

皮炎患者皮肤症状管理的最佳证据总结

胡慧¹, 朱贝莎¹, 杨露¹, 张卓¹, 徐玉兰²

摘要:目的 汇总和评价皮炎患者皮肤症状管理的相关证据,为提升临床医护人员皮肤症状管理质量,减轻皮肤症状的严重程度提供参考。方法 基于证据的“6S”模型,自上而下检索计算机决策支持系统、指南网站及文献数据库中发表的皮炎皮肤症状管理相关文献,检索时限为建库至 2025 年 4 月 30 日。由 2 名接受过循证护理学培训的研究者分别对纳入文献进行质量评价、证据提取和证据分级。结果 共纳入 14 篇文献,包括临床决策 5 篇、指南 4 篇、专家共识 4 篇、系统评价 1 篇。从评估、预防、治疗原则、外用治疗、全身治疗、皮肤护理措施、患者教育与随访 8 个方面汇总皮炎患者皮肤症状管理的 24 条最佳证据。结论 总结的皮炎皮肤症状管理证据较全面、系统,但证据等级偏低;医护人员需根据临床实际和患者个体情况进行证据转化。

关键词:皮炎; 皮损; 皮肤症状; 管理; 皮肤护理; 证据总结; 循证护理

中图分类号:R473.5 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2026.03.041

Summary of the best evidence for skin symptom management in patients with dermatomyositis

Hu Hui, Zhu Beisha, Yang Lu, Zhang Zhuo, Xu Yulan. Department of Rheumatology and Immunology, Union Hospital, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan 430022, China

Abstract: **Objective** To summarize and evaluate the available evidence regarding skin symptom management in patients with dermatomyositis, and to provide a reference for clinical healthcare professionals to improve the quality of skin symptom management and alleviate symptom severity. **Methods** Based on the evidence-based "6S" model, a top-to-down retrieval was performed for literature related to skin symptom management in dermatomyositis published in computer decision support systems, guideline websites and literature databases, with the retrieval period ranging from the establishment of each database to April 30, 2025. Two researchers trained in evidence-based nursing independently conducted quality evaluation, evidence extraction and evidence grading of the included literature. **Results** A total of 14 articles were included, comprising 5 clinical decision-supporting articles, 4 guidelines, 4 expert consensus articles, and 1 systematic review. Twenty-four pieces of evidence were summarized across 8 aspects: assessment, prevention, treatment principles, topical treatment, systemic treatment, skin care interventions, patient education and follow-up.

Conclusion The summarized evidence on skin symptom management in dermatomyositis is comprehensive and systematic, though the overall level of evidence remains relatively low. Healthcare providers should adopt and implement these recommendations according to clinical context and individual patient needs.

Keywords: dermatomyositis; skin lesions; skin symptom; management; skin care; evidence summary; evidence-based nursing

皮炎(Dermatomyositis)是一种累及皮肤、肌肉和内脏器官的自身免疫性疾病,表现为皮肤红斑、肌肉无力及全身性炎症。据统计,皮炎的总年发病率为 1.1/100 000,患病率为 13/100 000^[1]。皮肤损害是皮炎最常见的临床表现之一,典型症状为脸上方和眼周出现的紫红色斑块,以及掌指和指间关节背面出现的红色或紫红色小丘疹,可能伴随色素沉着、色素减退、皮肤萎缩或瘢痕形成等后遗症^[2]。若皮肤损害未得到及时处理,一旦发展为溃疡、糜烂或坏死,则伤口愈合将极为困难^[3]。皮肤症状的发生与发展,影响患者外貌,增加心理负担,某些情况下还可能导致功能性障碍,严重影响患者生活质量^[4]。皮炎的皮肤管理不仅仅是局部的护理,更是一个涉及皮肤保护、疾病预防、病情监测、药物管理等多维度的护理过程。建立科学、系统、全面的皮肤管理方案,对于帮助

患者有效应对皮肤症状、缓解心理负担、降低病情复发具有重要意义。国内外学者在皮炎皮肤管理领域已有一定探索,美国皮肤病学会在 1996 年发布了皮炎皮肤护理指南^[5],此后也陆续出现了新的专家共识和部分临床研究,为实践提供了初步的证据支持。然而,现有证据仍存在局限性:一方面,部分关键指南发布时间较早,未能反映诊断技术、治疗药物及护理理念的最新进展;另一方面,相关研究偏重于药物治疗等单一环节,缺乏对评估、预防、局部与全身治疗、护理及患者教育等多维度内容的系统性整合。由此导致临床实践中此类患者的护理措施在一定程度上仍依赖于个体经验,存在实践差异和规范性不足的问题。基于此,本研究通过系统检索皮炎患者皮肤管理的相关文献,并进行质量评价和证据汇总,旨在为临床医护人员提供标准化实践依据,从而提升护理决策的科学性,促进临床实践的同质性。本研究已在复旦大学循证护理中心注册(注册号:ES20245494)。

