本文引用: 史红敏, 霍欣妍, 赵珂. 针刺八髎穴联合醋酸曲安奈德乳膏治疗肝肾阴虚型外阴硬化性苔藓的临床研究[J]. 湖南中医药大学学报, 2026, 46(10): 2048-2054.

针刺八髎穴联合醋酸曲安奈德乳膏治疗肝肾阴虚型外阴硬化性苔藓的临床研究

史红敏[1],霍欣妍[2],赵珂[1]*

1.天津市中医药研究院附属医院,天津 300120;2.天津中医药大学,天津 301617

〔摘要〕**目的** 评价针刺八髎穴联合醋酸曲安奈德乳膏治疗肝肾阴虚型外阴硬化性苔藓(VLS)的临床疗效,观察其对炎症因子的调控作用。**方法** 纳入2024年8月至2025年12月于天津市中医药研究院附属医院妇科就诊的肝肾阴虚型VLS患者64例,随机分为治疗组与对照组,每组32例,治疗过程中对照组、治疗组各脱落2例。两组患者均给予统一生活指导,对照组外用0.15%醋酸曲安奈德乳膏,治疗组在对照组基础上加用针刺八髎穴治疗,均连续治疗4周。比较两组患者治疗前后的临床症状体征评分、中医证候评分、皮肤病生活质量指数(DLQI)评分、外周血中性粒细胞/淋巴细胞比值(NLR)以及外阴组织白细胞介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子-α(TNF-α)水平;比较两组患者治疗后临床疗效、安全性及远期复发率。**结果** 治疗后,两组临床症状体征评分(包括临床症状体征总评分、外阴病损范围、瘙痒程度、皮肤弹性、脱色程度评分)、中医证候评分、DLQI评分、外阴组织IL-6、TNF-α及外周血NLR水平均较治疗前下降($P<0.05$),且治疗组上述指标均低于对照组($P<0.05$)。治疗后,治疗组总有效率(93.33%)高于对照组(80.00%)($P<0.05$)。两组均未出现明显不良反应。治疗结束3个月后随访,治疗组复发率(6.67%)低于对照组(26.67%)($P<0.05$)。**结论** 针刺八髎穴联合醋酸曲安奈德乳膏可改善肝肾阴虚型VLS患者的临床症状、提升其生活质量并降低炎症因子水平,其作用机制可能与调节炎症状态有关。

〔关键词〕外阴硬化性苔藓;肝肾阴虚;针刺;八髎穴;醋酸曲安奈德乳膏;炎症因子;中医证候;生活质量

〔中图分类号〕R245 〔文献标志码〕A 〔文章编号〕doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2026.10.009

Clinical study of acupuncture at Baliao points combined with triamcinolone acetonide acetate cream for vulvar lichen sclerosus characterized by a liver-kidney yin deficiency pattern

SHI Hongmin[1], *HUO Xinyan*[2], *ZHAO Ke*[1]*

1. Tianjin Academy of Traditional Chinese Medicine Affiliated Hospital, Tianjin 300120, China;

2. Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 301617, China

〔**Abstract**〕 **Objective** To evaluate the clinical efficacy of acupuncture at Baliao points combined with triamcinolone acetonide acetate cream in treating vulvar lichen sclerosus (VLS) characterized by a liver-kidney yin deficiency pattern and investigate its regulatory effects on inflammatory cytokines. **Methods** A total of 64 patients with VLS characterized by a liver-kidney yin deficiency pattern who visited the Department of Gynecology at Tianjin Academy of Traditional Chinese Medicine Affiliated Hospital from August 2024 to December 2025 were enrolled and randomly assigned to a treatment group or a control group, with 32 patients in each. During treatment, two patients dropped out of each group. Both groups received standardized lifestyle guidance,

〔收稿日期〕2026-06-30

〔基金项目〕天津市科技局公共卫生项目重点项目(25ZXWZSY00180);河北省中医药管理局科研计划项目(T2026048);天津市中医药研究院附属医院强力科技人才培养计划。

