

· 诊疗标准 ·

5 种皮肤病的中西医结合诊断与
疗效判定标准(草案)

(中国中西医结合学会皮肤性病学会制订, 1991 年 10 月)

为了促进皮肤病领域中西医结合工作的开展, 提高科研水平, 本会组织有关专家, 通过两年的时间, 先后经三次会议讨论和修改, 初步拟出下列五种皮肤病的诊疗标准(草案), 供全国从事皮肤病临床医疗、科研工作者参考试行。希望在实践中进一步提出修改意见, 以便今后不断修订和完善。

系统性红斑狼疮诊疗标准(草案)

一、诊断标准: 主要参考 1982 年 ARA 的标准与 1982 年中华风湿学会的标准, 并结合中西医结合工作的实际, 拟定系统红斑狼疮(SLE)的诊断标准如下。

1. 皮肤损害: 颜面蝶形红斑或盘状红斑, 狼疮样皮损或掌跖红斑, 甲周红斑等。

2. 关节痛或关节炎: 2 个以上周围关节痛或肿。

3. 浆膜炎: (1)胸膜炎。(2)心包炎。

4. 肾病变: (1)持续性蛋白尿(1 个月以上), 尿蛋白 $>0.5\text{g}/\text{d}$ 或 $(+)$ 以上。(2)细胞管形—~红细胞或颗粒或混合管形。(3)尿中红细胞数目应 >5 个/ Hp 以上(以上症状需排除感染或过敏所致者)。

5. 中枢神经病变: (1)癫痫发作, 截瘫或偏瘫。(2)精神异常(兴奋或忧郁, 需除外药物、代谢异常所致者)。

6. 血液学异常: (1)溶血性贫血。(2)白细胞减少 2 次以上 $<4 \times 10^9/\text{L}$, $4000/\text{mm}^3$ 。(3)淋巴细胞减少 2 次以上 $<1.5 \times 10^9/\text{L}$, $1500/\text{mm}^3$ 。(4)血小板计数减少(2 次以上 $<100 \times 10^9/\text{L}$)。

7. 血沉 $>20\text{mm}/\text{h}$ (魏氏法)。

8. 补体下降(CH_{50} 降低、 C_3 降低)。

9. 免疫球蛋白增高(IgG 增高或 A/G 倒置, γ 球蛋白 $>20\%$, α_2 球蛋白 $>10\%$)。

10. 抗核抗体(ANA)阳性 $>1:30$ 或红斑狼疮细胞阳性(2 次可见 2 个以上)。

11. 抗 DNA 抗体阳性或 SM 抗体阳性。

12. 皮肤活检证实或狼疮带试验(LBT)阳性。

上述条件 4 项以上者, 且 10、11、12 项中需有 1 项阳性方能确诊为 SLE, 3 项阳性者为可疑患者, 宜继续观察, 但不能作为中西医结合的研究对象。

二、疗效判定标准: 根据 SLE 的病情轻重给予评分, 治疗 3 个月以上按分数评定为: 显效、有效、无效。

SLE 病情评分:

1. 发热(非感染): (1)长期低热 $\geq 38.5^\circ\text{C}$ 为 1 分。(2)高热 $\geq 38.5^\circ\text{C}$ 为 2 分。

2. 皮肤损害: (1)蝶状红斑或掌红斑为 3 分。(2)盘状红斑或全身皮疹为 3 分。

3. 关节痛或关节炎为 3 分。

4. 肾病变: (1)尿常规异常, 蛋白尿为 3 分。(2)水肿, 腹水、肾综合征为 3 分。(3)出现氮质血症者为 3 分。

5. 浆膜炎: (1)胸膜炎为 3 分。(2)心包炎为 3 分。

6. 肝病变: (1)肝大或 $\text{GPT} < 250\text{u}$ 为 2 分; (2)黄疸或 $\text{GPT} \geq 250\text{u}$ 者为 2 分。

7. 间质性肺炎为 1 分。

8. 心肌炎为 1 分。

9. 精神异常为 1 分; 癫痫发作为 1 分; 其他精神损害为 1 分。

10. 血液异常: (1)血沉 $20 \sim 60\text{mm}/\text{h}$ 为 1 分, $>60\text{mm}/\text{h}$ (魏氏法)为 2 分。(2)白细胞数 $<4 \times 10^9/\text{L}$ ($<4000/\text{mm}^3$) 为 1 分。(3)血红蛋白 $<9\text{g}$ 为 1 分。(4)血小板 $<100 \times 10^9/\text{L}$ (<10 万)为 1 分, <5 万为 2 分。(5) $\text{CH}_{50} < 80\text{u}$ 为 1 分, $\text{C}_3 < 0.7\text{mg}$ 为 1 分。(6) IgG 升高为 2 分。(7) A/G 倒置为 2 分。

11. (1) ANA + (HM) $1:30$ 为 2 分。(2)抗 DNA + $>20\%$ 为 2 分。(3)抗 SM 抗体 (+) 为 3 分。(4) LBT (+) 为 3 分。(5)组织病理确诊为 3 分。