1 资料与方法

1.1 研究问题的确立 按照 PIPPOST 模型构建循证护理问题:①目标人群(Population,P)为确诊的成年

作者单位:华中科技大学同济医学院附属协和医院 1. 风湿免疫科 2. 护理部(湖北 武汉,430022)

通信作者:徐玉兰, xuyulan136136@163.com

胡慧:女,本科,主管护师,护士长,14789234@qq.com

收稿:2025-08-10;修回:2025-10-12

皮炎患者;②干预措施(Intervention,I)为皮炎患者皮肤症状的评估、预防和护理等;③专业人员(Professional,P)为临床医护人员;④结局指标(Outcome,O)包括患者皮肤症状改善、医护人员对皮肤管理的知晓率、患者对皮肤管理的依从性;⑤应用场所(Setting,S)包括医院、社区或家庭;⑥证据类型(Type of evidence,T)包括临床决策、实践指南、系统评价、Meta分析、证据总结、专家共识等。

1.2 检索策略 按照“6S”证据模型,采用主题词与自由词相结合的方法进行文献检索。文献检索工作由2名研究者独立完成,遵循自上而下的策略。检索的计算机决策支持系统包括 UpToDate 和 BMJ Best Practice;指南网站包括国际指南协作网(Guidelines International Network,GIN)、苏格兰学院间指南网(Scottish Intercollegiate Guidelines Network,SIGN)、加拿大医学会临床实践指南文库(Canadian Medical Association Infobase,CMA Infobase)、加拿大安全护理学会指南网(Registered Nurses' Association of Ontario Guidelines Network,RANO)、新西兰指南研究组(New Zealand Guidelines Group,NZGG)、英国国家卫生与临床优化研究所(National Institute for Health and Care Excellence,NICE)、医脉通、梅斯医学;专业学会或机构网站包括欧洲抗风湿病联盟(European Alliance of Associations for Rheumatology,EULAR)、美国风湿病学会(American College of Rheumatology,ACR)、英国风湿病学会(British Society for Rheumatology,BSR)、亚太风湿病学会联盟(Asia Pacific League of Associations for Rheumatology,APLAR)、美国骨科皮肤病学院(American Osteopathic College of Dermatology,AOCD);数据库包括 JBI 循证卫生保健中心数据库、Cochrane Library、PubMed、CINAHL、Embase、Web of Science、万方数据知识服务平台、中国知网、维普网和中国生物医学文献数据库。检索时间范围为建库至2025年4月30日。中文检索词:皮炎,炎性肌病,特发性炎性肌病,炎症性肌病;皮肤;护理,干预,评估,管理。英文检索词及检索策略以 PubMed 为例,检索式为((("Skin" [MeSh] OR "Nursing" [MeSh] OR "Therapeutics" [MeSh] OR "Disease Management" [MeSh]) OR (Skin [Title/Abstract] OR nursing [Title/Abstract] OR care [Title/Abstract] OR prevent * [Title/Abstract] OR treat * [Title/Abstract] OR assess * [Title/Abstract] OR manage * [Title/Abstract] OR intervent * [Title/Abstract])) AND ((("Dermatomyositis" [MeSh]) OR "Myositis" [MeSh]) OR (dermatomyos * [Title/Abstract] OR inflammat * myopathy [Title/Abstract] OR myositis [Title/Abstract])) AND ("best practice" [Title/Abstract] OR "clinical practice" [Title/Abstract] OR "guideline * " [Title/Abstract] OR "systematic review" [Title/Abstract]

OR "meta-analysis" [Title/Abstract] OR "expert consensus" [Title/Abstract] OR "evidence summary" [Title/Abstract])。

1.3 文献纳入与排除标准 2名研究者依照纳入、排除标准独立筛选文献。纳入标准:①研究对象为18岁及以上的皮炎患者;②研究内容涉及皮炎皮肤症状影响因素分析、风险评估、预防、管理和健康教育;③研究类型为实践指南、临床决策、证据总结、系统评价、专家共识;④文献语言限定为中文或英文。排除标准:①无法获得全文的文献;②重复发表或已经更新的文献;③指南的简版或解读资料;④质量评价未通过的文献。

1.4 文献质量评价方法 由2名接受过循证护理学培训的研究者对纳入文献进行独立的质量评价,若遇分歧则通过讨论或咨询第3名研究者解决。临床决策采用证据总结评价工作表(Critical Appraisal for Summaries of Evidence,CASE)进行质量评价^[6]。指南采用临床指南研究与评价系统II(Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II,AGREE II)进行质量评价^[7]。系统评价、专家共识根据 JBI 循证卫生保健中心对应的评价标准(2016版)进行质量评价^[8]。

