

2018年口腔执业（助理）医师实技能考试*题试题汇总

题号	口腔医师 实践技能 第三站 (2、4、5、9、11、12、13、16、17、19、20、22、25、26、30、39、40、42、44、45、49、51、53、57、66、67、68、71、73、75、76、77、80、82、84、86、87、92、93、94、95、96、97、98、99、102、110、112、115、116、126、129、130、135、137、141、144、147)
	<p>病史采集</p> <p>一个男性牙龈肥大。</p> <p>解析：询问病史要点</p> <p>（一）现病史</p> <ol style="list-style-type: none">1.牙龈肥大的部位、范围和时间。2.有无癫痫病史、高血压病史及肾移植等病史，是否服药，服用的是何种药物。3.增生牙龈是否影响咀嚼。4.牙龈是否易出血，自发出血还是刷牙时出血，是否不易止住。5.牙龈乳头是否瘤样肥大，其大小及范围，是否妊娠。6.有无牙齿萌出困难史和家族遗传史。 <p>（二）既往史</p> <p>以前有无牙龈出血史，有无白血病等血液病史，有无口腔颌面部及其邻近器官的疾病。</p> <p>（三）全身情况</p> <p>患者是否妊娠。近来有无发热、食欲缺乏、体重减轻等现象。</p> <p>病例分析</p> <p>8岁小男孩牙外伤，下唇一个口子。二类洞，十字绷带……</p> <p>解析：一、牙震荡和亚脱位</p> <p>牙震荡是单纯的牙支持组织损伤。亚脱位也是牙周支持组织损伤但症状比牙震荡重，有明显的松动，但没有位置改变。</p> <p>【临床表现】</p> <ol style="list-style-type: none">1.牙可有酸痛，咬合不适。亚脱位牙可有咬合疼痛。

2.牙冠无缺损，但可以有裂纹。

3.轻微松动，叩诊不适或不同程度的叩痛。亚脱位牙可以明显松动，但没有位置改变。

4.温度测验一过性敏感。牙根发育完成的牙电活力测验时可以无反应，可能是外伤后的牙髓休克现象，应该定期观察，一般情况下半年后可以逐渐恢复活力。

5.X线片显示根尖周无异常或牙周间隙稍增宽。

【诊断】

根据外伤史，临床表现，X线片的表现可以诊断。

【鉴别诊断】

（一）半脱出

半脱出牙的松动度较明显，X线片显示根周膜增宽明显。

（二）根折

根尖 1/3 折断时松动不明显，但是X线片可见根折线。

【治疗原则】

1.消除咬合 创伤患牙有早接触时，进行调（牙合），必要时可以调磨少许对（牙合）牙。松动明显，有深覆（牙合）时，可以制作全牙列（牙合）垫。

2.减少和避免不良刺激 外伤后 1~2 周不要用患牙咬硬物，不要进食过冷过热食物。

3.预防感染 注意口腔卫生。

4.定期复查 观察牙齿颜色变化，牙髓活力。年轻恒牙可以进行冷、热测，牙根发育完成的牙齿可以进行电活力测验，观察牙髓活力。拍摄 X 线片观察根尖周情况。如果出现牙髓坏死可以进行根管治疗。

二、牙折

【临床表现】

（一）冠折

可分为简单冠折包括釉质折断，釉质一牙本质折断和复杂冠折即露髓冠折。

1.冠折（釉质折断） 多见于上颌中切牙切角或切缘折断，局限在牙釉质内。一般无自觉症状，有时粗糙的折断面可能磨伤嘴唇。牙表面可有裂纹。

2.冠折（釉质-牙本质折断）牙釉质、牙本质同时折断。常常出现冷热刺激痛，牙本质过敏症状，有时近髓处可见透红，敏感。

3.冠折露髓（复杂冠折） 牙冠缺损较多，牙髓暴露。症状明显，有冷热刺激痛，触痛明显，不能用牙咬东西。X 线片显示牙冠缺损累及牙髓，应注意牙根的发育程度。根周膜间隙无改变，或稍增宽。

（二）牙根折断

成人患者多见。牙根折断分为根尖 1/3 折断、根中 1/3 折断、近冠 1/3 折断。

1.根折部位不同出现不同程度的牙松动，不同程度的叩痛。

2.根中 1/3 或近冠 1/3 根折的牙的牙冠稍显伸长，有咬合创伤。

3.X 线片显示根折线。

（三）冠根折

在牙冠、牙根部均有折断。斜行冠根折多见，往往牙髓暴露。

1.牙齿有松动，牙冠可以下垂，有咬合干扰。

2.牙冠活动时，疼痛，牙龈可以出血。

3.X 线片显示 1~2 条斜行或横向折断线。

【诊断】

外伤史，临床表现，X 线片表现。

【鉴别诊断】

根折：冠折的牙应该排除根折，通过X 线片可以鉴别。

【治疗原则】

（一）冠折

1.冠折（釉质折断） 可不处理，或磨除锐利边缘。

2.冠折（釉质-牙本质折断） 儿童患者采取护髓治疗，在暴露的牙本质上采用氢氧化钙制剂间接盖髓后应用玻璃离子水门汀或光敏树脂充填。成人患者有过敏症状者，可行脱敏治疗。症状较重时，可

用临时塑料冠，内衬氧化锌丁香油糊剂粘固，6~8周后，氢氧化钙制剂间接盖髓后用光敏树脂修复外形。

3.冠折露髓 年轻恒牙应该尽量保留活髓以利于牙根继续发育，可以采用活髓切断术去除冠髓，保留根髓，可以应用光敏树脂充填或应用断冠粘接技术将断冠粘接。术后定期复查，牙根发育完成后，进行根管治疗，进行冠修复。如果外伤时间较长，牙髓感染坏死，可以采用根尖诱导成形术，定期换药，牙根尖孔封闭后采取根管治疗术。乳牙冠折露髓可以进行牙髓摘除术。如果患儿年龄太小无法配合，为避免刺激孩子，可以酌情拔牙。牙根发育完成的恒牙应该进行牙髓摘除术，6~8周后可以进行牙冠修复。

4.定期复查 可以在外伤后 1、3、6 月后以及每隔 1 年进行复查，进行牙髓活力测验，拍摄 X 线片。儿童患者牙冠缺损过多时，注意保持间隙，以利于成人后永久修复。

（二）根折

- 1.断端复位，固定患牙，消除咬合创伤。
- 2.根尖 1/3 折断无明显症状时，可以观察。根中 1/3 折断，固定患牙 3 个月，定期复查。近冠 1/3 根折，如果与龈沟相通，可以拔除牙冠。根据所留牙根的位置和长度，考虑是否进行根牵引或冠延长手术，或进行桩核冠修复，或保留间隙以后永久修复。
- 3.根折的患牙应该定期复查，拍摄X 线片，观察根折愈合情况。定期进行牙髓活力测验，有牙髓症状时，进行牙髓治疗。
- 4.严重根折的乳牙，如果患儿年龄小，无法配合治疗，可以考虑拔牙。可以拔除冠部断端，拔除断根有困难时，可以保留断根，定期观察。

（三）冠根折

根据临床情况采用去除断冠，桩核冠修复，断冠粘接修复，根管-正畸联合治疗方法等。

三、牙脱位

【临床表现】

（一）嵌入性脱位（牙挫入）

1. 牙齿比邻牙短，不松动。叩诊呈高金属音调。
2. X 线片表现牙根与牙槽骨之间正常的牙周间隙和骨硬板影像消失。

(二) 侧方和脱出性脱位 (侧方移位和半脱出)

1. 牙齿偏离牙长轴。牙伸长，咬合创伤。不同程度松动。
2. 可伴有牙龈撕裂，牙槽突骨折
3. X 线片表现根尖移位侧牙周间隙消失，相对侧牙周间隙增宽。

(三) 全脱位

1. 牙齿脱出牙槽窝，X 线表现牙槽窝空虚。
2. 脱位牙的保存情况牙应放置于生理盐水中。其他液体如血液、组织培养液、牛奶和唾液也可以作为储存液。
3. 检查牙齿的发育情况，表面污染情况。

【诊断】

外伤史，临床表现，X 线片表现。

【鉴别诊断】

(一) 正常萌出的牙

嵌入性脱位应与正常萌出的牙齿鉴别。询问家长患牙情况，叩诊和 X 线片表现。正在萌出的牙齿叩诊呈低沉音调。X 线片表现正常的牙周间隙和骨硬板。

(二) 全脱位

儿童患者牙完全嵌入牙槽骨内时还应该与完全脱位鉴别。主要根据 X 线片表现。全脱位时牙槽窝空虚。

【治疗】

(一) 嵌入性脱位 (牙挫入)

1. 牙根未发育完全的年轻恒牙有萌出潜力，可以自行萌出。应该定期复查，观察牙髓状况。
2. 牙根发育完成的牙，可以采取正畸牵引复位，一般在外伤 2~3 周后进行牙髓治疗，预防牙根吸收。
3. 乳牙挫入时必须明确牙挫入的方向，如果牙冠偏向唇侧，乳牙根尖倾向于恒牙胚，应该拔除患牙。如果牙根倾向唇侧，X 线表现牙根缩

短，离恒牙胚有一定距离，可以观察，待其自行萌出。如果与牙槽骨粘连不能自行萌出，可以拔牙。

（二）侧方和脱出性脱位（侧方移位和半脱出）

1.局麻下复位，固定 2 周左右。

2.术后 2 周、1 个月、3 个月、6 个月和 12 个月定期复查，拍摄 X 线片，观察牙髓情况。如果出现牙髓坏死，牙髓腔钙变应该及时进行牙髓治疗。

3.乳牙严重或复杂的移位，尤其发生在恒牙发育的早期时，可能会影响恒牙胚的发育，此时应该早期拔除乳牙。如果患儿幼小，不能配合治疗时，应尽量减少对患儿的再次伤害，可以拔牙。

（三）全脱位

应该尽快进行牙再植术。

1.清洁患牙 生理盐水冲洗，不可以刮牙根表面。清洗牙槽窝。

2.植入患牙 轻轻放入牙槽窝内，不要用力。

3.固定患牙 弹性固定 7~10 天。急诊可用缝线悬吊固定。门诊可以采取树脂夹板固定、正畸托槽固定、全牙列（牙合）垫固定。全牙列（牙合）垫既可以固定患牙，解除咬合创伤，牙还有一定生理动度，有利于牙齿愈合。

4.全身应用抗生素，减少感染。

5.牙髓治疗时机根尖未发育完全，牙根尖孔大于 1mm 的牙齿，可以观察牙髓症状。如果出现牙髓症状，可以采用氢氧化钙糊剂根管充填。

根尖孔小于 1mm 的牙在再植 2 周后进行牙髓摘除术，应用氢氧化钙糊剂根管充填，预防牙根外吸收。完全脱出的牙在半小时内再植，90%的牙齿牙根可不吸收。成人牙完全脱位如果超过 2 小时，可以先进行体外根管治疗术后进行再植、固定。

6.定期复查术后 2 周、4 周、3 个月及 12 个月定期复查换药，观察牙根外吸收情况。

7.乳牙完全脱位牙不进行再植术。

交叉十字绷带（亦称环绕法）

用绷带先由额至枕部环绕两周，继而反折经一侧耳前腮腺区向下，再经下颌下、颞部至对侧耳后向上，再经顶部向下至同侧耳后绕下颌下、颞部至对侧耳前；如此反复缠绕，最后再如前作额枕部的环绕，以防止绷带滑脱，止端以胶布固定。缠绕时应注意勿使耳廓受压，以防止疼痛或局部坏死。此法广泛适用于颌面和上颈部术后和损伤的创口包扎。

G.V.Black II类洞制备术（磨牙邻（牙合）面洞）

操作步骤

磨牙邻（牙合）复面洞由邻面洞和（牙合）面洞两部分构成。因为临床上龋损发生于邻面，所以要先去除邻面的病损组织，制备出邻面窝洞，再根据邻面洞的大小设计制备用以固位的（牙合）面洞。在离体牙上备洞，也要遵循这一操作顺序，不能从（牙合）面向邻面预备。操作时，需将离体牙直立，（牙合）面朝上，视线和操作器械始终从（牙合）方进入，钻针与牙长轴平行。

（一）邻面洞制备

执笔式握持手机，以持钻手的无名指作支点，用喷水冷却的涡轮裂钻从牙的近中或远中边缘嵴钻入，不应从邻面进入。钻磨牙体组织时，应采用间断点磨的方式，不要单一位点持续施压。在向深处钻磨的同时应向颊舌方向扩展至外展隙（自洁区），形成略外敞的颊、舌壁，洞壁与釉柱方向保持一致，去除无基釉；龈壁位置定在釉牙骨质界（牙合）方 0.5~1mm 处，龈壁平直，深度 1.5mm（即釉牙本质界内 0.5mm）；轴壁与牙长轴平行，与牙邻面弧度一致；邻面洞外形为略向（牙合）面聚拢的梯形。

（二）（牙合）面洞制备

用涡轮裂钻自邻面洞口从釉牙本质界下 0.5~1.0mm 处向（牙合）面窝沟处水平扩展，制备鸠尾固位形。鸠尾峡部应放在颊舌两牙尖之间，在轴髓线角的靠近牙齿中线一侧，宽度为邻面边缘嵴处洞口宽度的 1/2 或 2/3；鸠尾膨大的尾部放在（牙合）面窝内，于峡部两侧均匀对称膨出，宽于鸠尾峡即可，不要做的比邻面边缘嵴处洞口还宽，尾梢

处的洞壁应与斜嵴或边缘嵴平行。

（三）修整检查洞形

用裂钻对窝洞进行修整，使洞缘线圆缓流畅，洞缘角呈直角；用倒锥钻修整洞底，裂钻修整洞壁，小球钻修整点线角，使窝洞呈现（牙合）洞底平壁直，邻面洞颊舌壁外敞、龈阶平直、轴壁弧形与牙邻面一致的状态。用探针检查窝洞，深度位于牙本质浅层（釉牙本质界下 0.5~1mm），大小适当，邻（牙合）面洞各部位置正确、比例协调、没有无基釉、没有露髓孔。

四、窝洞制备易出现的问题和错误

（一）窝洞形态、比例

1. 邻面洞

- （1）外轮廓呈倒梯形，口大底小。
- （2）颊、舌壁为达外展隙或敞开过大。

2. （牙合）面洞

- （1）鸠尾各部位置不正确，将膨大的尾部放在颊舌两牙尖之间，峡部反而放在（牙合）面窝处。
- （2）鸠尾峡部过窄、过锐，或未能做出缩窄形态，甚至峡部比邻面边缘嵴洞口处还宽。
- （3）鸠尾峡部与轴髓线角平齐或位于其外侧。
- （4）鸠尾的尾部未做出膨大或只做出一侧膨大，还见有尾部过大，甚至超过邻面边缘嵴洞口的宽度。
- （5）鸠尾尾梢处的洞壁不与斜嵴或边缘嵴平行，尾部凸入斜嵴或边缘嵴。

（二）窝洞深度、大小

1. 窝洞过浅、过小，有的（牙合）面洞深度仅在釉质层内；邻面龈阶未到达釉牙骨质界（牙合）方 1mm 处；邻面边缘嵴洞口过于狭小，未达外展隙。
2. 窝洞过深、过大，有的深度达到了牙本质深层，甚至出现了意外穿髓，还有的窝洞外形太大，破坏牙尖或斜嵴，磨除过多的牙体组织。

	<p>(三) 窝洞质量</p> <p>底、壁不平直，呈弧形或凹凸不平；点线角不清楚或未做出，也有过锐者；洞缘线不连续、不圆缓；无基釉或薄壁弱尖存留。</p> <p>(四) 操作方式、顺序</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.将离体牙横向放置或在操作过程中随意颠倒转动离体牙。 2.操作不规范，器械选择或握持不当，无支点，持续施压钻磨，涡轮钻不予冷却。 3.钻针垂直邻面制备或修整邻面洞形。 4.先备（牙合）面洞，再备邻面洞。
2	<p>病史采集、病例分析：</p> <p>乳牙龋坏，雪口病</p> <p>解析：儿童龋病的临床表现特点</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.急性龋多见 急性龋进展快，龋损染色较浅，松软湿润，容易用挖匙去除。刚刚萌出的乳牙和年轻恒牙多见。 2.龋蚀呈广泛性、多发性 儿童龋齿发病时间早，同一口腔内多个牙可同时患龋，同一个牙齿可以多个面患龋。恒牙龋齿好发（牙合）面和邻面，乳牙龋齿除（牙合）面和邻面外，还发于唇面、舌面等光滑面和牙颈部。 <p>低龄儿童龋（ECC）：小于 6 岁的儿童只要在任何一颗牙上出现龋齿或充填体或因龋齿所致牙齿缺失被称为低龄儿童龋。</p> <p>重度低龄儿童龋（S-ECC）：如果 3 周岁或以下儿童出现光滑面龋；或 3 岁儿童龋失补牙面大于等于 4；4 岁儿童龋失补牙面大于等于 5；5 岁儿童龋失补牙面大于等于 6 都可称为 S-ECC。</p> <p>喂养龋（奶瓶龋，奶瓶综合征）：属于低龄儿童龋，主要是喂养不当造成。尤其含奶瓶入睡，夜间奶瓶喂养或随时母乳喂养，延长母乳喂养时间的患儿更容易罹患。</p> <p>猛性龋（猖獗龋）：短时间内龋齿突然发生，迅速进展，累及不好发龋齿的下前牙，又称猖獗龋。</p>

3.自觉症状不明显 儿童龋齿症状不明显，往往在龋齿发展成牙髓炎或根尖周炎时家长才发现。

4.修复性牙本质形成活跃 龋损的刺激，使修复性牙本质的形成活跃。修复性牙本质能避免露髓，防御细菌感染，保护牙髓。因此，临床常见到釉质全部剥脱的乳牙，其牙髓活力仍然正常。

(二) 治疗特点

儿童龋病的治疗必须根据不同的年龄，龋病的发生、发展的特点，确定治疗方案，应该防治结合。

1.分析儿童龋病的原因，有针对性地进行预防宣教

(1) 牙齿硬组织发育情况，牙排列情况，唾液的质、量和黏稠性。了解母亲妊娠期、婴幼儿期营养状况，患病情况。

(2) 生活饮食习惯，进食零食和喂养习惯。

(3) 口腔卫生状况，刷牙情况。

(4) 针对患儿口腔情况宣传龋齿的病因、危害和预防等有关的口腔卫生知识，请家长培养孩子良好的口腔卫生习惯，配合医生治疗。

2.改变致龋的口腔环境

(1) 改变不良的饮食习惯：限制含糖零食的摄入，戒除不良的喂养习惯，如不要睡前吃东西，不要含奶瓶睡觉，牙萌出后不要夜间喝奶。

(2) 改善口腔卫生状态：培养早晚刷牙，饭后漱口的习惯。

(3) 提高牙齿抗龋能力：定期局部涂布氟化物，应用含氟牙膏，进行窝沟封闭术预防龋齿。

3.有计划、有步骤的分期、分区治疗

儿童口腔内存在多个患牙时，治疗应该分清轻重缓急，有计划、有步骤地进行治疗。

首先治疗急性炎症，其次按上、下磨牙区和上、下前牙区分区有步骤地进行治疗。由于后牙承担咀嚼功能，换牙时间较晚，可以先进行治疗。

对于多发龋和猖獗龋可以采取粗略去除腐质，氧化锌丁香油糊剂暂时封闭龋洞，然后按区段进行进一步的治疗。暂时处理开放性龋洞的方

法可以减少食物残渣滞留，促进修复性牙本质的形成，争取了治疗时间。

乳牙列重点治疗乳磨牙和乳尖牙；混合牙列重点治疗第一恒磨牙。

浅龋或剥脱性龋可采用药物治疗，抑制龋蚀进展。常用药物为 2%氟化钠，酸性氟磷酸盐，38%氟化氨银等溶液。38%氟化氨银使牙齿变黑并且有腐蚀性，禁用于年轻恒牙。

儿童龋齿临床采用去腐，备洞后充填治疗的修复方法。可以选择释氟的玻璃离子粘固粉充填乳前牙以及乳磨牙颊、舌面 I 类和 V 类洞。光敏树脂粘接修复，当牙体缺损广泛时可以采用金属预成冠修复。

年轻恒牙深龋可以去除大部分龋坏组织，保留易露髓处软化牙本质采取氢氧化钙间接牙髓治疗（也称为二次去腐法），10~12 周后再次治疗，避免露髓，保护牙髓活力，使牙齿正常发育。

4. 定期复查

每隔 3~6 月进行定期的口腔检查，以利于早期发现龋齿，早期治疗。

对于易患龋齿的儿童可以定期涂氟，对易感牙齿进行窝沟封闭术预防龋齿。

急性假膜型念珠菌口炎

急性假膜型念珠菌口炎又叫鹅口疮或雪口病。可发生于任何年龄的人，但以新生儿最多见。病程为急性或亚急性。病损可发生于口腔黏膜的任何部位。新生儿鹅口疮多在生后 2~8 日内发生，好发部位为颊、舌、软腭及唇。

急性假膜性白色念珠菌病感染

【临床表现】

1. 症状 口腔干燥，黏膜灼痛。患儿烦躁不安、啼哭、哺乳困难，有时有轻度发热。

2. 检查所见

病损区黏膜充血，有散在色白如雪的柔软小斑点，斑点相互融合为白色或蓝白色丝绒状斑片，并可继续扩大蔓延至扁桃体、咽部、牙龈。

早期黏膜充血较明显，故呈鲜红色与雪白的对比。而陈旧的病损黏膜

充血减退，白色斑片带淡黄色。斑片附着十分紧密，稍用力可擦掉，暴露发红的黏膜糜烂面。

【诊断】

根据病史及临床特征及实验室检查综合进行诊断。

- 1.好发于新生儿、小婴儿，长期使用抗生素或激素的患者以及长期卧床休息的患者。
- 2.患者有口干、烧灼感及轻微疼痛。病变可向口腔后部蔓延至咽、气管、食道。引起食道念珠菌病和肺部的念珠菌感染。
- 3.口腔黏膜充血，表面可见白色乳凝状或淡黄色的假膜，用力可将假膜擦去，下方为充血的基底。好发于唇、舌、颊、腭黏膜处。
- 4.白色念珠菌病的实验室诊断方法，目前认为最可靠的是在玉米培养基上形成厚壁孢子，而最简单的方法是标本直接镜检。常采取口腔黏膜的假膜、脱落上皮，痂壳等标本，置于载玻片上，滴加 10%氢氧化钾液数滴，覆以盖玻片，用微火加热以溶解角质，然后立即进行镜检，如发现假菌丝或芽胞，就可确认为真菌感染，但还必须通过培养，才能确诊为白色念珠菌。

【治疗原则】

- 1.小儿喂养用具要清洁与消毒。注意防止因喂养工作人员而引起的交叉感染。成人患者要尽量去除病因，停止使用抗生素。
- 2.轻型小婴儿可用 2%~4%碳酸氢钠液擦洗口腔。较重的患儿可用 10 万U 制霉菌素甘油液涂擦。幼儿局部涂 0.1%甲紫。
- 3.成人患者可局部和全身应用抗真菌治疗。用药要连续 2 周，但应连续 3 次真菌检查阴性方可认为治愈。

病史采集：男，14岁，牙龈刷牙学学半年；

解析：牙龈出血

询问病史要点

（一）现病史

1. 牙龈出血的部位和时间。

2. 牙龈是自动出血还是刺激后出血，有无自限性，出血能否止住，止血的方法。

3. 牙龈出血量。

4. 牙龈有无疼痛。

5. 牙龈肿胀情况。

6. 牙龈乳头有无瘤样物形成。

7. 是否伴有牙松动、牙脱落。

8. 近来是否紧张、劳累，是否熬夜。

（二）既往史

以前有无牙龈出血史，身体其他部位外伤后有无出血不易止住现象，有无白血病等血液病史，有无口腔颌面部及其邻近器官的疾病。

（三）全身情况

患者是否妊娠，是否是月经期、产褥期、更年期等。有无高血压，是否服用阿司匹林等抗凝血药物。近来有无发热、食欲缺乏、体重减轻等现象。

病例分析：女，4岁，因感冒口服抗生素 10，口内出现小白点，有假膜，可擦去

解析：急性假膜性白色念珠菌病感染

【临床表现】

1. 症状 口腔干燥，黏膜灼痛。患儿烦躁不安、啼哭、哺乳困难，有时有轻度发热。

2. 检查所见

病损区黏膜充血，有散在色白如雪的柔软小斑点，斑点相互融合为白

色或蓝白色丝绒状斑片，并可继续扩大蔓延至扁桃体、咽部、牙龈。早期黏膜充血较明显，故呈鲜红色与雪白的对比。而陈旧的病损黏膜充血减退，白色斑片带淡黄色。斑片附着十分紧密，稍用力可擦掉，暴露发红的黏膜糜烂面。

【诊断】

根据病史及临床特征及实验室检查综合进行诊断。

- 1.好发于新生儿、小婴儿，长期使用抗生素或激素的患者以及长期卧床休息的患者。
- 2.患者有口干、烧灼感及轻微疼痛。病变可向口腔后部蔓延至咽、气管、食道。引起食道念珠菌病和肺部的念珠菌感染。
- 3.口腔黏膜充血，表面可见白色乳凝状或淡黄色的假膜，用力可将假膜擦去，下方为充血的基底。好发于唇、舌、颊、腭黏膜处。
- 4.白色念珠菌病的实验室诊断方法，目前认为最可靠的是在玉米培养基上形成厚壁孢子，而最简单的方法是标本直接镜检。常采取口腔黏膜的假膜、脱落上皮，痂壳等标本，置于载玻片上，滴加 10%氢氧化钾液数滴，覆以盖玻片，用微火加热以溶解角质，然后立即进行镜检，如发现假菌丝或芽胞，就可确认为真菌感染，但还必须通过培养，才能确诊为白色念珠菌。

【治疗原则】

- 1.小儿喂养用具要清洁与消毒。注意防止因喂养工作人员而引起的交叉感染。成人患者要尽量去除病因，停止使用抗生素。
- 2.轻型小婴儿可用 2%~4%碳酸氢钠液擦洗口腔。较重的患儿可用 10 万U 制霉菌素甘油液涂擦。幼儿局部涂 0.1%甲紫。
- 3.成人患者可局部和全身应用抗真菌治疗。用药要连续 2 周，但应连续 3 次真菌检查阴性方可认为治愈。

下前牙肿胀分析，轻型口疮，后牙反复起脓包 3 年。

病情分析：口腔溃疡

解析：一、轻型口疮

轻型口疮约占复发性口腔溃疡患者的 80%，患者初发时多数为此型。溃疡好发于唇、舌、颊、软腭等非角化黏膜，附着龈及硬腭等角化黏膜很少发病。溃疡复发的间隙期从半月至数月不等，有的患者会出现此起彼伏、迁延不断的情况。

【临床表现】

1. 症状溃疡发生时，病损局部疼痛明显，特别是进食刺激性食物疼痛加重。
2. 检查所见轻型口疮初起时局部黏膜充血水肿，可见粟粒状红点，继而形成浅表溃疡，圆形或椭圆形，直径小于 5mm。约 7~10 天溃疡愈合，不留瘢痕。轻型口疮一般为 1~5 个，散在分布。

【诊断】

1. 溃疡周期性反复发作，有自限性，好发于黏膜上皮角化较差的区域。
2. 溃疡多为 2~5mm 大小，边缘整齐，溃疡中心稍凹陷，表面有黄白色假膜覆盖，周围充血，疼痛明显。
3. 一般溃疡 7~10 天可自愈，愈合后不留瘢痕。

【鉴别诊断】

（一）白塞病

白塞病又称口、眼、生殖器三联症。本病临床表现为反复发作有自限性的口腔溃疡；眼可有虹膜睫状体炎、前房积脓、脉络膜炎、结膜炎、角膜炎、视神经乳头炎、视神经萎缩等病变，眼病由于反复发作，可造成视力逐步减退，甚至失明；生殖器病损，男女生殖器官黏膜均可出现溃疡，但一般间歇期较口腔溃疡大，也有同时出现肛门损害的情况；皮肤损害较常见，表现为结节性红斑，毛囊炎及针刺反应阳性；白塞病还可伴有有关节、心血管、消化道、神经系统等全身症状或损害，所以在诊断治疗复发性口腔溃疡的时候一定要问清病史及时发现白

塞病患者，并建议患者到相关科室治疗。

（二）创伤性溃疡

溃疡的形态常与慢性机械损伤因子基本契合，周围有炎症性增生反应，黏膜发白。除去创伤因子后，损害可逐渐好转。

【治疗原则】

寻找诱因，去除可能的致病因素。以局部治疗为主，局部治疗主要是消炎、止痛、促溃疡愈合。

二、口炎型口疮

口炎型口疮亦称疱疹样复发性阿弗他溃疡，约占复发性口腔溃疡患者的 10%。

【临床表现】

1. 症状 溃疡数目多，散在分布于口腔内，唾液增多，疼痛明显。相应部位淋巴结肿大，有时伴有头疼、发热等症状。

2. 检查所见 溃疡数目多可达十几个或几十个，散在分布，似“满天星”。溃疡多为 2~5mm 大小，相邻的溃疡可融合成片，黏膜广泛充血发红。

【诊断】

1. 溃疡大小同轻型口疮，但数目多，可以 10~30 个或更多。
2. 溃疡散在分布于口腔内，可发生于角化黏膜，病变不成簇。
3. 溃疡周围黏膜充血，唾液增多，疼痛明显。
4. 相应部位淋巴结肿大，有时伴有头疼、发热等症状。

【鉴别诊断】

（一）疱疹性龈口炎

多发生在儿童，溃疡成簇，可相互融合形成较大的溃疡，边缘不整齐，牙龈明显充血水肿。

（二）手足口病

手足口病是因感染柯萨奇病毒A16、A5、A10 和肠道病毒EV71 型所引起的皮肤黏膜病。前驱症状有发热、困倦与局部淋巴结肿大；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。口腔损害广泛分布于唇、颊、舌、腭等处，初起时多小水疱，迅速成为溃疡，经 5~10 日后愈合。根据国内外资料，与其他肠道病毒引起的手足口病相比，由 EV71 型病毒感染引起的疾病发生重症感染的比例较大，病死率也较高，重症病例病死率可达 10%~25%，应该引起重视。

（三）疱疹性咽峡炎

由柯萨奇病毒 A4 所引起口腔疱疹损害，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，病损分布只限于口腔后部，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 7 天。

【治疗原则】

基本原则同轻型口疮。局部治疗仍是消炎、止痛、促溃疡愈合。全身可以选用中药和免疫调节剂治疗。

三、重型口疮

重型口疮亦称复发性坏死性黏膜腺周围炎，简称腺周口疮。溃疡大而深，愈合后可形成瘢痕或组织缺损，约占复发性口腔溃疡的 8%。

【临床表现】

1. 症状 深大，1~2 个，疼痛明显，进食刺激食物疼痛加重。常伴低热乏力等全身不适症状，溃疡局部区域的淋巴结肿痛。愈合后可留瘢痕。发生于舌腭弓、软硬腭交界处等口腔后部时可造成组织缺损，影响言语及吞咽。

2. 检查所见 大而深，似“弹坑”状，直径可大于 1cm，周围组织红肿微隆起，基底微硬，表面有灰黄色假膜覆盖。其他黏膜处可见溃疡愈合遗留的瘢痕。

【诊断】

1. 患者都有复发性口腔溃疡史。
2. 溃疡数目少，多为单发，1~2 个，可伴有轻型口疮。
3. 溃疡大于 5mm，可达 1~2cm 以上，周围黏膜水肿，边缘隆起，溃

疡底部坏死，中央凹陷，呈弹坑状。

4.病损持续时间长，可达 3 个月到半年。

5.疼痛剧烈，有时伴有相应部位淋巴结肿大。

6.溃疡波及黏膜下层及腺体，愈合后留有瘢痕。

【鉴别诊断】

（一）创伤性溃疡

溃疡的形态常与慢性机械损伤因子基本契合，周围有炎症性增生反应，黏膜发白。除去创伤因子后，损害可逐渐好转。

（二）癌性溃疡

溃疡深大，病变进展迅速，基底有细颗粒状突起，似菜花状；基底有硬结，边缘部位比结核损害更硬，相应的淋巴结坚硬、粘连。

（三）结核性溃疡

患者有结核病史。口腔中最常见的是继发性结核损害。可发生于口腔黏膜任何部位，但常见于舌部，为慢性持久性溃疡。通常溃疡边界清楚或呈线形，表现为浅表、微凹陷的溃疡，其底覆有少许脓性渗出物，除去渗出物后，可见暗红色的桑葚样肉芽肿。溃疡边缘微隆，呈鼠啮状，并向中央卷曲，形成潜掘状边缘。患者早期即有疼痛，以舌部溃疡较为明显。

【治疗原则】

基本原则同轻型口疮。深大的腺周口疮经久不愈，可用醋酸泼尼松龙混悬液在溃疡基底部注射。全身可以选用中药和免疫调节剂治疗。

慢性根尖周炎

【临床表现】

1.症状

（1）一般无明显的自觉症状，可有咀嚼不适感，也有牙龈反复起脓包的主诉。

（2）可追问出患牙有牙髓病史、肿痛史，或牙髓治疗史。

2.检查所见

（1）患牙可查及深龋洞、充填体或其他可累及牙髓的牙体硬组织疾

患。

(2) 牙冠变色，失去光泽；深洞内探诊无反应，牙髓活力测试无反应。根尖周致密性骨炎患牙可能有牙髓活力。

(3) 叩痛 (-) 或 (±)，一般不松动。

(4) 有时可于患牙根尖部的牙龈表面查及粟粒大小的乳头状窦道口（龈窦），偶尔也有远离患根的牙龈窦口，还有在皮肤表面开口的皮窦，呈肉芽肿样，黄豆大小。挤压窦道口，可有脓液溢出，也有呈假性闭合的状态。有窦道的慢性根尖周炎又称为有窦型慢性根尖周脓肿。

(5) 当患牙根尖部呈半球状隆起，不红，扪诊有乒乓球感和（或）有弹性时，要考虑可能为根尖周囊肿。

(6) X 线片显示患牙根尖区骨质变化的影像，不同类型的慢性根尖周炎在 X 线片上各有特点：

1) 根尖周肉芽肿：根尖部有圆形的透射影像，边界清晰，周围骨质正常或稍显致密，透影区范围较小，直径一般不超过 1cm。

2) 慢性根尖周脓肿：根尖部透影区边界不清楚，形状不规则，周围骨质较疏松而呈云雾状。

3) 根尖周囊肿：较小的囊肿在 X 线片上显示的透射影像与根尖周肉芽肿难以区别，大的根尖周囊肿可见有较大的圆形透影区，边界很清楚，有一圈由致密骨组成的阻射白线围绕，可因囊肿压迫致使邻牙移位或牙根吸收。

4) 根尖周致密性骨炎：根尖部骨质呈局限性的致密阻射影像，无透射区，多在下颌后牙发现。

【诊断】

1. 患牙 X 线片上根尖区骨质破坏或增生的影像是确诊的关键依据。

2. 牙髓活力测试结果并结合患者年龄应作为重要的参考。

3. 如果有窦道，确认其来自根尖周病变对诊断慢性根尖周脓肿十分重要，有时需自窦道口插入牙胶尖拍摄诊断丝示踪 X 线片来确定窦道来源。需避免将其他来源的窦道误诊为根尖周炎，或将窦道口附近的健

	<p>康牙误诊为患牙。</p> <p>4.病史及患牙牙冠情况也可作为辅助参考指标。</p> <p>5.根尖周致密性骨炎的患牙一般没有任何自觉症状，也无反复肿痛史，只有在进行X线检查时偶然发现。</p> <p>【鉴别诊断】</p> <p>依据X线检查结果对慢性根尖周炎进行诊断时，必须结合临床表现与那些非牙髓源性的根尖区病损相鉴别。例如非牙源性的颌骨内囊肿和其他肿物，在X线片上的表现与各型慢性根尖周炎的骨透射影像尤其是较大的根尖周囊肿的影像有相似之处。这些疾病与慢性根尖周炎的主要鉴别点是病变所涉及患牙的牙髓活力多为正常，仔细观察X线片可分辨出根尖部牙周膜间隙与根尖周其他部位的牙周膜间隙是一连续、规则的透射影像，必要时还可辅以牙科CT进行诊断。</p> <p>【治疗原则】</p> <p>1.根管治疗。</p> <p>2.有窦型慢性根尖周炎患牙在根管预备后，需行根管封药，以彻底清除根管系统的感染，待窦道口闭合后再行根管充填。</p> <p>3.较大的根尖病变，尤其是根尖周囊肿患牙，在根管治疗的基础上有时还需做根尖切除和倒充术。</p> <p>4.根管治疗后，择期进行牙冠的修复，可根据剩余牙体组织的量选择复合树脂直接粘结修复，嵌体修复，或全冠、桩核冠修复。</p> <p>5.无法完成根管治疗、根尖周病变顽固不愈、或牙体组织破坏严重不足以修复的患牙予以拔除。</p>
9	<p>病史采集：女性后牙龈肿胀 2 个月余；</p> <p>解析：牙龈肥大</p> <p>询问病史要点</p> <p>（一）现病史</p> <p>1.牙龈肥大的部位、范围和时间。</p> <p>2.有无癫痫病史、高血压病史及肾移植等病史，是否服药，服用的是</p>

