

# 白芍总苷胶囊联合醋酸地塞米松口腔贴片治疗口腔扁平苔藓的临床研究

朱瑜珣, 堵梦雨, 徐剑波\*

安徽医科大学第五附属医院 口腔科, 安徽 阜阳 236001

**摘要:** **目的** 探讨白芍总苷胶囊联合醋酸地塞米松口腔贴片治疗口腔扁平苔藓的临床疗效。**方法** 纳入 2023 年 3 月—2025 年 5 月安徽医科大学第五附属医院收治的 116 例口腔扁平苔藓患者, 按随机数字表法分为对照组和治疗组, 每组各 58 例。对照组采用醋酸地塞米松口腔贴片治疗, 1 片/次, 1 次/d。在对照组的基础上, 治疗组口服白芍总苷胶囊, 2 粒/次, 3 次/d。两组均治疗 4 周。比较两组临床疗效、临床表现缓解时间, 治疗前后视觉模拟量表 (VAS) 评分、14 项口腔健康影响程度量表 (OHIP-14) 评分及唾液中白细胞介素-17A (IL-17A)、 $\beta$  防御素 2 (HBD-2)、基质金属蛋白酶-13 (MMP-13) 水平和外周血 CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup> 值。**结果** 治疗后, 治疗组总有效率 (96.55%) 较对照组 (86.21%) 更高 ( $P < 0.05$ )。治疗后, 治疗组各项临床表现 (黏膜充血、局部灼痛等) 的缓解时间均短于对照组 ( $P < 0.05$ )。治疗后, 两组患者疼痛 VAS 评分和 OHIP-14 评分均减少 ( $P < 0.05$ ); 且治疗组上述评分均低于对照组 ( $P < 0.05$ )。治疗后, 两组患者唾液中 IL-17A、HBD-2、MMP-13 水平均降低 ( $P < 0.05$ ), 外周血 CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup> 值升高 ( $P < 0.05$ ); 且治疗组上述指标均优于对照组 ( $P < 0.05$ )。**结论** 白芍总苷胶囊联合醋酸地塞米松口腔贴片治疗口腔扁平苔藓, 能有效调节免疫功能及口腔局部微环境, 进而减轻免疫炎症损害, 促进患者恢复及症状和疼痛缓解, 利于生活质量改善。

**关键词:** 白芍总苷胶囊; 醋酸地塞米松口腔贴片; 口腔扁平苔藓; 白细胞介素-17A;  $\beta$  防御素 2; 免疫调节; 基质金属蛋白酶-13

中图分类号: R988.2

文献标志码: A

文章编号: 1674-5515(2026)07-2098-06

DOI: 10.7501/j.issn.1674-5515.2026.07.035

## Clinical study on Total Glucosides of Paeony Capsules combined with Dexamethasone Acetate Oral Patches in treatment of oral lichen planus

ZHU Yuxun, DU Mengyu, XU Jianbo

Department of Stomatology, the Fifth Affiliated Hospital of Anhui Medical University, Fuyang 236001, China

**Abstract: Objective** To evaluate the clinical efficacy of Total Glucosides of Paeony Capsules combined with Dexamethasone Acetate Oral Patches in treatment of oral lichen planus. **Methods** A total of 116 patients with oral lichen planus admitted to the Fifth Affiliated Hospital of Anhui Medical University between March 2023 and May 2025 were enrolled. The patients were divided into a control group and a treatment group using the random number table method, with 58 cases in each group. Patients in the control group were treated with Dexamethasone Acetate Oral Patches, one patch once daily. On the basis of the control regimen, patients in the treatment group were *po* administered with Total Glucosides of Paeony Capsules, 2 capsules/time, three times daily. Both groups underwent a 4-week treatment course. The two groups were compared in terms of clinical efficacy, relief time of clinical manifestations, Visual Analogue Scale (VAS) scores, 14-item Oral Health Impact Profile (OHIP-14) scores before and after treatment, salivary levels of interleukin-17A (IL-17A), human beta-defensin 2 (HBD-2), matrix metalloproteinase-13 (MMP-13), as well as the peripheral blood CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup> ratio. **Results** After treatment, the total effective rate of the treatment group was significantly higher than that of the control group (96.55%) vs (86.21%,  $P < 0.05$ ). The relief time of clinical manifestations including mucosal congestion and local burning pain in the treatment group was markedly shorter than that in the control group ( $P < 0.05$ ). Post-treatment VAS pain scores and OHIP-14 scores were decreased in both groups ( $P < 0.05$ ), and these scores were lower in the treatment group relative to the control group ( $P < 0.05$ ). Salivary IL-17A, HBD-2 and MMP-13 levels declined, while the peripheral blood CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup> ratio increased in both

