IFD
Promoting global Community Skin Health through education

国际皮肤病学基金会官方刊物　　曾用名《社区皮肤病学杂志》

可在 https://ilds.org/our-foundation 和 CSH App 中在线获取法语、西班牙语和简体中文版本　　2021 年第 17 卷第 2 期

坏疽性口炎——被忽视的疾病：一篇教学文章

Elise Farley[1 2*]、Mohana Amirtharajah[3]、Charity Kamu[1 2]、Bukola Oluyide[1]、Muhammad Shoaib[1]、Shafiu Isah[2]、Adeniyi Semiyu Adetunji[2]、Mark Sherlock[3]

[1] *尼日利亚索科托无国界医生组织。*
[2] *尼日利亚索科托坏疽性口炎儿童医院。*
[3] *荷兰阿姆斯特丹无国界医生组织。*
**通讯作者：elisefarley@gmail.com*

利益冲突：无。

关键词：坏疽性口炎、走马疳、被忽视的热带病。

摘要

坏疽性口炎（cancrum oris）是一种进展快速的口腔感染，如果不加以治疗，在首次出现症状后数周内的死亡率据报告达到90%。坏疽性口炎主要影响2至5岁的儿童。除了高死亡率外，坏疽性口炎还会导致严重的身心健康后遗症，并影响那些生活在孤立社区、鲜有机会获得医疗保健的脆弱群体。虽然每个坏疽性口炎病例的临床表现和后遗症都有其独特性，但感染无一例外以牙龈炎症开始，然后导致溃疡，在几周内快速破坏脸颊、下颌、嘴唇、鼻子和/或眼睛。坏疽性口炎是一种古老但未获重视的疾病，折磨着世界上最弱势的人群，我们对其知之甚少。根据文献报告，对坏疽性口炎的报告已有数百年；然而，我们对该疾病的了解仍然存在重大缺口。未来的研究应着重于确定疾病的负担和分布、真实死亡率、致病原因，以及影响预后和治疗结果的因素。通过采取全球综合性方法，可以实现消除坏疽性口炎。把坏疽性口炎列入世界卫生组织“被忽视的热带病”名单将提高人们对该疾病的认识，并为加大研究、资助预防和治疗方案提供动力。

图1一名6岁的儿童，右脸颊和嘴唇有WHO第4阶段的缺陷，注意牙齿的暴露和早期疤痕。

续下页……

Community Skin Health 应用程序

iOS 和 Android 用户均可下载该应用程序。

现在，只要您手指轻轻一点，即可轻松阅读每期内容，全面搜索热点话题的文章档案，为您最喜欢的文章插入书签，并自动获得最新一期的精彩内容。

分享您的故事

我们期待听到世界各地的医护工作者分享 CSH 期刊如何助力于提供皮肤卫生服务。欢迎您和我们分享使用本期刊的体验。这些案例研究将在未来几期中专栏呈现。

请发送电子邮件至 **CSH@ilds.org** 或者在 Twitter、Instagram 或 Facebook 上 @IFDerm，将您的故事发送给我们。

目录

17 坏疽性口炎——被忽视的疾病：一篇教学文章
Elise Farley、Mohana Amirtharajah、Charity Kamu、Bukola Oluyide、Muhammad Shoaib、Shafiu Isah、Adeniyi Semiyu Adetunji和Mark Sherlock

20 小测验
Deepani Munidasa

21 CSH评估简报
Amelia Crowther

22 非洲的皮肤病学研究生课程
Anisa Mosam和Gail Todd

25 一种类似酒渣鼻的类固醇皮炎的扭曲表现：病例报告
Doriane Sabushimike、Lulyritha Kini、Daudi Mavura、John E. Masenga、Rune Philemon 和 Magdalena Dennis

28 印度南部一家三级护理医院在“消灭麻风病”后时代面对的疾病态势
Rochelle C Monteiro和Ramesh Bhat

31 国际皮肤病学会联盟新任执行主任上任公告

简介

坏疽性口炎（cancrum oris）是一种进展快速的口腔感染，如果不加以治疗，在首次出现症状后数周内的死亡率据报告达到90%。[1]除了高死亡率外，坏疽性口炎还会导致严重的身心健康后遗症，并影响那些生活在孤立社区、鲜有机会获得医疗保健的脆弱群体。坏疽性口炎载入科学文献报告已有数个世纪，但我们对该疾病的认识还存在许多重大缺口。尽管坏疽性口炎的后果非常可怕，但它并没有被世界卫生组织（WHO）正式认定为被忽视的热带病（NTD）。这篇简短的教学文章旨在概述目前对坏疽性口炎的了解，并为坏疽性口炎的综合控制提供建议。

临床进展和病因学

坏疽性口炎主要影响2至5岁的儿童。[2]虽然每个坏疽性口炎病例的临床表现和后遗症都有其独特性，但感染无一例外以牙龈炎症开始，然后导致溃疡，在几周[1]内快速破坏脸颊、下颌、嘴唇、鼻子和/或眼睛。[1]（图1-3）

世界卫生组织将坏疽性口炎分为五个阶段：

- 警报信号：单纯性牙龈炎；
- 第1阶段：急性坏死性牙龈炎；
- 第2阶段：水肿；
- 第3阶段：坏疽；
- 第4阶段：疤痕形成；
- 第5阶段：后遗症。[1]

坏疽性口炎患者的死亡主要是由于饥饿、吸入性肺炎、呼吸功能不全或败血症造成的[3]。据报告，坏疽性口炎并不是接触性传染的。[1]我们对坏疽性口炎的发病机理知之甚少，微生物学方面也在争论之中。在坏疽性口炎患者的口腔菌群中发现了一系列生物体，但没有一种生物体一直存在，这使人们对某种特定生物体在坏疽性口炎发展中的作用产生了怀疑。[1]

风险因素

根据报告，坏疽性口炎发病的风险因素包括：

- 年龄在2至5岁之间；
- 非母乳喂养；
- 在诊断出坏疽性口炎时或在诊断前的3个月内，患有麻疹或人类免疫缺陷病毒等合并症；
- 缺乏获得优质医疗服务的机会，包括儿童疫苗接种；
- 不良的口腔卫生习惯；
- 家庭的社会经济地位低下。[1]

治疗

目前世卫组织在临床上对坏疽性口炎急性期的管理指南包括：[1]口腔卫生（洗必泰漱口水0.2%，10毫升）、抗生素治疗（阿莫西林和甲硝唑）、营养支持（高蛋白）、伤口清洁（用稀释的双氧水浸泡的敷布）和包扎（蜂蜜用于局部包扎以及抗菌和再生）。[1]这些治疗可以减少感染的持续时间和严重程度以及组织损伤的程度，从而降低死亡率和发病率。那些在早期阶段存活下来的患者往往会有严重的面部毁容和多种身体损伤，如吃饭、视力和呼吸困难。[1] 幸存者往往需要复杂的手术重建来恢复形态和功能。[1]痉挛（牙关紧闭）是最致残的后遗症之一，可导致并发症，如误吸、营养不良、口腔卫生不良、语言障碍、气道受损和慢性疼痛。[4]物理治疗是坏疽性口炎治疗的一个重要组成部分，特别是在防止或尽量减少牙关紧闭方面，此治疗可以使患者的饮食、咀嚼和说话得到改善。[1]坏疽性口炎往往会使患者招致轻蔑，从而造成他们与家人的社交隔离。[2]因此，对坏疽性口炎患者的管理无一例外需要社会和心理支持。由于患者的家乡地处偏远，而且难以进入医疗机构进行定期随访，因此坏疽性口炎的治疗结果难以确定。

图2一名患有WHO第5期坏疽性口炎的3岁儿童其左眼和脸颊有明显的缺陷。

疾病的负担和分布

由于缺乏有力的估计，坏疽性口炎的真实全球负担及其分布情况尚不清楚。在欧洲和北美的生活条件在20世纪初得到改善之前，坏疽性口炎过去的报告病例通常出现在这些地区。[5] 近年来，坏疽性口炎的病例报告主要在非洲和亚洲的中低

收入国家。1998年，世卫组织估计，在全球范围内，每年有14万个坏疽性口炎的新病例，当时有77万名患者患有坏疽性口炎的后遗症（基于专家意见）。[1] 2018年尼日利亚的一项研究估计，在西北地区，每10万名0至15岁的儿童中，基于社区的时点患病率为3300人，表明全球负担可能要大得多。[6]这一巨大的差异是由于研究设计的不同和估计中包括的坏疽性口炎处于不同的阶段。