〔通信作者〕* 赵珂,女,博士,主任医师,硕士研究生导师,E-mail:zhaoke4356@sina.com。

while the control group received topical application of 0.15% triamcinolone acetonide acetate cream and the treatment group additionally received acupuncture at Baliao points, with both groups undergoing treatment for four consecutive weeks. Clinical symptom and sign scores, Chinese medicine pattern scores, Dermatology Life Quality Index (DLQI) scores, peripheral blood neutrophil-to-lymphocyte ratio (NLR), and levels of interleukin-6 (IL-6) and tumor necrosis factor-α (TNF-α) in vulvar tissue were compared between the two groups before and after treatment; clinical efficacy, safety, and long-term recurrence rate were compared between the two groups after treatment. **Results** After treatment, clinical symptom and sign scores (including the total clinical symptom and sign score and scores for the extent of vulvar lesions, severity of pruritus, skin elasticity, and degree of depigmentation), Chinese medicine pattern scores, DLQI scores, levels of IL-6 and TNF-α in vulvar tissue, and peripheral blood NLR decreased in both groups compared with pretreatment values (P<0.05), and all these parameters were lower in the treatment group than in the control group (P<0.05). After treatment, the total effective rate was higher in the treatment group (93.33%) than in the control group (80.00%) (P<0.05). No apparent adverse reactions were observed in either group. At the 3-month follow-up after treatment completion, the recurrence rate was lower in the treatment group (6.67%) than in the control group (26.67%) (P<0.05). **Conclusion** Acupuncture at Baliao points combined with triamcinolone acetonide acetate cream can alleviate clinical symptoms, improve quality of life, and reduce inflammatory cytokine levels in patients with VLS characterized by a liver-kidney yin deficiency pattern, and its mechanism of action may be related to modulation of the inflammatory response.

〔**Keywords**〕 vulvar lichen sclerosus; liver-kidney yin deficiency; acupuncture; Baliao points; triamcinolone acetonide acetate cream; inflammatory cytokines; Chinese medicine pattern; quality of life

外阴硬化性苔藓(vulvar lichen sclerosus, VLS)是一种常见的慢性炎症性非瘤样皮肤病变,日久可导致外阴萎缩、粘连、瘢痕形成,甚至外阴解剖结构破坏及功能丧失,存在癌变风险[1-2]。中医学认为,本病发病与肝、肾等脏腑功能失调有关,外阴为足厥阴肝经与足少阴肾经所过之处,肝藏血、肾藏精,精血同源,共同濡养外阴。临床流行病学资料显示,VLS 好发于围绝经期及绝经后女性。此年龄段女性天癸渐竭,肾阴亏虚,水不涵木,肝血亦不足,故肝肾阴虚证在 VLS 患者中占有较高比例,临床代表性突出。此外,长期外用糖皮质激素易耗伤阴液,进一步加重阴虚,故肝肾阴虚为 VLS 最常见的证型之一。目前,VLS 尚无法根治,西药一线治疗方案为局部外用糖皮质激素,但长期应用可诱发外阴萎缩、激素性皮炎,且停药后易复发,严重影响患者的身心健康及生活质量。八髎穴隶属足太阳膀胱经,与足少阴肾经相表里,肾开窍于二阴,针刺八髎穴可疏通膀胱经气血,进而调节肾经气血,使气血通畅、外阴得养,同时还能刺激骶神经以缓解疼痛。本研究通过随机对照临床研究,观察针刺八髎穴联合醋酸曲安奈德乳膏治疗肝肾阴虚型 VLS 患者的临床疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集 2024 年 8 月至 2025 年 12 月于天津市中医药研究院附属医院妇科就诊的肝肾阴虚型 VLS 患者 64 例,采用随机数表法分为对照组和治疗组,每组 32 例。依据相关临床诊疗指南及预实验结果[3-5],预设对照组临床总有效率 π_1 约为62%,治疗组临床总有效率 π_2 约为 92%,设定显著性水平 α=0.05(双侧检测),检验效能 1-β=0.8(即 β=0.2)。根据样本量估计公式[6]对本研究所需样本量进行计算,得出总样本量约为 54 例,考虑到研究过程中可能出现病例剔除、中途脱落等情况,设定脱失率为15%,确定每组至少纳入 32 例,总样本量 64例。故本研究初始共纳入 64 例,其中治疗组脱落 2 例,均因个人原因未完成治疗周期,对照组 1 例自行要求退出、1 例因未按规律用药予以剔除,故最终治疗组、对照组各 30 例。两组患者年龄、病程比较,差异均无统计学意义(P>0.05),具有可比性,详见表 1。本研究方案已通过天津市中医药研究院附属医院伦理审批(审批号:LLKY2024-61)。

表 1　两组患者基线资料比较(n=30)

Table 1　Comparison of baseline characteristics between two groups (n=30)

组别	年龄/[$M(P_{25},P_{75})$,岁]	病程/($\bar{x}\pm s$,月)
治疗组	57.00(44.00,62.25)	53.97±31.28
对照组	57.00(47.00,65.75)	53.33±30.13
z/t 值	-0.429	0.080
P 值	0.668	0.937