1.5 证据提取及汇总 由2名研究者围绕研究主题,对纳入文献进行独立的信息提取和证据整合,提取的内容包括文献作者、发表年份、文献类型、文献主题等,并由第3名研究者检查、核对。若有分歧咨询循证护理学专家协调达成一致意见。邀请2名护理专家对证据条目翻译、表达进行审校,确保证据分级与整合过程的规范性。证据整合原则:①证据内容一致时,采纳符合专业表达且通俗易懂的证据;②证据内容补充时,按照语言逻辑进行合并;③证据内容冲突时,遵循循证证据、高质量证据以及最新发表证据优先的原则进行筛选。使用 JBI 循证卫生保健中心的2014版证据分级及证据推荐系统^[9],将汇总的证据划分为1~5级,1级为最高级别,5级为最低级别。若纳入文献中有证据分级,且分级标准与本研究一致,则直接采用;若不一致或无证据分级,通过追溯纳入证据的原始研究,根据其不同类型划分证据等级。

2 结果

2.1 文献检索结果 初步检索获得2 092篇文献,经剔除重复文献并审查标题、摘要和全文(文献筛选流程,见附件1)。最终纳入文献14篇,包括临床决策5篇、指南4篇、专家共识4篇、系统评价1篇。纳入文献的基本特征见表1。

2.2 纳入文献的质量评价结果

2.2.1 临床决策的质量评价结果 5篇临床决策^[10-14]在条目“检索透明全面”评价均为“部分是”;Farrugia等^[10]与Christopher-Stine等^[11]在条目“证据分级清晰”评价为“部分是”;其余条目的评价5篇文献均为“是”。文献整体质量较高,予以纳入。

2.2.2 指南的质量评价结果 见表2。

表 1 纳入文献的基本特征

作者/机构	数据库来源	文献类型	研究主题
Farrugia 等 ^[10]	BMJ Best Practice	临床决策	皮炎临床实践指南
Christopher-Stine 等 ^[11]	UpToDate	临床决策	成人皮炎和多发性肌炎的初始治疗
Vleugels 等 ^[12]	UpToDate	临床决策	成人皮肤型皮炎的概述和初始处理
Vleugels 等 ^[13]	UpToDate	临床决策	成人难治性皮肤型皮炎的治疗
Christopher-Stine 等 ^[14]	UpToDate	临床决策	成人皮炎和多发性肌炎的诊断和鉴别诊断
Asano 等 ^[15]	PubMed	指南	结缔组织病/血管炎相关皮肤溃疡管理
Oldroyd 等 ^[16]	PubMed	指南	特发性炎性肌病儿童、青少年和成人患者管理
de Souza 等 ^[17]	PubMed	指南	系统性自身免疫性肌病治疗
Drake 等 ^[5]	PubMed	指南	皮炎护理指南
中国医疗保健国际交流促进会皮肤科分会等 ^[18]	万方数据知识服务平台	专家共识	成人皮炎诊疗
中华医学会风湿病学分会 ^[19]	万方数据知识服务平台	专家共识	多发性肌炎和皮炎诊断及治疗
Kohsaka 等 ^[20]	PubMed	专家共识	治疗多发性肌炎和皮炎
de Thurah 等 ^[21]	PubMed	专家共识	风湿病和肌肉骨骼疾病远程护理考虑的要点
Callander 等 ^[22]	PubMed	系统评价	临床无肌病性皮炎

表 2 指南的质量评价结果

指南	各领域得分标准化百分比(%)						≥60%的领域数	≥30%的领域数	推荐级别
	范围和目的	参与人员	严谨性	清晰性	应用性	独立性			
Asano 等 ^[15]	100.00	66.67	58.33	100.00	8.33	33.34	3	5	B
Oldroyd 等 ^[16]	100.00	66.67	89.58	100.00	8.33	100.00	5	5	B
de Souza 等 ^[17]	100.00	55.56	100.00	100.00	66.67	33.34	3	6	B
Drake 等 ^[5]	100.00	66.67	29.17	72.22	25.00	33.34	2	4	B

2.2.3 专家共识的质量评价结果 共纳入 4 篇专家共识^[18-21]。仅中华医学会风湿病学分会^[19]的共识在评价条目 6“所提出的观点是否与以往文献有不一致的地方”的评价结果为“不清楚”，该共识其余条目及另外 3 篇专家共识的所有条目评价结果均为“是”，予以纳入。

2.2.4 系统评价的质量评价结果 纳入系统评价 1 篇^[22]，在条目 5“采用的文献质量评价标准是否恰当”的评价结果为“不清楚”，其他条目的评价结果均为“是”，予以纳入。

2.3 证据汇总 对皮炎患者皮肤管理的相关证据进行提取、整合，从评估、预防、治疗原则、外用治疗、全身治疗、皮肤护理措施、患者教育与随访 8 个方面总结证据，最终形成 24 条最佳证据，见表 3。

