

湿疹皮炎类皮肤病中西医结合 药物治疗专家共识

中国中西医结合学会皮肤性病专业委员会环境与职业性皮肤病学组 中国老年保健
医学研究会皮肤科分会 中国中药协会皮肤病药物研究专业委员会
通信作者:李邻峰,Email:zoonli@sina.com

【摘要】 湿疹皮炎类皮肤病是皮肤科常见病,是中西医结合治疗的优势病种,目前有多种西药和中药广泛用于该类皮肤病的治疗。为更加合理使用这些药物,相关领域专家以国内外相关指南、共识和临床研究为基础,结合自身临床经验,制定了湿疹皮炎类皮肤病中西医结合治疗药物专家共识,旨在规范药物应用,提高疗效和安全性,为皮肤科医师提供指导意见。

【关键词】 皮炎;湿疹;治疗;中西医结合;中成药;共识

DOI:10.35541/cjd.20220853

Expert consensus on integrated traditional Chinese and Western medicine for eczema and dermatitis

Environmental and Occupational Skin Disease Research Group, Committee on Dermatology, Chinese Association of Integrative Medicine; Committee on Dermatology, Chinese Association of Geriatric Research; Committee on Dermatological Drug Research, The Chinese Association of Traditional Chinese Medicine
Corresponding author: Li Linfeng, Email: zoonli@sina.com

【Abstract】 Eczema and dermatitis are very common diseases in dermatology. It is believed that they are dominant diseases for integrated traditional Chinese and Western medicine treatment, and many Western medicines and traditional Chinese medicines have been widely used in the treatment of these diseases. In order to ensure the rational application of these medicines, relevant experts developed this consensus on integrated traditional Chinese and Western medicine for eczema and dermatitis based on recent Chinese and international guidelines, consensus, and reported clinical studies, as well as personal clinical experience, aiming to standardize their application, improve efficacy and safety, and provide guidance for dermatologists in clinical practice.

【Key words】 Dermatitis; Eczema; Therapy; Integrated traditional Chinese and Western medicine; Chinese patent drugs; Consensus

DOI:10.35541/cjd.20220853

湿疹皮炎类皮肤病(简称湿疹皮炎)是皮肤科常见病,包含特应性皮炎、接触性皮炎、脂溢性皮炎及各种湿疹等疾病。由于临床表现缺乏特异性,同时受疾病发展过程等因素的影响,在实际临床工作中,许多患者不能及时确诊,可能被笼统地诊断为“湿疹”“过敏性皮炎”甚至“皮炎”,治疗也多以对症为主,涉及多种中药、西药。由治疗不规范导致的疗效不佳或药物不良反应并不少见,有必要对现有治疗药物进行梳理,为中西医结合用药提供参考。

一、共识的适用范围

适于湿疹皮炎的药物对症治疗。湿疹皮炎的概念和分类参照国际疾病分类(international

classification of disease, ICD)-11, 包括特应性皮炎、脂溢性皮炎、接触性皮炎、淤积性皮炎、神经性皮炎/慢性单纯性苔藓、钱币状湿疹、手部湿疹、阴囊湿疹、肛周湿疹等疾病以及非特异性皮炎^[1]。鉴于目前国内多数西医师缺乏中医基础,存在辨证施治经验不足的问题,本共识主要为西医师合理使用中成药以及中医师合理使用西药提供参考。共识中部分药物没有湿疹皮炎适应证,某些用法超说明书范围,按照医师法规定,在尚无有效或更好治疗手段等情况下,需与患者沟通、同意后使用。

二、共识的制定原则及方法

以循证医学为基础,推荐具有随机对照试验证



据,可以治疗湿疹皮炎的市售药物;其中,中成药须具有湿疹皮炎适应证,且得到 $\geq 75\%$ 投票专家的推荐。循证证据通过检索中国期刊全文数据库、万方医学数据库、维普中文期刊数据库、中国生物医学文献数据库、PubMed、Cochrane library、Embase和Web of Science数据库获得。中文检索词包括湿疹、湿疮、浸淫疮、皮炎、慢性单纯性苔藓;英文检索词包括eczema、dermatitis、lichen simplex chronicus、neurodermatitis。检索时间为建库至2022年8月31日。

三、分期及分级治疗原则

根据临床皮损表现分为急性、亚急性及慢性三期。不同分期选择不同剂型的外用药,如急性渗出性皮损宜用溶液湿敷,非渗出性皮损可用粉剂、洗剂、霜剂、乳膏和凝胶;亚急性皮损宜用糊剂、油剂,也可用霜剂、乳膏、软膏、凝胶等;慢性皮损首选软膏、硬膏。同时,根据皮损性质选择不同性能的外用药物。炎症性皮损根据不同严重程度选择不同强度的抗炎药物;感染性皮损使用相应的抗微生物药物等^[2]。具体外用药物的选择应考虑患者年龄、性别、皮损部位、药物透皮吸收特性、药物安全性等多种因素。

