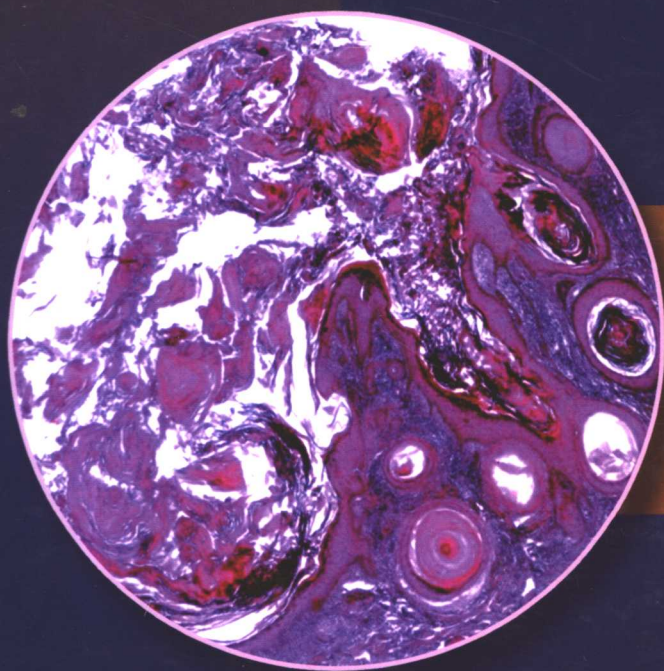


口腔黏膜病学

魏克立 主编



科学出版社

www.sciencep.com

口腔黏膜病学

魏克立 主编

科学出版社

北京

内 容 简 介

本书分为八章,系统地介绍了口腔黏膜病的病因、临床表现、诊断要点、组织病理、鉴别诊断及治疗方法;另外,还包括40余种系统疾病在口腔的表征、90种与口腔相关的综合征,共323个病种。本书精选了约1500幅图片,生动形象地展示了口腔黏膜病的形态特征,内容丰富,实用性较强。本书还介绍了口腔黏膜病学的最新进展,具有先进性,可供口腔科医师及相关研究人员参考使用。

图书在版编目(CIP)数据

口腔黏膜病学 / 魏克立主编, ---北京:科学出版社, 2006

ISBN 7-03-016255-2

I.口… II.魏… III.口腔黏膜疾病 IV.R781.5

中国版本图书馆CIP数据核字(2005)第105818号

责任编辑:黄敏 / 责任校对:朱光光

责任印制:刘士平 / 封面设计:黄超

设计制版:北京美光制版有限公司

版权所有,违者必究;未经本社许可,数字图书馆不得使用。

科学出版社 出版

北京东黄城根北街16号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

中国科学院印刷厂 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2006年2月第一版 开本:889×1194 1/16

2006年2月第一次印刷 印张:38 1/2

印数:1—2000 字数:1 272 000

定价:380.00元

(如有印装质量问题,我社负责调换〈科印〉)

《口腔黏膜病学》编写人员

主 编 魏克立

副主编 刘宏伟 华 红 郑麟蕃 胡碧琼 高 岩
徐岩英

主 审 章魁华

编写人员 (以下按姓氏笔画排序)

于世凤 丛为民 刘宏伟 孙晓平

庄宝琳 华 红 李若瑜 李厚澍

杨宗萍 吴运堂 沙月琴 张祖燕

张 晓 郑麟蕃 胡碧琼 赵福运

侯晓薇 徐治鸿 徐岩英 高 岩

栾文民 章魁华 韩纲文 魏克立

关于“粘膜”和“黏膜”二词的说明

长期以来，国内出版物多沿用“粘”字，几近约定俗成。因此，卫生部规划教材《口腔粘膜病学》第一、二版均用“粘”字。但是，近年人民卫生出版社和其他一些出版机构也采用了“黏”字，如2004~2005年中华医学会主编的《临床操作技术规范》和《临床诊断标准指南》等。笔者在21世纪初曾提出统一使用“黏膜”，弃用“粘膜”。主要理由是“粘”字有两种读音，除音、义与“黏”字相同外，尚可读“沾”(zhān)，如“粘连”、“粘贴”等。因此，将“黏膜”误读为“沾膜”者亦时有所见。中华口腔医学会口腔黏膜病专业委员会同意“黏膜病学”用“黏”字，但至今仍有出版单位和专家仍在沿用“粘膜”，未能统一。既然汉语规范用字中两字皆可，孰是孰非尚未一定。

