

## 思路与方法

## 不同中医证候雄激素性脱发患者的皮肤镜图像特点

曲舒涵<sup>1</sup> 赵吉平<sup>1</sup> 曲天歌<sup>2</sup> 尹仲衡<sup>3</sup>

(1 北京中医药大学东直门医院针灸科,北京,100700; 2 北京中医药大学东直门医院皮肤科,北京,100700;

3 北京市通州区中西医结合医院,北京,101199)

**摘要** 目的:探究皮肤镜在不同中医证候雄激素性脱发患者皮损中的皮肤镜图像特征及在中医辨证中的应用价值。方法:选取2017年3月至2018年2月北京中医药大学东直门医院确诊的且经中医辨证分别属肝肾不足证、血热风燥证及脾胃湿热证的雄激素性脱发患者120例,按证型分为3组,每组40例,每组拍摄120张皮肤镜图像,以毛周征、血管征、黄点征、蜂窝征为指标,观察3种证型患者图像的差异。结果:脾胃湿热组黄点征阳性率高于血热风燥组及肝肾不足组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。血热风燥组血管征阳性率高于肝肾不足组及脾胃湿热组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。脾胃湿热组高于肝肾不足组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。肝肾不足组蜂窝征阳性率高于血热风燥组及脾胃湿热组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。肝肾不足组毛周征数量高于血热风燥组及脾胃湿热组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。3组患者毛周征数量与病程正相关( $r = 0.369, P < 0.05$ )。脾胃湿热组及肝肾不足组患者毛周征数量与病程呈正相关( $r = 0.410, P < 0.05; r = 0.549, P < 0.05$ )。结论:不同中医证候的雄激素性脱发患者的皮肤镜征象的阳性率及数量具有一定差异,皮肤镜可辅助应用于雄激素性脱发的中医辨证治疗。

**关键词** 雄激素性脱发;证候;皮肤镜

Exploration of Dermoscopic Images Characteristic of Patients with Androgenic Alopecia  
in Different Traditional Chinese Medicine Syndromes

Qu Shuhan<sup>1</sup>, Zhao Jiping<sup>1</sup>, Qu Tiange<sup>2</sup>, Yin Zhongheng<sup>3</sup>

(1 Department of Acupuncture and Moxibustion, Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100700, China; 2 Department of Dermatology, Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100700, China;

3 Beijing Tongzhou Hospital of Integrated Chinese And Western Medicine, Beijing 101199, China)

**Abstract Objective:** To compare the differences of dermoscopic images of patients with androgenic alopecia in different traditional Chinese medicine (TCM) syndromes, and to explore the application value of dermatoscope in the skin syndrome differentiation of androgenetic alopecia. **Methods:** A total of 120 patients with androgenetic alopecia were divided into three groups, with 40 cases in each group. The three were liver and kidney deficiency group, blood heat group and dampness-heat of spleen and stomach group. Images were taken by dermatoscope with polarized light, and there were three images for every patient. Peripilar signs (PPS), yellow dots, blood vessels, and honeycomb signs were chosen as index to observe the differences in the three types of syndromes. **Results:** In the unit dermatoscope field of view, the results were shown as follows. Firstly, the rate of yellow dots positive was that index in dampness-heat of spleen and stomach group was higher than index in blood heat group ( $P < 0.01$ ) and kidney deficiency group ( $P < 0.01$ ). Secondly, the rate of blood vessels signs positive was that index in blood heat group was higher than index in liver and kidney deficiency group ( $P < 0.01$ ) and dampness-heat of spleen and stomach group ( $P < 0.01$ ), and spleen and stomach group was higher than liver and kidney deficiency group ( $P < 0.05$ ). Thirdly, the rate of honeycomb signs was that index in liver and kidney deficiency group was higher than index in blood heat group ( $P < 0.01$ ) and dampness-heat of spleen and stomach group ( $P < 0.01$ ). Fourthly, the number of Peripilar signs was that index in liver and kidney deficiency group was higher than index in blood heat group ( $P < 0.01$ ) and dampness-heat of spleen and stomach group ( $P < 0.01$ ). Fifthly, the correlation analysis was that overall statistics of all patients showed positive correlation between the number of Peripilar signs and the course of disease ( $r = 0.369, P < 0.01$ ). Grouping statistics showed that there was positive correlation between the number of Peripilar signs and the course of disease in dampness-heat of spleen and stomach group and liver and kidney deficiency group ( $r = 0.410, P < 0.01; r =$

