

口腔癌前病变—— 白斑与扁平苔藓

许国祺 李秉琦 李辉奉 编著

中国医药科技出版社

口腔癌前病变

——白斑与扁平苔藓

主 编 许国棋
李秉琦
李辉摹

中国医药科技出版社

登记证号: (京) 075 号

内 容 提 要

《口腔癌前病变——白斑与扁平苔藓》一书, 由北京医学院、北京医科大学、华西医科大学、上海第二医科大学、解放军总医院、第四军医大学广州军区总医院等 8 个单位的口腔科专家撰写。本书对口腔癌前病变的病因、病理、诊断和防治等的叙述都达到了世界先进水平, 充分体现并突出了我国近年来在这方面的研究成果, 并采用国外最新的进展资料 and 我国的传统医学的理论和实践经验, 因之本书内容丰富, 资料翔实, 具有中国特色, 是具有相当学术水平的一本专著。

口腔癌前病变——白斑与扁平苔藓

主编 许国祺 李秉琦 李辉

*

中国医药科技出版社 出版

(北京西外北礼士路甲 38 号)

(邮政编码 100810)

本社激光照排室 排版

北京市昌平精工印刷厂 印刷

新华书店北京发行所 发行

*

开本 787×1092mm¹/₁₆ 印张 15 插页 2

字数 350 千字 印数 1—4730

1992 年 6 月第 1 版 1992 年 6 月第 1 次印刷

ISBN 7-5067-0482-X/R · 0420

定价: 10.50 元

主 编

许国祺 李秉琦 李辉莘

编 著 者

(以姓氏笔划为序)

方祥忠	卢 红	史慧宝	朱延馨	许国祺
吴少鹏	陈作良	李秉琦	李辉莘	林 梅
庞劲凡	张元坚	张廷发	张筱林	郑麟蕃
胡碧琼	栾文民	徐达逵	徐治鸿	陆先韞
曹宏康	曹家信	黄永谦	章魁华	程 慧
曾光明	韩桃娟	解京丰		

序 言

癌症已成为世纪病,威胁着人类的生命,对癌症的挑战和征服就成为人类的天职;近十余年来,防患于未然的思想也促进了对某些癌前病变和癌前状态的研究,并且获得了较大的成就,常见的具有潜在恶变危险的口腔粘膜疾病如口腔白斑、口腔扁平苔藓以及口腔红斑、口腔粘膜下纤维性变等在发病因素、病变机理、临床诊断和防治方面的研究进展就是一个例证。

1978年在卫生部和解放军总后卫生部的领导下,我国成立了第一个全国性的粘膜病研究协作组——口腔白斑、扁平苔藓及其癌变防治研究协作组(简称“两病”协作组),由8个单位组成:北京医院、北京医科大学、解放军总医院、华西医科大学、上海第二医科大学、第四军医大学、湖北医学院和广州军区总医院。为口腔癌前病变研究作出了重要贡献的有:韩宗琦、徐达逵、方祥忠、栾文民、张乐天、郑麟蕃、俞家振、胡碧琼、曹采芳、朱延馨、孙开华、章魁华、徐治鸿、洪民、周继林、曹家信、庞劲凡、肖卓然、李秉琦、王顺英、黄亚筠、曾光明、张文清、许国祺、曹宏康、史慧宝、郝以明、陈华、韩桃娟、陆先韞、李辉莘、陈正汉、徐学义、杨霖、戴策安、张元坚等数十位专家教授。参与这项协作研究的单位和个人则更多,这里不再一一列举,谨表示衷心的感谢。

1984年在“两病”协作组第四次会议上,对数年来的研究工作进行了学术总结,与会者一致认为在“两病”的研究中,不论病因、病理和防治等各方面都已经达到甚至超过了世界先进水平,而且推动了我国口腔粘膜病学的发展。会议决定作为一项重大科技成果上报卫生部及总后卫生部(1986年获卫生部乙级成果奖),并建议结合国内外的研究进展,撰写一部专著以利于学术交流和提高。

