

# 2022 年口腔执业（助理）医师考试

## 目录

2022 年口腔执业（助理）医师考试.....	1
第一篇 口腔解剖生理学.....	1
第一单元 牙体解剖生理.....	1
第二单元 （牙合）与颌位.....	3
第三单元 口腔颌面颈部解剖.....	6
第四单元 口腔生理功能.....	13
第二篇 口腔组织病理学.....	16
第一单元 牙体组织.....	16
第二单元 牙周组织.....	17
第三单元 口腔黏膜.....	18
第四单元 唾液腺.....	19
第五单元 口腔颌面部的发育.....	19
第六单元 牙的发育.....	20
第七单元 牙齿发育异常.....	21
第八单元 龋病.....	21
第九单元 牙髓病.....	21
第十单元 根尖周炎.....	22
第十一单元 牙周组织疾病.....	22
第十二单元 口腔黏膜病.....	23
第十三单元 颌骨疾病（助理不考）.....	23
第十四单元 唾液腺疾病.....	23
第十五单元 口腔颌面部囊肿.....	24
第十六单元 牙源性肿瘤.....	24
第十七单元 其他肿瘤和瘤样病变.....	24
第三篇 口腔预防医学.....	25
第一单元 绪论.....	25
第二单元 口腔流行病学.....	25
第三单元 龋病预防.....	28
第四单元 牙周病的预防.....	29
第五单元 其他口腔疾病的预防.....	30
第六单元 口腔健康教育与健康促进.....	30
第七单元 特定人群的口腔保健.....	30
第八单元 社区口腔卫生服务.....	30
第九单元 口腔医疗保健中的感染与控制.....	31
第四篇 口腔修复医学.....	32
第一单元 口腔检查与修复前准备.....	32
第二单元 牙体缺损.....	33
第三单元 牙列缺损.....	34
第四单元 牙列缺失.....	40
第五篇 牙体牙髓病学.....	45

第一单元	龋病.....	45
第二单元	牙发育异常.....	47
第三单元	牙急性损伤.....	48
第四单元	牙慢性损伤.....	48
第五单元	牙本质敏感症.....	49
第六单元	牙髓疾病.....	49
第七单元	根尖周病.....	50
第八单元	牙髓病和根尖周病的治疗.....	51
第六篇	牙周病学.....	55
第一单元	概述.....	55
第二单元	牙龈疾病.....	55
第三单元	牙周炎.....	57
第四单元	牙周疾病治疗.....	58
第七篇	儿童口腔医学.....	60
第一单元	龋病.....	60
第二单元	牙髓病与根尖周病.....	60
第三单元	咬合发育问题.....	61
第四单元	牙发育异常.....	61
第五单元	牙外伤.....	62
第八篇	口腔颌面外科.....	63
第一单元	口腔颌面外科基础知识与基本操作.....	63
第二单元	麻醉与镇痛.....	67
第三单元	牙及牙槽外科.....	69
第四单元	牙种植外科.....	71
第五单元	口腔颌面部感染.....	72
第六单元	口腔颌面部创伤.....	76
第七单元	口腔颌面部肿瘤及瘤样病变概论.....	80
第八单元	唾液腺疾病.....	82
第九单元	颞下颌关节疾病.....	84
第十单元	颌面部神经疾患.....	85
第十一单元	先天性唇腭裂.....	86
第十二单元	口腔颌面部后天畸形和缺损（助理不考）.....	87
第九篇	口腔黏膜病学.....	89
第一单元	口腔黏膜感染性疾病.....	89
第二单元	口腔黏膜超敏反应性疾病（助理不考）.....	90
第三单元	口腔黏膜溃疡类疾病.....	91
第四单元	口腔黏膜大疱类疾病.....	92
第五单元	口腔黏膜斑纹类疾病.....	92
第六单元	唇、舌疾病.....	93
第七单元	艾滋病、性传播疾病的口腔表征.....	95
第十篇	口腔颌面影像学.....	96
第一单元	医学影像检查技术.....	96
第二单元	牙及口腔颌面部正常 X 线影像.....	97

# 第一篇 口腔解剖生理学

## 第一单元 牙体解剖生理

1. 牙附着于颌骨的方式：\_\_\_\_\_；\_\_\_\_\_；\_\_\_\_\_。
2. 牙列替换的次数由\_\_\_\_\_向\_\_\_\_\_演化。
3. 牙体外形由\_\_\_\_\_向\_\_\_\_\_演化。
4. 牙形由\_\_\_\_\_向\_\_\_\_\_演化；
5. 牙数目由\_\_\_\_\_变\_\_\_\_\_；
6. 牙的替换次数由\_\_\_\_\_向\_\_\_\_\_演化；
7. 牙的分布由\_\_\_\_\_至\_\_\_\_\_于上、下颌骨；
8. 牙根从无到有，牙附着于颌骨的方式由\_\_\_\_\_至\_\_\_\_\_，最后向\_\_\_\_\_演化。
9. 从牙体\_\_\_\_\_观察，每颗牙均由\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_三部分构成。
10. 解剖牙冠是牙体外层被\_\_\_\_\_覆盖的部分
11. 临床牙冠是\_\_\_\_\_上方的牙体部分。
12. 解剖牙根指牙体被\_\_\_\_\_覆盖的部分。
13. 牙根的尖端称为\_\_\_\_\_。
14. 在每个牙根尖处通常有小孔以供牙髓的神经血管通过，此孔称为\_\_\_\_\_。与解剖牙冠以\_\_\_\_\_为界限。
15. 牙颈位解剖\_\_\_\_\_与牙根交界处的弧形曲线。
16. 从纵剖面观察，牙体的组织包括以下四个部分：\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_：
17. 根据牙在口腔内存在的时间分为\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_。
18. 根据牙在口腔内的位置分为\_\_\_\_\_和后牙。
19. 牙的功能\_\_\_\_\_辅助发音和\_\_\_\_\_。保持面部形态\_\_\_\_\_。
20. 女性同名牙略\_\_\_\_\_男性。
21. 乳牙胚从胚胎第\_\_\_\_\_个月即发生，\_\_\_\_\_个月开始钙化，至出生时颌骨内\_\_\_\_\_个乳牙胚均已形成。
22. 婴儿于生后约\_\_\_\_\_个月乳牙开始萌出，至\_\_\_\_\_左右全部萌出。
23. 乳牙的萌出顺序：\_\_\_\_\_→\_\_\_\_\_→\_\_\_\_\_→\_\_\_\_\_→\_\_\_\_\_。
24. 儿童于6岁左右，\_\_\_\_\_开始萌出，通常称其为“六龄牙”。
25. 恒牙萌出顺序：上颌：\_\_\_\_\_或\_\_\_\_\_；下颌：\_\_\_\_\_或\_\_\_\_\_。
26. 第三磨牙萌出较晚，约在\_\_\_\_\_左右，故俗称\_\_\_\_\_。
27. 中线是平分颅面部为左右两等份的一条假想线，该线通过\_\_\_\_\_之间、\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_及\_\_\_\_\_之间，将牙弓分成左右对称的两部分。
28. 牙体长轴是沿冠根方向通过\_\_\_\_\_的一条假想线。
29. 牙与牙在邻面互相接触的区域称\_\_\_\_\_。
30. 线角指牙冠上\_\_\_\_\_个相邻牙面相交处形成一线，在该线上所成的角。
31. 点角是牙冠上\_\_\_\_\_个相邻牙面相交处形成一点，在该点上所成的角。
32. 外形高点指牙冠各轴面上\_\_\_\_\_的部分。
33. 牙体三等分是为了便于明确牙体各面上某一部位所在，常将牙轴面在一个方向分为\_\_\_\_\_来描述。

34. 嵴是牙冠表面细长形的\_\_\_\_\_隆起。
35. 钙化不全的沟称为\_\_\_\_\_, 是龋病的好发部位。
36. \_\_\_\_\_为牙生长发育的钙化中心, 其融合处为发育沟。
37. 多数牙由\_\_\_\_\_个生长叶发育而成, 少数牙由\_\_\_\_\_个生长叶发育而成。
38. 乳牙\_\_\_\_\_突出, \_\_\_\_\_分明。
39. 上颌乳尖牙的牙尖偏\_\_\_\_\_。
40. 下颌乳前牙舌面\_\_\_\_\_与\_\_\_\_\_都比恒前牙明显。
41. 下颌第\_\_\_\_\_乳磨牙牙冠形态不同于\_\_\_\_\_。
42. 下颌第二乳磨牙的近中颊尖、远中颊尖及远中尖的大小\_\_\_\_\_。
43. 乳磨牙根干\_\_\_\_\_, 根分叉\_\_\_\_\_。
44. 乳前牙\_\_\_\_\_。
45. 上颌乳中切牙根长约为冠长的\_\_\_\_\_。
46. 宽冠宽根是该\_\_\_\_\_的解剖标志。
47. 上颌乳尖牙唇面牙尖长大, 约占牙冠长度\_\_\_\_\_, 近中牙尖嵴\_\_\_\_\_远中牙尖嵴, 牙尖偏远中, 与恒尖牙相反。
48. 下颌乳切牙牙根细长, 约为冠长\_\_\_\_\_。
49. 上颌第一乳磨牙牙冠颊面宽度\_\_\_\_\_长度。
50. 上颌第一乳磨牙颊尖微突, 略偏\_\_\_\_\_。
51. 上颌第一乳磨牙(牙合)面有\_\_\_\_\_及\_\_\_\_\_。
52. 下颌第一乳磨牙颊面为\_\_\_\_\_, 但近中缘\_\_\_\_\_, 远中缘\_\_\_\_\_。
53. 下颌第一乳磨牙\_\_\_\_\_最突, 两颊尖之间有沟。
54. 下颌第二乳磨牙的近中颊尖、远中颊尖及远中尖的大小约\_\_\_\_\_, 而下颌第一恒磨牙此三尖中, 以\_\_\_\_\_最小。
55. 与(牙合)面或切嵴相对应的髓室壁称\_\_\_\_\_。
56. 与髓室顶相对的髓室壁称\_\_\_\_\_。
57. 髓室顶与髓室底之间的距离称为\_\_\_\_\_。
58. 髓角的形状、位置与\_\_\_\_\_外形相似。
59. 根管口位于髓室底上, 为髓室与根管的\_\_\_\_\_。
60. 管间吻合又称\_\_\_\_\_或\_\_\_\_\_, 为发自相邻根管间的交通支。
61. 根管侧支又称\_\_\_\_\_, 为发自根管的细小分支, 常与根管呈接近\_\_\_\_\_角度, 贯穿\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_, 通向\_\_\_\_\_。
62. 根尖分歧为根管在\_\_\_\_\_分出的细小分支, 此时根管仍存在。
63. 根尖分歧较多见于\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_。
64. 根尖分叉为根管在根尖分散成\_\_\_\_\_的细小分支, 此时根管不复存在, 根尖分叉偶可多达9支。
65. 乳牙的髓腔从相对比例看比恒牙者\_\_\_\_\_, 髓角\_\_\_\_\_, 根尖孔也大些。
66. 青少年恒牙的髓腔比老年者\_\_\_\_\_, 表现为髓室\_\_\_\_\_, 髓角\_\_\_\_\_, 根管\_\_\_\_\_, 根尖孔亦\_\_\_\_\_。
67. 老年人随着年龄的增长, 髓腔体积逐渐\_\_\_\_\_, 髓角变\_\_\_\_\_, 根管变\_\_\_\_\_, 根尖孔\_\_\_\_\_, 有的髓腔部分或全部钙化阻塞, 给临床治疗带来困难。
68. 上颌前牙继发性牙本质主要沉积在\_\_\_\_\_, 其次为髓室顶。磨牙主要沉积在\_\_\_\_\_, 其次为髓室顶和侧壁。
69. 下颌第一磨牙髓室顶最凹处约与\_\_\_\_\_平齐, 髓室顶和髓室底之间相距约\_\_\_\_\_mm。

## 第二单元 (牙合) 与颌位

1. 前后向动力平衡分为向\_\_\_\_\_的动力和向\_\_\_\_\_的动力。
2. 乳牙 4~6 岁间随下颌升支发育, 暂时性深覆(牙合)\_\_\_\_\_。下颌第二乳磨牙移至上颌第二乳磨牙的\_\_\_\_\_。
3. \_\_\_\_\_萌出, 即为替牙期的开始。
4. 第二恒磨牙约在\_\_\_\_\_岁萌出。
5. 第三恒磨牙约在\_\_\_\_\_岁之间萌出, 其萌出位置的获得与\_\_\_\_\_相同。
6. 上、下颌牙齿按照一定的顺序、方向和位置排列, 其牙根生长在牙槽窝内, 牙冠连续排列成近似抛物线的弓形, 称为\_\_\_\_\_或\_\_\_\_\_。
7. 牙列可以分为\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_。
8. 按照牙列中牙的排列情况, 可大致分为\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_。
9. 牙列形态特征分型包括\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_。
10. 牙列长度的测量以左、右侧最后一颗牙远中\_\_\_\_\_点间连线为底线, 由中切牙近中接触点向底线作垂线为牙列的总长度。
11. 牙列宽度的测量是在左、右侧\_\_\_\_\_颊面间最宽的距离。
12. 上颌牙列宽约\_\_\_\_\_mm, 长约\_\_\_\_\_mm。
13. 下颌牙列宽约\_\_\_\_\_mm, 长约\_\_\_\_\_mm。
14. 以\_\_\_\_\_的倾斜方向表示牙的倾斜情况。
15. 牙的倾斜有两个方向\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_。
16. 牙体长轴与牙列中线所构成的角度小则牙的倾斜度\_\_\_\_\_, 角度愈大则牙的倾斜度愈\_\_\_\_\_。
17. 上、下颌切牙的牙冠均向\_\_\_\_\_倾斜, 其倾斜度与颌骨前端牙槽突的倾斜度是一致。
18. 下颌切牙的倾斜度较上颌切牙\_\_\_\_\_。
19. 下牙列的纵(牙合)曲线, 又名\_\_\_\_\_曲线。
20. 下牙列的纵(牙合)曲线是连接下颌切牙的磨\_\_\_\_\_、尖牙的\_\_\_\_\_以及\_\_\_\_\_、牙的\_\_\_\_\_所形成的一条\_\_\_\_\_的曲线。
21. 下牙列的纵(牙合)曲线在切牙段较平, 自\_\_\_\_\_起向后则逐渐降低, 于\_\_\_\_\_处为最低点, 而后\_\_\_\_\_处又逐渐升高。
22. 上牙列连接上颌切牙的切缘, 尖牙的牙尖、前磨牙及磨牙的颊尖, 呈一条凸向下的曲线, 称\_\_\_\_\_。
23. 纵(牙合)曲线的前段较平, 后段从第一磨牙的近中颊尖起逐渐向上弯曲, 称\_\_\_\_\_。
24. 横(牙合)曲线又称\_\_\_\_\_, 是连接两侧同名磨牙的颊尖、舌尖形成一条凸向下的曲线。
25. 上颌两侧磨牙在牙槽中的位置均略向\_\_\_\_\_倾斜。同样, 在下颌可以形成凹向上的横(牙合)曲线\_\_\_\_\_。
26. (牙合)\_\_\_\_\_为上、下颌牙发生接触的现象。
27. \_\_\_\_\_是上、下颌牙牙尖相互交错咬合, 达到最广泛、最紧密的接触关系。
28. 当牙尖交错(牙合)的下颌位置对于颅骨处于正中时, 牙尖交错(牙合)又可称为\_\_\_\_\_。
29. 牙尖交错(牙合)属于\_\_\_\_\_的关系。
30. 在牙尖交错(牙合)时, 除\_\_\_\_\_与\_\_\_\_\_外, 都保持着一个牙齿与相对的两

个牙齿的（牙合）接触关系。

31. 牙尖交错（牙合）接触的意义在于可使\_\_\_\_\_最大，有利于咀嚼，可使\_\_\_\_\_分散，避免个别牙齿负担过重，纵有个别牙齿缺失，也不致使对（牙合）的同名牙完全失去咬合与咀嚼功能，因而在短时间内不致发生移位现象。

32. 上颌牙弓较下颌牙弓为大，因而在\_\_\_\_\_时呈现覆盖与覆（牙合）关系。

33. \_\_\_\_\_是上颌牙盖过下颌牙的水平距离。

34. 覆盖正常距离在\_\_\_\_\_mm以内，超过者称为\_\_\_\_\_。

35. I°深覆盖上颌牙盖过下颌牙的水平距离超过\_\_\_\_\_mm。

36. II°深覆盖上颌牙盖过下颌牙的水平距离超过\_\_\_\_\_mm。

37. III°深覆盖上颌牙盖过下颌牙的水平距离超过\_\_\_\_\_mm。

38. 由于发育异常，下颌切牙切缘突出于上颌切牙的唇侧，或下颌后牙的颊尖突出于上颌后牙的颊侧，则称为\_\_\_\_\_。

39. \_\_\_\_\_为上颌牙盖过下颌牙唇、颊面的垂直距离。

40. I°深覆（牙合）为下牙咬在上牙舌侧中\_\_\_\_\_。

41. II°深覆（牙合）为下牙咬在上牙舌侧咬在颈\_\_\_\_\_。

42. III°深覆（牙合）为下牙咬在上牙舌侧超过颈\_\_\_\_\_。

43. 下颌牙反盖着上颌牙称为\_\_\_\_\_。

44. \_\_\_\_\_指牙尖交错（牙合）时，上、下牙列部分前牙甚至前磨牙均不接触，垂直方向有间隙，且无覆（牙合）。

45. \_\_\_\_\_指牙尖交错（牙合）时，下后牙的颊尖咬在上颌后牙颊尖的颊侧。

46. \_\_\_\_\_指牙尖交错（牙合）时，上后牙的舌尖咬在下后牙颊尖的颊侧。

47. \_\_\_\_\_指牙尖交错（牙合）时，下后牙的舌尖咬在上后牙颊尖的颊侧。

48. \_\_\_\_\_指在咀嚼过程中，下颌前伸到上、下颌切牙切缘相对后，在返回牙尖交错位的过程中，下颌前牙切缘所运行的轨道。

49. \_\_\_\_\_指切道与（牙合）平面相交所成的角度。

50. 切道斜度大小，为上、下颌前牙间所存在的覆盖与覆（牙合）程度所影响。一般说来，切道斜度的大小与覆盖呈反变关系，与覆（牙合）呈\_\_\_\_\_关系。

51. \_\_\_\_\_指全口牙齿无一错位者。

52. 中性（牙合）\_\_\_\_\_指上颌第一恒磨牙的\_\_\_\_\_正对着下颌第一恒磨牙的\_\_\_\_\_，上颌第一恒磨牙的\_\_\_\_\_则接触在下颌第一恒磨牙的\_\_\_\_\_内。若有错（牙合），称为\_\_\_\_\_。

53. 远中错（牙合）指上颌第一恒磨牙的\_\_\_\_\_咬合在下颌第一恒磨牙的颊沟的\_\_\_\_\_，或称\_\_\_\_\_。

54. \_\_\_\_\_指上颌第一恒磨牙的\_\_\_\_\_咬合在下颌第一恒磨牙颊沟的\_\_\_\_\_，或称安氏III类错（牙合）。

55. 当下颌由牙尖交错（牙合）位依切导向前、下运动的过程中，上、下牙列间的咬合关系皆为\_\_\_\_\_。

56. 在前伸咬合的过程中，最重要和最易重复的（牙合）是\_\_\_\_\_。

57. 自然牙列对刃（牙合）的特点是正常情况下，当前牙切缘相对时，\_\_\_\_\_无接触或轻接触。

58. 下颌向一侧运动，该侧（工作侧）上下牙外侧牙尖相接触，对侧牙（非工作侧）不接触为\_\_\_\_\_。

59. 正常的自然牙列工作侧咬合接触有两种类型：\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_。

60. 年轻人多为\_\_\_\_\_，而\_\_\_\_\_多见于年长者。

61. 根据牙尖交错位上下第一恒磨牙的（牙合）关系分为\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、（安氏Ⅱ类错（牙合））和\_\_\_\_\_。
62. 根据（牙合）位不同，分为\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_与\_\_\_\_\_。
63. \_\_\_\_\_指下颌在正中（牙合）位时，上下颌后牙间存在着最广泛的均匀的点、线、面接触，前牙间轻轻接触或不接触。
64. \_\_\_\_\_指下颌由正中（牙合）位依切导向前、下运动至前牙切缘相对时，后牙保持接触关系。依后牙间接触数目的多少，分为\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_与\_\_\_\_\_。
65. 三点接触（牙合）平衡指下颌向前运动到上、下前牙切缘相对接触的过程中，上、下颌牙列两侧后牙区的\_\_\_\_\_或\_\_\_\_\_间保持接触关系。
66. 多点接触（牙合）平衡：下颌向前运动到上、下前牙切缘相对接触的过程中，保持着多于一对牙齿的\_\_\_\_\_。
67. \_\_\_\_\_指下颌向前运动到上、下前牙切缘相对接触的过程中，上、下颌牙列各个相对牙齿均保持着接触关系。
68. \_\_\_\_\_指下颌做侧方咀嚼运动时，上、下颌牙列两侧均有接触关系。依非工作侧牙齿接触数目的多少，亦分为\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_及\_\_\_\_\_。
69. \_\_\_\_\_指下颌在侧方运动过程中，上、下颌牙齿在工作侧（咀嚼侧）相对各牙的牙尖工作斜面（上颌后牙牙尖的舌斜面、下颌后牙牙尖的颊斜面）均保持接触，在非工作侧仅有个别磨牙保持接触。
70. \_\_\_\_\_指下颌在侧方运动过程中，上、下颌牙齿在工作侧相对各牙的牙尖工作斜面均保持接触，而在非工作侧有少数后牙保持接触。
71. \_\_\_\_\_指下颌在侧方运动过程中，上、下颌牙齿在工作侧相对各牙的牙尖工作斜面均保持接触，非工作侧相对各牙牙尖的斜面也均保持接触。
72. 当下颌位于姿势位时，下颌切牙切缘在上唇下缘约\_\_\_\_\_mm。
73. 唇部丰满适度，唇能自然闭合，口角对着\_\_\_\_\_的远中部分或\_\_\_\_\_的近中部分。
74. 牙型、牙弓型与面型三者关系通常是\_\_\_\_\_的，即在个体发育中表现一致。
75. 面部发育较宽（如方圆形）者，其颌骨多较\_\_\_\_\_，牙弓亦多较\_\_\_\_\_，上颌中切牙也较\_\_\_\_\_。
76. 面下 1/3 是由\_\_\_\_\_到\_\_\_\_\_。
77. 面中 1/3 是由\_\_\_\_\_到\_\_\_\_\_（或\_\_\_\_\_到\_\_\_\_\_）。
78. 面上 1/3 指由\_\_\_\_\_（或\_\_\_\_\_）到发际为上部。
79. 由于下颌骨位置的变化，可产生不同的颌位，其中有重复性、又有临床意义的有三种颌位，即\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_和正中关系。
80. 牙尖交错（牙合）时下颌骨的位置称\_\_\_\_\_，也称\_\_\_\_\_。
81. 上、下颌牙处于所尖交错、最\_\_\_\_\_、最\_\_\_\_\_的接触关系。
82. 大部分人的髁突基本处于\_\_\_\_\_的位置，此时\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_三者之间保持密切接触。
83. 下颌不偏左、不偏右，适居正中，髁突位于下颌窝的\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_位，在适当的垂直距离时，下颌骨对上颌骨的位置关系。
84. 髁突在下颌窝的最上、最前（最中）位时，髁突对上颌的位置称为\_\_\_\_\_。
85. 髁突在正中关系位时，又称为\_\_\_\_\_，下颌依次为轴可做 18~25mm 转动（切点测量），为铰链开闭口运动，称为\_\_\_\_\_范围。
86. 髁突在正中关系位时，上、下牙齿发生接触，称为\_\_\_\_\_，亦称\_\_\_\_\_。
87. 从牙尖交错位下颌可以向后移动约\_\_\_\_\_mm，此时，前牙不接触，只有后牙牙尖

斜面部分接触，髁突在下颌窝的位置是下颌的生理性最后位，不能再向后退，从此位置开始下颌可以作\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_。

88. 当头直立位，口腔在不咀嚼、不吞咽、不说话的时候，下颌处于休息状态，上、下颌牙弓自然分开，从后向前保持着一个楔形间隙，称为\_\_\_\_\_，约为mm\_\_\_\_\_。此时下颌所处的位置，称为\_\_\_\_\_。

89. 由牙尖交错位保持牙接触向后下退达到后退接触位，或者确定正中关系（牙合）（后退接触位）后能自如地直向前滑动到牙尖交错位（如有偏斜不超过0.5mm），其滑动距离多在0.5~1.0mm，这一距离称为\_\_\_\_\_。

90. \_\_\_\_\_指下颌前伸至最大前伸位并保持咬合接触时的颌位，此时只有后牙接触，前牙不接触。

### 第三单元 口腔颌面颈部解剖

1. 上颌体略呈锥体形，分为前、后、上、内四面，中央有\_\_\_\_\_。
2. \_\_\_\_\_与额骨、鼻骨和泪骨相接，并参与泪沟的构成。
3. 颧突与颧骨相接，向下至\_\_\_\_\_处形成颧牙槽嵴。
4. \_\_\_\_\_与对侧腭突在中线相接，形成腭中缝，腭突的下面参与构成硬腭的前3/4。
5. 两侧上颌牙槽突在中线相接，形成牙槽骨弓，上颌牙槽突与腭骨水平部共同构成\_\_\_\_\_。
6. 一般上颌牙的唇颊侧骨板均比腭侧者\_\_\_\_\_。
7. 上颌第一磨牙颊侧骨板因有\_\_\_\_\_而厚度增加。
8. 牙槽间隔为两牙之间的\_\_\_\_\_。
9. 牙根间隔为多根牙各牙根之间的\_\_\_\_\_。
10. 上颌窦与牙根尖的关系中以上颌第一磨牙\_\_\_\_\_腭根根尖距上颌窦底壁最近，\_\_\_\_\_次之，\_\_\_\_\_与\_\_\_\_\_再次之。
11. \_\_\_\_\_主要承受尖牙区的咀嚼压力，起于上颌尖牙区的牙槽突，上行沿梨状孔外缘及眶内缘经腭突至额骨。
12. \_\_\_\_\_主要承受第一磨牙区的咀嚼压力，起于上颌第一磨牙区的牙槽突，沿颧牙槽嵴上行达颧骨后分为两支：一支经眶外缘至额骨，另一支经颧弓至颅底。
13. 翼突支柱主要承受\_\_\_\_\_的咀嚼压力，由蝶骨翼突与上颌骨牙槽突的后端连接而构成，将咀嚼压力传导至颅底。
14. \_\_\_\_\_是颌面部骨中唯一能活动的骨。
15. 下颌骨分为\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_。
16. 下颌骨水平部称为\_\_\_\_\_，垂直部称为\_\_\_\_\_。
17. 下颌体外侧面中线处有\_\_\_\_\_。
18. 正中联合两旁有左右各一的\_\_\_\_\_；从颏结节向后上延至下颌支前缘的骨嵴，称为\_\_\_\_\_，有降下唇肌及降口角肌附着，在外斜线上方，下颌第二前磨牙的下方或第一第二前磨牙之间的下方，下颌体上、下缘之间略偏上处有\_\_\_\_\_，孔内有颏神经、血管通过。
19. 正中联合内侧面近中线处有两对突起，\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_。
20. 上颏棘为\_\_\_\_\_的起点。
21. 下颏棘为\_\_\_\_\_的起点。
22. 自下颏棘斜向后上与外斜线相应的骨嵴称为\_\_\_\_\_。
23. \_\_\_\_\_为下颌舌骨肌起点。



24. 内斜线上方，颞棘两侧有\_\_\_\_\_。
25. 内斜线下方，近下颌体下缘有\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_。
26. 下颌支内侧面中央略偏后上方有\_\_\_\_\_，开口朝向后上方。
27. 下颌孔的前方有\_\_\_\_\_，为\_\_\_\_\_。
28. 下颌孔的前上方有\_\_\_\_\_。
29. 下颌隆突由前向后分别有\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_越过，可以作为临床阻滞麻醉的标志。
30. 下颌孔的后上方有\_\_\_\_\_，下牙槽神经、血管通过此沟进入下颌孔。
31. 下颌神经沟的位置相当于下颌磨牙（牙合）平面上方约\_\_\_\_\_cm处。下颌孔向前下方通入下颌管。
32. 下颌支后缘与下颌体下缘相连接处称\_\_\_\_\_。
33. 下颌角的内面有\_\_\_\_\_，外面有\_\_\_\_\_，为相应咀嚼肌附着处。
34. 从下颌第一磨牙至下颌第二前磨牙区，下颌管从后内侧斜向前外侧，穿过骨松质开口于\_\_\_\_\_。
35. 下颌管与下颌磨牙根尖比较接近，特别是\_\_\_\_\_。
36. \_\_\_\_\_是颌面诸骨中体积最大、面积最广、位置最突出者，在结构上存在易发生骨折的薄弱部位。
37. \_\_\_\_\_位置最突出，是胚胎发育时两侧下颌突的连接处。
38. \_\_\_\_\_有颞孔，又有下颌前磨牙牙槽窝。
39. \_\_\_\_\_为下颌骨的转折处，骨质较薄，且有下颌第三磨牙牙槽窝位于其间。
40. 腭骨为左右成对的“L”形骨板，位于\_\_\_\_\_后部，\_\_\_\_\_与\_\_\_\_\_之间。
41. 腭骨分为\_\_\_\_\_与\_\_\_\_\_两部分，并有三个突起结构。
42. 腭骨\_\_\_\_\_构成鼻腔底的后部、硬腭的后\_\_\_\_\_，其外侧缘与上颌骨牙槽突共同构成\_\_\_\_\_。
43. 腭骨两侧水平部的内缘在中线处相连，形成\_\_\_\_\_。
44. 腭骨垂直部构成鼻腔的后外侧壁，其外侧缘有\_\_\_\_\_与上颌体内面和蝶骨翼突前面的沟，共同形成\_\_\_\_\_。
45. 腭骨垂直部上缘有\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_。
46. 蝶骨外形似蝴蝶，位于\_\_\_\_\_。
47. 蝶骨结构包括中央的体部、一对小翼、一对大翼，以及\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_交界处向下伸出的两个翼突。
48. 蝶骨前接额骨和\_\_\_\_\_，后接颞骨和\_\_\_\_\_，下接犁骨和\_\_\_\_\_。
49. 舌骨呈“U”形，位于\_\_\_\_\_上方，\_\_\_\_\_后下方。
50. 舌骨分为中间部的舌骨体、舌骨大角和\_\_\_\_\_。
51. 舌骨中部近似椭圆形的扁骨板，与\_\_\_\_\_处于同一水平。
52. 甲状舌管囊肿常见于\_\_\_\_\_上下。
53. 临床上\_\_\_\_\_是咽部手术以及寻找或结扎舌动脉的重要解剖标志。
54. 舌骨小角起于\_\_\_\_\_和大角的连接处，有\_\_\_\_\_附着。
55. \_\_\_\_\_是颌面部唯一的动关节。
56. 颞下颌关节由五部分组成，即下颌骨髁突、颞骨关节面、关节盘、关节囊和\_\_\_\_\_。
57. 下颌骨髁突前斜面小，为\_\_\_\_\_，是关节的负重区。
58. 颞骨关节面位于\_\_\_\_\_的关节面，包括关节窝和\_\_\_\_\_。
59. 颞骨关节窝前界为\_\_\_\_\_，外界为\_\_\_\_\_的后续部分，内后界止于\_\_\_\_\_和鼓鳞裂，隔骨板与\_\_\_\_\_和中耳相邻。

60. 颞骨关节窝内侧为\_\_\_\_\_。
61. 颞骨关节窝顶与颅中窝之间仅有薄骨板相隔，中央最薄处可仅厚约\_\_\_\_\_mm。
62. 颞骨关节结节位于\_\_\_\_\_根部，侧面观是一个突起。
63. 颞骨关节结节有两个斜面，前斜面是\_\_\_\_\_的延长。
64. 颞骨后斜面是\_\_\_\_\_，是关节的负重区。
65. 颞下颌关节的功能区是髁突的\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_的后斜面。
66. 颞下颌关节盘位于\_\_\_\_\_、关节结节和髁突之间，内外径\_\_\_\_\_前后径。矢状方向上可根据厚度将关节盘分为前、中、后三带，其厚度依次约为2mm、1mm和3mm，其主要成分为\_\_\_\_\_。
68. 关节囊上前方附着于\_\_\_\_\_前斜面的前方。
69. 关节囊上后方附着于鼓鳞裂及\_\_\_\_\_的前方。
70. 关节囊前内方与\_\_\_\_\_上头融合。
71. 关节囊外侧附着于\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_的边缘和关节后结节。
72. 关节囊内侧止于\_\_\_\_\_；下方止于\_\_\_\_\_。
73. 关节韧带每侧三条，即颞下颌韧带、\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_。
74. 颞下颌关节单纯转动出现在双侧关节的对称性运动中，主要发生在关节下腔，髁突在关节盘下做前后方向的单纯转动，又称\_\_\_\_\_。
75. 铰链运动可以一直持续到切牙处的张口度达到约\_\_\_\_\_mm时。
76. \_\_\_\_\_出现在双侧关节的对称性运动中，主要发生在关节上腔，盘-髁复合体在颞骨关节面下方向前下运动。
77. 前伸运动时双侧颞下颌关节即进行\_\_\_\_\_。
78. 通常认为从\_\_\_\_\_开始的开口运动，即为滑动兼转动。
79. 口颌面颈部肌主要包括颌面颈部的表情肌、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_，以及口腔内的\_\_\_\_\_、喉部肌。
80. 唇周围肌按部位分为上组、下组和\_\_\_\_\_。
81. \_\_\_\_\_呈四边形，位于大部分唇周围肌的深面，口腔黏膜的浅面。
82. 颊肌起自\_\_\_\_\_根尖牙槽突的外面和翼突下颌缝（又名咽颊肌缝或翼下颌韧带，为颊肌与咽上缩肌之间的致密结缔组织，止于口角、上下唇和颊部的皮下。
83. 颊肌纤维向前交叉参与\_\_\_\_\_的组成。
84. \_\_\_\_\_主要作用是牵拉口角向后。
85. \_\_\_\_\_为横纹肌，构成舌的主体，分为舌内肌和\_\_\_\_\_两部分。
86. 舌内肌的起止均在舌内，包括舌上纵肌、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_四部分。
87. \_\_\_\_\_的肌纤维纵横交织，收缩时改变舌的形态。
88. \_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_仅缩时使舌缩短。
89. \_\_\_\_\_收缩时使舌伸长。
90. 舌垂直肌收缩时使舌变\_\_\_\_\_。
91. 舌外肌主要起于下颌骨、舌骨、\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_而止于\_\_\_\_\_。
92. 舌外肌收缩时改变舌的位置，有颞舌肌、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_。
93. 舌肌（除腭舌肌外）全部由\_\_\_\_\_支配。
94. 腭舌肌则由迷走神经的\_\_\_\_\_支配。
95. 腭肌形成软腭的主体，由腭帆提肌、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_和腭咽肌\_\_\_\_\_5对肌肉组成。
96. \_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_协调运动控制腭咽闭合，配合完成言语、吞咽和呼吸等重要功能活动。

