

口腔病理学彩色图谱

Color Atlas of Dental Medicine Oral Pathology

Peter A. Reichart
Hans Peter Philipsen 著

章魁华 李盛林 高岩 张筱林 罗海燕 译
章魁华 审译



中国医药科技出版社

口腔病理学彩色图谱

Peter A. Reichart
Hans Peter Philipsen 著

翻译 章魁华 李盛林 高岩 张筱林 罗海燕

审译 章魁华

图字：01-2004-5840 号

图书在版编目 (CIP) 数据

口腔病理学彩色图谱 / (德) 赖克特 (Reichert, P. A),
(西) 菲利普森 (Philipsen, H. P.) 著; 章魁华等译.

—北京: 中国医药科技出版社, 2006.1

书起原文: Color Atlas of Dental Medicine: Oral Pathology

ISBN 7-5067-3367-6

I. 口... II. ①赖... ②菲... ③章... III. 口腔颌
面部疾病-病理学-图谱 IV. R78-64

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2006) 第 000160 号

美术编辑 陈君杞

责任校对 张学军

版式设计 郭小平

出版 中国医药科技出版社

地址 北京市海淀区文慧园北路甲 22 号

邮编 100082

电话 010-62244206

网址 www.cspyp.cn www.mpsky.com.cn

规格 A4

印张 18 $\frac{1}{4}$

字数 467 千字

版次 2006 年 11 月第 1 版

印次 2006 年 11 月第 1 次印刷

印刷 北京市凯鑫彩色印刷有限公司

经销 全国各地新华书店

书号 ISBN 7-5067-3367-6/R·2792

定价 158.00 元

本社图书如存在印装质量问题请与本社联系调换

序

口腔病理学彩色图谱的二位作者，均为此领域的世界知名权威。他们有能力写出并图解他们的丰富经验和专业知识与技能，叙述极为清晰。书中包括了大量牙科医生应该认识的，范围极广的口腔疾病，是每个牙科医生在最初阶段了解和诊断口腔及面部疾病所亟需的。

当然遇到需要更多的经验、知识和技能才能处理充满危险的疾病时，应及时将病人转至专家处。

实际上，牙科医生日常工作的广度在上一世纪已经有极大的发展，从基本上是技术性的工作，即从修复牙齿和恢复失去的牙齿，发展成为更广泛的生物学性的专

业，对口腔及其周围结构的大量疾病进行诊断并进行治疗。牙科的这种发展是要求广泛的、综合的、生物学背景和医学教育背景。现今，在太平盛世的牙科医生将从此图谱的内容极大地获益。

作者做到了使此书的各章有平衡良好的结构。他们特别关注于一些特别的口腔解剖结构，如唇、舌、颊、和腭，这对当每日行医的牙科医生了解口腔病变的病理发生和解释，是一个很大的帮助。

相信牙科医生会很好地利用这本书。

ISAÄL VAN DER WAAL 教授

荷兰，阿姆斯特丹
Vrije 大学医院
口腔颌面外科 / 病理科

前言

口腔病理学是在医科和牙科中已被确认的科学部门，它的目的是描述和了解人类疾病的解剖和组织病理的各个方面。

在历史上，口腔病理学的发展有两个重要的来源：首先，是在20世纪初期，以口腔内科而来；其次是在最近，源自对大体病理学的研究。

牙齿硬组织及其疾患，主要是龋病，但也有其临近组织如牙周组织的形态学研究，使得人们对这些解剖结构的组织病理学本质有最先的了解。很多年来，牙齿硬组织的组织学检查是牙科研究中的主题；这使这一学科被称为“牙的病理学”。龋病及其病因病理发生，要求需应用形态学方法以及日益增加的精细切片和染色技术的发展。龋病的研究在早期受益于电子显微镜的应用。

在历史上的那个时期，多数口腔疾病的组织病理学诊断只起到了为大体病理学家的助手作用；故似乎没有必要成立口腔病理学这一特别的领域。然而，在过去，如牙源性肿瘤和囊肿的分类是很不详细的，也是不准确的。对患者来说，常意味着不需要进行根治性外科手术。20世纪50年代早期并直到60年代，这种情况开始改变。口腔病理学成为专科并进展为被承认的学科，有其积极的研究项目。世界上的一些国家，

