·论著·

103例学龄期儿童拔毛癖皮肤镜表现

周曼娣 刘阳禾 朱冠男 王胜春
第四军医大学西京皮肤医院,陕西西安,710032
通信作者:王胜春, E-mail: wangsc@fmmu.edu.cn

[摘要] **目的:** 总结学龄期儿童拔毛癖患者皮肤镜表现。**方法:** 回顾性研究2017年6月至2021年6月于我院诊治的103例拔毛癖患者临床资料。**结果:** 103例患者中,男51例,女52例,平均年龄(10.20±2.75)岁。拔发部位位于头顶部(48.5%),单侧颞部(28.2%),双侧颞部(15.5%),额部(20.4%),枕部(5.8%)和眉部(2.9%)。皮肤镜特点有黑点征(95.1%),断发(71.8%),火焰状发(56.3%),点状出血(48.5%),猪尾样发(35%),毛发前端卷曲(27.2%)和枪刺样发(3.9%)。**结论:** 学龄期儿童拔毛癖患者发病部位多位于头顶部,皮肤镜特点主要表现为黑点征、断发、火焰状发、点状出血以及猪尾样毛发。

[关键词] 学龄期儿童; 拔毛癖; 皮肤镜
DOI:10.12144/zgmfskin202207447

Characteristics of dermoscopic images in 103 school-age children with trichotillomania

ZHOU Mandi, LIU Yanghe, ZHU Guannan, WANG Shengchun
Department of Dermatology, Xijing Hospital, Fourth Military Medical University, Xi'an 710032, *China*
Corresponding author: WANG Shengchun, E-mail: wangsc@fmmu.edu.cn

[**Abstract**] **Objective**: To summarize the characteristics and dermoscopic images of school-age children with trichotillomania. **Methods**: The data of 103 patients with trichotillomania in our hospital from June 2017 to June 2021 were collected and analyzed retrospectively. **Results**: Of 103 patients, 51 were male and 52 were female, with an average age of 10.20 ± 2.75 years. The hair loss were on the crown of the head (48.5%), unilateral temporal (28.2%), bilateral temporal (15.5%), frontal (20.4%), occipital (5.8%) and eyebrows (2.9%). Dermoscopic features included black dots (95.1%), broken hair (71.8%), flame hair 58 (56.3%), blood spots (48.5%), pigtail-like hair (35%), coiled hairs (27.2%), and spear-like hair (3.9%). **Conclusion**: The most common site of trichotillomania is the crown of the head and the common dermoscopic characteristics of school-age children with trichotillomania are black spot sign, broken hair, flame hair, blood spots, and pigtail-like hair.

[**Key words**] school-age children; depilation; dermoscopy
DOI:10.12144/zgmfskin202207447

拔毛癖(trichotillomania,TTM),又称习惯性拔毛,为人工性牵拉导致的外伤性脱发性疾病,多因患者自身反复牵拉、扭转或摩擦毛发导致毛发脱落,好发于儿童及青少年。国内文献报道70%的拔毛癖患者发病年龄在6~14岁[1]。拔毛癖的病因为外力拔除,但患儿及家长常无法准确提供相关行为异常病史,其皮肤镜特征性表现可为诊断及鉴别诊断提供线索[2-4]。

1 对象与方法

1.1 研究对象 回顾研究2017年6月至2021年6月于西京医院皮肤科就诊的拔毛癖患者103例,男51例,女52例。诊断标准以2013年美国心理学会《精神疾病诊断与统计手册》第五版为依据[5]:①因反复拔毛导致毛发脱落;②多次试图停止或减少拔毛行为;③拔毛行为给患者造成明显的压力,影响正常工作、造成社交障碍等;④拔毛或脱发并非由其他疾病导致,如皮肤疾病;⑤拔毛行为不能用其他精神障碍疾病解释,如躯体变形障碍患者试图改进外貌方面感受到的缺陷或瑕疵。

1.2 方法 分析103例拔毛癖患者的病史、临床表现、皮肤镜表现以及特点。

1.3 统计学方法 应用SPSS 19.0软件进行数据汇总与统计分析,计数资料以率表示。

2 结果

2.1 一般情况 103例患者发病年龄主要集中在3个年龄段:<9岁者30例(29.1%),9~13岁者62例(60.2%),>13岁者11例(10.7%);其中多胎家庭70例(68%),单胎家庭33例(32%);留守儿童22例(21.4%)和单亲家庭13例(12.6%);所有患者均无精