中华口腔医学会口腔黏膜病专业委员会

名誉主任委员 李秉琦

2005年8月

序 一

口腔黏膜病是常见的口腔疾病，其中有些疾病，如复发性阿弗他溃疡和口腔黏膜扁平苔藓，因其频繁发作或不易治愈，患者深受其苦。有些疾病，如黏膜红斑和白斑，可恶变成癌，严重危害人民健康。因此，及时、准确地诊断和恰当地处理口腔黏膜病是口腔医生的重要任务之一。

口腔黏膜病常常与系统性疾病相关，有些是系统性疾病在口腔的表征，如维生素缺乏引起的舌炎；有些是各类综合征的症候群之一，如最常见的舍格伦综合征引起的口腔黏膜干燥。因此，口腔黏膜病的诊治需要掌握更全面、更系统的医学知识。

有些口腔黏膜病表征相似，但疾病本质迥异，如同为疮性疾病，不下十余种。因此，鉴别诊断尤为重要。不少口腔黏膜病为慢性疾患，或为难治性疾患，需要周密设计治疗方案，方能奏效，这些都体现了口腔黏膜病诊治的复杂性和挑战性。

在几代口腔医学专家的努力下，我国口腔黏膜病的医疗、教学和科研工作取得了显著的成绩。但是，相对于口腔医学的其他分支学科而言，专门从事口腔黏膜病学的队伍还不够壮大，不少普通口腔科医生对于口腔黏膜病的认识还不够深入，诊断和治疗水平有待提高。除了《口腔黏膜病学》教材以外，专门论述口腔黏膜病的专著稀少。因此，编写一部系统、全面、能反映口腔黏膜病学最新进展的参考书是非常必要的。

魏克立教授组织北京的口腔医学专家编写了《口腔黏膜病学》一书。编者中有的长期从事口腔黏膜病学临床和研究工作的专家，有的是从事口腔黏膜病相关领域研究工作的资深专家，有的是对口腔黏膜病及其相关领域颇有研究的中青年学者，他们在各自领域具有丰富的临床工作经验，也积累了大量与口腔黏膜病相关的资料，为编写这部高级参考书奠定了基础。

口腔黏膜病的临床特点之一是其形态多种多样，因此，视诊对于疾病的诊断和鉴别诊断非常重要，体现病变特点的图片有时可以起到文字难以表达的作用。针对这一特点，作者提供了约1500幅图片，其中绝大多数为彩色图片，真正做到了图文并茂，这将明显提高该书的可读性和读者的阅读效果，也将成为该书的重要特色。

我欣喜地看到，历经三年努力，该书即将出版。在此，向主编和各位编者表示祝贺。同时，热情地将该书推荐给口腔医学界的同道，愿她成为大家所喜爱的好书，为推动我国口腔医学，特别是口腔黏膜病学的发展发挥积极的作用。

北京大学口腔医学院院长

俞兆岩

2005年8月

序 二

有幸先期拜读魏克立教授主编的《口腔黏膜病学》，收获良多，真正体会到先睹为快的意境。这是迄今我所看到的国内最完备、最精美的口腔黏膜病学巨著。

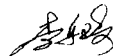
随着21世纪的到来，医学科学与医学教育模式都发生了重大变革。口腔医学与基础医学、临床医学及生物科学的关系日益密切，各学科的交叉融合促进了口腔医学各领域的迅猛发展，口腔黏膜病学正是这种交叉融合很好的切入点。不少学者认为，口腔黏膜病除了极少数局部物理化学损伤外，基本属于系统病的口腔表征。该书充分体现了这一观点。正因如此，该书为口腔黏膜病病因、发病机制的研究指出了正确的思维方向。

口腔黏膜病的另一个特点是种类繁多，临床表现复杂多变，并常常出现各种综合征和罕见病种，在诊断上也会包括其他学科或边缘学科的内容。因此，提高临床医师的观察能力和诊断、鉴别诊断的水平是非常迫切的任务。该书运用大量精美图片和别具匠心的编排，为解决这一难题提供了精良“武器”。

魏克立教授、章魁华教授、该书各位副主编及编写人员中有许多是我景仰的师长和老友，除了对他们的学术成果表示最衷心的祝贺外，也愿意借此机会向全国口腔医学专业和有关临床医学专业（如皮肤科学等）的同道们郑重推荐该书。

中华口腔医学会口腔黏膜病专业委员会

名誉主任委员



2005年8月

前 言

口腔黏膜病学是研究口腔软组织及相关组织疾病的学科，是口腔医学中的分支学科。口腔黏膜病历来被认为诊断比较困难，许多疾病发病机制不清，缺少有效的治疗方法。全国大多数县(市)级以上医疗机构尚未设置口腔黏膜病专科，从事本专业的医务人员匮乏，专门著作稀少。