如美国、英国、斯堪地纳维亚各国，以及荷兰，口腔病理学发展成为一独立的学科并有其积极的研究。1950至1980年间，文献提供了各种口腔疾病很多新的描述；这些的基础是进步的组织病理学诊断和对病源机制的更成熟的认识。口腔病理学的快速发展与一些重要的先驱者紧密相关，如Pindborg、Gorlin、Kramer、Lucas，以及很多其他学者。现在的WHO对牙源性肿瘤的分类，即主要来自这些科学家的原始工作。

口腔病理学发展的第二个重要来源，是从医学大体病理学而来。进步的诊断技术的引入，使口腔在诊断的准确性方面也有关键性的进步。例如，在口腔病理学中，多年来免疫组织化学和细胞化学方法被确立及接受。大量多克隆和单克隆抗体的应用，使口腔病理学家有可能在上皮性的、间质性的、神经源性的组织成分中做出鉴别。较新的超微结构方法在另一方面提供了主要在科学研究上比较常规的口腔诊断更为进步。最近，分子生物学方法，如聚合酶链式反应(PCR)也被用于口腔病理学中。此现代研究方法的目的是，是获得组织增生中各种标记物或癌基因的资料，最终，可更好的了解恶性转化的风险，例如，在口腔白斑中了解其恶性转化的风险。这些发展是非常有用的；然而，直至现在仍无真正的突破。外科取得的活检标本的常规检查，仍然是组织病理学诊断的基础。当然，一个简单的活检标本，对其诊断能量已大有扩展。

现在，口腔病理学的训练已跨过基本改变的时期。在过去的10年中，单纯“坐”着的病理已不常能提供合适的诊断。只有临床与口腔病理的结合才能改变诊断和越来越重要的质量控制。

将口腔内科包括在口腔病理学家的知识范围内，是目前的一个趋势。在训练中，这种结合的范围也许能影响牙科大学教育的结构，虽然这种情况并未晋及，但这种发展可能影响作为一种职业的牙科的将来。过去30年，全世界范围内龋病患率率的降低已大大改变了牙科实践的本质。WHO和FDI(国际牙科联盟)已在近来的报告中反复强调了这一事实。在牙科，应强调修复方法(在我们的专业中从开始时起就是主要的工作)现在必须更向医学方面倾斜。FDI建议使用这一词，即“口腔医生”。H. Loe(美国)近来提出了这样的“口腔医生”的工作范围：

- 口腔黏膜病
- 颞下颌关节疾患和涎腺疾病，包括恢复唾液的产生
- 参与对癌症的治疗和器官移植
- 诊断及治疗面部疼痛
- 身心性口腔疾病

现在牙科有一明显的倾向，即更向医学靠拢。如果牙科要作为一种以学术原理为基础的学科而持续存在，这将是绝对必要的。

这种对前途的展望提醒每一牙科从业者，只有掌握更多的口腔病理学和口腔内科知识，才能满足我们专业日益增长的需求。这本图谱致力于临床实践和口腔病理学的结合，因此它寻求全新的概念，即为了使诊断准确简化。它将使牙科医生更好的为病人服务；这是本书最重要的和最崇高的目的。

Peter A. Recichart
Hans P. Philipsen
2000年春

致谢

这本书里的图片已经积累了超过 25 年的时间。为了提供给读者最典型的临床、放射和组织病理学表现的图片，我们在两人大量的资料里，选择了最具代表性的病例。但是，我们个人保存的资料毕竟有限，所以我们也请求同道的帮助，提供了他们个人收集的资料。对于他们的贡献我们表示诚挚的感谢。

感谢以下这些人提供了临床、放射和组织学实例或准备工作图片和电子显微图片：

- Lis Andersen 医生，哥本哈根，丹麦
- T. Axéll 教授，奥斯陆，挪威
- Gudrun Bethke 医生，柏林，德国
- H. G. Gelderblom 教授，柏林，德国
- W. Golder 教授，柏林，德国
- U. Gross 教授，医生，柏林，教授
- B. Hoffmeister 教授，医生，柏林，德国
- K. Kalz 医生 柏林，德国
- J. Reibel 教授，哥本哈根，丹麦
- M. Shear 教授，西蒙斯敦，南非
- K. Sugihara 教授，鹿儿岛，日本
- I. Thompson 教授，泰格伯格/斯坦陵布什，南非
- H. - J. Tietz 医生，柏林，德国
- I. van der Waal 教授，阿姆斯特丹，荷兰