何种药物。

3.增生牙龈是否影响咀嚼。

4.牙龈是否易出血，自发出血还是刷牙时出血，是否不易止住。

5.牙龈乳头是否瘤样肥大，其大小及范围，是否妊娠。

6.有无牙齿萌出困难史和家族遗传史。

（二）既往史

以前有无牙龈出血史，有无白血病等血液病史，有无口腔颌面部及其邻近器官的疾病。

（三）全身情况

患者是否妊娠。近来有无发热、食欲缺乏、体重减轻等现象。

病例分析：女性，妊娠 6 周，牙龈肿胀，出血，少量

解析：妊娠期龈炎

【临床表现】

1.症状吮吸、刷牙或进食时牙龈易出血，或者一个或多个牙龈乳头呈瘤样肥大，妨碍进食。严重时可有轻度疼痛。

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，分娩后约 2 个月时，龈炎可减轻至妊娠前水平。这与血中黄体酮水平的升高相关联。

2.检查所见

（1）龈缘和龈乳头呈鲜红或暗红色，松软而光亮，或呈现显著的炎性肿胀、肥大，有龈袋形成，可发生于个别牙龈，也可为全口的牙龈，多以前牙区为重。

（2）孕瘤多发生于前牙，尤其是下前牙唇侧龈乳头，或发生于个别牙排列不齐的龈乳头，常始发于妊娠第 3 个月。

（3）如为孕瘤，检查时可见：单个或多个牙的牙龈乳头增大，色泽鲜红光亮或暗紫，表面光滑，质地松软，极易出血。瘤体常呈扁圆形向近远中扩延，有的呈小的分叶状，有蒂或无蒂。一般直径不超过 2cm，但严重的病例可因瘤体较大而妨碍进食或被咬破而出血感染。

（4）分娩后，妊娠期龈瘤能逐渐自行缩小。

【诊断】

- 1.育龄妇女。
- 2.牙龈呈现鲜红色、高度水肿、肥大，且有明显出血倾向者，或有龈瘤样表征。
- 3.询问其月经情况，了解是否妊娠。若已怀孕，便可诊断。

【鉴别诊断】

（一）长期服用激素类避孕药

长期服用激素类避孕药的妇女，有些也有类似的临床表现，询问是否妊娠和服药情况即可鉴别。

（二）化脓性肉芽肿

表现为个别牙龈乳头的无痛性肿胀、突起的瘤样物，有蒂或无蒂，牙龈颜色鲜红或暗红，质地松软极易出血。表面多有溃疡和脓性渗出物，一般多可找到局部刺激因素。发生于非妊娠妇女。

（三）慢性龈炎

牙龈色红，水肿，病变程度与局部刺激因素一致。但一般不会呈鲜红色，水肿较妊娠期龈炎轻，很少呈明显出血倾向。任何年龄和性别均可发生。

（四）遗传性牙龈纤维瘤病

可有家族史，无服药史。牙龈增生较广泛，大多覆盖牙面的 2/3 以上，以纤维性增生为主。

（五）白血病牙龈病损

牙龈明显肥大，颜色暗红或苍白，无服药史。可有局部和全身淋巴结肿大。血涂片检查可见大量幼稚细胞。

【治疗原则】

- 1.动作轻柔地去除局部刺激因素，尽量减少出血和疼痛。
- 2.认真细致地遵循口腔卫生指导。
- 3.对于炎症表现严重者可使用刺激性小、不影响胎儿生长发育的含漱液含漱。尽量避免使用全身药物治疗，以免影响胎儿发育。
- 4.对体积较大已妨碍进食的妊娠期龈瘤，可手术切除，手术时机应尽

	<p>量选择在妊娠期的 4~6 个月内，以免引起流产或早产。术中应避免流血过多，术后应严格控制菌斑，以防复发。</p> <p>【预防】</p> <p>怀孕前及时治疗原有的慢性龈炎，整个妊娠期应严格控制菌斑。</p>	
11	<p>病史采集：张口受限，</p> <p>解析：开口受限</p> <p>询问病史要点</p> <p>（一）现病史及相关内容</p> <p>1.开口受限的性质、程度和持续时间：询问患者开口受限的程度，是突然发生的还是渐进性加重，?开口受限程度有无变化。</p> <p>2.是否伴有疼痛及疼痛部位。</p> <p>3.面部是否有肿胀或膨隆，肿胀是否有消长史。</p> <p>4.关节弹响和杂音。</p> <p>5.有无外伤。</p> <p>6.口腔和颌面部皮肤是否有瘻孔。</p> <p>7.面型有无异常。</p> <p>（二）既往病史</p> <p>口腔颌面部外伤史、口腔颌面部感染史、颞下颌关节紊乱病史、中耳炎史、头颈部放疗史以及口腔治疗史或拔牙史。</p> <p>（三）全身健康状况</p> <p>有无类风湿关节炎等系统性关节炎史、瘰疬史等。</p> <p>病例分析：左上 2 烤瓷全冠修复松动一年，左上 3，一度松动，探诊</p> <p>解析：题目信息不全，无法给出具体主诉诊断及非主诉诊断、鉴别及治疗等相关内容。</p>	

<p>12</p>	<p>病史采集：可摘局部义齿，粘膜疼痛；</p> <p>解析：病史采集：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.疼痛时间、部位，性质，程度 2.是否位于义齿边缘 3.疼痛区域有无溃疡存在 4.是否疼痛出现在咀嚼食物时 5.是否有疼痛位于卡环对应的龈缘处 6.是否存在满口黏膜疼痛 7.是否存在面部过长 <p>可能的疾病：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.基托边缘过长、过锐利 2.硬区缓冲不足 3.咬合压力过于集中 4.义齿不稳定 5.卡环过低刺激牙龈 6.颌位关系记录不准确，垂直距离过高。 <p>病例分析：左上牙冷热酸痛 2 个月</p> <p>解析：题目信息不全无法解答。</p>
<p>13</p>	<p>病史采集：后牙烤瓷牙修复疼痛 3 天；</p> <p>解析：病史采集要点：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.疼痛时间、性质，部位，程度，诱因 2.是否伴有阵发性疼痛 3.疼痛是否能够定位 4.是否夜间疼痛 5.是否咬合疼痛 6.是否牙龈出血、溢脓、牙齿松动移位 7.两个对颌牙是否为金属材料修复

	<p>可能的诊断：牙髓炎、根尖周炎、牙周炎、异种金属电流</p> <p>病例分析：左上牙冷热酸痛 2 个月</p> <p>解析：题目信息不全无法解答。</p>	
16	<p>采集：5 岁男孩舌尖溃疡，</p> <p>解析：口腔黏膜溃疡</p> <p>询问病史要点</p> <p>（一）现病史</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 溃疡是否有周期性发作特点。 2. 溃疡持续的时间。 3. 溃疡的大小、深浅及数目。 4. 溃疡的好发部位。 5. 溃疡的疼痛情况。 6. 是否有创伤因素，如残根、残冠及不良修复体。 <p>（二）既往史</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 是否有结核病史。 2. 是否有药物过敏史。 3. 是否有恶性肿瘤史。 <p>（三）全身情况</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 是否有外阴部溃疡。 2. 皮肤病发病情况。 3. 眼病发病情况。 <p>分析：慢性牙髓炎急性发作</p> <p>解析：急性牙髓炎</p> <p>【临床表现】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 症状 	

- (1) 自发性疼痛，阵发性发作或加剧，炎症牙髓化脓时可出现搏动性跳痛。
- (2) 夜间疼痛较白天剧烈。
- (3) 温度刺激可激发或加剧疼痛。炎症牙髓出现化脓或部分坏死时，可表现为热痛冷缓解。
- (4) 疼痛呈放散性，沿三叉神经分布区域放散，患者常不能定位患牙。

2.检查所见

- (1) 患牙有深龋或其他近髓的牙体硬组织疾患，或可见有充填体，或有深牙周袋。
- (2) 患牙对温度试验可反应为极其敏感或激发痛，且刺激去除后症状要持续一段时间。也可表现为热测激发痛，冷测缓解或迟钝。
- (3) 叩诊可有不适或轻度疼痛，即叩痛（±）或叩痛（+）。

【诊断】

- 1.典型的疼痛症状（自发痛、阵发痛、夜间痛、冷热痛、放散痛）。
- 2.查及引起牙髓病变的牙体损害或其他病因。
- 3.牙髓温度试验结果以及叩诊反应可帮助定位患牙。

【鉴别诊断】

（一）三叉神经痛

- 1.三叉神经痛较少于夜间发作。
- 2.疼痛发作有“扳机点”。
- 3.温度刺激一般不引起疼痛。

（二）牙龈乳头炎

- 1.疼痛性质为持续的胀痛，多可定位。有时也出现冷热刺激痛。
- 2.局部龈乳头充血、水肿，触痛明显。
- 3.患处两邻牙间有食物嵌塞的痕迹或可问及食物嵌塞史。
- 4.未查及引起牙髓炎的牙体及其他疾患。

（三）急性上颌窦炎

- 1.疼痛性质为持续性胀痛，上颌前磨牙和磨牙可同时受累，出现叩痛。

	<p>2.未查及引起牙髓炎的牙体疾患。</p> <p>3.上颌窦前壁有压痛。</p> <p>4.同时伴有头痛、鼻塞、脓鼻涕等上颌窦炎的症状，或近期有感冒史。</p> <p>【治疗原则】</p> <p>1.摘除牙髓，止痛，缓解急性症状。</p> <p>2.有条件者可行一疗次根管治疗。</p>	
17	<p>病例分析：妊娠期牙龈炎，</p> <p>解析：解析：妊娠期龈炎</p> <p>【临床表现】</p> <p>1.症状吮吸、刷牙或进食时牙龈易出血，或者一个或多个牙龈乳头呈瘤样肥大，妨碍进食。严重时可有轻度疼痛。</p> <p>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，分娩后约 2 个月时，龈炎可减轻至妊娠前水平。这与血中黄体酮水平的升高相关联。</p> <p>2.检查所见</p> <p>(1) 龈缘和龈乳头呈鲜红或暗红色，松软而光亮，或呈现显著的炎性肿胀、肥大，有龈袋形成，可发生于个别牙龈，也可为全口的牙龈，多以前牙区为重。</p> <p>(2) 孕瘤多发生于前牙，尤其是下前牙唇侧龈乳头，或发生于个别牙排列不齐的龈乳头，常始发于妊娠第 3 个月。</p> <p>(3) 如为孕瘤，检查时可见：单个或多个牙的牙龈乳头增大，色泽鲜红光亮或暗紫，表面光滑，质地松软，极易出血。瘤体常呈扁圆形向近远中扩延，有的呈小的分叶状，有蒂或无蒂。一般直径不超过 2cm，但严重的病例可因瘤体较大而妨碍进食或被咬破而出血感染。</p> <p>(4) 分娩后，妊娠期龈瘤能逐渐自行缩小。</p> <p>【诊断】</p> <p>1.育龄妇女。</p> <p>2.牙龈呈现鲜红色、高度水肿、肥大，且有明显出血倾向者，或有龈</p>	

瘤样表征。

3.询问其月经情况，了解是否妊娠。若已怀孕，便可诊断。

【鉴别诊断】

（一）长期服用激素类避孕药

长期服用激素类避孕药的妇女，有些也有类似的临床表现，询问是否妊娠和服药情况即可鉴别。

（二）化脓性肉芽肿

表现为个别牙龈乳头的无痛性肿胀、突起的瘤样物，有蒂或无蒂，牙龈颜色鲜红或暗红，质地松软极易出血。表面多有溃疡和脓性渗出物，一般多可找到局部刺激因素。发生于非妊娠妇女。

（三）慢性龈炎

牙龈色红，水肿，病变程度与局部刺激因素一致。但一般不会呈鲜红色，水肿较妊娠期龈炎轻，很少呈明显出血倾向。任何年龄和性别均可发生。

（四）遗传性牙龈纤维瘤病

可有家族史，无服药史。牙龈增生较广泛，大多覆盖牙面的 2/3 以上，以纤维性增生为主。

（五）白血病牙龈病损

牙龈明显肥大，颜色暗红或苍白，无服药史。可有局部和全身淋巴结肿大。血涂片检查可见大量幼稚细胞。

【治疗原则】

- 1.动作轻柔地去除局部刺激因素，尽量减少出血和疼痛。
- 2.认真细致地遵循口腔卫生指导。
- 3.对于炎症表现严重者可使用刺激性小、不影响胎儿生长发育的含漱液含漱。尽量避免使用全身药物治疗，以免影响胎儿发育。
- 4.对体积较大已妨碍进食的妊娠期龈瘤，可手术切除，手术时机应尽量选择在妊娠期的 4~6 个月内，以免引起流产或早产。术中应避免流血过多，术后应严格控制菌斑，以防复发。

【预防】

	<p>怀孕前及时治疗原有的慢性龈炎，整个妊娠期应严格控制菌斑。</p> <p>病史采集：牙龈肿大</p> <p>解析：解析：牙龈肥大</p> <p>询问病史要点</p> <p>（一）现病史</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.牙龈肥大的部位、范围和时间。 2.有无癫痫病史、高血压病史及肾移植等病史，是否服药，服用的是何种药物。 3.增生牙龈是否影响咀嚼。 4.牙龈是否易出血，自发出血还是刷牙时出血，是否不易止住。 5.牙龈乳头是否瘤样肥大，其大小及范围，是否妊娠。 6.有无牙齿萌出困难史和家族遗传史。 <p>（二）既往史</p> <p>以前有无牙龈出血史，有无白血病等血液病史，有无口腔颌面部及其邻近器官的疾病。</p> <p>（三）全身情况</p> <p>患者是否妊娠。近来有无发热、食欲缺乏、体重减轻等现象。</p>	
19	<p>慢性根尖炎，</p> <p>解析：慢性根尖周炎</p> <p>【临床表现】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.症状 <ol style="list-style-type: none"> （1）一般无明显的自觉症状，可有咀嚼不适感，也有牙龈反复起脓包的主诉。 （2）可追问出患牙有牙髓病史、肿痛史，或牙髓治疗史。 2.检查所见 <ol style="list-style-type: none"> （1）患牙可查及深龋洞、充填体或其他可累及牙髓的牙体硬组织疾患。 	

(2) 牙冠变色，失去光泽；深洞内探诊无反应，牙髓活力测试无反应。根尖周致密性骨炎患牙可能有牙髓活力。

(3) 叩痛 (-) 或 (±)，一般不松动。

(4) 有时可于患牙根尖部的牙龈表面查及粟粒大小的乳头状窦道口（龈窦），偶尔也有远离患根的牙龈窦口，还有在皮肤表面开口的皮窦，呈肉芽肿样，黄豆大小。挤压窦道口，可有脓液溢出，也有呈假性闭合的状态。有窦道的慢性根尖周炎又称为有窦型慢性根尖周脓肿。

(5) 当患牙根尖部呈半球状隆起，不红，扪诊有乒乓球感和（或）有弹性时，要考虑可能为根尖周囊肿。

(6) X 线片显示患牙根尖区骨质变化的影像，不同类型的慢性根尖周炎在 X 线片上各有特点：

1) 根尖周肉芽肿：根尖部有圆形的透射影像，边界清晰，周围骨质正常或稍显致密，透影区范围较小，直径一般不超过 1cm。

2) 慢性根尖周脓肿：根尖部透影区边界不清楚，形状不规则，周围骨质较疏松而呈云雾状。

3) 根尖周囊肿：较小的囊肿在 X 线片上显示的透射影像与根尖周肉芽肿难以区别，大的根尖周囊肿可见有较大的圆形透影区，边界很清楚，有一圈由致密骨组成的阻射白线围绕，可因囊肿压迫致使邻牙移位或牙根吸收。

4) 根尖周致密性骨炎：根尖部骨质呈局限性的致密阻射影像，无透射区，多在下颌后牙发现。

【诊断】

1. 患牙 X 线片上根尖区骨质破坏或增生的影像是确诊的关键依据。

2. 牙髓活力测试结果并结合患者年龄应作为重要的参考。

3. 如果有窦道，确认其来自根尖周病变对诊断慢性根尖周脓肿十分重要，有时需自窦道口插入牙胶尖拍摄诊断丝示踪 X 线片来确定窦道来源。需避免将其他来源的窦道误诊为根尖周炎，或将窦道口附近的健康牙误诊为患牙。

4.病史及患牙牙冠情况也可作为辅助参考指标。

5.根尖周致密性骨炎的患牙一般没有任何自觉症状，也无反复肿痛史，只有在进行X线检查时偶然发现。

【鉴别诊断】

依据X线检查结果对慢性根尖周炎进行诊断时，必须结合临床表现与那些非牙髓源性的根尖区病损相鉴别。例如非牙源性的颌骨内囊肿和其他肿物，在X线片上的表现与各型慢性根尖周炎的骨透射影像尤其是较大的根尖周囊肿的影像有相似之处。这些疾病与慢性根尖周炎的主要鉴别点是病变所涉及患牙的牙髓活力多为正常，仔细观察X线片可分辨出根尖部牙周膜间隙与根尖周其他部位的牙周膜间隙是一连续、规则的透射影像，必要时还可辅以牙科CT进行诊断。

【治疗原则】

1.根管治疗。

2.有窦型慢性根尖周炎患牙在根管预备后，需行根管封药，以彻底清除根管系统的感染，待窦道口闭合后再行根管充填。

3.较大的根尖病变，尤其是根尖周囊肿患牙，在根管治疗的基础上有时还需做根尖切除和倒充术。

4.根管治疗后，择期进行牙冠的修复，可根据剩余牙体组织的量选择复合树脂直接粘结修复，嵌体修复，或全冠、桩核冠修复。

5.无法完成根管治疗、根尖周病变顽固不愈、或牙体组织破坏严重不足以修复的患牙予以拔除。

病史采集：龈乳头炎，龈乳头增生

解析：牙龈肿痛

询问病史要点

（一）现病史

1.牙龈肿痛出现的部位、范围、程度和时间。

2.牙龈有无出血，自动出血还是刺激后出血。牙龈有无疼痛。

3.是否伴有牙松动、牙脱落。

4.牙齿有无疼痛史，有无冷热痛、自发痛、继而牙痛消失、再出现牙

	<p>龈肿痛过程。</p> <p>5.是否伴有面部肿胀，肿胀的部位。</p> <p>6.有无开口受限。</p> <p>7.是否有反复发作史。</p> <p>（二）既往史</p> <p>身体其他部位外伤后有无出血不易止住现象，有无白血病等血液病史，有无口腔颌面部及其邻近器官的疾病。</p> <p>（三）全身情况</p> <p>近来有无发热、食欲缺乏、体重减轻等现象，有无劳累。</p>
20	<p>可摘局部义齿佩戴，粘膜红肿三天，询问和相应措施</p> <p>解析：解析：病史采集：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.疼痛时间、部位，性质，程度 2.是否位于义齿边缘 3.疼痛区域有无溃疡存在 4.是否疼痛出现在咀嚼食物时 5.是否有疼痛位于卡环对应的龈缘处 6.是否存在满口黏膜疼痛 7.是否存在面部过长 <p>可能的疾病：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.基托边缘过长、过锐利 2.硬区缓冲不足 3.咬合压力过于集中 4.义齿不稳定 5.卡环过低刺激牙龈 6.颌位关系记录不准确，垂直距离过高。

<p>22</p>	<p>病史采集：拔牙后疼 5 天</p> <p>解析：颌面部肿痛</p> <p>询问病史要点</p> <p>（一）现病史</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.疼痛出现的时间（为先天性抑或后天性）、发展过程。 2.疼痛范围有无改变，有无全身反应。 3.疼痛是否伴有疼痛及疼痛的性质。 4.疼痛性质为质地松软还是较硬，皮肤颜色有无改变等。 5.疼痛是否造成其他的功能障碍，例如，开口受限、吞咽困难等。 <p>（二）既往史</p> <p>疼痛是否反复发作，有无外伤、手术、过敏及其他治疗史。</p> <p>（三）全身情况</p> <p>有无体温变化，是否做过末梢血象检查。</p>
<p>25</p>	<p>开口受限 3 年，药物性牙龈肥大，</p> <p>解析：解析：开口受限</p> <p>询问病史要点</p> <p>（一）现病史及相关内容</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.开口受限的性质、程度和持续时间：询问患者开口受限的程度，是突然发生的还是渐进性加重，?开口受限程度有无变化。 2.是否伴有疼痛及疼痛部位。 3.面部是否有肿胀或膨隆，肿胀是否有消长史。 4.关节弹响和杂音。 5.有无外伤。 6.口腔和颌面部皮肤是否有瘻孔。 7.面型有无异常。 <p>（二）既往病史</p> <p>口腔颌面部外伤史、口腔颌面部感染史、颞下颌关节紊乱病史、中耳</p>

炎史、头颈部放疗史以及口腔治疗史或拔牙史。

（三）全身健康状况

有无类风湿关节炎史等系统性关节炎史、瘰疬史等。

牙龈肥大

询问病史要点

（一）现病史

1. 牙龈肥大的部位、范围和时间。

2. 有无癫痫病史、高血压病史及肾移植等病史，是否服药，服用的是何种药物。

3. 增生牙龈是否影响咀嚼。

4. 牙龈是否易出血，自发出血还是刷牙时出血，是否不易止住。

5. 牙龈乳头是否瘤样肥大，其大小及范围，是否妊娠。

6. 有无牙齿萌出困难史和家族遗传史。

（二）既往史

以前有无牙龈出血史，有无白血病等血液病史，有无口腔颌面部及其邻近器官的疾病。

（三）全身情况

患者是否妊娠。近来有无发热、食欲缺乏、体重减轻等现象。

药物性牙龈肥大

【临床表现】

1. 症状 牙龈肥大增生好发于前牙，初起为龈乳头增大，继之扩展至附着龈。严重者可影响发音和咀嚼。

2. 检查所见

（1）色泽改变：常伴有炎症，牙龈呈鲜红色或暗红色，无炎症或炎症消退后的牙龈色泽多呈淡粉色。

（2）形态改变：龈缘肥厚、牙龈乳头呈结节状肥大、增生，肥大的牙龈可覆盖部分牙面。严重者附着龈也出现增生、肥大。

（3）质地变化：有炎症时，质地松软，无炎症时质地坚实，略有弹性。

【诊断】

- 1.服药史。
- 2.牙龈色、形、质的改变，尤其是形态的改变，探诊出血。

【鉴别诊断】

(一) 慢性龈炎

慢性龈炎中有一部分表现为牙龈增生肥大，是牙龈肥大的常见疾病，好发于青少年。牙龈肥大主要局限于牙龈乳头和边缘龈。一般有明显的局部刺激因素。

(二) 遗传性牙龈纤维瘤病

可有家族史，无服药史。牙龈增生较广泛，大多覆盖牙面的 2/3 以上，以纤维性增生为主。

(三) 白血病牙龈病损

牙龈明显肥大，颜色暗红或苍白，无服药史。可有局部和全身淋巴结肿大。血涂片检查可见大量幼稚细胞。

(四) 妊娠期龈炎

发生在妊娠期妇女，表现出牙龈乳头肥大，多呈鲜红色，质地松软，易出血。

【治疗原则】

- 1.牙周基础治疗，清除局部刺激因素，控制炎症。
- 2.必要时牙周手术。
- 3.定期维护，防止复发。

病史采集：女，28岁，刷牙出血两月余，

解析：牙龈出血

询问病史要点

(一) 现病史

- 1.牙龈出血的部位和时间。
- 2.牙龈是自动出血还是刺激后出血，有无自限性，出血能否止住，止血的方法。

3. 牙龈出血量。
4. 牙龈有无疼痛。
5. 牙龈肿胀情况。
6. 牙龈乳头有无瘤样物形成。
7. 是否伴有牙松动、牙脱落。
8. 近来是否紧张、劳累，是否熬夜。

（二）既往史

以前有无牙龈出血史，身体其他部位外伤后有无出血不易止住现象，有无白血病等血液病史，有无口腔颌面部及其邻近器官的疾病。

（三）全身情况

患者是否妊娠，是否是月经期、产褥期、更年期等。有无高血压，是否服用阿司匹林等抗凝血药物。近来有无发热、食欲缺乏、体重减轻等现象。

病例分析：右侧后牙自发痛 7 天，不敢咬物，检查后下 7 叩痛明显，提问 39 度，颧弓上有肿胀，有凹陷样水肿，有牙片，7 上面有个大的龋洞

解析：根尖周炎导致颞下间隙感染。

颞下间隙感染

【感染来源】

可从相邻间隙，如翼下颌间隙等感染扩散而来；也可因上颌结节、卵圆孔、圆孔阻滞麻醉时带入感染或由上颌磨牙的根尖周感染或拔牙后感染引起。

【临床表现】

颞下间隙位置深在、隐蔽，故感染发生时外观表现常不明显，仔细检查可发现颧弓上、下及下颌支后方微肿，有深压痛，伴有不同程度的开口受限。但颞下间隙感染时常存在相邻间隙的感染，因此可伴有颞部、腮腺咬肌区、颊部和口内上颌结节区的肿胀，以及出现该合并间隙感染的相应症状。

【治疗原则】

应积极应用大剂量抗生素治疗。若症状缓解不明显，经口内（上颌结节外侧）或口外（颧弓与乙状切迹之间）途径穿刺有脓时，应及时切开引流。

切开引流途径可由口内或口外进行。口内在上颌结节外侧口前庭黏膜转折处切开，以血管钳沿下颌支喙突内侧向后上分离至脓腔。口外切开多用沿下颌角下作弧形切口，切断颈阔肌后，通过下颌支后缘与翼内肌之间进入脓腔。

三、咬肌间隙感染

咬肌间隙位于咬肌与下颌支外侧骨壁之间。由于咬肌在下颌支及其角部附着宽广紧密，故潜在性咬肌间隙存在于下颌支上段的外侧部位，借脂肪结缔组织与颊、颞下、翼下颌、颞间隙相连。咬肌间隙为最常见的颌面部间隙感染之一。

【感染来源】

主要来自下颌智牙冠周炎及下颌磨牙的根尖周炎扩散而进入咬肌间隙，也可来源于磨牙后三角区黏膜的感染。

【临床表现】

咬肌间隙感染的典型症状是以下颌支及下颌角为中心的咬肌区肿胀、充血、压痛，伴明显开口受限。由于咬肌肥厚坚实，脓肿难以自行溃破，也不易触到波动感。若炎症在 1 周以上，压痛点局限或有凹陷性水肿，经穿刺有脓液时，应行切开引流，否则由于长期脓液蓄积，易形成下颌骨升支部的边缘性骨髓炎。

【治疗原则】

咬肌间隙蜂窝织炎时除全身应用抗生素外，局部可用物理疗法或外敷中药；一旦脓肿形成应及时引流。咬肌间隙脓肿切开引流的途径，虽可从口内翼下颌皱襞稍外侧切开，分离进入脓腔引流但因引流常在脓腔之前上份，体位引流不畅，炎症不易控制，发生边缘性骨髓炎的机会也相应增加。因此，临床常用口外途径切开引流。口外切口从下颌支后缘绕过下颌角，距下颌下缘 2cm 处切开，切口长 3~5cm，逐层切开皮下组织，颈阔肌以及咬肌在下颌角度的部分附丽，用骨膜剥离

	<p>器，由骨面推起咬肌进入脓腔，引出脓液，冲洗脓腔后填入盐水纱条引流。次日换敷料时抽去纱条，换胶皮管或橡皮条引流。如有边缘性骨髓炎形成，脓液减少后应早期施行死骨刮除术，术中除重点清除骨面死骨外，不应忽略咬肌下骨膜面附着之死骨小碎块及坏死组织，以利创口早期愈合。</p> <p>咬肌间隙感染缓解或被控制后，应及早对引起感染的病灶牙进行治疗或拔除。</p>
26	<p>左颊部溃疡</p> <p>解析：一、轻型口疮</p> <p>轻型口疮约占复发性口腔溃疡患者的 80%，患者初发时多数为此型。溃疡好发于唇、舌、颊、软腭等非角化黏膜，附着龈及硬腭等角化黏膜很少发病。溃疡复发的间隙期从半月至数月不等，有的患者会出现此起彼伏、迁延不断的情况。</p> <p>【临床表现】</p> <p>1.症状溃疡发生时，病损局部疼痛明显，特别是进食刺激性食物疼痛加重。</p> <p>2.检查所见轻型口疮初起时局部黏膜充血水肿，可见粟粒状红点，继而形成浅表溃疡，圆形或椭圆形，直径小于 5mm。约 7~10 天溃疡愈合，不留瘢痕。轻型口疮一般为 1~5 个，散在分布。</p> <p>【诊断】</p> <p>1.溃疡周期性反复发作，有自限性，好发于黏膜上皮角化较差的区域。</p> <p>2.溃疡多为 2~5mm 大小，边缘整齐，溃疡中心稍凹陷，表面有黄色假膜覆盖，周围充血，疼痛明显。</p> <p>3.一般溃疡 7~10 天可自愈，愈合后不留瘢痕。</p> <p>【鉴别诊断】</p> <p>(一) 白塞病</p> <p>白塞病又称口、眼、生殖器三联症。本病临床表现为反复发作有自限性的口腔溃疡；眼可有虹膜睫状体炎、前房积脓、脉络膜炎、结膜炎、角膜炎、视神经乳头炎、视神经萎缩等病变，眼病由于反复发作，可</p>

造成视力逐步减退，甚至失明；生殖器病损，男女生殖器官黏膜均可出现溃疡，但一般间歇期较口腔溃疡大，也有同时出现肛门损害的情况；皮肤损害较常见，表现为结节性红斑，毛囊炎及针刺反应阳性；白塞病还可伴有关节、心血管、消化道、神经系统等全身症状或损害，所以在诊断治疗复发性口腔溃疡的时候一定要问清病史及时发现白塞病患者，并建议患者到相关科室治疗。

（二）创伤性溃疡

溃疡的形态常与慢性机械损伤因子基本契合，周围有炎症性增生反应，黏膜发白。除去创伤因子后，损害可逐渐好转。

【治疗原则】

寻找诱因，去除可能的致病因素。以局部治疗为主，局部治疗主要是消炎、止痛、促溃疡愈合。

二、口炎型口疮

口炎型口疮亦称疱疹样复发性阿弗他溃疡，约占复发性口腔溃疡患者的 10%。

【临床表现】

- 1.症状 溃疡数目多，散在分布于口腔内，唾液增多，疼痛明显。相应部位淋巴结肿大，有时伴有头疼、发热等症状。
- 2.检查所见 溃疡数目多可达十几个或几十个，散在分布，似“满天星”。溃疡多为 2~5mm 大小，相邻的溃疡可融合成片，黏膜广泛充血发红。

【诊断】

- 1.溃疡大小同轻型口疮，但数目多，可以 10~30 个或更多。
- 2.溃疡散在分布于口腔内，可发生于角化黏膜，病变不成簇。
- 3.溃疡周围黏膜充血，唾液增多，疼痛明显。
- 4.相应部位淋巴结肿大，有时伴有头疼、发热等症状。

【鉴别诊断】

（一）疱疹性龈口炎

多发生在儿童，溃疡成簇，可相互融合形成较大的溃疡，边缘不整齐，

牙龈明显充血水肿。

（二）手足口病

手足口病是因感染柯萨奇病毒A16、A5、A10 和肠道病毒EV71 型所引起的皮肤黏膜病。前驱症状有发热、困倦与局部淋巴结肿大；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。口腔损害广泛分布于唇、颊、舌、腭等处，初起时多小水疱，迅速成为溃疡，经 5~10 日后愈合。根据国内外资料，与其他肠道病毒引起的手足口病相比，由 EV71 型病毒感染引起的疾病发生重症感染的比例较大，病死率也较高，重症病例病死率可达 10%~25%，应该引起重视。

（三）疱疹性咽峡炎

由柯萨奇病毒 A4 所引起口腔疱疹损害，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，病损分布只限于口腔后部，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 7 天。

【治疗原则】

基本原则同轻型口疮。局部治疗仍是消炎、止痛、促溃疡愈合。全身可以选用中药和免疫调节剂治疗。

三、重型口疮

重型口疮亦称复发性坏死性黏膜腺周围炎，简称腺周口疮。溃疡大而深，愈合后可形成瘢痕或组织缺损，约占复发性口腔溃疡的 8%。

【临床表现】

1. 症状 深大，1~2 个，疼痛明显，进食刺激食物疼痛加重。常伴低热乏力等全身不适症状，溃疡局部区域的淋巴结肿痛。愈合后可留瘢痕。发生于舌腭弓、软硬腭交界处等口腔后部时可造成组织缺损，影响言语及吞咽。

2. 检查所见 大而深，似“弹坑”状，直径可大于 1cm，周围组织红肿微隆起，基底微硬，表面有灰黄色假膜覆盖。其他黏膜处可见溃

疮愈合遗留的瘢痕。

【诊断】

- 1.患者都有复发性口腔溃疡史。
- 2.溃疡数目少，多为单发，1~2个，可伴有轻型口疮。
- 3.溃疡大于5mm，可达1~2cm以上，周围黏膜水肿，边缘隆起，溃疡底部坏死，中央凹陷，呈弹坑状。
- 4.病损持续时间长，可达3个月到半年。
- 5.疼痛剧烈，有时伴有相应部位淋巴结肿大。
- 6.溃疡波及黏膜下层及腺体，愈合后留有瘢痕。

【鉴别诊断】

（一）创伤性溃疡

溃疡的形态常与慢性机械损伤因子基本契合，周围有炎症性增生反应，黏膜发白。除去创伤因子后，损害可逐渐好转。

（二）癌性溃疡

溃疡深大，病变进展迅速，基底有细颗粒状突起，似菜花状；基底有硬结，边缘部位比结核损害更硬，相应的淋巴结坚硬、粘连。

（三）结核性溃疡

患者有结核病史。口腔中最常见的是继发性结核损害。可发生于口腔黏膜任何部位，但常见于舌部，为慢性持久性溃疡。通常溃疡边界清楚或呈线形，表现为浅表、微凹陷的溃疡，其底覆有少许脓性渗出物，除去渗出物后，可见暗红色的桑葚样肉芽肿。溃疡边缘微隆，呈鼠啮状，并向中央卷曲，形成潜掘状边缘。患者早期即有疼痛，以舌部溃疡较为明显。

【治疗原则】

基本原则同轻型口疮。深大的腺周口疮经久不愈，可用醋酸泼尼松龙混悬液在溃疡基底部注射。全身可以选用中药和免疫调节剂治疗。

<p>30</p>	<p>舌尖溃疡 3 天，</p> <p>解析：口腔黏膜溃疡</p> <p>询问病史要点</p> <p>（一）现病史</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 溃疡是否有周期性发作特点。 2. 溃疡持续的时间。 3. 溃疡的大小、深浅及数目。 4. 溃疡的好发部位。 5. 溃疡的疼痛情况。 6. 是否有创伤因素，如残根、残冠及不良修复体。 <p>（二）既往史</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 是否有结核病史。 2. 是否有药物过敏史。 3. 是否有恶性肿瘤史。 <p>（三）全身情况</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 是否有外阴部溃疡。 2. 皮肤病发病情况。 3. 眼病发病情况。 <p>下颌前牙咬合不适应，主诉根尖囊肿，费住宿牙列缺失，慢性龈炎</p> <p>解析：题目信息不全，无法给出答案。</p>
<p>39</p>	<p>三叉神经痛和溃疡</p> <p>解析：解析：一、轻型口疮</p> <p>轻型口疮约占复发性口腔溃疡患者的 80%，患者初发时多数为此型。溃疡好发于唇、舌、颊、软腭等非角化黏膜，附着龈及硬腭等角化黏膜很少发病。溃疡复发的间隙期从半月至数月不等，有的患者会出现此起彼伏、迁延不断的情况。</p> <p>【临床表现】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 症状溃疡发生时，病损局部疼痛明显，特别是进食刺激性食物疼痛

加重。

2.检查所见轻型口疮初起时局部黏膜充血水肿，可见粟粒状红点，继而形成浅表溃疡，圆形或椭圆形，直径小于 5mm。约 7~10 天溃疡愈合，不留瘢痕。轻型口疮一般为 1~5 个，散在分布。

【诊断】

- 1.溃疡周期性反复发作，有自限性，好发于黏膜上皮角化较差的区域。
- 2.溃疡多为 2~5mm 大小，边缘整齐，溃疡中心稍凹陷，表面有黄白色假膜覆盖，周围充血，疼痛明显。
- 3.一般溃疡 7~10 天可自愈，愈合后不留瘢痕。

【鉴别诊断】

（一）白塞病

白塞病又称口、眼、生殖器三联症。本病临床表现为反复发作有自限性的口腔溃疡；眼可有虹膜睫状体炎、前房积脓、脉络膜炎、结膜炎、角膜炎、视神经乳头炎、视神经萎缩等病变，眼病由于反复发作，可造成视力逐步减退，甚至失明；生殖器病损，男女生殖器官黏膜均可出现溃疡，但一般间歇期较口腔溃疡大，也有同时出现肛门损害的情况；皮肤损害较常见，表现为结节性红斑，毛囊炎及针刺反应阳性；白塞病还可伴有有关节、心血管、消化道、神经系统等全身症状或损害，所以在诊断治疗复发性口腔溃疡的时候一定要问清病史及时发现白塞病患者，并建议患者到相关科室治疗。

