

图 3-2 竖行刷牙法

(1) 刷上牙唇(颊)面时的牙刷动作 (2) 刷上牙腭面时的牙刷动作
(3) 刷下牙舌面时的牙刷动作 (4) 刷下牙殆面时的牙刷动作

次,饭后应漱口。特别强调晚间睡前刷牙,因睡后口内唾液分泌少,口内自洁作用差,如有食物残渣储留,口内微生物更易滋生繁殖。故睡前必须刷牙,保持较长时间的口腔清洁。同时要注意刷牙质量,刷牙时间不宜过短,因时间不够不足以清除菌斑,故刷牙时间每次以3分钟为宜,且一定要3个牙面(唇颊、腭舌及8面)都刷到。

三、洁牙间隙

牙间隙是藏污纳垢、牙菌斑极易形成的场所。该区牙刷常难以刷到,特别在牙列不齐者,情况更为严重,故必须采用其他方法来清洁牙间隙。目前最常用的莫过于牙签和牙线。

(一)牙签

在牙龈乳头退缩或牙周治疗后牙间隙增大时,可用牙签来清洁邻面和根分叉区。常用的牙签有木质和塑料2种。木质牙签要有足够的硬度和韧性,避免折断;表面要光滑,没有毛刺,以免刺伤牙龈;横断面以扁圆形或三角形为佳。塑料牙签则根据牙间隙和龈乳头的解剖形态,设计成匕首形,尖端和刀口圆钝且薄,易于进入牙间隙。

使用方法:将牙签以45°角进入牙间隙,牙签尖端指向验面,侧面紧贴邻面牙颈部,向拾方剔起或作颊舌向穿刺动作,清除邻面菌斑和嵌塞的食物,并磨光牙面,然后漱口。

注意事项:①勿将牙签压入健康的牙龈乳头区,以免形成人为的牙间隙;②使用牙签时动作要轻,以防损伤龈乳头或刺伤龈沟底,破坏上皮附着。

(二)牙线

牙线可用棉、麻、丝、尼龙或涤纶制成,不宜过粗或太细。有含蜡或不含蜡牙线,也有含香料或含氟牙线。含蜡牙线一般用来去除牙间隙的食物残渣和软垢,但不易去净菌斑。不含蜡牙线上有细小纤维与牙面接触,有利于去除牙菌斑。牙线的使用方法是:

1.取一段长约20~25cm的牙线,将线的两端合拢打结形成一个线圈。或取一段约30~40cm长的牙线,将其两端各绕在左右手的中指上。

2.清洁右上后牙时,用右手拇指及左手食指掌面绷紧牙线,然后将牙线通过接触点,拇指在牙的颊侧并协助将面颊牵开。



石有省时、省力的优点。

使用超声波洁牙机时，将工作头以 15° 角轻轻与牙石接触，利用工作头顶端的超声振动波击碎牙石。对厚而硬的牙石，使用大功率可达到快速碎石的目的；对于牙面残留的细小牙石或烟斑，使用中小功率以短垂直来回或短水平来回移动的手法消除之。

超声洁治不宜用于放置心脏起搏器的患者，亦不宜用于肝炎、肺结核及艾滋病等性传播性疾病患者。

对牙龈炎患者，每6~12个月作1次洁治，可有效地维护牙周健康。

第二节 口腔保健

口腔保健是整体健康保健的组成部分。1965年，WHO指出：“牙健康是牙、牙周组织、口腔邻近部位及颌面部均无组织结构与功能性异常。”1981年WHO制定的口腔健康标准是“牙清洁、无龋洞、无疼痛感，牙龈颜色正常、出血现象。”对口腔健康所下的定义虽然各不相同，但以下三方面的内容是不能缺少的，这就是应具有良好的口腔卫生，健全的口腔功能以及没有口腔疾病。为了达到这一目的，人们必须有预防为主的思想，创造有利于口腔预防保健的条件，纠正有碍口腔卫生的不良习惯，清除一切可能致病的因素，从而加强口腔防御能力，提高口腔健康水平。在疾病发生之前，或发现有发病趋势时，立即给予适当防护，以预防和控制口腔疾病的发生。

一、普通人群的口腔保健

(一)定期口腔健康检查

定期保健检查，了解受检查者口腔卫生状况及口腔常见病流行情况，达到“有病早治，无病预防”的目的。检查时限可根据需要及客观条件决定。

对于口腔癌，定期检查是为了早期发现并提高早期治疗率，一般有较长的存活期和较好的生命质量。如果癌瘤直径在2cm，同时无转移，就大大增加5年生存率，如果癌瘤在2cm或以下，5年生存率可提高2倍；1cm或以下，可提高3倍。故早发现、早治疗对降低口腔癌的死亡率是十分有意义的。

对40岁以上长期吸烟、吸烟量在20支/日以上者，既吸烟又有饮酒习惯者，因烟酒刺激口腔已有白斑的患者，以及长期嚼槟榔者，除请医师定期进行口腔保健外，也要学会自我检查方法。

自我检查的方法与步骤如下：在足够的照明下，患者面对镜子。

- 1.对头颈部进行对称性观察，注意皮肤颜色的变化。
- 2.双手手指触摸面部，面部如有颜色变化、触痛或有肿块、疣痣增大，应及时就医检查。
- 3.触摸颈部，从耳后触摸至锁骨，注意触摸疼痛与肿块。检查左右两侧颈部。
- 4.下唇 翻开下唇，观察唇红部与唇内侧黏膜，用示指与拇指从内向外，从左向右触摸下唇，对上唇作同样检查触摸是否有肿块，观察是否有创伤。
- 5.牙龈与颊部 用示指拉开颊部，观察牙龈，并用示指与拇指夹住颊部触摸。
- 6.舌与口底 伸出舌，观察舌的颜色与质地，用消毒纱布包住舌尖部，然后把舌拉向左或右，观察舌的边缘部位。用示指与拇指触摸舌体，注意是否有异常肿块。检查口底需用舌舔上腭部，以观察颜色与形态的变化，然后用示指触摸口底。
- 7.腭部 对腭部检查有时需用牙刷柄压住舌，头略后仰，观察软腭与硬腭的颜色与



定向通风,穿戴防毒隔离衣、防护面罩和手套等,以隔绝或减少有害物质与人体的接触,维护口腔及全身的健康。

二、特定人群的口腔保健

每个人都是一个“特定”的人,有不同的全身与口腔健康方面的问题,有不同的个人需要。从社会人群的流行病学状况考虑,不同的人群口腔患病情况各有特点,对口腔保健的需求也各不相同。例如妊娠期妇女易患牙龈炎,残疾人由于缺乏生活自理能力而不能正常使用口腔卫生用品;幼儿虽然模仿力很强,但动手能力很差,刷牙需要家长教育、指导、监督;学龄前儿童、小学生易患龋,青少年、中学生牙周健康问题较普遍。因此,口腔保健必须适合每个特定人群的需求,针对他们的特点和特殊问题进行预防保健和康复保健,才能使制定的口腔预防保健计划项目获得成功。

(一)妊娠期妇女的口腔保健

1.妊娠期妇女口腔保健的目的与重要性 妊娠期妇女的口腔保健有两方面的问题,一是妊娠、分娩这样的特殊状态,应针对母亲的生理变化,进行口腔保健;二是母体内不断发育的胎儿,应保证胎儿的营养,促使其口腔正常生长发育。

2.定期口腔健康检查,早期发现口腔疾病并适时处理,重点做好妊娠期牙龈炎的防治,促进孕妇口腔健康。

怀孕后应尽早做口腔检查,有病及时治疗。妊娠期前3个月为易发生流产的时期,口腔医疗一般仅限于处理急症,要注意避免X线照射;妊娠4~6个月是治疗口腔疾病的适宜时期,牙科治疗最好在此阶段完成,但也应注意在保护措施下使用X线,不要照射盆腔和腹部;妊娠后期3个月则应避免全身麻醉,需要急症处理时仅选择局麻。

