

拔毛癖1例：双侧眼睫毛脱落

闵凌峰, 李龙年, 项佑富, 卢普扬, 尤聪*

赣南医科大学第一附属医院皮肤科, 江西 赣州

收稿日期: 2026年3月30日; 录用日期: 2026年4月24日; 发布日期: 2026年5月7日

摘要

报道1例拔毛癖, 因双侧睫毛脱落半年余就诊。查体示双侧眼睑部睫毛不完全性脱落, 脱毛区残留毛干长短不一。皮肤镜检查见长短不一断发、残端分裂及卷曲、黑点征, 短发及毳毛增多, 未见感叹号发及黄点征。结合病史、临床表现及皮肤镜特征, 诊断为拔毛癖。治疗上以行为干预为主, 随访示患儿拔毛行为明显减少。本文结合相关文献, 对拔毛癖的流行病学、临床特点、皮肤镜表现、鉴别诊断及治疗策略进行讨论, 以提高临床识别能力。

关键词

拔毛癖, 睫毛脱落, 皮肤镜, 儿童, 行为治疗

A Case of Trichotillomania with Bilateral Eyelash Loss

Lingfeng Min, Longnian Li, Youfu Xiang, Puyang Lu, Cong You*

Department of Dermatology, The First Affiliated Hospital of Gannan Medical University, Ganzhou Jiangxi

Received: March 30, 2026; accepted: April 24, 2026; published: May 7, 2026

Abstract

A case of trichotillomania with bilateral eyelash loss for more than 6 months is reported. Physical examination revealed incomplete loss of the eyelashes on both eyelids, with residual hairs of uneven length in the affected areas. Dermoscopic examination showed hairs of varying lengths, broken hairs with split and curled ends, black dots, and an increased number of short vellus hairs, without exclamation mark hairs or yellow dots. Based on the medical history, clinical manifestations, and dermoscopic findings, a diagnosis of trichotillomania was established. Behavioral intervention was

*通讯作者。

adopted as the main treatment, and follow-up showed a marked reduction in the hair-pulling behavior. In conjunction with a review of the relevant literature, the epidemiology, clinical features, dermoscopic findings, differential diagnosis, and treatment strategies of trichotillomania are discussed to improve clinical recognition of this condition.

Keywords

Trichotillomania, Eyelash Loss, Dermatoscope, Children, Behavior Therapy

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



1. 病例摘要

患儿女，9岁，因“双侧睫毛脱落半年余”于2023年7月25日来我院就诊。患儿家属代诉，半年前患儿无明显诱因出现双侧睫毛大片脱落，期间未接受系统诊治。进一步追问病史得知，患儿半年前因自觉睫毛刺戳眼球，致双眼不适，其后反复自行拔扯睫毛。既往体健，各系统检查未见明显异常，精神检查未发现明显异常。皮肤科查体：双侧眼睑部可见睫毛不完全性脱落，脱毛区仍残留部分睫毛，毛干长短不一，局部未见明显红斑、渗出及瘢痕(见图1)。皮肤镜检查示：脱毛区可见长短不一的断发，部分断发残端分裂、卷曲，见黑点征，短发及毳毛增多，未见感叹号发及黄点征(见图2)。结合反复自行拔扯睫毛病史、临床表现及皮肤镜特征，诊断为拔毛癖。治疗方面，向患儿及家属详细解释本病的病因、临床特征及治疗原则。鉴于患儿年龄较小，精神检查未见明显异常，且拔毛行为具有较明确的局部不适诱发背景，故优先给予行为干预。具体方法为嘱家长在患儿清醒状态下用胶带轻柔覆盖双侧眼睑，注意保留眼裂以保证正常视物，通过形成物理屏障减少其习惯性拔毛动作；同时加强家庭陪伴与监督，及时识别和打断拔毛行为。后续随访显示，患儿拔毛行为较初诊时明显减少，双侧睫毛脱落逐渐缓解，并见局部毛发再生。



Figure 1. Ocular skin lesions

图1. 眼部皮损



Figure 2. Dermoscopic features

图2. 皮肤镜表现

2. 讨论

拔毛癖(Trichotillomania, TTM)是由反复拔扯自身毛发所致的外伤性非瘢痕性脱发,既具有皮肤科表现,又常伴精神心理和行为学异常,属于典型的皮肤-精神交叉性疾病。《精神障碍诊断与统计手册(第五版)》(DSM-V)已将其归入强迫及相关障碍,而不再仅视为单纯冲动控制障碍[1]。其发生机制尚未完全阐明,目前多认为与遗传易感性、应激、焦虑抑郁、习惯性行为及神经生物学异常共同相关,在DSM-V中,拔毛癖与强迫症、躯体变形障碍、囤积障碍等共同归为“强迫及相关障碍谱系”,目前该病的诊断标准为:存在致毛发脱落的反复拔毛行为、患者曾尝试减少或停止拔毛、拔毛引发显著痛苦或功能损害、行为不能归因于其他躯体/精神疾病[2]。TTM患者常在压力、焦虑或静坐状态下出现拔毛行为,临床上又可分为自动性/无意识拔毛与主动性/有意识拔毛两类,多数儿童更接近前者,而部分患者则是因局部“异常感”或毛发触感不适而产生聚焦性拔毛,本例患儿即表现为因“睫毛刺戳眼球”的局部不适诱发反复拔扯,随后逐渐形成习惯性行为,这与文献所述的儿童TTM诱因和行为模式较为一致[1][3][4]。

