

银屑病与湿疹患者生活质量和经济负担的比较

王妍妍,石国美,冯通慧,高素琴,喻荣彬

(南京医科大学公共卫生学院流行病与卫生统计学系,江苏 南京 210029)

摘要:目的:比较银屑病和湿疹患者的一般情况、生活质量和疾病经济负担。方法:采用现况调查的方法,联合应用自行设计的患者一般情况调查表、SF-36和Skindex-29量表,对2011年6月~2012年3月在中国医学科学院皮肤病医院就诊的门诊和住院198例银屑病患者,和同时期在同医院就诊的117例湿疹患者进行问卷调查。结果:①共回收313份有效问卷,其中银屑病196例,男女比例为1.88:1,湿疹117例,男女比例为1.25:1,对吸烟、酗酒、睡眠影响、饮食受限、自杀倾向等社会行为进行比较,发现银屑病患者在吸烟、睡眠影响、自杀倾向的比例均高于湿疹患者,差异有统计学意义($P < 0.01$)。②应用SF-36量表和Skindex-29量表比较银屑病和湿疹患者的生活质量,发现银屑病患者生活质量比湿疹患者低,差异有统计学意义($P < 0.01$)。③银屑病的直接经济负担和间接经济负担都较湿疹严重。结论:银屑病和湿疹的一般情况与以前的研究结果类似,但在吸烟、自杀倾向等社会行为方面银屑病的比例显著高于湿疹患者。虽然同为皮肤病,但银屑病患者的生活质量比湿疹患者低很多,提示卫生工作者在银屑病的诊断治疗过程中应重视生活质量对患者的影响。银屑病患者直接经济负担和间接经济负担都较湿疹患者严重,相关卫生决策部门应对银屑病患者经济负担给予足够的关注。

关键词:银屑病;湿疹;生活质量;疾病经济负担

中图分类号:R195.4

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2013)01-036-007

doi:10.7655/NYDXBSS20130110

银屑病和湿疹是皮肤科的多发病和常见病,具有病因复杂、治疗周期长和反复发作的特点,不仅影响了患者的生活质量,还增加了患者的经济负担。银屑病的患病率在世界各地差异很大,在欧美国家高达2%~3%^[1-3],在我国1984年进行过一次全国流行病学调查,结果显示患病率为0.12%^[4],在2010年全国6个城市银屑病流行病学调查中显示总患病率为0.59%,标化患病率为0.47%^[5],据估计中国现有300多万银屑病患者,并以每年净增10万病例的速度发病^[6]。湿疹是一种常见的由内、外因素引起的具有明显渗出倾向的炎症性皮肤病,好发于中老年^[7],女性发病率高于男性^[8],患病率为4%~10%^[9]。

生活质量一词最早由美国的经济学家Calbraith在20世纪50年代提出,当时主要用于社会学研究。其概念是从一系列身体、社会、心理等方面的健康内

容发展而来的,它植根于世界卫生组织广义的健康理念——健康不仅仅是没有疾病和病痛,而且还包括身体、心理和社会适应的完好状态。银屑病和湿疹均有影响美观、剧烈瘙痒、反复发作、病程迁延的特点,易导致患者产生焦虑、抑郁、愤怒等情感障碍,严重影响患者的生活质量。

银屑病和湿疹病程长且治疗困难的特点,不仅严重影响患者的身体健康、降低其生活质量,而且持续性的医疗费用给患者个人、家庭和社会带来严重的经济负担。疾病的经济负担是指疾病、伤残或失能给社会、家庭、患者带来的经济损失及资源消耗的总和,包括直接经济负担、间接经济负担和无形经济负担^[9-11]。1980~2005年我国居民住院的疾病经济负担增长了116倍,但是同期的居民可支配收入仅增长了16倍^[12]。中国社会科学院调查结果显示,看病难、

基金项目:江苏高校优势学科建设工程资助项目(PAPD)

收稿日期:2012-10-17

作者简介:王妍妍(1984-),女,江苏淮安人,主管护师,南京医科大学公共卫生学院MPH学员,研究方向为皮肤病临床护理;高素琴(1962-),女,江苏南京人,实验师,研究方向为疾病预防控制,通信作者。

