

口腔常见病临床防治

(下)

孔春燕等◎主编

第十一章 口腔黏膜病

第一节 复发性阿弗他溃疡

一、概述

复发性阿弗他溃疡（RAU）是最常见的口腔黏膜病，其患病率高达 20% 左右。本病表现为周期性复发且其有自限性，为孤立的、圆形或椭圆形的浅表性溃疡。分为轻型、重型和疱疹样溃疡三种。

（一）发病因素

病因不清楚，存在明显的个体差异，应该是多因素综合作用的结果。

1. 免疫因素 研究表明机体免疫力过高、过低，均可以引发复发性阿弗他溃疡。

2. 遗传因素 流行病学显示，父母患有复发性阿弗他溃疡者，其子女患病的概率较同地同环境对照者明显高。

3. 精神因素 研究表明，部分患者有明显的精神因素，表现为工作劳累、情绪激动、生活环境改变时易发病，或发病频率明显增高。

4. 内分泌因素 部分女性患者的口腔溃疡与月经周期有一定关系；亦有女性患者口腔溃疡的发生率在绝经期前后变化显著。此于体内雌激素的变化相关。

5. 感染因素 RAU 是否属于感染性疾病目前还有争议。但是，微生物因素必然参与溃疡形成后的某些阶段，应作为一个因素考虑。

（二）组织病理

复发性阿弗他溃疡的病理变化为非特异性炎症。早期表现为上皮细胞内或细胞间水肿，继而上皮破坏脱落形成溃疡。表面有纤维素渗出物与坏死细胞、炎症细胞共同形成的假膜。固有层内胶原纤维水肿变性、均质化或弯曲断裂。黏膜下层有炎细胞浸润，以淋巴细胞为主，其次是浆细胞。深层毛细血管扩张充血，血管内皮细胞肿胀，管腔狭窄、闭塞，局限性坏死。

腺周口疮侵及黏膜下层，腺泡被炎症破坏，腺管上皮增生或扩张。

二、诊断

（一）临床表现

1. 轻型阿弗他溃疡 本型为最常见型，约占 RAU 的 80%，溃疡直径一般在 2~4mm，圆形或椭圆形，周界清晰，孤立散在，数目不多，每次 1~5 个不等。好发于角化较差的部位，如唇内侧，舌尖和颊黏膜。

2. 重型阿弗他溃疡 本型又称腺周口疮, 发作时溃疡大而深, 直径可达 1~3cm, 深及黏膜下层甚至肌层。溃疡四周红肿, 边缘略隆起, 触诊较硬, 愈合需一个月甚至数月, 愈合后留有瘢痕。

3. 疱疹样溃疡 溃疡数目多, 可十几个至数十个, 溃疡面小, 一般直径 1~2mm, 可分布在口腔黏膜的任何部位, 一般不融合, 时间长者可见融合的溃疡面。溃疡表浅, 愈合后不留瘢痕。

(二) 诊断

(1) 反复发作病史。

(2) 溃疡特征: 表面覆以黄白色假膜, 表面向内凹陷, 疼痛明显。

(3) 病因不明, 可自愈。

三、治疗

由于 RAU 病因不清, 因而缺乏特效药或特效方法, 疗效不够理想。

(一) 局部治疗

以消炎、止痛、防止继发感染、促进愈合为原则。

1. 糊剂或药膏 2.5% 金霉素甘油或口腔溃疡软膏, 其主要成分金霉素、丁卡因、肾上腺皮质激素、维生素 A 等。

2. 膜剂 口腔溃疡软膏药膜, 利福平药膜或蜂胶药膜。

3. 漱口水 0.02% 呋喃西林液、3% 复方硼酸液等。

4. 理疗 用激光、微波等仪器或口内紫外线灯照射溃疡, 有减轻渗出、促进愈合的功效。

(二) 全身治疗

以对因治疗、促进愈合、减少复发为原则。

1. 免疫增强剂 转移生长因子, 在上臂或大腿腹股沟皮下注射 1 单位, 每周 1~2 次, 10 次为一疗程; 胸腺素, 肌注, 5~10mg/次, 2 次/周, 10 次为一疗程。

2. 肾上腺皮质激素 泼尼松开始每日 10~30mg, 每日 3 次, 溃疡控制后, 逐渐减量。

3. 复合维生素片 可给予患者口服复合维生素。

4. 含锌制剂 硫酸锌片 0.1g/次, 3 次/d, 7~10d 为一疗程。

临床医生应结合每位患者的具体症状, 才用以上几种或全部治疗方法, 给予患者不同的方案。

四、预后

复发性阿弗他溃疡具有自愈性, 绝大多数愈合良好, 但有些患者反复发作频繁, 严重影响患者的生活质量, 甚至引起患者轻生的想法, 应引起医生的足够重视。

(陈小军)

第二节 口腔单纯性疱疹

一、概述

口腔单纯性疱疹 (herpes simple) 又名疱疹性口炎, 是由单纯疱疹病毒 I 型所引起。本病早期表现为痒、刺痛或烧灼感, 继之黏膜充血水肿, 出现成簇的小水疱, 水疱极易破溃形成浅层溃疡, 彼此融合, 表面有黄白假膜覆盖。

