

台灣兒童異位性皮膚炎 臨床診療指引

2026年治療重點更新

Taiwan Guidelines for Pediatric Atopic Dermatitis:
2026 Focused Update on Treatment



Taiwan Academy of Pediatric
Allergy Asthma Immunology & Rheumatology



台灣兒童過敏氣喘免疫及風濕病學會

專家委員會

發行人：姚宗杰

總編輯：孫海倫

編輯委員：歐良修、王 玲、孫海倫、俞欣慧、王怡人、姚宗杰
(依負責題目排序)

專家委員：于鴻仁、王壯銘、王志堯、王志祿、王麗潔、江伯倫、
呂克桓、吳昭儀、邱益煊、洪志興、胡雅喬、徐世達、
陳力振、傅令嫻、葉國偉、楊崑德、楊曜旭、黃璟隆、
雷偉德、蔡易晉、謝奇璋、魏長菁、蘇冠文
(依姓氏筆畫排序)



理事長序

異位性皮膚炎是兒童最常見的慢性發炎性皮膚疾病之一，不僅造成持續搔癢、睡眠障礙及生活品質下降，也對家庭照護及醫療資源帶來長期負擔。近年來，隨著疾病致病機轉的深入了解，新型外用藥物、生物製劑及小分子標靶藥物相繼問世，兒童異位性皮膚炎的治療已邁入新的時代。相較於《台灣兒童異位性皮膚炎臨床診療指引2021年版》出版時，臨床治療已有顯著進展，因此，本指引適時更新，以反映最新實證與治療策略，並協助提升臨床照護品質。

台灣兒童過敏氣喘免疫及風濕病醫學會長期致力於推動兒童過敏疾病實證醫學的發展，並持續提升臨床診療品質，定期更新臨床診療指引亦為本學會的重要使命。有鑑於近年治療證據快速累積，本學會完成《**台灣兒童異位性皮膚炎臨床診療指引—2026年治療重點更新**》，聚焦於兒童異位性皮膚炎治療建議，整合近年重要臨床實證，包括外用治療(如鈣調磷酸酶抑制劑、PDE4抑制劑及JAK抑制劑)、主動間歇式治療(proactive therapy)、全身性治療(如IL-4/IL-13抑制劑、IL-13抑制劑及口服JAK抑制劑)等重要議題。本次更新**首次採用系統性文獻回顧、GRADE證據評估及正式專家共識投票**，制定治療建議，共完成20項治療共識聲明，使本指引之治療建議更具科學性、透明性及一致性。

本指引得以順利完成，仰賴全體編輯委員及專家委員投入大量心力，完成文獻回顧、證據整理、共識討論及投票等工作，在此謹向所有參與本次指引更新工作的委員致上誠摯謝意。

醫學知識與治療證據持續快速演進，臨床指引亦應與時俱進。本學會將持續追蹤國內外最新研究成果，適時更新臨床診療指引，期盼本指引能協助兒科、過敏免疫科及皮膚科醫師提供更符合最新實證的治療，持續提升台灣兒童異位性皮膚炎的照護品質，造福更多病童及其家庭。

台灣兒童過敏氣喘免疫及風濕病醫學會
姚宗杰 理事長

2026年8月





目錄

本指引更新重點	1
第一章 前言	2
第二章 指引發展流程及方法	2
第三章 共識聲明	3
第四章 外用治療	10
4.1 外用類固醇	10
4.2 外用鈣調磷酸酸抑制劑	11
4.3 外用PDE4抑制劑	11
4.4 外用JAK抑制劑	12
4.5 主動間歇式治療	13
4.6 濕敷療法	13
4.7 處方級保濕劑	14
4.8 漂白水浴	15
4.9 外用抗生素	15
4.10 外用抗組織胺	16
第五章 全身性治療	16
5.1 IL-4/IL-13抑制劑	16
5.2 IL-13抑制劑	17
5.3 口服JAK抑制劑	17
5.4 Cyclosporine	18
5.5 Methotrexate	19
5.6 Azathioprine	19
5.7 全身性類固醇	20
5.8 口服抗組織胺	20
5.9 減敏療法	21
5.10 窄頻紫外線B	21
第六章 未來展望	22
縮寫表	23
參考文獻	24



本指引更新重點

本指引為《台灣兒童異位性皮膚炎臨床診療指引2021年版》之治療重點更新，聚焦於近年治療新證據、治療策略及新型治療藥物，不重複涵蓋流行病學、診斷、致病機轉及衛教等內容。

本次更新內容

- ✓ 聚焦兒童異位性皮膚炎治療建議
- ✓ 更新外用藥物治療建議(鈣調磷酸酶抑制劑、PDE4抑制劑、JAK抑制劑)
- ✓ 更新主動間歇式治療(proactive therapy)
- ✓ 新增IL-13抑制劑
- ✓ 更新IL-4/IL-13抑制劑及口服JAK抑制劑最新證據
- ✓ 更新保濕治療建議

本指引特色

- ✓ 首次採用系統性文獻回顧、GRADE證據評估及正式專家共識投票，制定治療建議
- ✓ 共提出20項治療共識聲明
- ✓ 29位專家參與共識投票
- ✓ 適用於兒科、過敏免疫科及皮膚科醫師





第一章 前言

異位性皮膚炎(atopic dermatitis)是兒童最常見的慢性發炎性皮膚疾病，通常始於嬰幼兒時期，具有反覆發作及劇烈搔癢等特性，多伴隨睡眠障礙、生活品質下降及家庭照護負擔增加¹。由於疾病具有慢性且異質性的臨床表現，如何提供適切且長期的治療策略，一直是臨床照護的重要課題^{1,2}。

自《台灣兒童異位性皮膚炎臨床診療指引2021年版》出版以來^{3,4}，兒童異位性皮膚炎的治療快速發展，包括外用PDE4 (phosphodiesterase 4)抑制劑、外用JAK (Janus kinase)抑制劑、介白素-13 (interleukin-13, IL-13)抑制劑等新藥物陸續問世，既有治療亦累積更多療效、安全性及長期使用的臨床證據。此外，國際主要臨床指引亦相繼更新治療建議⁵⁻⁷，因此有必要依據最新實證重新檢視並更新台灣兒童異位性皮膚炎的治療建議。

本更新版聚焦於兒童異位性皮膚炎治療，針對外用及全身性治療進行重點更新，不重複修訂2021年版指引所涵蓋之流行病學、診斷、致病機轉及衛教等內容。本指引依據系統性文獻回顧、GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation)證據評估及正式專家共識投票制定治療建議，提供兒科、皮膚科及過敏免疫科醫師臨床決策參考，以促進兒童異位性皮膚炎之最佳照護，惟不取代醫師依病患個別情況所做之專業臨床判斷。

第二章 指引發展流程及方法

本指引之專家委員會由29位兒童異位性皮膚炎相關專家組成，其中6位編輯委員負責文獻回顧、證據整理及指引撰寫；29位專家均參與治療共識聲明之投票。自2026年2月至7月共進行5次專家會議。文獻搜尋以MEDLINE資料庫為主，優先納入近5年(2021年1月至2026年2月)發表之文獻；若特定主題檢索結果少於10篇，則將搜尋範圍延長至近10年(2016年1月至2026年2月)，以確保證據之完整性。編輯委員依據系統性文獻回顧結果擬定兒童異位性皮膚炎治療共識聲明，並提交專家委員會採用李克特五點量表(5-point Likert scale)進行匿名評分。

評分標準：

- 5分=完全同意(completely agree)
- 4分=同意，僅需稍作修改(agree with minor changes)
- 3分=原則同意，但需大幅修改(agree with major changes)
- 2分=反對，且需大幅修改(disagree with major changes)
- 1分=完全反對(completely disagree)

若≥80%的專家委員給予4或5分，且平均評分>4.5分，即視為達成共識。第一輪投票完成後，編輯委員依據專家意見修訂各項共識聲明。由於所有聲明在第一輪投票即達成共識，因此專家委員會決議不再進行第二輪投票。

共識強度(consensus strength)定義：

- 強：共識程度 ≥90%
- 中：共識程度 75–89%
- 弱：共識程度 <75%



證據等級 (certainty of evidence) 定義：

各項聲明依據GRADE進行分級，分為**高、中、低及極低**四級。對於缺乏直接比較性證據、但基於臨床實務共識仍具重要性的議題，本指引以「臨床實務要點(practice point)」呈現，不進行GRADE證據分級。

推薦強度 (recommendation strength) 定義：

- 強烈推薦 (strong recommendation)
- 有條件推薦 (conditional recommendation)
- 有條件反對 (conditional recommendation against)
- 強烈反對 (strong recommendation against)

第三章 共識聲明

專家委員會共通過20項治療共識聲明(表一)。圖一為兒童異位性皮膚炎治療建議總覽，彙整各項治療之適用疾病嚴重度、推薦強度及證據等級。圖二則呈現兒童異位性皮膚炎之階梯治療準則，做為臨床治療決策參考。

表一、共識聲明

	共識程度	平均評分	共識強度
外用療法			
1. 外用類固醇 1-1. 對於異位性皮膚炎兒童，高度推薦使用外用類固醇作為第一線抗發炎治療，並依病灶嚴重度、部位及年齡個別化選擇類固醇強度。(GRADE證據等級：中等；強烈推薦) 1-2. 外用類固醇藥膏在適當使用下，長期安全性通常可接受，發生具臨床意之不良反應風險低；然而，長期或大面積使用類固醇仍須審慎。(GRADE證據等級：中等；強烈推薦)	100%	4.93	強
2. 外用鈣調磷酸酶抑制劑 對於輕中度異位性皮膚炎兒童，高度推薦使用外用鈣調磷酸酶抑制劑(如：tacrolimus、pimecrolimus乳膏)作為弱效外用類固醇之替代藥物或減少類固醇用量(steroid-sparing)，特別適用於敏感皮膚部位。(GRADE證據等級：高；強烈推薦)	100%	4.93	強
3. 外用PDE4抑制劑 對於輕中度異位性皮膚炎兒童，可建議使用外用PDE4抑制劑(如：crisaborole乳膏)作為弱效外用類固醇之替代藥物或減少類固醇用量(steroid-sparing)。(GRADE證據等級：中等；有條件推薦)	100%	4.90	強



	共識程度	平均評分	共識強度
外用療法			
4. 外用JAK抑制劑 對於輕中度異位性皮膚炎兒童，可考慮使用外用JAK抑制劑（如：ruxolitinib、delgocitinib乳膏）作為弱效外用類固醇之替代藥物或減少類固醇用量（steroid-sparing）；惟因長期安全性證據有限，應審慎使用。（GRADE證據等級：低至中等；有條件推薦）	96.6%	4.79	強
5. 主動間歇式治療 對於復發性異位性皮膚炎兒童，高度推薦在疾病控制後，針對既往受影響且易復發部位進行主動間歇式治療，可間歇性使用弱至中效外用類固醇或外用鈣調磷酸酶抑制劑（GRADE證據等級：中等；強烈推薦），或外用PDE4抑制劑。（GRADE證據等級：中等；有條件推薦）	100%	5.00	強
6. 濕敷療法 對於無合併感染的中重度異位性皮膚炎兒童，建議短期（3-7天）使用濕敷療法，敷料可搭配弱至中效外用類固醇。（GRADE證據等級：低；有條件推薦）	100%	4.90	強
7. 處方級保濕劑 對所有異位性皮膚炎的兒童，處方級保濕產品，相較於一般保濕劑，額外臨床效益相當有限（GRADE證據等級：低至中等；有條件推薦）。保濕劑產品選擇，應根據病患耐受性、接受度及產品價格進行個別化考量。相較於選擇品牌，規律且適當使用保濕劑最為重要。	96.6%	4.76	強
8. 漂白水浴 對於中重度異位性皮膚炎兒童，可考慮使用漂白水浴為輔助處置；但不建議常規使用。（GRADE證據等級：低至中等；有條件推薦）	96.6%	4.90	強
9. 外用抗生素 對於異位性皮膚炎的兒童，若疑似合併局部次發性細菌感染，可考慮短期使用外用抗生素；但不推薦常規使用。（GRADE證據等級：低；有條件推薦）	100%	4.86	強
10. 外用抗組織胺 對於異位性皮膚炎兒童，不推薦使用外用抗組織胺控制搔癢。（GRADE證據等級：低；強烈反對）	96.6%	4.86	強



