

团 体 标 准

T/CHSA 111—2026

慢性非特异性唇炎的中西医结合治疗 专家共识

Expert consensus on management of chronic cheilitis with traditional Chinese and
western medicine



2026 - 10 - 10 发布

2026 - 11 - 01 实施

中华口腔医学会 发 布

前 言

本文件按照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由中华口腔医学会口腔黏膜病学及中西医结合分会提出。

本文件由中华口腔医学会归口。

本文件起草单位：上海交通大学医学院附属第九人民医院负责起草，（以下按汉语拼音排序）北京大学口腔医院、成都中医药大学附属医院、重庆医科大学附属口腔医院、复旦大学附属华山医院、广西医科大学口腔医学院、贵州医科大学附属口腔医院、湖北省中医院、湖南中医药大学第一附属医院、昆明医科大学附属延安医院、南方医科大学深圳口腔医院、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、四川大学华西口腔医院、山东省口腔医院、山东大学口腔医院、首都医科大学附属北京口腔医院、首都医科大学附属北京中医医院、上海交通大学医学院附属新华医院、上海中医药大学附属龙华医院、上海中医药大学附属中医医院、上海中医药大学附属曙光医院、上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院、同济大学附属口腔医院、武汉大学口腔医院、中国中医科学院广安门医院、浙江大学医学院附属口腔医院、中南大学湘雅医院口腔医学中心、中国医科大学附属口腔医院、中山大学附属口腔医院参与起草。

本文件主要起草人：周永梅、沈雪敏、吴岚、邓一文。

本文件参与起草人（按姓名拼音排序）：程斌、陈方淳、陈谦明、蔡扬、曹振东、但红霞、杜观环、段开文、丁佩军、范媛、葛化冰、关晓兵、华红、黄小瑾、何园、贾莉、罗冬青、李福伦、刘宏伟、廖明娟、李萍、骆肖群、卢锐、刘洋、戚向敏、钱轶峰、施琳俊、宋瑜、孙正、沈征宇、唐国瑶、谭劲、陶人川、陶小安、王汉明、王海燕、吴桐、王万春、王文梅、吴文育、吴颖芳、王智、夏娟、闫志敏、曾昕、张静、张英、赵民、周刚、周红梅、周威、周瑜、周曾同、左渝陵。



引 言

慢性非特异性唇炎（chronic cheilitis）简称慢性唇炎，是指发生在唇部的，在临床或组织病理学上不能诊断为其他可定义疾病的慢性非特异性炎症，临床表现为唇部干燥脱屑、红肿糜烂、皲裂、渗出结痂等，病程迁延数月或者数年不愈，反复发作^[1]。本病在我国北方、青藏高原患病率较高，青少年多见，属于中医学“唇风”“唇肿”等范畴，对其认识最早可追溯到春秋战国时期，如《黄帝内经》中提及“阳气有余则外热……舌焦唇槁，腊干嗑燥”，即热病之后导致口唇干燥之意^[2]。本病病因不明，可能与某些慢性长期持续刺激因素有关。如：物理化学因素：气候寒冷、干燥，风吹日晒，或者嗜好烫食、饮酒刺激等；不良习惯：舔唇、咬唇、揭唇部皮屑等；唇部外伤、感染处理不当等。中医认为风火上扰、脾胃湿热、脾虚血燥而致本病。

慢性非特异性唇炎自觉症状主要包括瘙痒灼痛、灼热感、干燥等。西医根据临床表现分为慢性脱屑性唇炎和慢性糜烂性唇炎^[3]。目前，我国口腔医学领域尚无慢性非特异性唇炎的循证指南发表。为规范慢性非特异性唇炎的诊断与中西医结合临床管理，经中华口腔医学会团体标准制定项目立项（CHSA立项批准号：2022-15），由上海交通大学医学院附属第九人民医院牵头，联合全国30家院校、单位共同组建了《慢性非特异性唇炎的中西医结合治疗专家共识》制定专家组和工作组。工作组遵循世界卫生组织2014年发布的指南开发手册第二版的方法学体系设计，以GRADE（Grading Of Recommendations Assessment, Development and Evaluation）证据质量分级系统为依据，对国内外慢性非特异性唇炎的相关文献进行了全面的检索和慎重的评价，制定了本文件。本文件制定过程中参考了AGREE-China（Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation-China）临床实践指南质量评价标准体系的规范；写作过程参考了RIGHT（Reporting Items for Practice Guidelines in Healthcare）指南写作规范的要求，以符合当前临床实践指南方法学发展的趋势。希望通过本文件的制定，指导我国各级各类医疗机构中的临床医师、口腔医师、护理人员等相关专业人员对慢性非特异性唇炎临床治疗的干预行为，提高对慢性非特异性唇炎中西医结合治疗的总体水平。

