【临床经验】

上海地区寻常型银屑病患者治疗疗效的影响因素分析

蒯 仂[1]，沈范玲子[2]，张修齐[2]，高深甚[3]，李 斌[2]，王瑞平[2*]

（1. 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院皮肤科，上海 200437；2. 同济大学附属皮肤病医院临床研究与创新转化中心，上海 200443；3. 上海申康医院发展中心临促中心，上海 200003）

摘要：目的 探讨上海地区银屑病患者药物治疗现况、疗效及其影响因素。**方法** 采用流行病学观察性研究，于 2022 年 1 月至 2022 年 12 月两家医院共纳入 560 例银屑病患者。基于问卷调查采集患者吸烟、饮酒、慢性病共病以及皮损临床评价等信息，分别于治疗后 4、8 周进行随访，评估药物治疗疗效及影响因素。**结果** 所有患者平均年龄（48.4±15.1）岁；吸烟率、饮酒率和慢性病共病率分别为 43.8%、25.4% 和 53.9%。接受阿维 A、甲氨蝶呤、窄谱中波紫外线（narrow band ultraviolet B，NB-UVB）光疗、本维莫德以及生物制剂治疗的患者比例分别为 13.2%、19.3%、16.8%、4.8% 及 45.9%。扣除其他因素影响后，患者接受 NB-UVB 光疗［OR ＝ 2.29，95% 置信区间（confidence interval，CI）：1.01 ～ 5.18］、本维莫德（OR ＝ 4.24，95%CI：1.37 ～ 13.15）及生物制剂治疗（OR ＝ 12.55，95%CI：5.93 ～ 26.57）8 周后 $PASI_{75}$ 达成率更高。**结论** 吸烟、饮酒以及慢性病共病等疾病危险因素与银屑病疗效密切相关。建议在银屑病患者中加强宣传健康的生活方式，戒烟限酒，同时降低银屑病共病的发生率，对银屑病治疗和预后具有重要意义。

关键词：银屑病；吸烟；饮酒；银屑病共病；生物制剂

中图分类号：R758.63 **文献标志码：**A **文章编号：**1672-9188（2024）07-0755-009

引用：蒯仂, 沈范玲子, 张修齐, 等. 上海地区寻常型银屑病患者治疗疗效的影响因素分析[J]. 世界临床药物, 2024, 45（7）: 755-762. DOI：10.13683/j.wph.2024.07.010

Influencing factors of treatment efficacy for patients with psoriasis vulgaris in Shanghai

KUAI Li[1], SHEN Fanlingzi[2], ZHANG Xiuqi[2], GAO Shenshen[3], LI Bin[2], WANG Ruiping[2*]

（1. Department of Dermatology, Yueyang Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 200437, China; 2. Clinical Research and Innovation Transformation Center, Dermatology Hospital, Tongji University, Shanghai 200443; 3. Shanghai Shenkang Hospital Development Center Clinical Promotion Center, Shanghai 200003, China）

Abstract: ***Objective*** To incestigate the current status, efficacy and influencing factors of drug therapy for psoriasis patients in Shanghai. ***Method*** An epidemiological observational study was conducted which enrolled 560 psoriasis patients in two hospitals from January 2022 to December 2022. Information on smoking, alcohol consumption, chronic comorbidities, and clinical evaluation of skin lesions were collected based on a questionnaire survey. Follow-up was conducted at 4 and 8 weeks after treatment to evaluate the efficacy and influencing factors of drug therapy. ***Results*** The average age of all patients was（48.4±15.1） years old. The rates of smoking, alcohol consumption and chronic comorbidities were 43.8%, 25.4%, and 53.9%, respectively. The proportion of patients receiving acitretin, methotrexate, narrow band ultraviolet B（NB-UVB） phototherapy, benvitimod and biological agent therapy were 13.2%, 19.3%, 16.8%,

收稿日期：2023-09-28

作者简介：蒯仂，主治医师，研究方向：中西医结合防治皮肤病的基础与临床。

通信作者：王瑞平，主任医师，硕士生导师，研究方向：临床流行病学、生物统计在临床研究中的应用。

基金项目：上海人才发展基金（2021073）；上海市卫生健康委员会卫生行业临床研究专项（202240371）；上海市申康医院发展中心第二轮三年行动计划研究型医师创新转化能力培训项目（SHDC2022CRS053）；上海市皮肤病医院ⅡT研究项目基金（LCIIT-2023-14）；第二轮《促进市级医院临床技能与临床创新三年行动计划（2023年－2025年）》CRU协同数据质量提升项目（SHDC2024CRX032）

