

## 湖北地区皮肤型黑热病首例报道

同济医科大学基础医学部寄生虫学教研室

吴少廷 石佑恩 宁长修

我国过去黑热病流行颇为严重,但皮肤型黑热病的发病率很低。在我国黑热病流行的16省(区、市)中,除青海、宁夏、四川、湖北、辽宁、内蒙、山西和北京,共发现106例<sup>[1]</sup>。现将湖北首例报告如下。

### 一、病例介绍

患者,男性,59岁,湖北光化县人。自1959年始出现面部对称性红斑,无发热、疼痛,疑为“红斑性狼疮”。1980年,面部红斑上发生结节,渐播及全身并增大。以后,头、面及四肢部分结节融合成斑块状。但全身无发热及不适,在当地医院诊断为麻风病。1985年病理学检查为多发性皮肤纤维瘤,经青霉素、链霉素、中药等治疗无好转。1986年来协和医院就诊。

检查:患者心、肺正常,肝右肋缘下2cm,脾未触及,肾区无压痛及叩击痛,脊柱正常。皮肤粘膜损害。无毛发脱落,面部、耳廓皮肤有大小不等结节、斑块,有的连成片状呈狮面状(图1),鼻腔、咽部、上腭、舌头有结节,质软,表面光滑无破溃,鼻部无分泌物。头部及四肢遍布结节和斑块。无神经粗大,皮肤感觉正常。颈部、腋下、腹股沟淋巴结肿大,活动、无压痛。阴囊、臀部均有大小不等结节(图2)。颈部手术取结节组织印片,组织切片检查,可见大量杜氏利什曼原虫无鞭毛体(图3、4)。B超检查见肝右肋缘下2cm,无占位性病变,胆囊、脾不大。E-玫瑰花结试验:总T55%,活性39%,IgG23.4g/L,IgA0.96g/L,IgM0.54g/L,C<sub>3</sub>21mg/L,IFA-IgG阳性。既往史:无黑热病(内脏利什曼病)病史。个人史:1948年在光化县参军,曾去山东、朝鲜、东北等地,1951年退伍返乡定居至今未外出。家族中,爱人、5女、1子均健康,无类似病史。

患者1986年住院后,经用10%KI治疗数周后,面部、四肢结节变软、变平,因缺治疗黑热病药物而出院,在当地医院应用甲硝达唑(Metronidazol)治疗3个疗程,疗效尚待进一步观察。

### 二、讨论

黑热病曾是危害我国人民健康最严重的疾病之一,解放初期,每年因患此病死亡人数占流行严重地区人口的40~50%。Cochran(1913)<sup>[2]</sup>、McClelland HWH(1941)<sup>[3]</sup>、贵氏(1959)<sup>[4]</sup>在湖北孝感、天门、安陆、襄阳、光化、枣阳等地查见黑热病病人。胡氏(1958)在襄阳对68例可疑黑热病患者行骨穿,查见利什曼原虫无鞭毛体计15例,检出率达2.08%。同时,在上述各地查见中华白蛉<sup>[2,4]</sup>。后经努力,湖北省已基本消灭该病。而皮肤型黑热病在湖北尚无报告,它主要发生于人源型黑热病流行地区。我国皮肤黑热病有3种类型,①皮肤损害出现在黑热病过程中,占65%。②有黑热病病史。经锑剂治疗后,内脏感染消失,隔一段时间即出现皮肤损害,与印度常见的继黑热病后皮肤利什曼疹相似。③原发性皮肤型黑热病。患者不伴有内脏感染,又无黑热病病史,仅具有皮肤损害症状,其损害部位查见杜氏利什曼原虫,占10%,本文病例属于此。皮肤型黑热病患者由于皮肤内存在大量杜氏利什曼原虫无鞭毛体,媒介白蛉叮刺后很易感染,是黑热病最适宜的传染源<sup>[1]</sup>。如印度每次黑热病流行后,常有不少皮肤型黑热病留在人群中,成为引起再次流行的传染源,因此,医务人员必须彻底检查、治疗病人,警惕黑热病再次流行。

(本文图1~4见第218页)

(本文承蒙杨幼华技师摄制照片,老河口市医院胡永佩医生大力协助,谨此鸣谢)

### 参 考 文 献

1. 王兆俊,等.我国皮肤黑热病综述.中国寄生虫病防治杂志 1988; 1(1):48.
2. 胡昌仁,等.襄阳县黑热病调查初步报告.武汉医药卫生 1958; 1(3):20.
3. McClelland HWH, et al. Notes on an endemic centre of Kala-Azar in the Province of Hupeh, central China, CMJ 1941; 60:87.
4. 贵立奎,等.湖北省黑热病流行情况调查报告.人民保健 1959; 1(1):829.

(1989年1月11日收稿)