



监测和控制溃疡分枝杆菌病（布鲁里溃疡）

秘书处的报告

1. 布鲁里溃疡是一种由溃疡分枝杆菌引起的破坏皮肤的疾病，溃疡分枝杆菌是一种属于与引起结核和麻风病病菌同一家族的病原菌。但是与这些疾病不同的是，布鲁里溃疡是 80 年代迅速出现的一种人们了解甚浅的疾病。这种病原具有独特特点，它的确切传播模式尚不可知。缺乏快速诊断检测，监测和报告不足，抗生素几乎对它没有效果。尽管布鲁里溃疡的死亡率很低，但是它经常造成残疾，而且在大多数严重感染地区，治疗和康复费用非常昂贵。尽管存在着这些障碍，但是在这方面正在取得扎实的进展。

2. 1998 年初，世界卫生组织发起了全球布鲁里溃疡行动，通过共同的目标、技术战略和共同的行动准则团结各方合作伙伴，对该病的日益扩散和影响作出了反应。在一个专家工作组的支持下，这项行动吸收了全球的专门技术并领导了资源的筹集工作。也是在 1998 年，世界卫生组织在科特迪瓦组织了首届布鲁里溃疡控制和研究国际会议。产生的亚穆苏克罗布鲁里溃疡宣言把人们的注意力引向该病作为一个新的公共卫生问题的严重性，并对其很多缺乏了解的特点表示担忧。与会代表认识到多学科研究的价值，保证作出一切努力进行监测，为早期治疗提供便利条件，并强调伙伴关系和卫生系统发展的必要性。

公共卫生意义

3. 布鲁里溃疡在热带和亚热带地区很普遍。在非洲、亚洲、拉丁美洲、西太平洋及澳洲的 30 多个国家中发现了病例，但是西非是迄今为止最严重的感染地区，每年报告的病例达数千。在一些非洲国家，布鲁里溃疡已成为仅次于结核的第二个最普遍的分枝杆菌疾病。在科特迪瓦，自 1978 年以来记录的该病大约为 17000 例，在一些村庄多达 16% 的人口受到感染；贝宁自 1989 年以来记录了 5700 例病例；1999 年在加纳进行的一项全国调查发现发现了 6000 例，在此之后记录了约 2800 例新病例。在喀麦隆，最后一次报告是

1977年，当时描述在 Ayos 和阿科诺林加区有 47 例。自那时以来未报告关于该病的新情况，因而假定布鲁里溃疡已从喀麦隆消失。在 24 年以后，即 2001 年 8 月，在这些相同地区开展的调查查明共发生 428 例。在 2002 年和 2003 年，在这两个地区记录了 354 例新病例。在北美和欧洲的非流行地区报告了少数病例，这是由于国际旅行所致。缺乏对布鲁里溃疡的了解经常导致对这些病例的诊断和治疗方面的重大延误。

4. 该病最经常发生在边远农村地区的贫困人口中。感染人群中的大约 70% 是 15 岁以下的儿童。病例经常发生在诸如河流、湖泊和沼泽等靠近水体的地理集中点。尽管尚不知确切的传播方式，最近的发现表明一些水生昆虫在传播周期中发挥了作用。没有迹象表明人与人之间的传播。迄今确定的危险因素包括居住地靠近疾病流行的集中点，到该病流行地区旅行，经常接触被感染的水环境，以及皮肤的局部损伤。

5. 监测不力和总体报告可能不充分，非常有可能使病例数远远超过报告的数字，而且它们的地理分布比报告的更广泛。卫生工作人员缺乏该病的知识造成对病例缺乏认识和报告不足。此外，围绕该病蒙受的耻辱和有关该病可能没有医学原因的文化信仰使人们保持沉默、掩盖和不愿就医。

6. 该病开始时出现一个无疼痛感的节结。在早期发现时，简单的手术切除节结即可治愈，如果不予治疗，该病将进而发展，造成大面积皮肤毁坏，有时毁坏骨骼、乳房、眼睛和生殖器，估计将近 25% 的病例造成永久性残疾。溃疡分枝杆菌在分枝杆菌中有一点是独特的，即当它们增殖时，细菌分泌一种使组织坏死的毒素，它能够摧毁组织和抑制免疫系统¹。由于对免疫系统的抑制，该病一般在发展时不发出任何例如发烧或疼痛的警示信号，这种情况可能也有助于解释为什么感染者在具有很高的治愈时机时不能寻求早期治疗。

7. 皮肤损伤最经常典型地发生在四肢，而不是躯干上。皮肤和骨骼损伤的地点和程度可能限制肢体运动，对每天的活动造成障碍，或导致其它更严重的长期残疾。即便是皮肤损伤痊愈之时，疤痕也可长期限制肢体活动。

治疗的组成部分

8. 早期发现和治疗是世界卫生组织控制战略的基础，其目的是减少由该病产生的痛苦、残疾和社会经济损失。其它组成部分包括培训卫生工作人员改进诊断、治疗和报告，以及在感染社区开展强大的公众宣传教育运动，以减少耻辱感并鼓励早期与卫生服务机

