

## 病例报告和回顾

# 杆菌性血管瘤病：HAART时代的一种罕见疾病

**Minassie Teklegiorgis Assefa**

埃塞俄比亚默克萊默克萊大学艾德转诊医院。

Minassie24t@gmail.com

**利益冲突：**无

**关键词：**杆菌性血管瘤病、巴尔通体、艾滋病毒。

### 摘要

杆菌性血管瘤病 (BA) 是一种罕见疾病，常见于免疫力低下的患者，包括 CD4<sup>+</sup> 淋巴细胞计数小于 100 个细胞/立方厘米的艾滋病患者。BA 病变通常出现在皮肤、肝脏、脾脏、骨骼和淋巴结中，很少见于呼吸道、消化道和大脑中。皮肤病变可表现为浅表性血管瘤状丘疹和结节、紫色苔藓样斑块或深层皮下结节。

一名来自亚的斯亚贝巴的 35 岁男性士兵，已知感染了艾滋病毒，因临床疑似患有恶性皮肤肿瘤而转诊。皮肤活检结果提示存在血管瘤发炎。体检时，患者身体存在多处红斑丘疹、溃疡结节和斑块，轻微外伤很容易导致出血。皮肤病变最初出现在患者的双腿和左臀部，后来累及右臂和脸部。经另一位病理学家反复进行组织病理学评估，提示确诊为 BA。因此，该患者接受了为期 3 个月的多西环素治疗，每日给药两次，一次100 毫克，病情明显好转。

在逆转录病毒疗法的时代，BA 已成为一种很容易被忽视或误诊的罕见疾病。因此，医疗专业人员在诊断这种疾病时需要高度的临床怀疑，尤其是在没有确诊能力的环境中。据我们所知，这是埃塞俄比亚报告的第二例 BA 病例，也是报告的首例成年患者病例。



图 1 右臂出现红斑。



图 2 臀部（活检部位）肉色蕈样斑块

## 社区皮肤健康 (Community Skin Health) 应用程序

IOS 和 Android 用户均可下载该 CSH (社区皮肤健康, Community Skin Health) 应用程序。



现在，您只需轻轻一点，即可轻松阅读每期内容，在综合档案中搜索热点话题，为您喜爱的文章添加书签，并自动获得最新一期的精彩内容。

### 背景

杆菌性血管瘤病 (BA) 由兼性胞内、革兰氏阴性巴尔通体杆菌或五日热巴尔通体杆菌引起。<sup>1-3</sup>这种疾病于 1983 年首次被描述为 HIV 患者的一种新疾病，尤其是 CD4<sup>+</sup> 淋巴细胞计数小于 100 个细胞/立方毫米的患者。<sup>1</sup>它也见于接受血液恶性肿瘤化疗的免疫力低下患者和器官移植受者。<sup>2</sup>杆菌性血管瘤病(BA)通常见于成年人，没有性别倾向。<sup>3</sup>它最常见于皮肤和皮下组织，但几乎可以感染任何内脏器官。患者通常

续下页.....

### 目录

- 1 杆菌性血管瘤病：HAART 时代的一种罕见疾病  
Minassie Teklegiorgis Assefa
- 5 诊断案例  
Maria Florencia Russo、Aldana Almasio 和 Margarita Larralde
- 6 世界卫生组织首届全球被忽视热带皮肤病会议  
Michele Murdoch
- 7 昆虫叮咬和蜇伤。  
第 1 部分：引言、蚊子、蚂蚁、蜜蜂和黄蜂  
Andreas Montag
- 12 印度恰蒂斯加尔邦麻风病（汉森氏病）的发病模式研究  
Daniel Henry

## 杆菌性血管瘤病：HAART 时代的一种罕见疾病.....(续)

表现为单个或多个坚硬的红色或紫红色的丘疹和结节。这种病变可能会引起疼痛，或在创伤后容易出血。较大的皮下结节也可能发生溃疡。播散性感染伴有全身症状和体征，如不适、发热、恶心、呕吐、腹泻、腹痛、肝脾肿大、盗汗和体重减轻。<sup>2,4</sup>

### 病例报告

一名来自亚的斯亚贝巴的 35 岁男性士兵，已知感染了艾滋病毒，被转诊至 Tikur Ambesa 教学医院皮肤科门诊就诊，临床怀疑其左臀部皮肤可能患有鳞状细胞癌。在过去的 6 个月里，他一直在当地医疗机构接受未具体说明的高效抗逆转录病毒疗法 (HAART) 治疗，并且在此之前的 4 年里，曾服用过抗结核药物。一个月前，他的 CD4 细胞计数为 3 个细胞/立方毫米。

他出现了持续 3 个月的无症状病变。病变最初出现在他的双腿和左臀部，后来还扩散到右臂和脸部。开始时是小丘疹，后来逐渐增大，偶尔会在轻微外伤后出血。他主诉有轻微发烧、疲劳、不明原因的体重下降和食欲不振。他没有盗汗、咳嗽、粘膜病变、胃肠道或神经系统症



图 3(a) 右耳前方皮肤上的红斑圆顶状肿瘤，上覆白色细小鳞屑。  
(b) 左眼脸上的红斑圆顶状有带斑块。

状，也没有任何其他已知病症。他没有外伤史，也没有与猫接触过。他否认有头虱或体虱，经检查也没有虱子。就诊时，除了 HAART 和复方新诺明外，他没有服用任何其他药物。

经体格检查，他面容憔悴，但生命体征在正常范围内，除皮肤上的体征外，没有其他症状 (图 1、2)。他的右耳前方有一个红斑圆顶状肿瘤 (约 4 x 4 厘米)，上覆白色细小鳞屑，左眼脸上也有一个类似的肿瘤 (约 2 x 3 厘米) (图 3a、b)，右臂上有红色斑块 (图 1)，右大腿上有一个中心溃烂的色素沉着结节，上覆结痂 (约 8 x 9 厘米) (图 4)，左臂和左腿上也有类似的溃疡斑块。其双腿膝盖以下肿胀，有多个散在的红斑和色素沉着的圆顶状结节 (图 5)。最大的病变位于其左臀部 (约 20 x 15 厘米)，是一个肉色蕈样斑块，并伴有卫星圆顶状红斑结节 (图 2)。患者肩部和上臂也出现了多个小的皮肤红色丘疹和结节。他的左侧躯干上有一个色素沉着的疤痕，呈节状分布，这表明他的带状疱疹病灶已经愈合。

### 其他检查

全血细胞计数显示血红蛋白为 9.8 g/dl，红细胞压积为 30%，白细胞计数为 6800 个/立方毫米，其中中性粒细胞占 84%，淋巴细胞占 9.7%；血小板计数为 240 000 个/立方毫米，红细胞沉降率为 100 mm/h。肾功能和肝功能检查结果如下：血尿素氮 36 (正常范围：10 - 50 mg/dl)、肌酐 0.6 mg/dl (正常范围：0.6 - 1.1 mg/dl)、碱性磷酸酶 (ALP) 487 (正常



图 4 右大腿前侧有溃疡性色素沉着结节，上覆结痂。

范围：80-306 IU/L)、血清谷草转氨酶 (AST) 37 (正常范围：0-37 IU/L)、血清谷丙转氨酶 1 (ALT) (正常范围：0-42 U/L)。胸部、左腿和腹部的 X 光检查结果正常。转诊医院出具的组织学报告提示，患者患的是炎性血管瘤，但为了进行第二次评估，医生又从患者左臀部和右腿皮肤的病变处进行了切口活检。两个样本的切片 (用苏木精和伊红染色) 均显示皮肤真皮层的血管增生，并伴有多形性以及淋巴细胞和组织细胞浸润 (图 6)。建议诊断为 BA。