根据皮损严重程度、受累部位和面积、瘙痒程度及其对生活质量的影 响分为轻、中、重3级。其中,医师整体评价法(physician global assessment)可简单、快速地评估皮损严重程度:0分为无皮损;1分为刚可察觉的红斑、丘疹/浸润或水肿;2、3、4分分别为轻、中及重度红斑、丘疹/浸润、水肿或苔藓化。瘙痒评价采用数字评分法(numerical rating scale)。当皮损累及体表面积(body surface area) $\geq 10\%$,或皮损累及特殊部位(如面颈部、生殖器、手足部),或医师整体评价 ≥ 3 分,或瘙痒数字评分 ≥ 4 分,或皮肤病生活质量评分 ≥ 10 分时,严重程度可判定为中重度^[3-4],轻度首选外用药物治疗,中重度多需要系统药物治疗。

四、常用治疗药物

(一)外用药物

1. 急性渗出性湿疹皮炎:1%~3%硼酸溶液或0.9%氯化钠溶液湿敷,合并细菌感染者可使用0.1%乳酸依沙吖啶溶液或0.05%盐酸小檗碱溶液^[2]。有文献显示,除湿止痒洗液、皮肤康洗液、儿

肤康搽剂和参柏洗液湿敷可以显著减少渗液,缓解红肿,疗程一般为3~7 d。渗出停止则停药,避免湿敷过度引起皮损干燥^[5-8]。

2. 急性非渗出性及亚急性湿疹皮炎:外用糖皮质激素(简称外用激素)是一线药物。应根据患者年龄、皮损部位及严重程度选择合适强度的激素。轻度首选弱效或中效外用激素,中重度可选择中效或强效外用激素;儿童以及皮肤薄嫩部位皮损(如眼周、面颈部、腋窝、腹股沟、股内侧和阴部等)首选弱效或中效外用激素^[9]。疗程一般为1~2周。待皮损减轻、瘙痒缓解后可酌情降低外用激素强度,或改用非激素外用药物继续治疗至皮损消退。皮损反复发作者可采用主动维持治疗以减少复发,即在原有皮损部位每周2 d间断涂抹外用激素或非激素药物治疗3~6个月^[10-11]。对激素恐惧、充分解释后仍不愿使用的患者可选择以下药物:①钙调磷酸酶抑制剂:包括0.1%他克莫司软膏(用于成人)和0.03%他克莫司软膏、1%吡美莫司乳膏(用于2岁及以上儿童和成人),因无皮肤萎缩、毛细血管扩张等不良反应,可作为一线药物用于皮肤薄嫩部位,或与外用激素序贯治疗其他部位皮损,也可用于长期主动维持治疗;此类药外用可出现局部灼热感、瘙痒、刺痛感,常在用药后5 min内出现,持续数天,应预先告知患者;②磷酸二酯酶4抑制剂:2%克立硼罗软膏可用于2岁及以上儿童和成人患者,无皮肤萎缩等不良反应,刺激反应较轻,用法同外用钙调磷酸酶抑制剂;③Janus激酶(JAK)抑制剂:1.5%芦可替尼(又称鲁索利替尼, ruxolitinib)乳膏和0.5%迪高替尼(delgocitinib)软膏在国外分别获准用于12岁和16岁以上轻中度特应性皮炎患者,可有效减轻皮损,缓解瘙痒,常见不良反应包括局部烧灼感、瘙痒和毛囊炎等,应避免大面积和大剂量使用^[12-13];④其他:炉甘石洗剂可用于轻中度非干燥脱屑性皮损,氧化锌糊适用于急性、亚急性皮损。

中成药青鹏软膏、除湿止痒软膏、冰黄肤乐软膏、除湿止痒洗液、皮肤康洗液、儿肤康搽剂和参柏洗液可单独外用治疗轻中度湿疹皮炎,疗程一般2~4周,超过7~10 d症状没有改善时,应停用^[8,14-19]。也可与外用激素联合治疗中重度湿疹皮炎,提高疗效,疗程一般1~2周;建议外用激素与中成药间隔15~20 min使用,不宜混合使用;外用7~10 d效果欠佳者可换用或联合其他外用药物^[20-24]。

3. 慢性湿疹皮炎:建议使用强效外用激素,必要时可以封包或湿包以增加疗效。疗程2~4周,

2 周疗效不明显应更换药物。如果瘙痒消失,皮损明显减轻则应降低外用激素强度或换用非激素外用药物继续治疗至皮损消退,然后采用主动维持治疗以减少复发。肥厚性皮损可在外用激素前 20 min 左右涂抹保湿剂或角质松解剂(如 20% 尿素软膏、5% ~ 10% 水杨酸软膏和 0.1% 维 A 酸乳膏)以提高疗效。难治性皮损也可尝试联合外用卡泊三醇软膏。激素恐惧者可外用 JAK 抑制剂^[2]。

中成药青鹏软膏、除湿止痒软膏、冰黄肤乐软膏、参柏洗液、除湿止痒洗液、皮肤康洗液单独外用治疗轻中度湿疹皮炎有效^[8,14-18],与外用激素联合使用能够明显增加疗效^[20-23],可用于中重度湿疹皮炎患者,建议两者间隔 15 ~ 20 min 使用。疗程通常为 2 ~ 4 周,外用 7 ~ 10 d 效果欠佳的患者可换用或联合其他外用药物。外用激素治疗皮损消退后,序贯使用青鹏软膏维持治疗 2 周可以减少皮损复发^[25]。肥厚、角化过度性皮损先用参柏洗液等溶液处理可以增加皮肤水分、软化角质,从而促进药物渗透,提高疗效。