基金项目:北京中医药大学2018年度基本科研业务在读研究生项目(2018-JYBZZ-XS140)

作者简介:曲舒涵(1990.01—),女,博士研究生在读,研究方向:针灸推拿学,E-mail:924308803@qq.com

通信作者:尹仲衡(1990.06—),男,硕士,住院医师,研究方向:中医皮肤性病, E-mail:442602489@qq.com

0.549,  $P < 0.01$ ). **Conclusion:** Different syndromes of androgen alopecia patient's dermoscopic images show certain differences between positive rate and quantity of dermoscopic signs. Dermatoscope could be used in the treatment of TCM syndrome differentiation of androgenic alopecia.

**Key Words** Androgenic alopecia; Syndrome; Dermatoscope

中图分类号: R241; R275 文献标识码: A doi: 10.3969/j.issn.1673-7202.2019.01.044

雄激素性脱发 (Androgenetic Alopecia, AGA) 又称脂溢性脱发或早秃, 是皮肤科临床常见的慢性进行性疾病, 多发于青年人群, 表现为前额发际线后移和 (或) 头顶部毛发逐渐稀疏减少<sup>[1]</sup>。而皮肤镜检查作为皮肤科常用的无创微观诊察技术, 对 AGA 的早期诊断与鉴别诊断具有较高价值, AGA 在皮肤镜下可见: 毛周征、黄点征、蜂窝征、血管征, 其中毛周征及黄点征为 AGA 特异性表现<sup>[2-6]</sup>。中医学认为本病临床上常见肝肾不足、血热风燥和脾胃湿热 3 种证型<sup>[7]</sup>。本研究试图将 AGA 的中医证候与该病的皮肤镜图像结合, 对比不同证候 AGA 患者的皮肤镜征象是否存在差异性, 以探究将皮肤镜作为传统中医望诊的延伸, 为中医辨证提供辅助作用的可能性。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2017 年 3 月至 2018 年 2 月于东直门医院皮肤科及针灸科门诊确诊为雄激素性脱发, 同时经中医辨证结果为肝肾不足证、血热风燥证或脾胃湿热证的患者共 120 例。按证型分为 3 组, 其中肝肾不足组 40 例, 男女各 20 例, 年龄 17 ~ 45 岁, 平均年龄 ( $29.0 \pm 6.1$ ) 岁, 平均病程 ( $3.7 \pm 1.9$ ) 年, 皮肤镜图像共 120 张; 血热风燥组 40 例, 男女各 20 例, 年龄 18 ~ 41 岁, 平均年龄 ( $29.4 \pm 4.6$ ) 岁, 平均病程 ( $4.0 \pm 2.0$ ) 年, 皮肤镜图像 120 张; 脾胃湿热组 40 例, 男女各 20 例, 年龄 19 ~ 41 岁, 平均年龄 ( $29.0 \pm 5.2$ ) 岁, 平均病程 ( $3.4 \pm 1.3$ ) 年, 皮肤镜图像 120 张; 3 组性别、年龄及病程等一般资料比较, 差异无统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 具有可比性。

1.2 诊断标准 西医诊断标准: 参考 2010 年版《中国临床皮肤病学》<sup>[1]</sup> 与 2014 年版《中国雄激素性秃发诊疗指南》<sup>[8]</sup> 的诊断标准。1) 男性型脱发: 早期轻者两鬓角处脱发, 前额发际处可伴有毛发脱落, 随着病情的加重, 头顶部头发逐渐减少; 脱发过程为毛发变细、变软、变短, 色泽变淡; 严重时鬓角和头顶的脱发区融合成片, 头发仅存于枕部及来两侧颞部; 脱发区皮肤光滑, 油脂较多, 可见纤细的毳毛。2) 女性型脱发: 前额部头发弥漫性脱落, 以致前额部头发逐渐稀疏, 发际线不变。