4.8% and 45.9%, respectively. After deducting other influencing factors, patients receiving NB-UVB phototherapy[OR=2.29, 95% confidence interval(CI): 1.01～5.18], benvitimod(OR=4.24, 95%CI: 1.37～13.15), and biological agent therapy(OR=12.55, 95%CI: 5.93～26.57) for 8-week had a higher $PASI_{75}$ achievement rate for psoriasis. ***Conclusion*** Risk factors such as smoking, alcohol consumption and chronic comorbidities are closely related to the efficacy of psoriasis. It is recommended to strengthen the promote a healthy lifestyle in psoriasis patients, quit smoking and limit alcohol consumption, reduce the incidence of psoriasis comorbidities, which is important for the treatment and prognosis of psoriasis.

Key words: psoriasis; smoking; alcohol consumption; psoriasis comorbidity; biological agent

银屑病是一种常见的慢性复发性炎症性皮肤病，严重危害人类健康[1]。银屑病通常以炎症细胞（T细胞为主）浸润、表皮角质形成细胞异常增生和分化以及毛细血管扩张为特征[2—3]，其发病与遗传、环境以及免疫等多种因素相关[4—5]，其患病率呈逐年升高趋势。既往研究显示，银屑病患病率在0.1%～3%之间，中国银屑病患病率较低（＜0.5%），但近年来国内银屑病患病率也呈升高趋势[6—7]。临床上通常采用维A酸类、维生素D3衍生物、糖皮质激素及钙调磷酸酶抑制剂等外用药物，以及阿维A、甲氨蝶呤等口服药物对银屑病患者进行系统治疗[8—9]。尽管现代医学治疗银屑病疗效确切，但长期用药会出现恶心、白细胞减少以及肝转氨酶升高等不良反应的发生[9—10]。近年来，随着银屑病免疫机制研究的不断深入，小分子药物、生物制剂等治疗银屑病的新型药物不断增加，很大程度上缓解银屑病的症状，为银屑病患者带来福音[8—10]。但值得关注的是，糖皮质激素、甲氨蝶呤以及环孢素等药物治疗，生物制剂靶向治疗银屑病也存在停药复发问题[10]。因此，分析银屑病药物疗效的影响因素，探讨如何防治复发仍是银屑病治疗中亟需解决的疑难问题。

1 资料和方法

1.1 研究对象

本研究将上海市皮肤病医院和上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院作为调查现场。根据流行病学样本量计算公式，设$\alpha=0.05$，$\delta=10\%p$，参考文献[12]报道，银屑病治疗8周银屑病皮损面积和严重性指数（psoriasis area and severity index，PASI）评分较基线评分改善程度≥75%，即$PASI_{75}$达成率45%，得$n=470$，即至少需招募寻常型银屑病患者470例。本研究于2022年1月至2022年12月两家医院共纳入银屑病患者560例。

纳入标准：①临床诊断为寻常型银屑病。②年龄18～85岁，性别不限。③签署知情同意书，自愿参加本课题。排除标准：①妊娠或哺乳期妇女。②合并心脑血管、肝肾以及造血系统等严重的原发性疾病或精神病患者。③有沟通障碍，不能自主完成问卷调查者。④未按规定用药，无法判断疗效，或资料不全等影响疗效或安全性判断者。本研究经上海市皮肤病医院伦理委员会审批[2021-44(科)]。

1.2 相关指标定义

本研究中，吸烟是指患者现在或曾经每天至少一支烟，连续吸烟≥6个月。饮酒是指患者现在或曾经每周至少3次，连续喝酒≥6个月。$PASI_{75}$达成率指银屑病患者接受治疗后，$PASI_{75}$的所占比。睡眠不足定义为日平均睡眠时间＜6 h。体质量指数（body mass index，BMI）定义为患者体重（kg）/身高（m）^{2}。慢性病共病是指银屑病患者伴发的慢性疾病，包括高血压、高脂血症、糖尿病、高尿酸血症、心血管疾病、脑血管疾病、肿瘤、脂肪肝和肥胖。

1.3 信息收集

采用自行设计的调查问卷，由经过统一培训的调查员对银屑病患者进行面对面问卷调查。主要

调查内容如下：①一般情况：包括年龄、性别、文化程度、职业、户籍、月收入、民族以及婚姻状况等。②日常生活习惯：包括吸烟、饮酒、睡眠以及体育锻炼等情况。③慢性病共病情况：包括高血压、高血脂、糖尿病、高尿酸血症、心血管疾病、脑血管疾病以及肿瘤等。④接受治疗和随访情况：包括基线的 PASI 评分、体表受累面积（body surface area，BSA）评分、医师整体评估（physician global assessment，PGA）评分、不同的治疗方案、治疗 4、8 周随访评估，复发及家族史等内容。