¹ 还见第 16 段。

构联系。对该病进行控制还要求提供外科设备、药品和病人基本保健的医疗用品，以及为预防或管理残疾的康复干预措施。此外，如亚穆苏克罗宣言所提及，加强该病的控制要求向基层提供外科设施以治疗结节和早期的溃疡病。所有这些活动均需加强。

9. 诊断主要依靠临床症状评估。目前没有为现场使用的简易诊断测试。耐酸菌可通过使用齐一尼染剂进行涂片试验暴露于坏死的溃疡基部，但是可进行更为复杂程序例如培养溃疡分枝杆菌、聚合酶链反应测试和组织病理学而装备的实验室通常建立在远离感染地区的三级中心和研究中心。

10. 抗菌素的潜在治疗价值正处于初期研究阶段。目前，治疗依赖外科手术，通常涉及广泛的切除和皮肤移植。为了拯救生命，严重病例必须切除肢体。手术治疗结节和早期溃疡病的花费约为 20 美元至 30 美元，只需要短期住院。然而，绝大多数病例确诊太晚以致不能进行简单治愈，需要长期住院，平均住院在 3 个月以上，这种情况造成特别高的治疗费用并严重地中断儿童的学业和成人的工作。据估计，晚期病人的平均治疗费用在科特迪瓦为 1200 美元，加纳为 780 美元和多哥为 962 美元。除了住院治疗的费用外，2003 年加纳受影响家庭发生的平均费用和产出损失从节结患者为 34 美元到大面积溃疡患者为 312 美元不等。

11. 对于大多数病例来说，预防或尽量减少挛缩和残疾需要基本的物理疗法，包括通过锻炼和活动，充分调换位置和尽早活动，这些活动内容可传授给家庭并在家中。对包括截肢在内的已形成的残疾也必须采取康复干预措施。

12. 获得包括术前和术后的这些干预措施以及适当水平的外科技术在大多数该病流行地区都是有限的。此外，有效的治疗完全取决于是否具有病床，而这在农村地区极为缺乏。手术治疗后的复发率为 16% 至 28%，这取决于疾病诊断时的阶段和医生的经验。

13. 婴儿期接种一剂卡介苗疫苗能够产生保护性免疫，其有效性可维持 6 个月，或延迟损害的发生。此外，最近的证据表明，卡介苗可能对预防传播性溃疡分枝杆菌病，包括骨骼感染产生一些保护作用。

最近的进展

14. 对该病的认识有所提高，该病流行国的承诺导致在手术设施和实验室方面作出了一些改进。在一些地区，监测工作利用为麦地那龙线虫病根除所建立的系统，该系统依赖经培训的村庄工作人员发现早期病例。在另一项措施中，正在将帮助减少与麻风病有关的耻辱感的健康教育战略应用于布鲁里溃疡，以期改变态度并鼓励病人尽早就医。

15. 世界卫生组织已对择定国家的疾病负担进行了评估，并向形势最严重的一些国家提供了技术和财政支持，这些国家包括贝宁、布基纳法索、喀麦隆、刚果、科特迪瓦、刚果民主共和国、加蓬、加纳、几内亚、马拉维、巴布亚新几内亚、多哥和乌干达，以加强国家规划和培训地方人员。鉴于迫切需要改进治疗技术，在 2002 和 2003 年期间举办了标准化程序国际讲习班，培训讲英语和法语的外科医生，他们将继而把这些技术传授给他们的同道和全科医生。为了帮助在布鲁里溃疡流行的国家中提高认识，世界卫生组织散发了第一批针对区县和村庄级社区工作人员的英文和法文宣传传单，以及针对最易感染儿童的连环画册。发布了标准化病例定义及病人监测和临床管理表格，同时还有带插图的标准诊断、管理和病人转诊逐步指南。

16. 鉴于急需深化知识和获得新的治疗手段，全球布鲁里溃疡行动的研究部分具有特别的重要性。1998 年建立的布鲁里溃疡特设咨询小组每年召开一次会议审议控制情况，并就强化控制活动和加速优先重点研究的方法向世界卫生组织提出建议。溃疡分枝杆菌基因组定序项目预定于 2004 年中完成。该项目已揭示生成 mycolactone 即溃疡分枝杆菌多聚乙酰毒素的基因蓝图。诸如这样的发现正向全世界调查研究人员提供对病原体至关重要的深刻了解，并且正在提供丰富的资源加快确定治疗和诊断战略。正在鼓励开展关于确定重点方面的研究，建议的实施预计将引进新的研究人员和新的思想。

17. 目前有 40 多个非政府组织、研究机构和基金会正在参加全球布鲁里溃疡行动。与非洲区域办事处合作，2002 年召开了一系列规划管理人员和其它国家专家的年度会议。第一次会议上制定和通过的一项全非洲控制框架随后得到详细阐述并制定了每个国家的战略计划。然而，布鲁里溃疡仍是一个不受重视的疾病，因而在所有各级必须做大量工作改进控制的前景。

18. 在执行委员会第 113 届会议上，委员们对于一种对贫穷社区产生如此严重社会和经济影响的疾病控制不足表达了关切。特别是，委员们要求世界卫生组织探讨通过热带病研究和培训特别规划协调和支持关于布鲁里溃疡的研究。执委会通过了 EB113.R1 号决议。

卫生大会的行动

19. 请卫生大会审议 EB113.R1 号决议中包含的决议草案。

= = =