	共識程度	平均評分	共識強度
全身性治療			
11. IL-4/IL-13抑制劑 針對需接受全身性治療或對外用療法效果不佳的中重度異位性皮膚炎兒童，在長期療效與安全性的考量下，高度推薦優先使用IL-4/IL-13抑制劑(如：dupilumab)，而非傳統全身性免疫調節藥物(如：cyclosporine、methotrexate或azathioprine)。(GRADE證據等級：高；強烈推薦)	96.6%	4.79	強
12. IL-13抑制劑 針對需接受全身性治療或對外用療法效果不佳的中重度異位性皮膚炎兒童，在長期療效與安全性的考量下，建議優先使用IL-13抑制劑(如：lebrikizumab、tralokinumab)，而非傳統全身性免疫調節藥物(如：cyclosporine、methotrexate或azathioprine)。(GRADE證據等級：中等；強烈推薦)	89.7%	4.69	中
13. 口服JAK抑制劑 針對需接受全身性治療或對外用療法效果不佳的中重度異位性皮膚炎兒童，基於其療效優於傳統全身性免疫調節藥物，建議可使用口服JAK抑制劑(如：upadacitinib、abrocitinib、baricitinib)，但仍需考量其潛在安全風險。(GRADE證據等級：中等；有條件推薦)	89.7%	4.62	中
14. Cyclosporine 針對需接受全身性治療或對外用療法效果不佳的中重度異位性皮膚炎兒童，建議可使用cyclosporine，並應審慎評估其安全性。(GRADE證據等級：低；有條件推薦)	96.6%	4.83	強
15. Methotrexate 針對需接受全身性治療或對外用療法效果不佳的中重度異位性皮膚炎兒童，可考慮使用methotrexate，並應審慎評估其安全性。(GRADE證據等級：極低至低；有條件推薦)	96.6%	4.79	強
16. Azathioprine 針對需接受全身性治療或對外用療法效果不佳的中重度異位性皮膚炎兒童，可考慮使用azathioprine，並應審慎評估其安全性。(GRADE證據等級：極低；有條件推薦)	96.6%	4.76	強
17. 全身性類固醇 對於異位性皮膚炎兒童，因使用全身性類固醇可能導致反彈性惡化及潛在不良反應，非必要不建議使用。(臨床實務要點)	89.7%	4.55	中
18. 口服抗組織胺 對於異位性皮膚炎兒童，建議可使用口服抗組織胺作為減輕搔癢之輔助療法。(臨床實務要點)	100%	4.9	強



	共識程度	平均評分	共識強度
全身性治療			
19. 減敏療法 對外用療法效果不佳的中重度異位性皮膚炎兒童，可考慮於特定病患（對吸入性過敏原致敏且合併過敏性鼻炎或氣喘者）使用減敏療法。（GRADE證據等級：低；有條件推薦）	93.1%	4.72	強
20. 窄頻紫外線B 對外用及全身性治療無效或不耐受的中重度異位性皮膚炎青少年，可考慮接受NB-UVB光照療法作為輔助治療（GRADE證據等級：低；有條件推薦）。惟由於12歲以下兒童接受光照療法之長期安全性與療效證據仍有限，不建議12歲以下兒童接受光照治療（GRADE證據等級：低；強烈反對）。	93.1%	4.55	強

GRADE, Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation; IL-4, interleukin-4; IL-13, interleukin-13; JAK, Janus kinase; NB-UVB, narrowband-ultraviolet B; PDE4, phosphodiesterase 4.

圖一、兒童異位性皮膚炎治療建議

兒童異位性皮膚炎治療建議				
疾病嚴重度		推薦強度		
輕度	中度	重度	✓ 強烈推薦 ✓ 有條件推薦	✗ 強烈反對 ✗ 有條件反對
●	●	●		
治療方式	嚴重程度	建議摘要	推薦強度	證據等級
外用治療				
外用類固醇	● ● ●	高度推薦 作為第一線抗發炎治療；長期安全性可接受，但長期或大面積使用仍須審慎	✓	中
外用鈣調磷酸酶抑制劑	● ●	高度推薦 作為弱效外用類固醇之替代藥物或減少類固醇用量，特別適用敏感皮膚部位	✓	高
外用PDE4抑制劑	● ●	推薦 作為弱效外用類固醇之替代藥物或減少類固醇用量	✓	中
外用JAK抑制劑	● ●	考慮 作為弱效外用類固醇之替代藥物或減少類固醇用量；應審慎使用	✓	低至中



治療方式	嚴重程度	建議摘要	推薦強度	證據等級
外用治療				
主動間歇式治療： 外用類固醇 外用鈣調磷酸酶抑制劑 外用PDE4抑制劑		在疾病控制後， 高度推薦 針對既往受影響且易復發部位進行主動間歇式治療		中
				中
				中
濕敷療法		無合併感染時， 推薦 短期(3-7天)使用，敷料可搭配弱至中效外用類固醇		低
處方級保濕劑		處方級保濕產品，相較於一般保濕劑， 額外臨床效益相當有限 ；保濕劑應依耐受性、接受度及價格個別化選擇		低至中
漂白水浴		可 考慮 作為輔助處置；但不建議常規使用		低至中
外用抗生素		疑似合併局部次發性細菌感染時，可 考慮 短期使用；但不推薦常規使用		低
外用抗組織胺		反對 用於控制搔癢		低
全身性治療				
IL-4/IL-13抑制劑		需接受全身性治療或對外用療法效果不佳者， 高度推薦 優先使用		高
IL-13抑制劑		需接受全身性治療或對外用療法效果不佳者， 推薦 優先使用		中
口服 JAK抑制劑		需接受全身性治療或對外用療法效果不佳者， 推薦 使用；需考量潛在安全風險		中



治療方式	嚴重程度	建議摘要	推薦強度	證據等級
全身性治療				
Cyclosporine		需接受全身性治療或對外用療法效果不佳者， 推薦 使用；應審慎評估安全性		低
Methotrexate		需接受全身性治療或對外用療法效果不佳者， 可 考慮 使用；應審慎評估安全性		極低至低
Azathioprine		需接受全身性治療或對外用療法效果不佳者， 可 考慮 使用；應審慎評估安全性		極低
全身性類固醇		非必要 不建議 使用		臨床實務要點
口服抗組織胺		推薦 可作為減輕搔癢之輔助療法		臨床實務要點
減敏療法		外用療法效果不佳且對吸入性過敏原致敏合併過敏性鼻炎或氣喘者，可 考慮 使用		低
NB-UVB >12 歲		對外用及全身性治療無效或不耐受者， 可 考慮 作為輔助治療； 反對 12 歲以下兒童接受光照治療		低
NB-UVB ≤12 歲				低

IL-4, interleukin-4; IL-13, interleukin-13; JAK, Janus kinase; NB-UVB, narrowband-ultraviolet B; PDE4, phosphodiesterase 4.



圖二、兒童異位性皮膚炎之階梯治療準則

↑↑ 強烈推薦

↑ 有條件推薦



每階段都可能需要輔助治療(例如抗組織胺等)。嚴重惡化時可加上濕敷療法。中度以上病童之慢性照顧可考慮心理行為治療。合併嚴重感染時可考慮使用全身性抗生素治療。若治療未達療效，還需考慮病患與家屬治療順從度或合併其他診斷的可能性。

^aPimecrolimus(Elidel 1%)台灣衛福部核准用於 3 個月(含)以上異位性皮膚炎病患之短期及間歇性長期治療。Tacrolimus(Protopic 0.03%)核准用於 2 歲(含)以上, Protopic 0.1% 核准用於 16 歲(含)以上中度至重度異位性皮膚炎之短期及間歇性長期治療或維持治療。

^bDupilumab(Dupixent)台灣衛福部核准適應症為 6 個月(含)以上中度至重度異位性皮膚炎且對局部處方治療控制不佳或不適合使用該療法之病患。

^cLebrikizumab(Ebglyss)台灣衛福部核准適應症為 12 歲(含)以上且體重至少 40 公斤中度至重度異位性皮膚炎且對局部處方治療控制不佳或不適合使用該療法之病患。

^dUpadacitinib(Rinvoq)及 abrocitinib(Cibinqo)台灣衛福部核准適應症為 12 歲(含)以上適合全身性療法的中度至重度異位性皮膚炎病患。

^e仿單標示外使用。全身性免疫調節藥物(CsA、MTX、AZA)一般作為生物製劑及口服 JAK 抑制劑不可及或不適用時的替代選項(詳見聲明 11-13)。

^f12歲以下兒童不建議使用光照治療。

^gCrisaborole(Staquis)台灣衛福部核准適應症為 3 個月(含)以上患有輕度至中度異位性皮膚炎病患。

AZA, azathioprine; CsA, cyclosporine; JAK, Janus kinase; MTX, methotrexate; NB-UVB, narrowband-ultraviolet B; PDE4, phosphodiesterase 4.



第四章 外用治療

4.1 外用類固醇

問題1、對於異位性皮膚炎兒童，外用類固醇的療效與安全性如何？

聲明1-1：對於異位性皮膚炎兒童，高度推薦使用外用類固醇作為第一線抗發炎治療，並依病灶嚴重度、部位及年齡個別化選擇類固醇強度。(GRADE證據等級：中等；強烈推薦)

共識程度：100%；**平均評分：**4.93；**共識強度：**強

聲明1-2：外用類固醇藥膏在適當使用下，長期安全性通常可接受，發生具臨床意義之不良反應風險低；然而，長期或大面積使用類固醇仍須審慎。(GRADE證據等級：中等；強烈推薦)

共識程度：100%；**平均評分：**4.97；**共識強度：**強

外用類固醇(topical corticosteroids)具有抗發炎和免疫抑制作用，是治療異位性皮膚炎的第一線抗發炎藥物，其療效和安全性已有充分證據支持⁷⁻¹²。外用類固醇應依病灶嚴重度、部位及病患年齡選擇適當強度，以兼顧療效與安全性。

一項納入104篇隨機對照試驗的系統性回顧與統合分析，評估外用類固醇治療異位性皮膚炎的療效¹²，結果顯示，相較於弱效外用類固醇，中效外用類固醇於短期治療(7-10天)及治療結束時(3-5週)，達到IGA(Investigator Global Assessment)病灶清除或明顯改善的比例均顯著較高；強效外用類固醇的療效亦優於弱效外用類固醇。此外在外用類固醇使用頻率方面，一天一次與一天兩次以上塗抹外用類固醇，其療效並無顯著差異¹²。另一項多中心、開放標籤、隨機對照之觀察性研究，比較強效(fluticasone propionate 0.05%)與弱效(hydrocortisone acetate 1%)外用類固醇，作為32名異位性皮膚炎兒童中度急性發作初始治療。結果顯示，24週追蹤期間強效組之POEM(Patient-Oriented Eczema Measure)評分改善較弱效組顯著¹³。

安全性方面，目前證據顯示，適當使用外用類固醇發生全身性不良反應的風險低¹²。然而，相關安全性研究多為小型、短期試驗，整體證據品質有限。一項系統性回顧顯示，在比較強效與弱效外用類固醇的3項隨機對照試驗中，強效組皮質醇血清濃度異常比例較高(25.6%，11/43 vs. 10.3%，4/39)，但由於樣本數有限且證據品質偏低，尚不足以作出明確結論。現有證據亦顯示，長期間歇性使用外用類固醇(5年)未增加兒童皮膚變薄、生長遲緩或具臨床意義之腎上腺抑制風險^{9,10}。然而，兒童因皮膚屏障較薄且體表面積與體重比(body surface area-to-body weight ratio)較高，使用強效外用類固醇或長期、大面積使用時，仍需留意局部及全身不良反應¹¹。對於輕度異位性皮膚炎病童或皮膚敏感部位，優先選用弱效外用類固醇。

整體而言，目前證據一致支持外用類固醇為兒童異位性皮膚炎第一線抗發炎治療，中效及強效製劑較弱效製劑具有較佳療效，而適當使用下長期安全性亦屬可接受。治療時應依病灶嚴重度、部位及病患年齡選擇適當強度，並避免長期或大面積使用高效價外用類固醇，以兼顧療效與安全性。



4.2 外用鈣調磷酸酶抑制劑

問題2、對於異位性皮膚炎兒童，外用鈣調磷酸酶抑制劑的療效與安全性如何？

聲明2：對於輕中度異位性皮膚炎兒童，高度推薦使用外用鈣調磷酸酶抑制劑（如：tacrolimus、pimecrolimus 乳膏）作為弱效外用類固醇之替代藥物或減少類固醇用量（steroid-sparing），特別適用於敏感皮膚部位。（GRADE證據等級：高；強烈推薦）