1.4 统计学方法

应用 SAS9.4 软件进行统计学分析。定量变量如符合正态分布，采用（$\bar{x}\pm s$）表示，组间比较采用 t 检验；如不符合正态分布，采用中位数和四分位间距 IQR（P_{25}–P_{75}）表示，组间比较采用 Wilcoxon 秩和检验。定性变量采用 n（%）表示，组间比较采用 χ^2 检验。应用 Logistic 回归模型分析银屑病患者治疗 4、8 周后 $PASI_{75}$ 达成率的影响因素，应用广义线性模型分析不同治疗时间点患者 PASI 评分和 BSA 评分重复测量数据的的变化趋势，以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般人口学特征

所有患者平均年龄（48.42±15.13）岁，男性 72.86%。分析显示，男性 BMI 指数及腰围均高于女性，差异均有统计学意义（$P<0.05$）；其他指标比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$）。见表 1。

表 1 一般人口学特征

Table 1 General demographic characteristics

指标	患者（n=560）	性别		χ^2/t值	P值
		男（n=408）	女（n=152）		
年龄/岁				5.007	0.082
＜45	253（45.18）	183（44.84）	70（46.05）		
45～60	151（26.96）	102（25.00）	49（32.24）		
＞60	156（27.86）	123（30.15）	33（21.71）		
文化程度				3.845	0.146
初中及以下	159（28.39）	110（26.96）	49（32.24）		
高中/职校/中专	134（23.93）	106（25.98）	28（18.42）		
大学及以上	267（47.68）	192（47.06）	75（49.34）		
户籍				1.575	0.209
城镇	337（60.18）	252（61.76）	85（55.92）		
农村	223（39.82）	156（38.24）	67（44.08）		
婚姻状况				0.445	0.801
在婚	443（79.11）	321（78.68）	122（80.26）		
未婚	102（18.21）	75（18.38）	3（17.76）		
其他/离婚/丧偶	15（2.67）	12（2.94）	27（1.97）		
个人平均月收入/元				1.483	0.476
＜5 000	214（38.21）	152（37.25）	62（40.79）		
5 000～10 000	220（39.29）	159（38.97）	61（40.13）		
＞10 000	126（22.50）	97（23.77）	29（19.08）		
BMI	25.13±3.99	25.61±3.85	23.85±4.12	4.710	＜0.001
腰围/cm	85.96±11.02	88.35±10.78	79.52±8.87	9.860	＜0.001

2.2 患病情况、慢性病共病及生活习惯情况

所有患者的病程中位数 10.8 年，慢性病共病有 53.9%，吸烟率和饮酒率分别为 43.75% 和 25.36%。基线期男性的 PASI、BSA 和 PGA 评分均高于女性。男性慢性病共病发生率、吸烟率和饮酒率均高于女性，差异均有统计学意义（$P<0.05$），见表 2。

2.3 皮损情况评价比较

所有患者经治疗后皮损均得到改善。治疗 4 周后，PASI 和 BSA 评分中位数分别为 6.5 和 10.0 分；治疗 8 周后，PASI 和 BSA 评分中位数分别为 3.1 和 5.0 分。广义线性模型分析显示，经治疗患者的 PASI 评分和 BSA 评分随治疗时间延长均整体呈下降趋势（$P<0.01$），治疗 4、8 周后患者的 PASI 评分及 BSA 评分较基线期均降低，差异有统计学意义（$P<0.05$），见图 1。

2.4 治疗后 $PASI_{75}$ 达成率及影响因素

治疗 4 周后，$PASI_{75}$ 达成率为 13.8%，治疗 8 周后，$PASI_{75}$ 达成率为 47.3%。进一步分析显示，病程、吸烟、饮酒及不同治疗方案是银屑病患者治疗 4 周 $PASI_{75}$ 达成率的影响因素；而年龄、性别、文化程度、慢性病共病、吸烟、饮酒及不同治疗方案是银屑病患者治疗 8 周 $PASI_{75}$ 达成率的影响因素，