1979年，郑麟蕃教授等编著了《系统病与口腔》一书，对系统病在口腔的表征及其内在联系进行了全面、系统的论述。此书深入浅出，观点鲜明，内容丰富，受到广大口腔科医师和口腔专业学生的欢迎，也引起皮肤科、内科等医务界同行的关注。同时，广大读者也提出很多意见和建议，希望更加充实新的内容，增加图像资料。

近年来，随着基础免疫学、免疫病理学、细胞生物学及分子生物学等学科的发展，对口腔黏膜病的本质有了更深的认识，特别是一些新的检测方法的问世，使口腔黏膜病的诊疗水平得以提高；在口腔黏膜病治疗方面，新的治疗方法、新的药物及治疗技术也有较快的进展。在郑麟蕃教授指导下，在《系统病与口腔》一书的基础上，参照全国口腔黏膜病学编写大纲，我们重新编写了《口腔黏膜病学》一书。北京大学口腔医院、北京大学第一临床医院、北京医院口腔科及首都医科大学北京口腔医院等专家参与了编写，并提供了珍藏多年的图片资料约1500幅，经过三年多的工作，终于使此书问世。

长期从事口腔黏膜病临床、教学、科研工作的作者们深知，口腔专业的学生虽然经过临床医学和口腔专业课程的学习，但对口腔黏膜病的诊疗仍会感到困难，即使年轻医师或从事多年口腔工作的口腔科医生，也未必能够认识口腔黏膜病，尤其未能将系统病和口腔黏膜病密切地结合起来进行诊疗。口腔黏膜病是专业性很强的学科，对口腔黏膜病的诊断、鉴别诊断及对疗效的评价，除了需要比较深入阅读相关专业书籍、扩大知识面外，还需要进行长期的临床实践。

口腔黏膜疾病与皮肤疾病一样，临床诊断均以其口腔黏膜、皮肤损害的特征，亦即临床表征为基础。接诊时对体检和实验室检查等进行综合分析是必要的，但最能反映出疾病真实面目的是黏膜和皮肤所呈现的病变，因此，要靠视觉检查去认识和熟悉病变的特殊形态、固定或不固定的分布、排列、颜色及与周边组织的关系等。如此诊疗过程仅凭教师口头叙述与自学专业书籍是难以“入门”的，病例的积累至关重要。

因此，本书旨在提供系统的口腔黏膜病相关图片，以提高读者的观察能力，并参阅有关文字进行系统的口腔黏膜病专业训练。

本书有以下三个特点:

一、广泛收集资料,力求病种齐全、完整

本书图片除极少数罕见病种引自国外文献外,提供者主要为北京大学口腔医院中医黏膜科、口腔病理科、口腔外科及口腔放射科,北京大学第一临床医院皮肤科及口腔科,北京医院口腔科,首都医科大学北京口腔医院口腔内科的口腔黏膜病学专家。另外,近年来,有文献报道者尽量收入。除常见病外,还收集了许多少见病和疑难病。同时,还收集了40余种系统疾病在口腔的表征,90种与口腔相关的综合征,共323个病种。除备有典型临床图片外,尚有100个病种配有组织学病理、免疫学病理等图片,部分疾病还配有相关X线片。

二、反映口腔黏膜病学最新进展

本书文字部分分列病因、临床表现、诊断要点、组织病理、鉴别诊断及治疗要点等,力求简明、扼要,用较多篇幅对治疗要点和科研成果做较详尽的介绍,并结合我国口腔临床医学实际,有选择地介绍国外书刊中的新理论和新技术。在中西医结合治疗口腔黏膜病方面,我们积累了许多经验,对有良好疗效的部分疾病予以重点介绍,以丰富和提高口腔黏膜病的诊疗水平。免疫学的进展促进了口腔黏膜病诊断、治疗的进展。我国口腔免疫病理学专家于世凤教授特别撰写了口腔免疫病理部分,反映了口腔免疫学的最新进展。

三、具有较高的实用性

本书对从事口腔专业的临床医师,特别是对口腔黏膜病学专业的年轻医师提高诊疗水平有所助益,对全科医师、皮肤科医师、内科及妇科医师亦有一定参考价值,对口腔专业学生及研究生有一定参考辅导作用。

囿于作者水平,本书还存在不少问题,甚至错误之处,恳请读者提出宝贵意见,以便修订。

在本书的编写过程中,得到全国许多医疗机构及专家的指教和帮助。北京大学口腔医院门诊部对此书的出版给予极大支持。此外,张晓、宋辉、张静、楚小玉、贾东旭、王月玲及张君盛等同志为此书的编辑做了许多工作,在此,一并深致谢意。



