

桂枝汤加味治疗气血不和型儿童白癜风及对自身免疫的调节

罗光浦*, 王天晶, 任盈盈, 朱清华
(南方医科大学 皮肤病医院, 广州 510103)

[摘要] **目的:**观察桂枝汤加味治疗气血不和型儿童白癜风的临床疗效及对T淋巴细胞亚群、免疫球蛋白和补体的影响。**方法:**将134例符合要求的患儿,采用SAS软件生成,随机按数字表法分为观察组与对照组各67例。对照组采用0.03%他克莫司软膏,适量外涂,2次/d。观察组在对照组治疗的基础上服用桂枝汤加味,1剂/d。两组疗程均连续治疗3个月。进行治疗前后白癜风面积评分指数(VASI),黑素指数(MCI),皮肤病生活质量(DIQL)调查量表和气血不和证评分,并评估复色情况;检测治疗前后T淋巴细胞亚群(CD3⁺, CD4⁺, CD8⁺, CD4⁺/CD8⁺),补体(C3, C4)和免疫球蛋白(IgG, IgM, IgA)水平。**结果:**观察组临床疗效总有效率为84.13%,高于对照组的63.49% ($\chi^2 = 6.938, P < 0.01$);治疗后观察组VASI指数低于对照组 ($P < 0.01$), DIQL和气血不和证评分均低于对照组 ($P < 0.01$), MCI指数高于对照组 ($P < 0.01$);观察组患儿复色率(62.83 ± 11.47)% 高于对照组的(53.78 ± 10.29)% ($P < 0.01$);与健康对照组比较,白癜风患儿外周血免疫球蛋白IgG, IgA水平均明显下降,白癜风患儿外周血T淋巴细胞亚群CD3⁺, CD4⁺, CD4⁺/CD8⁺水平均有下降, CD8⁺水平升高 ($P < 0.01$); IgM, C3和C4水平差异均无统计学意义;治疗后观察组患儿治疗后IgG, IgA水平均显著升高 ($P < 0.01$), 并高于同期对照组 ($P < 0.01$), IgM, C3和C4水平变化均无统计学意义;观察组患儿CD3⁺, CD4⁺, CD4⁺/CD8⁺均较治疗前升高 ($P < 0.01$), 并高于治疗后对照组水平 ($P < 0.05$); CD8⁺下降, 并低于治疗后对照组水平 ($P < 0.05$)。 **结论:**桂枝汤加味治疗气血不和型儿童白癜风,能缩小皮损面积,增加白斑黑素含量,提高复色率,改善了患儿生活质量,有明显的临床疗效,其作用机制可能与调节自身免疫失衡有关,值得临床进一步的研究。

[关键词] 白癜风; 儿童; 气血不和; 桂枝汤; T淋巴细胞亚群; 免疫球蛋白; 补体

[中图分类号] R287 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2017)22-0188-06

[doi] 10.13422/j.cnki.syfjx.2017220188

[网络出版地址] <http://kns.cnki.net/kcms/detail/11.3495.R.20170906.1350.032.html>

[网络出版时间] 2017-09-06 13:50

Regulatory Effect of Modified Guizhitang on Immune Function of Patients with Vitiligo with Qi-blood Circulation

LUO Guang-pu*, WANG Tian-jing, REN Ying-ying, ZHU Qing-hua
(Dermatology Hospital of Southern Medical University, Guangzhou 510103, China)

[Abstract] **Objective:** To observe the clinical effect of modified Guizhitang on children with vitiligo (Qi-blood circulation) and its effect on levels of T lymphocyte subsets, immunoglobulin and alexin. **Method:** One hundred and thirty-four patients were randomly divided into control group 67 cases and observation group 67 cases by random number table. Patients in control group were given 0.03% tacrolimus ointment, 2 times/day. In addition to the therapy of control group, patients in observation group were also given modified Guizhitang, 1 dose/day. And 3 months were a course of treatment. Before and after treatment, vitiligo area score index (VASI), Melanin content index (MCI), survey scale of quality of life in skin disorder (DIQL), and score of

[收稿日期] 20170612(120)

[基金项目] 广东省科技计划项目公益研究与能力建设资金专项(2014A020221016)

[通讯作者] * 罗光浦, 硕士, 主任医师, 从事白癜风等色素性皮肤病的临床研究, Tel: 13926166004, E-mail: 102931@163.com

