

ICS 11.020

CCS C 05

T

团体标准

T/CEATEC XXX—2026

寻常型银屑病中西医结合精准诊疗技术规范与动态疗效评估指南

Guideline for precision diagnosis and treatment and dynamic efficacy
assessment of psoriasis with integrated traditional chinese and western
medicine

2026-X-XX 发布

2026-X-XX 实施

中国欧洲经济技术合作协会 发布

目 次

前言 III

引言 IV

1 范围 1

2 规范性引用文件 1

3 术语和定义 1

4 总则 4

 4.1 诊疗目标 4

 4.2 基本原则 4

5 寻常型银屑病临床分型及诊断技术规范 5

 5.1 临床表现及主要类型 5

 5.2 寻常型银屑病疾病严重程度分类 5

 5.3 中医证候诊断规范 6

 5.4 组织病理学检查 6

 5.5 影像学与实验室检查 6

 5.6 系统性共病评估与筛查 7

 5.7 精准医学检测 7

 5.8 AI 辅助诊断技术 7

6 寻常型银屑病的治疗路径选择与个体化干预 8

 6.1 精准诊疗流程 8

 6.2 分型分层治疗路径选择与个体化干预 8

 6.3 中西医结合干预路径 11

 6.4 治疗挑战的应对策略与患者支持 14

7 疗效动态评估方法与标准 15

 7.1 治疗目标与评估标准 15

 7.2 核心评估指标与操作规范 15

 7.3 动态评估时间节点与流程 17

 7.4 不良反应监测与处理 18

 7.5 数字化评估技术与质量控制 19

8 分级诊疗与全周期管理路径 19

 8.1 分级诊疗体系与机构职能 19

 8.2 基层医疗机构能力建设 20

 8.3 双向转诊规范 20

 8.4 诊疗资源协同与质量控制 21

9 临床数据标准化与信息化建设 21

9.1 数据元标准与质量要求	21
9.2 系统互联与数据整合	21
9.3 人工智能与大数据应用	21
9.4 数据安全性与隐私保护	22
9.5 银屑病诊疗最低数据集 (Minimum Data Set, MDS)	22
10 安全性与伦理要求	23
10.1 诊疗原则	23
10.2 生物标志物与基因检测伦理	23
10.3 人工智能应用安全	23
10.4 数据安全性与患者隐私	23
11 实施与培训	23
11.1 标准推广路径	23
11.2 人员培训与能力认证	24
附录 A (资料性) 银屑病面积与严重程度指数 (PASI) 评分细则	25
附录 B (资料性) 皮肤病生活质量指数 (DLQI) 量表	26
附录 C (资料性) 医生整体评估 (PGA) 分级标准	27
附录 D (资料性) 中医证候积分评价表	28
附录 E (资料性) 患者教育与健康管理材料模板	30
附录 F (资料性) 银屑病专科初诊门诊病历	31
附录 G (资料性) 银屑病专科门诊复诊病历	34
参考文献	36

前言

本文件按照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由中国欧洲经济技术合作协会提出并归口。

本文件起草单位：陕西省中医医院、中日友好医院、湖南中医药大学第二附属医院、上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院、西安交通大学第二附属医院。

本文件主要起草人：闫小宁、李锴、周蓉、王磊、高鹏博、邢梦、刘勇。

本文件为首次编制。

引言

银屑病是一种常见的、免疫介导的慢性、复发性、炎症性、系统性疾病，其发病机制复杂，临床表现多样，治疗周期长、病程迁延且个体差异显著，严重影响患者的身心健康和生活质量。近年来，随着对银屑病发病机制研究的深入，特别是以生物制剂和小分子靶向药物为代表的新型治疗手段的出现，银屑病的治疗策略已逐步迈向精准化、个体化和全周期动态管理的新阶段^[1]。

然而，新型治疗手段也带来新的挑战：国内各级医疗机构在银屑病的诊断流程规范、治疗路径选择、个体化方案制定及疗效评价等方面仍存在较大差异。诊疗路径不规范、疗效评价体系不统一、长期管理缺乏系统性等问题，不仅影响治疗效果和医疗资源的合理配置，也阻碍了高质量真实世界数据的积累与转化应用。

在此背景下，为响应国家分级诊疗与医疗质量管理体系建设的战略需求，亟需构建一套科学、规范、且具备动态更新能力的银屑病精准诊疗技术标准体系。本指南以精准医学理念为核心，强调基于患者多维度特征（包括临床表型、遗传背景、共病状况、生活方式及治疗反应）的分层管理与个体化干预。指南撰写团队创新性地采用“目标—路径—指标—工具—证据—质控”闭环管理框架，系统整合动态疗效评估与治疗达标（Treat-to-Target, T2T）策略，旨在实现对银屑病诊疗全流程（涵盖精准诊断、严重程度评估、治疗策略选择、个体化方案制定与动态疗效评估）的标准化规范。

本指南的制定与推行，致力于实现以下核心目标：

1. 提升诊疗同质化水平：缩小地区与机构间的诊疗差距，确保医疗质量的均质化；
2. 强化临床决策支持：为医生提供清晰的诊疗路径与决策工具，优化治疗效益-风险比；
3. 推动数据驱动的临床研究：通过标准化数据采集，助力真实世界研究与健康大数据建设；
4. 建立可持续的质量改进生态：形成基于循证、动态更新、闭环质控的指南实施与优化机制。

本文件研讨专家：

方法学专家：王瑞平（上海市皮肤病医院）；

讨论专家（按姓氏笔画排序）：王畅（湖南中医药大学第二附属医院）、王强（沈阳市儿童医院）、王瑞平（上海市皮肤病医院）、史玉玲（上海市皮肤病医院）、叶建州（云南省中医医院）、白彦萍（中日友好医院）、刘巧（江西中医药大学第二附属医院）、刘学伟（河南中医药大学第一附属医院）、吕成志（大连市皮肤病医院）、牟宽厚（西安交通大学第一附属医院）、张丰川（北京中医药大学东方医院）、张玉琴（甘肃省中医院）、张苍（首都医科大学附属北京中医医院）、张春雷（北京大学第三医院）、张理涛（天津市中医药研究院附属医院）、李红毅（广东省中医院）、李欣（上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院）、李春英（空军军医大学西京医院）、李铁男（沈阳市第七医院）、李萍（首都医科大学附属北京中医医院）、李斌（上海市皮肤病医院）、杨志波（湖南中医药大学第二附属医院）、杨素清（黑龙江中医药大学第一附属医院）、宋坪（中国中医科学院西苑医院）、陈明岭（成都中医药大学附属医院）、汪海珍（湖南中医药大学第二附属医院）、肖敏（成都中医药大学附属医院）、周汛（重庆市中医院）、林茂（四川大学华西医院）、郑焱（西安交通大学第一附属医院）、胡凤鸣（江西省皮肤病专科医院）、段逸群（武汉市第一医院）、赵颖（山东省中医院）、耿松梅（西安交通大学第二附属医院）、高如宏（宁夏回族自治区中医医院）、黄咏梅（西宁市第一人民医院）、曾宪玉（武汉市第一医院）、廉凤霞（宁夏回族自治区中医医院）、翟晓翔（上海市第七医院）、谭城（江苏省中医院）、蔡玲玲（北京中医药大学东方医院）；

工作组：赵一丁、郭蛟、李江徽（陕西省中医医院）。

寻常型银屑病中西医结合精准诊疗技术规范与动态疗效评估指南

1 范围

本文件规定了寻常型银屑病中西医结合精准诊疗与动态疗效评估的总则、银屑病分型诊断技术规范、治疗路径与个体化干预、疗效动态评估方法与标准、分级诊疗与全周期管理路径、临床数据标准化与信息化建设、安全性与伦理要求、实施与培训。

本文件适用于各级医疗机构的临床实践、质量管理与研究应用，为医护人员、管理者及研究人员提供标准化依据。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

GB/T 39725 信息安全技术 健康医疗数据安全指南

WS 445（所有部分） 电子病历基本数据集

3 术语和定义

GB/T 39725界定的以及下列术语和定义适用于本文件。

3.1 基础疾病术语

3.1.1

寻常型银屑病 psoriasis

一种由遗传、环境因素共同作用诱发的免疫介导的慢性、复发性、炎症性、系统性疾病。其典型临床表现为局限或广泛分布的鳞屑性红斑或斑块。其病理生理学核心机制涉及IL-23/Th17细胞信号通路的异常激活，导致角质形成细胞过度增殖和持续的炎症反应。常见临床类型包括斑块状银屑病和点滴状银屑病^[1]。

3.1.2

斑块状银屑病 plaque psoriasis

约占所有银屑病病例的80%~90%。皮疹好发于头皮、背部和四肢伸侧，表现为界限清楚的暗红色斑块或浸润性红斑，上附白色、银白色鳞屑，直径一至数厘米不等^[1]。

3.1.3

点滴状银屑病 guttate psoriasis

皮疹初发呈向心性分布，多位于躯干和四肢近端，皮损表现为直径1~10mm境界清楚的红色丘疹、斑丘疹，色泽潮红，覆以少许鳞屑，散在分布^[1]。

3.1.4 特殊部位及反向型银屑病

3.1.4.1

甲银屑病 psoriatic nail disease

指银屑病累及指（趾）甲单位，是银屑病常见的共存表现。其损害形态多样，具体表现取决于甲单位中受累的具体部位（甲母质或甲床）^[1]。

3.1.4.2

头皮银屑病 scalp psoriasis

银屑病常见的一种局限型，主要累及头皮和发际区域。皮损通常呈边界清楚的斑块，伴有较厚鳞屑，毛发可呈束状但一般无脱发，可伴局部不适^[1]。

3.1.4.3

反向型银屑病 inverse psoriasis

又称间擦银屑病，是一种发生于特殊部位的银屑病，皮损累及腋窝、乳房下褶、腹股沟、臀间沟、生殖器、会阴部、肘窝、脐窝、腘窝等皮肤皱褶区域，可仅限于皱褶部，也可同时累及伸侧^[1]。

3.2 治疗路径与策略术语

3.2.1

系统治疗候选者 systemic-therapy candidate

根据国际银屑病委员会（IPC）二分法，符合以下任一条件、需启动系统治疗或光疗的银屑病患者：

- a) 体表受累面积（BSA）>10%；
- b) 特殊部位（如头面部、手掌、足底或掌跖、甲、生殖器、间擦部位）受累，严重影响功能或生活质量；
- c) 外用药物治疗失败、禁忌或不耐受^[2]。

3.2.2

治疗达标 treat-to-target, T2T

一种以患者为中心的疾病管理策略。其核心在于治疗伊始即设定明确的、量化的治疗目标，并通过规律的动态疗效评估，及时调整治疗方案，直至达到并维持预定目标^[3]。

3.3 精准诊疗术语

3.3.1

精准诊疗 precision diagnosis and treatment

基于个体的临床表型、疾病严重程度、共病情况、遗传背景、分子生物标志物、生活方式及治疗反应等特征，为其制定和实施最优化的诊断、治疗及全周期健康管理的现代医疗模式，旨在实现疗效最大化与风险最小化^[4]。

3.3.2

生物标志物 biomarker

可客观测量并评价正常生理过程、病理过程或对治疗干预药理学反应的特征性指标^[5]。

示例：银屑病诊疗中常见的生物标志物包括遗传学标志物（如HLA-C06:02）、血清炎症标志物（如C反应蛋白、白细胞介素-17、白细胞介素-23）、药物基因组学标志物（如MTFR、IL-23R基因多态性）等^[6]。

注：生物标志物可用于辅助诊断、疾病分型、疗效预测及安全性监测，其临床应用需结合患者具体情况进行综合解读。

3.3.3

HLA-C06:02 基因型 HLA-C06:02 genotype

目前临床验证较为充分的银屑病遗传学工具。在早发型银屑病患者中检出率约 60%，与乌司奴单抗疗效存在相关性^[7-8]。

3.4 疗效评估术语

3.4.1

银屑病面积与严重程度指数 psoriasis area and severity index, PASI

一种半定量评分系统，用于评估银屑病皮损的严重程度。通过综合计算头颈、上肢、躯干、下肢四个区域的皮损面积百分比，以及红斑、浸润和鳞屑的严重程度，得出总分值范围一般为0至72，分值越高表示病情越严重^[9]。

3.4.2

PASI 75 反应 PASI 75 response

患者银屑病面积与严重程度指数（PASI）评分相较于基线水平改善达到75%。

3.4.3

PASI 90 反应 PASI 90 response

患者银屑病面积与严重程度指数（PASI）评分相对于基线水平改善达到或超过90%。为国际公认的优秀反应标准，已逐步取代传统的PASI 75，代表接近完全清除的治疗期望^[10]。

3.4.4

PASI 100 反应 PASI 100 response

患者银屑病面积与严重程度指数（PASI）评分相对于基线水平改善达到100%，即皮损完全清除。为银屑病治疗的理想目标，代表最高疗效标准^[11-12]。

3.4.5

皮肤病生活质量指数 dermatology life quality index, DLQI

一种用于评估皮肤病对患者生活质量影响的患者自评问卷，包含10个问题，总分0至30分，分数越高表示生活质量受损越严重^[13]。

3.4.6

医生整体评估 physician's global assessment, PGA

一种由医生在特定时间点评估患者总体皮损严重程度的综合性、半定量工具。常用6分制，其中0/1（清除/几乎清除）作为主要疗效终点，已纳入T2T框架^[9]。

3.4.7

体表受累面积 body surface area, BSA

用于衡量银屑病皮损范围的指标，通常以患者手掌（约占体表面积1%）作为估算单位。BSA 在IPC二分法中作为判定系统治疗入径的重要依据。

3.5 技术应用术语

3.5.1

AI 辅助工具 AI-assisted tools

基于人工智能图像识别技术和三维成像系统，用于自动或辅助计算银屑病面积与严重程度指数（PASI）和体表受累面积（BSA）的工具^[14-15]。

3.5.2

AI 辅助 PASI 评分 AI-assisted PASI scoring

利用人工智能技术（如基于卷积神经网络的图像分割与分类算法）对银屑病皮损图像进行自动分析，以辅助临床医生进行PASI评分的系统。其应用需经过本地化验证，确保符合中国患者人群特征与数据标准^[16-17]。

3.6 中西医结合术语

3.6.1

中医辨证分型标准化 standardized TCM pattern differentiation

运用现代科学方法学，对银屑病的中医证候（如血热、血瘀、血燥、血虚等）进行规范化的定义、诊断和分类，建立具有良好效度与信度的评价标准，旨在促进中西医结合诊疗的规范化与科学化^[1, 18]。

3.6.2

中医证候疗效评价体系 TCM outcome evaluation system

基于中医辨证论治理论，对银屑病患者治疗前后证候要素进行量化评分，以评估中医干预效果的标准化方法^[19]。

4 总则

4.1 诊疗目标

4.1.1 总体目标

银屑病诊疗的总体目标是：在以患者为中心的疾病管理框架下，通过在治疗伊始设定明确、可量化的目标，经过动态评估与方案调整，直至达到并维持预定目标。短期目标旨在实现症状与皮损的完全或基本清除，有效控制病情，快速缓解症状。长期目标则致力于维持疗效、延缓进展、优化治疗安全性与患者自我管理能力，降低或阻止共病的发展，最终全面改善患者身心与社会功能，实现生活质量的持久提升。

