·综 述·

特应性皮炎病情严重程度和疗效评估量表研究进展

高婷婷[1]，王瑞平[2*]
（1. 武汉市第一医院皮肤科，湖北武汉 430022；
2. 上海市皮肤病医院，同济大学附属皮肤病医院临床研究与创新转化中心，上海 200443）

摘要：近年来，特应性皮炎（atopic dermatitis，AD）的发病率逐渐上升，尤其是儿童群体，且其中重症者占比明显升高。AD患者临床瘙痒症状明显，且易反复发作，对患者及其家庭的生活质量造成严重影响。临床上，在AD诊治过程中，准确掌握病情严重程度的变化情况有助于及时调整用药和治疗方案。因此，对AD患者的皮损严重程度进行规范评估和长期管理至关重要。当前，临床上共存在60多种AD皮损严重程度的评估工具，包括基于医生评估和患者主观感受的评估。该文根据国内外最新版的专家共识，对常用评估工具的使用方法和优缺点进行系统梳理，以便临床医务工作者更好地选择、使用这些评估工具。

关键词：特应性皮炎；皮损严重程度；评估工具；量表；专家共识
中图分类号：R758.29 **文献标志码：**A **文章编号：**1672-9188(2024)09-0972-008
引用：高婷婷, 王瑞平. 特应性皮炎病情严重程度和疗效评估量表研究进展[J]. 世界临床药物, 2024, 45(9): 972-979. DOI：10.13683/j.wph.2024.09.013

Progress of scales for assessing the severity and treatment efficacy in atopic dermatitis

GAO Tingting[1], WANG Ruiping[2*]
(*1. Department of Dermatology, Wuhan No.1 Hospital, Wuhan 430022, Hubei Provice, China; 2. Shanghai Skin Disease Hospital, Clinical Research and Innovation Transformation Center, Skin Disease Hospital of Tongji University, Shanghai 200443, China*)

Abstract: In recent years, the incidence rate of atopic dermatitis(AD) has gradually increased, especially the incidence rate of AD and the proportion of severe patients in children. AD patients have obvious clinical itching symptoms, and are prone to recurrent episodes, which seriously affects the quality of life of patients and their families. In clinical practice, accurately understanding the changes in the severity of AD patients during the diagnosis and treatment is helpful to timely adjust clinical medication and treatment plans. Therefore, it is crucial to conduct standardized assessment and long-term management of the severity of skin lesions in AD patients. Currently, there are over 60 assessment tools for the severity of AD skin lesions in clinical practice, including those based on physician evaluations and patient subjective perceptions. This article systematically sorted out the usage methods, advantages and disadvantages of commonly used assessment tools based on the latest version of the national and international expert consensus, in order to facilitate clinical staff to better choose and use these assessment tools.

key words: atopic dermatitis; the severity of skin lesion; evaluation tool; scale; expert consensus

---

收稿日期：2024-04-24
作者简介：高婷婷，硕士研究生，主治医师，研究方向：变态反应性皮肤病。
通信作者：王瑞平，主任医师，教授，硕士生导师，研究方向：临床流行病学、生物统计在临床研究中的应用。
基金项目：上海市人才发展基金(2021SHRCFZ01)；上海申康医院发展中心第二轮三年行动计划研究型医师创新转化能力培训项目(SHDC2022CRS053)；上海申康医院发展中心《促进市级医院临床技能与临床创新三年行动计划（2023-2025年）》CRU协同数据质量提升项目(SHDC2024CRX032)；上海市皮肤病医院引进人才科研基金(2021KYQD01)