收稿日期: 2025-11-24

基金项目: 安徽省教育厅高等学校科研计划项目 (2024AH050689)

作者简介: 朱瑜珣, 主治医师, 研究方向是口腔扁平苔藓相关。E-mail: wfy119403@fy.ahmu.edu.cn

\*通信作者: 徐剑波, 主任医师, 研究方向是口腔颌面外科肿瘤相关。E-mail: jjp@163.com

groups after treatment ( $P < 0.05$ ); all indicators in the treatment group were superior to those in the control group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** Total Glucosides of Paeony Capsules combined with Dexamethasone Acetate Oral Patches in treatment of oral lichen planus can effectively regulate immune function and the local oral microenvironment for oral lichen planus. It further alleviates immune inflammatory injury, accelerates symptom and pain relief and patient recovery, and contributes to the improvement of patients' quality of life.

**Key words:** Total Glucosides of Paeony Capsules; Dexamethasone Acetate Oral Patches; oral lichen planus; interleukin-17A;  $\beta$ -defensin-2; immune regulation; matrix metalloproteinase-13

口腔扁平苔藓好发于中年女性,是病因尚未完全明确的慢性炎症性口腔黏膜疾病,在口腔疾病中属于常见类型,患病率为 0.1%~4.0%,以口腔黏膜出现网状、环状或斑块状白色条纹为典型表现,常伴随糜烂、溃疡及明显灼痛感<sup>[1]</sup>。该疾病不仅会因疼痛影响患者进食、言语及睡眠,严重降低生活质量,长期不愈的糜烂型口腔扁平苔藓还被列为癌前病变,存在恶变风险,对患者身心健康构成双重威胁。目前临床治疗的核心目标为缓解症状、控制炎症、防止复发及降低恶变风险,糖皮质激素类药物应用广泛,其能快速抗炎、减轻糜烂创面炎症反应,但长期使用易导致口腔菌群失调、黏膜萎缩等不良反应,且停药后复发率较高;全身用药多采用免疫抑制剂,虽能调节机体免疫功能,但存在肝肾功能损伤、骨髓抑制等全身不良反应,限制了临床长期应用<sup>[2]</sup>。此外,临床中单一治疗方案对部分中重度患者疗效欠佳,难以实现症状与病情的长期控制。因此探索安全、高效的联合治疗方案成为临床研究的重点。醋酸地塞米松口腔贴片局部抗炎效果直接迅速,能快速促进糜烂愈合、缓解疼痛症状,是口腔扁平苔藓常用的糖皮质激素局部制剂<sup>[3]</sup>。白芍总苷胶囊是从白芍中提取的有效活性成分,具有调节免疫、抗炎、镇痛及保护黏膜的作用,近年来在自身免疫性疾病治疗中显示出潜力,且安全性较好<sup>[4]</sup>。故而本研究在口腔扁平苔藓的治疗中,联合应用白芍总苷胶囊和醋酸地塞米松口腔贴片,观察疗效。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

纳入 2023 年 3 月—2025 年 5 月安徽医科大学第五附属医院收治的 116 例口腔扁平苔藓患者,其中男、女分别 42、74 例;年龄 28~62 岁,平均  $(46.57 \pm 8.32)$  岁;病损类型:糜烂型、非糜烂型分别 77、39 例;病程 3~27 个月,平均  $(12.96 \pm 3.27)$  个月;病情程度:轻度、中度、重度各 29、67、20 例。本研究经安徽医科大学第五附属医院(安徽医科大学附属阜阳医院)医学伦理委员会审批通过(SGX204029)。

