

# 基层医生接诊及随访管理隐翅虫皮炎患者 1 例

宋志富 邹文学 苏洪 何军 罗芸  
贵州省遵义市红花岗区新舟镇中心卫生院

DOI:10.32629/bmtr.v8i2.18876

**[摘要]** 隐翅虫皮炎是由隐翅虫毒液引发的皮肤疾病，多发于春夏季节。该文报道 1 例 61 岁的女性隐翅虫皮炎患者与长期随访管理过程。该患者因接触不明昆虫后引起头皮红肿 3 天，于 2025 年 08 月 30 日至我院就诊治疗，最终被确诊为隐翅虫皮炎，深入探讨其综合临床诊治过程及临床效果。该患者被昆虫叮咬后，出现左侧头顶疼痛，颜面部红肿、瘙痒、皮疹及发热症状。本文通过对该病例的深入探讨，全科医生在基层卫生院接诊隐翅虫皮炎的全程管理过程，并指出在接触不明昆虫引起的接触性皮炎应警惕隐翅虫皮炎的可能性，与患者共同决策诊疗方案。本文为隐翅虫皮炎的基层管理提供了重要参考价值，体现了全科医生以患者为中心，全人管理的理念，对高质量的社区隐翅虫皮炎患者诊疗与管理模式进行了有益的探索。有助于加深基层全科医师对该疾病的认识，从而提升基层临床诊断的准确性。

**[关键词]** 隐翅虫皮炎；接触性皮炎；疾病管理；基层医生；全科医学  
**中图分类号：**R757.3 **文献标识码：**A

## A primary Care Physician Received and Followed up on one Ppatient with Firefly Dermatitis

Zhifu Song, Wenxue Zou, Hong Su, Jun He, Yun Luo

Xinzhou Town Central Health Center, Honghuagang District

**[Abstract]** Firefly dermatitis is a skin disease caused by the venom of fireflies, which is more common in spring and summer. This article reports a 61-year-old female patient with firefly dermatitis and the long-term follow-up management process. This patient experienced scalp redness and swelling for 3 days after contact with an unknown insect. They visited our hospital for treatment on August 30, 2025, and were eventually diagnosed with firefly beetle dermatitis. We will further explore the comprehensive clinical diagnosis and treatment process as well as the clinical effect. After being bitten by an insect, the patient experienced pain on the left top of the head, redness, swelling, itching, rash and fever on the face. This article, through an in-depth discussion of this case, explores the entire management process of the general practitioner's treatment of fireflies dermatitis in the primary health center, and points out that when contact dermatitis is caused by contact with unknown insects, the possibility of fireflies dermatitis should be vigilant, and the treatment plan should be jointly decided with the patient. This article provides significant reference value for the grassroots management of firefly dermatitis, embodying the concept of patient-centered and holistic management by general practitioners. It also conducts a beneficial exploration of a high-quality diagnosis, treatment and management model for firefly dermatitis patients in the community. It helps to deepen the understanding of the disease among general practitioners at the grassroots level, thereby improving the accuracy of clinical diagnosis at the grassroots level.

**[Key words]** Firefly beetle dermatitis; Contact dermatitis; Disease management; Primary care physician; General practice

## 引言

隐翅虫皮炎是指在皮肤暴露部位出现的水疱、脓疱、风团等皮肤损害，多见于躯干和四肢，其主要致病源是隐翅虫。该病多发于春季和夏季，以 7-8 月多发。隐翅虫在我国北方地区常见，虫体较大，呈深棕色，因有金属光泽，故又名“黑

脚金”。隐翅虫白天潜伏在潮湿的地方，夜间出来活动，一旦被其叮咬皮肤，会出现水疱、脓疱甚至糜烂等症<sup>[1]</sup>。本文介绍 1 例隐翅虫皮炎病例的临床表现及诊治过程。

