

354 口腔内科学

基础知识

1. 釉质中无机物占总重量 96%~97%，主要由含钙、磷离子的磷灰石晶体和少量的其他磷酸盐晶体等组成。釉质中的有机物占总重量的 1%以下。主要有釉原蛋白、非釉原蛋白和蛋白酶三大类。
2. 透明牙本质也称硬化性牙本质。当牙本质受到外界刺激后，除形成修复性牙本质外，可引起牙本质小管内的成牙本质细胞突起变性，矿物盐沉着而矿化封闭小管。由于矿化后的小管和周围间质的折光率没有明显差异，故在磨片上呈透明状，称为透明牙本质。
3. 结合上皮是牙龈上皮附着在牙表面的一条带状上皮，从龈沟底开始，向根尖方向附着在釉质或牙骨质的表面。它是无角化的鳞状上皮，在龈沟底部约含 15~36 层细胞，向根尖方向逐渐变薄，约含 3~4 层细胞，无上皮钉突，但如受到刺激，可见上皮钉突增生，伸入结缔组织中。
4. 牙周膜中的主要细胞有成纤维细胞、成牙骨质细胞、上皮剩余、成骨细胞和破骨细胞、未分化间充质细胞。
5. 固有牙槽骨衬于牙槽窝内壁，是一层多孔的骨板，又称为筛状板，由束状骨组成，X 线片表现为围绕牙周膜的一条白色阻射线，称为硬骨板，牙周膜发生炎症时最先消失，组织学上固有牙槽骨属于密质骨。
6. 咀嚼黏膜包括硬腭和牙龈黏膜，上皮较厚，表层有正角化或不全角化，有粒层，细胞间隙宽并见细胞间桥；固有层厚，胶原纤维粗大，排列紧密呈网状，固有层的乳头多而长，与上皮钉突呈指状镶嵌。
7. 腺泡由单层腺上皮细胞围成腺腔，其外侧为肌上皮细胞，最外层为薄的基底膜包绕，肌上皮细胞又称为篮细胞，根据腺泡的形态、结构和分泌物性质的不同，可分为浆液性、黏液性、混合性三种类型。
8. 颞下颌关节由下颌骨髁突、颞骨关节面、关节盘、关节囊和关节韧带组成；髁突前斜面和关节结节后斜面构成一对功能面；中间带和双板区是关节盘穿孔的好发部位。
9. 胚胎第 4 周时，原始咽部的间充质迅速增生，形成左右对称的背腹走向的 6 对柱状隆起，称鳃弓。第一对最大，称为下颌弓；第二对称舌弓；第三对称舌咽弓；下颌弓参与面部和腭的发育，第一、二、三和四对鳃弓参与舌和颈部的发育。
10. 牙胚由三部分组成：①成釉器，形成釉质；②牙乳头，形成牙髓和牙本质；③牙囊，形成牙骨质、牙周膜和固有牙槽骨。
11. 棘层松解是由于上皮棘层细胞间张力原纤维及黏合物质发生变性、断裂破坏，细胞间桥溶解，而使棘细胞间联系松弛、断裂，严重时失去联系、解离，则在棘层形成裂隙或疱，此种病变见于天疱疮等。
12. 端生牙无牙根，借纤维膜附着于颌骨的边缘，容易脱落（硬骨鱼类）；侧生牙有基部与颌骨附着，无完善的牙根（两栖类、爬行类）；槽生牙有完善的牙根，固定在颌骨内（哺乳动物）。
13. 牙冠唇、颊、舌面突度过小，牙龈受到食物的直接撞击，易引起牙龈的创伤性萎缩；突度过大，牙龈失去生理性按摩，可能产生废用性萎缩。
14. 上颌骨由上颌骨体和额突、颧突、腭突和牙槽突组成，上颌骨体内有上颌窦，与上颌第一磨牙根尖最近；在承受咀嚼压力处骨质增厚，形成尖牙支柱，颧突支柱，翼突支柱。
15. 翼内肌深头起于翼外板的内侧面和腭骨锥突；浅头起于腭骨锥突和上颌结节，止于下颌角内侧面及翼肌粗隆；翼外肌上头起于蝶骨大翼的颞下面和颞下嵴；下头起于翼外板的外侧面，止于髁突颈部的关节窝、关节囊和关节盘。
16. 面神经为混合性神经，含有三种纤维，即运动纤维、副交感纤维和味觉纤维；穿内耳道入面神经管，经茎乳孔出颅；以茎乳孔为界，分为面神经管段和颅外段。
17. 口腔前界为上下唇，后界为咽门，两侧为颊，上界为腭，下以舌下区为界；由上下牙列、牙龈和牙槽骨弓将口腔分为两部分，牙列的唇颊侧部分称为口腔前庭，牙列的舌侧部分称为固有口腔。
18. 乳杆菌属是 G⁺无芽胞厌氧杆菌，具有强产酸性和耐酸性，在牙本质龋的发展中起重要作用，称为龋标志菌；变形链球菌是 G⁺兼性厌氧球菌，分为 8 个血清型，与龋病关系密切的是 c/g 型。
19. 聚羧酸锌水门汀粘结力高于磷酸锌水门汀，对牙髓及牙龈的刺激轻，用于粘结、垫底和儿童龋洞充填。

