

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201606013

· 论著 ·

鼻麻风的临床分析

冯燧源, 杨洪斌, 甘卫刚, 杨 靛

(川北医学院附属医院耳鼻咽喉头颈外科, 四川 南充 637000)

摘要: **目的** 通过总结鼻麻风的临床特征,为临床早期诊断和临床治疗提供依据与指导。**方法** 报道一例鼻麻风,结合文献分析其临床特征、诊断和治疗。**结果** 鼻麻风是由麻风分枝杆菌感染鼻黏膜致病,主要病损包括鼻黏膜浸润性增生肥厚、鼻麻风结节占位、鼻部骨质破坏致残致畸、全身片状皮损、周围神经炎等。鼻腔分泌物与组织抗酸染色可查见麻风杆菌及组织病理检查确诊。鼻腔手术加联合化疗可临床治愈。**结论** 鼻麻风是细菌感染性、慢性传染性、肉芽肿性疾病,可引起鼻腔多种症状体征、全身皮损、周围神经损害甚至致残致畸,但早期症状往往不典型,临床易误诊漏诊。早期诊断,手术治疗和联合化疗是临床治疗关键。

关键词: 鼻麻风; 诊断; 治疗

中图分类号: R755; R765.2 文献标识码: A 文章编号: 1007-1520(2016)06-0480-04

Clinical analysis of nasal leprosy

FENG Yi-yuan, YANG Hong-bin, GAN Wei-gang, YANG Liang

(Department of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, Affiliated Hospital of North Sichuan Medical College, Nanchong 637000, China)

Abstract: **Objective** To provide basis and guidance for early clinical diagnosis and treatment by summarizing the clinical features of leprosy. **Methods** One case of nasal leprosy confirmed by pathology and AFB stain was presented. Combined with literatures review, the clinical features, laboratory examination, diagnosis and treatment of this disease were analyzed. **Results** Nasal leprosy was an infectious disease caused by nasal mucosa infection with *Mycobacterium leprae*. Its main lesions included nasal mucosa hypertrophy, nasal leproma, nasal bone destruction and malformation, body skin lesion and peripheral neuritis. The diagnosis was relied on AFB stain and pathology. Clinical cure of this disease could be achieved by nasal surgery combined with chemotherapy. **Conclusions** Nasal leprosy is a bacterium-infected chronic infectious and granulomatous disease with a variety of symptoms and signs involving nasal cavity, body skin, peripheral nerve, even malformation. Misdiagnosis and missed diagnosis of this disease are easy to occur due to its atypical early symptoms and signs. Early diagnosis, nasal surgery combined with chemotherapy are essential for clinical treatment.

Key words: Nasal leprosy; Diagnosis; Treatment

鼻麻风是麻风病在鼻部的一种特殊表现^[1],因麻风病在建国后通过麻风村集中治疗等,我国目前流行趋势已明显下降,麻风病的非流行区,鼻麻风相对罕见,若对鼻麻风缺乏足够认识,临床及病理医生都很容易误诊。鼻麻风需早期诊断、早期治疗,可避免致残致畸,鼻麻风结节手术加联合化疗可临床治愈。我科于2015年收治1例经病理及抗酸染色确诊鼻麻风患者。现分析报道如下。

1 临床资料

患者,女,62岁,因“反复鼻塞伴鼻出血10余年”入院。常表现为右侧鼻塞,鼻腔少许渗血或涕中带血,伴有鼻腔干燥、鼻腔脓痂、嗅觉减退、面部麻木感;无鼻痒、鼻痛、清水样鼻涕、连续性喷嚏、面颊膨隆等。10年前于当地医院诊断为“鼻甲肥大”,并给予“鼻甲部分切除”手术治疗,术后半年症状好转。但近10年来,上述症状反复发作,多次以“慢性鼻炎”药物对症治疗,效果欠佳。既往史:20年前不明原因出现“周围性面瘫”及双示指远端指节畸