图 5 左腿肿胀，有多个散在的红斑和色素沉着的圆顶状结节。NB：出血的溃疡结节上缠着绷带。

由于 BA 可能是诊断结果，患者开始服用多西环素，每天两次，每次 100 毫克。在 1 个月的随访中，他几乎所有的病灶都缩小了 (图 7)。治疗又持续了两个月。治疗三个月后，几乎所有病灶都已消失 (图 8)。原计划再继续治疗一个月，并在下一次就诊时复查 CD4 细胞计数，但患者中断了随访。



## 讨论

BA 是一种罕见疾病，其特征是皮肤或内脏器官因感染巴尔通体杆菌或五日热巴尔通体杆菌而出现新生血管增生（紫癜）。<sup>2,3</sup> 最近，有报道称伊丽莎白巴尔通体杆菌也是 BA 的病因之一。<sup>5</sup> 汉氏巴尔通体杆菌和五日热巴尔通体杆菌的宿主是猫和人类，其传播媒介分别是猫跳蚤和人类体虱。<sup>2,3</sup> 一项涉及 134 名患者的埃塞俄比亚研究发现，在从 9 人（7%）身上采集的 271 只头虱样本中，有 19 只头虱（7%）携带有五日热巴尔通体杆菌，在从 17 人（13%）身上采集的 424 只体虱样本中，有 76 只体虱（18%）携带有五日热巴尔通体杆菌。<sup>6</sup> 来自埃塞俄比亚季马的另一项研究发现，65 例头虱分离株中和 33 例衣物虱分离株中分别有 6 例（9%）和 1 例携带有五日热巴尔通体杆菌。此外，埃塞俄比亚比绍夫图的另一项研究发现，6% 的猫跳蚤（34 只中的 2 只）携带有汉氏巴尔通体杆菌 DNA。<sup>8</sup> 在亚的斯亚贝巴及其周边地区检查的猫中，46 只猫中有 5 只（11%）携带有巴尔通体杆菌抗体。<sup>9</sup> 自引入抗逆转录病毒疗法以来，HIV 患者感染巴尔通体杆菌的实际感染率可能大大降低。在德国进行的一项研究中，发病率估计为每 1000 名 HIV 患者中有 1.2 例。<sup>2</sup> 此外，已知此病常见于接受血液恶性肿瘤化疗的免疫力低下患者和器官移植受者。<sup>2</sup> 在免疫功能正常的患者中很少报告。BA 在成人中的发病率高于儿童，而且没有性别倾向。<sup>3</sup>

BA 病变通常出现在皮肤、内脏器官、肝脏（紫癜样肝病）、脾脏（脾紫癜）、骨骼和淋巴结中，很少见于呼吸道、消化道和大脑中。皮肤是最常见的发病部位，占病例总数的 55% 至 90%。皮肤病变可表现为浅表性血管瘤状丘疹和结节、紫色苔藓样斑块或深层皮下结节。<sup>2,3</sup>

丘疹和结节可能类似化脓性肉芽肿，可能有蒂或周围有鳞屑。这些病变可能表现为中央脐状凹陷、结痂或溃疡。皮下结节通常直径

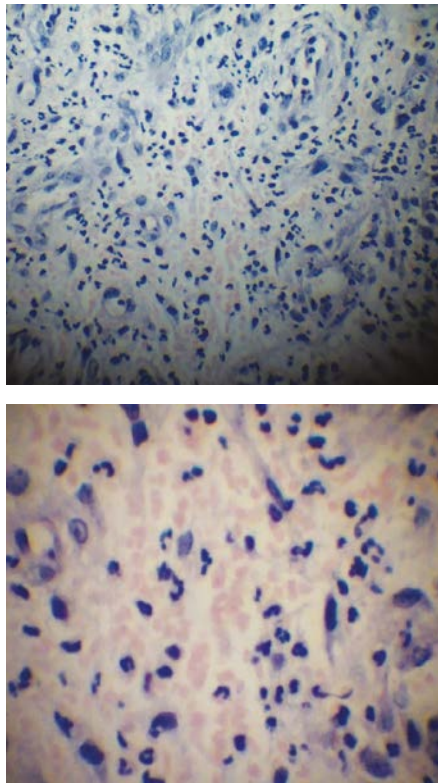


图 6 真皮层血管增生并伴有多形性、淋巴细胞和组织细胞浸润（用苏木精和伊红染色，(a) ×100；(b) ×400）。



图 7 治疗一个月后，所有皮肤病灶的面积和红斑都有所缩小。

续下页.....





图 8 治疗三个月后，几乎所有病灶都已消退。

为几厘米，呈皮肤色；可能会出现覆盖性糜烂或溃疡。较少见的情况下，BA 表现为蜂窝组织炎样红斑斑块，可能累及下方骨骼。<sup>2</sup> 汉氏巴尔通体杆菌和五日热巴尔通体杆菌引起皮肤病变的倾向大致相同，但汉氏巴尔通体杆菌是肝脏、脾脏和淋巴结病变的主要病原体，而五日热巴尔通体杆菌则是引起皮下和骨骼病变的主要病原体。紫癜样肝病以腹痛和肝脾肿大为特征。患者通常 ALP 升高，胆红素和转氨酶正常或略微升高。血小板减少和全血细胞减少常见于脾紫癜患者。<sup>2</sup> 骨骼受累的特征是疼痛、孤立和溶解性病变。桡骨和胫骨是最常见的受影响部位，并可能伴有上覆蜂窝组织炎。<sup>2</sup> 无论发病部位如何，BA 患者都可能出现发热、夜间出汗、畏寒、不适、头痛、厌食和体重减轻等症状。<sup>2,4</sup> 我们的患者出现类似化脓性肉芽肿的丘疹和结节、带有结痂的溃疡性结节以及色素沉着斑。他没有粘膜、手掌或足底病变。尽管没有体温升高的客观记录，但患者主诉有轻微发烧，同时存在食欲下降、疲倦和体重

减轻等症状。他没有任何症状表明其他器官受累，影像学检查（包括腹部超声波检查）正常，但实验室检查发现他贫血，ALP 升高。

卡波西肉瘤（KS）、秘鲁疣（也是一种巴尔通体杆菌感染并伴有血管病变）、足分支菌病和其他疾病可能与 BA 有相似和重叠的特征。KS 是一种由人类疱疹病毒 8 型（HHV8）引起的血管和淋巴内皮肿瘤。KS 有几种亚型，包括与艾滋病相关的 KS，它通常发生在 CD4+ T 细胞计数小于 500 个/立方毫米的情况下。它是撒哈拉以南非洲地区最常见的艾滋病毒相关癌症，在艾滋病毒感染者中的发病率为每年每 10 万人 164 至 334 例。抗逆转录病毒疗法可降低 KS 发病率，但即使坚持治疗，也无法将其降至零。尤其重要的是，BA 在临床上可能与 KS 相似。<sup>2</sup> 在临床上，KS 的触感更坚硬，而且不易碎。味觉经常受到影响。在早期病变中，即使是组织学上也很难区分 BA 和 KS，尤其是在 HHV-8 免疫染色法或 Warthin-Starry 染色法不可用的情况下。<sup>10</sup> 此外，BA 和 KS 可同时出现，使临床和组织病理学诊断更加复杂。<sup>10</sup> 将 BA 误诊为 KS 可能导致不必要的化疗，且治疗效果不佳。<sup>2</sup> 如果在资源有限的情况下无法明确诊断患者，而临床鉴别诊断又包括 BA 和 KS，则建议使用红霉素或多西环素进行初步经验性治疗。<sup>10</sup> 根据我们的经验，我们可以赞同这一点。