A1 单选对对碰：

釉质牙本质界-凹向牙釉质，釉板-贯穿整个釉质，横纹-每天周期性形成，生长线-5-10天釉质沉积，绞釉-表面1/3较直、内2/3弯曲，无釉柱釉质-最内层（最先形成）和表层（最后形成），施格雷线-切片上釉柱方向改变，牙本质小管-越向表面越细越稀疏，管周牙本质-矿化程度高，前期牙本质-未矿化，球间牙本质-未被钙化近釉牙本质界处，牙本质生长线-五天埃布纳线、加重称欧文线，托姆斯颗粒层-根部牙本质未矿化，原发性牙本质-冠部者罩牙本质、根部透明层，继发性牙本质-根尖孔形成后，修复性牙本质-反应性牙本质、第三期牙本质，成纤维细胞-牙髓细胞，牙冠部牙髓从外到内-魏尔层、乏细胞层、多细胞层、髓核，釉质牙骨质界-60%是牙骨质覆盖在釉质上，上皮剩余-Malaisez、上皮根鞘残留，

牙骨质-穿通纤维/沙比纤维，固有牙槽骨-筛状板、硬骨板、无骨小梁，密质骨-束状骨、哈弗系统，松质骨-骨小梁和骨髓，类骨质-刚形成尚未钙化的骨基质，Howship陷窝-骨吸收陷窝，牙龈固有层-龈牙组、牙槽龈组、环形组、牙骨膜组、越隔组。牙周膜纤维/主纤维-牙槽嵴组、水平组、斜行组、根尖组、根间组，

角质细胞表到深-角化层、颗粒层、棘细胞层、基底层，非角质细胞-黑色素细胞、朗格汉斯细胞、梅克尔细胞，基底膜-透明板、密板、网板，黏膜下层-牙龈、硬腭、舌背无黏膜下层，丝状乳头-数目最多，萎缩地图舌，菌状乳头-甜咸，充血草莓舌，和丝状乳头一起萎缩光滑舌/镜面舌，轮廓乳头-苦，约10个，界沟前方，头到尾-润管、分泌管/纹管、排泄管/小叶间导管，浆液-酶原颗粒-腮腺-味腺，黏液-黏原颗粒-舌腭腺、腭腺、舌后腺，混合-黏液为主-舌下腺、其他小腺体，混合-浆液为主-颌下腺。

神经嵴-形成牙髓、牙周膜、牙本质、牙骨质（牙根），4周6对鳃弓-1最大、下颌弓-2舌弓-3舌咽弓，1234形成舌-2掩盖34成为颈囊、掩盖失败发生囊肿和腮痿，第一腮沟和第12鳃弓异常发生耳前窦道/瘘管，咽囊-第1咽囊形成中耳鼓室和咽鼓管，额鼻突-鼻窦、球状突-带鼻的、上切牙附近以及向上一条线（球状突），第一鳃弓-颌突-带颌的、两边的，面部-上、下颌突和中、侧鼻突，腭部-两个前腭突、两个侧腭突，。

帽状期-形成牙胚，内釉上皮层、外釉上皮层、星网状层，钟状期-又多了中间层，成釉器-牙釉质，牙乳头-牙本质、牙髓，牙囊-牙骨质、牙周膜、固有牙槽骨，牙板-Serre上皮剩余、马牙子，上皮根鞘-上皮隔、多根牙、Malaisez，形成不全型-釉质基质沉淀量减少，成熟不全型-釉质晶体结构出现成熟障碍，钙化不全型-最常见，釉基质形成正常但无明显的矿化。