本文件的推荐意见共分为两大部分：第一部分为慢性非特异性唇炎的临床表现与分型，第二部分为慢性非特异性唇炎的中西医结合临床管理。



慢性非特异性唇炎的中西医结合治疗专家共识

1 范围

本文件给出了慢性非特异性唇炎中西医结合治疗的推荐意见。

本文件适用于我国各级各类医疗机构中的临床医师、口腔医师、护理人员、检验人员、政策制定和管理人员等相关专业人员对符合世界卫生组织（WHO）提出的慢性唇炎诊断标准患者的治疗。

2 规范性引用文件

本文件没有规范性引用文件。

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

慢性非特异性唇炎 chronic cheilitis

不能归入各种有特殊病理变化或病因的唇炎，病程迁延，反复发作，属于中医学“唇风”“唇肿”等范畴。

3.2

唇风 cheilitis

中医里的病证，好发于下唇，以唇部红肿、疼痛、瘙痒、破裂流水等为主要临床表现，通常与脾胃湿热、脾虚血燥、风火上扰等因素有关。

4 慢性非特异性唇炎的临床表现、分型与诊断

4.1 慢性非特异性唇炎的诊断与中西医分型

4.1.1 慢性非特异性唇炎的临床症状

慢性非特异性唇炎的临床症状包括干燥、瘙痒、紧绷感、疼痛、灼热感、麻木感。

4.1.2 慢性非特异性唇炎的临床体征

慢性非特异性唇炎的临床体征包括鳞屑、充血和水肿、皲裂、结痂、色素沉着或脱失。

4.1.3 慢性非特异性唇炎的西医临床分型

西医认为该病与温度、化学、机械性因素的长期持续性刺激有关，例如气候干燥、风吹、身处高原寒冷地区、烟酒和烫食的刺激、舔唇咬唇的不良习惯等。也可能与精神因素有关。按临床表现可分为以脱屑为主的慢性脱屑性唇炎和以渗出糜烂为主的慢性糜烂性唇炎。

4.1.4 慢性非特异性唇炎的组织病理学表现

为非特异性炎症表现：上皮内细胞排列正常或有水肿，固有层淋巴细胞、浆细胞等浸润，血管扩张充血。黏膜上皮可有角化不全或过角化，也可有剥脱性缺损。

4.1.5 慢性非特异性唇炎的中医辨证分型

中医学认为脾开窍于口，其华在唇，故口唇与脾胃的关系密切^[4]。其病机分虚实两个方面，以脾虚、气血亏虚为本，风、火、痰、湿为标，为本虚标实之证，病位在脾胃，与心、肝、肺、肾密切相关，因此，该病的辨证分型主要概括为三个证型：风火上扰型、脾胃湿热型、脾虚血燥型。以上三种分型是先辨病，再辨证。在此三种基本的分型上，临床上有兼证的，可以再细分。

a) 风火上扰型:

主症: 以充血、丘疹为主, 可见鳞屑、结痂, 渗出不明显, 发病迅速, 自觉瘙痒剧烈。兼次症: 口干口臭, 春秋多发, 大便秘结。舌脉: 舌红, 苔薄黄, 脉浮数或弦数。

b) 脾胃湿热型:

主症: 以潮红、肿胀、糜烂、渗出为主, 可见丘疹、丘疱疹、水疱; 自觉灼热、瘙痒。兼次症: 口黏不爽, 脘腹痞满, 大便黏腻不爽, 小便短赤。舌脉: 舌红, 苔黄或黄腻, 脉濡数。

c) 脾虚血燥型:

主症: 以表皮肥厚、唇干皲裂、脱屑结痂为主, 可见色素沉着; 自觉瘙痒。兼次症: 体倦乏力, 失眠多梦, 面色无华, 皮肤干燥, 口干欲饮, 大便干燥。舌脉: 舌淡红, 少苔, 脉细弱。

