

复方参蓉汤加减治疗脾肾两虚型斑秃的临床疗效观察

马颖^{1,2}, 纳猛¹, 杨恩品²

(1. 云南省开远市人民医院皮肤科, 云南 开远 661000; 2. 云南中医药大学第一附属医院, 云南 昆明 650021)

【摘要】 目的 观察复方参蓉汤对脾肾两虚型斑秃的疗效及安全性, 为健脾益肾法治疗脾肾两虚型斑秃提供临床依据。**方法** 将同期收治的66例脾肾两虚型斑秃患者61例随机分为两组, 试验组31例、对照组30例。试验组口服复方参蓉汤, 对照组口服健脾益肾颗粒; 两组均外擦0.1%他克莫司软膏。疗程共12周, 患者每周复诊1次, 在治疗前及每4周末记录患者皮损积分, 在治疗前及治疗结束时检测血清CD₄⁺、CD₈⁺T淋巴细胞的水平、皮肤镜下靶皮损改变并进行数据分析。**结果** 治疗后, 试验组总有效率为90.32%; 对照组为76.67%, 两组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 两组SALT评分、中医证候评分、终毛数密度、DLQI评分, 较治疗前有显著差异($P < 0.05$), 组间比较, 试验组优于对照组。试验组不良反应发生率、复发率显著低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 复方参蓉汤治疗脾肾两虚型斑秃疗效确切, 较健脾益肾颗粒有明显优势。皮肤镜在毛发疾病的诊断、鉴别、判定疗效方面显示了良好的应用前景。

【关键词】 斑秃; 复方参蓉汤; 脾肾两虚; 临床观察

中图分类号: R243; R758.71 文献标志码: A doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.003

Clinical observation of compound shenrong decoction in treating alopecia areata with deficiency of spleen and kidney

MA Ying^{1,2}, NA Meng¹, YANG En-pin²

(1. Department of Dermatology Kaiyuan People's Hospital of Yunnan, Kaiyuan, Yunnan 661000, China; 2. The First Affiliated Hospital of Yunnan University of Traditional Chinese Medicine, Kunming, Yunnan 650021, China)

【Abstract】 Objective To observe the efficacy and safety of compound Shenrong decoction on alopecia areata with deficiency of spleen and kidney, and to provide clinical basis for strengthening spleen and enriching kidney in the treatment of alopecia areata with deficiency of spleen and kidney. **Methods** 66 patients with alopecia areata with deficiency of both spleen and kidney were randomly divided into two groups. A total of 61 effective cases were obtained, including 31 cases in experimental group and 30 cases in control group. The experimental group was given compound Shengrong decoction orally. The control group received Jianpi Yishen Granules orally. Both groups were applied 0.1% tacrolimus ointment. The treatment course was 12 weeks, patients were visited once a week, and the skin lesion scores were recorded before treatment and every 4 weekends. The serum CD₄⁺ and CD₈⁺T lymphocyte levels were detected before and at the end of treatment, and the changes of target skin lesions under dermoscopic conditions were analyzed. **Results** After treatment, the total effective rate of the experimental group was 90.32%. The control group was 76.67%, and the difference between the two groups was statistically significant ($P < 0.05$); Salt score, TCM syndrome score, final hair density and DLQI score were significantly different between the two groups ($P < 0.05$), the experimental group was better than the control group. The incidence of adverse reactions and recurrence rate in the trial group were significantly lower than those in the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** Compound Shenrong Decoction has definite curative effect on alopecia areata with deficiency of spleen and kidney, and has obvious advantages over Jianpi Yishen Granules. Dermoscopy has a promising application prospect in the diagnosis, differentiation and curative effect determination of hair diseases.

【Key words】 Alopecia areata; Compound shenrong decoction; Spleen and kidney deficiency; Observation of curative effect

斑秃 (alopecia areata) 是一种非瘢痕性脱发, 该病发病率国外报道为 0.1% ~ 0.2%, 我国为 0.27%^[1]。该病有一定自愈倾向, 但多限于轻型患者, 重度斑秃治疗困难, 复发率高。