特应性皮炎（atopic dermatitis，AD）是一种慢性炎症性皮肤病，由于患者瘙痒症状明显，同时易反复发作，对患者及其家庭的生活质量造成较大影响[1]。近年来，AD 发病率呈上升趋势[1]，特别是儿童 AD 发病率及重症占比明显升高，给社会经济亦造成巨大负担。这一问题在发展中国家尤为突出，从 1990 年至 2019 年，中国 AD 患者数量增加 25.65%[2]。因此，在 AD 的临床诊治过程中，准确掌握患者皮损严重程度的变化情况有助于皮肤科医生及时调整其临床用药和治疗方案，对于 AD 患者的疗效及长期管理十分重要。目前，临床上用于评估 AD 严重程度的工具有 60 多种[3]，评估量表主要分为基于医生的评估以及患者对疗效主观感受评估。本文基于既往发表的 AD 诊疗专家共识[4]，汇总目前常用的 9 个 AD 评估工具，并对其使用方法及优缺点作系统梳理，以便皮肤科临床工作人员更好地选择、使用这些评估工具。

1 医生对患者的评估工具

1.1 湿疹面积和严重程度指数（eczema area and severity index，EASI）

EASI 于 1998 年由 Hanifin 开发并投入临床使用，其是通过修改银屑病面积和严重程度指数评分系统而设计[5]。该评分工具包括 2 部分，一是皮损性质，二是皮损面积大小。皮损性质包括 4 个体征，即红斑（erythema，E）、水肿或丘疹（edema/papulation，I）、表皮剥脱（excoriation，Ex）和苔藓样变（lichenification，L）。每个体征的严重程度分为 4 级：0 代表没有，1 代表轻微，2 代表中等，3 代表严重。临床应用时可记半级 1.5 或 2.5 分，但不能记 0.5 分。皮损面积大小评分则是把身体分成 4 个部分[6]：头颈部（head and neck，H）、上肢（upper limb，UL）、躯干（torso，T）和下肢（lower limbs，LL），其中，足和臀部视为下肢，腋窝和腹股沟视为躯干。通过评估每个部分的皮损面积占该部位的比例来计分：0 分表示无皮疹，1 分（1% ～＜ 10%）、2 分（10% ～ ＜ 30%）、3 分（30% ～ ＜ 50%）、4 分（50% ～＜ 70%）、5 分（70% ～＜ 90%）和 6 分（90% ～ 100%）。考虑到 0 ～ 7 岁儿童和 8 岁及以上不同年龄段，以及不同部位占全身比例不同，在临床实际应用时，评分需乘以相应系数。EASI 评分最低为 0 分，最高为 72 分，分值越高表示皮损严重程度越严重。临床上，以≤ 7 分为轻度，7 ～≤ 21 分为中度，21 ～≤ 50 分为重度，＞ 50 分为极重度[5,7]，具体评分见表 1。

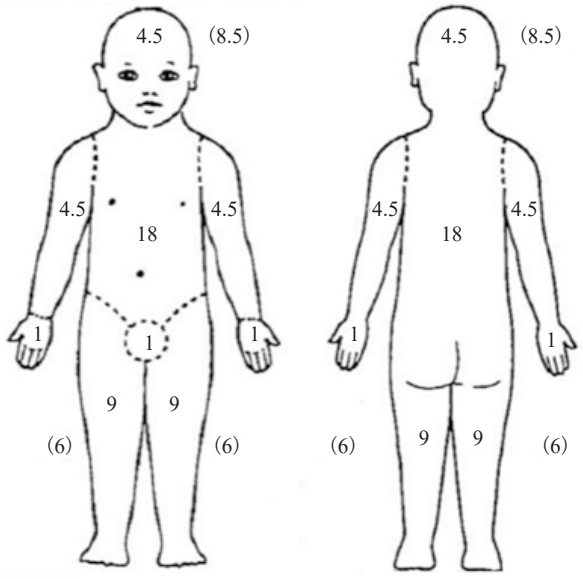
表 1 EASI 评分表

Table 1 EASI score

部位	体征及皮损面积	0～7岁	≥8岁
H	(E+I+Ex+L)×面积计分	×0.2	×0.1
UL	(E+I+Ex+L)×面积计分	×0.2	×0.2
T	(E+I+Ex+L)×面积计分	×0.3	×0.3
LL	(E+I+Ex+L)×面积计分	×0.3	×0.4