4.1.6 慢性非特异性唇炎的鉴别诊断

慢性唇炎需要与下列疾病进行鉴别^[5-9]:

- 接触性唇炎;
- 药物不良反应引起的唇炎;
- 光化性唇炎;
- 浆细胞性唇炎;
- 盘状红斑狼疮;
- 扁平苔藓;
- 肉芽肿性唇炎;
- 腺性唇炎;
- 淋巴组织增生性唇炎。

4.1.7 慢性非特异性唇炎的诊断依据

慢性非特异性唇炎的诊断依据: 病史、典型临床症状或体征、排除其他特异性类型的唇炎。

4.2 慢性非特异性唇炎的中西医结合临床管理

4.2.1 慢性非特异性唇炎的西药治疗

4.2.1.1 局部湿敷治疗慢性非特异性唇炎(强推荐)

适用于慢性脱屑性唇炎和慢性糜烂性唇炎。根据临床表现选取合适的药物局部湿敷治疗慢性非特异性唇炎, 湿敷主要通过渗透性好、刺激性小的溶液, 软化、去除炎性增生角质和痂皮, 暴露出下方的病损黏膜, 利于药物吸收, 同时溶液具有抗菌、抑菌和抗炎等效果^[10]。

湿敷方法: 取消毒纱布, 剪裁至合适大小, 以能完全覆盖唇部病损为准; 将消毒纱布浸泡于湿敷用药物; 调整好患者体位, 纱布覆盖于病损表面, 不要移动; 湿敷过程中避免纱布干燥, 可多次加入湿敷液, 10 min~20 min后, 轻轻取下纱布, 可见病损表面的痂皮或鳞屑已变软, 用棉签轻轻拭去唇部痂皮或鳞屑, 充分暴露出病损组织。如痂皮较厚, 病损组织未能充分暴露, 可重复上述步骤。

根据不同的临床表现, 酌情选用不同的湿敷液。慢性脱屑性唇炎可选用0.9%生理盐水溶液等; 慢性糜烂性唇炎可选用消毒防腐类溶液: 如0.1%乳酸依沙吖啶溶液等, 或者清热解毒类中药药液, 如五白液等。

4.2.1.2 局部制剂外涂治疗慢性非特异性唇炎

4.2.1.2.1 局部外涂糖皮质激素治疗慢性非特异性唇炎(强推荐)

适用于临床体征以充血、水肿为主, 临床症状以瘙痒、疼痛、灼热感为主的患者。糖皮质激素有抗炎、抗过敏、降低毛细血管通透性和减少炎性渗出等多重作用。根据外用糖皮质激素的临床疗效将其强度分为四级——超强效、强效、中效以及弱效, 具体见表1。临床上根据症状轻重程度, 选择合适强度的糖皮质激素局部外涂。弱效糖皮质激素可以在必要时酌情延长使用时间, 但应注意监测不良反应, 如黏膜萎缩、遗留色素沉着等问题; 而超强效糖皮质激素和强效糖皮质激素不应长期使用, 连续应用一般不超过2周^[11]。临床上可根据症状严重程度, 选择合适规格的糖皮质激素局部外涂。

——症状较轻, 轻微瘙痒建议选弱效糖皮质激素, 如0.05%地奈德乳膏、0.025%曲安奈德乳膏等;

- 症状中度，伴有瘙痒建议选择中效糖皮质激素，如0.1%曲安奈德乳膏、0.1%糠酸莫米松软膏等；
- 症状较重，瘙痒明显建议选择强效糖皮质激素，如0.05%卤米松乳膏、0.05%二丙酸倍他米松乳膏、0.1%戊酸倍他米松乳膏、0.25%去羟米松软膏剂/乳膏等；
- 症状特别严重，可考虑超强效糖皮质激素：如0.1%氟轻松乳膏、0.05%丙酸氯倍他索乳膏等。

