

# 中国皮炎湿疹类疾病诊疗指南(2026版)

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

通信作者:高兴华,Email:gaobarry@hotmail.com;顾恒,Email:guheng@aliyun.com;

宋志强,Email:drsongzq@hotmail.com

**【摘要】** 皮炎湿疹类疾病是临床上最常见的一大类皮肤病。目前,除特异性皮炎外,皮炎湿疹类疾病的临床诊治尚缺乏规范性诊疗指南。中华医学会皮肤性病学分会和中国医师协会皮肤科医师分会组织专家在《皮炎湿疹类疾病规范化诊断术语专家共识》基础上,针对该类疾病的临床分类和特征、局限性和泛发性皮损的临床诊疗思路以及分类治疗原则等,按照德尔菲法原则制订本指南,以期进一步更新对皮炎湿疹类疾病的认识,为皮肤科医师临床规范诊治提供指导。

**【关键词】** 皮炎;湿疹;皮肤病,湿疹性;诊断;治疗

实践指南注册:国际实践指南注册与透明化平台(PREPARE-2024CN643)

DOI:10.35541/cjd.20240710

## Guidelines on the diagnosis and treatment of dermatitis and eczematous diseases in China (2026 edition)

Chinese Society of Dermatology; China Dermatologist Association

Corresponding authors: Gao Xinghua, Email: gaobarry@hotmail.com; Gu Heng, Email: guheng@aliyun.com; Song Zhiqiang, Email: drsongzq@hotmail.com

**【Abstract】** Dermatitis and eczematous diseases are the most common group of diseases in dermatology. Currently, aside from atopic dermatitis, standardized clinical guidelines on the diagnosis and management of dermatitis and eczematous diseases remain lacking in China. Based on the "Expert consensus on standardized diagnostic terminology of dermatitis and eczematous diseases", the Chinese Society of Dermatology and the China Dermatologist Association convened experts to develop the guidelines in accordance with the Delphi method. The guidelines address the clinical classification and characteristics of these conditions, diagnostic and therapeutic approaches to localized and generalized eczematous lesions, and principles of classified treatment, in order to further update the understanding of dermatitis and eczematous diseases and to provide guidance on standardized clinical diagnosis and treatment for dermatologists.

**【Key words】** Dermatitis; Eczema; Skin diseases, eczematous; Diagnosis; Therapy

**Practice guideline registration:** Practice Guideline Registration for Transparency (PREPARE - 2024CN643)

DOI: 10.35541/cjd.20240710

皮炎湿疹类疾病是临床上最常见的一大类皮肤病,覆盖疾病种类较多,病因及影响因素复杂,临床表现或病理生理特征方面具有相似性及重叠性,如湿疹样皮损、瘙痒、慢性化倾向、复发性病程等,同时各疾病又各有特点。临床上,尤其基层医生和低年资医生对该类疾病常缺乏系统和全面认识,诊治易出现“一刀切”,常导致治疗不足或治疗过度。2021年中华医学会皮肤性病学分会及中国医师协会皮肤科医师分会制订《皮炎湿疹类疾病规范化诊断术语专家共识》<sup>[1]</sup>,为该类疾病的临床诊断提供了规范化指引,在此基础上制订《中国皮炎湿疹类疾病诊疗指南》,着重明确常见皮炎湿疹类疾病的

分类诊断及治疗原则,旨在更新对该类疾病的认识,进一步提升其诊治行为规范,为开展针对性防治提供指导<sup>[1]</sup>。本指南已在国际实践指南注册与透明化平台完成注册,注册号:PREPARE-2024CN643。

### 一、指南制订方法

检索策略:采用主题词和自由词相结合的方式检索中英文数据库 Pubmed、Web of Science、Embase、中国期刊全文数据库(CNKI)、万方医学数据库和中国生物医学文献数据库(CBM)。以皮炎

(dermatitis)或湿疹(eczema)作为检索主题词,检索上述数据库中截至2024年5月15日发表的中英文高质量文献,包括指南/共识、随机对照研究(RCT)、荟萃分析、系统综述等。根据推荐分级的评估、制订与评价(Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation, GRADE)进行证据质量等级评价,并结合专家意见、经验。本文证据级别如下:A类,大样本多中心随机对照试验(randomized controlled trial, RCT)、基于RCT的系统综述;B类,低质量RCT、基于队列研究的系统综述;C类,病例对照研究、基于病例对照研究的系统综述;D类,病例报道、低质量病例对照研究;E类,专家意见。推荐意见的达成采用德尔菲法(Delphi)原则,综合医学干预的利弊平衡、证据质量、患者偏好与价值观以及干预措施的成本效益等因素,通过专家组反复讨论修改后最终将推荐强度分为4个等级:强推荐( $\geq 90\%$ )、推荐( $80\% \sim < 90\%$ )、弱推荐( $70\% \sim < 80\%$ )、不推荐( $< 70\%$ )。

指南制订工作组由5名皮炎湿疹类疾病领域的皮肤科临床专家组成,根据该领域国内外相关文献、经典专著及专家经验撰写指南草案,并经多次讨论修改后形成指南初稿。邀请26名相关领域专家学者通过3次会议,讨论、修改指南初稿,并对关键图表、建议等讨论并发表意见/评价,总结相关意见并完善指南内容。

## 二、临床分类与疾病特征

### (一)临床分类

皮炎湿疹类疾病为一大类具有相似临床表现

和组织学特征的疾病总称。临床可表现为湿疹样皮损,伴有明显瘙痒,病程具有慢性化倾向等,组织病理学上可表现为不同程度的海绵水肿性皮炎伴/不伴角化过度、棘层肥厚等<sup>[1]</sup>。临床上,该类疾病缺乏统一的分类标准,可根据皮损形态、受累部位、致敏原接触途径、疾病变化过程、病因学或病理生理学特征等进行分类,极易出现混淆。《皮炎湿疹类疾病规范化诊断术语专家共识》<sup>[1]</sup>综合对皮炎湿疹类疾病的认识、国内外诊断现状和疾病分类诊治需求,建议将皮炎湿疹类疾病分为特应性皮炎(atopic dermatitis, AD)、接触性皮炎(contact dermatitis, CD)和其他皮炎三大类。对于部分表现为湿疹样皮损,但缺乏独特病因和/或临床特征,不能归类为以上三大类的皮炎患者,基于当前我国国情,在排除非皮炎湿疹类疾病后,可暂时保留“湿疹”的诊断(图1)。对于这类患者,应积极随访,仔细评估病史、必要时反复进行相关实验室检查,以寻找可能的病因和临床特征,以期进一步明确分类诊断<sup>[1-2]</sup>。此外,光敏性皮炎传统上未列入皮炎湿疹类疾病,本指南未对其详细阐述。

