

DOI: 10.19538/j.fk.2024040113

女性外阴痛诊治中国专家共识(2024年版)

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

关键词: 外阴痛; 诊治; 专家共识

Keywords: vulvodynia; diagnosis and treatment; expert consensus

中图分类号: R711.72 文献标志码: A

外阴痛(vulvodynia)是指多种原因引起的女性外阴部位的疼痛,通常表现为烧灼痛、刺痛、接触痛。2003年国际外阴阴道疾病研究会(International Society for the Study of Vulvovaginal Diseases, ISSVD)将“外阴痛”定义为“在无特定的、临床可识别的神经系统疾病情况下的外阴不适症状”^[1]。2015年,国际女性健康研究协会(International Society for the Study of Women's Sexual Health, ISSWSH)和国际骨盆疼痛协会(International Pelvic Pain Society, IPPS)对外阴痛的定义进行了修订,认为是“无明确、可识别的原因但可能有潜在相关因素的持续至少3个月的外阴疼痛”^[2]。外阴痛不仅影响性功能和生活质量,而且也与心理健康和社会功能有关^[3-5]。然而,外阴痛作为一种特发性疼痛障碍,长期以来未得到临床医生的认可和重视,其诊断和治疗往往被忽视^[6]。文献报道,外阴痛在普通人群中的发病率为6.1%~20.8%,但遗憾的是,只有1.4%的患者得到了正确诊断^[7-8]。自2006年美国妇产科医师协会(American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG)^[9]发表《外阴痛专家共识》以来,已经有许多相关研究报道,但该疾病的病理生理学机制研究和治疗策略方面基本上无新的突破。因此,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组织国内妇科及疼痛科专家整理并撰写女性外阴痛诊治中国专家共识(2024年版),以期临床医生处理这一复杂问题提供指导和帮助。

本共识推荐级别及其代表意义见表1。

表1 本共识推荐级别及其代表意义

推荐级别	代表意义
1类	基于高级别临床研究证据,专家意见高度一致
2A类	基于高级别临床研究证据,专家意见基本一致;或基于低级别临床研究证据,专家意见高度一致
2B类	基于低级别临床研究证据,专家意见基本一致
3类	不论基于何种级别临床研究证据,专家意见明显分歧

基金项目:中央高水平医院临床科研业务费资助(北京大学第一医院科研种子基金项目)(2023SF08)

通信作者:朱丽荣,北京大学第一医院妇产科,北京100034,电子邮箱:lirongzhu16@hotmail.com;胡君,北京大学第一医院妇产科,北京100034,电子邮箱:hujunpkufh@163.com;林增茂,北京大学第一医院疼痛科,北京100034,电子邮箱:linzengmao@pku.org.cn

1 描述和分类

ISSVD、ISSWSH和IPPS建议根据外阴痛的部位、诱因、发作形式、发作频率等特征对外阴痛进行描述和分类(表2)^[2,10-11]。比如,触发性前庭痛(provoked vestibulodynia, PVD)就是一种常见的外阴痛类型。患有PVD的妇女经常在触摸和性交过程中产生局限于阴道口的剧烈疼痛或烧灼感,PVD在绝经前妇女中的发病率为7%~13%。具有持续(constant)特征的PVD患者会在每次发生身体接触时都会在特定的外阴部位(前庭、阴蒂等)感到疼痛,而具有间歇性特征(intermittent)的PVD患者,仅仅是有时会产生接触性疼痛。其中,原发性(primary)和继发性(secondary)外阴痛仅用于描述触发性(provoked)外阴痛。患有广泛性外阴痛与局限性外阴痛的患者临床特征相似,说明二者可能是同种疾病的2种阶段性表现,而不是2种不同的疾病。

表2 外阴痛的描述标准和分类

分类	说明
部位(location)	
局限性(localized)	累及外阴的一部分(如前庭痛和阴蒂痛等)
广泛性(generalized)	累及整个外阴
诱因(provocation)	
触发性(provoked)	物理接触引起不适,如性行为、衣物、阴道棉条、棉签试验等
自发性(spontaneous)	没有物理接触即可出现症状
发作形式(onset)	
原发性(primary)	从第1次诱发的物理接触开始(如阴道棉条、性行为等)
继发性(secondary)	症状出现与第1次诱发的物理接触不同步
发作频率(temporal pattern)	
反复性(persistent)	持续至少3个月(症状可以是持续性的或间歇性的)
持续性(constant)	持续症状总是存在
间歇性(intermittent)	症状不是总存在
即刻性(immediate)	症状在暴露于刺激物期间开始
迟发性(delayed)	在物理接触诱发后出现症状

2 病因

外阴痛通常不是由常见的感染[如假丝酵母菌、人乳头瘤病毒(HPV)、疱疹病毒]、炎症(如扁平苔藓、免疫大疱性疾病)、肿瘤(如Paget病、鳞状细胞癌)或神经系统疾病(如疱疹后神经痛、脊神经压迫)引起的,但可与这些疾病合并存在。文献报道的外阴痛病因包括胎儿早期发育异常、遗传或免疫因素、激素水平和高草酸盐饮食等^[8]。然而,考虑到临床表现的多样化和对治疗反应的个体化,外阴痛很可能是多因素致病的。

目前多数学者认为,局限性外阴痛可能的发病机制是将疼痛从外阴传导到脊髓的神经受到损伤或刺激,从而使外阴组织的神经纤维数量和敏感性增加及组织炎症因子的水平升高,导致外阴对环境因素的疼痛反应异常。Leclair等^[12]研究证明,患有前庭痛的绝经后妇女具有神经源性炎症的组织学特征,而且这些特征在疾病晚期更为明显。而广泛性外阴痛是一种复杂的区域疼痛综合征,通常合并其他疼痛综合征(如纤维肌痛综合征、膀胱痛综合征等),因而更有可能是与中枢神经系统敏感性增加导致对全身疼痛的感知异常有关^[13]。