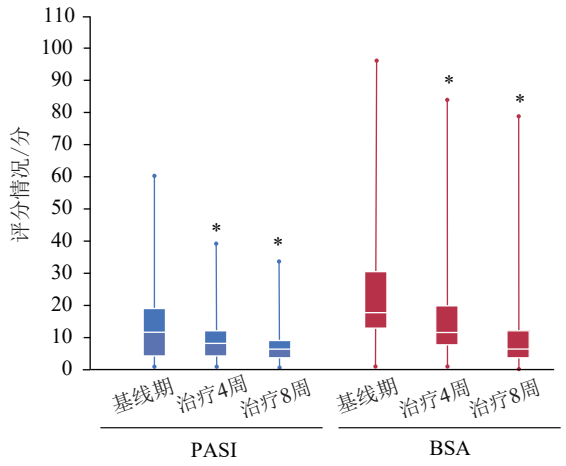
表 2 患者患病情况、慢性病共病和生活习惯分析

Table 2 Analysis of patients' diseases status, chronic diseases comorbidity and living habits

项目	患者（n=560）	性别		Z/χ^2值	P值
		男（n=408）	女（n=152）		
银屑病病程/年				4.851	0.183
＜1	108（19.29）	81（19.85）	27（17.76）		
1～9.9	145（25.89）	111（27.21）	34（22.37）		
10～20	163（29.11）	121（29.66）	42（27.63）		
＞20	144（25.71）	95（23.28）	49（32.24）		
PASI评分/分	11.10（7.90～16.55）	12.00（8.40～18.00）	9.55（6.75～13.80）	4.475	＜0.001
BSA评分/分	15.00（10.00～28.00）	16.00（11.00～29.00）	13.20（8.50～23.70）	1.806	0.071
PGA评分/分	2.70（2.00～3.00）	2.70（2.30～3.00）	2.30（2.00～3.00）	4.259	＜0.001
治疗方案				19.309	＜0.001
阿维A	74（13.21）	62（15.20）	12（7.89）		
甲氨蝶呤	108（19.29）	70（17.16）	38（25.00）		
NB-UVB光疗	94（16.79）	57（13.97）	37（24.34）		
本维莫德	27（4.82）	18（4.41）	9（5.92）		
生物制剂	257（45.89）	201（49.26）	56（36.84）		
慢性病共病发生率/%	302（53.93）	240（58.82）	62（40.79）	14.470	＜0.001
慢性病共病数/个	1.00（0.00～2.00）	1.00（0.00～2.00）	0.00（0.00～1.00）	3.690	＜0.001
吸烟率/%	245（43.75）	226（55.39）	19（12.50）	82.642	＜0.001
饮酒率/%	142（25.36）	130（31.89）	12（7.89）	33.552	＜0.001
碳酸饮料饮用频次/周				5.536	0.063
0～1	335（62.50）	232（59.64）	103（70.07）		
2～3	186（34.70）	144（37.02）	42（28.57）		
4～7	15（2.80）	13（3.34）	2（1.36）		
高脂食物食用频次/周				4.792	0.188
0～1	171（31.90）	115（29.56）	56（38.10）		
2～3	227（42.35）	166（42.67）	61（41.50）		
4～5	117（21.83）	91（23.39）	26（17.69）		
6～7	21（3.92）	17（4.37）	4（2.72）		
日睡眠时间/h	7.00（7.00～8.00）	7.00（7.00～8.00）	7.00（7.00～8.00）	1.307	0.096
睡眠不足发生率	26（4.64）	20（4.90）	6（3.95）	0.228	0.633

见表 3。

分别以治疗 4、8 周 $PASI_{75}$ 达成率为因变量，以不同治疗方案、患者年龄、性别、文化程度、慢性病共病、吸烟和饮酒等变量为自变量，拟合 logistic 回归模型。分析结果显示，治疗 4 周后，吸烟 $PASI_{75}$ 达成率低于不吸烟者［比值比（odd ratio，OR）＝ 0.55，95% 置信区间（confidence interval，CI）：0.51 ～ 2.03］；扣除其他因素影响后，治疗 4 周后，生物制剂 $PASI_{75}$ 达成率显著高于阿维 A 治疗（OR ＝ 24.08，95%CI：3.24 ～ 178.7）。治疗 8 周后，女性 $PASI_{75}$ 达成率高于男性，吸烟和饮酒者的 $PASI_{75}$ 达成率均低于不吸烟和不饮酒者。扣除年龄、性别、文化程度、慢性病共病、吸烟和饮酒等影响后，较阿维 A，治疗 8 周后，患者接受 NB-UVB 光疗（OR ＝ 2.29，95%CI：1.01 ～ 5.18）、本维莫德（OR ＝ 4.24，95%CI：1.37 ～ 13.15）和生物制剂（OR ＝



注：较基线期，*P ＜ 0.05。

Note: *vs* baseline period, *P ＜ 0.05.