3.孕妇营养与胎儿口腔健康 营养是人体身心健康的物质基础,孕妇的营养状况直接关系到胎儿生长发育,孕妇营养缺乏将导致胎儿营养不良,影响其体格、大脑和智力的发育,也使口腔组织发生改变。

根据胎儿的生长发育,正常妊娠约40周,一般划分为3个阶段,每个阶段3个月:

(1)妊娠初期(1~3个月):合理营养、平衡膳食对孕妇的健康和胎儿的生长发育非常重要。这个时期,乳牙牙胚正处于形成阶段,即胚胎35天后乳牙胚基质形成。因此,妊娠1~2个月时应当摄取优质蛋白质,足够的钙、磷和维生素A等,否则可能会影响乳牙今后的抗龋力。另外,应防止风疹之类的病毒感染,不使用安眠、镇静剂药物,这些刺激不仅可能会影响牙胚的发育,还有可能造成唇裂或腭裂等畸形的发生。

(2)妊娠中期(4~6个月):加强对无机盐、维生素A、D的摄取指导。这个时期,大部分乳牙正处于矿化过程中,因而钙、磷无机物与钙代谢有关的维生素A、D的摄取必须充分保证。

(3)妊娠后期(8~9个月):这个时期包括围产期(自孕28周至出生后1周)在内,胎儿的乳牙形成,也有部分恒牙胚形成,一些药物可给胎儿造成影响。

(二)婴幼儿的口腔保健

1.婴幼儿期 婴幼儿口腔健康的目标是无龋以及完全保持牙龈健康。父母亲应懂得婴儿口腔健康的重要性以及在生命早期如何建立良好的行为习惯能影响到未来的健康。在婴儿出生后头6个月,应帮助父母亲了解婴幼儿有患龋病与口腔黏膜感染的可能。婴儿出生后每天应提供适量的氟化物促进牙与骨的矿化。6个月内第一颗牙萌出,应在6~12个月内安排婴儿作第一次口腔检查,目的是发现、中止和改变任何由父母亲提供的可能不利于婴儿口腔健康的做法,开始采用积极的预防措施,如氟化物、喂养方法与菌斑去除。



要在一生中不断地彻底清除牙菌斑；定期口腔检查与保健是保持口腔健康所必须作到的；吸烟饮酒是口腔癌、牙周炎的主要危险因素。

促进学校口腔卫生保健工作是开辟未来口腔健康的主要途径之一，是提高全民族口腔健康水平的基础。

(五)残疾人的口腔保健

残疾人的口腔卫生问题主要还是龋病与牙周疾病，以及有残疾儿童的先天性缺陷，错牙畸形，颌面外伤等。残疾人的口腔卫生差具有普遍性，主要原因是完全或部分丧失自我口腔保健能力，缺少必要的预防保健措施与适当治疗。因此，根据我国具体情况，残疾人的口腔保健应从以下几个方面进行。

1.早期口腔卫生指导 患儿肢体运动障碍的程度有轻有重，程度轻者完全无精神方面的障碍，如同正常儿一样能自行口腔清洁。重症患儿因不能自理，必须借助于监护者的帮助。为了使患儿能较好地维护口腔健康和今后参加社会性活动，早期开始功能训练和教育是十分重要的。

2.口腔保健用品选择 残疾儿所必须的口腔卫生用品，基本上同正常儿差不多。主要根据残疾的程度和患儿的能力，选择清洁口腔的适宜方法，如菌斑显示液、牙刷、牙线、牙线夹持器、牙签及开口器等。若有电动牙刷和水冲洗装置也可以应用。

(1)改良牙刷：为将市售牙刷经过改进后，易于残疾患儿使用的特殊形状的一种牙刷。其刷柄制成球形或安装橡皮把手等，使之握持容易；植毛部作成两排。这种改良牙刷，也适应于用普通牙刷刷洗不到的某些牙列部位，或从幼儿时期就没有形成刷牙习惯，在进入少年期才开始接受刷牙指导和握持牙刷困难者，牙刷的改良要根据对患儿的口腔健康管理，结合患儿的运动能力和接受程度来设计。

(2)电动牙刷：使用一般牙刷维护口腔卫生有困难的残疾儿童，可推荐使用电动牙刷。它可以帮助达到清洁口腔和按摩牙龈的作用，减轻残疾儿童刷牙的疲劳。

(3)对于使用牙刷有困难者，有几种方法可以帮助各种残疾人握好牙刷：①牙刷柄上可以带一条较宽的弹力或尼龙带，或刷柄可用海绵、泡沫塑料或橡皮加厚，使患者容易握住，不易滑脱；②为限制患者的肩膀活动，可用一根木条或塑料条加长刷柄；③如果患者能站着或靠着，但手和肩均有残疾，则电动牙刷可以夹在矮桌上或椅背后。

3.残疾人的特殊口腔护理去除牙菌斑 对于缺乏生活自理能力的残疾人，至少应帮助其每天彻底刷牙或用牙线洁牙1次，有效地去除牙菌斑，必要时使用电动牙刷。

4.氟化物的适当使用 在可能的条件下，最好选用一种全身用氟方法，尤其对于残疾儿童，如饮用氟化自来水，氟化食盐；或口服氟片，或每天喝一定量氟化牛奶，并配合一种局部用氟方法：如每天使用含氟牙膏，或用氟水含漱或者由专业人员使用氟凝胶等，将会有明显的防龋作用。

5.定期口腔健康检查 残疾人口腔保健的另一个方面是由口腔专业人员定期为残疾人提供检查、洁治、局部用氟、健康教育与适当治疗服务。至少每半年到1年检查1次，发现问题一定要及时处理。

(翦新春)



3. 宿主 影响龋病发病的宿主因素主要包括牙和唾液。

4. 时间 龋病发病的每个过程均需一定时间。

【临床表现】

根据龋病的临床表现，可按其进展速度、解剖部位及病变程度进行分类。

(一)按进展速度分类

1. 急性龋(acute caries) 又称湿性龋，多见于儿童或青年人。龋损呈浅棕色，质地湿软，病变进展较快。

猛性龋(rampant caries) 又称放射性龋，常见于颌面及颈部接受放射治疗的患者，多数牙在短期内同时患龋，病程发展很快。口干综合征或有严重全身疾病的患者，由于唾液分泌量减少或未注意口腔卫生，亦可能发生猛性龋。

2. 慢性龋(chronic caries) 又称干性龋，临床多见。龋损呈黑褐色，质地较干硬，病变进展较慢。

静止龋(arrested caries) 是一种慢性龋，在龋病发展过程中，由于病变环境改变，牙体隐蔽部位外露或开放，原有致病条件发生了变化，龋损不再继续发展而维持原状。如邻面龋，由于相邻牙被拔除后，龋损表面容易清洁，龋病进程自行停止。

3. 继发龋(secondary caries) 龋病治疗后，由于充填物边缘或窝洞周围牙体组织破裂，形成菌斑滞留区，修复材料与牙体不密合，形成微渗漏，或治疗时未将病变组织除净，都可能产生龋病，称继发龋。

(二)按解剖部位分类

1. 雅面窝沟龋和平滑面龋 窝沟龋指发生于磨牙或前磨牙咬合面、磨牙颊面沟、上前牙舌面的龋损。窝沟龋损呈锥形，底部朝牙本质，尖向釉质表面。有些龋损的釉质表面无明显破坏，具有这类临床特征的龋损又称潜行性龋。

平滑面龋可分为两个亚类：发生于牙近、远中面的损害称邻面龋；发生于颊面或舌面，靠近釉牙骨质界处为颈部龋。釉质平滑面龋损呈三角形，其底部朝釉质表面，尖向牙本质。当龋损到达釉牙本质界时，可沿釉牙本质界向侧方扩散，在正常的釉质下方发生潜掘性破坏。

2. 根面龋 在根部牙骨质发生的龋损称为根面龋，多发生于牙龈退缩、根面外露的老年人牙列。

3. 线形釉质龋(linear enamel caries) 是一种非典型性龋损，常见于拉丁美洲和亚洲的儿童乳牙列。发生于上颌前牙唇面的新生线(neo-natal line)处，龋损呈新月形。

