

特应性皮炎中西医结合诊疗临床路径专家共识

中国中药协会皮肤病药物研究专业委员会, 中国老年保健医学研究会皮肤科分会, 中国中西医结合学会皮肤性病专委会环境与职业性皮肤病学组

关键词: 皮炎, 特应性; 中西医结合; 诊断; 治疗; 临床路径

中图分类号: R758.23

文献标识码: A

文章编号: 1672-0709(2024)05-0465-06

特应性皮炎 (Atopic dermatitis, AD) 是一种常见慢性瘙痒性炎症性皮肤病, 儿童患病率高达 4%, 成年人高达 2%^[1]。除皮肤表现外, AD 还会出现多种共病, 严重影响生活质量。本病病因不明, 不易根治, 反复发作, 也是难治性皮肤病, 是中医治疗的优势病种。中医药不但可以控制皮肤症状, 对共病也有治疗作用, 中西医结合是最具中国特色的治疗方案。鉴于多数西医不了解中医辨证施治, 部分中医对西医的治疗也不甚了解, 为加强中西医结合, 使更多的医师能够逐步开展中西医协同治疗, 笔者组织中、西医专家梳理了当前中西医诊疗 AD 的思路和方法, 达成本共识。限于篇幅, 本文仅涉及药物治疗。

1 病因及发病机制

病因尚不明确, 是在一定遗传背景下, 多种环境因素共同作用的结果。皮肤屏障功能障碍、免疫失衡、皮肤黏膜微生物群紊乱、神经感觉异常及精神心理因素均参与发病。本病主要表现为 2 型炎症反应为主的混合性炎症反应, 外观正常的皮肤也存在炎症反应病变。容易发生多种皮肤及皮肤外共病, 如荨麻疹、斑秃、白癜风、过敏性鼻炎、哮喘和抑郁等^[2]。

2 诊断

国际常用的诊断标准包括 Hanifin & Rajka 标准和 Williams 标准^[3-4]; 中国常用的诊断标准包括康-田标准、中国成人/青少年 AD 诊断标准、中国儿童 AD 诊断标准以及中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》(ZY/T001.8-94)^[5-8]。

2.1 西医皮损分期诊断 (1) 急性期: 表现为红斑、丘疹、丘疱疹、水疱、渗出、糜烂和结痂; 继发细菌感染可出现脓疱、脓性渗出及脓痂; 反复搔抓可出现抓痕和血痂; (2) 亚急性期: 表现为红斑、丘疹、渗

出、结痂、抓痕和血痂, 趋于融合增厚; (3) 慢性期: 以苔藓样变为特点, 表现为皮肤肥厚、结节、色素沉着、抓痕和血痂等。

2.2 中医皮损分期辨证

2.2.1 急性期 ①风湿热蕴证: 发病急, 皮疹可迅速发展至全身。风湿表现为皮疹发展迅速, 可有水疱、丘疱疹, 糜烂渗出不明显; 热象可见皮疹色红, 丘疹多见, 瘙痒明显, 可有心烦。舌红苔黄, 脉浮或数; ②湿热浸淫证: 发病急, 皮疹进展迅速。湿象表现为皮疹渗出较多, 渗液较黏, 结痂黏着, 或红斑水肿明显; 热象表现为瘙痒无休, 影响睡眠, 心烦意乱, 小儿可见哭闹不安, 可伴有大便干硬难解, 小便量少而黄, 青少年及成人多有身热心烦、口渴。舌质红, 苔薄白或黄, 脉弦滑或兼数; ③心火脾虚证: 多见婴幼儿及青少年。脾虚可见皮疹渗液较多, 相对清稀, 食欲减退, 胃脘堵塞感, 腹胀, 大便溏或黏而不通畅, 舌苔白、厚、腻, 而不干燥; 心火可见瘙痒明显, 口干口苦, 小便黄, 心烦眠差, 烦躁不安, 婴幼儿可见夜啼不安。舌尖红, 或底色红, 脉偏数 (脉率超过 100 次/min)。与湿热浸淫证的区别是, 本型湿象更明显。本型亦可见于亚急性期。