(一) 发病因素

单纯疱疹病毒是该病的致病病毒, 口腔单纯疱疹病毒感染的患者和病毒携带者为传染源, 主要通过飞沫、唾液、疱疹液接触而感染。

(二) 组织病理

因为单纯疱疹病毒会侵入上皮细胞, 所以会有特殊的细胞学改变, 包括产生核的包涵体、多核巨细胞及细胞的破坏。由于上皮细胞产生气球变性和网状液化上皮内形成疱, 即上皮内疱; 而由于疱底的上皮细胞常被破坏, 故也可形成上皮下疱。

二、诊断

(一) 临床表现

1. 原发性疱疹性口炎 本病多发生于 6 岁以下儿童, 6 个月至 2 岁为尤。多数临床症状不显著, 临床可分为 4 期:

(1) 前驱期: 发病前常有患疱疹病损者的接触史。潜伏期 4~7d, 以后出现发热、头痛、疲乏、肌肉酸痛等急性症状, 颌下淋巴结肿大, 触疼。患儿口水增多, 烦躁啼哭。经过 1~2d 后, 口腔黏膜广泛充血、水肿, 牙龈出现急性炎症;

(2) 水疱期: 口腔黏膜任何部位均可出现成簇的小水疱, 针头大小, 上腭跟龈缘处更明显。水疱壁薄、透明, 不久溃破形成溃疡;

(3) 糜烂期: 水疱破溃后引起大面积的糜烂, 并且易继发感染;

(4) 愈合期: 糜烂面逐渐缩小, 愈合, 整个过程历经大约 7~10d。

2. 复发性疱疹性口炎 原发性疱疹性口炎约有 30%~50% 的复发概率。复发部位多位于口唇或接近口唇处, 故又名复发性唇疱疹。其特征:

(1) 病损以起疱开始, 常为多个成簇的疱。

(2) 复发位置总位于原发部位或附近。

复发影响因素包括局部机械刺激、轻度发热、精神紧张等。复发前, 患者可觉有疲乏不适, 继而在原发部位有刺激、灼痛、痒等异样感觉, 大约于 10h 内出现水疱, 周围轻度红斑。一般疱于 24h 左右溃破形成糜烂, 然后结痂、愈合。

(二) 诊断

1. 原发性疱疹性口炎

(1) 婴幼儿多见, 以 6 个月~2 岁为尤。

(2) 急性病程, 全身反应重。

(3) 口腔及口唇周围皮肤出现典型的小水疱，破后形成溃疡。

2. 复发性疱疹性口炎

(1) 多见于成人。

(2) 急性发作，全身反应轻。

(3) 发病前多有感冒、劳累等诱发因素。

(4) 损伤部位相对固定，多位于唇红、口角；成簇状小水疱。

(三) 鉴别诊断

1. 疱疹样口疮 损害为散在分布的单个小溃疡，病程反复，不经过发疱期，溃疡数量较多，主要分布于口腔内角化程度较差的黏膜处，不造成龈炎，儿童少见，无皮肤损害。

2. 三叉神经带状疱疹 是由水痘带状疱疹病毒引起的颜面皮肤和口腔黏膜的病损。水疱较大，疱疹聚集成簇，沿三叉神经的分支排列成带状，但不超过中线。疼痛剧烈。本病可发生于任何年龄，愈合不再复发。

3. 手-足-口病 为柯萨奇病毒 A16 所引起的皮肤黏膜传染性疾病，可散发或小范围内流行，好发于三岁左右儿童。口腔损害比皮肤损害重。前驱症状有发热、困倦、局部淋巴结肿大；然后在口腔黏膜、手掌、足底出现散在水疱、丘疹与斑疹，数量不等。斑疹周围有红晕，无明显压痛，其中央为小水疱，皮肤的水疱数日后干燥结痂；口腔损害遍布唇、颊、舌、腭等处，为很多小水疱，迅速成为溃疡，经 5~10d 后愈合。

4. 疱疹性咽峡炎 由柯萨奇病毒 A4 所引起的口腔疱疹损害。临床表现较似急性疱疹性龈口炎，但前驱期和全身反应都较轻，病损的分布只限于口腔后份，如软腭、悬雍垂、扁桃体处，为丛集成簇的小水疱，不久溃破成溃疡，损害很少发于口腔前部，牙龈不受损害，病程大约 7d。

5. 多形性红斑 为广泛损及皮肤和黏膜的急性疾病。诱发因素包括感染、药物的使用，但有的亦无诱因。口腔黏膜突发广泛的糜烂，特别涉及唇部，引起糜烂、结痂、出血，而弥散性龈炎非常少见，皮肤损害有靶形红斑或虹膜状红斑。

三、治疗

1. 局部治疗 阿昔洛韦软膏，继发感染时抗生素制剂。

2. 全身用药

(1) 抗病毒治疗：阿昔洛韦 (acyclovir, ACV)、利巴韦林、干扰素和聚肌胞、疫苗和免疫球蛋白。

(2) 免疫调节剂及其他：胸腺素、转移因子、左旋咪唑、环氧化酶抑制剂。

(3) 疼痛处理阿司匹林。

3. 其他 中医中药治疗，对症支持治疗。

四、预防

单纯疱疹病毒可经口-呼吸道传播，也可通过皮肤、黏膜、眼角膜等接触疱疹病灶传染。故本病患者应避免接触其他儿童和幼婴。复发性单纯疱疹感染的发生是由于体内潜伏的单纯疱疹病毒被激活以后引起的，目前尚无理想的预防复发的方法，主要应消除诱因。