(三)按病变深度分类

根据病变深度可分为浅龋、中龋和深龋。

【诊断】

浅龋分为窝沟龋和平滑面龋。窝沟龋的龋损部位色泽变黑，用探针检查时有粗糙感或能钩住探针尖端。平滑面龋一般呈白垩色、黄褐色或褐色斑点。患者一般无自觉症状，对冷、热、酸、甜刺激亦无明显反应。X线片检查有利于发现隐蔽部位的龋损，还可采用荧光显示法或氦离子激光透射法辅助诊断。

中龋的龋坏已到达牙本质浅层形成龋洞，洞内牙本质软化呈黄褐或深褐色。患者对酸甜刺激敏感，过冷过热饮食也能产生酸痛感觉，冷刺激尤为显著，但刺激去除后症状立即消失。颈部牙本质龋的症状较为明显。

深龋的龋洞深大，达牙本质深层。位于邻面的深龋，外观略有色泽改变，洞口较小而病损破坏很深。无自发性痛若食物嵌塞入洞中，可出现疼痛症状。遇冷、热和化学刺激

(3)窝洞的结构：窝洞均由洞壁、洞角和洞缘组成。

洞壁分侧壁和髓壁。

1) 侧壁(lateral walls): 与牙面垂直的洞壁,侧壁以所在牙面命名。

2) 髓壁(pulpal walls): 与洞侧壁垂直、位于洞底覆盖牙髓的洞壁称髓壁。与牙长轴平行的髓壁又称为轴壁(axial walls)。

3)洞角：洞壁相交形成洞角，分线角和点角。两壁相交构成线角，三壁相交构成点角。

4)洞缘：窝洞侧壁与牙面相交构成洞的边缘,即洞缘(图4-3)。

(4)窝洞预备的基本原则：去净龋坏组织，保护牙髓，尽量保留健康牙体组织，预备抗力形和固位形。

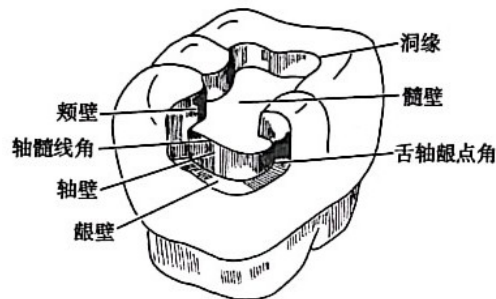


图 4-3 窝洞的结构和命名

抗力形(resistance form) 是使修复体

和余留牙结构获得足够抗力，在承受正常咬合力时不折裂的形状。

固位形(retention form) 是防止修复体在侧向或垂直方向力量作用下移位、脱落的形状。

2.术区隔离 为防止唾液进入窝洞，避免唾液中的细菌污染洞壁、唾液中的水分和蛋白等影响充填材料的性能与洞壁的密合，需将准备修复的患牙与口腔潮湿环境隔离。

(1)隔离法：用消毒棉卷阻挡唾液，隔离患牙。

(2) 橡皮障隔离法(rubber dam isolation): 用一块橡皮膜,经打孔后套在牙上,利用橡皮的弹性紧箍患牙颈部，使其隔离；同时用吸唾器吸出口腔内的唾液。

3.窝洞封闭、衬洞及垫底 为隔绝外界和修复材料的刺激，保护牙髓，并垫平洞底，形成充填洞形，充填前应根据窝洞的深度和修复材料的性质对窝洞做适当处理。

(1) 窝洞封闭(cavity sealing): 在窝洞洞壁涂一层封闭剂，以封闭牙本质小管,阻止细菌侵入，隔绝来自修复材料的化学刺激，增加修复材料与洞壁的密合性，减小微渗漏，减少银汞合金中的金属离子渗入牙本质小管，防止牙变色。

(2) 垫底(basing): 在洞底(髓壁和轴壁) 垫一层足够厚度(>0.5mm) 的材料,隔绝外界和修复材料的温度、化学、电流及机械刺激，同时垫平洞底，形成充填洞形，承受充填压力和咀嚼力的作用。

常用的垫底材料有氧化锌丁香油酚黏固剂、聚羧酸锌黏固剂及玻璃离子黏固剂。

4.充填 选用适当的修复材料，填入预备好的窝洞，恢复牙的外形和功能。

第二节 四环素牙

四环素牙(tetracycline stained teeth) 是指四环素族药物引起的着色牙。

【病因】

在牙的发育矿化期服用四环素族药物，药物可被结合到牙组织内，使牙着色。初呈黄色，在阳光照射下呈现明亮的黄色荧光，以后逐渐由黄色变成棕褐色或深灰色。四环素还可在母体通过胎盘引起乳牙着色。前牙比后牙着色明显，乳牙比恒牙着色明显。

四环素对牙的影响主要是着色，有时也合并釉质发育不全。

四环素对牙着色和釉质发育不全的影响因素包括：①四环素族药物本身的颜色，如：盐酸去甲金霉素呈铜黄色，土霉素呈柠檬黄色；②被降解四环素呈现的色泽，因为四环素



tine),不是一种独立的疾病,而是多种牙体疾病共有的症状。发病的高峰年龄在40岁左右。

【病因】

磨损、楔状缺损、牙折、龋病以及牙周萎缩等各种牙体疾病导致牙本质暴露时,均可发生牙本质过敏症。

【临床表现】

牙本质过敏症的主要表现为刺激痛,当刷牙,吃硬物,遇酸、甜、冷、热刺激时均引起酸痛,尤其对机械刺激最敏感。发作迅速,疼痛尖锐,时间短暂。患者多能指出患牙。

【诊断】

1.探诊 用探针探查牙本质暴露区可找到敏感点,敏感点多位于验面釉牙本质界处和牙颈部釉牙骨质交界处。可将患者的主观反应分为4级,0度:无不适;1度:轻微不适或疼痛;2度:中度痛;3度:重度疼痛且持续。

2.温度试验 通过牙科椅的三用气枪将室温的空气吹向敏感牙面,判断牙的敏感程度。

3.主观评价 用患者的主观评价来判断牙的敏感程度,包括疼痛3级评判法和数字化疼痛评判法。

【治疗】

1.脱敏治疗 多种氟化物制剂可用于治疗牙本质过敏症。方法多为局部涂擦,疗效常因人而异。

2.修复治疗 脱敏无效者,以及磨损接近牙髓者,可考虑牙髓治疗,并作全冠修复。

第五节 牙 隐 裂

牙隐裂(cracked tooth)指牙冠表面的非生理性细小裂纹,常不易发现。牙隐裂的裂纹常渗入到牙本质结构,是引起牙痛的原因之一。隐裂牙最多发生于上颌磨牙,其次是下颌磨牙和上颌前磨牙。

【病因】

牙结构的薄弱环节是隐裂牙发生的易感因素。牙尖斜度越大,所产生的水平分力越大,隐裂发生的机会也越多。当病理性磨损出现高陡牙尖时,牙尖斜度也明显增大,正常咬合产生的水平分力增加,形成创伤性胎力,是牙隐裂的致裂因素。

【临床表现】

隐裂位置皆与验面某些窝沟的位置重叠并向一侧或两侧边缘嵴延伸。表浅的隐裂常无明显症状,较深时则遇冷热刺激敏感,或有咬合不适感。深的隐裂因已达牙本质深层,多有慢性牙髓炎症状,有时也可急性发作,并出现定点性咀嚼剧痛。

