



特应性皮炎(AD)的中 西医诊疗进展

www.skin-disease.cn

Dermatology & Venereology

AD概况



- ◆ 特应性皮炎（Atopic Dermatitis, AD）是一种慢性、复发性、变态反应性疾病
- ◆ 长期反复发作的瘙痒、皮损是AD的主要临床表现
- ◆ 患者90%为儿童及青少年
- ◆ AD发病率逐年上升，尤其是工业发达国家和地区
- ◆ AD严重影响患者身心健康，甚至生长发育，给个人和家庭造成极大的经济负担

AD患病率逐年上升



- ◆ 国外：工业发达的国家与地区儿童患病率20%
 - ◆ 英国：患病率近50年增长3倍。
 - ◆ 美国：DECISION RESOURCES预测发病人数：
 - ◆ 1999年——1840万
 - ◆ 2009年——2200万
- ◆ 国内：
 - ◆ 1998：6~20岁患病率为0.7%，占皮肤科儿童就诊患者的30%
 - ◆ 2000：城市患病率为1.1%，农村为0.73%
 - ◆ 香港的患病率可高达2.5%
 - ◆ 我国目前实际青少年患者达230万

AD的命名溯源



- ◆ 1923, Coco和Cooke——“特应性（Atopy）”，描述人体中的一些超敏现象（包括过敏性鼻炎和支气管哮喘）。
- ◆ 1933, Wise和Sulzberger——“特应性皮炎”，是指“混合有局限性和全身性苔藓样变、全身性神经性皮炎或特应性临床表现的疾病”。
- ◆ 国内曾先后称之为“异位性皮炎”、“遗传过敏性皮炎”，法国、德国、瑞士等国家还有“体质性痒疹”、“内源性湿疹”、“Besnier痒疹”、“渗出性湿疹样病变”、“哮喘—湿疹”等名称。



- ◆ 中医学中没有这一病名，但历代医家不乏类似症状的描述，并根据不同发病年龄、皮疹特点及发病机理等有相应不同的病名
 - ❖ 典型症状的描述：《外科大成》载“四弯风……生于腿弯脚弯，一月一发，痒不可忍，形如风癣，搔破成疮”
 - ❖ 病发于婴幼儿者，有“奶癣”“乳癣”“胎疮”之名
 - ❖ 根据皮疹特点及病机不同可分为“干癣”、“湿癣”、“风癣”等
 - ❖ 该病缠绵难愈，对顽固难治之皮疹统称“恶疮”
 - ❖ 近代所谓的“湿疮”也概括了包括“特应性皮炎”在内的湿疹皮炎类皮肤病



- ◆ 2001年欧洲过敏与临床免疫学会（The European Academy of Allergology and Clinical Immunology, EAACI）成立命名工作组对AD在内的一些变态反应性疾病的命名进行修订，建议使用术语“**特应性湿疹/皮炎综合征**（atopic eczema/dermatitis syndrome, AEDS）”来描述目前所指的“特应性皮炎”，这一命名的修订使我们能更好的理解疾病的异质性，但是在临床实践中的应用可能需要进一步探索。

AD的诊断标准



◆ Hanifin和Rajika 标准（1980年）——
— “金标准”

