

## 口腔内科学

# 《口腔黏膜病学》

## 第一单元 口腔黏膜感染性疾病

第一节 **口腔单纯疱疹** (单纯疱疹病毒 (HSV) 所致的皮肤黏膜病。临床上以出现**簇集性小水疱**为特征，有**自限性，易复发**。

HSV- I 型引起皮肤黏膜感染；

HSV- II 型发生 在生殖器和肛门。**以腰为界**

### 临床表现

1. **原发性**疱疹性口炎最常见 6 个月到 2 岁儿童- - - I 型单纯疱疹病毒

(潜) **前驱期**有接触疱疹病损患者史，**潜伏期为 4~7 天**，全身不舒服。

(水) **水疱期**任何部位(包括硬腭和牙龈)皆可发生成**簇似针头大小的小水疱**

(密) **糜烂期**小水疱汇集成簇，溃破后可形成大面积糜烂，上覆**黄色假膜**

(语) **愈合期**整个病程约需 **7~10 天**，病后有**抗体**，但不能防止复发

2. **复发性**疱疹性口炎 (皮肤) 发病部位**口唇或接近口唇处**

病变特征①常以多个成簇的疱开始

②损害复发总在原先发作过的位置(所以容易有色素沉着),或邻近位置,愈合时间开始到愈合约 10 天。愈合表现不留瘢痕,留色素沉着

③诱发因素:微量元素缺乏不会影响复发

诊断:病毒培养鉴定(确诊金标准)+血常规(辅助检查)

鉴别:

	疱疹性龈口炎	口炎型口疮
好发年龄	婴幼儿	成人
发病情况	急性发作、全身反应较重	反复发作、全身反应较轻
特点	1.成簇小水疱--浅溃疡 2.牙龈、上腭,舌、颊和唇黏膜 3.可伴皮肤损害	溃疡较多,似“满天星” 多发于口腔的无角化黏膜 无皮肤损害

①三叉神经带状疱疹(助理不考)----由水痘-带状疱疹病毒 VZV 引起沿三叉神经,不超过中线(不复发)

②手足口病(助理不考)----夏秋多发,萨奇病毒 A16 和肠道病毒 EV71 型

③疱疹性咽峡炎----- (夏秋多发),柯萨奇病毒 A4,全身反应都较轻,软腭、悬雍垂、扁桃体处,病程大约 7 天

④多形性红斑 --- 靶形或虹膜状红斑(靶型红斑),对称手背足前

治疗----- 全身为主,局部为辅 禁用激素!!!

1. 全身抗病毒:(1) 核苷类抗病毒药:目前认为核苷类药物是抗 HSV 最有效药物。主要有阿昔洛韦/无环鸟苷(XX 洛韦)

(2) 广谱抗病毒药物:如利巴韦林。(病毒唑)

(3) 干扰素和聚肌胞也可抗病毒

2.局部治疗：0.1%~0.2% 氯己定溶液

3%阿昔洛韦软膏或酞丁安软膏

3.支持疗法。

4.中医药治疗：HSV- I 引起的疱疹性龈口炎预后一般良好。

预防-----单纯疱疹病毒可经口-呼吸道传播

## 带状疱疹(助理不考) 禁用激素抗生素，双氧水无效

水痘一带状疱疹病毒(VZV)所引起的，以沿单侧(不越中线)周围神经分布的簇集性小水疱为特征，常伴有明显的神经痛。儿童-----水痘

成年人-----带状疱疹

### 临床表现

本病夏秋季的发病率较高，带状疱疹常伴有神经痛，超1个月为后遗神经痛

Ramsay- Hunt (RH) 综合征：表现为面瘫、耳痛及外耳道疱疹三联征

诊断-----特征的单侧性皮肤-黏膜疱疹，沿神经支分布及剧烈的疼痛

治疗 1.抗病毒药物 2.止痛(卡马西平) 3.营养神经药物(B1) 4.激素

5.局部治疗(漱口水、抗病毒软膏、紫外线和红外线)

#### 第四节 球菌性口炎（膜性口炎） 助理不考

体弱和抵抗力低下的患者，主要致病菌为金黄色葡萄球菌，草绿色链球菌，溶血性链球菌，肺炎双球菌

**临床表现**--- 溃疡或糜烂面盖灰白色或黄褐色假膜，可擦去，周围黏膜充血水肿。

有炎性口臭。区域淋巴结肿大压痛，可伴全身症状

**诊断**----- 涂片及细菌培养

**治疗** 1.控制感染（抗菌药物） 2.补充维生素

3.中药治疗（清热解毒） 4.局部治疗（漱口水、西地碘片）

#### 第五节 口腔念珠菌病

口腔念珠菌病是真菌——机会性感染，口腔念珠菌病中白色念珠菌（致病性取决于其毒力和宿主防御能力）是最主要的病原菌。（光滑念珠菌，热带念珠菌）

**分型**

急性假膜型（鹅口疮）----- 新生儿雪口病（色白如雪）针头大小，烦躁不安，

全身轻--- 温开水拭洗婴儿口腔

急性萎缩型（红斑型）：抗生素口炎，舌背乳头呈团块萎缩（所以舌面很光滑）

慢性肥厚型：对称口角内侧三角区，结节状或颗粒状增生

慢性萎缩型（红斑型）：义齿型口炎，承托区

**与念珠菌感染有关的**

念珠菌性唇炎：口干下唇 50 岁

念珠菌口角炎：双侧口角**湿白糜烂** ----- 病因： 1.老弱病残 2.老年**咬合垂直距离缩短** 3.儿童干燥冬口唇干裂- - - 护口唇干裂，改正舔唇吮舌

**诊断**：镜检+10%的 KOH（溶解角质），可见**菌丝、孢子，微小脓肿**警惕此病

PAS 染色----- 红孢蓝丝                      活检----- 异常增殖

**治疗** ----- 局部治疗为主全身治疗为辅

- 1.局部药物治疗 (1) **2%~4%碳酸氢钠**溶液漱口 (2) 甲紫水溶液 (3) 氯己定。
- 2.抗真菌药物治疗 (1) 制霉菌素 (2) 咪**康唑** (3) 氟**康唑**耐药用伊曲**康唑**
- 3.对身体衰弱辅以**增强机体免疫注射转移因子、胸腺肽**。
- 4.手术治疗**上皮异常增生手术切除**