【诊断】

1.慢性牙髓炎症状,定点性咀嚼剧痛,无深龋洞或深牙周袋,牙面上探不到过敏点。

2.涂布碘酊渗入隐裂染色。

3.探针置于裂隙处加压或用力撬动,可有疼痛感。

4.棉签置于可疑牙的牙尖上,嘱患者咬合,出现短暂撕裂样疼痛。

【治疗】

1.调雅 排除雅干扰,减低牙尖斜度以减少劈裂力量。

2.均衡全口分力负担 治疗和(或)拔除全口其他患牙,修复缺失牙。



主诉对温度刺激一过性敏感,但无自发痛病史。可找到能引起牙髓病变的牙体或牙周组织病变。冷刺激时患牙可出现一过性敏感。

二、不可复性牙髓炎

不可复性牙髓炎(irreversible pulpitis)是一类病变较为严重的牙髓炎症,其最终结局为全部牙髓坏死,临床治疗只能选择摘除牙髓以去除病变的方法,因此称为不可复性牙髓炎。按其临床发病和病程特点,分为急性牙髓炎(包括慢性牙髓炎急性发作)、慢性牙髓炎、残髓炎和逆行性牙髓炎。

(一)急性牙髓炎

急性牙髓炎(acute pulpitis)的临床特点是发病急,疼痛剧烈。临床上绝大多数属于慢性牙髓炎急性发作的表现,源性者尤为显著。无慢性过程的急性牙髓炎多出现在牙髓受到急性的物理损伤、化学刺激以及感染等情况下,如手术切割牙体组织等导致的过度产热、充填材料的化学刺激等。

【临床表现】

- 1.疼痛剧烈,疼痛性质具有下列特点:①自发性阵发性痛;②夜间疼痛加剧;③温度刺激疼痛加剧;④疼痛不能定位。
- 2.患牙可查及极近髓腔的深龋、充填物、深牙周袋或外伤等。
- 3.探诊常可引起剧烈疼痛,有时可探及微小穿髓孔。
- 4.温度测验时,患牙的反应极其敏感。刺激去除后,疼痛症状要持续一段时间。进行牙髓活力电测时,患牙在早期炎症阶段,其反应性增强;晚期炎症则表现为迟钝。
- 5.处于晚期炎症的患牙,可出现垂直方向的轻度叩痛。

【诊断】

具有典型的疼痛症状。可见引起牙髓病变的牙体损害或其他病因。牙髓活力测验、温度测验及叩诊反应可帮助定位患牙。

(二)慢性牙髓炎

慢性牙髓炎(chronic pulpitis)是临床上最为常见的一类牙髓炎。

【临床表现】

一般不发生剧烈的自发性疼痛,有时可出现阵发性隐痛或钝痛。慢性牙髓炎的病程较长,患者可诉有长期的冷、热刺激痛病史。患牙常表现有咬合不适或轻度叩痛。患者一般多可定位患牙。

1.慢性闭锁性牙髓炎

(1)无明显的自发痛,有长期的冷、热刺激痛史。

(2)查及深龋洞、冠部充填体或其他近髓的牙体硬组织疾患。洞内探诊患牙感觉较为迟钝,去净腐质后无肉眼可见的露髓孔。患牙对温度测验和电测验的反应多为迟缓性反应,或表现为迟钝。多有轻度叩痛(+).

2.慢性溃疡性牙髓炎

(1)多无自发痛,患者常诉当食物嵌入患牙洞内即出现剧烈的疼痛。冷、热刺激激惹患牙,产生剧痛。

(2)查及深龋洞或其他近髓的牙体损害。患者由于怕痛长期废用患牙,可见患牙有大量软垢、牙石堆积。去除腐质可见穿髓孔。用尖锐探针探查穿髓孔时,浅探不痛,深探剧痛且有少量暗红色血液渗出。温度测验表现为敏感。一般无叩痛。



等因素引起。

【临床表现】

- 1.患牙一般无自觉症状。
- 2.牙冠可存在深龋洞或其他牙体硬组织疾患，或有充填体、深牙周袋等。
- 3.牙冠变色，呈暗黄色或灰色，失去光泽。
- 4.牙髓活力测验无反应。
- 5.X线片显示患牙根尖周影像无明显异常。

【诊断】

- 1.无自觉症状。
- 2.牙冠变色，牙髓活力测验结果和X线片表现。

四、牙髓钙化

牙髓钙化(pulp calcification)有两种形式,一种是结节性钙化,又称髓石。另一种是弥漫性钙化。

【临床表现】

- 1.髓石一般不引起临床症状，个别情况出现与体位有关的自发性痛。
- 2.患牙对牙髓活力测验的反应可异常，表现为迟钝或敏感。
- 3.X线片显示髓腔内有阻射的钙化物(髓石)，或呈弥漫性阻射影像而使原髓腔处的透射区消失。

【诊断要点】

- 1.X线检查结果可作为重要的诊断依据。
- 2.有外伤或氢氧化钙治疗史可作为参考。

五、急性根尖周炎

急性根尖周炎(acute apical periodontitis)是从根尖部牙周膜出现浆液性炎症到根尖周组织形成化脓性炎症的一系列反应过程，可发展为牙槽骨的局限性骨髓炎，严重时还将发生颌骨髓炎。

(一)急性浆液性根尖周炎

【临床表现】

- 1.患牙有咬合痛、自发痛、持续性钝痛。患者因疼痛而不愿咀嚼，影响进食。患者能定位患牙。
- 2.患牙可见龋坏、充填体或其他牙体硬组织疾患，有时可查到深牙周袋。
- 3.牙冠变色 牙髓活力测验无反应，但乳牙或年轻恒牙对活力测验可有反应，甚至出现疼痛。
- 4.叩诊疼痛(+)~(++)，扪压患牙根尖部有不适或疼痛感。
- 5.患牙可有I度松动。

【诊断】

- 1.患牙有典型的咬合痛症状。
- 2.对叩诊和扪诊有反应。
- 3.牙髓活力测验的反应。



隆起，有乒乓球感，富有弹性，并可造成邻牙移位或使邻牙牙根吸收。

7.X线片表现：①根尖周肉芽肿的根尖部有圆形的透射影像，边界清晰，周围骨质正常或稍显致密。透射区范围较小，直径一般不超过1cm；②慢性根尖周脓肿的透射区边界不清楚，形状也不规则，周围骨质较疏松而呈云雾状；③根尖周囊肿可见较大的圆形透射区，边界清楚，并有一圈由致密骨组成的阻射白线围绕；④根尖周致密性骨炎表现为根尖部局限性的骨质致密阻射影像。

【诊断】

患牙X线片上根尖区骨质破坏的影像为确诊的依据。患牙牙髓活力测验结果、病史及患牙牙冠情况也可作为辅助诊断指标。诊断时统称为“慢性根尖周炎”。

七、常用的治疗方法

【应急处理】

1.开髓引流

(1)急性牙髓炎：局麻下直接进行牙髓摘除，完全去除牙髓后，放置无菌小棉球暂封。

(2)急性根尖周炎：局麻下开髓，穿通根尖孔，使根尖渗出物及脓液通过根管得到引流。可在髓室内置无菌小棉球开放髓腔，2~3天后复诊。

2.切开排脓 根尖周炎至骨膜下或黏膜下脓肿期，应在局麻下切开排脓。

3.安抚治疗 根管外伤和化学药物刺激引起的根尖周炎，应去除刺激物，反复冲洗根管，重新封药，或封无菌棉捻，避免再感染。

4.调雅 由外伤引起的急性根尖周炎，应调雅使患牙降低咬合，减轻咬合压力。

5.消炎止痛 一般可采用口服或注射途径给予抗生素类药物或止痛药，也可以局部封闭。

【治疗方法】

临床上一般难以准确的作出牙髓改变的组织病理学诊断，牙髓病的治疗主要通过临床表现和临床诊断选择两类不同的治疗方法：

1.牙髓病变是局限或可逆的，选择以保留活髓为目的的治疗方法，如直接盖髓术、间接盖髓术和牙髓切断术等。

2.牙髓病变范围大或不可逆的，选择以去除牙髓、保存患牙为目的的治疗方法，如根管治疗术、牙髓塑化术等。

(一)盖髓术

盖髓术(pulp capping)是一种保存活髓的方法，即在接近牙髓的牙本质表面或已暴露的牙髓创面上，覆盖具有使牙髓病变恢复效应的制剂，以保护牙髓，消除病变。盖髓术又可分为直接盖髓术和间接盖髓术(图4-6)。