◆ Williams诊断标准（1994年）

Williams完全适用于我国医院人群的临床诊断和小样本人群的流行病学调查，而大样本普查可使用仅以问卷形式、而无体检指标的改良Williams标准

◆ 康克非诊断标准（1987年）

将临床表现与发病机理联系起来考虑，其次要特征分别从遗传、免疫表现、生理和药理学异常这三个发病机理进行分类，床表现与发病机理联系起来考虑



ospital of
al Collage

Dermatolog





www.skin-disease.cn

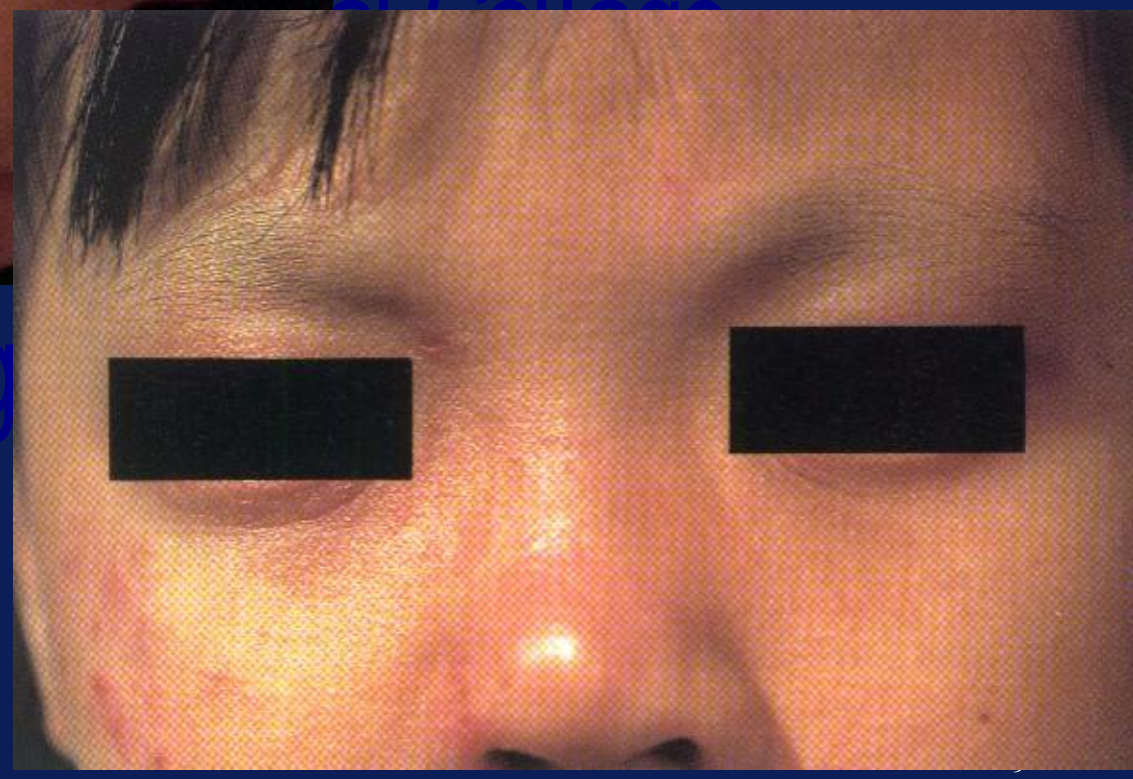


←白色糠疹

ospital of
al College

Dermatolog

眼周黑晕→



皮损标准对照图——水肿



水肿（轻度表现）

皮损标准对照图——水肿



(c) DECAS

水肿（中度表现）

皮损标准对照图——水肿



(c) DECAS

水肿（重度表现）

皮损标准对照图——红斑



(c) DECAS

红斑（轻度表现）

皮损标准对照图——红斑



红斑（中度表现）

皮损标准对照图——红斑



红斑（重度表现）

皮损标准对照图——抓痕



(c) DECAS

抓痕（轻度表现）

皮损标准对照图——抓痕



抓痕（中度表现）

皮损标准对照图——抓痕



抓痕（重度表现）

皮损标准对照图——苔藓样化



苔藓样化（轻度表现）

皮损标准对照图——苔藓样变



苔藓样化（中度表现）

皮损标准对照图——苔藓样变



苔藓样化（重度表现）

皮损标准对照图——鳞屑



(c) DECAS

鳞屑（轻度表现）

皮损标准对照图——鳞屑



鳞屑（中度表现）

皮损标准对照图——鳞屑



鳞屑
(重度表现)



Hanifin和Rajika 标准



基本特征:

- ❖ (1) 瘙痒;
- ❖ (2) 典型的皮损形态和分布, 成人屈侧苔藓样化或条状表现, 婴儿和儿童面部及伸侧受累;
- ❖ (3) 慢性或慢性复发性皮炎;
- ❖ (4) 个人或家族遗传过敏史(哮喘、过敏性鼻炎和枯草热);

Hanifin和Rajika 标准

次要特征



- ❖ (1) 干皮症
- ❖ (2) 鱼鳞病/掌纹症/毛周角化症
- ❖ (3) 即刻型 (I型) 皮试反应
- ❖ (4) 血清IgE增高
- ❖ (5) 早年发病
- ❖ (6) 皮肤感染倾向 (特别是金黄色葡萄球菌和单纯疱疹) / 损伤的细胞中介免疫
- ❖ (7) 非特特异性手足皮炎倾向
- ❖ (8) 乳头湿疹
- ❖ (9) 唇炎
- ❖ (10) 复发性结合膜炎
- ❖ (11) 旦尼—莫根 (Dennie—Morgan) 眶下皱痕
- ❖ (12) 锥形角膜
- ❖ (13) 前囊下白内障
- ❖ (14) 眶周黑晕
- ❖ (15) 苍白脸/面部皮炎
- ❖ (16) 白色糠疹
- ❖ (17) 颈前皱褶
- ❖ (18) 出汗时瘙痒
- ❖ (19) 对羊毛
- ❖ (20) 毛周隆起
- ❖ (21) 对饮食敏感
- ❖ (22) 病程受环境或情绪因素影响
- ❖ (23) 白色划痕/延迟发白

Williams诊断标准



- ◆ 必须具有皮肤瘙痒史，加上以下 3 条或3条以上：
 - ❖ (1). 屈侧皮肤受累史，包括肘窝、腘窝、踝前或围绕颈周（10岁以下儿童包括颊部）
 - ❖ (2). 个人哮喘或过敏性鼻炎史（或一级亲属4岁以下儿童发生AD病史）
 - ❖ (3). 全身皮肤干燥史
 - ❖ (4). 屈侧有湿疹（或4岁以下儿童颊部/前额和远端肢体湿疹）
 - ❖ (5). 2岁前发病（适用于大于4岁者）

康克非诊断标准



诊断：2条主要特征或1条主要特征+3条次要特征

主要特征

- ❖ (1) . 瘙痒，慢性或慢性复发性皮炎婴儿或儿童位于面部和肢体伸侧的炎症性湿疹皮炎样皮损，青春期或成人期肢体屈侧和伸侧的苔藓样皮损
- ❖ (2) . 个人或家属（一级）的异位性疾病史（包括哮喘、过敏性鼻炎、异位性皮炎等）

康克非诊断标准

次要特征:



- ❖ (1) . 遗传方面:
 - ❖ a. 发病年龄 <12 岁
 - ❖ b. 干燥症或鱼鳞病或掌纹征.
- ❖ (2) . 免疫方面:
 - ❖ a. I型变态反应方面: 过敏性结膜炎或食物过敏或快速皮肤试验阳性或嗜酸性粒细胞增多或血清IgE增高
 - ❖ b. 免疫缺陷方面: 有皮肤感染的倾向(金黄色葡萄球菌和单纯疱疹病毒感染)或细胞免疫不全
- ❖ (3) . 体症或药理学方面:
 - ❖ a. 面部皮肤苍白或白色皮肤划痕症或乙酰甲胆碱诱发的迟发性变白
 - ❖ b. 眶周黑晕或毛周隆起非特异性手足皮炎

