

口腔扁平苔藓诊疗指南

(2022 年版)

一、概述

口腔扁平苔藓是一种常见的口腔黏膜慢性炎症性疾病，好发于 30~60 岁女性，全球患病率约为 0.5~3%；疾病临床表现多样，且长期糜烂不愈的损害有潜在的恶变风险，2005 年世界卫生组织将其列为口腔潜在恶性疾患，最新研究显示口腔扁平苔藓的恶变率为 0.8%~1.5%。

由于口腔扁平苔藓的病因机制复杂，治疗方式各有不同，为进一步规范我国口腔扁平苔藓诊断治疗流程，提高诊疗水平，保障医疗质量和医疗安全，特制订本指南。

二、诊断技术与应用

(一) 临床表现

口腔扁平苔藓可发生在口腔黏膜的任何部位，所有口腔黏膜均可受累，颊黏膜是口腔扁平苔藓最好发的部位。损害多为双侧对称分布，表现为针尖大小的灰白色丘疹，组成角化条纹，又进一步交织形成网状、环状或斑块状等多种形态，其间可伴有充血、萎缩、糜烂或水疱等损害。病程较长的陈旧性损害可变成棕褐色或暗紫色色素沉着。口腔内可表现为一种损害形态或多种损害形态同时出现，且各型损害可互相转变。口腔损害

反复迁延，一般难以自愈。

根据损害类型，临床上将口腔扁平苔癣分为糜烂型和非糜烂型（丘疹型、网纹型、斑块型和水疱型）：

1. 糜烂型

口腔黏膜出现形状不规则的糜烂损害，表面覆盖淡黄色或白色假膜，周围充血、水肿，有灰白色网纹环绕，可发生于口腔黏膜的任何部位。患者常有刺激痛和自发痛等自觉症状。

2. 非糜烂型

（1）丘疹型

密集分布的灰白色或珠光色针尖大小的丘疹，多见于颊黏膜，常对称发生，常与网纹型损害同时出现。患者通常无自觉症状。

（2）网纹型

稍高隆起的灰白色条纹，交织成网状和环状，可发生于口腔黏膜的任何部位，常对称发生。患者通常无自觉症状，或仅有黏膜粗糙感、木涩感、烧灼感、口干等不适。

（3）斑块型

灰白色丘疹融合成斑块状，损害呈圆形或椭圆形，多不高于黏膜表面，对称或单侧发生，多见于舌背，伴舌乳头萎缩或消失。患者多无自觉症状。

（4）水疱型

透明或半透明的水疱，周围伴有灰白色斑纹或丘疹，水疱破溃后形成溃疡、糜烂面。可发生于颊、唇、前庭沟、翼下颌皱襞及牙龈处黏膜。

部分患者可伴发口腔外损害，累及四肢皮肤时，表现为紫红色扁平丘疹，可有瘙痒感；累及头皮时，可出现毛囊周围红斑和毛囊角质栓，可导致脱发；累及生殖器时，可表现损害处不规则灰白色环状花纹，严重时可出现充血、糜烂；累及指（趾）甲萎缩变薄、甲板起皱或裂开。

（二）专科检查

除主诉部位外，应对全口黏膜色、形、质情况进行详细检查，检查范围包括唇红黏膜及口周皮肤、唇内侧黏膜、颊黏膜、牙龈、舌、口底、腭、咽等部位，检查应按照一定顺序进行，避免遗漏部位。此外，还应检查口内是否存在牙菌斑、牙石、残冠、残根或不良修复体等刺激因素。

检查口内损害时应注意辨别损害的类型、分布、大小、形状、深浅，是否有增生等；还应检查损害基底与周围黏膜的情况，有无浸润性变化，损害相应部位淋巴结情况等。

除检查口腔黏膜外，还应注意检查皮肤、生殖器、指（趾）甲等部位是否存在异常情况，必要时请相关科室会诊或多学科会诊。

（三）辅助检查

1. 活体组织检查

组织病理学诊断是口腔扁平苔癣确诊的重要手段，标本切取可选在典型损害边缘与正常组织的交界处，应切取大于或等于 0.2*0.6cm 的楔状组织。典型的口腔扁平苔癣组织病理学表现为上皮过度角化不全，基底细胞液化变性及固有层中大量淋巴细胞呈带状浸润。角化部位出现增厚的正角化或不全角化层，非角化部位角化层可变薄，颗粒层增生明显，棘层上皮细胞萎缩或棘状增生，形成锯齿状上皮嵴，基底细胞排列紊乱，基底膜界限不清。棘层、基底层或固有层内可见嗜酸染色的胶样小体。