2.2.2 亚急性期 ①脾虚湿蕴证: 脾虚可见食欲差, 腹胀, 便溏, 面色苍白, 神疲乏力; 湿蕴可见水疱、糜烂、渗出和薄痂。眠安, 小便正常。舌质淡、苔腻, 脉细弱、沉滑或指纹色淡。本型与心火脾虚证的差别是热象不突出; ②肝郁脾虚证: 瘙痒及皮疹较急性期减轻, 肝郁表现为情绪及睡眠不佳时病情加重, 性急易怒, 或口干口苦, 眠差; 脾虚表现为纳欠佳, 大便偏干。小便正常, 舌质红或淡红, 苔薄, 脉弦。

2.2.3 慢性期 ①脾虚湿蕴证: 湿蕴表现为苔藓化、搔抓后渗液、大便溏等, 其他表现与上述 2.2.2

通信作者: 李邻峰, E-mail: zoonli@sina.com

中①相同;②脾虚血燥证:血燥可见皮疹颜色淡红或红褐,肥厚、粗糙、干燥、脱屑和瘙痒,伴抓痕、血痂和色素沉着。脾虚可见食欲差,眠差,伴有口干、欠津,或大便偏干。小便正常。舌质淡嫩或淡白,苔少,脉沉细或细弱;③肝肾不足证:本型常见于老年人。皮疹颜色淡红或暗红,皮肤粗糙、干燥、脱屑和瘙痒。纳可,失眠,大便调,夜尿多,伴腰酸,舌淡红或舌红,苔薄白,脉细或沉。

2.3 年龄分期诊断及辨证 根据年龄分为婴儿期(0~2岁)、儿童期(>2~12岁)、青少年及成人期(>12~60岁)以及老年期(>60岁)。婴儿期以急性皮损为主,好发于两颊、前额、头皮,也可蔓延至躯干、四肢伸侧。儿童期以亚急性和慢性皮损为主,好发于眼睑、手腕、足踝及腘窝、肘窝等屈曲部位。青少年与成人期以亚急性和慢性皮损为主,好发于屈曲部位,也可发生于躯干、四肢等,表现为干燥性红斑、肥厚性斑块以及苔藓样变,也可出现渗出,易继发葡萄球菌感染,部分患者可仅表现为痒疹样改变。老年期通常表现为慢性湿疹样改变,男性多于女性,多分布在伸侧,也可泛发全身,严重时呈红皮病样改变。

婴儿期和儿童期急性发作以心火脾虚证多见;慢性期以脾虚湿蕴证、脾虚血燥证多见。青少年及成人期急性发作时多属湿热浸淫证;慢性期常见脾虚湿蕴证、肝郁脾虚证、脾虚血燥证。老年期慢性阶段常见脾虚血燥证、肝肾不足证等。

2.4 病情严重程度评估 医生可根据①湿疹面积和严重程度指数(EASI);②AD评分(SCORAD);③研究者整体评分法(IGA);④体表受累面积(BSA)评估^[9]。

患者可使用①峰值瘙痒数字评定量表(PP-NRS);②患者湿疹自我检查评分量表(POEM);③皮肤病生活质量指数(DLQI);④AD控制工具(ADCT)评估^[9]。

2.5 辅助检查及根据检查结果分型诊断 可行血常规、血清总免疫球蛋白E(IgE)和过敏原特异性IgE、皮肤过敏原点刺试验、斑贴试验等检查以协助诊断及鉴别诊断;必要时可以完善组织病理检查;在使用系统Janus激酶(JAK)抑制剂前,需完善血、尿、便常规、血生化、D二聚体、凝血功能、胸部X线/电子计算机断层扫描(CT)、肝炎病毒、结核和肿瘤标记物等检查,以确定是否存在系统药物的禁忌证^[10]。

根据辅助检查结果,AD可分型为:①外源性AD:血清总IgE水平增高,食物或吸入过敏原特异性IgE阳性,有特异性病史;②内源性AD:血清总IgE水平正常,食物或吸入过敏原特异性IgE阴性,无特异性病史;③中间状态:仅有过敏原特异性IgE阳性。

3 进入路径标准

3.1 进入和排除标准 符合AD诊断的患者可进入本路径。合并活动性、未控制的恶性肿瘤、严重系统感染、严重心血管、肝、肾、脑等系统疾病以及妊娠期、哺乳期患者不进入本路径。