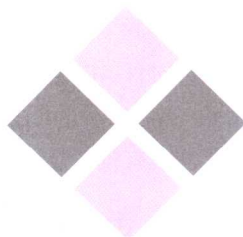
2005年8月

目 录

第一章 概 论	1
第一节 口腔黏膜的解剖结构和生理功能	1
第二节 口腔黏膜病与全身的关系	3
第三节 口腔黏膜病与口腔环境	3
第四节 口腔黏膜病的分类	4
第五节 口腔黏膜基本病损及其临床病理	5
第六节 口腔黏膜病的检查及诊断	10
第二章 依据主要表征的疾病	16
第一节 口腔黏膜疱性疾病（大水疱-糜烂改变）	16
第二节 溃疡性病变（口腔黏膜溃疡）	49
第三节 淡色斑	70
第四节 肉芽肿改变	172
第三章 依据发病病因的疾病	198
第一节 口腔感染性疾病	198
第二节 口腔黏膜变态反应性疾病	275
第三节 结缔组织病及有关的自身免疫病	294
第四节 物理及化学物质的损害	314
第四章 依据发生部位的疾病	319
第一节 唇	319
第二节 舌	349
第三节 灼口综合征	377
第四节 龈	383
第五节 涎腺	400
第五章 系统病的口腔表征	423
第一节 皮肤病的口腔表征	423

第二节	营养缺乏病的口腔表征	432
第三节	代谢障碍性疾病的口腔表征	441
第四节	内分泌紊乱疾病的口腔表征	445
第五节	血液和造血器官及淋巴管疾病的口腔表征	458
第六节	消化系统疾病的口腔表征	480
第七节	心血管系统疾病的口腔表征	486
第八节	朗格汉斯细胞型组织细胞增多症	491
第六章	口腔黏膜及软组织的肿瘤	500
第一节	口腔黏膜及软组织的良性肿瘤	500
第二节	口腔黏膜及软组织的恶性肿瘤	521
第七章	与口腔相关的综合征	542
第八章	口腔黏膜病的免疫病理	570
第一节	免疫荧光技术	570
第二节	免疫荧光技术在口腔黏膜病中的应用	575
第三节	口腔黏膜病与胶样小体（凋亡小体）	584
中英文专业名词	591

第一章 概 论



口腔黏膜病是指发生在口腔黏膜及口腔软组织的疾病。其病种繁多,疾病的临床表现各异,病因也比较复杂。所以,在诊治口腔黏膜病时,应了解口腔黏膜发病与全身的关系以及外界刺激对口腔黏膜的影响。在诊治口腔黏膜病时,应从局部联系全身,从口腔黏膜病变的表现寻求疾病的本质,才不至因诊断不明而延误治疗。但目前有些口腔黏膜病仍病因不明,故在治疗方面尚无特效药物及疗法。总之,口腔黏膜病无论从病因、发病机制、诊断或治疗上都有许多问题有待进一步研究和探讨。

第一节 口腔黏膜的解剖结构和生理功能

口腔黏膜覆盖在口腔表面,前方与唇部皮肤相连,后方与咽部黏膜相接。正常口腔黏膜颜色为润泽的粉红色或淡红色,由上皮和结缔组织构成。上皮为复层鳞状上皮,由数层排列紧密的上皮细胞组成,细胞间主要由桥粒连接;结缔组织又分为固有层和黏膜下层,固有层为致密结缔组织,含有较多胶原纤维;黏膜下层为疏松结缔组织,内含血管、淋巴管、神经和腺体。上皮和固有层交界处凹凸不平,其间有一薄层基底膜,上皮突入结缔组织的部分称上皮钉突,结缔组织伸入上皮的部分称为乳头。

由于解剖部位和功能的不同,唇、颊、舌、腭等各部位黏膜分别具有各自的特点,在临床诊断上具有重要的意义(图 1-1-1)。

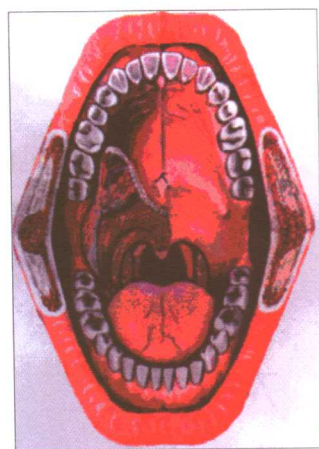


图 1-1-1 口腔黏膜示意图

一、唇红与唇黏膜

唇红为唇外侧皮肤与内侧唇黏膜的移行区。上皮角化层很薄,上皮钉突与结缔组织乳头均狭长。因乳头中含有丰富的毛细血管,且乳头非常接近上皮表面,故唇红外观为鲜润的红色。当机体缺氧、贫血或受寒冷刺激时,会发生比较明显的颜色改变,变得青紫或苍白。乳头中不含腺体,故黏膜表面易干燥脱皮。有时固有层中含有皮脂腺,表现为唇红区出现黄色颗粒或斑片。唇黏膜上皮较厚,约 $550\mu\text{m}$,无角化层,固有层较松弛,上皮钉突短而少,乳头少且不规则,黏膜下层含有丰富的唇腺。