97. \_\_\_\_\_是指鼻咽部的咽腔缩小，与向后运动的软腭形成广泛而密切的接触，从而分隔鼻咽腔和口咽腔。

98. \_\_\_\_\_位于腭咽肌后头（上头）的深面，起自于\_\_\_\_\_及\_\_\_\_\_，由纵向纤维组成，在中线两侧向下至腭垂。

99. 腭帆提肌是\_\_\_\_\_的主要肌肉。

100. 腭帆提肌起自颞骨岩部下方\_\_\_\_\_的前方。

101. \_\_\_\_\_在发音时是完成腭咽闭合最重要的肌肉之一。

102. \_\_\_\_\_位于腭帆提肌的前侧和外侧。

103. \_\_\_\_\_主要作用是拉紧软腭，也有使咽鼓管开放的功能。

104. 腭舌肌主要功能是下降\_\_\_\_\_，提高舌根。

105. 腭咽肌主要功能是下降软腭，上提\_\_\_\_\_。

106. 腭肌的运动除\_\_\_\_\_外，均由副神经的颅根经迷走神经咽支支配。

107. 腭帆张肌则由发自\_\_\_\_\_的运动纤维支配。

108. 咀嚼肌主要包括\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_，受三叉神经下颌支支配。

109. 广义的咀嚼肌还包括\_\_\_\_\_。

110. \_\_\_\_\_包括二腹肌、下颌舌骨肌、颏舌骨肌和茎突舌骨肌。

111. 当下颌骨被固定时，\_\_\_\_\_可上提舌骨。

112. 舌骨被固定时，可向下牵拉\_\_\_\_\_，协助咀嚼。

113. \_\_\_\_\_起于下颌骨内面的内斜线全程，最后部的纤维止于舌骨体的前面。

114. 下颌舌骨肌受下颌神经的\_\_\_\_\_神经支配。

115. 颏舌骨肌以短腱起自下颌骨的颏棘，止于\_\_\_\_\_前面。

116. 当下颌骨被固定时，颏舌骨肌牵引\_\_\_\_\_向前上。

117. 舌骨被固定时，可牵引下颌骨向\_\_\_\_\_。

118. 颏舌骨肌受第\_\_\_\_\_颈神经并入舌下神经的分支支配。

119. 茎突舌骨肌束起自\_\_\_\_\_，止于舌骨大角与体的结合处。

120. 茎突舌骨肌的主要功能是牵引舌骨向后上方，是\_\_\_\_\_的拮抗肌。

121. \_\_\_\_\_位于舌骨下方颈正中线的两侧，位居喉、气管、甲状腺的浅面。

122. 舌骨下肌群的共同作用是下降\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_。

123. \_\_\_\_\_在吞咽时可提喉使之靠近舌骨。

124. 颈深肌群位于脊柱颈段的前外侧和前方，分为\_\_\_\_\_和椎前肌群。

125. 颈部的血液供应主要来源于\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_。

126. 颈总动脉在\_\_\_\_\_上缘处分为颈内动脉和颈外动脉。

127. \_\_\_\_\_是颈前部、口腔颌面部、颅顶及硬脑膜等处的动脉主干。

128. \_\_\_\_\_入颅前无分支，而颈外动脉有数个分支。

129. 颈内动脉自颈总动脉起始后，分为\_\_\_\_\_与\_\_\_\_\_两终支。

130. 甲状腺上动脉在\_\_\_\_\_稍下方。

131. \_\_\_\_\_于甲状腺上动脉起点的稍上方，舌骨大角尖处，自\_\_\_\_\_动脉前壁发出。

132. 舌动脉在舌骨大角的稍上方，\_\_\_\_\_下缘处，起于\_\_\_\_\_动脉的前壁。

133. 舌动脉主要分支有下唇动脉、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_和腭升动脉。

134. 上颌动脉下颌段起始处至\_\_\_\_\_下缘。

135. 脑膜中动脉穿棘孔进入\_\_\_\_\_。

136. 颞浅动脉为\_\_\_\_\_的终末支，在下颌骨髁突颈平面发出。

137. 面静脉起始于\_\_\_\_\_，在下颌角的后下方，与从后上方来的下颌后静脉的

\_\_\_\_\_，于舌骨大角附近注入颈内静脉。

138. 颞浅静脉起始于头皮内的\_\_\_\_\_，伴行于\_\_\_\_\_的后方，沿途接纳来自腮腺、颞下颌关节及耳廓的\_\_\_\_\_，最后于下颌骨髁突颈后方与\_\_\_\_\_。

139. \_\_\_\_\_+\_\_\_\_\_ = 下颌后（面后）静脉

140. \_\_\_\_\_+\_\_\_\_\_ = 面总静脉

141. \_\_\_\_\_+\_\_\_\_\_ = 颈外静脉

142. \_\_\_\_\_是脑神经中最大者，属混合性神经，是口腔颌面部主要的感觉神经和咀嚼肌的运动及本体感觉神经。

143. 三叉神经分支有\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_。

144. 眼神经为感觉神经，经\_\_\_\_\_出颅，主要分布于泪腺、眼球、眼睑、前额皮肤和部分鼻黏膜。

145. 颅中窝段发出\_\_\_\_\_，分布于硬脑膜。

146. 翼腭窝段发出\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_。

147. 上颌神经进入眶下裂后改称\_\_\_\_\_。

148. 上颌神经发出上牙槽中神经和\_\_\_\_\_。

149. 上颌神经面段于眶下孔处发出\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_和上唇支。

150. \_\_\_\_\_入颅，与脑膜中动脉伴行。

151. 翼内肌神经自\_\_\_\_\_深面进入该肌，并有1~2细支穿经耳神经节，分布于\_\_\_\_\_及\_\_\_\_\_。

152. 颞深神经均经翼外肌上缘进入\_\_\_\_\_深面，分布于颞肌。

153. 咬肌神经经\_\_\_\_\_上缘，与\_\_\_\_\_伴行，在颞肌与\_\_\_\_\_之间，跨越\_\_\_\_\_至咬肌深面，分布于咬肌。

154. 翼外肌神经行于\_\_\_\_\_深面，分布于翼外肌上、下头。

155. 颊神经自\_\_\_\_\_两头之间穿出，分布于\_\_\_\_\_及第二前磨牙颊侧牙龈及颊部黏膜和皮肤。

156. 耳颞神经主要分布于\_\_\_\_\_、外耳道、\_\_\_\_\_、颞区皮肤。

157. 舌神经分布于下颌舌侧牙龈、舌前2/3黏膜、\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_。

158. 下牙槽神经分布于下颌牙之牙髓及其\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_。

159. 面神经为混合性神经，含有三种纤维，即\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_。

160. 面神经以\_\_\_\_\_为界，可将面神经分为面神经管段和\_\_\_\_\_。

161. 岩大神经主要含有\_\_\_\_\_，其节后纤维分布于泪腺、\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_的腺体。

162. 镫骨肌神经支配\_\_\_\_\_。

163. 鼓索包含\_\_\_\_\_（舌前2/3味蕾，传导味觉冲动）和\_\_\_\_\_（下颌下腺及舌下腺，支配腺体分泌）。

164. 颞支分布于\_\_\_\_\_、眼轮匝肌上份、\_\_\_\_\_和耳下肌。

165. \_\_\_\_\_受损，同侧额纹消失。

166. 颧支分布于\_\_\_\_\_、颧肌和\_\_\_\_\_。

167. \_\_\_\_\_损伤后眼睑不能闭合。

168. 上颊支位于\_\_\_\_\_上方，下颊支位于导管下方。

169. 颊支分布于颧肌、笑肌、提上唇肌、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_和颊肌等。

170. \_\_\_\_\_损伤可出现鼻唇沟变浅或消失、鼓腮无力、上唇运动力减弱或偏斜以及食物积存于颊龈沟等症状。

171. 下颌缘支支配\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_。
172. \_\_\_\_\_损伤可致患侧口角下垂及流涎。
173. 颈支分布于\_\_\_\_\_，并有分支与\_\_\_\_\_交通。
174. \_\_\_\_\_如果受损，可导致颈纹消失。
175. \_\_\_\_\_又称中枢性面神经麻痹。
176. 面神经核上部的细胞接受双侧皮质脑干束的纤维，其轴突组成的\_\_\_\_\_以上的表情肌。
177. \_\_\_\_\_又称周围性面神经麻痹。
178. 面神经核或面神经的运动纤维受损均可引起\_\_\_\_\_。
179. 舌咽神经为\_\_\_\_\_，主要分布于咽颈动脉窦、\_\_\_\_\_、舌后 1/3、腭扁桃体等。
180. \_\_\_\_\_损伤后会出现患侧舌后 1/3 的一般感觉及味觉丧失、咽反射减弱或消失以及腮腺分泌减少。
181. 舌下神经为\_\_\_\_\_，支配除\_\_\_\_\_以外的全部舌内、外肌。
182. 若\_\_\_\_\_受损，可导致患侧舌肌瘫痪及萎缩，伸舌时\_\_\_\_\_，舌位于口腔内静止位时，舌尖偏向\_\_\_\_\_。
183. 环形组淋巴结群主要指从\_\_\_\_\_、耳周、下颌下到\_\_\_\_\_的区域淋巴结群。
184. 除腮腺深淋巴结和部分下颌下淋巴结之外，大多数淋巴结位置较浅，其淋巴输出管常汇入\_\_\_\_\_。
185. 纵形组淋巴结群包括\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_及\_\_\_\_\_。
186. 纵形组淋巴结颈外侧群分为\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_。
187. 纵形组淋巴结颈外侧群可按其位置可分为\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、颈深上淋巴结和颈深下淋巴结四组，其中颈深上淋巴结又可分为\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_。
188. 口腔前界为上、下唇，后经由\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_和舌根共同组成的咽口通向咽部，两侧为颊，上界为腭，下以舌下区为界
189. 唇的上界为\_\_\_\_\_，下界为\_\_\_\_\_，两侧界为\_\_\_\_\_。
190. \_\_\_\_\_将唇分为上唇和下唇。
191. 唇的表面标志包括\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_。
192. 唇由外向内分为五层，分别是\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_。
193. 唇的血液供应与淋巴回流主要来自\_\_\_\_\_分支的上、下唇动脉，静脉血经面静脉回流。
194. 颊的上界为\_\_\_\_\_下缘，下界为下颌骨下，前以唇面沟、后以咬肌前缘为界。
195. 颊由外向内分为六层，分别是\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_。
196. 颊的血液供应主要来自\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_，静脉血主要回流至面静脉。
197. 颊部淋巴管注入\_\_\_\_\_。
198. 颊部的感觉为三叉神经上、下颌神经分支管理，运动则由\_\_\_\_\_支配。
199. 硬腭的表面解剖标志包括\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、腭大孔和蝶骨翼突钩等
200. 软腭的表面解剖标志包括\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_。
201. 舌的组织层次自上而下为\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_以及\_\_\_\_\_层。
202. 舌后 1/3 黏膜\_\_\_\_\_乳头，但有许多结节状淋巴组织，称\_\_\_\_\_。
203. 舌腹黏膜下层在舌腹三角区内有血管及神经走行，从外向内排列着\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_。

- 和\_\_\_\_\_。还有黏液腺。
204. 舌腹黏膜为\_\_\_\_\_, 薄而平滑, 返折与舌下区的黏膜相延续。
205. 舌的血液供应来自\_\_\_\_\_, 舌后 1/3 尚有咽升动脉的分支。
206. 舌的淋巴管极为丰富, 最终汇入在\_\_\_\_\_与\_\_\_\_\_之间沿颈内静脉排列的颈深上淋巴结。
207. 舌尖淋巴管大部分至\_\_\_\_\_, 另一部分至\_\_\_\_\_。
208. 舌前 2/3 的边缘或外侧淋巴管一部分至下颌下淋巴结, 另一部分淋巴管引流至\_\_\_\_\_。
209. 舌中央淋巴管引流舌中缝两旁的淋巴液, 经\_\_\_\_\_之间下行, 然后向左右汇入\_\_\_\_\_, 亦有穿过下颌舌骨肌注入下颌下淋巴结者。靠近正中面的淋巴管, 部分交叉至对侧。
210. 舌后 1/3 的淋巴管引流至\_\_\_\_\_。
211. 舌前 2/3 的一般感觉由\_\_\_\_\_支配, \_\_\_\_\_由参与舌神经的鼓索味觉纤维所支配。
212. 舌后 1/3 的一般感觉及味觉由\_\_\_\_\_所支配, 但舌后 1/3 中部则由\_\_\_\_\_支配。
213. 支配舌运动的神经是\_\_\_\_\_, 但腭舌肌由迷走神经的\_\_\_\_\_支配。
214. 舌下区是指\_\_\_\_\_及\_\_\_\_\_之上, 舌根之前, 下颌体的前、侧方之内的区域, 上方有黏膜覆盖。
215. 舌下区表面标志为\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_。
216. 舌神经自外上钩绕\_\_\_\_\_导管, 经导管下方而转至其\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_。
217. 舌下神经越过\_\_\_\_\_浅面, 发出分支分布于舌外诸肌, 在舌骨舌肌前缘深入舌内, 分布于舌内诸肌。
218. 舌下动脉行于\_\_\_\_\_与\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_之间, 在舌下区前部黏膜下与对侧同名动脉吻合。
219. 腮腺咬肌区上界为\_\_\_\_\_及外耳道下缘, 前界为\_\_\_\_\_, 后界为\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_、二腹肌后腹的前缘, 下以下颌下缘为界。
220. 面侧深区位于\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_的深面, 前界为上颌骨的\_\_\_\_\_, 后界为\_\_\_\_\_, 内为\_\_\_\_\_, 外以\_\_\_\_\_为界。
221. 面侧深区也是\_\_\_\_\_及翼下颌间隙的范围。
222. 腮腺咬肌区的境界前界为\_\_\_\_\_前缘, 后界为\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_及\_\_\_\_\_的前缘, 上为\_\_\_\_\_及外耳道, 下以下颌下缘为界。
223. 腮腺以\_\_\_\_\_主干和\_\_\_\_\_为界, 将腮腺分为浅、深两叶。
224. 穿经腮腺的主要神经血管由浅入深为\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_及颈外动脉等。
225. 腮腺浅叶上缘神经血管排列从后向前依次为: \_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_及\_\_\_\_\_。
226. 腮腺浅叶前缘神经血管排列从上向下依次为\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_及\_\_\_\_\_。
227. 腮腺浅叶下端神经血管排列从前向后依次为: \_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_。
228. 腮腺深叶的神经血管为: \_\_\_\_\_、第 IX~XII 对脑神经。
229. 面神经\_\_\_\_\_指\_\_\_\_\_穿出到进入腮腺前的一段。

230. 面神经\_\_\_\_\_段在腮腺内。
231. 面神经第三段为面神经五组分支从\_\_\_\_\_边缘走出,呈放射状分布于面部表情肌的一段。
232. 显露面神经主干的参考标志有\_\_\_\_\_标志、\_\_\_\_\_标志、外耳道软骨标志、\_\_\_\_\_标志、\_\_\_\_\_标志。
233. 面侧深区前为\_\_\_\_\_后面,后界为\_\_\_\_\_,内为\_\_\_\_\_,外以\_\_\_\_\_为界。
234. 翼丛位于颞肌与\_\_\_\_\_之间及翼内、外肌之间。
235. 上颌动脉伴随其下方的上颌静脉,经\_\_\_\_\_深面向前走行。
236. \_\_\_\_\_后即位于翼外肌深面,几乎立即分支。
237. 翼外肌上缘有\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_穿出。
238. 由于翼丛、上颌动脉、下颌神经及其分支等均与翼外肌关系密切,故翼外肌可视为\_\_\_\_\_的钥匙。
239. 下颌下三角上界为\_\_\_\_\_下缘,下界为\_\_\_\_\_的前后腹。其底由\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_等构成。
240. 下颌下三角的内容包括\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_。
241. 气管颈段位于肌三角内,上接\_\_\_\_\_,下平胸骨颈静脉切迹与气管胸坚韧。段相延续,长约\_\_\_\_\_cm,有\_\_\_\_\_个气管软骨环。
242. 气管颈段前方由浅入深依次为\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_及其包被的\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_。
243. 在中线的皮肤和颈浅筋膜的深面,由颈深筋膜浅、中两层结合形成的颈白线。在气管颈段第\_\_\_\_\_气管软骨环的前方有甲状腺颈部横过。
244. 临床行气管切开时应注意切开不应低于第\_\_\_\_\_气管软骨环,以免引起无名动脉等损伤。

## 第四单元 口腔生理功能

1. \_\_\_\_\_是后牙咀嚼食物的主要功能形式
2. \_\_\_\_\_指下颌从牙尖交错位沿上切牙舌面向前下运动,到达上、下切牙切缘相对的位置即(牙合)切位,及其逆过程。
3. \_\_\_\_\_为前牙咬切食物的主要功能形式,由切(牙合)位下颌进一步向前运动(多伴有向上的运动),即达最大前伸位。
4. \_\_\_\_\_主要通过下颌前伸咬合实现。
5. 后牙捣碎和磨细运动咀嚼一侧称为\_\_\_\_\_,对侧称为\_\_\_\_\_。
6. 咀嚼运动的类型包括\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_。
7. 咀嚼周期的时间变化从\_\_\_\_\_ (开口)→\_\_\_\_\_ (最大开口)→\_\_\_\_\_ (闭口)→\_\_\_\_\_ (咬合接触)。
8. 一个咀嚼周期所需时间平均为\_\_\_\_\_秒,牙齿接触的时间平均为\_\_\_\_\_秒。
9. 咀嚼的主要功能之一是粉碎食物,使其能被吞咽和消化。机体在一定时间内,对定量食物咀嚼磨细的程度,称为\_\_\_\_\_。

10. \_\_\_\_\_是指参与咀嚼的肌肉所能发挥的最大力量，也称咀嚼力。
11. 咀嚼力量的大小，视参与咀嚼的肌纤维的多少而定。一般以肌肉在生理状态下的\_\_\_\_\_面积的大小来衡量。
12. \_\_\_\_\_指上、下牙咬合时，牙周组织所承受之力。
13. 牙齿所承受的实际咀嚼力量，临床上称为\_\_\_\_\_，亦称\_\_\_\_\_。
14. 牙合力大小顺序为：\_\_\_\_\_>\_\_\_\_\_>\_\_\_\_\_>\_\_\_\_\_>\_\_\_\_\_>\_\_\_\_\_>\_\_\_\_\_>\_\_\_\_\_，其中第一、第二磨牙差别有时不明显。
15. 一般日常咀嚼食物所需的力是\_\_\_\_\_kg。
16. 唾液为泡沫状、稍浑浊，微呈乳光色的黏稠液体，比重为\_\_\_\_\_。pH在\_\_\_\_\_，平均为\_\_\_\_\_。
17. 唾液的渗透压随分泌率的变化而有所不同，唾液的渗透压在\_\_\_\_\_mOsm/L，较血浆渗透压（300mOsm/L）低。
18. 正常成人每天的唾液分泌量为\_\_\_\_\_ml，其中的绝大多数来自三对大唾液腺。
19. 在无任何刺激的情况下，唾液的基础分泌为每分钟\_\_\_\_\_ml。
20. \_\_\_\_\_静止时唾液分泌量最大，占60%~65%；
21. 腮腺的唾液分泌量占\_\_\_\_\_，但对于进食等刺激的反应大于下颌下腺；
22. 唾液的作用包括\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_。
23. 口腔一般感觉的敏感性依次为\_\_\_\_\_>\_\_\_\_\_>\_\_\_\_\_>\_\_\_\_\_。
24. \_\_\_\_\_指受试者感觉到疼痛刺激时的最低刺激强度。
25. \_\_\_\_\_指受试者不能再承受更强刺激时的刺激强度。
26. \_\_\_\_\_通常用以评价生理反应，耐受疼痛阈值则常用以评价情感反应。
27. 牙髓及牙周膜的痛觉感受器密度从高到低依次依次为\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_。
28. 口腔黏膜的痛觉分布不均匀，与\_\_\_\_\_相对的颊黏膜区有触觉感受点而无痛觉感受点，自颊侧黏膜中央至口角的一段带状区痛觉较迟，称为\_\_\_\_\_，而牙龈、硬腭、舌尖、口唇等处有明显的痛点分布，其中牙龈缘处痛觉最为敏锐。
29. 口腔黏膜自前牙区向磨牙区的痛点依次\_\_\_\_\_。
30. 口腔温度觉感受器主要分布于\_\_\_\_\_。
31. 口腔黏膜的温度觉有\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_。
32. 热觉感受器为\_\_\_\_\_。
33. 冷觉感受器为\_\_\_\_\_。
34. 口腔前部的冷点和温点\_\_\_\_\_口腔后部，故口腔前部温度觉的敏感性\_\_\_\_\_口腔后部。
35. 口腔黏膜冷点又\_\_\_\_\_温点，牙龈、舌尖、舌边缘、硬腭、唇颊等的黏膜处冷点\_\_\_\_\_；而温点布于\_\_\_\_\_周围。
36. 口腔黏膜触压觉感受器主要有\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_。
37. 口腔黏膜表面对触压觉的敏感度与该处触压点分布的密度成\_\_\_\_\_。
38. 口腔黏膜各部对触压觉最敏感者为\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_及\_\_\_\_\_前部。
39. 口腔黏膜各部对触压觉较迟钝者为\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_。



- 
40. 年龄愈大，黏膜角化愈\_\_\_\_\_，口腔黏膜对触压觉的敏感度越\_\_\_\_\_
41. \_\_\_\_\_分布于牙周膜内，感受牙体受力的方向、大小等感觉，参与本体感觉及定位，是牙周本体感觉的主要感受器。
42. \_\_\_\_\_既感受疼痛刺激，也参与本体感觉等。
43. \_\_\_\_\_分布在根尖周围，属于机械感受器，参与本体感觉。
44. \_\_\_\_\_分布在牙周膜中央区，功能尚不清楚
45. 味觉感受器是一群称为\_\_\_\_\_的特殊结构。
46. 人类口腔有味蕾约\_\_\_\_\_个，每个菌状乳头味蕾群、叶状乳头味蕾群、轮廓乳头味蕾群分别含有\_\_\_\_\_个、\_\_\_\_\_个、\_\_\_\_\_个左右的味蕾。
47. 随着年龄的增长（如 50 岁左右），味蕾因萎缩而变性，数量减少，导致味觉功能下降。一般有\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_四种基本味觉。
48. 舌侧面对\_\_\_\_\_味敏感。
49. 舌尖对\_\_\_\_\_味最敏感。
50. 舌根对\_\_\_\_\_味敏感。

## 第二篇 口腔组织病理学

### 第一单元 牙体组织

1. \_\_\_\_\_覆盖于牙冠最外层,是全身最硬的既无血管及神经又无\_\_\_\_\_的特殊硬组织,颜色为\_\_\_\_\_或\_\_\_\_\_。
2. 牙釉质无机物重量占比\_\_\_\_\_,为\_\_\_\_\_。
3. 牙釉质有机物重量占比\_\_\_\_\_% ,主要包括\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_。
4. 釉质牙本质界弧形线的凸面突向\_\_\_\_\_,凹面向着\_\_\_\_\_。本质是增大了釉质和牙本质的接触面。
5. 釉梭起始于釉质牙本质界突入牙釉质内的\_\_\_\_\_。
6. 釉丛起始于釉质牙本质界呈草丛状向\_\_\_\_\_散开。
7. \_\_\_\_\_中的有机物含量较高,故被认为是釉质中的薄弱区。
8. 釉板起自\_\_\_\_\_表面或\_\_\_\_\_底部,有的止于牙釉质内,有的可深达釉质牙本质界。
9. \_\_\_\_\_内含有较多的有机物,可能成为细菌扩展的途径。
10. 釉质生长线呈节律性\_\_\_\_\_  $\mu\text{m}$  生长,实质上是牙釉质发育的间歇线。
11. \_\_\_\_\_是生长线到达釉质表面的部位。
12. \_\_\_\_\_为宽度不等的明暗相间带,分布在釉质厚度的内 4/5 处。
13. 在手术时如需劈裂牙冠,施力方向必须尽量与\_\_\_\_\_排列方向一致。
14. 在治疗龋病制备洞型时,不宜保留失去牙本质支持的\_\_\_\_\_。
15. \_\_\_\_\_色淡黄,稍有弹性,硬度比釉质低,比骨组织略高。
16. 成熟牙本质重量的\_\_\_\_\_ %为无机物,有机物为\_\_\_\_\_% ,水为\_\_\_\_\_% 。
17. 成熟牙本质按体积计算,无机物、有机物和水分的含量约为\_\_\_\_\_%、\_\_\_\_\_%和\_\_\_\_\_%。
18. 牙本质的无机物主要也为体\_\_\_\_\_。
19. 牙本质有机物中胶原蛋白约占\_\_\_\_\_% ,为所有有机物的\_\_\_\_\_。主要为\_\_\_\_\_。
20. 牙本质的组织结构包括\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_。
21. \_\_\_\_\_为贯穿于牙本质全层的管状空间,充满了组织液和一定量的成牙本质细胞突起。自牙髓表面向釉质牙本质界呈放射状排列,在牙尖和根尖部小管\_\_\_\_\_,颈部弯曲呈“\_\_”形,近牙髓端的凸弯向着根尖方向。。
22. 牙本质小管近髓端较粗,直径约\_\_\_\_\_  $\mu\text{m}$  ,越向表面越细,近表面处约为\_\_\_\_\_  $\mu\text{m}$  ,且排列稀疏。近髓端数量是近表面端的\_\_\_\_\_倍。
23. \_\_\_\_\_是成牙本质细胞的原浆突,成牙本质细胞突起起自牙本质近髓腔处伸入到牙本质小管内,常延伸至牙本质小管近髓端的\_\_\_\_\_或\_\_\_\_\_。
24. 细胞间质大部分为\_\_\_\_\_间质,其中有细小的胶原纤维,主要为\_\_\_\_\_。
25. \_\_\_\_\_构成牙本质小管的管壁,矿化程度高,含胶原极少。
26. \_\_\_\_\_位于管周牙本质之间。胶原纤维较多,基本为 I 型胶原蛋白其矿化较管周牙本质\_\_\_\_\_。
27. 牙本质的矿化由\_\_\_\_\_融合而成。牙本质矿化不良时,矿质小球之间出现一些未矿化的牙本质,称为\_\_\_\_\_。

28. \_\_\_\_\_ 是一些与牙本质小管垂直的间歇线纹。表示牙本质的发育和形成速率是 \_\_\_\_\_ 变化的。
29. 新生线在 \_\_\_\_\_ 和 \_\_\_\_\_ 上。
30. \_\_\_\_\_ 是牙纵剖磨片中根部牙本质透明层的内侧有一层颗粒状的未矿化区。
31. 成牙本质细胞和矿化牙本质之间总有一层刚形成而尚未矿化的牙本质,称 \_\_\_\_\_。
32. 原发性牙本质在冠部者称 \_\_\_\_\_, 在根部者称 \_\_\_\_\_, 在罩牙本质和透明层内侧的牙本质称 \_\_\_\_\_。
33. 继发性牙本质指牙发育至 \_\_\_\_\_ 形成后。
34. 修复性牙本质又称 \_\_\_\_\_ 或 \_\_\_\_\_。
35. 死区与透明性牙本质的区别是小管内有 \_\_\_\_\_。
36. 牙髓组织学分为四层: \_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、层 \_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_ 或固有牙髓。
37. 牙髓功能包括 \_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_。
38. 牙髓神经大多数是 \_\_\_\_\_ 神经。
39. 无细胞牙骨质紧贴 \_\_\_\_\_ 表面, 自牙颈部到近根尖 \_\_\_\_\_。
40. 细胞牙骨质常位于 \_\_\_\_\_ 的表面, 但在根尖部 1/3 可全部为细胞牙骨质, 牙颈部则常常全部为无细胞牙骨质。
41. 釉牙骨质界釉质和牙骨质在牙颈部相连, 其相连处有三种不同情况: 约有 \_\_\_\_\_% 是牙骨质少许覆盖在釉质表面; 约 \_\_\_\_\_% 是釉质和牙骨质端端相连; 还有 \_\_\_\_\_% 左右是两者不相连。
42. 牙本质和牙骨质是紧密结合的, 光镜下的牙本质牙骨质界呈较 \_\_\_\_\_ 的界线。

## 第二单元 牙周组织

1. 牙龈分为 \_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_ 和 \_\_\_\_\_ 三部分。
2. 牙龈是口腔黏膜的一部分, 由 \_\_\_\_\_ 和 \_\_\_\_\_ 组成, 无 \_\_\_\_\_。
3. 上皮层和固有层的结缔组织一起将牙龈直接附着在牙体上, 这种特殊的结构称为 \_\_\_\_\_。
4. 牙龈上皮 \_\_\_\_\_ 角化, \_\_\_\_\_ 上皮钉突。
5. 龈沟上皮 \_\_\_\_\_ 角化, \_\_\_\_\_ 上皮钉突。
6. 结合上皮 \_\_\_\_\_ 角化, \_\_\_\_\_ 上皮钉突。
7. 龈谷上皮 \_\_\_\_\_ 角化, \_\_\_\_\_ 上皮钉突。
8. 牙龈固有层中有大量胶原纤维, 这些胶原纤维可分为 \_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_。
9. \_\_\_\_\_ 是牙龈中最多的一组纤维。
10. \_\_\_\_\_ 组止于游离龈和附着龈的固有层。
11. \_\_\_\_\_ 位于牙颈部周围的游离龈中, 呈环形排列, 纤维最细。
12. \_\_\_\_\_ 组起自牙颈部牙骨质, 越过牙槽嵴, 止于牙槽突密质骨表面。
13. \_\_\_\_\_ 横跨牙槽中隔, 只存在于邻面, 连接相邻两牙的纤维束。
14. 牙周膜是位于牙根与牙槽骨之间的致密结缔组织, 由 \_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_ 和 \_\_\_\_\_ 组成。
15. 牙周膜的正常厚度为 \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_ mm, 在根中 1/3 最薄。
16. 牙周膜的纤维称为 \_\_\_\_\_。
17. \_\_\_\_\_ 是埋在牙骨质和牙槽骨中的纤维。

18. 牙周膜主纤维包括\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_。
19. \_\_\_\_\_的作用是向牙槽窝内牵引，对抗侧方力，保持牙直立。
20. \_\_\_\_\_是维持牙直立状态最主要的力量。
21. \_\_\_\_\_中牙周膜中数量最多、力量最强的一组纤维，将牙悬吊在牙槽窝内。
22. \_\_\_\_\_起到保护进出根尖孔的血管和神经的作用。
23. \_\_\_\_\_主要防止牙根向冠方移动。
24. 牙周膜基质主要由\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_组成。
25. \_\_\_\_\_也称 Malassez 上皮剩余。
26. 牙周膜的功能包括\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_。
27. 牙槽骨是上下颌骨包围和支持牙根的部分，又称\_\_\_\_\_。
28. 容纳牙根的窝称\_\_\_\_\_，在冠方的牙槽窝的游离端称\_\_\_\_\_。
29. 牙槽骨按其解剖部位可分为\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_。
30. 在 X 线片上，固有牙槽骨显示为环绕牙根的白色阻射线，故又名\_\_\_\_\_（只在 X 线上称）。
31. \_\_\_\_\_层为多层与表面平行的骨板，深部为致密的有哈弗系统的骨。32. 密质骨在上颌牙槽骨的唇面，尤其是\_\_\_\_\_较薄，而舌侧增厚。
33. 下颌的密质骨比上颌厚而且致密，通常\_\_\_\_\_侧比\_\_\_\_\_侧厚，
34. 松质骨由\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_构成。承受咀嚼力大的区域，骨小梁粗大而致密。
35. 两牙间的骨小梁水平向排列，而根尖部的为\_\_\_\_\_。

### 第三单元 口腔黏膜

1. 口腔黏膜由\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_组成，上皮借\_\_\_\_\_与固有层相连，部分黏膜深部有\_\_\_\_\_。
2. 口腔黏膜的上皮为\_\_\_\_\_。
3. 口腔黏膜细胞成分有\_\_\_\_\_细胞和\_\_\_\_\_细胞，以\_\_\_\_\_细胞为主。
4. 角化的复层鳞状上皮主要由角质细胞构成，由深部至表面可分为四层，分别是\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_。
5. \_\_\_\_\_是最浅表的一层，由\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_的扁平细胞构成。
6. 颗粒层一般由\_\_\_\_\_层扁平细胞组成。胞质中有\_\_\_\_\_性透明角质颗粒。
7. \_\_\_\_\_在上皮中是层次最多的细胞层，可达十几层细胞。
8. 基底细胞与邻近的棘层具有分裂增殖能力，因此被称为\_\_\_\_\_。
9. \_\_\_\_\_在最深部，借基底膜与固有层结缔组织相连。
10. 非角质形成细胞包括\_\_\_\_\_细胞、\_\_\_\_\_细胞、\_\_\_\_\_细胞。
11. 口腔黏膜根据所在部位和功能可分为三种类型：\_\_\_\_\_黏膜、\_\_\_\_\_黏膜和\_\_\_\_\_黏膜。
12. 咀嚼黏膜包括\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_。
13. \_\_\_\_\_是指前 2/3 的腭黏膜，表面角化层较厚，以正角化为主。
14. 咀嚼黏膜根据有无黏膜下层分为\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_。
15. 牙龈区和中间区\_\_\_\_\_黏膜下层，固有层直接与骨膜相连。
16. 脂肪区和腺区有\_\_\_\_\_，其中的脂肪和腺体被胶原纤维分成小隔。
17. 口腔黏膜中除\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_以外均属被覆黏膜。
18. 唇红\_\_\_\_\_角化，内含大量毛细血管，破溃时易出血，缺氧和贫血时色苍白，下

层没有\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_, 故易干裂。

19. 颊黏膜在口角后区可见成簇的粟粒状淡黄色小颗粒, 即\_\_\_\_\_, 称为\_\_\_\_\_。
20. 特殊黏膜是指\_\_\_\_\_黏膜, 上皮为\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_黏膜下层。

## 第四单元 唾液腺

1. 唾液腺由\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_两部分组成。
2. 唾液腺实质由\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_组成。
3. 唾液腺基本分泌单位包括\_\_\_\_\_与\_\_\_\_\_。
4. 导管系统由\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_组成。
5. \_\_\_\_\_细胞的收缩有助于腺泡分泌物排出。
6. 腺泡分\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_三种类型。
7. 闰管连接\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_, 黏液细胞\_\_\_\_\_, 闰管\_\_\_\_\_; 黏液细胞\_\_\_\_\_, 闰管\_\_\_\_\_。
8. 分泌管又称为\_\_\_\_\_。
9. \_\_\_\_\_具有主动吸收钠、排出钾和转运水的功能, 在分泌物通过时可调节唾液的量和\_\_\_\_\_。
10. 大唾液腺中\_\_\_\_\_为纯浆液性。
11. 小唾液腺中\_\_\_\_\_为纯浆液性。
12. 舌下腺是以\_\_\_\_\_为主的混合性腺体。
13. 颌下腺是以\_\_\_\_\_为主的混合性腺体。

## 第五单元 口腔颌面部的发育

1. 神经嵴细胞来自\_\_\_\_\_, 在神经管形成前发生广泛移动, 转化为间充质, 称为\_\_\_\_\_。
2. 胚胎第\_\_\_\_\_周时, 前脑的下端形成一个宽大的隆起, 称为\_\_\_\_\_。
3. 额鼻窦下方相当于未来头颈的两侧出现六对柱状弓形隆起, 称为\_\_\_\_\_。
4. 鳃弓之间有\_\_\_\_\_。
5. 6对鳃弓中, 第1对最大称为\_\_\_\_\_; 第2对称为\_\_\_\_\_; 第3对称为\_\_\_\_\_。
6. \_\_\_\_\_参与面部和腭的发育, 第1、第2、第3和第4对鳃弓则参与舌\_\_\_\_\_的发育。
7. 第3、第4对鳃弓在发育过程中被第2对鳃弓所掩盖, 成为\_\_\_\_\_。
8. 相邻的鳃弓之间有浅沟, 在体表侧者称\_\_\_\_\_; 与之相对应的鳃弓的内侧是\_\_\_\_\_。
9. 胚胎第4周末, 额鼻突向下生长中间部分称为\_\_\_\_\_, 两侧的突起称为\_\_\_\_\_。
10. 胚胎第5周, 中鼻突迅速向下生长, 形成\_\_\_\_\_。
11. 两个球状突联合形成\_\_\_\_\_。
12. \_\_\_\_\_与同侧上颌突联合, 形成上唇及上颌。
13. \_\_\_\_\_与\_\_\_\_\_联合, 形成鼻梁的侧面、鼻翼及部分面颊。
14. 上、下颌突由后向前联合, 一面形成\_\_\_\_\_, 一面使口唇缩小至正常大小, 联合的终点即\_\_\_\_\_。
15. 两侧下颌突在\_\_\_\_\_联合。

16. 胚胎第\_\_\_\_\_周，面部各突起已完成联合，颜面各部分初具人的面形。
17. 面部的发育畸形主要发生在胚胎第\_\_\_\_\_周的面突联合期。
18. \_\_\_\_\_是由于单侧球状突与同侧上颌突未联合或部分联合所致。
19. \_\_\_\_\_是由于双侧球状突与同侧上颌突未联合或部分联合所致。
20. \_\_\_\_\_是由于两侧球状突之间未联合或部分联合；两侧下颌突在中缝处未联合。
21. \_\_\_\_\_是由于上、下颌突未联合或部分联合。
22. \_\_\_\_\_是由于上颌突及侧鼻突未联合。
23. \_\_\_\_\_是由于两个侧腭突之间及其与鼻中隔之间未融合或部分融合。
24. \_\_\_\_\_是由于前腭突与上颌突及侧突之间未联合或部分联合所致。
25. \_\_\_\_\_是由于两个前腭突未联合。
26. \_\_\_\_\_是由于两个下颌突未联合，常伴唇裂。
27. 舌的发育在胚胎第\_\_\_\_\_周开始。
28. 在胚胎第6周时，侧舌隆突迅速增大，相互联合，并与\_\_\_\_\_联合发育成舌体。
29. 舌体和舌根在第\_\_\_\_\_周时联合，相连于界沟。
30. 界沟的中央是一个浅凹，称为\_\_\_\_\_，它是\_\_\_\_\_发育的遗迹，也是\_\_\_\_\_

发育的起点。

31. 奇结节被侧舌隆突掩盖后，上皮向深部凹陷，形成一个盲管，称\_\_\_\_\_。
32. 甲状腺形成后，甲状舌管逐渐退化，如有上皮残留，可发生\_\_\_\_\_。
33. 侧舌隆突未联合，则形成\_\_\_\_\_。

