 2)。可见泡沫细胞(麻风细胞)成片或在肉芽肿中出现(图 3)。受累神经除炎细胞浸润外,可有神经纤维断裂坏死现象(图 4)。局部胶原纤维红染、排列紊乱,杵状或呈洋葱皮样环绕。12 例组织经抗酸染色均找到多少不等紫红色麻风杆菌(图 5),病理确诊为麻风病。

3 讨 论

麻风病是由麻风杆菌引起的严重危害人体健康的慢性传染病,致残率达 20%到 30%左右。一般认为该病通过长期接触而传染。感染麻风杆菌后多在 2 年至 5 年内发病,也可短至月余或长达十年以上者。

麻风病有一定的流行区域,亚洲国家发病相对较多,发达国家罕见且往往是输入性病例。加拿大有学者报道,多伦多热带病医院 1979 年到 2002 年收治 184 例麻风病,患者主要为菲律宾人(49 例)、

维普资讯 http://www.cqvip.com

印度人(44 例)和越南人(37 例),指出应高度警惕在非流行区(如发达国家)外来人口所出现的皮肤和周围神经病变[2]。我国麻风病发病多集中在云、贵、川,湘等地。重庆周边部分区县也是麻风病中、低流行区。流行病学资料显示,2000 年重庆新增病例 39 人。本文报道病例中,2000 年 3 例,2001 年和 2003 年各 1 例,可见近年来重庆地区发病不可忽视。重庆市涪陵区 48 例麻风病流行病学调查资料[3]和本文资料显示,患者以农民居多,主要分布于重庆周边县区。随着人口流动性增大,上述地区农民大量涌入市区或非流行区的沿海城市,有必要对该病保持高度的警惕性。

麻风杆菌为嗜酸性分支杆菌,侵入人体后,先潜伏于周围神经的鞘膜细胞或组织内巨噬细胞内。人体对其有一定的免疫力,以细胞免疫为主,发病人群由机体免疫力不同分为瘤型、结核样型和可向二者转化的界线类以及早期的未定型等。临床表现为麻木性皮肤损害(斑疹、丘疹,皮下结节等),神经粗大,严重者因神经营养障碍致肢体残缺。部分患者可出现鞍鼻、狮容和器官损害。本文患者临床均有程度不等上述表现。病理特点如本文所见的巨噬细胞吞噬麻风杆菌而形成的泡沫细胞(麻风细胞)和肉芽肿,常累及皮肤附件和皮小神经。结核样型机体抵抗力强,病变以结核结节样肉芽肿为主;瘤型麻风抵抗力弱,肉芽肿由较多麻风细胞构成,且表皮下尚有无炎细胞浸润带。界线类免疫力介于二者之间,具有两种病变特征。未定型麻风为非特异性灶性淋巴细胞浸润。抗酸染色是诊断麻风病的重要指标,但并非均有阳性结果。结核样型和未定型等部分病例因其菌量少等原因其染色可为阴性[4]。对这部分病例应结合病理变化、临床表现和组织液的涂片检查诊断,避免漏诊误诊。复查我科室以往病例,曾有临床诊断麻风病但因病理抗酸阴性,故未能确诊。其中即有可能漏诊(因失访而未纳入本文)。近年有文献报道,可用免疫组化 S-100 蛋白或麻风特异性抗体 PGL-1 及 PCR 技术提高麻风病诊断阳性率和准确性,特别是对抗酸染色阴性病例[5,6]。

因为麻风病临床表现多样,不同类型或同一病人的不同阶段可以出现不同表现,且该病毕竟为少见病种,医生对其认识或警惕性不够等因素,在各级医院被临床或病理误诊漏诊时有发生。本文报道病例中就有被误诊为结节病等。侯玉鸿等[7]分析麻风病漏诊误诊的原因,认为与以下几方面因素有关:1、对麻风病的警惕性不够,指出随着麻风病渐见减少,医务人员对该病概念日趋淡薄,特别是年轻医生。2、对麻风知识缺乏,未掌握诊断要点。3、检查不全面,不仔细。强调对皮肤有红斑等慢性损害者应检查周围神经功能,并应作组织液涂片检查麻风菌和活检进行病理检查和抗酸染色。本文 12 例患者多以皮肤病变就诊,但部分病例未作相应的神经检查;到神经科就诊的患者又未检查皮肤。所有病例均无皮肤组织液涂片资料。所幸的是这些病人均作了活检并经抗酸染色而得以明确诊断。

虽然麻风病为一种古老的疾病,其发病机制仍在探讨之中。对神经损害机制及麻风病易感基因多态性等研究中均涉及到肿瘤坏死因子及免疫相关应答基因等[8]。加拿大有关机构对越南 86 个麻风家庭的 205 个兄弟姐妹进行基因分析显示,染色体 6q25 为麻风敏感基因[9]。另有学者通过人体树突细胞的麻风杆菌抗原检测以及所产生的白介素,干扰素等高表达,认为可由此制得疫苗而预防麻风病的发生[10]。

参 考 文 献

[1] 廖文芳,肖 鹏. 重庆市 2000 年麻风疫情分析[J]. 中国麻风皮肤病杂志,2002;18:190-191.

[2] Kain KC. leprosy in Toronto: an analysis of 184 imported cases[J]. Canadian Medical Association Journal, 2004;170:55-59.

[3] 喻 珊,杨启志. 重庆市涪陵区 48 例麻风病流行病分析[J]. 预防医学情报杂志,2002;28:168-169.

[4] 陈锡唐,刘季和,邱丙森,等,主编. 实用皮肤组织病理学[M]. 第 1 版,广州:广东科技出版社,1994;80-85.

[5] 时 玲,伍友成,杨 为,等. S-100 蛋白染色和免疫酶技术在早期麻风诊断中的作用[J]. 中国麻风皮肤病杂志,2002;18:25-26.

[6] 时 玲,伍友成,杨 为,等. 免疫组织化学和 PCR 在早期麻风诊断中的作用[J]. 中国麻风皮肤病杂志,2002;18:214-216.

[7] 侯玉鸿,王载民,陈家昆. 麻风病误漏诊和诊断过度的可能因素[J]. 中国误诊学杂志,2002;2:1878-1879.

[8] 翁小满,王福生. 与麻风病相关的人体易感基因多态性及研究进展[J]. 中华流行病杂志,2003;24:944-946.

[9] Mira MT, Alcais A, Van Thuc N, et al. Chromosome 6q25 is linked to susceptibility to leprosy in a Vietnamesepopulation [J]. Nature genetics, 2003;33:412-415.

[10] Maeda Y, Gidoh M, Ishii N. Assessment of cell mediated immunogenicity of Mycobacterium leprae-Derivedantigens[J]. Cellular Immunology, 2003;222:69-77.