表1 常用外用糖皮质激素强度分级

强度	药物	规格	适应证
超强效	丙酸氯倍他索	0.05%	
	氟轻松	0.1%	
	醋酸双氟拉松	0.05%	
强效	安西奈德	0.1%	适用于临床症状和体征为重度的唇炎。每周用药不应超过50 g；连续用药不超过2周；尽量不用于12岁以下儿童
	二丙酸倍他米松	0.05%	
	丙酸倍氯米松	0.025%	
	去羟米松	0.25%	
	卤米松	0.05%	
	戊酸倍他米松	0.1%	
	氟轻松	0.05%	
中效	丁酸氢化可的松	0.1%	适合临床症状和体征为中度的唇炎或者慢性湿疹糜烂性唇炎早期。连续应用不超过4~6周；12岁以下儿童连续使用尽量不超过2周
	丙酸氟替卡松	0.05%	
	曲安奈德	0.1%	
	戊酸倍他米松	0.12%	
	糠酸莫米松	0.1%	
	氟轻松	0.025%	
	丁酸氯倍他松	0.05%	
弱效	氟轻松	0.01%	适用于临床症状和体征为轻度的唇炎。如果症状反复，必要时可以适当延长使用时间
	地奈德	0.05%	
	醋酸氢化可的松	1%	
	醋酸地塞米松	0.05%	
	曲安奈德	0.025%	
	氢化可的松	1%	

4.2.1.2.2 局部外涂钙调磷酸酶抑制剂治疗慢性非特异性唇炎（强推荐）

因钙调磷酸酶抑制剂具有抗炎、减少渗出、缓解瘙痒等作用，可促进胶原合成从而修复皮肤屏障，很少出现黏膜皮肤萎缩、遗留色素沉着等问题。以慢性湿疹、瘙痒、疼痛为主要临床表现的患者可推荐局部使用钙调磷酸酶抑制剂，作为短期或间歇性长期治疗。这类药上市用于临床的包括0.1%和0.03%的他克莫司软膏^[12, 13]和1%的吡美莫司乳膏。0.03%的他克莫司软膏和1%的吡美莫司乳膏可用于2岁及以上的儿童。

4.2.1.2.3 局部外涂抗感染药物治疗慢性非特异性唇炎（弱推荐）

临床治疗中发现唇部继发感染时可选用抗生素软膏^[14]。根据细菌或真菌培养及药敏试验结果，应用抗细菌药物如红霉素、金霉素软膏或抗真菌药物如咪康唑乳膏等涂布。

4.2.1.2.4 局部外涂其他抗炎药物治疗慢性非特异性唇炎（弱推荐）

多磺酸粘多糖具有抗炎、抗血栓、保湿等作用，目前用于治疗皲裂性皮肤病、神经性皮炎等疾病，能降低皮肤对各种外界刺激的敏感性。适用于以皲裂、干燥、脱屑、瘙痒为主要临床表现的患者，以缓解干燥、脱屑、瘙痒^[15, 16]。

硫酸多粘菌素B为多肽类抗生素，通过干扰细菌膜通透性与核糖体功能而导致细菌死亡，对铜绿假单胞菌、大肠杆菌、嗜血杆菌等有良好的抗菌作用。适用于以渗出、被覆黄色痂皮、瘙痒为主要临床表现的患者。

莫匹罗星是由荧光假单胞菌培养液产生的一种物质，即假单胞菌酸A，通过可逆性地与异亮氨酸转移RNA合成酶结合，阻止异亮氨酸渗入，中止细胞内含异亮氨酸的蛋白质合成而起到杀菌或抑菌的作用。适用于以渗出、脓丘疹、脓疱疹为主要临床表现的患者。

4.2.1.2.5 局部外涂表皮生长因子和成纤维细胞生长因子治疗慢性非特异性唇炎（弱推荐）

目前尚缺乏单独使用表皮生长因子和成纤维细胞生长因子治疗慢性非特异性唇炎的临床研究，但是临床上局涂表皮生长因子和成纤维细胞生长因子凝胶可以缓解以萎缩为主的慢性非特异性唇炎的症状，促进创面愈合。适用于以萎缩、皲裂、唇红上皮完整性受到损伤的患者^[17]。

