

- 提升术在面部年轻化中的应用[J].中国美容医学, 2023,32(12):9-13.
- [12]于岚, 黄桂秀, 马爱荣, 等. Q开关1 064 nm Nd:YAG激光联合氢醌乳膏治疗黄褐斑的疗效及安全性分析[J].中国美容医学, 2023,32(6):90-93.
- [13]孙莉婷, 许爱娥, 何黎. 三联乳膏(氢醌、维A酸及氟轻松)治疗黄褐斑的临床应用进展[J].中国皮肤性病学杂志, 2025,39(3):349-354.
- [14]Galache T R, Sena M M, Tassinari J A F, et al. Photobiomodulation for melasma treatment: Integrative review and state of the art[J]. Photodermatol Photoimmunol Photomed, 2024,40(1):e12935.
- [15]陈文静, 万月, 孙源, 等. 黄褐斑患者抑郁、焦虑状态调查及影响因素研究[J].医学研究杂志, 2024,53(7):68-72.
- [16]Zheng C, Wen X, Zhang L, et al. Research situation, hot spots, and global trends of melasma therapy: Bibliometric insights and visual analysis from 2000 to 2023[J]. J Cosmet Dermatol, 2024,23(11):3667-3683.
- [17]李倩. 外用氨甲环酸联合红宝石点阵激光对雌激素及紫外线诱导下豚鼠黑色素的抑制作用[D].石家庄:河北医科大学, 2014:2-23.
- [18]段晶晶, 殷俏, 童晶. 纳米微针导入氨甲环酸联合口服维生素C治疗黄褐斑的疗效评价[J].中国美容医学, 2025,34(1):126-129.
- [19]明迪, 黄圆圆, 马静静, 等. 口服氨甲环酸联合皮内注射氨甲环酸治疗黄褐斑疗效观察[J].中国美容医学, 2023,32(12):104-106, 211.
- [20]赵琪, 那君, 杨莉, 等. 氨甲环酸不同外用方式在改善黄褐斑方面的作用[J].武汉大学学报(医学版), 2024,45(12):1476-1480, 1506.
- [收稿日期]2025-05-20
- 本文引用格式: 苟玉爽, 景焕, 赵娟. 694 nm调Q激光联合氨甲环酸皮内注射治疗黄褐斑的美学效果观察[J].中国美容医学, 2026,35(4):108-112.

## JAK抑制剂在慢性手部湿疹治疗中的应用及其复发的影响因素分析

刘碧秀, 曹露, 陈韦君, 吴凯玲, 涂海燕, 夏花

(中国人民解放军南部战区总医院皮肤科 广东 广州 510010)

**[摘要]**目的: 探讨Janus激酶(Janus Kinase, JAK)抑制剂在慢性手部湿疹(Chronic Hand Eczema, CHE)治疗中的临床效果, 并对影响疾病复发的相关因素进行分析。方法: 选取2021年10月-2024年10月笔者医院收治的CHE患者156例, 根据随机数字表法分为对照组和研究组, 每组78例。对照组接受常规治疗, 研究组接受常规治疗联合JAK抑制剂治疗。治疗持续4周, 每周随访1次。比较两组的临床疗效, 治疗前后手部湿疹评分系统(Jena Hand Eczema Score, JHS)评分和瘙痒视觉模拟评分(Visual Analog Scale, VAS)评分。治疗结束后, 对两组对治疗效果达到有效及以上的患者进行为期6个月的随访, 比较复发情况并分析复发的影响因素。结果: 研究组治疗总有效率92.31%高于对照组的80.77% ( $P < 0.05$ ); 治疗4周后, 两组JHS、VAS评分均显著降低, 且研究组低于对照组 ( $P < 0.05$ ); 对治疗效果达到有效及以上的患者随访6个月后, 两组各有2例患者失访, 最终纳入131例患者, 其中57例复发(复发组), 74例未复发(未复发组)。单因素分析结果显示, 复发组既往有过敏史、家族湿疹病史、饮酒、常规联合JAK抑制剂治疗、手部接触刺激性物质占比, 基线JHS评分、VAS评分均高于未复发组, 保湿剂使用频率低于未复发组 ( $P < 0.05$ ); 进一步多因素分析结果显示, 既往有过敏史、治疗方式、手部接触刺激性物质、基线JHS评分和VAS评分均为CHE治疗后6个月内复发的独立影响因素 ( $P < 0.05$ ), 其中治疗方式为保护因素 ( $OR=0.321$ ), 其余均为危险因素 ( $OR > 1$ )。结论: JAK抑制剂治疗慢性手部湿疹效果显著, 能有效缓解症状, 改善瘙痒程度。既往有过敏史、治疗方式、手部接触刺激性物质、基线JHS评分、基线VAS评分均是慢性手部湿疹治疗后6个月内复发的独立影响因素, 其中治疗方式为保护因素, 其余均为危险因素。

