

[文章编号] 1007-0893(2024)05-0063-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2024.05.018

# 运用通窍活血汤联合常规西药治疗斑秃疗效观察

黄晓雯 钟彩梅 周美凤 钟建能

(佛山市顺德区慢性病防治中心, 广东 佛山 528300)

**[摘要]** 目的: 探究运用通窍活血汤加减联合常规西药治疗斑秃的疗效。方法: 选取在佛山市顺德区慢性病防治中心 2021 年 5 月至 2023 年 5 月就诊的 57 例斑秃患者, 根据治疗方案分为 A 组 24 例、B 组 15 例及 C 组 18 例。A 组患者采用通窍活血汤加减联合常规西药治疗, B 组患者采用常规西药内服外用治疗, C 组患者采用纯外用药物治疗。比较三组患者临床疗效、起效时间、头发新生率、脱发面积、生活质量及安全性。结果: A 组患者总有效率高于 B 组、C 组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 治疗后, A 组患者脱发面积少于 B 组、C 组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 治疗后, A 组患者生活质量评分低于 B 组、C 组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); A 组患者起效时间低于 B 组、C 组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); A 组患者头发新生率高于 B 组、C 组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 运用通窍活血汤加减联合常规西药治疗斑秃, 减少脱发面积, 减轻对患者生活质量的影响, 提高头发新生率, 安全可靠。

**[关键词]** 斑秃; 通窍活血汤; 西药治疗**[中图分类号]** R 753.3<sup>+</sup>2 **[文献标识码]** B

斑秃是以突然脱发为特征的一种疾病, 患者通常对脱发无自觉, 临床表现为头部的一块斑状脱发, 局部没有炎症, 毛囊口也处于正常状态, 虽然对患者的生命安全无威胁, 但是可严重影响患者的心理健康。目前, 有效的控制脱发面积、加速药物起效时间、提高患者的生活质量是治疗斑秃的重点。使用药物是治疗斑秃的重要方式, 但长时间使用米诺地尔酊、生发酊等外用药, 或外涂哈西奈德等糖皮质激素, 可极大程度地降低患者的服药依从性, 同时导致患者生存质量下降<sup>[1-2]</sup>, 故迫切需要寻求一种安全有效的方法。中医学并无斑秃这一说法, 多将其归属于“油风”的范畴, 斑秃与气血双虚、肝肾不足、血瘀毛窍有关, 发为血之余, 气虚则血难生毛根不得濡养, 故发落成片。肝藏血, 肾藏精, 精血不足则发无生长之源, 堵塞血脉, 心血不能养发导致发脱落。根据不同的证型, 可选用不同的方剂治疗, 本研究主要采用通窍活血汤加减联合常规西药治疗斑秃并分析疗效, 现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取在佛山市顺德区慢性病防治中心 2021 年 5 月至 2023 年 5 月就诊的 57 例斑秃患者, 根据治疗方案分为 A 组 24 例、B 组 15 例及 C 组 18 例。A 组男性 13 例, 女性 11 例; 年龄 28 ~ 56 岁, 平均  $(35.79 \pm 12.03)$  岁; 病

程 0.5 ~ 9 个月, 平均  $(4.09 \pm 4.33)$  个月; 脱发严重程度评分工具<sup>[3]</sup>: S1 17 例, S2 3 例, S3 3 例, S4 1 例。B 组男性 7 例, 女性 8 例; 年龄 13 ~ 57 岁, 平均  $(29.93 \pm 15.70)$  岁; 病程 0.5 ~ 5 个月, 平均  $(2.13 \pm 2.84)$  个月; 脱发严重程度评分工具: S1 14 例, S2 0 例, S3 1 例, S4 0 例。C 组男性 10 例, 女性 8 例; 年龄 18 ~ 58 岁, 平均  $(38.33 \pm 19.58)$  岁; 病程 0.5 ~ 4 个月, 平均  $(1.83 \pm 2.66)$  个月; 脱发严重程度评分工具: S1 15 例, S2 1 例, S3 1 例, S4 1 例。三组患者性别、年龄、病程等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

