

因素。肺癌之虚以气虚、阴虚尤为明显<sup>[7]</sup>。匡唐洪等<sup>[8]</sup>认为,纵观文献报道,中医辨证分型中皆有气虚、阴虚及气阴两虚型,认为这 3 证型是肺癌的主要证型。徐婷等<sup>[9]</sup>研究表明,肺癌中医证型与 TNM 分期、病理分型之间有一定的相关性,不同 TNM 分期及病理分型,肺癌患者的中医证型有差别。TNM 期以痰浊壅肺证多见, 期以热毒蕴肺证多见, 期及 期以气阴两虚证多见。刘苓霜等<sup>[10]</sup>研究显示,中药益气养阴解毒方可明显提高 T 细胞介导的细胞免疫功能。综上所述,肺癌尤其是中晚期肺癌,以气虚、阴虚为主,而益气养阴是中医药治疗肺癌之基本治法<sup>[11]</sup>。

本结果显示,益气养阴方配合分子靶向药物盐酸厄洛替尼片治疗中晚期非小细胞肺癌,可提高患者的临床症状获益率、改善生活质量,并有可能减轻厄洛替尼的副反应,体现了目前中西医结合治疗肺癌“带瘤生存”的疗效特点,可作为中晚期非小细胞肺癌患者姑息治疗的重要手段。

#### [参考文献]

[1] American Cancer Society. Cancer Facts and Figures[R]. Atlanta: American Cancer Society, 2006: 13-14.  
[2] Sridhar SS, Seymour L, Shepherd FA. Inhibitors of epidermal-growth-factor receptors a review of clinical research with afocus on non-small cell lung cancer[J].

Lancet Oncol, 2003(4): 397-406.  
[3] 叶波,杨龙海,刘向阳.最新国际肺癌 TNM 分期标准(第 7 版)修订稿解读[J].中国医刊,2008,43(1):21-23.  
[4] 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,2002:216-221.  
[5] 孙燕.内科肿瘤学[M].北京:人民卫生出版社,2001:994-995.  
[6] Therssse P, Arbuck SG, Eisenhauer EA, et al. New guidelines to evaluate the response to treatment in solid tumors European Organization for Research and Treatment of Cancer National Cancer Institute of the United States. National Cancer Institute of Canada[J]. J Natl Cancer Inst, 2000, 92(3): 205-216.  
[7] 朱伟伟,沈敏鹤.吴良村辨治肺癌经验[J].浙江中医杂志,2008,43(10):571.  
[8] 匡唐洪,刘云霞,郭勇.益气养阴是治肺癌之本[J].实用中医内科杂志,2004,18(4):288-289.  
[9] 徐婷,孙大兴.非小细胞肺癌的中医药治疗进展[J].浙江中医杂志,2011,46(8):614-617.  
[10] 刘苓霜,刘嘉湘,李春杰,等.益气养阴解毒方治疗晚期非小细胞肺癌临床疗效观察[J].中国中西医结合杂志,2008,28(4):352-355.  
[11] 徐晓翌,周素芳.益气养阴法治疗老年中晚期非小细胞肺癌 28 例疗效观察[J].新中医,2013,45(1):58-59.

(责任编辑:黎国昌)

## DCF 化疗方案联合健脾解毒方治疗 晚期胃癌术后脾虚证的临床研究

何炜

常熟市中医院,江苏 常熟 215500

[摘要] 目的:观察 DCF 化疗方案联合健脾解毒方治疗晚期胃癌术后脾虚证患者的临床疗效。方法:采用随机对照研究方法,将 99 例患者分为 2 组,对照组 49 例采用 DCF 方案化疗,治疗组 50 例采用口服自拟健脾解毒方联合 DCF 方案化疗,2 组化疗疗程均为 6 月。观察 2 组患者的转移复发率、脾虚症状的改善、生活质量的变化、不良反应的发生情况以及 3 年的生存率。结果:疾病进展治疗组 5 例(10.00%),对照组 9 例(18.37%),治疗组转移复发率低于对照组,2 组比较,差异有显著性意义( $P < 0.05$ );临床控显率治疗组为 80.00%,对照组为 61.22%,治疗组改善中医证候疗效优于对照组,2 组比较,差异有显著性意义( $P$

