

ICS 11.060.01
C 10
备案号: 2017-06



团体标准

T/CHSA XXXXX—2020

口腔扁平苔藓诊疗指南（修订）

Guideline for the diagnosis and treatment of oral lichen planus (Revised)

（征求意见稿）

2020 - XX - XX 发布

2020 - XX - XX 实施

中华口腔医学会

发布

目 次

前言	II
引言	III
1 范围	1
2 病因及病史	1
3 临床表现	1
4 病理表现	1
5 诊断	1
5.1 临床诊断和确定诊断	1
5.2 组织病理学检查的时机	2
6 鉴别诊断	2
7 治疗前检查	2
8 疾病管理	2
8.1 治疗原则	2
8.2 去除局部刺激因素	2
8.3 治疗药物	3
8.3.1 糖皮质激素	3
8.3.2 其他免疫抑制药	3
8.3.3 免疫增强药	3
8.3.4 维 A 酸类药物	3
8.3.5 其他	3
8.4 物理疗法	3
8.5 治疗方案	3
8.5.1 非糜烂型 OLP	3
8.5.2 糜烂型 OLP	4
8.5.2.1 轻中度糜烂型 OLP	4
8.5.2.2 重度糜烂型 OLP	4
8.5.2.3 对上述药物抵抗、迁延不愈的糜烂型 OLP	4
8.5.2.4 辅助用药	4
8.5.2.5 病情顽固或发展者	4
9 预防	4
附录 A (资料性附录) 图 1 糜烂型口腔扁平苔藓治疗方案图解	6
参考文献	7

前 言

本指南按照《GB_T_1_1-2009_标准化工作导则_第 1 部分：标准的结构和编写》规范性编写。

本指南修订由中华口腔医学会口腔黏膜病专业委员会和中西医结合专业委员会提出。

本指南由中华口腔医学会归口。

本指南代替2012年中华口腔医学杂志发表的《口腔扁平苔藓诊疗指南(试行)》。

本指南的修订流程基于2016年中华医学会发布的“制订/修订<临床诊疗指南>的基本方法及程序”。

本指南主要起草单位：四川大学华西口腔医院。

参与起草单位（按单位拼音排序）：北京大学口腔医院、北京医院、广西医科大学附属口腔医院、贵州医科大学附属口腔医院、吉林大学口腔医院、解放军总医院第八医学中心、空军军医大学口腔医院、昆明医科大学附属延安医院、南京大学医学院附属口腔医院、南京医科大学附属口腔医院、青岛市口腔医院、山东大学口腔医院、山西医科大学附属人民医院、上海交通大学医学院附属第九人民医院、首都医科大学附属北京口腔医院、天津市口腔医院、同济大学口腔医院、武汉大学口腔医院、西南医科大学附属口腔医院、浙江大学医学院附属口腔医院、中南大学湘雅医院、中山大学附属口腔医院。

本指南主要起草人（同等贡献）：陈谦明、周红梅。

参与起草者（按姓名拼音排序）：蔡扬、陈瑞扬、陈英新、程斌、但红霞、段开文、段宁、范媛、关晓兵、何虹、华红、江潞、蒋伟文、林梅、刘宏伟、刘青、卢锐、聂敏海、戚向敏、沈雪敏、石晶、孙正、唐国瑶、陶人川、王辉、王万春、王文梅、王小平、王智、魏秀峰、吴芳龙、吴颖芳、夏娟、曾昕、张玉幸、周曾同、周刚、周威、周永梅、周瑜。

引 言

口腔扁平苔藓（oral lichen planus, OLP）是临床常见的口腔黏膜慢性炎性疾病，其发病率较高，大多数患者有疼痛、粗糙不适症状，部分病例还有癌变的可能，WHO将其归入口腔潜在恶性疾患的范畴，因此，对患者身心造成较大危害。

由于我国各级口腔医师对OLP诊断标准不统一、循证规范化治疗理念不够成熟、治疗药物/方法选择差异较大等原因，使得OLP诊疗水平参差不齐。因此，有必要制定OLP诊疗相关规范化指导性文件。中华口腔医学会口腔黏膜病专业委员会和中西医结合专业委员会于2012年联合颁布了《口腔扁平苔藓诊疗指南（试行）》，它为推广OLP的规范诊疗作出了积极贡献。但随着临床实践指南的制定、报告及评价方法逐步在我国得到规范，有必要对原指南进行修订更新。同时，经项目组查新发现，目前国外尚未发表OLP相关诊疗指南或标准。