（二）创伤性溃疡

溃疡的形态常与慢性机械损伤因子基本契合，周围有炎症性增生反应，黏膜发白。除去创伤因子后，损害可逐渐好转。

【治疗原则】

寻找诱因，去除可能的致病因素。以局部治疗为主，局部治疗主要是消炎、止痛、促溃疡愈合。

二、口炎型口疮

口炎型口疮亦称疱疹样复发性阿弗他溃疡，约占复发性口腔溃疡患者的 10%。

【临床表现】

- 1.症状 溃疡数目多，散在分布于口腔内，唾液增多，疼痛明显。相应部位淋巴结肿大，有时伴有头疼、发热等症状。
- 2.检查所见 溃疡数目多可达十几个或几十个，散在分布，似“满天星”。溃疡多为 2~5mm 大小，相邻的溃疡可融合成片，黏膜广泛充血发红。

【诊断】

- 1.溃疡大小同轻型口疮，但数目多，可以 10~30 个或更多。
- 2.溃疡散在分布于口腔内，可发生于角化黏膜，病变不成簇。
- 3.溃疡周围黏膜充血，唾液增多，疼痛明显。
- 4.相应部位淋巴结肿大，有时伴有头疼、发热等症状。

【鉴别诊断】

（一）疱疹性龈口炎

多发生在儿童，溃疡成簇，可相互融合形成较大的溃疡，边缘不整齐，牙龈明显充血水肿。

（二）手足口病

手足口病是因感染柯萨奇病毒A16、A5、A10 和肠道病毒EV71 型所引起的皮肤黏膜病。前驱症状有发热、困倦与局部淋巴结肿大；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。口腔损害广泛分布于唇、颊、舌、腭等处，初起时多小水疱，迅速成为溃疡，经 5~10 日后愈合。根据国内外资料，与其他肠道病毒引起的手足口病相比，由 EV71 型病毒感染引起的疾病发生重症感染的比例较大，病死率也较高，重症病例病死率可达 10%~25%，应该引起重视。

（三）疱疹性咽峡炎

由柯萨奇病毒 A4 所引起口腔疱疹损害，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，病损分布只限于口腔后部，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 7 天。

【治疗原则】

基本原则同轻型口疮。局部治疗仍是消炎、止痛、促溃疡愈合。全身可以选用中药和免疫调节剂治疗。

三、重型口疮

重型口疮亦称复发性坏死性黏膜腺周围炎，简称腺周口疮。溃疡大而深，愈合后可形成瘢痕或组织缺损，约占复发性口腔溃疡的 8%。

【临床表现】

1. 症状 深大，1~2 个，疼痛明显，进食刺激食物疼痛加重。常伴低热乏力等全身不适症状，溃疡局部区域的淋巴结肿痛。愈合后可留瘢痕。发生于舌腭弓、软硬腭交界处等口腔后部时可造成组织缺损，影响言语及吞咽。

2. 检查所见 大而深，似“弹坑”状，直径可大于 1cm，周围组织红肿微隆起，基底微硬，表面有灰黄色假膜覆盖。其他黏膜处可见溃疡愈合遗留的瘢痕。

【诊断】

1. 患者都有复发性口腔溃疡史。
2. 溃疡数目少，多为单发，1~2 个，可伴有轻型口疮。
3. 溃疡大于 5mm，可达 1~2cm 以上，周围黏膜水肿，边缘隆起，溃疡底部坏死，中央凹陷，呈弹坑状。
4. 病损持续时间长，可达 3 个月到半年。
5. 疼痛剧烈，有时伴有相应部位淋巴结肿大。
6. 溃疡波及黏膜下层及腺体，愈合后留有瘢痕。

【鉴别诊断】

（一）创伤性溃疡

溃疡的形态常与慢性机械损伤因子基本契合，周围有炎症性增生反应，黏膜发白。除去创伤因子后，损害可逐渐好转。

（二）癌性溃疡

溃疡深大，病变进展迅速，基底有细颗粒状突起，似菜花状；基底有

硬结，边缘部位比结核损害更硬，相应的淋巴结坚硬、粘连。

（三）结核性溃疡

患者有结核病史。口腔中最常见的是继发性结核损害。可发生于口腔黏膜任何部位，但常见于舌部，为慢性持久性溃疡。通常溃疡边界清楚或呈线形，表现为浅表、微凹陷的溃疡，其底覆有少许脓性渗出物，除去渗出物后，可见暗红色的桑葚样肉芽肿。溃疡边缘微隆，呈鼠啮状，并向中央卷曲，形成潜掘状边缘。患者早期即有疼痛，以舌部溃疡较为明显。

【治疗原则】

基本原则同轻型口疮。深大的腺周口疮经久不愈，可用醋酸泼尼松龙混悬液在溃疡基底部注射。全身可以选用中药和免疫调节剂治疗。

三叉神经痛

【临床表现】

1.症状 本病的主要表现是在三叉神经某分支区域内，骤然发生闪电式的极为剧烈的疼痛。疼痛可自发，也可由轻微的刺激“扳机点”所引起。疼痛如电击、针刺、刀割或撕裂样剧痛，发作时患者为了减轻疼痛而作出各种特殊动作。发作多在白天，每次发作时间一般持续数秒、数十秒或 1~2 分钟后又骤然停止。两次发作之间称间歇期，无任何疼痛症状。只有少数病例在间歇期面部相应部位有轻微钝痛。疾病的早期一般发作次数较少，持续时间较短，间歇期较长，但随着疾病的发展发作愈来愈频繁，间歇期亦缩短。

病程可呈周期性发作，每次发作期可持续数周或数月，然后有一段自动的暂时缓解期。缓解期可为数天或几年，在此期间疼痛缓解甚至消失，以后疼痛复发。三叉神经痛很少有自愈者。部分病例的发作期与气候有关，一般在春季及冬季容易发病。

有的患者由于疼痛发作时，用力揉搓面部皮肤，可发生皮肤粗糙、增厚、色素沉着、脱发、脱眉，有时甚至引起局部擦伤并继发感染。

在有些患者中疼痛牵涉到牙时，常疑为牙痛而坚持要求拔牙，故不少三叉神经痛患者都有拔牙史。

2.检查所见 原发性三叉神经痛患者无论病程长短，神经系统检查无阳性体征发现，仍保持罹患分支区域内的痛觉、触觉和温度觉的感觉功能和运动支的咀嚼肌功能。只有在个别病例中有某个部位皮肤的敏感性增加。

继发性三叉神经痛可因病变部位的不同，伴有面部皮肤感觉减退，角膜反射减退，听力降低等神经系统阳性体征。

但在原发性三叉神经痛病例中也有因摩擦局部皮肤增厚、粗糙，或由于做过封闭、理疗或局部敷药等而造成局部感觉减退。对这类患者应仔细检查有无其他神经系统阳性体征，以便与继发性三叉神经痛相鉴别。

【诊断】

依据病史、疼痛的部位、性质、发作表现和神经系统无阳性体征，一般诊断原发性三叉神经痛并不困难，但要排除继发性三叉神经痛。为了准确无误地判断疼痛的分支及疼痛涉及的范围，查找“扳机点”是具有重要意义的方法。在初步确定疼痛的分支后，用1%~2%的普鲁卡因在神经孔处行阻滞麻醉，以阻断相应的神经干，这属于诊断性质的封闭。

为明确罹患的分支，即查明发生疼痛症状的分支。为了进一步明确是原发性三叉神经痛还是继发性者，必须同时检查伴随的其他症状和体征，如感觉、运动和反射的改变。

(一) 定分支检查

定分支首先要寻找“扳机点”。各分支的常见“扳机点”的部位是：

眼支：眶上孔、上眼睑、眉、前额及颞部等部位。

上颌支：眶下孔、下眼睑、鼻唇沟、鼻翼、上唇、鼻孔下方或口角区、上颌结节或腭大孔等部位。

下颌支：颞孔、下唇、口角区、耳屏部、颊黏膜、颊脂垫尖、舌颌沟等处，并须观察在开闭口及舌运动时有无疼痛的发作。

对上述各分支的常见“扳机点”按顺序进行检查。由于各“扳机点”痛阈高低不同，检查时的刺激强度也应由轻至重作适当的改变。

- 1.拂诊 以棉签或示指轻拂可疑之“扳机点”。
- 2.触诊 用示指触摸“扳机点”。
- 3.压诊 用较大的压力进行触诊。
- 4.揉诊 对可能的“扳机点”用手指进行连续回旋式重揉动作，每一回旋需稍作刹那停顿，这种检查方法往往能使高痛阈的“扳机点”出现阳性体征，多用作眶下孔和颞孔区的检查。

(二) 三叉神经功能检查

1.感觉功能 可用探针轻划（触觉）与轻刺（痛觉）患侧的三叉神经各分布区的皮肤与黏膜，并与健侧相比较。原发性三叉神经痛的检查结果两侧相等。若痛觉丧失时，需再作温度觉检查—以试管盛冷热水试之。可用两支玻璃管分盛 0~10℃的冷水和 40~50℃的温水交替地接触患者的皮肤，请其报出“冷”或“热”。如痛觉与温度觉均丧失而触觉存在时，可能是脊束核损害。

2.角膜反射 请患者向一侧注视，用捻成细束的棉絮轻触角膜，由外向内，反射作用为双侧直接和间接的闭眼动作。反射中枢在脑桥，输入纤维为三叉神经眼支的鼻睫神经，传出为面神经。角膜反射可以受多种病变的影响。如一侧三叉神经受损造成角膜麻痹时，刺激患侧角膜则双侧均无反应，而在作健侧角膜反射试验时，仍可引起双侧反应。

3.腭反射 用探针或棉签轻刺软腭边缘，可引起软腭上提，当一侧反射消失，表明该侧上颌神经的分支腭后神经或蝶腭神经的损害。上颌神经损害时，还表现为嗅吸氨气、醋酸等时无灼痛感，以及用细软猪鬃刺激鼻腔下部黏膜时不发生喷嚏反射。

4.运动功能 三叉神经运动支的功能障碍表现为咀嚼肌麻痹，咬紧牙时咬肌松弛无力。当下颌舌骨肌与二腹肌前腹麻痹，吞咽动作时患侧此两肌松弛。

凡出现上述神经功能性改变者，说明神经径路上有损害，常见的为占位性病变，必须进一步检查，以明确诊断。局限性的麻木、感觉障碍也可能由于维生素 B1 缺乏、神经症、三叉神经炎、注射无水乙醇或

手术后所引起，根据病史不难确定。

【鉴别诊断】

应注意与下列疾病相鉴别：非典型面痛、牙痛和其他牙源性疾病、鼻窦炎、颞下颌关节紊乱病及舌咽神经痛。

【治疗原则】

三叉神经痛如属继发性者，应针对病因治疗；如为肿瘤应作肿瘤切除。对原发性三叉神经痛可采取以下几种方法治疗。

1. 药物治疗 对原发性三叉神经痛均应首先采用药物治疗，如无效时再考虑其他方法。首选药物为卡马西平（痛痉宁、酰胺咪嗪），其他药物还有苯妥英钠、氯硝西洋及山莨菪碱（654-2）等，也可根据情况配合使用镇痛剂。

2. 半月神经节射频温控热凝术。

3. 针刺疗法。

4. 封闭疗法。

5. 理疗。

6. 注射疗法。

7. 手术疗法包括：①病变性骨腔清除术；②三叉神经周围支切断撕脱术，主要适用于下牙槽神经和眶下神经。

8. 冷冻、激光等方法 近年来有采用冷冻、激光等方法治疗三叉神经痛亦均获一定疗效。

对三叉神经痛选择治疗方法时，应本着循序渐进的原则。应首选对机体无损害性或损害性最小的治疗方法。一般应先从药物治疗或封闭、理疗等开始，如无效时再依次选择半月神经节温控热凝、注射疗法、神经撕脱等。只有当这些方法均无效时才考虑做颅内手术。

<p>40</p>	<p>张口受限 1 天，还有牙龈出血 3 年</p> <p>解析：解析：开口受限</p> <p>询问病史要点</p> <p>（一）现病史及相关内容</p> <p>1. 开口受限的性质、程度和持续时间：询问患者开口受限的程度，是突然发生的还是渐进性加重，?开口受限程度有无变化。</p> <p>2. 是否伴有疼痛及疼痛部位。</p> <p>3. 面部是否有肿胀或膨隆，肿胀是否有消长史。</p> <p>4. 关节弹响和杂音。</p> <p>5. 有无外伤。</p> <p>6. 口腔和颌面部皮肤是否有瘻孔。</p> <p>7. 面型有无异常。</p> <p>（二）既往病史</p> <p>口腔颌面部外伤史、口腔颌面部感染史、颞下颌关节紊乱病史、中耳炎史、头颈部放疗史以及口腔治疗史或拔牙史。</p> <p>（三）全身健康状况</p> <p>有无类风湿关节炎史等系统性关节炎史、瘰疬史等。</p>
<p>42</p>	<p>牙龈出血，病史采集：牙龈出血 2 天；</p> <p>解析：牙龈出血</p> <p>询问病史要点</p> <p>（一）现病史</p> <p>1. 牙龈出血的部位和时间。</p> <p>2. 牙龈是自动出血还是刺激后出血，有无自限性，出血能否止住，止血的方法。</p> <p>3. 牙龈出血量。</p> <p>4. 牙龈有无疼痛。</p> <p>5. 牙龈肿胀情况。</p>

6. 牙龈乳头有无瘤样物形成。

7. 是否伴有牙松动、牙脱落。

8. 近来是否紧张、劳累，是否熬夜。

(二) 既往史

以前有无牙龈出血史，身体其他部位外伤后有无出血不易止住现象，有无白血病等血液病史，有无口腔颌面部及其邻近器官的疾病。

(三) 全身情况

患者是否妊娠，是否是月经期、产褥期、更年期等。有无高血压，是否服用阿司匹林等抗凝血药物。近来有无发热、食欲缺乏、体重减轻等现象。

病历分析：男，提问 39 度，下颌下红肿胀痛，坐下 6 叩痛+++，根尖区黏膜红肿，有波动感，x 线根尖低密度阴影

解析：急性根尖周脓肿

急性根尖周炎

【临床表现】

(一) 急性根尖周炎的浆液期

急性根尖周炎的浆液期是根尖周炎发生的初期，临床过程很短，此刻根尖周围的牙槽骨尚无明显变化。

1. 症状

(1) 初期患牙根尖部不舒服、发木、浮出发胀，咬合时与对（牙合）牙有早接触感，有时咬紧患牙反而稍感舒服。此时一般无自发痛或只有轻微钝痛。

(2) 随着病情发展，患牙浮出和伸长的感觉逐渐加重，出现自发性、持续性的钝痛，咬合时不仅不能缓解症状，反而引起较剧烈的疼痛，影响进食。

(3) 疼痛范围局限于患牙根部，不引起放散，患者能够指明患牙。

2. 检查所见

(1) 患牙可见龋坏、充填体或其他牙体硬组织疾患，或可查到深牙周袋。

(2) 牙冠变色。牙髓活力测试无反应，但乳牙或年轻恒牙对活力测试可有反应，甚至出现疼痛。

(3) 叩痛 (+) ~ (++)，扪压患牙根尖部位出现不适或疼痛。牙龈尚无明显异常。

(4) 患牙可有 I° 松动。

(二) 急性根尖周炎的根尖周脓肿期

急性根尖周炎的根尖周脓肿期多是由浆液性炎症发展为化脓性变化而来的，也可由慢性根尖周炎转化而来。此时，脓液只局限于根尖孔附近的牙周膜内和牙槽骨骨髓腔中。

1. 症状

患牙自发性、剧烈持续的跳痛，伸长感加重，咬合时首先接触患牙并引起剧痛，患者不敢对 (牙合)。

2. 检查所见

(1) 患牙可查及能引发牙髓坏死的牙体病损、深牙周袋或充填体等，牙髓活力测试无反应。

(2) 患牙叩痛 (++) ~ (+++)，松动 II° ~ III°。

(3) 根尖部牙龈潮红，但尚无明显肿胀。扪诊感轻微疼痛。

(4) 相应的下颌下淋巴结或颌下淋巴结可有肿大及压痛。

(三) 急性根尖周炎的骨膜下脓肿期

骨髓腔中的脓液继续向根尖周围更广泛的区域蔓延，从组织结构较薄弱之处突破排脓。最常见的途径是脓液穿过骨松质到达骨外板，再通过骨皮质上的营养孔到达骨膜下，之后突破骨膜、黏膜或皮肤向外排脓。

由于骨膜坚韧、致密，不易穿破，脓液在此处积聚时，造成局部压力增高，引起极为明显的局部症状，此时，全身症状仍然较轻，若全身症状明显，应注意观察，防止发展为颌骨骨髓炎和败血症等并发症。

1. 症状

(1) 患牙持续性、搏动性跳痛更加剧烈，疼痛达到最高峰。

(2) 患牙更觉浮起、松动，轻触患牙即觉疼痛难忍。

(3) 病程多已 3、5 天，患者极其痛苦，影响睡眠和进食。

(4) 可伴有体温升高，身体乏力等全身症状。

2.检查所见

(1) 患者痛苦面容，精神疲惫。体温可有升高，约 38℃左右。末梢血象白细胞增多，计数多在 1.0 万~1.2 万/mm³。患牙所属区域的淋巴结可出现肿大和叩痛。

(2) 患牙可查及能引发牙髓坏死的牙体病损、深牙周袋或充填体等，牙髓活力测试无反应。

(3) 患牙叩痛 (++) ~ (+++), 松动 III°。

(4) 患牙牙龈红肿，移行沟变平，有明显的压痛，扪诊深部有波动感。

(5) 严重者牙可的相应颌面部可出现蜂窝织炎，表现为软组织肿胀、压痛，面容改变。如上切牙可引起上唇肿胀；上颌前磨牙及磨牙可引起眶下、面部肿胀；下牙可引起颈部、下颌部肿胀；有时下颌第三磨牙的根尖周化脓性炎症可出现开口受限，还可能引起口底蜂窝织炎。

(四) 急性根尖周炎的黏膜下脓肿期

积聚于骨膜下的脓液产生的压力终致骨膜破裂，脓液流注于黏膜下或皮肤下，构成黏膜下脓肿或皮下脓肿，由于黏膜下组织较疏松，脓液到达黏膜下时，压力已大为减小。最后，脓肿破溃，脓液排出，急性炎症缓解，转为慢性炎症。

1.症状

(1) 自发性胀痛及咬合痛减轻。

(2) 全身症状缓解。

2.检查所见

(1) 患牙可查及能引发牙髓坏死的牙体病损、深牙周袋或充填体等，牙髓活力测试无反应。

(2) 患牙叩痛 (+) ~ (++)，松动度 I°。

(3) 根尖区黏膜的肿胀已局限，呈半球形隆起，扪诊时，波动感明显，脓肿较表浅而易破溃。

上述穿通骨壁突破黏膜的排脓方式是急性根尖周炎典型的自然发展过程，也是最常见的排脓方式。因牙槽骨唇、颊侧的骨壁较薄，一般情况下上颌前牙、上颌后牙颊根以及下颌牙的脓液多从骨的唇、颊侧穿出；若患牙的根尖偏向舌（腭）侧，或上颌后牙的腭根，脓液可从舌、腭侧骨板穿出，在固有口腔中排脓。有少数病例牙根较长，根尖部的脓液穿通骨壁后绕过龈颊沟从皮肤排出，形成皮窦，如下颌切牙的根尖周脓肿可形成颊窦，上颌尖牙根尖周脓肿可形成面窦，下颌磨牙的根尖部脓液可形成颊窦。还有极少数上牙病例可突破上颌窦壁或鼻底黏膜在上颌窦内或鼻腔中排脓。

另外，如根尖孔粗大、根管通畅、冠部缺损（如龋洞）呈开放状态时，根尖部的脓液可通过根尖孔经根管从冠部缺损处排脓，这种排脓方式对根尖周组织的破坏最小。儿童乳牙可见由此途径排脓，而成人患牙很难同时具备这三个条件，因此，在临床上应尽早将髓腔开通进行引流，在根尖部脓液尚未广泛扩散到牙槽骨骨松质时，促使其由此通路排放，尽量减轻炎症对根尖周围组织的损伤。还有一种排脓途径是通过牙周膜从龈沟或牙周袋排脓，成人患牙经此方式排脓多发生于同时患有牙周病的情况，通常预后很差；而乳牙根尖周脓肿时，因牙周膜组织较疏松，根尖部的脓液可顺牙周间隙扩散，从龈沟排出，当局部的急性炎症被消除并经完善的治疗后，遭受损伤的牙周组织仍能愈合并恢复正常。

对急性根尖周炎患牙进行X线检查，根尖周组织影像并无明显异常表现，但根管或髓室内也可呈现出做过牙髓治疗的强阻射影。

【诊断】

1.主要依据患牙所表现出来的临床症状及体征，由疼痛及红肿的程度来分辨患牙所处的炎症阶段。

- (1) 患牙典型的胀痛、咬合痛的症状。
- (2) 对叩诊和扪诊的反应。
- (3) 根尖部牙龈的表现。
- (4) 结合患者的年龄分析牙髓活力测验的反应。

(5) 患牙深及牙髓的牙体疾病及所具有的牙髓病史、外伤史以及不完善的牙髓治疗史均可作为参考。

2. 急性根尖周炎的 4 个阶段是一个移行过渡、连续发展的过程，不能截然分开，在临床上只能相对地识别上述各阶段。根据症状及检查所见做出各阶段的诊断是很重要的，因为各阶段都有其相应有效的应急处理措施。在根尖周脓肿阶段，其持续性的跳动可与浆液期鉴别；骨膜下脓肿时，疼痛极为剧烈，根尖部红肿明显，扪诊有深波动感，叩诊能引起最剧烈的疼痛，且可以伴有全身症状；发展到黏膜下脓肿时，则疼痛有所减轻，肿胀明显而局限，波动感表浅（表 6-1）。

表 6-1 急性根尖周炎各期的临床表现

症状和体征	浆液期	根尖周脓肿期	骨膜下脓肿期	粘膜下脓肿期
疼痛	咬合痛	持续跳痛	胀跳痛极剧烈	减轻
叩痛	(+) ~ (++)	(++) ~ (+++)	(+++)	最剧烈 (++) ~ (+)
扪诊	不适	疼痛 极痛，深波动感	浅波动感	
根尖部牙龈	无变化/潮红	红肿，局限	红肿明显	肿胀明显
全身症状	无	无/轻 乏力，发热	减轻/无	

3. 由慢性根尖周炎转化而来的急性炎症也表现为上述各阶段的症状和体征，临床上诊断为“慢性根尖周炎急性发作”，它与原发的急性根尖周炎的区别在于 X 线片上所显示的影像不同。急性根尖周炎在 X 线片上看不出根尖部有明显改变，而慢性根尖周炎急性发作时，X 线片上可见根尖部有不同程度的牙槽骨破坏所形成的透影区。

【鉴别诊断】

(一) 急性牙周脓肿

牙周脓肿多发生在牙周炎的晚期，一般为急性过程。在临床上表现为患牙的唇（颊）侧或舌（腭）侧牙龈出现椭圆形或半球状的脓肿突起，肿胀部位的牙龈红肿光亮，扪诊有波动感。患牙可有搏动性疼痛、浮起、松动、咬合痛等症状和体征。重要的是，患牙除具有急性脓肿的

表现外，还有牙周袋存在、袋口溢脓、牙槽骨吸收和牙松动等牙周炎的表现。鉴别的思路可从病史和检查结果来获得（表 6-2）：急性根尖周脓肿的患牙多有较长时间的牙体病损（如龋洞）和（或）曾有过牙痛史、牙髓治疗史；急性牙周脓肿患牙的病史则为长期牙周炎史。从临床检查的角度来看，可以循着牙体—牙髓—牙周组织的顺序进行检查比较，着重注意牙体硬组织的完整性，牙髓的活力，有无深牙周袋，脓肿的位置及与牙周袋的关系，X 线片所显示的牙槽骨破坏情况和区域对于明确诊断有很大帮助。

表 6-2 急性根尖周脓肿与急性牙周脓肿的鉴别要点

鉴别点	急性根尖周炎	急性牙周脓肿
感染来源	感染根管	牙周袋
病史	较长期牙体缺损史	
牙痛史		
牙髓治疗史	长期牙周炎病史	
牙体情况	深龋洞	
近髓的非龋疾病		
修复体	多无可引起牙髓坏死的牙体病损	
牙髓活力	多无	多有
牙周袋	无	深，迂回曲折
脓肿部位	靠近根尖部	
中心位于龈沟附近		靠近牙龈缘
肿胀范围	较弥散	局限于牙周袋壁
疼痛程度	重	相对较轻
牙松动度	相对轻，病愈后牙恢复稳定	明显，消肿后仍很松动
叩痛	很重	相对较轻
X 线片表现	无明显异常表现，若患牙为慢性根尖周急性发作，根尖周牙槽骨明显透射区	牙槽骨嵴破坏，可有骨下袋
病程	相对较长，脓液自根尖周向外排出的时间约需五六天	相

对较短，一般 3、4 天自溃

（二）口腔颌面部间隙感染

口腔颌面部间隙感染是指发生在口腔、颌骨周围、颜面及颈上部的肌肉、筋膜或皮下组织中的弥散性急性化脓性炎症，又称蜂窝织炎。根尖周炎和冠周炎等牙源性感染是其主要病因。临床表现局部黏膜的红肿比急性根尖周炎的范围更大，且皮肤也出现红肿热痛，还可出现开口受限、吞咽困难等功能障碍；全身反应轻重不等，轻者无明显全身症状，重者有发热、畏寒、头痛、全身不适，甚至可伴发败血症、中毒性休克的严重并发症；血象中白细胞总数增高，分类中性粒细胞比例增多。上颌前牙和前磨牙可引起眶下间隙感染，下颌前牙可引起颌下间隙感染，上、下颌磨牙可引起颊间隙、嚼肌间隙、颞间隙及颞下间隙感染，下颌后牙还可引起翼颌间隙、颌下间隙、舌下间隙的感染。

（三）急性中央性颌骨骨髓炎

急性中央性颌骨骨髓炎是颌骨骨膜、骨髓腔和骨髓的化脓性炎症，感染途径主要为根尖周炎和智牙冠周炎等牙源性感染，主要的发生部位是下颌骨体，也可弥散至下颌升支。起病急，全身中毒症状非常明显，高热可达 39~40℃，血象中白细胞计数增高并可出现核左移；局部的表现比急性根尖周炎更广泛，除颌面部肿胀，皮温高，颌骨疼痛等典型的炎症表现外，还可出现下唇麻木、多数牙松动、牙周溢脓、张口困难等症状和体征，严重者可并发败血症或颅内感染。

【治疗原则】

1. 开髓，清除根管内容物，疏通根管，引流根尖炎症渗出物。
2. 评估患牙的可保留性，根据诊断和下一步的治疗方案做不同的处置：
 - （1）如患牙可保留，在开通根管并初步清创后，最好不要外敞于口腔中。根据急性根尖周炎的临床发展阶段进行相应的处置：
 - 1) 浆液期患牙可于髓腔封抑菌、抗炎消毒药。
 - 2) 根尖周脓肿期患牙可在髓腔封药的同时进行根尖部环钻术引流，无条件者可短暂开放引流。
 - 3) 骨膜下脓肿期和黏膜下脓肿期患牙在髓腔封药的同时需做脓肿切

	<p>开引流。待急性症状缓解后，予以根管治疗。</p> <p>(2) 如患牙不能保留，则开放髓腔，待急性症状缓解后予以拔除。</p> <p>3.适当调(牙合)，全身应用消炎止痛药物。抗生素以广谱抗生素和针对厌氧菌的抗生素为首选，还可应用非甾体类消炎止痛剂缓解症状并给予必要的全身支持疗法。</p>	
44	<p>牙龈自发出血 5 天，牙槽脓肿</p> <p>解析：牙龈出血</p> <p>询问病史要点</p> <p>(一) 现病史</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.牙龈出血的部位和时间。 2.牙龈是自动出血还是刺激后出血，有无自限性，出血能否止住，止血的方法。 3.牙龈出血量。 4.牙龈有无疼痛。 5.牙龈肿胀情况。 6.牙龈乳头有无瘤样物形成。 7.是否伴有牙松动、牙脱落。 8.近来是否紧张、劳累，是否熬夜。 <p>(二) 既往史</p> <p>以前有无牙龈出血史，身体其他部位外伤后有无出血不易止住现象，有无白血病等血液病史，有无口腔颌面部及其邻近器官的疾病。</p> <p>(三) 全身情况</p> <p>患者是否妊娠，是否是月经期、产褥期、更年期等。有无高血压，是否服用阿司匹林等抗凝血药物。近来有无发热、食欲缺乏、体重减轻等现象。</p> <p>牙槽脓肿部分题目信息不全，无法给出准确解答。</p>	

病史采集：牙龈出血两月，

解析：牙龈出血

询问病史要点

（一）现病史

1.牙龈出血的部位和时间。

2.牙龈是自动出血还是刺激后出血，有无自限性，出血能否止住，止血的方法。

3.牙龈出血量。

4.牙龈有无疼痛。

5.牙龈肿胀情况。

6.牙龈乳头有无瘤样物形成。

7.是否伴有牙松动、牙脱落。

8.近来是否紧张、劳累，是否熬夜。

（二）既往史

以前有无牙龈出血史，身体其他部位外伤后有无出血不易止住现象，有无白血病等血液病史，有无口腔颌面部及其邻近器官的疾病。

（三）全身情况

患者是否妊娠，是否是月经期、产褥期、更年期等。有无高血压，是否服用阿司匹林等抗凝血药物。近来有无发热、食欲缺乏、体重减轻等现象。

牙槽脓肿部分题目信息不全，无法给出准确解答。

病例分析：间隙感染

解析：题目信息不全，无法给出详细答案

舌尖小溃，牙龈炎和三叉神经痛，张口困难三年；

解析：口腔黏膜溃疡

询问病史要点

（一）现病史

1. 溃疡是否有周期性发作特点。
2. 溃疡持续的时间。
3. 溃疡的大小、深浅及数目。
4. 溃疡的好发部位。
5. 溃疡的疼痛情况。
6. 是否有创伤因素，如残根、残冠及不良修复体。

（二）既往史

1. 是否有结核病史。
2. 是否有药物过敏史。
3. 是否有恶性肿瘤史。

（三）全身情况

1. 是否有外阴部溃疡。
2. 皮肤病发病情况。
3. 眼病发病情况。

慢性龈炎

【临床表现】

1. 症状 刷牙或咬硬物时牙龈出血，但一般无自发性出血。有的患者可感到牙龈局部发痒、发胀。

2. 检查所见

（1）色泽改变：由于牙龈组织内血管增生、充血导致游离龈和龈乳头呈鲜红或暗红色，严重时炎症充血范围可波及附着龈。

（2）形态改变：由于水肿的牙龈冠向和颊舌向肿胀，龈缘变厚，不再紧贴牙面。龈乳头圆钝肥大。附着龈水肿时，点彩消失，表面光滑发亮。

(3) 质地变化：由于结缔组织水肿和胶原的破坏，牙龈质地松软，缺乏弹性。

(4) 探诊出血。

【诊断】

1. 龈缘处牙面有菌斑、牙石等刺激物。
2. 牙龈色、形、质改变，探诊出血。
3. 无附着丧失和牙槽骨吸收。

【鉴别诊断】

1. 慢性牙周炎 尤其要与早期牙周炎相鉴别。牙周炎在临床可探到或看到釉牙骨质界，既有附着丧失，并有牙周袋形成。X 线片上有牙槽骨吸收，早期在（牙合）翼片上可发现早期的牙槽嵴顶吸收。
2. 血液病引起的牙龈出血 多见自发性出血。应通过病史和血液学检查与血液系统疾病相鉴别。
3. 坏死性溃疡性龈炎 自发性出血，常伴牙龈的自发性疼痛、腐败性口臭，严重者可能伴低热。龈乳头和龈缘坏死是其特征性损害。
4. HIV 相关性龈炎 临床可见游离龈缘呈明显的线状红色充血带，称作牙龈线形红斑。去除局部炎症后，牙龈的充血仍不消退。血清学检测有助于确诊。

【治疗原则】

1. 去除病因（洁治，口腔卫生指导，控制菌斑）。
2. 防止复发。

三叉神经痛

【临床表现】

1. 症状 本病的主要表现是在三叉神经某分支区域内，骤然发生闪电式的极为剧烈的疼痛。疼痛可自发，也可由轻微的刺激“扳机点”所引起。疼痛如电击、针刺、刀割或撕裂样剧痛，发作时患者为了减轻疼痛而作出各种特殊动作。发作多在白天，每次发作时间一般持续数秒、数十秒或 1~2 分钟后又骤然停止。两次发作之间称间歇期，无任何疼痛症状。只有少数病例在间歇期面部相应部位有轻微钝痛。

疾病的早期一般发作次数较少，持续时间较短，间歇期较长，但随着疾病的发展发作愈来愈频繁，间歇期亦缩短。

病程可呈周期性发作，每次发作期可持续数周或数月，然后有一段自动的暂时缓解期。缓解期可为数天或几年，在此期间疼痛缓解甚至消失，以后疼痛复发。三叉神经痛很少有自愈者。部分病例的发作期与气候有关，一般在春季及冬季容易发病。

有的患者由于疼痛发作时，用力揉搓面部皮肤，可发生皮肤粗糙、增厚、色素沉着、脱发、脱眉，有时甚至引起局部擦伤并继发感染。

在有些患者中疼痛牵涉到牙时，常疑为牙痛而坚持要求拔牙，故不少三叉神经痛患者都有拔牙史。

2.检查所见 原发性三叉神经痛患者无论病程长短，神经系统检查无阳性体征发现，仍保持罹患分支区域内的痛觉、触觉和温度觉的感觉功能和运动支的咀嚼肌功能。只有在个别病例中有某个部位皮肤的敏感性增加。

继发性三叉神经痛可因病变部位的不同，伴有面部皮肤感觉减退，角膜反射减退，听力降低等神经系统阳性体征。

但在原发性三叉神经痛病例中也有因摩擦局部皮肤增厚、粗糙，或由于做过封闭、理疗或局部敷药等而造成局部感觉减退。对这类患者应仔细检查有无其他神经系统阳性体征，以便与继发性三叉神经痛相鉴别。

【诊断】

依据病史、疼痛的部位、性质、发作表现和神经系统无阳性体征，一般诊断原发性三叉神经痛并不困难，但要排除继发性三叉神经痛。为了准确无误地判断疼痛的分支及疼痛涉及的范围，查找“扳机点”是具有重要意义的方法。在初步确定疼痛的分支后，用1%~2%的普鲁卡因在神经孔处行阻滞麻醉，以阻断相应的神经干，这属于诊断性质的封闭。

为明确罹患的分支，即查明发生疼痛症状的分支。为了进一步明确是原发性三叉神经痛还是继发性者，必须同时检查伴随的其他症状和体

征，如感觉、运动和反射的改变。

（一）定分支检查

定分支首先要寻找“扳机点”。各分支的常见“扳机点”的部位是：

眼支：眶上孔、上眼睑、眉、前额及颞部等部位。

上颌支：眶下孔、下眼睑、鼻唇沟、鼻翼、上唇、鼻孔下方或口角区、上颌结节或腭大孔等部位。

下颌支：颞孔、下唇、口角区、耳屏部、颊黏膜、颊脂垫尖、舌颌沟等处，并须观察在开闭口及舌运动时有无疼痛的发作。

对上述各分支的常见“扳机点”按顺序进行检查。由于各“扳机点”痛阈高低不同，检查时的刺激强度也应由轻至重作适当的改变。

1. 拂诊 以棉签或示指轻拂可疑之“扳机点”。
2. 触诊 用示指触摸“扳机点”。
3. 压诊 用较大的压力进行触诊。
4. 揉诊 对可能的“扳机点”用手指进行连续回旋式重揉动作，每一回旋需稍作刹那停顿，这种检查方法往往能使高痛阈的“扳机点”出现阳性体征，多用作眶下孔和颞孔区的检查。

（二）三叉神经功能检查

1. 感觉功能 可用探针轻划（触觉）与轻刺（痛觉）患侧的三叉神经各分布区的皮肤与黏膜，并与健侧相比较。原发性三叉神经痛的检查结果两侧相等。若痛觉丧失时，需再作温度觉检查—以试管盛冷热水试之。可用两支玻璃管分盛 0~10℃的冷水和 40~50℃的温水交替地接触患者的皮肤，请其报出“冷”或“热”。如痛觉与温度觉均丧失而触觉存在时，可能是脊束核损害。

2. 角膜反射 请患者向一侧注视，用捻成细束的棉絮轻触角膜，由外向内，反射作用为双侧直接和间接的闭眼动作。反射中枢在脑桥，输入纤维为三叉神经眼支的鼻睫神经，传出为面神经。角膜反射可以受多种病变的影响。如一侧三叉神经受损造成角膜麻痹时，刺激患侧角膜则双侧均无反应，而在作健侧角膜反射试验时，仍可引起双侧反应。