## 1 病例资料

患者女，61 岁，农民，主因“接触不明昆虫后致头皮红

肿3天”入院。患者于2025年08月27日因接触不明昆虫，自诉被昆虫叮咬随即拍死昆虫后出现左侧顶部疼痛，呈烧灼样，随即出现头部皮肤散在样皮疹伴左侧额面部水肿，局部瘙痒，呈现进行性加重趋势。患者无畏寒、发热，无头晕，无恶心、呕吐，无腹痛、腹胀、腹泻等不适，未经诊治。3天来，左侧顶部红肿无消退，皮疹进一步增多且瘙痒进一步加重，现患者因左侧顶部散在样皮疹加重伴瘙痒，遂就诊我院，我科以“接触性皮炎”收入院，起病来精神、饮食、睡眠尚可，二便正常，体重无明显变化。既往高血压病史6年，最高血压190/106mmHg(1mmHg=0.133kPa)，未规律口服降压药，血压控制不详。否认冠心病、糖尿病史，否认食物、药物过敏史；否认疫水疫区接触史，否认有毒物接触史；婚育史：适龄结婚，育有1子1女，家庭和睦，配偶及子女体健；月经史：已绝经，绝经后无异常阴道流血、流液；家族史：无特殊。体格检查：体温(T)：37.7℃，脉搏频率(P)：55次/min，呼吸频率(R)：20次/min，血压(BP)：160/93mmHg。神志清楚，精神尚可，急性病容，步入病房。双肺呼吸音粗，未闻及干湿性啰音及哮鸣音，无痰鸣音及胸膜摩擦音，双肺语颤、语音共振无明显增强及减弱，心前区无隆起，无异常波动，心率55次/分，律齐，各瓣膜听诊区未闻及杂音，腹平软，未见肠形及蠕动波，腹壁紧张，无压痛、反跳痛及肌紧张，全腹未触及包块，肝脾肋下未触及，墨菲氏征(-)，肝区无叩痛，移动性浊音阴性，肠鸣音4次/分，未闻及振水音及血管杂音；肛门、生殖器无畸形，脊柱四肢无畸形，神经系统生理反射存在，病理反射未引出。专科查体：左侧顶部及左侧额面部见局部红肿、皮疹、脱皮、溃烂，左侧额部见大小不一的散在水泡样皮疹，局部皮肤发红，局部皮温高，局部皮肤完整，触痛明显，疹间皮肤无融合，周围组织稍肿胀，疱疹稍高出皮面，头部皮肤感觉无减退。辅助检查：心电图提示：窦性心律，左室高电压；静脉血糖5.5mmol/L；胸片：双肺未见明显异常。结合患者起病原因、问诊、体格检查及辅助检查初步诊断：接触性皮炎；过敏性皮炎；高血压3级高危组。后请示皮肤科会诊后确诊为：隐翅虫皮炎；更新诊断为：接触性皮炎；隐翅虫皮炎；高血压3级高危组。

面对接诊急危重症患者，基层医生如何做出快速的判断与处理？

患者起病急、病情重，应迅速采集生命体征，完成心肺重点脏器体格检查的同时询问病史。应重点询问有无过敏史，有无接触化学物品，有无呼吸困难等，并了解既往病史。诊断需首先鉴别坏死性筋膜炎、过敏性休克、中毒性表皮坏死综合征、蜂窝织炎、丹毒、化学性灼伤、带状疱疹等可能危及生命的疾病。社区全科医师接诊患者时要及时识别风险，

通过病史询问、体格检查等便捷的辅助检查方式对病情和病因快速做出初步判断和处理。

患者住院后，予以完善血常规：白细胞数目 $6.25 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞数目 $4.31 \times 10^9/L$ ，嗜酸性粒细胞数目 $0.23 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞百分比69.0%，淋巴细胞百分比16.9%↓，嗜酸性粒细胞百分比3.7%，红细胞数目 $4.06 \times 10^{12}/L$ ，血红蛋白浓度130g/L；尿常规+尿液分析：酮体(-)，亚硝酸盐(-)，蛋白质(-)，葡萄糖(-)，比重1.015，隐血(-)；肝肾功：血清丙氨酸氨基转移酶测定18.8U/L，血清天门冬氨酸氨基转移酶测定24.5U/L，血清天门冬氨酸氨基转移酶测定/血清丙氨酸氨基转移酶测定1.3，血清γ-谷氨酰转氨酶测定63.2U/L↑，总胆红素测定 $5.87 \mu\text{mol}/L$ ，直接胆红素测定 $1.79 \mu\text{mol}/L$ ，间接胆红素 $4.08 \mu\text{mol}/L$ ，肌酐测定 $113.4 \mu\text{mol}/L$ ↑，尿酸测定 $393.6 \mu\text{mol}/L$ ↑；血脂：甘油三酯测定 $4.77\text{mmol}/L$ ↑，总胆固醇测定 $4.66\text{mmol}/L$ ，高密度脂蛋白胆固醇测定 $1.29\text{mmol}/L$ ；葡萄糖测定： $5.76\text{mmol}/L$ ；心肌酶：血清肌酸激酶测定109.9U/L，肌酸激酶MB型同工酶16.3U/L，血清乳酸脱氢酶测定207.9U/L，α-羟基丁酸脱氢酶169.0U/L；凝血：凝血酶原时间测定11.90S，国际化标准比值(PT)0.94，活化部分凝血活酶时间21.80S；电解质：钾测定 $3.56\text{mmol}/L$ ，钠测定 $141.43\text{mmol}/L$ ，氯测定 $101.13\text{mmol}/L$ ，总钙 $2.64\text{mmol}/L$ 。