图 1 基线期、治疗 4、8 周 PASI 和 BSA 评分比较

Figure1 Comparison of PASI and BSA score at baseline period, 4 and 8 week of treatment

12.55，95%CI：5.93 ～ 26.57）治疗的 $PASI_{75}$ 达成率更高。

3 讨论

银屑病是一种慢性复发性炎症性皮肤病，临床表现为脱皮、红斑、瘙痒、关节疼痛、全身不适等症状，导致患者心理压力加重、生活质量下降，给患者带来沉重的负担[1]。参照《中国银屑病诊疗指南（2023 版）》[11]，本研究超过 50% 的对象为中重度银屑病患者。既往研究表明，上海地区银屑病患者代谢综合征患病率为 35.29%，银屑病伴高脂血症有 41.67%，患者伴高血压有 39.22%，26.80% 患者伴有 2 型糖尿病[12]。与本研究 53.93% 的慢性病共病发生率一致[12]。本研究中，治疗 4、8 周后，共病患者的 $PASI_{75}$ 达成率均较无共病患者低，但无统计学差异。银屑病共病会加大治疗难度，增加患者负担，严重影响患者生活质量。因此，深入认识银屑病与其共病的关系，构建银屑病评估和管理体系将有助于早期筛查、治疗并预防共病；对已出现共病者，提倡多学科协作诊疗模式，对患者进行规范评估和管理并实时合理转诊，采取个性化综合治疗方案，可能对改善银屑病的病情有所帮助[11]。

既往研究显示，遗传和环境是银屑病发病的重要危险因素，可诱发或加重病情[13]。吸烟作为常见的疾病危险因素之一，被证实与银屑病发病密切相关，是重要的可控危险因素[14—15]。Hayes 等[16]调查显示，吸烟与银屑病发病具有较强关联性，尤其是女性患者。吸烟会使银屑病发病和病情加重的风险上升，其中女性 3.3 倍，男性 2.3 倍。Zhou 等[17]基于三项研究进行 meta 分析，认为吸烟对生物制剂的疗效产生负面影响。与不吸烟者相比，既往吸烟者在接受生物制剂治疗 6 个月后病情改善的可能性较小（OR ＝ 0.80）。本研究患者吸烟率为 43.8%，同时吸烟者治疗 4、8 周后的 $PASI_{75}$ 达成率低于不吸烟者，提示吸烟影响银屑病患者的疗效，这与之前的研究结果一致。目前关于吸烟影响银屑病发病和疾病进展的机制尚不明确，可能的机制包括：①烟草在燃烧过程中产生大量的自由基，通过激活丝裂原活化蛋白激酶、核因子 -κB、Janus 激酶 - 信号转导子及转录激活子等信号通路对银屑病病情产生不利影响。②烟草暴露会增加趋化因子的释放，激活银屑病发病信号通路，诱导细胞对神经递质和细胞生长因子应答。③烟草中的尼古丁可结合乙酰胆碱受体，介导炎症反应，促进树突状细胞产生白介素（interleukin，IL）-12，增加 CD40 和 CD86 表达，进而激活 T 细胞，同时烟草燃烧产生的二噁英可结合由辅助 T（helper T，Th）22 和 Th17 细胞表达的芳香烃受体，作为 IL-17 和 IL-22 的转录因子，影响银屑病的发病和进展[18]。

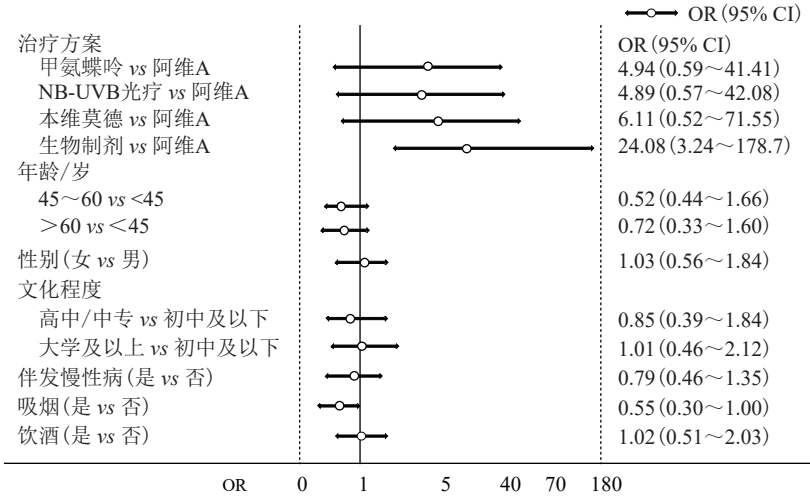
前期研究表明，酒精可能是诱发银屑病的致病因素，同时其严重程度与酒精摄入量存在相关性[19]。酒精不仅能引发银屑病，同时还影响疾病的进程和状态，使原先存在的疾病恶化；重度饮酒者会导致其病情和炎症情况加重，而连续饮酒者可能由于治疗抵抗或依从性差引起病情加重或复发[19]。本研