中医临床辨证分型标准: 参考 2009 年版《中医

皮肤性病学》<sup>[7]</sup>, 由 2 位中医临床医师共同得出辨证结论。1) 血热风燥证的皮损情况: 头发稀疏、变细、脱落, 毛发枯黄, 头屑较多而干燥, 头皮瘙痒, 痒若虫行。伴随症状: 脱发程度与情绪相关, 常有心烦易怒, 神情抑郁, 夜难安眠, 口渴喜饮等; 舌红无苔或少苔。2) 肝肾不足证的皮损情况: 头发稀疏变细脱落, 脱发日久, 见头发明显稀少, 头发焦黄枯燥, 或间有白发, 舌淡红、苔薄。伴随症状: 平素用脑过度, 日夜操劳, 头目眩晕, 腰膝酸重, 失眠多梦, 伴头昏, 耳鸣。3) 脾胃湿热证的皮损情况: 头部油腻明显, 头发细软, 稀疏、油亮、状如涂油。伴随症状: 平素嗜食肥甘厚味, 或伴痞满纳呆; 舌质红, 苔黄腻, 脉滑数, 大便黏腻不爽。

1.3 纳入标准 1) 符合雄激素性脱发诊断标准; 2) 年龄 16 ~ 45 岁; 3) 近 2 个月内未经过系统药物治疗; 4) 近 2 个月内未接受过相关中药、中成药内服、外用治疗; 5) 近 2 个月内未接受过针灸疗法治疗; 6) 受试者知情, 自愿签署知情同意书。

1.4 排除标准 1) 已确诊的雄激素性脱发患者, 但经 2 位中医师辨证结论不一致, 或皮损情况与伴随症状不能得出单一中医证候结论, 即存在证候夹杂情况的患者; 2) 非雄激素性脱发的其他类型的脱发; 3) 近 2 个月内曾接受或目前正在进行治疗和预防雄激素性脱发产品的患者; 4) 患有严重的心血管系统疾病、免疫性疾病、内分泌及精神神经系统疾病患者; 5) 妊娠及哺乳期妇女。

1.5 脱落与剔除标准 研究过程中自行退出者。

## 1.6 研究方法

1.6.1 设备 Handyscope 皮肤镜及其对应的手机应用软件, 购买自德国 FotoFinde 公司, 25 倍偏振光镜头, 单位皮肤镜视野面积  $5 \text{ mm} \times 5 \text{ mm}$ , 采集图像后保存在与之相连的苹果手机中。

1.6.2 图像采集 1) 准备工作: 患者静坐 3 min 以上 (使头皮温度处于稳定状态), 暴露头皮 (头发长者以篦子疏开)。2) 拍摄位点: 两侧额角 (左右眉峰正上, 发际线处); 2) 毛旋部位。

1.6.3 图像质量控制 拍摄时采用偏振光模式, 使镜头边紧贴头皮, 待仪器自动调整对焦完成后即留

取图像。

1.7  观察指标  以下指标均在偏振光模式下观察，单位皮肤镜视野下计算。其中毛周征为计量指标，每例患者的毛周征结果为 3 处拍摄位点毛周征数目的平均值；血管征、蜂窝征、黄点征为计数指标，一处拍摄位点出现相应征象即视为该指标阳性。4 项指标具体定义如下：1) 毛周征：毛囊开口周围色素沉着或鳞屑附着形成的褐色环。见图 1。2) 血管征：头皮部小血管呈点状、线状扩张、或出现弥漫性红斑。见图 2。3) 蜂窝征：头皮色素沉着形成的黄色至棕色颗粒样物质，密如蜂窝状。见图 3。4) 黄点征：油脂在毛囊口的沉积形成的淡黄色多环状物质。见图 4。

1.8  统计学方法  采用 SPSS 20.0 统计软件分析数据。计数资料采用百分率表示,采用  $\chi^2$  检验进行统计学分析;计量资料以均数  $\pm$  标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,呈正态分布的应用  $t$  检验或方差分析,非正态分布的采用非参数检验。以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

2  结果

脾胃湿热组黄点征阳性率高于血热风燥组及肝肾不足组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。血热风燥组血管征阳性率高于肝肾不足组和脾胃湿热组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),脾胃湿热组高于肝肾不足组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。肝肾不足组蜂窝征阳性率高于血热风燥组及脾胃湿热组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。肝肾不足组毛周征数量高于血热风燥组和脾胃湿热组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。3 组患者毛周征数量与病程正相关( $r = 0.369, P < 0.05$ )。脾胃湿热组及肝肾不足组患者毛周征数量与病程正相关( $r = 0.410, P < 0.05$ ;  $r = 0.549, P < 0.05$ )。见表 1~5,图 5~8。