4. 湿疹皮炎继发感染:继发细菌感染时,可外用 2% 莫匹罗星软膏、2% 夫西地酸乳膏或复方多黏菌素 B 软膏等 7 ~ 14 d。头面、胸背部等脂溢区的难治性皮损可能与马拉色菌感染有关,可联合外用抗真菌药 2 ~ 4 周。疱疹性湿疹可外用 1% 喷昔洛韦乳膏、3% 阿昔洛韦乳膏等抗病毒药物治疗 7 ~ 10 d^[2]。

(二)系统药物

1. 抗组胺药:指组胺 H1 受体拮抗剂。建议规律使用无镇静作用的二代药物直至症状消失。治疗 1 ~ 2 周效果不佳可换用或联合其他二代药物。瘙痒剧烈影响睡眠者可在睡前加用有镇静作用的一代药物治疗 1 周左右。不同抗组胺药的作用并不完全相同^[26],如依匹斯汀对组胺、血小板活化因子、白三烯、5 羟色胺均具有拮抗作用;西替利嗪可以抑制嗜酸性粒细胞的游走、活化等。目前缺少大样本临床研究对不同抗组胺药抗炎强度的排序。

2. 中药提取物:

(1) 复方甘草酸苷:具有抗炎、抗病毒、免疫调节及类激素样作用,对湿疹皮炎有良好疗效。不良反应包括血压升高、水肿、低钾血症、体重增加等。使用前应告知患者如果出现无力、心悸或水肿等症状要及时停药并复诊。

(2) 白芍总苷:具有抑制自身免疫、抗炎和保肝作用,对湿疹、嗜酸性粒细胞增多性皮炎、特应性皮炎、接触性皮炎均有较好的疗效^[27-28],用法 0.6 g/次, 2 ~ 3 次/d。部分患者可出现大便次数增多、软便、腹泻等症状,多数可维持原剂量或减少剂量继续治疗。

(3) 雷公藤多苷:具有较强的免疫抑制及抗炎作用,用法 1 ~ 1.5 mg·kg⁻¹·d⁻¹或 20 mg/次, 3 次/d,病情控制后减量。注意消化道不良反应、骨髓抑制、肝肾损害及生殖系统损害;连续用药不宜超过 3 个月;有生育计划的患者不推荐使用。

3. 糖皮质激素:适用于病因可以去除或难以控制的剧烈瘙痒、泛发皮疹、严重水肿需要尽快控制病情者短期应用,如泼尼松 0.5 ~ 1.0 mg·kg⁻¹·d⁻¹,治疗 1 ~ 2 周病情好转即停,换用其他药物维持治疗,避免停用糖皮质激素后病情加重。重度过敏如染发皮炎、大漆皮炎的疗程可延长至 3 ~ 4 周。

4. 免疫抑制剂:仅限于其他疗法无效或不适合的重症患者,或配合糖皮质激素减量停药时使用。推荐使用环孢素或吗替麦考酚酯。甲氨蝶呤、环磷酰胺和硫唑嘌呤因为不良反应需慎重选择。环孢素初始剂量 3 ~ 5 mg·kg⁻¹·d⁻¹,分两次服用;治疗 1 ~ 2 个月病情控制后每周减 1 mg·kg⁻¹·d⁻¹至最小剂量 0.5 ~ 1 mg·kg⁻¹·d⁻¹维持,用药中应定期检测血药浓度;可以间断使用,每个疗程间隔 3 ~ 6 个月或更长;注意高血压、肾功能损害及高血钾等不良反应^[29]。

5. 生物制剂:度普利尤单抗(dupilumab)是一种靶向白细胞介素 4(IL-4)受体 α 亚基的单克隆抗体,可抑制 IL-4/IL-13 信号传导通路,国内批准用于外用药物控制不佳或不建议使用外用药物 6 岁及以上儿童和成人中重度特应性皮炎患者。成人患者初始剂量为 600 mg 皮下注射,后续每 2 周给予 300 mg 皮下注射;6 ~ 17 岁儿童患者应根据体重调整用药剂量和频率。该药疗效及安全性良好,少数患者可能出现注射部位反应、结膜炎、头痛等不良反应。

6. JAK 抑制剂:① 阿布昔替尼(abrocitinib),是以托法替布(tofacitinib)为原型,针对特应性皮炎研发的 JAK1 抑制剂,国内批准用于 18 岁及以上成人特应性皮炎患者,推荐剂量为 100 mg/d,可增加至 200 mg/d;② 乌帕替尼(upadacitinib),对 JAK1 有强抑制作用,对 JAK2、JAK3 也有一定抑制活性,国内批准用于 12 岁及以上青少年和成人特应性皮炎患者,推荐剂量为 15 mg/d,可增加至 30 mg/d;③ 托法替布,是非选择性 JAK 抑制剂,5 ~ 10 mg/d 治疗成



人特应性皮炎有效^[30],更适合合并白癜风或斑秃者;④巴瑞替尼(baricitinib),是 JAK1/2 抑制剂,2~4 mg/d 治疗成人特应性皮炎有效^[31]。阿布昔替尼和乌帕替尼起效迅速,可快速缓解瘙痒、消除皮损。口服 JAK 抑制剂常见的不良反应包括上呼吸道感染、鼻咽炎、头痛、带状疱疹、中性粒细胞降低、贫血等;少数患者可能出现严重不良反应,如严重感染、血栓形成、心血管不良事件等。