共識程度：100%；**平均評分：**4.93；**共識強度：**強

外用鈣調磷酸酶抑制劑（topical calcineurin inhibitors）具有抗發炎及免疫調節作用，是治療異位性皮膚炎的重要外用抗發炎藥物，具有良好安全性，可作為弱效外用類固醇的替代治療或減少類固醇用量（steroid-sparing），特別適用於臉部、眼周、頸部及皮膚皺摺等敏感部位^{7,8}。在台灣，pimecrolimus 1%核准用於3個月以上兒童，tacrolimus 0.03%核准用於2歲以上兒童，臨床使用應遵循台灣衛福部核准適應症。

一項納入27項隨機對照試驗的系統性回顧與統合分析，評估1%pimecrolimus乳膏治療兒童異位性皮膚炎的療效和安全性，結果顯示，相較於賦形劑對照組，pimecrolimus可顯著提高第6週達到IGA病灶完全或幾乎完全清除（IGA0/1）的比例，且於臉部等敏感部位亦具有較佳療效¹⁴。另一項系統性回顧亦顯示，tacrolimus及pimecrolimus治療兒童異位性皮膚炎的療效均顯著優於賦形劑；對於未滿2歲且外用類固醇治療效果不佳的兒童，pimecrolimus亦可作為安全有效的第二線治療方案¹¹。一項多中心前瞻性非干預研究納入130位輕中度異位性皮膚炎兒童及成年人，結果顯示，1% pimecrolimus乳膏可顯著改善兒童族群的SCORAD（SCORing Atopic Dermatitis）、IGA評分及皮膚敏感部位搔癢症狀，並提升生活品質¹⁵。此外，tacrolimus對於兒童中重度異位性皮膚炎亦具療效。兩項為期 3–12 週的隨機對照試驗，共納入超過400位中重度異位性皮膚炎兒童，結果顯示相較於賦形劑，tacrolimus 0.1%及0.03% 軟膏可顯著改善或清除病灶及減輕搔癢^{16,17}。

安全性方面，系統性回顧顯示，pimecrolimus和賦形劑相比，任何治療相關不良事件（treatment-emergent adverse event）之發生率均無顯著差異；與tacrolimus相比，兩者整體不良事件發生率相近¹⁴。臨床上，外用鈣調磷酸酶抑制劑最常見的局部不良反應為短暫性灼熱感或搔癢，多發生於治療初期，並隨著病灶改善而逐漸減輕¹⁸。整體而言，外用鈣調磷酸酶抑制劑耐受性良好，目前尚無證據顯示會造成皮膚萎縮或微血管擴張¹⁸。此外，一項系統性回顧與統合分析顯示，使用pimecrolimus或tacrolimus與癌症風險增加無明顯關聯，此結果於兒童及成人皆一致¹⁹。

整體而言，目前高品質證據支持外用鈣調磷酸酶抑制劑可有效改善兒童輕中度異位性皮膚炎，療效優於賦形劑，且與弱效外用類固醇相當，可作為減少類固醇用量（steroid-sparing），特別適用於臉部及其他敏感皮膚部位。整體安全性良好，目前無證據顯示會造成皮膚萎縮或增加癌症風險，因此本指引建議作為輕中度異位性皮膚炎的重要外用抗發炎治療選擇。

4.3 外用PDE4抑制劑

問題3、對於異位性皮膚炎兒童，外用PDE4抑制劑（如：crisaborole乳膏）的療效與安全性如何？

聲明3：對於輕中度異位性皮膚炎兒童，可建議使用外用PDE4抑制劑（如：crisaborole乳膏）作為弱效外用類固醇之替代藥物或減少類固醇用量（steroid-sparing）。（GRADE證據等級：中等；有條件推薦）

共識程度：100%；**平均評分：**4.90；**共識強度：**強

PDE4抑制劑為新型非類固醇外用抗發炎藥物，可透過抑制異位性皮膚炎相關發炎路徑中的關鍵酵素PDE4，降低發炎細胞激素產生，進而改善皮膚發炎及搔癢²⁰。外用PDE4抑制劑可作為輕中度異位性皮膚炎兒童弱效外用類固醇的替代治療，或作為減少類固醇用量（steroid-sparing）選擇²⁰。



兩項系統性回顧與統合分析顯示，外用PDE4抑制劑可顯著提升輕中度異位性皮膚炎兒童的治療反應率^{21,22}。另一項納入10項研究的系統性回顧與統合分析亦顯示，使用crisaborole治療可顯著提升輕中度異位性皮膚炎兒童於第29天治療成功(病灶清除或幾近清除)及搔癢改善的比例²³。

安全性方面，各項系統性回顧與統合分析均顯示，外用PDE4抑制劑之整體不良事件及治療相關不良事件發生率與賦形劑相比均無顯著差異²¹⁻²³。臨床上最常見的不良反應為局部塗抹部位疼痛、灼熱感或刺激感，多屬輕度且通常無須停藥²¹⁻²³。

整體而言，目前中等品質證據支持外用PDE4抑制劑可有效改善兒童輕中度異位性皮膚炎，提升病灶改善及搔癢緩解，且整體安全性良好，不良事件發生率與賦形劑相近。因此，本指引建議可作為弱效外用類固醇之替代治療或減少類固醇用量(steroid-sparing)，作為輕中度異位性皮膚炎的外用抗發炎治療選擇之一。

4.4 外用JAK 抑制劑

問題4、對於異位性皮膚炎兒童，外用JAK抑制劑(如:ruxolitinib、delgocitinib乳膏)的療效與安全性如何？

聲明4：對於輕中度異位性皮膚炎兒童，可考慮使用外用JAK抑制劑(如：ruxolitinib、delgocitinib乳膏)作為弱效外用類固醇之替代藥物或減少類固醇用量(steroid-sparing)；惟因長期安全性證據有限，應審慎使用。(GRADE證據等級：低至中等；有條件推薦)

共識程度：96.6%；**平均評分：**4.79；**共識強度：**強

JAK抑制劑可阻斷多種由細胞激素所驅動的JAK-STAT訊號傳遞路徑，抑制異位性皮膚炎相關發炎反應及搔癢²⁴。近年外用JAK抑制劑(如ruxolitinib及delgocitinib)已被證實可有效改善輕中度異位性皮膚炎，並可作為弱效外用類固醇的替代治療或減少類固醇用量(steroid-sparing)。然而，目前長期安全性證據仍有限，且治療成本較高，臨床使用時宜審慎評估^{24,25}。

多項系統性回顧與統合分析皆顯示，外用JAK抑制劑(主要為ruxolitinib)可顯著改善治療異位性皮膚炎之EASI(Eczema Area and Severity Index)、mEASI(modified EASI)及搔癢症狀，且整體安全性良好²⁶⁻²⁸。其中，一項納入4項研究(3項隨機對照試驗及1項個案報告)的系統性回顧顯示，ruxolitinib治療療效具有劑量依存性(dose-dependent)，且延長治療時間可進一步改善疾病控制²⁸。一項第3期隨機雙盲試驗納入330位2–11歲輕中度異位性皮膚炎兒童，結果顯示1.5%及0.75% ruxolitinib乳膏(每日兩次)於第8週之IGA治療成功率及EASI-75(EASI評分相較於基準期改善≥75%)均顯著優於賦形劑²⁹。匯總兩項第3期試驗之分析顯示，12–17歲青少年接受1.5% ruxolitinib乳膏治療後，療效可持續至52週，疾病控制及搔癢改善均維持良好³⁰。此外，日本一項隨機對照試驗亦顯示，delgocitinib軟膏可顯著改善2–15歲兒童之mEASI、IGA及搔癢評分，療效可持續至56週³¹。外用JAK抑制劑對於兒童中重度異位性皮膚炎亦具療效。一項開放標籤試驗納入29位2–11歲中重度異位性皮膚炎兒童，結果顯示1.5% ruxolitinib乳膏(每日兩次)可顯著改善IGA、受疾病影響的體表面積、搔癢和生活品質，療效可持續至52週³²。

安全性方面，多項臨床試驗及系統性回顧均顯示，外用JAK抑制劑整體耐受性良好，嚴重不良事件及因治療相關不良事件而停藥的情形均相當少見²⁶⁻³³。最常見的不良反應為局部用藥部位反應，多屬輕度。在52週追蹤期間，未觀察到ruxolitinib造成嚴重感染、惡性腫瘤、重大心血管不良事件或血栓栓塞事件；然而，目前長期安全性證據仍有限，尚需更多長期研究加以確認^{30,32}。

整體而言，目前低至中等品質證據支持外用JAK抑制劑可有效改善兒童輕中度異位性皮膚炎之病灶嚴重度及搔癢症狀，且短期安全性良好，可作為弱效外用類固醇之替代治療或減少類固醇用量(steroid-sparing)。然而，目前長期安全性證據仍有限，因此本指引建議於適當病患審慎使用，並持續追蹤其長期安全性。



4.5 主動間歇式治療

問題5、對於異位性皮膚炎兒童，使用外用抗發炎藥物進行主動間歇式治療的臨床作用與療效如何？

聲明5：對於復發性異位性皮膚炎兒童，高度推薦在疾病控制後，針對既往受影響且易復發部位進行主動間歇式治療，可間歇性使用弱至中效外用類固醇或外用鈣調磷酸酶抑制劑（*GRADE*證據等級：中等；強烈推薦），或外用PDE4抑制劑。（*GRADE*證據等級：中等；有條件推薦）

共識程度：100%；**平均評分：**5.00；**共識強度：**強

主動間歇式治療（proactive therapy）是指對於復發性異位性皮膚炎病患，在急性病灶獲得控制後，持續於既往受影響且容易復發的部位，間歇性使用外用抗發炎藥物（包括弱至中效外用類固醇、外用鈣調磷酸酶抑制劑或PDE4抑制劑），以預防疾病復發³⁴。相較於僅於急性發作才治療的反應式治療（reactive therapy），主動間歇式治療可降低復發風險，延長疾病緩解時間，並減少急性治療的需求，因此目前已成為多項國際臨床指引建議的維持治療策略^{5,7}。

一項納入9篇隨機對照試驗的系統性回顧與統合分析顯示，在異位性皮膚炎兒童中，主動間歇式使用外用類固醇，相較於未使用外用類固醇或僅採反應式治療，可顯著延長疾病復發時間，並降低發生一次或多次急性發作的風險¹²。一項為期12個月的多中心隨機對照試驗納入250位2–15歲異位性皮膚炎兒童，評估主動間歇式使用外用鈣調磷酸酶抑制劑的療效，結果顯示，於疾病控制期間每週兩次使用0.03% tacrolimus軟膏能顯著減少需治療介入的急性發作次數與治療天數比例，並延長首次急性發作時間³⁵。此外，兩項臨床試驗顯示，對於短期治療反應良好的輕中度異位性皮膚炎兒童，主動間歇式使用2% crisaborole軟膏作為主動間歇式維持治療，可延長無發作期並降低復發風險；然而，目前相關證據仍較外用類固醇及外用鈣調磷酸酶抑制劑有限^{36,37}。

安全性方面，目前證據顯示主動間歇式治療整體耐受性良好。一項系統性回顧指出，尚無證據顯示短期（16–20週）主動間歇式使用外用類固醇會增加皮膚變薄和腎上腺抑制風險；其他皮膚不良事件發生率（包括毛囊炎和短暫微血管擴張）與賦形劑對照組相比亦無顯著差異¹⁰。主動間歇式使用tacrolimus和crisaborole的整體不良事件發生率與反應式治療相比無顯著差異^{35,36}，惟tacrolimus的搔癢與膿痂疹發生率較高³⁵。

整體而言，目前中等品質證據顯示，主動間歇式治療可有效降低兒童異位性皮膚炎的復發風險、延長疾病緩解時間並減少急性發作，且整體安全性良好。因此，本指引建議對於復發性異位性皮膚炎兒童，在疾病控制後，可於既往受影響且易復發部位，間歇性使用弱至中效外用類固醇、外用鈣調磷酸酶抑制劑或外用PDE4抑制劑，進行主動間歇式治療，以維持長期疾病控制。

4.6 濕敷療法

問題6、對於異位性皮膚炎兒童，濕敷療法的療效與安全性如何？

聲明6：對於無合併感染的中重度異位性皮膚炎兒童，建議短期（3–7天）使用濕敷療法，敷料可搭配弱至中效外用類固醇。（*GRADE*證據等級：低；有條件推薦）

共識程度：100%；**平均評分：**4.90；**共識強度：**強

濕敷療法（wet wrap therapy）已廣泛應用於中重度異位性皮膚炎的短期治療，尤其適用於急性發作或難治性病灶³⁸⁻⁴⁰。治療方式為塗抹保濕劑或外用類固醇，再以濕性敷料覆蓋病灶，並以乾性敷料包覆固定³⁹。對於部分難治性病灶，臨床上可視病情延長濕敷療法的使用期間，但仍應依病患臨床情況與治療反應個別評估。濕敷療法的主要作用機轉包括：增加皮膚含水量、減少經皮水分散失、形成物理性保護以減少搔抓、促進外用藥物吸收及抑制局部發炎反應。



