

精神心理因素与口腔扁平苔藓的相关性研究进展

王芳 刘炆 周明莉 高琪

河北医科大学第二医院口腔内科,石家庄 050000

通信作者:高琪,Email:gaoqi0715@126.com

【摘要】 口腔扁平苔藓(OLP)是一种口腔黏膜的慢性炎症性疾病,好发于中年女性,世界卫生组织(WHO)将其列为口腔潜在恶性疾患范畴。发病原因和发病机制尚不清楚,可能与遗传、免疫、感染、内分泌、微循环障碍、系统性疾病及口腔局部刺激等因素有关。研究表明,精神因素与OLP的发生、发展密切相关,负性生活事件作为应激源可造成神经-内分泌-免疫系统紊乱,OLP患者独特的人格特征影响其对应激源的认识、反应和接受能力。本文将对近年来有关OLP与精神因素的相关性研究做一综述。

【关键词】 扁平苔藓,口腔; 情绪障碍; 应激,心理学; 人格特征; 负性生活事件

基金项目:河北省2019年政府资助临床医学优秀人才培养项目(23)

引用著录格式:王芳,刘炆,周明莉,等.精神心理因素与口腔扁平苔藓的相关性研究进展[J/OL].中华口腔医学研究杂志(电子版),2021,15(5):320-324.

DOI:10.3877/cma.j.issn.1674-1366.2021.05.012

Research progress on the relationship between mental/psychological factors and oral lichen planus

Wang Fang, Liu Yang, Zhou Mingli, Gao Qi

Department of Stomatology, the Second Hospital of Hebei Medical University, Shijiazhuang 050000, China

Corresponding author:Gao Qi, Email:gaoqi0715@126.com

【Abstract】 Oral lichen planus (OLP) is a chronic inflammatory disease of oral mucosa, which usually occurs in middle-aged women. WHO lists it as oral potentially malignant disorders. The pathogenesis are not clear, which may be related to heredity, immunity, infection, endocrine, microcirculatory disorders, systemic diseases and oral local stimulation. Studies have shown that mental factors are closely related to the occurrence and development of OLP. Negative life events as stressors can cause neuroendocrine-immune system disorders. The unique personality characteristics of patients with OLP affect their understanding, response and acceptance of stressors. This article will review the studies on the relationship between oral lichen planus and mental/psychological factors in recent years.

【Key word】 Lichen planus, Oral; Mood disorders;

Stress, psychological; Personality characteristics; Negative life events

Fund program: Hebei Province Government - funded Excellent Talents Training Project in Clinical Medicine in 2019 (23)

DOI:10.3877/cma.j.issn.1674-1366.2021.05.012

口腔扁平苔藓(oral lichen planus, OLP)是一种慢性黏膜炎症性疾病,患病率为0.1%~4%,是仅次于复发性口腔溃疡的常见口腔黏膜疾病^[1]。该病好发于中年女性,长期糜烂病损有恶变倾向,世界卫生组织(World Health Organization, WHO)将其列入癌前状态范畴。一项Meta分析表明,约1.1%的OLP会发生癌变^[2]。OLP临床上可分为网状型、丘疹型、斑块型、萎缩型/糜烂型、溃疡型和大疱型等6种形态^[3],病损大多对称,可发生于口腔任何黏膜,多见于颊黏膜,黏膜上可同时出现多种病损,病损区黏膜可发生充血、糜烂、溃疡、萎缩和水疱等表现。患者自觉黏膜粗糙木涩,进食刺激性食物时敏感灼痛,累及舌体时可能会出现烧灼感和味觉障碍,红斑和糜烂性病损可能会导致明显的疼痛、烧灼感、肿胀、刺激和出血,部分病例会出现吞咽困难,眼、耳和生殖器受累的表现^[4]。病变常反复发作,迁延不愈,给患者造成生理和心理上的不适和痛苦,导致抑郁、焦虑的发生,降低生活质量。