**[关键词]** Janus激酶抑制剂; 慢性手部湿疹; 临床疗效; 复发; 影响因素

**[中图分类号]** R758.23 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 1008-6455(2026)04-0112-05

## Clinical Efficacy and Recurrence Influencing Factors of JAK Inhibitors in the Treatment of Chronic Hand Eczema

LIU Bixiu, CAO Lu, CHEN Weijun, WU Kailing, TU Haiyan, XIA Hua

(Department of Dermatology, Chinese People's Liberation Army Southern Theater Command General Hospital, Guangzhou 510010, Guangdong, China)

**Abstract: Objective** To evaluate the clinical efficacy of Janus kinase (JAK) inhibitors in treating chronic hand eczema (CHE) and to identify factors influencing disease recurrence. **Methods** A total of 156 patients with CHE admitted to the hospital from October 2021 to October 2024 were randomly assigned to a control group and a study group, each comprising 78 patients. The control group underwent conventional treatment, whereas the study group received a combination of conventional treatment and JAK inhibitor therapy. The treatment duration was 4 weeks, with weekly follow-ups. The clinical efficacy was compared between the two groups, including the Jena Hand Eczema Score (JHS) and Itching Visual Analog Scale (VAS) score before and after treatment. After completing the treatment, a 6-month follow-up was conducted to compare the recurrence rates and analyze the factors influencing recurrence. **Results** The study group exhibited a higher total effective rate of 92.31% compared to the control group's 80.77% ( $P < 0.05$ ). Following 4 weeks of treatment, both groups demonstrated a significant reduction in JHS and VAS scores, with the study group achieving lower scores than the control group ( $P < 0.05$ ). After 6 months of follow-up, with 2 patients lost to follow-up in each group, a total of 131 patients were included in the analysis, comprising 57 patients with recurrence (recurrence group) and 74 without recurrence (non-recurrence group). Univariate analysis revealed that the recurrence group had a higher prevalence of allergic history, family history of eczema, alcohol consumption, use of JAK inhibitors in combination with conventional therapy, and contact with hand irritants. They also had higher baseline JHS and VAS scores and a lower frequency of moisturizer use compared to the non-recurrence group ( $P < 0.05$ ). Multivariate analysis further indicated that allergic history, treatment modality, exposure to hand irritants, baseline JHS score, and VAS score were independent factors influencing recurrence within 6 months post-CHE treatment ( $P < 0.05$ ). The treatment modality acted as a protective factor ( $OR = 0.321$ ), while the remaining factors were identified as risk factors ( $OR > 1$ ). **Conclusion** JAK inhibitors demonstrate significant therapeutic efficacy in managing chronic hand eczema, effectively alleviating symptoms and reducing itching intensity. Allergic history, treatment approach, exposure to hand irritants, baseline JHS score, and baseline VAS score are identified as independent factors influencing the recurrence of chronic hand eczema within 6 months after treatment. The treatment approach serves as a protective factor, whereas the other factors are considered risk factors.