二、颊黏膜

颊黏膜与唇黏膜非常相似,上皮厚度约 $580\mu\text{m}$,上皮无角化层,固有层乳头短而不规则,含有丰富的

血管及较多的弹力纤维，黏膜下层较厚，有较多的脂肪与颊腺，有时会在此处存在皮脂腺，在临床上则表现为颊黏膜出现黄白色的颗粒或斑点。

三、腭黏膜

腭黏膜分为硬腭黏膜与软腭黏膜。硬腭黏膜覆盖于腭前2/3，呈浅粉红色。上皮厚约310 μm，有较厚的角化层；固有层内有粗大纤维束，乳头长且多，排列规则，在腭正中缝和边缘区无黏膜下层，固有层与骨膜紧密相连；其余部位有明显的黏膜下层，其中前部含有脂肪，后部含有腭腺。软腭黏膜覆盖腭后1/3，呈暗红色，与硬腭黏膜有较明显的分界。上皮无角化层，固有层乳头少而短，含丰富的血管，黏膜下层疏松，内含腭腺。

四、舌背黏膜

舌背黏膜仅由上皮和固有层组成，无黏膜下层。黏膜紧密附着在舌肌上，不能移动。上皮有较厚的角化层，表面分化成许多小的突起，即舌乳头；固有层致密，有许多舌肌纤维伸入固有层内。

根据分布、功能、形态的不同，舌乳头分为丝状乳头、菌状乳头、轮廓乳头和叶状乳头。

1. 丝状乳头分布在舌背前部，数量最多而体积最小，为粉白色的锥形突起，在青年时期较发达，随年龄增长而渐变光滑。乳头浅层的上皮细胞常有不全角化和脱落现象，如角化上皮脱落迟缓，表现为舌背舌苔厚腻；如丝状乳头萎缩，则舌面光秃。

2. 菌状乳头主要分布在舌尖和舌侧缘，散在于丝状乳头之间，体积大于丝状乳头，颜色深红，顶端半圆，基部较细。乳头表面覆盖较薄的上皮，无角化层，固有层内血管丰富，偶见味蕾。

3. 轮廓乳头沿舌体与舌根交界处的人字沟前方排成一行，约有10个左右，体积最大。乳头呈圆柱状，顶端略膨大；每个乳头周围均有深沟环绕，沟底有较多的味蕾，在乳头侧壁的上皮内有许多味蕾。

4. 叶状乳头在人类已渐趋退化，为位于舌侧缘后部5~8条平行排列的皱襞，一般情况下不易看到，易受残根、残冠或不良修复体等机械性刺激的影响而充血、水肿。

五、舌腹与口底黏膜

舌腹与口底黏膜组织结构近似，均较薄，厚约190 μm。

舌腹黏膜下层不明显，黏膜紧贴于舌肌束周围的结缔组织，不可移动。

口底黏膜下层较厚，含有脂肪组织，与深部组织附着松弛，可移动。

六、牙槽黏膜

牙槽黏膜较薄，上皮厚约270 μm，颜色深红。上皮无角化层，固有层乳头短小而稀疏，血管丰富，黏膜下层疏松，含有小涎腺。

七、牙龈

牙龈呈粉红色。上皮厚约300 μm，有角化层。牙龈由游离龈、附着龈和牙间乳头三部分组成。游离龈又称边缘龈，宽约1mm，呈领圈状包绕牙齿颈部。附着龈无黏膜下层，由固有层直接紧连于骨膜上，附着龈表面呈现橘皮样的点状凹陷，称为点彩；少数人的附着龈会有灰黑色色素沉着；附着龈与根方的牙槽黏膜间有一明显的分界，称为膜龈联合（图1-1-2）。



