



一例干燥综合征患者的序列口腔健康管理

邢海霞 乔迪

摘要

干燥综合征患者由于唾液腺受损,导致唾液流率下降,唾液成分改变,进而引起牙体疾病、口腔黏膜病等一系列口腔并发症。这类患者的序列口腔健康管理主要包含口腔疾病的预防、治疗和长期随访管理。对干燥综合征患者进行序列口腔健康管理,可以最大程度保护和保存患者口腔的软硬组织,减少失牙,帮助患者养成良好的口腔卫生保健意识,达到长期维持口腔正常功能的目的。本文报道一例干燥综合征患者的序列口腔健康管理。

关键词 干燥综合征;口腔健康管理;龋病

1 引言

干燥综合征(Sjogren's Syndrome, SS)是一种由淋巴细胞介导的,以损伤外分泌腺为主的系统性自身免疫性疾病。其临床表现除了唾液腺和泪腺受损、功能下降外,还影响肺脏、肾脏等全身多个器官,导致多系统损害。干燥综合征在口腔的主要病理特征为唇腺的灶性淋巴细胞浸润,唾液腺造影显示唾液腺导管的点扩影像^[1]。其口腔并发症包括:

口干、口角炎、猖獗龋、酸蚀症、唾液腺肿大、口腔念珠菌病等^[2]。干燥综合征患者的序列口腔健康管理就是针对这些并发症,进行有序、精准的预防和治疗,并且长期随访复查,帮助患者养成良好的口腔卫生保健意识,达到长期维持口腔正常功能的目的。

本文从序列口腔健康管理的理念,报道一例干燥综合征患者患猖獗龋、重度慢性牙周炎、牙列缺损、口腔念珠菌病的口腔系统管理的病例。

2 病例报告

患者女,46岁,于2015年4月就诊于北京大学口腔医学院,要求进行全面口腔检查。患者多年来口内多颗牙齿出现龋坏,现自觉左侧后牙咬合无力,伴冷热刺激敏感1月。刷牙每日两次,竖刷牙,

作者单位 北京大学口腔医学院·口腔医院综合治疗科
 通讯作者 邢海霞
 联系方式 010-82195586
 电子邮箱 xhxhx@foxmail.com
 通讯地址 北京市海淀区中关村南大街22号,10081

每次2min。否认吸烟史。患者确诊干燥综合征8年，服用糖皮质激素6年，目前服用泼尼松龙20mg，隔日一次。

2.1 系统检查

唾液腺超声显示双侧腮腺、颌下腺弥漫性病变。放射性核素动态显像无显影，提示唾液腺无功能。唇腺活检提示灶性淋巴细胞浸润。免疫学检查发现抗SSA(++)，抗SSB(++)。眼科检查结果为角膜荧光(+)；泪膜破裂BUT右1s，左1s；Schirmer test右4mm/5min，左5mm/5min，提示干眼症。患者的上述检查结果符合2002年干燥综合征国际分类(诊断)(AECG)标准^[3]，因此确诊为干燥综合征。

2.2 颌面部及口腔专科检查

面部外形基本对称，双侧腮腺区无肿大。

主诉牙检查：上颌左侧第一磨牙近中殆面牙色充填体，边缘继发龋坏，颊侧颈部楔状缺损，叩痛(-)，II°松动，冷测一过性疼痛，根尖放射片示上颌左侧第一磨牙近中殆面继发龋坏达牙本质深层，近中根周膜增宽(图1)。

牙周检查：口腔卫生状况欠佳，菌斑中量，牙龈暗红、肿胀，牙石(++++)，探诊深度PD 2~7mm、附着丧失AL 0~3mm、探诊出血BI 3~4mm，FI 1~2mm。