## 第六单元 牙的发育

1. 在胚胎第\_\_\_\_\_周，原口腔上皮局部增生形成\_\_\_\_\_。
2. 上皮带继续增生分裂，在唇（颊）侧形成\_\_\_\_\_，在舌侧形成\_\_\_\_\_。
3. \_\_\_\_\_是牙发育的始基，由\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_及\_\_\_\_\_三部分组成。
4. \_\_\_\_\_来源于口腔外胚层，形成牙釉质，牙乳头及牙囊来源于\_\_\_\_\_。
5. 成釉器的发育可分为三个时期：\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_。
6. 星网状层作用是\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_。
7. 前牙的生长中心位于\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_的基底膜上。
8. 磨牙的生长中心位于\_\_\_\_\_处。
9. 在牙体及牙周组织的形成过程中，\_\_\_\_\_最先开始形成，其次是\_\_\_\_\_。
10. 最早形成的牙本质基质称为\_\_\_\_\_。
11. 釉质发育完成后，\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_与\_\_\_\_\_结合形成一层鳞状上皮覆盖在釉小皮上，成为缩余釉上皮。
12. 当釉质完全形成时，矿物质含量达到\_\_\_\_\_%。
13. 牙冠即将完成发育时，\_\_\_\_\_开始发生。内釉和外釉上皮细胞在\_\_\_\_\_处增生，形成\_\_\_\_\_。
14. 上皮根鞘继续生长，离开牙冠向牙髓方向呈\_\_\_\_\_°弯曲，形成\_\_\_\_\_。
15. \_\_\_\_\_和邻近的外胚间叶细胞决定着将来牙根的数量、长度和形态等。
16. \_\_\_\_\_连续性受到破坏，形成了侧支根管。
17. \_\_\_\_\_在规定时间内没有断裂，形成牙骨质缺损。
18. 剩余的上皮细胞离开牙根表面并保留在发育的牙周膜中，即牙周上皮剩余，也称为\_\_\_\_\_。

19. 固有牙槽骨由\_\_\_\_\_发育而来。

## 第七单元 牙齿发育异常

1. 牙齿数目和大小异常包括\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_或\_\_\_\_\_。
2. 非遗传性牙釉质发育不全时，牙本质的变化是\_\_\_\_\_牙本质增多。
3. \_\_\_\_\_指在牙发育期间经常摄入含氟较高的水和食物所引起的一种特殊的牙釉质发育不全。
4. 氟牙症一般仅发生于\_\_\_\_\_。
5. 先天性梅毒的三大特征是半月形牙、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_。
6. 先天性梅毒牙又称\_\_\_\_\_。
7. Turner 牙是指由于\_\_\_\_\_的感染或创伤，引起其继承恒牙成釉细胞损伤，进而导致该继承恒牙产生的釉质发育不全。
8. 牙本质结构异常是常染色体\_\_\_\_\_遗传病。
9. 由于四环素能通过胎盘屏障，妊娠\_\_\_\_\_周到出生之间服药，累及的乳牙可以受累，而出生至\_\_\_\_\_岁摄入四环素，可导致恒牙变色。
10. 四环素沿生长线沉着于\_\_\_\_\_内。
11. 畸形中央尖多见于下颌\_\_\_\_\_。

## 第八单元 龋病

1. 釉质龋是指发生在\_\_\_\_\_内的龋病病损。
2. 除根部龋损外，绝大部分龋损都从\_\_\_\_\_开始。
3. 牙釉质龋按其发生的部位可分为\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_。
4. 窝沟龋病损呈口小底大的正三角形，但基底部向着\_\_\_\_\_，顶部向着\_\_\_\_\_。
5. 平滑面龋由表及里依次为\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_。
6. 表层的孔隙容积为\_\_\_\_\_%。
7. 病损体部的孔隙容积为\_\_\_\_\_。
8. 暗层的孔隙容积为\_\_\_\_\_。
9. 透明层的孔隙容积为\_\_\_\_\_。
10. 牙本质龋镜下改变由里及表可分为\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_。
11. \_\_\_\_\_龋好发于老年人。

## 第九单元 牙髓病

1. \_\_\_\_\_时，牙髓腔内压力增高，一方面压迫神经产生剧烈疼痛，另一方面感染易于扩散。
2. 牙髓一旦发生急性感染，难以痊愈而导致\_\_\_\_\_坏死。
3. 引起牙髓炎的因素很多，主要有\_\_\_\_\_、物理和化学刺激以及免疫反应等。
4. \_\_\_\_\_感染是导致牙髓炎的主要原因。
5. 急性牙髓炎多数由牙髓充血发展而来或为慢性牙髓炎的急性发作，常因\_\_\_\_\_感染牙髓所致。

6. \_\_\_\_\_牙髓炎以浆液渗出为主，严重水肿。
7. \_\_\_\_\_牙髓炎牙髓中有大量的中性粒细胞浸润，形成脓肿。
8. \_\_\_\_\_牙髓炎患牙牙髓组织暴露于口腔。通常发生在穿髓孔较大、髓腔开放或急性牙髓炎应急处理后未继续进一步治疗的病例中。
9. 牙髓钙化有两种形式，一种是\_\_\_\_\_形成，另一种是\_\_\_\_\_。
10. 髓石形成多见于\_\_\_\_\_。
11. 牙髓坏死常见\_\_\_\_\_。
12. \_\_\_\_\_如继发感染有腐败气味称为牙髓坏疽。

## 第十单元 根尖周炎

1. 急性根尖周炎分为\_\_\_\_\_根尖周炎和\_\_\_\_\_根尖周炎。
2. 慢性根尖周炎常见类型是\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_和根尖囊肿三种类型。
3. \_\_\_\_\_中央为坏死液化组织和脓细胞，脓肿周围为炎性肉芽组织。
4. 根尖肉芽肿根尖部为肉芽组织，内含\_\_\_\_\_细胞，\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_沉积。
5. 根尖囊肿囊壁可分为内、外两层，囊腔内含\_\_\_\_\_透明囊液，囊液含\_\_\_\_\_。

## 第十一单元 牙周组织疾病

1. 牙周病就广义说，包括\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_。
2. 慢性牙龈炎镜下见主要在牙龈的龈沟壁处有炎症细胞浸润，在沟内上皮的下方可见\_\_\_\_\_细胞浸润，再下方为大量的淋巴细胞。
3. 龈增生主要指由多种原因引发的以纤维结缔组织增生为主要病理改变的一组疾病，又 称\_\_\_\_\_。
4. 剥脱性龈病损不是一个单独的疾病，而是多种疾病在牙龈上的表现。包括类天疱疮，\_\_\_\_\_, 天疱疮，\_\_\_\_\_。
5. 镜下剥脱性龈病损分为\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_。
6. 牙周炎的发展过程分为\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_及\_\_\_\_\_四个阶段。
7. \_\_\_\_\_形成较浅的牙周袋，无牙槽骨吸收破坏，是治疗的关键时期。
8. \_\_\_\_\_破骨细胞活跃，此时深牙周袋，牙槽骨发生吸收、破坏。
9. \_\_\_\_\_是指已经出现牙周袋及牙槽骨吸收时的牙周组织的各种病理改变。
10. 牙周炎静止期时沟内上皮或\_\_\_\_\_及\_\_\_\_\_周围的炎症明显减少。
11. \_\_\_\_\_时牙槽骨的吸收呈静止态，一般看不到破骨细胞。
12. \_\_\_\_\_时牙根面被吸收的牙骨质也出现新生现象。
13. 龈袋，又称\_\_\_\_\_，是牙槽骨尚无明显的吸收。
14. 牙周袋底在牙槽嵴顶的上方，由于牙槽嵴为\_\_\_\_\_吸收，其高度明显降低，导致骨上袋。
15. 牙周袋位于牙槽嵴顶的下方，牙槽骨在袋的侧方，牙周袋位于牙根面与牙槽骨之间。 主要由于牙槽骨发生\_\_\_\_\_骨吸收所致。



## 第十二单元 口腔黏膜病

1. \_\_\_\_\_的特点是细胞核消失，常伴有颗粒层明显和棘层增厚。
2. \_\_\_\_\_的特点是细胞核未分解消失，粒层增厚不明显。
3. \_\_\_\_\_的特点是棘层或基底层内出现个别细胞或一群细胞发生角化。 4. 上皮异常增生与癌前病变有关的个别细胞改变称为\_\_\_\_\_。
5. 上皮总的紊乱称为\_\_\_\_\_。
6. 基底细胞空泡性变及液化常见于\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_。
7. 棘层内疱常见于\_\_\_\_\_。
8. 基层下疱常见于黏膜良性类天疱疮、\_\_\_\_\_。
9. 上皮完整性发生持续性缺损或破坏，表层坏死脱落形成凹陷称为\_\_\_\_\_。
10. 表浅缺损，上皮部分损伤，不损及基底细胞称为\_\_\_\_\_。
11. 糜烂累及\_\_\_\_\_、粒层、棘层。
12. 均质型红斑在镜下有的表现为\_\_\_\_\_。
13. 颗粒型红斑大多为\_\_\_\_\_或已经突破基底膜的早期浸润癌。
14. 扁平苔藓的诊断标志是\_\_\_\_\_内有淋巴细胞浸润带。
15. 慢性盘状红斑狼疮的诊断标志是\_\_\_\_\_。
16. 上皮基底区有翠绿荧光带，又称为\_\_\_\_\_。
17. 天疱疮的病理特征为\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_形成。
18. 天疱疮是一种少见而严重的疱性、\_\_\_\_\_疾病。
19. 天疱疮发生于口腔黏膜者主要为\_\_\_\_\_。
20. 良性黏膜类天疱疮直接免疫荧光检测可见翠绿色的\_\_\_\_\_区伸展。
21. \_\_\_\_\_角化层内有微小脓肿。

## 第十三单元 颌骨疾病（助理不考）

1. 颌骨骨髓炎感染途径主要为\_\_\_\_\_感染。
2. \_\_\_\_\_感染少见，主要为婴幼儿。
3. 慢性骨髓炎伴增生性骨膜炎镜下见，骨膜下密质骨表面有\_\_\_\_\_形成。
4. 慢性局灶性硬化性骨髓炎，又称\_\_\_\_\_，常出现在抵抗力强或感染轻的患者。
5. 致密性骨炎多发生于20岁以前的年轻人，常见于\_\_\_\_\_。
6. 放射性骨髓炎主要临床症状为\_\_\_\_\_疼痛。
7. 骨纤维异常增殖症纤维结缔组织增多，可见较多\_\_\_\_\_。
8. 镜下见巨细胞肉芽肿由纤维结缔组织构成，其中含有\_\_\_\_\_。

## 第十四单元 唾液腺疾病

1. 慢性唾液腺炎唾液腺造影表现为主导管呈\_\_\_\_\_状，末梢导管呈\_\_\_\_\_状。
2. 慢性复发性腮腺炎，其唾液腺造影末梢导管呈\_\_\_\_\_或斑片状扩张。
3. 慢性硬化性下颌下腺炎，下颌下腺造影显示\_\_\_\_\_和导管扩张。
4. \_\_\_\_\_是舍格伦综合征确诊的方法。
5. 舍格伦综合征病变从\_\_\_\_\_开始。

## 第十五单元 口腔颌面部囊肿

1. \_\_\_\_\_好发于切牙管的下段甚至完全位于切牙乳头的软组织内。
2. \_\_\_\_\_囊肿好发于牙槽突表面近鼻孔基部软组织内。
3. \_\_\_\_\_囊肿好发于上颌恒侧切牙和单尖牙牙根之间。
4. \_\_\_\_\_囊肿好发于颈上部下颌角附近胸锁乳突肌上 1/3 前缘。
5. \_\_\_\_\_囊肿好发于舌盲孔与甲状腺之间即导管经过的任何部位，以甲状舌骨区发生者最多见。
6. 黏液囊肿好发于\_\_\_\_\_黏膜。
7. 黏液囊肿起源于\_\_\_\_\_。

## 第十六单元 牙源性肿瘤

1. 成牙组织包括\_\_\_\_\_（成釉器、牙板及残余、缩余釉上皮、Malassez 上皮剩余）和\_\_\_\_\_（牙乳头、牙囊）。
2. 牙源性肿瘤是由成牙组织发生的一组肿瘤，它包括\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_。
3. 成釉细胞纤维瘤由\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_两种成分组成。
4. 成牙骨质细胞瘤由\_\_\_\_\_样组织所组成。
5. 牙源性黏液瘤细胞间有大量\_\_\_\_\_黏液基质。
6. \_\_\_\_\_镜下见大量胶原纤维构成，排列呈漩涡状。

## 第十七单元 其他肿瘤和瘤样病变

1. \_\_\_\_\_是一组局部上皮呈外生性和息肉样增生形成的疣状或菜花状外观的肿物，但不包括纤维上皮增生。
2. 鳞状细胞乳头状瘤和寻常疣最常见的部位是\_\_\_\_\_、唇、舌和牙龈黏膜。
3. 鳞状细胞乳头状瘤和寻常疣病变为\_\_\_\_\_，增生的复层鳞状上皮呈指状突起，其中心为血管结缔组织支持。
4. \_\_\_\_\_是肛门与生殖器部位尖锐湿疣的口腔表现。
5. \_\_\_\_\_是指牙龈局限性慢性炎性增生。
6. 血管内皮细胞增生呈实性片块或条索，也可是小血管或大的薄壁血管增多的是\_\_\_\_\_。
7. 纤维性龈瘤由富于细胞的肉芽组织和成熟的胶原纤维束组成的是\_\_\_\_\_。
8. 富于血管和细胞的间质内含有多个核破骨细胞样细胞，巨细胞数量多的是\_\_\_\_\_。
9. 嗜酸性淋巴肉芽肿腮腺区、\_\_\_\_\_等为多发部位病损。
10. 嗜酸性淋巴肉芽肿患部皮肤常有\_\_\_\_\_和色素沉着。
11. \_\_\_\_\_镜下表现为肉芽肿结构，其主要特征一是嗜酸性粒细胞和淋巴细胞灶性或弥漫性浸润；二是病变血管增生。
12. \_\_\_\_\_是婴儿最常见的良性肿瘤。
13. 口腔黏膜癌为恶性肿瘤，大多数为\_\_\_\_\_。
14. \_\_\_\_\_指舌前 2/3 部发生的癌。
15. \_\_\_\_\_在口腔癌中最常见。

## 第三篇 口腔预防医学

### 第一单元 绪论

1. \_\_\_\_\_级预防又叫病因预防。
2. \_\_\_\_\_级预防又叫临床前期预防。
3. \_\_\_\_\_级预防又叫临床预防。
4. \_\_\_\_\_级预防包括口腔健康教育、口腔卫生指导、控制牙菌斑的措施等。
5. \_\_\_\_\_级预防包括定期口腔健康检查、高风险人群的发现和早期龋齿充填等。
6. \_\_\_\_\_级预防包括牙列缺损和缺失的修复。
7. \_\_\_\_\_是通过预防口腔疾病，维护口腔健康和提高生命质量的科学与艺术。以人群 为主要研究对象，研究口腔疾病发生、发展及分布的规律，以及影响口腔健康的各种因素及其预防措施和对策，达到预防口腔疾病、促进口腔健康及提高生活质量的目的。
8. 窝沟封闭属于\_\_\_\_\_级预防。
9. 氟化物应用属于\_\_\_\_\_级预防。
10. 早期龋齿充填属于\_\_\_\_\_级预防。

### 第二单元 口腔流行病学

1. 当允许误差为 10% (0.1P) 时， $K=$ \_\_\_\_\_。
2. 当允许误差为 15% (0.15P) 时， $K=$ \_\_\_\_\_。
3. \_\_\_\_\_指在调查过程中样本人群的选择不是按照抽样设计的方案进行，而是随意选择。
4. 无应答偏倚实际就是\_\_\_\_\_。
5. Kappa 在\_\_\_\_\_以下可靠度不合格。
6. Kappa 在\_\_\_\_\_可靠度中等。
7. 口腔流行病学的主要作用包括描述\_\_\_\_\_与疾病状态的分布规律、研究口腔疾病的病因和影响流行的因素、用于研究疾病预防措施并评价其效果、用于疾病监测、为制定口腔 卫生保健规划提供依据。
8. \_\_\_\_\_指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。
9. \_\_\_\_\_指研究某种疾病或情况在一个人群中随着时间推移的自然动态变化。也就是定期随访。
10. 常规资料分析，又称\_\_\_\_\_，即对已有的资料或者疾病监测记录做分析或总结。
11. \_\_\_\_\_是探讨病因和相关因素对于疾病发生的影响。时间上是先“果”后“因”的回顾性研究。
12. \_\_\_\_\_常用于研究病程较长的慢性病和少见疾病，尤其那些原因未明疾病。
13. \_\_\_\_\_又称流行病学实验，是指在研究者的控制下对人群采取某项干预措施或施加某种因素或消除某种因素以观察其对人群疾病发生或健康状况的影响。
14. 实验性流行病学有两个重要特点，一是\_\_\_\_\_而非观察法、二是要求设立严格的对照观察。

- 
15. \_\_\_\_\_是在特定时间范围内,一般为 1~2 天或 1~2 周。对特定人群中的每一个成员进行的调查或检查,又称全面调查。
16. \_\_\_\_\_指按照一定的方式以同等概率抽样。
17. \_\_\_\_\_是先编号,在随机抽取第一个调查对象,然后在按一定间隔随机抽样。
18. 乳牙列患龋水平是\_\_\_\_\_年龄组。
19. 全球龋病监测年龄组是\_\_\_\_\_年龄组。
20. 评价全球牙周病指征是\_\_\_\_\_年龄组。
21. 监测成年人口腔健康状况是\_\_\_\_\_岁年龄段。
22. 监测老年人口腔健康状况是\_\_\_\_\_岁年龄段。
23. Kappa 在\_\_\_\_\_可靠度优。
24. Kappa 在\_\_\_\_\_可靠度完全可靠。
25. 分析计量资料常用\_\_\_\_\_,它是反映一组性质相同的观察值的平均水平或集中趋势的统计指标。
26. \_\_\_\_\_是用来说明一组观察值之间的变异程度,即离散度。
27. 抽样调查中,使样本均数(或率)与总体均数(或率)之间出现差别的重要原因之一是存在抽样误差。\_\_\_\_\_是用来表示抽样误差的大小。
28. 某种现象发生的频率或强度叫做\_\_\_\_\_。
29. \_\_\_\_\_指某事物内部各构成部分所占的比重。
30. \_\_\_\_\_指人们对特定口腔健康问题的了解。
31. \_\_\_\_\_指人们对于口腔健康各方面的看法和观念。
32. \_\_\_\_\_与口腔健康相关的各种行为,包括个人口腔卫生习惯、饮食习惯和就医行为等。
33. \_\_\_\_\_研究是将历史上曾经做过的临床试验结果作为对照,这种试验很难排除混杂因素对试验结果的影响。
34. \_\_\_\_\_试验同期开展但没有按随机原则,可能会影响试验结果的准确性。
35. \_\_\_\_\_是按照随机化原则将试验对象分为试验组和对照组,是临床试验的常用方。
36. \_\_\_\_\_试验指试验开始时,按照随机化的原则将研究对象分为试验组和对照组,研究的第一阶段试验组接收研究因素的干扰,对照组接收对照因素的干扰。第一阶段结束后,两组交换干扰内容,进入第二阶段的研究。研究全部结束后,比较两个阶段试验组和对照组的试验结果。
37. \_\_\_\_\_试验前可以不设定样本大小,也不设定研究时间,但设定观察指标的有效水平和无效水平,每试验一个或一对受试者后即分析结果,一旦试验达到有效水平或无效水平时立即结束试验。适合临床患者陆续就诊的特点,可以节约样本量,但只能用于能迅速判断效果的临床试验。
38. \_\_\_\_\_是以标准方法或常规方法作为对照组,以新方法或需要研究的方法作为试验组。这种对照方法的效率较高,在新疗法或新药物的研究时,试验组和对照组的受试者都能得到治疗。
39. \_\_\_\_\_指对照组使用的方法除了试验组的研究因素外,其他部分均与试验组相同。
40. \_\_\_\_\_指对照组使用的制剂在形状、颜色、味道方面与试验组使用的干扰药物相似,这种对照称为安慰剂对照。安慰剂对经常用于消除主观因素的干扰,包括来自于研究者和受试者的干扰。
41. \_\_\_\_\_指对照组不使用任何措施。临床试验一般不采用空白对照,因为它违反盲法原则。但在某些情况下,盲法试验无法进行,如手术等,此时使用安慰剂对照没有意义,这时可以使用空白对照。

42. \_\_\_\_\_指仅试验者知道分组情况，受试者不知道自己属于试验组还是对照组。
43. \_\_\_\_\_指试验者和受试者都不知道分组结果，试验者不知道哪个受试者被分配在哪组，受试者不知道自己被施以何种干预措施。
44. \_\_\_\_\_是用流行病学的原则、基本原理和方法，研究人群中口腔健康与口腔疾病分布的规律及其影响因素，为探讨病因及其影响因素，制定口腔健康目标和规划，选择疾病防治策略和效果评价提供依据的科学。
45. \_\_\_\_\_是描述性口腔流行病学最常用的方法。
46. \_\_\_\_\_可以提供某种或某些疾病的流行因素的线索，形成危险因子假设，然后用分析性流行病学的方法对该危险因子进行验证，借以判断该疾病可能的病因。
47. 我国进行的第二次全国口腔流行病学抽样调查是\_\_\_\_\_研究。
48. \_\_\_\_\_是将特定人群按其是否暴露于某因素分为两组，追踪观察一定时间，比较两组的发病率，以检验该因素与某疾病联系的假设。在时间上是先有“因”后有“果”，属于前瞻性研究。
49. \_\_\_\_\_是检验某因素或某疾病病因的假设。
50. 群组研究的优点是研究结果\_\_\_\_\_，可以获得不同暴露强度与疾病的关系。
51. 群组研究的缺点是对\_\_\_\_\_需要大量的人力、物力。
52. 对已知病因倒推结果，如吸烟对牙周病的影响属于\_\_\_\_\_研究。
53. 牙周病病人的病因回顾属于\_\_\_\_\_研究。
54. 病例-对照研究的优点是\_\_\_\_\_、研究对象少。
55. 病例-对照研究的缺点是\_\_\_\_\_。
56. 实验流行病学主要用于验证\_\_\_\_\_、预防措施的效果与安全性评价、新药新方法或新制剂的效果和安全性评价、成本效果评价和成本效益分析。
57. \_\_\_\_\_是口腔流行病中最常用的一种方法，就是在一个特定的时间内收集一个人群患口腔疾病的频率、流行强度、分布及流行规律的资料。是一种横断面调查。
58. 口腔健康调查的目的包括查明口腔疾病在特定时间内的发生频率和分布特征及其流行规律、了解和分析影响口腔健康的有关因素、为探讨病因，建立和验证病因假设提供依据、选择预防保健措施和评价预防保健措施的效果、\_\_\_\_\_。
59. \_\_\_\_\_项目用于调查后的统计分析。
60. \_\_\_\_\_状况项目用于统计分析和信息管理。
61. \_\_\_\_\_的诊断标准是牙的窝沟或光滑面有底部发软的病损，釉质有潜在损害或沟壁软化者。
62. \_\_\_\_\_的诊断标准是用 CPI 探针在牙根面探及软的或皮革样的损害。
63. \_\_\_\_\_的优点是节省时间、人力和经费，具有代表性。
64. 抽签属于\_\_\_\_\_抽样。
65. 随机数字属于\_\_\_\_\_抽样。
66. \_\_\_\_\_抽样是先编号，在随机抽取第一个调查对象，然后在按一定间隔随机抽样。
67. \_\_\_\_\_抽样中的随机指按照一定的方式以同等概率抽样。
68. 捷径调查是\_\_\_\_\_推荐的一种调查方法，可在短期内了解某人群的口腔健康状况，并估计在该人群开展口腔保健工作所需的人力、物力和财力。
69. 防止检查者\_\_\_\_\_的办法是疾病的诊断标准要准确、调查前认真培训，对诊断标准统一认识、调查前要做标准一致性试验。
70. 可靠度的检验，包括检查者本身可靠度检验和检查者之间可靠度检验\_\_\_\_\_统计法评估检查者之间一致性的方法。
71. \_\_\_\_\_就是把调查资料按照一定的特性或程度进行归类。

72. \_\_\_\_\_即调查对象的基本特征，包括反映一个人社会人口学特征的年龄、性别、种族、婚姻状况、居住地等的信息和反映一个人社会经济特征的受教育程度、职业、收入等 信息。属性资料也称为背景资料，可依研究目的决定需收集的信息。

73. \_\_\_\_\_即问卷的第一页，含封面信、调查对象编码和基本情况、调查日期等

74. \_\_\_\_\_是致调查对象的短信，说明组织该调查的机构、目的和意义、主要内容和对象的选择，并有保密承诺和感谢语，常放在问卷的封面，也可以单独发放。

75. \_\_\_\_\_是问卷的核心部分，通过题目可获得所需信息。

76. 问卷的核心部分，由\_\_\_\_\_、答案和编码三部分组成。

77. \_\_\_\_\_是指用于指导调查对象如何正确填写问卷，调查员如何正确完成问卷的一组陈述。根据所处位置不同，指导语又可分为卷头指导语和卷中指导语。

78. 卷头指导语常以\_\_\_\_\_的形式出现，卷中指导语一般是针对某些问题所作出的特定指示。

79. 问卷中当开始一个新的话题时，应有\_\_\_\_\_，以免被调查人感到突然，不能适应。

80. 问卷设计的原则包括\_\_\_\_\_、根据调查对象的特点设计问卷，使其容易并愿意回答、针对调查内容设计问卷、便于资料处理和分析、考虑问卷实验方式包括填写方式和回收方式。

81. \_\_\_\_\_，又称自由回答式问题，这种问题的特点是调查者事先不拟定任何具体答案，调查对象根据提问独立地给出自己的答案。

82. 口腔医学研究多以\_\_\_\_\_型问题为主。

83. \_\_\_\_\_型问题是设计者预先写出问题的答案选项，调查对象从提供的选项中选择，不能作这些选项之外的回答。

84. \_\_\_\_\_型问题：是封闭型和开放型问题的结合。常见的是在封闭型回答方式的同时，最后加上一项“其他，请说明”，并请调查对象填答具体内容。

85. \_\_\_\_\_又称是否式问句。这种问句的回答只分两种答案，即“是”或“不是”。

86. \_\_\_\_\_是对一个问题事先列出多个答案选项，让调查对象从中选择一个（多项单选式）或几个（一般是三个，称为多项多选式）最符合的答案。

87. \_\_\_\_\_即在问题之后不提供具体答案，而只提供回答的方式，要求调查对象自己列举出若干回答。

88. \_\_\_\_\_是在多项多选式问句的基础上，要求调查对象按照重要程度不同，按先后顺序列出答案。

89. \_\_\_\_\_是在所提供的多个答案中，调查对象根据自身情况可以任意选择不同数目的答案。

90. \_\_\_\_\_是设定一线段的分值范围，让调查对象按自己的情况选择一个分数。

91. \_\_\_\_\_是将同一类型的若干问题集中在一起表达的方式，它的优点是节省问卷的篇幅，也节省了调查对象阅读和填写的时间。

92. \_\_\_\_\_指的是答案包括所有可能的情况；互斥性是指答案与答案之间不能相互重叠或相互包含。

### 第三单元 龋病预防

1. 龋病发病率乳牙在\_\_\_\_\_岁上升，\_\_\_\_\_岁达高峰，恒牙\_\_\_\_\_岁易感期，岁以后根面龋上升。

2. 龋病发病率发达国家下降，农村\_\_\_\_\_城市；在发展中国家上升，城市\_\_\_\_\_农村。

3. 氟摄入量患龋率与水氟浓度呈\_\_\_\_\_相关。

4. DentocultSM 试验通过检测\_\_\_\_\_数量判断龋活性。

5. DentoculeLB 试验是观察\_\_\_\_\_在唾液的数量。

6. Cariostat 试验检测牙表面菌斑内产酸菌的\_\_\_\_\_。

7. DentobuffStrip 试验主要了解唾液的\_\_\_\_\_。

8. 刃天青纸片法是用来检测\_\_\_\_\_的数量。

9. 定量 PCR 方法通过检测\_\_\_\_\_数量判断龋活性。

10. \_\_\_\_\_致龋性最强，\_\_\_\_\_最弱。

11. 人体氟的主要来源是\_\_\_\_\_，约占人体氟来源的\_\_\_\_\_%。

12. 每公斤体重的总摄氟量在\_\_\_\_\_mg 为适宜。

13. 氟吸收是一个\_\_\_\_\_扩散过程。

14. 75%的血氟存在于\_\_\_\_\_中。

15. 氟以\_\_\_\_\_或\_\_\_\_\_的形式与骨晶体相结合。

16. \_\_\_\_\_mgF<sup>-</sup>/kg 的摄入剂量可能引起中毒症状和体征（包括致死），且应立即进行治疗性干预和住院治疗的最低剂量。

17. 当氟摄入量在每千克\_\_\_\_\_mgF<sup>-</sup>以下时，可服用一定量钙、铝、镁作为解毒剂。

18. 当摄入氟量达到或超过每千克\_\_\_\_\_mgF<sup>-</sup>，应先迅速采用急救措施，然后住院观察。

19. 当服用氟量接近或超过每千克\_\_\_\_\_mgF<sup>-</sup>，应采取紧急措施，立即将患者收入医院急诊室进行急救处理、心脏监护、抗休克疗法。

20. \_\_\_\_\_是在牙发育矿化时期机体摄入过量的氟所引起的一种特殊的釉质发育不全，是地方性慢性氟中毒的一种突出表现。

21. 氟牙症多发生在\_\_\_\_\_，\_\_\_\_\_很少见。

22. 2 岁前生活在高氟区，以后迁移至非高氟区，在恒牙氟斑牙可能表现在\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_。

23. 如果\_\_\_\_\_岁以后再迁入高氟区，则不出现氟牙症。

24. 饮水的适宜氟浓度一般应保持在\_\_\_\_\_mg/L 之内。

25. 饮水氟含量超过\_\_\_\_\_下的幼儿。

26. \_\_\_\_\_是窝沟封闭成功的关键。

27. 树脂为封闭剂主要成分，目前广泛使用的是\_\_\_\_\_。

28. 光固化封闭剂目前常用的光源为\_\_\_\_\_nm 可见光。

29. 乳磨牙在\_\_\_\_\_岁，第一恒磨牙在\_\_\_\_\_岁，第二恒磨牙在\_\_\_\_\_岁为最适宜封闭的年龄。

30. 窝沟封闭酸蚀面积一般为牙尖斜面的\_\_\_\_\_。

31. 窝沟封闭恒牙酸蚀的时间一般为\_\_\_\_\_秒，乳牙酸蚀\_\_\_\_\_秒。

## 第四单元 牙周病的预防

1. 菌斑百分率在\_\_\_\_\_%以下，可认为菌斑基本被控制。

2. 菌斑百分率\_\_\_\_\_%则已达到良好目标。

3. 牙周患者使用牙线之前,应首先进行龈上洁治和根面平整,注意易遗漏的是最后一个牙的\_\_\_\_\_。

4. 每\_\_\_\_\_个月一次洁治,可有效地维护牙周健康。

5. 牙刷刷毛软硬适度,排列平齐,一般为\_\_\_\_\_束长\_\_\_\_\_排宽,各束之间要有一定间距。

6. 牙刷刷毛顶端呈\_\_\_\_\_或\_\_\_\_\_,防止牙龈损伤。\_\_\_\_\_毛牙刷较好。

7. \_\_\_\_\_的作用是清洁与磨光作用。

8. \_\_\_\_\_的作用是保持湿润。

9. \_\_\_\_\_的作用是防止固体与液体成分分离。

10. \_\_\_\_\_的作用是防止细菌生长。

11. \_\_\_\_\_适用于掌握龈沟方法困难的儿童。

12. \_\_\_\_\_最易为年幼儿童学习。

## 第五单元 其他口腔疾病的预防

1. 口腔癌\_\_\_\_\_岁为发病的最高峰。

2. \_\_\_\_\_是最常见的口腔癌,其次是\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_。

3. 口腔癌高风险人群为\_\_\_\_\_岁以上长期吸烟、吸烟量在\_\_\_\_\_支/日以上者,既吸烟又有饮酒习惯、因烟酒刺激口腔已有白斑的患者,以及长期嚼槟榔块者。

## 第六单元 口腔健康教育与健康促进

1. 1981年WHO制定的口腔健康标准是“\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、无\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_,无出血现象。”

## 第七单元 特定人群的口腔保健

1. 妊娠期妇女口腔就诊时机4~6\_\_\_\_\_个月。

2. 婴儿期清除牙菌斑应从\_\_\_\_\_萌出开始。

3. 婴儿期首次口腔检查在第一颗乳牙萌出后\_\_\_\_\_个月内。

4. 不建议3\_\_\_\_\_岁以下的儿童使用含氟牙膏刷牙。

5. 3岁及3岁以上儿童使用儿童含氟牙膏刷牙,每次用“\_\_\_\_\_”大小的量。

## 第八单元 社区口腔卫生服务

1. 社区口腔卫生服务以\_\_\_\_\_为中心。

2. 社区口腔卫生服务以\_\_\_\_\_为对象。



3. 社区口腔卫生服务以\_\_\_\_\_为单位。
4. 社区口腔卫生服务以\_\_\_\_\_为主要内容。

## 第九单元 口腔医疗保健中的感染与控制

1. AIDS 与 HIV 感染口腔常见病损包括\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、卡波西氏肉瘤。
2. 乙型肝炎灭菌在\_\_\_\_\_℃时要\_\_\_\_\_min。
3. 结核杆菌的传播途径为\_\_\_\_\_。
4. 拔牙器械是\_\_\_\_\_度危险器械。
5. 牙周治疗是\_\_\_\_\_度危险器械。
6. 根管治疗器械是\_\_\_\_\_度危险器械。
7. 检查器械是\_\_\_\_\_度危险器械。
8. 手机是\_\_\_\_\_度危险器械。
9. 银汞输送器是\_\_\_\_\_度危险器械。
10. 检查器械，银汞输送器是\_\_\_\_\_度危险器械。
11. 调刀是\_\_\_\_\_度危险器械。
12. \_\_\_\_\_效消毒方法可杀灭一切致病性微生物的消毒方法，对芽胞也有一定的杀灭作用。
13. \_\_\_\_\_效消毒方法可杀灭和去除细菌芽孢以外的各种致病性微生物的消毒方法。
14. \_\_\_\_\_效消毒方法只能杀灭细菌繁殖体、亲脂病毒的化学消毒剂和通风散气、冲洗等机械除菌法。
15. 高度危险的物品必须选用\_\_\_\_\_方法处理。
16. 耐高温、耐湿度的物品和器材首选\_\_\_\_\_灭菌。
17. 不耐热、不耐湿，以及贵重物品可选择\_\_\_\_\_或低温蒸气甲醛气体消毒、灭菌。

## 第四篇 口腔修复医学

### 第一单元 口腔检查与修复前准备

1. 口腔专科病史包括\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、口腔外科治疗史、X线影像资料、颞下颌关节病史。
2. 颌面部检查包括\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、笑线、侧面轮廓。
3. 颞下颌关节区的检查开口度\_\_\_\_\_cm。
4. 颞下颌关节区的检查下颌最大侧方运动范围正常情况下约为\_\_\_\_\_mm。
5. 以牙松动幅度计算 I 度松动松动幅度不超过\_\_\_\_\_mm。
6. 以牙松动幅度计算 II 度松动松动幅度为\_\_\_\_\_mm。
7. 以牙松动幅度计算 III 度松动松动幅度大于\_\_\_\_\_mm。
8. 以牙松动方向计算 I 度松动仅有\_\_\_\_\_松动。
9. 以牙松动方向计算 II 度松动\_\_\_\_\_及近远中向均有松动。
10. 以牙松动方向计算 III 度松动\_\_\_\_\_及近远中向松动，并伴有垂直向松动。
11. 牙合) 关系检查包括\_\_\_\_\_。
12. 一般拔牙\_\_\_\_\_后可进行可摘局部义齿。
13. 拔牙\_\_\_\_\_后行固定义齿修复和全口义齿修复。
14. 为缩短无牙期，过渡性全口义齿和可摘局部义齿的修复治疗可提前到拔牙\_\_\_\_\_周后进行，待牙槽嵴吸收稳定后行义齿重衬或重新制作。
15. 进行无牙颌口腔专项检查时，舌的检查，包括舌的\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_时的位置，以及功能活动的情况。
16. 进行无牙颌口腔专项检查时要检查\_\_\_\_\_分泌量及黏稠度。
17. 进行无牙颌口腔专项检查时要检查上下颌牙槽嵴的\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_。
18. 进行无牙颌口腔专项检查时对口腔黏膜进行检查，要检查\_\_\_\_\_是否正常，有无\_\_\_\_\_、溃疡及\_\_\_\_\_。
19. 进行 X 线根尖片检查时，了解\_\_\_\_\_的数目、形态及长度，有无\_\_\_\_\_、根管充填。
20. 进行曲面体层 X 线片检查时，对确定\_\_\_\_\_内是否有残根存留，有无\_\_\_\_\_埋伏阻生很有帮助。
21. 进行颞下颌关节 X 线侧位片检查时，可了解\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_的外形以及髁突与\_\_\_\_\_的位置关系。
22. 进行头颅定位片检查时，可用以分析\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、颌、\_\_\_\_\_的形态、位置及其相互间的变化关系。
23. \_\_\_\_\_检查可以弥补口腔一般检查之不足。
24. 拔松动牙的条件是牙槽骨吸收达到根\_\_\_\_\_以上，牙松动达\_\_\_\_\_度。
25. 拔残根的条件是残根破坏较大，缺损达\_\_\_\_\_，\_\_\_\_\_病变范围较广泛，治疗效果不佳者。
26. 如果根分叉受累严重，则需另外采取\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_或\_\_\_\_\_，尽可能将患牙保留。
27. 在对牙槽骨进行处理时，要消除有碍的骨突，一般在拔牙后\_\_\_\_\_个月左右修整较好。

28. 在对牙槽骨进行处理时, 进行骨性隆突修整术包括\_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_。
29. 在对牙槽骨进行处理时, 进行前庭沟加深术包括增加\_\_\_\_\_的相对高度; 增加\_\_\_\_\_基托的伸展范围; 扩大\_\_\_\_\_接触面积。
30. 牙少量移动的矫治技术简称\_\_\_\_\_。

