

为在撒哈拉以南非洲地区防范白化病并发皮肤癌所引发的早期死亡制定最佳医学实践指南

Andrew Sharp *FRCGP, FRCS (Ed.)*

英国莱斯特大学医院

Jamie Walling

Standing Voice

关键词：眼皮肤白化病、皮肤癌监测、皮肤外科手术、Standing Voice、社区皮肤病学、撒哈拉以南非洲地区。

摘要

据统计数据显示，皮肤癌对整个非洲白化病患者的威胁远远大于与巫术相关的恶行。截至 2019 年 1 月，有 207 人因巫术遭到杀害，另有 573 人因此遭到袭击。然而，有数量更多的白化病人患上了对生命威胁性更大的皮肤癌。在卫生经费预算有限的国家里，通常没有有效的皮肤监测护理模式，而且仅有几个受过皮肤外科手术培训的医疗专业人员。Standing Voice 是一家英国的慈善机构，致力于与（坦桑尼亚）莫西区域皮肤病学培训中心合作，运营一个具有协调援助项目，为坦桑尼亚和马拉维最边缘化的人群提供治疗。最近，这两家机构制定出了《最佳医学实践指南：撒哈拉以南非洲地区白化病患者的皮肤癌防治与管理》，这是一份用于规划实施、皮肤监测和皮肤癌治疗的实用指南，它同样也适用于世界各地其他资源匮乏的地区。

简介

在撒哈拉以南的非洲地区，眼皮肤白化病（OCA）的发病人口 1 比例为 1/1000。由于 OCA 患者缺少黑色素，因此易受太阳辐射的有害影响，其中包

续下页.....



全新上线的 COMMUNITY SKIN HEALTH 应用程序

我们激动无比地推出 Community Skin Health 这款应用程序。iOS 和 Android 用户均可下载该应用程序。

现在，只要您手指轻轻一按，即可轻松阅读每期内容，全面搜索热点话题的文章档案，并为您最喜欢的文章插入书签。只需拿出手机，即可自动获取最新一期的精彩内容。



烦请您抽出几分钟时间填写随附的评估表，帮助我们确保本刊能够提供具有相关性的资源，我们将不胜感激。您的意见对我们而言非常重要。

填写完毕后，请将评估表通过
邮政邮件发送至：

Community Skin Health, Willan House, 4 Fitzroy Square, London, W1T 5HQ, UK 或

扫描件 / 照片请通过电子邮件发送至
CSH@ILDS.org

您也可以通过
<https://www.surveymonkey.co.uk/r/CSH-evaluation> 在线提交

目录

- 13 为在撒哈拉以南非洲地区防范白化病并发皮肤癌所引发的早期死亡制定最佳医学实践指南**
Andrew Sharp 和 Jamie Walling
- 15 钩虫相关的皮肤幼虫移行症** – Stefano Veraldi
- 17 隐翅虫皮炎：不咬人的甲虫**
Rosanna Fox 和 Christopher Bunker
- 19 巴西的孢子丝菌病——一种引起皮肤病变的持续存在的流行病** – Regina Casz Schechtman 和 Roderick James Hay
- 20 用于探得治疗历史的实用帮助**
Ramesh Sharma, Prem Bhujel 和 Celia Moss
- 21 布拉柴维尔（刚果）大学医院有关坏死性筋膜炎的发病病因的研究**
Ida Aurélie Lenga-Loumingou 和 Richard Loumingou

为在撒哈拉以南非洲地区防范白化病并发皮肤癌所引发的早期死亡制定最佳医学实践指南（续）

括非黑色素瘤皮肤癌²。1985年，坦桑尼亚的一项白化病研究显示，100%的患者在出生后第一年内出现皮肤损伤，并且在20-30岁年龄段的患者中观察到，有50%的患者出现晚期皮肤癌³。在坦桑尼亚，不到2%的白化病患者能预期活到40岁³。尽管近期的白化病外展援助项目和教育降低了这一患者群体早期死亡的风险，但据预计，非洲OCA患者得皮肤癌的风险比普通人群高出1000倍⁴。

撒哈拉以南非洲地区的白化病患者本就需要面对各种歧视，而极具破坏性的皮肤癌危机更是让他们的处境雪上加霜。许多家庭不懂得该如何保护他们的孩子免受晒伤，学校教师缺乏满足白化病患儿的特殊教育需求的能力，而且主流皮肤病学培训的缺乏意味着许多有资质的执业医师也无法诊断皮肤癌的早期症状。由于被忽视的教育需求造成在校成绩不佳，白化病患者往往不太可能进入高等院校接受教育，继而被迫从事农业生产，这又进一步增加了他们患皮肤癌的风险。防范由白化病并发皮肤癌的最佳方案是，将教育和医疗外展援助相结合。

Standing Voice 是一家领先的人权慈善机构，致力于保护非洲白化病患者的权利。Standing Voice 重点开展的“皮肤癌防治项目”提供综合全面的外展皮肤病学护理服务。该项目于2013年与区域皮肤病学培训中心建立起合作关系。到2018年年底为止，已有3257名患者（约占坦桑尼亚白化病患者总人数的20%）在坦桑尼亚的45家诊所登记并接受定期的皮肤癌监测，另外向1875名患者发放防晒霜。该项合作所带来的成果是，在过去7年内，参与坦桑尼亚项目的患者中日光性角化症的患病率下降了68.5%。此外，在部分临床地点，皮肤癌的发生率最高降低了85%。在实施该项目之前，当地医疗机构无法始终为非黑色素瘤皮肤癌患者提供早期切除术，因此患者不得不长途跋涉去大医院接受治疗。该项目于2016年在马拉维试行，现已有456名患者在该国的两个区域内的7家诊所里登记。

为了巩固对最佳医疗实践的理解，Standing Voice 与国际皮肤病学基金会（IFD）合作，针对在资源匮乏地区管理白化病患者的皮肤癌问题，制定了《最佳医学实践指南：撒哈拉以南非洲地区白化病患者的皮肤癌防治与管理》。该项目由国际皮肤病学会联盟（ILDS）、诺华制药和 Pierre Fabre 基金会提供赞助。该指南吸收了来自坦桑尼亚、马拉维、英国、美国和西班牙的领先皮肤病学医务人员所发表的文章，所有这些医务人员都有在撒哈拉以南非洲地区乡村社区里工作的经验，他们的文章立论于他们对当地限制因素和条件的认识。

Standing Voice 对继续培训政府雇用的社区皮肤科医生和临床人员进行大量投入，这些医务人员在皮肤癌防治项目中为



©Standing Voice

患者提供一线临床护理。通过培训讲习班和持续辅导来实现能力建设。该指南将整合现有知识，通过改进临床实践，帮助专业人员改善白化病患者的皮肤健康，从而极大地支持能力建设。