牙列检查：上颌右侧第二磨牙、下颌右侧侧切牙缺失，未修复，下颌右侧第二磨牙过长(图2)。

牙体检查：上颌右侧中切牙近中面、上颌左侧第

二前磨牙远中面龋坏，唇/颊面颈部楔状缺损，未充填；上颌右侧第一磨牙腭侧面、上颌左侧尖牙唇面、上颌左侧第二磨牙远中面、下颌左侧第二磨牙殆面龋坏；上颌右侧尖牙近中面、下颌左侧中切牙近中面龋坏，唇面颈部楔状缺损已充填，边缘色素沉着；上颌右侧侧切牙、下颌左侧侧切牙冠变色，舌侧充填体继发龋坏。上颌右侧第二前磨牙颊面、下颌左侧尖牙唇面、下颌右侧第二前磨牙颊面楔状缺损，未充填。上颌左侧侧切牙唇面颈部酸蚀，质硬。上颌右侧第一前磨牙颊面、上颌左侧中切牙唇面、上颌左侧第一前磨牙颊面、下颌左侧第一前磨牙颊面、下颌左侧第二前磨牙颊面、下颌左侧第一磨牙颊面、下颌右侧中切牙唇面、下颌右侧尖牙唇面、下颌右侧第一前磨牙颊面楔状缺损，已充填，边缘色素沉着。下颌右侧第一磨牙全瓷冠修复，边缘密合，根尖放射线片示下颌右侧第一磨牙远中根欠填，根尖区无病变。

咬合检查：前牙内倾型深覆殆，上颌右侧侧切牙-上颌左侧侧切牙、下颌左侧尖牙-下颌右侧中切牙拥挤，上颌左侧第一前磨牙和下颌左侧第一前磨牙正锁殆，双侧尖牙保护殆；下颌右侧第二磨牙过长，影响下颌前伸运动。

软组织检查：上下唇红较干燥，口底唾液池未见，挤压双侧大腺体未见明显唾液分泌。舌体暗红，舌背丝状乳头无明显萎缩，黏膜无明显充血。静态唾液流率<1ml/10min。唾液真菌培养结果为白色念珠菌50个/ml。