3.2 启动系统治疗标准 满足以下任一标准可启动系统治疗:①中重度AD(即IGA \geq 3分、EASI $>$ 15分、SCORAD $>$ 40分或难治性皮损BSA $>$ 10%),或头面部、手足或外阴部位皮损;②生活质量明显下降(即DLQI $>$ 10分)、严重瘙痒(即NRS $>$ 6分)或相对睡眠障碍;③对外用药物或光疗疗效不满意,或对非系统药物存在禁忌证/无效/失效/不良反应,或当前治疗复发率较高($>$ 6次/年)^[9]。如不满足上述任一标准,可以采用以外用药物为主的治疗方案。

4 治疗原则、治疗方案及疗效评估

4.1 治疗原则和治疗方案 依据“宜中则中、宜西则西、中西并用和循证为基”的原则,根据医疗条件及患者特点选择中药、西药单独应用或中西医结合个体化治疗。治疗方案分为诱导缓解及维持缓解2个阶段。前者要求尽快控制炎症反应及瘙痒,多需要使用系统药物;后者则维持长期缓解,可以使用外用药物主动维持治疗。

4.2 疗效评估 在诱导缓解阶段,争取2周内缓解瘙痒,4~12周内持续减轻皮损,改善生活质量;在维持缓解阶段,建议继续随访3~6个月,每个月1次,根据患者病情和需求,通过基础治疗、外用药物长期主动维持治疗或调整系统药物的种类、剂量和频率等方法,争取长期控制皮损和瘙痒,减少复发。

5 基础治疗

向患者说明疾病的性质、临床特点以及不同药物的疗效和不良反应,解释治疗目标和方案,指导用药方法,强调定期随访的重要性。通过病史以及诊断试验,查找可能的诱发或加重因素,如搔抓、摩擦、不恰当洗浴、接触物敏感的金属、防腐剂、漂白剂及香料等或过敏的食物如牛奶、坚果、海鲜以及过敏的花粉、尘螨等。避免饮酒及辛辣食物。避免高

温、日晒以及干燥的环境。建议每天规律、足量涂抹保湿剂以保护皮肤屏障功能,沐浴后也需即刻使用保湿剂^[11]。

6 外用药物治疗

6.1 急性期渗出性皮损 可予以 0.9%氯化钠溶液或 3%硼酸洗液湿敷以减少渗液;合并细菌感染的皮损也可使用 0.1%乳酸依沙吡啶溶液或 0.05%盐酸小檗碱溶液^[11]。也可以使用马齿苋水剂、清热消肿洗剂、消炎止痒洗剂和复方黄柏液等湿敷^[12-14]。

6.2 急性期非渗出性皮损和亚急性期皮损

6.2.1 外用糖皮质激素(简称激素) 根据患者年龄、皮损部位和严重程度选择不同强度和剂型的制剂。初始治疗时应足强度、足剂量和足疗程外用,待皮损减轻后可降低激素强度或改用非激素药物继续治疗,直至皮损消退,然后采用长期主动维持治疗以减少复发^[11]。

6.2.2 外用钙调磷酸酶抑制剂 包括 0.03%和 0.1%他克莫司软膏以及 1%吡美莫司乳膏,可作为一线药物用于面颈部、腋窝等薄嫩部位,也可作为二线药物用于其他部位,与外用激素序贯使用,也可用于长期主动维持治疗^[11]。

6.2.3 外用磷酸二酯酶 4(PDE4)抑制剂 2%克立硼罗软膏用于治疗 3 个月龄及以上轻中度 AD 患者,可替代外用激素用于薄嫩部位,也用于长期主动维持治疗^[11]。

6.2.4 新型抗炎药物 外用 JAK 抑制剂 1.5%鲁索替尼乳膏在美国获批用于治疗 12 岁及以上轻中度 AD 患者,0.25%迪高替尼软膏在日本获批用于 6 个月龄及以上 AD 患者。

6.2.5 抗微生物制剂 怀疑继发细菌感染,可以短期(1~2 周)联合外用抗菌药物,如 2%莫匹罗星软膏、2%夫西地酸乳膏等。头面颈部、胸背部等脂溢区域皮损可酌情联合外用抗真菌药物。疑似或确诊合并疱疹性湿疹时,可联合外用抗病毒药物^[11]。

