

新冠病毒疫情为国际皮肤病学研究生教育开创了一个新时代

Janice Yeon^{1,2}, Mecuisela Tuicakau^{3,4}, Emily Welch^{5,6}, Odille Chang³, Samuel Zagarella², Margot J Whitfeld^{1,5†}

¹澳大利亚新南威尔士州皮肤医院, ²澳大利亚悉尼大学医学院,

³斐济苏瓦卫生部, ⁴斐济国立大学

⁵澳大利亚新南威尔士州圣文森特医院, ⁶英国萨里东萨里医院

[†]通讯作者: mwhitfeld@stltderm.com.au

利益冲突: 无。

关键词: 新冠病毒; 教育; 皮肤病学; 文凭; 国际合作

摘要

2016 年, 为解决斐济和更广泛太平洋地区日益增多的皮肤相关健康问题, 开始策划面向太平洋群岛地区开设皮肤病学文凭和皮肤病学医学硕士课程。斐济苏瓦的 Tamavua Twomey 医院综合大楼内建立了“太平洋皮肤病学培训中心”。皮肤病学研究生文凭课程于 2018 年通过了斐济国立大学 (FNU) 评议会的批准, 并于 2019 年招收了四名学生, 开始授课。斐济仅有一名皮肤病专家 Tuicakau 博士, 为助其一臂之力以及拓宽教育基础, 课程增补了多名优秀的海外皮肤病学家。

2020 年, 新冠肺炎疫情的爆发严重破坏了教育系统。该课程旨在克服边境关闭的实际障碍, 开始由皮肤病学家通过视频会议工具 (如 Zoom) 在线讲授临床皮肤病学和理论知识。这种新的教育方法对斐济的皮肤病学研究生文凭课程来说是一种挑战, 必须解决基础设施有限的问题、增加工作量以及通过电子方式提升教职人员技能。尽管面临这些挑战, 该教育项目仍在发展, 计划 2020 年由 20 多名国际讲师为学生提供教学。

图 1 太平洋皮肤病学培训中心正式启用, 主任 Mecuisela Tuicakau 博士和太平洋皮肤病学有限公司 (澳大利亚) 董事长 Margot Whitfeld 博士



目录

13 新冠病毒疫情为国际皮肤病学研究生教育开创了一个新时代

Janice Yeon、Mecuisela Tuicakau, Emily Welch、Odille Chang, Samuel Zagarella 以及 Margot J Whitfeld

16 小测验

Deepani Munidasa

17 撒哈拉以南非洲地区自身免疫性皮肤病: 埃塞俄比亚和南苏丹的经验以及流行情况综述

Federica Dassoni、Workalemahu Alemu、Aldo Morrone 和 Bernard Naafs

25 印度恰蒂斯加尔邦浅表真菌感染研究: 简要报告

Daniel Henry 和 David Henry

Community Skin Health 应用程序

iOS 和 Android 用户均可下载该应用程序。

现在, 您只需轻点屏幕就可以浏览每期杂志, 搜索综合档案库中的热门主题, 为自己喜欢的文章添加书签, 获取直接发送到您手机中的最新一期杂志。



温馨提示: 欢迎您对本刊作出评价。

您的意见对我们而言非常重要。

请访问:

<https://www.surveymonkey.co.uk/r/CSH-evaluation>

新冠病毒疫情为国际皮肤病学研究生教育开创了一个新时代.....续

简介

在斐济和更广泛的太平洋地区，皮肤病已造成越来越严重的健康问题。为解决这一问题，2016年面向太平洋群岛地区开设了皮肤病学文凭课程和（皮肤病学）医学硕士课程。斐济只有一位皮肤病专家，在该地区没有成为皮肤科医生的培训途径。为拓宽教育基础，该课程增补了多名在海外经过培训的皮肤科专家，前往斐济为学生提供基于临床的面对面教学。

2019年12月下旬，世界卫生组织获悉中国武汉爆发了呼吸系统疾病。造成这次疫情的原因是一种新型冠状病毒，也被称为SARS-COV-2（通俗地说就是冠状病毒疾病（COVID-19））。¹到2020年3月19日，斐济出现了第一例新冠肺炎确诊病例，之后逐步采取应对措施来控制疫情蔓延，最终关闭了边境并禁止国际旅行。到2020年11月5日，斐济共有34例病例记录在案，其中2例死亡，200天没有出现任何新冠肺炎社区传播。²最近，斐济政府承诺拨款10亿斐济元用于实施新冠肺炎疫情经济刺激计划，并向卫生部门追拨4000万斐济元用于应对新冠肺炎疫情。³

根据联合国教科文组织发布的报告，全世界范围内受教育机构关闭影响的学生人数几乎占全球学生总数的60%。⁴新开设采用面对面教学模式的国际合作教育课程能否在斐济继续存在下去？本报告中，我们将探讨“斐济皮肤病学研究生文凭课程”为应对新冠疫情危机采取的措施。

背景

2016年，皮肤病学研究生培训计划开始进行可行性研究，最初是为太平洋群岛地区开设皮肤病学研究生文凭（PGDD）和皮肤病学医学硕士学位课程。2017年和2018年对门诊进行了修缮，并开始制定计划。随后在Tamavua Twomey医院综合大楼建立了“太平洋皮肤病学培训中心”，该中心还设有“全国皮肤病转诊处”。皮肤病学研究生文凭（PGDD）课程通过了斐济国立大学（FNU）评议会的批准。2019年，四年制皮肤病学医学硕士课程也通过了斐济国立大学评议会的批准。那些已从皮肤病学文凭课程毕业并希望继续深造三年（含第三年在斐济以外国家的学习时间）的学生可攻读该课程。

2019年2月文凭课程开课

皮肤病学研究生文凭（PGDD）课程与Mecuisela Tuicakau博士、Margot Whitfeld博士（图1）、斐济卫生部以及斐济国立大学（FNU）协力配合，于2019年开课，招收了四名学生：两名来自斐济，一名来自基里巴斯，一名来自萨摩亚。



图2 2019年皮肤病学文凭毕业生（从左至右：来自萨摩亚的Helena Va'a Fuiamaono博士、来自基里巴斯的Temea Kibae Bauro博士、来自斐济的Upendra Singh博士和Vinila Swarmy博士）

所有学生全部顺利完成该学年的学业（图2）。课程主任、斐济唯一的皮肤病专家Tuicakau博士在诊所对学生提供指导，并开展很多临床讲座。为帮助Tuicakau博士进行临床和学术技能教育，课程还增补了多名海外优秀的皮肤病专家。六名具有三级医院教学经验的澳大利亚皮肤病专家来到斐济苏瓦，各自利用一周的时间进行临床和讲座方面的补充教学。最后一年，由澳大利亚和斐济考官共同在苏瓦进行考试。

2020年，皮肤病学研究生文凭（PGDD）课程再次开课，招收了两名斐济医生和一名巴布亚新几内亚医生（图3）。2月，两名拜访Tuicakau博士的澳大利亚皮肤病专家进行了重要科目的教学。

新冠病毒疫情的影响

这次全球疫情对经济产生了严重影响。旅游业收入急剧下降，劳动力人口中有1/3（其中1/3为女性）失业或减少了工作时间。⁵由于边境关闭和封锁措施（包括对劳托卡、兰巴萨、苏瓦疫区的临时封锁），门诊就诊人数有所下降。住院人数和社区隔离严重限制了获取医疗服务和诊所就诊。最近一项分析显示，区域转诊住院人数减少了20%。

全球疫情也扰乱了教育体系，使全球教育发生了巨大变化。2020年，斐济卫生部取消了面向所有斐济医生的研究生教育，不允许进行面对面的医学教育。确定了新冠肺炎疫情情况后，为期四周的年中假期（通常在7月）被提前到了4月。各地区建议学生回国，海外专家不能再进入斐济进行教育活动，其中包括指导皮肤科操作。最初由皮肤病学访问专家提供的护

