

KQGRJBZLCG

口腔感染疾病

诊疗常规

梅 林
龙江 主编

KQGRJBZLCG



KQGRJBZLCG



口腔感染疾病诊疗常规

林 梅 李龙江 主编



天津科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

口腔感染疾病诊疗常规/林梅,李龙江主编. —天津:天津科学技术出版社,2004.1

ISBN 7-5308-3534-3

I. 口... II. ①林... ②李... III. 口腔颌面部疾病-感染-诊疗 IV. R78

中国版本图书馆CIP数据核字(2003)第071665号

责任编辑:李 彬

版式设计:雒桂芬

责任印制:张军利

天津科学技术出版社出版

出版人:胡振泰

天津市西康路35号 邮编 300051 电话(022)23332393

网址:www.tjkjbs.com.cn

天津新华印刷三厂印刷

新华书店天津发行所发行

*

开本 787×1092 1/32 印张 10.25 字数 281 000

2004年1月第1版

2004年1月第1次印刷

定价:15.80元

编写人员名单

主 编	林 梅	李龙江		
编写人员	黄 萍	李 文	何 巍	
	何 园	顾 杨	王 峰	
	温玉明	曾 昕	夏 娟	
	曹选平	张 纲	赵洪伟	
	赵 曼	佟 猛		

序

口腔疾病从病原学角度,大体可划分为感染性疾病、非感染性疾病、癌肿和系统疾病口腔表现。口腔感染疾病是最常见的危害人们口腔健康的疾病,在人群中非常普遍,卫生状况不良和经济欠发达地区的人群患病率明显较高。新中国建立以来,我国口腔感染疾病的专业书籍极少,而且涵盖病种也较局限。所以读到这本由青年口腔医学专家编写的《口腔感染疾病诊疗常规》,感觉耳目一新,反映出了现代医学成果。除常见感染外,本书还收集了部分少见的口腔感染疾病,兼具先进性和实用性,是一本很好的案头参考书。相信此书的出版对临床医师、医学生和普通读者均能达到开卷有益的效果。

李秉琦

2002年10月于成都

目 录

第一篇 牙体组织感染性疾病

第一章 龋病	(1)
第一节 概述	(1)
第二节 浅龋	(4)
第三节 中龋	(6)
第四节 深龋	(7)
第二章 牙髓病	(10)
第一节 概述	(10)
第二节 可复性牙髓炎	(15)
第三节 急性牙髓炎	(18)
第四节 慢性牙髓炎	(27)
第五节 残髓炎	(31)
第六节 逆行性牙髓炎	(32)
第七节 牙髓坏死和坏疽	(33)
第八节 牙内吸收	(33)
第三章 根尖周组织病	(35)
第一节 根尖周病的临床病理特点及转归	(35)
第二节 急性根尖周炎	(37)
第三节 慢性根尖周炎	(40)

第二篇 牙周疾病

第四章 牙周微生态环境	(44)
第一节 牙周生态区的划分	(44)



第二节	牙菌斑生物膜·····	(44)
第五章	急性牙龈疾病·····	(46)
第一节	急性龈乳头炎·····	(46)
第二节	急性坏死性溃疡性龈炎·····	(47)
第三节	急性多发性牙龈脓肿·····	(50)
第六章	慢性牙龈疾病·····	(53)
第一节	慢性牙龈炎·····	(53)
第二节	与全身因素有关的牙龈炎·····	(56)
第七章	急性牙周疾病·····	(63)
第一节	急性坏死性溃疡性牙周炎·····	(63)
第二节	牙周牙髓联合损害·····	(64)
第三节	牙周脓肿·····	(67)
第八章	慢性牙周疾病·····	(70)
第一节	慢性牙周炎·····	(70)
第二节	慢性牙周炎伴咬合创伤·····	(74)
第三节	侵袭性牙周炎·····	(75)
第四节	侵袭性牙周炎青春前期型·····	(78)
第五节	根分叉病变·····	(80)
第九章	与全身因素有关的牙周疾病·····	(83)
第一节	伴糖尿病性牙周炎·····	(83)
第二节	艾滋病相关性牙周病·····	(84)
第三节	掌跖角化牙周病综合征·····	(86)
第四节	Down 综合征·····	(87)
第十章	种植体周围组织病变·····	(88)

第三篇 口腔粘膜感染性疾病

第十一章	口腔粘膜病毒感染·····	(91)
第一节	口腔单纯性疱疹·····	(91)
第二节	三叉神经带状疱疹·····	(102)
第三节	手足口病·····	(107)