斑秃的病因病机未完全明确, 目前现代医学多认为是遗传易感性基础上, 由复杂的多种激发因素介入, 导致细胞免疫为主的特异性自身免疫疾病^[2]。其中 CD₈⁺ 和 CD₄⁺T 淋巴细胞所起的作用尤为重要, CD₄⁺T 淋巴细胞主要是激活巨噬细胞, 同时产生 INF 和 TNF 等, 引起局部炎症反应; CD₈⁺T 淋巴细胞经活化后可分泌细胞毒素、诱导细胞凋亡以及杀死带抗原的靶细胞, 两者协同作用导致毛囊受损, 毛发脱落。

中医认为“发为血之余”, 毛发的健康生长有赖于气血精 (津) 液的荣养。脾胃为后天之本, 气血生化之源, 脾胃受损, 运化功能失常, 则气血生化乏源, 头发生长无基, 可发为斑秃; 肾其华在发, 为五脏阴阳之本, 藏精之处, 精化血, 精血旺盛, 则毛发粗壮而润泽, 精血亏虚, 则发枯脱落。因此, 毛发的生长与脱落, 与脾胃的关系尤为密切。

皮肤镜是一项无创性、简便的诊断技术, 它使肉眼不可见的形态学特征得以显现, 从而将传统视诊与微观观察紧密联系起来, 可以更准确地了解毛发微观变化, 提供决策依据。皮肤镜图像分析技术应用于毛发性疾病的辅助诊断及疗效判定国内的相关报道也比较

少。本课题在病证结合临床研究的同时,通过引入皮肤镜观测来提供更客观的证据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择同期收治符合脾肾两虚型斑秃诊断标准的患者61例。所有患者均符合《中国临床皮肤病学》第3版、1977年原卫生部《中药新药临床研究指导原则》中关于斑秃的诊断及分期标准。同时符合《中医诊断学》第10版中关于脾肾两虚的诊断标准。主症:①毛发干枯无泽;②食少纳呆;③体倦乏力;④腰膝酸软;⑤畏寒肢冷。次症:①面色萎黄,大便异常(溏、烂、先硬后溏、时溏时硬);②小便清长或夜尿多。舌脉象:舌质淡,苔薄白,脉细弱。具备主症2项、次症1项及舌脉象符合者即可诊断。

1.2 排除标准及终止标准 ①年龄<18岁或>65岁;②在孕期、准备妊娠或哺乳期妇女;③假性斑秃、瘢痕性秃发、某些疾病(梅毒、头癣)引起的秃发、有明确药物和理化因素引起的脱发;④合并严重心脑血管、造血系统疾病,严重肝、肾功能损伤者及精神病患者;⑤已知使用本试验所用药物出现过敏或严重不良反应者;⑥已知正在参加其他临床研究试验者。

1.3 试验方法 试验组口服复方参蓉汤(党参30g、肉苁蓉30g、茯苓30g、白术20g、当归15g、丹参30g、淮山药30g、黄芪30g、炙黄精30g、淫羊藿15g、菟丝子15g、防风15g、生甘草10g),煎6袋,每次1袋(150ml),3次/d,饭后服用。对照组口服健脾益肾颗粒(重庆希尔安药业有限公司),每次1袋(30g),3次/d,饭后服用。实验组及对照组同时使用0.1%他克莫司软膏[安斯泰来制药(中国)有限公司]外擦皮损处,1次/晚。用药期间注意精神放松,作息规律,饮食均衡,忌辛辣、油腻、刺激性食物。适度洗头,(2~3)天一次,洗头时水温不宜过高或过凉,不烫、染发。

1.4 疗程 每周复诊1次,共12周,治疗前及治疗后每4周末就诊时填写评分表,疗程结束进行疗效判断。疗程结束后随访3个月,统计复发情况。

1.5 观察指标及记录方法

1.5.1 脱发面积评分 治疗前后,采用SALT分数对患者予以评估。评分计算方法:①如图1所示,将头皮分为左颞区、右颞区、顶区、枕区,四个区域分别占总头皮面积的18%、18%、24%、40%(整个头部面积为100分,每个区域同比换算为18分、18分、24分、40分)。②如图2所示,将各个区域再等分为四个区域,左、右颞区按从左到右、自上而下的顺序每小块分别占5分、4分、4分、5分,项区各10分,枕区各6分。③以图3患者左颞区为例,SALT评分为 $5 \times [100 - 0 \text{ (剩余毛发百分数约为0)}] \% + 4 \times (100 - 0) \% + 4 \times (100 - 12.5) \% + 5 \times (100 -$

