

2011年口腔内科高频考点：膜性口炎 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_8F_A3_c22_653899.htm

膜性口炎的病机、病因、临表、治疗、鉴别诊断！膜性口炎的病机 引发本病的球菌主要是金黄色葡萄球菌、草绿色链球菌、溶血性链球菌和肺炎双球菌等常驻细菌，正常情况下这些细菌并不致病，当机体遭到某种刺激，如感冒发热、急性传染病、恶性肿瘤、长期放疗、化疗或长期服用免疫抑制剂等使机体免疫功能降低时，这些细菌异常增殖，毒力增强而引发本病。原发性球菌性口炎并不常见，临床上多见的是继发于某种口腔损害之后，如单纯疱疹、药物过敏性口炎等发病后的继发细菌感染，这种继发感染可称为继发性球菌性口炎，通常仍以原发病作诊断命名，在治疗原发病损的同时应注意抗球菌感染。膜性口炎的临表 根据病史、全身症状、假膜特点、粘膜炎症反应明显，剧痛，可明确诊断。涂片检查、细菌培养可协助诊断。诊断时需仔细询问病史及进行检查，以排除其他疾病的继发性感染。粘膜上皮表层坏死、糜烂，上覆有纤维素性渗出物及坏死细胞、球菌、脓球等形成的假膜，组织水肿，固有层有大量急性炎细胞浸润。原发性球菌性口炎多见于婴幼儿，偶见成年人。患者起病急、发热、口痛、咽痛、流涎，小儿因疼痛哭闹、拒食，并伴有全身倦怠不适。口腔粘膜充血显著、水肿，继而发生糜烂或溃疡，溃烂面上覆有一层灰黄色纤维素性渗出物形成的假膜，微高于正常粘膜，假膜致密、光滑、湿润似缎面为本病特征。实验室检查白细胞高，细菌涂片检查可见大量球菌，虽临床上所见多为混合感染，但大都

是以某一种为主。不同的球菌感染所致病变部位有所不同，通常金黄色葡萄球菌感染以牙龈部多见，肺炎双球菌好发于硬腭、口底、舌腹及颊粘膜，而链球菌感染多见于唇、颊、软腭、口底和牙槽粘膜。

膜性口炎的治疗

一、全身治疗

1. 抗感染 抗生素肌注或静滴，必要时做细菌培养及药敏试验。
2. 全身支持疗法 补充水、电解质、维生素等。

二、局部治疗

1. 抗感染 0.2%洗必泰液含漱，每日4~6次；贴敷抗生素药膜或外涂2.5%金霉素甘油；含化药物。
2. 止痛 1%普鲁卡因液含漱或0.5%达可罗宁液涂布

膜性口炎的鉴别诊断

球菌性口炎为口腔粘膜急性细菌性炎症，病原体以各种球菌为主，命名为球菌性口炎。本病临床特征为假膜，故又称为膜性口炎。诊断时需仔细询问病史及进行检查，以排除其他疾病的继发性感染。本病需与坏死性龈口炎、雪口进行鉴别。

坏死性龈口炎：有牙龈坏死、龈出血、疼痛。有时与坏死牙龈相对的唇、颊粘膜可发生组织坏死，有较深溃疡，灰褐色无光泽假膜，腐败口臭。涂片检查可见大量梭形杆菌和螺旋体。

雪口：全身无症状，口腔无痛性白色斑点、斑片，粘膜充血不明显，涂片或培养可找到霉菌菌丝或孢子。

膜性口炎的病因

球菌性口炎为口腔粘膜急性细菌性炎症，病原体以各种球菌为主，命名为球菌性口炎。本病临床特征为假膜，故又称为膜性口炎。引发本病的球菌主要是金黄色葡萄球菌、草绿色链球菌、溶血性链球菌和肺炎双球菌等常驻细菌，正常情况下这些细菌并不致病，当机体遭受到某种刺激，如感冒发热、急性传染病、恶性肿瘤、长期放疗、化疗或长期服用免疫抑制剂等使机体免疫功能降低时，这些细菌异常增殖，毒力增强而引发本病。原发性球菌性口炎并不常见，临床上多见的是继

发于某种口腔损害之后，如单纯疱疹、药物过敏性口炎等发病后的继发细菌感染，这种继发感染可称为继发性球菌性口炎，通常仍以原发病作诊断命名，在治疗原发病的同时应注意抗球菌感染。 小编推荐：[#0000ff>2011年口腔执业医师：乳牙尖周炎的治疗方法](#) [#0000ff>2011年口腔执业医师：间隙保持器浅谈](#) [#0000ff>2011年口腔执业医师：单纯性牙周炎](#) 特别推荐：[#ff0000>2011口腔执业医师考试大纲](#) [#0000ff>考试时间](#) 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