

灼口综合征临床实践循证指南

中华口腔医学会口腔黏膜病学专业委员会 中华口腔医学会中西医结合专业委员会
通信作者:陈谦明,浙江大学医学院附属口腔医院·浙江大学口腔医学院 浙江省口腔疾病临床医学研究中心 浙江省口腔生物医学研究重点实验室 浙江大学癌症研究院,杭州 310006, Email: qmchen@zju.edu.cn, 电话:0571-87113019;曾昕,四川大学华西口腔医院口腔黏膜病科 口腔疾病研究国家重点实验室 国家口腔疾病临床医学研究中心,成都 610041, Email: zengxin22@163.com, 电话:028-85501484

【摘要】 灼口综合征(burning mouth syndrome, BMS)是最常见的口腔黏膜病之一,尽管国内外报道的治疗方法多种多样,但目前仍缺乏公认有效的治疗方案,其诊疗依然是现阶段临床工作的一个难题。由中华口腔医学会口腔黏膜病学专业委员会和中西医结合专业委员会牵头,在WHO指南制定手册的指导下,以推荐意见分级的评估、制订及评价(grading of recommendations assessment, development and evaluation, GRADE)系统为工具制定了国内外首部BMS临床实践循证指南,指南就BMS的治疗前检查、去除局部刺激、药物治疗、物理治疗、心理治疗和抗精神病药物治疗共6个方面形成27条推荐意见,其中治疗前检查和去除刺激因素方面形成强推荐意见3条,弱推荐意见12条,在治疗方面形成12条弱推荐意见,为现阶段BMS的临床诊疗提供参考和依据。

【关键词】 循证医学; 口腔黏膜; 灼口综合征; 指南

Evidence-based clinical practice guidelines for burning mouth syndrome

Society of Oral Medicine, Chinese Stomatological Association, Society of Traditional Chinese Medicine Combined with Western Medicine, Chinese Stomatological Association

Corresponding author: Chen Qianming, Stomatology Hospital, School of Stomatology, Zhejiang University School of Medicine & Clinical Research Center for Oral Diseases of Zhejiang Province & Key Laboratory of Oral Biomedical Research of Zhejiang Province & Cancer Center of Zhejiang University, Hangzhou 310006, China, Email: qmchen@zju.edu.cn, Tel: 0086-571-87113019; Zeng Xin, Department of Oral Medicine, West China Hospital of Stomatology, Sichuan University & State Key Laboratory of Oral Diseases & National Clinical Research Center for Oral Diseases, Chengdu 610041, China, Email: zengxin22@163.com, Tel: 0086-28-85501484

【Abstract】 Burning mouth syndrome (BMS) is one of the most common mucosal diseases. Although a variety of therapies have been reported to treat BMS, there is a lack of widely recognized therapies and it is still a dilemma for clinicians to treat BMS. Led by the Chinese Stomatological Association, the first edition of evidence-based guideline for clinical practice of BMS was developed under the guidance of WHO Handbook for Guideline Development. The 27 recommendations were formed from the following 6 aspects: pre-treatment examination, removal of stimuli, medication, physical therapy, psychological therapy and antipsychotics. There are 3 strong recommendations and 12 weak recommendations in pre-treatment examination and removal of stimuli, as well as 12 weak recommendations in therapies, which could provide the references for clinical practice of

DOI: 10.3760/ema.j.cn112144-20200831-00486

收稿日期 2020-08-31 本文编辑 孔繁军

引用本文:中华口腔医学会口腔黏膜病学专业委员会,中华口腔医学会中西医结合专业委员会.灼口综合征临床实践循证指南[J].中华口腔医学杂志,2021,56(5):458-467. DOI: 10.3760/ema.j.cn112144-20200831-00486.

注:本指南的制定过程和推荐意见英文版已发表于J Oral Pathol Med, 2020, 49(7): 701-710. DOI: 10.1111/jop.13082.



向药物(舒尼替尼、帕唑帕尼、伊马替尼等)、降压药物(尤其是血管紧张素转换酶抑制剂类)、抗精神病类药物(抗焦虑、抗抑郁、抗惊厥药物等)、抗反转录病毒类药物、抗生素(头孢菌素、氯霉素和青霉素等)、质子泵抑制剂、止痛药和雌激素类等^[18-27]。

推荐意见 2: 血常规检查(2C: 推荐强度弱, 证据质量低)

Lin 等^[28]对 BMS 组(399 例)与对照组(399 例)行血红蛋白含量检查, BMS 组中 89 例(22.3%)血红蛋白含量低于正常范围, 且显著低于对照组($P < 0.01$)。

推荐意见 3: 血糖检查(2C: 推荐强度弱, 证据质量低)

Morr Verenzuela 等^[29]对 659 例 BMS 患者行空腹血糖检查, 156 例(23.7%)血糖高于正常范围。

推荐意见 4: 对围绝经期女性行雌激素水平检查(2C: 推荐强度弱, 证据质量低)

Gao 等^[18]对 BMS 组绝经期和绝经后女性(47 例)与对照组的雌激素水平进行比较, BMS 组卵泡刺激素水平显著高于对照组, 雌二醇水平显著低于对照组($P < 0.05$)。

推荐意见 5: 行焦虑测试(2B: 推荐强度弱, 证据质量中等)、抑郁测试(2B: 推荐强度弱, 证据质量中等)和压力测试(2D: 推荐强度弱, 证据质量极低)

Galli 等^[11]对 14 篇关于 BMS 与精神因素相关性研究的文献进行系统评价, 并对其中 5 篇进行数据合并显示: 焦虑和抑郁对 BMS 的发生有重要作用。原始文献中使用的测试量表包括: 抑郁焦虑量表、明尼苏达多项人格量表、汉密尔顿抑郁量表等。Uma Maheswari 和 Gnanasundaram^[30]分析了 25 例 BMS 患者的病因, 其中 12 例病因为压力。