OLP的病因目前尚不明确,临床和基础研究表明可能与遗传、感染、免疫、内分泌、精神因素及相关全身疾病有关。其中,细胞介导的局部免疫应答紊乱在OLP的发生、发展中具有重要作用^[5]。多个研究证实,精神因素与OLP的发生、发展关系密切^[6],随着现代心身医学的不断发展和社会环境的改变,精神因素对OLP的影响开始受到广泛关注,本文将对近年来关于精神因素与OLP的相关性研究做一综述。

研究表明,多数OLP患者经历过工作、生活中的不愉快甚至巨大打击,出现焦虑、抑郁等情绪改变。OLP患者多伴有精神心理方面的异常,两者之间的关系大致分为以下四类:(1)精神因素是OLP发生的原因;(2)患者精神方面的异常是OLP导致的结果;(3)不能确定精神因素是否是OLP的病因,但精神因素可能与OLP的加重相关;(4)精神心理因素与OLP关系密切,但并未就二者之间的关系作具体说明。一般认为,精神因素与疾病的关系为:不同应激源作用于不同个性特征的个体产生不同的情绪反应^[7]。与之相应,OLP与

精神因素的研究也集中在3个方面:(1)情绪障碍与OLP的关系;(2)人格因素与OLP的关系;(3)负性生活事件与OLP的关系。

一、情绪障碍与口腔扁平苔藓的关系

情绪障碍(emotional disorders),也称情感障碍或心境障碍(mood disorders),是指正常情感反应的夸张、混乱和减退。心境障碍可分为躁狂发作、抑郁发作,双相障碍、持续性心境障碍,以及其他未分类的心境障碍。

情感障碍临床上分为2大类:(1)单相情感性障碍:可见抑郁、激惹或焦虑,或者是混合表现;(2)双相情感性障碍(bipolar disorder, BD),又叫躁郁症,是指既有躁狂发作又有抑郁发作的情感障碍。断定情感反应是否正常或病态,需根据以下3个条件,即情感反应强烈程度、持续时间的久暂和是否与所处的环境相符^[8]。

部分研究认为,情绪障碍与OLP关系密切^[9-11]。神经生理学研究认为,人类的情绪是脑内“情绪回路”活动的结果,情绪回路的发动和运转,依赖于去甲肾上腺素、肾上腺素、乙酰胆碱和5-羟色胺等神经递质^[8]。心理压力是生活中普遍存在的一个方面,通常由刺激触发,在大脑中引起生理反应,随后体内的免疫、内分泌和神经系统被激活,产生应激反应(stress response)。生活中的每个人都承受着不同的压力,一些人能很好地适应压力,但也有一些人可能会因无法适应和接受而导致焦虑或抑郁等情绪障碍。情绪障碍又可能通过激活CD8⁺淋巴细胞对皮损角质形成细胞上的抗原起触发作用而导致OLP病变的发生^[12]。

口腔黏膜对压力、焦虑、抑郁等情绪改变非常敏感,情绪改变通常会直接或间接从口腔黏膜上表现出来。许多研究者证实,焦虑、抑郁等心因性疾病会引起生理变化,扰乱激素、血管和肌肉功能,出现疼痛、烧灼感和溃疡等表现,从而导致口腔黏膜疾病如OLP、复发性阿弗他溃疡(recurrent aphthous ulcer, RAU)、灼口综合征(burning mouth syndrome, BMS)等的发生^[13]。情绪状态会影响神经内分泌系统,包括T细胞亚群迁移特性的改变。焦虑和抑郁等情绪障碍通过增加Th2反应而改变Th1/Th2细胞因子的平衡,从而促进了免疫功能的异常调节,这与自身免疫病的发生有密切关联^[14]。生活中的应激性事件导致的情绪不稳定与疾病的发生、发展和复发有关^[15]。