### (二)疾病特征

皮炎湿疹类疾病的临床表现具有一定的共性,如常见瘙痒症状及多形性湿疹样皮损,包括红斑、丘疹、斑丘疹、渗出、水疱、鳞屑、结痂、苔藓样变等<sup>[1]</sup>,随着疾病发展,同一种疾病的急性、亚急性或慢性期各期皮损可互相转换或同时存在,不同皮炎湿疹类疾病间也存在相互联系,某些类型的皮炎湿疹也可能为另一种皮炎湿疹类疾病的特殊表现。但总体上,不同皮炎湿疹类疾病在好发人群、主要病因机制、病史病程及皮损特征等方面又各具特

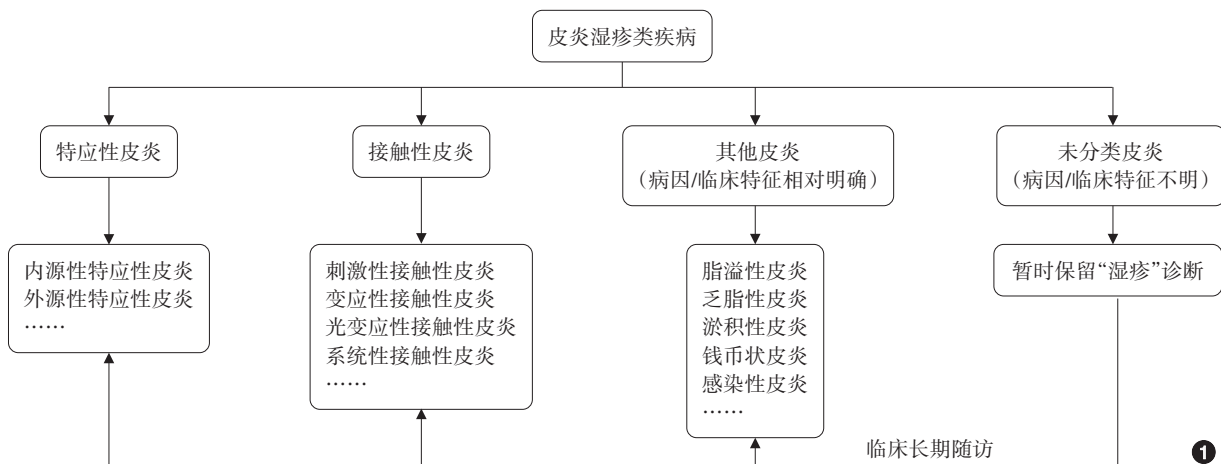


图1 皮炎湿疹类疾病分类结构图

征,详见表1。

### (三)组织病理学特征

皮炎湿疹类疾病的组织病理学特征大体上相似,主要表现为海绵水肿性皮炎的反应模式。但随着皮损的发展,海绵水肿性皮炎的表皮变化也呈动态变化过程,分为急性期、亚急性期和慢性期3个阶段,各阶段的变化常常以谱系的形式存在。急性期一般为疾病的早期,表皮有不同程度的海绵水肿,真皮乳头可以出现水肿,浅层血管周围淋巴细胞浸润,常见嗜酸性粒细胞;亚急性期表皮海绵水肿减轻,很少或无真皮乳头水肿;慢性期的表皮变化更为明显,可出现致密性角化过度、程度不等的角化不全、颗粒层和棘层肥厚,真皮浅层无水肿,可有轻度纤维化,炎症浸润较前两期更轻。在此基础上,部分皮炎湿疹类疾病又有各自相对特征性的组织学特点,如刺激性接触性皮炎中表皮内常可见到散在的角化不良细胞,淤积性皮炎真皮内可有反应性成纤维细胞和血管增生以及含铁血黄素沉积等长期血液淤积的表现。此外,在亚急性和慢性期,表皮棘层肥厚可导致其与银屑病样模式重叠,这种情况在脂溢性皮炎中更常见,毛囊口有明显的银屑病样增生和角化不全有助于脂溢性皮炎的诊断。总体上,组织病理学检查可作为皮炎湿疹类疾病的临床诊断或者鉴别诊断的辅助手段,而其诊断主要

依据详细的临床信息以及必要的实验室检查<sup>[13]</sup>。

## 三、诊断思路及流程

### (一)诊断思路

除AD外,皮炎湿疹类疾病的诊断多无明确的诊断标准,诊断主要依据临床表现及病史,必要时结合实验室检查辅助判断。对于具有相对特征性皮损的皮炎类疾病,可通过识别皮损的主要特征和/或病因以及相关诊断标准建立特异性诊断,包括AD、CD或其他皮炎;对于缺乏独特病因和/或临床特征的未分类皮炎,则应首先排除模拟皮炎湿疹的疾病(如疥疮、各种浅部真菌病、无典型水疱表现或早期的类天疱疮等),然后根据皮损累及部位及范围,暂给予特定部位湿疹或泛发性湿疹的诊断,同时积极随访,以期进一步明确分类诊断(图1)。

### (二)局限性湿疹样皮损的诊断流程

对于局限性湿疹样皮损,可以从发病人群、皮损特点及分布情况、可能的发病原因或诱因以及患者的个人史及家族史等方面分析其临床特征,结合必要的辅助检查,做出初步的分类诊断(图2)。对于病因或临床特征不明或暂时不能明确分类的病例,可进一步扩展检查并进行相应的鉴别诊断,如果仍不能明确分类诊断,可结合发病部位暂时给予