全口根尖放射线片(图3)显示全口牙槽骨有不同程度的吸收；拍摄咬合翼片(图4)检查双侧后牙邻面龋坏情况。



图1 主诉牙。a. 口内照；b. 26根尖片；c. 26根充后5年复查



图2 治疗前口内牙列照片。a. 右侧咬合像；b. 全牙列正面像；c. 左侧咬合像；d. 上颌骀面像；e. 下颌骀面像

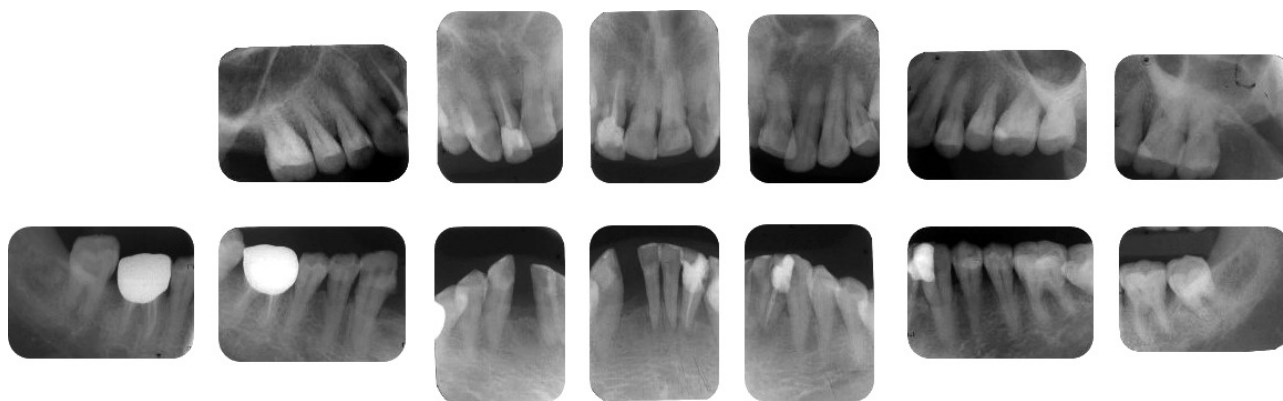


图3 全口根尖片

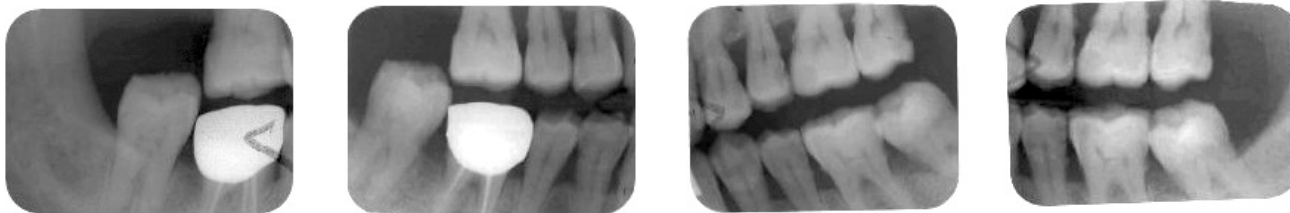


图4 双侧后牙区咬合翼片

2.3 诊断

干燥综合征 SS；上颌左侧第一磨牙慢性牙髓炎；慢性牙周炎；上颌右侧中切牙近中面和唇面、上颌左侧第二前磨牙远中面和颊面深龋、楔状缺损；上颌右侧第一磨牙腭侧面、上颌右侧尖牙近中面、上颌左侧尖牙唇面、上颌左侧第二磨牙远中面、下颌左侧中切牙近中面、下颌左侧第二磨牙殆面深龋；上颌右侧侧切牙、下颌左侧侧切牙继发龋，根管治疗后；上颌右侧第二前磨牙颊面、下颌左侧尖牙唇面、下颌右侧第二前磨牙颊面楔状缺损；上颌右侧第一前磨牙颊面、上颌左侧中切牙唇面、上颌左侧第一前磨牙颊面、下颌左侧第一前磨牙颊面、下颌左侧第二前磨牙颊面、下颌左侧第一磨牙颊面、下颌右侧第一前磨牙颊面、下颌右侧尖牙唇面、下颌右侧中切牙唇面牙体缺损；上下颌牙列缺损；错殆畸形（安氏 I 类）；口腔念珠菌病；酸蚀症。

2.4 治疗计划

根据口腔综合诊疗的分阶段治疗理念，制定治疗计划如下：

急症期：上颌左侧第一磨牙根管治疗。

系统疾病控制期：继续于风湿免疫科治疗 SS；局部用药缓解口干、眼干。

疾病预防控制期：对患者进行口腔健康指导教育并持续改进；建议患者日常应用氟化物预防龋病；牙周基础治疗；抗真菌治疗；充填治疗口内深龋、继发龋和楔状缺损的患牙。

功能恢复期：患者目前是龋高危人群，暂不考虑正畸治疗；上颌右侧侧切牙桩核冠，上颌左侧第一磨牙全冠修复；上颌右侧第二磨牙缺失建议种植义齿修复后下颌右侧第二磨牙调殆或者不修复上颌右侧第二磨牙，拔除下颌右侧第二磨牙；下颌右侧侧切牙缺失的修复方案有三种：1、拔下颌右侧中切牙、下颌左侧中切牙、下颌左侧侧切牙后种植义齿修复下颌左侧侧切牙—下颌右侧侧切牙；2、拔

下颌右侧中切牙、下颌左侧中切牙、下颌左侧侧切牙后活动义齿修复下颌前牙；3、保留下颌右侧中切牙、下颌左侧中切牙、下颌左侧侧切牙，粘接桥修复。

治疗维护期：建议患者 3 个月复查一次，清除牙菌斑并诊室应用氟化物；检查有无新龋发生及口腔黏膜病；定期拍全口根尖片和咬合翼片。

2.5 治疗过程

急症期：主诉牙上颌左侧第一磨牙在显微镜、橡皮障下进行根管治疗，根充后 5 年复查，根尖无病变（图 1c）。

系统疾病控制期：患者继续服用糖皮质激素治疗原发病 SS；同时服用防治骨质疏松、抑酸、护肝的药物；使用人工泪液、人工唾液改善干眼和口干症状。

疾病预防控制期：评估患者的龋风险，分析患者的口腔卫生习惯和饮食习惯，有针对性地进行指导，建议患者使用含氟漱口水和含氟牙膏，帮助患者养成良好的口腔卫生保健习惯。制霉菌素片含化和 3% 碳酸氢钠含漱进行抗真菌治疗，待口腔白色念珠菌感染控制后停药。牙周基础治疗，进行了龈上洁治、龈下刮治及牙周维护治疗。患者定期复查至治疗后 5 年半，口腔卫生状况良好，仅后牙区个别位点 PD 4 ~ 5mm，BI 2；分次完成全口患牙的充填治疗（图 5）并定期抛光树脂充填体。患者选择拔除下颌右侧第二磨牙，且不再修复上颌右侧第二磨牙、下颌右侧第二磨牙。