[收稿日期] 2014-03-10

[作者简介] 何炜(1968-),男,副主任中医师,研究方向:中西医结合治疗肿瘤。

$< 0.05$ ) ; 治疗组治疗 6 月后生活质量明显高于对照组, 2 组比较, 差异有显著性意义 ( $P < 0.05$ ) ; 2 组出现白细胞减少、血小板减少、红细胞减少、恶心呕吐、腹泻及神经系统毒性等毒副反应经  $\chi^2$  检验, 差异均无显著性意义 ( $P > 0.05$ ) ; 治疗组 3 年生存率优于对照组, 但差异无显著性意义 ( $P > 0.05$ )。中位生存期治疗组为 21.1 月, 对照组为 15.2 月。结论: 健脾解毒方联合 DCF 化疗方案治疗晚期胃癌术后脾虚证患者有较好的临床疗效。

[关键词] 晚期胃癌; 化疗; DCF 方案; 中西医结合疗法; 健脾解毒方

[中图分类号] R735.2 [文献标识码] A [文章编号] 0256-7415 (2014) 10-0161-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.10.067

胃癌是最常见的恶性肿瘤之一。在世界范围内发病率仅次于肺癌而列第 2 位。我国每年胃癌发病率约为 60/10 万, 死亡率约为 30/10 万, 位居所有恶性肿瘤死亡第 1 位。与日本等国家相比, 我国胃癌患者多数在就诊时大都处于进展期, 早期胃癌所占比例不足 10%<sup>[1]</sup>。在 65 岁以上老年人群中, 胃癌的发病率有明显的上升, 65~75 岁达发病高峰<sup>[2]</sup>。近年来, 虽然早期胃癌发现率有所提高, 积极改进和规范手术方法以及应用综合治疗, 但大多数报道胃癌的 5 年生存率仍徘徊于 20%~30%。除了早期胃癌外, 大部分的胃癌患者易在手术后复发, 尤其是有淋巴结转移者, 局部复发率高达 80% 以上, 即使是早期患者, 在行根治切除术后仍有 50% 会复发、转移。

目前, 国内外对于本病治疗早期手术切除为主, 综合应用放疗、化疗、免疫治疗等手段仍为目前治疗本病的主要方法。虽然本病较易手术切除, 但即使是根治性切除术, 仍有相当一部分患者术后发生局部复发或远处转移。胃癌化疗主要运用联合方案, 然而多药联合必大大增加药物的毒副作用, 化疗患者的 3、5 年生存率等并不比非化疗患者有所提高。因此, 中医药疗法在胃癌改善生活质量, 延长生存期, 提高生存率等方面的研究, 已经成为本病治疗的重要方向。为此, 笔者开展了晚期胃癌(脾虚证)手术后 DCF 方案化疗配合自拟健脾解毒方治疗的临床研究, 并与单用化疗对照观察, 获得满意的疗效, 现将结果报道如下。

## 1 临床资料

1.1 诊断标准 按卫生部《中国常见恶性肿瘤诊治规范》<sup>[3]</sup>的诊断标准, 依据胃镜、病理学确诊。依据国际抗癌联盟(UICC)胃癌 TNM 分期法(第 6 版)<sup>[4]</sup>, 进行临床病理分期。

1.2 纳入标准 有明确胃镜胃腺癌病理学诊断或者手术后病理检查为胃腺癌患者; TNM 分期 ~ 期患者; 男女均可; KPS 评分  $\geq 60$  分; 预计生存期 3 月以上; 骨髓、肝肾、心等功能正常; 患者同意接受长期随访。

1.3 排除标准 病理组织学诊断为腺鳞癌、鳞状细胞癌、类癌、小细胞癌及胃恶性淋巴瘤、胃间质瘤; 二重或多重癌。

1.4 一般资料 观察病例为 2010 年 1 月~2011 年 10 月本院确诊的晚期胃癌患者, 共 99 例。采用 SAS8.2 的 Plan 程序, 按 1:1 比例将入选患者随机分为 2 组, 治疗组 50 例, 男 28 例, 女 22 例; 年龄 44~82 岁, 平均 60.2 岁; 期 24 例, 期 26 例; 病变部位: 上 1/3 胃癌或胃-食管结合部癌 19 例, 中 1/3 或多部位原发灶胃癌 18 例, 下 1/3 胃癌和胃窦癌 13 例。对照组 49 例, 男 28 例, 女 21 例; 年龄 46~80 岁, 平均 58.3 岁; 临床分期: 期 22 例, 期 27 例; 病变部位: 上 1/3 胃癌或胃-食管结合部癌 18 例, 中 1/3 或多部位原发灶的胃癌 15 例, 下 1/3 胃癌和胃窦癌 16 例。2 组患者性别、年龄、初复治、转移部位、转移灶数目等资料经统计学处理, 差异均无显著性意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