### 1.2 病例选择

1.2.1 诊断标准 (1) 西医符合《中国斑秃诊疗指南 (2019)》<sup>[4]</sup> 中斑秃相关诊断标准, 临床表现是突然发生的斑状脱发, 脱发斑多呈圆形或椭圆形, 大小不等, 可单发或多发; (2) 中医符合《中药新药临床研究指导原则 (试行)》<sup>[5]</sup> 中的诊断标准, 中医辨证<sup>[6]</sup> 为血瘀毛窍型。

1.2.2 诊断标准 (1) 符合上述诊断标准, 且在佛山市顺德区慢性病中心接受治疗的患者; (2) 临床资料清晰齐全, 患者知情同意本研究。

1.2.3 排除标准 (1) 伴有严重的心脑血管疾病; (2) 存在肝、肾、心、肺功能异常者; (3) 对所用药物过敏; (4) 拔毛癖、先天性秃发、头癣、假性斑秃

**[收稿日期]** 2023 - 12 - 13**[作者简介]** 黄晓雯, 女, 主治医师, 主要从事中医皮肤科工作。

等其他因素引起的秃发；（5）有精神障碍疾病患者；（6）无法完成本研究。

1.3 方法

1.3.1 A组 采用通窍活血汤加减联合常规西药治疗，组方（组成药物均是颗粒剂）：当归 3 g，赤芍 5 g，生地黄 3 g，菊花 5 g，川芎 3 g，桃仁 5 g，丹参 10 g，天麻 5 g，女贞子 10 g，桑叶 5 g。上述药品冲服，1次·d<sup>-1</sup>。常规西药采用内服外用治疗，复方甘草酸苷片[卫材（中国）药业有限公司，国药准字 J20130077]内服，50 mg·次<sup>-1</sup>，3次·d<sup>-1</sup>；激素软膏（糠酸莫米松乳膏）（河南羚锐生物药业有限公司，国药准字 H20133348）外用，取本品适量涂于患处，1次·d<sup>-1</sup>；米诺地尔酊（浙江万晟药业有限公司，国药准字 H20010714）外用，1次·d<sup>-1</sup>。

1.3.2 B组 采用常规西药内服外用治疗（复方甘草酸苷片为内服、激素软膏及米诺地尔酊为外用），具体用法剂量同 A 组。

1.3.3 C组 采用纯外用治疗（激素软膏及米诺地尔酊为外用），具体用法剂量同 A 组。

以上疗程基本为 12 周，视患者治疗有效情况停药。观察时间为 12 周。

1.4 观察指标

（1）临床疗效。治愈：头发分布密度及色泽均正常；显效：头发密度、粗细及色泽均接近正常。进步：有毳毛及白发长出，且治疗后毛发停止脱落。无效：上述情况未改善。总有效率=（治愈+显效）/总例数×100%<sup>[5]</sup>。

（2）脱发面积：依据脱发严重程度评分工具评估<sup>[3]</sup>，总分范围 0~100 分，分值越高表示脱发越严重。

（3）生活质量：采用皮肤病生活质量指数评估，总分 0~30 分，分数越高对生活质量的影 响越大<sup>[6]</sup>。（4）起效时间和头发新生率：详细记录新生绒毛时间及头发新生率，头发新生率=治疗前后脱发严重程度评分工具评分差值/治疗前脱发严重程度评分工具评分×100%。并进行统计学分析。（5）安全性：观察三组患者不良反应情况。

1.5 统计学分析

采用 SPSS22.0 软件进行数据处理，计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示，采用 *t* 检验，符合正态分布行方差分析，不符合正态分布行 Mann-Whitney *U* 或 Kruskal Wallis *H* 检验，计数资料用百分比表示，采用  $\chi^2$  检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 三组患者临床疗效比较

A 组患者总有效率高于 B 组、C 组，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 1。

表 1 三组患者临床疗效比较 [n(%)]

组别	<i>n</i>	治愈	显效	进步	无效	总有效
A 组	24	14(58.33)	6(25.00)	4(16.67)	0(0.00)	20(83.33) <sup>a</sup>
B 组	15	7(46.67)	5(33.33)	1(6.67)	2(13.33)	12(80.00)
C 组	18	3(16.67)	8(44.44)	5(27.78)	2(11.11)	11(61.11)

注：A 组一采用通窍活血汤加减联合常规西药治疗；B 组一采用常规西药内服外用治疗；C 组一采用纯外用治疗。与 B 组、C 组比较，<sup>a</sup>*P* < 0.05。