神疾病家族史(表 1)。

表 1 拔毛癖患者人口学特征

变量	例数	百分比(%)
发病年龄		
<9 岁	30	29.1
9~13 岁	62	60.2
>13 岁	11	10.7
性别		
男	51	49.5
女	52	50.5
家庭构成		
单胎家庭	33	32
多胎家庭	70	68
成长环境		
留守儿童	22	21.4
单亲家庭	13	12.6
学习相关因素		
老师责罚孩子	34	33
寄宿	2	1.9
家长注意到儿童拔发		
是	78	75.7
否	25	24.3
精神疾病家族史	0	0

2.2 临床表现 拔发部位主要位于头顶部 50 例(48.5%),单侧颞部 29 例(28.2%),额部 21 例(20.4%),双侧颞部 16 例(15.5%),枕部 6 例(5.8%)和眉部 3 例(2.9%),见图 1。拔发方式主要有拔发 37 例(35.9%),捻发 34 例(33%),绕发 32 例(31.1%)。患者家长报告拔发时间主要有写作业时拔发 62 例(60.2%),睡眠期间拔发 41 例(39.8%),见表 2。

2.3 皮肤镜表现 黑点征 98 例(95.1%),断发 74 例(71.8%),火焰状发 58 例(56.3%),点状出血 50 例(48.5%),猪尾样发 36 例(35%),毛发前端卷曲 28 例(27.2%)和枪刺样发 4 例(3.9%),见表 3、图 2。

3 讨论

文献报道拔毛癖主要见于 3 个年龄段的患者:学龄前、青春前期、成人期,其中以 9~13 岁的青少年最为多见[6,7]。本组研究 103 例患者年龄介于 5~16 岁之间,发病平均年龄为 10 岁,其中 9~13 岁者占 60.2%,与既往研究一致。我们分析了患儿的人口学数据后还发现:来自多胎家庭的患儿比例显著高于单胎家庭。推测可能与多胎家庭中患儿精神压力大相关。

拔毛癖可分为有意识和无意识两种,其中有意识拔毛是指患者的拔毛是有意识的主动行为,约占1/4;无意识拔毛是指患者没有意识到拔毛行为的发生,在拔毛时正在完成某些事情或者专注于思考某些问题[8,9],此类患者约占 3/4。患者常有不能克制的拔毛冲动和渴望,拔毛前有焦虑感,拔毛后有轻松感或满足感,容易伴有强迫症、抑郁症和社交焦虑症等精神心理疾病,临床上两者并非截然分开,部分患者可能同时具备两种类型的特点。

表 2 拔毛癖患者的临床表现

变量	例数	百分比(%)
拔发部位		
头顶部	50	48.5
双侧颞部	16	15.5
单侧颞部	29	28.2
额部	21	20.4
枕部	6	5.8
眉部	3	2.9
拔发方式		
绕发	32	31.1
捻发	34	33
拔发	37	35.9
何时拔发		
不自觉拔发	70	68
睡眠期间拔发	41	39.8
写作业时拔发	62	60.2