根据上述精神,组成了本书编委会,由8个单位推出部分同志参加具体撰写工作。为便于读者浏览及使用,分为上下两篇,上篇主要讨论白斑,下篇主要讨论扁平苔藓及其他癌前病变和相关疾病,各篇都分章叙述流行病学、临床、病理、病因、诊断、治疗和预防。内容除充分体现并突出我国近年来的研究成果外,并采用国外最新的进展资料 and 我国传统医学的理论和实践经验,以冀本书成为内容丰富、资料翔实、具有中国特色和相当学术水平的一本专著。但是由于编者水平所限,我们的工作只能起到抛砖引玉的作用,如果本书能对口腔医学、肿瘤医学、预防医学等学科有一定实用价值,给科学研究工作者和临床工作者提供一些有用的知识和资料,为促进国际和国内“两病”研究的深入开展尽到一些微薄的力量,我们就会感到极大的欣慰和满足。编著者甚或未能充分而准确地反映出“两病”的现状和前景,但我们愿意奉献给读者一颗真挚的心,希望广大医学工作者给本书以宝贵的建议和批评。由于本书是由各单位分工编写,因此不求学术观点和文字风格的统一;重复和疏漏之处在所难免,也望读者予以鉴谅和指正。

本书的写作和出版是在卫生部、中央保健局、解放军总后卫生部的领导和支持下,中国医药科技出版社和中国医科院药研所等单位的大力协助下得以完成。北京医院、华西医科大

学及湖北医学院的部分同志在整理、校对、缮写方面进行了大量的工作,在此一并致以深切的谢意!

许国祺 李秉琦 李辉華

一九八九年七月一日

目 录

上篇 口腔粘膜白斑

第一章 口腔白斑的流行病学研究	(1)
一、引言	(1)
二、口腔白斑定义的演变	(1)
三、全国 OLK 流行病学抽样调查方案	(4)
四、全国 OLK 流行病学抽样调查报告	(8)
第二章 临床表现	(21)
一、病因方面的特点	(22)
二、性别方面的特点	(28)
三、年龄方面的特点	(29)
四、发病部位方面的特点	(30)
五、症状方面的特点	(31)
六、去除刺激因素后白色斑块变化方面的特点	(32)
七、局部表现方面的特点	(33)
第三章 组织病理学	(37)
一、临床病理分类	(37)
二、组织病理学研究	(38)
三、超微结构研究	(44)
四、细胞学研究	(47)
五、组织化学研究	(48)
六、细胞动力学研究	(49)
七、临床病理变化和预后的关系	(49)
第四章 诊断	(54)
一、临床诊断	(54)
二、病理诊断	(56)
三、其它辅助诊断	(57)
第五章 病因研究	(59)
一、白斑与局部刺激因素	(59)
二、吸烟与口腔白斑	(60)
三、白色念珠菌与口腔粘膜白斑	(67)
四、口腔白斑微循环的研究	(76)
五、白斑患者的系统性研究	(77)

六、白斑的发病机理	(80)
七、发病与癌变机理的研究近况简介	(81)
第六章 实验研究	(93)
一、口腔粘膜白斑症的动物模型研究	(93)
二、口腔粘膜白斑治疗的实验研究	(99)
第七章 口腔白斑的治疗	(103)
一、去除一切致病因素	(103)
二、药物治疗	(104)
三、外科手术治疗	(114)
四、冷冻疗法	(116)
五、放射治疗	(117)
六、矫形治疗	(117)
七、中医辨证施治	(118)
第八章 白斑的预防	(122)
一、白斑的专科预防	(122)
二、综合预防和控制	(126)

