doi:10.13407/j.cnki.jpp.1672-108X.2021.S1.010

· 临床(药事)管理与规范 ·

《儿童特应性皮炎相关食物过敏诊断与管理专家共识》解读

杨欢,罗晓燕(重庆医科大学附属儿童医院,重庆 400014)

[摘要]特应性皮炎(AD)是一种儿科常见的慢性炎症瘙痒性皮肤病,与食物过敏有密切关联,临床对特应性皮炎伴发食物过敏的治疗存在许多误区,中国医师协会皮肤科医师分会儿童皮肤病专业委员会牵头制定了首个中国《儿童特应性皮炎相关食物过敏诊断与管理专家共识》,本文就该共识进行简要解读。

[关键词]特应性皮炎;共识;解读
[中图分类号]R758 [文献标识码]A [文章编号]1672-108X(2021)S1-0023-03

Interpretation of "Expert Consensus on Diagnosis and Management of Food Allergy in Children with Atopic Dermatitis"

Yang Huan, Luo Xiaoyan (*Children's Hospital of Chongqing Medical University, Chongqing* 400014, *China*)

[**Abstract**] Atopic dermatitis (AD) is a common chronic inflammatory pruritus skin disease in pediatrics, which is closely related to food allergy. There are many misunderstandings in the clinical treatment of atopic dermatitis with food allergy. The professional committee of children's dermatology of dermatologist branch of Chinese Medical Association took the lead in formulating the first "Expert Consensus on Diagnosis and Management of Food Allergy in Children with Atopic Dermatitis" in China. This paper performes brief interpretation on the consensus.

[**Keywords**] atopic dermatitis; consensus; interpretation

特应性皮炎(atopic dermatitis,AD)是一种慢性复发性炎症性皮肤病,大多于婴儿期发病。环境中的变应原,包括吸入、食物、接触及感染变应原是诱发或加重 AD 的重要因素,其中食物变应原介导的食物过敏对婴幼儿 AD 的发生发展及预后起着至关重要的作用。然而在临床实践中,对 AD 相关的食物过敏的不恰当认知导致特应性皮炎无法很好的控制,或者不恰当的饮食回避影响患儿生长发育等。因此,中国医师协会皮肤科医师分会儿童皮肤病专业委员会、中华医学会皮肤性病学分会儿童学组、中华医学会儿科学分会皮肤性病学组制定了我国《儿童特应性皮炎相关食物过敏诊断与管理的专家共识》。本文就该专家共识作一简要解读,旨在正确认识儿童 AD 相关食物过敏,规范 AD 相关食物过敏的诊断及管理,更好地服务 AD 患儿。

1 儿童 AD 与食物过敏的相关性

儿童 AD 与食物过敏的相关性包括两个方面:(1)AD 增加食物过敏的风险及患病率,如与无皮肤湿疹表现的患儿相比较,有皮肤湿疹表现的儿童食物过敏患病率更高(美国 0 ~ 17 岁,有湿疹 15.1%,无湿疹 3.6%)[1];重度 AD 发生 1 种食物过敏的风险是中度 AD 的 3.42 倍,而其多种食物过敏风险为 11.67 倍[2]。(2)食物过敏也增加 AD 的患病风险,如上海市 6 624 例儿童的调查发现食物过敏使 AD 患病风险提高近 3 倍[3]。但目前,对 AD 和食物过敏是共病还是因果关系存在争议。AD 患儿常见的过敏原包括鸡蛋、牛奶、小麦、大豆、坚果、鱼等[4]。

2 AD 相关食物过敏的临床表现

AD 相关食物过敏的临床表现根据免疫学机制不同分为 3 类:(1)免疫球蛋白 E(IgE)介导的速发反应,通常在 2 小时内出现。临床症状包括皮肤受累,表现为荨麻疹、血管神经性水肿等;消化道症状,表现为腹痛、呕吐、腹泻等;呼吸道症状,表现为咳嗽、流涕、喘息等[5];严重者出现循环系统症状,表现为心动过速、低血压、头晕等过敏性休克表现,占 40% ~ 60%[6]。(2)T 细胞介导的迟发反应,通常在 6 ~ 48 小时出现[7-8]。皮肤系统常表现为湿疹复现或加重;消化道症状包括腹泻、便秘、便血等,占 12% ~ 30%[9]。(3)混合型,即以上两种的混合表现,约占 40%[10]。