1.2 AD 评分指数（scoring AD，SCORAD）

SCORD 于 1993 年由欧洲 AD 专家组提出，主要包括 3 大部分：皮损面积（A）、皮损严重程度（B）以及患者的瘙痒和睡眠影响程度（C）。临床上，A 评价采用 9 分法[8]，如图 1 所示，头颈部 9%，双上肢各 9%，躯干前后各 18%，双下肢前后各 18%，生殖器区 1%。考虑到 2 岁以下幼儿头颈部占比较大而双下肢占比较小，分别调整头颈部为 17%，双下肢前后各 12%，每 1% 面积为 1 分，满分 100 分[9]。B 根据红斑、水肿 / 丘疹、渗出 / 结痂、表皮剥脱、苔藓样变及皮肤干燥 6 种体征的严重程度计分，每项最低 0 分，最高 3 分。C 为近 3 d 瘙痒和睡眠缺失情况，最高各 10 分。SCORAD 评分＝ A/5 ＋ 7×B/2 ＋ C，最低得分 0 分，最高得分 103 分，得分越高说明患者皮损越严重[9—10]。临床应用时，0 ～≤ 25 分为轻度，25 ～≤ 50 分为中度，50 分以上为重度[3]。



注：括号中数字为 2 岁以下儿童对应比例

Note: the numbers in parentheses represent the corresponding proportion of children under 2 years old

图 1 各部位占体表面积比例示意图

Figure 1 Diagram of the proportion of each part to the body surface area

1.3 医生整体评估（the investigator's global assessment，IGA）

临床上，医生常使用 IGA 对 AD 患者进行皮损评价。其根据患者的皮损严重程度分为 6 级：0 分代表无皮损，1 分代表几乎没有皮损，2 分代表轻度，3 分代表中度，4 分代表重度，5 分为非常严重[11]，详见表 2。

1.4 皮损累及体表面积（body surface area，BSA）

临床上，皮肤科医生可用 9 分法或手掌法来评估皮损面积，其中 9 分法同 SCORAD，而手掌法中患者手掌大小相等于总 BSA 的 1%，手掌法这种测量方式需要区分种族、年龄，特别是在应用于儿童时[12—13]。临床上，BSA ＜ 5% 为轻度 AD，5% ～ 10% 为中度 AD，BSA ＞ 10% 为重度 AD[7]。

表 2 IGA 评分表

Table 2 IGA scoring table

皮损严重程度	得分/分
无皮损，无AD的炎症体征	0
几乎没有皮损，仅有可察觉的红斑和丘疹/浸润	1
轻度，轻度的红斑和丘疹/浸润	2
中度，有中度的红斑和丘疹/浸润	3
重度的红斑和丘疹/浸润	4
非常严重，伴有渗出和结痂的严重的红斑和丘疹/浸润	5

1.5 经验证的研究者整体评估（validated investigator global assessment，vIGA）×BSA

vIGA×BSA 是 vIGA 与 BSA（1 个完整手掌区域包含手指为 BSA ＝ 1%）的乘积[14—15]。vIGA 分为 0 ～ 4 分 5 个等级，详见表 3。vIGA×BSA 分值范围为 0 ～ 400，分值越高代表患者的皮损越严重。临床上，依据 vIGA×BSA 将≤ 30 分判定为轻度，30 ～≤ 130 分为中度，130 ～≤ 400 分为重度[14]。

2 基于患者的评估项目

2.1 瘙痒严重度评估

皮肤科医生可应用瘙痒峰值数值评定量表（peak pruritus numeric rating scale，PP-NRS）让患者自评过去 24 h 最严重的瘙痒情况[16]，评分类似于瘙痒视觉模拟评分法，得分区间为 0 ～ 10 分，0 分