BA 的明确诊断是通过确定受影响组织中的致病原来实现的。具体做法是，通过在改良的 Warthin-Starry 银染色法和病变部位及患者血液的培养液中观察到大量细菌的方式来进行检测。对受影响组织进行聚合酶链反应也可以区分不同的巴尔通体杆菌类别。可以检测到巴尔通体杆菌抗体，但这一检测结果通常无用。<sup>2,3</sup> 在我们的患者中，组织学检查只能提示 BA 感染，不能确诊。

对于大多数患者，建议服用红霉素 500 毫克，每日四次，或多西环素 100 毫克，每日两次，但对于不能耐受红霉素或多西环素的患者，也可以选择阿奇霉素（500 毫克，每日一次）和克拉霉素（500 毫克，每日两次）。多西环素是治疗累及中枢神经系统的巴尔通体病的首选药物，可联合或不联合服用利福霉素。治疗应至少持续用药 3 个月。<sup>2</sup> 在接受适当的抗生素治疗后 1 周内，皮肤病变开始好转，并可能在 4 周内完全消退。如果患者对多西环素或红霉素的经验性治疗没有反应，则有理由考虑其他诊断。

## 结论

BA 是 ART 时代的一种罕见疾病，很容易与良性和恶性皮肤肿瘤混淆。因此，诊断这种疾病需要高度的临床怀疑，尤其是在没有确诊能力的地区。如果得不到准确诊断，病情会发展并导致死亡。但一旦诊断正确，治疗并不困难，几周后就能取得令人满意的改善。

## 致谢：

我要感谢这位患者、参与患者护理的护士以及亚的斯亚贝巴大学 Tikur Ambesa 和 ALERT 医院皮肤病与性病科的指导。我还要感谢 Bernard Naafs 博士的指导和指引，以及 Yohannes Tsegay 博士（病理学家）的贡献。

## 参考文献

1. Stoler M, Bonfiglio T, Steigbigel R, Pereira M. An atypical subcutaneous infection associated with acquired immune deficiency syndrome. *Am J Clin Pathol* 1983; **80**:714-8.
2. Breanne M, Adam J. Gram-Negative Coccal and Bacillary Infections. In: *Fitzpatrick's Dermatology* (Kang S, Amagai M, Bruckner AL, Enk, AH, Margolis DJ, McMichael AJ et al, eds), 9th edn. New York: McGraw-Hill Education, 2019; 2782-2814.
3. Hay RJ and Morris-Jones R. Bacterial Infections. 出自: *Rook's Textbook of Dermatology* (Griffiths CE, Barker J, Bleiker T, Chalmers R, Creamer D, eds), 9th edn. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell Scientific Publications, 2016; 26.1-26.87.
4. Akram S, Anwar M, Thandra K, Rawla P. *Bacillary Angiomatosis*. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing 2021.
5. Corral J, Manriquez R, Toussaint C et al. First report of bacillary angiomatosis by *Bartonella elizabethae* in an HIV-positive patient. *Am J Dermatopathol* 2019; **41**:750-3.
6. Angelakis E, Diatta G, Abdissa A et al. Altitude-dependent *Bartonella quintana* genotype C in head lice, Ethiopia. *Emerg Infect Dis* 2011; **17**:2357-9.
7. Cutler S, Abdissa A, Adamu H et al. *Bartonella quintana* in Ethiopian lice. *Comp Immunol Microbiol Infect Dis* 2012; **35**:17-21.
8. Kumsa B, Parola P, Raoult D, Socolovschi C. Molecular detection of *Rickettsia felis* and *Bartonella henselae* in dog and cat fleas in Central Oromia, Ethiopia. *Am J Trop Med Hyg* 2014; **90**:457-62.
9. Tiao N, Darrington C, Molla B et al. An investigation into the seroprevalence of *Toxoplasma gondii*, *Bartonella* spp., feline immunodeficiency virus (FIV), and feline leukaemia virus (FeLV) in cats in Addis Ababa, Ethiopia. *Epidemiol Infect* 2013; **141**:1029-33.
10. Rodriguez O, Campbell LR, Bacha JM, Kovarik CL. Successful treatment of bacillary angiomatosis with oral doxycycline in an HIV-infected child with skin lesions mimicking Kaposi sarcoma. *JAAD Case Rep* 2016; **2**:77-9.

## 诊断案例——第一部分

**Maria Florencia Russo、Aldana Almassio  
和 Margarita Larralde**

阿根廷布宜诺斯艾利斯拉莫斯-梅希亚医院。

通讯作者: flor.russo91@hotmail.com

一名 5 岁男孩，之前身体健康，两周前出现头皮斑块瘙痒症状。体检显示，该区域界限分明，有细小鳞屑；拔毛试验呈阳性（即轻轻拨动即可拔下两根以上的毛发）。皮肤镜检查发现了细小的鳞屑和黑点。他最近去理发店理过发。

家里没有宠物。



### 问题 1:

可能的诊断结果是什么？

- a) 头皮银屑病                      b) 头癣                      c) 脂溢性皮炎。

第一部分和其他问题的答案见第 6 页。



# 世界卫生组织首届全球被忽视热带皮肤病会议

**Michele Murdoch**

《社区皮肤健康》联合编辑。

michele.murdoch@nhs.net

令被忽视热带皮肤病（皮肤 NTD）所有流行国家初级卫生保健工作者们为之振奋的消息是，2023 年 3 月 27-31 日，世界卫生组织（WHO）首届全球被忽视热带皮肤病会议在瑞士日内瓦召开。<sup>1</sup> 来自 86 个国家的约 300 名（现场）和 1000 多名（线上）被忽视热带皮肤病专家、国家方案管理者以及世界卫生组织及其合作伙伴组织的代表出席了这次具有里程碑意义的会议。该会议旨在

在讨论 10 种有皮肤症状的被忽视热带皮肤病的方方面面，总结实践经验教训，加强综合方法，改进研究，从而改善对患者的临床护理。

《NTD 2030 年路线图》<sup>2</sup>为各种皮肤 NTD 设定了目标，包括根除雅司病、消除（阻断传播）麻风病和盘尾丝虫病，以及消除作为公共卫生问题的淋巴丝虫病（淋巴水肿和水囊肿）。布鲁里溃疡、皮肤利什曼病、足分支菌病、着色芽生菌病和其他深部真菌病（包括孢子丝菌病）、黑热病后皮肤利什曼病、疥疮和其他体外寄生虫病（包括潜蚤病）是控制的目标。去年发布的相关皮肤 NTD 战略框架<sup>3</sup>确定了潜在的整合领域，如监测和数据管理，以及实现路线图的人员培训。

重要的是，皮肤病的负担总体上正在得到更好的认识。在全球范围内，据估计，任何时候都有大约 18 亿人受到皮肤病的影响，其中在热带和资源匮乏地区中最常见的皮肤病是各种类型的皮肤感染（细菌、病毒、真菌和寄生虫）。在这些社区中，皮肤 NTD 约占所有皮肤病的 10%，要想有效诊断和治疗皮肤 NTD，最好的办法是在各国资源充足的医疗保健系统中，将皮肤 NTD 的诊断和治疗工作与所有其他皮肤病的治疗服务结合起来。



世界卫生组织总干事谭德塞博士公开承诺，将确保 NTD 在资源、政策和宣传方面得到世界卫生组织更好的支持。他以自己在血吸虫病（另一种 NTD）领域的工作背景指出“我也是你们中的一员：NTD 是我的起点。我会跟进你们的要求。我不希望你们本周的对话徒劳无功”。下一届全球皮肤 NTD 会议定于 2025 年 3 月举行，与会者目前正在努力保持这一势头。