Qi-blood circulation were graded, and color recovery was recorded. Levels of CD3⁺, CD4⁺, CD4⁺/CD8⁺ and CD8⁺ for T lymphocyte subsets, C3, C4 for alexin, IgG, IgM and IgA for immunoglobulin were detected. **Result:** The total effect rate in observation group was 84.13%, which was higher than 63.49% in control group ($\chi^2 = 6.938$, $P < 0.01$). After treatment, VASI, scores of Qi-blood circulation and DIQL in observation group were lower than those in control group ($P < 0.01$), and MCI was higher than that in control group ($P < 0.01$). Rate of color recovery was (62.83 ± 11.47), which was higher than (53.78 ± 10.29) in control group ($P < 0.01$). Compared with healthy control group, among children with vitiligo, levels of IgG and IgA, CD3⁺, CD4⁺ and CD4⁺/CD8⁺ decreased, level of CD8⁺ increased ($P < 0.01$). With no statistical significance among levels of IgM, C3 and C4. After treatment, levels of IgG and IgA in observation group increased, which were higher than those in control group ($P < 0.01$). And levels of CD3⁺, CD4⁺, CD4⁺/CD8⁺ in observation group increased ($P < 0.01$), which were higher than those in control group ($P < 0.05$). And level of CD8⁺ decreased, which was lower than that in control group ($P < 0.05$). **Conclusion:** Modified Guizhitang can reduce the area of skin lesion, increase the white melanin content, rate of color recovery rate and ameliorate quality of life of patients, with a significant clinical efficacy. Its mechanism may be correlated with the regulation of autoimmune imbalance, and thus is worthy for further research.

[**Key words**] vitiligo; children; Qi-blood circulation; Guizhitang; T lymphocyte subset; immunoglobulin; alexin

白癜风(vitiligo)为获得性皮肤黏膜色素脱失性皮肤病。约 35% 的患者在 12 岁之前发病,发病年龄以 5~9 岁最多见,最常见于寻常型,并以进展期为主。本病虽然对身体危害较小,但病程较长,且为损美性疾病,对心理发育未成熟的儿童、青少年患者的心理健康影响较大^[1]。由于具体机制仍未完全阐明,临床无特效治疗方法,仍是皮肤科临床常见的顽症^[2]。目前临床多以外用激素(TCS),钙调磷酸酶抑制剂(TCI)等为一线用药,但因其不良反应较大,这些常规治疗方法的副作用和低效性常使患者依从性大大降低,从而使其临床实用性降低^[3],因此,对于此类患儿寻求疗效确切的非激素治疗方案,一直是从事白癜风研究的专家热点。

本病中医也称“白处”、“白母斑”、“白癩”、“龙虱”、“白癩”、“白癩疯”、“癩风”、“白驳”、“白驳风”、“白定”、“白点风”等,多因先天禀赋不足或后天失养所致,外感六淫,内伤七情,脏腑功能失调所致,初起多为风邪外袭,气血不和。涉及肺、肝、心三脏,病位在皮肤腠理,多为本虚标实之证^[4]。小儿脏腑娇嫩,形气未充,五脏六腑皆不足,感易风邪搏于皮肤,导致气血不和,临床治疗多以疏风通络,调和气血之法^[4]。现代药理研究显示中药能提高酪氨酸酶活性,能促进黑素细胞增殖、存活、迁移和黏附,维持黑素细胞功能,能调节免疫功能紊乱,具有抗氧化能力等^[5]。并且具有毒副作用小,疗效稳定,复发率低等优点,系统评价显示经优化的中医药方案治疗白癜风效果优于单纯的中药组/西药