3 讨论

3.1 精准评估皮肤症状是提升皮炎临床护理决策科学性的关键 皮炎皮肤症状多样，具有个体差异性，除了典型皮肤表现蝴蝶形红斑、Gottron 丘疹、V 形颈部红斑外，患者的头皮、面部、躯干上部和上肢还常出现融合性紫斑并伴严重瘙痒，甚至发展为皮肤溃疡，可能是皮炎的不良预后体征^[18]。目前，皮炎皮肤症状的评估主要依赖临床观察，临床常用的评估工具有 CDASI^[23]和 DSSI^[24]。CDASI 作为一种在临床试验中验证过的有效结果测量工具，涵盖活动性评分和损害性评分两个方面：活动性评分涉及对 15 个解剖部位和 3 个特殊部位的皮损活动度评估，包括头

皮、面颊、眼周、面部其他区域、前颈部 V 区、后颈部、上背部和肩部、下背部和臀部、腹部、大腿侧部、双腿其他区域、足部、前臂、肘部、手背(不包括关节处)、Gottron 征(非手部区域)，并对这些区域的红斑、鳞屑、糜烂或溃疡等病变进行评分^[25]。DSSI 将评估范围划分为头部、躯干、上肢和下肢 4 个主要区域，并对这些区域的皮损面积及其红斑、鳞屑、浸润等特征进行评分^[24]。现有证据尚未建立量化评估结果与具体护理措施的直接对应关系，但精准评估仍是临床决策的重要基础。医护人员需在 CDASI 或 DSSI 等评分的基础上，结合患者的皮损特征(溃疡、瘙痒等)及系统受累情况，实施个体化护理调整。近年来，皮肤超声、红外热成像等影像学技术被引入皮炎的皮肤评估中，能够通过非侵入性手段定量分析皮肤的变化，辅助诊断和治疗评估^[26-27]。此外，血液中的生物标志物(如抗 Jo-1 抗体、肌酸激酶等)能够反映皮炎的病理活动状态，并与皮肤症状的变化密切相关^[28-29]。如何优化检测技术，结合皮肤表型症状及生物标志物的检测结果，提供更加综合和准确的评估，将会是未来皮炎护理关注的重点问题。

3.2 积极预防环境中的不利因素是皮炎皮肤管理的重点环节 紫外线是皮炎皮肤损害的一个重要诱因。Cheong 等^[30]的研究指出，约一半的患者在日光照后感到皮肤症状加重。紫外线暴露不仅可能加重病情，还能导致新的皮肤病变，其原因可能是由于紫外线照射导致体内产生特定抗原，进而引发了免疫反应^[31]。

因此, 皮炎患者需严格采取防晒措施, 避免皮肤直接与紫外线接触, 以减少病情加重的风险。目前, 常见的防晒措施包括使用高防晒指数 (PA+++ 以上和 SPF30~50) 的防晒霜、遮阳衣物及遮阳设备等。研究推荐, 广谱防晒霜能有效防护 UVA 和 UVB 两种紫外线, 皮炎患者应全年每日使用高防晒系数的广谱防晒霜, 每 3~4 小时涂抹 1 次^[32]。但防晒霜中的

化学成分是否对患者皮肤存在不良影响, 缺乏相关证据。根据患者的皮肤状况、紫外线敏感性以及环境条件, 选择合适的防晒产品, 制订精准的防晒策略需要高质量研究进一步论证。此外, 皮炎患者的皮肤还容易受到空气湿度、温度等环境因素的影响。因此, 如何通过环境管理和生活方式调整, 减少外部因素对皮肤的损害, 也应当成为预防策略的一部分。