## 第二单元 口腔黏膜**超敏**反应疾病（助理不考）

### 第一节 **血管神经性水肿**（巨型荨麻疹） **可用激素！！**

发生于皮下疏松组织或黏膜的**局限性**水肿，暂时性、无痛性，好发于**上唇**。

**遗传性** --- 常染色体显性遗传

**获得性**

**临床表现** ----- **急性**发病后消失以**口唇**最为多见，同一部位**反复**发作不留痕迹

**诊断** ----- 食物或药物史等因素

## 鉴别诊断

根尖周脓肿- - 无过敏物，牙痛常为主诉。

颌面部蜂窝织- - 无过敏物，伴有**全身**症状，发热，用抗生素治疗有效。

## 治疗

1.补充大量**维生素 C**500~1000 mg，注射 10% 葡萄糖酸钙、地塞米松 5~10 mg，静脉给药。

2.口服**抗过敏**药物，如马来酸氯苯那敏（扑尔敏）；盐酸苯海拉明。

3.较重者可用激素，**泼尼松** 5~10 mg，每天 3 次。

4.当出现喉头水肿，呼吸困难时 ①**肾上腺素皮下注射**②**氢化可的松静脉滴注**  
③口含冰块或置冰袋 ④必要时要进行气管切开

## 第二节 药物过敏性口炎

**可用激素！！！！**

（一）病因（**皇阿玛是青莲的笨笨**）

常见的有**抗生素类**:**青霉素**、**链霉素**、四环素等及**磺胺类**

**解热镇痛药**:**阿司匹林**

**催眠与抗癫痫药**：**苯巴比妥**(鲁米那)、**苯妥英钠**和**卡马西平**

**中成药**:较西药低

## 临床表现

**口腔**（口唇周围）- - - - - 水疱破- - 糜烂或溃疡- - - **黄白色**渗出物

**面部四肢**- - - 疱性红斑（固定药疹），**单个**发生，皮痒，**疼不明显**，**边缘齐**

**诊断**- 服药史或有药物过敏史，突发的急性炎症，停可疑致敏药物，很快愈合

**鉴别诊断** 多形渗出性红斑，疱疹性口炎

## 治疗

- 1.立即停用一切可疑致敏药物以及与其结构相似的药物。
- 2.大剂量**维生素 C**
- 3.用**抗过敏**药物，如马来酸氯苯那敏，苯海拉明
- 5.如有感染存在，选用抗生素时应注意避免使用易过敏药物，
- 6.局部用 **0.1% 依沙吡啶**、**0.05% 复方氯己定**含漱剂含漱或湿敷。

## 第三单元 口腔黏膜**溃疡**性疾病

**复发性口腔溃疡 ROU (复发性阿弗他溃疡 RAU) (复发性口疮) 20%**

周期性、复发性和自限性

**可用激素！！**

病因：不明

临床表现 “**红、黄、凹、痛**”，唇、舌、颊、软腭等**无角化**或**角化较差**的黏膜

轻型口疮：75- 85%，小而少，1- 5 散在分布，直径 5- 10mm **绿豆大小**

重型口疮（腺周口疮）（复发性坏死性黏膜腺**周围炎**）：大而深，像**弹坑**，**火山口**，留瘢痕，全身症状

口炎型口疮（疱疹样复发性阿弗他溃疡）：5- 10%，满天星，最疼，**米粒大小**

诊断：周期性、复发性和自限性

鉴别诊断

1.白塞病：又称口、眼、生殖器三联征。

- 2.创伤性溃疡：与慢性**机械**损伤因子基本契合。
- 3.恶性肿瘤溃疡：表现为边缘隆起的**火山口**状溃疡，**菜花状**，**无自限性**。
- 4.**结核性**溃疡：呈**鼠啮状**，镜下可见**结核杆菌**，往往**无自限性**。
- 5.疱疹性口炎

**治疗** 消炎、止痛、促溃疡愈合基本原则 治疗根本是针对病因，减少复发。

- 1.局部治疗 **腺周口疮**经久不愈，可用**曲安奈德混悬液**或**醋酸泼尼松龙混悬液**
- 2.全身治疗 对于复发频繁且病情较重者或长期不愈的溃疡
- 2.局部烧灼（**10%的硝酸银**，**50%三氯醋酸**，**95%乙醇**，**8%氯化锌**等）
- 3.中医中药。近期疗效最佳：注射转移因子

## 第二节 创伤性溃疡

**病因**：口内持久的**机械刺激**（残根残冠不良修复体）物理刺激，化学刺激

### 临床表现

**褥（压）疮性溃疡**：义齿的边缘 **溃疡+组织增生**

**Bednar 溃疡**：在婴儿**上腭翼钩处**双侧黏膜，因用过硬的**橡皮奶头**。

（笨蛋爸妈不会选奶嘴）

**Riga- Fede 溃疡**：**乳下切牙**萌出后切缘较锐，**吸奶时间长**，**舌系带**、**舌腹**与**牙切**

**峭摩擦**也会发生溃疡

### 鉴别诊断

**癌性溃疡** **腺周口疮**

**结核性溃疡** **桑葚状**，**潜掘状**，镜下可见**朗格汉斯细胞**和**结核杆菌**



## 治疗

局部治疗：去除局部刺激因素，用消炎止痛。（消炎止痛促愈合）

全身治疗：对因治疗、减少复发、争取缓解

(1)糖皮质激素

2)免疫抑制剂:硫唑嘌呤、环磷酰胺

3)免疫增强剂:移因子、胸腺肽

3 中医中药

## 第四节 赖特尔综合征

非器官特异性的自身免疫性疾病，男>女（9:1）

关节炎，尿道炎和结膜炎三联征

# 第四单元 口腔黏膜大疱类疾病(助理不考)

**天疱疮**是一类自身免疫性疾病。多见于 40~60 岁的人群。可用激素！！

## 临床表现

寻常型、增殖型，落叶型，红斑型 天疱疮。

**寻常型** 揭皮试验阳性----- 无痛性撕下（皮肤）边缘扩展阳性（黏膜）

棘层松解----- 探针置入黏膜下方无痛性伸入

尼氏征阳性--- 用手指侧向推压外表正常的皮肤或黏膜，即可迅速形成水疱，可被推动走，不易愈合，糜烂面易感染

**增殖型**：口腔与寻常型相同，**只是在唇红缘常有显著的增殖。**

(考试首先确定是天疱疮,其次见到唇红缘、疱破后基部发生乳头状增殖可诊断)

