

2012

国家执业医师资格考试指定用书
最精辟 最实用 最准确 最有效

口腔医师实践技能 应试指导

(含助理医师)

本书专家组 编

- ★ 权威执考用书
- ★ 14年经验指导
- ★ 贴近考试实
- ★ 凸显得分要点

赠 200元
京师网校学习卡

全国京师杏林
课堂指定教材



国家执业资格考试考试指导用书
口腔执业医师资格考试 口腔助理医师资格考试

口腔医师实践技能 应试指导

杨德理 主编

人民卫生出版社

- ★ 最新考试大纲
- ★ 历年考试真题
- ★ 最新模拟试题
- ★ 最新评分标准

ISBN 7-117-11111-1
9 787117 >




国家执业医师资格考试

(2012 版)

口腔医师实践技能 应试指导

(含助理医师)

李淑娟 李雅娟 刘 莉 马 哲

 中国协和医科大学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

口腔医师实践技能应试指导 (含助理医师) / 本书专家组编. —北京: 中国协和医科大学出版社, 2012. 1

(2012 国家执业医师资格考试)

ISBN 978 - 7 - 81136 - 602 - 0

I. ①口… II. ①本… III. ①口腔科学 - 医师 - 资格考试 - 自学参考资料 IV. ①R78

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2011) 第 239709 号

2012 国家执业医师资格考试 口腔医师实践技能应试指导 (含助理医师)

编 者: 本书专家组
责任编辑: 何海青

出版发行: 中国协和医科大学出版社
(北京东单北大街 69 号 邮编 100005 电话 65260378)

网 址: www.pumcp.com
经 销: 新华书店总店北京发行所
印 刷: 北京佳艺恒彩印刷有限公司

开 本: 787 × 1092 1/16 开
印 张: 11.25
字 数: 260 千字
版 次: 2012 年 1 月第 1 版 2012 年 1 月第 1 次印刷
印 数: 1—10000
定 价: 38.00 元 (含光盘)

ISBN 978 - 7 - 81136 - 602 - 0/R · 602

(凡购本书, 如有缺页、倒页、脱页及其他质量问题, 由本社发行部调换)

目 录

第一章 病史采集与病例分析	(1)	八、慢性牙周炎	(41)
第一节 病史采集 (现病史和		九、牙周脓肿	(44)
有关病史)	(1)	十、复发性口腔溃疡	(46)
一、牙痛	(1)	十一、口腔念珠菌病	(49)
二、牙松动	(3)	十二、口腔白斑病	(51)
三、牙龈出血	(5)	十三、口腔扁平苔藓	(53)
四、牙龈肥大	(6)	十四、牙外伤	(56)
五、口腔黏膜溃疡	(10)	十五、干槽症	(58)
六、口腔黏膜白色斑纹	(13)	十六、智牙 (第三磨牙)	
七、口腔黏膜及皮肤窦道		冠周炎	(60)
和痿管	(15)	十七、颌面部间隙感染	(62)
八、口腔异味	(17)	十八、口腔颌面部创伤	(65)
九、口干	(19)	十九、颌面部囊性病变	(70)
十、颌面部肿痛	(21)	二十、口腔癌	(73)
十一、张口受限	(23)	二十一、三叉神经痛	(76)
十二、修复后疼痛	(25)	二十二、牙体缺损	(78)
第二节 病例分析	(26)	二十三、牙列缺损	(89)
一、龋病	(26)	二十四、牙列缺失	(106)
二、牙髓炎	(29)	第二章 口腔检查基本技能	(121)
三、牙髓坏死	(33)	第一节 无菌操作	(121)
四、根尖周炎	(33)	一、洗手、戴手套	(121)
五、牙本质过敏症	(38)	二、口腔黏膜的消毒	(122)
六、慢性龈炎	(39)	第二节 口腔检查	(122)
七、药物性牙龈增生	(40)	一、一般检查	(122)

二、特殊检查	(126)	三、人工呼吸	(148)
第三章 基本操作技能	(130)	四、胸外心脏按压	(149)
一、离体磨牙的复面		第五章 基本诊断技术和辅助检查	
洞制备术	(130)	的结果判读	(151)
二、开髓术	(130)	第一节 牙髓测试	(151)
三、龈上洁治术	(130)	一、温度测试	(151)
四、口内缝合术	(132)	二、电活力测试	(151)
五、牙拔除术(含麻醉)	(135)	第二节 X线检查	(151)
六、颌面部绷带包扎技术		一、正常影像	(151)
(十字法、单眼法)	(138)	二、口腔疾病的X线诊断	(156)
七、牙槽脓肿切开引流术	(139)	三、根管充填后根尖片	(162)
八、牙列印模的制取	(140)	第三节 实验室检验	(163)
九、后牙邻骀面嵌体		一、血、尿、粪常规	(163)
的牙体预备	(141)	二、基本生化检查	(167)
十、后牙铸造金属全		三、乙型肝炎病毒免疫	
冠的牙体预备	(142)	标志物	(170)
十一、BASS刷牙法	(142)	第六章 医德医风与职业素质	(172)
十二、窝沟封闭术	(143)	一、医德医风	(172)
第四章 基本急救技术	(145)	二、沟通能力	(173)
一、测量血压	(145)	三、人文关怀	(174)
二、吸氧术	(146)		