经中华口腔医学会团体标准、规范、指南制定立项（CHSA立项标准号：2017-06），口腔扁平苔藓诊疗指南修订小组以中华医学会颁布的“制订/修订〈临床诊疗指南〉的基本方法及程序”为标准，对国内外OLP临床诊疗相关文献进行了系统全面地检索和评价，完成了对原口腔扁平苔藓诊疗指南的修订。

制定和实施符合我国国情的OLP诊疗指南，将有利于提升我国口腔医师对OLP的整体诊疗水平，这对促进口腔黏膜病学科的发展、进一步解除患者病痛、防止癌变均具有重要意义。

口腔扁平苔藓诊疗指南（修订）

1 范围

本指南涵盖的卫生问题：OLP 的诊断、治疗及疾病管理。

本指南应用人群：本指南供全国高等院校及基层各级口腔临床医师使用。

本指南推荐意见的应用目标人群：通过临床诊断或组织病理学检查确诊为 OL P 的患者。

2 病因及病史

有关OLP的病因和发病机制目前尚不明确。系列基础和临床研究结果显示，OLP可能与多种致病因素有关，如精神因素、免疫因素、感染因素、药物因素、遗传因素、系统性疾病以及口腔局部刺激因素等。其中，由细胞介导的局部免疫应答紊乱在OLP的发生发展中发挥重要作用。^[1, 2]

对应以上致病因素，在病史采集时需注意询问患者有无系统疾病史、长期用药史及其种类、不良生活事件、精神疾病史以及OLP家族史等。

3 临床表现

口腔损害好发于颊、舌、牙龈等部位，一般为多发或双侧对称分布，呈稍高于黏膜表面的灰白色线纹或网纹（网状型），也可表现为斑块型、萎缩型、糜烂型和疱型病损，但在口腔黏膜其他部位一定存在网状型；可同时或分别在皮肤、指（趾）甲等部位出现损害，皮肤损害为紫红色多角形扁平丘疹，指（趾）甲损害为甲板萎缩变薄、无光泽、严重的有沟裂形成。^[1, 3, 4]

4 病理表现

- a) 上皮过角化，棘层增生或萎缩；
- b) 上皮钉突不规则增生，形成锯齿状钉突；
- c) 鳞状上皮深层可见淋巴细胞浸润；
- d) 基底细胞液化变性；
- e) 固有层浅层可见以淋巴细胞为主的带状或灶性浸润，且界限清晰；
- f) 无上皮异常增生；
- g) 无上皮疣状增生改变^[1, 5]

5 诊断

5.1 临床诊断和确定诊断

临床诊断：一般根据详尽的病史及典型的口腔黏膜白色损害即可作出临床诊断，典型的皮肤或指（趾）甲损害可作为诊断依据之一。

确定诊断：需结合组织病理学检查、必要时辅以直接免疫荧光等免疫病理学检查以确定诊断，同时有助于鉴别其他白色病变并排除上皮异常增生或恶性病变。^[1, 5-8]

5.2 组织病理学检查的时机

除了确定诊断的目的，对于以下四类病损也应考虑进行组织病理学检查：

- a) 临床表现不典型者；
- b) 发生在口腔黏膜危险区域者（口底-舌腹的U形区、口角内侧三角形区域、软腭复合体）；
- c) 久治不愈或病情突发加重者；
- d) 怀疑有恶变倾向者。^[1, 9, 10]

6 鉴别诊断

在诊断OLP时需注意与口腔白斑病(oral leukoplakia)、盘状红斑狼疮(discoid lupus erythematosus)、口腔白角化症(oral hyperkeratosis)、口腔黏膜下纤维性变(oral submucous fibrosis)、口腔苔藓样接触性超敏反应(oral lichenoid contact hypersensitivity reactions)、口腔苔藓样药物反应(oral lichenoid drug reaction)、扁平苔藓样类天疱疮(lichen planus pemphigoides)、寻常型天疱疮(pemphigus vulgaris)、副肿瘤天疱疮(paraneoplastic pemphigus)、慢性移植物抗宿主病(chronic graft-versus-host disease)、慢性溃疡性口炎(chronic ulcerative stomatitis)等疾病进行鉴别诊断。^[5, 6]