1.直接盖髓术 直接盖髓术是用药物覆盖在牙髓暴露处，以保存牙髓活力的方法。

(1)适应证

1.根尖孔尚发育完全，因机械性或外伤性露髓的年轻恒牙。

2.根尖已发育完全，机械性或外伤性露髓穿髓直径不超过0.5mm的恒牙。

(2)常用盖髓剂：氢氧化钙：氢氧化钙可用于直接盖髓，与牙髓组织接触后，牙髓组织可发生凝固性坏死及炎症反应，并形成牙本质桥。牙髓组织中的细胞分化为成牙本质样细胞，分泌牙本质基质，由牙髓血运供给的钙离子进入牙本质基质钙化后形成修复性牙



除术及根管治疗。

2. 操作步骤

(1) 无菌操作：对患牙进行局部麻醉，在治疗的全过程中必须遵循无菌操作原则，保持术区干燥，以防牙髓组织再感染。

(2) 去除龋坏组织：用锐利挖匙或大球钻去尽龋坏牙本质，并以 3% 过氧化氢溶液清洗窝洞。

(3) 揭髓室顶：用高速牙钻揭髓室顶，暴露髓室，为了避免破坏过多的牙体组织，应注意各类牙进入髓腔的部位选择。

(4) 切除冠髓：用锐利挖匙或球钻将冠髓从根管口处切除，尽量去尽髓室内的细小牙髓组织纤维，使牙髓在根管口处形成整齐的断面。

(5) 放盖髓剂：将氢氧化钙等盖髓剂覆盖于牙髓断面上，厚度约为 1mm，然后用氧化锌丁香油酚黏固剂暂封窝洞。

(6) 永久充填：可于盖髓后即行永久充填，亦可观察 1~2 周后去除浅层暂封剂，保留深层的暂封剂，磷酸锌黏固剂垫底，银汞合金或复合树脂充填。

(三) 牙髓塑化治疗

牙髓塑化治疗(resinifying therapy) 是将处于液态的塑化液充分注满已拔除绝大部分牙髓的根管中，塑化剂在聚合前可渗透进入侧、副根管、根管壁的牙本质小管以及根管系统里残存的病变牙髓组织和感染物质中。当塑化液聚合时，可将这些病原刺激物包埋、塑化为一体，并保持无菌状态，成为对人体无害的物质。该方法简便，可减少就诊次数，节约人力和手术时间。缺点是 X 线不阻射，使牙变色，故一般前牙不宜使用。

1. 适应证

(1) 成人根尖孔已完全形成的恒后牙：牙髓病、根尖周病或牙周-牙髓联合病变。

(2) 根管狭窄、弯曲或根管器械折断无法取出的患牙。

(3) 病情不一致的多根管患牙或准备行桩核修复的多根管患牙的非桩道根管。

2. 操作方法 将酚醛树脂按量调匀，以扩孔钻引入根管，用棉球吸干，再引入根管后吸干，重复约 3 次。以氧化锌丁香油酚黏固剂覆盖髓室底，并用蘸有塑化液的棉球轻压，然后充填窝洞。亦可暂封，数天后再作永久充填。

(四) 根管治疗术

根管治疗术(root canal therapy, RCT) 是治疗牙髓病及根尖周病的一种方法，通过清除根管内的炎症牙髓和坏死物质，并进行适当消毒，充填根管，以去除根管内容物对根尖周围组织的不良刺激，防止根尖周病变的发生或促进根尖周病变的愈合。

1. 适应证

(1) 急、慢性牙髓病。

(2) 各型根尖周炎。

(3) 外伤牙。

(4) 某些非龋牙体硬组织疾病。

(5) 牙周-牙髓联合病变。

(6) 因义齿修复需要治疗的牙。

(7) 因颌面外科手术需要治疗的牙。

(8) 移植牙、再植牙。

2. 操作步骤与方法

(1) 根管预备(root canal preparation): 包括开髓, 进入髓腔, 清理病变牙髓组织, 测量根管工作长度, 根管扩大及冲洗。



2)根管充填方法：侧压充填法：①充填前首先进行试尖，即按根管工作长度和所预备的根管大小选择一合适的主牙胶尖；②用扩孔钻或螺旋形根管充填器将糊剂送入根管内；③将已选好的主牙胶尖插入根管，直至工作长度；④充填副牙胶尖，在原来的牙胶尖旁侧插入并压紧；⑤用热器械将髓室内的牙胶尖末端切去，并擦净多余的糊剂；⑥充填窝洞。

垂直加压充填法：①操作时先将一根合适的非标准型牙胶尖插入根管内；②用携热器将根管内牙胶分段软化，垂直充填器加压充填使根尖 1/3 根管完全密合；③再加入牙胶段，继续加热充填直至充满整个根管。

牙胶热塑注射充填法：包括高温牙胶热塑注射充填法和低温热塑注射法。该法能充填细小弯曲根管的不规则死角、根管内交通支和侧副根管，将整个根管系统彻底封闭，但不易控制用量，容易超填。临床上常将热牙胶垂直加压充填法与之结合，可缩短操作时间，防止超填。

3.显微根管治疗 显微根管治疗是借助根管显微镜和显微器械进行根管治疗的方法。根管显微镜在牙髓病学中的应用始于 20 世纪 80 年代末 90 年代初，如今在牙髓治疗的各个领域，包括诊断、常规根管治疗、根管再处理以及根尖手术中均得到运用。根管显微镜的主要构造是照明和放大系统，能提供非常充足的光源照明根管，并可以将根管系统放大 3 倍到 30 倍，使术者能看清根管内部的结构，确认治疗部位，直视下进行治疗，即刻检查治疗质量。根管显微镜可应用于整个根管治疗过程中，尤其是在上颌第一磨牙近中颊根第 2 根管 (MB2) 的定位、钙化根管的疏通、C 形根管的预备和充填、根管折断器械的取出、根管壁或髓室底穿孔的修补和根尖手术等方面较常规根管治疗更具优势。

(凌均荣)



时出血或口臭等。

【诊断】

患者年龄处于青春期，牙龈炎症反应超过了局部刺激所能引起的程度。

【治疗原则】

洁治术配合局部药物治疗，如龈袋冲洗及袋内上药，含漱剂清洁口腔。口腔卫生宣教。

三、妊娠期龈炎

妊娠期龈炎(pregnancy gingivitis)指妇女在妊娠期间,原有的牙龈慢性炎症加重,牙龈肿胀或形成龈瘤样的改变,娩后病损可自行减轻或消退。

【病因】

菌斑仍是妊娠期龈炎的直接病因,妊娠期妇女不注意维护口腔卫生,致使牙菌斑、牙石在龈缘附近堆积,引起牙龈发炎。妊娠期雌激素升高可加重原有的病变。

【临床表现】

妊娠前即有龈缘炎表现,从妊娠 2~3 个月后出现明显症状,分娩后约 2 个月龈炎可恢复至妊娠前水平。可发生于少数牙或全口牙龈,以前牙区为重。龈缘和龈乳头呈鲜红或暗红色,松软光亮,有龈袋形成,轻探易出血。

妊娠期龈瘤发生于个别牙列不齐或有创伤殆的牙间乳头区。一般发生于妊娠第 4~6 个月,瘤体常呈扁圆形,可有蒂,直径一般不超过 2cm。分娩后,妊娠期龈瘤能逐渐自行缩小,但必须去除局部刺激物才能消失。

【诊断】

育龄妇女的牙龈出现鲜红色、高度水肿、肥大、极易出血等症状,或有妊娠期龈瘤特征者,应询问月经情况,若已怀孕便可诊断。

【治疗原则】

提倡在婚前或孕前进行彻底的口腔检查。去除局部刺激因素,严格控制菌斑。牙龈炎症明显、龈袋有溢脓时,可用 1%过氧化氢溶液和生理盐水冲洗,含漱剂清洁口腔。体积较大的妊娠龈瘤可手术切除。手术时机应选择在妊娠期的 4~6 个月内,以免引起流产或早产。