$15) \% = 5 + 4 + 3.5 + 4.25 = 16.5$ 分;最后将四个区域的分数相加即为该患者的SALT分数。④根据以上SALT评分对患者的病情进行分级,轻度:SALT分数 ≤ 25 ;中度: $25 < \text{SALT分数} \leq 50$;重度: $50 < \text{SALT分数} < 99$;完全性脱发:SALT分数=100。

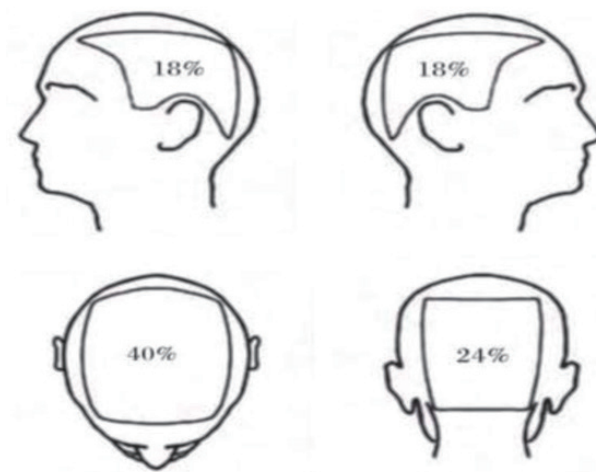


图1 脱发面积评分法

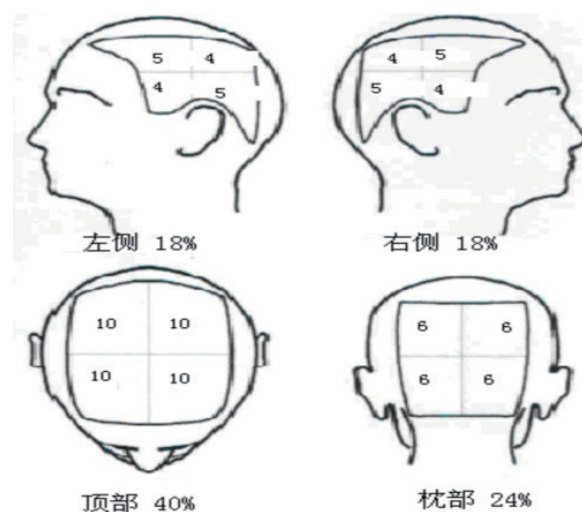


图2 各区脱发面积评分法



图3 脱发面积实例

1.5.2 中医证候积分 ①食少纳呆,无计0分,有计1分;②体倦乏力,无计0分,有计1分;③腰膝酸软,无计0分,有计1分;④畏寒肢冷,无计0分,有计1分;⑤大便异常,无计0分,有计1分;⑥小便异常,无计0分,有计1分;⑦舌、脉详细记录,不计分。

1.5.3 外周血T淋巴细胞亚群检测 治疗前及治疗

结束时各检查1次,统计血清 CD_4^+ 、 CD_8^+ T淋巴细胞的水平(正常参考值范围: CD_4^+ 为31%~60%; CD_8^+ 为13%~41%)。

1.5.4 皮肤镜疗效判定标准 皮肤镜疗效判定标准:纳入患者在治疗前及治疗结束时各检查1次,测得靶皮损内终毛数密度(毛发根数/靶皮损面积)的变化,经自身对照评价疗效(皮肤镜, Photomax, 生产制造商:奥地利 Derma Medical System)。采集与测量方法:随机选择一块脱发区域为靶皮损,在靶皮损区随机采集5副高清晰图像。将图片平均分成4份,取毛发密度分布居中的1份进行统计终毛根数,再乘以4份,采集的5幅图像计算总数后取平均值。如图4所示。



图4 皮肤镜疗效判定示意图

1.5.5 生活质量指数评分 DLQI量表中文版共有10个问题,内容主要是在过去1周内,皮肤疾病给患者带来的影响,分值与受试者生活质量受到的影响程度呈正性相关,分值越低说明对其生活影响越低;反之,则影响越高。