3. 腭反射 用探针或棉签轻刺软腭边缘，可引起软腭上提，当一侧反射消失，表明该侧上颌神经的分支腭后神经或蝶腭神经的损害。上颌神经损害时，还表现为嗅吸氨气、醋酸等时无灼痛感，以及用细软猪鬃刺激鼻腔下部黏膜时不发生喷嚏反射。

4. 运动功能 三叉神经运动支的功能障碍表现为咀嚼肌麻痹，咬紧牙时咬肌松弛无力。当下颌舌骨肌与二腹肌前腹麻痹，吞咽动作时患侧此两肌松弛。

凡出现上述神经功能性改变者，说明神经径路上有损害，常见的为占位性病变，必须进一步检查，以明确诊断。局限性的麻木、感觉障碍也可能由于维生素 B1 缺乏、神经症、三叉神经炎、注射无水乙醇或手术后所引起，根据病史不难确定。

【鉴别诊断】

应注意与下列疾病相鉴别：非典型面痛、牙痛和其他牙源性疾病、鼻窦炎、颞下颌关节紊乱病及舌咽神经痛。

【治疗原则】

三叉神经痛如属继发性者，应针对病因治疗；如为肿瘤应作肿瘤切除。对原发性三叉神经痛可采取以下几种方法治疗。

1. 药物治疗 对原发性三叉神经痛均应首先采用药物治疗，如无效时再考虑其他方法。首选药物为卡马西平（痛痉宁、酰胺咪嗪），其他药物还有苯妥英钠、氯硝西洋及山莨菪碱（654-2）等，也可根据情况配合使用镇痛剂。

2. 半月神经节射频温控热凝术。

3. 针刺疗法。

4. 封闭疗法。

5. 理疗。

6. 注射疗法。

7. 手术疗法包括：①病变性骨腔清除术；②三叉神经周围支切断撕脱术，主要适用于下牙槽神经和眶下神经。

8. 冷冻、激光等方法 近年来有采用冷冻、激光等方法治疗三叉神

经痛亦均获一定疗效。

对三叉神经痛选择治疗方法时，应本着循序渐进的原则。应首选对机体无损害性或损害性最小的治疗方法。一般应先从药物治疗或封闭、理疗等开始，如无效时再依次选择半月神经节温控热凝、注射疗法、神经撕脱等。只有当这些方法均无效时才考虑做颅内手术。

开口受限

询问病史要点

（一）现病史及相关内容

1. 开口受限的性质、程度和持续时间：询问患者开口受限的程度，是突然发生的还是渐进性加重，?开口受限程度有无变化。

2. 是否伴有疼痛及疼痛部位。

3. 面部是否有肿胀或膨隆，肿胀是否有消长史。

4. 关节弹响和杂音。

5. 有无外伤。

6. 口腔和颌面部皮肤是否有瘰孔。

7. 面型有无异常。

（二）既往病史

口腔颌面部外伤史、口腔颌面部感染史、颞下颌关节紊乱病史、中耳炎史、头颈部放疗史以及口腔治疗史或拔牙史。

（三）全身健康状况

有无类风湿关节炎史等系统性关节炎史、瘰症史等。

分析是药物性牙龈炎

解析：药物性牙龈肥大

【临床表现】

1. 症状 牙龈肥大增生好发于前牙，初起为龈乳头增大，继之扩展至附着龈。严重者可影响发音和咀嚼。

2. 检查所见

（1）色泽改变：常伴有炎症，牙龈呈鲜红色或暗红色，无炎症或炎

症消退后的牙龈色泽多呈淡粉色。

(2) 形态改变：龈缘肥厚、牙龈乳头呈结节状肥大、增生，肥大的牙龈可覆盖部分牙面。严重者附着龈也出现增生、肥大。

(3) 质地变化：有炎症时，质地松软，无炎症时质地坚实，略有弹性。

【诊断】

1. 服药史。

2. 牙龈色、形、质的改变，尤其是形态的改变，探诊出血。

【鉴别诊断】

(一) 慢性龈炎

慢性龈炎中有一部分表现为牙龈增生肥大，是牙龈肥大的常见疾病，好发于青少年。牙龈肥大主要局限于牙龈乳头和边缘龈。一般有明显的局部刺激因素。

(二) 遗传性牙龈纤维瘤病

可有家族史，无服药史。牙龈增生较广泛，大多覆盖牙面的 2/3 以上，以纤维性增生为主。

(三) 白血病牙龈病损

牙龈明显肥大，颜色暗红或苍白，无服药史。可有局部和全身淋巴结肿大。血涂片检查可见大量幼稚细胞。

(四) 妊娠期龈炎

发生在妊娠期妇女，表现出牙龈乳头肥大，多呈鲜红色，质地松脆，易出血。

【治疗原则】

1. 牙周基础治疗，清除局部刺激因素，控制炎症。

2. 必要时牙周手术。

3. 定期维护，防止复发。

第三站：冠折 活动牙压痛三天

解析：冠折

可分为简单冠折包括釉质折断，釉质-牙本质折断和复杂冠折即露髓冠折。

1.冠折（釉质折断） 多见于上颌中切牙切角或切缘折断，局限在牙釉质内。一般无自觉症状，有时粗糙的折断面可能磨伤嘴唇。牙表面可有裂纹。

2.冠折（釉质-牙本质折断）牙釉质、牙本质同时折断。常常出现冷热刺激痛，牙本质过敏症状，有时近髓处可见透红，敏感。

3.冠折露髓（复杂冠折） 牙冠缺损较多，牙髓暴露。症状明显，有冷热刺激痛，触痛明显，不能用牙咬东西。X 线片显示牙冠缺损累及牙髓，应注意牙根的发育程度。根周膜间隙无改变，或稍增宽。

【诊断】

外伤史，临床表现，X 线片表现。

【鉴别诊断】

根折：冠折的牙应该排除根折，通过X 线片可以鉴别。

【治疗原则】

冠折

1.冠折（釉质折断） 可不处理，或磨除锐利边缘。

2.冠折（釉质-牙本质折断） 儿童患者采取护髓治疗，在暴露的牙本质上采用氢氧化钙制剂间接盖髓后应用玻璃离子水门汀或光敏树脂充填。成人患者有过敏症状者，可行脱敏治疗。症状较重时，可用临时塑料冠，内衬氧化锌丁香油糊剂粘固，6~8 周后，氢氧化钙制剂间接盖髓后用光敏树脂修复外形。

3.冠折露髓 年轻恒牙应该尽量保留活髓以利于牙根继续发育，可以采用活髓切断术去除冠髓，保留根髓，可以应用光敏树脂充填或应用断冠粘接技术将断冠粘接。术后定期复查，牙根发育完成后，进行根管治疗，进行冠修复。如果外伤时间较长，牙髓感染坏死，可以采用根尖诱导成形术，定期换药，牙根尖孔封闭后采取根管治疗术。乳

	<p>牙冠折露髓可以进行牙髓摘除术.如果患儿年龄太小无法配合，为避免刺激孩子，可以酌情拔牙。牙根发育完成的恒牙应该进行牙髓摘除术，6~8周后可以进行牙冠修复。</p> <p>4.定期复查 可以在外伤后 1、3、6 月后以及每隔 1 年进行复查，进行牙髓活力测验，拍摄 X 线片。儿童患者牙冠缺损过多时，注意保持间隙，以利于成人后永久修复。</p> <p>病史采集：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.疼痛时间、部位，性质，程度 2.是否位于义齿边缘 3.疼痛区域有无溃疡存在 4.是否疼痛出现在咀嚼食物时 5.是否有疼痛位于卡环对应的龈缘处 6.是否存在满口黏膜疼痛 7.是否存在面部过长 <p>可能的疾病：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.基托边缘过长、过锐利 2.硬区缓冲不足 3.咬合压力过于集中 4.义齿不稳定 5.卡环过低刺激牙龈 6.颌位关系记录不准确，垂直距离过高。 	
53	<p>第三站：</p> <p>病史采集：16 岁女孩张口困难三年</p> <p>解析：开口受限</p> <p>询问病史要点</p> <p>（一）现病史及相关内容</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.开口受限的性质、程度和持续时间：询问患者开口受限的程度，是突然发生的还是渐进性加重，?开口受限程度有无变化。 2.是否伴有疼痛及疼痛部位。 	

3.面部是否有肿胀或膨隆，肿胀是否有消长史。

4.关节弹响和杂音。

5.有无外伤。

6.口腔和颌面部皮肤是否有瘻孔。

7.面型有无异常。

（二）既往病史

口腔颌面部外伤史、口腔颌面部感染史、颞下颌关节紊乱病史、中耳炎史、头颈部放疗史以及口腔治疗史或拔牙史。

（三）全身健康状况

有无类风湿关节炎等系统性关节炎史、瘰疬史等。

病例分析：药物性牙龈增生

解析：药物性牙龈肥大

【临床表现】

1.症状 牙龈肥大增生好发于前牙，初起为龈乳头增大，继之扩展至附着龈。严重者可影响发音和咀嚼。

2.检查所见

（1）色泽改变：常伴有炎症，牙龈呈鲜红色或暗红色，无炎症或炎症消退后的牙龈色泽多呈淡粉色。

（2）形态改变：龈缘肥厚、牙龈乳头呈结节状肥大、增生，肥大的牙龈可覆盖部分牙面。严重者附着龈也出现增生、肥大。

（3）质地变化：有炎症时，质地松软，无炎症时质地坚实，略有弹性。

【诊断】

1.服药史。

2.牙龈色、形、质的改变，尤其是形态的改变，探诊出血。

【鉴别诊断】

（一）慢性龈炎

慢性龈炎中有一部分表现为牙龈增生肥大，是牙龈肥大的常见疾病，好发于青少年。牙龈肥大主要局限于牙龈乳头和边缘龈。一般有明显

	<p>的局部刺激因素。</p> <p>(二) 遗传性牙龈纤维瘤病</p> <p>可有家族史, 无服药史。牙龈增生较广泛, 大多覆盖牙面的 2/3 以上, 以纤维性增生为主。</p> <p>(三) 白血病牙龈病损</p> <p>牙龈明显肥大, 颜色暗红或苍白, 无服药史。可有局部和全身淋巴结肿大。血涂片检查可见大量幼稚细胞。</p> <p>(四) 妊娠期龈炎</p> <p>发生在妊娠期妇女, 表现出牙龈乳头肥大, 多呈鲜红色, 质地松脆, 易出血。</p> <p>【治疗原则】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 牙周基础治疗, 清除局部刺激因素, 控制炎症。 2. 必要时牙周手术。 3. 定期维护, 防止复发。 	
57	<p>病史采集: 白斑和扁平苔藓</p> <p>解析: 口腔黏膜白色斑纹</p> <p>询问病史要点</p> <p>(一) 现病史</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 局部创伤因素。 2. 吸烟、饮酒和咀嚼槟榔情况。 3. 白色念珠菌感染情况。 4. 日晒情况。 5. 白色病损的发病时间。 <p>(二) 既往史</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. HIV 感染史。 2. 精神创伤史。 3. 梅毒病史。 <p>(三) 全身情况</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. HIV 感染的其他疾病发病情况。 	

2.皮肤病发病情况。

3.家族史。如：白色海绵状斑痣是常染色体显性遗传疾病，有家族遗传性。

病例分析：浅龋深龋不良修复体，桩核冠修复

解析：浅龋

1.症状 患者一般无主观症状，接受外界的物理、化学刺激时也无明显反应。

2.检查所见

(1) 窝沟浅龋部位透出墨浸状，用探针检查时有粗糙感或能卡住探针尖端。

(2) 平滑面浅龋呈白垩色点或斑，或黄褐色斑点。

(3) 釉质或牙骨质表面缺损，探诊粗糙质软，患牙无感觉。

(4) 邻面的平滑面龋早期不易察觉，用探针或牙线仔细检查，配合X线片可能作出早期诊断。

深龋

1.症状

(1) 患者遇冷、热刺激时，产生的疼痛比中龋显著。引起疼痛以温度刺激为主，对甜酸等化学刺激的反应，强度不如中龋。

(2) 刺激除去后，疼痛立即消失。

(3) 若深龋洞口开放，则常有食物嵌入洞中，食物压迫产生疼痛。

2.检查所见

(1) 深及牙本质深层的龋洞，内有大量深褐色的病变组织和食物残渣等。

(2) 龋洞内探诊质软，可有痛感。

(3) 温度刺激入洞可引起疼痛，温度测试反应同对照牙。

【诊断】

1.问诊 了解患牙遇冷、热、酸、甜刺激后有无不适感，或进食疼痛等。

2.视诊 通过肉眼直视或口镜协助，观察牙表面有无色泽变化和形

态缺损。

3.探诊 使用锐利的尖头探针，探查视诊所见的异常牙面或视线不易达到的隐蔽部位，了解龋洞深度、病损的质地、范围，是否卡住探针，患者对探诊的反应如何。

4.X 线检查

(1) 邻面的浅龋不易发现，用探针或牙线仔细检查，配合 X 线照片可能作出早期诊断。

(2) 邻面龋、继发龋在 X 线片上显示透射影像。

(3) 为了检查龋洞的深度及其与牙髓的关系，也可借助于 X 线检查。

【鉴别诊断】

(一) 浅龋应与釉质发育不全鉴别诊断

釉质发育不全牙面有变黄或变褐色的情况，不同于浅龋的是：

- 1.探诊时损害局部硬而光滑。
- 2.病变呈对称性，发生在同一时期发育和钙化的几个牙上。
- 3.有患者婴幼儿时期患高热疾病史。

(二) 浅龋应与氟牙症鉴别诊断

氟牙症是一种特殊的釉质发育不全，不同于浅龋的是：

- 1.受损牙面呈白垩色至深褐色，缺陷处探诊粗糙但不软。
- 2.患牙为对称性分布，或受损牙面涉及全口牙。
- 3.患者有牙齿发育矿化期在高氟区生活的历史。

(三) 深龋应注意与可复性牙髓炎鉴别诊断

深龋的特点是：

- 1.患者遇冷刺激时，产生的疼痛不如可复性牙髓炎显著。
- 2.深龋患牙温度刺激入洞可引起疼痛，刺激除去后疼痛立即消失。
- 3.深龋患牙温度刺激试验反应同对照牙，而可复性牙髓炎温度刺激试验的疼痛在刺激除去后可有短暂持续后消失，称为一过性敏感。

(四) 深龋应注意与慢性牙髓炎鉴别

- 1.深龋无自发痛史，慢性牙髓炎可有自发痛史。
- 2.温度测试深龋患牙反应同对照牙，慢性牙髓炎可为敏感、迟钝或迟

	<p>缓痛。</p> <p>3.深龋无叩痛，慢性牙髓炎叩痛（±或+）。</p> <p>【治疗原则】</p> <p>终止病变的进展，保持牙髓的正常活力，恢复牙齿的外形和生理功能。</p> <p>1.牙体硬组织缺损作充填治疗或粘结修复。</p> <p>2.深龋时洞底敏感者可垫底后充填或粘结修复。</p> <p>3.猛性龋应根据患者的具体情况制定全口患牙的治疗和防龋计划。</p> <p>去除不良修复体，桩核冠修复</p>	
66	<p>第三站：牙龈肿痛两天、</p> <p>解析：牙龈肿痛</p> <p>询问病史要点</p> <p>（一）现病史</p> <p>1.牙龈肿痛出现的部位、范围、程度和时间。</p> <p>2.牙龈有无出血，自动出血还是刺激后出血。牙龈有无疼痛。</p> <p>3.是否伴有牙松动、牙脱落。</p> <p>4.牙齿有无疼痛史，有无冷热痛、自发痛、继而牙痛消失、再出现牙龈肿痛过程。</p> <p>5.是否伴有面部肿胀，肿胀的部位。</p> <p>6.有无开口受限。</p> <p>7.是否有反复发作史。</p> <p>（二）既往史</p> <p>身体其他部位外伤后有无出血不易止住现象，有无白血病等血液病史，有无口腔颌面部及其邻近器官的疾病。</p> <p>（三）全身情况</p> <p>近来有无发热、食欲缺乏、体重减轻等现象，有无劳累。</p> <p>义齿性口炎</p> <p>解析：慢性萎缩型念珠菌病</p> <p>慢性萎缩型念珠菌口炎又称义齿性口炎，多发生于戴义齿的患者。损</p>	

	<p>害部位常在上颌义齿腭侧面接触的上腭和牙龈黏膜。常伴有口角炎。</p> <p>【临床表现】</p> <p>1.症状 可有轻度口干和烧灼感。</p> <p>2.检查所见 义齿承托区黏膜广泛发红，形成鲜红色弥散红斑。在红斑表面可有颗粒增生。舌背乳头可萎缩，舌质红。</p> <p>【诊断】</p> <p>1.好发于戴上颌义齿的患者，也可发生于一般患者口中。常伴有口角炎。</p> <p>2.慢性病程，持续数月至数年。</p> <p>3.可有轻度口干和烧灼感。</p> <p>4.义齿承托区黏膜广泛发红。</p> <p>5.义齿组织面涂片检查可见念珠菌菌丝或培养法证实念珠菌感染。</p> <p>【治疗原则】</p> <p>1.戴义齿的患者应注意义齿的清洁，睡觉前将义齿取下，浸泡在 2%~4%碳酸氢钠液。</p> <p>2.除去局部创伤，义齿固位不好引起创伤的应重衬或重新修复。</p> <p>3.局部抗真菌治疗。</p>	
67	<p>第三站：</p> <p>病史采集：牙龈出血</p> <p>解析：牙龈出血</p> <p>询问病史要点</p> <p>（一）现病史</p> <p>1.牙龈出血的部位和时间。</p> <p>2.牙龈是自动出血还是刺激后出血，有无自限性，出血能否止住，止血的方法。</p> <p>3.牙龈出血量。</p> <p>4.牙龈有无疼痛。</p> <p>5.牙龈肿胀情况。</p> <p>6.牙龈乳头有无瘤样物形成。</p>	

7.是否伴有牙松动、牙脱落。

8.近来是否紧张、劳累，是否熬夜。

(二) 既往史

以前有无牙龈出血史，身体其他部位外伤后有无出血不易止住现象，有无白血病等血液病史，有无口腔颌面部及其邻近器官的疾病。

(三) 全身情况

患者是否妊娠，是否是月经期、产褥期、更年期等。有无高血压，是否服用阿司匹林等抗凝血药物。近来有无发热、食欲缺乏、体重减轻等现象。

牙槽脓肿部分题目信息不全，无法给出准确解答。

病例分析：急性牙根尖炎

解析：慢性根尖周炎

慢性根尖周炎是指因根管内长期存在感染及病源刺激物导致根尖周围组织产生的慢性炎症反应。临床上一般没有明显的疼痛症状，病变类型可有根尖周肉芽肿、慢性根尖周脓肿、根尖周囊肿和根尖周致密性骨炎。前三种病变以慢性炎症细胞浸润和牙槽骨破坏为特征性表现，后者是当根尖周组织受到长期轻微、缓和的刺激，而机体抵抗力又很强时，根尖部的牙槽骨反以骨质增殖为表现，形成围绕根尖周围的一团致密骨，在增生的骨小梁间有少量慢性炎症细胞分布，又称慢性局限硬化性骨髓炎。

【临床表现】

1.症状

(1) 一般无明显的自觉症状，可有咀嚼不适感，也有牙龈反复起脓包的主诉。

(2) 可追问出患牙有牙髓病史、肿痛史，或牙髓治疗史。

2.检查所见

(1) 患牙可查及深龋洞、充填体或其他可累及牙髓的牙体硬组织疾患。

(2) 牙冠变色，失去光泽；深洞内探诊无反应，牙髓活力测试无反

应。根尖周致密性骨炎患牙可能有牙髓活力。

(3) 叩痛 (-) 或 (±), 一般不松动。

(4) 有时可于患牙根尖部的牙龈表面查及粟粒大小的乳头状窦道口 (龈窦), 偶尔也有远离患根的牙龈窦口, 还有在皮肤表面开口的皮窦, 呈肉芽肿样, 黄豆大小。挤压窦道口, 可有脓液溢出, 也有呈假性闭合的状态。有窦道的慢性根尖周炎又称为有窦型慢性根尖周脓肿。

(5) 当患牙根尖部呈半球状隆起, 不红, 扪诊有乒乓球感和 (或) 有弹性时, 要考虑可能为根尖周囊肿。

(6) X 线片显示患牙根尖区骨质变化的影像, 不同类型的慢性根尖周炎在 X 线片上各有特点:

1) 根尖周肉芽肿: 根尖部有圆形的透射影像, 边界清晰, 周围骨质正常或稍显致密, 透影区范围较小, 直径一般不超过 1cm。

2) 慢性根尖周脓肿: 根尖部透影区边界不清楚, 形状不规则, 周围骨质较疏松而呈云雾状。

3) 根尖周囊肿: 较小的囊肿在 X 线片上显示的透射影像与根尖周肉芽肿难以区别, 大的根尖周囊肿可见有较大的圆形透影区, 边界很清楚, 有一圈由致密骨组成的阻射白线围绕, 可因囊肿压迫致使邻牙移位或牙根吸收。

4) 根尖周致密性骨炎: 根尖部骨质呈局限性的致密阻射影像, 无透射区, 多在下颌后牙发现。

【诊断】

1. 患牙 X 线片上根尖区骨质破坏或增生的影像是确诊的关键依据。

2. 牙髓活力测试结果并结合患者年龄应作为重要的参考。

3. 如果有窦道, 确认其来自根尖周病变对诊断慢性根尖周脓肿十分重要, 有时需自窦道口插入牙胶尖拍摄诊断丝示踪 X 线片来确定窦道来源。需避免将其他来源的窦道误诊为根尖周炎, 或将窦道口附近的健康牙误诊为患牙。

4. 病史及患牙牙冠情况也可作为辅助参考指标。

	<p>5.根尖周致密性骨炎的患牙一般没有任何自觉症状，也无反复肿痛史，只有在进行X线检查时偶然发现。</p> <p>【鉴别诊断】</p> <p>依据X线检查结果对慢性根尖周炎进行诊断时，必须结合临床表现与那些非牙髓源性的根尖区病损相鉴别。例如非牙源性的颌骨内囊肿和其他肿物，在X线片上的表现与各型慢性根尖周炎的骨透射影像尤其是较大的根尖周囊肿的影像有相似之处。这些疾病与慢性根尖周炎的主要鉴别点是病变所涉及患牙的牙髓活力多为正常，仔细观察X线片可分辨出根尖部牙周膜间隙与根尖周其他部位的牙周膜间隙是一连续、规则的透射影像，必要时还可辅以牙科CT进行诊断。</p> <p>【治疗原则】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.根管治疗。 2.有窦型慢性根尖周炎患牙在根管预备后，需行根管封药，以彻底清除根管系统的感染，待窦道口闭合后再行根管充填。 3.较大的根尖病变，尤其是根尖周囊肿患牙，在根管治疗的基础上有时还需做根尖切除和倒充术。 4.根管治疗后，择期进行牙冠的修复，可根据剩余牙体组织的量选择复合树脂直接粘结修复，嵌体修复，或全冠、桩核冠修复。 5.无法完成根管治疗、根尖周病变顽固不愈、或牙体组织破坏严重不足以修复的患牙予以拔除。 	
68	<p>第三站：</p> <p>病史采集：开口困难</p> <p>解析：开口受限</p> <p>询问病史要点</p> <p>（一）现病史及相关内容</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.开口受限的性质、程度和持续时间：询问患者开口受限的程度，是突然发生的还是渐进性加重，?开口受限程度有无变化。 2.是否伴有疼痛及疼痛部位。 3.面部是否有肿胀或膨隆，肿胀是否有消长史。 	

	<p>4.关节弹响和杂音。</p> <p>5.有无外伤。</p> <p>6.口腔和颌面部皮肤是否有瘻孔。</p> <p>7.面型有无异常。</p> <p>（二）既往病史</p> <p>口腔颌面部外伤史、口腔颌面部感染史、颞下颌关节紊乱病史、中耳炎史、头颈部放疗史以及口腔治疗史或拔牙史。</p> <p>（三）全身健康状况</p> <p>有无类风湿关节炎等系统性关节炎史、瘰疬史等。</p>
71	<p>第三站：</p> <p>病史采集：脸颊侧溃疡</p> <p>解析：口腔黏膜溃疡</p> <p>询问病史要点</p> <p>（一）现病史</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.溃疡是否有周期性发作特点。 2.溃疡持续的时间。 3.溃疡的大小、深浅及数目。 4.溃疡的好发部位。 5.溃疡的疼痛情况。 6.是否有创伤因素，如残根、残冠及不良修复体。 <p>（二）既往史</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.是否有结核病史。 2.是否有药物过敏史。 3.是否有恶性肿瘤史。 <p>（三）全身情况</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.是否有外阴部溃疡。 2.皮肤病发病情况。 3.眼病发病情况。 <p>病例分析：三叉神经痛</p>

解析：三叉神经痛

【临床表现】

1.症状 本病的主要表现是在三叉神经某分支区域内，骤然发生闪电式的极为剧烈的疼痛。疼痛可自发，也可由轻微的刺激“扳机点”所引起。疼痛如电击、针刺、刀割或撕裂样剧痛，发作时患者为了减轻疼痛而作出各种特殊动作。发作多在白天，每次发作时间一般持续数秒、数十秒或 1~2 分钟后又骤然停止。两次发作之间称间歇期，无任何疼痛症状。只有少数病例在间歇期面部相应部位有轻微钝痛。疾病的早期一般发作次数较少，持续时间较短，间歇期较长，但随着疾病的发展发作愈来愈频繁，间歇期亦缩短。

病程可呈周期性发作，每次发作期可持续数周或数月，然后有一段自动的暂时缓解期。缓解期可为数天或几年，在此期间疼痛缓解甚至消失，以后疼痛复发。三叉神经痛很少有自愈者。部分病例的发作期与气候有关，一般在春季及冬季容易发病。

有的患者由于疼痛发作时，用力揉搓面部皮肤，可发生皮肤粗糙、增厚、色素沉着、脱发、脱眉，有时甚至引起局部擦伤并继发感染。

在有些患者中疼痛牵涉到牙时，常疑为牙痛而坚持要求拔牙，故不少三叉神经痛患者都有拔牙史。

2.检查所见 原发性三叉神经痛患者无论病程长短，神经系统检查无阳性体征发现，仍保持罹患分支区域内的痛觉、触觉和温度觉的感觉功能和运动支的咀嚼肌功能。只有在个别病例中有某个部位皮肤的敏感性增加。

继发性三叉神经痛可因病变部位的不同，伴有面部皮肤感觉减退，角膜反射减退，听力降低等神经系统阳性体征。

但在原发性三叉神经痛病例中也有因摩擦局部皮肤增厚、粗糙，或由于做过封闭、理疗或局部敷药等而造成局部感觉减退。对这类患者应仔细检查有无其他神经系统阳性体征，以便与继发性三叉神经痛相鉴别。

【诊断】

依据病史、疼痛的部位、性质、发作表现和神经系统无阳性体征，一般诊断原发性三叉神经痛并不困难，但要排除继发性三叉神经痛。为了准确无误地判断疼痛的分支及疼痛涉及的范围，查找“扳机点”是具有重要意义的方法。在初步确定疼痛的分支后，用 1%~2%的普鲁卡因在神经孔处行阻滞麻醉，以阻断相应的神经干，这属于诊断性质的封闭。

为明确罹患的分支，即查明发生疼痛症状的分支。为了进一步明确是原发性三叉神经痛还是继发性者，必须同时检查伴随的其他症状和体征，如感觉、运动和反射的改变。

（一）定分支检查

定分支首先要寻找“扳机点”。各分支的常见“扳机点”的部位是：

眼支：眶上孔、上眼睑、眉、前额及颞部等部位。

上颌支：眶下孔、下眼睑、鼻唇沟、鼻翼、上唇、鼻孔下方或口角区、上颌结节或腭大孔等部位。

下颌支：颞孔、下唇、口角区、耳屏部、颊黏膜、颊脂垫尖、舌颌沟等处，并须观察在开闭口及舌运动时有无疼痛的发作。

对上述各分支的常见“扳机点”按顺序进行检查。由于各“扳机点”痛阈高低不同，检查时的刺激强度也应由轻至重作适当的改变。

1. 拂诊 以棉签或示指轻拂可疑之“扳机点”。
2. 触诊 用示指触摸“扳机点”。
3. 压诊 用较大的压力进行触诊。
4. 揉诊 对可能的“扳机点”用手指进行连续回旋式重揉动作，每一回旋需稍作刹那停顿，这种检查方法往往能使高痛阈的“扳机点”出现阳性体征，多用作眶下孔和颞孔区的检查。

（二）三叉神经功能检查

1. 感觉功能 可用探针轻划（触觉）与轻刺（痛觉）患侧的三叉神经各分布区的皮肤与黏膜，并与健侧相比较。原发性三叉神经痛的检查结果两侧相等。若痛觉丧失时，需再作温度觉检查—以试管盛冷热水试之。可用两支玻璃管分盛 0~10℃的冷水和 40~50℃的温水交替

地接触患者的皮肤，请其报出“冷”或“热”。如痛觉与温度觉均丧失而触觉存在时，可能是脊束核损害。

2.角膜反射 请患者向一侧注视，用捻成细束的棉絮轻触角膜，由外向内，反射作用为双侧直接和间接的闭眼动作。反射中枢在脑桥，输入纤维为三叉神经眼支的鼻睫神经，传出为面神经。角膜反射可以受多种病变的影响。如一侧三叉神经受损造成角膜麻痹时，刺激患侧角膜则双侧均无反应，而在作健侧角膜反射试验时，仍可引起双侧反应。

3.腭反射 用探针或棉签轻刺软腭边缘，可引起软腭上提，当一侧反射消失，表明该侧上颌神经的分支腭后神经或蝶腭神经的损害。上颌神经损害时，还表现为嗅吸氨气、醋酸等时无灼痛感，以及用细软猪鬃刺激鼻腔下部黏膜时不发生喷嚏反射。

4.运动功能 三叉神经运动支的功能障碍表现为咀嚼肌麻痹，咬紧牙时咬肌松弛无力。当下颌舌骨肌与二腹肌前腹麻痹，吞咽动作时患侧此两肌松弛。

凡出现上述神经功能性改变者，说明神经径路上有损害，常见的为占位性病变，必须进一步检查，以明确诊断。局限性的麻木、感觉障碍也可能由于维生素 B1 缺乏、神经症、三叉神经炎、注射无水乙醇或手术后所引起，根据病史不难确定。

【鉴别诊断】

应注意与下列疾病相鉴别：非典型面痛、牙痛和其他牙源性疾病、鼻窦炎、颞下颌关节紊乱病及舌咽神经痛。

【治疗原则】

三叉神经痛如属继发性者，应针对病因治疗；如为肿瘤应作肿瘤切除。对原发性三叉神经痛可采取以下几种方法治疗。

1.药物治疗 对原发性三叉神经痛均应首先采用药物治疗，如无效时再考虑其他方法。首选药物为卡马西平（痛痉宁、酰胺咪嗪），其他药物还有苯妥英钠、氯硝西洋及山莨菪碱（654-2）等，也可根据情况配合使用镇痛剂。

	<p>2.半月神经节射频温控热凝术。</p> <p>3.针刺疗法。</p> <p>4.封闭疗法。</p> <p>5.理疗。</p> <p>6.注射疗法。</p> <p>7.手术疗法包括：①病变性骨腔清除术；②三叉神经周围支切断撕脱术，主要适用于下牙槽神经和眶下神经。</p> <p>8.冷冻、激光等方法 近年来有采用冷冻、激光等方法治疗三叉神经痛亦均获一定疗效。</p> <p>对三叉神经痛选择治疗方法时，应本着循序渐进的原则。应首选对机体无损害性或损害性最小的治疗方法。一般应先从药物治疗或封闭、理疗等开始，如无效时再依次选择半月神经节温控热凝、注射疗法、神经撕脱等。只有当这些方法均无效时才考虑做颅内手术。</p>	
73	<p>第三站</p> <p>病史采集：牙龈肥大两个月</p> <p>解析：牙龈肥大</p> <p>询问病史要点</p> <p>（一）现病史</p> <p>1.牙龈肥大的部位、范围和时间。</p> <p>2.有无癫痫病史、高血压病史及肾移植等病史，是否服药，服用的是何种药物。</p> <p>3.增生牙龈是否影响咀嚼。</p> <p>4.牙龈是否易出血，自发出血还是刷牙时出血，是否不易止住。</p> <p>5.牙龈乳头是否瘤样肥大，其大小及范围，是否妊娠。</p> <p>6.有无牙齿萌出困难史和家族遗传史。</p> <p>（二）既往史</p> <p>以前有无牙龈出血史，有无白血病等血液病史，有无口腔颌面部及其邻近器官的疾病。</p> <p>（三）全身情况</p>	

患者是否妊娠。近来有无发热、食欲缺乏、体重减轻等现象。

病例分析：妊娠期牙龈炎，右上六牙列缺损

解析：妊娠期龈炎

【临床表现】

1. 症状吮吸、刷牙或进食时牙龈易出血，或者一个或多个牙龈乳头呈瘤样肥大，妨碍进食。严重时可有轻度疼痛。

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，分娩后约 2 个月时，龈炎可减轻至妊娠前水平。这与血中黄体酮水平的升高相关联。

2. 检查所见

(1) 龈缘和龈乳头呈鲜红或暗红色，松软而光亮，或呈现显著的炎性肿胀、肥大，有龈袋形成，可发生于个别牙龈，也可为全口的牙龈，多以前牙区为重。

(2) 孕瘤多发生于前牙，尤其是下前牙唇侧龈乳头，或发生于个别牙排列不齐的龈乳头，常始发于妊娠第 3 个月。

(3) 如为孕瘤，检查时可见：单个或多个牙的牙龈乳头增大，色泽鲜红光亮或暗紫，表面光滑，质地松软，极易出血。瘤体常呈扁圆形向近远中扩延，有的呈小的分叶状，有蒂或无蒂。一般直径不超过 2cm，但严重的病例可因瘤体较大而妨碍进食或被咬破而出血感染。

(4) 分娩后，妊娠期龈瘤能逐渐自行缩小。

【诊断】

1. 育龄妇女。

2. 牙龈呈现鲜红色、高度水肿、肥大，且有明显出血倾向者，或有龈瘤样表征。

3. 询问其月经情况，了解是否妊娠。若已怀孕，便可诊断。

【鉴别诊断】

(一) 长期服用激素类避孕药

长期服用激素类避孕药的妇女，有些也有类似的临床表现，询问是否

妊娠和服药情况即可鉴别。

（二）化脓性肉芽肿

表现为个别牙龈乳头的无痛性肿胀、突起的瘤样物，有蒂或无蒂，牙龈颜色鲜红或暗红，质地松软极易出血。表面多有溃疡和脓性渗出物，一般多可找到局部刺激因素。发生于非妊娠妇女。

（三）慢性龈炎

牙龈色红，水肿，病变程度与局部刺激因素一致。但一般不会呈鲜红色，水肿较妊娠期龈炎轻，很少呈明显出血倾向。任何年龄和性别均可发生。

（四）遗传性牙龈纤维瘤病

可有家族史，无服药史。牙龈增生较广泛，大多覆盖牙面的 2/3 以上，以纤维性增生为主。

（五）白血病牙龈病损

牙龈明显肥大，颜色暗红或苍白，无服药史。可有局部和全身淋巴结肿大。血涂片检查可见大量幼稚细胞。

【治疗原则】

1. 动作轻柔地去除局部刺激因素，尽量减少出血和疼痛。
2. 认真细致地遵循口腔卫生指导。
3. 对于炎症表现严重者可使用刺激性小、不影响胎儿生长发育的含漱液含漱。尽量避免使用全身药物治疗，以免影响胎儿发育。
4. 对体积较大已妨碍进食的妊娠期龈瘤，可手术切除，手术时机应尽量选择在妊娠期的 4~6 个月内，以免引起流产或早产。术中应避免流血过多，术后应严格控制菌斑，以防复发。

【预防】

怀孕前及时治疗原有的慢性龈炎，整个妊娠期应严格控制菌斑。

右上 6 牙列缺损，可进行种植修复，或者可摘局部义齿修复，或者固定桥修复等。

第三站：溃疡

解析：一、轻型口疮

轻型口疮约占复发性口腔溃疡患者的 80%，患者初发时多数为此型。溃疡好发于唇、舌、颊、软腭等非角化黏膜，附着龈及硬腭等角化黏膜很少发病。溃疡复发的间隙期从半月至数月不等，有的患者会出现此起彼伏、迁延不断的情况。

【临床表现】

1. 症状溃疡发生时，病损局部疼痛明显，特别是进食刺激性食物疼痛加重。
2. 检查所见轻型口疮初起时局部黏膜充血水肿，可见粟粒状红点，继而形成浅表溃疡，圆形或椭圆形，直径小于 5mm。约 7~10 天溃疡愈合，不留瘢痕。轻型口疮一般为 1~5 个，散在分布。

