



学校代码: 10132

学 号: 2017110150

中图分类号: R257.9

内蒙古医科大学

INNER MONGOLIA MEDICAL UNIVERSITY

# 硕士学位论文

## 蒙古族斑秃患者中医证型 与中医体质分型的相关性研究

Study on the Correlation between TCM Syndromes and TCM  
Constitution of Mongolian Alopecia Areata Patients

学科专业: 中医外科学

研 究 生: 安佳旭

指导教师: 于希军 教授

完成时间: 二〇二〇年五月

## 内蒙古医科大学学位论文原创性声明

**郑重声明：**本人所呈交的学位论文是在导师指导下，独立进行研究所取得的研究成果。除文中特别加以标注引用的内容外，本论文内容不包含其他个人或集体已经公开发表或撰写过的研究成果。对本文的研究做出重要贡献的个人和集体，均已在文中以明确方式标明。本人学位论文与资料若有不实，愿意承担一切相关的法律责任。

论文作者签名\_\_\_\_\_

年      月      日

## 学位论文版权使用授权书

本人完全了解学院有关保留、使用学位论文的规定，同意学院保留并向国家有关部门或机构送交论文的复印件和电子版。学院享有发表、复制、查阅、借阅及申请专利等权利。可以采用影印、缩印或扫描等复制手段保存和汇编学位论文。同时本人保证：毕业后发表、使用学位论文以及结合学位论文研究课题再撰写的文章，作者署名单位一律为内蒙古医科大学。

论文作者签名\_\_\_\_\_

指导教师签名\_\_\_\_\_

年      月      日

年      月      日

# 目 录

中文摘要.....	(1)
英文摘要.....	(3)
论文题目.....	(5)
前言.....	(5)
临床资料.....	(5)
试验数据与数据结果分析.....	(8)
讨论.....	(12)
结论.....	(16)
不足与展望.....	(16)
参考文献.....	(18)
文献综述.....	(20)
参考文献.....	(30)
缩略语.....	(34)
附表.....	(35)
攻读学位期间发表文章情况.....	(44)
个人简介.....	(45)
致谢.....	(46)

## 中 文 摘 要

**目的** 通过数据统计了解蒙古族斑秃患者（Alopecia Areata, AA）与中医体质(TCM Constitution)分型之间是否存在联系,并从地区差异与饮食习惯等方面分析产生的可能原因,为后期临床治疗斑秃提供理论依据。

**方法** 通过收集从2016年1月~2019年4月前来内蒙古医科大学附属医院皮肤性病科门诊就诊的患者信息,根据患者皮肤镜/激光共聚焦显微镜(皮肤CT)等反馈结果将确诊为斑秃的68例蒙古族患者作为实验对象,询问记录斑秃患者一般情况、秃发面积并记录相关信息。同时,从前来我院进行体检的正常蒙古族人群中随机挑选62例作为正常对照组,通过对比发现两组间年龄、性别、民族与斑秃组无明显差异。要求每位受试者填写知情同意书、皮肤病生活质量指标调查表(DLQI)及王琦教授的中医体质辨识表,记录最终结果。分析不同分组患者评分结果差异。

**结果** 1.蒙古族斑秃的发病与体质之间无明显相关关系。在蒙古族斑秃患者中湿热体质最多,而对于正常蒙古族人群中出现最多的是气虚质。2.DLQI评分表中有34名患者集中于11~20分之间,而分值在5分以下的患者仅7个,表明大部分斑秃患者认为该病对其造成了相当困扰。3.共调查患者130例,其中男性57例,女性73例。男女比例1:1.28。斑秃患者年龄多集中在21~40岁之间,共计32人,占斑秃总人数的47.06%。4.斑秃患者中偏颇体质主要分布于湿热质、痰湿质及气虚质为主,其中以湿热质的患者最多,出现次数达到53次,占全部体质出现频次的14.02%;其次为痰湿质,共计50次,占13.23%;气虚质出现48次,占12.69%。斑秃主要证型为血热风燥型,共计出现28次,占全部41.18%;其次为肝肾不足型,共计出现20次,占总数的29.41%。多重复合体质所占比例最多,达到93.85%。5.对计数资料采用 $\chi^2$ 检验,斑秃患者体质类型尚不能说明受到性别影响( $\chi^2=2.241$ ,  $P=0.973$ );斑秃患者体质类型分布不受年龄影响( $\chi^2=10.329$ ,  $P=0.849$ );斑秃体质类型与中医辨证分型之间不具有相关性( $\chi^2=25.450$ ,  $P=0.382$ )。

**结论** 蒙古族斑秃患者中,偏颇体质出现次数最多的为湿热质,其次为痰湿质;同时,蒙古族正常人群中,气虚质最多见,其次为阳虚质。在斑秃患者中,普遍存在心理问题,且分值大部分集中于偏高分段内,表明斑秃会对患者造成相当的生活困扰。在蒙古族斑秃患者正常人群体质数量对比后,斑秃患者中湿热质明显偏多,而湿热质外在表现的形体特征如面部多油,心烦懈怠,性情焦虑等则符合该体质患者的体质描述,

同时该体质符合斑秃血热风燥证型的症候。这提醒我们在临床治疗的过程中，适当考虑患者的体质类型在治疗的过程中可以适当加入清热利湿药并关注其心理状况适当进行心理疏导及增加抗焦虑药物的使用以辅助常规治疗，提高临床治愈率降低复发率。

**关键词：**斑秃，中医体质，生活质量

# Study on the Correlation between TCM Syndromes and TCM Constitution of Mongolian Alopecia Areata Patients

## ABSTRACT

**Objective** Whether there is statistical data by patients with alopecia areata understanding between the Mongolian and Chinese medicine constitution typing in links and possible causes of regional differences in terms of analysis and eating habits, etc., to provide a theoretical basis for late-stage clinical treatment of alopecia areata.

**Methods** By collecting information on patients who visited the dermatology clinic of the Affiliated Hospital of Inner Mongolia Medical University from January 2016 to April 2019, 68 patients were diagnosed with alopecia areata according to feedback results such as dermoscopy / laser confocal microscopy (skin CT). A Mongolian patient was used as an experimental subject, and asked to record the general condition and area of baldness of alopecia areata patients and record related information. At the same time, from the normal Mongolian population who came to our hospital for physical examination, 62 cases were randomly selected as the normal control group. There was no significant difference in age, gender, and ethnicity between the two groups. Each subject was required to complete an informed consent form, a dermatological quality of life questionnaire (DLQI) and Professor Wang Qi's TCM physique identification form to record the final results. Analyze the differences in the scores of patients in different groups.

**Result** 1. There was no significant correlation between the incidence of alopecia areata and physique in Mongolians. Damp-heat constitution is most common in Mongolian alopecia areata patients, and Qi deficiency is most common in normal Mongolian population. 2. There are 34 patients in the DLQI score table concentrated between 11 to 20 points, and only 7 patients with a score below 5 points, indicating that most patients with alopecia areata think the disease has caused them considerable distress. 3. A total of 130 patients were investigated, including 57 males and 73 females. The male to female ratio is 1: 1.28. Most of the patients with alopecia areata are aged 21 to 40 years old, a total of 32

people, accounting for 47.06% of the total number of alopecia areata patients. 4. The patients with alopecia areata are mainly distributed in damp heat, phlegm, and qi deficiency. Among them, there are 53 cases with damp heat, accounting for 14.02% of all patients; followed by phlegm and dampness, a total of 50 cases. It accounts for 13.23%; Qi deficiency occurred 48 times, accounting for 12.69%. The main syndrome types of alopecia areata are blood-heat, wind-dryness type, which occurs a total of 28 times, accounting for 41.18% of the total; followed by liver and kidney deficiency, a total of 20 occurrences, accounting for 29.41% of the total. 5. The  $\chi^2$  test was used for the count data. The physical type of alopecia areata patients could not be explained by the gender ( $\chi^2 = 2.241$ ,  $P = 0.973$ ); Physical type distribution of alopecia areata patients is not affected by age ( $\chi^2 = 10.329$ ,  $P = 0.849$ ); There was no correlation between alopecia areata type and TCM syndrome differentiation ( $\chi^2 = 25.450$ ,  $P = 0.392$ ).

**Conclusion** Among Mongolian patients with alopecia areata, dampness and heat are the most frequent occurrences of physique, followed by phlegm and dampness. At the same time, in the normal Mongolian population, Qi deficiency is the most common, followed by Yang deficiency. In patients with alopecia areata, psychological problems are common, and most of the scores are concentrated in high scores, which indicates that alopecia areata will cause considerable life distress to patients. After comparing the numbers of normal people in Mongolian patients with alopecia areata, the number of moist heat in the patients with alopecia areata is significantly higher, and the physical characteristics such as facial oiliness, upset, and anxiety are consistent with the physique description of patients with alopecia areata. At the same time, the constitution conforms to the symptoms of alopecia areata, blood and hot air dryness. This reminds us that in the process of clinical treatment, due consideration is given to the type of the patient's physique. In the process of treatment, it is possible to appropriately add heat and damp drugs and pay attention to their psychological conditions. Properly conduct psychological counseling and increase the use of anxiolytic drugs to assist conventional treatment and improve The clinical cure rate reduces the recurrence rate.

**Key Words:** Alopecia areata; TCM Constitution; DLQI

# 蒙古族斑秃患者中医证型 与中医体质分型的相关性研究

## 前言

斑秃（Alopecia Areata, AA）是临床皮肤疾病中易诊难治疾病，主要临床表现为患者大多无自觉症状而产生局部毛发成圆形或椭圆形的脱失，少数患者有痛痒及其他异常感觉，部分病情深重者可有眉毛、胡须、腋毛、阴毛等部位的毛发缺失，依据严重程度及部位称为全秃（Alopecia totalis, AT）、普秃（Alopecia universalis, AU）。斑秃的形成因素暂无明确原因，但随着经济发展，生活成本的增加，身体/精神压力倍增，导致斑秃患者人数的上升。同时，不同的风俗习惯、地理环境和饮食差异导致斑秃易感人群对不同体质具有倾向性。据流行病学调查显示，不同地域的发病率略显不同，在美国上世纪 70 年代末发生率约为 2%，而终生发病率约为 2.1%<sup>[1]</sup>，平均发生率约为 1~2%<sup>[2]</sup>之间。斑秃的形成对患者产生了相当的心理压力并对外貌有一定程度的影响，根据国外的研究调查显示<sup>[2]</sup>51.4%的斑秃患者中发现自身免疫性阳性的抗体，同时 8.9%的患者合并其他的免疫性疾病。所以，斑秃的治疗及治疗后的不复发对斑秃患者和临床治疗显得尤为重要。本研究着眼于斑秃与蒙古族体质，对于蒙古族斑秃的治疗及预后可作为一定的理论依据，并对后期的临床研究具有一定的意义。

斑秃在中医无确切统一的名称，旧称“鬼剃头”“油风”“鬼舔头”等<sup>[3]</sup>。中医体质的形成最早可追溯到秦汉时期<sup>[4]</sup>，经近现代数十年的演变传承形成多种不同分类，其中以王琦<sup>[5]</sup>的体质九分法为其中的主要代表。现已有学者<sup>[6]</sup>对斑秃及体质进行研究，本文在总结现有文献的基础上，结合地域与风俗习惯分析蒙古族斑秃患者与中医体质的关系。

## 1 临床资料

### 1.1 研究对象来源

本次研究的全部研究对象均来源于 2016 年 1 月~2019 年 4 月前来内蒙古医科大学附属医院皮肤性病科门诊和前来我院体检中心进行体检的人群，详细记录其姓名、年龄、性别及相关材料。

### 1.2 诊断标准

#### 1.2.1 西医诊断标准



主要参照第二版赵辨《中国临床皮肤病学》的相关标准<sup>[7]</sup>,即患者被他人发现有局限性脱发,患者多无自觉症状,脱发区皮肤正常、光滑、无鳞屑及炎症反应。

(1) 突然发生单个或多个头皮类圆形或不规则的片状脱发区,所有毛发部位均可受及,严重者可形成全部头发脱落的普秃,部分患者可导致全秃,即全身如眉毛、睫毛、阴毛及毳毛等的脱落。

(2) 活动期,皮损边缘拉出的头发显微镜下可见“感叹号”样上粗下细的头发。

(3) 可伴随有甲改变。

(4) 排除其他相似的脱发性疾病,如:布罗克假斑秃、秃发性毛囊炎、药物性脱发、梅毒性脱发、白癣、拔毛癖及外伤性脱发等。

### 1.2.2 中医诊断标准

由于不同中医对斑秃分型具有主观性,难以统一进行辨证。所以本研究以《中医外科学》<sup>[8]</sup>为依据,参考《中医诊断学》<sup>[9]</sup>《中医临床诊疗术语疾病部分》<sup>[10]</sup>《中医皮肤科常见病诊疗指南》<sup>[11]</sup>等。将斑秃分为如下四种类型,即:

(1) 血热风燥:突然脱发成片,偶有头皮瘙痒,或伴头部烘热;心烦易怒,急躁不安;舌质红,苔薄,脉弦。

(2) 气滞血瘀:病程较长,头发脱落前先有头痛或胸胁疼痛等症;伴夜多恶梦,烦热难眠;舌质暗红,有瘀点、瘀斑,苔薄,脉沉细。

(3) 气血两虚:多在病后或产后头发呈斑块状脱落,并呈渐进性加重,范围由小而大,毛发稀疏枯槁,触摸易脱;伴唇白,心悸,气短懒言,倦怠乏力;舌质淡,舌苔薄白,脉细弱。

(4) 肝肾不足:病程日久,平素头发焦黄或花白,发病时呈大片均匀脱落,甚或全身毛发脱落;伴头昏,耳鸣,目眩,腰膝酸软;舌质淡,苔薄,脉细。

### 1.2.3 纳入标准

(1) 年龄大于 10 岁并小于 60 岁;

(2) 符合斑秃诊断标准;

(3) 4 周内未接受过局部或系统治疗;

(4) 无严重肝肾功能障碍及水电解质紊乱者;

（5）患者及上两代均为蒙古族且无外族婚配史。

#### 1.2.4 排除标准

- （1）孕妇及哺乳期妇女；
- （2）布罗克假斑秃、秃发性毛囊炎、药物性脱发、梅毒性脱发、白癣、拔毛癖及外伤性脱发等；
- （3）有严重神经、精神疾病患者；
- （4）其他不适合参加试验的情况；
- （5）患者上两代有外族婚育史，且本人为蒙古族。

#### 1.2.5 剔除标准

- （1）未能按规定完成量表的患者；
- （2）出现严重不良事件。

#### 1.2.6 试验设备

（1）本试验主要采用皮肤病生活质量指标调查表（DLQI）及王琦教授的中医体质辨识表，依据患者症状并结合脉象、舌象进行中医辨证，同时嘱患者核对一般情况后并按要求填写相关表格，再通过 DLQI 量表得分了解患者心理情况的同时将上述结果予以记录整理。

（2）确诊设备采用内蒙古医科大学附属医院皮肤性病科门诊所提供皮肤镜/激光共聚焦显微镜。

#### 1.2.7 相关实验量表

DLQI 量表、中医体质辨识表及知情同意书详见附录。

## 2 实验过程

### 2.1 具体内容及方法

（1）对就诊并确诊为斑秃的患者留取相应门诊号、姓名、性别及相关资料，同时对患者辅助检查结果予以照相记录。

（2）应用数码相机/手机等设备对患者脱发区、舌苔进行拍摄，用以后期评估患者斑秃证型。

（3）嘱患者填写知情同意书（若患者未年满 18 岁，获得其监护人同意后纳入）、体质辨识表并按照近期情况详实填写 DLQI 量表。

（4）全部病例资料收集完成后，将收集的材料进行分类、归纳整理后录入统计软件

处理数据,得出蒙古族正常人群与斑秃之间体质、发病因素及中医分型是否有相关性。

## 2.2 统计方法

本次试验全部数据都将使用 EXCEL 进行归类,采用 SPSS22.0 进行统计分析,计数资料采用 $\chi^2$ 检验,两组间计量资料均数比采用 t 检验,取 0.05 为检验标准, $P<0.05$ 有统计学意义。

## 3 试验数据与数据结果分析

### 3.1 一般情况

本次试验共计 130 例受试者,其中蒙古族斑秃患者 68 例,平均年龄 30.26 岁;男性 31 例,平均年龄 31.13 岁;女性 37 例,平均年龄 29.54 岁;正常人群中 62 例,平均年龄 30.87 岁;男性 26 例,平均年龄 28.58 岁;女性 36 例,平均年龄 33.28 岁。相关数据可见下表。括号中数字为蒙古族斑秃患者人数。

表 1 全部受试者及性别分布

性别	正常人数（患病人数）	占比（%）
男	26（31）	41.94（45.59）
女	36（37）	58.06（54.41）
总计	62（68）	100（100.00）

表 2 全部受试者年龄分布

年龄（岁）	正常人数（患病人数）	占比（%）
10~20	10（18）	16.13（26.46）
21~40	35（32）	56.45（47.08）
41~60	17（18）	27.42（26.46）
总计	62（68）	100（100.00）

在本次试验共 130 例受试者中,分布于 21~40 岁年龄段的人最多, 占全部人数的 51.54%,其次为 41~60 年龄段人群占 26.92%。而斑秃患者同样处于该年龄段的人数最多,而其余两个年龄段人数相同,分别占斑秃患者的 47.08%和 26.46%。研究数据中表明在斑秃患者人群中,青壮年是斑秃主要发病人群,可能由于该年龄段受到工作、学习、社交等因素的原因,影响导致身心压力及负面情绪倍增使该之成为斑秃发病集中的年龄段。

### 3.1 分析结果

表 3 中医分型情况

中医证型	频数	占比（%）
血热风燥型	28	41.18
气滞血瘀型	13	19.12
气血两虚型	7	10.29
肝肾不足型	20	29.41
总计	68	100.00

68 例蒙古族斑秃患者中血热风燥证最多，占全部的 41.18%。

表 4 体质类型分布频次及所占比例

体质类型	患者频次	占比（%）
平和质	32	8.47
气虚质	48	12.69
阳虚质	44	11.64
阴虚质	41	10.85
湿热质	53	14.02
痰湿质	50	13.23
血瘀质	36	9.52
气郁质	39	10.32
特禀质	35	9.26
总数	378	100.00

依据上表结果所示，在总计 68 例患者中，全部体质出现频次为 378 次，其中湿热质出现频次为 53 次，占出现总体质频次的 14.02%。在斑秃患者病例收集中，平和质出现 32 次，占总数的 8.47%，而在 8 种偏颇体质中，出现最多的是湿热质、痰湿质及气虚质，分别占患病体质的 14.02%、13.23%和 12.69%。相对于出现最多的平和质，两类人群中都以虚性体质（阳虚质、阴虚质）为分界线，出现频率相同体质占总体质比例相当，无明显波动，分布相对对称。

表 5 单一及多重体质情况

体质复合情况	一种	两种	三种	三种以上
频数	8	3	6	113
占比（%）	6.15	2.31	4.62	86.92

在全部回收的有效问卷中，单一体质共计 8 例，占全部的 6.15%；复合体质共 122 例，两种体质 3 例，占比 2.31%；三种复合体质 6 例，占比 4.62%；三种以上的复合体质共计 113 例，占整体比重的 86.92%。说明内蒙地区人民体质多倾向于三种及以上。

表 6 中医体质与性别关系

体质类型	性别		$\chi^2$	P 值
	男	女		
平和质	14	18	2.241	0.973
气虚质	23	25		
阳虚质	19	25		
阴虚质	18	23		
湿热质	22	31		
痰湿质	23	27		
血瘀质	16	20		
气郁质	13	26		
特禀质	15	20		
总计	163	215		

通过统计学处理后， $\chi^2=2.241$ ， $P=0.973$ ，差异无统计学意义，所以本试验认为斑秃患者的体质与性别差异无显著关系。

表 7 体质与年龄关系

体质类型	年龄（岁）			$\chi^2$	P 值
	10~20	21~40	41~60		
平和质	7	14	11	10.329	0.849
气虚质	6	32	10		
阳虚质	5	27	12		
阴虚质	7	26	8		
湿热质	6	29	18		
痰湿质	6	29	15		
血瘀质	6	19	11		
气郁质	7	22	10		
特禀质	6	16	13		
总计	56	214	108		

由上表可知， $\chi^2=10.329$ ， $P=0.849$ ，差异没有统计学意义，本试验认为各年龄段之间的体质偏颇尚不能认为具有相关性。

表 8 斑秃患者兼杂体质与中医分型之间的分布

体质类型	中医辨证分型				$\chi^2$	P 值
	血热风燥型	气滞血瘀型	气血两虚型	肝肾不足型		
平和质	9	4	10	9	25.450	0.382
气虚质	11	9	15	13		
阳虚质	10	3	17	14		
阴虚质	7	8	10	16		
湿热质	18	11	12	12		
痰湿质	16	10	13	11		
血瘀质	10	11	6	9		
气郁质	11	12	7	9		
特禀质	11	6	10	8		

总计	103	74	100	101
----	-----	----	-----	-----

由上表可以看出， $\chi^2=25.450$ ， $P=0.382$ ，差异无统计学意义，中医体质与辨证分型之间尚无明显关联。在体质和分型中，重合出现最多的是湿热质血热风燥型和阳虚质气血两虚型。气滞血瘀证型中出现最多的是气郁质，肝肾不足证型中出现最多的是阴虚质。

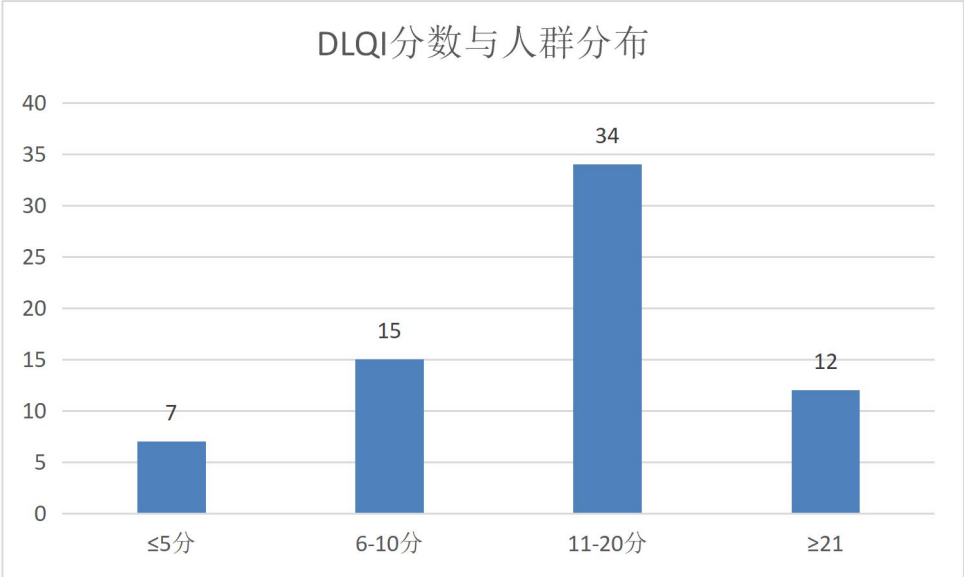


图 1 受试者 DLQI 等级分数与人数分布

由上图可以看出，共计 34 人 DLQI 得分处于 11~20 分段之间，表明斑秃对于患者来说具有相当的影响生活质量的状况存在。

4 讨论

到目前为止对于斑秃现代医学没有找到明确病因，尚无能够满足患者治疗预期的药物，但同时大部分研究学者认为该病为自身免疫性疾病，其主要表现为不明显的头皮或周身有毛发覆盖的部位突然出现的非瘢痕性、类圆形的局限性脱发，该病是皮肤科临床常见的易诊难治的疾病。中医病名繁多，有“鬼剃头”“油风”“鬼舔头”“毛拔”“发坠”等。有研究将其称为“油风脱发”<sup>[10]</sup>，本病不同区域具有不同的发病率，尚无确切数据支持全球发病率，同时本病由于受脱发面积影响，部分患者在起病初期面积较小时不予理会，而本病仍具有一定的自愈性，故难以具体统计。有学者<sup>[12]</sup>统计，其发病率为 1.7%，同样的，在我国有人<sup>[13]</sup>曾对 6 省市斑秃患者进行流行病学调查，在收回的 17345 份问卷调查显示，该病平均患病率约为 0.27%且男性患病率（0.38%）普遍高于女性患病率（0.18%）。该病由于病程迁延，部分患者经年难愈，严重者可以发展为其他部位毛发脱落的全秃和普秃，极大影响了患者的外观，对患者心理、精神都造成沉重负担。中医通过调整阴阳平衡，治疗脱发的同时也提升体内气血平衡，从不