1978 年世界卫生组织提出口腔扁平苔癣的组织学诊断标准，强调以淋巴细胞为主的带状浸润和基底细胞液化变性。2003 年国外学者提出改良版口腔扁平苔癣标准，在原有基础上增加了“无上皮异常增生”。2016 年美国口腔颌面病理学学会在前两个标准的基础上，提出了新的口腔扁平苔癣诊断标准。新的诊断标准仍以淋巴细胞为主的带状浸润和基底细胞液化变性作为口腔扁平苔癣诊断的基本特征，同时强调应将“上皮疣状增生”“上皮异常增生”排除在诊断标准之外。

2. 免疫病理学检查

免疫病理检查对于鉴别诊断具有重要意义。直接免疫荧光表现为基底膜区纤维蛋白原沉积。此表现可与黏膜类天疱疮[基

底膜区翠绿色荧光带,沉积物以免疫球蛋白(IgG, IgA, 或 IgM)或补体 C3 为主]及天疱疮(上皮棘细胞间以 IgG 为主的免疫球蛋白沉积以及翠绿色荧光带)鉴别诊断。

3. 实验室检查

实验室检查可用于指导用药、不良反应的监测及排查与口腔扁平苔癣发病有关的诱因或疾病监测。检查项目包括:血细胞分析,血细胞聚集,尿常规,空腹血糖,糖化血红蛋白,肝功能,肾功能,血电解质,甲状腺功能+甲状腺自身抗体,甲状腺 B 超,丙肝抗体检测,免疫球蛋白+补体,淋巴细胞亚群分析等。

(四) 诊断标准

根据病史以及典型的口腔黏膜表现可做出临床诊断,确诊需行组织病理学检查,必要时辅助免疫病理学等其他辅助检查以明确诊断。

(五) 鉴别诊断

口腔扁平苔癣主要与以下疾病进行鉴别:

1. 口腔白斑病。斑块型口腔扁平苔癣需与口腔白斑病鉴别,尤其是发生在舌背部及颊黏膜咬合线处的损害。白斑多为白色或白垩色斑块,周围界限清楚,可略突出于黏膜表面,均质或非均质,触之稍硬粗糙。病理学表现为上皮过度正角化,不伴或伴有不同程度的上皮异常增生。组织病理学检查是有效的鉴

别方法。

2. 盘状红斑狼疮。发生在唇红部的口腔扁平苔癣损害需与盘状红斑狼疮鉴别。本病常向皮肤侧扩展，使唇红黏膜皮肤界限不清。组织病理学表现为固有层胶原纤维玻璃样变、水肿、断裂，毛细血管扩张，管腔内可见玻璃样血栓，血管周围见密集的淋巴细胞浸润。直接免疫荧光检查表现为上皮基底膜区有粗细不均的翠绿色荧光带，称为“狼疮带”，有免疫球蛋白和补体 C3 沉积。组织病理学和免疫病理学是有效的鉴别方法。

3. 口腔红斑病。萎缩/糜烂型口腔扁平苔癣需与间杂型红斑相鉴别。本病是在界限清楚的红斑损害基础上出现散在的白色斑点，组织病理学表现为上皮萎缩、角化消失、基层萎缩，常有上皮中重度异常增生或原位癌。对于发生在舌腹、舌缘、口底及口角区的损害尤需提高警惕，需定期随访，严密监测病情变化。

4. 口腔苔藓样损害。口腔扁平苔癣与口腔苔藓样损害较易混淆。某些患者服用药物如甲基多巴、奎尼丁、氯喹、青霉胺、卡托普利，或进行口腔治疗后，充填体或修复体对应的口腔黏膜出现类似口腔扁平苔癣样的损害，分别称为药物性苔藓样损害和接触性苔藓样损害；骨髓移植后的患者口腔黏膜、皮肤出现类似扁平苔藓的表现，称为移植物抗宿主反应性苔藓样损害。组织病理学表现为固有层更为广泛的混合性炎症细胞浸润，除