作者简介:冯燧源,男,硕士,住院医师。
通信作者:杨洪斌,Email:hongbiny@163.com

形,未特殊诊治。否认传染病史及疫区居住接触史。专科查体见:面部皮肤增厚,结节增生,双唇肥厚闭合不全,眉毛稀疏,双眼睑闭合不全,双侧鼻唇沟变浅,口角流涎,无法鼓腮(图1);鼻腔黏膜充血肥厚,双中鼻道淡红色块状新生物;双手指远端指节萎缩畸形,双下肢、腰背部皮肤淡红色片状皮损,表面粗糙,右肘部皮肤散在无痛性结节,下肢皮肤感觉减退。电子鼻咽镜查见双中鼻道块状新生物,鼻甲黏膜肥厚(图2)。鼻部CT见双上颌窦、筛窦炎症积液、鼻腔鼻窦黏膜增厚,双中鼻道软组织密度肿物(图3)。术前常规血液学常规检查、类风湿因子检查、梅毒抗体等未见异常。术前诊断:①鼻腔肿瘤:性质待定;②慢性鼻窦炎。于局麻下行双侧中鼻道新生物切除及鼻窦开放术,鼻腔肿物病理检查提示:慢性炎症,局部梭形细胞增生(图4);免疫组化及抗酸染色提示梭形细胞为组织细胞,PAS(-),大量抗酸染色阳性分枝杆菌(+++),符合麻风杆菌(图5)。结合患者病史、体征及辅助检查,术后诊断:①鼻麻风结节;②慢性鼻窦炎;③慢性鼻炎;④麻风病。术后给予抗炎止血,鼻腔冲洗等对症治疗,并针对麻风

病给予利福平、氯法齐明和氨苯砜联合化疗6个月。

2 结果

化疗药物治疗结束后复查,患者鼻塞、鼻出血等症状痊愈,双侧鼻腔黏膜光滑,未见新生物(图6),鼻分泌物涂片抗酸染色未查见麻风杆菌。

3 讨论

3.1 特点

鼻麻风是麻风病在鼻部的局部特殊表现,多同时伴有麻风病的全身表现,在麻风病的5级分类法中,鼻麻风几乎都为瘤型麻风。麻风病是由麻风分枝杆菌感染致病,麻风杆菌主要侵犯皮肤、周围神经、呼吸道黏膜、眼睛等。因麻风杆菌扩增缓慢,起病潜伏期长,鼻麻风不具有高传染性,是一种慢性传染性肉芽肿性疾病^[2-3]。其主要传染源为未经治疗的多菌型鼻麻风患者,因大量麻风杆菌可通过破溃的鼻黏膜排出体外,并通过接触飞沫传播^[4]。