同证型出发,结合地理、生活习惯和个人体质等因素,综合施治,达到“同病异治”的结果。刘渡舟曾用消风凉血的治疗大法治疗血热风燥类型的斑秃<sup>[14]</sup>,对于气滞血瘀证,刘芳<sup>[15]</sup>等查阅大量资料,发现对证用舒肝养血法治疗效果最佳,针对于气血两虚的斑秃患者可用理气活血、气血并举的治疗方法<sup>[16]</sup>,肝肾不足的治疗原则是益肾填精、调血养血,治标的同时治本<sup>[17]</sup>。体质的发展过程贯穿整个中医发展史<sup>[18]</sup>,相对比于现代医学的普遍性,更突出患病个体的特殊性,随着时代的更迭,从“已病”到“治未病”的观念逐渐被大众了解<sup>[19]</sup>。中医体质的应用使得在治疗过程中普遍选方用药的基础上,能够针对个体进行调整,达到因人用药,因病用药。本试验试图分析出蒙古族斑秃患者与中医体质之间的相关性,同时依托于中医体质学说和中医辨证理论,在充分记录详实信息后进行统计。结果显示蒙古族斑秃患者中主要以湿热质及多种复合体质占主导地位,年龄、性别与中医证型及体质之间尚无明显相关关系。DLQI得分主要集中于11~20分段之间,表明斑秃的外在表现对患者平时的生活质量有重度影响,新的医学模式更加体现出了对“人”的整体性和全面性的照顾。而Kuty<sup>[20]</sup>也发现应激、创伤情境以及高度神经质和述情障碍都可以影响斑秃的持续时间并使病情加重。Aghaci<sup>[21]</sup>等发现面部受累与抑郁、焦虑以及神经质都显著相关。

#### 4.1 一般情况及可能原因

本次研究共调查130例患者,男性57人,女性73人,平均年龄为30.76岁,男女比例为1:1.28。患病人数共68人,男性31人,女性37人,男女比例是1:1.19,比例相近。由于女性的经带胎产等生理现象及女性心理相对敏感,精神应激现象相对较多,对外界的刺激接受能力相对薄弱,所以相对于男性来说入选的女性更多。近期的国外研究文章显示<sup>[22]</sup>,斑秃的发生率随着时间的流逝而越来越高,同时还肯定了地区的变化导致的并发率的差异且确认了成年人的发病率要低于儿童。该研究的结论与本文结果具有一致性,相对于成年人来说,儿童身体尚未生长发育完全,脏腑娇嫩,发生机蓬勃。且由于儿童的脾胃功能尚不成熟对于饮食消化能力偏弱,好生食积及脾胃蕴热。同时儿童对于感情控制能力较弱,相对于成年人能够对外宣泄情绪,儿童无法明确表达自己的情绪,易造成肝气郁滞及脾胃的功能障碍,好发疾病。相对比于发病年龄,21~40岁年龄段患者最多,该年龄段患者为青壮年,绝大多数受到学习、工作等外部条件施加的压力。然而丰富的精神文化生活也对夜晚睡眠时间进行了压榨,而睡眠较差的患者阴阳失调更导致脱发的加重<sup>[23]</sup>。游戏、应酬、熬夜等生活方式使患者



已经超负荷的身体状况更加脆弱,加之缺乏体育锻炼及长期的久坐不动,使本就处于难以恢复的脱发区更加缺乏恢复的条件。结合自身情况及多重的环境因素共同导致斑秃患者的脱发及难以恢复。同时,本病的研究样本数量过少,无法证明该病普遍集中于青壮年群体。本病对外貌具有相当的影响,在该年龄段的高发导致其正常的工作、学习进程受到一定的影响,同时影响该群人的社交及日常生活,在与患者沟通过程中,有2名患者在填写生活质量调查表的过程中出现焦虑、紧张的状况,害怕别人问及相关情况,对他人关注过于敏感等情况,通过询问后得知,患者辗转多家医院进行治疗,疗效尚达不到满意程度,且由于患者为女性,对外貌有相当要求,长期的治疗未果与精神压力导致患者精神焦虑,在予患者常规药物治疗后,嘱患者可适当口服“多塞平”后又给予患者心理指导,建议患者降低心理压力,必要时可以求助于心理医生。从收集到的患者人群来看,均为蒙古族人群,地处西北,平均气温较低,冬季相对漫长且干冷,当地人好饮酒,饮食偏重于红白食(奶制品,牛羊等畜肉),喜好高热量食物,如黄油、奶油等动物油脂,好生湿热。从整体情况来看,患病人群中湿热质较多,符合该地区地理环境、饮食习惯等特点。同时,在病史询问过程中,很少有严重及长期患病患者,大部分患者皮损为单发,复发患者较少,但存在迁延不愈反复发作导致皮损多发的患者,符合斑秃流行病学研究中对于发病情况的描述。生存质量的高低取决于对生活质量的要求,斑秃的皮损可以被自己或他人很明显的观察到,这就从一定角度影响了患者的生活质量,随着生活水平的不断改善,更多人对于外观的要求也越来越高,而毛发的缺失在一定程度上影响外观的完整性,阻碍了正常的社交和娱乐活动,而本研究调查得出,该病发病集中于21~40岁,处于社会的主要构成人员,其外貌要求更高于其他年龄段且由于其迫切的治愈期待造成过度关注皮损而忽视了心理因素对患者的生活与心理影响<sup>[24,25]</sup>,所以该年龄段患者在未完全治愈前可使用如假发片等装饰物进行适当掩盖。

#### 4.2 证型分布及可能原因

证型确诊依据:在就诊过程中依据患者的主诉及医生的临床观察,对单一证型者,出现一个主证同时带有至少两个兼证则可确诊为某证型;兼杂证型者以患者最突出的症状和体征为诊断依据,依据患者主要症状及体征结合医生临床观察、诊断,确定其为主要证型,忽略其次要证型。斑秃患者中出现除血热风燥证外,出现最多的是肝肾不足证。传统医学中认为肝藏血,主疏泄,调畅人体的气机的同时还能调节人的情绪。

而毛发的荣枯与否与肾有更直接的关系，中医认为肾藏精，其华在发，肝肾不足既可以导致既有情绪无法条达，血液无法上荣于毛发的同时加重了已发毛发缺失区域的恢复。而血热风燥的原因是时值青壮年体质湿热兼之嗜食肥甘厚味、辛辣之品而辛辣化火加之复感燥热外邪进而导致局部毛发的脱失。在蒙医的理论体系中认为斑秃是由于长期精神紧张、焦虑不安易怒而导致的体内阴阳失调从而使头发脱失<sup>[26]</sup>，这与中医认为的肝气不足所致的疏泄功能异常无法滋润脱发区域皮肤有相同作用。与此同时，肾为“作强之官”是一个人精力生发的器官，肾气不足导致的毛发枯槁，已落毛发不复生长，从侧面反映了人体某些功能已经失衡，而毛发作为肾气充盈的外在表现，其异常情况也可以提醒患病者应改善作息习惯，调整体内阴阳水平，达到阴阳的相对平衡，在补充肝血以柔和情志的同时因人制宜的调整药物用量使肾气逐渐充盈。湿热、痰湿体质的出现与该地区地理环境及人员饮食等有密切关系，内蒙地区地处内陆，位于祖国西北，饮食普遍少蔬菜多肉类，脾运化不及聚湿生痰且滋腻碍胃，阻碍脾散布水谷精微，加重湿浊内蕴久聚体内加之冬季相对漫长，冬季降水后能保持较长时间，造成了阴寒湿邪向内侵入身体，水湿凝聚成痰，阻络中焦，致使脾为湿困，痰湿蕴肺。肺在中医的作用主行水，即一方面能够将脾气运输而来的水谷精微较轻部分及水液进行宣发，另一方面能够将脾气传递来的水谷精微稠厚部分及部分水液进行肃降。如若肺气的宣发肃降功能失常，则水液代谢产生障碍而使功能失调，使内湿凝聚加重脾的运化压力，从而加重湿邪在体内的滞留，形成痰湿体质。随着对斑秃认识的不断加深，越来越多的学者认识到斑秃的产生环节中，心理精神压力是其重要一环，但由于已形成的生活、作息习惯和工作、学习模式，即便进行对症治疗与心理疏导，仍无法在短期内改变其已有模式及观念的转变。针对上诉原因并结合实际情况，建议患者应适当增加蔬菜的摄入，降低酒、肉食等的摄入避免增加体内脏器的代谢压力，同时在久坐等日常工作环境之下适当增加体育运动，加强体质建设降低体内水湿凝结，保证水液代谢的正常运行。降低熬夜频率，改善作息习惯，保证充足睡眠，使身体在睡眠的过程中得到修复。同时，如果有过大的压力及负面情绪，可进行合理的发泄或诉诸于心理医生以调节情绪。

#### 4.3 体质分布及可能原因

体质的形成既禀赋于先天同样也受到后天条件的影响，本试验中除湿热、痰湿体质是由于地理环境和生活习性导致外，出现频次相对较多的仍为虚性体质（气虚质、

阳虚质)。湿热质着重表现为口干口苦,心烦易怒,舌红,苔黄腻,脉滑数等症状,“湿性黏滞”即表达了斑秃病程缠绵同时也指明其难以治愈和易复发的特点,同时“脾喜燥恶湿”,脾虚导致运化不及使湿邪郁久化热从而形成的湿热更加加重了脱发的产生,所以在治疗该种体质所产生的斑秃时应当加入清热滋阴类药物,如女贞子、茯苓、车前子等<sup>[27]</sup>。气虚体质和阳虚体质的出现更多的表现出舌苔淡白,舌边有齿痕,脉细微无力,多见心、脾、肾等脏器功能虚弱,无法正常产生维系毛发生长的动力。临床治疗过程中可使用黄芪、山药、白术等中药<sup>[28]</sup>。从调查报告的收集情况来看,女性患者较多于男性,更可多见于阳虚体质,而对于女性来说,肝为先天之本,在治疗斑秃的过程中,可以适当加入滋补肝肾类的药物,如:枸杞子、女贞子、杜仲、熟地等,以壮肝肾之火的方法调节其阳虚的症状。针对各个患者不同的实际情况与表现,在治疗的过程中适当加入不同的治疗药物用以扶助正气,固守本源。在短期治疗要求快速见到疗效的情况下,可以使用中西医结合的方法,治标的过程中防止其复发,降低患者的经济压力和心理压力。相对比于斑秃人群,正常人群中出现较多的仍为虚性体质(气虚质、阳虚质、阴虚质),其身体情况多以“不足”为主兼夹出现热性体质,对于全部正常人群来说,这种情况出现的可能原因为女性多于男性,其体质相对较弱。从年龄分布来看,全部受试者中出现频次最多的是21~40年龄段的受试者,其主要出现体质为气虚质,该年龄段主要为青壮年,是家庭、社会的主体,从已发表文献来看,中医认为斑秃主要与气血、肝肾联系紧密<sup>[29]</sup>,所以在治疗的过程中应从肝、脾、肾着手,诸药合用,平补肝肾、益生气血<sup>[30]</sup>。且《素问》中记载“久视伤血,久卧伤气,久坐伤肉”,《素问·痿论》载“脾主身之肌肉”,全身肌肉腠理的丰满壮实,都有赖于脾胃的水谷精微及津液的濡养,而久坐、久卧使脾气虚弱,所以在治疗的过程中补脾气养胃气,同时建议该年龄段患者在业余时间增加室外运动,用以弥补日常缺乏的锻炼。

## 5 结论

AA的发病是因患者本体具有易感因素加之外界环境的共同作用,是自身免疫性疾病的一种类型,但其主要的发病机理尚不明了。本研究通过对蒙古族斑秃患者进行问卷调查,整理归纳后发现,对于该地区的蒙古族斑秃患者,其中医分型多见于血热风燥,其次为肝肾不足型。而二者复合则可见于湿热体质血热风燥型斑秃和阴虚体质肝肾不足型斑秃,体质类型与中医证型相符。本研究中暂无明显依据支持全部研究项

目之间具有一定联系，但在蒙古族斑秃患者的中医证型和体质之间具有相当的偏颇，即在全部入选病患的问卷调查中，出现最多的为血热风燥型斑秃和湿热体质，这种体质和证型偏颇趋势在一定程度上能够说明蒙古族斑秃的患病人群对于体质和证型有一定的倾向性，且由于不同患者所受到的应激事件不同最终导致了斑秃的发病。

## 6 不足与展望

本研究立足于蒙古族斑秃患者与蒙古族正常人群，相对于不限制民族的调查，本研究调查受到相当的限制，在调查与解释过程中语言的不通也可能导致结果有些许误差，同时在病例收集的数量上仅为 130 例患者，缺乏大数据样本的调查，且内蒙古地处内陆的地理位置和温带大陆性的气候也决定了本试验结果不具有代表性。同时内蒙古东西跨度较大包含的民族较多，相关体质研究应更具有针对性。然而，本试验统计数据较多，患者填写时间有限难免造成患者的潦草填涂，上诉因素也限制了试验的进一步研究。