推荐意见 6: 观察口腔黏膜湿润度(2D: 推荐强度弱, 证据质量极低), 并按压双侧大唾液腺观察唾液分泌(2D: 推荐强度弱, 证据质量极低)

该推荐意见基于专家共识。

推荐意见 7: 行真菌涂片检查(2D: 推荐强度弱, 证据质量极低)

Sardella 等^[31]对 BMS 组(61 例)和对照组(54 例)行真菌涂片检查, 两组间真菌检出率差异无统计学意义($P > 0.05$)。

推荐意见 8: 检查义齿(2C: 推荐强度弱, 证据质量低)

Svensson 和 Kaaber^[32]对配戴可摘义齿的 BMS

组(30 例)与对照组(26 例)进行比较, BMS 组每日使用义齿的次数显著减少, 舌间隙减小, 咬合位置不正确, 垂直距离增加, 两组间差异有统计学意义($P < 0.05$)。

推荐意见 9: 检查牙周健康状况(2C: 推荐强度弱, 证据质量低)

Gao 等^[18]对 BMS 组(87 例)与对照组(82 例)进行牙周炎的单因素分析, 显示两组间差异有统计学意义, 牙周炎是 BMS 的危险因素之一($\chi^2 = 4.59, P = 0.032$)。

2 去除局部刺激

推荐意见 10: 调磨锐利牙尖(1D: 推荐强度高, 证据质量极低)、拔除无保留价值的残根残冠(1D: 推荐强度高, 证据质量极低)

该推荐意见基于专家共识。

推荐意见 11: 去除不良修复体(1C: 推荐强度高, 证据质量低)

Lamey 和 Lamb^[33]对 150 例 BMS 患者进行研究, 121 例配戴义齿, 其中 64 例义齿的设计被认定为是重要的刺激因素, 该部分患者重新制作义齿后, 其中 33 例症状得到缓解。

推荐意见 12: 对患有牙周疾病者行牙周基础治疗(2C: 推荐强度弱, 证据质量低)

证据见推荐意见 9。

推荐意见 13: 对患有颞下颌关节疾病者进行治疗(2D: 推荐强度弱, 证据质量极低)

Corsalini 等^[34]对 44 例 BMS 患者进行研究, 其中 29 例被诊断患有颞下颌关节疾病, 诊断标准为 1992 年发布的颞下颌关节紊乱疾病研究用诊断标准。

推荐意见 14: 纠正口腔不良习惯(2C: 推荐强度弱, 证据质量低)

Ko 等^[35]对 140 例 BMS 患者进行研究, 发现 75 例存在至少一种口腔不良习惯(包括咬舌、咬颊、紧咬牙等)。

推荐意见 15: 纠正不良用药习惯(2C: 推荐强度弱, 证据质量低)

不良用药习惯包括不经医师诊治自行用药、滥用抗生素等。Gao 等^[18]对 BMS 组(87 例)与对照组(82 例)进行自行用药的单因素分析, 显示两组间差异有统计学意义, 自行用药是 BMS 的危险因素之一($\chi^2 = 13.31, P < 0.01$)。

3 药物治疗

推荐意见 16: 2%~4% 碳酸氢钠液含漱(2D: 推

荐强度弱,证据质量极低)

2%~4% 碳酸氢钠液的主要作用为抑制真菌繁殖。杨映阳等^[36]将 2%~4% 碳酸氢钠漱口液或氯己定漱口液、口服胸腺肽肠溶片与谷维素-维生素 B₂-维生素 E 联用作为药物治疗方案用于 300 例 BMS 患者,总有效率为 20%,该方案与舌神经局部封闭联用的总有效率为 54.5%,该药物治疗方案与心理治疗联用,有效率为 60.4%。

推荐意见 17: 谷维素-维生素 B₂-维生素 E 联合口服 (2D: 推荐强度弱,证据质量极低)

谷维素-维生素 B₂-维生素 E 联用是国内传统的治疗 BMS 的用药方案,谷维素和维生素 B₂-维生素 E 联用可改善口腔黏膜的末梢循环,调整患者的植物神经功能,减轻患者更年期综合征的症状^[37]。临床研究多将该疗法作为对照组,有效率为 40%~70%,常用剂量为:谷维素 3 次/d, 10 mg/次;维生素 B₂ 3 次/d, 10 mg/次或 20 mg/次;维生素 E 1 次/d, 100 mg/次。疗程为 4~5 周^[38-40]。

推荐意见 18: 谷维素片口服 (2D: 推荐强度弱,证据质量极低)

谷维素片有改善植物神经功能失调、调节内分泌等作用,可用于更年期综合征等疾病的治疗^[41]。国内文献有单独服用谷维素片或谷维素片与复合维生素 B 片联用治疗 BMS 的报道。临床研究中单独服用谷维素片多作为对照组,有效率为 45%~66%,常用剂量为 3 次/d, 20 mg/次。疗程为 3 周至 3 个月^[42-43]。

推荐意见 19: 维生素 B₁ 片口服 (2D: 推荐强度弱,证据质量极低)

维生素 B₁ 片有抗氧化、治疗神经炎的作用^[45]。莫朝阳和刘谨^[46]将 38 例 BMS 患者分为试验组 (26 例) 和对照组 (12 例),对照组将维生素 B₁ 片、谷维素片和复合维生素片联用,治疗有效率为 66.0%,试验组 (穴位注射) 的有效率为 84.6%。

推荐意见 20: 甲钴胺片口服 (2D: 推荐强度弱,证据质量极低)

甲钴胺对神经递质乙酰胆碱的合成具有一定促进作用,并具有营养神经、修复被损伤神经组织等功能,主要应用于高同型半胱氨酸血症和周围神经病变的治疗^[47]。陈宇轩等^[48]将 68 例 BMS 患者分为试验组 (34 例) 和对照组 (34 例),试验组口服氟哌噻吨美利曲辛 (一种抗抑郁、抗焦虑药物) 联合甲钴胺片 (3 次/d, 0.5 mg/次, 疗程 1 个月),总有效率为 85.3%,显著优于对照组 (谷维素+维生素 B₂+维生素 E,