(陈小军)

第三节 口腔念珠菌病

一、概述

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, 是人类最常见的口腔真菌感染。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: 引起人类念珠菌病的主要是白色念珠菌、热带念珠菌和高里念珠菌, 其中白色念珠菌和热带念珠菌的致病力最强。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的, 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、皮肤潮湿等也是导致白色念珠菌感染的因素。

二、诊断

(一) 临床表现

口腔念珠菌病按其主要病变部位可分为: 念珠菌性口炎、念珠菌性唇炎与念珠菌性口角炎。

1. 念珠菌性口炎

(1) 急性假膜型念珠菌性口炎: 多见于长期使用激素、HIV 感染者、免疫缺陷者、婴幼儿及衰弱者, 尤以新生儿最多见, 故又称新生儿鹅口疮或雪口病。多在出生后 2~8d 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色白如雪的小斑点, 略高起, 状似凝乳, 逐渐增大, 不久即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, 少数病例还可蔓延到食管、支气管或肺部, 或并发皮肤念珠菌病。

(2) 急性红斑型念珠菌性口炎: 又称抗生素口炎、抗生素舌炎, 多见于长期应用抗生素、激素后及 HIV 感染者, 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。自觉症状为味觉异常或味觉丧失, 口腔干燥, 黏膜灼痛。

(3) 慢性红斑型 (萎缩型) 念珠菌病: 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。

(4) 慢性增殖性念珠菌病: 又称慢性肥厚型念珠菌性口炎、念珠菌性白斑, 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。腭部损害可由义齿性口

炎发展而来,黏膜呈乳头状增生。

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

糜烂型者在下唇红唇中份长期存在鲜红色的糜烂面,周围有过角化现象,表面脱屑。颗粒型者表现为下唇肿胀,唇红皮肤交接处常有散在突出的小颗粒。刮取念珠菌性唇炎糜烂部位边缘的鳞屑和小颗粒状组织镜检,可发现芽生孢子和假菌丝。

3. 念珠菌性口角炎 多发生于儿童、身体衰弱患者和血液病患者。双侧口角区的皮肤与黏膜发生皲裂,邻近的皮肤与黏膜充血,皲裂处常有糜烂和渗出物,或有结痂,张口时疼痛、出血。

年长患者的口角炎多与咬合垂直距离缩短有关,也与义齿的局部刺激、义齿性溃疡的感染有密切关系。儿童在冬季,因口唇干裂继发的念珠菌感染的口角炎也较常见。其特点为唇周皮肤呈干燥状并附有细的鳞屑,伴有不同程度的瘙痒感。

(二) 诊断

根据病史、临床表现和实验室检查明确诊断,包括涂片检查病原菌、分离培养、免疫学和生化检验、组织病理学检查和基因诊断等。

三、治疗

首先应去除可能的诱发因素,如停用抗生素等。治疗以局部治疗为主,辅以全身治疗。

1. 局部药物治疗

(1) 2%~4%碳酸氢钠(小苏打)溶液:是治疗婴幼儿鹅口疮的常用药物,用于清洗婴幼儿口腔。轻症患儿病变在2~3d内即可消失,但仍需继续用药数天,以预防复发。也可用于清洗母亲乳头及浸泡义齿。

(2) 氯己定:选用0.2%溶液或1%凝胶局部涂布,冲洗或含漱。可与制霉菌素配伍成软膏或霜剂,加入少量曲安奈德(去炎舒松),以治疗口角炎、义齿性口炎等。以氯己定液与碳酸氢钠液交替漱洗,可消除白色念珠菌的某些协同致病菌。

(3) 西地碘(商品名华素片):每次1片含化后吞服,每日3~4次。碘过敏者禁用。

(4) 制霉菌素:局部可用5~10万U/ml的水混悬液涂布,每2~3小时1次,涂布后可咽下。疗程为7~10d。

(5) 咪康唑:散剂用于口腔黏膜,霜剂适用于舌炎及口角炎治疗。

2. 全身抗真菌药物治疗

(1) 氟康唑:是目前临床应用最广的抗真菌药物,也是治疗白色念珠菌的首选药物。首次1日200mg,以后每日1次,每次100mg,口服,连续7~14d。

(2) 伊曲康唑:每日口服100mg。

3. 增强机体免疫力 注射胸腺素、转移因子。

4. 手术治疗 对于癌前损害,在治疗期间应严格观察,若疗效不明显,应考虑手术切除。

(陈小军)

第四节 口腔白斑

一、概述

口腔白斑 (oral leukoplakia) 是指口腔黏膜上以白色为主的损害, 不具有其他任何可定义的损害特征; 一部分口腔白斑可转化为癌。是一种比较常见的非传染性慢性疾病。