感谢 J. Bier（柏林）教授和 B. Hoffmeister（柏林）教授提供活检材料。

感谢摄影师 J. Eckert 和 R. Hoey，图片艺术专家

W. Lorenz 的参与，没有他们的辛勤工作就没有这些图片文件。

感谢 Christian Scheifele 医生，他准备的电脑程序简化了我们的编辑工作。

特别感谢我们的秘书 Christiane Schönberg 女士，在漫长的书稿准备期间，她总是耐心且不知疲倦地进行修改和编辑。

感谢 Thomas M. Hassell 医生（西雅图，美国）将我们的德文句子、段落翻译为英文，感谢 Debbie Sorensen 女士（西雅图，美国）为我们准备英文书稿。

特别感谢牙科医学系列彩色图谱一书的编辑 K. H. Rateitschak 教授和 H. F. Wolf 医生在版面设计的过程中给予的有见地的指导和大量的建议。

感谢 Thieme 出版社员工，特别是 Chr. Urbanowicz 医生，K. - H. Fleischmann 先生和 M. Pohlmann 先生，感谢他们有价值的帮助和支持以及他们的理解与合作。

我们请求我们的夫人 Barbara Reichart 和 Kirsten Philipsen 接受我们真心的感谢，感谢她们在准备出版此书的数年中的理解和支持。

最后，感谢使我们对临床和口腔组织病理充满热情的人——Jens Jørgen Pindborg 教授（哥本哈根，丹麦）。很不幸，他过早地离开了我们。

绪论

近年来，出版了很多关于口腔黏膜疾患、艾滋病的口腔症状、以及口腔其他疾病的书，一些口腔病理学的优良教材也已经出现，而这些书中，除了临床情况和诊断之外，还经常出现组织病理学表现。

为什么要编一本口腔病理学图谱？我们的理由如下：

- 我们希望利用优良的图片资料将临床资料和组织病理学表现结合。只有这种结合才能成功地得到正确的诊断。这种表达方式也能促进对各种疾病的病理发生和病因的了解。

- 多数口腔病理学教材是根据疾病的分类编排的。而与之相反，这本图谱是根据在口腔的临床检查通常进展的步骤编排的。

这种方式意味着什么？

每一检查，包括口腔检查，都是系统地反复地进行的。在记录病史后，要进行视诊并最后触诊任何存在的异常。视诊通常开始为观察病人地全体情况，其次是面部和特别是口周区域。仔细观察唇部，然后让病人开口。口腔检查是按序进行的，如：颊、舌、口底、腭，等等。这本图谱的编排是依据口腔区域的解剖表现安排的。但是，对某些疾病，例如牙源性肿瘤、囊肿和涎腺疾病，并不沿用这种原则；在这些病例中，我们是根据常用分类进行的。

在口腔的各区分中，根据病因，我们提供了临床和组织病理学资料：感染性；机械性、物理性、化学性或其他致病原因；角化紊乱性；肿瘤，等等。由于我们是这样编排的，所以同一疾病可以出现在几个章节内。例如，口腔白斑或癌以及其他疾病，根据其发生部位，可以出现几次。当然我们也尽可能的避免不必要的重复。多数情况下，较广泛的主题会分布在合适的章节中，故读者能从交叉的大量资料中了解每一疾病。

- 为了简化诊断的探索,我们在索引中包括了“诊断要点”,为集合词。在其下为各种疾病过程在本书中的叙述。就黏膜而言,颜色(白色、黑色、蓝色、黄色)和表面结构(溃疡、疣状等)均加以描述。影像学的判断标准包括:投射、阻射、界限清或不清、范围、均质性、非均质性等。

- 可能病变的面部诊断和发现,例如,一个过去未曾发现的黑斑,也应该被认为是牙科医生的责任。这并不是说牙科医生应当作出正确肯定的诊断,也不是应该给予治疗;而是,如果表现为可疑的病变,应该转给合适的专家。

- HIV 感染使口腔各种表现和其严重性的范围极大地扩大,也使得口腔诊断更为复杂。故此,我们撰写了一较短的篇章,提供了一些基本的资料和其他信息。

- 很明显,在口腔病理和口腔内科各领域中,已不可能掌握全部今天的文献资料。因此,我们没有引用病例报告或较老的文献。而是主要引用了综合性的文献综述以及近期出版的资料。

