
口腔黏膜病学

口腔黏膜感染性疾病

疱疹性口炎

【考频指数】★★★★

【考点精讲】单纯疱疹是由单纯疱疹病毒所致的皮肤黏膜病。临床上以出现簇集性小水疱为特征，有自限性，易复发。

单纯疱疹病毒是有包膜的 DNA 病毒，是发现最早的人疱疹病毒。

口腔单纯疱疹病毒感染的患者及无症状的带病毒者为传染源，主要通过飞沫、唾液及疱疹液直接接触传播。也可以通过食具和衣物间接传染。传染方式主要为直接经呼吸道、口腔、鼻、眼结膜、生殖器黏膜或破损皮肤进入人体。

原发性疱疹性口炎最常见的由 I 型单纯疱疹病毒引起的口腔病损，可能表现为一种较严重的龈口炎-急性疱疹性龈口炎。多数原发感染的临床症状并不显著。以 6 岁以下儿童较多见，尤其是 6 个月至 2 岁更多，因为多数婴儿出生后，即有对抗单纯疱疹病毒的抗体，这是一种来自母体的被动免疫，4~6 个月时自行消失，2 岁前不会出现明显的抗体效价。

前驱期：原发性单纯疱疹感染，发病前常有接触疱疹病损患者的历史。潜伏期为 4~7 天，以后出现发热、头痛、疲乏不适、全身肌肉疼痛，甚至咽喉肿痛等急性症状，下颌下和颈上淋巴结肿大，触痛。患儿流涎，拒食、烦躁不安。经过 1~2 天后，口腔黏膜广泛充血水肿，附着龈和龈缘也常出现急性炎症。

水疱期：口腔黏膜任何部位皆可发生成簇小水疱，似针头大小，特别是邻近乳磨牙（成人是前磨牙）的上腭和龈缘处更明显。水疱的疱壁薄、透明，不久溃破，形成浅表溃疡。

糜烂期：尽管水疱较小，但汇集成簇，溃破后可形成大面积糜烂，并能造成继发感染，上覆黄色假膜。除口腔内的损害外，唇和口周皮肤也有类似病损，疱破溃后形成痂壳。

愈合期：糜烂面逐渐缩小，愈合，整个病程约需 7~10 天。但未经适当治疗者，恢复较缓慢。患病期间，抗病毒抗体在血液中出现，发病的 14~21 天最高，以后，抗体下降到较低的水平，虽可保持终生，但不能防止复发。

少数情况，原发感染可能在体内广泛播散，在极少数病例，单纯疱疹病毒可进入中枢神经系统，引起脑炎或脑膜炎。

复发性疱疹性口炎：原发性疱疹感染愈合以后，不管其病损的程度如何，有 30%~50% 的病例可能发生复发性损害。一般复发感染的部位在口唇或接近口唇处，故又称复发性唇疱疹。复发的口唇损害有两个特征：损害总是以起疱开始，常为多个成簇的疱，单个的疱较少见；损害复发时，总是在原先发作过的位置，或邻近原先发作过的位置。

【进阶攻略】原发性感染多见于婴幼儿，急性发作，全身反应重，口腔黏膜的任何部位和口唇周围可出现成簇的小水疱。继后，口腔黏膜形成浅溃疡，口周皮肤形成结痂。复发性感染成人多见，全身反应轻。但口角、唇缘及皮肤仍出现典型的成簇小水疱。

【易错易混辨析】疱疹性口炎鉴别诊断：

口炎型口疮（疱疹样口疮）为散在分布的单个小溃疡，病程反复，不经过发疱期；溃疡数量较多，主要分布于口腔内角化程度较差的黏膜处，不造成龈炎，儿童少见，无皮肤损害。

三叉神经带状疱疹是由水痘-带状疱疹病毒引起的颜面皮肤和口腔黏膜的病损。水疱较大，疱疹聚集成簇，沿三叉神经的分支排列成带状，但不超过中线。疼痛剧烈，甚至损害愈合后在一段时期内仍有疼痛。本病任何年龄都可发生，愈合后不再复发。

手-足-口病是因感染柯萨奇病毒 A16 或 EV71 所引起的皮肤黏膜病。但口腔损害比皮肤重。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。

疱疹性咽峡炎由柯萨奇病毒 A4 所引起的口腔疱疹损害，临床表现较似急性疱疹性龈口炎，但前驱期症状和全身反应都较轻，病损的分布只限于口腔后部，如软腭、腭垂（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。