焦虑、抑郁等情绪障碍在OLP发生、发展中的作用机制可能与应激反应有关,应激通过增加下丘脑-垂体-肾上腺皮质轴(hypothalamic-pituitary-adrenal axis, HPA)的活动性影响患者免疫系统的自身稳定性。Kalkur等^[16]应用抑郁应激量表(DASS-42)研究发现,与对照组相比,OLP患者出现抑郁、焦虑和压力等精神障碍的频率更高,OLP的恶化与心理压力和焦虑有关。Valter等^[17]和Yang等^[18]也发表了类似的结果。Vilar-Villanueva等^[19]认为,心理障碍是引发OLP病变的重要因素,也是许多OLP复发的原因。也有学者没有发现OLP与抑郁和压力症状之间显著相关,但有与焦虑相关的趋势^[20]。在Gupta等^[21]的研究中,患者和对照组之间的抑郁和

压力得分有显著差异,但焦虑得分差异没有统计学意义。

还有学者认为,情绪障碍更可能是OLP损伤的结果^[22-23]。OLP易导致精神情绪障碍的发生,对临床阶段的OLP进行有效的治疗将减少患者的疼痛、主观不适和焦虑,减少出现抑郁症状的机会,并显著提高生活质量。有研究发现,睡眠障碍可能是OLP患者心理变化的前驱症状,因为OLP患者较差的睡眠质量与较高水平的焦虑和抑郁症状之间存在正相关关系^[24]。

也有一些研究结果显示OLP与焦虑、抑郁、压力等情绪障碍不相关。林玲等^[25]采用焦虑自评量表、抑郁自评量表、汉密尔顿焦虑量表(Hamilton anxiety scale, HAMA)、汉密尔顿抑郁量表(Hamilton depression scale, HAMD)对56例OLP患者进行测定,发现OLP患者的焦虑、抑郁等情绪障碍较正常组差异无统计学意义,故不能认为OLP的发生、发展与焦虑、抑郁等情绪障碍有关。其他研究也得出了相似结论^[12,26-27]。

二、人格特征与口腔扁平苔藓的关系

人格特征是个体在日常生活中所表现出的性格、气质、能力以及总的情绪和行为特征。大量临床研究证实:一些心身疾病与某些人格特征之间存在着一定的联系,不同类型的人格特征与疾病有较大的相关性,甚至有的还有因果关系^[28]。心理学认为,人格因素是影响应激反应强度的重要因素之一。弗洛伊德说:“一个人的人格特征决定了他处理应激源的方式。”某些人格特征易使人处于应激状态,影响应激反应强度,进而通过神经、内分泌和免疫系统媒介引起疾病。

人格特征影响患者对疾病的认识能力、反应程度和接受能力。年龄、性别和文化程度可能会对患者的人格特征产生影响。OLP患者往往具有典型的内向及情绪不稳定的人格特点,这与OLP发病有一定的相关性^[29]。高海莲^[30]根据艾森克人格量表分析,OLP组精神质和神经质高于对照组,说明OLP患者表现出孤独、难以适应环境变化、情绪不稳定、焦虑、紧张和易冲动等特征;OLP患者具有明显的神经质和精神质特征^[31],高神经质者倾向于把生活事件解释为消极的事件,对外界刺激易产生强烈的情绪反应,控制情绪的能力差,难以适应外界环境的变化。张梅华等^[32]利用大五人格量表对OLP患者人格分析后发现,有OLP疾病者较健康患者在神经质、外向性、开放性、宜人性和责任感等5个人格方面有显著性差异,行为和性格常表现为喜怒无常、脆弱、被动、易怒、挑剔、粗心大意等人格品质。在这些因素中,神经质与压力关系密切,成正相关,而压力大者较普通人更易病。压力和神经质水平之间的密切关系可能是因为高度神经质的人无法有效地应对压力源,这会增加从事件中感受到的压力量。Hasel等^[33]通过60例OLP患者研究其与意志力、大五人格因素、感知压力和抑郁之间的关系,认为人格结构可能在触发压力和抑郁和OLP本身方面起到有效作用,神经质者更容易感知压力,容易产生抑郁。