纳入标准:(1)满足口腔扁平苔藓诊断标准<sup>[5]</sup>;(2)无精神疾病史、认知功能障碍或沟通障碍;(3)病程 $\geq 3$ 个月,且近 1 个月未接受过糖皮质激素、免疫抑制剂等治疗;(4)自愿签订知情同意书;(5)无其他活动性口腔、咽部感染;(6)年龄 18~65 岁。

排除标准:(1)伴有未受控制的严重全身性疾病(如严重肝肾功能不全、血液系统疾病等);(2)糜烂型创面合并严重感染,或存在恶性病变倾向者;(3)合并全身性自身免疫性疾病(如类风湿关节炎、系统性红斑狼疮等);(4)对醋酸地塞米松口腔贴片、白芍总苷胶囊中任何成分过敏;(5)妊娠期、哺乳期女性;(6)伴有其他口腔黏膜疾病(如白斑、复发性阿弗他溃疡等)。

### 1.2 药物

醋酸地塞米松口腔贴片购自深圳太太药业有限公司,规格 0.3 mg/片,产品批号 20230216、20240708、20250311;白芍总苷胶囊购自宁波立华制药有限公司,规格 0.3 g/粒,产品批号 2303005、2410078、2502024。

### 1.3 分组及给药方法

按随机数字表法分为对照组和治疗组,每组各 58 例。对照组男、女分别 22、36 例;年龄(30~62)岁,平均  $(47.22 \pm 8.63)$  岁;糜烂型、非糜烂型各 37、21 例;病程 3~27 个月,平均  $(13.38 \pm 3.41)$  个月;病情程度:轻度、中度、重度各 14、35、9 例。治疗组男、女各 20、38 例;年龄 28~60 岁,平均  $(45.80 \pm 7.91)$  岁;糜烂型、非糜烂型各 40、18 例;病程 4~25 个月,平均  $(12.83 \pm 3.32)$  个月;病情程度:轻度、中度、重度各 15、32、11 例。两组性别、年龄、病损类型、病情程度等基线资料比较差异无统计学意义,满足临床可比性要求。

患者均接受口腔卫生维护(早晚刷牙、饭后漱口,使用温和无刺激的牙膏及漱口水)、调整饮食结构(避免辛辣、过烫、坚硬食物及烟酒刺激)、缓解精神压力(保持规律作息,避免过度劳累)、去除口腔内刺激因素(如锐利牙尖、不良修复体及金属冠)

等相同的基础处理。对照组采用醋酸地塞米松口腔贴片治疗，使用前清洁口腔，将贴片直接贴于病损部位，轻压 10~15 s 确保贴合黏膜，1 片/次，1 次/d。在对照组的基础上，治疗组患者口服白芍总苷胶囊，2 粒/次，3 次/d。两组均治疗 4 周。

#### 1.4 疗效判定标准<sup>[6]</sup>

治愈：病损消除，黏膜恢复正常；好转：病损缩小或向正常黏膜转变，症状、体征减轻；无效：病损未缩小或扩大，症状、体征无改变或加重。

总有效率 = (治愈例数 + 好转例数) / 总例数

#### 1.5 观察指标

**1.5.1 临床表现缓解时间** 记录两组临床表现缓解时间，包括黏膜充血、局部灼痛、口腔粗涩感、口腔黏膜白色损害。

**1.5.2 相关评分** 视觉模拟量表 (VAS)：将患者主观疼痛感受进行量化，10 cm 长的直线两端分别代表极端情况 (无痛、剧痛)，总分范围 0~10 分，评分越高则疼痛感受越强烈<sup>[7]</sup>。14 项口腔健康影响程度量表 (OHIP-14)：涵盖生理障碍、生理性疼痛、生理不适、社交障碍、功能限制等 7 个维度共 14 项内容，每项 0~4 分，14 项得分相加即为总分 (0~56 分)，总分越高负面影响越大，即生活质量越差<sup>[8]</sup>。

**1.5.3 白细胞介素-17A (IL-17A)、 $\beta$  防御素 2 (HBD-2)、基质金属蛋白酶-13 (MMP-13) 水平** 治疗前后，采集患者非刺激性唾液 (禁食、禁饮、禁烟 > 1 h) 3 mL，离心后取上清液；应用 Feyond-A300 酶标仪 (杭州奥盛仪器有限公司) 采用酶联免疫法 (试剂盒购自上海酶联生物科技有限公司) 测定唾液中 IL-17A、HBD-2、MMP-13 水平。