平滑面龋-内到外明暗体表层四层，牙本质龋从里到外-明脱入死，急性牙髓炎-渗出、水肿、化脓，慢性牙髓炎-肉芽组织，急性根尖周炎-渗出、水肿、化脓，脓肿-中央为坏死液化组织和脓细胞、脓肿周围为炎症肉芽组织，肉芽肿-根尖部为肉芽组织、内含泡沫细胞、含铁血黄素、胆固醇晶体，囊肿-囊壁内外两层、棕黄色透明囊液、含胆固醇结晶，致密性骨炎-炎细胞浸润、骨质和牙骨质沉积。

慢性龈炎和龈增生-炎症细胞、纤维结缔组织增生，剥脱性龈病损-类天疱疮、扁平苔癣、天疱疮、红斑狼疮，牙周炎早期病变-T淋巴细胞、牙龈炎表现，病损确立期-T淋巴细胞、B淋巴细胞也不断增多、无牙槽骨吸收破坏、治疗的关键时期，牙周炎静止期（修复期）-都是新生，糜烂-上皮浅层破坏，未侵犯上皮全层，溃疡-黏膜或皮肤表层坏死而脱落形成凹陷，白斑病-过度正/不全角化，红斑-原位癌，口腔扁平苔藓-不全角化/无角化，慢性盘状红斑狼疮-角质栓塞、毛细血管扩张、管周淋巴细胞浸润，口腔黏膜下纤维化-纤维变性，天疱疮-棘层松解、上皮内疱、天疱疮细胞，良性黏膜类天疱疮-上皮松解、基层下疱、翠绿色荧光带，念珠菌病-菌丝、PAS染色强阳性、棘层增生、微小脓肿，肉芽肿性唇炎-梅罗综合征、血管周围有上皮样细胞，汉许克病-泡沫细胞多，勒-雪病-朗格汉斯细胞多，慢性唾液腺炎的病理变化-扩张、增生，坏死性唾液腺化生的病理变化-坏死，舍格伦综合征的病理变化-淋巴取代腺泡，多形性腺瘤-猪蹄汤，Warthin瘤-爱人吃醋，嗜酸性腺瘤-各种酸醋，基底细胞腺瘤-盖房子，恶性多形性腺瘤-癌和瘤，腺泡细胞癌-腺泡样细胞，黏液表皮样癌-肉皮汤和中间细胞，腺样囊性癌-莲菜囊，多形性低度恶性腺癌-细胞一致、

结构多样、浸润生长。

牙板上皮剩余或 Serres 上皮剩余-发育性根侧囊肿和牙龈囊肿，缩余釉上皮-含牙囊肿、萌出囊肿以及炎性牙旁囊肿，Malassez 上皮剩余-根尖周囊肿、残余囊肿和炎性根侧囊肿，鳃裂囊肿-囊壁内衬复层扁平上皮、内含淋巴滤泡，甲状舌管囊肿-囊内容物为清亮黏液样物质、囊壁可内衬假复层纤毛柱状上皮或复层扁平上皮，成釉细胞瘤-小岛盖房子，牙源性角化囊性瘤-多个、囊壁较薄、卫星囊，牙源性钙化上皮瘤-买个平板电脑，牙源性钙化囊性瘤-影细胞，牙源性腺样瘤-献给意中人，成釉细胞纤维瘤-上皮和间充质、纤维不成熟，牙瘤-牙本质、牙骨质、牙髓、牙釉质，牙源性黏液瘤-大量淡蓝色黏液基质，成牙骨质细胞瘤-牙骨质样组织，弥漫性大 B 细胞淋巴瘤-细胞核超过正常淋巴细胞的 2 倍。

唇侧外形高点-颈 1/3、上颌 3 位于颈与中 1/3 交界，前牙舌侧外形高点-颈 1/3，后牙舌侧外形高点-中 1/3，所有牙尖-偏近中、上颌 4 颊尖偏远中，所有牙根-偏远中，圆孔-上颌神经，卵圆孔-下颌神经，棘孔-脑膜中动脉，眶下孔-眶下缘中点下 0.5cm，腭大孔-上 8 腭侧龈缘至腭中缝连线中外 1/3 交点上，升颌肌群-咬肌、颞肌、翼内肌，颈外动脉-甲状腺上动脉、舌动脉、面动脉（颌外动脉）、上颌动脉（颌内动脉）咽升动脉、枕动脉、耳后动脉、颞浅动脉，下颌后静脉（面后静脉）-由颞浅静脉和上颌静脉合成，上颌神经-颅中窝段、翼腭窝段、眶下管段、面段，面神经管段的分支-岩大神经、镫骨肌神经、鼓索，颅外段的分支-颞支、颧支、颊支、下颌缘支、颈支，腮腺咬肌区-咬肌、胸锁乳突肌、乳突及二腹肌后腹的前缘、颧弓及外耳道、下颌骨下缘为界，下颌运动范围-边缘运动、习惯性开闭运动、功能运动，下颌运动的形式-开闭口运动、前后运动、侧方运动。

