**慢性光化性皮炎临床路径**

（2010年版）

一、慢性光化性皮炎临床路径标准门诊流程

（一）适用对象。

第一诊断为慢性光化性皮炎（ICD–10：L57.8/L59.8）。

（二）诊断依据。

根据《临床诊疗指南-皮肤病与性病分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社），《杨国亮皮肤病学》（王侠生，廖康煌主编，上海科学技术出版社）。

1.面、颈、头皮等光暴露部位出现慢性湿疹或假性淋巴瘤样损害，表现为持久性水肿性红斑、丘疹、丘疱疹，可伴浸润性丘疹或斑块，避免光敏物接触后仍存在慢性持久性光过敏状态3个月以上。

2.非曝光部位最小红斑量试验显示对UVB、UVA异常敏感，部分对可见光也敏感，部分病人光激发试验和光斑贴试验阳性。

3.组织病理类似慢性湿疹和（或）假性淋巴瘤表现。

（三）治疗方案的选择。

根据《临床诊疗指南-皮肤病与性病分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社），《杨国亮皮肤病学》（王侠生，廖康煌主编，上海科学技术出版社）。

1.防光措施。

2.避免致敏原。

3.具有光防护和治疗的药物。

4.外用药物治疗。

5.抗组胺药。

6.糖皮质激素。

7.免疫抑制剂。

8.光疗。

9.中药治疗。

（四）进入路径标准。

1.第一诊断必须符合ICD–10：L57.8/L59.8慢性光化性皮炎（不伴有并发症）疾病编码。

2.当患者同时具有其他疾病诊断，但不需要特殊处理也不影响第一诊断的临床路径流程实施时，可以进入路径。

（五）检查项目。

1.必需的检查项目：

（1）光试验：在非光暴露区域(前臂屈侧或背部)分别

测定对UVA和UVB的最小红斑量（MED）;

1. 光斑贴试验：选择常见光变应原或与患者相关的

可疑光变应原进行检测。

2.根据患者病情可选择的检查项目：

（1）血常规、嗜酸性细胞计数;

（2）血尿卟啉检测(有条件可开展);

（3）血液学检查：肝肾功能、电解质、血糖、ANA、ENA、IgE，必要时作硫代嘌呤甲基转移酶；

（4）皮肤组织病理学检查，必要时免疫组织化学检查及直接免疫荧光检测;

（5）外周血异型淋巴细胞检测。

（六）药物的选择与治疗时机。

1.防光措施：所有确诊患者必须终身采取恰当的有效

的防光措施。

1. 物理性防光措施：①严格避免日光照射，白天尽

量减少外出，尤其上午10点到下午4点段；②外出时戴宽沿帽子或撑伞，穿戴具有防护作用的衣服、手套、戴遮阳镜；③避免人工紫外线光源（如灭菌灯、日光灯、电焊弧光等）。

1. 正确使用遮光剂：选择宽谱、高效、低致敏性遮

光剂（建议选用SPF值大于20，PA值++～+++的防晒产品）。遮光剂使用需达到一定标准，一般应当不少于2mg/cm2，涂抹后15－30分钟才开始起效。阴天仍然存在UVA，也应该涂抹遮光剂防护。

2.避免致敏原。

（1）避免接触常见的光感性物质，如柠檬油、檀香油

等香料；依沙丫啶、美蓝、依红等染料；四氯水杨酰胺

（TSCA），硫柳汞等防腐剂；避免服用光敏性药物如喹诺酮类、磺胺类、氯霉素类、四环素类抗菌药；双氢氯噻嗪等利尿剂；水杨酸类抗炎镇痛药；氯磺丙脲、格列吡嗪等降糖药；抗抑郁药和吩噻嗪类抗精神病药等和防止食用光感性食物(如泥螺、竹虱等动物和富含呋喃香豆素的蔬菜植物)。

（2）应用接触变应原和光敏物进行斑贴试验和光斑贴试验以尽可能明确致敏原。

（3）严重者必要时通过改变工作和生活环境控制病情。

3.具有光防护和治疗作用的药物：口服大剂量烟酰胺、β－胡萝卜素或氯喹、羟氯喹、沙利度胺（反应停）。用药时机和疗程视病情和对UV的敏感度而定。氯喹、羟氯喹、反应停在症状控制后需减量维持治疗一段时间。

4.局部治疗：治疗原则与慢性湿疹相同，包括外用糖皮

质激素和钙调磷酸酶抑制剂。但应当注意面部损害选用糖皮质激素需慎重，注意选择较为安全的药物和剂型，并且治疗时间不应过长。

5.抗组胺药：在瘙痒剧烈时可选用第二代H1受体拮抗剂，疗程视病情而定。

6.糖皮质激素: 仅在急性加剧期，上述药物治疗控制不佳时使用。疗程视病情而定，但不建议长期使用，病情控制后需逐步减量。糖皮质激素使用期间酌情采取辅助用药，如保护胃粘膜、降糖、降压药物等。