7. 中成药:皮敏消胶囊、消风止痒颗粒、黄柏胶囊、防风通圣颗粒单一治疗湿疹皮炎有效^[32-35]。在常规治疗(如外用药物、口服抗组胺药等)的基础上联合皮敏消胶囊、消风止痒颗粒和苦参片可以提高疗效^[36-37]。疗程一般 2~4 周,安全性较好,少数药物可能出现腹泻、腹部不适等症状,如消风止痒颗粒、苦参片,多数停药后可缓解。

8. 抗微生物药物:继发严重细菌感染时,可根据患者情况系统使用 β 内酰胺类、大环内酯类、四环素类或氟喹诺酮类等抗菌药物治疗 7~14 d;继发严重病毒感染时,可根据患者情况系统使用阿昔洛韦、伐昔洛韦、泛昔洛韦等抗病毒药物治疗 7~10 d。

(三)特殊人群用药

1. 儿童:外用激素首选弱效或软性激素,如 0.05%丙酸氟替卡松乳膏适用于 1 岁及以上儿童,0.05%地奈德乳膏和 0.1%糠酸莫米松乳膏的说明书未限定年龄范围。0.05%卤米松乳膏可用于 2 岁以下儿童,但连续使用不应超过 7 d。有文献显示,0.03%他克莫司软膏、0.1%吡美莫司乳膏和 2%克立硼罗软膏在 3~24 个月婴幼儿患者中安全性良好^[38-40]。有研究者报告,青鹏软膏、除湿止痒软膏、冰黄肤乐软膏、儿肤康搽剂、皮肤康洗液、除湿止痒洗液治疗婴幼儿湿疹皮炎的安全性较好,少数患者可能出现瘙痒、刺痛、灼热感等局部刺激反应^[5,7,15,18]。3%硼酸溶液不宜大面积使用,婴儿患者禁用硼酸溶液。口服抗组胺药首选二代非镇静药中儿童合适的剂型,如左西替利嗪口服溶液和地氯雷他定干混悬剂适用于 6 个月以上婴幼儿,西替利嗪滴剂适用于 1 岁以上儿童,氯雷他定糖浆适用于 2 岁以上儿童,有研究显示,西替利嗪用于 6 个月以上婴幼儿以及氯雷他定用于 1 岁以上儿童是安全的^[26,41-43];小于 6 个月婴儿口服抗组胺药的安全性尚缺乏循证医学证据。禁用雷公藤多苷,必要时可减量使用复方甘草酸苷和白芍总苷。有临床报告环孢素用于 2 岁及以上儿童^[29],吗替麦考酚酯在儿

童用药的有效性和安全性尚未确定。有文献显示度普利尤单抗可用于 6 个月及以上婴幼儿^[44],阿布昔替尼可用于 12 岁及以上青少年^[45]。口服中成药在儿童患者中的安全性数据有限,应谨慎使用。

2. 妊娠期及哺乳期患者:知情同意后酌情外用弱效、中效或软性激素;乳部皮损可在哺乳后即刻外用激素,并在下次哺乳前仔细清洁^[2]。因缺乏安全性数据,不推荐外用非激素类药物。口服抗组胺药不推荐常规应用,必要时可谨慎使用氯雷他定^[46]。权衡利弊后可慎重使用复方甘草酸苷,禁用雷公藤多苷;白芍总苷尚缺乏安全性研究。妊娠期使用糖皮质激素应咨询妇产科医生;哺乳期中大剂量糖皮质激素治疗期间应暂停哺乳。妊娠期慎用环孢素,禁用其他免疫抑制剂;哺乳期使用免疫抑制剂应暂停哺乳^[46]。因安全性数据有限,不推荐度普利尤单抗和口服中成药;妊娠期患者禁用口服 JAK 抑制剂,哺乳期患者不宜使用口服 JAK 抑制剂。

3. 老年患者:抗组胺药首选二代非镇静性药物。一代抗组胺药的镇静作用易致摔倒,其抗胆碱作用可能加重青光眼、排尿困难、便秘、心律失常等不良反应。慎用雷公藤多苷和复方甘草酸苷。有文献显示,白芍总苷用于老年患者安全性较好^[28]。慎用口服糖皮质激素,使用免疫抑制剂和口服中成药时应定期监测血常规和肝肾功能。度普利尤单抗安全性良好,无须调整剂量。使用口服 JAK 抑制剂时要定期随访,完善血常规、肝肾功能、血脂、D-二聚体、凝血功能、结核感染 T 细胞斑点试验(T-spot)、胸部 X 线/CT 等检查,警惕严重感染、血栓、恶性肿瘤等不良事件^[47]。

4. 肝功能不全患者:首选二代抗组胺药如西替利嗪、左西替利嗪、非索非那定、阿伐斯汀等不经肝脏代谢的药物,无须调整剂量;依巴斯汀、咪唑斯汀、氯雷他定、地氯雷他定等经肝脏代谢的药物应谨慎使用,必要时减少剂量。肝功能不全患者禁用雷公藤多苷,可使用复方甘草酸苷和白芍总苷;有血氨升高倾向的肝硬化末期患者禁用复方甘草酸苷。肝功能不全患者不推荐使用甲氨蝶呤,可慎重使用口服糖皮质激素和其他免疫抑制剂。重度肝功能损伤患者不推荐使用口服 JAK 抑制剂。因为安全性数据有限,度普利尤单抗和口服中成药应在患者知情同意后谨慎使用。