## 参考文献

- [1]Clotilde Jackow,Nancy Puffer,Maria Hordinsky,et al. Alopecia areata and cytomegalovirus infection in twins: Genes versus environment?[J]. Journal of the American Academy of Dermatology,1998,38(3).
- [2]Lee J H,Kim H J,Han K D,et al. Incidence and prevalence of alopecia areata according to subtype: a nationwide, population-based study in South Korea (2006-2015).[J]. The British journal of dermatology,2019.
- [3]陈文文,陈雁.斑秃的中医治疗研究进展[J].中国美容医学,2015,24(19):81-83.
- [4]夏美霞,杨振江,彭天强,等.针灸治疗斑秃临床研究进展[J].甘肃中医药大学学报,2017,34(03):86-90.
- [5]王琦.中医体质学[M].北京:人民卫生出版社,2005.
- [6]陈静.斑秃不同分型与中医体质分型及精神因素的相关性研究[D].北京中医药大学,2018.
- [7]赵辨.中国临床皮肤病学(第二版)[M].南京:江苏凤凰科学技术出版社,2017,1324-1331
- [8]陈红风.中医外科学[M].北京:中国中医药出版社,2016:212-213.
- [9]邓铁涛,陈群,郭振球.中医诊断学[M].上海:上海科学技术出版社,2006:94-129.
- [10]中医临床诊疗术语疾病部分[J].成都中医药大学学报,2004(03):62-63.
- [11]中华中医药学会.中医皮肤科常见病诊疗指南.北京:中国中医药出版社,2012
- [12]Dai Ying-Xiu,Tai Ying-Hsuan,Chen Chih-Chiang,et al. Bidirectional association between alopecia areata and major depressive disorder among probands and unaffected siblings: A nationwide population-based study.[J]. Journal of the American Academy of Dermatology,2020.
- [13]王婷琳.中国大陆6省斑秃患病情况流行病学调查[C].中华医学会(Chinese Medical Association)、中华医学会皮肤性病学分会.中华医学会第16次全国皮肤性病学术年会摘要集.中华医学会(Chinese Medical Association)、中华医学会皮肤性病学分会:中华医学会,2010:144.
- [14]蓝海冰,王乐,孙晨,等.王萍“精血同源”论治斑秃经验[J].北京中医药,2019,38(12):1192-1195.
- [15]刘芳,张胜.疏肝养血法治疗斑秃的研究概况[J].中医临床研究,2019,11(32):139-142.
- [16]王远红,方殿伟,王绍莹,等.白郡符以气血为纲辨治皮肤科顽固难治病经验[J].中华中医药杂志,2019,34(09):4087-4090.
- [17]刘亚梅,李红毅,禰国维.禰国维从肝肾阴虚论治斑秃的临证经验[J].中医杂志,2020,61(01):13-16.

- [18] 胡艳,王济,李玲孺,等. 中医体质学的发展及其在治未病领域的实践[J]. 中国医药导刊,2019,21(07):437-441.
- [19] 叶琳琳,周逸敏,鲁玉辉. 叶天士对《黄帝内经》体质理论的继承和发展[J]. 中国中医基础医学杂志,2019,25(11):1499-1501.
- [20] Kutty-Pachecka Marta. Psychological and psychopathological factors in alopecia areata.[J]. Psychiatria polska,2015,49(5).
- [21] Aghaei Shahin,Saki Nasrin,Daneshmand Ehsan,et al. Prevalence of psychological disorders in patients with alopecia areata in comparison with normal subjects.[J]. ISRN dermatology,2014,2014.
- [22] Harrison H. Lee,Eran Gwillim,Kevin R. Patel,et al. Epidemiology of alopecia areata, ophiasis, totalis, and universalis: A systematic review and meta-analysis[J]. Journal of the American Academy of Dermatology,2020,82(3).
- [23] 卫艳. 睡眠质量与脱发性疾病各中医证型的相关性调查[D]. 南京中医药大学,2018.
- [24] 吴大兴,杨松标,钮正祥,等. 斑秃患者与雄激素性脱发患者心理状况比较[J]. 预防医学,2017,29(05):511-513+517.
- [25] 章星琪. 脱发疾病患者的精神心理问题及治疗措施[J]. 中国医学文摘(皮肤科学),2016,33(04):454-459.
- [26] 花日,孟克,乌兰其其格. 蒙药阿拉嘎斑布外涂液治疗斑秃临床观察[J]. 包头医学,2013,37(03):158-159.
- [27] 陆玲玲,魏跃钢. 魏跃钢教授论治斑秃经验[J]. 长春中医药大学学报,2016,32(04):730-732.
- [28] 程权,傅华洲. 傅华洲主任治疗斑秃经验简析[J]. 浙江中医药大学学报,2016,40(09):693-695.
- [29] 杨倩,魏跃钢. 论斑秃中医分型及内治法[J]. 河南中医,2015,35(04):805-807.
- [30] 卢沛金,李红毅,吴元胜,等. 禩国维运用理血药治疗皮肤病经验浅析[J]. 中国中医药信息杂志,2019,26(05):121-123.

## 文献综述

### 斑秃及中医体质的研究现状

**摘要** 斑秃（Alopecia Areata, AA）是皮肤科临床易于诊断难以治疗的疾病之一，斑秃患者一般在皮损部位无明显痛痒及炎症等。斑秃的产生可以累及身体任何有毛发覆盖的区域，其中头皮受累为主要区域，约占全部发生几率的 90%<sup>[1]</sup>。西医认为斑秃的产生是由 T 细胞介导并作用于毛囊进而影响毛发生长的一种自身免疫性疾病<sup>[2]</sup>，但其具体病因现在暂不明确。中医体质学说最早可追溯到西汉时期的《黄帝内经》，经长期归纳及大量数据分析整理，总结归纳出 9 种基本体质类型。本文在收集国内外相关研究文献的基础上，结合斑秃可能的发病机制，分析斑秃与不同中医体质之间可能的相关性，以期为后期临床治疗斑秃的选方用药提供一定思路，具有重要的临床意义。

**关键词** 斑秃（AA），中医体质，产生机制

### Research Status of physical medicine and alopecia areata

**Abstract** Alopecia Areata (AA) is one of the diseases in the dermatology that is easy to diagnose and difficult to treat. Alopecia areata patients generally have no obvious itching and inflammation in the skin lesions. The occurrence of alopecia areata can accumulate any hair-covered area of the body, of which the scalp is the main area, accounting for about 90% of the total incidence. Western medicine believes that the occurrence of alopecia areata is an autoimmune disease that is mediated by T cells and affects hair follicles, which affects hair growth. The specific cause is currently unknown. The theory of TCM constitution can be traced back to the "Huang Di Nei Jing" in the Western Han Dynasty. After long-term induction and a large amount of data analysis, 9 basic constitution types are summarized. On the basis of the collection of domestic and foreign relevant research literature, combined with the possible pathogenesis of alopecia areata, alopecia areata analysis of the correlation between different TCM constitution for the post-election clinical treatment of alopecia areata Prescription provide some ideas, has important clinical significance.

**Key Words** Alopecia Areata (AA), TCM Constitution, Generating mechanism

斑秃是皮肤科临床常见的毛发缺损性疾病,AA 的发病占全部脱发性疾病的 25% 左右<sup>[3]</sup>。AA 可表现为一种非瘢痕性质的脱发,其皮损多表现为突然出现圆形至卵圆形,脱发斑边缘可见“感叹号”样毛发。依据毛发脱失的部位、程度,可进一步分成全秃、普秃、灶性 AA、网状 AA、匍匐型 AA 及弥漫性全秃等<sup>[4]</sup>。该病可发生于任何年龄段,其中以青壮年多见,AA 的发病率约为 1~2%<sup>[5]</sup>,男女发病率无明显差异。目前,由于生活节奏的加快,生活压力水平上升,AA 的患者也随之增加。AA 的产生严重影响了患者的生活质量并降低了生活水平,对患者产生了巨大的心理和精神压力。对于 AA 的发病机制、发病原因暂不明确,临床确诊主要以皮肤镜、皮肤 CT 辅以肉眼观察同时该病临床无特效治疗药物。中医药在治疗慢性皮肤疾病中独树一帜,我国自古以来对 AA 有不同的认识,从五脏、风邪、虚实证等角度系统论述的 AA 的形成原因。同时,随着认识的深入及个体的差异,经总结归纳得出 9 种体质类型。本文通过收集斑秃的产生机制、中西医治疗方法及中医体质的发展过程,分析了斑秃的研究现状,为后期对不同体质的斑秃患者的分型治疗及预后护理提供了理论依据及思路。

## 1 斑秃概述

### 1.1 斑秃的概念

斑秃 (Alopecia Areata, AA) 是指局部皮肤正常,无自觉症状的一种突然发生的局限性非瘢痕性脱发。AA 的发生覆盖全年龄段,其中以 30~40 岁中青年人居多,儿童斑秃患者占全部病患的 20%。60% 的斑秃患者中约首次发病在 20 岁前。临床表现多为患者或他人无意中发现有一个或多个呈圆形、椭圆形或不规则形状边界清楚的皮损。患者头皮正常,局部无鳞屑及炎症反应,患处多无自觉症状,少数患者在发病初期有自觉瘙痒及其他异常感觉<sup>[4]</sup>。

斑秃临床可分为活动期、静止期及恢复期。在活动期内,斑秃患者已发皮损面积仍增大脱发数量持续增加,皮损区边缘拉发试验阳性。静止期内,脱发基本得到控制,大多数患者在停止脱发后 3~4 月进入恢复期。部分患者病程较长,甚至可达到数年,皮损长期不愈或仅恢复长出毳毛。恢复期是指在脱发区有新生毳毛长出,随后长出黑色终毛,并逐渐恢复正常。

### 1.2 现代医学对 AA 的认识

目前斑秃的发病机制尚不完全清楚,亦无能够满足患者治疗要求的临床药物<sup>[6]</sup>。现



阶段,普遍认为斑秃是因为患病个体携带有遗传易感基因并在环境因素的作用下诱导 CD8 驱使的 Th1 型 T 淋巴细胞介导的自身免疫反应<sup>[7]</sup>,该种反应攻击受累毛囊,致使患病区域急性脱发。

免疫因素包括自身免疫及毛囊免疫豁免。前者着重表现为斑秃患者同时伴发其他自身免疫性疾病,如甲状腺疾病、白癜风等。Park<sup>[8]</sup>等通过对 1408 个韩国斑秃患者进行回顾性研究发现,重度 AA 组和轻度 AA 组在甲状腺功能障碍(分别为 75.56%和 13.94%)和甲状腺自身免疫(分别为 40.82%和 18.22%)的诊断上显示出显著差异。白癜风与斑秃在发病机理上有许多相似之处<sup>[9]</sup>,Kumar<sup>[10]</sup>等发现约 4.1%的斑秃患者同时并发白癜风,与此同时有文献显示<sup>[11,12,13]</sup>在实验用小鼠模型的机理研究中已经明确指出 IFN- $\gamma$ 驱动的免疫应答,IFN- $\gamma$ 诱导的趋化因子和细胞毒性 CD8<sup>+</sup> T 细胞作为主要致病因素。后者主要表现为毛囊本身是一个免疫赦免部位(immune-privileged site),在同一个毛囊的生长周期过程中,生长期免疫豁免表现最强,而在退行期则明显减弱。

遗传因素主要体现在,斑秃患者中大约 8.4~25.0%有阳性家族史,其一级亲属患斑秃的几率比正常人高,Thomas<sup>[14]</sup>等发现在同卵双胞胎中患斑秃的一致性为 55%。而 Blaumeiser<sup>[15]</sup>等发现约有 5%~6%斑秃儿童有复发的可能。同时,遗传因素还表现在个别基因位点上,例如早期的实验研究发现,斑秃的易感基因主要集中在 HLA-I 类基因 HLB-12 和 B-18。Petukhova<sup>[16]</sup>等通过全基因组研究表明遗传基因上至少有 8 个区域与斑秃发病有关,这些基因包括白细胞介素(IL)-2/IL-21 的(4q27),白细胞介素-2 受体 A(IL-2RA;CD25)上的(10p15.1),Eos(也称为 IKZF4)上的(12q13),ULBP 上的(6q25.1),以及 HLA-II 上的(6p21.32),突触融合蛋白 17 基因的(9q31.3)及包含(11q13)基因的过氧化物酶 5 和细胞毒 T 细胞相关抗原 4(CTLA4)上的(2q33.2)。

环境因素主要体现在外界环境因素与斑秃的发病有相关性,其中压力(包括精神及身体)、病毒感染及疫苗接种等为主要原因<sup>[17]</sup>。Putterman<sup>[18]</sup>等通过对诊断为斑秃、普秃或全秃的 457 例患儿进行观察后发现,冬春季节(11 月至次年 3 月)发作频率明显较其余年份升高。这说明斑秃可能存在某种季节性模式,即寒冷季节出现的病患频率明显比温暖季节出现的要高。

