

· 基层常见疾病诊疗指南 ·

银屑病基层诊疗指南(2022 年)

中华医学会 中华医学杂志社 中华医学会皮肤性病学分会 中华医学会全科医学分会
中华医学会《中华全科医师杂志》编辑委员会 皮肤病与性病基层诊疗指南编写专家组
通信作者:张学军,苏州大学附属独墅湖医院皮肤科,苏州 215123, Email: ayxj@vip.sina.com

【关键词】 银屑病; 指南

Guideline for primary care of psoriasis(2022)

Chinese Medical Association, Chinese Medical Journals Publishing House, Chinese Society of Dermatology, Chinese Society of General Practice, Editorial Board of Chinese Journal of General Practitioners of Chinese Medical Association, Expert Group of Guidelines for Primary Care of Skin and Venereal Disease

Corresponding author: Zhang Xuejun, Department of Dermatology, Dushuhu Public Hospital Affiliated to Soochow University, Suzhou 215123, China, Email: ayxj@vip.sina.com

一、概述

(一)定义

银屑病是一种遗传与环境共同作用诱发的免疫介导的慢性、复发性、炎症性和系统性疾病^[1-2]。典型临床表现为鳞屑性红斑或斑块,局限或广泛分布,可出现脓疱或其他系统性症状,包括关节损害、代谢综合征、心血管疾病、炎症性肠病和慢性肾脏疾病等^[3-4]。

(二)流行病学

据流行病学统计,1984 年中国银屑病患病率为 0.123%^[5],2008 年调查 6 个城市患病率为 0.47%^[6],2017 年西南 4 省市患病率为 0.5%^[7]。患病率总体呈逐渐上升趋势,且存在地区差异,北方高于南方,估算我国银屑病患者人数在 700 万例以上。银屑病可发生于各年龄段,无性别差异,约 2/3 的患者 40 岁之前发病,多数患者冬季复发或加重,夏季缓解。

二、病因和发病机制

银屑病的确切病因与发病机制尚未完全阐明。

(一)病因

1. 遗传因素:流行病学资料和遗传学研究均支持银屑病的遗传倾向。31.26% 的银屑病患者有家族史。父母一方患银屑病时,其子女的发病率约为 16%;父母双方患银屑病时,其子女的发病率高达 50%^[6,8]。迄今为止,已被确认的银屑病易感基因有白细胞介素(interleukin, IL)-15、IL-12B、IL-23R、LCE3B/3C/3D、IL-23A、IL-17A、TNFAIP3、HLA-Cw*06:02 等 80 多个^[9]。

2. 环境因素:环境因素在诱发或加重银屑病中起重要作用,包括感染、精神紧张、不良嗜好(如吸烟、酗酒)、创伤和药物反应等。点滴状银屑病常与咽部急性链球菌感染有关,抗感染治疗可使病情好转。精神紧张(如应激、睡眠障碍、过度劳累)可致银屑病发生、加重或复发。创伤(如手术、烫伤、灼伤或皮肤擦伤)可使局部发生同形反应而诱发银屑病^[10-11]。

(二)发病机制

异常活化的 T 细胞在表皮或真皮层浸润为银

DOI: 10.3760/cma.j.cn114798-20220214-00098

收稿日期 2022-02-14 本文编辑 赵静姝 刘岚

引用本文:中华医学会,中华医学杂志社,中华医学会皮肤性病学分会,等.银屑病基层诊疗指南(2022 年)[J].中华全科医师杂志,2022,21(8):705-714. DOI: 10.3760/cma.j.cn114798-20220214-00098.



中华医学杂志社
Chinese Medical Association Publishing House

版权所有 违者必究



屑病的重要病理生理特征,提示免疫系统参与该病的发生和发展过程^[12]。树突细胞及其他抗原提呈细胞产生肿瘤坏死因子(tumor necrosis factor, TNF)- α 、IL-12、IL-23,诱导 CD4⁺辅助性 T 淋巴细胞(Th17 细胞)增殖和分化,进而分泌 IL-17、IL-22 等多种细胞因子,刺激角质形成细胞过度增殖或关节滑膜细胞的炎症反应。因此, Th17 细胞及 IL-23/IL-17 轴在银屑病发病中可能处于关键环节,并已经成为新的治疗靶点^[13]。

三、临床表现和分型

根据银屑病的临床特征,可分为寻常型、脓疱型、红皮病型及关节病型,其中 90% 以上为寻常型^[2]。

(一)寻常型

分为点滴状和斑块状两型。

1. 点滴状银屑病:起病急,多见于青少年,发病前 2~3 周常有咽部链球菌感染病史^[14]。皮疹初发呈向心性分布,多位于躯干和四肢近端,数天可泛发全身。皮损为 0.3~0.5 cm 大小界限清楚的丘疹、斑丘疹,色泽潮红,覆以少许鳞屑(图 1A),痒感程度不等。适当治疗可在数周内消退,少数患者会发展为慢性斑块状银屑病。

2. 斑块状银屑病:银屑病最常见的类型,占 80%~90%。皮损通常好发于头皮、躯干、臀部和四肢伸侧。典型皮损表现为境界清楚的暗红色斑块或浸润性红斑,伴或不伴瘙痒,上覆厚层银白色鳞屑(图 1B~1E);轻刮表面鳞屑,鳞屑成层状犹如蜡滴,称为“蜡滴现象”;刮去银白色鳞屑后,可露出一层淡红发亮的半透明薄膜,称为“薄膜现象”;继续刮除薄膜,可见小出血点,称“点状出血现象”(Auspitz 征)。蜡滴现象、薄膜现象与点状出血现象对银屑病有诊断价值。

根据病情发展,寻常型银屑病可分为 3 期:①进行期:新皮损不断出现,皮损浸润炎症明显,周围可有红晕,鳞屑较厚;针刺、搔抓、手术等损伤可导致受损部位出现新的典型银屑病皮损,称为同形反应(isomorphism)或 Kobner 现象;②静止期:皮损稳定,无新皮损出现,炎症较轻,鳞屑较多;③退行期:皮损缩小或变平,炎症基本消退,遗留色素减退或色素沉着斑。

(二)脓疱型

分为局限性和泛发性两型。

1. 局限性脓疱型银屑病:

(1)掌跖脓疱病:掌跖部位红斑基础上发生簇

集性无菌性脓疱,伴角化、脱屑(图 1F)。

(2)连续性肢端皮炎:指(趾)末端发生的红斑、无菌性脓疱,常有外伤等诱因,可从 1 个指(趾)逐渐累及多个指(趾),可伴甲变形、脱落或萎缩。

2. 泛发性脓疱型银屑病:常急性发病,可由急性感染、治疗不当等因素诱发。表现为红斑基础上迅速出现针尖至粟粒大小、淡黄色或黄白色的浅在性无菌性小脓疱,常密集分布,可融合形成片状脓湖(图 1G),亦可迅速发展至全身,伴肿胀和疼痛。常伴全身中毒症状,出现寒战和高热,呈弛张热型。患者可有沟状舌,指(趾)甲可肥厚浑浊。通常 1~2 周后脓疱干涸结痂,病情自然缓解,但可反复呈周期性发作;严重者可因继发感染、全身器官衰竭而死亡。

(三)红皮病型

红皮病型是一种少见的重症银屑病,多数为急性期经某些因素刺激或治疗不当诱发,少数为疾病急性加重演变而来。表现为全身皮肤弥漫性潮红、浸润肿胀并伴有大量糠状鳞屑(图 1H)。常伴有全身症状如发热、畏寒、浅表淋巴结肿大、低蛋白血症等。病程较长,易复发。

(四)关节病型

又称银屑病性关节炎。除皮损外亦出现关节病变,后者与皮损可同时或先后出现,任何关节均可受累,包括肘膝大关节、指(趾)小关节及脊椎和骶髂中轴关节。表现为关节肿胀、疼痛、活动受限,严重时可能出现关节畸形,呈进行性,但类风湿因子常阴性(图 1I、1J)。X 线示软骨消失、骨质疏松、关节腔狭窄,同时伴不同程度的关节侵蚀和软组织肿胀。

(五)特殊部位银屑病

头皮部位银屑病表现为边界清楚,覆有厚的鳞屑性红斑,以发际线处最为明显,皮损处毛发由于厚积的鳞屑而紧缩成束状,称为“束状发”(图 1K)。甲受累常表现为“顶针状”凹陷(图 1L)。

(六)银屑病共病

银屑病不仅累及皮肤,更是一种系统性疾病。特别是中重度患者,可罹患血脂异常、糖尿病、代谢综合征、克罗恩病、动脉粥样硬化性心血管疾病和慢性肾脏疾病等共病^[3-4]。

四、诊断与鉴别诊断

(一)诊断

银屑病诊断主要依据皮疹特点,同时还要结合病史资料,包括发病情况、演变规律、伴随症状、治





图1 各型银屑病典型临床图片。1A 寻常型点滴状银屑病,色泽潮红的丘疹或斑丘疹,覆以少许鳞屑;1B、1C 寻常型斑块状银屑病,呈浸润性红斑上覆厚层银白色鳞屑,蜡滴现象、薄膜现象与 Auspitz 征;1D 寻常型斑块状银屑病,呈“蛎壳状”表现;1E 寻常型斑块状银屑病,呈“地图状”表现;1F 掌跖脓疱病,掌跖部位红斑基础上发生簇集性无菌性脓疱,伴角化过度和脱屑;1G 泛发性脓疱型银屑病,在红斑基础上出现针尖至粟粒大小、淡黄色或黄白色的浅在性无菌性小脓疱,可融合形成片状脓湖;1H 红皮病型银屑病,全身皮肤弥漫性潮红、浸润肿胀并伴有大量糠状鳞屑;1I、1J 关节病型银屑病,除皮损外,出现膝大关节、指关节肿胀、畸形;1K 头皮银屑病,束状发;1L 银屑病甲,“顶针状”凹陷

疗反应等,既往史和家族史也具有重要的参考价值,必要时结合组织病理。

(二)鉴别诊断

1. 寻常型斑块状银屑病应与下列疾病进行鉴别:

(1)脂溢性皮炎:与头皮银屑病鉴别。皮损为边缘不清的红斑,上覆细小的黄色油腻鳞屑,毛发可稀疏、变细、脱落,但无束状发(图2A)。

(2)头癣:与头皮银屑病鉴别。皮损上覆灰白色糠状鳞屑,有断发及脱发,易查到真菌,多见于儿童(图2B)。

(3)二期梅毒疹:有不洁性交和硬下疳史,典型皮损为掌跖部铜红色、浸润性斑疹或斑丘疹,梅毒血清反应阳性(图2C)。

(4)扁平苔藓:皮损为多角形扁平紫红色丘疹,可融合成鳞屑性斑块,黏膜常受累,病程呈慢性(图2D)。

(5)慢性湿疹:与发生于小腿、前臂伸侧及骶尾部的肥厚性银屑病皮损进行鉴别。湿疹往往有剧

烈瘙痒,皮肤呈浸润肥厚、苔藓样变(图2E)。

(6)慢性单纯性苔藓:也称神经性皮炎,与神经精神因素关系密切,好发于颈部、双肘伸侧、腰骶部、股内侧、女阴、阴囊和肛周区等易搔抓部位。“瘙痒-搔抓-瘙痒”基础上形成苔藓样变是本病特征(图2F)。

(7)毛发红糠疹:在红斑周围能看到毛囊角化性丘疹,皮损表面覆盖密集细小鳞屑,不易剥脱,常伴有掌跖部位过度角化(图2G)。

2. 其他:关节病型银屑病需与类风湿性关节炎、强直性脊柱炎、骨关节炎等鉴别,是否有银屑病皮肤表现或银屑病既往史和家族史是重要的鉴别诊断依据。红皮病型银屑病需与其他原因的红皮病鉴别,例如湿疹、药疹等,主要鉴别点包括银屑病病史或家族史、治疗经过、发病诱因、伴随的皮疹等临床表现等。泛发性脓疱型银屑病则应注意与急性泛发性发疹性脓疱病、角层下脓疱性皮病、IgA 天疱疮、药物反应等鉴别。银屑病甲改变需与甲真菌病鉴别。





图2 银屑病的鉴别诊断典型图片。2A 脂溢性皮炎, 呈现边缘不清的红斑, 上覆细小的黄色油腻鳞屑; 2B 头癣, 为灰白色糠状鳞屑, 有断发及脱发; 2C 二期梅毒疹, 掌跖部可见铜红色、浸润性斑疹或斑丘疹; 2D 扁平苔