**诊断** (寻常天疱疮最多见) 尼氏征阳性+脱落细胞涂片+病理检查

**活体组织检查**

**细胞学检查**： 1) **Tzanck 细胞检查法**：可棘层松解的解体细胞，**天疱疮细胞。**

2) **免疫学诊断**：病损早期用直接法检测到沉积在细胞间质 **IgG**

**鉴别诊断**

**类天疱疮**：尼氏征、揭皮试验、棘层松解**阴性**，发生在口角区则因瘢痕粘连（类天疱疮为上皮下疱，天疱疮为上皮内疱） 牙龈

**多形红斑**：尼氏征、揭皮试验、棘层松解**阴性**。皮肤表现为靶形红斑

**口腔扁平苔藓**：常表现在牙龈，呈剥脱状，颜色鲜红，其邻近区或口腔其他部位可见**白色网纹**。

**大疱性表皮松解症**：先天性弹性纤维不全- - 皮肤脆弱，**口臭重**毛发少指甲变形

**治疗** 1.支持治疗 (营养) 3.免疫抑制剂。4.酶抑制剂。

2. **激素为本病的首选药物。 预防并发症的发生补充钙和钾**

(**足量、从速、渐减、忌燥**) 轻症 30- 40mg/天,重症 60- 100mg/天 5.其他治疗方

雷公藤多苷片及**氨苯砞**。

6.抗生素:在激素与抗生素合用时要防止念珠菌感染。

7.局部用药:口内糜烂而疼痛者，在进食前可用 **1%~2% 丁卡因液涂擦**，用 **0.25%**

**四环素或金霉素液含漱**有助于保持口腔卫生。 8.中医中药

## 第五单元 口腔黏膜**斑纹类**疾病

癌前病变 (PLoM): 白斑、红斑、黏膜良性淋巴组织增生

癌前状态(PCOM): 梅毒/粘膜下纤维变性、盘状红斑狼疮及扁平苔藓

## 第一节 口腔白斑病 (癌前病变) OLK

临时性诊断 c1 - - - - - 发现白色的黏膜斑块，又不能诊断为其他疾病时

肯定性诊断 c2 - - - - - 去除某些局部因素后，经 1~3 个月的观察损害仍持续存在

切取诊断 c3 切除诊断 c4

病因 1.吸烟等理化刺激：吸烟、嚼槟榔 2.念珠菌感染。 3.HPV 4.缺 VA

### 临床表现

**均质型**：白色或灰白色的均质型较硬的斑块，表面呈皱纸状白斑

**疣状型**：隆起高低不平伴有乳头状或毛刺状突起

**溃疡型**：增厚的白色斑块上有糜烂或溃疡

**颗粒型**：白色损害呈颗粒状突起，多数可查到白色念珠菌感染



非均质型

诊断 甲苯胺蓝染色 - - - - 深蓝色病变 (辅助检查)

