

## 误诊为类风湿关节炎的麻风 3 例并文献复习

李懿莎, 罗 卉, 李 莎, 左晓霞

(中南大学湘雅医院, 湖南 长沙 410008)

**[摘要]** **目的** 提高对有关节症状或类风湿因子(RF)阳性的麻风病的认识。**方法** 回顾性分析 3 例误诊为类风湿关节炎的麻风患者的临床表现、实验室检查与影像学资料, 并复习相关文献。**结果** 3 例患者中, 2 例男性, 1 例女性; 2 例有关节症状, 2 例 RF 阳性, 3 例血沉、C 反应蛋白等炎性指标增高; 误诊为类风湿关节炎的时间长达 3~5 年。**结论** 对于合并皮肤、周围神经等系统损害的关节病变或 RF 阳性患者, 应提高对麻风的警惕性, 避免误诊、误治。

**[关键词]** 麻风; 类风湿关节炎; 误诊; 传染病; 丙类传染病

**[中图分类号]** R755 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1671-9638(2011)02-0113-03

## Leprosy misdiagnosed as rheumatoid arthritis: 3 case reports and review of the literature

LI Yi-sha, LUO Hui, LI Sha, ZUO Xiao-xia (Xiangya Hospital, Central South University, Changsha 410008, China)

**[Abstract]** **Objective** To emphasize the recognition of leprosy with joint symptoms or positive rheumatoid factor (RF). **Methods** Clinical manifestations, laboratory results and image information of 3 cases of leprosy misdiagnosed as rheumatoid arthritis were analysed retrospectively, and the related literatures were reviewed. **Results** Among 3 patients, 2 were male and 1 was female; 2 patients showed joint symptoms, 2 were with positive RF, and 3 with increased levels of erythrocyte sedimentation rate and C-reactive protein; these patients were all misdiagnosed as rheumatoid arthritis for 3-5 years. **Conclusion** The possibility of leprosy should be considered when patients are with joint symptoms or positive RF complicated with skin lesions and peripheral neuropathy.

**[Key words]** leprosy; rheumatoid arthritis; misdiagnosis; infectious diseases; class C infectious disease

[Chin Infect Control, 2011, 10(2): 113-115]

麻风(leprosy)是一种慢性传染病, 目前临床少见, 该病可累及多个器官、系统, 临床表现复杂多变, 极易误诊。当前发现麻风患者的主要方式是通过皮肤科门诊, 但患者亦可由于神经病变、关节病变等而就诊于其他科室, 因此提高临床医生对麻风的认识有助于减少误诊, 使患者得到早期、正确的治疗, 降低致残率。现将 3 例误诊为类风湿关节炎(rheumatoid arthritis, RA)的麻风病例资料总结如下。

### 1 临床资料

患者 1, 男, 68 岁, 教师, 湖南省祁阳县人。因浮肿 3 年, 双足皮肤溃疡 10 个月, 皮肤色素加深 8 个

月入院。患者于 2004 年出现颜面部及四肢浮肿, 伴双足麻木、感觉减退, 查类风湿因子(rheumatoid factor, RF)阳性, 多次在外院诊断为 RA, 予以“强的松”、“甲氨蝶呤”治疗后病情反复。2006 年 12 月, 双足内侧出现水泡, 左足破溃后自行好转, 右足破溃后一直未愈。2007 年 2 月, 出现全身皮肤色素加深, 尤以双足、双小腿明显, 伴全身皮肤瘙痒。家族史中, 其弟有麻风病史。体查: 全身皮肤色素加深, 以双小腿、双足明显; 双下肢可见多处破损, 已结痂, 右足内侧可见一溃疡(3 cm×2 cm), 基底可见新生肉芽组织; 眉毛稀疏; 双腓神经粗大; 双膝以下呈凹陷性水肿, 双小腿感觉减退, 双踝以上 10 cm 内