总有效率为 41.2%) ($P < 0.01$)。

推荐意见 21: 芦笋胶囊口服 (2C: 推荐强度弱,证据质量低)

芦笋 (精) 胶囊的主要成分为芦笋。有研究表明芦笋胶囊有镇痛、安眠、生津止渴的作用,目前多用于癌症的辅助治疗及放、化疗后口干舌燥,食欲不振,全身倦怠者。文献报道服用芦笋胶囊可缓解 BMS 患者的灼痛、口干症状,可改善睡眠^[37, 49]。周红梅等^[37]将 60 例 BMS 患者分为试验组 (30 例) 和对照组 (30 例),试验组口服芦笋胶囊 (3 次/d, 2 粒/次, 疗程 1 个月) 的总有效率为 92.6%,显著优于对照组 (30 例,服用谷维素-维生素 B₂-维生素 E,总有效率为 66.7%) ($P < 0.05$),且与对照组相比,试验组舌灼痛显著减轻,每日饮水量显著减少,睡眠时间显著增加 ($P < 0.05$)。

4 物理治疗

推荐意见 22: 低能量激光治疗 (2C: 推荐强度弱,证据质量低)

低能量激光疗法 (low level laser therapy, LLLT, 又称弱激光疗法) 是一种无创、无痛的激光疗法,具体作用机制尚未达成共识,低能量激光有较好的镇痛、抗炎作用,常用于慢性疼痛的治疗^[50]。Al-Maweri 等^[51]对 10 篇文献 (5 篇随机对照研究、3 篇对照研究、2 篇病例序列研究) 进行系统评价,大部分文献显示 LLLT 疗法可有效减轻 BMS 患者的疼痛感。因纳入研究异质性大,未合并数据分析。

5 心理治疗和抗精神病药物治疗

在本指南制定过程中,纳入了心理治疗和抗精神病药物的相关临床问题,并针对部分临床问题形成了推荐意见,但因口腔医师不具备心理治疗的专业知识,且无抗精神病药物的处方权,因此该部分的 5 条推荐意见仅供参考。在临床工作中,若判断患者需要进行心理治疗和使用抗精神病药物,需将患者转诊至相关科室。

推荐意见 23: 心理治疗 (2C: 推荐强度弱,证据质量低)

心理治疗是一个专业且复杂的治疗过程,需要专业的心理医师进行,口腔医师在对患者进行心理疏导无效后应将患者转诊至相关科室进行心理治疗。心理治疗包括多种治疗方法,其中的认知行为治疗在 BMS 治疗中最常用。

推荐意见 24: 认知行为治疗(2C: 推荐强度弱, 证据质量低)

认知行为治疗的目标是通过改变患者不正确的认知, 纠正患者的错误观点和行为。认知行为治疗是精神类疾病的常用疗法, 也是一些慢性疼痛疾病的疗法之一^[52]。Komiyama 等^[53]对 24 例 BMS 患者进行认知行为治疗, 治疗后的疼痛程度、焦虑评分和抑郁评分均显著降低($P < 0.05$)。Bergdahl 等^[54]将 30 例 BMS 患者分为试验组(15 例)和对照组(15 例), 试验组每周接受 1 次持续 1 h 的认知行为治疗, 共 12~15 次。对照组接受安慰剂治疗, 试验组疼痛缓解显著优于对照组($P < 0.01$)。

推荐意见 25: 集体心理治疗(2C: 推荐强度弱, 证据质量低)

集体心理治疗为综合心理治疗方案中的一种辅助治疗, 通常以 2~10 人的小组形式进行, 由临床医师主持, 帮助患者正确认识疾病及其相关因素, 解决一些共同的心理问题, 且集体心理治疗常配合认知行为治疗进行^[53, 55-56]。Miziara 等^[57]将 48 例 BMS 患者分为试验组(24 例)和对照组(24 例), 试验组接受集体心理治疗, 被分为每组 4 人的小组, 进行心理访谈, 1 次/周, 共 3 周, 对照组接受安慰剂治疗(1 个月), 试验组疼痛缓解显著优于对照组($P = 0.04$)。

推荐意见 26: 氯硝西洋含化(2B: 推荐强度弱, 证据质量中等)

氯硝西洋为苯二氮草类抗惊厥药物, 还可能作用于 γ -氨基丁酸 A 型受体抑制疼痛传导^[58]。Rodríguez de Rivera Campillo 等^[59]将 66 例 BMS 患者分为试验组(33 例)和对照组(33 例), 试验组(氯硝西洋片, 每次 0.5 mg 含化 3 min 后吐出, 每日不超过 4 次, 疗程 1 个月)和对照组(33 例, 同样方法含化安慰剂)治疗 1 和 6 个月后, 试验组口腔疼痛缓解显著优于对照组($P < 0.05$)。

推荐意见 27: 氯硝西洋片口服(2C: 推荐强度弱, 证据质量低)

Fenelon 等^[60]研究显示, 39 例 BMS 患者中 23 例口服氯硝西洋片(1 mg/d), 16 例口服阿米替林(10 mg/d), 均至少服用 3 个月。治疗 6 周和 3 个月后, 两组患者灼痛感均明显好转, 两组间疼痛缓解程度差异无统计学意义($P > 0.05$)。

