鼻疽

鼻疽属于人兽共患病，其病原体是不运动的革兰阴性鼻疽假单胞菌。人对鼻疽十分易感，主要是接触感染动物引起。其症状是在鼻腔、喉头、气管黏膜或皮肤形成特异的鼻疽结节、溃疡或瘢痕，在肺脏、淋巴结或其他实质性器官产生鼻疽结节。可通过病原学及血清学方法进行诊断。

病因

鼻疽杆菌为革兰阴性杆菌，平均长度2～5um，宽度0.5～1.0um，不形成芽胞及荚膜，无鞭毛，不能运动，生化反应不活泼。鼻疽杆菌有两种抗原，一种为特异性抗原，另一种为与类鼻疽杆菌的共同交叉反应抗原。其内毒素有一种引起变态反应的蛋白质，名为鼻疽菌素。

单蹄类家畜是保存本菌的宿主。鼻疽病马的鼻液及溃疡分泌物中，含有大量的鼻疽杆菌。可以通过消化道、损伤的皮肤和黏膜感染，还可以通过气溶胶经呼吸道感染。

## 临床表现

潜伏期不定，平均为4天，一般为数小时至3周，部分携菌者可潜伏数月甚至几年。临床上可有急性和慢性两种类型。

1.急性型

起病急骤，病初表现体温升高，呈不规则热（39～41℃）、颌下淋巴结肿大。据临诊症状分为皮肤鼻疽、鼻腔鼻疽、肺鼻疽。

（1）皮肤鼻疽 并发部位在四肢、胸侧和腹下等处。出现急性蜂窝织炎，局部肿胀，继则坏死及溃破排出脓汁，形成边缘不整、喷火口状的溃疡，并覆有灰黄色的渗出物。皮肤附近淋巴结肿大，结节性脓肿可沿淋巴管附近组织蔓延，脓肿溃破后排出红色或灰白色脓液，难以愈合，可形成瘘管。

（2）鼻腔鼻疽 如致病菌侵入上呼吸道，可引起鼻腔鼻疽，出现蜂窝织炎，鼻腔黏膜上有小米粒至高梁粒大小结节，鼻腔、口腔黏膜溃疡及坏死，鼻中隔穿孔，腭和咽部亦有溃疡形成，可见一侧或两侧鼻孔流出浆液、黏液性脓性分泌物。

（3）肺鼻疽 致病菌亦可侵犯下呼吸道，出现肺鼻疽，患者有胸痛、干咳，肺部可出现半浊音、浊音和不同程度的呼吸困难。

急性发病患者还可出现全身不适、头痛、发冷、周身酸痛、食欲缺乏、呕吐、腹泻及脾肿大等。患者常极度衰竭，临床上酷似伤寒或播散性结核。如细菌进入血液，可产生菌血症和脓毒血症引起循环衰竭而死亡。

2.慢性型

临床症状不明显，仅有低热或长期不规则发热、出汗及四肢、关节酸痛。皮肤症状与急性期相似。血液系统、关节、骨髓、肝、脾、肺、眼和中枢神经系统均可累及。病情发展缓慢，时好时发，携菌者可常年带菌。患者渐见赢瘦，呈恶病质状，自行痊愈，但常因逐渐衰竭或突然恶化而死亡。

## 检查

1.脓液或分泌物涂片检查

去皮肤脓液或者鼻腔分泌物涂片后作亚甲蓝、吉姆萨、瑞特等染色，可见两极浓染的杆菌，但类鼻疽伯克霍尔德菌染色也呈阳性，故此方法无法鉴别鼻疽伯克霍尔德菌与类鼻疽伯克霍尔德菌。

2.接种培养检查

将病菌接种于豚鼠，待豚鼠病发死亡，取脓汁作细菌培养分离检查，可获得阳性结果。血液培养：伴有败血症者，可获阳性结果，一般患者阳性率不高。

3.皮内试验

将鼻疽菌素作1∶1000稀释后，取0.1ml注入前臂皮内，经24～48小时，于局部出现红肿现象为阳性反应，常在病程4周内呈阳性反应，可持续数年。

4.免疫学检查

血清可作血凝及补体结合试验，血凝试验敏感性较高，效价在1∶640以上才有诊断价值，补体结合试验特异性较强，但操作麻烦，效价>1∶20才有参考意义。目前较为简便的固相补体结合试验已用于检查，对照孔与试验孔溶血环直径差在6mm以上者，判为阳性。

5.影像学检查

急性肺部感染，胸部X片或CT检查可见大叶性肺炎或局限性密度增高影。

6.其他

近来应用新的鼻疽检验方法，如间接乳胶凝集试验、对流免疫电泳试验、斑点酶联免疫吸附试验、单扩散溶血试验、荧光抗体试验和基因探针法等，但国内尚未广泛应用。

## 诊断

鼻疽的临床表现较复杂，常不易诊断，有与患病的马类接触或实验室中曾处理过致病菌等流行病学史，分泌物，穿刺液及血液培养，血清学检查（血凝及固相补体结合试验），鼻疽菌素皮内试验，感染物豚鼠接种等检查，均有助于本病的诊断。

## 治疗

1.一般治疗

患者须隔离，分泌物、排泄物及换药的敷料纱布等均应彻底消毒。脓肿必须切开引流，但要小心谨慎，以免感染扩散。对病变严重的组织可考虑手术切除。

2.药物治疗

过去多采用磺胺类和氨基糖苷类抗生素治疗人类鼻疽。常用药物有链霉素、庆大霉素、土霉素、四环素、磺胺类药物。多采用肌肉注射和静脉注射的方法。一般采用链霉素或庆大霉素，与磺胺嘧啶或四环素类联合应用，直至症状消失。此外，环丙沙星、氧氟沙星等喹诺酮类、头孢他啶和亚胺培南等均对鼻疽杆菌有较强的抑菌作用，因此选用喹诺酮类或第三代头孢菌素类抗菌药物治疗也会有效。