予以持续性心电监护、吸氧；予适当补液；左氧氟沙星抗感染，地塞米松静滴抗炎治疗、氯诺昔康对症止痛，予以奥美拉唑抑酸护胃治疗；红斑周围小脓疱处予百多邦乳膏、夫西地酸外用，每日3次；同时予以葡萄糖酸钙、维生素C2g，静脉滴注，每日1次对症支持治疗，口服抗组胺药物等治疗7d，症状缓解，疼痛明显减轻，局部红肿及散在样皮疹逐渐消退，瘙痒及发热症状较入院时明显减轻，治疗后创面干燥结痂，局部皮肤留有色素沉着，随即患者自觉症状缓解后强烈要求出院。

针对出院患者，作为全科医生，我们并没有结束对患者的诊疗，随即继续进行随访管理。2025年09月30日通过开放性问诊，询问“您最近感觉身体怎么样？”，了解到患者皮疹进一步消退，局部水肿明显减轻，疼痛症状显著缓解，局部皮肤无瘙痒，皮温不高。偶有局部轻度刺痛感；询问“您有没有恶心、呕吐情况？”，了解到患者服用药物后没有恶心、呕吐等消化道症状；询问“您最近做过什么检查吗？”，了解到患者辅助检查(2025-09-20)提示血常规、肝肾功能、心肌酶、炎症指标未见明显异常。体格检查：体温 $36.5^\circ\text{C}$ ，脉搏72次/min，呼吸18次/min，血压132/80mmHg，神清，精神好。口唇无紫绀，颈静脉无怒张，心率72次/min，心律齐，各心脏瓣膜区未闻及杂音。肺(-)腹(-)，双下肢无

水肿。专科查体: 左侧顶部及左侧额面部无局部红肿、皮疹、脱皮、溃烂, 左侧颈部无皮疹, 局部皮温正常, 皮肤完整, 稍有触痛感, 周围组织无肿胀, 头部皮肤感觉正常。

通过问诊评估患者健康情况: ①中老年女性; ②隐翅虫皮炎, 应用百多邦乳膏外用控制瘙痒及疼痛症状; ③高血压, 予以缬沙坦氨氯地平片治疗后血压控制在正常范围内, 血脂: 予以低盐低脂饮食后控制良好, 日常活动不受限; ④饮食偏咸, 缺乏规律运动; ⑤患者仍有长期会接触隐翅虫的环境。

患者经治疗后病情好转, 基层卫生院全科医生该如何对患者进行管理?

1、疼痛方面的管理: 隐翅虫叮咬人体后, 释放的强酸性毒液会刺激皮肤神经末梢, 激活伤害感受器, 产生神经冲动, 传入神经传导至中枢神经系统, 从而导致患者出现疼痛症状。这种疼痛往往较为剧烈, 严重影响患者日常生活和休息, 使其出现烦躁、焦虑等不良情绪, 患者在治疗期间, 作为全科医生同时关注患者的疼痛症状, 该患者住院期间, 我院予以氯诺昔康对症止痛治疗, 患者疼痛症状明显缓解, 数字等级评定量表 (NRS) 评分控制在 <4 分。疼痛缓解后, 患者舒适度提高, 能更好地休息和配合治疗, 有利于其身体恢复, 更加有助于医患建立良好的医患关系。2、焦虑与恐惧方面: 由于患者对隐翅虫皮炎缺乏正确的认识, 不了解疾病的发生发展过程、治疗方法和预后情况, 加之疾病带来的各种不适症状, 如皮肤瘙痒、疼痛、发热等, 可导致患者产生不良情绪。同时, 患者可因对基层卫生院环境的陌生感及信任感、对治疗过程的担忧, 导致应对方式出现偏差, 进而产生焦虑和恐惧心理, 全科医生针对此情况, 通过积极的心理疏导, 帮助患者正确认识疾病, 消除恐惧心理, 避免因心理应激反应导致体内激素水平紊乱, 影响治疗效果和身体恢复。予以加强对患者的情绪方面的关怀, 以患者为中心, 重点关注患者情绪上的变化。3、感染风险方面的管理: 隐翅虫皮炎若处理不当, 破损的皮肤会成为细菌、病毒等病原体入侵的门户。例如, 患者搔抓皮肤导致水泡破裂, 皮肤创面直接暴露在外界环境中, 外界的微生物易附着并繁殖, 引发感染。此外, 皮肤的炎症反应可导致局部组织抵抗力下降, 也可增加感染部位的易感性。密切监测患者病情变化, 住院期间加强抗感染治疗措施, 如保持皮肤清洁、严格执行无菌操作等。通过监测感染指标, 如白细胞计数、C-反应蛋白等, 确保感染指标下降, 防止皮肤感染发生或加重, 降低并发症发生风险。