表 3 拔毛癖皮肤镜表现

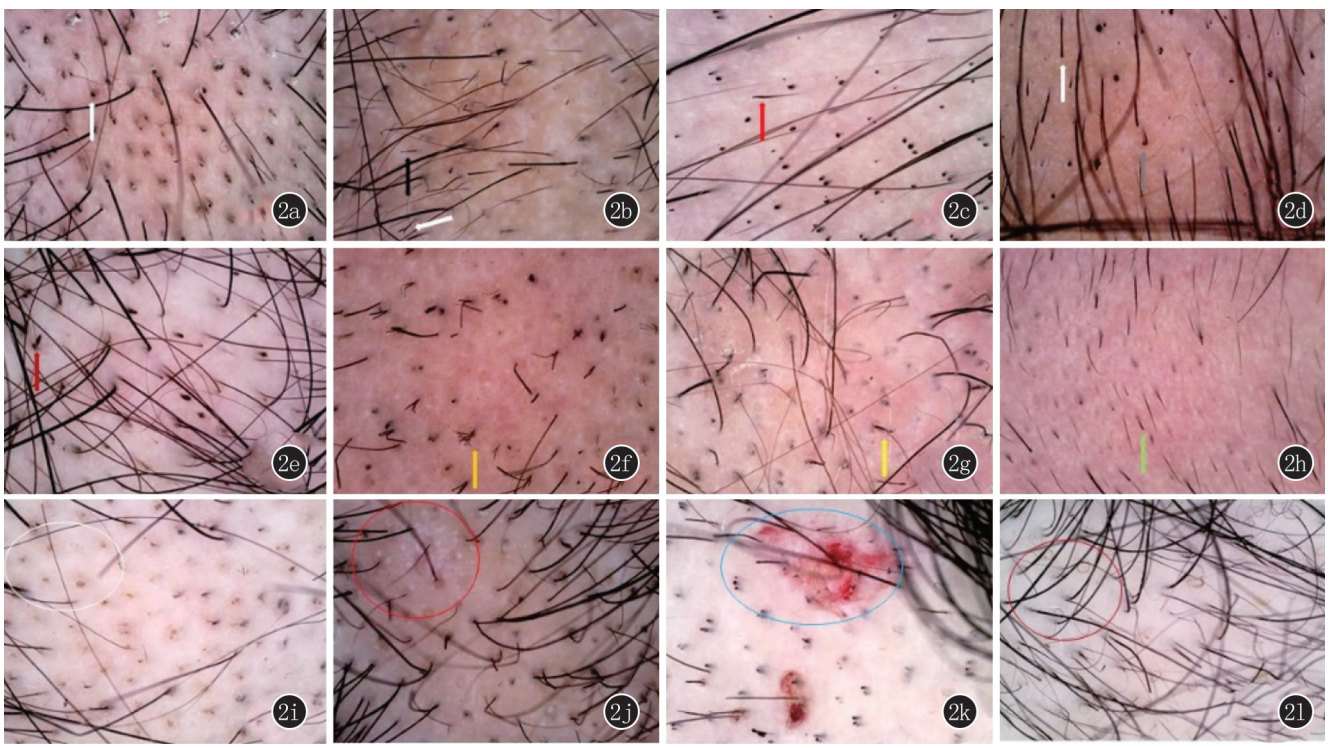
	例数	百分比(%)
黑点征	98	95.1
断发	74	71.8
火焰状发	58	56.3
点状出血	50	48.5
猪尾样发	36	35
毛发前端卷曲	28	27.2
枪刺样发	4	3.9

拔毛癖临床主要表现为不规则脱发斑,可分为不完全性脱发和完全性脱发。不完全性脱发更为常见,表现为边界不清的脱发斑,毛发长短不一,部分毛发迂曲盘折,脱发区头皮可见出血点和外伤性表皮剥脱。完全性脱发的脱发斑边界较清、形状怪异。本研究发现拔发部位主要位于头顶部及颞部,主要的拔发方式为拔发和捻发,其次“睡眠孤立性拔毛癖”作为患者本人或者家长可能不会意识到这种现象[10]。根据患儿家长报告,主要的拔发场景发生在写作业的过程中,写作业时拔发的患者共 62 例,占 60.2%;睡眠期间拉扯头发的患者共 41 例,占 39.8%。



1a:头顶部头发长短不一;1b:头顶部局部毛发缺失,边界清楚;1c:头顶部边界不清斑片状毛发缺失;1d:前额部毛发稀少;1e:颞部毛发长短不一,边界清楚;1f:枕部和双侧颞部不规则毛发缺失

图 1 拔毛癖临床照片



2a:黑点征(白色箭头);2b:i 型发(黑色箭头),V 字型发(白色箭头);2c:微惊叹号样发(大红色箭头);2d:毛发前端卷曲(灰色箭头),断发(白色箭头);2e:火焰状发(深红色箭头);2f:扫帚样发(橙色箭头);2g:毛发末端纵裂或者末梢分叉(黄色箭头);2h:郁金香样发(浅绿色箭头);2i:黄点征(白色圈);2j:玫瑰花瓣征或者四叶草特征(大红色圈);2k:出血及白色均质结构(浅蓝色圈);2l:猪尾样发(深红色圈)

图 2 拔毛癖皮肤镜表现(×20)

