

2024 级口腔主治医师 王牌专属资料 牙周病学笔记

二、牙周病检查

(一) 病史采集

(二) 牙周组织检查

1. 菌斑百分率达到小于 20%，则已属基本被控制。
2. 牙龈组织检查：探诊出血 (BOP)：牙龈有无炎症较客观的指标
3. 牙周探诊

探针有两种：

- 尖探针：检查牙石的情况和根分叉病变。
- 牙周探针：检查牙周袋的情况。

牙周探诊注意事项

探诊力量要轻，约为 20~25g。

以提插方式移动探针，探查每个牙面的情况。

牙周探诊的内容

- ①探诊深度 (PD)：正常的龈沟探诊深度不超过 2~3mm。
- ②附着水平 (AL)：指袋 (沟) 底至釉牙骨质界的距离，有无附着丧失是区分牙周炎与牙龈炎的重要指标。表示牙周组织的破坏程度

第二单元 牙龈疾病

一. 慢性龈炎

慢性龈炎是菌斑性牙龈病中最常见的疾病，又称边缘性龈炎和单纯性

龈炎。

始动因子——牙菌斑。

此时 G-菌明显增多，梭形杆菌和螺旋体等比例明显高于牙周

（二）临床表现

牙龈炎的表现主要包括以下 7 个方面：

1. 自觉症状 牙龈出血，这是牙龈炎患者就诊的主要原因。但一般无自发性出血。
2. 牙龈色泽 鲜红或暗红色。
3. 牙龈外形
4. 牙龈质地
5. 龈沟深度 健康的龈沟探诊深度一般不超过 2~3mm，当牙龈有炎症时，由是否有附着丧失是区别牙龈炎和牙周炎的关键指征。
6. 龈沟液量增多。龈沟液量的增加可作为评估牙龈炎症严重程度的一个客观指标。

诊断及鉴别诊断

（1）早期牙周炎：附着丧失和牙槽骨的吸收，必要时可拍摄 X 线片以确定诊断。

（2）HIV 相关性龈炎（HIV-G）：牙龈线形红斑（LGE），附着龈可有点状红斑，患者自述有刷牙后出血或自发性出血。在去除局部刺激因素后，牙龈的充血仍不消退。艾滋病患者的口腔内还可出现毛状白斑、卡波济肉瘤等，血清学检测有助于确诊。

（四）预后

慢性龈炎是一种可复性病变，预后良好。

预防

慢性龈炎的预防，最关键的是要坚持做好菌斑控制工作。对慢性龈炎的预防属于一级预防。

二、青春期龈炎

青春期龈炎是受内分泌影响的牙龈炎之一。男女均可患病，但女性患者稍多于男性。

（一）病因

病因有两点很关键：

1. 局部因素 菌斑
2. 全身因素 青春期体内性激素水平较高，牙龈作为性激素的靶组织，它在激素的作用下对菌斑等局部刺激物的反应性增强，产生较明显的炎症反应，或使原有的慢性龈炎加重。

（二）临床表现

本病好发于前牙唇侧的牙龈乳头和龈缘，牙龈肿胀较明显，龈乳头常呈球状突起，颜色暗红或鲜红，光亮，质地软，探诊出血明显（轻刺激即可引起出血，这也成为患者常见的主诉症状）。龈沟可加深形成假性牙周袋，但附着水平无变化，亦无牙槽骨吸收。舌侧牙龈较少受累及。

（三）诊断

1. 患者处于青春期,
2. 牙龈的炎症反应超过局部刺激物所能引起的程度, 即牙龈组织的炎症反应较强,
3. 排除其它疾病。

(四) 治疗原则

去除局部刺激因素仍是青春期龈炎治疗的关键。

三、妊娠期龈炎

妊娠期龈炎指妇女在妊娠期间, 由于女性激素水平升高, “原有”的牙龈慢性炎症加重, 使牙龈肿胀或形成龈瘤样的改变, 分娩后病损可自行减轻或消退。

(一) 病因

1. 局部因素

菌斑微生物仍然是妊娠期龈炎的始动因子。

2. 全身因素 妊娠期龈炎的发生, 只是由于妊娠时性激素水平特别是黄体酮水平增高,

中间普氏菌被认为是与妊娠期龈炎关系最密切的细菌。

(二) 临床表现

患者一般在妊娠前即有不同程度的慢性龈炎, 从妊娠 2~3 个月后开始出现明显症状, 至 8 个月时达到高峰, 临床表现与血中黄体酮水平的升高相关联。分娩后约 2 个月时, 龈炎可减轻至妊娠前水平。

