

2011年公卫执业医师：釉质龋小结 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/653/2021\\_2022\\_2011\\_E5\\_B9\\_B4\\_E5\\_85\\_AC\\_c22\\_653472.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/653/2021_2022_2011_E5_B9_B4_E5_85_AC_c22_653472.htm)

釉质龋的病理变化小结与釉质龋超微结构变化！釉质龋的病理变化小结 1、平滑面龋：常发生于牙邻接面，两牙接触点下方，早期表现为灰白色不透明区，表面无缺损，时间稍长，由于色素沉着，此白色病损区，可变为黄色或棕色，并可向颊、舌方向扩展。当病变进一步发展，周围釉质变为灰白色，表面粗糙，最终可形成龋洞。早期釉质龋未脱矿的磨片，在光镜下结合使用偏振光显微镜及显微放射摄影术观察，其病损区可区分为四层：即透明层、暗层、病损体部和表层。（1）透明层：在病损的前沿，和正常釉质相连呈透明状，是龋损引起的最先观察到的组织改变。这是由于该处釉质的晶体开始有脱矿，导致晶体间微隙增大，而且这些空隙较大，当磨片用树脂浸封时，树脂的分子是可以进入该空隙。又因为树脂的折光指数为1.52，与釉质羟磷灰石的折光指数（1.62）相似，故在光镜下呈透明状。（2）暗层：此层紧接在透明层的表面，呈现结构混浊、模糊不清。偏振光显微镜观察，该层空隙增加，约占釉质容积的2%~4%。这些空隙中，有些较大，有些则较透明层中者为小。该层由于一些小的空隙不能使分子较大的树脂进入，而为空气占据，空气的折光指数为1.0，它与羟磷灰石的折光指数（1.62）相差较大，故显混浊的不透明区。（3）病损体部：这是病损区范围最大的一层，从表层下一直延伸到靠近暗层。又因该层空隙均较大，能为树脂分子进入，故呈现较为透明，其中釉质生长线和横纹较清楚，关于它的解释尚

不太清楚。（4）表层：在龋损区表面有一较为完整的表层，而且较之深层呈放射线阻射。而病损脱矿主要发生在表层下，这一现象有人认为是釉质表面与其深层的结构成分不同，因其矿化程度高，含氟量高，镁的含量较低，故有抗酸力强的特性。表层的形成也可能是由于来自唾液和菌斑中的矿物离子，以及与深部病损释放出来的矿物离子在表层的重新沉着有关。

2、窝沟龋：其损害性质与平滑面龋相同，病损常从窝沟的侧壁开始，然后沿着釉柱排列方向向深部扩展，当其超过窝沟底部时，则侧壁的病损相互融合，结果形成三角形的龋损区，其基底部向着釉牙本质界。顶部围绕着窝沟壁。窝沟底部釉质较薄，故龋损很快即可发展达牙本质，结果形成1：1小底大的潜行性龋洞。釉质龋超微结构变化在扫描电镜下见病损区釉柱间隙（柱鞘）和晶体周微隙均增宽。微晶有溶解，溶解自晶体边缘或自中央开始，中央溶解往往是沿晶体长轴进行，最终使晶体破坏，晶体间孔隙增大。

相关推荐：[#0000ff>2011年口腔助理A1型全真模拟试题汇总](#)  
[#0000ff>2011年口腔助理医师：基底细胞腺瘤的病理变化](#)  
[#0000ff>2011年口腔助理医师：腺泡细胞癌的病理变化](#) 特别推荐：[#0000ff>2011年口腔助理医师考试时间](#) [#0000ff>考试大纲](#)  
欢迎进入 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)