



## 中醫治療異位性皮膚炎

陳俐蓉、鄭淑鎂

培真中醫診所

### 摘要

異位性皮膚炎是一種慢性反覆性的皮膚疾病。臨床上以皮膚乾燥、濕疹、脫屑、反覆性的皮膚搔癢等為主要臨床表現。本文闡述異位性皮膚炎的現況、病因病理、臨床表現、診斷治療及中醫治療法則，除了傳統的辨證論治，亦探討了中醫治療思路以及病案例舉。

**關鍵詞：**異位性皮膚炎、中醫治療、過敏、自體免疫

### 壹、前言

異位性皮膚炎 (atopic dermatitis, AD)，是一種特應性 (atopic) 體質的慢性反覆性皮膚過敏疾病<sup>[1]</sup>。患者大多有過敏性體質的家族史，常伴隨有氣喘、過敏性鼻炎、過敏性結膜炎等。當此特應性 (atopic) 體質的患者，接觸到低劑量的過敏原時，如：塵蹣、黴菌等，會產生敏感性，體內血清免疫球蛋白 IgE 會增加，嗜酸性白血球會增多。本病多發生於嬰幼兒、兒童及青少年期，並不具有傳染性。

異位性皮膚炎全世界的罹病率約 5-20%<sup>[2]</sup>。在台灣的盛行率約為 8-10%<sup>[3]</sup>，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，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%<sup>[3]</sup>。

### 貳、異位性皮膚炎的病因病理

異位性皮膚炎具有明確的遺傳傾向，真正的病因尚未完全被了解，可能的病因病理敘述如下<sup>[4]</sup>：

1. 免疫功能的改變：因內部免疫失調導致發炎，過敏原容易穿透皮膚形成免疫反應，引起皮膚癢的症狀。



2. 皮膚角質層防禦功能失常：造成皮膚水分大量的喪失、各種過敏原及化學物質容易穿透皮膚，更容易使皮膚產生過敏或發炎反應。
3. 皮膚脂質變性：異位性皮膚的脂質，在質與量上都大量不足。包括必須脂肪酸代謝異常及建構角質層細胞的粘合劑神經醯胺（Ceramide）大幅減少，使皮膚更脆弱、更乾燥、又會引起某些發炎反應。

異位性皮膚炎被認為過敏及免疫系統的疾病，由於皮膚屏障的破壞，高分子量的過敏原如花粉、塵蟎等得以進入表皮，而導致樹突細胞強化 Th2 細胞的功能，造成了過敏反應。在 2006 年的研究發現 filaggrin (FLG) 基因與異位性皮膚炎有強烈相關性，該基因位於染色體 1q21.3 (ATOD2) 上。異位性皮膚炎皮膚屏障缺陷，患者的皮膚缺陷除了在發炎部位，非病灶部位的皮膚也同樣產生屏障缺陷，以致於病患對環境中的過敏原產生過度反應，免疫系統開始進行必要的反應。

在自體免疫方面，由於搔抓的過程會導致角質細胞內的一些蛋白質釋出，這些蛋白質和微生物的構造很像，會被 IgE 誤認而導致自體免疫的情形產生，約有 25% 的成人異位性皮膚炎患者會出現對抗自體蛋白質的 IgE-Ab。這些自體過敏原常引發 Th1 反應，而 IgE-Ab 在皮膚中又持續引發 Th2 的過敏反應。所以異位性皮膚炎本身就一直處在過敏及自體免疫反應的情況中〔5〕。

## 參、異位性皮膚炎的臨床表現

異位性皮膚炎一大特徵就是搔癢，季節替換、環境變化及外物刺激皆會造成，搔抓所導致的皮膚傷害會誘發發炎反應，會加重搔癢感而形成惡性循環。由於此皮膚病病灶的型態與分佈會隨年齡而變遷，臨床上可分為三期〔6〕：

### 1. 嬰兒期（從嬰兒到兩歲）：

部位以頭部為中心，臉頰、頸部、頭皮出現紅色丘疹，最常見的症狀是冬季時兩頰的皮膚變得乾燥、發紅、脫皮，但嘴巴和鼻子周圍的皮膚是正常的。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。

### 2. 兒童期（兩歲至十二歲）：

呈現出「癢疹型」或「苔蘚化」慢性濕疹的變化，分布範圍擴大，延伸到手足、四肢彎曲處（特別是肘窩、臑窩、手腕掌側及踝部）和頸部，臉上反而較不明顯，皮膚變粗厚，嚴重時可能會蔓延全身。皮膚在關節屈伸時易受摩擦刺激，冷、熱、乾燥的空氣、情緒壓力的等刺激為加重病情的因子。平常為增厚性乾燥病灶，經厲害搔抓後，呈破皮、濕潤、結痂的濕疹。大部份病人在 10 至 12 歲前慢慢痊癒消退，僅少部份病人持續至成人期。



