

· 基层常见疾病诊疗指南 ·

儿童特应性皮炎基层诊疗指南(2023 年)

中华医学会 中华医学会杂志社 中华医学会皮肤性病学分会 中华医学会全科医学分会
中华医学会儿科学分会皮肤性病学组 中华医学会《中华全科医师杂志》编辑委员会
皮肤病与性病基层诊疗指南编写专家组

通信作者:马琳, 国家儿童医学中心 首都医科大学附属北京儿童医院皮肤科, 北京
100045, Email:bch_maleen@aliyun.com;王华, 重庆医科大学附属儿童医院皮肤科, 重庆
400015, Email:huawang@hospital.cqmu.edu.cn

【关键词】 特应性皮炎; 儿童; 指南

Guideline for primary care of atopic dermatitis in children(2023)

Chinese Medical Association, Chinese Medical Association Publishing House, Chinese Society of Dermatology, Chinese Society of General Practice, Dermatology and Venereology Group, Chinese Pediatric Society, Chinese Medical Association, Editorial Board of Chinese Journal of General Practitioners of Chinese Medical Association, Expert Group of Guidelines for Primary Care of Skin and Venereal Disease

Corresponding author: Ma Lin, Department of Dermatology, Beijing Children's Hospital, Capital Medical University, National Center for Children's Health, Beijing 100045, China, Email: bch_maleen@aliyun.com; Wang Hua, Department of Dermatology, Children's Hospital of Chongqing Medical University, Chongqing 400015, China, Email: huawang@hospital.cqmu.edu.cn

一、概述

(一)定义

特应性皮炎(atopic dermatitis, AD)又称“异位性皮炎”“遗传过敏性皮炎”,是一种与遗传过敏素质有关的慢性、复发性、炎症性、瘙痒性皮肤病。常于婴儿期起病,累及儿童及青少年,临床异质性明显,受累部位随年龄变化,婴儿期渗出倾向明显,瘙痒剧烈,严重影响患儿睡眠质量及生长发育,进而影响患儿及整个家庭的生命质量。特应性皮炎患儿常伴有食物过敏、哮喘、过敏性鼻炎、过敏性结膜炎等特应性疾病的个人史或家族史,同时可有外周血嗜酸粒细胞增多、血清 IgE 水平升高。

(二)流行病学

全球范围内特应性皮炎患病率差异较大,发达国家儿童患病率达 10%~20%,我国特应性皮炎患

病率呈逐年上升趋势,2002 年 10 个城市 1~7 岁儿童的患病率为 2.78%^[1],2014 年 12 个城市 1~7 岁儿童的患病率达到 12.94%^[2],而 1~12 个月婴儿的患病率高达 30.48%^[3]。

二、病因与发病机制

特应性皮炎的确切病因及发病机制尚不清楚,目前认为遗传因素是重要的内因,皮肤屏障功能障碍、免疫应答异常、皮肤菌群紊乱等是发病的基础。在婴儿期,食物过敏是重要的诱发因素,在儿童期和青春期,汗液是重要诱发因素之一;在所有年龄段,皮肤干燥和搔抓均可加重疾病。此外,心理因素如精神紧张、焦虑、抑郁等负面情绪也是特应性皮炎发病的重要促发因素。

三、临床表现

特应性皮炎不是单一皮肤疾病,有些特应性皮

DOI: 10.3760/cma.j.cn114798-20220915-00924

收稿日期 2022-09-15 本文编辑 白雪佳 赵静姝 刘岚

引用本文:中华医学会,中华医学会杂志社,中华医学会皮肤性病学分会,等. 儿童特应性皮炎基层诊疗指南(2023 年)[J]. 中华全科医师杂志, 2023, 22(1): 8-18. DOI: 10.3760/cma.j.cn114798-20220915-00924.



炎患儿先后或同时患有食物过敏、过敏性鼻炎/结膜炎和哮喘等特应性疾病,这些疾病发生、发展的过程称为特应性进程(atopic march),即在特定的年龄阶段,先后出现特应性临床表现,并持续多年,随着年龄的增长,某些症状可能占主导地位,而其他症状减轻或完全消失。通常儿童特应性皮炎和食物过敏是首发症状,逐渐发生过敏性鼻炎及哮喘等。

(一)典型临床表现

既往根据年龄将特应性皮炎分为3个临床阶段,即婴儿期、儿童期和青少年及成人期。目前倾向将成人期再细分为成人期和老年期。不同年龄段特应性皮炎患者临床表现各异,但基本特征均为皮肤干燥、湿疹样皮损及剧烈瘙痒。

1. 婴儿期(≤ 2 岁):最早出生后2周即可发生,以出生2个月以后发病者为多。皮损最常见于前额、面颊部、下颌及四肢伸侧,鼻部、口周及尿布区不易受累。初发皮损为面颊部瘙痒性红斑,继而在红斑基础上出现针尖大小的丘疹、丘疱疹,常融合成片,皮损呈多形性,中央重、边缘逐渐变轻,边界不清,由于剧烈搔抓、摩擦后很快形成糜烂、渗出和结痂等,皮损可迅速扩展至其他部位,如头皮、额、颈、腕及四肢伸侧等(图1)。患儿因瘙痒常烦躁伴哭闹不安,以至影响睡眠。病情时重时轻。部分患

儿在2岁以内逐渐好转、痊愈,部分患儿病情迁延并发展为儿童期特应性皮炎。

2. 儿童期($>2\sim 12$ 岁):可于婴儿期皮损缓解1~2年后发生,并逐渐加重,亦可自婴儿期延续发生。皮损主要累及四肢屈侧或伸侧,肘窝、腘窝最常受累(图2),其次为眼睑、颜面和颈部。皮损呈暗红色,渗出较婴儿期轻,常伴抓痕等继发皮损,久之形成苔藓样变。此期瘙痒仍很剧烈,形成“瘙痒-搔抓-瘙痒”的恶性循环。

3. 青少年及成人期($>12\sim 60$ 岁):可以从婴儿期、儿童期发展而来或于青少年期才发病。患者皮肤多呈弥漫性干燥,皮损好发于眼周、颈周、肘窝、腘窝、四肢、躯干,对称性分布。某些患者皮损局限,以掌跖部位明显,如表现为手湿疹或青少年非特异性足部皮炎;部分患儿呈痒疹样表现(图3)。

