

《中国特应性皮炎诊疗指南》解读

100044 北京大学人民医院皮肤科 张建中

为什么制定本指南

特应性皮炎（国内既往又称为遗传过敏性皮炎、异位性皮炎）是一种常见的过敏性皮肤病。往往开始于婴幼儿，并可波及至儿童和成人。临床特点是皮肤湿疹样皮疹，伴剧烈瘙痒，反复发作，严重影响患者的生活质量。该病在发达国家多于发展中国家，我国正处在高速工业化的进程当中，特应性皮炎的发病率也在不断上升。

制定本指南的目的即是为了促进国内对特应性皮炎的临床诊断和治疗规范化，同时提高我国皮肤科专业医生和全科医生的水平，提高疗效，减少副作用。

指南概要

中华医学会皮肤性病学分会免疫学组于2008年制定了《中国特应性皮炎诊疗指南》，该指南已于2008年11月在《中华皮肤科杂志》上刊登。现将指南内容简略地阐述一下，并予以解读。

病因学

主要是遗传因素和环境因素的共同作用。其中遗传因素发挥着重要作用，如父母亲有遗传过敏病史者，子女患本病的几率显著增加。环境因素特别是生活方式的改变（如过度洗涤、饮食、感染、环境改变等）是本病发病重要的危险因素。

临床特点

◆分期 根据皮疹发生、发展和分布的特点，可将特应性皮炎分为婴儿期、儿童期和青少年成人期三个阶段。婴儿期（1个月~2岁），表现为婴儿湿

疹（有渗出型和干燥型两种皮疹），主要分布于两面颊、额部和头皮；儿童期（2~12岁），多由婴儿期演变而来，也可以不经过婴儿期，其皮损表现为湿疹型和痒疹型，多发生于肘窝、腘窝和小腿伸侧；青少年成人期（12岁以上），皮损形态与儿童期类似，多为局限性干燥性皮炎损害，主要发生在肘窝、腘窝、颈前等，也可发生在面部和手背。

◆分型 根据特应性皮炎是否合并全身过敏性疾病，可分为单纯型和混合型：（1）单纯型仅表现为皮肤受累，无其他系统受累，又分为内源型和外源型，前者缺乏变应性证据，后者变应原特异性IgE阳性或血中IgE水平或外周血嗜酸粒细胞数增加等，内源型临床容易漏诊；（2）混合型除了累及皮肤外，还有其系统受累如过敏性哮喘和过敏性鼻炎等。

诊断标准

目前国内外有多个诊断标准，本指南推荐使用Williams诊断标准（见表1）。

治疗

1 患者教育

在特应性皮炎治疗中对患者和

的是“至少1年”，但是他没有在意。所以医生在实施抗病毒治疗前必须跟患者明确并强调疗程的真实含义。

◆达到了停药标准不等于停药后不复发。如果达到了停药标准，实现了停药目标，医生应告知患者达到了停药标准并不等于停药后绝对不复发，只是相对于未达到停药标准者，维持疗效的时间更长，停药后仍要坚持定期随访。

◆“可以停药”不等于“一定停药”。《指南》中提出“可以停药”不等于达到停药标准一定要停药。核苷类抗病毒药物仅仅是抑制乙肝病毒复制，即使达到了上述停药标准，肝组织中仍然存在乙肝病毒复制的模板CCC-DNA，只要模板存在，停药后都有可能复发。只是达到了停药标准比未达到停药标准者复发的几率相对要小、复发需要的时间相对要长。长期的病毒抑制可以更多地耗竭肝组织中的CCC-DNA，有利于防止病毒复制再活跃，所以即使达到了停药标准，继

续巩固治疗，对乙肝患者是有益的。只要患者经济条件允许、没有明显的不良反应，延长疗程更有益。

总之，《指南》并非金科玉律，正确理解指南的含义，结合每一个患者的具体情况，制定出适合每一个乙肝患者的个体化治疗方案才是临床医生真正需要做到的。

（编辑：潘馨）

表1 特应性皮炎Williams诊断标准

主要标准：皮肤瘙痒

次要标准：

- ① 屈侧皮炎湿疹史，包括肘窝、腘窝、踝前、颈部（10岁以下儿童包括颊部）
- ② 有哮喘或过敏性鼻炎（或4岁以下患儿的一级亲属中有特应性疾病史）
- ③ 近年来全身皮肤干燥史
- ④ 屈侧湿疹（或4岁以下患儿有面颊部/前额和四肢伸侧湿疹）
- ⑤ 在2岁前发病（适用于4岁以上患者）