3 AD 相关食物过敏的诊断

AD 患者出现以下情况需要进行食物过敏原筛查:(1)出现速发反应;(2)无速发反应,但持续中重度 AD;(3)无速发反应,患儿及家长自觉存在食物过敏诱发或加重 AD。

作者简介:杨欢(1984.04-),女,博士,副教授,主要从事儿童炎症性皮肤病研究,E-mail:dinabill@163.com。
通讯作者:罗晓燕(1976.03-),女,博士,副教授,主任医师,主要从事儿童皮肤病基础与临床研究,E-mail:luoxycq@hotmail.com。

迄今诊断食物过敏的金标准是食物激发试验(OFC),目前临床上主要根据病史、临床表现及相关辅助检查[包括皮肤点刺试验(SPT)、血清特异性 IgE(sIgE)、特应性斑贴试验(APT)]进行综合判断[5,11]。

SPT 最为方便和经济,但 SPT 假阳性率较高,其阳性预测值<50%,而 SPT 阴性预测值>90%[12],即当 SPT 为阴性时,排除该种食物变应原过敏的可能性很大。sIgE 与 SPT 相同,检测的均为 IgE 抗体,但其较于 SPT 的优点为可以定量分析,无体内试验的风险,不受皮损、药物治疗等因素的影响。两者检测的一致性为 85%~95%[13]。APT 对非 IgE 介导的食物过敏尤其是小麦有一定诊断价值,其特异性高(>90%),敏感性低[14]。OFC 虽然是诊断食物过敏的金标准,但存在严重过敏反应的风险,且步骤繁琐,因此,临床上未纳入常规诊疗。OFC 包括回避和再暴露 2 个步骤,即首先严格回避可疑致敏食物 4~6 周(若怀疑牛奶蛋白过敏,回避期间给予氨基酸配方奶粉替代),若临床表现明显改善则再次暴露该食物变应原,暴露后若既往临床表现复现[特应性皮炎严重程度评分(SCORAD)≥10 分]即为 OFC 阳性[15-16]。

4　食物过敏的管理

对伴有食物过敏的 AD 患儿需要指导其规范、正确地使用润肤剂,以有效改善皮肤屏障,降低食物过敏原经皮致敏的可能性。此外,需要对伴有食物过敏的 AD 患儿定期进行生长发育的监测,并对辅食添加给予正确指导,以避免不恰当的饮食回避导致的营养缺乏及生长发育迟缓。目前循证医学证据表明[17-18],推迟辅食添加对预防食物过敏无效,伴有食物过敏的 AD 患儿应同健康儿童一样于 4~6 月龄添加辅食。但添加辅食的速度应适当减慢,即 3~5 天添加一种新的辅食。对容易致敏的食物,如鸡蛋、大豆、小麦、坚果、鱼类等,起初应少量摄入,若没有明显反应再逐渐增加摄入量[19]。

若添加辅食过程中出现速发反应,建议专科就诊,指导正确喂养。若非速发反应,但高度怀疑食物过敏,可在医师的指导下根据食物日记、诊断性饮食回避和 OFC 结果明确食物过敏原并加以回避,切不可盲目避食,且在回避变应原的同时,需给予替代品供患儿生长发育所需[20]。例如,对牛奶蛋白过敏的人工喂养患儿,需要给予氨基酸配方或深度水解蛋白配方奶粉替代普通配方奶粉喂养;对牛奶蛋白过敏的母乳或混合喂养患儿,其母亲还应同时回避牛奶蛋白及乳制品[21-24]。