表 3 治疗 4、8 周 $PASI_{75}$ 达成率比较

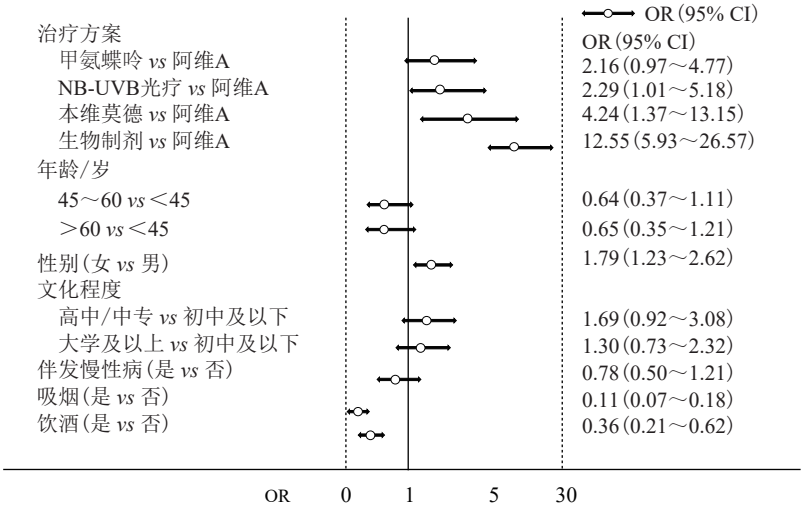
Table 3 Comparison of $PASI_{75}$ achievement rate after 4 and 8 weeks of treatment

项目	治疗4周$PASI_{75}$			χ^2值	P值	治疗8周$PASI_{75}$			χ^2值	P值
	达成数	总人数	达成率/%			达成数	总人数	达成率/%		
年龄/岁				0.699	0.705				6.296	0.043
＜45	38	253	15.02			131	253	51.78		
45～60	20	151	13.25			73	151	48.34		
＞60	19	156	12.18			61	156	39.10		
性别				0.335	0.563				9.339	0.002
男	54	408	13.24			177	408	43.38		
女	23	152	15.13			88	152	57.89		
文化程度				2.405	0.300				10.697	0.005
初中及以下	18	159	11.32			60	159	37.74		
高中/职校/中专	16	134	11.94			61	134	45.52		
大学及以上	43	267	16.10			144	267	53.93		
个人月收入/元				3.918	0.141				1.971	0.373
＜5 000	22	214	10.28			94	214	43.93		
5 000～10 000	33	220	15.00			106	220	48.18		
＞10 000	22	126	17.46			65	126	51.59		
病程/年				8.302	0.040				3.543	0.315
＜1	11	108	10.19			45	108	41.67		
1～9.9	16	145	11.03			64	145	44.14		
10～20	33	163	20.25			84	163	51.53		
＞20	17	144	11.81			72	144	50.00		
慢性病共病				1.238	0.266				6.399	0.011
有	37	302	12.25			128	302	42.38		
无	40	258	15.50			137	258	53.10		
吸烟				5.732	0.017				107.898	＜0.001
是	24	245	9.80			55	245	22.45		
否	53	315	16.83			210	315	66.67		
饮酒				1.626	0.202				55.119	＜0.001
是	15	142	10.56			29	142	20.42		
否	62	418	14.83			236	418	56.46		
治疗方案				45.069	＜0.001				69.576	＜0.001
阿维A	1	74	1.41			14	74	18.92		
甲氨蝶呤	7	108	6.48			37	108	34.26		
NB-UVB光疗	6	94	6.38			34	94	36.17		
本维莫德	2	27	7.41			12	27	44.44		
生物制剂	62	257	24.12			168	257	65.37		

究中，银屑病患者的饮酒率为 25.4%，男性显著高于女性，同时饮酒患者治疗 8 周的 $PASI_{75}$ 达成率（20.4%）显著低于不饮酒者（56.5%），差异有统计学意义（OR ＝ 0.36，95%CI：0.21 ～ 0.62）。英国一项前瞻性、多中心队列研究对 266 例患者进行跟踪随访，研究结果显示，5.6% 的患者存在酒精滥用，