第一章

病史采集与
病例分析

第一节 病史采集（现病史和有关病史）

一、牙 痛

概述

牙痛是口腔科常见的一种症状，许多疾病可引起牙痛，因此在临床中应详细询问患者的症状、病史，从而判断是哪种疾病引起的牙痛。

患者牙痛应围绕牙痛的内容来询问，包括牙痛的性质、患者的症状、体征、发病时间，以及诱发、加重或缓解牙痛的因素，是否作过治疗及其治疗效果等。

内涵

牙痛包括疼痛的发作方式、疼痛的部位、疼痛的程度、加重或减轻疼痛的因素及治疗对疼痛的影响。

1. 疼痛的发作方式 包括自发痛和激发痛。自发痛是指患牙在未受到外界刺激而发生疼痛，受到某种外界刺激而发生的疼痛为激发痛。急性牙髓炎有显著的自发痛，同时，骤然的温度变化可激发较长时间的疼痛。

2. 疼痛的性质 包括疼痛呈持续性和间断性（阵发性），疼痛是跳痛、锐痛、灼痛、胀痛、钝痛、隐痛及不适。

3. 牙痛的部位 疼痛的部位是否确定，还是疼痛向头部、面部放射等。

4. 加重或减轻牙痛的因素 什么因素可使疼痛加重或减轻。急性牙髓炎有夜间疼痛或夜间疼痛加重的特点，冷热刺激可加重疼痛。但到了急性牙髓炎的化脓期或部分牙髓有坏死时可出现热刺激激发疼痛，但冷刺激可缓解疼痛。

病因及其特点

1. 龋病 患者主诉在进食冷、热食物时可应起疼痛，只有当冷、热刺激进入窝洞中才引起疼痛，刺激去除后疼痛消失。在检查冷、热刺激牙面时无疼痛，叩诊无疼痛，并且无自发性疼痛史。

2. 可复性牙髓炎 可复牙髓炎患者也主诉牙受到冷、热温度刺激或酸、甜化学刺激时，立刻出现瞬间的疼痛，尤其对冷刺激更为敏感，刺激一去除，疼痛随即消失。没有自发痛。检查时冷、热刺激牙面可引起疼痛，叩诊阴性。

3. 急性牙髓炎 急性牙髓炎疼痛非常剧烈，疼痛有明显的自发性、阵发性疼痛，温度刺激激发长时间的疼痛或在疼痛发作期可使疼痛加剧，夜间疼痛或夜间较白天疼痛剧烈，疼痛不能定位，疼痛呈放散性或牵涉痛。若急性牙髓炎到了化脓期或牙髓部分坏死时

呈热刺激引起疼痛，冷水可缓解疼痛。

4. 慢性牙髓炎 一般不发生剧烈的自发性疼痛，有时可有不甚明显的阵发性隐痛或每日出现定时钝痛，患牙可有咬合不适或轻微的叩痛，患者一般可定位患牙。慢性牙髓炎可分为慢性闭锁性牙髓炎、慢性溃疡性牙髓炎和慢性增生性牙髓炎。

(1) 慢性闭锁性牙髓炎的特点是无明显的自发痛，可有自发痛史，几乎所有患牙都有长期的冷、热刺激痛病史；患牙对温度刺激的反应多为热刺激引起迟缓性疼痛或迟钝。多数患牙可有叩痛或叩诊不适。

(2) 慢性溃疡性牙髓炎多无自发痛，当食物嵌入牙洞中可引起剧烈的疼痛，冷、热刺激可引起剧烈的疼痛。检查可见患侧有大量软垢、牙石堆积。去除腐质后可探及穿髓孔，浅探不痛，深探剧痛且见有少量暗色血液渗出。一般没有叩痛，或仅有轻微的叩诊不适。

(3) 慢性增生性牙髓炎多见于穿髓孔较大的年轻人。一般无自发痛，有时患者可诉说每次进食时患牙疼痛或有进食时出血现象。检查可见大而深的龋洞中有红色的肉芽组织，探之无痛但极易出血。

5. 牙本质过敏症 牙本质过敏不是一种独立的疾病，而是许多疾病共有的症状。一些疾病使牙本质暴露后都可能发生牙本质过敏。牙本质过敏主要表现为激发性痛，可在咬硬物或进食冷、热、酸、甜食物时可引起疼痛或不适，尤其对机械刺激最敏感，无自发痛。临床上常用探针轻轻划过暴露的牙本质区若出现疼痛即为牙本质过敏。患牙叩诊无疼痛。

6. 龈乳头炎 可有剧烈的自发性持续性胀痛。患牙可有咬合痛或咬合不适，患者可定位患牙。检查可见牙间可有嵌塞的食物，龈乳头红肿，触痛明显，探诊出血。患牙叩诊疼痛或不适。

7. 牙隐裂 患牙可有咬物时出现定点性咀嚼痛或不适，可有冷热刺激痛或牙髓炎的症状。临床上常用咬诊、染色法检查牙隐裂的存在。

8. 急性根尖周炎 疼痛的特点为自发性持续性胀痛或跳痛，患牙咬合痛或咬合引起剧烈疼痛。患牙可有松动，局部可有肿胀，严重者可有面部的肿胀。检查患牙对温度刺激阴性为死髓牙，叩诊疼痛。

9. 慢性根尖周炎 一般无明显的自觉痛，有时可有咀嚼不适感，或牙龈起脓包。检查患牙可有牙体病变，为死髓牙，叩诊可有不适或轻微疼痛，通过拍X线片见根尖有低密度影像。慢性根尖周炎分为根尖周肉芽肿、慢性根尖周脓肿、根尖周囊肿和根尖周致密性骨炎。

10. 牙周脓肿 患牙周病时深牙周袋内的炎性渗出物得不到引流形成牙周脓肿。牙周脓肿患牙有搏动性跳痛，患牙有浮起感、松动及咬合痛。检查见龈缘处有肿胀，牙龈光亮，触诊有波动感。检查患牙可探及深的牙周袋或探及根分叉处。