口腔诊断经常是困难的,这对我们是一种挑战。但我们希望这本图谱能提高医者的诊断水平以及增加他们对口腔诊断技术的热爱。

目录

口腔诊断

- 1 什么是诊断?
 - 1 - 诊断程序
- 2 - 发现病变
- 2 - 主诉：其最初表现及临床演变
- 3 - 口腔系统检查
- 5 - 进一步检查任何已察见的异常
- 5 - 尝试将任何已察见的异常归类
- 6 - 列出可能的诊断
- 7 - 进行鉴别诊断
- 7 - 形成工作诊断（最初诊断）
- 7 - 得出确切诊断
- 7 - 活检

活检

- 9 活检指征
- 10 活检方法
- 11 - 切除活检
- 11 - 切取活检
- 12 - 活检标本的采取和处理
- 13 - 局部麻醉
- 13 - 打孔式活检
- 14 - 切除活检——小病变
- 15 - 切除活检——大病变
- 16 - 禁忌证
- 17 - 细胞涂片技术
- 18 - 病理报告
- 19 - 与口腔病理医生合作

人类免疫缺陷病毒（HIV）感染

- 22 - 流行病学
- 23 - 欧洲和德国的流行病学
- 24 - HIV 病毒
- 25 - 临床病程和分类
- 26 - 口腔表征的分类
- 27 艾滋病口腔表征的诊断和治疗

面部

- 30 感染——细菌性
 - 30 - 牙源性脓肿和口外瘻口
- 31 - 寻常性痤疮
- 31 - 传染性脓疱病
- 31 - 坏疽性口炎
- 32 - 麻风
- 33 感染——原虫性，病毒性
 - 33 - 利什曼病
 - 33 - 鼻疱疹、风疹
- 34 感染——真菌性
- 35 机械、物理、化学和其他原因
- 36 良性肿瘤
- 37 痣：恶性肿瘤
- 38 综合征
- 40 其他病变
- 41 - 穿孔

唇

- 43 定义——解剖学
- 44 发育异常
- 45 感染——真菌性
- 56 感染——病毒性
 - 57 - 唇疱疹
 - 47 - 疱疹型口疮（阿弗他溃疡）
 - 47 - 日光性唇炎
 - 48 - 接触传染性软疣
 - 49 - 局灶性上皮增生
- 50 其他感染
 - 50 - 复发性阿弗他溃疡（RAU）
- 51 机械性和物理性病因
 - 51 - 咬唇
 - 51 - 黏液囊肿
- 52 角化障碍
 - 52 - “ 啥 鼻烟者病变 ”
 - 52 - 白斑
- 53 良性肿瘤
 - 53 - 腺瘤、血管瘤及淋巴管瘤
- 54 恶性肿瘤
 - 54 - 癌
 - 56 - 疣状癌
 - 56 - 基底细胞癌
- 57 综合征
 - 57 - Melkersson-Rosenthal 综合征

58	- 多形性渗出性红斑
58	- Lyell 综合征
59	移植物抗宿主反应
60	皮肤病变
60	- 遗传性大疱性表皮松解症
60	- 寻常天疱疮
61	色素沉着
颊黏膜 / 颊沟	
63	定义——解剖
64	异常情况
64	- Fordyce 颗粒, 生理性色素沉着
65	- 静脉曲张, 白色海绵窦, Peutz-Jeghers 综合征
66	感染——真菌性
66	- 念珠菌病
68	- 易患因素
68	- 预防与治疗
69	感染——病毒性
69	- 局灶性上皮增生
69	- 疱疹性龈口炎
70	机械性、物理性、化学性及其他因素
70	- 咬颊
70	- 嚼槟榔
71	- 黏膜下纤维性变
71	- 自残 (Munchhausen 综合征)
71	- 化学性灼伤
72	- 苔藓样反应 1/2 金 过敏
73	角化障碍
73	- 白斑
74	- 白斑的诊断
75	- 红白斑, 红斑和增生性疣状白斑
76	- 白斑——组织学
78	- 口腔白斑的转化
79	恶性肿瘤
79	- 口腔白斑的治疗及预防
80	皮肤病表征
80	- 扁平苔藓
83	- 红斑狼疮
84	良性肿瘤
84	- “纤维瘤”和腺瘤
85	- 血管瘤
86	其他病变
86	- Crohn 病, Reiter 病和“黏膜剥脱”
87	- 由放射和细胞毒剂治疗引起的黏膜炎
87	- 移植物抗宿主反应 (GVHR)