表 3 皮炎患者皮肤症状管理的最佳证据总结

项目	证据内容	证据等级
评估	1. 采用皮炎皮损范围和严重指数 (Cutaneous Dermatomyositis Disease Area and Severity Index, CDASI) 或皮炎皮肤严重程度指数 (Dermatomyositis Skin Severity Index, DSSI) 对皮肤疾病活动性进行分级 ^[17,22]	3a
	2. 评估头皮、面部、眼睑、手、足、四肢伸侧、上胸和上背部、手臂、大腿外侧和关节处的红斑、丘疹、皮肤萎缩等皮肤病变的特征及分布情况 ^[14]	5b
	3. 评估有无典型皮疹表现: 眶周皮疹, Gottron 丘疹或 Gottron 征, 甲周病变 (甲襞有无甲周红斑和甲襞毛细血管异常), “技工手” (手指掌面和侧面皮肤过多角化、裂纹及粗糙) ^[14]	5b
	4. 通过患者自我报告皮肤症状、疼痛、瘙痒等信息, 辅助评估病情 ^[17,22]	3a
预防	5. 严格防晒与光防护: 皮炎患者需严格防晒, 避免直接接触紫外线, 以免加重病情。建议采取以下措施: ①物理防晒: 积极采用各种物理防晒技术, 如使用宽檐帽、防晒服和遮阳伞等; ②化学防晒: 全年每日使用高防晒系数的广谱防晒霜 (PA+++ 以上, SPF30~50), 每 3~4 小时涂抹 1 次, 以降低皮肤或肌肉疾病复发的可能性 ^[5,10-12,16,18,20]	5b
	6. 患者在防晒的同时, 注意监测并根据医嘱适当补充维生素 D ^[12]	5b
	7. 避免皮肤刺激: 避免使用含有刺激成分的洗涤剂、香皂或化妆品, 选择无香料、低致敏性的护肤产品。患者应避免抓挠或摩擦皮肤, 以防加重皮损 ^[18-19]	5b
治疗原则	8. 皮炎治疗需遵循个体化原则 ^[5,18-19]	5b
	9. 根据患者的主要症状和临床表现, 建议邀请皮肤科、风湿免疫科、呼吸科、心内科、神经内科等相关多学科诊疗 ^[18-20]	5b
外用治疗	10. 对于无破损的红斑、丘疹等炎性皮损, 建议外用皮质类固醇以减轻炎症和瘙痒。①部位选择: 轻效制剂用于眼睑部位; 中效制剂用于面部、颈部; 高效制剂用于躯干、四肢 (包括手部) 及头皮。②禁忌: 避免用于糜烂面、口周/肛周等黏膜及溃疡处。③面积限制: 若皮损累及多部位, 需控制用药总面积 ≤ 体表面积的 10%, 避免反复大面积用药 ^[5,10,12,18,20]	5b
	11. 在外用皮质类固醇治疗无效者或皮肤易萎缩部位的长期治疗中, 可选择外用钙调磷酸酶抑制剂, 每日 2 次, 疗程 1~2 个月 ^[12,18]	5b
	12. 封包治疗 (使用绷带、手套或其他敷料覆盖用药部位) 可提高外用皮质类固醇的穿透力和效力, 使用封包治疗建议每日涂药 1 次。需在医护人员指导下进行, 禁用于溃疡性或糜烂性皮损 ^[12,18]	5b
	13. 轻度皮损 (局限性红斑, 无系统受累): 可在全身评估基础上试行防晒及外用药物; 若控制不佳, 需加用系统治疗 ^[12,18,20]	5b
全身治疗	14. 瘙痒严重、局部治疗无效者, 可尝试口服抗组胺药如氯雷他定、西替利嗪、依巴斯汀等缓解症状 ^[5,10-12,20]	5b
	15. 对于顽固性皮损或头皮瘙痒的患者, 可选择口服抗疟药, 如羟氯喹等; 但治疗前应行眼科基线检查及治疗期间定期随访以监测视网膜病变风险, 同时建议患者戒烟以优化治疗效果 ^[5,10,12]	2c
	16. 中重度皮损 (广泛皮疹、糜烂或合并系统受累): 可在全身治疗中应用免疫抑制剂, 如甲氨蝶呤、吗替麦考酚酯、环孢素或他克莫司等 ^[12-13,16,18,20]	2c
	17. 重度或难治性皮肤型皮炎患者, 可考虑达泊松、静脉注射免疫球蛋白及利妥昔单抗等 ^[12,18,20]	2c
皮肤护理措施	18. 让患者每日用温水和温和的无香料清洁剂清洁皮肤, 洗澡水温宜控制在 37~40℃, 避免水温过高, 以减少对皮肤屏障的刺激。清洁后, 应立即使用保湿霜锁住水分 ^[18-19]	5b
	19. 炎性皮损护理 (无破损): 根据皮损特点指导患者选择合适剂型。头皮等有毛发的部位, 宜选用泡沫剂、洗剂、溶液等; 对于干燥、增厚或角化过度的皮损, 可选用穿透性更强的软膏; 对于一般性皮损或间擦部位, 可选择乳膏 ^[10,18]	5b
	20. 溃疡性皮损护理: 禁用外用皮质类固醇软膏。应优先考虑保守治疗, 包括进行创面床准备, 处理坏死组织和控制感染。可选用磺胺嘧啶银乳膏或卡地姆碘软膏等局部药物。需谨慎使用封闭性敷料, 以防病情在短期内恶化 ^[15]	5b
患者教育	21. 瘙痒护理: 可使用保湿霜、润肤剂及含薄荷醇、苯酚或樟脑的外用制剂; 严重时可用普莫卡因或多利卡因 ^[10-12]	5b
	22. 患者教育: 通过讲座、手册等形式向患者传授皮肤护理方法, 包括正确使用药物、进行防晒、选择适合的护肤产品等, 帮助患者增强自我管理 ^[16,18]	5b
随访	23. 为患者提供持续随访 ^[18,20] , 初始阶段每周 1 次, 减量阶段每 2~4 周 1 次, 维持阶段每 3 个月 1 次	5b
	24. 利用数字技术和远程医疗平台进行随访, 定期检查患者的皮肤状况, 提供在线指导, 及时发现病情变化并作出相应调整 ^[21]	5b