6.2.6 其他外用西药 如炉甘石洗剂和氧化锌油(糊)剂等;瘙痒剧烈而炎症反应不明显的皮损可外用樟脑乳膏、薄荷脑软膏或多塞平乳膏等止痒^[11]。

6.2.7 中药 ①中药油调剂:湿敷后以植物油(如芝麻油、甘草油)调祛湿散或新三妙散外敷糜烂处^[15],浓度以 30%~50%为宜,随调随用,每日 1~2 次,外敷 1~2 h 后可用植物油将表面痂皮轻柔清洁掉;②中药油剂:面部皮肤高度敏感干燥患者可外用甘

草油或复方紫草油^[16-17],唇炎患者也可在进食前使用甘草油或芝麻油对口周皮肤黏膜进行保护;③中药膏剂:可外用冰黄肤乐软膏、除湿止痒软膏、肤乐霜、金黄膏、复方黄连膏、龙珠软膏和芩柏软膏等^[18-22]。可能出现局部烧灼感,故初始应小面积试用,无不良反应再大面积使用;④中药药浴:根据病情选用肤康外洗方、苦参洗剂和润肤止痒散等煎水外洗治疗^[23-24],浓度在 3%~9%之间;药浴温度 38~40 ℃,时间 10~20 min,每日 1 次。

6.3 慢性期皮损

6.3.1 外用激素 建议使强效外用激素,可采用封包或湿包疗法,以促进药物吸收、增强疗效。大面积、长疗程、强效激素治疗患者需注意皮肤感染风险(如毛囊炎和疖肿等)以及系统不良反应风险(如对下丘脑-垂体-肾上腺轴的抑制和对儿童骨骼生长的影响)。

6.3.2 其他抗炎药物 外用钙调磷酸酶抑制剂、外用 PDE4 抑制剂以及外用 JAK 抑制剂可作为激素序贯治疗药物,以控制皮损,减少外用激素的不良反应。

6.3.3 角质松解剂 肥厚性皮损可在外用抗炎药物基础上联合 20%尿素软膏、5%~10%水杨酸软膏和 0.1%维 A 酸乳膏等药物,以提高疗效^[11]。

6.3.4 中药 可用中药膏剂如冰黄肤乐软膏、除湿止痒软膏、肤乐霜、金黄膏、复方黄连膏、龙珠软膏和芩柏软膏等配合局部封包治疗^[18-22]。中药浸浴可选用马齿苋 100 g、黄柏 20~50 g、白鲜皮 50~100 g、苦参 50 g、地肤子 50 g、当归 50 g 和鸡血藤 50 g,加水 5 000 mL,煎煮 30 min 外洗,每周 2~3 次。皮肤敏感或干燥明显者,可选用淀粉浴^[25];药浴温度 38~40 ℃,时间 10~20 min,每周 2 次至每日 1 次。

7 系统治疗

7.1 西药治疗

7.1.1 抗组胺药 用于瘙痒明显或伴有睡眠障碍患者的辅助治疗,首选第二代非镇静抗组胺药治疗;若效果不佳,可尝试短期使用一代抗组胺药。

7.1.2 免疫抑制剂 限于其他疗法无效或不耐受的重度患者,或配合激素减量停药时使用。如环孢素起始剂量 2.5~5 mg/(kg·d),每日 2 次,逐渐减量至维持剂量 0.5~1.0 mg/(kg·d)。建议疗程不超过 2 年,使用时注意监测血压和肾功能,期间不建议同时进行光疗^[26]。吗替麦考酚酯可用于 2 岁以上儿童

和成人难治性中重度 AD 患者,成人剂量每日 2 g,儿童剂量一般不超过 40 mg/(kg·d),使用时注意消化系统不良反应和骨髓抑制,警惕肿瘤和机会性感染^[27]。

7.1.3 糖皮质激素 仅适用于急性期发作严重的患者,推荐剂量为 0.5 mg/(kg·d),短期应用病情好转后需及时减量、停药,并序贯使用其他系统药物^[9]。