争议和讨论



- ◆ 一些次要指标的特异性存在争议：**干皮症**、寻常型鱼鳞病、面部苍白、白色糠疹、毛周角化症等。
- ◆ 一些非诊断标准中的**耳下裂纹**和**弥漫性头皮屑**特异性很高，应该加入到AD的诊断标准中。
- ◆ 仍缺乏特异性的实验室指标
- ◆ 3个诊断标准国内人群中应用差异无显著性；Williams标准完全适用于我国医院人群的临床诊断和小样本人群的流行病学调查，而大样本普查可使用仅以问卷形式、而无体检指标的改良Williams标准（2000年，顾恒）



The 2nd Aff. Hospital of
Guangzhou Medical College

www.skin-disease.cn

AD的治疗

Dermatology & Venereology

中医药治疗



◆ **中医**认为先天禀赋不足，禀性不耐，脾失健运，易生内湿为AD的发病基础

- ❖ 剧痒、游移不定的皮疹与风邪有关；
- ❖ 渗液、肌肤水肿与湿邪有关；
- ❖ 皮肤粗糙、脱屑、苔藓化与气血津液难达肌表，肌肤失养和燥邪有关；
- ❖ 皮肤色素沉着，肥厚常是病情迁延，津血不足，血瘀精亏的结果。

心脾积热型



- ◆ **症状：**发病迅速，皮肤潮红，皮疹可发生于身体各处，但以面颊、四肢常见，皮疹以红色丘疹、斑疹和斑丘疹为主，伴有少数水疱和丘疱疹，抓痒明显，伴有少数糜烂，渗液不多，结黄色痂皮。大便干，小溲赤，舌尖红、苔薄黄或薄白，脉弦数。本型多见于婴儿期、儿童期
- ◆ **治法：**清心泄火、利湿止痒。
- ◆ **方药：**导赤散。生地、淡竹叶，灯芯花、连翘，生牡蛎，生薏仁、徐长卿，生牡蛎、土茯苓、甘草
- ◆ **加减：**湿盛者，可加六一散、薏苡仁；热盛者，可加大青叶、生石膏。

脾虚湿蕴型



- ◆ **症状：**久病不愈，反复发作，自觉瘙痒，时轻时重，皮损干燥，覆有鳞屑，或有丘疹、水疱、糜烂、渗液等，伴面色苍白，神疲乏力，饮食减少，腹胀便溏，舌质淡，苔腻，脉细弱、沉滑。本型多见于婴儿期及各型的缓解期。
- ◆ **治法：**健脾除湿
- ◆ **方药：**参苓白术散，除湿胃苓汤。太子参、赤苓、怀山、薏苡仁、白术、苍术、厚朴、陈皮、泽泻、白鲜皮、地肤子等。
- ◆ **加减：**鳞屑较多，加用当归、生地黄、熟地黄、芍药；饮食欠佳，腹胀便溏，加扁豆、砂仁、枳壳。

湿热蕴结型



- ◆ **症状：**发病急，局部皮损发红，初起皮疹为风团样红斑或淡红色扁平小丘疹，继而皮疹逐渐增多，栗疹成片，色淡红或褐黄，或小水疱密集，瘙痒无休。伴小便短赤、大便溏或秘结，舌质红、苔黄腻，脉弦数或弦滑。本型多见于儿童期。
- ◆ **治以：**清热利湿止痒
- ◆ **方药：**葶解渗湿汤。生地、赤茯苓、黄柏、黄芩、薄荷、泽泻、甘草、地肤子、白鲜皮、滑石等。
- ◆ **加减：**若伴发热、口苦者，加用金银花、连翘、黄连；由于搔抓后继发感染，加紫地丁、败酱草、大青叶；瘙痒较甚者，加蝉衣、蜂房；渗液较多，加龙胆草、薏苡仁、车前子。