组^[6]。桂枝汤出自《伤寒论》:“外证得之,解肌和营卫;内证得之,化气调阴阳。”具有解肌发汗、调和营卫与滋阴益阳、调和阴阳的基本功效^[7]。唐容川《医经精义》言:“营者,血也;卫者,气也。”前期有学者认识到桂枝汤调和营卫之功正投白癜风营卫不和型的病机核心,桂枝汤能使患者体内营卫协调畅流,增强防御驱邪之力,阴阳和病必愈^[8]。但临床未见桂枝汤用于儿童白癜风治疗的报道。本研究观察了桂枝汤加味联合他克莫司软膏外用治疗气血不和型儿童白癜风的临床疗效,并从 T 淋巴细胞亚群、血清免疫球蛋白和补体等方面的探讨了其作用机制,以为临床使用提供科学的依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 共纳入 2014 年 3 月—2017 年 1 月在南方医科大学皮肤病医院门诊就诊的 134 例患儿,采用 SAS 软件生成,随机按数字表法分为观察组与对照组各 67 例。在临床观察期间两组患儿分别有 4 例失访或无法按疗程完成本试验,最终分别完成 63 例。观察组男 28 例,女 35 例,年龄 2~14 岁,平均(8.36 ± 3.12)岁;病程 1 个月~3.8 年,平均(1.89 ± 0.63)年;对照组男 31 例,女 32 例,年龄 3~13 岁,平均(8.79 ± 2.98)岁;病程 2 个月~4.1 年,平均(2.03 ± 0.86)年。健康对照组 15 例来源于广东省中医院体检中心,平均年龄(7.78 ± 2.69)岁,无自身免疫性疾病。两组儿童年龄、性别、病程等基线资料,组间比较差异均无统计学意义,具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《黄褐斑和白癜风的诊疗标准(2010年版)》^[9]拟定标准。白癜风表现大小不一、形状各异的脱色性白斑,边界较清晰;可发生于体表任何部位,口腔黏膜亦可侵犯,白斑内毛发也可变白;可出现在任何年龄,无明显自觉症状;皮损处在伍德灯(WOOD)下显示亮白色荧光;活动与否根据白癜风疾病活动性评分,WOOD和同形反应进行判断。

1.2.2 气血不和证诊断标准 参照《白癜风中医治疗专家共识》^[4]拟定标准。皮肤白斑呈乳白或粉红色,境界欠清,多见于面部及暴露部位,发病急、发展较快;或伴有瘙痒或灼热或疼痛;舌淡红,苔白或薄黄,脉弦或浮数。

1.3 纳入标准 ①符合西医白癜风诊断标准;②符合气血不和证辨证者;③年龄2~12岁,男女不限;④近4个月内未曾采用免疫调节剂和激素制剂治疗者;⑤研究经本院医学伦理委员会审核同意,并取得患儿及家长签署的知情同意书。

1.4 排除标准 ①合并心、脑、肝、肾、消化、血液、呼吸等系统严重疾病,或精神病和肿瘤病患者;②排除与白癜风相似的斑驳病、特发性色素减退斑、白色糠疹和贫血痣等皮肤病;③瘢痕体质者;④依从性差,难以配合治疗的患儿;⑤严重过敏体质,对本研究已知药物成分过敏者;⑥近6个月内接受过黑素细胞移植手术或光化学疗法治疗患儿;⑦同期采用其他中药治疗,影响疗效判断者。

1.5 治疗方法 对照组采用0.03%他克莫司软膏[安斯泰来制药(中国)有限公司,国药准字J20140147],10g/支,适量外涂,2次/d。观察组0.03%他克莫司软膏使用同对照组,并服用桂枝汤加味,药物组成有桂枝5~10g,白芍5~10g,大枣4~10g^(掰),生姜4~10g,甘草3~6g,茯苓8~15g,白术6~10g。1剂/d。饮片由南方医科大学皮肤病医院中药房统一提供,药物均由医院煎药室,采用煎药机统一煎煮2次,混合药液至100~300mL,3次/d。两组疗程均为连续治疗3个月。