淋巴细胞外，还有嗜酸性粒细胞和浆细胞，可累及固有层浅层和深层血管周围。口腔苔藓样损害可为单侧发生（接触性苔藓样损害）或双侧发生（药物性苔藓样损害和移植物抗宿主反应性苔藓样损害），易出现糜烂，停用可疑药物或去除充填体或修复体材料后损害可明显减轻或完全消失，斑贴试验有助于发现致敏因素。

5. 寻常型天疱疮、黏膜类天疱疮和副肿瘤性天疱疮。大疱性疾病出现牙龈损害时，有剥脱性龈炎样损害，需与牙龈口腔扁平苔癣相鉴别。寻常型天疱疮口内损害处脱落细胞经吉姆萨染色或直接免疫荧光染色可见核大深染的天疱疮细胞或圆形细胞周围有翠绿色荧光环；组织病理学检查见棘层松解及上皮内疱形成。血清学检查见桥粒黏蛋白 1，桥粒黏蛋白 3 抗体水平增高。黏膜类天疱疮组织病理学可见上皮下水疱形成，血清学检查见 BP180 抗体水平升高。此外，直接免疫荧光检查亦有助于鉴别诊断（见辅助检查部分）。

副肿瘤性天疱疮是少见的与肿瘤密切相关的自身免疫性综合征，多见于具有淋巴组织增生的肿瘤，如非霍奇金淋巴瘤、慢性淋巴细胞白血病、巨大淋巴结增生症、胸腺瘤等，有可疑表现时，需仔细排查肿瘤。实验室检查中鼠膀胱间接免疫荧光阳性、免疫印迹对抗斑周蛋白或抗包斑蛋白抗体的检出有助于诊断和鉴别诊断。

6. 多形红斑。水疱型口腔扁平苔癣有时需与多形红斑相鉴别。本病以口腔黏膜尤其是唇红部的大面积糜烂、血痂为特点，可伴有全身发热等急性症状。典型的皮肤损害为“靶形红斑”。

7. 皮脂腺异位症。皮脂腺异位、错生，多见于青壮年男性，好发于唇、颊黏膜。表现为成簇的淡黄色斑丘疹，质软，光滑。

三、治疗

（一）治疗原则

本病无特效治疗手段，临床上针对患者的临床体征和症状、损害类型及严重程度等制定合适的治疗方案。

重视身心因素的调节在治疗口腔扁平苔癣中的作用，加强与患者沟通，仔细询问病史，及相关工作生活情况，帮助患者调整心理状态；给予专业的口腔健康教育，如定期牙周治疗、拔除残根残冠、调磨尖锐牙尖、更换口内金属材料等以达到去除局部刺激因素的目的。在此基础上，对于无症状的非糜烂型口腔扁平苔癣可不治疗，但需进行临床的追踪随访；对于糜烂型口腔扁平苔癣患者可采取消除、缓解症状，促进损害愈合，降低恶性转变风险。

（二）局部治疗

1. 糖皮质激素

糖皮质激素是治疗口腔扁平苔癣局部损害的一线药物。

局部损害严重者可选择局部涂擦糖皮质激素乳膏，如

0.05%醋酸氟轻松乳膏，0.1%氟轻松乳膏，0.1%曲安奈德乳膏，0.05%丙酸氯倍他索乳膏等。

广泛糜烂损害者可选择糖皮质激素溶液含漱，如倍他米松磷酸钠溶液（2.5mg 溶于 100ml 生理盐水），地塞米松溶液（2mg 溶于 100ml 生理盐水）等。

顽固的或常规治疗仍未愈合的糜烂损害可选择糖皮质激素局部封闭治疗，如曲安奈德注射液（1 次 10～40mg，2～4 周注射 1 次），地塞米松注射液（1 次 5mg，1 周注射 1 次）。

2. 其他免疫抑制剂

对于局部糖皮质激素效果不佳的口腔扁平苔癣患者，推荐使用钙调磷酸酶抑制剂他克莫司和吡美莫司，每日 2 次，按需使用 4～6 周。但应注意，局部使用免疫抑制剂可能增加局部损害恶变风险，推荐短期、小剂量、间断使用。

3. 维 A 酸类

外用维甲酸或其他形式的维生素 A 衍生物可以消除白色病灶，常用 0.05%～0.1%维 A 酸软膏。因其治疗效果较糖皮质激素差；且停药 2～5 周后，损害易复发，建议作为临床辅助用药。