4. 老年期(>60 岁):见《特应性皮炎基层诊疗指南(2022年)》^[4]。

(二)非典型但具有特征性的临床表现

除了上述典型临床表现外,特应性皮炎患儿亦可有一些非典型但具有特征性的表现。

1. 干皮症:表现为皮肤干燥,可出现鳞屑,以四肢伸侧最常见。冬季加重,夏天减轻或消失。

2. 鱼鳞病:主要表现为皮肤角化过度、异常干



图1 特应性皮炎婴儿期的轻度(图1A)、中度(图1B)和重度(图1C)临床表现 图2 特应性皮炎儿童期的典型肘窝皮损表现,为红斑、丘疹、结痂及轻度苔藓样变 图3 特应性皮炎青少年期表现 图示面颈部、躯干弥漫分布大量红斑、丘疹、鳞屑、苔藓样斑块及色素沉着(图3A、3B)

燥、细碎的糠秕样鳞屑,胫前淡褐色至深褐色菱形或多角形鳞屑,中央固着,边缘翘起。特应性皮炎患者主要合并的是显性遗传性寻常型鱼鳞病(图4A)。

3. 毛周隆起:表现为干燥性毛囊性丘疹,成片分布(图4B)。

4. 白色糠疹:初起表现为单发或多发大小不等圆形或椭圆形、边界不清的淡红斑,1~2周后红斑逐渐消退,变为色素减退斑,表面干燥,上覆少量白色糠状鳞屑。多见于面部(图4C)。

5. 唇炎:表现为口唇或唇缘红肿,伴干燥、鳞屑和结痂,唇中央可有深的皲裂,可伴口角炎,自觉疼痛、烧灼感(图4D),多因患儿舔唇或咬唇引起。

6. Dennie-Morgan 眶下皱褶:发生在下睑皮肤上的皱褶(图4E)。

7. 眶周黑晕:发生在眶周的暗灰色晕,境界不清,无自觉症状(图4F)。

8. 掌纹症:手掌与大、小鱼际直角交叉的线状沟纹(图4G)。

9. 耳根裂隙/耳下裂隙:耳廓与头面部皮肤连接处(前部、后部和下部)出现红斑、裂隙、渗出及结痂(图4H)。

10. 乳头湿疹:乳头和乳晕红斑、丘疹或丘疱疹,伴有鳞屑或糜烂、渗出,可扩散到周围皮肤。常因搔抓和衣物摩擦刺激引起或加重(图4I)。

11. 非特异性手足皮炎:手足红斑、鳞屑、苔藓

化、角化过度、皲裂或剥脱性角质松解等。

12. 颈前皱褶:指颈前皮肤持续存在的苔藓化皮疹(图4J)。

13. 汗疱疹:手指侧缘、手掌、手背或足底及趾腹散在或成群分布的深在性水疱,呈“布丁”样外观,水疱液清或浑浊,干涸后形成脱皮鳞屑(图4K)。

(三)共患病与并发症

1. 过敏性共患病:10%的特应性皮炎患儿具有发生过敏进程的风险,包括食物过敏、过敏性鼻炎/结膜炎、过敏性哮喘和嗜酸性食道炎等。特应性皮炎患儿食物过敏的临床表现既可表现为单一的皮肤症状,也可表现为同时伴有其他系统的症状或特应性疾病,如可以为非湿疹样表现(由IgE介导的速发型过敏反应,通常在食物暴露后2h内出现症状,主要表现为皮肤红斑、全身潮红、风团乃至血管神经性水肿等,常可同时出现其他系统症状,包括胃肠道症状、呼吸道症状、眼部症状,甚至过敏性休克的症状等);也可以为湿疹样表现(由T细胞介导的迟发型过敏反应,通常发生在进食致敏食物后6~48h甚至数天后,主要表现为湿疹的复发,即从缓解期进入发作期,或原有的湿疹损害进一步加重);也可以为混合型表现。

2. 特应性皮炎皮肤并发症:细菌和病毒感染是特应性皮炎最常见的皮肤并发症。特应性皮炎患儿的皮肤表面定植金黄色葡萄球菌数量增加,尤其



图4 特应性皮炎的不典型临床表现 4A 鱼鳞病;4B 毛周隆起;4C 白色糠疹;4D 唇炎;4E Dennie-Morgan眶下皱褶;4F 眶周黑晕;4G 掌纹症;4H 耳下裂隙;4I 乳头湿疹;4J 颈前皱褶;4K 汗疱疹

在急性期,可合并脓疱疮(图 5A)。由于特应性皮炎皮肤屏障破坏和免疫异常,皮损处易合并单纯疱疹病毒感染,诱发疱疹样湿疹(图 5B)。该病多发生于儿童,常伴有发热、乏力和淋巴结肿大。此外,寻常疣、扁平疣(图 5C)和传染性软疣(图 5D)也易发生。

3. 其他:常见特应性角结膜炎和儿童春季角结膜炎。临床表现为易流泪和黏性分泌物,自觉眼痒感、烧灼感。儿童春季角结膜炎的特征为上睑结膜出现“铺路石样”乳头增生,特应性角结膜炎更易瘢痕化。其他不常见的眼部并发症包括圆锥角膜、囊下白内障、前极性白内障等。此外,在病情严重和合并严重睡眠障碍的特应性皮炎患儿中常见精神疾病,如抑郁、焦虑、自杀倾向、行为障碍和自闭症等。

四、诊断与鉴别诊断

(一)诊断

1. 诊断:根据不同时期的临床表现,结合患儿及其家族遗传过敏史(哮喘、过敏性鼻炎或特应性皮炎等)、嗜酸粒细胞增高和血清 IgE 升高等特点,应考虑本病的可能。

目前,特应性皮炎有多种诊断标准,我国针对婴儿和儿童制定了中国婴儿特应性皮炎诊断标准(适合 0~1 岁)(表 1)和中国儿童特应性皮炎诊断标准(适合 1~12 岁)(表 2)^[5],青少年(12~18 岁)可参考中国成人/青少年特应性皮炎诊断标准(适合 12 岁以上青少年和成人)(表 3)^[6]。

2. 严重程度评估:特应性皮炎病情严重程度的评价方法较多,常用的有特应性皮炎评分(scoring atopic dermatitis index, SCORAD)、湿疹面积和严重程度指数评分(eczema area and severity index, EASI)、研究者整体评分法(investigator's global

表 1 中国婴儿特应性皮炎诊断标准^[5]

条目	内容
1	出生 2 周后发病
2	与皮疹同步发生的瘙痒/易激惹/睡眠障碍
3	以上 2 点加上以下 2 点中的任意 1 点,均可诊断特应性皮炎 (1)面部和/或头皮和/或四肢伸侧的湿疹样损害 (2)身体其他任意部位的湿疹损害同时伴有干皮症

注:需排除接触性皮炎、婴儿脂溢性皮炎、银屑病、疥疮,或遗传代谢性疾病和淋巴瘤

表 2 中国儿童特应性皮炎诊断标准^[5]