1.2 西医诊断标准

参照《女阴硬化性苔藓诊疗专家共识》[7]《女性外阴硬化性苔藓临床诊治专家共识(2021 年版)》[3]《妇产科学》[8]拟定诊断标准,具体如下。(1)病史:VLS 病史或外阴、肛周皮肤顽固性瘙痒病史;(2)症状:以顽固性瘙痒为主,常于夜间加剧,可能伴随外阴疼痛、排尿困难、性功能障碍等;(3)体征:皮损主要累及外阴及肛周皮肤,皮损颜色可呈淡褐色、淡红色、花白色或象牙白色,伴皮肤纹理改变,可见皱缩或玻璃纸样白色斑片,可伴上皮萎缩、角化。外阴病损区域皮肤多表现为紫癜、糜烂和皲裂;病程日久可引起外阴结构失常,如小阴唇缺失、阴蒂包皮或前后联合粘连,严重者可出现阴道口及肛门狭窄。(4)病理活检:病理组织学可见表皮萎缩、角化过度、颗粒层变薄、棘层萎缩,上皮脚消失;病变早期真皮乳头层弹力纤维破坏,胶原水肿透明,晚期胶原出现均质化,其下方可见淋巴细胞及浆细胞浸润带。若患者具备 VLS 典型临床表现,经有经验的专科医生诊断即可确诊;若患者临床表现不典型、不能确诊,或查体不能除外癌前病变、恶性肿瘤时,则需借助病理活检以明确诊断。

1.3 中医诊断标准

阴痒(肝肾阴虚证)中医辨证诊断标准参照《中医妇科学》[9]《中西医结合妇产科学》[10]及《中药新药临床研究指导原则(试行)》[11]拟定,具体如下。主症:(1)外阴干涩、瘙痒;(2)外阴皮肤色素脱失。次症:(1)五心烦热;(2)头晕目眩;(3)烘热汗出;(4)两目干涩;(5)耳鸣;(6)腰膝酸软。舌脉象:舌红,苔少,脉弦细或细数。具备全部主症,次症至少符合两项,并结合舌脉象,即可诊断。

1.4 病例筛选标准

1.4.1 纳入标准 (1)符合上述的 VLS 西医、中医诊断标准;(2)年龄在 18~75 岁;(3)入组前 1 个月内未使用可影响本研究结果的药物;(4)自愿参与本研究,签署知情同意书,并能积极配合治疗。

1.4.2 排除标准 (1)外阴病理组织学检查提示癌前病变或已癌变者;(2)合并外阴炎、外阴湿疹、白癜风等可能与本病有相似症状的外阴皮肤疾病者;(3)合并严重心脑血管疾病或重度精神障碍者;(4)对治疗药物过敏,或存在晕针、难以完成治疗操作者;(5)因外阴皮肤破损或感染,无法实施针灸操作者;(6)既往针对本病行手术治疗者;(7)近 1 个月内参加其他临床试验者;(8)妊娠期、哺乳期妇女,或研究期间有妊娠计划者。

1.4.3 脱落与剔除标准 (1)治疗期间出现不良反应,不宜继续接受治疗者;(2)未按规定疗程完成治疗者;(3)自行使用其他治疗,影响疗效判定者;(4)因各种原因主动退出本研究者。

1.5 治疗方法

两组患者均给予统一生活指导,治疗期间注意事项:保持外阴局部清洁干燥;避免搔抓患处,选择透气性好的纯棉内裤; 忌食辛辣刺激及发性食物;规律作息,避免劳累。

1.5.1 对照组 予以 0.15%醋酸曲安奈德乳膏(天津市中医药研究院附属医院,津药准字 H20070213,批号:202406221,规格:20 g/支)外用。用法:清水清洁外阴并拭干,以无菌干棉签取适量药膏涂抹于外阴病损区域,以药膏能覆盖病灶边缘外 5 mm 为准,厚度约 1 mm,每日 2 次,连续治疗 4 周。

1.5.2 治疗组 予以针刺八髎穴联合 0.15%醋酸曲安奈德乳膏外用治疗。乳膏使用方法同对照组。针刺采用一次性无菌针灸针(贵州安迪医疗设备有限公司,规格:0.25 mm×75 mm),操作时嘱患者取俯卧位,沿骶正中嵴自 L5 依次定位上髎、次髎、中髎、下髎:定位L5 棘突,其下方 5~15 mm 处即为第一骶椎棘突;以S1 棘突为中心旁开 23.5 mm 处取上髎穴,即髂后上棘上方内侧 10 mm 处;顺延触摸棘突间隙,在 S2 棘突旁开 19.5 mm 处定位次髎穴;在次髎穴直下 22 mm处定位中髎穴;在中髎穴直下 20 mm 距骶正中嵴 18 mm 处定位下髎穴[12]。穴位皮肤常规消毒,给予中等强度刺激,进针后行平补平泻手法,以局部酸、麻、胀感为度;进针深度根据患者体型灵活调整,刺激中髎穴以针感向会阴区传导为有效得气,得气后留针 20 min。所有针刺操作均由具有中医执业医师资格、从事针灸临床工作 5 年及以上的主治医师统一实施。连续治疗 4 周,前 2 周每日针刺 1 次,后 2 周隔日针刺 1次。经期暂停治疗。