4.1.2 核心疗效目标

治疗应追求以下分层目标：

- a) 理想目标：皮损完全清除（PASI 100），体表受累面积（BSA）为0%，医生整体评估（PGA）为0（清除）；
- b) 优秀/达标目标：PASI改善 $\geq 90\%$ （PASI 90），BSA $\leq 1\%$ ，PGA ≤ 1 （几乎清除）；
- c) 最低可接受目标：PASI改善 $\geq 50\%$ （PASI 50），BSA $\leq 3\%$ ，PGA ≤ 1 。

注：目标设定应遵循T2T达标治疗策略，并根据患者个体情况动态调整。若治疗12~16周末达最低可接受目标，应及时评估并调整方案^[3]。

4.1.3 综合管理目标

综合管理应实现以下目标：

- a) 症状控制：有效缓解瘙痒、疼痛等主观症状，减轻患者不适，提高患者生活质量；
- b) 功能恢复：最大限度降低治疗相关不良反应风险，帮助患者恢复正常的生理功能与社会活动；
- c) 生活质量提升：使皮肤病生活质量指数（DLQI）评分 ≤ 3 ，显著改善患者身心健康与社会功能；
- d) 长期疾病管理：预防和延缓疾病进展，降低复发频率与严重程度，筛查和管理共病；
- e) 治疗可持续性：建立可长期坚持、安全有效的疾病管理策略，实现持续缓解；
- f) 患者教育与依从性提升：通过健康教育、依从性管理和心理支持，提高患者主动参与和长期治疗的可持续性。

4.2 基本原则

4.2.1 规范化原则

在所有诊疗环节，包括诊断、严重程度评估、治疗方案选择、疗效监测和患者管理，均应采用本文件规定的标准化流程、技术规范 and 评估工具，以确保临床实践的同质化与高质量。

4.2.2 个体化原则

治疗方案的制定应基于对患者的全面评估，综合考量以下因素，实现“因人施治”的精准干预：

- a) 临床表型与疾病严重程度；
- b) 皮损分布及特殊部位（如头面部、手足、甲、生殖器、间擦部位）受累情况；
- c) 共病状况（如银屑病关节炎、代谢综合征、心血管疾病等）；
- d) 既往治疗史、治疗反应、不良反应及药物耐受性；
- e) 患者的经济状况、个人治疗意愿、期望值与生活方式；
- f) 应合理应用精准医学工具及结合患者偏好，提升治疗方案的科学性与可接受性。

4.2.3 安全性原则

在所有治疗决策中，应将患者安全置于首位，充分权衡治疗方案的潜在获益与风险，实施要点：

- a) 建立治疗前风险评估与治疗中不良反应监测体系、分级管理及干预流程；
- b) 明确各类药物的适应症、禁忌症、停药及更换药物标准；
- c) 确保对患者进行充分的用药安全教育与长期随访；
- d) 对妊娠、儿童、老年或严重合并症患者，应建立多学科团队联合管理机制。

4.2.4 循证医学原则

诊疗推荐意见应基于当前可获得的最佳科学证据。临床决策应在这些证据的基础上,结合临床医师的专业经验和患者的个体价值观共同制定。

4.2.5 动态更新原则

建立证据监测和定期评估机制,快速纳入新证据和新药物信息,及时修订指南,保证推荐意见的前沿性和适用性。

5 寻常型银屑病临床分型及诊断技术规范

5.1 临床表现及主要类型

5.1.1 点滴状银屑病

向心性分布的点滴状粟粒至黄豆大小红色丘疹,覆有少量鳞屑,严重时可遍及全身。多急性起病,常见于儿童和青少年,发病前常有由链球菌引起的咽炎或扁桃体炎等感染史,应注意儿童/青少年特殊人群特征。一定比例的患者可能发展为慢性斑块型银屑病。

5.1.2 斑块状银屑病

表现为边界清晰的暗红色斑块,表面覆盖厚层白色、银白色鳞屑。斑块大小不等,数量不一,可散在分布,也可融合成大片,甚至覆盖全身,在银屑病不同阶段,斑块大小与厚度变化显著。常见发病部位包括肘膝伸侧、腰骶部及头皮,常呈对称性发作。

5.1.3 特殊部位及反向银屑病

5.1.3.1 甲银屑病

可以发生在所有银屑病亚型中,高达90%的PsA有甲改变,尤其是远端指(趾)关节受累者甲病变发生率高。甲银屑病损害形态取决于受累部位。甲母质顶端受累导致甲凹点,中部受累导致白甲,全部受累可致红色甲弧影或重度甲营养不良。甲床受累可致油滴征、甲下角化过度 and 裂片状出血。远端甲床和甲下皮受累导致甲剥离,近端甲皱襞受累可致甲沟炎^[1]。

5.1.3.2 头皮银屑病

主要累及头皮及发际区域,临床表现包括边界清晰的较厚鳞屑及红斑,鳞屑剥离后可见银白色基底,毛发因鳞屑紧缩呈束状但不造成脱发,多伴有疼痛或瘙痒感^[21]。

5.1.3.3 反向型银屑病

主要发生于腋窝、腹股沟、乳房下皱褶等皮肤屈侧部位的寻常型银屑病。皮损表现为边界清晰的红斑或斑块,鳞屑较少,因褶皱部位潮湿多汗及摩擦刺激,易出现浸渍、糜烂等症状^[22]。

5.2 寻常型银屑病疾病严重程度分类

5.2.1 二分法

采用国际银屑病委员会(IPC)推荐的二分法,作为治疗路径选择的依据^[2]。二分法在银屑病分为轻度、中度和重度3级的基础上,将患者继续分为局部治疗与系统治疗两类:

a) A类(轻度): 适合外用治疗者,需同时满足以下所有条件:

- BSA $\leq$ 10%,且PASI $\leq$ 10,且DLQI $\leq$ 10;
- 无特殊部位(头面、手足、生殖器等)严重受累;
- 外用治疗有效且耐受良好;
- 无银屑病关节炎等系统表现;

b) B类(中重度): 系统治疗候选者,符合以下任一条件即可归类:

- BSA $>$ 10%;
- PASI $>$ 10;
- DLQI $>$ 10;
- 特殊部位受累;
- 外用治疗失败或不耐受。

5.2.2 BSA、PASI及DLQI评分法

此外,还可根据患者BSA、PASI及DLQI评分将银屑病严重程度分为3级:

- a) 轻度: BSA $<$ 3%, PASI $<$ 3分, DLQI $<$ 6分;
- b) 中度: BSA 3%~10%, PASI 3~10分, DLQI 6~10分;

c) 重度: $BSA \geq 10\%$, $PASI \geq 10$ 分, $DLQI \geq 10$ 分, 疾病部位(如面部、手足、指甲、生殖器)或存在关节病/关节炎症状^[23]。

5.3 中医证候诊断规范

5.3.1 血热证

多见于进行期或点滴状银屑病。主症: 皮疹鲜红、新疹不断、鳞屑较多, 次症: 心烦易怒, 舌质红或绛, 苔黄, 小便黄, 脉弦滑或数。

5.3.2 血瘀证

病程较长, 多见于静止期。主症: 皮疹暗红、肥厚, 鳞屑较厚, 肌肤甲错, 次症: 面色黧黑或唇甲青紫, 女性月经色暗, 或夹有血块; 舌质紫暗或有瘀点、瘀斑; 脉涩或细缓。

5.3.3 血燥证

病程较长, 多见于静止期。主症: 皮疹淡红, 鳞屑干燥明显, 瘙痒显著, 次症: 口干咽燥, 舌质淡, 舌苔少或薄白; 脉细或细数。

5.3.4 肝气郁结证

多见于静止期。主症: 皮损颜色暗红或紫红, 皮肤症状发生、复发或加重与情绪变化有关, 皮疹变化可与女性月经周期与妊娠等有关; 次症: 可见情志抑郁或紧张焦虑或心烦急躁易怒, 胸胁或少腹胀闷或窜痛, 善太息, 口苦, 上腹胀满或食后上腹胀满; 舌质淡, 苔薄白或薄黄, 脉弦。

5.3.5 脾虚湿蕴证

多见于静止期。皮损颜色淡红, 浸润肥厚, 可见潮湿、有渗出或搔抓破损后渗出明显, 可见鳞屑黏腻。皮损好发于腋窝、脐周、腹股沟等反向部位, 阴雨天可见加重。次症: 口淡、黏腻, 食欲减退, 恶心想呕, 腹胀, 便溏。舌胖边有齿痕, 色淡白或淡暗, 苔白滑腻, 脉细滑或脉濡。

5.3.6 湿热证

多见于进行期。主症: 皮损色鲜红或潮红, 皮损可见潮湿、糜烂或见渗液, 鳞屑黄腻, 瘙痒明显; 次症: 形体肥胖, 身体困重, 头发、面部易油腻, 头重如裹, 但头汗出, 口渴不多饮, 口苦, 小便黄, 便溏或大便黏腻, 带下量多; 舌红苔黄腻, 脉数或滑或濡。

5.3.7 阳虚证

多见于静止期。皮损色淡或暗红、鳞屑较薄, 迁延难愈。次症: 畏寒肢冷、神疲乏力、遇寒加重, 面色㿔白或晦暗、腰膝酸软、小便清长、大便溏薄。舌多淡胖或有齿痕, 苔白滑, 脉沉细或沉迟^[24]。

5.4 组织病理学检查

寻常型银屑病典型病理特征包括: 角质层角化过度伴有融合性角化不全, 在角质层可见中性粒细胞聚集形成的Munro微脓肿; 颗粒层变薄或消失; 棘层规则性肥厚, 表皮突规则下延、呈杵状; 真皮乳头上延, 上方棘层变薄, 颗粒层常消失; 真皮乳头水肿, 其中毛细血管迂曲、扩张, 向上延伸到乳头顶, 血管周围可见淋巴细胞为主的浸润。

5.5 影像学与实验室检查

5.5.1 皮肤镜检查

银屑病的皮肤镜表现以均匀分布的点状或球状血管、弥漫性白色鳞屑及均质红色背景为主。其他血管形态包括发夹状、环状、逗号样和不典型血管, 其中, 发夹血管和环状血管反射平行于皮肤表面的毛细血管环, 对银屑病具有高度预测性^[25]。不同部位在镜下表现有所区别:

a) 头皮银屑病可见密集白色鳞屑覆盖红色背景, 常见点状、球状和环状血管;

b) 甲银屑病表现为点蚀征、油滴征、裂片形出血、甲床毛细血管扩张、甲板增厚、甲剥离和甲变色^[26-27]。

5.5.2 CT

多用于PsA结构性变化的观察和诊断: 可见骨质破坏与增生并存, 关节旁新骨形成, 关节畸形、脱位、强直等表现^[28-30]。

5.5.3 磁共振成像(MRI)

MRI软组织分辨率高, 多用于PsA观察和诊断, 能发现早期关节损害, 对软组织有分辨优势。

5.5.4 皮肤超声

超声检查可用于评估PsA患者的外周关节炎症和结构变化，包括关节、肌腱、附着点、皮肤和指甲等部位。

5.5.5 实验室检查

启动系统治疗（尤其生物制剂及小分子药物）前，必须完成基线评估，可酌情选择以下检查，包括：血常规、尿常规、肝肾功能、C-反应蛋白、血脂、血糖、肿瘤相关指标及感染性疾病筛查（乙肝、丙肝、HIV、结核等）。

5.6 系统性共病评估与筛查

5.6.1 总则

共病筛查是银屑病诊疗过程中不可或缺的环节。银屑病作为系统性炎症性疾病，可与关节病型银屑病、代谢综合征、心血管疾病、炎症性肠病、精神心理及其他疾病显著相关，统称为银屑病共病。对于中重度银屑病患者，在初诊时应系统开展以下筛查，以便早期识别潜在风险并制定综合管理方案。

5.6.2 关节病型银屑病

诊断主要依据存在皮肤损害的同时，伴发炎症性关节病变（关节炎、附着点炎或脊柱炎等）。确诊应参考银屑病关节炎分类（Classification of Psoriatic Arthritis, CASPAR）标准，并联合风湿免疫科评估与管理。

5.6.3 代谢综合征

一组与心血管代谢风险密切相关的代谢性异常状态，腹型肥胖、胰岛素抵抗、糖代谢异常（如糖耐量减低或糖尿病）、动脉高血压以及动脉粥样硬化性血脂异常等^[31-32]。检查项目应包括：血压、身高、体重、腰围并计算BMI；空腹血糖、糖化血红蛋白和血脂等；

5.6.4 心脑血管风险

心血管疾病是银屑病最常见且临床意义重大的系统性共病之一，其范围包括冠状动脉粥样硬化性心脏病、高血压、脑卒中等疾病^[33-34]。评估内容应包括个人史和家族史；检查项目应包括：血压、血糖、血脂、心电图、血尿酸、肾功能、计算BMI并进行冠状动脉相关影像学检查；

5.6.5 炎症性肠病

炎症性肠病是一种与银屑病相关的慢性复发性胃肠道炎症性疾病。克罗恩病和溃疡性结肠炎是其两种主要表现形式，患者常出现反复发作的食欲减退、呕吐、腹泻、腹痛、直肠出血及体重减轻等症状^[35-36]。故诊断时应询问腹泻、血便、腹痛等病史；

5.6.6 心理健康

银屑病长期反复的皮肤损害、瘙痒和外观改变常导致焦虑、抑郁、自卑及社交回避等心理问题^[37-38]。对于明显情绪障碍者，应及时转诊至专科门诊进行进一步评估和干预。

5.6.7 多学科协作与随访

筛查异常者应记录并转诊至相应专科（内分泌、心内、消化、精神科等），建立多学科（MDT）协作与随访机制。

5.7 精准医学检测

5.7.1 遗传标志物

全基因组关联研究对识别全基因组风险位点尤为有效，迄今已发现超过80个位点，其中，HLA-C06:02与银屑病相关性最强，主要与早发型（<40岁）有关，计划使用乌司奴单抗者可作为疗效预测参考，但不作为唯一决策依据^[39-40]。

5.7.2 药物基因组学

药物基因组学可预测药物的疗效及安全性。如甲氨蝶呤代谢相关基因（ABCC1/ABCC2/ABCG2、ADORA2A、ATIC等）^[41-42]、阿维A素相关基因（ApoE、ANKLE1等）^[43-44]以及生物制剂反应相关基因（TNF- α 、IL-12B、IL17F、IL-23R）等^[45]。

5.7.3 多指标联合评估

基因标志物具有一定参考价值，但其预测能力受环境因素、表观遗传及患者个体差异影响，临床应用仍需多指标联合评估；药物基因组学在实际决策中应与疗效监测、药物血浓度及不良反应评估结合，以形成更全面的个体化治疗策略。