## 第二单元 牙体缺损

1. 牙体缺损的病因包括\_\_\_\_\_ ; 牙外伤; \_\_\_\_\_ ; 楔状缺损; \_\_\_\_\_ ; 发育畸形。
2. 牙体缺损的影响包括牙本质敏感; \_\_\_\_\_ 症状; 牙周症状; \_\_\_\_\_ 症状; 其他不良影响。
3. 牙体缺损发育畸形包括\_\_\_\_\_、氟牙症(斑釉牙)、\_\_\_\_\_、锥形牙、四环素牙。
4. 牙体轴面形态突度\_\_\_\_\_的影响是缺少食物刺激使牙龈萎缩。
5. 牙体轴面形态突度\_\_\_\_\_的影响是食物直接冲压在龈隙沟内, 引起过强刺激和牙龈附着的破坏, 导致牙龈炎。
6. 牙体邻接关系\_\_\_\_\_的影响是与邻牙接触过紧可导致牙周膜损伤, 引起疼痛, 细牙线不能通过。
7. 牙体邻接关系\_\_\_\_\_的影响是则可引起食物嵌塞, 细牙线无阻力通过。
8. 根据固位原理, 修复体固位力时, 摩擦力与密合度成\_\_\_\_\_比。
9. 根据固位原理, 修复体固位力时, 摩擦力与接触面积成\_\_\_\_\_比。
10. 修复体龈边缘外形为刃状时, 优点是保存牙体组织\_\_\_\_\_, 适应症是偶尔用于\_\_\_\_\_。
11. 修复体龈边缘外形是斜面时, 优点是防止产生\_\_\_\_\_, 缺点是限于\_\_\_\_\_材料, 适应症是\_\_\_\_\_。
12. 修复体龈边缘外形是凹槽时, 优点是边缘清晰, 厚度合适, \_\_\_\_\_, 适应症是\_\_\_\_\_。
13. 修复体龈边缘外形是深凹槽时, 优点是边缘清晰, 强度较\_\_\_\_\_, 适应症是\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_。
14. 修复体龈边缘外形是肩台时, 优点是边缘强度\_\_\_\_\_, 适应症是\_\_\_\_\_。
15. 修复体龈边缘外形是带斜坡肩台时, 优点是足够的\_\_\_\_\_, 并消除\_\_\_\_\_, 适应症是后牙金瓷冠颊面, 位于\_\_\_\_\_。
16. 金瓷结合机制中, \_\_\_\_\_是金瓷结合中最主要、最关键的结合机制。
17. 金瓷结合机制中, 压缩结合中, 烤瓷合金热膨胀系数\_\_\_\_\_瓷的热膨胀系数。
18. 金属嵌体的牙体预备的基本要求是所有轴壁应彼此平行或微向面外展\_\_\_\_\_。
19. 金属嵌体的牙体预备的基本要求中, 洞深深度应大于\_\_\_\_\_mm。
20. 前牙 3/4 冠的牙体预备中, 切斜面预备近、远中方向形成平面, 与牙轴呈\_\_\_\_\_角。
21. 前牙 3/4 冠的牙体预备中, 邻沟预备中, 与牙冠唇面切\_\_\_\_\_平行, 位于邻面唇\_\_\_\_\_与中\_\_\_\_\_交界处。
22. 前牙 3/4 冠的牙体预备中, 切沟预备要求是在斜面舌\_\_\_\_\_处做一顶角为 90° 的沟; 沟的唇侧壁高度是舌侧壁的\_\_\_\_\_倍。
23. 后牙 3/4 冠(牙合)沟预备要先沿中央沟磨除宽深约\_\_\_\_\_mm×\_\_\_\_\_mm 的 V 沟。
24. 后牙 3/4 冠邻沟预备在邻面颊侧\_\_\_\_\_与中\_\_\_\_\_交界处, 与\_\_\_\_\_平行。
25. 后牙 3/4 冠邻沟预备要求沟深与宽度均应大于\_\_\_\_\_mm, 各壁应\_\_\_\_\_。
26. 铸造金属全冠的龈缘设计老年患牙, 应在\_\_\_\_\_设计。

27. 铸造全冠的牙体预备中，（牙合）面预备中，为铸造金属全冠提供验面间隙，一般为\_\_\_\_\_mm。
28. 铸造全冠的牙体预备，在颊舌面预备中，消除倒凹，一般均匀磨除 1mm，轴壁正常聚合度一般为\_\_\_\_\_。
29. 铸造全冠的牙体预备，在颈部肩台预备中，颈部肩台非贵金属\_\_\_\_\_mm 宽。
30. 铸造全冠的牙体预备，在颈部肩台预备中，颈部肩台贵金属\_\_\_\_\_mm 宽。
31. 烤瓷熔附金属全冠的牙体预备中，在对前牙的处理中，切缘的要求是均匀磨除\_\_\_\_\_mm
32. 烤瓷熔附金属全冠的牙体预备，在对前牙的处理中，唇面的要求是均匀磨除\_\_\_\_\_mm。
33. 烤瓷熔附金属全冠的牙体预备，在对后牙的处理中，肩台宽度一般为\_\_\_\_\_mm。
34. 纤维桩的缺点是患牙必须有足够\_\_\_\_\_，否则容易折断或脱落。
35. 全金属桩冠一般用于\_\_\_\_\_者。
36. 金瓷桩冠一般用于\_\_\_\_\_者。
37. 铸造金属背桩冠一般用于咬合紧的\_\_\_\_\_修复。
38. 桩核冠的残冠预备中，牙本质肩领高度大于\_\_\_\_\_mm，宽\_\_\_\_\_mm。
39. 暂时冠的作用包括保护\_\_\_\_\_；保护\_\_\_\_\_；维持修复间隙；恢复功能；\_\_\_\_\_。
40. \_\_\_\_\_临床最常用，尺寸稳定性差，吸水易膨胀。
41. \_\_\_\_\_最理想，体积稳定性好，弹性和可塑性佳，贮存期长。
42. 托盘的分类有\_\_\_\_\_、塑料托盘、\_\_\_\_\_。
43. 托盘选择的要求是托盘内面与组织面之间有\_\_\_\_\_mm 间隙；托盘边缘止于黏膜皱襞\_\_\_\_\_mm。
44. 模型灌注方法分类有\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、分段灌注法。
45. 修复体戴入后出现过敏性疼痛一段时间之后出现\_\_\_\_\_，应拆冠，治疗后重新修复。
46. 修复体戴入后出现过敏性疼痛一段时间之后出现牙龈退缩，应进行\_\_\_\_\_治疗。
47. 修复体戴入后出现过敏性疼痛一段时间之后\_\_\_\_\_脱落或溶解，最好拆除重新修复。
48. 食物嵌塞的原因包括无接触或\_\_\_\_\_；（牙合）外展隙过大，龈外展隙过于敞开；面形态不良，边缘嵴过锐，颊舌沟不明显，\_\_\_\_\_；（牙合）平面与邻牙不一致；修复体有悬突或\_\_\_\_\_；对颌牙有充填式牙尖。
49. 龈缘炎的原因包括\_\_\_\_\_；冠边缘过长，边缘不密合、抛光不良、悬突；\_\_\_\_\_时对牙龈损伤；嵌塞食物压迫；倾斜牙、\_\_\_\_\_修复体未能恢复正常排列和外形。
50. 修复体松动脱落的原因包括\_\_\_\_\_；\_\_\_\_\_过大；粘固失败。
51. 修复体损坏的原因包括\_\_\_\_\_；\_\_\_\_\_因素；\_\_\_\_\_因素；（牙合）力过大；调（牙合）磨改过多；磨耗过多，咀嚼硬物、磨牙症等。

### 第三单元 牙列缺损

1. 牙列缺损的影响包括\_\_\_\_\_功能减退；\_\_\_\_\_功能障碍；对\_\_\_\_\_的影响；颞下颌关节病变；美观的影响。
2. 牙列缺损可以用\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_和种植义齿三种方法修复。
3. 半固定桥桥体一端的固位体为\_\_\_\_\_连接，另一端的固位体为\_\_\_\_\_连接。
4. 单端固定桥又称悬臂固定桥，固定桥粘固在一端基牙上，桥体受力时由该端基牙承受，桥体另一端与\_\_\_\_\_或\_\_\_\_\_。
5. 固定桥修复的适宜年龄一般为\_\_\_\_\_岁。

6. 牙冠形态异常：能达到\_\_\_\_\_的固位力要求，可选作基牙。
7. 临床冠根比例以\_\_\_\_\_至\_\_\_\_\_较为理想；\_\_\_\_\_是选择基牙的最低限度。
8. 牙槽骨的吸收超过根长的\_\_\_\_\_，就不宜选作基牙。
9. 对倾斜的基牙，可能须先经过\_\_\_\_\_摘除，\_\_\_\_\_治疗后，方可作为基牙。
10. 缺失牙两侧的邻牙因某一侧无对颌牙，引起伸长，干扰正常的咀嚼运动，必须先行\_\_\_\_\_的咬合调整，去除\_\_\_\_\_时的干扰，使其恢复正常关系后，方可选作基牙。
11. 牙周膜面积的总和应\_\_\_\_\_或\_\_\_\_\_缺失牙牙周膜面积的总和。
12. 桥基（牙合）力比值总和的\_\_\_\_\_，应等于或大于固定桥各基牙及缺失（牙合）力比值的总和。
13. 牙周储备力大小排序中上颌为：\_\_\_\_\_。
14. 牙周储备力大小排序中下颌排序为\_\_\_\_\_。
15. 固位体应具备条件包括固位形和\_\_\_\_\_；\_\_\_\_\_；材料生物相容性良好；保护牙体组织；保护\_\_\_\_\_活力；固位体边缘密合度；恢复基牙的正常解剖形态、生理功能及美观需求。
16. 全冠固位体的固位力与基牙轴面内聚的角度呈负相关，内聚角度不宜超过\_\_\_\_\_。
17. 3/4冠为固定桥固位体时，为防止3/4冠固位体舌向旋转脱位，应使邻面沟在片切面内尽量延长和有足够深度，沟的\_\_\_\_\_要清晰。
18. 基牙两端的固位体固位力应基本\_\_\_\_\_。
19. 桥体跨度越长，越弯曲，（牙合）力越大者，要求固位体的固位力越\_\_\_\_\_。
20. 要时需增加\_\_\_\_\_数目来提高固位力。
21. 固位体之间的共同就位道要求所有基牙的轴壁应相互平行，与\_\_\_\_\_的就位道方向一致，以取得各固位体的共同就位道。
22. 桥体应具备的条件有恢复\_\_\_\_\_功能；\_\_\_\_\_作用；桥体应符合美观和舒适的要求；减轻（牙合）力；材料性能。
23. 金属桥体的缺点是不美观，不适合\_\_\_\_\_。
24. 塑料桥体由于材料硬度低，易磨损，化学性能不稳定，易老化变色，对黏膜刺激性大，故仅用于制作\_\_\_\_\_。
25. 盖嵴式桥体适用于\_\_\_\_\_吸收较多者。
26. \_\_\_\_\_桥体龈端骑跨在牙槽嵴顶上，与牙槽嵴接触面积大，自洁作用差。
27. \_\_\_\_\_式桥体外形近似天然牙，美观，舒适，自洁作用好。是一种应用较多的较理想的桥体形式。
28. 鞍式桥体龈端骑跨在牙槽嵴顶上，与牙槽嵴接触面积大，自洁作用\_\_\_\_\_。
29. \_\_\_\_\_式桥体外形近似天然牙，美观，舒适，自洁作用好。是一种应用较多的较理想的桥体形式。
30. \_\_\_\_\_式桥体接触面积最小，容易清洁，只用于下颌牙槽嵴狭窄的病例。
31. 悬空式桥体至少\_\_\_\_\_mm以上的间隙。
32. 相同条件下，桥体厚度减半，挠曲变量是原来的\_\_\_\_\_倍。
33. 相同条件下，桥体长度增加一倍，挠曲变量是原来的\_\_\_\_\_倍。
34. 固定连接体接近切端或（牙合）面\_\_\_\_\_的部位，其截面积不应小于\_\_\_\_\_mm<sup>2</sup>。
35. 作为固定桥的固位体，各基牙预备体之间必须有\_\_\_\_\_。
36. 早接触，会使基牙受力过大，产生\_\_\_\_\_，一般经调改去除早接触点，疼痛可消失。
37. 出现牙髓炎时，由于牙体制备量大，马上出现牙髓炎，需拆除固定桥，待\_\_\_\_\_治疗后再重作修复。

38. 基牙受力过大的原因是\_\_\_\_\_。
39. 固位体固位力不够时，应\_\_\_\_\_。
40. 当出现牙体固位形差时，一般都需\_\_\_\_\_，重新制备。
41. 固位体与基牙不密合时，需\_\_\_\_\_，重新制作。
42. 义齿基牙松动度不超过Ⅱ度，牙槽骨吸收不超过根长的\_\_\_\_\_。
43. \_\_\_\_\_义齿缺点是体积较大，覆盖组织多，异物感明显，舒适性差，不易自洁，且强度差，易损坏。
44. \_\_\_\_\_义齿优点是体积小，覆盖组织少，感觉舒适，易自洁，且强度高，不易损坏。
45. \_\_\_\_\_义齿的支持、固位和稳定均好，修复效果最佳。
46. \_\_\_\_\_义齿适用于多数牙缺失，余留牙松动。
47. \_\_\_\_\_义齿黏膜支持式义齿的支持作用差，修复效果不佳。
48. \_\_\_\_\_式义齿，适用于缺失牙数目多，缺隙长，尤其是有游离端缺失者。
49. \_\_\_\_\_式义齿易出现义齿的翘动等不稳定现象，末端基牙易受扭力。
50. 双侧缺隙位于余留牙的远中，即\_\_\_\_\_。
51. 单侧缺隙位于一侧余留牙的远中，即\_\_\_\_\_。
52. 缺隙位于牙弓一侧，缺隙前后均有余留牙，即\_\_\_\_\_。
53. 支点线斜割牙弓，即\_\_\_\_\_。
54. 支点线横割牙弓，即\_\_\_\_\_。
55. 支点线在牙弓的一侧，成前后方向，即\_\_\_\_\_。
56. 支点线呈多边形，即\_\_\_\_\_。
57. 模型观测器主要由\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_工具三个部分组成。
58. 观测线又称为\_\_\_\_\_，是模型观测器的描记铅芯沿牙冠轴面及硬软组织最突点画出的连线。
59. \_\_\_\_\_：就是使缺隙两端基牙的倒凹适当地集中在一端基牙，产生有利的倒凹。
60. \_\_\_\_\_牙优点为与树脂基托为化学性连接，不易脱落，质轻，有韧性，可磨改。
61. 树脂牙缺点为普通树脂牙硬度较差，易磨损，但\_\_\_\_\_树脂牙耐磨性好。
62. 解剖式牙牙尖斜度为 $33^\circ$ 或\_\_\_\_\_。
63. \_\_\_\_\_牙缺点为侧向（牙合）力大。
64. 半解剖式牙牙尖斜度约\_\_\_\_\_。
65. \_\_\_\_\_牙缺点为咀嚼效率较弱。
66. 非解剖式牙牙尖斜度为\_\_\_\_\_。
67. \_\_\_\_\_牙缺点为咀嚼效率较低
68. \_\_\_\_\_承担、传递和分散人工牙承受的（牙合）力。
69. 基托分为\_\_\_\_\_基托；\_\_\_\_\_基托；金属网加强\_\_\_\_\_基托。
70. 塑料基托一般厚约\_\_\_\_\_mm。
71. 铸造金属基托的厚度约\_\_\_\_\_mm。
72. 下颌远中游离端基托后缘应覆盖磨牙后垫的\_\_\_\_\_。
73. 固位体的功能：\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_作用。
74. \_\_\_\_\_多用于牙冠外形好，无明显倾斜的基牙。
75. \_\_\_\_\_卡环多用于远中孤立的磨牙上，上颌磨牙向近中颊侧倾斜、下颌磨牙向近中舌侧倾斜者。防止基牙进一步倾斜移位作用。
76. \_\_\_\_\_卡环起应力中断的作用。
77. \_\_\_\_\_卡环还可用于防止食物嵌塞。

78. \_\_\_\_\_卡环优点是弹性好，与基牙的接触面积小，推型固位作用强，对基牙的损伤小，美观，基牙可保持生理运动。
79. RPI 卡环组缺点：加大了\_\_\_\_\_。
80. 口腔前庭的\_\_\_\_\_时或基牙下存在\_\_\_\_\_时不宜使用 RPI 卡环组。
81. I 型观测线的位置在为基牙\_\_\_\_\_方向倾斜时所画出的观测线。
82. I 型观测线\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_作用好。
83. II 型观测线位置为基牙向\_\_\_\_\_方向倾斜时所画出的观测线。
84. II 型观测线有一定的\_\_\_\_\_作用，但由于无卡环体，\_\_\_\_\_作用稍差。
85. \_\_\_\_\_观测线为基牙的远、近缺隙侧均有明显的倒凹或基牙向颊舌侧倾斜时所形成的观测线。
86. III 型观测线\_\_\_\_\_，\_\_\_\_\_作用较好，不如 I 型，\_\_\_\_\_作用较差。
87. 前腭杆位于腭隆突之前，腭皱襞之后，离开龈缘至少\_\_\_\_\_mm。
88. 侧腭杆位于上颌区的两侧，离开龈缘应有\_\_\_\_\_mm。
89. 舌杆一般厚\_\_\_\_\_mm，距牙龈缘\_\_\_\_\_mm。
90. \_\_\_\_\_需放在牙齿的邻间内的小连接体光滑表面，较细，但要有足够的强度和硬度以便传导、分散（牙合）力。
91. \_\_\_\_\_功能是义齿修复的主要目的。
92. 齿应有良好的\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_作用。
93. 抵抗脱位的力称固位力，主要由\_\_\_\_\_提供。
94. 固位力由\_\_\_\_\_组成。
95. 制锁角越大，则固位力越\_\_\_\_\_。
96. 局部义齿翘起时，应，放置\_\_\_\_\_如支托、隙卡，或者延长\_\_\_\_\_。
97. 局部义齿摆动时，应加大\_\_\_\_\_的面积，减小\_\_\_\_\_斜度。
98. 根据临床缺失情况，Kennedy 第一类缺失有两种设计，一为\_\_\_\_\_义齿，一为\_\_\_\_\_义齿。
99. Kennedy 第一类缺失基牙固位体常规采用双侧近缺隙基牙的\_\_\_\_\_设计。
100. Kennedy 第一类缺失连接体设计一般用\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_或基托将两侧义齿部件相连。
101. Kennedy 第三类常规选用双侧近缺隙基牙设置固位卡环，通常采用圆环形卡环。直接固位体数目不宜超过\_\_\_\_\_个。
102. Kennedy 第二类牙弓一侧多个牙缺失时，在牙弓对侧设置\_\_\_\_\_。
103. \_\_\_\_\_牙列缺损为牙弓前部牙跨中线连续缺失。
104. Kennedy 第四类常选择双侧前磨牙设置\_\_\_\_\_卡环，卡环可以是弯制的，也可以是铸造的。
105. 磨除过高牙尖、陡斜面 and 锐利边缘嵴，以\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_。
106. （牙合）支托凹宽度为磨牙（牙合）面颊舌径的\_\_\_\_\_，前磨牙的\_\_\_\_\_。
107. （牙合）支托凹近远中长度为磨牙（牙合）面近远中径的\_\_\_\_\_，前磨牙的\_\_\_\_\_。
108. （牙合）支托凹底面与牙长轴的角度小于\_\_\_\_\_。
109. （牙合）支托凹底面最深处位于边缘嵴内侧，其深度为\_\_\_\_\_mm。
110. 舌隆突支托凹位于尖牙舌隆突上，在舌面颈\_\_\_\_\_和中\_\_\_\_\_交界处，呈\_\_\_\_\_字形。
111. 切支托凹位于下颌尖牙近中切嵴或下颌切牙的切端，宽约\_\_\_\_\_mm，深\_\_\_\_\_mm，呈浅凹形。

112. 隙卡沟铸造间隙卡环和联合卡环的隙卡沟深度和宽度为\_\_\_\_\_mm。
113. 解剖式印模是在承托义齿的\_\_\_\_\_处于静止状态时所取得的印模。
114. 解剖式印模通常采用的是\_\_\_\_\_次印模技术。
115. \_\_\_\_\_印模是在取得牙列的解剖外形的同时，取得缺牙区黏膜在功能性压力作用下外形的印模，又称压力印模。
116. 功能性印模采用的是二临床上最常使用的是\_\_\_\_\_印模材料。
117. \_\_\_\_\_包括主动整塑被动修整。
118. \_\_\_\_\_颌印模时，患者的下颌与医师的上臂中份大致相平，张口时下颌牙弓的（牙合）面水平。
119. \_\_\_\_\_颌印模时，其上颌与医师的肘部相平或者稍高，张口时上颌牙弓的（牙合）平面水平，应特别注意避免印模材料向后流动刺激软腭导致恶心、呕吐。
120. 取印模时，托盘与牙弓内外侧应有\_\_\_\_\_mm的间隙。
121. 取印模时，上颌托盘的远中边缘应盖过\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_，下颌托盘后缘应盖过\_\_\_\_\_区。
122. 在模型上利用\_\_\_\_\_直接确定上下颌模型的关系适用于缺牙不多。
123. 用\_\_\_\_\_确定上下颌关系适用于口内缺牙少，但余留牙磨损等导致垂直距离降低，需通过义齿修复来恢复正常垂直距离。
124. 用\_\_\_\_\_上下颌关系用于存在单侧或双侧游离端缺隙，或较长的非游离缺隙。
125. 根据\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_选择相应大小的人工牙。
126. 如缺后牙，最好选用\_\_\_\_\_牙，便于调（牙合），便于与对（牙合）天然牙相吻合。
127. （牙合）龈距小，（牙合）力大者，可用\_\_\_\_\_牙。
128. 对颌牙排列不齐，无法排列瓷牙或塑料牙时，可\_\_\_\_\_牙，填胶时换成\_\_\_\_\_牙。
129. 排列前牙前牙主要功能为\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、恢复面容美观。
130. 人工牙不能按正常位置和数目排列在缺隙中，可将人工牙作不同程度的\_\_\_\_\_、倾斜或与邻牙重叠，或将人工牙减径或\_\_\_\_\_排列。
131. 若缺隙过宽，此种情况多是原天然牙间有间隙，这时人工牙可\_\_\_\_\_于对侧天然牙，或人工牙的近远中向倾斜度，或使牙齿间仍保留原来的小间隙。
132. 可摘局部义齿的后牙排列以恢复\_\_\_\_\_功能为主。
133. \_\_\_\_\_牙缺失时应按全口义齿排牙原则进行排牙。
134. 上颌第一前磨牙牙冠颊面的长短，应参考\_\_\_\_\_的长短。
135. 检查排牙是否合适，包括排牙的\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、颜色是否与邻近天然牙协调。
136. 局部义齿的初戴入时，如遇有阻碍不易就位时，\_\_\_\_\_强行戴入。
137. 局部义齿的初戴时，遇到有前后牙缺失的义齿，可先使\_\_\_\_\_就位或半就位，然后再使\_\_\_\_\_就位。
138. 可摘局部义齿的初戴时，后牙缺失的义齿可按设计的就位道，\_\_\_\_\_或\_\_\_\_\_向就位，或一侧先就位，再使另一侧就位，或使左右侧同时就位。
139. 铸造支架式义齿完成后，就位困难和发生翘动的原因有，\_\_\_\_\_；\_\_\_\_\_。
140. 义齿初戴时，\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_应做到支托与支托凹密合，\_\_\_\_\_与牙面密合，卡环臂尖在倒凹区，卡环体在非倒凹区，支托、卡环体不影响咬合。
141. 义齿初戴时，\_\_\_\_\_与黏膜组织密贴，边缘伸展适度，平稳无翘动、无压痛。
142. 连接杆与黏膜接触的紧密程度如两者之间有较大的间隙，可能造成食物嵌塞，



- 滞留引起不适；如接触过紧，则压迫\_\_\_\_\_产生压痛。
143. 初戴义齿时，经耐心练习，\_\_\_\_\_周后即可改善。
144. 夜间\_\_\_\_\_戴义齿。
145. 修复体戴入后，患者戴与不戴都有疼痛的可能原因时有\_\_\_\_\_疾病。
146. 修复体戴入后，患者戴与不戴都有疼痛的处理是\_\_\_\_\_治疗。
147. 修复体戴入后，患者基牙胀痛，义齿不戴后就能缓解或消失的可能原因是\_\_\_\_\_、  
\_\_\_\_\_与基牙接触过紧。
148. 修复体戴入后，患者基牙胀痛，义齿不戴后就能缓解或消失的的处理需要放松  
\_\_\_\_\_，调改\_\_\_\_\_。
149. 修复体戴入后，患者咬合时疼痛的可能原因是\_\_\_\_\_或\_\_\_\_\_。
150. 修复体戴入后，患者咬合时疼痛的处理是需要调（牙合）或\_\_\_\_\_。
151. 修复体戴入后，患者基牙或对颌牙出现酸痛的可能原因是\_\_\_\_\_的磨除过多。
152. 修复体戴入后，患者基牙或对颌牙出现酸痛的处理是\_\_\_\_\_治疗。
153. 患者黏膜红肿，甚至有溃疡面时，可能原因是\_\_\_\_\_边缘过长、过锐，基托组  
织面有小瘤。
154. 患者黏膜红肿，甚至有溃疡面时，处理时\_\_\_\_\_进行修改，疼痛即可消除。
155. 患者在摘戴义齿过程中擦伤黏膜组织或义齿在受力时造成疼痛时，可能原因是  
\_\_\_\_\_部位有骨尖或\_\_\_\_\_、骨嵴，形成组织倒凹，覆盖黏膜较薄。
156. 患者在摘戴义齿过程中擦伤黏膜组织或义齿在受力时造成疼痛时，处理是应查清  
疼痛部位，在\_\_\_\_\_进行缓冲处理。
157. 患者大范围的弥漫性疼痛，黏膜红肿、压痛明显时，可能原因是\_\_\_\_\_较多、  
\_\_\_\_\_少或采用不锈钢丝胎支托；人工牙面过宽或排在牙槽嵴顶颊侧。
158. 患者大范围的弥漫性疼痛，黏膜红肿、压痛明显时，处理是可扩大\_\_\_\_\_面积，  
增加间接固位体或（牙合）支托数目，选磨解除。
159. 义齿咀嚼功能差的处理方法是需加高咬合，加大\_\_\_\_\_，改变（牙合）面形  
态；在（牙合）面增加食物排溢道；增加\_\_\_\_\_斜度。
160. 义齿摘戴困难的处理方法是需调改卡环，磨改\_\_\_\_\_，教会患者如何摘戴义齿。
161. 食物嵌塞的原因是\_\_\_\_\_之间出现嵌塞和滞留食物，原有基托与组织不密贴，  
\_\_\_\_\_不贴合，基托与天然牙之间有间隙，均可造成食物嵌塞。
162. 食物嵌塞的处理方法是尽量减小不利倒凹，\_\_\_\_\_间隙
163. 咬颊黏膜、咬舌的处理方法是应加大\_\_\_\_\_覆盖，调磨\_\_\_\_\_的牙尖，加厚  
基托推开颊肌。
164. 戴上颌可摘局部义齿后，恶心和唾液增多的处理方法是应磨改基托或进行  
\_\_\_\_\_解决。
165. 戴义齿后咀嚼肌和颞下颌关节不适处理方法是可通过加高或降低\_\_\_\_\_距离和  
调（牙合）来解决。
166. 可摘局部义齿若有多次折断，塑料老化，义齿基托翘动等情况，则需\_\_\_\_\_义  
齿。
167. 基托折裂、折断的原因是\_\_\_\_\_过薄或有气泡，应力集中区未做加强处理或加  
强不当；基托与\_\_\_\_\_不密合，都可造成基托折断；咬合不好，咀嚼硬食物；不慎将义齿坠  
地等。
168. 卡环、支托折断的原因有\_\_\_\_\_、支托折断通常由于支托凹及隙卡沟预备不够；  
弯制时损伤\_\_\_\_\_；卡环、支托经过磨改过细、过薄而折断。
169. 人工牙折断、脱落或增添的修理是先磨除\_\_\_\_\_及舌侧基托。

170. 种植义齿主要由\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、螺丝和修复体组成。。
171. 种植体又称植入体，系植入骨组织内替代\_\_\_\_\_的部分。
172. 基台是指连接于植入体上方穿过\_\_\_\_\_的结构。
173. 良好的\_\_\_\_\_与自然逼真的\_\_\_\_\_是种植义齿修复的目标。
174. 种植体周围龈沟深度应小于\_\_\_\_\_mm。
175. 种植体周围的骨组织在种植体植入1年以后的年均吸收率应小于\_\_\_\_\_mm。

## 第四单元 牙列缺失

1. 牙列缺失影响患者的咀嚼功能，增加\_\_\_\_\_系统负担。。
2. 牙列缺失还会造成患者面容改变，出现面下\_\_\_\_\_高度变短、软组织塌陷、皱纹加深、口角下垂等面容苍老的变化。。
3. 牙列缺失还会影响患者的发音功能，特别是唇、\_\_\_\_\_音。
4. 牙列缺失随着时间的推移，可继而引起\_\_\_\_\_、口腔黏膜、\_\_\_\_\_关节、咀嚼肌及神经系统的退行性或病理性改变。
5. 牙齿缺失后，剩余牙槽嵴的吸收是一个\_\_\_\_\_进行性和\_\_\_\_\_的过程，将持续终生。。
6. 牙槽嵴骨组织改建的程度在拔牙后前3个月内变化最大，\_\_\_\_\_时拔牙窝完全愈合，。
7. 上颌牙牙槽嵴吸收的方向为\_\_\_\_\_。
8. 下颌牙牙槽嵴吸收的方向为\_\_\_\_\_。
9. 由于下颌牙槽嵴承托（牙合）力的区域面积仅约为上颌的\_\_\_\_\_，下颌牙槽嵴的平均吸收速度是上颌的\_\_\_\_\_倍。。
10. 咀嚼黏膜上皮变薄，失去角化层，弹性差，黏膜下层疏松，转化为\_\_\_\_\_黏膜，而且敏感性增强，易感疼痛，易受损伤。
11. 随着牙槽嵴高度降低，前庭沟及口底深度变\_\_\_\_\_，口腔内空间\_\_\_\_\_，舌体失去牙和牙槽嵴的限制而变得\_\_\_\_\_。
12. 唇颊部组织失去支持而向内凹陷，丰满度差，鼻唇沟\_\_\_\_\_，面部皱纹增多。面部下部1/3距离\_\_\_\_\_，口角下垂，面容苍老。
13. 上颌全口义齿的后缘应在腭小凹后\_\_\_\_\_mm处。
14. 颊棚区能够承受较大的咀嚼压力。由于其表面骨皮质\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_，且与咬合力方向垂直。
15. 基托后缘盖过磨牙后垫\_\_\_\_\_或\_\_\_\_\_，第一磨牙的（牙合）面应与磨牙后垫的1/2等高。
16. 无牙颌主承托区在\_\_\_\_\_的区域。
17. 无牙颌副承托区在上下颌牙槽嵴的\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_。
18. 无牙颌封闭区在义齿边缘接触的软组织部分，如\_\_\_\_\_、系带附着部、\_\_\_\_\_和下颌磨牙后垫。
19. 无牙颌缓冲区上颌隆突、\_\_\_\_\_、上颌结节的颊侧、\_\_\_\_\_、下颌隆突、下颌舌骨嵴以及牙槽嵴上的骨尖、骨棱等。
20. 基托覆盖下的组织区域称为\_\_\_\_\_，义齿在功能时承受的负荷通过组织面传递至支持组织。

- 
21. \_\_\_\_\_是上下颌牙齿咬合接触的面。
22. 咬合时，咀嚼肌所产生的咬合力量通过人工牙（牙合）面传递到\_\_\_\_\_所接触的口腔支持组织上。
23. \_\_\_\_\_是义齿与唇、颊、舌侧软组织和肌肉接触的表面。
24. 磨光面的外形是由不同的斜面构成的，磨光面的倾斜度、义齿周围边缘的宽度和人工牙颊舌位置正常时，舌和颊侧组织有帮助\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_的作用。
25. \_\_\_\_\_是指义齿抵抗垂直向脱位的能力，即抵抗重力、黏性食物和开闭口运动时使义齿脱落的作用力一脱位力而不脱位。
26. 单颌全口义齿是指修复单侧（上颌或下颌）牙列缺失的全口义齿，其对（牙合）可能为完整的天然牙列，也可能为采用\_\_\_\_\_或可摘局部义齿修复的\_\_\_\_\_。
27. 天然牙通过单颌全口义齿作用于无牙颌牙槽嵴的（牙合）力较大，容易导致\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_的过度骨吸收。
28. 单颌全口义齿依靠基托吸附力和大气压力固位，而其对（牙合）的天然牙由牙周膜固定在\_\_\_\_\_内，如此相差悬殊的固位条件使得单颌全口义齿更容易脱位。
29. 为了使单颌全口义齿尽可能达到平衡（牙合），在排牙时应注意减小\_\_\_\_\_，以利用获得\_\_\_\_\_平衡。
30. 后牙尽量排在\_\_\_\_\_上，必要时可排反。
31. 由于单颌全口义齿存在受（牙合）力较大，义齿制作时应采用\_\_\_\_\_基托，或在\_\_\_\_\_基托中增加金属网来增加基托的抗折强度。
32. 颌面部检查包括面部正面形态特征属于\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_还是尖圆型，侧面面型是直面型、凸面型还是凹面型。
33. 颌弓的形态通常与面型一致，分为\_\_\_\_\_、卵圆形和\_\_\_\_\_三种。
34. 上、下颌颌弓的前后位置关系正常，形状和大小大致相同时，侧面观上下颌弓的唇面基本在\_\_\_\_\_平面上，或上颌弓位于下颌弓的\_\_\_\_\_。
35. 上、下颌颌弓的前后位置关系正常，形状和大小大致相同时，又称为\_\_\_\_\_类关系，即中性颌关系。
36. 上颌弓位于下颌弓的前方和侧方，上颌弓大，下颌弓小。又称为\_\_\_\_\_类关系，即远中颌关系。
37. 下颌弓位于上颌弓的前方和侧方，上颌弓小，下颌弓大。又称为\_\_\_\_\_类关系，即近中颌关系。
38. 上下颌弓的垂直位置关系通常用\_\_\_\_\_距离表示，即正中颌位时上下牙槽嵴之间的距离。
39. 舌的运动会对义齿产生较大的\_\_\_\_\_力和\_\_\_\_\_力，使\_\_\_\_\_齿不稳定。
40. 在正常情况下，舌的前缘通常位于\_\_\_\_\_牙的舌面或\_\_\_\_\_处，使口底组织与义齿舌侧边缘之间形成良好的边缘封闭。
41. 大量唾液聚集，不利于义齿前部舌侧的边缘封闭，而舌后缩同时导致舌后部向两侧挤压\_\_\_\_\_牙，产生不利的\_\_\_\_\_力和\_\_\_\_\_力，使下颌义齿不易固位和稳定。
42. 两侧上颌结节均较突出时，可以只选择结节\_\_\_\_\_的一侧作外科修整。
43. 轻度的\_\_\_\_\_可直接进行义齿修复。
44. 旧义齿基托组织面用\_\_\_\_\_材料或\_\_\_\_\_材料进行重衬，基托伸展不足的可适当扩大伸展范围，使变形、损伤的支持组织恢复正常的形态。
45. 在取印模前\_\_\_\_\_小时开始停戴旧义齿。
46. 在取印模前的一段时间内，每天用手指或牙刷有规律地按摩承托区黏膜，使黏膜受到\_\_\_\_\_刺激。