在基层卫生院接诊此类患者时, 在生活中需要做好哪些预防措施?

在生活中, 我们需要做到①防止隐翅虫与皮肤接触。在室外环境不要穿大面积皮肤露在外面的短袖、短裤等衣服,

晚上睡觉前驱赶室内蚊虫, 必要时挂上蚊帐, 熄灭室内灯光。②改善周围环境卫生。清除生活区内杂草、污水和垃圾; 室内常打扫卫生, 清洗床上用品特别是被子、席子等, 打造隐翅虫生存环境禁区。③在夏秋隐翅虫活动活跃期, 可用药物喷洒环境周围的树木、花草, 尽量不要在杂草丛生的区域玩耍, 晚上尽量不要在室外有灯光、有杂草的地方长时间逗留, 避开藏虫环境。④健康生活, 早睡早起。健康饮食, 加强锻炼, 增强机体免疫功能。

通过 RICE 问诊了解到患者最疑惑的问题是“之前偶有遇到隐翅虫都很健康, 为什么会此次接触隐翅虫拍死后患上严重的皮炎”, 全科医师回应了患者的问题, 隐翅虫是一种肉眼无法看到的昆虫, 叮咬人体后, 以及隐翅虫被拍打或捏碎时, 一种含有强酸性 (pH1~2) 毒汁的体液接触皮肤或由拍捏毒虫的手带至别处而引发接触性皮炎。因其可释放出强酸性毒液, 引起皮肤红肿、疼痛和水疱等症状<sup>[2]</sup>。

通过 RICE 问诊了解到患者曾被专科医师建议可以用糖皮质激素治疗, 患者有所犹豫。全科医师对患者做出解释: 隐翅虫皮炎患者,

在治疗效果欠佳的患者, 预后不显著, 可以在对症治疗的基础上, 若已排除激素禁忌症者, 可考虑糖皮质激素治疗。患者表示理解, 但因为个人担心药物带来副作用的原因拒绝使用糖皮质激素治疗。患者表示对社区全科医师的认可与信任, 且因为在社区就诊便利, 要求继续在社区随访。经沟通与医患达成一致意见, 继续在社区进行随访。在随访过程中对患者进行相关知识及健康宣教: ①定期开展教育宣传, 提高自我保护意识, 如有虫子落在皮肤上, 不可直接拍打; ②定期用肥皂水对损伤的肌肤进行多次冲洗, 如外用炉甘石、激素类软膏等。如有渗漏, 可用 5% 碳酸氢钠溶液进行湿润处理, 病情严重时, 可适当应用糖皮质激素。如出现继发感染, 需进行抗感染治疗; ③做好卫生工作, 包括除草、安装纱窗、避免将废弃的东西堆积在房间内等; ④高血压管理: 低盐低脂饮食, 控制血压达标 (<140/90 mmHg), 予氯沙坦钾、琥珀酸美托洛尔缓释片改善心脏重构、电重构; ⑤规律随访, 出现皮疹再发、瘙痒症状加重、头晕等不适症状及时就诊<sup>[3]</sup>。

通过该病例的诊疗和管理过程, 我们得到什么启示?