士和专职医疗人员教育也不能再继续。由于边境关闭，巴布亚新几内亚的学生也无法回国。

课程本由澳大利亚皮肤病专家一年六次进行为期一周的访问，同时由斐济唯一一位皮肤病专家授课并在当地诊所进行指导。经调整后，课程包含更多临床课，之后每周进行一到三次在线授课。澳大利亚、斐济和美国的皮肤病专家通过 Zoom 等视频会议工具讲授临床和理论内容、组织病理学并进行讨论。为针对巴布亚新几内亚学员回国做好准备，经斐济国立大学

(FNU) 批准在当地安排了一名皮肤病学导师，并安排了在线考试。国门重新开启后，巴布亚新几内亚学员已在斐济顺利完成了第一学期学习，在巴布亚新几内亚酒店隔离期间完成了笔试，然后在巴布亚新几内亚莫尔兹比港的家中进行口试，由斐济和澳大利亚考官通过 Zoom 在线主考。

挑战

新冠肺炎疫情为探索其他教育模式提供了一个独特的机会，但也并非没有挑战。在资源有限的环境中，技术基础设施就是一个障碍。由于互联网连接不畅，教学时间有时断断续续。另一个障碍是准备和演示这些在线课程增加了教师的工作量，大多数教师需要提高电子化技能。我们发现，与学生、讲师和协调员定期召开交流和计划会是成功过渡的关键，可最大限度地减少对课程和学生学习的干扰。

新冠肺炎疫情对学习的影响一直是学生所面临的挑战。Owusu-Fordjour 等人⁶认识到学生在家学习有些困难，互联网访问受限更是雪上加霜。与之相反，美国教育部一项荟萃分析⁷报告指出，在线教育不说优于课堂教学，但至少同样有效。无论授课方式如何，保持教育质量并获得学习成果都至关重要。



图 3 2020 年 2 月，新冠肺炎疫情前。多国小组欢度周末（从左至右：斐济皮肤病学研究生文凭课程学生 Edwin Kumar、斐济白化病项目协调人 Monisha Shree、特邀讲师、澳大利亚皮肤病专家 Margot Whitfeld 博士和 Dana Slape 博士、来自巴布亚新几内亚的皮肤病学研究生文凭课程学生 Cynthia Kuanch 博士、斐济太平洋皮肤病学培训中心主任行政助理 Mere Nabainivalu）。

要。除在线授课外，还为学生提供其他一些教育活动，如参加澳大利亚皮肤病学杂志俱乐部。对课程内容一直不断进行监督和补充，确保涵盖该学期课程主题。

澳大利亚皮肤病专家/讲师 Prasad Kumarasinghe 博士在新冠肺炎疫情爆发之前面授教学，疫情期间在线授课，他说：“新冠肺炎疫情时期，在线教学必不可少。我们都需要寻找创新方法来有效教学。我喜欢去年面对面地讲课，也喜欢今年的在线教学。组织团队提供了出色的技术支持。必要的时候确保良好的电话连线和技术支持对于课程成功非常重要。”然而，实际动手操作是皮肤评估的关键组成部分，因此在线教学无法替代现场诊断的价值。为弥补这一学习差距，通过诊所一两天内就疹的疑难病例来调整直接临床管理策略。

结论

通过 Zoom 转至网上授课有机会让更多皮肤病专家进行互动式教学，同时还克服了边境封闭的实际障碍，最大限度地减少了差旅相关费用。这种授课模式还为一些斐济学生（因新冠肺炎疫情推迟入学）提供了上课的机会，让那些无法到传统教学培训中心⁸接受培训的学生也能够进行学习，同时还降低了新冠病毒传播的风险。

新冠肺炎疫情促使教育体系转而采用在线教学，以确保课程的连续性。我们认识到，在这种新学习环境中，对学生和教师的支持和培训至关重要。对于斐济的皮肤病学研究生文凭

（PGDD）课程来说，这种新的教育方法是一项艰巨的任务。然而，我们目睹了课程的发展，2020 年有 20 名国际讲师参与到课程中来。与皮肤病专家合作讲授 PGDD 课程使人们更加关注新开设的医学硕士（皮肤病学）课程。该课程将于 2022 年开始授课，也需要通过 Zoom 进行补充教学。

我们预计，新冠肺炎疫情后，未来将把在线教学纳入课程中作为补充。在线教学进一步加强了原有的国际合作关系，对于课程的成功至关重要。

致谢

我们衷心地感谢斐济教师和来自澳大利亚、美国无偿奉献的国际讲师为教学访问和/或视频会议教学所投入的时间、精力和专业知识以及对教学课程所做出的其他贡献。此外，感谢 Ian 和 Barbara Jackson、Michael 和 Betty Little Trust 以及 Marcus Rule 为本课程提供经济支持，同时感谢太平洋皮肤病学有限公司（澳大利亚）、太平洋皮肤病学信托公司（斐济）、太平洋麻风病基金会、世界卫生组织、斐济卫生部、斐济国立大学医学、护理和健康科学学院、太平洋共同体秘书处、太平洋地区加强专业临床服务计划、太平洋岛屿项目 AUSAID 以及澳大拉西亚皮肤科学院。

续下页.....

新冠病毒疫情为国际皮肤病学研究生教育开创了一个新时代.....续

参考文献

1. Tan W, Zhao X, Ma X *et al*. A novel coronavirus genome identified in a cluster of pneumonia cases—Wuhan, China 2019–2020. *China CDC Weekly* 2020; **2**: 61–2.
2. WHO. Fiji reaches COVID-19 milestone but remains vigilant. Available at: <https://www.who.int/westernpacific/about/how-we-work/pacific-support/news/detail/05-11-2020-fiji-reaches-covid-19-milestone-but-remains-vigilant>. (Last accessed 7 Nov 2020).
3. UNDP. Socio-economic impact assessment of COVID-19 in Fiji. Available at: <https://www.pacific.undp.org/content/pacific/en/home/library/socio-economic-impact-assessment-of-covid-19-in-fiji.html>. (Last accessed 7 Nov 2020).
4. UNESCO. Education: From disruption to recovery. Available at: <https://en.unesco.org/covid19/educationresponse>. (Last accessed 7 Nov 2020).
5. Department of Foreign Affairs and Trade Australian Government. Partnerships for Recovery: Australia's COVID-19 Development Response. Available at <https://www.dfat.gov.au/sites/default/files/covid-response-plan-fiji.pdf> (Last accessed 7 Nov 2020).
6. Owusu-Fordjour C, Koomson C K, Hanson D. The impact of COVID-19 on learning – The perspective of the Ghanaian student. *Euro J Educ Stud* 2020; **7**(3):88–101.
7. U.S. Department of Education, Office of Planning, Evaluation, and Policy Development. *Evaluation of Evidence-Based Practices in Online Learning: A Meta-Analysis and Review of Online Learning Studies*. Washington, D.C.: Department of Education, 2010.
8. Knibel E. The Use and Effect of Distance Education in Healthcare: What Do We Know? Bethesda, MD: Published for the U.S. Agency for International Development (USAID) by the Quality Assurance Project. Operations Research Issue Paper, 2(2). Available at: <https://www.semanticscholar.org/paper/The-Use-and-Effect-of-Distance-Education-in-%3A-What-Knebel/cda9b3bd188a9541aed3e670ec8ba6f1516df7#citing-papers>. (Last accessed 1 June 2020).