下篇 口腔扁平苔藓

第一章 流行病学研究	(129)
一、定义	(129)
二、病史回顾	(129)
三、患病情况	(131)
四、性别	(132)
五、年龄	(133)
六、部位	(134)
七、职业	(135)
八、病程	(136)
九、调查中有关发病因素	(136)
十、临床分型	(138)
十一、癌变情况	(139)
第二章 临床表现	(141)
第一节 口腔病损	(141)
一、好发部位	(141)
二、自觉症状	(141)
三、病损形态	(141)
四、各部位病损主要特点	(143)
五、临床分型	(144)
第二节 口腔其他临床表现	(145)

一、口腔扁平苔藓与白斑合并存在	(145)
二、口腔扁平苔藓与盘状红斑狼疮合并存在	(146)
三、口腔扁平苔藓和红斑(赤斑)合并存在	(147)
第三节 皮肤病损	(147)
一、口腔扁平苔藓与皮肤扁平苔藓间发病情况	(147)
二、皮肤病损的临床表现	(148)
第四节 全身症状及伴随的全身疾病	(149)
第五节 苔藓样反应	(150)
第三章 组织病理学	(152)
一、光学显微镜观察	(152)
二、电子显微镜观察	(156)
三、组织化学	(159)
四、免疫病理	(159)
五、放射自显影研究	(162)
六、细胞动力学研究	(162)
七、组织测量研究	(162)
八、诊断	(163)
九、鉴别诊断	(163)
十、癌变问题	(168)
第四章 诊断	(171)
一、病史	(171)
二、临床症状	(171)
三、组织病理学诊断	(172)
四、OLP 癌变的诊断	(173)
第五章 病因研究	(175)
一、自身免疫	(175)
二、遗传	(177)
三、系统性疾病	(178)
四、细菌与病毒	(180)
五、精神因素	(180)
六、药物及变态反应	(181)
第六章 治疗探讨	(184)
第一节 西医治疗	(184)
一、皮质类固醇	(184)
二、影响机体免疫功能的药物	(186)
三、性激素	(188)
四、维生素类	(188)
五、重金属类药物	(191)

六、放射治疗及物理治疗	(191)
七、手术治疗	(193)
八、去除局部因素	(193)
九、心理治疗	(193)
十、其他	(194)
第二节 中医辨证施治	(194)
一、病因分析	(194)
二、辨证要点	(194)
三、主要分型	(196)
四、扁平苔藓的施治方法	(197)
第三节 中西医结合的实验研究	(200)
一、微循环显微观察	(201)
二、血液流变学测定及活血化瘀药物治疗的研究	(202)
三、滋阴清热药的免疫实验研究	(203)
第七章 预防	(204)
一、口腔扁平苔藓的专科预防	(204)
二、口腔扁平苔藓的综合预防和控制	(207)
第八章 口腔白斑、口腔扁平苔藓与类似疾病的鉴别诊断	(209)
一、非角化性白色病变	(209)
二、白角化病	(210)
三、特殊性感染	(212)
四、银屑病	(214)
五、良性游走性舌炎	(216)
六、白色海绵状斑痣	(217)
七、赤斑病	(218)
八、口腔粘膜下纤维变性	(219)
九、光敏性角化病	(220)
十、唇炎	(221)
十一、盘状红斑狼疮	(222)
十二、类天疱疮	(223)
十三、剥脱性龈炎	(224)
十四、苔藓样反应	(226)
十五、其它全身性疾病的粘膜表征	(227)

上篇 口腔粘膜白斑

第一章 口腔白斑的流行病学研究

一、引言

白斑一词,虽系医学的专门名词,但容易按中文字面意思理解为“白色斑块”,口腔专科或某些医学专业人员可能完全理解“白斑”二字的真实含义,但也可能顾名思义,或有含糊不清的理解,不属于医学范畴的科技人员就不易理解,因之有必要赘述如下。

