

## 目錄

### ◎ 西醫觀點

|           |   |
|-----------|---|
| 疾病簡介..... | 2 |
| 病理機轉..... | 3 |
| 臨床表現..... | 4 |
| 診斷標準..... | 5 |
| 鑑別診斷..... | 6 |
| 西醫治療..... | 7 |

### ◎ 中醫治療

|              |    |
|--------------|----|
| 疾病簡介.....    | 9  |
| 病因病理.....    | 9  |
| 辨證分型與治療..... | 10 |
| 實證文獻.....    | 12 |

## ◎ 西醫觀點

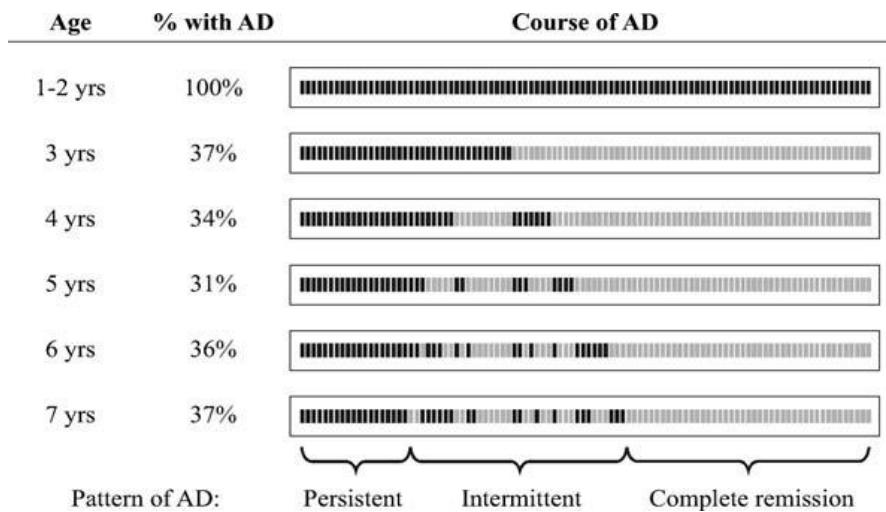
### 疾病簡介

異位性皮膚炎是一常見且具有遺傳傾向的過敏性皮膚病，其臨床特徵可因年齡不同而皮膚表現不同，經常反覆發作，病情時重時輕，個人或家族中常有氣喘、過敏性鼻炎等病史。[\[1\]](#)根據不同文獻的報導，本病在全世界的罹病率約為 5-20%。[\[2\]](#)

本病在台灣的盛行率約為 8~10%，台灣異位性皮膚炎患者大多在 5 歲前發病，2~7 歲是高峰期，之後逐漸減緩。根據 2002 年在台北市所做的國際兒童氣喘過敏研究調查（International Study of Asthma and Allergy in Children, ISAAC）報告顯示，兒童異位性皮膚炎的盛行率較以往的調查增加許多，台北市國小一年級有 10.6% 曾有異位性濕疹，而且在近 1 年仍有症狀佔 8.6%，而國中二年級的調查顯示 7.4% 有異位性濕疹，而近 1 年仍有症狀佔 5.5%。[\[3\]](#)

近年來病患日益增多，尤其以已開發國家及都市區域的患兒較多，約為三十年前的 2-3 倍，這可能與環境因素密切相關。此疾病多於五歲以前發生，且女性比男性之比率約為 1.3:1。[\[2\]](#)

在兒童患者中，約 45% 患童在六個月大前就出現症狀，60% 患童在一歲前發病，85% 在五歲前會發病。根據一項對於兩歲前發病的患童所做的統計，到七歲時還有 20% 患童有持續受此病困擾，而有 17% 患童則是間歇性地有症狀發生(圖一)。[\[4\]](#)



圖一. The natural history of AD from infancy to childhood obtained from the prospective birth cohort study Multicenter Atopy Study[\[4\]](#)

## 病理機轉

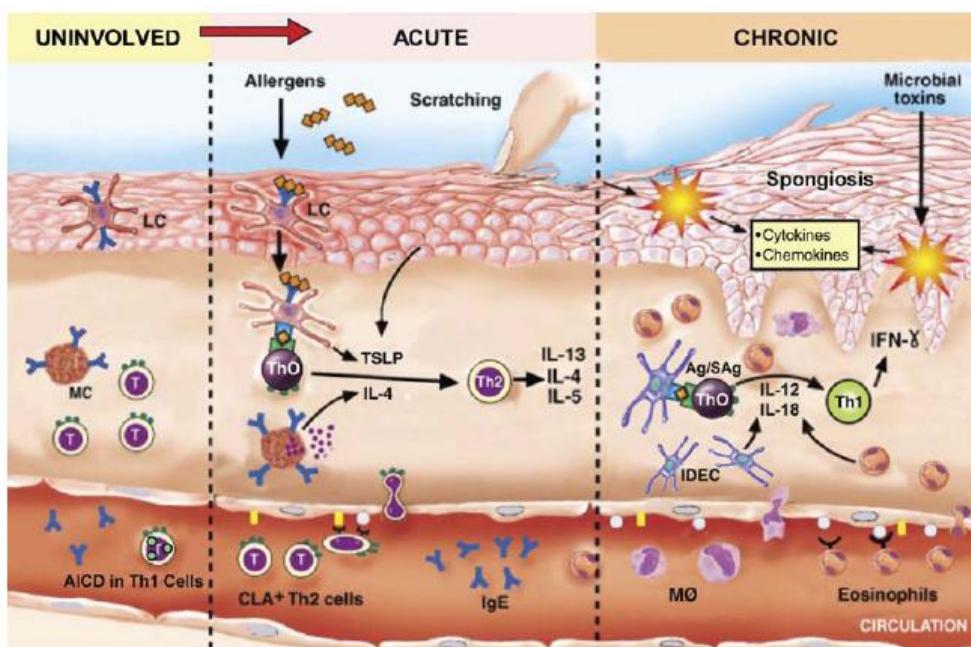
許多的研究顯示異位性皮膚炎有著非常複雜的免疫發炎反應。許多發炎細胞及皮膚細胞都有參與。主要有兩大機轉：

- 受損的皮膚屏障導因於數種結構上的異常[2]

無法保持表皮層水分，導致不良鎖水引發搔癢的惡性循環(itch-scratch cycle)  
其異常結構如下：

1. 表皮脂質（主要為 ceramides）減少，導致無法維持保持表皮層水分
2. Filaggrin：一種分化中表皮細胞產生的蛋白質，主要功能為聚集 keratin filaments 結合到細胞骨架，再加上其他成份組成角質化的細胞包膜，此蛋白質突變可引發疾病( Ichthyosis vulgaris )，此病也是 AD 的危險因子，loss of function FLG mutations (R501X and 2282del4) 的基因異常會導致上述二病。
3. Spink 5：是一種蛋白質水解酶抑制者 serine protease inhibitor (Kazal-type 5 serine protease inhibitor)，該水解酶 protease stratum corneum chymotryptic enzyme (SCCE)主要作用為分割 corneocytes 細胞間的結合，此抑制者減少將導致細胞間結合被過度切割，降低屏障功能  
Epicutaneous sensitization：一旦環境中的刺激因子透過上述不良的皮膚屏障與更容易與免疫細胞（Langerhans' cell, an antigen presenting cell）產生交互作用引起發炎反應。

- 免疫細胞的異常[2]



圖二. immunologic pathway involved in the progression of AD. [4]

1. 未發病的皮膚

異位性皮膚炎患者即使沒有濕疹的皮膚也並非完全正常，相較於正常皮膚，仍可發現其皮膚表皮有輕微的增生，而且也有少許的 T 細胞浸潤於血管週圍，尤其是表現

IL-4、IL-13 之第二型 T 輔助細胞，而且其 Langerhan's 細胞也帶有高親合力的 type I IgE 受體。

## 2. 急性發炎時

皮膚表皮因為細胞間結合被破壞而有海綿層水腫的變化(Spongiosis)，而且有許多抗原表現細胞(Antigen-presentation cell)與 IgE 抗體結合。產生更大量 IL-4、IL-5、IL-13，使更多的 T 細胞轉型成記憶 T 細胞。

## 3. 慢性階段時

皮膚會苔癬化(lichenification)，且皮膚網狀嵴會延長(elongation of rete ridges)，而此時浸潤的 inflammatory dendritic epidermal cells(IDEcs)，macrophages 及 eosinophils 會分泌大量 IL-12 使 T 細胞往第 1 型 T 輔助細胞(Th1)發展。此時 IL-4、IL-13 的表現減少，而 IL-5、granulocyte-macrophage colony-stimulating factor(GM-CSF)、IL-12 及 INF-g 相對增加。

超過 80%的皮膚浸潤 T 細胞表現 cutaneous lymphocyte-associated antigen(CLA)抗原，而超抗原(superantigen)可增加 IL-12 分泌誘發 T 細胞表現 CLA marker。而異位性皮膚炎患者血液中帶有 CLA marker 之 T 輔助細胞可增加 IL-13 分泌使血清 IgE 上升，也可增加 IL-5 分泌而延長 eosinophil 的存活時間，造成進一步的炎症反應。