小测验

Deepani Munidasa

斯里兰卡阿努拉德普勒教学医院皮肤科顾问

电子邮件: deepanimunidasa@yahoo.com

来自斯里兰卡阿努拉德普勒的 28 岁的 B 女士对其指甲不满意。从她十几岁的时候起，她的手指甲和脚趾甲似乎生长非常缓慢，并且呈特殊弯曲状，并伴有颜色变黄（图 1）。

她经常出现双腿浮肿，长期咳嗽，产生大量痰液。

问题 1

诊断是什么疾病？

问题 2

哪项检查有助于诊断？

- a) 胸部 X 光检查
- b) 血细胞计数
- c) 肝脏功能
- d) 真菌培养用指甲屑
- e) 手部 X 光检查侧视图

图 1 生长缓慢的淡黄色指甲



答案见第 27 页。

2021 年 ILDS DermLink 资助金发放

国际皮肤病学会联盟 (ILDS) 每年都会通过国际皮肤病学基金会 (IFD) 为 ILDS 成员提交的项目提供 ILDS DermLink 资助金。2020 年，我们收到了申请 ILDS DermLink 资助的 17 个项目提案。项目的评判标准如下：确定需求、预计的项目影响、项目可持续性以及项目目标是否为应对热带皮肤病或移民健康问题。

2020 年 ILDS 共向安哥拉、保加利亚、多米尼加共和国、埃塞俄比亚、印度尼西亚、尼泊尔、尼日利亚、塔吉克斯坦和土耳其的项目提供了九笔 DermLink 资助金资助，总额为 44901 美元。

下一轮的 DermLink 资助申请将于 2021 年 2 月 28 日截止。如果您想申请，请访问我们的网站 www.ILDS.org。如需了解更多关于此项资助的信息，请联系 DermLink@ilds.org。

图解综述

撒哈拉以南非洲地区自身免疫性皮肤病：埃塞俄比亚和南苏丹的经验以及流行情况综述

Federica Dassoni^{1,2,†}, Workalemahu Alemu², Aldo Morrone³, Bernard Naafs⁴

¹圣杰拉多医院，意大利蒙扎；²艾德转诊医院，埃塞俄比亚麦克雷镇；³IFO 加利卡诺医院，意大利罗马；⁴全球皮肤病基金会，荷兰明纳克比伦

[†]通讯作者：federica.dx@gmail.com

利益冲突：无。

关键词：自身免疫性；撒哈拉以南非洲；大疱病；天疱疮；类天疱疮；线状免疫球蛋白 A 疾病；结缔组织疾病；局灶性硬皮病；全身性硬化症；红斑狼疮；肌炎

摘要

目的

非洲国家有关罕见的自身免疫性皮肤病的报道很少。本文将就我们在埃塞俄比亚和南苏丹地区 5 年间接触此类疾病的经历进行探讨。

方法

我们对所发现的大疱病和结缔组织性疾病进行了分析，并报道和比较了非洲此类疾病的流行病学研究。

结果

我们在 5 年间共诊断了 27 例大疱病，其中包括天疱疮 10 例，类天疱疮 3 例，线状免疫球蛋白 A 疾病 14 例。在 19 例硬皮病患者中，患有节段性硬皮病 13 例，弥漫性/全身性硬皮病 6 例，另外其中 15 例患有盘状红斑性狼疮。医疗机构每年都会检查出 10000 多名患有不同适应症的患者。

结论

尽管对自身免疫性疾病的报道不足，但是这些疾病常见于非洲农村地区（埃塞俄比亚北部和南苏丹）。由于当地人们缺乏对皮肤病知识的了解，以及缺少皮肤专家和诊断设备，所以经常导致患者漏诊。

简介/背景

来自非洲的有关此主题的文献很少，这可能表明相比其他地区的人们，非洲人患自身免疫性皮肤病（如大疱病和结缔组织性疾病）比较少见。一些出版物指出，非洲人很少患有全身性自身免疫性疾病源于疟疾的保护作用。¹然而，越来越多关于这些疾病的报道显示，以往针对这些疾病的报道不足。²

在撒哈拉以南非洲地区的医学文献中只能找到零星的关于这些疾病的报告。³在分析皮肤病患病模式的研究中涉及了自身免疫性皮肤病。来自乌干达的一项研究报告了两年来 22 例患有自身免疫性表皮下大疱病的患者。⁴乌干达的另一项历时两个月的研究对首都一家三级护理医院的 232 名患者进行了调查，发现 4 名患者患有大疱病（1.7%），2 名患者患有结缔组织疾病（0.9%），患有自身免疫性皮肤病的患者比例合计 2.6%。⁵在坦桑尼亚，一家皮肤病学教学医院在 5 年间收集了 1554 例皮肤活检的组织病理学诊断数据，其中包括 53 例大疱病和 45 例结缔组织性疾病（合计 98 例（6.3%））。⁶从

2005 年到 2010 年在尼日利亚一所教学医院接诊的 895 名皮肤病患者的数据显示，自身免疫性皮肤病的患病率为 3.5%（2.9% 的患者患有结缔组织性疾病，0.6% 的患者患有大疱病）。该项研究不包括与艾滋病毒相关的皮肤病。⁷最近，在博茨瓦纳，在不同皮肤科诊所接待的所有新患者中，有 4% 的人被诊断患有自身免疫性皮肤病，其中大多数是结缔组织疾病，特别是皮肤红斑狼疮。⁸

虽然仍然难以确定自身免疫性皮肤病在非洲地区整个人口中的患病率，但是从这些数据可以看出，此病在非洲人口中是存在的，并且此数据与阿德罗沃（Adelowo）等人²的研究结果一致。对这些疾病报告不足可能是由多种因素造成的。由于难以获得医疗服务、需要支付诊断和治疗（如可获得）费用、交通不便以及道路可能存在不安全因素等原因，农村患者往往不去看皮肤病。此外，在农村地区，诊断十分困难的，因为那里缺乏血液检查、免疫荧光检查（IF）和组织病理学检查设备。在农村地区很少有或根本没有专科医生，如果有目前也大多集中在首都，贫困地区的人们肯定很难获得此方面的医疗服务。因此，可能很容易出现漏诊或根本没有对诊断进行官方报告。

方法

意大利皮肤病中心（IDC）位于埃塞俄比亚东北部的麦克雷镇，我们在那里对自身免疫性疾病观察了 3 年（2008 年至 2011 年）。然后，我们又在南苏丹西赤道省乡村小镇恩扎拉的一家医院里对此疾病观察了 2 年（2013 年至 2015 年）。所观察的族群对象分别是埃塞俄比亚的蒂格雷人（尼罗河部落）和南苏丹的阿赞德人（班图部落）。

我们针对每一种皮肤病都对报告流行病数据的文献进行了分析研究。

自身免疫性皮肤病可细分为多种类型，本文只对大疱病和结缔组织性皮肤病进行报告。

炎性大疱病

这些罕见的疾病（在欧洲每年每百万人中大约新增 25 个病例）以水疱和皮肤溃烂，有时还以粘膜溃烂为特征。水疱长在表皮内或表皮下。相关抗原所在部位不同导致主要临床特征各异。内部因素（如恶性肿瘤）和外部因素（细菌、药物）都可能成为诱因。

续下页.....

撒哈拉以南非洲地区自身免疫性皮肤病： 埃塞俄比亚和南苏丹的经验以及流行情况综述..... 续

表皮内大疱病：天疱疮亚组

天疱疮是一种严重的自身免疫性疾病，会累及皮肤和粘膜（图 1、2）。它由针对角质细胞表面的抗原的自身抗体所引起，最常见的抗原是桥粒芯蛋白（Dsg）1（浅表皮）和 Dsg 3（黏膜、深表皮和深层表皮），有时还会是如副肿瘤性天疱疮中的血小板溶素分子。抗体与其靶抗原的相互作用是导致细胞粘附脱落（棘层松解）和上皮大疱形成的原因。此疾病经尼氏征检查后呈阳性（皮肤经轻轻摩擦后出现水疱）。全球发病率为每年每百万人中新增 0.7 至 5 例病例。⁹

天疱疮的不同类型

- 寻常型天疱疮（图 1a、1b）和增殖性天疱疮（图 2a、2b）的水疱长在基底层之上，并且自身抗体主要针对 Dsg 3。
- 落叶天疱疮（PF）（图 1c）和红斑型天疱疮的水疱长在上表皮内，并且自身抗体主要针对 Dsg1。但是粘膜中没有 Dsg1（因此 PF 不累及粘膜）。



图 1a 寻常型天疱疮的皮肤特征



图 1b 寻常型天疱疮粘膜受损

- 在副肿瘤性天疱疮中 10，自身抗体主要针对 Dsg 1、Dsg 3 和血小板溶素分子；此病主要与良性或恶性淋巴样增生有关。

不同类型的天疱疮的发病率和患病率因国家和族裔群体而异：寻常型天疱疮在欧洲和美国最常见，而 PF 在北非、坦桑尼亚、土耳其、南美洲和新西兰比较流行。^{9,10} PF 有散发型和地方型两种。散发型 PF 在欧洲和美国最为常见，它的发病率比寻常型天疱疮低大概五至十倍。