7.1.4 生物制剂 度普利尤单抗用于治疗 6 个月及以上儿童和成人中重度 AD。度普利尤单抗起效快,长期应用安全性良好。

7.1.5 JAK 抑制剂 目前阿布昔替尼和乌帕替尼在国内获批用于治疗中重度 AD。JAK 抑制剂起效迅速,疗效确切。在治疗前和过程中,患者需定期完善血常规、肝肾功能、肝炎病毒和结核等检查,使用时注意严重感染、恶性肿瘤、心血管不良事件和血栓等风险^[10]。

7.1.6 中药提取物 复方甘草酸苷有抗炎、免疫调节作用,对 AD 有较好的疗效,使用时需监测血压、血钾变化,注意下肢水肿、体质量增加等不良反应;雷公藤多苷有抗炎、免疫抑制作用,治疗 AD 效果确切,使用时需监测血常规、肝功能和心电图,避免出现严重不良反应;白芍总苷可以发挥抗炎、免疫调节作用治疗 AD,治疗期间可能出现大便次数增多和腹泻等症状。

7.1.7 系统抗微生物药物 继发细菌感染或病毒感染时,可酌情使用抗生素(如 β 内酰胺类、大环内酯类或氟喹诺酮类药物)或抗病毒药物(如阿昔洛韦、伐昔洛韦或泛昔洛韦)。

7.1.8 免疫调节剂 作用为调节固有免疫及适应性免疫应答,平衡免疫。有湿疹治疗适应证的药物有脾多肽注射液和转移因子。其他药物如卡介菌多糖核酸、脾氨肽和匹多莫德等可用于变态反应性疾病的辅助治疗^[28-29]。

7.2 中医辨证施治 根据前述 2.2 中医皮损分期辨证施治。

7.2.1 急性期 ①风湿热蕴证:治法为祛风清热除湿。推荐方药为消风散(荆芥、防风、蝉蜕、苦参、苍术、知母、生石膏、牛蒡子、生地黄、当归、茯苓和甘草等)加减^[30]。中成药为消风止痒颗粒和防参止痒颗粒等;②湿热浸淫证:治法为清热利湿止痒。推荐方药为清热除湿汤(龙胆草、黄芩、白茅根、生地黄、大青叶、生石膏、六一散、淡竹叶、茯苓皮、荆芥和防风等)加减。中成药为龙胆泻肝丸和防风通圣丸等;③

心火脾虚证:治法为凉心健脾,清火培土。推荐方药为小儿健肤合剂(金银花、炒栀子、生山楂、焦麦芽和淡竹叶等)或清心培土方(淡竹叶、连翘、灯心草、生地黄、白术、山药、薏苡仁、钩藤、牡蛎、防风和甘草等)^[31]。皮损鲜红酌加水牛角、栀子和牡丹皮,瘙痒明显酌加苦参、白鲜皮和地肤子,眠差酌加龙齿、珍珠母。中成药为小儿七星茶颗粒。

7.2.2 亚急性期 ①脾虚蕴湿证:治法为健脾益气 and 淡渗利湿。推荐方药为青少年及成人可用除湿胃苓汤(茯苓、白术、苍术、厚朴、陈皮、泽泻、黄芪、白扁豆、甘草、薏苡仁、白鲜皮和地肤子等)或除湿止痒汤(白鲜皮、地肤子、苦参、白术、陈皮、茯苓皮、炒薏米和生地黄等)加减^[32]。婴幼儿可用小儿化湿汤(苍术、茯苓、炒麦芽、陈皮、泽泻、滑石、甘草、炒白术和炒薏苡仁等)加减。中成药为参苓白术丸、四妙丸和七味白术散等^[33];②肝郁脾虚证:治法为疏肝清热和健脾利湿。推荐方药为小柴胡汤(柴胡、黄芩、半夏、党参、甘草、生石膏、磁石、茯苓、生白术、炒薏米和白鲜皮等)加减。中成药为加味逍遥丸和湿毒清片等。