**1.5.4 外周血 CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup> 值** 治疗前后采集患者外周静脉血 2 mL，应用 SinoCyte 型流式细胞仪 (苏州中生医疗科技有限公司) 测定 CD4<sup>+</sup> T 淋巴细胞和 CD8<sup>+</sup> T 淋巴细胞占总淋巴细胞的百分比，计算 CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup> 值。

#### 1.6 不良反应观察

记录药物不良反应，如局部烧灼感、腹痛等。

#### 1.7 统计学分析

数据处理以 SPSS 28.0 统计软件包进行， $\bar{x} \pm s$  表示计量资料，百分比表示计数资料，分别以  $t$ 、 $\chi^2$  检验进行差异分析。

### 2 结果

#### 2.1 两组临床疗效比较

治疗后，治疗组总有效率 (96.55%) 较对照组 (86.21%) 更高 ( $P < 0.05$ )，见表 1。

#### 2.2 两组临床表现缓解时间比较

治疗后，治疗组黏膜充血、局部灼痛、口腔粗涩感、口腔黏膜白色损害缓解时间均显著短于对照组 ( $P < 0.05$ )，见表 2。

#### 2.3 两组疼痛 VAS 评分和 OHIP-14 评分比较

治疗后，两组疼痛 VAS 评分和 OHIP-14 评分均减少 ( $P < 0.05$ )；且治疗组上述评分均低于对照组 ( $P < 0.05$ )，见表 3。

#### 2.4 两组唾液中 IL-17A、HBD-2、MMP-13 水平和外周血 CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup> 值比较

治疗后，两组唾液中 IL-17A、HBD-2、MMP-13 水平均降低 ( $P < 0.05$ )，外周血 CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup> 值升高 ( $P < 0.05$ )；且治疗组上述指标均优于对照组 ( $P < 0.05$ )，见表 4。

表 1 两组临床疗效比较

Table 1 Comparison on clinical efficacy between two groups

| 组别 | n/例 | 治愈/例 | 好转/例 | 无效/例 | 总有效率/% |
|----|-----|------|------|------|--------|
| 对照 | 58  | 21   | 29   | 8    | 86.21  |
| 治疗 | 58  | 29   | 27   | 2    | 96.55* |

与对照组比较：\* $P < 0.05$ 。

\* $P < 0.05$  vs control group.

表 2 两组临床表现缓解时间比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

Table 2 Comparison on clinical manifestation relief time between two groups ( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别 | n/例 | 黏膜充血缓解时间/d       | 局部灼痛缓解时间/d       | 口腔粗涩感缓解时间/d      | 口腔黏膜白色损害缓解时间/d    |
|----|-----|------------------|------------------|------------------|-------------------|
| 对照 | 58  | 9.25 $\pm$ 2.46  | 7.67 $\pm$ 2.01  | 13.75 $\pm$ 3.12 | 18.61 $\pm$ 4.83  |
| 治疗 | 58  | 6.50 $\pm$ 1.35* | 5.33 $\pm$ 1.04* | 9.47 $\pm$ 2.31* | 12.45 $\pm$ 3.25* |

与对照组比较：\* $P < 0.05$ 。

\* $P < 0.05$  vs control group.

表 3 两组疼痛 VAS 评分和 OHIP-14 评分比较 (  $\bar{x} \pm s$  )

Table 3 Comparison on VAS score and OHIP-14 score between two groups (  $\bar{x} \pm s$  )

| 组别 | n/例 | 观察时间 | 疼痛 VAS 评分   | OHIP-14 评分   |
|----|-----|------|-------------|--------------|
| 对照 | 58  | 治疗前  | 7.36±1.17   | 26.98±5.23   |
|    |     | 治疗后  | 3.18±1.01*  | 17.22±4.16*  |
| 治疗 | 58  | 治疗前  | 7.29±1.04   | 28.10±5.42   |
|    |     | 治疗后  | 2.57±0.78*# | 12.35±3.27*# |

与同组治疗前比较: \* $P<0.05$ ; 与对照组治疗后比较: # $P<0.05$ 。

\* $P<0.05$  vs same group before treatment; # $P<0.05$  vs control group after treatment.