结果评定: 经过 3 个月治疗, 全面检查评定, (1)总分为 63 分, 减少 $2/3$ (42 分) 以上者为显效。(2)总分减少 $1/3$ (21 分) 以上者为有效。(3)总分减少不到 $1/3$ 者为无效。

说明: (1)如中药加激素治疗, 必须设单纯激素组作对照。(2)治疗最好按不同脏器损害的程度分组, 以提高对比性。

皮肤炎、多发性肌炎诊疗标准(草案)

一、诊断标准

1. 主要症状(共50分)

(1) 肌肉症状(30分): ①肌肉痛(10分)。②肌无力(10分)。③肌肉肿胀或萎缩(10分)。

(2) 皮肤症状(20分): ①颜面、胸上部、四肢, 特别在上睑部紫红色水肿斑(10分)。②皮肤萎缩、色素沉着或色素脱失、甲周红斑、毛细血管扩张或特有的手指关节背部紫红色扁平斑丘疹(Gotttron's征)(5分)。

③雷诺氏现象或关节痛(5分)。

2. 检查所见(40分)

(1) 肌肉活检见肌纤维变性及炎症细胞浸润者(20分)。

(2) 血清肌酸磷酸激酶(CPK)、乳酸脱氢酶(LDH)、谷草转氨酶(GOT)、醛缩酶(Aldolase)及尿肌酸、尿肌酐升高(10分)。

(3) 肌电图检查为肌源性改变者(10分)。

3. 参考事项(10分)

(1) 发热, 血沉增快, ANA阳性, γ 球蛋白增高(4分)。

(2) 有心肌炎、吞咽障碍(3分)。

(3) 合并恶性肿瘤(3分)。

总共为100分, 主要症状40分以上和检查所见20分以上, 即60分以上可以确诊为皮肤炎或多发性肌炎; 主要症状、检查所见及参考事项总分在60分以下, 40分以上者为可疑, 宜继续观察。

二、疗效判定标准

1. 临床治愈: 主要症状消失, 检查所见恢复正常, 观察3~5年无复发者。

2. 显效: 主要症状大部消失(积分消失在40分以上), 部分检查所见复常(积分复常在30分以上), 生活自理者(即积分减少70%以上者)。

3. 有效: 主要症状及检查所见好转(积分减少在30%以上者)。

4. 无效: 症状及检查所见虽有好转, 积分下降不足30%, 或好转后又复发者为无效。

系统性硬皮症诊疗标准(草案)

一、诊断标准

1. 主要症状: (1) 早期: 手背、面部原因不明的水肿(非凹陷性)、硬化、不易捏起。(2) 晚期: 皮肤硬化、手指屈曲性挛缩、末端骨质吸收。(3) 雷诺氏现象。(4) 指(趾)端溃疡和疤痕形成。(5) 关节症状:

多发性关节炎或关节痛。(6) 肺纤维化。(7) 食道下段扩张及收缩功能低下表现为吞咽障碍。

2. 检查所见: (1) 组织病理: ①前臂伸侧皮肤显示胶原纤维肿胀或纤维化纯一变性。②血管壁同样见纤维化变性; 血管周围早期可有炎症细胞浸润。③皮肤附属器萎缩。(2) SCL-70抗体阳性, 特异性高, 抗着丝点抗体阳性, 对诊断CREST综合征有意义。(3) IgG增高, A/G倒置、ANA+(S)有参考价值。(4) 甲皱襞皮肤毛细血管镜检查、血流图检查显示血流缓慢、血管变性有诊断参考价值。

3. 诊断条件: (1) 上述主要症状有4项以上, 检查所见病理或SCL-70抗体检查阳性者即可确诊。(2) 无主要症状中第(1)及(2)项皮肤症状, 仅有其他2项症状及检查ANA+(S)、IgG增高, A/G倒置, 而除外其他结缔组织病者为可疑, 进行继续观察。

二、疗效判定标准

1. 基本痊愈: 治疗后皮肤硬化、雷诺氏现象、指端溃疡、关节活动障碍、吞咽困难、胃食管反流现象、畏寒及全身无力、气短等症状全部消失, 内脏损害及实验室检查基本恢复正常者。

2. 显效: 上述临床症状明显改善, 实验室检查接近正常者。

3. 有效: 上述临床症状有不同程度改善, 实验室检查好转者。

4. 无效: 治疗后无变化或症状及实验室指标加重者。

5. 死亡。

寻常性银屑病诊疗标准(草案)

一、诊断标准

1. 皮损为红斑上附有多层银白色鳞屑皮疹, 刮去鳞屑有血露现象, 进行期有同形反应。

2. 好发于头皮、四肢伸侧及腰骶部。

3. 甲板可有顶针样凹陷或前沿剥离。

4. 依皮损形态可分为: 点滴状、钱币状、地图状或混合型; 依病程可分为: 进行期、静止期和退行期; 依季节可分为: 冬季型、夏季型。

5. 本病经过缓慢, 有自限性, 易复发。

6. 组织病理改变: (1) 角化不全。(2) Munro微脓疡。(3) 棘层增厚, 表皮突下延。(4) 真皮乳头上伸接近角层。(5) 真皮上层血管扩张, 血管内皮增生, 周围有圆形细胞浸润。