近期研究发现,外阴痛患者与健康对照者相比,阴道菌群多样性显著下降,长双歧杆菌、曲霉菌等菌群的相对丰度显著升高。提示阴道菌群有可能影响外阴阴道的局部免疫功能,从而诱发外阴痛的发生,但还需要大样本的研究进一步验证并探究其相应的分子机制^[14-15]。此外,似乎有越来越多的证据表明,外阴痛是由于松弛的宫骶韧带不能支撑盆腔内脏神经而引起的一种神经炎性疼痛综合征^[16]。

3 诊断和评估

外阴痛常见于绝经前女性,其症状特征是外阴灼烧、刺痛或撕裂痛,这种疼痛可以是间歇性的,也可以是持续性的,而且几乎都合并性交困难^[17]。全面的病史采集应包括外阴症状的发作、持续时间、部位和性质等,内科合并症、手术史、性生活史、过敏史和既往治疗史等。此外,还应包括疼痛合并症(间质性膀胱炎、子宫内膜异位症、颞下颌关节紊乱综合征、慢性头痛等)和情绪情感、生活质量、睡眠质量、心理状态、性功能等评估^[8-9,18]。外阴痛是一种排除性诊断,当排除潜在的临床可识别疾病(包括炎症、肿瘤、感染或神经系统疾病)时(表3),可诊断为外阴痛^[18]。绝经后妇女常见的外阴皮肤病(如单纯疱疹感染、外阴硬化性苔藓)和外阴道萎缩症状可能与外阴痛相似或重叠,使得外阴痛在绝经后妇女中的诊断更为困难^[19-22]。此外,外阴痛对性生活的影响可成为监测治疗反应的有用工具,使用女性性功能指数问卷(female sexual function index, FSFI)等量表可使这一评估客观化^[23]。

棉签试验是外阴痛诊断和随访的主要查体方法,可用于识别疼痛的部位,并对疼痛进行轻、中或重度的分级^[8]。查体通常从大腿内侧开始,逐渐向内侧对称移动过渡到大

阴唇、小阴唇、阴蒂、阴蒂包皮、会阴、前庭和处女膜环的部位,重点在前庭的2点、4点、6点、8点和10点位置进行疼痛测试。绘制疼痛位置图有助于指导外阴痛的评估和随访。查体还应注意外阴解剖异常、皮疹、肿瘤或其他皮肤改变,必要时可行阴道清洁度、pH值、真菌培养、革兰染色、HPV检测、阴道镜检查 and 外阴皮肤活检等帮助鉴别诊断。阴道检查时动作应轻柔缓慢,尽量避免接触前庭和处女膜,以减少患者的疼痛和不适。同时,外阴痛患者经常合并骨盆底肌的张力增加,因而必须对盆底肌进行全面评估,评估时注意压痛区域、触发点和坐骨棘附近阴部神经走行区域的触痛^[8-9,18,24]。外阴痛也可以是身体其他部位的牵涉痛,如背部或臀部,因此全身骨骼肌肉检查(包括脊柱侧弯等)亦十分必要。值得注意的是,前庭红斑(见于前庭大腺和尿道旁腺开口周围)不是诊断外阴痛的必要条件^[25-26]。

表3 临床常见的容易引起外阴疼痛的疾病

分类	疾病
感染性疾病	反复假丝酵母菌感染、单纯疱疹感染等
炎症性疾病	硬化性苔藓、扁平苔藓、接触性皮炎、免疫性大疱病等
肿瘤性疾病	Paget病、上皮内瘤变、鳞状细胞癌等
神经性疾病	带状疱疹后神经痛、神经压迫、损伤、神经瘤、阴部神经痛等
创伤	外伤
医源性疾病	如手术、放疗、化疗等
激素缺乏性疾病	更年期泌尿生殖道综合征、哺乳期、绝经等

推荐及共识:推荐对外阴疼痛的患者进行全面的病史采集和查体,应用问卷量表及棉签试验进行分级(推荐级别:2A类)。外阴痛是一种排除性诊断,当排除潜在的临床可识别疾病(包括炎症、肿瘤、感染或神经系统疾病)时,可临床诊断为外阴痛(推荐级别:2A类)。

4 治疗

目前大多数治疗外阴痛的证据都是基于临床经验、描述性及观察性研究或专家共识,缺乏高质量的随机、双盲、安慰剂对照试验。国外指南推荐的外阴痛治疗方案包括:局部、口服和注射药物;物理治疗;生物反馈训练;认知行为疗法;性咨询和手术治疗^[8-9,18]。在选择治疗方案时强调个体化的治疗策略,而不是“一刀切”的方法^[2]。同时,建议对外阴痛患者进行多学科管理,包括妇科、皮肤科、神经内科、疼痛科、泌尿科、康复科、性心理咨询师等。鉴于对外阴痛的病因和机制了解甚少,大多数治疗都是经验性的,成功率有限,而且没有一种单一的治疗对所有患者有效。即使进行了恰当的治疗,疼痛的缓解可能需要数周至数月的时间,而且可能症状并不能完全消失。因此,外阴痛的治疗目标是缓解疼痛、改善生活质量,而不是彻底治