表 4 两组唾液中 IL-17A、HBD-2、MMP-13 水平和外周血 CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup>值比较 (  $\bar{x} \pm s$  )

Table 4 Comparison on IL-17A, HBD-2, MMP-13 levels in saliva and peripheral blood CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup> ratio between two groups (  $\bar{x} \pm s$  )

| 组别 | n/例 | 观察时间 | IL-17A/(pg·mL <sup>-1</sup> ) | HBD-2/(ng·mL <sup>-1</sup> ) | MMP-13/(ng·mL <sup>-1</sup> ) | CD4 <sup>+</sup> /CD8 <sup>+</sup> 值 |
|----|-----|------|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|
| 对照 | 58  | 治疗前  | 25.47±6.04                    | 42.85±7.27                   | 71.31±10.02                   | 1.18±0.32                            |
|    |     | 治疗后  | 19.80±5.13*                   | 33.67±6.51*                  | 45.66±8.52*                   | 1.39±0.41*                           |
| 治疗 | 58  | 治疗前  | 25.81±6.22                    | 40.96±7.45                   | 69.84±9.37                    | 1.16±0.28                            |
|    |     | 治疗后  | 15.37±4.26*#                  | 24.15±5.88*#                 | 38.59±6.41*#                  | 1.52±0.35*#                          |

与同组治疗前比较: \* $P<0.05$ ; 与对照组治疗后比较: # $P<0.05$ 。

\* $P<0.05$  vs same group before treatment; # $P<0.05$  vs control group after treatment.

2.5 两组不良反应比较

对照组发生局部烧灼感 2 例,局部刺激感 1 例,不良反应发生率为 5.17%; 治疗组出现局部烧灼感 2 例,恶心、腹痛各 1 例,不良反应发生率为 6.90%,两组不良反应发生率比较差异无统计学意义。

3 讨论

口腔扁平苔藓是一种复杂的自身免疫相关性疾病,其病理过程核心表现为上皮层角化过度或角化不全、基底细胞液化变性,以及固有层内以淋巴细胞为主的慢性炎症细胞浸润,严重时可出现黏膜糜烂、溃疡等病变。目前其发病机制尚未完全明确,现有研究认为,免疫功能紊乱是其核心发病环节,机体免疫系统对口腔黏膜上皮细胞产生异常免疫应答,导致黏膜组织损伤;同时,炎症反应失衡、遗传易感性、氧化应激反应等多种因素也参与疾病的发生发展<sup>[9]</sup>。此外,精神心理因素(如长期焦虑、抑郁、压力过大)、内分泌紊乱(如更年期女性激素水平波动)、局部刺激因素(如烟酒、辛辣食物、不良修复体刺激)及感染等,均为口腔扁平苔藓发病的重要危险因素,可通过诱发免疫紊乱或直接损伤黏膜屏障诱发疾病。因此,本病治疗的关键在于抑制局部炎症反应、调节机体免疫功能、修复受损口腔黏膜,同时规避不良因素刺激,以实现症状缓解、

病情控制及复发预防的目标。醋酸地塞米松口腔贴片作为经典局部用药,凭借强效的抗炎效果及相对较小的全身不良反应,在对症治疗中占据重要地位。其药理机制主要是通过结合细胞内糖皮质激素受体,抑制炎症介质(如前列腺素、组胺等)的释放,减轻黏膜充血、水肿及炎症浸润,快速缓解疼痛、糜烂等不适症状<sup>[10]</sup>。然而,本品仅能作用于局部损害,无法从整体上调节机体免疫功能紊乱的根源问题,导致病情易反复发作;且长期或反复局部应用糖皮质激素存在潜在风险,可能引发口腔黏膜萎缩、菌群失调、味觉改变等不良反应。