第四节	口蹄疫	(109)
第十二章	口腔粘膜真菌感染	(112)
第一节	口腔念珠菌病	(112)
第二节	组织胞浆菌病	(116)
第三节	皮炎芽生菌病	(117)
第四节	隐球菌病	(119)
第十三章	口腔粘膜细菌感染	(121)
第一节	口腔结核	(121)
第二节	球菌性口炎	(124)
第三节	坏疽性口炎	(128)
第十四章	性传播疾病的口腔表现	(131)
第一节	淋病	(131)
第二节	梅毒	(135)
第三节	尖锐湿疣	(141)
第四节	艾滋病	(144)
第十五章	急性传染病的口腔表现	(153)
第一节	猩红热	(153)
第二节	白喉	(155)
第三节	麻疹	(157)
第十六章	口腔颌面部寄生虫感染	(160)
第一节	囊虫病	(160)
第二节	包虫病	(163)
第三节	裂头蚴病	(165)
第四节	牙龈内阿米巴感染	(168)

第四篇 口腔颌面部感染

第十七章	概论	(173)
第一节	正常微生物群	(173)
第二节	致病性微生物	(176)
第三节	感染	(178)



第四节	感染与炎症	(184)
第五节	口腔颌面外科感染的特点	(199)
第十八章	抗菌药物在抗感染中的应用	(208)
第一节	抗菌药物的作用机制	(208)
第二节	药物敏感试验及其临床价值	(209)
第三节	抗菌药物的监测	(213)
第四节	抗菌药物的耐药性	(215)
第五节	抗菌药物的不良反应及防治	(216)
第六节	抗菌药物的合理应用	(221)
第七节	特殊患者的抗菌药物应用	(229)
第八节	常用抗菌药物	(232)
第十九章	口腔颌面部常见的化脓性感染疾病	(243)
第一节	智齿冠周炎	(243)
第二节	面部疔疮	(246)
第三节	面颈部化脓性淋巴结炎	(250)
第四节	口腔颌面部间隙感染	(252)
第五节	颌骨骨髓炎	(269)
第二十章	口腔颌面部特异性感染	(287)
第一节	面颈部结核性感染	(287)
第二节	破伤风杆菌感染	(292)
第三节	颌面部放线菌病	(296)
第二十一章	口腔颌面外科手术创口感染的预防及治疗	(301)
第一节	口腔颌面外科手术创口感染的预防	(301)
第二节	预防性应用抗菌药物的原则	(305)
第三节	口腔颌面外科手术创口感染的治疗	(307)



第一篇 牙体组织感染性疾病

第一章 龋 病

龋病是在以细菌为主的多种因素影响下,牙齿硬组织发生慢性进行性破坏的一种疾病。就病因角度,龋病也可称为牙齿硬组织的感染性疾病。龋病是口腔科医师在诊治工作中经常遇到的疾病。它在人群中的发病率很高,世界卫生组织把它列为危害人类的三大疾病之一。它的危害不分年龄、性别、人种和民族、地区、职业,各个国家的人均受到龋病的侵袭。

第一节 概 述

一、龋病的分类

龋病的临床表现变化较多,为便于认识各具特点的龋损,可分类如下。

(一)按龋损的发展速度分类

1. 急性龋 急性龋进展迅速,数月即可形成龋洞。多见于青少年,特别是牙齿刚萌出后的数年内。龋洞内龋坏组织较软且湿润,呈浅黄或灰白色,用挖器可呈片状被挖去。

2. 猛性龋 猛性龋是急性龋中一种特殊的快速进展型。多见于有全身系统疾病而累及了口腔局部环境改变,特别是引起唾液分泌减少的患者,如患 Sjögren 综合征而致唾液分泌量下降,或因头颈部肿瘤在接受放射治疗时破坏了唾液腺的患者。表现为多数牙、多数牙面甚至牙尖、牙嵴短期内受累,很快形成龋洞,龋坏牙本质很软,几乎不变色,牙釉质表面有少数弥散性白垩色变。