表1 主要皮炎湿疹类疾病的临床特征

疾病名称	好发人群	病史特征	临床表现	主要辅助检查
特应性皮炎 <sup>[3-6]</sup>	儿童为主要人群,成人及老年人均可发病	慢性复发性病程;常有特应性个人/家族史,可伴变应性鼻炎、哮喘等	婴儿期面部、四肢伸侧多见;儿童期多见于屈侧;青少年及成人期多见于屈侧,以亚急性期和慢性皮炎为主;老年人四肢伸侧为主,苔藓样变的皮损更常见,可泛发全身	血清总IgE、特异性IgE及嗜酸性粒细胞计数等
接触性皮炎 <sup>[1,7]</sup>	各年龄人群	在接触刺激/致敏物后一定时间内发生,去除病因、对症治疗后可痊愈	多局限在接触部位,境界相对清楚;严重者可出现红斑、水疱、糜烂等	斑贴试验
脂溢性皮炎 <sup>[1,8]</sup>	婴儿、青春期及成人等	慢性复发性病程	皮疹主要发生在脂溢区域,如头皮、鼻翼等,淡红色、界限清楚的油腻性鳞屑性斑片	马拉色菌检查、皮肤镜检查
乏脂性皮炎 <sup>[1,9]</sup>	中老年人	高温低湿环境多发或加重,冬季多见	好发于胫前区,表现为皮肤干燥、皲裂和鳞屑,类似于“碎瓷”样表现	无
淤积性皮炎 <sup>[1,10]</sup>	好发于老年、孕妇、肥胖、久坐久站人群	慢性病程,与下肢静脉回流障碍导致的静脉高压有关	好发于下肢,足踝内侧多见,皮损为暗红斑、丘疹伴肿胀、色素沉着,自觉瘙痒和/或疼痛,后期可出现硬化或溃疡形成	下肢血管超声、静脉造影
钱币状皮炎 <sup>[1,11]</sup>	各年龄人群	慢性复发病程,可能为特应性皮炎、淤积性皮炎、乏脂性皮炎的临床表现	常见于四肢伸侧,皮损呈圆形(硬币状)到卵圆形的斑片和/或斑块,可有丘疹和水疱	继发感染者可行分泌物细菌检查
感染性皮炎 <sup>[1]</sup>	各年龄人群	曾称传染性湿疹样皮炎,发生于慢性细菌性感染病灶附近	感染病灶周围出现红斑、丘疹、水疱等多形性皮疹,可伴渗出	无
自身敏感性皮炎 <sup>[1,12]</sup>	各年龄人群	由原有局限性皮炎湿疹类疾病(如淤积性皮炎、感染性皮炎等)局部刺激或处理不当等导致机体产生的过敏反应	在原发病灶附近或远离原发病灶处出现多发丘疹、丘疱疹及小水疱,皮损泛发或趋于对称,伴剧烈瘙痒;原发病灶好转后,续发灶可自然减轻或消退	无