图1-1-2 唇系带、附着龈

第二节 口腔黏膜病与全身的关系

口腔黏膜是整个身体的一部分,与机体密切关联。它能保护黏膜下组织,并接受和传递从外界来的刺激。通过神经的传导和调节,可使机体更好地适应外界环境的各种变化。

口腔黏膜与皮肤的关系尤为密切,因为黏膜和皮肤都从胚叶发育而来,具有比较相似的组织结构和功能。有许多口腔黏膜病如扁平苔藓、慢性盘状红斑狼疮、天疱疮、类天疱疮、病毒感染性疾病、变态反应性疾病等都可以同时或先后在口腔黏膜和皮肤上出现病损。所以,在诊治口腔黏膜病时,除注意口腔黏膜病损外,还应询问及检查皮肤情况。

有些口腔黏膜病除口腔黏膜和皮肤同时出现病损外,身体其他部位如眼、鼻、外阴、肛门等部位的黏膜亦可出现病损,如重型多形红斑(Steven-Johnson syndrome)即为此种疾病。

有些口腔黏膜病是体内器官和组织患病的表现,如全身免疫异常、代谢异常、内分泌紊乱、发育异常、营养缺乏及血液疾病等均可出现口腔黏膜的病损。免疫性疾病如天疱疮、红斑狼疮等可以在口腔黏膜最先表现出来。代谢性疾病,如淀粉样变性在口腔黏膜发现硬结或舌体增大、唇肥厚等情况也不少见。内分泌紊乱,如肾上腺皮质功能减退(Addison's disease)时口腔黏膜出现色素沉着,且为本病的最初表现。与遗传有关的发育异常,如色素沉着-肠息肉综合征(Peutz-Jeghers syndrome)亦可在唇部及口腔内黏膜其他部位出现色素沉着斑。营养障碍如维生素缺乏、铁缺乏,血液病中的白血病、贫血等均可出现口腔黏膜炎症、舌裂、唇裂、舌乳头萎缩、口角炎和溃疡等口腔黏膜病损。其他如网状内皮系统、消化系统的疾病亦可表现出口腔黏膜病变,如出现肉芽肿性深溃疡、坏死性溃疡、肉芽肿性结节等。

综上所述,说明口腔黏膜病和全身情况有着密切的关系。因此,对口腔黏膜病的发病原因及发病机制应联系全身进行考虑,提高认识,从而使诊断更准确,治疗更有效。

第三节 口腔黏膜病与口腔环境

口腔是一个复杂的环境。口腔内有不断分泌的唾液,所以经常处于潮湿状态;又因口腔内有适宜的湿度,故适于多种细菌及真菌长期寄生。当机体免疫功能低下、抵抗力降低时,则易患口腔黏膜感染性疾病。

口腔中还有一些长期存在的机械性刺激因素,如尖锐的牙尖或牙齿边缘、残根、残冠、不良修复体等均可刺激口腔黏膜,形成创伤性损害。

进食时,口腔黏膜还经常受到冷热及酸辣食品等的刺激,还有饮酒对口腔黏膜的损害。特别是吸烟者,可使口腔黏膜受到有害物质烟碱的刺激而引发白斑。

口腔黏膜虽然受上述不利因素的影响,但口腔黏膜亦有其有利的抵抗力的一面:如口腔黏膜上皮为复层鳞状上皮,有多列细胞可以阻止微生物的侵入;角化层中的角蛋白亦能阻止微生物的穿透,起到机械屏障作用;黏膜固有层(膜)的结缔组织中胶原纤维互相交织成为纤维束,可以抵抗加于黏膜表面的压力,如咀嚼时的压力等。

口腔黏膜亦有免疫功能,可以抵御外来病原微生物的侵袭,如上皮下的结缔组织中有淋巴细胞和巨噬细胞,能吞噬和杀灭微生物,保护机体不受侵袭。黏膜组织内的免疫球蛋白主要是IgG,其次为IgA,亦对来源性抗原(病原微生物)有杀灭作用。

此外，口腔中的唾液主要成分是水，另有有机成分，如多种酶及免疫球蛋白（主要为IgA），还有电解质、上皮细胞及白细胞等。唾液对口腔黏膜有机械清洗及润滑作用，有利于咀嚼及消化；亦有免疫防御功能，可抵抗病原微生物。

上述情况说明，口腔环境的好坏直接与口腔黏膜病及病变的愈合有关。所以，应注意口腔卫生，以消除或减少口腔中病菌的存在，并应避免不良的机械性、物理性或化学性刺激；除去口腔中的病灶，则对减少口腔黏膜发病及促进病损的愈合是有利的。