【诊断】

1. 溃疡周期性反复发作，有自限性，好发于黏膜上皮角化较差的区域。
2. 溃疡多为 2~5mm 大小，边缘整齐，溃疡中心稍凹陷，表面有黄白色假膜覆盖，周围充血，疼痛明显。
3. 一般溃疡 7~10 天可自愈，愈合后不留瘢痕。

【鉴别诊断】

（一）白塞病

白塞病又称口、眼、生殖器三联症。本病临床表现为反复发作有自限性的口腔溃疡；眼可有虹膜睫状体炎、前房积脓、脉络膜炎、结膜炎、角膜炎、视神经乳头炎、视神经萎缩等病变，眼病由于反复发作，可造成视力逐步减退，甚至失明；生殖器病损，男女生殖器官黏膜均可出现溃疡，但一般间歇期较口腔溃疡大，也有同时出现肛门损害的情况；皮肤损害较常见，表现为结节性红斑，毛囊炎及针刺反应阳性；白塞病还可伴有关节、心血管、消化道、神经系统等全身症状或损害，所以在诊断治疗复发性口腔溃疡的时候一定要问清病史及时发现白塞病患者，并建议患者到相关科室治疗。

（二）创伤性溃疡

溃疡的形态常与慢性机械损伤因子基本契合，周围有炎症性增生反应，黏膜发白。除去创伤因子后，损害可逐渐好转。

【治疗原则】

寻找诱因，去除可能的致病因素。以局部治疗为主，局部治疗主要是消炎、止痛、促溃疡愈合。

二、口炎型口疮

口炎型口疮亦称疱疹样复发性阿弗他溃疡，约占复发性口腔溃疡患者的 10%。

【临床表现】

1. 症状 溃疡数目多，散在分布于口腔内，唾液增多，疼痛明显。相应部位淋巴结肿大，有时伴有头疼、发热等症状。

2. 检查所见 溃疡数目多可达十几个或几十个，散在分布，似“满天星”。溃疡多为 2~5mm 大小，相邻的溃疡可融合成片，黏膜广泛充血发红。

【诊断】

1. 溃疡大小同轻型口疮，但数目多，可以 10~30 个或更多。
2. 溃疡散在分布于口腔内，可发生于角化黏膜，病变不成簇。
3. 溃疡周围黏膜充血，唾液增多，疼痛明显。
4. 相应部位淋巴结肿大，有时伴有头疼、发热等症状。

【鉴别诊断】

（一）疱疹性龈口炎

多发生在儿童，溃疡成簇，可相互融合形成较大的溃疡，边缘不整齐，牙龈明显充血水肿。

（二）手足口病

手足口病是因感染柯萨奇病毒A16、A5、A10 和肠道病毒EV71 型所引起的皮肤黏膜病。前驱症状有发热、困倦与局部淋巴结肿大；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。口腔损害广泛分布于唇、颊、舌、腭等处，初起时多小水疱，迅速成为溃疡，经 5~10 日后愈合。根据国内外资料，与其他肠道病毒引起的手足口病相比，由 EV71 型病毒感染引起的疾病发生重症感染的比例较大，病死率也较高，重症病例病死率可达 10%~25%，应该引起重视。

（三）疱疹性咽峡炎

由柯萨奇病毒 A4 所引起口腔疱疹损害，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，病损分布只限于口腔后部，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 7 天。

【治疗原则】

基本原则同轻型口疮。局部治疗仍是消炎、止痛、促溃疡愈合。全身可以选用中药和免疫调节剂治疗。

三、重型口疮

重型口疮亦称复发性坏死性黏膜腺周围炎，简称腺周口疮。溃疡大而深，愈合后可形成瘢痕或组织缺损，约占复发性口腔溃疡的 8%。

【临床表现】

1. 症状 深大，1~2 个，疼痛明显，进食刺激食物疼痛加重。常伴低热乏力等全身不适症状，溃疡局部区域的淋巴结肿痛。愈合后可留瘢痕。发生于舌腭弓、软硬腭交界处等口腔后部时可造成组织缺损，影响言语及吞咽。

2. 检查所见 大而深，似“弹坑”状，直径可大于 1cm，周围组织红肿微隆起，基底微硬，表面有灰黄色假膜覆盖。其他黏膜处可见溃疡愈合遗留的瘢痕。

【诊断】

1. 患者都有复发性口腔溃疡史。
2. 溃疡数目少，多为单发，1~2 个，可伴有轻型口疮。
3. 溃疡大于 5mm，可达 1~2cm 以上，周围黏膜水肿，边缘隆起，溃疡底部坏死，中央凹陷，呈弹坑状。

	<p>4.病损持续时间长，可达 3 个月到半年。</p> <p>5.疼痛剧烈，有时伴有相应部位淋巴结肿大。</p> <p>6.溃疡波及黏膜下层及腺体，愈合后留有瘢痕。</p> <p>【鉴别诊断】</p> <p>（一）创伤性溃疡</p> <p>溃疡的形态常与慢性机械损伤因子基本契合，周围有炎症性增生反应，黏膜发白。除去创伤因子后，损害可逐渐好转。</p> <p>（二）癌性溃疡</p> <p>溃疡深大，病变进展迅速，基底有细颗粒状突起，似菜花状；基底有硬结，边缘部位比结核损害更硬，相应的淋巴结坚硬、粘连。</p> <p>（三）结核性溃疡</p> <p>患者有结核病史。口腔中最常见的是继发性结核损害。可发生于口腔黏膜任何部位，但常见于舌部，为慢性持久性溃疡。通常溃疡边界清楚或呈线形，表现为浅表、微凹陷的溃疡，其底覆有少许脓性渗出物，除去渗出物后，可见暗红色的桑葚样肉芽肿。溃疡边缘微隆，呈鼠啮状，并向中央卷曲，形成潜掘状边缘。患者早期即有疼痛，以舌部溃疡较为明显。</p> <p>【治疗原则】</p> <p>基本原则同轻型口疮。深大的腺周口疮经久不愈，可用醋酸泼尼松龙混悬液在溃疡基底部注射。全身可以选用中药和免疫调节剂治疗。</p>	
76	<p>第三站：</p> <p>病例分析：右侧下颌骨囊肿 口腔溃疡 浅龋 冠周炎</p> <p>解析：一、轻型口疮</p> <p>轻型口疮约占复发性口腔溃疡患者的 80%，患者初发时多数为此型。溃疡好发于唇、舌、颊、软腭等非角化黏膜，附着龈及硬腭等角化黏膜很少发病。溃疡复发的间隙期从半月至数月不等，有的患者会出现此起彼伏、迁延不断的情况。</p> <p>【临床表现】</p> <p>1.症状溃疡发生时，病损局部疼痛明显，特别是进食刺激性食物疼痛</p>	

加重。

2.检查所见轻型口疮初起时局部黏膜充血水肿，可见粟粒状红点，继而形成浅表溃疡，圆形或椭圆形，直径小于 5mm。约 7~10 天溃疡愈合，不留瘢痕。轻型口疮一般为 1~5 个，散在分布。

【诊断】

- 1.溃疡周期性反复发作，有自限性，好发于黏膜上皮角化较差的区域。
- 2.溃疡多为 2~5mm 大小，边缘整齐，溃疡中心稍凹陷，表面有黄白色假膜覆盖，周围充血，疼痛明显。
- 3.一般溃疡 7~10 天可自愈，愈合后不留瘢痕。

【鉴别诊断】

（一）白塞病

白塞病又称口、眼、生殖器三联症。本病临床表现为反复发作有自限性的口腔溃疡；眼可有虹膜睫状体炎、前房积脓、脉络膜炎、结膜炎、角膜炎、视神经乳头炎、视神经萎缩等病变，眼病由于反复发作，可造成视力逐步减退，甚至失明；生殖器病损，男女生殖器官黏膜均可出现溃疡，但一般间歇期较口腔溃疡大，也有同时出现肛门损害的情况；皮肤损害较常见，表现为结节性红斑，毛囊炎及针刺反应阳性；白塞病还可伴有关节、心血管、消化道、神经系统等全身症状或损害，所以在诊断治疗复发性口腔溃疡的时候一定要问清病史及时发现白塞病患者，并建议患者到相关科室治疗。

（二）创伤性溃疡

溃疡的形态常与慢性机械损伤因子基本契合，周围有炎症性增生反应，黏膜发白。除去创伤因子后，损害可逐渐好转。

【治疗原则】

寻找诱因，去除可能的致病因素。以局部治疗为主，局部治疗主要是消炎、止痛、促溃疡愈合。

二、口炎型口疮

口炎型口疮亦称疱疹样复发性阿弗他溃疡，约占复发性口腔溃疡患者的 10%。

【临床表现】

- 1.症状 溃疡数目多，散在分布于口腔内，唾液增多，疼痛明显。相应部位淋巴结肿大，有时伴有头疼、发热等症状。
- 2.检查所见 溃疡数目多可达十几个或几十个，散在分布，似“满天星”。溃疡多为 2~5mm 大小，相邻的溃疡可融合成片，黏膜广泛充血发红。

【诊断】

- 1.溃疡大小同轻型口疮，但数目多，可以 10~30 个或更多。
- 2.溃疡散在分布于口腔内，可发生于角化黏膜，病变不成簇。
- 3.溃疡周围黏膜充血，唾液增多，疼痛明显。
- 4.相应部位淋巴结肿大，有时伴有头疼、发热等症状。

【鉴别诊断】

（一）疱疹性龈口炎

多发生在儿童，溃疡成簇，可相互融合形成较大的溃疡，边缘不整齐，牙龈明显充血水肿。

（二）手足口病

手足口病是因感染柯萨奇病毒A16、A5、A10 和肠道病毒EV71 型所引起的皮肤黏膜病。前驱症状有发热、困倦与局部淋巴结肿大；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。口腔损害广泛分布于唇、颊、舌、腭等处，初起时多小水疱，迅速成为溃疡，经 5~10 日后愈合。根据国内外资料，与其他肠道病毒引起的手足口病相比，由 EV71 型病毒感染引起的疾病发生重症感染的比例较大，病死率也较高，重症病例病死率可达 10%~25%，应该引起重视。

（三）疱疹性咽峡炎

由柯萨奇病毒 A4 所引起口腔疱疹损害，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，病损分布只限于口腔后部，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 7 天。

【治疗原则】

基本原则同轻型口疮。局部治疗仍是消炎、止痛、促溃疡愈合。全身可以选用中药和免疫调节剂治疗。

三、重型口疮

重型口疮亦称复发性坏死性黏膜腺周围炎，简称腺周口疮。溃疡大而深，愈合后可形成瘢痕或组织缺损，约占复发性口腔溃疡的 8%。

【临床表现】

1. 症状 深大，1~2 个，疼痛明显，进食刺激食物疼痛加重。常伴低热乏力等全身不适症状，溃疡局部区域的淋巴结肿痛。愈合后可留瘢痕。发生于舌腭弓、软硬腭交界处等口腔后部时可造成组织缺损，影响言语及吞咽。

2. 检查所见 大而深，似“弹坑”状，直径可大于 1cm，周围组织红肿微隆起，基底微硬，表面有灰黄色假膜覆盖。其他黏膜处可见溃疡愈合遗留的瘢痕。

【诊断】

1. 患者都有复发性口腔溃疡史。
2. 溃疡数目少，多为单发，1~2 个，可伴有轻型口疮。
3. 溃疡大于 5mm，可达 1~2cm 以上，周围黏膜水肿，边缘隆起，溃疡底部坏死，中央凹陷，呈弹坑状。
4. 病损持续时间长，可达 3 个月到半年。
5. 疼痛剧烈，有时伴有相应部位淋巴结肿大。
6. 溃疡波及黏膜下层及腺体，愈合后留有瘢痕。

【鉴别诊断】

（一）创伤性溃疡

溃疡的形态常与慢性机械损伤因子基本契合，周围有炎症性增生反应，黏膜发白。除去创伤因子后，损害可逐渐好转。

（二）癌性溃疡

溃疡深大，病变进展迅速，基底有细颗粒状突起，似菜花状；基底有

硬结，边缘部位比结核损害更硬，相应的淋巴结坚硬、粘连。

（三）结核性溃疡

患者有结核病史。口腔中最常见的是继发性结核损害。可发生于口腔黏膜任何部位，但常见于舌部，为慢性持久性溃疡。通常溃疡边界清楚或呈线形，表现为浅表、微凹陷的溃疡，其底覆有少许脓性渗出物，除去渗出物后，可见暗红色的桑葚样肉芽肿。溃疡边缘微隆，呈鼠啮状，并向中央卷曲，形成潜掘状边缘。患者早期即有疼痛，以舌部溃疡较为明显。

【治疗原则】

基本原则同轻型口疮。深大的腺周口疮经久不愈，可用醋酸泼尼松龙混悬液在溃疡基底部注射。全身可以选用中药和免疫调节剂治疗。

口腔黏膜溃疡

询问病史要点

（一）现病史

1. 溃疡是否有周期性发作特点。
2. 溃疡持续的时间。
3. 溃疡的大小、深浅及数目。
4. 溃疡的好发部位。
5. 溃疡的疼痛情况。
6. 是否有创伤因素，如残根、残冠及不良修复体。

（二）既往史

1. 是否有结核病史。
2. 是否有药物过敏史。
3. 是否有恶性肿瘤史。

（三）全身情况

1. 是否有外阴部溃疡。
2. 皮肤病发病情况。
3. 眼病发病情况。

浅龋

1.症状 患者一般无主观症状，接受外界的物理、化学刺激时也无明显反应。

2.检查所见

(1) 窝沟浅龋部位透出墨浸状，用探针检查时有粗糙感或能卡住探针尖端。

(2) 平滑面浅龋呈白垩色点或斑，或黄褐色斑点。

(3) 釉质或牙骨质表面缺损，探诊粗糙质软，患牙无感觉。

(4) 邻面的平滑面龋早期不易察觉，用探针或牙线仔细检查，配合X线片可能作出早期诊断。

【鉴别诊断】

(一) 浅龋应与釉质发育不全鉴别诊断

釉质发育不全牙面有变黄或变褐色的情况，不同于浅龋的是：

- 1.探诊时损害局部硬而光滑。
- 2.病变呈对称性，发生在同一时期发育和钙化的几个牙上。
- 3.有患者婴幼儿时期患高热疾病史。

(二) 浅龋应与氟牙症鉴别诊断

氟牙症是一种特殊的釉质发育不全，不同于浅龋的是：

- 1.受损牙面呈白垩色至深褐色，缺陷处探诊粗糙但不软。
- 2.患牙为对称性分布，或受损牙面涉及全口牙。
- 3.患者有牙齿发育矿化期在高氟区生活的历史。

【治疗原则】

终止病变的进展，保持牙髓的正常活力，恢复牙齿的外形和生理功能。

- 1.牙体硬组织缺损作充填治疗或粘结修复。
- 2.深龋时洞底敏感者可垫底后充填或粘结修复。
- 3.猛性龋应根据患者的具体情况制定全口患牙的治疗和防龋计划。

智牙冠周炎

【临床表现】

1.症状 智牙冠周炎常以急性炎症形式出现。急性智牙冠周炎的初期，一般全身无明显反应；患者自觉患侧磨牙后区胀痛不适，当进食

咀嚼、吞咽、开口活动时疼痛加重。如病情继续发展，局部可呈自发性跳痛或沿耳颞神经分布区产生反射性痛。当炎症遍及咀嚼肌时，可引起肌反射性痉挛而出现不同程度的开口受限，甚至出现“牙关紧闭”。由于口腔不洁，表现为口臭、舌苔变厚、龈袋处有咸味分泌物溢出。

全身症状可有不同程度的畏寒、发热、头痛、全身不适、食欲减退及大便秘结。

慢性冠周炎在临床上多无明显症状，仅局部有轻度压痛、不适。

2.检查所见 口腔局部检查时，多数患者可见智牙萌出不全，如为低位阻生或牙冠被肿胀的龈瓣全部覆盖时，须用探针探查，方可在龈瓣下查出未全萌出的智牙或阻生牙。智牙周围的软组织及牙龈发红，伴不同程度的肿胀。龈瓣边缘糜烂，有明显触痛，或可由龈袋内压出脓汁。病情严重者，炎性肿胀可波及舌腭弓和咽侧壁，伴有明显的开口困难。当化脓性炎症局限后，可形成冠周脓肿，有时可自行溃破。相邻第二磨牙可有叩击痛。有时第二磨牙远中颈部可因阻生牙等局部因素导致龋，在检查时应多加注意，切勿遗漏。患者通常有患侧下颌下淋巴结的肿胀、压痛。冠周炎症可直接蔓延或经由淋巴管扩散，引起邻近组织器官或筋膜间隙的感染，出现相应的表现。除此以外，还有体温轻度升高，白细胞总数稍有增高，中性粒细胞比例上升等全身表现。

【诊断】

根据病史、临床症状和检查所见，诊断不难作出。通过探针检查，可发现未萌出的阻生智牙牙冠；X线检查不仅可以了解未萌出的阻生智牙，在慢性冠周炎时，有时还可发现牙周骨质阴影（病理性骨袋）的存在。

【鉴别诊断】

（一）下颌第一磨牙牙槽（或牙周）脓肿

下颌智牙冠周炎合并面颊痙时，特别是在同侧下颌第一磨牙及其牙周组织亦存在炎症病变时，更易误诊。应该仔细检查下颌第一磨牙的病

	<p>变深度、牙髓活力和叩痛等，以及同侧下颌智牙冠周情况，以供鉴别。</p> <p>(二) 下颌第二磨牙根尖周炎</p> <p>常由第二磨牙远中深龋引起，特别是已经出现了牙槽脓肿时。此时炎症中心较智牙冠周炎略微向近中，且下颌第二磨牙牙髓无活力，叩痛明显。</p> <p>(三) 下颌第三磨牙区牙龈的恶性肿瘤</p> <p>一般不以急性炎症为主要表现，出现持续生长的新生物，伴疼痛、开口受限、下唇和（或）舌麻木等，X线表现为骨的破坏。</p> <p>【治疗原则】</p> <p>1.急性期在急性期应以消炎、镇痛、切开引流、增强全身抵抗力的治疗为主。</p> <p>2.慢性期当炎症转入慢性期后，若为不可能萌出的阻生牙则应尽早拔除，以防感染再发。智牙冠周炎扩散引起的并发症，应作相应处理。</p>	
77	<p>第三站：复发性阿弗他溃疡、慢性牙周炎</p> <p>解析：一、轻型口疮</p> <p>轻型口疮约占复发性口腔溃疡患者的 80%，患者初发时多数为此型。溃疡好发于唇、舌、颊、软腭等非角化黏膜，附着龈及硬腭等角化黏膜很少发病。溃疡复发的间隙期从半月至数月不等，有的患者会出现此起彼伏、迁延不断的情况。</p> <p>【临床表现】</p> <p>1.症状溃疡发生时，病损局部疼痛明显，特别是进食刺激性食物疼痛加重。</p> <p>2.检查所见轻型口疮初起时局部黏膜充血水肿，可见粟粒状红点，继而形成浅表溃疡，圆形或椭圆形，直径小于 5mm。约 7~10 天溃疡愈合，不留瘢痕。轻型口疮一般为 1~5 个，散在分布。</p> <p>【诊断】</p> <p>1.溃疡周期性反复发作，有自限性，好发于黏膜上皮角化较差的区域。</p> <p>2.溃疡多为 2~5mm 大小，边缘整齐，溃疡中心稍凹陷，表面有黄白</p>	

色假膜覆盖，周围充血，疼痛明显。

3.一般溃疡 7~10 天可自愈，愈合后不留瘢痕。

【鉴别诊断】

（一）白塞病

白塞病又称口、眼、生殖器三联症。本病临床表现为反复发作有自限性的口腔溃疡；眼可有虹膜睫状体炎、前房积脓、脉络膜炎、结膜炎、角膜炎、视神经乳头炎、视神经萎缩等病变，眼病由于反复发作，可造成视力逐步减退，甚至失明；生殖器病损，男女生殖器官黏膜均可出现溃疡，但一般间歇期较口腔溃疡大，也有同时出现肛门损害的情况；皮肤损害较常见，表现为结节性红斑，毛囊炎及针刺反应阳性；白塞病还可伴有有关节、心血管、消化道、神经系统等全身症状或损害，所以在诊断治疗复发性口腔溃疡的时候一定要问清病史及时发现白塞病患者，并建议患者到相关科室治疗。

（二）创伤性溃疡

溃疡的形态常与慢性机械损伤因子基本契合，周围有炎症性增生反应，黏膜发白。除去创伤因子后，损害可逐渐好转。

【治疗原则】

寻找诱因，去除可能的致病因素。以局部治疗为主，局部治疗主要是消炎、止痛、促溃疡愈合。

二、口炎型口疮

口炎型口疮亦称疱疹样复发性阿弗他溃疡，约占复发性口腔溃疡患者的 10%。

【临床表现】

1.症状 溃疡数目多，散在分布于口腔内，唾液增多，疼痛明显。相应部位淋巴结肿大，有时伴有头疼、发热等症状。

2.检查所见 溃疡数目多可达十几个或几十个，散在分布，似“满天星”。溃疡多为 2~5mm 大小，相邻的溃疡可融合成片，黏膜广泛充血发红。

【诊断】

1. 溃疡大小同轻型口疮，但数目多，可以 10~30 个或更多。
2. 溃疡散在分布于口腔内，可发生于角化黏膜，病变不成簇。
3. 溃疡周围黏膜充血，唾液增多，疼痛明显。
4. 相应部位淋巴结肿大，有时伴有头疼、发热等症状。

【鉴别诊断】

（一）疱疹性龈口炎

多发生在儿童，溃疡成簇，可相互融合形成较大的溃疡，边缘不整齐，牙龈明显充血水肿。

（二）手足口病

手足口病是因感染柯萨奇病毒A16、A5、A10 和肠道病毒EV71 型所引起的皮肤黏膜病。前驱症状有发热、困倦与局部淋巴结肿大；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。口腔损害广泛分布于唇、颊、舌、腭等处，初起时多小水疱，迅速成为溃疡，经 5~10 日后愈合。根据国内外资料，与其他肠道病毒引起的手足口病相比，由 EV71 型病毒感染引起的疾病发生重症感染的比例较大，病死率也较高，重症病例病死率可达 10%~25%，应该引起重视。

（三）疱疹性咽峡炎

由柯萨奇病毒 A4 所引起口腔疱疹损害，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，病损分布只限于口腔后部，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 7 天。

【治疗原则】

基本原则同轻型口疮。局部治疗仍是消炎、止痛、促溃疡愈合。全身可以选用中药和免疫调节剂治疗。

三、重型口疮

重型口疮亦称复发性坏死性黏膜腺周围炎，简称腺周口疮。溃疡大而深，愈合后可形成瘢痕或组织缺损，约占复发性口腔溃疡的 8%。

【临床表现】

1.症状 深大，1~2个，疼痛明显，进食刺激食物疼痛加重。常伴低热乏力等全身不适症状，溃疡局部区域的淋巴结肿痛。愈合后可留瘢痕。发生于舌腭弓、软硬腭交界处等口腔后部时可造成组织缺损，影响言语及吞咽。

2.检查所见 大而深，似“弹坑”状，直径可大于1cm，周围组织红肿微隆起，基底微硬，表面有灰黄色假膜覆盖。其他黏膜处可见溃疡愈合遗留的瘢痕。

【诊断】

1.患者都有复发性口腔溃疡史。

2.溃疡数目少，多为单发，1~2个，可伴有轻型口疮。

3.溃疡大于5mm，可达1~2cm以上，周围黏膜水肿，边缘隆起，溃疡底部坏死，中央凹陷，呈弹坑状。

4.病损持续时间长，可达3个月到半年。

5.疼痛剧烈，有时伴有相应部位淋巴结肿大。

6.溃疡波及黏膜下层及腺体，愈合后留有瘢痕。

【鉴别诊断】

（一）创伤性溃疡

溃疡的形态常与慢性机械损伤因子基本契合，周围有炎症性增生反应，黏膜发白。除去创伤因子后，损害可逐渐好转。

（二）癌性溃疡

溃疡深大，病变进展迅速，基底有细颗粒状突起，似菜花状；基底有硬结，边缘部位比结核损害更硬，相应的淋巴结坚硬、粘连。

（三）结核性溃疡

患者有结核病史。口腔中最常见的是继发性结核损害。可发生于口腔黏膜任何部位，但常见于舌部，为慢性持久性溃疡。通常溃疡边界清楚或呈线形，表现为浅表、微凹陷的溃疡，其底覆有少许脓性渗出物，除去渗出物后，可见暗红色的桑葚样肉芽肿。溃疡边缘微隆，呈鼠啮状，并向中央卷曲，形成潜掘状边缘。患者早期即有疼痛，以舌部溃

疡较为明显。

【治疗原则】

基本原则同轻型口疮。深大的腺周口疮经久不愈，可用醋酸泼尼松龙混悬液在溃疡基底部注射。全身可以选用中药和免疫调节剂治疗。

慢性牙周炎

【临床表现】

1.症状 刷牙或咬硬物时牙龈出血。牙缝变大、牙齿变长，咀嚼无力，牙齿浮起感，牙齿松动、移位，牙周反复肿胀。与牙周疾病相关的其他症状还包括牙齿遇冷热敏感、口腔异味、食物嵌塞等。

2.检查所见

(1) 牙龈炎症表现

色泽改变：由于牙龈组织内血管增生、充血、局部血液循环阻滞导致牙龈呈鲜红色或暗红色。

形态改变：由于组织水肿牙龈冠向和颊舌向肿胀，龈缘变厚，不再紧贴牙面。龈乳头圆钝。附着龈水肿时，点彩消失，表面光滑发亮。牙龈还可以表现为牙龈退缩。

质地变化：由于结缔组织水肿和胶原的破坏，牙龈质地松软，缺乏弹性。

探诊后出血，有时疼痛。

(2) 附着丧失：能探到或看到釉牙骨质界。

(3) X线片显示牙槽骨吸收。

(4) 牙周炎晚期所见：牙齿松动、移位，根分叉病变。

【诊断】

- 1.多为成年人，疾病进展缓慢。
- 2.牙面有菌斑、牙石等局部刺激物。
- 3.牙龈色、形、质改变，探诊出血。
- 4.存在附着丧失和牙槽骨吸收。
- 5.局部的炎症和破坏程度与刺激物的量相一致。

【鉴别诊断】

	<p>1. 龅牙 无附着丧失，无牙槽骨吸收，病变可逆。</p> <p>2. 侵袭性牙周炎 发病年龄轻；附着丧失、牙槽骨吸收的程度重，病程进展速度快，与年龄不相称；菌斑和牙石等局部刺激量与牙周组织炎症和破坏程度多不成比例，刺激量相对少，但也可可见量多者，主要多见于广泛型侵袭性牙周炎；可有家族聚集性。</p> <p>【治疗原则】</p> <p>1. 去除局部致病因素，洁治、刮治和根面平整，口腔卫生指导。</p> <p>2. 必要时手术治疗。</p> <p>3. 建立平衡咬合关系。</p> <p>4. 拔除无保留价值的患牙。</p> <p>5. 消除吸烟等危险因素。</p> <p>6. 牙周支持治疗。</p>
80	<p>牙折</p> <p>解析：牙折</p> <p>【临床表现】</p> <p>（一）冠折</p> <p>可分为简单冠折包括釉质折断，釉质-牙本质折断和复杂冠折即露髓冠折。</p> <p>1. 冠折（釉质折断） 多见于上颌中切牙切角或切缘折断，局限在牙釉质内。一般无自觉症状，有时粗糙的折断面可能磨伤嘴唇。牙表面可有裂纹。</p> <p>2. 冠折（釉质-牙本质折断）牙釉质、牙本质同时折断。常常出现冷热刺激痛，牙本质过敏症状，有时近髓处可见透红，敏感。</p> <p>3. 冠折露髓（复杂冠折） 牙冠缺损较多，牙髓暴露。症状明显，有冷热刺激痛，触痛明显，不能用牙咬东西。X 线片显示牙冠缺损累及牙髓，应注意牙根的发育程度。根周膜间隙无改变，或稍增宽。</p> <p>（二）牙根折断</p> <p>成人患者多见。牙根折断分为根尖 1/3 折断、根中 1/3 折断、近冠 1/3 折断。</p>

- 1.根折部位不同出现不同程度的牙松动，不同程度的叩痛。
- 2.根中 1/3 或近冠 1/3 根折的牙的牙冠稍显伸长，有咬合创伤。
- 3.X 线片显示根折线。

（三）冠根折

在牙冠、牙根部均有折断。斜行冠根折多见，往往牙髓暴露。

- 1.牙齿有松动，牙冠可以下垂，有咬合干扰。
- 2.牙冠活动时，疼痛，牙龈可以出血。
- 3.X 线片显示 1~2 条斜行或横向折断线。

【诊断】

外伤史，临床表现，X 线片表现。

【鉴别诊断】

根折：冠折的牙应该排除根折，通过X 线片可以鉴别。

【治疗原则】

（一）冠折

- 1.冠折（釉质折断）可不处理，或磨除锐利边缘。
- 2.冠折（釉质一牙本质折断） 儿童患者采取护髓治疗，在暴露的牙本质上采用氢氧化钙制剂间接盖髓后应用玻璃离子水门汀或光敏树脂充填。成人患者有过敏症状者，可行脱敏治疗。症状较重时，可用临时塑料冠，内衬氧化锌丁香油糊剂粘固，6~8 周后，氢氧化钙制剂间接盖髓后用光敏树脂修复外形。
- 3.冠折露髓 年轻恒牙应该尽量保留活髓以利于牙根继续发育，可以采用活髓切断术去除冠髓，保留根髓，可以应用光敏树脂充填或应用断冠粘接技术将断冠粘接。术后定期复查，牙根发育完成后，进行根管治疗，进行冠修复。如果外伤时间较长，牙髓感染坏死，可以采用根尖诱导成形术，定期换药，牙根尖孔封闭后采取根管治疗术。乳牙冠折露髓可以进行牙髓摘除术。如果患儿年龄太小无法配合，为避免刺激孩子，可以酌情拔牙。牙根发育完成的恒牙应该进行牙髓摘除术，6~8 周后可以进行牙冠修复。
- 4.定期复查 可以在外伤后 1、3、6 月后以及每隔 1 年进行复查，

	<p>进行牙髓活力测验，拍摄 X 线片。儿童患者牙冠缺损过多时，注意保持间隙，以利于成人后永久修复。</p> <p>(二) 根折</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.断端复位，固定患牙，消除咬合创伤。 2.根尖 1/3 折断无明显症状时，可以观察。根中 1/3 折断，固定患牙 3 个月，定期复查。近冠 1/3 根折，如果与龈沟相通，可以拔除牙冠。根据所留牙根的位置和长度，考虑是否进行根牵引或冠延长手术，或进行桩核冠修复，或保留间隙以后永久修复。 3.根折的患牙应该定期复查，拍摄X 线片，观察根折愈合情况。定期进行牙髓活力测验，有牙髓症状时，进行牙髓治疗。 4.严重根折的乳牙，如果患儿年龄小，无法配合治疗，可以考虑拔牙。可以拔除冠部断端，拔除断根有困难时，可以保留断根，定期观察。 <p>(三) 冠根折</p> <p>根据临床情况采用去除断冠，桩核冠修复，断冠粘接修复，根管-正畸联合治疗方法等。</p>	
82	<p>第三站</p> <p>牙龈出血</p> <p>解析：牙龈出血</p> <p>询问病史要点</p> <p>(一) 现病史</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.牙龈出血的部位和时间。 2.牙龈是自动出血还是刺激后出血，有无自限性，出血能否止住，止血的方法。 3.牙龈出血量。 4.牙龈有无疼痛。 5.牙龈肿胀情况。 6.牙龈乳头有无瘤样物形成。 7.是否伴有牙松动、牙脱落。 	

8.近来是否紧张、劳累，是否熬夜。

（二）既往史

以前有无牙龈出血史，身体其他部位外伤后有无出血不易止住现象，有无白血病等血液病史，有无口腔颌面部及其邻近器官的疾病。

（三）全身情况

患者是否妊娠，是否是月经期、产褥期、更年期等。有无高血压，是否服用阿司匹林等抗凝血药物。近来有无发热、食欲缺乏、体重减轻等现象。

牙槽脓肿部分题目信息不全，无法给出准确解答。

急性根尖周炎

解析：急性根尖周炎

【临床表现】

（一）急性根尖周炎的浆液期

急性根尖周炎的浆液期是根尖周炎发生的初期，临床过程很短，此刻根尖周围的牙槽骨尚无明显变化。

1.症状

（1）初期患牙根尖部不舒服、发木、浮出发胀，咬合时与对（牙合）牙有早接触感，有时咬紧患牙反而稍感舒服。此时一般无自发痛或只有轻微钝痛。

（2）随着病情发展，患牙浮出和伸长的感觉逐渐加重，出现自发性、持续性的钝痛，咬合时不仅不能缓解症状，反而引起较剧烈的疼痛，影响进食。

（3）疼痛范围局限于患牙根部，不引起放散，患者能够指明患牙。

2.检查所见

（1）患牙可见龋坏、充填体或其他牙体硬组织疾患，或可查到深牙周袋。

（2）牙冠变色。牙髓活力测试无反应，但乳牙或年轻恒牙对活力测试可有反应，甚至出现疼痛。

（3）叩痛（+）～（++），扪压患牙根尖部位出现不适或疼痛。牙龈

尚无明显异常。

(4) 患牙可有 I° 松动。

(二) 急性根尖周炎的根尖周脓肿期

急性根尖周炎的根尖周脓肿期多是由浆液性炎症发展为化脓性变化而来的，也可由慢性根尖周炎转化而来。此时，脓液只局限于根尖孔附近的牙周膜内和牙槽骨骨髓腔中。

1. 症状

患牙自发性、剧烈持续的跳痛，伸长感加重，咬合时首先接触患牙并引起剧痛，患者不敢对（牙合）。

2. 检查所见

(1) 患牙可查及能引发牙髓坏死的牙体病损、深牙周袋或充填体等，牙髓活力测试无反应。

(2) 患牙叩痛 (++) ~ (+++), 松动 II° ~ III°。

(3) 根尖部牙龈潮红，但尚无明显肿胀。扪诊感轻微疼痛。

(4) 相应的下颌下淋巴结或颌下淋巴结可有肿大及压痛。

(三) 急性根尖周炎的骨膜下脓肿期

骨髓腔中的脓液继续向根尖周围更广泛的区域蔓延，从组织结构较薄弱之处突破排脓。最常见的途径是脓液穿过骨松质到达骨外板，再通过骨皮质上的营养孔到达骨膜下，之后突破骨膜、黏膜或皮肤向外排脓。由于骨膜坚韧、致密，不易穿破，脓液在此处积聚时，造成局部压力增高，引起极为明显的局部症状，此时，全身症状仍然较轻，若全身症状明显，应注意观察，防止发展为颌骨骨髓炎和败血症等并发症。

1. 症状

(1) 患牙持续性、搏动性跳痛更加剧烈，疼痛达到最高峰。

(2) 患牙更觉浮起、松动，轻触患牙即觉疼痛难忍。

(3) 病程多已 3、5 天，患者极其痛苦，影响睡眠和进食。

(4) 可伴有体温升高，身体乏力等全身症状。

2. 检查所见

(1) 患者痛苦面容，精神疲惫。体温可有升高，约 38℃左右。末梢血象白细胞增多，计数多在 1.0 万~1.2 万/mm³。患牙所属区域的淋巴结可出现肿大和叩痛。

(2) 患牙可查及能引发牙髓坏死的牙体病损、深牙周袋或充填体等，牙髓活力测试无反应。

(3) 患牙叩痛(++)~(+++)，松动III°。

(4) 患牙牙龈红肿，移行沟变平，有明显的压痛，扪诊深部有波动感。

(5) 严重者的相应颌面部可出现蜂窝织炎，表现为软组织肿胀、压痛，面容改变。如上切牙可引起上唇肿胀；上颌前磨牙及磨牙可引起眶下、面部肿胀；下牙可引起颈部、下颌部肿胀；有时下颌第三磨牙的根尖周化脓性炎症可出现开口受限，还可能引起口底蜂窝织炎。

(四) 急性根尖周炎的黏膜下脓肿期

积聚于骨膜下的脓液产生的压力终致骨膜破裂，脓液流注于黏膜下或皮肤下，构成黏膜下脓肿或皮下脓肿，由于黏膜下组织较疏松，脓液到达黏膜下时，压力已大为减小。最后，脓肿破溃，脓液排出，急性炎症缓解，转为慢性炎症。

1.症状

(1) 自发性胀痛及咬合痛减轻。

(2) 全身症状缓解。

2.检查所见

(1) 患牙可查及能引发牙髓坏死的牙体病损、深牙周袋或充填体等，牙髓活力测试无反应。

(2) 患牙叩痛(+)~(++)，松动度I°。

(3) 根尖区黏膜的肿胀已局限，呈半球形隆起，扪诊时，波动感明显，脓肿较表浅而易破溃。

上述穿通骨壁突破黏膜的排脓方式是急性根尖周炎典型的自然发展过程，也是最常见的排脓方式。因牙槽骨唇、颊侧的骨壁较薄，一般情况下上颌前牙、上颌后牙颊根以及下颌牙的脓液多从骨的唇、颊侧