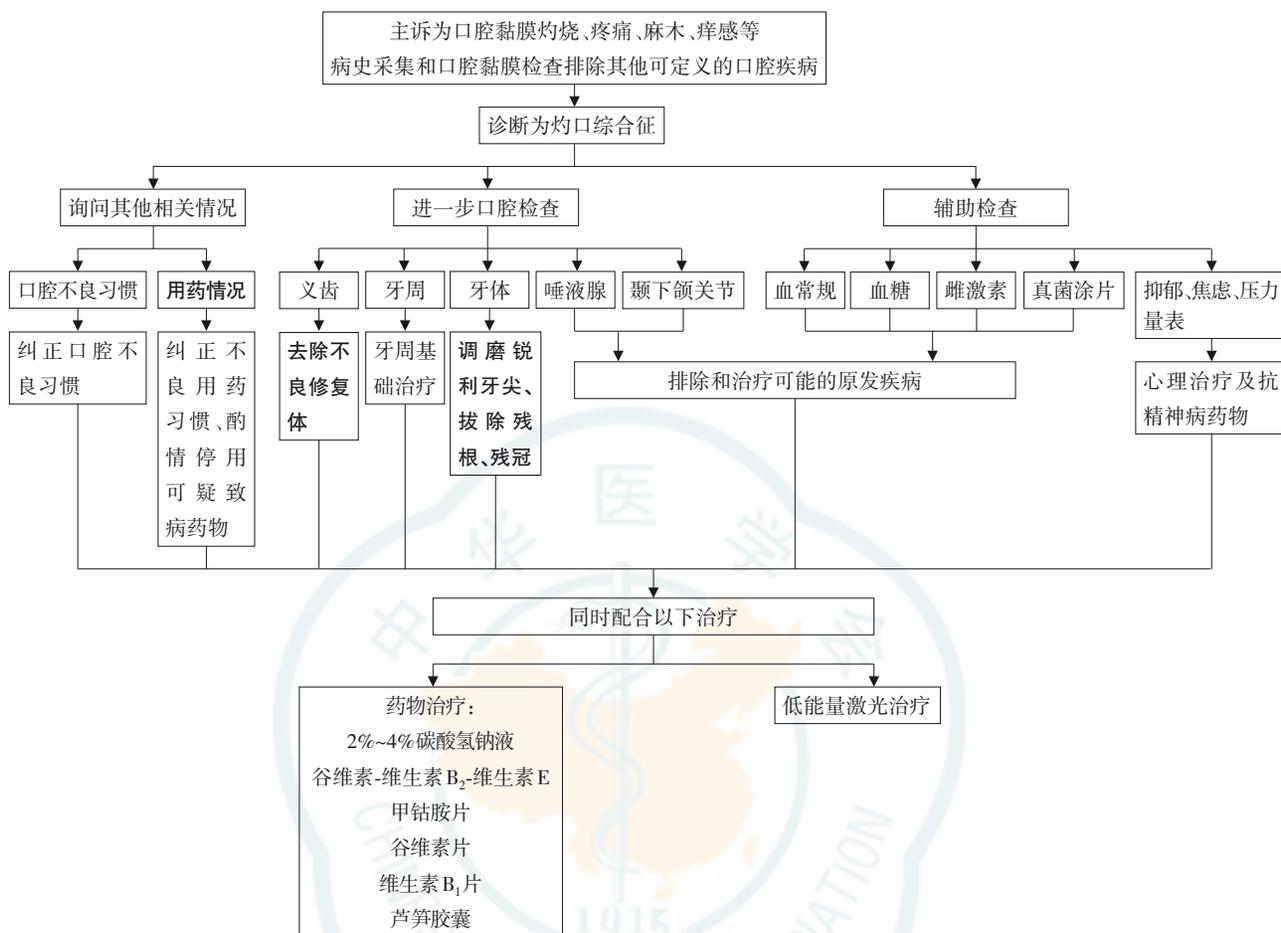
讨 论

尽管 BMS 是最常见的口腔黏膜病之一, 但病因尚不明确, 缺乏公认有效的治疗方法, 且由于口腔黏膜病医师相对缺乏、各地区间诊疗水平的差异以及目前尚无可靠的指南或专家共识, 即使是口腔黏膜病专科医师在 BMS 的临床诊疗过程中, 也仅能参考教科书、病理报告及个人经验, 这使得在现阶段临床工作中, BMS 的诊疗仍是一个比较棘手的问题。在此背景下, 经中华口腔医学会委托和立项, 在 40 余位口腔黏膜病学及循证医学专家的共同努力下, 制定了 BMS 临床实践循证指南。

国内以往口腔方面的指南多基于专家经验和意见而不是客观证据, 指南的制定过程及结果报告不透明, 且缺乏患者参与。近年来, 随着循证医学的发展, 循证指南的制定已成为趋势和主流。循证医学提倡医师在进行诊疗方案选择时, 应尽可能参考当前的最佳证据, 并结合临床经验和患者意愿, 而临床实践循证指南的推荐意见恰是结合了证据、患者意愿和专家临床经验等形成的共识性推荐建议。科学制定临床实践循证指南, 对提高医务人员的医疗水平、规范医疗行为、提高医疗质量、科学分配医药资源和保障患者权益等方面有重要作用^[61]。

本指南的制定在循证医学的指导下进行, 以目前国际上推荐使用的 GRADE 系统为工具, 参考了国内外多部权威指南的制定规范进行。指南制定工作开展初期, 即成立了包括国内 16 个省和直辖市的 40 位口腔黏膜病科专家的口腔黏膜病专家组, 这些专家均有丰富的口腔黏膜病诊疗经验和先进的诊疗理念, 代表了国内口腔黏膜病诊疗的最高水平。由专家组成员评分选出目前 BMS 诊疗工作中亟需解决的 74 个临床问题, 作为本指南制定纳入讨论的临床问题。围绕这 74 个临床问题, 指南制定工作组进行全面的文献检索, 以现阶段可获得的国内外相关研究作为证据, 并依据 GRADE 系统对证据进行分级, 将证据分为高、中、低和极低质量 4 个等级。在推荐意见形成过程中, 专家组成员参考了支持和反对某项诊疗措施的现有证据、可能的不良反应、医疗成本及患者意愿 4 个方面的信息, 并且使用德尔菲法投票形成推荐意见, 这些步骤均使得最终形成的推荐意见相对客观且具有较强的科学性, 而非仅依据专家个人经验或偏好。