地方型 PF（也称为“巴西天疱疮”）常见于巴西的报道中，¹⁰但也见于突尼斯、¹¹坦桑尼亚（根据作者观察）以及其他一些地方。^{12,13}

遗传和环境因素都与自身免疫性

天疱疮的发病有关。

- 基因学因素：**在不同种族人群中进行的各项研究表明，寻常型天疱疮与 HLA II 类等基因（DRB1*4 和 DRB1*14）有关。无论是散发型还是地方型 PF 都与 HLA II 类等位基因（DR4、DR14 和 DR1）有关。
- 环境因素：**除了遗传因素外，在巴西，墨蚊（*Simulium nigricans*）还与地方型 PF 有关。一些人认为坦桑尼亚乞力马扎罗山斜坡上的昆虫也与 PF 有关。

大多数自身免疫性天疱疮患者在发病时年龄在 40-60 岁之间，而地方型 PF 通常见于青少年和年轻成人。

犹太人（特别是东欧犹太人）、日本人和印度人的自身免疫性天疱疮发病率高于北美洲或西欧高加索人。对不同人群的流行病学研究表明，低纬度地区 PF 发病



图 1c 落叶天疱疮的临床特征

位



2a



2b

图 2a 和 2b 增殖性天疱疮的皮肤特征

表 1						
表皮内大疱病观察						
疾病	人数（埃塞俄比亚），男/女	中位数年龄	人数（南苏丹），男/女	中位数年龄	合计	活检
天疱疮（总计）	6（3 男、3 女）*	36 岁	4（1 男、3 女）§	40 岁	10	4（埃塞俄比亚），1（乌干达）
寻常型天疱疮	3（1 男、2 女）	48 岁	2（1 男、1 女）	35 岁	5	2（埃塞俄比亚）
增殖性天疱疮	2（1 男、1 女）	18 岁	0	-	2	1（埃塞俄比亚）
落叶天疱疮	1（男）	40 岁	2（女）	47 岁	3	1（乌干达）

* 1 例 HIV 合并感染，1 例麻风合并感染，§ 1 例 HIV 合并感染。

率较高，高纬度地区 PF 发病率较低。然而，撒哈拉以南非洲地区的准确流行病学情况尚不清楚。

我们在埃塞俄比亚 3 年间观察到了六例天疱疮病例（表 1），其中包括 1 例 PF 病例、3 例寻常型天疱疮病例和 2 例增殖性天疱疮病例）。另外，我们在南苏丹的 2 年期间发现了四例天疱疮患者，其中包括 2 例寻常型天疱疮患者和 2 例 PF 患者。两例寻常型天疱疮患者同时还感染了艾滋病毒，其在这两个国家中都是高度流行的地方性传染病。一名是来自埃塞俄比亚的寻常型天疱疮患者，其还患有麻风病，导致手/眼明显畸形，一条腿曾做过截肢。另一名是来自乌干达的 PF 患者，此病在当地已经组织学所证实。大多数患者仅能获得临床诊断或基于治疗反应的诊断，因为在南苏丹农村地区人们无法获得组织病理学检查。

PF 每隔几年就会在一小部分人群中发病，这说明其为小规模流行性皮肤病。由于缺乏免疫荧光检查，患者无法区分天疱疮和获得性大疱性表皮松解。所有患者仅能获得临床诊断，只有少数患者才能获得组织病理学检查。

表皮下大疱病：天疱疮亚组

自身免疫性表皮下大疱病包括：

- 大疱性类天疱疮（BP）
- 粘膜类天疱疮（MMP）
- 瘢痕性类天疱疮（CP）
- 线性免疫球蛋白 A（IgA）大疱性皮肤病（LAD，或儿童慢性大疱病（CBDC））
- 线性 IgG/IgA 大疱性皮肤病
- 妊娠性类天疱疮
- 获得性大疱性表皮松解症
- 天疱疮样扁平苔藓
- 大疱性系统性红斑狼疮（SLE）

自身抗体针对的是皮肤-表皮连接部（半桥粒体）的蛋白质，例如：

- BP180 和 BP230（BP、MMP、CP、LAD、线性 IgG/IgA 大疱性皮肤病、妊娠性类天疱疮、天疱疮样扁平苔藓）
- 层粘连蛋白-5、a6p4 整联蛋白（MMP、CP）

- VII 型胶原蛋白（获得性大疱性表皮松解症、大疱性系统性红斑狼疮）。⁴

自身免疫性大疱性皮肤病的相对发病率因地域不同而异。在欧洲和新加坡，BP 是最常见的自身免疫性皮下大疱性疾病，每年每 100 万居民中约新增 0.3 至 7 个 BP 病例，其次比较常见的是 MMP、妊娠性类天疱疮和 LAD。¹⁴相比之下，在南非、突尼斯、坦桑尼亚和马里，LAD 发病率较高，而在中国和马来西亚，自身免疫性皮下大疱性疾病的发病率普遍较低。特别是儿



图 3a 和 3b 大疱性类天疱疮的紧张性大疱

童慢性大疱病（CBDC）在非洲的报告较多。^{13,15-17}在乌干达和尼日利亚已有 BP 病例的相关报道^{3,4}，该病发病率占总大疱性皮肤病的 40% 以上。在乌干达，皮下大疱性疾病的发病率略低，但与欧洲相比没有太大差别，因此在本文不作详细讨论。⁴

续下页.....

撒哈拉以南非洲地区自身免疫性皮肤病：
埃塞俄比亚和南苏丹的经验以及流行情况综述.....续

大疱性类天疱疮 (BP) (图 3a、3b) 通常发病于老年人间，以紧张性大疱为特征，免疫病理学表现为基底膜带 C3 和 IgG 线性沉积。此疾病经尼氏征检查后呈阴性。根据已查证的全国人口普查登记相关数据，报告 BP 发病率的研究很少。我们在埃塞俄比亚观察到了 3 例 BP 病例，其中一例患有瘢痕性类天疱疮 (表 2)，另一例经过了组织学证实。但在南苏丹没有发现此类病例。



图 4a 儿童慢性大疱性疾病的环状水疱 (线状免疫球蛋白 A 疾病)

我们在埃塞俄比亚研究的三年期间发现有九名儿童患有**儿童慢性大疱病 (CBDC)**。在南苏丹研究的两年期间发现有 5 名儿童患有此疾病。在这两个国家总共发现 14 例患者 (表 2)。诊断主要基于临床特征 (图 4a、4b)、患者年龄和治疗反应 (氨苯砞、四环素)。只有埃塞俄比亚能提供组织病理学检查。最难以进行鉴别诊断的是先天性单纯大疱性表皮松解症 (Dowling Meara 亚型)，这种治疗方法对此类疾病无效。这项研究结果表明，LAD 的发病率高于 BP，这与非洲的文献中的研究结果一致。⁴正如我们所预料的那样，大多数儿童以前都接受过抗生素治



图 4b 儿童慢性大疱性疾病累及大面积皮肤

疗，并且被确诊为脓疱疮，但治疗后没有好转。或许由于人们缺少对膳食谷蛋白的摄入或摄入有限，在这两个国家没有出现其他大疱性疾病 (如疱疹样皮炎)。埃塞俄比亚以画眉草而苏丹以大米、玉米和马铃薯为主食。研究的局限性：

- 没有免疫荧光检查。
- 因为研究人员难以从周围村庄进入，而且该地区还有其他一些小型医院，所以本研究所统计的患者人数可能低于实际患病人数。

结缔组织病

虽然非洲报告的结缔组织病不多，但这类疾病并不那么罕见。²此类疾病在非洲的流行病学目前还远未调查清楚。关于此疾病缺乏报告的原因可能与大疱性疾病的原因相同。据相关报告，相比大疱性疾病而言，深肤色的非洲和亚洲人更容易患上结缔组织病。人们认为此病更加严重。据相关报告，此类疾病在非洲国家的患病率最低，而在加勒比和北美洲的非洲人后裔中的患病率最高。^{18,19}因此需要进一步研究遗传和环境危险因素，而许多作者认为尤其有必要在非洲进行流行病学研究。^{3,4,6,7}