5.8 AI 辅助诊断技术

5.8.1 图像识别系统

应符合以下要求：

- a) 灵敏度 (Sensitivity) $\geq 85\sim 90\%$ ，确保对早期或轻症皮损不漏诊；
- b) 特异度 (Specificity) $\geq 85\sim 90\%$ ，避免将湿疹、玫瑰糠疹等相似病变误诊为银屑病；
- c) AUC (ROC曲线下面积) ≥ 0.90 ，作为总体辨别能力的统一评价指标。
- d) 分辨率 $\geq 1080P$ ；标准化拍摄环境（光照、距离15~20cm、单色背景）；
- e) 设备（如FotoFinder、Vectra WB360）应定期校准，组内相关系数 (ICC) ≥ 0.90 ；
- f) 结论仅供参考，须由临床医生最终确认。

5.8.2 AI辅助PASI评分

平均绝对误差应 ≤ 3.2 ，与医生评分相关系数 ≥ 0.90 。每6个月应进行性能验证。

5.8.3 数字化监测平台

应符合国家医疗数据安全标准，具备症状追踪、依从性管理和合规存储功能。

注：所有AI结果仅作参考，最终诊断与决策必须由临床医生确认。

6 寻常型银屑病的治疗路径选择与个体化干预

6.1 精准诊疗流程

6.1.1 适用范围与总则

本章节适用于经第5章标准判定为寻常型银屑病的患者，补充精准治疗决策算法的总则。

6.1.2 精准诊断、评估指导下的治疗决策

6.1.2.1 步骤一（患者分层）

新确诊银屑病患者进行临床评估 (BSA, PASI, DLQI, 特殊部位受累)：

- a) A类（轻度）：外用为主，12~16周疗效不足升阶至B类；
- b) B类（中重度/系统治疗候选者）：进入系统治疗路径；

6.1.2.2 步骤二（生物标志物指导的精准选择）

分为以下几种：

- a) HLA-C06:02阳性为早发型 (<40 岁)：优先考虑IL-12/23抑制剂（如乌司奴单抗）^[46-47]；
- b) 高炎症负荷（如CRP显著升高）：高CRP是优先考虑TNF- α 抑制剂的一个参考因素（尤其当合并关节炎时）^[48-49]；
- c) 特定共病：
 - 关节病型银屑病：轻度关节炎非甾体抗炎药有效；中重度关节炎或轻度关节炎疗效不佳选MTX和TNF- α 抑制剂^[1]；
 - 炎症性肠病：避免使用IL-17抑制剂，优先考虑TNF- α 抑制剂或IL-12/23抑制剂^[50]；
 - 高心血管风险：需综合评估，部分生物制剂（如TNF- α 和IL-17）或需谨慎^[1]。

6.1.2.3 步骤三（治疗评估与优化）

应按照以下步骤进行：

- a) 评估时点：基线、第4周（快速反应）、第12周（主要疗效终点）进行系统评估，之后每12~24周随访。慢效药物（如IL-23抑制剂）可延至第20周评估；若早期反应差（第8周PASI改善 $<25\%$ ），需提前评估依从性与策略；
- b) 评估指标：
 - 达到可接受目标 (BSA $\leq 3\%$, PGA ≤ 1 分, PASI 75, DLQI ≤ 3 分)：维持原方案，持续监测；
 - 未达到可接受目标：应评估药物剂量、给药间隔、依从性、体重、合并用药及吸收问题，可短期联合局部治疗或光疗，必要时调整剂量或频次，若仍不达标可准备换药。

6.2 分型分层治疗路径选择与个体化干预

6.2.1 斑块状银屑病

6.2.1.1 A类（轻度患者）

6.2.1.1.1 外用药物

应按照以下步骤进行：

- a) 首选外用维生素D3衍生物（如卡泊三醇软膏/搽剂、他卡西醇软膏等）：可用于长期维持治疗，每日1~2次；
- b) 外用中强效糖皮质激素：如丙酸氯倍他索软膏、戊酸倍他米松乳膏和丙酸氟替卡松乳膏等，连续使用不应超过4周；
- c) 复方制剂：外用复方制剂由两种以上治疗银屑病的外用药物构成，可减少单方制剂的局部不良反应，提高疗效，如卡泊三醇倍他米松软膏/凝胶、复方丙酸氯倍他索软膏、复方氟米松软膏等；
- d) 外用维A酸类（如他扎罗汀凝胶/乳膏等）：需注意局部刺激反应，可与中效或强效糖皮质激素、维生素D3衍生物或其他外用制剂交替或联合使用；
- e) 钙调神经磷酸酶抑制剂（如他克莫司软膏、吡美莫司软膏等）：适用于面部、间擦部位等敏感区域；
- f) 本维莫德乳膏：每日最大使用剂量不超过6g，治疗面积不应超过体表面积10%，涂药后皮损避免紫外线照射。

6.2.1.1.2 光疗

窄谱UVB（NB-UVB）及补骨脂素长波紫外线光化学疗法（PUVA）等。

6.2.1.1.3 辅助治疗

应按照以下步骤进行：

- a) 日常护理：每日/多次使用润肤剂/保湿剂修复皮肤屏障；
- b) 患者教育：包括避免诱发因素、治疗依从性教育、心理支持、体重管理/运动/饮食调整（如减轻肥胖、戒烟限酒等）、关注并发症风险管理。

6.2.1.2 B类（中重度患者）

6.2.1.2.1 传统系统治疗

应按照以下步骤进行：

- a) 甲氨蝶呤（MTX）^[51]：
 - 用法：7.5~25mg/周；
 - 推荐所有患者补充叶酸，通常在MTX给药24小时后使用，常用方案为5mg/周；当MTX剂量≥15mg/周时，可考虑将叶酸剂量增至10mg/周；
 - 安全性监测：每4~8周检查血常规、肝肾功能，必要时进行肝纤维化评估。
- b) 环孢素胶囊^[52]：
 - 用法：初始剂量为2.5mg/kg/日，分2次口服，若4周后疗效不足，可增至最大5mg/kg/日。疗程宜短，一般作为诱导治疗，疗程不超过2年；
 - 安全性监测：治疗中前3个月每2周监测血压和血肌酐；稳定后每月监测血压、血肌酐、尿素氮、尿酸、钾、镁等；
 - 血药浓度监测：非常规必要，仅当怀疑依从性问题或毒性时检测（如C₂水平）。
- c) 阿维A胶囊^[52]：
 - 用法：初始剂量25~30mg/日，根据疗效和耐受性调整至0.5~1mg/kg/日，单次口服。主要用于脓疱型银屑病、红皮病型银屑病，也可用于重度斑块型银屑病（常联合光疗）
 - 安全性监测：治疗前及每月监测血脂（尤其甘油三酯）及肝功能。定期检查全血细胞计数。

注：强致畸性，育龄期女性用药期间及停药后至少3年内必须严格避孕。禁用于妊娠、哺乳期、严重肝肾功能不全者。

6.2.1.2.2 生物制剂与小分子药物^[53]

应按照以下步骤进行：

- a) 总体原则：科学、规范、个体化。适用于适合光疗、系统药物治疗的中重度银屑病患者，或需快速实现PASI 90/100目标者。选择需综合考量疾病表型、共病、患者偏好及药物可及性；
- b) 治疗前筛查：所有患者起始治疗前需完成血常规、肝肾功能、肝炎病毒（乙肝、丙肝）、结核感染（结核相关病史、胸部X线/CT、PPD/IGRA检查）、HIV及恶性肿瘤筛查、尿妊娠试验、酌情进行抗核抗体及抗双链DNA抗体检测；
- c) 药物分类与个体化选择：
 - 肿瘤坏死因子α（TNF-α）抑制剂（如阿达木单抗、依那西普注射液、英夫利昔单抗等）：适用于合并银屑病关节炎者；注意筛查潜伏结核及感染风险，禁用于III、IV级心力衰竭患者；

——白细胞介素（IL）-12/23抑制剂（乌司奴单抗等）：用于中重度斑块状银屑病，治疗28周仍未应答者应考虑停药；

——IL-17A抑制剂（如司库奇尤单抗、依奇珠单抗等）：起效较迅速，禁用于活动性炎症性肠病（IBD）患者。需注意念珠菌感染风险及监测中性粒细胞计数，治疗12周仍未应答者应考虑停药；

——IL-23抑制剂（如古塞奇尤单抗、替瑞奇珠单抗等）：维持期给药间隔长（每8~12周），治疗16周仍未应答者应考虑停药；

——小分子药物：

——磷酸二酯酶4（PDE4）抑制剂（阿普米司特片）：口服给药，长期应用安全性总体较好。注意胃肠道反应，多发生于治疗初期，需剂量滴定；

——酪氨酸激酶2（TYK2）抑制剂（氩可来昔替尼片）：口服给药，需监测感染（如单纯疱疹）、血肌酸磷酸激酶（CPK）升高、超敏反应等。

注：以上系统治疗均可联合辨证论治指导下中药内服或中医特色疗法提高疗效，外用药物使用方法参照轻度斑块状银屑病，斑块状银屑病中西医结合诊疗路径见图1。

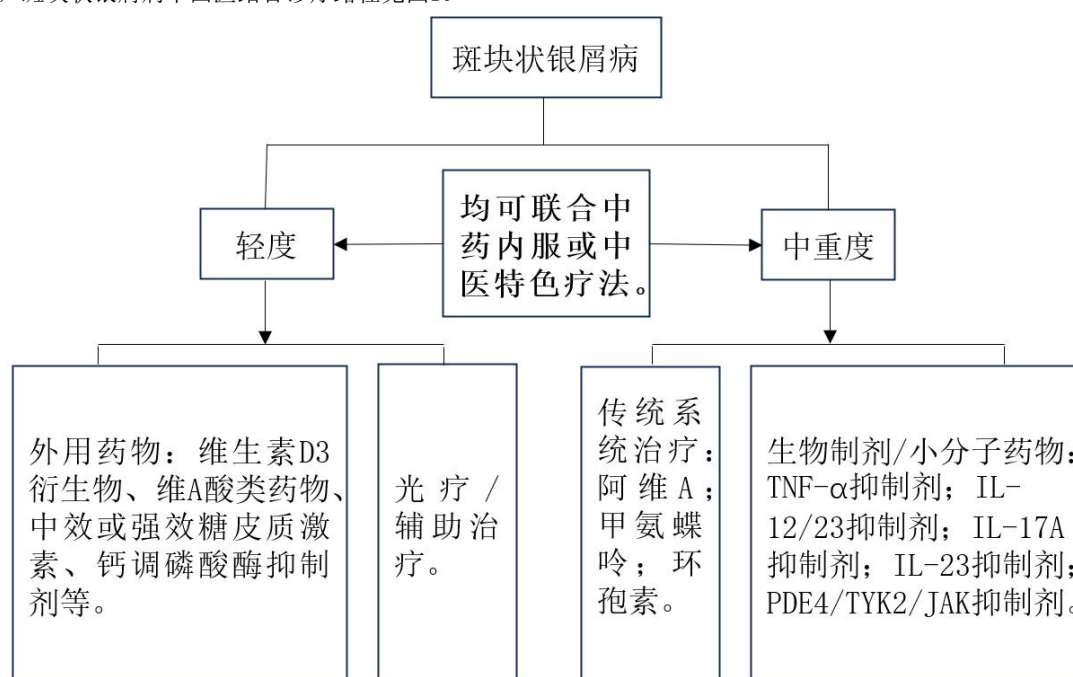


图1 斑块状银屑病中西医结合诊疗路径

6.2.2 点滴状银屑病

6.2.2.1 外用药物治疗

应按照以下步骤进行：

a) 外用弱效/中效糖皮质激素：需注意皮肤萎缩等不良反应，中效糖皮质激素可连续使用<6周；

b) 维生素D₃衍生物（如卡泊三醇软膏/搽剂、他卡西醇软膏等）：每日1~2次。

6.2.2.2 光疗

窄谱UVB（NB-UVB），每周2~3次，80%以上的患者治疗20~30次后即可缓解，联合保湿剂、糖皮质激素或维生素D₃衍生物疗效更好。

6.2.2.3 系统治疗

包括抗生素、中医中药、维A酸类药物、免疫抑制剂；由上呼吸道感染或肛周链球菌感染诱发的银屑病可给予阿奇霉素、青霉素、头孢类抗生素等或者中医药治疗，对上述治疗无效患者可考虑短期应用阿维A胶囊、环孢素胶囊、甲氨蝶呤片等系统药物。

6.2.3 特殊部位与反向银屑病

6.2.3.1 特殊部位（头皮、甲）

6.2.3.1.1 头皮

外用药为基础，2%~10%煤焦油洗发水、水杨酸洗发水能够提高其他外用药物包括糖皮质激素渗透性。可联合维生素D₃衍生物（如卡泊三醇搽剂等）、复方制剂（卡泊三醇倍他米松凝胶等）疗效与依从性更佳。顽固皮损可考虑皮损内注射糖皮质激素注射液或308nm准分子激光。无效者考虑系统治疗。

6.2.3.1.2 甲

疗程长（起效需数月）。局部治疗根据受累部位选择：甲母质损害优选强效糖皮质激素；甲床损害优选维生素D₃衍生物。皮损内注射曲安奈德注射液对甲母质损害有效。中重度或治疗失败者，生物制剂/小分子药（如TNF- α 、IL-17抑制剂等）效果显著。

6.2.3.2 反向银屑病

以局部治疗为主，必要时用物理治疗，一般不用系统治疗。保持局部干爽。急性期首选弱中效糖皮质激素（2~4周），长期维持推荐换用钙调磷酸酶抑制剂或维生素D₃衍生物，刺激性小。难治者可考虑UVB、308nm准分子及PUVA治疗。

6.2.4 特殊人群治疗方案

6.2.4.1 总体原则

特殊人群用药需基于多学科评估，严格权衡获益与风险，遵循安全优先与个体化管理。

6.2.4.2 儿童与青少年^[1]

应按照以下步骤进行：

a) 优先选择外用药物与光疗，系统治疗仅限于已获儿童适应证的药物；

b) 推荐药物：

——外用药物：卡泊三醇在欧洲被批准用于儿童银屑病的治疗，2岁以上儿童最大剂量75g/周，6岁以上儿童最大剂量50g/周；角质松解剂如水杨酸因存在系统吸收风险，2岁以下小儿禁用。儿童银屑病使用本维莫德乳膏、JAK抑制剂、PDE4抑制剂等药物的安全性尚待确定；

——生物制剂：阿达木单抗（≥4岁）、乌司奴单抗（≥6岁）、司库奇尤单抗（≥6岁）；

c) 用药决策必须由皮肤专科医生评估，并密切随访生长发育指标。

6.2.4.2 妊娠与哺乳期女性

应按照以下步骤进行：

a) 计划妊娠者：

——建议提前停用生物制剂（至少5个半衰期）；

——MTX≥3个月前停用；

——阿维A≥3年（或更长）停用；

——或遵循各自产品说明书规定的洗脱时间；

b) 妊娠期：

——病情严重危及健康时，经多学科评估权衡利弊后使用的生物制剂有：依那西普注射液、英夫利西单抗、阿达木单抗、乌司奴单抗、司库奇尤单抗、替瑞奇珠单抗；

——阿维A、MTX、他扎罗汀及PUVA禁用；

c) 哺乳期：一般不建议系统治疗，如确需用药，应优选乳汁分泌量低的药物，如使用阿达木单抗、英夫利西单抗或依那西普注射液的哺乳期女性乳汁中的药物浓度非常低，可结合个体化风险获益评估后用药。