1.6 观察指标

1.6.1 临床症状体征评分 目前,临床尚无统一的 VLS 分级评价标准,参照《中药新药临床研究指导原则》[11]及《女性外阴硬化性苔藓临床诊治专家共识(2021 年版)》[3],采用量化评分评价疗效,记录患者治疗前后临床症状、体征评分,评价项目包括外阴瘙痒程度、外阴皮肤弹性、色素脱失程度及病损皮肤范围。其中,瘙痒程度、外阴皮肤弹性及色素脱失程度根据程度各分为 4 个等级,分别评为 0、1、2、3

分；病损皮肤范围按区计分，根据女性外阴解剖结构将观察区域划分为阴蒂及阴蒂包皮、双侧大小阴唇、双侧阴唇间沟、阴道、会阴、肛门共 10 个区，其中会阴及肛门各计 2 分，其余每区计 1 分。评分越高，提示病情越严重。

1.6.2　中医证候评分　参考上述中医诊断标准拟定，量表共包含 8 项中医临床症状，其中包含 2 项主证及 6 项次证，舌脉不计分，症状依据轻重程度分为 4 个等级：主证分别计 0、2、4、6 分，次证分别计 0、1、2、3 分。记录两组患者治疗前后中医临床症状总积分，累计积分越高提示病情越严重。

1.6.3　生活质量评分　皮肤病生活质量指数（dermatology quality of life index, DLQI）评分量表由英国皮肤科专家 Finlay[13]研制，用于评估患者过去 1 周的生活质量。量表从症状与感受、日常活动、休闲娱乐、工作和学习、人际关系、治疗 6 个方面全面评价，共计 10 个条目，每个条目分为没有、有一点、很多、非常多 4 个等级，依次计 0、1、2、3 分，总分范围 0~30 分。分别记录治疗前后患者的量表评分，对比分析评分变化，总分越低，代表患者生活质量越高。

1.6.4　中性粒细胞/淋巴细胞比值（neutrophil/lymphocyte ratio, NLR）　分别于治疗前后，采集患者外周静脉血约 2 mL，置于含 EDTA-K_2 抗凝剂的真空采血管中。标本采集后于 2 h 内送检，由医院检验科使用全自动血细胞分析仪进行血常规检测。NLR 由仪器自动计算或依据中性粒细胞绝对计数与淋巴细胞绝对计数之商得出，计算公式为：NLR=中性粒细胞计数（$\times10^9$/L）/淋巴细胞计数（$\times10^9$/L）。为控制检测偏倚，所有标本的检测均于同一实验室、使用同一台仪器完成，检测期间室内质控在控。治疗前后配对标本的检测均为晨起空腹采血，以减少生理波动对 NLR 的影响。

1.6.5　白细胞介素（interleukin, IL）-6 及肿瘤坏死因子-α（tumor necrosis factor alpha, TNF-α）　采用夹心法 ELISA 检测 IL-6、TNF-α 水平。治疗前后于电子阴道镜下在原外阴病变典型区域环钻取材（组织约 0.5 cm×0.5 cm），无菌标本经处理后液氮速冻，置于-80 ℃冰箱保存，避免反复冻融；采用 Human IL-6、TNF-α ELISA 试剂盒[批号：HP-E10140、HP-E10110，赫澎（上海）生物科技有限公司]分批次检测，组织解冻后加生理盐水研磨，3 000 r/min（半径 8 cm）离心 10 min 取上清液，严格按照试剂盒说明书依次完成板条准备、加样、37 ℃避光孵育、洗涤、显色、终止反应，于加终止液后 5~15 min 在 450 nm 处读取 OD 值，检测范围 1.0~120 pg/mL；依据标准曲线计算样本浓度，并结合组织重量与稀释倍数校正结果。