在我们所观察的患有结缔组织病的患者中，其中 71 例为盘状红斑狼疮 (LED)， (中位数年龄：47 岁)，26 例为全身性硬化症和硬斑病 (中位数年龄：24.5 岁)，仅 2 例疑似为皮炎 (DM)， (年龄：43、39 岁)。但是并没有发现亚急性皮肤红斑狼疮 (SCLE) 或全身性红斑狼疮病例 (SLE)，或许是由于转诊医务人员没有识别出这种疾病。

硬皮病亚组

硬皮病是一种具有异质性的自身免疫性纤维化疾病。在尼日利亚²、塞内加尔^{20,21}和博茨瓦纳⁸均有对此病例的报告。近年来此疾病名称发生了变化，目前包括：

- 硬斑病；局限性 (局限性硬皮病)、线性、全身性
- 系统性硬化症；局限性和弥漫性皮肤系统性硬化症和重叠综合症。

全身性硬化症是一种慢性多系统自体免疫性疾病，以血管病变、炎症和不同器官的纤维化为特征。全身性硬化症分为两个主要的亚型，局限性硬皮病 (以前称为 CREST 综合征：钙质沉着症、雷诺氏现象、食管动力障碍、指硬皮病、毛细血管扩张症) 和弥漫性硬皮病。

表 2						
表皮下大疱病观察						
疾病	人数 (埃塞俄比亚)，男/女	中位数年龄	人数 (南苏丹) 男/女	中位数年龄	合计	活检
大疱性类天疱疮	2 (1 男、1 女)	45	0	-	2	1 (埃塞俄比亚)
瘢痕性类天疱疮	1 (男)	19	0	-	1	
儿童慢性大疱病 (CBDC)	9 (7 男、2 女)	9	5 (1 女、4 男)	5	14	7 (埃塞俄比亚)



图 5 线性创伤性硬皮病



图 6 斑块状硬斑病



图 7 节段性硬斑病

我们发现了 13 例患有局限性硬斑病和节段性/线性硬斑病的患者（图 5、6、7）和 6 例弥漫性硬化症或系统性硬化症患者（图 8a）（埃塞俄比亚 5 例，苏丹南部 1 例，全部为女性）（表 3）。

表 3 所发现的硬斑病和系统性硬皮病病例				
疾病	人数（埃塞俄比亚），男/女	中位数年龄	人数（南苏丹），男/女	中位数年龄
硬斑病和线性硬皮病	13（6 男、7 女）	30 岁	0	-
弥漫性/系统性硬化病	5（女）	24.5 岁	1（女）§	27

§ 1 例 HIV 合并感染



图 8a 系统性硬化症的面部皮肤表现

一名主要通过临床诊断患有系统性硬化症的患者同时感染了艾滋病毒。尽管临床特征明显，但没有特异性结果，所以普通病理学家很少进行活检。虽然全身性硬斑病的特征是没有累及乳晕（图 8b），但全身性硬斑病和弥漫性系统性硬化症之间的鉴别诊断并非易事。硬斑病患者中男女比例相等，而系统性硬化症仅见于女性。局灶色素沉着过度 and 色素退减的发生率较高（100% 患者为局灶性硬皮病，84%（5/6）为弥漫性/系统性硬皮病（图 9a），此数据与其他报道一致。指尖和甲周表皮的累及有助于医生进行诊断。黑白夹杂的皮肤色素沉着（图 9b）是系统性硬化症最早的特征之一。这一发现可帮助一些患者进行早期诊断。22但这也可能是皮炎的表现。用检眼镜或皮血管镜检查指甲毛细血管，可见患有系统性硬化症的患者体内毛细血管扩张，以及有微出血区（图 10）。

续下页.....



图 8b 没有累及乳晕的全身性硬斑病



图 9a 系统性硬化症的斑点状皮肤色素减退



图 9b 系统性硬化症的黑白色夹杂皮肤色素沉着变化



图 10 系统性硬化症的甲襞异常现象

红斑狼疮

本文描述了红斑狼疮的各种类型。以下三种为主要的变异型和亚型：

- 盘状或慢性皮肤红斑狼疮（DLE）
- 亚急性皮肤红斑狼疮（SCLE）
- 累及关节或内脏器官的系统性红斑狼疮（SLE）。²³

系统性红斑狼疮是一种以针对 DNA 的自身抗体和激活补体为特征的疾病。它会引发慢性炎症，破坏血管，皮肤-表皮连接处，其次会累及表皮。在遗传易感人群中，晒太阳可能会引发和加剧此病。暴露于太阳下的部位易出现此皮肤病。典型的红斑狼疮蝴蝶皮疹易发病于人的脸部两颊，可能会在鼻梁和唇部加重。这种病常常被非皮肤科医生过度诊断。其他暴露在阳光下的部位可能受累，包括胸部和背部，以及手臂的伸肌部位。系统性红斑狼疮还会累及到关节和肾脏等部位。

虽然少数患者患有系统性红斑狼疮，但盘状红斑狼疮通常只局限于皮肤。

虽然不同国家的红斑狼疮患病率得到了估计，但是大多统计调查仅针对发达国家。一项荟萃分析的作者提出了 24/100000 人口的总体加权平均患病率。此病大多见于女性。¹⁸虽然关于生活在热带地区的非洲人和亚洲人中系统性红斑狼疮患病率的数据有限，但据相关报告，生活在发达国家的非洲和亚洲裔人患系统性红斑狼疮更为常见也更为严重。^{24,25}

关于皮肤红斑狼疮发病率的报道很少，但是关于系统性红斑狼疮的流行病学研究已经大量发表。大多数研究表明，非洲血统人易患盘状红斑狼疮，而深肤色的患者在疾病早期就会表现出皮肤损伤。暴露在阳光下的部位易出现此皮肤病（例如易长在脸颊和鼻子上的红斑狼疮蝴蝶皮疹），并在早期主要呈褐黑色斑点和丘疹，晚期呈鳞状，伴有色素减退和红斑（图 11a、b、12）。鳞状病变表明毛囊出现堵塞。随着疾病的进展，病

灶部位边缘开始色素过度沉着，中心萎缩；整个病变部位可能完全脱色。在浅色皮肤患者中，病灶处通常开始长红斑。另外，病灶愈合后留疤，头皮病变后可能会导致脱发。

在我们所观察的患者中，其中有 15 例患有盘状红斑狼疮（3 男、12 女）（表 4）。临床表现为色素过度沉着、色素减退或色素脱色，伴有瘢痕和脱发。所有病灶均位于暴露于阳光下的部位。相关疾病为疥疮（1 例女性）和艾滋病（1 例女性）。只有埃塞俄比亚的患者通过活检进行了确诊。

在此调查研究中，未发现确诊的系统性红斑狼疮病例。这可能是由于缺乏诊断方法、难以对全身症状进行解释或很难从深肤色患者病灶部位辨别出此皮肤病症。也可能患者未在皮肤科会诊的情况下，已经在其他科室接受了全身症状治疗。

表 4					
所发现的盘状红斑狼疮病例					
疾病	人数（埃塞俄比亚），男/女	中位数年龄	人数（南苏丹），男/女	中位数年龄	活检
盘状红斑狼疮	12（3 男、9 女）*	45 岁	3（女）§	50 岁	12（埃塞俄比亚）

* 1 例疥疮合并感染，
§ 1 例 HIV 合并感染

皮肤炎

皮肤炎（DM）是一种罕见的炎症性疾病，女性发病率大于男性。虽然非洲对此类疾病的报告很少，但相关报告显示，



图 11a 伴色素性改变的盘状红斑狼疮



图 11b 盘状红斑狼疮色素减退型病灶



图 12 盘状红斑狼疮蝶形病灶分布

结论

- 关于自身免疫性皮肤病及其在非洲的流行情况的报告很少。
- 这篇论文证实了在我们调查研究的 5 年间，埃塞俄比亚和南苏丹农村地区存在这种疾病（表 5），其临床和流行病学结果与其他非洲报告相似。
- 最常见的自身免疫性疾病是结缔组织病，如盘状红斑狼疮、系统性硬化症和硬斑病，其次是儿童慢性大疱病（CBDC）。其他大疱性疾病较少发生（如天疱疮、大疱性类天疱疮）。

续下页.....