47. 对于旧义齿承托区黏膜存在红肿、溃疡，无法通过旧义齿调改和重衬等方法使之恢复者，也可以让患者停戴旧义齿\_\_\_\_\_左右的时间，以使黏膜恢复正常。
48. 如果旧义齿的颌位关系偏差较大时，利用\_\_\_\_\_等暂时性材料，使旧义齿恢复适当的垂直距离和正中关系。
49. 印模是用可塑性印模材料取得的\_\_\_\_\_和周围软硬组织的阴模。
50. \_\_\_\_\_次印模法是用合适的成品托盘及用海藻酸印模材或热塑性印模材一次完成工作印模的方法。
51. \_\_\_\_\_次印模法又称联合印模法，由初印模和终印模组成，是在患者口中制取两次印模后完成工作印模的方法。
52. 根据取印模时是否对黏膜造成压力分为\_\_\_\_\_印模和\_\_\_\_\_印模技术。
53. 根据取印模时，患者张口或闭口分为\_\_\_\_\_印模和\_\_\_\_\_印模。
54. 取模前上颌托盘的宽度应比上颌牙槽嵴宽\_\_\_\_\_mm，周围边缘高度应离开黏膜皱襞约\_\_\_\_\_mm。
55. 取初印模时，应取上颌印模时牵拉上唇向下，牵拉两侧颊侧组织向\_\_\_\_\_、向前、向内；取下颌印模时牵拉下唇向上，牵拉两侧颊侧组织向\_\_\_\_\_、向前、向内。
56. 初印模灌注石膏模型，在模型上用变色铅笔画出个别托盘的范围，短于前庭沟和口底最深处及唇颊舌系\_\_\_\_\_mm。
57. 初印模灌注石膏模型，上颌个别托盘后缘超过颤动线\_\_\_\_\_mm，下颌后缘覆盖整个磨牙后垫。
58. 使用树脂个别托盘取终印模前需先添加\_\_\_\_\_材料，烤软后进行边缘整塑。
59. 印模边缘应圆钝，有一定的厚度，其厚度为\_\_\_\_\_mm。
60. 印模接触面积越大，固位力也越\_\_\_\_\_，同时无牙颌上单位面积所承受的咀嚼压力越\_\_\_\_\_。
61. 模型全口义齿模型边缘侧面厚度\_\_\_\_\_mm，模型基底最薄处不能少于\_\_\_\_\_mm。模型后缘应在腭小凹后\_\_\_\_\_mm，下颌模型在磨牙后垫自其前缘起不少于10mm。
62. 模型后堤区的处理时在上颌石膏模型上的后颤动线处，或腭小凹后\_\_\_\_\_mm至两侧翼上颌切迹的连线处，用雕刻刀切一条V字形沟，此沟中间深度\_\_\_\_\_mm。
63. 确定垂直颌位关系即确定垂直距离。垂直距离为天然牙列呈正中（牙合）时，鼻底至\_\_\_\_\_的距离，也就是面部下\_\_\_\_\_的距离。
64. 面部中线上\_\_\_\_\_、眉尖点、\_\_\_\_\_、颏底四点将面部分为高度相等的三部分，此为\_\_\_\_\_。
65. 垂直距离恢复得过大表现为面部下\_\_\_\_\_距离增大，上下唇张开、勉强闭合上下唇时，颏唇沟变浅，\_\_\_\_\_部皮肤呈皱缩状，肌肉张力增加，容易出现肌肉疲劳感。
66. 垂直距离恢复得过小表现为面部下1/3的距离\_\_\_\_\_，唇红部缩窄，口角下垂，鼻唇沟变\_\_\_\_\_，颏部前突。
67. \_\_\_\_\_法是指利用（牙合）堤及（牙合）间记录材料，嘱患者下颌后退并直接咬合在一起的方法。
68. \_\_\_\_\_法是指通过贴在耳垂前方上下约\_\_\_\_\_cm<sup>2</sup>范围的皮肤电极作用于三叉神经运动支，使咀嚼肌有节律地收缩。
69. （牙合）托是由\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_两部分组成的。
70. （牙合）堤的制作要求（牙合）平面的前部在上唇下缘以下露出约\_\_\_\_\_mm，且与瞳孔连线平行，（牙合）平面的后部，从侧面观要与鼻翼耳屏线\_\_\_\_\_。
71. （牙合）堤的制作要求前牙区约为\_\_\_\_\_mm，后牙区\_\_\_\_\_mm，（牙合）堤后端修整成斜坡状。

72. 在\_\_\_\_\_的标志线可用来选择人工牙的长度，宽度和指示人工牙排列的位置。
73. 前伸颌位关系记录与髁导斜度调整，此方法利用的是\_\_\_\_\_现象。
74. 克里斯坦森现象，即在有牙颌者，当髁道斜度为正角度（关节前斜面向前下）时，下颌前伸咬合时上下后牙间存在楔状间隙，髁道斜度越\_\_\_\_\_，后部楔状间隙越大。
75. 人工牙主要有\_\_\_\_\_牙和丙烯酸树脂牙两种。
76. 目前临床应用最广泛的. 人工牙是\_\_\_\_\_牙，为甲基丙烯酸甲酯。
- 77 人工前牙两侧口角线之间的距离约为\_\_\_\_\_个上前牙的总宽度.。
78. 上前牙的高度可根据\_\_\_\_\_线来确定，唇高线至（牙合）平面的距离为中切牙切\_\_\_\_\_的高度。
79. 下前牙大小应与上前牙对应，并结合前牙的覆（牙合）覆盖关系决定，唇低线至（牙合）平面的距离为下中切牙切\_\_\_\_\_的高度。
80. 人工后牙的近远中总宽度应\_\_\_\_\_于尖牙远中面至磨牙后垫前缘的距离。
81. 人工后牙的（牙合）面形态可分为解剖式牙和\_\_\_\_\_牙两种基本类型。
82. 年龄越大，牙齿颜色越\_\_\_\_\_。
83. 女性肤色较\_\_\_\_\_者，牙齿颜色通常也较白。
84. 年龄大且肤色暗者，\_\_\_\_\_选择较白的人工牙。
85. 上前牙的位置要衬托出上唇丰满度要求上前牙唇面至切牙乳突中点一般\_\_\_\_\_mm。
86. 上前牙的位置要衬托出上唇丰满度要求上尖牙的唇面通常与腭皱的侧面相距\_\_\_\_\_mm。
87. 上前牙的位置要衬托出上唇丰满度要求上前牙切缘在唇下露出\_\_\_\_\_mm，年老者露的较少。
88. 有效的咀嚼和满意的咬合是人工后牙的主要功能，要有最广泛的牙尖接触，尖窝关系要稳定，\_\_\_\_\_接触面积，\_\_\_\_\_咀嚼效能。
89. 如果患者在确定颌位关系时下颌前伸，戴义齿后就会出现\_\_\_\_\_现象。
90. 如果患者在确定颌位关系时下颌偏向一侧，戴牙时下颌会出现偏向\_\_\_\_\_侧的现象。
91. 髁突位置检查要检查两侧力度是否\_\_\_\_\_。
92. 颞肌收缩力检查要检查两侧肌肉收缩的力度\_\_\_\_\_。
93. 唇音当前牙的唇舌向位置和唇侧基托厚度异常时，会影响唇音“\_\_\_\_\_”的清晰程度。
94. 唇齿音发唇齿音“\_\_\_\_\_”时，上中切牙切缘与下唇干湿线接触。
95. 舌齿音发舌齿音“\_\_\_\_\_”时，舌尖位于上下前牙切缘之间。
96. 舌腭音发舌腭音“\_\_\_\_\_”时，舌尖位于上前牙的腭侧，与上腭轻轻接触。
97. 齿音发齿音“\_\_\_\_\_”时，上下前牙切缘接近。
98. 哨音上颌义齿的牙弓在前磨牙位置狭窄，上前牙舌面及腭侧基托表面过于光滑，由于气道狭窄，说话时气流快速通过会产生\_\_\_\_\_音。
99. 对于义齿试戴中发现的问题，如果是垂直距离和正中关系错误时，应重新确定颌位关系，然后将模型重新上（牙合）架\_\_\_\_\_后再试戴。如果是人工牙排列和基托形态的问题，可直接在\_\_\_\_\_上修改。
100. 检查义齿基托包括检查义齿是否\_\_\_\_\_，有无翘动；检查基托边缘\_\_\_\_\_和磨光面形态。
101. 完善的平衡（牙合）接触关系应该是正中（牙合）时上下前牙不接触，上下后牙尖窝交错，上下后牙功能尖（上后牙舌尖和下后牙颊尖）均分别与对\_\_\_\_\_或\_\_\_\_\_接触。
102. 侧方（牙合）时，工作侧上牙颊尖舌斜面均\_\_\_\_\_接触，上牙舌尖舌斜面与下牙

舌尖颊斜面接触，平衡侧上牙舌尖颊斜面与下牙颊尖舌斜面接触。

103. 前伸（牙合）时，上前牙切端及其舌斜面与\_\_\_\_\_接触。

104. 咬合检查的目的是确定正中（牙合）、侧方（牙合）和前伸（牙合）咬合接触滑动过程中存在的\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_和低（牙合）的部位。

105. \_\_\_\_\_是指当正中（牙合）多数牙尖不接触时个别牙尖的接触。

106. \_\_\_\_\_是指侧方和前伸（牙合）接触滑动过程中多数牙尖不接触而个别牙尖的接触。

107. \_\_\_\_\_是指多数牙尖接触而个别牙尖不接触。

108. 调（牙合）保持\_\_\_\_\_距离，避免调（牙合）降低\_\_\_\_\_距离。

109. 调（牙合）要保持（牙合）面形态，避免调磨过多而将人工牙（牙合）面的\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_形态磨除。

110. 正中（牙合）早接触可分为\_\_\_\_\_早接触和\_\_\_\_\_早接触。

111. 对于上牙颊尖和下牙或下牙舌尖与上牙的早接触，应按照 BULL 法则，调磨\_\_\_\_\_尖。

112. 正中（牙合）有早接触的支持尖在作为平衡侧时也存在（牙合）干扰，则调磨\_\_\_\_\_尖。

113. 平衡侧时无（牙合）干扰，则调磨与支持尖相对的对颌牙的\_\_\_\_\_或\_\_\_\_\_。

114. 平衡侧的\_\_\_\_\_在正中（牙合）存在早接触，则调磨此牙尖，否则分别少量调磨上下功能尖的干扰斜面，避免降低牙尖高度。

115. 对于\_\_\_\_\_的干扰，应选磨下前牙的唇斜面或上前牙的舌斜面，避免磨短上前牙。

116. 对于\_\_\_\_\_干扰，应选磨下前牙的唇斜面或上前牙的舌斜面，避免磨短上前牙。

117. 当口腔处于休息状态时，义齿容易松动脱落的原因是由于基托组织面与黏膜不密合 或基托边缘伸展不够，边缘\_\_\_\_\_不好。

118. 张口、说话、打呵欠时义齿易脱位的原因是\_\_\_\_\_过长、过厚；唇、颊、舌系带区\_\_\_\_\_缓冲不够。

119. 哨音的原因是基托前部的\_\_\_\_\_太光滑，\_\_\_\_\_过于光滑也可造成哨音。

120. 发“\_\_\_\_\_”音的原因是下颌前部舌侧基托太厚。

121. 部分患者在初戴义齿时，常出现恶心，甚至呕吐。常见的原因有上颌义齿后缘伸展 过长或义齿基托后缘与口腔黏膜不密合。由于唾液刺激\_\_\_\_\_而发痒；上下前牙接触而后牙牙尖没有接触，义齿后端翘动而刺激黏膜；上颌义齿后缘\_\_\_\_\_过厚；下颌义齿远中舌侧基托过厚而挤压舌也可引起恶心。

122. 出现咬颊、咬舌的原因包括. 由于\_\_\_\_\_缺失时间过久，两颊部向内凹陷，或舌体变大而造成咬颊或咬舌现象；后牙排列覆盖\_\_\_\_\_，出现咬颊或咬舌。

123. 咀嚼功能不好的原因包括上下颌牙齿接触面积态：\_\_\_\_\_，磨去应有的尖窝解剖的形垂直距离\_\_\_\_\_。

124. 基托折裂和折断的原因是因不慎将义齿掉到地上造成\_\_\_\_\_或颊侧基托折断；由于\_\_\_\_\_不平衡造成义齿折断。

125. 全口义齿间接法重衬适用于\_\_\_\_\_短，组织面和组织之间不吻合面积较大，患者对室温固化塑料过敏者，可采用此法。

126. \_\_\_\_\_重衬优点是能在口腔内直接重衬，无刺激性，具有弹性柔软性。

127. \_\_\_\_\_其缺点是不宜抛光，且时间长了材料易老化。

## 第五篇 牙体牙髓病学

### 第一单元 龋病

1. 龋病是在以\_\_\_\_\_为主的多种因素作用下,牙体硬组织发生的\_\_\_\_\_、进行性破坏的一种疾病。
2. 龋病非基本组织病理改变表现为\_\_\_\_\_脱矿和\_\_\_\_\_分解。
3. 牙面的菌斑总称为牙菌斑,依其所在部位可分\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_。
4. 致龋菌具有\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_。
5. 龋病常见的致龋细菌包括\_\_\_\_\_属、乳杆菌属和放线菌属。
6. \_\_\_\_\_是最主要的致龋菌。
7. 变异链球菌组致龋过程中所涉及的最重要物质是\_\_\_\_\_。
8. \_\_\_\_\_数量增加是龋病进展的结果。
9. \_\_\_\_\_属对根面菌斑形成及根面龋的发生可能有重要的协同作用。
10. 致龋性,排序如下:蔗糖>葡萄糖>\_\_\_\_\_>\_\_\_\_\_>果糖>\_\_\_\_\_>木糖醇。
11. \_\_\_\_\_是龋病发生的始动因子。
12. 最易患龋的恒牙牙位是\_\_\_\_\_,乳牙是\_\_\_\_\_。
13. 1~2岁时龋病好发于上颌乳前牙的\_\_\_\_\_和邻面。
14. \_\_\_\_\_时龋病好发于乳磨牙(牙合)面的窝沟。
15. \_\_\_\_\_时龋病好发于乳磨牙的邻面。
16. \_\_\_\_\_左右,乳牙患龋率到达高峰。
17. 中老年人则多见\_\_\_\_\_龋。
18. 浅龋表现为龋损在牙釉质或根面\_\_\_\_\_层内。
19. 牙釉质平滑面浅龋的病损表面呈\_\_\_\_\_或棕褐色。
20. 点隙窝沟的浅龋,窝沟色素沉着重,色黑或呈\_\_\_\_\_状,探诊可能卡住探针。
21. X线\_\_\_\_\_常用来检查邻面浅龋。
22. 中龋龋损的前沿位于\_\_\_\_\_的浅层,又称为牙本质浅龋。
23. 深龋病变进展超过牙本质中层达\_\_\_\_\_。
24. 发生在点隙裂沟处的深龋,多呈潜行性破坏的表现,又称为\_\_\_\_\_。
25. \_\_\_\_\_多见于儿童初萌牙列和头颈部放射线治疗或患严重口干症的成年人。
26. 叩诊一般选用\_\_\_\_\_,先叩击\_\_\_\_\_,再叩\_\_\_\_\_。
27. 龋病的非手术治疗是采用\_\_\_\_\_或再矿化等保守方法治疗。
28. 硝酸银对软组织有强的\_\_\_\_\_,并使牙变黑,一般只用于\_\_\_\_\_和后牙。
29. \_\_\_\_\_类洞是发生于所有牙齿的发育窝、沟内的龋损所制备的窝洞。
30. \_\_\_\_\_类洞:发生于后牙邻面的龋损所制备的窝洞。
31. \_\_\_\_\_类洞:发生于所有牙齿的颊(唇)、舌(腭)面近龈 1/3 牙面的龋损所制备的窝洞。
32. \_\_\_\_\_类洞:发生于前牙邻面并损伤切角的龋损所制备的窝洞。
33. \_\_\_\_\_类洞:发生于前牙邻面未损伤切角的龋损所制备的窝洞。
34. 乳。
34. 盒状洞形最基本的抗力形,要求底平,\_\_\_\_\_,点、线角圆钝。
35. 呈底平壁直的盒状洞形,防止充填体沿洞底向\_\_\_\_\_。
36. 倒凹固位是一种机械固位,防止充填体\_\_\_\_\_脱位。

37. 鸠尾固位是防止充填体\_\_\_\_\_脱落。
38. 鸠尾峡的宽度在后牙为所在颊舌尖间距的\_\_\_\_\_, 前牙为邻面洞舌方宽度的\_\_\_\_\_。
39. 梯形固位是防止\_\_\_\_\_的脱位。
40. 银汞合金充填打磨抛光充填\_\_\_\_\_后方可进行磨光。
41. 银汞合金充填汞量过\_\_\_\_\_, 成球性大; 汞量过\_\_\_\_\_, 银汞合金硬而脆。
42. 牙釉质粘接以\_\_\_\_\_磷酸酸蚀刻牙釉质\_\_\_\_\_秒为宜。
43. 粘接修复洞形制备时洞缘牙釉质壁可制备成 45° 角的\_\_\_\_\_。44. 乳。
44. 复合树脂充填的原则是控制厚度, 分层充填和固化, 目的是减少\_\_\_\_\_。
45. \_\_\_\_\_是导致复合树脂修复失败的最主要因素
46. 洞底剩余牙本质厚度 $\geq$ \_\_\_\_\_, 牙髓无不良反应。
47. 洞底剩余牙本质厚度 $\leq$ \_\_\_\_\_时, 牙髓炎症严重。
48. 若对颌牙为异种金属修复体, 咬合接触时出现\_\_\_\_\_刺痛。
49. 充填物过高引起患牙早接触, 牙周膜的调节失去平衡, 引起\_\_\_\_\_。
50. 充填物形成颈部悬突, 长期可引起牙槽嵴吸收、\_\_\_\_\_, 出现牙周炎症。
51. 患牙完全裂至髓室底者应予以\_\_\_\_\_。
52. 氟化物的抗龋机制有对牙釉质羟基磷灰石的作用、对菌斑细菌的作用、对\_\_\_\_\_表面的作用。
53. 磷酸盐缓冲体系可缓冲菌斑内有机酸, 抑制脱矿作用, 可降低或抑制牙釉质\_\_\_\_\_的溶解。
54. 龋病四联因素: \_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_。
55. 细菌在菌斑内的糖代谢包括分解代谢和\_\_\_\_\_。
56. 龋病早期呈\_\_\_\_\_, 病损区进一步着色则呈棕黄色或黑褐色。
57. 青少年多发生恒牙\_\_\_\_\_和上前牙的邻面龋。
58. 根面浅龋呈棕色, 探诊\_\_\_\_\_, 但缺损不明显。
59. 深龋冰水入洞, 患牙会出现一过性\_\_\_\_\_反应。
60. 根据病变侵入牙齿的深度分类分为: \_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_。
61. 根据病变发生的解剖部位分类分为: \_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_。
62. 根据病变的进展速度分类分为: \_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_。
63. 再矿化液主要含有不同比例的钙磷和\_\_\_\_\_, pH 一般调至 7。
64. 窝洞的固位形主要靠密合的\_\_\_\_\_和洞口小于洞底的机械合力。
65. 侧壁固位是各类洞形最基本的\_\_\_\_\_。
66. 单层垫底常用磷酸锌粘固粉和\_\_\_\_\_。
67. 氧化锌丁香油粘固剂具有刺激\_\_\_\_\_, 促修复性牙本质形成, 黏性较大, 易去除及阻聚的作用。
68. 银汞合金充填调拌时间不得长于\_\_\_\_\_秒。
69. 牙本质粘接中所用的酸蚀剂为\_\_\_\_\_的磷酸凝胶。
70. 经典的酸蚀-冲洗粘接技术有\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_三个步骤。
71. 充填复合树脂一次填充的厚度不超过\_\_\_\_\_。
72. 分层填充包括水平逐层填充和\_\_\_\_\_填充技术。
73. 咀嚼痛在咬合时引起钝痛, 不咬物则不痛, 与\_\_\_\_\_变化无关。
74. 继发龋是经\_\_\_\_\_后, 在洞边缘或洞内壁, 再次出现龋坏。
75. 继发龋产生的原因龋坏组织未去净, 在洞底或侧壁又继续发展成\_\_\_\_\_。
76. 银汞合金的汞过多, \_\_\_\_\_下降, 汞过少, 材料易碎。



77. 粘接剂涂布过\_\_\_\_\_, 可因收缩过量而内应力增大, 出现缝隙而导致失败。
78. 化学细菌学说认为龋病的发生是由于寄生在牙面上的细菌与\_\_\_\_\_作用, 发酵产酸, 使牙齿硬组织内的无机物脱矿溶解, 而后蛋白溶解酶的分泌, 将有机物分解, 最终使\_\_\_\_\_崩溃形成缺损。
79. 致龋菌的特性是对牙面有较强的\_\_\_\_\_, 易形成菌斑, 在菌斑中发挥作用。
80. \_\_\_\_\_是与龋病关系最密切的重要的微量元素。
81. 唾液是牙齿的外环境, 对牙齿的代谢有重要影响, 唾液的\_\_\_\_\_、成分的改变、缓冲能力的大小以及抗菌系统的变化都与龋病发生过程有着密切的关系。
82. 牙是致龋微生物的宿主, 其排列、\_\_\_\_\_和理化特性与对龋病的易感性以及与细菌的黏附和菌斑的形成都有着密切关系。
83. 牙周膜息肉是根分叉的牙周膜因外界刺激而反应性增生, 肉芽组织由\_\_\_\_\_穿孔长入连通髓腔的龋损内, 洞口外观极像牙髓息肉。
84. 牙龈息肉是\_\_\_\_\_增生呈息肉样长入洞内。用探针拨动息肉探查息肉蒂部, 判明其来源; 或自蒂部切除息肉后, 可见出血部位位于邻面龋洞龈阶外侧的牙龈位置。

## 第二单元 牙发育异常

1. 氟牙症是氟摄入量过高引起的一种特殊类型的\_\_\_\_\_。
2. 氟牙症的发生具有\_\_\_\_\_, 为慢性氟中毒疾病早期最常见而突出的症状。
3. 一般认为水中含氟量以\_\_\_\_\_ppm (1mg/L) 为宜。
4. 若\_\_\_\_\_岁之前, 长期居住在饮水中氟含量高的流行区, 日后萌出的恒牙还是会受累。
5. 我国现行水质标准氟浓度为\_\_\_\_\_ppm 应是适宜的。
6. 氟牙症耐酸不耐\_\_\_\_\_。
7. 氟牙症为长期性的损伤, 故其斑块呈散在的\_\_\_\_\_, 周界不明确, 并与\_\_\_\_\_不吻合。
8. 四环素牙的病因是在\_\_\_\_\_服用的四环素族药物。
9. 四环素牙着色程度与四环素的种类、剂量和\_\_\_\_\_有关。
10. 遗传性牙本质发育不全是一组\_\_\_\_\_遗传病, 多为显性遗传。
11. 畸形中央尖多见于\_\_\_\_\_, 单侧或对称发生。
12. 畸形中央尖在轴中央有时可见到\_\_\_\_\_小点, 为髓角。
13. 畸形中央尖常见未发育完成呈\_\_\_\_\_的根尖部。
14. 畸形中央尖应该作为\_\_\_\_\_感染的途径考虑。
15. 畸形中央尖如果已发生牙髓感染, 须做\_\_\_\_\_; 年轻恒牙根尖尚未发育完成, 应考虑采用\_\_\_\_\_。
16. 在牙齿发育期间, 由于全身疾病、营养障碍或严重的乳牙根尖周感染, 导致的牙釉质结构异常称为\_\_\_\_\_。
17. 牙釉质发育不全在乳、恒牙列均可发生; \_\_\_\_\_受累较少见。
18. 釉质发育不全的牙釉质容易聚集菌斑, 不易清洁, 易继发龋, 而且一旦发生龋病, 进展速率较\_\_\_\_\_。
19. 食物中无机氟化物的溶解度和\_\_\_\_\_的含量影响食物中氟化物的吸收
20. 四环素牙着色程度与四环素的种类、剂量和给药\_\_\_\_\_有关
21. 畸形中央尖是牙齿在发育期间, \_\_\_\_\_形态分化异常所致的牙形态发育异常。

### 第三单元 牙急性损伤

1. 牙震荡做牙髓活力温度测验可为\_\_\_\_\_症状。
2. 牙震荡 X 线片表现正常或根尖\_\_\_\_\_。
3. 根折出现无活力反应是因为牙髓在外伤时血管和神经受损伤所引起的\_\_\_\_\_所致。
4. 冠根折, 以\_\_\_\_\_冠根折多见, 均与口腔相通, 牙髓往往暴露。
5. 根尖 1/3 处根折的患牙, 如牙髓状况良好, 可\_\_\_\_\_后观察。
6. 侧向性脱位常伴有牙槽窝侧壁的折断和\_\_\_\_\_。
7. 牙齿完全脱位牙槽窝内空虚, 伴有牙龈撕裂和\_\_\_\_\_。
8. 部分脱位牙应在局麻下复位, 再结扎固定\_\_\_\_\_。
9. 嵌入性的脱位牙在复位后\_\_\_\_\_应做根管治疗术。
10. 完全脱位牙在\_\_\_\_\_内进行再植。
11. 牙再植后的愈合方式有\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_。
12. 牙外伤时, \_\_\_\_\_的轻度损伤称为牙震荡, 可由较轻外力导致。
13. 牙震荡的患牙轻微\_\_\_\_\_感, 冷刺激一过性敏感。
14. 外力直接撞击, 造成牙冠或牙根的折断称为\_\_\_\_\_。
15. 按牙齿折断部位不同可分为\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_三型。
16. 冠折露髓折断面上有微小或明显\_\_\_\_\_。
17. 如果中 1/3 或近龈 1/3 根折, 则叩痛明显, 叩诊浊音, \_\_\_\_\_度松动。
18. 根折后近期 X 线检查折断线显示不清时, 应换不同角度投照, 或待\_\_\_\_\_后再拍 X 线片, 必要时可进行\_\_\_\_\_检查。
19. 凡牙髓活力正常的患牙, 应在治疗后 1、3、6 个月以及之后的两年中, 每\_\_\_\_\_复查 1 次, 以判明牙髓活力状况。
20. 牙冠的缺损, 可用复合树脂或\_\_\_\_\_。
21. 牙齿受外力作用而偏离, 以致部分或全部脱离牙槽窝者, 称为\_\_\_\_\_。
22. \_\_\_\_\_是引起牙脱位的最常见原因。
23. 脱出性脱位, X 线片示牙根尖与牙槽窝的间隙明显\_\_\_\_\_。
24. 嵌入性脱位, 表现为牙齿向深部嵌入, 临床牙冠变短, (牙合)面或切缘低于\_\_\_\_\_。
25. 嵌入性脱位, X 线片示牙根尖与牙槽窝无明显间隙, 根尖周膜间隙\_\_\_\_\_。
26. 牙脱位并发症有牙髓坏死、牙髓腔变窄或消失、牙根外吸收、边缘性牙槽突\_\_\_\_\_。

### 第四单元 牙慢性损伤

1. 楔状缺损主要发生在\_\_\_\_\_侧, 少见于舌侧。
2. 楔状缺损好发于中年以上患者的\_\_\_\_\_。
3. 楔状缺损最早发生的是\_\_\_\_\_。
4. 酸蚀症的致病因素主要是酸性物质对牙组织的\_\_\_\_\_作用。
5. \_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_是对牙齿危害最大的三类酸。
6. 牙隐裂以\_\_\_\_\_最常见。
7. 缺损边缘整齐, 表面\_\_\_\_\_而光滑, 一般均为牙组织本色。
8. 随着缺损深度增加, 可出现相应的\_\_\_\_\_和根尖周疾病。
9. 磨损达牙本质中层后, 牙髓长期接受刺激可发生渐进性坏死或髓腔\_\_\_\_\_。
10. 牙本质继续迅速磨损, 可使髓腔暴露引起髓病和\_\_\_\_\_。

11. 全口牙齿磨损严重，牙冠明显变短，颌间距离过短可出现关节后压迫症状，并导致\_\_\_\_\_。
12. 酸蚀症是牙齿受\_\_\_\_\_侵蚀，硬组织发生进行性丧失的一种疾病。
13. 牙隐裂指未经治疗的牙齿表面由于某些因素的长期作用而出现的临床不易发现的细微\_\_\_\_\_。
14. 隐裂患牙 X 线片可见到某部位的牙周膜间隙\_\_\_\_\_，相应的硬骨板增宽或牙槽骨出现 X 线透射区，也可以无任何表现。
15. 牙隐裂的裂纹的染色检查\_\_\_\_\_染色使牙面裂纹清晰可见。

## 第五单元 牙本质敏感症

1. 牙本质敏感症以\_\_\_\_\_刺激最为显著。
2. 牙本质过敏症又称\_\_\_\_\_，是牙齿上暴露的牙本质部分在受到外界刺激
3. 牙本质敏感症其特点为发作迅速、\_\_\_\_\_、时间短暂。
4. 牙本质敏感症用\_\_\_\_\_可找到敏感点或敏感区，引起酸、软、痛症状。
5. 牙本质敏感症敏感点多发现在咬合面牙釉质牙本质界、牙本质暴露处或牙颈部\_\_\_\_\_。

## 第六单元 牙髓疾病

1. \_\_\_\_\_是牙髓病的主要病因。
2. 牙髓细菌感染以\_\_\_\_\_为主，多为混合感染。
3. 温度测验结果的表示有\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_。
4. \_\_\_\_\_是临床最为常见的一型牙髓炎。
5. 牙髓息肉与牙龈息肉和牙周膜息肉鉴别是判断息肉的\_\_\_\_\_。
6. 牙髓钙化若有疼痛发生这与患者\_\_\_\_\_变化有关。
7. 牙髓对温度有一定的耐受阈在\_\_\_\_\_℃。
8. 窝洞消毒剂如酚类、\_\_\_\_\_、乙醇等对细胞有一定毒性。
9. 测试部位一般为牙齿的牙面\_\_\_\_\_，选择的测试牙面应完整，无病损或充填物。
10. “一过性敏感”表示此时牙髓可能处于\_\_\_\_\_。
11. “敏感”表明被测试牙有\_\_\_\_\_。
12. 温度刺激引起剧烈的疼痛、放散性痛，表示被测试牙的牙髓炎症处于\_\_\_\_\_。
13. “急性化脓性牙髓炎”的特殊反应是\_\_\_\_\_解。
14. 迟钝表示患牙可能有慢性炎症、牙髓变性或牙髓部分\_\_\_\_\_。
15. “迟缓反应痛”表示患牙可能为慢性牙髓炎或牙髓大部分\_\_\_\_\_。
16. 无反应表示牙髓可能\_\_\_\_\_或牙髓变性，或为经过牙髓治疗的无髓牙。
17. 临床上对牙髓活力电测验反应的描述仅为正常和无反应，没有敏感和\_\_\_\_\_。
18. 装有心脏起搏器的患者慎做\_\_\_\_\_。
19. 可复性牙髓炎温度测验尤其是冷测时，患牙有一过性敏感，刺激去除后疼痛随即\_\_\_\_\_。
20. 慢性增生性多见于青少年的\_\_\_\_\_；大而深的龋洞中有红色的肉芽组织(牙髓息肉)；探诊不痛但易出血。
21. 残髓炎也属于慢性牙髓炎，发生在经\_\_\_\_\_牙后的患牙。

22. 治疗后又出现慢性牙髓炎的症状, 称为\_\_\_\_\_。
23. 逆行性牙髓炎是患牙同时具有\_\_\_\_\_和牙髓炎的临床表现。
24. 根据患牙牙周病变的程度和\_\_\_\_\_的预后来决定是否保留患牙。
25. X线片显示髓腔内有阻射的钙化物(髓石)或呈\_\_\_\_\_阻射而致髓腔的透射影像消失。
26. 外伤史或氢氧化钙治疗史, 可作为\_\_\_\_\_诊断的参考依据。

## 第七单元 根尖周病

1. 根尖周病感染根管内的优势菌是产黑色素普氏菌、\_\_\_\_\_。
2. 急性根尖周炎排脓突破途径中最常见的是穿通\_\_\_\_\_突破\_\_\_\_\_。
3. 急性根尖周炎的浆液期用力\_\_\_\_\_反而稍感舒服。
4. 急性根尖周炎的根尖周脓肿期的患牙有自发性、剧烈持续的\_\_\_\_\_。
5. 急性根尖周炎的骨膜下脓肿期患牙牙龈红肿, 移行沟\_\_\_\_\_, 有明显的压痛, 扪诊深部有波动感。
6. 对\_\_\_\_\_根尖周炎患牙进行X线检查, 根尖周组织影像并无明显异常表现。
7. 根尖周囊肿囊液呈浅褐色, 清澈透明, \_\_\_\_\_飘浮于囊液中, 在光照下闪耀发亮。
8. 依据囊腔与根尖的关系, 根尖周囊肿又可分为\_\_\_\_\_囊肿和\_\_\_\_\_囊肿。
9. X线检查见围绕患牙根尖部的透射区是诊断\_\_\_\_\_的关键依据。
10. 根管治疗时根管内流出淡黄色清亮囊液, 其涂片镜下见胆固醇结晶是\_\_\_\_\_的诊断依据。
11. 根尖周病主要是厌氧菌, 尤其是\_\_\_\_\_。
12. 根尖周病感染途径有\_\_\_\_\_, 由牙周病变、邻牙根尖周病变或血源感染。
13. 通过根尖孔经根管从冠部缺损处排脓是因为\_\_\_\_\_的根尖孔、通畅的根管、开放的冠部。
14. 通过牙周膜从龈沟或牙周袋排脓表现为成人预后\_\_\_\_\_, 儿童机体的修复再生能力强, 预后较好。
15. 急性根尖周炎的根尖周脓肿期的牙髓诊断性试验\_\_\_\_\_。
16. 急性根尖周炎的骨膜下脓肿期出现\_\_\_\_\_, 搏动性跳痛更加剧烈, 轻触患牙即觉疼痛难忍, 影响睡眠和进食。
17. 急性根尖周炎的骨膜下脓肿期严重者相应颌面部可出现\_\_\_\_\_, 表现为软组织肿胀、压痛, 面容改变, 还可出现开口受限, 甚至口底蜂窝织炎。
18. 急性根尖周炎的黏膜下脓肿期根尖区黏膜的肿胀已局限, 呈半球形隆起, 扪诊时, \_\_\_\_\_明显, 脓肿较表浅而易破溃。
19. 口腔颌面部间隙感染中\_\_\_\_\_和冠周炎等牙源性感染是其主要病因。
20. 急性中央性颌骨骨髓炎是\_\_\_\_\_, 骨髓腔和骨髓的化脓性炎症。
21. 急性中央性颌骨骨髓炎主要的发生部位在\_\_\_\_\_, 也可弥散至下颌升支。
22. 慢性根尖周炎表现为\_\_\_\_\_炎的形成和牙槽骨的破坏。
23. 根尖周肉芽肿骨质破坏的区域由\_\_\_\_\_取代, 形成纤维组织, 包绕病变区域
24. 慢性根尖周脓肿肉芽组织病变体积不断增大, 血运难以抵达肉芽肿中心, 病变中央的组织细胞发生坏死、液化, 形成脓液并滞留于根尖部的脓腔内, 成为\_\_\_\_\_, 临床又称为慢性牙槽脓肿。
25. 当根尖部的脓液穿通骨壁和软组织, 形成内衬上皮细胞的窦道时, 又称为\_\_\_\_\_。

26. 急性化脓性根尖周炎脓肿破溃或急症处理行脓肿切开引流后不能\_\_\_\_\_遗留所致。
27. 无窦型慢性根尖周脓肿则比较容易转化为\_\_\_\_\_。
28. 根尖周囊肿脓腔表面由牙周膜内遗留的上皮剩余细胞增殖、铺满，形成囊壁，组织液渗入成为囊液，小囊腔逐渐扩大或相互融合形成\_\_\_\_\_。
29. 根尖周囊肿囊肿周围的牙槽骨受压迫而被吸收，同时在破坏区周围有\_\_\_\_\_。
30. 真性囊肿，囊腔不与根管通连，临床上在根管治疗后，有时还需手术摘除\_\_\_\_\_。
31. 根尖周致密性骨炎在患者的机体抵抗力又很强时，根尖部的牙槽骨并不发生吸收性破坏，反而表现为骨质的\_\_\_\_\_。
32. 根尖周肉芽肿较小，直径小于1cm，边界\_\_\_\_\_，正常或稍明显致密。
33. 慢性根尖周脓肿，不规则，大小不一，较弥散，不清楚，较疏松呈\_\_\_\_\_。
34. 根尖周囊肿呈圆形或椭圆形，大小不一，豌豆大到鸡蛋大，清晰，有一圈致密 围绕。\_\_\_\_\_
35. 根尖周致密性骨炎的患牙一般没有任何自觉症状，也无反复肿痛史，只有在进行\_\_\_\_\_检查时偶然发现。
36. 有窦型慢性根尖周炎患牙在根管预备后，需行根管封药，以彻底清除\_\_\_\_\_的感染，待窦道口闭合后再行根管充填。
37. 无法完成根管治疗、根尖周病变顽固不愈、或牙体组织破坏严重不足以修复的患牙予以\_\_\_\_\_。

## 第八单元 牙髓病和根尖周病的治疗

1. 亚砷酸失活剂封药时间为\_\_\_\_\_小时。
2. 根尖孔尚未形成的牙齿，不宜使用\_\_\_\_\_失活。
3. 金属砷封药时间为恒牙\_\_\_\_\_天，乳牙\_\_\_\_\_天。
4. 多聚甲醛封药时间\_\_\_\_\_天。
5. 常用的局部麻醉方法有局部浸润麻醉、阻滞麻醉、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_。
6. 常用麻醉剂有\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_。
7. \_\_\_\_\_是最常用的盖髓剂，尤其直接盖髓术。
8. 临床上作为盖髓剂用于\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_。
9. 急性牙髓炎急症处理的基本原则为\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_。
10. 切开排脓术的切口的位置应在\_\_\_\_\_。
11. \_\_\_\_\_还广泛用于穿孔修补、根尖成形和根尖倒充填等，具有良好的临床疗效。
12. \_\_\_\_\_用于深龋引起的可复性牙髓炎、外伤冠折或牙体预备后的大面积牙本质暴露。
13. \_\_\_\_\_用于根尖孔未形成，意外穿髓后，年轻恒牙和乳牙穿髓孔直径不超过1mm
14. 年轻恒牙急性龋时，近牙髓处的软化牙本质可保留，待患牙经\_\_\_\_\_而修复性牙本质形成后（4~8周），再继续治疗。
15. 暂封窝洞用氧化锌丁香油糊剂暂封窝洞，\_\_\_\_\_复诊。
16. 患牙盖髓治疗1~2周后，若对温度刺激仍敏感，可继续观察\_\_\_\_\_。
17. 去除暂封物及盖髓剂，更换盖髓剂后暂封观察\_\_\_\_\_，症状消失后行永久充填。
18. 急性根尖周炎开髓后，去除髓腔及根管内大部分感染物或阻塞物、疏通根管，建立根尖周组织炎性渗出物经根管向\_\_\_\_\_引流的通道。
19. 切开时机为急性炎症的第\_\_\_\_\_天，局部有波动感。
20. 急性根尖周炎患牙在经上述处理后，适当\_\_\_\_\_，以减轻咬合压力，缓解急性疼痛