表 1  3 组患者黄点征比较

| 组别              | 黄点征( + ) | 黄点征( - ) | 阳性率( % ) |
|-----------------|----------|----------|----------|
| 肝肾不足组( n = 40 ) | 19       | 21       | 47.5 *   |
| 血热风燥组( n = 40 ) | 12       | 28       | 30.0 *   |
| 脾胃湿热组( n = 40 ) | 32       | 8        | 80.0     |

注:与脾胃湿热组比较,\* $P < 0.05$

表 2  3 组患者血管征比较

| 组别              | 血管征( + ) | 血管征( - ) | 阳性率( % )        |
|-----------------|----------|----------|-----------------|
| 肝肾不足组( n = 40 ) | 11       | 29       | 27.5 * $\Delta$ |
| 血热风燥组( n = 40 ) | 35       | 5        | 87.5 $\Delta$   |
| 脾胃湿热组( n = 40 ) | 21       | 19       | 52.5            |

注:与血热风燥组比较,\* $P < 0.05$ ;与脾胃湿热组比较, $\Delta P < 0.05$



图 1  毛周征  标示头皮部毛囊口周围可见褐色沉着  
注:25 倍镜下,偏振光模式拍摄



图 2  血管征  光标示头皮散在弥漫性红斑  
注:25 倍镜下,偏振光模式拍摄



图 3  蜂窝征  头皮部可见弥漫而密集的颗粒样暗黄色沉着,状如蜂窝  
注:25 倍镜下,偏振光模式拍摄

表 3  3 组患者蜂窝征比较

| 组别              | 蜂窝征( + ) | 蜂窝征( - ) | 阳性率( % )         |
|-----------------|----------|----------|------------------|
| 肝肾不足组( n = 40 ) | 32       | 8        | 80.00 * $\Delta$ |
| 血热风燥组( n = 40 ) | 14       | 26       | 35.00            |
| 脾胃湿热组( n = 40 ) | 20       | 20       | 50.00            |

注:与血热风燥组比较,\* $P < 0.05$ ;与脾胃湿热组比较, $\Delta P < 0.05$

表 4  3 组患者毛周征比较( $\bar{x} \pm s$ )

| 分组              | 毛周征(个/单位皮肤镜视野)              |
|-----------------|-----------------------------|
| 肝肾不足组( n = 40 ) | 19.13 $\pm$ 5.86 * $\Delta$ |
| 血热风燥组( n = 40 ) | 15.43 $\pm$ 5.56            |
| 脾胃湿热组( n = 40 ) | 14.78 $\pm$ 5.00            |

注:与血热风燥组比较,\* $P < 0.05$ ;与脾胃湿热组比较, $\Delta P < 0.05$

表 5 5 组患者毛周征数量与病程的相关性

| 组别          | 相关系数(r) | P     |
|-------------|---------|-------|
| 肝肾不足组(n=40) | 0.549   | 0.000 |
| 血热风燥组(n=40) | 0.233   | 0.148 |
| 脾胃湿热组(n=40) | 0.410   | 0.009 |
| 全部患者        | 0.369   | 0.000 |