表 3 vIGA 评分表

Table 3 vIGA scoring table

形态学描述	得分/分
无红斑、硬结/丘疹、苔藓化、渗液/结痂。可能存在炎症后色素沉着或减退。	0
几乎不可察觉的红斑、结节/丘疹，和（或）极小的苔藓化。无渗液或结痂。	1
轻微但明确的红斑（粉红色）、结节/丘疹，和（或）轻微但明确的苔藓化。无渗液或结痂。	2
明显可察觉的红斑（暗红色）、结节/丘疹，和（或）明显可察觉的苔藓化。可能存在渗液和结痂。	3
显著的红斑（深红或鲜红色）、结节/丘疹，和（或）显著的苔藓化，广泛分布。可能存在渗液或结痂。	4

为无瘙痒，10 分为剧烈瘙痒，分值越高表示患者瘙痒程度越严重。

2.2 症状评估

临床上，皮肤科医生可使用患者湿疹自我评分量表（patient oriented eczema measure，POEM）评估过去 1 周内患者瘙痒、睡眠障碍、出血、渗液、皮肤皲裂、脱屑及粗糙干燥 7 个维度出现的频次[17]。POEM 量表 7 个维度均包括 5 个等级：0 分表示“完全没有”，1 分表示“一周出现 1 ～ 2 d”，2 分表示“一周出现 3 ～ 4 d”，3 分表示“一周出现 5 ～ 6 d”，4 分表示“每天出现”。POEM 量表评分范围为 0 ～ 28 分，分值越高表示患者的症状越严重。临床上，0 ～ 2 分表示“没有或几乎没有 AD 症状”，3 ～ 7 分代表“症状轻微”，8 ～ 16 分为表示“中度”，17 ～ 24 分代表“重度”，而 25 ～ 28 分表示“极重度”[7]。

2.3 生活质量评估

皮肤病生活质量指数（dermatology life quality index，DLQI）量表于 1994 年由 Finlay 发布，适用于 16 岁以上儿童及成年人，其针对过去 1 周的 10 项日常生活受 AD 影响的情况进行评分[18]，包括：①皮肤不适程度。②皮肤病对情绪影响。③皮肤病对购物和家务活动影响。④皮肤病对服装选择。⑤皮肤病对社交娱乐活动影响。⑥皮肤病对运动影响。⑦皮肤病对工作或学习影响。⑧皮肤病对人际关系影响。⑨皮肤病对性生活影响。⑩皮肤病治疗对生活的困扰。10 项日常生活的评分每项均为 0 ～ 3 分，其中无为 0 分，轻微为 1 分，严重为 2 分，极严重为 3 分，总分 0 ～ 30 分。DLQI 分值越高表明患者生活质量受影响程度越严重。

儿 童 DLQI（children's DLQI，cDLQI）于 1995 年被提出[19]，旨在评估 4 ～ 16 岁皮肤病患儿过去 1 周生活质量受疾病影响的程度，弥补 DLQI 量表仅能用于 16 岁以上人群的局限性。cDLQI 量表包括皮肤不适、心理困扰、朋友交往、服装选择、户外活动、运动、学习与享受假期、被歧视、睡眠问题以及治疗产生的困扰 10 个关键问题，每项 0 ～ 3 分，总分 0 ～ 30 分，分值越高表明患者受影响程度越大。

婴儿 DLQI（infants' DLQI，IDQOL）于 2001 年被提出，可用于评估 4 岁以下婴幼儿过去 1 周内皮炎湿疹对其生活的影响[20]。IDQOL 包括瘙痒和搔抓程度、孩子情绪、平均哄睡时长、每天睡眠不安总时间、对玩耍 / 游泳影响、参与家庭活动、饮食、穿脱衣服、洗澡的影响以及治疗对生活的影响，共 10 个问题。IDQOL 量表中 10 个问题评分每项均为 0 ～ 3 分，总分 0 ～ 30 分，分值越高表明生活质量越低，详见表 4。该表还有一个家长对婴儿皮炎湿疹严重程度的评估，该附加问题不计入总分[21]。