多形渗出性红斑是一组累及皮肤和黏膜，以靶形或虹膜状红斑为典型皮损的急性炎症性皮肤黏膜病。诱发因素包括感染、药物的使用，但也有些找不到明显诱因。黏膜充血水肿，有时可见红斑及水疱。但疱很快破溃，故最常见的病变为大面积糜烂。糜烂表面有大量渗出物形成厚的假膜。病损易出血，在唇部常形成较厚的黑紫色血痂。皮损常对称分布于手背、足背、前臂，损害为红斑、丘疹、水疱、大疱或血疱等。斑疹为水肿性红斑，呈圆形或卵圆形，可向周围扩展，中央变为暗紫红色，衬以鲜红色边缘，若中央水肿吸收凹陷成为盘状者，称为靶形红斑。

带状疱疹

【考频指数】★★★★

【考点精讲】带状疱疹是由水痘-带状疱疹病毒（VZV）所引起的，以沿单侧周围神经分布的簇集性小水疱为特征，常伴有明显的神经痛。

水痘-带状疱疹病毒为本病的致病病原体，侵犯儿童可引起水痘，在成年人及老年人则引起带状疱疹。机体的免疫功能与发病的程度有密切关系，恶性肿瘤、系统性红斑狼疮、大面积烧伤及长期大量使用激素均易诱发带状疱疹。

本病夏秋季的发病率较高。发病前阶段，常有低热、乏力症状，将发疹部位有疼痛、烧灼感，三叉神经带状疱疹可出现牙痛。

疱疹初起时颜面部皮肤呈不规则或椭圆形红斑，数小时后在红斑上发生水疱，逐渐增多并合为大疱，严重者可为血疱，有继发感染则为脓疱。数日后，疱浆混浊而吸收，终成痂壳，1~2周脱痂，遗留的色素也逐渐消退，一般不留瘢痕，损害不超越中线。老年人的病程常为4~6周，也有超过8周者。

口腔黏膜的损害，疱疹多密集，溃疡面较大，唇、颊、舌、腭的病损也仅限于单侧。第一支除额外，可累及眼角黏膜，可引起失明；第二支累及唇、腭及颞下部、颧部、眶下皮肤；第三支累及舌、下唇、颊及颈部皮肤。此外，病毒入侵膝状神经节可出现外耳道或鼓膜疱疹，膝状神经节受累同时侵犯面神经的运动和感觉神经纤维时，表现为面瘫、耳痛及外耳道疱疹三联征，称为Ramsay-Hunt综合征。

带状疱疹常伴有神经痛，但多在皮肤黏膜病损完全消退后1个月内消失，少数患者可持续1个月以上，称为带状疱疹后遗神经痛，常见于老年患者，可能存在半年甚至更长。

【进阶攻略】带状疱疹鉴别诊断为考试常见考点。

【易错易混辨析】根据有特征的单侧性皮肤、黏膜疱疹，沿神经支分布及剧烈的疼痛，一般易于诊断。应注意与单纯疱疹、疱疹性咽峡炎等鉴别。

手-足-口病

【考频指数】★★★★

【考点精讲】手-足-口病（HFMD）是一种儿童传染病，又名发疹性水疱性口腔炎。该病以手、足和口腔黏膜疱疹或破溃后形成溃疡为主要临床特征。其病原为多种肠道病毒。

引起手-足-口病的病原微生物为小RNA病毒科、肠道病毒属的柯萨奇病毒。

托幼单位是本病的主要流行场所，3岁以下的幼儿是主要罹患者。手-足-口病的流行无明显的地区性。一年四季均可发病，但夏秋季最易流行。

肠道病毒传染性强、隐性感染比例大、传播途径复杂、传播速度快，在短时间内可造成较大范围的流行，疫情控制难度大。

手-足-口病潜伏期为3~4天，多数无前驱症状而突然发病。常有1~3天的持续低烧，口腔和咽喉部疼痛，或有上呼吸道感染的特征。皮疹多在第2天出现，呈离心性分布，多见于手指、足趾背面及指甲周围，也可见于手掌、足底、会阴及臀部。开始时为玫红色斑丘疹，1天后形成半透明的小水疱，如不破溃感染，常在2~4天吸收干燥，呈深褐色薄痂，脱落后无瘢痕。口内颊黏膜、软腭、舌缘及唇内侧也有散在的红斑及小疱疹，多与皮疹同时出现，或稍晚1~2天出现。口内疱疹极易破溃成糜烂面，上覆灰黄色假膜，周围黏膜充血红肿。患儿常有流涎，拒食，烦躁等症状。本病的整个病程为5~7日，个别达10日。一般可自愈，预后良好，并发症少见，但少数患者可复发。