看病贵已经是我国城乡居民最为关注的热点问题,这一问题在病情严重的患者家庭中尤为突出。因而,现今形势下对疾病经济负担的干预极为迫切,一方面,疾病经济负担反映该疾病给社会和个人造成的负担,反过来如果能减少和消除这些疾病,则会使社会和经济损失减少,推动社会经济的发展;另一方面,通过对疾病经济负担的比较研究,便于了解患者的经济负担,为医疗卫生决策部门相关政策的制定提供依据。2011年6月~2012年3月,我们选定在中国医学科学院皮肤病医院就诊的门诊和住院的198例银屑病患者,和同时期在同医院就诊的湿疹患者117例,应用自行设计的患者一般情况调查表、SF-36量表、Skindex-29量表对患者一般情况、生活质量和疾病经济负担进行比较分析。

一、对象与方法

(一)研究对象

银屑病患者入选标准:年龄 ≥ 18 岁,根据临床表现或病理结果确诊为银屑病,自愿并能独立完成一般情况调查表、SF-36量表和Skindex-29量表的填写,病程 >1 个月。排除标准:并发其他皮肤病,文盲,妊娠或哺乳妇女,有精神病史,伴随其他身体疾患。共纳入银屑病患者198例,其中196例有效,男128例,女68例,年龄19~70岁,平均 (38.97 ± 11.70) 岁。

湿疹患者入选标准:以性别、年龄成组匹配选取同时期在中国医学科学院皮肤病医院就诊的湿疹患者,年龄 ≥ 18 岁,病程 >1 个月。排除标准:与银屑病的标准一致。共纳入湿疹患者117例,男65例,女52例,年龄18~67岁,平均 (36.68 ± 11.76) 岁。

(二)调查内容和方法

1. 调查方法

运用现况调查的研究方法,采用面对面的方式,应用自行设计的患者一般情况调查表、SF-36健康调查量表和Skindex-29量表进行调查。

2. 调查量表

一般情况调查表:一般情况(性别、年龄、婚姻状况、教育程度、职业),银屑病史(分型、皮损部位、发病年龄、病程年限、治疗情况),家族史,吸烟史,酗酒史,精神状况,经济状况(月收入、既往银屑病/湿疹诊断和治疗直接/间接费用、报销与否、报销比例、报销满意度)等社会人口学资料。

SF-36健康调查量表:一种普适性量表,用于一般人群生活质量测定,分为八个维度,分别为生理功能(physical functioning, PF)、生理职能(role-physical,

RP)、躯体疼痛(bodily pain, BP)、总体健康(general health, GH)、活力(validity, VT)、社会功能(social function, SF)、情感职能(role-emotional, RE)、精神健康(mental health, MH),共计36个条目。八个维度可进一步概括为躯体健康和心理健康两大类^[13-15]。各维度采用累加法计算原始分数,再以标准公式计算转换分数,每一维度得分范围为0~100分。评价患者过去一年健康状况变化的条目不参与计分。转换分数=(原始分数-最低可能分数)/可能分数范围 $\times 100$ ^[16]。评分越高,表示健康状态越好,生活质量越高^[15]。研究表明经过信度和效度的检验,该量表在慢性疾病和精神疾病中的应用已得到验证,并且SF-36健康调查量表适用于中国^[16]。

Skindex-29量表:共由29个条目组成,分为三个部分,分别是症状、功能、情感^[17]。29个条目均有5个备选答案,调查结果采用五分制计分:从不(0分)、偶尔(1分)、有时候(2分)、经常(3分)、总是(4分),并按线性百分比的方式分别计算出症状、功能、情感三个维度的得分情况,分数分布在0~100分^[18],得分越高,生活质量越差。

(三)数据处理和统计学分析

采用EpiData3.0软件双轨录入数据,建立数据库,采用SPSS16.0统计软件进行统计学分析。计量资料采用均数 \pm 标准差或百分位数描述。组间比较采用 t 检验或非参数检验,计数资料采用百分比描述,组间比较采用卡方检验。 $P \leq 0.05$ 为差异有统计学意义。

