

发汗而不伤正,同时助阳养血、通络祛风,宣达肌肤,使肌肤得以濡养,共奏消斑褪白之功。

本研究表明,扫白苗风丸能够通过影响白癜风患者巨噬细胞或 T 细胞活化程度,增加 IL-10 分泌,减少对酪氨酸酶活性的抑制,恢复黑色素细胞合成及分泌黑色素,或作用于黑色素细胞或酪氨酸酶,直接影响黑色素合成,从而使患者皮损复色。白癜风容易诊断但难于治疗,西医把基因和免疫因素作为研究的重点,但是治疗效果不明显,成功率较低,也有一定的不良反应。中医在本病的认识上有自己的特色,笔者根据自身经验,结合众家学说,提出阳虚体质是白癜风发病的基础,风邪和毒邪是致病关键。基于上述思想,在临床上使用经验方扫白苗风丸以发汗祛风、托毒化瘀的治疗理念来治疗白癜风,不仅在临床中取得满意疗效,还在现代医学方面对白癜风的免疫学说进一步验证,为中西医结合治疗白癜风提供了新的思路和方法。

参考文献:

- [1] Taher ZA, Lauzon G, Maguiness S, et al. Analysis of interleukin-10 levels in lesions of vitiligo following treatment with topical tacrolimus[J]. Br J Dermatol, 2009, 161: 654-659.
- [2] 成爱华, 韩美海. 白癜风治疗学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2011: 7-8.
- [3] 邓茂, 曾凡才, 廖勇梅, 等. 白癜风患者血清 IL-10 与 TNF- α 的检测[J]. 中国皮肤性病学期刊, 2012, 26(9): 786-788.
- [4] 中国中西医结合学会皮肤性病专业委员会色素病学组. 黄褐斑和白癜风的诊疗标准(2010 年版)[J]. 中华皮肤科杂志, 2010, 43(6): 373.
- [5] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 243-279.
- [6] 国家技术监督局. 中华人民共和国国家标准中医临床诊疗术语: 证候部分[M]. 中国标准出版社, 1997: 15.
- [7] 中国中西医结合学会皮肤性病专业委员会色素病学组. 白癜风诊疗共识(2018 版)[J]. 中华皮肤科杂志, 2018, 51(4): 4.
- [8] Zhou J, Ling J, Song J, et al. Interleukin 10 protects primary melanocyte by activation of Stat-3 and PI3K/Akt/NF- κ B signaling pathways[J]. Cytokine, 2016, 83: 275-281.
- [9] 刘敏, 程发峰, 王庆国, 等. 麻黄免疫调节作用研究进展[J]. 河北中医, 2015, 37(7): 1 104-1 106.
- [10] 华华. 桂枝汤在皮肤科的临床应用[J]. 中国医学文摘(皮肤科学), 2017, 34(2): 179-183.
- [11] Meng Y, Yi L, Chen L, et al. Purification, structure characterization and antioxidant activity of polysaccharides from *Saposhnikovia divaricata*[J]. Chin J Nat Med, 2019, 17: 792-800.
- [12] Kang H, Oh YJ, Choi HY, et al. Immunomodulatory effect of *Schizonepeta tenuifolia* water extract on mouse Th1/Th2 cytokine production in-vivo and in-vitro [J]. J Pharm Pharmacol, 2008, 60: 901-907.
- [13] Yang XH, Li L, Xue YB, et al. Flavonoids from *Epimedium pubescens*: Extraction and mechanism, antioxidant capacity and effects on CAT and GSH-Px of *Drosophila melanogaster*[J]. PeerJ, 2020, 8: e8 361.

(收稿日期: 2023-02-16)

特应性皮炎中西医结合临床实践指南(草案)

莫秀梅¹, 刘俊峰¹, 林颖¹, 梁云生², 李欣³, 赵巍⁴, 孙晓冬⁵, 李红毅¹, 顾军⁶, 陈达灿¹

(1. 广东省中医院, 广东 广州 510120; 2. 南方医科大学皮肤病医院, 广东 广州 510091; 3. 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院, 上海 200437; 4. 河南省中医院, 河南 郑州 450053; 5. 沈阳市中西医结合医院, 辽宁 沈阳 110167; 6. 上海市第十人民医院, 上海 200072)

关键词: 特应性皮炎; 中西医结合; 指南; 诊断; 治疗

中图分类号: R758.23

文献标识码: B

文章编号: 1672-0709(2024)03-0249-10

特应性皮炎(Atopic dermatitis, AD), 又称为特应性湿疹、异位性皮炎、遗传过敏性皮炎等, 中医学称为“四弯风”, 也称“奶癣”“胎痱疮”等, 是一种慢性、复发性、炎症性皮肤病^[1-2]。AD 可在婴儿期或儿童早期出现, 并可能在儿童期缓解, 在某些情况下,

AD 可能会反复复发不能缓解, 并可能持续到成年期。AD 发病机制复杂, 2 型炎症反应是 AD 的基本特征, 白细胞介素-4(IL-4)和 IL-13 是介导 AD 发病的重要细胞因子^[1]。AD 与遗传因素、环境因素、皮肤屏障功能障碍及免疫异常等也密切相关。

AD 的发病情况在地理分布上表现出显著差异, 我国 AD 患病率的增加晚于日本、韩国和西方发达国家, 但近 10 年来增长迅速^[1]。其中中重度 AD 患

基金项目: 开展重大疑难疾病中西医结合诊疗方案的研究(特应性湿疹中西医结合临床实践指南(编号: 2023376))。

通信作者: 陈达灿, E-mail: 4910702@163.com

者的比例随年龄增加而增加^[9]。

AD 领域近年多项指南共识发布,多种新型药物陆续获批并应用于 AD 临床治疗。中医药在 AD 管理中有悠久的历史 and 明确的临床获益,在 AD 治疗中发挥重要作用,但目前尚无中西医结合用于 AD 治疗权威指南。迫切需要制定基于系统评价的 AD 治疗中西医结合指南,中西医优势互补,为中西医结合治疗提供指导规范,进一步提高患者的生活质量。本指南适用于皮肤科、儿科的临床医生及相关的科研、教育工作者。

本指南系统检索 PubMed、Embase、CNKI、万方数据和 SinoMed 数据库,针对每个临床问题分别制订适用于不同数据库的检索策略。基于 AD 疾病特点,结合现有循证医学证据与临床实践经验,采用改良德尔菲法,以专家意见匿名征询与面对面讨论的形式,形成更有临床适用性的推荐意见,并采用证据推荐分级的评估、制订与评价(GRADE)系统对推荐意见进行强度分级。

本指南(草案)通过中西医结合以及新型疗法的应用解决既往传统西医疗法和中医疗法尚未满足的临床需求。明确不同类型患者中西医结合治疗策略,不同疗法的具体应用建议。同时,对于疾病不同阶段、不同年龄段、不同症状、特殊时期或合并不同疾病的患者给出对应的中西医结合策略。对实用性比较强的食疗也予以充分说明。