1.5.6 安全性观测 ① 生命体征等一般体检项目。② 血常规、大便常规、尿液分析。③ 肝、肾功能检测,心电图检查。以上指标,治疗前后各检测1次。

1.5.7 疗效判定 痊愈:毛发停止脱落,脱发区全部长出新生毛发,分布均匀,色泽与健康毛发一致,拉发试验阴性;显效:毛发停止脱落,脱发再生达70%以上,分布较均匀,色泽接近正常,拉发试验阴性;有效:毛发停止脱落,脱发再生达30%以上,分布较均匀,色泽接近正常,包括毳毛及白发,拉发试验阴阳皆可;无效:毛发再生不足30%或仍继续脱落,分布不均匀,毳毛及白发,拉发试验阳性。头发再生率=(治疗之前的SALT评分-治疗之后的SALT评分)÷治疗之前的SALT评分×100%,总有效率=(痊愈例数+

显效例数+有效例数)÷总例数×100%。

1.6 统计学方法 采用SPSS 23.0统计软件。计数资料以(n , %)表示,使用卡方检验;计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,使用秩和检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效 经治疗后,试验组31例,痊愈4例,显效14例,有效10例,无效3例,总有效率为93.50%;对照组痊愈2例,显效11例,有效9例,无效8例,总有效率为73.30%,两组总有效率比较,试验组优于对照组。经秩和检验,差异具有统计学意义($Z = -1.29$, $P < 0.05$)。

2.2 皮损积分(SALT)比较 治疗8周后两组患者的SALT评分较治疗前开始显著降低,说明两种疗法起效时间基本相同,本研究两组患者在SALT评分下降方面,组间比较差异有统计学意义,试验组优于对照组。同时总有效率比较,试验组高于对照组,差异有显著差异($P < 0.05$),展示了复方参蓉汤在治疗脾肾两虚型斑秃方面的优势。详见表1、图5。

表1 皮损积分(SALT)治疗前、后比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗4周后	治疗8周后	治疗12周后
实验组	31	37.00±46.00	35.00±37.00	21.00±31.00	15.00±21.00
对照组	30	35.00±44.25	33.50±40.50	29.00±39.00	23.00±29.75
Z		0.01	-0.13	-2.01	-2.34
P		> 0.05	< 0.05	< 0.01	< 0.01

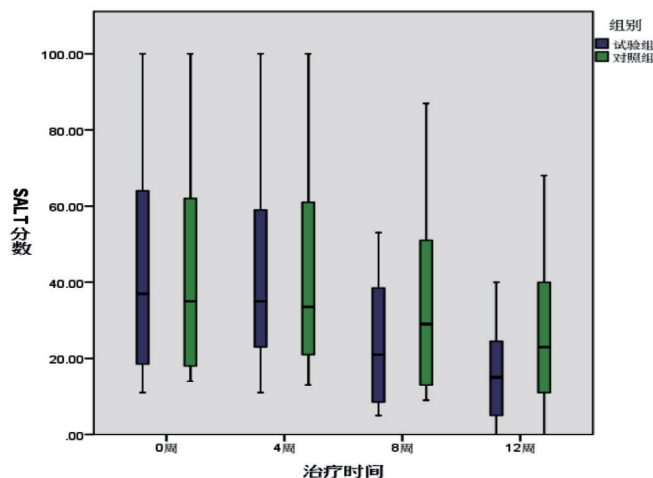


图5 两组患者治疗前后皮损积分(SALT)比较图

2.3 两组患者治疗前后中医证候积分比较 治疗前实验组及对照组中医证候积分分别为(2.00±3.00)分及(2.00±2.00)分,两组比较差异无统计学意义($Z = -0.57$, $P > 0.05$)。治疗后两组中医证候积分分别为(2.00±2.00)分及(2.00±1.25)分,经秩和检验,两组治疗前后中医证候积分组内比较,差异具有统计学意义($Z = -3.10$, $P < 0.01$);两组组间比较,差异无统计学意义($Z = -0.97$, $P > 0.05$)。详见图6。