過去已有多項研究支持濕敷療法用於中重度異位性皮膚炎短期治療的有效性^{40,41}，多項國際指引亦肯定其臨床應用及理論基礎⁵⁻⁷。然而，近期一項納入104項隨機對照試驗的系統性回顧與統合分析，其中6項研究評估濕敷療法合併外用類固醇治療兒童異位性皮膚炎的療效¹²，結果顯示，相較於單純外用類固醇，合併濕敷療法並未進一步改善短期(2天至4週)SCORAD或SASSAD(Six Area Six Sign Atopic Dermatitis)等疾病嚴重度評分。然而，多數研究樣本數較小，且研究方法存在異質性，因此整體證據品質有限¹²。另有一項小型隨機研究，比較0.1% triamcinolone acetonide軟膏(ointment)與乳霜(cream)搭配濕敷療法，兩組皆可改善IGA評分，療效無顯著差異，顯示不同劑型皆可作為濕敷療法之選擇⁴²。

安全性方面，濕敷療法一般耐受性良好。但近期系統性回顧發現接受濕敷療法的病患中有21.2%(7/33)發生皮膚感染或需要接受抗生素治療，而對照組(n=31)未觀察到此類事件¹²。因此建議濕敷療法應避免使用於合併皮膚感染者，並宜短期使用。

整體而言，目前證據支持濕敷療法可改善中重度異位性皮膚炎的疾病嚴重程度，惟尚未證實於外用類固醇治療加用濕敷療法可進一步提升療效，且整體證據品質有限。然而，考量其可促進外用藥物吸收、減少搔抓，並已被多項國際臨床指引列為中重度異位性皮膚炎急性發作之短期輔助治療⁵⁻⁷，因此本指引建議於無合併感染的中重度異位性皮膚炎兒童短期(3-7天)使用。

4.7 處方級保濕劑

問題7、對於異位性皮膚炎兒童，處方級保濕劑與一般保濕劑相比的效果如何？

聲明7：對所有異位性皮膚炎的兒童，處方級保濕產品，相較於一般保濕劑，額外臨床效益相當有限(*GRADE*證據等級：低至中等；有條件推薦)。保濕劑產品選擇，應根據病患耐受性、接受度及產品價格進行個別化考量。相較於選擇品牌，規律且適當使用保濕劑最為重要。

共識程度：96.6%；**平均評分：**4.76；**共識強度：**強

保濕劑是異位性皮膚炎治療的基礎，可改善皮膚屏障功能、增加角質層含水量，並有助於減少外用類固醇的使用需求⁴³。異位性皮膚炎病患選擇保濕產品時，應綜合考量耐受性、接受度及價格，以提升使用意願與長期依從性。

一項雙盲隨機對照試驗納入90位6個月至18歲的輕中度異位性皮膚炎兒童，比較一般保濕劑與處方級保濕劑的療效，結果顯示兩組於EASI、IGA及搔癢評分改善程度相近⁴⁴。另一項研究顯示，外用類固醇成功控制急性病灶後，搭配含神經醯胺保濕劑及沐浴產品，可延遲疾病復發時間近兩個月⁴⁵。此外，多項隨機對照試驗比較不同種類保濕劑(如石蠟、神經醯胺及尿素等)，結果顯示在症狀改善、皮膚保濕及生活品質方面差異均不大^{46,47}。

安全性方面，多項隨機對照試驗顯示，不同種類保濕劑之整體不良事件發生率均低，整體耐受性皆良好^{44,46-48}。

整體而言，目前低至中等品質證據顯示，相較於一般保濕劑，處方級保濕劑可能僅提供有限的額外臨床效益。因此，本指引建議所有異位性皮膚炎兒童皆應規律使用保濕劑，並依病患耐受性、接受度及產品價格，個別化選擇適當產品；相較於選擇特定品牌，規律且適當使用保濕劑最為重要。



4.8 漂白水浴

問題8、對於異位性皮膚炎兒童，以漂白水浴治療次發性細菌感染的療效與安全性如何？

聲明8：對於中重度異位性皮膚炎兒童，可考慮使用漂白水浴為輔助處置；但不建議常規使用。(GRADE證據等級：低至中等；有條件推薦)

共識程度：96.6%；**平均評分：**4.90；**共識強度：**強

稀釋漂白水浴可作為伴隨細菌感染跡象或金黃色葡萄球菌(*Staphylococcus aureus*)定植(colonization)之異位性皮膚炎病患的輔助療法，其作用機轉推測可能包括減少病灶處金黃色葡萄球菌定植及改變皮膚微生態；然而，目前臨床證據尚未一致證實其可顯著降低細菌定植或改善疾病嚴重度⁴⁹。

現有系統性回顧與統合分析顯示，稀釋漂白水浴在兒童異位性皮膚炎的整體療效有限。與未使用相比，在EASI、IGA、SCORAD及CDLQI(Children's Dermatology Life Quality Index)等臨床指標，以及減少金黃色葡萄球菌定植方面，均未達顯著差異^{49,50}。

安全性方面，系統性回顧顯示，稀釋漂白水浴的整體不良事件發生率與未使用相比無顯著差異，顯示其整體耐受性良好⁴⁹。

整體而言，目前低至中等品質證據尚未一致證實稀釋漂白水浴可提供顯著的臨床療效，但現有研究亦未顯示明顯安全性疑慮。考量其成本低廉、操作簡單、安全性良好，且已被多項國際臨床指引列為異位性皮膚炎的輔助治療^{5,7,51}，因此，本指引建議稀釋漂白水浴可作為中重度病患的輔助處置，但不建議常規使用。

4.9 外用抗生素

問題9、對於異位性皮膚炎兒童，以外用抗生素治療次發性細菌感染的療效與安全性如何？

聲明9：對於異位性皮膚炎的兒童，若疑似合併局部次發性細菌感染，可考慮短期使用外用抗生素；但不推薦常規使用。(GRADE證據等級：低；有條件推薦)

共識程度：100%；**平均評分：**4.86；**共識強度：**強

約70%的異位性皮膚炎病灶可分離出金黃色葡萄球菌，其定植率較無異位性皮膚炎族群高近20倍，且病情越嚴重，細菌密度越高^{52,53}。然而，細菌定植並不同於臨床感染，因此並非所有定植病患皆需接受抗生素治療。

一項納入41項隨機對照試驗的系統性回顧與統合分析顯示，沒有足夠的證據支持抗葡萄球菌治療對感染或未感染之濕疹有明顯療效；而外用類固醇合併外用抗生素可能帶來些許臨床效益，但整體證據品質偏低⁵⁰。一項針對兒童感染性異位性皮膚炎的多中心隨機雙盲試驗亦顯示，在保濕劑與外用類固醇的標準治療基礎上，無論加用口服或外用抗生素，於2週至3個月追蹤期間，其POEM、EASI及金黃色葡萄球菌分離率均未較對照組顯著改善^{54,55}。

安全性方面，目前研究顯示外用抗生素整體安全性良好，並未觀察到嚴重治療相關不良事件^{50,54,55}。然而，考量長期或不必要使用可能增加抗生素抗藥性風險，因此仍應避免常規使用⁵。

整體而言，目前低品質證據顯示，外用抗生素對於兒童異位性皮膚炎的額外臨床效益有限，且考量不必要使用可能增加抗生素抗藥性風險，因此本指引不建議常規使用。對於疑似合併局部次發性細菌感染，可考慮短期使用外用抗生素；若合併廣泛或較嚴重之細菌感染，則建議短期使用全身性抗生素。



4.10 外用抗組織胺

問題10、對於異位性皮膚炎兒童，外用抗組織胺治療控制搔癢的療效如何？

聲明10：對於異位性皮膚炎兒童，不推薦使用外用抗組織胺控制搔癢。(GRADE證據等級：低；強烈反對)

共識程度：96.6%；**平均評分：**4.86；**共識強度：**強

搔癢是異位性皮膚炎最具代表性的臨床症狀，亦是影響病患睡眠及生活品質的重要因素⁵⁶。雖然外用抗組織胺可能提供短暫的止癢效果，但目前缺乏足夠證據證實其可有效改善異位性皮膚炎相關搔癢、降低疾病嚴重程度或控制局部發炎情形⁵⁷⁻⁵⁹。

安全性方面，部分外用抗組織胺可能引發局部刺痛、灼熱感、接觸性皮膚炎及接觸性致敏(contact sensitization)等不良反應，反而增加皮膚刺激及接觸性皮膚炎的風險⁵⁷⁻⁵⁹。

整體而言，目前低品質證據未能支持外用抗組織胺可有效改善兒童異位性皮膚炎相關搔癢或疾病嚴重度，且可能增加局部皮膚刺激及接觸性致敏風險。因此，本指引不建議使用外用抗組織胺來控制異位性皮膚炎相關搔癢。異位性皮膚炎的搔癢治療，應著重於改善皮膚屏障功能及控制皮膚發炎，而非僅針對搔癢症狀治療⁵⁶。

第五章 全身性治療

5.1 IL-4/IL-13抑制劑

問題11、對於中重度異位性皮膚炎兒童，IL-4/IL-13抑制劑的療效與安全性如何？

聲明11：針對需接受全身性治療或對外用療法效果不佳的中重度異位性皮膚炎兒童，在長期療效與安全性的考量下，高度推薦優先使用IL-4/IL-13抑制劑(如：dupilumab)，而非傳統全身性免疫調節藥物(如：cyclosporine、methotrexate或azathioprine)。(GRADE證據等級：高；強烈推薦)

共識程度：96.6%；**平均評分：**4.79；**共識強度：**強

Dupilumab是一種針對IL-4受體 α (interleukin-4 receptor α)的人源單株抗體，可同時抑制IL-4和IL-13訊號傳遞，進而抑制第二型發炎(type 2 inflammation)，改善異位性皮膚炎的發炎反應及皮膚屏障功能⁶⁰。臨床研究已證實，dupilumab能有效改善中重度兒童異位性皮膚炎的症狀、疾病嚴重程度和生活品質，且整體安全性良好⁶¹⁻⁷⁸。

多項系統性回顧與網絡統合分析一致顯示，dupilumab在中重度異位性皮膚炎兒童具顯著療效，可顯著提高EASI-75、EASI-90(EASI評分相較於基準期改善 $\geq 90\%$)、IGA 0/1及搔癢改善的達成率^{61,63}。與外用類固醇併用時，上述療效可進一步提升⁷³。此外，幼兒次族群分析顯示，無論是否合併第二型發炎共病，dupilumab均可改善異位性皮膚炎⁷⁹。長期延伸研究顯示，治療52週後療效仍可持續，且EASI及SCORAD改善幅度隨治療時間延長而增加^{64,65}。

安全性方面，dupilumab整體耐受性良好，常見不良事件包括結膜炎等眼球表面疾病、注射部位反應及鼻咽炎，多數為輕度至中度^{65,80}。長期追蹤(52週)亦顯示其安全性良好，未發現惡性腫瘤或嚴重全身性不良反應⁷⁴⁻⁷⁷。一項系統性回顧則顯示，dupilumab相關眼球表面疾病主要發生於異位性皮膚炎病患，而非其他適應症病患；因此，對於既往有眼部疾病或目前有眼部症狀者，建議於治療前及治療期間考慮眼科評估與共同照顧，以利早期發現與處置⁸⁰。



整體而言，目前高等品質證據一致顯示，dupilumab可有效改善中重度兒童異位性皮膚炎，對合併第二型發炎之共病的病患，療效一致。且具有良好的長期安全性。因此，本指引建議將dupilumab作為需接受全身性治療或對外用療法效果不佳的中重度異位性皮膚炎兒童的優先治療選項，優先於傳統全身性免疫調節藥物。此建議亦與美國、歐洲及日本等國際臨床指引一致^{6,7,51}。若因藥物可近性、健保給付限制或成本考量而無法使用dupilumab，可依病患臨床狀況選擇傳統全身性免疫調節藥物，如cyclosporine、methotrexate或azathioprine。

5.2 IL-13抑制劑

問題12、對於中重度異位性皮膚炎兒童，IL-13抑制劑(如:lebrikizumab、tralokinumab)的療效與安全性如何?