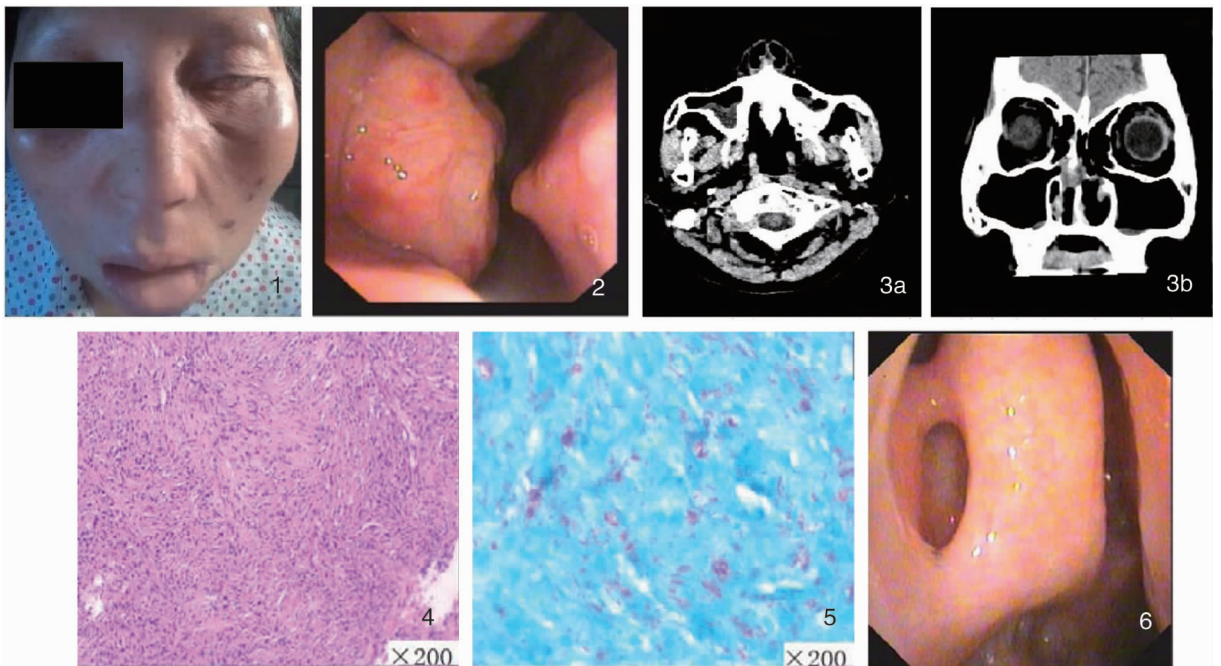


图1 面部体征 图2 右侧鼻腔中鼻道块状淡红色新生物 图3 鼻部CT见双上颌窦、筛窦炎症积液,鼻腔鼻窦黏膜增厚,双中鼻道软组织密度肿物 a:水平位;b:冠状位 图4 病检示慢性炎症,局部梭形细胞增生(抗酸×200) 图5 免疫组化示梭形细胞为组织细胞,PAS(-),抗酸染色见大量阳性分枝杆菌,符合麻风杆菌感染(抗酸×200) 图6 患者术后6个月复查

3.2 临床表现

鼻部症状:以慢性鼻塞为主,可伴有鼻出血、黏脓涕、嗅觉减退等。鼻部体征:早期体征主要为鼻前庭皮肤、鼻黏膜损害,可有鼻前庭鼻毛脱落,鼻腔鼻窦黏膜充血肥厚、结节性浸润;中期体征可有麻风浸润加重,结节占位病变,鼻腔干燥结痂,鼻黏膜溃疡,鼻分泌物含大量活的麻风杆菌^[2];晚期体征主要为鼻部骨质破坏,可有鼻小柱破坏,鼻尖塌陷,鼻中隔穿孔,鞍鼻形成等^[5]。全身表现:皮肤受累可表现为多部位片状皮损,皮下结节,并伴有感觉障碍、闭汗、麻木等;周围神经受累可表现为神经粗大,并伴相应功能障碍,周围性面瘫、手足畸形及运动障碍等;眼睛受累表现为兔眼^[3]。

3.3 实验室检查

鼻分泌物及组织抗酸染色可查见麻风杆菌,为确诊依据。荧光定量 PCR 检测鼻分泌物及组织中麻风杆菌 DNA 可作为诊断和监测麻风的新方法^[6]。组织病理切片可见上皮样细胞或巨噬细胞样肉芽肿等^[7]。免疫血清学检查包括经典的麻风杆菌酚糖脂-1 (PGL-1) 抗体检测、ND-O-BSAK 抗原检测、干扰素- γ (IFN- γ) 的 T 细胞试验等,可提高麻风的初筛及早期诊断率^[8]。鼻部 CT 等影像学检查可见鼻及鼻窦黏膜增厚,软组织密度麻风结节,窦腔液平等,鼻窦病损以上颌窦、筛窦高发,即使部分患者鼻窦 CT 未见明显异常,但鼻窦仍是瘤型麻风组织参与的重要部分^[9]。国际上有学者采用磁共振成像(-RI)、高频超声、计算机断层扫描(CT)等手段检查周围神经的形态学变化,可以克服触摸神经检查粗大的主观性,具有肯定的价值^[10]。