表 4 IDQOL 量表

Table 4 IDQOL scale

评估项目	0分	1分	2分	3分
瘙痒和搔抓的程度	没有	轻微	严重	极严重
情绪如何	高兴	烦躁	非常烦躁	总是哭
平均每天哄睡时间	0～15 min	15～60 min	1～2 h	＞2 h
每晚睡眠不安的总时间	＜1 h	1～2 h	3～4 h	＞5 h
对玩耍/游泳的影响	没有	轻微	严重	极严重
参与其他家庭活动的影响	没有	轻微	严重	极严重
对饮食的影响	没有	轻微	严重	极严重
因治疗而出现问题	没有	轻微	严重	极严重
穿脱衣服不适	没有	轻微	严重	极严重
洗澡时有困难	没有	轻微	严重	极严重

2.4 疾病长期控制评估

皮肤科医生可应用 AD 控制工具（AD control tool，ADCT）评估过去 1 周内 AD 患者 6 个疾病相关症状及影响程度[22]，包括整体症状的严重程度、剧烈瘙痒的天数、烦恼程度、睡眠影响、日常生活影响及对情绪的影响。ADCT 量表的 6 个维度每项各 4 分，总分最高 24 分。临床上，将患者的 ADCT 得分＜ 7 分判定为“病情控制”，≥ 7 分判定为“病情活动”[3]。

3 医生对患者评估工具的应用举例

如图 2 所示，1 例 35 岁成年男性 AD 患者，皮损为四肢屈侧面广泛的苔藓化，胸、腹部广泛红斑，背部和四肢伸侧无皮损。基于医生对患者评估工具，分别用 EASI、SCORAD、IGA、BSA 及 vIGA×BSA 对患者的整体皮损情况进行评价。

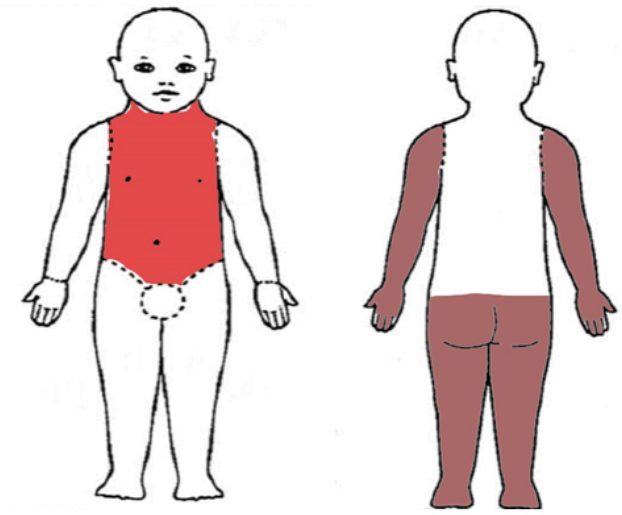


图 2 AD 患者皮损示意图

Figure 2 Representation of skin lesions in AD

EASI：患者四肢屈侧严重苔藓样变（3 分），胸腹部中度红斑（2 分）；上肢、下肢、躯干皮损面积均为 50%(4 分），因此该患者的头颈部、上肢、躯干和下肢的评分分别为 0、3×4 = 12、2×4 = 8、3×4 = 12，然后分别乘以头颈部系数 0、上肢系数 0.2、躯干系数 0.3 和下肢系数 0.4，总分为 0 + 12×0.2 + 8×0.3 + 12×0.4 = 9.6 分。故该患者可判定为中度 AD。

SCORAD：患者皮损范围为四肢屈侧和胸腹部，因上肢、下肢、躯干皮损面积均为 50%，因此 A = 9 + 18 + 18 = 45；皮损严重程度为中度红斑和重度苔藓样变，B = 2 + 3 = 5，假设患者瘙痒和睡眠缺失均为中度 5 分，C = 10。因此，该患者的整体评价得分为 45/5 + 7×5/2 + 10 = 36.5 分，该患者可判定为中度 AD。

IGA：IGA 为医生主观评分，考虑为中度红斑和苔藓浸润，IGA 评分为 3 分。

BSA：考虑该患者上肢、下肢、躯干皮损面积均为 50%，故该患者的头颈部、上肢、躯干和下肢的面积分别为 0%、9%、18% 及 18%，合计为 45%，即皮损面积为 45%，该患者判定为重度 AD。

vIGA×BSA 评分：将上述 IGA 评分与 BSA 评分结合起来，其中 vIGA 计 3 分，BSA 计 45，vIGA×BSA = 3×45 = 135 分，该患者判定为中度 AD。

