



银屑病全球报告

世界卫生组织



银屑病病友互助网



世界卫生组织

世界卫生组织（WHO）2016 年出版

文件名: *Global report on psoriasis*

© 2016 世界卫生组织（WHO）

世界卫生组织（WHO）授权银屑病病友互助网（中国）翻译、出版中文版本，并由其负责中文版译文的质量，如有存疑或发现错误请参阅英文原版并以英文原版为准。

银屑病全球报告

1. 银屑病 – 流行病学 2. 银屑病 – 预防与控制 3. 公共卫生 4. 皮肤病
1. 世界卫生组织

免责声明:

本出版物译自世界卫生组织（WHO）《银屑病全球报告》，文中观点和数据等仅供读者参考，不作为治疗依据也不代表翻译者观点。

翻译说明:

- 一、《全球银屑病报告》是由世界卫生组织（WHO）编写发布，银屑病病友互助网协助翻译、整理、编排完成的中文版；
- 二、银屑病病友互助网发布的《全球银屑病报告》中文翻译版（PDF 电子文档和中文打印稿）均得到世界卫生组织（WHO）的特别授权许可。因此，任何自然人（法人）和组织在未经授权时均不得以任何形式转载和发布；
- 三、如需转载需向我们申请并联系我们。对于侵犯版权者世界卫生组织（WHO）和银屑病病友互助网将保留追究权利。
- 四、我们在翻译中出现的错误，欢迎大家提出和指正。（联系方式：webmaster@yxb365.com）

目 录

前言	1
致谢	2
缩略语	3
第一章：背景	4
什么是银屑病？	4
银屑病全球报告的必要性	5
第二章：银屑病的疾病负担	6
发病率及患病率	6
银屑病正在增加还是减少？	9
银屑病造成的全球伤残负担	9
数据的缺乏	44
第三章：银屑病如何影响人们的生活？	12
引言	12
皮肤和指甲	12
银屑病性关节炎	14
伴发疾病	15
心理与精神健康	15
工作场所的影响	16
社会参与	16

社会经济负担	16
评估银屑病对生存质量的影响	18
第四章：改善银屑病患者的护理质量	19
银屑病管理原则	19
治疗皮肤损伤	20
患者整体治疗：不仅仅是皮肤损害	21
了解银屑病的诱因	21
优质护理的壁垒	21
我们能做什么？	24
第五章：建议	30
政府和决策者的作用	30
卫生系统和专业医疗人员的作用	31
患者组织和民间团体的作用	31
重点研究领域	31
参考文献	33

图片、表格和方框

图片

图 1. 多合并症慢性病银屑病概要	5
图 2. 按性别统计银屑病患率（给出数据统计年份；未出版数据）	8
图 3. 每 10 万人银屑病 DALYs 世界地图，数据男女合计且包含各年龄段.....	10
图 4. 每 10 万人银屑病 DALYs 分布图，按性别和年龄段.....	11
图 5. 银屑病甲	14
图 6. 银屑病性关节炎	15
图 7. 银屑病管理流程	19
图 8. 患者对于银屑病治疗各需求的重要程度	25

表格

表 1. 银屑病患率研究汇总	7
表 2. 银屑病常见种类及表现	13
表 3. 银屑病治疗方案	20
表 4. 世卫组织标准处方集包含的银屑病治疗药物	20

方框

方框 1. 国家层面改善银屑病护理的典型案例：德国的经验	26
方框 2. 公益活动“关注我，而非我的皮肤”	27
方框 3. 公益活动“为银屑病而泳”	28
方框 4. 位于坦桑尼亚联合共和国的地区皮肤病培训中心	29

前言

银屑病是一种常见的、慢性的非传染性皮肤病，病因不明，无治愈方法。银屑病会给患者带来巨大的消极影响。任何年龄段、任何国家的人都可能患上银屑病。各国公布的银屑病患者率在 0.09%至 11.43%之间，世界范围内至少有一亿银屑病患者，是一个严重的全球性难题。银屑病症状不可预知、具有一系列外部诱因和严重的合并症，包括关节炎、心血管疾病、代谢综合征、炎症肠病和抑郁症。

2014 年，成员国于世界卫生大会决议 WHA67.9 认定银屑病是一种严重的非传染病（noncommunicable disease, NCD）。决议指出，由于错误诊断、诊断不及时、不适当的治疗、欠完善的医疗护理和社会偏见，世界上的许多银屑病患者承受着不必要的痛苦。

世卫组织的银屑病全球报告将焦点集中在银屑病带来的公共卫生影响。此份报告的编写有助于人们意识到银屑病可从各个方面影响患者的生活。它为决策者提供实际的解决办法以改善公共卫生服务和提高对于银屑病患者的社会包容度。

本报告强调，这种常见的复杂疾病所带来的痛苦，其中许多是可以避免的。银屑病的及早诊断和正确治疗需要普及的医疗设施，为病情复杂、终生带病的患者提供以人为本的关怀。政府和其他机构团体应发挥关键作用来应对银屑病带来的不必要的社会后果，反对排斥银屑病人于医疗机构和日常生活之外的谬见与行为。

世界卫生组织
非传染性疾病和心理健康
助理总干事
Dr Oleg Chestnov

致谢

该报告的主要编写人有 Irminda Maria Michalek 、Belinda Loring（世界卫生组织非传染性疾病管理，残疾、暴力和伤害预防部）以及 Swen Malte John （德国奥斯纳布吕克大学）。

其他为报告作出贡献的个人有 Matthias Augustin、Barbra Bohannon、Sara Conyers、Kathleen Gallant、Melancia Jaime、Janice Johnson、Gary Lai、Ulrich Mrowietz、Michael P Schön、Astrid Sibbes、Judy Wallace 、史星翔。

为报告提供宝贵意见和审阅的个人：Ragnar Akre-Aas、Wolf-Henning Boehncke、Lars Ettarp、Silvia Fernandez Barrio、Christopher Griffiths、Josef de Guzman、Mahira Hamdy El Sayed、Alison Harvey、Susanne Hedberg、Peter van de Kerkhof、Etienne Krug、Mark Lebwohl、Leticia Lopez、Alan Menter、Jörg Prinz、Lone Skov、Mona Ståhle、Cherian Varghese、Hoseah Waweru。

缩略语

BSA	体表面积
CLCI	累计生命过程损伤
DALY	伤残调整生命年
DLQI	皮肤生活质量指数
HRQoL	健康相关生活质量
NCD	非传染性疾病
NICE	国家卫生与保健研究所
PASI	银屑病面积与严重程度指标
QoL	生存质量
US	美国
UV	紫外线
WHA	世界卫生大会
WHO	世界卫生组织
YLD	伤残损失健康生命年
YLL	生命损失年

第一章：背景

什么是银屑病？

银屑病是一种慢性的、非传染性的、疼痛的、毁容的、致残的疾病，无治愈方法，对患者的生存质量（QoL）有着极大的负面影响。任何年龄都有发病可能，最常见于 50 至 69 岁之间（1）。各国公布的银屑病患率率在 0.09%（2）至 11.43%（3）之间，因此银屑病是一个严重的全球性难题。

银屑病病因尚不明确，证据显示有遗传倾向（4）。免疫系统在银屑病发病时扮演了何种角色也是研究的热点。尽管有人提出银屑病可能是一种自体免疫性疾病，然而至今没有明确导致这种疾病的自身抗原。外源和内源诱因也可引起银屑病，包括轻微创伤、晒伤、感染、系统用药以及压力（5）。

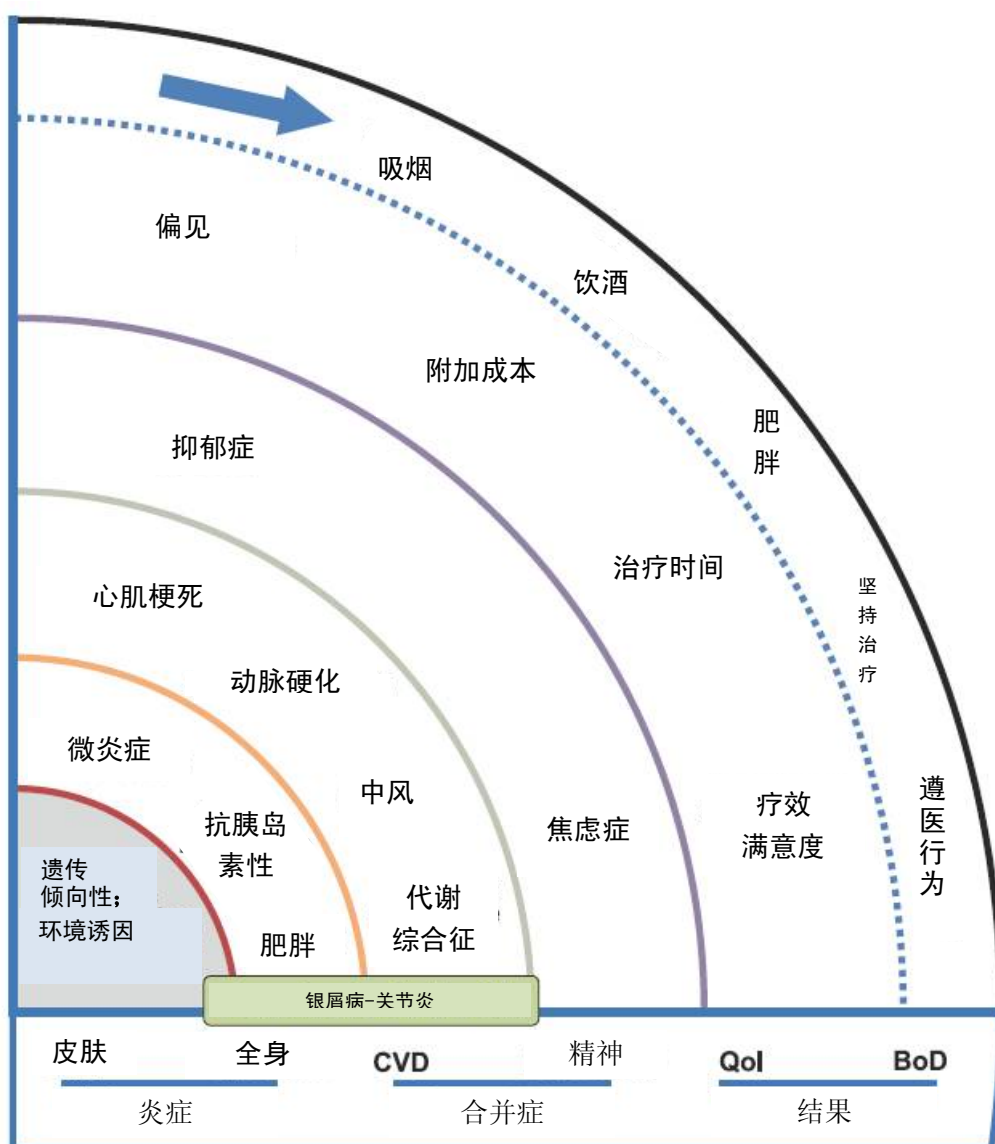
银屑病发于皮肤和指甲，并伴随一系列合并症。皮肤损伤位于局部或全身，对称居多，边界清晰，红疹和斑块，通常覆盖白色或银色的鳞片。皮损引起瘙痒和刺痛。1.3%（6）至 34.7%（7）的银屑病患者患有慢性炎性关节炎（银屑病性关节炎），导致关节变形和残疾。4.2%至 69%的银屑病患者有指甲病变（8-10）。报告称银屑病患者更易患心血管疾病和其他非传染性疾病（NCDs）（5，11，12）。

银屑病带来了巨大的身体、情感和社会负担（13-15）。通常患者的 QoL 会大大降低（16-23）。银屑病患者往往面临毁容、残疾和劳动力丧失等困境。精神健康也遭受极大的损失，例如抑郁症高发，给个人和社会带来消极影响（24，25）。社会排斥、歧视和羞耻感对于银屑病患者和其家人的心理打击是毁灭性的。并非银屑病本身而是社会反应造成了排斥，因此我们可以改变这种现状。

银屑病的治疗仍基于控制症状。可用局部和全身治疗以及光线疗法。临床常结合使用以上治疗方法。患者通常需终身治疗缓解疾病。至今为止，还未有完全治愈银屑病的方法。此外，银屑病患者的护理不仅包括治疗皮损及关节损伤，还包括辨别和处理已经出现或可能出现的常见合并症，例如心血管和代谢疾病以及心理疾病。

银屑病是一种复杂疾病，会给患者生活带来诸多后果（图 1）这一观点已在 2015 年成为共识。

图 1. 多合并症慢性病银屑病概要



BoD: 疾病负担; CVD: 心血管疾病; QoL: 生存质量

来源: Mrowietz et al. 2014 (26)

银屑病全球报告的必要性

2014年5月24日,世界卫生组织(WHO)第67次世界卫生大会通过一项关于银屑病的决议(WHA67.9)。所有成员国认识到银屑病带来的疾病负担并致力于消除对银屑病患者的偏见和排斥。他们也意识到世界上很多银屑病患者由于错误或延误诊断,不恰当的治疗和欠完善的医疗护理忍受着不必要的痛苦。决议要求世卫组织起草一份银屑病全球报告,关注银屑病对公共卫生的影响。决议也鼓励成员国进行宣传工作,提高对银屑病的认识,消除偏见。

世卫组织认识到现迫切需要多方面努力以提高对银屑病的认识,消除偏见。该报告的编写有助于认识到银屑病从多方面影响人们的生活。它的目的在于为决策者提供实际的解决办法以改善公共卫生服务和提高对于银屑病患者,和其他非传染性疾病(NCDs),的社会包容度。

第二章：银屑病的疾病负担

银屑病在世界范围内发病。它可影响各国、各种族、各年龄段的男性和女性（1）。各国发布的银屑病患者率介于 0.09%（2）和 11.4%（3）之间。在大多数发达国家，患病率为 1.5-5%（27）。有证据显示银屑病患者率正在攀升（3）。许多研究证明，即使患病的体表面积（BSA）较小，银屑病也会持续影响 QoL（16，17，22，28-32）。

发病率及患病率

关于银屑病发病率¹的研究极少。银屑病病例并不要求强制登记，因此很难找到可靠的数据。已发表的文献中仅有少数可信的关于银屑病发病率的研究。一项研究显示，1980 年至 1983 年期间，美国明尼苏达州的银屑病性别、年龄调整发病率大约为 0.60/1000 人年（33）。一研究调查了 2001-2005 年间意大利的 511532 人的银屑病发病率（成人初次诊断为银屑病）为 2.30-3.21 例/1000 人年（12）。2012 年，一项为期 2 周的基于医疗咨询的银屑病筛查研究同时在阿尔及利亚、突尼斯和摩洛哥三个国家进行，银屑病发病率分别为 10.36 例、12.26 例和 15.04 例/1000 人年（34）。

相对而言更多的研究集中于银屑病的患病率。出版文献中可找到 68 篇文章或报告，估算了 20 个国家的患病率（表 1）。但是值得指出的是，这些文献提供的数据极难相互比较，由于它们采用了不同的研究方法，而且不同方法有各自的局限性。主要问题在于不同的患病率定义（点患病率、累计患病率、期间患病率）、银屑病诊断标准（主诉、医生诊断）、研究人群年龄（仅儿童、仅成人、任何年龄段）和抽样技术（问卷调查、临床检查、临床检查与问卷调查结合、登记数据）。研究方法的差异必然会影响患病率的结果。不同地区的患病率不同，从坦桑尼亚联合共和国的 0.09%（2）到挪威的 11.4%（3）不等。地理纬度与银屑病患者率呈非常微弱的相关性（35）。银屑病最常见于北欧人群（3，36），在东亚人群中最罕见（37-45）。一些研究调查了不同种族的银屑病患者率。根据美国 2001 年的一项研究，白人血统、黑人血统和其他血统的患病率分别为 2.5%、1.3%和 1.0%（14）。另一项美国 2009-2010 年的研究报告了更高的血统间差异，白人血统、黑人血统、西班牙血统和其他血统的患病率分别为 3.6%，1.9%，1.6%和 1.4%（46）。