### 1.3 中医学对 AA 发病机制的认识

《诸病源候论》载:“足少阴,肾之经也,其华在发……若血盛则荣于头发……;

若血气虚弱，静脉虚竭，不能荣润，故须秃落”<sup>[19]</sup>。从中医角度来说毛发的营养来源虽为血，但其根源却是来源于肾气。《素问·六节藏象论》书：“肾者，……，其华在发”论述了肾气强弱的外在表现是毛发的光泽柔韧。《内经》中：“男子五八肾气衰，发堕齿槁”则着重说出了肾气与掉发和牙齿枯槁的时间节点。斑秃在中医命名中无统一称呼，历代医家称呼不同，如“鬼剃头”“油风”“毛拔”“发堕”等，清代吴谦在《医宗金鉴·外科心法要诀》中写道：“此证毛发千焦，成片脱落，皮红光亮，痒如虫行，俗名鬼剃头。”明代陈实功的《外科正宗》中谈及：“油风乃血虚不能随气营养肌肤，故毛发根空。”历代医家对斑秃的病因无统一的认识，但大部分集中于虚实两个方面来论述，虚证：肝肾亏虚、气血亏虚；实证：风邪、血瘀<sup>[20]</sup>。肾为先天之本，东汉张仲景《金匱要略》写道：“夫失精家，少腹弦急，阴头寒，目眩发落”则论述了肾精丧失所导致肝肾不足及其后期所致的目眩发落。脾胃为后天之本，金代李东垣《脾胃论》说：“夫胃病其脉缓，脾病其脉迟，……，更有身热心中不便之证。此阳气衰弱，不能生发，……，若脉弦，气弱自汗，……，或皮毛枯槁，发脱落。”从中，可以看出李东垣认为后天之本的疲弱无法化生气血供毛发生长更新，所以导致毛发脱落。风邪既包括外风还包括内风，清代冯楚瞻《冯氏锦囊秘录》中载：“发乃血之余，枯者血不足也。忽然脱落，头皮多痒，须眉并落者，乃血热生风，风摇木动之象也”论述了毛发的脱落是由于血热所致肝风内动，即内风也。《医宗金鉴·外科心法要诀》所述：“由毛孔开张，邪风乘虚袭入，以致风盛血燥，不能荣养毛发”，明确说明了外风即在毛孔开阖过程中，风邪侵入腠理加之体虚不能荣养毛发所致的鬼剃头。血瘀的形成原因多种多样，归其根本不外乎是由于离经之血不能及时消散所致瘀滞于某处，抑或是血流不畅，运行受阻，瘀滞于经脉器官之中。清代王清任在《医林改错》中写道：“头发脱落，各医书皆言伤血，不知皮里肉外瘀血阻塞血路，新血不能养发，故发脱落”即写明瘀血的产生使营养不能上输与头皮濡养毛发，使旧发脱落新发不生。清代唐宗海在《血证论》中的：“凡系离经之血，……，不能加之于好血，而反阻新血之化机，……，瘀血在上焦，或脱发不生”表明瘀血既是不能生血养发的原因同样也由于其位处上焦导致不能生发，系统的表达了瘀血在不同部位所产生的病理结果。

近代医家对于斑秃的认识，主要以赵炳南、张志礼、朱仁康、禰国维、刘爱民等中医学家为主。赵炳南认为斑秃的形成原因多为肝肾两亏、阴血不足不能营养肌肤，风邪趁虚侵入腠理所致<sup>[21]</sup>。张志礼在继承赵炳南学术思想的基础上，同时认为斑秃等

各类脱发症状的后期仍存在阴虚生风的症候<sup>[22]</sup>。朱仁康认为斑秃的形成围绕“血”为核心,当从血论之,并从此入手总结出以血热生风的实证,以肝肾不足或气血两虚的虚证以及虚实夹杂的血热风燥证等四种类型<sup>[23]</sup>。禩国维则认为斑秃为虚实夹杂之证,其根本则在于肝肾不足,表现为风盛血瘀。先天肾气不足,肝血亏虚,加之外界环境及情志因素共同导致毛发脱落,而风邪上扰,情志不畅,血液瘀滞则导致营养不能上荣于毛发,终致毛发不再复长<sup>[24]</sup>。

#### 1.4 中医对体质的认识

体质的形成是个体先、后天因素共同协同作用导致的,它随着个体的诞生形成,在生长过程中定型,能够一定程度上反映机体对疾病的抵抗能力以及对社会、自然环境的适应能力及在疾病演变过程中对病毒、细菌的抵抗能力,是一种在多方因素共同作用下形成的在生理机能、形态结构和心理状态等方面相对稳定的身体特质<sup>[25]</sup>。体质的论述最早可以追溯到秦汉时期,在《灵枢·阴阳二十五人》中记载:“先立五形金、木、水、火、土,别其五色,异其五形之人,而二十五人具矣”。同样在《金匱要略》记载:“所食之味,有与病相宜,有与身危害,若得宜则补体,为害则成疾”,则侧重说明疾病的发生是以体质偏颇作为内在依据,同样也是疾病转归的关键<sup>[26]</sup>。《素问·异法方宜论》、《素问·血气形志》及《灵枢·通天》、《灵枢·逆顺肥瘦》、《灵枢·行针》等从不同的角度解析体质,形成例如七分法、六分法、五行分类、阴阳分类等不同类型。通过总结,可把上述体质简单分列成三种,即:偏阴质、偏阳质及阴阳平和质。进而形成了现代中医体质学的理论基础。现在中医体质学主要以匡调元、王琦、何裕民的学术观点为主要代表。在上世纪 70 年代末,相关学者提出中医体质等概念,随后由王琦等编纂的第一部论述中医体质的专著《中医体质学说》<sup>[27]</sup>于 80 年代出版,并由此标志着中医体质学说的确立。王琦将中医体质首先分类成 7 种,即:正常质、阴虚质、阳虚质、痰湿质、湿热质、气虚质、瘀血质<sup>[28]</sup>,后期经过临床观察和总结归纳将七分法增至九分法,即:平和质、气虚质、阳虚质、阴虚质、痰湿质、湿热质、瘀血质、气郁质、特禀质。匡调元<sup>[29]</sup>认为体质具有个体的特殊性,这种特殊性与其生长发育过程中形成的代谢、机能与结构密切相关。同样的,这种特殊性又决定着病变类型的倾向性及某种疾病的易感性,是决定着个体病性、病位和病变趋势的重要因素,与疾病发生及后期愈后转归密切相关。匡调元将体质依据传统中医学的两纲八要进行分类,具体为:正常质、晦涩质、腻滞质、燥热质、迟冷质、倦眊质<sup>[30]</sup>。何裕民认为

体质的差异主要体现在生理和病理两个方面，生理上主要表现为机能、代谢及对外界反应的个体差异性上，病理方面表现对疾病的易感性，以及对疾病转归的倾向性。同时，何裕民依据不同的划分标准将体质分为生理性体质与心理性气质两种，从生理性体质主要包括如下六种：正常质、形壮亢奋质、身萎疲乏质、身热虚亢质、形寒迟呆质、形胖湿腻质、痰湿燥红质、晦暗瘀滞质等<sup>[31]</sup>。与此同时，何裕民还使用模糊聚类的方法，将体质类别分为：强壮型、虚弱型、偏寒型、偏热型、偏湿型及瘀迟型 6 种<sup>[32]</sup>。

## 2 中西医对斑秃的治疗

中医中药既可以单独作为治疗斑秃的手段，同样也可以作为现代医疗技术治疗的辅助工具。中医对斑秃的治疗从全局入手，调控人体的气血阴阳，依据不同证候对证治疗，斑秃主要表现是覆盖皮肤的毛发脱失，而使毛发恢复，不仅可以使口服的方法同样也可以使用外治法。在通过对中医治疗斑秃的方法进行归纳整理后，中医药对其的治疗主要有如下方法。

### 2.1 中医内治法对斑秃的治疗

《证治准绳·杂病》中“脉弦气弱，皮毛枯槁，发脱落”选用黄芪建中汤治疗。《医学入门》载“少壮有发落，或须亦落者，肾枯火炎，……，肾气丸、天门冬膏主之”。在《医林改错》中记载通窍活血汤治疗瘀血所致斑秃：“用药三付，发不脱，十付必长新发。”所以，中医药辨证治疗斑秃早已有之。临近现代，各医家对于斑秃的治疗逐渐细化，选方用药更偏重于自己的理解。赵国旭<sup>[33]</sup>等通过对 1999 年至 2018 年中医治疗斑秃处方进行归类后，将方剂中使用频率超过 5% 的药物纳入统计后发现综合用药方面以当归（137 次，79.65%）居首，其次为何首乌（116 次，67.44%），川芎（101 次，58.72%），熟地黄（100 次，58.14%）。在具有活血效果的药中，川芎出现次数最多，其次为丹参（57 次，33.14%），生地黄（41 次，23.84%）。涉及一半以上的补虚药方剂中使用当归、何首乌，其次为熟地黄，女贞子（77 次，44.77%）以及白芍（72 次，41.86%）。在其他种类的用药规律中，主要以茯苓（70 次，40.70%），柴胡（34 次，19.84%），天麻（31 次，18.02%）等为主。诸多方药同时使用，在用药规律中体现了斑秃的病机是虚实夹杂，在治疗过程中则是标本兼顾、先后天并重的治疗理念。禰国维在治疗脾肾不足的儿童斑秃时，常用六味地黄汤加减，主张先后天并补，以健脾补肾的治疗原则<sup>[34]</sup>。朱仁康<sup>[35]</sup>认为青少年斑秃多为血热所致，治疗应该

清热凉血，药用女贞子、桑椹、黑芝麻等。而可见于脂溢性脱发的阴血亏虚型斑秃，治疗时应秉承熄风养血、滋阴补肾，药多用菟丝子、生熟地黄等。因重病、产后虚弱造成的气虚血弱型斑秃，应补气养血，多用茯苓、当归、黄芪等。瘀血阻络型多见于斑秃或全秃，方用丹参、桃仁、川芎等散瘀通络活血。

## 2.2 中医外治法对斑秃的治疗

中医认为“外治之理，即内治之理，外治之药，即内治之药”。《疡医大全》中记载治疗斑秃应“生姜切片，擦落发光皮上，数日即长”“川椒四两，用白酒浸酿七日，早晚润秃处，其处自生”。《医宗金鉴》当病情长久时则“宜针廷其光亮之处，出紫血，毛发庶可复生。”从中可以看出，治疗斑秃的外治手段多种多样，随着时间的迁移，发展出以针刺和中药外治等多种方法。王磊<sup>[36]</sup>等通过对 16 篇文献进行检索后发现，针刺疗法中，以梅花针疗法最多（62.5%），其次是火针和穴位注射（12.5%）。在选穴方面，首选辨病取穴（93.75%）配合阿是穴（脱发区）（93.75%），其次为肝、肾俞（37.5%）。配穴主要选择的是阿是穴（脱发区）及百会穴，阿是穴（脱发区）和肝、肾俞（31.25%）。同时，经过文献对照发现，针刺疗法的有效率普遍在 92.5%以上。中药外治主要是用中药经乙醇浸泡之后得到的酊剂、醑剂提取液或药物煎煮后的药液对局部患处进行熏洗或湿敷。雷鸣<sup>[37]</sup>等通过对 20 首方剂共计 53 味药材统计后发现，外用药物多以补虚、活血化瘀为主。其中红花（13 次，9.42%）、侧柏叶（11 次，7.97%）、丹参（9 次 6.52%）等使用频率较高。

## 2.3 西医斑秃的治疗

现代医学对斑秃的病因尚无准确认识，故无特效药物进行针对性治疗，治疗斑秃大多从其如下方案入手：（1）选用免疫调节剂，调节 T 淋巴细胞活化增殖、提高巨噬细胞吞噬功能等免疫调节作用<sup>[38]</sup>；（2）选用周围血管扩张药，加速局部的血流量，促进头皮毛细血管营养的供给，改善局部毛囊微循环，刺激毛囊从休止期向生长期转化，加速毛囊上皮细胞的分化、增殖<sup>[39]</sup>。

糖皮质类固醇虽可以使毛发再生，但长期使用具有较大的副作用，同时停药后疗效会反弹，临床仅使用在斑秃发展迅速或重型斑秃的治疗中，在应用过程中应密切注意患者的情况，一旦有不良反应立即停药。同时，糖皮质激素的外用及皮损内注射因其安全性高，副作用小等因素，故临床应用较多。1952 年 Dillaha C 等首次将糖皮质激素用于治疗斑秃，后期研究发现，糖皮质激素通过与受体结合产生抗炎及免疫抑制