7.2.3 慢性期 ①脾虚血燥证:治法为健脾养血、润燥止痒。推荐方药为健脾润肤汤(党参、茯苓、苍术、白术、当归、生地黄、丹参、鸡血藤、赤芍、白芍和陈皮等)加减^[34]。中成药为湿毒清片和润燥止痒胶囊等^[35];②肝肾不足证:治法为补益肝肾,养血止痒。推荐方药为地黄饮子(熟地黄、巴戟天、麦冬、五味子、石菖蒲、远志、山茱萸、石斛、茯苓和肉苁蓉等)加减。瘙痒明显酌加磁石、白鲜皮和地肤子,眠差酌加龙齿、珍珠母和合欢皮,阳虚酌加桂枝和巴戟天。中成药为六味地黄丸和精乌胶囊等。

8 随访与评估

参考《中国中重度特应性皮炎诊疗临床路径专家共识(2023 版)》^[9],医生应定期评估疾病变化,及时调整治疗方案。

9 完成路径标准

患者达到在接受单纯基础治疗或基础治疗联合外用药物主动维持治疗的情况下,皮疹无复发且持续至少 8 周,即为完全缓解/不完全缓解,可退出本临床路径。

10 中西医结合治疗的安全性

目前中西医结合治疗 AD 的安全性尚缺乏大样本的临床研究,现有临床经验表明中西医结合治疗

安全性良好,未来需要更多研究结果加以验证。

利益冲突:本共识所有参与人员均无相关利益冲突。

执笔人:

李 明(首都医科大学附属北京友谊医院)

朱慧婷(首都医科大学附属北京中医医院)

江 萌(首都医科大学附属北京友谊医院)

李 妍(首都医科大学附属北京友谊医院)

张 苍(首都医科大学附属北京中医医院)

李邻峰(首都医科大学附属北京友谊医院)

参与制订专家(按姓氏拼音首字母顺序排列):

段逸群(武汉市第一医院)

顾 恒(中国医学科学院皮肤病医院)

江 萌(首都医科大学附属北京友谊医院)

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 妍(首都医科大学附属北京友谊医院)

刘红霞(新疆医科大学附属中医医院)

刘 巧(江西中医药大学附属医院)

柳曦光(黑龙江省医院)

路永红(成都市第二人民医院皮肤病医院)

纳 猛(云南省开远市人民医院)

施 辛(苏州大学附属第二医院)

孙占学(北京中医药大学第三附属医院)

温 海(海军军医大学附属长征医院)

夏秀娟(烟台毓璜顶医院)

杨志波(湖南中医药大学第二附属医院)

叶兴东(广州市皮肤病医院)

尹光文(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)

张理涛(天津市中医药研究院附属医院)

周小勇(武汉市第一医院)

朱慧婷(首都医科大学附属北京中医医院)

参考文献:

- [1] Tian J,Zhang D,Yang Y,et al. Global epidemiology of atopic dermatitis:A comprehensive systematic analysis and modelling study[J]. Br J Dermatol,2023,190:55-61.
- [2] Calzavara-Pinton P,Čelakovská J,Lapeere H,et al. Baseline demographics,comorbidities,treatment patterns and burden of atopic dermatitis in adults and adolescents from the GLOBOSTAD Long-Term Observational Study[J]. Adv Ther,2023,40:5 366-5 382.
- [3] Hanifin JM,Rajka G. Diagnostic features of atopic dermatitis[J]. Acta Dermatovenereologica,1980,92:44-47.
- [4] Williams HC,Burney PG,Hay RJ,et al. The U.K. working party's diagnostic criteria for atopic dermatitis. I. Derivation of a minimum

set of discriminators for atopic dermatitis[J]. Br J Dermatol,1994,131:383-396.