3.3 平衡药物疗效与潜在风险是皮炎全身性治疗策略的难点 皮炎患者的皮肤改变常见于四肢伸侧、面部、眼睑、手背、手肘、大腿、后背、头皮等曝光部位, 表现为紫红斑样皮疹, 常伴有皮肤干燥和瘙痒的症状。皮肤病变不仅影响患者外形导致社交和心理压力, 瘙痒等症状的持续存在严重影响患者日常生

活^[33]。皮炎患者的皮肤症状轻重不一, 表现形式多样, 护理方案应遵循个体化的原则。轻度皮损者, 采取防晒和局部涂抹皮肤保护剂可以缓解症状; 中重度皮损者, 还需进行全身性治疗, 如使用达泊松、静脉注射免疫球蛋白、甲氨蝶呤、吗替麦考酚酯、环孢素和他克莫司等药物, 以控制皮肤症状进展。但是, 免疫

抑制剂、糖皮质激素等药物在控制皮肤症状的同时,也存在皮肤萎缩、干燥、诱发感染等不良反应。因此,如何平衡皮肤症状控制与药物潜在的风险,减轻不良反应的影响,成为皮炎炎全身性治疗策略的难点问题。皮炎炎不仅是一种皮肤疾病,还涉及到全身性的免疫系统异常。研究建议,邀请皮肤专业医护人员关注皮肤症状的处理^[18],风湿免疫专业医护人员负责诊断和监测患者的全身炎症反应,采用多学科协作模式共同为患者制订个性化的皮肤管理策略^[34]。近年来,生物活性成分如肽类、植物提取物等被广泛应用于皮肤修复^[35-36]。如何进一步研究并优化这些修复疗法,使其在皮炎炎患者中发挥更大的疗效,是皮肤护理中的科学难题。

3.4 规范化护理是提升治疗决策有效性和优化患者结局的有力保障 在皮炎炎复杂的治疗体系中,专业化的皮肤护理是确保治疗方案有效实施、预防并发症并提升患者生活质量的关键环节。首先,基础皮肤护理是所有治疗的基石,医护人员需指导患者使用温水和温和的清洁剂,并在清洁后立即使用保湿霜,以维持皮肤屏障功能,减轻干燥和刺激。其次,在外用药物应用方面,护理干预需强调个体化。对于头皮等毛发部位,选用泡沫剂或溶液更易于涂抹和吸收;而对于干燥、角化过度的皮损,则推荐使用穿透性更强的软膏,以最大化疗效。此类基于评估的精细化指导,是实现个体化治疗的重要保障。对于溃疡性皮损这类严重并发症,护理干预直接关系到患者的预后;应避免外用皮质类固醇,转而实施专业的创面护理,如创面床准备、清除坏死组织和控制感染,并谨慎使用封闭性敷料以防病情恶化^[3,37]。此外,针对顽固性瘙痒,医护人员可以通过指导使用润肤剂、含薄荷醇的外用制剂乃至局部麻醉药等措施,提供有效的对症处理,显著缓解患者痛苦。虽然外用糖皮质激素是控制炎症性瘙痒的基础,但其起效相对较慢,而普莫卡因或利多卡因等局麻制剂能阻断神经传导,为严重瘙痒患者提供即时的症状缓解,两者可互为补充。综上,系统、专业、循证的护理实践是皮炎炎皮肤管理中不可或缺的一环,它将宏观的治疗原则转化为具体的、有针对性的照护行动,是改善患者临床结局的有力保障。

3.5 患者教育和持续随访有助于提升皮炎炎患者疾病自我管理能力 皮炎炎与其他多种皮肤病在临床表现和病理学特征上存在相似之处,临床鉴别诊断存在一定难度,加之治疗的长期性,患者教育是皮肤症状管理的重要组成部分。指导患者了解皮肤症状、护理方法以及疾病监测方法,帮助患者正确看待皮肤问题,增强其自我管理能力,对于疾病康复有着重要意义。皮炎炎患者的皮肤症状和其他症状的发作间隔时间有个体差异,部分患者可能会出现病情加重或新症状的出现,表现为肌肉无力症状或间质性肺炎等^[20]。我国一项纳入 192 例皮炎炎和多发性肌炎患

者的研究显示,Gottron 征及 Heliotrope 征在合并恶性淋巴瘤的皮炎炎患者中的阳性率明显高于经典型皮炎炎患者,多因素回归分析显示,Heliotrope 征为恶性淋巴瘤发生的独立危险因素^[38]。同时,皮损复发或加重可能预示肿瘤复发,Hendren 等^[39]收集 10 例有长期随访资料的皮炎炎合并乳腺癌病例,其中 5 例出现皮损复发。因此患者教育和持续随访对于早期监测病情变化,及时调整治疗方案至关重要。随着远程医疗和数字健康技术的普及,通过移动应用 App、在线平台等技术手段,实现患者与医护人员的远程沟通和护理监测,也将成为患者健康管理的重要途径。