相关专业知识

1. 描述性流行病学是流行病学中最常用的一种，它的作用是描述某种现象在人群中的分布和发生发展规律；提出病因假设。描述性流行病学主要有下面几种：①横断面研究又称现况调查，调查目标人群中某种疾病或现象在某一特定时点上（较短的时间内）的情况；②纵向研究又称“疾病监测”，即研究疾病或某种情况在一个人群中随着时间推移的自然动态变化；③常规资料分析又称历史资料分析，即对已有的资料或者疾病监测记录做分析或总结。
2. 修复治疗前手术去除骨尖和骨突：牙齿拔除后由于骨质的吸收不均，常可形成骨尖或骨突。若经过一段时间后仍不消退，且有压痛，或有明显倒凹，妨碍义齿的支持和摘戴时，应进行牙槽骨修整手术，去除骨尖和骨突；一般在拔牙后 1 个月左右修整较好。
3. 固定桥粘固后，粘结剂中的游离酸刺激常常会导致基牙疼痛，通常不用处理，疼痛持续一段时间后会自行消失。
4. 上牙槽后神经阻滞麻醉，又称上颌结节注射法。本法适用于上颌磨牙的拔除以及相应的颊侧龈、黏膜和上颌结节部的手术，进针时注意针尖刺入不宜过深，以免刺破上颌结节后方的翼静脉丛，引起血肿。
5. 将麻药注射入腭大孔或其附近以麻醉腭前神经，故又称为腭大孔麻醉。本法适用于上颌前磨牙、磨牙拔除术的腭侧麻醉，注意行腭大孔注射时，注射麻药不可过多，注射点不可偏后，以免同时麻醉腭中、腭后神经，引起软腭、悬雍垂麻痹而致恶心或呕吐。
6. 干槽症，主要症状发生在术后 3~4 天后的持续性疼痛，可向耳颞部取射。治疗原则：清创，隔离外界刺激，促进肉芽组织生长。
7. 上颌牙槽嵴吸收的方向呈向上向内，外侧骨板较内侧骨板吸收多，结果上颌骨的外形逐渐缩小。下颌牙槽嵴的吸收方向是向下前和向外，结果使下牙弓逐渐变大。
8. 拔牙的禁忌证：①6 个月内发生过心肌梗死；②不稳定的或最近才开始的心绞痛；③充血性心力衰竭；④未控制的心律不齐；⑤未控制的高血压。
9. 青霉素是预防细菌性心内膜炎的首选药物。
10. 利多卡因对心律失常病人常作为首选的局部麻醉药。
11. 拔牙后出血原因：牙槽窝内残留炎性肉芽组织、软组织撕裂、牙槽骨骨折、牙槽内小血管破裂、较大知名血管破损。

12. 前腭杆：位于上颌硬区之前，腭皱襞之后，薄而宽，与黏膜组织密合但无压力，应离开龈缘至少 4~6mm。
13. 淋巴管瘤的治疗，主要是采用外科手术切除，对范围较大的肿瘤可分期切除。低温或激光治疗对毛细管型淋巴管瘤有一定的效果。囊性水瘤宜争取早期手术。
14. 恶性淋巴瘤对放疗和化疗都比较敏感。
15. 低温治疗可用于良性肿瘤，如血管瘤、毛细淋巴管瘤、黏液囊肿、乳头状瘤等。
16. 膳食中长期缺乏维生素 D 或人体缺少阳光照射，体内维生素 D 合成减少，可形成骨钙化异常。在婴幼儿、儿童中表现为佝偻病；成人尤其在育龄期妇女中表现为骨质疏松症；老年人则表现为骨质疏松症。
17. 维生素 B 缺乏时可致口角炎、唇炎、舌炎、脂溢性皮炎、角膜炎和阴囊炎等。
18. 缺乏维生素 A 可致暗适应能力下降，严重可致夜盲症；形成干眼病；皮肤干燥，毛囊角化；儿童生长发育迟缓，易感染。
19. SNA 反映上颌相对于颅部的前后位置关系；SNB 反映下颌相对于颅部的前后位置关系。
20. 理想正常合是 Angle 提出来的，即要求保存全部牙齿，牙齿在上下牙弓中排列非常整齐，上下牙的尖窝关系完全正确，上下牙弓的合关系很理想。
21. 基托的折裂原因：①突然承受暴力，如咬硬物或不慎将义齿掉落到地上。②基托某处过薄，存在应力集中区域。③合力不平衡后牙排列偏颊侧，咬合时以牙槽嵴或上颌硬区为支点左右翘动，造成义齿纵裂。④牙槽嵴吸收，使基托组织面与黏膜间不密合，义齿发生翘动引起折断。⑤塑料用久后，老化变脆，易折断。
22. 单端固定桥受力后，桥体处形成力臂，基牙根部形成旋转中心，产生杠杆作用，使基牙产生倾斜、扭转，从而引起牙周组织的创伤性损害或固位体松脱。