## 参考文献

1. World Health Organization. WHO's first global meeting on skin NTDs calls for greater efforts to address their burden. WHO, 2023. 可从以下网址查阅：<https://www.who.int/news/item/31-03-2023-who-first-global-meeting-on-skin-ntds-calls-for-greater-efforts-to-address-their-burden>（上次检索时间：2023 年 5 月 12 日）。
2. World Health Organization. Ending the neglect to attain the sustainable development goals: a road map for neglected tropical diseases 2021-2030. WHO, 2020. 可从以下网址查阅：<https://apps.who.int/iris/handle/10665/338565>（上次检索时间：2023 年 5 月 12 日）。
3. World Health Organization. Ending the neglect to attain the sustainable development goals: a strategic framework for integrated control and management of skin-related neglected tropical diseases. WHO, 2022. 可从以下网址查阅：<https://www.who.int/publications/i/item/9789240051423>（上次检索时间：2023 年 5 月 12 日）。

## 诊断案例--第二部分

### 问题 1 诊断答案：(b) 头癣

**问题 2：理发店头癣是由以下原因引起的：**

- a) 犬小孢子菌 b) 断发毛癣菌 c) 须疮癣菌

**问题 3：理发店头癣的治疗方法是：**

- a) 灰黄霉素，20 毫克/千克/天，8-12 周  
b) 特比萘芬，3-6 毫克/千克/天，至少 4 周

答案和讨论见第 15 页。



## Andreas Montag

Praxis für Dermatologie und Venerologie, Schweriner Str. 17, 22143, 德国汉堡。

info@praxis-dr-montag.de

**利益冲突：**无。

**关键词：**昆虫叮咬；蛰伤；毒液；体外寄生虫；蚊子；蚂蚁；蜜蜂；黄蜂；大黄蜂；荨麻疹；严重过敏反应。

## 引言

无论您在世界各地从事的是卫生工作者、护士、临床医生还是医生的工作，都可能会遇到昆虫叮咬和蛰伤的情况。热带或亚热带地区的居民尤其要面临昆虫和其他节肢动物（如蜘蛛和蛛形纲动物）传播疾病的风险。下文将概述世界上一些最重要的昆虫。

## 昆虫解剖和摄食习性

昆虫是无脊椎动物，具有几丁质外骨骼；身体分为三部分（头部、胸部和腹部），并具有三对腿。头部有触角、眼睛和嘴巴。大多数昆虫都有两对翅膀，通过关节与胸部相连（图 1 a、b）。一些雌性昆虫在夏季的某些月份会用管状口器（针状吻）季节性叮咬人类吸血。针状吻刺穿人的皮肤，通过唾液注入化学成分，抑制刺穿部位的血液凝固。雌性昆虫需要血液餐中的血红蛋白和铁元素来优化卵的发育，使后代具有活力。



图 1a 小蛱蝶（荨麻蛱蝶）。  
© Andreas Montag



图 1b 家蝇（苍蝇）。  
© Andreas Montag

血池吸食性昆虫，例如马蝇（*Tabanus sudeticus*）（图 1c）、厩蝇（*Stomoxys calcitrans*）和黑蝇（*Simuliidae*）用类似利刃的口器划破人的皮肤。流出的血液形成一个血池，被昆虫口器中的海绵状物质吸收。



图 1c 马蝇（虻）和其他双翅目昆虫正在进食捕获的猎物。  
© Andreas Montag



图 2a 正在叮咬的蚊子。© Andreas Montag

像蚊子这样的毛细血管吸食者会直接刺入宿主皮肤上的最小血管（图 2a）。昆虫的唾液通常会在穿刺部位引起叮咬反应，表现为局部过敏反应。有些人会出现全身过敏反应，但极少导致严重过敏反应。

其他雌性昆虫则带有毒刺。这种毒刺是一种改良的产卵器，与毒腺相连，都位于腹部后端。昆虫的毒刺末端锋利，有时表面呈锯齿状，例如蜜蜂的毒刺。其他昆虫，如一些蚂蚁亚科，没有毒刺，而是喷射毒液。躁动的雌性昆虫会蛰人或向人类喷射毒液，通常是为了自卫。有毒昆虫蛰伤或喷射毒液引起的过敏反应会扩展到全身，最终可能导致严重过敏反应，并可能造成致命后果，这种情况并不少见。众所周知，蜜蜂、黄蜂和火蚁等有毒膜翅目昆虫会引起过敏性蛰伤反应。

## 蚊子

蚊子是一种小型飞虫，全世界约有 3600 种。所有蚊子都喜欢在水边滋生，这是它们最喜欢的繁殖地。卵产在水面上，孵化成活动的幼虫，以藻类和其他有机物为食。按蚊和伊蚊最喜欢的环境是清澈的淡水，主要多见于农村地区。库蚊不那么挑剔，即使在污染的泥水中也能繁殖，主要多见于人口稠密的地区。曼蚊在水葫芦栖息的池塘和湖泊中繁殖。大多数蚊子在日落和夜间活动，而伊蚊则在白天活动。蚊子在 15-25 °C (60-80 °F) 时最为活跃。<sup>1</sup>

接下页.....



## 蚊子叮咬的临床特征

被叮咬后，蚊子的唾液会在穿刺部位周围引起局部荨麻疹刺痛反应

(图 2b)，通常会转变为极痒、发红、发硬、肿胀的肿块

(图 2c)，有时会发展成发痒性皮炎。这种皮肤反应可解释为过敏反应。许多种类的蚊子通过叮咬从宿主身上摄取病原体，并在下一次叮咬时

病原体传播给下一个宿主。蚊子是重要热带和亚热带疾病的重要传播媒介。按蚊传播疟疾和丝虫病；伊蚊传播登革热、黄热病、基孔肯雅热、寨卡病毒病和西

尼罗河热；库蚊传播西尼罗河热和基孔肯雅热；曼蚊传播裂谷热和丝虫病。蚊子通过传播疾病，每年造成的人类死亡人数超过任何其他动物物种，每年造成 70 多万人死亡，仅疟疾就造成 40 万人死亡。<sup>2</sup>被蚊子叮咬没有感染艾滋病毒或肝炎的风险。

## 预防蚊子叮咬

避免在日落时分或夜间在水边逗留，尤其是在积水附近。使用驱虫剂，驱虫剂会在裸露的皮肤和衣服上形成气溶胶。避蚊胺 (*N,N*-二乙基-3-甲基苯甲酰胺) 仍然是最常见、最有效的驱虫剂，也是疟疾地区的黄金标准。建议使用的其他驱蚊剂包括埃卡瑞丁、丁基乙酰氨基丙酸乙酯、2-十一酮和 PMD (孟二醇: *p*-Menthane-3,8-diol)。精油，如来自澳大利亚柠檬桉树的柠檬桉似乎具有与稀释后的避蚊胺相似的效果。也建议使用楝树油或香茅油等其他植物驱蚊剂，但这些驱蚊剂的作用时效



图 2b 蚊子叮咬引起的风团病变。  
© Andreas Montag



图 2b 蚊子叮咬引起的风团病变。  
© Andreas Montag

似乎较短或效果较差。<sup>3</sup> 应避免使用电灭虫器 (“电子驱虫器”、“灭虫器”)，因为它们会杀死所有被吸引的昆虫，无法区分咬人的昆虫和其他昆虫，而且会对当地生态系统产生负面影响。