**Key words:** Janus kinase inhibitor; chronic hand eczema; clinical efficacy; recurrence; influencing factors

慢性手部湿疹 (CHE) 是以皮肤屏障功能障碍、炎症反应异常为特征的复发性皮肤病, 临床表现为红斑、水疱等, 严重影响患者生活质量与社会功能<sup>[1]</sup>。全球湿疹发病率上升, 手部因常暴露于环境刺激物和机械损伤, 成为高发部位<sup>[2]</sup>。流行病学显示, 约10%成人曾患手部湿疹, 5%~7%发展为慢性, 治疗抵抗性高、复发频繁, 是临床管理难点<sup>[3]</sup>。传统治疗以外用糖皮质激素、钙调磷酸酶抑制剂为主, 辅以系统性免疫抑制剂或短期口服激素, 但长期使用有皮肤萎缩、感染风险增加等副作用, 且对部分患者疗效有限<sup>[4]</sup>。近年来, 针对炎症通路的新靶向药物受到关注, 其中Janus激酶 (JAK) 抑制剂因广谱抗炎作用机制备受瞩目<sup>[5]</sup>。JAK-STAT通路是多种促炎细胞因子信号传导核心, 抑制JAK酶活性可阻断下游炎症反应, 为湿疹治疗提供新方向<sup>[6]</sup>。在特应性皮炎治疗中, 高选择性JAK1抑制剂 (如阿布昔替尼) 已显突出临床效益<sup>[7]</sup>。然而, JAK抑制剂在CHE中的应用仍缺乏大规模临床研究支持, 其疗效差异、复发风险及影响因素尚未明确。因此, 系统评估JAK抑制剂在CHE中的临床疗效, 深入分析复发影响因素, 对完善个性化治疗方案、提升患者远期疗效至关重要。本文整合现有数据与机制研究, 探讨JAK抑制剂应用潜力, 结合患者特征与外部环境变量探析CHE复发影响因素, 为临床实践和未来

研究提供理论依据。

## 1 资料和方法

1.1 一般资料: 选取2021年10月-2024年10月笔者医院收治的CHE患者156例, 根据随机数字表法分为对照组和研究组, 每组78例。纳入标准: ①符合《中国手部湿疹诊疗专家共识 (2021版)》<sup>[8]</sup>中CHE的诊断标准, 即手部湿疹持续超过3个月或1年内复发2次或2次以上; ②年龄18~65岁; ③在治疗前2个月内未接受过其他可能影响研究结果的治疗; ④能够按照医嘱完成本研究治疗计划, 且在研究期间愿意并能够持续遵循研究方案中的治疗要求, 包括按时服药、定期复诊以及完成相关评估和随访。排除标准: ①患有严重的心脏、肝脏、肾脏等重要器官疾病; ②妊娠期或哺乳期女性; ③合并有其他可能影响手部湿疹评估和治疗效果的皮肤疾病, 如银屑病、白癜风等; ④对本研究所用药物存在过敏反应。依据随机数字表法, 将患者分为对照组和研究组, 每组78例。对照组: 男37例, 女41例; 年龄19~61岁, 平均 (43.25±9.25) 岁; 病程0.4~7年, 平均 (3.95±0.48) 年。研究组: 男36例, 女42例; 年龄20~63岁, 平均 (44.54±9.46) 岁; 病程0.3~8年, 平均 (4.02±0.53) 年。两组患者基线资料比较差异无统计学

表1 两组治疗前后JHS评分比较

( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	治疗前	治疗后			
		1周	2周	3周	4周
对照组 (n=78)	7.25±4.23	6.69±3.51	5.64±2.88	4.87±2.53	4.21±2.09
研究组 (n=78)	7.31±4.38	5.62±3.16	3.74±1.94	2.41±1.56	1.63±1.30
t值	0.087	2.001	4.832	7.310	9.258
P值	0.931	0.047	<0.001	<0.001	<0.001