愈^[8,18-19]。

4.1 局部药物 常用外用药物包括局部麻醉剂和雌激素霜。最常见的局部药物是利多卡因软膏或凝胶,通常需要在性生活前 30 min 使用,以降低前庭黏膜的疼痛敏感性^[8]。尽管临床指南建议反复局部应用利多卡因凝胶或乳膏,以降低前庭黏膜的疼痛敏感性,但一项随机、安慰剂对照临床试验结果显示,5%利多卡因乳膏的疗效并不优于安慰剂(有效率分别为 20% 和 33%)^[27-28]。这说明局部麻醉药物可能与其他治疗方法结合才能获得更好的治疗效果。雌激素在阴道组织的营养支持和神经可塑性中起着至关重要的作用,国外指南建议对围绝经期及绝经后的外阴痛患者进行局部雌激素替代治疗,可改善 80% 以上患者的性交困难^[29-30]。目前,大多数专家认为局部外用皮质类固醇或睾酮对外阴痛没有明显益处。需要注意的是,乳膏比软膏含有更多的防腐剂和稳定剂,使用时容易产生烧灼感,因此相较而言软膏通常耐受性更好^[8]。

4.2 口服药物 国外指南推荐的口服药物包括抗癫痫药和抗抑郁药,后者包括三环类抗抑郁药(Tricyclic antidepressants, TCAs)和 5-羟色胺-去甲肾上腺素再摄取抑制剂(selective serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors, SNRIs)。

抗癫痫药在临床上广泛用于治疗各种神经病理性疼痛,包括加巴喷丁和普瑞巴林。加巴喷丁用于治疗外阴痛时应以低剂量开始,而后根据患者的需求和耐受性逐渐增量,常用初始剂量为 100~300mg,每日 3 次,通常建议逐渐增加剂量 300 mg/d,有效剂量为 1800~4800 mg/d。当达到最大耐受剂量时,需要 1~2 周的时间来观察和评定疗效。在一项针对 152 例外阴痛患者的观察性研究中,使用加巴喷丁可使 64% 的受试者症状得到显著缓解^[31-33]。普瑞巴林(pregabalin)为第三代抗癫痫药物,结构上与加巴喷丁相似,但比加巴喷丁具有更好的生物利用度和线性药动学。口服起始每日剂量为 75 mg,根据治疗反应,1 周内可增加到每日 150~300 mg,最大可至每日 600 mg。抗癫痫药物最常见的不良反应包括头晕、嗜睡、疲劳、头痛、注意力不集中和视物模糊。然而,老年人对该类药物的耐受性降低,发生平衡问题和认知障碍的风险增加。因此,在老年人群中建议每周以更小剂量(如加巴喷丁 100 mg 或普瑞巴林 75 mg)递增。

TCAs 是治疗外阴痛最常用的中枢靶向药物,也是为数不多的对广泛性外阴痛有效的药物之一^[34]。其中最常用的是阿米替林和去甲替林。通常建议从低剂量开始,并逐渐增加滴定剂量。如阿米替林的起始剂量是每晚睡前 2 h 口服 5~25 mg,每周增加 10~25 mg,通常不超过每天 150 mg^[8]。症状完全控制后逐渐减量,每隔几天下调 10~25 mg,但不能突然停药^[8]。对老年人应以更低的剂量(5~10 mg)开始,并按需以 10 mg/周的速度递增。三环类抗抑郁药的副反应包括口干、便秘、排尿困难、心律失常和体位性低血压。闭角

型青光眼患者禁用,心血管疾病患者慎用^[35]。治疗外阴痛的常用 SNRIs 类药物为度洛西汀和文拉法辛,其作用机制是通过抑制突触前膜对 5-羟色胺和去甲肾上腺素的再次吸收,从而增加突触间隙 2 种递质的浓度,达到抗焦虑抑郁的作用,对神经病理性疼痛具有一定镇痛作用;其副作用包括恶心、嗜睡、发汗、眩晕、性功能障碍、高血压、焦虑、口干、头昏、便秘等。

本专家共识建议首先使用抗癫痫类药物,小剂量起始,根据患者情况和不良反应来逐步调整药物剂量,一般达到加巴喷丁每日 300~900 mg 或普瑞巴林每日 150~300 mg 可达到明显缓解疼痛的作用;若效果不佳,可加用或换用抗抑郁药物,临床上常用度洛西汀每日 60 mg 或文拉法辛每日 75 mg。

4.3 局部注射药物 外阴局部注射麻醉剂主要起到阻断钠通道的作用,并且通过下调外周和中枢的致敏作用使中枢神经系统恢复到正常状态,从而在低剂量水平有效地调节疼痛。ACOG 的《外阴痛专家共识》指出,在外阴激发点局部注射布比卡因和类固醇药物可使一些局限性外阴痛患者受益。

来自第 2~4 骶神经的腹侧分支通过阴部神经分布于大阴唇和会阴的皮肤和泌尿生殖三角区的深肌,支配该区域的运动和感觉功能。阴部神经阻滞可缓解低位阴道、会阴后部和外阴区域的疼痛。阴部神经阻滞操作简单快捷,可在门诊进行治疗,有助于改善阴部神经痛、肌筋膜骨盆疼痛和外阴痛等,尤其是缓解患者在发作期间的疼痛和不适^[36]。目前有多种方法进行阴部神经阻滞,包括 CT 引导和经会阴、经直肠和经阴道手法引导。Yu 等^[37]报道了 1 例 70 岁膀胱癌术后辅助放疗引起的顽固性外阴痛患者,应用 0.5% 布比卡因 10 mg 联合曲安奈德 4 mg 进行 5 次阴部神经阻滞治疗后,患者的外阴痛得到明显缓解。临床医生通常会在最初出现严重症状时每周 1 次重复注射,随后间隔 4~6 周进行阻滞。随着患者症状的改善,逐渐延长阻滞间隔时间,一般建议 12 个月内最多累计治疗不超过 6 次。目前关于阴部神经阻滞的引导定位、局麻药物的类型和剂量以及是否添加皮质类固醇激素均未达成统一意见^[38]。本共识推荐的局麻药物包括 0.5% 利多卡因、0.125% 布比卡因或 0.2% 罗哌卡因,皮质类固醇药物包括倍他米松或曲安奈德注射液。