11. 三叉神经痛 三叉神经痛的表现疼痛剧烈，呈刀割样疼痛，疼痛时间短，同时有疼痛的扳机点，每当触及该点即可引起疼痛，无冷热刺激痛，很少夜间疼痛。

12. 急性上颌窦炎 急性上颌窦炎时患侧可出现牙髓炎的疼痛症状，并向头面部放散，疼痛呈持续性胀痛。患侧的前磨牙和磨牙都有叩痛，检查未见引起牙髓炎的牙体组织疾病，同时冷、热诊不引起疼痛。患者同时有头痛、鼻塞、流涕等伤感症状。上颌窦前壁可有压痛。

13. 冠周炎 冠周炎患牙有自发性、持续性胀痛，张口受限，严重者伴有下颌部的肿胀，同时有发热，患者可确定患牙。检查见患牙阻生，冠周龈瓣红肿，触痛，探诊出血，有时有脓液流出。

14. 干槽症 患牙有自发性持续性疼痛。患者近期有拔牙史，检查可见牙槽窝空虚，骨面外露，出现臭味。拔牙窝的邻牙可有冷、热刺激敏感及叩诊疼痛，但无明确的牙髓疾

患指征。

15. 牙外伤 牙外伤可造成牙震荡、牙折、牙脱位都可以引起疼痛。

(1) 牙震荡是牙周膜的轻度损伤,通常不伴有牙体组织的缺损。伤后患牙可有伸长不适感,轻微松动和叩痛,龈缘可有少量出血。若做牙髓活力可反应不一,通常受伤后无反应。

(2) 牙折可分为冠折、根折和冠根联合折。就损伤和牙髓的关系又可分为露髓和未露髓。

(3) 冠折未露髓时患牙可有牙震荡的表现,还可有牙本质过敏表现。冠折露髓时牙髓暴露在口腔,每当碰触到牙髓时可出现疼痛。

(4) 根折后患牙可有松动,咬合疼痛。

(5) 冠根联合折常导致牙髓暴露,患牙可有松动,咬合引起疼痛。

模拟病例

右上后牙间断性疼痛5天。

本例患者最可能是牙髓的炎症。

1. 根据主诉的内容询问牙痛 疼痛呈间断性,呈自发性疼痛。追问患者疼痛的性质如何,是剧烈的疼痛还是隐痛,有无冷、热刺激疼痛,患牙疼痛在什么情况下疼痛加重或缓解,有无夜间疼痛,或夜间疼痛较白天疼痛剧烈,疼痛呈局部还是呈放射性,患者能否知道哪个牙齿疼痛,以及患牙有无自发性疼痛史。

2. 诊疗经过 疼痛以来是否做过治疗,做过何治疗,是否用过药物,用过何种药物,治疗效果如何等。

5天前患者右上后牙间断性疼痛,若患者疼痛剧烈,冷、热刺激疼痛剧烈,并向头部放射,同时夜间疼痛剧烈,患者也不能定位,说明此患者是急性牙髓炎。若此患者以前患牙有过自发性疼痛,说明是慢性牙髓炎急性发作。若患牙间断性疼痛为自发性隐痛,疼痛不剧烈,同时冷、热刺激疼痛不明显,此病例可能为慢性牙髓炎。

二、牙 松 动

概述

在生理状态下牙齿有一定的动度,主要是水平方向,不超过0.02mm,在病理情况下牙松动超过生理范围,是牙周炎的主要临床表现之一。

1. 原因

(1) 牙槽骨吸收:支持骨吸收较多,且各牙面的牙槽骨均有不同程度的丧失。

(2) 殆创伤:牙槽骨发生垂直吸收,牙周膜楔形增宽,可加重、加快骨吸收。

(3) 牙周膜的急性炎症:牙周膜充血水肿。

(4) 牙周翻瓣手术后:由于手术的创伤及部分骨质的去除,组织水肿,牙齿暂时性动度增加。

(5) 女性激素水平变化:妊娠期、月经期及长期口服激素类避孕药的妇女可有牙齿动度增加。

(6) 其他:生理性(乳牙替换)、病理性牙根吸收(如囊肿或肿瘤压迫等)。

2. 检查方法 前牙用牙科镊子夹住切缘,作唇舌向摇动;在后牙,闭合镊子,用镊子尖端抵住殆面窝,向颊舌或近、远中和垂直方向摇动,观察牙齿的松动幅度。

3. 判断标准

(1) 按松动的幅度分度

I度松动：松动超过生理动度，幅度在1mm以内。

II度松动：松动幅度在1~2mm。

III度松动：松动幅度在2mm以上。

(2) 按松动的方向分度：只唇（颊）舌方向的松动为I度；唇（颊）舌或近远中两个方向的松动为II度；同时有唇（颊）舌、近远中及垂直方向3个方向的松动为III度。

4. 影响牙松动的因素 牙根的数目、长度和粗壮程度以及炎症程度。

病史采集要点

1. 松动的时间（病程），起病诱因。
2. 松动的幅度。
3. 松动的伴随症状 是否有牙龈出血、口臭等。
4. 治疗反应 是否经过系统治疗。
5. 相关病史 患者是否处于妊娠期、月经期及长期口服激素类避孕药，是否有创伤史、手术史。

相关疾病

1. 慢性牙周炎 因为早期牙槽骨的吸收呈水平式且病程进展较缓慢，所以一般无松动，发展到一定时期才有松动。

2. 侵袭性牙周炎 病程进展很快，牙周破坏速度比慢性牙周炎快3~4倍，早期出现牙齿松动和移位，牙龈无明显炎症时即可见牙松动度增加，以后逐渐明显。切牙伸长且向唇侧远中移位呈扇形展开，后牙出现间隙导致食物嵌塞。