本指南的制定, 为 BMS 的诊疗提供了科学的指导和参考, 规范了 BMS 的诊疗过程。即使是基



注:黑体部分为指南中强推荐意见

图1 基于指南推荐意见的灼口综合征(BMS)诊疗临床路径

层医师,也可以参考指南内容选择临床诊疗决策,以避免错误的诊疗方案对患者造成伤害。对于口腔黏膜病科专科医师,可拓宽其诊治思路,为其提供更多的专家意见作为参考。基于本指南形成的推荐意见,制定了BMS诊疗临床路径,以供临床医师参考(图1)。

作为首部BMS临床实践指南,本指南同样存在一定的不足。目前关于BMS的研究总体质量偏低,因此指南制定的证据来源质量较低。BMS病因学研究方面,缺乏大样本队列研究、病例对照研究等高质量研究;BMS治疗研究方面,目前多为样本量较小的低质量研究,缺乏大样本、多中心、多盲的高质量随机对照研究。目前国内外关于BMS的研究,所关注的结局指标不统一,尤其是国内的研究,仍然大量采用过去的“无效”“有效”“痊愈”等较主观的结局指标,未来的研究应尽量采用更客观可靠的结局指标,如视觉模拟评分量表疼痛评分、生活质量相关量表等可以量化的指标,双臂研究中尽量采用安慰剂为对照组。

本指南制定过程中,共有74个临床问题被纳入指南讨论范畴,但经过两轮专家意见采集,仅形成27条推荐意见,尤其是治疗方面,大部分临床问题均未形成推荐意见。这反映出目前国内BMS治疗方案的多样性和不统一性,应加强相关高质量研究的开展,还需要通过加强多中心合作与交流,增强专家共识,以指导临床医师的临床实践。同时,未形成推荐意见的临床问题也为后续BMS临床和基础研究提供了方向和重点。未来应围绕现阶段需要解决的临床问题,进行高质量、多中心的临床研究,以获得更高质量的证据,为BMS的诊疗工作提供更可靠的依据。

执笔 陈谦明(浙江大学医学院附属口腔医院·浙江大学口腔医学院)、曾昕(四川大学华西口腔医院)、江璐(四川大学华西口腔医院)、时玉洁(四川大学华西口腔医院)

专家组名单(按姓氏汉语拼音排序):蔡扬(贵阳医学院附属医院);陈瑞扬(天津市口腔医院);陈英新(吉林大学口腔医院);陈作良(厦门口腔医院);程斌(中山大学光华口腔医学院·附属口腔医院);但红霞(四川大学华西口腔医院);杜亮

(四川大学循证医学中心);段宁(南京大学医学院附属口腔医院·南京市口腔医院);范媛(南京医科大学附属口腔医院);关晓兵(首都医科大学口腔医学院);何虹(浙江大学医学院附属口腔医院·浙江大学口腔医学院);华红(北京大学口腔医学院·口腔医院);蒋伟文(上海交通大学医学院附属第九人民医院);林梅(四川大学华西口腔医院);刘宏伟(北京大学口腔医学院·口腔医院);刘青(第四军医大学口腔医学院);卢锐(武汉大学口腔医学院);聂敏海(西南医科大学附属医院口腔医学院);戚向敏(山东大学口腔医学院);石晶(山西省人民医院);孙正(首都医科大学口腔医学院);唐国瑛(上海交通大学医学院附属第九人民医院);陶入川(广西医科大学口腔医学院·附属口腔医院);王辉(首都医科大学口腔医学院);王万春(青岛市口腔医院);王文梅(南京大学医学院附属口腔医院·南京市口腔医院);王小平(同济大学口腔医学院);王智(中山大学光华口腔医学院·附属口腔医院);魏秀峰(吉林大学口腔医院);吴颖芳(中南大学湘雅口腔医学院);夏娟(中山大学光华口腔医学院·附属口腔医院);徐浩(四川大学华西口腔医院);张玉幸(北京医院);周曾同(上海交通大学医学院附属第九人民医院);周刚(武汉大学口腔医学院);周红梅(四川大学华西口腔医院);周永梅(上海交通大学医学院附属第九人民医院);周瑜(四川大学华西口腔医院)