特应性皮炎的诊断：主要标准+3条以上次要标准

/或家属的健康教育非常重要，应当告知患者生活中的各种注意事项，如尽量避免或减少接触诱发因素；了解润肤剂等辅助治疗的重要性和使用方法；了解相关药物的作用、使用方法和不良反应；了解各种治疗的利益和风险，与医生配合，以获得尽可能好的疗效。

2 恢复和保持皮肤屏障功能

强调应当坚持使用保湿润肤剂，将其作为基本治疗。

3 外用药物治疗

是特应性皮炎的最主要的药物治疗手段：（1）皮质类固醇激素乳膏仍然是首选药物，应当注意针对患者的年龄、皮损部位、性质、面积等选用不同强度的激素药膏，并注意副作用；（2）钙调神经磷酸酶抑制剂包括他克莫司软膏、吡美莫司乳膏两种药物，是新的非激素治疗药物，疗效肯定，没有激素副作用，但价格昂贵；（3）抗生素主要用于重症患者和渗出明显者；（4）收敛、止痒剂主要为对症治疗。

4 内服药物

（1）抗组胺药：主要有止痒、抗炎的作用，可根据患者需要选择镇静类和非镇静类抗组胺药（如白天用非镇静类抗组胺药，晚上用镇静类抗组胺药）；（2）抗生素：主要用于重症患者和渗出明显者，注意用量、疗程，勿滥用；（3）皮质类固醇激素：应慎用，仅用于严重发作，其他药物难以控制的情况，勿长期使用；（4）免疫抑制剂、抗炎症介质药物：根据情况适当选用；（5）中医中药。

5 物理治疗

以中波紫外线（UVB）疗法为主，其中窄波UVB疗效更好，安全性更高。12岁以下儿童慎用。

以上是《中国特应性皮炎诊疗指南》的简要内容。因此有必要对国内皮肤科医生进行教育，让大家了解这一疾病。由于指南的读者主要是基层医生，因此，在制定指南中我们努力做到简明扼要，易读易用，对发病机制等尽量压缩，突出临床医生最关心的临床表现、诊断和治疗三个方面。

指南特色

◆ 指南的特色之一是在诊断标准方面推荐了Williams标准，因为它简单易记，不用进行实验室检查就可诊断，特别适合基层医生在临床中应用。由于Haniffin标准中有27条之多，不利于临床应用，因此未推荐，但其中的一些现象

（如白色皮划痕、耳根皲裂性皮炎、毛周隆起等）对特应性皮炎的诊断又有特异性，因此我们将其放在临床表现中进行了叙述。这样就做到了临床描述兼顾全面，诊断标准简单易行。

◆ 指南的另一个特色是在治疗方面特别强调患者教育和医患配合的重要性，因此将其置于各种诊疗之首。指南还努力反映最新治疗理念和治疗进展，对近年来开始在临床应用并获得良好疗效的外用钙调神经磷酸酶抑制剂（如他克莫司软膏、吡美莫司乳膏）、口服白三烯抑制剂等新的药物以及窄波UVB疗法等进行了介绍，力争做到能够反映最新进展。相信本指南将会为我国各级皮肤科医师和全科医师规范化地诊断和治疗特应性皮炎提供依据和参考。

（中华医学会皮肤性病学会可为基层医生提供指南的单行本和讲课的DVD光盘，联系地址：北京市西直门南大街11号，北京大学人民医院皮肤科周城医师，邮编：100044，电话：010-88325470，E-mail：chengzhou@live.cn）

（编辑：潘馨）

哲理故事

威廉现在是《纽约时报》的一位著名记者。他总津津乐道地讲述他是怎样找到第一份工作的。

当时，他紧张兮兮地等在办公室门外，申请材料已经送进去了。一会儿门开了，一个小职员出来：“主任要看您的名片。”

威廉从来就没有准备过什么名片，灵机一动，他拿出一副扑克抽出一张黑桃A说：“给他这个。”半小时后，威廉被录取了，黑桃A真是一张好牌。

机遇是成功不可缺少的条件。而当机会来临的时候，我们是否能运用自己聪明的头脑去把握住呢？