外阴痛是一种慢性神经病理性疼痛,交感神经系统牵涉其中^[39-40]。交感神经节阻滞常作为治疗慢性疼痛的有效手段之一^[41-43]。奇神经节是交感神经系统在骶尾关节水平的单一神经节,是腰交感神经链的终端结合点,接受交感神经及副交感神经的传出纤维和会阴区疼痛信号的传入纤维^[44]。奇神经节阻滞可以缓解慢性会阴区疼痛的神经痛成分,从而降低外阴痛的程度和不适感^[45-46]。但其有效性和远期作用尚待进一步研究。

近年来,肉毒杆菌毒素(Botulinum Toxin A, BTA)治疗神经痛的研究逐渐兴起。在盆底肌或前庭黏膜下组织中注射BTA,可通过外周和中枢机制减少盆底肌肉的张力和周围神经病变,从而减少疼痛。小样本的病例报告显示,20~100 U BTA对局限性外阴痛的治疗有效^[47-49]。BTA已在3项双盲随机对照试验中进行了评估^[49-51];1项研究报告称,在1次治疗后3个月,性交或使用卫生棉条时疼痛明显减轻;但在其他2项研究中,与安慰剂相比,BTA在与疼痛相关的变量方面没有显著的受益。因此,临床医生在使用BTA治疗外阴痛前,应向患者充分交代治疗的风险及远期效果,征得患者知情同意后方可实施。

4.4 神经调控技术 神经脉冲射频技术(nerve pulsed radiofrequency)是目前用于治疗阴部神经痛的一种常见、有效的治疗方法^[52-53]。由于外阴区域主要受到阴部神经的支配,因而外阴痛的治疗也可以参考阴部神经痛的方法,临床上对于阴部神经阻滞有效但不能持久的外阴痛患者亦可采用阴部神经脉冲射频治疗。临床穿刺操作可在超声、C型透视机或者CT引导下进行,坐骨棘附近的骶结节韧带和骶棘韧带处,阴部神经管走行处以及跨过骶结节韧带的镰状突等部位都是临床上常见的穿刺靶点位置。Petrov-Kondratov等^[54]的近期研究证实,对诊断性阴部神经阻滞有效后(疼痛可缓解8h)的阴部神经痛患者,采用标准脉冲射频模式治疗,疼痛缓解可持续至术后6周。Fang等^[55]报道,采用超声引导下阴部神经脉冲射频治疗能有效缓解阴部神经痛3个月,同时改善焦虑、抑郁情绪,提高生活质量。国内专家多数推荐采用CT引导下经皮穿刺坐骨棘处阴部神经+奇神经节脉冲射频治疗外阴痛(图1),射频参数设置为标准脉冲射频模式(温度42℃,频率2 Hz,场强40 V,治疗时程120 s,2次)。

同时,骶神经调控术(sacral neuromodulation, SNM)也是一种新型的外周神经调控技术。尤其是对于合并膀胱或直肠功能障碍、慢性盆腔疼痛综合征、阴部神经痛的严重外阴痛患者具有明显效果^[56-57]。该技术主要包括I期测试电极植入术和II期永久性脉冲发生器植入术。I期测试电极一般在数字减影血管造影或者C形透视机引导下将测试电极植入第3骶神经处,连接外置脉冲发生器后给予低频电脉冲连续刺激骶神经达到调节神经、缓解疼痛等效果。测试1~2周后可进行II期永久性脉冲发生器植入术(图2)。Siegel等^[58]报道10例(女性9例、男性1例)难治性盆腔疼痛综合征患者接受SNM治疗后,随访19个月疼痛控制良好。Guo等^[59]报道了55例阴部神经痛患者行I期SNM治疗,33例患者镇痛效果满意并行II期永久性脉冲发生器植入术,术后随访12个月,平均视觉模拟评分法评分、坐立时间、夜尿次数及焦虑抑郁状态均明显改善。因此,对于难治性外阴痛、或伴有明显排尿次数增多等症状的患者可以考虑行骶神经调控术。

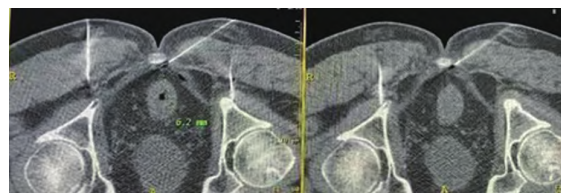


图1 CT引导下双侧坐骨棘处阴部神经+奇神经节脉冲射频治疗



图2 双侧骶神经脉冲发生器植入术后电极显示图

4.5 物理治疗 ACOG《外阴痛专家共识》推荐物理治疗用于治疗局限性和广泛性外阴痛,特别是合并阴道痉挛或骨盆肌肉张力增加的外阴痛患者^[8,60]。物理治疗方法包括:肌筋膜松解、触发点按摩、生物反馈、经皮神经电刺激(transcutaneous electrical nerve stimulation, TENS)和盆底肌训练等。Morin等^[61]最近的一项系统性分析研究指出,物理治疗可以有效缓解性交痛并改善性功能。Bohm-Starke等^[62]总结了30项评估PVD治疗效果的随机对照试验和非随机干预研究,发现多模式物理治疗的效果优于局部外用或口服药物治疗,是唯一有循证证据支持的干预措施。在其中一项随机对照研究中,干预组接受了为期10周的多模式物理治疗^[63],包括使用生物反馈的盆底肌训练以及手法理疗,对照组局部外用利多卡因乳膏,结果显示治疗后6个月干预组患者性交疼痛和性功能的改善效果明显优于对照组。在一项包括40例前庭痛患者的随机对照试验中,干预组和对照组分别使用了高频率和低频率的经皮神经电刺激,结果显示,干预组的疼痛和性功能改善显著优于对照组^[64]。上述研究证据显示,在外阴痛治疗中应充分重视物理治疗的作用,合理使用多模式物理治疗可以显著改善患者的临床症状和生活质量。