4.2.1.2.6 局部外涂润肤剂治疗慢性非特异性唇炎（强推荐）

适用于干燥、脱屑为主的慢性非特异性唇炎。保湿润肤剂可软化角质层，修护唇部屏障、缓解干燥状态、促进药物的透皮吸收^[18]。保湿润肤类产品含有封包剂、润肤剂、吸湿剂3种常见功效性成分（表2）。保湿润肤剂可足量、长期使用，尽可能选用成分简单的保湿润肤剂，冬季可选用富含脂类的保湿润肤剂。尽量减少含乳化剂、防腐剂、促渗剂、香料等添加剂的保湿润肤剂使用^[19]。

表2 保湿润肤剂常见功效性成分

成分类别	代表性成分	作用
封包剂	动物油：蜂蜡、羊毛脂、角鲨烷；矿物油：矿油、凡士林、异十六烷；植物油：巴西棕榈油、可可油、椰子油、橄榄油、甜扁桃油、霍霍巴油；合成类油脂：二辛基醚、棕榈酸异丙酯、辛酸/癸酸甘油三酯、氢化聚异丁烯、聚二甲基硅氧烷	延缓水分丢失
吸湿剂	氨基酸、多肽及蛋白质：糖蛋白、胶原蛋白及其水解产物；糖及其衍生物：透明质酸钠、壳聚糖、透明质酸；醇：木糖醇、丁二醇、山梨醇；其他：尿素	保有水分，驱动水分渗透
润肤剂	胆固醇、神经酰胺、游离脂肪酸	使唇红、皮肤光滑

4.2.1.3 局部注射糖皮质激素治疗慢性非特异性唇炎（弱推荐）

适用于局限性糜烂不伴有真菌、病毒感染的慢性非特异性唇炎。糖皮质类固醇激素有抗炎、抗过敏、降低毛细血管通透性和减少炎性渗出等多重作用。局部注射浓度高、作用强，但是局部封闭后可能出现口唇黏膜萎缩、硬度改变、色素沉着等问题，需加以注意。合并有结核、肿瘤、局部破损感染，应禁忌行糖皮质激素局部封闭治疗。

4.2.1.4 全身药物治疗慢性非特异性唇炎

4.2.1.4.1 口服糖皮质激素药物治疗慢性非特异性唇炎（弱推荐）

对于症状较重或特别严重的慢性非特异性唇炎可以考虑口服糖皮质激素类药物。糖皮质激素类药物有抗炎、抗过敏、降低毛细血管通透性和减少炎性渗出等多重作用。但是长期大剂量使用可出现类似肾上腺皮质功能亢进症状。

4.2.1.4.2 口服抗组胺药治疗慢性非特异性唇炎（弱推荐）

适用于慢性非特异性唇炎因饮食药物等伴发过敏症状的患者。抗组胺药的作用是抗过敏、镇痛麻醉和抗胆碱作用等。临床上可使用抗组胺药来减轻唇部瘙痒疼痛等症状。但未见使用抗组胺药治疗慢性非特异性唇炎的临床研究。

4.2.2 慢性非特异性唇炎的中医辨证论治

4.2.2.1 中医口服方剂（弱推荐）

中药口服方剂用于改善和调节整体的脏腑功能和气血津液的分布。本文件中的中医辨证分型基于先辨病再辨证的中医诊治疾病的理论特点，所以分型不多。临床可以在此三种分型的基础上灵活变通，有兼证的，在推荐方剂基础上施以加减。

a) 风火上扰型：

治法：疏风清热，祛风止痒。

推荐方剂：双解通圣散加减^[20]。防风、荆芥、当归、白芍（炒）、连翘（去心）、白术（土炒）、川芎、薄荷、麻黄、栀子、黄芩、石膏（煅）、桔梗、甘草、滑石。或者具有同类功效的中成药如防风通圣丸^[21]。

b) 脾胃湿热型：

治法：清泻胃热，化湿降浊。

推荐方剂：五苓散合清胃散加减。主要药物为茯苓、白术、泽泻、桂枝、黄连、生地黄、白鲜皮、丹皮、当归、升麻、车前子、生甘草、防风。或者具有同类功效的中成药。

c) 脾虚血燥型：

治法：滋阴养血，健脾益气。

推荐方剂：健脾除湿汤加减^[22]（白术、茯苓、山药、草薢、生薏米、生扁豆、藜蘆、枳壳、黄柏、芡实、桂枝、花粉）。四物汤或四物消风饮加减（生地黄、当归、川芎、赤芍、防风、柴胡、黄芩、薄荷、甘草、荆芥穗）。或者具有同类功效的中成药如四物合剂。