6.2.4.3 老年患者

应按照以下步骤进行：

a) 感染风险和共病负担高，需全面评估肾功能、心血管状况及免疫功能；

b) 起始剂量宜谨慎，治疗中加强监测。

6.2.4.4 有其他疫苗接种需求的患者

应关注多重用药相互作用，并合理安排疫苗接种：

a) 银屑病患者用生物制剂时，灭活/重组疫苗（非活）安全但可能影响免疫效果，活疫苗应按指南停药（2~3个半衰期、4周及以上不等，带状疱疹需12个月）；

b) 妊娠16周后用药者，婴儿出生后6个月内避活疫苗；

c) 小分子药物应用时间短，JAK抑制剂需避免接种活疫苗（建议治疗前4周接种）。

6.3 中西医结合干预路径

6.3.1 中医辨证论治^[1,54]：

6.3.1.1 血热证

治以清热凉血解毒，方用犀角地黄汤或凉血解毒汤加减（犀角改用羚羊角粉或水牛角粉）。方药：水牛角、牡丹皮、生地黄、赤芍、土茯苓、生槐花、紫草、草河车、白鲜皮。中成药包括：复方青黛类（复方青黛胶囊、复方青黛丸、复方青黛片）、消银类（消银颗粒、消银胶囊、消银片）、银屑胶囊、克银丸、百癣夏塔热片等。

6.3.1.2 血瘀证

治以活血化瘀通络，方用桃红四物汤或活血解毒汤加减。方药：桃仁、红花、当归、赤芍、生地黄、川芎、莪术、鬼箭羽、鸡血藤、丹参、白花蛇舌草。中成药包括：郁金银屑片等。

6.3.1.3 血燥证

治以养血润燥祛风，方用当归饮子或养血润燥汤加减。方药：当归、白芍、川芎、生地黄、白蒺藜、防风、荆芥、何首乌、黄芪、甘草、丹参、麦冬、玄参、鸡血藤、土茯苓。中成药包括：消银类（消银颗粒、消银胶囊、消银片）、紫丹银屑胶囊等。

6.3.1.4 湿热证

治以清热除湿。方用：萆薢渗湿汤合五味消毒饮加减。方药：萆薢、薏苡仁、黄柏、茯苓、牡丹皮、泽泻、滑石、通草。中成药包括：苦参片、二妙丸等。

6.3.1.5 脾虚湿蕴证^[55]

治以健脾祛湿。方用参苓白术散或除湿胃苓汤加减。方药：莲子肉、薏苡仁、砂仁、桔梗、白扁豆、人参、白术、苍术、厚朴、陈皮、猪苓、泽泻、木通、防风、肉桂、甘草、土茯苓等。中成药包括：健脾化湿消疮胶囊等。

6.3.1.6 肝气郁结证

治以疏肝理气。方用逍遥丸加减。方药：柴胡、陈皮、川芎、白芍、枳壳（麸炒）、炙甘草、香附、郁金、当归等。中成药包括：郁金银屑片、竹黄颗粒剂II号等。

6.3.1.7 阳虚证^[56]

治以温阳散寒。方用麻黄附子细辛汤加减。方药：附子、麻黄、细辛，根据皮损酌情加减牡丹皮、赤芍、生槐花等。

6.3.2 中医特色疗法^[1,20]

6.3.2.1 中药药浴疗法

方法如下：

a) 适应证：适用于各型银屑病各期；

b) 推荐中药：血热证用丹皮、蒲公英、败酱草、土茯苓、苦参、黄柏等；血瘀证用当归、桃仁、红花、丹参、三棱、莪术、王不留行等；血燥证用鸡血藤、当归、白鲜皮、川椒、徐长卿、透骨草等；湿热证用龙胆草、苦参、地肤子、苍耳子、土荆皮、蛇床子等；脾虚湿蕴证用薏苡仁、白术、苍术、厚朴、黄柏、苦参、白鲜皮等；肝气郁结证用柴胡、郁金、牡丹皮、赤芍、当归、白鲜皮、地肤子等；阳虚证用当归、首乌藤、透骨草、艾叶、桃仁、红花等。此外，清热祛湿止痒类中药如紫草、生地、金银花、野菊花、大黄、黄芩、蛇床子、百部、蜂房等也常用；

c) 注意事项：水温36℃～40℃，时间15～20分钟，每日1次。

6.3.2.2 中药熏蒸疗法

方法如下：

a) 适应证：适用于寻常型银屑病静止期和消退期；

b) 推荐中药：同药浴疗法；

c) 注意事项：温度38℃～45℃，时间10～15分钟，每周2～3次，10次为1疗程；宜饭后1～2小时进行，避免空腹或饱餐；熏蒸前后补充水分；急性期不宜用，以防红皮病。

6.3.2.3 中药湿渍疗法

方法如下：

a) 适应证：点滴状、斑块状银屑病进行期；

b) 推荐中药：同药浴疗法；

c) 注意事项：用纱布浸药液敷于皮损，温度37℃，每次20分钟，每日1～2次，2周为1疗程，一般1～3疗程。

6.3.2.4 中药涂擦疗法

方法如下：

- a) 适应证：适用于各型寻常型银屑病各期；
- b) 推荐制剂：普连膏、金黄膏、复方青黛膏、紫草油剂、三草油剂；
- c) 注意事项：皮损局限者（BSA<10%）选用清热解毒、凉血活血类软膏或油剂，每日2次。

6.3.2.5 中药封包疗法

方法如下：

- a) 适应证：适用于点滴状和斑块状银屑病静止期皮损较厚者，或各型干燥脱屑者；
- b) 推荐制剂：同涂擦疗法；
- c) 注意事项：涂药后保鲜膜封包，每日2次，每次1~2小时，夏季可扎透气孔。

6.3.2.6 火罐疗法

方法如下：

- a) 适应证：留罐用于寻常型银屑病各期；闪罐用于斑块状银屑病；走罐用于斑块状静止期、退行期；刺络拔罐用于寻常型银屑病进行期；
- b) 常用穴位：背俞穴、阿是穴（皮损处），委中穴（刺络拔罐）；
- c) 注意事项：根据症状选部位；检查罐壁完整性；避免酒精滴落烧伤；留罐时间不宜过长，防水疱；禁忌心脏疾病、大血管病变、皮肤溃疡等；刺络后针眼防水。

6.3.2.7 针刺疗法

方法如下：

- a) 适应证：适用于寻常型银屑病静止期及退行期；
- b) 常用穴位：主穴为曲池、肺俞、肝俞、足三里、肾俞；配穴随症加减，如四肢皮损加风市，头部加风池，躯干加风门，病程长者加膈俞、膏肓，失眠加内关、神门；
- c) 注意事项：疲劳、饥饿、精神紧张者不宜；年老体弱者取卧位轻刺；孕妇禁针腹部、腰骶部及合谷、三阴交等穴；出血性疾病、皮肤感染处不宜。

6.3.2.8 穴位埋线疗法

方法如下：

- a) 适应证：适用于寻常型、斑块状银屑病静止期、退行期；
- b) 常用穴位：肺俞、心俞、肝俞、膈俞、脾俞、肾俞、胆俞、膀胱俞、足三里、血海、风门、灵台、曲池、三阴交等，每次2~4穴；
- c) 注意事项：严格无菌操作；防止损伤内脏、神经、血管；禁忌糖尿病、心功能不全、晕针、皮肤感染等；对羊肠线过敏禁用。

6.3.2.9 火针疗法

方法如下：

- a) 适应证：适用于斑块状银屑病静止期和退行期；
- b) 常用穴位：阿是穴（皮损处）；
- c) 注意事项：年老体弱、围产期妇女、儿童需知情同意并陪护；慎用于糖尿病、高血压、冠心病等；针孔出现丘疹、瘙痒属正常反应。

6.3.2.10 艾灸疗法

方法如下：

- a) 适应证：适用于斑块状银屑病静止期、退行期；
- b) 常用穴位：主穴阿是穴；皮损肥厚加足三里、血海、气海，皮损色红加三阴交、血海、曲池；
- c) 操作方法：温和灸、回旋灸、雀啄灸；
- d) 注意事项：火力由小到大；空腹、过饱、疲劳者慎用；孕妇禁灸腹部、腰骶部；防止烫伤。

6.3.2.11 耳穴疗法

方法如下：

- a) 适应证：适用于各型银屑病各期；
- b) 常用穴位：耳针疗法取肺、大肠、脾、胃、肾、内分泌、肝、神门等耳穴；耳灸疗法根据皮损部位选指、腕、肘、锁骨、踝、膝等耳穴；耳贴疗法取肺、心、肾上腺、神门、耳穴、交感、皮质下、内分泌、肾、肝、脾等耳穴；

c) 注意事项：严格消毒；炎症、溃疡处禁治；心脏病、高血压患者不宜强刺激；耳贴时体弱者用轻刺激；预防晕针。

6.3.2.12 中医放血疗法

方法如下：

- a) 适应证：适用于斑块状银屑病各期。
- b) 穴位：常取耳尖、大椎、委中、曲泽、十宣等。
- c) 局部：于肥厚暗紫的皮损（阿是穴）处进行散刺或点刺。
- d) 注意事项：体质虚弱、贫血、有出血倾向、孕妇及晕针者禁用。

6.3.3 中医特色疗法选择

寻常型银屑病中医特色疗法选择可参考图2。

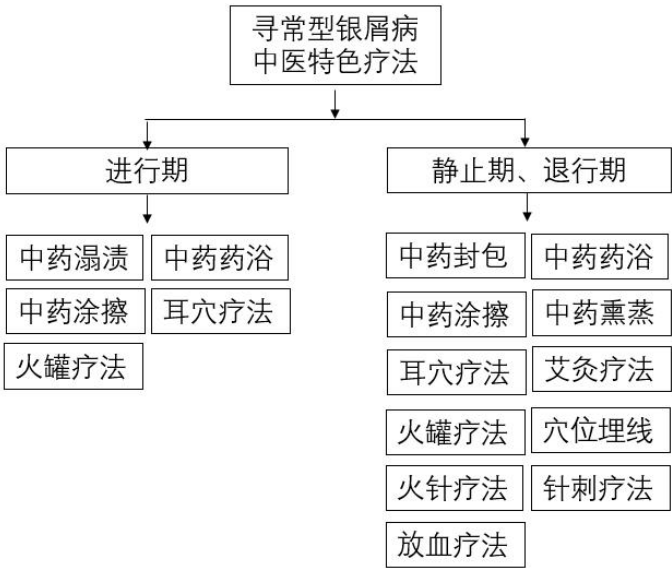


图2 寻常型银屑病中医特色疗法选择

6.4 治疗挑战的应对策略与患者支持

6.4.1 治疗失效的识别与转换策略^[1, 53]

6.4.1.1 原发性治疗失败

治疗第12~24周，PASI改善未达到50%（PASI 50未达标）。应首先系统排查患者依从性、用药剂量与注射技术。确认无效后，应转换不同作用机制的药物。

6.4.1.2 继发性治疗失败

初始治疗有效（如达到PASI 50或PASI 75），但在维持期内疗效丧失。应评估免疫原性（如抗药物抗体）、潜在感染^[57]、共病进展或药物相互作用。可考虑同类药物替换或跨机制转换。

6.4.1.3 通用转换原则

应符合以下原则：

- a) 总体原则：科学、合理、慎重；
- b) 多数生物制剂或小分子药物间的转换无需漫长的清洗期，除非因严重不良反应停药；
- c) 优先推荐跨机制转换，其成功率通常高于同类内转换；
- d) 转换后应重新进入T2T评估流程，在12~24周进行主要终点评估。

6.4.1.4 联合中医药辨证论证干预

对于失效患者，可考虑在换通路的基础上联合中医药辨证论证干预，在急性期，中药治疗以内服清热凉血、解毒化瘀的方剂为主；进入稳定期后，通过辨证论治调理患者体质以延缓复发，并可针对顽固皮损辅以走罐、中药药浴、火针等外治法，以提高疗效持久性与生活质量改善。

6.4.2 难治性银屑病的综合管理

6.4.2.1 定义

对至少两种不同作用机制的系统治疗均应答不佳（均未达到PASI 50）。

6.4.2.2 管理流程

应按以下方法进行：

- a) 全面再评估：确认诊断，系统排查潜伏感染、未控制的共病及药物影响因素；
- b) 临床试验：鼓励患者参与新药或新疗法临床试验。

6.4.3 患者教育与依从性支持

6.4.3.1 教育核心

重点阐述疾病慢性本质、治疗达标（T2T）理念（如PASI 90/100的意义）、规范用药方法及长期自我管理。

6.4.3.2 依从性提升

可利用用药APP、智能提醒设备进行干预。

6.4.3.3 数字化支持

整合远程随访平台、症状上报系统及AI辅助评估工具，数据应结构化录入EMR，便于长期管理。

6.4.4 执行与质量控制要点

应满足以下要求：

- a) 起始系统治疗前必须完成安全性筛查（结核、肝炎、血常规、肝肾功能等）；
- b) 治疗第12~16周必须进行强制性疗效评估（PASI，DLQI，PGA，BSA）并完整记录；
- c) 核心数据缺失率应低于3%。

7 疗效动态评估方法与标准

7.1 治疗目标与评估标准

7.1.1 治疗目标

所有治疗应遵循治疗达标（T2T）策略，设定分层治疗目标：

- a) 理想目标：BSA≤1%，PGA≤1分，PASI 100；
- b) 可接受目标：BSA≤3%，PGA≤1分，PASI 50。

7.1.2 评估标准节点

评估应在以下标准化时间节点进行：基线、治疗第4周（快速反应）、第12周（主要疗效终点），之后每12-24周（维持期监测）。若12周末达可接受目标（PASI 50），应视为原发性失效，及时调整治疗方案。

注：中医证候疗效目标应同时参考证候积分下降≥95%（痊愈）、下降≥70%（显效）、30% - 69%（有效）、<50%（无效），作为西医量表的补充。

7.2 核心评估指标与操作规范

7.2.1 疗效评估指标

7.2.1.1 银屑病面积与严重程度指数（PASI）

应按照以下规定进行：

- a) 需由经培训认证的医师操作；
- b) 评估者间一致性应≥90%；
- c) AI辅助评估结果须经医师确认。

7.2.1.2 医生整体评估（PGA）

推荐采用6分制（0~5分），其中0为清除，1为几乎清除，2为轻度，3为中度，4为重度，5为极重度。

7.2.1.3 体表受累面积（BSA）

应按照以下规定进行：

- a) 推荐采用“手掌法”（1手掌≈1% BSA）进行估算；
- b) 宜由两名评估者共同进行，差异较大时协商一致；
- c) 可采用3D全身摄影等数字化工具辅助评估。