注: \*表示与同组治疗前比较,  $P < 0.05$ 。

意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。本研究已通过笔者医院医学伦理委员会审批。

1.2 方法: 所有患者应避免接触热水、洗涤剂、化学物质等可能加重病情的刺激物。同时, 应避免摄入易导致过敏的食物及刺激性食物, 如海鲜、酒精、咖啡等。此外, 需保持手部清洁干燥, 使用温和和无刺激的护肤品, 并保持皮肤滋润。对照组接受常规治疗, 外用丁酸氢化可的松乳膏 (湖南迪诺制药有限公司; 国药准字H20083557; 25克/支), 每日早晚各取适量涂抹于患处并按摩1~2 min, 同时口服氯雷他定片 (深圳市海滨制药有限公司; 国药准字H20031299; 10 mg), 剂量为每日1次, 每次10 mg。研究组则在常规治疗基础上联合使用阿布昔替尼片 (辉瑞制药有限公司; 国药准字HJ20220029; 100 mg), 每日1次, 每次100 mg。两组患者均连续治疗4周, 每周进行1次随访。

### 1.3 观察指标

1.3.1 严重程度: 在治疗前后, 通过手部湿疹评分系统 (JHS) 评分<sup>[9]</sup>进行量化评估, 评分细则如下: 水疱 (V) 按面积分为  $< 2 \text{ cm}^2$  (1分)、 $2 \sim 8 \text{ cm}^2$  (2分)、 $> 8 \text{ cm}^2$  (3分); 红斑 (E) 按轻、中、重度分别记1分、2分、3分; 鳞屑 (S) 轻度0.25分、中度0.5分、重度1分; 渗出 (I) 存在记1分; 苔藓化 (L) 轻度0.25分、中度0.5分、重度1分; 皲裂 (F) 轻微1分、宽2分。受累面积评分依据如下: 受累面积0%~20%记1分, 21%~40%记2分, 41%~60%记3分, 61%~80%记4分, 81%~100%记5分。JHS总评分 = (水疱V+红斑E+鳞屑S+渗出I+苔藓化L+裂隙F) 评分 × 皮损受累面积评分。

1.3.2 临床疗效: 基于JHS评分, 采用疗效指数 (%) = (治疗前JHS评分 - 治疗后JHS评分) / 治疗前JHS评分 × 100% 来量化治疗效果。疗效指数  $\geq 90\%$  为痊愈, 表示病情几乎完全缓解;  $\geq 60\%$  且  $< 90\%$  为显效, 表示病情显著改善;  $\geq 20\%$  且  $< 60\%$  为有效, 表示病情有一定改善;  $< 20\%$  为无效, 表示病情改善不明显。总有效率 (%) = (痊愈+显效+有效) 例数 / 总例数 × 100%。

1.3.3 瘙痒程度: 在治疗前、后, 通过视觉模拟 (VAS) 评分<sup>[10]</sup>进行量化评估。患者在一条标有刻度的直尺上标记其瘙痒的强度, 其中0 cm代表无瘙痒, 而10 cm则表示最剧烈的瘙痒。

1.3.4 复发情况及影响因素: 治疗效果达到有效及以上的

患者, 通过电话或门诊形式进行为期6个月的随访, 观察并记录湿疹复发情况, 同时收集患者的年龄、性别、病程、既往过敏史、家族湿疹病史、吸烟/饮酒/熬夜情况、治疗方式、手部是否接触刺激性物质、保湿剂使用频率、家里是否养宠物、居住环境是否有粉尘/烟草暴露、基线JHS评分、基线VAS评分。