图 4 黄点征 光标示毛囊口周围的环形粉黄色组织

注:25 倍镜下,偏振光模式摄

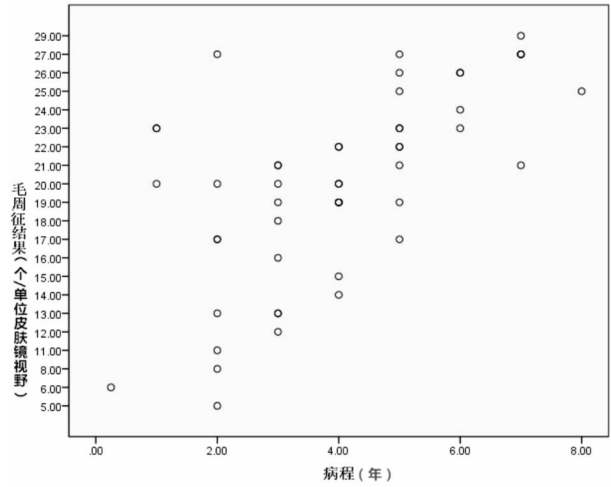


图 5 肝肾不足组毛周征数量与病程的关系

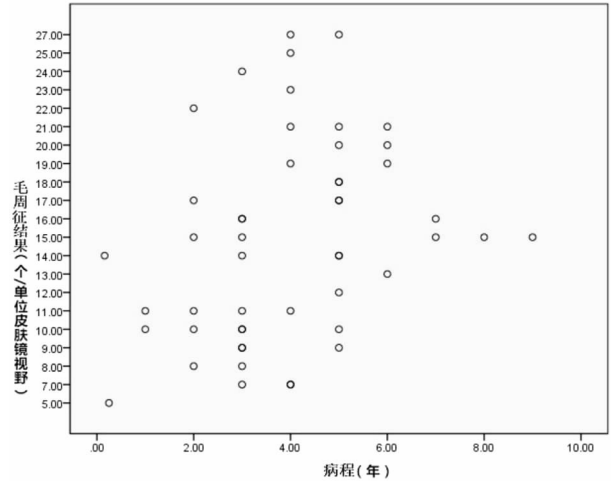


图 6 血热风燥组毛周征数量与病程的关系

3 讨论

雄激素性脱发属于皮肤科临床常见病,一般通

过询问病史、肉眼观察皮损形态即可明确诊断;皮肤镜是一种介于肉眼与皮肤病理之间的非创伤性显微图像分析技术,在不损害皮肤的条件下即可观察从表皮至真皮深部的微观结构或病变,近年来该技术已形成独立的分析模式与学术体系,在皮肤科临床用于多种疾病的辅助诊断及疗效评价,其应用日趋广泛及成熟<sup>[9-11]</sup>。皮肤镜对雄激素性脱发的早期诊断与鉴别具有较高价值,本病在皮肤镜下可见:毛周征、黄点征、蜂窝征、血管征。其中毛周征多见于疾病早期,为毛囊周围的褐色晕样色素沉着,毛囊口可见轻微凹陷,对应组织病理检查结果为毛周的炎性细胞浸润;血管征为毛细血管扩张引起的红斑、线状或点状结构;黄点征是油脂积聚于毛囊口漏斗部引起的多环形组织;蜂窝征是皮损部位呈蜂窝状的色素沉着<sup>[2-6]</sup>。

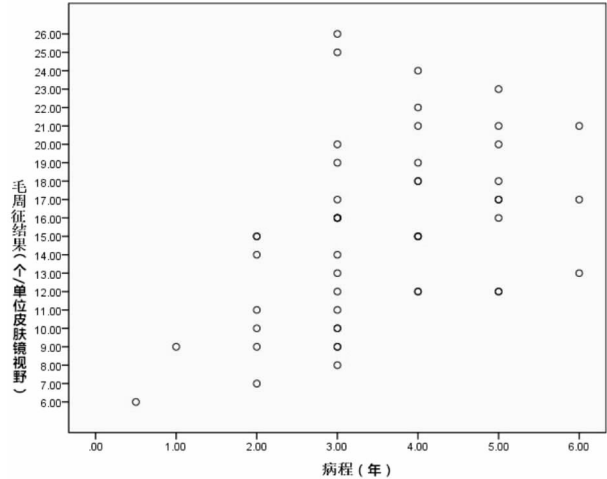


图 7 脾胃湿热组毛周征数量与病程的关系

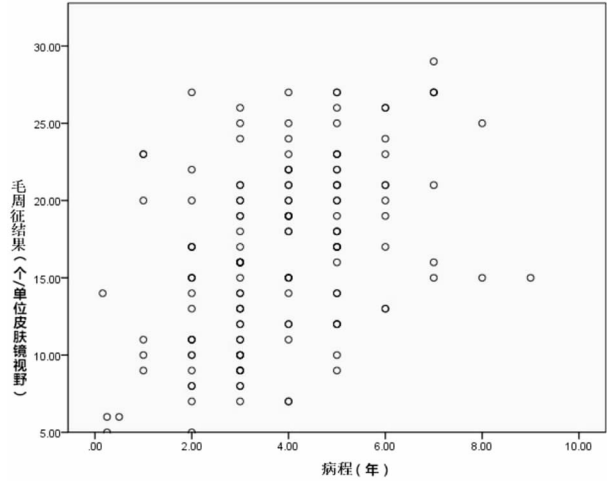


图 8 全部患者毛周征数量与病程的关系

中医学认为湿热、血热与肝肾不足是本病的 3 个重要病机与常见证型<sup>[7,12-17]</sup>,因平素嗜食肥甘厚味,而脾胃运化不及,湿热蕴结于内,上蒸头面;或先天禀赋、后天生活失调等各种因素导致阴精亏虚,不