拔毛癖皮肤镜特点主要表现为黑点征、断发、毛发前端卷曲、火焰状发、V 字型发、郁金香样发、毛发末端纵列、出血点、血痂[11-14]。本组患者中黑点征有98 例,占 95.1%,黑点为毛发在皮面水平断离后滞留在毛囊口中的毛干;断发有 74 例,占 71.8%,断发为毛发在皮面上方断离后遗留的毛干;火焰状发 58 例,占 56.3%,火焰状发是新近拔毛后残留形成的,最长见于拔毛癖活动期;点状出血 50 例,占 48.5%;毛发前端卷曲 28 例,占 27.2%,不规则的卷曲发是拔毛癖最具特征性的表现;枪刺样发 4 例,占 3.9%;除了这些特有的特征外,皮损处还可见红斑、毛囊周围血管扩张,红白色均质结构,毛囊角栓,无毛干的毛囊开口。本组患者还发现猪尾样发 36 例,占 35%,猪尾样发一般较短、规则卷曲、末端变细,和猪尾巴非常相似,可以是圆形或者卵圆形,猪尾样发为毛囊完全正常前出现的毛发快速生长,正常毛囊开口处见猪尾样毛发,而在红斑及红白色均质结构区域没有看到猪尾样发。而当拔毛癖患者头皮在皮肤镜检测中有红斑合并白色均质及毛囊角化时,则提示毛囊破坏加重及毛囊恢复受影响。

脱发疾病可根据形成原因分为非瘢痕性和瘢痕性,非瘢痕性脱发包括雄激素性秃发、斑秃、休止期脱发、拔毛癖、牵拉性脱发和梅毒性脱发等。临床常见儿童脱发疾病主要包括斑秃、假性斑秃和头癣,都具各自相对特异的皮肤镜表现:斑秃的皮肤镜表现主要是断发、微惊叹号样发、锥形发、黑点征、黄点征、再生的猪尾样发[15];假性斑秃是指数个脱发斑距离较近,经典描述为“雪地里的脚印”,皮肤镜表现是特异性不多,炎症不明显,皮损处毛囊开口消失 ,周边可有孤立的毛干存在[16];头癣的皮肤镜表现主要是断发、黑点征、块状发、i 形发、逗号样发、螺旋状发、Z 形发[17]。

一般情况下拔毛癖患儿的毛发可随着行为的改变而恢复生长,但是长时间、反复拔发行为可以对毛囊造成破坏,导致不可逆的脱发。在拔毛癖的检查中,我们还发现了正常毛囊开口处见猪尾样毛发,而在红斑及红白色均质结构区域没有看到猪尾样发。当出现红斑及白色均质及毛囊角化时,应及时注意脱发区毛发的生长情况,及时给予干预,以防后期形成瘢痕影响毛发生长。

临床上拔毛癖患儿及其家属常不能提供甚至刻意隐瞒相关的异常行为病史,给临床诊断带来困难,通过皮肤镜的特异性表现可对该部分患者的诊断提供线索。多篇文献报道中提到了拔毛癖在皮肤镜中的典型表现,参差不齐的毛发,黑点征、火焰状发、毛发前端卷曲,在本次研究中我们同时发现红白色均质及猪尾样发的出现。皮肤镜红白色均质结构病理对应的为纤维及胶原的增生,猪尾样毛发代表新生发,多见于斑秃患者,本组研究中拔毛癖患者也可伴有。文献报道拔毛癖的毛囊属于正常毛囊,不受炎症细胞侵害,随着患儿行为的改变,毛发可以恢复生长。但长时间反复拔发可以造成毛囊不可逆的损害,在我们的临床实践中,这部分患儿皮肤镜下可观察到红白色均质合并线状血管扩张,区域毛发稀疏,并未见猪尾样毛发,因此红白色均质结构的出现是否能够作为毛囊受损及预后不良的提示,有待我们进一步的统计研究。同时在我们的调查中还发现留守儿童、单亲儿童和家里有二胎而且是长子的儿童所占比例居多,他们拔发的主要原因可能由于缺少了父母的关爱。拔毛癖的发病与精神、情感、心理等多因素有关,常用的心理干预方法有放松训练,认知行为疗法,习惯逆转疗法等专业的心理治疗方法,在工作和生活中应加强患儿的心理护理。因此,在日常的工作中我们应该加强皮肤镜、毛发镜的学习,仪器辅助诊断和临床表现相结合,使患者的所患疾病能够更快明确诊断,得到更好的对症治疗。

参 考 文 献

[1] 李水凤, 赵莹, 巩毓刚,等. 拔毛癖的临床表现、组织病理及皮肤镜特征[J]. 中国麻风皮肤病杂志,2014,30(6):4.

[2] 赵莹, 章星琪, 巩毓刚,等. 斑秃患者的临床特征-附 524 例临床,皮肤镜及病理特点[J]. 中国麻风皮肤病杂志,2011,27(11):4.

[3] 赵莹, 蔡泽明, 巩毓刚,等. 斑秃皮损的皮肤镜影像及其与临床病理的关系[J]. 中华皮肤科杂志,2011,44(1):5.