3. Down综合征 患者发育迟缓，智能低下。牙龈高度水肿，全口牙深牙周袋，牙齿松动、牙周袋溢脓，口臭。

4. 糖尿病型牙周病 牙周组织炎症重，龈缘红肿呈肉芽状增生，易出血和发生牙周脓肿，牙槽骨破坏迅速，导致深袋和牙齿松动。

5. 囊肿或肿瘤的压迫 可引起牙根的病理性吸收，使牙齿松动；某些肿瘤，尤其是颌骨中的恶性肿瘤，波及牙齿时会引起牙齿的松动、移位等变化。

6. 急性根尖周炎 感觉患牙浮起、松动。

7. 咬合创伤 牙齿大多出现松动，多根牙可能松动不明显。

8. 外伤。

模拟病例

患者，女性，58岁，牙龈出血10年，牙齿松动两年，近半年影响咀嚼。本例患者最可能是慢性牙周炎引起牙松动，病史采集内容如下：

1. 现病史

(1) 根据主诉及相关鉴别询问：①松动牙的部位、数量；②是否伴牙齿疼痛；③松动的时间（病程），与咀嚼的关系；④发病诱因：是否有外伤史；⑤是否伴牙龈肿胀或溢脓等；⑥是否伴局部肿物；⑦发病以来患者是否有与牙周炎有关的全身疾病（如糖尿病等）。

(2) 诊疗经过：发病以来是否到医院进行诊治，曾做过哪些检查、治疗，疗效如何。

2. 相关病史

(1) 药物过敏史

(2) 与该病有关的其他病史 既往是否有牙龈出血，牙龈肿痛等病史。

三、牙龈出血

概述

正常牙龈呈粉红色，边缘菲薄，紧贴在牙颈部，牙龈质地坚韧而富有弹性，用探针探测龈沟时不会出血。

牙龈出血是牙周病最早出现的临床表现，牙周病是感染性炎症性疾病，牙龈出血是因为炎症时小动脉、小静脉、毛细血管扩张，渗透压增加。同时炎细胞浸润，继而发生上皮增生、角化，随微生物毒性的增加，还会出现溃疡、坏死。

牙龈出血有被动出血和主动出血之分。被动出血是当牙龈受到机械刺激（如刷牙、吸吮、咬硬物、食物嵌塞等）时流血，可自行停止；而自动出血是在无任何刺激时即自动流血，无自限性，且出血多。牙龈出血情况复杂，在临床上须仔细询问病史、认真检查并做好鉴别诊断，才能得出正确的诊断，从而确定正确的治疗方法，而不至于采取不妥甚至错误的治疗方法。

牙龈炎症的临床表现：

1. 牙龈出血 早期轻探即可出现，充血水肿使表皮变薄。
2. 牙龈颜色 变鲜红或暗红色。
3. 牙龈外形 龈缘变厚，牙间乳头圆钝，与牙面不再紧贴。
4. 牙龈质地 松软脆弱，缺乏弹性。

病史采集要点

1. 出血的诱因 询问出血与刷牙、进食硬食物、食物嵌塞、吸吮等的关系。
2. 出血持续的时间，能否自行停止。
3. 妊娠史及全身健康状况 如有无血液病及肝脾功能情况等。如缺铁性贫血、溶血性贫血、骨髓再生障碍、白血病、血小板减少性紫癜、血友病、慢性肝炎及肝硬化、脾功能亢进、高血压等。
4. 是否有长期服用抗凝血药物史 某些心血管疾病如心肌梗死或脑血管栓塞患者，如果长期服用抗凝血药物，易发生牙龈出血。
5. 治疗反应 是否经过系统治疗。
6. 口腔卫生习惯。

相关疾病

1. 牙龈的慢性炎症 这是造成牙龈出血最常见的原因，如慢性龈炎、青春期龈炎、牙周炎、龈乳头炎等。出血部位的龈缘或龈乳头红肿、松软，局部有多量牙石、软垢，口腔卫生差。检查时发现不良修复体、有悬突的充填体或嵌塞的食物，一般在刷牙、吸吮、咬硬物或其他局部刺激时引起出血，量不多，能自行停止。除去这些刺激物，出血即停止。

2. 妊娠期龈炎和妊娠瘤 患者正处在妊娠期，牙龈鲜红而松软，轻触极易出血，患者吸吮或进食时也易出血，此常为就诊时的主诉症状，有时自动出血。分娩后出血停止或减轻。若肥大的牙间乳头继续向两侧生长即形成有蒂或无蒂的妊娠瘤，颜色鲜红光亮或暗紫色，表面光滑，质地松软，极易出血，患者常因出血和妨碍进食而就诊。

3. 血液系统疾病 出血范围广泛，自动出血，量多不易止住。常见的引起牙龈和口腔黏膜出血的血液病有急性白血病、血小板减少性紫癜、血友病、再生障碍性贫血、粒细

胞减少症等。应及时做血液学检查并请内科医师诊治。

(1) 急性白血病：起病急，高热、全身痛、疲乏、进行性贫血及出血倾向，淋巴结、肝脾肿大及神经、关节症状，常有牙龈肿胀及口腔溃疡。各型白血病都可以出现口腔表现，最容易受侵犯的部位是牙龈，尤以急性型更为明显，患者常因牙龈自发性出血而首先到口腔科就诊，一定要做到正确鉴别，早期诊断，避免误诊。由于异常的白细胞在牙龈组织内大量浸润，牙龈明显增生肿大。病变波及边缘龈、牙间乳头和附着龈，外形不规则，呈结节状，可覆盖部分牙面，表面光亮，呈中等硬度，龈缘处有坏死。牙龈出血常为自发性，且不易止住，这种不能找到其他原因的出血，可能是白血病的早期症状。