能养护毛发;或血分生热,损伤毛窍而发病。而它们之间又可互为因果,如湿热日久则伤阴,而阴亏又复生热。最后加重病情或形成不良循环。

本研究筛选出证属脾胃湿热、血热风燥及肝肾不足证且证候单一的雄激素性脱发患者,对其进行皮肤镜检查,以毛周征、血管征、黄点征、蜂窝征为观察指标,分析 3 组患者的指标差异。脾胃湿热证组:黄点征阳性率高于肝肾不足组与血热风燥组,血管征阳性率高于肝肾不足组。血热风燥证组:血管征阳性率高于肝肾不足证组与脾胃湿热组。肝肾不足证患者的毛周征数量及蜂窝征阳性率高于血热风燥组及脾胃湿热组。将毛周征与病程进行相关性分析,发现分组统计中肝肾不足组、脾胃湿热组患者毛周征数量与病程正相关;合并统计 3 组患者,毛周征数量与病程正相关。分析上述结果提示,脾胃湿热证患者的宏观皮损特点为头发油腻,微观皮肤镜图像表现为显著的黄点征阳性,而两者具有共同的形成基础,即头部毛囊皮脂腺的旺盛分泌,黄点的病理机制为扩大的皮脂腺开口内所充满的皮脂和脱落的角质细胞<sup>[18]</sup>。

血热风燥证患者宏观皮损以大量鳞屑及瘙痒为主要特征,微观皮肤镜图像表现为显著的血管征阳性。从现代医学角度,患者在雄激素性脱发的基础上并发炎症反应,使病变部位毛细血管扩张充血和头皮角质层出现角化不全形成鳞屑,这是血热风燥证的宏观皮损与微观皮肤镜图像的共同病理基础<sup>[15,19]</sup>。毛周征及蜂窝征分别代表了毛囊周围及头皮部的色素沉着,色素沉着属于黑色素增加引起的继发性损害,临床上长期的皮肤炎症反应是引起色沉的重要因素<sup>[18-20]</sup>,而在本研究中肝肾不足证患者的色素沉着较血热风燥证及脾胃湿热证更为明显,与传统中医“久病及肝肾”理论及现代医学中皮肤色素沉着的形成机制相合,但在随后的毛周征与病程的相关性分析结果中,肝肾不足证患者毛周征数量与病程的相关性无统计意义;且有既往研究认为毛周征多发生于本病的早期<sup>[18,20]</sup>。这可能是由于本病常隐匿发病,难以准确追溯患者病程,导致结论出现偏差。

证候属于中医学概念,是在获得望、闻、问、切等四诊信息的基础上,对患者生理状态的综合判断,更是制定治疗方案的重要依据,在精准的证候辨证指导下的用药能够起到效如桴鼓的作用,但是由于中医四诊的主观性,证候体系在近千年的发展历程中,一直未能形成较为统一的标准,影响了中医的疗

效<sup>[21-23]</sup>。随着科学技术进步,传统中医学的四诊方法亦应得到发展。既往已有针对本病的中医证候与皮肤镜图像相关性的探究,但仅限于其中的部分证型,且并未考虑到患者的病程因素<sup>[24]</sup>。本研究在既往研究的基础上,探究传统中医的证候与现代医学的检查指标的关联,证实了不同证候的雄激素性脱发患者之间皮肤镜图像的差异性,其图像能够为中医皮肤科临床诊断提供辅助作用。但是皮肤镜象与包括雄激素性脱发在内的皮肤毛发疾病的中医证候之间的“特异性”与“敏感性”还有待进一步探索与验证。将皮肤镜引入中医辨证体系,使之成为传统望诊方式的延伸,可为中医临床辨证提供辅助作用,让传统中医“辨证论治”中的“司外揣内”与“见微知著”理念得到发扬与发展。

综上所述,雄激素性脱发不同中医证候患者的微观皮肤镜图像中的黄点征、血管征、蜂窝征、毛周征的数目或阳性率具有差异性,且这些微观征象与不同中医证候的宏观皮损表现具有共同或相似的病理基础与形成机制,其中黄点征对脾胃湿热证、血管征对血热风燥证、蜂窝征与毛周征对肝肾不足证分别具有一定的“敏感性”。