口外知识 A1 单选对对碰：

再植牙成功-行使功能达 5 年以上，中央性颌骨骨髓炎-分界清楚、多个牙松动，边缘性颌骨骨髓炎-边界不清、冠周炎间隙感染，新生儿颌骨骨髓炎-形成颗粒状死骨从瘻管排出，放射性颌骨骨坏死-从健康骨组织咬除死骨，创伤性-安静、镇痛、止血和补液，失血性-补充有效血容量、彻底消除出血原因，髁突移位-向前、内移位，单侧髁突颈部骨折-患侧下颌向外侧及后方移位，LeFort II 型骨折-眶底、脑脊液鼻漏，下颌骨骨折固定-4 周，上颌骨固定-3 周，颌间牵引-下颌骨骨折，口外牵引-上颌骨骨折，颧骨颧弓骨折不用复位类型-外弓 521，皮样表皮样囊肿-乳白色豆渣样，皮脂腺囊肿-白色凝乳状皮脂腺分泌物，成釉细胞瘤-褐色液体，放射治疗-鳞状细胞癌及基底细胞癌，皮样囊肿-位于口底，甲状舌管囊肿-位于颈正中部位随吞咽移动，舌异位甲状腺-典型的“含橄榄”语音，鳃裂囊肿-颈两侧上部/舌骨水平，痣样基底细胞癌综合征-多发性角化囊肿，血管瘤分三期-满月、周岁、本命年，静脉畸形-体位移动试验阳性，微静脉畸形-指压试验阳性，动静脉畸形-吹风样杂音，恶性黑色素瘤-冷冻治疗、化学治疗，微囊型淋巴管畸形-巨舌症，大囊型淋巴管畸形-透光试验为阳性，软组织肉瘤-预后比癌差、5 年生存率低，眼支-颞，下颌支-耳，贝尔面瘫-皱纹消失与不能蹙眉、健侧向上歪斜，慢性复发性腮腺炎-不阻塞、复发，慢性阻塞性腮腺炎-阻塞、狭窄、异物、涎石，涎石病-涎石、下颌下腺、腮腺，涎痿-腮腺常见、皮肤表面，舍格伦综合征-自身免疫、干，舌下腺囊肿-重叠舌，唾液腺粘液囊肿-创伤、下唇及舌尖腹侧，多形性腺瘤-腮腺、下颌下腺、腭部、恶变，沃辛瘤-淋巴结，腺样囊性癌-腭部、腮腺，肺转移，黏液表皮样癌-腮腺、唾液腺恶性肿瘤中最常见，慢性阻塞性腮腺炎/腮腺管炎-与进食有关、平均每月发作一次、“雪花样”或黏稠的蛋清样唾液、腊肠样改变，涎石病和下颌下腺炎-进食时腺体肿大疼痛，舍格伦-Schirmer 低于 5mm，单侧关节脱位颊部下前牙-中线偏健侧，华特位片/鼻颏位片-上颌骨，薛氏位片/许勒位-颞下颌关节，骨肉瘤-斑片状和日光放射状，中厚皮片-表皮及一部分真皮层，口腔内植皮-薄中厚皮片，带蒂皮瓣-长宽之比以 1.5:1。

修复知识 A1 单选对对碰：

金瓷冠唇颊面、全瓷冠-深凹槽、肩台，铸造金属修复体-凹槽，修复体固位力-静摩擦力、粘结力、约束力、固位形，肯式分类：两无一无一有前无，II 型观测线-缺隙方向倾斜，III 型观测线-颊侧或舌侧倾斜，圈形卡环-远中孤立的磨牙上，回力卡环-后牙游离缺失、基牙为前磨牙或尖牙、应力中断，应力中断-前后