【进阶攻略】手-足-口病鉴别诊断为考试重点考点。

【易错易混辨析】应与水痘、单纯性疱疹性口炎及疱疹性咽峡炎鉴别。水痘是由水痘-带状疱疹病毒初次感染引起的急性传染病，也主要好发于婴幼儿，但以冬春两季多见，以发热及成批出现周身性、向心性分布的红色斑丘疹、疱疹、

疱疹为特征，口腔病损少见。疱疹性口炎四季均可发病，一般无皮疹，偶尔在下腹部可出现疱疹。疱疹性咽峡炎为柯萨奇 A4 型病毒引起，其口腔症状与本病相似，但主要发生于软腭及咽周，而且无手足的病变。

球菌性、真菌性口炎

【考频指数】★★★★

【考点精讲】球菌性口炎是急性感染性口炎的一种，临床上以形成假膜损害为特征，故又称为膜性口炎。主要致病菌有金黄色葡萄球菌，草绿色链球菌，溶血性链球菌，肺炎双球菌等。口腔黏膜球菌感染往往是几种球菌同时致病，引起口腔黏膜的急性损害。

本病可发生于口腔黏膜任何部位，口腔黏膜充血，局部形成糜烂或溃疡。在溃疡或糜烂的表面覆盖着一层灰白色或黄褐色假膜，假膜特点是较厚微突出黏膜表面，致密而光滑。擦去假膜，可见溢血的糜烂面。周围黏膜充血水肿。患者唾液增多，疼痛明显，有炎性口臭。区域淋巴结肿大压痛。有些患者可伴有发热等全身症状。涂片及细菌培养可明确诊断。血象检查白细胞增高，中性粒细胞比例升高。

念珠菌病是由念珠菌属一些致病菌种引起的原发或继发感染，可以侵犯皮肤、黏膜和内脏，表现急性、亚急性和慢性炎症。

口腔念珠菌病是由念珠菌感染所引起的口腔黏膜疾病，是人类最常见的口腔真菌感染。

病原体侵入机体后能否致病，取决于其毒力、数量、入侵途径与机体的适应性、机体的抵抗能力及其他相关因素。

急性假膜型念珠菌口炎：可发生于任何年龄的人，多见于长期使用激素、HIV 感染者、免疫缺陷者、婴幼儿及衰弱者。但以新生儿最多见，发生率为 4%，又称新生儿鹅口疮或雪口病。

新生儿鹅口疮多在出生后 2~8 日内发生，好发部位为颊、舌、软腭及唇。损害区黏膜充血，有散在的色白如雪的柔软小斑点，不久即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。

急性红斑型念珠菌口炎可原发或继发于假膜型。又称抗生素口炎、抗生素舌炎。多见于长期使用抗生素、激素后及 HIV 感染者，且大多数患者原患有消耗性疾病，如白血病、营养不良、内分泌紊乱、肿瘤化疗后等。

慢性红斑型（萎缩型）念珠菌病又称为义齿性口炎，损害部位常在上颌义齿腭侧面接触的腭、龈黏膜，多见于女性患者。黏膜呈亮红色水肿或有黄白色的条索状或斑点状假膜，可查见白色念珠菌菌丝和孢子。念珠菌唇炎或口角炎的患者中 80% 有义齿性口炎（慢性增殖性念珠菌病，又称慢性肥厚型念珠菌口炎、念珠菌性白斑）。多见于颊黏膜、舌背及腭部。由于菌丝深入到黏膜内，引起角化不全、棘层增厚、上皮增生、微脓肿形成以及固有层乳头的炎症细胞浸润，而表层的假膜与上皮层附着紧密，不易脱落。

念珠菌性唇炎为念珠菌感染引起的慢性唇炎，多发于高龄（50 岁以上）患者。一般发生于下唇，可同时有念珠菌口炎或口角炎。

念珠菌口角炎常为两侧罹患，口角区的皮肤与黏膜发生皲裂，邻近的皮肤与黏膜充血，皲裂处常有糜烂和渗出物，或结有薄痂，张口时疼痛或溢血。

艾滋病患者的口腔念珠菌感染甚为常见，多表现为假膜性和红斑型，可急性或慢性，且具有重要的诊断意义。

【进阶攻略】球菌性口炎鉴别诊断为考试常见考点。

【易错易混辨析】球菌性口炎多发生于体弱和抵抗力低下的患者。病损有灰黄色假膜覆盖，假膜致密而光滑，拭去假膜可见溢血的糜烂面。病损周围炎症反应明显，炎性口臭，淋巴结肿大压痛，白细胞增高，体温升高。必要时，可作涂片检查或细菌培养，以确定主要的病原菌。