作用,抑制 IL-1 和 IFN- $\gamma$ 从而抑制了免疫反应。Ait<sup>[39]</sup>等通过对皮损面积大于 40%的斑秃患者进行 5mg/kg/月口服强的松的治疗后发现,连续治疗 6 个月时痊愈率可达 41%,同时其中约有 15%的患者有长期应用糖皮质激素所造成的副作用。Chang<sup>[40]</sup>等通过局部皮损内注射糖皮质激素治疗严重斑秃,观察后发现 10 名患者中有 6 名对局部注射曲安奈德治疗有效,同时有 3 例患者有局部注射皮肤的轻微萎缩,其余患者不良反应可忽略不计。Amirnia<sup>[41]</sup>等通过对比 120 例皮损内局部注射糖皮质激素(5mg/ml)和 120 例局部冷冻疗法在第 3,6,9,和 12 周治疗后对斑秃的效果发现,局部注射的患者平均长出头发的时间明显比局部冷冻疗法要短( $P<0.05$ )且通过局部注射类固醇的患者约有 80%毛发全部再生,远比冷冻疗法的 56.7%更好。

米诺地尔(minoxidil)是一种对三磷酸腺苷(ATP)敏感的钾离子激动剂,同时也是血管扩张剂,研究显示<sup>[42-44]</sup>米诺地尔对皮肤血管具有的舒张作用可以证明其对毛囊具有活性,可以使真皮乳头、毛周纤维细胞合成和外毛根的数量增加,促使毳毛向终毛发展<sup>[45]</sup>。米诺地尔的作用效果与类固醇药物相似,但却不引起相关的不良反应,但停用后可能会造成治疗效果的反弹。苏俊锋<sup>[46]</sup>通过使用 5%的米诺地尔酊于 42 例斑秃患者患处每日 2 次喷涂,并嘱患者轻揉 2~3 分钟,3 个月后总有效率为 69.05%( $P<0.05$ ),仅出现 4 例患者有红斑反应,不良反应率为 9.52%。

从甘草中提取的复方甘草酸苷,其主要活性单位是甘草次酸,具有类糖皮质激素的抗压、抗过敏及调节免疫等作用,但无糖皮质激素的多种副作用。刘吉元<sup>[47]</sup>等通过对 11 篇文献进行研究后发现,实验组为复方甘草酸苷联合米诺地尔共计 556 例,其中 331 例痊愈,痊愈率为 59.53%。有效 485 例,有效率 87.23%。均高于 546 例单纯使用米诺地尔的对照组。而在不良反应方面,实验组 419 例中有 14 例(3.34%),对照组 409 例中有 27 例(6.60%)。说明复方甘草酸苷联合米诺地尔有效率更高,且不良反应的发生频率更低。杨雅方<sup>[48]</sup>通过对 100 例斑秃患者治疗后进行对比,发现复方甘草酸苷联合 5%米诺地尔在疗效、总有效率上均优于单纯使用米诺地尔组。

JAK 激酶(Janus-activated kinase Singal transducers and activators of transcripion, JAK-STAT)是近年来发现的细胞内非受体酪酸激酶家族,参与细胞的增殖、分化、凋亡以及免疫调节等诸多生物学进程,主要包括 JAK1、JAK2、Tyk2、JAK3 四个成员。前三种广泛存在于人体各种细胞及组织当中,后者仅存在于骨髓和淋巴系统中。由 CD8<sup>+</sup>T 细胞产生的 IFN- $\gamma$ 导致毛囊免疫豁免权的崩溃,从而导致局部毛发的缺失<sup>[49]</sup>,

而 JAK 抑制剂可以阻断这种崩溃,重新建立起毛囊的免疫特权。目前,用于治疗斑秃的 JAK 抑制剂主要包括托法替尼(tofacitinib)和鲁索替尼(ruxolitinib)。托法替尼其实质是第一代具有抗炎和抗增殖作用的 JAK1/3 型抑制剂(选择性 JAK3>JAK1>>JAK2),可以阻断真皮鞘细胞的杀伤和 IL-15 诱导的颗粒酶 B 和 IFN- $\gamma$  的表达,在某种意义上可以理解为一种新型的选择性免疫抑制剂。Lucy<sup>[50]</sup>等通过对 90 名 18 岁以上的中、重度斑秃患者进行回顾性研究后显示,约有 77% 的患者达到了临床疗效,其中 58% 的患者经过每日 10-20mg 口服托法替尼 4-18 个月的治疗后超过 50% 的脱发严重程度测评量表(SALT)发生了好转。在平均周期为 12 个月的治疗过程中且并未见到严重的不良反应事件,但在 8% 的患者中新发生或加重了痤疮的病情。鲁索替尼作为 JAK1/2 型抑制剂(JAK 选择性为 JAK1=JAK2>Tyk2>>>JAK3)<sup>[49]</sup>对 IFN- $\gamma$ R 的传导具有抑制效果,其在小鼠身上的试验证明了可以逆转 C3H/HeJ,并成功消除了 I 型炎症反应。Mackay<sup>[51]</sup>等通过对 12 个中、重度斑秃患者进行 3~6 个月每日 2 次口服鲁索替尼后停药 3 个月的开放标签式临床试验,治疗结束后发现,12 名患者中有 9 名显示出对治疗具有显著的反应,平均毛发再生率约为 92%。基因表达谱显示与治疗相关的炎症标志物的下调,包括 CTLs 和 IFN 的应答基因以及头发特异性标志物的上升。在长达 9 个月的治疗周期中并无严重的不良反应,同时,研究人员认为由于样本基数过小鲁索替尼治疗 AA 的安全性和有效性仍待继续研究。

### 3 小节与展望

AA 的产生并非单一因素所引起的,其主要是由于患病个体携带有易感基因并在外界环境的影响下共同作用得到的结果,与心理/生理压力、精神因素、个人体质等都有一定关系,目前,AA 的发病机制不甚明确,亦无令患者满意的治疗药物。本文总结归纳现有文章,T 淋巴细胞介导的免疫反应使毛囊的免疫豁免权崩溃进而导致局部毛发脱落是其发病的重要发病机制。现代医学对斑秃的治疗从免疫角度入手,发展出应用糖皮质激素降低其患病个体的免疫应答和局部的炎症反应及应用局部的血管扩张药物加速头皮血液供应,为毛囊从休止期向生长期提供营养。随着现代研究的深入,不同的治疗手段及新兴药物的兴起对饱受 AA 困扰的患者来说是一个新的选择,但由于药物的限制及安全性能的有待确定,使这些新的方法治疗斑秃仍需要更多的试验研究和测试。中医药治疗 AA 的依据可以沿袭数千年,在治疗 AA 的过程中发展出

一套独有的理论体系，以理、法、方、药为手段，围绕调节人体气、血、阴、阳为核心，以改善人体内气、血、精、津液为目的，讲究辨证论治，将人体看作一个整体从内部进行调整，使因“亏虚”和“旺盛”导致的外部表现重回人体正常范围，将已发疾病从根源进行治疗。中医体质学说在中医发展沿袭的过程中普遍存在，但由于缺乏系统、科学的归纳及长期、稳定的总结，使体质学说无法形成一个被普遍认可的理论体系。但随着近、现代科学的深入及养生观念的普及，体质学说渐渐走入大众视野，被广大人民所接受，在长达数十年的归类整理后，形成了以王琦教授提出的 9 种体质为主要代表的现代体质学说，依据不同的人格属性、地理区域、生理状态及对外界的生理反馈，经大量数据统计证实，不同人群由于体质的差异，对某些疾病及疾病的愈后存在不同的倾向，在了解了相对的规律后，可以依据不同体质总结不同用药规律对斑秃进行治疗。

因此，对于 AA 的治疗不仅应该只针对斑秃的症状，更重要的是应该在把握其发病机制研究的基础上，灵活运用现代科技手段并结合个人体质偏颇，依托中医中药扶正固本改善人体内部环境的作用，从现有的只重视治疗 AA 的现有皮损到后期不复发之间形成连贯的治疗体系。提高对 AA 的认识及药物使用的多样性，争取为当前临床治疗 AA 的有效方案提供可靠详实的理论依据，为后期探索 AA 的有效治疗手段提供新思路。



## 参考文献

- [1] Alkhalifah A, Alsantali A, Wang E, et al. Alopecia areata update: part II. Treatment[J]. *J Am Acad Dermatol*, 2010, 62:191-202, quiz 203-204.
- [2] Hong JW, Lee CY, Ha SM, et al. The contributory roles of Th17 lymphocyte and cytotoxic T lymphocyte at the hair bulge region as well as the hair bulb area in the chronic alopecia areata patients[J]. *Ann Dermatol*, 2017, 29:156-166.
- [3] Bhat YJ, Latif I, Malik R, et al. Vitamin D level in alopecia areata[J]. *Indian J Dermatol*, 2017, 62:407-410.
- [4] 赵辨. 中国临床皮肤病学（第二版）[M]. 南京：江苏凤凰科学技术出版社，2017, 1324-1331.
- [5] Jabbari A, Petukhova L, Cabral RM, Clynes R, Christiano AM. Genetic basis of alopecia areata: a roadmap for translational research. *Dermatol Clin*. 2013;31:109-117.
- [6] Gilhar A, Etzioni A, Paus R. alopecia areata[J]. *N Engl J Med*, 2012, 366(30):1515-1522
- [7] Hordinsky M, Ericson M. Autoimmunity: alopecia areata[J]. *J Invest Dermatol Symp Proc*, 2004, 9(1):73-78.
- [8] Park Sang-Myung, Oh Young-Jun, Lew Bark-Lynn, et al. The association among thyroid dysfunction, thyroid autoimmunity, and clinical features of alopecia areata: A retrospective study[J]. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 2019, 81(2).
- [9] Harris JE. Vitiligo and alopecia areata: apples and oranges? *Exp Dermatol* 2013; 22:785–789.
- [10] Kumar Sumir, Mittal Jyotisterna, Mahajan Bb. Colocalization of vitiligo and alopecia areata: coincidence or consequence?[J]. *International journal of trichology*, 2013, 5(1).
- [11] Rashighi M, Agarwal P, Richmond JM, et al. CXCL10 is critical for the progression and maintenance of depigmentation in a mouse model of vitiligo. *Sci Transl Med* 2014; 6:223ra223.
- [12] Harris JE, Harris TH, Weninger W, et al. A mouse model of vitiligo with focused epidermal depigmentation requires IFN-gamma for autoreactive CD8(p) T-cell accumulation in the skin. *J Invest Dermatol* 2012; 132:1869–1876.
- [13] Xing L, Dai Z, Jabbari A, et al. Alopecia areata is driven by cytotoxic T lymphocytes and is reversed by JAK inhibition. *Nat Med* 2014; 20:1043–1049.

- [14]Thomas A. Rodriguez,Kerri E. Fernandes,Kelly L Dresser.et al.Concordance rate of alopecia areata in identical twins supports both genetic and environmental factors[J].Journal of the American Academy of Dermatology,2009,62(3).
- [15]Blaumeiser Bettina,van der Goot Ineke,Fimmers Rolf,et al. Familial aggregation of alopecia areata.[J]. Journal of the American Academy of Dermatology,2006,54(4).
- [16]Petukhova L,Duvic M, Hordinsky M,et al.Genome-wide association study in alopecia areata implicates both innate and adaptive immunity[J].Nature,2010,466(7302):113-117
- [17]Baghestani S,Zare S,Seddigh SH.Severity of depression and anxiety in patients with alopecia areata in Bander Abbas Iran[J].Dermal Reports.2015,7(3):6063
- [18]Putterman Elana,Castelo-Soccio Leslie. Seasonal patterns in alopecia areata, totalis, and universalis.[J]. Journal of the American Academy of Dermatology,2018,79(5).
- [19]隋.巢元方著,宋白杨校注.诸病源候论[M].北京:中国医药科技出版社,2011:150.
- [20]陈红风.中医外科学[M].北京:中国中医药出版社,2016:212-213.
- [21]北京中医医院.赵炳南临床经验集[M].北京:人民卫生出版社.2006:289-290.
- [22]娄卫海,王萍.张志礼皮肤病“治风”八法辨析[J].北京中医药,2015,34(12):943-945.
- [23]中国中医研究院广安门医院。朱仁康临床经验集-皮肤外科[M].北京:人民卫生出版社,2005:210-211.
- [24]吴盘红,李红毅,禰国维,等.禰国维教授治疗斑秃临床经验介绍[J].新中医,2012,44(01):134-136.
- [25]王琦.中医体质学说研究现状与展望[J].中国中医基础医学杂志,2002(02):6-15.
- [26]周嫚,王敏.王敏教授运用中医体质辨证治疗慢性便秘浅析[J/OL].国际感染病学(电子版),2020(01):152[2020-03-03].
- [27]王琦,盛增秀.中医体质学说[M].南京:江苏科学技术出版社,1982:2.
- [28]王琦.中医体质学说 [M].北京:中国医药科技出版社出版,1995,96—195.
- [29]匡调元.中医体质病理学[M].上海:上海科学普及出版社,2000:288-329.
- [30]匡调元.两纲八要辨体质新论[J].中医药学刊,2003(01):108-110.
- [31]何裕民,刘文龙.新编中医基础理论[M].北京:北京医科大学中国协和医科大学联合出版社.1996:116、121.
- [32]何裕民,王莉,石凤亭,等.体质的聚类研究[J].中国中医基础医学杂志,1996(05):10-12.
- [33]赵国旭,李忻红.中医治疗斑秃用药规律文献研究[J].山西中医,2019,35(06):44-46.