银屑病患者治疗 4 周 $PASI_{75}$ 达成率的影响因素



银屑病患者治疗 8 周 $PASI_{75}$ 达成率的影响因素

图 2　治疗 4、8 周 $PASI_{75}$ 达成率的影响因素森林图

Figure 2　Forest chart of factors influencing of $PASI_{75}$ achievement rate after 4 and 8 weeks of treatment

且酒精滥用与银屑病疗效不佳显著相关[20]，提示嗜酒与银屑病治疗效果欠佳有关。表明酒精摄入影响银屑病发病和疾病严重程度的可能原因包括：①银屑病相关易感基因 *TNIP1*/*ANXA6* 的遗传变异与饮酒之间存在基因 - 环境相互作用，可能会改变银屑病的发病风险。②饮酒可促进花生四烯酸增多，抑制腺苷酸环化酶，引起表皮细胞增生。③饮酒可能通过影响蛋白激酶 C 异构酶家族信号传导，调节环磷酸腺苷和环磷酸鸟苷，影响多胺、精胺、精眯及腐胺的合成来调节表皮细胞的增生与分化。④乙醇及其代谢产物可导致肿瘤坏死因子 α 转化酶、可溶性肿瘤坏死因子 - 受体 1 在体内的浓度升高，从而对银屑病的发生和发展，产生负面影响而诱发或加重银屑病。

《中国银屑病诊疗指南（2023 版）》[11] 中指出，银屑病治疗的目标是实现症状和皮损的完全清除或

几乎完全清除。通过外用药物、物理疗法及系统治疗等手段达到控制病情，减缓疾病发展和复发，抑制皮损和瘙痒，控制与银屑病相关的并发症，减少药物近期与远期不良反应，提高患者的生活质量。本研究中，银屑病患者经医师综合判定，分别给予阿维 A 酸、甲氨蝶呤、NB-UVB 光疗、本维莫德及生物制剂 5 种方案治疗。基于 $PASI_{75}$ 达成率评价指标，生物制剂组治疗 4、8 周的疗效最佳，甲氨蝶呤、NB-UVB 光疗及本维莫德组疗效相当，而阿维 A 酸组的疗效较弱。近年来，随着银屑病免疫机制研究的不断深入，大量临床研究证实生物制剂能实现皮损快速清除。欧美国家银屑病诊疗指南对生物制剂推荐力度持续上升，我国也逐步将生物制剂纳入医保支付范畴，提高银屑病患者的临床疗效。但值得关注的是，生物制剂靶向治疗银屑病也存在停药复发问题，研究显示，生物制剂治疗停药后 12 个月内银屑病复发率为 87.4%[10]。因此，分析银屑病药物疗效的影响因素，探讨如何保持银屑病患者的疗效仍是银屑病治疗中亟需解决的难题。

4 结论

吸烟、饮酒、代谢紊乱以及慢性病共病等疾病危险因素，与银屑病发病、严重程度和疗效密切相关，建议在银屑病患者中加强宣传健康生活方式，戒烟限酒，降低银屑病以及慢性病共病的发生率，对银屑病治疗和预后具有重要意义。

参考文献：

[1] 吴超, 晋红中. 银屑病的流行病学研究进展[J]. 国际皮肤性病学杂志, 2013, 39(2): 97-100.

[2] Loo YP, Loo CH, Lim AL, *et al.* Prevalence and risk factors associated with psoriatic arthritis among patients with psoriasis[J]. Int J Rheum Dis, 2023, 26(9): 1788-1798.

[3] Keller K, Hobohm L, Ostad MA, *et al.* Psoriasis and its impact on the clinical outcome of patients with pulmonary embolism[J]. Int J Cardiol, 2021, 343: 114-121.

[4] Ortolan A Lorenzin M, Tadiotto G, *et al.* Metabolic syndrome, non-alcoholic fatty liver disease and liver stiffness in psoriatic arthritis and psoriasis patients[J]. Clin Rheumatol, 2019, 38(10): 2843-2850.

[5] Wang Q, Jin L, Hu K, *et al.* The length of stay and inpatient burden in inpatients with different psoriasis subtypes[J]. Int J Med Sci, 2022, 19(10): 1519-1524.

[6] Lin YC, Dalal D, Churton S, *et al.* Relationship between metabolic syndrome and carotid intima-media thickness: cross sectional comparison between psoriasis and psoriatic arthritis[J]. Arthritis Care Res, 2014, 66(1): 97-103.