1 中西医结合诊断

1.1 疾病诊断 可采用中国成人与青少年 AD 诊断标准、中国儿童 AD 标准,也可采用 Hanifin-Rajka 标准或 Williams 标准进行诊断^[1]。我国诊断标准比较清晰简洁,适用于常规临床诊疗。

疾病量化评分工具可采用 AD 评分(SCORAD)、湿疹面积和严重程度指数评分(EASI)、研究者整体评分法(IGA)和瘙痒程度视觉模拟量表(VAS)评分等工具对患者进行评分。也可以采用相对简单的评价方式,包括患者湿疹自我检查评分量表(POEM)、AD 控制工具(ADCT)、皮肤病生活质量指数(DLQI)和峰值瘙痒数字评估量表(PP-NRS)等。

1.2 辨证诊断 AD 多由禀赋不耐、胎毒遗热、外感淫邪及饮食失调,致心火过胜、脾虚失运而发病。病程缠绵,日久不愈,后天无以滋养先天,易致脾肾两虚^[2]。分为心脾积热证,心火脾虚证,脾虚湿蕴证,风湿热蕴证,脾虚血燥证,脾肾阳虚证和其他证型(肺

胃阴伤证、肝胆湿热证和肝肾阴虚证等),临床可根据不同地域、气候及体质个体化辨证。

1.3 鉴别诊断 AD 的鉴别诊断包括脂溢性皮炎、接触性皮炎、银屑病、鱼鳞病、疥疮、副银屑病、嗜酸粒细胞增多性皮炎、皮肤 T 细胞淋巴瘤、Netherton 综合征、高免疫球蛋白 E(IgE)综合征、朗格汉斯细胞组织细胞增生症、Wiskott-Aldrick 综合征、AD 样移植物抗宿主病、痱子、干燥性湿疹、免疫缺陷疾病、胶原蛋白病(系统性红斑狼疮、皮炎)、单纯性痒疹等^[1-4]。

2 中西医结合临床管理目标

缓解或消除临床症状,实现疾病持续缓解,减少和预防复发,并减少或减轻合并症及共病,以安全且有成本效益的方式改善患者生活质量。

AD 是一种系统性的慢性疾病。患者长期处于持续性潜在炎症反应状态,临床症状多样化,合并疾病和并发症众多。疾病易反复发作,皮损控制后仍随时可能急性发作,单纯短期对症治疗无法解决总体的疾病负担,需要设定长期控制目标。

西医的抗炎和对症治疗可快速改善症状,中医以内服中药、外用药膏或配合中医特色疗法整体调节。发挥中医和西医的综合优势,可有效减轻皮疹,缓解瘙痒,改善睡眠,提高患者的生活质量。此外,中医治疗可减少或避免西医外用糖皮质激素(TCS)的使用,消除患者或其父母的“TCS 恐惧”,增加治疗的依从性,提高临床疗效。中西医结合将充分弥补单一疗法的局限。

3 治疗方法

3.1 中医疗法

3.1.1 辨证内治法 本病的发生在本为禀赋不耐、脾肾亏虚,在标为风、湿、热、燥蕴结肌肤,与心、脾、肾脏关系密切,治当标本兼固、内外合治。急性期以祛邪为要,治以清心泻热、祛风除湿,兼顾健脾;慢性期以固本为主,治以健脾固肾、养血润燥^[2]。

常用治法包括:清心泻火法,清心健脾法,健脾渗湿法,祛风清热除湿法,益气健脾、养血润燥法和健脾利水、温阳补肾法等。

3.1.2 中医外治法 外用中药可以有效改善皮损,包括:针刺疗法、火针疗法、刺络拔罐、穴位注射疗法、穴位埋线疗法、耳穴疗法和推拿疗法。

3.2 西医疗法

3.2.1 外用药物治疗 外用药物是 AD 治疗的重要

手段之一,目前外用药物以 TCS、外用钙调磷酸酶抑制剂(TCI)为主,新型小分子药物也逐渐应用于临床。

3.2.1.1 TCS TCS 是 AD 的一线疗法,建议在 TCS 时联合使用保湿润肤剂。对于中重度 AD 患者,TCS 联合其他药物才能达到良好的效果,即改善患者 AD 症状,提高患者生活质量等。目前 TCS 联合新的系统药物[包括生物制剂和 Janus 激酶(JAK)抑制剂等]在中重度 AD 治疗中取得良好临床获益。

3.2.1.2 TCI TCI 有抗炎特性,适用于对 TCS 耐药、长期依赖、TCS 萎缩或需要治疗敏感区域及儿童患者。TCI 包括他克莫司软膏(0.10%和 0.03%)和吡美莫司乳膏(1.00%)。2 种类型的 TCI 在成人和儿童 AD 治疗中的短期(3 周)和长期(24 个月)安全性和有效性都得到了证实^[5]。

3.2.1.3 其他外用药 局部磷酸二酯酶 4(PDE4)抑制剂(如克立硼罗)是治疗轻中度 AD 的一种安全有效的方法^[6],克立硼罗软膏适用于 3 个月龄及以上轻中度 AD。此外,氧化锌油(糊)剂、黑豆馏油软膏等对治疗 AD 也有效;生理盐水及其他湿敷药物对于治疗 AD 急性期渗出有较好疗效^[1]。

3.2.2 系统治疗

3.2.2.1 口服抗组胺药物 目前尚无足够的证据支持普遍使用第一代和第二代 H1 抗组胺药物治疗 AD 瘙痒。口服抗组胺药物可用于 AD 瘙痒的辅助治疗,对于伴有过敏合并症的患者,推荐使用第二代非镇静抗组胺药治疗,不推荐长期使用第一代抗组胺药,特别是儿童。

3.2.2.2 免疫抑制剂 重度 AD 且常规疗法不易控制的患者可选用免疫抑制剂,必须注意适应证和禁忌证,并且应密切监测不良反应。AD 严重顽固性瘙痒可系统应用免疫抑制剂,优先推荐环孢素或甲氨蝶呤。

3.2.2.3 系统应用糖皮质激素 原则上应尽量不用或少用系统性糖皮质激素(SCS)。对病情严重、其他药物难以控制的急性发作期患者可短期应用,推荐剂量 0.5 mg/(kg·d)(以甲泼尼龙龙计),病情好转后及时减量停药,对于较顽固病例,可先用糖皮质激素治疗,之后逐渐过渡到免疫抑制剂或紫外线疗法。

3.2.2.4 生物制剂 度普利尤单抗是目前我国唯一获批用于 AD 治疗的生物制剂,能快速、显著改善临床症状及体征,长期应用可持续改善 AD 患者的瘙

痒症状、预防疾病复发^[7]。一线推荐用于治疗外用药物控制不佳或不建议使用外用药物 6 个月龄及以上的中重度 AD 患者,可与或不与 TCS 联合使用。度普利尤单抗总体耐受性良好^[8]。老年人及轻中度肾损害患者均无需调整剂量^[9]。度普利尤单抗治疗 AD 推荐联合治疗,包括联合基础治疗、局部外用、系统抗炎以及中药治疗等,以提高疗效或维持稳定。目前已有度普利尤单抗治疗成人中重度 AD 的近 4 年疗效证据^[10],支持将度普利尤单抗作为成人中重度 AD 的长期维持治疗选择之一。