有缺陷、孤立，近中支托-基牙条件差牙槽嵴条件好时，不宜使用 I 杆时-口腔前庭深度不足或基牙下存在软组织倒凹，主承托区-牙槽嵴顶、硬腭水平部分、颊棚区，副承托区-牙槽嵴的唇颊和舌腭侧，边缘封闭区-所有边缘和系带，缓冲区-突起和上颌硬区，息止颌位法-垂直距离减去息止颌间隙 2-3mm，二等分法-鼻底到颞底的距离约等于眼外眦至口角的距离，咬舌-舌上舌舌，咬颊-颊下颊颊。

正畸对对碰：

完全的远中错（牙合）关系-56 之间，第一分类-唇向倾斜，完全的近中错（牙合）关系-67 之间，颞底点（Ba）-后颅底的标志，Bolton 点-枕骨髁突后切迹的最凹点，II 度拥挤-相差 4-8mm，Bolton 指数-下牙比上牙，牙转矩-根转矩，第一序列弯曲-水平方向，第二序列弯曲-垂直方向，第三序列弯曲-转矩，消除第一序列弯曲-厚度，消除第二序列弯曲-角度，消除第三序列弯曲-转矩角，保持期限-2 年。

专业知识

1. 当龋病进展到牙本质浅层为中龋。
2. 常用牙膏含氟浓度为 1000~1450ppm，我国标准要求含氟牙膏的总氟浓度为 400~1500ppm。
3. 乳牙萌出顺序为乳中切牙、乳侧切牙、第一乳磨牙、乳尖牙、第二乳磨牙。
4. 牙松动度测量以牙松动方向计算，I 度松动：仅有唇（颊）舌向松动。II 度松动：唇（颊）舌向及近远中向均有松动。III 度松动：唇（颊）舌向及近远中向松动，并伴有垂直向松动。
5. 固定桥粘固后引起的龈炎，主要是粘剂未去净、菌斑附着、龈组织受压、接触点不正确。
6. 慢性肥厚型（增殖型）念珠菌病又称念珠菌白斑，组织学检查可见到轻度到中度的上皮不典型增生，有人认为念珠菌白斑病有高于 4% 的恶变率，特别是高龄患者应提高警惕，争取早期活检，以明确诊断。
7. 血管神经性水肿主要发生于头面部的疏松结缔组织，例如唇、舌、眼睑、咽喉。
8. 前牙因牙槽嵴窄，多呈水平型吸收。垂直型吸收也称角形吸收，多发生于牙槽间隔较宽的后牙。
9. 慢性牙髓炎急性发作典型的症状有以下特点：①阵发性的自发性痛。②温度刺激引起或加重疼痛。③疼痛不能定位，有放射性痛（沿三叉神经分布区放射）。④疼痛常在夜间发作或加重。
10. 引流炎症渗出物，降低髓腔高压，以缓解剧痛；是急性牙髓炎最有效的应急处理。
11. 可复性牙髓炎受到温度刺激、尤其是冷刺激时，产生短暂、尖锐的疼痛，当刺激除去后，疼痛很快消失或仅延续数秒钟。
12. 口腔念珠菌病是真菌——念珠菌属感染所引起的急性、亚急性或慢性口腔黏膜疾病。
13. 根尖脓肿临床表现为：自发持续性剧烈跳痛，叩诊（+++），松动 III 度，患牙根尖部相应的唇、颊侧牙龈潮红，扪痛（+）、肿胀不明显。
14. 黏膜下脓肿临床表现：疼痛症状明显减轻，相应根尖部的牙龈肿胀局限，呈半球形隆起，扪诊波动感明显，全身症状缓解。
15. 菌斑是引起牙周病的最初始因素。成人牙周炎主要是由龈下菌斑滋生大量毒力较强的牙周致病菌，如牙龈卟啉单胞菌（牙龈类杆菌）、中间普氏菌（中间类杆菌）、螺旋体等，使牙龈炎症加重并扩展，导致牙周袋形成和牙槽骨吸收，成为牙周炎。
16. 活髓切断术是除去已有病变的冠髓，保留健康根髓的治疗方法。适用于乳牙、年轻恒牙，深龋去除腐质露髓，不适于盖髓时。
17. 疣状白斑多见于牙龈：乳白色，厚高起，呈刺状，绒毛状突起，粗糙、质较硬。
18. 牙萌出后达到平面即适宜做窝沟封闭，一般萌出后 4 年之内。乳磨牙在 3~4 岁，第一恒磨牙在 6~7 岁，第二恒磨牙在 11~13 岁为最适宜封闭的年龄。
19. 位于牙冠部的浅龋又可分为窝沟龋和平滑面龋。前者的早期表现为龋损部位透出墨浸状。平滑面上的早期浅龋一般呈白垩色点或斑，随着时间延长和龋损继续发展，可变为黄褐色或褐色斑点。
20. 表浅的隐裂常无明显症状，较深时则遇冷热刺激敏感，或有咬合时不适感。深的隐裂因已达牙本质深层时，多有慢性牙髓炎症状，有时也可急性发作，并出现定点性咀嚼剧痛。
21. 乳牙患龋以下颌乳磨牙最多，上颌乳磨牙和上颌乳前牙为次，下颌乳前牙最少。乳牙龋病的好发牙面为：