舌	
89	定义——解剖学
90	发育异常
90	- 皱襞舌、叶状乳头肥大和法洛三联症
91	软组织囊肿
91	淋巴上皮囊肿
92	其他病变
92	- 地图舌
93	感染——细菌性
93	- 梅毒和结核
94	感染——霉菌性
94	- 真菌性念珠菌病, 中央菱形舌炎
95	- 念珠菌病: 免疫功能良好者与免疫功能缺陷者的比较
96	感染——病毒性
96	- 龈口炎 (HSV-1)
97	- 毛状白斑
99	- 局灶性上皮增生, 寻常疣, 疱疹性龈口炎
100	角化异常
100	- 白斑
101	皮肤病表征
101	- 扁平苔藓
102	物理性、化学性、热灼性和其他病因
103	- 抗癌治疗后的舌溃疡
103	- 口腔灼性综合征
104	良性肿瘤
104	- “纤维瘤”
104	- 神经鞘瘤
105	- 神经纤维瘤病
105	- 颗粒细胞瘤
106	- 血管瘤
107	良性 / 恶性肿瘤
107	- 淋巴管瘤及卡波西 (Kaposi) 肉瘤
108	恶性肿瘤
108	- 舌癌
110	- 口腔癌的“TNM”分类和预后
111	其他病变
111	- 黑毛舌
111	- 贫血
112	- 舍格伦综合征 (Sjögren's syndrome, SS)
113	- 淀粉样病变
113	色素沉着 (HIV 相关性)

口底

- 115 定义——解剖学
- 116 发育异常
- 117 - 舌黏连, 舌静脉曲张, 下颌隆突
- 117 角化障碍
- 118 - 白斑
- 119 - 红斑
- 119 良性肿瘤
- 120 - 脂肪瘤和疣状增生
- 120 恶性肿瘤
- 121 - 癌和疣状癌
- 121 其他病变
- 121 - 舌下囊肿(蛤蟆肿)
- 121 - 皮样和表皮样囊肿
- 122 - 甲状舌管囊肿
- 123 - 涎石病
- 124 - 复发性阿弗他溃疡(RAU)
- 124 - 克隆(Crohn)病
- 125 - 硬皮病
- 125 - 淀粉样变性

腭部

- 127 定义——解剖学
- 128 发育异常
- 128 - 腭隆突和悬雍垂裂
- 129 感染——细菌性, 真菌性
- 129 - 腭部脓肿及假膜性念珠菌病
- 130 - 红斑性念珠菌病
- 131 - 托牙性口炎
- 132 感染——病毒性
- 132 - 疱疹病毒类
- 133 - 带状疱疹
- 133 - 疱疹性龈口炎
- 133 - 巨细胞病毒感染
- 134 - 寻常疣
- 135 化学、热和机械原因
- 135 - 吸烟者腭
- 136 - 坏死性涎腺化生
- 136 - 口交后黏膜下瘀斑
- 137 皮肤病表征
- 137 - 寻常性银屑病
- 137 - 扁平苔藓
- 138 - 寻常性天疱疮
- 138 - 类天疱疮
- 139 良性肿瘤

- 139 - 黏膜内痣
- 140 - 多形性腺瘤
- 142 恶性肿瘤
- 142 - 腺样囊性癌
- 143 - 卡波西肉瘤
- 144 - 非霍奇金淋巴瘤(HIV相关性)
- 144 - 白血病
- 145 - 疣状癌
- 145 - 恶性黑色素瘤

牙龈

- 148 发育异常和生理性色素沉着
- 148 - 下颌隆突, 生理性色素沉着
- 149 感染——细菌性
- 149 - 牙龈炎和牙周炎
- 150 - 脓肿——HIV相关性
- 151 感染——病毒性
- 151 - 寻常疣
- 151 - 尖锐湿疣
- 152 感染——病毒性和细菌性
- 152 - 疱疹性龈口炎
- 152 - 结核和梅毒(Ⅱ期)
- 153 血液病——非肿瘤性
- 153 - 慢性良性和循环性中性粒细胞减少症
- 154 角化障碍
- 154 - 摩擦性角化病
- 155 - 白斑
- 155 - 烧伤
- 156 皮肤病表征
- 156 - 扁平苔藓
- 157 - 寻常性天疱疮和类天疱疮
- 158 - 苔藓样反应
- 159 外阴-阴道-牙龈综合征
- 160 非肿瘤性病变
- 160 - “纤维瘤”、上颌结节增生、家族性龈纤维瘤病
- 161 - 牙龈增生
- 162 - 纤维性龈瘤
- 163 - 化脓性肉芽肿
- 164 - 外周性巨细胞肉芽肿
- 165 - 牙龈增生——药物性
- 166 恶性肿瘤
- 166 - 卡波西肉瘤
- 167 - 角化棘皮瘤
- 167 - 白血病
- 169 - 非霍奇金淋巴瘤
- 170 - 牙龈癌