## 2 治疗方法

2.1 对照组 采用 DCF 方案化疗。即多西紫杉醇(DTX)75~85 mg/m<sup>2</sup>, 静脉滴注, 第 1 天; 顺铂(PDD)75 mg/m<sup>2</sup>, 静脉滴注, 第 1 天; 5-氟脲嘧啶(5-FU)750 mg/m<sup>2</sup>, 持续静脉滴注, 第 1~2 天。每 28 天为 1 周期, 疗程持续 6 月。化疗期间可酌情使用止吐剂(昂丹司琼)和免疫增强剂(胸腺五肽)。

2.2 治疗组 采用口服自拟健脾解毒方联合 DCF 方案化疗。化疗方案相同对照组。健脾解毒方基本方: 太子参、白术、茯苓各 12 g, 生山药、炙黄芪、生

薏仁、红藤、生牡蛎、白花蛇舌草各 30 g，夏枯草 9 g。随症加减：血瘀明显者加三棱、莪术各 10 g；痰湿明显者加制半夏 10 g，陈皮 8 g，竹茹 12 g；气滞明显者加枳壳、厚朴各 10 g，佛手 12 g。由本院中药房提供，并用煎药机制成水煎剂，每剂 300 mL，浓度为 40 g/L(以太子参生药浓度计)，每天 1 剂，分 2~4 次口服。每 1~2 周辨证加减修改基本方，记录服药持续的时间。连续接受 6 月及以上的中药治疗。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①根据临床症状、体征、影像学检查(B 超、CT)及内镜检查，观察患者原位复发及远处转移情况。②根据《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[6]</sup>拟定：对患者治疗前后的脾虚证轻重程度进行评分。③观察治疗 6 月后患者生活质量的变化(卡氏评分)<sup>[6]</sup>，提高：治疗后较治疗前增加≥ 10 分；降低：治疗后较治疗前减少≥ 10 分；稳定：治疗后较治疗前变化不足 10 分。④观察 2 组患者化疗不良反应情况；毒副反应依据 WHO“急性和亚急性毒性分级”<sup>[7]</sup>，进行评判。⑤生存率采用寿命表法<sup>[8]</sup>，统计 1、2、3 年生存率。

3.2 统计学方法 数据统计采用 SAS8.2 软件，计数资料采用  $\chi^2$  检验，计量资料采用 *t* 检验，等级资料采用 Wilcoxon 检验。2 组毒副反应、转移复发率、生活质量变化比较采用  $\chi^2$  检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 中医证候疗效标准 单个病例疗效(有效率)判断，临床控制：有效率>85%；显效：有效率 51%~85%；有效：有效率 25%~50%；无效：有效率<25%。计算方法：有效率(%)=[(治疗前总评分-治疗后总评分)/治疗前总评分]× 100%。控显率(%)=[(临床控制例数+显效例数)/总例数]× 100%。

4.2 2 组疾病转移复发情况比较 治疗后发生转移复发治疗组 5 例(10.00%)，对照组 9 例(18.37%)，治疗组转移复发率低于对照组，2 组比较，差异有显著性意义( $P<0.05$ )。

4.3 2 组中医证候疗效比较 治疗组临床控制 4 例(8.00%)，显效 36 例(72.00%)，有效 6 例(12.00%)，无效 4 例(8.00%)，控显率为 80.00%。对照组临床控制 4 例(8.16%)，显效 26 例(53.06%)，有效 14 例(28.57%)，无效 5 例(10.20%)，控显率为 61.22%。

经 Wilcoxon 检验，2 组比较，差异有显著性意义( $P<0.05$ )，治疗组改善中医证候疗效优于对照组。

4.4 2 组治疗 6 月后生活质量变化情况比较 治疗组生活质量提高 30 例，稳定 17 例，下降 3 例；对照组生活质量提高 20 例，稳定 19 例，下降 10 例。经  $\chi^2$  检验，2 组治疗 6 月后生活质量变化情况比较，差异有显著性意义( $P<0.05$ )。