建议每 6 个月重新评估患儿是否耐受牛奶蛋白,每 6~12 个月评估鸡蛋过敏情况[25],花生及坚果过敏应每 2 年复查 1 次[26]。

5　小结

中重度 AD 患儿常合并食物蛋白过敏。目前诊断食物过敏的金标准是食物激发实验,临床上可根据病史、临床表现、针对性辅助检查(SPT、sIgE、APT)综合判断食物过敏。饮食回避是治疗 AD 食物过敏的主要手段,同时需要密切监管患儿生长发育情况。因此,对伴有食物过敏的 AD 患儿的诊治需要皮肤科医师、营养师、儿科医师等多学科合作,综合管理。

参考文献:

[1] SILVERBERG J I, SIMPSON E L. Association between severe eczema in children and multiple comorbid conditions and increased healthcare utilization [J]. Pediatr Allergy Immunol, 2013, 24(5): 476-486.

[2] HON K L, CHAN I H, CHOW C M, et al. Specific IgE of common foods in Chinese children with eczema [J]. Pediatr Allergy Immunol, 2011, 22(1 Pt 1): 50-53.

[3] XU F, YAN S, ZHENG Q, et al. Residential risk factors for atopic dermatitis in 3 to 6-year old children: a cross? sectional study in Shanghai, China [J]. Int J Environ Res Public Health, 2016, 13(6): 537.

[4] SICHERER S H, SAMPSON H A. Food hypersensitivity and atopic dermatitis: pathophysiology, epidemiology, diagnosis, and management [J]. J Allergy Clin Immunol, 1999: 104(3 Pt 2): 114-122.

[5] CARTLEDGE N, CHAN S. Atopic dermatitis and food allergy: a pediatric approach [J]. Curr Pediatr Rev, 2018, 14(3): 171-179.

[6] DHAR S, SRINIVAS S M. Food allergy in atopic dermatitis [J]. Indian J Dermatol, 2016, 61(6): 645-648.

[7] WOLLENBERG A, BARBAROT S, BIEBER T, et al. Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part I [J]. J Eur Acad Dermatol Venereol, 2018, 32(5): 657-682.

[8] SUH K Y. Food allergy and atopic dermatitis: separating fact from fiction [J]. Semin Cutan Med Surg, 2010, 29(2): 72-78.

[9] BREUER K, HERATIZADEH A, WULF A, et al. Late eczematous reactions to food in children with atopic dermatitis [J]. Clin Exp Allergy, 2004, 34(5): 817-824.

[10] WERFEL T, BALLMER W B, EIGENMANN P A, et al. Eczematous reactions to food in atopic eczema: position paper of the EAACI and GA2LEN [J]. Allergy, 2007, 62(7): 723-728.

[11] WOLLENBERG A, BARBAROT S, BIEBER T, et al. Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part Ⅱ [J]. J Eur Acad Dermatol Venereol, 2018, 32(6): 850-878.

[12] SAMPSON H A. Food allergy. Part 2: diagnosis and management [J]. J Allergy Clin Immunol, 1999, 103(6): 981-989.

[13] SCHÄFER T, HOELSCHER B, ADAM H, et al. Hay fever and predictive value of prick test and specific IgE antibodies: a prospective study in children [J]. Pediatr Allergy Immunol, 2003, 14(2): 120-129.

[14] ROBISON R G, SINGH A M. Controversies in allergy: food testing and dietary avoidance in atopic dermatitis [J]. J Allergy Clin Immunol Pract, 2019, 7(1): 35-39.

