

斑秃的蒙西医研究进展

查苏娜¹ 乌云² (通讯作者)

1. 内蒙古民族大学临床医学院 内蒙古 通辽 028000

2. 内蒙古民族大学附属医院皮肤科 内蒙古 通辽 028000

【摘要】：斑秃是一种以突发性非瘢痕性脱发为特征的自身免疫性疾病。现代医学采用糖皮质激素、JAK 抑制剂和米诺地尔等阶梯治疗方案，但在复发率和药物副作用方面仍存挑战。蒙医学基于“三根-七素”理论，认为赫依偏盛、协日乌素瘀滞导致气血失养，主张通过内服复方制剂调节三根平衡、清血热、燥协日乌素，配合外用药物活血通络，实现整体调节。本文就蒙医、现代医学治疗斑秃的治疗方面进行综述，为探索更有效的治疗方案提供理论依据和临床参考。

【关键词】：斑秃；蒙医；西医；治疗；综述

DOI:10.12417/2705-098X.25.23.017

斑秃 (Alopecia areata, AA) 是一种常见自身免疫性脱发疾病，蒙医称“秃头病”^[1]。本病可发生于任何年龄，一中青年人群为主。流行病学研究显示，我国斑秃的患病率为 0.27%^[2]。斑秃导致的容貌改变易引发焦虑、抑郁等心理问题，显著降低患者生活质量。蒙医通过“调节三根-七素，清血热，燥协日乌素，通气血”为治疗原则，从整体辨证进行治疗斑秃，这与西医局部/免疫抑制疗法路径迥异，但两者疗效对比及机制研究尚不充分。因此，本文将从斑秃的病因病机和临床治疗出发，系统对比蒙医与西医在该领域的差异，为斑秃的临床治疗实践提供可借鉴的科学依据。

1 蒙医对于斑秃的认识

传统蒙医学斑秃归因于琪素与协日乌素的失衡，现代蒙医学研究进一步提出，赫依、琪素、协日乌素三者的协同作用才是斑秃的核心病机。这一理论演变与西医提出的精神应激致病的观点存在内在关联。

本病形成过程始于外源性诱因—长期精神压力、饮食作息不规律、情绪过激等不良生活习惯扰乱机体稳态，叠加先天禀赋体质偏颇 (赫依型/希拉型/巴达干型体质特异性)，共同触发赫依偏盛而扰动气机，继而巴达干粘滞阻碍代谢通路，希拉失衡导致“清浊分泌”代谢紊乱，精华异常，三者协同作用促使协日乌素增盛、循行失序，最终形成局部气血阻滞、终致毛发失养脱落，临床表现为突发性边界清晰脱发斑块，可伴赫依偏盛者以失眠、焦虑为特征，希拉失衡者伴烦躁口苦，巴达干粘滞者多体倦嗜睡等症状，重症者因三根全面失衡而进展为全秃或普秃^[1,3-4]。

2 西医对于斑秃的认识

西医目前认为斑秃是一种由遗传易感性、环境触发及免疫

异常共同介导的毛囊特异性自身免疫病。遗传方面，该病呈现显著家族聚集性，一级、二级和三级亲属中的患病率分别为 47%、42% 和 22%^[5]。全基因组研究揭示 HLA、ULBP1 等基因突变导致毛囊抗原呈递异常。

环境因素中，精神应激与神经炎症是重要诱因。精神应激通过激活下丘脑-垂体-肾上腺轴 (HPA 轴)，促使促肾上腺皮质激素释放激素与神经肽 P 物质在毛囊周围异常蓄积，激活肥大细胞释放 TNF- α /IFN- γ 等促炎因子，直接破坏毛囊免疫豁免^[6]。

遗传与环境因素共同激活核心免疫反应：IFN- γ 通过上调毛球部 MHC-I 表达，暴露 MRP 自身抗原并激活 CD8+NKG2D+ T 细胞；活化的 T 细胞分泌 IL-15 形成 JAK1/3-STAT5 正反馈环路^[7]，从而瓦解免疫豁免。