血虚风燥型



- ◆ **症状：**患者病情迁延，反复发作。皮损色淡、或灰白，皮肤肥厚、粗糙、干燥。脱屑瘙痒，伴抓痕、血痂、色素沉着。口干欠津，舌质红或淡、苔少，脉沉细或细弱。本型多见于成人期。
- ◆ **治法：**滋阴养血、润燥息风止痒
- ◆ **方药：**当归饮子，养血润肤饮。熟地黄、生地黄、麦冬、当归、赤芍、白芍、鸡血藤、防风、荆芥、蝉衣、胡麻仁、首乌藤、白蒺藜、大枣。
- ◆ **加减：**气虚明显者，酌加黄芪、党参；皮肤干燥明显者，酌加玉竹、菟丝子；痒甚，加皂刺、蜂房；鳞屑较多，加沙参、麦门冬、首乌；夜间瘙痒较甚者，酌加生牡蛎、生龙骨；伴失眠多梦，加柏子仁、酸枣仁、茯神、夜交藤。

外 治



◆ 外洗:

- ❖ 用消炎止痒洗剂、飞吻洗剂（广东省中医院制）外洗
- ❖ 湿性糜烂渗液者，婴儿患者用金银花30g、野菊花30g、紫草20g、甘草10g、五倍子20g、水煎方凉后外洗或湿敷。成人及儿童患者用荆芥30g、蛇床子30g、地肤子30g、白藓皮30g、大枫子30g、苦参30g、枯矾30g煎水外洗或湿敷。

◆ 外擦:

- ❖ 无糜烂渗液皮疹用三黄洗剂、肤康止痒霜、消炎止痒霜外擦；
- ❖ 有糜烂渗液者外擦黄连油、青黛油，少许渗液可以氧化锌油外擦；
- ❖ 干燥肥厚皮疹外擦青黛膏、枫油膏。



◆ 其他疗法:

- ❖ 吹烘疗法: 适用于肥厚干燥皮疹, 先在患处涂青黛膏或10%的硫磺膏, 然后以电吹风筒吹烘20分钟, 每天1次, 5次为一疗程。
- ❖ 针刺疗法: 主穴取大椎、曲池、足三里, 备穴取血海、合谷、三阴交, 亦可根据发病部位不同在附近取穴, 急性期用泄法, 慢性期用补法。
- ❖ 自血疗法: 适用于慢性期皮疹, 抽取自身静脉血3—4ml, 即时肌注, 隔日1次, 7次为一疗程。
- ❖ 穴位注射疗法: 用盐酸苯海拉明注射液10ml、维丁胶性钙1—2ml双侧血海和足三里穴交替注射, 每天1次, 5次为1疗程。

单验方治疗



- ◆ **婴儿湿疹方**：苍耳子12g、蛇床子12g、白藓皮12g、苍术10g、苦参10g、生大黄6g、黄柏10g、地肤子12g，水煎服分3次口服，本方具有清热燥湿、祛风止痒功效，适用于湿热型的婴儿湿疹。
- ◆ **淮山药粥**：怀山40g、薏仁20g、赤小豆20、莲子12、红枣肉10、蝉衣12、生北芪12g、糯米适量，每日1剂煎取药液加糯米煮成粥服食。本方具有健脾化湿的功效，适用于脾虚夹湿之婴儿湿疹。

中成药制剂:



- ◆ ① 雷公藤多甙片: 2-3片, 日3次, 适用于顽固、成人期患者。
- ◆ ② 广东省中医院院内制剂: 利湿散、健脾渗湿颗粒、祛风止痒片、利湿止痒片、养血止痒片等
- ◆ ③ 注射针剂: 苦参素注射液、复方丹参注射液、生地注射液、山药注射液、薄芝注射液、鱼腥草注射液等

国外中医药研究



- ◆ 欧洲AD特别工作组Sheehan等的研究发现中医药对一类长期不得缓解的顽固性AD患者不论在成人还是儿童，效果均令人满意，随访1年，部分患者的症状获得持续缓解。
- ◆ 韩国学者以针灸联合草药治疗AD患者30例，结果显示患者SCORAD指数、血清ECP水平均有下降。但T-IgE变化不大，嗜酸性粒细胞计数与SCORAD指数，ECP水平及ECP水平的变化均与SCORAD指数无相关性。提示中药对机体免疫状态的调节可能滞后于临床症状的改善。