## 蚊子叮咬的治疗

用温水和肥皂清洗叮咬部位。保持指甲短而干净。使用冰袋止痒，或外用止痒药物，如抗组胺药，或含有可的松和抗菌配方的外用复方制剂 (非处方产品或医疗处方) 来缓解瘙痒感。专有的电子 “蚊虫叮咬治疗器” 能有效对抗蚊虫叮咬引起的炎症反应。

## 蚂蚁

蚂蚁主要是有毒的群居昆虫，属于蚁科，与相关的黄蜂和蜜蜂同属膜翅目。全世界已分类的蚂蚁种类超过 15,700 种。<sup>4</sup>

## 切叶蚁亚科——火蚁

切叶蚁亚科 (Myrmicinae) 被称为最大的蚂蚁亚科，已描述的种类已超过 6700 种<sup>5</sup>，其中包括毒火蚁属

(火蚁属)，如热带火蚁 (图 3a)，原产于中美洲和南美洲，现已遍布全球热带地区。热带火蚁的毒性与入侵红火蚁或 RIFA (红火蚁) 相当，后者原产于阿根廷，但在 20 世纪初入侵了北美南部各州。雌性切叶蚁会将钳状口器插入人的皮肤，牢牢锁住自己。之后，它们开始用腹部后端的毒刺进行刺击。毒刺刺穿人的皮肤，注入蚁毒。

## 火蚁蜇伤的临床特征

火蚁毒液的主要成分是一种名为 “火蚁素” 的生物碱，这种生物碱会导致非常疼痛的皮肤炎症反应。被火蚁蜇伤后，局部会有烧灼感，随后会出现荨麻疹。穿刺部位会在数小时内形成一个疼痛的肿块，然后在 24-36 小时内转变为白色脓疱。(图 3b)。这些脓疱会在几天内自愈。抓挠患处会导致细菌感染。<sup>6</sup> 入侵红火蚁毒液的另一种重要过敏原是 Sol i 1，它是一种磷脂酶，可与黄蜂和蜜蜂毒液产生交叉反应。

如果过敏反应较重，会导致严重过敏反应，并可能造成致命后果。<sup>7,8</sup>



图 3a 柬埔寨北部热带雨林地区的热带火蚁 (火蚁)。© Andreas Montag





**图 3b**柬埔寨北部热带雨林地区热带火蚁（火蚁）的蜇伤。  
© Andreas Montag

### 蚁亚科——编织蚁

蚁亚科约有 3030 个种属<sup>9</sup>，包括木蚁及其近亲（蚁属）、木匠蚁（木蚁属）、编织蚁（织叶蚁属）等等蚁亚科雌蚁，如来自柬埔寨的亚洲编织蚁(*Oecophylla smaragdina*) (图 4a)，从位于其腹部下端的无刺毒腺中喷射毒液，毒腺朝向疑似攻击者的方向弯曲



**图 4a**柬埔寨北部热带雨林地区处于防御状态、准备攻击的亚洲编织蚁（黄猄蚁）。  
© Andreas Montag

### 编织蚁喷射毒液攻击的临床事实

毒液中甲酸的含量高达 70%。与人体皮肤接触会引起局部皮肤发红和灼烧感 (图 4b)，几小时后会消失。



**图 4b**柬埔寨北部热带雨林地区亚洲编织蚁（黄猄蚁）喷射毒液攻击。  
© Andreas Montag

### 预防蚂蚁蜇伤

远离蚂蚁路径 (图 5a、b) 或火蚁、编织蚁和其他具有伤害人类的毒液的蚂蚁群落。穿防虫咬的防护服。如果您受到蚂蚁攻击，请远离蚂蚁，并刷掉皮肤和衣服上的蚂蚁。



**图 5a**非洲东部坦桑尼亚乞力马扎罗山地区热带雨林行军蚁 (*Dorylus nigricans*) 的行军路径。  
© Andreas Montag

### 蚂蚁蜇伤的治疗

用稀释的肥皂水清洗叮咬处，并局部使用类固醇，最好再配合其他抗菌剂，如洗必泰 (C H X)。要注意入侵红火蚁与黄蜂、大黄蜂或蜜蜂之间罕见但可能发生的交叉过敏，如果过敏反应较重，可能导致严重过敏反应，甚至致命。



**图 5b**非洲东部坦桑尼亚乞力马扎罗山地区热带雨林行军蚁 (*Dorylus nigricans*) 的行军路径。  
© Andreas Montag

### 蜜蜂、熊蜂、黄蜂和大黄蜂

蜜蜂（蜜蜂属）(图 6a,b) 和熊蜂（熊蜂属）(图 7) 具有典型的三部分昆虫身体结构，有四只翅膀和典型的黄蜂样腰部。蜜蜂外形纤细，而熊蜂体型较大、粗壮，身上有一层毛茸茸的茸毛。蜜蜂和熊蜂是严格的素食主义者，它们以花蜜和花粉为食。蜜蜂的毒刺很大，足以深入



**图 6a**欧洲蜜蜂（西方蜜蜂）。  
© Andreas Montag

接下页.....



真皮层，而熊蜂的毒刺又小又短。在攻击人类时，齿状的蜂刺会卡住真皮层，并撕下牢固附着的毒腺！这会杀死蜜蜂。相比之下，熊蜂相对光滑而短小的毒刺在攻击后会从皮肤中滑落，不会伤到熊蜂自己。通俗地说，“蜜蜂”（bee）一词通常仅限于西方蜜蜂（*Apis mellifera*）



图 6b 东非坦桑尼亚乞力马扎罗山地区的非洲化蜜蜂/非洲杀人蜂（东非蜂）。  
© Friederike Kauer

（图 6a），它们群居生活；而野生蜜蜂则通常独居。蜜蜂（*Apis mellifera* 西方蜜蜂属）及其近亲熊蜂（熊蜂属）都属于蜜蜂总科（Apoidea），与黄蜂总科方头泥蜂科（Crabronidae）相同。最近的研究揭示了所有现存蜜蜂的进化根源，即都起源于方头泥蜂科（Crabronidae）黄蜂。<sup>10</sup> 在分布在欧洲、中东和非洲的 29 种已知蜜蜂亚种中，非洲蜜蜂（西方蜜



图 7 花园熊蜂 (*Bombus hortorum*)。  
© Andreas Montag



图 6c 东非坦桑尼亚乞力马扎罗山地区的非洲化蜜蜂/非洲杀人蜂（东非蜂）的蛰伤。© Andreas Montag



图 8a 正在筑巢的德国黄蜂 (*Vespula germanica*)。© Andreas Montag

蜂变种) (图 6b) 是西方蜜蜂 (*Apis mellifera*) 的杂交变种，是从欧洲亚种和非洲亚种杂交实验中逃逸出来的。据报道，它们极具攻击性 (图 6c)；人类应避免与其接触。<sup>10, 11</sup>



图 8b 进食火腿片的德国黄蜂 (*Vespula germanica*)。© Andreas Montag

与蜜蜂类似，“黄蜂”一词也包括大量不同的种群和种属。最常见的黄蜂种群是黄胡蜂属 (图 8 a、b) 和长黄胡蜂属 (在美国俗称为“黄蜂”)。陶工黄蜂 (Eumeninae) (图 8c) 具有典型的窄腰



图 8c 柬埔寨北部雨林地区具有典型细腰 (腹柄) 的陶工黄蜂类 (*Phimenes flavopictus*)。© Andreas Montag

(腹柄)。近亲大黄蜂 (胡蜂属) (图 9) 与普通黄蜂相似，但体型要大得多。与蜜蜂和黄蜂一样，大黄蜂也在蜂巢中过着群居生活 (图 8a)。

### 毒刺的临床特征

根据剂量的不同，所有膜翅目昆虫的毒液都具有毒性。刺痛通常会引起强烈的局部炎症，就像蚊子叮咬一样，从局部荨麻疹炎症





图 8d 欧洲蜜蜂 (西方蜜蜂) 的蜇伤。© Andreas Montag



图 8e 黄蜂蜇伤, 腹侧腹弓区出现荨麻疹样反应。© Andreas Montag

(图 8d、e) 到炎性水泡 (溃疡病)