- 乳切牙的近中面和唇面，乳尖牙的唇面和远中面，第一乳磨牙的面和远中面，第二乳磨牙的面和近中面。
22. 复发的口唇损害有两个特征：①损害总是以起疱开始，常为多个成簇的疱，单个的疱较少见；②损害复发时，总是在原先发作过的位置，或邻近原先发作过的位置。
23. 活髓保存治疗法包括直接盖髓术、间接盖髓术、活髓切断术等。
23. 盖髓术仅适用于恒牙；牙髓切断术适用于乳牙和年轻恒牙；根管治疗术可用于牙髓炎症涉及根髓，不宜行牙髓切断术之乳牙；乳牙干髓术，虽操作简单，疗程短，易被患儿接受，但因乳牙根管粗大，不易被干髓剂完全干尸化，常出现牙根过早吸收，或并发根尖周炎现象。
24. 牙髓无有效的侧支循环，加上被坚硬的牙本质壁包围，牙髓的损伤一般难以恢复，且容易产生痛觉。
25. 菌斑控制的方法中，以机械清除菌斑的效果最为确切。
26. 近 6 个月内患有心肌梗死的患者不适宜做牙髓治疗。

口内知识 A1 单选对对碰：

牙本质龋、结果-乳杆菌（本杆），最常分离-轻链球菌（清场），根面龋-放线菌（放根面），最早附着-血链球菌（早歇），早期釉质龋-无缺损，浅龋-无症状 X 线可见，深龋-无自发，继发龋-补过牙，猛性龋-快多软下前牙，静止龋-浅碟状，化学疗法-有龋无洞，再矿化治疗-脱矿无龋损，V 类洞-颊唇舌腭面颈部，全身因素釉质发育不全-白垩色、光滑、质硬，氟斑牙-地方性、各种颜色、边界不清，特纳牙-乳牙外伤根尖炎引起、个别恒牙不对称，四环素牙-全口、牙本质着色、乳牙恒牙、黄色，融合牙-牙本质相连，双生牙-共同的牙根和根管，结合牙-牙骨质粘连，釉珠-根分叉牙骨质上，年轻恒牙完全脱位-不要贸然拔髓，年轻恒牙嵌入性脱位-任其自然萌出，慢性根尖周肉芽肿-小于 1cm 边界清楚，慢性根尖周脓肿-云雾、模糊，慢性根尖周囊肿-阻射白线围绕，致密性骨炎-根尖周局限性的 X 线阻射，恰填-充填物距根尖端 0.5~2mm，横断面研究-现况调查，纵向研究-疾病监测，常规资料分析-历史资料分析，病例对照研究-先果后因，群组研究-先因后果，Kappa 值-0.41-0.60 可靠度中等、0.61-0.80 可靠度优，龋病二级预防-早期诊断、定期检查、X 线片、早期充填，CPI-检查项目为牙龈出血、牙石和牙周袋深度，四种教育方法-大小社交，初级卫生保健与目标-人人享有卫生保健，集中体现了五项基本原则-平等分配、社会参与、多方合作、适宜技术、重点预防，平均数-平均水平或集中趋势，标准差-变异程度即离散度，标准误-抽样误差的大小。