方法

政府雇用的社区皮肤科医生和医务人员在地区级工作，最有条件去管理白化病患者的皮肤癌，因为他们有能力及时提供平价治疗。为了制定出能完全满足为撒哈拉以南非洲地区白化病患者提供治疗的医务人员的需求，将社区皮肤科医生对白化病和皮肤外科手术的现有知识进行了数据收集。该信息是通过教学前问卷调查、互动实用性研讨会、诊所内及手术过程的观察来收集得到的。

利用这些信息，以下领域被确认为重点内容包含在该文档中：项目实施、卫生教育、检查、转诊流程、冷冻疗法、手术方法以及按组织学报告行事。在该指南出版之前，社区皮肤科医生还就该指南的初稿给予了反馈意见，以确保出版物中的案例全面有用。

为指引该指南的撰写，作者们设想了三类读者：设立皮肤健康诊所的政府和慈善机构、临床医生（拥有或没有研究生资质），以及临床培训师（该资源可能会被用作白化病患者护理人员的一项教学课程）。

结果

该刊物于2019年6月13日（即国际白化病宣传日）在米兰召开的第24届世界皮肤病学大会上正式推出。尽管该刊物的第一版具体针对的是在撒哈拉以南非洲地区执业的人员，但该刊物也适用于世界各地其他资源匮乏的地区。该指南受到国际认可，能使临床医生为非洲及世界各地的白化病

患者提供有效的优质护理。该指南目前为一份 156 页的实用资源，完全专注于皮肤癌的防治与管理，但是这份指南将会成为一个更大的出版系列的一部分，涵盖白化病患者所面临的其他临床和社会挑战的管理，如视力下降。

讨论

坦桑尼亚社区皮肤科医生和医务人员的参与带来了一个用于教学的必要资源出版物，描述了在资源匮乏的情况下防治和管理皮肤癌的最佳实践。国际皮肤病学基金会主席 Claire Fuller 博士表示，“该指南也是一个真正的整合工具”，因为患者在接受护理和教育时能够相互见面，建立关系并避免被他们的病情孤立，这一观点得到了莫希区域皮肤病学培训中心负责人 Daudi Mavura 博士的赞同。据社区皮肤科医生和临床人员反映，该指南“易于理解、易于使用”，“提供可供遵循的统一规程”，而且“有助于强化学习研讨会和实际操作培训”。

结论

白化病患者的皮肤癌是可以通过有效教学、筛检项目和早期治疗来预防的。《最佳医学实践指南：撒哈拉以南非洲地区白化病患者的皮肤癌防治与管理》是实现这一目标的开拓型资源。

参考文献

1. Lund PM, Puri N, Durham-Pierre D *et al.* Oculocutaneous albinism in an isolated Tonga community in Zimbabwe *J Med Genet* 1997; **Sep 34(9)**:733-5.
2. Wright CY, Norval M, Hertle RW. Oculocutaneous albinism in sub-Saharan Africa: adverse sun-associated health effects and photoprotection. *Photochem Photobiol*, 2015; **91(1)**: 27-32.
3. Cruz-Inigo AE, Ladizirski B and Sethi A. Albinism in Africa: Stigma, slaughter and awareness campaigns. *Dermatologic Clinics* 2011; **29(1)**:79-87.
4. Hong ES, Zeeb H, Repacholi MH. Albinism in Africa as a public health issue. *BMC Public Health* 2006; **6**:212.

更多信息，请访问 www.standingvoice.org

钩虫相关的皮肤幼虫移行症

Stefano Veraldi MD, PhD

意大利米兰大学皮肤病与性病研究生院院长

Stefano.veraldi@unimi.it

关键词：幼虫移行症、钩虫、钩虫属、幼虫流、噻苯咪唑、阿苯达唑、伊维菌素。

钩虫相关的皮肤幼虫移行症（HrCLM）是线虫的幼虫侵入人体皮肤后在表皮中移行所致的一种感染。以巴西钩口线虫和犬钩口线虫最为常见。这些线虫的自然宿主为狗和猫的胃肠道。幼虫的自然生存环境是含沙、温暖而潮湿的土壤。人类是意外的最终寄主。幼虫无法穿过基底膜，因此无法进入血管。对人类而言，HrCLM 仅局限于感染皮肤。

HrCLM 以微隆起于皮肤表面的红斑轨道为临床表现：有单条或多条、呈线状、常为波形、有分枝并互相缠绕。这些隧道的长短不一（有些长达数厘米）；宽度范围在 1-4 毫米（图 1-2）。这些轨道说明了幼虫无法成功地进入血液。此外，还常常伴有皮肤瘙痒。以双脚和脚踝最为常见¹。对 HrCLM 的某些临床多样性的描述有：顿挫性（或丘疹性）、类脚癣、大疱性、滤泡性和类甲沟炎的 HrCLM²。

HrCLM 在三个地理区域存在地方性流行：东非、泰国和美洲（美国东南部、加勒比海和巴西）。然而，比过去更频繁地观察到源自欧洲国家的病例：HrCLM 见于英国、德国、法国

和意大利。在尼日利亚、南非、巴巴多斯、伯利兹、法国和意大利均有对 HrCLM 爆发的记载。

HrCLM 通常为自限性感染：病程为 2 至 8 周。但也有一种罕见的“慢性”或“持续性”HrCLM，以典型的临床表现为特征，但病程较长（5 至 14 个月不等）³。

并发症有细菌性重复感染、Löfller 综合征、多形性红斑、刺激性 / 过敏性接触性皮炎和精神临床表现（抑郁症或精神异常）。发热可以是 HIV 感染的一个标志⁴。

检验异常情况（白细胞增多——嗜酸性粒细胞、在炎症测试中增多且免疫球蛋白 E 总数增多）极为罕见。

鉴别诊断包括由粪类圆线虫导致的幼虫流。幼虫流的表现有：轨道移行速度为每天 5-10 厘米，荨麻疹、腹痛和腹泻、外周血嗜酸性粒细胞增多、粪便内有寄生虫以及对治疗反应迟钝（通常有必要进行数个疗程）

续下页.....