(图 8f) 不等。蜜蜂毒液与熊蜂毒液非常相近, 黄蜂毒液与其他种类的黄蜂 (黄胡蜂属和长黄胡蜂属) 毒液以及大黄蜂 (胡蜂属) 的毒液非常相近。<sup>12</sup>

(图 9)。众所周知, 熊蜂和大黄蜂性情温和。只有在担心自己的生命安全时, 它们才会蜇人。熊蜂的蜇伤大多较轻微, 不需要进一步治疗。被大黄蜂蜇伤后, 穿刺部位大多会出现严重的炎症反应, 如发红、荨麻疹性水肿、炎性发热和疼痛等。区域性扩大的皮肤反应属于过敏性局部皮肤反应。全身反应几乎都是即时过敏反应 (严重过敏反应)。一般人群对昆虫蜇伤的全身过敏



图 8f 黄蜂蜇伤, 大腿背侧出现炎症性大疱反应。© Andreas Montag



图 9 欧洲大黄蜂 (黄边胡蜂)。© Andreas Montag

反应发生率为 1.2% 至 3.5%, 养蜂人和户外工作者等亚人群的发生率明显更高。约有 50% 的膜翅目毒液严重过敏患者同时对蜜蜂毒液和黄蜂毒液过敏。<sup>13</sup>

### 毒刺的预防和治疗

这与蚂蚁螫伤的预防和治疗类似。在可能危及生命的情况下, 应为过敏患者提供应急药物 (用于肌肉注射肾上腺素的自动注射器、速效抗组胺药和口服糖皮质激素)。如果没有肾上腺素自动注射器, 肾上腺素剂量见方框 1。皮下蜂毒免疫疗法 (SIT) 是过敏患者的首选预防疗法。由于存在严重过敏风险, 这只能在紧急情况下在专

#### 方框 1

##### 肌肉注射肾上腺素的建议剂量。<sup>14</sup>

类型	定义
10 公斤以下婴儿	0.01 毫克/千克 = 0.01 毫升/千克/1 毫克/毫升 (1:1000)
1-5 岁儿童	0.15 毫克 = 0.15 毫升/1 毫克/毫升 (1:1000)
6-12 岁儿童	0.3 毫克 = 0.3 毫升/1 毫克/毫升 (1:1000)
青少年和成人	0.5 毫克 = 0.5 毫升/1 毫克/毫升 (1:1000)

门的医疗中心进行。

### 参考文献

- Grigaltchik VS, Webb C, Seebacher F. Temperature modulates the effects of predation and competition on mosquito larvae. *Ecol Entomol* 2016; **41**:668-75.
- Reyes ELB, Menor MD, Munsayac MG et al. Mosquito repellent property of "ylang-ylang" (*Cananga odorata*) essential oil in urea-formaldehyde microencapsulated cotton fabric. *Philipp J Sci* 2020; **149**:1029-37.
- Brake S, Gomez-Maldonado D, Hummel M et al. Understanding the current state-of-the-art of long-lasting insecticide nets and potential for sustainable alternatives. *Curr Res Parasitol Vector Borne Dis* 2022; **2**:100101.
- Schultheiss P, Nooten SS, Wang R et al. The abundance, biomass, and distribution of ants on Earth. *Proc Natl Acad Sci* 2022; **119**:e2201550119.
- Belchior C, Del-Claro K, Oliveira PS. Seasonal patterns in the foraging ecology of the harvester ant *Pogonomyrmex naegelii* (Formicidae, Myrmecinae) in a Neotropical savanna: daily rhythms, shifts in granivory and carnivory, and home range. *Arthropod-Plant Interact* 2012; **6**:571-82.
- "Fox EGP. Venom toxins of fire ants. In: *Venom Genomics and Proteomics* (Gopalakrishnakone P, Calvete JJ eds). Dordrecht: Springer, 2014; S1-16.
- Hoffman DR, Sakell RH, Schmidt M. Sol i 1, the phospholipase allergen of imported fire ant venom. *J Allergy Clin Immunol* 2005; **115**:611-6.
- Zamith-Miranda D, Fox EG, Monteiro AP et al. The allergic response mediated by fire ant venom proteins. *Sci Rep* 2018; **8**:14427.
- Ward PS, Blaimer BB, Fisher BL. A revised phylogenetic classification of the ant subfamily Formicinae (Hymenoptera: Formicidae), with resurrection of the genera *Colobopsis* and *Dinomyrmex*. *Zootaxa* 2016; **4072**:343-57.
- Tarekegn A, Mulisa F, Abebe A. Production performance and various important behaviors performed by *Apis mellifera* scutellata bee race. *Uludag Anilık Dergisi* 2022; **22**:211-26.
- Hepburn HR, Jones GE, Kirby R. Introgression between *Apis mellifera capensis* Escholtz and *Apis mellifera scutellata* Lepeletier: the sting pheromones. *Apidologie* 1994; **25**:557-65.
- Rueff F, Jakob T (2022) Bee and wasp venom allergy. In: *Braun-Falco's Dermatology*. (Plewig G, French L, Ruzicka T, Kaufmann R, Hertl M, eds). Dordrecht: Springer; 475-80.
- Rueff F. Natural history and long-term follow-up of Hymenoptera allergy. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2020; **20**:445-51.
- Cadona V, Anostegui IJ, Ebisawa M et al. *World Allergy Organ J* 2020; **13**:100472.

**Daniel Henry**

印度恰蒂斯加尔邦比拉斯布尔地区 Usha Memorial Skin &amp; Eye Hospital。

danielhenry21@yahoo.com

**利益冲突：**无。**关键词：**汉森氏病、印度恰蒂斯加尔邦、偏结核样型界线类麻风病。**引言**

汉森氏病（麻风病）被认为是一种古老的疾病。2005 年 12 月，全印度报告的病例数降至每 10,000 人小于 1 例。十五年前，这种疾病被宣布在印度绝迹，但现在又在印度各地重新出现。目前，印度是世界上新增病例最多的国家，其次是巴西和印度尼西亚。考虑到该疾病在现代社会的重要性，我们对门诊数据进行了研究。

**方法**

我们开展了一项回顾性研究，收集了 2019 年 9 月至 2020 年 9 月期间到皮肤科门诊治疗麻风病的患者数据。我们收集了患者基本信息并记录了麻风病的临床亚型 ( $n = 125$ )（图 1-6）。

**结果**

我们的研究发现，偏结核样型界线类麻风病最为常见 ( $n = 80$ 例)，其次是瘤型麻风病 ( $n = 36$ 例)、偏瘤型界线类麻风病 ( $n = 6$ 例)和界线类麻风病 ( $n = 2$ 例)（表 1）。仅一名患者患有结核样型麻风病。男性比女性更易患病（表 2）。125 名患者中有 85 名男性和 40 名女性。旧病例为 77 例，新病例为 48 例。这种疾病对年轻人的影响较小。只有四名儿童和青少年患病。最小的患者 9 岁，最大的患者 70 岁。