二、结果

(一)银屑病与湿疹患者一般情况比较

银屑病患者和湿疹患者的年龄、性别和婚姻状况比较见表1,两组差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究通过对银屑病患者与湿疹患者的一般情况进行卡方检验,发现在教育程度、职业、病程、吸烟史、睡眠障碍、自杀倾向等方面差异有统计学意义($P < 0.05$,表2)。银屑病患者教育程度在初中、高中或中专、大学或以上分布相当(26.0%、34.2%、31.6%),而湿疹患者大多集中在大学或以上(62.4%);银屑病患者从事体力劳动者人数显著多于湿疹患者($P < 0.01$);银屑病患者平均病程为 (10.4 ± 10.0) 年,显著长于湿疹患者的 (3.8 ± 4.9) 年($P < 0.01$);银屑病患者平时吸烟者88人(44.9%),平均每人每天12.8支,显著多于湿疹患者吸烟者19人(16.2%),平均每人每天9.1支($P < 0.01$);银屑病患者有睡眠障碍者154例(78.6%),显

著高于湿疹患者睡眠障碍的比例(68例,58.1%);银屑病患者有自杀倾向者68人(34.7%),多于湿疹患者有自杀倾向者8人(6.8%),差异有统计学意义($P < 0.01$)。

表1 银屑病和湿疹患者基本信息比较 [n(%)]

项目	银屑病(n=196)	湿疹(n=117)	χ^2 值	P值
性别				
男	128(65.3)	65(55.6)	2.95	0.09
女	68(34.7)	52(44.4)		
年龄(岁)				
18~	55(28.1)	45(38.5)	5.14	0.07
30~	116(59.2)	54(46.2)		
50~	25(12.8)	18(15.4)		
婚姻状况				
已婚	130(66.3)	79(67.5)	0.28	0.87
未婚/离异/丧偶	63(32.1)	37(31.6)		
其他	3(1.5)	1(0.9)		

表2 银屑病与湿疹患者一般情况比较 [n(%)]

项目	银屑病(n=196)	湿疹(n=117)	χ^2 值	P值
教育程度				
小学	16(8.2)	2(1.7)	31.45	<0.01
初中	51(26.0)	13(11.1)		
高中或中专	67(34.2)	29(24.8)		
大学或以上	62(31.6)	73(62.4)		
职业				
脑力劳动	119(60.7)	94(80.3)	13.89	<0.01
体力劳动	77(39.3)	22(18.8)		
病程(年)				
≤10	126(64.3)	111(94.9)	37.28	<0.01
>10	70(35.7)	6(5.1)		
吸烟				
是	88(44.9)	19(16.2)	26.75	<0.01
否	108(55.1)	98(83.8)		
喝酒				
是	40(20.4)	26(22.2)	0.15	0.70
否	156(79.6)	91(77.8)		
睡眠障碍				
是	154(78.6)	68(58.1)	14.86	<0.01
否	42(21.4)	49(41.9)		
自杀倾向				
是	68(34.7)	8(6.8)	30.92	<0.01
否	128(65.3)	109(93.2)		
饮食影响				
是	123(62.8)	61(52.1)	3.41	0.07
否	73(37.2)	56(47.9)		

(二)银屑病与湿疹患者生活质量得分比较

1. 银屑病和湿疹患者 SF-36 量表得分情况

银屑病患者的 SF-36 在生理功能、生理职能、躯体疼痛、总体健康、活力、社会功能、情感职能、

心理健康一共八个维度的评分均明显低于湿疹患者,且差异有统计学意义($P < 0.01$,表3)。且在躯体和心理健康两个方面,银屑病患者评分也明显低于湿疹患者,差异有统计学意义($P < 0.01$,表3)。

表3 银屑病和湿疹患者 SF-36 量表得分情况比较 ($\bar{x} \pm s$,分)