7 治疗前检查

应根据不同治疗目的和种类选择相应的检查项目。建议在治疗前检查血常规、肝肾功能、空腹葡萄糖，并检测有无口腔念珠菌感染。酌情进行心理测评、免疫功能、尿常规、糖化血红蛋白、甲状腺自身抗体、丙型肝炎病毒抗体(抗-HCV)、乙肝五项指标(HBsAg、抗-HBs、HBeAg、抗-HBe、抗-HBc)、腹部彩超、胸部CT等检查。^[11, 12]

8 疾病管理

8.1 治疗原则

- a) 应根据OLP不同的症状、分型和病情轻重程度等给予个体化治疗方案：损害局限且无症状者可不用药，仅观察随访；损害局限但有症状者以局部用药为主；损害较严重者应采用局部和全身联合用药；
- b) 积极消除局部刺激因素，做好口腔卫生宣教；
- c) 鼓励患者积极治疗系统性疾病，若怀疑损害的发生与患者长期服用某种药物有关，可建议换用其他药物；
- d) 加强心理疏导，缓解紧张焦虑情绪，必要时可建议患者进行心理咨询及治疗；
- e) 定期随访，特别对萎缩型和糜烂型应密切观察，防止癌变。^[1, 13, 14]

8.2 去除局部刺激因素

- a) 积极处置患者的锐利牙尖、不良修复体、残冠/根、银汞合金充填体及金属冠；
- b) 必要时对患者进行牙周治疗；

- c) 患者应限制辛辣刺激性食物摄入、戒烟、限酒、不咀嚼槟榔。^[1, 14-16]

8.3 治疗药物

8.3.1 糖皮质激素

- 全身用药：醋酸泼尼松、倍他米松。
- 局部用药：0.1%曲安奈德口腔软膏、复方四环素泼尼松膜、醋酸地塞米松粘贴片、0.025%氟轻松软膏（口腔制剂）、0.05%氯倍他索凝胶（口腔制剂）。
- 局部封闭药物：醋酸曲安奈德注射液、复方倍他米松注射液、醋酸泼尼松龙注射液。

8.3.2 其他免疫抑制药

- 全身用药：沙利度胺、昆明山海棠、雷公藤多苷、硫唑嘌呤。
- 局部用药：0.1%他克莫司软膏（口腔制剂）、0.03%他克莫司软膏（口腔制剂）、1%吡美莫司乳膏（口腔制剂）、0.15%他克莫司悬浊液、10%环孢素溶液。

8.3.3 免疫增强药

胸腺肽、胸腺五肽注射液、卡介菌多糖核酸注射液。

8.3.4 维 A 酸类药物

- 全身用药：维胺酯。
- 局部用药：0.05%异维 A 酸凝胶（口腔制剂）、复方维甲酸软膏（口腔制剂）、0.1%他扎罗汀凝胶（口腔制剂）。

8.3.5 其他

- 全身用药：硫酸羟氯喹、磷酸氯喹、白芍总苷、 β -胡萝卜素、番茄红素、维生素 E。
- 局部用药：维生素 AD 滴剂、抗真菌类药物、消炎防腐类药物。

8.4 物理疗法

超声雾化治疗、弱激光治疗、光动力治疗、微波治疗。

8.5 治疗方案

综合考虑 OLP 的病损类型、病情轻重程度、患者全身情况等因素，制订以下治疗方案。推荐药物以 8.3 治疗药物为主。

8.5.1 非糜烂型 OLP

对于有症状的非糜烂型 OLP，以减轻不适症状、控制病情发展为治疗目的。

- 损害充血较明显、疼痛症状较明显者：糖皮质激素局部制剂可作为一线用药，必要时全身使用免疫抑制类药物；
- 损害角化程度较高、粗糙紧绷症状较明显者：必要时局部或全身使用维 A 酸类药物；病情缓解后应逐渐减少用药次数至停药，以免停药后反跳。唇部病损禁用；
- 酌情选用 β -胡萝卜素、番茄红素、维生素 E 其一；
- 伴念珠菌感染征象者：选用抗真菌局部制剂；
- 中医药治疗：可根据临床情况考虑配合中医药治疗。^[1, 17, 18]