妊娠期龈瘤 (也称孕瘤), 可发生于单个牙的牙龈乳头, 前牙尤其是

下前牙唇侧龈乳头较多见，多发生于个别牙排列不齐的、菌斑容易堆积部位的龈乳头。通常始发于妊娠第 3 个月，迅速增大，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，

（三）诊断

1. 患者为育龄妇女，处于妊娠期；
2. 牙龈鲜红色、高度水肿、肥大，且有明显出血倾向；
3. 除外其它疾病。

（四）治疗

1. 去除局部刺激因素
2. 对于较严重的患者，如牙龈炎症肥大明显、龈袋有溢脓时，可配合使用局部药物治疗，应尽量避免全身用药，以免影响胎儿发育。
3. 对一些体积较大的妊娠期龈瘤，若已妨碍进食，则可考虑手术切除。手术时机应尽量选择妊娠期的 4~6 个月内，以免引起流产或早产。

四、急性坏死性溃疡性龈炎（ANUG） 重点！

（一）病因

在 ANUG 病损处常能找梭形杆菌和螺旋体，并发现中间普氏菌也是此病的优势菌。

（二）病理

组织病理学表现为**牙龈的非特异性急性坏死性炎症**。

病变由表及里可分为**坏死区、坏死区下方的鲜红带状区、慢性炎症浸润区**。

(三) 临床表现

1. 好发人群 常发生于**青壮年**，以**男性吸烟者**多见。

2. 病程 本病起病急，病程较短。

3. 以**龈乳头和龈缘的坏死**为其特征性损害

①初起时个别**龈乳头的顶端**发生坏死性溃疡，上覆有灰白色污秽的坏死物，去除坏死物后可见**龈乳头的颊、舌侧尚存**，而中央凹下如**火山口状**。龈乳头被破坏后与**龈缘成一直线**，如**刀切状**。

②病变迅速沿**牙龈边缘**向邻牙扩展，使**龈缘如虫蚀状**，坏死区出现灰褐色假膜，易于擦去，去除坏死组织后，其下为出血创面。

③病损**以下前牙多见**。病损**一般不波及附着龈**。

4. 患处**牙龈极易出血** 患者常诉晨起时枕头上有血迹，口中有血腥味，甚至有自发性出血。

5. 疼痛明显 这是本病非常特征性的表现，其它**龈炎很少见疼痛**。急性坏死性溃疡性**龈炎**的患者常诉有明显疼痛感，或有**牙齿撑开感或胀痛感**。

6. 有典型的**腐败性口臭** 由于组织的坏死，患者常有特殊的**腐败性恶臭**。

7. **坏死物涂片检查，可见大量梭形杆菌和螺旋体**。

(五) 诊断

根据上述临床表现，包括起病急、牙龈疼痛、自发性出血、有腐败性口臭以及龈乳头和龈缘的坏死等特征，可诊断急性坏死性溃疡性龈炎。病变区的细菌学涂片检查有助于本病的诊断。

五、药物性牙龈增生

（一）病因

1. 长期服用抗癫痫药物如苯妥英钠（大仑丁）、钙通道阻滞剂如硝苯地平（心痛定）、免疫抑制剂如环孢素等是本病发生的主要原因。

2. 菌斑的作用

（二）临床表现

1. 牙龈增生起始于龈乳头，呈小球状突起于牙龈表面。
2. 增生的牙龈还可将牙齿挤压移位，这种情况多见于上前牙。
3. 药物性牙龈增生的牙龈组织一般呈淡粉红色，质地坚韧，略有弹性，一般不易出血。
4. 药物性牙龈增生常发生于全口牙龈，但以上、下前牙区为重。它只发生于有牙区，拔牙后，增生的牙龈组织可自行消退。