(一) 病因

本病的发生与局部的慢性刺激如长期的烟、酒、辣、烫、咀嚼槟榔、不良修复体、残根、残冠等的刺激有关, 也与全身因素如白色念珠菌的慢性感染、缺铁性贫血、维生素、微量元素的失衡、梅毒以及放射线的刺激、口干症等有密切关系。

(二) 组织病理

白斑的主要病理改变是上皮增生, 伴有过度正角化或过度不全角化; 上皮粒层明显, 棘层增生; 上皮钉突伸长变粗, 固有层和黏膜下层中有炎细胞浸润。

口腔白斑病的病理学诊断常规应写明是否伴有上皮异常增生, 并判断其程度 (轻、中、重度)。白斑伴有上皮异常增生时, 其恶变潜能随上皮异常增生程度的增加而增大。

二、诊断

(一) 临床表现

中年以上的男性多见, 可发生在口腔黏膜各处, 但发生在三个危险区 (口底舌腹, 口角区颊黏膜, 软腭复合体, 包括软腭、咽前柱及舌侧磨牙后垫) 的应尤为警惕。

患者的主观症状有粗糙感、木涩感、味觉减退, 局部发硬、伴有溃烂时可出现自发痛及刺激痛。

口腔白斑可分为均质型和非均质型两大类: 前者包括斑块状、皱纹纸状等; 而颗粒状、疣状及溃疡状者属于后者。

1. 斑块状 白色或者灰白色角化斑块, 质地紧密, 斑块表面可有皲裂, 平或稍高出黏膜表面, 边界清楚, 触之柔软, 不粗糙或略粗糙, 周围黏膜多正常。患者多无症状或有粗糙感。

2. 颗粒状 亦称颗粒-结节状白斑, 颊黏膜口角区多见。外形似三角形, 损害红、白间杂, 即在红色萎缩黏膜的基底上点缀着结节-颗粒状白斑、颗粒状赤斑、非均质型赤斑等, 具有白斑和赤斑的双重癌前病变。本型常发现白色念珠菌感染。

3. 皱纹纸状 多发生于口底及舌腹。病损呈灰白色或苍白、边界清楚, 表面粗糙, 但触之柔软, 周围黏膜正常。患者除粗糙不适感外, 亦可有刺激痛等症状。

4. 疣状 损害隆起, 表面高低不平, 伴有乳头状或毛刺状突起, 触诊微硬。除位于牙龈和上腭外, 基底无明显硬结, 损害区粗糙感明显, 多可找到明显的局部刺激因素, 如义齿基板、残根冠等。

5. 溃疡状 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, 可有反复发作史, 疼痛。以上各型在发生溃疡时均可冠以“溃疡型”。溃疡实质上是癌前损害已有了进一步发展的标志。

（二）诊断

- （1）口腔黏膜任何部位的白色斑块，以颊黏膜最常见。
- （2）斑块界限清楚，不能擦去。
- （3）患者自觉症状轻，未继发感染时多仅有粗糙感。
- （4）发病多见于中年以上男性。
- （5）组织病理表现为上皮增生，表层过度角化或过度不全角化。

（三）鉴别诊断

1. 白色角化症 为长期的机械或化学刺激而造成的口腔黏膜局部白色角化斑或斑片。除去刺激后，病损逐渐变薄，最后可完全消退。组织病理为上皮过度角化，上皮层轻度增厚或不增厚，固有层无炎细胞或轻度炎细胞浸润。

2. 白色水肿 白色边界不清的斑块，颇似白斑，但较白斑为软，有时会出现褶皱。组织病理表现为上皮增厚，上皮细胞内水肿，胞核固缩或消失，出现空泡性变，上皮结缔组织变化不明显。

3. 白色海绵状斑痣 又称白皱褶病，为一种原因不明的遗传性或家族性疾患。损害部位以颊黏膜和牙龈较为多见，为灰白色或乳白色高起的粗厚软性组织。表面为皱襞状、海绵状、鳞片状或叠瓦状，黏膜的柔性和弹性存在。病损呈珍珠样白色，有褶皱，触诊质软似海绵。

4. 斑块型扁平苔藓 在白斑的周界常伴有不规则白色线状花纹；病损变化较快，常有充血、糜烂；而白斑变化慢，黏膜不充血。扁平苔藓有时有皮肤病变，而白斑没有。

5. 白色念珠菌病 慢性念珠菌感染时可出现白色斑块，称念珠菌性白斑。病损部位取材涂片检查可见有菌丝。多见于老年有义齿修复患者。

三、治疗

1. 去除局部刺激因素 如戒烟、酒，少吃烫、辣食物，去除残根残冠、不良修复体、磨改锐利牙尖及牙边缘嵴等。

2. 药物治疗 尤其对于去除刺激因素后损害仍不消退的患者应该采用药物治疗，如口服维生素 A 及维生素 A 酸，或病损部位维 A 酸或鱼肝油涂擦。

3. 手术治疗 经久不愈，治疗后不消退者，白斑区发现皲裂、溃疡或基底变硬、表面增厚显著时，或已证明具有癌前改变的损害，应及早予以手术切除。

4. 中医中药治疗 中医辨证认为白斑发病可因气滞血瘀、痰湿凝聚或正气虚弱而引起，故可分别采用理气、活血化瘀、健脾化湿及补益气血的疗法。

（孔春燕）

第五节 口腔红斑

一、概述

口腔红斑又称为增殖性红斑、红色增殖性病变等，是指口腔黏膜上边界清晰的天鹅绒样鲜红色斑块，在临床和病理上不能诊断为其他疾病者，属于癌前病变。本病病因不明。

二、诊断

(一) 临床表现

多见于41~50岁年龄者,男性略多。好发于口腔黏膜的危险区域,即口底-舌腹(缘)区、口角区颊黏膜与软腭复合体。分为以下三型:

1. 均质型 病变较软,天鹅绒样鲜红色表面,光滑、发亮,似“无皮状”,边界清晰,平伏或微隆,无明显疼痛或不适。
2. 间杂型 红斑病损区域内又散在的白色斑点,红白相间。
3. 颗粒型 在红斑病损区内又颗粒样微小的结节,似桑葚状或颗粒肉芽状,稍高于黏膜表面,微小结节为红色或白色。有时其外周可见散在的点状或斑块状白色角化区,此型往往是原位癌或早期鳞癌。

(二) 组织病理

上皮不全角化或混合角化(即正角化与不全角化共存)。上皮萎缩,角化层极薄甚至缺乏,棘细胞通常只有2~3层。除上皮萎缩外,尚有上皮增生,钉突增大伸长,钉突之间的上皮萎缩变薄,使乳头层非常接近上皮表面,而结缔组织乳头内的毛细血管明显扩张,故使病损表现为鲜红色。上皮异常增生,固有层内炎细胞浸润明显。

(三) 鉴别诊断

1. 扁平苔藓 病损常左右对称,在充血糜烂区周围有白色线条状损害,病理检查为上皮细胞不全角化,基底细胞液化变性,固有层内有淋巴细胞带状浸润。
2. 非均质型白斑 颗粒状病损往往需要与红斑鉴别。病理检查为上皮增生,粒层明显,棘层增厚,上皮钉突增大,有时可见上皮异常增生。

三、治疗

一旦确诊后应及早手术切除,并定期随访数年。

(孔春燕)

第六节 口腔扁平苔藓

一、概述

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。皮肤及黏膜可单独或同时发病。口腔病损称口腔扁平苔藓(OLP),是口腔黏膜病的常见病之一,有统计显示是口腔黏膜病的第二大常见病,仅次于复发性阿弗他溃疡,好发于中年人,女性多于男性。本病好发于40~50岁的女性,患病率在0.5%左右,发病部位多见于颊部、舌、唇及牙龈等黏膜,病变多呈对称性。

(一) 发病因素

1. 精神因素 流行病学显示,近一半的患者有精神创伤史,例如亲属亡故,婚姻纠纷等。
2. 内分泌因素 本病女性患者多见,而且似乎与妊娠、更年期有关。

3. 免疫因素 现在认为扁平苔藓患者存在细胞免疫功能和体液免疫功能紊乱。

4. 感染因素 病毒可能参与到该病的某些过程，但有待进一步证明。

5. 代谢紊乱 有些患病者的一些代谢物质水平发生异常，如过氧化物上歧化酶低于正常值，使得体内自由基过多堆积，造成疾病。

6. 局部刺激因素 好多该病患者在病损处能找到局部刺激因素，如锐利的残冠、残根或不良修复体；而去除以后，病损会痊愈或好转。

（二）组织病理

上皮不全角化，基底层液化变性以及固有层有密集的淋巴细胞带浸润为 OLP 的典型病理表现。上皮过度角化或不全角化，上皮角化层增厚或变薄，粒层明显，棘层肥厚或变薄，上皮钉突呈现锯齿样或变平基底细胞液化变性，基地下方可见大量的淋巴细胞。固有层可见均匀嗜酸性染色的胶样小体。

二、诊断

（一）临床表现

1. 口腔黏膜病损 口腔黏膜病损表现为由小丘斑连成的线状白色、灰白色的花纹。病损区黏膜可能正常或发生充血、糜烂、溃疡、萎缩和水疱等表现。口内黏膜可同时出现多样病损，并可相互重叠、转变。

患者多无自觉症状，常偶然发现。有些患者遇辛辣、热刺激时，局部敏感灼痛，有些患者自感黏膜有粗糙、烧灼感。

根据病损形态可分为：

（1）网状型：灰白色花纹稍高起黏膜表面，交织成网状，多见于颊部、前庭沟。

（2）丘疹型：黏膜出现灰白色针头大小的丘疹，散在或密集分布。多见于颊黏膜、前庭沟、下唇黏膜。此型多于其他类型同时出现，特别是与网状型病损同时出现。

（3）斑块型：表现为白色角化丘疹融合在一起，形成斑块，常伴有网状白色角化条纹。多见于舌背黏膜两侧。

（4）糜烂型：常在充血基础上形成糜烂，糜烂周围有白色花纹或丘疹，疼痛明显。常见于颊、唇、前庭沟、磨牙后区、舌腹部。

（5）水疱型：黏膜上出现大小不一的水疱，一般在 1~5mm，破溃后形成糜烂面。多见于颊、唇、前庭沟。

（6）萎缩型：呈略显淡蓝色的白色斑块，微凹下，舌乳头萎缩至病损表面光滑。多见于牙龈、舌背。

2. 皮肤病损 扁平苔藓皮肤病损多发生于四肢、颈部，亦可发生于腰、腹部和生殖器。呈现紫红色或暗红色的多角形扁平丘疹，表面具有蜡样光泽。四周可有色素沉着，小丘疹周围可见白色小斑点或白色条纹，即 Wickham 纹。