白芍总苷胶囊是基于传统中药白芍研发的天然药物制剂,其有效成分以芍药苷为核心,兼具芍药内酯苷、苯甲酰芍药苷等活性物质,因其良好的免疫调节与抗炎活性,已成为自身免疫相关性疾病治疗的重要选择。现代药理研究表明,白芍总苷胶囊治疗口腔扁平苔藓的机制具有多靶点协同作用特点<sup>[11]</sup>。在免疫调节方面,白芍总苷胶囊可通过调节 T 淋巴细胞亚群平衡发挥作用,既能抑制异常活化的 CD4<sup>+</sup> T 淋巴细胞增殖,减少免疫活性细胞向口腔黏膜病损部位浸润,又能促进 CD8<sup>+</sup> T 淋巴细胞功能完善,纠正口腔扁平苔藓患者体内存在的细胞免疫紊乱状态;同时,白芍总苷胶囊可干预免疫信

号传导通路,抑制免疫球蛋白异常产生,降低自身抗体对黏膜上皮细胞的攻击,从根源上阻断免疫介导的黏膜损伤过程。在抗炎机制方面,该药物能显著抑制炎症信号通路的激活,减少前列腺素、白细胞介素等炎症介质的释放,减轻口腔黏膜局部的充血、水肿及炎症浸润,缓解患者疼痛、灼痛等不适症状。此外,白芍总苷胶囊还具有促进口腔黏膜上皮细胞增殖与分化的作用,可加速受损黏膜组织的修复,增强黏膜屏障功能,减少外界刺激对病损部位的影响,从而延缓病情进展、降低复发风险。与传统免疫抑制剂相比,白芍总苷胶囊源于天然药材,药理作用温和,不良反应发生率低,且无明显的肝肾功能损伤等严重不良反应,为口腔扁平苔藓的长期治疗提供了安全保障,其温和持久的免疫调节作用与局部糖皮质激素快速抗炎的特点形成互补,为二者联合应用奠定了重要基础。1 项系统评价文献显示,在常规治疗基础上加用白芍总苷胶囊,对口腔扁平苔藓患者的疼痛缓解程度更明显,复发率降低,且不良反应轻微<sup>[12]</sup>。本研究中,对照组总有效率为 86.21%,治疗组联合使用白芍总苷胶囊后有效率提升至 96.55%;且与对照组相比,治疗组各项临床表现(黏膜充血、局部灼痛等)的缓解时间均明显缩短;治疗后,两组病损面积缩小,疼痛 VAS 评分和 OHIP-14 评分减少,且治疗组优于对照组。表明白芍总苷胶囊与醋酸地塞米松口腔贴片联用能更快速地减轻口腔扁平苔藓患者的症状及疼痛感,促进病损恢复和生活质量改善。两组不良反应发生率比较差异无统计学意义,安全性良好。

本研究通过检测患者唾液中 IL-17A、HBD-2、MMP-13 及外周血 CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup>值,从局部微环境与系统免疫方面探讨了联合疗法的潜在作用机制。IL-17A 作为重要的促炎细胞因子,主要由 Th17 细胞分泌,可通过招募中性粒细胞、激活巨噬细胞等途径放大局部炎症反应,同时诱导黏膜上皮细胞产生促炎介质,加重口腔扁平苔藓患者口腔黏膜充血、糜烂及疼痛症状,其水平升高直接反映黏膜炎症的活跃程度<sup>[13]</sup>。HBD-2 是机体天然免疫屏障的重要组成部分,主要由口腔黏膜上皮细胞分泌,正常状态下参与抵御病原体侵袭,而在免疫紊乱与炎症刺激下,其表达会异常上调,既体现了黏膜组织的应激防御反应,也可能通过参与炎症信号传导进一步加剧免疫损伤,成为疾病进展的重要介质<sup>[14]</sup>。MMP-13 属于基质金属蛋白酶家族,核心功能是降解细胞外基