被忽视的坏疽性口炎

几个世纪以来，坏疽性口炎在各类科学文献中都有报告。然而，大部分文献均为病例报告。包括原始数据收集的有力研究非常之少。坏疽性口炎的高死亡率、疾病的快速发展、获得医疗服务的难度以及医疗工作者对坏疽性口炎的了解不足[7,8]导致误诊，使坏疽性口炎成为一种难以研究的疾病。这些挑战意味着坏疽性口炎患者和该疾病本身在其当地社区、本应为其服务的卫生系统和全球卫生界中仍然不为人知。这种不为人知导致了对疾病的忽视，产生了一些重大的知识空白。未来研究的最重要领域包括统计疾病的全球分布和负担，探索坏疽性口炎的病原学和微生物学，发展到疾病后期阶段的风险因素以及最有效的预防方法和信息传递。

预防和控制

坏疽性口炎的理想控制形式是预防。通过改善生活条件，消除与坏疽性口炎发展相关的主要风险因素（疫苗接种率低、营养不良和口腔卫生差），坏疽性口炎和其他儿童疾病的发病率将会降低。这一点可以通过创造就业机会、建立一个有效的疫苗接种系统、改善获得适当营养的机会、增加获得优质医疗保健、安全饮用水、基本卫生设施和服务的机会来实现。

如果做不到这一点，可以通过从垂直的坏疽性口炎手术方案转向综合措施来控制坏疽性口炎。第一种方法是将控制的重点从被动管理转向主动监测、及早诊断和治疗，这种方法在控制布鲁里溃疡方面效果很好。[9]另一种方法是将口腔筛查纳入常规初级保健评估、疫苗覆盖率调查、其他被忽视热带病监测举措或营养不良调查之中。

上述方法需要开展协调一致的宣传活动，使坏疽性口炎不再继续遭到忽视。提高医护人员的认识将有助于确保病人得到正确的诊断和及时的治疗，并通过改进疾病报告提高监测系统的有效性。实现这一目标的其中一个初步步骤是将坏疽性口炎纳入到传染性疾病、医疗和护理培训计划之中。此外，还需要在社区层面提高认识，传授改变风险因素的方法（宣传疫苗接种、营养教育和健康的口腔卫生习惯），并教育社区成员了解坏疽性口炎的早期迹象和症状以及在疾病早期的可逆阶段寻求医疗保健的重要性。

图3—名患有WHO第3期坏疽性口炎的约3岁儿童，注意下唇和牙龈的缺损，中心处几乎完全坏死。

这些宣传活动规模必然较大，且要求在全球范围内为坏疽性口炎提供资源和关注度。为了获得必要的支持，坏疽性口炎需要被列入世卫组织的被忽视热带病名单。这种承认将使坏疽性口炎成为关注的重点，强调对该疾病进行更多研究的必要性，并成为筹集预防和治疗方案资金的催化剂。

结论

坏疽性口炎是一种进展迅速的感染性疾病，会影响到脆弱的幼儿，许多患者因此死亡。坏疽性口炎可以预防，如果及早诊断可以得到有效治疗。对这一疾病的认识存在诸多空白；医护人员对这一疾病相对陌生，而且经常报告不足。通过采取全球综合性方法，可以实现消除坏疽性口炎。将坏疽性口炎列入世界卫生组织“被忽视的热带病”名单将提高人们对该疾病的认识，并为加大研究和资助预防和治疗方案提供动力。

资助

这项研究没有得到任何公共、商业或非营利部门资助机构的具体资助。无国界医生的工作人员在其日常工作中进行了这项研究。

致谢

作者感谢坏疽性口炎幸存者及其照顾者、尼日利亚无国界医生组织特派团和坏疽性口炎儿童医院的工作人员以及尼日利亚卫生部。

参考文献

1. World Health Organization. ***Noma is a severe disease:It is treatable if detected and managed early.*** Brazzaville, Republic of Congo, 2016. https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-07/Information_brochure_EN.pdf (last accessed 29 October 2021).
2. Ashok N, Tarakji B, Darwish S ***et al.*** A review on noma: a recent update. ***Glob J Health Sci*** 2016; **8**:53–9. DOI: 10.5539/gjhs.v8n4p53.
3. Baratti-Mayer D, Pittet B, Montandon D ***et al.*** Noma : an “infectious” disease of unknown aetiology. ***Lancet Infect Dis*** 2003; **3**:419–31.
4. Walker M, Burns K. ***Trismus: Diagnosis and Management Considerations for the Speech Pathologist.*** Rockville, MD: American Speech-Language-Hearing Association, 2006.

续下页……

5. Marck KW. A history of noma, the "Face of Poverty." *Plast Reconstr Surg* 2003; **111**:1702-7.
6. Farley E, Oyemakinde MJ, Schuurmans J *et al.* The prevalence of noma in northwest Nigeria. *BMJ Glob Health* 2020; **5**:e002141.
7. Ahlgren M, Funk T, Marimo C *et al.* Management of noma: practice competence and knowledge among healthcare workers in a rural district of Zambia. *Glob Health Action* 2017;**10**:1340253.
8. Brattström-Stolt L, Funk T, Sié A *et al.* Noma -knowledge and practice competence among primary healthcare workers: a cross-sectional study in Burkina Faso. *Int Health* 2019; **11**:290–6.
9. Fitzpatrick C, Nwankwo U, Lenk E *et al.* An investment case for ending neglected tropical diseases. In: *Major Infectious Diseases* (Holmes KK, Bertozzi S, Bloom BR *et al*, eds) 3rd edn. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, 2017; 411–31.

所有数字版 ©权均属无国界医生组织，图片由家长/监护人同意拍摄并用于出版物、演示或报告。图片的使用已获许可。

https://www.afro.who.int/publications/information-brochure-early-detection-and-management-noma

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

一位来自斯里兰卡阿努拉德普勒的50岁农民，在过去的8年里脸上、四肢和躯干上反复出现令人烦恼的湿润溃疡性疣状皮肤结节（图1和图2）。

发病时，他经常出现"鼻塞"，他认为这是由于每天劳作后在农场的池塘里洗澡所致。鼻子和脸颊周围的结节后来发展并扩散到远端的部位，包括胳膊和腿。

图1和图2。湿润溃疡性疣状皮肤结节。

问题1——诊断是什么？

a) 着色真菌病
b) 马杜拉真菌病
c) 非典型皮肤分枝杆菌感染
d) 播散性梅毒性树胶肿
e) 播散性鼻孢子虫病

问题2——这种疾病与以下哪项关系最密切……

a) 家禽养殖
b) 艾滋病
c) 接触池塘和湖泊中的水
d) 感染新冠
e) 吸烟

问题3——给一个皮肤结节做了活检。组织学检查可能显示什么？

a) 中性粒细胞性脂膜炎
b) 带棕色环状结构的肉芽肿（"铜钱"）
c) 带硫磺颗粒的脓肿
d) 带孢子囊的肉芽肿
e) 真菌菌丝

答案见第 31 页

Amelia Crowther
IFD项目官员，电子邮件：acrowther@ilds.org

2019年3月，CSH启动了一项评估，以帮助确定该期刊的使用情况，并确保其为世界各地医疗工作者提供相关资源。2年内，调查在4版期刊头版中进行了宣传。纸质调查表也作为插页包含在刊物的印刷版之中。读者可以通过Survey Monkey、电子邮件或邮寄来提交调查答复。CSH非常感谢我们的读者给予的宝贵反馈。现在，我们非常高兴地与大家分享一些重要信息！

从54份回答中得出的主要结论*

- 55%的受访者是专门从事皮肤科和肿瘤科工作的医护人员，34%是普通医护人员。
- 96%的受访者表示，他们认为此杂志是一个有用的资源。
- 96%的受访者表示，杂志对该领域的医护人员有益。
- 96%的受访者同意杂志提供了如何更好地治疗患者和广大社区或为其提供更多支持的相关信息。
- 62%的受访者表示，一旦他们阅读了杂志，就会与同事分享。