藓, 多角形扁平紫红色丘疹, 可融合成鳞屑性斑块; 2E 慢性湿疹, 呈暗红色丘疹、斑丘疹、抓痕及鳞屑, 局部皮肤肥厚、表面粗糙, 不同程度的苔藓样变、色素沉着或色素减退; 2F 慢性单纯性苔藓, 表现为淡红、淡褐色或正常肤色的扁平丘疹、斑丘疹, 表面可覆有少糠秕状鳞屑, 可伴有苔藓样变; 2G 毛发红糠疹, 毛囊角化性丘疹和散在性融合成糠秕状鳞屑性黄红色、棕红色斑片或斑块

五、严重程度评估

目前临床上通用的临床评分量表有多种, 例如银屑病皮损面积和严重程度指数 (Psoriasis Area and Severity Index, PASI)、甲银屑病严重程度指数 (Nail Psoriasis Severity Index, NAPS)、皮肤病生活质量指数 (Dermatology Life Quality Index, DLQI)、银屑病关节炎生存质量量表 (Psoriatic Arthritis Quality of Life, PsAQoL) 等。推荐基层医师以 PASI 或皮损面积 (body surface area, BSA) 作为选择治疗皮疹方法的依据, 1 个手掌面积相当于患者自己全身皮肤面积的 1%。

1. 轻度: PASI < 3 或 BSA < 3%。一般不影响患者生命质量, 以外用药治疗和护肤为主。

2. 中度: $3 \leq \text{PASI} < 10$ 或 $3\% \leq \text{BSA} < 10\%$ 。影响患者生命质量, 以系统治疗为主, 包括维 A 酸类、免疫抑制剂、生物制剂及光疗, 同时外用药和护肤。

3. 重度: PASI ≥ 10 或 BSA $\geq 10\%$ 。极大地影响患者生命质量, 以系统治疗为主, 包括维 A 酸类、免疫抑制剂、生物制剂及光疗, 同时外用药和护肤。

六、治疗

银屑病为慢性疾病, 虽易反复, 但通过规范治疗, 病情可以控制。治疗以控制及稳定病情, 减缓或阻抑疾病进展, 减轻红斑、鳞屑、斑块厚度及瘙痒程度, 控制相关并发症, 提高患者生命质量为目的, 需终身治疗, 方案提倡个性化。治疗方案制定应基于疾病分型和严重程度, 轻度以外用药物治疗为主; 中重度可使用光疗、系统药物治疗或生物制剂治疗。提倡中西医结合治疗。近年来生物制剂用

于银屑病治疗, 疗效好、安全, 不良反应少, 银屑病不再是难以治愈性疾病。治疗中需加强医患沟通, 提高患者治疗依从性, 避免疾病复发或加重因素, 减少治疗不良反应。

(一) 外用药物治疗

外用药物适用于绝大多数银屑病患者, 常用外用药物包括:

1. 润肤剂: 作为局部外用药物治疗的基础用药。通过增加药物渗透性, 提高局部外用糖皮质激素的疗效。对于急性期、进行期寻常型和红皮病型银屑病, 润肤剂可作为治疗的基础外用制剂。常用润肤剂有皮肤屏障修复霜、维生素 E 霜/软膏、植物油、羊毛脂及其衍生物、凡士林等。

2. 糖皮质激素: 合理使用糖皮质激素外用制剂是一种经济、有效的治疗选择。外用糖皮质激素的疗效与药物活性、浓度和剂型等有关。通常将糖皮质激素抗炎强度分 4 级: 超强效、强效、中效和弱效 (表 1)。红皮病型、脓疱型和急性点滴状银屑病宜选用弱效或中效糖皮质激素; 慢性斑块状银屑病可选用中效或强效糖皮质激素; 面部、腋窝、阴囊等部位及儿童可选用中低效非氟化糖皮质激素; 掌跖部位可用超强或强效类糖皮质激素。

原则上在取得显著疗效后逐渐降级和减量, 使用强效糖皮质激素的时限通常 < 2 周, 不主张长期使用。长期外用糖皮质激素的不良反应包括皮肤萎缩、毛细血管扩张、萎缩纹、紫癜、多毛等, 故建议其与非激素类外用药物联合、序贯或交替使用。不建议大面积外用糖皮质激素, 因为大面积用药导致经皮吸收的药量增加, 易引起系统不良反

表 1 治疗银屑病的外用糖皮质激素分级代表药物及使用建议

分级	代表药物	使用建议
超强效	0.02%~0.05% 丙酸氯倍他索、0.1% 哈西奈德、0.1% 戊酸倍他米松、0.05% 卤米松、0.05% 双醋二氟拉松	掌跖部位银屑病
强效	0.025% 丙酸氯倍他索、0.1% 糠酸莫米松、0.025% 氟轻松、0.025% 哈西奈德、0.05% 戊酸倍他米松	寻常型银屑病、掌跖部位银屑病
中效	0.5% 醋酸泼尼松、0.05% 醋酸地塞米松、0.05% 丁氯倍他松、0.025%~0.100% 曲安奈德、1.0% 丁酸氢化可的松、0.025% 醋酸氟氢可的松、0.01% 氟轻松	寻常型、红皮病型、脓疱型银屑病
弱效	1.0% 醋酸氢化可的松、0.25% 醋酸甲泼尼龙	红皮病型和脓疱型银屑病、面部、腋窝、阴囊等部位及儿童患者

应,并且停药后会引发病“反跳”。

3. 维生素 D₃ 衍生物: 如卡泊三醇软膏、他卡西醇软膏等, 适用于静止期斑块状银屑病, 与糖皮质激素相比, 该类药物治疗持续时间更长^[15]。维生素 D₃ 衍生物与糖皮质激素联合、交替使用可增加疗效, 降低激素不良反应^[16]。使用时需注意局部皮肤刺激症状、血清钙水平可逆性升高等不良反应。

4. 维 A 酸类: 用于躯干和四肢部位的静止期斑块状银屑病, 用药面积不超出 20% 体表面积。临床常用有 0.025% 维 A 酸乳膏和 0.1% 他扎罗汀乳膏。维 A 酸类最好与糖皮质激素联合外用, 可以减少刺激, 增强疗效^[1]。维 A 酸类联合中波紫外线治疗时, 可提高疗效, 减少光疗剂量。常见不良反应有刺激性皮炎和光敏感^[17]。