目前，HrCLM 的治疗方法包括冷冻疗法⁵、局部用药（噻苯咪唑⁶、阿苯达唑⁷和伊维菌素⁸）和口服药物（噻苯咪唑⁹、阿苯达唑¹⁰和伊维菌素¹¹）。不再使用氯乙烷喷射剂和口服乙胺嗪、葡萄糖酸锑钠、氯喹、gamma-esachlorcycloexan、氟苯达唑和甲苯咪唑。

液氮冷冻治疗可用于单一和小病变。施用三次，每次 10 秒，施于病变周围 0.5-1 厘米的皮肤，有必

要超过可见病变的边缘，因为幼虫常常位于可见轨道端之外。然而，冷冻疗法常常无效（25-35% 的患者无反应或复发）；另外，还可能导致水疱、糜烂、溃疡和疤痕的形成⁵。

以不同浓度（10%-50% 不等）局部使用噻苯咪唑，每日一到三次，使用 3 至 15 天。既有效，又安全。可考虑给儿童使用⁶。

局部使用阿苯达唑的文献数据局限于很少数的患者，对这些患者曾施以浓度为 10% 的洗液或药膏⁷。

有关 1% 伊维菌素霜的文献数据却存在着不一致性⁸。



图 1 皮肤幼虫移行症，表现出典型的隆起红斑蛇行轨道。



图 2 幼虫移行症在腹部造成多重损伤。

口服噻苯咪唑有效。然而，每日剂量（每日 20、25 或 50mg/kg）和疗程（1、3 或 4 天）却尚未确立。此外，副作用（恶心、腹痛、呕吐、头痛、头晕、血尿）相当常见，有时较严重⁹。

口服阿苯达唑，每日剂量为 400mg，疗程 1 至 7 天¹⁰。1、3 或 5 日的给药方案，常常出现随后的感染局部缓解或复发¹²⁻¹⁴。一周疗程让几乎所有患者的感染得到完全缓解¹²⁻¹⁴。副作用（恶心、腹痛、类赫氏反应、脱发、史蒂文斯-约翰逊综合征）较罕见，程度轻并可自愈¹⁵。

口服伊维菌素也有效。可单次量使用，但有时也有必要使用 2-3 个疗程¹¹。有好几个国家，伊维菌素在市场上只专门用于兽医学。

我们建议，冷冻疗法或局部噻苯咪唑仅用于单一和小病变，而口服阿苯达唑（一周）或伊维菌素用于分布广或慢性的病变。或用于对冷冻疗法和局部噻苯咪唑治疗有抗性的损伤。

参考文献

1. Heukelbach J, Feldmeier H. Epidemiological and clinical characteristics of hookworm-related cutaneous larva migrans. *Lancet Infect Dis* 2008; **8**:302-9.
2. Veraldi S, Bottini S, Carrera C, Gianotti R. Cutaneous larva migrans with folliculitis: a new clinical presentation of this infestation. *JEADV* 2005; **19**:628-30.
3. Veraldi S, Persico MC, Francia C, Schianchi R. Chronic hookworm-related cutaneous larva migrans. *Int J Infect Dis* 2013; **17**:e277-9.
4. Edwards SK, Carne CA. Larva migrans as a cause of fever in an HIV positive man. *Int J STD AIDS* 1998; **9**:54-5.
5. Tagliapietra G, Cavalieri F, Bruni L. Su due casi di dermatite da larva migrans guariti con crioterapia (neve carbonica). *Chron Derm* 1987; **18**:237-40.
6. Katz R, Hood RW. The use of topical thiabendazole in dimethylsulfoxide for creeping eruption: preliminary report. *J Invest Dermatol* 1966; **46**:309-10.
7. Sugathan P. Massive infestation of cutaneous larva migrans. *Dermatol Online J* 2002; **8**:21.
8. Fischer S, Nenoff P. Cutaneous larva migrans: successful topical treatment with ivermectin - a case report. *J Dtsch Dermatol Ges* 2016; **14**:622-3.
9. Stone OJ, Mullins JF, Willis CJ. Inhibition of nematode development with thiabendazole. *J Invest Dermatol* 1964; **43**:437.
10. Coulaud JP, Binet D, Voyer C et al. Traitement du syndrome de larva migrans cutanée "larbish" par l' albendazole. A propos de 18 observations. *Bull Soc Pathol Exot* 1982; **75**:534-7.
11. Caumes E, Datry A, Paris L et al. Efficacy of ivermectin in the therapy of cutaneous larva migrans. *Arch Dermatol* 1992; **128**:994-5.
12. Rizzitelli G, Scarabelli G, Veraldi S. Albendazole: a new therapeutic regimen in cutaneous larva migrans. *Int J Dermatol* 1997; **36**:700-3.
13. Veraldi S, Rizzitelli G. Effectiveness of a new therapeutic regimen with albendazole in cutaneous larva migrans. *Eur J Dermatol* 1999; **9**:352-3.
14. Veraldi S, Bottini S, Rizzitelli G, Persico MC. One-week therapy with oral albendazole in hookworm-related cutaneous larva migrans: a retrospective study on 78 patients. *J Dermatol Treat* 2012; **23**:189-91.
15. Veraldi S, Francia C, La Vela V et al. Telogen effluvium after oral albendazole. *Clin Exp Dermatol* 2012; **37**:565-7.

隐翅虫皮炎：不咬人的甲虫

Rosanna Fox BA, MBBS

英国切尔西和威斯敏斯特医院 NHS 基金会信托，高级住院医师

Christopher Bunker MA, MD, FRCP

英国伦敦大学学院医院 NHS 基金会信托，皮肤科会诊医生

通讯作者：Rosanna Fox 博士 rosiefox@googlemail.com

关键词：隐翅虫皮炎、刺激性接触性皮炎、隐翅虫素、甲虫、血淋巴。

简介

隐翅虫皮炎是一种因接触隐翅虫素而引发的刺激性接触性皮炎；隐翅虫素是一种毒性酰胺，可导致皮肤疱毒性损害；该毒素见于毒隐翅虫属雌性甲虫的内淋巴中¹⁻³。这种甲虫本身并不会叮咬；皮炎是由于将该昆虫在皮肤上碾碎后使其毒素从血淋巴中释放出来而引起的¹⁻³。这通常情况下是在人们条件反射式地将甲虫掸掉时导致的典型线状皮肤损害，因此被称为“线状皮炎”²。其他得到认可的名称还有：“隐翅虫皮炎”、“鞭打样皮炎”、“蜘蛛舔舌”、“夜晚灼伤”和“醒来见”^{2,5}。

隐翅虫

毒隐翅虫属于第二大甲虫家族的隐翅虫科，种类超过 600 种^{2,4,6,7}。它们存在于除南极洲以外的世界各地，但更常见于热带和亚热带地区⁴。文献中的病例报告来自于伊朗⁹、巴西²、非洲^{10,11}和土耳其¹²等地。这种甲虫在世界范围内已知有多个名称，其中包括：在非洲中部被称为“Econda”和内罗毕蝇，在亚洲东部被称为“公猫”，在澳洲被称为“鞭打甲虫”，在伊朗又被称为“吸血鬼德古拉”。而在欧洲和美洲国家，它们通常被称为隐翅虫（以其漫游的习性命名）²。

毒隐翅虫属通常为 7-13 毫米长，因此常被误以为是蚂蚁⁵。它们在夜间活动，会受到白光的吸引——一种被称为“趋光性”的现象²。如图 1 所示，它们的腹部呈现出宝石般的色彩（事

实上，属名“隐翅虫 (*Paederus*)”可能源自于拉丁文“*paederos*”，意思是珍贵的宝石)。这种鲜亮的色彩是警戒作用的一个实例，用于警示潜在的天敌其食用毒性。