4.5 2 组毒副反应比较 见表 1。2 组出现白细胞减少、血小板减少、红细胞减少、恶心呕吐、腹泻及神经系统毒性等毒副反应情况分别比较，经  $\chi^2$  检验，差异均无显著性意义( $P>0.05$ )。

表 1 2 组毒副反应比较 例

毒副反应	治疗组(n=50)					对照组(n=49)				
	度	度	度	度	合计	度	度	度	度	合计
白细胞减少	13	6	1	0	20	12	6	1	0	19
血小板减少	13	6	1	0	20	12	6	1	0	19
红细胞减少	12	5	0	0	17	11	4	0	0	15
恶心呕吐	15	3	1	0	19	14	2	0	0	16
腹泻	3	0	0	0	3	3	0	0	0	3
神经系统毒性	2	0	0	0	2	2	0	0	0	2

4.6 2 组生存率及中位生存期比较 见表 2。治疗组生存率优于对照组，但差异无显著性意义( $P>0.05$ )。中位生存期治疗组为 21.1 月，对照组为 15.2 月。

表 2 2 组生存率比较 例(%)

组别	n	1 年	2 年	3 年
治疗组	50	44(88.00)	23(46.00)	13(26.00)
对照组	49	37(75.51)	16(32.65)	8(16.33)

5 讨论

胃癌是一种多因素、多基因共同造成的疾病。在过去的 10 多年间，晚期胃癌的化疗已经取得了长足的进步。新一代联合化疗可以提高晚期胃癌的客观缓解率，减轻临床症状，改善生存质量(QOL)，生存期也有所延长，业已成为主流方案。这些新一代方案中，DCF 方案的 RR>40%，已经为美国食品药品监督管理局(FDA)新批准和列入肿瘤学临床实践(NCCN)新版指南中。

《素问·评热病论》曰：“邪之所凑，其气必虚。”中医学理论认为，恶性肿瘤均存在正气虚弱，邪气内侵。而单纯的化疗会进一步损伤正气，降低免疫功能<sup>[9]</sup>。因此，扶正是治疗晚期胃癌的重要原则。晚

期胃癌根治术后的病因病机多以脾气亏虚为本，痰瘀毒邪为标，依据“脾胃为本，瘀毒为标”的病机，治疗以健脾解毒祛瘀为大法，组成健脾解毒方<sup>[10-12]</sup>。方中太子参、白术、生山药、炙黄芪益气健脾补虚为君药；茯苓、生薏苡仁健脾渗湿为臣药；红藤、生牡蛎、白花蛇舌草、夏枯草解毒祛瘀散结为佐使药，全方共奏益气健脾、解毒祛瘀之功。采用中西医结合治疗胃癌是我国的特色。中医药治疗胃癌强调扶正祛邪、整体平衡为治则。在中药的使用上重视君臣佐使配伍，同时也十分注重因人而异的辨证用药，体现了个性化治疗思想。