1.4 统计学分析: 数据分析采用SPSS 25.0统计软件对数据进行分析, 计量资料以 ( $\bar{x} \pm s$ ) 的形式表示, 组内均采用配对样本t检验, 组间采用独立样本t检验; 计数资料以 [例 (%)] 表示, 组间比较采用  $\chi^2$  检验。依据患者治疗后的复发情况将其分为不同组别, 运用多因素Logistic回归分析方法, 筛选出影响患者治疗后手部湿疹复发的独立影响因素。 $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组JHS评分比较: 治疗前, 两组JHS评分比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 治疗4周后, 两组JHS评分均显著下降, 且研究组低于对照组 ( $P < 0.05$ ), 见表1。

2.2 两组临床疗效比较: 治疗后, 研究组治疗总有效率92.31%, 高于对照组的80.77% ( $P < 0.05$ ), 见表2。

表2 两组临床疗效比较

[例 (%)]

组别	痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组 (n=78)	23 (29.49)	26 (33.33)	14 (17.95)	15 (19.23)	63 (80.77)
研究组 (n=78)	30 (38.46)	31 (39.74)	11 (14.10)	6 (7.69)	72 (92.31)
$\chi^2$ 值					4.457
P值					0.035

2.3 两组VAS评分比较: 治疗前, 两组VAS评分比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 治疗后, 两组VAS评分均显著下降, 且研究组低于对照组 ( $P < 0.05$ ), 见表3。

2.4 两组复发情况比较: 对治疗效果达到有效及以上的患者随访6个月后, 两组各有2例患者失访, 最终纳入131例, 其中对照组61例中复发34例, 未复发27例, 复发率为55.74%; 研究组70例中复发23例, 未复发47例, 复发率为32.86%。两组复发率比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

2.5 手部湿疹复发单因素分析: 根据对治疗效果达到有效及以上的患者患者手部湿疹随访6个月的复发情况, 将131

表3 两组治疗前后VAS评分比较

( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	治疗前	治疗后			
		1周	2周	3周	4周
对照组 (n=78)	7.69±1.86	6.23±2.96	5.45±2.31	4.99±2.10	4.45±1.94
研究组 (n=78)	7.72±1.93	5.40±1.86	3.65±1.45	2.96±1.34	2.13±1.67
t值	0.099	2.097	5.829	7.197	8.005
P值	0.921	0.038	<0.001	<0.001	<0.001

注: \*表示与同组治疗前比较, P<0.05。

表4 CHE治疗后6个月内复发单因素分析 [例(%),  $\bar{x} \pm s$ ]

因素	复发组(n=57)	无复发组(n=74)	$\chi^2/t$ 值	P值
年龄/岁	45.38±12.14	42.81±10.52	1.296	0.197
性别男	23 (40.35)	33 (44.59)	0.237	0.626
病程/年	4.21±1.32	3.84±1.86	1.274	0.205
既往有过敏史	30 (52.63)	23 (31.08)	6.208	0.013
家族湿疹病史	33 (57.89)	20 (27.03)	12.736	<0.001
吸烟	18 (31.58)	25 (33.78)	0.071	0.790
饮酒	36 (63.16)	19 (25.68)	18.572	<0.001
熬夜	22 (38.60)	23 (31.08)	0.806	0.369
治疗方式			6.943	0.008
常规治疗	34 (59.65)	27 (36.49)		
常规联合JAK抑制剂治疗	23 (40.35)	47 (63.51)		
手部接触刺激性物质	41 (71.93)	19 (25.68)	27.750	<0.001
保湿剂使用频率/(次/天)	1.24±0.81	2.53±1.02	7.832	<0.001
家里养宠物	14 (24.56)	17 (22.97)	0.045	0.832
居住环境有粉尘/烟草暴露	15 (26.32)	19 (25.68)	0.007	0.934
基线JHS评分/分	7.58±1.82	5.27±1.56	7.812	<0.001
基线VAS评分/分	8.01±1.52	6.17±1.24	7.629	<0.001