项目	银屑病(n=196)	湿疹(n=117)	t值	P值
生理功能	78.01 ± 19.51	90.17 ± 13.85	5.89	<0.01
生理职能	34.44 ± 39.63	73.81 ± 34.56	8.58	<0.01
躯体疼痛	69.61 ± 24.94	88.44 ± 25.01	6.45	<0.01
总体健康	48.67 ± 19.66	65.38 ± 17.63	7.56	<0.01
活力	59.08 ± 18.63	70.26 ± 16.05	5.40	<0.01
社会功能	61.67 ± 26.77	83.33 ± 23.56	7.24	<0.01
情感职能	38.10 ± 41.34	68.09 ± 36.98	6.46	<0.01
心理健康	57.45 ± 18.78	67.42 ± 16.05	4.79	<0.01
躯体健康	62.22 ± 16.14	81.45 ± 12.94	10.49	<0.01
心理健康	57.60 ± 18.13	70.74 ± 15.72	6.51	<0.01

2. 银屑病和湿疹患者 Skindex-29 量表得分情况

银屑病患者总得分为(48.02 ± 20.56)分,比湿疹患者的总得分[(28.66 ± 17.99)分]高,且差异有统计学意义($P < 0.01$,表4),表明银屑病患者总体生活质量低于湿疹患者。为了进一步了解银屑病患者和湿疹患者在生活质量上的差异,分别对 Skindex-29 量表的三个维度的得分进行计算并用独立样本 t 检验,结果显示三者均为银屑病患者得分高于湿疹患者,差异有统计学意义($P < 0.01$,表4)。

表4 银屑病和湿疹患者 Skindex-29 得分情况比较 ($\bar{x} \pm s$,分)

项目	银屑病(n=196)	湿疹(n=117)	t值	P值
总分	48.02 ± 20.56	28.66 ± 17.99	8.34	<0.01
症状	40.32 ± 19.07	32.24 ± 16.55	3.80	<0.01
功能	50.31 ± 23.90	25.24 ± 20.03	9.44	<0.01
情感	53.43 ± 23.96	28.25 ± 20.37	9.50	<0.01

(三)银屑病与湿疹的经济负担比较

在月收入方面,银屑病患者月收入主要集中在1 000~3 000元,而大量湿疹患者月收入超过3 000元,两者差异有统计学意义。在直接经济负担方面,银屑病患者大约每人每月医疗花费10~30 000元,平均为946.84元,湿疹患者大约每人每月医疗花费10~1 000元,平均为135.81元,差异有统计学意义($P < 0.01$);银屑病患者平均报销比例63.15%,显著低于湿疹患者平均报销比例70.87%($P < 0.01$)。在间接经济负担方面,银屑病患者认为疾病对工作/学习有影响者157例,占80.1%,显著高于湿疹患者[54例,占

46.2% ($P < 0.01$)] ; 认为疾病对工作/学习有影响者, 并导致收入减少的银屑病患者比例为 74.3%, 而湿

疹患者的这一比例为 17.0%, 两者差异有统计学意义 ($P < 0.01$, 表 5)。

表 5 银屑病和湿疹患者经济负担比较

项目	银屑病(n=196)	湿疹(n=117)	检验统计量	P 值
收入(元/月)				
≤1 000	30(15.3)	17(14.5)	$\chi^2=22.20$	<0.01
1 000-3 000	121(61.7)	44(37.6)		
≥3 000	45(23.0)	56(47.9)		
经济负担(直接)				
医疗费用(元/月, $\bar{x} \pm s$)	946.84 ± 2 265.33	135.81 ± 165.45	$t=3.86$	<0.01
报销				
是	112(57.1)	70(59.8)	$\chi^2= 0.22$	0.64
否	84(42.9)	47(40.2)		
报销比例(% , $\bar{x} \pm s$)	63.15 ± 15.37	70.87 ± 17.40	$t=3.09$	<0.01
报销满意度				
满意	84(42.9)	58(49.6)	$\chi^2=1.33$	0.25
不满意	112(57.1)	59(50.4)		
经济负担(间接)				
工作/学习				
有影响	157(80.1)	54(46.2)	$\chi^2=38.44$	<0.01
无影响	39(19.9)	63(53.8)		
影响工作或学习				
收入减少	107(74.3)	9(17.0)	$\chi^2=93.54$	<0.01
提前退休	12(8.3)	0(0.0)		
失业/休学	10(6.9)	1(1.9)		
其他	15(10.4)	43(81.1)		