症状。

21. 失活法是利用\_\_\_\_\_封于牙髓创面上,依靠药物的毒性作用,使牙髓组织发生化学性坏死,使牙髓失去活力,方便无痛操作。

22. 牙周韧带内注射麻醉:用于牙髓麻醉不全时的补充麻醉,患者于注射过程中或注射后会感到不适,严重\_\_\_\_\_的患牙不宜使用该方法。

23. 牙髓内麻醉:将麻醉剂直接注入\_\_\_\_\_,多用于浸润麻醉和阻滞麻醉不全时的补充麻醉。

24. 氢氧化钙制剂本身的物理强度\_\_\_\_\_,长期封闭性不理想,有微渗漏存在,造成失败。因此氢氧化钙并非理想的盖髓剂。

25. MTA 还广泛用于穿孔修补、根尖成形和根尖倒充填等,具有良好的临床疗效。生物活性陶瓷也是一种与 MTA 有类似性能的应用于临床的\_\_\_\_\_材料。

26. 用生理盐水冲洗窝洞,严密隔湿下用消毒棉球拭干窝洞,禁止用气枪\_\_\_\_\_。在近髓处或露髓创面上敷适量盖髓剂。

27. 暂封窝洞用\_\_\_\_\_暂封窝洞,1~2 周复诊。

28. 盖髓术定期复查:半年、\_\_\_\_\_,2 年。

29. 盖髓术判断指标:临床检查、牙髓活力测验和\_\_\_\_\_。

30. 急性根尖周炎开髓引流的操作方法:开髓后,去除髓腔及根管内大部分感染物或阻塞物、\_,建立根尖周组织炎性渗出物经根管向冠方引流的通道。

31. 如根管内无明显渗出和脓液流出,可直接髓腔内封药后暂封物封闭开髓洞,待急性炎症缓解后再完成\_\_\_\_\_。

32. 如根管内持续有脓液流出,可髓腔内放置无菌小棉球,开放髓腔\_\_\_\_\_天,再进行进一步治疗。

33. 急性根尖周炎进展至骨膜下脓肿或黏膜下脓肿期时,除了开髓引流外,还应在局部麻醉下\_\_\_\_\_。

34. 切开时机为急性炎症的第\_\_\_\_\_天,局部有波动感。切口的位置应在脓肿的最低处,要切至骨膜;脓肿位置较深,可适当加大切口,放置橡皮引流条,直至无脓时抽出。

35. 重度釉质发育不全,氟牙症,四环素牙等牙发育异常患牙需进行桩核冠或\_\_\_\_\_者。

36. 重度磨损患牙出现严重的牙本质敏感症又无法用\_\_\_\_\_缓解的患者。

37. 牙根纵裂患牙需行\_\_\_\_\_的非裂根管。

38. 牙体缺损过大,牙冠修复时需要去除\_\_\_\_\_。

39. 错位,扭转或过长牙,义齿修复需要大量磨改牙冠,可能累及\_\_\_\_\_。

40. 活髓牙:提倡局麻下一次完成\_\_\_\_\_,可最大程度防止感染扩散。

41. 死髓患牙:牙髓坏死和根尖周病患牙,牙髓腔呈严重感染状态,又称\_\_\_\_\_。临床上应慎用髓腔开放,以免增加治疗难度。

42. 牙髓经治患牙:既往牙髓治疗失败,非感染根管患牙出现根尖病变,或感染根管的根尖病变未得到控制,临床上需要重新进行\_\_\_\_\_。

43. 根管治疗术是由根管预备,根管消毒、\_\_\_\_\_三大步骤组成。

44. 根管治疗的最终目的是保存患牙,一般遵循三个原则:\_\_\_\_\_,适当成形、最大保存。

45. 解剖学根尖孔是根管在\_\_\_\_\_的开口。

46. 组织学根尖孔/生理性根尖孔/根尖止点(牙本质牙骨界),距离解剖型根尖孔约\_\_\_\_\_。

47. 牙本质牙骨质界形成的根尖狭窄一般位于距根尖\_\_\_\_\_的水平。

48. 临床上确定操作点通常采用的指标是：活髓患牙距 X 线片根尖顶端\_\_\_\_\_；死髓患牙距根尖 2mm 范围内；在治疗的患牙应控制在距根尖\_\_\_\_\_处。

49. 求根管清创的质量和封闭的有效是控制根管内感染的关键环节，\_\_\_\_\_和消毒是消除根管内感染的重要手段。

50. 暂封物厚度要大于\_\_\_\_\_，最好使用双层材料才能提供必要的封闭，氧化锌类暂封物持续的时间一般为 1 周左右，玻璃离子水门汀持续时间可至\_\_\_\_\_。

51. 上前牙组：入口洞形应在\_\_\_\_\_，近远中边缘嵴之间。

52. 下前牙组：入口洞形在舌面窝正中的\_\_\_\_\_。

53. 上前磨牙组：入口洞形应该位于殆面颊舌三角嵴中点之间、近远中向中\_\_\_\_\_的长椭圆形。

54. 下前磨牙组：入口洞形应该在咬合面颊尖至\_\_\_\_\_的颊舌径略长的椭圆形或卵圆形。

55. 上磨牙组：入口洞形：\_\_\_\_\_，顶位于腭侧，底位于颊侧。一腰在斜嵴的近中侧，与斜嵴平行，另一腰在近中边缘嵴内侧，与之平行。

56. 定位 MB2 的方法：在 MB 根管口和\_\_\_\_\_的连线上，由远中颊根管口向 MB-P 连线引一条垂线，两线交点的近中部位即为 MB2 根管口的位置区域。

57. 下颌磨牙组：入口洞形应在殆面近远中向中\_\_\_\_\_偏颊侧的钝圆梯形，近远中径长，颊舌径短，近中边稍长，远中边稍短，舌侧洞缘在中央沟处。

58. 定位根管口：通过亚甲蓝染色髓室底，发现那些未完全钙化的缝隙；还可在髓腔中滴入\_\_\_\_\_次氯酸钠溶液，出现密集气泡之处提示为根管口。

59. 确定根管工作长度（WL）：在患牙术前平行投照的 X 线片上量取由切端或\_\_\_\_\_至根尖的长度，将此值减 1mm 作为估计工作长度。

60. 形成良好髓腔入路的目的是获得器械\_\_\_\_\_进入根管根尖部的顺利通道。合格髓腔入口标准

61. 裂钻和球钻、金刚砂圆钻、\_\_\_\_\_、外科长柄球钻（去除根管口不规则的牙本质，定位根管口）根管口开敞器械。

62. 预备后的根管应保持管管的原始形态和\_\_\_\_\_的原始位置。

63. 根管预备方式可分为手用器械预备法和机用器械预备法，根管预备技术基本概括为：\_\_\_\_\_标准法，逐步后退法，冠向下法，\_\_\_\_\_。

64. 根管通畅锉：一般采用 08 号或 10 号预弯的 K 锉进行\_\_\_\_\_。

65. 初锉是从细小根管锉（08 号，10 号，15 号，20 号）开始尝试，能深入根管达到根尖狭窄处，并在抽出时有紧缩感的最大号锉，称为\_\_\_\_\_。

66. 主锉是完成\_\_\_\_\_预备所用的最大号锉。主锉应比初锉大 2~3 号，至少应扩大至 25 号。

67. 回锉是保持\_\_\_\_\_、带出残屑的作用。当做根尖部预备时，可使用初锉或前一号锉回锉；当做逐步后退和根管上 2/3 预备时，可以采用主锉回锉。

68. 定工作长度的方法主要有：电测法、X 线片法、\_\_\_\_\_。

69. \_\_\_\_\_是根尖定位仪是目前临床上常用的根管长度的测定方法。

70. \_\_\_\_\_是从冠部参照点到 X 线片根尖内 1mm 处的距离并记录为该牙的“估计工作长度”；若 X 线片上所看到的器械尖到预定的操作终点（根尖内 1mm）的距离（距离值）小于 3mm，可由“估计工作长度”值加上或减去上述距离值，直接算出工作长度。

71. \_\_\_\_\_是年轻恒牙、钙化根管，过度弯曲根管、根尖区有吸收的根管时，手感往往是不准确的。

72. 扩锉法是顺时针旋转\_\_\_\_\_+提拉退出；

73. 平衡力法是顺时针旋转  $30^{\circ} \sim 60^{\circ}$  + \_\_\_\_\_  $30^{\circ} \sim 60^{\circ}$  旋转；

---

74. 锉法动作为\_\_\_\_\_。

75. 预备到主尖锉后,每增大一号器械,器械进入根管的长度较原工作长度减少\_\_\_\_\_,共退 3~4 步。每步退一次,均需用主锉回锉根管至工作长度,以保持根管通畅,消除逐步后退扩展中根管壁上形成的台阶,使得根管壁\_\_\_\_\_。



## 第六篇 牙周病学

### 第一单元 概述

1. 牙菌斑\_\_\_\_\_被菌斑显示剂着色，\_\_\_\_\_后形成复杂生态群体，\_\_\_\_\_发展成到达高峰。
2. 非附着性龈下菌斑优势菌是\_\_\_\_\_和能动菌。
3. 牙周炎快速进展时，非附着性\_\_\_\_\_明显增多
4. \_\_\_\_\_是伴放线聚集杆菌产生的外毒素，仅对人多形核白细胞和单核细胞有毒性。
5. 妊娠期龈炎致病菌是\_\_\_\_\_。
6. 局限型侵袭性牙周炎致病菌是\_\_\_\_\_。
7. 牙周探诊探诊力量约为\_\_\_\_\_。
8. 牙周探诊检查中探诊深度为龈缘至袋底或龈沟底距离，正常为\_\_\_\_\_。
9. 有无\_\_\_\_\_是区分牙周炎与龈炎重要指标。
10. 牙菌斑生物膜是口腔中不能被水冲去或漱掉的细菌性\_\_\_\_\_。
11. 与牙周病相关的微生物主要为\_\_\_\_\_和专性厌氧菌。
12. 牙周组织破坏不是感染微生物直接引起，是宿主对感染微生物及其\_\_\_\_\_的应答间接引起的。
13. 牙石本身对牙龈的机械刺激并不是牙周病的原始病因，其致病作用是继发的，主要危害来自表面堆积的\_\_\_\_\_。
14. 牙面着色与食物、化学物质、\_\_\_\_\_及色源细菌有关。
15. 氯己定（洗必泰）引起牙面、\_\_\_\_\_等部位着色。
16. 菌斑的检查：吹干牙面，目测观察或用\_\_\_\_\_染色观察。
17. 牙周探针钝头，顶端直径\_\_\_\_\_，有刻度。Nabers 探针专用于根分叉探诊。
18. 探查牙齿邻面牙周袋时，探针要紧贴牙邻面接触点探入，将探针向\_\_\_\_\_方向稍倾斜，以探测到邻面牙周袋最深处。
19. 龈下牙石沉积于龈缘下、附着在龈沟或牙周袋内的牙面上，用\_\_\_\_\_才能检查到。
20. 检查咬合有无异常时，首先要检查有无\_\_\_\_\_以及早接触的位置。

### 第二单元 牙龈疾病

1. 慢性龈炎是菌斑性牙龈病中最常见的疾病，又称\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_。
2. 慢性龈炎表现为附着龈水肿，\_\_\_\_\_可消失，表面光滑发亮。
3. 在牙周疾病的三级预防中，对慢性龈炎的预防属于\_\_\_\_\_。
4. 青春期龈炎好发于前牙唇侧的\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_，舌侧牙龈较少发生。
5. 妊娠前即有慢性龈炎，妊娠\_\_\_\_\_个月开始出现明显症状，\_\_\_\_\_个月时达到高峰。
6. 妊娠期龈炎发生于个别牙龈或全口牙龈，以\_\_\_\_\_区为重。
7. 白血病的牙龈病损可波及龈乳头、龈缘和\_\_\_\_\_。
8. 药物性牙龈肥大长期服用\_\_\_\_\_、钙通道阻滞剂、免疫抑制剂等是主要原因。
9. 药物性牙龈肥大发生于\_\_\_\_\_，以上、下前牙区为重。
10. 牙龈纤维瘤病以\_\_\_\_\_最为严重。

11. 慢性龈炎增生累及前牙的牙龈乳头和龈缘，覆盖牙冠一般不超过\_\_\_\_\_。
12. 药物性牙龈肥大累及龈缘和龈乳头，一般不波及附着龈，覆盖牙冠\_\_\_\_\_左右
13. 牙龈纤维瘤病累及全口龈缘、龈乳头和附着龈，达膜龈联合处，覆盖牙冠\_\_\_\_\_以上。
14. 坏死性溃疡性龈炎常发生于\_\_\_\_\_，以男性\_\_\_\_\_者多见。
15. 急性坏死性溃疡性龈炎细菌学涂片检查可见\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_与坏死组织及其他细菌。
16. 疱疹性龈炎是单纯疱疹病毒感染，好发于\_\_\_\_\_以下儿童。
17. 牙龈乳头受到\_\_\_\_\_或\_\_\_\_\_刺激，是引起急性龈乳头炎的直接原因。
18. 龈缘附近牙面上堆积的牙菌斑是慢性龈炎的\_\_\_\_\_。
19. 刷牙咬硬物出血、口腔异味，就诊的主要原因和常见症状，无\_\_\_\_\_出血
20. 游离龈和龈乳头变为鲜红或\_\_\_\_\_。
21. 龈乳头变圆钝肥大，呈\_\_\_\_\_增生甚至可覆盖部分牙面。
22. 慢性龈炎龈袋可达 3mm 以上，上皮附着仍在釉牙骨质界处，无牙槽骨吸收，无附着丧失，不能探到釉牙本质界，形成\_\_\_\_\_
23. 早期牙周炎表现为牙周炎有附着丧失和\_\_\_\_\_。
24. 白血病、血小板减少性紫癜、血友病、再生障碍性贫血等血液系统疾病，均可引起\_\_\_\_\_。
25. 坏死性溃疡性龈炎表现牙龈\_\_\_\_\_出血，龈乳头和龈缘坏死，腐败性口臭，疼痛明显。
26. HIV 感染者较早出现的相关症状表现为龈缘明显的\_\_\_\_\_充血带，称为线形牙龈红斑，附着龈可有点状红亮，自述刷牙出血或自发性出血。
27. 少数牙龈纤维增生明显，炎症消退后牙龈形态仍不能恢复正常可行\_\_\_\_\_。
28. 牙周炎需要定期（每 6~12 个月一次）进行复查和维护，才能保持疗效，\_\_\_\_\_。
29. \_\_\_\_\_仍是青春期龈炎的主要病因
30. 青春期少年体内\_\_\_\_\_水平的变化，牙龈组织对菌斑等局部刺激物的反应性增强。
31. 青春期龈炎与侵袭性牙周炎的鉴别要点是\_\_\_\_\_，无牙槽骨吸收。
32. 青春期龈炎个别病程长且牙龈过度肥大增生者，必要时可采用\_\_\_\_\_。
33. 妊娠期龈炎指妇女在妊娠期间，由于女性\_\_\_\_\_升高，原有的牙龈慢性炎症加重，使牙龈肿胀或形成瘤样改变，分娩后病损可自行减轻或消退。
34. 妊娠期龈瘤（也称孕瘤）发生于\_\_\_\_\_，前牙尤其是下前牙唇侧龈乳头多见。
35. 长期服用激素类\_\_\_\_\_的妇女也可有类似的临床表现，应注意与妊娠期龈炎鉴别。
36. 龈袋溢脓时用\_\_\_\_\_和生理盐水冲洗，也可用刺激性小、不影响胎儿生长发育的含漱液含漱。
37. 牙龈坏死，无出血，\_\_\_\_\_轻轻清洗坏死龈缘，敷以消炎药或碘制剂。
38. 急性白血病一般不作\_\_\_\_\_，必要时简单洁治术，动作轻柔，避免引起出血和组织创伤。
39. 药物性牙龈肥大局部药物治疗，\_\_\_\_\_冲洗龈袋，袋内置入抗菌消炎药，炎症减轻后再治疗。
40. 药物性牙龈肥大经治疗后增生牙龈仍不能完全消退，可行\_\_\_\_\_术和牙龈成形术。
41. 牙龈纤维瘤病又名\_\_\_\_\_、家族性或特发性牙龈纤维瘤病，罕见疾病。
42. 牙龈纤维瘤在幼儿时发病，最早在乳牙萌出后，一般开始于\_\_\_\_\_之后。
43. 急性坏死性溃疡性龈炎是指发生于龈缘和龈乳头的急性炎症和\_\_\_\_\_。
44. 梭形杆菌和螺旋体，\_\_\_\_\_是急性坏死性溃疡性龈炎的优势菌。

45. 坏死性溃疡性龈炎瑞氏(Wright)染色或\_\_\_\_\_染色,镜下观察有无梭形杆菌和螺旋体。
46. 急性期如未能及时治疗且抵抗力低,波及唇、颊侧黏膜,成为\_\_\_\_\_。
47. 坏死性溃疡性龈炎机体抵抗力极度低下合并感染产气荚膜杆菌,成为\_\_\_\_\_。
48. 坏死性溃疡性龈炎急性期治疗不彻底或反复发作可转为\_\_\_\_\_。
49. 坏死性溃疡性龈炎龈乳头严重破坏,呈\_\_\_\_\_。
50. 慢性龈炎表现为病程\_\_\_\_\_,无自发痛,无自发性出血,牙龈无坏死,无特殊腐败性口臭。

## 第三单元 牙周炎

1. 局限型侵袭性牙周炎典型局限于\_\_\_\_\_和上下切牙,多左右对称。
2. 局限型侵袭性牙周炎菌斑量与破坏程度\_\_\_\_\_。
3. 菌斑控制若小于\_\_\_\_\_,则属基本被控制。
4. \_\_\_\_\_与甲硝唑联合使用治疗侵袭性牙周炎。
5. \_\_\_\_\_是引发慢性牙周炎的始动因子。
6. 龈沟病理性\_\_\_\_\_,是牙周炎最重要的病理改变之一。
7. 骨上袋是指牙周袋底在牙槽嵴顶\_\_\_\_\_。
8. 一壁骨袋是指骨质破坏严重,仅存\_\_\_\_\_骨壁
9. 二壁骨袋是指骨袋仅剩留\_\_\_\_\_骨壁
10. 三壁骨袋是指袋的一个壁是牙根面,其他\_\_\_\_\_壁均有骨质,即邻、颊、舌侧皆有骨壁
11. 四壁骨袋是指均为\_\_\_\_\_吸收,颊舌近中远中牙槽骨与牙根不相贴合。破坏严重,疗效差
12. 混合壁袋是指各个骨壁\_\_\_\_\_收程度不同,骨下袋骨壁数目近根尖部分>近冠端
13. 慢性牙周炎起病\_\_\_\_\_,自觉刷牙或进食出血或口内异味,一般无明显不适,不受重视。
14. 牙周袋探诊深度\_\_\_\_\_,袋底位于釉牙骨质界根方,能探到釉牙骨质界,附着丧失。
15. X线片上可见牙槽嵴顶高度\_\_\_\_\_,有水平或垂直骨吸收。
16. 牙周附着丧失和牙槽骨吸收发展到一定程度,累及根分叉区,形成\_\_\_\_\_
17. 根分叉病变会出现\_\_\_\_\_,病理性移位,甚至发生急性牙周脓肿。
18. 牙周炎同时侵犯多个牙,有一定\_\_\_\_\_。
19. 根据牙周袋深度/探诊深度、附着丧失和骨吸收程度,慢性牙周炎分为\_\_\_\_\_。
20. 轻度表现为牙周袋\_\_\_\_\_,附着丧失1~2mm, X线片:牙槽骨吸收<根长1/3,牙龈炎症,探诊出血,可有或无口臭。
21. 中度表现牙周袋\_\_\_\_\_,附着丧失3~4mm, X线片:牙槽骨水平型/角型吸收占根长1/3~1/2,牙龈炎症,探诊出血,牙轻度松动,根分叉区病变轻,可有脓。
22. 重度表现为牙周袋\_\_\_\_\_,附着丧失≥5mm, X线片:牙槽骨吸收>根长1/2甚至根尖2/3,炎症明显,牙多松动,根分叉病变,可发生牙周脓肿。
23. 侵袭性牙周炎,发生于全身健康者,具有\_\_\_\_\_,疾病进展迅速
24. 局限型侵袭性牙周炎,始于\_\_\_\_\_前后,20岁左右就诊
25. 局限型侵袭性牙周炎早期炎症不明显,出现牙齿松动和\_\_\_\_\_,自觉咀嚼无力,食物嵌塞。

26. 掌跖角化-牙周破坏综合征出现皮损表现为手掌、足底、肘部及肘部局限性的\_\_\_\_\_及鳞屑、皲裂，有多汗和臭汗
27. Down 综合征又名先天愚型，或\_\_\_\_\_，为染色体异常引起的先天性疾病。
28. Down 综合征患者发育迟缓和\_\_\_\_\_低下。
29. 牙周炎的病变波及多根牙的根分叉区，出现牙周袋、附着丧失和\_\_\_\_\_破坏，可发生于任何类型牙周炎。
30. 根柱短，根分叉开口离颈部近，易发生\_\_\_\_\_。
31. 磨牙牙髓感染和炎症可通过髓室底处\_\_\_\_\_扩散蔓延到根分叉区。
32. \_\_\_\_\_根分叉病变可探到根分叉外形，但不能水平探入分叉内。X 线：无牙槽骨吸收
33. \_\_\_\_\_根分叉病变水平方向部分进入分叉区，与对侧不相通。X 线：尚有部分牙槽骨和牙周膜存在，分叉区牙周膜增宽，或骨质密度小范围降低
34. \_\_\_\_\_根分叉病变水平通过分叉区，贯通性病变，未直接暴露于口腔。X 线：牙槽骨全部吸收，完全的透影区，牙根靠近或外斜线重叠使病变不明显
35. \_\_\_\_\_根分叉病变根间骨隔完全破坏，根分叉区完全暴露于口腔。X 线：与Ⅲ度病变相似
36. \_\_\_\_\_是牙周炎发展到晚期，出现深牙周袋后的伴发症状。
37. 牙周脓肿是位于牙周袋壁或深部牙周结缔组织中的\_\_\_\_\_，一般为急性过程，也可有慢性牙周脓肿。
38. 深牙周袋的\_\_\_\_\_不彻底，袋口虽紧缩，但袋底处炎症仍存在，且得不到引流。
39. 急性牙周脓肿发病突然，患牙唇颊侧或舌腭侧牙龈形成\_\_\_\_\_或半球状肿胀突起。
40. 根急性牙周脓肿多无明显全身症状。发生在单个或\_\_\_\_\_牙齿，或此起彼伏。
41. 慢性牙周脓肿常因\_\_\_\_\_急过后未及时治疗，或反复急性发作所致，多无明显症状，牙龈表面有窦道开口。
42. 牙周-牙髓联合病变是同一个牙并存牙周病变和\_\_\_\_\_病变，且互相融合连通。
43. 牙周-牙髓联合病变牙周组织和牙髓重要通道，感染和炎症易交互\_\_\_\_\_。
44. 长期存在的牙周病变引起牙髓的慢性炎症、变性、\_\_\_\_\_甚至坏死。
45. 种植体周围组织疾病是种植体上的菌斑微生物和负载\_\_\_\_\_，其他因素也对种植体周围疾病的发生起促进作用
46. 种植体周围黏膜炎病变局限于\_\_\_\_\_，不累及骨组织，类似龈炎。
47. 种植体周围黏膜炎主要由于口腔卫生不良，\_\_\_\_\_刺激所致。
48. 种植体周围黏膜炎表现为种植体周围黏膜红肿、探诊出血甚至溢脓，不伴\_\_\_\_\_。
49. 种植体周围炎病变已突破黏膜屏障累及\_\_\_\_\_，类似牙周炎。

## 第四单元 牙周疾病治疗

1. 翻瓣术的第一切口常选用\_\_\_\_\_。
2. 龈瓣的复位适用于\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_有中等或深牙周袋，且不需作骨成形者。
3. 修复治疗一般在基础治疗结束后\_\_\_\_\_周开始。
4. 牙冠延长术后修复体的制作一般在术后\_\_\_\_\_。
5. 洁治术和\_\_\_\_\_是牙周病基础治疗。
6. 机械方法清除牙石和\_\_\_\_\_是最有效基础治疗。
7. 基础治疗后\_\_\_\_\_时，若仍有\_\_\_\_\_以上牙周袋，且探诊仍有出血，或有些部位的

牙石难以彻底清除，则视情况决定再次刮治或需进行牙周手术。8.

直视下彻底刮除根面或根分叉处的牙石及不健康的\_\_\_\_\_。

9. 牙周组织\_\_\_\_\_能使病变区牙根面形成新的牙骨质、牙周膜和牙槽骨的正常附着。

10. 重症患者、对常规治疗反应不佳，或出现急性症状，可全身给予\_\_\_\_\_。

11. 吸烟者对牙周治疗的反应较差，应劝患者\_\_\_\_\_。

12. 牙周治疗最终目标是创造一个在健康\_\_\_\_\_的条件下，能行使良好功能的牙列。

13. 牙周炎治疗的总体目标是\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_、恢复牙周组织的生理形态、恢复牙周组织的功能、维持长期疗效，防止复发。

14. \_\_\_\_\_是自我清除菌斑的主要手段

15. 牙刷的刷毛用\_\_\_\_\_制作，刷头宜小些，要在口腔内便于转动，且能清洁各个部位的牙面。

16. \_\_\_\_\_适用牙周病，重点清除龈沟附近和邻间隙，水平颤动法为宜。

17. \_\_\_\_\_适用牙龈退缩。中等硬毛或软毛的牙刷，刷毛不进入龈沟。

18. 牙膏摩擦剂和洁净剂加强\_\_\_\_\_清洁作用。

19. 牙线是清除牙\_\_\_\_\_菌斑有效，尤其牙龈乳头无明显退缩的牙间隙最为适用。

20. 牙签会导致牙龈乳头\_\_\_\_\_，不宜使用牙签。

21. \_\_\_\_\_适用于牙龈退缩，根分叉贯通病变，牙邻面外形不规则或有凹面。

22. 化学药物控制菌斑是用\_\_\_\_\_/洗必素溶液，每天2次，每次10ml，含漱1分钟。

23. 昏迷患者或植物人的菌斑控制是用他人用棉签蘸化学抗菌剂擦洗牙面和口腔，每日\_\_\_\_\_次

24. 手动不方便或弱智，疾病卧床，有条件时，最好选择\_\_\_\_\_。

25. 幼儿乳牙萌出后，由家长用\_\_\_\_\_或软塑料刷为其擦拭牙面，稍长后即应养成良好的口腔卫生习惯

26. 常规应用的洁治器基本结构均包括三个部分，即\_\_\_\_\_、颈部、柄部。

27. 抛光常用的抛光器为\_\_\_\_\_。

28. 龈下刮治术是用\_\_\_\_\_械除去附着于牙周袋内根面上的龈下牙石和菌斑。

29. 根面平整术是用龈下刮治器械清除附着和嵌入牙骨质内的牙石，并刮除牙根表面病变牙骨质，形成\_\_\_\_\_、坚硬且清洁的根面、具有生物相容性的表面。

30. Gracey#5/6，适用于\_\_\_\_\_及尖牙

31. Gracey#7/8，适用于磨牙及\_\_\_\_\_的颊舌面

32. Gracey#11/12，适用于磨牙和前磨牙的\_\_\_\_\_

33. Gracey#13/14，适用于磨牙和前磨牙的\_\_\_\_\_

34. 磨改是以消除\_\_\_\_\_为主

35. 工作侧多个牙接触，非工作侧不接触，适当磨改\_\_\_\_\_，磨除上牙舌尖和下牙颊尖斜面的干扰点。

36. 前伸(牙合)，前牙多个牙接触，后牙一般不接触，若有接触，可对有接触的\_\_\_\_\_进行磨改

37. 四环素类药物可抑制G+菌、G-菌及螺旋体，尤其伴放线聚集杆菌，对\_\_\_\_\_。

38. 青霉素类药物对G+菌及部分\_\_\_\_\_杀菌有效。

39. 大环内酯类药物如\_\_\_\_\_，能有效抑制黏性放线菌，产黑色素类杆菌群及螺旋体。

40. 硝基咪唑类药物对牙周炎和坏死性溃疡性龈炎、\_\_\_\_\_相关性牙周炎急性期有效。

41. 牙间间断缝合用于唇、舌两侧龈瓣张力相等、高低一致，缝合龈瓣的\_\_\_\_\_。

42. 分根术适用于下颌磨牙根分叉区III度或\_\_\_\_\_度病变。

## 第七篇 儿童口腔医学

### 第一单元 龋病

1. 乳牙的患龋组织结构特点最重要的是\_\_\_\_\_。
2. 乳牙患龋最好发牙位是\_\_\_\_\_。
3. 乳切牙龋病最好发牙面是\_\_\_\_\_。
4. 乳磨牙牙髓治疗后应选择做\_\_\_\_\_。
5. 年轻恒牙牙根发育完成在萌出后\_\_\_\_\_。
6. 乳牙在萌出后不久即可患龋，乳牙患龋率 1 岁左右起即直线上升，\_\_\_\_\_ 时达到高峰。
7. 乳牙龋齿的特点是发病早，患龋率\_\_\_\_\_，龋蚀进展\_\_\_\_\_，龋齿多发，范围\_\_\_\_\_，自觉症状\_\_\_\_\_，修复性牙本质形成活跃。
8. 乳牙的釉质和牙本质均较薄，且矿化程度\_\_\_\_\_，髓腔\_\_\_\_\_，髓角\_\_\_\_\_，龋坏极易波及\_\_\_\_\_。
9. 由不良喂养习惯引起的早期广泛性龋齿，好发于上颌乳切牙的唇面，而在下颌乳切牙 却无龋齿。也称\_\_\_\_\_奶瓶龋。
10. 乳牙龋在修复时不必强求恢复\_\_\_\_\_。
11. 为避免对牙髓造成刺激，在近髓处可用\_\_\_\_\_护髓，以保护牙髓。
12. 年轻恒牙牙体硬组织\_\_\_\_\_比成熟恒牙差，弹性、抗压力较低。
13. 年轻恒牙矿化度\_\_\_\_\_低，不耐\_\_\_\_\_酸，龋齿进展\_\_\_\_\_快，隐匿性龋齿较常见。
14. 年轻恒牙在修复牙体时以恢复牙冠的解剖外形为目的， 不强调恢复牙齿间的\_\_\_\_\_。
15. 年轻恒牙牙根未发育完成，应该尽量保持\_\_\_\_\_以利于牙齿的进一步发育。

### 第二单元 牙髓病与根尖周病

1. 乳牙根尖周病的主要特征是\_\_\_\_\_。
2. 乳牙慢性根尖周脓肿排脓多在\_\_\_\_\_。
3. 乳牙慢性牙槽脓肿排脓多在\_\_\_\_\_。
4. 乳牙牙根吸收\_\_\_\_\_时不宜做牙髓切断术。
5. 乳牙失活不宜选用\_\_\_\_\_。
6. 乳牙失活应选用\_\_\_\_\_。
7. 根尖诱导成形术临床上首选药物为\_\_\_\_\_。
8. 疼痛是诊断牙髓病的重要症状之一，它包括\_\_\_\_\_和自发痛。
9. 颌面部肿胀主要是由于颌面部\_\_\_\_\_引起的。
10. 当乳牙牙髓炎，牙髓坏死的炎症感染影响到根尖周组织或牙周组织时，患牙可出现松动和\_\_\_\_\_。
11. 乳牙处于生理性根吸收过程或牙根大部分吸收时，牙齿会\_\_\_\_\_。
12. 当乳牙处于牙根稳定期时出现松动，则多与慢性根尖周病变或牙槽脓肿有关，需通过\_\_\_\_\_检查，以免误诊。

13. 乳牙和年轻恒牙不宜做\_\_\_\_\_和电测验，可作为参考，同时结合其他临床症状进行综合判断。

14. 乳牙牙髓病临床症状不明显，以慢性炎症为主，急性炎症往往是\_\_\_\_\_急性发作引起。

15. 乳牙牙髓感染可伴发\_\_\_\_\_，感染波及根髓时可有叩痛。

16. 乳牙根尖周病变主要来源于\_\_\_\_\_的感染，其次是牙齿外伤以及牙髓治疗过程中药物或充填材料使用不当造成根尖周组织的严重损伤。

17. 乳牙应该采用可吸收的，不影响乳牙替换的根管充填材料，常用材料有氧化锌丁香油糊剂、碘仿糊剂、\_\_\_\_\_、氢氧化钙糊剂等。

18. 干髓术是指药物失活牙髓后去除\_\_\_\_\_，放置干髓剂于牙髓断面使根髓固定的方法。

19. 年轻恒牙牙髓炎多由\_\_\_\_\_引起。

20. 龋病引起的牙髓炎症以慢性炎症为主，如果牙髓暴露广泛，可形成慢性增生性牙髓炎，即形成\_\_\_\_\_。

21. 年轻恒牙的根尖周病多是牙髓炎症或\_\_\_\_\_的继发病。

22. 年轻恒牙牙髓组织和根尖周组织疏松，\_\_\_\_\_，炎症感染易于扩散。

23. 根尖诱导成形术，临床上首选药物为\_\_\_\_\_。

24. 彻底清除根管内感染物质是消除\_\_\_\_\_促使根尖形成的重要因素。

25. 根尖诱导成形术成功标准根尖周病变消失，牙根延长，根尖形成或\_\_\_\_\_。

26. 根尖诱导成形术复诊次数多，容易出现\_\_\_\_\_。

27. 有条件可以选择 MTA 根尖屏障术，或尝试\_\_\_\_\_。

### 第三单元 咬合发育问题

1. 乳牙在口内留存时间最短的是\_\_\_\_\_。

2. 单侧或双侧单个乳磨牙早失适用的间隙保持器是\_\_\_\_\_。

3. 第二乳磨牙早失、第一恒磨牙尚未萌出或萌出不足适用的间隙保持器是\_\_\_\_\_。

4. 乳牙早失后，临床常采用制作\_\_\_\_\_的方法保持间隙，以防咬合紊乱的发生。

5. 多数乳牙缺失时，不仅保持缺牙间隙，而且能够恢复\_\_\_\_\_。

6. 乳牙如果无法保留过早拔除后，一般\_\_\_\_\_左右制作间隙保持器。保持器需要定期复查。

### 第四单元 牙发育异常

1. 乳牙滞留常见牙位是\_\_\_\_\_。

2. 乳牙早萌常见牙位是\_\_\_\_\_。

3. 恒牙迟萌最常见牙位是\_\_\_\_\_。

4. 多生牙好发于\_\_\_\_\_之间。

5. \_\_\_\_\_常因继承恒牙先天缺失而滞留。

6. 继承恒牙已经萌出，滞留的乳牙应该\_\_\_\_\_。

7. 因先天缺失继承恒牙导致的滞留乳牙可\_\_\_\_\_。

8. 诞生牙是婴儿\_\_\_\_\_就有的牙齿。

9. 新生牙是出生后\_\_\_\_\_内萌出的牙齿。
10. 早萌牙松动多伴有\_\_\_\_\_。
11. 早萌牙常影响吸吮，舌系带摩擦下切牙可形成\_\_\_\_\_。
12. 极松的早萌牙自行脱落容易\_\_\_\_\_。
13. 应对早萌牙进行局部\_\_\_\_\_治疗，预防龋齿。
14. 如果\_\_\_\_\_后仍不萌出第一颗乳牙，超过3周岁乳牙尚未全部萌出为乳牙迟萌。
15. 多生牙主要对恒牙的发育和\_\_\_\_\_造成影响。
16. 多生牙可以萌出于口腔内，也可以\_\_\_\_\_，牙轴倾斜或倒置。
17. \_\_\_\_\_是由两个正常牙胚的牙釉质或牙本质融合在一起而成的。除牙齿发育受压力因素外，还有遗传倾向。
18. 乳牙融合多见于下颌乳中切牙和\_\_\_\_\_，或乳侧切牙和乳尖牙融合。
19. 为预防龋齿，对融合牙的融合线处应及早进行\_\_\_\_\_。
20. 对乳前牙区的融合牙\_\_\_\_\_，对牙列无影响者，不作处理。