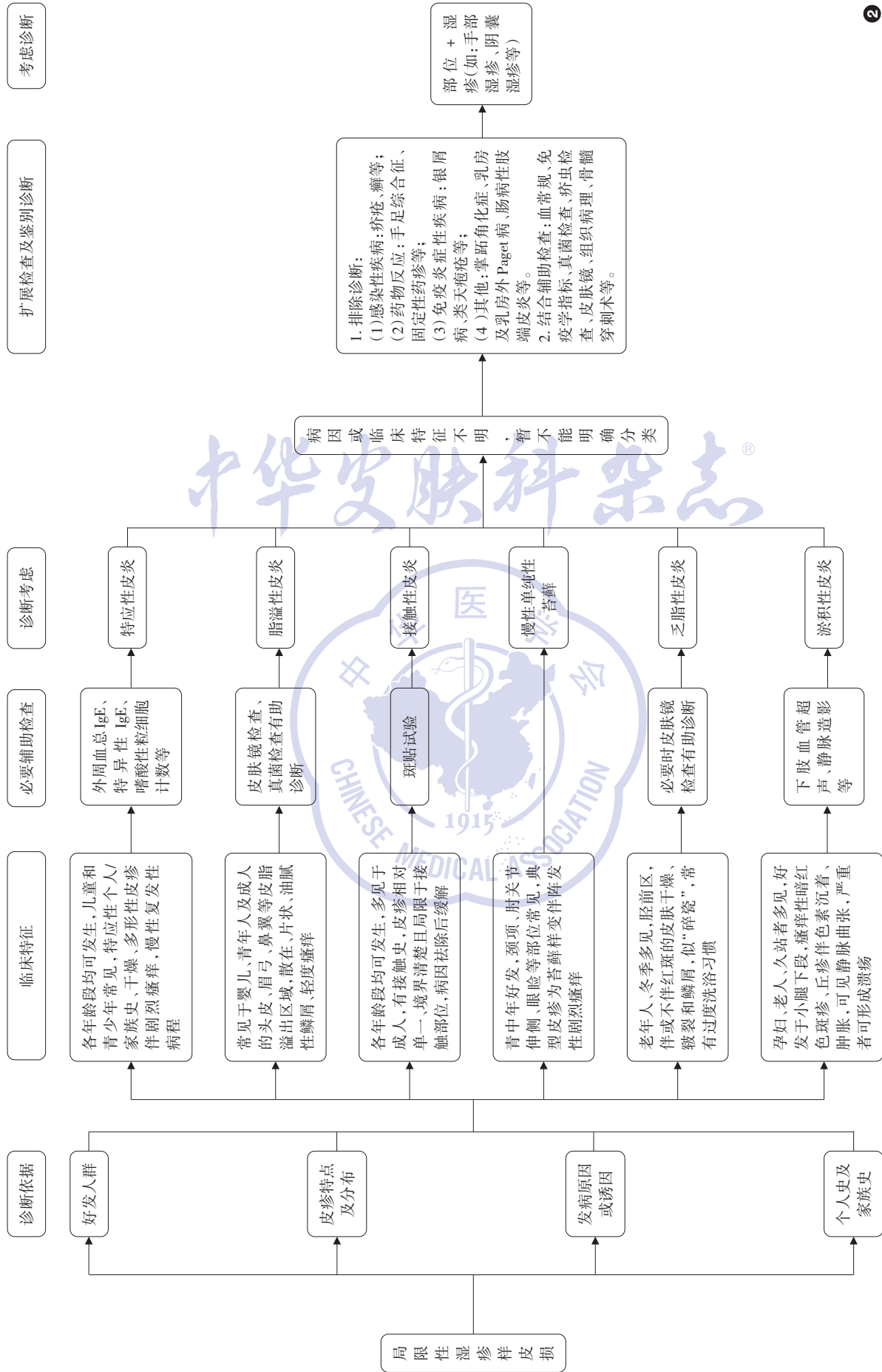


图2 局限性湿疹样皮损的诊断思路

2

相应部位湿疹的诊断,如手部湿疹、阴囊湿疹、眼睑湿疹等。

### (三)泛发性湿疹样皮损的诊断流程

泛发性湿疹样皮损的诊断性评估应关注皮损的初发部位及分布情况(图3)。在接诊患者时,应首先询问患者皮损最初发生的部位。对初发部位为面部或表现为全身泛发性皮损但分布不对称者,首先评估是否符合AD的诊断,若不能明确为AD,可行斑贴试验、最小红斑量(MED)测试、光斑贴试验,如合理规避日光、斑贴/光斑贴试验阳性过敏原后皮疹可消退,则应考虑诊断CD或光敏性皮炎(包括慢性光化性皮炎),否则在排除其他非皮炎湿疹类疾病后,仍应考虑AD诊断。对于躯干为皮损初发部位或全身泛发性皮损但对称分布的患者,在排除药物不良反应后,应评估是否符合AD诊断;若患者有过敏原接触史,可行斑贴试验辅助诊断,斑贴试验阳性者,结合病史有局部接触致敏史和系统性致敏原暴露史,可考虑系统性接触性皮炎(systemic contact dermatitis, SCD)诊断,但这类患者应注意排除疥疮、无典型水疱表现或早期的类天疱疮以及皮肤T细胞淋巴瘤(CTCL)等容易遗漏或误诊的疾病。如果患者外周血嗜酸性粒细胞超过 $1.5 \times 10^9/L$ 持续3个月以上,应考虑嗜酸细胞增多性皮炎或潜在血液疾病引起的皮肤表现,应请血液科或肿瘤科会诊,必要时行骨髓穿刺活检<sup>[12]</sup>。临床上,淤积性皮炎可因伴发自身敏感性皮炎或SCD出现泛发性湿疹样皮损,因此,皮损初发于小腿的患者,可行下肢血管影像学检查,同时可结合斑贴试验判断泛发性皮损是否起源于淤积性皮炎。在泛发性湿疹样皮损的基础上出现其他类型的皮损,应结合临床进行相应的鉴别诊断和/或分类诊断。

需要特别强调的是,泛发性湿疹样皮损的诊断常需要多种诊断性检查,必要时还需要重复检查和/或诊断性治疗。由于不同亚型皮炎的疾病过程常重叠发生,也可能与其他疾病同时发生,因此,诊断的第一步是确定主要疾病过程。总体来说,非对称分布的皮损首先应考虑直接接触因素,如CD;泛发性、对称性的湿疹样皮损更可能是系统致敏所致,如AD、SCD、药物性皮炎等;其次,应注意皮疹形态,其对诊断具有重要提示,相关实验室检查包括斑贴试验、光敏试验、光斑贴试验、皮肤活检和外周血检查等有助于进一步确诊。但检查结果的解释需结合临床病史,如斑贴试验阴性并不能绝对排除CD或SCD的诊断,因此,在临床和实验室检查结

果不一致的情况下,应遵从临床诊断。另外,CD致敏原的确定对于疾病的诊断及治疗具有重要作用,常见的致敏原包括金属、药物、香料、防腐剂、化妆品成分、橡胶成分等,临床上可根据各个部位所接触物质的不同,对常见可疑致敏物进行筛查<sup>[14-15]</sup>。

### (四)非皮炎湿疹类疾病的鉴别

鉴别主要包括疥疮、各种浅表真菌感染(尤其难辨认癣)、脓疱疮等感染性皮肤病,银屑病、玫瑰糠疹、苔藓样糠疹、扁平苔藓、色素性紫癜性皮肤病、药物性皮炎、慢性光化性皮炎等红斑鳞屑性皮肤病,以及大疱性类天疱疮、移植物抗宿主病、朗格汉斯组织细胞增多症等相对少见的皮肤病,儿童患者还应注意和一些伴有皮肤表现的综合征相鉴别,如高IgE综合征、Netherton综合征、Wiskott-Aldrich综合征等,需要根据患者的发病年龄、典型临床表现、关键性辅助检查尤其是组织病理检查等,进行鉴别诊断,具体参见《皮炎湿疹类疾病规范化诊断术语专家共识》<sup>[1]</sup>。