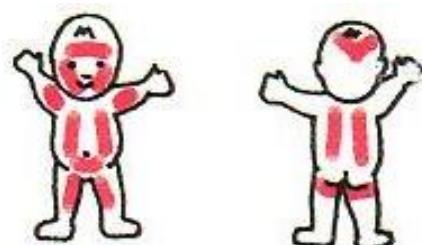
在皮膚局部發炎中有角質細胞(keratinocyte)可分泌一些激素(例如 IL-10, Mig, ITAC)促進 Th1 細胞的生長，而活化的 Th1 細胞可增加  $\alpha$  干擾素(INF- $\alpha$ )使角質細胞表現 FAS 標記，最後活化 Th1 細胞可經由 FAS-L 作用於角質細胞上之 FAS 標記，促使角質細胞凋亡，造成皮膚進一步的傷害

此外，在 90%異位性皮膚炎患者的皮膚可培養出金黃色葡萄球菌，比正常人高出許多，而這些金黃色葡萄球菌可分泌超抗原(superantigen)毒素，造成造成 T 細胞及巨噬細胞的活化，進一步引發後續的發炎反應。

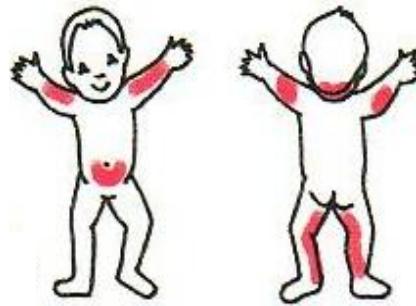
## 臨床表現

異位性皮膚炎患者的皮膚表現依年齡層而有所不同，可分為三個階段：[2]

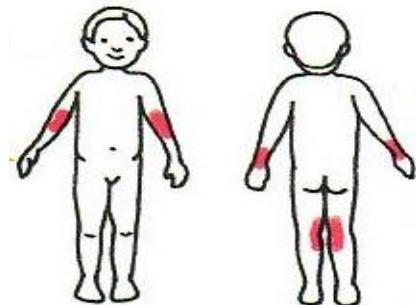
嬰兒期(**infantile stage**) (從嬰兒到兩歲)：以頭部為中心，臉頰、頸部、頭皮出現紅色丘疹，並延伸到四肢伸展側，皮膚有輕微的脫屑和分泌物，水泡抓破會形成痂皮。



兒童期(Childhood stage) (兩歲至十二歲)：濕疹分布範圍擴大，延伸到手足、四肢彎曲處(特別是肘窩、臍窩、手腕掌側及踝部)和脖子，臉上反而較不明顯，皮膚變粗厚，嚴重時可能會蔓延全身。



成人期(adult stage) (大於十二歲)：發作時，濕疹部位以四肢彎曲處為主，部位較侷限，皮膚有苔癬樣化改變。



### 診斷標準

異位性皮膚炎的主要依據患者之臨床表現進行診斷。依據 1994 年於英國針對異位性皮膚炎所開立的專家會議結論，其診斷的依據如下：[2]

- 皮膚搔癢（包括父母親觀察到的患童身上的抓痕）。
- 典型的皮膚位置(嬰幼兒大多在臉部及身體的伸側，成人大多在關節的屈側)。常見位置包括肘窩，臍窩，頸部，眼周，足踝。
- 典型的皮膚症狀(濕疹樣皮膚炎或苔癬化皮膚炎)。
- 慢性持續性或反覆發作皮膚炎超過6 個月以上。
- 個人或家族成員有異位性體質如過敏性鼻炎、氣喘、異位性皮膚炎、或蕁麻疹等。

實驗室檢查如 IgE 總量或過敏源檢測並未當成異位性皮膚炎患者的診斷標準或例行檢查[2]，然而這些檢查有助於評估疾病的嚴重程度及影響因素(圖)。此外，還有一些量表如 SCORAD、EASI 可用於評估與記錄患童皮損及症狀的程度。[4]

**SCORAD：**應用較廣泛，此標準包括皮膚病變範圍、皮損嚴重程度、搔癢和睡眠影響程度。皮膚病變範圍：14 歲以下兒童中，頭頸部、臂各 9%，軀幹前、軀幹後及下肢各按 18% 來計算。1%的面積為 1 分。

皮損嚴重程度：評分接上述部位評分，評分標準以四級評分法。症狀、體徵包括紅斑、丘疹或水腫、表皮剝脫、裂紋或龜裂、滲出或結痂、苔蘚化、皮膚乾燥(評估未受累皮膚)。搔癢和影響睡眠程度，按最近的 3 日平均評分，以 0-3 四級評分。

鑑別診斷

異位性皮膚炎常見的鑑別診斷包括接觸性皮膚炎，脂漏性皮膚炎，藥物反應相關皮膚炎。嬰兒患童還應考慮乾癬，疥瘡，Wiskott-Aldrich 症候群，hyper IgE 症候群，營養不良，*acrodermatitis enteropathica*，*Netherton's syndrome* 等可能。<sup>[2]</sup> 相關鑑別診斷可參閱下表[5]：

**Table 2. Differential Diagnosis of Atopic Dermatitis.**

| Diagnosis                        | Description  |
|----------------------------------|--|
| Seborrheic dermatitis of infancy | Red, shiny, relatively well-demarcated eruptions typically involving the diaper area are present in infants four months of age or younger. The lower abdomen and armpits may also be involved, and scalp scaling (cradle cap) may be present. The infant appears comfortable. The condition clears within a few months.  |
| Adult-type seborrheic dermatitis | Poorly defined erythema due to overgrowth of or sensitivity to malassezia yeasts is present in seborrheic areas (i.e., sides of nose, eyebrows, external ear canal, scalp, front of chest, axillae, and groin creases).  |
| Discoid (nummular) eczema        | Circular "cracked" areas of erythema 1 to 5 cm in diameter are present initially on the limbs, often with secondary infection (Fig. 2). In children, discoid eczema is most commonly associated with atopic dermatitis and is often confused with tinea (ringworm). In adults, it may be associated with excessive skin dryness and secondary infection with <i>Staphylococcus aureus</i> .  |
| Irritant contact dermatitis      | Cumulative damage to the skin barrier from irritants such as soaps and detergents is present. The clinical appearance can be identical to that of atopic dermatitis, but location at sites of maximal exposure (e.g., fingers) may be helpful in making the diagnosis. Some degree of irritant contact dermatitis is common in persons with atopic dermatitis (e.g., in babies, around the mouth, owing to saliva and wet food, and in the diaper area, owing to urine). |
| Allergic contact dermatitis      | A hypersensitivity reaction exists after sensitization to specific substances (e.g., the nickel in jewelry, the rubber in gloves, or the glues in some shoes). Localization may suggest this diagnosis, but patch tests are needed to definitively establish it. This diagnosis may coexist with atopic dermatitis.  |
| Frictional lichenoid dermatitis  | Shiny papules occur at elbows, knees, and backs of hands, probably related to friction. The diagnosis may be common, and may be more so in patients with atopic dermatitis.  |
| Other exogenous skin conditions  |  |
| Scabies                          | Infestation may produce nonspecific eczematous changes on the entire body. Burrows and pustules on palms, soles, genitalia, and between fingers help to establish diagnosis.   |
| Onchocerciasis                   | The chronic phase may be accompanied by widespread itching and lichenification of the skin similar to those seen in cases of chronic atopic dermatitis.  |
| Insect bites                     | Secondary eczematous changes may develop in the area of the bites, especially on the limbs, and may be confused with atopic dermatitis.  |

## 西醫治療[4]

### • 基礎治療(Basic treatment)

包括適當的皮膚照護、保溼、使用潤膚劑(emollients)、避免接觸誘發因子，如某些肥皂、特定食物等。如要清潔皮膚最好使用溫開水，並使用弱酸性(PH5.5~6.0)的清潔劑

### • 外用藥物

#### • 潤膚劑

盡量使皮膚保持濕潤，減緩搔癢及發炎。潤膚劑需不間斷的使用，根據皮膚不同的狀態可選擇不同的潤膚劑：

- 含 polidocanol 的潤膚劑可減輕皮膚搔癢症狀
- 含 urea 潤膚劑保溼效果佳
- 含水楊酸潤膚劑可治療皮膚慢性過度角質化

#### • 外用類固醇(TCS, topical corticosteroids)

- 抗發炎、降低表皮金黃色葡萄球菌的繁殖
- 副作用會使皮膚變薄，因此短期使用一天不要超過兩次，且用於臉部、生殖部位只能使用輕效或是中效型的類固醇。在急性發作期時，外用類固醇應和潤膚劑一起使用以減少類固醇的副作用。

#### • 局部免疫調節劑(TCIs, topical calcineurin inhibitors)

- 「醫立妥」(ELIDEL;Pimecrolimus 1%)及「普特皮」(PROTOPIC; tacrolimus 0.03%) 可用於 2 歲以上兒童。
- 常見副作用為皮膚有暫時性的燒灼感。