撒哈拉以南非洲地区自身免疫性皮肤病：
埃塞俄比亚和南苏丹的经验以及流行情况综述.....续

表 5		
发现的自身免疫性疾病总数		
诊断	患者人数	男:女
盘状红斑狼疮	15	3:12
硬斑病 + 系统性硬化症	19 (13 + 6)	6:13
儿童慢性大疱病	14	11:3
表皮内大疱病	10	4:6
表皮下大疱病	3	2:1

- 与西方高收入国家相比，儿童慢性大疱病病例数较多，这可能反映了非洲患病人口年龄较低。
- 结缔组织病（系统性硬化症、皮肤红斑狼疮）患者中女性居多，而大疱病患者并非如此，这在文献中得到了证实。
- 在非洲很多地区，自身免疫性皮肤病处于被忽视的状态。归档困难的原因包括缺乏皮肤病专家以及血清学和组织学力量薄弱，尤其是在农村地区，患者常常无法去很远的地方。患者呈红色的临床征象可能出现较晚。

参考文献

1. Adebajo AO. Low frequency of autoimmune diseases in tropical Africa. *Lancet* 1997; **349**(9048):361-2.

2. Adelowo OO, Bello MKN. Systemic autoimmune diseases: not so rare in black Africans. *Rheumatology (Sunnyvale)* 2014; **4**:130. doi: 10.4172/2161-1149.1000130.

3. Ogun GO, Okoro OE. The spectrum of non- neoplastic skin lesions in Ibadan, Nigeria: a histopathologic study. *Pan Afr Med J* 2016; **23**:221.

4. Mulyowa GK, Jaeger G, Kabakyenga J et al. Autoimmune subepidermal blistering diseases in Uganda: correlation of autoantibody class with age of patients. *Int J Dermatol* 2006; **45**:1047-52.

5. Song ES, Musunguzi P, Dieckhaus KD. Factors affecting patient presentation at a national dermatology referral clinic in Kampala, Uganda. *Int J Dermatol* 2017; **56**:291-5.

6. Beltraminelli H, Kiprono S, Zuriel Det et al. Dermatopathology in sub-Saharan Africa: a systematic 5-year analysis of all histopathological diagnoses from the

Regional Dermatology Training Centre (RDTC) in Moshi, Tanzania. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2015; **29**:1370-5.

7. Akinboro AO, Mejiuni AD, Akinlade MO et al. Spectrum of skin diseases presented at LAUTECH Teaching Hospital, Osogbo, southwest Nigeria. *Int J Dermatol* 2015; **54**:443-50.

8. Madu PN, Williams VL, Noe MH et al. Autoimmune skin disease among dermatology outpatients in Botswana: a retrospective review. *Int J Dermatol* 2019; **58**:50-3.

9. Meyer N, Misery L. Geoeconomic considerations of auto immune pemphigus. *Autoimmun Rev* 2010; **9**:A379-82.

10. Gonçalves GA, Brito MM, Salathiel AM et al. Incidence of pemphigus vulgaris exceeds that of pemphigus foliaceus in a region where pemphigus foliaceus is endemic: analysis of a 21-year historical series. *An Bras Dermatol* 2011; **86**:1109-12.

11. Morini JP, Jomaa B, Gorgi Y et al. Pemphigus foliaceus in young women. An endemic focus in the Sousse area of Tunisia. *Arch Dermatol* 1993; **129**:69-73.

12. Abreu-Velez AM, Reason JJ, Roselino AM. Endemic pemphigus foliaceus over a century: part I. *N Am J Med Sci* 2010; **2**:51-9.

13. Naafs B, Padovese V. Rural dermatology in the tropics. *Clin Dermatol* 2009; **27**:252-70.

14. Thorslund K, Seifert O, Nilzén K et al. Incidence of bullous pemphigoid in Sweden 2005–2012: a nationwide population-based cohort study of 3761 patients. *Arch Dermatol Res* 2017; **309**:721-7.

15. Aboobaker J, Wojnarowska FT, Bhogal B et al. Chronic bullous dermatosis of childhood-clinical and immunological features seen in African patients. *Clin Exp Dermatol* 1991; **16**:160-4.

16. Mahè A, Flageul B, Bobin P. Bullous IgA linear dermatosis of children in Mali. *Ann Dermatol Venereol* 1996; **123**:544-8.

17. Kharfi M, Khaled A, Karaa A et al. Linear IgA bullous dermatosis: the more frequent bullous dermatosis of children. *Dermatol Online J* 2010; **16**:2.

18. Rees F, Doherty M, Grainge MJ et al. The worldwide incidence and prevalence of systemic lupus erythematosus: a systematic review of epidemiological studies. *Rheumatology (Oxford)* 2017; **56**:1945-61.

19. McCarty DJ, Manzi S, Medsger TA Jr et al. Incidence of systemic lupus erythematosus. Race and gender differences. *Arthritis Rheum* 1995; **38**:1260-70.

20. Dia D, Dieng MT, Sy TN et al. Systemic scleroderma: 92 cases in Dakar. *Dakar Med* 2003; **48**:82-6.

21. Cisse MM, Seck SM, Oumar DA et al. Scleroderma renal crisis in tropical region: two Senegalese cases. *Pan Afr Med J* 2015; **21**:46.

22. Singh A, Ambujam S, Varghese A et al. Salt-and-pepper appearance: a cutaneous clue for the diagnosis of systemic sclerosis. *Indian J Dermatol* 2012; **57**:412-3.

23. Buinsauskaitė E, Orfanos CE. Lupus erythematosus in pigmented black skin. Chapter 30. In: *Pigmented Ethnic Skin and Imported Dermatoses* (Orfanos CE et al., eds), 1st edn. East Brunswick: Springer Nature, 2018; 335-43.

24. Johnson AE, Gordon C, Palmer RG et al. The prevalence and incidence of systemic lupus erythematosus in Birmingham, England. Relationship to ethnicity and country of birth. *Arthritis Rheum* 1995; **38**:551-8.

25. Ogunbiyi AO, Daramola OO, Alese OO. Prevalence of skin diseases in Ibadan, Nigeria. *Int J Dermatol* 2004; **43**:31-6.

26. Okong'o LO, Esser M, Wilmshurst J et al. Characteristics and outcome of children with juvenile dermatomyositis in Cape Town: a cross sectional study. *Pediatric Rheumatology Online J* 2016; **14**:60.

医学期刊联谊会

孟加拉国库图帕隆难民营流离失所的罗兴亚人群皮肤病及需求评估分析。

Khan SS, Padovese V, Maurer TA 等人, Clin Exp Dermatol 2020; **45**:1051-4。

库图帕隆难民营是世界上最大的难民营，接纳了大约 80 万罗兴亚穆斯林难民。这些人是缅甸若开邦的少数民族，2017 年暴力事件爆发后越过边境，逃到了孟加拉国的科克斯巴扎尔区，现在大部分居住在拥挤的库图帕隆难民营中。他们的清洁水和卫生设施有限，75% 的家庭住在公用避难所中，15 个人共用一个厕所。皮肤病是难民营医务人员常见的第四大疾病。

作者在难民营的一家初级医疗机构设立了一站式皮肤科专科门诊。有皮肤问题的患者都可前来问诊。门诊做出临床诊断，必要时将患者转至二级医疗机构。

3 天看了 380 名患者。最常见的诊断是感染和侵袭，215 人患有浅表真菌感染（皮真菌病），11 人患有脓疱病，39 人患有蜂窝组织炎，12 人患有疥疮。81 人被诊断患有皮肤炎、湿疹和相关疾病。皮肤真菌感染的主要临床表现是体癣，患病人群通常很广泛，尤其在育龄妇女中常见。这种皮肤病可能是潜在全身性疾病的反映，如糖尿病或艾滋病毒（HIV）感染。缅甸人口中艾滋病发病率很高。此外，很多罗兴亚妇女还遭受过性暴力。