实验研究



- ◆ 三心导赤饮可抑制小鼠迟发性超敏反应的炎症反应，抑制迟发性超敏反应中异常升高的脾脏淋巴细胞转化率，降低外周血中T淋巴细胞，尤其是在迟发性超敏反应中起主导作用的Th细胞。
- ◆ 加减一阴煎加龟板、石膏显著改善异位性皮炎患者角质层水分含量，并随治疗时间的推移而明显增加。治疗12周后嗜酸粒细胞、IgE-RIST、LDH值均比治疗前明显降低。
- ◆ 小儿湿疹洗剂对金黄色葡萄球菌、表皮金葡菌、大肠杆菌、棒状杆菌等微生物表现出一定抑制作用。
- ◆ M utsumoto M等通过NC/Nga 小鼠AD模型证实中药提取物黄酮类化合物能够改善AD症状并逆转表皮水分丢失。Xu等检测了10例接受中草药治疗AD患者治疗前后皮损（L）和非皮损区（NL）皮肤组织，结果认为中草药的临床症状改善与抗原表达细胞CD23的表达显著性减少有关。

西医治疗



- ◆ 目前AD的治疗主要是缓解症状
- ◆ 迄今为止还没有完全根治AD的有效治疗手段
- ◆ AD的治疗目标（2002年2月）：减轻症状和体征、预防或减少复发、长期治疗以防止疾病加重、减缓病程
- ◆ 规范的治疗包括：避免触发因素，辅助基础治疗，规律应用润肤剂，局部外用皮质内固醇激素，对症使用抗组胺药物、抗生素，选择性应用脱敏治疗
- ◆ 严重病例：（NBV/PUVA），系统应用激素或环磷酰胺等免疫调节剂。
- ◆ 新近发展起来的非内固醇大环内脂类免疫调节剂（FK506、SDZ-ASM-981），由于其优于激素类外用膏药的疗效以及长期应用的安全性，被认为是AD治疗进展中最有希望的领域

避免各种刺激



- ◆ AD患者的表皮屏障缺陷使接触性过敏原容易穿透皮肤并激发AD，应该耐心和细心寻找发病原因，去除诱发因素，减少激发因素。指导患者或患儿家长，使之了解疾病，正确处理。①尽量避免感染的刺激；②避免过度的擦洗；③尽量减少环境中的变应原，如尘螨、花粉、家具油漆、装饰材料等采取防护措施；④注意饮食的致敏作用，如鱼、虾、蛋、牛奶等。

润肤剂的使用



- ◆ 保持皮肤的水分和使用一些皮肤的润滑剂是AD治疗的关键措施。可根据患者喜好、年龄、及皮疹类型给予不同的保湿剂。含尿素的滋润剂较好。12%的乳酸铵乳剂对增强患者的皮肤屏障作用有益。含神经酰胺的皮肤润滑剂可以明显减少皮肤水分的丢失和保持表皮角质层的完整性。建议每天至少使用2次，即使没有症状，也应该在游泳或洗浴后使用。

外用皮质类固醇



- ◆ 外用皮质类固醇制剂一直是AD的主要治疗方法，间歇外用、同时联合应用润肤剂是快速有效的减少AD症状和体征的标准处理方法，通常根据疾病的严重程度、部位和病变范围来选择制剂强度。但是皮质类固醇长期使用的安全性一直颇引人关注，长期、广泛外用皮质类固醇制剂，特别是强效制剂。因此主张局部糖皮质激素的治疗不能作为一项长期的维持性治疗措施，特别是无AD损害的皮肤部位。然而，AD患者即使皮肤外观正常也可能存在亚临床炎症，因此为了预防疾病的复发，糖皮质激素的维持治疗还是需要的。