1.7　临床疗效判定

1.7.1　治疗后疗效判定标准　治疗后依据外阴瘙痒程度、外阴皮肤弹性、色素脱失情况及病损范围进行评分，评分越高提示病情越重；参照《女性外阴硬化性苔藓临床诊治专家共识（2021 年版）》[3]进行疗效指数评价，采用尼莫地平法计算疗效指数：疗效指数=[（治疗前评分-治疗后评分）/（治疗前评分）]×100%。疗效指数≥90%，为痊愈；疗效指数 60%~89%，为有效；疗效指数20%~59%，为一般；疗效指数<20%，为无效。

1.7.2　安全性评价　密切观察并记录治疗期间患者是否出现血肿、过敏、皮疹等不良反应，据此计算总体不良反应发生率。不良反应发生率（%）=（发生不良反应例数/总例数）×100%。

1.7.3　远期复发判定标准　治疗结束 3 个月后开展门诊随访，由经统一培训的研究人员进行面对面评估，评价项目：（1）外阴瘙痒程度（采用视觉模拟评分法）；（2）外阴皮肤弹性（通过触诊及观察判断）；（3）外阴皮肤颜色（在标准化光源下进行肉眼观察，辅以标准化照片记录）；（4）病损皮肤范围。汇总 4 项指标总评分，若随访总评分高于出院时评分则判定为复发，否则判定为未复发。

1.8　统计学方法

采用 SPSS 26.0 软件进行统计分析。计量资料若符合正态分布者以“$\bar{x}\pm s$”表示，组间比较采用独立样本 t 检验，组内治疗前后比较采用配对样本 t 检验；不符合正态分布者采用非参数秩和检验，以“$M(P_{25},P_{75})$”表示。计数资料采用 χ^2 检验，等级资料采用非参数秩和检验。检验水准 α=0.05，以 P<0.05 为差异具有统计学意义。

2　结果

2.1　两组患者临床症状体征评分比较

治疗前，两组患者临床症状体征总评分及外阴病损范围、瘙痒程度、皮肤弹性、脱色程度评分比较，差异均无统计学意义（P>0.05）。治疗后，两组患者临床症状体征总评分及外阴病损范围、瘙痒程度、皮肤弹性、脱色程度评分均较治疗前下降（P<0.05）；且治疗组上述指标均低于对照组（P<0.05）。详见表 2。

表 2 两组患者治疗前后临床症状体征评分比较[n=30,$M(P_{25},P_{75})$,分]

Table 2 Comparison of clinical symptom and sign scores between two groups before and after treatment [n=30, $M(P_{25}, P_{75})$, points]

项目	临床症状体征总评分		病损范围		瘙痒程度	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	14.50(12.75,16.00)	5.50(3.50,7.00)*	7.00(6.00,10.25)	3.00(1.75,4.00)*	2.00(1.00,3.00)	0.00(0.00,1.00)*
对照组	16.00(11.00,17.25)	7.00(5.75,10.25)*	8.50(6.00,9.00)	4.50(2.75,6.00)*	2.00(1.00,2.25)	1.00(0.00,1.00)*
Z 值	−0.92	−3.04	−0.08	−2.26	−0.42	−2.42
P 值	0.36	0.00	0.93	0.02	0.67	0.02

项目	皮肤弹性		脱色程度	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	2.00(1.00,3.00)	0.50(0.00,1.00)*	3.00(3.00,3.00)	1.00(1.00,2.00)*
对照组	2.00(1.00,3.00)	1.00(1.00,2.00)*	3.00(3.00,3.25)	2.00(1.00,3.00)*
Z 值	−0.37	−2.62	−0.79	−2.23
P 值	0.71	0.01	0.43	0.03

注:与治疗前比较,*P<0.05。

2.2 两组患者中医证候评分、DLQI 评分比较

治疗前,两组患者中医证候评分、DLQI 评分比较,差异均无统计学意义(P>0.05)。治疗后,两组患者中医证候评分、DLQI 评分均较治疗前下降(P<0.05);且治疗组上述指标均低于较对照组(P<0.05)。详见表3。

2.3 两组患者外阴组织 IL-6、TNF-α 及外周血NLR 水平比较

治疗前,两组患者外阴组织 IL-6、TNF-α 及外周血 NLR 水平比较,差异均无统计学意义(P>0.05)。治疗后,两组患者外阴组织 IL-6、TNF-α 及外周血 NLR 水平均较治疗前下降(P<0.05);且治疗组外阴组织 IL-6、TNF-α 及外周血 NLR 水平均低于对照组(P<0.05)。详见表 4。

2.4 两组患者临床疗效比较

治疗组总有效率(93.33%)高于对照组(80.00%)(P<0.05)。详见表 5。

表 3 两组患者治疗前后中医证候评分、DLQI 评分比较[n=30,$M(P_{25},P_{75})$,分]