条目	内容
1	瘙痒
2	典型的形态和部位(屈侧皮炎)或不典型的形态和部位同时伴发干皮症
3	慢性或慢性复发性病程

注:同时具备以上 3 条即可诊断特应性皮炎。典型的形态和部位(屈侧皮炎)包括儿童面部和肢端受累;非典型的形态和部位包括:①典型的湿疹样皮疹发生在非屈侧部位(头皮皮炎、眼睑湿疹、乳头湿疹、外阴湿疹、钱币状湿疹、指尖湿疹、非特异性手部或足部皮炎/特应性冬季足、甲或甲周湿疹和身体其他部位的湿疹样皮疹);②非典型湿疹样皮疹(单纯糠疹、唇炎、耳下和耳后/鼻下裂隙、痒疹、汗疱疹、丘疹性苔藓样变异)

表 3 中国成人/青少年特应性皮炎诊断标准^[6]

条目	内容
1	病程>6 个月的对称性湿疹
2	特应性个人史和/或家族史(包括湿疹、过敏性鼻炎、哮喘、过敏性结膜炎等)
3	血清总 IgE 升高和/或外周血嗜酸粒细胞升高和/或过敏原特异性 IgE 阳性(过敏原特异性 IgE 检测 2 级或 2 级以上阳性)

注:符合第 1 条,另外加第 2 条或第 3 条中的任何 1 条,即可诊断特应性皮炎。需要排除接触性皮炎、Wiskott-Aldrick 综合征、高 IgE 综合征、淋巴瘤等疾病

assessment, IGA)、瘙痒程度视觉模拟尺评分(visual analogue scale, VAS)等。这些方法评价内容较多,比较适用于临床研究。基层医务工作者可采用简



图 5 特应性皮炎合并细菌和病毒感染的临床表现 5A 脓疱疮;5B 疱疹样湿疹;5C 足踝部寻常疣;5D 躯干部位传染性软疣

单易行的指标进行判断^[7],如:轻度为皮损占体表面积<5%;中度为皮损占体表面积5%~10%,或皮疹反复发作;重度为皮损占>10%体表面积,或皮炎呈持续性,瘙痒剧烈影响睡眠。此法虽然存在一些不足,但对于基层医生却是一个简单易行的评估方法。此外,口周受累影响进食者、眼周受累影响视物者、外阴肛周受累严重、影响睡眠者,均需参照中、重度进行管理。疾病严重程度评估可作为制定治疗方案的依据,中重度患儿建议转诊至上级医疗机构。

3. 特应性皮炎患儿相关食物过敏的诊断:在临床实践中,特应性皮炎相关食物过敏的诊断存在诸多误区,如过敏原检测方法选择不恰当、结果解释不规范、诊断过度与诊断不足情况并存,尤其是婴幼儿期特应性皮炎患儿,正确诊断及管理对患儿生长发育极其重要。《儿童特应性皮炎相关食物过敏诊断与管理专家共识》明确提出,轻度特应性皮炎患儿如没有食物速发过敏反应史或不伴有消化道症状,无需进行食物过敏筛查^[8]。但以下情况需要进行详细的食物过敏筛查:

(1)既往对1种或多种食物有速发过敏反应史。

(2)持续中重度特应性皮炎(即使无食物速发过敏反应史,无可疑食物致湿疹反应史)。

(3)患者或家长确信食物是加重特应性皮炎的触发因素(即使无明显速发过敏反应史)。

特应性皮炎患儿合并食物过敏的诊断需结合病史(包括详细过敏史和喂养史)、临床表现及相关辅助检查[包括皮肤点刺试验(skin prick test, SPT)、血清特异性 IgE(sIgE)检测、特应性斑贴试验(atopic patch test, APT)及口服食物激发试验(oral food challenge test, OFC)]进行综合判断。特应性皮炎患儿在 OFC 前,需先诊断性饮食排除,严格回避可疑致敏食物4~6周,若疑为牛奶蛋白过敏,建议饮食回避期间使用完全无过敏原的氨基酸配方粉(amino-acid based formulas, AAF)替代。需要注意的是,这些检查并不能发现所有的过敏原,也不能单纯通过筛查“确诊”过敏原。具体流程见图6。

(二)鉴别诊断

在婴儿和儿童期,常需要鉴别诊断的疾病包括炎症性疾病(如头面部脂溢性皮炎、银屑病等)、感染性疾病(如疥疮、皮肤真菌感染等)、遗传代谢性疾病(如 Wiskott-Aldrich 综合征、高 IgE 综合征、Netherton 综合征、Blau 综合征、肠病性肢端皮炎等)以及肿瘤性疾病(如朗格汉斯细胞组织细胞增生等)。在青少年期,常需鉴别诊断的疾病包括接触性皮炎、银屑病、副银屑病、玫瑰糠疹、疥疮、皮肤真菌感染、皮炎、红斑狼疮、药疹、移植物抗宿主病等。

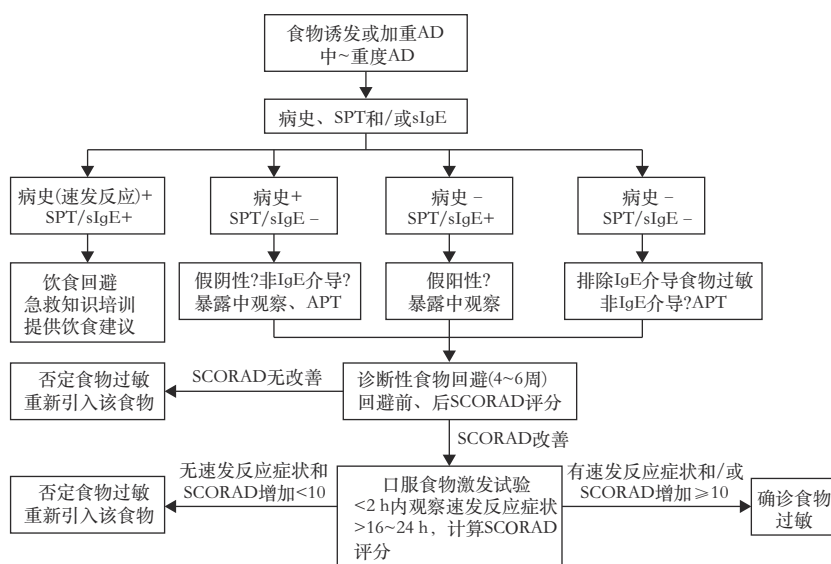
五、治疗与管理

儿童特应性皮炎治疗的目标是缓解或消除临床症状,祛除诱发和/或加重因素,减少或减轻合并症,减少和预防复发,保障患儿正常生长发育,提高患儿及家庭的生命质量^[9]。儿童特应性皮炎的长期治疗管理涉及以下方面。