4.6 心理治疗和性咨询 正如ACOG《外阴痛专家共识》中所指出的,高达80%的外阴痛患者存在情绪或心理问题,外阴痛的诊断和治疗也经常因心理健康问题而变得复杂^[65]。因此,在治疗外阴痛时,必须充分考虑到性和心理问题,需要对患者进行认知行为治疗(cognitive behavior therapy, CBT)、性治疗、夫妻咨询、心理治疗。CBT旨在通过系统地分析与疼痛和性唤起相关的行为和认知来促进

疼痛管理,如骨盆放松、认知策略和沟通技巧训练。CBT已被用于女性外阴痛的治疗,取得了令人鼓舞的结果^[66]。一项前瞻性随机对照研究显示,在28例接受CBT、生物反馈或前庭切除术的女性中,CBT组与手术组相比,在治疗后2年的性交痛缓解程度上无显著性差异^[67]。2项基于正念CBT(mindfulness-based cognitive therapy, mCBT)的认知行为治疗研究显示,mCBT组患者在完成治疗后6个月内性交疼痛明显减轻,焦虑和抑郁症状的改善程度也优于传统CBT治疗组^[68-69]。

4.7 前庭切除术 前庭切除术是指切除阴道口和Hartman线之间的阴道前庭,并用阴道黏膜覆盖外阴的黏膜缺损。该术式治疗外阴痛的反应率高达90%,35%~68%的患者完全治愈或基本缓解,24%~56%的患者部分缓解^[70-71]。但前庭切除术对于原发性外阴痛、合并性交困难的外阴痛、绝经后局限性外阴痛患者的治疗作用非常有限。一项队列研究对109例前庭切除术患者进行了分娩结局的随访,其中剖宫产21例,阴道分娩23例,只有1例发生会阴IV度裂伤,说明外阴前庭切除术后阴道分娩似乎是一种安全的选择^[72]。然而,也有学者质疑前庭切除术的效果,认为多数患者在前庭切除术后2.8~3.4年仍存在复发性诱发性前庭痛。由于目前缺乏随机对照研究和手术效果标准化的定义,暂不推荐前庭切除术作为局限性外阴痛的一线治疗方法。

4.8 其他治疗 临床经验显示中医针灸疗法也可以作为传统治疗的补充。NCT03364127是一项正在进行的标准化针灸方案治疗外阴痛的随机双盲对照试验^[73],期待其研究结果的公布为临床治疗提供指导。

推荐及共识: 外阴痛的治疗首选局部外用利多卡因软膏/凝胶及雌激素替代治疗(推荐级别:2B类)。口服药物首选加巴喷丁和普瑞巴林等抗癫痫药物,若效果不佳,可加用或换用抗抑郁药物,治疗过程中需注意药物剂量递增和相应的副反应(推荐级别:2A类)。外阴激发点、阴部神经及奇神经节阻滞可以使一些局限性外阴痛患者受益(推荐级别:2B类)。参考阴部神经痛的治疗方法,神经脉冲射频技术和骶神经调控术可用于难治性外阴痛患者(推荐级别:2B类)。推荐物理治疗用于治疗局限性和广泛性外阴痛,特别是合并阴道痉挛或骨盆肌肉张力增加的外阴痛患者,暂不推荐前庭切除术作为局限性外阴痛的一线治疗方法(推荐级别:2A类)。

5 结语

外阴痛是一种复杂的疾病,其诊断和治疗是妇科医生的临床难题。目前大多数病例没有得到正确的诊断或治疗,建议及时转诊外阴疾病诊治专家和多学科团队,及早接受个体化治疗。尽管外阴痛有多种治疗选择,但没有一种单一的治疗方法对所有患者都有效。除药物治疗、物理治疗和手术外,心理治疗和性咨询可能是必须且有益的。

本文为临床医生理解、诊断和治疗女性外阴痛提供了循证证据,未来的研究应旨在探索外阴痛的病因和评估多模式治疗的有效性^[74-75]。

声明:本共识旨在为外阴痛的诊治提出指导性意见,但并非唯一的实践指南。在临床实践中需考虑患者的个体化需求、所属地的医疗资源以及医疗机构的特殊性。本共识不排除其他干预性措施的合理性。

利益冲突:专家组所有成员均声明不存在利益冲突。

执笔专家: 胡君(北京大学第一医院妇产科);林增茂(北京大学第一医院疼痛门诊);朱丽荣(北京大学第一医院妇产科)

参与共识制定与讨论专家(按姓氏汉语拼音排序): 白文佩(首都医科大学附属北京世纪坛医院妇产科);陈路增(北京大学第一医院超声医学科);陈泽洋(北京大学第一医院普通外科);崔竹梅(青岛大学附属医院妇产科);狄文(上海交通大学医学院附属仁济医院妇产科);傅云峰(浙江大学医学院附属妇产科医院妇产科);郭红燕(北京大学第三医院妇产科);郭凯凯(中国人民解放军总医院疼痛科);韩璐(大连市妇女儿童医疗中心妇产科);何勉(中山大学附属第一医院妇产科);胡君(北京大学第一医院妇产科);黄向华(河北医科大学第二医院妇产科);李航(北京大学第一医院皮肤科);李强(中国医学科学院整形外科医院妇科整形中心);连蕊(北京大学第一医院妇产科);梁志清(陆军军医大学第一附属医院妇产科);廖泰平(北京清华长庚医院妇产科);林增茂(北京大学第一医院疼痛科);罗春(北京大学第一医院康复科);马彩玲(新疆医科大学第一附属医院妇产科);马丁(华中科技大学同济医学院附属同济医院妇产科);孟元光(解放军总医院第七医学中心);苗劲蔚(首都医科大学附属北京妇产医院妇科肿瘤科);曲芃芃(天津市中心妇产科医院妇产科);冉梦龙(北京大学第一医院皮肤科);单学敏(北京大学第一医院妇产科);王建六(北京大学人民医院妇产科);王沂峰(南方医科大学珠江医院妇产科);王永军(北京积水潭医院妇产科);王远征(北京大学第一医院中医、中西医结合科);吴士良(北京大学第一医院泌尿外科);向阳(中国医学科学院北京协和医院妇产科);徐宇航(北京大学第一医院中医、中西医结合科);徐玥瑾(北京大学第一医院中医、中西医结合科);杨洋(北京大学第一医院泌尿外科);杨宇卓(北京大学第一医院男科中心);余立群(航空总医院妇科);张锋(北京大学第一医院疼痛科);张巍(北京大学第一医院神经内科);赵伟(981健康医学中心);朱根海(海南省人民医院妇产科);朱丽荣(北京大学第一医院妇产科)