3.2.2.5 JAK 抑制剂 JAK 抑制剂适用于对其他系统治疗(如 TCS 或生物制剂)应答不佳或不适宜上述治疗的成人和 12 岁及以上青少年难治性、中重度 AD 患者,可在第 16 周实现清除皮损和缓解瘙痒的快速改善^[11]。需注意此类药物增加严重感染、死亡、恶性肿瘤、心血管不良反应事件和血栓形成的风险^[12],临床上在使用 JAK 抑制剂治疗时应高度关注上述风险因素,给予积极的排查和监测,及早发现和减少不良事件的发生。JAK 抑制剂主要通过肾脏排泄,严重肝肾功能受损患者不建议应用。

3.2.3 抗微生物治疗 抗微生物治疗常作为急性发作出现感染症状时的短期辅助用药。可根据药敏结果选择青霉素类或第一代头孢类抗生素。发生疱疹性湿疹时应积极给予系统抗病毒治疗。合并马拉色菌感染时可外用或系统使用唑类抗真菌药物。

3.2.4 紫外线疗法/光疗 紫外线治疗适用于中重度成人 AD 患者慢性期、苔藓化皮损,控制瘙痒症状及维持治疗。紫外线疗法/光疗常被作为润肤剂、TCS、TCI 等一线治疗 AD 患者失败后的二线治疗。窄谱中波紫外线(NB-UVB)或者长波紫外线 1(UVA1)是目前 AD 患者治疗中常用的方法。有研究表明,NB-UVB 光疗可以在度普利尤单抗治疗的最初几周内使重度 AD 快速缓解^[13]。UVA1 的剂量尚有争议,高剂量 UVA1 可能存在长期不良反应,中剂量 UVA1 冷光可能是最佳形式^[14]。

紫外线疗法/光疗可用于患有 AD 的孕妇及哺乳期妇女^[15]。12 岁以下儿童应避免使用全身紫外线疗法,日光暴露加重症状的 AD 患者不建议紫外线治疗,紫外线治疗不宜与 TCI 联合^[1]。

3.2.5 过敏原特异性免疫治疗 目前尚缺乏一致的证据表明过敏原特异性免疫治疗对 AD 患者的益处。

3.3 中西医结合疗法

3.3.1 辨证内服中药汤剂联合西医常规疗法 推荐意见:①对于 AD 患者,推荐采用中药辨证内服联合西医常规疗法,可显著改善病情严重程度,缓解瘙痒,改善患者生活质量,提高有效率,降低复发率(推荐强度:强推荐;证据级别:低);②健脾法是 AD 的重要治法之一,推荐有脾虚的患者根据实际情况酌情使用健脾药物,同时顾及兼证(推荐强度:强推荐;证据级别:低);③辨证口服中药方剂(参苓白术散、小儿化湿汤、除湿胃苓汤、培土清心方、消风散、当归饮子和健脾润肤汤)联合西医常规疗法用于 AD 患者,可有效改善病情严重程度,缓解瘙痒和睡眠障碍,降低复发率,提高生活质量,且无明显不良反应(良好实践推荐)。

有证据支持的具体中西医结合疗法有:①参苓白术散加减联合口服抗组胺药(氯雷他定)(推荐强度:强推荐;证据级别:低);②当归饮子联合口服抗组胺药(氯雷他定)(推荐强度:强推荐;证据级别:低);③消风散联合 TCS(地奈德乳膏)(推荐强度:弱推荐;证据级别:极低);④健脾润肤汤联合 TCI(他克莫司软膏)(推荐强度:弱推荐;证据级别:极低)。

推荐依据:(1)一项中西医结合治疗 AD 疗效的 Meta 分析,纳入随机对照实验(RCT)文献 55 篇,共 5 953 例患者,结果表明,与单纯西药治疗比较,中西医结合治疗在改善病情严重程度(EASI 或者 SCORAD)、生活质量[儿童皮肤病生活质量指数(CDLQI)和 DIQI]、对病情的长期控制(复发率),患者/研究者整体评分(临床有效率)和血清 IgE 水平等均优于西药对照组。中西医结合治疗组的不良事件与西药组相当^[16]。(2)健脾法为治疗 AD 的重要治法,Meta 分析显示含有健脾法的中药处方联合常规西药(TCS/TCI 或抗组胺药物)治疗 AD,在治愈、显效、好转方面均优于单纯常规西药治疗组,对于病情严重度 SCORAD 评分的改善显著优于对照组,而且药物的耐受性良好,未增加不良事件的风险。健脾最常用的药物包括茯苓、白术、苍术、薏苡仁和甘草等^[17]。(3)辨证口服中药方剂:①参苓白术散加减联合氯雷他定片治疗脾虚蕴湿型 AD 患者,SCORAD 评分改善、治愈率、复发率优于单用西药组^[18];②当归饮子联合氯雷他定片治疗血虚风燥型 AD,对于 SCORAD、VAS、皮肤屏障功能(皮脂含量、

角质层含水量)的改善均优于单用氯雷他定片^[19];③消风散联合地奈德乳膏治疗婴幼儿湿疹患者,联合用药组的 EASI、瘙痒程度、有效率、复发率均优于单用地奈德乳膏组,安全性高^[20];④健脾润肤汤联合他克莫司软膏治疗脾虚血燥型患者的有效率高于单独外用他克莫司软膏^[21]。

3.3.2 辨证内服中成药联合西医常规疗法 推荐意见:辨证口服中成药联合西医疗法用于 AD 患者,可有效改善病情严重程度,缓解瘙痒,降低复发率,且不良反应发生率低(良好实践推荐)。

有证据支持的具体中西医结合疗法有:①消风止痒颗粒联合口服抗组胺药(西替利嗪)(推荐强度:弱推荐;证据级别:低);②润燥止痒胶囊联合口服抗组胺药(推荐强度:弱推荐;证据级别:低);③复方甘草酸苷片联合 TCS 和(或)口服抗组胺药。(推荐强度:弱推荐;证据级别:低);④口服中成药制剂(皮炎消净饮/苦参片/润燥止痒胶囊)联合 NB-UVB(推荐强度:弱推荐;证据级别:低)。

推荐依据:①消风止痒颗粒联合西替利嗪片治疗皮炎、湿疹,其显效率、复发率均优于单独使用西替利嗪片组^[22];②一项 Meta 分析研究表明,润燥止痒胶囊结合西药(抗组胺药物)对慢性湿疹患者病情严重程度 EASI 及瘙痒的改善程度、治疗有效率、血清 IgE 的降低程度均优于西药治疗组,安全性方面,常见轻微的胃肠道不适症状,短期使用无严重不良事件发生^[23];③一项 Meta 分析表明,复方甘草酸苷片联合常规西药[糖皮质激素和(或)口服抗组胺药]治疗皮炎湿疹的临床疗效(有效率)优于单独常规西药治疗,不良反应发生率较单用常规西药组低^[24];④2 项研究表明,辨证口服中药(皮炎消净饮/苦参片)联合 NB-UVB 光疗较单用 NB-UVB 光疗组 SCORAD 评分明显降低^[25-26];另外一项研究表明,润燥止痒胶囊联合 NB-UVB 治疗成人 AD,有效率、复发率均明显优于单独采用 NB-UVB 治疗^[27]。