现代中药药理研究表明，方中太子参、白术、茯苓、山药、黄芪、薏苡仁等有扶正培本之功，能促进机体免疫功能，增强对疾病的抵抗力<sup>[13]</sup>，扶正健脾中药对恶性肿瘤成因多阶段学说中的起始与启动阶段有明显的阻断作用，能选择性地杀伤具有高转移潜能的细胞，从而达到抑制肿瘤转移的作用<sup>[14]</sup>。太子参、白术、黄芪等扶正中药，能提高和改善机体物质代谢，促进蛋白质的合成，增进网状内皮系统的吞噬功能，有明显的抑癌作用<sup>[15]</sup>。茯苓多糖激活局部补体，通过影响巨噬细胞、淋巴细胞或其他细胞及体液因子，从而协同杀伤肿瘤细胞，抑制肿瘤生长；薏苡仁含多糖体和薏苡脂，有增强机体免疫功能，抑制癌细胞的作用<sup>[16]</sup>。郁仁存<sup>[17]</sup>认为，“瘀血内阻”是癌转移、复发的重要因素，活血化瘀药物可以改善肿瘤患者血液高黏状态，防止肿瘤栓子的形成，对脱离原发癌并移行进入血液循环的肿瘤细胞也有直接或间接的抑杀作用，对防止肿瘤复发转移有重要意义。因此，临床上肿瘤患者血瘀明显者，三棱、莪术二者常作为对药，相须为用。两者都具有抗血栓形成、升高白细胞、抗肿瘤的作用<sup>[18]</sup>。白花蛇舌草的实验研究<sup>[19]</sup>表明其具有增强动物免疫功能，染色体突变试验显示其具有明显的抗诱变活性，均提示其有抗肿瘤作用。曹亮等<sup>[20]</sup>研究证明，白花蛇舌草所含蒽醌类化合物有抗菌消炎、抗病毒、抗癌、保肝利胆、明目、促智、抗衰老、抗诱变、防紫外线、止血活血、促睡眠、降血脂以及增加免疫功能等作用。本研究进一步探讨健脾祛瘀汤配合 DCF 化疗方案治疗晚期胃癌的有效性和安全性，与单纯化疗相比，可提高患者中医症候疗效，明显提高化疗患者的体力状况及生活质量，减轻化疗毒副作用。提示健脾祛瘀汤是恶性肿瘤患者安全、有效的治

疗用药，有助于提高患者的免疫功能，增强抗癌能力，并有可能使肿瘤和患者处于相对平衡的状态，从而达到长期“带瘤生存”的疗效。

胃癌 5 年总生存率在 10%~21%<sup>[21]</sup>。本研究结果显示，对照组中位生存期为 15.2 月，1、2、3 年生存率分别为 75.51%、32.65%、16.33%；治疗组中位生存期为 21.1 月，1、2、3 年生存率分别为 88.00%、46.00%、26.00%，治疗组疗效优于对照组和相关文献报道。表明本研究所采用的健脾解毒方治疗可使晚期胃癌根治术后患者的生存(OS)获益。

DCF 方案化疗配合以健脾为基础的健脾解毒方辨证治疗晚期胃癌根治术后患者，可延长胃癌患者无疾病进展生存期和总生存期。同时，观察结果显示，健脾解毒方无明显治疗相关毒副作用。中医药治疗在改善胃癌术后总体预后方面的作用值得进一步作随机对照研究评价。

#### [参考文献]

- [1] Archie V, Kauh J, Jones DV Jr, et al. Gastric cancer: standards for the 21st century [J]. Crit Rev OncolHematol, 2006, 57: 123-131.
- [2] Orsenigo E, Tomajer V, Palo SD, et al. Impact of age on postoperative outcomes in 1118 gastric cancer patients undergoing surgical treatment [J]. Gastric Cancer, 2007, 10(1): 39-44.
- [3] 中华人民共和国卫生部医政司. 中国常见恶性肿瘤诊治规范[M]. 北京: 北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社, 1991.
- [4] F.L.格林尼, D.L.佩基, I.D.弗莱明, 等. AJCC 癌症分期手册[M]. 6 版. 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 2005: 99-102.
- [5] 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: 361-364.
- [6] 孙燕. 内科肿瘤学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 995-996.
- [7] 周际昌. 实用肿瘤内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 23-24.
- [8] 施榕. 预防医学[M]. 北京: 高等教育出版社, 2004: 270-271.
- [9] 黄智芬, 韦劲松, 袁颖, 等. 健脾消积汤治疗癌因性疲乏对患者生活质量的影响[J]. 世界中医药, 2012, 7(6): 481-483.
- [10] 章永红. 论癌症从虚毒论治[J]. 南京中医药大学学报,