3.慢性龋 慢性龋进展缓慢,龋坏组织颜色很深,呈棕褐色或棕黑色,且较硬、干,用牙钻去龋坏时呈粉屑状。多见于成年人及老年人的龋损。

4.静止龋 不再发展的龋为静止龋。可见于邻牙被拔除后的邻面釉质龋,乳牙殆面大面积蝶状龋。

(二)按龋病发生的解剖部位分类

1.冠部龋 分为:①点隙裂沟龋,这是龋病最易发生的部位,也是临床上最多的一类龋损;②光滑面龋。

2.根面龋 发生于根部牙骨质的龋损。多见于牙龈退缩,根面暴露的老年人。

(三)按龋损发生与充填治疗的关系分类

1.原发龋 未经治疗的龋损。

2.继发龋 龋病经充填治疗后,在充填区再度发生的龋损。

3.余留龋 治疗深龋时,为防止穿通牙髓,于洞底有意保留的少量软龋,经过药物特殊处理,龋坏不再发展。

(四)按龋病损害的程度分类

可分为浅龋、中龋、深龋。本书将按此分类。

(五)其他分类

有依龋坏累计的牙面数而分为单面龋、复面龋和复杂龋;有依龋病发展过程及形态分为开放性龋和潜行性龋。

二、龋病的好发部位

(一)好发牙

大量流行病学调查资料表明,乳牙列中以下颌第一乳磨牙患龋最多,其次为上颌第二乳磨牙、第一乳磨牙、乳上前牙,患龋最少的是乳下前牙。恒牙列中,患龋最多的是下颌第一磨牙,顺次为下颌第二磨牙、上颌第一磨牙、上颌第二磨牙、双尖牙、第三磨牙、上前牙,最少为下前牙。

(二)好发牙面

流行病学调查资料表明,同一个牙齿上发病最多的牙面是咬合面,其次是邻面,再次是颊(唇)面,最后是舌(腭)面。



(三)牙面的好发部位

对第一和第二恒磨牙的调查资料表明,患龋最高的咬合面上,龋病最先发生的部位以中央点隙为最多,以下为远中沟、近中沟、颊沟和近中点隙。发病率仅次于咬合面的邻接面上,龋损最早发生的部位有82.31%都在触点的龈方。

三、病原微生物和病因

(一)病原微生物

口腔内微生物的种类和数目很多,这些组成复杂的口腔微生物和宿主口腔构成了复杂的口腔生态系。与大多数感染性疾病不同,龋病不是由某一种细菌所致,牙面上存在的多种细菌均与龋病发生相关。横向和纵向的流行病学研究结果表明:人龋的发生与变链球菌族密切相关,变链球菌是主要致龋菌;致龋菌不是单一的一种细菌,而是几种或多种产酸和耐酸的细菌,如变链球菌、放线菌、乳杆菌等。

(二)病因

龋病病因学的研究经历了长期、复杂而艰巨的过程,提出了很多理论和学说,现在被人们广泛接受的是四联因素论。四联因素论的基本论点是,龋病是含糖食物(特别是蔗糖)进入口腔后,在牙菌斑内经致龋菌的作用,发酵产酸,这些酸(主要是乳酸)从牙面结构薄弱的地方侵入,将牙齿的无机物溶解破坏而产生的。在这个过程中必须具备以下重要条件:①致龋细菌;②细菌进行代谢活动和形成牙菌斑的物质基础——糖类;③细菌在牙面代谢和致病的生态环境——牙菌斑,牙菌斑使细菌发酵糖产生的酸在牙面达到一定的浓度(在临界 pH 以下)和维持相当长的时间;④易感的牙齿。故口腔卫生不良、糖类食品摄入过多、牙列拥挤、牙面形态异常、牙齿钙化不良均易导致龋病发生。

四、预防

1. 控制牙菌斑。方法有:养成良好的口腔卫生习惯,每天刷牙,使用正确的刷牙方法,选用适宜的牙膏;学会使用牙线、牙间刷等;使用含有抗龋药物的含漱剂漱口。
2. 限制食糖和使用糖代用品。
3. 采用氟化物防龋,有全身用氟法和局部用氟法。



4. 定期到医院进行口腔检查。

五、治疗

归纳起来,龋病的治疗方法有两种:非修复性治疗(保守治疗)和修复性治疗(充填术)。不同程度损害的龋病,治疗中应根据各自的特点采取不同的治疗措施。

第二节 浅 龋

一、病理

浅龋在冠部表现为牙釉质龋。釉质深层受累,釉质内出现圆锥形的龋损。纵磨片上表现为底在釉质表面,尖向釉牙本质界的三角形损害。早期釉质龋未脱钙的磨片,在光镜下结合使用偏振光显微镜及显微放射照相术检查,损害可分为四层:透明层、暗层、病损体部、表层。