5. 钙调磷酸酶抑制剂: 0.03% 他克莫司软膏或 1% 吡美莫司乳膏可作为面部皮损的治疗首选, 对反向银屑病(发生于腋窝、外阴、腹股沟、乳房下等皮肤褶皱部位的银屑病)亦有效^[18]。该类药物可与糖皮质激素联合或序贯外用, 发挥协同效应, 减轻糖皮质激素不良反应^[19]。

6. 芳香烃受体激动剂: 1% 本维莫德乳膏具有抗炎、调节表皮角质形成细胞角化、减少真皮血管新生等作用, 对轻中度寻常性银屑病显示良好的疗效和安全性, 亦可用于掌跖脓疱病^[20]。

7. 外用复方制剂: 常用药物包括复方卡泊三醇(卡泊三醇+倍他米松)、复方丙酸氯倍他索(维 A 酸+丙酸氯倍他索)及复方他扎罗汀(他扎罗汀+倍他米松)等, 与单药治疗相比, 可提高疗效, 减轻不良反应。

8. 其他: 角质促成剂和角质松解剂亦可作为联

合外用药物治疗慢性斑块状银屑病, 常用角质促成剂如 2%~5% 焦油或糠馏油、5%~10% 黑豆馏油、3% 水杨酸、3%~5% 硫磺、0.1%~0.5% 蒽林和 5% 鱼肝油等, 常用角质松解剂如 5%~10% 水杨酸、10% 硫磺、20% 尿素、5%~10% 乳酸等。

(二) 紫外线治疗(光疗)

目前临床上应用最广泛的是窄谱中波紫外线(narrow band ultraviolet B light, NB-UVB), 波长 311~313 nm, 适用于中重度寻常型银屑病, 红皮病型和脓疱型银屑病应慎用。308 nm 光可用于局限性顽固皮损^[21]。

NB-UVB 治疗方法: 首先测定患者的最小红斑量(minimal erythema dose, MED); 初始剂量以 0.5~0.7 MED 照射, 每周治疗 3 次; 根据患者照射后的反应, 递增前次剂量的 10%~20% 或固定剂量(0.05 或 0.10 J/cm²); 治疗后如无红斑, 可递增照射剂量; 出现轻度红斑, 维持原剂量照射; 出现中、重度红斑, 待红斑消退后可继续治疗, 但照射剂量需减少前次剂量的 10%~20%; 出现痛性红斑或水疱, 应暂停治疗并作对症处理。减量: 皮疹消退超过 80% 时, 可减少至每周 2 次, 维持 1 个月, 然后每周 1 次, 维持 1 个月, 最后每 2 周 1 次, 维持 2 个月以上, 剂量视患者接受照射后的反应和耐受情况减少 15%~25%。总治疗时间需要 4 个月或更长。

NB-UVB 可单独使用, 亦可与中药药浴、其他外用制剂或系统药物联合应用。绝对禁忌证包括红斑狼疮、皮炎、妊娠、恶性黑色素瘤及各种皮肤癌前病变。相对禁忌证包括年龄 <12 岁、癌前病变、有砷治疗及放射治疗史、使用免疫抑制剂、卟啉病、白内障、肝功能不全等^[21]。

(三) 系统药物治疗

1. 维 A 酸类: 常用药是阿维 A, 主要适用于斑块状、脓疱型和红皮病型银屑病, 对关节病型银屑病疗效欠佳。因其有明确的致畸性, 并且易引起骨髓过早闭合、血脂代谢异常和肝功能异常, 故育龄期妇女、老年人、儿童及青少年患者应慎用, 妊娠期妇女禁用。常用推荐剂量为 0.5~1.0 mg·kg⁻¹·d⁻¹, 单药治疗的最佳剂量为 30~50 mg/d, 最好与食物同服, 可加强药物吸收^[22]。治疗斑块状银屑病的推荐起始剂量为 10~20 mg/d, 持续 2~4 周, 之后逐渐增加剂量至达到皮损明显改善, 最大剂量不应超过 1.0 mg·kg⁻¹·d⁻¹。初始治疗高剂量(0.75~1.00 mg·kg⁻¹·d⁻¹)推荐用于治疗脓疱型银屑病^[23]。维持剂量个体间差异较大, 视患者情况而定。联合



治疗时,建议剂量低于 30 mg/d。

2. 甲氨蝶呤(methotrexate, MTX):主要用于中重度斑块状、关节病型、红皮病型、泛发性脓疱型银屑病,甲银屑病、掌跖部位银屑病也有一定疗效^[24]。在光疗和其他系统药物治疗无效时尤为适用。常用推荐剂量为 5~25 mg/周,起始剂量 5.0~7.5 mg/周,可单次口服或分 3 次口服(每 12 小时服药 1 次,每周连续服药 3 次),每 2~4 周增加 2.5 mg,逐渐增加剂量至 15~25 mg/周。皮下注射、肌肉注射或静脉注射可以增加生物利用度,减轻胃肠道不良反应^[25]。病情控制后至少维持 1~2 个月后逐渐减量,每 4 周减 2.5 mg,直到最小维持量。为了减少 MTX 的不良反应,可以同时服用叶酸,推荐在每次应用 MTX 24 h 后口服叶酸片 5 mg^[26]。使用 MTX 需要关注其骨髓抑制、肝毒性、胃肠道反应、致畸性以及肺损害等不良反应。

(四)生物制剂

目前国内批准上市用于治疗银屑病的生物制剂包括 TNF- α 拮抗剂(依那西普、英夫利西单抗、阿达木单抗)、IL-17A 抑制剂(司库奇尤单抗和依奇珠单抗)、IL-23 抑制剂(古塞奇尤单抗)、IL-12/23 抑制剂(乌司奴单抗)^[27-31],其中纳入我国医保药品目录的生物制剂及使用方法见表 2,供基层全科医生了解最新进展。有条件的基层医院可在上级医院皮肤科专科医师指导下,使用生物制剂作为银屑病慢病管理的维持治疗手段。

生物制剂常见的不良反应是感染、过敏反应等。进行生物制剂治疗之前要对患者的健康状况进行充分评估,治疗前需筛查血常规、肝功能、C 反应蛋白、抗核抗体、肿瘤指标、妊娠试验以及感染相关指标如各种肝炎病毒标志物、HIV 抗体、结核筛

查。治疗开始后需定期询问病史和体检,监测药物过敏反应、妊娠试验、潜在或活动性结核、肝炎病毒复制情况和血常规、肝功能等实验室指标,注意监测恶性肿瘤相关指标^[27]。