确诊 - - - - - 活检

### 鉴别诊断

1.白色水肿 (角化)：无自觉症状，双颊咬合线。半透明或乳白色，牵拉变浅

2.异位皮脂腺：福代斯斑 颊部及唇部，表现为针头至粟粒大小的淡黄色小斑点。

3.药物烧伤引起的白色病变：局部腐蚀性的药物，与黏膜接触而造成的损害

4.白色海绵状斑痣：白皱褶病。常染色体显性遗传疾病，触柔软与弹性状如海绵。

5.扁平苔藓：**扁**平苔藓有时**有**皮肤病变，**白**斑**无**皮肤病变（只发生在黏膜上）。

6.黏膜下纤维化：触及黏膜下纤维性条索，**喜**槟榔。

7.梅毒黏膜斑：**II**期颊部“**梅毒斑**”。可同时伴有皮肤梅毒疹——**玫瑰疹**的出现。

## 治疗

1.首先应去除可能的致病因素。 2.保守治疗白斑目主要是 **维生素 A** 及其衍生物。

3.对伴**白色念珠菌**感染的病损可配合**抗真菌**治疗。 4.有癌变倾向，应该定期随访：

(1) 白斑的类型中，**非均质型更易恶变**。

(2) 白斑常见的危险区有：舌腹、口底、软腭复合体及口角联合区（易癌变）

(3) 年龄越大，得病时间越长，越易恶变。面积超 200mm<sup>2</sup> 更易

(4) 女性恶变率高于男性。 5) 增厚显著时，应及早予以手术切除。

## 第二节 口腔扁平苔藓 OLP 可用激素！！！！

是**癌前状态**单独发生于**口腔或皮肤**也可**皮肤与黏膜同时**罹患。中年女性患者多。

**病因**（**与吸烟等刺激无关**） 1.心理 2.内分泌 3.免疫 4.感染 5.微循环障碍 6.遗传

### 临床表现

1.**皮肤**----紫红色多角形丘疹，**Wickham 纹**。

2.**指甲与（或）趾**-----**对称性**：甲体变薄而无光泽

3.**口腔黏膜**-----珠光白色网纹。 **对称性**

**非糜烂型**：（**王环快跑**）

(1) 丘疹型（**环状**）： (2) **网状型**： (3) **斑块型**： (4) **水疱型**：

## 糜烂型：

(5) 萎缩型：(6) 糜烂型（溃疡型）：

4.生殖器黏膜-----白色网状损害，容易发生糜烂。

诊断 确诊-----活检

## 鉴别诊断

1.口腔红斑：血红色的，界限清楚，触软，类似“天鹅绒”癌前病变。

2.盘状红斑狼疮 DLE;女性唇部。中央萎缩，外围为白色放射状条纹，像眼睛（眼睫毛）边缘不规则但界限清楚。首选用药羟氯喹。

## 治疗

1.无症状者不需处理，定期观察。

2.局限的可在糜烂基底处注射激素 泼尼松 15~ 30 mg/d 小剂量，短疗程

3.广泛糜烂可用全身治疗：【雷公激氯喹】

4.长期未愈的溃疡病变可做手术切除。 5.中医辨证论治

# 第六单元 唇、舌疾病

第一节 慢性唇炎（唇部慢性、非特异性、炎症性病变）。

病因 各种慢性长期持续性刺激。

临床表现 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。

慢性脱屑性唇炎 ----- 下唇重。唇红部干燥、开裂，脱屑、脱皮或细鳞屑

慢性糜烂性唇炎 ----- 上下唇红糜烂，渗出结痂-----脱落形成出血面，

**真菌性唇炎**----- 有白色假膜或斑片，**不易揭去**，镜下可见**菌丝**。

**诊断** 临床特点

**鉴别诊断**

- ①**盘状红斑狼疮** ②**扁平苔藓** ③**多形性红斑**
- ④**腺性唇炎**-- **粟粒样结节**，唇内侧**导管**开口有液体
- ⑤**光化唇炎**---- **光照史**，糜烂或干燥
- ⑥**肉芽肿性唇炎**----- **无痛无痒无凹陷性水肿**

**治疗** 首要避免刺激因素

- 1.**慢性脱屑性唇炎**可用**抗生素软膏或激素类软膏**。
- 2.**慢性糜烂性唇炎**应以**唇部湿敷**为主要治疗手段。

## 第二节 口角炎 (助理不考)

**上下唇**联合处发生的炎症，有双侧口角湿白糜烂、充血皲裂。

**病因** 有感染性(**真菌和球菌**)口角炎、**维生素 B 缺乏**性口角炎，好发于**儿童**。

**诊断鉴别诊断** **真菌性**与**球菌性**口角炎的鉴别，主要是从培养**涂片**及 **PAS 染色**，查见念珠菌菌丝时可明确诊断。

**治疗**

- 1.**营养不良性**口角炎：补充营养及维生素。
- 2.**球菌性**口角炎：局部选用**广谱抗生素**为主
- 3.**真菌性**口角炎：局部以 **2%~4%碳酸氢钠**

### 第三节 地图舌（游走性舌炎）（剥脱性舌炎）

**病因** 遗传、胃肠有关 儿童消化不良，成人贫血

**临床表现** 舌部为主，唇、颊、口底、牙龈也可见，丝状乳头既萎缩又增生，中央为片状剥脱，微凹陷，有微隆起的白色边缘，舌活动度及味觉正常。一般无自觉症状，有时舌背有烧灼感或刺激性痛

**诊断** 临床体征

**治疗** 1.一般不需特殊治疗，进行定期观察。

3. 消除刺激 3.有烧灼感的用弱碱性含漱剂

### 第四节 沟纹舌（裂纹舌）（助理不考）

**病因** 1.先天发育异常： 2.遗传：有明显的家族史。 3.全身疾病：如脓疱性银屑病、梅-罗综合征等。

**临床表现** 1.一般无自觉症状，沟纹较深者有的感疼痛或刺激痛 舌背中央有一纵沟裂，往往较深而将舌体分成“两半”，伸舌运动镊子轻轻分开才能看清楚

2.梅-罗综合征 沟纹舌，同时出现肉芽肿性唇炎，面神经麻痹或有

面神经麻痹史

**诊断** 体征明显

**治疗** 若无疼痛可不治疗，漱口清洁

## 第五节 舌乳头炎 丝状乳头炎、菌状乳头炎、叶状乳头炎及轮廓乳头

**病因** 维生素缺乏、贫血、真菌感染等。

### 临床表现

**丝状乳头炎**----- 为萎缩，舌背光滑，有灼热、灼痛感

**菌状乳头炎**----- 水肿，充血，呈草莓样改变，疼痛明显

**叶状乳头炎**--- 皱褶加深，红肿，局部疼痛、刺激性痛，偶感灼痛（误认为肿瘤）

### 治疗

1. **丝状乳头炎**--- 去除病因补营养
2. **菌状乳头炎**和**叶状乳头炎**首先要除去局部刺激因素
3. 积极治疗咽部的慢性炎症
4. 疼痛明显时可给予含麻药的含漱液如 1% 的普鲁卡因含漱



## 第七单元 性传播疾病的口腔表征（助理不考）

### 第一节 艾滋病 获得性免疫缺陷综合征（AIDS）

人类免疫缺陷病毒（HIV）引起的性传播及血液传染的，是辅助性 T 细胞免疫功能被 HIV 严重破坏

**病因** 1.性接触传播： 2.血液传播: 3.母婴传播:

高危人群：男同性恋者，常与 HIV 感染者性接触人员，静脉吸毒人员，血友病和多次输血者，以及上述人员的固定性伴侣及婴儿。

**临床表现**

**艾滋病的口腔表征：**白色念珠菌感染、毛状白斑和 Kaposi 肉瘤。

(1) 白色念珠菌感染：为 HIV 感染者中最常见之口腔损害。

(2) 口腔毛状白斑：约 80%的毛状白斑患者在 30 个月内从 HIV 感染潜伏期发展为艾滋病患者。

(3) Kaposi 肉瘤：腭部为最好发部位，其次为牙龈。肿瘤呈深红色或紫红色的结节或斑块，指压不褪色，其周围可有黄褐色瘀斑。

**诊断** 接触史+临床表现+实验室检查

1.初筛试验可选择酶联免疫吸附试验（ELISA）、明胶颗粒凝集试验（PA）、免疫荧光法（IF）、免疫酶法（IE）、乳胶凝集试验（LA）等。初筛试验结果阳性后，再做确认试验