- [5] 康克非,田润梅. 遗传过敏性皮炎临床特点和诊断标准的探讨[J]. 临床皮肤科杂志,1986,15(2):60-63.
- [6] Liu P,Zhao Y,Mu ZL,et al. Clinical features of adult/adolescent atopic dermatitis and Chinese criteria for atopic dermatitis [J]. Chin Med J(Engl),2016,129:757-762.
- [7] Cheng R,Zhang H,Zong W,et al. Development and validation of new diagnostic criteria for atopic dermatitis in children of China[J]. J Eur Acad Dermatol Venereol,2020,34:542-548.
- [8] 国家中医药管理局医政司. 中医病证诊断疗效标准(中华人民共和国中医药行业标准)[M].北京:国家中医药管理局医政司,2024:264-265.
- [9] 中华医学会皮肤性病学分会,中国医师协会皮肤科医师分会. 中国中重度特应性皮炎诊疗临床路径专家共识(2023版)[J]. 中华皮肤科杂志,2023,56(11):1 000-1 007.
- [10] 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.
- [11] 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.
- [12] 靳曰军. 奥洛他定联合四妙丸及马齿苋水剂治疗急性阴囊湿疹的临床和生活质量观察 [J]. 中国皮肤性病学期刊,2020,34(10):1 218-1 220.
- [13] 关健纓,郑永平,马立坚,等. 消炎止痒洗剂治疗异位性皮炎的临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育,2009,7(7):138-139.
- [14] 管雪峰. 复方黄柏液治疗婴儿特应性皮炎疗效观察 [J]. 中国麻风皮肤病杂志,2009,25(9):718.
- [15] 万英,赵相雨. 辨证论治小儿特应性皮炎[J]. 光明中医,2016,31(9):1 311-1 313.
- [16] 马一兵,孙丽蕴,王萍,等. 健脾润肤汤联合外用甘草油治疗特应性皮炎脾虚血燥证临床观察 [J]. 北京中医药,2010,29(9):680-682.
- [17] 张历元,李文元,林欢儿,等. 复方紫草油联合氯雷他定治疗轻、中度特应性皮炎的临床观察[J]. 世界中医药,2019,14(6):1 511-1 515.
- [18] 张振榜,刘胜. 冰黄肤乐软膏治疗成人特应性皮炎临床疗效观察[J]. 四川中医,2008,26(10):95.
- [19] 姚超,马倩. 除湿止痒软膏联合 0.03%他克莫司乳膏治疗儿童特应性皮炎的临床研究[J]. 中国中西医结合皮肤性病学期刊,2023,22(4):352-354.
- [20] 张建民,张勤,高莹,等. 肤乐霜治疗婴幼儿湿疹和特应性皮炎的临床观察 [J]. 中国实验方剂学杂志,2014,20(12):238-240.
- [21] 陶以成,郎娜,余远遥,等. 金黄膏治疗特应性皮炎 45 例[J]. 西部中医药,2015,28(6):100-101.
- [22] 徐爽,丁杨峰,易雪梅,等. 中药黄连膏湿包联合糖皮质激素软膏外用治疗成人中、重度特应性皮炎的疗效观察[J]. 中国中西医结合皮肤性病学期刊,2020,19(6):575-576.
- [23] 姬爱华,王广新,史传奎,等. 苦参洗剂对儿童特应性皮炎皮损定植金黄色葡萄球菌影响的体内外研究 [J]. 遵义医学院学报,2017,40(6):641-645.
- [24] 郭游,叶建州. 外用润肤止痒散治疗特应性皮炎的临床观察[J]. 皮肤与性病,2011,33(2):100-101.
- [25] 石丽君,黄小雄,邹循辉. 淀粉浴联合艾洛松及西替利嗪治疗儿童特应性皮炎的疗效观察[J]. 皮肤性病诊疗学杂志,2011,18(4):