- [34]裴悦,平瑞月,梁家芬,等.禰国维运用中医药治疗斑秃经验介绍[J].新中医,2018,50(03):229-231.
- [35]朱仁康.朱仁康临床经验集-皮肤外科[M].北京:人民卫生出版社,2005:10.
- [36]王磊,白彦萍,李锴,等.针灸治疗斑秃诊疗特点的文献分析[J].辽宁中医杂志,2020,47(01):153-156.
- [37]雷鸣,姚斌,于晓倩,等.中药制剂外用治疗斑秃疗效的 Meta 分析及选方用药规律探讨[J].中国药房,2018,29(06):828-832.
- [38]彭忠田,李佳,王培,等.异甘草酸镁对纤维化大鼠肝脏 TGF- $\beta$  1 及 Smad 蛋白表达的影响[J].现代生物医学进展,2011,11(02):240-242.
- [39]Ait Ourhrpoui M, Hassam B, Khoudri I. Treatment of alopecia areata with prednisone in a one-monthly oral pulse[J]. Ann Dermatol Venereol, 2010, 137(8-9):514~518
- [40]Chang KH, Rojhirunsakool S, Goldberg LJ. Treatment of severe alopecia areata with intralesional steroid injections.[J]. Journal of Drugs in Dermatology,2009,8(10):909-912
- [41]Amirnia Mehdi, Mahmoudi Seyed-Sajjad, Karkon-Shayan Farid, et al. Comparative study of intralesional steroid injection and cryotherapy in alopecia areata.[J]. Nigerian medical journal : journal of the Nigeria Medical Association,2015,56(4).
- [42]Wester RC, Maibach HI, Guy RH, et al. Minoxidil stimulates cutaneous blood flow in human balding scalps: pharmacodynamics measured by laser Doppler velocimetry and photopulse plethysmography. J Invest Dermatol 1984; 82:515-7.
- [43]Uno H, Cappas A, Brigham P. Action of topical minoxidil in the bald stump-tailed macaque. J Am Acad Dermatol 1987; 16:657-68.
- [44]Sakita S, Kagoura M, Toyoda M, et al. The induction by topical minoxidil of increased fenestration in the perifollicular capillary wall. Br J Dermatol 1999; 140:294-6.
- [45]Meidan VM, Touitou E. Treatments for androgenetic alopecia and alopecia areata: current options and future prospects[J]. Drugs, 2001, 61:53-69.
- [46]苏俊峰.外用 5%米诺地尔酊联合曲安奈德注射液局部注射应用于斑秃的效果分析[J].首都食品与医药,2019,26(23):93.
- [47]刘吉元,徐海环,卢涛.复方甘草酸苷联合米诺地尔治疗斑秃有效性及安全性的 Meta 分析[J].武警医学,2018,29(10):929-934.
- [48]杨雅方.复方甘草酸苷联合 5%米诺地尔液治疗斑秃的临床疗效[J].中国医药指南,2016,14(30):4+6.

[49]Xing Luzhou,Dai Zhenpeng,Jabbari Ali,et al. Alopecia areata is driven by cytotoxic T lymphocytes and is reversed by JAK inhibition.[J]. Nature medicine,2014,20(9).

[50]Lucy Y. Liu,Brittany G. Craighow,Feng Dai,Brett A. King. Tofacitinib for the treatment of severe alopecia areata and variants: A study of 90 patients[J]. Journal of the American Academy of Dermatology,2017,76(1).

[51]Mackay-Wiggan J, Jabbari A, Nguyen N, et al. Oral ruxolitinib induces hair regrowth in patients with moderate-to-severe alopecia areata. JCI Insight. 2016;1:e89790.

缩略语表

英文缩写	英文全文			中文
AA	Alopecia areata			斑秃
AT	Alopecia totalis			全秃
AU	Alopecia universalis			普秃
TCM	Traditional Chinese Medicine			中医药
DLQI	Dermatology Quality of Life Index			皮肤病生活质量指标调 查表
TCM Constitution	Traditional	Chinese	Medicine	中医体质
	Constitution			

## 附表 1

### 知情同意书

尊敬的患者：

您好！我们将邀请您参加一项临床研究。本知情同意书提供给您一些信息以帮助  
您决定是否参加此项临床研究。请您仔细阅读，如有任何疑问请向负责该项的研究者  
提出。

您参加本项目是自愿的。本次研究已通过本研究机构伦理审查委员会审查。

如果您愿意，请仔细阅读以下内容。

#### 一、研究过程

如果您同意参与此项研究，我们将对每位受试者进行编号，建立病历档案。本次  
研究将会使用您在医院常规检查完成后的剩余样本，您的样本仅限于用于“蒙古族斑  
秃患者中医证型与中医体质分型的相关性研究”的研究中。

#### 二、受益

参加本次研究您不能得到立即的受益。但是，您的参加将会使医学对进一步了解  
蒙古族斑秃患者中医证型与中医体质分型的相关性研究提供可贵的支持，进而为进一  
步缩短斑秃的病程提供新的思路和好的条件。

#### 三、补偿

本研究没有现金的补偿，但是会提供常规的医学咨询。

#### 四、保密

如果您决定参加本次研究，您参加试验以及在试验中的个人资料均会得到保护。  
您的样本将以研究编号而您的姓名加以标志。可以识别您身份的信息除非获得您的许  
可，否则将不会透露给研究小组以外的成员。本研究获得的相关信息将会严格保密。  
这项研究结果发表时，将不会披露您个人的任何资料。

#### 五、受试者同意

我已经口头和书面被告知本项研究的情况，了解了本研究的相关内容。我已提  
出自己的问题并得到了满意的解答。

我知道保密是可以得到保证的。

我有随时退出研究的自由，且不会影响我在该门诊得到正常诊疗服务。

最后，我决定参加本项研究。

研究者陈述：我已经使用志愿参与者所能听懂的语言说明和解释了本次研究的  
方案、研究目的以及参与本次研究给参与者带来的风险和利益。他/她已经认真的阅  
读了这份知情同意书，自愿同意参与本研究。

研究者签名：\_\_\_\_\_ 签名日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

研究者联系电话：\_\_\_\_\_

## 附表 2

## 皮肤病生活质量指标调查表

DLQI 得分:

年龄:

性别:

诊断:

第几次就诊于本院:

文化程度:

此份问卷调查的目的是度量在过去一个星期里，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. 在过去的一个星期里，你的皮肤瘙痒，酸痛，痛或者刺痛的程度怎样呢？            | 非常严重 | <input type="checkbox"/> |
|  | 严重   | <input type="checkbox"/> |
|  | 少些   | <input type="checkbox"/> |
|  | 无    | <input type="checkbox"/> |
| 2. 在过去的一个星期里，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 | <input type="checkbox"/> |
|  | 严重   | <input type="checkbox"/> |
|  | 少些   | <input type="checkbox"/> |
|  | 无    | <input type="checkbox"/> |
| 3. 在过去一个星期里，你上街购物，打扫屋子或者花园（院子）的时候，皮肤问题对你的影响多大？ | 非常严重 | <input type="checkbox"/> |
|  | 严重   | <input type="checkbox"/> |
|  | 少些   | <input type="checkbox"/> |
|  | 无    | <input type="checkbox"/> |
| 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 | <input type="checkbox"/> |
|  | 严重   | <input type="checkbox"/> |
|  | 少些   | <input type="checkbox"/> |
|  | 无    | <input type="checkbox"/> |
| 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 | <input type="checkbox"/> |
|  | 严重   | <input type="checkbox"/> |
|  | 少些   | <input type="checkbox"/> |
|  | 无    | <input type="checkbox"/> |
| 6. 在过去一个星期里，你的皮肤问题对你做运动造成的困难有多大？               | 非常严重 | <input type="checkbox"/> |
|  | 严重   | <input type="checkbox"/> |
|  | 少些   | <input type="checkbox"/> |
|  | 无    | <input type="checkbox"/> |
| 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？                | 有    | <input type="checkbox"/> |
|  | 没有   | <input type="checkbox"/> |
| 如果“没有”，在过去的一个星期里，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？    | 大    | <input type="checkbox"/> |
|  | 不大   | <input type="checkbox"/> |
|  | 无    | <input type="checkbox"/> |
| 8. 在过去的一个星期里，你的皮肤问题引起你配偶或者好朋友或者亲戚之间的问题有多大？     | 非常严重 | <input type="checkbox"/> |
|  | 严重   | <input type="checkbox"/> |
|  | 少些   | <input type="checkbox"/> |
|  | 无    | <input type="checkbox"/> |

- 9.在过去的一个星期里，你的皮肤问题引起性方面的困难有多大？
- |      |                          |
|------|--------------------------|
| 非常严重 | <input type="checkbox"/> |
| 严重   | <input type="checkbox"/> |
| 少些   | <input type="checkbox"/> |
| 无    | <input type="checkbox"/> |
- 10.在过去的一个星期里，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 | <input type="checkbox"/> |
| 严重   | <input type="checkbox"/> |
| 少些   | <input type="checkbox"/> |
| 无关   | <input type="checkbox"/> |



## 附表 3

## 中医体质辨识自测表

## (中华中医药学会标准)

1. 您的性别: ☐男 ☐女
2. 您的年龄: \_\_\_\_\_
3. 身高/体重: \_\_\_\_\_
4. 您的职业: \_\_\_\_\_
5. 您手脚发凉吗?  
☐没有(根本不) ☐很少(有一点) ☐有时(有些) ☐经常(相当)  
☐总是(非常)
6. 您胃部、背部或腰膝部怕冷吗?  
☐没有(根本不) ☐很少(有一点) ☐有时(有些) ☐经常(相当)  
☐总是(非常)
7. 您感到怕冷、衣服比别人穿得多吗?  
☐没有(根本不) ☐很少(有一点) ☐有时(有些) ☐经常(相当)  
☐总是(非常)
8. 您比一般人耐受不了寒冷吗(冬天的寒冷、夏天的冷空调、电扇等)?  
☐没有(根本不) ☐很少(有一点) ☐有时(有些) ☐经常(相当)  
☐总是(非常)
9. 您比别人容易患感冒吗?  
☐没有(根本不) ☐很少(有一点) ☐有时(有些) ☐经常(相当)  
☐总是(非常)
10. 您吃(喝)凉的东西会感到不舒服或者怕吃(喝)凉东西吗?  
☐没有(根本不) ☐很少(有一点) ☐有时(有些) ☐经常(相当)  
☐总是(非常)
11. 您受凉或吃(喝)凉的东西后, 容易腹泻(拉肚子)吗?  
☐没有(根本不) ☐很少(有一点) ☐有时(有些) ☐经常(相当)  
☐总是(非常)
12. 您感到手脚心发热吗?  
☐没有(根本不) ☐很少(有一点) ☐有时(有些) ☐经常(相当)  
☐总是(非常)
13. 您感觉身体、脸上发热吗?  
☐没有(根本不) ☐很少(有一点) ☐有时(有些) ☐经常(相当)  
☐总是(非常)
14. 您皮肤或口唇干吗?  
☐没有(根本不) ☐很少(有一点) ☐有时(有些) ☐经常(相当)  
☐总是(非常)
15. 您口唇的颜色比一般人红吗?  
☐没有(根本不) ☐很少(有一点) ☐有时(有些) ☐经常(相当)  
☐总是(非常)

16.您容易便秘或大便干燥吗?

☐没有(根本不) ☐很少(有一点) ☐有时(有些) ☐经常(相当)  
☐总是(非常)

17.您两面部潮红或偏红吗?

☐没有(根本不) ☐很少(有一点) ☐有时(有些) ☐经常(相当)  
☐总是(非常)

18.您感到眼睛干涩吗?

☐没有(根本不) ☐很少(有一点) ☐有时(有些) ☐经常(相当)  
☐总是(非常)

19.您感到口干咽燥、总想喝水吗?