5. 肾功能不全患者:抗组胺药首选二代药物,依巴斯汀可不调整剂量,非索非那定需减量使用,

其他抗组胺药依据肾功能损害情况调整剂量;严重肾功能损害者(肌酐清除率 < 10 ml/min)禁用西替利嗪和左西替利嗪。雷公藤多苷和环孢素禁用于肾功能不全患者,糖皮质激素和其他免疫抑制剂应根据肾功能情况谨慎使用。度普利尤单抗在轻中度肾损害患者中不需要调整剂量,在严重肾损害患者中缺乏研究。口服 JAK 抑制剂需依据肾功能情况选择药物种类和调整药物剂量。当估计肾小球滤过率 < 30 ml/min 时,不推荐使用阿布昔替尼和巴瑞替尼,乌帕替尼剂量不宜超过 15 mg/d,托法替布剂量不宜超过 5 mg/d。因为安全性数据有限,口服中成药在患者知情同意后方可谨慎使用。

6. 伴有其他疾病患者:严重贫血、白细胞和血小板降低患者禁用雷公藤多苷和口服 JAK 抑制剂;胃、十二指肠溃疡活动期禁用雷公藤多苷,慎用糖皮质激素;严重心律失常者禁用雷公藤多苷,具有心脏病危险因素(如 QT 延长综合征、低钾血症、合并使用可延长 QT 间期的药物等)的患者应注意抗组胺药剂量;高血压患者使用复方甘草酸苷、糖皮质激素和环孢素时应监测血压变化,调整药物剂量。

五、展望

中西医结合药物治疗湿疹皮炎在临床中应用普遍,将来需要进一步补充更多高质量证据以完善本共识,更好地指导临床应用。因为证据较少,篇幅所限,所以本共识未对不同亚型湿疹皮炎推荐不同的药物;多数西医师缺乏中医知识,不能开具中药方剂,因此本共识未介绍湿疹皮炎的辨证分型基础以及常用的中药方剂,仅推荐了中成药的使用;同时,中成药循证证据级别较低,且不同地区常用的中成药存在不同,因此本共识尚无法进行高级别推荐。

参与本共识制定的专家(按姓氏笔画排序):刁庆春(重庆市中医院)、于建斌(郑州大学第一附属医院)、马琳(首都医科大学附属北京儿童医院)、尹光文(郑州大学第一附属医院)、王再兴(安徽医科大学第一附属医院)、王美芳(首都医科大学附属北京友谊医院)、方德仁(浙江大学医学院附属第一医院)、史飞(解放军空军特色医学中心)、冯文莉(山西医科大学第二医院)、叶兴东(广州市皮肤病防治所)、田洪青(山东第一医科大学附属皮肤病医院)、冯爱平(华中科技大学同济医学院附属协和医院)、冯雪梅(苏州大学附属第一医院)、刘红霞(新疆维吾尔自治区中医院)、刘巧(江西中医药大学第二附属医院)、江举(福州市皮肤病防治

院)、刘玲玲(北京大学第一医院)、李元文(北京中医药大学东方医院)、李东宁(锦州医科大学附属第一医院)、李利(四川大学华西医院)、李妍(首都医科大学附属北京友谊医院)、李斌(上海市皮肤病医院)、李邻峰(首都医科大学附属北京友谊医院)、李明(首都医科大学附属北京友谊医院)、李承新(解放军总医院第一医学中心)、李振鲁(河南省人民医院)、李铁男(沈阳市第七人民医院)、李捷(中南大学湘雅医院)、李莉(南方医科大学南方医院)、李智铭(温州医科大学附属第一医院)、李巍(复旦大学附属华山医院)、张江安(郑州大学第一附属医院)、张苍(首都医科大学附属北京中医医院)、张锡宝(广州市皮肤病防治所)、张理涛(天津市中医药研究院附属医院)、宋志强(陆军军医大学西南医院)、陈学军(四川省人民医院)、陈信生(广东省中医院)、杨素清(黑龙江中医药大学附属第一医院)、杨志波(湖南中医药大学第二附属医院)、纳猛(云南省开远市人民医院)、邹颖(上海市皮肤病医院)、周小勇(武汉市第一医院)、周冬梅(首都医科大学附属北京中医医院)、施仲香(山东第一医科大学附属皮肤病医院)、施辛(苏州大学附属第二医院)、段逸群(武汉市第一医院)、赵作涛(北京大学第一医院)、姚煦(中国医学科学院皮肤病医院)、柳曦光(黑龙江省医院)、顾恒(中国医学科学院皮肤病医院)、顾军(上海市第十人民医院)、徐子刚(首都医科大学附属北京儿童医院)、郭书萍(山西医科大学第一医院)、郭庆(中山大学孙逸仙纪念医院)、晋红中(中国医学科学院北京协和医院)、夏秀娟(烟台毓璜顶医院)、徐金华(复旦大学附属华山医院)、崔勇(中日友好医院)、梁云生(南方医科大学皮肤病医院)、常建民(北京医院)、温海(海军军医大学附属长征医院)、鲁建云(中南大学湘雅三医院)、曾抗(南方医科大学南方医院)、粟娟(中南大学湘雅医院)、路永红(成都市第二人民医院)、蔡宏(解放军空军特色医学中心)、蔡涛(重庆医科大学附属第一医院)、熊霞(西南医科大学附属医院)

