

口腔念珠菌病 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文  
[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/306/2021\\_2022\\_\\_E5\\_8F\\_A3\\_E8\\_85\\_94\\_E5\\_BF\\_B5\\_E7\\_c22\\_306208.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/306/2021_2022__E5_8F_A3_E8_85_94_E5_BF_B5_E7_c22_306208.htm) 名称口腔念珠菌病所属科室口腔科病因25%~50%的健康人口腔、\*\*\*、消化道可带有念珠菌，但不发病；而非致病性念珠菌，在某种条件下，可转化为致病性的，故有人称念珠状菌为条件致病菌。在幼儿雪口病、托牙性口炎、口角炎、念珠菌性白斑病和慢性粘膜皮肤念珠菌病患者中，白色念珠菌的检出率分别为84%、69%、77%、84%和100%。

1.病原菌的毒性和类型 白色念珠菌为一卵圆形芽生酵母样菌，在培养基、组织中和分泌物中均能产生假菌丝，本菌为革兰氏阳性，2~3times.4~6ldquo.立足点gamma.-球蛋白血症，以及影响免疫功能的网状内皮系统疾病如淋巴瘤、何杰金病、白血病等，都轻易并发念珠菌病。血清铁代谢异常被认为是念珠菌病病因之一，这可能是缺铁而引起机体酶系统异常（铁是细胞氧化还原过程的有关酶如过氧化酶、细胞色素的组成部分）而造成免疫功能的缺陷。内分泌功能低下，如甲状腺功能低下、爱狄森病、脑下垂体功能低下者，均易患念珠菌病。糖尿病病人皮肤表面的pH值低下，含糖量较高，利于白色念珠菌的生长和侵袭。亦有人认为由于糖尿病病人表皮角化层的脂肪酸含量较低，抑制真菌的能力减弱所致。严重的免疫缺陷病，常合并口腔念珠菌感染。

5.其它因素 环境因素和工作条件均与白色念珠菌发病有关，如在高温潮湿的条件下工作，易于发生皮肤念珠菌病。慢性局部刺激，如义齿、正牙器、过度吸烟等，均可成为白色念珠菌感染的因素。接触传染，也是致病的重要因素。在产院婴儿室中，病原菌可来源于产妇的\*\*\*，使初生儿

发生鹅口疮。由于产妇\*\*\*的感染，20天内的新生儿发生皮肤念珠菌病的也最多。临床表现口腔念珠菌病按期主要病变部位可分为：念珠菌口炎、念珠菌唇炎与口角炎、慢性粘膜皮肤念珠菌病。和白念珠菌感染有关的口腔疾病还有：扁平苔藓、毛舌和正中菱形舌炎。

### 1.念珠菌性口炎（candidal stomatitis）

（1）急性假膜型（雪口病）：急性假膜型念珠菌口炎，可发生于任何年龄的人，但以新生婴儿最多见，发生率为4%，又称新生儿鹅口疮或雪口病。新生儿鹅口疮多在生后2~8日内发生，好发部位为颊、舌、软腭及唇，损害区粘膜充血，有散在的色白如雪的柔软小斑点，如帽针头大小，rdquo.（《疡医大全》）；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，严重者扁桃体、咽部、牙龈、以致：rdquo.（《外科正宗》）。早期粘膜充血较明显，故呈鲜红色与雪白的对比。而陈旧的病损粘膜充血减退，白色斑片带淡黄色。斑片附着不十分紧密，稍用力可擦掉，暴露红的粘膜糜烂面及轻度出血。患儿烦躁不安、啼哭、哺乳困难，有时有轻度发热，全身反应一般较轻；但少数病例，可能蔓延到食管和支气管，引起念珠菌性食管炎或肺念珠菌病。少数病人还可并发幼儿泛发性皮肤念珠菌病、慢性粘膜皮肤念珠菌病。

（2）急性萎缩型：急性萎缩型念珠菌性口炎多见于成年人，常由于广谱抗生素长期应用而致，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。某些皮肤病如系统性红斑狼疮、银屑病、天疱疮等，在大量应用青霉素、链霉素的过程中，也可发生念珠菌性口炎，因此，本型又被称为抗生素口炎。应当注重的是，这种成人急性念珠菌性口炎可有假膜，并伴有口

角炎，但有时主要表现为粘膜充血糜烂及舌背乳头呈团块萎缩，四周舌苔增厚。患者常首先有味觉异常或味觉丧失，口腔干燥，粘膜灼痛。（3）慢性肥厚型：本型或称增殖型念珠菌口炎，可见于颊粘膜、舌背及腭部。由于菌丝深入到粘膜或皮肤的内部，引起角化不全、棘层肥厚、上皮增生、微脓肿形成以及固有层乳头的炎细胞浸润，而表层的假膜与上皮层附着紧密，不易剥脱。组织学检查，可见到轻度到中度的上皮不典型增生，有人认为念珠菌性白斑病有高于4%的恶变率，非凡是高龄患者应提高警惕，争取早期活检，以明确诊断。（参见口腔白斑一节）本型的颊粘膜病损，常对称地位于口角内侧三角区，呈结节状或颗粒状增生，或为固着紧密的白色角质斑块，类似一般粘膜白斑。腭部病损可由托牙性口炎发展而来，粘膜呈乳头状增生；舌背病损，可表现为丝状乳头增殖，色灰黑，称为毛舌，因此毛舌也属于本型（详见唇舌部疾病）。肥厚型念珠菌口炎，可作为慢性粘膜皮肤念珠菌疾病症状的一个组成部分，也可见于免疫不全症候群和内分泌功能低下的患者。（4）慢性萎缩型：本型又称托牙性口炎，损害部位常在上颌义齿腭侧面接触之腭、龈粘膜，多见于女性患者（有人统计女性戴上颌义齿者发病率为1/4，而男性为1/10）。粘膜呈亮红色水肿，或黄白色的条索状或斑点状假膜。有90%患者的斑块或假膜中，可查见白色念珠菌。有念珠菌唇炎或口角炎的患者中80%有托牙性口炎，反之，本型病变常可单独发生，不一定都并发唇和口角的损害。托牙性口炎还常与上腭的乳突增生同时发生，在考虑手术切除前，应先进行抗真菌治疗，可以明显地减轻增生的程度，缩小需要手术的范围。托牙上附着的真菌是主要的致病原