4 AD 评估工具的整体评价

EASI 是将身体各部分独立分析，能更准确地反映皮疹的分布情况及严重程度。其是一个客观的评分工具，能够较好地反映 AD 皮损严重程度的细微区别 [6]。但 EASI 缺乏对患者主观感受的评估，如瘙痒及睡眠缺失情况等，而这些因素对患者生活质量影响较大。同时，EASI 较其他工具更复杂，需花费更多时间进行评估，也需医护人员具有一定的专业知识和临床经验。

SCORAD 是目前公认的评估 AD 严重程度的重要工具 [8]，其结果与疾病严重性全球评估结果一致性较高 [23]。其包含皮损范围及严重程度这些客观指标，也包括患者睡眠、瘙痒情况的主观症状评分，从多个维度评价病情。但该量表内容较多，耗时较长，且需专业人士接受一定训练才能有效掌握，目前已有应用程序将其做成数字化工具以便使用 [3]。需注意的是，患者的主观症状评分可能因个人因素和情绪等影响结果。

IGA 是一种医生主观的评分工具，操作方便、快捷，易于使用、理解，为医生提供一种直观的方法来评估皮损的严重度和疗效。其依赖于医生的临床经验和专业知识，更适合用于同一患者治疗前后对比，不宜用于不同患者间比较 [24]。IGA 并未能覆盖患者主观感受，且其对皮疹的状况也进行一定程

度的简化，可能无法全面了解皮损的具体情况。故使用 IGA 时需结合其他评估工具和临床表现综合评价。

BSA 是一种简单且常用的方法，用于估计皮损涵盖的体表面积。其优点是能直接、客观地评估病变的覆盖度，即使在不同医生之间，其结果也相对一致，无需接受长时间训练即可掌握，但其仅测量皮损面积，无法评估严重程度及其他症状，故需与其他评价工具配合使用。

vIGA×BSA 是一种注重疾病严重程度和覆盖范围的评估工具 [25]，所获结果更为全面，能较好地反映病情变化，即便是较小的改变也能反映出来，且其具有较高的可信度和准确性 [14]。与其他基于医生主观判断的评估工具一样，vIGA×BSA 存在一定主观性，结果可能存在一些差异。

PP-NRS 能够量化瘙痒的主观体验，反映患者在日常生活中的真实感受，且简单、易实施。但是结果因个人感觉阈值的不同，存在一定的主观性，且该评分只能反映瘙痒强度，但无法反映其频率。由于其主观性和局限性，需配合其他工具共同应用。

POEM 关注患者的主观感受，包括 AD 对睡眠和日常活动的影响 [26]，涵盖 AD 的核心症状，能较全面地反映病情严重程度 [27]。同时该量表简单易用，可由患者或家属完成。但其可能会受个人认知及情绪等因素的影响，且不能精确反映皮损面积，体表面积大但症状较轻的 AD 可能会被低估。尽管目前有翻译版本，但语言及文化因素可能影响其在不同文化背景患者中的应用。

DLQI、cDLQI 及 IDQOL 均为评估患者生活质量而设计 [28—29]，但针对的年龄段不同。前两者均考虑患者的心理、生理及社交等多方面特征，使医生能更详细了解疾病对患者生活的影响。但 DLQI、cDLQI 及 IDQOL 量表里部分问题不能适用于所有人，例如工作问题不适用于失业及退休人群，学习问题不适用于非学龄期人群，性行为问题不适合无性行为患者等情况。IDQOL 能具体反映出 AD 对婴儿及其家庭生活的影响 [20]。该量表包括关于瘙痒、睡眠及护理等方面，结果具有针对性且全面。但因量表由家属代答，可能受家属自身情绪、认知等主观因素影响。