1.6 观察指标 ①测量白斑面积,采用白癜风面积

评分指数(VASI)^[9],VASI值为0~100,值越高表示面积越大;治疗前后各评价1次。②检测黑素指数(MCI),采用皮肤多功能测试仪检测,皮肤多功能测试仪于白斑中央,连续测3次,取平均数为MCI, $MCI = \text{白斑区 MI} / \text{对侧正常皮肤 MI} \times 100$ 。③复色情况评估^[10],以佳能EOS 6D相机拍摄皮损照片,并以Photoshop软件处理治疗前后的图片,采用ITK-SNA2.4.0软件将图像面积及新生成的色素岛数字化,复色率 = (治疗前白斑面积 - 治疗后白斑面积) / 治疗前白斑面积 × 100%。④生活质量评分,采用皮肤病生活质量(DIQL)调查量表^[11],共10个问题,每个问题记录0分,无;1分,有一点;2分,比较明显;3分,非常明显;总分共0~30分,分值越高,生活质量越差;治疗前后各评价1次。⑤气血不和证评分,将症状分为无、轻、中、重4级,分别记录0,1,2,3分;治疗前后各评价1次。⑥机制研究,包括T淋巴细胞亚群(CD3⁺, CD4⁺, CD4⁺/CD8⁺, CD8⁺),补体(C3, C4)和免疫球蛋白(IgG, IgM, IgA);于治疗前后空腹抽取静脉血5mL,置于抗凝管中,以3000 r·min⁻¹,离心10min,取上清液,保存于-80℃冰箱,待检测。采用流式细胞仪检测T淋巴细胞亚群,采用全自动免疫分析仪测定免疫球蛋白免疫球蛋白和补体水平。

1.7 疗效标准 参照《黄褐斑和白癜风的诊疗标准(2010年版)》^[9]制定。痊愈为白斑全部消退,恢复正常肤色;显效为白斑部分消退或缩小,恢复正常肤色面积占原皮损面积≥50%;好转为白斑部分消退或缩小,恢复正常肤色面积占原皮损面积≥10%;无效为白斑无变化或缩小,恢复正常肤色面积占原皮损面积<10%。

1.8 统计学处理 数据采用SPSS 20.0统计分析软件,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用t检验,计数资料比较采用 χ^2 检验,等级资料采用秩和检验,以P<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患儿临床疗效比较 观察组临床疗效总有效率为84.13%,高于对照组的63.49%,组间比较差异有统计学意义($\chi^2 = 6.938, P < 0.01$),见表1。

表1 两组患儿临床疗效比较

Table 1 Comparison of clinical effect in two groups

组别	痊愈/例(%)	显效/例(%)	有效/例(%)	无效/例(%)	总有效率/%
对照	11(17.46)	16(25.40)	13(20.63)	23(36.51)	63.49
观察	18(28.57)	23(36.51)	12(19.05)	10(15.87)	84.13 ¹⁾

注:与对照组比较¹⁾P<0.01。

2.2 两组患儿疗前后 VASI 指数, MCI 指数, DIQL 和气血不和证评分比较 两组患儿治疗后 VASI 指数, DIQL 和气血不和证评分均明显下降 ($P <$

0.01), MCI 指数升高 ($P < 0.01$), 治疗后观察组 VASI 指数, DIQL 和气血不和证评分均低于对照组 ($P < 0.01$), MCI 指数高于对照组 ($P < 0.01$), 见表 2。

表 2 两组患儿治疗前后 VASI 指数, MCI 指数, DIQL 和气血不和证评分比较 ($\bar{x} \pm s, n = 63$)

Table 2 Comparison of VASI index, MCI index, DIQL, Qi and blood syndrome score in two groups before and after treatment ($\bar{x} \pm s, n = 63$)

组别	时间	VASI 指数	MCI 指数	DIQL 评分/分	气血不和证/分
对照	治疗前	25.83 ± 6.75	52.75 ± 14.16	17.48 ± 3.61	19.43 ± 4.16
	治疗后	10.25 ± 4.06 ¹⁾	62.43 ± 13.78 ¹⁾	8.75 ± 2.27 ¹⁾	9.73 ± 2.92 ¹⁾
观察	治疗前	26.17 ± 6.92	51.63 ± 13.25	18.34 ± 3.45	20.06 ± 3.95
	治疗后	6.53 ± 2.85 ^{1,2)}	71.52 ± 15.43 ^{1,2)}	5.66 ± 1.39 ^{1,2)}	5.21 ± 2.47 ^{1,2)}

注:与本组治疗前比较¹⁾ $P < 0.01$;与对照组治疗后比较²⁾ $P < 0.01$ 。

2.3 两组患儿复色情况比较 观察组患儿复色率 (62.83 ± 11.47)% 高于对照组的 (53.78 ± 10.29)% , 组间比较差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。

与治疗前相比较, 治疗后对照组患儿 IgG, IgM, IgA, C3 和 C4 水平变化差异均无统计学意义; 观察组患儿治疗后 IgG, IgA 水平均显著升高 ($P < 0.01$), 并高于治疗后对照组 ($P < 0.01$), IgM, C3 和 C4 水平变化均无统计学意义; 治疗后观察组 IgG, IgA 水平与健康对照组比较, 差异无统计学意义, 见表 3。