¹ 发病率（incidence）和患病率（prevalence）是两个相关的名词。患病率是指某一人群中患病人数占总调查人数的比例，而发病率指的是在某一期间（通常为一年）新增的病例除以总人数。

表 1. 银屑病患率研究汇总

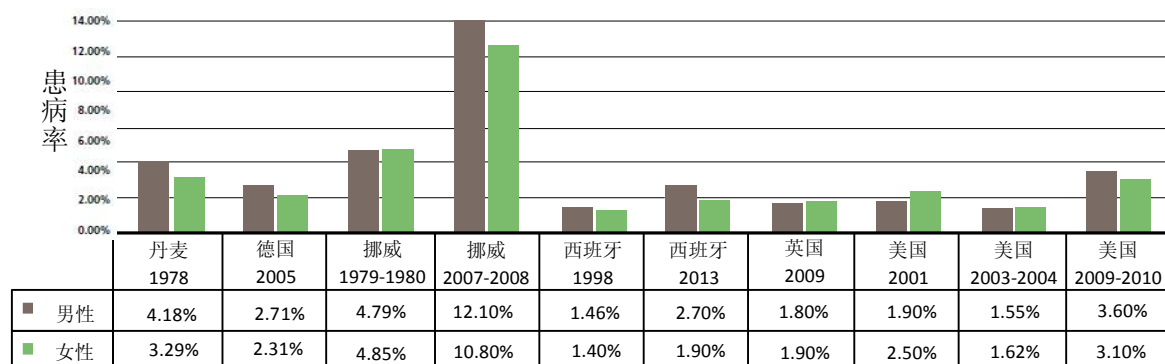
地理位置	研究年份	样本量	估算值	女性	男性	研究对象年龄 (岁)
儿童						
中国台湾 (39)	2004	4 067	0.00%			6-11
中国台湾 (38)	2005	3 273	0.00%			6-11
埃及 (47)	2008-2009	2 194	0.05%			<18
埃及 (48)	2011-2012	6 162	0.06%			6-12
德国 (49)	2005	306 020	0.71%	0.76%	0.66%	<18
德国 (50)	2007	1 215 684	0.40%	0.44%	0.35%	<18
德国 (11,51)	2009	293 181	0.45%			<18
德国 (52)	...	16 500	1.37%			0-17
意大利 (53)	2006	145 233	0.09%			0-14
意大利 (54)	2012	145 233	0.2%			0-14
瑞典 (55)	1975-1976	8 298	0.30%	0.50%	0.10%	12-17
成人						
澳大利亚 (56)	...	1 037	2.30%			...
澳大利亚 (57)	1996	416	4.5%			≥18
澳大利亚 (58)	1997-1998	1 457	6.6%	4.5%	8.9%	≥20
巴西 (13)	2011	12 000	1.3%			≥18
克罗地亚 (59)	1987	6 711	1.21%			>18
丹麦 (60)	1978	3 892	3.73%	3.29%	4.18%	16-99
法国 (61)	2005	6 887	5.17%			≥15
德国 (62)	2004-2009	90 880	2.03%	1.78%	2.24%	16-70
德国 (63)	2001-2005	48 665	2.10%	1.9%	2.3%	16-70
意大利 (64)	2003	3 660	3.10%			≥45
挪威 (3)	2008	10 302	11.43%	10.8%	12.1%	20-79
挪威 (65)	1979-1980	14 667	4.82%	4.85%	4.79%	20-54
挪威 (36)	2000-2001	18 747	6.1%			30-75
挪威 (66)	1998	8 045	4.2%			19-31
瑞典 (67)	2004-2005	4 875	3.9%			18-84
英国 (68)	...	58 257	1.3%			18-64
美国 (14)	2001	27 220	2.21%	2.5%	1.9%	≥18
美国 (46)	2009-2010	6 216	3.2%	3.1%	3.6%	20-59
美国 (69)	2003-2004	2 984	3.15%	3.18%	3.11%	20-59
美国 (70)	1998-2010	121 701		1.32%		30-55
美国 (70)	1991-2005	116 686		1.37%		25-42
美国 (70)	1986-2010	51 529			1.25%	40-75
美国 (71)	2011	799 607	0.51%-1.13%			≥65
美国 (72)	2003-2006, 2009-2010	10 676	3.10%	3.0%	3.1%	20-59
美国 (73)	2001	2 443	1.3%			≥18
美国 (73)	2001	21 921	2.5%			≥18
美国 (74)	2001-2002	2 619 719	0.91%			...
美国 (74)	2001-2002	2 872 333	1.06%			...
美国 (75)	1991-2005	84 039		2.58%		41-58
所有年龄段						
中国 (37)	1984	6 617 917	0.123%	0.124	0.168	0-65+
中国 (40)	...	30 935	1.49%			所有年龄
中国台湾 (41)	2000-2006	5 864	0.19%	0.16%	0.23%	所有年龄
中国台湾 (76)	2006	23 000 000	0.235%			所有年龄
中国 (42)	1974-1981	670 000	0.35%			...
中国 (43)	...	17 345	0.47%			所有年龄
中国 (44)	...	7 747	2.14%			12-20
丹麦法罗群岛 (77)	1947-1948	10 984	2.84%			所有年龄

埃及 (78)	1994–1996	8 008	0.19%			所有年龄
德国 (79)	2005	1 344 071	2.53%	2.57%	2.79%	所有年龄
德国 (80)	2003	2 238 000	2.0%			所有年龄
意大利 (81)	2006	4 109	2.9%			所有年龄
日本 (45)	2010–2011	128 000 000	0.44%			所有年龄
挪威 (82)	1985	10 576	1.41%	1.45%	1.37%	所有年龄
挪威 (83)	1991	2 508	1.40%			所有年龄
挪威 (83)	1991	442	1.10%			所有年龄
波兰 (84)	2005–2009	2 161 832	1.45%	1.46%	1.43%	所有年龄
葡萄牙 (85)	1994	1 037	1.9%			所有年龄
西班牙 (86)	1998	12 938	1.43%	1.40%	1.46%	所有年龄
西班牙 (87)	2013	12 711	2.31%	1.9%	2.7%	所有年龄
斯里兰卡 (88)	1997	1 806	0.44%			所有年龄
瑞典 (89)	2001–2007	...	1.35%			所有年龄
瑞典 (90)	1998–2010	...	1.95%			所有年龄
坦桑尼亚共和国 (2)	1994	1 114	0.09%			所有年龄
突尼斯 (91)	...	5 778	0.57%			所有年龄
英国 (92)	2009	7 520 293	1.87%	1.9%	1.8%	所有年龄
英国 (93)	...	4 390	1.71%			所有年龄
英国 (94)	1987–2002	7 533 475	1.52%			所有年龄
英国 (95)	...	29 348	2.60%			所有年龄
英国 (96)	2002–2003	789 335	0.8%			所有年龄
英国 (97)	1999	252 538	0.73%			所有年龄
美国 (98)	1971–1974	20 749	1.43%			1–74
美国 (99)	2009	2 573	5.1%			所有年龄

注：... = 无数据。

男女性的银屑病患者率相当（5）。但是，在所有按性别统计的研究中（图 2），一些研究指出银屑病在男性中更普遍。其中引用的数值无统计学意义。此议题需深入研究，尤其是基因以及行为因素方面的区别。

图 2. 按性别统计银屑病患者率（给出数据统计年份；未出版数据）



银屑病可出现在任何年龄。一些研究显示银屑病的平均发病年龄为 33 岁并且 75% 的病例为 46 岁以下 (93)，其他研究则提出银屑病的发病时间呈双峰分布，第一个峰在 16-22 岁，第二个峰在 57-60 岁 (100)。

银屑病也见于儿童。但是，几乎没有关于银屑病儿童发病率或患病率的研究，仅有的几项研究显示在中国台湾几乎没有青少年银屑病患者 (38,39) 而在德国 0 至 17 岁儿童中有 1.37% 的终生患病率 (52)。规模最大的关于儿童患病率的研究在 2007 年于德国进行 (49)。从一家医疗保险公司含有 130 万人信息的数据库收集的数据显示，18 岁以下儿童的银屑病患病率为 0.40%，并且随着年龄增加，患病率大体呈线性增长。2008-2009 年期间，埃及一项研究调查了 2194 名儿童，发现 18 岁及以下的人群中银屑病患病率为 0.05%。

银屑病正在增加还是减少？

追踪银屑病发病率和患病率的趋势非常困难，原因在于不同研究采取了不同方法。然而，在一些国家银屑病的发病率和患病率有明显的上升趋势。1984 年中国银屑病患病率为 0.17%，25 年之后攀升至 0.59% (37,43)。1998 年西班牙的患病率为 1.43%，15 年后公布的患病率为 2.31% (86,87)。美国国家健康与营养调查的数据显示，2004 年到 2010 年的患病率从 1.62% 增至 3.10% (46,69)。但是，上述研究采用的方法不同，特别是银屑病案例定义各不相同，因此无法对上升趋势进行明确评估。

关于患病率趋势最具指导性的是一项在挪威特罗姆瑟进行的持续 30 年的以人群为基础的队列研究 (3)。对 1979 年至 2008 年的患病率趋势分析发现主诉银屑病终生患病率（同一队列中）从 4.8% 增至 11.4%。

银屑病造成的全球伤残负担

2010 年的全球疾病负担研究 (1) 尝试量化不同疾病造成的残疾程度和健康损失。最常见的模型之一是伤残调整生命年 (disability-adjusted life year, DALY)。DALY 等于伤残损失健康生命年 (YLDs) 与生命损失年 (YLLs) 之和。一个伤残调整生命年等于损失一个健康生命年。

$$\text{DALY} = \text{YLD} + \text{YLL}$$

$$1 \text{ DALY} = \text{损失一个健康生命年}$$

全球疾病负担研究的分析结果指出银屑病带来很高的疾病负担 (1)。2010 年全球银屑病平均 DALY 约为 1050660，是急性丙型肝炎的 2 倍。图 3 展示了各个国家的疾病负担估值。

图 3. 每 10 万人银屑病 DALYs 世界地图，数据男女合计且包含各年龄段

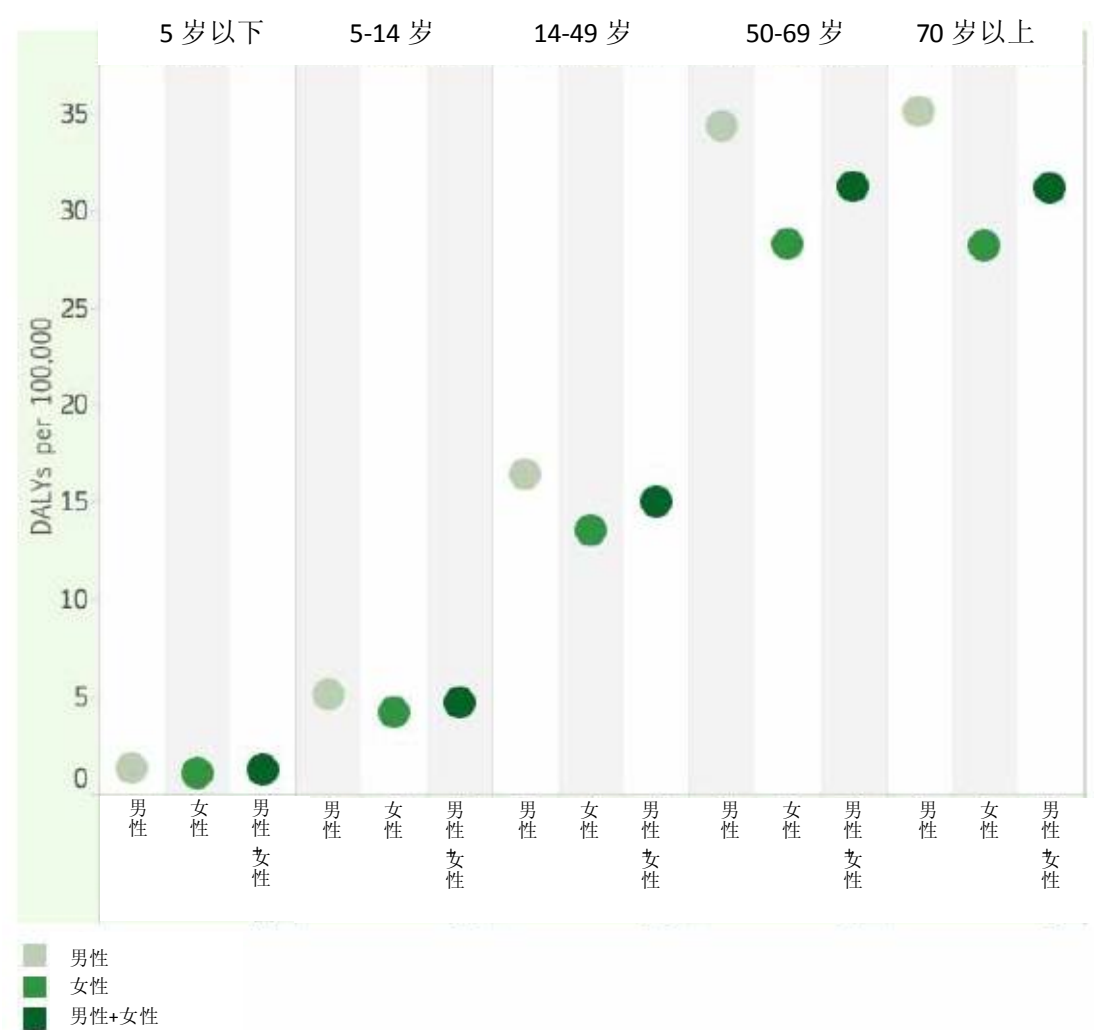


来源：IHME GBD 2010（1），有变动

60 岁以下男性和女性的 DALYs 随年龄增加呈线性增长。研究显示 50-69 岁疾病负担最高，75 岁以下男性银屑病患者的疾病负担比女性患者稍高（图 4）。

全球疾病负担研究中，银屑病等慢性皮肤病患者负担是被低估的，这是由于基础疾病的权重并不来自患者本身。一些研究发现，对于受严重歧视的慢性皮肤病，患者比公众持更加消极的态度。由此可见，全球疾病负担研究的局限性反应出银屑病患者的主要心理社会问题：其余人对患者特有的负担缺乏认识。近期关于银屑病和皮肤病疾病负担的出版物相应地指出了这种矛盾（101,102）。因此，对于不同疾病负担的对比分析需要在主客观负担之间达到更好的平衡。

图 4. 每 10 万人银屑病 DALYs 分布图，按性别和年龄段



来源：IHME GBD 2010（1），有改动

数据的缺乏

完善的流行病学数据对于疾病控制和卫生事业计划来说必不可少。本章列举了银屑病数据的诸多空白，皮肤病仍是最被忽视的流行病学研究领域之一。需要高质量的银屑病发病率和患病率的数据来帮助了解疾病的规模和分布情况。现有的患病率数据仅仅来自 20 个国家，这表示对银屑病的了解还有很多地理上的缺口，特别是低收入和中等收入地区。为了对比不同地区银屑病的发病和患病率及它们的趋势，需在不同地区采用同一方法收集数据，收集方法应具有可重复性。需制定标准化的测量方法，包括统一的诊断评估、“成人”的明确定义以及病例发现方法，这为银屑病等皮肤疾病提供更深入的了解。银屑病疾病负担的估算，譬如 2010 年的全球疾病负担研究，应基于改进的、更加以人为本的方式。这不仅需要考虑通用的估算方式，更要重点估量疾病特有的负担。