- 171 其他病变
- 171 - Wegener 肉芽肿病、恶性黑色素瘤
- 172 - 青少年黄色肉芽肿
- 172 - 成人龈囊肿
- 173 - 结节病
- 173 - α - 甘露糖苷贮积症
- 174 - Wiskott-Aldrich 综合征
- 174 - 化学治疗导致的溃疡
- 175 - 色素沉着——外源性

无牙颌骨

- 178 感染——细菌和真菌
- 178 - 义齿性口炎
- 179 机械和物理原因
- 179 - 义齿刺激性增生和义齿性溃疡
- 180 感染——细菌
- 180 - 种植体周围炎
- 181 感染——真菌性
- 181 - 曲霉病
- 182 异物刺激反应
- 182 - 羟基磷灰石
- 183 异物引起的感染 / 口腔上颌窦瘘
- 183 - 引导骨再生，膜技术
- 183 - 口腔上颌窦瘘道
- 184 角化紊乱
- 184 - 摩擦性角化病
- 184 - 黏膜白斑 / 癌
- 185 肿瘤——良性和恶性
- 185 - 多形性腺瘤
- 185 - 蕈样真菌病
- 186 恶性肿瘤
- 186 - 恶性淋巴瘤（非霍奇金淋巴瘤）
- 186 - 癌
- 187 其他病变
- 187 - 游离龈瓣和断层皮片移植

颌骨

- 190 感染——细菌性
- 190 - 根尖肉芽肿
- 190 - 黏膜下脓肿
- 191 - 骨髓炎
- 192 - 慢性骨髓炎
- 193 - 骨膜炎伴死骨形成
- 194 - 硬化性骨髓炎

- 194 - 局灶性骨硬化
- 195 - 放射性骨坏死
- 195 - 放线菌病
- 196 良性肿瘤
- 196 - 软骨瘤，加德纳（Gardner）综合征
- 197 - 中央型血管瘤
- 197 恶性肿瘤
- 197 - 浆细胞瘤
- 198 - 癌——骨浸润
- 198 - 上颌窦癌
- 199 颌骨转移性肿瘤
- 200 恶性肿瘤
- 200 - 骨肉瘤
- 201 郎格汉斯细胞肉芽肿病
- 201 - 嗜酸性肉芽肿，汉 - 许 - 克综合征（Hand-Schuller-Christian 综合征）
- 202 骨骼系统疾病
- 202 - 佩吉特病（Paget 病），成骨不全
- 203 种植体引发的疾病
- 203 - 羟基磷灰石种植体

颌骨上皮囊肿

- 206 分类
- 207 牙源性角化囊肿（COKC）
- 210 滤泡（含牙）囊肿
- 212 萌出囊肿
- 212 成人龈囊肿
- 213 根侧囊肿
- 214 鼻腭管囊肿
- 214 鼻唇囊肿
- 215 根尖囊肿
- 216 - 发病机理
- 217 - 组织学
- 219 牙旁囊肿（Craig 囊肿）

牙源性肿瘤

- 222 分类
- 223 成釉细胞瘤
- 225 - 外周性成釉细胞瘤（PA）
- 226 - 单囊型成釉细胞瘤（UA）
- 228 - 促结缔组织增生性成釉细胞瘤（DA）
- 229 牙源性鳞状细胞瘤（SOT）和牙源性钙化上皮瘤（Pindborg 瘤，CEOT）
- 230 牙源性腺瘤样瘤（AOT）