[4] 章星琪. 常见脱发疾病皮肤镜征象与病理的联系[J]. 临床皮肤科杂志,2011,40(12):771-774.

[5] 张力文,路永红.拔毛癖诊疗进展[J].皮肤科学通报,2021,38(198),104-108.

[6] 章星琪. 拔毛癖的临床诊治进展[J]. 皮肤性病诊疗学杂志,2013,20(2):3.

[7] Christenson GA, Mackenzie TB, Mitchell JE. Characteristics of 60 adult chronic hair pullers[J]. Am J Psych, 1991, 148(3):365-370.

[8] Christenson GA, Raymond NC, Faris PL, et al. Pain thresholds are not elevated in trichotillomania[J]. Biological Psychiatry, 1994, 36(5):347-349.

[9] Mansueto CS, Stemberger RMT, Thomas MC, et al. Trichotillomania: A comprehensive behavioral model[J]. Clinical Psychology Review, 1997, 17(5):567.

[10] Murphy C, Valerio T, Zallek SN. Trichotillomania: an NREM sleep parasomnia? [J]. Neurology, 2006, 66(8): 1276.

[11] Carli M, Rachel R, Erin O, et al. Sleep-isolated trichotillomania: a survey of dermatologists[J]. J Clinical Sleep Med, 2007, 3(7):719-721.

[12] Martin JM, Montesinos E, Cordero P, et al. Trichoscopy

features of trichotillomania [J]. Pediatric Dermatology, 2019,36(2):265-267.
[13] Khunkhet S, Vachiramon V, Suchonwanit P. Trichoscopic clues for diagnosis of alopecia areata and trichotillomania in Asians[J]. Int J Dermatol,2017,56(2):161.
[14] Grant JE, Chamberlain SR. Trichotillomania[J]. Am J Psych,2016,173(9):868-874.
[15] Wakiel-Burnat A, Rakowska A, Sikora M, et al. Alopecia areata predictive score: A new trichoscopy-based tool to predict treatment outcome in patients with patchy alopecia areata[J]. J Cosmet Dermatol, 2020,19(3):746-751.
[16] 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.
[17] 陈瑶, 姜倩, 董碧麟. 儿童头癣66例皮肤镜特征与临床类型及致病菌相关性分析[J]. 中国皮肤性病学杂志, 2021,35(9):995-1000.

(收稿日期:2021-11-22)

《中华古今皮肤名方四百首》赠书与邮购消息

《中华古今皮肤名方四百首》(ISBN 978-7-5725-1)马振友、周冬梅、李元文主编,李斌、陈达灿、杨志波等副主编,赵辨、徐宜厚、王玉玺、艾儒棣主审,中国大陆与香港分别出版简体版和繁体版,随后还将陆续出版英、日文版,面向国内外广大读者。收录古代张仲景、葛洪、孙思邈、陈实功等百名医家内、外用古代经典名方各100首,近代名医与现代国医大师、全国名中医、岐黄学者、全国老中医药专家学术经验继承指导老师、国务院特殊津贴专家、博士生导师、全国著名皮肤科专家褚国维、陈彤云、刘红霞、刘辅仁、边天羽、张志礼、秦万章、袁兆庄、阿西热江·迪斯克等百名专家内、外用验方各100首,均为传承精华、守正创新精选名方,极具实用价值。每册定价138元,赠送给全国贫困地区医师、药师和马振友研究班学员与客户及对《论皮科学》发表意见者,为建设新农村贡献力量,回馈老学员与客户。《中华古今皮肤名方四百首》《中西皮肤外用制剂手册》《新编中西皮肤药物手册》,邮购价每册100元。单位报销可开发票。

联系人:马毳毳　手机/微信 13227015533;马振友　手机/微信 13379033002

敬告读者与作者

近日有作者反映收到以《中国麻风皮肤病杂志》编辑名义发送的邮件,邮件中要求添加作者微信等联系方式,以进一步欺骗作者,骗取作者审稿费和版面费等费用,造成作者信息泄露及经济损失,耽误了论文正规的投稿与发表,也严重影响了本刊的声誉,在此郑重告知:

1.本刊不会以个人名义要求作者添加微信及QQ信息,若收到相关邮件,请及时和我们联系,以免上当受骗;

2.本刊不收取审稿费,若收到审稿费邮件,请及时和我们联系,以免上当受骗;

3.本刊唯一投稿网站:http://www.zgmfskin.com;

4.本刊联系方式,电话:0531-87298819,87515643;邮箱:mfskin@163.com。

《中国麻风皮肤病杂志》编辑部