Leukoplakia 一词系由匈牙利皮肤病专家 Ernő Schimmer 于 1877 年首次提出。该词引入中国后,先后被译为“白斑病”,“白斑”,“白斑症”等名称。字典上解释为发生于颊粘膜、牙龈、或舌部的白色厚斑的一种疾病,有时出现裂痕。常见于吸烟者,有时变为恶性 (A New English-Chinese Medical Dictionary, 1976, Hong Kong)。这一含糊概念引起不少误解,它把发生在口腔粘膜所有的白色斑块,包括临床上不可擦掉的角化性病变和可擦掉的非角化性病变为主征的二大类疾病均包括在内;如角化性病变的白斑 (Leukoplakia)、局灶性角化病 (Local Keratosis)、口腔厚皮病 (Oral pachyderma)、单纯性过角化 (Hyperkeratosis simplex)、良性过角化 (Benign Hyperkeratosis) 等,以及硬腭烟草性白色角化病 (Leukokeratosis nicotina palati)、口腔扁平苔藓 (Oral lichen planus)、白色水肿 (Leukoedema)、白色皱襞性龈口炎 (White folded gingiva-stomatitis)、罕克氏病 (Heck's disease)、盘状红斑狼疮 (Discoid lupus erythematosus)、以及 Zinsser-Engman-cole 综合征 (先天性角化异常综合征) 等。又如非角化性病变的白色念珠菌病 (Monilia Candidiasis)、游走性舌炎 (Migratory glossitis)、白癜风 (Vitiligo) 等。

从 70 年代以来,国内外学者均趋向于把良性的白色病变同具有癌前病变性质的白斑予以区分。

本书为了避免与其它学科译名为“白斑”疾病的名词相混淆,统称为口腔白斑 (Oral leukoplakia 简写为 OLK)。

二、口腔白斑定义的演变

描述口腔白斑之前,由于 OLK 的概念,如前所述,在历史上发生过多较大变化,至今尚有争论,要阐明 OLK 这个名词或术语的定义,只有通过回顾 OLK 的概念的发生、发展、转变的过程,才能对 OLK 的定义有一个比较明确的认识,在使用时有清晰的理解。

(一) 沿革

1877年首次提出 Leukoplakia (LK) 一词,该名词是用来描述发生在粘膜上(不单是口腔粘膜)的白色或灰白色的角化性斑块状损害。直到二十世纪三十年代,Sturgis 和 Lund (1934) 追踪观察了 312 例 OLK 患者,发现 13% 患者发生癌变,为正常人的 12 倍。随后出现了许多关于 OLK 癌变的报道。有的报道 OLK 的恶变率竟高达 100%。Mackee 综合了较早发表的 28 篇文献后认为,平均有 30% OLK 癌变。从此人们普遍接受了 OLK 是癌前病变这一概念。同时也使人们走向凡白色损害都是 OLK,OLK 的极端都会癌变。直到五十年代,人们才开始认识到仅小部分白色损害可诊断为 OLK,在过去所谓的 OLK 中混杂有大量由于局部刺激因素引起的过度角化和亦可表现为口腔粘膜白色损害的其他疾病,如扁平苔藓、盘状红斑狼疮、白色水肿、白色皱襞性龈口炎等。但由于 OLK 的定义不统一,造成了名称、定义、诊断标准的长期混乱,因此,1963 年 Silverman 提出了 OLK 的诊断标准:“OLK 是口腔粘膜的白色斑块,不能被擦去,除去局部刺激因素后损害不逆转,在临床和病理上不能诊断为其它疾病”。由于过度角化在去除相应的刺激因素后可以逐渐消退,所以这一诊断标准排除了有明显局部理化刺激因素有关一类的白色角化病(Hyperkeratosis, HK)和其它亦可表现为白色损害的口腔粘膜病,进一步明确了 OLK 作为癌前损害的性质。但此定义不利于流行病学调查。经过反复多次的国际性讨论,均未取得较为统一的结论。直到 1978 年 WHO(世界卫生组织)口腔癌前病变协作中心为了进行世界范围内流行病学调查的需要,才制定了 OLK 的较为统一的定义:“OLK 是指发生在口腔粘膜上的白色损害,不能擦去,在临床和组织学上不能诊断为其它疾病”,并强调 OLK 仅仅是一与异常增生无关的临床术语。这一定义仍不能区分单纯性过角化和具有不典型增生的 OLK,此外,还忽视了 OLK 作为癌前病变的特点,因此是不够全面的。