7.2.1.4 皮肤病生活质量指数（DLQI）

应按照以下规定进行：

- a) 每次随访必须评估；
- b) 若患者标记≥2个“不相关”条目，应采用DLQI-R修正评分；
- c) 评分标准：0～1分（无影响），2～5分（轻微影响），6～10分（中度影响），11～20分（严重影响），21～30分（极大影响）。

7.2.1.5 甲银屑病严重度评分（NAPSI）

应按照以下规定进行：

- a) 每个指甲平均分为4个象限，对甲基质中所有与银屑病相关的症状（点蚀征、白甲病、甲半月形红斑及甲碎裂）和甲床（油滴变色、甲剥离、角化过度及裂片出血）进行评分；
- b) 根据受累象限的数量进行评分，每个甲总分越高表示指甲受累越严重，NAPSI总分0～80分，若包含趾甲则为0～160分。

7.2.1.6 头皮银屑病严重度评分（PSSI）

应按照以下规定进行：

- a) 将头皮划分为前额、颞部、顶部及枕部4个区域，每个区域需分别评估“皮损面积占比”（0～6分）和“症状严重程度”（取红斑、鳞屑、浸润3项最高分，0～4分）；
- b) PSSI总分=各区域“面积分×严重程度分”之和（0～96分），据此分轻度（≤15分）、中度（16～40分）、重度（>40分）。

7.2.1.7 中医证候积分（TCM Syndrome Score）

7.2.1.7.1 评分标准

根据血热证、血瘀证、血燥证、肝气郁结证、脾虚湿蕴证、湿热证、阳虚证的主症/次症及舌脉量化评分^[58]：

- a) 血热证：包括皮疹颜色、皮疹灼热感、瘙痒程度和心烦易怒程度等；
- b) 血燥证：包括鳞屑程度、瘙痒程度和口干舌燥程度等；
- c) 血瘀证：包括皮疹颜色、皮疹浸润程度、瘙痒程度和舌下络脉情况等；
- d) 肝气郁结证：包括皮疹颜色、复发/加重情况和情绪变化等；
- e) 脾虚湿蕴证：包括皮疹颜色、瘙痒/渗液情况、食欲和大便等；
- f) 湿热证：包括皮疹颜色、瘙痒/渗液情况、体态和二便等；
- g) 阳虚证：包括皮疹颜色、神态、面色和二便等；

注：每个中医症状的评分按照从轻到重分为0、1、2、3分，每个中医证型的中医症状积分为各项积分之和。

7.2.1.7.2 证候疗效评价标准

应按照以下规定进行：

- a) 临床痊愈：皮疹全部消退，临床症状消失，证候积分下降≥95%；
- b) 显效：皮疹大部分消退，临床症状明显减轻，积分下降70%～94%；
- c) 有效：皮疹部分消退，临床症状有所改善，积分下降50%～69%；
- d) 无效：皮疹消退不明显，临床症状未减轻或反见恶化，积分下降<50%。

7.2.2 银屑病严重程度分级

银屑病严重程度分级标准见表1。

表1 银屑病严重程度分级标准

严重程度	体表面积 (BSA) 累及范围(%)	银屑病面积与严重程度指数 (PASI)	皮肤病生活质量指数 (DLQI)
轻度	<3%	<3	<6
中度	3%～10%	3～10	6～10
重度	≥10%	≥10	≥10

注：BSA、PASI和DLQI是评估严重程度的核心工具，三者中任一指标达到重度标准，即可将患者划分为重度。

7.3 动态评估时间节点与流程

初始治疗12周后通常认为是评估最佳时间，评估患者皮损状态及药物可耐受程度，长期随访在达标之后至少每12~24周1次，疗效动态评估应按表2规定的时间节点和项目进行，流程图见图3。

表2 动态疗效评估时间节点与推荐项目

评估时间点	推荐评估项目	评估目的
基线（治疗前）	PASI, BSA, PGA, DLQI 全面共病筛查，实验室检查	确立疾病严重程度，指导初始治疗方案选择，留存对照基准
第 2 周	PASI, BSA, PGA	评估早期治疗反应与安全性，识别快速反应者或早期不耐受者
第 4 周	PASI, BSA, PGA, DLQI	补充评估早期反应对生活质量的影響
第 8 周	PASI, BSA, PGA, DLQI	评估中期疗效与依从性
第 12 周	PASI, BSA, PGA, DLQI	主要疗效终点评估，判断治疗是否达到预期目标（原发性失效判定）
此后每 12~24 周	PASI, BSA, PGA, DLQI，实验室检查（根据药物要求）	评估长期疗效维持情况（继发性失效监测），监测远期安全性

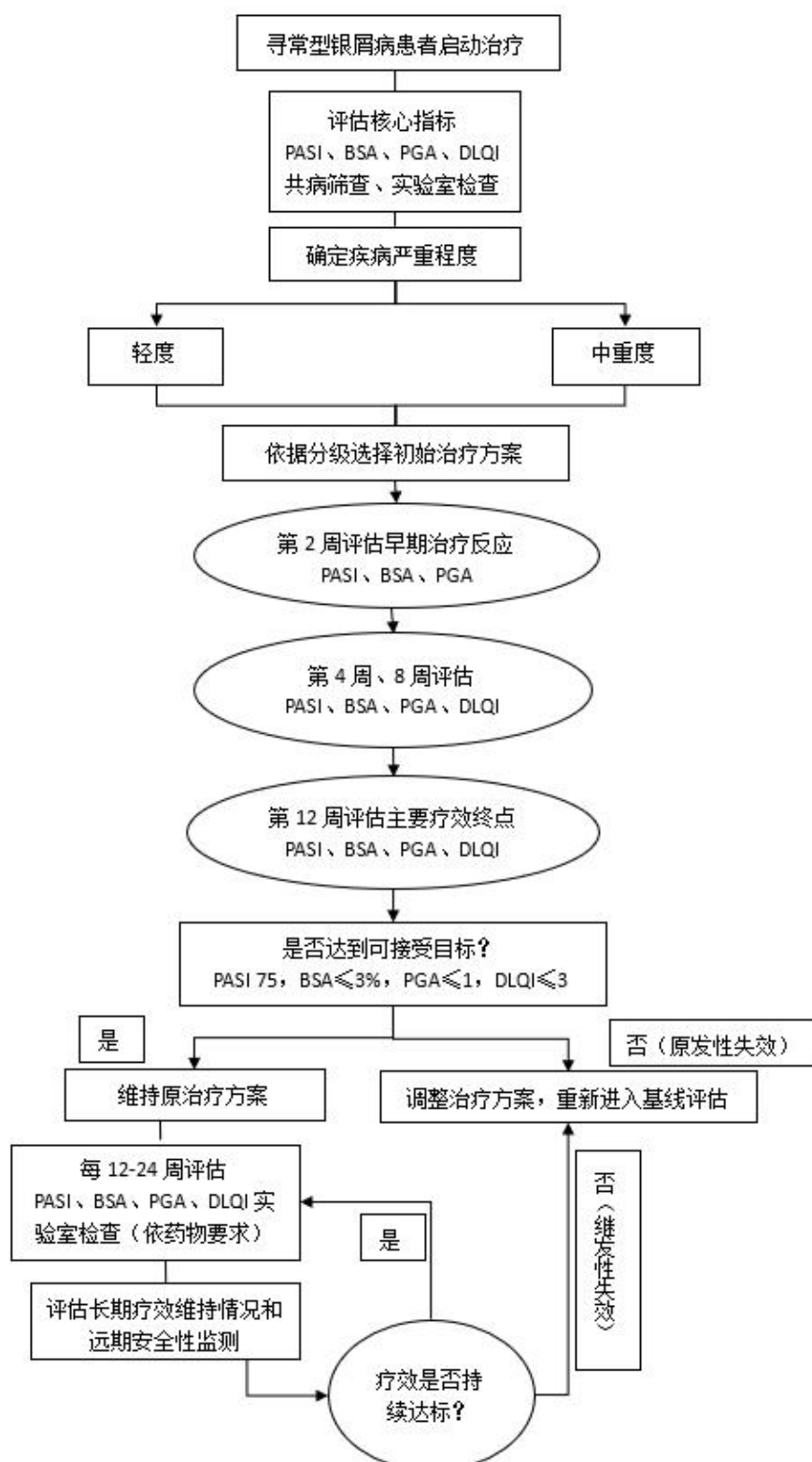


图3 寻常型银屑病疗效动态评估流程图

7.4 不良反应监测与处理

7.4.1 不良反应

应按CTCAE 5.0标准进行分级和处理:

a) 1~2级: 观察或对症处理;

- b) 3级：暂停治疗，评估后决定；
- c) 4级：立即停药并紧急处置。

7.4.2 个体化监测

应为每种系统性药物制定个体化监测计划，包括：

- a) 治疗前全面基线筛查；
- b) 治疗中定期监测；
- c) 建立明确的干预阈值（如环孢素致血肌酐升高 $>30\%$ 时应减量或停药）。

7.4.3 不良事件记录

所有不良事件均应详细记录其性质、严重程度、与药物的相关性及相关处理措施。中药及中西药联合应用时，应重点关注肝肾功能指标及药物相互作用。

7.5 数字化评估技术与质量控制

7.5.1 总则

银屑病疗效评估应积极引入数字化技术，以提升评估的效率、客观性与连续性，并建立严格的质量控制体系。

7.5.2 数字化评估技术与应用

推荐以下数字化技术在临床评估流程中应用：

- a) AI辅助视觉评估：采用经验证的人工智能图像识别技术（如卷积神经网络、MultiViT模型），对皮损图像进行自动分析，辅助计算PASI和BSA；
- b) 远程医疗平台：通过安全合规的视频会诊系统支持医师远程视诊，患者可上传标准化皮损图像用于随访评估；
- c) 移动健康应用（mHealth）：利用专用移动App，患者可自主记录症状（如瘙痒程度）、用药依从性及DLQI等患者报告结局（PRO），并接收健康教育与用药提醒。

7.5.3 数字化评估的质量控制

所有数字化工具的临床应用需符合以下要求：

- a) 工具认证与校准：AI辅助诊断工具必须取得国家药品监督管理局（NMPA）医疗器械注册证；AI系统应定期校准与性能验证，确保与临床医师评估一致（ICC ≥ 0.90 ），平均绝对误差 ≤ 3.2 ；远程医疗与移动应用应符合国家网络安全等级保护和数据隐私法规；
- b) 操作规范与培训：应制定统一的数字化图像采集规范（分辨率、光照、角度、背景等）；使用工具的医务人员须经专项培训，确保操作规范化；
- c) 人机协同与责任：AI评估结果仅供参考，不能替代医师最终诊断，应明确标识其“辅助工具”定位及置信度；所有基于远程图像或AI的评估结论，必须由经治医师结合临床情况确认并签字负责。

7.5.4 数据管理与分析应用

应满足以下要求：

- a) 系统对接：数字化评估数据应与电子病历（EMR）实现自动整合和结构化存储，符合第9章信息化标准；
- b) 大数据应用：鼓励基于多维度数据开展大数据分析，用于疗效趋势预测、治疗反应人群特征分析及不良反应早期预警。

8 分级诊疗与全周期管理路径

8.1 分级诊疗体系与机构职能

8.1.1 总则

应构建覆盖基层医疗机构、二级医院和三级医院的分级诊疗体系，形成“首诊在基层、分级诊疗、上下联动、双向转诊”的银屑病全周期管理模式。

8.1.2 基层医疗机构（社区卫生服务中心/乡镇卫生院）

应满足以下要求：

- a) 负责银屑病首诊、筛查及健康档案建立；
- b) 承担轻度患者的诊断、外用药物治疗、健康教育与长期随访；

c) 识别中重度及疑难病例并及时转诊。

8.1.3 二级医院/区域医疗中心

应满足以下要求：

- a) 接收基层转诊患者，确诊并制定治疗方案；
- b) 开展中度银屑病的系统治疗（包括光疗、传统系统药物、生物制剂及中医中药等）；
- c) 具备银屑病关节炎的初步筛查与诊断能力。

8.1.4 三级医院/银屑病诊疗中心

应满足以下要求：

- a) 负责重度、难治性及特殊类型银屑病（如脓疱型、红皮病型、关节病型）的诊疗；
- b) 开展生物制剂及小分子药物治疗；
- c) 牵头多学科协作（MDT）、疑难病例会诊、临床研究及技术培训；
- d) 指导下级医院能力建设。

8.2 基层医疗机构能力建设

8.2.1 疾病识别

准确识别典型银屑病皮损，具备与湿疹、脂溢性皮炎等常见皮肤病的鉴别能力。

8.2.2 设备配置

针对基层单位设备配置的实际情况，可以分层级逐步完善：

a) 第一层级（基础必备）应优先配备窄谱中波紫外线治疗仪、针灸针、火罐、中药熏蒸或药浴设备等，以及用于记录评估的皮肤影像工具如专业相机，以开展核心光疗和中医外治；

b) 第二层级（推荐拓展）可增加308nm准分子光、超声导药仪等设备，以提升靶向治疗和药物渗透效果；

c) 第三层级（深化/上级医院）则主要涉及脉冲染料激光、皮肤镜等更精准的治疗与评估设备。基层单位应立足第一层级，并与上级医院建立协作，以弥补设备不足。

8.2.3 患者管理

规范指导外用药物及基础护理。

8.2.4 健康教育与随访

普及疾病知识、指导日常护理与诱因规避，建立定期随访制度。

8.2.5 转诊指征掌握

及时识别并转诊以下患者：

- a) 诊断不明确或疑似特殊类型；
- b) 外用治疗无效；
- c) 中重度患者（BSA $\geq$ 10%、或PASI $\geq$ 10或DLQI $\geq$ 10）；
- d) 伴关节症状或全身症状。

8.3 双向转诊规范

8.3.1 上转标准（基层→二级/三级医院）

应满足以下要求：

- a) 诊断不明或疑似特殊类型银屑病；
- b) 外用治疗无效的轻度患者；
- c) 中重度患者（BSA $\geq$ 10%、PASI $\geq$ 10或DLQI $\geq$ 10）；
- d) 特殊部位受累或伴关节症状；
- e) 病情急剧进展或出现全身症状。

8.3.2 下转标准（上级医院→基层）

应满足以下要求：

- a) 病情控制稳定 $\geq$ 3个月；
- b) 治疗方案明确且患者同意回社区随访；
- c) 无需频繁调整系统治疗。

8.3.3 远程协作

依托互联网医疗和专病协作网络，建立远程会诊与随访平台，为基层提供实时支持。

8.4 诊疗资源协同与质量控制

8.4.1 能力提升

加强基层设备配置（如皮肤镜、标准照明等），每年定期进行医务人员能力提升培训。

8.4.2 专病协作网络

构建涵盖三级医院、二级医院和基层医疗机构的银屑病专病协作网络，明确分工与协作机制。

8.4.3 质量控制

设定并监测以下指标：

- a) 转诊及时率 $\geq 90\%$;
- b) 诊断符合率 $\geq 90\%$;
- c) 治疗规范率 $\geq 85\%$;
- d) 随访完成率 $\geq 85\%$ 。

