

# 炎症性肠病的口腔损害及其诊断

李 敏, 宋文婷综述 林 梅审校

(四川大学华西口腔医院黏膜科 四川 成都 610041)

**[摘要]** 炎症性肠病(IBD)是一种慢性肠道性疾病,它除了有特定的肠道表现,肠外表现也较突出,各系统均可受累。口腔黏膜病变也是 IBD 患者常见的肠外表现。由于临床工作中口腔医生通常不熟悉这种疾病,本文就 IBD 的肠外表现尤其是口腔病损及其诊断作一综述。

**[关键词]** 炎症性肠病; 溃疡性结肠炎; 克隆恩病; 口腔损害; 诊断

**[中图分类号]** R 782 **[文献标志码]** A **[doi]** 10.3969/j.issn.1673-5749.2010.03.024

**Oral lesion of inflammatory bowel disease and its diagnosis** LI Min, SONG Wen-ting, LIN Mei. (Dept. of Oral Medicine, West China College of Stomatology, Sichuan University, Chengdu 610041, China)

**[Abstract]** Inflammatory bowel disease(IBD) is a sort of chronic intestinal tract disease with specified intestinal manifestation. Its extraintestinal manifestations are outstanding and each system can be involved. The lesion of oral mucosa is one of the common extraintestinal manifestations. Clinically, dentists are usually unfamiliar with this kind of disease. In this review, we summarized the extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease, especially, the oral lesion and its diagnosis.

**[Key words]** inflammatory bowel disease; ulcerative colitis; Crohn's disease; oral lesion; diagnosis

炎症性肠病(inflammatory bowel disease, IBD)是一种慢性肠道疾病,主要包括溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)和克隆病(Crohn's disease, CD)<sup>[1-2]</sup>,除了有特定的肠道表现,肠外表现也较突出,各系统均可受累,包括骨头、关节、皮肤、眼、口腔、肝胆管系统等。口腔黏膜病变也是 IBD 患者常见的肠外表现,包括阿弗他溃疡、牙龈炎、唇炎、口面部肉芽肿病、肉芽肿性腮腺炎等。IBD 的病因和发病机制尚未完全明确,已知肠道黏膜免疫系统异常反应所导致的炎症反应在 IBD 发病中起重要作用,目前认为这是由多因素相互作用所致,主要包括环境、遗传、感染和免疫因素。本病在欧美国家发病率较高,亚洲较低。IBD 可发生在任何年龄,在人群中的好发年龄是 15~25 岁,有 25%~30% 的 CD 患者以及 20% 的 UC 患者在 20 岁之前发病。

## 1 IBD 的临床特点

### 1.1 UC 的临床表现

腹泻为 UC 的主要症状,也是常见症状,常

反复发作或持续不愈,轻者每天 3~4 次,重者多达每天 10~30 次,呈血水样,粪便中含有黏液脓液、血液;UC 的腹痛一般为痉挛性左下腹或下腹部阵痛,也可为全腹痛,有疼痛-便意-便后缓解的规律;里急后重或腹泻黏液、脓、血便与便秘交替出现为乙状结肠病变的特点。UC 患者常伴有嗝气、恶心、食欲不振及呕吐等症状;急性期多有发热,重症患者则出现全身毒血症,若并发中毒性巨结肠或炎症波及腹膜,则为持续性剧烈腹痛等。

### 1.2 CD 的临床表现

腹痛是 CD 最常见的症状,多位于右下腹或脐周,一般为中等度疼痛,呈痉挛性,餐后加重,禁食、休息、局部热敷可减轻。CD 的腹泻是粪便呈糊状,一般每日 3~4 次,常无脓血及黏液,病变位于结肠远端,常有黏液血便;CD 的腹块是由于肠壁或肠系膜增厚、肠粘连、肠系膜淋巴结肿大及内瘘或局部脓肿形成,故常可于右下腹扪及包块,比较固定,边缘不很清楚,有压痛;瘘管形成;肛门直肠周围病变如肛门赘、深部肛裂、肛瘘;约 1/3 的患者有间歇性低热或中等度发热,偶有高热。严重者可有贫血、消瘦、低蛋白血症及水电解质紊乱。

**[收稿日期]** 2009-10-13; **[修回日期]** 2010-02-25

**[作者简介]** 李 敏(1983—),女,四川人,硕士

**[通讯作者]** 林 梅, Tel: 028-85503480

## 2 IBD 的肠外表现

西方国家文献报道,有 21%~40% IBD 患者至少有 1 种肠外表现<sup>[3-5]</sup>,各系统均可受累,包括骨头、关节、皮肤、眼、口腔、肝胆管系统等。关节病变主要可分为外周关节炎和强直性脊柱炎及单关节炎 3 类,常与 IBD 活动有关。结节性红斑(erythema nodosum, EN)和坏疽性脓皮病(pyoderma gangrenosum, PG)是最常见的皮肤病变,与疾病的活动相关。眼部并发症以巩膜炎、葡萄膜炎、结膜炎(缺乏特异性)最为常见,角膜炎、视网膜血管炎及眶肌炎等较少见。国外学者报道,肝胆系统肠外表现发生率为 5%~15%,常见的有非特异性的脂肪肝、胆石症和特异性的原发性硬化性胆管炎等。肠外表现可伴随肠道症状出现,也可在其前、后出现。与疾病的活跃性相关的肠外表现,随着肠道炎症的控制而趋于缓解。