[收稿日期] 2010-12-14

[作者简介] 李懿莎(1977-), 女(汉族), 湖南省长沙市人, 主治医师, 主要从事风湿病诊治研究。

[通讯作者] 左晓霞 E-mail: susanzuo@hotmail.com

感觉丧失。实验室检查结果见表 1；皮肤活检：瘤型麻风；特殊染色：抗酸（++）。诊断“瘤型麻风”，转至当地疾病预防控制中心治疗。

患者 2，女，42 岁，农民，江西省铜鼓县人。因关节痛 5 年入院。患者于 2002 年出现双手小关节、腕关节肿痛，伴晨僵、口干、双下肢麻木、面部及四肢红斑，多次在外院诊断为 RA。体查：眉毛脱落；双侧尺神经肿大，双手呈爪型手，双侧掌指关节与指间关节肿胀、畸形，双腕关节屈曲受限；双踝关节肿胀、压痛；双足趾末端溃疡，右足底溃烂，表面有渗出。家族史中，其爷爷有类似病史，患者与之有密切接触史。实验室检查见表 1；双手正位片：双手掌、指骨未见明显骨性破坏；神经肌电图：神经源性改变，间有肌源性肌电特征；皮肤活检：麻风；特殊染色：抗酸（++）。诊断“麻风”，转至省疾病预防控制中心皮

麻科治疗。

患者 3，男，49 岁，农民，湖南省衡阳县人。因四肢麻木 8 年，皮肤溃疡 6 年，关节畸形 3 年入院。患者于 1997 年开始出现四肢麻木，麻木平面逐年上移。1999 年双手及双足反复出现水泡，破溃后形成皮肤溃疡。2002 年关节畸形、僵硬，多次在外院诊断为 RA。家族史无特殊。体查：眉毛脱落；双侧尺神经肿大；双手、双足、双小腿可见多处大小不等的皮肤溃疡，左手及双足皮肤变硬；左手近端指间关节屈曲畸形，活动受限，左小指末端指节及双足拇趾末端指节萎缩；右足足下垂，双手及双膝以下感觉减退。实验室检查见表 1；双手正位片：未见骨质破坏；神经肌电图：周围神经病变（运动及感觉），肌源性损害。临床诊断“结核样麻风”，转至当地疾病预防控制中心治疗。

表 1 3 例麻风患者的实验室检查结果

Table 1 Laboratory results of 3 cases of leprosy

患者编号	RF(IU/mL)	抗 CCP	CRP(mg/L)	ESR(mm/h)	ANA	ENA	ANCA
1	252	阴性	10.3	60	阴性	阴性	阴性
2	757	阴性	19.0	57	1:80 颗粒型	SSA 阳性	阴性
3	阴性	阴性	37.8	52	阴性	阴性	阴性

抗 CCP:抗环瓜氨酸肽抗体;CRP:C 反应蛋白;ESR:血沉;ANA:抗核抗体;ENA:抗可提取性核抗原抗体谱;ANCA:抗中性粒细胞胞浆抗体

## 2 讨论

麻风是一种慢性肉芽肿性感染，属于丙类传染病，其致病菌麻风分枝杆菌于 1873 年由 Hansensh 首次报道，是一种革兰阳性、抗酸染色阳性的专性胞内寄生菌。在 20 世纪 90 年代，世界卫生大会提出在 2000 年基本消灭麻风这一公共卫生问题的目标，我国经过积极防治，目前总体处于低流行水平，2009 年和 2010 年全国传染病报告麻风病例分别为 424 例和 381 例。

麻风可累及多脏器、多系统，以皮肤和神经系统表现为主，其次为肌肉、骨骼系统受累，后者虽然发生率高，但由于麻风在非流行区属于少见病，临床医生对其认识不够，容易误诊为关节炎<sup>[1-3]</sup>。少数有关节炎症状的麻风患者甚至没有皮肤病变<sup>[4]</sup>，诊断难度大。根据 Ridley-Jopling 分型系统，麻风分为 5 型：(1)结核样型；(2)界线类偏结核样型；(3)中间界线类；(4)界线类偏瘤型；(5)瘤型。不同类型的麻风患者皮肤病变有所不同，包括斑疹、斑块、色素减低、红斑、溃疡、毛发脱落等。神经病变主要累及周围神