4.2.2.2 中医外治法（弱推荐）

中药外治药的药力可直达唇部患处简便易用。中药外用洗剂可选“唇风煎”（白藓皮15g，蛇床子10g，川槿皮10g，地肤子30g，苦参30g）^[23]或玉蝴蝶一味外敷；黄连膏、紫归唇膏^[24]、芩柏软膏加紫色消肿膏^[25]等清热收敛止痒的中药油剂外搽；润肤止痒、剥脱角质作用的中药软膏外涂治疗角质增厚的慢性非特异性唇炎。

4.2.2.3 其他中医特色疗法（弱推荐）

其他中医特色疗法包括以下两种。

- a) 针灸疗法^[26]：适用于脾虚血燥型唇炎。方法：唇部周围取水沟穴、地仓穴和承浆穴，并取章门穴、太白穴、脾俞穴以健脾，取中脘穴、丰隆穴和内关穴以祛湿。
- b) 封包疗法：适用于痂皮肥厚的慢性非特异性唇炎。方法：唇部涂擦药物后用塑料保鲜膜等材料贴封。封包可以加快血液的流通速度，使局涂药物功效充分发挥作用，封包后局部病损被软化，药物吸收更完全。

4.2.3 慢性非特异性唇炎的非药物治疗

4.2.3.1 微波治疗慢性非特异性唇炎（弱推荐）

利用波长为10 cm~30 cm的电磁波作用于唇部，利用微波治疗的热效应，促进药物吸收、加速创面修复。临床中微波治疗常配合药物湿敷达到治疗目的。

4.2.3.2 激光治疗慢性非特异性唇炎（弱推荐）

氦氖激光器产生波长为632.8 nm的红色激光，是低强度激光，主要用于消炎止痛，促进皮肤黏膜溃疡愈合和穴位治疗。

Nd:YAG激光是波长为1064 nm的近红外激光。脉冲型Nd:YAG激光可间断发射激光，能够有效减少热量积累，避免温度过高。具有缓解疼痛、促进炎症吸收、增强组织修复能力的作用。

4.2.3.3 超声雾化治疗慢性非特异性唇炎（弱推荐）

超声雾化治疗是利用超声波定向压强，使液体表面隆起，在隆起的液面周围发生空化作用，液体雾化成小分子的气雾，药物分子通过气雾直接进入毛细血管，达到治疗作用。

4.2.4 慢性非特异性唇炎的活体组织学检查适应证

需排除癌变如唇部溃疡糜烂长期不愈或质地变硬时，建议唇部活体组织检查（强推荐）。

当需明确诊断时，如唇部损害临床表现不典型、斑纹类疾病（红斑狼疮、扁平苔藓等）或系统性疾病仅累及唇部时，建议唇部活体组织检查（弱推荐）。

4.2.5 不同类型的慢性非特异性唇炎中西医结合治疗方案选择

中西医结合治疗方案可以分两类：按照中西医分型和症状、按照病情起势和发展趋势。

- a) 不同中西医分型和症状的慢性非特异性唇炎患者中西医结合治疗方案可有不同。临床医师需根据患者具体情况，酌情选择适合的治疗方案。
- 1) 慢性脱屑性唇炎（风火上扰型）：宣教，局部抗菌溶液或者中药洗剂湿敷，瘙痒严重者外涂低效糖皮质激素药膏，或者外用钙调磷酸酶抑制剂（0.03%他克莫司软膏），口服双解通圣散加减或者防风通圣丸。
 - 2) 慢性脱屑性唇炎（脾虚血燥型）：宣教，局部生理盐水或者中药洗剂湿敷，外涂润肤剂或中药保湿去角质唇膏，其他治疗（如局涂抗炎药膏）；口服健脾除湿汤、四物汤加减或者四物合剂。
 - 3) 慢性糜烂性唇炎（脾胃湿热型）：宣教，抗菌溶液局部湿敷，根据症状轻重选择低效、中效、强效糖皮质激素药膏，或者单独/联用外用钙调磷酸酶抑制剂（0.1%他克莫司软膏）；症状较重的患者可配合口服糖皮质激素类药物和其他治疗（口服抗组胺药物、微波/毫米波治疗、低强度激光治疗等）；口服五苓散合清胃散加减。
- b) 按照病情起势和发展趋势，临床医师需根据患者具体情况，酌情选择不同组合的中西医结合治疗方案。
- 1) 临床体征以充血、水肿为主，临床症状以瘙痒、疼痛、灼热感明显的患者。可以依据不同中医证型同时采用合适的口服中药和口服糖皮质激素类、抗组胺药物，微波/毫米波治疗，低强度激光治疗，光动力治疗等。中药的局部湿敷和擦洗也可采用。
 - 2) 临床症状以轻中度瘙痒、疼痛、灼热的患者，可以依据不同中医证型全治疗周期进行口服中药加针灸外治。灵活采用不同的中西药局部和（或）整体治疗。