第四节 口腔黏膜病的分类

疾病分类的目的是为了反映病变本质，便于诊断，指导治疗。但口腔黏膜病病种繁多，有常见病、少见病及罕见病。病因也较复杂，且有些口腔黏膜病目前病因尚未完全明确。临床表现亦复杂多样，多种疾病的病损表现或发病部位都有交叉重叠，有时同一疾病亦有多种病损及病程中病损变化更迭，故无论按病因、病理、临床特征或发病部位等进行分类均不完善，因为存在交叉现象而不宜分清。目前各家分类方法很不一致，论点也不完全相同。但为了对口腔黏膜的疾病加深认识以提高诊断和治疗水平，可以将有共同特点的疾病加以归纳分组。现按疾病的发病原因、病损部位及临床表现的共同特点，将口腔黏膜病加以归纳，分组如下：

一、病损单纯或主要发生在口腔黏膜的疾病

本组疾病的病损主要发生在口腔黏膜，偶有口周皮肤病损。发病原因有些以局部刺激或局部感染为主，有些疾病病因仍不明确，但无与发病有关的全身性疾病，亦无身体其他部位的病损，如创伤性溃疡、细菌性及病毒性感染性口炎、口腔白色念珠菌病及唇、舌的固有疾病、口腔黏膜白色角化症、复发性口腔溃疡、口腔白斑、口腔红斑（亦称赤斑）等疾病可以归为本组。

二、口腔黏膜和皮肤同时或先后发生病损的疾病

本组疾病的病损可同时或先后发生于口腔黏膜和皮肤，有些疾病还伴有眼、鼻、外阴等部位黏膜的病损。病因一般不限于口腔局部，而与免疫功能失调、精神神经因素、变态反应、内分泌变化等全身因素有关，常见的如扁平苔藓、慢性盘状红斑狼疮、天疱疮、类天疱疮、白塞病、药物过敏性口炎、血管神经性水肿、多形性红斑、肉芽肿性炎症等属于此组。

三、全身性疾病在口腔黏膜的表征

本组疾病主要是全身各系统疾病在口腔黏膜上出现的病损，常见的有血液系统、消化系统、内分泌及代谢紊乱性疾病、营养缺乏、遗传及性传播疾病等均可在口腔黏膜上出现各种不同的病损，如黏膜萎缩，出现皲裂、脱屑、色素沉着、结节、溃疡形成等。

以上三组疾病中，第一组治疗重点应放在口腔局部，全身方面根据情况辅以抗感染及支持治疗。第二组治疗应同时注意口腔局部和身体其他部位的病损，并根据情况给以全身调整，抗感染及支持治疗。第三组的治疗重点是全身性疾病，口腔病损主要是预防继发感染、对症治疗及促进病损愈合。

第五节 口腔黏膜基本病损及其临床病理

各种口腔黏膜病有自己特别的临床病损,如复发性口腔溃疡一定出现溃疡而不是色素斑,口腔白斑一定在黏膜上出现白色角化斑而不是疱疹。所以,根据病人口腔黏膜病损的临床表现,我们可以初步考虑这可能是什么病。因此,正确诊断口腔黏膜病的第一步,就是要能正确辨认各种口腔黏膜病损的临床及其组织病理变化;第二步是要了解各种病损可以发生在哪些疾病。

口腔黏膜基本病损类型如下:

一、斑

斑(macule)是黏膜或皮肤上的局限性颜色异常。斑不高起于黏膜面,也不使黏膜变厚(图1-5-1),其大小、形状、颜色各不相同。大小可由直径数毫米至数厘米,颜色可以是红、棕或黑褐色等(图1-5-2)。因固有膜血管扩张、增生、充血等所形成的斑为红色到棕红色,称为红斑(erythematous macule)(图1-5-3),用玻片压时可见红色消退。因出血引起的瘀斑(ecchymosis)压时颜色不消退(图1-5-4),如多形性红斑、红斑狼疮时的红斑、血小板减少性紫癜,黏膜上可见瘀斑。色素斑(pigmentary macule)的颜色由棕色到黑色,是由于上皮基底层有黑色素(亦称黑素)沉积;亦可因陈旧性出血,由含铁血黄素存在于固有膜内而引起。色素斑可以是生理性的,亦可能是病理性的。生理性的如雀斑(ephelides)或黑素沉着(melanosis),病理性如艾迪生病(Addison's disease)及色素沉着-肠息肉综合征(Peutz-Jeghers syndrome)等。