四、增生性龈炎

增生性龈炎(hyperplastic gingivitis)是指牙龈组织在慢性炎症的基础上受到某些局部因素刺激而发生的炎症性增生,主要表现为牙龈组织明显的炎性肿胀,同时伴有细胞和胶原纤维的增生。

【病因】

牙菌斑是直接病因。由鼻部通气不畅或上颌牙前突、上唇过短等引起的口呼吸是本病的重要病因。牙列不齐、牙深覆验等均易引发本病。

【临床表现】

早期以上、下前牙唇侧牙龈炎性肿胀为主,牙龈呈深红或暗红色,松软光亮,探之易出血。龈缘肥大,龈乳头呈球状增生,甚至盖过部分牙面,使龈沟深度超过 3mm,形成龈袋或假性牙周袋。按压龈袋表面可见溢脓。自觉症状较轻,有牙龈出血、口臭或局部胀

**【治疗】**

行牙龈成形术，切除增生的牙龈并修整外形，或用翻瓣术的内斜切口结合龈切除术，保留附着龈。

七、牙龈瘤

牙龈瘤(epulis)是一种炎症反应性瘤样增生生物，多发生于牙龈乳头，亦可发生于龈缘。它来源于牙周膜及牙龈的结缔组织，因其无肿瘤的生物学特征和结构，故非真性肿瘤。

【病因】

菌斑、牙石、食物嵌塞或不良修复体等引起局部长期的慢性炎症，致使牙龈结缔组织形成反应性增生生物。妇女怀孕期间内分泌改变容易发生牙龈瘤，分娩后则缩小或停止生长。

【临床表现】

女性较多，中年及青年较为常见。多发生于唇、颊侧牙龈乳头处，一般为单个牙。肿块呈圆或椭圆形，一般直径由几毫米至1~2cm，可有蒂如息肉状，一般生长较慢。较大的肿块可被咬破而感染。还可以发生牙槽骨壁的破坏，X线片可见骨质吸收、牙周膜间隙增宽现象。牙可能松动、移位。

【诊断】

根据上述临床表现诊断并不困难，病理检查有助于确诊牙龈瘤的类型。

【治疗】

手术切除。将瘤体连同骨膜完全切除，裸露骨面，并磨削表层骨皮质，刮除相应部位的牙周膜组织，以防止复发。

八、急性龈乳头炎

急性龈乳头炎是指病损局限于个别牙间乳头的急性非特异性炎症，是一种较为常见的牙龈急性病损。

【病因】

牙间乳头处食物嵌塞、邻面龋尖锐边缘的刺激、充填体的悬突等，均可引起牙间乳头的急性炎症。

【临床表现】

牙间乳头发红肿胀，探触和吸吮时易出血，有自发性胀痛和明显的探触痛，亦可表现为自发痛和冷热刺激痛，检查可见龈乳头鲜红肿胀，探触痛明显，易出血，可查到局部刺激物，牙可有轻度叩痛。

【治疗】

去除局部刺激因素。以1%~3%过氧化氢溶液冲洗。急性炎症消退后，充填邻面龋和修改不良修复体等。

第二节 牙周炎

牙周炎(periodontitis)是由牙菌斑中的微生物所引起的牙周支持组织的慢性感染性



面，形成新附着。洁治术和刮治术是牙周病的基础治疗。

3.牙周基础治疗后 1~2 个月复查疗效，若经完善的基础治疗后仍残留 $\geq 5\text{mm}$ 的牙周袋，可考虑手术治疗。在直视下彻底刮除根面或根分叉处的牙石及肉芽组织；修整牙龈和牙槽骨外形、植骨或截除严重的患牙牙根等。

牙周引导组织再生术能使病变区产生牙骨质、牙周膜和牙槽骨的新附着。

4.通过松动牙的结扎固定、调验等建立平衡的粉关系，使患牙消除创伤而得到稳固，改善咀嚼功能。

5.尽早拔除附着丧失严重、过于松动、确无保留价值的患牙。

6.对患有某些系统疾病如糖尿病、消化道疾病及贫血等的慢性牙周炎患者，应积极治疗并控制全身疾病，以利牙周组织愈合。吸烟者对牙周治疗的反应较差，应劝患者戒烟。

7.牙周支持治疗，坚持菌斑控制以及定期对病情的复查监测和必要的治疗，防止复发。

二、侵袭性牙周炎

侵袭性牙周炎(aggressive periodontitis, AgP) 是一组在临床表现和实验室检查均与慢性牙周炎有明显区别的牙周炎。侵袭性牙周炎按其患牙的分布可分为局限型(localized)和广泛型 (generalized)。

(一)局限型侵袭性牙周炎

局限型侵袭性牙周炎特征为局限于第一恒磨牙或切牙的邻面有附着丧失，至少波及两个恒牙，其中一个为第一磨牙，除第一恒磨牙和切牙外，其他患牙不超过两个。

【病因】

大量研究表明伴放线放线杆菌(Aa)是侵袭性牙周炎的主要致病菌，患者龈下菌斑中可分离出 Aa，阳性率为 90%~100%。患者外周血的中性多形核白细胞和(或)单核细胞的趋化功能降低，吞噬功能障碍，这种缺陷带有家族性。

【临床表现】

患者年龄一般较小，女性多于男性。早期患者的菌斑、牙石量很少，牙龈炎症轻微，但却有深牙周袋，牙周组织破坏程度与局部刺激物的量不成比例。深袋部位有龈下菌斑，袋壁有炎症和探诊后出血，晚期还可发生牙周脓肿。局限于第一恒磨牙和上下切牙，多为左右对称。X 线片可见第一磨牙的近远中均有垂直型骨吸收，形成典型的“弧形吸收”，切牙区多为水平型骨吸收，还可见牙周膜间隙增宽，硬骨板模糊，骨小梁疏松等。牙周破坏速度比慢性牙周炎快 3~4 倍，在 4~5 年内牙周附着破坏可达 50%~70%，患者常在 20 岁左右即已需拔牙或牙自行脱落。早期出现切牙和第一恒磨牙松动，自觉咀嚼无力。切牙呈扇形移位，后牙可出现食物嵌塞。家族中常有多人患本病，患者的同胞有 50%的患病机会。

(二)广泛型侵袭性牙周炎

广泛型侵袭性牙周炎特征为广泛的邻面附着丧失，侵犯第一磨牙和切牙以外的牙数在三颗以上。

【临床表现】

患者的年龄在青春期末至 30 岁以下。病损呈弥漫型，累及除切牙和第一磨牙以外的至少三颗牙。有严重及快速的附着丧失和牙槽骨破坏，呈明显的阵发性。在活动期，牙龈有

第一节 口腔单纯性疱疹

单纯疱疹病毒(herpes simplex virus, HSV) 对人体的感染非常多见, 口腔、皮肤、眼、会阴、神经系统等是常易受侵犯的部位。一般认为人类是其天然宿主, 世界上 1/3 以上的人群曾患复发性疱疹性口炎。

【病因】

单纯疱疹病毒是疱疹病毒的一种, 为有核衣壳和脂蛋白包膜的 DNA 病毒。根据 HSV 的生物学特征, 包膜、抗原性的差异等不同, 分为 HSV-1 和 HSV-2 两个亚型。单纯疱疹病毒感染的患者及病毒携带者为传染源, 主要通过飞沫、唾液及疱疹液接触传染, 胎儿还可经产道感染。HSV 感染引起的口腔黏膜病损有原发性单纯疱疹感染和复发性单纯疱疹感染两类。

【临床表现】

1. 原发性疱疹性口炎(primary herpetic stomatitis) 为 HSV-1 引起, 多表现为急性疱疹性龈口炎。以 6 岁以下儿童较多见, 尤其是 6 个月至 2 岁更多。成人亦可发病。其发病有以下四个时期:

(1) 前驱期: 发病前常有与疱疹病患者接触史。经过 4~7 天的潜伏期后, 出现发热、头痛、疲乏不适、全身肌肉疼痛、咽喉肿痛等急性症状, 下颌下和颈上淋巴结肿大、触痛。患儿流涎、拒食、烦躁不安。经过 1~2 天后, 口腔黏膜、附着龈和缘龈广泛充血水肿。