4.2.6 慢性非特异性唇炎的疗效判定标准

推荐慢性非特异性唇炎疗效判定标准如下：

- a) 痊愈：主诉症状消失，唇红恢复弹性，颜色淡红，表面光滑无痂皮、无鳞屑、无渗出，按压无出血点、溢脓点，触诊无疼痛、瘙痒；
- b) 显效：主诉症状明显改善，糜烂面愈合，唇红表面无明显渗出物及渗出液，轻微充血，痂皮减少，轻微鳞屑，疼痛缓解，偶有瘙痒；
- c) 有效：主诉症状减轻，糜烂面积减小，唇红表面少许渗出物、渗出液，充血减轻，部分鳞屑。疼痛部分缓解，轻微瘙痒；
- d) 无效：主诉症状未减轻，唇部有新发病损，或渗出液增加，脓液分泌甚至伴发出血，渗出物增多，痂皮变厚，皲裂、疼痛、瘙痒加重。

4.2.7 慢性非特异性唇炎的预防、护理要点（强推荐）

慢性非特异性唇炎的预防和护理很重要，特别对于预防唇炎复发。症状轻微的慢性脱屑性唇炎可以先中医中药外治，以护理为主。慢性非特异性唇炎的预防、护理要点包括：

- a) 饮食调理：忌食辛辣腥发动风之物，避免局部刺激因素，宜清淡饮食；
- b) 局部护理：忌外用碱性洗涤用品，保持唇部湿润，戒除如搔抓、舔唇、咬唇及剥皮等不良习惯^[27]；
- c) 情志调理：消除急躁、悲观、抑郁和焦虑心理，避免精神紧张，增强治疗的信心^[28, 29]。