CSH听取了读者对杂志可能作出的改进提供了反馈意见，我们希望在未来的几期杂志中：

- 加入更多的病例报告和图片；
- 扩大我们的疾病覆盖范围；
- 提供更多关于资源不足的环境下可用的替代药物的信息；
- 研究翻译成新语种的可能性；
- 加入更多从护理角度出发的文章；
- 加入更多不同肤色的皮肤表现的图片；
- 为读者提供更多的机会来分享他们的实际经验。

感谢您的宝贵贡献。如果您想进一步分享对CSH杂志的反馈意见，请通过电子邮件与我们联系，电子邮箱：csh@ilds.org。

*CSH认识到，评估调查的回答率较低，这限制了我们的调查结果。我们也知道，由于同一份印刷版期刊经常多人共享，这可能是影响问卷回答率的一个因素。

读者评论：

> *对于普通卫生工作者来说，由于皮肤病或疾病的表现非常普遍，掌握相关的、最新的诊断、管理和随访信息非常有益。*
>
> **普通医疗工作者**

> *有一些皮肤病的管理依赖于期刊中提供的信息。杂志中介绍的病例对这里遇到的皮肤病的诊断有很大帮助。*
>
> **津巴布韦皮肤病和性病学医疗工作者**

> *杂志推动了皮肤科领域的新知识、新技能和新实践。*
>
> **皮肤病学和性病学医疗工作者**

> *文章时效性很强，有助于我在资源有限的环境中提供更好的皮肤病医疗服务，我分享的文章提供了无法从别处获得的知识。*
>
> **海地和肯尼亚的皮肤病学和性病学医疗工作者**

感谢

谨对以下人士表示衷心的感谢，他们慷慨地付出了时间和专业知识，对《社区皮肤健康》的翻译工作进行把关：

- **法语——Olivier Chosidow博士和Veronique Bataille博士**
- **西班牙语——Isabel Casas博士**
- **简体中文——Tee Siah博士**

非洲的皮肤病学研究生课程——经许可对发表在《*Dermatologic Clinics*》上的原文进行的概述1

Anisa Mosam[1*]、Gail Todd[2]

[1] *南非德班夸祖鲁-纳塔尔大学皮肤病学系副教授。*

[2] *南非开普敦大学医学系荣誉教授。*

**通讯作者：mosama@ukzn.ac.za*

利益冲突：无。 **资金来源：**无。

关键词：非洲、课程、皮肤病学教育/培训、皮肤性病学、教育/培训。

关键的学习要点：

- 非洲由55个独立国家组成，有12亿人口，人口密度为30.5人/平方公里[2]。
- 根据世界卫生组织（WHO）的一份报告，非洲农村的皮肤病发病率从坦桑尼亚的26.9%到埃塞俄比亚的80.4%不等，皮肤病的新诊治率从马里各级公共医疗机构的6.9%到喀麦隆83个村庄的初级医疗机构的13%不等[2]。
- 每个国家每百万人口中皮肤科医生的数量各不相同（图1）。除北非外，大多数国家每百万人口中皮肤科医生的数量<10人，通常是每百万人口中皮肤科医生<1人。
- 在55个非洲国家中，30个国家没有培训计划，10个国家有一项区域计划，10个国家有一项国家计划，而且5个国家设有大学计划（图2）。
- 非洲大陆的皮肤病学培训计划具有国际标准，培养的皮肤病医生具有良好的临床敏锐性，了解其所服务的人群的需求。
- 在“全球北方”设计的培训计划被移植到非洲的大学里，强调包括最新疗法在内的各种实践，这些实践在非洲要么无法提供，要么没有成本效益，要么无法询证。

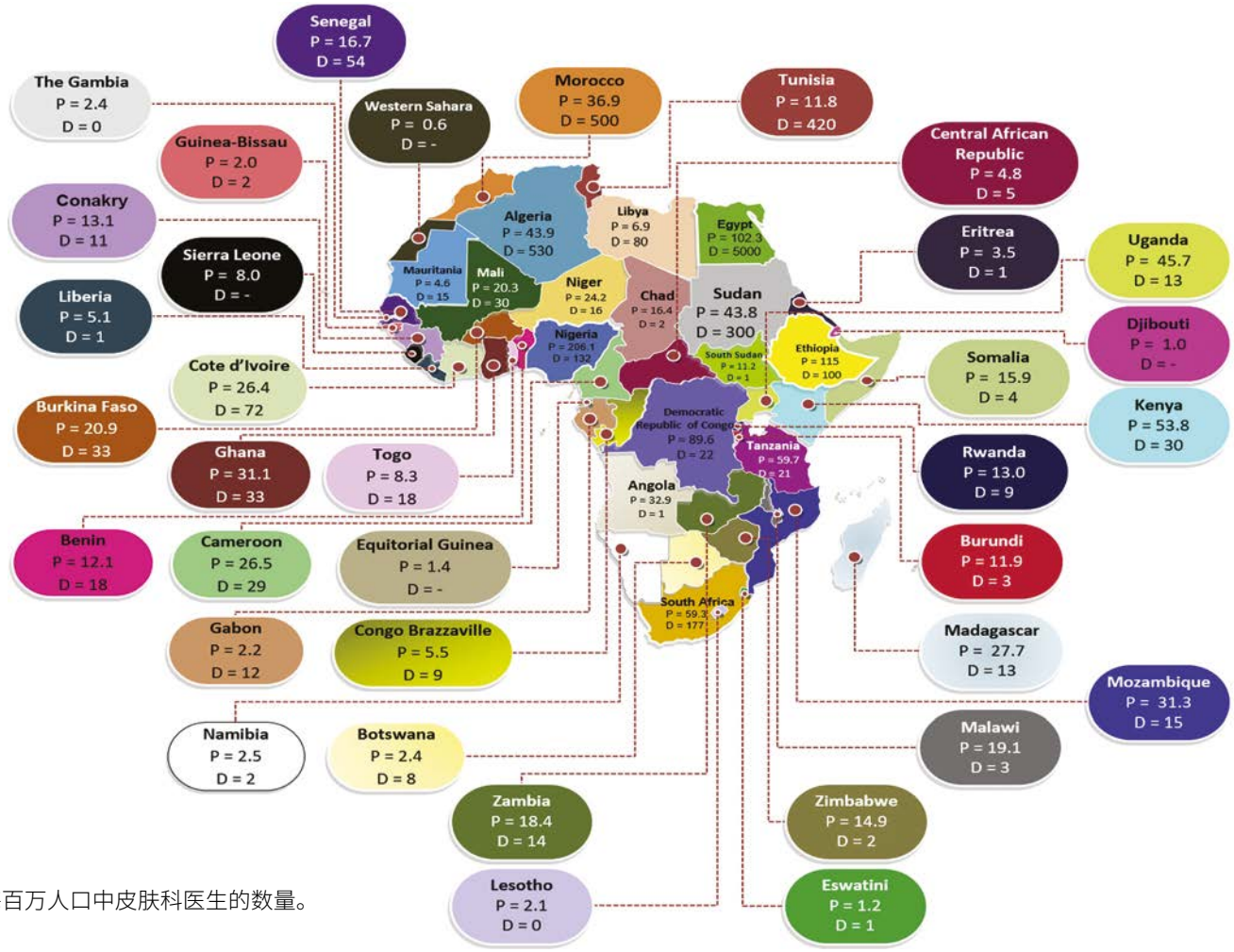

图1每百万人口中皮肤科医生的数量。

非洲各地研究生皮肤病学培训计划和教育工具概要（表1）

- 南非：每百万人口中皮肤科医生的数量从0到3不等，南非（SA）的数量最高（177）。共有3项培训计划：安哥拉、莫桑比克和南非。
- 北非：在非洲大陆，皮肤科医生数量最多的是埃及（5000），每百万人口有49人。每百万人口中皮肤科医生数量从毛里塔尼亚的3人到埃及的49人不等。阿尔及利亚、埃及、利比亚、摩洛哥和突尼斯设有培训计划。
- 西非：：每百万人口中皮肤科医生的数量从0到3不等。加纳、马里、尼日利亚和塞内加尔设有培训计划。所有这些国家都遵循一个统一的区域皮肤病学计划，该计划被大多数西非国家接受，甚至包括那些没有培训计划的国家。
- 东非：每百万人口中皮肤科医生的数量从1到7不等。在埃塞俄比亚、肯尼亚、马达加斯加、苏丹、坦桑尼亚和乌干达都有既定的皮肤病专家培训计划。位于坦桑尼亚莫西的区域皮肤病学培训中心为撒哈拉以南非洲的临床官员和医疗助理提供仅有的皮肤病学高级文凭。这290名获得文凭的毕业生是撒哈拉以南非洲地区皮肤病学服务的骨干力量。
- 中非：此地区每百万人口的皮肤科医生数量在0.1至5.5名不等。刚果民主共和国设有一个培训计划。