Table 3 Comparison of Chinese medicine pattern scores and DLQI scores between two groups before and after treatment [n=30, $M(P_{25}, P_{75})$, points]

项目	中医证候评分		DLQI 评分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	11.00(8.75,14.25)	4.00(2.75,6.00)*	12.00(8.00,16.00)	3.00(2.00,4.00)*
对照组	12.00(8.00,15.00)	6.00(4.75,7.25)*	11.50(8.75,15.25)	4.50(4.00,7.00)*
Z 值	−0.05	−2.90	−0.25	−2.76
P 值	0.96	0.00	0.81	0.01

注:与治疗前比较,*P<0.05。

表 4 两组患者治疗前后外阴组织 IL-6、TNF-α 及外周血 NLR 水平比较[$M(P_{25},P_{75})$,pg/mL]

Table 4 Comparison of vulvar tissue IL-6 and TNF-α levels and peripheral blood NLR between two groups before and after treatment [$M(P_{25}, P_{75})$, pg/mL]

项目	外阴组织 IL-6/(pg/mL)		外阴组织 TNF-α/(pg/mL)		外周血 NLR	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	88.70(71.24,122.31)	47.97(42.31,60.29)*	616.66(508.93,753.22)	368.72(284.51,440.17)*	1.84(1.47,2.65)	1.18(1.09,1.42)*
对照组	93.68(71.85,122.97)	58.73(49.90,78.66)*	621.87(509.04,778.70)	420.87(370.88,495.11)*	1.90(1.61,2.22)	1.56(1.30,1.71)*
Z 值	−0.19	−2.48	−0.43	−2.57	−0.03	−2.49
P 值	0.85	0.01	0.67	0.01	0.98	0.01

注:与治疗前比较,*P<0.05。

表 5　两组患者临床疗效比较(*n*=30,例)

Table 5　Comparison of clinical efficacy between two groups (*n*=30, cases)

分组	痊愈	有效	一般	无效	总有效率/%
治疗组	2	15	11	2	93.33
对照组	0	7	17	6	80.00
Z 值					−2.73
P 值					0.01

2.5　两组患者安全性评价

两组患者共 60 例,在治疗期间生命体征平稳,未出现发热、过敏、皮疹等不良反应,且除观察指标外,患者血常规及心电图均未出现异常情况,提示两组治疗方法在治疗期间均有较好的安全性。

2.6　两组患者远期复发率比较

治疗结束 3 个月后进行电话随访,治疗组 2 例复发,对照组 8 例复发,治疗组复发率(6.67%)低于对照组(26.67%)(P<0.05)。详见表 6。

表 6　两组患者远期复发率比较(*n*=30,例)

Table 6　Comparison of long-term recurrence rate between two groups (*n*=30, cases)

分组	复发	未复发	复发率/%
治疗组	2	28	6.67
对照组	8	22	26.67
χ^2 值			4.32
P 值			0.04

3　讨论

VLS 是一种慢性炎症性外阴皮肤黏膜疾病,病变多累及外阴及肛周区域。该病以持续性瘙痒、疼痛、白色斑块、进行性皮肤黏膜萎缩及弹性减退为典型临床症状,常导致性交困难,严重影响患者的生活质量[3]。若未能及时干预,则会导致瘢痕粘连、外阴解剖结构改变等不可逆性损伤,甚至进展为外阴癌,对女性健康构成长期、严重的威胁。

VLS 病因尚未阐明,现代医学认为其发病与自身免疫机制异常、遗传易感性、炎症、内分泌代谢失衡、感染及环境等多种因素有关。炎症因子失衡可诱发瘙痒。吴纪雪等[14]研究发现,反映机体慢性炎症状态的 NLR 在 VLS 患者中升高,NLR 异常为本病的危险因素;硬化性苔藓、扁平苔藓病灶内促炎性细胞因子表达显著上调[15]。而高水平的 NLR 与促炎性细胞因子升高存在关联[16]。研究发现,VLS 中 TNF-α及炎症相关免疫细胞表达明显增多[17-18]。IL-6 兼具促炎、抗炎双重效应,炎症阶段以促炎作用为主,可促进 T 细胞增殖、加速炎症进程,同时参与免疫调节、组织修复与代谢调控,是一种多功能的细胞因子[19-20]。TNF-α 由 Th1 型细胞分泌,具有介导炎症反应、诱导细胞凋亡、调节免疫等功能[21]。研究发现,TNF-α 在 VLS 真皮下层炎症区域表现出强免疫染色[17]。VLS 属于自身免疫相关炎症性疾病,炎症激活后中性粒细胞释放蛋白水解产物,造成血管损伤、微血管阻塞,促炎因子大量释放而发病[22]。综上所述,VLS 的发生与机体炎症反应密切相关。因此,本研究选用外周血NLR 及病变组织IL-6、TNF-α 水平作为客观指标,评价机体炎症状态,以探究炎症指标与 VLS 发生的相关性。