3.3.3 外用中药联合西医常规疗法 推荐意见:根据不同的皮疹特点,推荐选取合适的外用中药联合西医常规疗法用于 AD 患者,可有效改善病情严重程度、缓解瘙痒、缩短皮疹消退时间、降低复发率(推荐强度:强推荐;证据级别:低)。

有证据支持的具体中西医结合疗法有:①复方黄柏液湿敷联合口服抗组胺药(扑尔敏)(推荐强度:强推荐;证据级别:低);②马齿苋药液塌渍联合

口服抗组胺药(依巴斯汀)(推荐强度:弱推荐;证据级别:低);③除湿止痒软膏联合 TCI(他克莫司软膏)(推荐强度:弱推荐;证据级别:极低);④冰黄肤乐软膏联合西医常规疗法(推荐强度:弱推荐;证据级别:中等);⑤青鹏软膏联合 TCS(推荐强度:弱推荐;证据级别:中等);⑥黄连膏联合 TCS(推荐强度:弱推荐;证据级别:极低);⑦复方蛇脂软膏联合 TCS(地奈德乳膏)(推荐强度:弱推荐;证据级别:极低)。

推荐依据:①系统评价显示,与单独使用 TCS 比较,外用中药结合 TCS 治疗 AD 不但可以改善 SCORAD 评分,而且可以降低复发率;与 TCI 比较,外用中药结合 TCI 治疗,可以显著提高患者的生活质量^[28];②复方黄柏液湿敷联合西药(扑尔敏片)可显著缩短婴儿 AD 渗出性皮炎痊愈的时间,并且提高临床有效率^[29];③马齿苋药液塌渍联合西药(依巴斯汀)治疗可以有效改善 AD 临床症状,2 周、4 周时有效率优于单独使用依巴斯汀片组^[30];④除湿止痒软膏联合他克莫司软膏治疗 AD,较单独使用他克莫司软膏组有效率高^[31];⑤一项 Meta 分析纳入 19 项冰黄肤乐软膏治疗湿疹的 RCT 研究,总样本量 1 919 例,研究结果表明,相比单纯西药常规治疗,冰黄肤乐软膏联合西药常规治疗湿疹的有效率更高,复发率更低,安全性相当^[32];⑥一项 Meta 研究表明,青鹏软膏联合 TCS 对包括 AD 在内的湿疹患者的总体症状评分、瘙痒改善程度、有效率均优于单独 TCS 药膏。青鹏软膏除了皮肤刺激反应外无其他不良反应,其发生率与安慰剂、TCS 相似^[23];⑦一项 RCT 研究表明,中药黄连膏联合 TCS 治疗成人中、重度 AD 患者,在 VAS、有效率、皮疹消退时间、瘙痒症状缓解时间方面均优于单独 TCS^[33];⑧一项 RCT 研究表明,复方蛇脂软膏结合地奈德乳膏对 AD 患者 SCORAD 评分的改善程度及有效率显著优于单独使用地奈德乳膏^[34]。

3.3.4 针刺等特色疗法联合西药常规疗法 推荐意见:针刺、火针、刺络拔罐和推拿等特色疗法结合西医常规疗法用于 AD 患者,有助于改善病情严重程度,缓解瘙痒和睡眠障碍,降低复发率,提高生活质量(良好实践推荐)。

有证据支持的具体中西医结合疗法有:①针刺疗法联合 TCI(吡美莫司)(推荐强度:弱推荐;证据级别:极低);②火针疗法联合口服抗组胺药(氯雷

他定)、TCS(丁酸氢化可的松乳膏)(推荐强度:弱推荐;证据级别:极低);③刺络拔罐疗法联合口服抗组胺药(扑尔敏)(推荐强度:弱推荐;证据级别:极低);④耳穴压豆疗法联合 TCI(他克莫司软膏)(推荐强度:弱推荐;证据级别:极低)。

推荐依据:①针刺疗法结合西药(吡美莫司)治疗 AD,不但可以改善病情严重程度,而且可以缓解瘙痒,改善睡眠障碍,提高生活质量,降低复发率^[35];②一项 RCT 研究表明,火针联合常规西药(氯雷他定片、丁酸氢化可的松乳膏)可明显改善血虚风燥型 AD 患者病情严重程度、提高生活质量、降低复发率,疗效均优于单独西药治疗组^[36];③一项临床研究表明,刺络拔罐联合扑尔敏片治疗组 EASI 评分较单独使用扑尔敏片组评分明显降低^[37];④一项 RCT 研究表明,耳穴压豆疗法联合 0.03%他克莫司软膏治疗儿童脾虚心火证 AD,治疗 4 周后 2 组患者病情严重度、瘙痒程度无显著性差异,治疗组的睡眠程度改善优于单独使用他克莫司软膏组^[38]。

4 AD 中西医结合治疗策略

以患者为中心,中西协同,遵循有效、安全、经济、便捷的基本原则,以提高临床疗效、降低不良反应为根本,合理选用中西医治疗方法,维持病情缓解,预防复发。

4.1 疾病不同阶段的处理策略

4.1.1 发作期 中西医结合用,积极控制炎症反应,尽快缓解病情。

轻度 AD:加强基础护理,根据需要局部外用有抗炎、止痒、润肤的中药制剂或 TCS/TCI 等西药制剂;根据患者需要选择中药辨证内服,儿童患者还可选择推拿疗法,必要时配合口服抗组胺药辅助缓解瘙痒。

中度 AD:中、西医合用,积极控制病情,避免进一步加重。中医内服方面根据病情辨证选择,外用方面根据皮损特点选择中药外洗或涂搽,必要时配合针刺疗法、刺络拔罐或耳穴疗法等中医特色治疗。西医首选 TCS/TCI 控制症状,必要时配合湿包治疗,或者口服抗组胺药缓解瘙痒;外用药控制不佳的可选用度普利尤单抗(6 个月龄及以上适用),对生物制剂应答不佳的可选择 JAK 抑制剂、紫外线疗法(12 岁以上适用)。

重度 AD:尽快升级中、西医系统治疗,中医内服药物根据病情辨证选择,西医首选度普利尤单抗

治疗(6个月龄及以上适用),对生物制剂应答不佳的可选择JAK抑制剂、紫外线疗法(12岁以上适用),慎重应用系统用免疫抑制剂和糖皮质激素。积极配合外用制剂,根据皮损状态选择溶液洗浴、湿敷或油剂涂搽,亦可配合刺络和拔罐等中医特色疗法或TCS/TCI等西药局部外用。

4.1.2 缓解期 加强基础护理,减少或降低药物毒性不良反应,预防疾病复发。

中医缓则治本,中药以健脾固本治疗为主,尤其婴幼儿及儿童患者,成人患者还需注意固肾,兼顾他脏。根据需要辨证选用健脾渗湿法、健脾清心法、健脾润肤法、健脾补肾法等加减治疗,外用可选择有润肤止痒效果的中药膏剂,或配合艾灸,儿童患者还可配合推拿疗法。