功能恢复期：上颌左侧第一磨牙全瓷冠、上颌右侧侧切牙金钯桩核 + 烤瓷冠修复；下颌右侧侧切牙粘接桥修复（图 6）。

治疗维护期：患者定期三月复查一次，诊室使用多乐氟全口患牙涂布 + 清除菌斑。患者一年复查时未见新龋；两年复查时充填下颌左侧尖牙舌侧新龋；三年复查时重新充填上颌左侧第一前磨牙颊侧、下颌左侧第一前磨牙颊侧、下颌左侧第二前磨牙颊



图5 充填治疗后口内照。a. 右侧咬合像；b. 全牙列正面像；c. 左侧咬合像；d. 上颌骀面像；e. 下颌骀面像





图6 修复结束后口内照。a. 下前牙粘接桥修复；b. 右侧咬合像；c. 全牙列正面像；d. 左侧咬合像

侧楔状缺损及下颌左侧第二磨牙远中面深龋；五年半复查时充填下颌左侧中切牙、下颌右侧中切牙继发龋，上颌左侧侧切牙腭侧、下颌右侧第一前磨牙远中面深龋。经过长达5年半的随访，患者平均每年新龋的发生不足两颗牙，都在发现的时候及时进行了充填治疗；同时患者的牙周状况稳定；口腔功能没有下降，实现了干燥综合征患者长期保存牙齿、维持口腔功能的目标。

3 讨论

干燥综合征患者的序列口腔健康管理是口腔综合分阶段诊疗理念的代表。其口腔诊疗往往需要牙体牙髓、牙周、口腔黏膜科、口腔修复科等多学科医生合作实现。积极的口腔治疗对SS也有积极的影响，能够缓解患者口干症状；缓解患者压力、焦虑的情绪^[4]；从而大大提升患者的生活质量^[5]。

与正常人群相比，SS患者患龋率更高，因龋失牙的数目更多^[6]。因此，对SS患者进行龋病管理，是序列口腔健康管理的重点。2016年，美国ADA发表了SS患者龋病预防指南，强烈推荐所有患者局部应用氟化物。中等推荐的预防方法包括通过味觉、咀嚼或药物的方法刺激唾液分泌；氟已定以保护漆、凝胶或漱口水形式使用。此外，在口干及根面龋发生率较高的SS患者中，可以联合应用再矿化物^[7]。对于龋坏牙，本病例选择了充填修复的方法；对于大面积缺损的龋坏牙，也可以考虑全冠修复的方法。在治疗结束后可以再次进行龋风险评估。本病例随访至5年半，每年新龋的发生少于两颗牙，说明龋病的管理是有效的。

本病例患者的慢性牙周炎经过牙周基础治疗后得到了良好的控制。而慢性牙周炎是否与SS相关

这一问题仍存在争议。有学者认为SS不是牙周炎的危险因素^[8]；也有学者认为，SS患者长期服用的免疫抑制药物和非甾体类抗炎药增加了患牙周炎的风险^[9]。从口腔菌群的变化来分析，SS患者口腔内嗜酸乳杆菌、变形链球菌、白色念珠菌均增加，但牙周致病菌无明显变化^[2]。无论SS是否是慢性牙周炎的危险因素，良好的菌斑控制都是SS序列口腔健康管理的重要部分。

据文献报道，13.1% SS患者伴发念珠菌感染^[10]。念珠菌作为条件致病菌，是SS常见并发症，经过规范抗真菌治疗后仍易复发。因此，在SS患者序列口腔健康管理中，要减少念珠菌感染的局部危险因素，定期进行唾液真菌培养，早发现、早治疗。

在SS患者口腔功能恢复阶段，要考虑这类患者都是龋高危人群^[11]，固定矫治增加龋易感性^[12]，因此固定正畸矫治要慎重进行。在修复方案的选择上，这类患者要尽量采用固定义齿修复^[13]。原因是可摘局部义齿增加嗜酸乳杆菌、变形链球菌量，导致患者更易患龋；且患者接受度差，舒适感低。SS患者长期服用免疫抑制剂，因此成为种植义齿修复的相对禁忌症。从发病机制上看，SS患者的外分泌腺受影响，但不影响骨结合。有回顾性研究观察了50例SS患者共140个种植体，与健康对照组相比，尽管SS患者种植体周围黏膜炎发生率增加^[14]，但种植体4年留存率依旧有93.7%^[15]。这说明SS患者进行种植义齿修复并非绝对禁忌症，也是可以考虑的一种修复方案。