1978 年我国也相应成立了口腔白斑和口腔扁平苔藓(简称“两病”)防治研究协作组。在 1978 年的首次“两病”协作会议上制定了我国第一个 OLK 的诊断标准:OLK 是口腔粘膜不能被擦掉的白色斑块。不同于假膜和水肿等其它白色损害。可分为:

单纯型:根据病损颜色,表面形状,硬度症状等分为二度。

I 度:浅白或不均匀白色,平或微高出粘膜面,不粗糙或略粗糙,柔软,可无症状或轻度不适。

II 度:乳白色隆起斑块,表面呈结节、颗粒和乳头状,很粗糙或有龟裂,扪之较硬,有不适感。

疣状型:乳白色,厚而高起,表面呈刺状或绒毛状突起,粗糙,质稍硬,可有不适感。

溃疡型:在增厚的白色斑块上有糜烂或溃疡,可有或无局部刺激因素,可有反复发作或有疼痛。

颗粒型:在充血发红的粘膜上,有颗粒状白色角化,高起表面不平,可有小片状或点状糜烂,有刺激痛。

(二) 定义

根据这一定义,协作单位和全国医院或卫生部门一起,在全国范围内开展了较大规模的“两病”流行病学调查。我国目前引用的“两病”的流行病学资料都是基于这一诊断标准上的。由于 1978 年 WHO 的 OLK 诊断标准和我国 1978 年“两病”协作组制订的标准忽视了白斑作为癌前病变的特点,包括了大量的单纯良性过角化损害,不利于 OLK 的癌变监

测和预防研究，也不利于 OLK 的适当治疗；因此 1983 年 WHO 又修订了白斑的诊断标准：OLK 是发生在口腔粘膜的白色斑块，临床和组织病理学上不能诊断为其它疾病，不应包括上腭的烟草性过角化及其它局部刺激因素引起的单纯性过角化，进一步指出 OLK 是癌前病变。

我国“两病”协作组第三次会议（1983，北京）依据 WHO 的定义修改为“发生在口腔粘膜上的白色角化斑块，属于癌前病变，不包括吸烟等局部刺激因素去除后可以消退的单纯性过角化。由此可见，OLK 和 OHK (Oral hyperkeratosis) 是两种性质完全不同的损害，前者是癌前损害，有不同程度的上皮异常增生，后者则为良性损害，有过角化，但无上皮异常增生，可以找到明确的致病因素如吸烟，去除刺激因素后，损害可以逆转。此定义明确了两点：①明确指出了 OLK 是一种癌前病变；②明确排除了由局部理化刺激因素引起的一大类白色角化病。但由于 OLK 与 OHK 的临床表现相似，往往容易在初诊时，特别是在流行病学调查时相混淆，造成 OLK 发病率偏高的现象。从历史上看，凡未致力于将 OHK 等良性白色损害从 OLK 的范畴中区分出来的研究资料，其恶变率都比较低，而致力于区分者，则恶变率较高（见表 1-1）。

表 1-1 OLK 诊断标准与恶变率

诊断标准	作 者	例 数	观察年限(年)	恶变率(%)	均 数(%)
包括 OHK	Sugar	86	11	5.8	4.48
	Skach	71	6	1.4	
	Mela	141	11	3.5	
	Einhorn	782	20	4.0	
	Silverman	117	5	6.0	
	Pindborg	248	3.7	4.4	
	Sugar	324	22	5.5	
	Roed—Petersen	331	12	3.6	
	Banoczy	520	8.7	5.9	
	Pindborg	170	7	3.5	
	Banoczy	670	30	6.6	
	Axell	20333	—	3.6	
排除 OHK	Cupta	1032	10	7.0	16.83
	Weisberger	22	4	36	
	Mineer	56	4	11.1	
	Banoczy	68	9	13.2	