穿出；若患牙的根尖偏向舌（腭）侧，或上颌后牙的腭根，脓液可从舌、腭侧骨板穿出，在固有口腔中排脓。有少数病例牙根较长，根尖部的脓液穿通骨壁后绕过龈颊沟从皮肤排出，形成皮窦，如下颌切牙的根尖周脓肿可形成颊窦，上颌尖牙根尖周脓肿可形成面窦，下颌磨牙的根尖部脓液可形成颊窦。还有极少数上牙病例可突破上颌窦壁或鼻底黏膜在上颌窦内或鼻腔中排脓。

另外，如根尖孔粗大、根管通畅、冠部缺损（如龋洞）呈开放状态时，根尖部的脓液可通过根尖孔经根管从冠部缺损处排脓，这种排脓方式对根尖周组织的破坏最小。儿童乳牙可见由此途径排脓，而成人患牙很难同时具备这三个条件，因此，在临床上应尽早将髓腔开通进行引流，在根尖部脓液尚未广泛扩散到牙槽骨骨松质时，促使其由此通路排放，尽量减轻炎症对根尖周围组织的损伤。还有一种排脓途径是通过牙周膜从龈沟或牙周袋排脓，成人患牙经此方式排脓多发生于同时患有牙周病的情况，通常预后很差；而乳牙根尖周脓肿时，因牙周膜组织较疏松，根尖部的脓液可顺牙周间隙扩散，从龈沟排出，当局部的急性炎症被消除并经完善的治疗后，遭受损伤的牙周组织仍能愈合并恢复正常。

对急性根尖周炎患牙进行X线检查，根尖周组织影像并无明显异常表现，但根管或髓室内也可呈现出做过牙髓治疗的强阻射影。

【诊断】

1.主要依据患牙所表现出来的临床症状及体征，由疼痛及红肿的程度来分辨患牙所处的炎症阶段。

- (1) 患牙典型的胀痛、咬合痛的症状。
- (2) 对叩诊和扪诊的反应。
- (3) 根尖部牙龈的表现。
- (4) 结合患者的年龄分析牙髓活力测验的反应。
- (5) 患牙深及牙髓的牙体疾病及所具有的牙髓病史、外伤史以及不完善的牙髓治疗史均可作为参考。

2.急性根尖周炎的 4 个阶段是一个移行过渡、连续发展的过程，不能

截然分开，在临床上只能相对地识别上述各阶段。根据症状及检查所见做出各阶段的诊断是很重要的，因为各阶段都有其相应有效的应急处理措施。在根尖周脓肿阶段，其持续性的跳动可与浆液期鉴别；骨膜下脓肿时，疼痛极为剧烈，根尖部红肿明显，扪诊有深波动感，叩诊能引起最剧烈的疼痛，且可以伴有全身症状；发展到黏膜下脓肿时，则疼痛有所减轻，肿胀明显而局限，波动感表浅（表 6-1）。

表 6-1 急性根尖周炎各期的临床表现

3.由慢性根尖周炎转化而来的急性炎症也表现为上述各阶段的症状和体征，临床上诊断为“慢性根尖周炎急性发作”，它与原发的急性根尖周炎的区别在于 X 线片上所显示的影像不同。急性根尖周炎在 X 线片上看不出根尖部有明显改变，而慢性根尖周炎急性发作时，X 线片上可见根尖部有不同程度的牙槽骨破坏所形成的透影区。

【鉴别诊断】

（一）急性牙周脓肿

牙周脓肿多发生在牙周炎的晚期，一般为急性过程。在临床上表现为患牙的唇（颊）侧或舌（腭）侧牙龈出现椭圆形或半球状的脓肿突起，肿胀部位的牙龈红肿光亮，扪诊有波动感。患牙可有搏动性疼痛、浮

起、松动、咬合痛等症状和体征。重要的是，患牙除具有急性脓肿的表现外，还有牙周袋存在、袋口溢脓、牙槽骨吸收和牙松动等牙周炎的表现。鉴别的思路可从病史和检查结果来获得（表 6-2）：急性根尖周脓肿的患牙多有较长时间的牙体病损（如龋洞）和（或）曾有过牙痛史、牙髓治疗史；急性牙周脓肿患牙的病史则为长期牙周炎史。从临床检查的角度来看，可以循着牙体—牙髓—牙周组织的顺序进行检查比较，着重注意牙体硬组织的完整性，牙髓的活力，有无深牙周袋， 脓肿的位置及与牙周袋的关系，X 线片所显示的牙槽骨破坏情况和区域对于明确诊断有很大帮助。

表 6-2 急性根尖周脓肿与急性牙周脓肿的鉴别要点

鉴别点	急性根尖周炎	急性牙周脓肿
感染来源	感染根管	牙周袋
病史	较长期牙体缺损史 牙痛史 牙髓治疗史	长期牙周炎病史
牙体情况	深龋洞 近髓的非龋疾病 修复体	多无可引起牙髓坏死的牙体病损
牙髓活力	多无	多有
牙周袋	无	深，迂回曲折
脓肿部位	靠近根尖部 中心位于龈沟附近	较近牙龈缘
肿胀范围	较弥散	局限于牙周袋壁
疼痛程度	重	相对较轻
牙松动度	相对轻，病愈后牙恢复稳定	明显，消肿后仍很松动
叩痛	很重	相对较轻
X 线片表现	无明显异常表现，若	牙槽骨嵴破坏，可有

	患牙为慢性根尖周急性发作，根尖周牙槽骨明显透射区	骨下袋
病程	相对较长，脓液自根尖周向外排出的时间约需五六天	相对较短，一般 3、4 天自溃
<p>(二) 口腔颌面部间隙感染</p> <p>口腔颌面部间隙感染是指发生在口腔、颌骨周围、颜面及颈上部的肌肉、筋膜或皮下组织中的弥散性急性化脓性炎症，又称蜂窝织炎。根尖周炎和冠周炎等牙源性感染是其主要病因。临床表现局部黏膜的红肿比急性根尖周炎的范围更大，且皮肤也出现红肿热痛，还可出现开口受限、吞咽困难等功能障碍；全身反应轻重不等，轻者无明显全身症状，重者有发热、畏寒、头痛、全身不适，甚至可伴发败血症、中毒性休克的严重并发症；血象中白细胞总数增高，分类中性粒细胞比例增多。上颌前牙和前磨牙可引起眶下间隙感染，下颌前牙可引起颏下间隙感染，上、下颌磨牙可引起颊间隙、嚼肌间隙、颞间隙及颞下间隙感染，下颌后牙还可引起翼颌间隙、颌下间隙、舌下间隙的感染。</p> <p>(三) 急性中央性颌骨骨髓炎</p> <p>急性中央性颌骨骨髓炎是颌骨骨膜、骨髓腔和骨髓的化脓性炎症，感染途径主要为根尖周炎和智牙冠周炎等牙源性感染，主要的发生部位是下颌骨体，也可弥散至下颌升支。起病急，全身中毒症状非常明显，高热可达 39~40℃，血象中白细胞计数增高并可出现核左移；局部的表现比急性根尖周炎更广泛，除颌面部肿胀，皮温高，颌骨疼痛等典型的炎症表现外，还可出现下唇麻木、多数牙松动、牙周溢脓、张口困难等症状和体征，严重者可并发败血症或颅内感染。</p> <p>【治疗原则】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 开髓，清除根管内容物，疏通根管，引流根尖炎症渗出物。 2. 评估患牙的可保留性，根据诊断和下一步的治疗方案做不同的处置： <ol style="list-style-type: none"> (1) 如患牙可保留，在开通根管并初步清创后，最好不要外敞于口 		

	<p>腔中。根据急性根尖周炎的临床发展阶段进行相应的处置：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 浆液期患牙可于髓腔封抑菌、抗炎消毒药。 2) 根尖周脓肿期患牙可在髓腔封药的同时进行根尖部环钻术引流，无条件者可短暂开放引流。 3) 骨膜下脓肿期和黏膜下脓肿期患牙在髓腔封药的同时需做脓肿切开引流。待急性症状缓解后，予以根管治疗。 <p>(2) 如患牙不能保留，则开放髓腔，待急性症状缓解后予以拔除。3. 适当调(牙合)，全身应用消炎止痛药物。抗生素以广谱抗生素和针对厌氧菌的抗生素为首选，还可应用非甾体类消炎止痛剂缓解症状并给予必要的全身支持疗法。</p>	
84	<p>第三站</p> <p>牙龈肿痛 2 天解</p> <p>析：牙龈肿痛询</p> <p>问病史要点</p> <p>(一) 现病史</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 牙龈肿痛出现的部位、范围、程度和时间。 2. 牙龈有无出血，自动出血还是刺激后出血。牙龈有无疼痛。 3. 是否伴有牙松动、牙脱落。 4. 牙齿有无疼痛史，有无冷热痛、自发痛、继而牙痛消失、再出现牙龈肿痛过程。 5. 是否伴有面部肿胀，肿胀的部位。 6. 有无开口受限。 7. 是否有反复发作史。 <p>(二) 既往史</p> <p>身体其他部位外伤后有无出血不易止住现象，有无白血病等血液病史，有无口腔颌面部及其邻近器官的疾病。</p> <p>(三) 全身情况</p>	

	<p>近来有无发热、食欲缺乏、体重减轻等现象，有无劳累。</p> <p>分析 全口牙列缺失松动 左下后牙牙龈肿痛两天，活动义齿修复 15 年义齿松动，磨耗严重</p> <p>解析：题目信息前后矛盾，无法给出详细解答。</p>	
86	<p>第三站</p> <p>两个主述病 病例分析是银汞充填后的牙继发龋了出现冷侧一过性疼痛 另一个牙 金属烤瓷的瓷脱落导致塞牙</p> <p>解析：可复性牙髓炎</p> <p>可复性牙髓炎是牙髓组织以血管扩张、充血为主要病理变化的初期炎症表现，以往又称作“牙髓充血”。在临床上若能得到适当治疗，患牙症状可消失，牙髓恢复至原有状态。</p> <p>【临床表现】</p> <p>1.症状</p> <p>患牙遇到冷热刺激或甜酸刺激时，立即出现瞬间的疼痛反应，尤其对冷刺激更敏感，但无自发痛。</p> <p>2.检查所见</p> <p>(1) 患牙有近髓的牙体硬组织病损（如深龋、深楔状缺损等）、充填体、深牙周袋或有（牙合）创伤。</p> <p>(2) 患牙对温度试验敏感，且反应迅速，尤其对冷测反应强烈；去除刺激后，症状随即消失，即呈一过性敏感反应。</p> <p>(3) 叩诊反应与正常对照牙相同，即叩痛（-）。</p> <p>【诊断】</p> <p>1.对温度刺激一过性敏感的病史，但无自发痛。</p> <p>2.可找到引起牙髓病变的牙体病损或牙周疾病。</p> <p>3.对牙髓温度试验的反应阈值降低，相同的刺激，患牙常可出现一过性敏感。</p>	

	<p>【鉴别诊断】</p> <p>(一) 深龋</p> <p>1.深龋时患牙对温度刺激也敏感，但往往是当冷、热刺激进入深洞内才出现疼痛，且刺激去除后症状不持续。因此，深龋患牙对牙髓温度试验的反应为“正常”或“同对照牙”，只有当冷水（或热水）入洞时才会有一过性敏感反应。</p> <p>2.在临床上，深龋与可复性牙髓炎有时很难区别，此时可按可复性牙髓炎的治疗进行处理。</p> <p>调磨绷瓷部分，氢氟酸酸蚀后重新树脂充填</p>	
87	<p>病史是牙龈出血 采集牙龈肥大</p> <p>解析：牙龈肥大</p> <p>询问病史要点</p> <p>(一) 现病史</p> <p>1.牙龈肥大的部位、范围和时间。</p> <p>2.有无癫痫病史、高血压病史及肾移植等病史，是否服药，服用的是何种药物。</p> <p>3.增生牙龈是否影响咀嚼。</p> <p>4.牙龈是否易出血，自发出血还是刷牙时出血，是否不易止住。</p> <p>5.牙龈乳头是否瘤样肥大，其大小及范围，是否妊娠。</p> <p>6.有无牙齿萌出困难史和家族遗传史。</p> <p>(二) 既往史</p> <p>以前有无牙龈出血史，有无白血病等血液病史，有无口腔颌面部及其邻近器官的疾病。</p> <p>(三) 全身情况</p> <p>患者是否妊娠。近来有无发热、食欲缺乏、体重减轻等现象。</p> <p>牙龈出血</p> <p>询问病史要点</p> <p>(一) 现病史</p>	

- 1.牙龈出血的部位和时间。
- 2.牙龈是自动出血还是刺激后出血，有无自限性，出血能否止住，止血的方法。
- 3.牙龈出血量。
- 4.牙龈有无疼痛。
- 5.牙龈肿胀情况。
- 6.牙龈乳头有无瘤样物形成。
- 7.是否伴有牙松动、牙脱落。
- 8.近来是否紧张、劳累，是否熬夜。

（二）既往史

以前有无牙龈出血史，身体其他部位外伤后有无出血不易止住现象，有无白血病等血液病史，有无口腔颌面部及其邻近器官的疾病。

（三）全身情况

患者是否妊娠，是否是月经期、产褥期、更年期等。有无高血压，是否服用阿司匹林等抗凝血药物。近来有无发热、食欲缺乏、体重减轻等现象。

牙槽脓肿部分题目信息不全，无法给出准确解答。

病例分析，慢性牙尖炎

解析：慢性根尖周炎

【临床表现】

1.症状

（1）一般无明显的自觉症状，可有咀嚼不适感，也有牙龈反复起脓包的主诉。

（2）可追问出患牙有牙髓病史、肿痛史，或牙髓治疗史。

2.检查所见

（1）患牙可查及深龋洞、充填体或其他可累及牙髓的牙体硬组织疾患。

（2）牙冠变色，失去光泽；深洞内探诊无反应，牙髓活力测试无反

应。根尖周致密性骨炎患牙可能有牙髓活力。

(3) 叩痛 (-) 或 (±), 一般不松动。

(4) 有时可于患牙根尖部的牙龈表面查及粟粒大小的乳头状窦道口 (龈窦), 偶尔也有远离患根的牙龈窦口, 还有在皮肤表面开口的皮窦, 呈肉芽肿样, 黄豆大小。挤压窦道口, 可有脓液溢出, 也有呈假性闭合的状态。有窦道的慢性根尖周炎又称为有窦型慢性根尖周脓肿。

(5) 当患牙根尖部呈半球状隆起, 不红, 扪诊有乒乓球感和 (或) 有弹性时, 要考虑可能为根尖周囊肿。

(6) X 线片显示患牙根尖区骨质变化的影像, 不同类型的慢性根尖周炎在 X 线片上各有特点:

- 1) 根尖周肉芽肿: 根尖部有圆形的透射影像, 边界清晰, 周围骨质正常或稍显致密, 透影区范围较小, 直径一般不超过 1cm。
- 2) 慢性根尖周脓肿: 根尖部透影区边界不清楚, 形状不规则, 周围骨质较疏松而呈云雾状。
- 3) 根尖周囊肿: 较小的囊肿在 X 线片上显示的透射影像与根尖周肉芽肿难以区别, 大的根尖周囊肿可见有较大的圆形透影区, 边界很清楚, 有一圈由致密骨组成的阻射白线围绕, 可因囊肿压迫致使邻牙移位或牙根吸收。
- 4) 根尖周致密性骨炎: 根尖部骨质呈局限性的致密阻射影像, 无透射区, 多在下颌后牙发现。

【诊断】

1. 患牙 X 线片上根尖区骨质破坏或增生的影像是确诊的关键依据。
2. 牙髓活力测试结果并结合患者年龄应作为重要的参考。
3. 如果有窦道, 确认其来自根尖周病变对诊断慢性根尖周脓肿十分重要, 有时需自窦道口插入牙胶尖拍摄诊断丝示踪 X 线片来确定窦道来源。需避免将其他来源的窦道误诊为根尖周炎, 或将窦道口附近的健康牙误诊为患牙。
4. 病史及患牙牙冠情况也可作为辅助参考指标。

	<p>5.根尖周致密性骨炎的患牙一般没有任何自觉症状，也无反复肿痛史，只有在进行X线检查时偶然发现。</p> <p>【鉴别诊断】</p> <p>依据X线检查结果对慢性根尖周炎进行诊断时，必须结合临床表现与那些非牙髓源性的根尖区病损相鉴别。例如非牙源性的颌骨内囊肿和其他肿物，在X线片上的表现与各型慢性根尖周炎的骨透射影像尤其是较大的根尖周囊肿的影像有相似之处。这些疾病与慢性根尖周炎的主要鉴别点是病变所涉及患牙的牙髓活力多为正常，仔细观察X线片可分辨出根尖部牙周膜间隙与根尖周其他部位的牙周膜间隙是一连续、规则的透射影像，必要时还可辅以牙科CT进行诊断。</p> <p>【治疗原则】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.根管治疗。 2.有窦型慢性根尖周炎患牙在根管预备后，需行根管封药，以彻底清除根管系统的感染，待窦道口闭合后再行根管充填。 3.较大的根尖病变，尤其是根尖周囊肿患牙，在根管治疗的基础上有时还需做根尖切除和倒充术。 4.根管治疗后，择期进行牙冠的修复，可根据剩余牙体组织的量选择复合树脂直接粘结修复，嵌体修复，或全冠、桩核冠修复。 5.无法完成根管治疗、根尖周病变顽固不愈、或牙体组织破坏严重不足以修复的患牙予以拔除。 	
92	<p>第三站 采集右下后牙牙床肿痛 3天。和可能得疾病。</p> <p>解析：牙龈肿痛</p> <p>询问病史要点</p> <p>（一）现病史</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.牙龈肿痛出现的部位、范围、程度和时间。 2.牙龈有无出血，自动出血还是刺激后出血。牙龈有无疼痛。 3.是否伴有牙松动、牙脱落。 4.牙齿有无疼痛史，有无冷热痛、自发痛、继而牙痛消失、再出现牙龈肿痛过程。 	

5.是否伴有面部肿胀，肿胀的部位。

6.有无开口受限。

7.是否有反复发作史。

（二）既往史

身体其他部位外伤后有无出血不易止住现象，有无白血病等血液病史，有无口腔颌面部及其邻近器官的疾病。

（三）全身情况

近来有无发热、食欲缺乏、体重减轻等现象，有无劳累。

临床思辨：

1.有牙龈肿痛症状的疾病常见的有牙周脓肿、根尖周脓肿、智牙冠周炎，白血病在牙龈的表现也可能会有牙龈肿痛。通过问诊有助于帮助鉴别究竟是哪种疾病。

2.牙龈肿痛的时间长短有助于判别是急性还是慢性疾病；牙龈肿痛出现的部位，有助于辨别是智牙冠周炎还是其他疾病；肿痛范围是否局限，有助于判断是局部病变还是影响全口的疾病。单发的牙周脓肿往往病变局限，肿痛的程度不是很重；根尖周脓肿的范围相对局限，但较牙周脓肿要广泛一些，白血病的龈表现或急性多发性牙周脓肿则表现为全口或全口多个部位的牙龈肿痛。

3.牙龈有无出血，牙齿有无松动脱落，有助于区别是牙周疾病还是根尖周疾病，牙周脓肿是牙周炎发展到重度阶段的表现，而牙周炎会有牙龈出血症状，一般是刷牙等刺激后出血，且会有一些牙齿松动，甚至脱落。如果患者有自动出血且不易止住，和（或）伴有牙龈疼痛，则要考虑白血病在牙周的表现。

4.牙齿有无疼痛史，有助于判别是否为牙髓疾病，急性根尖周脓肿是牙髓疾病发展的一个阶段，在这个发展过程中往往会先有冷热痛，此时常为可复性牙髓炎阶段，之后出现自发痛症状，这时发展到了牙髓炎阶段，继续发展则牙髓坏死，此时牙痛症状会短暂消失，再继续发展则到了根尖周炎，继而出现根尖周脓肿，此时即会出现明前的牙龈肿痛，肿痛程度重于牙周脓肿。

5.牙周脓肿往往不会伴面部肿胀，而急性根尖周脓肿和冠周炎均可能会表现为相应部位的面部肿胀，肿胀的部位有助于提示是否为冠周炎。

6.冠周炎常会伴有开口受限，其他的牙龈肿痛疾病则几乎很少有此表现。

7.炎症性疾病常有反复发作史，如冠周炎、牙周脓肿、根尖周脓肿。

8.在牙龈肿痛的鉴别诊断中，既往史和全身情况的询问也非常重要，应注意询问。例如：

(1) 身体其他部位外伤后若有出血不易止住现象，或有白血病史，提示牙龈肿痛可能是白血病的龈表现。

(2) 如果近来紧张、劳累、熬夜，导致机体抵抗力下降，原有的慢性炎症有可能表现出急性的症状，出现冠周炎、牙周脓肿、慢性根尖周脓肿的急性发作。

(3) 患者是否伴有近来发热、食欲缺乏现象：如有，则提示伴有恶性病变，白血病的可能性大。

病例分析是主诉全口缺失，非是义齿性口炎，问题里没有鉴别诊断，问诊治疗和依据，问全口要确定的标志点，医德医风 接种乙肝疫苗解析：慢性萎缩型念珠菌病

慢性萎缩型念珠菌口炎又称义齿性口炎，多发生于戴义齿的患者。损害部位常在上颌义齿腭侧面接触的上腭和牙龈黏膜。常伴有口角炎。

【临床表现】

1.症状 可有轻度口干和烧灼感。

2.检查所见 义齿承托区黏膜广泛发红，形成鲜红色弥散红斑。在红斑表面可有颗粒增生。舌背乳头可萎缩，舌质红。

【诊断】

1.好发于戴上颌义齿的患者，也可发生于一般患者口中。常伴有口角炎。

2.慢性病程，持续数月至数年。

	<p>3.可有轻度口干和烧灼感。</p> <p>4.义齿承托区黏膜广泛发红。</p> <p>5.义齿组织面涂片检查可见念珠菌菌丝或培养法证实念珠菌感染。</p> <p>【治疗原则】</p> <p>1.戴义齿的患者应注意义齿的清洁，睡觉前将义齿取下，浸泡在 2%~4%碳酸氢钠液。</p> <p>2.除去局部创伤，义齿固位不好引起创伤的应重衬或重新修复。</p> <p>3.局部抗真菌治疗。</p>
93	<p>病史采集雅婷肥大，</p> <p>解析：牙龈肥大</p> <p>询问病史要点</p> <p>（一）现病史</p> <p>1.牙龈肥大的部位、范围和时间。</p> <p>2.有无癫痫病史、高血压病史及肾移植等病史，是否服药，服用的是何种药物。</p> <p>3.增生牙龈是否影响咀嚼。</p> <p>4.牙龈是否易出血，自发出血还是刷牙时出血，是否不易止住。</p> <p>5.牙龈乳头是否瘤样肥大，其大小及范围，是否妊娠。</p> <p>6.有无牙齿萌出困难史和家族遗传史。</p> <p>（二）既往史</p> <p>以前有无牙龈出血史，有无白血病等血液病史，有无口腔颌面部及其邻近器官的疾病。</p> <p>（三）全身情况</p> <p>患者是否妊娠。近来有无发热、食欲缺乏、体重减轻等现象。</p> <p>病例分析 根尖牙周炎合并间隙感染</p> <p>解析：急性根尖周炎</p> <p>【临床表现】</p>

（一）急性根尖周炎的浆液期

急性根尖周炎的浆液期是根尖周炎发生的初期，临床过程很短，此刻根尖周围的牙槽骨尚无明显变化。

1.症状

（1）初期患牙根尖部不舒服、发木、浮出发胀，咬合时与对（牙合）牙有早接触感，有时咬紧患牙反而稍感舒服。此时一般无自发痛或只有轻微钝痛。

（2）随着病情发展，患牙浮出和伸长的感觉逐渐加重，出现自发性、持续性的钝痛，咬合时不仅不能缓解症状，反而引起较剧烈的疼痛，影响进食。

（3）疼痛范围局限于患牙根部，不引起放散，患者能够指明患牙。

2.检查所见

（1）患牙可见龋坏、充填体或其他牙体硬组织疾患，或可查到深牙周袋。

（2）牙冠变色。牙髓活力测试无反应，但乳牙或年轻恒牙对活力测试可有反应，甚至出现疼痛。

（3）叩痛（+）～（++），扪压患牙根尖部位出现不适或疼痛。牙龈尚无异常。

（4）患牙可有 I° 松动。

（二）急性根尖周炎的根尖周脓肿期

急性根尖周炎的根尖周脓肿期多是由浆液性炎症发展为化脓性变化而来的，也可由慢性根尖周炎转化而来。此时，脓液只局限于根尖孔附近的牙周膜内和牙槽骨骨髓腔中。

1.症状

患牙自发性、剧烈持续的跳痛，伸长感加重，咬合时首先接触患牙并引起剧痛，患者不敢对（牙合）。

2.检查所见

（1）患牙可查及能引发牙髓坏死的牙体病损、深牙周袋或充填体等，牙髓活力测试无反应。

(2) 患牙叩痛 (++) ~ (+++), 松动 II° ~ III°。

(3) 根尖部牙龈潮红, 但尚无明显肿胀。扪诊感轻微疼痛。

(4) 相应的下颌下淋巴结或颌下淋巴结可有肿大及压痛。

(三) 急性根尖周炎的骨膜下脓肿期

骨髓腔中的脓液继续向根尖周围更广泛的区域蔓延, 从组织结构较薄弱之处突破排脓。最常见的途径是脓液穿过骨松质到达骨外板, 再通过骨皮质上的营养孔到达骨膜下, 之后突破骨膜、黏膜或皮肤向外排脓。由于骨膜坚韧、致密, 不易穿破, 脓液在此处积聚时, 造成局部压力增高, 引起极为明显的局部症状, 此时, 全身症状仍然较轻, 若全身症状明显, 应注意观察, 防止发展为颌骨骨髓炎和败血症等并发症。

1. 症状

(1) 患牙持续性、搏动性跳痛更加剧烈, 疼痛达到最高峰。

(2) 患牙更觉浮起、松动, 轻触患牙即觉疼痛难忍。

(3) 病程多已 3、5 天, 患者极其痛苦, 影响睡眠和进食。

(4) 可伴有体温升高, 身体乏力等全身症状。

2. 检查所见

(1) 患者痛苦面容, 精神疲惫。体温可有升高, 约 38℃ 左右。末梢血象白细胞增多, 计数多在 1.0 万~1.2 万/mm³。患牙所属区域的淋巴结可出现肿大和扪痛。

(2) 患牙可查及能引发牙髓坏死的牙体病损、深牙周袋或充填体等, 牙髓活力测试无反应。

(3) 患牙叩痛 (++) ~ (+++), 松动 III°。

(4) 患牙牙龈红肿, 移行沟变平, 有明显的压痛, 扪诊深部有波动感。

(5) 严重者的相应颌面部可出现蜂窝织炎, 表现为软组织肿胀、压痛, 面容改变。如上切牙可引起上唇肿胀; 上颌前磨牙及磨牙可引起眶下、面部肿胀; 下牙可引起颈部、下颌部肿胀; 有时下颌第三磨牙的根尖周化脓性炎症可出现开口受限, 还可能引起口底蜂窝织炎。

(四) 急性根尖周炎的黏膜下脓肿期

积聚于骨膜下的脓液产生的压力终致骨膜破裂，脓液流注于黏膜下或皮肤下，构成黏膜下脓肿或皮下脓肿，由于黏膜下组织较疏松，脓液到达黏膜下时，压力已大为减小。最后，脓肿破溃，脓液排出，急性炎症缓解，转为慢性炎症。

1. 症状

- (1) 自发性胀痛及咬合痛减轻。
- (2) 全身症状缓解。

2. 检查所见

- (1) 患牙可查及能引发牙髓坏死的牙体病损、深牙周袋或充填体等，牙髓活力测试无反应。
- (2) 患牙叩痛 (+) ~ (++)，松动度 I°。
- (3) 根尖区黏膜的肿胀已局限，呈半球形隆起，扪诊时，波动感明显，脓肿较表浅而易破溃。

上述穿通骨壁突破黏膜的排脓方式是急性根尖周炎典型的自然发展过程，也是最常见的排脓方式。因牙槽骨唇、颊侧的骨壁较薄，一般情况下上颌前牙、上颌后牙颊根以及下颌牙的脓液多从骨的唇、颊侧穿出；若患牙的根尖偏向舌（腭）侧，或上颌后牙的腭根，脓液可从舌、腭侧骨板穿出，在固有口腔中排脓。有少数病例牙根较长，根尖部的脓液穿通骨壁后绕过龈颊沟从皮肤排出，形成皮窦，如下颌切牙的根尖周脓肿可形成颊窦，上颌尖牙根尖周脓肿可形成面窦，下颌磨牙的根尖部脓液可形成颊窦。还有极少数上牙病例可突破上颌窦壁或鼻底黏膜在上颌窦内或鼻腔中排脓。

另外，如根尖孔粗大、根管通畅、冠部缺损（如龋洞）呈开放状态时，根尖部的脓液可通过根尖孔经根管从冠部缺损处排脓，这种排脓方式对根尖周组织的破坏最小。儿童乳牙可见由此途径排脓，而成人患牙很难同时具备这三个条件，因此，在临床上应尽早将髓腔开通进行引流，在根尖部脓液尚未广泛扩散到牙槽骨骨松质时，促使其由此通路排放，尽量减轻炎症对根尖周围组织的损伤。还有一种排脓途径是通

过牙周膜从龈沟或牙周袋排脓，成人患牙经此方式排脓多发生于同时患有牙周病的情况，通常预后很差；而乳牙根尖周脓肿时，因牙周膜组织较疏松，根尖部的脓液可顺牙周间隙扩散，从龈沟排出，当局部的急性炎症被消除并经完善的治疗后，遭受损伤的牙周组织仍能愈合并恢复正常。

对急性根尖周炎患牙进行X线检查，根尖周组织影像并无明显异常表现，但根管或髓室内也可呈现出做过牙髓治疗的强阻射影。

【诊断】

1.主要依据患牙所表现出来的临床症状及体征，由疼痛及红肿的程度来分辨患牙所处的炎症阶段。

- (1) 患牙典型的胀痛、咬合痛的症状。
- (2) 对叩诊和扪诊的反应。
- (3) 根尖部牙龈的表现。
- (4) 结合患者的年龄分析牙髓活力测验的反应。
- (5) 患牙深及牙髓的牙体疾病及所具有的牙髓病史、外伤史以及不完善的牙髓治疗史均可作为参考。

2.急性根尖周炎的4个阶段是一个移行过渡、连续发展的过程，不能截然分开，在临床上只能相对地识别上述各阶段。根据症状及检查所见做出各阶段的诊断是很重要的，因为各阶段都有其相应有效的应急处理措施。在根尖周脓肿阶段，其持续性的跳动可与浆液期鉴别；骨膜下脓肿时，疼痛极为剧烈，根尖部红肿明显，扪诊有深波动感，叩诊能引起最剧烈的疼痛，且可以伴有全身症状；发展到黏膜下脓肿时，则疼痛有所减轻，肿胀明显而局限，波动感表浅（表6-1）。

表 6-1 急性根尖周炎各期的临床表现

症状和体征	浆液期	根尖周脓肿期	骨膜下脓肿期	黏膜下脓肿期
疼痛	咬合痛	持续跳痛	胀跳痛极剧烈	减轻
叩痛	(+) ~	(++) ~	(+++) 最	(++) ~ (+)

	(++)	(+++)	剧烈	
扪诊	不适	疼痛	极痛，深波动感	浅波动感
根尖部 牙龈	无变化/潮红	红肿，局限	红肿明显	肿胀明显
全身症状	无	无/轻	乏力，发热	减轻/无

3.由慢性根尖周炎转化而来的急性炎症也表现为上述各阶段的症状和体征，临床上诊断为“慢性根尖周炎急性发作”，它与原发的急性根尖周炎的区别在于 X 线片上所显示的影像不同。急性根尖周炎在 X 线片上看不出根尖部有明显改变，而慢性根尖周炎急性发作时，X 线片上可见根尖部有不同程度的牙槽骨破坏所形成的透影区。

【鉴别诊断】

(一) 急性牙周脓肿

牙周脓肿多发生在牙周炎的晚期，一般为急性过程。在临床上表现为患牙的唇（颊）侧或舌（腭）侧牙龈出现椭圆形或半球状的脓肿突起，肿胀部位的牙龈红肿光亮，扪诊有波动感。患牙可有搏动性疼痛、浮起、松动、咬合痛等症状和体征。重要的是，患牙除具有急性脓肿的表现外，还有牙周袋存在、袋口溢脓、牙槽骨吸收和牙松动等牙周炎的表现。鉴别的思路可从病史和检查结果来获得（表 6-2）：急性根尖周脓肿的患牙多有较长时间的牙体病损（如龋洞）和（或）曾有过牙痛史、牙髓治疗史；急性牙周脓肿患牙的病史则为长期牙周炎史。从临床检查的角度来看，可以循着牙体—牙髓—牙周组织的顺序进行检查比较，着重注意牙体硬组织的完整性，牙髓的活力，有无深牙周袋，脓肿的位置及与牙周袋的关系，X 线片所显示的牙槽骨破坏情况和区域对于明确诊断有很大帮助。

表 6-2 急性根尖周脓肿与急性牙周脓肿的鉴别要点

鉴别点	急性根尖周炎	急性牙周脓肿
-----	--------	--------

感染来源	感染根管	牙周袋
病史	较长期牙体缺损史 牙痛史 牙髓治疗史	长期牙周炎病史
牙体情况	深龋洞 近髓的非龋疾病 修复体	多无可引起牙髓坏死的牙体病损
牙髓活力	多无	多有
牙周袋	无	深，迂回曲折
脓肿部位	靠近根尖部 中心位于龈沟附近	较近牙龈缘
肿胀范围	较弥散	局限于牙周袋壁
疼痛程度	重	相对较轻
牙松动度	相对轻，病愈后牙恢复稳定	明显，消肿后仍很松动
叩痛	很重	相对较轻
X 线片表现	无明显异常表现，若患牙为慢性根尖周急性发作，根尖周牙槽骨明显透射区	牙槽骨嵴破坏，可有骨下袋
病程	相对较长，脓液自根尖周向外排出的时间约需五六天	相对较短，一般 3、4 天自溃
<p>(二) 口腔颌面部间隙感染</p> <p>口腔颌面部间隙感染是指发生在口腔、颌骨周围、颜面及颈上部的肌肉、筋膜或皮下组织中的弥散性急性化脓性炎症，又称蜂窝织炎。根尖周炎和冠周炎等牙源性感染是其主要病因。临床表现局部黏膜的红肿比急性根尖周炎的范围更大，且皮肤也出现红肿热痛，还可出现开口受限、吞咽困难等功能障碍；全身反应轻重不等，轻者无明显全身</p>		

症状，重者有发热、畏寒、头痛、全身不适，甚至可伴发败血症、中毒性休克的严重并发症；血象中白细胞总数增高，分类中性粒细胞比例增多。上颌前牙和前磨牙可引起眶下间隙感染，下颌前牙可引起颌下间隙感染，上、下颌磨牙可引起颊间隙、嚼肌间隙、颞间隙及颞下间隙感染，下颌后牙还可引起翼颌间隙、颌下间隙、舌下间隙的感染。

（三）急性中央性颌骨骨髓炎

急性中央性颌骨骨髓炎是颌骨骨膜、骨髓腔和骨髓的化脓性炎症，感染途径主要为根尖周炎和智牙冠周炎等牙源性感染，主要的发生部位是下颌骨体，也可弥散至下颌升支。起病急，全身中毒症状非常明显，高热可达 39~40℃，血象中白细胞计数增高并可出现核左移；局部的表现比急性根尖周炎更广泛，除颌面部肿胀，皮温高，颌骨疼痛等典型的炎症表现外，还可出现下唇麻木、多数牙松动、牙周溢脓、张口困难等症状和体征，严重者可并发败血症或颅内感染。