三、负性生活事件与口腔扁平苔藓的关系

负性生活事件是指个体在社会生活过程中所经历的各种

种变动,它会使个体产生不安、消沉、焦虑等情绪情感体验,影响个体的情绪向消极方面发展^[34]。研究发现,93.7%的OLP患者在发病或恶化之前至少发现了一次应激性生活事件^[15],OLP患者在病前一年内的负性生活事件分值显著高于对照组,提示负性生活事件与OLP的发生可能有关^[35]。OLP患者经历的负性生活事件较多,而又缺乏有效的应对方式,可能导致心理应激的出现,当应激的强度超过个体的适应能力,就会产生心理不适感,同时HPA轴被激活,促使肾上腺分泌糖皮质激素(在人体主要指皮质醇)并释放入血,糖皮质激素对单核细胞和前炎症细胞因子的生成起负性调节作用,造成免疫抑制^[36],导致OLP的发生。侯大为等^[37]研究发现,负性生活事件、消极的人格特征通过应激反应导致OLP患者皮质醇升高,皮质醇的异常说明机体心理内分泌免疫网络的紊乱。

四、讨论与展望

1. 发病相关:现有研究认为,精神因素对OLP的影响可能是通过应激实现的,但也不能排除精神因素导致其他致病因素的改变而对疾病发挥作用的可能。应激是机体在各种内外环境因素及社会、心理因素刺激时所出现的全身性非特异性适应反应,又称为应激反应,这些刺激因素称为应激源。当受到应激作用时,人就会产生一种相应的反应,并在新的情况下逐渐地适应。如果人不能适应这种刺激,就可能在生理上或心理上产生异常,甚至可能发生疾病。在这个过程中,机体会出现神经内分泌系统的变化,其中主要是HPA轴和交感-肾上腺髓质(sympathesis-adrenal-medulla, SAM)轴的激活。HPA轴激活后主要通过糖皮质激素作用于免疫系统,而SAM轴激活后,通过儿茶酚胺类物质与免疫细胞膜上的受体结合影响免疫系统。HPA轴被认为是应激与疾病之间不可或缺的核心环节。Chaudhary^[38]发现,心理应激源在OLP的发病机制中起着重要作用,可以进一步推测,这些应激源形成了与OLP的发病机制有关的各种自身免疫反应的起点。

生活事件本身的性质和个体对各类事件的认知、评价和应对能力的不同及人格特征的差异共同决定了应激反应的严重程度。负性生活事件作为应激源,是个体产生情绪障碍的重要原因。个体不同的个性特征决定其对刺激的反应,也影响负面情绪的产生及严重程度。患者HPA轴异常激活,皮质激素分泌增加,前额叶皮层、杏仁核和海马体等情绪中枢神经系统受到一定影响,促使抑郁情绪的产生^[39]。焦虑、抑郁等情绪障碍成为影响OLP发生、发展的重要因素之一。

负性生活事件产生的不良刺激使患者出现应激反应,不同的个性特征使患者对应激的反应程度不同,而焦虑、抑郁是应激所致的常见的情绪障碍,负面情绪导致患者机体免疫、内分泌等系统出现异常,导致疾病发生。而随着病程的延长,焦虑抑郁等负面情绪加重,出现更多负性生活事件,疾病严重程度再次增加,导致恶性循环。

有关精神因素与OLP关系的相关研究中,关于二者关系的看法分为两类,大部分研究认为精神因素与OLP之间有重

要关系,少数学者认为二者之间没有直接联系。而在肯定二者之间相关性的研究之中,部分学者表示,精神心理因素是OLP发病的重要原因,OLP患者在发病前经历了多件应激性生活事件,导致情绪障碍,影响免疫系统而引起OLP发病;另外的研究认为精神心理方面的改变是患病的结果,OLP患者发病后患处疼痛不适、反复发作、难以治愈,久而久之出现心理障碍;少数理论认为精神障碍与OLP的发展及恶化有关,焦虑抑郁等异常的情绪使病情加剧;但更多的是通过试验发现OLP患者的负性生活事件、焦虑抑郁情绪等水平高于正常人,且具有神经质和精神质等独特的人格特征来判断二者之间有关系,二者之间的因果关系并没有具体说明。