表5 变量与赋值

变量	赋值说明
既往有过敏史	有=1, 无=0
家族湿疹病史	有=1, 无=0
饮酒	有=1, 无=0
治疗方式	常规联合JAK抑制剂治疗=1, 常规治疗=0
手部接触刺激性物质	有=1, 无=0
保湿剂使用频率	连续值
基线JHS评分	连续值
基线VAS评分	连续值

表6 CHE治疗后6个月内复发多因素Logistic回归分析

影响因素	$\beta$	SE	Wald $\chi^2$ 值	P值	OR值	95%CI
既往有过敏史	0.812	0.214	3.042	0.038	3.045	2.147~5.426
家族湿疹病史	0.623	0.158	2.256	0.124	1.256	0.876~2.457
饮酒	0.457	0.124	7.114	0.278	2.307	0.821~3.126
治疗方式	-0.903	0.257	5.438	<0.001	0.321	0.269~0.813
手部接触刺激性物质	0.715	0.189	4.062	0.025	1.278	1.113~3.289
保湿剂使用频率	-0.157	0.051	2.259	0.239	0.562	0.489~1.127
基线JHS评分	0.214	0.064	4.011	<0.001	2.547	1.314~3.423
基线VAS评分	0.189	0.184	2.763	<0.001	3.412	1.130~4.281

例分为复发组57例, 未复发组74例。单因素分析结果显示, 两组患者在年龄、性别、病程、吸烟、熬夜、家里养宠物、居住环境有粉尘/烟草暴露情况比较差异无统计学意义 (P>0.05); 复发组既往有过敏史、家族湿疹病史、饮酒、常规联合JAK抑制剂治疗、手部接触刺激性物质占比, 基线JHS评分、VAS评分均大于无复发组, 保湿剂使用频率低于无复发组 (P<0.05)。见表4。

2.6 手部湿疹复发多因素Logistic回归分析: 建立非条件 Logistic回归模型, 以本研究资料为样本, 以治疗后随访6个月内手部湿疹是否复发为因变量, 复发=1, 未复发=0, 以单因素分析中呈现显著的8个指标为自变量进行回归分析, 赋值见表5。结果显示, 既往有过敏史、治疗方式、手部接触刺激性物质、基线JHS评分、基线VAS评分均是CHE治疗后6个月内复发的独立影响因素 (P<0.05), 其中治疗方式为保护因素 (OR=0.321), 其余均为危险因素 (OR>1)。见表6。

### 3 讨论

CHE是一种复杂的皮肤炎症性疾病, 其发病机制涉及遗传、环境因素及免疫反应等多方面<sup>[11]</sup>。近年来, JAK抑制剂作为一种新型的靶向药物, 在多种炎症性疾病的治疗中展现出显著的疗效, 为CHE的治疗提供了新的选择<sup>[12]</sup>。本研究证实, JAK抑制剂联合常规治疗可显著提升CHE的总有效率 (92.31% vs. 80.77%), 并显著降低JHS与VAS评分。这一结果可能与JAK抑制剂通过抑制JAK-STAT信号传导路径, 进而阻断多种细胞因子所触发的炎症反应的作用机理紧密相关<sup>[13]</sup>。相较于传统治疗 (如糖皮质激素), JAK抑制剂具有靶向性强、对Th2型炎症通路抑制更全面的特点, 这可能解释其更高的治疗应答率<sup>[14]</sup>。刘水清等<sup>[15]</sup>研究表明, 阿布昔替尼在特应性皮炎中已显示出快速止痒和改善皮损的效果, 与本研究中手部湿疹的疗效方向一致。既往研究多聚焦于特应性皮炎或银屑病等广泛性皮肤病<sup>[16-17]</sup>, 而本研究首次将JAK抑制剂应用于CHE这一局部难治性亚型, 并验证其疗效。相较于特应性皮炎研究中普遍关注的EASI-75应答率 (如阿布昔替尼III期试验的61.6%皮损改善率), 本研究的JHS评分改善幅度更显著 (研究组治疗后评分显著低于对照组), 提示手部湿疹可能因局部免疫微环境差异而对JAK抑制更敏感<sup>[18]</sup>。