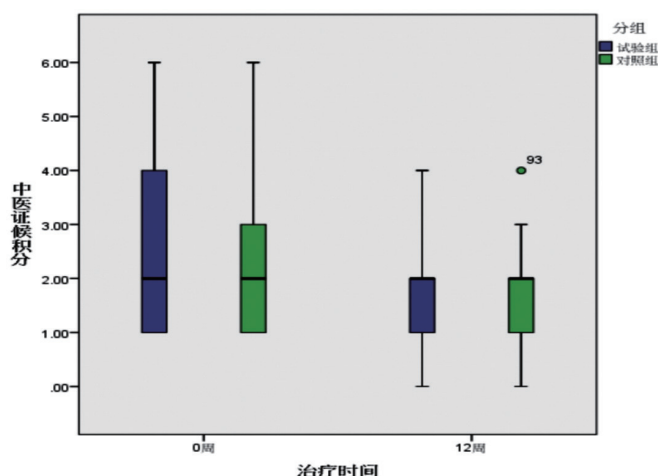


图6 两组患者治疗前后中医证候积分比较

2.4 两组患者治疗前后外周血清 CD_4^+ 、 CD_8^+ 水平检查结果比较 治疗前后两组外周血 CD_4^+ 、 CD_8^+ 细胞相对计数组内比较,差异无统计学意义。两组治疗结束后外周血 CD_4^+ 、 CD_8^+ 细胞相对计数值两组组间比较,经 t 检验, $t=0.86$, $P > 0.05$,差异无统计学意义。详见表2。

2.5 两组患者治疗前后皮肤镜下终毛数密度比较 数据结果显示试验组治疗后终毛数密度高于对照组,差异有统计学意义, $P < 0.01$ 。详见表3、图7。

表2 治疗前、后外周血 T 淋巴细胞亚群数值比较表 ($\bar{x} \pm s$, %)

组别	n	CD_4^+		CD_8^+	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组	31	44.57±9.45	43.30±9.36	29.13±6.85	28.91±6.19
对照组	30	42.30±7.36	42.33±7.10	28.55±6.46	29.03±6.25

表3 治疗前、后皮肤镜下终毛数密度比较表 ($\bar{x} \pm s$, 根/cm²)

组别	n	治疗前	治疗12周后	Z	P
实验组	31	33.00±18.00	155.00±35.001	-4.86	< 0.01
对照组	30	35.00±15.50	24.00±53.50	-4.78	< 0.01
Z		-0.37	-3.52		
P		> 0.05	< 0.01		

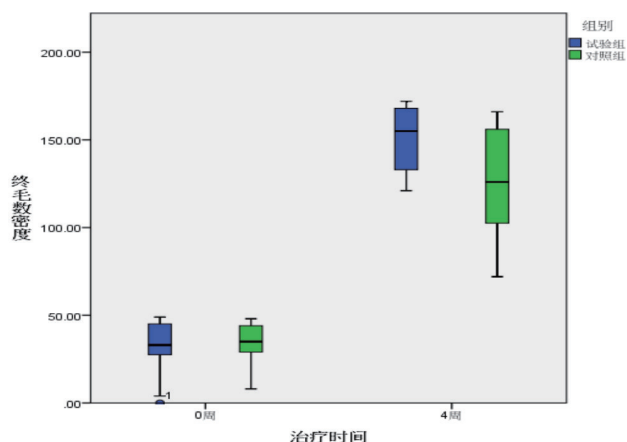


图7 治疗前、后皮肤镜下终毛数密度比较

2.6 两组患者治疗前后皮肤生活质量指数 (DLQI) 评分比较 两组治疗前后生活质量指数 (DLQI) 评分差异有统计学意义,具有可比性。两组间比较, $P > 0.05$,差异无统计学意义。详见表4、图8。

2.7 两组患者安全性观测 (不良反应发生率) 比较 试验组和对照组均无严重不良反应发生,试验组有2例患者,对照组有5例患者出现便秘,减少服药次数后症状消失。试验组不良反应发生率低于对照组。经卡方检验, $X^2=5.94$, $P < 0.05$,差异有统计学意义。

2.8 两组患者复发情况比较 实验组痊愈及显效18例,复发2例;对照组痊愈及显效14例,复发6例,试验组复发率低于对照组。经卡方检验, $X^2=4.23$, $P < 0.05$,差异有统计学意义。

表4 两组患者治疗前后皮肤生活质量指数比较表 (DLQI) ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗12周后	Z	P
实验组	31	13.00±8.00	7.00±10.00	-4.88	< 0.05
对照组	30	13.00±8.25	8.00±8.75	-4.68	< 0.05
Z		-0.08	-0.88		
P		> 0.05	> 0.05		