2.2 三组患者治疗前后脱发面积比较

治疗后，A 组患者脱发面积少于 B 组、C 组，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 2。

表 2 三组患者治疗前后脱发面积比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后
A 组	24	24.08 ± 15.88	3.46 ± 6.92 <sup>b</sup>
B 组	15	23.33 ± 10.40	5.93 ± 11.53
C 组	18	26.11 ± 15.06	10.06 ± 9.53

注：A 组一采用通窍活血汤加减联合常规西药治疗；B 组一采用常规西药内服外用治疗；C 组一采用纯外用治疗。与 B 组、C 组治疗后比较，<sup>b</sup>*P* < 0.05。

2.3 三组患者治疗前后生活质量比较

治疗后，A 组患者生活质量评分低于 B 组、C 组，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 3。

表 3 三组患者治疗前后生活质量比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后
A 组	24	14.83 ± 1.71	1.00 ± 1.91 <sup>c</sup>
B 组	15	14.40 ± 1.72	3.27 ± 4.45
C 组	18	14.67 ± 1.64	4.83 ± 3.55

注：A 组一采用通窍活血汤加减联合常规西药治疗；B 组一采用常规西药内服外用治疗；C 组一采用纯外用治疗。与 B 组、C 组治疗后比较，<sup>c</sup>*P* < 0.05。

2.4 三组患者起效时间、头发新生率比较

A 组患者起效时间（3.50 ± 1.74）周，低于 B 组（4.13 ± 2.19）周、C 组（5.17 ± 1.89）周，差异具有统计学意义（*P* < 0.05）；A 组患者头发新生率为 85.6%，高于 B 组头发新生率 74.6%、C 组头发新生率 61.5%，差异具有统计学意义（*P* < 0.05）。

2.5 三组患者安全性比较

A 组患者经肝功检查有 1 例转氨酶稍高，其余无异常。B、C 组治疗期间无其他特殊不适。

3 讨论

斑秃又名圆形脱发，是突然发生于头部的无炎症的局限性脱发，现代医学认为本病与遗传因素、精神因素、免疫功能紊乱、甚至微循环、微量元素等改变有关<sup>[7-8]</sup>。斑秃与中医学的鬼剃头，油风类似。斑秃有多种分型，分别是单纯性斑秃、多灶性斑秃、蛇形斑秃、匍行性斑秃、全秃和普秃等<sup>[9]</sup>，以肝肾亏虚，气血不足为主要病机，

伴有血热、血瘀等病变<sup>[10]</sup>，不能简单地一药百治，需要根据患者的不同症状来选择合适自身病情的中成药或是中药汤剂，辅以外治药物来治疗，辨证论治<sup>[11]</sup>。

中医认为“发为血之余”，脱发可体现脏腑气血功能。《血证论·瘀血》“凡系离经之血，与养周身之血已睽绝而不含，瘀血在上焦，或发脱不生”。《医林改错·通窍活血汤所治之症目》指出，“……头发脱落，阻塞血络，新血不能养发，故发脱落”。通窍活血汤正是王清任所著《医林改错》中治疗血瘀型脱发的经典方剂，具有活血化瘀、通窍活络的功效。原方中赤芍、川芎、桃仁、红花活血祛瘀；麝香开通窍道、活血通络，引诸药上行；葱白行气、通阳入络；姜、枣调和营卫；鲜姜温阳通脉，调和营卫，芳香开窍药与活血散瘀之品同用，散瘀之力倍增，辛温通阳更助活血通经。通窍活血汤诸药共奏活血化瘀之功效，用于治疗斑秃，这可能与活血化瘀法纠正了微循环和改善局部血液流变的关系<sup>[12]</sup>。通窍活血汤中麝香昂贵稀有，临床较难获得，葱和黄酒亦多不调配，故需在遵从方义的基础上，通过基本方加减以变通调整用药方案<sup>[13]</sup>。