按照区域、国家或大学课程设有皮肤病学或皮肤性病学培训计划的地区（图2）

- **区域计划、统一课程和国家认证：**西非；*英语区*加纳和尼日利亚；*法语区*贝宁、布基纳法索、科特迪瓦、几内亚科纳克里、几内亚比绍、马里、塞内加尔和多哥。
- **国家计划、课程和认证：**阿尔及利亚、安哥拉、埃及、埃塞俄比亚、利比亚、摩洛哥、南非、苏丹、坦桑尼亚（RDTC）和突尼斯。
- **大学计划、课程和认证：**刚果民主共和国（金沙萨大学）、肯尼亚（莫伊大学）、马达加斯加（塔那那利佛大学）、莫桑比克和乌干达（姆巴拉拉大学）。

除西非外，各大学之间很少分享课程和培训计划，这突出表明需要汇集专业知识和资源，以便在区域内加强培训，并开发与非洲当地需求相关的课程。

续下页……

表 1按地区和国家划分的培训计划概要

地区	国家	培训计划
南非	安哥拉	卫生部颁发的4年专科文凭，设有全国性课程，并由南非皮肤病学会Colegio Angolano de Dermatologia e Venereologia进行考试。
	莫桑比克	5年文凭（其中3年学习皮肤病学）。皮肤病学和性病学专家
	南非	4年专科奖学金，FF Derm（南非），设有全国性课程，并由南非皮肤病学会进行考试。对于大学的MMed硕士学位，需要有一篇论文。要注册为皮肤病专家，需要FF Derm（南非）和MMed两个证书
北非	埃及	5年硕士课程，有医学博士/哲学博士学位
	利比亚和突尼斯	4年硕士课程，有毕业考试
	阿尔及利亚和摩洛哥	发表时未提供详细信息
西非		尼日利亚、加纳、塞内加尔和马里的培训计划 广泛遵循区域性的统一课程 培训计划适应当地需求，设有课程、日志和研究内容
	加纳	5年奖学金（其中3年学习皮肤病学）。西非内科医师学院的奖学金或加纳内外科医师学院的奖学金
	马里	4年制课程
	尼日利亚	5年奖学金（其中3年学习皮肤病学）。内科次级专业皮肤学奖学金
	塞内加尔	4年文凭（皮肤病学专家）
东非	埃塞俄比亚	自2006年起开设全国性课程文凭（皮肤性病学专业证书）
	马达加斯加	自2000年起接受住院医师培训（4年）。奖学金，有证书 法国专业培训研究文凭（DEFS）和专业培训证书（AFS）
	苏丹	4年制医学博士。自1995年开始培训以来，共500名皮肤科医生
	坦桑尼亚	RDTC和WHO合作中心培训来自撒哈拉以南国家的各种医疗工作者。提供4年制MMed住院医师课程和两年制皮肤性病学高级文凭（ADDV）。
	乌干达	3年计划（MMed），自该计划开始以来，已经有13名皮肤科医生毕业。
中非	刚果民主共和国	金沙萨大学5年文凭（皮肤病学专家医生）

非洲的皮肤病学研究生课程——经许可对发表在《*Dermatologic Clinics*》上的原文进行的概述1

……续

显然，许多课程是在高收入国家开发的，这些国家在全球知识空间中占主导地位，其所设定的成功标准于其自身有益，但却损害了中低收入国家的知识体系（认识论危机）。这些课程被“移植”到非洲大陆的大学里，几乎没有考虑到它们对非洲或非洲人民的意义。要求全球健康教育去殖民化和承认前殖民关系遗产及其对全球健康倡议影响的呼声越来越高。[3]

非洲大陆大部分地区的皮肤科医生人数少于10人/百万人口；只有北非地区的皮肤科医生人数是较高的8-49人/百万人口。大多数非洲皮肤科医生是城市地区的私人医生，只有少数人从事学术和公共服务，导致大部分人口的皮肤保健有限或缺失。[4]最近，更多关于皮肤科医生数量、设置的培训计划类型以及按地区和国家划分的课程细节已经发布。[1]

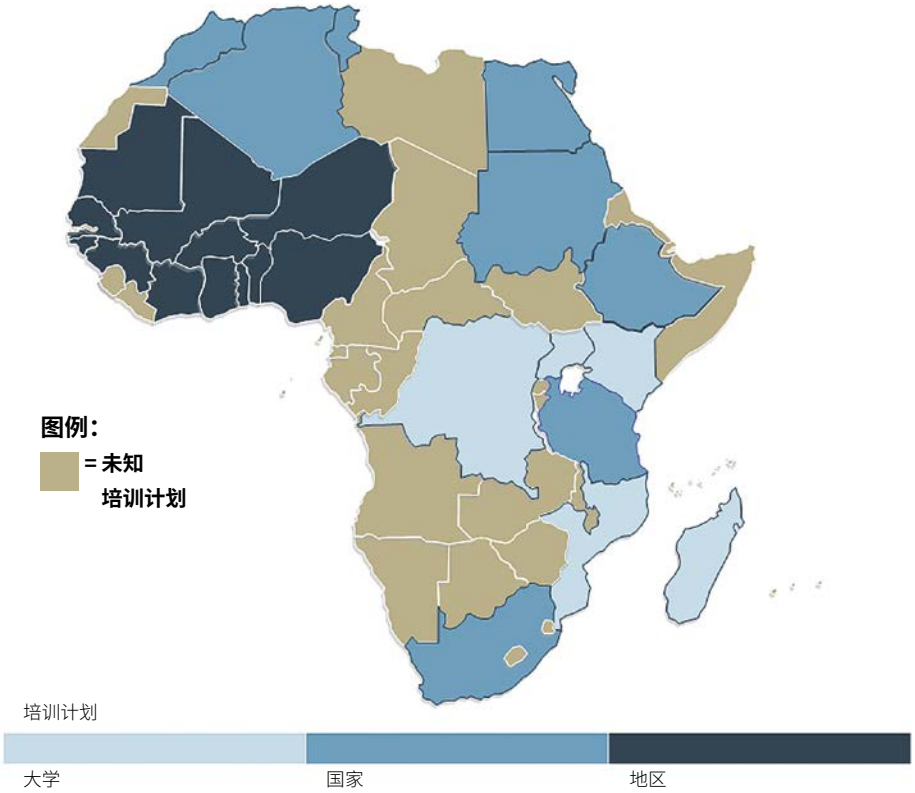

图2按照区域、国家或大学课程设有皮肤病学或皮肤性病学培训计划的地区。

此前有一项描述非洲皮肤病学培训的尝试性行动，其重点主要放在英语国家，行动指出培训资源较为有限。[5] 为改善皮肤健康服务的供应而提出的一些解决方案包括任务转移（为培训全科医生、护士、医疗助理、临床官员和传统医疗工作者提供短期课程和文凭）和技术，特别是远程皮肤学。

可供非洲培训计划使用的教育材料主要是由欧洲、美国和英国出版的资料推动。关于这些材料是否适用于全球不同地区的有色皮肤者的适用性以及皮肤科医生诊断和管理有色人种皮肤病的能力尚未得到评估。

2006年，Ebede和Papier对美国关于有色皮肤的教育材料进行了调查。[6]他们评估的皮肤病学教科书中，着重介绍少数族裔皮肤的图片和文字内容的比例很低（Bolognia 19%；Freedberg 15%；Rook 12%；Fitzpatrick第五版11%；Fitzpatrick第4版10%；Sauer's 9%；和Habif 4%）。从1996年到2005年，美国皮肤病学会年会的教学活动中，关注有色人种皮肤的比例一直保持在2%。他们建议在教育资源中加入更多描述有色人种常见和严重皮肤病的图片和文字信息。这凸显出目前首选和推荐给非洲居民的教育材料存在不足。[6]

有必要制定相关计划，提供更符合文化、种族和地理特点的教育和资源。

应在非洲大陆和地区范围内对受训的皮肤科医生、其国家分布情况、其留任情况，以及其对本科和研究生皮肤性病学培训和课程去殖民化的贡献进行调查。另外，务必调查对健康负担作出的此类皮肤性病学贡献如何在整个非洲大陆得到承认和资助，包括人口的临床服务方面和培训资助方面。

参考文献

1. Mosam A, Todd G. Dermatology training in Africa: successes and challenges. *Dermatol Clin* 2021; **39**:57–71.
2. World Health Organization. *Epidemiology and management of common skin diseases in children in developing countries.* WHO/FCH/CAH/05.12. WHO, 2005. Available at: https://apps.who.int/iris/handle/10665/69229 (last accessed 4 Nov 2021)
3. Hu J, McKoy K, Papier A *et al.* Dermatology and HIV/AIDS in Africa. *J Glob Infect Dis* 2011; **3**:275–80.
4. Hay RJ, Fuller LC. The assessment of dermatological needs in resource-poor regions. *Int J Dermatol* 2011; **50**:552–7.
5. Eichbaum QG, Adams LV, Evert J *et al.* Decolonizing global health education: rethinking institutional partnerships and approaches. *Acad Med* 2021; **96**:329–5.
6. Ebede T, Papier A. Disparities in dermatology educational resources. *J Am Acad Dermatol* 2006; **55**:687–90.