(五)中医中药治疗^[1,32]

应辨证施治,掌握适应证、禁忌证和操作规范。以下关于中医中药治疗银屑病的手段,临床有有效报道,但尚需进一步高质量研究。

1. 中药内治法:点滴状和斑块状银屑病在进行期以清热凉血为主,静止期、退行期以养血润燥、活血化痰为主;红皮病型或泛发性脓疱型银屑病治以泻火解毒;局限性脓疱型银屑病治以清热利湿解毒;关节病型银屑病治以祛风除湿通络。郁金银屑片、银屑灵、银屑冲剂、克银丸、消银颗粒、消银片等复方中成药常用于银屑病的治疗。

2. 中药外治法:

(1)涂擦法:寻常型银屑病多使用膏剂和霜剂,如紫连膏、普连膏、青黛散油膏等具有清热解毒、凉血活血、润肤止痒的功效。

(2)熏蒸法:可用于寻常型银屑病静止期、消退期和皮损表现为大斑块者,急性期不宜用,以免继发红皮病。静止期、退行期可选用鸡血藤、当归、白鲜皮、徐长卿等;斑块型可选用当归、透骨草、王不留行、桃仁、红花等。

(3)封包法:可用于寻常型银屑病静止期皮损较厚者或各型银屑病皮损干燥脱屑者,适量普连膏或紫连膏均匀涂抹后涂于患处,用保鲜膜封包 1~2 h。

(4)药浴法:各型银屑病患者均可,急性期慎用。根据不同皮疹特点选用适宜药物。

(5)塌渍法:寻常型银屑病进行期,可选用适量黄连、黄柏、马齿苋、金银花、苦参等煎煮后,将纱布浸于中药液中,塌渍皮损处。

表 2 我国医保药品目录内用于银屑病治疗的常用生物制剂

药物名称	作用靶点	制剂种类	用药途径	使用方法	国内适应证
阿达木单抗	肿瘤坏死因子 α	人源性单克隆抗体	皮下注射	首次 80 mg, 1 周后开始每 2 周 40 mg; 儿童体重 15~30 kg, 每次 20 mg; ≥ 30 kg, 每次 40 mg	需系统治疗的成人中重度斑块状银屑病, 以及对局部治疗和光疗反应不佳或不适于该类治疗的 4 岁及以上儿童与青少年重度斑块状银屑病
司库奇尤单抗	白细胞介素 17A	人源性单克隆抗体	皮下注射	300 mg, 首次、第 1 周、第 2 周、第 3 周及第 4 周各 1 次, 之后每 4 周 1 次。体重 ≤ 60 kg, 可每次 150 mg; 儿童(体重 ≥ 50 kg)剂量为每次 150 mg, 根据临床应答, 可增加至 300 mg	符合系统治疗或光疗指征的成人及体重 ≥ 50 kg 的 6 岁及以上儿童中重度斑块状银屑病
依奇珠单抗	白细胞介素 17A	人源化单克隆抗体	皮下注射	首次 160 mg, 之后第 2、4、6、8、10 和 12 周各 80 mg, 后每 4 周 1 次, 每次 80 mg	适合系统治疗或光疗的成人中重度斑块状银屑病
乌司奴单抗	白细胞介素 12/23、p40	人源性单克隆抗体	皮下注射	45 mg, 首次及第 4 周各 1 次, 之后每 12 周 1 次; 体重 >100 kg 者每次 90 mg	对环孢素、甲氨蝶呤或光化学疗法等系统性治疗不应答、有禁忌或无法耐受的成人中重度斑块状银屑病



3. 非药物疗法:

(1) 火针: 可用于静止期寻常型银屑病, 并排除长期口服阿司匹林等抗凝药物、血液系统疾病及凝血机制障碍的患者, 治疗后可能会出现局部灼热、胀痛或瘙痒等症状。

(2) 针刺: 除进行期, 各期银屑病患者均可应用, 根据辨证及发病部位选取合适穴位。

(3) 刺络拔罐: 可用于斑块型银屑病, 主要选取五脏背俞穴或皮损处刺络放血。

(4) 耳尖放血: 针对进行期寻常型银屑病, 可用采血针、三棱针点刺耳尖、肝阳等穴位, 或根据体表皮损分布情况在耳部相应穴位取穴。

(5) 火罐: 可用于斑块型银屑病, 尤宜于皮损位于腰背部及大腿肌肉丰满部位者, 可采用闪罐、走罐、留罐等方式。

(六) 各型银屑病的治疗方案和诊疗路径

1. 点滴状银屑病: 病情较轻, 常有自限性, 可能在数周或数月内自发缓解, 不主张采用太激进的治疗方法, 主要以外用药物(维生素 D₃ 衍生物, 弱效或中效糖皮质激素)和光疗(NB-UVB)为主。部分点滴状银屑病患者与链球菌感染相关, 可抗感染治疗; 扁桃体切除可能会改善病情、延长缓解期、提高疗效。系统治疗包括抗菌药物(青霉素、大环内酯类抗菌药物等)和中医中药等。维 A 酸类和免疫抑制剂治疗有效, 但需谨慎。

2. 斑块状银屑病: 轻度患者以局部治疗为主, 大多数能有效控制病情。外用制剂包括维生素 D₃ 衍生物、维 A 酸类、中效或强效糖皮质激素及钙调磷酸酶抑制剂、芳香烃受体激动剂等。局部光疗也可选用。单一用药不良反应明显或疗效不佳时, 可选择 2 种或多种药物交替或联合。常用联合方案包括: 维生素 D₃ 衍生物+钙调磷酸酶抑制剂、糖皮质激素+维生素 D₃ 衍生物、糖皮质激素+维 A 酸类等。

中重度患者需系统治疗或光疗。药物包括维 A 酸类、免疫抑制剂(如 MTX、雷公藤制剂)和生物制剂等。系统治疗可联合局部用药以提高疗效。皮损广泛者可采用 NB-UVB 光疗。

3. 特殊类型银屑病: 包括红皮病型银屑病、脓疱型银屑病和关节病型银屑病。红皮病型银屑病和

脓疱型银屑病常合并发热、低蛋白血症、水电解质紊乱、继发感染和肝功能异常等全身症状; 关节病型银屑病常症状不典型, 需要借助多种影像学检查, 充分评估患者的关节损害类型及严重程度。因为病情复杂, 需要系统治疗和评估患者的整体情况, 建议基层医院转诊。