(一)患儿及家长教育

特应性皮炎是慢性复发性疾病,其治疗管理是一个复杂且漫长的过程,患儿治疗依从性差,常导致治疗效果欠佳。患者治疗教育(therapeutic patient education, TPE)是做好特应性皮炎长期治疗管理的基础^[10-11]。其内容包括:

1. 使患者或家属全面了解疾病:由于本病的慢性、复发性特点,需要基层医生帮助护理人员了解疾病常见的诱发及加重因素,并指导其采取一定的措施避免;同时需要科学、全面地向护理人员讲解



注:AD 特应性皮炎;sIgE 血清特异性免疫球蛋白E;SPT 皮肤点刺试验;APT 特应性斑贴试验;SCORAD 特应性皮炎评分;+阳性;-阴性

图6 特应性皮炎相关食物过敏诊断流程^[8]

有关疾病的病因及发病机制,在此基础上使其客观认识疾病治疗的重要性。

2. 疾病严重程度评估及用药指导:需要基层医生指导护理人员对患儿特应性皮炎的严重程度进行综合评估,协助中重度特应性皮炎患儿转诊至皮肤科或设有儿童皮肤科的专科医院治疗,疾病缓解后与护理人员制定合理、可行的随访计划;治疗及随访过程中,向护理人员说明药物(尤其是外用药)的使用方法、阶段性治疗的预期效果、调整用药的预期疗效及药物相关的不良反应等。

3. 心理指导:特应性皮炎患儿及其护理人员长期受疾病困扰,可能出现焦虑等心理问题,需要基层医生适时给予心理指导。

(二)皮肤基础护理

正确的沐浴方式及使用功效性润肤剂为特应性皮炎的基础治疗,有助于恢复和保持皮肤屏障功能。

1. 沐浴:沐浴能清除皮肤表面的碎屑及痂皮,清洁皮肤;减少皮肤表面的金黄色葡萄球菌定植,降低细菌感染的概率;增加皮肤含水量;增加亲子间的乐趣,促进感情交流。在沐浴过程中禁止搓澡,以免破坏皮肤屏障。水温以 32~38℃ 为宜,1 次/d 或隔日 1 次,每次 5~10 min;推荐使用低敏无刺激弱酸性(pH 值 5~6)的洁肤用品^[12]。

2. 使用功效性润肤剂恢复和保持皮肤屏障功能^[13]:由于特应性皮炎患者皮肤屏障功能损伤,皮损及非皮损部位均存在不同程度的异常,因此建议全身使用润肤剂。外用润肤剂不仅可以阻止皮肤水分蒸发,增加皮肤含水量,还可以外源性补充皮肤脂质含量,修复皮肤屏障功能。关于润肤剂的使用方法,强调“多用”,推荐特应性皮炎患儿每周使用 150~200 g,浴后 3~5 min 内使用效果最佳。

3. 避免诱发和加重因素:环境是重要的诱发和加重因素。注意避免热刺激和减少出汗,贴身衣物应选择略薄、宽松柔软的纯棉制品;居室环境应凉爽、通风和洁净;勤换衣物和床单,不养宠物、不铺地毯、不养花草,尽量减少生活环境中的变应原。

(三)特应性皮炎患儿相关食物过敏的管理

对伴有食物过敏的特应性皮炎

炎患儿,需要在常规特应性皮炎外用药物和/或系统治疗基础上,进行长期且细致的饮食管理,同时监测生长发育情况,包括身高、体重、头围(<2 岁的婴幼儿)。

根据食物过敏发生的机制不同,饮食管理主要包括以下几方面:

1. IgE 介导的食物过敏应严格避食致敏食物,并需要定期随访以评估其过敏症状是否持续,同时告知护理人员急救措施,必要时可转诊至专科医生。

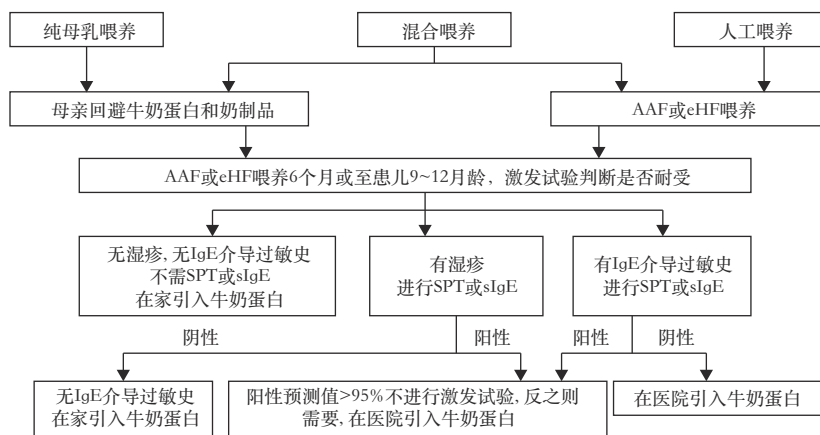
2. 对非 IgE 介导的食物过敏尚无特异性诊断检查,可根据食物日记、诊断性饮食回避及 OFC 结果确定致敏食物。

一旦明确食物过敏原与特应性皮炎的关系,应在完全回避致敏食物的同时,寻找营养丰富、安全可靠的替代品以满足患儿生长发育的需求。需要注意的是,在未明确致敏食物前切不可盲目避食,以免患儿营养不良。

牛奶过敏的特应性皮炎患儿除了回避牛奶之外,可根据需要采用 AAF 或深度水解蛋白配方粉替代。纯母乳喂养儿和混合喂养儿的母亲应回避牛奶和奶制品。如母亲在回避牛奶和奶制品后,患儿经过规范抗炎治疗仍无效,可直接采用 AAF 喂养。建议每 6 个月重新评估患儿是否耐受牛奶蛋白,评估后可根据牛奶蛋白过敏的特应性皮炎患儿饮食管理方案逐渐引入牛奶蛋白,具体流程见图 7。

(四)外用药物治疗

目前常用于儿童特应性皮炎的外用药物包括糖皮质激素、钙调神经磷酸酶抑制剂和磷酸二酯



注:AAF 特殊氨基酸配方粉;eHF 深度水解蛋白配方粉;SPT 皮肤点刺试验;sIgE 血清特异性免疫球蛋白 E

图 7 特应性皮炎相关牛奶蛋白过敏患儿饮食管理方案^[8]

酶-4(phosphodiesterase 4, PDE4)抑制剂。关于外用用药的使用剂量参考指尖单位(fingertip units, FTU)的计量方法:将一个FTU定义为管口直径5 mm的标准外用膏管中挤出的可以覆盖从成人食指远端指节皱处到食指尖的软膏剂量,用于涂抹2个手掌的皮损面积。