西药减量维持,降低药物不良反应,必要时TCS/TCI主动维持治疗或度普利尤单抗等维持治疗。

4.2 针对不同年龄段的处理策略

4.2.1 婴儿期(0~2岁) 对婴儿期AD患者,尤其需关注治疗的安全性、耐受性和低致敏性问题。中医药的安全性及丰富的非药物治疗手段可作为婴儿期的首选方案,并根据病情合理联合西药治疗。

中医治疗:可根据婴儿皮损状态选择中药外洗或冷湿敷,以及中药制剂涂搽。外洗中药时注意婴儿皮肤薄嫩,药液浓度不宜过高,水温在32℃~37℃之间。皮损发作期患儿皮肤尤其敏感,对各种外用制剂均可能出现刺激不适并抗拒治疗,推荐使用紫草油和甘草油等中药油剂。小儿推拿及耳穴疗法可作为辅助疗法用于改善患者皮损状态、瘙痒及睡眠障碍。必要时可选择中药三心导赤饮加减内服。有学者研究表明,1~7岁儿童积滞患者内服中成药小儿七星茶口服液治疗的安全性较好^[39]。外用中成药川百止痒洗剂、除湿止痒软膏、冰黄肤乐软膏和复方蛇脂软膏在婴幼儿患者中安全性较好,注意少数患儿可能出现瘙痒、刺痛和灼热感等局部刺激反应。

西医治疗:婴儿期应用西药需结合病情合理选择,抗组胺药仅在出现严重过敏反应的情况下才使用,由于第一代抗组胺药对学习认知能力的影响,不推荐婴儿期AD患者长期使用,可以选择第二代抗组胺药,但需注意年(月)龄限制,左西替利嗪口服溶液和地氯雷他定干混悬剂可应用于>6个月的婴儿。外用药物可选择中弱效激素,如丙酸氟替卡松乳膏(>1岁)和地奈德乳膏等,并配合使用保湿

剂。如果对局部TCS反应不理想,可选择1%吡美莫司乳膏、0.03%他克莫司软膏或克立硼罗软膏;6个月龄以上婴幼儿需要系统治疗时可考虑度普利尤单抗;口服糖皮质激素仅作为严重AD急性发作期间短期使用的选择,并应采用最低剂量。

4.2.2 儿童期(2~12岁) 对儿童期AD患者,需格外关注用药的安全性及耐受性,强调积极治疗、主动维持,尽早恢复皮肤屏障,以预防AD复发及共病发展。

中医治疗:内服中药可针对儿童患者“脾虚”“心火”核心病机,辨证选择三心导赤饮、培土清心方、参苓白术散或小儿化湿汤等方药加减内服,急性发作期外用中药溶液洗浴或湿敷,急性期、慢性期均可配合推拿疗法、耳穴疗法等改善临床症状。内服中成药小儿七星茶口服液、加味启脾丸颗粒、消风止痒颗粒在儿童患者中安全性较好,个别患者有轻度的胃部不适。外用中成药川百止痒洗剂、除湿止痒软膏、冰黄肤乐软膏及复方蛇脂软膏在儿童患者中安全性较好,注意少数患儿可能出现瘙痒、刺痛和灼热感等局部刺激反应。

西医治疗:儿童期AD患者可酌情考虑以下治疗手段,抗组胺药的选择推荐第二代抗组胺药;中重度AD可考虑选择生物制剂(如度普利尤单抗),必要时可考虑应用SCS或免疫抑制剂(如环孢素、吗替麦考酚酯等),但应特别注意适用年龄及禁忌症;外用药物可酌情选择强效、中效及弱效TCS,超强效TCS不推荐使用;另外可以应用TCI及PDE4抑制剂,但应注意药物的刺激反应,皮肤薄嫩部位慎用。

4.2.3 青少年(12~18岁) 青少年AD患者出现焦虑、抑郁和情感障碍等心理问题尤为突出,治疗期望更快、更持久的疗效,以及更便捷的用药方法。临床应该根据病情严重程度选择最佳的中、西医治疗方案,以快速起效、控制病情,提高患者治疗信心,缓解心理负担。尤其其中重度AD患者启动西医系统治疗期间,也可配合中药内服外用以提高临床疗效、维持病情稳定、减少西药用量及不良反应。

中医治疗:青少年期AD患者从中医辨证多以脾虚湿盛以及风湿热蕴为主,治疗多选择健脾渗湿及疏风清热利湿之法。急性期有渗液者可选择中药湿敷,对于亚急性及慢性期AD可选择中药油剂及膏剂。中成药制剂由于便携方便,也可根据病情选

择应用。根据皮疹特点可选择针刺、火针疗法等中医特色疗法。

西医治疗:总体以抗炎为主,系统用药的选择性较多,抗组胺药、生物制剂、JAK 抑制剂及免疫抑制剂均可应用。外用药可选择 TCS,但不推荐长期应用强效及超强效 TCS;面颈部推荐应用 TCI(如 1%吡美莫司、0.03%他克莫司)、局部 PDE4 抑制剂(2%克立硼罗乳膏)。度普利尤单抗目前可被视为青少年中重度 AD 患者的首选系统治疗方案。

4.2.4 老年期(>60 岁) 老年 AD 患者临床治疗应注意兼顾药物安全性及相互作用。中医辨证是综合患者局部症状及全身症状的个体化诊疗,不仅能改善患者皮损和瘙痒症状,对其基础疾病亦能发挥有益作用,而且安全性好。

中药治疗:内服推荐补肾健脾、养血润燥和祛湿止痒等治法,可辨证选择健脾润肤汤、理中丸、肾气丸和润燥止痒胶囊等方药,配合选择中药制剂外洗或涂搽,及针刺、刺络拔罐等非药物疗法。老年患者应用复方甘草酸苷需要慎重,尤其合并高血压病者,警惕出现低血钾症、血压升高等症状。

西医治疗:可选择抗组胺药、生物制剂、免疫抑制剂以及 JAK 抑制剂,但应特别注意药物应用的年龄限制并警惕药物不良反应,如环孢素对血压和血糖的影响、JAK 抑制剂引起的心脏问题、血栓以及严重感染等。

4.3 针对不同症状问题的处理策略

4.3.1 瘙痒 中医针对 AD 瘙痒,重视辨证内服,儿童患者健脾同时强调清心;成年患者清心同时兼顾清肝,结合皮疹特点辨证选用疏风、清热、祛湿、凉血、养血及潜镇安神等疗法。局部治疗可选择中药药浴、中药药膏涂搽、针刺、火针、耳穴及推拿等疗法。

AD 瘙痒以非组胺依赖的机制为主,需合理应对。TCS 和 TCI 通过抗炎可起到止痒作用,为一线治疗药物;第二代抗组胺药安全性较高,推荐使用;抗癫痫类药,如加巴喷丁、普瑞巴林等,可缓解神经源性瘙痒,推荐使用;抗抑郁类药,如米氮平、多塞平、帕罗西汀等有一定效果。生物制剂及小分子药物 JAK 抑制剂可快速改善 AD 瘙痒。

