坏疽性口炎(走马疳):临床表现、病因和并发症

Gangrenous stomatitis(cancrum oris): Clinical features, etiologic factors, and complications
M. L. Chindia, S. W. Guthua, S. S. Kimaro, J. Moshy
原载 Quintessence Int 1997; 28: 277 - 281. (英文)

朱卫东译　曹采方校

摘要　坏疽性口炎(走马疳)是一种侵犯口腔颜面部组织的疾病,主要发生在社会经济水平低下、卫生状况差的地区。本文列举和讨论了 1991 年至 1995 年间 8 个病例的一般临床表现、有关病因和并发症。

前言

坏疽性口炎(走马疳 GS)是一种主要侵犯口腔颜面部组织的疾病。尽管它分为三种类型,即唇颏型、颊型和唇上颌型,但大多数病例的病损仅仅表现为牙龈和牙槽骨的广泛坏死。在这些病例中,常见下颌或上颌广泛的牙槽骨死骨形成而没有颊或唇组织的穿孔。这是因为机体的防御机制使病变局限于致病微生物所在处。

由于坏疽性口炎的病损在就医前已经存在,因此对其起始阶段的描述可能不准确。本病主要发生在社会生活水平低下、卫生条件差的地区。儿童病例主要在发展中国家。成人患者罕见,已报道的病例主要在工业化国家。

本文回顾性总结了 8 例坏疽性口炎的一般临床特征、有关病因和并发症。

病例介绍

一. 来源和方法

8 个坏疽性口炎的病例来自 1991 年至 1995 年间在 Kenyatta 国立医院的联合口腔颌面外科诊室及内罗毕大学的牙外科就诊的病人。采用常规的 X 线片评估继发的牙槽骨和其他颅面部的并发症。对于需要手术的病例则进行常规的血液学检查。

二. 临床资料

病例包括 5 个女孩和 3 个男孩,平均年龄 5.1 岁。所有病例的一般特征见表 1。图 1、2、3 和 4 则分别显示了第 1、2、7 和 8 例病人的临床表现。第 8 个病例表现出本病急性期典型的皮肤颜色改变(图 4)。

总的来说,患儿的 X 线片显示了影响恒牙胚和颅面发育的广泛的骨坏死。除了毁容的唇缺损和疤痕外,颞下颌关节的强直也影响病人的咀嚼和食物的消化,使机体得不到平衡的饮食。

讨论

虽然病例研究的特点是了解治疗的总体结果,但在许多发展中国家,医疗设施的不完善常导致患者失去最佳治疗的机会和难以随访,甚至有些国家还没有外科专家。因此,本文的目的在于提出与坏疽性口炎病因有关的主要情况,另外也讨论发病率的范围和对整复外科的需求。虽然坏疽性口炎在经济发达国家特别少见,但是提出这些病例还是十分重要,因为新的整复

译者　北京医科大学口腔医学院
北京海淀区白石桥路 38 号 100081

表 1 坏疽性口炎病人的一般特征

病例	性别	年龄(岁)	临床表现	病史	家庭情况
1	女	6	发育迟缓;下唇广泛疤痕形成、缺损;完全牙关紧闭	18 个月时反复腹泻,患疟疾	父母是农民
2	女	3	外观健康;右腭突广泛坏死且伴有一大的鼻口腔瘘	1 岁时反复发烧和腹泻;数次疟疾	单身母亲,大部分时间由乡下祖母照看
3	男	3	外观健康;右下颌骨体皮肤广泛疤痕;右下颌牙槽突及基部广泛坏死;牙关紧闭	1 岁时反复发烧、腹泻,并患疟疾	1 岁前在收容所
4	男	9	发育迟缓;皮肤粗糙、多鳞;头发细、稀少;在上颌整个磨牙区牙槽突及基部坏死	皮肤表现在婴儿期即出现;早期反复发烧和腹泻	父亲是半技术铁路工人,养活 6 口之家
5	女	4	发育迟缓;头发细、稀少;右上牙槽突、腭突和基底部广泛坏死并扩展到皮肤	婴儿期起反复发生疟疾,偶有腹泻	父母亲没有固定职业,住在半贫民区
6	男	6	消瘦、黄疸;腹部巨大 Burkitt 淋巴瘤;肝脾肿大	大多数时间反复发烧,患疟疾	和双亲生活,父亲是半技术工人
7	女	4	发育迟缓;头发细、稀少左上颌广泛坏死和组织缺损	婴儿期及大部分时间反复发烧,患疟疾	和没有固定职业的双亲生活
8	女	6	明显消瘦和发育迟缓;牙龈炎症严重;右侧上唇从口角开始有蓝黑颜色	急性髓细胞白血病引起各类血细胞的减少	单身母亲,由乡下祖母照看

外科技术可以提供更好的治疗方案。

坏疽性口炎的病因在文献中列出了很多。本文所列举的病例清楚地显示,坏疽性口炎主要发生在经济不发达地区的贫困儿童中。而且在热带不发达地区,由于持续的社会经济萧条,新病例将继续出现。多年来,各种报道认为,坏疽性口炎的发生和口腔内梭形杆菌、螺旋体的明显增多有关,但尚未能在实验中予以证实。当前对坏疽性口炎病因的综述表明,在其发病过程中可能涉及到很多微生物,常见的包括:

1. 梭形杆菌
2. 非溶血性链球菌
3. 金黄色葡萄球菌
4. 奋森氏螺旋体
5. 不解糖的类杆菌
6. 厌氧菌(可产生破坏性胶原酶)
7. 坏死性梭形杆菌(常见于口腔坏死组织)

口腔卫生差是一个很明显的因素,维生素和矿物质的缺乏也可能同时存在,尤其在儿童。这些情况可能共同导致细胞间物质的改变以及粘液分泌减少,从而利于微生物的生长。要阐明这些不同因素在疾病过程中的意义,还需在特定阶段进行特殊的研究。

图 1　下唇坏死后广泛的疤痕形成,继发右颞下颌关节强直

图 2　右腭突和上颌牙槽突的广泛坏死,最后形成鼻口腔皮肤瘘

图 3　左上颌和相邻软组织的广泛坏死

图 4　特征性的坏疽性口炎早期病损,典型的蓝黑颜色改变,最终坏死组织剥脱

坏疽性口炎的早期临床表现与急性坏死性溃疡性龈炎(ANUG)很难鉴别,当溃疡性牙龈炎伴有病变区的水肿,并且扩展到邻近组织时,这就提示为坏疽性口炎的早期表现。届时微生物产生的大量毒素和酶加重了炎症反应,迅速破坏病变区的血管网,口腔粘膜及皮肤出现典型的蓝黑色变化,而后组织发生坏死。因此,临床上坏疽性口炎可出现两个明显的早期阶段,即溃疡期和坏死期。

坏疽性口炎首先在口腔内出现,随后迅速扩展到邻近组织。如果早期得到治疗,组织破坏可主要局限在口内粘膜和牙槽骨,口外组织破坏很少。许多临床医师认为,一旦出现了坏疽区,那么无论采取什么治疗,肯定会有组织缺损。

如果组织坏死仅限在口腔,应当制定细致的口腔清洁方法,等待死骨分离。然后仔细设计方案,进行死骨切除,以救治邻近还可以存活的组织。当口外组织也有广泛的侵犯时,也应进行相似的治疗。只有当坏疽性病损已完全愈合,虚弱的身体状况得到有效的改善,才可考虑组织整复治疗。

如果患儿在腐败性恶臭的、口腔颜面部致残性的坏死出现前,曾经患消耗性疾病或反复发病,身体很虚弱,则急性坏疽性口炎的诊断并不困难。本病发生广泛组织坏死的过程非常迅速,因而易与麻风和真菌感染等较少见的疾病相鉴别。坏疽性口炎对抗生素治疗很快见效,其它类似的病变,只有当诱发因素得到纠正后才有反应。

坏疽性口炎和身体虚弱的关系已经有肯定的报道，例如营养不良、脱水、恶液质、化疗和感染性疾病。本文所列的病例中，营养不良和反复发生的感染性疾病无疑是最重要的病因。热带环境下，由原虫感染引起的严重的寄生虫血症，例如疟疾和黑热病，对儿童的全身免疫有破坏性的抑制作用。

病人伴有免疫抑制的疾病，例如慢性髓细胞白血病，应对其进行全面检查。

患儿即使经过合理的抗生素治疗，还必须进行费时的多次手术，但其预后，即便是最好的结果，生活质量也不会很满意。例如病例 1，外科手术包括强直固连组织的切除；肋软骨的移植以利于下颌的生长；组织扩张以减轻小口畸形；远距离皮瓣转移重建缺损的下唇，以改善功能和美观。这些手术不仅费用高而且需要各科专家的细心合作。如果患儿存在诸如慢性髓细胞白血病等情况，外科处理应推迟。

一般来说，准确估计坏疽性口炎的发病率和死亡率是困难的。在非洲的大部分地区，由于急性期不能得到迅速合理的处理，坏疽性口炎的发病率相当高。这种病人死亡的主要原因是脱水、小叶性肺炎、毒血症和其他由消耗性疾病引起的并发症。本文的病例 8 很快死于白血病。

文献表明，尽管患坏疽性口炎的儿童的存活率较高，但严重的组织缺损等并发症的适当治疗还是迫切需要的。牙槽突和邻近口腔颜面部广泛破坏后的功能和美容重建需要长期的努力。当整个上颌牙槽突和腭突都破坏时（图 2、3），即使有好的外科设施也很难恢复面部的平衡生长和完善的牙列功能。

在发展中国家，对坏疽性口炎的研究绝大部分都集中在特殊的局部因素，而对宿主因素则几乎完全忽视。为了更好弄清楚导致坏疽性口炎发生的原因，需要对宿主因素进行研究。治疗的目的在于消除那些在发病前已存在的特殊病因。有趣的是复发型的坏疽性口炎相当罕见，这是否表明对于坏疽性口炎宿主存在某些免疫反应，尚需要进一步研究。

目前，对急性坏疽性口炎的主要治疗包括正确应用抗生素、消灭体内寄生虫、治疗相关的疾病，例如白血病，以及调节营养状况。然后可以考虑最后的整复性外科治疗。