233 成釉细胞纤维瘤

235 成釉细胞纤维牙本质瘤

236 成釉细胞纤维 牙瘤

238 组合性牙瘤

239 混合性牙瘤

240 牙源性钙化囊肿（COC）

241 牙源性纤维瘤

242 牙源性黏液瘤

243 良性成牙骨质细胞瘤

244 成釉细胞纤维肉瘤，牙源性癌

245 肿瘤和其他骨性病变

245 - 牙骨质骨化性纤维瘤

246 骨纤维异常增生症

246 牙骨质 - 骨异常增生症

247 巨颌症，中央性巨细胞肉芽肿

249 孤立性骨囊肿，动脉瘤样骨囊肿， Stafne 腔

涎腺

251 定义——解剖学

252 大涎腺，涎液的产生

253 感染——细菌性和病毒性

253 - 腮腺炎，涎腺炎

254 机械和物理因素

254 - 黏液囊肿，舌下囊肿

255 肿瘤分类

256 良性肿瘤

256 - 基底细胞腺瘤

256 - 腺淋巴瘤（Warthin 瘤）

257 - 多形性腺瘤

259 恶性肿瘤

259 - 腺样囊腺癌

259 - 黏液表皮样癌

260 其他病变

260 - 涎石（“涎腺结石”）

261 - 舍格伦综合征（Sjögren’s syndrome）

262 - 口腔干燥症

262 - 艾滋病人的囊性淋巴样增生

263 - 坏死性涎腺化生

263 - 黏液囊肿

264 诊断索引

268 图表来源

270 参考文献

272 引用文献

口腔诊断

口腔执业医师负有进行口腔疾病诊断的责任，这应该是他们执业过程中非常重要的一项工作。不幸的是，这个责任常常被忽视。口腔全科医生应当承担起尽早发现并识别口腔颌面部病变的责任。如果口腔全科医生忽视了某些口腔病变或异常情况，就会错过及时和正确治疗的最佳时机。

什么是诊断？

为患者检查并诊断的口腔医生应该首先能识别、了解给患者带来不适的是何种疾病。在检查和接下来的思考过程中，一一排除其他疾病。因此，诊断涉及到辨认和鉴别两个方面，两者对确切诊断的建立都非常关键。

人类的口腔可能罹患 200 种以上的不同疾病，有些常见，有些少见；幸运的是，其中只有 3% 危及生命。口腔病变的诊断基本上需要临床病理检查。在多数情况下，口腔病变由病原性微生物或其它致病因子造成。临床医生要辨别和描述异常的改变，必须存在特定的“正常参考”，以进行对照。

因此，要想识别出口腔中的病理性改变，前提是对口腔及其邻近结构的正常的临床表现有充分的了解。还必须认识到，没有足够的微观结构知识，也不能很好地评估组织的特点。因为一个组织的临床表现和它的微观结构密切相关，而前者正是临床进行检查评估和最终诊断的基础。因此，尽责的临床医生不可能忽视口腔解剖学和组织学的重要性。这本口腔病理彩色图谱的目的就是为每一位口腔执业医师提供进行正确诊断的组织学和临床基础知识。

但是，诊断本身不是目的。更重要的是，诊断是治疗和预后的基础。因此，临床医生必须遵循系统的程序，以识别出一个疾病过程的所有临床和组织学特征。

诊断程序

以下的诊断程序由多年的临床实践演进而来，已被证明是有效和实用的：

1. 发现异常情况
2. 病史（最初表现和临床演变）
3. 口腔系统检查
4. 重新检查已察见的异常改变
5. 尝试为病变分类
6. 列出可能的诊断
7. 建立鉴别诊断
8. 建立工作诊断（暂时诊断）
9. 作出确切诊断（在临床辅助检查的支持下）
10. 临床辅助检查（X 线照片、活检、微生物检查、血细胞计数）

也有人说，有经验的诊断者并不会遵循一个很常规的诊断程序，他们可以简单检查一下就诊断出任何疾病。但是，这几乎是不可能的，因为靠一下子认出病变而作出诊断的情况很少，比较常见的是靠快速而有效地运用诊断程序来进行诊断，而这个诊断程序肯定是经过多年不断改善的。当然，那些看过很多口腔病变的有经验的诊断者，也可能很快地预测出病变的性质。

作为诊断基础的信息和资料主要来自三个方面：

- 来自专门的医疗病历和口腔科病历
- 来自临床检查
- 来自辅助检查，如X线、活检、微生物检查、血液检查等

第一个来源，即患者的病历／口腔科病历，这里将不再讨论。感兴趣的读者可以参考口腔全科医生用口腔外科学彩色图谱（Sailer and Pajarola, 1999），其中对病历方法学有精彩而详细的叙述。

在接下来的几页，将详细阐述诊断程序的每一步骤。

1. 发现病变

一定要记住，在很多病例中，特别是当发生疼痛和功能障碍时，患者会是第一个发现问题的人。

2. 主诉：其最初表现及临床演变

诊断程序中的这一步非常重要，很多有价值的诊断要点将会在此时出现。口腔疾病的最常见的主诉是：疼痛、触痛、口腔的烧灼感、出血、牙松动、牙迟萌、口干、肿胀、少数不能命名的症状。