临床诊断意义上的TTM在人群中的合并患病率约为1.14%,而更广义的“任何拔毛行为”患病率约为8.84%,提示该病并不少见,但常因患者隐瞒病史或临床表现与斑秃相似而被漏诊或误诊[5]。在性别分布方面,普通症状人群中男女差异并不显著,但在临床就诊人群中女性更多见,女男比约为3:1,这一现象提示,女性患者可能更倾向于主动就诊,或因外观受损而更容易被识别。TTM可见于不同发育阶段,5岁以下儿童可出现拔毛行为,常具有发育性、短暂性特点,部分可自行缓解,预后较好;而儿童后期和青少年期起病者更具有临床意义,平均发病年龄约为13岁,病程常呈波动性慢性经过[6],最常见受累部位为头皮,眉毛和睫毛亦较常受累[7],而成人患者常见受累部位与儿童类似,但常累及更大面积、病程更长,且可伴随局部皮肤炎症或外伤性改变,其中女性更常累及睫毛,而男性更常累及面部、躯干和四肢毛发[8],本例患儿为9岁女性,虽较文献所述青少年期平均发病年龄略早,但仍处于儿童TTM的常见发病年龄范围;其受累部位为双侧睫毛,也与女性患者较易累及睫毛的报道相符。另外,本例并非无明显诱因的自动性拔毛,而是以“睫毛刺戳眼球”这一局部不适为起始诱因,随后逐渐形成重复拔毛习惯,提示儿童TTM除情绪诱发外,也可由局部感觉异常或不适触发,这也是本例相对更具临床识别意义之处。

TTM的诊断关键在于详细病史、临床形态及皮肤镜检查。本病常表现为不规则或几何样非瘢痕性脱发斑,毛干长短不一,可伴外伤性表皮剥脱、点状出血及血痂,拉发试验多为阴性,黑点征和断发是最常见的皮肤镜表现,但通常无感叹号发;组织病理则以退行期毛囊增多、色素管型、毛囊周围出血、毛软化及轻微炎症为特征[9]。本例患儿皮肤镜所见长短不一断发、黑点征、残端分裂卷曲、短发及毳毛增多,而无感叹号发、黄点征,且病史中存在明确的反复拔睫毛行为,故诊断依据较充分。

TTM最重要的鉴别诊断是斑秃。斑秃多表现为圆形或椭圆形光滑性脱发斑,活动期拉发试验多阳性,皮肤镜常见黄点征、感叹号发及营养不良毛发;而TTM则更倾向于不规则脱发区、毛干长短不一、断发、黑点、残端分裂卷曲及外伤性改变[3][4][9][10]。本例初诊若仅凭“双侧睫毛脱落”这一主诉,容易误入斑秃诊断路径,但其不完全性脱落、残留长短不一毛干以及特征性皮肤镜表现均不支持斑秃。由此可见,对睫毛或眉毛局灶性脱落的患儿,皮肤镜检查和病史追问尤为重要。

TTM并不一定在初诊时都表现出明确的精神异常。尽管本例精神检查未见明显异常,但这并不能排除心理行为因素在发病中的作用。TTM常引发羞耻、自卑、回避和社交受损,且常伴焦虑、抑郁及功能损害,抑郁情绪越重,疾病对其日常功能的影响也越明显,因此,对儿童TTM的认识不应局限于局部脱发本身,还应关注其行为模式及潜在情绪问题[1][11]。对于本例这类目前无突出精神症状的患儿,不能因精神检查未见明显异常而忽视TTM诊断。相反,正因为其拔毛行为局限于双侧睫毛、诱因相对明确、