因，如常用2%洗必泰或制霉菌素清洗，可抑制真菌。有一种用硅橡胶制的弹性托牙基底似更轻易滞留的吸附真菌，因而发生托牙性口炎的机会也更多。下颌义齿引起的真菌性口炎甚少见，这可能是由于上颌义齿的负压吸附力大，唾液中的抗体从这个部位被排开，而基底面与粘膜接触既宽而紧密，大量的致病真菌得以滞留的缘故。

2.念珠菌性唇炎（candidal cheilitis）本病为念珠菌感染引起的慢性唇炎，多发于老年（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。Gansen将本病分为两型，糜烂型者在下唇红唇中份长期存在鲜红色的糜烂面，四周有过角化现象，表面脱屑，因此极易与盘状红斑狼疮病损混淆，亦类似光照性唇炎。颗粒型者表现为下唇肿胀，唇红皮肤交界处常有散在突出的小颗粒，极类似腺性唇炎。因此，念珠菌唇炎应刮取糜烂部位边缘的鳞屑和小颗粒状组织，镜检真菌，如多次发现芽生孢子和假菌丝，并经培养证实为白色念珠菌时，才能确诊。

3.念珠菌口角炎（candidal angular cheilitis）本病的特征是常为双侧罹患，口角区的皮肤与粘膜发生皸裂，邻近的皮肤与粘膜充血，皸裂处常有糜烂和渗出物，或结有薄痂，张口时疼痛或溢血。此种以湿白糜烂为特征的霉菌性口角炎，应与维生素B2缺乏症或细菌口角炎区别，前者同时并发舌炎、唇炎、\*\*\*炎或外阴炎，后者多单发于一侧口角，细菌培养阳性（以链球菌为主）；而念珠菌口角炎多发生于儿童、身体衰弱病人和血液病患者。年长病人的口角炎多与咬合垂直距离缩短有关，口角区皮肤发生塌陷呈沟槽状，导致唾液由口角溢入沟内，故常呈潮湿状态，有利于霉菌生长繁殖。有报道150例戴义齿者，75例有口角炎，其发生原因除垂直距离缩

短和某些全身因素外，与义齿的局部刺激，义齿性溃疡的感染也有密切关系。儿童在寒准予干燥的冬季，因口唇干裂继发的念珠菌感染的口角炎也较常见。4.慢性粘膜皮肤念珠菌病（chronic muco-derma candidiasis）这是一组非凡类型的白色念珠菌感染性疾病，病变范围涉及口腔粘膜、皮肤及甲床。多从幼年时发病，病程数年至数十年，常伴有内分泌或免疫功能异常、细胞免疫功能低下，因此本组疾病实际上是一种综合征的表现。Lehner将本组疾病分为下述几种病因类型：

：（1）多发性内分泌病型：常在青春期前后发病，初期多表现为甲状旁腺功能低下或肾上腺皮质功能低下及慢性角膜-结膜炎，但念珠菌口炎可能是本病最早的表征。（2）T淋巴细胞缺陷病型：本病可见于高mdash.lldquo.口炎冲剂&rdquo.（见单纯疱疹一章）。除用抗真菌药物外，对身体衰弱，有免疫缺陷病或与之有关的全身疾病及慢性念珠菌感染的患者，常需辅以增强机体免疫力的综合治疗措施，如注射转移因子、胸腺素、脂多糖等，补充铁剂、维生素A；以及多次少量输血等。口腔白色念珠菌病的治疗时间应适当延长，一般以14日为期，过早停药易致病损复发。而肥厚型（增殖型）的疗程应更长，有报道可达3~4个月，疗效不显著的白色念珠菌性白斑，应及早考虑手术切除。预防及预后避免产房交叉感染，分娩时应注重会阴、产道、接生人员双手及所有接生用具的消毒。经常用温开水拭洗婴儿口腔，哺乳用具煮沸消毒，并应保持干燥，产妇乳头在哺乳前，最好用1/5000盐酸洗必泰溶液清洗，再用冷开水拭净。儿童在冬季宜防护口唇干燥开裂，改正舔唇吮舌的不良习惯。长期使用抗生素和免疫抑制剂的病人，或患慢性消耗性疾病的患者，均应警惕白

色念珠菌感染的发生，非凡要注重轻易被忽略的深部（内脏）白色念珠菌并发症的发生。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 [www.100test.com](http://www.100test.com)