类似酒渣鼻的类固醇皮炎的扭曲表现： 病例报告

Doriane Sabushimike[1]*、Lulyritha Kini[1]、Daudi Mavura[2]、John E.Masenga[1]、Rune Philemon[3]
Magdalena Dennis[1]*

[1]*Department of Dermato-Venereology, Kilimanjaro Christian Medical University College, Moshi, P. O. Box 2240, Tanzania.*
[2]*Regional Dermatology Training Center, Kilimanjaro Christian Medical Centre, Moshi, P.O. Box 8332, Tanzania.*
[3]*Institute of Public Health, Kilimanjaro Christian Medical University College, Moshi, P. O. Box 2240, Tanzania.*

通讯作者：sabushimikedodo@gmail.com， magdaldeenis@gmail.com

利益冲突：无。

关键词：类似酒渣鼻的类固醇皮炎、外用皮质类固醇、酒渣鼻。

摘要

类固醇皮炎状似酒渣鼻，临床上表现为红斑、丘疹和脓疱。在一些患者中，由于反复使用中高效力的外用皮质类固醇，也会出现萎缩性改变，如毛细血管扩张。我们介绍了一位31岁的女性患者，她患有类似酒渣鼻的类固醇皮炎。她的面部有严重的红斑、丘疹、结节和鳞屑。我们的治疗方法包括逐步减少外用皮质类固醇，开始使用替硝唑和外用他克莫司，结果患者在2个月内取得了明显的改善。

简介

酒渣鼻是一种常见的慢性炎症性面部皮肤病。酒渣鼻的特点是潮红、背景红斑、毛细血管扩张、炎症性丘疹、脓疱、水肿、肿胀性改变和眼部特征。[1-3]其主要影响浅色皮肤类型的白人患者，黑人患者的记录不够充分。这种报告不足可能是由于典型的酒渣鼻特征（如背景红斑和毛细血管扩张）以及皮肤光型V和VI的患者先天色素沉着不明显而导致模棱两可，进而导致认识不足。[1-3] 引起酒渣鼻型外观的原因之一是过度使用外用皮质类固醇（TCS）。

从1951年到1974年，许多皮肤科医生试图为类固醇所致皮肤病想出一个合适的名字。正是在1974年，*Leyden*等人将其命名为“类固醇酒渣鼻”。[4] 另一方面，考虑到酒渣鼻已经是一个定义明确的术语，人们认为此病的最佳名称应是类似酒渣鼻的类固醇皮炎（SDRR）。SDRR是过度使用TCS的一个常见症状。虽然停用TCS是阻断SDRR的必要条件，但如果停用太突然，可能会出现反弹反应。[5] SDRR有三种类型，根据位置分类：口周型、面部中央型和弥漫型。[6] 其临床表现为红斑、丘疹和脓疱。在一些患者中，由于反复应用中高效力的TCS，会出现萎缩性改变，如毛细血管扩张。[7] 在皮肤光型为IV-VI的患者中，肉眼往往看不到红斑，使得临床诊断SDRR非常困难。皮肤镜检查在评估深色皮肤类型红斑方面可能是一个有价值的工具。[8] 酒渣鼻可能被误认为是痤疮、过敏反应或其他表现为皮肤色丘疹的疾病。[3] 管理SDRR的第一步是停用所有TCS。第二个需要考虑的重要因素是用全身性抗生素抑制毛囊中的细菌感染。抗生素的选择应考虑存在由于过度使用TCS造成的革兰氏阴性菌、*葡萄球菌属*、链球菌属和*痤疮丙酸杆菌的过度生长*。[6]

病例

一名31岁的女性患者诉说面部有瘙痒的红斑性丘疹和斑块。她说她出现同样的皮损已近4年，她曾接受过几种外用类固醇和抗真菌药膏治疗。在她最后一次就诊时，她接受了2%咪康唑乳膏的隐匿癣治疗，这使她的皮损加重，并有严重的刺激症状。

续下页……

图1红斑、丘疹、结节和鳞屑。

检查时，她所有受影响的面部、上胸和背部都有严重的红斑。皮损由丘疹、结节和鳞屑组成。她的额头和颧骨区域也有一些粉刺和毛细血管扩张。胸部以及下颌区和下巴上有一些明显的末端毛发（图1）。

实验室研究显示激素谱正常。在显微镜下，没有看到蠕形螨属或真菌成分。

该病例在临床上被诊断为类似酒渣鼻的类固醇皮炎。开始口服替硝唑500毫克，每天两次，并使用1%氢化可的松软膏，每天两次。从第二周开始，1%氢化可的松乳膏逐渐减少到每天一次，第三周改为每周三次，最后一周改为每周两次，然后停止使用。在不使用氢化可的松的日子里，开始使用0.01%他克莫司软膏。治疗1个月后，患者仍然有红斑，但较轻微，而且丘疹明显减少（图2）。在第三次就诊时，丘疹和鳞屑完全消失（图3）。给用1%甲硝唑凝胶的维持剂量，每天使用两次。在第一次和最后一次就诊时，还拍摄了皮肤镜图像，发现红斑明显减少（图4和图5）。

图2轻度红斑和少量丘疹。

讨论

只需几天的TCS治疗，就足以抑制许多原发性皮肤病的症状。虽然不能治疗病因，但TCS具有抗炎特性和血管收缩作用，特别是能消除红斑。停用TCS常常导致原发性皮肤病的加重，导致许多患者继续长期使用TCS。[6]

用肉眼辨识皮肤光型IV至VI的红斑很有难度。使这些皮肤类型的酒渣鼻诊断变得复杂，因为红斑可能是主要的诊断特征。在深色皮肤的患者中，当红斑与TCS的使用史一起出现时，常常被误认为是隐匿癣、痤疮或过敏反应。[3]

我们的患者最初被诊断为过敏反应，后来又被诊断为隐匿癣。患者长期使用TCS和外用抗真菌剂，引起了大量刺激反应和SDRR。在我们对患者进行皮肤镜检查后，将其临床诊断为患有SDRR。在减少TCS

图3丘疹和鳞屑完全消失。

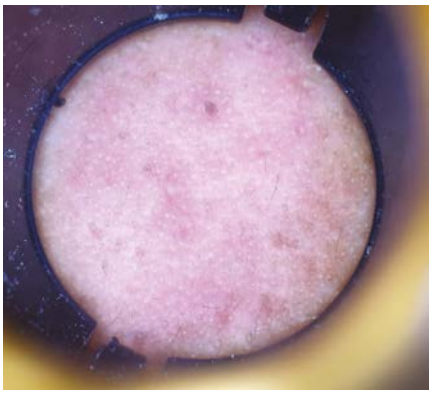

图4首次就诊时在皮肤镜下看到的红斑。

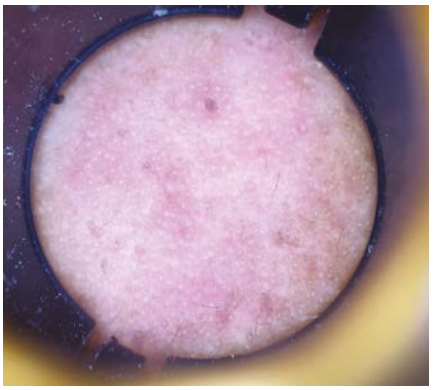

图5第二次就诊时，在皮肤镜下看到红斑减少。

的使用量，开始使用500毫克替硝唑（每天两次），同时外用0.01%他克莫司后，我们的患者有了明显的改善。我们使用甲硝唑，每天两次，作为她的维持治疗。

结论

长期使用TCS可导致SDRR。我们建议，对于出现红斑和其他皮肤病时使用TCS的患者，应考虑根据皮肤镜检查结果诊断为SDRR。

同意

该患者同意参与此项研究并发布其数据。

致谢

RP是DELTAS/THRIVE的研究员，根据DELTAS非洲倡议对THRiVE-2的第DEL-15-011号拨款投入研究，技术投入由乞力马扎罗基督教医科大学学院提供。