参 考 文 献

- [1] WANG Y, LIN L, WANG Y, et al. Analysis of clinical presentations, lip transepidermal water loss and associated dermatological conditions in patients with chronic cheilitis[J]. *Sci Rep*, 2022, 12(1):22497.
- [2] 王守儒. 中西医结合口腔科学[M]. 北京:科学技术文献出版社, 2018.
- [3] 陈谦明. 口腔黏膜病学[M]. 5版. 北京:人民卫生出版社, 2020.
- [4] 刘德坤, 杨磊, 曲剑华. 国医大师陈彤云从“脾阴不足”论治慢性唇炎经验探析[J]. *北京中医药*, 2023, 42(9):998-1000.
- [5] ENAMANDRAM M, DAS S, CHANEY K S. Cheilitis and urticaria associated with stannous fluoride in toothpaste[J]. *J Am Acad Dermatol*, 2014, 71(3):e75-e76.
- [6] SILVERBERG J I, CHAUBAL M, WARSHAW EM, et al. Prevalence and trend of allergen sensitization in patients with cheilitis referred for patch testing, North American Contact Dermatitis Group data, 2001-2018[J]. *Contact Dermatitis*, 2023, 88(4):300-314.
- [7] OREN-SHABTAI M, SNAIST I, NOYMAN Y, et al. Topical and systemic retinoids for the treatment of cutaneous viral warts: A systematic review and meta-analysis[J]. *Dermatol Ther*, 2021, 34(1):e14637.
- [8] WEINDL G, ROEDER A, SCHÄFER-KORTING M, et al. Receptor-selective retinoids for psoriasis: focus on tazarotene[J]. *Am J Clin Dermatol*, 2006, 7(2):85-97.
- [9] CAI L, WEI J, MA D, et al. Predisposition of hypersensitivity in patients with exfoliative cheilitis[J]. *J Dent Sci*, 2022, 17(1):476-481.
- [10] 郭骧, 刘宏伟. 慢性唇炎伴药物接触过敏治疗一例[J]. *中国口腔医学继续教育杂志*, 2019, 22(6):348-352.
- [11] 郑志忠. 外用糖皮质激素效能分级的临床意义[J]. *中华皮肤科杂志*, 2007, 40(9):583-584.
- [12] LIU J, SHI L, WANG X, et al. Tacrolimus 0.03% ointment treatment in exfoliative cheilitis: A randomized controlled clinical trial and monitoring blood concentration[J]. *J Oral Pathol Med*, 2021, 50(2):251-259.
- [13] ZHANG Q Q, XU P, SUN C, et al. Topical tacrolimus with different frequency for exfoliative cheilitis: a pilot study[J]. *J Dermatolog Treat*, 2022, 33(1):550-554.
- [14] WANG S, NURXAT N, WEI M, et al. Cheilitis in an atopic dermatitis patient associated with co-infection of *Staphylococcus pseudintermedius* and *Staphylococcus aureus*[J]. *BMC Microbiol*, 2023, 23(1):130.
- [15] LI M, LI Y, XIANG L, et al. Efficacy and Safety of Mucopolysaccharide Polysulfate Cream for Non-Exudative Eczema: A Systematic Review and Meta-Analysis[J]. *Front Med (Lausanne)*, 2021, 8:788324.
- [16] 高丽娟. 他克莫司软膏联合多磺酸粘多糖乳膏治疗剥脱性唇炎的疗效及安全性研究[J]. *皮肤病与性病*, 2021, 43(1):94-96.
- [17] LUO Y, LUAN X L, SUN Y J, et al. Effect of recombinant of bovine basic fibroblast growth factor gel on repair of rosacea skin lesion: A randomized, single-blind and vehicle-controlled study[J]. *Exp Ther Med*, 2019, 17(4):2725-2733.
- [18] 中国医师协会皮肤科医师分会. 保湿润肤类产品应用指导专家共识(2023版)[J]. *中华皮肤科杂志*, 2023, 56(8):711-715.
- [19] 中华医学会皮肤性病学分会免疫学组特应性皮炎协作研究中心. 中国特应性皮炎诊疗指南(2020版)[J]. *中华皮肤科杂志*, 2020, 53(2):81-88.
- [20] 李林育, 席建元. 双解通圣散治疗慢性唇炎临床研究[J]. *亚太传统医药*, 2020, 16(2):149-151.
- [21] 王丽. 唇炎中医辨证治疗[J]. *中国中西医结合皮肤性病学杂志*, 2010, 9(4):232-233.
- [22] 王念平, 殷莉. 健脾除湿祛风方加减治疗慢性唇炎44例[J]. *河南中医*, 2016, 36(9):100-102.

- [23] 王云娜,王阿玲,黎顺平. 基于数据挖掘探讨慢性唇炎中医外治法用药规律[J]. 中国当代医药, 2024, 31(27):117-120.
- [24] 李芳梅,江晓梅,冯桥,等. 自制紫归唇膏结合壮医药线点灸治疗慢性唇炎的临床观察[J]. 中医外治杂志, 2022, 31(4):19-21.
- [25] 沈漪,罗冬青. 芩柏软膏加紫色消肿膏治疗慢性唇炎[J]. 长春中医药大学学报, 2014, 30(1):150-151.
- [26] 曹艳红,潘富强,贾恒,等. 针刺联合祛风除湿方治疗慢性唇炎的临床观察[J]. 广州中医药大学学报, 2020, 37(3):453-455.
- [27] BLAGEC T, GLAVINA A, Špiljak B, et al. Cheilitis: A cross-sectional study-multiple factors involved in the aetiology and clinical features[J]. Oral Dis, 2023, 29(8):3360-3371.
- [28] 唐锐. 护理干预对慢性脱屑性唇炎治疗效果的探讨[J]. 全科护理, 2012, 10(33):17.
- [29] 魏娇,焦凯,刘青等. 慢性唇炎与人格特质、皮质醇的相关性研究[J]. 临床口腔医学杂志, 2021, 37(12):757-760.
-