(2) 血小板减少性紫癜：以特发性慢性血小板减少性紫癜最常见，主要表现为皮肤出血点，淤斑，可有血疱、血肿，黏膜及内脏出血（咯血、呕血、血尿等），轻度脾肿大，常有鼻、牙龈出血，血小板计数减少，出血时间延长。牙龈自发性出血，常为本病的早期表现，刷牙、吸吮、拔牙、洁牙、或轻微外伤，即可加重出血。

(3) 血友病：患者的临床特点为自发性或轻微损伤即出血不止。牙龈自发性出血，轻微刺激如刷牙或食物的摩擦，即可引起长时间出血或渗血，可持续数小时甚至数日。血凝块松软，易脱落而再次出血。血象检查凝血时间延长，活化部分凝血活酶时间延长，凝血酶原消耗不良及简易凝血活酶生成试验异常，但出血时间、凝血酶原时间及血小板计数均正常。

(4) 再生障碍性贫血：临床特点主要为贫血、出血和感染。口腔黏膜苍白，可出现黏膜淤点、淤斑或血肿。牙龈容易出血，特别是再生障碍性贫血发生前已有牙周病者。血象检查全血细胞减少，网织红细胞绝对值减少，骨髓检查显示增生减低。

4. 急性坏死性龈炎 本病为梭形杆菌、螺旋体和中间普氏菌等微生物的混合感染，其特点是牙间乳头的坏死性溃疡，表面覆盖坏死性假膜，自发性出血以及轻微接触即出血，唾液量增加及腐败性口臭常是患者就诊的主诉症状，疼痛明显。

5. 肿瘤 牙龈部位的血管瘤、牙龈癌及网织细胞肉瘤早期均表现为牙龈出血，全身其他部位恶性肿瘤转移到牙龈，也可引起牙龈出血，甚至是患者就诊的主诉症状。

模拟病例

患者，女性，35岁，近1年来咬食物时牙龈出血，偶有自行出血，含漱后可止住。

本例患者最可能是慢性龈炎引起牙龈出血，因此病史采集内容如下：

1. 现病史

(1) 根据主诉及相关鉴别询问：①出血的时间（病程），一天之内何时出血，含漱后能否止住，与触碰等刺激（刷牙，食物嵌塞，剔牙，进食硬食物，吸吮）的关系；②发病诱因、伴随症状（如是否伴牙龈肿胀或溢脓等）；③是否处于妊娠期；④是否伴局部肿物。

(2) 诊疗经过：发病以来是否到医院看过，曾做过哪些检查和治疗，疗效如何。

2. 相关病史

(1) 药物过敏史。

(2) 发病以来患者与牙周炎有关的全身疾病（如糖尿病、血液病、艾滋病等）。

(3) 是否高血压以及服用导致牙龈增生的药物情况。

四、牙龈肥大

概述

牙龈肥大是指牙龈的体积增大，是一种牙龈病常见的症状。其病理改变可分为炎症性

和纤维性：①炎症性主要以组织水肿、血管增生、扩张为主，临床可见牙龈深红，极易出血，松软光亮，龈缘变厚，龈乳头球状增大，严重者盖过部分牙冠，但没有附着丧失发生；②纤维性主要以结缔组织增生为生。临床可见牙龈肥大呈实质性，较韧，颜色可接近正常。牙龈肥大根据其致病因素和病理过程而有很多不同的类型。

引起牙龈肥大的常见疾病：

分类

根据病因和病理牙龈肥大可分类如下：

1. 炎症性肥大

(1) 慢性：局部性或全部性、散在的炎症。

(2) 急性：牙龈脓肿、牙周脓肿。

2. 非炎症性增生性肥大

(1) 伴发于苯妥英钠等治疗的药物性牙龈增生。

(2) 家族性、遗传性或特发性增生性牙龈肥大。

3. 联合性肥大。

4. 条件性肥大

(1) 内分泌性：妊娠期龈炎、青春期龈炎。

(2) 白血病性牙周病损。

(3) 维生素 C 缺乏性。

(4) 非特异性肥大（化脓性肉芽肿）。

5. 肿瘤性肥大。

6. 发育性肥大。

牙龈肥大按其发生部位和分布状况还可分为：①局部性的：病变限于一个或一组牙齿的牙龈；②全部性的：全口牙龈均受累；③边缘龈的；④牙间乳头的；⑤弥漫性的：边缘龈，附着龈和牙间乳头均受累；⑥散在性的：为孤立分散的有蒂或无蒂的肿瘤样牙龈肥大。

原因及表现

1. 慢性增生性龈炎 长期的局部刺激所致，常见的如：口腔卫生不良，牙列不齐，废用，牙颈部龋洞，不良充填体，不良修复体，食物嵌塞，部分活动义齿的卡环和鞍桥的刺激，口呼吸，错颌畸形，鼻道阻塞等等。慢性炎症性牙龈肥大开始于龈乳头和边缘龈或两者的共同膨大。早期呈救生圈一样围绕牙颈部，以后逐渐增大到覆盖部分牙冠。一般只是龈乳头或龈缘的肥大，可为局部性的或全部性的。进展缓慢，无痛，除非伴有急性炎症或创伤。

口呼吸引起的牙龈改变：常见上前牙区牙龈炎和牙龈肥大，牙龈可发红、水肿。外露部分与不显露的正常牙龈分界明显。

2. 急性炎症性肥大

(1) 牙龈脓肿：急性炎性牙龈肥大是对异物刺激如牙刷毛、果核、虾蚌皮壳刺入牙龈的一种反应。牙龈脓肿是一种局限性、痛性而迅速发展的病变，通常为突然发病。一般都局限于边缘龈或乳头龈。早期呈红肿，表面发光，24~48小时即可自行破溃，有脓点，溢出脓性分泌物。邻牙常有叩痛。