未见广泛情绪行为异常，更提示其处于儿童 TTM 较早期、较轻型的阶段，此时及时识别诱因、阻断拔毛习惯并加强家庭参与，往往更有利于获得较好预后。

治疗方面，认知行为疗法为目前广泛认可的一线治疗方案，其中，含习惯逆转训练(Habit-Reversal Training, HRT)成分的行为治疗疗效最明确，HRT 的核心包括觉察训练、竞争反应训练、社会支持和刺激控制，其中刺激控制是通过减少拔毛机会来削弱习惯性动作。对于心理治疗无效的患者，可以考虑药物治疗，目前尚无用于 TTM 的一线药物，主要以抗抑郁药为主，如三环类抗抑郁药及选择性五羟色胺再摄取抑制剂，这些药物副作用的发生极大影响了患者治疗体验，需在临床治疗中密切监测与合理干预[12]。本例采用的“清醒状态下胶带轻柔覆盖眼睑、形成物理屏障”的做法，本质上即属于刺激控制/行为阻断策略，与 HRT 理念高度一致。之所以未首先采用更系统的认知行为疗法(Cognitive Behavioral Therapy, CBT)或家庭治疗，一方面是因为患儿年龄较小，对较完整的认知训练和自我监测的理解、配合能力相对有限；另一方面，本例拔毛行为局限于双侧睫毛，诱因明确，未见明显焦虑、抑郁或复杂家庭冲突，提示其更适合先从简便、可操作的刺激控制措施入手。与此同时，本例治疗并非脱离家庭支持的单纯物理遮挡，而是在与家属充分沟通后，将家庭监督、及时提醒和行为打断一并纳入干预方案，实质上已包含家庭参与成分。当然，该方法也存在一定局限，如可能引起局部皮肤刺激、影响患儿白天活动时的舒适度，甚至在学校等社交场景中造成一定心理负担。因此，本例将其作为早期过渡性干预措施，并在随访中动态评估疗效与耐受性；若后续症状迁延、复发，或出现更明显的情绪行为问题，则仍需进一步考虑规范化 HRT，CRT 或儿童心理专科联合干预。

综上，儿童睫毛 TTM 虽不如头皮受累常见，但并非罕见。对于以睫毛脱落就诊的儿童，若临床上表现为不完全性脱落、毛干长短不一，皮肤镜见断发、黑点征、残端分裂卷曲而无感叹号发及典型黄点征时，应高度怀疑 TTM。详细追问病史、重视皮肤镜检查，并及早给予以行为治疗为主、家庭共同参与的综合干预，有助于减少误诊并改善预后。

声 明

该病例报道已获得患者的知情同意。

参考文献

- [1] França, K., Kumar, A., Castillo, D., Jafferany, M., Hyczy da Costa Neto, M., Damevska, K., *et al.* (2019) Trichotillomania (Hair Pulling Disorder): Clinical Characteristics, Psychosocial Aspects, Treatment Approaches, and Ethical Considerations. *Dermatologic Therapy*, **32**, e12622. <https://doi.org/10.1111/dth.12622>
- [2] American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 5th Edition, American Psychiatric Association.
- [3] 张力文, 路永红. 拔毛癖诊疗进展[J]. 皮肤科学通报, 2021, 38(2): 176-180.
- [4] 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): 140-142.
- [5] Thomson, H.A., Farhat, L.C., Olfson, E., Levine, J.L.S. and Bloch, M.H. (2022) Prevalence and Gender Distribution of Trichotillomania: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Psychiatric Research*, **153**, 73-81. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.06.058>
- [6] Bohn, M., Thomsen, P.H. and Nissen, J.B. (2022) Trichotillomania. *Ugeskrift for Laeger*, **184**, V11210829.
- [7] Harrison, J.P. and Franklin, M.E. (2012) Pediatric Trichotillomania. *Current Psychiatry Reports*, **14**, 188-196. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0269-8>
- [8] Grant, J.E., Redden, S.A., Leppink, E.W., Chamberlain, S.R., Curley, E.E., Tung, E.S., *et al.* (2016) Sex Differences in Trichotillomania. *Annals of Clinical Psychiatry*, **28**, 118-124. <https://doi.org/10.1177/104012371602800205>
- [9] 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): 352-355.
- [10] Abraham, L.S., Torres, F.N. and Azulay-Abulafia, L. (2010) Dermoscopic Clues to Distinguish Trichotillomania from

Patchy Alopecia Areata. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, **85**, 723-726.

<https://doi.org/10.1590/s0365-05962010000500022>

- [11] Lewin, A.B., Piacentini, J., Flessner, C.A., Woods, D.W., Franklin, M.E., Keuthen, N.J., *et al.* (2009) Depression, Anxiety, and Functional Impairment in Children with Trichotillomania. *Depression and Anxiety*, **26**, 521-527.
<https://doi.org/10.1002/da.20537>
- [12] Farhat, L.C., Olfson, E., Nasir, M., Levine, J.L.S., Li, F., Miguel, E.C., *et al.* (2020) Pharmacological and Behavioral Treatment for Trichotillomania: An Updated Systematic Review with Meta-Analysis. *Depression and Anxiety*, **37**, 715-727. <https://doi.org/10.1002/da.23028>