执笔人 李明 王美芳 李妍 李邻峰

利益冲突 所有作者均声明无利益冲突

参 考 文 献

- [1] 中华医学会皮肤性病学分会免疫学组, 中国医师协会皮肤科医师分会指南制定与规范委员会. 皮炎湿疹类疾病规范化诊断术语专家共识[J]. 中华皮肤科杂志, 2021,54(11):937-942. doi: 10.35541/cjd.20210578.
- [2] 中国中西医结合学会皮肤性病专业委员会环境与职业性皮肤病学组, 中华医学会皮肤性病学分会儿童学组, 中国老年保健医学研究会皮肤科分会. 特应性皮炎外用制剂合理应用及患者指导专家共识[J]. 中华皮肤科杂志, 2022,55(4):281-288. doi: 10.35541/cjd.20210833.
- [3] Boguniewicz M, Alexis AF, Beck LA, et al Expert perspectives on management of moderate to severe atopic dermatitis: a multidisciplinary consensus addressing current and emerging therapies [J]. J Allergy Clin Immunol Pract, 2017,5(6):1519-1531. doi: 10.1016/j.jaip.2017.08.005.
- [4] Gooderham MJ, Bissonnette R, Grewal P, et al. Approach to the assessment and management of adult patients with atopic dermatitis: a consensus document. section II: tools for assessing