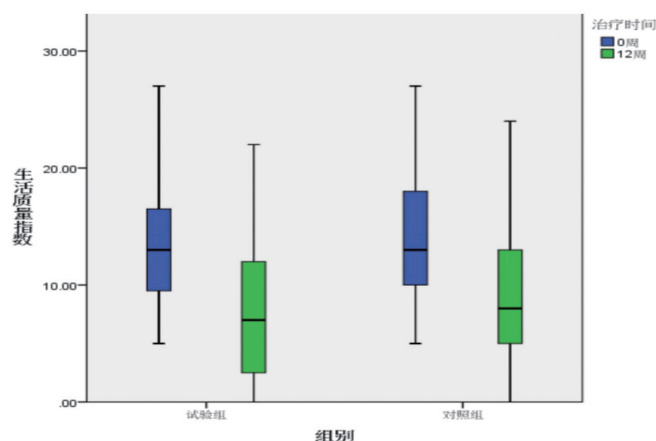


图8 两组患者治疗前后皮肤生活质量指数比较表

3 讨论

3.1 脾肾两虚与斑秃 脾运化功能健旺,则机体的消化吸收功能健全,为化生气、血、津液提供足够的养料,使脏腑、经络以及筋肉皮毛等组织得到充分的营养,而进行正常的生理活动。刁本恕重视脾胃在斑秃发病中的作用,认为脾胃为后天之本,气血生化之源,补脾胃是治疗斑秃的关键^[3]。现代社会,人们的饮食结构发生了明显改变,过食肥甘厚味、醇酒炙烤,导致以脾虚为基础的疾病越来越多。在斑秃的发病中,脾虚也是重要的原因之一,一方面,脾虚则气血生化无源,毛发失养;另一方面,脾虚日久,运化失司,水湿、痰饮留置体内,阻滞经络毛窍,导致脱发。中医认为肾其华在发,头发的营养虽然来源于血,但头发的生机,根源于肾气。青壮年肾气充盛的人,头发茂密光泽;年老

体弱、肾气虚弱的人,往往毛发容易枯槁脱落。未老先衰、头发枯萎、早脱早白者,与肾中精气不足和血虚有关。

复方参蓉汤以党参、肉苁蓉为君,党参甘温益气,健脾养胃;肉苁蓉补肾阳,益精血,两药相合,补而不燥,滋而不腻。臣以白术、黄芪、当归、丹参、炙黄精、淮山药。白术苦温,健脾燥湿,加强益气助运之力;黄芪大补脾肺之气,以资化源,使气旺血生,配以少量当归、丹参养血活血,则阳生阴长,炙黄精和淮山药皆为气阴双补之品,两药相合,加强君药健脾益肾之功。佐以茯苓、淫羊藿、菟丝子、防风。茯苓甘淡,健脾渗湿,苓术相配,则健脾祛湿之功益显,淫羊藿、菟丝子补益肝肾,加强君药之力,以防风外散风邪,与黄芪相配,补中寓疏,散中寓补,则达到益气祛风之效。使以甘草,益气和中,调诸药。全方温而不燥,补而不峻,共奏益气健脾补肾之功。

3.2 从免疫学角度探讨补脾肾的作用 现代医学认为斑秃是在遗传易感性基础上,由复杂的多种激发因素介入,导致细胞免疫为主的特异性自身免疫性疾病^[4]。相关研究认为,脾、肾功能的盛衰与机体免疫功能的强弱关系密切。现代对中医脾的研究认为,中医脾的概念不仅主管消化吸收,且与机体免疫功能密切相关^[5]。脾虚证与免疫器官、非特异性免疫、体液免疫以及免疫遗传学等方面异常改变均有极为显著的相关性^[6]。通过健脾能调整机体免疫器官及细胞免疫、体液免疫功能。肾中精气为机体正气之本,对机体的免疫功能起着重要的调节作用^[7]。肾虚患者免疫功能多有受损,应用补肾益精的药物可以明显改善病理状态^[8]。

现代药物机理研究显示,党参、肉苁蓉、茯苓、淮山药等药物能多方面对免疫功能进行调节。当归、白术、淫羊藿能促进血红蛋白及红细胞的生成,能增加心脑血管血流量。黄芪能增强非特异性免疫、特异性免疫功能。菟丝子有雌激素样作用和抗衰老作用。甘草有类似肾上腺皮质激素样作用,有抗炎、抗过敏作用。本课题通过临床观察,也初步验证了通过复方参蓉汤健治斑秃脾肾两虚型有明显疗效。展示了复方参蓉汤在治疗脾肾两虚型斑秃方面的优势。健脾益肾颗粒是临床常用中成药,大量文献报道了其对于肿瘤、COPD等疾病的疗效,复方参蓉汤则在健脾益肾的同时更注重对毛发的针对性治疗,为治疗脾肾两虚型斑秃的诊治提供了依据。