- 2009, 25(6): 411.
- [11] 黄健华, 王立恒. 胃癌中医病因病机及临床治疗[J]. 中外医学研究, 2010, 8(3): 27-28.
- [12] 王东旭. 中西医结合治疗胃癌的研究概况[J]. 现代中西医结合杂志, 2009, 18(14): 1701-1702.
- [13] 刘鲁明, 杨宇飞. 肿瘤科中西药物手册[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 7.
- [14] 邱佳信, 唐莱娣, 杨金坤, 等. 健脾补肾中药对肿瘤成因多阶段学说中起始和启动的影响[J]. 中国医药学报, 1993, 8(5): 16-19.
- [15] 饭岛治. 癌的副作用预防和十全大补汤的效果[J]. 癌与化疗疗法, 1987, 4(16): 1525.
- [16] 刘春安, 彭明. 抗癌中草药大辞典[M]. 武汉: 湖北科学技术出版社, 1994: 677-1122.
- [17] 郁仁存. 活血化瘀与肿瘤治疗[J]. 北京中医, 1992(1): 21.
- [18] 叶建红. 三棱、莪术的药理作用与临床运用体会[J]. 现代中西医结合杂志, 2003, 12(23): 2559.
- [19] 秦风华, 谢蜀生, 张文仁, 等. 白花蛇舌草对小鼠免疫功能增强作用的增强作用[J]. 上海免疫学杂志, 1990, 10(6): 321-323.
- [20] 曹亮, 周建军. 蒽醌类化合物的研究进展[J]. 西北药学杂志, 2009, 24(3): 237-238.
- [21] Jemal A, Siegel R, Ward E, et al. Cancer statistics[J]. CA Cancer J Clin, 2007, 57(1): 43-66.
- (责任编辑: 黎国昌)

## 武汉市汉族人头发生长特性的临床研究

王林群<sup>1</sup>, 巴元明<sup>2</sup>

1. 湖北中医药大学 2012 级博士研究生, 湖北 武汉 430061; 2. 湖北省中医院, 湖北 武汉 430061

[摘要] 目的: 通过武汉市汉族人头发生长特性的临床研究, 为肾其华在发理论提供依据。方法: 对 130 例健康人群按照年龄段随机分组分层分为 A、B、C、D、E、F、G、H 组, 采用 CBS-1 800 皮肤检测分析系统, 检测不同年龄组别男、女人群头顶毛囊密度、头发直径、白发率。结果: 不同年龄段头发直径变化: 从出生到男子“四八”、女子“四七”之间, 头发直径呈上升趋势, 并且速率较快; 男子在“五八”、女子在“五七”是头发直径达到最高峰; “六八”、“六七”后头发直径逐渐变小。不同年龄段毛囊密度变化: 男子、女子从出生后毛囊密度基本保持不变; 在“六八”、“六七”之后毛囊密度逐渐下降。不同年龄段白发率变化: 男子、女子从出生后白发率在“六八”、“六七”之后逐渐升高, 上升速度男子远大于女子。在头发直径方面, 各组男女之间比较, 差异均无显著性意义 ( $P > 0.05$ ); B 组、C 组、D 组、E 组、F 组、G 组与 A 组比较, 差异均有非常显著性意义 ( $P < 0.01$ ), C 组、D 组、E 组、F 组、G 组与 B 组比较, 差异均有非常显著性意义 ( $P < 0.01$ )。在毛囊密度方面, F 组、G 组、H 组男女间比较, 差异有非常显著性意义 ( $P < 0.01$ ), F 组、G 组、H 组与 A 组比, 差异均有非常显著性意义 ( $P < 0.01$ ); 在白发率方面, F 组男女之间差异有非常显著性意义 ( $P < 0.01$ ), D 组、E 组、F 组、G 组与 C 组比较, 差异均有非常显著性意义 ( $P < 0.01$ )。结论: 健康者头发直径、毛囊密度、白发率与肾气改变的关系密切相关, 此为“肾其华在发”理论提供了一定的依据。

[关键词] 肾其华在发; 头发直径; 毛囊密度; 白发率; 临床研究

[中图分类号] R223.1 [文献标识码] A [文章编号] 0256-7415 (2014) 10-0165-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.10.068

“肾其华在发”理论是中医学基础理论的重要内容, 头发望诊是中医学局部望诊中重要组成部分, 从肾论治是治疗毛发疾病的重要治则之一。然而, 中医

学因其发展的自身特性, 这一理论缺乏物质基础。为此, 笔者观测各年龄段头发生长特性的变化, 以期“肾其华在发”提供依据。

[收稿日期] 2014-03-16

[基金项目] 湖北省医学领军人才培养工程专项经费资助项目 (编号: 鄂卫生计生发 [2013] 4 号); 国家临床重点专科建设项目 (编号: FW20113289)

[作者简介] 王林群 (1983-), 男, 博士研究生, 研究方向: 中医肾脏病学。

[通讯作者] 巴元明, E-mail: 1723426138@qq.com