4. 银屑病的诊疗路径: 临床医师应权衡利弊, 根据个体病因、疾病亚型、严重程度和治疗要求合理制定治疗方案。对中、重度银屑病患者, 若单一疗法效果不佳, 应予联合、交替或序贯治疗。诊疗路径见图 3。

七、转诊建议

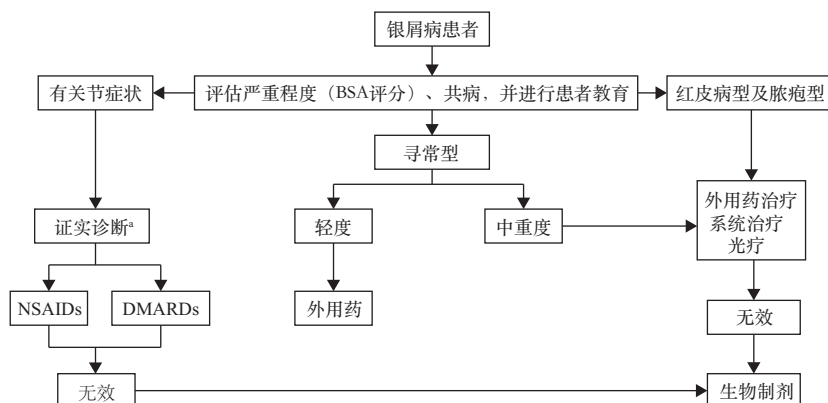
基层医疗卫生机构可承担多数轻中度寻常型银屑病的诊断、治疗及长期随访慢病管理工作, 对于不易明确诊断、疑难重症或是病情控制不佳者, 应及时转诊。

(一) 普通转诊

1. 疑似但诊断尚不能明确者。
2. BSA 评分 ≥ 10%。
3. 经治疗效果不佳或不能耐受其不良反应。
4. 拟采用生物制剂治疗的中重度斑块状银屑病。
5. 特殊人群(儿童、老年、妊娠期和哺乳期)银屑病。

(二) 紧急转诊

1. 重症(泛发性脓疱型银屑病、红皮病型)银屑病; 出现关节症状的银屑病。
2. 治疗过程中出现严重药物不良反应(如骨髓抑制、肝肾毒性、肺损伤、严重感染等)的银屑病。
3. 出现严重精神症状的中重度斑块状银屑病。
4. 合并炎症性肠病、心血管疾病和慢性肾病等



注: *包括相关风湿指标的实验室检查、影像学, 风湿科评估等; NSAIDs 非甾体类抗炎药; DMARD 抗风湿病药物; BSA 皮损面积

图 3 银屑病的诊疗路径

共病的银屑病。

5. 合并慢性感染、恶性肿瘤、自身免疫性疾病的中重度斑块状银屑病。

八、疾病管理

(一) 预后

银屑病尚不能根治,但大多数患者通过规范治疗可控制病情,少数患者经过有效治疗后可以不复发。近年来,随着银屑病易感基因和药物靶点的发现,靶向药物和生物制剂开始用于银屑病治疗,部分患者可达到临床治愈,但是仍需要慢病管理和终身治疗。对于泛发性脓疱型银屑病、红皮病型银屑病等重症银屑病,常伴有各种并发症,可危及患者生命。

(二) 预防及随访

银屑病的发生发展受多种自身及环境因素的影响。精神心理因素、不良生活习惯(如吸烟、酗酒)、肥胖、感染、外伤、治疗不当、不良生活习惯等均可诱发或加重疾病。患者应不断总结、摸索发病规律,培养良好的生活习惯,配合积极有效的治疗,预防银屑病的复发。

银屑病患者的随访应结合患者的自身情况和治疗情况制定。对于达到临床治愈,皮损消退的患者,建议患者每1~2个月门诊随访。应用免疫抑制剂和阿维A等系统药物的患者,需定期监测药物不良反应,建议每2~4周门诊随访。治疗过程中若出现病情变化或不适应随时到门诊就诊。

(三) 健康教育

1. 引导患者正确认识疾病,不急于求成,不盲目追求“根治”,杜绝偏方,提高患者治疗的依从性,保持乐观心情。

2. 修护皮肤屏障:含有神经酰胺-1和神经酰胺-3的润肤剂可以锁水保湿、修复和提升皮肤表层屏障功能,缓解干燥、鳞屑和瘙痒,减少疾病复发,增加外用药物和光疗的疗效,应鼓励患者坚持长期使用。

3. 健康的生活方式:早睡早起、劳逸结合,合理膳食、健康饮食(忌烟酒和辛辣刺激物),适当运动、增强体质,注意卫生、预防感染。

4. 避免外伤:因处于进行期的银屑病皮损存在同形反应,因此应避免对皮肤的搔抓、磕碰、划伤、烫伤等各种创伤。

5. 避免使用可能加重疾病的药物:如 β 受体阻滞剂、非甾体类抗炎药、抗疟药等。

本指南适用于全科医生和县级及以下皮肤专科医生。关于文中未提及的其他适用于银屑病的治疗手段可参考《中国银屑病诊疗指南(2018完整版)》^[1]。

皮肤病与性病基层诊疗指南编写专家组:

组长:陆前进 迟春花

副组长:郑捷 高兴华 王永晨 吴浩

秘书长:程波 刘岚

皮肤病与性病专家组成员(按姓氏拼音排序):白彦萍(国家卫生健康委员会中日友好医院);陈爱军(重庆医科大学附属第一医院);陈翔(中南大学湘雅医院);程波(福建医科大学附属第一医院);崔勇(国家卫生健康委员会中日友好医院);何黎(昆明医科大学第一附属医院);高兴华(中国医科大学附属第一医院);顾恒(中国医学科学院皮肤病医院);赖维(中山大学附属第三医院);李敏(苏州大学附属独墅湖医院);栗玉珍(哈尔滨医科大学附属第二医院);刘全忠(天津医科大学总医院);陆前进(中国医学科学院皮肤病医院);马琳(首都医科大学附属北京儿童医院);木其日(内蒙古自治区人民医院);冉玉平(四川大学附属华西医院);汤华阳(安徽医科大学第一附属医院);涂平(北京大学第一医院);王刚(空军军医大学西京医院);肖生祥(西安交通大学附属第二医院);徐金华(复旦大学附属华山医院);杨蓉娅(解放军总医院第七医学中心);姚志荣(上海交通大学附属新华医院);张福仁(山东第一医科大学附属皮肤病医院);张建中(北京大学人民医院);张学军(苏州大学附属独墅湖医院);张耀华(复旦大学附属华山医院);郑捷(上海交通大学附属瑞金医院)