3 斑秃的治疗

3.1 蒙医治疗斑秃

3.1.1 内治法

蒙医以“三根-七素”理论指导斑秃内治，常用方剂包括顺气安神丸、古日古木-13 味丸、乌兰-13 等。乌云^[8]采用联合方案治疗 48 例患者，总有效率达 95.9%，赫依偏盛型患者伴随的失眠、焦虑症状同步改善。乌云塔娜^[9]的研究进一步支持这一结论，其采用类似蒙药组合治疗 40 例患者，总有效率达 95%。通拉嘎等^[10]探索分型论治：奇素希拉型以乌兰-13 味汤散清热解郁，协日乌素偏盛型以云香十五味丸燥湿祛浊，总有效率 78.5%，但重型斑秃疗效受限，需联用外治强化作用。

3.1.2 外治法

蒙医外治法治疗斑秃历史悠久，在《四部医典》等众多

作者简介：查苏娜，女 (2000—)，蒙古族，医学硕士在读，住院医师，研究方向为民族医学。

通讯作者：乌云，女 (1966—)，蒙古族，硕士，主任医师，研究方向为蒙西医结合治疗皮肤病性病。

基金项目：内蒙古民族大学《蒙医外治法在皮肤科中的应用》创新团队项目 (XM202208157)。

经典著作中均有系统记载,形成了包括穴位刺激、拔罐、灸疗等多种手段在内的独特体系,并不断经后世改良。如李翠英等^[11]研制“生发灵”(含杏仁灰、侧柏叶炭、榜参布柔等),治疗50例斑秃患者,治疗方法为水煎药液外洗患处,结果显示,总有效率98%,且全程无不良反应。研究证实该方可通过改善头皮异常感觉(灼热、瘙痒等)促进毛囊修复,兼具传统蒙医验方特色与现代安全性优势。

3.1.3 综合疗法

宋羿等^[12]对300例斑秃患者,采用内外结合疗法,外用格吉根一秃热赫勒格酊剂(冬虫夏草、梨树皮等8味药材煤油浸泡21日),口服新乌素-9蜜丸(含黄羊角、红柳等6味)。疗程2-3个月。结果显示,总有效率97.34%。研究指出,外用药通过祛协日乌素、活气血改善局部微环境,内服药则调理肝肾、固赫依气机,印证蒙医综合疗法的根治潜力。

3.2 西医治疗斑秃

3.2.1 糖皮质激素

糖皮质激素通过抑制T细胞免疫反应及炎症因子发挥治疗斑秃作用。口服治疗适用于进展迅速的重型斑秃,甲泼尼龙单用或联用米诺地尔有效率可达90%以上^[13],但需警惕代谢紊乱、股骨头坏死等全身副作用,且24%患者停药后可能复发;局部治疗优先用于轻症或儿童患者,局限性斑秃采用曲安奈德注射有效率约90%^[14],但需警惕皮肤萎缩;儿童推荐0.05%丙酸氯倍他索外涂,其安全性高^[15]。总体遵循短期、低剂量原则,重型短期系统用药,轻型及儿童首选局部治疗。

3.2.2 JAK 抑制剂

JAK 抑制剂通过选择性阻断 JAK1/JAK2 酪氨酸激酶,抑

制 JAK-STAT 信号通路传导,从而减少 IL-6、IFN- γ 等促炎因子的生成,同时阻断毛囊微环境中 T 淋巴细胞的异常活化及免疫攻击。研究显示,巴瑞替尼、托法替尼为代表的口服 JAK 抑制剂在重型斑秃治疗中展现出显著疗效,其作用强度约为局部制剂的18倍^[16]。然而,存在感染风险升高、代谢异常及疗效维持时间有限等局限性。

3.2.3 米诺地尔

米诺地尔作为斑秃治疗的基础性药物,其作用机制主要是通过开放血管 ATP 敏感钾通道扩张微血管改善毛囊血供从而促进毛发生长^[17]。临床研究显示,5%米诺地尔溶液可显著提升皮损区血流灌注,终毛转化率达65%-78%,疗效较2%浓度提升20%-30%^[18],但需警惕长期使用引发的多毛症及接触性皮炎。