专业实践能力

1. 目前广泛采用的塑化剂是深红色的酚醛树脂，即以甲醛和间苯二酚为主要成分的酚醛树脂。
2. 充填牙胶用的器械有直压和侧压两种，直压充填器是平头的，便于填压，侧压充填器用于侧压根充法。
3. 洁治和刮治术是牙周病的基础治疗，任何其他治疗手段只应作为补充治疗。
4. 无环鸟苷能进入病毒感染的细胞，进病毒的 DNA，抑制 DNA 聚合酶，可用于治疗单纯疱疹病毒感染。
5. 义齿性口炎的主要致病原因为白色念珠菌感染。
6. 牙齿在一定的时间内，按照一定的顺序，左右同名牙对称性萌出，通常下牙早于上牙萌出。乳牙和恒牙的萌出，都有一定的时间和规律性。
7. 医源性感染是指在医学服务中，因病原体传播引起的感染。
8. 患有糖尿病的牙周炎患者，在牙周有急性感染而需要切开引流者，应先给抗生素，并只做应急治疗。待糖尿病控制或在内科医师合作下，才进行复杂的牙周治疗。
9. 扁平苔藓病变主要表现是由角化不良和角化过度所形成的白色、针尖大小丘疹，这些丘疹排列成线状条纹，条纹相互交织成环状、树枝状。
10. 丝圈式间隙保持器用于个别乳牙早失，以保持缺牙的间隙，有利于恒牙的正常萌出。
11. 创伤性溃疡是指因残根、残冠的锐利边缘、不良修复体或充填物的慢性机械性创伤所引起的溃疡。溃疡可深可浅，与不良刺激物相吻合，但一旦刺激物去除溃疡可自行消失。
12. 牙髓已暴露的前牙，对牙根发育完成者应用牙髓摘除术；对年轻恒牙应根据牙髓暴露多少和污染程度做活髓切断术，以利于牙根的继续发育。
13. 根管治疗的目的是去除根管内感染性内容物对根尖周组织的不良刺激，防止根尖周病的发生，或促进根

尖病变愈合。

14. 塑化治疗是不需要彻底清除感染牙髓，只是将感染牙髓塑化于根管之中，来达到治疗牙病的目的。

15. 干髓术的原理是在牙髓失活后，除去冠髓，用干髓剂使根髓固定呈无菌干化状态。

16. 天疱疮是一组累及皮肤和黏膜的自身免疫性表皮内大疱病，共同的特征有薄壁、松弛易破的大疱。

17. 牙脱位：临床表现：①牙部分脱位；②牙向深部嵌入；③牙完全脱位。治疗：①部分脱位牙：应在局麻下复位，再结扎固定4周。术后3、6和12个月进行复查，若发现牙髓已坏死，应及时作根管治疗。②嵌入性牙脱位：在复位后2周应作根管治疗术，因为这些牙通常伴有牙髓坏死，而且容易发生牙根吸收。对嵌入性脱位牙的年轻恒牙，不可强行拉出复位，以免造成更大的创伤，诱发牙根和边缘牙槽突的吸收。③完全脱位牙：在半小时内进行再植，可避免90%患牙的牙根吸收。及时就诊及复位：根尖发育完成的牙，应在术后3~4周作根管治疗术；年轻恒牙，牙髓常能继续生存。脱位2小时后就诊：体外完成根管治疗术，搔刮根面和牙槽窝后再植。

18. 急性牙髓炎疼痛表现：①自发性、阵发性痛：在未受到任何外界刺激的情况下，突然发生剧烈的自发性尖锐疼痛。在炎症的早期，疼痛持续的时间较短，而缓解的时间较长。到炎症晚期，则疼痛的持续时间延长，可持续数小时甚至一整天。炎症牙髓出现化脓时，患者可主诉患牙有搏动性跳痛。②夜间痛：疼痛往往在夜间发作，或夜间疼痛较白天剧烈。③温度刺激加剧疼痛：冷、热刺激可激发患牙的剧烈疼痛。若患牙正处于疼痛发作期内，温度刺激可使疼痛更为加剧。如果牙髓已有化脓或部分坏死，则患牙可表现为“热痛冷缓解”。④疼痛不能自行定位：疼痛发作时，患者大多不能明确指出患牙。疼痛呈放散性或牵涉性，常常是沿三叉神经第二支或第三支分布区域放射至患牙同侧的上、下颌牙或头、颞、面部。但这种放散痛不会放散到患牙的对侧区域。

19. 深龋的治疗：①具有激发性性质，程度不严重，洞底软龋能够彻底去净，可以双层垫底，一次完成充填治疗。②激发病性质，程度较重，洞底软龋能彻底去净，先作安抚疗法，待1—2周复诊后症状消除对，再以双层垫底充填。若症状未能缓解，需再进一步检查，考虑是否须作牙髓治疗。③患者的主观临床症状不明显，洞底软龋不能去除净。在急性龋患者，可以用间接盖髓法治疗，待3个月后，经检查牙髓活力正常，并经X线片检查，可用永久充填。若系慢性龋，应继续去除软龋，去净后，如果牙髓暴露，则需进一步作牙髓治疗，如果未穿髓，也可作间接盖髓术。3个月后再经检查，作永久充填。