7.免疫抑制剂：可选用硫唑嘌呤、环孢素等。在糖皮质激素减量困难、易复发或反弹的患者使用。疗程视病情而定，病情控制后需减量维持治疗一段时间。

8.光疗：可选窄波UVB或PUVA脱敏治疗，照射剂量、疗程据治疗反应而定。急性加剧，有明显渗出的患者不能使用。

9.中药治疗: 辨证施治，但要注意避免使用含光敏物质的中药。

（七）治疗后复查的检查项目。

根据患者情况复查血常规、肝肾功能、电解质、血糖等。采用光疗脱敏的患者治疗结束后可复查光试验。

（八）治愈标准。

1.瘙痒症状消失，无新发皮疹。

2.临床光敏性表现消失。

3.光试验异常消退。

（九）变异及原因分析。

伴有其他基础疾病或严重的伴发症状，需进一步诊断

及治疗，可转至其他相应科室诊治或住院治疗。

二、慢性光化性皮炎临床路径表单

适用对象：**第一诊断为**慢性光化性皮炎（ICD-10：L57.8/L59.8）

患者姓名： 性别： 年龄： 门诊号：

初诊日期： 年 月 日 标准门诊治疗周数：4–8周

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **时间** | **门诊第1天** | **门诊第2–4天** |
| **主**  **要**  **诊**  **疗**  **工**  **作** | □ 询问病史及体格检查  □ 完成门诊初诊病历  □ 完成初步的病情评估  □ 开具光试验和光斑贴试验（近一周未服用抗组胺药物，近一月未服用光防护类药物、糖皮质激素、免疫调节和免疫抑制类药物）  □ 皮肤组织病理检查（必要时）  □ 开具其他需要的辅助检查（必要时）  □ 防光宣教 | □ 根据实验室检查的结果，明确诊断并制订治疗计划  □ 根据光试验和光斑贴试验的结果对患者进行针对性的防光和避免致敏原的宣教  □ 签署“接受糖皮质激素治疗知情同意书”(系统使用糖皮质激素治疗者)  □ 眼科会诊（使用氯喹、羟氯喹者） |
| **重**  **点**  **医**  **嘱** | **门诊医嘱：**  □ 防光宣教  □ 光试验  □ 光斑贴试验  □ 皮肤组织病理学检查及直接免疫荧光检测（必要时）  □ 血常规、嗜酸性细胞计数（必要时）  □ 血尿卟啉检测（必要时）  □ 血液学检查：肝肾功能、电解质、血糖、ANA、ENA（必要时）  □ 外周血异型淋巴细胞检测（必要时） | **门诊医嘱：**  □ 避免日光和人工紫外线光源  □ 避免致敏原和光致敏原  □ 具有光防护和治疗作用的药物：口服大剂量烟酰胺、β-胡萝卜素或氯喹、羟氯喹、反应停（根据病情选择）  □ 局部外用糖皮质激素和/或钙调磷酸酶抑制剂  □ 口服抗组胺药（必要时）  □ 系统使用糖皮质激素及其辅助用药（急性加剧期患者根据病情选择）  □ 制定光疗方案（接受脱敏患者）  □ 中药治疗（必要时） |
| **病情**  **变异**  **记录** | □无 □有，原因：  1.  2. | □无 □有，原因：  1.  2. |
| **医师**  **签名** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **时间** | **门诊第7–14天** | **门诊第15–28天** |
| **主**  **要**  **诊**  **疗**  **工**  **作** | □ 患者随访  □ 注意观察皮疹变化，及时调整治疗方案  □ 观察并处理治疗药物的不良反应  □ 调整光疗方案（接受脱敏患者） | □ 患者随访  □ 根据皮疹消退情况，调整治疗方案  □ 强化避光宣教，必要时需调动工作或改变生活环境  □ 签署“接受化疗知情同意书”(使用免疫抑制剂者) |
| **重**  **点**  **医**  **嘱** | **门诊医嘱**：  □ 光防护和治疗作用的药物：剂量调整（必要时）  □ 糖皮质激素：剂量调整（急性加剧期患者）  □ 调整光疗脱敏方案（接受脱敏患者） | **门诊医嘱**：  □ 继续使用具有光防护作用的药物  □ 调整或停用局部外用药物治疗  □ 逐步减量至停用糖皮质激素（急性加剧期患者）  □ 加用免疫抑制剂（糖皮质激素减量困难者）  □ 复查血常规、嗜酸性细胞计数、肝肾功能、电解质、血糖（必要时）、硫代嘌呤甲基转移酶（用硫唑嘌呤时） |
| **病情**  **变异**  **记录** | □无 □有，原因：  1.  2. | □无 □有，原因：  1.  2. |
| **医师**  **签名** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **时间** | **门诊第29–42天** | **门诊第43–56天** |
| **主**  **要**  **诊**  **疗**  **工**  **作** | □ 患者随访  □ 根据皮疹情况调整治疗方案  □ 调整光疗方案（脱敏患者必要时） | □ 患者随访  □ 根据皮疹情况调整治疗方案  □ 调整光疗方案（脱敏患者必要时） |
| **重**  **点**  **医**  **嘱** | **门诊医嘱**：  □ 调整具有光防护作用的药物剂量  □ 逐步减量至停用糖皮质激素（急性加剧期患者）  □ 复查血常规和肝肾功能（加用免疫抑制剂者）  □ 调整光疗方案（脱敏患者必要时） | **门诊医嘱**：  □ 调整或停用具有光防护作用的药物  □ 调整至停用免疫抑制剂  □ 复查血常规、肝肾功能、电解质、血糖（必要时）  □ 调整光疗方案（脱敏患者必要时） |
| **病情**  **变异**  **记录** | □无 □有，原因：  1.  2. | □无 □有，原因：  1.  2. |
| **医师**  **签名** |  |  |