

菌斑性龈炎诊疗指南

(2022 年版)

一、概述

菌斑性龈炎也称慢性龈炎、边缘性龈炎或单纯性龈炎，临床上也常简称为牙龈炎或龈炎，是一种由牙菌斑引起的、局限于游离龈和龈乳头的慢性炎症性疾病，其最主要的临床表现是牙龈红肿出血，经过有效治疗牙龈可以完全恢复健康，预后良好。如果不加以及时治疗，部分患者人群中该病会发展成为牙周炎，因此龈炎也成为危害国人口腔健康的重要疾病之一。菌斑性龈炎在人群中患病率高，尤其高发于青少年。第四次全国口腔健康流行病学调查（2015～2017 年）结果表明，我国 15 岁受检人群的牙周健康率为 34.8%，即龈炎患病率超过 60%，按照 2018 年国际牙周病学分类标准，我国成年人群中龈炎的患病率为 23.1%。

二、适用范围

结合临床表现，经专科检查确诊的菌斑性龈炎患者。

三、诊断

（一）临床表现

菌斑性龈炎最典型的自觉症状是牙龈出血，患者可以表现为咬硬物或刷牙时牙龈出血，出血量一般不大，可以自行停止，一般不会有自发牙龈出血。部分患者可以伴有牙龈肿

胀不适，或者有口腔异味，也有部分患者没有任何自觉症状。

（二）专科检查

1. 口腔卫生状况

临床检查时要对患者牙面菌斑、牙石堆积程度进行必要评价，同时关注可能造成菌斑滞留的局部因素，如牙列拥挤、食物嵌塞、充填体悬突等。

2. 牙龈颜色、形态和质地

健康牙龈呈粉红色，龈缘菲薄，质地坚韧，与牙面紧密附着。罹患菌斑性龈炎后，游离龈和龈乳头可以呈现为鲜红色或暗红色，牙龈水肿增厚，表面点彩可以消失，质地松软脆弱，缺乏弹性，有些患者表现出牙龈肥大增生，甚至覆盖部分牙面。部分以牙龈实质增生为主要表现的患者，牙龈质地也可表现为坚韧而有弹性。

3. 探诊深度、探诊出血和附着水平

牙周探诊检查是诊断菌斑性龈炎的必要环节。健康牙龈的探诊深度一般不超过 3mm，且无探诊后出血。菌斑性龈炎患者牙龈水肿或增生，探诊深度可以加深，但结合上皮和结缔组织附着水平与健康牙龈相同，位于釉牙骨质界，所以临床不能探及附着丧失，但探诊时会有不同程度的探诊后出血。

（三）辅助检查

1. 影像学检查

菌斑性龈炎通过临床检查即可确诊，影像学检查并非必

要，如果需要将菌斑性龈炎与早期牙周炎相鉴别，可以拍摄平行投照根尖片或咬合翼片，观察牙槽嵴顶的高度和形态。菌斑性龈炎并不累及牙槽骨，X线片表现与正常牙周组织无区别，牙槽嵴顶与釉牙骨质界之间的距离一般在 2mm 以内。

2. 实验室检查

实验室检查一般用于菌斑性龈炎与其他疾病的鉴别诊断，不是诊断菌斑性龈炎的必要环节。以自发性牙龈出血为主要症状的患者如果需要排除血液疾病，可以进行血细胞分析和凝血功能检查。某些人类免疫缺陷病毒感染患者牙龈缘表现出鲜红色线状充血带，进行相应的血清病毒抗体检查有助于与菌斑性龈炎相鉴别。

3. 病理检查

菌斑性龈炎没有特征性的病理改变，无需进行病理检查，以牙龈肥大增生为主要表现的患者，如果符合牙龈切除手术指征，可以对切除组织进行病理检查，以除外其他疾病。

（四）诊断标准

经典的菌斑性龈炎诊断标准主要包括两个方面，一是牙龈的炎症性改变，主要表现为牙龈颜色、形态和质地的变化以及探诊后出血；二是没有临床附着丧失，即临床检查时不能探及釉牙骨质界。2018 年国际牙周病新分类在原有标准的基础上，增加了一型伴有附着丧失的菌斑性龈炎，患者可以有附着丧失但探诊深度不超过 3mm，且伴探诊后出血，拓宽了传统意义上菌斑性龈炎的范围。