4.3.2 睡眠障碍 临证中虚实夹杂证多见,其中以脾虚食滞、心火偏亢所致睡眠障碍为主,清心火常选用连翘、淡竹叶、灯芯草和麦冬等;健脾消导选用

莱菔子、独脚金和鸡内金等;在补虚泻实的基础上选用潜镇安神之品,如牡蛎、龙齿和珍珠母等可提高疗效。此外,配合耳穴疗法对缓解睡眠障碍有益。

第一代抗组胺药物有镇静嗜睡的作用,有助于患者睡眠,但其对睡眠质量(快速动眼期延迟并减少)及学习认知能力有影响,不推荐长期使用,特别是儿童^[1];度普利尤单抗可通过抑制辅助性 T 细胞 2(Th2)型炎症反应、减少瘙痒等机制快速改善患者睡眠,并在治疗期间维持疗效。因瘙痒引起的睡眠障碍,经系统治疗等方式控制瘙痒后患者均可得到改善,其他原因诱发的睡眠障碍,可参考神经内科学相关内容及药物治疗。

4.4 针对特殊时期的处理策略

4.4.1 妊娠期 妊娠期 AD 患者治疗需注意避免药物对母体及胎儿发育的影响。

中医治疗:中医药内服外治均有可推荐的治疗手段。中医外治可选择中药外洗或中药油剂、膏剂涂搽;慎用针刺疗法;禁用推拿和刺络拔罐等疗法。如需内服中药,应避免在孕早期使用,用药注意避免选择有活血、利水、散结以及有毒性作用的中药。中成药均需慎用,于妊娠期 AD 患者,忌服肾气丸、禁用青鹏软膏。

外用药物治疗:润肤剂和保湿剂是妊娠期和哺乳期最安全的一线基础用药。弱效和中效 TCS 小面积使用在孕前期至孕期全程都是相对安全的,但禁止大面积使用;禁止使用强效 TCS。目前尚无妊娠期 AD 患者外用他克莫司、吡美莫司和局部 PDE4 抑制剂的临床证据,故不建议使用。

物理治疗:NB-UVB 和宽带紫外线(BB-UVB)是妊娠期 AD 患者相对安全的二线治疗手段,建议妊娠期 AD 患者进行长期治疗时常规补充叶酸并定期监测血清叶酸水平。

系统治疗:不建议妊娠期 AD 患者常规应用抗组胺药物,如果临床判断获益明显,需谨慎选择,但一般不推荐第一代抗组胺药。第二代抗组胺药物中西替利嗪、左西替利嗪和氯雷他定是美国食品药品监督管理局(FDA)批准的 B 类药物,而地氯雷他定和非索非那定则为 C 类药物。尽量避免在妊娠期前 3 个月内使用抗组胺药物。糖皮质激素仅在妊娠期重度 AD 急性发作期间短期使用,可使用泼尼松龙作为妊娠期 AD 患者的短期应急疗法,尽量避免在妊娠期前 3 个月应用。环孢素和硫唑嘌呤仅在病情

严重的情况下权衡利弊后谨慎使用。临床上应权衡利弊并与患者充分沟通后谨慎使用生物制剂,度普利尤单抗治疗妊娠期AD患者可能安全,暂不能就其他生物制剂的使用提出建议。甲氨蝶呤、吗替麦考酚酯和JAK抑制剂严禁用于妊娠期AD患者。

4.4.2 哺乳期 哺乳期AD患者需注意药物对母乳喂养及经乳汁代谢对婴儿发育的影响。

中医治疗:合适的中医药治疗不仅能改善患者皮损及瘙痒等症状,还有助于恢复患者产后气血虚弱、乳汁不足等状态,一般也没有经乳汁代谢影响婴儿发育的不良风险。内服中药可根据患者病情辨证选择;根据患者需求选择中药外洗、沐浴、涂搽,以及针刺、刺络拔罐、推拿和艾灸等非药物疗法,以及中成药制剂都是比较安全的。

外用药物治疗:可选用润肤剂和保湿剂,是哺乳期AD患者最安全的一线基础用药。

物理治疗:NB-UVB和BB-UVB是哺乳期AD患者相对安全的二线治疗。

系统治疗:不推荐使用第一代抗组胺药物。哺乳期AD患者服用第二代抗组胺药是相对安全的,但需监测婴儿反应^[40],优先推荐使用氯雷他定。不推荐哺乳期AD患者使用环孢素和硫唑嘌呤。临床上应充分权衡患者的获益及可能出现的风险后谨慎使用生物制剂^[41]。哺乳期AD患者不应使用JAK抑制剂。

4.5 针对合并症的处理策略

4.5.1 合并变应性鼻炎 AD合并变应性鼻炎的治疗也遵循“防治结合、四位一体”的原则,包括环境控制、药物治疗、免疫治疗和药物控制。

鼻部症状在急性发作期,以肺脾气虚,外感风寒为主,治宜健脾益气补肺、祛风散寒;在稳定期,鼻部症状缓解或者轻微,以肺脾气虚或肾阳虚为主,治以补益脾肺或温补肾阳。临床可根据具体情况辨证加减治疗。

目前西医一线治疗药物包括鼻用糖皮质激素、第二代口服及鼻用抗组胺药和口服白三烯受体拮抗剂。除了治疗变应性鼻炎的药物,国内已获批应用于AD患者的生物制剂度普利尤单抗,也可改善AD合并的变应性鼻炎症状^[42]。

4.5.2 合并哮喘 AD合并哮喘,特别是哮喘发作期,需皮肤专科联合哮喘专科治疗,遵循长期、持

续、规范、个体化治疗原则。

AD伴哮喘病位主要在肺、脾,关系到肾。发作期攻邪以治其标,分辨寒热随证治疗;迁延期祛邪兼顾扶正,祛邪不宜攻伐太过,扶正需辨别本虚脏腑,补其不足;缓解期当扶正以治其本,补肺固本,补脾益肾为主,调整脏腑功能,祛除生痰之因^[43],补益的同时,适当兼顾舒畅气机。

西医治疗在急性发作期快速缓解症状,如平喘、抗炎治疗;慢性持续期和临床缓解期防止疾病加重和预防复发,如避免促发因素、抗炎、降低气道高反应性和阻止气道重塑,并做好自我管理。生物制剂度普利尤单抗也可显著改善中重度哮喘患者的肺功能并降低局部和全身炎症反应标志物,目前度普利尤单抗已经获批用于12岁及以上青少年和成人哮喘患者的维持治疗^[44]。

4.5.3 合并过敏性结膜炎 合并过敏性结膜炎需要规范化专科治疗,治疗策略包括健康教育、避免接触过敏原和控制患者眼部症状及体征。

中医治疗多从风、湿、热、血入手,采用祛风止痒、清热利湿和养血熄风治疗,过程中需要兼顾AD患者脾虚的本质,酌情配伍使用健脾的中药。

抗组胺药物及肥大细胞稳定剂双效药物是治疗过敏性结膜炎的首选基础药物;严重过敏性结膜炎和病情反复迁延的患者,使用糖皮质激素药物局部点眼;对于重度过敏性结膜炎,尤其不耐受糖皮质激素药物的患者,选用免疫抑制剂如环孢素、他克莫司局部点眼;此外,人工泪液也有助于缓解症状。