我们认为，OHK 与 OLK 是两种性质截然不同的白色损害，理应加以严格区分，以指导临床选择恰当的处理方法。将不属于癌前病变 OLK（包括吸烟引起的），排除在 OLK 之外，而突出可转变成癌的 OLK，这样使 OLK 的患病率比较真实，有利于研究、临床的诊断、治疗和预防等。同时也缓解了多数白色角化病患者的精神负担，提高了医师、患者对 OLK 的警惕性。

三、全国 OLK 流行病学抽样调查方案

(一) 调查目的

1. 了解国人 OLK 的患病情况，说明我国开展白斑重点研究的必要性和重要性。
2. 了解国人 OLK 的地区分布规律与环境 and 局部刺激因素的关系。
3. 了解 OLK 的发病高峰年龄和性别差异。
4. 为各级卫生行政部门提供制订 OLK 防治规划的依据。
5. 调查结果将与世界各国 OLK 患病情况进行对比，为我国口腔预防医学领域中有关 OLK 的预防医学填补一项空白。

(二) 调查对象

为了解某地区口腔粘膜病的患病情况，应在居民中进行调查。而在工厂、机关、学校、养老院调查，虽然便于组织，但样本有其局限性，仅能代表某一阶层，而不能代表全地区的患病情况。在城市居民的调查中，建议采取随机选取居委会，而在中选的居委会中进行逐户调查。农村调查应选取远离城市的自然村并只限农村户口。如需进行长期纵向的调查研究，应结合城市的发展规划及方向使所选的自然村确保在今后的几十年内不受城市的影响而改变其农村的性质，最好选择距城市 50 公里以外的自然村，对自然村的全部成年居民进行逐户的调查。口腔粘膜病的调查除有特殊目的外，不应在门诊及住院病人中进行。本书调查对象为全国五大行政区 20 岁以上的人群。

(三) 调查项目

1. 患病率
2. OLK 均质型（单纯型）和非均质型（疣状型、溃疡型、颗粒型）的患病率
3. OLK 与诸局部刺激因素的关系
4. 年龄、性别差异
5. 地区分布规律
6. 在口腔内的分布
7. 癌变率

(四) 抽样原则

由于 OLK 在人群中的分布无一定的规律，为了使样本能代表总体的患病情况，采用随机整群多级抽样和分层抽样原则。

(五) 样本含量

因为口腔粘膜的患病率相对较低，所以一定要选取足够的样本量，其样本量的确定可参考表 1-2 和表 1-3。

因此，根据国外白斑的发病率和表 2、表 3 的要求，初步规定每个协作单位调查 5~10 个点，每个点人数在 1000 人以上。

(六) 调查前的准备工作

1. 调查人员

调查人员不应太多，以免众多检查者之间的差异使调查结果的可信限降低。

对所有的检查者必须进行培训及考核，对掌握各项标准的能力进行“校准”，使他们在

临床诊断上达到一致。检查方法的标准化及校准的目的为：

**表 1-2 精密度为 $\pm 5\%$ 及 $\pm 10\%$ ，
可信限为 95% 时不同患病率所需的样本量**

估计患病率(%)	精密度 $\pm 5\%$	精密度 $\pm 10\%$
2	80,000	20,000
3	45,000	10,000
4	35,000	9,000
5	30,000	7,000
6	25,000	6,000
7	20,000	5,000
8	20,000	4,500
9	15,000	4,000
10	15,000	4,000

**表 1-3 精密度为 $\pm 5\%$ 及 $\pm 10\%$ ，
可信限为 99% 时不同患病率所需的样本量**

估计患病率(%)	精密度 $\pm 5\%$	精密度 $\pm 10\%$
2	90,000	30,000
3	90,000	20,000
4	60,000	15,000
5	50,000	10,000
6	45,000	10,000
7	35,000	9,000
8	30,000	8,000
9	30,000	7,000
10	30,000	7,000