- 261-262.
- [26] 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.
- [27] 中国医师协会皮肤科医师分会自身免疫性疾病专业委员会. 吗替麦考酚酯治疗免疫相关性皮肤病专家建议[J]. 中华皮肤科杂志, 2020, 53(11): 869-874.
- [28] 孙岩, 钱立. 卡介菌多糖核酸联合 NB-UVB 照射对特应性皮炎的疗效及外周嗜酸性粒细胞的作用[J]. 中国皮肤性病学杂志, 2012, 26(5): 463-464, 470.
- [29] 林日华, 彭伟娇, 周仙仕. 扑尔敏联合脾氨肽口服液治疗小儿特应性皮炎临床疗效观察[J]. 现代诊断与治疗, 2015(3): 513-514.
- [30] 高珊珊, 郭林涛, 鲍身涛, 等. 消风散加减治疗特应性皮炎风湿蕴肤证的临床研究[J]. 北京中医药, 2019, 38(11): 1139-1141.
- [31] Gu SX, Mo X, Zhang AL, et al. A Chinese herbal medicine preparation (Pei Tu Qing Xin) for children with moderate-to-severe atopic eczema: A pilot randomized controlled trial[J]. Br J Dermatol, 2018, 179: 1404-1405.
- [32] 郭昕炜, 李冠汝, 李萍, 等. 加减除湿胃苓汤治疗脾虚湿蕴型特应性皮炎的临床疗效观察[J]. 中华中医药杂志, 2020, 35(1): 458-460.
- [33] 刘芳榕, 成雪, 程晓, 等. 七味白术散治疗儿童特应性皮炎的方证探讨[J]. 中国临床研究, 2023, 36(1): 113-116.
- [34] 朱慧婷, 尚宝令, 李伯华, 等. 健脾润肤汤治疗特应性皮炎脾虚证全身症状临床疗效观察[J]. 时珍国医国药, 2016, 27(10): 2455-2457.
- [35] Huang D, Chen K, Zhang FR, et al. Efficacy and safety of Run Zao Zhi Yang capsule on chronic eczema: A multiple-center, randomized, double-blind, placebo-controlled clinical study [J]. J Dermatolog Treat, 2019, 30: 677-684.

(收稿日期: 2024-04-16)

(上接第 464 页)

- 1094, 2113.
- [10] 金·李杲 编; 黄斌 校注. 雷公药性赋[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1996: 96.
- [11] 元·汪汝懋 撰; 李崇超 校注. 山居四要[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2015: 20.
- [12] 明·缪希雍 撰; 夏魁周, 赵瑗 校注. 神农本草经疏[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1997: 156, 278.
- [13] 明·李时珍 编著; 张守康 主校. 本草纲目[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1998: 74, 87, 102, 115, 119, 410, 420, 657.
- [14] 明·倪朱谟 编著; 戴慎, 陈仁寿, 虞舜 点校. 本草汇言[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2005: 196-199.
- [15] 明·朱橚 编. 普济方[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1982: 422.
- [16] 明·万明 辑. 万氏家抄济世良方 [M]. 北京: 中医古籍出版社, 1996: 147.
- [17] 明·徐春甫 编集. 古今医统大全 中[M]. 合肥: 安徽科学技术出版社, 1995: 615, 1352, 1698.
- [18] 明·武之望 撰; 苏礼 校注. 济阴济阳纲目[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1996: 1066.
- [19] 黄宫绣 著. 本草求真[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2008: 197, 201.
- [20] 清·周岩 撰; 陆拯 校点. 本草思辨录[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2013: 54-55.
- [21] 清·王梦兰 纂集, 王玉英, 王作林 点校. 秘方集验[M]. 北京: 中医古籍出版社, 1990: 76.
- [22] 清·沈金 鳌撰; 李占永, 李晓林 校注. 杂病源流犀烛[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1994: 133, 233.
- [23] 清·陈士铎 著. 洞天奥旨[M]. 太原: 山西科学技术出版社, 2011: 150, 156.
- [24] 清·王学权 著; 施仁潮, 蔡定芳 点注. 重庆堂随笔[M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 1986: 71.
- [25] 北魏·贾思勰 撰. 齐民要术[M]. 北京: 团结出版社, 1996: 264.
- [26] 明·李中梓 著; 王卫 点校. 医宗必读[M]. 天津: 天津科学技术出版社, 1999: 103.
- [27] 明·卢之颐 撰; 冷方南, 王齐南 校点. 本草乘雅半偈[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1986: 323, 523.
- [28] 李海波, 秦大鹏, 葛雯, 等. 青蒿化学成分及药理作用研究进展[J]. 中草药, 2019, 50(14): 3461-3470.
- [29] 赵宇平, 王慧, 杨光, 等. 基于文本挖掘技术探索青蒿的药理作用规律[J]. 中国中药杂志, 2016, 41(16): 3072-3077.
- [30] 汪晓河, 马明华, 张婧婷, 等. 青蒿药理作用研究进展[J]. 中国现代应用药学, 2018, 35(5): 781-785.
- [31] 屠呦呦. 青蒿素的发现: 传统中医献给世界的礼物[演讲稿]·斯德哥尔摩, 瑞典: 卡罗林斯卡医学院, 2015-12-07.

(收稿日期: 2023-12-05)