## 参考文献

- [1] 赵辨. 临床皮肤病学[M]. 南京:江苏科学技术出版社,2009:1185-1186.
- [2] 中西医结合学会皮肤性病学专业委员会皮肤影像学亚专业委员会. 毛发疾病皮肤镜诊断专家共识[J]. 中国麻风皮肤病杂志, 2016,32(3):129-132.
- [3] Inui S. Trichoscopy for common hair loss diseases: algorithmic method for diagnosis[J]. J Dermatol, 2011,38(1):71-75.
- [4] Miteva M, Tosti A. Hair and scalp dermatoscopy[J]. J Am Acad Dermatol, 2012,67(5):1040-1048.
- [5] 李水凤, 戚世玲, 巩毓刚, 等. 男性雄激素性秃发患者的临床特征及治疗前后皮肤镜征象分析[J]. 临床皮肤科杂志, 2013,42(12):727-730.
- [6] 庄娘桥, 唐旭华, 李俊珊, 等. 雄激素性脱发的皮肤镜下临床特征及疗效分析[J]. 中国医学创新, 2017,14(12):108-110.
- [7] 瞿幸. 中医皮肤病学[M]. 北京:中国中医药出版社,2009:237.
- [8] 中华医学会皮肤性病学分会毛发学组. 中国雄激素性秃发诊疗指南[J]. 临床皮肤科杂志, 2014,43(3):182-186.
- [9] 夏金玉, 邵丽, 张斌, 等. 皮肤镜临床应用新进展[J]. 实用皮肤病学杂志, 2015,8(4):280-283.
- [10] 郭海霞, 王莹. 皮肤镜在皮肤科的应用进展[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2016,15(2):125-127.
- [11] 章星琪. 皮肤镜在脱发疾病中的应用[J]. 临床皮肤科杂志, 2014,43(8):505-508.
- [12] 王丽飞. 214 例脂溢性脱发患者发病因素及中医辨证的相关性研究[D]. 沈阳:辽宁中医药大学,2016.

- cancer; a review of National Cancer Institute of Canada Clinical Trials Group trials[J]. J Clin Oncol, 2008, 26(1): 54-59.
- [17] 宋作顺, 郭其森. 老年晚期非小细胞肺癌患者并存疾病及年龄对一线单药化疗耐受性的影响[J]. 中国老年学杂志, 2014, 17(34): 4810-4811.
- [18] 刘苓霜, 姜怡, 沈丽萍, 等. 中医药干预老年晚期非小细胞肺癌患者的生存研究[J]. 上海中医药大学学报, 2011, 25(6): 26-29.
- [19] 夏玉婷, 刘苓霜, 姜怡, 等. 中医药治疗晚期非小细胞肺癌的生存相关因素分析[J]. 上海中医药大学学报, 2013, 27(5): 24-29.
- [20] 游捷, 单孟俊, 赵慧, 等. 中西医结合治疗 91 例老年晚期非小细胞肺癌疗效观察[J]. 中国中西医结合杂志, 2012, 32(6): 774-778.
- [21] 周之毅, 李和根, 田建辉, 等. 辨证颗粒剂配方联合化疗治疗老年晚期非小细胞肺癌生存质量分析[J]. 上海中医药大学学报, 2017, 31(1): 13-17.
- [22] 刘俊波, 黄常江, 廖天华, 等. 益气清肺汤联合化疗治疗老年晚期非小细胞肺癌对患者生活质量的影响[J]. 世界中医药, 2014, 9(10): 1303-1306.
- [23] 杨扬, 范振林. 养肺解毒汤联合化疗对老年晚期非小细胞肺癌的疗效分析[J]. 吉林医学, 2015, 36(10): 2080-2081.
- [24] 陈黎, 李红, 邱婷, 等. 益气养阴法联合吉西他滨对老年晚期非小细胞肺癌生活质量的影响[J]. 南京中医药大学学报, 2016, 2(4): 330-333.
- [25] 张恩欣, 周岱翰, 侯超. 益气除痰方抑制肿瘤相关巨噬细胞的抗肿瘤免疫功能研究[J]. 中华肿瘤防治杂志, 2016, 23(10): 627-635.
- [26] 张星星, 童佳兵, 李泽庚. 芪玉三龙汤对荷肺癌小鼠免疫功能的的影响[J]. 临床肺科杂志, 2016, 21(11): 2038-2043.
- [27] 毕凌, 金莎, 郑展, 等. 肺积方对 IDO 诱导 Lewis 肺癌小鼠模型免疫逃逸的影响[J]. 中国中西医结合杂志, 2016, 36(1): 69-74.
- [28] 丁雨钦, 曲杰, 张晶晶, 等. 鸦胆子油乳联合 siRNA-ERCC1 对肺腺癌 A549/DDP 细胞的耐药逆转作用[J]. 中国实验方剂学杂志, 2012, 18(20): 235-239.
- [29] Abe T, Takeda K, Ohe Y, et al. Randomized phase III trial comparing weekly docetaxel plus cisplatin versus docetaxel monotherapy every 3 weeks in elderly patients with advanced non-small-cell lung cancer; the intergroup trial JCOG0803/WJOG4307L[J]. J Clin Oncol, 2015, 33(6): 575-581.
- [30] Moro-Sibilot D, Audigier-Valette C, Merle P, et al. Non-small cell lung cancer recurrence following surgery and perioperative chemotherapy: Comparison of two chemotherapy regimens (IFCT-0702: A randomized phase 3 final results study)[J]. Lung Cancer, 2015, 89(2): 139-145.
- [31] Des Guetz G, Landre T, Westeel V, et al. Similar survival rates with first-line gefitinib, gemcitabine, or docetaxel in a randomized phase II trial in elderly patients with advanced non-small cell lung cancer and a poor performance status (IFCT-0301)[J]. J Geriatr Oncol. 2015, 6(3): 233-240.
- [32] Quoix E, Zalcman G, Oster JP, et al. Carboplatin and weekly paclitaxel doublet chemotherapy compared with monotherapy in elderly patients with advanced non-small-cell lung cancer; IFCT-0501 randomised, phase 3 trial[J]. Lancet, 2011, 378(9796): 1079-1088.
- [33] Fiteni F, Anota A, Bonnetain F, et al. Health-related quality of life in elderly patients with advanced non-small cell lung cancer comparing carboplatin and weekly paclitaxel doublet chemotherapy with monotherapy[J]. Eur Respir J, 2016, 48(3): 861-872.