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参 考 文 献

- [1] 陈谦明. 口腔黏膜病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012. Chen QM. Oral mucosal diseases[M]. Beijing: People's Health Publishing House, 2012.
- [2] McMillan R, Forssell H, Buchanan JA, et al. Interventions for treating burning mouth syndrome[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2016, 11(11): CD002779. DOI: 10.1002/14651858.CD002779.pub3.
- [3] Bergdahl M, Bergdahl J. Burning mouth syndrome: prevalence and associated factors[J]. J Oral Pathol Med, 1999, 28(8): 350-354. DOI: 10.1111/j.1600-0714.1999.tb02052.x.
- [4] Kohorst JJ, Bruce AJ, Torgerson RR, et al. A population-based study of the incidence of burning mouth syndrome[J]. Mayo Clin Proc, 2014, 89(11): 1545-1552. DOI: 10.1016/j.mayocp.2014.05.018.
- [5] Scala A, Checchi L, Montevicchi M, et al. Update on burning mouth syndrome: overview and patient management[J]. Crit Rev Oral Biol Med, 2003, 14(4): 275-291. DOI: 10.1177/154411130301400405.
- [6] Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition[J]. Cephalalgia, 2018, 38(1): 1-211. DOI: 10.1177/0333102417738202.
- [7] Medicine IO. Guidelines for clinical practice: from development to use[M]. Washington DC: Institute of Medicine National Academy, 1992.
- [8] WHO. WHO Handbook for guideline development[M/OL]. 2012[2020-08-31]. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75146/1/9789241548441_eng.pdf.
- [9] Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, et al. GRADE guidelines: 2. Framing the question and deciding on important outcomes[J]. J Clin Epidemiol, 2011, 64(4): 395-400. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2010.09.012.
- [10] Higgins JPT, Green S. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions version 5.1.0[EB/OL]. (2011-03-01) [2020-08-31]. <http://www.cochrane-handbook.org>.
- [11] Galli F, Lodi G, Sardella A, et al. Role of psychological factors in burning mouth syndrome: a systematic review and meta-analysis[J]. Cephalalgia, 2017, 37(3): 265-277. DOI: 10.1177/0333102416646769.
- [12] Zhang Y, Coello PA, Brozek J, et al. Using patient values and preferences to inform the importance of health outcomes in practice guideline development following the GRADE approach[J]. Health Qual Life Outcomes, 2017, 15(1): 52. DOI: 10.1186/s12955-017-0621-0.
- [13] Andrews J, Guyatt G, Oxman AD, et al. GRADE guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: the significance and presentation of recommendations[J]. J Clin Epidemiol, 2013, 66(7): 719-725. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2012.03.013.
- [14] Jaeschke R, Guyatt GH, Dellinger P, et al. Use of GRADE grid to reach decisions on clinical practice guidelines when consensus is elusive[J]. BMJ, 2008, 337: a744. DOI: 10.1136/bmj.a744.
- [15] 季新强, 刘志民. Delphi 法及其在医学研究和决策中的应用[J]. 中国药物依赖性杂志, 2006, 15(6): 422-426. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9718.2006.06.003.
- [16] Ji XQ, Liu ZM. Delphi method and its use in medical study and decision-making[J]. Chin J Drug Depend, 2006, 15(6): 422-426. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9718.2006.06.003.
- [17] Chen Y, Yang K, Marušić A, et al. A reporting tool for practice guidelines in health care: the RIGHT statement [J]. Ann Intern Med, 2017, 166(2): 128-132. DOI: 10.7326/M16-1565.
- [18] Chen QM, Shi YJ, Jiang L, et al. Management of burning mouth syndrome: a position paper of the Chinese Society of Oral Medicine[J]. J Oral Pathol Med, 2020, 49(7): 701-710. DOI: 10.1111/jop.13082.
- [19] Gao J, Chen L, Zhou J, et al. A case-control study on etiological factors involved in patients with burning mouth syndrome[J]. J Oral Pathol Med, 2009, 38(1): 24-28. DOI: 10.1111/j.1600-0714.2008.00708.x.
- [20] Yuan A, Kurtz SL, Barysaukas CM, et al. Oral adverse events in cancer patients treated with VEGFR-directed multitargeted tyrosine kinase inhibitors[J]. Oral Oncol, 2015, 51(11): 1026-1033. DOI: 10.1016/j.oraloncology.2015.09.003.
- [21] Abdollahi M, Radfar M. A review of drug-induced oral reactions[J]. J Contemp Dent Pract, 2003, 4(1): 10-31.
- [22] Salort-Llorca C, Mínguez-Serra MP, Silvestre FJ. Drug-induced burning mouth syndrome: a new etiological diagnosis[J]. Med Oral Patol Oral Cir Bucal, 2008, 13(3): E167-170.
- [23] Orsolini L, Tomasetti C, Valchera A, et al. An update of safety of clinically used atypical antipsychotics[J]. Expert Opin Drug Saf, 2016, 15(10): 1329-1347. DOI: 10.1080/14740338.2016.1201475.