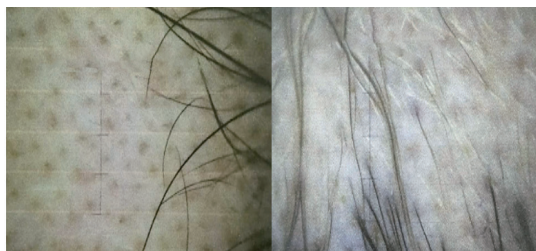
3.3 斑秃的发病机制探讨 斑秃的病因及发病机制复杂,现代医学多认为,该病是一种组织特异性的自身免疫性疾病,与毛囊周围的 CD_4^+ T及 CD_8^+ T淋巴细胞比例失衡有关。本研究两组治疗前后外周血 CD_4^+ 、 CD_8^+ 细胞水平检测结果比较显示:参与试验的少部分患者治在治疗前存在外周血 CD_4^+ 、 CD_8^+ 细胞水平数

值的异常,但大部分患者外周血 CD_4^+ 、 CD_8^+ 细胞水平未见明显异常,且治疗前后差异无统计学意义($P > 0.05$)。分析原因一方面可能是参与研究样本量较少,另一方面是检验取材为患者外周血而非脱发区头皮组织活检,本课题受条件所限,未能进一步作相关研究,今后可作更深入的探讨。同时关于T淋巴细胞与斑秃的相关性,近年也有新假说提出,如章星琪认为斑秃不是经典的自身免疫性疾病,而是免疫相关性疾病,斑秃的临床、病理和发病机制研究中都具有与其他自身免疫性疾病有不同的地方。其提出的相关假说提示免疫系统中异常的成分可能是在效应的炎症阶段,而不是主宰自身免疫的T或B细胞^[9]。

3.4 皮肤镜在毛发疾病中的应用探讨 皮肤镜在斑秃的诊断、鉴别诊断、病情评估、疗效评价中具有重要的价值,其中黄点征为斑秃诊断的初筛指标,黑点征、断发、感叹号样发是诊断斑秃的特异性指标,同时可作为判断斑秃病情进展情况及严重程度的重要指标^[10-12]。短毳毛出现可作为斑秃治疗显效的重要指标^[13]。本试验通过皮肤镜下靶皮损观察终毛数密度的变化以了解患者毛发恢复情况。两组患者治疗前后皮肤镜下终毛数密度差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。且试验组治疗后终毛数密度高于对照组,差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。说明皮肤镜在斑秃微观检测上有明显优势,值得推广应用。详见图9。



进展期,可见感叹号样发 进展期,可见黑点征



静止期,以黄点征为主 恢复期,可见大量毳毛

图9 斑秃的皮肤镜下表现

4 小结

本课题采用随机对照的研究方法,初步探讨了复方参蓉汤对脾肾两虚型斑秃的疗效。从健脾益肾入手,先后天并重辨治斑秃,并从现代免疫学角度进行机理探讨,为斑秃临床研究提供新的思路。皮肤镜在毛发疾病中的应用在国内报道还较少,本研究应用皮肤镜动态观察斑秃毛发及毛囊情况,发(下转第332页)