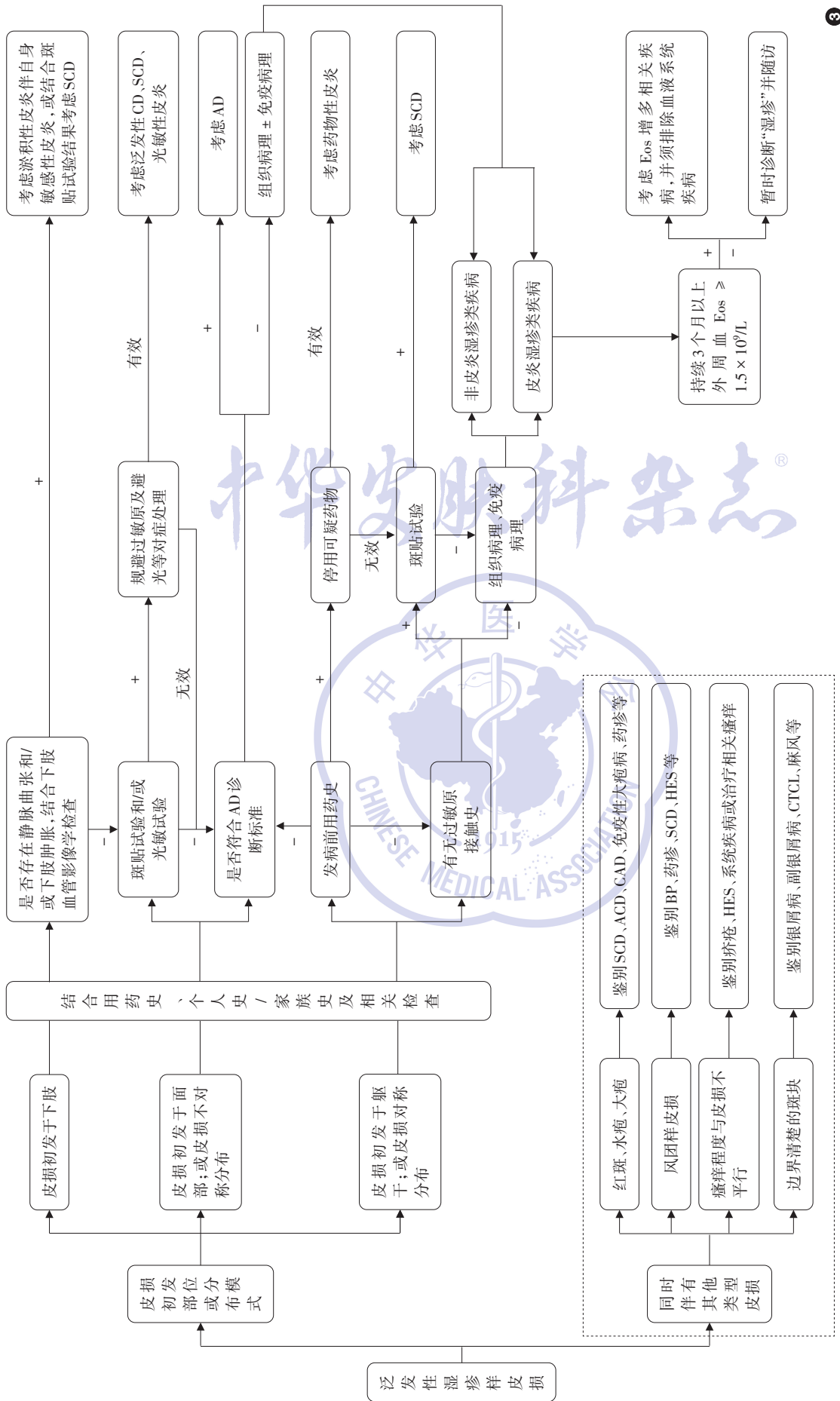
## 四、治疗和管理

### (一)治疗原则及目标

皮炎湿疹类疾病的治疗应在完善分类诊断的基础上,根据疾病严重程度遵循阶梯治疗和个体化治疗原则:短期目标为缓解症状,改善皮损,提高生活质量;长期目标则为预防和减少疾病复发,减少或减轻合并症,以期达到疾病的长期控制<sup>[16-17]</sup>。存在共病时优选同时治疗多种疾病的方案,并充分评估不同治疗方案的相互影响,同时加强基础疾病控制,必要时多学科会诊。皮炎湿疹类疾病多表现为反复发作的慢性病程,可采用全程管理模式以加强患者教育、避免触发因素、重建皮肤屏障、控制和消除瘙痒-抓挠循环<sup>[18]</sup>。

### (二)治疗方案

1. 基础治疗:包括患者教育及管理,帮助患者及家属了解疾病性质、可能转归、疾病对机体健康的影响等;指导患者寻找和避免环境中常见的变应原及刺激因素,避免接触诱发或加重因素;规范日常行为,避免搔抓及过度清洗,加强皮肤日常护理,规避已知或可疑变应原,规律作息,保持充足睡眠,减少压力刺激等。引导患者正确认识各种治疗方法的临床疗效及可能的风险与不良反应,指导患者合理选择治疗药物,了解药物减停注意事项以及定期复诊的重要性等,提高患者依从性<sup>[19-20]</sup>。(证据等



注:SCD, 系统性接触性皮炎;CD, 接触性皮炎;AD, 特应性皮炎;ACD, 变应性接触性皮炎;CAD, 慢性光化性皮炎;BP, 大疱性类天疱疮;HES, 嗜酸性粒细胞增多综合征;CTCL, 皮肤T细胞淋巴瘤

图3 泛发性湿疹样皮损的诊断思路及鉴别诊断

**级:A;推荐级别:强推荐)**

2. 局部治疗:根据皮损分期选择局部用药的方法,总体上应遵循皮肤科外用药物的治疗原则,具体外用药物的选择应综合考虑患者年龄、性别、皮损部位、皮损类型、药物透皮吸收特性、药物安全性等多种因素。由于皮炎湿疹类疾病多为慢性、复发性,建议采用长疗程、主动维持治疗策略。外用糖皮质激素(topical corticosteroids, TCS)是一线局部抗炎药物,需根据不同人群、受累部位及皮损范围选择适宜强度的TCS;外用钙调磷酸酶抑制剂(topical calcineurin inhibitor, TCI)、磷酸二酯酶4(phosphodiesterase 4, PDE-4)抑制剂可用于敏感部位,或与TCS序贯治疗其他部位皮损,也可用于长期主动维持治疗;此外,新型的Janus激酶(Janus kinase, JAK)抑制剂、本维莫德乳膏,以及其他类外用药物如氧化锌软膏、硼锌软膏等也可根据临床需求选择。常见外用药物详见表2。存在微生物定植或合并微生物感染时,可针对感染病原体选择局部抗微生物药<sup>[21]</sup>。(证据等级:B;推荐级别:强推荐)

3. 系统治疗:对于局部治疗控制不佳的中重度皮炎湿疹类疾病往往需要启动系统治疗,系统治疗药物包括传统免疫抑制剂、生物制剂、小分子药物等(表2)。传统免疫抑制剂适用于常规外用药物治疗不易控制的重度患者,应注意不良反应的监测;系统应用糖皮质激素仅可短期应用于病情严重、其他药物难以控制的急性发作期患者。生物制剂既可用于诱导中重度患者缓解,也可用于维持治疗,被推荐为外用药物控制不佳或不建议使用外用药物<sup>[22-23]</sup>的中重度AD患者的一线系统用药。(证据等级:

**A;推荐级别:强推荐**)。JAK抑制剂目前主要批准用于对其他系统治疗(如糖皮质激素或生物制剂)应答不佳或不适宜的难治性、中重度AD患者;在其他常规治疗效果不佳,充分评估并与患者沟通的前提下,JAK抑制剂也可用于AD以外的皮炎湿疹类疾病(证据等级:B;推荐级别:推荐)。临床上,抗组胺药广泛应用于AD等皮炎湿疹类疾病,但因疾病或个体的疗效差异较大,其有效性尚缺乏充分证据;对于伴有荨麻疹、过敏性鼻炎等合并症的患者,可考虑使用第二代非镇静抗组胺药治疗。对伴有广泛感染者可系统应用针对不同病原体的抗微生物药;紧张、焦虑、失眠等神经衰弱症状严重者可加用镇静/抗焦虑药物。另外,对于TCS疗效不佳的顽固慢性手部湿疹患者,可考虑联合应用维A酸类药物<sup>[4,17]</sup>。(证据等级:B;推荐级别:推荐)。

各种皮炎湿疹类疾病在疾病不同阶段有可能发生不同免疫表型的转化,针对不同免疫表型选择相应的靶向药物进行治疗是未来理想的治疗模式。

4. 物理治疗:部分患者若局部治疗效果不佳,且不宜或不能耐受系统治疗,可根据不同疾病及其皮损情况,酌情辅助物理治疗。如:中重度AD可联合窄谱中波紫外线(narrow band ultraviolet, NB-UVB)或长波紫外线(long-wave ultraviolet A1, UVA1);部分脂溢性皮炎患者可联合强脉冲光(intense pulsed light, IPL)或NB-UVB治疗;淤积性皮炎患者,尤其出现溃疡表现者,可辅助红外光等治疗<sup>[24-25]</sup>。(证据等级:A;推荐级别:推荐)