三、讨 论

(一)银屑病和湿疹患者的一般情况

本研究共收集银屑病患者 196 例,男女比例为 1.88:1,发病年龄集中在 15~35 岁,说明江苏及周边地区银屑病男性发病率显著高于女性,推测可能与女性雌激素在银屑病发病中的作用和不同生长环境有关。同时,本研究发现银屑病的初发年龄为 1~67 岁,根据国际报道银屑病最小发病年龄为 17 天,最大发病年龄为 91 岁^[19],说明本研究大致符合该规律。同时本研究湿疹患者 117 例,男女比例为 1.25:1,平均年龄(36.68 ± 11.76)岁,病程从 1 个月~30 年,发病年龄集中在 25~35 岁。邓丹琪等^[8]对 10 年间住院湿疹患者的临床资料分析显示男女比例为 2.24:1,平均年龄(61.3 ± 12.5)岁;温云鹏等^[7]对 2 年间住院湿疹患者的临床资料分析显示男女比例为 2.45:1,年龄 20~90 岁,病程 2 天~40 年;而国外相关研究却发现女性发病明显多于男性^[9],猜测可能由于各个国家地域差异、民族差异、文化差异等因素导致,具体原因有待研究。

通过对银屑病和湿疹一般情况的比较,发现银屑病和湿疹患者都有较高的不良社会行为倾向,在

吸烟、睡眠障碍和自杀倾向方面银屑病都较湿疹患者有较高的比例,在统计学检验后均有意义。

本调查显示银屑病和湿疹患者均有睡眠障碍,且银屑病比湿疹更严重。这可能与银屑病患者存在不同程度的心理和生理问题,如银屑病患者在心理方面抑郁、低落、沮丧,在生理方面皮肤出现瘙痒、鳞屑、出血、疼痛等症状,影响到患者的睡眠质量有关。因而,对银屑病患者来说,控制瘙痒和疼痛至关重要,对于瘙痒剧烈的患者,可以指导患者正确合理地使用外用药及口服抗组胺药,对于疼痛剧烈的患者,可以指导患者正确合理地使用外用止痛药,疗效不佳影响睡眠者酌情遵医嘱给予镇静催眠药。

有研究认为,卷烟中的尼古丁可直接或间接通过脑垂体分泌影响 T 细胞及树突状细胞的免疫反应,另外,角质形成细胞上的尼古丁胆碱能受体能通过刺激钙离子内流加速角质形成细胞的分化,从而导致银屑病皮损的发生或加重^[20-23]。饮酒可以直接扩张血管,使血管通透性增加,有利于中性粒细胞游出,向表皮浸润。同时,饮酒使花生四烯酸含量增高,抑制腺苷酸环化酶,使环磷酸腺苷(cAMP)减少,环磷酸鸟苷(cGMP)增多,导致表皮细胞增殖,因此饮酒可

诱发及加剧银屑病本身的病理过程^[24-25]。也有报道指出银屑病患者长期的负面情绪会进一步带来社会行为的改变,比如吸烟、酗酒、自杀等行为^[2,26-27]。这些说明了吸烟和酗酒与银屑病密切相关,但到底是吸烟、酗酒引发了银屑病,还是银屑病导致了患者的不良社会行为如吸烟、酗酒等,目前两种见解各成一家,还需要进一步的研究。

(二) 银屑病与湿疹患者的生活质量

本研究显示银屑病患者 SF-36 量表在生理功能、生理职能、躯体疼痛、总体健康、活力、社会功能、情感职能、精神健康一共八个维度的评分均明显低于湿疹患者,且差异有统计学意义;银屑病患者 Skindex-29 量表在症状、功能、情感三个维度的评分均高于湿疹患者,且差异有统计学意义。两个量表的评分情况都说明了银屑病患者生活质量比湿疹患者低很多。而相关数据表明,湿疹患者的生活质量显著低于一般人群^[28-30],由此可以得出,银屑病患者的生活质量比一般人群更低。