9 临床数据标准化与信息化建设

9.1 数据元标准与质量要求

9.1.1 数据元字典

应建立符合WS 445《电子病历基本数据集》的银屑病专病数据元字典，涵盖：

- a) 基础信息：患者唯一标识(身份证)、人口学资料（至少包括年龄、性别、婚姻状况、文化程度、民族、户籍情况）、保险信息；
- b) 临床数据：身体测量指标（身高、体重、腰围等）、银屑病史、慢性病共病及生活方式（吸烟、饮酒、睡眠质量、运动）情况、本次发病就诊时PASI评分、BSA、DLQI、PGA、疾病分型；
- c) 治疗数据：药物信息（采用国家医保药品编码）、疗效评估（至少包括PASI评分、BSA、DLQI、PGA）、不良反应（CTCAE 5.0标准）。

9.1.2 数据质量

应满足以下要求：

- a) 核心数据缺失率 $< 3\%$;
- b) 关键时点数据完整率 $> 95\%$;
- c) 随访连续性 $> 90\%$;
- d) 建立逻辑校验规则保障数据准确性。

9.2 系统互联与数据整合

9.2.1 院内集成

实现医院信息系统（HIS）、电子病历（EMR）、实验室信息系统（LIS）及影像系统（PACS）的数据互联。

9.2.2 院外对接

在保证数据安全前提下，通过标准化接口与患者管理平台（如随访APP）对接，整合患者报告结局（PRO）数据。

9.2.3 数据交换

采用HL7 FHIR等国际标准，实现安全、合规的数据共享。

9.3 人工智能与大数据应用

9.3.1 AI辅助诊疗

应满足以下要求：

- a) 应制定统一的临床图像采集规范（分辨率、光照、角度）；
- b) 应构建高质量影像数据集，用于AI模型研发与验证；
- c) 基层宜推广AI辅助诊断工具，以提升非典型银屑病的识别准确率。

9.3.2 真实世界研究（RWAS）

基于大数据平台开展药物的疗效、安全性及诊疗模式研究。

9.4 数据安全性与隐私保护

- 9.4.1 技术措施
基于角色的访问控制、多因素认证、数据加密传输与存储。
- 9.4.2 隐私保护
应采用数据去标识化、差分隐私等技术。
- 9.4.3 合规性
必须符合《网络安全法》《数据安全法》《个人信息保护法》等要求。

9.5 银屑病诊疗最低数据集（Minimum Data Set, MDS）

9.5.1 银屑病诊疗最低数据集内容
为确保证据采集的规范性和可比性，应建立银屑病专病诊疗MDS，所有数据元应遵循9.1节定义的字典，数据集内容应符合表3规定。

表3 银屑病诊疗最低数据集（MDS）

数据类别	核心数据项	数据类型/值域	采集时机	是否必填
A. 患者标识与时间	患者唯一标识符	文本	每次随访	是
	本次随访日期	日期（YYYY-MM-DD）	每次随访	是
	距治疗起始时间	整数(天)	每次随访	是
B. 疾病活动与严重程度	PASI 评分	数值(0.0~72.0)，保留一位小数	每次随访	是
	BSA(%)	数值(0~100)，整数	每次随访	是
	PGA	分类(0=清除，1=基本清除，2=轻度，3=中度，4=重度，5=非常严重)	每次随访	是
	DLQI 总分	整数(0~30)	每次随访	是
	皮损形态学分类	分类(斑块状、点滴状、脓疱型、红皮病型、关节病型))	基线/变更时	是
	特殊部位受累	多选(头皮、指甲、生殖器、掌跖、面部、 间擦部位)	基线/每次随访	是
C. 治疗情况	当前治疗方案	分类(仅外用治疗、光疗、传统系统治疗、生物制剂、小分子靶向药、中药、联合治疗)	每次随访	是
	具体药物名称	文本(采用国家医保药品编码或通用名)	每次随访	是
	当前用药剂量与频率	文本(如：45mg SC Q12W；10mg PO QD)	每次随访	是
	治疗变化原因	分类(初始治疗、疗效不足/失效、不良反应、达到目标后减量/维持、患者意愿、经济原因、计划妊娠/妊娠、合并其他疾病、失访/退出)	变更时	变更时必填
D. 安全性监测	是否发生不良事件(AE)	布尔值(是/否)	每次随访	是
	AE 名称	文本(使用 MedDRA 等标准术语优先)	发生时	条件必填
	AE 严重程度 (CTCAE 分级)	分类(1 级，2 级，3 级，4 级，5 级)	发生时	条件必填
	AE 与治疗相关性	分类(肯定有关、可能有关、可能无关、无关、无法判定)	发生时	条件必填
	AE 处理措施	多选(未处理、对症处理、剂量减少、治疗暂停、治疗终止、其他)	发生时	条件必填
E. 治疗目标与评估	本次随访是否达标	布尔值(是/否)	每次随访	是
	依据的达标标准	多选(PASI 100, PASI 90, PASI 75, PASI 50, DLQI≤5 或 0/1, PGA 0/1, 绝对 PASI	每次随访	是

		≤3，患者可接受状态)		
	下次随访计划时间	日期(YYYY-MM-DD)	每次随访	是

9.5.2 实施要求

应满足以下要求：

- a) 强制性：表中所列“是否必填”为“是”的数据项，必须在每次随访时完整采集，核心临床指标（PASI，BSA，DLQI，PGA）的缺失率应低于3%；
- b) 结构化录入：应采用下拉/单选等结构化方式，减少自由文本；
- c) 系统支持：HIS/EMR应内置MDS模板，并设置逻辑校验；
- d) 质控核心：该MDS的录入完整性和准确性应作为第10章的核心考核指标之一。

10 安全性与伦理要求

10.1 诊疗原则

银屑病精准诊疗活动应遵循以下基本原则：尊重自主性原则（充分知情同意，尊重患者自主决策权）、不伤害原则（风险最小化，避免不必要的伤害）、有益原则（以患者利益最大化为首要目标）和公正原则（保证医疗服务的公平性和可及性）。

10.2 生物标志物与基因检测伦理

10.2.1 知情同意

在执行遗传检测前，必须以患者易于理解的语言进行充分告知，并签署书面知情同意书。告知内容应包括：检测目的、方法与局限性、数据用途、隐私保护措施、以及可能带来的心理与社会影响。

10.2.2 数据安全与用途限制

检测数据须经去标识化处理，并以加密形式存储在安全可控的环境中；除直接的医疗用途外，若用于医学研究，必须经过额外伦理审查和患者再次同意；不得将检测数据用于与医疗无关的任何商业或行政场景。

10.2.3 专业解读与辅导

结果须由经培训的医生或遗传咨询师解读，避免误读，并提供相应的医学建议和心理辅导。

10.3 人工智能应用安全

10.3.1 临床应用的AI辅助诊断工具必须获得国家药品监督管理局（NMPA）颁发的医疗器械注册证，并明确其适用范围和限制。

10.3.2 AI结论不能替代临床医师的最终诊断决策，系统应明确标识其作为辅助工具的定位和置信度。

10.3.3 建立AI决策的追溯机制，确保决策过程透明、可审核。

10.4 数据安全与患者隐私

10.4.1 法律合规

健康医疗数据的采集、传输、存储和使用必须符合《网络安全法》《数据安全法》《个人信息保护法》等现行法律法规。

10.4.2 患者权利

患者享有查阅、更正和删除其个人健康信息的权利；医疗机构应建立患者隐私保护机制，确保数据在共享和研究使用中的安全。

11 实施与培训

11.1 标准推广路径

11.1.1 应通过行业协会、学术会议、继续教育项目等多渠道发布和解读标准，保证覆盖不同层级医疗机构。

11.1.2 宜遴选若干有条件的医疗机构作为试点示范单位，先行先试，总结经验后逐步推广。

11.1.3 可建立线上学习与远程培训平台，支持基层医生随时获取标准知识与更新。

11.2 人员培训与能力认证

11.2.1 培训课程体系

应建立分级、分层的培训课程体系：

- a) 基层医师：侧重疾病识别、基本治疗、患者教育和转诊标准；
- b) 专科医师：侧重系统治疗、生物制剂应用、疗效评估和不良反应处理；
- c) 护理与药师：侧重患者用药指导、依从性管理和生活方式干预。

11.2.2 定期考核

宜定期开展考核和继续教育，确保人员掌握标准的核心内容。

11.2.3 能力认证

可探索实施银屑病专科医师能力认证制度，将本标准核心要求纳入考核范围，逐步形成权威的能力认证与准入体系。

附录 A
(资料性)
银屑病面积与严重程度指数 (PASI) 评分细则

本附录提供了PASI评分的详细操作步骤、身体分区示意图(头颈、上肢、躯干、下肢)、以及红斑、浸润、鳞屑各指标的评分标准(0~4分),并附有总分计算公式和计算示例,旨在确保不同评估者间评分的一致性,评分模板见图A.1。

银屑病受累面积和严重程度指数 (PASI)

1)银屑病病灶区的严重程度
请为以下每个症状和部位选择一个数字。各症状严重程度的表述: 0=没有 1=轻微 2=中等 3=严重 4=非常严重

		头部	躯干	上肢	下肢
1	红斑	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
2	增厚(浸润、水肿)	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
3	鳞屑/脱落	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
4	总和				

2)受损的体表面积: 请在第6行选择每个部位受累面积的百分比

5		头部	躯干	上肢	下肢
6	面积分数	0=没有	0=没有	0=没有	0=没有
	受累面积程度占相应身体部位面积的百分比(各部位得分在0-6之间)	1=<10%	1=<10%	1=<10%	1=<10%
		2=10-29%	2=10-29%	2=10-29%	2=10-29%
		3=30-49%	3=30-49%	3=30-49%	3=30-49%
		4=50-69%	4=50-69%	4=50-69%	4=50-69%
		5=70-89%	5=70-89%	5=70-89%	5=70-89%
		6=90-100%	6=90-100%	6=90-100%	6=90-100%
7	第4行和第6行的乘积				
8		x0.10	x0.30	x0.20	x0.40
9	第7行和第8行的乘积				

PASI 绝对值计算: 总 PASI=第 9 行总和=

图A.1 评分模板

附 录 B
(资料性)
皮肤病生活质量指数 (DLQI) 量表

B.1 中文版量表

提供经过验证的中文版DLQI问卷全文(表B.1)，包含10个问题及各选项(0~3分)。

B.2 评分说明

明确总分计算方式、分段解读(0~1无影响, 2~5轻微影响, 6~10中度影响, 11~20严重影响, 21~30极大影响)。

B.3 DLQI-R 修正规则

详细说明当患者勾选≥2个“不相关”时, 应如何计算修正得分(DLQI-R)。

表B.1 皮肤病生活质量指标调查表

皮肤病生活质量指标调查表 DLQI 得分: _____ 此份问卷调查的目的是度量在过去一个星期里面, 你的皮肤问题对你的生活影响有多大, 请你在每一条问题的其中一个空格画√。					
1. 在过去一个星期里, 你的皮肤瘙痒, 酸痛, 痛或者刺痛的程度怎样呢?					
非常严重	严重	少些	无		
2. 在过去一个星期里, 你因为皮肤问题而产生尴尬或者太注意自己的程度怎样呢?					
非常严重	严重	少些	无		
3. 在过去一个星期里, 你在上街购物, 打扫屋子或者花园(院子)的时候, 皮肤问题对你的影响有多大?					
非常严重	严重	少些	无		
4. 在过去一个星期里, 你的皮肤问题对你选择衣服方面的影响有多大?					
非常严重	严重	少些	无		
5. 在过去一个星期里, 你的皮肤问题对你的社交或者休闲生活的影响有多大?					
非常严重	严重	少些	无		
6. 在过去一个星期里, 你的皮肤对你做运动造成的困难有多大?					
非常严重	严重	少些	无	无关	
7. 在过去一个星期里, 你的皮肤有没有妨碍到你的工作或者学习? 如果是“没有”, 在过去一个星期里, 你的皮肤问题对你做工作或者读书方面造成的问题有多大?					
有	没有	无关	大	不大	无
8. 在过去一个星期里, 你的皮肤问题引起你同配偶或者同好朋友或者亲戚之间的问题有多大?					
非常严重	严重	少些	无	无关	
9. 在过去一个星期里, 你的皮肤问题引起性方面的困难有多大?					
非常严重	严重	少些	无	无关	
10. 在过去一个星期里, 皮肤护理带给你的问题有多大? 譬如搞的屋子里很乱或者用了好多时间。					
非常严重	严重	少些	无	无关	
请你检查是否已经回答了所有问题。谢谢你的合作!					

附 录 C
(资料性)
医生整体评估 (PGA) 分级标准

6分制PGA是临床实践和临床试验中广泛使用的工具，它基于医生对患者银屑病皮损的红斑、浸润/肥厚和脱屑三个主要体征的整体评估。评分标准如表C. 1所示，参考图例如图C. 1所示。

表C. 1 评分标准

PGA 分数	严重程度	定义与视觉参考图像特征
0	清除	皮损完全清除，无任何红斑、浸润或脱屑的迹象。皮肤表面与正常皮肤无异
1	基本清除	极轻微的病变存在，可能仅表现为淡淡的粉红色红斑，几乎无法触及的轻微浸润，和/或极细微的脱屑
2	轻度	皮损呈淡红色，伴有轻度的、易于触及的浸润，和/或细薄的鳞屑覆盖。
3	中度	皮损呈明显的红色，伴有中度的浸润（易于看见和触及），和/或中等厚度的鳞屑覆盖
4	重度	皮损呈深红色或鲜红色，伴有显著的浸润和肥厚，和/或粗糙、厚层的鳞屑覆盖
5	极重度	皮损呈极深的红色，伴有非常显著的浸润和肥厚，可能伴有皲裂，和/或覆盖着非常厚实、大片的鳞屑



图 C. 1 皮肤病状态参考图例

注：评估应基于红斑、浸润和脱屑的综合判断。当三者严重程度不一致时，应以占主导地位的两个体征的平均水平作为最终评分依据

附 录 D

（资料性）

中医证候积分评价表

D.1 中医证候积分评价表

血热证（表D.1）、血瘀证（表D.2）、血燥证（表D.3）、肝气郁结证（表D.4）、脾虚湿蕴证（表D.5）、湿热证（表D.6）、阳虚证（表D.7）的主症/次症/舌脉要素评分表，以及证候疗效判定标准（痊愈、显效、有效、无效），均参照《中药新药临床研究指导原则（试行）》^[58]与《寻常型银屑病（白疮）中医药循证临床实践指南（2013版）》^[59]制定执行。

表 D.1 血热证评分表

症状分类	症状/体征	评分（0~3分）	备注
主症	皮损颜色鲜红或深红	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	必具项
	新出皮损不断，点状出血现象明显	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	必具项
次症	瘙痒剧烈，遇热加重	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
	心烦易怒，口干舌燥	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
	小便短黄，大便秘结	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
舌脉	舌质红或绛，苔薄黄或黄腻	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
	脉弦滑或数	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
证候总积分			