浅龋在根部为牙骨质龋,细菌沿着包埋在牙骨质内的夏白氏纤维向内侵入,当龋进展到牙骨质层板时,细菌沿牙骨质层板扩展。

二、临床表现

(一)症状

浅龋为一种临床概念,无准确的量值,一般指冠部牙釉质龋和根部牙骨质龋或牙本质龋。一般多无症状。

(二)体征

1. 望诊 点隙裂沟龋的病变区呈黑色或黑棕色,邻近的釉质有时可见到不透明白垩色。光滑牙面龋早期为不透明白垩色斑,病程延长可吸附色素成黄褐或黄棕色。

2. 探诊 探针的尖锐针尖可插入点隙裂沟处,且可被钩住。光滑面龋及根部龋用探针探查时病区有粗糙感。

三、诊断

结合浅龋的临床表现和体征,一般可确诊。若难以确定,可列为可疑龋,嘱半年左右复诊检查。

早期龋若需要严格的鉴别判定,可借助其他诊断手段:①X线照片检查;②显微放射摄影方法;③荧光显示法,用氯化烃类染料涂布在可疑釉质龋的部位,浸透3分钟左右,清水洗净,用长波紫外线照射,龋损



部位发出的荧光有助于早期诊断;④氩激光照射法,用波长 488 nm 的氩激光照射牙面可疑龋,龋损部位可出现暗影。

四、鉴别诊断

浅龋应与牙釉质钙化不全、牙釉质发育不全、斑釉症(氟斑牙)这三种牙齿发育期出现的疾病进行鉴别,主要鉴别要点如下。

1. 光泽度和光滑度 发育性釉质病虽有颜色改变,但釉质一般仍有光泽且光滑坚硬。龋病颜色出现改变同时失去釉质光泽,探查有粗糙感。

2. 病变发生部位 发育性疾病遵循牙齿发育钙化的规律,从牙尖开始向颈部推进,随障碍出现的时间,病变发生在不同的平面区带。龋病在牙面则有典型的好发部位。

3. 病变牙对称性 发育性疾病表现为左右同名牙病变程度和部位的严格对称性。而龋病并不出现严格的对称性。

4. 病变进展性 发育性疾病病变呈静止状,不再进展,也不会消失。龋病则可持续发展,龋损由小变大,由浅变深,颜色由浅变深,质地由硬变软,牙体由完整到缺损。早期的光滑面龋有可能因再矿化而消除。

五、治疗

浅龋未形成龋洞,应首先考虑非修复性治疗;浅龋已形成龋洞,则采用修复性方法治疗,一般为直接充填。

(一)非修复性治疗

龋病的非修复性治疗是不切割或少切割牙体龋损组织,采用药物或再矿化使龋损停止发展或消失的治疗方法。

1. 药物治疗 适应证包括早期牙釉质龋,位于牙齿的光滑面,尚未形成龋洞者或形成的龋洞较浅;静止龋;釉质发育不良继发的广泛浅龋,制洞困难者。其应用方法是先用器械将损害面的牙菌斑去除,再将病损牙面抛光,然后用药物处理。药物包括:①10%~30%硝酸银,涂搽牙面损害区半分钟,再用丁香油或碘酊还原剂处理,待形成沉淀变色,一般只用于乳牙或恒后牙,不能用于牙颈部病损;②75%氟化钠甘油、8%氟化亚锡液或单氟磷酸液等氟化物,可反复涂搽患区1~2分



钟;③高分子防龋涂料,又称窝沟封闭剂,将清除干净的损害面干燥,涂上一层涂料,并使之固化。

2.再矿化疗法 适应证包括牙齿光滑面的白垩色釉质龋,以青少年效果更佳;对龋病活跃的患者,可做预防。其应用方法可用再矿化液作含漱剂,每日含漱;也可局部反复涂擦,患者可自行使用。

(二)修复性治疗

龋病的修复性治疗是采用手术切割、去净龋坏组织,并将龋洞制备成一定形状的窝洞,在保护牙髓的情况下,用充填材料填充窝洞,以恢复牙齿的形态和功能的治疗方法。

浅龋的直接充填术,应完全去净龋坏组织,采用银汞合金直接充填则要求洞形有固位形和抗力形;还可采用牙色粘结材料直接充填。

第三节 中 龋

一、病理

中龋为牙本质龋,其病理改变为一底向外尖向内的三角形损害,从外向内可分为腐败崩解层、细菌侵入层、脱钙层、透明层、脂肪变性层。

二、诊断

(一)症状

中龋指龋病从牙釉质发展到了牙本质浅层。中龋形成龋洞后,病员可出现酸软性不适感或过敏性痛感,但刺激去除后,不适感(痛感)立即消失。引起中龋激发疼痛的有甜酸类化学刺激、冷和热的温度刺激,以及临床检查治疗时对龋洞壁钻磨、挖刮等机械刺激。