（三）诊断与鉴别诊断

1. 牙龈实质性增生的特点。
2. 长期服用上述药物的历史。
3. 排除其他全身疾病所致。

鉴别诊断：以牙龈增生为主要表现的慢性龈炎：一般炎症较明显，好发于前牙的唇侧和牙龈乳头，增生程度较轻，覆盖牙冠一般不超过

1/3，有明显的局部刺激因素，无长期服药史。

（四）治疗原则

1. **停止使用**引起牙龈增生的药物。这是对药物性牙龈增生的**最根本的治疗**。

2. 去除局部刺激因素。

六、遗传性牙龈纤维瘤病

遗传性牙龈纤维瘤病，是一种**罕见的家族性疾病**，表现为牙龈组织的弥漫性纤维结缔组织增生。

1. 本病可在**幼儿时就发病**，最早可发生在乳牙萌出后，一般开始于恒牙萌出

之后，进行性发展。

2. 牙龈广泛地逐渐增生，可累及全口的牙龈缘、龈乳头和附着龈，甚至达膜

龈联合处，**以上颌磨牙腭侧最为严重**。增生的牙龈颜色正常，组织坚韧，可覆盖部分或整个牙冠，不易出血。

3. 牙齿常因增生的牙龈挤压而发生移位。

4. 由于牙龈的增厚，有时出现牙齿萌出困难。

（三）诊断和鉴别诊断

1. 诊断 根据典型的临床表现，或有家族史，即可作出诊断。**无家族史者并不能排除诊断本病**。

2. 鉴别诊断

以增生为主要表现的慢性龈炎：该病主要侵犯前牙的牙龈乳头和龈

缘，增生程度相对比较轻，覆盖牙冠一般不超过 1/3，多数伴有炎症，局部刺激因素明显，无长期服药史及家族史。

（四）治疗

以牙龈成形术为主，切除增生的牙龈并修整外形，以恢复牙龈的生理功能和外观。

本病手术后易复发，复发率与口腔卫生的好坏有关，保持良好的口腔卫生可避免复发或延缓复发。

本病为良性增生，复发后仍可再次手术治疗。

七. 白血病的龈病损

白血病是一种恶性血液疾病，大量增殖的不成熟血细胞取代了正常的骨髓组织，并可浸润至身体各器官和组织，包括牙龈。这就是我们在口腔所见到的白血病的龈病损。

（一）病因及病理

白血病患者末梢血中的幼稚白细胞在牙龈组织内大量浸润积聚，病理变化为牙龈上皮和结缔组织内充满密集的幼稚白细胞，口腔腔内可见血细胞形成栓塞，并可见组织坏死。

（二）临床表现

白血病的牙龈病损可波及牙龈乳头、龈缘和附着龈。主要表现为以下 4 个方面：

1. 牙龈肿大，颜色暗红发绀或苍白，组织松软脆弱或中等硬度，表面光亮。牙龈肿胀常为全口性，且可覆盖部分牙面。

2. 牙龈有明显的出血倾向，**龈缘常有渗血，且不易止住**，牙龈和口腔黏膜上可见出血点或瘀斑。

3. 严重的患者还可出现口腔黏膜的坏死或剧烈的牙痛(牙髓腔内有大量幼稚血细胞浸润引起)、发热、局部淋巴结肿大以及疲乏、贫血等症状。

(三) 诊断

根据上述典型的临床表现，**及时作血常规及血涂片检查**，发现白细胞数目及形态的异常如大量幼稚细胞，便可作出初步诊断。**骨髓检查可明确诊断。切忌活检。**

(四) 治疗

1. 在可疑或已确诊为白血病时，应及时与内科医师配合进行治疗。

2. 牙周的治疗以保守为主，**切忌进行手术或活组织检查，以免发生出血不止或感染、坏死**。遇出血不止时，可采用局部压迫方法或药物止血，必要时可放牙周塞治剂。

3. 在有牙龈坏死时，在无出血情况下，可用过氧化氢轻轻清洗坏死龈缘，然后敷以消炎药或碘制剂。

4. 用氯己定溶液含漱有助于减少菌斑、消除炎症。

5. **对急性白血病患者一般不作治疗**，若全身情况允许，必要时可进行简单的洁治术，但应特别注意动作轻柔，避免引起出血和组织创伤。

七、

八、急性龈乳头炎

急性龈乳头炎是指病损局限于个别牙龈乳头的**急性非特异性炎症**，

（一）病因

牙龈乳头受到机械或化学的刺激，是引起急性龈乳头炎的直接原因。

（二）临床表现

检查可见龈乳头鲜红肿胀，探触痛明显，易出血，有时局部可查到刺激物，