表 D.2 血瘀证评分表

症状分类	症状/体征	评分（0~3分）	备注
主症	皮损肥厚浸润，颜色暗红或紫暗	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	必具项
	皮损长期存在，经久不褪	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	必具项
次症	肌肤甲错（皮肤干燥粗糙）	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
	面色晦暗，唇色暗淡	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
	女性可有经色紫暗夹血块	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
舌脉	舌质紫暗或有瘀点、瘀斑	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
	脉涩或细涩	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
证候总积分			

表 D.3 血燥证评分表

症状分类	症状/体征	评分（0~3分）	备注
主症	皮损干燥、皲裂，覆有大量银白色鳞屑	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	必具项
	皮损颜色淡红	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	必具项
次症	瘙痒明显，夜间或洗浴后加重	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
	口干咽燥，毛发枯黄	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
	大便干结	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
舌脉	舌质淡，苔少或薄白	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
	脉细或沉细	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
证候总积分			

表 D.4 肝气郁结证评分表

症状分类	症状/体征	评分（0~3分）	备注
主症	皮损颜色暗红或紫红	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	必具项
	皮肤症状发生、复发或加重与情绪变化有关	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	必具项
次症	可见情志抑郁或紧张焦虑或心烦急躁易怒，胸胁或少腹胀闷或窜痛	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
	上腹胀满或餐后上腹胀满	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	

	善太息，口苦	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
舌脉	舌质淡，苔薄白或薄黄	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
	脉弦	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
证候总积分			

表 D.5 脾虚湿蕴证评分表

症状分类	症状/体征	评分（0~3 分）	备注
主症	皮损颜色淡红，浸润肥厚	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	必具项
	可见潮湿、有渗出或搔抓破损后渗出明显，可见鳞屑黏腻	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	必具项
次症	恶心欲呕，腹胀，食欲减退	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
	口淡、黏腻	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
	便溏	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
舌脉	舌胖边有齿痕，色淡白或淡暗，苔白滑腻	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
	脉细滑或脉濡	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
证候总积分			

表 D.6 湿热证评分表

症状分类	症状/体征	评分（0~3 分）	备注
主症	皮损色鲜红或潮红	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	必具项
	可见潮湿、糜烂或见渗液，鳞屑黄腻，瘙痒明显	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	必具项
次症	形体肥胖，身体困重，头发、面部易油腻，头重如裹，但头汗出	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
	口渴不多饮，口苦	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
	小便黄，便溏或大便黏腻，带下量多	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
舌脉	舌红苔黄腻	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
	脉数或滑或濡	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
证候总积分			

表 D.7 阳虚证评分表

症状分类	症状/体征	评分（0~3 分）	备注
主症	皮损色淡或暗红	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	必具项
	鳞屑较薄，迁延难愈	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	必具项
次症	畏寒肢冷、神疲乏力、遇寒加重	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
	面色㿔白或晦暗、腰膝酸软	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
	小便清长、大便溏薄	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
舌脉	舌多淡胖或有齿痕，苔白滑	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
	脉沉细或沉迟	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
证候总积分			

D.2 中医证候积分评价标准

依据《中药新药临床研究指导原则》^[59]：

- a) 痊愈，疗效指数>95%；
- b) 显效，70%≤疗效指数<95%；
- c) 有效，30%<疗效指数<70%；
- d) 无效，未达到以上标准，甚至加重；

e) 总有效率=[(痊愈例数+治愈例数+显效例数)/总例数]×100%，疗效指数(%)=[(治疗前-治疗后)中医证候评分/治疗前中医证候评分]×100%。

附录 E (资料性) 患者教育与健康管理材料模板

E.1 银屑病基础知识手册

E.1.1 疾病认知

银屑病是一种免疫系统疾病，不是传染病。

E.1.2 常见误区澄清

“根治”偏方、传染性、饮食绝对禁忌等。

E.1.3 疾病常见类型与表现：

图文结合介绍寻常型、点滴型、关节病型等。

E.2 治疗目标与期望管理（T2T 理念患者版）

E.2.1 治疗达标

用通俗语言解释PASI 90/100、DLQI≤5等目标的意义。

E.2.2 治疗旅程：

说明治疗需要时间，以及定期评估和调整方案的重要性。

E.3 用药指导

E.3.1 外用药物

图文步骤详解“指尖单位”概念、正确涂抹方法、用药顺序。

E.3.2 生物制剂

注射操作视频（提供二维码链接至权威平台视频），储存、旅行携带、不良反应居家处理指南。

E.3.3 用药日记

记录用药时间、剂量的模板。

E.4 生活方式与自我管理建议

E.4.1 皮肤护理

沐浴产品选择、保湿剂涂抹频率和品牌选择建议。

E.4.2 饮食建议

基于循证医学的饮食建议（如地中海饮食），避免夸大单一食物作用。

E.4.3 压力管理

压力与病情的关联，以及放松技巧（如冥想、运动）推荐。

E.5 随访日记模板

提供一份简单的患者自我监测日记，用于记录，内容包括：日期、皮损自我评估（好/一般/差）、瘙痒程度（0~10分）、今日是否用药（是/否）、备注（如：是否有特殊不适、是否聚餐饮酒等）。

使用说明：医疗机构可根据上述框架，制作宣传折页、手册、微信公众号推文或病房视频资料。内容应通俗易懂，避免使用过多专业术语。

附 录 F
(资料性)
银屑病专科初诊门诊病历

人口学信息：姓名 年龄 性别 婚姻状况 文化程度 民族 户籍情况 保险信息

就诊日期：XXXX年XX月XX日

一、主诉：

二、现病史

1. 发病时间：XXXX年XX月（或XX年前）。

2. 诱因：

☐ 有：☐ 上呼吸道感染 ☐ 精神压力 ☐ 外伤 ☐ 药物 ☐ 饮酒 ☐ 其他：_____

☐ 无

3. 皮损初起部位：☐ 头面部 ☐ 躯干 ☐ 上肢 ☐ 下肢 ☐ 腋下 ☐ 腹股沟 ☐ 生殖器 ☐ 手掌 ☐ 足底 ☐ 其他：_____

4. 外院诊治情况：

1) 是否在外院诊治：☐ 有 ☐ 无

2) 外院诊断：_____

3) 用药情况：

外用药物：☐ 糖皮质激素（如：___） ☐ 维生素D3衍生物（如：___） ☐ 钙调神经磷酸酶抑制剂（如：___） ☐ 煤焦油 ☐ 其他：

系统药物：☐ 甲氨蝶呤 ☐ 阿维A ☐ 环孢素 ☐ 生物制剂（如：___） ☐ 小分子靶向药（如：___）

☐ 中药 ☐ 其他：_____

物理治疗：☐ 窄谱中波紫外线（NB-UVB） ☐ 光化学疗法（PUVA） ☐ 其他：

4) 治疗满意度：☐ 满意 ☐ 一般 ☐ 不满意（原因：☐ 疗效不佳 ☐ 副作用大 ☐ 费用高 ☐ 使用不便）

5. 家族史：

☐ 有（请注明与患者关系及疾病：_____）

☐ 无

三、既往史

1. 免疫共病：☐ 有 ☐ 无

☐ 银屑病关节炎 ☐ 炎症性肠病（克罗恩病/溃疡性结肠炎） ☐ 自身免疫性甲状腺疾病 ☐ 其他：_____

2. 心血管及代谢共病：☐ 有 ☐ 无

☐ 高血压 ☐ 糖尿病 ☐ 高脂血症 ☐ 肥胖 ☐ 冠心病 ☐ 非酒精性脂肪肝 ☐ 代谢综合征

3. 精神心理共病：☐ 有 ☐ 无

☐ 焦虑状态 ☐ 抑郁状态 ☐ 睡眠障碍 ☐ 其他：_____

4. 其他共病：☐ 有 ☐ 无（如：_____）

5. 抽烟史：☐ 从不抽烟 ☐ 曾经吸烟（___年，已戒___年） ☐ 现在吸烟（___支/天，___年）

6. 喝酒史：☐ 从不喝酒 ☐ 偶尔喝酒（<1次/周） ☐ 经常喝酒（≥1次/周，___两/次）

四、专科检查

1. 身高：___ cm； 体重：___ kg； BMI：___ kg/m²

2. 皮损分布：

☐ 头面部 ☐ 躯干（前胸、后背） ☐ 上肢（伸侧/屈侧） ☐ 下肢（伸侧/屈侧）

☐ 腋下 ☐ 腹股沟 ☐ 生殖器 ☐ 其他：_____

3. 皮损受累面积：

体表面积（BSA）：___ %（或 ☐ <3% ☐ 3~10% ☐ >10%）

4. 关节表现：☐ 有 ☐ 无

关节疼痛： ☐是（部位：_____） ☐否

关节肿胀： ☐是（部位：_____） ☐否

关节变形： ☐是（部位：_____） ☐否

5. 医师总体评估（PGA）：

☐ 0分（清除） ☐ 1分（基本清除） ☐ 2分（轻度） ☐ 3分（中度） ☐ 4分（重度） ☐ 5分（非常严重）

6. 指甲银屑病严重性指数（NAPSI）： _____ 分

7. 皮损形态：

1) 红斑： ☐有（☐鲜红 ☐暗红 ☐淡红） ☐无

2) 斑块： ☐有（☐浸润明显 ☐肥厚） ☐无

3) 鳞屑： ☐有（☐银白色 ☐云母状 ☐蜡滴现象/薄膜现象/点状出血征（Auspitz征）阳性）
☐无

4) 脓疱： ☐有（☐无菌性 ☐掌跖部位 ☐泛发性） ☐无

5) 丘疹： ☐有 ☐无

8. 特殊部位受累评估：

1) 头皮： ☐有皮损（☐轻度 ☐中度 ☐重度） ☐无皮损

2) 黏膜： ☐有受累（☐口腔 ☐生殖器） ☐无受累

3) 褶皱部位（反向银屑病）： ☐有受累（☐腋下 ☐腹股沟 ☐脐部 ☐肛周） ☐无受累

9. 皮肤病生活质量指数（DLQI）评分： _____ 分

1) ☐ 0~1分 = 无影响

2) ☐ 2~5分 = 轻度影响

3) ☐ 6~10分 = 中度影响

4) ☐ 11~20分 = 严重影响

5) ☐ 21~30分 = 极大影响

10. 综合判断：

银屑病面积与严重性指数（PASI）评分： _____ 分

11. 诊断：

☐寻常型/☐斑块型/☐点滴型

☐脓疱型

☐红皮病型

☐关节型

五、治疗方案（本次拟定）

1. 健康教育与管理：

☐ 疾病认知教育 ☐ 生活方式指导（减肥/戒烟/限酒/保湿） ☐ 心理疏导

2. 外用治疗：

部位/类型选择：

☐ 躯干/四肢： _____

☐ 头皮： _____

☐ 面部/皱褶： _____

☐ 指甲： _____

药物选择：

☐ 糖皮质激素（强/中/弱效）： _____

☐ 维生素D3衍生物： _____

☐ 激素与维生素D3复方制剂： _____

☐ 钙调神经磷酸酶抑制剂： _____

☐ 角质促成剂（如煤焦油等）： _____

其他： _____

3. 系统治疗:

治疗决策: ☐ 暂不启用 ☐ 本次启用 (原因: _____)

药物选择:

传统口服药: ☐ 甲氨蝶呤 ☐ 阿维A ☐ 环孢素 ☐ 其他: _____☐ 生物制剂: ☐ TNF- α 抑制剂 ☐ IL-12/23抑制剂 ☐ IL-17A抑制剂 ☐ IL-23抑制剂 ☐ 其他:

☐ 小分子靶向药: ☐ JAK抑制剂 ☐ PDE4抑制剂 ☐ 其他: _____

备注/计划: _____

4. 中医治疗:

☐ 四诊信息: _____☐ 全身症状: _____☐ 辨证分型: _____☐ 治则治法: _____☐ 具体方药: _____

5. 物理治疗:

☐ 窄谱中波紫外线 (NB-UVB)☐ 光化学疗法 (PUVA)☐ 其他: _____☐ 暂不采用

6. 共病管理建议:

☐ 建议风湿免疫科就诊 (排查关节炎)☐ 建议心内科/内分泌科就诊 (管理代谢共病)☐ 建议心理科/精神科就诊☐ 其他: _____

附 录 G
(资料性)
银屑病专科门诊复诊病历

就诊日期：XXXX年XX月XX日

初诊日期：XXXX年XX月XX日

本次为第____次复诊

一、主观评估

1. 距上次就诊后情况：

总体感受：☐显著改善 ☐轻微改善 ☐无变化 ☐加重

瘙痒程度：☐无 ☐轻度（不影响睡眠） ☐中度 ☐重度（影响睡眠）

皮损变化：☐颜色变淡 ☐厚度变薄 ☐面积缩小 ☐鳞屑减少 ☐新发皮损

关节症状（如有关节受累）：

疼痛：☐缓解 ☐无变化 ☐加重

肿胀：☐缓解 ☐无变化 ☐加重

晨僵：☐无 ☐有（持续时间____分钟）

2. 治疗依从性：

外用药物：☐完全按医嘱 ☐偶尔忘记（约____次/周） ☐因故未用

系统药物：☐完全按医嘱 ☐有漏服（次数：____） ☐自行停药

生物制剂/靶向药：☐按时注射/服用 ☐有延迟

中药汤剂：☐完全按医嘱 ☐偶尔忘记 ☐因故未服（原因：____）

治疗满意度：☐满意 ☐一般 ☐不满意

药物不良反应：☐无 ☐有（请描述：____）

二、客观评估（本次专科检查）

1. 体重：____ kg（较上次 ☐增加 ☐减少 ☐不变）； BMI：____ kg/m²

2. 皮损受累面积（BSA）：____ %（上次为 ____ %）

3. 医师总体评估（PGA）：

☐ 0分（清除） ☐ 1分（基本清除） ☐ 2分（轻度） ☐ 3分（中度） ☐ 4分（重度）

（与上次PGA：____分相比）

4. 皮肤病生活质量指数（DLQI）评分：____ 分

5. PASI评分：____ 分（上次为 ____ 分； PASI 50/75/90：☐是 ☐否）

6. 指甲银屑病严重性指数（NAPSI）：____ 分（可选，上次为 ____ 分）

7. 关节检查（如适用）：

压痛关节数：____

肿胀关节数：____

8. 皮损形态变化：

☐红斑明显减轻 ☐斑块浸润度下降 ☐鳞屑减少 ☐脓疱消退 ☐丘疹消退

☐遗留色素沉着 ☐遗留色素减退 ☐皮肤萎缩 ☐其他：____

特殊部位评估：

☐头皮皮损改善 ☐褶皱部位皮损改善 ☐生殖器部位皮损改善 ☐指甲损害改善

9. 中医四诊复查：

舌象：____

脉象：____

证候变化评估：☐证型未变 ☐证型发生转化（由____证转为____证） ☐兼夹新证。

三、疗效与安全性总结

1. 疗效评估：

☐ 显著有效（PASI改善≥75%，或达到临床基本清除）

☐ 有效（PASI改善50%~75%）

- ☐ 疗效不足（PASI改善<50%）
☐ 治疗失败（病情无改善或加重）
 2. 安全性评估：
☐ 无不良反应
☐ 有轻度不良反应，可耐受，无需调整治疗
☐ 有中度不良反应，需对症处理或监测
☐ 有严重不良反应，需调整或停止当前治疗
 3. 共病管理情况：
☐ 高血压：控制 ☐ 达标 ☐ 未达标
☐ 糖尿病：控制 ☐ 达标 ☐ 未达标
☐ 其他：_____