抗组胺药物



- ◆ 尽管AD患者的瘙痒似乎并不是由组胺释放引起的，但口服抗组胺药物具有镇静作用，可以缓解患者的夜间瘙痒，阻断痒-搔抓的恶性循环，而对于润肤剂和保守治疗措施无效的剧烈瘙痒，口服抗组胺药物可能有一定作用，因此该药仍作为治疗AD的选择性对症治疗措施。抗组胺药物可引起患者嗜睡、口干、精神不振，甚至心率失常、心搏停顿等严重副作用。外用抗组胺药物还可能引起过敏。

抗生素



- ◆ 93%的AD病变皮肤可以发现金黄色葡萄球菌，金葡菌在皮肤表面持续存在，有助于发生慢性炎症。因此在金黄色葡萄球菌过度生长时，间歇性外用和口服抗生素等抗炎药物可以获得良好的临床疗效。需要注意的是抗生素的使用可能加重病情或引起病情急性发作。

煤焦油制剂



- ◆ 煤焦油制剂的抗炎和抗瘙痒作用将有助于长期维持治疗中减少患者对外用皮质类固醇激素的需要量，但煤焦油制剂可能引起局部刺痛和激惹反应，这限制了它在AD急性发病中的反应。此外，煤焦油制剂还存有异味、皮肤着色以及毛囊炎、光敏和接触性皮炎等不良反应。

光疗



- ◆ 紫外光照射治疗是部分慢性顽固性AD患者的一项有效治疗。传统的UVA-UVB光照治疗主要作用于表皮，且在病情急性恶化时疗效差。目前新出现的大剂量UVA1光照治疗可以显著降低有IgE连接的细胞，并可抑制LC细胞从表皮向外迁徙。但是光疗的应用受到一些条件限制，如光源系统、费用及其不便利性，此外，紫外线照射还可能导致急性光毒性，并且在长期治疗中有增加皮肤癌危险的潜在可能。

系统应用免疫调节剂



- ◆ 对重症难治性AD患者，可选择性系统应用免疫抑制剂（环孢素A、硫唑嘌呤、霉酚酸酯等）。其中环孢素A是应用较多的治疗AD的免疫抑制剂之一，是一种强大的全身性的钙神经蛋白抑制剂。多项研究证实，在儿童、成人的严重、顽固性的AD都是有效的。但只能全身用药导致的剂量依赖和时间依赖性高血压和肝肾毒性等是其常见副作用，且有停药后复发问题，因此在青少年、儿童患者中的应用受到严格限制。一些早期的资料表明口服比美莫司比FK506和CsA全身用药更安全，并且能作用于局部用药时不能达到的部位。一些抗代谢的药物如：霉酚酸酯（MMF）、嘌呤合成抑制剂，氨甲喋呤以及硫唑嘌呤等药物也可以用于顽固性的AD的治疗。但此类药物的全身毒性限制了他们的使用，同时需要密切的监测

脱敏治疗



- ◆ 许多研究已证实尘螨是诱发AD的主要变应原，对于确诊为尘螨过敏的AD患者，用变应原浸出液治疗，是目前唯一针对病因的治疗手段，而且能预防病情复发。目前用于临床治疗的变应原浸液制剂已有20余种。然而，脱敏疗法费时，疗效仅能保持一段时间，也不是对每例患者都有效。

非内固醇类大环内脂类免疫调节剂



- ◆ 新近推出的非内固醇类大环内脂类免疫调节剂（FK506、SDZ-ASM-981）目前在国外已经得到比较广泛的认可，其近期及远期疗效优于激素类外用软膏，而没有激素类外用药物的毒副作用，少数患者感到局部有针刺感或对局部有刺激，可用于儿童患者及面部，目前已经在中国境内上市。但FK506、SDZ-ASM-981等价钱昂贵，局部外用之初可引起的皮肤瘙痒、刺激亦使部分患者不能耐受，长期应用的安全性虽然已经有报道，但尚需要进一步深入研究。