1. 外用糖皮质激素:目前局部外用糖皮质激素为特应性皮炎治疗的一线药物。临床中应根据患儿皮损严重程度、年龄、发病部位、皮损的分期(急性、亚急性、慢性期)、所处季节等因素,选择合适强度的制剂,足量、足疗程使用。外用糖皮质激素的强度、种类及使用条件见表4。

外用糖皮质激素制剂的注意事项:

(1)与患儿家长和护理人员充分沟通外用糖皮质激素治疗的必要性及安全性,消除护理人员的激素恐惧,告知其正确的使用方法、用药频率等,提高护理人员对医嘱的执行力度。

(2)外用糖皮质激素制剂强度的选择:强调把疾病严重程度作为首要因素考虑,不能单纯按照患儿年龄选择治疗药物。初治时应选用强度足够的制剂,以求快速控制炎症,此后逐渐降低外用制剂强度或使用钙调神经磷酸酶抑制剂或PDE4抑制剂维持治疗。

使用方法:在急性期或亚急性期,选用足够强效价的激素膏剂,1~2次/d外用,根据皮损恢复情况,连续应用最短不少于2周,最长不超过6周;然后再根据皮损的具体情况进一步调整激素的强度、浓度及用量(表5),通常将激素用药频率调整为每周应用2 d维持治疗,可维持疗程16周^[15]。在维持过程中,如病情出现反复,可恢复至每日用药情况。当皮肤炎症完全控制后,建议继续每周2次外用激素制剂或钙调神经磷酸酶抑制剂,同时应用润肤剂进行维持治疗,使皮损长期处于缓解状态^[16]。

(3)外用糖皮质激素剂型的选择:急性期无渗液或渗出不多者可用糖皮质激素霜剂,渗出多者可用先用3%硼酸溶液冷湿敷,外用氧化锌油,渗出减少后用糖皮质激素霜剂。亚急性期可选用糖皮质激素乳剂、糊剂,为防止和控制继发性感染,可加用抗菌药物。慢性期可选用软膏、硬膏。顽固性局限性皮损可用糖皮质激素作皮损内注射或短期内使用中效或弱效糖皮质激素进行湿包裹治疗^[17]。

(4)特殊部位外用糖皮质激素制剂的使用:面、颈、阴囊等皮肤皱褶部位皮肤较薄,经皮吸收能力较强,原则上使用弱效或中效制剂,1~2次/d,持续1~2周,之后采用间断疗法或外用钙调磷酸酶抑制剂替代治疗。对于面部仅有皮肤干燥或轻度皮损

表4 外用糖皮质激素的强度、种类及使用条件^[14]

作用强度	中文药品名	浓度(%)	儿童使用条件	作用强度	中文药品名	浓度(%)	儿童使用条件
弱效	醋酸氢化可的松	0.1	儿童可用	强效	丙酸倍氯米松	0.025	婴儿慎用
	醋酸甲泼尼龙	0.25	儿童可用		糠酸莫米松	0.1	儿童可用
	地奈德	0.05	儿童可用		氟氢松	0.025	>6岁应用
中效	醋酸泼尼松龙	0.5	儿童可用	超强效	氯氟舒松	0.025	儿童慎用
	醋酸地塞米松	0.05	儿童可用		戊酸倍他米松	0.05	安全性未确定
	丁酸氯倍他松	0.05	>10岁应用		丙酸氯倍他索	0.02~0.05	>12岁应用
	曲安奈德	0.025~0.100	儿童可用		氯氟舒松	0.1	儿童慎用
	丙酸氟替卡松	0.05	>1岁应用		戊酸倍他米松	0.1	安全性未确定
	丁酸氢化可的松	0.1	儿童可用		卤美他松	0.05	>12岁应用
	醋酸氟氢可的松	0.025	婴儿慎用		双醋二氟松	0.05	儿童慎用
	氟氢松	0.01	>6岁应用				

表5 特应性皮炎根据病情严重程度选择外用药物的原则^[18]

疾病严重程度	健康教育	基础治疗	外用糖皮质激素制剂	钙调磷酸酶抑制剂(≥2岁适用)
仅有皮肤干燥	+	+	-	-
轻度	+	+	弱效或中效	+
中度	+	+	<2岁:中效或弱效 2~12岁:强效或中效 ≥12岁:超强效或强效	+
重度-反复难治型	+	+	<2岁:强效或中效 ≥2岁:超强效或强效	+

注: +可用, -不用

的患儿,原则上仅使用保湿润肤剂,如效果不佳可短期内使用弱效糖皮质激素制剂。

2. 外用钙调神经磷酸酶抑制剂 (topical calcineurin inhibitors): 主要有 1% 吡美莫司乳膏和 0.03% 或 0.10% 他克莫司软膏。通常与外用激素联合应用或序贯使用,即短期内使用糖皮质激素控制炎症,之后转换为外用钙调神经磷酸酶抑制剂主动维持治疗。

外用钙调神经磷酸酶抑制剂应用的注意事项:

(1) 目前我国批准钙调神经磷酸酶抑制剂 (0.03% 他克莫司和吡美莫司) 外用于 >2 岁的特应性皮炎患儿,其中 0.10% 的他克莫司软膏适用于成人。

(2) 常见不良反应为局部烧灼和刺激感,不适用于皮肤有糜烂和溃疡处。临床上在处方该药物时,应提前告知患儿护理人员如何避免不良反应,比如将药膏放在冰箱中冷藏后使用。

3. PDE4 抑制剂^[19-21]: 为一种新型小分子药物。PDE4 抑制剂的使用注意事项如下。

(1) 我国批准的 PDE4 抑制剂克立硼罗软膏用于治疗 ≥2 岁的轻、中度特应性皮炎患儿,但临床上对于中度特应性皮炎患儿,建议先外用糖皮质激素制剂 2~4 周控制急性炎症,之后使用克立硼罗软膏进行维持治疗。

(2) PDE4 抑制剂常见不良反应与外用钙调神经磷酸酶抑制剂类似,提前告知患儿护理人员使用冰箱冷藏保存药物,可减轻其刺激性不良反应。

(五) 系统药物治疗

1. 系统抗炎药或靶向药物: 对于规范且充分外用药物治疗仍不能控制的难治型、中、重度特应性皮炎患者,可酌情选用系统治疗,如糖皮质激素、度普利尤单抗、Janus 激酶 (Janus kinase, JAK) 抑制剂、环孢素等。此类患儿建议转诊至上级医院。