- [23] Brailo V, Vućiaeeviae-Boras V, Alajbeg IZ, et al. Oral burning symptoms and burning mouth syndrome-significance of different variables in 150 patients[J]. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 2006, 11(3): E252-255.
- [24] Giudice M. Mouths on fire: drug-induced burning mouth syndrome[J]. *Can Pharm J*, 2008, 141(2): 132-134. DOI: 10.3821/1913-701X(2008)141[132:MOFDBM]2.0.CO;2.
- [25] Moura MD, Senna MI, Madureira DF, et al. Oral adverse effects due to the use of Nevirapine[J]. *J Contemp Dent Pract*, 2008, 9(1): 84-90.
- [26] Netto FO, Diniz IM, Grossmann SM, et al. Risk factors in burning mouth syndrome: a case-control study based on patient records[J]. *Clin Oral Investig*, 2011, 15(4): 571-575. DOI: 10.1007/s00784-010-0419-5.
- [27] Tarkkila L, Linna M, Tiitinen A, et al. Oral symptoms at menopause: the role of hormone replacement therapy[J]. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 2001, 92(3): 276-280. DOI: 10.1067/moe.2001.117452.
- [28] Lin HP, Wang YP, Chen HM, et al. Significant association of hematinic deficiencies and high blood homocysteine levels with burning mouth syndrome[J]. *J Formos Med Assoc*, 2013, 112(6): 319-325. DOI: 10.1016/j.jfma.2012.02.022.
- [29] Morr Verenzuela CS, Davis M, Bruce AJ, et al. Burning mouth syndrome: results of screening tests for vitamin and mineral deficiencies, thyroid hormone, and glucose levels-experience at Mayo Clinic over a decade[J]. *Int J Dermatol*, 2017, 56(9): 952-956. DOI: 10.1111/ijd.13634.
- [30] Uma Maheswari TN, Gnanasundaram N. Stress related oral diseases: a research study[J]. *Int J Pharma Bio Sci*, 2010, 1 (3): 1-10.
- [31] Sardella A, Lodi G, Demarosi F, et al. Causative or precipitating aspects of burning mouth syndrome: a case-control study[J]. *J Oral Pathol Med*, 2006, 35(8): 466-471. DOI: 10.1111/j.1600-0714.2006.00438.x.
- [32] Svensson P, Kaaber S. General health factors and denture function in patients with burning mouth syndrome and matched control subjects[J]. *J Oral Rehabil*, 1995, 22(12): 887-895. DOI: 10.1111/j.1365-2842.1995.tb00237.x.
- [33] Lamey PJ, Lamb AB. Prospective study of aetiological factors in burning mouth syndrome[J]. *Br Med J (Clin Res Ed)*, 1988, 296(6631): 1243-1246. DOI: 10.1136/bmj.296.6631.1243.
- [34] Corsalini M, Di Venere D, Pettini F, et al. Temporomandibular disorders in burning mouth syndrome patients: an observational study[J]. *Int J Med Sci*, 2013, 10(12): 1784-1789. DOI: 10.7150/ijms.6327.
- [35] Ko JY, Park IH, Park HK, et al. Outcome predictors of initial treatment with topical lubricant and parafunctional habit control in burning mouth syndrome (BMS) [J]. *Arch Gerontol Geriatr*, 2011, 53(3): 263-269. DOI: 10.1016/j.archger.2010.10.020.
- [36] 杨映阳, 吕宗凯, 杜胜男. 灼口综合征 300 例临床分析[J]. *医学综述*, 2014, 20(14): 2687-2688. DOI: 10.3969/j.issn.1006-2084.2014.14.080.
- Yang YY, Lyu ZK, Du SN. Clinical analysis of 300 cases of burning mouth syndrome[J]. *Med Recapitulate*, 2014, 20(14): 2687-2688. DOI: 10.3969/j.issn.1006-2084.2014.14.080.
- [37] 周红梅, 李秉琦, 周敏, 等. 芦笋精胶囊治疗灼口综合征的临床小结[J]. *临床口腔医学杂志*, 2000, 16(3): 174-175. DOI:10.3969/j.issn.1003-1634.2000.03.019.
- Zhou HM, Li BQ, Zhou M, et al. Clinical summary of asparagus essence capsule in the treatment of burning mouth syndrome[J]. *J Clin Stomatol*, 2000, (3): 174-175. DOI: 10.3969/j.issn.1003-1634.2000.03.019.
- [38] 李艳秋, 罗虹艺. 穴位注射灼口综合征的疗效观察 [J]. *牡丹江医学院学报*, 2002, 23(6): 34-35. DOI: 10.3969/j.issn.1001-7550.2002.06.024.
- Li YQ, Luo HY. Therapeutic effect of acupoint injection on burning mouth syndrome [J]. *J Mudanjiang Med Coll*, 2002, 23(6): 34-35. DOI: 10.3969/j.issn.1001-7550.2002.06.024.
- [39] 刘艳林, 张文玲. 中西医结合治疗灼口综合征 [J]. *中国社区医师: 医学专业*, 2011, 13(7): 131. DOI: 10.3969/j.issn.1007-614x.2011.07.141.
- Liu YL, Zhang WL. Treatment of burning mouth syndrome with integrated traditional Chinese and western medicine [J]. *Chin Community Doctors: Med*, 2011, 13 (7): 131. DOI: 10.3969/j.issn.1007-614x.2011.07.141.
- [40] 刘国霞, 刘志东, 郎江荣, 等. 康复新联合谷-核-E 疗法治疗灼口综合征疗效分析[J]. *长治医学院学报*, 2014, 28(4): 289-290. DOI: 10.3969/j.issn.1006-0588.2014.04.017.
- Liu GX, Liu ZD, Lang JR, et al. Effect analysis of Kangfuxin combined with Oryzanol-VitB₂-VitE therapy in the treatment of burning mouth syndrome[J]. *J Changzhi Med Coll*, 2014, 28(4): 289-290. DOI: 10.3969/j.issn.1006-0588.2014.04.017.
- [41] 张明明, 王超, 李亚丽. 何首乌饮联合谷维素治疗女性更年期综合征[J]. *河北医药*, 2013, (23): 3648-3649.
- Zhang MM, Wang C, Li YL. Polygonum multiflorum decoction combined with oryzanol in the treatment of female climacteric syndrome [J]. *Hebei Med J*, 2013, 35(23): 3648-3649.
- [42] 咏梅, 朱月梅, 乌兰其其格, 等. 维生素 B₁、B₁₂ 穴位注射治疗灼口综合征的初步观察[J]. *内蒙古医学杂志*, 2003, (6): 493-494. DOI: 10.3969/j.issn.1004-0951.2003.06.010.
- Yong M, Zhu YM, WuLan QG, et al. Point injection of vitamin B₁ and B₁₂ in burning mouth syndrome[J]. *Inner Mongolia Med J*, 2003, 35(6): 493-494. DOI: 10.3969/j.issn.1004-0951.2003.06.010.
- [43] 黄美珍, 宗娟娟. 维生素 B₁、B₁₂ 穴位注射治疗灼口综合征疗效观察 [J]. *江西医学院学报*, 2009, 49(9): 90-91, 93. DOI: 10.3969/j.issn.1000-2294.2009.09.029.
- Huang MZ, Zong JJ. Therapeutic efficacy of acupoint injection of vitamins B₁ and B₁₂ in the treatment of burning mouth syndrome[J]. *Acta Acad Med Jiangxi*, 2009, 49(9): 90-91, 93. DOI: 10.3969/j.issn.1000-2294.2009.09.029.
- [44] 马贵廷. 穴位注射维生素 B₁₂、维生素 B₁ 治疗灼口综合征 [J]. *中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志*, 2006, 14(4): 254. DOI: 10.3969/j.issn.1007-4856.2006.04.027.
- Ma GT. Acupoint injection of vitamin B₁₂ and vitamin B₁ in the treatment of burning mouth syndrome[J]. *Chin J Otorhinolaryngol Integr Tradit West Med*, 2006, 14(4): 254. DOI:10.3969/j.issn.1007-4856.2006.04.027.
- [45] Boe J. The Treatment of Post-Diphtheritic Poly-neuritis with Vitamin B₁[J]. *Acta Medica Scandinavica*, 1947, 128(6): 509-514.
- [46] 莫朝阳, 刘谨. 维生素 B₁、维生素 B₁₂ 穴位注射治疗灼口综合征 [J]. *口腔医学*, 2003, 23(2): 121. DOI: 10.3969/j.issn.1003-9872.2003.02.027.
- Mo ZY, Liu J. Acupoint injection of vitamin B₁ and vitamin B₁₂ in the treatment of burning mouth syndrome[J]. *J Stomatol*,