口腔黏膜变态反应性疾病

口腔黏膜变态反应性疾病

【考频指数】★★★★

【考点精讲】血管神经性水肿是一种发生于皮下疏松组织或黏膜的暂时性、局限性、无痛性水肿，好发于上唇。可分为获得性和遗传性两种类型。

常见病因有：食物、药物、感染、物理因素、动物及植物因素、遗传性血管神经性水肿。

患者急性发病，症状持续数小时或数天后消失。好发于头面部疏松区，唇、眼睑、舌、口底和下颌下。唇部损害可单独累及上唇或下唇，也可同时累及双唇。开始患处皮肤或黏膜有瘙痒、灼热痛。随之发生肿胀。肿胀区界限不明显，按之较韧而有弹性。水肿可在十几分钟内形成，呈淡红色或无色泽改变。若浅层毛细血管扩张时，水肿区黏膜皮肤颜色不正常或泛红发亮。由于神经末梢受水肿的影响，故灼热、瘙痒感明显。深部水肿，肿胀范围不等，组织微硬而有弹性，但无压痛。水肿以口唇最为多见，可表现为上唇肥厚翘突，严重时波及鼻翼和颧部。一般在数小时或1~2日内逐渐消退。

如肿胀发生在舌部可致巨舌，波及软腭可引起口腔功能障碍。若肿胀发生在会厌处则影响呼吸，甚至导致窒息，如不立即施行气管切开，可致死亡。肿胀持续数小时或数日消退，不留痕迹，但可能复发。

药物过敏性口炎是药物通过口服、注射或局部涂搽、含漱等不同途径进入体内，使过敏体质者发生变态反应而引起的黏膜及皮肤的变态反应性疾病。

过敏体质者因使用药物引起变态反应而发病。各种药物均可引起药物过敏性口炎。常见的有抗生素类，如青霉素、链霉素、四环素、磺胺类。解热镇痛药（阿司匹林）等。

药物引起变态反应需要一定的潜伏期，由初次24~48小时发作，反复发作缩短至数小时或数分钟。病损可单发于口腔，也可伴有皮肤损害。口腔病损好发于唇、颊、舌和上腭。常见病损为单个或几个大小不等的水疱，水疱破溃后形成糜烂或溃疡，表面有黄白色渗出物，疼痛明显。皮肤病损好发于口唇周围。颜面

部，四肢下部，手、足的掌背两面，以及躯干等部位，常单个发生。表现为红斑、丘疹、大疱等，最常见的病损为圆形红斑。有时在红斑的基础上出现水疱，称疱疹性红斑，皮肤有瘙痒不适感，疼痛不明显。病损出现在比较固定的位置，又叫固定药疹。常见于唇部周围皮肤，多有色素沉着。发病时呈暗红色，边缘比较齐，圆形或椭圆形。

【进阶攻略】血管神经性水肿、药物过敏性口炎临床表现是常见考点。

【易错易混辨析】血管神经性水肿应与根尖周脓肿或蜂窝织炎相鉴别。根尖周脓肿可在罹患区发现急性根尖周炎或牙周炎症状，而且牙痛主诉也比较明确。颌面部蜂窝织炎，病因明确，多为牙源性细菌感染，可找出病灶牙。伴有全身症状，发热可达 38℃ 以上。肿胀发生缓慢，病区有红肿、发热、触痛，肿胀可有凹性水肿，不经治疗不会自行消退；病变发展可形成脓液溢出；用抗生素治疗有效。

药物过敏性口炎鉴别诊断：多形渗出性红斑是一组累及皮肤和黏膜，以靶形或虹膜状红斑为典型皮损的急性炎症性皮肤黏膜病，有自限性，且常复发。好发于青壮年，多见于春、秋两季。口腔黏膜病损可伴随皮损同时发生，亦可单独发生。口腔病损分布广泛，好发生于唇、颊、舌、腭等部位。黏膜充血水肿，有时可见红斑及水疱。但疱很快破溃，故最常见的病变为大面积糜烂。糜烂表面有大量渗出物形成厚的假膜。病损易出血，在唇部常形成较厚的黑紫色血痂。疱疹性口炎原发性感染多见于婴幼儿，潜伏期约一周，发烧 38~39℃，全身反应较重，口腔黏膜任何部位和口周皮肤出现成簇小水疱。