隐翅虫素

隐翅虫素是一种可导致皮肤疱毒性损害的毒性酰胺，积聚于毒隐翅虫属雌性甲虫的内淋巴中，约占总体重的 0.025%^{7,8}。该毒素由内共生体假单胞菌属合成，而不是由甲虫本身产生⁸。隐翅虫素会造成真皮基部和上基部的细胞凋亡，导致皮肤急性毒性损伤。

值得重视的是，隐翅虫皮炎并非“斑蝥皮炎”。这种皮炎是由一种不同化学结构的斑蝥素所引发，而且斑蝥素也不是由隐翅虫科甲虫家族产生的¹。这类皮肤损害通常炎症略轻一些。

临床表现

最常见的感染部位是皮肤的暴露区域，包括手臂、腿部、面部和颈部，而手掌和脚底常幸免于难。患者往往没有意识发生了与甲虫的接触，因为这通常出现在夜里。“醒来见”（尼日利亚）和“夜晚灼伤”（土耳其）顾名思义，患者仅在次日清晨发觉皮肤损害²。

在首次皮肤接触毒素和最早出现红斑损害之间有一个潜伏期，一般为 24 小时左右。在轻型病例中，仅略有红斑，持续几天¹。在较中型病例中，线状红斑损害会起水泡 / 脓疱（见图 2），之后干掉并脱落，留下色素沉着不足或色素沉着过度的皮肤（见图 3）¹。在重型病例中，涉及大量皮损的患者可能会出现包括发热、呕吐和关节疼痛在内的系统性症状。“内罗毕眼”指的是涉及到眼部——眶周蜂窝组织炎或角膜结膜炎¹¹。这是在用受毒素污染的手指搓揉双眼时发生，或是在甲虫直接接触到眼角膜时发生（在睡觉时，由瞬目反射引起）。也可见轻触损害，如肘和膝部屈曲以及生殖器损害，因为隐翅虫素可由手指、相对的皮肤、被单和衣服传播。

鉴别诊断包括植物日光性皮炎、过敏性接触性皮炎、单纯性疱疹和脓疱病。清晰的病史则可排除与感光性植物体的接触。

治疗

预防是关键——在高风险地区 and 风险最大的时期（雨季后不久），患者应避免在夜间亮灯开窗²。如果在皮肤上看到了

续下页.....



图 1 隐翅虫



图 2 线性炎症病变

甲虫，应当将其吹掉，而不是用手去拍打。如不慎接触，应彻底冲洗皮肤，洗去隐翅虫素残留，可用碘酒中和隐翅虫素⁴。冷水敷压和局部类固醇为主要治疗方法，局部和 / 或口服抗生素也可在继发细菌感染时使用。Ebrahimzadeh 等人发现由于矮接骨木的抗炎效用，能够改善恢复时间⁷。



图 3 炎症后色素沉着过度

结论

隐翅虫皮炎在热带和亚热带地区影响着所有年龄段的人群。一般来说，红斑大疱类线状损害在暴露后 24-48 小时出现，后变干自愈。患者往往没有意识到与该虫的接触，因为这通常发生在夜间人们入睡时条件反射式地将昆虫压扁所致。教育当地群体和游客如何安全地将该甲虫从皮肤上移除并避免在夜间开窗，将是避免严重病例和黏膜皮肤接触的关键。

参考文献

1. Mammino JJ. *Paederus dermatitis: an outbreak on a medical mission boat in the Amazon. J Clin Aesthet Dermatol* 2011; **4**(11):44-6.
2. Karthikeyan K, Kumar A. *Paederus dermatitis. Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2017; **83**:424-31.
3. Gelmetti C, Grimalt R. *Paederus dermatitis: An easy diagnosable but misdiagnosed eruption. Eur J Pediatr* 1993; **152**:6.
4. Frank JH, Kanamitsu K. *Paederus, sensu lato (Coleoptera: Staphylinidae): Natural history and medical importance. J Med Entomol* 1987; **24**:155-91.
5. Cressey BD, Paniz-Mondolfi AE, Rodríguez-Morales AJ et al. *Dermatitis linearis: vesicating dermatosis caused by Paederus species (Coleoptera: Staphylinidae). case series and review. Wilderness Environ Med* 2013; **24**:124-31.
6. Nasir S, Akram W, Khan RR et al. *Paederus beetles: the agent of human dermatitis. J Venom Anim Toxins incl Trop Dis* 2015; **21**:5.
7. Ebrahimzadeh MA, Rafati MR, Damchi M et al. *Treatment of Paederus Dermatitis with Sambucus ebulus Lotion. Iran J Pharm Res* 2014; **13**(3):1065-71.
8. Piel J. A polyketide synthase-peptide synthetase gene cluster from an uncultured bacterial symbiont of *Paederus* beetles. *PNAS* 2002; **99**:14002-7.
9. Zargari OK-AA, Fathalikhani F, Panahi M. *Paederus dermatitis in northern Iran: a report of 156 cases. Int J Dermatol* 2003; **42**:608-12.
10. Iserson KV, Walton EK. *Nairobi fly (Paederus) dermatitis in South Sudan: a case report. Wilderness Environ Med* 2012; **Sep 23**(3):251-4.
11. Rahman S. *Paederus dermatitis In Sierra Leone. Dermatol Online J* 2006; **12**:9.
12. Şendür N, Şavk E, Karaman G. *Paederus Dermatitis: A Report of 46 Cases in Aydın, Turkey. Dermatology* 1999; **199**:353.

来自 IFD 的最新消息 2020 年国际皮肤病学会联盟 DermLink 研究经费授予

国际皮肤病学会联盟（ILDS）每年通过国际皮肤病学基金会（IFD）向 ILDS 会员递交的项目授予 ILDS 的 DermLink 研究经费。2019 年，我们收到了 17 个申请 ILDS 的 DermLink 研究经费的项目提案。项目评判标准如下：需求的确认、提案的影响力、项目可持续性以及项目是否涉及热带皮肤病学或移民健康。

2019 年总价值 30000 美元的七项 ILDS 的 DermLink 研究经费授予来自以下六个国家的项目：巴西、博茨瓦纳、马拉维（两个项目）、尼泊尔、尼日利亚和坦桑尼亚。有关各个项目的更多信息，现已发布在 ILDS 的网站上：<https://ilds.org/news/2019-ilds-dermlink/>。

ILDS 的 DermLink 研究经费的下一轮申请将于 2019 年 12 月 5 日开始。如果您想要申请，请访问我们的网站 www.ILDS.org 如需有关该经费的更多信息，请联系 DermLink@ilds.org