（三）全身治疗

1. 免疫抑制剂

（1）糖皮质激素：对于弥漫性、顽固性、糜烂型口腔扁平

苔癣或多部位病变的患者，可全身使用糖皮质激素，如泼尼松（30mg/d）。仅做短期脉冲治疗。

（2）硫酸羟氯喹：对长期不愈的糜烂型损害治疗有效，口服 200 ~ 400mg/d。用药期间，应定期做眼科检查，并注意血象变化。

（3）其他：甲氨蝶呤（1周 10 ~ 15mg）、吗替麦考酚酯（1 ~ 3g/d）、沙利度胺（起始剂量 50 ~ 100mg/d，逐渐减至最低有效剂量）、环磷酰胺（100mg/d）。

2. 免疫调节剂

根据患者自身免疫状况，可适当选用口服免疫调节药物，如白芍总苷、左旋咪唑、秋水仙碱等。

3. 植物类药物

雷公藤多苷、昆明山海棠、姜黄素等植物类药物也可用于口腔扁平苔癣的治疗。

（四）其他

弱激光疗法及光动力疗法也可用于口腔扁平苔癣的治疗。

糜烂型口腔扁平苔癣合并感染时，可根据微生物培养结果选择相应的抗菌药物治疗。

四、疗效评价标准

（一）评价指标

1. 客观评价指标：由观察者测量损害面积大小。

2. 患者疼痛程度：采用视觉模拟评分法 (visual analogue scale, VAS), 分为 10 个等级, 由患者评估。

(二) 计分标准

1. 体征记分:

0 分: 无损害, 正常黏膜;

1 分: 轻微白色条纹, 无充血、萎缩或糜烂面;

2 分: 白色条纹伴充血或萎缩面 $< 1\text{cm}^2$;

3 分: 白色条纹伴充血或萎缩面 $\geq 1\text{cm}^2$;

4 分: 白色条纹伴糜烂面 $< 1\text{cm}^2$;

5 分: 白色条纹伴糜烂面 $\geq 1\text{cm}^2$;

2. 症状记分:

0 分: 无疼痛 (VAS: 0);

1 分: 轻度疼痛 (VAS: 1 ~ 3);

2 分: 中度疼痛 (VAS: 4 ~ 6);