随着现代医学模式逐步由生物—医学模式转变为生物—心理—社会医学模式,人们也逐渐认识到疾病是由生物因素、心理因素与社会因素的综合作用所致。研究表明,生活质量对患者生理、心理和社会各方面的负面影响甚至超过疾病本身^[1,31],因此,为达到有效治疗疾病的目的,必须对疾病的生活质量加以重视。在临床工作中,医生不仅要治愈患者生理上的疾病,更要关注患者的心理状况和生活质量。对于生活质量严重降低的人群,如病情严重的银屑病患者,应给予必要的心理疏导和心理治疗,以期得到长期缓解,提高生活质量的效果。

(三) 银屑病与湿疹患者的经济负担

本调查检索了中国期刊全文数据库(CNKI)、中文科技期刊数据库(维普)和中国生物医学文献数据库(CBM),发现目前国内还没有专门针对银屑病经济负担的研究。疾病经济负担是判断疾病严重程度、衡量公共健康水平、评价卫生工作绩效的重要指标,是有关部门确定疾病防治重点、制定相关疾病防治政策、科学合理统筹配置有限卫生资源的重要依据。但当前我国医疗卫生服务费用增长过快,导致疾病经济负担明显超过了医保和居民的经济承受能力。近年来银屑病的发病人数明显增多,给患者家庭和个人带来沉重的经济负担、精神负担及生存压力。而银屑病病程长、长期用药、反复发作,以及由银屑病所带来的工作日缩短、失业、收入减少,都使得银屑病的经济负担日益加重。

本调查的直接经济负担主要包括医疗费用(治

疗费、护理费、检查费、医药费等),医保报销情况(是否报销、报销比例、报销满意度等);间接经济负担主要包括是否对工作有影响、收入减少、提前退休等情况。通过对银屑病和湿疹的经济负担的比较分析,结果显示银屑病的直接经济负担较湿疹严重,主要体现在银屑病患者平均医疗费用明显高于湿疹患者,但银屑病的报销比例却低于湿疹。由于银屑病的发病人群体力劳动者多于湿疹患者,且文化教育程度比湿疹患者低(表2),这可能导致了银屑病能否报销和报销比例均低于湿疹。另外,调查结果还显示银屑病的间接经济负担也较湿疹严重,主要体现在80.1%的银屑病患者认为该病对工作或学习有影响,显著高于湿疹患者(46.2%),同时,82.6%的银屑病患者认为银屑病使得收入减少或提前退休,与湿疹患者相比有统计学差异(表5)。由此可以总结出银屑病的经济负担相比湿疹严重很多,这可能与银屑病病情本身比湿疹严重以及医疗保障制度和就诊行为有关。

本研究显示,银屑病患者体力劳动者居多,月收入显著低于湿疹患者,病程10年以上者远远多于湿疹患者,银屑病有43.4%的住院患者(湿疹均为门诊患者),且不足50%的患者表现出对报销比例满意,这意味着低收入人群或长期患银屑病人群或病情严重人群的经济负担更加严重。以上这些情况都迫切呼吁着更加强有力的社会保障体系的建立,如果国家或集体能够对银屑病重症患者或家庭经济困难患者提供一定比例的经济负担补贴,对于降低银屑病患者家庭经济负担有很大帮助,也可以使得人们对社会保障体系满意度有所改观。因而,卫生行政部门应当进一步加强基层医疗服务,加大建设基础卫生和医疗服务的力度,建立更加强有力、多层次、多元化的医疗服务保障体系。

据统计分析,目前疾病经济负担的研究并没有被运用到卫生行政部门的政策决策中,以达到为有限的卫生资源的有效配置提供科学依据的目的^[32]。有部分文献将疾病经济负担研究应用到干预措施的评价中,但研究较少。这可能与疾病经济负担的研究仍在不断发展中有关。因而,现今疾病负担的研究仍需要国内外学者倾力而为,以确保研究结果的真实可靠性,对银屑病经济负担的研究也需要更多的学者参与,为银屑病相关卫生政策的制定提供更多切实可靠的依据。