聲明12：針對需接受全身性治療或對外用療法效果不佳的中重度異位性皮膚炎兒童，在長期療效與安全性的考量下，建議優先使用IL-13抑制劑(如:lebrikizumab、tralokinumab)，而非傳統全身性免疫調節藥物(如:cyclosporine、methotrexate或azathioprine)。(GRADE證據等級：中等；強烈推薦)

共識程度：89.7%；**平均評分：**4.69；**共識強度：**中

Lebrikizumab和tralokinumab為針對IL-13的單株抗體，可抑制IL-13訊號傳遞，進而減少第二型發炎(type 2 inflammation)，改善異位性皮膚炎的發炎反應及皮膚屏障功能。臨床研究已證實，IL-13抑制劑能改善中重度兒童異位性皮膚炎的症狀、疾病嚴重程度和生活品質，且安全性良好^{62,63,65,69,71,72,81-83}。

多項針對中重度異位性皮膚炎青少年的第三期臨床試驗顯示，lebrikizumab及tralokinumab均可顯著提高IGA 0/1、EASI-75、EASI-90及搔癢改善的達成率，並改善生活品質⁸¹⁻⁸³。長期延伸研究進一步顯示，治療52週後療效持續，EASI及其他臨床指標均維持良好改善^{82,83}。

安全性方面，IL-13抑制劑整體耐受性良好。臨床試驗顯示，多數不良事件為輕度至中度，較常見者包括結膜炎、上呼吸道感染及注射部位反應，無全身性不良反應⁸¹⁻⁸³。然而，tralokinumab的上呼吸道感染風險相較於其他生物製劑及JAK抑制劑略高^{71,72}。

整體而言，目前中等品質證據一致支持IL-13抑制劑(lebrikizumab與tralokinumab)可有效改善兒童中重度異位性皮膚炎，且具有持續療效與良好的安全性。因此，本指引建議將IL-13抑制劑作為需接受全身性治療或對外用療法效果不佳的中重度異位性皮膚炎兒童的優先治療選項，優先於傳統全身性免疫調節藥物。由於兒童使用IL-13抑制劑的長期臨床經驗仍較dupilumab有限，且tralokinumab在台灣尚未核准上市；因此，臨床使用時仍應綜合考量病患年齡、藥物可近性、健保給付及成本等因素，個別化選擇適當的治療方案。

5.3 口服JAK抑制劑

問題13、對於中重度異位性皮膚炎兒童，口服JAK抑制劑(如:upadacitinib、abrocitinib、baricitinib)的療效與安全性如何?

聲明13：針對需接受全身性治療或對外用療法效果不佳的中重度異位性皮膚炎兒童，基於其療效優於傳統全身性免疫調節藥物，建議可使用口服JAK抑制劑(如:upadacitinib、abrocitinib、baricitinib)，但仍需考量其潛在安全風險。(GRADE證據等級：中等；有條件推薦)

共識程度：89.7%；**平均評分：**4.62；**共識強度：**中

口服JAK抑制劑(如upadacitinib、abrocitinib及baricitinib)可阻斷多種由細胞激素所驅動的JAK-STAT訊號傳遞路徑，抑制異位性皮膚炎相關發炎反應及搔癢。Upadacitinib與abrocitinib屬JAK1抑制劑，而baricitinib則為



JAK1/2抑制劑。近年研究已證實，口服JAK抑制劑可有效改善中重度異位性皮膚炎病患的症狀與疾病嚴重程度，且起效極為快速(用藥1—2天後搔癢即獲改善)，惟停藥後仍可能短時間就復發^{65,68-72,84-88}。

多項針對青少年中重度異位性皮膚炎的隨機對照試驗顯示，upadacitinib及abrocitinib均可顯著提高中重度異位性皮膚炎青少年達到IGA 0/1、EASI-75及搔癢改善的比例^{86,87}。兩項網絡統合分析亦一致顯示，upadacitinib、abrocitinib及baricitinib在IGA 0/1、EASI-75、EASI-90及搔癢改善方面均顯著優於安慰劑^{71,72}。其中，upadacitinib 30 mg於多項療效指標優於dupilumab；abrocitinib 200 mg療效與dupilumab相近；baricitinib之療效則相對較低⁷¹。

安全性方面，口服JAK抑制劑在青少年族群整體耐受性良好，但不良事件發生率略高於dupilumab⁷¹。常見不良事件包括痤瘡(acne)(尤其是upadacitinib)、上呼吸道感染、頭痛及噁心(尤其是abrocitinib)^{87,89}。基於成人類風濕性關節炎研究的安全性資料，美國食品藥物管理局(U.S. Food and Drug Administration)已要求所有口服JAK抑制劑加註嚴重心血管事件、惡性腫瘤、血栓及死亡風險警示⁹⁰。雖然目前兒童與青少年異位性皮膚炎臨床試驗尚未顯示上述嚴重全身性不良反應，但長期安全性證據仍有限，因此於兒科使用前應審慎評估風險與效益，並於治療前及治療期間定期監測全血球計數、肝腎功能、結核菌檢測、B型與C型肝炎血清學、血脂及肌酸磷酸激酶(creatine phosphokinase, CPK)等檢驗⁹¹。

整體而言，目前中等品質證據支持口服JAK抑制劑在兒童中重度異位性皮膚炎具顯著療效，且起效迅速。雖然整體耐受性良好，目前尚未觀察到兒童族群有明顯的全身性不良反應，但長期安全性證據仍有限。因此，本指引建議對需接受全身性治療或對外用療法效果不佳的中重度異位性皮膚炎兒童，可考慮使用口服JAK抑制劑，但仍需審慎評估其潛在安全風險。

5.4 Cyclosporine

問題14、對於異位性皮膚炎兒童，cyclosporine的療效與安全性如何？

聲明14：針對需接受全身性治療或對外用療法效果不佳的中重度異位性皮膚炎兒童，建議可使用cyclosporine，並應審慎評估其安全性。(GRADE證據等級：低；有條件推薦)

共識程度：96.6%；**平均評分：**4.83；**共識強度：**強

Cyclosporine是一種鈣調磷酸酶(calcineurin)抑制劑，可透過抑制T細胞活化及細胞激素產生，進而抑制異位性皮膚炎相關發炎反應⁹²。相較於其他傳統全身性免疫調節藥物(methotrexate和azathioprine)，cyclosporine起效較快(通常用藥2—4週後開始改善)，目前仍為中重度異位性皮膚炎的重要傳統全身性免疫調節藥物之一，尤其適用於需快速控制病情的病患。常用劑量為每日2—3 mg/kg(低劑量)或4—5 mg/kg(高劑量)，其療效具有劑量依存性⁵。

一項隨機臨床試驗納入40位8—14歲重度異位性皮膚炎兒童，評估cyclosporine(每日2.5mg/kg)與methotrexate(每週7.5mg)的療效，結果顯示，治療12週後兩組SCORAD評分皆顯著下降約44—45%，療效無顯著差異⁹³。另一項多中心隨機對照試驗納入103位2—16歲重度異位性皮膚炎兒童，比較cyclosporine(每日4mg/kg)和methotrexate(每週0.4 mg/kg)，結果顯示cyclosporine起效較快，第12週SCORAD改善幅度及EASI-75達成率均優於methotrexate⁹⁴。

真實世界研究亦支持cyclosporine療效。一項前瞻性觀察世代研究分析英國-愛爾蘭異位性皮膚炎全身性治療登錄系統，共納入488位病患(其中177位為兒童或青少年)，結果顯示cyclosporine達到EASI-90的速度快於methotrexate與dupilumab；對於病情較嚴重病患(EASI ≥40分或PP-NRS[Peak Pruritus Numerical Rating Scale] ≥8分)，cyclosporine療效亦優於dupilumab與methotrexate⁹⁵。

安全性方面，cyclosporine最重要的不良反應為腎毒性及高血壓，其他常見不良事件包括多毛、牙齦增生、震顫(tremor)及感染風險增加^{1,96}。因此，臨床上建議治療期間應定期監測腎功能與血壓，並避免與其他腎毒性藥物併用。目前尚無明確證據顯示異位性皮膚炎病患接受cyclosporine治療會增加死亡、癌症或重大



心血管事件等嚴重不良事件風險；惟由於長期安全性證據仍有限，臨床上通常建議短期使用，並於病情穩定後轉換為其他維持治療。

整體而言，目前低品質證據支持cyclosporine可快速改善兒童中重度異位性皮膚炎，短期療效良好，尤其適合作為需迅速控制病情之全身性治療。然而，由於腎毒性及高血壓等不良反應，且長期安全性證據仍有限，因此，本指引建議針對需接受全身性治療或對外用療法效果不佳的中重度異位性皮膚炎兒童，可考慮短期使用cyclosporine，並於治療期間定期監測腎功能及血壓。

5.5 Methotrexate

問題15、對於異位性皮膚炎兒童，methotrexate的療效與安全性如何？

聲明15：針對需接受全身性治療或對外用療法效果不佳的中重度異位性皮膚炎兒童，可考慮使用methotrexate，並應審慎評估其安全性。（GRADE證據等級：極低至低；有條件推薦）

共識程度：96.6%；**平均評分：**4.79；**共識強度：**強

Methotrexate是一種葉酸拮抗劑(folate antagonist)，可透過抑制二氫葉酸還原酶(dihydrofolate reductase)發揮免疫調節作用^{97,98}。目前methotrexate為中重度異位性皮膚炎常用的傳統全身性免疫調節藥物之一，惟起效較cyclosporine緩慢⁹⁴。

一項納入15篇研究的統合分析顯示，methotrexate治療中重度異位性皮膚炎兒童的短期與中長期治療反應率分別為61%和77.7%⁹⁹。一項10年前瞻性觀察研究，追蹤12歲以下中重度異位性皮膚炎兒童，其2年期中分析顯示，methotrexate可顯著改善EASI、受疾病影響的體表面積、搔癢、POEM、CDLQI/IDQOL(Infants' Dermatitis Quality of Life Index)及DFI(Dermatitis Family Impact Questionnaire)等臨床指標¹⁰⁰。此外，一項兒童重度異位性皮膚炎臨床試驗顯示，methotrexate治療36週後，即使停藥追蹤24週，仍可維持病情控制⁹⁴。

安全性方面，methotrexate整體耐受性尚可，常見不良反應包括貧血、肝功能異常、噁心、嘔吐、疲累、口腔潰瘍及感染⁹⁶。臨床上可於服藥後補充葉酸以降低胃腸道及黏膜等相關副作用，並於治療期間定期監測全血球計數與肝腎功能。

整體而言，目前極低至低品質證據支持methotrexate在兒童中重度異位性皮膚炎中具有療效，有助於維持疾病控制，惟起效較慢，且可能發生血液學、胃腸道及肝功能相關不良反應。因此本指引建議對需接受全身性治療或對外用療法效果不佳的中重度異位性皮膚炎兒童，可考慮使用methotrexate，並於治療期間定期監測相關安全性指標。

5.6 Azathioprine

問題16、對於異位性皮膚炎兒童，azathioprine的療效與安全性如何？

聲明16：針對需接受全身性治療或對外用療法效果不佳的中重度異位性皮膚炎兒童，可考慮使用azathioprine，並應審慎評估其安全性。（GRADE證據等級：極低；有條件推薦）

共識程度：96.6%；**平均評分：**4.76；**共識強度：**強

Azathioprine為嘌呤類免疫抑制劑，可透過拮抗嘌呤代謝，抑制DNA、RNA及蛋白質合成，進而抑制淋巴球增殖與免疫反應¹⁰¹。

一項回溯性研究顯示，azathioprine治療重度異位性皮膚炎兒童時，超過半數病患(53%)於停藥或資料分析時獲得良好療效¹⁰²。



安全性方面，azathioprine常見不良反應包括骨髓抑制、肝毒性、胃腸道症狀、過敏反應和胰臟炎¹⁰¹。回溯性研究顯示，不良事件亦為最常見停藥原因(41%)¹⁰²。由於TPMT(thiopurine methyltransferase)活性不足會增加嚴重骨髓抑制風險，因此建議治療前可篩檢TPMT活性，並於治療期間定期監測全血球計數及肝功能⁷。

整體而言，目前僅有極低品質證據支持azathioprine可用於兒童中重度異位性皮膚炎，但因骨髓抑制、肝毒性等安全性考量，臨床使用時需審慎評估風險與效益。因此，本指引建議針對需接受全身性治療或對外用療法效果不佳的中重度異位性皮膚炎兒童，可考慮使用azathioprine，並應審慎評估其安全性。

5.7 全身性類固醇

問題17、對於異位性皮膚炎兒童，全身性類固醇的療效與安全性如何？

聲明17：對於異位性皮膚炎兒童，因使用全身性類固醇可能導致反彈性惡化及潛在不良反應，非必要不建議使用。(臨床實務要點)