5 基础治疗与健康管理的

基础治疗与健康管理是所有治疗的基础,贯穿AD治疗的整个过程。一方面需要加强患者皮损的基础治疗,以发挥修复皮肤屏障和保湿的功效;另一方面需积极寻找病因,有针对性地进行患者健康教育,给予正确的用药及生活指导,以避免诱发/加重AD的相关因素。

加强患者健康教育,重视皮肤护理,合理沐浴,避免诱发因素加重;合理饮食,提倡新生儿母乳喂养;养成良好的作息与运动习惯并加强患者情绪管理。

中医食疗可选择莲子、干山药、茯苓、薏苡仁、谷麦芽、芡实和百合等有益气健脾及消滞和胃作用的药材;多选择药食同源之品,并需根据辨证选择

合适的药材配合食材煲粥、汤或泡茶。

6 结语

AD 发作情况与疾病严重程度相关, 疾病严重程度越高, 发作持续时间和发作频率越高, 并且发作时的瘙痒和皮损越严重, 对 AD 患者生活质量的影响越大。传统西医治疗存在一定局限, AD 暴露敏感区域包括头面部皮损及渗出, TCS 依赖与 TCS 耐药是现行临床治疗挑战; 婴幼儿、老年人群及孕产等特殊时期患者亟待更安全有效的个体化治疗方案。传统中医药与新型西医疗法将充分弥补传统西医治疗的局限。中西医结合治疗在改善 AD 患者病情严重程度、稳定病情、减少或延缓复发、提高临床疗效和提高生活质量等有综合性的优势, 优于单纯西医治疗, 未增加不良反应。笔者制定了本指南(草案), 针对 AD 的病情严重程度推荐了中西医结合治疗策略, 如何将这些中医疗法和西医疗法更加有效地结合起来、融为一体, 而不是简单的叠加, 形成更高级别的证据需要进一步探索。

指南牵头人: 陈达灿(广东省中医院)

负责人: 顾军(上海市第十人民医院)、李红毅(广东省中医院)

执笔工作组: 莫秀梅(广东省中医院)、刘俊峰(广东省中医院)、林颖(广东省中医院)、梁云生(南方医科大学皮肤病医院)、李欣(上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院)、赵巍(河南省中医院)、孙晓冬(沈阳市中西医结合医院)

方法学:

李 慧(广东省中医院)

王洋洋(广东省中医院)

讨论专家:(43 人, 按照姓氏拼音排序):

白彦萍 中日友好医院

曾宪玉 武汉市中西医结合医院

陈柳青 武汉市第一医院

陈信生 广东省中医院

崔炳南 中国中医科学院广安门医院

翟晓翔 上海市第七人民医院

底大可 南方医科大学皮肤病医院

刁庆春 重庆市中医院

段行武 北京中医药大学东直门医院

范瑞强 广东省中医院

何 黎 昆明医科大学第一附属医院

李 斌 上海市皮肤病医院

李博鉴 中国中医科学院广安门医院

李福伦 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院

李邻峰 首都医科大学附属北京友谊医院

李铁男 沈阳市中西医结合医院

李元文 北京中医药大学东方医院

刘爱民 河南省中医院

刘 焯 广东省中医院

刘红霞 新疆医科大学附属中医医院

刘 巧 江西中医药大学第二附属医院

刘玉梅 广州市皮肤病医院

马 琳 首都医科大学附属北京儿童医院

闵仲生 江苏省中医院

曲剑华 首都医科大学附属北京中医医院

宋 坪 中国中医科学院

孙丽蕴 首都医科大学附属北京中医医院

谭 城 江苏省中医院

王禹毅 重庆市中医院

温 海 上海长征医院

吴晓霞 陕西中医药大学附属医院

肖 敏 成都中医药大学附属医院

许爱娥 杭州市第三人民医院

禚国维 广东省中医院

闫小宁 陕西省中医医院

杨 柳 南方医科大学中西医结合医院

杨志波 湖南中医药大学附属第二医院

叶建州 云南省中医医院

于希军 内蒙古医科大学附属医院

张丰川 北京中医药大学东方医院

张理涛 天津市中医药研究院附属医院

周冬梅 首都医科大学附属北京中医医院

朱慧婷 首都医科大学附属北京中医医院

参考文献:

- [1] 中华医学会皮肤性病学分会免疫学组, 特应性皮炎协作研究中心. 中国特应性皮炎诊疗指南(2020 版)[J]. 中华皮肤科杂志, 2020, 53(2): 81-88.
- [2] 世界中医药学会联合会皮肤科专业委员会. 国际中医临床实践指南特应性皮炎[J]. 世界中医药, 2021, 16(16): 2 367-2 370.
- [3] Silverberg JI, Chiesa Fuxench ZC, Gelfand JM, et al. Content and construct validity, predictors, and distribution of self-reported atopic dermatitis severity in US adults [J]. Ann Allergy Asthma Immunol, 2018, 121: 729-734. e4.
- [4] Katoh N, Ohya Y, Ikeda M, et al. Clinical practice guidelines for the management of atopic dermatitis 2018[J]. J Dermatol, 2019, 46: 1 053-1 101.
- [5] Diaz A, Guttman-Yassky E. Topical agents for the treatment of atopic dermatitis[J]. Expert Rev Clin Immunol, 2019, 15: 369-382.
- [6] Yang H, Wang J, Zhang X, et al. Application of topical phosphodiesterase 4 inhibitors in mild to moderate atopic dermatitis: A systematic review and meta-analysis [J]. JAMA Dermatol, 2019, 155: 585-593.
- [7] Merola JF, Sidbury R, Wollenberg A, et al. Dupilumab prevents flares in adults with moderate to severe atopic dermatitis in a 52-week randomized controlled phase 3 trial [J]. J Am Acad Dermatol,