经干和皮肤神经；前者包括耳大神经、尺神经、正中神经、腓总神经和后胫神经，表现为肿大、压痛、感觉和运动丧失；小的皮肤感觉神经和自主神经受累表现为感觉减退、无汗、手套-袜套样感觉丧失<sup>[5]</sup>。Chauhan 等<sup>[6]</sup>将麻风的关节病变分为 Charcot 关节、脓毒性关节炎、麻风反应相关的急性多关节炎和慢性关节炎 4 型。本文报道的 3 例患者误诊时间长达 3~5 年，均有皮肤病变、毛发脱落、感觉障碍、周围神经肿大，2 例有关节症状，2 例 RF 阳性，3 例 ESR、CRP 等炎性指标增高，但抗 CCP 抗体均为阴性。麻风可出现 RF 阳性<sup>[7]</sup>，部分患者的关节 X 线片可出现与 RA 类似的骨质侵蚀<sup>[8]</sup>，但抗 CCP 抗体通常为阴性。临床医生在接诊此类患者时，不应局限于患者主诉的关节症状，而要进行全面体格检查，详细询问患者家族史和主要活动地区的流行病史，对皮肤、周围神经等系统病变综合考虑，提高对麻风的警惕性，积极完善相关的检查，避免误诊、误治<sup>[9-15]</sup>。另一方面，RF 阳性并非诊断 RA 的唯一标准，除 RA 外，RF 阳性还可见于干燥综合征、系统性红斑狼疮、感染（如乙型肝炎、亚急性细菌性心内膜炎和麻风）等多种情况。如果患者有以下 3 个主

征中的 1 个或 1 个以上,即考虑疑似麻风,同时须结合流行病学综合判断:(1)皮损伴有确定的感觉丧失;(2)周围神经粗大伴相应功能障碍;(3)皮肤涂片和/或组织活检发现抗酸杆菌。皮肤涂片是为了检测真皮内抗酸杆菌,其特异性高,但敏感性低,约为 30%。如果能进行组织学诊断,可作为金标准。麻风的一线治疗药物为利福平、氯法齐明和氨苯砜。当关节炎与麻风反应相关时,需要使用肾上腺皮质激素。

#### [参考文献]

- [1] 朱武通. 麻风病误诊为多发性周围神经炎/关节炎 2 例[J]. 中国麻风皮肤病杂志, 2003, 19(2): 183.
- [2] 张国强, 姬登高, 朱建刚. 界线类结核样型麻风误诊为风湿性关节炎 1 例[J]. 中国麻风皮肤病杂志, 2010, 26(3): 224.
- [3] 余德厚, 何勤, 蒋燕萍, 等. II 型麻风反应 2 例误诊分析[J]. 中国皮肤性病杂志, 2006, 20(12): 765 - 766.
- [4] Haroon N, Agarwal V, Aggarwal A, *et al.* Arthritis as presenting manifestation of pure neuritic leprosy—a rheumatologist's dilemma[J]. *Rheumatology (Oxford)*, 2007, 46(4): 653 - 656.
- [5] Britton W J, Lockwood D N. Leprosy[J]. *Lancet*, 2004, 363

(9416): 1209 - 1219.