2.4 两组患儿治疗前后血清 IgG, IgM, IgA, C3 和 C4 水平比较 与健康对照组比较, 治疗前两组白癜风患儿外周血 IgG, IgA 水平均明显下降 ($P < 0.01$), IgM, C3 和 C4 水平差异均无统计学意义。

2.5 两组患儿治疗前后 T 淋巴细胞亚群水平比

表 3 两组患儿治疗前后血清 IgG, IgM, IgA, C3 和 C4 水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

Table 3 Comparison of levels of IgG, IgM, IgA, C3 and C4 in two groups before and after treatment ($\bar{x} \pm s$) g · L⁻¹

组别	例数	时间	IgA	IgM	IgG	C3	C4
健康对照	15	-	1.48 ± 0.38	1.44 ± 0.40	10.46 ± 1.93	1.14 ± 0.23	0.26 ± 0.05
对照	63	治疗前	1.08 ± 0.35 ¹⁾	1.36 ± 0.38	9.13 ± 2.31 ¹⁾	1.09 ± 0.18	0.19 ± 0.04
		治疗后	1.21 ± 0.32	1.26 ± 0.42	9.87 ± 2.43	0.81 ± 0.16	0.17 ± 0.04
观察	63	治疗前	1.15 ± 0.42 ¹⁾	1.39 ± 0.37	8.74 ± 2.15 ¹⁾	1.03 ± 0.19	0.21 ± 0.06
		治疗后	1.49 ± 0.53 ^{2,3)}	1.43 ± 0.51	10.21 ± 2.03 ^{2,3)}	0.82 ± 0.17	0.18 ± 0.05

注:与健康对照组比较¹⁾ $P < 0.01$;与本组治疗前比较²⁾ $P < 0.01$;与对照组治疗后比较³⁾ $P < 0.01$ 。

较 与健康对照组比较, 两组白癜风患儿外周血 CD3⁺, CD4⁺, CD4⁺/CD8⁺ 水平均有下降, CD8⁺ 升高 ($P < 0.01$); 与治疗前相比较, 治疗后对照组 CD3⁺, CD4⁺, CD4⁺/CD8⁺ 均有升高, CD8⁺ 下降, 但差异无统计学意义; 治疗后观察组 CD3⁺, CD4⁺,

CD4⁺/CD8⁺ 较治疗前均有升高 ($P < 0.01$), 并高于治疗后对照组水平 ($P < 0.05$), CD8⁺ 下降, 并低于治疗后对照组水平, 比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗后观察组 CD3⁺, CD4⁺, CD4⁺/CD8⁺, CD8⁺ 与健康对照组比较, 差异无统计学意义, 见表 4。

表 4 两组患儿治疗前后 T 淋巴细胞亚群水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

Table 4 Comparison of levels of T lymphocyte subsets in two groups before and after treatment ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	CD3 ⁺ / %	CD4 ⁺ / %	CD8 ⁺ / %	CD4 ⁺ / CD8 ⁺
健康	15	-	64.37 ± 7.24	40.25 ± 4.67	24.76 ± 3.49	1.76 ± 0.49
对照	63	治疗前	56.26 ± 5.31 ¹⁾	35.63 ± 3.82 ¹⁾	28.92 ± 3.27 ¹⁾	1.19 ± 0.26 ¹⁾
		治疗后	58.51 ± 5.49	36.52 ± 3.93	27.75 ± 3.06	1.32 ± 0.30
观察	63	治疗前	55.83 ± 4.92 ¹⁾	35.47 ± 3.75 ¹⁾	28.85 ± 3.16 ¹⁾	1.20 ± 0.25 ¹⁾
		治疗后	63.05 ± 6.93 ^{2,3)}	40.66 ± 4.67 ^{2,3)}	25.13 ± 2.86 ^{2,3)}	1.67 ± 0.45 ^{2,3)}