巴西的孢子丝菌病——一种引起皮肤病变的持续存在的流行病

Regina Casz Schechtman, MD, PhD, 巴西里约热内卢罗马天主教大学

Roderick James Hay, DM, FRCP, 英国国际皮肤病学基金会

通讯电邮: regina.schechtman@gmail.com

关键词: 孢子丝菌病、巴西孢子丝菌、植入性真菌病、猫、巴西、人畜共患病、被忽视的热带疾病。

自从 20 世纪 50 年代由孢子丝菌属引发孢子丝菌病以来, 该病被充分认可为一种热带国家(包括巴西在内)的皮下组织或植入性真菌病。这种病通常在皮肤上沿淋巴管形成一连串的结节(淋巴性)或作为(固定的)孤立性溃疡。到 20 世纪 60 年代之前, 据报道该病是地方病流行区内(如巴西北部的帕拉州)第二大患病率的真菌感染。例如, 在 1966 年的一份五年回顾性研究中记载了 56 个病例¹。近 15 年以后, 另一篇文章报道了在亚马逊州(巴西北部地区)的 8 个病例, 而且孢子丝菌病被认为是那里患病率最高的皮下组织真菌病²。然而, 到 1998 年之前, 报道了有大量的猫受到孢子丝菌属的感染, 紧接着在巴西里约热内卢最贫困地区出现人类病例的大幅增加。人和猫科动物感染的患病率随着时间的推移成倍增加。到 2001 之前, 孢子丝菌病被标记为一种新兴人畜共患病, 来自 Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) 基金会的研究人员报告了该病的流行性传播性质。Barros 和同事们对比了病例的增长数量, 自 2014 年以来, 在累西腓州(巴西东北部地区)确诊了 59 只受感染的猫; 而这些猫大部分都是家养的, 意味着该病的爆发如果得不到控制就会存在人类感染的高风险⁷。这些数据有可能低估了巴西流行性动物源性孢子丝菌病的全面情况。2018 年, 在巴西皮肤科医生协会大会上展示有关动物源性孢子丝菌病的 8 个海报介绍和 2 个口头交流。这些患者中大多数出现了非典型临床表现, 比如超敏性反应(如图 1 孢子丝菌病的淋巴管形式在 1987-1998 年间仅有 17 个病例, 而在近期较短的两年内就确诊了 66 个病例。大多数病例呈现出该病的淋巴性形式(占 66,7%)和固定皮肤感染形式(占 24,2%), 但也有一些病例出现多处播散性的皮肤病变(播散性形式)(占 6%)³。

2008 年, 里约热内卢州报告了涉及 255 名个人的病例系列, 包括 94 名患者和 161 名健康的家庭接触人员。在该系列中, 患者出现了更多形态的临床表现, 其中 23.4% 表现出播散性皮肤病变, 而且还有涉及眼结膜的一个眼睑病变的特殊病例⁴。自从 20 年前汇报了首个动物源性病例以来, 里约热内卢州在过去十年里仍然是该病爆发的主要焦点。据 2010 年进行的一项涉及 804 个人类孢子丝菌病病例的十年评述(1998-2008)⁵显示, 有 1500 多只猫被确诊为皮肤侵犯性孢子丝菌病。该评述观察到一个有趣的事实是患者结构的模式: 大多数人类病例涉及 40-49 年龄段的女性, 她们一般为家庭妇女, 而且来自于贫困的社会阶层。动物源性孢子丝菌病应当被视为一种被忽视的热带疾病, 这种病带有非典型的临床表现, 由巴西孢子

丝菌(一种与感染人类和猫的流行病相关的新菌属)导致。然而, 这种病的爆发现已传播得更远。

一项横断面回顾性研究报告了 2003 至 2013 年间在圣保罗州的 25 个人类孢子丝菌病病例⁶。另一份报告描述了一个日益明显的问题多形性红斑或结节性红斑)、播散性形式, 而且某些病例是致命的。值得强调的是, 大多数病例均局限于巴西的不同州(东南部: 米纳斯吉拉斯、圣埃斯皮里图和圣保罗; 南部: 圣卡塔琳娜、南里约热内卢; 中部地区: 巴西利亚, 东北部: 伯南布哥(电子海报介绍和口头交流, 2018 年)⁸以及北部: 贝伦(口头交流, 2018 年)。该真菌感染还在整个巴西稳固地传播着, 而且现在阿根廷北部已有几个病例描述。目前, 动物源性孢子丝菌病是一个尚未得到控制的感染, 尽管该病主要局限在巴西, 但存在着进一步传播到这个大洲上其他地区的风险。



图 1 孢子丝菌病的淋巴管形式

参考文献

1. Domingos S, Jacy PN. Casos de esporotricose no Para. Observações em 5 anos (1962-1966). *An Bras Dermatol* 1966; **4**:219-20.
2. Talhari S, Gadelha AR, Cunha MGS *et al.* Micose profundas, Estudo dos casos diagnosticados em Manaus estado do Amazonas, de 1973-1978. *An Bras Dermatol* 1980; **55**:133-6.
3. Bastos-Lima-Barros M, Pacheco-Schubach T, Gutierrez-Galhardo M *et al.* Sporotrichosis: an emergent zoonosis in Rio de Janeiro. *Mem Inst Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro* 2001; **96**:777-9.
4. Barros MBL, Schubach AO, Schubach TMP *et al.* An epidemic of sporotrichosis in Rio de Janeiro, Brazil: epidemiological aspects of a series of cases. *Epidemiol Infect* 2008; **136**:1192-6.
5. Freitas DF, Valle AC, Almeida-Paes R *et al.* Zoonotic sporotrichosis in Rio de Janeiro, Brazil: A protracted epidemic yet to be curbed. *Clin Infect Dis* 2010; **50**:452-3.
6. Marques GF, Martins AL, Sousa JM *et al.* Characterization of sporotrichosis cases treated in a dermatologic teaching unit in the State of São Paulo – Brazil, 2003 – 2013. *An Bras Dermatol* 2015; **90**:273-5.
7. Silva GM, Howes JC, Adria C. Surto de esporotricose felina na região metropolitana do Recife *Pesq Vet Bras* 2018; **38**:1767-71.
8. 73º congresso Brasileiro de dermatologia. Listagem de trabalhos (e-pôster e Comunicações orais). 2018. Curitiba, PN.

用于探得治疗历史的实用帮助

Ramesh Sharma, 尼泊尔博卡拉绿茵医院

Prem Bhujel, 尼泊尔博卡拉绿茵医院

Celia Moss, 英国伯明翰儿童医院和伯明翰大学

通讯作者: Celia Moss, 伯明翰儿童医院皮肤科

地址: Steelhouse Lane, Birmingham B4 6NH, UK. Email: celia.moss@nhs.net

作者们声明无利益冲突。这项工作无经费。

关键词: 用药、局部、治疗历史、展示、药膏。

探得准确的用药史是患者管理的关键。我们需要了解哪些药物有疗效, 哪些没有, 以及药物是否存在不良反应。但是患者很少能记住他们用过的药膏的名称, 更别提其中的活性成分: “白色的药膏”可能是一个简单的润肤膏, 或是一种如皮质类固醇或抗菌剂等的强效药, 或是任何一种药物制剂的组合。