【治疗原则】

1. 开髓，清除根管内容物，疏通根管，引流根尖炎症渗出物。

2. 评估患牙的可保留性，根据诊断和下一步的治疗方案做不同的处置：

（1）如患牙可保留，在开通根管并初步清创后，最好不要外敞于口腔中。根据急性根尖周炎的临床发展阶段进行相应的处置：

1) 浆液期患牙可于髓腔封抑菌、抗炎消毒药。

2) 根尖周脓肿期患牙可在髓腔封药的同时进行根尖部环钻术引流，无条件者可短暂开放引流。

3) 骨膜下脓肿期和黏膜下脓肿期患牙在髓腔封药的同时需做脓肿切开引流。待急性症状缓解后，予以根管治疗。

（2）如患牙不能保留，则开放髓腔，待急性症状缓解后予以拔除。

3. 适当调（牙合），全身应用消炎止痛药物。抗生素以广谱抗生素和针对厌氧菌的抗生素为首选，还可应用非甾体类消炎止痛剂缓解症状并给予必要的全身支持疗法。

山东：病史采集小溃疡

	<p>解析：口腔黏膜溃疡</p> <p>询问病史要点</p> <p>（一）现病史</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.溃疡是否有周期性发作特点。 2.溃疡持续的时间。 3.溃疡的大小、深浅及数目。 4.溃疡的好发部位。 5.溃疡的疼痛情况。 6.是否有创伤因素，如残根、残冠及不良修复体。 <p>（二）既往史</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.是否有结核病史。 2.是否有药物过敏史。 3.是否有恶性肿瘤史。 <p>（三）全身情况</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.是否有外阴部溃疡。 2.皮肤病发病情况。 3.眼病发病情况。 <p>病例分析 成釉细胞癌</p> <p>解析：题目内容不全，无法给出具体答案</p>	
94	<p>第三站</p> <p>妊娠期牙龈痛，</p> <p>解析：牙龈肿痛</p> <p>询问病史要点</p> <p>（一）现病史</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.牙龈肿痛出现的部位、范围、程度和时间。 2.牙龈有无出血，自动出血还是刺激后出血。牙龈有无疼痛。 3.是否伴有牙松动、牙脱落。 4.牙齿有无疼痛史，有无冷热痛、自发痛、继而牙痛消失、再出现牙 	

龈肿痛过程。

5.是否伴有面部肿胀，肿胀的部位。

6.有无开口受限。

7.是否有反复发作史。

（二）既往史

身体其他部位外伤后有无出血不易止住现象，有无白血病等血液病史，有无口腔颌面部及其邻近器官的疾病。

（三）全身情况

近来有无发热、食欲缺乏、体重减轻等现象，有无劳累。

女，31岁，牙龈刷牙出血一年，妊娠期4个月全口牙面有菌斑，龈沟3-4mm左上6拔除伤口愈合好

解析：妊娠期龈炎

【临床表现】

1.症状吮吸、刷牙或进食时牙龈易出血，或者一个或多个牙龈乳头呈瘤样肥大，妨碍进食。严重时可有轻度疼痛。

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，分娩后约2个月时，龈炎可减轻至妊娠前水平。这与血中黄体酮水平的升高相关联。

2.检查所见

（1）龈缘和龈乳头呈鲜红或暗红色，松软而光亮，或呈现显著的炎性肿胀、肥大，有龈袋形成，可发生于个别牙龈，也可为全口的牙龈，多以前牙区为重。

（2）孕瘤多发生于前牙，尤其是下前牙唇侧龈乳头，或发生于个别牙排列不齐的龈乳头，常始发于妊娠第3个月。

（3）如为孕瘤，检查时可见：单个或多个牙的牙龈乳头增大，色泽鲜红光亮或暗紫，表面光滑，质地松软，极易出血。瘤体常呈扁圆形向近远中扩延，有的呈小的分叶状，有蒂或无蒂。一般直径不超过2cm，但严重的病例可因瘤体较大而妨碍进食或被咬破而出血感染。

（4）分娩后，妊娠期龈瘤能逐渐自行缩小。

【诊断】

- 1.育龄妇女。
- 2.牙龈呈现鲜红色、高度水肿、肥大，且有明显出血倾向者，或有龈瘤样表征。
- 3.询问其月经情况，了解是否妊娠。若已怀孕，便可诊断。

【鉴别诊断】

（一）长期服用激素类避孕药

长期服用激素类避孕药的妇女，有些也有类似的临床表现，询问是否妊娠和服药情况即可鉴别。

（二）化脓性肉芽肿

表现为个别牙龈乳头的无痛性肿胀、突起的瘤样物，有蒂或无蒂，牙龈颜色鲜红或暗红，质地松软极易出血。表面多有溃疡和脓性渗出物，一般多可找到局部刺激因素。发生于非妊娠妇女。

（三）慢性龈炎

牙龈色红，水肿，病变程度与局部刺激因素一致。但一般不会呈鲜红色，水肿较妊娠期龈炎轻，很少呈明显出血倾向。任何年龄和性别均可发生。

（四）遗传性牙龈纤维瘤病

可有家族史，无服药史。牙龈增生较广泛，大多覆盖牙面的 2/3 以上，以纤维性增生为主。

（五）白血病牙龈病损

牙龈明显肥大，颜色暗红或苍白，无服药史。可有局部和全身淋巴结肿大。血涂片检查可见大量幼稚细胞。

【治疗原则】

- 1.动作轻柔地去除局部刺激因素，尽量减少出血和疼痛。
- 2.认真细致地遵循口腔卫生指导。
- 3.对于炎症表现严重者可使用刺激性小、不影响胎儿生长发育的含漱液含漱。尽量避免使用全身药物治疗，以免影响胎儿发育。
- 4.对体积较大已妨碍进食的妊娠期龈瘤，可手术切除，手术时机应尽

	<p>量选择在妊娠期的 4~6 个月内，以免引起流产或早产。术中应避免流血过多，术后应严格控制菌斑，以防复发。</p> <p>【预防】</p> <p>怀孕前及时治疗原有的慢性龈炎，整个妊娠期应严格控制菌斑。</p>	
95	<p>第三站</p> <p>采集舌侧缘溃疡一个月，</p> <p>解析：口腔黏膜溃疡</p> <p>询问病史要点</p> <p>（一）现病史</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 溃疡是否有周期性发作特点。 2. 溃疡持续的时间。 3. 溃疡的大小、深浅及数目。 4. 溃疡的好发部位。 5. 溃疡的疼痛情况。 6. 是否有创伤因素，如残根、残冠及不良修复体。 <p>（二）既往史</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 是否有结核病史。 2. 是否有药物过敏史。 3. 是否有恶性肿瘤史。 <p>（三）全身情况</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 是否有外阴部溃疡。 2. 皮肤病发病情况。 3. 眼病发病情况。 <p>分析 58，女，左颊溃疡一年，十个月前中药治疗无明显 缩小，两月前出现隐痛，钝痛，夜间痛，左唇麻木，查左颊 3*3 边缘不整齐溃疡</p> <p>解析：颊黏膜癌</p>	

颊黏膜癌也是常见的口腔癌之一，多为分化中等的鳞状细胞癌，少数为腺癌及恶性多形性腺瘤。颊黏膜癌的区域定在上下颊沟之间，翼下颌韧带之前，并包括唇内侧黏膜。

- 1.常发生于磨牙区相对应的颊黏膜区。
- 2.病变呈溃疡型或外生型，局部可见糜烂、溃疡，周围可伴有白斑或扁平苔藓。
- 3.肿瘤生长较快，向深层浸润，穿过颊肌及皮肤而发生破溃；亦可蔓延至上、下牙龈及颌骨；如向后发展可波及软腭及翼下颌韧带，引起张口困难。
- 4.常转移至下颌下及颈深上淋巴结，有时也可转移至腮腺淋巴结，远处转移较少见。
- 5.活体组织检查可明确诊断。

【鉴别诊断】

通常口腔癌的诊断不难，特别是口腔黏膜鳞状细胞癌，大多以溃疡型多见，临床上对其的鉴别诊断也主要是癌性溃疡和其他溃疡的鉴别。

- 1.创伤性溃疡 也可以超过一周不愈合，也可以有假膜，边缘有增生，表面刺痛明显。但与癌性溃疡不同的是，它往往有明显的刺激因素存在，例如不良修复体或过于锐利的牙尖等。
- 2.复发性口腔溃疡 多在一周自愈，且通常表浅无浸润，常见多个发生，有灼痛感。
- 3.腺周口疮可以有溃疡边缘的浸润，但有反复发作的口腔溃疡史。
- 4.结核性溃疡 通常有干酪样坏死物，全身可有低热、血沉快等表现，结核菌素试验为阳性。
- 5.梅毒性溃疡 现在较少见，通常有梅毒病史，血清学检查梅毒呈阳性。
- 6.腺癌或肉瘤 通常位于黏膜下或其他组织中，原发腺癌生长缓慢的较少形成溃疡。

【治疗原则】

对口腔癌的治疗，首先要树立综合治疗的观点。即手术治疗配合放、

化疗。这里强调应注意第一次治疗，常是治愈的关键。应根据肿瘤的组织来源、生长部位、分化程度、发展速度、临床分期、患者机体状况等全面研究后再选择适当的治疗方法。

（一）口腔癌的治疗方法

1.手术是治疗口腔癌主要的和有效的方法

（1）必须对恶性肿瘤进行完全、彻底的切除。

（2）为防止口腔颌面部恶性肿瘤局部复发或远处转移，在手术中应严格遵守“无瘤”操作原则，对可能有淋巴转移的恶性肿瘤，还应将其所属区域的淋巴组织彻底清除，并施行根治性颈淋巴清扫术或肩胛舌骨上颈淋巴清扫术。

2.鳞癌对放射线中度敏感，因此放射治疗是口腔癌综合治疗中主要的辅助治疗。

（1）化疗常选择抗生素类的博来霉素、平阳霉素等，其他还有顺铂等。

（2）临床上常用的化疗方案有单一化学药物治疗和联合化学药物治疗。

（3）给药方法可采用序贯疗法、冲击疗法、中剂量脉冲治疗、小剂量每天给药以及分次给药的方法。

（4）给药途径可选用静脉推注或滴注、颈外动脉分支插管推注或滴注（亦称区域性动脉化疗）、口服、肿瘤内注射、肌肉注射以及外用涂敷等。

3.对肿瘤术后形成的口腔颌面缺损应予整复，使患者获得功能与外形的恢复。

（二）综合治疗的原则方案

1.对特别大的肿瘤，手术直接切除困难较大，可以先用化学药物治疗或放射治疗使肿瘤缩小，为手术创造条件。

2.对远处转移或预防复发要配合化学药物和免疫治疗。

3.放射治疗对颈淋巴结转移性癌肿的治疗效果则不很理想，应以手术为主。

	<p>4.某些对放射治疗不敏感的肿瘤，加用化学药物治疗可以提高其对放射治疗的敏感度。</p> <p>5.头颈部鳞癌颈淋巴结转移的术前放射可以提高切除率，减少复发率，提高治愈率。</p> <p>6.中药局部应用对皮肤癌有一定疗效，能治愈一部分早期病例。</p> <p>7.手术、放疗和化疗可配合中药治疗，能起到提高和巩固疗效的作用。</p> <p>8.其他如低温治疗、免疫治疗、激光治疗等也均有其有利和不足之处，综合治疗可以大大发挥其有利的作用，常可获得比较满意的疗效。目前对头颈部恶性肿瘤比较强调以手术为主的综合治疗，特别是三联疗法，即化疗+手术+放疗。</p>	
96	<p>三叉神经痛</p> <p>解析：三叉神经痛</p> <p>【临床表现】</p> <p>1.症状 本病的主要表现是在三叉神经某分支区域内，骤然发生闪电式的极为剧烈的疼痛。疼痛可自发，也可由轻微的刺激“扳机点”所引起。疼痛如电击、针刺、刀割或撕裂样剧痛，发作时患者为了减轻疼痛而作出各种特殊动作。发作多在白天，每次发作时间一般持续数秒、数十秒或 1~2 分钟后又骤然停止。两次发作之间称间歇期，无任何疼痛症状。只有少数病例在间歇期面部相应部位有轻微钝痛。疾病的早期一般发作次数较少，持续时间较短，间歇期较长，但随着疾病的发展发作愈来愈频繁，间歇期亦缩短。</p> <p>病程可呈周期性发作，每次发作期可持续数周或数月，然后有一段自动的暂时缓解期。缓解期可为数天或几年，在此期间疼痛缓解甚至消失，以后疼痛复发。三叉神经痛很少有自愈者。部分病例的发作期与气候有关，一般在春季及冬季容易发病。</p> <p>有的患者由于疼痛发作时，用力揉搓面部皮肤，可发生皮肤粗糙、增厚、色素沉着、脱发、脱眉，有时甚至引起局部擦伤并继发感染。</p> <p>在有些患者中疼痛牵涉到牙时，常疑为牙痛而坚持要求拔牙，故不少三叉神经痛患者都有拔牙史。</p>	

2.检查所见 原发性三叉神经痛患者无论病程长短，神经系统检查无阳性体征发现，仍保持罹患分支区域内的痛觉、触觉和温度觉的感觉功能和运动支的咀嚼肌功能。只有在个别病例中有某个部位皮肤的敏感性增加。

继发性三叉神经痛可因病变部位的不同，伴有面部皮肤感觉减退，角膜反射减退，听力降低等神经系统阳性体征。

但在原发性三叉神经痛病例中也有因摩擦局部皮肤增厚、粗糙，或由于做过封闭、理疗或局部敷药等而造成局部感觉减退。对这类患者应仔细检查有无其他神经系统阳性体征，以便与继发性三叉神经痛相鉴别。

【诊断】

依据病史、疼痛的部位、性质、发作表现和神经系统无阳性体征，一般诊断原发性三叉神经痛并不困难，但要排除继发性三叉神经痛。为了准确无误地判断疼痛的分支及疼痛涉及的范围，查找“扳机点”是具有重要意义的方法。在初步确定疼痛的分支后，用1%~2%的普鲁卡因在神经孔处行阻滞麻醉，以阻断相应的神经干，这属于诊断性质的封闭。

为明确罹患的分支，即查明发生疼痛症状的分支。为了进一步明确是原发性三叉神经痛还是继发性者，必须同时检查伴随的其他症状和体征，如感觉、运动和反射的改变。

(一) 定分支检查

定分支首先要寻找“扳机点”。各分支的常见“扳机点”的部位是：

眼支：眶上孔、上眼睑、眉、前额及颞部等部位。

上颌支：眶下孔、下眼睑、鼻唇沟、鼻翼、上唇、鼻孔下方或口角区、上颌结节或腭大孔等部位。

下颌支：颞孔、下唇、口角区、耳屏部、颊黏膜、颊脂垫尖、舌颌沟等处，并须观察在开闭口及舌运动时有无疼痛的发作。

对上述各分支的常见“扳机点”按顺序进行检查。由于各“扳机点”痛阈高低不同，检查时的刺激强度也应由轻至重作适当的改变。

- 1.拂诊 以棉签或示指轻拂可疑之“扳机点”。
- 2.触诊 用示指触摸“扳机点”。
- 3.压诊 用较大的压力进行触诊。
- 4.揉诊 对可能的“扳机点”用手指进行连续回旋式重揉动作，每一回旋需稍作刹那停顿，这种检查方法往往能使高痛阈的“扳机点”出现阳性体征，多用作眶下孔和颞孔区的检查。

（二）三叉神经功能检查

1.感觉功能 可用探针轻划（触觉）与轻刺（痛觉）患侧的三叉神经各分布区的皮肤与黏膜，并与健侧相比较。原发性三叉神经痛的检查结果两侧相等。若痛觉丧失时，需再作温度觉检查—以试管盛冷热水试之。可用两支玻璃管分盛 0~10℃的冷水和 40~50℃的温水交替地接触患者的皮肤，请其报出“冷”或“热”。如痛觉与温度觉均丧失而触觉存在时，可能是脊束核损害。

2.角膜反射 请患者向一侧注视，用捻成细束的棉絮轻触角膜，由外向内，反射作用为双侧直接和间接的闭眼动作。反射中枢在脑桥，输入纤维为三叉神经眼支的鼻睫神经，传出为面神经。角膜反射可以受多种病变的影响。如一侧三叉神经受损造成角膜麻痹时，刺激患侧角膜则双侧均无反应，而在作健侧角膜反射试验时，仍可引起双侧反应。

3.腭反射 用探针或棉签轻刺软腭边缘，可引起软腭上提，当一侧反射消失，表明该侧上颌神经的分支腭后神经或蝶腭神经的损害。上颌神经损害时，还表现为嗅吸氨气、醋酸等时无灼痛感，以及用细软猪鬃刺激鼻腔下部黏膜时不发生喷嚏反射。

4.运动功能 三叉神经运动支的功能障碍表现为咀嚼肌麻痹，咬紧牙时咬肌松弛无力。当下颌舌骨肌与二腹肌前腹麻痹，吞咽动作时患侧此两肌松弛。

凡出现上述神经功能性改变者，说明神经径路上有损害，常见的为占位性病变，必须进一步检查，以明确诊断。局限性的麻木、感觉障碍也可能由于维生素 B1 缺乏、神经症、三叉神经炎、注射无水乙醇或

手术后所引起，根据病史不难确定。

【鉴别诊断】

应注意与下列疾病相鉴别：非典型面痛、牙痛和其他牙源性疾病、鼻窦炎、颞下颌关节紊乱病及舌咽神经痛。

【治疗原则】

三叉神经痛如属继发性者，应针对病因治疗；如为肿瘤应作肿瘤切除。对原发性三叉神经痛可采取以下几种方法治疗。

1. 药物治疗 对原发性三叉神经痛均应首先采用药物治疗，如无效时再考虑其他方法。首选药物为卡马西平（痛痉宁、酰胺咪嗪），其他药物还有苯妥英钠、氯硝西洋及山莨菪碱（654-2）等，也可根据情况配合使用镇痛剂。

2. 半月神经节射频温控热凝术。

3. 针刺疗法。

4. 封闭疗法。

5. 理疗。

6. 注射疗法。

7. 手术疗法包括：①病变性骨腔清除术；②三叉神经周围支切断撕脱术，主要适用于下牙槽神经和眶下神经。

8. 冷冻、激光等方法 近年来有采用冷冻、激光等方法治疗三叉神经痛亦均获一定疗效。

对三叉神经痛选择治疗方法时，应本着循序渐进的原则。应首选对机体无损害性或损害性最小的治疗方法。一般应先从药物治疗或封闭、理疗等开始，如无效时再依次选择半月神经节温控热凝、注射疗法、神经撕脱等。只有当这些方法均无效时才考虑做颅内手术。

97	<p>第三站</p> <p>病史采集牙龈肿大</p> <p>解析：牙龈肥大</p> <p>询问病史要点</p> <p>（一）现病史</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.牙龈肥大的部位、范围和时间。 2.有无癫痫病史、高血压病史及肾移植等病史，是否服药，服用的是何种药物。 3.增生牙龈是否影响咀嚼。 4.牙龈是否易出血，自发出血还是刷牙时出血，是否不易止住。 5.牙龈乳头是否瘤样肥大，其大小及范围，是否妊娠。 6.有无牙齿萌出困难史和家族遗传史。 <p>（二）既往史</p> <p>以前有无牙龈出血史，有无白血病等血液病史，有无口腔颌面部及其邻近器官的疾病。</p> <p>（三）全身情况</p> <p>患者是否妊娠。近来有无发热、食欲缺乏、体重减轻等现象。</p>
98	<p>第三站</p> <p>左下牙肿痛三天 病史采集 牙床肿痛检查</p> <p>解析：牙龈肿痛</p> <p>询问病史要点</p> <p>（一）现病史</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.牙龈肿痛出现的部位、范围、程度和时间。 2.牙龈有无出血，自动出血还是刺激后出血。牙龈有无疼痛。 3.是否伴有牙松动、牙脱落。 4.牙齿有无疼痛史，有无冷热痛、自发痛、继而牙痛消失、再出现牙

	<p>龈肿痛过程。</p> <p>5.是否伴有面部肿胀，肿胀的部位。</p> <p>6.有无开口受限。</p> <p>7.是否有反复发作史。</p> <p>（二）既往史</p> <p>身体其他部位外伤后有无出血不易止住现象，有无白血病等血液病史，有无口腔颌面部及其邻近器官的疾病。</p> <p>（三）全身情况</p> <p>近来有无发热、食欲缺乏、体重减轻等现象，有无劳累。</p> <p>36BO37BOMO 充填物 x 线示恰填 根尖无炎症</p>
99	<p>病情分析：牙龈炎和三叉神经痛</p> <p>解析：三叉神经痛</p> <p>【临床表现】</p> <p>1.症状 本病的主要表现是在三叉神经某分支区域内，骤然发生闪电式的极为剧烈的疼痛。疼痛可自发，也可由轻微的刺激“扳机点”所引起。疼痛如电击、针刺、刀割或撕裂样剧痛，发作时患者为了减轻疼痛而作出各种特殊动作。发作多在白天，每次发作时间一般持续数秒、数十秒或 1~2 分钟后又骤然停止。两次发作之间称间歇期，无任何疼痛症状。只有少数病例在间歇期面部相应部位有轻微钝痛。疾病的早期一般发作次数较少，持续时间较短，间歇期较长，但随着疾病的发展发作愈来愈频繁，间歇期亦缩短。</p> <p>病程可呈周期性发作，每次发作期可持续数周或数月，然后有一段自动的暂时缓解期。缓解期可为数天或几年，在此期间疼痛缓解甚至消失，以后疼痛复发。三叉神经痛很少有自愈者。部分病例的发作期与气候有关，一般在春季及冬季容易发病。</p> <p>有的患者由于疼痛发作时，用力揉搓面部皮肤，可发生皮肤粗糙、增厚、色素沉着、脱发、脱眉，有时甚至引起局部擦伤并继发感染。</p>

在有些患者中疼痛牵涉到牙时，常疑为牙痛而坚持要求拔牙，故不少三叉神经痛患者都有拔牙史。

2.检查所见 原发性三叉神经痛患者无论病程长短，神经系统检查无阳性体征发现，仍保持罹患分支区域内的痛觉、触觉和温度觉的感觉功能和运动支的咀嚼肌功能。只有在个别病例中有某个部位皮肤的敏感性增加。

继发性三叉神经痛可因病变部位的不同，伴有面部皮肤感觉减退，角膜反射减退，听力降低等神经系统阳性体征。

但在原发性三叉神经痛病例中也有因摩擦局部皮肤增厚、粗糙，或由于做过封闭、理疗或局部敷药等而造成局部感觉减退。对这类患者应仔细检查有无其他神经系统阳性体征，以便与继发性三叉神经痛相鉴别。

【诊断】

依据病史、疼痛的部位、性质、发作表现和神经系统无阳性体征，一般诊断原发性三叉神经痛并不困难，但要排除继发性三叉神经痛。为了准确无误地判断疼痛的分支及疼痛涉及的范围，查找“扳机点”是具有重要意义的方法。在初步确定疼痛的分支后，用1%~2%的普鲁卡因在神经孔处行阻滞麻醉，以阻断相应的神经干，这属于诊断性质的封闭。

为明确罹患的分支，即查明发生疼痛症状的分支。为了进一步明确是原发性三叉神经痛还是继发性者，必须同时检查伴随的其他症状和体征，如感觉、运动和反射的改变。

(一) 定分支检查

定分支首先要寻找“扳机点”。各分支的常见“扳机点”的部位是：

眼支：眶上孔、上眼睑、眉、前额及颞部等部位。

上颌支：眶下孔、下眼睑、鼻唇沟、鼻翼、上唇、鼻孔下方或口角区、上颌结节或腭大孔等部位。

下颌支：颊孔、下唇、口角区、耳屏部、颊黏膜、颊脂垫尖、舌颌沟等处，并须观察在开闭口及舌运动时有无疼痛的发作。

对上述各分支的常见“扳机点”按顺序进行检查。由于各“扳机点”痛阈高低不同，检查时的刺激强度也应由轻至重作适当的改变。

- 1.拂诊 以棉签或示指轻拂可疑之“扳机点”。
- 2.触诊 用示指触摸“扳机点”。
- 3.压诊 用较大的压力进行触诊。
- 4.揉诊 对可能的“扳机点”用手指进行连续回旋式重揉动作，每一回旋需稍作刹那停顿，这种检查方法往往能使高痛阈的“扳机点”出现阳性体征，多用作眶下孔和颞孔区的检查。

（二）三叉神经功能检查

1.感觉功能 可用探针轻划（触觉）与轻刺（痛觉）患侧的三叉神经各分布区的皮肤与黏膜，并与健侧相比较。原发性三叉神经痛的检查结果两侧相等。若痛觉丧失时，需再作温度觉检查—以试管盛冷热水试之。可用两支玻璃管分盛 0~10℃的冷水和 40~50℃的温水交替地接触患者的皮肤，请其报出“冷”或“热”。如痛觉与温度觉均丧失而触觉存在时，可能是脊束核损害。

2.角膜反射 请患者向一侧注视，用捻成细束的棉絮轻触角膜，由外向内，反射作用为双侧直接和间接的闭眼动作。反射中枢在脑桥，输入纤维为三叉神经眼支的鼻睫神经，传出为面神经。角膜反射可以受多种病变的影响。如一侧三叉神经受损造成角膜麻痹时，刺激患侧角膜则双侧均无反应，而在作健侧角膜反射试验时，仍可引起双侧反应。

3.腭反射 用探针或棉签轻刺软腭边缘，可引起软腭上提，当一侧反射消失，表明该侧上颌神经的分支腭后神经或蝶腭神经的损害。上颌神经损害时，还表现为嗅吸氨气、醋酸等时无灼痛感，以及用细软猪鬃刺激鼻腔下部黏膜时不发生喷嚏反射。

4.运动功能 三叉神经运动支的功能障碍表现为咀嚼肌麻痹，咬紧牙时咬肌松弛无力。当下颌舌骨肌与二腹肌前腹麻痹，吞咽动作时患侧此两肌松弛。

凡出现上述神经功能性改变者，说明神经径路上有损害，常见的为占

位性病变，必须进一步检查，以明确诊断。局限性的麻木、感觉障碍也可能由于维生素 B1 缺乏、神经症、三叉神经炎、注射无水乙醇或手术后所引起，根据病史不难确定。

【鉴别诊断】

应注意与下列疾病相鉴别：非典型面痛、牙痛和其他牙源性疾病、鼻窦炎、颞下颌关节紊乱病及舌咽神经痛。

【治疗原则】

三叉神经痛如属继发性者，应针对病因治疗；如为肿瘤应作肿瘤切除。对原发性三叉神经痛可采取以下几种方法治疗。

1. 药物治疗 对原发性三叉神经痛均应首先采用药物治疗，如无效时再考虑其他方法。首选药物为卡马西平（痛痉宁、酰胺咪嗪），其他药物还有苯妥英钠、氯硝西洋及山莨菪碱（654-2）等，也可根据情况配合使用镇痛剂。

2. 半月神经节射频温控热凝术。

3. 针刺疗法。

4. 封闭疗法。

5. 理疗。

6. 注射疗法。

7. 手术疗法包括：①病变性骨腔清除术；②三叉神经周围支切断撕脱术，主要适用于下牙槽神经和眶下神经。

8. 冷冻、激光等方法 近年来有采用冷冻、激光等方法治疗三叉神经痛亦均获一定疗效。

对三叉神经痛选择治疗方法时，应本着循序渐进的原则。应首选对机体无损害性或损害性最小的治疗方法。一般应先从药物治疗或封闭、理疗等开始，如无效时再依次选择半月神经节温控热凝、注射疗法、神经撕脱等。只有当这些方法均无效时才考虑做颅内手术。

颊部溃疡 7 天，

解析：口腔黏膜溃疡

询问病史要点

（一）现病史

1. 溃疡是否有周期性发作特点。
2. 溃疡持续的时间。
3. 溃疡的大小、深浅及数目。
4. 溃疡的好发部位。
5. 溃疡的疼痛情况。
6. 是否有创伤因素，如残根、残冠及不良修复体。

（二）既往史

1. 是否有结核病史。
2. 是否有药物过敏史。
3. 是否有恶性肿瘤史。

（三）全身情况

1. 是否有外阴部溃疡。
2. 皮肤病发病情况。
3. 眼病发病情况。

病例分析：刷牙出血十年

解析：慢性龈炎

【临床表现】

1. 症状 刷牙或咬硬物时牙龈出血，但一般无自发性出血。有的患者可感到牙龈局部发痒、发胀。
2. 检查所见
 - （1）色泽改变：由于牙龈组织内血管增生、充血导致游离龈和龈乳头呈鲜红或暗红色，严重时炎症充血范围可波及附着龈。
 - （2）形态改变：由于水肿的牙龈冠向和颊舌向肿胀，龈缘变厚，不再紧贴牙面。龈乳头圆钝肥大。附着龈水肿时，点彩消失，表面光滑

	<p>发亮。</p> <p>(3) 质地变化：由于结缔组织水肿和胶原的破坏，牙龈质地松软，缺乏弹性。</p> <p>(4) 探诊出血。</p> <p>【诊断】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 龈缘处牙面有菌斑、牙石等刺激物。 2. 牙龈色、形、质改变，探诊出血。 3. 无附着丧失和牙槽骨吸收。 <p>【鉴别诊断】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 慢性牙周炎 尤其要与早期牙周炎相鉴别。牙周炎在临床可探到或看到釉牙骨质界，既有附着丧失，并有牙周袋形成。X 线片上有牙槽骨吸收，早期在（牙合）翼片上可发现早期的牙槽嵴顶吸收。 2. 血液病引起的牙龈出血 多见自发性出血。应通过病史和血液学检查与血液系统疾病相鉴别。 3. 坏死性溃疡性龈炎 自发性出血，常伴牙龈的自发性疼痛、腐败性口臭，严重者可能伴低热。龈乳头和龈缘坏死是其特征性损害。 4. HIV 相关性龈炎 临床可见游离龈缘呈明显的线状红色充血带，称作牙龈线形红斑。去除局部炎症后，牙龈的充血仍不消退。血清学检测有助于确诊。 <p>【治疗原则】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 去除病因（洁治，口腔卫生指导，控制菌斑）。 2. 防止复发。
110	<p>左下拔牙后疼痛 5 天</p> <p>解析：颌面部肿痛</p> <p>询问病史要点</p> <p>（一）现病史</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 疼痛出现的时间（为先天性抑或后天性）、发展过程。 2. 疼痛范围有无改变，有无全身反应。 3. 疼痛是否伴有疼痛及疼痛的性质。

	<p>4.疼痛性质为质地松软还是较硬，皮肤颜色有无改变等。</p> <p>5.疼痛是否造成其他的功能障碍，例如，开口受限、吞咽困难等。</p> <p>(二) 既往史</p> <p>疼痛是否反复发作，有无外伤、手术、过敏及其他治疗史。</p> <p>(三) 全身情况</p> <p>有无体温变化，是否做过末梢血象检查。</p>
112	<p>牙体缺损</p> <p>解析：题目信息不全，无法给出答案</p>
115	<p>牙龈出血</p> <p>解析：解析：牙龈出血</p> <p>询问病史要点</p> <p>(一) 现病史</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.牙龈出血的部位和时间。 2.牙龈是自动出血还是刺激后出血，有无自限性，出血能否止住，止血的方法。 3.牙龈出血量。 4.牙龈有无疼痛。 5.牙龈肿胀情况。 6.牙龈乳头有无瘤样物形成。 7.是否伴有牙松动、牙脱落。 8.近来是否紧张、劳累，是否熬夜。 <p>(二) 既往史</p> <p>以前有无牙龈出血史，身体其他部位外伤后有无出血不易止住现象，有无白血病等血液病史，有无口腔颌面部及其邻近器官的疾病。</p>

	<p>(三) 全身情况</p> <p>患者是否妊娠，是否是月经期、产褥期、更年期等。有无高血压，是否服用阿司匹林等抗凝血药物。近来有无发热、食欲缺乏、体重减轻等现象。</p>
116	<p>病史采集，烤瓷冠修复 3 年，冷热疼 1 月，</p> <p>解析：病史采集要点：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.疼痛的部位、性质、程度和诱因（冷热酸甜） 2.是否牙周创伤 3.是否存在固位不良、修复体松动 4.是否出现修复体边缘有缝的情况 <p>可能诊断：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.基牙继发龋 2.固位不良、松动 3.粘固剂溶剂 4.冠边缘不适合 <p>病例分析，冠折</p> <p>解析：冠折</p> <p>可分为简单冠折包括釉质折断，釉质-牙本质折断和复杂冠折即露髓冠折。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.冠折（釉质折断） 多见于上颌中切牙切角或切缘折断，局限在牙釉质内。一般无自觉症状，有时粗糙的折断面可能磨伤嘴唇。牙表面可有裂纹。 2.冠折（釉质-牙本质折断）牙釉质、牙本质同时折断。常常出现冷热刺激痛，牙本质过敏症状，有时近髓处可见透红，敏感。 3.冠折露髓（复杂冠折） 牙冠缺损较多，牙髓暴露。症状明显，有冷热刺激痛，触痛明显，不能用牙咬东西。X 线片显示牙冠缺损累及牙髓，应注意牙根的发育程度。根周膜间隙无改变，或稍增宽。

	<p>【诊断】 外伤史，临床表现，X 线片表现。</p> <p>【鉴别诊断】 根折：冠折的牙应该排除根折，通过X 线片可以鉴别。</p> <p>【治疗原则】 冠折</p> <p>1.冠折（釉质折断） 可不处理，或磨除锐利边缘。</p> <p>2.冠折（釉质一牙本质折断） 儿童患者采取护髓治疗，在暴露的牙本质上采用氢氧化钙制剂间接盖髓后应用玻璃离子水门汀或光敏树脂充填。成人患者有过敏症状者，可行脱敏治疗。症状较重时，可用临时塑料冠，内衬氧化锌丁香油糊剂粘固，6~8 周后，氢氧化钙制剂间接盖髓后用光敏树脂修复外形。</p> <p>3.冠折露髓 年轻恒牙应该尽量保留活髓以利于牙根继续发育，可以采用活髓切断术去除冠髓，保留根髓，可以应用光敏树脂充填或应用断冠粘接技术将断冠粘接。术后定期复查，牙根发育完成后，进行根管治疗，进行冠修复。如果外伤时间较长，牙髓感染坏死，可以采用根尖诱导成形术，定期换药，牙根尖孔封闭后采取根管治疗术。乳牙冠折露髓可以进行牙髓摘除术。如果患儿年龄太小无法配合，为避免刺激孩子，可以酌情拔牙。牙根发育完成的恒牙应该进行牙髓摘除术，6~8 周后可以进行牙冠修复。</p> <p>4.定期复查 可以在外伤后 1、3、6 月后以及每隔 1 年进行复查，进行牙髓活力测验，拍摄 X 线片。儿童患者牙冠缺损过多时，注意保持间隙，以利于成人后永久修复。</p>	
126	<p>第三站</p> <p>牙龈肿痛</p> <p>解析：牙龈肿痛</p> <p>询问病史要点</p> <p>（一）现病史</p>	

	<p>1.牙龈肿痛出现的部位、范围、程度和时间。</p> <p>2.牙龈有无出血，自动出血还是刺激后出血。牙龈有无疼痛。</p> <p>3.是否伴有牙松动、牙脱落。</p> <p>4.牙齿有无疼痛史，有无冷热痛、自发痛、继而牙痛消失、再出现牙龈肿痛过程。</p> <p>5.是否伴有面部肿胀，肿胀的部位。</p> <p>6.有无开口受限。</p> <p>7.是否有反复发作史。</p> <p>（二）既往史</p> <p>身体其他部位外伤后有无出血不易止住现象，有无白血病等血液病史，有无口腔颌面部及其邻近器官的疾病。</p> <p>（三）全身情况</p> <p>近来有无发热、食欲缺乏、体重减轻等现象，有无劳累。</p> <p>牙体损失</p> <p>解析：题目信息不准，无法给出解析。</p>	
129	<p>第三站：</p> <p>病史采集：脸颊侧溃疡</p> <p>解析：口腔黏膜溃疡</p> <p>询问病史要点</p> <p>（一）现病史</p> <p>1.溃疡是否有周期性发作特点。</p> <p>2.溃疡持续的时间。</p> <p>3.溃疡的大小、深浅及数目。</p> <p>4.溃疡的好发部位。</p> <p>5.溃疡的疼痛情况。</p> <p>6.是否有创伤因素，如残根、残冠及不良修复体。</p> <p>（二）既往史</p> <p>1.是否有结核病史。</p> <p>2.是否有药物过敏史。</p>	

3.是否有恶性肿瘤史。

(三) 全身情况

1.是否有外阴部溃疡。

2.皮肤病发病情况。

3.眼病发病情况。

分析是三叉神经痛

解析：三叉神经痛

【临床表现】

1.症状 本病的主要表现是在三叉神经某分支区域内，骤然发生闪电式的极为剧烈的疼痛。疼痛可自发，也可由轻微的刺激“扳机点”所引起。疼痛如电击、针刺、刀割或撕裂样剧痛，发作时患者为了减轻疼痛而作出各种特殊动作。发作多在白天，每次发作时间一般持续数秒、数十秒或 1~2 分钟后又骤然停止。两次发作之间称间歇期，无任何疼痛症状。只有少数病例在间歇期面部相应部位有轻微钝痛。疾病的早期一般发作次数较少，持续时间较短，间歇期较长，但随着疾病的发展发作愈来愈频繁，间歇期亦缩短。

病程可呈周期性发作，每次发作期可持续数周或数月，然后有一段自动的暂时缓解期。缓解期可为数天或几年，在此期间疼痛缓解甚至消失，以后疼痛复发。三叉神经痛很少有自愈者。部分病例的发作期与气候有关，一般在春季及冬季容易发病。

有的患者由于疼痛发作时，用力揉搓面部皮肤，可发生皮肤粗糙、增厚、色素沉着、脱发、脱眉，有时甚至引起局部擦伤并继发感染。

在有些患者中疼痛牵涉到牙时，常疑为牙痛而坚持要求拔牙，故不少三叉神经痛患者都有拔牙史。

2.检查所见 原发性三叉神经痛患者无论病程长短，神经系统检查无阳性体征发现，仍保持罹患分支区域内的痛觉、触觉和温度觉的感觉功能和运动支的咀嚼肌功能。只有在个别病例中有某个部位皮肤的敏感性增加。