3. 趾（指）甲病损 部分患者可出现甲床萎缩变薄或增厚，可出现纵裂，一般无自觉症状。

（二）诊断

（1）典型的病损特征：口腔黏膜的白色条纹或丘疹样病损，多成对称性发病。

(2) 口腔黏膜病损若伴有皮肤病损可作为诊断依据之一。

(3) 可靠的诊断要借助于病理学检查。

三、治疗

对于本病治疗,当前尚无特效疗法,应根据患者的局部与全身情况予以酌情处理。首先应询问病情,了解其精神、生理状况。

1. 全身治疗

(1) 精神心理因素调治:有学者认为,患者的精神因素不消除,单纯通过药物治疗将无效,甚至将加重病情,所以,精神心理治疗是前提。

(2) 口服肾上腺皮质激素治疗:常用泼尼松 15~30mg/d,服用 1~3 周,该法对糜烂型效果佳。

(3) 免疫调理治疗:常用药物是雷公藤和昆明山海棠。对于长期糜烂者,亦可给予氯化奎宁治疗。

(4) 维生素和微量元素的补充:对于怀疑有维生素缺乏者,应给与补充。可给予维生素 A 2.5 单位,3 次/d。

2. 局部治疗

(1) 去除各种局部刺激,如拆除不良修复体、行牙齿洁治术。

(2) 保持口腔卫生清洁,如给予漱口水含漱。

(3) 肾上腺皮质激素,如选用醋酸泼尼松龙、曲安奈德等加入 2% 利多卡因做黏膜下注射,7~10d 一疗程。

(4) 维 A 酸糊剂,浓度 0.1%~0.3% 予以局部涂擦,1 次/d。

四、预后

扁平苔藓预后一般良好,但部分患者病程漫长反复,且有癌变的潜在危险,所以对于长期不愈合者应定期追踪观察,必要时进行活检。

(孔春燕)

第七节 盘状红斑狼疮

一、概述

盘状红斑狼疮 (discoid lupus erythematosus, DLE) 又称慢性局限性红斑狼疮是一种反复发作的皮肤-黏膜的慢性结缔组织疾病,病损主要局限于皮肤和口腔黏膜,女性患者约为男性的 2 倍。

多认为是一种自身免疫性疾病,可能与以下因素有关。

(1) 遗传因素。

(2) 免疫功能紊乱:机体免疫机制失常时可产生一系列自身抗体,对患者自身的某些细胞成分发生抗原抗体反应,造成损害。

(3) 外界刺激,如强烈日光、紫外线照射、寒冷刺激等。

二、诊断

(一) 临床表现

1. 口腔黏膜损害 病损可发生于口腔黏膜的任何部位，主要在唇，其次为颊、舌、腭部，最常见为唇红部，下唇红尤为常见。病损表现为椭圆形或圆形片状糜烂，边界清楚，病损区凹下似盘状，周围有较短的呈放射状的白色条纹。

(1) 下唇唇红部是口腔黏膜中最多发生 DLE 的部位，初起时为暗红色丘疹或斑块，随后形成红斑样病损，片状糜烂，直径 0.5cm 左右，中心凹下呈盘状，周边有红晕或可见毛细血管扩张，在红晕外围是呈放射状排列的白色短条纹。病损可相互融合形成较大创面。病变区亦可超出唇红缘而累及皮肤，唇红与皮肤界限消失，此为 DLE 病损的特征性表现。慢性病损边缘有黑色素沉着。由于损害易发生糜烂，出现渗出、化脓、出血、水肿、结痂等，从而掩盖了病损的特征。

(2) 口腔内损害以颊黏膜为多见，亦可发生与舌背、舌腹（缘）、牙龈及软硬腭，其典型病损四周有白色放射状短条纹。颊部黏膜病损表现为圆形红斑，中央轻度萎缩周围绕以放射状角化条纹，血管扩张；其他部位常表现为网状、条索状或斑块状白色角化病损，也可伴以溃疡糜烂。

2. 皮肤损害 好发于头面部皮肤，常见者为两颧部对称损害，越过鼻梁，连接成“蝶状”，损害为丘疹与红斑构成。整个损害中央微凹，角化的边缘微隆，故成盘状。损害面积大小不定，表面粗糙，覆有带有黏着性角质栓的鳞屑，角质栓深入到扩张的皮脂腺导管中。陈旧性损害为苍白色的瘢痕组织。

DLE 患者通常无明显自觉症状，可伴有瘙痒、刺痛、灼热等。部分患者伴有全身症状，如胃肠道症状、不规则发热、关节酸痛或关节炎、淋巴结肿大、心脏病变、肾病变、肝脾肿大等。