2.确认试验常用**蛋白印迹法 (WB)**，确认试验阳性时才能确定为 HIV 感染。

## 治疗

对**无症状**的 HIV 感染-----休息，加强营养，避免传染。

对**有症状**患者-----不同病期的抗 HIV 治疗，支持、免疫调节和心理治疗。

1.抗逆转录病毒联合治疗。 2.免疫调节治疗。 3.合并症的治疗：各种感染和肿瘤

(1) **口腔念珠菌病**：局部和全身使用**抗真菌**药物。

(2) **毛状白斑**：采用高效**抗逆转录病毒**治疗后，毛状白斑也可消失。

(3) **Kaposi 肉瘤**：采用手术**切除**、烧灼刮除或冷冻治疗，**放化疗**

## 预防

HIV **阴性**：也应在**当日、6 周、3 个月和 6 个月**进行血清 HIV 抗体检测，直到 6 个月后血清学检查证实 HIV 抗体阴性为止。

HIV **阳性**：应尽快进行**预防性治疗**。可采用抗逆转录酶抑制剂、蛋白酶抑制剂**依地那韦**联合治疗 **4 周**，并在暴露后 6 周、3 个月、6 个月多次进 HIV 抗体检测。

## 第二节 梅毒

**梅毒、麻风、结核**曾并列称为**世界三大慢性传染病**。

### 病因

**苍白密螺旋体**，为厌氧微生物，离开人体后不易存活。

### 临床表现

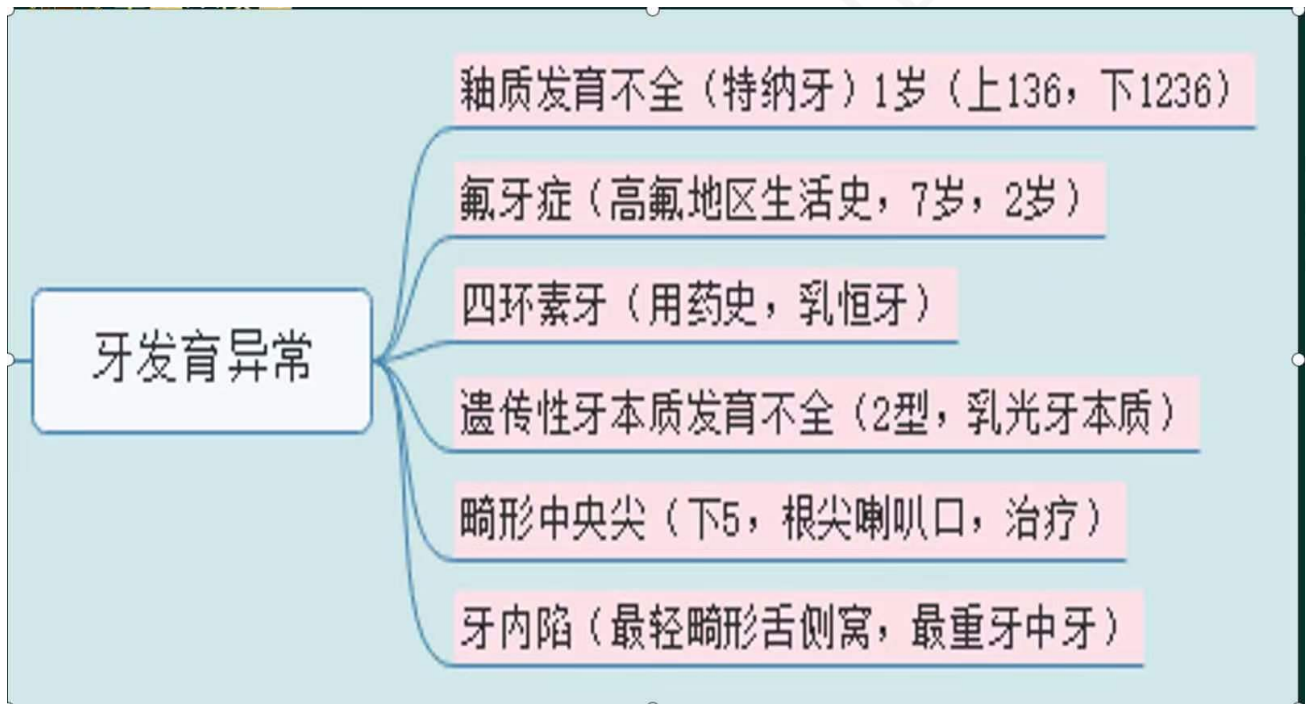
病史在 2 年的第一与第二期合称**早期梅毒**；超过 2 年时称**晚期梅毒**。

#### 1.后天梅毒

(1) **一期梅毒**：**硬下疳**（无痛性溃疡-软骨样触感）。通常在 1 个月内下疳可自然消退。（**口唇下疳**）

# 牙体牙髓病

## 第二单元 牙发育异常



### 第一节 釉质发育不全 结构异常

**病因** : 1.内分泌失调:2.严重营养障碍:3.婴儿和母体的疾病

1. 局部:乳牙根尖感染,影响恒牙釉质发育不全 **特纳 (Turner) 牙** 前磨牙居多

#### 分型

**釉质发育不全**:釉质有实质缺损。

**釉质矿化不良**:临床见白垩釉质,无实质缺损。

#### 临床表现

1. **乳、恒牙列**均可发生,乳牙受累较少见。**成组、对称,探光滑,点状,带状蜂窝状缺损** (VAD 伤釉质, VC 伤本质)

(1) 轻症:釉质形态基本完整

(2) 重症：牙面有实质性缺损。灰褐色

牙位：上 136 下 1236 → 出生后第一年

上 2 → 出生后第二年

4、5、7、8 → 出生后第三年

诊断 婴幼儿期有相关病史成组对称的发生

鉴别诊断 浅龋 - - - 探软而粗糙 不对称

防治原则 - - - - 预防防龋修复

## 第二节 氟牙症 氟斑牙或斑釉牙（特殊釉质发育不全）胎盘屏障

地区性，为慢性氟中毒疾病早期最常见而突出的症状。严重者同时患氟骨症。

病因 釉质发育期，氟摄入量过高是本症的病因。素有以下方面：

1. 饮用水含氟是人体摄入氟的主要来源。一般认为水中含氟量以 1ppm (1mg/L) 为宜，该浓度能有效防龋，又不致发生氟牙症。我国现行水质标准氟浓度为 0.5~