(2) 水疱期: 口腔黏膜出现成簇小水疱, 似针头大小, 疱壁薄、透明, 易溃破, 形成浅表溃疡。

(3) 糜烂期: 成簇的小水疱溃破后可引起大面积糜烂, 并可造成继发感染, 上覆黄色假膜。唇和口周皮肤也可有类似病损, 疱破溃后形成痂壳。

(4) 愈合期: 糜烂面逐渐缩小、愈合, 整个病程约需 7~10 天。

2. 复发性疱疹性口炎(recurrent herpetic stomatitis) 原发性疱疹感染愈合后, 有 30%~50% 的病例可能发生复发性损害。一般复发感染的部位在口唇附近, 故又称为复发性唇疱疹。其临床特点为:

(1) 损害总是以多个成簇的水疱开始。

(2) 损害复发时总是在原先发作的位置或附近。

(3) 有前驱症状, 患者开始可感觉到轻微的疲乏与不适, 很快就在将要发生复发损害的部位出现痒、张力增加、灼痛、刺痛等症状。

(4) 约在数小时内, 出现水疱, 周围有轻度的红斑。在一般情况下, 疱可持续 24 小时, 随后破裂、糜烂、结痂。病程约 10 天, 但继发感染常延缓愈合, 愈合后不留瘢痕, 但可有色素沉着。

(5) 诱使复发的因素包括局部机械刺激、感冒、阳光照射等, 情绪因素也能促使复发。

虽然复发性唇疱疹是本病的最常见复发形式, 但少数复发可损害牙龈和硬腭。

【诊断】



- ① 5%阿昔洛韦软膏、喷昔洛韦乳膏局部涂搽。
- ② 5%碘苷的二甲基亚砷液皮肤局部涂搽。
- ③ 温的生理盐水、0.1%~0.2%氯己定液或0.01%硫酸锌液湿敷。
4. 物理疗法 可用氦氖激光治疗。
5. 对症和支持疗法。
6. 中医中药治疗。

第二节 口腔念珠菌病

口腔念珠菌病(oral candidosis)是由念珠菌属感染所引起的口腔黏膜疾病。近些年,随着抗生素和免疫抑制剂的广泛使用,造成菌群失调或免疫力降低,使口腔黏膜念珠菌病的发病率相应增高。

【病因】

该病主要由白色念珠菌引起。白色念珠菌为单细胞酵母样真菌,常寄生在正常人的口腔、肠道、阴道和皮肤等处,与体内其他微生物保持共生平衡状态,并不发病;当宿主防御功能降低时,这种非致病性念珠菌转化为致病性菌,故为条件致病菌。如长期使用广谱抗生素致使菌群失调、长期使用免疫抑制剂或放射治疗使免疫机制受抑制、患先天性免疫功能低下等全身严重疾病时,宿主的防御功能降低,该菌就会大量繁殖而致病。其他局部刺激如义齿、口干、皮肤潮湿等也是白色念珠菌感染的因素。

【临床表现】

口腔念珠菌病按其病变部位可分为:念珠菌口炎、念珠菌唇炎与念珠菌口角炎。

1. 念珠菌性口炎(candidal stomatitis)

(1)急性假膜型:急性假膜型念珠菌口炎,多见于婴幼儿,尤以新生儿多见,故又称新生儿鹅口疮或雪口病。多在出生后2~8天内发生,好发部位为颊、舌、软腭及唇,损害区黏膜充血,随即出现许多散在的白色小斑点,小点略高起,状似凝乳,逐渐增大,相互融合为白色丝绒状斑片,严重者蔓延至扁桃体、咽部、牙龈。早期黏膜充血较明显,斑片附着不十分紧密,稍用力可擦掉,露出红的黏膜糜烂面及轻度出血。患儿烦躁不安、哭闹、拒食,有时伴有轻度发热,少数病例还可蔓延至食管、支气管或肺部,或并发皮肤念珠菌病。

(2)急性红斑型:急性红斑型念珠菌性口炎,又称为萎缩型。多见于成年人,主要由于长期应用广谱抗生素而致并且大多数患者患有消耗性疾病,如白血病、营养不良、内分泌紊乱、肿瘤化疗后等。某些皮肤病在大量应用青霉素、链霉素的过程中,也可发生念珠菌性口炎,因此,本型又被称为抗生素口炎。主要表现为黏膜充血、糜烂,舌背乳头呈团块萎缩,周围舌苔增厚。患者常首先有味觉异常或味觉丧失,口腔干燥,黏膜灼痛。

(3)慢性肥厚型:本型又称增殖型念珠菌口炎,可见于颊黏膜、舌背及腭部。本型的颊黏膜病损,常对称地位于口角内侧三角区,表现为固着紧密的白色角质斑块,类似一般黏膜白斑,严重时呈结节状或颗粒状增生。腭部病损可由义齿性口炎发展而来,黏膜呈乳头状增生。

(4)慢性红斑型:本型又称义齿性口炎,义齿上附着的真菌是主要致病原因。损害部位常在上颌义齿腭侧面接触的腭、龈黏膜,女性患者多见。黏膜呈亮红色水肿,或有黄白色的条索状或斑点状假膜。

2. 念珠菌性唇炎(candidal cheilitis) 多发于50岁以上患者。一般发生于下唇,可同时有念珠菌口炎或口角炎。分糜烂型和颗粒型。



matitis, RAS) 等,是最常见的口腔黏膜病,患病率高达 20%左右。因具有明显的灼痛感,故冠以希腊文“阿弗他”——灼痛。病损表现为孤立的、圆形或椭圆形的浅表性溃疡,具有周期性、复发性及自限性的特点。

【病因】

病因复杂,存在明显的个体差异,目前尚无统一说法。发病因素包括:

1.免疫因素 ①细胞免疫异常;②体液免疫异常和自身免疫异常。

2.遗传因素 对 RAU 的单基因遗传、多基因遗传、遗传标记物和遗传物质的研究表明,RAU 的发病有遗传倾向。

3.系统性疾病因素 RAU 与胃溃疡、十二指肠溃疡、溃疡性结肠炎、局限性肠炎、肝胆疾病等密切相关。糖尿病、月经紊乱等也与 RAU 有关。

4.环境因素 生活工作环境、社会环境、心理环境等与 RAU 有很大关系。此外,食物中缺乏锌、铜、铁、硒等元素,或维生素 B₁、B₂、B₆、叶酸等摄入不足,均与 RAU 发病有一定关系。

5.其他因素 体内氧自由基的产生和清除失调、微循环障碍等与 RAU 发病有关。

【临床表现】

临床一般分为轻型、重型和疱疹样溃疡。

1. 轻型阿弗他溃疡(minor aphthous ulcer, MiAU) 最常见,约占 RAU 的 80%。溃疡不大,数目不多,每次 1~5 个,孤立散在,直径为 2~4mm,圆形或椭圆形,边界清楚。好发于角化程度较差的区域,如唇、颊黏膜。发作时溃疡有“红、黄、凹、痛”特点,即溃疡中央凹陷,基底软,外周有约 1mm 的充血红晕带,表面覆有浅黄色假膜,灼痛感明显。MiAU 复发有规律性,一般分为发作期、愈合期和间歇期。发作期又分为先驱期和溃疡期。先驱期黏膜局部不适,触痛或灼痛;约 24 小时后出现白色或红色丘疹状小点;2~3 天后上皮破损,进入溃疡期;再经 4~5 天后红晕消失,溃疡愈合,不留瘢痕。发作期一般持续 1~2 周,具有不治而愈的自限性。间歇期长短不一,因人而异。般初发间歇期较长,此后逐渐缩短,直至此起彼伏、连绵不断。MiAU 因刺激痛影响患者言语、进食和心情。