8.5.2 糜烂型 OLP

以控制疼痛症状、促进糜烂愈合、降低癌变的潜在危险为目的。

8.5.2.1 轻中度糜烂型 OLP

轻中度糜烂的界定：单灶或散在小面积多灶糜烂（糜烂总面积 $\leq 1\text{ cm}^2$ ）。

- a) 糖皮质激素局部制剂是一线用药；
- b) 使用糖皮质激素局部制剂，也可采用糖皮质激素注射液行病损局灶封闭；
- c) 完全缓解者观察随访；部分缓解者继续使用糖皮质激素局部制剂维持疗效；对无效者可参考重度糜烂型 OLP 的治疗方案。^[1, 19, 20]

8.5.2.2 重度糜烂型 OLP

重度糜烂的界定：主要包括急性发作的大面积或多灶糜烂（糜烂总面积 $>1\text{ cm}^2$ ）、久治不愈、同时伴广泛皮肤损害等三类情况。

- a) 若无糖皮质激素禁忌证者：可考虑全身使用糖皮质激素（小剂量、短疗程），同时配合糖皮质激素局部制剂。完全缓解者观察随访；部分缓解者用糖皮质激素局部制剂维持疗效；
- b) 无效者或有糖皮质激素禁忌证者：可酌情全身或局部使用其他免疫抑制类药物（8.3.2 和 8.3.5）。需密切观察上述糖皮质激素及免疫抑制类药物的不良反应及毒副作用。完全缓解者观察随访；无缓解者参见迁延不愈者治疗方案。^[1, 9, 21, 22]

8.5.2.3 对上述药物抵抗、迁延不愈的糜烂型 OLP

- a) 免疫功能低下者（结合患者全身情况及实验室免疫检测结果综合判定），可选用免疫增强药。
- b) 无效者可酌情试用物理疗法。^[1, 23]

8.5.2.4 辅助治疗

上述三类糜烂型 OLP 治疗方案的辅助治疗：

- a) 酌情配合超声雾化治疗；
- b) 酌情补充维生素类及微量元素制剂；
- c) 酌情选用消毒防腐类局部制剂；
- d) 伴真菌感染征象者选用抗真菌局部制剂；
- e) 可根据临床情况考虑配合中医药治疗。^[1, 24]

8.5.2.5 病情顽固或发展者

必要时活检，定期随访，防止癌变。^[1, 14]