1ppm 应是适宜的。 2. 食物

3. 氟牙症 7 岁后才迁入高氟区者，则不出现氟牙症。儿童 2 岁之前摄入氟全口牙 1236 受累

临床表现

1. 釉质上有白垩色到褐色的斑块呈云雾状，严重者还并发釉质的实质缺损。

2. 多见于恒牙，发生在乳牙者甚少，胎盘对氟有一定的屏障作用。

3. 耐酸不耐摩擦。釉质表层过度 1/3- 1/4，主体矿化不良

4. 严重的慢性氟中毒患者，可氟骨症

诊断和鉴别诊断 与釉质发育不全相鉴别。

**治疗** 1.预防前牙最好用**甲冠**修复，后牙铸造金属冠，必要时做活动义齿或（牙合）垫修复。 2.牙齿护理，预防患牙折裂。

## 第五节 畸形中央尖 **(形态异常)**

**成釉器形态分化异常**所致的牙形态发育异常。

**病因** 不明

**临床表现**

- 1.下颌前磨牙，尤以**第二前磨牙**最多见，偶见于上颌前磨牙。常为**对称性**发生。
- 2.咬合面中央窝处圆锥凸起，高度 **1-3mm**
- 3.有**半数的中央尖有髓角**伸入
- 4.圆锥形中央尖**折断（黑色小点）**使牙髓感染坏死，形成**根尖炎**，影响根尖发育。
- 5.X 线检查可见髓室顶中心有向咬合面中央部突起的畸形部分，并常见未发育完成呈**喇叭形**的根尖部。

**诊断** 临床表现+X 线，临床注意对侧同名牙。

**治疗**（理解熟记）

- 1.圆钝和咬合接触无碍的----- 可不处理而进行观察。
- 2.细而尖的----- A 强粘接剂和复合树脂加固防折  
B 一次磨除，直接盖髓  
C 多次少量调磨
- 3.如果已发生牙髓感染----- 须做牙髓治疗；年轻恒牙----- 根尖诱导形成术，待牙根发育形成之后再 RCT。
- 4.牙根形成过少+根尖感染的，或根尖周病变与龈沟相通者----- 拔除

## 第六节 牙内陷 (形态异常)

病因 成釉器过度卷叠或局部过度增殖

### 类型和临床表现

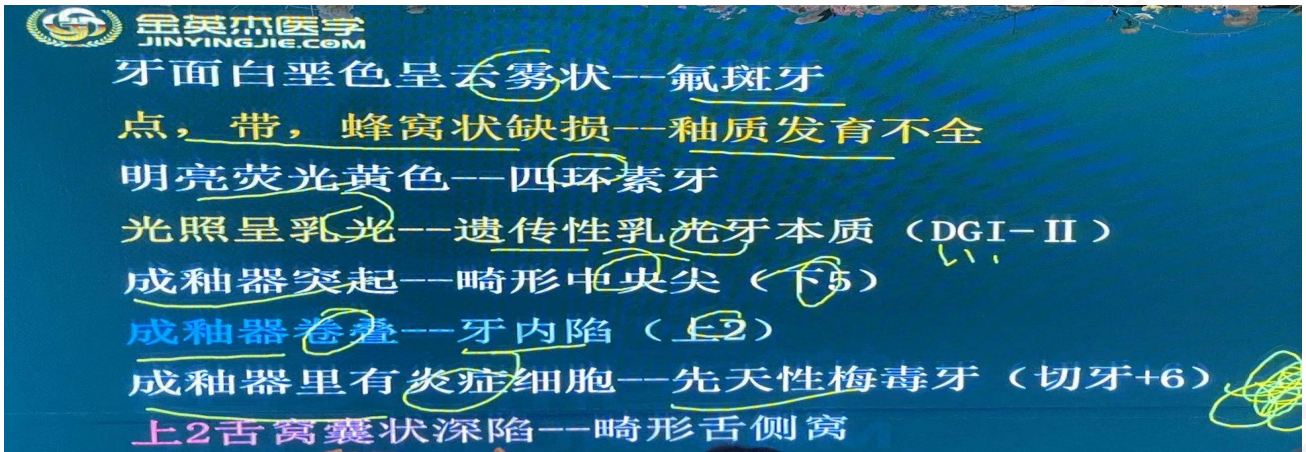
牙内陷最好发牙齿是恒牙上颌侧切牙，经常对称发生。

- 1.畸形舌侧窝：是牙内陷最轻的一种
- 2.畸形根面沟：为一条纵形沟裂，有时在 x 线片上显示线样透射影，易被误认为副根管或双根管。
- 3.畸形舌侧尖：指状舌尖。牙髓组织亦随之进入舌侧尖内，形成纤细髓角
- 4.牙中牙：最严重的一种。X 线片示一个牙包于牙中，其实陷入部分的中央不是牙髓，而是含有残余成釉器的空腔。

诊断 临床表现

### 治疗

- 1.畸形舌侧窝早期软化组织去净并形成洞形，按间接盖髓术处理。
- 2.凡导致牙髓、牙周同时发病者----应在行根管治疗术的同时行牙周病手术治疗。
- 3.必要时可拔除患牙再修复。若裂沟已达根尖部，由于相互交通造成牙周组织广泛破坏，则预后不佳，应予拔除。



## 第三单元 牙急性损伤

### 第一节 牙震荡 (牙挫伤或称外伤性根周膜炎)

牙外伤时, 牙周膜的轻度损伤称为牙震荡。牙冠完整

#### 临床表现

1. 患牙牙齿轻微酸痛感, 可有对冷刺激一过性敏感症状或无反应。
2. 牙冠完整, 通常不伴牙体组织的缺损。
3. 轻微松动或不松动, 无移位, 垂直向或水平向叩痛 (±) ~ (+), 龈缘还可有少量出血, 表明有牙周膜损伤。
4. 温度测验可为一过性敏感症状, 若做牙髓活力测试, 从略敏感到无反应不一。