### 3. 青年期與成人期（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，皮膚有苔蘚樣化改變。此時荷爾蒙的改變和青春期的壓力和病情有關。平時多半呈慢性濕疹性變化，好發於手肘窩、膝窩、頸項、前胸部、手腕、足關節等處。

### 肆、異位性皮膚炎的臨床診斷標準與治療

目前最通行的診斷標準為 Hanifin 和 Rajka AD 診斷標準，患者必須符合 Hanifin 和 Rajka AD 標準的基本特徵中 3 項或 3 項以上，加上次要特徵中任何 3 項或 3 項以上即可診斷為異位性皮膚炎〔7,8〕。

基本特徵	
皮膚搔癢	
典型的皮疹形態和分佈	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 成人的屈側苔癬化或紋線</li> <li>• 嬰幼兒或兒童出現在臉部及伸側皮膚</li> </ul>	
慢性或慢性復發性皮膚炎	
個人或家族的異位性體質病史 (氣喘 / 過敏性鼻炎 / 異位性皮膚炎)	
次要特徵	
皮膚乾燥	前囊下白內障
魚鱗癬 / 掌紋增加 / 毛孔角化	眼眶暗沉
立即 (第 1 型) 皮膚測試反應性	臉色蒼白或臉部紅斑
血清 IgE 增高	白色糠疹
發病年齡較早	前頸部皺褶
具有發生皮膚感染 (特別是金黃色葡萄球菌和單純皰疹) 或細胞媒介免疫功能受損傾向	出汗時搔癢
非特異性手足皮膚炎的傾向	對羊毛和脂質溶劑無法耐受
乳頭濕疹	毛囊周圍突出
唇炎	對食物無法耐受
復發性結膜炎	受環境或情緒因素影響到學習
眼眶下皺褶 (Dennie-Morgan)	白色皮膚劃紋症或褪色反應延遲
圓錐角膜	



西醫治療異位性皮膚炎，包括局部及全身系統性的治療，局部治療方面，採取適當的皮膚照護，避免皮膚接觸刺激物，保濕，使用潤膚劑，局部的類固醇藥膏及免疫抑制劑。全身系統性治療，包括抗生素治療、抗組織胺、口服類固醇、口服免疫抑制劑、照光治療等。

## 伍、中醫文獻探討與病因病機

中醫古籍之中，並無異位性皮膚炎此一病名，歷代文獻中探討，嬰幼兒期與“胎斂瘡”、“奶癬”相類似，而兒童、成人期屬“血風瘡”、“浸淫瘡”、“四彎風”的範疇。

隋代巢元方首次提出了“乳癬”。在《諸病源候論》談到：“小兒面上癬，皮如甲錯，起乾燥，謂之乳癬。”清代許克昌提出了胎癬之稱，《外科證治全書》曰：“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、奶癬與嬰幼兒期異位性皮膚炎的臨床表現極為相似。

“浸淫瘡”的症候描述首見於隋代巢元方《諸病源候論》記載：“浸淫瘡，是心家有風熱，發於肌膚，初生甚小，先癢後痛而成瘡，汁出侵潰肌肉，浸淫漸闊乃遍體，以其漸漸增大，因名浸淫也。”此處描述的是異位性皮膚炎的臨床表現，初起為局部病灶，後患處逐漸增大，發至全身，搔癢、滲出液明顯。

清代《醫宗金鑒·外科心法要訣》曰：“四彎風生於兩腿彎、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。”對於異位性皮膚炎病變部位與典型臨床表現有更為貼切的描述。另外《醫宗金鑒·外科心法要訣》亦提出：“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。”此段敘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，症狀日輕夜重，搔癢明顯患者易出現情緒煩躁，久則血虛生風燥，肌膚乾燥，搔抓後起血痂的表現。

本病病因包括先天稟賦不足，脾失健運，濕熱內生，復感風濕熱邪，鬱於腠理而發病<sup>[9]</sup>；或飲食不當，如進食腥發海味、奶蛋類及辛辣之品，助濕化熱，促使內蘊濕熱外發肌膚或因風濕熱邪侵襲及其他物質刺激，內外合邪，浸淫肌膚而發病<sup>[10]</sup>；外邪主要為風濕熱燥與毒邪。毒邪常是病邪深入血分，長期滯留變生的病理產物。反覆發作，病久不癒，耗傷陰液，營血不足，血虛風燥，肌膚失養而成。

異位性皮膚炎其症見劇烈搔癢、遊移不定的皮疹與風邪有關；滲液、肌膚水腫與濕邪有關；皮膚粗糙、脫屑、苔蘚化與氣血津液難達肌表，肌膚失養和燥邪有關；皮膚色素沉著，肥厚常是病情遷延，津血不足，血瘀精虧的結果<sup>[11]</sup>。