- 2021, 84:495-497.
- [8] Akinlade B, Guttman-Yassky E, De Bruin-Weller M, et al. Con-junctivitis in dupilumab clinical trials [J]. *Br J Dermatol*, 2019, 181:459-473.
- [9] 广东省药学会. 特应性皮炎的合理用药指引[J]. *今日药学*, 2022, 32(3):161-175.
- [10] Beck LA, Deleuran M, Bissonnette R, et al. Dupilumab provides ac-ceptable safety and sustained efficacy for up to 4 years in an open-label study of adults with moderate-to-severe atopic dermatitis[J]. *Am J Clin Dermatol*, 2022, 23:393-408.
- [11] Silverberg JI, de Bruin-Weller M, Bieber T, et al. Upadacitinib plus topical corticosteroids in atopic dermatitis: Week 52 AD Up study results[J]. *J Allergy Clin Immunol*, 2022, 149:977-987. e14.
- [12] Simpson EL, Silverberg JI, Nosbaum A, et al. Correction to: Integrated safety analysis of abrocitinib for the treatment of moderate-to-severe atopic dermatitis from the phase II and phase III clinical trial program[J]. *Am J Clin Dermatol*, 2021, 22:905.
- [13] Rossi M, Rovati C, Arisi M, et al. A short cycle of narrow-band UVB phototherapy in the early phase of dupilumab therapy can provide a quicker improvement of severe atopic dermatitis [J]. *Dermatology*, 2021, 237:407-415.
- [14] Xiao H, Gu X, Huang Y, et al. Phototherapy for atopic dermatitis: Systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials[J]. *Photodermatol Photoimmunol Photomed*, 2022, 38: 233-240.
- [15] 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: 1 644-1 659.
- [16] Sum CH, Ching J, Zhang H, et al. Integrated Chinese and western medicine interventions for atopic dermatitis: A systematic review and meta-analysis[J]. *Chin Med*, 2021, 16: 101.
- [17] Li H, Sun X, He J, et al. Efficacy and safety of Chinese herbal medicine Jianpi formulas for atopic dermatitis: Evidence from 11 randomized controlled trials[J]. *J Cosmet Dermatol*, 2022, 21: 1 065-1 074.
- [18] 周晨, 张虹亚, 王建锋. 加减参苓白术散治疗儿童特应性皮炎脾虚蕴湿证 20 例[J]. *安徽中医药大学学报*, 2021, 40(6): 25-28.
- [19] 濮益菁, 吴卫刚, 吴治华. 当归归子加味联合氯雷他定治疗血虚风燥型特应性皮炎临床研究[J]. *新中医*, 2022, 54(10): 47-50.
- [20] 张敏霞, 赵一丁, 陈耀华. 消风散加减方联合地奈德乳膏治疗婴幼儿湿疹的临床效果[J]. *临床医学研究与实践*, 2021, 6(26): 125-127, 159.
- [21] 伊静. 经验方健脾润肤汤联合外用他克莫司膏治疗特应性皮炎脾虚血燥证的临床价值[J]. *特别健康*, 2021, 10(22): 155.
- [22] 王欣, 王冰, 王建国, 等. 消风止痒颗粒联合盐酸西替利嗪治疗皮炎湿疹的疗效观察[J]. *中国伤残医学*, 2013, 21(6): 218-219.
- [23] Li M, Zhou B, Zhou L, et al. Efficacy and safety of Runzao Zhiyang capsule as an add-on therapy for chronic eczema: A systematic review and meta-analysis[J]. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2021, 2021: 6 693 268.
- [24] 周俐宏, 孙晓丽, 柳舟, 等. 口服复方甘草酸苷联合常规疗法治疗皮炎湿疹疗效及安全性的 Meta 分析 [J]. *中国中西医结合皮肤性病学杂志*, 2019, 18(2): 97-102.
- [25] 吴蓓玲, 曹毅, 程立峰, 等. 皮炎消净饮 II 号联合窄谱中波紫外线对特应性皮炎患者细胞黏附分子及总 IgE 的影响[J]. *中华中医学杂志*, 2012, 27(5): 1 317-1 320.
- [26] 孙岩, 余展国. 苦参片口服联合窄谱中波紫外线照射对特应性皮炎患者外周嗜酸性粒细胞影响的探讨[J]. *贵阳中医学院学报*, 2011, 33(4): 75-77.
- [27] 王海亮, 阿米娜·哈布力, 木尼热阿·卡马里, 等. 润燥止痒胶囊联合 NB-UVB 照射治疗成人特应性皮炎的临床观察[J]. *中国中医药现代远程教育*, 2018, 16(11): 94-96.
- [28] Meaghan Coyle JL. Evidence-based clinical Chinese medicine: Atopic dermatitis[M]. Singapore: World Scientific Publishing Co. Pte. Ltd., 2019, 16.
- [29] 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.
- [30] 李鹏英, 李赋, 刘红霞. 依巴斯汀联合马齿苋治疗特应性皮炎的临床观察[J]. *中国现代应用药学*, 2020, 37(6): 736-740.
- [31] 许斌飞, 陈燕峰, 吴大兴. 除湿止痒软膏对特应性皮炎患儿免疫功能及血清 TNF- α 、IL-4、IL-6 水平的影响[J]. *现代医学与健康研究(电子版)*, 2020, 4(12): 65-67.
- [32] 杨硕, 吕健, 王连心, 等. 冰黄肤乐软膏治疗湿疹有效性和安全性的系统评价与 Meta 分析[J]. *中国中药杂志*, 2022, 47(10): 2 802-2 810.
- [33] 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杂志*, 2020, 19(6): 575-576.
- [34] 吴海娟. 0.05%地奈德软膏联合复方蛇脂软膏在婴幼儿特应性皮炎的治疗效果分析[C]//中国环球文化出版社, 华教创新(北京)文化传媒有限公司. 全国科研理论学术研究成果汇编. 惠州市皮肤病医院, 2020: 5.
- [35] 刘茜茜, 王位. 针刺联合吡美莫司乳膏治疗特应性皮炎的疗效观察[J]. *上海针灸杂志*, 2021, 40(11): 1 382-1 386.
- [36] 王红, 吴霞, 韩慧, 等. 火针联合西药治疗血虚风燥型特应性皮炎的临床疗效观察[J]. *基层中医药*, 2022, 1(6): 44-49.
- [37] 吴静. 刺络拔罐治疗特应性皮炎的临床观察[D]. 长沙: 湖南中医药大学, 2014.
- [38] 朱璐, 雷水生, 刘清, 等. 他克莫司软膏联合耳穴压豆治疗儿童特应性皮炎疗效观察[J]. *亚太传统医药*, 2021, 17(8): 108-111.
- [39] 张淳, 胡思源, 成金乐, 等. 小儿七星茶口服液与保和口服液对照治疗小儿积滞乳食内积证的临床研究[J]. *辽宁中医杂志*, 2014, 41(12): 2 621-2 624.
- [40] Dressler C, Rosumeck S, Werner RN, et al. Executive summary of the methods report for 'The EAACI/GA² LEN/EDF/WAO Guideline for the Definition, Classification, Diagnosis and Management of Urticaria. The 2017 Revision and Update [J]. *Allergy*, 2018, 73: 1 145-1 146.
- [41] Adam DN, Gooderham MJ, Beecker JR, et al. Expert consensus on the systemic treatment of atopic dermatitis in special populations[J]. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2023, 37: 1 135-1 148.
- [42] Campion NJ, Doralt A, Lupinek C, et al. Dupilumab reduces symptom burden in allergic rhinitis and suppresses allergen-specific IgE production[J]. *Allergy*, 2023, 78: 1 687-1 691.
- [43] 赵霞, 秦艳虹, 王有鹏, 等. 儿童哮喘中医诊疗指南(修订)[J]. *南京中医药大学学报*, 2022, 38(6): 476-482.
- [44] Wechsler ME, Ford LB, Maspero JF, et al. Long-term safety and efficacy of dupilumab in patients with moderate-to-severe asthma (TRAVERSE): An open-label extension study [J]. *Lancet Respir Med*, 2022, 10: 11-25.

(收稿日期: 2024-04-23)