#### • 外用抗微生物製劑

- 阻止皮膚金黃色葡萄球菌增生

### • 全身系統性治療 (Systemic treatment)

- 抗生素治療：用於廣泛性二度細菌感染(主要是金黃色葡萄球菌)。常使用第一代或第二代頭孢子素，或半合成盤尼西林治療七到十天。

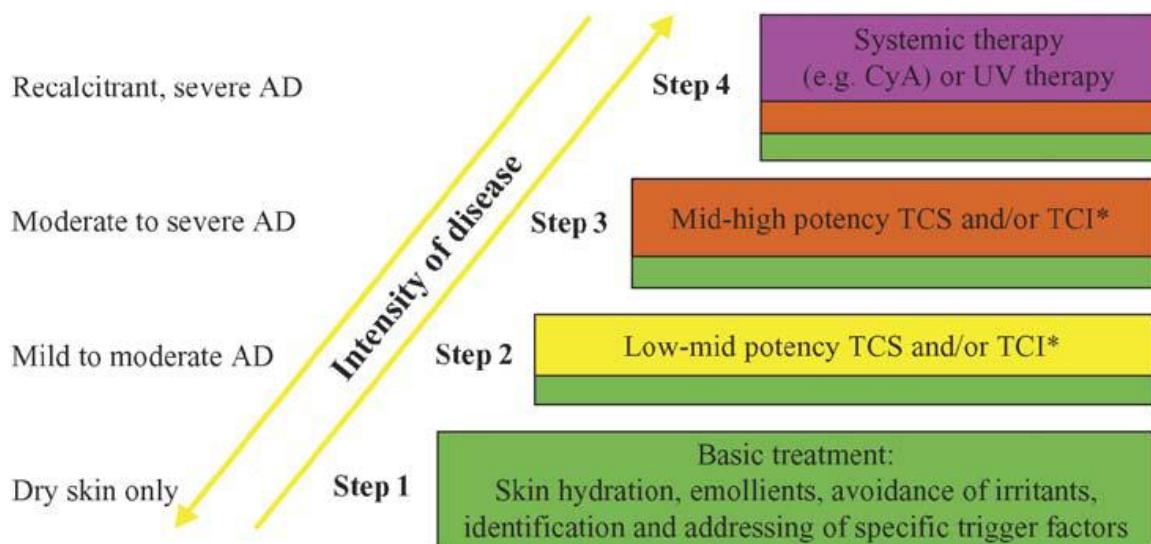
- 口服類固醇：急性發作患者可短期使用，在兒童應避免長期使用，以免造成干擾生長、淋巴球減少等副作用。

#### • 口服免疫抑制劑：

- Cyclosporin A 會抑制 calcineurin-dependent pathway，造成發炎反應的激素減少，但因有腎毒性，只用在對其他藥物反應不良的病人，且同時需監測血壓及生化數值的變化。

- Azathioprine 是種使用很久的免疫抑制劑，主要作用為影響核甘酸合成代謝，目前只有回溯性研究顯示其對嚴重的異位性皮膚炎有效。其副作用包括骨髓抑制、肝毒性、腸胃道症狀、增加感染的機會及可能增加皮膚癌的風險。

- 抗組織胺：主要用於減少搔癢感。對於因搔癢而有睡眠障礙或合併有過敏性鼻炎、過敏性結膜炎的患童，使用有鎮定效果的抗組織胺似乎有其療效。[\[6\]](#) 然而，新一代無鎮定效果的抗組織胺一般認為對治療異位性皮膚炎幾乎無幫助。[\[4\]](#)
- 照光治療：用於成人二線治療
- 其它
  - 水解蛋白奶粉
    - 含有小分子的乳清蛋白與酪蛋白，營養價值與一般奶粉相同，但較不會引發 IgE 的反應。一項大型研究顯示高危險罹患異位性皮膚炎的新born 嬰兒若在前六個月使用水解奶粉在一歲時比起對照組減少 50% 異位性皮膚炎的罹患率。
  - 服用益生菌
    - 研究發現益生菌可以減少異位性皮膚炎的發生率但不能降低對過敏原的致敏化



TCS = Topical corticosteroids, TCI = Topical calcineurin inhibitors, CyA = Cyclosporine A

\* Over the age of 2 years

圖三. Stepwise management of patients with AD[\[4\]](#)

此外，根據 2004 年所提出異位性皮膚炎的治療原則[\[6\]](#)中提出，有研究指出延長母乳哺餵及母親服用益生菌似乎有助於延緩孩童異位性皮膚炎的發生。然而，並沒有明顯的證據證明孕期飲食的改變或避免接觸過敏原對孩童異位性皮膚炎的發生有影響。

## ◎ 中醫治療

### 疾病簡介

中醫古籍中無異位性皮膚炎這一病名，根據臨床觀察，結合歷代文獻研究，根據其發病年齡、部位及型態的描述，與中醫文獻中「奶癬」、「濕瘡」、「浸淫瘡」、「四彎風」、「血風瘡」等相類似。

「浸淫瘡」的症候描述首見於巢元方《諸病源候論》：「浸淫瘡，是心家有風熱，發於肌膚，初生甚小，先癢後痛而成瘡，汁出侵漬肌肉，浸淫漸闊乃遍體，以其漸漸增大，因名浸淫也。」此處描述的是濕疹的臨床表現，初起局部小皮損，後逐漸增大，泛發全身，搔癢、滲出明顯。

至隋代巢元方首次提出了乳癬這一名稱，《諸病源候論》：「小兒面上癬，皮如甲錯，起乾燥，謂之乳癬。」清朝許克昌亦提出了胎癬之稱，《外科證治全書》：「胎癬，俗名奶癬，生嬰兒頭面，或生眉端，搔癢流脂成片，久則延及遍身。」上述條文中之乳癬、奶癬與嬰兒期異位性皮膚炎之表現相似，其共同的症狀為發於頭面部，眉間等處，均伴明顯搔癢，可有乾燥起皮屑的表現，亦可有滲液的表現。

清代，有了四彎風的描述，其對於病變部位與皮損形態更為貼切，形象。《醫宗金鑑·外科心法要訣》曰：「此證生於兩腿彎、腳彎，每月一發，形如風癬，屬風邪襲入腠理而成。其癢無度，搔破津水，形如濕癬。」此處揭示了異位性皮膚炎的典型臨床表現，即發於兩腿彎、腳彎，將其拓展開即四肢屈側、肘窩、臍窩或伸側處皮損，反覆發作，伴隨劇烈搔癢，抓破可有滲出的皮損表現。

此外，對於特應性皮炎的臨床症狀的相似描述亦散落的見於許多著作，如《醫宗金鑑·外科心法要訣》：「血風瘡證生遍身，粟形搔癢脂水淫，久鬱燥癢抓血津。此證遍身生瘡，形如粟米，搔癢無度，抓破時，津脂水浸淫成片，令人煩躁、口渴、搔癢，日輕夜甚。」此述血風瘡與異位性皮膚炎亦有相似之處，初起為粟粒狀皮疹，滲液，反覆發作，瘤癢明顯，夜間為甚，久則血虛生風燥，肌膚乾燥，搔抓後起血癥，瘤癢劇烈而使患者出現情緒煩躁的表現。

### 病因病理

一般認為，本病由於孕育時期，母親過食肥甘及辛辣油炸之品，助濕化熱；或由七情內傷，五志化火，遺熱於胎兒，導致**胎兒先天稟賦不足**，素體偏熱；複因餵養不當，而致脾胃虛弱，脾失健運，濕從內生，濕熱內蘊，外發肌膚而為病。

此外，後天飲食失節，過食生冷或暴飲暴食，或飲食辛辣油膩肥甘食物，脾運失常，生濕化熱，**濕熱**外發肌膚又可誘發該病。

或濕蘊日久，傷津耗血，**血虛生風生燥**，逗留肌膚，肌膚失養而失去濡潤而發為本病。若外感六淫，特別是**外感濕毒**，風邪入絡，易會發於肌膚而形成皮疹。

總之，該病與脾、心、肝關係密切，濕、風、熱、瘀為其主要表現，而脾虛濕盛貫穿該病始終，熱鬱結肌膚，內外合邪也可導致該病。

辨證分型與治療

| 證型                 | 臨床特徵  | 治法        | 常用方藥   |
|--------------------|---|-----------|--|
| 風熱夾濕<br>(本型多見於嬰兒期) | 發生於身體各處，以頭面部、四肢常見。  | 祛風止癢、清熱利濕 | 消風散《外科正宗》<br>(當歸、生地黃、防風、蟬蛻、知母、苦參、胡麻、荊芥、蒼朮、牛蒡子、石膏、木通、甘草)  |
|                    | 發病迅速，皮膚潮紅，皮疹以丘疹、斑疹和斑丘疹為主，伴有滲出性分泌物，或有少量脫屑、結痂。  |           |  |
|                    | 大便乾，小溲赤，舌紅，苔薄黃或薄白，脈浮數。  |           |  |
| 濕熱蘊積<br>(本型多見於兒童期) | 皮疹泛發頸、背、雙下肢，以屈側為主。  | 清熱利濕、疏風止癢 | 消風導赤湯《醫宗金鑑》<br>(生地、赤茯苓、牛蒡子、白鮮皮、金銀花、薄荷、木通、黃連、生甘草、燈心)<br><br>龍膽瀉肝湯《李東垣方》(龍膽草、黃芩、梔子、澤瀉、木通、車前子、當歸、生地黃、柴胡、甘草) |
|                    | 皮損灼熱、發紅，初起皮疹為風團樣紅斑或淡紅色扁平小丘疹，繼而皮疹逐漸增多，粟疹成片，色淡紅或褐黃，或小水皰密集、滲液多，瘙癢無休。                   |           |  |
|                    | 小溲短赤，大便溏或秘結，舌質紅，苔黃膩，脈弦數或弦滑。   |           |  |
| 脾虛濕蘊<br>(本型多見於兒童期) | 皮疹泛發頸、背、雙下肢，以屈側為主。  | 益氣健脾、養血潤膚 | 萆薢瀉濕湯《瘍科心得集》(萆薢、薏仁、黃柏、赤苓、丹皮、澤瀉、滑石、通草)<br>除濕胃苓湯《外科正宗》(防風、蒼朮、白朮、赤茯苓、陳皮、厚朴、豬苓、山梔子、木通、澤瀉、滑石、甘草、薄荷、肉桂、燈心草)    |
|                    | 初起皮膚黯淡，繼則出現成片水皰結薄痂，瘙癢，紅斑丘疹呈暗淡色皮損，表面糜爛明顯，滲出較多，或病久皮疹反覆纏綿發作，時輕時重、病程長局部皮膚輕度肥厚，抓破後容易流清水。 |           |  |
|                    | 消化不良，大便稀溏或完穀不   |           |  |