ADCT 操作简单、易于理解，适用于各年龄段，可反映疾病对患者日常生活的影响以及疾病控制的客观情况 [22]。由于其是自我评定工具，也存在主观性，该量表侧重症状和生活质量，也未考虑皮损面积问题。

总之，AD 严重程度和疗效的评估工具众多，但都存在一定的局限性 [30]，详见表 5。将这些量表数字化，是医生快速选择合适工具进行评估的可行方式。同时，换位患者的角度，理解患者的症状自评、心理状态，将是未来 AD 管理的重要发展方向。

表 5 各量表的评估项目

Table 5 Assessment items for each evaluation tools

评价工具	皮损形态	皮损面积	瘙痒	睡眠	情绪	生活影响	医生评价	患者自评
EASI	√	√					√	
SCORAD	√	√	√	√			√	√
IGA	√	√					√	
BSA		√					√	
vIGA×BSA	√	√					√	
PP-NRS			√					√
POEM	√		√	√				√
DLQI			√	√	√	√		√
ADCT			√	√	√	√		√

5 结语

综上所述，AD 严重程度评估工具在临床上作用巨大，不仅可帮助医生对 AD 患者的病情进行准确评估，也有助于制定最佳药物治疗方案。通过定期的疾病评估，对药物进行及时调整，符合目前达标治疗的理念。故笔者建议在临床实践中更广泛、灵活地综合使用这些工具，以优化 AD 的诊疗效果，提高患者生活质量。

参考文献：

[1] 郝飞, 张建中. 特应性皮炎的研究现状与展望[J]. 中华医学杂志, 2023, 103(32): 2465-2469.

[2] dong WL, An J, Yu M, *et al*. The prevalence and year lived with disability of atopic dermatitis in China: findings from the global burden of disease study 2019[J]. World Allergy Organ J, 2021, 14(11): 100604.

[3] 姚煦. 常用特应性皮炎严重度评估方法[J]. 中华皮肤科杂志, 2021, 54(6): 539-541.

[4] 中华医学会皮肤性病学分会, 中国医师协会皮肤科医师分会. 中国中重度特应性皮炎诊疗临床路径专家共识(2023版)[J]. 中华皮肤科杂志, 2023, 56(11): 1000-1007.

[5] Hanifin JM, Baghoomian W, Grinich E, *et al*. The eczema area and severity index – a practical guide[J]. Dermatitis, 2022, 33(3): 187-192.

[6] 王珊, 马琳. 特应性皮炎严重程度的评估[J]. 皮肤科学通报, 2016, 33(2): 154-159.

[7] 汤蕊, 陈微, 李宏. 特应性皮炎诊断标准和严重程度评估的研究进展[J]. 中国医学科学院学报, 2023, 45(3): 493-499.

[8] Pucci N, Novembre E, Cammarata MG, *et al*. Scoring atopic dermatitis in infants and young children: distinctive features of the SCORAD index[J]. Allergy, 2005, 60(1): 113-116.

[9] Kunz B, Oranje AP, Labrèze L, *et al*. Clinical validation and guidelines for the SCORAD index: consensus report of the European Task Force on Atopic Dermatitis[J]. Dermatology, 1997, 195(1): 10-19.

[10] Stalder JF, Taïeb A. Severity scoring of atopic dermatitis: the SCORAD index. Consensus report of the European Task Force on atopic dermatitis[J]. Dermatology, 1993, 186(1): 23-31.

[11] Siegfried E, Korman N, Molina C, *et al*. Safety and efficacy of early intervention with pimecrolimus cream 1% combined with corticosteroids for major flares in infants and children with atopic dermatitis[J]. J Dermatolog Treat, 2006, 17(3): 143-150.

[12] Scarisbrick JJ, Morris S. How big is your hand and should you use it to score skin in cutaneous T-cell lymphoma?[J]. Br J Dermatol, 2013, 169(2): 260-265.

[13] Boguniewicz M, Alexis AF, Beck LA, *et al*. Expert perspectives on management of moderate-to-severe atopic dermatitis: a multidisciplinary consensus addressing current and emerging therapies[J]. J Allergy Clin Immunol Pract, 2017, 5(6): 1519-1531.