这个问题在资源匮乏的国家(如尼泊尔有大量的复方用药)得到放大, 药物可以在柜台上买到, 人们识字的能力有限, 而知情建议却往往是相对昂贵的。咨询一位皮肤科医生的费用约为5美元, 而来自家人和朋友的免费建议却是垂手可得。那里的标准皮肤学“全效”药膏大概是混合了强效局部皮质类固醇(氯倍他索或倍氯米松)、一种抗真菌剂(咪康唑或克霉唑)和一种抗生素(庆大霉素或新霉素)。因此, 以前的治疗不仅未知, 而且往往是不适当的。

皮质类固醇会有益于湿疹患者的治疗, 但可能会倾向于过度用药。过度用药会导致面部多毛症、毛细血管扩张、红斑, 乃至库欣综合征, 尤其是婴幼儿。局部皮质类固醇药膏通常开具的不适当, 比如用于癣、痤疮、疥疮, 以及作为一种亮肤霜^{1,2}。对癣的皮质类固醇治疗可减少红斑和瘙痒, 但会使感染分布广并引起复发, 需要更贵的口服抗真菌剂治疗。与此同时, 由于过度结合使用局部特比萘芬和皮质类固醇而造成的真菌耐药性, 已在整个南亚越来越成问题。因此, 临床表现很有可能已经被之前的治疗所改变。在这样一个背景下, 探得准确的用药史不仅更为重要, 而且更加困难。

在尼泊尔博卡拉绿茵医院的皮肤诊所里正在制定一种简单的新型解决方法。患者带来的一管管用过的(尤其是被滥用的)药膏被展示在木架上挂在诊所的墙上(图1)。各年龄段的患者



图1 展示柜里的样品药膏

都无法说出他们自己在家中使用的药膏的名称, 但通常能认得药膏的样子, 让医生得以识别这些药膏的成分。这一展示在给患者进行辅导时还起到教育作用, 教育的内容包括药膏成分和局部制剂的潜在副作用, 以及听从非专业人士意见的危险性。这个架子是木制的, 简单易组装, 随着时间的推移易于药膏的收集、更新和添加。这个理念对于资源丰富和资源匮乏的国家都同样适用; “卫生安全”要求能够通过使用可上锁的玻璃展示柜来达到。这个简单的设备为皮肤科诊疗带来了很大的帮助, 我们因此将它推荐给各位皮肤科的同僚。

参考文献

1. Verma SB. Hazards of skin lightening creams. *Community Dermatology Journal* 2016; **12**:9-11.
2. Guadalupe E-C, Roberto E, Guadalupe C-L. Misuse of topical steroids in scabies. *Community Dermatology Journal* 2017; **13**:2-3.

第25届 RDTC 国际 CME 大会 2020 年 1 月 8-10 日

第25届区域皮肤病学培训中心(RDTC)国际医疗继续教育(CME)大会现已开启登记注册, 本次大会以皮肤疾病、麻风病、HIV/艾滋病和其他性传播感染为主要议题。

如需注册, 请访问 <https://rdtc.go.tz>

布拉柴维尔（刚果）大学医院有关坏死性筋膜炎的发病诱因的研究

主要作者：**Ida Aurélie Lenga-Loumingou**, 布拉柴维尔大学医院皮肤病科, 1, Boulevard Maréchal Lyautey, 刚果共和国恩古瓦比大学健康科学学院

E-mail: idalengaloumingou@gmail.com

Richard Loumingou, 刚果共和国布拉柴维尔大学肾脏科

关键词：发病诱因、坏死性筋膜炎、免疫功能低下、刚果、微创、血管病变、糖尿病、人类免疫缺陷病毒（HIV）

总结

目标

- 识别处于危险中的受试者
- 改善诊断精确度
- 确保更好地预防坏死性筋膜炎

研究方法

一项历时 15 年的描述性分析研究，基于布拉柴维尔大学医院皮肤病科内坏死性筋膜炎住院患者的档案。

结果

选取了 65 份档案。坏死性筋膜炎的患病率在住院患者中占 3.71%。男 / 女性患者的比率为 1.32。半数以上病例为免疫功能低下或患有血管疾病。在 67.6% 的病例中找到一个可辨认的切入点。98.4% 的患者采用自我药疗法，而 70.7% 的患者采用传统医学。平均入院时间为 12.7 天。

结论

坏死性筋膜炎在免疫功能低下的年轻患者和有血管疾病的老年患者中最为普遍。

简介

坏死性筋膜炎（NF）是一种罕见的累及筋膜的致死型细菌性皮肤病。该病的发病机理未知，可能与一种或几种微生物有关联¹。NF 的临床诊断常受限于皮肤病学及其以外体征的复杂度，使得磁共振成像技术对于某些病例来说必不可少^{2,3}。NF 诊断意识是必要的⁴。在美国，Kaul⁵ 已经区分了丹毒和 NF 的风险因素。Dhiedou⁶ 记录了对非坏死性蜂窝组织炎与坏死性蜂窝组织炎发生率评估的不同点。年龄和糖尿病是已知的风险因素^{1,7}。

在亚洲，针灸经常被描述成坏死性筋膜炎的一个风险因素⁸。人类免疫缺陷病毒的感染似乎也会使人容易患上这种疾病⁹。还有许多其他的发病诱因¹⁰，尽管环境和地理触发条件尚未得到完全理解。

该研究的作者们汇报了 65 个坏死性筋膜炎病例，以识别其发病诱因。

方法

这是一项基于布拉柴维尔大学医院皮肤病科内坏死性筋膜炎住院患者档案的研究，该项研究历时 15 年，从 2002 年 1 月到 2017 年 1 月。这些患者来自于急诊室。

研究目标的入选标准如下：

- 有记录的坏死性筋膜炎（存在或不存在肌坏死）。
- 患者记录包含：对高血压患者的动静脉超声多普勒检查，坏死性筋膜炎的实验室分析指标（C 反应蛋白、白细胞计数、血红蛋白、钠、肌酐、葡萄糖、HIV 血清学）。

以下感染被排除：肌炎和术后软组织感染。

有关患者公民身份的数据和临床数据均收集在卡片上：

- 第一张纸片上记录了年龄、性别、职业、入口门、座位、非甾体抗炎药的使用、传统治疗（具体说明划痕法）、会诊时间。
- 第二张纸片上收集了所有以往发病：高血压、糖尿病、肥胖症、HIV 感染、慢性淋巴水肿、慢性静脉功能不全、脱色产品的使用。

通过疾病数据的管理和分析软件（Epi Info）计算平均值和标准差来进行数据分析。

结果

1. 研究人群

研究进行期间住院的 1752 名患者。978 名患者因一条腿上大范围炎症而被收治：其中 667 名患有坏死性蜂窝组织炎，246 名患有非坏死性蜂窝组织炎，另外 72 名则患有坏死性筋膜炎。65 名坏死性筋膜炎患者满足了入选本研究的标准。坏死性筋膜炎的患病率在住院患者中占 3.71%。患者平均年龄为 57.35 岁（标准差 ± 17.67）。其中 37 名为男性，28 名为女性（男：女 = 1.32）。49 名患者有贫困背景。男性患者主要为 50-59 岁和 70-79 岁年龄段的群体（图 1）。

续下页.....