5. 中医中药治疗:应根据临床症状和体征辨证施治,根据不同疾病及其分期选择相应中(成)药

表2 皮炎湿疹类疾病主要治疗药物

药物类别	常用主要药物
<b>局部治疗</b>	
TCS	超强效:0.1%醋酸氟轻松乳膏、0.05%丙酸氯倍他索软膏等 强效:0.05%卤米松乳膏、0.1%哈西奈德溶液、0.05%醋酸氟轻松软膏、0.05%丙酸倍他米松乳膏等 中效:0.1%糠酸莫米松软膏、0.05%丙酸氟替卡松乳膏、0.1%丁酸氢化可的松乳膏等 弱效:0.05%地奈德乳膏、1%氢化可的松乳膏、0.05%醋酸地塞米松软膏等
TCI	0.03%或0.1%他克莫司软膏、吡美莫司乳膏
PDE-4抑制剂	克立硼罗软膏
JAK抑制剂	芦可替尼(ruxolitinib)乳膏、迪高替尼(delgocitinib)乳膏(国内尚未上市)
其他局部用药	炉甘石洗剂、氧化锌软膏/糊剂、黑豆馏油软膏、硼酸溶液、尿素乳膏、水杨酸软膏等
<b>系统治疗</b>	
传统免疫抑制剂	环孢素、甲氨蝶呤、硫唑嘌呤、吗替麦考酚酯、环磷酰胺等
生物制剂	度普利尤单抗、曲罗芦单抗(tralokinumab)(国内尚未上市)
JAK抑制剂	乌帕替尼、阿布昔替尼、巴瑞替尼、托法替布等
糖皮质激素	泼尼松、甲泼尼龙、地塞米松、复方倍他米松等

注:TCS,外用糖皮质激素;TCI,钙调磷酸酶抑制剂;PDE-4,磷酸二酯酶4;JAK,Janus激酶

(如复方甘草酸苷、雷公藤多苷等)内治和/或不同剂型的外治药物,部分顽固性病例也可根据病情选择针刺疗法,如梅花针、火针等<sup>[4,6]</sup>。(证据等级:E;推荐级别:推荐)

### (三)分类治疗要点

皮炎湿疹类疾病应根据疾病种类、皮损严重程度、受累部位和面积、不同人群进行分类治疗。

1. AD:近年来AD治疗国内外均有指南和共识发布并不断更新,可根据临床实际参考。总体来说,AD治疗应基于病情及病程进行阶梯治疗:即基础治疗贯穿全程,轻度患者以局部治疗为主,中重度患者根据病情考虑启动传统免疫制剂(如环孢素)、生物制剂(如度普利尤单抗)和JAK抑制剂(如阿布昔替尼、乌帕替尼)等系统治疗,同时也可联合物理治疗<sup>[4,6,26-36]</sup>。(证据等级:A;推荐级别:强推荐)

2. CD:①寻找致病原因,并尽早祛除,同时尽量避免再次接触致敏原;②根据皮损严重程度、累及部位及分期(参见局部治疗部分)选择局部治疗方案;③严重泛发者可短期系统应用糖皮质激素、免疫抑制剂等,并发感染者加用抗生素类药物<sup>[7]</sup>。(证据等级:C;推荐级别:强推荐)

### 3. 其他皮炎

(1)脂溢性皮炎:①规律生活、减少压力;低脂饮食且少吃辛辣刺激性食物;避免酒精制剂;减少热水和碱性洗剂等刺激;避免搔抓等;②抗真菌药及TCS是一线局部疗法,辅助角质溶解剂,如含煤焦油、水杨酸、二硫化硒等的洗剂;TCI可作为二线局部用药;口服抗真菌药及异维A酸可用于泛发性、难治性病例;另外,还可辅助IPL、NB-UVB等物理治疗;③患者存在免疫抑制如合并HIV感染或合并其他系统疾病时,应接受相应内科治疗<sup>[37-39]</sup>。(证据等级:C;推荐级别:弱推荐)

(2)淤积性皮炎:积极治疗原发病,祛除引起静脉高压的基础疾病。基础措施包括锻炼、步行和抬高患肢,使用弹力绷带等。局部治疗遵循皮炎湿疹类疾病局部治疗一般原则,TCS是一线用药,结合改善循环的外用药物,如多磺酸粘多糖等;严重的病例可使用地奥司明、己酮可可碱等,可配合加压治疗来缓解静脉高压相关症状(如疼痛、肿胀、沉重感等);对上述治疗无效或反复发作,建议针对静脉曲张行手术治疗<sup>[10,40]</sup>。(证据等级:C;推荐级别:强推荐)。皮损泛发者,应同时给予相应系统治疗。

(3)乏脂性皮炎:①避免诱发或加重皮肤干燥,如减少洗澡频率、尽量少用肥皂等碱性清洁剂、在

干燥环境中使用加湿器等;②每日涂抹保湿剂,皮肤清洁后应立即涂抹以保持水分;③必要时用TCS、TCI或PDE-4抑制剂局部抗炎治疗<sup>[41]</sup>。(证据等级:C;推荐级别:推荐)

(4)钱币状皮炎:当钱币状皮炎作为AD、乏脂性皮炎和淤积性皮炎的一种皮疹表现时应按上述皮炎的治疗原则处理。对于病因不明的钱币状皮炎,主要采取局部对症治疗,具体方案参考局部治疗<sup>[11]</sup>。皮损泛发的,应同时给予系统治疗。(证据等级:C;推荐级别:强推荐)

4. 未分类皮炎湿疹类疾病:应遵循皮炎湿疹的总体治疗原则及目标导向。局限性湿疹患者主要给予外用药物治疗,可根据皮疹的严重程度和部位选择升阶梯或降阶梯方案。敏感部位(如面部、外生殖器区域等)可根据皮损性质及患者既往治疗反应选择非糖皮质激素抗炎药(如TCI、PDE-4抑制剂、JAK抑制剂等)或合适强度的TCS治疗,若使用TCS治疗,应在皮损控制后减少使用频次或转换为非糖皮质激素抗炎药主动维持治疗减少复发。对于非敏感部位、顽固性、肥厚性皮损推荐降阶梯方案,如手足或者掌跖部位肥厚性或角化性皮损,可选用强效TCS或者联合角质剥脱剂如尿素、水杨酸类、维A酸类药物,也可采用封包疗法或局部皮损内注射,或联合NB-UVB或UVA1局部照射治疗,好转后转换为中弱效糖皮质激素或非糖皮质激素抗炎药,并可参照AD治疗理念做好长疗程间歇维持治疗<sup>[42]</sup>。(证据等级:C;推荐级别:强推荐)

对于泛发性湿疹患者,严重皮损常对患者造成较大困扰,需要适时启动系统治疗。总体上,经验性参照AD相关治疗理念,同时遵循个体化原则。对于急性发作或需要快速控制疾病活动的患者,首要治疗目标是快速控制炎症、缓解瘙痒和清除皮损,快速打破“瘙痒-搔抓循环”,抑制炎症进展和病情恶化,治疗建议优先选择可以快速控制炎症、缓解患者瘙痒和皮损的药物或治疗方案,可考虑使用作用谱相对较宽的药物,如环孢素、甲氨蝶呤、JAK抑制剂,必要时也可短期系统使用糖皮质激素。如果患者存在2型炎症的证据,可以推荐度普利尤单抗等。对于严重影响生活质量并导致情绪障碍的患者,可考虑联合使用抗焦虑药物。病情缓解后逐渐降低系统治疗药物的用量,并逐渐过渡到TCS、TCI或外用PDE-4抑制剂等进行主动维持治疗,以预防和减少复发,进一步改善患者生活质量。(证据等级:E;推荐级别:弱推荐)