参考文献

- [1] Hjortsberg C, Bergman A, Bjarnason A, et al. Are treatment satisfaction, quality of life, and self-assessed disease

- severity relevant parameters for patient registries? Experiences from Finnish and Swedish patients with psoriasis[J]. *Acta Derm Venereol*,2011,91(4):409-414
- [2] Schoffski O, Augustin M, Prinz J, et al. Costs and quality of life in patients with moderate to severe plaque-type psoriasis in Germany: a multi-center study[J]. *J Dtsch Dermatol Ges*,2007,5(3):209-218
- [3] Langham S, Langham J, Goertz HP, et al. Large-scale, prospective, observational studies in patients with psoriasis and psoriatic arthritis: A systematic and critical review[J]. *BMC Med Res Methodol*,2011(11):32
- [4] 全国银屑病流行病学调查组. 全国1984年银屑病流行病学调查报告[J]. *皮肤病与性病*,1989,11(1):60-71
- [5] 丁晓岚,王婷琳,沈伏葳,等. 中国六省市银屑病流行病学调查[J]. *中国皮肤性病学杂志*,2010,24(7):598-601
- [6] 邵长庚. 我国银屑病的流行和防治现状[J]. *中华皮肤科杂志*,1996,29(1):75-76
- [7] 温云鹏. 107例住院湿疹患者临床回顾分析[J]. *中医临床研究*,2011(4):120-121
- [8] 邓丹琪. 十年住院湿疹病人临床资料分析[J]. *皮肤病与性病*,2007,29(3):12-14
- [9] 候儒寅,高凤清. 疾病经济负担研究方法案例分析[J]. *中国医药导报*,2012,9(3):146-148
- [10] Hu SW, Holt EW, Husni ME, et al. Willingness-to-pay stated preferences for 8 health-related quality-of-life domains in psoriatic arthritis: a pilot study[J]. *Semin Arthritis Rheum*,2010,39(5):384-397
- [11] Delfino M Jr, Holt EW, Taylor CR, et al. Willingness-to-pay stated preferences for 8 health-related quality-of-life domains in psoriasis: a pilot study[J]. *J Am Acad Dermatol*,2008,59(3):439-447
- [12] 李河,庄建,石美玲,等. 先天性心脏病患儿手术治疗直接经济负担分析[J]. *中国卫生经济*,2011,30(3):42-44
- [13] Thyssen JP, Johansen JD, Linneberg A, et al. The epidemiology of hand eczema in the general population—prevalence and main findings[J]. *Contact Dermatitis*,2010,62(2):75-87
- [14] Fernandez-Penas P, Jones-Caballero M, Espallardo O, et al. Comparison of Skindex-29, Dermatology Life Quality Index, Psoriasis Disability Index and Medical Outcome Study Short Form 36 in patients with mild to severe psoriasis[J]. *Br J Dermatol*,2012,166(4):884-887
- [15] Salaffi F, Carotti M, Gasparini S, et al. The health-related quality of life in rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, and psoriatic arthritis: a comparison with a selected sample of healthy people[J]. *Health Qual Life Outcomes*,2009(7):25
- [16] 李鲁,王红妹,沈毅. SF-36健康调查量表中文版的研制及其性能测试[J]. *中华预防医学杂志*,2002,36(2):38-42
- [17] Nijsten T, Sampogna F, Abeni D. Categorization of Skindex-29 scores using mixture analysis[J]. *Dermatology*,2009,218(2):151-154
- [18] Sampogna F, Tabolli S, Mastroeni S, et al. Quality of life impairment and psychological distress in elderly patients with psoriasis[J]. *Dermatology*,2007,215(4):341-347
- [19] 什么年龄的人易患银屑病? 什么季节容易发病? [EB/OL]. (2008-08-25). [2012-10-10]. http://www.npxkfw.com/news_otype.asp
- [20] Miot HA, Lopes PS, Haddad GR, et al. Association between palmoplantar pustulosis and cigarette smoking in Brazil: a case-control study[J]. *J Eur Acad Dermatol Venereol*,2009,23(10):1173-1177
- [21] Wolk K, Mallbris L, Larsson P, et al. Excessive body weight and smoking associates with a high risk of onset of plaque psoriasis[J]. *Acta Derm Venereol*,2009,89(5):492-497
- [22] Setty AR, Curhan G, Choi HK. Smoking and the risk of psoriasis in women: Nurses' Health Study II[J]. *Am J Med*,2007,120(11):953-959
- [23] Li W, Han J, Choi HK, et al. Smoking and risk of incident psoriasis among women and men in the United States: a combined analysis[J]. *Am J Epidemiol*,2012,175(5):402-413
- [24] Zhang X, Te-Shao H, Yang S, et al. Frequent use of tobacco and alcohol in Chinese psoriasis patients[J]. *Int J Dermatol*,2002,41(10):659-662
- [25] Behnam SM, Koo JY. Alcohol as a risk factor for plaque-type psoriasis[J]. *Cutis*,2005,76(3):181-185
- [26] Gupta MA, Gupta AK. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis[J]. *Br J Dermatol*,1998,139(5):846-850
- [27] 晏晓颖,何国平. 银屑病患者生活质量研究进展[J]. *实用预防医学*,2010,17(2):407-409
- [28] 章承中,徐小英,颜美秋. 慢性湿疹患者生活质量及其影响因素的临床研究[J]. *中国全科医学*,2011(19):2161-2163
- [29] 袁玲玲. 慢性湿疹患者生活质量分析研究[J]. *中国医*