(二) 诊断

(1) 单发于下唇唇红黏膜的盘形病损。

(2) 面部皮肤的盘形红斑，特别是蝶形红斑。

(3) 病理示角质栓、基底细胞液化变性、血管周淋巴细胞浸润和胶原纤维变性是本病特点。

(三) 鉴别诊断

1. 慢性唇炎 有时有白色纹，但不呈放射状排列，无 DLE 特征性的组织病理学改变。

2. 扁平苔藓 皮肤病损为对称性，发生于四肢伸侧或躯干，为浅紫色多角形扁平丘疹，患者自觉瘙痒。口腔内黏膜病损为白色条纹不规则形状，唇红部病损不会超过唇红缘。组织病理学检查可区别两者。

3. 良性淋巴增生性唇炎 好发于下唇部的局限性损害，其典型症状为阵发性剧烈瘙痒。组织病理学表现为黏膜固有层淋巴细胞浸润，并形成淋巴滤泡样结构。

三、治疗

(1) 去除局部刺激因素：如戒烟，少吃辛辣烫食物；拔出残根残冠，取出不良修复体。

- (2) 避免强烈日光照射。
- (3) 局部治疗：0.1% 依沙吖啶液湿敷；肾上腺皮质激素局部封闭或软膏涂擦；0.1% ~ 0.3% 的维 A 酸软膏局部涂擦。
- (4) 全身治疗：磷酸氯喹及羟基氯喹，氨苯砞，反应停，环磷酰胺，肾上腺皮质激素等。
- (5) 中医中药治疗。

四、预后

盘状红斑狼疮属于良性病变，大多数患者经过治疗可以痊愈。但约有 5% 的病例可转化为系统性红斑狼疮。值得注意的是，极少数病例反反复复，久治不愈，可转化为鳞癌。

(孔春燕)

第八节 口角炎

一、概述

又称口角唇炎，是发生于上下唇联合处口角区各种炎症的总称，以皲裂、口角糜烂和结痂为主要症状，又称口角糜烂。因病因不同而分为营养不良性口角炎、感染性口角炎、接触性口角炎和创伤性口角炎等。可单侧或双侧同时发生，病损由口角黏膜皮肤连接处向外扩展。

二、诊断

(一) 临床表现

本病表现为口角处或潮红出血，或干燥脱屑、皲裂糜烂，口角皮肤被溢出的唾液浸渍呈现出黄白色，其周围皮肤为范围不等的轻度皮炎，皮肤皲裂与黏膜相连，渗出液结痂，张口疼痛出血。临床常见的口角炎有如下几类：

1. 营养不良或维生素缺乏性口角炎 由营养摄入不足或消耗过多引起，或由糖尿病、贫血、免疫功能异常等全身因素引起。以维生素 B 族缺乏引起的口角炎最常见，有人认为维生素缺乏一年以上会出现口角损害。
2. 感染性口角炎 由细菌、病毒、真菌等病原微生物引起，两侧口角出现红色炎症，上皮发白，局部皮肤变厚。
3. 接触性口角炎 由接触变应或毒性物质引起，故又称变应性或毒性口角炎。某些唇膏、油膏、香脂等化妆品以及可能引起变态反应的某些食物药品等。患者常有过敏体质。呈急性发作。口角局部充血、水肿、糜烂明显，渗出液增多，皲裂，疼痛剧烈。除口角炎外，可伴有唇红部水肿，口腔黏膜糜烂等其他过敏反应症状。因食物或药品引起者，尚可出现皮疹、荨麻疹等皮肤表现。
4. 创伤性口角炎 由急性创伤或严重的物理刺激引起。表现为单侧口角区有长短不一的裂口，新鲜创口常有渗血或血痂。陈旧创口可有痂皮，或有水肿、糜烂。外伤引起者可伴局部组织水肿、皮下淤血。
5. 颌间垂直距离过短性口角炎 老年无牙颌、牙齿严重磨耗，造成颌间垂直距离过短，口角凹陷下垂，唾液溢出浸渍口角，局部组织发生炎症。

(二) 诊断要点

典型的临床表现：口角潮红、湿润，或皲裂、脱屑，糜烂。

三、治疗

(1) 针对病因进行治疗。

(2) 去除局部刺激，纠正不良习惯，如戒除舔唇习惯，修改不良修复体。

(3) 饮食多样化，纠正偏食习惯。

(4) 局部涂擦抗生素软膏或抗真菌药物。

(孔春燕)

第九节 舌疾病

一、地图舌

(一) 概述

地图舌，或称地图样舌炎，(geographic glossitis) 是一种浅表性非感染性的舌炎症。因其表现类似地图模型上蜿蜒的国界，故名。由于它的病损表现为经常在舌面的不同部位，并可变换大小和形状，具有游走性的特点，所以又称为游走性舌炎。

(二) 诊断

1. 临床表现 病变主要发生于舌背、舌尖、舌缘部。为丝状乳头剥脱形成的不规则的红色光滑稍凹陷区，周边为增厚的白色或黄色边缘，形似地图。病变可持续多日或数周无变化，或消失或改变形状和部位。消失后可再发。一般无明显症状，少数患者有轻度烧灼及痒感。