|                           |   |           |   |
|---------------------------|---|-----------|---|
|                           | 化，舌質淡舌體常胖嫩而有齒痕，苔白或白膩，脈緩。                |           |   |
| <b>血虛風燥</b><br>(本型多見於成人期) | 皮損反覆發作，面、頸、前胸後背較為嚴重，分佈局限，或以肢體屈側部位為主。    | 養血潤膚、祛風止癢 | <b>當歸飲子</b> 《證治準繩》<br>(當歸、白芍、川芎、生地黃、白蒺藜、防風、荊芥、何首烏、黃耆、甘草、生薑) |
|                           | 皮損色淡或灰白、暗紅，皮膚肥厚，粗糙，乾燥，脫屑瘙癢，伴抓痕、血痂、色素沉著。 |           | <b>養血定風湯</b><br>《外科證治全書》<br>(當歸、赤芍、川芎、生地、天冬、麥冬、僵蠶、首烏、丹皮)    |
|                           | 口乾欠津，舌質紅或淡，苔少，脈沉細或細弱。                   |           |   |

## 實證文獻

### 1. 異位性皮膚炎的中醫辨證分型[9]

通過查閱中醫古籍、現代中醫外科學中有關「四癲風」的資料以及異位性皮膚炎的中醫辨證規範，以「特應性皮炎」、「異位性濕疹」、「遺傳過敏性濕疹」、「異位性皮炎」為主題詞，以「中醫療法」、「中西醫結合療法」、「中藥療法」為副主題詞，並相互組配作為關鍵字，分別檢索中國醫學科學院的生物醫學文獻光碟資料庫、中國期刊網、萬方和維普全文文獻資料庫中的相關文獻，進行文獻研究，分析異位性皮膚炎中醫證候研究現狀，對現代文獻的中醫辨證分型進行描述性分析。

在涉及異位性皮膚炎中醫辨證分型的39篇文獻中，共提及20種辨證分型，如下表：

| 中医证候      | 出现次数 | 频率/%  |
|-----------|------|-------|
| 湿热证       | 11   | 22.45 |
| 风湿蕴肤      | 2    | 4.08  |
| 风湿热证      | 3    | 6.12  |
| 脾虚证       | 4    | 8.16  |
| 脾虚湿盛      | 4    | 8.16  |
| 脾虚血燥      | 2    | 4.08  |
| 脾虚阴血虚     | 2    | 4.08  |
| 脾虚血虚血瘀    | 1    | 2.04  |
| 脾虚湿重,血虚生风 | 1    | 2.04  |
| 肾虚证       | 1    | 2.04  |
| 血虚风燥      | 6    | 12.50 |
| 血虚血瘀      | 2    | 4.08  |
| 血虚生风,湿热阻络 | 1    | 2.04  |
| 血燥证       | 2    | 4.08  |
| 血热血燥      | 1    | 2.04  |
| 湿热血燥      | 1    | 2.04  |
| 阴虚血燥      | 2    | 4.08  |
| 血热风燥      | 1    | 2.04  |
| 气滞血瘀      | 1    | 2.04  |
| 肝郁证       | 1    | 2.04  |

按照八綱辨證，異位性皮膚炎的中醫辨證可劃分虛實兩類，實證與風、濕、熱、燥相關，虛證主要為脾虛和陰血虛。濕熱證出現頻率為22.45%，脾虛及其兼夾證出現的頻率為28.56%，血虛及其兼夾證出現的頻率為18.62%。

### 2. 中醫藥治療異位性皮膚炎的Meta-analysis[10]

利用Meta-analysis對1986-2007年12月底中國大陸所有已完成的、正在進行的有關中醫藥治療異位性皮膚炎的臨床研究試驗文獻進行了系統性評估。利用文獻檢索電子資

料庫包括中國生物醫學光碟資料庫、中國期刊網全文資料庫、中文科技期刊資料庫、萬方資料庫，以及手工檢索以下10種期刊中2007年12月底前發表的文獻：《中華皮膚科雜誌》、《臨床皮膚科雜誌》、《中醫雜誌》、《中國麻風皮膚病雜誌》、《現代中醫藥》、《中國中醫藥資訊雜誌》、《中醫藥臨床雜誌》、《新中醫》、《四川中醫》得到初步納入的文獻原文。光碟資料庫無原文的通過手工檢索得到原文。末次檢索日期為2007年12月底。

其納入標準包括以下幾點：

- (1) 主要選擇中醫藥隨機對照試驗(Randomized Trial RCT)或臨床對照試驗(Controlled Clinical Trial CCT)
- (2) 第一診斷明確為異位性皮膚炎
- (3) 納入病例為住院或門診患者
- (4) 有一般治療或其他有效的針對性治療作為對照
- (5) 組間均衡性較好，具有可比性
- (6) 有規範的療效評估指標

其排除標準包括以下幾點：

- (1) 主要治療方法不是中醫藥或中西結合方法的
- (2) 未設對照組的
- (3) 組間基線均衡性差，兩組無可比性者
- (4) 療效評定指標不規範或未詳細公佈治療結果者

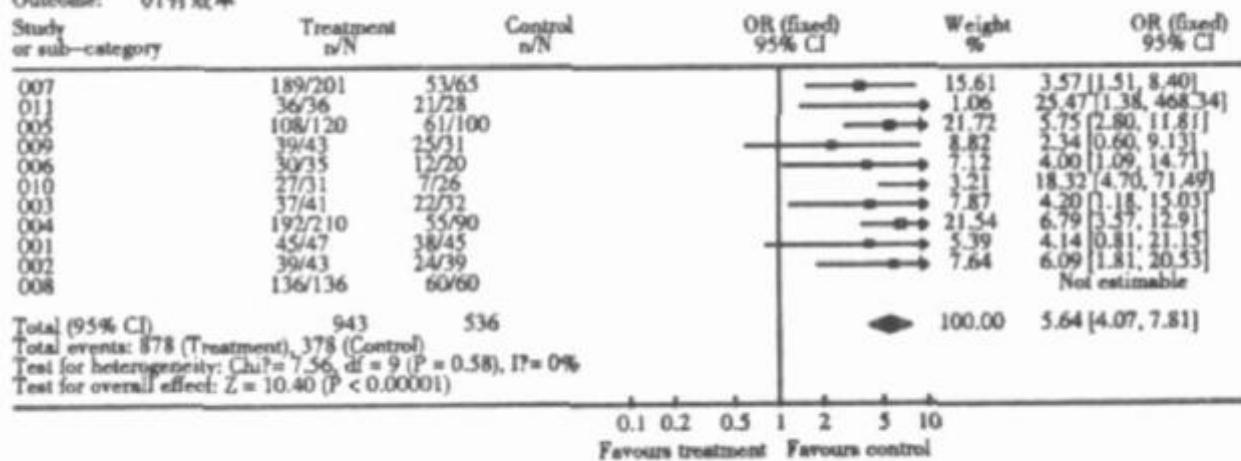
共收集到中醫藥治療異位性皮炎臨床治療文獻72篇，採用西藥進行對照的為59篇，採用中藥以及中成藥進行對照的9篇，採用空白或者安慰組進行對照的4篇。採用西藥進行對照的59篇臨床論文當中，採用抗組織胺藥物的共47篇，經過排除，採用隨機方法具有可比性，符合納入標準的中醫藥(中西醫結合)治療異位性皮膚炎臨床對照文獻11篇。

按Cochrane中心的文獻品質評價JADAD評分（1～2分為低品質研究，3～5分為高品質研究），入選的11篇文獻中有3篇文獻為1分，6篇文獻為2分，2篇文獻為3分。

研究結果顯示，中藥內服治療異位性皮膚炎與西藥抗組織胺藥物口服作比較， $OR = 5.64$ ， $95\%CI$ 為[ 4.07, 7.81 ]， $df = 9$ ， $P = 0.58$ ，顯示兩組無明顯的異質性，亦表示多個獨立研究具有同質性，可選擇固定效應模型計算其合併統計量，適合進行Meta-analysis。