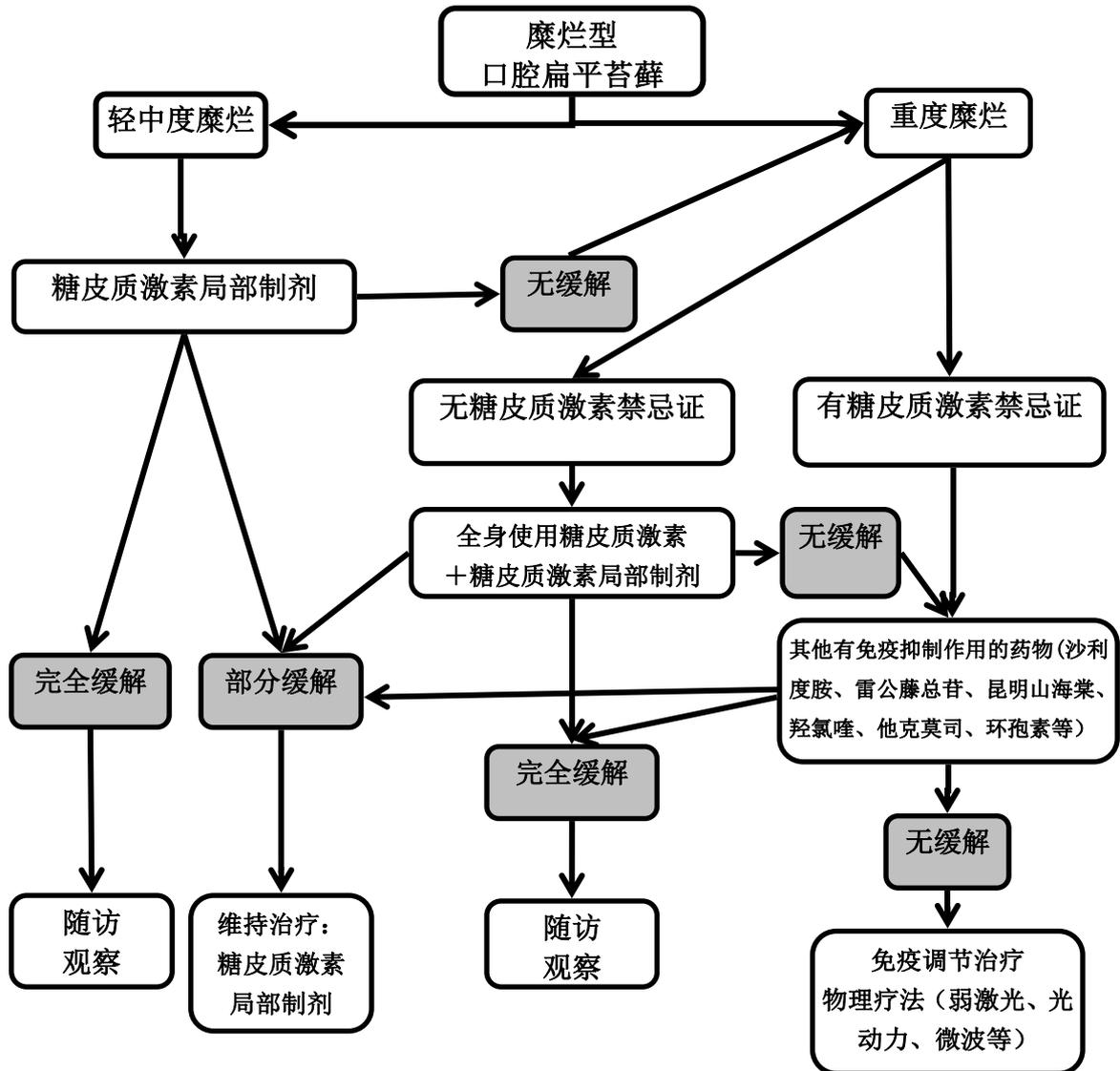
9 预防

- a) 定期进行口腔检查，消除局部刺激因素，保持口腔卫生；
- b) 建立健康的生活方式，积极预防和治疗系统性疾病；
- c) 注意调整饮食结构及营养搭配，控制烟、酒及辛辣食物；
- d) 保持乐观开朗的精神状态，缓解焦虑情绪。^[1, 13]

对于糜烂型 OLP 患者，一般每隔 2 周~1 月复诊观察；对于非糜烂型 OLP 患者，一般每隔 1~3 月复诊观察；对于病情稳定的 OLP 患者，一般每隔 3~6 月复查 1 次；如果持续稳定，1 年复查 1 次。^[1, 22]

附录 A
(资料性附录)