参考文献

- [1] Moyal-Barracco M, Lynch PJ. 2003 ISSVD terminology and classification of vulvodynia: a historical perspective [J]. J Reprod

- Med, 2004, 49(10): 772-777.
- [2] Bornstein J, Goldstein AT, Stockdale CK, et al. 2015 ISSVD, ISSWSH and IPPS consensus terminology and classification of persistent vulvar pain and vulvodynia [J]. *Obstet Gynecol*, 2016, 127(4): 745-751.
 - [3] Chisari C, Monajemi MB, Scott W, et al. Psychosocial factors associated with pain and sexual function in women with vulvodynia: a systematic review [J]. *Eur J Pain*, 2021, 25(1): 39-50.
 - [4] Tribo MJ, Canal C, Banos JE, et al. Pain, anxiety, depression, and quality of life in patients with vulvodynia [J]. *Dermatology*, 2020, 236(3): 255-261.
 - [5] Xie Y, Shi L, Xiong X, et al. Economic burden and quality of life of vulvodynia in the United States [J]. *Curr Med Res Opin*, 2012, 28(4): 601-608
 - [6] Bornstein J, Preti M, Radici G, et al. Vulvodynia: a neglected chronic pain diagnosis [J]. *Pain*, 2019, 160(7): 1680-1681.
 - [7] Harlow BL, Kunitz CG, Nguyen RHN, et al. Prevalence of symptoms consistent with a diagnosis of vulvodynia: population-based estimates from 2 geographic regions [J]. *Am J Obstet Gynecol*, 2014, 210(1): e1-e8.
 - [8] Haefner HK, Collins ME, Davis GD, et al. The vulvodynia guideline [J]. *J Lower Gen Tract Dis*, 2005, 9(1): 40-51.
 - [9] ACOG Committee on Gynecologic Practice. ACOG Committee opinion: Number 345, October 2006: vulvodynia [J]. *Obstet Gynecol*, 2006, 108(4): 1049-1052.
 - [10] Borstein J, Preti M, Simon JA, et al. Descriptors of vulvodynia: a multisocietal definition consensus (International Society for the Study of Vulvovaginal Disease, the International Society for the Study of Women Sexual Health, and the International Pelvic Pain Society) [J]. *J Low Genit Tract Dis*, 2019, 23(2): 161-163.
 - [11] Reed BD, Gorenflo DW, Haefner HK. Generalized vulvar dysesthesia vs. vestibulodynia. Are they distinct diagnoses? [J]. *J Reprod Med*, 2003, 48(11): 858-864.
 - [12] Leclair CM, Goetsch MF, Li H, et al. Histopathologic characteristics of menopausal vestibulodynia [J]. *Obstet Gynecol*, 2013, 122(4): 787-793.
 - [13] Hampson JP, Reed BD, Clauw DJ, et al. Augmented central pain processing in vulvodynia [J]. *J Pain*, 2013, 14(6): 579-589.
 - [14] Awad-Igbaria Y, Palzur E, Nasser M, et al. Changes in the vaginal microbiota of women with secondary localized provoked vulvodynia [J]. *J Low Genit Tract Dis*, 2022, 26(4): 339-344.
 - [15] Bedford L, Parker SE, Davis E, et al. Characteristics of the vaginal microbiome in women with and without clinically confirmed vulvodynia [J]. *Am J Obstet Gynecol*, 2020, 223(3): 406.e1-406.e16.
 - [16] Bornstein J, Palzur E, Swash M, et al. Vulvodynia: a neuroinflammatory pain syndrome originating in pelvic visceral nerve plexuses due to mechanical factors [J]. *Arch Gynecol Obstet*, 2022, 306(5): 1411-1415
 - [17] Vieira-Baptista P, Lima-Silva J, Cavaco-Gomes J, et al. Prevalence of vulvodynia and risk factors for the condition in Portugal [J]. *Int J Gynecol Obstet*, 2014, 127(3): 283-287
 - [18] American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Gynecology. Diagnosis and management of vulvar skin disorders: ACOG Practice Bulletin, Number 224 [J]. *Obstet Gynecol*, 2020, 136(1): e1-e14.
 - [19] Mitro SD, Harlow SD, Randolph JF, et al. Chronic vulvar pain in a cohort of post-menopausal women: atrophy or vulvodynia? [J]. *Women's Midlife Heal*, 2016, 2: 4.
 - [20] Vieira-Baptista P, Donders G, Margesson L, et al. Diagnosis and management of vulvodynia in postmenopausal women [J]. *Maturitas*, 2018, 108: 84-94.
 - [21] 中国医疗保健国际交流促进会妇产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
 - [22] 中国医师协会微无创医学专业委员会妇科肿瘤学组, 中国医院协会妇产医院分会妇科肿瘤专业学组. 外阴癌前病变诊治中国专家共识(2022年版) [J]. *中国实用妇科与产科杂志*, 2022, 38(12): 1201-1206.
 - [23] Rosen R, Brown C, Heiman J, et al. The female sexual function index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function [J]. *J Sex Marital Ther*, 2000, 26(2): 191-208.
 - [24] Faye RB, Piraccin E. *Vulvodynia* [M]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2024.
 - [25] Micheletti L, Bogliatto F, Lynch PJ. Vulvoscopy: review of a diagnostic approach requiring clarification [J]. *J Reprod Med*, 2008, 53(3): 178-182.
 - [26] Bowen AR, Vester A, Marsden L, et al. The role of vulvar skin biopsy in the evaluation of chronic vulvar pain [J]. *Am J Obstet Gynecol*, 2008, 199(5): 467.e1-467.e6.
 - [27] Zelnoun DA, Hartmann KE, Steege JF. Overnight 5% lidocaine ointment for the treatment of vulvar vestibulitis [J]. *Obstet Gynecol*, 2003, 102(1): 84-87.
 - [28] Foster DC, Kotok MB, Huang LS, et al. Oral desipramine and topical lidocaine for vulvodynia: a randomized controlled trial [J]. *Obstet Gynecol*, 2010, 116(3): 583-593.
 - [29] Murina F, Graziottin A, Felice R, et al. Coital pain in the elderly: could a low dose estriol gel thrill the vulvar vestibule? [J]. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2016, 207: 121-124.
 - [30] Langlais EL, Lefebvre J, Maheux-Lacroix S, et al. Treatment of secondary vestibulodynia with conjugated estrogen cream: a pilot, double-blind, randomized placebo-controlled trial [J]. *J Obstet Gynaecol Can*, 2017, 39(6): 453-458.
 - [31] Cavalli E, Mammanna S, Nicoletti F, et al. The neuropathic pain: an overview of the current treatment and future therapeutic approaches [J]. *Int J Immunopathol Pharmacol*, 2019, 33: 2058738419838383.