参考文献

1. Rosen T, Stone MS. Acne rosacea in blacks. *J Am Acad Dermatol* 1987; **17**:70–3.
2. Al-Dabagh A, Davis SA, McMichael AJ, Feldman SR. Rosacea in skin of color: not a rare diagnosis. *Dermatol Online J* 2014; **20**:13030/qt1mv9r0ss.
3. Dlova NC, Mosam A. Rosacea in black South Africans with skin phototypes V and VI. *Clin Exp Dermatol* 2017; **42**:670–3.
4. Leden JJ, Thew M, Kligman AM. Steroid rosacea. *Arch Dermatol* 1974; **110**:619-22.
5. Seok J, Choi SY, Li K *et al.* Recalcitrant steroid-induced rosacea successfully treated with 0.03% tacrolimus and 595-nm pulsed dye laser. *Eur J Dermatology* 2016; **26**:311–2.
6. Dubertret L. Which steroids for the treatment of skin disorders on the face? *J Eur Acad Dermatology Venereol* 2002; **16**:121.
7. Bolognia J, Schaffer J, Cerroni L. Adnexal diseases. In: *Dermatology,* 4th edn. Philadelphia, PA: Elsevier, 2018; 612.
8. Wollina U, Ogunbiyi A, Verma SB. Rosacea in dark skin. In: *Pigmented Ethnic Skin and Imported Dermatoses.* (Orfanos CE, Zouboulis CC, Assaf C, eds). Cham: Springer, 2018; 229–40.

皮肤病图集（免费访问）

有多个皮肤病在线图片库，
其中许多包括有色皮肤病变的图像。

www.atlasdermatologico.com.br
涵盖最广的图片库之一，
由Samuel Freire de Silva博士创建。

https://dermnetnz.org
新西兰皮肤病学协会提供权威的管理建议，
并提供了有色皮肤疾病的链接。

https://www.dermatlas.net
RP Usatine博士和BD Madden博士制作了一个
交互式皮肤病图集。

www.dermoscopyatlas.com
可提供皮肤镜图像。

https://www.cmecde.com/download-atlas-of-clinical-dermatology-3rd-edition-pdf-free/
下载Anthony du Vivier 皮肤病学图集的PDF版文件。

www.dermweb.com/photo_atlas
可提供其他在线资源的链接。

图片版权 ©归属 www.atlasdermatologico.com.br

印度南部一家三级护理医院在“消灭麻风病”后时代面对的疾病态势

Rochelle C Monteiro*、**Ramesh Bhat M**
Department of Dermatology, Venereology and Leprosy, Father Muller Medical College, Mangalore-575002, India.
*通讯作者：rochelle.cheryl@gmail.com、rochelle@fathermuller.in

利益冲突：无。 **资金来源：**无。

关键词：麻风病、消除、多杆菌。

关键学习要点

1. 尽管麻风病处于“消灭”状态，但在低收入国家，它仍然是一个重大的健康问题。
2. 在我们的研究中，儿童多杆菌病例和新病例总数很高，这表明社区中存在活跃的传播。
3. 畸形的存在严重影响了麻风病患者的生活质量，并有可能影响他们的生计。
4. 涂片阳性率较低反映出有必要加强对医务工作者的技术培训，以及对组织病理学或聚合酶链反应（PCR）等其他诊断方式的使用，以提高诊断率。
5. 为了实现根除麻风病的目标，公共卫生教育、加强接触者追踪以及对医护人员的培训都是必不可少的。

摘要

背景：麻风病（汉森氏病）是一种致残性疾病，具有广泛流行性。尽管世界卫生组织（WHO）和政府机构努力遏制其传播，但该病仍然是一个重大的公共卫生问题。

目标：本研究旨在阐述2005年至2020年期间，在印度南部一家三级护理机构就诊的麻风病患者的临床和流行病学概况。

方法：对2005年至2020年期间麻风病患者的医疗记录进行回顾性分析。此项研究在印度曼加罗尔的Father Muller医学院的皮肤病、性病和麻风病科进行。研究使用特定的调查问卷获得数据并输入至数据库系统。

结果：在研究期间，总共有520个新诊断的病例。偏结核样型界线类麻风病是最常见的临床类型。尽管多杆菌型病例数量较多，但是涂片阳性率很低。可见的畸形和麻风病反应的发生导致了发病率的上升，这仍然是一个值得担忧的问题。

结论：此项研究表明，即使在“消除麻风病”后时代，社区中仍然存在活跃的传播。因此，采取更严格集中的健康教育和诊断方法是当务之急。

简介

麻风病是一种影响皮肤、眼睛和周围神经的慢性传染病，*由麻风杆菌引起*，主要通过与患者的密切接触或无症状鼻腔带菌者的飞沫传播。该生物体也可以在环境中持续存在。虽然麻风病是人类已知的最古老的疾病之一，也是第一个找到发病原因的传染病，但该病仍然是一个公共卫生问题，尤其是在低收入国家。[1] 在1982年引入多药治疗（MDT）后，全球麻风病的发病率据报告已从500多万例减少到2016年底的不到20万例。印度的情况也发生了翻天覆地的变化，从1983年的57.8/10,000的流行率降至2005年的不到1/10,000，当时根据世界卫生组织（WHO）的标准，印度宣布消除麻风病。[2] 然而，在非洲、南美和东南亚这些报告有大量病例的国家中，印度在数量上仍然处于领先地位。截至2018年底，印度共发现120334个新病例和9227个儿童病例，表明该病的传播很活跃。[3]

麻风病的流行病学分布历来都集中在温度高、雨量大的热带气候区。然而，温带和寒冷气候区在某些情况下也显示出很高的发病数量；麻风病是一种因贫困而出现的疾病。[4] 我们进行此项研究是为了阐述印度南部一家主要处于热带气候区的三级护理医院的病例流行病学概况。重度工业化和来自其他流行区的人口迁移加重了该地区的麻风病负担。我们研究了从2005年到2020年这15年间麻风病的流行情况，以评估现行的控制方案，并制定方法来改善未来的情况。

材料与方法

这是一项回顾性、观察性和描述性研究，分析了麻风病病例的综合数据。此项研究的数据来自于印度曼加罗尔的Father Muller医学院皮肤病、性病和麻风病科的医疗记录。研究分析了从2005年4月到2020年3月这15年间的患者记录。因此，所有这些被纳入研究的患者都在采用规定的WHO MDT方案。研究使用特定的调查问卷检索了患者诊断时记录的数据，并将数据输入至数据库系统。研究收集了以下变量：

- 新病例总数；
- 儿童中的新病例；
- 患有多菌型（MB）和少菌型（PB）麻风病的患者人数；
- 是否存在2级或可见的畸形；
- 有无反应；
- 常规部位的涂片阳性率。使用Microsoft Office Excel 2007对数据进行处理，并制作成表格和图表。

结果

在研究期间，总共有520个新病例（图1）。其中包括47名（9.0%）4至15岁的新患病儿童。在这些病例中，331例（63.7%）被归类为MB，189例（36.3%）经涂片和临床检查后被认为是PB（图2）。在诊断时，偏结核样型界线类麻风是最常见的类型（261例，50.2%），其次是结核样麻风（98例，18.9%）。中间界线类麻风是最不常遇到的亚型（16，3.1%）（表1）。共有102例(19.6%)在治疗和随访期间出现了反应。此外，45例（8.7%）患者有2级或可见的