潜行龋和慢性龋的症状可不典型。

(二)体征

1.望诊 开放性龋可看到中等深度的龋洞,龋坏牙本质呈深褐、深棕色。潜行性龋在变黑的裂沟周围牙釉质下有墨浸状的色变区。邻面龋则可能在边缘嵴釉质下见有墨浸状改变。

2.探诊 探针探查洞壁时有疼痛感。在尽量去除软化牙本质后,探诊可帮助确定病变范围和程度。

3.叩诊 呈阴性反应。



4. 温度诊 冷刺激可引起疼痛,刺激去除后,疼痛立即消失。

(三) 辅助检查

可用于病变隐蔽、不易直视或探查的地方。包括:①用牙线检查邻面早期龋损;②X线照片检查邻面龋、继发龋或隐匿龋;③用光导纤维装置检查邻面龋。

结合中龋的临床表现及体征,较易做出诊断。

三、治疗

一般情况下,中龋必须采用修复性治疗方法。在去净龋坏组织形成洞形后,多采用单层垫底,即磷酸锌粘固粉垫底或聚羧酸锌粘固粉垫底或氢氧化钙垫底,然后采用银汞合金或牙色粘结材料充填。

第四节 深 龋

一、临床表现

深龋指牙本质深层龋。患者常表现出激发疼痛,引起疼痛的因素以温度刺激最明显,尤其是冷刺激;对甜、酸类化学刺激也可表现出激发痛。刺激消除后,疼痛即消失。

深龋常具有的另一症状是患者进食时,食物落入龋洞引起疼痛,以及咀嚼较硬食物时,引起锐性疼痛。停止咀嚼以及取出洞中食物,疼痛立即消失。

1. 望诊 患牙可见到达牙本质深层的龋洞,洞底有棕褐色软龋。

2. 探诊 探针检查洞壁时,有敏感反应,并特别探查有无穿髓孔存在以及是否近髓。深龋不应有明显的探痛点,更不应有穿髓孔。

3. 叩诊 为阴性反应。

4. 温度诊 冷刺激可引起明显的激发疼痛,刺激去除,疼痛消失。

5. 牙髓电活力测试 应与正常对照牙的阈值基本一致。当深龋的牙髓状态判断有困难时,牙髓电活力测试应是重要检查手段之一。

6. X线照片检查 可了解龋洞底牙本质有效厚度的状况,可见到根尖周围组织显示正常影像。

二、诊断

根据患者主观症状、体征,必要时结合X线照片与牙髓电活力测



试,可做出深龋的诊断。

三、鉴别诊断

严格说,深龋在临床上不可能客观量化。由于在诊断上很大程度依赖于患者本身对刺激引发疼痛的主观感觉,因此诊断深龋应注意与以下情况鉴别。

(一)深龋伴可复性牙髓炎

即牙髓充血。患者出现明显激发痛症状,对深龋洞进行温度诊,迅速产生尖锐敏感的疼痛反应,现在认为这种情况应为可复性牙髓炎范畴。可以说,大部分临床症状明显的深龋都伴有可复性牙髓炎,要严格区分是否伴有十分困难。

(二)深龋伴不可复无症状性牙髓炎(慢性溃疡性牙髓炎)

患者可有激发痛的症状,食物嵌入龋洞引起剧烈锐痛,去除食物后,疼痛常持续一段时间才消失。检查时如有深龋洞,且洞底有穿髓孔,穿孔处有明显尖锐的探痛,可确诊。

四、治疗

深龋治疗是一个比较复杂的问题,应十分慎重,医生应特别注意询问病史并仔细检查。

(一)深龋的治疗方法

深龋的治疗方法应有利于增强牙髓的防御能力,消除牙髓早期炎症,保护牙髓的功能。在治疗过程中,要特别注意避免物理性刺激,如机械损伤、切割牙体产热、冷水激惹,也应避免化学性刺激,如消毒药物或充填材料的刺激。一般常用治疗方法如下。

1. 双层垫底充填术 可以一次完成治疗,用于龋坏能完全彻底去尽且牙髓基本正常的患牙。洞形制备好后,必须对牙髓采取保护措施,首先用丁氧膏作第一层垫底,再用磷酸锌粘固粉作第二层垫底,最后用银汞合金或牙色粘结材料充填。

2. 安抚疗法 用消炎镇痛药物,消除临床症状的疗法。通常在窝洞放置湿润、大小合宜的丁香油棉球,再用丁氧膏封洞,观察5~7天。深龋患者有明显主观症状或一次完成充填把握性不大,可先用安抚疗法,待症状消除后,再做进一步处理。安抚疗法是一种临时性治疗措