4 小结

本研究整合了国内外皮炎炎皮肤管理的相关证据,包含评估、预防、治疗原则、外用治疗、全身治疗、皮肤护理措施、患者教育与随访 8 个方面共 24 条证据,为临床医护人员规范皮炎炎皮肤症状管理和患者健康指导提供参考。然而,本研究所纳入证据多为低等级,后续仍需依托高质量研究以形成更为系统、可靠的证据支撑。此外,本研究纳入文献仅限于中英文公开发表的文献,未包括灰色文献和其他语种的资料,因此建议临床医护人员应用这些证据时,应结合具体的临床实际情况进行考量。

附件 1 文献筛选流程

请用微信扫码查看



附件 1 文献筛选流程

参考文献:

- [1] Kronzer V L, Kimbrough B A, Crowson C S, et al. Incidence, prevalence, and mortality of dermatomyositis: a population-based cohort study [J]. *Arthritis Care Res (Hoboken)*, 2023, 75(2): 348-355.
- [2] Cassard L, Seraly N, Riegert M, et al. Dermatomyositis: practical guidance and unmet needs [J]. *Immunotargets Ther*, 2024, 13: 151-172.
- [3] 吴莉萍, 张子云, 娄雪娇, 等. 风湿免疫疾病患者皮肤溃疡的多学科协作综合护理 [J]. *护理学杂志*, 2022, 37(16): 38-40.
- [4] Hundley J L, Carroll C L, Lang W, et al. Cutaneous symptoms of dermatomyositis significantly impact patients' quality of life [J]. *J Am Acad Dermatol*, 2006, 54(2): 217-220.
- [5] Drake L A, Dinehart S M, Farmer E R, et al. Guidelines of care for dermatomyositis [J]. *J Am Acad Dermatol*, 1996, 34(5 Pt 1): 824-829.
- [6] Foster M J, Shurtz S. Making the critical appraisal for summaries of evidence (CASE) for evidence-based medicine (EBM): critical appraisal of summaries of evidence [J]. *J Med Libr Assoc*, 2013, 101(3): 192-198.
- [7] Brouwers M C, Spithoff K, Kerkvliet K, et al. The AGREE reporting checklist: a tool to improve reporting of clinical practice guidelines [J]. *BMJ*, 2016, 354: i4852.
- [8] The Joanna Briggs Institute. Checklist for systematic re-