3.4 诊断与鉴别诊断

鼻麻风的诊断需结合鼻部及全身症状体征,鼻分泌物或鼻麻风结节中查见麻风杆菌,上皮样细胞或巨噬细胞样肉芽肿以及特异性免疫标志物。鉴别诊断应与鼻结核、鼻硬结病、鼻梅毒、鼻息肉、鼻腔内翻性乳头状瘤、鼻腔良性软骨瘤、鼻腔纤维血管瘤、突入鼻腔的颅内肿瘤、鼻腔鼻窦间叶组织恶性肿瘤等临床症状相似性疾病鉴别。因症状均无特异性,需结合鼻部影像学检查、病理检查、特殊染色、免疫组化等鉴别^[11]。鼻麻风全身并发症中,麻风性周围性面瘫多起病较慢,常先有面部的感觉障碍,伴有周围神经粗大,下眼睑瘫痪常较上眼睑为重;麻风性周围神经炎相对末梢神经炎,则以出现对称性手套、袜型的障碍,且感觉障碍在先,而后出现运动、营养等障碍,周围神经粗大为其特征性鉴别点;与结缔

组织病或结节性红斑疾病鉴别时除需注意皮肤感觉障碍和毳毛脱落外,主要需参考有无周围神经病变和病理、病原学检查鉴别^[12]。

3.5 鼻麻风防治

局部治疗包括鼻内镜手术切除鼻麻风结节、鼻甲部分切除、鼻窦开放术,整形矫正外鼻畸形及鼻腔骨质缺损。术后鼻腔冲洗作为术后局部治疗重要手段,可以清理鼻内分泌物、促进鼻内创面愈合、抑制局部细菌繁殖,控制炎性渗出,减少复发的目的^[13]。鼻麻风导致的鞍鼻等外鼻畸形、鼻中隔穿孔等,因正常鼻黏膜有限以及鼻黏膜的麻风菌感染,应在麻风静止期行整形手术,早期单纯性鞍鼻可植入自体骨或人工合成材料等,晚期复杂性鞍鼻因外鼻皮肤及鼻骨大部分缺失,可行皮瓣转移法或内嵌植皮假体支撑法^[14]。鼻中隔穿孔可应用人工材料、颞肌筋膜、黏骨膜瓣修补,大穿孔应用鼻底黏膜翻瓣或转移加筛骨垂直板和颞肌筋膜“三明治”式封闭修补^[15]。全身化学防治:预防可以卡介苗作为疫苗,可以提供对麻风病的一定保护作用,治疗以 WHO 推荐方案(利福平、氯法齐明和氨苯砞)6个月的统一联合化疗为主,针对麻风反应首选糖皮质激素治疗^[16]。抗麻风治疗同时需开展麻风畸残防治及康复医疗,达到规范化的麻风防治,鼻麻风需耳鼻喉科医师、皮肤科医师与当地防疫机构共同防治^[17]。

对于鼻麻风的诊治体会,本例鼻麻风患者,同时伴有麻风病的周围性面瘫、指节损害、全身皮损、麻风结节、眼损害典型表现。但既往均未综合考虑为同一疾病不同部位表现,误诊为其他疾病。针对鼻腔占位伴发长期鼻塞、鼻出血、嗅觉减退、面部麻木感等患者,除常规鼻部 CT、组织病理检查外,需结合其他特殊检查如特殊染色等鉴别诊断;鼻麻风患者多伴有鼻窦炎,手术切除中鼻道麻风结节占位的同时需部分切除中鼻甲,病变鼻窦开放引流术,术后长期鼻腔冲洗,通过外科手术结合抗麻风联合化疗最终可获得痊愈^[18]。通过本病案临床分析,提醒首诊医师明白鼻占位性病变特殊感染筛查的必要性,避免漏诊具有鼻部表现的全身性疾病,以期对该病早发现、早诊断、早治疗。

参考文献:

- [1] 黄选兆.实用耳鼻咽喉头颈外科学[M].第2版.北京:人民卫生出版社,2014:1176.