目前,关于精神因素与OLP的关系的研究较少且结论具有争议,但各项观察和研究更倾向于精神因素与OLP之间具有相关性且与OLP的发病关系密切。大部分患者在发病前都经历了来自生活、工作和家庭的各种应激性生活事件,具有对压力接受能力差且反应大等特殊的人格特征,患有焦虑和抑郁等情绪障碍,且多项临床试验也证明在药物治疗的基础上加上心理干预比单纯药物治疗效果好。翟梅等^[40]通过研究发现,盐酸舍曲林联合心理治疗通过调节机体神经递质水平及免疫、内分泌系统功能,有效改善患者焦虑抑郁情绪,控制病情进展,提升患者生活质量。周毅等^[41]通过对比药物治疗和药物加心理干预治疗的疗效证明心理治疗可以提高疗效,降低OLP复发频率,促进病损愈合,缩短病程。赵聪^[42]进行OLP的临床治疗,在药物治疗的基础上结合心理干预能取得更显著的疗效。这些研究从另一方面证明了精神因素与OLP的相关性。

2. 治疗相关:OLP患者有时会出现疼痛、粗糙不适等临床表现,影响某些食物的摄入;病情反复发作,迁延不愈,治疗周期长且疗效较不显著,再加上对未知病变的恐惧,容易出现心理障碍,削弱患者的意志与希望,降低患者对事物的新鲜感和对生活的希望,从而降低患者的生活质量。Alves等^[43]使用SF-36量表发现4个心理领域中有3个领域受损,表明OLP对生活质量的负面影响,特别是情感方面,这些影响是由生理、心理和社交方面的损害引起的。OLP病损多呈慢性迁延、反复波动的过程,目前的治疗方法主要以缓解疼痛、治愈糜烂、降低癌变潜能为目的^[44],目的在于减轻痛苦和减少复发,心理方面的治疗并未得到足够的重视,对OLP的治疗不应只局限于药物治疗,针对患者精神因素进行心理干预和心理治疗应在临床进行推广,对患者进行心理加药物联合治疗,安抚患者情绪,使患者精神放松,有助于更好地治疗疾病,提升患者生活质量。

心理干预需专业医生进行,依据患者的病情严重程度进行分类,采用个体化治疗。具体方法:(1)心理支持治疗过程中,医生应与患者亲切交流,了解患者的病情和相关病因,特别注重心理精神因素如家庭、工作、学习压力及重大变故等;(2)向患者讲述OLP的病因、发展及预后,告知患者OLP的长期治疗特性,也可请已痊愈的患者现身说教,解除患者的恐惧、焦虑和抑郁等不良情绪,鼓励患者,使患者保持心情舒

畅,增强患者对医生的信任和对自已的信心;(3)组织患者参加户外活动,组织患者参与集体活动,使其融入集体生活,转移注意力,促进其保持心情愉悦;(4)改变不良生活习惯,规律作息、规律饮食,症状严重者可配合心理治疗药物进行治疗;(5)建立合作关怀模式^[45]:医护人员告知患者家属对患者关爱、理解和呵护的重要意义,使家属理解和支持患者,建立一种积极的、信任的氛围,使患者学会与医护人员交流与合作,提高患者的生活质量;(6)在治疗过程中要通过长期的心理疏导来解决患者的心理状态,不能通过短期的心理反馈来决定是否继续心理治疗,给予患者信心,帮助患者建立长期的心理问题疏导^[46]。