图 1 糜烂型口腔扁平苔藓治疗方案图解



主 要 参 考 文 献

- [1] (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联合颁布) 周红梅. 口腔扁平苔藓诊疗指南 (试行) [J]. 中华口腔医学杂志, 2012,47(7):399-401.
- [2] Kurago ZB. Etiology and pathogenesis of oral lichen planus: an overview[J]. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol, 2016,122(1):72-80.
- [3] Olson MA, Rogers RS, Bruce AJ. Oral lichen planus[J]. Clin Dermatol, 2016,34(4):495-504.
- [4] van der Meij EH, van der Waal I. Lack of clinicopathologic correlation in the diagnosis of oral lichen planus based on the presently available diagnostic criteria and suggestions for modifications[J]. J Oral Pathol Med, 2003,32(9):507-512.
- [5] Cheng YS, Gould A, Kurago Z, et al. Diagnosis of oral lichen planus: a position paper of the American Academy of Oral and Maxillofacial Pathology[J]. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol, 2016,122(3):332-354.
- [6] Carrozzo M, Porter S, Mercadante V, et al. Oral lichen planus: A disease or a spectrum of tissue reactions? Types, causes, diagnostic algorithms, prognosis, management strategies[J]. Periodontology 2000, 2019,80(1):105-125.
- [7] Rad M, Hashemipour MA, Mojtahedi A, et al. Correlation between clinical and histopathologic diagnoses of oral lichen planus based on modified WHO diagnostic criteria[J]. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, 2009,107(6):796-800.
- [8] Yamanaka Y, Yamashita M, Lma I, et al. Direct Immunofluorescence as a Helpful Tool for the Differential Diagnosis of Oral Lichen Planus and Oral Lichenoid Lesions[J]. Am J Dermatopathol, 2018,40:491-497.
- [9] Chiang CP, Yu-Fong CJ, Wang YP, et al. Oral lichen planus - Differential diagnoses, serum autoantibodies, hematinic deficiencies, and management[J]. J Formos Med Assoc, 2018,117(9):756-765.
- [10] Alrashdan MS, Cirillo N, Mccullough M. Oral lichen planus: a literature review and update[J]. Arch Dermatol Res, 2016,308(8):539-551.
- [11] Charazinska-Carewicz K, Ganowicz E, Krol M, et al. Assessment of the peripheral immunocompetent cells in patients with reticular and atrophic-erosive lichen planus[J]. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, 2008,105(2):202-205.
- [12] Alaizari NA, Al-Maweri SA, Al-Shamiri HM, et al. Hepatitis C virus infections in oral lichen planus: a systematic review and meta-analysis[J]. Aust Dent J, 2016,61(3):282-287.
- [13] Chen HX, Blasiak R, Kim E, et al. Triggers of oral lichen planus flares and the potential role of trigger avoidance in disease management[J]. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol, 2017,124(3):248-252.
- [14] Gonzalez-Moles MA, Ruiz-Avila I, Gonzalez-Ruiz L, et al. Malignant transformation risk of oral lichen planus: A systematic review and comprehensive meta-analysis[J]. Oral Oncol, 2019,96:121-130.
- [15] Marell L, Tillberg A, Widman L, et al. Regression of oral lichenoid lesions after replacement of dental restorations[J]. J Oral Rehabil, 2014,41(5):381-391.
- [16] Rai NP, Kumar P, Mustafa SM, et al. Relation Between Periodontal Status and Pre-Cancerous Condition (Oral Lichen Planus): A Pilot Study[J]. Adv Clin Exp Med, 2016,25(4):763-766.
- [17] Oberti L, Alberta L, Massimo P, et al. Clinical Management of Oral Lichen Planus: A Systematic Review[J]. Mini Rev Med Chem, 2019,19(13):1049-1059.
- [18] Thongprasom K. Oral lichen planus: Challenge and management[J]. Oral Dis, 2018,24(1-2):172-173.

- [19] Cheng S, Kirtschig G, Cooper S, et al. Interventions for erosive lichen planus affecting mucosal sites[J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2012,2(2):D8092.
- [20] Liu C, Xie B, Yang Y, et al. Efficacy of intralesional betamethasone for erosive oral lichen planus and evaluation of recurrence: a randomized, controlled trial[J]. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*, 2013,116(5):584-590.
- [21] Lin LM, Qi XM. Comparative observation on the effects of Radix tripterygium hypoglaucom tablet and Tripterygium glycosides tablet in treating erosive oral lichen planus[J]. *Chin J Integr Med*, 2005,11(2):149-150.
- [22] Sun SL, Liu JJ, Zhong B, et al. Topical calcineurin inhibitors in the treatment of oral lichen planus: a systematic review and meta-analysis[J]. *Br J Dermatol*, 2019,181(6):1166-1176.
- [23] Hoseinpour JH, Asadi R, Bardideh E, et al. The effects of photodynamic and low-level laser therapy for treatment of oral lichen planus-A systematic review and meta-analysis[J]. *Photodiagnosis Photodyn Ther*, 2018,23:254-260.
- [24] Bokor-Bratic M, Cankovic M, Dragnic N. Unstimulated whole salivary flow rate and anxiolytics intake are independently associated with oral Candida infection in patients with oral lichen planus[J]. *Eur J Oral Sci*, 2013,121(5):427-433.