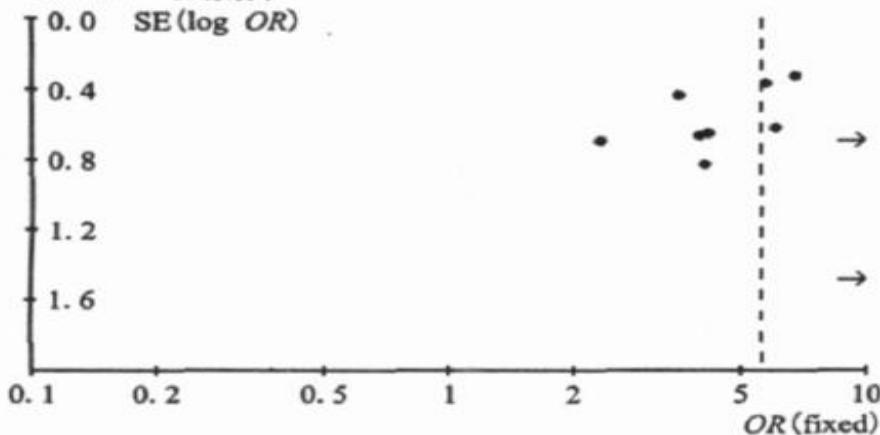
其結果顯示，中醫藥治療異位性皮膚炎有效，其療效優於西藥抗組織胺藥。經不同設計品質的敏感度分析以及隨機效應模型與固定效應模型之間的敏感度分析，取得了較為一致的結論，顯示了本研究結論是可信的。其分析圖如下：

Review: 中医药(中西医结合)治疗异位性皮炎系统评价  
 Comparison: 01中西药组versus抗组织胺药组  
 Outcome: 01有效率



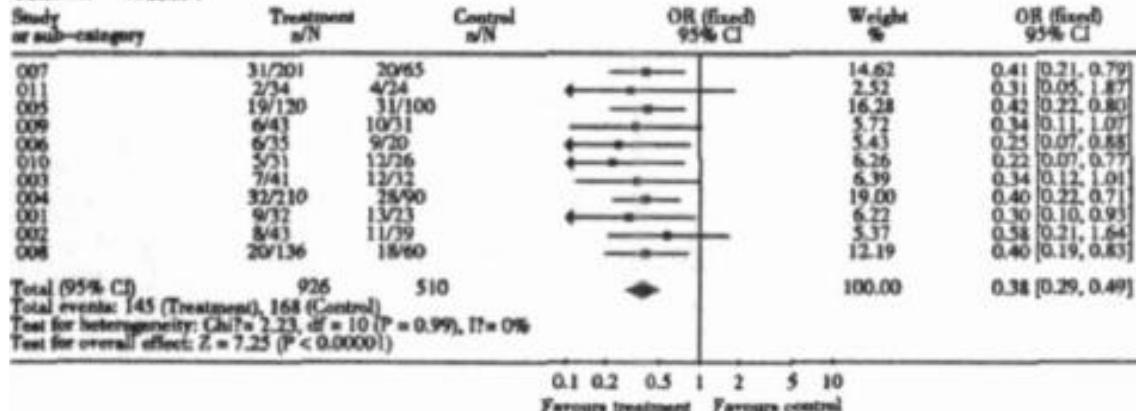
#### A. 採用抗組織胺藥物做對照的有效率meta-analysis

Review: 中医药(中西医结合)治疗异位性皮炎系统评价  
 Comparison: 01中西药组versus抗组织胺药组  
 Outcome: 01有效率



#### B. 採用抗組織胺藥物做對照的有效率之漏斗圖

Review: 中医药(中西医结合)治疗异位性皮炎系统评价  
 Comparison: 01中西药组versus抗组织胺药组  
 Outcome: 02复发率



#### C. 採用抗組織胺藥物做對照的復發率 meta-analysis

### 3. Efficacy of traditional Chinese herbal therapy in adult atopic dermatitis[7]

**研究目的：**評估中藥複方「Zemaphyte®」(由十種中藥組成，包括荊芥、防風、白頭翁、木通、地黃、赤芍、淡竹葉、白蘚皮、蒺藜、甘草)治療異位性皮膚炎的療效。

**研究對象：**符合異位性皮膚炎診斷標準，且符合下列條件者：

- 病情嚴重：病灶面積廣泛，大於 20%體表面積
- 病灶呈現非滲出性、乾燥脫屑且以苔蘚化變化為主

**排除條件：**

- 有續發性細菌感染
- 近兩個月曾接受口服或注射類固醇、抗生素、照光治療或免疫抑制劑等治療
- 肝或腎功能異常
- 血液常規檢查異常
- 罹患其它嚴重內科疾病如高血壓、糖尿病、甲狀腺疾病等
- 懷孕或準備懷孕者
- 餵母乳者

**研究方法：**隨機雙盲安慰劑對照試驗

**治療方式：**病人隨機接受八週的藥物或安慰劑治

療後，經過四週的 wash-out period，再  
接受八週的安慰劑或藥物治療

**服藥方式：**除荊芥之外的藥物磨碎後裝成 10 克一袋，每次以 800c.c.水煎煮四袋藥物 90 分鐘，最後三分鐘再加入荊芥，最後溫飲約 200c.c.藥液

**評估指標：**病灶嚴重度(紅斑及表皮損傷)和病灶面積計分。

將體表面積分為 20 區域，每一區域分數 = 痘灶面積 × 痘灶嚴重度

|       |  |     |
|-------|--|-----|
| 病灶面積  | 小於區域面積的 1/3  | 1 分 |
|       | 介於區域面積的 1/3 ~ 2/3  | 2 分 |
|       | 大於區域面積的 2/3  | 3 分 |
| 病灶嚴重度 | 依紅斑(Erythema)及表皮損傷情況(丘疹、水皰、脫屑、苔蘚化、抓痕等)的嚴重度，給予 0-3 分。<br>1 分為輕度，2 分為中度，3 分為重度 |     |

**研究結果：**治療組紅斑與表皮損傷情況改善程度優於安慰劑（如圖四），在治療組進行治療時搔癢改善程度及睡眠改善程度亦較佳( $P<0.001$ ,  $P<0.078$ )。經中藥治療並未發生任何副作用。

**結論：**本中藥治療異位性皮膚炎有其療效。

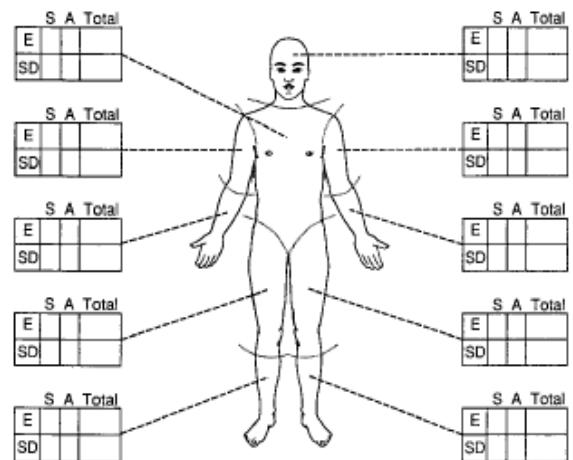
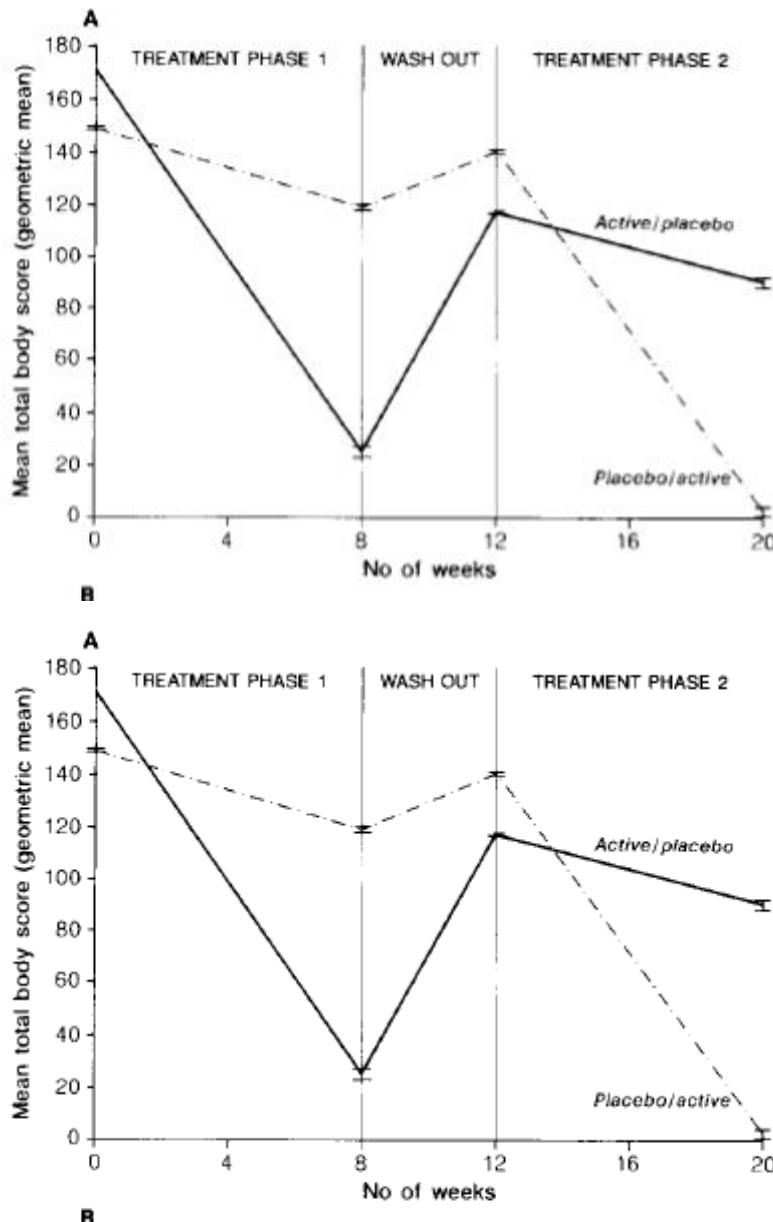


Fig 1—Standardised disease activity scoring system.