本病归属于中医学“阴痒”“阴痛”“阴疮”等范畴,其病因分为内因与外因。外因多为风燥、湿热、虫毒侵袭,内因责之于脏腑失调,与肝、脾、肾三脏密切相关。肝经循行绕阴器,主藏血;脾主统血,司肌肉;肾藏精,主生殖,开窍于二阴。肝肾阴虚为本病核心病机:素体肝肾亏虚、年老精血耗损、久病阴血不足,均可致肝肾阴虚,外阴肌肤失于濡养;阴虚生风,风盛则痒;肝脾肾气血亏虚,外阴失荣,血虚风燥而诱发阴部瘙痒[23]。因此,中医治疗多以滋补肝肾、养血祛风为治疗原则。中医皮肤腠理卫外理论认为,皮肤可以通过经络的循行贯注获得气血津液的濡养,以维持正常的形态与功能,因此全身气血盛衰直接影响皮肤状态[24]。经络是机体功能系统的重要组成部分,具有行气血、营阴阳的作用,针灸可通过刺激穴位改善患者机体的气血运行状态[25]。针刺还能通过促进血管新生、加速细胞增殖,改善皮肤微循环,加快皮肤屏障修复[26]。八髎穴邻近女性“胞宫”,为女性生殖系统的核心区域,故八髎穴具有调节女性周身气血之功,其可以通过调节周身及局部病灶的气血运行,有效改善前阴病相关病症。研究表明,刺激八髎穴可以增加局部血流量、改善微循环与组织氧供,同时还能刺激骶神经干、缓解疼痛症状[27]。荣兵等[28]研究发现,针刺八髎穴可显著降低血清炎症因子TNF-α、IL-1β、IL-6、IL-8 水平,减轻局部炎症反应。彭雪琳等[29]发现,在腰椎牵引治疗的基础上针刺八髎穴及推拿,患者 IL-6、PGE2 水平明显降低,提示该疗法能通过抑制炎症因子的释放和扩散,减轻机体的炎症反应,同时可增加局部血液循环、促进炎症吸收。本研究中,两组患者治疗后外周血 NLR 及病变组织 IL-6、TNF-α 水平均较治疗前下降,治疗组较对照组

下降更为明显，提示针刺八髎穴联合醋酸曲安奈德乳膏可能通过降低炎症因子水平，起到改善 VLS 患者临床症状及体征的作用，且远期复发率低，但其具体作用机制有待进一步研究验证。

综上所述，针刺八髎穴联合醋酸曲安奈德乳膏治疗肝肾阴虚型 VLS 临床疗效显著，在改善患者肝肾阴虚症状的同时，可能通过调控机体炎症状态，达到止痒、改善皮肤弹性、减轻色素脱失及缩小病损范围的效果。但本研究样本量较少且仅通过单中心收集样本，未单独设立单纯针灸对照组，未来可开展多中心随机对照研究，并结合动物实验，从细胞、分子层面阐述 IL-6、TNF-α 水平变化在 VLS 发生发展中的具体发病机制，为本病的临床治疗提供参考。

参考文献

[1] 李静然, 赵丽君, 李明珠, 等. 外阴苔藓类疾病诊治专家共识[J]. 中国妇产科临床杂志, 2023, 24(2): 220-224.

[2] Orszulak D, Dulska A, Niziński K, et al. Pediatric vulvar lichen sclerosus: a review of the literature[J]. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2021, 18(13): 7153.

[3] 中国医疗保健国际交流促进会妇儿医疗保健分会外阴阴道疾病项目专家委员会. 女性外阴硬化性苔藓临床诊治专家共识(2021年版)[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2021, 37(1): 70-74.

[4] Mautz T T, Krapf J M, Goldstein A T. Topical corticosteroids in the treatment of vulvar lichen sclerosus: a review of pharmacokinetics and recommended dosing frequencies[J]. Sexual Medicine Reviews, 2022, 10(1): 42-52.

[5] Virgili A, Borghi A, Toni G, et al. First randomized trial on clobetasol propionate and mometasone furoate in the treatment of vulvar lichen sclerosus: results of efficacy and tolerability[J]. The British Journal of Dermatology, 2014, 171(2): 388-396.

[6] 李康, 贺佳. 医学统计学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 168.