- views[EB/OL]. (2020-05)[2025-05-30]. <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>.
- [9] 胡雁,郝玉芳.循证护理学[M].2版.北京:人民卫生出版社,2018:90-93.
- [10] Farrugia M E, Chee M M, Gupta G. Dermatomyositis: symptoms, diagnosis and treatment [EB/OL]. (2024-03-19)[2025-04-30]. <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/595>.
- [11] Christopher-Stine L. Initial treatment of dermatomyositis and polymyositis in adults [EB/OL]. (2024-03-07)[2025-04-30]. <https://www.uptodate.cn/contents/initial-treatment-of-dermatomyositis-and-polymyositis-in-adults>.
- [12] Vleugels R A. Cutaneous dermatomyositis in adults: overview and initial management [EB/OL]. (2022-10-12)[2025-04-30]. <https://www.uptodate.cn/contents/cutaneous-dermatomyositis-in-adults-overview-and-initial-management>.
- [13] Vleugels R A. Management of refractory cutaneous dermatomyositis in adults[EB/OL]. (2023-01-09)[2025-04-30]. <https://www.uptodate.cn/contents/management-of-refractory-cutaneous-dermatomyositis-in-adults>.
- [14] Christopher-Stine L, Amato A A, Vleugels R A. Diagnosis and differential diagnosis of dermatomyositis and polymyositis in adults[EB/OL]. (2022-02-24)[2025-04-30]. <https://utd1.sugh.net/contents/zh-Hans/diagnosis-and-differential-diagnosis-of-dermatomyositis-and-polymyositis-in-adults>.
- [15] Asano Y, Asai J, Ishii T, et al. Wound, pressure ulcer, and burn guidelines (2023)-4: guidelines for the management of connective tissue disease/vasculitis-associated skin ulcers, third edition[J]. *J Dermatol*, 2025, 52(6): e430-e480.
- [16] Oldroyd A G S, Lilleker J B, Amin T, et al. British Society for Rheumatology guideline on management of paediatric, adolescent and adult patients with idiopathic inflammatory myopathy [J]. *Rheumatology (Oxford)*, 2022, 61(5): 1760-1778.
- [17] de Souza F H C, de Araújo D B, Vilela V S, et al. Guidelines of the Brazilian Society of Rheumatology for the treatment of systemic autoimmune myopathies[J]. *Adv Rheumatol*, 2019, 59(1): 6.
- [18] 中国医疗保健国际交流促进会皮肤科分会, 国家皮肤与免疫疾病临床医学研究中心. 成人皮肤炎诊疗中国专家共识(2022年)[J]. *中华皮肤科杂志*, 2022, 55(11): 939-948.
- [19] 中华医学会风湿病学分会. 多发性肌炎和皮肌炎诊断及治疗指南[J]. *中华风湿病学杂志*, 2010, 14(12): 828-831.
- [20] Kohsaka H, Mimori T, Kanda T, et al. Treatment consensus for management of polymyositis and dermatomyositis among rheumatologists, neurologists and dermatologists [J]. *Mod Rheumatol*, 2019, 29(1): 1-19.
- [21] de Thurah A, Bosch P, Marques A, et al. 2022 EULAR points to consider for remote care in rheumatic and musculoskeletal diseases[J]. *Ann Rheum Dis*, 2022, 81(8): 1065-1071.
- [22] Callander J, Robson Y, Ingram J, et al. Treatment of clinically amyopathic dermatomyositis in adults: a systematic review[J]. *Br J Dermatol*, 2018, 179(6): 1248-1255.
- [23] Ahmed S, Chen K L, Werth V P. The validity and utility of the Cutaneous Disease Area and Severity Index (CDASI) as a clinical outcome instrument in dermatomyositis: a comprehensive review [J]. *Semin Arthritis Rheum*, 2020, 50(3): 458-462.
- [24] Carroll C L, Lang W, Snively B, et al. Development and validation of the Dermatomyositis Skin Severity Index [J]. *Br J Dermatol*, 2008, 158(2): 345-350.
- [25] Yassaee M, Fiorentino D, Okawa J, et al. Modification of the Cutaneous Dermatomyositis Disease Area and Severity Index, an outcome instrument[J]. *Br J Dermatol*, 2010, 162(3): 669-673.
- [26] 张诗敏,胡赞赞,赵肖庆,等. 影像技术在皮肤科诊断和病情评估中的研究进展[J]. *中华皮肤科杂志*, 2022, 55(7): 637-640.
- [27] Gurjarpadhye A A, Parekh M B, Dubnika A, et al. Infrared imaging tools for diagnostic applications in dermatology[J]. *SM J Clin Med Imaging*, 2015, 1(1): 1-5.
- [28] 谢瑶,舒晓明,卢昕,等. 多发性肌炎和皮肌炎血清抗 Jo-1 抗体水平与疾病活动度相关性研究[J]. *中华风湿病学杂志*, 2011, 15(11): 742-745.
- [29] Xu S, Hu X, Wang J, et al. Polymyositis and dermatomyositis biomarkers [J]. *Clin Chim Acta*, 2023, 547: 117443.
- [30] Cheong W K, Hughes G R, Norris P G, et al. Cutaneous photosensitivity in dermatomyositis [J]. *Br J Dermatol*, 1994, 131(2): 205-208.
- [31] 薛珂,郑捷,曹华. 皮肌炎皮肤损害的研究进展[J]. *中国皮肤性病学杂志*, 2019, 33(1): 92-95.
- [32] Patel S, Patel S, Shah R M, et al. Effects of sun protection on serum vitamin D deficiency[J]. *J Clin Transl Endocrinol*, 2023, 39: 394-396.
- [33] Choragudi S, Biazus Soares G, Yosipovitch G. Predictive factors of quality of life in chronic pruritus patients: a cross-sectional study[J]. *JAAD Int*, 2023, 11: 65-71.
- [34] 梁云生,余艺昕,杨斌. 系统抗炎是重度免疫性皮肤病达标治疗的关键[J]. *中华医学杂志*, 2021, 101(16): 1119-1122.
- [35] Md Fadilah N I, Shahabudin N A, Mohd Razif R A, et al. Discovery of bioactive peptides as therapeutic agents for skin wound repair [J]. *J Tissue Eng*, 2024, 15: 1788770663.
- [36] Michalak M. Plant extracts as skin care and therapeutic agents[J]. *Int J Mol Sci*, 2023, 24(20): 11124.
- [37] 崔爽,王涛,张春燕. 抗 MDA5 抗体阳性皮肌炎患者的护理[J]. *护理学杂志*, 2019, 34(21): 36-38.
- [38] Fang Y, Wu Y J, Kuo C, et al. Malignancy in dermatomyositis and polymyositis: analysis of 192 patients[J]. *Clin Rheumatol*, 2016, 35(8): 1977-1984.
- [39] Hendren E, Vinik O, Faragalla H, et al. Breast cancer and dermatomyositis: a case study and literature review [J]. *Curr Oncol*, 2017, 24(5): e429-e433.