第三章：银屑病如何影响人们的生活？

引言

银屑病是一种慢性的、非传染性的、疼痛的、毁容的、致残的疾病，无治愈方法，无单一典型的临床征象。它有多种表现形式。除皮肤和指甲外，病人也可能患上炎性关节炎（银屑病性关节炎）。银屑病患者有更高的几率患上心血管疾病和其他的非传染性疾病（NCDs）（103）。此外，银屑病也会影响精神健康，患者会受到严重的社会歧视。

超过 40 种不同的手段用来评估银屑病的严重程度（104）。常用方法包括银屑病面积与严重程度指标（PASI）和医生整体评价。医师根据鳞屑、发红程度、皮损厚度或受银屑病影响的表皮面积来评估疾病严重程度。生存质量（QoI）的评估也相当重要。

女性，南非：“我从 26 岁患上银屑病，现在在我 54 岁。由于症状最早出现在头皮上，最初我以为是头皮屑。因为（‘头皮屑’）非常明显，我的同事给我推荐了各式各样的洗发水。后来我的身体上也出现了症状，去看了皮肤科，医生告诉我这是银屑病。我用了药膏但是没有帮助。我把皮肤都遮起来防止别人看到，我也开始在工作时戴围巾。我觉得自己像个异类，因为大部分工作环境不允许带围巾。那时候我觉得银屑病是一种羞于启齿的疾病，因为人们对此一无所知，他们对你做鬼脸、问愚蠢的问题或者嘲笑你。今天这种情况仍然在发生。”

来源：南非银屑病组织

皮肤和指甲

根据皮损类型和位置、发病年龄以及病程，银屑病有几种临床分类（表 2）。

银屑病最常见的症状（105）有：

- 皮肤鳞屑：92%
- 瘙痒：72%
- 红斑：69%
- 疲劳：27%
- 肿胀：23%
- 烧灼感：20%
- 出血：20%

另一研究显示：89%的患者在非头皮的部位有剥落和鳞屑现象，62%的患者在头皮有剥落和鳞屑。87%有瘙痒，74%有皮疹，62%皮肤疼痛，58%有出血现象，57%有红疹，49%病情加重，42%关节疼痛，39%皮肤皸裂，34%皮肤干燥，32%身体不适，28%有灼烧感，22%指甲病变（7）。

表 2. 银屑病常见种类及表现

寻常性银屑病 (斑块状银屑病)	■ 最常见的银屑病类型，影响 58% (79) 至 97% (45) 的患者 ■ 炎性红肿、边界清晰、凸起、干燥、大小不一的斑块，通常覆盖银色或白色鳞屑 ■ 发病部位包括头皮、耳后部位、前臂和小腿的伸肌面（尤其是手肘和膝盖）、躯干、脸部、手掌、脚掌和指甲	
糜烂性银屑病 (折叠部位和生殖区银屑病)	■ 占所有银屑病病例的 12% (105) 至 26% (21) ■ 患处深红或白色、平整、边界清晰、湿润的斑点或斑块，通常无鳞屑 ■ 影响几乎全部身体的弯曲部位：腋窝、肘窝、乳下、脐部、腹股沟、生殖区、臀裂、腘窝和其他身体折叠部位	
滴状银屑病	■ 占银屑病患者的 0.6% (45) 至 20% (8)，通常发生在儿童和青春早期 ■ 红色滴状的丘疹和斑块，大部在躯干、手臂和腿 ■ 发病与上呼吸道感染链球菌感染和之前的皮肤症状有关 (106)	
脓包型银屑病	■ 占所有银屑病病例的 1.1% (45) 到 12% (105) ■ 聚集性脓包，充满非感染性脓液 ■ 发病于小面积区域：手掌、指尖、脚趾甲和脚掌；经诱发后可发于身体全部面积	
红皮病型银屑病	■ 占所有银屑病病例的 0.4% (45) 至 7% (105) ■ 体表大部呈火烧状红色以及剥落 ■ 最严重的银屑病类型，可能威胁生命，可导致低体温、低蛋白血症和高输出量性心力衰竭	

成年患者糜烂性银屑病。©Ulrich Mrowietz, Psoriasis Center Kiel

八岁女童滴状银屑病。©Michael P. Schön, Universitätsmedizin Göttingen

成年女性患者脓包型银屑病。©Michael P. Schön, Universitätsmedizin Göttingen

成年男性患者红皮病型银屑病。© Matthias Augustin, University Medical Center Hamburg

回顾文献，指甲银屑病的患病率占有银屑病病例的 4.2%（8）到 69%（9）。指甲银屑病可伴随皮损发生或单独发生。指甲银屑病不仅影响美观，而且限制了手灵巧度。指甲银屑病可为急性或慢性，有不同的严重程度。可损害单个指甲或破坏全部指甲甚至脱落（图 5）。

图 5. 指甲银屑病



©Matthias Augustin, University Medical Center Hamburg.

指甲银屑病可成为真菌或细菌感染的诱因，发生比例占指甲银屑病病例的 4.6%至 30%（107）。

指甲银屑病患者跟无指甲损伤的银屑病患者相比有更加糟糕的银屑病严重度评分（108）。此外，他们拥有更低的生存质量和更多不宜工作的天数（108）。这些患者更易入院且更易患上银屑病性关节炎。

银屑病性关节炎

除了皮肤之外，银屑病还伴有炎性关节炎称为银屑病性关节炎，损害脊椎关节和其他关节。此关节炎发病时血液中含特异性抗体（血清阴性脊柱关节病）。类风湿因子（类风湿性关节炎的特异性抗体）也呈阴性。

1.3%（6）至 34.7%（7）的银屑病患者患有银屑病性关节炎。无关于性别差异的数据。美国人口中，相比其他种族，银屑病性关节炎在白种人中更高发（109）。两项在德国连续进行的大型研究评估了 2005 年和 2007 年皮肤科临床中风湿科医生诊断的关节炎患病率分别为 20.6%（10）和 19.6%（110）。

尽管临床症状不尽相同，周围性关节炎、脊柱炎、起止点炎（腱插入骨骼处炎症）、指关节炎和趾炎（手指或脚趾剧烈肿胀）最为常见（图 6）。银屑病性关节炎可导致慢性疼痛和关节变形。银屑病性关节炎患者相比无关节炎的银屑病患者身体适宜性更低（22）。银屑病性关节炎的发作通常伴有长期皮损，在无银屑病的情况下罕有单独发作。

图 6. 银屑病性关节炎



©Matthias Augustin, University Medical Center Hamburg.

伴发疾病

许多研究报告了银屑病与其他严重的全身性疾病共存，最常提及的有心血管疾病、代谢性疾病包括高血压、血脂异常和糖尿病、克罗恩氏病。甚至，银屑病患者相比其他健康儿童或散发性神经性皮炎患儿，患合并症的比例更高（11，49）。

大部分出版物探讨了心血管疾病和银屑病的关联。银屑病患者拥有更高的亚临床动脉硬化和血管炎症的负担（111）。这些患者有明显高于健康人群的血脂水平，包括甘油三酯和总胆固醇（112）。另外，银屑病也伴有心房颤动和中风风险，在年轻患者中更为严重（113）。但是在现阶段，银屑病是否是心血管疾病的独立危险因素还未知。

已证明肥胖和体重增加是银屑病的独立危险因素。吸烟是另一风险因素（114）。代谢性疾病、抑郁和勃起功能障碍在银屑病患者更为常见（115）。在一些疾病的部分患者中，银屑病是非酒精性脂肪性肝病的一个独立危险因素（116）。尽管有许多关于银屑病与合并症关联的研究，一些伴发疾病的因果关系和独立性尚不明确，需深入探讨（117，118）。

心理与精神健康

银屑病不仅是一种疼痛的、伴有明显躯体症状的致虚弱疾病，它还会带来多方面的精神创伤。种种原因可摧毁银屑病患者的心理健康。当银屑病出现在脸部或手等显眼的部位时，患者的生活会变的尤其困难。相关的心理问题会影响日常的社会活动以及工作。它会引起尴尬、缺乏自尊、焦虑和抑郁症（24，25）。银屑病患者经历着愤怒和无助，与其它疾病患者相比他们有更强烈的自杀倾向。一项调查了 127 位银屑病患者的研究显示，9.7%的患者希望死去，5.5%的患者在调查期间有主动的自杀念头（119）。

工作场所的影响

在工作场所，对无保护措施身体部位的机械或物理作用可诱发或加剧银屑病（120）。在有职业性手部皮炎的患者中，银屑病占发病原因的 3.8%（121）至 6.5%（122）。工作可能会恶化病情，因此穿戴特制手套和其他个人防护装备可减少损伤，使患者能够继续工作（121, 123）。

社会参与

银屑病会影响家庭、学校、工作以及两性关系，降低生活质量，导致心理性紧张（15, 17-19, 32, 124-128）。患者饱受歧视，被排斥于学校、工作场所和游泳池等正常的社会环境之外。因此，他们避免参加社会活动，常感受到孤独、孤立和缺乏吸引力，常有挫败感。

美国的一项研究评估了患者生活在哪些方面受到了最多的痛苦（7）。研究涉及 7 个方面：情感（心情、感受）；社会（朋友、活动）；家庭（活动、责任）；专业（工作、职业）、身体功能、性亲密性以及教育生活。结果显示，银屑病影响了 98% 患者的情感生活、94% 的社会生活、70% 的家庭生活、68% 的职业生涯、38% 的身体功能、17% 的性亲密性、21% 的教育生活。银屑病性关节炎患者中以上数据的比例更高。

在生命的相当一部分时间里，疾病所导致的机会丧失、带来的负担是累积性的，许多情况下是不可逆的。

社会经济负担

在银屑病患者中，功能损伤、职业生涯的机会丧失、治疗费用的增加大大加重了个人层面的社会经济负担（129-131）。对于患者和医疗系统来说，银屑病都带来了不小的花费。2008 年美国银屑病年支出为 115 亿美元，其中患者的付现成本占疾病总支出的 55%（132, 133）。美国的调查数据显示，每个银屑病患者每年的现金支出成本为 2528 美元，其中处方药以及非处方药的花费占 34%（134）。在瑞士，非卧床护理患者 2005 年每人的现金支出成本从轻度银屑病的 600-1100 瑞士法郎到重度银屑病的 2400-9900 瑞士法郎（135）。

Gary 是一个 23 岁时发病的慢性银屑病患者，他对游泳有着与生俱来的热情。由于游泳者的投诉，Gary 无法进入公共游泳池。即使救生员知道银屑病不会通过水传播，他们对此也无能为力。适度的日光浴对银屑病有好处。在一个周日上午，Gary 来到一个公园准备进行日光浴。当 Gary 露出带有红色斑块的皮肤，一个小女孩的妈妈马上带着她的女儿走开了。Gary 试图向她解释银屑病不会传染，但这位年轻女士对此充耳不闻。



来源：©香港银屑病患者协会

Jimmy，美国人，重度银屑病患者，银屑病影响了他 90% 的身体部位。他手上疼痛的银屑病斑块让他失去了工作能力，他现在变得无家可归。他被收容所拒之门外，因为员工担心他的皮肤损伤有传染性。Jimmy 现阶段没有接受任何有效的治疗。他每天不但要努力自理生活，还要对付皮肤的疼痛。

来源：美国国家银屑病基金

银屑病导致的工作能力丧失程度随银屑病的加重而增加。在德国的一项研究中，银屑病患者雇员因银屑病损失平均 4.9 工作日 / 年（23）。重度银屑病的住院率几乎是轻度银屑病的两倍（136）。此外，重度银屑病患者有更多的工作或学校缺勤天数（136）。

在社会层面，由于银屑病的高患病率以及巨大的直接和间接支出，它给纳税人、患者和社会带来了相当大的经济负担（129，131，137，138）。

评估银屑病对生存质量的影响

除评估临床表现外，健康相关生活质量 (HRQoL) 指标也是评估患者健康水平的重要因素。QoL 工具帮助患者在自身角度估算疾病对于身体、精神、功能和社会健康的影响。皮肤生活质量指数 (DLQI)，除去其在方法学方面的局限性，是现阶段最为常用的评估不同皮肤疾病患者 QoL 的方法。

银屑病患者的 HRQoL 显著降低。HRQoL 的降低与疾病严重程度、性别、年龄、损伤部位、合并症（如关节炎）以及心理压力有关。治疗负担和日常所需治疗时间是降低 HRQoL 的主要因素（139）。有一些研究显示女性的 QoL 更易受影响（139），其他研究则未发现性别间的区别。相反，一项在伊朗进行的研究显示，相比女性患者，银屑病对男性患者 QoL 的负面影响更甚（男性 DLQI 11.0，女性 DLQI 7.0）（21）。此研究也指出，患病部位面积越大，对 QoL 的影响也越大。当颈部或者手部患病时，QoL 受到的负面影响最大。患病部位在腹股沟时，对 QoL 的影响最小。

Astride，女性，荷兰人。“在年轻时患上严重的皮肤病让人难以接受。得了银屑病就意味着在教室里没人愿意挨着你坐，意味着从来没收到过生日聚会的邀请，意味着没人愿意参加你的生日聚会，意味着你无法参加游泳课，意味着你无法加入运动社团，等等等等。我爱上了一个非常好的男人。他了解银屑病，因为他的整个家庭都患有银屑病。我们结婚之后，我们决定不要孩子。我们都患有银屑病，不想把它带给孩子。我们不想冒险让孩子有一个糟糕的人生。这个决定非常困难。不要孩子意味着家里从来没有孩子的身影，没有朋友串门，没有儿媳和女婿，没有孙子孙女。圣诞晚餐也只有我们夫妻俩。找工作也非常困难，没人想要银屑病患者。另一个难题是找房子。我们曾经想买下一栋房子，由于患有慢性疾病，我们无法申请贷款。现在我们必须支付昂贵的租房费用，这意味着我们没有时间休假。等等。实际生活中还有许多难题。理发对我来说也是麻烦事。理发师不喜欢患有银屑病的人。逛街买衣服时，店员不允许我试穿。在试衣间时，即使衣服不合身也不允许我退还，我必须买下它们。假如我没有银屑病，我的人生可能完全不同：我也许会住在一栋漂亮的房子里，我们也许会有儿女和孙子孙女，也许我有一份与专业相关的工作。没有银屑病，我们也可以过上正常的生活。

来源：Psoriasis Vereniging Nederland

一项调查了欧洲大量银屑病患者研究显示，银屑病严重程度越高，对患者的总体影响就越大（105）。对于 15%轻度银屑病患者、23%中度银屑病患者和 51%重度银屑病患者来说，银屑病是一个严重问题。此外，48%的患者称银屑病导致的残疾对日常生活和活动有一定影响。残疾在较小程度上影响了职业、上学和朋友关系。银屑病对一些日常活动有消极影响，包括服装选择（54%）、沐浴次数的增多（45%）、经常洗涤/更换衣物（40%）、体育活动（38%）、睡眠障碍（34%）、限制工作/学校活动（27%）、性交困难（27%）和社会关系（26%）。另一项马来西亚的研究得到了类似结果，仅有 5.6%的患者认为银屑病对他们的 QoL 没有影响（22）。德国的一项研究也发现银屑病会对大部分患者的 QoL 产生负面影响，仅有 15.2%的患者认为银屑病对他们的 QoL 没有影响（23）。

Dai, 26 岁，中国人。患有红皮病型银屑病和脓包型银屑病。Dai 从来没有过正式工作。现在他在网上售卖蜂蜜，但还是需要依靠父母的经济支持维持生活和支付治疗费用。2015 年他的母亲带他去医院的路，他们被出租车司机拒载，旅馆老板拒绝他们入住。