☐没有(根本不) ☐很少(有一点) ☐有时(有些) ☐经常(相当)  
☐总是(非常)

20.您容易疲乏吗?

☐没有(根本不) ☐很少(有一点) ☐有时(有些) ☐经常(相当)  
☐总是(非常)

21.您容易气短吗(呼吸短促,接不上气)?

☐没有(根本不) ☐很少(有一点) ☐有时(有些) ☐经常(相当)  
☐总是(非常)

22.您容易心慌吗?

☐没有(根本不) ☐很少(有一点) ☐有时(有些) ☐经常(相当)  
☐总是(非常)

23.您容易头晕或站起时眩晕吗?

☐没有(根本不) ☐很少(有一点) ☐有时(有些) ☐经常(相当)  
☐总是(非常)

24.您比别人容易患感冒吗?

☐没有(根本不) ☐很少(有一点) ☐有时(有些) ☐经常(相当)  
☐总是(非常)

25.您喜欢安静、懒得说话吗?

☐没有(根本不) ☐很少(有一点) ☐有时(有些) ☐经常(相当)  
☐总是(非常)

26.您说话声音低弱无力吗?

☐没有(根本不) ☐很少(有一点) ☐有时(有些) ☐经常(相当)  
☐总是(非常)

27.您活动量稍大就容易出虚汗吗?

☐没有(根本不) ☐很少(有一点) ☐有时(有些) ☐经常(相当)  
☐总是(非常)

28.您感到胸闷或者腹部胀满吗?

☐没有(根本不) ☐很少(有一点) ☐有时(有些) ☐经常(相当)  
☐总是(非常)

29.您感到身体沉重不轻松或不爽快吗?

☐没有(根本不) ☐很少(有一点) ☐有时(有些) ☐经常(相当)  
☐总是(非常)

30.您腹部肥满松软吗?

☐没有(根本不) ☐很少(有一点) ☐有时(有些) ☐经常(相当)

☐总是(非常)

31.您有额部油脂分泌多的现象吗?

☐没有(根本不) ☐很少(有一点) ☐有时(有些) ☐经常(相当)

☐总是(非常)

32.您上眼睑比别人肿吗(上眼睑有轻微隆起的现象)?

☐没有(根本不) ☐很少(有一点) ☐有时(有些) ☐经常(相当)

☐总是(非常)

33.您嘴里有黏黏的感觉吗?

☐没有(根本不) ☐很少(有一点) ☐有时(有些) ☐经常(相当)

☐总是(非常)

34.您平时痰多,特别是咽喉部总感到有痰堵着吗?

☐没有(根本不) ☐很少(有一点) ☐有时(有些) ☐经常(相当)

☐总是(非常)

35.您舌苔厚腻或有舌苔厚厚的感觉吗?

☐没有(根本不) ☐很少(有一点) ☐有时(有些) ☐经常(相当)

☐总是(非常)

36.您容易生痤疮或者疮疖吗?

☒没有(根本不) ☐很少(有一点) ☐有时(有些) ☐经常(相当)

☐总是(非常)

37.您面部或鼻部有油腻感或者油亮发光吗?

☐没有(根本不) ☐很少(有一点) ☐有时(有些) ☐经常(相当)

☐总是(非常)

38.您感到口苦或者嘴里有异味吗?

☐没有(根本不) ☐很少(有一点) ☐有时(有些) ☐经常(相当)

☐总是(非常)

39.您大便黏滞不爽、有解不尽的感觉吗?

☐没有(根本不) ☐很少(有一点) ☐有时(有些) ☐经常(相当)

☐总是(非常)

40.您小便时尿道有发热感、尿色浓(深)吗?

☐没有(根本不) ☐很少(有一点) ☐有时(有些) ☐经常(相当)

☐总是(非常)

41.您带下色黄吗(白带颜色发黄)(仅限女性回答)?

☐没有(根本不) ☐很少(有一点) ☐有时(有些) ☐经常(相当)

☐总是(非常)

42.您阴囊部位潮湿吗(仅限男性回答)?

☐没有(根本不) ☐很少(有一点) ☐有时(有些) ☐经常(相当)

☐总是(非常)

43.您的皮肤在不知不觉中会出现青紫瘀斑吗(皮下出血)?

☐没有(根本不) ☐很少(有一点) ☐有时(有些) ☐经常(相当)

☐总是(非常)

44.您两颧部有细微血丝吗?

☐没有(根本不) ☐很少(有一点) ☐有时(有些) ☐经常(相当)

☐总是（非常）

45.您身体上有哪里疼痛吗？

☐没有（根本不） ☐很少（有一点） ☐有时（有些） ☐经常（相当）

☐总是（非常）

46.您面色晦暗或容易出现褐斑吗？

☐没有（根本不） ☐很少（有一点） ☐有时（有些） ☐经常（相当）

☐总是（非常）

47.您容易有黑眼圈吗？

☐没有（根本不） ☐很少（有一点） ☐有时（有些） ☐经常（相当）

☐总是（非常）

48.您容易忘事吗（健忘）？

☐没有（根本不） ☐很少（有一点） ☐有时（有些） ☐经常（相当）

☐总是（非常）

49.您口唇颜色偏黯吗？

☐没有（根本不） ☐很少（有一点） ☐有时（有些） ☐经常（相当）

☐总是（非常）

50.您没有感冒时也会打喷嚏吗？

☐没有（根本不） ☐很少（有一点） ☐有时（有些） ☐经常（相当）

☐总是（非常）

51.您没有感冒时也会鼻塞、流鼻涕吗？

☐没有（根本不） ☐很少（有一点） ☐有时（有些） ☐经常（相当）

☐总是（非常）

52.你有因季节变化、温度变化或异味等原因而咳嗽的现象吗？

☐没有（根本不） ☐很少（有一点） ☐有时（有些） ☐经常（相当）

☐总是（非常）

53.您容易过敏吗（对药物、食物、气味、花粉或在季节交替、气候变化时）？

☐没有（根本不） ☐很少（有一点） ☐有时（有些） ☐经常（相当）

☐总是（非常）

54. 您的皮肤容易起荨麻疹吗（风团、风疹块、风疙瘩）？

☐没有（根本不） ☐很少（有一点） ☐有时（有些） ☐经常（相当）

☐总是（非常）

55.您的皮肤因过敏出现过紫癜吗（紫红色瘀点、瘀斑）？

☐没有（根本不） ☐很少（有一点） ☐有时（有些） ☐经常（相当）

☐总是（非常）

56.您的皮肤一抓就红，并出现抓痕吗？

☐没有（根本不） ☐很少（有一点） ☐有时（有些） ☐经常（相当）

☐总是（非常）

57.您感到闷闷不乐、情绪低沉吗？

☐没有（根本不） ☐很少（有一点） ☐有时（有些） ☐经常（相当）

☐总是（非常）

58.您容易精神紧张、焦虑不安吗？

☐没有（根本不） ☐很少（有一点） ☐有时（有些） ☐经常（相当）

☐总是（非常）

59.您多愁善感、情感脆弱吗?

☐没有(根本不) ☐很少(有一点) ☐有时(有些) ☐经常(相当)  
☐总是(非常)

60.您容易感到害怕或受到惊吓吗?

☐没有(根本不) ☐很少(有一点) ☐有时(有些) ☐经常(相当)  
☐总是(非常)

61.您胸部或乳房胀痛吗?

☐没有(根本不) ☐很少(有一点) ☐有时(有些) ☐经常(相当)  
☐总是(非常)

62.您无缘无故叹气吗?

☐没有(根本不) ☐很少(有一点) ☐有时(有些) ☐经常(相当)  
☐总是(非常)

63.您咽喉部有异物感,且吐之不出、咽之不下吗?

☐没有(根本不) ☐很少(有一点) ☐有时(有些) ☐经常(相当)  
☐总是(非常)

64.您精力充沛吗?

☐没有(根本不) ☐很少(有一点) ☐有时(有些) ☐经常(相当)  
☐总是(非常)

65.您容易感到疲乏吗?

☐没有(根本不) ☐很少(有一点) ☐有时(有些) ☐经常(相当)  
☐总是(非常)

66.您说话声音低弱无力吗?

☐没有(根本不) ☐很少(有一点) ☐有时(有些) ☐经常(相当)  
☐总是(非常)

67.您感到闷闷不乐、情绪低沉吗?

☐没有(根本不) ☐很少(有一点) ☐有时(有些) ☐经常(相当)  
☐总是(非常)

68.您比一般人耐受不了寒冷吗(冬天的寒冷、夏天的冷空调)?

☐没有(根本不) ☐很少(有一点) ☐有时(有些) ☐经常(相当)  
☐总是(非常)

69.您能适应外界自然和社会环境的变化吗?

☐没有(根本不) ☐很少(有一点) ☐有时(有些) ☐经常(相当)  
☐总是(非常)

70.您容易失眠吗?

☐没有(根本不) ☐很少(有一点) ☐有时(有些) ☐经常(相当)  
☐总是(非常)

71.您容易忘事吗(健忘)?

☐没有(根本不) ☐很少(有一点) ☐有时(有些) ☐经常(相当)  
☐总是(非常)

### 1、判定方法

回答《中医体质分类及判定表》中的全部问题，每一问题按 5 级评分，计算原始分及转化分，以标准判定体质类型。

原始分=各个条目的分会相加。

转化分数= $[(\text{原始分}-\text{条目数})/(\text{条目数}*4)]*100$

### 2、判定标准

平和质为正常体质，其他 8 中体质为偏颇体质。

## 攻读学位期间发表文章情况

序号	作者（全体作者，按顺序排列）	题 目	发表或投稿刊物名称、级别	发表的年月、卷期、起止页码	被索引收录情况
1	张洲；王雅清； 安佳旭；吴英楠； 白美娇； 于希军	银屑病合并代谢综合征的临床研究	内蒙古医科大学学报	2018 年 6 月、第 40 卷、第 3 期、 207-210	
2	刘白雪,王雅清,张洲,安佳旭,于希军	夹脊穴穴位注射单磷酸阿糖腺苷治疗带状疱疹的临床研究	内蒙古医科大学学报	2019 年 4 月、第 41 卷第 2 期、 152-154+157	
3	陈旭,于希军,贾妍,安佳旭,王雅清	刺络拔罐治疗急性期带状疱疹的临床研究进展	世界最新医学信息文摘	2019 年 7 月、19 卷、第 56 期、 32-33	
4	安佳旭，王雅清，张洲，吴英楠，白美娇，于希军	斑秃发病机制及治疗的研究进展		2020 年 4 月	

## 个人简介

基本信息：

姓 名：安佳旭

性 别：男

民 族：满族

政治面貌：团员

籍 贯：辽宁省

专 业：中医外科学

学习经历：

2012 年 9 月至 2017 年 6 月：辽宁中医药大学杏林学院，本科，中西医结合临床全科

2019 年 9 月至今：内蒙古医科大学，硕士研究生，中医外科学

社会实践经历：无

本科期间获奖情况：无

在研期间获奖情况：无

在研期间参与课题情况：无



## 致谢

岁月荏苒，三年的学习生活时光如白驹过隙，一转眼已到了尾声。在三年的时光里感谢各位老师同学给予我的帮助和支持。

首先，由衷的感谢于希军教授，在三年的研究生生涯中，于老师专业的学术知识，高尚的医德品德无时无刻不在潜移默化影响着我。“师者，所以传道受业解惑也”，于老师对我的教育渗透到了学习、工作的各个角落，不仅体现了于老师渊博的知识，高尚的人格品格，对待生活的积极乐观，对于工作的热情激情，都令我找到了应该去学习的榜样。感谢于老师三年的悉心栽培，让我在这三年中知识水平和为人处世的能力得到大幅度提升，带我领略了科研人应有的风采，让我知道了人生的道路上应砥砺前行，激励着我不断拼搏进取。

其次，感谢师门中的师姐师妹及同门的帮助，让我在三年的学习生涯中感受到了团结的力量，在这个大家庭中每个人都是不可或缺的一环。三年中，我们取长补短共同完成了许多任务，同时也让我知道了团队的重要性。

同时，感谢我的同学和朋友们在这三年中对我的帮助、支持和鼓励，在研究生生涯中更显得弥足珍贵，让我知道了纯真友情的可贵。

再次，感谢受试者对我试验的支持和时间的付出，让我知道了真心付出是能够得到回报的。

最后，衷心的感谢我的父母及亲属，给予我无私的物质供给和精神支持。特别是史洁玮对我的帮助和指导，以及在我最困苦无助时的帮扶，让我寻找到了黑暗中光芒的彼岸。

再次向所有关心、帮助过我的亲朋好友致以诚挚的感谢。