3 分: 重度疼痛 (VAS: 7 ~ 10)。

(三) 评价标准

1. 显效

(1) 客观指标: 治疗后充血、糜烂完全消失, 白色条纹无或轻微 (体征记分为 0 或 1 分)。

(2) 主观指标: 疼痛完全消失 (症状记分为 0 分)。

2. 有效

(1) 客观指标: 治疗后充血、糜烂的面积缩小, 白色条纹减少 (体征记分下降)。

(2) 主观指标: 疼痛完全消失 (症状记分下降)。

3. 无效

(1) 客观指标: 治疗后充血、糜烂的面积无变化, 白色条纹无变化或增加 (体征记分不变或增加)。

(2) 主观指标: 疼痛无减轻或加重 (症状记分不变或增加)。

五、主要并发症

(一) 急性并发症

急性并发症多为刺激痛引起的进食困难; 用于治疗口腔扁平苔癣的某些药物如糖皮质激素可造成局部继发真菌感染。

(二) 慢性并发症

病情严重的损害愈后可留下瘢痕; 且长期不愈的糜烂损害有恶变风险, 危险因素包括: 局部真菌感染、烟酒等不良嗜好等。

(三) 全身并发症

部分药物 (如糖皮质激素或其他免疫抑制剂) 治疗可导致感染、骨质疏松、肾上腺功能不全、骨髓抑制及肝/肾损害等, 使用过程中需定期监测不良反应的发生。

六、随访及预后

口腔扁平苔癣有潜在恶变风险, 需根据病情严重程度, 每

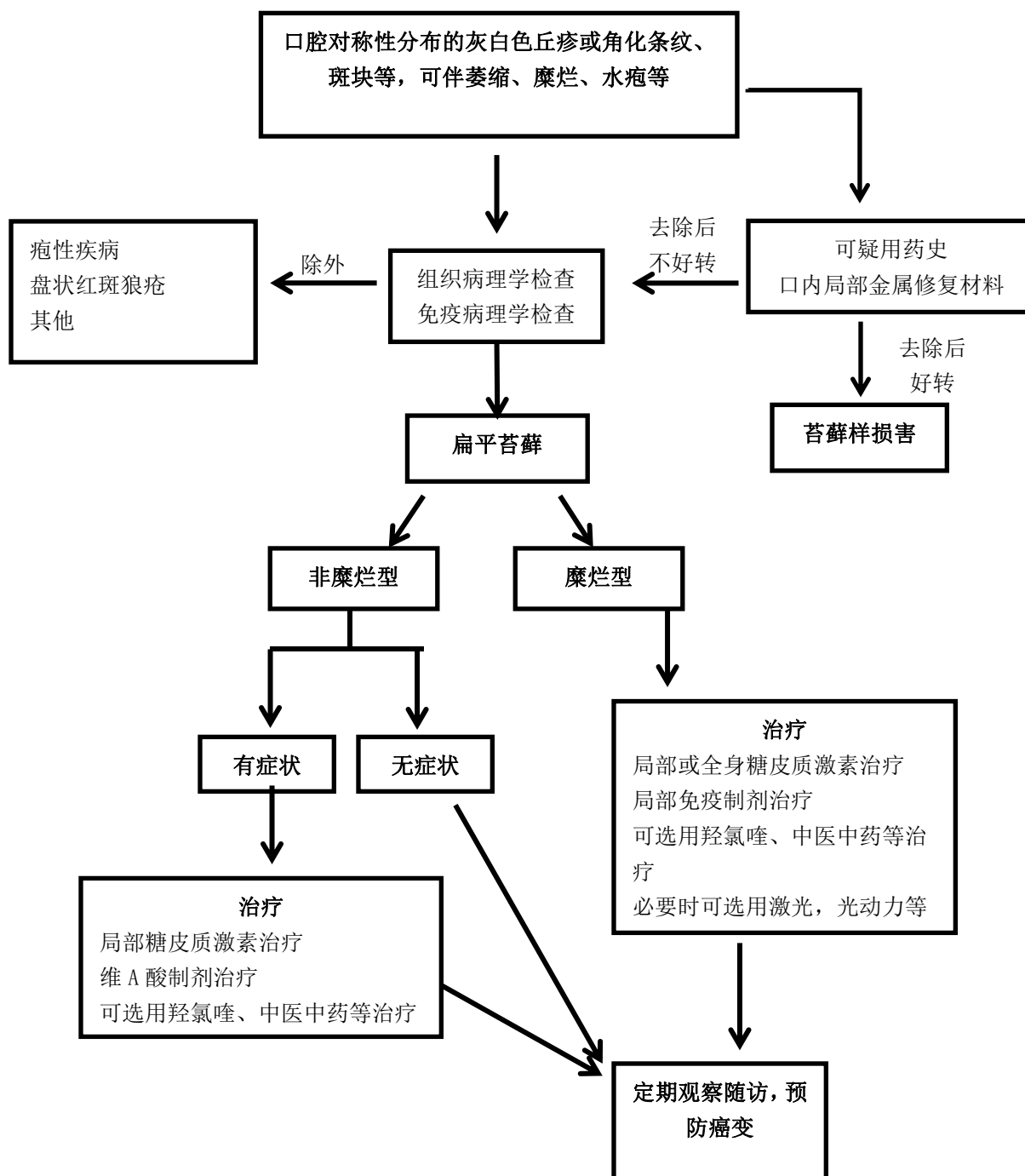
3~6个月复查一次，病情严重者需根据病情变化增加访视次数。出现糜烂或增生时应及时就诊。

七、预防

保持开朗乐观的精神状态，缓解焦虑抑郁情绪；调整饮食结构，控制吸烟、饮酒，避免辛辣食物刺激；积极预防和治疗系统性疾病；定期口腔检查，保持口腔卫生，消除局部刺激因素。

本指南的制定参考了国际、国内已发布的权威指南，同时结合我国的实际情况。由于临床实践中患者的具体情况存在个体差异，本指南仅供参考。

口腔扁平苔藓诊疗流程图



附

口腔扁平苔藓诊疗指南（2022 年版）

编写审定专家组

（按姓氏笔画排序）

组长：华红

成员：华红、李春蕾、孙正、聂敏海、陶人川、关晓兵、
蔡杨、但红霞、张静、赵丹萍、张芳、王新文