最后，对SS患者要定期进行预后分析，包括患者的依从性、治疗意愿、SS病情是否反复、龋风险等。同时在3月一次的长期密切随访中，要始终贯穿持续改进的口腔健康教育，帮助患者树立信心，

缓解口干症状, 延缓口腔并发症的进展^[16]。本病例成功地针对 SS 患者进行了序列口腔健康管理, 要

长期维持其临床疗效, 还需要医患双方长期甚至终身的努力。

参考文献

- [1] 魏攀, 卢松鹤, 付静雅等. 原发性干燥综合征 2012 年美国风湿病学会分类标准的临床验证 [J]. 北京大学学报 (医学版), 2014, 46(2): 306-310.
- [2] González S, Sung H, Sepúlveda D, et al. Oral manifestations and their treatment in Sjogren's syndrome [J]. Oral diseases, 2014, 20(2): 153-161.
- [3] 柏景坪, 林梅. 口腔干燥症 [J]. 国外医学口腔医学分册, 2005, 32(6): 474-6.
- [4] Botelho J, Machado V, Proença L, et al. Perceived xerostomia, stress and periodontal status impact on elderly oral health-related quality of life: findings from a cross-sectional survey [J]. BMC oral health, 2020, 20(1): 199.
- [5] Ambrósio LM, Rovai ES, França BN, et al. Effects of periodontal treatment on primary sjogren's syndrome symptoms [J]. Braz Oral Res, 2017, 31:e8.
- [6] Christensen LB, Petersen PE, Thorn JJ, et al. Dental caries and dental health behavior of patients with primary Sjögren syndrome [J]. Acta Odontol Scand, 2009, 59(3): 116-120.
- [7] Zero DT, Brennan MT, Daniels TE, et al. Clinical practice guidelines for oral management of Sjogren disease: Dental caries prevention [J]. J Am Dent Assoc, 2016, 147(4): 295-305.
- [8] Maarse F, Jager DHJ, Alterch S, et al. Sjögren's syndrome is not a risk factor for periodontal disease: a systematic review [J]. Clin Exp Rheumatol, 2019, 37 Suppl 118(3): 225-233.
- [9] De Goés Soares L, Rocha RL, Bagordakis E, et al. Relationship between sjogren syndrome and periodontal status: A systematic review [J]. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol, 2018, 125(3): 223-231.
- [10] Serrano J, López-Pintor RM, Ramírez L, et al. Risk factors related to oral candidiasis in patients with primary Sjogren's syndrome [J]. Med Oral Patol Oral Cir Bucal, 2020, 25(5):e700-e705.
- [11] Bratthall D, Hänsel Petersson G. Cariogram--a multifactorial risk assessment model for a multifactorial disease[J]. Community Dent Oral Epidemiol, 2005, 33(4):256-264.
- [12] 耿畅, 咏梅. 固定正畸影响龋易感性变化的研究进展 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(30): 60-61.
- [13] De Mendonça Invernici M, Finger Stadler A, Vale Nicolau G, et al. Management of Sjogren's Syndrome Patient: A Case Report of Prosthetic Rehabilitation with 6-Year Follow-Up [J]. Case Rep Dent, 2014, 2014:761251.
- [14] Chrcanovic BR, Kisch J, Wennerberg A. Dental implants in patients with Sjogren's syndrome: a case series and a systematic review [J]. Int J Oral Maxillofac Surg, 2019, 48(9): 1250-9.
- [15] Korfage A, Raghoobar GM, Arends S, et al. Dental Implants in Patients with Sjogren's Syndrome [J]. Clin Implant Dent Relat Res, 2016, 18(5): 937-45.
- [16] Seo K, Kim HN. Effects of oral health programmes on xerostomia in community-dwelling elderly: A systematic review and meta-analysis [J]. Int J Dent Hyg, 2020, 18(1): 52-61.