来源：美国国家银屑病基金

然而值得一提的是，在许多研究中，生活质量降低程度和临床严重程度的相关性较弱，这表明银屑病对患者的影响不仅仅来源于皮损的严重程度

（141）。另外，对于银屑病的歧视和 QoL 负担会持续影响患者的生活。银屑病导致的慢性残疾叫做“银屑病累计生命过程损伤”（CLCI）（20）。CLCI 是银屑病护理治疗中的重要概念，它指出从儿童时期持续到老年的慢性疾病可导致不可逆转的负担以及机会丧失。因此，即使患者没有威胁生命的病症或者身体疤痕时，也应及早进行干预和科学治疗，以避免患者长期遭受痛苦，防止疾病进展和 CLCI 指数的上升。在实践中，可检测 CLCI 高危患者的指标，尽早治疗，预防 CLCI（142）。

银屑病对 QoL 影响的研究使用的方法大相径庭，因此无法准确地比较研究数据。QoL 评估使用了不同的指标，数据收集也采用了不同的工具（例如，自填式问卷、电话采访、医生填写的调查问卷），患者来自不同年龄段和不同种族。尽管如此，文献资料一致认为银屑病导致了 HRQoL 的降低。此外，在几乎全部临床研究中，有效的治疗方法可改善 HRQoL（31）。HRQoL 与患者对治疗的满意度也有关联（143）。

当然，影响患者生存质量的因素因人而异。另外，银屑病对单个患者的影响在不同阶段也会不同。人口研究让我们大致了解了影响银屑病患者 QoL 的各种因素。

第四章：改善银屑病患者护理质量

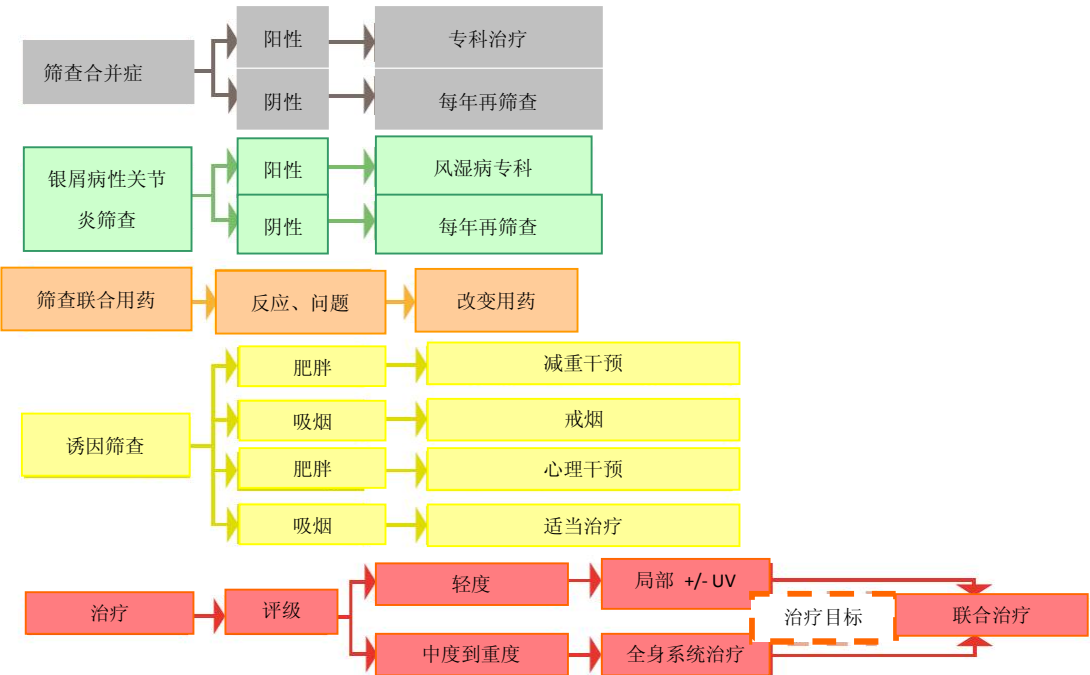
银屑病管理原则

银屑病就其本质而言是一种慢性的、无法治愈的疾病，无法预测其症状和诱因。患者须接受终生治疗，因此，所有的治疗方法必须符合高质量标准，不但应该有效，并且要保证长期使用也安全保险。由于银屑病的病因尚不明确，现有的治疗方法都基于控制症状。治疗方法包括局部治疗、全身治疗以及光线疗法。治疗目的也包括减轻疼痛、减少关节炎带来的行动不便以及缓解其他症状。

银屑病患者护理非仅仅包含管理皮损和关节损伤。银屑病的复杂性意味着单靠处方药是无法有效控制病情的，而需要整体的、针对患者全身的医疗护理。银屑病的管理也包括筛查伴发疾病，像高血压、血脂异常、糖尿病、心血管疾病及其并发症例如心肌梗塞和中风（图 7）。银屑病患者更易患抑郁症和焦虑症，有更强烈的自杀倾向。定期筛查这些伴发疾病以及筛查联合用药可防止药物相互作用或防止药物诱发的银屑病，辨别疾病诱因并对症治疗也是银屑病管理的重要方面。

拥有发达的社会和医疗系统的国家的银屑病管理流程（图 7）经适当修改可用于本土医疗环境。患者需要心理治疗、病人教育和精神疗法等心理社会干预方法（144,145）。患者也可进行一对一治疗、集体治疗、护理干预（26）以及电话支持或远程医疗（146）。患者的配合是一个治疗方案成功进行的关键（147），对于其他慢性皮肤病来说也是如此（123）。

图 7. 银屑病管理流程



UV=紫外线

来源：Mrowietz et al. 2014 (26)

治疗皮肤损伤

主要有三种治疗形式：局部治疗；光线疗法；全身治疗（表 3）。治疗方法的选择基于银屑病的严重程度。轻度银屑病通常采用局部治疗，若效果不佳再使用光线疗法。中度至重度银屑病需要全身性治疗。常用一线药物包括甲氨蝶呤、环孢素、阿维 A 和依曲替酯。一些国家也使用生物制剂和延胡索酸酯（148）。除维甲酸外的银屑病治疗方法的目的均为抗炎，减缓表皮角质细胞更新速度和平整斑块。许多国家的其他一些治疗方法也起到了显著作用，包括中药、使用非处方药自行治疗以及气候疗法。

表 3. 银屑病治疗方案

局部治疗（应用于皮肤的药膏、霜剂、洗剂、凝胶或泡沫）	维生素 D3 类似物
	糖皮质激素 （例如倍他米松和氢化可的松）
	地蒽酚/二羟蒽酚
	局部用类视黄醇
光线疗法（紫外线疗法）	
全身性治疗（药片、注射/输液）	甲氨蝶呤
	环孢素
	阿维 A
	生物制剂
	口服小分子

世卫组织标准处方集（149）包含小部分银屑病患者可使用的局部和全身性用药，可参考作为各卫生系统配备的最低标准（表 4）。

表 4. 世卫组织标准处方集包含的银屑病治疗药物

核心处方集 ¹	
抗炎止痒药	
倍他米松	乳霜或药膏：0.1%（戊酸盐）
氢化可的松	乳霜或药膏：1%（醋酸盐）
影响皮肤分化和生长的药物	
煤焦油	溶液：5%
氟尿嘧啶	药膏：5%
水杨酸	溶液：5%
尿素	乳霜或药膏：5%；10%
补充处方集 ²	
全身性用药 ³	
甲氨蝶呤	药片：2.5mg（钠盐）（关节疾病）
环孢素	胶囊：25mg（免疫抑制）

¹ 基础医疗设施最低药品配备

² 需要专业的诊断、监测、培训及护理

³ 世卫组织标准处方集并未指定此类药物治疗皮肤疾病，药物作用已于上表提及。

来源：WHO 2015（149）

为了保证疗效和安全，必须依照指导方针进行安全监测。需通过药品安全备案，特别是使用新药时，对患者进行长期随访。现有欧洲银屑病指南和 NICE 指南（150-152）等一系列银屑病治疗指导方针。

患者整体治疗：不仅仅是皮肤损害

单靠治疗皮肤症状无法有效地控制这种复杂的疾病，这是因为银屑病症状不可预测，并且有各种表现及伴发疾病。

第三章指出许多银屑病患者会患上银屑病性关节炎，因此需及早筛查患者的早期关节情况。如果被确诊为银屑病性关节炎，应尽早开始治疗防止病情发展和关节损伤。由于银屑病性关节炎会随时间发展，筛查需定期重复。现阶段已开发一系列工具来帮助检测银屑病性关节炎的早期征兆（153）。

女性，苏格兰人。“我在 13 岁时被诊断为头皮银屑病。我不得不每天晚上使用又黏又脏的药膏，这对一个青少年来说太糟糕了。我在 26 岁时被诊断为银屑病性关节炎。医生给我开了抗炎药，但是手、脚、膝盖、脚踝、手腕的变形持续了多年，既肿又痛。当时我觉得‘这没什么大不了的’，当时情况确实如此。现在我的脚和脚踝都变形了，我无法走得很远。我不得不接受大范围脚部手术。

来源：Psoriasis Scotland Arthritis Link Volunteers.

了解银屑病的诱因

现阶段已经找到导致银屑病初期症状或稳定慢性病突然爆发的一系列诱因。了解这些诱因并尽量避免是银屑病管理的重要部分。

各国的一系列研究显示，肥胖/超重是银屑病的重要诱因（114）。研究提到肥胖的银屑病患者经减肥手术后体重明显下降，皮损也随之改善（154-156）。肥胖会使银屑病治疗的疗效降低（157，158），这也是心血管疾病的独立危险因素。因此，减重干预需成为银屑病管理的一部分。

吸烟是银屑病的另一个重要的危险因素（114），因此医疗机构需提供戒烟咨询处。某些感染也会诱发银屑病。链球菌咽喉感染会恶化或诱发银屑病（159）。牙周炎病人患上银屑病的几率更高（160）。复发性扁桃体炎成人患者经扁桃体切除术后，银屑病病情有所改善，所需治疗减少（159）。任何来源的压力都会恶化成人和儿童银屑病患者的病情（161）。

优质护理的壁垒

银屑病患者在与医生和医疗机构打交道时会面临诸多障碍。皮肤病患者常常遇到此类障碍，包括非皮肤病专家对皮肤病缺乏认识、治疗费用高昂以及欠完善的医疗条件。许多低收入和中等收入国家缺少皮肤病专科医生，由于地理距离和差旅费用的限制，转诊非常困难。银屑病患者也会遇到他们特有的障碍，例如人们对于银屑病是传染病的固有成见，这导致了公共意识的缺失以及公众的误解。坚持银屑病治疗具有挑战性，不理想的银屑病管理可能是由于缺乏治疗的持续性（162,163）。

欠完善的医疗条件

Dale, 50+, 美国北卡罗来纳州人，每天都在重度斑块银屑病的煎熬中度过。他本来是一位经验丰富的建筑工人，由于双手肿胀，疼痛剧烈，他不得不放弃工作。他目前住在哥哥的后院，靠打零工维持生计。他数次向政府申请残疾证，但都被驳回。由于他没有保险，他无法接受现有的许多有效的治疗方法。

来源：美国国家银屑病基金

根据世卫组织 2015 年的卫生数据，许多国家仍然缺乏完善的医疗条件（164）。21 个成员国的每万人医生密度 ≤ 1 ，65 个成员国 ≤ 10 。值得注意的是，77 个成员国没有医生密度的数据，这意味着这些国家的医疗条件可能更加恶劣。另外，大部分低资源医疗机构的基本药物配备情况不容乐观。

许多慢性疾病，包括银屑病患者面临的另一大难题是公共医疗经费不足以及高昂的现金支付花费。许多国家为其国民配置的基础医

疗经费仍短缺。根据世卫组织提供的全球卫生支出图谱，提供基础的救生医疗服务每人每年至少需要 44 美元（165）。世卫组织 2015 年的卫生数据显示，25 个 WHO 成员国在 2012 年的支出少于 44 美元（164）。

上述数据反映了银屑病患者面对的基本问题。缺乏完善的医疗条件意味着没有诊断、没有治疗、任疾病自由发展和致残。卫生专业人员的短缺在一定程度上也导致了缺乏对银屑病的公共意识、对银屑病患者排斥和歧视。

卫生专业人员缺乏对银屑病的认识

专科医生的短缺导致全科医生缺少专业支持，全科医生因此成为公共卫生服务的唯一提供者。全科医生及其他医疗保健机构缺乏足够的培训导致了对银屑病缺少认识（166）。由于缺乏对银屑病及其合并症的意识，无法对疾病做出全面诊断，患者从而无法得到有效的治疗。欧洲银屑病护理白皮书（167）强调了提高对银屑病认识的必要性。

医疗条件欠完善的地区，专科医生例如皮肤病专家、风湿病专家、精神病专家、心脏病专家、儿科专家必然短缺。在理想情况下，患者需要与以上专家接触以保证全面的治疗并预防可能出现的合并症。

缺乏标准化的诊断手段与治疗方法

指导方针和有效的诊治手段对于银屑病的全面诊断和提供正确的治疗至关重要，而他们的缺乏是银屑病患者面临的又一难题。这会给患者带来不必要的痛苦，会导致疾病无法控制、不可逆转的关节变形以及残疾。此外，患者通常缺乏全面的、个性化的护理方案。即使在有指导方针的国家，也很少按照指导方针进行诊疗（167）。但是，有证据显示，假如医疗机构在临床实践中落实指导方针，银屑病人的护理质量会有所提高（171，172）。

医疗支出和基础药物

银屑病等许多皮肤病的治疗花费高昂，需持续终生，且无法通过全民医疗保险报销。患者和他们的家庭预算通常无法承担自费治疗，尤其许多患者由于健康原因和歧视无法从事专业工作。根据世卫组织提供的全球卫生支出图谱，每年有一亿人由于需要直接支付医疗费用而返贫（165）。尽管世卫组织标准处方集包含治疗银屑病的药物，许多国家的患者无法获取这些药物，或无法报销购买这些药物的费用（166）。

银屑病药物价格差异巨大-----从相对便宜的局部用皮质类固醇到更昂贵的生物制剂（168）。近期研发的生物制剂为银屑病患者提供了新的治疗方法，但是其价格高于传统的全身性药物和光线疗法（169，170）。2000年至2008年间全身性治疗支出分析显示，药物价格上涨的速度超过了一般通货膨胀（170）。

由于银屑病是一种慢性疾病，治疗花费会随疗程延长而增加。治疗花费无论是由患者本人还是政府和医疗保险支付，高额的慢性病治疗费用对总体医疗支出来说是巨大的负担。药物生产商应和消费者和管理者沟通，为患者提供更低价的药品，尤其是新型全身性药物。甚至普通的局部药物和甲氨蝶呤与环孢素等较低廉的全身性药物，对于低配置的医疗机构来说也是较大的负担。

坚持治疗的困难

无法坚持治疗是银屑病患者面对的又一障碍。疾病反复发作、药物副作用和高昂的治疗费用都会导致患者停止治疗。患者无法坚持治疗，因而无法获得最佳疗效（162,163）。患者坚持度与治疗的不满意度和精神病发病率呈负相关（143）。局部治疗的坚持度最低，包含生物制剂的全身性治疗的坚持度也相对较低（30）。对于药物使用方法缺乏沟通、对于可能的副作用缺乏认识和对于改善速度和程度的错误认识，都可能导致患者不能坚持治疗。

男性，南非：“我认为我面对的主要问题是医疗保险无法支付某些治疗费用，因此要改善我的皮肤状况需要高额的花费。由于医疗救助停止了对我的治疗的资助（且没有及时通知我们）这让我的家庭欠了皮肤科专家一大笔债。最终，我放弃了皮肤治疗。因此，我皮肤面积的65%到75%都覆盖着鳞屑。”

来源：南非银屑病组织

歧视

对于银屑病人的歧视可直接影响他们是否能够得到妥善的医疗救助。许多大众都认为银屑病是传染病，这对处于医疗机构和药店等公共场所的银屑病患者造成了困扰。无法正常工作导致他们无法支付医疗费用，他们也无法参与社会来提高幸福感和改善生活方式。公众对银屑病认知不足，例如银屑病是传染病的成见，导致对于银屑病人的排斥，使他们缺乏自尊、引起抑郁症甚至自杀。