注:与健康对照组比较¹⁾ $P < 0.01$;与本组治疗前比较²⁾ $P < 0.01$;与对照组治疗后比较³⁾ $P < 0.05$ 。

3 讨论

白癜风发病机制目前尚未完全明确,可能是在遗传背景下,自身免疫、生化异常及氧化应激等多因素共同作用的结果^[12]。儿童患者最好发部位为头面部、颈部,其次为下肢、躯干,泛发型最常见,其次为节段型。对于儿童白癜风,进展期可系统应用糖皮质激素,稳定期则主要通过外治技术如外用糖皮质激素、钙调磷酸酶抑制剂、维生素 D₃ 衍生物类物成分的软膏,外用光敏剂,紫外线或 308 nm 准分子光(激光),外科手术等方法,方法虽多但均非特效治疗方法,且诸多疗法治疗周期长、起效缓慢、价格昂贵等问题仍有待解决^[13]。

中医对白癜风的病因病机记载颇为丰富,如《诸病源候论》所言:“此是风邪搏于皮肤,气不和所生也”。《医宗金鉴》进一步指出:“由风邪相搏于皮肤,致令气血失和”。《医林改错》则指出:“白癜风,血瘀于皮里”。《普济方》言:“肺脏壅热,风邪乘之,风热相并,传流营卫,壅滞肌肉,久不散,故成此也”。本病与风邪、风热、气滞、血瘀等有关,气血不和是关键病机。可见风邪外袭是重要诱因,肾虚血弱是病理基础,气血失和是致病关键^[14]。儿童白癜风多伴有脾胃不适的“脾常不足”证候,临床表现为厌食、挑食、时感腹胀等,舌象多淡胖或有齿痕^[15]。

本研究在临症中见白癜风患儿伴恶风、多汗、多喷嚏、易于感冒,纳差,舌苔薄白,脉细弱等症状最为常见,归纳其病机为卫外不固、气血失和,病位在脾肺,治以健脾益气,调和营卫,以桂枝汤加茯苓、白术进行治疗。桂枝汤为《伤寒论》第一方,柯琴曾在《伤寒附翼》中赞其“为仲景群方之冠,乃滋阴和阳,调和营卫,解肌发汗之总方也”,广泛应用于临床上治疗外感内伤杂证。方中桂枝解肌发表,散外感风寒,芍药益阴敛营,桂枝、芍药相合,一治卫强,一治营弱,是相须为用;炙甘草、大枣、生姜甘辛平温,补脾胃、扶正气。全方以调为中心,具有调和营卫,调补气血,调理脏腑,调和阴阳等作用。入茯苓、白术以健脾益气和中,气血生化有源,则肌肤得养。全方共奏祛风解表,调和营卫,健脾和胃之功。现代研究认为桂枝汤含有挥发性成分、有机酸类、香豆素类等化学成分抑菌、抗炎、抗过敏、抗肿瘤、抗病毒、扩张血管、促进发汗、解热、解痉镇痛、镇静、抗惊厥、抗血小板聚集、抗凝血等多种药理活性^[16],广泛用于现代各种疾病杂病的治疗。

本组资料显示治疗后观察组临床疗效总有效率为 84.13%,高于对照组的 63.49%,观察组 VASI

指数低于对照组,DIQL 和气血不和证评分均低于对照组,MCI 指数高于对照组,观察组患儿复色率高于对照组,均提示了桂枝汤加味能进一步的缩小原皮损面积,增加了白斑黑素含量,提高了复色率,从而提高了临床疗效。

免疫因素是白癜风发生发展的关键因素,但其机制不清,白癜风的发病与自身免疫功能紊乱密切相关。有学者在白癜风皮损边缘检测到黑素细胞特异性细胞毒性 T 淋巴细胞及细胞毒性 T 细胞^[17]。相关研究报道,白癜风患者的循环 IgG 和 IgA 较对照组明显降低,IgM 无变化,是抗黑素细胞抗体 IgG 发挥了重要作用^[18]。白癜风的发病与 T 淋巴细胞关系密切,CD4⁺/CD8⁺ 失衡,导致机体细胞免疫紊乱与白癜风发生有关,CD8⁺ T 细胞表达的增强可直接杀伤黑素细胞,也可诱导致炎因子诱导黑素细胞的凋亡^[19]。本组资料显示,与健康对照组比较,白癜风患儿外周血 IgG, IgA 水平均明显下降, IgM, C3 和 C4 水平差异均无统计学意义,白癜风患儿外周血 CD3⁺, CD4⁺, CD4⁺/CD8⁺ 水平均有下降, CD8⁺ 升高,这与前期学者的研究基本一致,表明了儿童白癜风患者存在自身免疫功能异常。治疗后观察组治疗后 IgG, IgA 水平均显著升高,并高于治疗后对照组;观察组患儿 CD3⁺, CD4⁺, CD4⁺/CD8⁺ 均较治疗前升高,并高于治疗后对照组水平;CD8⁺ 下降,并低于治疗后对照组水平,提示了桂枝汤加味能调节气血不和型儿童白癜风的细胞免疫和体液免疫,改善患儿的免疫状况,进而达到促使白斑复色的治疗目的。