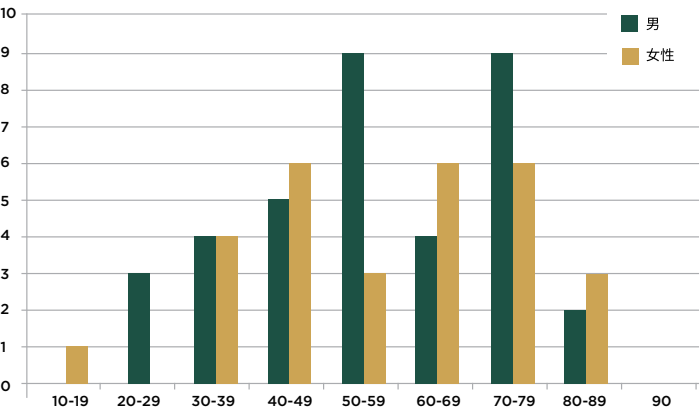


图 1 坏死性筋膜炎按照年龄和性别的分布。

2. 临床数据

存在细胞坏死的患者的临床特征筋膜炎在表 1 中得到总结。平均入院时间为 12.7 天。受到影响的患者存在免疫功能低下或有如心血管疾病和新陈代谢疾病等的其他风险因素（表

表 1	
临床特点	
对皮肤屏障的破坏	n
微创	36
划痕	4
血管溃疡	1
带状疱疹	1
痒疹	1
小计	43
传统医学	
植物治疗法	34
划痕法	12
小计	46
自我药疗法	
NSAI	64
阿莫西林	48
苯唑西林	11
在身上的位置	
右腿	29
左腿	31
双腿	2
右臂	2
左臂	6
胸部	1
骨盆	1
小计	72

表 2

主要共病率因素。按性别分类

并存病	性别	
	男	女
HIV 感染	12	10
高血压	11	3
其他系统性疾病	6	2
糖尿病	4	3

2)。心血管疾病 (n=30) 含高血压 (n=14), 消除动脉炎 (n=8) 和淋巴静脉功能不全 (n=8)。新陈代谢病理学包括了糖尿病 (n=7, 其中 4 名还有高血压) 和肥胖症 (n=5)。22 名患者有逆转录病毒感染。其他相关联的病情有象皮病 (n=2)、镰状细胞疾病 (n=2)、结节病 (n=1)、痒疹 (n=1)、门脉高压症 (n=2)。10 个病例使用过脱色化妆品, 但在所有这些患者中识别出另一个风险因素。

评论

研究局限性:

- 不包括来自重症监护和手术服务的 NF。
- 健康路径的复杂性。

1. 研究人群

坏死性筋膜炎的患病率低, 但是患病率有可能被低估, 因为大多数研究使用的仅仅是医院数据^{11,12}。在几内亚, 坏死性筋膜炎是皮肤病科住院的主要病因之一¹³。Sbidian 在法国的研究¹¹ 汇报了更多可靠的数据, 其研究所得出的发病率与 Kaul⁵ 的研究结论相同, 最近期的研究还有 Naseer¹⁴ 和 Bocking¹⁵ 的。在我们的研究中, 患者的平均年龄为 57 岁³; 这与 Diedhou⁶ 研究中的情况相同, 也与 Sbidian¹¹ 和 Kaul⁵ 的相近。年龄使人易患 NF 的趋势正在增加^{1,5}。男性显著性在文献中并不常见^{1,11}, 而且可以在我们的研究中用共病率的类型来解释。刚果的社会经济结构能够解释来自贫困背景的患者的高患病率¹⁶。

2. 临床数据

在 67.6% 的病例中识别出一个传染门户, 以微创为主。划痕法可能是最初的切入点。在亚洲, 有汇报在针灸后出现病例的情况⁸。自我药疗倾向在刚果是一个祸害¹⁰; 除了一名患者以外, 所有患者都服用了非甾体抗炎药; 这一越演愈烈的因素在大多数文章中都有涉及, 却极少就此进行探讨^{18,19}。病情于下肢部分显著是经典情况⁴, 但在 8 个病例中涉及上肢的情况也令人印象深刻 (表 1)。传统医学用于感染性病情是一个不容置疑的恶化因素。NF 是一种医疗手术紧急情况, 较长的会诊时间和危险的卫生途径是在非洲经常发生的问题, 促成了发病率和死亡率的增加²⁰。

3. 并存病

脱色剂的使用在所有病例中与另一个共病率因素相关。它被认可为非坏死性蜂窝组织炎²¹的一个发病诱因，但其对坏死性筋膜炎的责任却证据不足。



图2 上肢坏死性筋膜炎（清创术后）

在 33.8% 的病例中发现有 HIV 感染，这一发病诱因是众所周知的⁹，但很少在发达国家有报告。艾滋病在刚果的高发病率可能就证实了这一点。HIV 感染必定影响到坏死性筋膜炎患者平均年龄的下降。

在半数以上的病例中发现了糖尿病和高血压。这些疾病的患病率呈增长趋势，并成为公共卫生问题²²，而且更常见于 50-89 岁年龄段的患者。糖尿病和高血压在文献中被公认为 NF 的风险因素^{23, 24}。