我们能做什么？

可通过几个关键方面降低银屑病对患者生活的负面影响。包括：(i) 确保全民医疗保险覆盖皮肤病的治疗；(ii) 开展公益活动和培训，目的在于提高医疗机构和社会对于银屑病的认识；(iii) 增加对银屑病病因的研究；(iv) 研发针对病因的新型药物。

普及医疗服务和基础药物

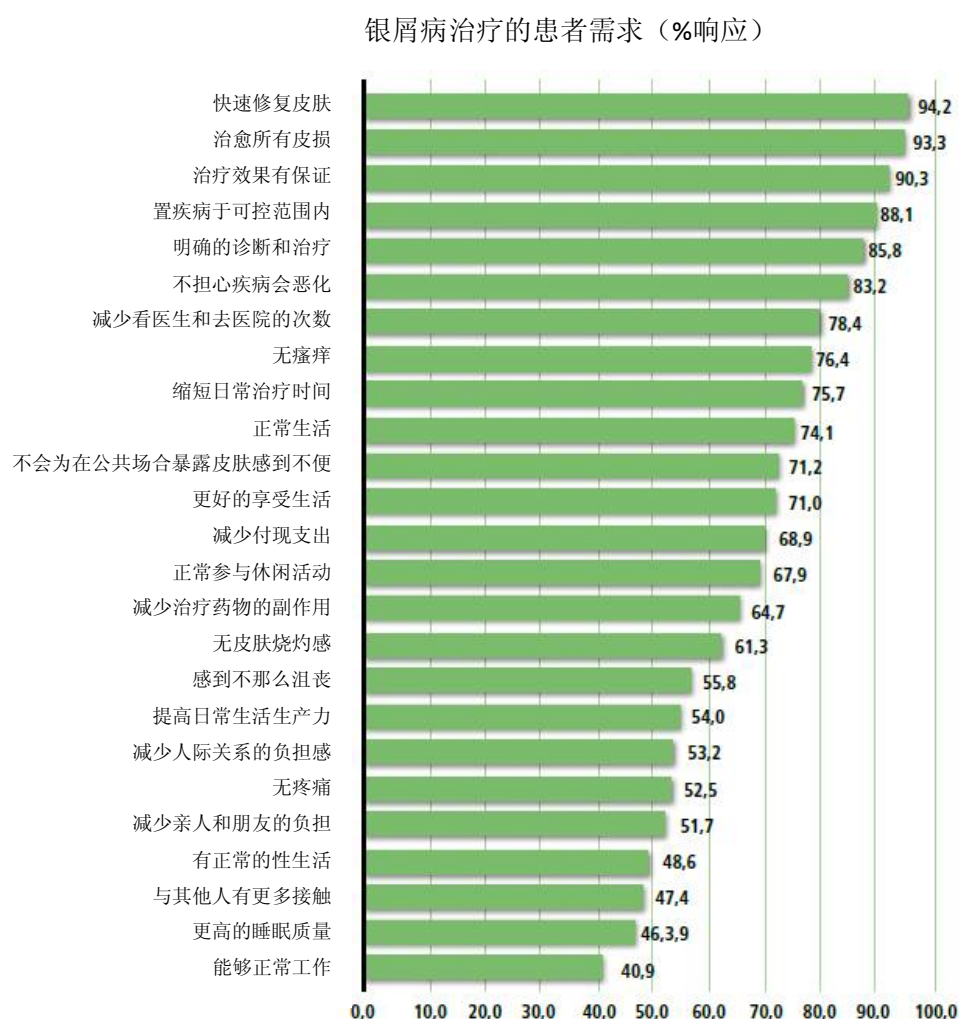
实施全民医疗保险尤为重要。2030 年可持续性发展目标明确包含了全民医疗保险，这一决定于 2015 年 9 月 25-27 日在纽约举行的联合国高级别全体会议经全部联合国成员国通过。成员国表示他们会在 2030 年前实现全民医疗保险，包括金融风险保护、完善基础医疗服务、为全民提供安全、有效、优质且不昂贵的基础药物与疫苗。成员国表示他们会支持非传染病以及主要影响中低收入国家的 NCDs 疫苗和药物的研发工作，并且对全民开放这些药物。此外，他们表示会持续增加医疗拨款以及在低资源医疗机构召集、发展、培训和保留卫生人力资源，尤其是欠发达国家和小岛屿发展中国家。

全球承诺为全民提供医疗保险对改善人民生活，尤其是对银屑病等慢性病患者的生活有重大意义。支付得起基础医疗费用、为银屑病进行诊治、得到尽早和适当的治疗、不昂贵的药物的长期供应会显著减少银屑病导致的不必要的负担。加强卫生医疗团队建设意味着会有更多经过专业培训、了解如何管理皮肤疾病的全科医生。

患者需求与治疗目标

全球的银屑病患者都急需缓解皮损以及心理负担的手段(139)。除了消除可见症状的需求外，患者还有其他方面的需求，包括愈合生殖区域等隐私部位的损伤、缓解瘙痒和疼痛、更多的参与社会活动、改善工作生活和个人生活中的职能（图 8）。需评估治疗方法是否能改善伴发疾病。以上需求可作为优化治疗的评估标准（173）。临床研究的结果无法完整反映银屑病治疗的疗效，这是因为它们大部分都集中于一些主要终点和次要终点。相反，基于患者相关疗效终点的研究能更好地反映患者的看法，即患者报告结局。

图 8. 患者对于银屑病治疗各需求的重要程度



来源: Blome et al. 2011 (139), 来源于 2007 年及 2008 年德国国家卫生保健研究 (n=4458)

以人为本的护理

银屑病等慢性疾病和复杂疾病的患者需要医疗卫生系统把他们当做正常人看待。但这在妇幼保健医院或急性传染病医院等医疗机构更难实现。各国的医疗系统必须进行基本范式的转变来应对银屑病和其他主要 NCDs 等慢性复杂疾病和多种合并症带来的日益增加的负担。

世卫组织在全球建立的以人为本的综合医疗系统的战略要求转变医疗机构筹资、管理和服务提供模式 (174)。战略展现了激励人心的愿景: 医疗卫生系统保障全民, 满足患者需要、安全、有效、及时、高效、优质; 医疗卫生服务为患者的一生提供持续保障, 综合满足患者健康需求。以人为本的医疗服务会采纳个人、家庭和社会团体的意见, 把他们当成医疗系统的参与者和受益者, 以人道的方式全盘回应他们的需求和偏好。良好的教育以及支持可帮助人们参与自己的医疗护理过程并作出正确的决定。无论是低、中、高收入国家还是冲突分裂国家、小岛屿国家以及大联邦国家, 以人为本的综合性医疗系统会为所有国家带来诸多益处。

对于银屑病患者来说，以人为本的医疗系统意味着全科医生会全面评估和考虑患者需求，包括银屑病病情和患者的其他健康问题。全科医生会将病人转交至皮肤病专家进行会诊（或利用皮肤科远程医疗会诊寻求专家帮助）。基础医疗的提供者能够基于患者咨询整合各科专家的力量，包括皮肤病专家、风湿病专家、心脏病专家和精神科专家。此外，若无皮肤科专家，全科医生需要监测治疗进程，一旦病情反复，需将病人转诊至相应专家。

方框 1. 国家层面改善银屑病护理的典型案例：德国的经验

德国的经验是通过大型计划改善银屑病患者医疗条件的一个案例。改善银屑病患者护理条件的计划始于 2005 年，首先对银屑病医疗的质量、结果与潜在障碍做系统性的分析（172）。一系列国家卫生保健研究结果揭露了现代药物的严重短缺、缺乏国家级指导方针以及存在大量重度患者等现状。2006 年编写了银屑病治疗指导方针，在地区银屑病网络中系统性地实施指导方针并作出评估（172）。在对初始方案进行少数改进之后，公布了 2010 年至 2015 年银屑病护理的国家目标，得到了皮肤病协会、患者团体和决策人的广泛共识。目标包括：（i）为患者提供更高的 QoL；（ii）尽早发现银屑病性关节炎并进行妥善处置；（iii）其余合并症；（iv）为银屑病儿童提供更好的医疗条件。

全国共建立了 28 个地区性银屑病网络，为银屑病患者整合了由皮肤科专家组成的高质量医疗队伍。随机抽取的 2014 年跟踪数据显示，患者的疾病严重程度和 QoL 明显改善，非直接支出和丧失工作能力天数也明显降低（172）。这表明，一旦医疗机构和患者达成共识，就可以成功实行标准化的、目标导向的、在患者层面和医疗系统层面沟通的系统性计划。此国家计划成为了欧洲银屑病白皮书的典型案例（167），也可服务于其他国家，帮助管理其他慢性（皮肤）疾病。

标准化手段、诊断和治疗

医疗机构和皮肤科专家应该采用标准化的手段评估银屑病的严重程度和疾病对 QoL 的影响。医学界应对标准化的银屑病分类和统一评估手段达成共识。这包括编写银屑病诊断的标准及指导方针，包括英国（152）和南非（176）在内的一些国家已经制定了以上文件。另外，也需要制定治疗银屑病的指导方针，包括可在低配置医疗机构实施的临床治疗方案。

壮大卫生医疗人力资源

银屑病的诊断和管理需要基础医疗机构提高技能和扩充人力资源。大部分银屑病患者，特别是中低收入国家的患者，无法得到皮肤病专家的诊治。医疗卫生机构组织需对中低收入国家的医师和护士、社区卫生工作者等其他医疗机构工作人员提供教育和培训。皮肤科远程会诊等医学手段的发展可帮助缺乏皮肤科专家的国家对患者进行更快速地皮肤科诊断。方框 2 举例描述了卫生机构工作者的培训计划。

方框 2. 位于坦桑尼亚联合共和国的地区皮肤病培训中心

国际皮肤病基金（IFD）是为低配置医疗机构培训医师的机构之一，它作为国际皮肤病学协会联盟（ILDS）的分支成立于 1987 年。IFD 在坦桑尼亚联合共和国建立了地区皮肤病培训中心（RDTC），从 1992 年开始为整个非洲培训非医师皮肤病医疗护理者。

来源：国际皮肤病基金 2015（177）

增加患者自主权

患者组织和民间团体在改善银屑病患者处境方面发挥着重要作用，包括代表患者、政府和决策者宣传决议 WHA67.9 中关于银屑病的部分，并监督决议及其建议的实施情况。患者组织帮助建立了互帮互助团体、开展公益活动，提高社会对于银屑病的认识。

消除偏见和歧视

世界范围内众多的银屑病患者正遭受社会和工作的偏见与歧视，因此政府需采取措施来消除公众对于银屑病的错误认知，包括开展大范围的社会公益活动，目的在于提高对银屑病的认识。可通过大众传媒、社群媒体和当地社区的传播媒介进行宣传。公益活动需提高公众意识，使其认识到银屑病是一种非传染性疾病，没有传播性。制定相应的法律法规防止针对银屑病等疾病患者的偏见。方框 3 和方框 4 展示了公益活动的案例，旨在提高人们对于银屑病的认识。

方框 3. 公益活动“关注我，而非我的皮肤”



2012 年克罗地亚银屑病协会开展的旨在消除偏见的公益活动“关注我，而非我的皮肤”。它的目的在于使人们了解银屑病患者在日常生活中的痛苦。

方框 4. 公益活动“为银屑病而泳”



另一个提高人们对银屑病认识的公益活动“为银屑病而泳”。此次活动由欧洲皮肤病性病防治院（EADV）组织，于 2014 年在比利时布鲁塞尔 Ixelles 游泳馆内进行。旨在消除对于银屑病固有的偏见。比利时名人、政治家、皮肤病专家和患者协会作为#银屑病队共同参加，在当地的游泳馆游泳，声援银屑病患者。

第五章：建议

2014 年，世卫组织成员国在决议 WHA67.9 中就银屑病是一种严重的非传播性疾病这一意见达成共识。决议强调，世界上许多银屑病患者由于错误或延误诊断、不恰当的治疗、未得到及时医疗救助等原因而遭受不必要的痛苦。这份全球银屑病报告将焦点集中在银屑病对于公共卫生的影响。该报告的编写有助于人们意识到银屑病可从各个方面影响患者的生活。它为决策者提供实际的解决办法以改善公共卫生服务和提高对于银屑病患者的社会包容度。

银屑病的控制及其并发症的预防依靠政府和决策者的作用。另外，科学家、卫生保健专业人士以及他们所在的协会为改善银屑病患者的 QoL 发挥着重要作用。患者组织、民间团体和媒体倡议改变现状并帮助消灭偏见和无知。

政府和决策者的作用

- 成员国需确保银屑病患者得到专业的医疗救助。银屑病应尽早诊断。及早诊断和妥善治疗可帮助患者防止不必要的痛苦、不受控制的病情发展、不可逆的关节变形和残疾。理想的治疗可改善精神健康，减少疾病的社会支出。
- 银屑病患者应接受全面的、个性化的治疗方案。公共和私人医疗机构至少应提供世卫组织标准处方集列出的包括全身性药物在内的药品。全民医疗保险需涵盖这些治疗费用。假如新型生物制剂能够作为银屑病患者的持续性用药，则应努力降低这些药品的价格。研制生物仿制药可解决这一难题。政府在制定指导方针时需考虑治疗方法的成本效益。
- 银屑病及其合并症的理想治疗方法需要完成向以人为本的综合公共医疗卫生服务的转变，世卫组织以人为本的综合公共医疗卫生服务战略中也强调了这一点。全体银屑病患者应该受到医疗系统的保障，医疗服务应满足患者需求，并且安全、有效、及时、高效、优质。
- 政府和非政府组织应为公共医疗工作人员提供常见慢性皮肤病的知识授课，包括本科医疗和护理课程，对基层医务人员进行在职培训。提高全科医生对于银屑病的认知很有必要，可促进银屑病的及早诊治，预防残疾。政府应大力支持银屑病的科研工作。
- 政府在减少歧视和偏见方面扮演关键角色。社会，而非银屑病本身，造成了对银屑病患者的排斥和歧视。通过公益活动提高公众对银屑病的认识和谴责对银屑病患者的歧视行为能够改变这种现状。成员国需采取积极的措施包括反歧视立法以及强制实行现行立法。

卫生系统和医疗专业人员的作用

- 所有医疗专业人员，尤其是在基层医疗机构工作的临床医师，应该提高对银屑病及其管理和合并症的认识。医疗专业人士组织应提供培训课程，例如通过网络对中低收入国家的医师进行授课，交授他们如何快速诊断以及准确治疗银屑病。银屑病患者应享有初级医疗保健的权利，能够满足他们个性化的需求，必要时为他们寻求专科医生的帮助。
- 在配置完备的医疗机构中，卫生专业人员和卫生系统应努力为患者组织专业的专科医生队伍提供全面专业的诊疗，包括皮肤病专家、风湿病专家、心理学家、精神科专家、儿科专家、心脏病专家等等。临床医师必须告知患者疾病可能带来的后果，与患者协作找出妨碍坚持治疗的障碍，并消除这些障碍，达到最佳疗效。
- 医学界应就银屑病的分类、统一流行病学数据的收集方法达成共识。
- 银屑病诊断和治疗指导方针的制定非常必要。此外，应实行标准化医疗护理，如正确评估治疗过程、统一评估疾病严重程度和病患 QoL 的手段。医师应为治疗设立目标，与患者沟通共同制定治疗方案。

患者组织和民间团体的作用

- 患者组织必须坚持宣传工作，为银屑病患者争取权益。他们应提高与政府和决策者有协作关系的人群对银屑病的认知。
- 患者组织需为银屑病患者提供支持，建立互帮互助网络，交流经验。
- 患者组织有责任鼓励在尚未建立患者协会的地区建立患者协会。
- 患者组织和民间团体应监督政府和决策人执行全球承诺，消除对银屑病患者的偏见。