- the severity of atopic dermatitis [J]. *J Cutan Med Surg*, 2018,22 (1_suppl):10S-16S. doi: 10.1177/1203475418803628.
- [5] 杜梦斐, 窦欣, 陈勇. 盐酸西替利嗪口服溶液联合除湿止痒洗液治疗小儿急性湿疹的临床疗效 [J]. *中医临床研究*, 2020,12 (35):107-109. doi: 10.3969/j.issn.1674-7860.2020.35.037.
- [6] 白彦萍, 杨顶权, 王煜明, 等. 中药爽肤巾治疗急性湿疹的疗效观察 [J]. *中国中西医结合杂志*, 2007,27(1):72-75. doi: 10.3321/j.issn:1003-5370.2007.01.017.
- [7] 李红梅. 儿肤康搽剂治疗婴儿湿疹 106 例疗效分析 [J]. *山东医药*, 2005,45(27):56. doi: 10.3969/j.issn.1002-266X.2005.27.037.
- [8] 赵淑英, 余嘉璇, 袁启航. 参柏洗液治疗皮炎湿疹的临床研究 [J]. *中国新药杂志*, 2020,29(5):547-549. doi: 10.3969/j.issn.1003-3734.2020.05.012.
- [9] 中国中西医结合学会皮肤性病专业委员会环境与职业性皮肤病学组. 规范外用糖皮质激素类药物专家共识 [J]. *中华皮肤科杂志*, 2015,48(2):73-75. doi: 10.3760/cma.j.issn.0412-4030.2015.02.001.
- [10] Faergemann J, Christensen O, Sjøvall P, et al. An open study of efficacy and safety of long-term treatment with mometasone furoate fatty cream in the treatment of adult patients with atopic dermatitis [J]. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2000,14(5):393-396. doi: 10.1046/j.1468-3083.2000.00099.x.
- [11] Wollenberg A, Reitamo S, Atzori F, et al. Proactive treatment of atopic dermatitis in adults with 0.1% tacrolimus ointment [J]. *Allergy*, 2008,63(6):742-750. doi: 10.1111/j.1398-9995.2008.01683.x.
- [12] Papp K, Szepietowski JC, Kircik L, et al. Efficacy and safety of ruxolitinib cream for the treatment of atopic dermatitis: results from 2 phase 3, randomized, double-blind studies [J]. *J Am Acad Dermatol*, 2021,85(4):863-872. doi: 10.1016/j.jaad.2021.04.085.
- [13] Nakagawa H, Nemoto O, Igarashi A, et al. Delgocitinib ointment in pediatric patients with atopic dermatitis: a phase 3, randomized, double-blind, vehicle-controlled study and a subsequent open-label, long-term study [J]. *J Am Acad Dermatol*, 2021,85(4):854-862. doi: 10.1016/j.jaad.2021.06.014.
- [14] 李妍, 徐薇, 杨宝琦, 等. 青鹏软膏治疗儿童局限性湿疹的多中心随机对照研究 [J]. *中华皮肤科杂志*, 2017,50(6):412-416. doi: 10.3760/cma.j.issn.0412-4030.2017.06.006.
- [15] 申春平, 王榴慧, 王华, 等. 除湿止痒软膏治疗轻度婴儿期特应性皮炎的有效性及其安全性多中心临床研究 [J]. *中华皮肤科杂志*, 2017,50(4):279-282. doi: 10.3760/cma.j.issn.0412-4030.2017.04.010.
- [16] 魏文国, 曾三武. 冰黄肤乐软膏治疗湿疹疗效观察 [J]. *国际中医中药杂志*, 2007,29(2):120. doi: 10.3760/cma.j.issn.1673-4246.2007.02.020.
- [17] 阮光洪. 复方甘草酸苷联合除湿止痒洗液治疗湿疹 60 例的疗效观察 [J]. *中国实用医药*, 2012,7(31):178-179. doi: 10.3969/j.issn.1673-7555.2012.31.138.
- [18] 乌兰, 乌日娜, 斯琴. 中药皮肤康洗液治疗湿疹皮炎临床观察 [J]. *内蒙古医学院学报*, 2004,26(2):116-117. doi: 10.3969/j.issn.1004-2113.2004.02.014.
- [19] 李红梅. 儿肤康搽剂治疗婴儿湿疹 106 例疗效分析 [J]. *山东医药*, 2005,45(27):56. doi: 10.3969/j.issn.1002-266X.2005.27.037.
- [20] 彭光辉, 张尚军, 王京生, 等. 青鹏软膏联合派瑞松乳膏治疗掌跖角化性湿疹临床观察 [J]. *河北医药*, 2011,33(20):3178-3179. doi: 10.3969/j.issn.1002-7386.2011.20.082.
- [21] 邓翠荣. 除湿止痒软膏治疗婴儿湿疹的临床观察 [J]. *中国麻风皮肤病杂志*, 2009,25(7):555. doi: 10.3969/j.issn.1009-1157.2009.07.046.
- [22] 牡丹. 除湿止痒洗剂联合地奈德乳膏治疗湿疹的疗效 [J]. *中国中西医结合皮肤性病学期刊*, 2014,13(1):31-32.
- [23] 杨顶权, 白彦萍, 刘东玉. 中西医结合治疗女性手部湿疹的临床研究 [J]. *北京中医药大学学报*, 2005,28(1):82-83. doi: 10.3321/j.issn:1006-2157.2005.01.025.
- [24] 王建辉. 联合治疗小儿亚急性湿疹临床观察 [J]. *现代中西医结合杂志*, 2010,19(27):3451-3452. doi: 10.3969/j.issn.1008-8849.2010.27.024.
- [25] 路雪艳, 黄二顺, 谭燕红, 等. 青鹏软膏维持治疗对局限性湿疹预后的影响 [J]. *中华皮肤科杂志*, 2014,47(11):810-811. doi: 10.3760/cma.j.issn.0412-4030.2014.011.013.
- [26] 中国中西医结合学会皮肤性病专业委员会环境与职业性皮肤病学组. 抗组胺药在皮肤科应用专家共识 [J]. *中华皮肤科杂志*, 2017,50(6):393-396. doi: 10.3760/cma.j.issn.0412-4030.2017.06.001.
- [27] 树叶, 刘向宇, 罗鸯鸯, 等. 白芍总苷治疗儿童特应性皮炎的临床疗效 [J]. *中国医师杂志*, 2021,23(12):1881-1883. doi: 10.3760/cma.j.cn431274-20210409-00401.
- [28] 杨长志, 钱齐宏, 朱婷婷, 等. 白芍总苷胶囊联合盐酸左西替利嗪片治疗皮炎湿疹的临床观察 [J]. *临床和实验医学杂志*, 2012,11(9):701-702. doi: 10.3969/j.issn.1671-4695.2012.09.030.
- [29] 中国医师协会皮肤科医师分会自身免疫病专业委员会. 环孢素治疗免疫相关性皮肤病专家建议 [J]. *中华皮肤科杂志*, 2022,55(6):471-479. doi: 10.35541/cjd.20210434.
- [30] Levy LL, Urban J, King BA. Treatment of recalcitrant atopic dermatitis with the oral Janus kinase inhibitor tofacitinib citrate [J]. *J Am Acad Dermatol*, 2015,73(3):395-399. doi: 10.1016/j.jaad.2015.06.045.
- [31] Simpson EL, Lacour JP, Spelman L, et al. Baricitinib in patients with moderate to severe atopic dermatitis and inadequate response to topical corticosteroids: results from two randomized monotherapy phase III trials [J]. *Br J Dermatol*, 2020,183(2):242-255. doi: 10.1111/bjd.18898.
- [32] 徐月英, 梁茂新, 刘进. 皮敏消胶囊治疗湿疹 60 例临床研究 [J]. *辽宁医学杂志*, 2002,16(1):32. doi: 10.3969/j.issn.1001-1722.2002.01.019.
- [33] 高晖, 陈敬, 李景云. 消风止痒颗粒治疗急性湿疹疗效观察 [J]. *中国麻风皮肤病杂志*, 2011,27(4):239. doi: 10.3969/j.issn.1009-1157.2011.04.006.
- [34] 张旭. 黄柏胶囊治疗湿疹 60 例 [J]. *中医杂志*, 2003,44(1):57-57. doi: 10.3321/j.issn:1001-1668.2003.01.052.
- [35] 赵婷, 刘瓦利, 吴萍, 等. 防风通圣颗粒治疗亚急性湿疹的随机、安慰剂对照研究 [J]. *中国中药杂志*, 2015,40(7):1415-1418. doi: 10.4268/cjcm.20150737.
- [36] 丛林. 皮敏消胶囊治疗慢性湿疹 52 例的临床疗效观察 [J]. *临床医药文献电子杂志*, 2020,7(37):154-155.
- [37] 桂凤淑, 华锦辉. 苦参片治疗湿疹 76 例疗效观察 [J]. *临床和实验医学杂志*, 2007,6(10):151. doi: 10.3969/j.issn.1671-4695.2007.10.128.
- [38] Mandelin JM, Rubins A, Remitz A, et al. Long-term efficacy and tolerability of tacrolimus 0.03% ointment in infants: a two-year open-label study [J]. *Int J Dermatol*, 2012,51(1):104-110. doi: 10.1111/j.1365-4632.2011.05015.x.
- [39] Sigurgeirsson B, Boznanski A, Todd G, et al. Safety and efficacy of pimecrolimus in atopic dermatitis: a 5-year randomized trial [J]. *Pediatrics*, 2015,135(4):597-606. doi: 10.1542/peds.2014-1990.
- [40] Schlessinger J, Shepard JS, Gower R, et al. Safety, effectiveness, and pharmacokinetics of crisaborole in infants aged 3 to < 24 months with mild-to-moderate atopic dermatitis: a phase IV open-label study (CrisAde CARE 1) [J]. *Am J Clin Dermatol*, 2020, 21(2):275-284. doi: 10.1007/s40257-020-00510-6.
- [41] Simons FE, Silas P, Portnoy JM, et al. Safety of cetirizine in infants 6 to 11 months of age: a randomized, double-blind, placebo-controlled study [J]. *J Allergy Clin Immunol*, 2003,111(6):1244-1248. doi: 10.1067/mai.2003.1496.
- [42] Hampel F, Ratner P, Haeusler JM. Safety and tolerability of levocetirizine dihydrochloride in infants and children with