四、诊断

维持诊断：_____型银屑病，伴/不伴银屑病关节炎

当前疾病状态： ☐ 进行期 ☐ 稳定期 ☐ 消退期

中医当前证型：_____

五、治疗调整方案

方案调整原因： ☐ 疗效佳，维持/降阶 ☐ 疗效不足，升级 ☐ 不良反应 ☐ 患者意愿 ☐ 共病变

化

1. 局部治疗：
☐ 继续原方案
☐ 调整：_____
☐ 增加：_____
☐ 减少/停止：_____
 2. 系统治疗：
 传统药物：
☐ 继续原剂量（_____）
☐ 调整剂量（_____）
☐ 停止（_____）
 生物制剂/小分子靶向药：
☐ 继续原方案
☐ 考虑转换（原因：☐ 原发失效 ☐ 继发失效 ☐ 不良反应 ☐ 其他：_____）
☐ 考虑联合治疗
 3. 物理治疗：
☐ 继续 ☐ 暂停 ☐ 停止
 4. 中医治疗调整：
 辨证治则调整：☐ 是（原因：_____） ☐ 否。
 方药调整：
☐ 守方继进
☐ 方随证变（新治则：；新主方：）
☐ 原方加减（具体加减：_____）
☐ 暂停/停止中医治疗（原因：_____）
 5. 生活方式与共病管理：
☐ 重申戒烟限酒
☐ 建议控制体重、适度运动
☐ 加强心理疏导，缓解压力
☐ 共病药物调整建议：_____

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(2023版). 中华皮肤科杂志, 2023, 56(07):573-625.
- [2] Strober B, Ryan C, van de Kerkhof P, et al. Recategorization of psoriasis severity: Delphi consensus from the International Psoriasis Council. *J Am Acad Dermatol*. 2020;82(1):117-122.
- [3] Gisondi P, Talamonti M, Chiricozzi A, et al. Treat-to-Target Approach for the Management of Patients with Moderate-to-Severe Plaque Psoriasis: Consensus Recommendations. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2021;11(1):235-252.
- [4] Zakria D, Brownstone N, Armstrong AW, et al. Integrating Precision Medicine into Medical Dermatology Clinical Practice: An Expert Consensus Panel. *J Drugs Dermatol*. 2023;22(6):588-593.
- [5] Biomarkers Definitions Working Group. Biomarkers and surrogate endpoints: preferred definitions and conceptual framework. *Clin Pharmacol Ther*. 2001;69(3):89-95.
- [6] Gao W, Wang Z, Li W, Li Y, Liu M. Biomarkers and biologics related with psoriasis and psoriatic arthritis. *Int Immunopharmacol*. 2023;122:110646.
- [7] Dand N, Duckworth M, Baudry D, et al. HLA-C*06:02 genotype is a predictive biomarker of biologic treatment response in psoriasis. *J Allergy Clin Immunol*. 2019;143(6):2120-2130.
- [8] Sticherling M. Psoriasis and autoimmunity. *Autoimmun Rev*. 2016;15(12):1167-1170.
- [9] Feldman SR, Krueger GG. Psoriasis assessment tools in clinical trials. *Ann Rheum Dis*. 2005;64(Suppl 2):ii65-ii73.
- [10] Puig L. PASI90 response: the new standard in therapeutic efficacy for psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015;29(4):645-648.
- [11] Strober B, Papp KA, Lebwohl M, et al. Clinical meaningfulness of complete skin clearance in psoriasis. *J Am Acad Dermatol*. 2016;75(1):77-82.
- [12] Belinchón Romero I, Dauden E, Ferrndiz Foraster C, González-Cantero Á, Carrascosa Carrillo JM; Psoriasis Group of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology. PASI 100 response rates in moderate to severe psoriasis: a systematic literature review and analysis of clinical practice guidelines. *J Dermatolog Treat*. 2022;33(3):1661-1669.
- [13] Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI)—a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol*. 1994;19(3):210-216.
- [14] Mayer O, Wirsching H, Thamm J, Welzel J, Schuh S. Line-field konfokale optische Kohärenztomographie und künstliche Intelligenz [Line-field confocal optical coherence tomography and artificial intelligence]. *Dermatologie (Heidelb)*. 2025 Sep 3. German.
- [15] Schleusener J, Guo S, Darwin ME, Thiede G, Chernavskaya O, Knorr F, Lademann J, Popp J, Bocklitz TW. Fiber-based SORS-SERDS system and chemometrics for the diagnostics and therapy monitoring of psoriasis inflammatory disease in vivo. *Biomed Opt Express*. 2021 Jan 28;12(2):1123-1135.
- [16] Huang K, Wu X, Li Y, Lv C, Yan Y, Wu Z, Zhang M, Huang W, Jiang Z, Hu K, Li M, Su J, Zhu W, Li F, Chen M, Chen J, Li Y, Zeng M, Zhu J, Cao D, Huang X, Huang L, Hu X, Chen Z, Kang J, Yuan L, Huang C, Guo R, Navarini A, Kuang Y, Chen X, Zhao S. Artificial Intelligence-Based Psoriasis Severity Assessment: Real-world Study and Application. *J Med Internet Res*. 2023 Mar 16;25:e44932.

- [17] Okamoto T, Kawai M, Ogawa Y, Shimada S, Kawamura T. Artificial intelligence for the automated single-shot assessment of psoriasis severity. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2022 Dec;36(12):2512-2515.
- [18] Zhou D, Chen W, Li X, Deng B, Xu W, Qu J, Zhang G, Zhang C, Sun L, Jiang C, Xu J, Li P, Chen J, Duan Y, Yang Z, Bai Y, Liu W, Qu X, Wang P, Liu J. Evidence-based practice guideline of Chinese herbal medicine for psoriasis vulgaris (Bai Bi). *European Journal of Integrative Medicine*. 2014;6(2):135-146.
- [19] 国家食品药品监督管理局. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京:中国医药科技出版社, 2002:299-302.
- [20] 寻常型银屑病中西医结合诊疗指南[J]. 世界中医药, 2024, 19(17):2535-2544.
- [21] Zhang L, Su Y, Shucheng H, Wang L, Jiang X. Systemic therapy in treating palmoplantar and scalp psoriasis: A systematic review and network meta-analysis. *J Am Acad Dermatol*. 2024;90(3):646-648.
- [22] Reynolds KA, Pithadia DJ, Lee EB, Wu JJ. Treatments for inverse psoriasis: a systematic review. *J Dermatolog Treat*. 2020;31(8):786-793.
- [23] Armstrong AW, Robertson AD, Wu J, Schupp C, Lebwohl MG. Undertreatment, treatment trends, and treatment dissatisfaction among patients with psoriasis and psoriatic arthritis in the United States: findings from the National Psoriasis Foundation surveys, 2003-2011. *JAMA Dermatol*. 2013;149(10):1180-1185.
- [24] 侯绍伟, 王红梅, 周登远. 基于聚类分析的银屑病中医证候研究[J]. 中国皮肤性病学杂志, 2015, 29(10):1080-1081.
- [25] Wang ZY, Shen CB, Fei WM, et al. Accuracy of dermoscopic and reflectance confocal microscopic criteria for diagnosis of psoriasis. *Chin Med J (Engl)*. 2020;133(24):3010-3012.
- [26] Bruni F, Alessandrini A, Starace M, Orlando G, Piraccini BM. Clinical and trichoscopic features in various forms of scalp psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2021;35(9):1830-1837.
- [27] Golińska J, Sar-Pomian M, Rudnicka L. Dermoscopic features of psoriasis of the skin, scalp and nails—a systematic review. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2019;33(4):648-660.
- [28] 彭怀斌, 李旭娅, 张兴雨. 皮肤三维CT诊断寻常型银屑病中的临床意义[J]. 皮肤病与性病, 2018, 40(05):730-731.
- [29] Groothuizen S, van der Laken CJ. Molecular imaging of psoriatic arthritis. *Curr Opin Rheumatol*. 2025;37(4):282-288.
- [30] Fukuda T, Ogihara A, Kisaki S, et al. Imaging of Peripheral Arthritis: Special Focus on Differences in Inflammatory Lesions Between Rheumatoid Arthritis and Psoriatic Arthritis. *Korean J Radiol*. 2025;26(6):569-580.
- [31] Hao Y, Zhu YJ, Zou S, et al. Metabolic Syndrome and Psoriasis: Mechanisms and Future Directions. *Front Immunol*. 2021;12:711060.
- [32] Secchiero P, Rimondi E, Marcuzzi A, et al. Metabolic Syndrome and Psoriasis: Pivotal Roles of Chronic Inflammation and Gut Microbiota. *Int J Mol Sci*. 2024;25(15):8098.
- [33] Branisteanu DE, Nicolescu AC, Branisteanu DC, et al. Cardiovascular comorbidities in psoriasis (Review). *Exp Ther Med*. 2022;23(2):152.
- [34] Wu JJ, Kavanaugh A, Lebwohl MG, Gniadecki R, Merola JF. Psoriasis and metabolic syndrome: implications for the management and treatment of psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2022;36(6):797-806.
- [35] Fu Y, Lee CH, Chi CC. Association of Psoriasis With Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Dermatol*. 2018;154(12):1417-1423.

- [36] Hedin CRH, Sonkoly E, Eberhardson M, Ståhle M. Inflammatory bowel disease and psoriasis: modernizing the multidisciplinary approach. *J Intern Med.* 2021;290(2):257–278.
- [37] Bu J, Ding R, Zhou L, Chen X, Shen E. Epidemiology of Psoriasis and Comorbid Diseases: A Narrative Review. *Front Immunol.* 2022;13:880201.
- [38] Cortés H, Rojas-Márquez M, Del Prado-Audelo ML, Reyes-Hernández OD, González-Del Carmen M, Leyva-Gómez G. Alterations in mental health and quality of life in patients with skin disorders: a narrative review. *Int J Dermatol.* 2022;61(7):783–791.
- [39] Griffiths CEM, Armstrong AW, Gudjonsson JE, Barker JNWN. Psoriasis. *Lancet.* 2021;397(10281):1301–1315.
- [40] Tsoi LC, Stuart PE, Tian C, et al. Large scale meta-analysis characterizes genetic architecture for common psoriasis associated variants. *Nat Commun.* 2017;8:15382.
- [41] Warren RB, Smith RL, Campalani E, et al. Genetic variation in efflux transporters influences outcome to methotrexate therapy in patients with psoriasis. *J Invest Dermatol.* 2008;128(8):1925–1929.
- [42] Montesinos MC, Desai A, Delano D, et al. Adenosine A2A or A3 receptors are required for inhibition of inflammation by methotrexate and its analog MX-68. *Arthritis Rheum.* 2003;48(1):240–247.
- [43] Zhou X, He Y, Kuang Y, et al. Whole Exome Sequencing in Psoriasis Patients Contributes to Studies of Acitretin Treatment Difference. *Int J Mol Sci.* 2017;18(2):295.
- [44] Wang CY, Wang CW, Chen CB, et al. Pharmacogenomics on the Treatment Response in Patients with Psoriasis: An Updated Review. *Int J Mol Sci.* 2023;24(8):7329.
- [45] Caputo V, Strafella C, Cosio T, et al. Pharmacogenomics: An Update on Biologics and Small-Molecule Drugs in the Treatment of Psoriasis. *Genes (Basel).* 2021;12(9):1398.
- [46] Alabas OA, Mason KJ, Yiu ZZN, et al. The association of age at psoriasis onset and HLA-C*06:02 with biologic survival in patients with moderate-to-severe psoriasis: a cohort study from the British Association of Dermatologists Biologics and Immunomodulators Register (BADBIR). *Br J Dermatol.* 2024;190(5):689–700.
- [47] Li K, Huang CC, Randazzo B, Li S, Szapary P, et al. HLA-C*06:02 Allele and Response to IL-12/23 Inhibition: Results from the Ustekinumab Phase 3 Psoriasis Program. *J Invest Dermatol.* 2016;136(12):2364–2371.
- [48] Hagino T, Saeki H, Kanda N. Biomarkers and Predictive Factors for Treatment Response to Tumor Necrosis Factor- α Inhibitors in Patients with Psoriasis. *J Clin Med.* 2023;12(3):974.
- [49] Lopez-Lopez E, Ballesteros J, Garcia-Orad A. MTHFR 677TT genotype and toxicity of methotrexate: controversial results. *Cancer Chemother Pharmacol.* 2011;68(5):1369–70.
- [50] Pugliese D, Daperno M, Fiorino G, et al. Real-life effectiveness of ustekinumab in inflammatory bowel disease patients with concomitant psoriasis or psoriatic arthritis: An IG-IBD study. *Dig Liver Dis.* 2019;51(7):972–977.
- [51] Van Huizen AM, Sikkel R, Caron AGM, et al. Methotrexate dosing regimen for plaque-type psoriasis: an update of a systematic review. *J Dermatolog Treat.* 2022 Dec;33(8):3104–3118.
- [52] Nast A, Smith C, Spuls PI, et al. EuroGuiDerm Guideline on the systemic treatment of Psoriasis vulgaris—Part 1: treatment and monitoring recommendations. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2020;34(11):2461–2498.
- [53] 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及小分子药物治疗指南(2024版). *中华皮肤科杂志*, 2024, 57(11):976–997.

[54] 皮肤科分会银屑病中医治疗专家共识(2017年版)[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2018, 17(03):273-277.

[55] 尚华. 除湿胃苓汤治疗寻常型银屑病脾虚湿蕴证60例疗效观察[J]. 宁夏医学杂志, 2018, 40(12):1210-1211.

[56] 郭雪枫, 刘爱民. 412例寻常型银屑病皮损十二皮部分布与中医证型的相关性研究[J]. 中医研究, 2024, 37(07):19-23.

[57] 《司库奇尤单抗治疗银屑病专家共识》编写组. 司库奇尤单抗治疗银屑病专家共识. 中华皮肤科杂志, 2024, 57(12):1079-1090.

[58] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则(试行)[S]. 北京:中国医药科技出版社, 2002:299-302.

[59] 中华中医药学会皮肤科分会. 寻常型银屑病(白疔)中医药循证临床实践指南(2013版)[J]. 中医杂志, 2014, 55(1):76-82.

[60] 中华人民共和国执业医师法(中华人民共和国主席令(1998)5号)

[61] 医疗机构临床实验室管理办法(卫生部卫医发(2006)73号)

[62] 中华人民共和国网络安全法(中华人民共和国主席令(2016)53号)

[63] 中华人民共和国药品管理法(中华人民共和国主席令(2019)31号)

[64] 中华人民共和国数据安全法(中华人民共和国主席令(2021)84号)

[65] 中华人民共和国个人信息保护法(中华人民共和国主席令(2021)91号)