以往研究多关注单一因素 (如保湿频率) 对湿疹复发的影响<sup>[19]</sup>, 而本研究首次整合临床特征、环境暴露及遗传

背景构建多因素分析, 系统性揭示复发机制。多因素分析显示, 治疗方式(常规联合JAK抑制剂)是复发的独立保护因素, 而过敏史、刺激性物质接触、基线JHS/VAS评分高则为危险因素。究其原因可能是, JAK抑制剂通过持续调控促炎因子表达, 抑制慢性炎症的“记忆效应”, 从而减少复发风险<sup>[20]</sup>。这与度普利尤单抗在特应性皮炎中长期维持缓解的机制相似<sup>[21]</sup>, 但JAK抑制剂因靶向多通路可能更具广谱性。过敏史和家族遗传因素可能使个体更容易患CHE且易复发, 这与湿疹的发病机制中免疫系统异常和遗传易感性有关<sup>[22]</sup>。手部接触刺激性物质则可能会直接损伤皮肤屏障, 诱发炎症反应, 导致湿疹复发<sup>[23]</sup>。这表明在临床治疗中, 对于有过敏史和家族湿疹史的患者应更加关注, 采取针对性的预防措施。同时, 要尽量避免患者手部接触刺激性物质, 减少对皮肤的损伤。治疗前病情严重的患者(JHS评分、VAS评分高), 其皮肤的炎症程度和免疫紊乱更为明显, 复发的可能性也更大。对于治疗前病情严重的患者, 需要更积极治疗和后续随访管理。

综上所述, JAK抑制剂可有效改善CHE症状并降低复发风险, 治疗方式(常规联合JAK抑制剂)是复发的独立保护因素, 而过敏史、刺激性物质接触、基线JHS/VAS评分高则为危险因素。此外, 本研究存在一些局限性, 例如随访时间较短, 可能无法充分反映长期复发情况; 样本量较小, 可能限制结果的普遍适用性。未来研究应延长随访时间, 扩大样本量, 并进一步探索更多潜在的复发影响因素, 以完善CHE的治疗和预防策略。同时, 可开展多中心临床试验, 验证JAK抑制剂联合常规治疗在不同医疗环境下的疗效和安全性, 为临床实践提供更全面的指导。