- men who have sex with men in South Africa: the mediating role of attitudes toward condoms[J]. *J Health Psychol*, 2014, 19(10): 1271–1278.
- [7] Rocha G M, Kerr L R, De B A M, et al. Unprotected receptive anal intercourse among men who have sex with men in Brazil[J]. *AIDS Behav*, 2013, 17(4): 1288–1295.
- [8] Pescatore N A, Pollak R, Kraft C S, et al. Short Communication: Anatomic Site of Sampling and the Rectal Mucosal Microbiota in HIV Negative Men Who Have Sex with Men Engaging in Condomless Receptive Anal Intercourse[J]. *AIDS Res Hum Retroviruses*, 2018, 34(3): 277–281.
- [9] Pines H A, Gorbach P M, Weiss R E, et al. Individual-Level, Partnership-Level, and Sexual Event-Level Predictors of Condom Use During Receptive Anal Intercourse Among HIV-Negative Men Who Have Sex with Men in Los Angeles[J]. *AIDS Behav*, 2016, 20(6): 1315–1326.
- [10] Chu J H, Huang J H. Psychosociobehavioral characteristics associated with high condomless anal intercourse intention: a comparison of receptive, versatile, and insertive MSM in Taiwan[J]. *AIDS Care*, 2019(2): 1–9.
- [11] Card K G, Lachowsky N J, Cui Z, et al. Exploring the role of sex-seeking apps and websites in the social and sexual lives of gay, bisexual and other men who have sex with men: a cross-sectional study[J]. *Sex Health*, 2017, 14(3): 229–237.
- [12] Sapsirisavatt V, Phanuphak N, Keadpudsa S, et al. Psychosocial and Behavioral Characteristics of High-Risk Men Who Have Sex with Men (MSM) of Unknown HIV Positive Serostatus in Bangkok, Thailand[J]. *AIDS Behav*, 2016, 20(3): 386–397.
- [13] 黄冰雪, 阿比旦·艾尼瓦尔, 田恬, 等. 不同性角色男男性行为人群的肛周人乳头瘤病毒感染及影响因素分析[J]. *中华疾病控制杂志*, 2017, 21(12): 1236–1240.
- [14] 戴丽萍, 姜宜海, 刘奇, 等. 2009年广州市越秀区1596名男男性接触者艾滋病相关危险行为及其影响因素分析[J]. *疾病监测*, 2011, 26(12): 972–975.
- [15] Li A, Varangrat A, Wimonasate W, et al. Sexual behavior and risk factors for HIV infection among homosexual and bisexual men in Thailand[J]. *AIDS Behav*, 2009, 13(2): 318–327.
- [16] 陈楚莹, 王曼, 汪涛, 等. 中山市不同性角色男男性行为人群艾滋病、梅毒感染及相关行为特征分析[J]. *公共卫生与预防医学*, 2016, 27(1): 53–56.

(上接第324页) 现比肉眼观察更加精确, 为皮肤镜在斑秃中的应用提供了临床依据。

参考文献:

- [1] 王婷琳, 沈佚薇, 周城, 等. 中国六城市斑秃患病率调查[J]. *中华皮肤科杂志*, 2009, 42(10): 668–670.
- [2] 章星琪. 重症斑秃的治疗策略[J]. *中国医学文摘(皮肤科学)*, 2016, 33(4): 471–474.
- [3] 李国臣. 刁本恕多元疗法治疗小儿斑秃经验[J]. *中国中西医结合儿科学*, 2010, 2(3): 219–220.
- [4] 王琳, 高琳, 王华. 斑秃患者外周血T淋巴细胞亚群及CD₄⁺/CD₂₅⁺调节T细胞的检测[J]. *中国皮肤性病学杂志*, 2008(11): 647–648+654.
- [5] 曾庆祥, 衷诚伟. 异功散及其加味方对小儿脾虚证患者临床疗效及免疫功能的影响[J]. *中医杂志*, 2003, 44(3): 197–198.
- [6] 修宗昌, 余绍源, 黄穗平. 脾虚免疫学机制[J]. *中国中医药信息杂志*, 2003, 10(4): 10–13.
- [7] 郑娜, 王奇, 尹琳琳. 补肾中药治疗多发性硬化的研究进展[J]. *中华中医药学刊*, 2017, 35(3): 573–575.
- [8] 杨黎青. 免疫学基础与病原微生物学[M]. 2版. 北京: 中国中医药出版社, 2017: 105–110.
- [9] 章星琪. 斑秃发病机理探讨[J]. *皮肤性病诊疗学杂志*, 2015, 22(2): 144–147.
- [10] 赵莹, 蔡泽明, 巩毓刚, 等. 斑秃皮损的皮肤镜影像及其与临床病理的关系[J]. *中华皮肤科杂志*, 2011, 44(1): 30–34.
- [11] Ross E K, Vincenzi C, Tosti A. Videodermoscopy in the evaluation of hair and scalp disorders[J]. *J Am Acad Dermatol*, 2006, 55(5): 799–806.
- [12] Inui S, Nakajima T, Nakagawa K, et al. Clinical significance of dermoscopy in alopecia areata: analysis of 300 cases[J]. *Int J Dermatol*, 2008, 47(7): 688–693.
- [13] 庄娘桥, 唐旭华, 李俊珊, 等. 96例斑秃皮肤镜临床表现分析[J]. *皮肤性病诊疗学杂志*, 2015, 22(5): 366–369.