综上，菌斑性龈炎的诊断要点如下：

1. 全口探诊后出血阳性位点百分比 $\geq 10\%$ ，牙龈可有不同程度红肿，无临床附着丧失，探诊深度可以超过 3mm；

2. 全口探诊后出血阳性位点百分比 $\geq 10\%$ ，全口探诊深度 $\leq 3\text{mm}$ ，可伴有附着丧失；

满足上述之一者即可诊断为菌斑性龈炎。

（五）鉴别诊断

1. 与早期牙周炎鉴别

部分长期存在的龈炎可逐渐发展成为牙周炎，出现附着丧失和牙槽骨吸收。鉴别龈炎和早期牙周炎最主要的方法是临床探诊检查，判断是否存在牙周袋和临床附着丧失，必要时拍摄平行投照根尖片或者咬合翼片。

2. 血液病相关的牙龈出血

很多血液病也会引起牙龈出血，需要与龈炎相关的牙龈出血相鉴别。可以从病史、出血的程度和性状以及全身症状等方面进行鉴别，血液病相关的牙龈出血一般出血量比较大，且为自发出血，难以自行停止，患者还可能伴有低热、疲惫以及皮下淤斑等全身症状，必要时应进行血液学检查。

3. 系统因素相关的牙龈炎症和牙龈肥大

牙龈炎症水平受到激素水平的影响，对于牙龈红肿程度与局部因素明显不符的青春期的患者或妊娠期女性，要考虑到青春期龈炎及妊娠期龈炎的可能性。伴有明显牙龈增生的菌斑性龈炎需要与系统因素相关的牙龈增生肥大相鉴别，比如

药物性牙龈肥大、牙龈纤维瘤病、以及白血病相关的牙龈肥大等。其中与药物性牙龈肥大的鉴别要结合明确的用药史；与白血病相关牙龈肥大的鉴别要结合牙龈肥大的颜色和形态特征、患者的全身症状以及血液学相关检查；与牙龈纤维瘤病的鉴别要结合牙龈的形态特征和必要的组织学检查。

四、治疗原则

（一）基础治疗

1. 去除病因

菌斑性牙龈炎的临床治疗以去除局部因素为主，方法主要是洁治和抛光（橡皮杯抛光或喷砂抛光），彻底清除牙面附着的菌斑和牙石。对于炎症较重、存在探诊深度 $\geq 4\text{mm}$ 位点的患者可以配合龈下刮治及局部药物治疗，如1%~3%过氧化氢溶液、0.12%~0.2%氯己定溶液以及碘制剂等药物的局部冲洗或含漱。对于不伴有全身疾病的牙龈炎患者，不应全身使用抗菌药物进行治疗。

去除局部菌斑滞留因素也是菌斑性牙龈炎治疗的重要环节，比如拆除边缘位于龈下过深或有明显悬突的修复体或充填体，恢复正常邻接关系、改善局部食物嵌塞，通过正畸治疗排齐拥挤牙列等等。

2. 防止复发

菌斑性牙龈炎治疗效果肯定，但易复发。治疗过程中必须同时做好口腔健康教育，进行个性化口腔卫生指导，教会患者刷牙、邻面清洁等日常控制牙菌斑的方法，并让患者形成

定期到医院进行专业复查和维护的意识，这样才能维持长期疗效，防止复发。

（二）手术治疗

大多数患者经过非手术治疗后一周左右炎症消退，牙龈颜色、形态和质地恢复正常，少数患者存在较明显的牙龈纤维增生，如经过非手术治疗并观察 3~6 个月后，牙龈仍难以完全恢复正常形态，此时可以考虑进行牙龈成形手术，以恢复牙龈生理外形，便于长期控制牙菌斑。