总之,桂枝汤加味治疗气血不和型儿童白癜风,能缩小皮损面积,增加白斑黑素含量,提高复色率,其作用机制可能与调节免疫失衡有关,值得临床进一步的研究。

[参考文献]

- [1] 李舒丽,刘玲,坚哲,等. 儿童白癜风 1125 例的临床特征与治疗总结[J]. 中国美容医学杂志, 2012, 21(11):1586-1589.
- [2] 田军,周进科,郑雨婷,等. 白癜风神经内分泌免疫发病机制研究新进展[J]. 实用皮肤病学杂志, 2016, 9(3):195-198.
- [3] 鲁功荣,许爱娥. 白癜风的治疗现状与进展[J]. 安徽医科大学学报, 2016, 51(11):1713-1716.
- [4] 中华中医药学会皮肤科分会. 白癜风中医治疗专家共识[J]. 中国中西医结合皮肤性病学期刊, 2017, 16(2):191-192.
- [5] 李情,许爱娥. 中药治疗白癜风的现代医学研究现状

- [J]. 医学综述, 2015, 21(16): 2997-2999.
- [6] 邓燕, 马玲玲, 杨柳. 中医药治疗白癜风的循证医学评价[J]. 新中医, 2011, 43(10): 106-108.
- [7] 袁世清, 张琦, 高燕, 等. 桂枝汤主方辨治要点的近代以来医案分析[J]. 广州中医药大学学报, 2017, 34(1): 139-141.
- [8] 张丽军, 陈燕松, 黄曼萍, 等. 桂枝汤和解白癜风[J]. 中国美容医学杂志, 2012, 21(4): 664-665.
- [9] 中国中西医结合学会皮肤性病专业委员会色素病学组. 黄褐斑和白癜风的诊疗标准(2010年版)[J]. 中华皮肤科杂志, 2010, 43(6): 373.
- [10] 杨铠源, 施伟民. 益气祛白冲剂联合308 nm准分子激光控制白癜风扩散及对白斑复色的影响[J]. 医学综述, 2016, 22(21): 4306-4308.
- [11] 安金刚, 肖生祥, 王俊民, 等. DLQI量表在中国应用的初步探讨[J]. 海南医学, 2014, 25(10): 1539-1540.
- [12] Falabella R, Barona M I. Update on skin repigmentation therapies in vitiligo[J]. Pigment Cell Melanoma Res, 2009, 22(1): 42-65.
- [13] 钟震宇, 傅雯雯. 儿童白癜风及其治疗进展[J]. 中国皮肤性病学杂志, 2014, 28(8): 855-858.
- [14] 屠福汉, 梁永妃, 王星洁. 白癜风中医证治若干思考[J]. 中华中医药学刊, 2014, 32(12): 3011-3014.
- [15] 吴小红, 廖桂兰, 丁旭, 等. 许铎教授中医辨证治疗白癜风经验[J]. 环球中医药, 2016, 9(11): 1347-1350.
- [16] 许源, 宿树兰, 王团结, 等. 桂枝的化学成分与药理活性研究进展[J]. 中药材, 2013, 36(4): 674-678.
- [17] 陈伟, 吴一菲. 白癜风与自身免疫性疾病相关性研究进展[J]. 皮肤病与性病, 2015, 37(6): 325-328.
- [18] Ali R, Ahsan M S, Azad M A, et al. Immunoglobulin levels of vitiligo patients[J]. Pak J Pharm Sci, 2010, 23(1): 97-102.
- [19] 蒋丽, 盛国荣, 赵婧. 退白颗粒联合NB-UVB对白癜风患者T细胞亚群及GM-CSF的调节作用[J]. 中国皮肤性病学杂志, 2016, 30(7): 744-747.

[责任编辑 何希荣]