(2017-11-23 收稿 责任编辑: 张雄杰)

## (上接第 213 页)

- [13] 王珏云, 冯蕙裳, 侠晨辉, 等. 中西医治疗雄激素源性脱发研究进展[J]. 中国中医药现代远程教育, 2015, 13(13): 156-158.
- [14] 马倩, 王学岭. 脂溢性脱发的中医研究概况[J]. 中医临床研究, 2016, 8(15): 105-107.
- [15] 陈亮, 王玓, 祁坤明, 等. 中医综合疗法治疗脂溢性脱发探析[J]. 亚太传统医药, 2016, 12(18): 108-109.
- [16] 马晓佳, 王广, 李丽琼. 脂溢性脱发的中西医治疗进展[J]. 云南中医中药杂志, 2009, 30(6): 70-72.
- [17] 陈修漾, 陈达灿. 不同证候的雄激素性脱发患者受损头皮的病理特征及雄激素受体表达的规律[J]. 广州中医药大学学报, 2004, 21(3): 169-174.
- [18] 张宇明. 男性雄激素性脱发的临床资料分析及毛发镜在其早期诊断与疗效评估中的应用探索[D]. 北京: 北京中医药大学, 2014.
- [19] 朱学骏, 涂平, 陈喜雪, 等. 皮肤病的组织病理学诊断[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2016: 15, 18-20.
- [20] 支炳伟. 雄激素性脱发患者中医体质及其与毛周征关系的临床调查及相关因素分析[D]. 南京: 南京中医药大学, 2016.
- [21] 季绍良, 成肇智. 中医诊断学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 2.
- [22] 孙喜灵, 姜伟伟, 于东林, 等. 提高中医证候主观辨识准确性的关键问题[J]. 中医杂志, 2016, 57(3): 181-184.
- [23] 郭蕾, 韩俊莉, 刘宁. 论现代医学架构下中医证候临床疗效评价体系的瓶颈[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(8): 3357-3360.
- [24] 尹仲衡. 皮肤镜在雄激素性脱发中医皮损辨证的应用探究[D]. 北京: 北京中医药大学, 2016.

(2018-02-25 收稿 责任编辑: 杨觉雄)