2. 抗微生物治疗: 当继发大面积细菌感染或伴发系统性感染症状时,可给予系统抗菌治疗,首选一代或二代头孢类抗菌药物或半合成青霉素。继发单纯疱疹病毒感染时,首选阿昔洛韦治疗。视患儿病情,必要时可酌情使用注射用人血丙种球蛋白。但由于该类患儿年龄小、皮肤屏障功能差、易发生病毒性肺炎及病毒性脑炎等不良事件,因此建议基层医生疑诊患儿存在此类情况时,及时将其转诊至上级医院。

3. 抗组胺药: 瘙痒是特应性皮炎的主要症状,会严重影响患儿的睡眠。急性期,在外用治疗充分的前提下,若患儿仍瘙痒严重,可酌情短期内使用

抗组胺药,瘙痒控制后及时停药。由于第一代抗组胺药对睡眠质量 (快速动眼相延迟并减少) 及学习认知能力的影响,不推荐儿童特应性皮炎患者长期使用。儿童应用抗组胺药需注意年龄限制,按照药品说明书,第二代抗组胺药中,除左西替利嗪口服溶液、地氯雷他定干混悬剂可应用于 >6 个月的婴儿、西替利嗪滴剂可应用于 1 岁以上婴儿之外,大多数第二代抗组胺药的限制应用年龄 >2 岁。但也有循证医学证据显示西替利嗪及氯雷他定在 6 个月和 >1 岁儿童应用的安全性记录^[22-23]。

(六) 紫外线照射治疗

紫外线照射治疗是治疗特应性皮炎的有效方法^[24],对慢性肥厚性或苔藓样变皮损较为有效,但不建议用于特应性皮炎急性发作期。窄谱中波紫外线 (narrow band UVB, NB-UVB) 和 UVA1 安全有效。

紫外线照射治疗的注意事项:

1. 局部照射治疗对年龄限制较小,在患儿配合的情况下均可使用。全身照射治疗目前多用于 12 岁以上患儿。

2. 紫外线照射治疗可与其他治疗联合使用,且推荐与外用药联合使用,照射治疗后注意全身使用润肤剂。

3. 由于紫外线照射治疗初期需观察患儿照射后的红斑反应进行能量调整,同时紫外线照射治疗建议每周 2~3 次,因此建议患儿在上级医院进行初期的照射治疗,之后至基层医生处复诊,进行后续治疗。

(七) 中医中药

必要时可联合治疗,应根据临床症状和体征进行辨证施治。

六、转诊建议

对于有下列情况的患者,建议转诊处理:

1. 病情评估为中重度,需要系统使用生物制剂或免疫抑制剂的患儿。

2. 病情复杂,伴有其他并发症的患儿。

3. 伴有多系统或者器官受累及的患儿。

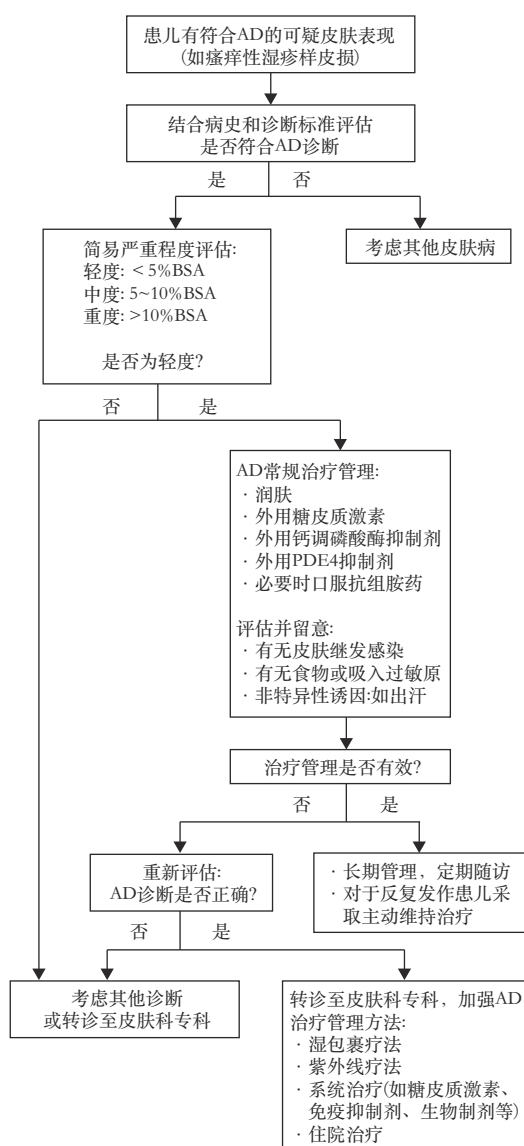
4. 具有湿疹样表现,但有可能是其他遗传、炎症、自身免疫或肿瘤性皮肤病患儿。

5. 诊断不清。

6. 常规治疗效果不佳。

以上几种情况建议转诊至上级医院及时诊治,病情控制好转后可在皮肤专科医生指导下回基层巩固维持治疗。

儿童特应性皮炎基层治疗管理及转诊流程见图 8。



注:AD 特应性皮炎;BSA 皮损面积;PDE4 磷酸二酯酶-4

图8 儿童特应性皮炎基层治疗管理及转诊流程图

七、预防

预防疾病反复发作是特应性皮炎治疗管理很重要的一方面。儿童特应性皮炎的预防策略包括:①皮肤屏障修复:有证据表明特应性皮炎患儿规律使用功效性护肤品,能减少疾病复发频率,减轻特应性皮炎严重程度、延长特应性皮炎缓解期,减少外用糖皮质激素的用量^[13]。②对于有食物过敏高危因素的特应性皮炎婴儿,可通过早期(4~6月龄)引入可疑致敏食物,诱导免疫耐受,降低特应性皮炎患儿发生食物过敏的风险^[25]。③Meta分析结果显示,含有乳酸杆菌成分的益生菌制剂,对中重度特应性皮炎患儿有保护作用^[26]。

本指南旨在为基层医生提供规范化的儿童特应性皮炎诊疗参考。当临床实践中,按照上述

诊疗规范进行治疗但效果欠佳时,首先应评估特应性皮炎诊断是否明确,是否需要与有湿疹样皮损的相关疾病进行鉴别。当诊断明确时,则对病情进行进一步评估,根据目前评估的严重程度决定下一步治疗方案:首先寻找可疑的未去除的诱因并指导回避,加强基础治疗及患者教育,同时按目前的严重程度加强相应的治疗。希望未来能通过全科医生、皮肤科专科医生、家长和看护人的共同努力,使特应性皮炎患儿的病情处于长期缓解状态,以改善患儿及整个家庭的生命质量。

皮肤病与性病基层诊疗指南编写专家组:

组长:陆前进 迟春花

副组长:郑捷 高兴华 王永晨 吴浩

秘书长:程波 刘岚

皮肤病与性病专家组成员(按姓氏拼音排序):陈爱军(重庆医科大学附属第一医院);陈翔(中南大学湘雅医院);程波(福建医科大学附属第一医院);何黎(昆明医科大学第一附属医院);高兴华(中国医科大学附属第一医院);顾恒(中国医学科学院皮肤病医院);赖维(中山大学附属第三医院);栗玉珍(哈尔滨医科大学附属第二医院);梁源(首都医科大学附属北京儿童医院);刘全忠(天津医科大学总医院);陆前进(中国医学科学院皮肤病医院);马琳(首都医科大学附属北京儿童医院);木其日(内蒙古自治区国际蒙医医院);冉玉平(四川大学附属华西医院);田晶(首都医科大学附属北京儿童医院);涂平(北京大学第一医院);王刚(第四军医大学西京医院);王华(重庆医科大学附属儿童医院);王珊(首都医科大学附属北京儿童医院);肖生祥(西安交通大学附属第二医院);徐金华(复旦大学附属华山医院);杨蓉娅(解放军总医院第七医学中心);姚煦(中国医学科学院皮肤病医院);姚志荣(上海交通大学附属新华医院);张福仁(山东第一医科大学附属皮肤病医院);张建中(北京大学人民医院);纪超(福建医科大学附属第一医院);张学军(苏州大学附属独墅湖医院);郑捷(上海交通大学附属瑞金医院)

全科专家组成员(按姓氏拼音排序):陈晨(上海市静安区江宁路社区卫生服务中心);陈丽英(浙江大学医学院附属邵逸夫医院);陈琳(上海市普陀区中心医院);迟春花(北京大学第一医院);丁静(首都医科大学附属复兴医院月坛社区卫生服务中心);方力争(浙江大学医学院附属邵逸夫医院);冯玫(山西白求恩医院);黄敏(南京医科大学附属苏州医院);姜岳(清华大学第一附属医院);孔懿(北京市丰台区方庄社区卫生服务中心);刘岚(中华医学杂志);潘志刚(复旦大学附属中山医院);沙悦(北京协和医院);史玲(上海市普陀区卫生健康事务管理中心);习森(北京市怀柔区怀柔镇社区卫生服务中心);肖雪(遵义医科大学附属医院);

杨华(复旦大学附属中山医院);易春涛(上海市徐汇区枫林街道社区卫生服务中心);王留义(河南省人民医院);王荣英(河北医科大学第二医院);王尚才(北京市昌平区沙河医院);王永晨(哈尔滨医科大学附属第二医院);吴浩(首都医科大学全科医学与继续教育学院);尹朝霞(深圳大学医学部全科医学系);张跃红(北京市西城区展览路社区卫生服务中心);朱兰(上海市徐汇区斜土街道社区卫生服务中心)

本指南执笔专家:田晶 王珊 梁源 马琳 王华

审校专家:陆前进 迟春花

利益冲突 所有作者声明不存在利益冲突

参 考 文 献

- [1] 顾恒, 尤立平, 刘永生, 等. 我国 10 城市学龄前儿童特应性皮炎现状调查[J]. 中华皮肤科杂志, 2004, 37(1): 29-31. DOI: 10.3760/j.issn:0412-4030.2004.01.011.
Gu H, You LP, Liu YS, et al. Survey on the prevalence of childhood atopic dermatitis in ten cities of China[J]. Chin J Dermatol, 2004, 37(1): 29-31. DOI: 10.3760/j.issn:0412-4030.2004.01.011.
- [2] Guo Y, Li P, Tang J, et al. Prevalence of atopic dermatitis in Chinese children aged 1-7 ys[J]. Sci Rep, 2016, 6: 29751. DOI: 10.1038/srep29751.
- [3] Guo Y, Zhang H, Liu Q, et al. Phenotypic analysis of atopic dermatitis in children aged 1-12 months: elaboration of novel diagnostic criteria for infants in China and estimation of prevalence[J]. J Eur Acad Dermatol Venereol, 2019, 33(8): 1569-1576. DOI: 10.1111/jdv.15618.
- [4] 中华医学会, 中华医学杂志社, 中华医学会皮肤性病学分会, 等. 特应性皮炎基层诊疗指南(2022 年)[J]. 中华全科医师杂志, 2022, 21(7): 609-619. DOI: 10.3760/cma.j.cn114798-20220215-00102.
Chinese Medical Association, Chinese Medical Journals Publishing House, Chinese Society of Dermatology, et al. Guideline for primary care of atopic dermatitis(2022)[J]. Chin J Gen Pract, 2022, 21(7): 609-619. DOI: 10.3760/cma.j.cn114798-20220215-00102.
- [5] 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(3): 542-548. DOI: 10.1111/jdv.15979.
- [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(7): 757-762. DOI: 10.4103/0366-6999.178960.
- [7] 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(2014 版)[J]. 中华皮肤科杂志, 2014, 47(7): 511-514. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0412-4030.2014.07.018.
Atopic Dermatitis Working Group, Immunology Group, Chinese Society of Dermatology. Guideline for diagnosis and treatment of atopic dermatitis in China (2014)[J]. Chin J Dermatol, 2014, 47(7): 511-514. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0412-4030.2014.07.018.
- [8] 中国医师协会皮肤科医师分会儿童皮肤病专业委员会, 中

华医学会皮肤性病学分会儿童学组, 中华医学会儿科学分会皮肤性病学组. 儿童特应性皮炎相关食物过敏诊断与管理专家共识[J]. 中华皮肤科杂志, 2019, 52(10): 711-716. DOI: 10.35541/cjd.20190586.

Pediatric Dermatology Committee, China Dermatologist Association, Pediatric Dermatology Group, Chinese Society of Dermatology, Dermatology and Venereology Group, Chinese Pediatric Society, Chinese Medical Association. Expert consensus on diagnosis and management of food allergy in children with atopic dermatitis[J]. Chin J Dermatol, 2019, 52(10): 711-716. DOI: 10.35541/cjd.20190586.