#### 牙髓休克恢复时间为 6-8 周

5. X 线片表现正常或根尖牙周膜增宽。

#### 治疗

1. 1~2 周内应使患牙休息。调对牙合 观察
2. 受伤后 1、3、6、12 个月应进行定期复查。必须记住, 在年轻恒牙, 其活力可在受伤 1 年后才丧失

## 第二节 牙折

### 类型、临床表现和诊断

按牙齿的解剖部位可分为冠折、根折和冠根联合折三型。

1.冠折:又可分为横折和斜折，牙折又可分为露髓和未露髓两大类。

### 2.根折

(1) 多发生在成年人。

(2) 根折发生在根尖 1/3 处，无或轻度叩痛，有轻度松动或不松动；

如果中 1/3 或近龈 1/3 根折。则叩痛明显，叩诊浊音，II ~III 度松动。

治疗 1.冠折 牙髓活力正常的患牙，应在治疗后 1、3、6 个月复查

1.缺损少，牙本质未暴露的冠折--- 可将锐缘磨光。

牙本质已暴露，并有轻度敏感者----- 脱敏治疗

近髓----- 直接盖髓

2. 牙髓已暴露的恒牙，对牙根发育完成者---- RCT+冠修复

3. 对年轻恒牙髓暴露小< 1mm (透红，点状) ----- 直接盖髓

大> 1mm (鲜红) ----- 活髓切断术

感染 (暗红，不止，灰白) ----- 根尖诱导

4.牙冠的缺损---- 复合树脂修复或用人工冠修复。牙齿的永久性修复都应在受伤  
后 6~8 周进行。

### 4. 根折

根尖 1/3 折，牙髓好----- 调牙合观察

根中 1/3 ，未与龈沟相通----- 立即复位，夹板固定 4 周/3- 4 个月观察



1.部分脱位牙应在局麻下复位，再**结扎固定4周**。术后3、6和12个月进行复查；若发现牙髓已坏死，应及时作根管治疗术。

2. 嵌入性的脱位牙在**复位后2周应作根管治疗术**，对嵌入性脱位的年轻恒牙，观察，一般在**半年内患牙能萌出到原来的位置**。

3.完全脱位牙在**半小时内进行再植**，**90%患牙的牙根可免于吸收**。可将患牙置于患者的**舌下或口腔前庭处**，也可放在盛有**生奶、0.9%生理盐水或自来水**的杯子内，切忌干藏。

恒牙和年轻恒牙

湿润--- 2h外 4h内，体外完成根管治疗术

2h内---- 固定3周 RCT

干燥----- 1h外 2h内 ----- 固定4周----- 根管

1h内，固定2周，1周 RCT

4.年轻恒牙完全脱位 1h内，保守治

愈合方式：牙周膜愈合（理想），骨性黏连再植后 6- 8w，炎症性吸收再植后 1- 4个月

**外伤时间**

- 牙髓休克恢复的时间—6-8周
- 近髓间接盖髓之后形成足够修复性牙本质的时间--6-8周
- 再植后骨性粘连的时间--6-8周
- 再植后炎症性吸收的时间--1-4个月
- 恒牙嵌入性脱位--复位固定2周做根管治疗
- 脱出和侧向性脱位固定的时间--4周
- 完全脱位效果最好--30min之内再植，能够90%避免牙根吸收
- 完全脱位 (湿润) 超2h都要治，不超2h 34
- (干燥) 超1h都要治，不超1和2

↓

固定4周

## 第四单元 牙慢性损伤

### 第一节 楔状缺损

**病因** 1.不恰当的刷牙方法（主要）。2.酸的作用 3.牙颈部结构的特点:4.应力疲劳:

**临床表现** 主要发生在唇、颊侧，少见于舌侧。好发牙位：4536721

**治疗**：首选（复合体）--- 树脂改性的玻璃离子/光固化树脂/玻璃离子 GIC

### 第二节 磨损

由机械摩擦作用而造成的牙齿硬组织渐进丧失的疾病。

生理性磨耗----- 随着年龄的增长，牙齿咬合面和邻面由于咀嚼作用均衡的磨损

病理性磨损----- 由于某种因素引起个别牙或一组牙，甚至全口牙的磨损不均或过度磨损

**病因** 1.牙齿组织结构不完善:2.咬合关系不良，咬合负担过重 3.硬食习惯:4.不良习惯： 5.全身性疾病：

### 临床表现

牙齿磨损从**表面**向**深层**进行，在牙外表发生变化的同时相继出现不同的并发症。

- 1.釉质部分磨损： 2.磨损达牙本质中层后：可使髓腔暴露引起**牙髓病和根尖周病**。
- 3.磨损不均形成锐利的釉质边缘和高陡牙尖：可能刺激颊、舌侧黏膜，形成**黏膜白斑或褥疮性溃疡**。
- 4.全口牙齿磨损严重:牙冠明显变短，颌间距离过短.并导致**颞下颌关节病变**。