重点研究领域

- 关于银屑病还有许多未知的领域，包括其流行病学、病因、治疗方法和改善医疗护理的方式。科研人员应探索银屑病的病因、如何预防银屑病以及如何管理疾病症状。建立低廉、有效、可广泛应用的治疗方法至关重要。
- 可在全球大规模应用的新型治疗药物是研究的重点。新型治疗药物应让患者能够负担得起、长期安全有效、在炎热和潮湿气候中也能稳定储藏、极少需要维护。
- 需进行前瞻性对照研究，进一步明确在病理学层面银屑病与心血管疾病的联系，证实皮肤/关节和伴发疾病的治疗起到了良好效果。
- 在临床研究方面，需要进行对比性有效性研究来银屑病治疗的疗效。

- 为了获取更可靠的研究结果，目前使用的 PASI 和患者报告结局如 DLQI 等临床结果指标需要改进。
- 医疗服务研究应明确卫生保健系统的特殊需求、还未满足的病人需求以及遵从指导方针治疗过程中的障碍。医疗服务研究需对提高医护质量、评估医疗效果的措施进行监督并提供反馈意见。银屑病的护理可由此成为其他慢性（皮肤）疾病管理的模范。
- 银屑病的流行病学及其在全球范围内的发病率和患病率是医疗服务研究的重点领域。需协调研究方式，使其反映文化和地理的差异。

参 考 文 献

1. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden of Disease Study 2010: Results by Cause 1990–2010. Seattle: IHME; 2012.
2. Gibbs S. Skin disease and socioeconomic conditions in rural Africa: Tanzania. *Int J Dermatol*. 1996;35(9):633–9.
3. Danielsen K, Olsen AO, Wilsgaard T, Furberg AS. Is the prevalence of psoriasis increasing? A 30-year follow-up of a population-based cohort. *Br J Dermatol*. 2013;168:1303–10.
4. Harden JL, Krueger JG, Bowcock AM. The immunogenetics of psoriasis: a comprehensive review. *J Autoimmun*. 2015;64:66–73.
5. Boehncke W-H, Schön MP. Psoriasis. *Lancet*. 2015;386(9997):983–94.
6. Bedi TR. Clinical profile of psoriasis in North India. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 1995;61(4):202–5.
7. Pariser D, Schenkel B, Carter C, Farahi K, Brown TM, Ellis CN, and Psoriasis Patient Interview Study Group. A multicenter, non-interventional study to evaluate patient-reported experiences of living with psoriasis. *J Dermatol Treat*. 2015;1–8.
8. Alshami MA. Clinical profile of psoriasis in Yemen, a 4-year retrospective study of 241 patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2010;24(Suppl. 4):14.
9. Falodun OA. Characteristics of patients with psoriasis seen at the dermatology clinic of a tertiary hospital in Nigeria: a 4-year review 2008–2012. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2013;27(Suppl. 4)
10. Reich K, Krüger K, Mössner R, Augustin M. Epidemiology and clinical pattern of psoriatic arthritis in Germany: a prospective interdisciplinary epidemiological study of 1511 patients with plaque-type psoriasis. *Br J Dermatol*. 2009;160(5):1040–7.
11. Augustin M, Radtke MA, Glaeske G, Reich K, Christophers E, Schaefer I et al. Epidemiology and Comorbidity in Children with Psoriasis and Atopic Eczema. *Dermatology*. 2015;231(1):35–40.
12. Vena GA, Altomare G, Ayala F, Berardesca E, Calzavara-Pinton P, Chimenti S et al. Incidence of psoriasis and association with comorbidities in Italy: a 5-year observational study from a national primary care database. *Eur J Dermatol*. 2010;20(5):593–8.
13. Fuji R, Mould JF J, Tang B, Brandt H, Pomerantz D, Chapnick J et al. Burden of disease in patients with diagnosed psoriasis in Brazil: results from 2011 national health and wellness survey (NHWS). *Value Health*. 2012;15(4):A107.
14. Stern RS, Nijsten T, Feldman SR, Margolis DJ, Rolstad T. Psoriasis is common, carries a substantial burden even when not extensive, and is associated with widespread treatment dissatisfaction. *J Investig Dermatol Symp Proc*. 2004;9(2):136–9.
15. Kimball AB, Jacobson C, Weiss S, Vreeland MG, Wu Y. The psychosocial burden of psoriasis. *Am J Clin Dermatol*. 2005;6(6):383–92.
16. De Korte J, Sprangers MA, Mombers FM, Bos JD. Quality of life in patients with psoriasis: a systematic literature review. *J Investig Dermatol Symp Proc*. 2004;9(2):140–7.
17. Zachariae H, Zachariae R, Blomqvist K, Davidsson S, Molin L, Mørk C et al. Quality of life and prevalence of arthritis reported by 5,795 members of the Nordic Psoriasis Associations. Data from the Nordic Quality of Life Study. *Acta Derm Venereol*. 2002;82(2):108–13.
18. Krueger G, Koo J, Lebwohl M, Menter A, Stern RS, Rolstad T. The impact of psoriasis on quality of life: results of a 1998 National Psoriasis Foundation patient-membership survey. *Arch Dermatol*. 2001;137(3):280–4.
19. Weiss SC, Kimball AB, Liewehr DJ, Blauvelt A, Turner ML, Emanuel EJ. Quantifying the harmful effect of psoriasis on health-related quality of life. *J Am Acad Dermatol*. 2002;47(4):512–8.

20. Kimball AB, Gieler U, Linder D, Sampogna F, Warren RB, Augustin M. Psoriasis: Is the impairment to a patient's life cumulative? *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2010;24(9):989–1004.
21. Moradi M, Rencz F, Brodsky V, Moradi A, Balogh O, Gulácsi L. Health status and quality of life in patients with psoriasis: an Iranian cross-sectional survey. *Arch Iran Med*. 2015;18(3):153–9.
22. Tang MM, Chang CC, Chan LC, Heng A. Quality of life and cost of illness in patients with psoriasis in Malaysia: a multicenter study. *Int J Dermatol*. 2013;52(3):314–22.
23. Augustin M, Krüger K, Radtke MA, Schwippel I, Reich K. Disease severity, quality of life and health care in plaque-type psoriasis: a multicenter cross-sectional study in Germany. *Dermatology*. 2008;216(4):366–72.
24. Russo PAJ, Ilchef R, Cooper AJ. Psychiatric morbidity in psoriasis: a review. *Australas J Dermatol*. 2004;45(3):155–9; quiz:160–1.
25. Sampogna F, Tabolli S, Abeni D, IDI Multipurpose Psoriasis Research on Vital Experiences (IMPROVE) investigators. Living with psoriasis: prevalence of shame, anger, worry, and problems in daily activities and social life. *Acta Derm Venereol*. 2012;92(3):299–303.
26. Mrowietz U, Steinz K, Gerdes S. Psoriasis: To treat or to manage? *Exp Dermatol*. 2014;23(10):705–9.
27. Parisi R, Symmons DPM, Griffiths CEM, Ashcroft DM, and the Identification and Management of Psoriasis and Associated Comorbidity (IMPACT) project team. Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence. *J Invest Dermatol*. 2013;133(2):377–85.
28. Gelfand JM, Feldman SR, Stern RS, Thomas J, Rolstad T, Margolis DJ. Determinants of quality of life in patients with psoriasis: a study from the US population. *J Am Acad Dermatol*. 2004;51(5):704–8.
29. Nijsten T, Meads DM, de Korte J, Sampogna F, Gelfand JM, Ongenae K et al. Cross-cultural inequivalence of dermatology-specific health-related quality of life instruments in psoriasis patients. *J Invest Dermatol*. 2007;127(10):2315–22.
30. Augustin M, Radtke MA. Quality of life in psoriasis patients. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2014;14(4):559–68.
31. Prins M, Krabbe PFM, Swinkels QOJ, de Boo T, van de Kerkhof PCM, van der Valk PGM. The effect of treatment on quality of life in psoriasis patients. *Acta Derm Venereol*. 2005;85(4):304–10.
32. Vardy D, Besser A, Amir M, Gesthalter B, Biton A, Buskila D. Experiences of stigmatization play a role in mediating the impact of disease severity on quality of life in psoriasis patients. *Br J Dermatol*. 2002;147(4):736–42.
33. Bell LM, Sedlack R, Beard CM, Perry HO, Michet CJ, Kurland LT. Incidence of psoriasis in Rochester, Minn, 1980–1983. *Arch Dermatol*. 1991;127(8):1184–7.
34. Ammar-Khodja A, Benkaidali I, Bouadjar B, Serradj A, Titi A, Benchikhi H et al. EPIMAG: International Cross-Sectional Epidemiological Psoriasis Study in the Maghreb. *Dermatology*. 2015;231(2):134–44.
35. Jacobson CC, Kumar S, Kimball AB. Latitude and psoriasis prevalence. *J Am Acad Dermatol*. 2011;65(4):870–3.
36. Bø K, Thoresen M, Dalgard F. Smokers report more psoriasis, but not atopic dermatitis or hand eczema: results from a Norwegian population survey among adults. *Dermatol Basel Switz*. 2008;216(1):40–5.
37. Shao CG, Zhang GW, Wang GC. Distribution of psoriasis in China: a nationwide screening. *Proc Chin Acad Med Sci Peking Union Med Coll*. 1987;2(2):59–65.
38. Chen G-Y, Cheng Y-W, Wang C-Y, Hsu T-J, Hsu MM-L, Yang P-T et al. Prevalence of skin diseases among schoolchildren in Magong, Penghu, Taiwan: a community-based clinical survey. *J Formos Med Assoc*. 2008;107(1):21–9.
39. Yang Y-C, Cheng Y-W, Lai C-S, Chen W. Prevalence of childhood acne, ephelides, warts, atopic dermatitis, psoriasis, alopecia areata and keloid in Kaohsiung County, Taiwan: a community-based clinical survey. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2007;21(5):643–9.
40. Li M-J, Wang P, Wu W-W, Fu L, Cai M, Chen M-X et al. An epidemiological survey of psoriasis in 18 cities in Hainan province of China. *J Dermatol*. 2012;39(Suppl. 1):243–4.

41. Chang Y-T, Chen T-J, Liu P-C, Chen Y-C, Chen Y-J, Huang Y-L et al. Epidemiological study of psoriasis in the national health insurance database in Taiwan. *Acta Derm Venereol*. 2009;89(3):262–6.
42. Yip SY. The prevalence of psoriasis in the Mongoloid race. *J Am Acad Dermatol*. 1984;10(6):965–8.
43. Ding X, Wang T, Shen Y, Wang X, Zhou C, Tian S et al. Prevalence of psoriasis in China: a population-based study in six cities. *Eur J Dermatol*. 2012;22(5):663–7.
44. Wang R, Cao L, Zhou C, Zhang J. Prevalence of 15 skin diseases in adolescents from Liangshan prefecture in Sichuan Province. *Chin J Dermatol*. 2012;45(4):270–2.
45. Kubota K, Kamijima Y, Sato T, Ooba N, Koide D, Iizuka H et al. Epidemiology of psoriasis and palmoplantar pustulosis: a nationwide study using the Japanese national claims database. *BMJ Open*. 2015;5(1):e006450.
46. Rachakonda TD, Schupp CW, Armstrong AW. Psoriasis prevalence among adults in the United States. *J Am Acad Dermatol*. 2014;70(3):512–6.
47. Yamamah GA, Emam HM, Abdelhamid MF, Elsaie ML, Shehata H, Farid T et al. Epidemiologic study of dermatologic disorders among children in South Sinai, Egypt. *Int J Dermatol*. 2012;51(10):1180–5.
48. El-Khateeb EA, Lotfi RA, Abd Elaziz KM, Abdel-Aziz KM, El-Shiekh SE. Prevalences of skin diseases among primary schoolchildren in Damietta, Egypt. *Int J Dermatol*. 2014;53(5):609–16.
49. Augustin M, Glaeske G, Radtke M, Christophers E, Reich K, Schaefer I. Epidemiology and comorbidity of psoriasis in children. *Br J Dermatol*. 2010;162:633–6.
50. Matusiewicz D, Koerber A, Schadendorf D, Wasem J, Neumann A. Childhood psoriasis: an analysis of German health insurance data. *Pediatr Dermatol*. 2014;31(1):8–13.
51. Kampfe S, Augustin M, Schäfer I, Glaeske G, Schickanz C, Radtke M. Prevalence and health care situation of juvenile psoriasis in Germany. *Exp Dermatol*. 2012;21(3):e21.
52. Schmitt J, Apfelbacher C. Epidemiology of pediatric psoriasis: a representative German cross-sectional study. *Exp Dermatol*. 2010;19(2):219.
53. Cantarutti A, Donà D, Visentin F, Borgia E, Scamarcia A, Cantarutti L et al., and the Pedianet. Epidemiology of Frequently Occurring Skin Diseases in Italian Children from 2006 to 2012: a retrospective population-based study. *Pediatr Dermatol*. 2015;32(5):668–78.
54. Cantarutti A, Donà D, Visentin F, Borgia E, Scamarcia A, Cantarutti L et al., and the Pedianet. Epidemiology of Frequently Occurring Skin Diseases in Italian Children from 2006 to 2012: a retrospective population-based study. *Pediatr Dermatol*. 2015 Sep;32(5):668–78.
55. Larsson PA, Lidén S. Prevalence of skin diseases among adolescents 12–16 years of age. *Acta Derm Venereol*. 1980;60(5):415–23.
56. Quirk CJ. Skin disease in the Busselton population survey. *Med J Aust*. 1979;1(12):569–70.
57. Kilkenny M, Stathakis V, Jolley D, Marks R. Maryborough skin health survey: prevalence and sources of advice for skin conditions. *Australas J Dermatol*. 1998;39(4):233–7.
58. Plunkett A, Marks R. A review of the epidemiology of psoriasis vulgaris in the community. *Australas J Dermatol*. 1998;39(4):225–32.
59. Barisic-Drusko V, Paljan D, Kinsky A, Vujasinovic S. Prevalence of Psoriasis in Croatia. *Acta Derm Venereol Suppl* (Stockh). 1989;146:178–9.
60. Brandrup F, Green A. The prevalence of psoriasis in Denmark. *Acta Derm Venereol*. 1981;61:344–6.
61. Wolkenstein P, Revuz J, Roujeau JC, Bonnellye G, Grob JJ, Bastuji-Garin S, and the French Society of Dermatology. Psoriasis in France and associated risk factors: results of a case-control study based on a large community survey. *Dermatol Basel Switz*. 2009;218(2):103–9.
62. Augustin M, Herberger K, Hintzen S, Heigel H, Franzke N, Schäfer I. Prevalence of skin lesions and need for treatment in a cohort of 90880 workers. *Br J Dermatol*. 2011;165(4):865–73.
63. Schaefer I, Rustenbach SJ, Zimmer L, Augustin M. Prevalence of skin diseases in a cohort of 48,665 employees in Germany. *Dermatology*. 2008;217(2):169–72.