- 2003, 23(2): 121. DOI: 10.3969/j.issn.1003-9872.2003.02.027.
- [47] Zhang YF, Ning G. Mecobalamin[J]. Expert Opin Investig Drugs, 2008, 17(6): 953-964. DOI: 10.1517/13543784.17.6.953.
- [48] 陈宇轩, 韩小宪, 魏晓总. 氟派噻吨美利曲辛联合甲钴胺治疗灼口综合征疗效观察[J]. 人民军医, 2014, 57(3): 293-294, 301.
Chen YX, Han XX, Wei XZ. Therapeutic effect of halopethiazide-ton melitracen tablets (deanxit) combined with Mecobalamin in the treatment of burning mouth syndrome[J]. People's Military Surgeon, 2014, 57(3): 293-294, 301.
- [49] 李晓丽, 孟幻, 王贺. 芦笋精胶囊治疗灼口症的疗效分析与临床研究[J]. 中国医药指南, 2015, 13(9): 166-167.
Li XL, Meng H, Wang H. Efficacy analysis and clinical study of asparagus essence capsule in the treatment of burning mouth [J]. Guide China Med, 2015, 13(9): 166-167.
- [50] Pandeshwar P, Roa MD, Das R, et al. Photobiomodulation in oral medicine: a review[J]. J Invest Clin Dent, 2016, 7(2): 114-126. DOI: 10.1111/jicd.12148.
- [51] Al-Maweri SA, Javed F, Kalakonda B, et al. Efficacy of low level laser therapy in the treatment of burning mouth syndrome: a systematic review[J]. Photodiagnosis Photodyn Ther, 2017, 17: 188-193. DOI: 10.1016/j.pdpdt.2016.11.017.
- [52] Turner-Stokes L, Erkeller-Yuksel F, Miles A, et al. Outpatient cognitive behavioral pain management programs: a randomized comparison of a group-based multidisciplinary versus an individual therapy model[J]. Arch Phys Med Rehabil, 2003, 84(6): 781-788. DOI: 10.1016/s0003-9993(03)00015-7.
- [53] Komiyama O, Nishimura H, Makiyama Y, et al. Group cognitive-behavioral intervention for patients with burning mouth syndrome[J]. J Oral Sci, 2013, 55(1): 17-22. DOI: 10.2334/josnusd.55.17.
- [54] Bergdahl J, Anneroth G, Perris H. Cognitive therapy in the treatment of patients with resistant burning mouth syndrome: a controlled study[J]. J Oral Pathol Med, 1995, 24(5): 213-215. DOI: 10.1111/j. 1600-0714.1995.tb01169.x.
- [55] Krishna M, Honagodu A, Rajendra R, et al. A systematic review and meta-analysis of group psychotherapy for sub-clinical depression in older adults[J]. Int J Geriatr Psychiatry, 2013, 28(9): 881-888. DOI: 10.1002/gps.3905.
- [56] Steuer JL, Mintz J, Hammen CL, et al. Cognitive-behavioral and psychodynamic group psychotherapy in treatment of geriatric depression[J]. J Consult Clin Psychol, 1984, 52(2): 180-189. DOI: 10.1037//0022-006x.52.2.180.
- [57] Miziara ID, Filho BC, Oliveira R, et al. Group psychotherapy: an additional approach to burning mouth syndrome[J]. J Psychosom Res, 2009, 67(5): 443-448. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2009.01.013.
- [58] Cui Y, Xu H, Chen FM, et al. Efficacy evaluation of clonazepam for symptom remission in burning mouth syndrome: a meta-analysis[J]. Oral Dis, 2016, 22(6): 503-511. DOI: 10.1111/odi.12422.
- [59] Rodríguez de Rivera Campillo E, López-López J, Chimenos-Küstner E. Response to topical clonazepam in patients with burning mouth syndrome: a clinical study [J]. Bull Group Int Rech Sci Stomatol Odontol, 2010, 49(1): 19-29.
- [60] Fenelon M, Quinque E, Arrive E, et al. Pain-relieving effects of clonazepam and amitriptyline in burning mouth syndrome: a retrospective study[J]. Int J Oral Maxillofac Surg, 2017, 46(11): 1505-1511. DOI: 10.1016/j.ijom.2017.03.032.
- [61] 胡晶, 詹思延. 中国临床实践指南制定的现状与建议[J]. 中国循证心血管医学杂志, 2013, 5(3): 217-218. DOI: 10.3969/j.1674-4055.2013.03.003.
Hu J, Zhan SY. Current situation and suggestions of Chinese clinical practice guidelines [J]. Chin J Evid Based Cardiovasc Med, 2013, 5 (3): 217-218. DOI: 10.3969/j.1674-4055.2013.03.003.

·读者·作者·编者·

关于开辟“快速通道”发表论文的说明

为了更迅速地反映我国口腔医学各专业领域的新进展和成果,本刊编委会已实行对有重大创新和国内首创的科研成果采用“快速通道”方式,使其尽早刊出。今后凡属“快速通道”论文均在目录和论文首页的文题前注有“*”,希望口腔医务工作者积极支持和参与。

本刊自2000年第6期起已开始启用“快速通道”的发表方式。凡要求在“快速通道”发表的论文,作者应提供关于论文创新性的书面说明和省级以上图书馆或医学信息研究所等单位出具的查新报告及两位同行专家(至少1位应与第一作者不在同一单位)书面推荐函,以说明该项成果的学术价值。作者可推荐3~5名审稿专家(需注明其详细联系方式)供编辑部参考。应提供作者通信地址、电话、手机及Email、传真等联系方式。论文投寄本刊后,经国内同行专家、本刊总编辑和中华医学会杂志社主管领导分别审阅同意并得到责任编辑确认后,将在3个月内予以发表。