- [9] 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. DOI: 10.35541/cjd.20191000.
Atopic Dermatitis Working Group, Immunology Group, Chinese Society of Dermatology. Chinese guideline for diagnosis and treatment of atopic dermatitis (2020)[J]. Chin J Dermatol, 2020, 53(2): 81-88. DOI: 10.35541/cjd.20191000.
- [10] Liang Y, Tian J, Shen CP, et al. Therapeutic patient education in children with moderate to severe atopic dermatitis: a multicenter randomized controlled trial in China[J]. Pediatr Dermatol, 2018, 35(1): 70-75. DOI: 10.1111/pde.13362.
- [11] 田晶, 申春平, 马琳. 患者治疗教育在儿童特应性皮炎长期治疗管理中的作用[J]. 中国皮肤性病学杂志, 2016, 30(7): 691-694. DOI: 10.13735/j.cjdv.1001-7089.201511102.
Tian J, Shen CP, Ma L. The role of therapeutic patient education in the long-term management of children with atopic dermatitis[J]. Chin J Dermatovenereol, 2016, 30(7): 691-694. DOI: 10.13735/j.cjdv.1001-7089.201511102.
- [12] 田晶, 马琳. 特应性皮炎的基础护理[J]. 中国医学文摘皮肤科学, 2016, 33(2): 195-200.
Tian J, Ma L. The primary care of atopic dermatitis[J]. China Medical Abstract of Dermatology, 2016, 33(2): 195-200.
- [13] 中华医学会皮肤性病学分会儿童学组, 中国医师协会皮肤科医师分会儿童皮肤病专业委员会. 功效性护肤品在儿童特应性皮炎中的应用指南[J]. 中国皮肤性病学杂志, 2020, 34(9): 977-981. DOI: 10.13735/j.cjdv.1001-7089.202006019.
Pediatric Dermatology Group of Chinese Society of Dermatology, Pediatric Dermatology Committee of Dermatologist Branch of Chinese Medical Doctor Association. Guidelines for the application of functional skin care products in children with atopic dermatitis[J]. Chin J Dermatovenereol, 2020, 34(9): 977-981. DOI: 10.13735/j.cjdv.1001-7089.202006019.
- [14] 中华人民共和国国家卫生健康委员会. 关于印发《糖皮质激素类药物临床应用指导原则》的通知[EB/OL]. (2011-02-16) [2022-09-10]. http://www.gov.cn/gzdt/2011-02/24/content_1810219.htm.
National Health Commission of the People's Republic of China. Notice on the issuance of Guidelines for the clinical use of glucocorticoid drugs[EB/OL]. (2011-02-16) [2022-09-10]. http://www.gov.cn/gzdt/2011-02/24/content_1810219.htm.
- [15] Berth-Jones J, Damstra RJ, Golsch S, et al. Twice weekly fluticasone propionate added to emollient maintenance treatment to reduce risk of relapse in atopic dermatitis:

- randomised, double blind, parallel group study[J]. BMJ, 2003, 326(7403):1367. DOI: 10.1136/bmj.326.7403.1367.
- [16] Peserico A, Städtler G, Sebastian M, et al. Reduction of relapses of atopic dermatitis with methylprednisolone aceponate cream twice weekly in addition to maintenance treatment with emollient: a multicentre, randomized, double-blind, controlled study[J]. Br J Dermatol, 2008, 158(4): 801-807. DOI: 10.1111/j.1365-2133.2008.08436.x.
- [17] 王珊, 马琳. 湿包裹治疗 13 例儿童重度特应性皮炎临床效果观察[J]. 中华皮肤科杂志, 2017, 50(11):832-834. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0412-4030.2017.11.013.
- Wang S, Ma L. Efficacy of wet-wrap treatment for 13 cases of severe childhood atopic dermatitis: a clinical observation[J]. Chin J Dermatol, 2017, 50(11): 832-834. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0412-4030.2017.11.013.
- [18] Akdis CA, Akdis M, Bieber T, et al. Diagnosis and treatment of atopic dermatitis in children and adults: European Academy of Allergology and Clinical Immunology/American Academy of Allergy, Asthma and Immunology/PRACTALL Consensus Report[J]. Allergy, 2006, 61(8): 969-987. DOI: 10.1111/j.1398-9995.2006.01153.x.
- [19] Edwards T, Patel NU, Blake A, et al. Insights into future therapeutics for atopic dermatitis[J]. Expert Opin Pharmacother, 2018, 19(3): 265-278. DOI: 10.1080/14656566.2018.1430140.
- [20] Paller AS, Tom WL, Lebwohl MG, et al. Efficacy and safety of crisaborole ointment, a novel, nonsteroidal phosphodiesterase 4 (PDE4) inhibitor for the topical treatment of atopic dermatitis (AD) in children and adults [J]. J Am Acad Dermatol, 2016, 75(3): 494-503. e6. DOI: 10.1016/j.jaad.2016.05.046.
- [21] Zebda R, Paller AS. Phosphodiesterase 4 inhibitors[J]. J Am Acad Dermatol, 2018, 78(3 Suppl 1):S43-S52. DOI: 10.1016/j.jaad.2017.11.056.
- [22] 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.
- [23] Grimfeld A, Holgate ST, Canonica GW, et al. Prophylactic management of children at risk for recurrent upper respiratory infections: the Preventia I Study[J]. Clin Exp Allergy, 2004, 34(11):1665-1672. DOI: 10.1111/j.1365-2222.2004.02698.x.
- [24] 姚煦. 特应性皮炎的光疗[J]. 中国医学文摘皮肤科学, 2016, 33(2):212-214.
- Yao X. Phototherapy of atopic dermatitis [J]. China Medical Abstract of Dermatology, 2016, 33(2):212-214.
- [25] Ierodiakonou D, Garcia-Larsen V, Logan A, et al. Timing of allergenic food introduction to the infant diet and risk of allergic or autoimmune disease: a systematic review and meta-analysis[J]. JAMA, 2016, 316(11): 1181-1192. DOI: 10.1001/jama.2016.12623.
- [26] Zhao M, Shen C, Ma L. Treatment efficacy of probiotics on atopic dermatitis, zooming in on infants: a systematic review and meta-analysis[J]. Int J Dermatol, 2018, 57(6): 635-641. DOI: 10.1111/ijd.13873.

·读者·作者·编者·

欢迎关注《中华全科医师杂志》官方网站

《中华全科医师杂志》官方网站为广大全科医生及全科医学相关工作者提供了一个方便、快捷的专业信息获取通道,也将为本刊读者、作者、编者构建一个良好的沟通交流平台。通过本刊官网,您可方便地浏览到本刊新近及既往刊出的内容,并可免费浏览摘要;及时了解全科医学领域的学术动态信息;还可进一步了解本刊有关论文写作投稿中

的要求和注意事项,并可直接通过本网站登录“中华医学会远程稿件管理系统”进行投稿。

欢迎大家关注本刊官网,请认准以下网址: <http://zhqkyszz.yiigle.com/>,并谨防假冒。

本刊编辑部

本刊论文写作中关于医学伦理问题及知情同意的要求

根据中华医学会杂志社的相关规定,临床试验研究中涉及人体数据的研究时,应该在文中说明所采用的试验程序是否已经通过伦理审查委员会(单位性的、地区性的或国家性的)批准,并著录其审批文号;如果没有正式的伦理委

员会,则应在文中描述该研究是否符合《赫尔辛基宣言》的要求。同时,需说明研究对象或其监护人是否知情同意并签署知情同意书。

本刊编辑部