正如过去研究所报告的那样^{1, 25}，我们的研究结果认为系统性风险因素很重要。相反地，丹毒的局部风险因素则占主导地位²¹。

我们的研究的独到之处有：患者对非甾体抗炎药的全身应用，HIV 感染的高频率，以及不存在慢性肾脏疾病和药物滥用史。

结论

在我们的系列病例中总体来看男性患者存在显著性。糖尿病、高血压、外周血管疾病和 HIV 是最常见的并存病。NF 的患病率几乎肯定是被低估了。

作者们感谢 Vincent Pitche 教授同意更正这项工作。

参考文献

1. Stevens DL, Bryant AE. Necrotizing soft tissue infection. *N Engl J Med* 2017; **377**: 2253-65.
2. Fayad LM, Carrino JA, Fishman EK. Importance de l'imagerie pour le diagnostic des fasciites nécrosantes. *Radiographics* 2007; **27**(6):1723-36.
3. Carbonetti F, Cremona A, Carusi V et al. The role of contrast enhanced computed tomography in the diagnosis of necrotizing fasciitis and comparison with the laboratory risk indicator for necrotizing fasciitis (LRINEC). *Radiol Med* 2016; **121**:1106-21.
4. Tianyi FL, Mbanga CM, Danuvang C, Agbor VN. Risk factors and complications of lower limb cellulitis in Africa. A systematic review. *Br Med J Open* 2018; **8**:e021175.
5. Kaul R, McGeer A, Low de Green K et al. Population based surveillance for group A streptococcal necrotizing fasciitis clinical features, proanalysis of seventy-seven cases. *Am J Med* 1997; **103**:18-24.
6. Dhiedou D, Leye MMM, Touré M et al. Dermohypodermes bactériennes à Dakar: rétrospective de 194 cas suivis en Médecine interne à la clinique médicale II. *Revue Cames Santé* 2013; **1**.
7. Omran S, Farouqi A. La fasciite nécrosante et le diabète (A propos de 15 cas). *Annales d'Endocrinologie* 2014; **75**:391.
8. Saw A, Kwan MK, Senguta S. Necrotising fasciitis: a life threatening complications of acupuncture in a patient with diabetes mellitus. 2004. *Singapore Med J* 2004; **45**:180-2.
9. Mohamedi I, Ceruse P, Fontaine P et al. Fasciite nécrosante cervicale relevant une maladie à VIH. *Annales Françaises d'Otorhinolaryngologie et de Pathologie Cervicofaciale* 1997; **114**:228-30.
10. Brennan MR, Lefèvre F. Necrotizing fasciitis: Infection identification and management. *N Engl J Med* 2017; **377**:2253-65.
11. Sbidian E, Audureau F, Chosidow O. Fasciites nécrosantes, première enquête épidémiologique française. *Ann Dermatol Vénereol* 2014; **141**(Suppl):S297-8.
12. Eloy G 2015. Epidémiologie et mortalité des fasciites nécrosantes dans un hôpital Francilien : étude rétrospective sur 10 ans. *Revue de Chirg Orthop et Traumatol* 2015; **101**(7):Suppl.:S184.
13. Keita M, Koulibaly M, Somah MM et al. Morbidité et mortalité hospitalière dans le service de dermatologie MST du CHU de Conakry (Guinée). *Ann Dermatol Vénereol* 2014; **141**(12):S356-7.
14. Naseer U, Steinbak KM, Blystad H, Caugant DA. Epidemiology of invasive group A streptococcal infection in Norway 2010-2014. A retrospective cohort study. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2016; **35**:1639-48.
15. Bocking N, Matsumoto CL, Loewen K et al. High incidence of invasive group A streptococcal infections in remote indigenous communities in north western Ontario, Canada. *Open Forum Infect Dis* 2016; **4**:243.
16. La Banque Mondiale. Données de la banque mondiale. <https://donnees.banquemondiale.org/pays/congo-republique-du> (last accessed 1 Oct 2019).
17. Mankié JB, Mazonga AB, Abena A. L'automédication chez l'adulte à Brazzaville. *Sci Med Afr* 2011; **3**:459-63.
18. Leroy S, Marc E, Bavoux F et al. Hospitalization for severe bacterial infections in children after exposure to NSAIDs: a prospective adverse drug reaction reporting study. *Clin Drug Investig* 2010; **30**:179-85.
19. Hamilton SN, Bayer CR, Stevens DL, Bryant AE. Effects of selective and non selective nonsteroidal anti inflammatory drugs on antibiotic efficacy of experimental group A streptococcal myonecrosis. *J Infect Dis* 2014; **209**:1429-35.
20. Mboko Ibara SB. Diagnostic post conflictuel des recours thérapeutiques au Congo Brazzaville: analyses et propositions. Document CNSS 26 August 2010. http://www.cnsee.org/index.php?option=com_content&view=article&id=75:diagnostic-post-conflictuel-des-recours-therapeutiques-au-congo-brazzaville--analyse-et-proposition&catid=44:articles-sociaux&Itemid=49 (last accessed 29 Sept 2019).
21. Pitche P, Diatta B, Faye O, et al. (Risk factors associated with leg erysipelas (cellulitis) in subSaharan Africa: A multicentre case - control study. *Ann Dermatol Vénereol* 2015; **142**:633-8.
22. Kimbally Kaky G, Gombet T, Bolanda JD et al. Prevalence de l'hypertension artérielle à Brazzaville. *Cardiologie Tropicale* 2006; **32**:43-6.
23. Monabeka HG, Moyen G. Aspects épidémiologiques et évolutifs du diabète sucré de l'enfant et de l'adolescent au Congo. *Médecine d'Afrique Noire* 1999; **46**(7):359-61.
24. Adebeye B, Bermano G, Rolland C. Obesity and its health impact in Africa: a systematic review. *Cardiovasc J Afr* 2012; **23**(9):512-21.
25. Boukhris J, Benyass Y, Boussidane M et al. Les fasciites nécrosantes des membres (revue de la littérature). *Revue Marocaine de Chirurgie Orthopédique et Traumatologie*. 2018; **74**:9-14.

勘误

在那份有关黎巴嫩难民营的报告中（第 15 卷第 1 期），曾提到营地里有清洁的流动水和均衡的饮食。情况并不是这样的，关于这个错误，我们向 Griffiths 教授表示道歉。

编辑

Chris Lovell 博士 (英国)
Michele Murdoch 博士 (英国)

创始主编

Paul Buxton 博士 (英国)

编辑秘书

ILDS 秘书处

编辑委员会

Sarah Hogan 博士 (英国)
Arnold Fernandes 博士 (英国)
Chris Lovell 博士 (英国)
Susannah Baron 博士 (英国)
Rod Hay 教授 (英国)
Terence Ryan 教授 (英国)
Sam Gibbs 博士 (英国)
Claire Fuller 博士 (英国)
Michele Murdoch 博士 (英国)
Rebecca Penzer-Hick 理学硕士 (英国)
Steven Ersser 教授 (英国)

Rachael Morris-Jones 博士 (英国)
Paul Buxton 博士 (英国)
Chris Griffiths 博士 (英国)
Stephen Walker 博士 (英国)
Rune Nathaniel Philemon 博士 (坦桑尼亚)
Isabel Casas 博士 (阿根廷)
Vineet Kaur 博士 (印度)
Anisa Mosam 教授 (南非)
Mafalda Soto 理学硕士 (西班牙)
Guadalupe Estrada 博士 (墨西哥) Henning
Grossman 教授 (坦桑尼亚)

Gail Todd 教授 (南非)
Ben Naafs 教授 (荷兰)
Shyam Verma 博士 (印度)
Jean Bolognia 教授 (美国)
John Masenga 教授 (坦桑尼亚)
Arjan Hogewoning 博士 (荷兰)
Ayesha Akinkugbe 博士 (尼日利亚)
Harvey Lui 博士 (加拿大)
Kelvin Mponda 博士 (马拉维)
Work Alemu 博士 (埃塞俄比亚)

如何接收《社区皮肤健康》杂志

《社区皮肤健康》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：

www.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 www.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。刊物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 1 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



如果您在网上购物，无需额外成本就能给本刊物带来赞助。几家大型零售商将根据您所消费的额度来为我们提供捐赠。

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 20 多万名皮肤科医师。

国际皮肤病学基金会 (IFD) 创立于 1987 年，负责开展 ILDS 的人道主义工作。如今，IFD 为非洲、亚太和南美的多个项目提供支持。《社区皮肤健康》是 IFD 的官方刊物。



Promoting global
Community Skin Health
through education