- [32] Bachmann GA, Brown CS, Phillips NA, et al. Effect of gabapentin on sexual function in vulvodynia: a randomized, placebo-controlled trial [J]. *Am J Obstet Gynecol*, 2019, 220(1): 89. e1-89 e8.
- [33] Brown CS, Bachmann GA, Wan J, et al. Gabapentin for the treatment of vulvodynia: a randomized controlled trial [J]. *Obstet Gynecol*, 2018, 131(6): 1000-1007.
- [34] Leo RJ, Dewani S. A systematic review of the utility of antidepressant pharmacotherapy in the treatment of vulvodynia pain [J]. *J Sex Med*, 2013, 10(10): 2000-2008.
- [35] van Beekhuizen HJ, Oost J, van der Meijden WI. Generalized unprovoked vulvodynia: a retrospective study on the efficacy of treatment with amitriptyline, gabapentin or pregabalin [J]. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2018, 220: 118-121.
- [36] Echols K, Rich J. Non-venous pelvic pain and roles for pelvic floor PT or pudendal nerve blocks [J]. *Tech Vasc Interv Radiol*, 2021, 24(1): 100735.
- [37] Yu JH, Lee YJ, Kim JY, et al. Treatment of radiation-induced vulvar pain via pudendal nerve block under fluoroscopic guidance [J]. *Urol Case Rep*, 2020, 33: 101282.
- [38] Levesque A, Bautrant E, Quistrebert V, et al. Recommendations on the management of pudendal nerve entrapment syndrome: a formalised expert consensus [J]. *Eur J Pain*, 2022, 26(1): 7-17.
- [39] Danby CS, Margesson LJ. Approach to the diagnosis and treatment of vulvar pain [J]. *Dermatol Ther*, 2010, 23(5): 485-504.
- [40] Thornton AM, Drummond C. Current concepts in vulvodynia with a focus on pathogenesis and pain mechanisms [J]. *Australas J Dermatol*, 2016, 57(4): 253-263.
- [41] Gunduz OH, Kenis-Coskun O. Ganglion blocks as a treatment of pain: current perspectives [J]. *J Pain Res*, 2017, 10: 2815-2826.
- [42] Wu CL, Marsh A, Dworkin RH. The role of sympathetic nerve blocks in herpes zoster and postherpetic neuralgia [J]. *Pain*, 2000, 87(2): 121-129.
- [43] Schlereth T, Birklein F. The sympathetic nervous system and pain [J]. *Neuromolecular Med*, 2008, 10(3): 141-147.
- [44] Baig S, Moon JY, Shankar H. Review of sympathetic blocks: anatomy, sonoanatomy, evidence, and techniques [J]. *Reg Anesth Pain Med*, 2017, 42(3): 377-391.
- [45] Sencan S, Kenis-Coskun O, Demir FGU, et al. Ganglion impar block improves neuropathic pain in coccygodynia: a preliminary report [J]. *Neurol Neurochir Pol*, 2018, 52(5): 612-617.
- [46] Hong DG, Hwang SM, Park JM. Efficacy of ganglion impar block on vulvodynia: case series and results of mid- and long-term follow-up [J]. *Medicine (Baltimore)*, 2021, 100(30): e26799.
- [47] Jeon Y, Kim Y, Shim B, et al. Retrospective study of the management of vulvodynia [J]. *Korean J Urol*, 2013, 54(1): 48-52.
- [48] Petersen CD, Giraldo A, Lundvall L, et al. Botulinum toxin type A—a novel treatment for provoked vestibulodynia? Results from a randomized, placebo controlled, double blinded study [J]. *J Sex Med*, 2009, 6(9): 2523-2537.
- [49] Pelletier F, Parratte B, Penz S, et al. Efficacy of high doses of botulinum toxin A for treating provoked vestibulodynia [J]. *Br J Dermatol*, 2011, 164(3): 617-622.
- [50] Haraldson P, Muhlrad H, Heddini U, et al. Botulinum toxin A as a treatment for provoked vestibulodynia: a randomized controlled trial [J]. *Obstet Gynecol*, 2020, 136(3): 524-532.
- [51] Diomande I, Gabriel N, Kashiwagi M, et al. Subcutaneous botulinum toxin type A injections for provoked vestibulodynia: a randomized placebo-controlled trial and exploratory subanalysis [J]. *Arch Gynecol Obstet*, 2019, 299(4): 993-1000.
- [52] Racz GB, Ruiz-Lopez R. Radiofrequency procedures [J]. *Pain Pract*, 2006, 6(1): 46-50.
- [53] Rhame EE, Levey KA, Gharibo CG. Successful treatment of refractory pudendal neuralgia with pulsed radiofrequency [J]. *Pain Physician*, 2009, 12(3): 633-638.
- [54] Petrov-Kondratov V, Chhabra A, Jones S. Pulsed radiofrequency ablation of pudendal nerve for treatment of a case of refractory pelvic pain [J]. *Pain Physician*, 2017, 20(3): E451-E454.
- [55] Fang H, Zhang J, Yang Y, et al. Clinical effect and safety of pulsed radiofrequency treatment for pudendal neuralgia: a prospective, randomized controlled clinical trial [J]. *J Pain Res*, 2018, 11: 2367-2374.
- [56] Shaker H, Hassouna MM. Sacral root neuromodulation in the treatment of various voiding and storage problems [J]. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 1999, 10(5): 336-343.
- [57] Valovska A, Peccora CD, Philip CN, et al. Sacral neuromodulation as a treatment for pudendal neuralgia [J]. *Pain Physician*, 2014, 17(5): E645-E650.
- [58] Siegel S, Paszkiewicz E, Kirkpatrick C, et al. Sacral nerve stimulation in patients with chronic intractable pelvic pain [J]. *J Urol*, 2001, 166(5): 1742-1745.
- [59] Guo KK, Wang L, Liu F, et al. Sacral nerve stimulation in patients with refractory pudendal neuralgia [J]. *Pain Physician*, 2022, 25(4): E619-E627.
- [60] Polpeta NC, Giralgo PC, Teatin Juliato CR, et al. Clinical and therapeutic aspects of vulvodynia: the importance of physical therapy [J]. *Minerva Ginecol*, 2012, 64(5): 437-445.
- [61] Morin M, Carroll MS, Bergeron S. Systematic review of the effectiveness of physical therapy modalities in women with provoked vestibulodynia [J]. *Sex Med Rev*, 2017, 5(3): 295-322.
- [62] Bohm-Starke N, Ramsay KW, Lytys P, et al. Treatment of provoked vulvodynia: a systematic review [J]. *J Sex Med*, 2022, 19(5): 789-808.
- [63] Morin M, Dumoulin C, Bergeron S, et al. Multimodal physical therapy versus topical lidocaine for provoked vestibulodynia: a multicenter, randomized trial [J]. *Am J Obstet Gynecol*, 2021, 224(2): 189. e1-189 e12.
- [64] Murina F, Bianco V, Radici G, et al. Transcutaneous electrical