## 第三节 牙隐裂 创伤咬合力是牙隐裂的致裂因素

未经治疗的牙冠表面的**非生理性**细微裂纹，临床常不易被发现。

**病因** 1.牙齿结构的薄弱部位。2.牙尖斜面大，水平分力大，隐裂机会多。

**临床表现** 1.好发于**中老年患者的后牙咬合面**，**以上颌第一磨牙最常见**。（上6）

2.常见主诉是咬在某一特殊部位可引起剧烈疼痛（**定点咬合痛**）

3.隐裂的位置窝沟重 患牙常见**侧向叩诊**反应明显。

4.隐裂纹可先后出现牙本质过敏症、根周膜炎等症状也可并发牙髓和根尖周病

5.X线片可见到某部位的牙周膜间隙加宽，相应的硬骨板增宽或牙槽骨出现X线透射区，也可以无任何表现。

## 临床诊断

1.病史和症状：定点疼 叩诊 2.温度测验：患牙对冷敏感时，隐裂纹处最明显。

3.裂纹的染色检查：2.5%碘酊或其他染料类药物使牙面裂纹清晰可见。 **首选**

4.咬楔法：将韧性物如棉签或小橡皮轮放在可疑隐裂处做咀嚼运动时，可以引起疼痛。

## 治疗 不用银汞！

1.对因治疗：调磨创伤性（牙合）力，调磨过陡的牙尖

2.对症治疗：出现并发症时进行相应治疗。

3.防止劈裂：牙髓治疗+牙冠保护（首选金属冠）永久充填体选用**复合树脂为宜**

## 第四节 酸蚀症（助理不考）

**病因**（内+外源） 1.饮食酸 2.职业相关酸性物质 3.酸性药物： 4.胃酸:舌腭面。

**临床表现** 1.饮食酸引起的酸蚀症牙面的表现

**0度**：釉质无外形缺损 **1度**：仅牙釉质受累。唇腭面釉质表面横纹消失（熔融状）

**2度**：仅牙釉质丧失。唇、腭面牙釉质丧失（杯口状）

**3度**：牙本质丧失面积**小**于牙表面积的 1/2。（弹坑状，银汞岛）

**4度**：牙本质丧失面积**大**于牙表面积的 1/2。

**5度**：釉质大部丧失，牙本质丧失至继发牙本质暴露或牙髓暴露，牙髓受累。

2.工业酸：

分清楚，目前有以下三种假说。（熟记）

(1) 神经学说： (2) 牙本质纤维传导学说： (3) 流体动力学理论： 较多

### 临床表现

1.表现为激发痛，以机械刺激最为显著，其次为冷、酸、甜等，刺激除去后疼痛立即消失。

2.用探针尖在牙面上寻找一个或数个敏感点或敏感区，引起患者特殊的酸、软、痛症状。

诊断 . 探诊：最可靠的诊断方法+温度测试正常

治疗 。 1.药物脱敏治疗： 机械堵塞

氟化物：氯化锶，75%氟化钠甘油，塑化液，氨硝酸银：碘化银，树脂类脱敏剂：

其他药物：4%硫酸镁液、

5%硝酸钾液、30%草酸钾液皆可用于牙本质过敏的治疗。

2.激光 Nd:YAG 激光，功率 15w （高温热凝）

3.调磨对颌牙过高的牙尖。治疗相应的牙体疾病。个别磨损严重而接近牙髓，症状明显而脱敏无效者，可考虑牙髓治疗



## 第一单元 龋病

1、龋病是在以细菌为主的多种因素作用下，牙齿硬组织发生的慢性、进行性破坏的一种疾病。

2、龋病的好发牙位：下颌第一磨牙，不宜好发于下前牙。

3、龋病的临床特征:牙体硬组织在色、形、质各方面均发生变化。

## 第二节 龋病的病因和发病机制

1.龋病病因四联因素理论：细菌+饮食+宿主+时间

### 1.牙菌斑和致龋细菌

(1) 牙菌斑：是附着在牙齿表面未矿化的细菌沉积物的膜样物质，即牙表面的生物膜。没有牙菌斑就不会发生龋病。

(1) 致龋细菌和致龋机制：

- 1) 对牙面有较强的黏附力。
- 2) 具有产酸性和耐酸性。（变链最强使 PH< 5.5）
- 3) 具有合成细胞内多糖与细胞外多糖的能力。

(3) 常见的致龋细菌包括

变形链球菌不仅是冠部龋病的主要致病菌，也是根部龋的主要致病菌，致龋性主要取决于其产酸性和耐酸性（主编）

血链球菌是最早在牙面定居的细菌之一（早早学）

轻链球菌是牙菌斑中最常分离到的细菌（常青树）

乳杆菌属乳杆菌是口腔的正常菌群,是龋病进展的结果（如果）

放线菌属黏性放线菌促进变形链球菌定殖于促进

- 牙菌斑当中最常分离到：轻链球菌
- 根面龋当中最常分离到：放线菌
- 冠部、根部最主要的致龋菌：变链
- 最早在牙面上定居的：血链球菌
- 加速龋病的发展：乳杆菌
- 龋病进展的结果：乳杆菌
- 窝沟龋：变链
- 浅龋：变链
- 中龋、深龋：乳杆菌
- 随着龋病的发展：乳杆菌增多，血链球菌减少

## 2. 饮食因素

①糖：蔗糖>葡萄糖>麦芽糖>乳糖>果糖>山梨糖>木糖醇

高甜替代品：甜叶菊糖。赤藓糖醇：限制变链的生长

②氟化物：高浓度的氟可杀灭致龋菌，降低.....抑制....唯独促进了再矿化

3. 宿主：影响发病的宿主因素主要包括牙和唾液。

(1) 牙齿的排列、牙齿结构、牙表面

(2) 临床能见到唾液腺因各种原因遭到破坏后龋病极易发生的放射性龋病例。

(3) 机体全身状态：

4. 时间：龋病发病的每一过程都需要一定的时间才能完成。

### 龋病好发部位

下颌第一磨牙咬合面、颊面、近中面、远中面和舌面 (OBMDL 奥巴马达令)

上颌第一磨牙咬合面、近中面、腭面、颊面和远中面 (OMPBD 我妈怕爸打)

上颌侧切牙舌面、唇面

## 发病机制

### 1.龋的发病机制：

由于口腔菌斑环境的不断变化，牙齿早期龋的过程不是一个连续的脱矿过程，而是一个动态的脱矿与再矿化交替出现的过程。

### 2.龋的病因学说

(1) 化学细菌学说：Miller- - - 里程碑

(2) 其他学说

1) 蛋白溶解学说：1947年 2) 蛋白溶解- 整合：1955年

3) 龋病病因的现代：20世纪70年代将“三联因素”理论发展成“四联因素”。

**牙髓牙本质复合体**：牙本质受到外界的任何刺激，无论是生理的或病理的，都能产生感觉，并引起牙髓的相应反应。接近髓腔，小管数多，对外界刺激的反应也越强，更容易造成对牙髓的损伤；备洞时切忌对牙髓牙本质复合体造成过大刺激。

**洞底剩余牙本质厚度 RDT** 大于等于 2mm- - - 牙髓正常，小于等于 0.2mm 牙髓里找到细菌