[14] Suh TP, Ramachandran D, Patel V, *et al*. Product of investigator global assessment and body surface area(IGA×BSA): a practice-friendly alternative to the eczema area and severity index to assess atopic dermatitis severity in children[J]. J Am Acad Dermatol, 2020, 82(5): 1187-1194.

[15] Silverberg JI, Lei D, Yousaf M, *et al*. Measurement properties of the product of investigator's global assessment and body surface area in children and adults with atopic dermatitis[J]. J Eur Acad Dermatol Venereol, 2021, 35(1): 180-187.

[16] Yosipovitch G, Reaney M, Mastey V, *et al*. Peak pruritus numerical rating scale: psychometric validation and responder definition for assessing itch in moderate-to-severe atopic dermatitis[J]. Br J Dermatol, 2019, 181(4): 761-769.

[17] Charman CR, Venn AJ, Williams HC. The patient-oriented eczema measure: development and initial validation of a new tool for measuring atopic eczema severity from the patients' perspective[J]. Arch Dermatol, 2004, 140(12): 1513-1519.

[18] Finlay AY, Khan GK. Dermatology life quality index (DLQI) – a simple practical measure for routine clinical use[J]. Clin Exp Dermatol, 1994, 19(3): 210-216.

[19] Lewis-Jones MS, Finlay AY. The children's dermatology life quality index(CDLQI): initial validation and practical use[J]. Br J Dermatol, 1995, 132(6): 942-949.

[20] Lewis-Jones MS, Finlay AY, Dykes PJ. The infants' dermatitis quality of life index[J]. Br J Dermatol, 2001, 144(1): 104-110.

[21] 陆慧慧, 高迎霞, 张倩莹, 等. 皮肤性病诊疗学杂志, 2023, 30(4): 360-365.

[22] Pariser DM, Simpson EL, Gadkari A, *et al*. Evaluating patient-perceived control of atopic dermatitis: design, validation, and scoring of the atopic dermatitis control tool(ADCT)[J]. Curr Med Res Opin, 2020, 36(3): 367-376.

[23] 张文涛. ADCT量表在特应性皮炎疗效评估中的应用价值研究[D]. 银川: 宁夏医科大学, 2023.

[24] 张子圣. POEM量表中文版在特应性皮炎中的测评[D]. 广州: 广州中医药大学, 2018.

[25] Simpson E, Bissonnette R, Eichenfield LF, *et al*. The validated investigator global assessment for atopic dermatitis(vIGA-AD): the development and reliability testing of a novel clinical outcome measurement instrument for the severity of

atopic dermatitis[J]. J Am Acad Dermatol, 2020, 83(3): 839-846.

[26] Schram ME, Spuls PI, Leeflang MMG, *et al*. EASI, (objective) SCORAD and POEM for atopic eczema: responsiveness and minimal clinically important difference[J]. Allergy, 2012, 67(1): 99-106.

[27] Charman CR, Venn AJ, Ravenscroft JC, *et al*. Translating patient-oriented eczema measure (POEM) scores into clinical practice by suggesting severity strata derived using anchor-based methods [J]. Br J Dermatol, 2013, 169(6): 1326-1332.

[28] Basra MKA, Salek MS, Camilleri L, *et al*. Determining the minimal clinically important difference and responsiveness of the dermatology life quality index (DLQI): further data[J]. Dermatology, 2015, 230(1): 27-33.

[29] Salek MS, Jung S, Brincat-Ruffini LA, *et al*. Clinical experience and psychometric properties of the children's dermatology life quality index (CDLQI), 1995 — 2012[J]. Br J Dermatol, 2013, 169(4): 734-759.

[30] De Bruin-Weller M, Biedermann T, Bissonnette R, *et al*. Treat-to-target in atopic dermatitis: an international consensus on a set of core decision points for systemic therapies[J]. Acta Derm Venereol, 2021, 101(2): adv00402.

（编辑：王　佳）