- 药导刊,2009(10):1650,1652
- [30] Lundberg L, Johannesson M, Silverdahl M, et al. Quality of life, health-state utilities and willingness to pay in patients with psoriasis and atopic eczema [J]. Br J Dermatol, 1999, 141(6):1067-1075
- [31] Pakran J, Riyaz N, Nandakumar G. Determinants of quality of life in psoriasis patients: a cluster analysis of 50 patients [J]. Indian J Dermatol, 2011, 56(6):689-693
- [32] 李娟, 于宝荣. 疾病经济负担研究综述 [J]. 中国卫生经济, 2007, 11(26):72-74

On the quality of life and economic burden of psoriasis and eczema patients

Wang Yanyan, Shi Guomei, Feng Tonghui, Gao Suqin, Yu Rongbin

(Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Nanjing Medical University, Nanjing 210029, China)

Abstract: **Objective:** To compare disease characteristics, quality of life and economic burden between patients with psoriasis and eczema. **Methods:** Total 198 patients with psoriasis and 117 patients of eczema were selected for questionnaire survey using SF-36 scale and Skindex-29 scale in Dermatology Hospital of the Chinese Academy of Medical Sciences from June 2011 to March 2012. **Results:** ① A total of 313 questionnaires were valid, of which 196 cases were psoriasis with the male to female ratio is 1.88:1, and 117 cases in the control group with male to female ratio is 1.25:1. Psoriasis was compared with eczema in terms of the social behavior, such as smoking, drinking, sleeping, diet limitation, suicide tendency, et al. And we found that psoriasis had a higher percentage than eczema in smoking, sleeping, and suicidal tendency ($P < 0.01$). ② Comparing the quality of life between patients with psoriasis and eczema by SF-36 and Skindex-29 scales, we found that patients with psoriasis had a lower quality of life than patients with eczema ($P < 0.01$). ③ The economic burden of psoriasis is more serious than that of the control group. **Conclusion:** The results of psoriasis and eczema were generally similar to the previous studies. However, psoriasis had a significantly higher proportion of smoking, drinking, suicidal tendencies. Although psoriasis and eczema were both skin diseases, the psoriasis had a much lower quality of life than the eczema, health workers should pay much attention to the quality of life of patients with psoriasis when in diagnosis and treatment. The economic burden of psoriasis was more severe than that of eczema. Therefore, health policy-making department should pay much more attention to psoriasis with severe economic burden.

Key words: psoriasis; eczema; quality of life; economic burden