E = erythema, SD = surface damage, S = severity, A = area.



圖四.Sequential total body scores (geometric means) for (A) erythema and (B) surface damage.

#### 4. Chinese herbal medicine for atopic eczema (Review) The Cochrane Library 2009

**研究目的：**評估中草藥複方治療異位性皮膚炎的效果。

**檢索策略：**檢索 Cochrane 對照試驗註冊庫（CENTRAL, 2004 年 1 月），Cochrane 皮膚專業組試驗註冊庫（2004 年 1 月），MEDLINE（1966 年～2004 年 1 月），EMBASE（1980 年～2004 年 1 月），CINHL（1980 年～2004 年 1 月）以及多種補充醫學資料庫。另外，還檢索了所有已鑒定獲取的試驗中所引用的參考文獻以及主要的綜述類文章，也聯繫了包括傳統口服中草藥在內的醫藥公司以及該領域的專家。

**納入標準：**中草藥複方治療異位性皮膚炎的隨機對照臨床試驗。

**資料收集和分析：**兩名作者依據納入標準獨立地評估試驗的品質並提取資料，任何分歧均通過討論以達成一致意見。

**結果：**每一治療階段均為 8 周的 4 項隨機對照試驗符合納入標準。

這些試驗對 159 名年齡在 1~60 歲的患者進行隨機分組。失訪率在 7.5%~22.5% 之間，沒有試驗進行意向性治療分析。

有 3 項採用安慰劑對照的隨機試驗評估了同一中藥複方 Zemaphyte 的療效，這些研究採用了兩個治療階段的交叉試驗設計。其中，2 項試驗結果表明治療組的紅斑及皮膚損傷均有所減輕，說明 Zemaphyte 的療效優於安慰劑。另 1 項試驗還報導可減輕患者皮膚瘙癢。

第 4 個試驗採用開放式試驗設計比較了 Zemaphyte 的草藥劑型與其乾粉製劑的療效，兩種製劑都顯示可減輕紅斑及皮膚損傷，但試驗沒有對這兩種劑型之間的效果進行比較。

4 項試驗中均指出會發生不良事件，但沒有報告嚴重的不良反應。

**結論：**中草藥複方在治療異位性皮膚炎可能是有效的。然而，只發現有 4 個評估同一產品 Zemaphyte 的隨機對照試驗的少數報導，其報告的結果存在差異。尚需進一步設計良好的、大規模的臨床試驗來驗證。且目前藥廠已不再生產 Zemaphyte。

Table 1. Quality Criteria

| Study ID        | Allo-cat'n generation | Allo-cat'n concealed? | Blinding       | Loss to follow up | Have AE?         | Clear def'n of aims | Inc & ex criteria? | Outcomes specified? | Concordance? |
|-----------------|-----------------------|-----------------------|----------------|-------------------|------------------|---------------------|--------------------|---------------------|--------------|
| Fung 1999       | not described         | not described         | 'double-blind' | 3/40 (7.5%)       | clear definition | yes                 | clearly described  | yes                 | not stated   |
| Sheehan 1992(a) | not described         | not described         | 'double-blind' | 10/47 (21.3%)     | clear definition | yes                 | clearly described  | yes                 | diary cards  |
| Sheehan 1992(b) | not described         | not described         | 'double-blind' | 9/40 (22.5%)      | clear definition | yes                 | clearly described  | yes                 | daily diary  |
| Hender-son 2000 | not described         | not described         | open           | 6/32 (18.7%)      | unclear          | yes                 | unclear            | yes                 | not stated   |

## 5. 中藥治療異位性皮膚炎病患之療效評估及免疫學研究[1]

**研究目的：**評估消風散對病情頑固、病灶廣泛、皮膚呈乾燥脫屑以苔蘚化為主的嚴重異位性皮膚炎病患的臨床療效；並進一步探討這些中藥治療異位性皮膚炎病人之相關免疫學變化。

**研究對象：**符合異位性皮膚炎診斷標準，且符合下列條件者：

- 病情嚴重：病灶面積廣泛，大於 20% 體表面積，且不局限於皺摺處
- 病灶呈現非滲出性、乾燥脫屑且以苔蘚化變化為主
- 對一般性治療（外用類固醇藥膏，口服抗組織胺）反應欠佳

**排除條件：**

- 有續發性細菌感染
- 近兩個月曾接受口服或注射類固醇、抗生素、照光治療或免疫抑制劑等治療
- 肝或腎功能異常

4. 血液常規檢查異常
5. 罹患其它嚴重內科疾病如高血壓、糖尿病、甲狀腺疾病等
6. 懷孕或準備懷孕者
7. 餵母乳者

### 研究方法：隨機雙盲安慰劑對照試驗

病人隨機進入治療組(消風散)或對照組(安慰劑)，研究治療期間為八週

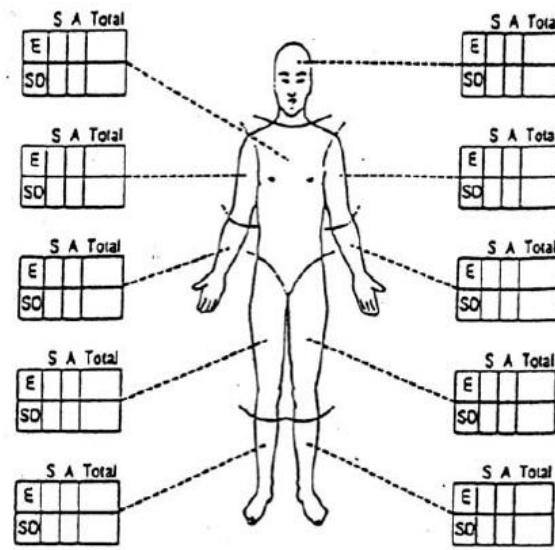
治療組：消風散，0.5 克/公斤/日，一日量分三次服用，每次以 100c.c. 溫開水沖溶後服用

對照組：安慰劑（炒黃麥麩 + 乳糖），0.5 克/公斤/日，一日量分三次服用，每次以 100c.c. 溫開水沖溶後服用

每隔四週評估一次，連續八週治療後，再持續追蹤四週。

**評估指標：**病灶嚴重度(紅斑及表皮損傷)和病灶面積計分。

將體表面積分為 20 區域，每一區域分數 = 痘灶面積 × 痘灶嚴重度



E = 紅斑 (Erythema)

SD = 表皮損傷 (Surface Damage)

S = 嚴重度 (Severity)

A = 痘灶面積 (Area)

|       |  |     |
|-------|--|-----|
| 病灶面積  | 小於區域面積的 1/3  | 1 分 |
|       | 介於區域面積的 1/3 ~ 2/3  | 2 分 |
|       | 大於區域面積的 2/3  | 3 分 |
| 病灶嚴重度 | 依紅斑(Erythema)及表皮損傷情況(丘疹、水皰、脫屑、苔癬化、抓痕等)的嚴重度，給予 0-3 分。<br>1 分為輕度，2 分為中度，3 分為重度 |     |

### 病人病情記錄手冊：

- a. 記錄每日是否按時服藥和外用藥膏使用量
- b. 搔癢程度

|     |        |
|-----|--------|
| 0 分 | 完全不癢   |
| 1 分 | 輕微的癢   |
| 2 分 | 中度的癢   |
| 3 分 | 嚴重的癢   |
| 4 分 | 極為嚴重的癢 |

## c. 膚癢影響睡眠狀況

|    |            |
|----|------------|
| 0分 | 睡眠未中斷      |
| 1分 | 睡眠中斷 1-2 次 |
| 2分 | 睡眠中斷 3-4 次 |
| 3分 | 睡眠中斷 5 次以上 |
| 4分 | 整夜未眠       |