## 五、结语

皮炎湿疹类疾病覆盖疾病种类众多,皮损形态多样,临床分类复杂且容易混淆。本指南在综合现有文献证据的基础上,结合专家临床经验对主要的皮炎湿疹类疾病特征进行了总结,结合临床需求提出了诊断思路及流程,概述了该类疾病的主要治疗原则、药物选择以及分类治疗的要点。由于该类疾病病因复杂,仍存在部分临床特征和/或病因尚不明确的未分类皮炎湿疹,诊断上可暂时保留“湿疹”的诊断,治疗方面主要根据皮损严重程度结合患者状况个体化对症治疗,同时积极随访,以进一步确定病因和临床特征后进行针对性诊疗。然而,由于皮炎湿疹类疾病的复杂性且受限于文章篇幅,本指南未能将常见皮炎湿疹类疾病的相关诊疗逐一详细介绍,同时随着对该类疾病病因机制研究的不断深入,必将提高临床医师对该类疾病的深入理解,最终实现更为精准的个体化诊治。

**指南制订指导组(按姓氏拼音排序):**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)、郝飞(重庆医科大学附属第三医院)、李巍(复旦大学附属华山医院)、梁云生(中南大学湘雅二医院)、鲁严(南京医科大学第一附属医院)、宋志强(陆军军医大学第一附属医院)、姚煦(中国医学科学院皮肤病医院)

**参加指南制订的专家(按姓氏拼音排序):**柏冰雪(哈尔滨医科大学附属第二医院)、党宁宁(山东第一医科大学附属省立医院)、窦侠(北京大学深圳医院)、傅强(青海红十字医院)、高兴华(中国医科大学附属第一医院)、耿松梅(西安交通大学第二附属医院)、顾恒(中国医学科学院皮肤病医院)、郭书萍(山西医科大学第一医院)、郭一峰(上海交通大学医学院附属新华医院)、郝飞(重庆医科大学附属第三医院)、李捷(中南大学湘雅医院)、李邻峰(首都医科大学附属北京友谊医院)、李巍(复旦大学附属华山医院)、梁云生(中南大学湘雅二医院)、鲁严(南京医科大学第一附属医院)、罗晓燕(重庆医科大学附属儿童医院)、马蕾(滨州医学院附属医院)、宋志强(陆军军医大学第一附属医院)、王再兴(安徽医科大学第一附属医院)、肖嵘(中南大学湘雅二医院)、姚煦(中国医学科学院皮肤病医院)、姚志荣(上海交通大学医学院附属新华医院)、尹光文(郑州大学第一附属医院)、翟志芳(陆军军医大学第一附属医院)、张福仁(山东第一医科大学附属皮肤病医院)、邹颖(上海市皮肤病医院)

**执笔人:**翟志芳、宋志强

**利益冲突** 所有作者均声明不存在利益冲突

## 参 考 文 献

[1] 中华医学会皮肤性病学分会免疫学组,中国医师协会皮肤科

医师分会指南制定与规范委员会. 皮炎湿疹类疾病规范化诊断术语专家共识[J]. 中华皮肤科杂志, 2021,54(11):937-942. DOI: 10.35541/cjd.20210578.

- [2] Johansson SG, Bieber T, Dahl R, et al. Revised nomenclature for allergy for global use: report of the Nomenclature Review Committee of the World Allergy Organization, October 2003 [J]. *J Allergy Clin Immunol*, 2004,113(5):832-836. DOI: 10.1016/j.jaci.2003.12.591.
- [3] Yamamura K, Nakahara T. The dawn of a new era in atopic dermatitis treatment [J]. *J Clin Med*, 2022,11(20):6145. DOI: 10.3390/jcm11206145.
- [4] 中国医师协会皮肤科医师分会,中华医学会皮肤性病学分会,中国医疗保健国际交流促进会皮肤医学分会,等. 特应性皮炎治疗药物应用管理专家共识(2024版)[J]. 中华皮肤科杂志, 2024,57(2):97-108. DOI: 10.35541/cjd.20230358.
- [5] Sacotte R, Silverberg JI. Epidemiology of adult atopic dermatitis [J]. *Clin Dermatol*, 2018, 36(5): 595 - 605. DOI: 10.1016/j.clindermatol.2018.05.007.
- [6] 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.
- [7] Fonacier L, Bernstein DI, Pacheco K, et al. Contact dermatitis: a practice parameter - update 2015 [J]. *J Allergy Clin Immunol Pract*, 2015,3(3 Suppl):1-39. DOI: 10.1016/j.jaip.2015.02.009.
- [8] Tucker D, Masood S. Seborrheic dermatitis [M/OL]. Treasure Island (FL): StatPearls publishing, 2025. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551707/>.
- [9] Chan CX, Zug KA. Diagnosis and management of dermatitis, including atopic, contact, and hand eczemas [J]. *Med Clin North Am*, 2021,105(4):611-626. DOI: 10.1016/j.mcna.2021.04.003.
- [10] Yosipovitch G, Nedorost ST, Silverberg JI, et al. Stasis dermatitis: an overview of its clinical presentation, pathogenesis, and management [J]. *Am J Clin Dermatol*, 2023,24(2):275-286. DOI: 10.1007/s40257-022-00753-5.
- [11] Leung A, Lam JM, Leong KF, et al. Nummular eczema: an updated review [J]. *Recent Pat Inflamm Allergy Drug Discov*, 2020,14(2):146-155. DOI: 10.2174/1872213X14666200810152246.
- [12] Nedorost, ST. Generalized dermatitis in clinical practice [M]. Berlin: Springer-Verlag, 2012:115-117.
- [13] 宋志强,游弋. 炎症性皮肤病病理-病理学家实用指南 [M]. 北京: 中国科学技术出版社, 2020:3-10.
- [14] de Waard-van der Spek FB, Darsow U, Mortz CG, et al. EAACI position paper for practical patch testing in allergic contact dermatitis in children [J]. *Pediatr Allergy Immunol*, 2015,26(7): 598-606. DOI: 10.1111/pai.12463.
- [15] Johnston GA, Exton LS, Mohd Mustapa MF, et al. British Association of Dermatologists' guidelines for the management of contact dermatitis 2017 [J]. *Br J Dermatol*, 2017,176(2):317-329. DOI: 10.1111/bjd.15239.
- [16] 中华医学会皮肤性病学分会免疫学组. 特应性皮炎的全程管理共识 [J]. 中华皮肤科杂志, 2023, 56(1): 5 - 15. DOI: 10.35541/cjd.20220618.
- [17] Diepgen TL, Andersen KE, Chosidow O, et al. Guidelines for diagnosis, prevention and treatment of hand eczema [J]. *J Dtsch Dermatol Ges*, 2015,13(1):1-22. DOI: 10.1111/ddg.12510\_1.
- [18] Chow S, Seow CS, Dizon MV, et al. A clinician's reference guide for the management of atopic dermatitis in Asians [J]. *Asia Pac Allergy*, 2018,8(4):e41. DOI: 10.5415/apallergy.2018.8.e41.
- [19] Li AW, Yin ES, Antaya RJ. Topical corticosteroid phobia in atopic dermatitis: a systematic review [J]. *JAMA Dermatol*, 2017, 153(10):1036-1042. DOI: 10.1001/jamadermatol.2017.2437.
- [20] Eicher L, Knop M, Aszodi N, et al. A systematic review of factors influencing treatment adherence in chronic inflammatory skin disease - strategies for optimizing treatment outcome [J]. *J Eur*