**讨论**

麻风病是一种由麻风分枝杆菌引起的慢性传染病。这种疾病主要影响皮肤、外围神经、上呼吸道粘膜表面和眼睛。

麻风病通过飞沫传播。这种疾病流行于热带国家，特别是欠发达国家或发展中国家。自 20 世纪 80 年代初引入多种药物疗法以来，发病率已有所下降。



图 1 结核样型麻风病的斑块。



图 2 累及下巴的瘤型麻风病的病变。

表 1 根据麻风病类型划分的患者分布情况 ( $n = 125$ )。

瘤型麻风病	偏瘤型界线类麻风病	界线类麻风病	偏结核样型界线类麻风病	结核样型麻风病
36	6	2	80	1

表 2 患者人群的人口学分布情况 ( $n = 125$ )。

男性 $n$	女性 $n$	旧病例, $n$	新病例, $n$	儿童和青少年, $n$
85	40	77	48	4



然而，在东南亚、美洲、非洲、东太平洋地区和西地中海地区的 105 个地方病流行国家中，仍存在大量病例。2011 年，全球新发病例达 219,075 例。2012 年第一季度，记录在案的新病例为 181,941 例，患病率为每 10 000 名居民中有 0.34 例。<sup>1</sup>在绝对病例数上，印度排名第一，巴西排名第二。<sup>2</sup> 应谨慎解读印度等国家的流行病学数据，因为消除疾病的目标是基于一些标准实现的，如“病例”定义的变化、从患病率中排除复发病例、从有效记录中排除治疗退出病例、对少数患者进行单剂量治疗、缩短治疗持续时间等。这导致报告的新病例数量急剧下降。<sup>3</sup>



图 3 位于右脸颊和耳垂的瘤型麻风病的浸润性病变。

最近的一项研究<sup>4</sup>发现，偏瘤型界线类麻风病最常见且男性患者居多。最小的患者 6 岁，最大的患者 70 岁。我们的研究还发现这种



图 4 位于前额的瘤型麻风病的结节样病变。

疾病以男性居多。自砒类药物时代以来，麻风病男性患者人数一直较多，我们研究发现男性麻风病发病率大幅增加的原因可能是他们的流动性更大，更容易获得医疗保健服务。<sup>5,6</sup> 我们的研究还发现结核样型麻风病的患病比例较低，这与 Jindal 等人的观察结果相似。<sup>7</sup>

## 结论

我们据此得出结论：麻风病（汉森氏病）仍需根除。

**虽然发病率有所下降，但我们的门诊部仍出现新发病例。**

只有提高患者意识、早期诊断和正确治疗以及适当的咨询帮助才能使印度成为一个无麻风病的国家。



图 5 影响小腿的瘤型麻风病。



图 6 累及手部的瘤型麻风病。

## 参考文献

1. World Health Organization. Global leprosy situation, 2012. *Wkly Epidemiol Rec* 2012; **87**:317-28.
2. World Health Organization. *Elimination of leprosy as a public health problem. Leprosy Resolution WHA 44.9, 44th World Health Assembly*. WHO, 1991. 可从以下网址查阅: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/176981/WHA47\\_11\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/176981/WHA47_11_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y) (上次检索时间: 2023 年 5 月 20 日)。
3. Talhari S, Grossi MA, Oliveira ML et al. Hansen's disease: a vanishing disease? *Mem Inst Oswaldo Cruz* 2012; **107**:13-6.
4. Adil M, Amin SS, Mohtashim M et al. Clinico-epidemiological study of leprosy from a North Indian tertiary care hospital. *Int J Res Dermatol* 2018; **4**:518-21.
5. Norman G, Bhushanam JDRS, Samuel P. Trends in leprosy over fifty years in Gudiyatham Taluk, Vellore, Tamilnadu. *Indian J Lepr* 2006; **78**:105-11.
6. Richardus JS, Meima A, Croft RP, Habbema JD. Case detection, gender and disability in leprosy in Bangladesh: a trend analysis. *Lepr Rev* 1999; **70**:160-73.
7. Jindal N, Shanker V, Tegta GR et al. Clinico-epidemiological trends of leprosy in Himachal Pradesh: a five year study. *Indian J Lepr* 2009; **81**:173-9.

# ILDS: IFD 如何改变全球皮肤健康状况

国际皮肤病学基金会 (IFD) 是国际皮肤病学会联盟 (ILDS) 的人道主义机构。IFD 致力于促进创新、建立新的合作伙伴关系和开发合作方式, 以实现我们的愿景, 即为资源匮乏地区的所有患者提供方便、有效和可用的皮肤健康服务, 无论其种族、残疾或社会背景如何。为了帮助 ILDS 实现其在全世界促进皮肤健康的使命, IFD 为在非洲、大洋洲、亚太地区和南美洲开展的活动提供支持。我们不断寻求新的方法来扩大我们的影响力和服务范围。

在这些 IFD 发起和扶持的 ILDS 倡议中, DermLink 和坦桑尼亚地区皮肤病培训中心 (RDTC) 最近取得了长足进步。

## DermLink 2022

IFD 通过 DermLink 拨款, 为资源匮乏地区的一次性项目和倡议提供资金, 期限不超过 12 个月。这一点符合 ILDS 的使命, 即尽可能帮助全球所有人获得最佳皮肤健康。2022 年, 在 ILDS 成员组织的大力支持下, 得益于成员组织作为项目赞助者或直接自己承担项目向 IFD 提交拨款申请, IFD 为非洲、大洋洲和亚洲九个国家的项目



代表们参加在 RDTC 举行的国际继续医学教育年会。

提供了 10 项 DermLink 拨款, 总额超过 4.7 万美元。其结果是, 自这些项目于 2022 年底启动以来, 已对 4400 多人的生活产生了直接影响, 而且由于其中一些项目仍在进行中, 这一数字还在继续上升。

DermLink 2022 拨款的影响涉及表 1 所示的各个领域。



液氮冷冻疗法治疗白化病患儿的原位皮肤恶性肿瘤 (图片由 Standing Voice 提供)。

## 坦桑尼亚地区皮肤病培训中心

位于坦桑尼亚莫希的 RDTC 是一个超区域培训、研究和临床中心, 为皮肤病患者提供护理, 并为医师助理和临床医生提供培训。坦桑尼亚的 RDTC 是 IFD 的旗舰项目。它致力于东非皮肤癌和其他皮肤病、麻风病及性传播疾病患者的预防、治疗和康复。2022 年, IFD 为 19 名两年制皮肤性病高级文凭 (ADDV) 的学生提供了支持和奖学金, 并为 8 个关键人事职位提供了支持; 为往届和在校学生的年度继续医学教育 (CME) 会议提供了捐助; 为 6 名医学硕士住院医师提供了奖学金, 使他们能够在 5 年内完成皮肤病学培训, 并为 2022 年麻风病日的活动提供了支持。

表 1

DermLink 2022 年拨款

项目	支持成员组织
印度尼西亚麻风病公众参与项目	荷兰皮肤病与性病学会
成立太平洋皮肤病协会	澳大利亚皮肤科医师学院
在布隆迪建立白化病护理中心	坦桑尼亚皮肤性病学会
增强马拉维卫生工作者的能力	西班牙皮肤病与性病学会
马达加斯加特应性皮炎的治疗教育	非洲皮肤病与性病学会
塔吉克斯坦虚拟南南教育计划	皮肤病学教授协会
扩大埃塞俄比亚的皮肤科服务	南非皮肤病学会
尼日利亚被忽视的热带皮肤疾病虚拟培训	尼日利亚皮肤科医师协会
在斯里兰卡建立电子数据登记处	斯里兰卡皮肤科医学院
马拉维卫生专业人员的能力建设	爱尔兰皮肤科医生协会