续下页……

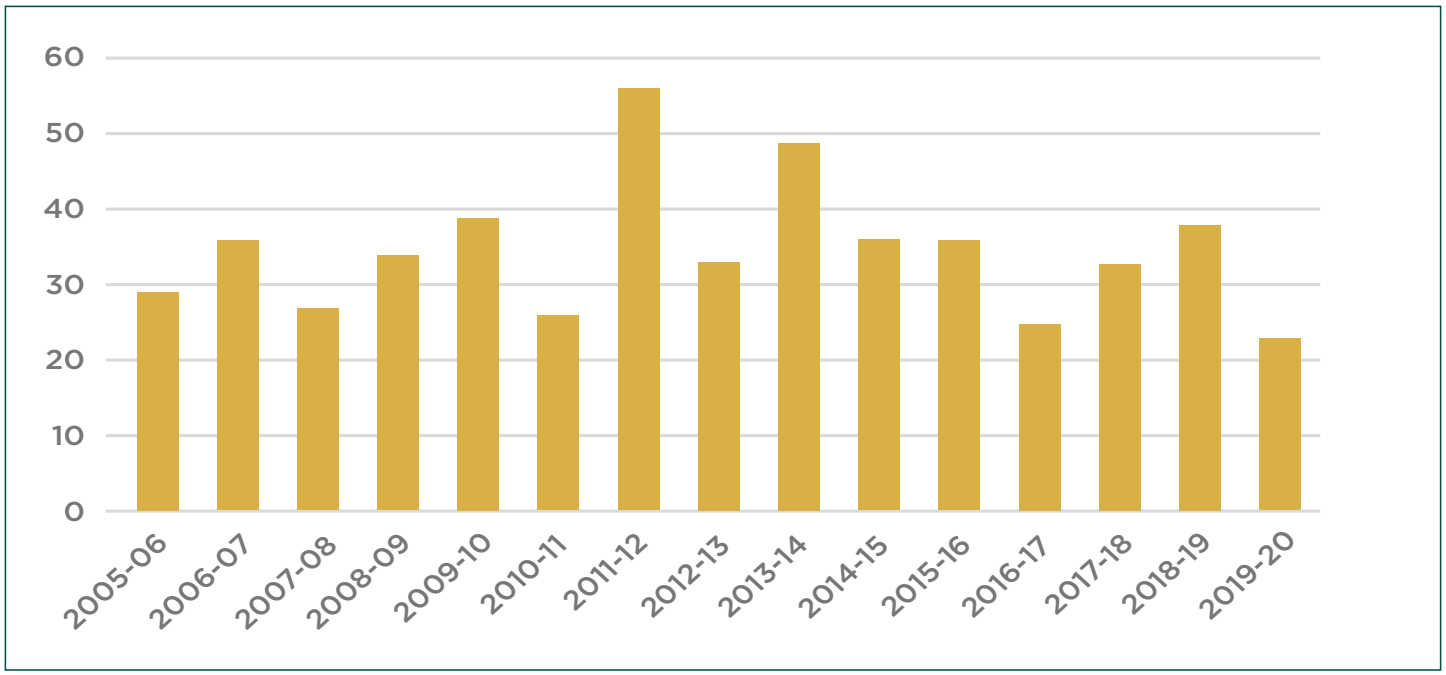

图1印度南部一家三级护理医院每年新诊断的病例数。

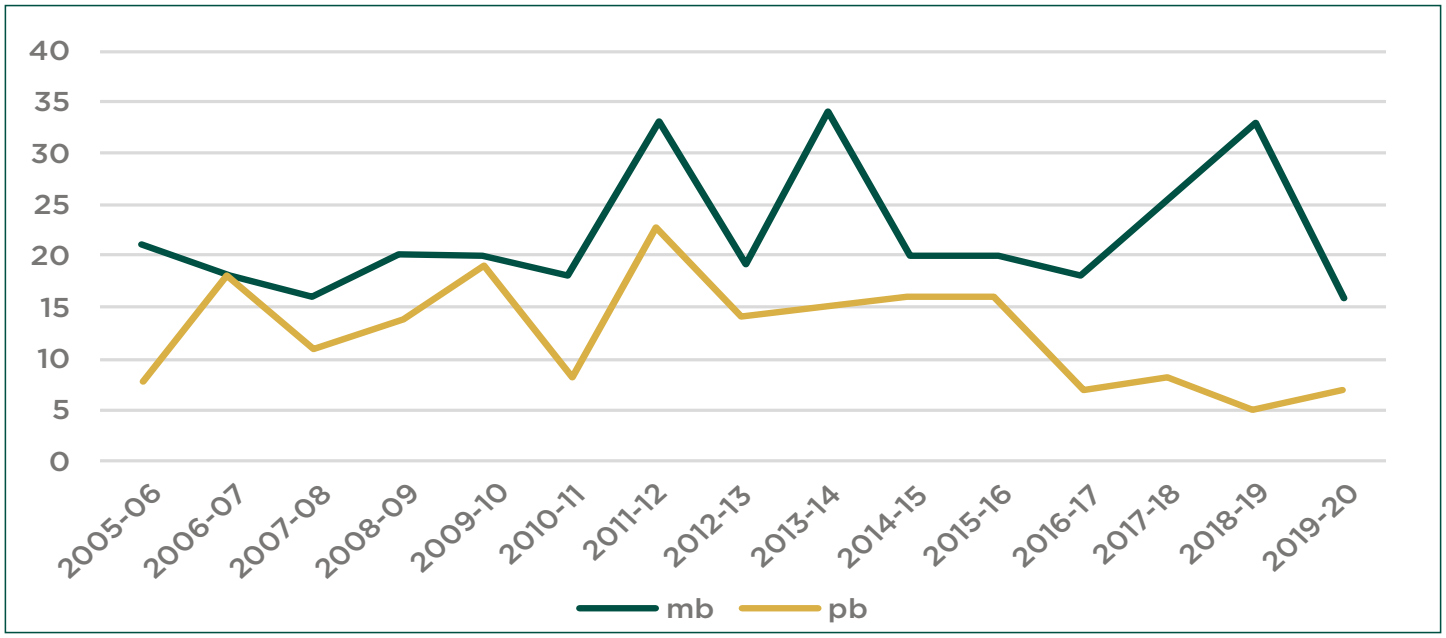

图2各年新发现的MB和PB病例数。

表 1

麻风病新病例的临床类型

麻风病的临床类型	人数（%）
不确定	19 (3.7%)
结核类	98 (18.9%)
偏结核样型界线类	261 (50.2%)
中间界线类	16 (3.1%)
偏结节样型界线类	49 (9.4%)
麻风结节	53 (10.2%)
纯粹神经性	24 (4.6%)

畸形；抓手或神经炎等部分情况与治疗期间的反应有关，但准确的比例不详。在所有病例中，只有115例（22.1%）涂片显示阳性。

讨论

2016年4月，世卫组织推出了为期5年的“2016-2020年全球麻风病战略”，主题为“加速实现无麻风病世界”。该战略围绕着麻风病的早期发现和减少残疾而展开。战略基于在国家以下层面消除麻风病的议程，而这一议程远未达到令人满意的程度，因此挑战依然存在。其中一个具体的工作重点是妇女和儿童，增加接触者追踪，加强转诊系统，评估化学预防的效果以及监测抗药性。在这一年的年底，全世界的患病率略有下降，但是许多流行的发展中国家和不发达国家没有发送其数据，因此数据的准确性有限。[2]因此，对于像麻风病这样有全球病例负担的疾病，收集准确的数据非常重要。

在我们研究的患者中，与PB病例相比，MB病例（63.7%）更为常见。大量的MB麻风病例及相关的残疾可能反映了国家在流行病学监测方法及健康教育工具方面的不足，从而导致了诊断的延迟。[5]此外，MB病例的比例较高表明麻风病在社区中持续活跃传播。[2]

尽管MB病例的比例为63.7%，但涂片呈阳性的病例仅占总病例的22%。涂片检查的结果令人失望，有必要加强对医务人员在取材、使用特定染色剂和解释涂片方面的培训。重要的是，涂片不应针对结核病进行染色，而应针对麻风病进行染色。使用结核病ZN染色剂往往是导致读数低的原因。可能需要进行PCR（一个患者的多个部位可以集中起来以减少费用）。虽然组织病理学检查很有价值，但它只对一个或几个部位进行采样，而且需要较高的培训水平。