- [6] Chauhan S, Wakhlu A, Agarwal V. Arthritis in leprosy[J]. *Rheumatology (Oxford)*, 2010, 49(12): 2237 - 2242.
- [7] Chakraborty P, Bhattacharya S, Chakraborty M, *et al.* Serodiagnosis and immune profile in rheumatoid arthritis[J]. *J Indian Med Assoc*, 1997, 95(11): 586 - 588.
- [8] Atkin S L, el-Ghobarey A, Kamel M, *et al.* Clinical and laboratory studies of arthritis in leprosy [J]. *Brnj*, 1989, 298 (6685): 1423 - 1425.
- [9] 黄鹤卿, 张胜利, 李忆农. 表现为结节性红斑的瘤型麻风病一例[J]. 中华风湿病学杂志, 2010, 14(1): 68.
- [10] 张嫦娥, 马树斌, 李文竹. 结核样型麻风误诊为末梢神经炎 1 例[J]. 中国麻风皮肤病杂志, 2009, 25(5): 394.
- [11] 武文斌, 郑代南, 黄超芬. 34 例新发现麻风病人误诊分析[J]. 海峡预防医学杂志, 2009, 15(4): 83 - 85.
- [12] 沈斌, 吴黎明, 陈淘礼, 等. II 型麻风反应误诊误治 1 例[J]. 中国皮肤性病杂志, 2009, 23(10): 681 - 682.
- [13] 陈集敏, 梁伶, 曹存巍, 等. 瘤型麻风伴 II 型麻风反应误诊为脂膜炎 1 例[J]. 中国皮肤性病杂志, 2009, 23(7): 452 - 453.
- [14] 陈静, 李干群, 黄进华, 等. 瘤型麻风误诊为变应性皮肤血管炎 1 例[J]. 中国皮肤性病杂志, 2003, 17(4): 282.
- [15] 侯玉鸿, 王载明, 陈家琨. 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(12): 1878 - 1879.

(上接第 119 页)

病死率,多数临床医生赞同通过综合分析患者临床、影像学表现及实验室检测结果,对高度可疑真菌感染患者给予抢先治疗,有可能避免延误治疗而降低病死率,但因该方案并非以组织病理学检查为诊断依据,所以不可避免存在一定的盲目性<sup>[10]</sup>。通过短期动态观察治疗过程中胸部影像学变化,可以为“抢先治疗方案”提供有价值的参考依据,减少治疗盲目性,避免过度治疗。

总之,在活体追踪观察肺部感染性病变的病理形态学变化及转归方面,影像学检查有着不可替代的优势。在疾病的治疗过程中,运用影像学方法追踪观察肺部病变的动态改变,不仅能客观评价治疗效果,而且还可以对可能存在的肺假丝酵母菌属感染作出具有前瞻价值的诊断提示,有助于提示临床医生及时更改治疗方案,改善患者的预后。

#### [参考文献]

- [1] Loeffler J, Stevens D A. Antifungal drug resistance[J]. *Clin*

*Infect Dis*, 2003, 36(Suppl 1): S31 - S41.

- [2] 戴自英. 实用内科学[M]. 9 版. 北京: 人民卫生出版社, 1993: 885 - 886.
- [3] Shelton B K. Opportunistic fungal infections in the critically ill [J]. *Crit Care Nurs Clin North Am*, 2000, 12(3): 323 - 340.
- [4] Greer N D. Voriconazole: the newest triazole antifungal agent [J]. *Proc(Bayl Univ Med Cent)*, 2003, 16(2): 241 - 248.
- [5] 杜斌, 张海涛, 陈德昌, 等. 3447 例尸检病例的深部真菌感染分析[J]. 中华医学杂志, 1996, 76(5): 352 - 354.
- [6] Reittner P, Ward S, Heyneman L, *et al.* Pneumonia: high-resolution CT findings in 114 patients[J]. *Eur Radiol*, 2003, 13(3): 515 - 521.
- [7] 谢丽璇, 刘士远, 陈友三, 等. 兔肺白念珠菌病急性期 CT 表现分型的初步研究[J]. 医学影像学杂志, 2009, 19(2): 226 - 229.
- [8] 何卫, 向子云, 李爱华, 等. 老年人肺念珠菌病胸部 X 线表现 [J]. 中国现代医学杂志, 2005, 15(13): 2005 - 2007.
- [9] 解卫平, 殷凯生. 肺念珠菌感染的诊断和治疗[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2006, 29(5): 293 - 294.
- [10] 缪竞智. 老年人肺部真菌感染的诊断与治疗[J]. 中华老年医学杂志, 2005, 24(5): 329 - 331.