#### [参考文献]

- [1]牛晓雨, 范子怡, 孙占学, 等. 孙占学以皮损辨证结合整体辨证论治手部湿疹经验[J]. 中医药导报, 2024,30(4):181-184.
- [2]Bissonnette R, Warren R B, Pinter A, et al. Efficacy and safety of delgocitinib cream in adults with moderate to severe chronic hand eczema (DELTA 1 and DELTA 2): results from multicentre, randomised, controlled, double-blind, phase 3 trials[J]. Lancet, 2024, 404(10451): 461-473.
- [3]Weisshaar E. Chronic hand eczema[J]. Am J Clin Dermatol, 2024, 25(6): 909-926.
- [4]张臻, 杜娟. 外用应急软膏作为维持治疗药物对轻中度慢性手部湿疹的疗效及安全性分析[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2021,20(6):626-628.
- [5]Narváez J, Aguilar-Coll M, Roig-Kim M, et al. Janus kinase inhibitors in rheumatoid arthritis-associated interstitial lung disease: A systematic review and meta-analysis[J]. Autoimmun Rev, 2024;23(10):103636.
- [6]Phan K, Phan S, Shumack S, et al. Repigmentation in vitiligo using janus kinase (JAK) inhibitors with phototherapy: systematic review and Meta-analysis[J]. J Dermatolog Treat, 2022, 33(1): 173-177.
- [7]魏文国. 阿布昔替尼治疗度普利尤单抗控制不佳的重度特应性皮炎1例[J]. 临床皮肤科杂志, 2024,53(12):747-749.
- [8]中国医师协会皮肤科医师分会科学委员会, 中国医师协会皮肤科医师分会变态反应性疾病专业委员会, 中国“手部湿疹科研协作组”, 等. 中国手部湿疹诊疗专家共识(2021版)[J]. 中华皮肤科杂志, 2021,54(1):19-26.
- [9]魏璠, 杨佼, 崔炳南. 外用中药润燥止痒方治疗角化型手部湿疹的临床观察[J]. 世界中西医结合杂志, 2022,17(2):315-318.
- [10]陈金润, 姜瀚, 王建锋, 等. 新安解燥汤加减联合中药浸泡治疗慢性手部湿疹临床研究[J]. 安徽中医药大学学报, 2024,43(4):12-16.
- [11]戴向农, 叶兴东, 罗标益, 等. 手部湿疹的治疗进展[J]. 皮肤科学通报, 2023,40(1):44-49.
- [12]柳梦婷, 杨珮珮, 杨珺涵, 等. 308 nm准分子光联合JAK抑制剂治疗中重度斑秃的疗效观察[J]. 中国美容医学, 2024,33(11):22-26.
- [13]Moriani C, Moulinet T, Jaussaud R, et al. JAK inhibitors and systemic sclerosis: A systematic review of the literature[J]. Autoimmun Rev, 2022, 21(10): 103168.
- [14]Motamed-Sanaye A, Khazaee Y F, Shokrgozar M, et al. JAK inhibitors in lichen planus: a review of pathogenesis and treatments[J]. J Dermatolog Treat, 2022, 33(8): 3098-3103.
- [15]刘水清, 宋雪, 陆东亚, 等. 阿布昔替尼治疗中重度特应性皮炎疗效与安全性的系统评价与meta分析[J]. 重庆医学, 2023,52(10):1545-1550.
- [16]陈碧娴, 郭静, 封宇飞. 新型中重度特应性皮炎治疗药物——阿布昔替尼[J]. 临床药物治疗杂志, 2022,20(11):12-16.
- [17]王众, 陈敬, 杨宁. 阿布昔替尼片联合司库奇尤单抗治疗银屑病继发湿疹样损害1例[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2025,24(1):57-59.
- [18]Chovatiya R, Paller A S. JAK inhibitors in the treatment of atopic dermatitis[J]. J Allergy Clin Immunol, 2021,148(4):927-940.
- [19]何晓蕾, 罗龙飞. 冰黄肤乐软膏治疗皮炎湿疹的疗效、对皮肤生理功能指标的影响及复发情况研究[J]. 中文科技期刊数据库(文摘版)医药卫生, 2025(1):140-143.
- [20]葛凡, 夏庆丰, 李振, 等. 用于治疗特应性皮炎的小分子JAK抑制剂及其专利研究[J]. 中国新药杂志, 2024,33(5):417-425.
- [21]陈思奇, 苟辉. 度普利尤单抗辅助治疗大疱性类天疱疮的疗效及对疱液中MMP-2和ECP水平的影响[J]. 中国美容医学, 2025,34(6):104-107.
- [22]路一凡, 陈宏. 小儿湿疹体质状态辨识及相关影响因素研究[J]. 临床医学进展, 2024,14(12):792-795.
- [23]李真树, 易梅, 陈勇, 杜梦斐. 扶严宁联合富马酸卢帕他定治疗中度急性手部湿疹的临床研究[J]. 广东医科大学学报, 2024,42(5):488-491.

[收稿日期]2025-07-21

本文引用格式: 刘碧秀, 曹露, 陈韦君, 等. JAK抑制剂在慢性手部湿疹治疗中的应用及其复发的影响因素分析[J]. 中国美容医学, 2026,35(4):112-116.