全科专家组成员(按姓氏拼音排序):陈晨(上海市静安区江宁路社区卫生服务中心);陈丽英(浙江大学医学院附属邵逸夫医院);陈琳(上海市普陀区中心医院);迟春花(北京大学第一医院);丁静(首都医科大学附属复兴医院月坛社区卫生服务中心);方力争(浙江大学医学院附属邵逸夫医院);冯玫(山西白求恩医院);黄敏(南京医科大学附属苏州医院);姜岳(清华大学第一附属医院);孔懿(北京市丰台区方庄社区卫生服务中心);刘岚(中华医学会杂志社);潘志刚(复旦大学附属中山医院);沙悦(北京协和医院);史玲(上海市普陀区卫生健康事务管理中心);习森(北京市怀柔区怀柔镇社区卫生服务中心);肖雪(遵义医科大学附属医院);杨华(复旦大学附属中山医院);易春涛(上海市徐汇区枫林街道社区卫生服务中心);王留义(河南省人民医院);王荣英(河北医科大学第二医院);王尚才(北京市昌平区沙河医院);王永晨(哈尔滨医科大学附属第二医院);吴浩(首都医科大学全科医学与继续教育学院);尹朝霞(深圳大学医学部全科医学系);张跃红(北京市西城区展览路社区卫生服务中心);朱兰(上海市徐汇区斜土街道社区卫生服务中心)

本指南执笔专家:李敏 张耀华 汤华阳 白彦萍 崔勇

张军 审校专家:陆前进 迟春花

利益冲突 所有作者声明不存在利益冲突



参 考 文 献

- [1] 中华医学会皮肤性病学分会银屑病专业委员会. 中国银屑病诊疗指南(2018 完整版)[J]. 中华皮肤科杂志, 2019, 52(10):667-710. DOI: 10.35541/cjd.20190847.
Committee on Psoriasis, Chinese Society of Dermatology. Guideline for the diagnosis and treatment of psoriasis in China (2018 complete edition) [J]. Chin J Dermatol, 2019, 52(10): 667-710. DOI: 10.35541/cjd.20190847.
- [2] 张学军, 郑捷. 皮肤性病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2018:133-140.
Zhang XJ, Zheng J. Dermatovenereology[M]. Beijing: People's Medical Publishing House, 2018:133-140.
- [3] Takeshita J, Grewal S, Langan SM, et al. Psoriasis and comorbid diseases: epidemiology[J]. J Am Acad Dermatol, 2017, 76(3):377-390. DOI: 10.1016/j.jaad.2016.07.064.
- [4] Takeshita J, Grewal S, Langan SM, et al. Psoriasis and comorbid diseases: Implications for management[J]. J Am Acad Dermatol, 2017, 76(3): 393-403. DOI: 10.1016/j.jaad.2016.07.065.
- [5] 全国银屑病流行病学调查组. 全国 1984 年银屑病流行病学调查报告[J]. 皮肤病与性病, 1989, 11(1):60-72.
Chinese Psoriasis epidemic investigation group. Investigation report on the prevalence of psoriasis in China in 1984[J]. Journal of Dermatology and Venereology, 1989, 11(1):60-72.
- [6] 丁晓岚, 王婷琳, 沈佚藏, 等. 中国六省市银屑病流行病学调查[J]. 中国皮肤性病学杂志, 2010, 24(7):598-601.
Ding XL, Wang TL, Shen YW, et al. Prevalence of psoriasis in China: an epidemiological survey in six provinces[J]. The Chinese Journal of Dermatovenereology, 2010, 24(7): 598-601.
- [7] 王晓晖. 西南 4 省市银屑病流行病学调查研究[J]. 哈尔滨医药, 2017, 37(5):426-427.
Wang XH. Epidemiologic study of psoriasis of four provinces in southwest China[J]. Harbin Medical Journal, 2017, 37(5):426-427.
- [8] Parisi R, Symmons DP, Griffiths CE, et al. Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence[J]. J Invest Dermatol, 2013, 133(2):377-385. DOI: 10.1038/jid.2012.339.
- [9] Ogawa K, Okada Y. The current landscape of psoriasis genetics in 2020[J]. J Dermatol Sci, 2020, 99(1):2-8. DOI: 10.1016/j.jdermsci.2020.05.008.
- [10] 张学军. 银屑病解读[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2018:3-5.
Zhang XJ. Interpretation of psoriasis[M]. Beijing: People's Medical Publishing House, 2018:3-5.
- [11] 张学军, 陆前进. 皮肤性病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2022:225-230.
Zhang XJ, Lu QJ. Dermatovenereology[M]. Beijing: People's Medical Publishing House, 2022:225-230.
- [12] Griffiths CEM, Armstrong AW, Gudjonsson JE, et al. Psoriasis[J]. Lancet, 2021, 397(10281): 1301-1315. DOI: 10.1016/s0140-6736(20)32549-6.
- [13] Hawkes JE, Yan BY, Chan TC, et al. Discovery of the IL-23/IL-17 signaling pathway and the treatment of psoriasis[J]. J Immunol, 2018, 201(6): 1605-1613. DOI: 10.4049/jimmunol.1800013.
- [14] 中华医学会皮肤性病学分会银屑病组, 中华医学会皮肤性病学分会儿童学组. 中国儿童银屑病诊疗专家共识(2021)[J]. 中华皮肤科杂志, 2021, 54(7): 559-581. DOI: 10.35541/cjd.20201065.
- Committee on Psoriasis, Chinese Society of Dermatology; Committee on Children, Chinese Society of Dermatology. Consensus on the diagnosis and treatment of childhood psoriasis in China(2021) [J]. Chin J Dermatol, 2021, 54(7): 559-581. DOI: 10.35541/cjd.20201065.
- [15] Camarasa JM, Ortonne JP, Dubertret L. Calcitriol shows greater persistence of treatment effect than betamethasone dipropionate in topical psoriasis therapy [J]. J Dermatolog Treat, 2003, 14(1):8-13. DOI: 10.1080/09546630305545.
- [16] Lebwohl M, Kircik L, Lacour JP, et al. Twice-weekly topical calcipotriene/betamethasone dipropionate foam as proactive management of plaque psoriasis increases time in remission and is well tolerated over 52 weeks (PSO-LONG trial) [J]. J Am Acad Dermatol, 2021, 84(5): 1269-1277. DOI: 10.1016/j.jaad.2020.09.037.
- [17] Orfanos CE, Schmidt HW, Mahrle G, et al. Retinoic acid in psoriasis: its value for topical therapy with and without corticosteroids. Clinical, histological and electron microscopical studies on forty-four hospitalized patients with extensive psoriasis[J]. Br J Dermatol, 1973, 88(2): 167-182. DOI: 10.1111/j.1365-2133.1973.tb07522.x.
- [18] Dattola A, Silvestri M, Bennardo L, et al. Update of calcineurin inhibitors to treat inverse psoriasis: a systematic review[J]. Dermatol Ther, 2018, 31(6):e12728. DOI: 10.1111/dth.12728.
- [19] Armstrong AW, Read C. Pathophysiology, Clinical presentation, and treatment of psoriasis: a review [J]. JAMA, 2020, 323(19): 1945-1960. DOI: 10.1001/jama.2020.4006.
- [20] Cai L, Chen GH, Lu QJ, et al. A double-blind, randomized, placebo-and positive-controlled phase III trial of 1% benvitimod cream in mild-to-moderate plaque psoriasis [J]. Chin Med J (Engl), 2020, 133(24): 2905-2909. DOI: 10.1097/CM9.0000000000001221.
- [21] Gattu S, Rashid RM, Wu JJ. 308-nm excimer laser in psoriasis vulgaris, scalp psoriasis, and palmoplantar psoriasis[J]. J Eur Acad Dermatol Venereol, 2009, 23(1): 36-41. DOI: 10.1111/j.1468-3083.2008.02942.x.
- [22] McNamara PJ, Jewell RC, Jensen BK, et al. Food increases the bioavailability of acitretin[J]. J Clin Pharmacol, 1988, 28(11): 1051-1055. DOI: 10.1002/j. 1552-4604.1988.tb03129.x.
- [23] Daudén E, Puig L, Ferrándiz C, et al. Consensus document on the evaluation and treatment of moderate-to-severe psoriasis: Psoriasis Group of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology[J]. J Eur Acad Dermatol Venereol, 2016, 30 Suppl 2:1-18. DOI: 10.1111/jdv.13542.
- [24] Ortiz Z, Shea B, Suarez-Almazor ME, et al. The efficacy of folic acid and folinic acid in reducing methotrexate gastrointestinal toxicity in rheumatoid arthritis. A meta analysis of randomized controlled trials[J]. J Rheumatol, 1998, 25(1):36-43.
- [25] Yélamos O, Puig L. Systemic methotrexate for the treatment of psoriasis[J]. Expert Rev Clin Immunol, 2015, 11(5):553-563. DOI: 10.1586/1744666x.2015.1026894.
- [26] Ahlehoff O, Skov L, Gislasen G, et al. Cardiovascular outcomes and systemic anti-inflammatory drugs in patients with severe psoriasis: 5-year follow-up of a Danish nationwide cohort[J]. J Eur Acad Dermatol