3. 目前研究的不足之处:(1)不同研究采用的心理评价量表不同,缺少一个统一的标准来衡量,这就造成了结果的差异;(2)现有研究选择的病例都来源于口腔诊所和医院的有典型症状的患者,人群中尚有未发现的病例和无症状的病例,所以研究结果尚不能准确说明精神因素与OLP的相关性;(3)需更大样本量、以群众为基础的研究来探讨两者的关系;(4)有的研究将OLP分为糜烂型和非糜烂型,其他研究则没有对OLP进行分型,糜烂型和非糜烂型患者混在一起研究,这有可能导致结果的差异。

4. 发展与展望:目前精神因素与OLP之间的具体关系仍不清楚,现有的研究初步证明OLP与精神心理因素的关系是从负性生活事件、人格特征及情绪障碍3方面体现出来,这些因素可能通过应激反应影响神经内分泌免疫系统,导致疾病的发生和恶化。具体的病因与机制分析仍需大样本量及临床和基础结合研究来进行,以期明确精神心理因素与OLP的具体关系及发病机制,进而发现更好的治疗方法,减轻患者生理与心理上的痛苦甚至治愈疾病,提高患者生活质量。

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: 103.
- [2] Aghbari SMH, Abushouk AI, Attia A, et al. Malignant transformation of oral lichen planus and oral lichenoid lesions: A meta-analysis of 20095 patient data[J]. *Oral Oncol*, 2017, 68:92-102. DOI:10.1016/j.oraloncology.2017.03.012.
- [3] Chiang CP, Chang JYF, Wang YP, et al. Oral lichen planus: Differential diagnoses, serum autoantibodies, hematitic deficiencies, and management[J]. *Formos Med Assoc*, 2018, 117(9): 756-765. DOI:10.1016/j.jfma.2018.01.021.
- [4] Olson MA, Rogers RS, Bruce AJ. Oral lichen planus[J]. *Clin Dermatol*, 2016, 34(4): 495-504. DOI:10.1016/j.clindermatol.2016.02.023.
- [5] 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. DOI:10.3760/cma.j.issn.1002-0098.2012.07.004.
- [6] Pires ALPV, Simoura JADS, Cerqueira JDM, et al. Relationship of psychological factors with salivary flow rate and cortisol levels in individuals with oral lichen planus: A case-control study[J]. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*, 2020, 130(6):675-680. DOI:10.1016/j.oooo.2020.10.004.
- [7] 李张维,周瑜,赵曼,等. 精神因素与口腔扁平苔藓的相关性研究进展[J]. *中华口腔医学杂志*, 2009, 44(4):250-252. DOI:10.3760/cma.j.issn.1002-0098.2009.04.014.
- [8] 车文博. 心理咨询大百科全书[M]. 杭州:浙江科学技术出版社, 2001:314.
- [9] Pippi R, Romeo U, Santoro M, et al. Psychological disorders and oral lichen planus: Matched case-control study and literature review[J]. *Oral Dis*, 2016, 22(3):226-234. DOI:10.1111/odi.12423.
- [10] Chiappelli F, Cajulis OS. Psychobiologic views on stress-related oral ulcers[J]. *Quintessence Int*, 2004, 35(3):223-227.
- [11] Cerqueira JDM, Moura JR, Arsati F, et al. Psychological disorders and oral lichen planus: A systematic review[J]. *J Invest Clin Dent*, 2018, 9(4):e12363. DOI:10.1111/jicd.12363.
- [12] Hirota SK, Moreno RA, Dos Santos CHR, et al. Psychological profile (anxiety and depression) in patients with oral lichen planus: a controlled study[J]. *Minerva Stomatol*, 2013, 62(3):51-56.
- [13] Suresh KV, Shenai P, Chatra L, et al. Oral mucosal diseases in anxiety and depression patients: Hospital based observational study from south India[J]. *J Clin Exp Dent*, 2015, 7(1):e95-e99. DOI:10.4317/jced.51764.
- [14] 莫珩,高承志,王少杰. 口腔扁平苔藓患者心理因素与唾液脱氢表雄酮水平的关联性分析[J]. *吉林大学学报(医学版)*, 2016, 42(1):94-98. DOI:10.13481/j.1671-587x.20160119.
- [15] Čanković M, Bokor-Bratić M, Novović Z. Stressful life events and personality traits in patients with oral lichen planus[J]. *Acta Dermatovenerol Croat*, 2015, 23(4):270-276.
- [16] Kalkur C, Sattur AP, Guttal KS. Role of depression, anxiety and stress in patients with oral lichen planus: A pilot study[J]. *Indian J Dermatol*, 2015, 60(5):445-449. DOI:10.4103/0019-5154.159625.
- [17] Valter K, Boras VV, Buljan D, et al. The influence of psychological state on oral lichen planus[J]. *Acta Clin Croat*, 2013, 52(2):145-149.
- [18] Yang C, Liu L, Shi H, et al. Psychological problems and quality of life of patients with oral mucosal diseases: A preliminary study in Chinese population[J]. *BMC Oral Health*, 2018, 18(1):226. DOI:10.1186/s12903-018-0696-y.
- [19] Vilar-Villanueva M, Gándara-Vila P, Blanco-Aguilera E, et al. Psychological disorders and quality of life in oral lichen planus patients and a control group[J]. *Oral Dis*, 2019, 25(6):1645-1651. DOI:10.1111/odi.13106.
- [20] Girardi C, Luz C, Cherubini K, et al. Salivary cortisol and dehydroepiandrosterone (DHEA) levels, psychological factors in patients with oral lichen planus[J]. *Arch Oral Biol*, 2011, 56