2. 组织病理 非特异性炎症，红斑处丝状乳头消失，上皮表层剥脱，棘层变薄，乳头消失，基底细胞层无变化，固有层血管充血，有淋巴细胞浸润。

3. 诊断要点

(1) 发病多见于儿童，病损主要位于舌背、舌缘。

(2) 病损呈地图状，“游走性”。

(三) 治疗

无特殊治疗方法，应去除可能诱发因素，保持口腔卫生，防止继发感染。

(1) 口服 B 族维生素，戒除偏食习惯。

(2) 可用弱碱溶液含漱，如 3% 碳酸氢钠。

(3) 局部使用抗生素软膏防止感染。

(四) 预后

有自限性，间隔缓解期黏膜可完全恢复。

二、沟纹舌

(一) 概述

沟纹舌又称阴囊舌、脑回舌或褶皱舌，是舌背黏膜出现不同排列方向的裂沟。

(二) 诊断

1. 临床表现 本病多见于中青年，性别无显著差别。临床上通常将本病分为叶脉舌和脑纹舌二种类型。①叶脉舌沟纹的分布似叶脉形状，中央有一条前后向较深的纵形沟，在其两旁分出很多排列比较规则的对称性付沟，如合并感染可有灼痛感。②脑纹舌沟纹迂回于舌背，状似大脑的沟回，脑纹舌的体积有时较大，舌的边缘常见凹凸的牙印，合并感染时可有灼痛感。

2. 诊断要点

- (1) 舌面出现沟纹，沟纹表面黏膜完整。
- (2) 患者多数无疼痛等异常不适。

(三) 治疗

该病诊治关键在于向患者解释病情，消除恐癌等惧怕。

- (1) 有炎症时可应用抗生素，以防止感染。
- (2) 可应用漱口水以保持口腔洁净。
- (3) 酌情给予维生素和微量元素。

(孔春燕)

第十节 唇炎

唇炎是发生于唇部的炎症性疾病的总称。唇部炎症包括糜烂型唇炎、干燥脱屑型唇炎又名单纯性唇炎或剥脱性唇炎、腺性唇炎、肉芽肿性唇炎。

一、慢性唇炎

(一) 概述

慢性唇炎为唇部的慢性非特异性炎症性疾病，主要表现为唇部反复肿胀、脱屑、皲裂及痂皮，为临床常见病。

(二) 诊断

1. 临床表现 唇部肿胀、充血、唇红脱屑、皲裂，表面渗出，有结痂，唇部干燥、灼痛。部分患者唇周皮肤亦可受累。由于反复发作，致使唇部长期肿胀，局部淋巴组织慢性增生。因唇部干胀发痒，患者常不自主伸舌舔唇，使病情进一步加重。病情时轻时重，寒冷干燥季节易发。

2. 诊断要点

- (1) 病情反复，时轻时重。
- (2) 寒冷干燥季节好发。
- (3) 唇呈典型症状，脱屑、皲裂，充血、渗出。

(三) 治疗

- (1) 关键要消除诱因，避免进一步刺激。
- (2) 改正不良吮唇习惯。

- (3) 干燥、脱屑者病损处应用油性软膏。
- (4) 渗出、糜烂者可用5%生理盐水湿敷。
- (5) 局部病损严重者可注射泼尼松龙。

二、肉芽肿性唇炎

(一) 概述

肉芽肿性唇炎表现为唇部慢性反复发生的均质弥漫性肿胀肥厚，最后形成巨唇或结节。病因不明。

(二) 诊断

1. 临床表现 多见于青壮年，无明显性别差异，表现为唇部的反复肿胀，病程缓慢持久，上唇多见。肿胀部位柔软，时肿时消，早期时唇可以恢复正常，反复发作后，不能痊愈，可形成巨唇。肿胀多从唇的一侧开始，慢慢蔓及全唇；肿胀多无痛无痒，压之无凹陷性水肿。唇红可以有干燥脱屑改变，一般不会出现糜烂结痂。严重者唇可至正常唇的2~3倍，并于唇红处出现纵向裂沟，左右对称呈瓦楞状。

2. 组织病理 该病表现为非特异性炎症，上皮下结缔组织内有弥漫性或灶性炎症细胞浸润，主要见于血管周围为上皮样细胞、淋巴细胞及浆细胞呈结节样聚集，有时结节内有多核巨细胞，结节中心无干酪样坏死。

3. 诊断要点

- (1) 上唇弥漫性反复肿胀，红色、不能完全恢复的肿胀。
- (2) 唇增厚向外翘起。
- (3) 根据组织病理学表现。

(三) 治疗

- (1) 去除可能诱发因素。
- (2) 给予适当抗生素。
- (3) 口服糖皮质激素，如泼尼松10mg，3次/d。
- (4) 病变较局限者可采用唇整形术。

(四) 预后

多数结果为良性。及时出去唇周可能的诱发因素，并注意口腔卫生。

三、腺性唇炎

(一) 概述

腺性唇炎是以唇部黏液腺增生并分泌增多为特征的唇部疾患，下唇多见。

(二) 诊断

1. 临床表现 该病好发于男性，中年以上多见，临床分三型：单纯型、浅部化脓型、深部化脓型。

(1) 单纯型腺性唇炎：腺性唇炎中最常见者，唇部可见针头大小结节，中央凹陷，中心为扩张的腺导管，常有黏液从导管排出；唇红则因干燥而黏结成浅白色薄痂，唇部浸润性