## 第五单元 牙外伤

1. 外伤牙多发生于\_\_\_\_\_。
2. 牙齿全脱位时应该立即进行\_\_\_\_\_。
3. 年轻恒牙外伤多发生于\_\_\_\_\_儿童。
4. 外伤常伴发口唇黏膜撕裂伤及颌骨骨折或\_\_\_\_\_。
5. 牙根\_\_\_\_\_形成的牙齿以松动、移位、脱出较常见。
6. 牙根\_\_\_\_\_形成后，容易发生冠折或根折。
7. 牙外伤检查时，应对牙齿折断的部位、范围，有无露髓，探诊的反应，\_\_\_\_\_变化，牙齿位置变化。
8. 检查患牙叩痛，牙周组织损伤情况。可以通过牙髓活力温度测验和牙髓活力电测验判断\_\_\_\_\_状况。
9. 外伤时牙髓可能出现休克现象，大多数牙齿\_\_\_\_\_或半年左右恢复反应。
10. 年轻恒牙牙髓活力电测验可能是阴性反应，不要认为是\_\_\_\_\_，要结合临床综合判断。
11. 每一个外伤牙都要拍摄\_\_\_\_\_确定患牙有无根折、移位，牙槽骨、颌骨有无骨折。
12. 乳牙外伤时一定要评估其对\_\_\_\_\_的影响。
13. 乳牙\_\_\_\_\_对恒牙胚的危害最大，牙冠偏向唇侧，根尖倾向恒牙胚，应立即拔除乳牙，避免可能对恒牙胚造成损伤。
14. 乳牙挫入时不应\_\_\_\_\_。
15. 乳牙冠折、根折露髓可进行牙髓切断术或\_\_\_\_\_。
16. 牙釉质-牙本质折断暴露无论面积大小都应该及时\_\_\_\_\_牙本质断面，注意保护牙髓。
17. 临床上直接盖髓术不易成功，一般采取\_\_\_\_\_。
18. 有牙髓炎症或牙髓坏死的年轻恒牙可采取\_\_\_\_\_。
19. 断端复位，固定患牙，一般固定\_\_\_\_\_。
20. \_\_\_\_\_分钟即刻再植成功率较高。



## 第八篇 口腔颌面外科

### 第一单元 口腔颌面外科基础知识与基本操作

1. 急诊抢救病历抢救后\_\_\_\_\_内完成。
2. 首次病程记录在\_\_\_\_\_内完成。
3. 检查开口度时以\_\_\_\_\_之间的距离为标准。
4. 轻度张口受限为张口度仅可置\_\_\_\_\_指, \_\_\_\_\_cm。
5. 中度张口受限为张口度仅可置\_\_\_\_\_指, \_\_\_\_\_cm。
6. 重度张口受限为张口度仅可置\_\_\_\_\_指, \_\_\_\_\_cm。
7. 舌、腭、口底及口咽检查可行\_\_\_\_\_。
8. 双合诊应按\_\_\_\_\_的顺序进行。
9. 腭裂患者进行语音及听诊检查是可检查出\_\_\_\_\_。
10. 舌根部肿块患者进行语音及听诊检查是可检查出\_\_\_\_\_。
11. 动静脉畸形患者进行语音及听诊检查是可检查出\_\_\_\_\_。
12. 颞下颌关节紊乱病患者进行语音及听诊检查是可检查出\_\_\_\_\_。
13. 正常人每天唾液总量约为\_\_\_\_\_ml, 其中腮腺和下颌下腺分泌占\_\_\_\_\_% , 舌下腺仅占\_\_\_\_\_%~\_\_\_\_\_%。
14. 静脉畸形的患者进行穿刺检查是可检查出\_\_\_\_\_。
15. 舌下腺囊肿的患者进行穿刺检查是可检查出\_\_\_\_\_。
16. 穿刺应在严格消毒的条件下进行, 血管性病变穿刺应选用\_\_\_\_\_针头。
17. 穿刺应在严格消毒的条件下进行, 唾液腺肿瘤穿刺应选用\_\_\_\_\_针头。
18. \_\_\_\_\_禁忌穿刺。
19. \_\_\_\_\_禁忌活体组织检查
20. 口腔内异位甲状腺可应用\_\_\_\_\_或\_\_\_\_\_诊断。
21. 颌骨恶性肿瘤主要用\_\_\_\_\_诊断。
22. 一般器械、布类、纱布、棉花类及橡胶类等可使用\_\_\_\_\_灭菌方法。
23. 玻璃陶瓷等器具, 吸收性明胶海绵、凡士林、油脂、液状石蜡和各种粉剂等物品可使用\_\_\_\_\_灭菌方法。
24. 碘酊消毒颌面部浓度为\_\_\_\_\_, 口腔内为\_\_\_\_\_, 头皮部为\_\_\_\_\_。
25. 氯己定溶液做皮肤消毒浓度为\_\_\_\_\_。
26. 头颈部手术消毒范围应至术区外\_\_\_\_\_cm, 四肢、躯干则需扩大至\_\_\_\_\_cm。
27. 门诊小手术适用于\_\_\_\_\_铺巾法。
28. 常用的下颌下切口, 宜在下颌骨下缘下\_\_\_\_\_cm左右。
29. 切开时, 手术刀起刀时\_\_\_\_\_将刀尖刺入, 移动时转至\_\_\_\_\_角切开皮肤, 切

完时又使刀呈\_\_\_\_\_位。

30. 骨髓腔或骨孔内的出血，则用\_\_\_\_\_填充止血
31. \_\_\_\_\_是使用最多、最普遍的止血方法
32. 锐性分离的优点为\_\_\_\_\_。
33. 钝性分离的缺点为\_\_\_\_\_。
34. 口腔内打结应打\_\_\_\_\_。
35. 缝合顺序应是先\_\_\_\_\_，后\_\_\_\_\_。
36. 一般整复手术以缝合边距\_\_\_\_\_mm、针距\_\_\_\_\_mm。
37. 选择纵式或横式外翻缝合，最好使缝线方向与\_\_\_\_\_方向一致。
38. 两侧创缘厚薄不均时，薄侧组织要\_\_\_\_\_，而厚侧组织要\_\_\_\_\_。
39. 两侧创缘高低不等时，低侧组织要\_\_\_\_\_，而高侧组织要\_\_\_\_\_。
40. 负压引流 24 小时内引流量少于\_\_\_\_\_ml 时去除。
41. 无菌创口争取作组织整齐与严密的\_\_\_\_\_期缝合
42. 换药次序应遵循先\_\_\_\_\_，后\_\_\_\_\_，再\_\_\_\_\_的顺序。
43. 重金属中毒者，牙龈边缘可有\_\_\_\_\_。
44. 化脓性腮腺炎，腮腺导管口会出现\_\_\_\_\_、溢脓。
45. 瞳孔的变化是\_\_\_\_\_损伤的一个重要体征。
46. 髁突骨折引起外耳道破裂，也可有外耳道\_\_\_\_\_。
47. 检查淋巴结时，应注意肿大淋巴结所在的部位、大小、数目、硬度、活动度、有无压痛或波动感及与皮肤或基底部有无\_\_\_\_\_等情况。
48. 耳屏前扪诊法，以双手示指或中指分别置于两侧\_\_\_\_\_，患做开闭口运动时，感触髁突的动度。
49. 外耳道触诊法，将两手小指伸入\_\_\_\_\_，向前方触诊，以了解髁突的活动及冲击感，协助关节疾病的诊断。
50. 颞肌前份位于\_\_\_\_\_。
51. 翼外肌下头位于\_\_\_\_\_。
52. 翼内肌下部位于\_\_\_\_\_的后下方及下颌支的内侧面。
53. 下颌下腺和舌下腺的触诊则常采用\_\_\_\_\_法检查。
54. 通过穿刺抽吸肿块内容物，了解内容物的颜色、透明度、\_\_\_\_\_等性质，可以进一步协助诊断。
55. 穿刺应在严格\_\_\_\_\_的条件下进行，选用适宜的针头。。
56. 切除活组织检查，适用于皮肤黏膜完整，位于深部的可切除的小型肿瘤或\_\_\_\_\_。
57. 连续手术时应遵循先\_\_\_\_\_、次污染、后感染的原则，以免发生交叉感染。。
58. 手术室应定期进行空气消毒，一般每日应进行\_\_\_\_\_次，常用的方法有紫外线照射、电子灭菌灯消毒或化学药物加热蒸汽消毒。

- 
59. 三角形手术野铺巾法：此法适用于\_\_\_\_\_、鼻、唇及颊部手术。
60. 四边形手术野铺巾法：此法适用于\_\_\_\_\_、下颌下区、颈部及涉及多部位的大型手术。
61. 切口须选择在比较隐藏的部位以及\_\_\_\_\_。
62. 活检手术的切口应力求与再次手术的切口\_\_\_\_\_。
63. 选择好切口后，对过长的皮肤切口，可以\_\_\_\_\_画线标记，以利切割更为准确。
64. 手术中常用的止血方法包括压迫止血，钳夹、\_\_\_\_\_，药物止血，电凝止血，低温止血和降压止血等。
65. 对局限性出血又查不到明显出血点的疏松组织出血区，可用\_\_\_\_\_或多圈式缝扎压迫止血。
66. 对于较大面积的静脉渗血或瘀痕组织及某些肿瘤（如血管瘤、神经纤维瘤等）切除时的广泛渗血，可用温热盐水纱布\_\_\_\_\_。
67. 腔窦内出血及颈静脉破裂出血而又不能缝扎时，可用\_\_\_\_\_填塞压迫止血，以后再逐渐分期抽除。
68. 对急性动脉出血（手术中或外伤后），可选用\_\_\_\_\_。
69. 口腔颌面外科手术以单手打结和\_\_\_\_\_最为常用。
70. 打结收紧结扣时，要注意尽量使\_\_\_\_\_与结扎点成一线，否则结扎组织容易撕脱或结扎松脱。
71. 组织内结扎线头所留长度一般为\_\_\_\_\_左右。
72. 较大的血管及大块肌肉束等粗线结扎，为防止滑脱可增加到\_\_\_\_\_。
73. 皮肤、黏膜的缝合，为拆线时牵引方便，应至少余留\_\_\_\_\_以上。
74. 两侧组织应该等量、对称，避免留有\_\_\_\_\_。
75. 缝合时应在无张力或最小张力下进行缝合，以免创口\_\_\_\_\_和愈合后瘢痕过粗。
76. 缝合面颈部皮肤时，一般要防止创缘内卷及过度\_\_\_\_\_。
77. 缝合后打结的松紧要\_\_\_\_\_。
78. 创口原位缝合法，用于无\_\_\_\_\_、整齐、无张力的创口复位缝合。
79. 外翻缝合，亦称褥式缝合，适用于创缘较薄的黏膜、松弛的皮肤以及有\_\_\_\_\_现象的创缘缝合。
80. 对有张力的创口，不能强行拉拢缝合，应尽量进行适当的\_\_\_\_\_。
81. 缝合的创口，一般在\_\_\_\_\_内全部愈合者，称为初期或一期愈合。
82. 无菌创口是指\_\_\_\_\_经细菌侵入。
83. 污染创口是指有细菌侵入，\_\_\_\_\_化脓
84. 感染创口是指细菌侵入，\_\_\_\_\_化脓
85. 颌面部常用宽\_\_\_\_\_、长 5m 左右的绷带。
86. \_\_\_\_\_用于颌面部和上颈部术后和损伤的包扎固定。

- 
87. \_\_\_\_\_常用于上颌骨、面、颊部手术后的创口包扎。
  88. 主治医师查房记录 48 小时内完成
  89. 入院记录、再次或多次入院记录、24 小时内出入院记录、24 小时内入院死亡记录。
  90. 主诉：指促使患者就诊的主要症状（或体征）及持续时间。
  91. 现病史指患者本次疾病的发生、演变、诊疗等方面的详细情况，应按\_\_\_\_\_书写。
  92. 发病情况记录发病的时间、地点、起病缓急、前驱症状、可能的原因或\_\_\_\_\_。
  93. 既往史指患者过去的\_\_\_\_\_和疾病情况。
  94. 同一疾病相隔\_\_\_\_\_以上复诊者，原则上按初诊患者处理，但可适当简化。
  95. 急诊病历记录应由接诊医师在患者就诊时\_\_\_\_\_完成，就诊时间应具体到分钟。
  96. 切取或钳取活组织检查：适用于位置\_\_\_\_\_或有溃疡的肿瘤。
  97. 深部肿瘤或表面完整较大的肿瘤及颈部大的淋巴结可行\_\_\_\_\_检查。
  98. 冷冻活组织检查：如临床上已决定用手术治疗，则应争取\_\_\_\_\_与手术一期完成。
  99. 冷冻活检需要\_\_\_\_\_，送检前不应进行固定。
  100. 超声在口腔颌面部主要用于\_\_\_\_\_、下颌下和颈部肿块的检查
  101. MRI 主要用于\_\_\_\_\_及颞下颌关节疾病的检查和诊断，以及脉管畸形和血管瘤的诊断和相关血管显像等方面。
  102. 血红蛋白（g/L）成年男性 120~160，成年女性\_\_\_\_\_，新生儿 170~220。
  103. 低温麻醉（体温降至\_\_\_\_\_左右）可有效减少周围组织的血容量
  104. 术中使收缩压降至\_\_\_\_\_左右，即可有效减少术中出血量。
  105. 解剖分离的方法主要有两种，即锐性分离和\_\_\_\_\_。
  106. 打结是重要的手术基本功，主要用于\_\_\_\_\_和缝合。
  107. 创口收缩：是指\_\_\_\_\_创口通过创缘向中心移动而关闭的过程。
  108. 用电刀手术缝合后的切口，\_\_\_\_\_反应更为明显
  109. 而激光刀手术缝合后的切口创缘，早期主要表现为\_\_\_\_\_，切口在术后第 10 天才  
有组织学上的愈合。
  110. 面部严密缝合的创口可早期暴露，并及时以\_\_\_\_\_和 4% 硼酸及 95% 乙醇混合液  
清除渗出物。
  111. 不能缝合者，如腭裂手术后的松弛切口，应覆盖包以\_\_\_\_\_的油纱布，抽出的时  
间视各类手术要求及创口愈合情况而定。
  112. 除为拔除引流物或怀疑创口有感染时，一般不宜随意\_\_\_\_\_。
  113. 感染创口应覆盖敷料，并定时检视和换药，脓液多者可每天\_\_\_\_\_次。
  114. 换药应严格遵守\_\_\_\_\_操作原则
  115. 绷带包扎是为了保护术区和创部，防止\_\_\_\_\_，避免再度受损。
  116. 包扎绷带应力求严密，稳定，美观，\_\_\_\_\_。
  117. 发现绷带松动、脱落时，应及时予以加固或\_\_\_\_\_。

- 
118. 无菌创口应注意无菌操作，覆盖的无菌纱布，应有一定的\_\_\_\_\_和范围
  119. 下颌下区和颈部应注意保持呼吸道通畅，防止压迫\_\_\_\_\_和气管
  120. 腮腺区需施以一定压力，并应富于\_\_\_\_\_，以免发生涎瘘
  121. 切开引流的创口第一次包扎应加以适当压力，以利止血，以后换药包扎时，应注意\_\_\_\_\_
- 

## 第二单元 麻醉与镇痛

1. 丁卡因主要用作\_\_\_\_\_。
2. 心律失常患者常作为首选\_\_\_\_\_。
3. 布比卡因麻醉效果持续时间\_\_\_\_\_以上。
4. 用于成人和四岁以上儿童的麻醉药物是\_\_\_\_\_。
5. 常用肾上腺素以\_\_\_\_\_的浓度加入局麻药溶液中。
6. 局麻药的过敏试验中，若出现局部红肿，红晕直径超过\_\_\_\_\_者视为阳性。
7. 适用于血友病和类似有出血倾向患者的浸润麻醉方法为\_\_\_\_\_。
8. 上牙槽后神经阻滞麻醉进针点一般以\_\_\_\_\_远中颊侧根部前庭沟作为进针点。
9. 上牙槽后神经阻滞麻醉进针方向为\_\_\_\_\_。
10. 腭前神经阻滞麻醉的表面标志是\_\_\_\_\_。
11. 鼻腭神经阻滞麻醉的表面标志是\_\_\_\_\_。
12. 下牙槽神经阻滞麻醉以上下颌牙槽嵴相距的中点线上与翼下颌韧带外侧\_\_\_\_\_的交点，作为注射标志。
13. 下牙槽神经阻滞麻醉注射成功的主要标志是\_\_\_\_\_。
14. 下颌支的宽度愈大，下颌孔到下颌支前缘的距离愈大，进针深度应\_\_\_\_\_。
15. 下颌骨弓愈宽，注射针尖应尽量往对侧的磨牙区\_\_\_\_\_靠，即加大与中线所成的夹角角度。
16. 上 123 麻醉方法先用\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_。
17. 上 6 麻醉方法先用\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_。
18. 一旦发生晕厥，应立即停止注射，迅速放平座椅，置患者于头\_\_\_\_\_位。
19. 延迟反应常见\_\_\_\_\_。
20. 过量反应早期最典型症状之一是\_\_\_\_\_。
21. 出现血肿，可立即压迫止血，并予\_\_\_\_\_；在出血停止之后，则改用\_\_\_\_\_，促使血肿吸收消散。
22. 麻药注入腮腺内麻醉\_\_\_\_\_而发生暂时性面瘫。
23. 由于注射不准确，麻醉药注入翼内肌或咬肌内，而出现\_\_\_\_\_。
24. 临床应用时常在局麻药溶液中加入\_\_\_\_\_，这是由于口腔颌面部血运丰富，对局部麻醉药吸收快。
25. 皮内实验是用 1%普鲁卡因(2%利多卡因) 0.1ml 稀释至\_\_\_\_\_ml，皮内注射 0.1ml。\_\_\_\_\_后看反应。
26. 表面麻醉常用药物由 2%~5%的\_\_\_\_\_、0.25%~0.5%的盐酸丁卡因。
27. 在牙及牙槽外科手术中，一般多在上颌牙槽突或下颌前牙区的牙槽突应用\_\_\_\_\_。
28. 上牙槽后神经阻滞麻醉又称\_\_\_\_\_。
29. 上牙槽后神经阻滞麻醉的麻醉区域除\_\_\_\_\_颊侧近中根外的同侧磨牙的牙髓、牙周

膜、牙槽突及其颊侧的骨膜，牙龈黏膜。

30. 腭前神经阻滞麻醉采用患者头后仰，大张口，上颌牙平面与地面成\_\_\_\_\_角。
31. 鼻腭神经阻滞麻醉向后上方推进约\_\_\_\_\_，可进入腭前孔。
32. 鼻腭神经阻滞麻醉注射麻药时需用较大压力，一般注入量为\_\_\_\_\_。
33. 下牙槽神经阻滞麻醉注射针应高于下颌牙面\_\_\_\_\_并与之平行。
34. 晕厥是一种突发性、暂时性\_\_\_\_\_。
35. 超敏反应出现在\_\_\_\_\_注射后，但并不多见。
36. 对轻症的超敏反应，可给脱敏药物如\_\_\_\_\_、异丙嗪、激素肌肉注射或静脉注射及吸氧。
37. 严重超敏反应出现抽搐或惊厥时，应迅速静脉注射安定（地西洋）\_\_\_\_\_mg，或分次静脉注射 2.5%硫喷妥钠，直至惊厥停止。
38. 过量反应是用药量或单位时间内注射量过大以及药物直接快速注入\_\_\_\_\_而造成。
39. 过量反应中毒轻微者，置患者于平卧位，松解颈部衣扣，使呼吸畅通，待麻药在体内分解后症状可\_\_\_\_\_。
40. 过量反应重者采取给氧、补液、抗惊厥、激素及\_\_\_\_\_等抢救措施。
41. 暂时性牙关紧闭一般都是暂时性的，大多在\_\_\_\_\_小时内自行恢复。
42. 国内常用的酯类局麻药物有普鲁卡因、\_\_\_\_\_，酰胺类的有利多卡因、布比卡因等。
43. 普鲁卡因是酯类药物，偶能产生过敏反应，出现皮炎、荨麻疹或声门水肿等
44. 利多卡因：又名赛洛卡因，局麻作用较普鲁卡因强，维持时间亦较长
45. 布比卡因：又名麻卡因，作用快慢与利多卡因相仿，而持续时间为利多卡因的 2 倍，一般可达 6 小时以上，麻醉强度为利多卡因的 3~4 倍。
46. 阿替卡因商品名为碧兰麻。该药的组织穿透性和扩散性较强，给药后 2~3 分钟出现麻醉效果
47. 冷冻麻醉常用药物氯乙烷
48. 浸润麻醉是将局麻药液注入组织内，以作用于神经末梢，使之失去传导痛觉的能力而产生麻醉效果的方法。
49. 阻滞麻醉是将局麻药液注射到神经干或其分支附近，以阻断神经末梢传入的刺激，使被阻断的神经分布区域产生麻醉效果的麻醉方法。
50. 舌神经阻滞麻醉
51. 麻醉区域：同侧下颌舌侧牙龈、黏骨膜、口底黏膜及舌前 2/3 部分。
52. 颊（颊长）神经阻滞麻醉可以下颌磨牙面的水平线与下颌支前缘交界点的颊黏膜（大致在腮腺导管口下、后约 1cm 处）作为注射标志
53. 上颌切牙拔除时多选用唇、腭侧局部浸润麻醉，也可选择眶下孔和切牙孔等阻滞麻醉。
54. 上颌磨牙拔除主要选择上颌结节及腭大孔麻醉
55. 下颌前牙的拔除可选择下牙槽神经阻滞麻醉加舌神经阻滞麻醉，或唇、舌侧浸润麻醉。
56. 下颌前磨牙、磨牙拔除术应同时使用下牙槽神经阻滞麻醉、舌神经阻滞麻醉和颊神经麻醉。
57. 口腔颌面外科手术的全麻方法可分为：吸入麻醉、静脉麻醉、基础麻醉、静脉吸入复合麻醉和全凭静脉复合麻醉。
58. 常用的吸入麻醉药物有：乙醚、氟烷、恩氟烷、异氟烷、七氟烷和氧化亚氮等。
59. 静脉麻醉的优点为诱导快，对呼吸道无刺激，不污染环境等。

60. 插管方法多数是经口腔在喉镜明视插管和经鼻腔明视或盲探插管。
61. 手术完毕前 5—10 分钟停止麻醉
62. 控制性降压麻醉是指麻醉期间主动将患者的血压作有限度降低的一种方法。
63. 通过药物作用使患者的紧张情绪、恐惧心理得到改善或消除，达到精神放松、生命体征平稳，有利于配合诊疗的方法称为镇静。
64. 镇静与全身麻醉不同，患者意识存在，能服从各种指令，生理反射基本正常
65. 口服给药适用于精神紧张轻度焦虑的患者。镇静效果差，不易控制
66. 肌注给药仅适用于短小手术、轻度焦虑不安的患者
67. 静脉给药适用于对诊疗操作极度恐惧不安，配合能力差以及精神紧张、血压升高的患者
68. 氧化亚氮吸入操作简单镇静深度易调节、安全。气胸、肠梗阻和中耳疾病的患者禁用
69. 主要的镇痛药物为对乙酰氨基酚、非甾体抗炎药和阿片类镇痛药。
70. 对应用镇痛药治疗癌痛，许多学者采用 WHO 推荐的“三阶梯”镇痛疗法。

### 第三单元 牙及牙槽外科

1. 预防细菌性心内膜炎的首选药物是\_\_\_\_\_。
2. 血压如高于\_\_\_\_\_时应先进行治疗，再行拔牙。
3. 放疗前至少\_\_\_\_\_天应完成患牙拔除或治疗。术后\_\_\_\_\_不拔牙。
4. 糖尿病患者，空腹血糖应在\_\_\_\_\_mmol/L 以内可拔牙。
5. 血红蛋白在\_\_\_\_\_g/L 以上时，红细胞压积\_\_\_\_\_%以上可拔牙。
6. 血友病患者拔牙，凝血因子Ⅷ应达\_\_\_\_\_%以上，拔牙创内填塞止血药物。
7. 牙挺作用的原理有\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_。
8. 拔牙后，拔牙创内充满的血液约于\_\_\_\_\_分钟即可形成血凝块而将创口封闭。
9. 血块机化、肉芽组织形成时间约为\_\_\_\_\_。
10. 常见的阻生牙为\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_及\_\_\_\_\_。
11. 根据牙在颌骨内的深度可分为\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_及\_\_\_\_\_。
12. 根据牙与下颌支及第二磨牙的关系可分为\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_及\_\_\_\_\_。
13. \_\_\_\_\_对于了解阻生状况、牙根形态、牙根与下颌管的关系、周围骨质情况等具有重要意义。
14. 对颌牙常因牙钳撞击而损伤，易发生于拔除\_\_\_\_\_时。
15. 当窦底穿孔直径在\_\_\_\_\_左右时，可按拔牙后常规处理，待其自然愈合。
16. 当窦底穿孔直径在\_\_\_\_\_时，将两侧牙龈拉拢后缝合。
17. 当窦底穿孔直径大于\_\_\_\_\_时，需用邻位组织瓣关闭创口。
18. 心功能\_\_\_\_\_级者，应视为拔牙禁忌证。
19. 如有多个牙需拔除，较安全的方法是在\_\_\_\_\_正确使用控制下，一次全部拔除应拔的牙。
20. 近 2 周内曾使用过青霉素者，不得使用青霉素预防心内膜炎，建议术前 1 小时口服\_\_\_\_\_作为预防用药。
21. 拔牙术最好在早餐后\_\_\_\_\_进行，术后观测血糖变化。
22. 原发性血小板减少性紫癜应在血小板\_\_\_\_\_以上进行。
23. 急性白血病禁止\_\_\_\_\_。

24. 肝炎患者需要拔牙时应做凝血酶原和出、\_\_\_\_\_检查，术中还应加用止血药物。
25. 长期抗凝药物治疗术前\_\_\_\_\_开始停药，术后拔牙床内可置放碘仿海绵等止血药。
26. 神经精神疾患，不能合作者可使用\_\_\_\_\_，进行拔牙。
27. 牙钳是由钳喙、关节及\_\_\_\_\_三部分构成。
28. 牙挺是由\_\_\_\_\_、柄和杆三部分组成。
29. 绝不能以\_\_\_\_\_作支点，除非\_\_\_\_\_亦需同时拔除。
30. 除拔除阻生牙或颊侧需去骨者外，龈缘水平处的\_\_\_\_\_骨板一般不应作为支点。
31. 龈缘水平处的\_\_\_\_\_骨板，也不应作为支点。
32. 刮匙用法是其首要作用是探查，其次是\_\_\_\_\_，刮除病变组织。
33. 乳牙拔除后不要搔刮拔牙窝，以免损伤\_\_\_\_\_。
34. 大约\_\_\_\_\_血块被肉芽组织所替代，这时牙槽骨开始破骨性吸收。
35. 拔牙后\_\_\_\_\_，更成熟的结缔组织开始替代肉芽组织，至 20 天左右基本完成，术后\_\_\_\_\_开始形成新骨。
36. 分离牙龈目的是避免安放牙钳时损伤牙龈，导致术后\_\_\_\_\_。
37. 对于牢固的、或死髓牙，或牙冠有大的充填体，或冠部破坏大的牙，可先用牙挺将牙挺松至一定程度后，再用\_\_\_\_\_拔除。
38. 摇动适用于\_\_\_\_\_根的下前牙、前磨牙及多根的磨牙。
39. 应选择阻力最\_\_\_\_\_的方向作为牵引方向，牵引时也切忌暴力及过急。
40. 拔除的牙应检查牙根是否完整，牙龈有无撕裂，用刮匙探查拔牙创内有无\_\_\_\_\_。
41. 拔牙后\_\_\_\_\_内不要刷牙漱口。
42. 术后应避免进食\_\_\_\_\_食物及剧烈运动，并注意保持口腔卫生。
43. 下颌切牙拔除时充分摇动，再向唇侧上方牵引，不宜使用\_\_\_\_\_。
44. 下颌前磨牙拔除时应颊舌向摇动，向上、向颊侧和\_\_\_\_\_方向牵引拔除。
45. 阻生牙拔除时，远中切口如偏舌侧，易引起出血和\_\_\_\_\_。
46. 阻生牙拔除时，用锤凿法去骨时，为避免暴露\_\_\_\_\_牙根，应首先在第二磨牙颊远中角之后，与牙槽嵴垂直，凿透密质骨使成一沟。
47. \_\_\_\_\_是近年来较常使用的方法，具有振动小、创伤小、手术视野清楚、手术时间短、术后并发症减少等明显优点。
48. \_\_\_\_\_是拔牙术中常发生的并发症。
49. 根口腔上颌窦交通多发生于\_\_\_\_\_取根致牙根移入上颌窦，窦底穿孔。
50. 干槽症主要症状发生在术后\_\_\_\_\_后的持续性疼痛，可向耳颞部放射。
51. 拔除术的基本步骤与方法有\_\_\_\_\_、挺松患牙、安放拔牙钳、患牙脱位、牙拔除后的检查及拔牙创的处理、拔牙术后注意事项。
52. 根钳取根法适用于\_\_\_\_\_残根
53. 根的折断部位比较低，根钳无法夹住时，应使用\_\_\_\_\_将其挺出。
54. 牙拔除术中并发症有\_\_\_\_\_、牙根折断、软组织损伤、骨组织损伤、邻牙、对颌牙损伤、神经损伤、颞下颌关节损伤、断根移位、口腔上颌窦交通。
55. 术中可用鼻腔鼓气法检查是否有口腔\_\_\_\_\_。
56. 拔牙术中由于恐惧、疼痛等原因可能导致\_\_\_\_\_。



57. 由于牙龈分离不彻底，使用牙挺时动作幅度过大亦可造成\_\_\_\_\_。
58. 骨凿、牙挺使用时支点不牢、用力过大、保护不到位而导致\_\_\_\_\_，刺伤腭、口底等邻近组织等。
59. \_\_\_\_\_是由于牙钳的钳喙过宽或安放牙钳未与牙长轴一致造成的
60. 拔牙时可能损伤的神经有颞神经、舌神经、鼻腭神经、颊神经和\_\_\_\_\_。
61. 下牙槽神经损伤：90%发生于拔除\_\_\_\_\_时。
62. 舌神经损伤主要见于\_\_\_\_\_折断或器械滑脱的情况。
63. 颞下颌关节损伤可能因\_\_\_\_\_、时间过长而发生脱位，尤其是既往有颞下颌关节脱位史的患者。
64. 断根移位通常是由于取根过程中\_\_\_\_\_。
65. 植牙术是恢复咀嚼、语音功能与面容的有效方法，分为三类：\_\_\_\_\_、牙移植、牙种植术。
66. 牙再植术是将因种种原因脱位的牙经过处理后，原位植入\_\_\_\_\_内。
67. 牙再植后的愈合有三种方式：牙周膜愈合、\_\_\_\_\_和纤维性愈合。
68. 再植牙成功的判断标准为行使功能达\_\_\_\_\_年以上，即为成功。

## 第四单元 牙种植外科

1. 最常用的种植体是\_\_\_\_\_。
2. 具有良好的生物学性能和理想的力学性能，成为目前应用最广、最受青睐的牙种植体 金属材料是\_\_\_\_\_及\_\_\_\_\_。
3. 种植体与骨界面的直接结合称之为\_\_\_\_\_。
4. 种植体唇颊、舌腭侧骨质应健康，且厚度不能少于\_\_\_\_\_。
5. 种植体之间以及种植体与自然邻牙之间均不能少于\_\_\_\_\_。
6. 种植体末端距离下颌管不能少于\_\_\_\_\_。
7. 一般种植体长度不应少于\_\_\_\_\_。
8. 种植成功标准中，横行骨吸收不超过\_\_\_\_\_，种植体不松动。
9. 种植 5 年成功率应达到\_\_\_\_\_%以上；10 年\_\_\_\_\_%以上。
10. 牙种植是将人工牙（通常指人工牙根假体）植入\_\_\_\_\_的手术。
11. 按结构分，课分为一段式和\_\_\_\_\_种植体
12. 按不同外形分，可分为叶状、螺旋形、桶状、\_\_\_\_\_及根形
13. 纤维骨性结合是指种植体与\_\_\_\_\_之间存在着一层非矿化的纤维结缔组织。
14. 龈界面是牙龈软组织与\_\_\_\_\_接触形成的界面。
15. 种植义齿修复后，第一年每隔 3 个月复查一次，以后每年至少复查\_\_\_\_\_次。
16. 钛是一种活泼元素，可形成一层菲薄的二氧化钛氧化膜，使钛可以保持良好的生物相容性
17. 钛密度低，机械强度高，\_\_\_\_\_模量更接近骨组织，这就使得钛具有十分理想的生物力学相容性

18. 种植体植入后, 应保证足够的骨愈合过程, 待\_\_\_\_\_完成以后再作修复治疗。
19. 牙龈炎: 种植义齿修复后, 由于口腔卫生\_\_\_\_\_或清洁方法不当所致。
20. 牙龈增生: 由于基桩穿龈\_\_\_\_\_或与桥架连接不良所致。
21. 种植体创伤: 常见于种植体义齿被意外\_\_\_\_\_, 可致种植体轻微松动。
22. 种植体机械折断: 主要因机械因素或\_\_\_\_\_不合理所致。

## 第五单元 口腔颌面部感染

1. 口腔颌面部感染的主要途径是\_\_\_\_\_。
2. 由面颈部淋巴结感染扩散而引起颌面部感染是\_\_\_\_\_。
3. 表现为黄色黏稠脓液, 有时由于溶血而呈褐色的细菌是\_\_\_\_\_。
4. 淡黄或淡红稀薄脓液的细菌是\_\_\_\_\_。
5. 脓液为翠绿色, 稍黏稠, 有酸臭味的细菌是\_\_\_\_\_。
6. 灰白或灰褐色脓液, 有明显的腐败坏死臭味的细菌是\_\_\_\_\_。
7. 临床上诊断浅部脓肿的重要指征是\_\_\_\_\_。
8. 深部脓肿一般很难查到, 可用\_\_\_\_\_协助诊断
9. 智齿冠周炎中, 临床上以\_\_\_\_\_智齿冠周炎最常见。
10. 智牙冠周炎的治疗以\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_为主。
11. 眶下间隙感染可沿\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_向颅内扩散, 并发海绵窦血栓性静脉炎。
12. 咬肌间隙感染的典型症状是以\_\_\_\_\_及\_\_\_\_\_为中心的咬肌区肿胀, 充血压痛, 伴明显开口受限。
13. 由于咬肌肥厚坚实, 脓肿难以自行溃破, \_\_\_\_\_触到波动感。
14. 如有边缘性骨髓炎形成, 脓液减少后应早期施行\_\_\_\_\_。
15. 多数下颌下间隙感染是以\_\_\_\_\_为其早期表现。
16. 咽旁间隙感染可将腭垂被推向\_\_\_\_\_侧。
17. 厌氧菌或腐败坏死性细菌为主引起的腐败坏死性口底蜂窝织炎, 又称为\_\_\_\_\_。
18. 腐败坏死性病原菌引起的口底蜂窝织炎, 皮下因有气体产生, 可扪及\_\_\_\_\_。
19. 口底多间隙感染作的切口为\_\_\_\_\_或\_\_\_\_\_。
20. 骨膜下脓肿或蜂窝织炎主要破坏\_\_\_\_\_。
21. 化脓性颌骨骨髓炎病变可以是局限的, 但以\_\_\_\_\_型较多。
22. 新生儿颌骨骨髓炎一般指发生在出生后\_\_\_\_\_个月以内。
23. 新生儿上颌骨骨髓炎多为\_\_\_\_\_感染。
24. 新生儿颌骨骨髓炎主要发生在\_\_\_\_\_。
25. 口腔组织对射线平均耐受量为6~8周内给予\_\_\_\_\_。
26. 在口腔颌面部感染中\_\_\_\_\_最易发生全身并发症。
27. 鼻根向两侧口角区域内发生的感染易向颅内扩散而被称为面部的\_\_\_\_\_。
28. 口腔颌面部感染常由\_\_\_\_\_, 溶血性链球菌、大肠杆菌等引起。
29. 在口腔颌面部感染中最多见的是需氧菌与\_\_\_\_\_的混合感染。
30. 感染途径由牙源性、\_\_\_\_\_, 损伤性、\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_感染。
31. 化脓性炎症的急性期局部表现为\_\_\_\_\_, 功能障碍、引流区淋巴结肿痛等典型症状。