- Acad Dermatol Venereol, 2019, 33 (12): 2253 - 2263. DOI: 10.1111/jdv.15913.
- [21] Wollenberg A, Barbarot S, Bieber T, et al. Consensus - based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part I [J]. J Eur Acad Dermatol Venereol, 2018, 32 (5): 657 - 682. DOI: 10.1111/jdv.14891.
- [22] Drucker AM, Ellis AG, Bohdanowicz M, et al. Systemic immunomodulatory treatments for patients with atopic dermatitis: a systematic review and network meta - analysis [J]. JAMA Dermatol, 2020, 156 (6): 659 - 667. DOI: 10.1001/jamadermatol.2020.0796.
- [23] Siegel D, Heratizadeh A, Abraham S, et al. Systemic treatments in the management of atopic dermatitis: a systematic review and meta - analysis [J]. Allergy, 2021, 76 (4): 1053 - 1076. DOI: 10.1111/all.14631.
- [24] 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(3):233-240. DOI: 10.1111/phpp.12741.
- [25] McCoy T, Ntarelli N, Pan A, et al. Systematic review and estimated cost - efficacy of biologics compared with narrowband ultraviolet B light for the treatment of moderate to severe psoriasis and atopic dermatitis [J]. Int J Dermatol, 2023, 62 (8): 986 - 999. DOI: 10.1111/ijd.16677.
- [26] Katoh N, Ohya Y, Ikeda M, et al. Japanese guidelines for atopic dermatitis 2020 [J]. Allergol Int, 2020, 69 (3): 356 - 369. DOI: 10.1016/j.alit.2020.02.006.
- [27] Wollenberg A, Christen - Zäch S, Taieb A, et al. ETFAD/EADV Eczema task force 2020 position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis in adults and children [J]. J Eur Acad Dermatol Venereol, 2020, 34 (12): 2717 - 2744. DOI: 10.1111/jdv.16892.
- [28] Wollenberg A, Barbarot S, Bieber T, et al. Consensus - based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part II [J]. J Eur Acad Dermatol Venereol, 2018, 32 (6): 850 - 878. DOI: 10.1111/jdv.14888.
- [29] Boguniewicz M, Alexis AF, Beck LA, et al. Expert perspectives on management of moderate - to - severe atopic dermatitis: a multidisciplinary consensus addressing current and emerging therapies [J]. J Allergy Clin Immunol Pract, 2017, 5 (6): 1519 - 1531. DOI: 10.1016/j.jaip.2017.08.005.
- [30] 中华医学会, 中华医学会杂志社, 中华医学会皮肤病学分会, 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/ema.j.cn114798-20220915-00924.
- [31] 中华医学会皮肤病学分会免疫学组. 老年特应性皮炎诊疗专家共识(2023版) [J]. 中华皮肤科杂志, 2023, 56(11): 991 - 999. DOI: 10.35541/cjd.20230427.
- [32] 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 (9): 1644 - 1659. DOI: 10.1111/jdv.15709.
- [33] 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): 1000 - 1007. DOI: 10.35541/cjd.20230247.
- [34] Davis D, Drucker AM, Alikhan A, et al. Executive summary: guidelines of care for the management of atopic dermatitis in adults with phototherapy and systemic therapies [J]. J Am Acad Dermatol, 2024, 90(2): 342 - 345. DOI: 10.1016/j.jaad.2023.08.103.
- [35] Simpson EL, Bruin - Weller M, Flohr C, et al. When does atopic dermatitis warrant systemic therapy? Recommendations from an expert panel of the International Eczema Council [J]. J Am Acad Dermatol, 2017, 77(4): 623 - 633. DOI: 10.1016/j.jaad.2017.06.042.
- [36] Eyerich K, Gooderham MJ, Silvestre JF, et al. Real - world clinical, psychosocial and economic burden of atopic dermatitis: results from a multicountry study [J]. J Eur Acad Dermatol Venereol, 2024, 38(2): 340 - 353. DOI: 10.1111/jdv.19500.
- [37] Jackson JM, Alexis A, Zirwas M, et al. Unmet needs for patients with seborrheic dermatitis [J]. J Am Acad Dermatol, 2024, 90(3): 597 - 604. DOI: 10.1016/j.jaad.2022.12.017.
- [38] Gupta AK, Versteeg SG. Topical treatment of facial seborrheic dermatitis: a systematic review [J]. Am J Clin Dermatol, 2017, 18 (2): 193 - 213. DOI: 10.1007/s40257-016-0232-2.
- [39] Naldi L, Diphoorn J. Seborrheic dermatitis of the scalp [J]. BMJ Clin Evid, 2015, 2015: 1713.
- [40] Awad N, Hetzel JD, Bhupalam V, et al. Stasis dermatitis: pathophysiology, current treatment paradigms, and the use of the flavonoid diosmin [J]. J Clin Aesthet Dermatol, 2024, 17(1): 15 - 23.
- [41] Specht S, Persaud Y. Asteatotic eczema [M/OL]. Treasure Island (FL): StatPearls publishing, 2023. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549807/>.
- [42] 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, 中国中药协会皮肤病药物研究专业委员会. 湿疹皮炎类皮肤病中西医结合药物治疗专家共识 [J]. 中华皮肤科杂志, 2023, 56(4): 287 - 293. DOI: 10.35541/cjd.20220853.

(收稿日期: 2024-12-23)

(本文编辑: 刘经纬)