[7] Xue K, Liu H, Jian Q, *et al.* Leptin induces secretion of pro-inflammatory cytokines by human keratinocytes *in vitro* a possible reason for increased severity of psoriasis in patients with high body mass index[J]. Exp Dermatol, 2013, 22(6): 406-410.

[8] Eckel RH, Alberti K, Grundy SM, *et al.* The metabolic syndrome[J]. Lancet, 2010, 375: 181-183.

[9] Hassanandani T, Panda M, Jena AK, *et al.* Methotrexate monotherapy versus methotrexate and apremilast combination therapy in the treatment of palmoplantar psoriasis: a prospective, randomised, assessor-blinded, comparative study[J]. Indian J Dermatol Venereol Leprol, 2023, 89(2): 213-220.

[10] Chiu HY, Hui RC, Tsai TF, *et al.* Predictors of time to relapse following ustekinumab withdrawal in patients with psoriasis who had responded to therapy: an eight-year multi-center study[J]. J Am Acad Dermatol, 2023, 88(1): 71-78.

[11] 中华医学会皮肤病学分会银屑病专业委员会. 中国银屑病诊疗指南(2023版)[J]. 中华皮肤科杂志, 2023, 56(7): 573-625.

[12] 王瑞平, 位磊, 陈思婷, 等. 上海地区银屑病患者吸烟、饮酒情况及其与银屑病发病的关联性分析[J]. 世界临床药物, 2021, 42(11): 355-358.

[13] 王苏, 杨森, 张学军. 吸烟、饮酒与银屑病[J]. 临床皮肤科杂志, 2017, 46(7): 531-534.

[14] Boehncke WH, Schön MP. Psoriasis[J]. Lancet, 2015, 386(9997): 983-994.

[15] Wang R, Jiang Y, Yao C, *et al.* Prevalence of tobacco related chronic diseases and its role in smoking cessation among smokers in a rural area of Shanghai, China: a cross sectional study[J]. Bio Med Central Public Health, 2019, 19(753): 1-9.

（下转第 785 页）

efficacy and safety of direct oral anticoagulants in treatment of left ventricular thrombus[J]. Am J Med, 2022, 135(1): 17-23.

[13] Daher J, Da Costa A, Hilaire C, *et al*. Management of left ventricular thrombi with direct oral anticoagulants: retrospective comparative study with vitamin K antagonists [J]. Clin Drug Investig, 2020, 40(4): 343-353.

[14] Da Costa A, Delolme C, Guichard JB, *et al*. Comparison of prevalence and management of left atrial appendage thrombi under old and new anticoagulants prior to left atrial catheter ablation[J]. Am Heart J, 2017, 193: 8-15.

[15] Burmeister C, Beran A, Mhanna M, *et al*. Efficacy and safety of direct oral anticoagulants versus vitamin K antagonists in the treatment of left ventricular thrombus: a systematic review and meta-analysis[J]. Am J Ther, 2021, 28(4): e411-e419.

[16] Condello F, Maurina M, Chiarito M, *et al*. Direct oral anticoagulants versus vitamin K antagonists in the treatment of left ventricular thrombosis: a systematic review and meta-analysis[J]. Minerva Cardiol Angiol, 2022, 70(6): 666-676.

（编辑：虞　瑛）

（上接第762页）

[16] Hayes J, Koo J. Psoriasis: depression, anxiety, smoking, and drinking habits[J]. Dermatol Ther, 2010, 23(2): 174-180.

[17] Zhou H, Wu R, Kong Y, *et al.* Impact of smoking on psoriasis risk and treatment efficacy: a meta-analysis[J]. J Int Med Res, 2020, 48(10): 300060520964024.

[18] Richer V, Roubille C, Fleming P, *et al*. Psoriasis and smoking: a systematic literature review and meta-analysis with qualitative analysis of effect of smoking on psoriasis severity[J]. J Cutan Med Surg, 2016, 20(3): 221-227.

[19] Salihbegovic EM, Kurtalic N, Omerkic E. Smoking cigarettes and consuming alcohol in patients with psoriasis[J]. Mater Sociomed, 2021, 33(1): 30-33.

[20] Iskandar IYK, Lunt M, Thorneloe RJ, *et al.* Alcohol misuse is associated with poor response to systemic therapies for psoriasis: findings from a prospective multicentre cohort study[J]. Br J Dermatol, 2021, 185(5): 952-960.

（编辑：沈　盈）