本研究在通窍活血汤基础上进行加减，其中《本草纲目》中明确指出：桑叶“治劳热咳嗽，明目，长发。”同时运用菊花可起到清利头目的功效；本方加入女贞子顾护斑秃肝肾不足；斑秃活动期往往脱发较为迅猛，加入天麻可以起到良好的平肝疏风之功效。桃仁、当归、赤芍、牛膝、川芎、丹参等共奏活血化瘀之功效；而生地黄具有凉血养血、清除瘀热之功效，使祛瘀而不伤正。诸药发挥活血化瘀生发，通窍活络的功效。本研究中，A 组患者临床总有效率高于 B 组和 C 组，治疗起效时间短于 B 组和 C 组，治疗后脱发面积低于 B 组和 C 组，生活质量评分低于 B 组和 C 组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )；A 组患者头发新生率高于 B 组、C 组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )；三组患者没有出现明显的不良反应，表明运用通窍活血汤联合常规西药治疗斑秃疗效较好，减少脱发面积，减轻对患者生活质量的影响，加速起效，安全可靠。现代药理可知通窍活血汤中含有的赤芍、当归、川芎有抗氧化和清除自由基、降低血小板聚集及抗血栓作用；而生地黄可促进网状内皮系统的吞噬功能，增加 T 细胞数量；丹参具有改善微循环、血流变及抗炎、抗菌等作用。

由于大部分斑秃治疗过程较长，中药协定方应用于斑秃时需要考虑患者对中药的接受程度，包括对中药口味抵触、长期用药的经济负担等因素。药物加减可酌情使用有现代药理研究的药物，以提高疗效。用药分量不宜超出药典，用药时间过长需注意监测肝功或胃肠道不适等不良反应。

综上所述，运用通窍活血汤联合常规西药治疗斑秃疗效较好，减少脱发面积，减轻对患者生活质量的影响，提高头发新生率，加速起效，安全可靠。但本研究存在以下不足之处：（1）由于部分斑秃患者依从性较差，复诊时间不规律，导致本研究所选择样本量较小，未进行大样本研究；（2）本研究所选择样本均来自医院的单一科室，未进行多中心点的试验研究；（3）本研究所纳入的研究时间间隔较短，未进行多时间段的试验研究，故需要后续学者进行多中心、大样本及较长的时间跨度或者多时间段的进一步的深入研究。

#### [参考文献]

- [1] 章星琪. 国内外斑秃诊疗共识、指南的解读与启示 [J]. 皮肤性病诊疗学杂志, 2021, 28 (6): 431-436.
- [2] DARRIGADE A S, LEGRAND A, ANDREU N, et al. Dual efficacy of dupilumab in a patient with concomitant atopic dermatitis and alopecia areata [J]. British Journal of Dermatology, 2018, 192 (2): 534-536.
- [3] ELISE A, MARIA K, VERA H, et al. Alopecia areata investigational assessment guidelines: Part II. National Alopecia Areata Foundation [J]. J Am Acad Dermatol, 2004, 51 (3): 440-447.
- [4] 中华医学会皮肤性病学分会毛发学组. 中国斑秃诊疗指南 (2019) [J]. 临床皮肤科杂志, 2020, 49 (2): 69-72.
- [5] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则 (试行) [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002.
- [6] 黄泰康, 喻文球, 谈煜俊. 中医皮肤性病学 [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2000.
- [7] MACEY J, KITCHEN H, ALDHOUSE N, et al. A qualitative interview study to explore adolescents' experience of alopecia areata and the content validity of sign/symptom patient-reported outcome measures [J]. British Journal of Dermatology, 2022, 186 (5): 849-860.
- [8] DONE N, RAY M, GANDHI K, et al. PSY6 Differences in All-Cause Health Care Costs of Alopecia Areata in the United States by Patient Subgroups: A Latent Class Approach [J]. Value in Health, 2021, 24 (4): 230.
- [9] 李雪琳, 王红兵. 健脾补肾祛风汤配合西药治疗斑秃 60 例疗效观察 [J]. 皮肤病与性病, 2016, 38 (1): 73-74.
- [10] 邓翠荣, 尹刚, 吴春艳. 斑秃患者血液流变学的观察 [J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2011, 10 (4): 249.
- [11] 徐倩, 施伟民, 沈亮亮. 斑秃的中医辨证分型与微循环障碍临床 56 例 [J]. 同济大学学报 (医学版), 2005, 26 (2): 65-67.
- [12] 阮金兰, 赵钟祥, 曾庆忠, 等. 赤芍化学成分和药理作用的研究进展 [J]. 中国药理学通报, 2003, 19 (9): 965-970.
- [13] 李曦, 张丽宏, 王晓晓, 等. 当归化学成分及药理作用研究进展 [J]. 中药材, 2013, 36 (6): 1023-1028.