### 2.1 UC 的口腔病损表现

西方文献报道,约 25.0%的 UC 患者具有肠外表现<sup>[6]</sup>。最近,由 Stawarski 等<sup>[7]</sup>报道的有 50%的 UC 患儿至少有 1 种肠外表现。中国的 1 份研究报告表明,大约有 13%的 UC 患者有肠外表现,包括关节炎/关节痛、眼部疾患、皮肤疾患、口腔溃疡。

少数 UC 患者的口腔病变可作为首发症状出现,UC 的口腔病损包括阿弗他口腔溃疡、唇炎、增殖性脓性口腔炎(pyostomatitis vegetans, PV)等。其中口腔阿弗他溃疡是最常见的肠外表现,在 UC 患者中的发生率 5%~10%,通常在肠道炎症活跃期出现,其特点是口腔反复发生多发性溃疡,圆形或是椭圆形小而浅的溃疡,且随肠道炎症的控制而趋于缓解;唇炎的表现与营养缺乏导致的唇炎相似,表现为唇部有垂直的皲裂伴脱皮,皲裂愈合后出现充血,累及口角易造成出血,稍大的皲裂可有渗出液和血液,结有黄色痂皮或血痂,严重可继发感染;PV 是 1 种罕见的口腔病损,有性别差异,男女比例为 3:1,可以发生在任何年龄阶段,其特点是增厚的黏膜及红斑上有许多小的脓疱形成,脓疱破裂后形成广泛的溃疡面和糜烂面以及“蜗牛轨迹样”外观<sup>[8]</sup>,最常见的病损部位是唇侧附着龈、软硬腭、前庭沟及扁桃体区域,口底黏膜和舌部通常不受累。“蜗牛轨迹样”外观脓性口炎被认为是炎症性肠道疾病的高特异性标记,尤其与 UC 的相关性最高<sup>[9]</sup>。

### 2.2 CD 的口腔病损表现

有 25%~35%的 CD 患者至少有 1 种肠外表现。CD 患者出现口腔损害的发生率在 6%~20%之间。CD 的口腔病损包括口腔溃疡、唇裂、鹅卵石样斑块、口角炎、黏膜息肉样病损、口周红斑、口面部肉芽肿病、肉芽肿性腮腺<sup>[10-11]</sup>;CD 的其他病损还包括牙龈肿胀、牙龈红斑、牙龈脓疱、黏膜出血、口腔金属味、梅罗综合征、游走性红斑以及累及下颌淋巴结和涎腺<sup>[12-13]</sup>。CD 患者也可能出现增殖性脓性口炎的病损<sup>[14]</sup>。

## 3 IBD 的诊断

### 3.1 UC 的诊断

UC 的诊断主要依据临床症状,结肠镜或钡灌肠和肠道组织学检查,并排除其他感染性疾病、药物性肠病、缺血性肠病、肠道淋巴瘤、结肠 CD、放射性结肠炎等疾病的基础上得出。

PV 组织病理学检查表现为上皮过度增生和棘层增厚,固有层和上皮层全层聚集中性粒细胞和嗜酸性细胞从而形成微脓肿导致了黏膜的坏死和溃疡。结缔组织层聚集了淋巴细胞、浆细胞、嗜酸性细胞。陈旧的病损中极少有嗜酸性细胞浸润。对伴有肠道症状的口腔患者应该及早建议到消化内科作检查,排查此类疾病;没有消化道症状的患者,尤其是年轻患者也应注意观察。

### 3.2 CD 的诊断

CD 的诊断依据临床表现,X 线检查或肠镜检查 and 黏膜组织学检查,在排除肠结核、阿米巴痢疾、耶尔森菌感染等慢性肠道感染、肠道淋巴瘤、憩室炎、缺血性肠炎、白塞病以及 UC 等的基础上进行。

## 4 结束语

口腔医生在检查到 UC、CD 可能出现的口腔病损时,应该有整体的临床思维,注意询问患者消化道的情况,发现有可疑症状时应及早建议患者到消化专科进一步检查,以期获得尽早诊断、防止并发症以及改善预后的作用。

## 5 参考文献

- [1] Baumgart DC, Carding SR. Inflammatory bowel disease: Cause and immunobiology[J]. *Lancet*, 2007, 369(9573): 1627-1640.
- [2] Baumgart DC, Sandborn WJ. Inflammatory bowel disease: Clinical aspects and established and evolving therapies

[J]. Lancet, 2007, 369(9573) :1641-1657.

[3] Ricart E, Panaccione R, Loftus EV Jr, et al. Autoimmune disorders and extraintestinal manifestations in first-degree familial and sporadic inflammatory bowel disease :A case-control study[J]. Inflamm Bowel Dis, 2004, 10(3) :207-214.

[4] Veloso FT, Carvalho J, Magro F. Immune-related systemic manifestations of inflammatory bowel disease :A prospective study of 792 patients[J]. J Clin Gastroenterol, 1996, 23(1) 29-34.