图 1-5-1 口腔黏膜斑



图 1-5-2 斑块

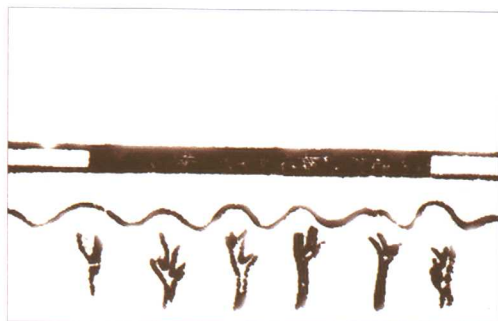


图 1-5-3 红斑



图 1-5-4 黏膜瘀斑

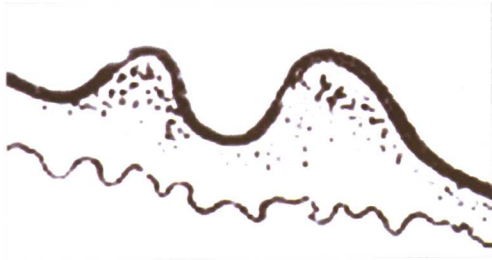


图 1-5-5 丘疹

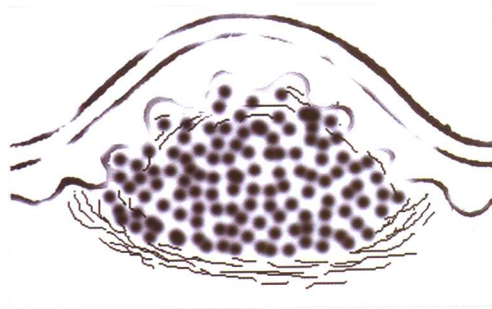


图 1-5-6 结节

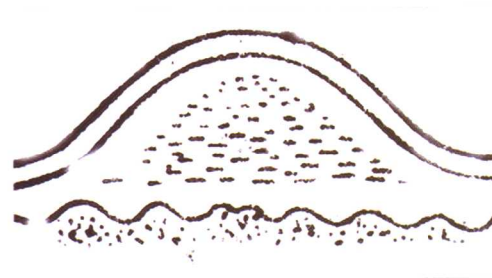


图 1-5-7 上皮内疱



图 1-5-8 上皮下疱

二、丘疹

丘疹(papule)是一种小的实质性突起,高于黏膜面。直径大小可由1毫米至数毫米。表面形状可能是扁平、尖形或圆形。基底形状可能是圆形、椭圆形或多角形。颜色可以是红、紫红、白或黄等。丘疹消退后不留痕迹。在显微镜下见丘疹的组织变化,可以是上皮变厚、浆液渗出及炎症细胞浸润等。丘疹因有实质内容,故触之较硬。扁平苔藓时,口腔黏膜上可出现白色丘疹,排列成线状或斑点状。皮肤上的丘疹初起时呈紫色,久之呈褐色,有瘙痒及烧灼感(图1-5-5)。

三、结节

结节(tubercle)病损的实质是组织增生,形成突起于黏膜表面的小结。一般慢性炎症以增殖性变化为主,为增生性炎症。如形成炎症性肉芽组织时,结节就是肉芽肿本身在临床上的表现。其他如结缔组织纤维增生亦可形成结节。结节触之较硬。口腔结核、结节病、恶性肉芽肿等肉芽组织的形成,在临床上均表现有结节病损(图1-5-6)。

四、疱

疱(vesicle)是一种圆形突起,内有液体潴留。如潴留有脓液为脓疱,潴有血液为血疱,潴有浆液为水疱。口腔黏膜病常见的疱为水疱,内容物为渗出的浆液。疱的数目及分布情况因病而异。可以是单个的,也可为多个成簇分布。疱膜可以很薄或较厚,这要根据疱所在的部位而定,可分为三种情况:

1. 角层下疱 是最浅的疱。疱在角层下,使角层和上皮剥离。如皮肤上的脓疱病,为角层下疱。口腔黏膜病很少见这种病损。

2. 棘层内疱 这种疱在棘细胞层内,因为疱在上皮层内,只有一部分形成疱,故疱膜很薄,极易破裂。临床上在口腔黏膜上很难见到完整的上皮内疱。天疱疮的疱即为上皮内疱,且伴有棘细胞层松解。疱疹性口炎亦为上皮内疱,但没有棘细胞层松解(图1-5-7)。

3. 基层下疱 这种疱在黏膜上皮基层之下,基底细胞变性,使上皮全层与黏膜下组织剥离。这种疱膜为上皮全层,故较厚,与棘层内疱比较不易破裂。临床上可见到黏膜上完整的疱。多形性红斑、类天疱疮等疾病的病损为基层下疱,亦称上皮下疱(图1-5-8)。

五、大疱

大疱(bulla)的疱疹较大,直径大小可由数毫米至数厘米。大疱可直接发生,或由数个邻近的小疱融合而