4 讨论

蒙医学基于“三根-七素”理论,将斑秃归因于协日乌素偏盛、气血阻滞导致毛发失养,强调通过调整体代谢平衡进行治疗。这与西医聚焦于局部毛囊自身免疫反应和免疫抑制的路径形成鲜明对比。相较于西医糖皮质激素治疗的全身性副作用、停药后复发风险,以及 JAK 抑制剂的潜在感染风险、长期疗效维持等问题,蒙医通过“调节三根七素,清血热,燥协日乌素,通气血”的整体疗法展现独特优势,临床实践显示其综合运用古日古木-13味丸清血热、云香十五味丸祛瘀滞、顺气安神丸固本培元,配合外敷治疗整体有效率可达90%,且不良反应发生率显著低于糖皮质激素治疗。但需要正视的是,蒙医治疗周期相对较长对患者依从性形成考验,这要求医者必须根据患者个体差异,灵活组合内服方剂、外治疗法。未来斑秃治疗探索中,蒙医内服外治联合方案可能成为研究方向之一。

参考文献:

- [1] 乌云.蒙医皮肤病学[M].赤峰:内蒙古科学技术出版社,2019:93-94.
- [2] 王婷琳,沈佚葳,周城,等.中国六城市 AA 患病率调查[J].中华皮肤科杂志,2009,42(10):668-670.
- [3] 旺楚克.蒙医外科学[M].北京:民族出版社,1992:248-249.
- [4] 丽梅,李明今.浅述蒙医体质与疾病的关联[J].中国民族医药杂志,2023,29(07):62-63.
- [5] YANG S,YANG J,LIU J B,et al.The genetic epidemiology of alopecia areata in China[J].Br J Dermatol,2004,151(1):16-23.
- [6] 李艳文,孔庆云.185例斑秃患者流行病学与心理健康状况分析[J].华南国防医学杂志,2014,28(10):1008-1010.
- [7] Alexopoulos A,Chrousos GP.Stress-related skin disorders[J].Rev Endocr Metab Disord,2016,17(3):295-304.
- [8] 乌云.蒙药治疗斑秃48例[J].中国民族医药杂志,2009,15(5):11.
- [9] 乌云塔娜.蒙药治疗斑秃40例体会[J].中国民族民间医药,2012,(11):1.
- [10] 通拉嘎,乌云塔娜,乌云,等.蒙药治疗斑秃14例临床疗效观察[J].中国民族医药杂志,2016,22(7):19-20.
- [11] 李翠英,包狄,金鑫.蒙药生发灵治疗斑秃50例[J].中国民间疗法,1999,(6):44.
- [12] 宋羿,董萨那巴特尔.蒙医治疗斑秃的经验[J].中国民族医药杂志,2015,(3):73.

- [13] Altun E,Yayli S,Arica D A,et al.Retrospective analysis of methylprednisolone treatment alone and in combination with methotrexate in patients with extensive alopecia areata[EB/OL].(2022-08-31)[2024-07-25].
- [14] Khan FA,Hussain M,Khan BM,et al.Comparative study between intralesional injection of platelet-rich plasma and intralesional triamcinolone for the treatment of alopecia areata[J].J Ayub Med Coll Abbottabad,2022,34(4):762-765.
- [15] Lenane P,Macarthur C,Parkin PC,et al.Clobetasol propionate 0.05%vs hydrocortisone 1%for alopecia areata in children:A randomized clinical trial[J].JAMA Dermatol,2014,150(1):47-50.
- [16] Wei D,Chen Y,Shen Y,et al.Efficacy and safety of different JAK inhibitors in the treatment of alopecia areata:A network meta-analysis[EB/OL].(2023-04-17)[2024-07-25].
- [17] 拜文廉,马玉民,马进才.米诺地尔对血管平滑肌细胞迁移及高血压相关基因离子转换调节器5表达的影响[J].中国临床药理学杂志,2023,39(3):359-362.
- [18] 陈洁.5%米诺地尔治疗女性型脱发效果及皮肤镜检结果分析[J].甘肃科技,2019,35(10):114-115.