[5] Lakatos L, Pandur T, David G, et al. Association of extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease in a province of western Hungary with disease phenotype : Results of a 25-year follow-up study[J]. World J Gastroenterol, 2003, 9(10) 2300-2307.

[6] Langan RC, Gotsch PB, Krafczyk MA, et al. Ulcerative colitis :Diagnosis and treatment[J]. Am Fam Physician, 2007, 76(9) :1323-1330.

[7] Stawarski A, Iwańczak B, Krzesiek E, et al. Intestinal complications and extraintestinal manifestations in children with inflammatory bowel disease[J]. Pol Merkur Lekarski, 2006, 20(115) 22-25.

[8] Chan SW, Scully C, Prime SS, et al. Pyostomatitis vegetans :Oral manifestation of ulcerative colitis[J]. Oral Surg

Oral Med Oral Pathol, 1991, 72(6) :689-692.

[9] VanHale HM, Rogers RS 3rd, Zone JJ, et al. Pyostomatitis vegetans :A reactive mucosal marker for inflammatory disease of the gut[J]. Arch Dermatol, 1985, 121(1) : 94-98.

[10] Plauth M, Jeness H, Meyle J. Oral manifestations of Crohn's disease :An analysis of 79 cases[J]. J Clin Gastroenterol, 1991, 13(1) 29-37.

[11] Girlich C, Bogenrieder T, Palitzsch KD, et al. Orofacial granulomatosis as initial manifestation of Crohn's disease : A report of two cases[J]. Eur J Gastroenterol Hepatol, 2002, 14(8) :873-876.

[12] Schnitt SJ, Antonioli DA, Jaffe B, et al. Granulomatous inflammation of minor salivary gland ducts :A new oral manifestation of Crohn's disease[J]. Hum Pathol, 1987, 18(4) :405-407.

[13] Field EA, Tyldesley WR. Oral Crohn's disease revisited—a 10-year-review[J]. Br J Oral Maxillofac Surg, 1989, 27(2) :114-123.

[14] Hansen LS, Silverman S Jr, Daniels TE. The differential diagnosis of pyostomatitis vegetans and its relation to bowel disease[J]. Oral Surg Oral Med Oral Pathol, 1983, 55(4) 363-373.

(本文编辑 李 彩)

(上接第329页)

[10] Alaluusua S, Mättö J, Grönroos L, et al. Oral colonization by more than one clonal type of *mutans Streptococci* in children with nursing-bottle dental caries[J]. Arch Oral Biol, 1996, 41(2) :167-173.

[11] Caufield PW, Cutter GR, Dasanayake AP. Initial acquisition of *mutans Streptococci* by infants :Evidence for a discrete window of infectivity[J]. J Dent Res, 1993, 72(1) : 37-45.

[12] 李 颀, 刘天佳, 肖晓蓉, 等. 3-4岁儿童口腔变形链球菌的检出及其与母亲的关系[J]. 四川大学学报 :医学版, 2004, 35(6) :818-820.

[13] Li Y, Ismail AI, Ge Y, et al. Similarity of bacterial populations in saliva from African-American mother-child dyads[J]. J Clin Microbiol, 2007, 45(9) 3082-3085.

[14] Li Y, Caufield PW. Arbitrarily primed polymerase chain reaction fingerprinting for the genotypic identification of *mutans Streptococci* from humans[J]. Oral Microbiol Immunol, 1998, 13(1) :17-22.

[15] 许学斌, 杨 丹, 刘淑杰, 等. 变形链球菌在父子间传播的研究[J]. 广东牙病防治, 2003, 11(2) :100-101.

[16] Harris R, Nicoll AD, Pine CM. Risk factors for dental caries in young children :A systematic review of the literature[J]. Community Dent Health, 2004, 21(1 Suppl) : 71-85.

[17] Mattila ML, Rautava P, Sillnpa M, et al. Caries in five-year-old children and associations with family-related factors[J]. J Dent Res, 2000, 79(3) 875-881.

[18] Okada M, Kawamura M. Influence of parents' oral health behaviour on oral health status of their school children : An exploratory study employing a causal modelling technique[J]. Int J Pediatr Dent, 2002, 12(2) :101-108.

[19] Okada M, Kawamura M, Hayashi Y, et al. Simultaneous interrelationship between the oral health behavior and oral health status of mothers and their children[J]. J Oral Sci, 2008, 50(4) :447-452.

[20] Astrøm AN, Jakobsen R. The effect of parental dental health behavior on that of their adolescent offspring[J]. Acta Odontol Scand, 1996, 54(4) 235-241.

[21] Qin M, Li J, Zhang S, et al. Risk factors for severe early childhood caries in children younger than 4 years old in Beijing, China[J]. Pediatr Dent, 2008, 30(2) : 122-128.

[22] Alves AC, Nogueira RD, Stipp RN, et al. Prospective study of potential sources of *Streptococcus mutans* transmission in nursery school children[J]. J Med Microbiol, 2009, 58(Pt 4) :476-481.

(本文编辑 李 彩)