局部应用钙神经蛋白抑制剂



- ◆ 局部应用钙神经蛋白抑制剂是治疗AD方面取得的一项重大进展，比美莫司软膏比FK506对局部的刺激更小。因此，由于钙神经蛋白抑制剂相比于糖皮质激素软膏的优越性，该治疗有望作为今后AD的一线治疗措施。此外，这一类药物还可以用于治疗对皮质激素无效的病例、或者有激素治疗禁忌者。尽管这类药物吸收少，仍然需要密切地监测，在长期应用时，药物有诱发皮肤癌或增加皮肤病毒性感染机率的可能。

变应原免疫疗法



- ◆ 最近发现一种人源化的针对IgE抗体能够有效地降低IgE在AD发病中的作用。在食物诱导的AD中抗体封闭治疗有一定的疗效，例如在对花生过敏的患者，使用抗IgE抗体能显著提高患者对花生的敏感阈值。

Dermatology & Venerology

细胞因子调节剂



- ◆ 近期有报道使用重组人类IFN- γ 可以通过降低血液中的嗜酸性细胞产生一定的临床疗效并可以用于长期的治疗。早期应用微生物益生菌有助于改善AD患者体内Th1细胞介导的免疫反应。其他的治疗还包括细胞因子的调节（例如可溶性IL-4受体，抗IL-5单克隆抗体，TNF抑制因子），封闭炎性细胞的趋化和移动（化学因子受体拮抗剂，CLA细胞抑制因子），T细胞活化抑制剂（alefacept, efalizumab），以及应用合成的抗微生物多肽。

其他治疗



- ◆ 大剂量静脉注射免疫球蛋白对于一些曾用免疫抑制剂和糖皮质激素治疗失败的患者有效。其副作用轻微，缺点是费用昂贵，而且尚需大样本的临床观察。

(三) AD的护理



◆ AD的日常护理非常重要，需要指导患者或患儿家长，使之了解疾病，正确处理。注意观察食物反应，合理避免过敏食物及保护皮肤，勿用刺激性肥皂及过度搔抓。避免毛织类衣裤及环境刺激。如油漆过敏，对装修后的新居最好通风，夏天避免室外阳光曝晒。



结语



- ◆ AD研究中的新进展还需要对一些概念重新定义,随着AD病因机理研究的日益深入,未来应对AD所有这些亚组的免疫学特征进行更好的定义,以利于国际间的统一和规范。
- ◆ 目前还没有办法根治特应性皮炎,困扰AD治疗的最大问题是疾病的顽固复发倾向,因此对于防治或减缓复发问题,将长期是我们探讨研究的方向。
- ◆ 西医传统治疗存在的药物毒副作用和疗效局限性,新近推出的外用免疫调节剂成为当前最受关注和期待的治疗药物,但其长远期的疗效仍有待进一步观察。



- ◆ 作为一种选择性的治疗手段，传统中医药的疗效和优势已经受到国内外学者的广泛关注，但是纵观当前中医药研究现状，尚存在许多问题。
- ◆ 欧洲AD特别工作组进行了一系列中医药治疗AD疗效的研究后，分析认为研究中由于难以应用传统中医的基本法则，特别是没有涉及中医所强调的“四诊”，“辨证”等内容，对中医药应用价值的评价是存在局限性的。Vender RB, Yuan R等指出AD患者逐级意识到中草药的有效性和安全性，但中医药仍要进行标准化、生物分析、动物模型、临床试验等一系列工作，才能被国外临床医生所接受⁽¹⁷⁻¹⁸⁾。
- ◆ 中医辨证症候的规范、标化问题是限制AD中医药研究水平和成果推广应用的关键。
- ◆ 因此，有必要规范中医药治疗特应性皮炎的研究领域，促进有效中医药制剂的开发和研制。



The 2nd Aff. Hospital of
Guangxi Medical College
Dermatology & Venereology

www.skin-disease.cn

***Thank you for
your attention !***