- [2] 姜丽,李玉茹. 全身性疾病的鼻部表现[J]. 哈尔滨医科大学学报,2015,14(1):91-94.
- [3] 张学军. 皮肤性病学[M]. 第8版. 北京:人民卫生出版社,2013:78.
- [4] 潘兴虞. 麻风的传染途径[J]. 中国麻风杂志,1990,6(1):48-50.
- [5] 何瑞康,李福祥. 麻风与眼耳鼻喉畸残(附34例调查报告)[J]. 皮肤病与性病,1995,4(1):50-51.
- [6] 杨荣德,谭福跃,邢燕,等. 实时荧光定量PCR检测石蜡标本中麻风菌DNA[J]. 中国麻风皮肤病杂志,2013,29(7):429-432.
- [7] 时淑舫,刘金香,周晓鸽,等. 麻风病临床及病理特点[J]. 临床和实验医学杂志,2011,10(24):1891-1893.
- [8] Stefani MM. Challenges in the post genomic era for the development of tests for leprosy diagnosis[J]. Rev Soc Bras Med Trop, 2008,41(Suppl 2):89-94.
- [9] Sharma VK, Bapuraj JR, Mann SB, et al. Computed tomographic study of paranasal sinuses in lepromatous leprosy[J]. International journal of leprosy and other mycobacterial diseases, 1998,66(2):201-207.
- [10] Slim FJ, Faber WR, Maas M. The role of radiology innerve function impairment and its musculoskeletal complications in leprosy[J]. Lepr Rev, 2009,80(4):373-387.
- [11] 肖自安,谢鼎华,李友忠,等. 鼻腔鼻窦间叶组织恶性肿瘤[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2006,12(5):346-348.
- [12] 张永华,郑承斌,许伟. 麻风病的误诊与鉴别诊断[J]. 中国误诊学杂志,2001,1(1):57-58.
- [13] 袁峰. 鼻内镜术后鼻腔冲洗疗效观察[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2013,9(2):174-175.
- [14] Antia NH, Pandya NJ. Surgical treatment of the nasal deformities of leprosy: a 16-year review[J]. Plast Reconstr Surg, 1977, 60(5):768-777.
- [15] 黄永久,鲍学礼,孔旭辉,等. 鼻内镜下鼻中隔穿孔修补15例临床分析[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2013,9(4):346-348.
- [16] 潘美儿,王景权,沈建平,等. 麻风病防治研究进展[J]. 中国预防医学杂志,2013,14(5):391-395.
- [17] 严良斌,张国成,李文忠,等. 1989~1998年中国麻风新发患者的畸残状况[J]. 中华皮肤科杂志,2000(33):23-26.
- [18] 崔志春,成雷,孙凤新,等. 鼻窦开放术联合中鼻甲切除术治疗难治性鼻及鼻窦炎[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科,2012,19(6):339-340.

(收稿日期:2016-05-25)

· 消息 ·

《中国耳鼻咽喉颅底外科杂志》实行优质论文网上优先数字出版

为进一步提高期刊学术质量,缩短出刊周期,及时有效地传播优秀学术成果,提高作者学术成果的认可、传播和利用价值,作者可尽快发表成果,争取成果首发权,也为广大学者提供良好的文献查阅条件,我刊已加入“中国知网”学术期刊优先数字出版平台。并于2014年5月开始对优质稿件实行优先数字出版。

优先出版是数字化出版的一种创新与革命,凡已达到本刊正式出版水平的论文,在正式按期次成册印刷出版前,均可在“中国知网”学术期刊以单篇论文为单位、以PDF文档的形式在线优先发表。优先出版通常比印刷出版提前几周或几个月。作者所投本刊论文在通过外审、定稿及编辑加工后,能够第一时间在“中国知网”上发表。

如果作者同意所投本刊的论文于期刊印刷出版前在中国学术期刊(光盘版)电子杂志社主办的“中国知网”上进行优先数字出版,并许可“中国知网”在全球范围内使用该文的信息网络传播权,作者可在本刊远程投稿系统“作者投稿查稿”中下载“中国知网”优先出版授权书,签字后寄回。优先数字出版期刊的名称与印刷版期刊相同,其编辑单位是期刊编辑部。论文的网上优先数字出版由编辑部完成。