## d. 氣喘發作情況

## e. 其它不適症狀

實驗室檢查：IgE, specific IgE, 血清嗜伊紅性白血球陽離子蛋白(ECP), Eosinophil, serum IL-5, IL-13

## 研究結果：

共有 71 名病患加入本研究，其中治療組 47 人，對照組 24 人，有 61 名病患完成追蹤，完成率為 85.9%。

比較兩組研究起始點特質，除治療組在睡眠狀況較嚴重之外，其餘有關人口因子，異位性皮膚炎變項及危險因子皆無統計學上顯著差異。

表四、治療組與安慰劑組研究起始點之比較

| 變項                        | 組別         |            | P 值 <sup>c</sup>  | 變項          | 組別       |           | P 值 <sup>c</sup>  |
|---------------------------|------------|------------|-------------------|-------------|----------|-----------|-------------------|
|                           | 治療組 N(%)   | 對照組 N(%)   |                   |             | 治療組 N(%) | 對照組 N(%)  |                   |
| <b>人口因子</b>               |            |            |                   |             |          |           |                   |
| 年齡 <sup>a</sup>           | 15.6±8.3   | 16.1±7.7   | 0.81              | 過去治療史       | 西藥治療     | 42(100.0) | 21(95.5)          |
| 性別                        |            |            |                   | 抗組織胺        | 15(35.7) | 13(59.1)  | 0.20              |
| 男                         | 23(54.8)   | 11(50)     | 0.72 <sup>b</sup> | 類固醇藥膏       | 26(61.9) | 12(54.5)  | 0.22              |
| 女                         | 19(45.2)   | 11(50)     |                   | 免疫調節藥膏      | 12(28.6) | 9(40.9)   | 0.49              |
| 身高 <sup>a</sup> (公分)      | 144.6±24.0 | 153.8±17.8 | 0.09              | 口服或注射類固醇    | 10(23.8) | 4(18.2)   | 0.46              |
| 體重 <sup>a</sup> (公斤)      | 43.0±23.0  | 49.9±17.7  | 0.22              | 照光治療        | 2(4.8)   | 2(9.1)    | 0.60 <sup>d</sup> |
| BMI <sup>a</sup>          | 19.0±4.5   | 20.2±3.8   | 0.30              | 減敏治療        | 3(7.1)   | 3(13.6)   | 0.41 <sup>d</sup> |
| <b>異位性皮膚炎變項</b>           |            |            |                   |             |          |           |                   |
| 發病年齡 <sup>a</sup> (歲)     | 6.4±6.2    | 6.5±6.6    | 0.95              | 中醫療法        | 29(69)   | 12(54.5)  | 0.25              |
| 病程 <sup>a</sup> (年)       | 9.4±6.1    | 10.0±7.4   | 0.74              | 中藥          | 28(66.7) | 12(54.5)  | 0.34              |
| 臨床病灶分數 <sup>a</sup>       | 127.9±52.2 | 144.2±59.7 | 0.28              | 針灸          | 3(7.1)   | 1(4.5)    | 1.00 <sup>d</sup> |
| 搔癢程度 <sup>a</sup> (0-4 分) | 2.6±1.1    | 2.6±1.0    | 0.91              | 外治          | 2(4.8)   | 1(4.5)    | 1.00 <sup>d</sup> |
| 睡眠狀況 <sup>a</sup> (0-4 分) | 1.5±1.2    | 1.0±0.9    | 0.023*            | <b>惡化因素</b> |          |           |                   |
|                           |            |            |                   |             |          |           |                   |
| 合併其它過敏性疾病                 | 34(81.0)   | 15(68.2)   | 0.25              | 季節          | 38(90.5) | 19(86.4)  | 0.68 <sup>d</sup> |
| 氣喘                        | 12(28.6)   | 5(22.7)    | 0.35              | 春           | 11(26.2) | 6(27.3)   | 0.93              |
| 過敏性鼻炎                     | 26(61.9)   | 10(45.5)   | 0.21              | 夏           | 22(52.4) | 12(54.5)  | 0.87              |
| 蕁麻疹                       | 8(19.0)    | 4(18.2)    | 0.38              | 秋           | 23(54.8) | 8(36.4)   | 0.16              |
| 食物過敏                      | 11(26.2)   | 5(22.7)    | 0.37              | 冬           | 30(71.4) | 16(72.7)  | 0.91              |
| 藥物過敏                      | 3(7.1)     | 3(9.4)     | 1.00 <sup>d</sup> | 飲食          | 17(40.5) | 5(22.7)   | 0.16              |
| <b>家族有過敏性疾病史</b>          |            |            |                   | 情緒          | 20(47.6) | 9(40.9)   | 0.61              |
| 異位性皮膚炎                    | 9(21.4)    | 4(18.2)    | 1.00 <sup>d</sup> | 疲倦          | 9(21.4)  | 5(22.7)   | 1.00 <sup>d</sup> |
| 氣喘                        | 18(42.9)   | 5(22.7)    | 0.11              | 熬夜          | 9(21.4)  | 6(27.3)   | 0.60              |
| 過敏性鼻炎                     | 24(57.1)   | 9(40.9)    | 0.22              | 月經前後        | 2(4.9)   | 0(0.0)    | 0.54 <sup>d</sup> |
| 蕁麻疹                       | 6(14.3)    | 5(22.7)    | 0.49 <sup>d</sup> | 天熱          | 27(64.3) | 10(45.5)  | 0.15              |
| 食物過敏                      | 4(9.5)     | 3(13.6)    | 0.68 <sup>d</sup> | 天冷          | 26(61.9) | 9(40.9)   | 0.11              |
| 藥物過敏                      | 4(9.5)     | 3(13.6)    | 0.68 <sup>d</sup> | 季節變換時       | 34(81.0) | 17(77.3)  | 0.75 <sup>d</sup> |

a:資料以平均值±標準差表示； b:連續性矯正卡方檢定； c:t 檢定； d:Fisher's Exact Test

\*:P<0.05

第8週時治療組病灶分數改善百分比為 $57.6 \pm 16.1$ ，顯著優於對照組病灶分數改善百分比之 $8.4 \pm 30.2$ ，兩者差異達到統計之顯著水準( $p<0.001$ )，其中病灶紅斑分數改善百分比為 $58.3 \pm 24.0$ ，顯著優於對照組病灶紅斑分數改善百分比之 $-0.9 \pm 40.9$ ，兩者差異達到統計之顯著水準( $p<0.001$ )，而病灶表皮損傷分數之改善百分比治療組為 $56.4 \pm 19.3$ ，對照組為 $10.9 \pm 28.5$ ，兩者也達到統計之顯著水準( $p<0.001$ )。

病人症狀方面，皮膚搔癢改善情形治療組為 $1.3 \pm 0.1$ ，對照組為 $0.1 \pm 0.2$ ，治療組皮膚搔癢改善情形優於對照組，兩組之比較達統計之顯著水準( $p<0.001$ )。

睡眠狀態之變化，治療組為 $0.9 \pm 0.2$ ，對照組為 $-0.2 \pm 0.2$ ，治療組也比對照組有較佳的睡眠改善情形，但兩組之比較未達統計之顯著水準( $p=0.75$ )。

病患於治療前後進行肝腎功能、血液常規檢查，治療前後並無明顯異常變化。

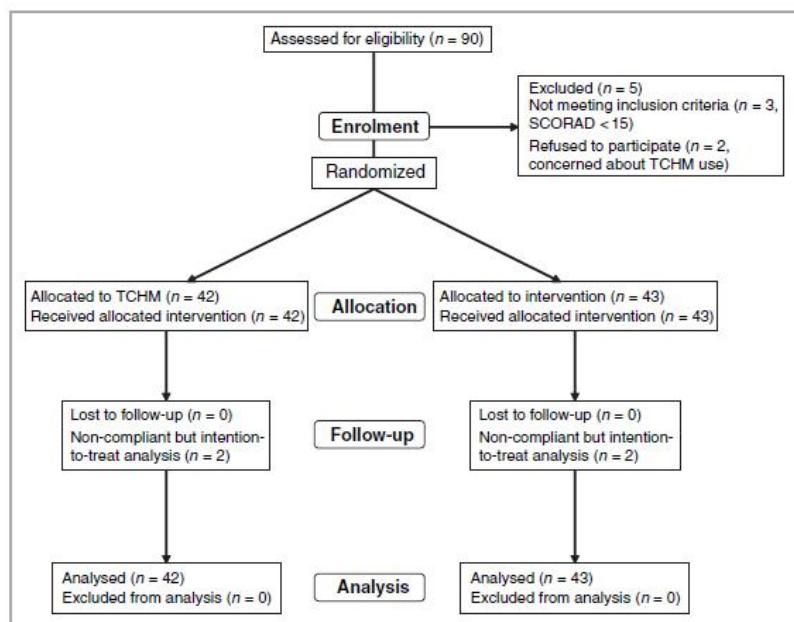
在研究起始點，測量兩組病人血中免疫球蛋白-E(IgE)，嗜伊紅性白血球(Eosinophil)數目，嗜伊紅性陽離子蛋白(ECP)，細胞間白質-5(IL-5)，細胞間白質-13(IL-13)，結果顯示皆高於正常值，且兩組間沒有達統計之顯著水準；第八週再次測量，比較治療前後的免疫指標變化，結果顯示治療組與對照組兩組並沒有達到統計之顯著水準。

**研究結果：**中藥消風散可作為治療頑固異位性皮膚炎的另一種治療選擇，但作用機轉仍須進一步的研究及探討。

## 6. Efficacy and tolerability of a Chinese herbal medicine concoction for treatment of atopic dermatitis: a randomized, double-blind, placebo-controlled study.[11]