本文描述了 1 例隐翅虫皮炎患者因急性起病及典型症状在社区首诊被识别, 经全科门诊初步处理后入住基层卫生院病房治疗, 经治疗好转继续社区进行长期、连续性随访管理的过程, 展现了社区隐翅虫皮炎患者高质量诊疗与管理模式的有益探索。我院关注到隐翅虫患者社区就诊率高, 了解到基层地区患者的就诊需求, 促进隐翅虫皮炎知识健康宣教, 以进一步促使社区居民对隐翅虫皮炎的普遍认识, 进一

步提升全科医师隐翅虫皮炎的管理能力。

通过该病例的诊疗与管理过程,我们获得以下启示:首先,社区全科医师接诊时应做到及时发现急危重症患者,通过问诊、体格检查迅速做出病情判断并初步鉴别病因,予以有效的初始治疗,恰当诊治。充分发挥全科医师的专业能力和协调医疗的能力,为患者提供“全人管理”的连续性诊疗,最大限度地保障基层患者安全、提升医疗质量。其次,以患者为中心的全科诊疗,不仅关注疾病本身,更关注患病的人。因此,在面对经过长期诊治的患者时,不仅要有效延续规范的药物治疗方案,还要及时解惑解难、提供共病综合管理服务,通过医患共同决策提高患者的治疗依从性,改善医疗结局。这彰显了社区全科医师在疾病管理中的重要地位。最后,社区全科医师不仅要通过参加相关培训,以及学习标准、指南等指导性文件等多种途径提升医疗服务能力,更要在临床实践中不断地思考、学习、再实践、再学习,这样才能真正地提升临床诊疗水平,惠及辖区居民<sup>[4]</sup>。

## 2 讨论

隐翅虫是一种蚁形小飞虫,形似蚁形甲虫,白天栖居于杂草林间或者石头下面,而夜间趋向灯下活动。其体内含有强酸性毒素,当其跌落、停歇在人体或其他物体上时,若被人拍打、捏碎或叮咬人皮肤,均会释放酸性毒液,该毒液与人体皮肤接触会引发皮肤红肿、皮损及痒痛等皮炎症状,其中叮咬是引发隐翅虫皮炎的主要方式。由于隐翅虫常在夏、秋季出没,雨后闷热天气多见,因而具有明显的季节性<sup>[5]</sup>。有研究显示,隐翅虫皮炎患者常出现局部皮肤瘙痒、灼热、疼痛等不适症状,尤其是夜间,患者可因瘙痒而难以入睡,从而导致精神萎靡、情绪烦躁,影响日常生活,故在临床医师接诊治疗时,应根据其具体情况给予相应的止痛药物,以缓解疼痛。隐翅虫皮炎的发病原因多与个人体质、生活环境、接触物品、个体敏感等因素相关。因此,对患者进行针对性

临床治疗干预,给予临床治疗与抗感染等干预措施,对于改善患者整体状况,提高其自身免疫力及生活质量具有重要意义<sup>[6]</sup>。

综上所述,通过基层医院全科医生接诊隐翅虫皮炎患者的治疗和全程管理过程进行探讨,可加强基层居民和基层医生对隐翅虫皮炎发病特征和有关知识的认知,尽可能减少该病的发生,为临床提供了有力的支持。

注:本病例资料的使用及发表已获得患者的知情同意。

利益冲突:所有作者声明不存在利益冲突

## [参考文献]

- [1]喻永强.一种隐翅虫皮炎应用新型敷料的治疗及护理[J].名医,2019,5(1):200.
- [2]许仝,黄秀娜,李可儿,等.1例隐翅虫皮炎患者的护理个案[J].生命科学仪器,2025,23(05):191-193+196.
- [3]吴梅姐,黄阿环,何吓敏,等.1例隐翅虫接触致重症皮炎并多重不良反应病例的分析[J].医学动物防制,2023,39(12):1168-1171.
- [4]张美月,沙悦,林雪.全-专协作诊疗与双向转诊管理心房颤动患者1例[J].中华全科医师杂志,2025,24(10):1305-1308.
- [5]时慧.隐翅虫叮咬高校学生的趋势分析及预防和治理措施[J].名医,2024,(19):69-71.
- [6]张秀芬,王凤玲,王延明,等.隐翅虫致皮炎的特点与防治[J].中华卫生杀虫药械,2024,30(1):96-97.

## 作者简介:

宋志富(1997-),男,汉族,贵州遵义,本科学历,就职于贵州省遵义市红花岗区新舟镇中心卫生院,研究方向是外科,内科,主攻罕见病医学,曾在中国医学科学院北京协和医院规培三年,获得北京协和医院优秀住院医师,曾以第一作者发表论文近10篇。