质及基底膜成分,其表达升高时,可通过破坏口腔黏膜上皮与固有层的连接结构,导致基底膜完整性受损,加速上皮细胞脱落与病损蔓延,同时促进炎症细胞浸润,形成恶性循环,是影响黏膜修复的关键因素<sup>[15]</sup>。外周血 CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup>值是反映机体细胞免疫平衡的核心指标,口腔扁平苔藓患者因免疫调节紊乱,出现 CD4<sup>+</sup> T 细胞促炎亚群过度活化(但外周血绝对数量未显著增加),而 CD8<sup>+</sup> T 细胞功能减弱且有效活性下降(外周血绝对数量相对增加),致使比值降低,这种失衡会引发自身免疫耐受破坏,使免疫系统错误攻击口腔黏膜自身组织,成为疾病发生的核心理病理基础<sup>[16]</sup>。本研究中,治疗后,两组唾液中 IL-17A、HBD-2、MMP-13 水平降低,外周血 CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup>值增加;且治疗组均优于对照组。提示,白芍总苷胶囊联合醋酸地塞米松口腔贴片能进一步调节免疫功能紊乱、抑制免疫炎症损伤、促进口腔黏膜修复,有利于口腔扁平苔藓患者病情好转。

综上所述,口腔扁平苔藓应用白芍总苷胶囊联合醋酸地塞米松口腔贴片治疗,能有效调节免疫功能及口腔局部微环境,进而减轻免疫炎症损害,促进患者病损恢复及症状和疼痛缓解,利于生活质量改善,值得临床推广应用。

**利益冲突** 所有作者均声明不存在利益冲突

#### 参考文献

- [1] Li C C, Tang X Q, Zheng X Y, *et al.* Global prevalence and incidence estimates of oral lichen planus: A systematic review and meta-analysis [J]. *JAMA Dermatol*, 2020, 156(2): 172-181.
- [2] 郭晨琪,李俊辰,申倩,等.口腔扁平苔藓的中西医治疗进展 [J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2022, 21(5): 468-471.
- [3] 陈吉生. 新编临床药理学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2013: 620-621.
- [4] 汪娟,王芳. 白芍总苷治疗自身免疫性疾病的研究进展 [J]. 医学综述, 2021, 27(22): 4481-4485.
- [5] 中华口腔医学会口腔黏膜病专业委员会, 中华口腔医学会中西医结合专业委员会, 周红梅, 等. 口腔扁平苔藓诊疗指南(修订版) [J]. 中华口腔医学杂志, 2022, 57(2): 115-121.
- [6] 王蔚文. 临床疾病诊断与疗效判断标准 [M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2010: 1221.
- [7] 万丽,赵晴,陈军,等. 疼痛评估量表应用的中国专家共识(2020 版) [J]. 中华疼痛学杂志, 2020, 16(3): 177-187.

- [8] 左雯鑫, 李晓宇, 陈艳卿, 等. 口腔扁平苔藓患者口腔健康相关生活质量的初步研究 [J]. 华西口腔医学杂志, 2012, 30(1): 40-44.
- [9] 陈俊芳, 张雪梅. 口腔扁平苔藓病因及发病机制的研究进展 [J]. 临床皮肤科杂志, 2023, 52(2): 121-124.
- [10] 刘国勤, 吕玉麟, 石建明, 等. 醋酸地塞米松粘贴片的研制 [J]. 海军医学杂志, 2000, 21(2): 138-139.
- [11] 姜依婷, 陶然, 李勇正, 等. 基于网络药理学研究白芍总苷治疗口腔扁平苔藓的作用机制 [J]. 中成药, 2022, 44(3): 1005-1010.
- [12] 郑赛巍, 杨学, 谭正午, 等. 联合白芍总苷胶囊治疗口腔扁平苔藓疗效的 Meta 分析及系统评价 [J]. 口腔医学, 2019, 39(6): 523-529.
- [13] 柳惠荣. Th1/Th2/Th17 型细胞因子在口腔扁平苔藓患者血清和唾液中的表达及临床意义 [J]. 现代医药卫生, 2021, 37(5): 816-819.
- [14] 孔令兵, 朱建华. 口腔扁平苔藓患者唾液中 HBD-1, 2 和 IL-1 $\beta$  的表达 [J]. 黑龙江医药科学, 2018, 41(1): 88-89.
- [15] 杨凤莲, 李玉顺, 周子艺. 口腔扁平苔藓患者血清、唾液中的 MMP-13 表达意义分析 [J]. 新疆医学, 2022, 52(5): 527-529.
- [16] 孙佩佩, 楚芳芳, 杜令倩, 等. 口腔扁平苔藓患者外周血 T 细胞亚群水平变化及意义 [J]. 山东医药, 2010, 50(34): 99.

【责任编辑 金玉洁】