牙可有轻度叩痛，这是因为龈乳头下方的牙周膜也有炎症和水肿。

（三）诊断

根据局部牙龈乳头的红肿、易出血、探触痛的表现及局部刺激因素的存在可

明确诊断。可有冷热刺激疼

九. 牙龈瘤

指发生在牙龈乳头部位的炎症反应性瘤样增生物。无肿瘤的生物特征和结构，故非真性肿瘤，但切除后易复发。

（一）病因：

1. 局部刺激因素：菌斑、牙石、食物嵌塞。
2. 内分泌改变：妇女怀孕期间易发生

（二）临床表现

中、青年女性好发。唇，颊侧单个牙乳头球形或椭圆形，大小不一，分叶状有蒂、或无蒂。有的压迫牙槽骨致骨吸收而致牙齿的松动。

X线：牙周膜增宽，牙槽骨密度减低

分型：纤维型牙龈瘤，肉芽肿型牙龈瘤，血管型牙龈瘤

(三) 治疗

1. 主要治疗方法：手术切除

需将瘤体组织连同骨膜完全切除，刮除相应部位的牙周膜，以防止复发。

2. 龈瘤旁松动的牙齿———拔除。

3. 复发次数多，波及的无松动的牙齿———拔除，防复发

十、急性多发性龈脓肿

是一种比较少见的，临床症状较重的牙龈急性炎症。

好发于青壮年男性。春秋季节

治疗：1、中西医结合治疗的效果优于单纯用抗生素

2、全身症状明显者：清热泻火剂+局部清除大块牙石+过氧化氢冲洗龈袋或局部用药。

3、脓肿形成：切开引流，全身支持治疗、休息

4、急性炎症控制后，彻底消除炎症和防止复发。

5、泛发且疗效不佳者，查血糖及尿糖。

第三单元 牙周炎

一、慢性牙周炎

(一) 病因

1. 病因

牙菌斑是引发牙周炎的始动因子。对于慢性牙周炎来讲，非附着性龈

下菌斑中革兰阴性菌起到了重要的致病作用，如牙龈卟啉单胞菌（Pg）、福赛坦菌（Tf）、齿垢密螺旋体（Td）等。

临床表现

1. 牙龈呈暗红色
2. 牙龈质地松软
3. 牙龈表面光亮，点彩消失
4. 有时龈色粉红，且致密
5. 探诊后出血及有时疼痛
6. 有时袋内溢脓
7. 能从袋内探到釉牙骨质界，或已暴露于口腔

组织病理学

1. 慢性炎症期局部血循环阻滞
2. 结缔组织和血管周围的胶原破坏
3. 牙龈表面上皮萎缩，组织水肿
4. 袋的外侧壁有明显的纤维性修复，但袋内壁仍存在炎性改变
5. 袋内壁上皮变性、变薄，并有溃疡。上皮下方毛细血管增生、充血
6. 袋内壁有化脓性炎症
7. 结缔组织附着丧失

全口牙中有附着丧失和骨吸收的位点数 $\leq 30\%$ ，为局限型；若 $> 30\%$ 的位点受累，则为广泛型。

8. 根据牙周袋深度、结缔组织附着丧失和骨吸收的程度可将慢性牙周炎分为轻、中、重度。

(1) 轻度：牙龈有炎症和探诊出血，牙周袋 $\leq 4\text{mm}$ ，附着丧失 1~2mm， X

线片显示牙槽骨吸收不超过根长的 1/3。可有或无口臭。

(2) **中度**: 牙周袋 $\leq 6\text{mm}$, 附着丧失 3~4mm, X 线片显示牙槽骨水平型或角

型吸收超过根长的 1/3, 但不超过根长的 1/2。牙齿可能有轻度松动, 多根牙的

根分叉区可能有轻度病变, 牙龈有炎症和探诊出血, 也可有脓。

(3) **重度**: 牙周袋 $> 6\text{mm}$, 附着丧失 $\geq 5\text{mm}$, X 线片显示牙槽骨吸收超过根

长的 1/2 甚至根尖 2/3, 多根牙有根分叉病变, 牙多有松动。炎症较明显或可发生牙周脓肿。

(三) 诊断及鉴别诊断

根据上述临床表现, 可以明确诊断。再总结如下:

1. 牙周袋 $> 3\text{mm}$, 并有炎症, 多有牙龈出血;
2. 附着丧失 $> 1\text{mm}$;
3. 牙周袋探诊后有出血;
4. 牙槽骨有水平或垂直型吸收;
5. 晚期牙齿松动或移位;
6. 其他伴发病变: 根分叉病变、牙周脓肿、牙周髓联合病变等。