最近举行的第 28 届 RDTIC 国际继续医学教育大会和研究生联谊会 (2023 年 1 月 11-13 日) 是一次令人印象深刻的活动, 彰显了本组织为改善非洲皮肤健康教育所做的出色工作。会议聚焦了被忽视的热带病和全球健康皮肤病学, 来自非洲各地约 300 名医疗保健从业人员踊跃参加了会议。会议还邀请了多位专家发言, 内容涉及非洲一线卫生工作者经常处理的各种皮肤健康问题。这是对皮肤健康教育所取得的进展的一次重大庆祝, 并激励医疗从业人员继续在该领域开展重要工作。

RDTIC 继续医学教育最令人印象深刻的一点是, 它确保往届毕业生有机会继续接受医学教育。事实上, 该会议是该地区唯一召开的此类会议。此外, 在校生活和住院医师也有机会展示他们的研究成果, 并就具有挑战性的病例寻求建议。RDTIC 为往届毕业生报销差旅费和住宿费, 方便他们参加培训。上次会议的报销费用总额为 32,000 美元, 其中 10,000 美元由 IFD 提供。

最近的继续医学教育活动具有里程碑意义, 因为这是自 COVID-19 疫情以来首次有非洲以外的与会者出席。除专家演讲外, RDTIC 还



Dermalawi 与西班牙皮肤病与性病学会合作, 在 Benga Malawi 提供麻风病接触追踪服务。

颁发了学生奖, 表彰取得突出成绩的学生。奖金由 IFD 提供, 每位获奖者可获得 100 美元的奖金。

IFD 感谢各国负责管理这些活动的杰出人士提供的帮助, 感谢 ILDS 成员组织、主要联系人、志愿者和当地支持人员的不懈努力, 使每个人, 尤其是资源匮乏地区的人们都能获得皮肤健康。

## 小测验答案

问题 2 的答案:

(b) 断发毛癣菌

问题 3 的答案:

(b) 特比萘芬 3-6 毫克/千克/天, 至少 4 周

### 讨论

随着理发店和新发型的增加, 尤其是男性理发店和新发型的增加, 头癣的就诊人数也在增加。过去两年, 阿根廷布宜诺斯艾利斯拉莫斯梅希亚医院皮肤科的病例有所增加, 其中断发毛癣菌是最常见的病原体。

由断发毛癣菌引起的头癣已成为影响阿根廷和西班牙等其他国家儿童的一个公共卫生问题。理发店中断发毛癣菌的存在率与人群中的感染率之间存在流行病学关系。

临床上, 病灶为圆形或椭圆形斑块, 有鳞屑、不同程度的断发和黑点 (图 1 和图 2)。

通过对病变部位进行真菌学研究来确诊。对于那些无法提供微生物学服务的医院来说, 皮肤镜检查会很有帮助。通常会观察到脱皮、黑点、“Z”字形发和螺旋扭曲发 (图 3)。

首选治疗药物是特比萘芬, 剂量为 3-6 毫克/千克/天。虽然目前的文献建议治疗期为 4 周, 但我们的经验表明, 治疗期需要更长, 如 8-12 周。建议配合使用酮康唑洗发水等其他局部疗法。



图 1



图 2

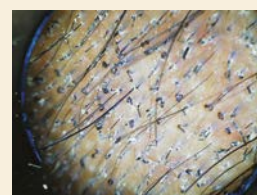


图 3

编辑  
Chris Lovell (英国)、  
Michele Murdoch (英国)

创始主编  
Paul Buxton (英国)

编辑秘书  
国际皮肤病学会联盟 (ILDS) 秘书处

#### 编辑委员会

Ayesha Akinkugbe (尼日利亚)  
Workalemahu A. Belachew (埃塞俄比亚)  
Anna Ascott (英国)  
Susannah Baron (英国)  
Jean Bologna (美国)  
Isabel Casas (阿根廷)  
David Chandler (英国)  
Steven Ersser (英国)  
Guadalupe Estrada (墨西哥)  
Claire Fuller (英国)

Chris Griffiths (英国)  
Henning Grossman (德国)  
Rod Hay (英国)  
Arjan Hogewoning (荷兰)  
Vineet Kaur (印度)  
Harvey Lui (加拿大)  
Omar Lupi (巴西)  
John Masenga (坦桑尼亚)  
Rachael Morris-Jones (英国)  
Anisa Mosam (南非)

Kelvin Mponda (马拉维)  
Deepani Munidasa (斯里兰卡)  
Ben Naafs (荷兰)  
Rune Philemon (坦桑尼亚)  
Terence Ryan (英国)  
Mafalda Soto (坦桑尼亚)  
Aswan Tai (澳大利亚)  
Gail Todd (南非)  
Shyam Verma (印度)  
Stephen Walker (英国)

#### 如何获得《社区皮肤健康》期刊

《社区皮肤健康》(CSH) 期刊可提供电子版和纸质版。可**免费**订阅电子版或纸质版，请访问：[bit.ly/cshjournal](http://bit.ly/cshjournal)

您也可在手机或平板电脑中下载 Android 或 IOS 版 CSH 应用程序。

#### 撰写文章

如果对皮肤病学医疗保健感兴趣，那么《社区皮肤健康》期刊可以为您提供发表文章、报告以及信函的好机会，并以此分享您的宝贵经验。请访问 CSH 网站了解《作者指南》。

您可以通过以下方式发送投稿：电子邮箱：[CSH@ILDS.org](mailto:CSH@ILDS.org) 或邮政地址：  
Community Skin Health, International Foundation for Dermatology, Willan House,  
4 Fitzroy Square, London W1T 5HQ, UK

#### 版权

本刊物中的文章可影印、复制或翻译，前提是不得被用于牟取商业或个人利益。该等影印、复制或翻译件中应致谢作者和《社区皮肤健康》期刊。

#### 出版商

《社区皮肤健康》由国际皮肤病学会联盟 (ILDS) 出版，系国际皮肤病学基金会 (IFD) 的官方刊物 <https://ilds.org/>

#### 免责声明

出版商、国际皮肤病学会联盟以及编辑不对因使用杂志中所含信息而导致的错误或后果负责。刊中所表达的观点和意见不一定反映了出版商、国际皮肤科学会联盟以及编辑的观点和意见，所刊载的广告亦不表示出版商、国际皮肤科学会联盟以及编辑对其内容表示认可。

ISSN 2632-8038



国际皮肤病学会联盟 (ILDS) 于 1935 年正式创立，80 多年来一直致力于在全世界推广皮肤健康。其前身始于 1889 年源远流长的世界皮肤科大会的首届盛会。如今，国际皮肤科学会联盟代表着皮肤病学的最高水准，拥有来自 80 多个国家的 170 多名成员；代表了超过 20 多万名皮肤科医师。

国际皮肤病学基金会 (IFD) 成立于 1987 年，负责开展国际皮肤科学会联盟的全球皮肤健康活动。如今，IFD 为非洲、亚太和南美的多个项目提供支持。CSH 是 IFD 的官方刊物。



Allied to HIFA  
Health information for All

#### 成为《社区皮肤健康》之友

每月只需 5 美元、5 英镑或 5 欧元，您就可以成为《社区皮肤健康》之友。您定期的慷慨捐赠将帮助我们向世界各地的医护人员发放超过 10000 份期刊。

关于成为《社区皮肤健康》之友的详细信息，请发送电子邮件至：

[CSH@ILDS.org](mailto:CSH@ILDS.org)



如果您在网上购物，无需额外成本即可为本期期刊带来赞助。几家主要零售商将根据您的消费金额进行捐赠。

[www.easyfundraising.org.uk](http://www.easyfundraising.org.uk)

Promoting global  
**Community Skin Health**  
through education