共識程度：89.7%；**平均評分：**4.55；**共識強度：**中

對於嚴重急性發作或重度異位性皮膚炎兒童，短期使用全身性類固醇可能有助於控制病情；然而，停藥後容易出現反彈性惡化(rebound flare)，因此不建議作為常規治療或長期使用⁵⁻⁷。近年研究顯示，即使短期使用全身性類固醇，亦可能增加嚴重不良反應風險，臨床上應審慎評估治療效益與風險^{103,104}。

安全性方面，一項使用德國法定醫療保險資料庫進行的橫斷面和縱向分析顯示，在3年追蹤期間，接受全身性類固醇治療的異位性皮膚炎病患(成人與兒童)發生骨質疏鬆症、糖尿病、胃炎、憂鬱和食道逆流的風險均顯著高於未接受治療者¹⁰⁵。其中，頻繁使用者(≥6個季度開立處方或每日劑量≥75%分位數)發生骨質疏鬆症、糖尿病和胃食道逆流的風險亦顯著高於少量使用者¹⁰⁵。

整體而言，目前缺乏支持全身性類固醇作為兒童異位性皮膚炎常規治療的證據。考量其可能導致反彈性惡化，且長期使用已知與多種全身性不良反應相關，因此本指引不建議常規使用全身性類固醇治療異位性皮膚炎兒童，僅限於急性嚴重惡化時，短期作為過渡治療。

5.8 口服抗組織胺

問題18、對於異位性皮膚炎兒童，口服抗組織胺的療效與安全性如何？

聲明18：對於異位性皮膚炎兒童，建議可使用口服抗組織胺作為減輕搔癢之輔助療法。(臨床實務要點)

共識程度：100%；**平均評分：**4.9；**共識強度：**強

口服抗組織胺已廣泛用於控制異位性皮膚炎病患的搔癢症狀⁵⁶，但其主要作用並非改善異位性皮膚炎相關發炎，而是作為減輕搔癢及改善睡眠的輔助治療。對於嚴重夜間搔癢或睡眠障礙的病患，可視臨床需要短期使用具鎮靜作用的口服抗組織胺。

一項納入25項研究的系統性回顧與統合分析顯示，相較於安慰劑，口服抗組織胺作為異位性皮膚炎的附加治療，並無一致證據顯示可改善疾病嚴重度或搔癢症狀¹⁰⁶。一項日本多中心開放標籤臨床研究顯示，rupatadine可改善青少年(12-17歲, n=23)慢性自發性蕁麻疹、異位性皮膚炎及其他皮膚疾病相關搔癢，但異位性皮膚炎病患僅占部分受試者，因此結果仍須審慎解讀¹⁰⁷。

安全性方面，口服抗組織胺整體耐受性良好。第一代抗組織胺最常見的不良反應為嗜睡¹⁰⁷，需注意其對日常生活的影響。第二代抗組織胺則較少引起鎮靜作用。



整體而言，目前缺乏一致證據支持口服抗組織胺可有效改善兒童異位性皮膚炎的搔癢症狀；然而，基於臨床實務考量，本指引建議可作為減輕搔癢之輔助療法。

5.9 減敏療法

問題19、對於異位性皮膚炎兒童，減敏療法(allergen-specific immunotherapy)作為輔助治療的療效與安全性如何？

聲明19：對外用療法效果不佳的中重度異位性皮膚炎兒童，可考慮於特定病患(對吸入性過敏原致敏且合併過敏性鼻炎或氣喘者)使用減敏療法。(GRADE證據等級：低；有條件推薦)

共識程度：93.1%；**平均評分：**4.72；**共識強度：**強

減敏療法透過讓病患逐步接觸遞增劑量的特定過敏原，以誘導免疫耐受性並降低過敏發炎反應，最終達成症狀持續緩解，主要包括皮下注射減敏療法(subcutaneous immunotherapy, SCIT)與舌下減敏療法(sublingual immunotherapy, SLIT)¹⁰⁸。

一項納入23項隨機對照試驗的系統性回顧與統合分析顯示，相較於未接受減敏療法者，減敏療法可顯著改善異位性皮膚炎疾病嚴重度，且SCIT與SLIT療效相近¹⁰⁹。一項納入60位5–17歲屋塵蟎致敏異位性皮膚炎兒童的開放標籤隨機對照試驗顯示，SLIT自第3個月起即可顯著改善SCORAD評分，療效持續至第12個月，且可降低新過敏原致敏比例¹¹⁰。另一項納入440位4–13歲異位性皮膚炎兒童的隨機對照試驗亦顯示，以粉塵蟎滴劑進行SLIT可改善SCORAD評分，且療效在治療結束後追蹤1年仍可維持¹¹¹。另一項隨機對照試驗顯示，SLIT除可改善異位性皮膚炎兒童的SCORAD評分及減少藥物使用量外，其療效主要見於輕中度病患，而重度病患的臨床效益相對有限¹¹²。

安全性方面，系統性回顧顯示，減敏療法整體不良事件發生率高於對照組¹⁰⁹。然而，大多數SLIT相關不良反應為輕微且可自行緩解，包括口腔局部反應、疲倦、頭痛，通常無需停止治療或調整劑量¹¹²。

整體而言，目前低品質證據支持減敏療法可改善兒童異位性皮膚炎的疾病嚴重程度，且整體安全性尚可。因此，本指引建議，對外用療法效果不佳的中重度異位性皮膚炎兒童，可考慮於特定病患(對吸入性過敏原致敏且合併過敏性鼻炎或氣喘者)使用減敏療法。

5.10 窄頻紫外線B

問題20、對於異位性皮膚炎兒童，窄頻紫外線B(narrowband-ultraviolet B, NB-UVB)光照療法的療效與安全性如何？

聲明20：對外用及全身性治療無效或不耐受的中重度異位性皮膚炎青少年，可考慮接受NB-UVB光照療法作為輔助治療(GRADE證據等級：低；有條件推薦)。惟由於12歲以下兒童接受光照療法之長期安全性與療效證據仍有限，不建議12歲以下兒童接受光照治療(GRADE證據等級：低；強烈反對)。

共識程度：93.1%；**平均評分：**4.55；**共識強度：**強

NB-UVB光照療法利用311 nm波長紫外線調節皮膚免疫反應並抑制發炎，以治療異位性皮膚炎¹¹³。

一項比較世代研究納入29位3–16歲中重度異位性皮膚炎兒童，結果顯示，接受12週NB-UVB治療後，受疾病影響體表面積、SCORAD、SASSAD、POEM、CDLQI、DFI、搔癢及睡眠障礙評分均顯著改善，且41%病患達到完全緩解或僅有微小殘留病灶(minimum residual disease)¹¹⁴。另一項小型開放標籤試驗亦顯示，NB-UVB可顯著改善異位性皮膚炎兒童的SCORAD、搔癢及睡眠障礙評分，且SCORAD改善可持續至治療後2年追蹤¹¹⁵。



另有一項真實世界世代研究顯示，NB-UVB可降低青少年及成人異位性皮膚炎病患的外用類固醇用量，但是在15歲以下兒童未觀察到相同效果¹¹⁶。

安全性方面，NB-UVB常見不良反應包括短暫性紅斑、刺痛及搔癢，多屬輕微且可自行緩解。皮膚感染發生率低，目前尚無長期使用導致嚴重不良事件的證據^{115,117}。考量光照療法可能在乾癬病患中增加DNA損傷與皮膚癌風險（惟異位性皮膚炎病患尚無類似報告）¹¹⁸，因此，NB-UVB治療應避免與cyclosporine或azathioprine併用；若與低劑量methotrexate併用，則應評估其風險與效益審慎使用^{115,117}。

整體而言，目前低品質證據支持NB-UVB可改善青少年異位性皮膚炎的疾病嚴重度及相關症狀。然而，由於12歲以下兒童接受NB-UVB光照療法的長期療效與安全性證據仍有限，且治療依從性、設備可近性以及長期紫外線曝露風險等因素仍須納入考量¹¹⁹⁻¹²¹，因此，本指引建議，對外用及全身性治療無效或不耐受的中重度異位性皮膚炎青少年，可考慮接受NB-UVB光照療法作為輔助治療，但不建議12歲以下兒童接受光照治療。

第六章 未來展望

隨著兒童異位性皮膚炎治療快速發展，新型生物製劑、小分子標靶藥物及精準醫療策略持續演進，治療目標亦逐漸由症狀控制(symptom control)朝向改善疾病病程(disease modification)邁進。因此臨床指引亦須隨著新興實證持續更新，以反映最新治療進展。

展望未來仍需更多研究釐清不同標靶藥物的長期療效、安全性、停藥策略及不同藥物間的療效比較，並建立生物標記導引的個人化治療，以及針對特殊族群(如嬰幼兒及合併共病病患)的最佳治療模式。此外，真實世界研究、本土流行病學及健保資料庫研究，亦將有助於建立更符合台灣醫療環境的治療建議。

台灣兒童過敏氣喘免疫及風濕病醫學會將持續追蹤國內外最新研究成果，適時更新臨床診療指引，以提供符合最新實證的治療建議，促進兒童異位性皮膚炎的精準照護，並持續提升臨床照護品質。



縮寫表

縮寫	全名	中文說明
AZA	Azathioprine	移護寧
CDLQI	Children's Dermatology Life Quality Index	兒童皮膚病生活品質指數
CPK	Creatine phosphokinase	肌酸磷酸激酶
CsA	Cyclosporine	環孢靈
DFI	Dermatitis Family Impact Questionnaire	皮膚炎家庭衝擊量表
EASI	Eczema Area and Severity Index	濕疹面積與嚴重度指數
EASI-75	≥75% improvement from baseline in Eczema Area Severity Index	EASI評分相較於基準期改善≥75%
EASI-90	≥90% improvement from baseline in Eczema Area Severity Index	EASI評分相較於基準期改善≥90%
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation	建議測量、發展、評估之等級
IDQOL	Infants' Dermatitis Quality of Life Index	嬰幼兒皮膚炎生活品質指數
IGA	Investigator Global Assessment	研究者整體評估
IGA 0/1	Investigator Global Assessment of clear (score 0)/almost clear (score 1) skin, with or without ≥2-point improvement from baseline defined in the studies	IGA皮膚病灶完全清除(評分 0)/幾乎完全清除(評分 1)，有無較基準期改善≥2分，依研究定義
IL-4	Interleukin-4	介白素-4
IL-13	Interleukin-13	介白素-13
JAK	Janus kinase	Janus激酶
mEASI	modified Eczema Area and Severity Index	改良EASI
MTX	Methotrexate	滅殺除炎錠
NB-UVB	Narrowband-ultraviolet B	窄頻紫外線B
PDE4	Phosphodiesterase 4	磷酸雙酯酶4型
POEM	Patient-Oriented Eczema Measure	病患濕疹自我檢測
PP-NRS	Peak Pruritus Numerical Rating Scale	搔癢峰值數字評分量表
SASSAD	Six Area Six Sign Atopic Dermatitis	六區六體徵異位性皮膚炎嚴重度評分
SCIT	Subcutaneous immunotherapy	皮下注射減敏療法
SCORAD	SCORing Atopic Dermatitis	異位性皮膚炎嚴重度評分
SLIT	Sublingual immunotherapy	舌下減敏療法
TPMT	Thiopurine methyltransferase	硫嘌呤甲基轉移酶