7. 中医辨证分为: 血热型, 血燥型, 血瘀型。

二、疗效判定标准

1. 临床痊愈：皮损完全消退。
2. 基本痊愈：皮损消退达原面积90%以上。
3. 显效：皮损消退达原面积70%以上。
4. 有效：皮损消退达原面积50%以上。
5. 无效：皮损消退不足原面积50%。

说明：(1)治疗8周后评定疗效，点状可判痊愈，斑块状可判为基本痊愈。(2)随访时间以3~6个月为宜，可分为近期疗效与远期疗效，并注意季节因素。(3)应设对照组。

斑秃、全秃、普秃的诊疗标准(草案)

一、诊断标准

1. 突然或短期内头发片状脱落。
2. 脱发区皮色正常无明显炎症反应。
3. 局部可有轻度痒感，无全身症状。

4. 斑秃为斑片脱发可单发或多发；全秃为头发全部脱落；普秃为除全秃外还有眉毛、腋毛、阴毛、胡须及毳毛普遍脱落。

二、疗效判定标准

1. 痊愈：头发全部长出，其分布密度及色泽均正常，拉发试验阴性。
2. 显效：发新生70%，包括密度、粗细及色泽均接近正常。
3. 有效：发新生30%以上，包括有毳毛及白发长出，且治疗后毛发停止脱落。
4. 无效：治疗1个月以上，新发生长不足30%或继续脱落者。

说明：为准确判定疗效，有条件者可在固定脱发区治疗前后照像，在一定范围内，如1cm²内，记载毛发生长数量及形态。

补中益气汤加味治疗慢性肝炎及某些并发症48例

北京协和医院中医科(北京 100730) 王庆民 史济招

1979~1989年，我们用补中益气汤加味治疗慢性肝炎及合并病荨麻疹、过敏性鼻炎、浅静脉栓塞、脑血栓形成共48例，获得较好效果。现报告如下。

临床资料 48例(慢性迁延性肝炎42例、慢性活动性肝炎6例)均按1978年全国病毒性肝炎会议制定的诊断标准诊断。其中男18例，女30例。年龄7~51岁，平均32岁。合并荨麻疹21例，过敏性鼻炎10例，浅静脉栓塞12例，脑血栓形成5例。慢性肝炎病程2~9年，平均4.7年；合并病的病程1.5个月~3年，平均11个月。48例患者中HBsAg阳性21例。本组患者肝炎病情一般较轻，而其并发症病情却较重，如合并荨麻疹者，反复频繁发作全身性荨麻疹，久治不愈。

治疗方法 采用补中益气汤加味：黄芪15~30g 党参10~15g 升麻4~10g 柴胡4~10g 当归10~15g 陈皮10g 白术10~15g 炙甘草6g；荨麻疹或过敏性鼻炎加苍耳子6~10g 蝉衣6g 乌梅10~30g 防风10~30g 五味子10~15g；浅静脉栓塞或脑血栓形成加丹参30~45g 赤芍10~15g 川芎10~15g 鸡血藤15~30g 王不留行10~15g，其他药随症加减。每日1剂，水煎服。一般服药1~2周后，需根据病情调整原方后继服。疗程多数为4~8周，最短3周，最长12周。通常在临床治愈后再隔日1剂或配丸药(6g/日2次)服2周，以巩固疗效。用本方治疗期间一般不加服西药，少数原来服用维生素C和

复合维生素B的患者继服此两种药。治疗中每月检查肝功能1次，疗程不满1个月者在治疗结束时检查；同时观察患者症状、体征的变化。

结果 疗效标准(参照1978年全国病毒性肝炎会议制定的标准及1984年南宁会议修订标准)：治愈：慢性肝炎主要症状消失，肝脾恢复正常或明显回缩，肝功能恢复正常，HBsAg阳性者转阴，随访1年无异常改变，并发病的症状、体征均消失，半年内无复发。基本治愈：HBsAg阳性者未转阴，余同以上各项，随访半年无异常。有效：(1)并发病治愈，慢性肝炎主要症状消失或明显减轻，但肝脾无明显回缩，肝功能轻微异常。(2)慢性肝炎治愈或基本治愈，但脑血栓形成患者的语言和运动功能未恢复正常。无效：慢性肝炎及其并发病的主要症状、体征均未消失或减轻，肝功能无改善。结果：治愈26例，基本治愈8例，合计34例(70.8%)；有效14例(29.2%)，其中1例为脑血栓形成患者。随访治愈和基本治愈的患者至今，最长已达12年，均无复发；有效患者中半年后复发荨麻疹2例，过敏性鼻炎1例，再用补中益气汤加味治疗仍获良效。

讨论 本组慢性肝炎患者中医辨证均有脾气虚弱，而其合并病的发生也与此有关。因此我们从脾论治，用补中益气汤重在健脾益气以治本，加用祛风除湿、活血化瘀、通络固表等药以治标，终获佳效。