口腔黏膜溃疡类疾病

复发性口腔溃疡

【考频指数】★★★★★

【考点精讲】复发性阿弗他溃疡（RAU）又称复发性口腔溃疡或复发性口疮，是口腔黏膜病最常见的溃疡性损害。本病具有周期性、复发性和自限性的特征。

RAU 一般表现为反复发作的圆形或椭圆形溃疡，具有黄、红、凹、痛的临床特征（即病损面覆盖黄色假膜，周边有充血红晕带，中央凹陷，灼痛明显）和长短不一的发作期（前驱期-溃疡期）-愈合期-间歇期周期规律，并且有不治而愈的自限性。临床主要表现为三种类型：轻型阿弗他溃疡、重型阿弗他溃疡及疱疹样阿弗他溃疡。

轻型复发性阿弗他溃疡，约占 RAU 患者的 75%~85%，患者初发时多数为此型。溃疡好发于唇、舌、颊、软腭等无角化或角化较差的黏膜，附着龈及硬腭等角化黏膜很少发病。

重型阿弗他溃疡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，故也称复发性瘢痕性口疮，约占 10%~15%。

腺周口疮溃疡大而深，似弹坑，可深达黏膜下层腺体及腺周组织，直径可大于 1cm，周围组织红肿微隆起，基底微硬，表面有灰黄色假膜或灰白色坏死组织

溃疡期持续时间较长，可达 1~2 个月或更长。通常是 1~2 个溃疡，但在愈合过程中又可出现 1 个或数个小溃疡。

口炎型口疮亦称疱疹样复发性阿弗他溃疡，约占 RAU 患者的 5%~10%。多发于成年女性，好发部位及病程与轻型相似。但溃疡直径较小，约 2mm，溃疡数日多可达十几个或几十个，散在分布，似满天星。

【进阶攻略】复发性口腔溃疡临床表现及分型为考试常见考点。

【易错易混辨析】白塞病又称口、眼、生殖器三联征。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，也有同时出现肛门直肠损害的情况；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。

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。

恶性肿瘤溃疡深大，表现为边缘隆起的火山口状溃疡病变进展迅速，基底有硬结扪诊为不可移动硬块。周围有浸润相应的淋巴结坚硬、粘连。

结核性溃疡为口腔中最常见的继发性结核损害。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、微凹而平坦的溃疡，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。

疱疹性口炎多发生在儿童，黏膜上有较大面积的充血区。其上溃疡数目多且较小，有的仅针尖大，融合时溃疡增大呈多环状，患者疼痛难忍，唾液增多。

创伤性溃疡

【考频指数】★★★★

【考点精讲】创伤性溃疡是由于长期慢性机械刺激或压迫而产生的口腔软组织损害。特点是慢性、深大的溃疡，周围有炎症增生反应，黏膜水肿明显。口内持久的机械刺激，如残冠、残根、不良修复体、锐利的牙齿边缘等可引发创伤性溃疡。

残根、残冠的尖锐边缘，不良修复体、尖锐牙尖等可使相对应的黏膜形成溃疡或糜烂面，开始时可能仅有轻微疼痛或肿胀，时间久后，周围有炎症性增生反应，黏膜发白。溃疡的大小、部位、深浅不一，但与刺激物相适应，病情的严重程度与刺激物存在时间、患者的身体状况有关。

在婴儿上腭翼钩处双侧黏膜，有时因用过硬的橡皮奶头人工喂养，经常在该处摩擦，容易发生溃疡，称 Bednar 溃疡。若有乳切牙萌出后切缘较锐，吸奶时间长，舌系带、舌腹与牙切嵴摩擦也会发生溃疡，初起时仅局部充血，继之出现小溃疡，不断刺激的结果不但溃疡扩大，疼痛加重甚至可见组织增生，称 Riga-Fede 溃疡。

【进阶攻略】创伤性溃疡鉴别诊断为考试常见考点。

【易错易混辨析】物理性损伤是比较容易诊断的，因为无论是急性或慢性，均可从患者的主诉及病损的局部找到相对应的刺激物，但需与口腔癌、腺周口疮、结核性溃疡鉴别。舌缘上的增生物，尤其具有溃疡者，首先应想到癌肿的可能。而由残根、残冠刺激引起的创伤性溃疡，临床上很像癌肿。除从病史、检查诸方面鉴别外，最主要的是首先去除局部因素而不是活检，在局部若能找到相对部位的刺激物则应去除，即使病损严重，去除刺激物后也能迅速好转。