在我们的研究中，15岁以下儿童的患病率为9.0%，与之前的报告和全国平均水平一致[6,7]。在这一组中发现病例被认为是该疾病的地方流行性更严重的一个指标。儿童可能是未被医疗系统发现的病例的接触者。儿童麻风病是一个严重的问题，因为患此病的年龄越小，发展成残疾的可能性就越大，这会在发展中经济里起到反作用，因为受影响的患者将来的经济生产能力会受到限制。[8]

麻风病患者发展成身体残疾始终是一个令人担忧的问题。我们发现8.7%的患者有残疾，这说明在早期发现病例方面存在不足。这也凸显了建立专门的畸形管理中心的必要性，如果在疾病的早期就加以解决，可以大大降低相关的发病率。该研究在一家三级护理转诊医院进行，这也说明早期畸形患者的转诊率较高。[9]尽管如此，最重要的问题是要把及早发现相关反应作为优先事项，以减少残疾的出现。

由于这是一项回顾性研究，所以数据的可用性有限。尽管组织病理学被用于确认诊断，但并未包括组织病理学数据。每个病例的接触史都会给研究带来更多价值，并有助于追踪接触者。

结论

尽管世卫组织的战略是加速实现无麻风病的世界，但我们的研究显示，麻风病杆菌在社区内仍在活跃地传播。MB病例的高发病率和明显的畸形表明，加速实现这一目标的主要障碍来自于诊断较晚，可能的原因是报告延迟或对该疾病的症状和体征缺乏了解。因此，根据2016-2020年的全球战略，我们需要加大接触者追踪力度，加强转诊系统，最重要的是，重点应放在对公众的健康教育和改进卫生工作者的培训上，包括疾病反应的发现和治疗。

参考文献

1. Khubchandani J. State of the globe: many challenges of the multifaceted leprosy. *J Glob Infect Dis* 2011; **3**:315–6.
2. Rao PN, Suneetha S. Current situation of leprosy in India and its future. implications *Indian Dermatol Online J* 2018; **9**:83–9.
3. National Health Portal India. World leprosy day 2020. Available at: https://www.nhp.gov.in/world-leprosy-day-2020_pg (last accessed 16 Dec 2021).
4. Magalhaes MCC, Rojas LI. Time trends of Hansen's disease in Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2005; **8**:342–55.
5. de Oliveira Serra MAA , da Silva Santos C, Neto PML *et al.* Factors associated with multibacillary leprosy in a priority region for disease control in Northeastern Brazil: a retrospective observational study. *J Trop Med*, **2019**: 5738924.
6. Sousa MW, Silva DC, Carneiro LR *et al.* Epidemiological profile of leprosy in the Brazilian state of Piau between 2003 and 2008. *Anais Brasileiros de Dermatologia* 2012; **87**:389–95.
7. Pereira EVE, Machado HAS, Ramos CHM *et al.* Epidemiologic profile of the leprosy of the city of Teresina, in the period of 2001–2008. *Anais Brasileiros de Dermatologia* 2011; **86**:235–40.
8. Miranzi SSC, Pereira LHM, Nunes AA. Epidemiological profile of leprosy in a brazilian municipality between 2000 and 2006. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina* Tropical 2010; **43**:62–7.
9. Bhat RM, Chaitra P. Profile of new leprosy cases attending a South Indian referral hospital in 2011-2012. *In Schol Res Notices* **2013**: Article ID 579024. http://dx.doi/10.1155/2013/579024.

国际皮肤病学会联盟新执行主任上任公告

我们很高兴地宣布，Arpita Bhose将成为下一任国际皮肤病学会联盟（ILDS）执行主任。

在担任了5年的执行主任后，Jo Groves打下了牢靠的基础，将执行ILDS 2020-2023战略及以后的工作交到了Arpita手上。请和我们一起感谢Jo在加强ILDS发展方面的尽心领导和战略指导。我们期待Arpita领导下的秘书处带领我们在2022年取得令人兴奋的发展，因为我们正在筹备2022年10月13日至15日在秘鲁举行的第三届ILDS世界皮肤峰会和2023年7月3日至8日在新加坡举行的第25届世界皮肤病学大会。

Jo Groves

Arpita Bhose

GLODERM 培训生委员会网络研讨会

GLODERM培训生委员会为2021-2022年推出了一系列新的教育网络研讨会！这些免费的每月在线网络研讨会由来自世界各地的专家发言人和培训生围绕一系列不同的皮肤病主题展开。以前的网络研讨会讨论的皮肤病包括白化病、银屑病、色素性疾病和深部真菌感染。

这个系列研讨会希望能提供侧重于临床皮肤病学、研究、领导和管理技能的教育活动。这些网络研讨会的对象是培训生、执业皮肤科医生和在资源匮乏环境下提供皮肤科护理的医疗从业人员。网络研讨会也是一个虚拟平台，培训生或对学习皮肤病学感兴趣的个人可以与来自世界各地的其他皮肤科医生见面，并参与有关皮肤健康的对话。

如需在我们最新的网络研讨会发布后获得免费录音，请点击此处访问并订阅GLODERM YouTube频道：https://www.youtube.com/c/GLODERM

如果您想第一时间了解即将举行的网络研讨会和培训生活动，请在此处注册GLODERM培训生邮件列表：http://eepurl.com/hHvl_L

我们期待在未来的GLODERM网络研讨会上与您相见！

小测验答案

1. e) 播散性鼻孢子虫病
2. c) 接触池塘和湖泊中的水
3. d) 带孢子囊的肉芽肿

图1和图2。湿润溃疡性疣状皮肤结节。

讨论

鼻孢子虫病是一种慢性肉芽肿性寄生虫感染，由***西伯氏鼻孢子虫***引起，这是一种水生寄生虫，最近在诸番争论后归入中生粘菌虫纲。鼻孢子虫病主要是鼻子和鼻咽部粘膜感染，在南亚、南美和非洲部分地区流行。感染通过外伤引起的直接灌输而发生，而且往往有接触死水的历史。在斯里兰卡和邻近国家，农民赤脚在泥泞的稻田里劳作。

皮肤科门诊的临床表现为皮肤软结节，发病时类似于鼻息肉，后来呈疣状形态。播散、多个部位出现皮肤结节以及内脏器官受累（如本例患者）已获确认，但很罕见。与免疫缺陷没有关系。

诊断由散布式肉芽肿中看到的***西伯鼻孢子菌***孢子囊的典型外观证实（图3）。

单个或明确的病变对手术切除反应非常好，但可能复发。达松对早期疾病（如局限于鼻部的病变或单发的皮肤结节）似乎是有效的。在播散性疾病中，全身治疗大多无效；长期给用达帕松是首选的治疗方法；该方法可以减少手术后复发的风险。然而，复发非常常见。

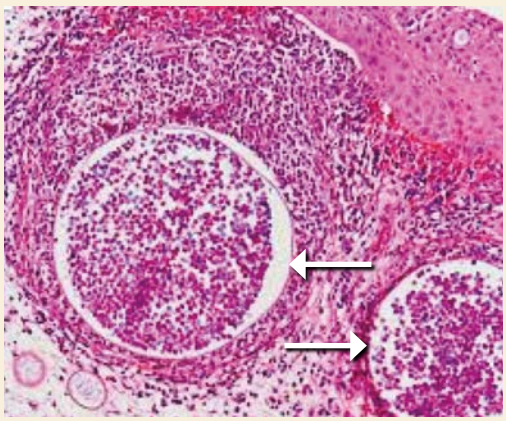

图3含有内孢子的厚壁***鼻孢子虫属***孢子囊（箭头所示）。

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）
Anna Ascott （英国）
Susannah Baron（英国）
Workalemahu A. Belachew（埃塞俄比亚）
Jean Bolognia（美国）
Isabel Casas（阿根廷）
David Chandler（英国）
Steve Ersser（英国）
Guadelupe Estrada（墨西哥）
Claire Fuller（英国）
Chris Griffiths（英国）
Henning Grossman（德国）
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（坦桑尼亚）
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。

ISSN 2632-8046

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把超过一万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

easyfundraising
feel good shopping

如果您在网上购物，无需额外成本就能给本刊物带来赞助。几家主要零售商将根据您的消费金额进行捐赠。
www.easyfundraising.org.uk

ILDS

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20万名皮肤科医师。

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。

IFD

HIFA .org
Allied to HIFA
Health information for All

Promoting global Community SkinHealth through education