參考文獻

- Guttman-Yassky E, et al. Atopic dermatitis. *Lancet*. 2025;405(10478):583-596.
- Yang L, et al. Comparative efficacy of pediatric atopic dermatitis treatments: a network meta-analysis highlighting dupilumab and pimecrolimus for SCORAD and EASI improvement. *Front Immunol*. 2026;17:1676852.
- Yao TC, et al. Taiwan guidelines for the diagnosis and management of pediatric atopic dermatitis: consensus statement of the Taiwan Academy of Pediatric Allergy, Asthma and Immunology. *J Microbiol Immunol Infect*. 2022;55(4):561-572.
- 姚宗杰等人. 台灣兒童異位性皮膚炎臨床診療指引2021年版. 台灣兒童過敏氣喘免疫及風濕病醫學會. 2021.
- AAAAI/ACAAI JTF Atopic Dermatitis Guideline Panel, et al. Atopic dermatitis (eczema) guidelines: 2023 American Academy of Allergy, Asthma and Immunology/American College of Allergy, Asthma and Immunology Joint Task Force on Practice Parameters GRADE- and Institute of Medicine-based recommendations. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2024;132(3):274-312.
- Wollenberg A, et al. European Guideline (EuroGuiDerm) on atopic eczema: living update. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2025;39(9):1537-1566.
- Davis DMR, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis in pediatric patients. *J Am Acad Dermatol*. 2026;95(1):121.e121-121.e126.
- Norris DA. Mechanisms of action of topical therapies and the rationale for combination therapy. *J Am Acad Dermatol*. 2005;53(1 Suppl 1):S17-25.
- Harvey J, et al. The long-term safety of topical corticosteroids in atopic dermatitis: a systematic review. *Skin Health Dis*. 2023;3(5):e268.
- Axon E, et al. Safety of topical corticosteroids in atopic eczema: an umbrella review. *BMJ Open*. 2021;11(7):e046476.
- Mahajan R, et al. Evidence-based recommendations for managing atopic dermatitis in pediatric patients: a systematic review and meta-analysis from the Pediatric Dermatology Special Interest Group of IADVL. *Int J Dermatol*. 2025;64(7):1255-1266.
- Lax SJ, et al. Strategies for using topical corticosteroids in children and adults with eczema. *Cochrane Database Syst Rev*. 2022;3(3):CD013356.
- van Halewijn KF, et al. Effectiveness of potent topical corticosteroids versus mild ones in primary care for children with moderate flare-ups of atopic dermatitis: results of a randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2024;14(12):e078940.
- Luger T, et al. Pimecrolimus 1% cream for mild-to-moderate atopic dermatitis: a systematic review and meta-analysis with a focus on children and sensitive skin areas. *Eur J Dermatol*. 2023;33(5):474-486.
- Xie Z, et al. A prospective observational study to evaluate the actual use of 1% pimecrolimus in Chinese patients with mild-to-moderate atopic dermatitis affecting sensitive skin areas. *Pragmat Obs Res*. 2025;16:39-49.
- Boguniewicz M, et al. A randomized, vehicle-controlled trial of tacrolimus ointment for treatment of atopic dermatitis in children. Pediatric Tacrolimus Study Group. *J Allergy Clin Immunol*. 1998;102(4 Pt 1):637-644.
- Paller A, et al. A 12-week study of tacrolimus ointment for the treatment of atopic dermatitis in pediatric patients. *J Am Acad Dermatol*. 2001;44(1 Suppl):S47-57.
- Zhao S, et al. Safety of topical medications in the management of paediatric atopic dermatitis: an updated systematic review. *Br J Clin Pharmacol*. 2023;89(7):2039-2065.
- Devaseenapathy N, et al. Cancer risk with topical calcineurin inhibitors, pimecrolimus and tacrolimus, for atopic dermatitis: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Child Adolesc Health*. 2023;7(1):13-25.
- Kleinman E, et al. What's new in topicals for atopic dermatitis? *Am J Clin Dermatol*. 2022;23(5):595-603.
- Wang L, et al. Effectiveness and safety of topical phosphodiesterase 4 inhibitors in children with mild-to-moderate atopic dermatitis: a systematic review and meta-analysis. *J Int Med Res*. 2025;53(4):3000605251333654.
- Murai H, et al. New topical molecular targeted therapies for atopic dermatitis in children: a systematic review and meta-analysis. *Pediatr Allergy Immunol*. 2025;36(6):e70122.
- You J, et al. Evaluating efficacy and safety of crisaborole in managing childhood mild to moderate atopic dermatitis: a systematic review and meta-analysis. *Br J Hosp Med (Lond)*. 2025;86(1):1-19.
- Chovatiya R, et al. JAK inhibitors in the treatment of atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol*. 2021;148(4):927-940.
- Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Ruxolitinib (Opzelura): Indication: for the topical treatment of mild to moderate atopic dermatitis in adult and pediatric patients 12 years of age and older whose disease is not adequately controlled with conventional topical prescription therapies (topical corticosteroids, topical calcineurin inhibitors) or when those therapies are not advisable: Reimbursement Recommendation [Internet]. 2025; Available at <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK616193/>. Accessed July 15, 2026.
- Alkattan A, et al. An evaluation of the recently approved drugs for treating atopic dermatitis in the context of their safety and efficacy: a systematic review and meta-analysis. *Expert Rev Clin Immunol*. 2025;21(3):347-357.
- Ghanem L, et al. Ruxolitinib cream improves outcomes in atopic dermatitis: an updated systematic review and meta-analysis. *Pediatr Allergy Immunol*. 2026;37(1):e70281.
- Sadeghi S, et al. Efficacy and safety of topical JAK inhibitors in the treatment of atopic dermatitis in paediatrics and adults: a systematic review. *Exp Dermatol*. 2023;32(5):599-610.
- Eichenfield LF, et al. Efficacy and safety of ruxolitinib cream in children aged 2 to 11 years with atopic dermatitis: results from TRuE-AD3, a phase 3, randomized double-blind study. *J Am Acad Dermatol*. 2025;93(3):689-698.
- Eichenfield LF, et al. Efficacy, safety, and long-term disease control of ruxolitinib cream among adolescents with atopic dermatitis: pooled results from two randomized phase 3 studies. *Am J Clin Dermatol*. 2024;25(4):669-683.
- Nakagawa H, et al. Delgocitinib ointment in pediatric patients with atopic dermatitis: a phase 3, randomized, double-blind, vehicle-controlled study and a subsequent open-label, long-term study. *J Am Acad Dermatol*. 2021;85(4):854-862.
- Stein Gold L, et al. A maximum-use trial of ruxolitinib cream in children aged 2-11 years with moderate to severe atopic dermatitis. *Am J Clin Dermatol*. 2025;26(2):275-289.
- Leung DYM, et al. Safety, pharmacokinetics, and efficacy of ruxolitinib cream in children and adolescents with atopic dermatitis. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2023;130(4):500-507.e503.
- Makowska K, et al. Topical proactive therapy in dermatology. A scoping review. *Postepy Dermatol Alergol*. 2023;40(4):510-517.
- Thaci D, et al. Proactive disease management with 0.03% tacrolimus ointment for children with atopic dermatitis: results of a randomized, multicentre, comparative study. *Br J Dermatol*. 2008;159(6):1348-1356.
- Yang H, et al. Efficacy and safety of proactive therapy with 2% crisaborole ointment in children with mild-to-moderate atopic dermatitis: a randomized controlled study. *Paediatr Drugs*. 2025;27(3):367-376.
- Eichenfield LF, et al. Once-daily crisaborole ointment, 2%, as a long-term maintenance treatment in patients aged ≥ 3 months with mild-to-moderate atopic dermatitis: a 52-week clinical study. *Am J Clin Dermatol*. 2023;24(4):623-635.
- Devillers AC, et al. Efficacy and safety of 'wet-wrap' dressings as an intervention treatment in children with severe and/or refractory atopic dermatitis: a critical review of the literature. *Br J Dermatol*. 2006;154(4):579-585.
- Lee JH, et al. The effect of wet-wrap dressing on epidermal barrier in patients with atopic dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2007;21(10):1360-1368.
- Janmohamed SR, et al. The proactive wet-wrap method with diluted corticosteroids versus emollients in children with atopic dermatitis: a prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Am Acad Dermatol*. 2014;70(6):1076-1082.
- Schnopp C, et al. Topical steroids under wet-wrap dressings in atopic dermatitis--a vehicle-controlled trial. *Dermatology*. 2002;204(1):56-59.
- Cadmus SD, et al. Efficacy and patient opinion of wet-wrap dressings using 0.1% triamcinolone acetonide ointment vs cream in the treatment of pediatric atopic dermatitis: a randomized split-body control study. *Pediatr Dermatol*. 2019;36(4):437-441.
- Affandi AM, et al. Role of moisturisers in atopic dermatitis: expert group recommendations from a Malaysian panel via modified Delphi consensus method. *Malaysian Dermatol*. 2024;52(2):23-34.
- Lisante TA, et al. Efficacy and safety of an over-the-counter 1% colloidal oatmeal cream in the management of mild to moderate atopic dermatitis in children: a double-blind, randomized, active-controlled study. *J Dermatolog Treat*. 2017;28(7):659-667.
- Ma L, et al. Prolonging time to flare in pediatric atopic dermatitis: a randomized, investigator-blinded, controlled, multicenter clinical study of a ceramide-containing moisturizer. *Adv Ther*. 2017;34(12):2601-2611.
- Gupta S, et al. Evaluation of a paraffin-based moisturizer compared to a ceramide-based moisturizer in children with atopic dermatitis: a double-blind, randomized controlled trial. *Pediatr Dermatol*. 2023;40(4):627-632.
- Somjorn P, et al. A cream containing linoleic acid, 5% dexpanthenol and ceramide in the treatment of atopic dermatitis. *Asian Pac J Allergy Immunol*. 2024;42(4):361-367.
- Lisante TA, et al. A 1% colloidal oatmeal OTC cream is clinically effective for the management of mild to moderate atopic dermatitis in Black or African American children. *J Dermatolog Treat*. 2023;34(1):2241587.
- Bakaa L, et al. Bleach baths for atopic dermatitis: a systematic review and meta-analysis including unpublished data, Bayesian interpretation, and GRADE. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2022;128(6):660-668.e669.
- George SM, et al. Interventions to reduce Staphylococcus aureus in the management of eczema. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;2019(10).
- Saeki H, et al. Executive summary: Japanese guidelines for atopic dermatitis (ADGL) 2024. *Allergol Int*. 2025;74(2):210-221.
- Totté JE, et al. Prevalence and odds of Staphylococcus aureus carriage in atopic dermatitis: a systematic review and meta-analysis. *Br J Dermatol*. 2016;175(4):687-695.
- Higaki S, et al. Comparative study of staphylococci from the skin of atopic dermatitis patients and from healthy subjects. *Int J Dermatol*. 1999;38(4):265-269.
- Francis NA, et al. A randomised placebo-controlled trial of oral and topical antibiotics for children with clinically infected eczema in the community: the ChildRen with Eczema, Antibiotic Management (CREAM) study. *Health Technol Assess*. 2016;20(19):i-xxiv, 1-84.
- Francis NA, et al. Oral and topical antibiotics for clinically infected eczema in children: a pragmatic randomized controlled trial in ambulatory care. *Ann Fam Med*. 2017;15(2):124-130.
- Wollenberg A, et al. European guideline (EuroGuiDerm) on atopic eczema - part II: non-systemic treatments and treatment recommendations for special AE patient populations. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2022;36(11):1904-1926.
- Berberian BJ, et al. The addition of topical doxepin to corticosteroid therapy: an improved treatment regimen for atopic dermatitis. *Int J Dermatol*. 1999;38(2):145-148.
- Drake LA, et al. Relief of pruritus in patients with atopic dermatitis after treatment with topical doxepin cream. The Doxepin Study Group. *J Am Acad Dermatol*. 1994;31(4):613-616.
- Bonnel RA, et al. Allergic contact dermatitis from topical doxepin: Food and Drug Administration's postmarketing surveillance experience. *J Am Acad Dermatol*. 2003;48(2):294-296.