**研究目的：**評估中藥複方對於異位性皮膚炎兒童的療效

**研究方法：**



**處方：**金銀花2g、薄荷1g、丹皮2g、蒼朮2g、黃柏2g 每天兩次，每次三顆膠囊。

### 評估方法：

SCORAD, Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI), allergic rhinitis score, and requirement for topical corticosteroid and oral antihistamine

於給藥前、第四週、第八週、第十二週、第十六週及治療結束時評估

### 研究結果：

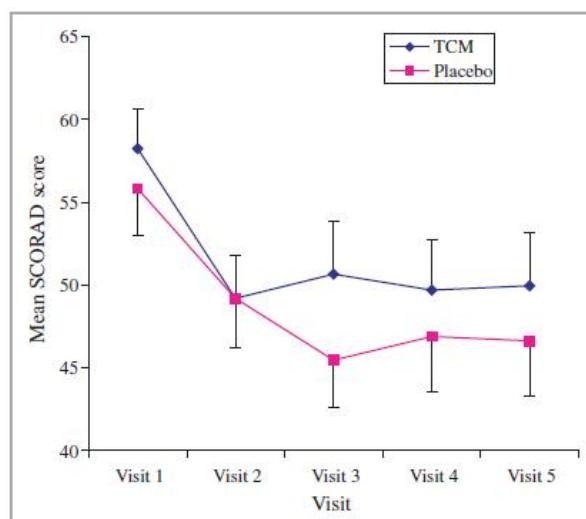
共有85名受試者完成試驗。

**Table 1 Subject baseline characteristics**

|                   | TCHM             | Placebo          | P-value |
|-------------------|------------------|------------------|---------|
| Subjects enrolled | 42               | 43               |         |
| Age (years)       | $11.7 \pm 3.8$   | $11.7 \pm 3.5$   | 0.932   |
| Sex               |                  |                  | 0.920   |
| Female            | 19               | 20               |         |
| Male              | 23               | 23               |         |
| SCORAD score      | $58.3 \pm 15.6$  | $56.9 \pm 18.1$  | 0.703   |
| CDLQI             | $11.0 \pm 5.1$   | $10.2 \pm 5.1$   | 0.504   |
| Body weight (kg)  | $38.8 \pm 14.8$  | $40.4 \pm 17.1$  | 0.649   |
| Body height (cm)  | $142.6 \pm 18.6$ | $143.4 \pm 19.6$ | 0.861   |

TCHM, traditional Chinese herbal medicine; SCORAD, SCORing of Atopic Dermatitis; CDLQI, Children's Dermatology Quality of Life.

經過十二週的治療，治療組患者的平均SCORAD分數從58.3降至49.7 ( $n = 42$ ;  $P = 0.003$ )，而對照組則是由56.9降至46.9 ( $n = 43$ ;  $P = 0.001$ )。但兩者之間並未達到顯著統計意義。



**Fig 2.** Improvement from baseline in mean (standard error) SCORing of Atopic Dermatitis (SCORAD). TCM, traditional Chinese herbal medicine.

而在CDLQI問卷，治療組患者比起對照組在三個月治療結束及停藥四週後均可看到顯著的改善( $P = 0.008$  and  $0.059$ )。治療組比起對照組在臨床類固醇藥膏的使用量上，也可看到明顯的差異存在。

**結論：**對於中度到重度的異位性皮膚炎患者，中藥複方有助於改善生活品質及降低外用類固醇的使用量。

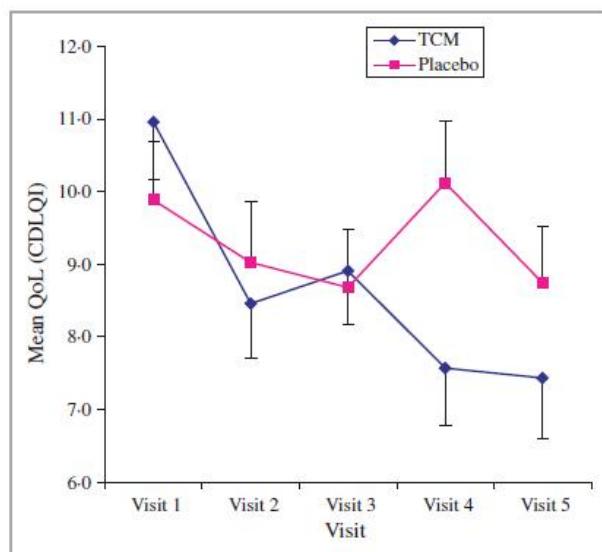


Fig 3. Improvement from baseline in mean (standard error) Children's Dermatology Quality of Life (CDLQI) scores ( $P = 0.008$  and  $0.059$  for visits 4 and 5, respectively). TCM, traditional Chinese herbal medicine.

Table 2 Primary topical corticosteroid usage

| Visit                | Corticosteroid use (days)  |                               |                      | Using primarily topical mometasone furoate (g) |                               |                      |
|----------------------|----------------------------|-------------------------------|----------------------|--|-------------------------------|----------------------|
|                      | TCHM (n = 41)<br>mean (SD) | Placebo (n = 43)<br>mean (SD) | P-value <sup>a</sup> | TCHM (n = 39)<br>mean (SD)                     | Placebo (n = 40)<br>mean (SD) | P-value <sup>a</sup> |
| Month 1              | 19 (11)                    | 17 (12)                       | 0.631                | 11.03 (12.91)                                  | 11.98 (15.14)                 | 0.765                |
| Month 2              | 16 (12)                    | 16 (12)                       | 0.904                | 8.17 (10.42)                                   | 8.94 (10.95)                  | 0.774                |
| Month 3              | 16 (12)                    | 16 (12)                       | 0.964                | 8.51 (9.68)                                    | 11.21 (14.97)                 | 0.288                |
| Month 4              | 15 (12)                    | 16 (13)                       | 0.705                | 7.32 (8.13)                                    | 11.57 (14.81)                 | 0.024                |
| P-value <sup>b</sup> | 0.042                      | 0.289                         |                      | 0.020  | 0.678                         |                      |

<sup>a</sup>Compared with placebo; <sup>b</sup>compared with baseline. TCHM, traditional Chinese herbal medicine. The placebo-group subjects used more mometasone furoate than did the TCHM group at month 4 ( $P = 0.024$ ). In the TCHM group the use of mometasone furoate was significantly decreased after 4 months of treatment ( $P = 0.020$ ) when compared with baseline.

**結論：**

整體而言，中藥在治療異位性皮膚炎有其療效存在，但較少臨床研究使用了國際共通的評估方法，因而研究療效評估未能明確。臨牀上亦缺乏較完整的雙盲臨床對照研究，考慮到使用中藥治療的特性，Cochrane review亦提到幾個臨床可研究的方向如下：

1. 使用可調整藥物組成及劑量的方式進行隨機對照研究。
2. 針對中草藥是否會產生毒性或副作用進行大規模的研究
3. 針對單一個案進行設計良好的隨機對照研究，以獲得確切的療效評估。

**參考文獻：**

- [1] 鄭慧滿，中藥治療異位性皮膚炎病患之療效評估及免疫學研究，中醫藥年報第 24 期第 2 冊，p1-30,2006.
- [2] Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis of atopic dermatitis (eczema), uptodate 2010.
- [3] 歐良修，以兒科醫師的角度看異位性皮膚炎 長庚兒童過敏氣喘中心  
<http://www.cgmh.org.tw/chldhos/intr/c4a80/index.htm>
- [4] 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 Clin Immunol 118:152-69, 2006.
- [5] Hywel C. Williams. Atopic Dermatitis . N Engl J Med 2005;352:2314-24.
- [6] Hanifin JM, Cooper KD, Ho VC, Kang S, Krafchik BR, Margolis DJ, Schachner LA, Sidbury R, Whitmore SE, Sieck CK, Van Voorhees AS. Guidelines of care for atopic dermatitis. J Am Acad Dermatol 2004 Mar;50(3):391-404.
- [7] Sheehan, M P; Rustin, M H A; et al . Efficacy of Traditional Chinese Herbal Therapy in Adult Atopic Dermatitis The Lancet; Jul 4, 1992; 340, 8810; ProQuest Health and Medical Complete
- [8] Zhang W, Leonard T, Bath-Hextall FJ, Chambers C, Lee C, Humphreys R, Williams HC. Chinese herbal medicine for atopic eczema (Review) The Cochrane Library 2009, Issue 4
- [9] 林穎，陳達燦，莫秀梅. 特應性皮炎中醫證候分類現狀與辨證施治療效的評價. 中國中西醫結合皮膚性病學雜誌, 2005 年第 4 卷第 4 期. P.266 - 271
- [10] 巍小紅，中醫藥治療異位性皮炎的 Meta 分析，中華中醫藥學刊，第 27 卷第 7 期:2009 年 7 月
- [11] K.L.E. Hon et al.. Efficacy and tolerability of a Chinese herbal medicine concoction for treatment of atopic dermatitis: a randomized, double-blind, placebo-controlled study, British Journal of Dermatology 2007 157, pp357–363.