[7] 中国医疗保健国际交流促进会皮肤科分会. 女阴硬化性苔藓诊疗专家共识[J]. 中华皮肤科杂志, 2021, 54(5): 371-375.

[8] 孔北华, 马丁, 段涛. 妇产科学[M]. 10 版. 北京: 人民卫生出版社, 2024: 247-248.

[9] 冯晓玲, 张婷婷. 中医妇科学[M]. 5 版. 北京: 中国中医药出版社, 2021: 319.

[10] 杜惠兰. 中西医结合妇产科学[M]. 3 版. 北京: 中国中医药出版社, 2016: 203.

[11] 郑筱萸. 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.

[12] 白田雨, 李伟正, 殷亮, 等. 基于针刺后 CT 三维重建下的女性八髎穴针刺方法初探[J]. 上海针灸杂志, 2022, 41(9): 930-936.

[13] Finlay A Y, Khan G K. Dermatology Life Quality Index (DLQI): a simple practical measure for routine clinical use[J]. Clinical and Experimental Dermatology, 1994, 19(3): 210-216.

[14] 吴纪雪, 赵珂, 吴丽婷, 等. 基于 Logistic 回归模型的女性外阴硬化性苔藓相关因素研究与探讨[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2023, 22(1): 46-48.

[15] Terlou A, Santegoets L A M, van der Meijden W I, et al. An autoimmune phenotype in vulvar lichen sclerosus and lichen planus: a Th1 response and high levels of microRNA-155[J]. Journal of Investigative Dermatology, 2012, 132(3): 658-666.

[16] Liang M, Du B Y, Zhang H L, et al. NLR is associated with geriatric depression in Chinese women: a community-based cross-sectional study in Eastern China[J]. Frontiers in Psychology, 2019, 10: 2941.

[17] Farrell A M, Dean D, Millard P R, et al. Cytokine alterations in lichen sclerosus: an immunohistochemical study[J]. The British Journal of Dermatology, 2006, 155(5): 931-940.

[18] Belotto R A, Chavantes M C, Tardivo J P, et al. Therapeutic comparison between treatments for Vulvar Lichen Sclerosus: study protocol of a randomized prospective and controlled trial[J]. BMC Women's Health, 2017, 17(1): 61.

[19] Li B F, Jones L L, Geiger T L. IL-6 promotes T cell proliferation and expansion under inflammatory conditions in association with low-level RORγt expression[J]. The Journal of Immunology, 2018, 201(10): 2934-2946.

[20] Gubernatorova E O, Gorshkova E A, Polinova A I, et al. IL-6: relevance for immunopathology of SARS-CoV-2[J]. Cytokine & Growth Factor Reviews, 2020, 53: 13-24.

[21] 龚楚, 姜雯, 张扬, 等. 肿瘤坏死因子 α 及白细胞介素 6 基因多态性与老年急性心肌梗死患者介入治疗后医院感染的关系[J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2026, 28(1): 9-13.

[22] 邱乐, 刘奇志. 中性粒细胞与淋巴细胞比值在心血管疾病中作用的研究进展[J]. 中国全科医学, 2020, 23(12): 1559-1565.

[23] 杨学鑫, 黄礼云. 外阴白色病变的治疗进展[J]. 中国中医药现代远程教育, 2024, 22(2): 78-81.

[24] 张启明, 王义国, 张健雄, 等. 精气血津液的功能性质和生物学基础[J]. 环球中医药, 2021, 14(5): 841-847.

[25] 魏庆双, 梁吉, 祁美慧, 等. 针灸促进血管新生作用机制研究进展[J]. 中国中医急症, 2021, 30(2): 369-372.

[26] 杨海弢, 曾佳明, 杨昊睿, 等. 关于络穴为主针刺对皮肤屏障功能修复作用的研究进展[J]. 世界中西医结合杂志, 2025, 20(9): 1905-1908.

[27] 张春平. 活血化瘀汤保留灌肠联合离子透药疗法治疗气滞血瘀型慢性盆腔炎临床研究[J]. 新中医, 2023, 55(4): 190-194.

[28] 荣兵, 王大力. 针刺八髎穴联合推拿治疗腰 5、骶 1 椎间盘突出症临床疗效[J]. 辽宁中医杂志, 2017, 44(3): 587-590.

[29] 彭雪琳, 赵波, 李召政. 针刺八髎穴、推拿联合腰椎牵引对腰椎间盘突出症患者腰椎功能和血清 IL-6、PGE2 的影响[J]. 中外医疗, 2024, 43(30): 170-173, 186.

(本文编辑 匡静之)