应鼓励患者确切地描述疼痛的主要特点。锐痛还是钝痛？疼痛的强度、持续时间、部位？有无激发疼痛的因素？如果患者使用“触痛”或“烧灼”等词汇来描述病变，就提示我们可能有黏膜炎症或不同原因造成的溃疡。舌部的烧灼感只发生于舌部上皮萎缩或糜烂以后，经常没有任何外观上的改变。从地图舌到心理障碍的很多疾病可以造成烧灼感。口内出血也可以是多种疾病所致，如牙周炎、创伤、肿瘤、凝血障碍等。

牙槽骨丧失或牙根吸收而导致的牙松动，可能代表着多种不同的情况，如牙周病、创伤、乳牙的正常吸收、恶性肿瘤，甚至是家族性低磷酸酶症。牙迟萌可能和囊

肿、牙瘤、骨硬化症和肿瘤有关。对发生广泛的牙迟萌病例，临床医生应考虑无牙症或锁骨颅骨发育不全。口干（口干燥症）可能继发于以下的疾病：局部感染如念珠菌感染、大涎腺的感染、系统性脱水或心理障碍。口干症也可能是多种药物的副反应。

如果患者主诉为肿胀，存在以下可能性：炎症或感染、囊肿、良性和／或恶性肿瘤。要作出诊断，确定肿胀的最初表现和临床演变过程是很有帮助的：

- 在进食前肿胀增大：唾液滞留现象
- 缓慢增大的肿胀（经过数月或数年）：反应性增生、慢性感染、囊肿和良性肿瘤。如果持续时间为数周或数月，恶性肿瘤也必须考虑。
- 快速增大的肿胀（数小时至数天）：脓肿（疼痛）、感染的囊肿（疼痛）、唾液滞留现象（无痛）、血肿（无痛，但按压时有不适感）

3. 口腔系统检查

对口内、外的组织结构进行检查时，一个仔细而系统的程序是非常重要的，它是正确诊断的前提。检查的程序不应改变，建立一个检查常规极其重要。只有这样，才能避免在检查过程中遗漏一些可能非常重要的发现。口外的头颈部检查在口腔全科医生用口腔外科学彩色图谱（Sailer and Pajarola, 1999）一书中有详尽的论述，感兴趣的读者可在书中发现非常有用的技巧和细节。

进行口内检查，需要的是两柄口镜、进行触诊的灵敏的手指和专注的双眼。即使带着橡胶手套，手指的触诊也能为口腔组织任何质地上的改变提供最好最可靠的信息。在检查之前应将义齿取下。建议使用以下的口腔检查程序：

唇的检查应分别在张口和闭口状态下进行。要仔细观察唇红缘及其邻近皮肤的颜色、质地和表面特点。

下唇黏膜和前庭沟：下颌前庭沟应在半张口状态下检查。前庭区和牙龈的任何色泽改变和肿胀都应记录下来。

上唇黏膜和前庭沟：对上颌前庭沟和唇系带的检查也应在半张口的状态下进行。

口角、颊及上、下颌颊部前庭沟：用两柄口镜做牵引，大张口，从口角到扁桃体窝前柱的整个颊黏膜都能检查到。黏膜在色素、颜色、质地或动度等方面的变化都要记录。仔细检查口角区尤其重要，避免检查时因口镜的遮挡而遗漏。

牙槽嵴(牙槽突)：应从各个角度检查——颊侧、腭侧和舌侧。

- I 下唇（唇红缘及邻近皮肤）
- II 上唇（唇红缘及邻近皮肤）
- III 下唇黏膜及前庭沟
- IV 上唇黏膜及前庭沟
- V 口角、颊黏膜及前庭沟（上、下颌）
- VI 牙槽突颊侧（用两柄口镜）
- VII 牙槽突舌侧（用两柄口镜）
- VIII 牙槽突前部（当舌处于休息状态时）
- IX 检查者握住舌，使其前伸
- X 检查者握住舌，检查舌侧缘
- XI 舌（舌腹）及口底
- XII 大张口状态下检查口底
- XIII 硬腭和软腭（大张口，头后仰）

1. 口腔检查程序
检查的步骤



2. 口腔检查的第一步和第二步

在闭口状态下仔细检查唇红缘及邻近皮肤