- (9):864-868. DOI:10.1016/j.archoralbio.2011.02.003.
- [21] Gupta A, Mohan RP, Gupta S, et al. Roles of serum uric acid, prolactin levels, and psychosocial factors in oral lichen planus [J]. *J Oral Sci*, 2017,59(1):139-146. DOI:10.2334/josnusd.16-0219.
- [22] Radwan-Oczko M, Zwyrtek E, Owczarek JE, et al. Psychopathological profile and quality of life of patients with oral lichen planus [J]. *J Appl Oral Sci*, 2018,26:e20170146. DOI:10.1590/1678-7757-2017-0146.
- [23] Nadendla LK, Meduri V, Paramkusam G, et al. Association of salivary cortisol and anxiety levels in lichen planus patients [J]. *J Clin Diagn Res*, 2014,8(12):ZC01-ZC03. DOI:10.7860/JCDR/2014/8058.5225.
- [24] Adamo D, Ruoppo E, Leuci S, et al. Sleep disturbances, anxiety and depression in patients with oral lichen planus: A case-control study [J]. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2015,29(2):291-297. DOI:10.1111/jdv.12525.
- [25] 林玲,唐国瑶. 口腔扁平苔藓与情绪障碍的相关性研究[J]. *临床口腔医学杂志*, 2009,25(10):622-625. DOI:10.3969/j.issn.1003-1634.2009.10.020.
- [26] McCartan BE. Psychological factors associated with oral lichen planus [J]. *J Oral Pathol Med*, 1995,24(6):273-275. DOI:10.1111/j.1600-0714.1995.tb01181.x.
- [27] Allen CM, Beck FM, Rossie KM, et al. Relation of stress and anxiety to oral lichen planus [J]. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 1986,61(1):44-46. DOI:10.1016/0030-4220(86)90201-x.
- [28] 曹楠,刘启贵. 疾病与人格特征及生命质量的相关性研究[J]. *护理研究*, 2017,31(8):900-905. DOI:10.3969/j.issn.1009-6493.2017.08.002.
- [29] 石小新,郑际烈. 口腔扁平苔藓患者的心理因素分析与治疗 [J]. *临床口腔医学杂志*, 1998,14(4):222-223.
- [30] 高海莲. OLP患者人格特征的共性与应激反应的相关性研究 [D]. 上海:复旦大学, 2010.
- [31] 杨永平,刘广昌,陈红艳,等. 心理社会因素对口腔扁平苔藓患者的影响分析[J]. *吉林医学*, 2017,38(8):1471-1472. DOI:10.3969/j.issn.1004-0412.2017.08.032.
- [32] 张梅华,缪羽,昭日格图. 口腔黏膜扁平苔藓患者心理状况分析 [J]. *实用口腔医学杂志*, 2019,35(1):114-117. DOI:10.3969/j.issn.1001-3733.2019.01.025.