2. 重型阿弗他溃疡(major aphthous ulcer, MjAU) 又称复发性坏死性黏膜腺周围炎或腺周口疮。溃疡常单个发生,大而深,似“弹坑”状。直径可达 10~30mm,深及黏膜下层直至肌层。周边红肿隆起,基底较硬,但边缘整齐清晰。初始好发于口角,其后有向口腔后部移行趋势,如咽旁、软腭、腭垂等。发作期可长达月余甚至数月,也有自限性。溃疡疼痛较重,愈后可留瘢痕,甚至造成舌尖、腭垂缺损或畸形。

3. 疱疹样阿弗他溃疡(herpetiform ulcer, HU) 溃疡小,直径小于 2mm,而数目多,可达数十个,散在分布于黏膜任何部位。邻近溃疡可融合成片,黏膜发红充血,疼痛较重。唾液分泌增加,可伴头痛、低热、全身不适等症状愈后不留瘢痕。

【诊断】

根据临床体征及复发性、自限性病史即可诊断。依据溃疡特征可以分型。对大而深且长期不愈的溃疡,应警惕癌肿的可能,需作活检明确诊断。

【治疗】

由于病因尚不明确,故临床疗效不很理想。

1.局部治疗 主要是消炎、止痛、防止继发感染,促进愈合。

(1)消炎类药物:①药膜:有保护溃疡面、减轻疼痛、延长药物作用的效果。在羧甲基纤维素钠、山梨醇中,加入金霉素、氯己定,以及表面麻醉剂、皮质激素等制成;②软



继发感染则病情加重，疼痛亦加重，有非特异性口臭，淋巴结肿大，唾液增多并带有血迹。

(2)皮肤：皮损多发生于前胸、躯干以及头皮、颈、腋窝及腹股沟等易受摩擦处。在正常皮肤上往往突然出现大小不等的水疱，疱不融合，疱壁薄而松弛、易破，破后露出红湿的糜烂面，感染后可化脓，有臭味，愈合后留下较深的色素。

用手指轻推外表正常的皮肤或黏膜，即可迅速形成水疱或使原有的水疱在皮肤上移动；在口腔内，用舌舐及黏膜，可使外观正常的黏膜表层脱落或撕去，这些现象称 Nikol-sky 征，即尼氏征，具有诊断价值。

皮肤损害的自觉症状为轻度瘙痒，糜烂时疼痛，病程中可出现发热、无力等全身症状。随着病情进展，体温升高，可不断地出现新的水疱。由于大量失水、电解质紊乱，患者出现恶病质，若反复发作，不能及时控制病情，可因感染而死亡。

(3)鼻腔、眼、外生殖器、肛门等处黏膜均可发生与口腔黏膜相同的病损，往往不易恢复正常。

2.增殖型天疱疮

(1)口腔：与寻常型天疱疮相同，只是在唇红缘常有显著的增殖。

(2)皮肤：大疱常见于腋窝、脐部和肛门周围等皱褶部位，尼氏征阳性，疱破后基部发生乳头状增殖，其上覆以黄色厚痂及渗出物，有腥臭味，疼痛。疱可融合，范围不定。若继发感染则有高热，病情时而缓解时而加重，患者身体逐渐衰弱，导致死亡。

(3)鼻腔、阴唇、龟头等处均可发生同样损害。

3.落叶型天疱疮

(1)口腔：黏膜完全正常或微有红肿。

(2)皮肤：出现松弛的大疱，疱破后有黄褐色鳞屑痂，边缘翘起呈叶状。

(3)眼结膜及外阴黏膜也常受累。

4.红斑型天疱疮

(1)口腔：黏膜损害较少见。

(2)皮肤：表现在面部有对称的红斑及鳞屑痂，患者一般全身情况良好。

【诊断】

1.临床损害特征 临床上往往仅见一红色创面或糜烂面，用探针可无阻力地伸入到上皮下方或邻近的黏膜表层下方，尼氏征阳性，或揭皮试验阳性则有助于诊断，但不要大范围地采用揭皮试验，以免增加患者痛苦。

患者的全身情况表现为体质下降，甚至恶病质，也有助于诊断。

2.细胞学检查 局部消毒后刮取疱底组织，涂于玻片上，检查棘层松解的解体细胞。这类细胞量的多少与病情轻重相关。

3.活体组织检查 在病损附近，用口镜柄按揉起疱，然后切取该部位上皮及其下方组织。

4.免疫学检查

(1)免疫组织化学：直接免疫荧光法能定位显示棘细胞层间的抗细胞黏结物质的抗体。

(2)血清抗体物质的检测：检测患者血清中存在的抗基底细胞的胞浆内、棘细胞层的细胞间质以及棘细胞内的循环抗体。

【治疗】

1.支持疗法 应给予高蛋白、高维生素饮食，或由静脉补充。

2.肾上腺皮质激素 泼尼松的起始量为 120~180mg/d 或 60~100mg/d，起始量用至



- 2.性别 不吸烟的女性，尤其是年轻女性，癌变可能性大。
- 3.吸烟 时间长、烟量大者。
- 4.部位 舌缘、舌腹、口底及口角部位被认为是癌变的危险区。
- 5.类型 疣状、颗粒状、溃疡型或糜烂型及伴有念珠菌感染者。
- 6.病理 伴有上皮异常增生者，程度越重越易恶变。
- 7.时间 病变时间较长者。
- 8.症状 有刺激性痛或自发性痛者。

【治疗】

- 1.去除刺激因素如戒烟、禁酒，少吃烫、辣食物、不嚼槟榔等。去除残根、残冠、不良修复体。
- 2.局部治疗 0.1%~0.3%维 A 酸软膏局部涂布，但不适用于充血、糜烂的病损。50%蜂胶玉米胚复合药膜或含维生素 A、E 的口腔消炎膜局部敷贴。局部用鱼肝油涂搽。
- 3.药物治疗 内服鱼肝油丸，或维生素 A5 万 U/d 或中药治疗。
- 4.手术治疗 白斑在治疗过程中如有增生、硬结、溃疡等改变时，应及时手术切除活检。对溃疡型、疣状、颗粒型白斑应手术切除全部病变活检。

第六节 口腔扁平苔藓

扁平苔藓(lichen planus, LP) 是一种伴有慢性浅表性炎症的皮肤-黏膜角化异常性疾病。口腔扁平苔藓(oral lichen planus, OLP) 是口腔黏膜病中最常见的疾病之一，好发年龄为中年人，女性多于男性。

【病因】

病因不明，与精神因素、内分泌因素、免疫因素、感染因素等有关。

- 1.精神因素 OLP 发病与社会、家庭、工作生活及个人心理异常等有关，这些因素去除后，病情可缓解。
- 2.内分泌因素 本病女性患者多见，与妊娠期、更年期有关。临床可见有的女性 OLP 患者在妊娠期间病情缓解，哺乳后月经恢复时，病损又复发的现象。
- 3.免疫因素 研究显示 OLP 与免疫因素有关，可能是一种口腔黏膜以 T 细胞介导的免疫反应性疾病。临床上用皮质激素及氯喹等免疫抑制剂有效，也证明本病与免疫有关。
- 4.感染因素 通过病理切片及电子显微镜检查，曾发现病损内有可疑的病毒与细菌。
- 5.微循环障碍因素 对 OLP 患者及正常人血管微循环的观察发现，高黏血症及微循环障碍与扁平苔藓的发生有关。
- 6.遗传因素 有的患者有家族史，也曾在一个家庭中发现有数人发病。
- 7.其他 糖尿病、肝炎、高血压、消化道功能紊乱患者及锌、碘、镁等微量元素缺乏有可能发生扁平苔藓。

【临床表现】

(一)口腔黏膜病损

典型的病损特征为由针头大小的小丘疹连成白色或灰白色细条纹，类似皮肤损害的 Wickham 线，条纹互相交织呈网状、树枝状、环状、半环状或斑块状。黏膜可发生红斑、充血、糜烂、溃疡等表现。病损消退后，可留有色素沉着。

病损可发生于口腔黏膜的任何部位，以颊部最多见，达 90%，其次为舌、龈、前庭、唇、腭及口底等部位。病损多数左右对称。