这些表现对于中晚期牙周炎来讲比较明显, 但对于早期牙周炎来讲, 与牙龈炎的鉴别较为重要, 关于二者的鉴别诊断可参考下表。

	牙龈炎	早期牙周炎
牙龈炎症	有	有

牙周袋	假性牙周袋	真性牙周袋
附着丧失	无	有，能探及釉牙骨质界
牙槽骨吸收	无	牙槽嵴顶吸收或硬骨板消失
治疗结果	组织恢复正常，可复发	病变静止，但已破坏的组织难以恢复

机械方法清除牙石和菌斑仍是目前最有效的基础治疗手段。洁治术和刮治术是牙周病的基础治疗，任何其他治疗手段只应作为基础治疗的补充手段。

牙周手术 基础治疗后 6~8 周时，应复查疗效，若仍有 5mm 以上的牙周袋，且探诊仍有出血，或有些部位的牙石难以彻底清除，则可视情况决定再次刮治或需进行牙周手术。

二、侵袭性牙周炎重点!!!!!!!!!!!!!!

侵袭性牙周炎的主要致病菌是伴放线放线杆菌。

此外，侵袭性牙周炎的龈下优势菌还有牙龈卟啉单胞菌、福赛坦菌、齿垢密螺旋体等牙周其他致病微生物。

类型及临床特点

侵袭性牙周炎按其患牙的分布可分为局限型和广泛型。具有一些共同的临床表现：①菌斑堆积量与牙周组织破坏的严重程度不相符；

②伴放线放线杆菌比例升高；

③吞噬细胞异常；

④巨噬细胞过度反应；

⑤附着丧失和牙槽骨吸收有自限性。

下面分别介绍两周类型侵袭性牙周炎的临床特点。

1. 局限型侵袭性牙周炎 临床特点有以下方面：

(1) 年龄：发病可始发于青春期前后，因早期无明显症状，患者就诊时常

已 20 岁左右。

(2) 口腔卫生情况：牙周组织破坏程度与局部刺激物的量不成比例。患者

的菌斑、牙石量很少，牙龈表面的炎症轻微，但却已有深牙周袋。

(3) 好发牙位：局限型侵袭性牙周炎的特征典型的患牙局限于第一恒磨牙和上下切牙，多为左右对称。

(4) X 线片所见 6 的邻面有垂直型骨吸收，若近远中均有垂直型骨吸收则形成典型的“弧形吸收”，在切牙区多为水平型骨吸收。

2. 广泛型侵袭性牙周炎 临床特点有以下方面：

(1) 通常发生于 30 岁以下者，但也可见于年龄更大者；

(2) 广泛的邻面附着丧失，累及除切牙和第一磨牙以外的恒牙至少 3 颗；

(3) 有严重而快速的附着丧失和牙槽骨破坏，呈明显的阵发性；

(四) 诊断及鉴别诊断

侵袭性牙周炎的诊断特点：

① 年龄一般在 30 岁以下；

② 无明显的全身疾病；

③ 快速的骨吸收和附着丧失；

④牙周组织破坏程度与菌斑及局部刺激量不一致

鉴别诊断：慢性牙周炎、局限型侵袭性牙周炎、广泛型侵袭性牙周炎。

慢性牙周炎 (CP) 局限型侵袭性牙周炎 (LAgP) 广泛型侵袭性牙周炎 (GAgP)

主要见于成人 通常发生在青少年 多在 30 岁以下

慢性病程 快速进展 快速进展，可呈阶段性

菌斑量与破坏程度一致 菌斑量与破坏程度不一致 不定，有时一致

病变分布不定，无固定类型 局限于切牙、磨牙，其它牙不超过 2 颗
除切牙磨牙外，累及其它牙超过 3 个

无明显的家族聚集性 明显的家族聚集性 明显的家族聚集性

多有龈下牙石 一般无或少龈下牙石 可有或无龈下牙石

(六) 治疗原则

抗菌药物的应用 单纯刮治术不能消除入侵牙龈中的伴放线放线杆菌，因此应全身服用抗生素，以作为洁治、刮治和根面平整的辅助疗法。常用的药物包括四环素族药物、甲硝唑和阿莫西林配伍使用。

发定期复查，维护疗效，防止复 应加强定期复查和必要的后续治疗，因易复发，故应密切观察。长期疗效取决于患者的依从性和维护治疗的措施。复查的间隔期依患者的菌斑和炎症控制情况而定，开始的间

隔要短，约每 1~2 个月一次，多次之后若病情稳定，间隔期可逐渐延长。

总之，侵袭性牙周炎的治疗需要强化的、综合的治疗，更要强调积极治疗阶段后的定时维护治疗。