## 陸、中醫辨證論治

- 1. 風熱型：**患者發病迅速，多見紅色丘疹，泛發全身，劇烈搔癢，搔抓破皮出血，滲出液較少、舌紅、苔薄白或薄黃、脈浮弦數。  
治則以祛風涼血為主，以消風散加減。
- 2. 濕熱型：**患者多見於急性期，或慢性化後急性發作，患處皮膚紅腫發熱，甚則疼痛，患處糜爛、流滋，浸淫成片，伴有口乾舌燥，身熱，心煩，眠難，大便秘結，小便短赤，苔黃膩，脈弦數或滑數。  
治則以清熱祛濕為主，以黃連解毒湯加減。
- 3. 脾虛濕盛型：**病程較久，病灶皮膚有滲出液或水泡，肥厚、浸潤，大腿內側淋巴腫大，兼見脘腹痞脹，口淡納呆，不渴，倦怠乏力，大便溏等，舌質淡，苔白膩，脈濡弱或緩弱。  
治則以健脾除濕為主，以除濕胃苓湯加減。
- 4. 血虛風燥型：**多為慢性病程，反覆發作，患處皮膚乾糙、色晦暗，肥厚苔蘚化斑片，或有抓痕結痂、脫屑等，脈細，舌淡紅。  
治則以養血潤燥為主，可以當歸飲子加減。

## 柒、中醫治療思路<sup>[12]</sup>

各種皮膚病，大多由皮膚屏障、素稟偏頗、誘發因素，三者共同作用形成。異位性皮膚炎，患者全身皮膚皆會出現屏障缺陷，導致外界的過敏原、刺激物甚至是微生物可穿過皮膚，而誘發免疫反應，導致皮膚炎的發生，也會造成皮膚水分的流失而造成病灶皮膚的乾燥，皮膚屏障的缺損是最主要核心問題。因此血枯是異位性皮膚炎最主要的基本矛盾，故養血柔肝為主要治療法則。再者需注意患者的素稟偏頗，及體質先天基因問題，所形成的證型。誘發因素也很重要，因為誘發因素會造成全身屏障濕爛，濕爛又造成致病因素，而使病情更為嚴重、反覆，所以當患處濕爛、紅腫，治療先以此為主，再加上修護屏障、扶正的藥物。

若患處紅腫濕爛嚴重，治則以去病為主，加上修復皮膚屏障缺損（補氣養血柔肝），處理疾病的主要矛盾。若皮膚濕爛減緩，皮膚屏障改善，就不需解表祛風、清熱利濕，單純從皮膚屏障的修復和素稟證型來治療。因此，急性期以去病為主，治則以清熱利濕解表，加上補氣養血柔肝；緩解期以辨證為主（素稟體質），加補氣養血柔肝之品，修復皮膚屏障。

小孩與青少年（12、13歲以後）的異位性皮膚炎，治療方式不盡相同，小兒多見先天稟賦不足，表皮生長荷爾蒙低下，皮膚晦暗無華，易受感染，保濕力差，傷口不易癒合，可施予大補陽、大補氣血或大補脾胃，皆可得到扶正的效果。因



此小孩證型多脾胃氣虛、表氣虛及表陽虛為主，再加上柔肝養血，再視皮膚是否濕爛紅腫，若有則加清熱利濕解表，若無則以柔肝養血加上補脾胃；若有外感則加解表藥，治療就會成功。

青少年 12、13 歲以後甚至到 20 幾歲，易受到荷爾蒙的改變、壓力、作息、飲食等影響，免疫較易辨識紊亂，有可能免疫不足或免疫過亢，此時容易邪正相爭，治則以疏肝和解，解表解肌，再加重清熱養陰柔肝，如若皮膚屏障濕爛，則加利濕解表。此時補陽及大補氣血藥需慎用，避免造成患者免疫過亢，自體免疫攻擊的狀態。