五、主要并发症及处理

非手术治疗方法简单，很少出现并发症，治疗后可能出现的问题主要有以下四种。

1. 炎症复发

少数患者治疗后短期牙龈出血等症状复发，主要原因是菌斑牙石清除不彻底，邻面、下颌后牙舌侧、上颌后牙颊侧以及最后一颗磨牙的远中面是常见的容易遗留牙石的部位。

此外，局部牙菌斑滞留因素未得到有效解除以及患者自我牙菌斑控制不良等因素也可能与炎症控制不彻底有关。患者自我牙菌斑控制差，牙石会在短时间内重新形成，新形成的牙石呈淡黄色，质地较软，有别于未除净的陈旧牙石。

另外有些患者疗效不佳的原因是诊断错误，将牙周炎误诊为龈炎，洁治后没有进行后续的龈下刮治和根面平整，因而炎症控制不彻底。

对于疗效不佳的患者需要进行临床评估，根据具体原因

确定后续治疗方案。洁治不彻底的患者可以在初次洁治 1 周之后安排再次洁治；牙石短时间重新形成的患者，再次洁治的同时应加强口腔卫生指导；牙周炎误诊为龈炎的患者可以按照牙周炎的治疗指南安排后续治疗内容。

2. 洁治后牙齿冷热敏感

部分患者洁治后牙齿出现冷热敏感，这是治疗后正常的一过性反应，一般无需处理，敏感症状多数在一周之内自行缓解。敏感症状缓解前应嘱患者避免过冷过热饮食。正确掌握超声洁牙机的操作使用可减少洁治术后牙齿冷热敏感的发生，对于洁治后敏感症状较明显的患者可酌情进行脱敏处理。

3. 洁治后出血

少数患者洁治后会有较长时间牙龈活动性出血，持续到治疗后数小时甚至更长时间，难以自行停止。这种情况常发生于口腔卫生较差、牙龈炎症程度比较重的患者，对这些患者进行洁治操作时应该动作轻柔，避免过度损伤牙龈；也可以考虑将洁治分成两次完成，第一次先去除大块牙石，待一周后牙龈炎症有所减轻后再进行第二次洁治和抛光治疗。另外每次洁治后要对活动性出血部位进行观察和必要的压迫止血，这样可以有效降低治疗后出血发生的风险。

有些患者存在一定程度的凝血功能异常，这也会导致治疗后牙龈出血。治疗前应充分询问患者全身健康状况和用药史，对于可疑凝血功能异常或服用抗凝血药物的患者，必要

时进行血细胞分析和凝血功能检查，如果存在明显异常，建议暂缓治疗。

治疗洁治后出血最有效的方法是找到出血点并进行局部压迫，绝大多数患者的出血症状可以通过压迫止血得到有效控制。对于压迫止血效果不佳的患者，要考虑存在未经控制的血液疾病的可能，应及时转诊至综合医院血液科检查治疗。

4. 与治疗相关的其他全身疾病或状况

超声波洁治可能引起少数佩戴旧式心脏起搏器患者的不适，此时应立即停止操作，待患者不适症状缓解后再改行手工洁治操作，或择期治疗。有些牙龈炎症较重的患者在洁治后会出现一过性菌血症，并可能由此引发亚急性细菌性心内膜炎。这种风险主要集中于有心脏人工植入物的患者，因此6个月内进行过心脏人工瓣膜植入、冠脉支架植入等手术的患者，应征得心内科医生同意后再进行牙周相关治疗，治疗前应预防性服用抗生素，尽可能降低菌血症发生的风险。糖尿病、冠心病等全身疾病患者应在原有疾病得到有效控制后再进行牙周治疗，活动期的传染病患者应暂缓牙周治疗。

六、随访及预后评估

菌斑性牙龈炎在完善洁治后一周，牙龈炎症即可得到有效改善，此后可根据患者炎症控制水平和口腔卫生状况安排6~12个月定期复查维护。如果患者存在短时难以纠正的局部因素，如食物嵌塞、牙列拥挤、偏侧咀嚼等，可以适当缩

短复查间隔至 3~6 个月。

复查评估内容包括口腔卫生状况、牙龈颜色、形态、质地、探诊深度及出血、附着丧失等，并对局部和全身促进因素进行评价；维护治疗的内容主要包括强化口腔卫生指导以及必要的洁治和抛光。

附

菌斑性龈炎诊疗指南（2022 年版）

编写审定专家组

（按姓氏笔画为序）

组长：栾庆先

成员：于晓潜、和璐、栾庆先、释栋