64. Naldi L, Colombo P, Placchesi EB, Piccitto R, Chatenoud L, La Vecchia C, PrakTis Study Centers. Study design and preliminary results from the pilot phase of the PrakTis study: self-reported diagnoses of selected skin diseases in a representative sample of the Italian population. *Dermatology*. 2004;208(1):38–42.
65. Kavli G, Forde OH, Arnesen E, Stenvold SE. Psoriasis: familial predisposition and environmental factors. *Br Med J*. 1985;291:999–1000.
66. Olsen AO, Grijbovski A, Magnus P, Tambs K, Harris JR. Psoriasis in Norway as observed in a population-based Norwegian twin panel. *Br J Dermatol*. 2005;153(2):346–51.
67. Lindberg M, Isacson D, Bingeors K. Self-reported skin diseases, quality of life and medication use: a nationwide pharmaco-epidemiological survey in Sweden. *Acta Derm Venereol*. 2014;94(2):188–91.
68. O'Neill P, Kelly P. Postal questionnaire study of disability in the community associated with psoriasis. *BMJ*. 1996;313(7062):919–21.
69. Kurd SK, Gelfand JM. The prevalence of previously diagnosed and undiagnosed psoriasis in US adults: results from NHANES 2003–2004. *J Am Acad Dermatol*. 2009;60(2):218–24.
70. Merola J, Li T, Qureshi A. Prevalence of psoriasis phenotypic subsets among US men and women. *J Invest Dermatol*. 134(Suppl. 1):S58.
71. Takeshita J, Gelfand JM, Li P, Pinto L, Yu X, Rao P et al. Psoriasis in the US Medicare population: prevalence, treatment, and factors associated with biologic use. *J Invest Dermatol*. 2015;135(12):2955–63.
72. Helmick CG, Lee-Han H, Hirsch SC, Baird TL, Bartlett CL. Prevalence of psoriasis among adults in the U.S.: 2003–2006 and 2009–2010 National Health and Nutrition Examination Surveys. *Am J Prev Med*. 2014;47(1):37–45.
73. Gelfand JM, Stern RS, Nijsten T, Feldman SR, Thomas J, Kist J et al. The prevalence of psoriasis in African Americans: results from a population-based study. *J Am Acad Dermatol*. 2005;52(1):23–6.
74. Robinson D, Hackett M, Wong J, Kimball AB, Cohen R, Bala M, and the IMID Study Group. Co-occurrence and comorbidities in patients with immune-mediated inflammatory disorders: an exploration using US healthcare claims data, 2001–2002. *Curr Med Res Opin*. 2006;22(5):989–1000.
75. Qureshi AA, Choi HK, Setty AR, Curhan GC. Psoriasis and the risk of diabetes and hypertension: a prospective study of US female nurses. *Arch Dermatol*. 2009;145(4):379–82.
76. Tsai T-F, Wang T-S, Hung S-T, Tsai PI-C, Schenkel B, Zhang M et al. Epidemiology and comorbidities of psoriasis patients in a national database in Taiwan. *J Dermatol Sci*. 2011;63(1):40–6.
77. Lomholt G. A census study on the prevalence of skin diseases in the Faroe Islands. Copenhagen: GEC Gad; 1963.
78. Abdel-Hafez K, Abdel-Aty MA, Hofny ERM. Prevalence of skin diseases in rural areas of Assiut Governorate, Upper Egypt. *Int J Dermatol*. 2003;42(11):887–92.
79. Schaefer I, Rustenbach S, Radtke M, Augustin J, Glaeske G, Augustin M. Epidemiologie der Psoriasis in Deutschland – Auswertung von Sekundärdaten einer gesetzlichen Krankenversicherung. *Gesundheitswesen*. 2011;73(5):308–13.
80. Schlander M, Schwarz O, Viapiano M, Bonauer N. Administrative prevalence of psoriasis in Germany. *Value Health*. 2008;11(6):A615–6.
81. Saraceno R, Mannheimer R, Chimenti S. Regional distribution of psoriasis in Italy. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2008;22(3):324–9.
82. Braathen LR, Botten G, Bjerkedal T. Psoriatics in Norway. A questionnaire study on health status, contact with paramedical professions, and alcohol and tobacco consumption. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh)*. 1989;142:9–12.
83. Falk ES, Vandbakk O. Prevalence of psoriasis in a Norwegian Lapp population. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh)*. 1993;182:6–9.
84. Borzęcki A, Dudra-Jastrzębska M, Sajdak-Wojtaluk A. Epidemiologia łuszczycy w rejonie województwa lubelskiego w latach 2005–2009. *Dermatol Klin*. 2012;14(4):149–53.
85. Massa A, Alves R, Amado J, Matos E, Sanches M, Selores M et al. Prevalence of cutaneous lesions in Freixo de Espada à Cinta. *Acta Médica Port*. 2000;13(5–6):247–54.

86. Ferrándiz C, Bordas X, García-Patos V, Puig S, Pujol R, Smandía A. Prevalence of psoriasis in Spain (Epiderma Project: phase I). *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2001;15(1):20–3.
87. Ferrándiz C, Carrascosa JM, Toro M. Prevalence of psoriasis in Spain in the age of biologics. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 2014;105(5):504–9.
88. Perera A, Atukorale DN, Sivayogan S, Ariyaratne VS, Karunaratne LA. Prevalence of skin diseases in suburban Sri Lanka. *Ceylon Med J*. 2000;45(3):123–8.
89. Lofvendahl S, Theander E, Svensson A, Englund M, Turkiewicz A, Petersson I. The prevalence of psoriasis and psoriatic arthritis in Sweden a health care register study. *Arthritis Rheum*. 2009;60(Suppl. 10):710.
90. Lofvendahl S, Theander E, Svensson A, Englund M, Turkiewicz A, Petersson I. Prevalence of doctor-diagnosed psoriasis and psoriatic arthritis in southern Sweden. *Br J Dermatol*. 2012;167(2):e11.
91. El Fekih N, Khaled A, Kharafi M, Sellami A, Zeglaoui F, Fazaa B et al. Epidemiology of psoriasis in Tunisia. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2007;(Suppl. 1):41.
92. Seminara NM, Abuabara K, Shin DB, Langan SM, Kimmell SE, Margolis D et al. Validity of The Health Improvement Network (THIN) for the study of psoriasis. *Br J Dermatol*. 2011;164(3):602–9.
93. Nevitt GJ, Hutchinson PE. Psoriasis in the community: prevalence, severity and patients' beliefs and attitudes towards the disease. *Br J Dermatol*. 1996;135(4):533–7.
94. Gelfand JM, Weinstein R, Porter SB, Neimann AL, Berlin JA, Margolis DJ. Prevalence and treatment of psoriasis in the United Kingdom: a population-based study. *Arch Dermatol*. 2005;141(12):1537–41.
95. Kay L, Parry-James J, Walker D. The prevalence and impact of psoriasis and psoriatic arthritis in the primary care population in North East England. *Arthritis Rheum*. 1999;42(9):S299–S299.
96. Gillard SE, Finlay AY. Current management of psoriasis in the United Kingdom: patterns of prescribing and resource use in primary care. *Int J Clin Pract*. 2005;59(11):1260–7.
97. Simpson CR, Anderson WJA, Helms PJ, Taylor MW, Watson L, Prescott GJ et al. Coincidence of immunemediated diseases driven by Th1 and Th2 subsets suggests a common aetiology. A population-based study using computerized general practice data. *Clin Exp Allergy J Br Soc Allergy Clin Immunol*. 2002;32(1):37–42.
98. Johnson MT, Roberts J. Skin conditions and related need for medical care among persons 1–74-year. United States, 1971–1974. *Vital Health Stat* 11. 1978;(212):1–72.
99. Lima XT, Minnillo R, Spencer JM, Kimball AB. Psoriasis prevalence among the 2009 AAD National Melanoma/Skin Cancer Screening Program participants. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2013;27(6):680–5.
100. Henseler T, Christophers E. Psoriasis of early and late onset: characterization of two types of psoriasis vulgaris. *J Am Acad Dermatol*. 1985;13(3):450–6.
101. Goff KL, Karimkhani C, Boyers LN, Weinstock MA, Lott JP, Hay RJ et al. The global burden of psoriatic skin disease. *Br J Dermatol*. 2015;172(6):1665–8.
102. Hay RJ, Johns NE, Williams HC, Bolliger IW, Dellavalle RP, Margolis DJ et al. The global burden of skin disease in 2010: an analysis of the prevalence and impact of skin conditions. *J Invest Dermatol*. 2014;134(6):1527–34.
103. Abuabara K, Azfar RS, Shin DB, Neimann AL, Troxel AB, Gelfand JM. Cause-specific mortality in patients with severe psoriasis: a population-based cohort study in the U.K. *Br J Dermatol*. 2010;163(3):586–92.
104. Naldi L, Svensson A, Diepgen T, Elsner P, Grob J-J, Coenraads P-J et al., and the European Dermato-Epidemiology Network. Randomized clinical trials for psoriasis 1977–2000: the EDEN survey. *J Invest Dermatol*. 2003;120(5):738–41.
105. Dubertret L, Mrowietz U, Ranki A, van de Kerkhof PC, Chimenti S, Lotti T et al. European patient perspectives on the impact of psoriasis: the EUOPSO patient membership survey. *Br J Dermatol*. 155(4):729–36.
106. Owen CM, Chalmers RJ, O'Sullivan T, Griffiths CE. Antistreptococcal interventions for guttate and chronic plaque psoriasis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;(2):CD001976.
107. Natarajan V, Nath AK, Thappa DM, Singh R, Verma SK. Coexistence of onychomycosis in psoriatic nails: a descriptive study. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2010;76(6):723.

108. Augustin M, Reich K, Blome C, Schäfer I, Laass A, Radtke MA. Nail psoriasis in Germany: epidemiology and burden of disease. *Br J Dermatol*. 2010;163(3):580–5.
109. Kerr GS, Qaiyumi S, Richards J, Vahabzadeh-Monshie H, Kindred C, Whelton S et al. Psoriasis and psoriatic arthritis in African-American patients: the need to measure disease burden. *Clin Rheumatol*. 2014.
110. Radtke MA, Reich K, Blome C, Rustenbach S, Augustin M. Prevalence and clinical features of psoriatic arthritis and joint complaints in 2009 patients with psoriasis: results of a German national survey. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2009;23(6):683–91.
111. Shaharyar S, Warraich H, McEvoy JW, Oni E, Ali SS, Karim A et al. Subclinical cardiovascular disease in plaque psoriasis: association or causal link? *Atherosclerosis*. 2014;232(1):72–8.
112. Robati RM, Partovi-Kia M, Haghighatkhah HR, Younespour S, Abdollahimajid F. Increased serum leptin and resistin levels and increased carotid intima-media wall thickness in patients with psoriasis: is psoriasis associated with atherosclerosis? *J Am Acad Dermatol*. 2014;71(4):642–8.
113. Ahlehoff O, Gislason GH, Jørgensen CH, Lindhardsen J, Charlott M, Olesen JB et al. Psoriasis and risk of atrial fibrillation and ischaemic stroke: a Danish Nationwide Cohort Study. *Eur Heart J*. 2012;33(16):2054–64.
114. Wolk K, Mallbris L, Larsson P, Rosenblad A, Vingård E, Ståhle M. Excessive body weight and smoking associates with a high risk of onset of plaque psoriasis. *Acta Derm Venereol*. 2009;89(5):492–7.
115. Tasliyurt T, Bilir Y, Sahin S, Seckin HY, Kaya SU, Sivgin H et al. Erectile dysfunction in patients with psoriasis: potential impact of the metabolic syndrome. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2014;18(4):581–6.
116. Van der Voort EAM, Koehler EM, Dowlatsahi EA, Hofman A, Stricker BH, Janssen HLA et al. Psoriasis is independently associated with nonalcoholic fatty liver disease in patients 55 years old or older: Results from a population-based study. *J Am Acad Dermatol*. 2014;70(3):517–24.
117. Nijsten T, Wakkee M. Complexity of the association between psoriasis and comorbidities. *J Invest Dermatol*. 2009;129(7):1601–3.
118. Parisi R, Rutter MK, Lunt M, Young HS, Symmons DPM, Griffiths CEM et al. Psoriasis and the Risk of Major Cardiovascular Events: cohort study using the Clinical Practice Research Datalink. *J Invest Dermatol*. 2015;135(9):2189–97.
119. Gupta MA, Schork NJ, Gupta AK, Kirkby S, Ellis CN. Suicidal ideation in psoriasis. *Int J Dermatol*. 1993;32(3):188–90.
120. Mahler V, Diepgen T, Skudlik C, Becker D, Dickel H, Fartasch M et al., and the Work Group “Assessment of allergens in occupational disease (BK) 5101” of the Study Group Occupational and Environmental Dermatology (ABD), German Contact Dermatitis Group (DKG) of the German Dermatological Society. Psoriasis predisposition and occupational triggering factors in the appraisal of occupational medical expertises. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2014;12(6):519–29.
121. Skudlik C, John SM. Psoriasis and work. In: Kanerva’s Occupational dermatology, 2nd edition (volume 1). Heidelberg, New York, Dordrecht, London: Springer; 2012.
122. Agrup G. Hand Eczema and Other Hand Dermatoses in South Sweden. *J Occup Environ Med*. 1970;12(2):59–60.
123. Weisshaar E, Skudlik C, Scheidt R, Matteredne U, Wulfhorst B, Schönfeld M et al., and the ROQ Study Group. Multicentre study “rehabilitation of occupational skin diseases: optimization and quality assurance of inpatient management (ROQ)” – results from 12-month follow-up. *Contact Dermatitis*. 2013;68(3):169–74.
124. Richards HL, Fortune DG, Main CJ, Griffiths CEM. Stigmatization and psoriasis. *Br J Dermatol*. 2003;149(1):209–11.
125. Picardi A, Abeni D, Renzi C, Braga M, Puddu P, Pasquini P. Increased psychiatric morbidity in female outpatients with skin lesions on visible parts of the body. *Acta Derm Venereol*. 2001;81(6):410–4.
126. Pereira MG, Brito L, Smith T. Dyadic adjustment, family coping, body image, quality of life and psychological morbidity in patients with psoriasis and their partners. *Int J Behav Med*. 2012;19(3):260–9.