60. Yi RC, et al. Biologics and small molecule targeted therapies for pediatric alopecia areata, psoriasis, atopic dermatitis, and hidradenitis suppurativa in the US: a narrative review. *Children (Basel)*. 2024;11(8).
61. Kawamoto N, et al. Efficacy and safety of systemic targeted therapies for atopic dermatitis in children: a systematic review and meta-analysis. *Allergol Int*. 2025;74(3):424-434.
62. Felix de Farias Santos AC, et al. Safety and efficacy of biologic drugs in children or adolescents with atopic dermatitis: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Australas J Dermatol*. 2024;65(7):550-559.
63. Li KH, et al. Biologic treatments in adolescents with moderate-to-severe atopic dermatitis: a systematic literature review and network meta-analysis. *Ann Pharmacother*. 2026;60(10):970-978.
64. Xu Y, et al. Efficacy and safety profile of dupilumab for the treatment of atopic dermatitis in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Pediatr Dermatol*. 2023;40(5):841-850.
65. Zheng Y, et al. Effectiveness and safety of systemic therapy for moderate-to-severe atopic dermatitis in children and adolescent patients: a systematic review. *Front Immunol*. 2024;15:1367099.
66. Koskeridis F, et al. Treatment With dupilumab in patients with atopic dermatitis: systematic review and meta-analysis. *J Cutan Med Surg*. 2022;26(6):613-621.
67. Balboul S, et al. The application of dupilumab to pediatric patients aged 6-11yrs with moderate-to-severe atopic dermatitis whose disease is not adequately controlled: the clinical data so far. *Drug Des Devel Ther*. 2023;17:1323-1327.
68. Kouwenhoven TA, et al. Effectiveness of systemic treatments on pruritus associated with atopic dermatitis: a systematic review in pediatric patients. *Pediatr Dermatol*. 2024;41(1):34-40.
69. Hamza Osman SK, et al. Systemic therapies for moderate-to-severe atopic dermatitis in children and adolescents: a systematic review. *Cureus*. 2025;17(10):e94907.
70. Jafarzadeh A, et al. Emerging treatments for dermatologic diseases in infants, children, and adolescents: a systematic review of clinical trials on biologics and small molecule inhibitors. *Inflammopharmacology*. 2025;33(4):1617-1672.
71. Liao Q, et al. Comparative efficacy and safety of dupilumab versus newly approved biologics and JAKi in pediatric atopic dermatitis: a systematic review and network meta-analysis. *PLoS One*. 2025;20(2):e0319400.
72. Zhao Z, et al. Upadacitinib and dupilumab demonstrate superior efficacy in the treatment of adolescent atopic dermatitis: a network meta-analysis. *Int Arch Allergy Immunol*. 2025;186(9):896-906.
73. Wang L, et al. Efficacy of dupilumab plus topical corticosteroids in children with atopic dermatitis: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Immun Inflamm Dis*. 2024;12(1):e1133.
74. Paller AS, et al. Dupilumab safety and efficacy up to 1 year in children aged 6 months to 5 years with atopic dermatitis: results from a phase 3 open-label extension study. *Am J Clin Dermatol*. 2024;25(4):655-668.
75. Cork MJ, et al. Dupilumab provides favourable long-term safety and efficacy in children aged ≥ 6 to < 12 years with uncontrolled severe atopic dermatitis: results from an open-label phase IIIa study and subsequent phase III open-label extension study. *Br J Dermatol*. 2021;184(5):857-870.
76. Blauvelt A, et al. Long-term efficacy and safety of dupilumab in adolescents with moderate-to-severe atopic dermatitis: results through Week 52 from a phase III open-label extension trial (LIBERTY AD PED-OLE). *Am J Clin Dermatol*. 2022;23(3):365-383.
77. Cork MJ, et al. Dupilumab in adolescents with uncontrolled moderate-to-severe atopic dermatitis: results from a phase IIIa open-label trial and subsequent phase III open-label extension. *Br J Dermatol*. 2020;182(1):85-96.
78. Sun Y, et al. Effects of dupilumab on quality of life in patients with atopic dermatitis: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Front Pharmacol*. 2025;16:1587977.
79. Boguniewicz M, et al. Dupilumab is efficacious in young children with atopic dermatitis regardless of type 2 comorbidities. *Adv Ther*. 2024;41(12):4601-4616.
80. Neagu N, et al. Dupilumab ocular side effects in patients with atopic dermatitis: a systematic review. *J Eur Acad Dermatol Venerol*. 2022;36(6):820-835.
81. Hebert AA, et al. Efficacy of lebrikizumab in adolescent patients with moderate-to-severe atopic dermatitis: 16-week results from three randomized phase 3 clinical trials. *J Dermatolog Treat*. 2024;35(1):2324833.
82. Paller AS, et al. Safety and efficacy of lebrikizumab in adolescent patients with moderate-to-severe atopic dermatitis: a 52-week, open-label, phase 3 study. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2023;13(7):1517-1534.
83. Paller AS, et al. Efficacy and safety of tralokinumab in adolescents with moderate to severe atopic dermatitis: the phase 3 ECZTRA 6 randomized clinical trial. *JAMA Dermatol*. 2023;159(6):596-605.
84. Yong SB, et al. Comparative efficacy of biologics and small molecule drugs in treating pediatric atopic dermatitis in patients aged 2-18 years: a 12-16 week network meta-analysis of randomized controlled trials. *Pediatr Allergy Immunol*. 2025;36(2):e70045.
85. Edwards SJ, et al. Abrocitinib, tralokinumab and upadacitinib for treating moderate-to-severe atopic dermatitis. *Health Technol Assess*. 2024;28(4):1-113.
86. Paller AS, et al. Efficacy and safety of upadacitinib treatment in adolescents with moderate-to-severe atopic dermatitis: analysis of the Measure Up 1, Measure Up 2, and AD Up randomized clinical trials. *JAMA Dermatol*. 2023;159(5):526-535.
87. Eichenfield LF, et al. Efficacy and safety of abrocitinib in combination with topical therapy in adolescents with moderate-to-severe atopic dermatitis: the JADE TEEN randomized clinical trial. *JAMA Dermatol*. 2021;157(10):1165-1173.
88. Reich K, et al. Efficacy and safety of abrocitinib versus dupilumab in adults with moderate-to-severe atopic dermatitis: a randomised, double-blind, multicentre phase 3 trial. *Lancet*. 2022;400(10348):273-282.
89. Guttman-Yassky E, et al. Safety of upadacitinib in moderate-to-severe atopic dermatitis: an integrated analysis of phase 3 studies. *J Allergy Clin Immunol*. 2023;151(1):172-181.
90. U.S. Food and Drug Administration. FDA requires warnings about increased risk of serious heart-related events, cancer, blood clots, and death for JAK inhibitors that treat certain chronic inflammatory conditions. 2021; Available at: <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-requires-warnings-about-increased-risk-serious-heart-related-events-cancer-blood-clots-and-death>. Accessed June 17, 2026.
91. Samuel C, et al. A review on the safety of using JAK inhibitors in dermatology: clinical and laboratory monitoring. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2023;13(3):729-749.
92. Khattri S, et al. Cyclosporine in patients with atopic dermatitis modulates activated inflammatory pathways and reverses epidermal pathology. *J Allergy Clin Immunol*. 2014;133(6):1626-1634.
93. El-Khalawany MA, et al. Methotrexate versus cyclosporine in the treatment of severe atopic dermatitis in children: a multicenter experience from Egypt. *Eur J Pediatr*. 2013;172(3):351-356.
94. Flohr R, et al. Efficacy and safety of cyclosporin versus methotrexate in the treatment of severe atopic dermatitis in children and young people (TREAT): a multicentre parallel group assessor-blinded clinical trial. *Br J Dermatol*. 2023;189(6):674-684.
95. Alexander H, et al. A prospective observational cohort study comparing the treatment effectiveness and safety of ciclosporin, dupilumab and methotrexate in adult and paediatric patients with atopic dermatitis: results from the UK-Irish A-STAR register. *Br J Dermatol*. 2024;191(6):988-999.
96. Sawangjit R, et al. Systemic treatments for eczema: a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;9(9):CD013206.
97. Shah RA, et al. Brief update on dermatologic uses of methotrexate. *Skin Therapy Lett*. 2019;24(6):5-8.
98. Malaviya AN. Landmark papers on the discovery of methotrexate for the treatment of rheumatoid arthritis and other systemic inflammatory rheumatic diseases: a fascinating story. *Int J Rheum Dis*. 2016;19(9):844-851.
99. Wang Q, et al. Methotrexate therapy for adult and paediatric moderate-to-severe atopic dermatitis: a PRISMA-compliant meta-analysis of data from daily practice. *Australas J Dermatol*. 2024;65(2):114-127.
100. Paller AS, et al. Real-world treatment outcomes of systemic treatments for moderate-to-severe atopic dermatitis in children aged less than 12 years: 2-year results from PEDiatric STudy in Atopic Dermatitis. *J Am Acad Dermatol*. 2025;92(2):242-251.
101. Noguera-Morel L, et al. A retrospective study of systemic treatment of severe atopic dermatitis with azathioprine: effectiveness and tolerance in 11 pediatric patients. *Actas Dermosifiliogr (Engl Ed)*. 2019;110(3):227-231.
102. Elsgaard S, et al. Drug survival of systemic immunosuppressive treatments for atopic dermatitis in a long-term pediatric cohort. *Int J Womens Dermatol*. 2021;7(5Part B):708-715.
103. Tsai HJ, et al. Revisiting the safety of short-term systemic corticosteroids. *Biomed J*. 2026;49(3):100962.
104. Yao TC, et al. Association of oral corticosteroid bursts with severe adverse events in children. *JAMA Pediatr*. 2021;175(7):723-729.
105. Hagenstrom K, et al. Utilization and related harms of systemic glucocorticosteroids for atopic dermatitis: claims data analysis. *Br J Dermatol*. 2024;191(5):719-727.
106. Matterne U, et al. Oral H1 antihistamines as 'add-on' therapy to topical treatment for eczema. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;1(1):CD012167.
107. Hide M, et al. Long-term safety and efficacy of rupatadine in Japanese patients with itching due to chronic spontaneous urticaria, dermatitis, or pruritus: a 12-month, multicenter, open-label clinical trial. *J Dermatol Sci*. 2019;94(3):339-345.
108. Guo BC, et al. Advancements in allergen immunotherapy for the treatment of atopic dermatitis. *Int J Mol Sci*. 2024;25(2):1316.
109. Yepes-Nuñez JJ, et al. Allergen immunotherapy for atopic dermatitis: systematic review and meta-analysis of benefits and harms. *J Allergy Clin Immunol*. 2023;151(1):147-158.
110. Kim M, et al. Sublingual immunotherapy may be effective in reducing house dust mite allergies in children with atopic dermatitis. *Acta Paediatr*. 2022;111(11):2142-2148.
111. Huang C, et al. Sublingual immunotherapy with Dermatophagoides farinae drops for pediatric atopic dermatitis. *Int J Dermatol*. 2022;61(2):246-251.
112. Pajno GB, et al. Sublingual immunotherapy in mite-sensitized children with atopic dermatitis: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Allergy Clin Immunol*. 2007;120(1):164-170.
113. Patrizi A, et al. Management of atopic dermatitis: safety and efficacy of phototherapy. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2015;8:511-520.
114. Darne S, et al. Narrowband ultraviolet B phototherapy in children with moderate-to-severe eczema: a comparative cohort study. *Br J Dermatol*. 2014;170(1):150-156.
115. Dayal S, et al. Narrowband UV-B phototherapy in childhood atopic dermatitis: efficacy and safety. *Ann Bras Dermatol*. 2017;92(6):801-806.
116. Choi JY, et al. Narrowband ultraviolet B phototherapy is associated with a reduction in topical corticosteroid and clinical improvement in atopic dermatitis: a historical inception cohort study. *Clin Exp Dermatol*. 2021;46(6):1067-1074.
117. Sidbury R, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 3. Management and treatment with phototherapy and systemic agents. *J Am Acad Dermatol*. 2014;71(2):327-349.
118. Ahad T, et al. Incidence of skin cancers in patients with eczema treated with ultraviolet phototherapy. *J Am Acad Dermatol*. 2022;87(2):387-389.
119. Ring J, et al. Guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) Part II. *J Eur Acad Dermatol Venerol*. 2012;26(9):1176-1193.
120. Wollenberg A, et al. ETFAD/EADV Eczema task force 2020 position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis in adults and children. *J Eur Acad Dermatol Venerol*. 2020;34(12):2717-2744.
121. Galli E, et al. Narrative review on the management of moderate-severe atopic dermatitis in pediatric age of the Italian Society of Pediatric Allergy and Immunology (SIAIP), of the Italian Society of Pediatric Dermatology (SIDerP) and of the Italian Society of Pediatrics (SIP). *Ital J Pediatr*. 2022;48(1):95.

台灣兒童異位性皮膚炎臨床診療指引— 2026年治療重點更新

Taiwan Guidelines for Pediatric Atopic Dermatitis: 2026 Focused Update on Treatment

出版機關：台灣兒童過敏氣喘免疫及風濕病醫學會

發行人：姚宗杰

總編輯：孫海倫

編輯委員：歐良修、王玲、孫海倫、俞欣慧、王怡人、姚宗杰（依負責題目排序）

專家委員：于鴻仁、王壯銘、王志堯、王志祿、王麗潔、江伯倫、呂克桓、吳昭儀、邱益煊、洪志興、胡雅喬、徐世達、陳力振、傅令嫻、葉國偉、楊崑德、楊曜旭、黃璟隆、雷偉德、蔡易晉、謝奇璋、魏長菁、蘇冠文（依姓氏筆畫排序）

地址：台北市中正區衡陽路6號3樓306室

電話：(02)2311-4670

網址：<https://www.air.org.tw/>

出版年月：2026年9月初版

I S B N：ISBN 978-626-95229-6-5 (PDF)

讀者按本刊物所提之任何藥品開具處方簽，請查詢相關處方資料。未經同意，不得以任何形式複製本刊內容。
© 版權所有 翻印必究



Taiwan Academy of Pediatric
Allergy Asthma Immunology & Rheumatology



台灣兒童過敏氣喘免疫及風濕病醫學會

贊助印製

Lilly

台灣禮來股份有限公司

sanofi

賽諾菲股份有限公司

Pfizer

輝瑞大藥廠股份有限公司