①要对观察和记录的各种疾病和状况的标准，保证对其解释、理解和使用上的一致。

②保证每个检查者都使用一致的标准来进行检查，使检查者之间的差异缩小到最低限度。

在培训的过程中，应找出所有可能在调查中遇到的典型病例进行示范或对照 WHO 发行的有关各粘膜病典型病例的幻灯片（我国几个大的口腔医学院均有）来学习，使每个检查者都熟悉各种诊断标准，并在检查中始终遵守。培训结束前应结合各种典型病人对每个检查者进行考核，直至合格为止。

在正式检查前应进行预检并对检查者本人及检查者之间进行差异检验使其达到允许范围。调查后应随机抽取一部分样本进行复查，对某些没有明确诊断的病损，应请主持人裁决。

2. 器械准备

采用平面口镜、自然光线，每人采用双口镜法检查口腔粘膜。

(七) 调查表格及表格使用方法

按唇、唇联合、颊、前庭沟、牙龈、舌、舌腹、口底、硬腭、软腭顺序仔细检查，或按 WHO 的 43 区划分法顺序进行(图 1-1)，其部位记录可按上述两种方法的一种加以记录。每个被检者持一份表 4，而检查者持一份图 1，以供填写依据。

表格填写代号及检查标准如下：

序号：按检查顺序编写，如多个单位协作检查，各单位可先自行编号然后由协作组统一编号，填入登记号项。

单位：按不同街道、农村编号。

检查者：为每位检查医生编号。

职业：1——工人

2——农民

3——干部

4——军队干部

5——知识分子（教师、医生、工程师、文艺工作者等）

6——家务

文化程度：0——文盲

1——小学

2——中学

3——大学

性别：1——男

2——女

年龄：按实足年龄填写。

日期：检查日期年、月、日。

检查标准

癌 1：阳性发现

OLK1：均质型

2：非均质疣状型

3：非均质颗粒型

4：非均质溃疡型

红斑 1：阳性发现

扁平苔藓 1：丘疹、网状型（树枝状、条索状、环状等）

2：萎缩型

3：溃疡型（糜烂型）

4：斑块型

5：疱型

义齿性口炎 1：单纯局部型

2：单纯全口型

表 1-4 口腔粘膜白斑、扁平苔藓及某些疾病的调查表格

序号 Case no. 1 (5) 单位 (6) (7) 城市 1 (8) 农村 2 (8)

检查者 Examiner (9) (10) 职业 (11) 文化程度 (12) 性别 sex M=1 F=2 (13)

日期 Date 姓名 Name 地址 Address 年龄 Age (14) (15)

(1) (5) 日期 19 (6) (7) 登记号 (8) (12)

如无阳性发现可留下空格

(13)	部	位	癌	白斑	红斑	扁平 苔藓	义齿性 口炎	白色念 珠菌病	(20)
(21)									(28)
(29)									(36)
(37)									(44)
(45)									(52)
(53)									(60)
(61)									(68)

吸烟者 唇 (69) ☐

唇 烟 斑 (70) ☐

白色水肿 (71) ☐

裂 纹 舌 (72) ☐

舌乳头萎缩 (73) ☐

复发性口疮 (74) ☐

其 它 (75) ☐

1=偶尔 2=经常 吸烟习惯： 支/天 两/月 吸烟史 (年) 戒烟史 (月)

香烟 (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

旱烟 (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14)

烟丝 (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21)

1=偶尔 2=经常 白酒： (22) (23) (24) (25) (26)

局部刺激因素：牙锐缘 (27) 不良修复体 (28)

口干 (29) 口苦 (30) 口涩 (31) 灼痛 (32) 麻木 (33) 味觉减退 (34)

1=偶尔 2=经常 刷牙情况： 次/天 方式 牙膏 1=横 2=竖 3=不定 1=无 2=一般 3=药物

刷牙情况： (35) (36) (37) (38)

嚼槟榔习惯 1=偶尔 2=经常 片/天