- Venereol, 2015, 29(6): 1128-1134. DOI: 10.1111/jdv.12768.
- [27] 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,中国中西医结合学会皮肤性病专业委员会.中国银屑病生物制剂治疗指南(2021)[J].中华皮肤科杂志, 2021, 54(12):1033-1047. DOI: 10.35541/cjd.20210643. Chinese Society of Dermatology, China Dermatologist Association, Dermatology & Venereology Specialized Committee of Chinese Association of Integrative Medicine. Guidelines for the treatment of psoriasis with biologic agents in China (2021)[J]. Chin J Dermatol, 2021, 54(12):1033-1047. DOI: 10.35541/cjd.20210643.
- [28] Menter A, Strober BE, Kaplan DH, et al. Joint AAD-NPF guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with biologics[J]. J Am Acad Dermatol, 2019, 80(4):1029-1072. DOI: 10.1016/j.jaad.2018.11.057.
- [29] Smith CH, Yiu ZZN, Bale T, et al. British Association of Dermatologists guidelines for biologic therapy for psoriasis 2020: a rapid update[J]. Br J Dermatol, 2020, 183(4):628-637. DOI: 10.1111/bjd.19039.
- [30] Poelman SM, Keeling CP, Metelitsa AI. Practical guidelines for managing patients with psoriasis on biologics: an update[J]. J Cutan Med Surg, 2019, 23(1 suppl): 3S-12S. DOI: 10.1177/1203475418811347.
- [31] Saeki H, Terui T, Morita A, et al. Japanese guidance for use of biologics for psoriasis (the 2019 version) [J]. J Dermatol, 2020, 47(3): 201-222. DOI: 10.1111/1346-8138.15196.
- [32] 中国中西医结合学会皮肤性病专业委员会特色疗法学组.寻常型银屑病中医外治特色疗法专家共识(2017年)[J].中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2017, 16(6): 547-550. DOI: 10.3969/j.issn.1672-0709.2017.06.027. Specialty Therapies Group of the Dermatology Professional Committee of the Chinese Association of Integrative Medicine and Venereology. Expert consensus on the specialty therapy of TCM external treatment for psoriasis vulgaris (2017) [J]. Chinese Journal of Dermatovenereology of Integrated Traditional and Western Medicine, 2017, 16(6):547-550. DOI: 10.3969/j.issn.1672-0709.2017.06.027.

·读者·作者·编者·

《中华全科医师杂志》2022年征订通知

《中华全科医师杂志》2022年为月刊,全年12期,出版日每月4日,订价36元/册,全年432元。

• 微信订阅:

关注微信公众号“菁医汇”(微信号“cmayouth”),微信公众号:



或扫描下方二维码:



直接进入菁医汇商城《中华全科医师杂志》订阅页面

• 中华医学网订阅:登录中华医学网(<http://www.medjournals.cn>),首页右上角导航栏“商城”

• 邮局订阅:邮发代号 82-637

点击底部菜单:“商城”进入菁医汇商城订阅

本刊编辑部



中华医学杂志社
Chinese Medical Association Publishing House

版权所有 违者必究