(2) 牙周脓肿：见于牙周病，同时伴有深牙周袋。

3. 药物性牙龈增生 药物性牙龈增生是指服用某些药物而引起的牙龈纤维增生和体

积增大。

长期服用抗癫痫药苯妥英钠（大仑丁），可使原来已有炎症的牙龈发生纤维性增生。牙龈增生的程度与口腔卫生状况和原有的炎症程度有明显关系。

近年来有不少报告指出其他药物如环孢素和硝苯地平（心痛定）等也可引起药物性牙龈增生。环孢素为免疫抑制剂，常用于器官移植或某些自身免疫病患者。

局部刺激因素虽不是药物性牙龈增生的原发因素，但菌斑、牙石、食物嵌塞等引起的龈炎能加速病情的发展。

苯妥英钠所致的牙龈增生一般开始于服药后1~6个月时，增生起始于唇颊侧或舌腭侧龈乳头和边缘龈，呈小球状突起于牙龈表面。继之，增生的乳头继续增大而互相靠近或相连，盖住部分牙面，严重时波及附着龈，使牙龈的外观有明显的变化。龈乳头可呈球状、结节状，有时增生如桑椹状，严重者可增生到切缘或殆面，甚至全部覆盖牙冠，妨碍咀嚼功能，影响美观和口腔卫生。增生的牙龈组织质地坚韧，略有弹性，呈淡粉红色，一般不易出血。局部无自觉症状、无疼痛。由于牙龈肿大使龈沟加深，加之牙龈失去生理外形，缺乏自洁作用。增生过剧的牙龈可影响口唇闭合而致口呼吸，菌斑易于堆积。因此，多数患者合并有不同程度的牙龈炎症，此时牙龈呈深红或紫红色，龈边缘部分易出血。增生的牙龈常将牙齿挤压移位，多见于上前牙区。

药物性牙龈增生常发生于全口牙龈，但以上、下前牙区较重。它只发生于有牙区，拔牙后，增生的牙龈组织可自行消退。

4. 牙龈纤维瘤病 遗传性牙龈纤维瘤病又名家族性或特发性牙龈纤维瘤病。为牙龈组织的弥漫性纤维增生。患者可有家族史。

本病可在幼儿时就发病，最早可发生于乳牙萌出后，一般开始于恒牙萌出之后，牙龈广泛地逐渐增生，可累及全口的龈缘、龈乳头和附着龈，甚至直达膜龈联合处，以上颌磨牙腭侧最为严重。增生的牙龈可盖住部分或整个牙冠，以致妨碍咀嚼，牙也常发生移位。增生牙龈的颜色正常，组织坚韧，表面光滑，有时也呈结节状，点彩明显，不易出血。由于牙龈的增厚，有时出现萌牙困难。

5. 妊娠期龈炎 妊娠期龈炎指妇女在妊娠期间，由于女性激素水平升高，原有的牙龈慢性炎症加重，使牙龈肿胀或形成龈瘤样的改变，分娩后病损可自行减轻或消退。妊娠期龈炎的发生率与口腔卫生有关，良好口腔卫生发生率较低。

患者一般在妊娠前即有不同程度的龈缘炎，从妊娠2~3个月后开始出现明显症状，至8个月时达到高峰，且与血中孕酮水平相一致。分娩后约2个月时，龈炎可恢复至妊娠前水平。

妊娠期龈炎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发绀，松软而光亮。显著的炎性肿胀、肥大，有龈袋形成，轻探之即易出血，患者吮吸或进食时即易出血，常为就诊时的主诉症状。一般无疼痛，严重时龈缘可有溃疡和假膜形成，有轻度疼痛。

妊娠期龈瘤发生于单个牙的牙间乳头，以前牙尤其是下前牙唇侧乳头较多见，常发生于个别牙列不齐或有创伤性殆的牙间乳头区。一般发生于妊娠第4~6个月，迅速增大，色鲜红光亮或呈暗紫色，质地松软，表面光滑极易出血，瘤体常呈扁圆形向近远中扩延，有的病例呈小的分叶状，有蒂或无蒂。一般直径不超过2cm，仅严重的病例可因瘤体较大而妨碍进食或被咬破而感染。患者常因出血和妨碍进食而就诊。分娩后，妊娠龈瘤能逐渐自行缩小，但必须去除局部刺激物才能消失，有的患者还需手术切除。

6. 青春期龈炎 青春期龈炎是指发生于青春期的慢性非特异性牙龈炎，男女均可患

病,但女性稍多。由于青春期内分泌特别是性激素的变化比较明显,牙龈是性激素的靶组织,当内分泌改变时使牙龈组织对微量局部刺激物产生明显的炎症反应。

青春期龈炎好发于前牙唇侧的牙间乳头和龈缘,舌侧较少发生,唇侧龈缘及牙间乳头明显肿胀,乳头常呈球状突起,龈色暗红或鲜红,光亮,质地软,龈沟可加深形成龈袋,但附着水平无变化,探诊易出血。患者一般无明显自觉症状,或有刷牙、咬硬物时出血以及口臭等。

7. 白血病的牙龈病损 白血病是一种恶性血液病,在白血病中发生牙龈肿大者,最常见的是急性单核细胞白血病和急性粒细胞白血病,也可见于急性淋巴细胞白血病,患者常因牙龈肿胀出血而首先就诊于口腔科。不少白血病患者是在尚未出现其他明显的自觉症状时,首先由口腔科医师发现的,这就需要口腔医师能正确鉴别,早期诊断,避免误诊。