- nerve stimulation to treat vestibulodynia: a randomised controlled trial[J]. *BJOG*, 2008, 115(9): 1165-1170.
- [65] Cagnacci A, Della Vecchia E, Xholli A. Chronic pelvic pain improvement: impact on quality of life and mood[J]. *Gynecol Endocrinol*, 2019, 35(6): 502-505.
- [66] Masheb RM, Kerns RD, Lozano C, et al. A randomized clinical trial for women with vulvodynia: cognitive-behavioral therapy vs. supportive psychotherapy[J]. *Pain*, 2009, 141(1-2): 31-40.
- [67] Bergeron S, Khalife S, Glazer HJ, et al. Surgical and behavioral treatments for vestibulodynia: two-and-one-half-year follow-up and predictors of outcome[J]. *Obstet Gynecol*, 2008, 111(1): 159-166.
- [68] Goldfinger C, Pukall CF, Thibault-Gagnon S, et al. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy and physical therapy for provoked vestibulodynia: a randomized pilot study[J]. *J Sex Med*, 2016, 13(1): 88-94.
- [69] Guillet AD, Cirino NH, Hart KD, et al. Mindfulness-based group cognitive behavior therapy for provoked localized vulvodynia: a randomized controlled trial[J]. *J Low Genit Tract Dis*, 2019, 23(2): 170-175.
- [70] Goetsch MF. Patients' assessments of a superficial modified vestibulectomy for vestibulodynia[J]. *J Reprod Med*, 2008, 53(6): 407-412.
- [71] Bohm-Starke N, Rylander E. Surgery for localized, provoked vestibulodynia: a long-term follow-up study[J]. *J Reprod Med*, 2008, 53(2): 83-89.
- [72] Tommola P, Unkila-Kallio L, Paavonen J. Long-term follow up of posterior vestibulectomy for treating vulvar vestibulitis[J]. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2011, 90(11): 1225-1231.
- [73] Burrows LJ, Sloane M, Davis G, et al. Parturition after vestibulectomy[J]. *J Sex Med*, 2011, 8(1): 303-305.
- [74] Carey ET, Geller EJ, Rapkin A, et al. Rationale and design of a multicenter randomized clinical trial of vestibulodynia: understanding pathophysiology and determining appropriate treatments (vestibulodynia: UPDATE)[J]. *Ann Med*, 2022, 54(1): 2885-2897.
- [75] Schlaeger JM, Glayzer JE, Villegas-Downs M, et al. Evaluation and treatment of vulvodynia: state of the science[J]. *J Midwifery Womens Health*, 2023, 68(1): 9-34.

(2023-10-13 收稿 2024-01-10 修回)