继发性三叉神经痛可因病变部位的不同，伴有面部皮肤感觉减退，角

膜反射减退，听力降低等神经系统阳性体征。

但在原发性三叉神经痛病例中也有因摩擦局部皮肤增厚、粗糙，或由于做过封闭、理疗或局部敷药等而造成局部感觉减退。对这类患者应仔细检查有无其他神经系统阳性体征，以便与继发性三叉神经痛相鉴别。

【诊断】

依据病史、疼痛的部位、性质、发作表现和神经系统无阳性体征，一般诊断原发性三叉神经痛并不困难，但要排除继发性三叉神经痛。为了准确无误地判断疼痛的分支及疼痛涉及的范围，查找“扳机点”是具有重要意义的方法。在初步确定疼痛的分支后，用 1%~2%的普鲁卡因在神经孔处行阻滞麻醉，以阻断相应的神经干，这属于诊断性质的封闭。

为明确罹患的分支，即查明发生疼痛症状的分支。为了进一步明确是原发性三叉神经痛还是继发性者，必须同时检查伴随的其他症状和体征，如感觉、运动和反射的改变。

（一）定分支检查

定分支首先要寻找“扳机点”。各分支的常见“扳机点”的部位是：

眼支：眶上孔、上眼睑、眉、前额及颞部等部位。

上颌支：眶下孔、下眼睑、鼻唇沟、鼻翼、上唇、鼻孔下方或口角区、上颌结节或腭大孔等部位。

下颌支：颞孔、下唇、口角区、耳屏部、颊黏膜、颊脂垫尖、舌颌沟等处，并须观察在开闭口及舌运动时有无疼痛的发作。

对上述各分支的常见“扳机点”按顺序进行检查。由于各“扳机点”痛阈高低不同，检查时的刺激强度也应由轻至重作适当的改变。

1. 拂诊 以棉签或示指轻拂可疑之“扳机点”。
2. 触诊 用示指触摸“扳机点”。
3. 压诊 用较大的压力进行触诊。
4. 揉诊 对可能的“扳机点”用手指进行连续回旋式重揉动作，每一回旋需稍作刹那停顿，这种检查方法往往能使高痛阈的“扳机点”

出现阳性体征，多用作眶下孔和颞孔区的检查。

（二）三叉神经功能检查

1. 感觉功能 可用探针轻划（触觉）与轻刺（痛觉）患侧的三叉神经各分布区的皮肤与黏膜，并与健侧相比较。原发性三叉神经痛的检查结果两侧相等。若痛觉丧失时，需再作温度觉检查—以试管盛冷热水试之。可用两支玻璃管分盛 0~10℃的冷水和 40~50℃的温水交替地接触患者的皮肤，请其报出“冷”或“热”。如痛觉与温度觉均丧失而触觉存在时，可能是脊束核损害。

2. 角膜反射 请患者向一侧注视，用捻成细束的棉絮轻触角膜，由外向内，反射作用为双侧直接和间接的闭眼动作。反射中枢在脑桥，输入纤维为三叉神经眼支的鼻睫神经，传出为面神经。角膜反射可以受多种病变的影响。如一侧三叉神经受损造成角膜麻痹时，刺激患侧角膜则双侧均无反应，而在作健侧角膜反射试验时，仍可引起双侧反应。

3. 腭反射 用探针或棉签轻刺软腭边缘，可引起软腭上提，当一侧反射消失，表明该侧上颌神经的分支腭后神经或蝶腭神经的损害。上颌神经损害时，还表现为嗅吸氨气、醋酸等时无灼痛感，以及用细软猪鬃刺激鼻腔下部黏膜时不发生喷嚏反射。

4. 运动功能 三叉神经运动支的功能障碍表现为咀嚼肌麻痹，咬紧牙时咬肌松弛无力。当下颌舌骨肌与二腹肌前腹麻痹，吞咽动作时患侧此两肌松弛。

凡出现上述神经功能性改变者，说明神经径路上有损害，常见的为占位性病变，必须进一步检查，以明确诊断。局限性的麻木、感觉障碍也可能由于维生素 B1 缺乏、神经症、三叉神经炎、注射无水乙醇或手术后所引起，根据病史不难确定。

【鉴别诊断】

应注意与下列疾病相鉴别：非典型面痛、牙痛和其他牙源性疾病、鼻窦炎、颞下颌关节紊乱病及舌咽神经痛。

【治疗原则】

	<p>三叉神经痛如属继发性者，应针对病因治疗；如为肿瘤应作肿瘤切除。</p> <p>对原发性三叉神经痛可采取以下几种方法治疗。</p> <p>1.药物治疗 对原发性三叉神经痛均应首先采用药物治疗，如无效时再考虑其他方法。首选药物为卡马西平（痛痉宁、酰胺咪嗪），其他药物还有苯妥英钠、氯硝西洋及山莨菪碱（654-2）等，也可根据情况配合使用镇痛剂。</p> <p>2.半月神经节射频温控热凝术。</p> <p>3.针刺疗法。</p> <p>4.封闭疗法。</p> <p>5.理疗。</p> <p>6.注射疗法。</p> <p>7.手术疗法包括：①病变性骨腔清除术；②三叉神经周围支切断撕脱术，主要适用于下牙槽神经和眶下神经。</p> <p>8.冷冻、激光等方法 近年来有采用冷冻、激光等方法治疗三叉神经痛亦均获一定疗效。</p> <p>对三叉神经痛选择治疗方法时，应本着循序渐进的原则。应首选对机体无损害性或损害性最小的治疗方法。一般应先从药物治疗或封闭、理疗等开始，如无效时再依次选择半月神经节温控热凝、注射疗法、神经撕脱等。只有当这些方法均无效时才考虑做颅内手术。</p>	
130	<p>第三站：</p> <p>病史采集：牙龈脓包反复 4 年；</p> <p>解析：口腔黏膜及皮肤窦道和瘘管</p> <p>询问病史要点</p> <p>（一）现病史</p> <p>1.就诊时是否有任何症状。</p> <p>2.瘘管和窦道的出现与牙髓、牙周、黏膜、牙槽和颌面部疾病的关系。</p> <p>3.瘘管是否持续有排出物，排出物的性质和量的变化。</p> <p>4.瘘管是否有暂时封闭情况，封闭后面部的肿胀和疼痛情况。</p> <p>（二）既往史</p>	

1. 牙髓、牙周炎症或不完善牙髓治疗史。
2. 急性颌骨骨髓炎发热和肿痛等发病史和不良治疗史。
3. 颌面部炎症、外伤及口腔内手术史。
4. 头颈部肿瘤和放疗史。
5. 甲状舌管囊肿史。

病例分析：反复性溃疡。

解析：一、轻型口疮

轻型口疮约占复发性口腔溃疡患者的 80%，患者初发时多数为此型。溃疡好发于唇、舌、颊、软腭等非角化黏膜，附着龈及硬腭等角化黏膜很少发病。溃疡复发的间隙期从半月至数月不等，有的患者会出现此起彼伏、迁延不断的情况。

【临床表现】

1. 症状溃疡发生时，病损局部疼痛明显，特别是进食刺激性食物疼痛加重。
2. 检查所见轻型口疮初起时局部黏膜充血水肿，可见粟粒状红点，继而形成浅表溃疡，圆形或椭圆形，直径小于 5mm。约 7~10 天溃疡愈合，不留瘢痕。轻型口疮一般为 1~5 个，散在分布。

【诊断】

1. 溃疡周期性反复发作，有自限性，好发于黏膜上皮角化较差的区域。
2. 溃疡多为 2~5mm 大小，边缘整齐，溃疡中心稍凹陷，表面有黄白色假膜覆盖，周围充血，疼痛明显。
3. 一般溃疡 7~10 天可自愈，愈合后不留瘢痕。

【鉴别诊断】

（一）白塞病

白塞病又称口、眼、生殖器三联症。本病临床表现为反复发作有自限性的口腔溃疡；眼可有虹膜睫状体炎、前房积脓、脉络膜炎、结膜炎、角膜炎、视神经乳头炎、视神经萎缩等病变，眼病由于反复发作，可造成视力逐步减退，甚至失明；生殖器病损，男女生殖器官黏膜均可出现溃疡，但一般间歇期较口腔溃疡大，也有同时出现肛门损害的情

况；皮肤损害较常见，表现为结节性红斑，毛囊炎及针刺反应阳性；白塞病还可伴有关节、心血管、消化道、神经系统等全身症状或损害，所以在诊断治疗复发性口腔溃疡的时候一定要问清病史及时发现白塞病患者，并建议患者到相关科室治疗。

（二）创伤性溃疡

溃疡的形态常与慢性机械损伤因子基本契合，周围有炎症性增生反应，黏膜发白。除去创伤因子后，损害可逐渐好转。

【治疗原则】

寻找诱因，去除可能的致病因素。以局部治疗为主，局部治疗主要是消炎、止痛、促溃疡愈合。

二、口炎型口疮

口炎型口疮亦称疱疹样复发性阿弗他溃疡，约占复发性口腔溃疡患者的 10%。

【临床表现】

- 1.症状 溃疡数目多，散在分布于口腔内，唾液增多，疼痛明显。相应部位淋巴结肿大，有时伴有头疼、发热等症状。
- 2.检查所见 溃疡数目多可达十几个或几十个，散在分布，似“满天星”。溃疡多为 2~5mm 大小，相邻的溃疡可融合成片，黏膜广泛充血发红。

【诊断】

- 1.溃疡大小同轻型口疮，但数目多，可以 10~30 个或更多。
- 2.溃疡散在分布于口腔内，可发生于角化黏膜，病变不成簇。
- 3.溃疡周围黏膜充血，唾液增多，疼痛明显。
- 4.相应部位淋巴结肿大，有时伴有头疼、发热等症状。

【鉴别诊断】

（一）疱疹性龈口炎

多发生在儿童，溃疡成簇，可相互融合形成较大的溃疡，边缘不整齐，牙龈明显充血水肿。

（二）手足口病

手足口病是因感染柯萨奇病毒A16、A5、A10 和肠道病毒EV71 型所引起的皮肤黏膜病。前驱症状有发热、困倦与局部淋巴结肿大；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。口腔损害广泛分布于唇、颊、舌、腭等处，初起时多小水疱，迅速成为溃疡，经 5~10 日后愈合。根据国内外资料，与其他肠道病毒引起的手足口病相比，由 EV71 型病毒感染引起的疾病发生重症感染的比例较大，病死率也较高，重症病例病死率可达 10%~25%，应该引起重视。

（三）疱疹性咽峡炎

由柯萨奇病毒 A4 所引起口腔疱疹损害，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，病损分布只限于口腔后部，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 7 天。

【治疗原则】

基本原则同轻型口疮。局部治疗仍是消炎、止痛、促溃疡愈合。全身可以选用中药和免疫调节剂治疗。

三、重型口疮

重型口疮亦称复发性坏死性黏膜腺周围炎，简称腺周口疮。溃疡大而深，愈合后可形成瘢痕或组织缺损，约占复发性口腔溃疡的 8%。

【临床表现】

1. 症状 深大，1~2 个，疼痛明显，进食刺激食物疼痛加重。常伴低热乏力等全身不适症状，溃疡局部区域的淋巴结肿痛。愈合后可留瘢痕。发生于舌腭弓、软硬腭交界处等口腔后部时可造成组织缺损，影响言语及吞咽。

2. 检查所见 大而深，似“弹坑”状，直径可大于 1cm，周围组织红肿微隆起，基底微硬，表面有灰黄色假膜覆盖。其他黏膜处可见溃疡愈合遗留的瘢痕。

【诊断】

- 1.患者都有复发性口腔溃疡史。
- 2.溃疡数目少，多为单发，1~2个，可伴有轻型口疮。
- 3.溃疡大于5mm，可达1~2cm以上，周围黏膜水肿，边缘隆起，溃疡底部坏死，中央凹陷，呈弹坑状。
- 4.病损持续时间长，可达3个月到半年。
- 5.疼痛剧烈，有时伴有相应部位淋巴结肿大。
- 6.溃疡波及黏膜下层及腺体，愈合后留有瘢痕。

【鉴别诊断】

（一）创伤性溃疡

溃疡的形态常与慢性机械损伤因子基本契合，周围有炎症性增生反应，黏膜发白。除去创伤因子后，损害可逐渐好转。

（二）癌性溃疡

溃疡深大，病变进展迅速，基底有细颗粒状突起，似菜花状；基底有硬结，边缘部位比结核损害更硬，相应的淋巴结坚硬、粘连。

（三）结核性溃疡

患者有结核病史。口腔中最常见的是继发性结核损害。可发生于口腔黏膜任何部位，但常见于舌部，为慢性持久性溃疡。通常溃疡边界清楚或呈线形，表现为浅表、微凹陷的溃疡，其底覆有少许脓性渗出物，除去渗出物后，可见暗红色的桑葚样肉芽肿。溃疡边缘微隆，呈鼠啮状，并向中央卷曲，形成潜掘状边缘。患者早期即有疼痛，以舌部溃疡较为明显。

【治疗原则】

基本原则同轻型口疮。深大的腺周口疮经久不愈，可用醋酸泼尼松龙混悬液在溃疡基底部注射。全身可以选用中药和免疫调节剂治疗。

第三站：

病例分析：急性根尖周炎

解析：急性根尖周炎

【临床表现】

（一）急性根尖周炎的浆液期

急性根尖周炎的浆液期是根尖周炎发生的初期，临床过程很短，此刻根尖周围的牙槽骨尚无明显变化。

1.症状

（1）初期患牙根尖部不舒服、发木、浮出发胀，咬合时与对（牙合）牙有早接触感，有时咬紧患牙反而稍感舒服。此时一般无自发痛或只有轻微钝痛。

（2）随着病情发展，患牙浮出和伸长的感觉逐渐加重，出现自发性、持续性的钝痛，咬合时不仅不能缓解症状，反而引起较剧烈的疼痛，影响进食。

（3）疼痛范围局限于患牙根部，不引起放散，患者能够指明患牙。

2.检查所见

（1）患牙可见龋坏、充填体或其他牙体硬组织疾患，或可查到深牙周袋。

（2）牙冠变色。牙髓活力测试无反应，但乳牙或年轻恒牙对活力测试可有反应，甚至出现疼痛。

（3）叩痛（+）～（++），扪压患牙根尖部位出现不适或疼痛。牙龈尚无明显异常。

（4）患牙可有 I° 松动。

（二）急性根尖周炎的根尖周脓肿期

急性根尖周炎的根尖周脓肿期多是由浆液性炎症发展为化脓性变化而来的，也可由慢性根尖周炎转化而来。此时，脓液只局限于根尖孔附近的牙周膜内和牙槽骨骨髓腔中。

1.症状

患牙自发性、剧烈持续的跳痛，伸长感加重，咬合时首先接触患牙并

引起剧痛，患者不敢对（牙合）。

2.检查所见

(1) 患牙可查及能引发牙髓坏死的牙体病损、深牙周袋或充填体等，牙髓活力测试无反应。

(2) 患牙叩痛（++）～（+++），松动Ⅱ°～Ⅲ°。

(3) 根尖部牙龈潮红，但尚无明显肿胀。扪诊感轻微疼痛。

(4) 相应的下颌下淋巴结或颌下淋巴结可有肿大及压痛。

(三) 急性根尖周炎的骨膜下脓肿期

骨髓腔中的脓液继续向根尖周围更广泛的区域蔓延，从组织结构较薄弱之处突破排脓。最常见的途径是脓液穿过骨松质到达骨外板，再通过骨皮质上的营养孔到达骨膜下，之后突破骨膜、黏膜或皮肤向外排脓。

由于骨膜坚韧、致密，不易穿破，脓液在此处积聚时，造成局部压力增高，引起极为明显的局部症状，此时，全身症状仍然较轻，若全身症状明显，应注意观察，防止发展为颌骨骨髓炎和败血症等并发症。

1.症状

(1) 患牙持续性、搏动性跳痛更加剧烈，疼痛达到最高峰。

(2) 患牙更觉浮起、松动，轻触患牙即觉疼痛难忍。

(3) 病程多已 3、5 天，患者极其痛苦，影响睡眠和进食。

(4) 可伴有体温升高，身体乏力等全身症状。

2.检查所见

(1) 患者痛苦面容，精神疲惫。体温可有升高，约 38℃左右。末梢血象白细胞增多，计数多在 1.0 万～1.2 万/mm³。患牙所属区域的淋巴结可出现肿大和叩痛。

(2) 患牙可查及能引发牙髓坏死的牙体病损、深牙周袋或充填体等，牙髓活力测试无反应。

(3) 患牙叩痛（++）～（+++），松动Ⅲ°。

(4) 患牙牙龈红肿，移行沟变平，有明显的压痛，扪诊深部有波动感。

(5) 严重者的相应颌面部可出现蜂窝织炎，表现为软组织肿胀、压痛，面容改变。如上切牙可引起上唇肿胀；上颌前磨牙及磨牙可引起眶下、面部肿胀；下牙可引起颈部、下颌部肿胀；有时下颌第三磨牙的根尖周化脓性炎症可出现开口受限，还可能引起口底蜂窝织炎。

(四) 急性根尖周炎的黏膜下脓肿期

积聚于骨膜下的脓液产生的压力终致骨膜破裂，脓液流注于黏膜下或皮肤下，构成黏膜下脓肿或皮下脓肿，由于黏膜下组织较疏松，脓液到达黏膜下时，压力已大为减小。最后，脓肿破溃，脓液排出，急性炎症缓解，转为慢性炎症。

1. 症状

- (1) 自发性胀痛及咬合痛减轻。
- (2) 全身症状缓解。

2. 检查所见

- (1) 患牙可查及能引发牙髓坏死的牙体病损、深牙周袋或充填体等，牙髓活力测试无反应。
- (2) 患牙叩痛 (+) ~ (++)，松动度 I°。
- (3) 根尖区黏膜的肿胀已局限，呈半球形隆起，扪诊时，波动感明显，脓肿较表浅而易破溃。

上述穿通骨壁突破黏膜的排脓方式是急性根尖周炎典型的自然发展过程，也是最常见的排脓方式。因牙槽骨唇、颊侧的骨壁较薄，一般情况下上颌前牙、上颌后牙颊根以及下颌牙的脓液多从骨的唇、颊侧穿出；若患牙的根尖偏向舌（腭）侧，或上颌后牙的腭根，脓液可从舌、腭侧骨板穿出，在固有口腔中排脓。有少数病例牙根较长，根尖部的脓液穿通骨壁后绕过龈颊沟从皮肤排出，形成皮窦，如下颌切牙的根尖周脓肿可形成颈窦，上颌尖牙根尖周脓肿可形成面窦，下颌磨牙的根尖部脓液可形成颊窦。还有极少数上牙病例可突破上颌窦壁或鼻底黏膜在上颌窦内或鼻腔中排脓。

另外，如根尖孔粗大、根管通畅、冠部缺损（如龋洞）呈开放状态时，根尖部的脓液可通过根尖孔经根管从冠部缺损处排脓，这种排脓方式

对根尖周组织的破坏最小。儿童乳牙可见由此途径排脓，而成人患牙很难同时具备这三个条件，因此，在临床上应尽早将髓腔开通进行引流，在根尖部脓液尚未广泛扩散到牙槽骨骨松质时，促使其由此通路排放，尽量减轻炎症对根尖周围组织的损伤。还有一种排脓途径是通过牙周膜从龈沟或牙周袋排脓，成人患牙经此方式排脓多发生于同时患有牙周病的情况，通常预后很差；而乳牙根尖周脓肿时，因牙周膜组织较疏松，根尖部的脓液可顺牙周间隙扩散，从龈沟排出，当局部的急性炎症被消除并经完善的治疗后，遭受损伤的牙周组织仍能愈合并恢复正常。

对急性根尖周炎患牙进行X线检查，根尖周组织影像并无明显异常表现，但根管或髓室内也可呈现出做过牙髓治疗的强阻射影。

【诊断】

1.主要依据患牙所表现出来的临床症状及体征，由疼痛及红肿的程度来分辨患牙所处的炎症阶段。

- (1) 患牙典型的胀痛、咬合痛的症状。
- (2) 对叩诊和扪诊的反应。
- (3) 根尖部牙龈的表现。
- (4) 结合患者的年龄分析牙髓活力测验的反应。
- (5) 患牙深及牙髓的牙体疾病及所具有的牙髓病史、外伤史以及不完善的牙髓治疗史均可作为参考。

2.急性根尖周炎的4个阶段是一个移行过渡、连续发展的过程，不能截然分开，在临床上只能相对地识别上述各阶段。根据症状及检查所见做出各阶段的诊断是很重要的，因为各阶段都有其相应有效的应急处理措施。在根尖周脓肿阶段，其持续性的跳动可与浆液期鉴别；骨膜下脓肿时，疼痛极为剧烈，根尖部红肿明显，扪诊有深波动感，叩诊能引起最剧烈的疼痛，且可以伴有全身症状；发展到黏膜下脓肿时，则疼痛有所减轻，肿胀明显而局限，波动感表浅（表6-1）。

表 6-1 急性根尖周炎各期的临床表现

症 状 和	浆液期	根尖周脓肿	骨膜下脓肿	粘膜下脓肿
-------	-----	-------	-------	-------

体征		期	期	期
疼痛	咬合痛	持续跳痛	胀跳痛极剧烈	减轻
叩痛	(+) ~ (++)	(++) ~ (+++)	(+++) 最 剧烈	(++)~(+)
扪诊	不适	疼痛	极痛, 深波 动感	浅波动感
根尖部 牙龈	无变化/潮 红	红肿, 局限	红肿明显	肿胀明显
全身症 状	无	无/轻	乏力, 发热	减轻/无

3.由慢性根尖周炎转化而来的急性炎症也表现为上述各阶段的症状和体征,临床上诊断为“慢性根尖周炎急性发作”,它与原发的急性根尖周炎的区别在于X线片上所显示的影像不同。急性根尖周炎在X线片上看不出根尖部有明显改变,而慢性根尖周炎急性发作时,X线片上可见根尖部有不同程度的牙槽骨破坏所形成的透影区。

【鉴别诊断】

(一) 急性牙周脓肿

牙周脓肿多发生在牙周炎的晚期,一般为急性过程。在临床上表现为患牙的唇(颊)侧或舌(腭)侧牙龈出现椭圆形或半球状的脓肿突起,肿胀部位的牙龈红肿光亮,扪诊有波动感。患牙可有搏动性疼痛、浮起、松动、咬合痛等症状和体征。重要的是,患牙除具有急性脓肿的表现外,还有牙周袋存在、袋口溢脓、牙槽骨吸收和牙松动等牙周炎的表现。鉴别的思路可从病史和检查结果来获得(表6-2):急性根尖周脓肿的患牙多有较长时间的牙体病损(如龋洞)和(或)曾有过牙痛史、牙髓治疗史;急性牙周脓肿患牙的病史则为长期牙周炎史。从临床检查的角度来看,可以循着牙体—牙髓—牙周组织的顺序进行检查比较,着重注意牙体硬组织的完整性,牙髓的活力,有无深牙周袋,脓肿的位置及与牙周袋的关系,X线片所显示的牙槽骨破坏情况和区

肉、筋膜或皮下组织中的弥散性急性化脓性炎症，又称蜂窝织炎。根尖周炎和冠周炎等牙源性感染是其主要病因。临床表现局部黏膜的红肿比急性根尖周炎的范围更大，且皮肤也出现红肿热痛，还可出现开口受限、吞咽困难等功能障碍；全身反应轻重不等，轻者无明显全身症状，重者有发热、畏寒、头痛、全身不适，甚至可伴发败血症、中毒性休克的严重并发症；血象中白细胞总数增高，分类中性粒细胞比例增多。上颌前牙和前磨牙可引起眶下间隙感染，下颌前牙可引起颏下间隙感染，上、下颌磨牙可引起颊间隙、嚼肌间隙、颞间隙及颞下间隙感染，下颌后牙还可引起翼颌间隙、颌下间隙、舌下间隙的感染。

（三）急性中央性颌骨骨髓炎

急性中央性颌骨骨髓炎是颌骨骨膜、骨髓腔和骨髓的化脓性炎症，感染途径主要为根尖周炎和智牙冠周炎等牙源性感染，主要的发生部位是下颌骨体，也可弥散至下颌升支。起病急，全身中毒症状非常明显，高热可达 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ ，血象中白细胞计数增高并可出现核左移；局部的表现比急性根尖周炎更广泛，除颌面部肿胀，皮温高，颌骨疼痛等典型的炎症表现外，还可出现下唇麻木、多数牙松动、牙周溢脓、张口困难等症状和体征，严重者可并发败血症或颅内感染。

【治疗原则】

1. 开髓，清除根管内容物，疏通根管，引流根尖炎症渗出物。
2. 评估患牙的可保留性，根据诊断和下一步的治疗方案做不同的处置：
 - （1）如患牙可保留，在开通根管并初步清创后，最好不要外敞于口腔中。根据急性根尖周炎的临床发展阶段进行相应的处置：
 - 1) 浆液期患牙可于髓腔封抑菌、抗炎消毒药。
 - 2) 根尖周脓肿期患牙可在髓腔封药的同时进行根尖部环钻术引流，无条件者可短暂开放引流。
 - 3) 骨膜下脓肿期和黏膜下脓肿期患牙在髓腔封药的同时需做脓肿切开引流。待急性症状缓解后，予以根管治疗。
 - （2）如患牙不能保留，则开放髓腔，待急性症状缓解后予以拔除。
3. 适当调（牙合），全身应用消炎止痛药物。抗生素以广谱抗生素和针

对厌氧菌的抗生素为首选，还可应用非甾体类消炎镇痛剂缓解症状并
给予必要的全身支持疗法。

病史采集：牙龈出血

解析：牙龈出血

询问病史要点

（一）现病史

1.牙龈出血的部位和时间。

2.牙龈是自动出血还是刺激后出血，有无自限性，出血能否止住，止
血的方法。

3.牙龈出血量。

4.牙龈有无疼痛。

5.牙龈肿胀情况。

6.牙龈乳头有无瘤样物形成。

7.是否伴有牙松动、牙脱落。

8.近来是否紧张、劳累，是否熬夜。

（二）既往史

以前有无牙龈出血史，身体其他部位外伤后有无出血不易止住现象，
有无白血病等血液病史，有无口腔颌面部及其邻近器官的疾病。

（三）全身情况

患者是否妊娠，是否是月经期、产褥期、更年期等。有无高血压，是否
服用阿司匹林等抗凝血药物。近来有无发热、食欲缺乏、体重减轻等现
象。

第三站：阿佛他溃疡骨折

解析：一、轻型口疮

轻型口疮约占复发性口腔溃疡患者的 80%，患者初发时多数为此型。

溃疡好发于唇、舌、颊、软腭等非角化黏膜，附着龈及硬腭等角化黏膜很少发病。溃疡复发的间隙期从半月至数月不等，有的患者会出现此起彼伏、迁延不断的情况。

【临床表现】

1. 症状溃疡发生时，病损局部疼痛明显，特别是进食刺激性食物疼痛加重。
2. 检查所见轻型口疮初起时局部黏膜充血水肿，可见粟粒状红点，继而形成浅表溃疡，圆形或椭圆形，直径小于 5mm。约 7~10 天溃疡愈合，不留瘢痕。轻型口疮一般为 1~5 个，散在分布。

【诊断】

1. 溃疡周期性反复发作，有自限性，好发于黏膜上皮角化较差的区域。
2. 溃疡多为 2~5mm 大小，边缘整齐，溃疡中心稍凹陷，表面有黄白色假膜覆盖，周围充血，疼痛明显。
3. 一般溃疡 7~10 天可自愈，愈合后不留瘢痕。

【鉴别诊断】

（一）白塞病

白塞病又称口、眼、生殖器三联症。本病临床表现为反复发作有自限性的口腔溃疡；眼可有虹膜睫状体炎、前房积脓、脉络膜炎、结膜炎、角膜炎、视神经乳头炎、视神经萎缩等病变，眼病由于反复发作，可造成视力逐步减退，甚至失明；生殖器病损，男女生殖器官黏膜均可出现溃疡，但一般间歇期较口腔溃疡大，也有同时出现肛门损害的情况；皮肤损害较常见，表现为结节性红斑，毛囊炎及针刺反应阳性；白塞病还可伴有有关节、心血管、消化道、神经系统等全身症状或损害，所以在诊断治疗复发性口腔溃疡的时候一定要问清病史及时发现白塞病患者，并建议患者到相关科室治疗。

（二）创伤性溃疡

溃疡的形态常与慢性机械损伤因子基本契合，周围有炎症性增生反应，黏膜发白。除去创伤因子后，损害可逐渐好转。

【治疗原则】

寻找诱因，去除可能的致病因素。以局部治疗为主，局部治疗主要是消炎、止痛、促溃疡愈合。

二、口炎型口疮

口炎型口疮亦称疱疹样复发性阿弗他溃疡，约占复发性口腔溃疡患者的 10%。

【临床表现】

1. 症状 溃疡数目多，散在分布于口腔内，唾液增多，疼痛明显。相应部位淋巴结肿大，有时伴有头疼、发热等症状。

2. 检查所见 溃疡数目多可达十几个或几十个，散在分布，似“满天星”。溃疡多为 2~5mm 大小，相邻的溃疡可融合成片，黏膜广泛充血发红。

【诊断】

1. 溃疡大小同轻型口疮，但数目多，可以 10~30 个或更多。
2. 溃疡散在分布于口腔内，可发生于角化黏膜，病变不成簇。
3. 溃疡周围黏膜充血，唾液增多，疼痛明显。
4. 相应部位淋巴结肿大，有时伴有头疼、发热等症状。

【鉴别诊断】

（一）疱疹性龈口炎

多发生在儿童，溃疡成簇，可相互融合形成较大的溃疡，边缘不整齐，牙龈明显充血水肿。

（二）手足口病

手足口病是因感染柯萨奇病毒 A16、A5、A10 和肠道病毒 EV71 型所引起的皮肤黏膜病。前驱症状有发热、困倦与局部淋巴结肿大；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。口腔损害广泛分布于唇、颊、舌、腭等处，初起时多小水疱，

迅速成为溃疡，经 5~10 日后愈合。根据国内外资料，与其他肠道病毒引起的手足口病相比，由 EV71 型病毒感染引起的疾病发生重症感染的比例较大，病死率也较高，重症病例病死率可达 10%~25%，应该引起重视。

（三）疱疹性咽峡炎

由柯萨奇病毒 A4 所引起口腔疱疹损害，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，病损分布只限于口腔后部，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 7 天。

【治疗原则】

基本原则同轻型口疮。局部治疗仍是消炎、止痛、促溃疡愈合。全身可以选用中药和免疫调节剂治疗。

三、重型口疮

重型口疮亦称复发性坏死性黏膜腺周围炎，简称腺周口疮。溃疡大而深，愈合后可形成瘢痕或组织缺损，约占复发性口腔溃疡的 8%。

【临床表现】

1. 症状 深大，1~2 个，疼痛明显，进食刺激食物疼痛加重。常伴低热乏力等全身不适症状，溃疡局部区域的淋巴结肿痛。愈合后可留瘢痕。发生于舌腭弓、软硬腭交界处等口腔后部时可造成组织缺损，影响言语及吞咽。

2. 检查所见 大而深，似“弹坑”状，直径可大于 1cm，周围组织红肿微隆起，基底微硬，表面有灰黄色假膜覆盖。其他黏膜处可见溃疡愈合遗留的瘢痕。

【诊断】

1. 患者都有复发性口腔溃疡史。
2. 溃疡数目少，多为单发，1~2 个，可伴有轻型口疮。
3. 溃疡大于 5mm，可达 1~2cm 以上，周围黏膜水肿，边缘隆起，溃疡底部坏死，中央凹陷，呈弹坑状。
4. 病损持续时间长，可达 3 个月到半年。

	<p>5.疼痛剧烈，有时伴有相应部位淋巴结肿大。</p> <p>6.溃疡波及黏膜下层及腺体，愈合后留有瘢痕。</p> <p>【鉴别诊断】</p> <p>(一) 创伤性溃疡</p> <p>溃疡的形态常与慢性机械损伤因子基本契合，周围有炎症性增生反应，黏膜发白。除去创伤因子后，损害可逐渐好转。</p> <p>(二) 癌性溃疡</p> <p>溃疡深大，病变进展迅速，基底有细颗粒状突起，似菜花状；基底有硬结，边缘部位比结核损害更硬，相应的淋巴结坚硬、粘连。</p> <p>(三) 结核性溃疡</p> <p>患者有结核病史。口腔中最常见的是继发性结核损害。可发生于口腔黏膜任何部位，但常见于舌部，为慢性持久性溃疡。通常溃疡边界清楚或呈线形，表现为浅表、微凹陷的溃疡，其底覆有少许脓性渗出物，除去渗出物后，可见暗红色的桑葚样肉芽肿。溃疡边缘微隆，呈鼠啮状，并向中央卷曲，形成潜掘状边缘。患者早期即有疼痛，以舌部溃疡较为明显。</p> <p>【治疗原则】</p> <p>基本原则同轻型口疮。深大的腺周口疮经久不愈，可用醋酸泼尼松龙混悬液在溃疡基底部注射。全身可以选用中药和免疫调节剂治疗。</p>
141	<p>第三站：颌面伤，全冠修复后咬合痛。</p> <p>解析：颌面部创伤：清创缝合，骨折部位进行坚强内固定</p> <p>全冠修复后咬合痛，去除不良修复体后重新修复。</p>

144

第三站：病史采集：女，下唇溃疡三天。

解析：口腔黏膜溃疡

询问病史要点

（一）现病史

1. 溃疡是否有周期性发作特点。
2. 溃疡持续的时间。
3. 溃疡的大小、深浅及数目。
4. 溃疡的好发部位。
5. 溃疡的疼痛情况。
6. 是否有创伤因素，如残根、残冠及不良修复体。

（二）既往史

1. 是否有结核病史。
2. 是否有药物过敏史。
3. 是否有恶性肿瘤史。

（三）全身情况

1. 是否有外阴部溃疡。
2. 皮肤病发病情况。
3. 眼病发病情况。

147

第三站：病史采集拔牙后开口受限 5 天。

解析：开口受限

询问病史要点

（一）现病史及相关内容

1. 开口受限的性质、程度和持续时间：询问患者开口受限的程度，是突然发生的还是渐进性加重，?开口受限程度有无变化。
2. 是否伴有疼痛及疼痛部位。
3. 面部是否有肿胀或膨隆，肿胀是否有消长史。
4. 关节弹响和杂音。
5. 有无外伤。

6.口腔和颌面部皮肤是否有瘻孔。

7.面型有无异常。

(二) 既往病史

口腔颌面部外伤史、口腔颌面部感染史、颞下颌关节紊乱病史、中耳炎史、头颈部放疗史以及口腔治疗史或拔牙史。

(三) 全身健康状况

有无类风湿关节炎史等系统性关节炎史、瘰疬史等。

病例分析刷牙出血 10 年！

解析：慢性龈炎

牙龈的炎症主要位于游离龈和龈乳头，是牙龈病中最常见的疾病，又称慢性龈缘炎、单纯性龈炎、边缘性龈炎。青少年好发，及时治疗预后良好，易复发。

【临床表现】

1.症状 刷牙或咬硬物时牙龈出血，但一般无自发性出血。有的患者可感到牙龈局部发痒、发胀。

2.检查所见

(1) 色泽改变：由于牙龈组织内血管增生、充血导致游离龈和龈乳头呈鲜红或暗红色，严重时炎症充血范围可波及附着龈。

(2) 形态改变：由于水肿的牙龈冠向和颊舌向肿胀，龈缘变厚，不再紧贴牙面。龈乳头圆钝肥大。附着龈水肿时，点彩消失，表面光滑发亮。

(3) 质地变化：由于结缔组织水肿和胶原的破坏，牙龈质地松软，缺乏弹性。

(4) 探诊出血。

【诊断】

1.龈缘处牙面有菌斑、牙石等刺激物。

2.牙龈色、形、质改变，探诊出血。

3.无附着丧失和牙槽骨吸收。

【鉴别诊断】

1.慢性牙周炎 尤其要与早期牙周炎相鉴别。牙周炎在临床可探到或看到釉牙骨质界，既有附着丧失，并有牙周袋形成。X 线片上有牙槽骨吸收，早期在（牙合）翼片上可发现早期的牙槽嵴顶吸收。

2.血液病引起的牙龈出血 多见自发性出血。应通过病史和血液学检查与血液系统疾病相鉴别。

3.坏死性溃疡性龈炎 自发性出血，常伴牙龈的自发性疼痛、腐败性口臭，严重者可能伴低热。龈乳头和龈缘坏死是其特征性损害。

4.HIV 相关性龈炎 临床可见游离龈缘呈明显的线状红色充血带，称作牙龈线形红斑。去除局部炎症后，牙龈的充血仍不消退。血清学检测有助于确诊。

【治疗原则】

- 1.去除病因（洁治，口腔卫生指导，控制菌斑）。
- 2.防止复发。

关注金英杰医学教育，获得更多资料！