白血病时的牙龈肿大可波及牙间乳头、边缘龈和附着龈。牙龈颜色苍白或暗红发绀,组织松软而脆弱,表面光滑。牙龈肿胀常为全口性,且可盖住部分牙面。由于牙龈肿胀、菌斑堆积,加之大量不成熟白细胞浸润积聚,末梢血管栓塞,使龈缘处组织坏死溃疡和假膜覆盖,状如坏死性龈炎,严重者坏死范围广泛。有口臭,牙龈有明显的出血倾向,龈缘常有渗血,且不易止住,牙龈和口腔黏膜上可见出血点或淤斑。患者常因牙龈肿胀出血不止或坏死疼痛而首先到口腔科就诊。及时检查血象有助于诊断!严重的患者还可出现口腔黏膜的坏死或剧烈的牙痛、发热、局部淋巴结肿大以及疲乏、贫血等症状。

8. 牙龈瘤 牙龈瘤是发生在牙龈乳头部位的炎症反应性瘤样增生物。它来源于牙周膜及牙龈的结缔组织,因其无肿瘤的生物特征和结构,故非真性肿瘤,但切除后易复发。

临床表现为女性患者较多,青年及中年为常见。多发生于唇、颊侧的牙龈乳头处,舌腭侧较少见,为单个牙。肿块呈圆球或椭圆形,大小不一,一般直径由几毫米至1~2cm,有时呈分叶状。肿块可有蒂如息肉状,也可无蒂,基底宽。一般生长较慢。较大的肿块可能咬破而发生溃疡或伴发感染。大的肿块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。牙齿可能松动、移位。

病史采集要点

1. 口腔卫生 口腔卫生差是引起炎症性肿大的主要原因。
2. 有无牙龈出血 帮助判断牙龈的炎症状况。
3. 牙龈肿大的范围、时间 口呼吸引起牙龈肥大主要表现在上前牙;牙龈瘤、牙龈脓肿主要在单个牙或几个牙;青春期龈炎、妊娠期龈炎、白血病的牙龈病损、药物性牙龈增生、牙龈纤维瘤病为多个牙或全口牙。
4. 服药史 确定药物性牙龈肥大。
5. 全身状况及手术史 青春期、妊娠期龈炎的诊断;移植术后的药物性龈增生。
6. 家族史 遗传性牙龈纤维瘤病等可有家族史。

诊断及鉴别诊断

临床常见可能的诊断:慢性增生性龈炎、青春期龈炎、妊娠期龈炎、白血病的牙龈病损、药物性牙龈增生、牙龈纤维瘤病、牙龈瘤等。

诊断及鉴别诊断要点:

1. 慢性增生性龈炎 是牙龈疾病中最常见的。患者无其他全身病史及服药史,有刷牙出血等牙龈炎病史,检查有口腔卫生差,大量牙石、菌斑、不良修复体、食物嵌塞、口呼吸等的存在,加牙龈的色、形、质的改变及龈沟探诊出血即可诊断。须注意与牙周炎

鉴别。

2. 青春期龈炎 诊断主要根据患者年龄,以及牙龈肥大发炎的程度超过局部刺激物的程度,即牙龈组织的炎症和增生反应较强。在青春期虽经治疗,本病较易复发,而青春期过后,病情有自然的缓解,但若不治疗则不会彻底自愈。

3. 妊娠期龈炎或龈瘤 根据妇女妊娠期的临床表现即可作出明确的诊断。

4. 增生性龈炎 根据临床表现不难作出诊断。应注意与药物性牙龈增生、牙龈纤维瘤病及白血病性牙龈肿大相鉴别。本病的牙龈增生一般伴有炎症,主要侵犯前牙的牙龈乳头和龈缘。增生程度不太重,覆盖牙冠一般不超过1/3。一般有明显的局部刺激因素。无长期的服药史及家族史。血常规检查有助于排除白血病。

5. 药物性牙龈增生 根据患者的服药史,结合牙龈实质性增生的特点,可以确诊。

6. 牙龈纤维瘤病 本病的诊断应根据典型的临床表现及阳性家族史。但无家族史并不能完全排除本病。主要应与下列疾病相鉴别:

(1) 药物性牙龈增生:鉴别依据如下:①无服药史而有家族史;②药物性牙龈增生主要累及牙龈乳头及龈缘,只有少数重症者波及附着龈;而本病同时侵犯附着龈、牙龈乳头和边缘龈;③药物性牙龈增生相对程度较轻,增生组织一般覆盖牙冠1/3左右,而本病的牙龈常覆盖牙冠的2/3以上;④苯妥英钠性牙龈增生伴发慢性炎症者较多,组织学观察其炎症细胞与纤维型增生性龈炎者相似,而本病则偶见炎症细胞。

(2) 纤维型增生性龈炎:患病范围主要为前牙,侵犯牙龈乳头和龈缘,一般伴有炎症。增生的牙龈覆盖牙面一般不超过牙冠1/3,有明显的局部刺激因素。无长期服药史及家族史。

7. 白血病性牙龈病损 根据其典型的临床表现,及时作血常规检验,发现白细胞数目及形态的异常,便可作出初步诊断。

8. 牙龈瘤 根据其临床表现,诊断并不困难,手术切除后的病理检查有助于确诊牙龈瘤的类型。

牙龈瘤应与发生在牙龈的恶性肿瘤相鉴别。若牙龈瘤表面呈菜花状溃疡,易出血,发生坏死时应与牙龈癌鉴别。瘤体切除后可作组织病理学检查以确诊。

模拟病例

患者男性,20岁。全口牙龈肿大两三年就诊。因癫痫病史服用苯妥英钠类药物5年。唇颊侧或舌腭侧龈乳头和边缘龈,呈小球状突起于牙龈表面。增生的乳头互相靠近或相连,盖住部分牙面,使牙龈的外观有明显的变化。龈乳头可呈球状,增生的牙龈覆盖牙冠约1/2。增生的牙龈组织质地坚韧,略有弹性,呈淡粉红色,探诊不易出血。牙龈增生以上、下前牙区较重。局部无自觉症状、无疼痛。