[15] NGUYEN T A, LEONARD S A, EICHENFIELD L F. An update on pediatric atopic dermatitis and food allergies [J]. J Pediatr, 2015, 167(3): 752-756.
[16] EBISAWA M, ITO K, FUJISAWA T, et al. Japanese guidelines for food allergy 2017 [J]. Allergol Int, 2017, 66(2): 248-264.
[17] ZUTAVERN A, BROCKOW I, SCHAAF B, et al. Timing of solid food introduction in relation to eczema, asthma, allergic rhinitis, and food and inhalant sensitization at the age of 6 years: results from the prospective birth cohort study LISA [J]. Pediatrics, 2008, 121(1): e44-e52.
[18] SNIJDERS B E, THIJS C, VAN REE R, et al. Age at first introduction of cow milk products and other food products in relation to infant atopic manifestations in the first 2 years of life: the KOALA Birth Cohort Study [J]. Pediatrics, 2008, 122(1): e115-e122.
[19] FLEISCHER D M, SPERGEL J M, ASSA'AD A H, et al. Primary prevention of allergic disease through nutritional interventions [J]. J Allergy Clin Immunol Pract, 2013, 1(1): 29-36.
[20] TSAKOK T, MARRS T, MOHSIN M, et al. Does atopic dermatitis cause food allergy? A systematic review [J]. J Allergy Clin Immunol, 2016, 137(4): 1071-1078.
[21] DE BOISSIEU D, MATARAZZO P, DUPONT C. Allergy to extensively hydrolyzed cow milk proteins in infants: identification and treatment with an amino acid-based formula [J]. J Pediatr, 1997, 131(5): 744-747.
[22] ISOLAURI E, SÜTAS Y, MÄKINEN-KILJUNEN S, et al. Efficacy and safety of hydrolyzed cow milk and amino acid-derived formulas in infants with cow milk allergy [J]. J Pediatr, 1995, 127(4): 550-557.
[23] 马琳, 申昆玲, 夏晓玲, 等. 肠内营养粉剂治疗食物蛋白过敏婴儿有效性及安全性多中心临床研究[J]. 中国实用儿科杂志, 2012, 27(10): 766-769.
[24] NIGGEMANN B, BINDER C, DUPONT C, et al. Prospective, controlled, multi-center study on the effect of an aminoacid-based formula in infants with cow's milk allergy/intolerance and atopic dermatitis [J]. Pediatr Allergy Immunol, 2001, 12(2): 78-82.
[25] KOLETZKO S, NIGGEMANN B, ARATO A, et al. Diagnostic approach and management of cow's-milk protein allergy in infants and children: ESPGHAN GI Committee practical guidelines [J]. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2012, 55(2): 221-229.
[26] MURARO A, WERFEL T, HOFFMANN SOMMERGRUBER K, et al. EAACI food allergy and anaphylaxis guidelines: diagnosis and management of food allergy [J]. Allergy, 2014, 69(8): 1008-1025.

(编辑:杨丹)
(收稿日期:2021-12-18)

doi:10.13407/j.cnki.jpp.1672-108X.2021.S1.011

· 临床(药事)管理与规范 ·

《儿童过敏性疾病诊断与治疗专家共识》解读

陈丽羽,胡燕(重庆医科大学附属儿童医院,国家儿童健康与疾病临床研究中心,儿童发育疾病研究教育部重点实验室,儿童营养与健康重庆市重点实验室,重庆 400014)

[摘要]过敏性疾病已成为儿童期常见慢性疾病之一。新的"过敏进程"观点认为,各种过敏性疾病是相互联系的症候群,需各专科医师协同管理。本文就2019年《儿童过敏性疾病诊断与治疗专家共识》中热点问题进行解读,以期为儿科全科医师及基层医生诊治过敏性疾病提供参考和帮助。

[关键词]过敏性疾病;过敏进程;儿童;解读
[中图分类号]R729 [文献标识码]A [文章编号]1672-108X(2021)S1-0025-04

Interpretation of "Consensus on Diagnosis and Management of Allergic Diseases in Children"

Chen Liyu, Hu Yan (*Children's Hospital of Chongqing Medical University, National Clinical Research Center for Child Health and Disorders, Ministry of Education Key Laboratory of Child Development and Disorders, Chongqing Key Laboratory of Child Health and Nutrition, Chongqing* 400014, *China*)

[**Abstract**]Allergic diseases have become one of the common chronic diseases in childhood. "Allergic march" model indicates that allergic diseases are interrelated syndromes that require coordinated management of specialist physicians. This paper will interpret some

作者简介:陈丽羽,女,硕士,医师,主要从事儿童保健研究,E-mail: hy420@126.com。
通讯作者:胡燕,E-mail: hy420@126.com。