## 捌、病案例舉

### 《病案一》

女童，10 歲，異位性皮膚炎。

**主訴：**指端潰爛，全身膚癢，傷口濕爛，面晦無華，皮膚枯糙晦暗乾癢，乾渴，入眠難因皮膚搔癢甚，胃納差。焦躁易怒過動，無眉，有拔眉癖。舌胖淡暗紅，脈弦弱。

**初診：**111/03/12

**治則：**柔肝養血，清熱解表，疏肝緩肝，補氣健脾。

**處方：**何首烏 8 錢、當歸 8 錢、蒲公英 4 錢、連翹 4 錢、荊芥 4 錢、黃耆 15 錢、大棗 10 錢、陳皮 5 錢、砂仁 5 錢、山查 5 錢。

服藥後諸症改善，眠淺，黃耆改 10 錢，加柴胡 4 錢、白芍 3 錢、黃連 1.5 錢。

註：共服 119 帖，膚白皙，眉毛長，情緒穩定，諸症痊癒。

### 《病案二》

女性，22 歲，自幼異位性皮膚炎，復發 2 年。鼻過敏史。

**主訴：**血枯膚晦，四彎風，下肢紅腫熱，淋巴液滲出，角質硬結，口渴，眠納便常。LMP=7/8，月經週期 35 日，痛經，常量，舌質嫩紅，唇紅，脈弦弱。

**初診：**109/07/17

**治則：**柔肝養血滋腎，清熱利濕，解表補氣。

**處方：**何首烏 8 錢、當歸 8 錢、炒杜仲 8 錢、黃芩 4 錢、黃連 1.5 錢、黃柏 4 錢、蒲公英 4 錢、荊芥 4 錢、茯苓 4 錢、黃耆 10 錢、陳皮 5 錢、砂仁 4 錢。

**加減：**

緩解後熱症減：加少量乾薑 1 錢、附子 1 錢、或加菟絲子 4 錢。

感冒或鼻過敏：加柴胡 4 錢、桂枝 5 錢、麻黃 1.5 錢。



### 《病案三》

女性，24歲，異位性皮膚炎已20餘年。

**主訴：**自出生發異位性皮膚炎，經治療後3歲至高中階段不發。念大學期間外宿，經常熬夜，飲食作息不正常而發作，現患者全身皮膚搔癢刺痛，身熱，膚色紅腫脹，紅疹濕爛，搔抓滲液，大腿及小腿內側腫脹滲出液多，夜間搔癢甚，關節肌肉抽痛，眠難甚則終夜眠難，燥渴，倦怠，納差，二便可，舌質淡紅嫩，下絡瘀，脈弦滑。

**初診：**105/04/08

**西藥：**停用類固醇2月、外敷類固醇藥膏。

**治則：**以清熱養陰、疏肝養血、補氣利濕。

**處方：**黃芩5錢、黃連3錢、黃柏5錢、青蒿4錢、知母4錢、地骨皮4錢、當歸5錢、何首烏5-8錢、黃耆8錢、陳皮8錢、柴胡4錢、白芍3錢、車前子4錢。

**加減：**

若滲出液多則：加茯苓、澤瀉。

搔癢甚：加蒲公英、荊芥；外感：加桂枝、羌活、葛根等。

### 玖、結論

異位性皮膚炎在台灣盛行率高，目前的西醫治療上仍有其侷限性，透過應用中醫藥適時介入治療，可以減少患者西藥的使用量及副作用，對於幫助病患改善病情，能有莫大的助益。

### 參考文獻

1. 周海嘯，中醫辨證治療異位性皮炎臨床觀察。中國中醫藥信息雜誌，第7卷第10期，2002年，P52-53。
2. 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網頁。  
<https://www1.cgmh.org.tw/chldhos/intr/c4a80/06index004-1.htm>
3. Hwang CY, Chen YJ, Lin MW, et al. Prevalence of atopic dermatitis, allergic rhinitis and asthma in Taiwan: a national study 2000 to 2007. Acta Derm Venereol. 2010; 90(6):589-594.
4. 林栗仔、蔡崇煌，異位性皮膚炎致病機轉新觀點。家庭醫學與基層醫療，第24卷第12期，2009年12月，P434-438。



5. 王韋力、洪志興，異位性皮膚炎新知。台灣兒童過敏氣喘免疫及風濕病醫學會學會通訊，第 13 卷第 3 期，2102 年 9 月，P9-10。
6. 丹羽韌負，正確認識異位性皮膚炎。益群書店股份有限公司，2001 年 6 月，P43-58。
7. Rudzki E, Samochocki Z, Rebandel P, et al. Frequency and significance of the major and minor features of Hanifin Rajka among patients with atopic dermatitis. *Dermatology (Basel)*. 1994; 189(1):41-46.
8. Eichenfield LF, Tom WL, Chamlin SL, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section iagnosis and assessment of atopic derratitis. *J Arn Acad Dermatol*. 2014; 70(2):338-351.
9. 李林，在英國用中藥治療異位性濕疹 115 例臨床觀察。甘肅中醫雜誌，第 7 卷第 4 期，1994 年，P11-13。
10. 王萍，治療異位性皮炎經驗。中醫雜誌，第 7 卷第 39 期，1998 年，P7。
11. 鄧鐵濤，日本漢方醫對異位性皮炎研究的進展。新中醫，第 30 卷第 1 期，1998 年，P61-62。
12. 鄭淑鎂，2022 培菁學苑上課講義資料。2022 年 9 月 4 日。

通訊作者：陳俐蓉

聯絡地址：新北市中和區新生街 220 巷 5 號

聯絡電話：02-22256618

E-mail：shiauying17@hotmail.com

受理日期：2022 年 10 月 30 日；接受日期：2022 年 11 月 9 日