难民营中的即时检验和医务人员教育有巨大潜力，迫切需要开展全面健康教育。皮肤病可能是研究和治疗全身性疾病以及开展合作计划的有益切入点。

CR Lovell

印度恰蒂斯加尔邦浅表真菌感染研究：简要报告

Daniel Henry[†], David Henry

印度恰蒂斯加尔邦比拉斯布尔乌沙纪念皮肤与眼科医院

[†]通讯作者: danielhenry21@yahoo.com

利益冲突: 无。

关键词: 浅表真菌感染; 癣; 皮真菌病; 社会经济地位; 社会文化因素; 恰蒂斯加尔邦

摘要

此项研究旨在探讨印度恰蒂斯加尔邦比拉斯布尔 205 名具有浅表真菌感染症状的门诊患者组中各种人口统计和社会文化变量。结果表明, 体癣是最常见的感染类型, 频繁发现不正当使用含局部皮质类固醇非处方药膏的情况。

简介

浅表真菌感染(皮真菌病)由局限于角质层的病原体引起。¹ 这些真菌能够产生角蛋白酶, 帮助它们在皮肤、指甲和毛发中的人角蛋白上代谢和生存。由属于毛癣菌属、小孢子菌属或表皮癣菌属的真菌引起的感染称为癣。癣(Tinea)来自拉丁文, 意为“蠕虫”或“幼虫”, 因为感染最初被认为是由蠕虫状寄生虫引起的。² 临床诊断以被感染的身体部位命名, 即体癣(躯干和四肢)、股癣(腹股沟)、甲癣(指甲)、头癣(头皮)、须癣(胡须区域)、手癣(手部)以及脚癣(脚部)。

在美国, 皮真菌病是最常见的皮肤病之一³, 一生患皮真菌病的风险预计为 10% 到 20%。⁴ 全球大多数皮真菌病是由上述三个菌属中的五到六种真菌引起的皮真菌病。⁵

印度恰蒂斯加尔邦有关浅表真菌感染流行病学方面的已出版文献很少。本研究尝试对有浅表真菌感染症状的患者组中各种人口统计变量和社会文化变量进行探讨。

材料与方法

此项研究进行了半年时间, 对在印度恰蒂斯加尔邦比拉斯布尔乌沙纪念医院皮肤科门诊就诊并被临床诊断为真菌感染的持续症状患者进行了调查研究。由于皮真菌病病例十分常见, 而进行调查的环境又是在资金有限的私立医院, 因此无法通过 KOH 涂片或活检进行诊断。

该研究设计了一份问卷调查表来收集与人口统计学特征(年龄、性别和职业)、既往真菌感染史、外用制剂自我药疗史、感染的临床证型、病灶数量以及社会文化特征(家庭成员人数、水源类型、洗澡频率、家庭成员是否共用肥皂和同一条毛巾)相关的数据。

结果

关于按各种社会文化变量的个体分布情况, 参见图 1-4。

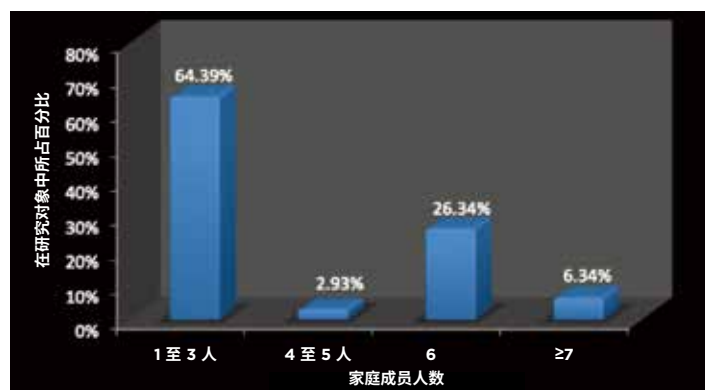


图 1 按家庭成员人数的个体分布



图 2 按水源的个体分布

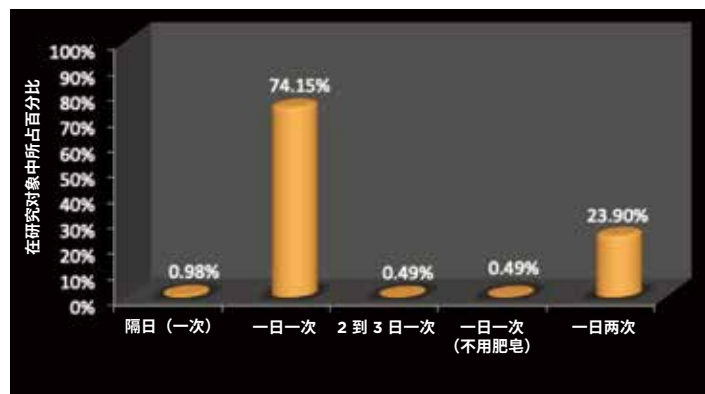


图 3 按沐浴频率的个体分布

这项研究中的患者总数为 205 人, 年龄范围在 10 到 60 岁。男性感染更常见(男:女 116:89), 20/25 (80%) 的股癣

续下页.....

印度恰蒂斯加尔邦浅表真菌感染研究：简要报告。.....续

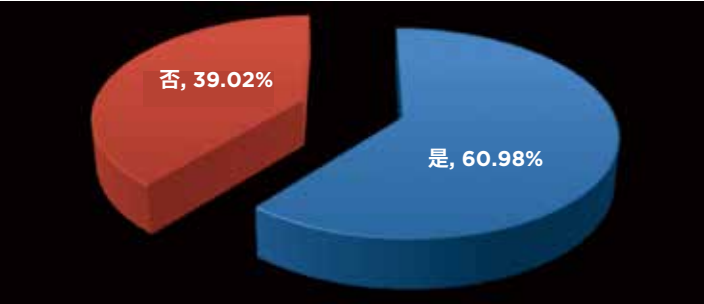


图 4 按家庭成员是否共用肥皂和同一条毛巾的个体分布

病例为男性。只有两例头癣，均为 20 岁以下患者。面癣也只有四例，均为 40 岁以下患者。未见有手癣病例。最常见的表现为体癣（135/205；66%），各年龄段患者都有，且多数为男性（76/135；56%）。总体而言，大多数患者有多处病灶（170/205；83%），且大部分（116/205；57%）曾使用含局部皮质类固醇的非处方制剂（图 5），如印度常用的局部类固醇混合药剂 Panderm®。仅在曾使用局部类固醇进行自我药疗的患者中发现面癣病例（表 1）。此外还发现，125/205（61%）的患者家庭成员之间共用肥皂和同一条毛巾。



图 5 含强效皮质类固醇的非处方制剂举例

讨论

过去，皮肤细菌感染较为常见，但最近真菌感染变得更加普遍。热带地区真菌感染高发可能是由于环境炎热潮湿引起

表 1 真菌感染临床表现														
N	杂色青霉 32		头癣 2		体癣 135		股癣 25		面癣 4		脚癣 7		合计 205	
年龄 (岁)		Col %		Col %		Col %		Col %		Col %		Col %		Col %
10 至 19 岁	12	38	2	100	28	21	5	20	1	25	2	29	50	24
20 至 29 岁	9	28	0	0	37	27	6	24	2	50	2	29	56	27
30 至 39 岁	1	3	0	0	21	16	5	20	1	25	1	14	29	14
40 至 49 岁	10	31	0	0	31	23	8	32	0	0	1	14	50	24
50 到 60 岁	0	0	0	0	18	13	1	4	0	0	1	14	20	10
性别														
男	13	41	1	50	76	56	20	80	2	50	4	57	116	57
女	19	59	1	50	59	44	5	20	2	50	3	43	89	43
工作类型														
家庭主妇	6	19	0	0	32	24	1	4	1	25	0	0	40	20
技术性	7	22	0	0	27	20	7	28	1	25	3	43	45	22
学生	13	41	2	100	26	19	6	24	1	25	3	43	51	25
非技术性	6	19	0	0	50	37	11	44	1	25	1	14	69	34
病变														
单发	5	16	1	50	26	19	1	4	2	50	0	0	35	17
多发	27	84	1	50	109	81	24	96	2	50	7	100	170	83
类固醇使用														
有	8	25	1	50	86	64	15	60	4	100	2	29	116	57
无	24	75	1	50	49	36	10	40	0	0	5	71	89	43
既往真菌感染史														
有	4	13	0	0	26	19	3	12	1	25	2	29	36	18
无	28	88	2	100	109	81	22	88	3	75	5	71	169	82