- allergic rhinitis or chronic urticaria [J]. Allergy Asthma Proc, 2010,31(4):290-295. doi: 10.2500/aap.2010.31.3349.
- [43] Gupta SK, Kantesaria B, Banfield C, et al. Desloratadine dose selection in children aged 6 months to 2 years: comparison of population pharmacokinetics between children and adults [J]. Br J Clin Pharmacol, 2007,64(2):174-184. doi: 10.1111/j.1365-2125.2007.02859.x.
- [44] Paller AS, Siegfried EC, Simpson EL, et al. A phase 2, open-label study of single-dose dupilumab in children aged 6 months to <6 years with severe uncontrolled atopic dermatitis: pharmacokinetics, safety and efficacy [J]. J Eur Acad Dermatol Venereol, 2021,35(2):464-475. doi: 10.1111/jdv.16928.
- [45] Silverberg JL, Simpson EL, Thyssen JP, et al. Efficacy and safety of abrocitinib in patients with moderate - to - severe atopic dermatitis: a randomized clinical trial [J]. JAMA Dermatol, 2020,156(8):863-873. doi: 10.1001/jamadermatol.2020.1406.
- [46] Vestergaard C, Wollenberg A, Barbarot S, et al. European task force on atopic dermatitis position paper: treatment of parental atopic dermatitis during preconception, pregnancy and lactation period [J]. J Eur Acad Dermatol Venereol, 2019,33(9):1644-1659. doi: 10.1111/jdv.15709.
- [47] 中国中西医结合学会皮肤性病专业委员会环境与职业性皮肤病学组, 中国老年保健医学研究会皮肤科分会. 系统Janus激酶抑制剂治疗特应性皮炎专家共识[J]. 实用皮肤病学杂志, 2022,15(3):129-135. doi: 10.11786/sypfbxzz.1674-1293.20220301.

(收稿日期:2022-12-01)

(本文编辑:尚淑贤)

·会议·征文·消息·

International Journal of Dermatology and Venereology 征稿启事

International Journal of Dermatology and Venereology 是目前中国(未包括香港、台湾地区)唯一一本皮肤性病学开放获取英文期刊,旨在搭建一个高水平的国际学术交流平台。本刊由中国医学科学院整形外科医院王宝玺教授担任主编。国际编委会由来自 10 个国家 20 位知名皮肤病学专家组成,覆盖遗传学、皮肤病理、疱病、黑素瘤、皮肤镜等众多领域。

从 2019 年 6 月开始,本刊和荷兰威科出版公司合作,由其旗下的全球顶尖临床医学出版社 Lippincott 负责出版,目前已被 Scopus、Embase、Ovid、DOAJ、中国科技核心期刊目录等数据库收录。本刊执行严格的同行评审制度,评审专家来自全球 80 个国家,以美国、德国、中国等专家为主,高质量的审稿队伍保证了刊物的质量。2022 年本刊浏览量超 10 万人次,其国际读者比例超过 85%。

2019 年本刊获得“中国科技期刊卓越行动计划梯队项目”资助,为期 5 年(2019—2023),是学术出版领域最高等级的政府资助,全国共计 285 种期刊入选。本刊是唯一入选的皮肤性病学专业期刊。

本刊采取实时电子出版,稿件一经接受,1 周内实现在线出版。本刊定期对所发表的优秀论文进行全球同行的精准推送,以促进优秀论文的国际交流。

征稿范围:反映我国皮肤性病科及相关学科预防和治疗、临床与实验研究的新成果、新进展,且有科学性、创新性、实用性、可读性的原创论著;对皮肤性病科防治方面具有导向性的述评及专家论坛;研究报告、病例报告等。欢迎大家踊跃投稿。

2023 年投稿不收取任何费用,一经录用,由编辑部负责后期的润色,约稿将给予优厚的稿酬。

期刊网址:www.ijdv-dermatol.com

投稿系统:https://www.editorialmanager.com/ijdv/mainpage.html

电话:86-025-85478144

邮箱:gjpf144@aliyun.com



网站



微信