本例患者最可能的诊断是药物性牙龈增生,因此病史采集内容如下:

1. 现病史

(1) 根据主诉和相关鉴别询问:①长期服药时间;②牙龈肿大的时间、范围;③牙龈出血情况;④口腔卫生日常维护状况;⑤全身疾病及治疗情况。

(2) 患病以来曾做过的诊治情况,及疗效。

2. 相关病史 服药史、全身病史、家族史。

五、口腔黏膜溃疡

概述

1. 概念 口腔黏膜溃疡是发生在口腔黏膜上,黏膜上皮的完整性发生持续性缺损或

破坏, 因其表层坏死脱落而形成的凹陷。

2. 口腔黏膜溃疡的原因 它是口腔黏膜疾病中最常见的一种症状, 局部因素或全身性疾病均可引起形态各异的口腔黏膜溃疡。

3. 口腔黏膜溃疡的临床特点 溃疡的外形一般是圆的, 但也可出现狭长带状溃疡, 特别见于机械性或化学损伤的反应。溃疡的边缘可能不整齐呈潜掘形, 如结核性溃疡, 或者突起和硬化, 如恶性肿瘤。浅层溃疡只破坏上皮层, 愈合后无遗留瘢痕, 如轻型阿弗他溃疡。深层溃疡则病变波及黏膜下层, 愈合后遗留瘢痕, 如复发坏死性黏膜腺周围炎。

病因及疼痛特点

1. 复发性阿弗他口腔溃疡 复发性阿弗他口腔溃疡 (recurrent aphthous ulcer, RAU) 是最常见的口腔黏膜病, 患病率高达 20% 左右。本病呈周期性复发且有自限性, 为孤立的、圆形或椭圆形的浅表性口腔黏膜溃疡。临床分型尚不统一。目前常采用 Lehner 分类分为轻型、重型和疱疹样溃疡。轻型表现为: 口腔黏膜溃疡不大, 一般直径 2~4mm, 数目不多, 每次为 1~5 个。溃疡发作时呈“黄、红、凹、痛”特征, 即溃疡的边缘整齐, 有约 1mm 宽的红晕, 基部不硬, 中心凹陷状, 其上覆以灰黄色或浅黄色纤维性假膜, 灼痛感明显。重型表现为: 口腔黏膜溃疡较大而深在, 似“弹坑”, 直径 10~30mm, 深及黏膜下层甚至肌层, 溃疡周围组织红肿且微显隆起, 扪之较硬, 溃疡大多数边缘整齐, 愈合后有瘢痕或者有组织缺损, 若瘢痕位于口角区则张口受限, 位于舌尖或腭垂则可能有组织缺损。溃疡一般为一个, 周围可伴有数个小溃疡, 疼痛较重。疱疹样溃疡表现为: 口腔黏膜溃疡较小, 直径仅 1~2mm, 但数目多, 有数十个或更多。与相邻的溃疡能融合成较大的溃疡, 周围黏膜充血, 临床上较少见。该型与巨型口疮大约占口疮中的 20%。

2. 创伤性溃疡 创伤性溃疡 (traumatic ulceration) 是机械性、化学性或物理性刺激引起的病因明确的黏膜病损。其口腔黏膜溃疡病损部位和形态往往与机械性刺激因子相吻合。无复发史。去除刺激因素后, 溃疡很快有好转或愈合。临床检查可见明显的理化刺激或自伤、烫伤史。

3. 带状疱疹 带状疱疹 (herpes zoster) 是水痘-带状疱疹病毒所引起的皮肤黏膜病, 其引发的口腔黏膜溃疡表现为: 临床上多数为浅表溃疡, 面积较大, 表面常有残留疱壁, 继发感染时溃疡表面可见黄色假膜。唇、颊、舌、腭的病损仅限于单侧。患者多数疼痛剧烈, 进食困难。

4. 单纯疱疹 单纯疱疹 (herpes simplex) 是单纯疱疹病毒所致的皮肤黏膜病, 其引发的口腔黏膜溃疡表现为: 溃疡面浅表, 面积较大, 并能造成继发感染, 上覆黄色假膜。患者多数有疼痛症状, 进食困难。

5. 口腔癌 口腔癌引发的口腔黏膜溃疡典型表现为: 癌性溃疡呈菜花状, 溃疡深大, 边缘突起外翻, 边缘和基底较结核坚硬。颌下及颈部常可触及肿大坚硬、粘连固定的淋巴结。

6. 口腔结核 口腔结核是结核杆菌所致的口腔黏膜疾病, 其引发的口腔黏膜溃疡表现为: 常发生于舌部, 通常溃疡边界清楚或呈线形, 表现为浅表、微凹而平坦的溃疡, 其底部覆有少许脓性渗出物, 去除渗出物后, 可见暗红色的桑椹样肉芽肿。溃疡边缘微隆, 呈鼠啮状, 并向中央卷曲, 形成浅掘状边缘。溃疡基底的质地可能与周围正常黏膜组织近似。仔细观察溃疡表面, 在边缘处可见黄褐色粟粒状小结节。小结节破溃后形成暗红色的桑椹样肉芽肿, 溃疡也随之扩大。结核性溃疡的外形不规则。患者疼痛程度不同, 舌部溃疡疼痛明显。多数情况下, 结核菌素试验为阴性, 预后差。