的。真菌感染可能是皮肤感染或全身性感染。浅表真菌感染会对人的生活质量产生不利影响，某些情况下还可能传染他人或扩散。大多数浅表真菌感染可被临床诊断出来，也易于治疗。⁶

在印度，大多数人尝试自我治疗，会在看皮肤科医生之前使用非处方药物。与英美等发达国家相比，在印度无需处方即可购买含强效皮质类固醇的药膏和抗真菌剂。这改变了临床表现，使治愈时间延长。我们的研究发现，临床诊断为浅表真菌感染的有症状门诊患者中有 57% 的患者曾使用此类制剂。

印度的癣病例在现代有所增加。我们发现，体癣是最常见的皮真菌病，男性比女性更容易受到感染。与之相反，新加坡的一项研究发现，最常见的真菌感染是脚癣，其次是花斑癣和股癣。⁷目前研究人群中癣感染分布的趋势也不能证实美国的早期发现。³ 因此，看起来似乎感染模式存在地区差异或者可能在全球范围内发生了变化。

结论

- 癣菌感染通常与使用含强效皮质类固醇的乳膏有关，在印度，无需处方即可购买这种药膏。
- 注意用药史，建议避免局部用皮质激素。
- 阻止家庭成员共用肥皂和毛巾。

参考文献

1. Walsh TJ, Dixon DM. Spectrum of Mycoses. In: *Medical Microbiology* (Baron S, ed), 4th edn. Galveston (TX): University of Texas Medical Branch, 1996; Chapter 75.

2. Brooks GF, Carroll KC, Butel JS, Morse SA. Mycology. In: *Jawetz, Melnick, Adelberg's Medical Microbiology*, 24th edn. New York: Mc Graw Hill, 2007.
3. Stern RS. The epidemiology of cutaneous disease. In: *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine* (Freedberg IM, Fitzpatrick TB, eds), 5th ed, New York: McGraw-Hill, 1999; 7-12.
4. Drake LA, Dinehart SM, Farmer ER. et al. Guidelines of care for superficial mycotic infections of the skin: tinea corporis, tinea cruris, tinea faciei, tinea manuum, and tinea pedis. *J Am Acad Dermatol* 1996; **34**:282-6.
5. Aly R. Ecology and epidemiology of dermatophyte infections. *J Am Acad Dermatol* 1994; **31**:S21-5.
6. Garber G. An overview of fungal infections. *Drugs* 2001; **61** (Supplement 1):1-12.
7. Tan H-H. Superficial fungal infection seen at the National Skin Centre, Singapore. *Jpn J Med Mycol* 2005; **46**:77-80.

RJ Hay 评论

这份来自印度的报告记录了大量皮真菌病病例，大多数病例表现为体癣。印度癣疾爆发是该地区的主要问题，现有报道称已蔓延至欧洲和中东其他国家。很多病例是由一种新型须疮癣菌菌株引起的，但有些是因为红色毛癣菌。共同特征是感染中可见广泛皮肤病变，对抗真菌药反应较差；许多患者还接受过局部抗真菌药和强效皮质类固醇联合治疗。但是，也有证据表明某些真菌在体外对抗真菌剂（如特比萘芬）有耐药性。这种癣菌病新变种在印度内外不断传播是引起人们关注的主要原因。

参考书目

Bishnoi A, Vinay K, Dogra S. Emergence of recalcitrant dermatophytosis in India. *Lancet Infect Dis* 2018; **18**:250-1.

Verma SB, Madhu R. The great Indian epidemic of superficial dermatophytosis: An appraisal. *Indian J Dermatol* 2017; **62**:227-36.

GLODERM 培训生委员会

增加全球培训学员接受皮肤病学培训的机会

GLODERM 培训生委员会的目的是增加世界各地皮肤科培训学员学习的机会，促进知识公平。该委员会旨在提供免费教育活动以及构建人际关系网和协作的机会。他们希望通过为培训学员提供更多教育机会来提高世界各地皮肤病学领域未来领导者的能力。

GLODERM 培训生委员会正在提供由培训学员主导的免费在线系列讲座，每月一次。有关系列讲座的更多详情以及如何报名，请访问 <https://gloderm.org/gtc/>



小测验答案:

答案 1: 黄甲综合征; 答案 2: a) 胸部 X 光

黄甲综合征 (YNS) 被认为是一种非常罕见的疾病，通常在 50 岁之后发病，目前仅有几例青少年病例的报道。诊断以出现三联征为基础，包括指甲变黄、肺部表现（慢性咳嗽、支气管扩张和胸膜腔积液）和下肢淋巴水肿。常伴有鼻窦炎。病因尚不明确，但通常被认为与潜在淋巴损伤有关。

黄甲综合征经常作为孤立现象发生，但可能与涉及淋巴系统、自身免疫性疾病或癌症的其他疾病有关。治疗采用对症疗法。综合症状可能自行消退。观察性证据支持联合使用口服维生素 E 和三唑类抗真菌药来清除指甲变色。

B 女士有淋巴水肿，胸部 X 光显示支气管扩张（图 2），有必要转诊胸科。她没有其他潜在合并症。口服维生素 E 六周后，她的黄指甲仅出现部分反应。

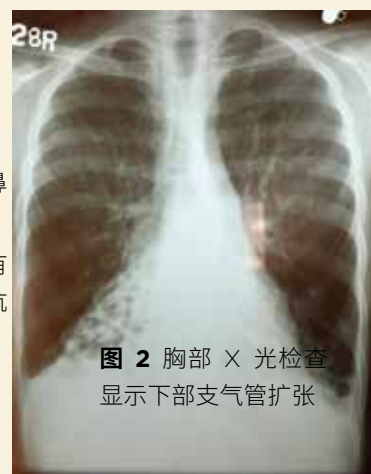


图 2 胸部 X 光检查显示下部支气管扩张

主编

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

编辑委员会

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

Rod Hay (英国)
Sarah Hogan (英国)
Arjan Hogewoning (荷兰)
Vineet Kaur (印度)
Harvey Lui (加拿大)
Deepani Munidasa (斯里兰卡)
John Masenga (坦桑尼亚)
Rachael Morris-Jones (英国)
Anisa Mosam (南非)

Kelvin Mponda (马拉维)
Ben Naafs (荷兰)
Rebecca Penzer-Hick (英国)
Rune Philemon (坦桑尼亚)
Terence Ryan (英国)
Mafalda Soto (西班牙)
Gail Todd (南非)
Shyam Verma (印度)
Steve Walker (英国)

如何获得《社区皮肤健康》期刊

《社区皮肤健康》(CSH) 杂志可提供电子版和纸质版。

可**免费**订阅电子版或纸质版, 详情请访问:

<https://ilds.org/our-foundation/community-skin-health-journal/>

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》杂志可以为您提供发表文章、报告以及发送信函的好机会, 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** 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》杂志。

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、国际皮肤病学协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、国际皮肤病学协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、国际皮肤病学协会联盟以及编辑对其内容表示赞同。

成为CSH 之友

每月只需 5 美元、5 英镑或者 5 欧元, 您便可成为 CSH 之友。您定期的慷慨捐赠将帮助我们超过 10000 份杂志送到全世界的医疗工作者手中。

关于成为 CSH 之友的详细信息, 请发送电子邮件至:

CSH@ILDS.org



如果您在线购买, 可以无需花一分钱就为我们期刊提供资助。几家主要零售商将根据您的消费金额进行捐赠。

www.easyfundraising.org.uk



国际皮肤病学会联盟 (ILDS) 正式创立于 1935 年, 80 多年来一直致力于在全世界推广皮肤健康。1889 年, 源远流长的世界皮肤科大会召开了首届盛会, 而这一届会议便是国际皮肤病学会联盟的前身。如今 ILDS 代表着皮肤病学的最高水准, 拥有来自 80 多个国家的 170 多名会员; 我们代表了超过 200000 名皮肤科医师。

国际皮肤病学基金会 (IFD) 创立于 1987 年, 负责开展 ILDS 的全球健康皮肤活动。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

Promoting global
Community Skin Health
through education