- [33] Hasel KM, Besharat MA, Abdolhoseini A, et al. Relationships of personality factors to perceived stress, depression, and oral lichen planus severity [J]. *Int J Behav Med*, 2013,20(2):286-292. DOI:10.1007/s12529-012-9226-5.
- [34] 陈红敏,赵雷,刘立新. 大学生负性生活事件与心理健康关系探讨 [J]. *中国青年研究*, 2009(7):92-95. DOI:10.3969/j.issn.1002-9931.2009.07.020.
- [35] 刘勇坚,高秋香. 口腔扁平苔藓的发病与负性生活事件相关性分析 [J]. *山西职工医学院学报*, 2008,18(3):48. DOI:10.3969/j.issn.1671-0126.2008.03.032.
- [36] 林玲,唐国瑶. 扁平苔藓精神因素相关的神经生物学研究进展 [J]. *临床口腔医学杂志*, 2008,24(1):56-58. DOI:10.3969/j.issn.1003-1634.2008.01.026.
- [37] 侯大为,柳志文. 口腔扁平苔藓患者负性生活事件、人格特征与血清皮质醇的相关性研究 [J]. *实用口腔医学杂志*, 2010,26(6):796-798. DOI:10.3969/j.issn.1001-3733.2010.06.23.
- [38] Chaudhary S. Psychosocial stressors in oral lichen planus [J]. *Aust Dent J*, 2004,49(4):192-195. DOI:10.1111/j.1834-7819.2004.tb00072.x.
- [39] 季善玲,王惠萍. 负性生活事件与大学生抑郁情绪的关系:社会支持的中介与调节作用 [J]. *四川精神卫生*, 2019,32(1):47-52. DOI:10.11886/j.issn.1007-3256.2019.01.009.
- [40] 翟梅,秦爱萍,郭燕,等. 舍曲林联合心理治疗对口腔扁平苔藓伴焦虑抑郁患者的情绪及生活质量的影响 [J]. *国际精神病学杂志*, 2020,47(4):791-794.
- [41] 周毅,孙秀荣,刘学丽,等. 心理干预对口腔扁平苔藓治疗效果的影响 [J]. *国际口腔医学杂志*, 2016,43(1):22-25. DOI:10.7518/gjkq.2016.01.006.
- [42] 赵聪. 心理干预对口腔扁平苔藓治疗效果的影响 [J]. *全科口腔医学电子杂志*, 2016,3(9):5-6+8. DOI:10.3969/j.issn.2095-7882.2016.09.004.
- [43] Alves MGO, Carvalho BFDC, Balducci I, et al. Emotional assessment of patients with oral lichen planus [J]. *Int J Dermatol*, 2015,54(1):29-32. DOI:10.1111/ijd.12052.
- [44] 刘东娟,陈谦明. 口腔扁平苔藓的诊断与治疗 [J]. *中国实用口腔科杂志*, 2017,10(9):518-521. DOI:10.19538/j.kq.2017.09.002.
- [45] 王碧,杜诚. 慢性疼痛与情绪障碍的治疗方法及其效果 [J]. *中国社区医师*, 2016,32(9):91+93. DOI:10.3969/j.issn.1007-614x.2016.9.54.
- [46] 齐静,张沙沙. 精神神经因素在扁平苔藓治疗中的考量 [J]. *内蒙古医学杂志*, 2016,48(12):1480-1481. DOI:10.16096/J.cnki.nmgyxzz.2016.48.12.027.

(收稿日期:2021-01-08)

(本文编辑:王嫚)