127. Eghlileb AM, Davies EEG, Finlay AY. Psoriasis has a major secondary impact on the lives of family members and partners. *Br J Dermatol*. 2007;156(6):1245–50.
128. Sampogna F, Gisondi P, Tabolli S, Abeni D, and the IDI Multipurpose Psoriasis Research on Vital Experiences investigators. Impairment of sexual life in patients with psoriasis. *Dermatology*. 2007;214(2):144–50.
129. Berger K, Ehken B, Kugland B, Augustin M. Cost-of-illness in patients with moderate and severe chronic psoriasis vulgaris in Germany. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2005;3(7):511–8.
130. Gaikwad R, Deshpande S, Raje S, Dhamdhare DV, Ghatge MR. Evaluation of functional impairment in psoriasis. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2006;72(1):37–40.
131. Sohn S, Schoeffski O, Prinz J, Reich K, Schubert E, Waldorf K et al. Cost of moderate to severe plaque psoriasis in Germany: a multicenter cost-of-illness study. *Dermatology*. 2006;212(2):137–44.
132. Fowler JF, Duh MS, Rovba L, Buteau S, Pinheiro L, Lobo F et al. The impact of psoriasis on health care costs and patient work loss. *J Am Acad Dermatol*. 2008;59(5):772–80.
133. Javitz HS, Ward MM, Farber E, Nail L, Vallow SG. The direct cost of care for psoriasis and psoriatic arthritis in the United States. *J Am Acad Dermatol*. 2002;46(6):850–60.
134. Bhutani T, Wong JW, Bebo BF, Armstrong AW. Access to health care in patients with psoriasis and psoriatic arthritis: data from National Psoriasis Foundation survey panels. *JAMA Dermatol*. 2013;149(6):717–21.
135. Navarini AA, Laffitte E, Conrad C, Piffaretti P, Brock E, Ruckdaeschel S et al. Estimation of cost-of-illness in patients with psoriasis in Switzerland. *Swiss Med Wkly*. 2010;140(5–6):85–91.
136. Mattei PL, Corey KC, Kimball AB. Psoriasis Area Severity Index (PASI) and the Dermatology Life Quality Index (DLQI): the correlation between disease severity and psychological burden in patients treated with biological therapies. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2014;28(3):333–7.
137. Armstrong AW, Schupp C, Wu J, Bebo B. Quality of life and work productivity impairment among psoriasis patients: findings from the National Psoriasis Foundation survey data 2003–2011. *PloS One*. 2012;7(12):e52935.
138. Levy AR, Davie AM, Brazier NC, Jivraj F, Albrecht LE, Gratton D et al. Economic burden of moderate to severe plaque psoriasis in Canada. *Int J Dermatol*. 2012;51(12):1432–40.
139. Blome C, Augustin M, Behechtnejad J, Rustenbach SJ. Dimensions of patient needs in dermatology: subscales of the patient benefit index. *Arch Dermatol Res*. 2011;303(1):11–17.
140. Quality of life and cost of illness in patients with psoriasis in Malaysia: a multicenter study.
141. Norlin JM, Steen Carlsson K, Persson U, Schmitt-Egenolf M. Analysis of three outcome measures in moderate to severe psoriasis: a registry-based study of 2450 patients. *Br J Dermatol*. 2012;166(4):797–802.
142. Augustin M. Identifying patients at risk. In: Kimball AB, Linder M, Itin P, Jemec GB, editors. *Dermatological diseases and cumulative life course impairment*. Basel: Karger Verlag; 2013:74–81.
143. Renzi C, Picardi A, Abeni D, Agostini E, Baliva G, Pasquini P et al. Association of dissatisfaction with care and psychiatric morbidity with poor treatment compliance. *Arch Dermatol*. 2002;138(3):337–42.
144. Fortune DG, Richards HL, Kirby B, Bowcock S, Main CJ, Griffiths CEM. A cognitive-behavioural symptom management programme as an adjunct in psoriasis therapy. *Br J Dermatol*. 2002;146(3):458–65.
145. Jankowiak B, Krajewska-Kulak E, Van Damme-Ostapowicz K, Wronska I, Lukaszuk C, Niczyporuk W et al. The need for health education among patients with psoriasis. *Dermatol Nurs*. 2004;16(5):439–44.
146. Larsen MH, Krogstad AL, Aas E, Moum T, Wahl AK. A telephone-based motivational interviewing intervention has positive effects on psoriasis severity and self-management: a randomized controlled trial. *Br J Dermatol*. 2014;171(6):1458–69.
147. Pagliarello C, Calza A, Armani E, Di Pietro C, Tabolli S. Effectiveness of an empowerment-based intervention for psoriasis among patients attending a medical spa. *Eur J Dermatol*. 2011;21(1):62–6.
148. Mansouri B, Patel M, Menter A. Biological therapies for psoriasis. *Expert Opin Biol Ther*. 2013;13(12):1715–30.
149. 19th WHO Model Essential Medicines List [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/entity/selection_medicines/committees/expert/20/EML_2015_FINAL_amended_AUG2015.pdf?ua=1, accessed 17 October 2015).

150. Nast A, Boehncke W-H, Mrowietz U, Ockenfels H-M, Philipp S, Reich K et al., and the Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG), Berufsverband Deutscher Dermatologen (BVDD). S3 – Guidelines on the treatment of psoriasis vulgaris (English version). Update. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2012;10 (Suppl. 2):S1-S95.
151. Pathirana D, Ormerod AD, Saiag P, Smith C, Spuls PI, Nast A et al. European S3-guidelines on the systemic treatment of psoriasis vulgaris. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* (Suppl. 2):S1–S95.
152. National Institute for Health and Care Excellence. Psoriasis: assessment and management. NICE guidelines [CG153] [Internet]. London; 2012 (<https://www.nice.org.uk/guidance/cg153/resources/psoriasis-assessment-and-management-35109629621701>, accessed 17 October 2015).
153. Mease PJ, Gladman DD, Helliwell P, Khraishi MM, Fuiman J, Bananis E et al. Comparative performance of psoriatic arthritis screening tools in patients with psoriasis in European/North American dermatology clinics. *J Am Acad Dermatol.* 2014;71(4):649–55.
154. Romero-Talamás H, Aminian A, Corcelles R, Fernandez AP, Schauer PR, Brethauer S. Psoriasis improvement after bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis.* 2014;10(6):1155–9.
155. Farias MM, Achurra P, Boza C, Vega A, de la Cruz C. Psoriasis following bariatric surgery: clinical evolution and impact on quality of life on 10 patients. *Obes Surg.* 2012;22(6):877–80.
156. Hossler EW, Wood GC, Still CD, Mowad CM, Maroon MS. The effect of weight loss surgery on the severity of psoriasis. *Br J Dermatol.* 2013;168(3):660–1.
157. Debbaneh M, Millsop JW, Bhatia BK, Koo J, Liao W. Diet and psoriasis, part I: Impact of weight loss interventions. *J Am Acad Dermatol.* 2014;71(1):133–40.
158. Gisondi P, Del Giglio M, Di Francesco V, Zamboni M, Girolomoni G. Weight loss improves the response of obese patients with moderate-to-severe chronic plaque psoriasis to low-dose cyclosporine therapy: a randomized, controlled, investigator-blinded clinical trial. *Am J Clin Nutr.* 2008;88(5):1242–7.
159. Thorleifsdottir RH, Sigurdardottir SL, Sigurgeirsson B, Olafsson JH, Sigurdsson MI, Petersen H et al. Improvement of psoriasis after tonsillectomy is associated with a decrease in the frequency of circulating T cells that recognize streptococcal determinants and homologous skin determinants. *J Immunol.* 2012;188(10):5160–5.
160. Skudutyte-Rysstad R, Slevolden EM, Hansen BF, Sandvik L, Preus HR. Association between moderate to severe psoriasis and periodontitis in a Scandinavian population. *BMC Oral Health.* 2014;14:139.
161. Remröd C, Sjöström K, Svensson Å. Subjective stress reactivity in psoriasis: a cross sectional study of associated psychological traits. *BMC Dermatol.* 2015;15:6.
162. Augustin M, Holland B, Dartsch D, Langenbruch A, Radtke MA. Adherence in the treatment of psoriasis: a systematic review. *Dermatology.* 2011;222(4):363–74.
163. Thorneloe RJ, Bundy C, Griffiths CEM, Ashcroft DM, Cordingley L. Adherence to medication in patients with psoriasis: a systematic literature review. *Br J Dermatol.* 2013;168(1):20–31.
164. World Health Statistics 2015 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170250/1/9789240694439_eng.pdf?ua=1&ua=1, accessed 12 August 2015).
165. WHO Global health expenditure atlas. Geneva: World Health Organization; 2014.
166. Abdulghani M, Al Sheik A, Alkhawajah M, Ammourey A, Behrens F, Benchikhi H et al. Management of psoriasis in Africa and the Middle East: a review of current opinion, practice and opportunities for improvement. *J Int Med Res.* 2011;39(5):1573–88.
167. Augustin M, Alvaro-Gracia JM, Bagot M, Hillmann O, van de Kerkhof PCM, Kobelt G et al. A framework for improving the quality of care for people with psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2012;26(Suppl. 4):1–16.
168. Pearce DJ, Thomas CG, Fleischer AB, Feldman SR. The cost of psoriasis therapies: considerations for therapy selection. *Dermatol Nurs Dermatol Nurses Assoc.* 2004;16(5):421–8, 432.
169. D’Souza LS, Payette MJ. Estimated cost efficacy of systemic treatments that are approved by the US Food and Drug Administration for the treatment of moderate to severe psoriasis. *J Am Acad Dermatol.* 2015;72(4):589–98.

170. Beyer V, Wolverton SE. Recent trends in systemic psoriasis treatment costs. *Arch Dermatol*. 2010;146(1):46–54.
171. Griffiths CEM, Taylor H, Collins SI, Hobson JE, Collier PA, Chalmers RJG et al. The impact of psoriasis guidelines on appropriateness of referral from primary to secondary care: a randomized controlled trial. *Br J Dermatol*. 2006;155(2):393–400.
172. Augustin M, Radtke M, Eissing L, Enk A, Luger T et al. The German National Program on Psoriasis Care 2005–2015: results and experiences. *Arch Dermatol Res*. In press.
173. Feuerhahn J, Blome C, Radtke M, Augustin M. Validation of the patient benefit index for the assessment of patient-relevant benefit in the treatment of psoriasis. *Arch Dermatol Res*. 2012;304(6):433–41.
174. WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/155002/1/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf?ua=1&ua=1, accessed 27 August 2015).
175. Implementation tools. Package of Essential Noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings. Geneva: World Health Organization; 2013.
176. Raboobee N, Aboobaker J, Jordaan HF, Sinclair W, Smith JM, Todd G et al., and the Working Group of the Dermatological Society of South Africa. Guideline on the management of psoriasis in South Africa. *S Afr Med J*. 2010;100(4 Pt 2):257–82.
177. The International Foundation for Dermatology (IFD). The Regional Dermatology Training Centre, Tanzania [Internet]. (<http://www.ifd.org/the-regional-dermatology-training-centre,-tanzania>, accessed 1 December 2015).

世界卫生组织（WHO）

第 67 届世界卫生大会 WHA67.9 议项 13.5 银屑病

第67届世界卫生大会，已对银屑病报告进行了考据：

1.回顾了世界卫生大会通过的所有关于预防和控制非传染性疾病的决议和决定，并强调各会员国必须通过执行世卫组织关于预防及控制非传染性疾病的全球行动计划，继续应对2013–2020年非传染性疾病的主要危险因素；

2.认识到寻求多方努力促进和改善人类健康、普及治疗和健康保健教育的迫切需要。

认识到银屑病是一种慢性疾病，不具传染性；银屑病会给患者带来痛苦、毁容和致残等问题，且没有治愈的方法；

进一步认识到除了银屑病带来的疼痛、瘙痒及出血，世界各地的很多患者也在经历与个人社交和与工作有关的羞辱和歧视；

强调银屑病患者会有更高风险患上一系列共患病，即心血管疾病、糖尿病、肥胖症、克罗恩病、心肌梗塞、溃疡性结肠炎、代谢综合征、中风和肝病；

强调多达42%的银屑病患者也会患上银屑病关节炎。该病会导致疼痛、僵硬和关节肿胀，并可能导致永久的外形损毁和伤残；

强调在世界上有太多的人因患上银屑病而承受着不必要的苦楚，原因是不正确的诊断或延误诊断、不恰当的治疗方案以及无法获得充分的护理；

认可利益相关者的宣传工作，特别是通过每年10月29日在多国举行活动提高公众对银屑病的认识，包括提高人们对银屑病患者遭受的污名化的认识；

欢迎执行委员会在第133会议对银屑病的考据：

1. 鼓励各会员国进一步开展宣传工作，特别是通过每年的10月29日在各成员国举行活动，提高公众对银屑病的认识，对抗银屑病患者所遭受的污名化；

2. 要求总干事：

1) 促进人们关注银屑病对公共卫生的影响。在2015年年底发布对银屑病的全球报告，并为利益相关者特别是政策制定者确定一些成功的方法，将银屑病的管理纳入非传染性疾病现有服务。报告包含全球发病率和流行情况，并强调对银屑病进一步研究的必要性；

2) 将银屑病的诊断、治疗和和护理的相关信息列入世卫组织网站，籍此提高公众对银屑病及其共同危险因素的认识，并提供一个机会增进对银屑病的教育和理解。

SIXTY-SEVENTH WORLD HEALTH ASSEMBLY WHA67.9

Agenda item 13.5 Psoriasis

The Sixty-seventh World Health Assembly, Having considered the report on psoriasis,

1、 Recalling all relevant resolutions and decisions adopted by the World Health Assembly on the prevention and control of noncommunicable diseases, and underlining the importance for Member States to continue addressing key risk factors for noncommunicable diseases through the implementation of the WHO global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020;²

2、 Recognizing the urgent need to pursue multilateral efforts to promote and improve human health, providing access to treatment and health care education;

Recognizing also that psoriasis is a chronic, no communicable, painful, disfiguring, and disabling disease for which there is no cure;

Recognizing further that in addition to the pain, itching and bleeding caused by psoriasis, many affected individuals around the world experience social and work-related stigma and discrimination;

Underscoring that those with psoriasis are at an elevated risk for a number of co-morbid conditions, namely, cardiovascular diseases, diabetes, obesity, Crohn disease, heart attack, ulcerative colitis, metabolic syndrome, stroke and liver disease;

Underscoring also that up to 42% of those with psoriasis also develop psoriatic arthritis, which causes pain, stiffness and swelling at the joints and can lead to permanent disfigurement and disability;

Underscoring that too many people in the world suffer needlessly from psoriasis due to incorrect or delayed diagnosis, inadequate treatment options and insufficient access to care;

Recognizing the advocacy efforts of stakeholders, in particular through activities held every year on 29 October in many countries, to raise awareness regarding the disease of psoriasis, including awareness of the stigmatization suffered by those with psoriasis;

Welcoming the consideration of psoriasis issues by the Executive Board at its 133rd session,

1、 ENCOURAGES Member States to engage further in advocacy efforts to raise awareness regarding the disease of psoriasis, fighting stigmatization suffered by those with psoriasis, in particular through activities held every year on 29 October in Member States; 1。

2. REQUESTS the Director-General:

(1) to draw attention to the public health impact of psoriasis, publishing a global report on psoriasis, including the global incidence and prevalence, emphasizing the need for further research on psoriasis, and identifying successful approaches for integrating the management of psoriasis into existing services for noncommunicable diseases, for stakeholders, in particular policy-makers, by the end of 2015;

(2) to include information about psoriasis diagnosis, treatment and care on the WHO website, aiming to raise public awareness of psoriasis and its shared risk factors, and to provide an opportunity for education and greater understanding of psoriasis.

《全球银屑病报告》中文版翻译者简介：

银屑病病友互助网（www.yxb365.com）是银屑病患者于 2005 年 1 月 8 日创建的非营利性网站，以“公益、服务、义务、自愿”的原则，提倡“自立、自强、互爱、互助”的精神。网站是由全国 10 余名老患者发起创立并维护的，经过十一年的时间，现在网站已拥有近八万名注册会员，是目前世界华语最大的患者自办的网站。

银屑病病友互助网本着为广大中国银屑病患者提供更多治疗与控制疾患的信息服务、改善患者生活质量的宗旨，致力于普及和推广银屑病治疗与控制的医学知识，抱定促进更多中国银屑病患者与医生、医院之间的交流与沟通的目标，为中国银屑病患者减轻精神痛苦，增强银屑病患者在疾患状态下的生活工作能力，增强银屑病患者互助友爱精神和培养银屑病患者乐观向上的生活态度，提高银屑病患者疾病的认知度，使之适应社会工作和日常生活的要求并提高生活质量。

我们更希望通过我们的努力，提高全社会对银屑病的认知，改善环境减少歧视，改善中国银屑病患者生活工作和就医的环境，提高银屑病患者生活质量从而造福银屑病患者，造福全社会！

银屑病病友互助网（中国）

二〇一六年

“Mutual Assistance of Psoriasis Patients” (<http://www.yxb365.com>) is a non-profit website created in 8th January, 2005, in China by psoriasis patients, with the principle of “charity, service, obligation and voluntary”, advocates “self-reliance, self-improvement, mutual love and mutual aid”.

The website was established and maintained by over ten patients across the country. With 11 years of development, it has already been the largest Chinese patient-self-run website with nearly 80,000 registered members at present.

The website shoulders multiple responsibilities including : provide patients with more information about the treatment and control of the disease, improve patients' life quality, spread the related medical knowledge, facilitate communication among patients, doctors and hospitals, alleviate patients' psychological suffering, improve patients' living and working ability, enhance the mutual care and assistance among patients, develop positive attitudes among patients and increase the general population's awareness of psoriasis.

To sum up, it's our hope that through our efforts the public understanding of this disease can be increased; the discrimination towards patients will be decreased; the environment for patients' living and seeking medical needs will be improved; then the world would be a better one for the psoriasis patients and for everyone.

Mutual Assistance of Psoriasis Patients Website (CHINA)