32. 炎症初期，感染区的\_\_\_\_\_是主要表现，也是诊断局部感染的基本依据。
33. 口腔颌面部感染的手术治疗应达到脓肿切开排脓及\_\_\_\_\_两个目的。
34. 颌骨骨髓炎应在急性期好转后，及早进行死骨及\_\_\_\_\_。
35. 全身治疗时抗感染药物的选择，一般应根据细菌培养的结果选用适当抗菌药物，或选用\_\_\_\_\_。
36. 智牙冠周炎常以\_\_\_\_\_形式出现。
37. 智牙冠周炎病情严重者，炎性肿胀可波及和咽侧壁，伴有明显的\_\_\_\_\_。
38. 根据局部炎症及全身反应程度和有无其他并发症，选择\_\_\_\_\_及全身支持疗法。
39. 如龈瓣附近形成脓肿，应及时切开，并\_\_\_\_\_。
40. 当急性炎症消退，对有足够萌出位置且牙位正常的第三磨牙，可在局麻下切除第三磨牙冠面龈瓣，以\_\_\_\_\_。
41. 下颌第三磨牙牙位不正、无足够萌出位置、相对的上颌第三磨牙位置不正或已拔除者，为避免智牙冠周炎的复发，均应尽早予以\_\_\_\_\_。
42. 眶下间隙感染多来自\_\_\_\_\_及第一前磨牙或上颌切牙的根尖化脓性炎症或牙槽脓肿。
43. 眶下间隙感染肿胀区皮肤发红，张力增大，眼睑水肿、睑裂变窄、\_\_\_\_\_消失。
44. 咬肌间隙感染主要来自\_\_\_\_\_及下颌磨牙的根尖周炎扩散而进入咬肌间隙
45. 翼下颌间隙感染常见为\_\_\_\_\_及下颌磨牙根尖周炎症扩散所致
46. 翼下颌间隙感染常是先有牙痛史，继之出现\_\_\_\_\_，咀嚼、吞咽疼痛。
47. 翼下颌间隙感染口腔检查见\_\_\_\_\_处黏膜水肿，下颌支后缘稍内侧可有轻度肿胀、深压痛。
48. 颞下间隙感染切开引流途径可由\_\_\_\_\_或口外进行。
49. 下颌下间隙感染多见于\_\_\_\_\_、下颌后牙尖周炎、牙槽脓肿等牙源性炎症的扩散。
50. 下颌下间隙感染的临床表现为下颌下三角区肿胀，下颌骨下缘轮廓消失，皮肤紧张、压痛，按压有\_\_\_\_\_性水肿。
51. 下颌下间隙感染切口设计在下颌骨体部下缘以下\_\_\_\_\_做与下颌下缘平行的切口
52. 颊间隙感染常见源于\_\_\_\_\_的根尖周脓肿或牙槽脓肿穿破骨膜，侵入颊间隙。
53. 颊间隙感染脓肿形成后，应按\_\_\_\_\_决定由口内或从面部做切开引流。
54. 颊间隙感染口内切口在下颌\_\_\_\_\_之上切开。
55. 颊间隙感染口外切口在颊部皮下脓肿在脓肿浅表处，沿\_\_\_\_\_切开。
56. 广泛的颊间隙感染应该从下颌骨下缘下\_\_\_\_\_处做平行于下颌骨下缘的切口，从切开的皮下向上钝分离进入颊部脓腔。
57. 颞间隙感染常由咬肌间隙、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_和颊间隙感染扩散引起。
58. 咽旁间隙感染局部症状主要表现为咽侧壁红肿、\_\_\_\_\_突出
59. 咽旁间隙感染如处理不及时，可导致严重的肺部感染、\_\_\_\_\_和颈内静脉血栓性静脉炎等并发症。
60. 口底多间隙感染一般指双侧\_\_\_\_\_、舌下以及颌下隙同时受累。
61. 口底多间隙感染的病原菌常常为\_\_\_\_\_性菌群。
62. 口底多间隙感染严重者烦躁不安，呼吸短促，口唇青紫、发绀，甚至出现“三凹”征，此时有发生\_\_\_\_\_的危险。
63. 局部应用\_\_\_\_\_有预防放射后继发性龋的效果。
64. 放疗后一旦发生牙源性炎症，必须进行手术或拔牙时，应尽量减少\_\_\_\_\_。
65. \_\_\_\_\_为最常见的颌面部间隙感染之一
66. 如有边缘性骨髓炎形成，脓液减少后应早期施行\_\_\_\_\_

67. 由细菌感染以及物理或化学因素，使颌骨产生的炎性病变，称为\_\_\_\_\_。
68. 物理性因素引起的骨髓炎中，\_\_\_\_\_基础上发生的颌骨骨髓炎最为常见。
69. 化学性因素引起的骨坏死并继发骨髓炎症者多见为牙髓失活剂\_\_\_\_\_应用不当所致。
70. 以\_\_\_\_\_病变引起化脓性颌骨骨髓炎为最多见。
71. 化脓性颌骨骨髓炎多发生于青壮年，一般以\_\_\_\_\_发生率最高。
72. 化脓性颌骨骨髓炎约占各类型颌骨骨髓炎的\_\_\_\_\_以上。主要发生于下颌骨。
73. 病原菌主要为\_\_\_\_\_，其次是溶血性链球菌
74. 根据颌骨骨髓炎的临床发展过程，可分为\_\_\_\_\_和慢性期两个阶段。
75. 急性期病源牙可有明显叩痛及\_\_\_\_\_。
76. 慢性期肿胀区的牙可有\_\_\_\_\_。
77. 中央性骨髓炎受累区可伴有\_\_\_\_\_，有伸长感，不能咀嚼。
78. 下颌骨中央性骨髓炎可沿\_\_\_\_\_扩散。
79. 上颌骨中央性骨髓炎罕见，很少形成\_\_\_\_\_的骨质破坏。
80. 慢性颌骨骨髓炎常常是因为在\_\_\_\_\_阶段治疗不及时，方法不正确，治疗不彻底所致。
81. 边缘性颌骨骨髓炎多为\_\_\_\_\_感染，其中又以下颌智齿冠周炎为最多。
82. 边缘性颌骨骨髓炎常在颌周间隙感染基础上发生，下颌骨为好发部位；其中又以下颌支及\_\_\_\_\_部居多。
83. 病理组织学检查可见有骨密质增生，骨松质硬化，骨膜反应活跃，有少量\_\_\_\_\_形成。
84. 边缘性颌骨骨髓炎增生型下颌骨 X 线后前位片见有明显的骨密质增生，骨质呈\_\_\_\_\_影像。
85. 边缘性颌骨骨髓炎增生型 X 线片上可见病变区\_\_\_\_\_破坏，骨质稀疏脱钙，形成不均匀的骨粗糙面。
86. 边缘性颌骨骨髓炎\_\_\_\_\_型由于病程长，局部骨质逐渐软化，肉眼观很像蜡样骨质，伴有脓性肉芽组织及小块薄片状死骨形成。
87. 急性中央性颌骨骨髓炎的主要诊断依据为全身及局部症状明显，与间隙感染急性期表现相似。病原牙以及相邻的多数牙出现叩痛、松动，甚至牙槽溢脓。患侧\_\_\_\_\_是诊断的有力证据。上颌骨骨髓炎波及上颌窦时，可有上颌窦炎的症状，有时从患侧的鼻腔溢脓。
88. 慢性中央性颌骨骨髓炎的主要诊断依据为瘻管形成和\_\_\_\_\_；死骨形成后，可从瘻孔排出小死骨片；瘻管用探针检查可触知骨面粗糙。全身症状不明显，进食、睡眠正常。
89. 在中央性骨髓炎的急性期常看不到有骨质破坏。一般在发病\_\_\_\_\_周，进入慢性期，颌骨已有明显破坏后，X 线片检查才具有诊断价值。儿童颌骨骨髓炎一般\_\_\_\_\_天后可开始形成死骨。颌骨骨髓炎的 X 线片检查可表现为骨质破坏与骨质增生，前者的典型变化是骨小梁排列紊乱与死骨形成；后者主要表现为骨膜反应性增生。
90. 急性颌骨骨髓炎的治疗原则，应与一般急性炎症相同，但急性化脓性颌骨骨髓炎一般都来势迅猛，病情重，并常有引起\_\_\_\_\_的可能。因此，在治疗过程中应首先注意全身治疗，防止病情恶化，同时应配合外科手术治疗。
91. 在急性中央性颌骨骨髓炎，一旦判定骨髓腔内有化脓性病灶时，即应尽早拔除病灶牙及相邻的松动牙，使脓液从拔牙窝内排出，这样既可防止脓液向\_\_\_\_\_内扩散，加重病情，又能减轻剧烈的疼痛。
92. 慢性边缘性颌骨骨髓炎：受累区骨密质变软，仅有散在的浅表性死骨形成，故常用\_\_\_\_\_方式清除。当感染侵入松质骨时，骨外板可呈腔洞状损害，有的呈单独病灶，有的

呈数个病灶互相连通；病灶腔洞内充满着大量炎性肉芽组织，此时手术应以刮除病理性肉芽组织为主。

93. 慢性中央性颌骨骨髓炎病变比较局限者，死骨与周围组织分离的时间在发病后3~4周；如病变呈广泛弥漫者，则需\_\_\_\_\_周或更长一段时间。一般应在死骨与周围骨质分离后，施行手术最好。

94. 新生儿骨髓炎首先应用大量有效抗菌药物，并根据\_\_\_\_\_及药物敏感试验结果调整抗菌药物。

95. 如病情转入慢性期已形成死骨，但全身症状好转，局部肿胀基本消退，死骨清除术亦不急于进行，因新生儿或婴幼儿上颌骨骨壁较薄，骨质松软，死骨片均较小，往往可随脓液从\_\_\_\_\_排出而自愈。

96. 疔是\_\_\_\_\_毛囊及其附件的急性化脓性炎症，其病变局限于皮肤浅层组织。

97. 疔是相邻多数毛囊及其附件同时发生急性化脓性炎症，其病变波及皮肤深层毛囊间组织时，可沿筋膜浅面扩散波及\_\_\_\_\_，造成较大范围的炎性浸润或组织坏死

98. 危险三角可并发\_\_\_\_\_、败血症和脓毒血症

99. 疔的局部症状为初期肿胀的唇部皮肤与黏膜上出现多数的黄白色脓头，破溃后溢出脓血样分泌物，脓头周围组织亦有坏死，坏死组织溶解排出后，可形成多数\_\_\_\_\_腔洞，局部区域淋巴结肿大、压痛。

100. 疔在早期可采用\_\_\_\_\_或含抗生素的盐水纱布局部持续湿敷，利于局限、软化和穿破。

101. 疔需要\_\_\_\_\_涂擦局部，保持清洁。

102. 伴有局部蜂窝组织炎和面疔患者：应全身给予抗菌药物，注意脓头取脓，做\_\_\_\_\_及药敏试验。

103. 化脓性淋巴结炎浆液性炎症局部症状为局部淋巴结肿大变硬，自觉疼痛或有压痛。淋巴结尚可移动，\_\_\_\_\_清楚，与周围组织无粘连，全身症状全身反应甚微或有低热

104. 化脓性淋巴结化脓性炎症局部疼痛加重，淋巴结化脓溶解，破溃后，侵及周围软组织则出现炎性浸润。皮肤充血、肿、硬，此时淋巴结与周围组织粘连，不能移动，全身反应\_\_\_\_\_，高热、寒战、头痛全身无力、食欲减退，小儿可烦躁不安。105.

结核性淋巴结炎发病年龄常见于儿童及\_\_\_\_\_

106. 结核性淋巴结炎最初表现为缓慢肿大、较硬，但无痛，与周围组织也无粘连。

107. 结核性淋巴结炎淋巴结中心因有\_\_\_\_\_坏死，似米汤，组织溶解变软，淋巴结可彼此粘成团，或与皮肤粘连

108. 结核性淋巴结炎皮肤表面无红、热及明显压痛，扪之有波动感，称为\_\_\_\_\_。脓肿破溃后可形成经久不愈的窦或瘘

109. 化脓性下颌下淋巴结炎继发于\_\_\_\_\_及口腔感染。

110. 化脓性下颌下淋巴结炎病变主要在淋巴结内出现\_\_\_\_\_、水肿，因此，淋巴结尚可移动，边界清楚，与周围组织无粘连。

111. 化脓性下颌下腺炎因损伤、导管异位或\_\_\_\_\_而继发感染

112. 急性淋巴结炎多见于\_\_\_\_\_。

113. 急性淋巴结炎炎症初期，患者需要安静休息，全身给抗菌药物，局部用物理疗法（湿热、超短波等），或用中药六合丹等\_\_\_\_\_治疗。

114. 结核性淋巴结炎应注意全身治疗，加强营养。常用抗结核病药物包括异烟肼、利福平等。局部可用异烟肼+0.25%普鲁卡因\_\_\_\_\_作病灶周围环封，或根据引流区皮下注射，隔日1次或1~2次/周。

115. 对于局限的、可移动的结核性淋巴结，或虽属多个淋巴结但经药物治疗效果不明显

者，均应及早手术摘除。诊断尚不肯定，为了排除肿瘤，也可摘除淋巴结做\_\_\_\_\_检查。

116. 对已化脓的淋巴结结核或小型浅在的冷脓肿，皮肤未破溃者可以试行穿刺抽脓，同时注入异烟肼\_\_\_\_\_mg，隔日1次或每周1~2次。每次穿刺时应从脓肿周围的正常皮肤进针，以免造成脓肿破溃或感染扩散。

117. 开放性肺结核可经\_\_\_\_\_或牙龈创口直接感染

118. 颌骨结核可继发化脓性感染而出现局部红、肿、热、痛等急性骨髓炎的症状，脓液也变成\_\_\_\_\_黏稠。

119. 颌面骨结核脓液呈灰白色块状或\_\_\_\_\_物质。

120. 颌面骨结核患者无论全身其他部位是否合并有结核病灶，均应进行全身支持、营养疗法和\_\_\_\_\_治疗。

121. 对颌骨病变处于静止期而局部已有死骨形成者，应行\_\_\_\_\_及病灶清除术。

122. 由于患者多为\_\_\_\_\_，为避免骨质缺损造成以后发育畸形，除有大块死骨分离外，一般选用较保守的刮扒术，以去除小死骨碎块及肉芽组织，同时继续配合全身抗结核治疗，可望治愈。

123. 放线菌病是由\_\_\_\_\_引起的慢性感染性肉芽肿性疾病。

124. 颌面部放线菌病组织呈硬板状；多发性脓肿和瘻孔；从脓肿或瘻孔排出的脓液中可获得\_\_\_\_\_。

125. 颌面部放线菌病抗菌药物首选大剂量\_\_\_\_\_治疗，如与磺胺联合应用，可能提高疗效。

126. 颌面部梅毒先天梅毒为母体内\_\_\_\_\_借母血侵犯胎盘绒毛后，沿脐带静脉周围淋巴间隙或血流侵入胎儿体内。胎儿感染梅毒的时间系在妊娠4个月，胎盘循环已建立以后。

## 第六单元 口腔颌面部创伤

1. 口腔颌面部血运丰富在损伤时易形成\_\_\_\_\_。

2. \_\_\_\_\_是治疗颌骨骨折的重要标准

3. 骨折后悬吊上颌骨，放置筷子与上颌\_\_\_\_\_之间进行悬吊。

4. 行气管切开、插管不宜超过\_\_\_\_\_小时。

5. 在咬肌止端前缘的下颌骨面上行指压止血，压迫的是\_\_\_\_\_。

6. 在耳屏前压迫的是\_\_\_\_\_。

7. 在口腔、咽及颈部严重出血时，可直接压迫患侧。

8. \_\_\_\_\_最为确切的止血方法。

9. 脑震荡常伴有\_\_\_\_\_遗忘。

10. 对烦躁不安的患者，可给予适量镇静剂，但禁用\_\_\_\_\_。

11. 一般原则是伤后越早进行颌面部创伤清创术越好，总的原则是应在\_\_\_\_\_小时内进行。

12. 由于口腔颌面部血运丰富，组织再生力强，在伤后\_\_\_\_\_小时之内，均可在清创后行严密缝合。

13. 舌组织有缺损时缝合创口应尽量保持舌的\_\_\_\_\_，将创口按前后纵行方向缝合。

14. 舌组织缝合时，进针距创缘要\_\_\_\_\_，深度要\_\_\_\_\_，尽可能多带一些组织，最好加用褥式缝合。

15. 唇、舌、耳、鼻及眼睑的断裂伤，如离体组织尚完整，伤后时间不超过\_\_\_\_\_，应尽量设法缝回原处。

16. 髁突骨折可用关节体层及\_\_\_\_\_片。

17. 正中联合呈粉碎性骨折，两侧骨折段受下颌舌骨肌的牵拉，移位方向为向\_\_\_\_\_

移位

18. 颌骨骨折最常见的体征是\_\_\_\_\_，它对颌骨骨折的诊断与治疗有重要意义。

19. \_\_\_\_\_常用于牙槽突骨折和移位不大的颞部线形骨折。

20. 颌间固定是颌面外科最常使用的固定方法，下颌骨一般固定\_\_\_\_\_，上颌骨则为\_\_\_\_\_。

21. 颧弓骨折 X 线特征性表现呈\_\_\_\_\_或\_\_\_\_\_形。

22. 血肿形成通常在伤口\_\_\_\_\_即可在骨折的两断端间形成。

23. 骨痂形成在骨折后\_\_\_\_\_。

24. 下颌骨骨折的临床愈合所需时间通常为\_\_\_\_\_。

25. 由于颌面部血运丰富，组织抗感染与再生修复能力较强，创口易于\_\_\_\_\_。

26. 颌面损伤时常伴牙损伤，牙碎块还可向邻近组织内飞溅，形成\_\_\_\_\_伤。

27. 脑震荡、脑挫伤、颅内血肿和颅底骨折等，其主要临床特征是伤后有\_\_\_\_\_史

28. 颅底骨折时可有\_\_\_\_\_由鼻孔或外耳道流出。

29. 口腔颌面部处于呼吸道始端，损伤时可因组织移位、肿胀、舌后坠、血凝块和分泌物的堵塞而影响呼吸或发生\_\_\_\_\_。

30. 颌面损伤后，尤其行颌间牵引时，会影响张口、咀嚼和吞咽功能，妨碍正常进食，需选用适当的饮食和\_\_\_\_\_，以维持患者的营养。

31. 成年患者的心率如果达到\_\_\_\_\_次/分以上，结合四肢皮肤的变化，是早期诊断休克较可靠的指征。

32. 对于有脑水肿、颅内压增高的患者应予脱水治疗，常用\_\_\_\_\_快速静脉滴注。

33. 在抢救颅脑伤的同时，颌面部伤可行简单包扎，昏迷的患者严禁作\_\_\_\_\_。

34. 疑似颈椎有伤的患者搬运时应多人搬运、\_\_\_\_\_移动、颈部放置小枕头、头部两侧固定、防止头部移动

35. 口腔颌面部软组织创伤主要是清洗\_\_\_\_\_，去除附着的异物，防止感染。

36. 若出现血肿有感染应予切开，清除脓液及腐败\_\_\_\_\_，建立引流，并应用抗生素控制感染

37. 刺伤的创口小而伤道深，多为非贯通伤。切割伤的创缘整齐应行\_\_\_\_\_。

38. 根撕裂或撕脱伤，有血管可行吻合，应立即作\_\_\_\_\_。

39. 清理创口时尽可能保留\_\_\_\_\_。

40. 裸露的骨面应争取用\_\_\_\_\_覆盖。

41. 创口较深者要分层缝合，消灭\_\_\_\_\_。

42. 唇、鼻及眼睑部位，\_\_\_\_\_，细致地缝合。

43. 舌组织较脆，活动性大，缝合处易于撕裂，故应采用较\_\_\_\_\_的丝线进行缝合。

44. 颊部贯通伤无组织缺损或缺损较少者，可将口腔黏膜、肌和皮肤\_\_\_\_\_缝合。

45. 面颊部皮肤缺损应立即行皮瓣转移或游离植皮，或作定向\_\_\_\_\_缝合。

46. 较大的面颊部全层洞穿型缺损，可直接将创缘的口腔黏膜与\_\_\_\_\_相对缝合，消灭创面。

47. 硬腭软组织撕裂伤作\_\_\_\_\_缝合即可

48. 软腭贯穿伤，应分别缝合\_\_\_\_\_、肌肉及口腔侧黏膜。

49. 牙槽突骨折常是外力（如碰撞）直接作用于牙槽突所致，多见于\_\_\_\_\_。

50. 由于疼痛和升颌肌群痉挛，多数下颌骨骨折会出现\_\_\_\_\_症状。

51. 伴有下牙槽神经损伤时，会出现\_\_\_\_\_。

52. 合并颅脑或肢体严重损伤，全身情况不佳时，应首先抢救\_\_\_\_\_，待全身情况稳定或好转后，再行颌骨骨折的处理。

53. 骨折线上的牙已松动、折断、龋坏、牙根裸露过多或有炎症者，则应予\_\_\_\_\_。

54. 儿童期颌骨骨折后，如恒牙胚已暴露并有感染可能者，也应\_\_\_\_\_。

55. 手术切开复位用于有软组织伤口的开放性骨折，闭合性颌骨复杂性骨折或已有错位愈合的\_\_\_\_\_。

56. 大多数髁突骨折可采用\_\_\_\_\_，即在手法复位并恢复咬合关系后行颌间固定。

57. 颧骨、颧弓骨折后骨折块移位方向主要取决于\_\_\_\_\_的方向，多发生内陷移位。

58. 颧骨骨折移位后，可因眼球移位，外展肌出血和局部水肿以及撕裂的眼下斜肌嵌入骨折线中，限制眼球运动等原因而发生\_\_\_\_\_。

59. 颧骨上颌突部骨折移位可造成眶下神经损伤，致使该神经支配区有麻木感。骨折时如同时损伤面神经颧支，则发生\_\_\_\_\_。

60. 颧骨、颧弓骨折凡有塌陷畸形、\_\_\_\_\_、复视者均为手术适应证

61. 颌面部上接颅脑，上颌骨或\_\_\_\_\_部损伤容易并发颅脑损伤，包括脑震荡、脑挫伤、颅内血肿和颅底骨折等，其主要临床特征是伤后有昏迷史。

62. 颅底骨折时可有\_\_\_\_\_由鼻孔或外耳道流出。

63. 牙列的移位或\_\_\_\_\_，是诊断颌骨骨折的重要体征，而恢复正常的咬合关系是治疗颌骨骨折的重要标准。在治疗牙、牙槽骨或颌骨损伤时，常需利用牙作结扎固定。

64. 由于血运丰富，伤后出血较多，易形成血肿；组织水肿反应快而重，如口底、舌根、\_\_\_\_\_或下颌下等部位损伤，可因水肿、血肿而影响上气道通畅，甚至引起\_\_\_\_\_。

65. 颈部为大血管和颈椎所在，下颌骨损伤容易并发颈部伤。因此，要注意有无颈部血肿、\_\_\_\_\_或由其导致的高位截瘫。

66. 口腔颌面部处于呼吸道始端，损伤时可因组织移位、肿胀、舌后坠、血凝块和分泌物的堵塞而影响呼吸或发生窒息。救治患者时，应注意保持呼吸道\_\_\_\_\_，防止窒息。

67. 口腔颌面部腔窦多，有口腔、鼻腔、鼻窦及眼眶等。在这些腔窦内存在着大量的细菌，如果与创口相通，则易发生感染。在清创处理时，应尽早关闭与这些\_\_\_\_\_相通的创口，以减少感染的机会。

68. 口腔颌面部创伤易引起腮腺、面神经及三叉神经受损，导致涎痿、\_\_\_\_\_、受损三叉神经分布区域麻木感等。

69. 上颌骨横断骨折时，骨块向下后方移位，可堵塞咽腔，压迫舌根而引起窒息。下颌骨颏部\_\_\_\_\_骨折或双发骨折时，由于口底降颌肌群的牵拉，可使下颌骨前部向下后移位，形成舌后坠而阻塞呼吸道。

70. 窒息的前驱症状为患者烦躁不安、出汗、口唇发绀、鼻翼翕动和呼吸困难、严重者在呼吸时出现\_\_\_\_\_体征；随之发生脉弱、脉速、血压下降及瞳孔散大等危象以至死亡。

71. 插入通气导管保持呼吸道通畅：对因咽部和舌根部肿胀压迫呼吸道的患者，可经口或鼻插入通气导管，以解除\_\_\_\_\_。

72. 吸入性窒息的急救：应立即行\_\_\_\_\_，通过气管导管，充分吸出进入下呼吸道的血液、分泌物及其他异物，解除窒息。



73. 指压止血用手指压迫出血部位供应动脉的\_\_\_\_\_端，适用于出血较多的紧急情况，作为暂时止血，然后再改用其他方法作进一步止血。
74. 在口腔、咽及颈部严重出血时，可直接压迫患侧颈总动脉，持续时间一般不超过\_\_\_\_\_分钟，也禁止双侧同时压迫，否则会导致脑缺血。
75. 包扎止血法可用于\_\_\_\_\_、小静脉及小动脉的出血或创面渗血。可先清理伤口，将软组织复位，然后用绷带行加压包扎。注意包扎的压力要合适，勿加重骨折块移位和影响呼吸道通畅。颈部不宜做环形包扎。
76. 填塞止血法先将\_\_\_\_\_或碘仿纱条填塞于创口内，再用绷带行加压包扎。在颈部或口底创口填塞纱布时，应注意保持呼吸道通畅，防止发生窒息。鼻腔出血，在确定无脑脊液漏后才可填塞。
77. 药物止血法适用于\_\_\_\_\_、小静脉和小动脉出血。局部常用的止血药有各种中药止血粉、止血纱布及止血海绵等。使用时可将药物直接置于出血处，然后用干纱布加压包扎。全身可辅助使用卡巴克络（安络血、肾上腺色腺）、酚磺乙胺（止血敏）等药物。
78. 发生休克者常因伴发身体其他部位严重损伤而引起，主要为\_\_\_\_\_和失血性休克两种。颌面外科遇到的多为出血性休克。
79. 血压、脉搏、皮肤色泽与温度和尿量等，休克早期心率的变化是重要的指征，成年患者的心率如果达到\_\_\_\_\_次/分以上，结合四肢皮肤的变化，是早期诊断休克较可靠的指征。
80. 休克早期或代偿期，应快速补充血容量，输入晶体液和胶体液，成人首剂量一般为\_\_\_\_\_ml（小儿 20ml/kg）。
81. 中度休克者，则以输全血为主，适当补充其他液体，第 1 小时可输血\_\_\_\_\_ml 左右。
82. 重度休克患者收缩压低于 70mmHg 的，要在 10~30 分钟内输全血\_\_\_\_\_ml，以后再根据需要调整输血、补液的量和速度。
83. 颌面部特别是面中部创伤患者，观察\_\_\_\_\_小时，对于避免颅脑并发症是必要的。严密观察其神志、脉搏、呼吸、血压及瞳孔的变化。
84. 脑震荡：短暂的一过性的意识障碍（30min）；常伴有\_\_\_\_\_遗忘；清醒后可出现头痛、头晕、乏力、恶心和呕吐，短期内通常会自行好转。
85. 颅内血肿：昏迷-清醒-再昏迷。“两慢一高”，即血压升高、脉搏徐缓有力、呼吸慢而深时，表明存在急性\_\_\_\_\_的可能。
86. 硬脑膜外血肿：昏迷后清醒，头痛加剧、不安，再次昏迷，伤侧瞳孔\_\_\_\_\_，对光反射消失，呼吸、脉搏变慢，血压上升。
87. 脑脊液鼻漏耳漏，不用\_\_\_\_\_；不用棉球塞紧。
88. 对烦躁不安的患者，可给予适量镇静剂，但禁用\_\_\_\_\_，禁用吗啡。
89. 对于有脑水肿、颅内压增高的患者应予脱水治疗，常用\_\_\_\_\_甘露醇快速静脉滴注。

90. 在抢救颅脑伤的同时，颌面部伤可行简单包扎，昏迷的患者严禁作\_\_\_\_\_固定。
91. \_\_\_\_\_是初期急救中的重要问题。
92. 口腔颌面部软组织损伤可以单独发生，也可以与\_\_\_\_\_同时发生。
93. 根据伤因和伤情不同可分为擦伤、挫伤、切割伤、刺伤、挫裂伤、撕裂伤、咬伤及\_\_\_\_\_等。各类损伤的临床症状和处理方法也各有特点。
94. 唇、舌、鼻、耳及眼睑等重要部位的撕裂伤，即使大部分游离或完全离体，只要没有感染和坏死的情况下，也应尽量\_\_\_\_\_，争取缝回原位，仍有可能成活。
95. 对于单纯腮腺腺体损伤，清创后对暴露的腺体组织作\_\_\_\_\_，然后分层缝合创口，术后绷带加压包扎 7 天左右，其间可辅以抑制唾液分泌药物如阿托品等。
96. 对于腮腺导管和面神经损伤，可根据情况分别采取\_\_\_\_\_或重建，神经吻合或移植。
97. 腮腺区经常遭受切割伤或撕裂伤，导致腺体暴露、导管断裂和\_\_\_\_\_损伤，首诊时要注意对该部位上述结构的检查。
98. 颌骨骨折的发生率约占颌面创伤的\_\_\_\_\_，交通事故为其主要原因。
99. 影响下颌骨骨折后骨折段移位的因素有：骨折的部位、外力的大小和方向、骨折线方向和倾斜度、骨折段是否有牙以及附着肌肉的牵拉作用等，其中各\_\_\_\_\_的牵拉作用又是主要因素。
100. 如果为单发，由于骨折线两侧肌群牵拉力量相等，常无明显\_\_\_\_\_。有时仅可见骨折线两侧的牙高低不一致。
101. 下颌骨运动时是整体活动，只有在发生骨折时才会出现\_\_\_\_\_活动。
102. 根据解剖移位的角度提出 6 型分类法：I 型：颧骨无移位骨折；II 型：单纯颧弓骨折；III 型：颧骨体骨折向后内下移位，不伴转位；IV 型：向内转位颧骨体骨折；V 型：向外转位颧骨体骨折；VI 型：颧骨体\_\_\_\_\_骨折。

## 第七单元 口腔颌面部肿瘤及瘤样病变概论

1. 临界瘤有\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_。
2. 口腔颌面恶性肿瘤以上皮组织来源最多，尤其是\_\_\_\_\_最为常见。
3. \_\_\_\_\_多发生于长期吸雪茄烟和烟斗的人。
4. 良性肿瘤生长方式为\_\_\_\_\_生长。
5. 恶性肿瘤生长方式为\_\_\_\_\_生长。
6. TNM 分类法中 T 代表\_\_\_\_\_，N 代表\_\_\_\_\_，M 代表\_\_\_\_\_。
7. 皮脂腺囊肿内容物为\_\_\_\_\_色凝乳状皮脂腺分泌物，特征性表现为\_\_\_\_\_。
8. 含牙囊肿 X 线表现为囊肿包绕牙冠的\_\_\_\_\_。
9. 恶性黑色素瘤多来自\_\_\_\_\_。
10. 静脉畸形临床特点其中一个是\_\_\_\_\_试验阳性。
11. 牙龈瘤因其无肿瘤特有的结构，故为\_\_\_\_\_肿瘤。
12. 牙龈瘤最常见的部位是\_\_\_\_\_。
13. 牙源性角化囊性瘤沿\_\_\_\_\_发展，多数向\_\_\_\_\_发展。

14. 成釉细胞瘤早期呈\_\_\_\_\_, 以后呈\_\_\_\_\_, 囊壁边缘常不整齐, 呈\_\_\_\_\_切迹。
15. 骨纤维异样增殖症 X 线表现呈\_\_\_\_\_, 少数表现为多房性囊状阴影。
16. 鳞状细胞癌多发生于\_\_\_\_\_, 其次为舌尖、舌背。
17. 舌癌可发生远处转移, 一般多转移至\_\_\_\_\_。
18. 牙龈癌淋巴转移以\_\_\_\_\_早。
19. 来自上皮组织的恶性肿瘤通常称为\_\_\_\_\_。
20. 癌初起局限于黏膜内或表层中, 称\_\_\_\_\_。
21. 来源于间叶组织的恶性肿瘤通常称为\_\_\_\_\_。
22. 某些恶性肿瘤也可以由病毒引起, 如鼻咽癌、恶性淋巴瘤, 特别是 Burkitt 淋巴瘤与\_\_\_\_\_病毒有关。
23. 与口腔癌发生有关的维生素主要是维生素 A 和维生素 B, \_\_\_\_\_类。
24. 良性肿瘤有\_\_\_\_\_, 不侵犯周围组织, 界限较清楚, 可移动
25. 恶性肿瘤可侵犯、破坏周围组织, 界限不清, \_\_\_\_\_
26. 临界瘤应切除肿瘤周围部分正常组织, 将切除组织作\_\_\_\_\_病理检查, 有恶变时还应扩大切除范围。
27. 目前对头颈部恶性肿瘤比较强调以手术为主的综合治疗, 特别是三联疗法, 即\_\_\_\_\_。
28. 根尖周囊肿的囊肿内含有含铁血黄素和\_\_\_\_\_
29. 始基囊肿发生于\_\_\_\_\_发育的早期阶段, 釉质和牙本质形成之前
30. 囊肿在 X 线片上显示为一清晰圆形或卵圆形的透明阴影, 边缘整齐, 周围常呈现一明显\_\_\_\_\_反应线。
31. \_\_\_\_\_法适用于小的囊肿术后
32. \_\_\_\_\_适用于上颌大的囊腔的处理。
33. 皮内痣是由\_\_\_\_\_构成。
34. 交界痣是痣细胞在表皮和\_\_\_\_\_交界处, 这些痣细胞为大痣细胞, 色素较深。
35. 交界痣为\_\_\_\_\_或深棕色斑疹、丘疹或结节, 一般较小, 表面光滑、无毛, 平坦或稍高于皮表。
36. 血管瘤多见于婴儿\_\_\_\_\_ (约 1/3) 或出生不久 (1 个月之内)。
37. 血管瘤的生物学行为特征是可以自发性\_\_\_\_\_。
38. 动静脉畸形主要采用无水\_\_\_\_\_介入栓塞治疗, 必要时配合手术治疗。
39. 淋巴管畸形主要采用\_\_\_\_\_注射治疗, 必要时配合手术治疗。
40. 牙源性角化囊性瘤检查中\_\_\_\_\_是一种较可靠的诊断方法, 大多可见黄、白色角蛋白样 (皮脂样) 物质混杂其中。
41. 在刮除囊壁后用苯酚或硝酸银等腐蚀剂涂抹骨创, 或加用冷冻疗法, 以消灭\_\_\_\_\_, 防止复发。
42. 成釉细胞瘤多发生于青壮年, 以\_\_\_\_\_及下颌角部为常见。
43. 成釉细胞瘤的 X 线表现: 早期呈\_\_\_\_\_状, 以后形成多房性囊肿样阴影, 单房比较少。
44. 成釉细胞瘤因为多房性及有一定程度的局部浸润性, 故周围囊壁边缘常不整齐, 呈\_\_\_\_\_切迹。
45. 成釉细胞瘤穿刺检查可抽出\_\_\_\_\_。
46. 成釉细胞瘤最后诊断仍需依靠\_\_\_\_\_检查。
47. 成釉细胞瘤中对较小的肿瘤可行\_\_\_\_\_切除, 以保存下颌骨的连续性

48. 成釉细胞瘤中对较大的肿瘤应将病变的颌骨\_\_\_\_\_切除,以保证手术后不再复发。
49. 骨化纤维瘤的 X 线表现为颌骨局限性膨胀,病变向四周发展,界限清楚,圆形或卵圆形,密度减低,病变内可见不等量的和规则的\_\_\_\_\_阴影
50. 口腔颌面部的恶性肿瘤以\_\_\_\_\_为最常见,肉瘤较少。
51. 牙龈癌早期浸润牙槽突及颌骨,骨质破坏、牙\_\_\_\_\_和疼痛。
52. 唇癌多发生于下唇中外\_\_\_\_\_的唇红缘部黏膜。
53. 口腔颌面部最常见的癌前病损有白斑和红斑。红斑的癌变危险性比白斑尤甚,临床上发现,80%的红斑患者病理切片证实为\_\_\_\_\_或原位癌。
54. 口腔面颊部常见的癌前状态被认为有口腔扁平苔藓、口腔黏膜下纤维性变、\_\_\_\_\_、上皮过度角化、先天性角化不良以及梅毒、着色性干皮病等。
55. 皮样囊肿常位于黏膜或皮下较深的部位或口底诸肌之间。囊肿表面的黏膜或皮肤光滑,囊肿与周组织皮肤或黏膜均无粘连,触诊时囊肿坚韧而有弹性,似\_\_\_\_\_。
56. 甲状舌管囊肿属于发育性囊肿。胚胎发育第\_\_\_\_\_周时,第一对咽囊之间。
57. 第\_\_\_\_\_周时,甲状舌管自行消失,在起始点处仅留一浅凹,即舌盲孔。
58. 如甲状舌管不消失时,由残存上皮分泌物聚积可形成先天性\_\_\_\_\_。
59. 对甲状舌管瘘可行\_\_\_\_\_造影以明确其瘘管行径。
60. 甲状舌管囊肿应手术切除\_\_\_\_\_或瘘管,而且应彻底,否则容易复发。
61. 恶性黑色素瘤早期绝大多数为皮肤痣及黏膜黑斑;发生恶变时,则迅速长大,色素增多,为黑色或深褐色,呈放射状扩展;在肿瘤周围及基底有色素沉着加剧的增生浸润现象,病变内或周围出现结节(\_\_\_\_\_),表面发生溃疡,易出血和疼痛,所属区域的淋巴结突然增大。
62. 口腔颌面部肉瘤来源于间叶组织,包括软组织和骨组织肉瘤两大类,口腔颌面部以\_\_\_\_\_最为常见。
63. 软组织肉瘤的骨病损为\_\_\_\_\_性损害。
64. 骨源性肿瘤的病损多数为\_\_\_\_\_性向四周扩散性损害。

## 第八单元 唾液腺疾病

1. 急性化脓性腮腺炎肿胀以\_\_\_\_\_耳垂为中心。
2. 急性化脓性腮腺炎不宜做\_\_\_\_\_。
3. 流行性腮腺炎特点表现为有发热史,\_\_\_\_\_明显增高。
4. 儿童复发性腮腺炎发病年龄自婴幼儿至 15 岁均可发生,以\_\_\_\_\_左右最为常见。
5. 慢性复发性腮腺炎的腮腺造影显示末梢导管呈点状、球状扩张,排空迟缓,\_\_\_\_\_及\_\_\_\_\_无明显异常。
6. 慢性阻塞性腮腺炎约占半数患者肿胀与\_\_\_\_\_有关。
7. 慢性阻塞性腮腺炎导管口轻微红肿,挤压腮腺可从导管口流出混浊的\_\_\_\_\_或黏稠的蛋清样唾液。
8. 慢性阻塞性腮腺炎腮腺造影显示主导管、叶间、小叶间导管部分狭窄、部分扩张,呈

改变。

9. 涎石病 85%左右发生于\_\_\_\_\_。
10. 确诊应做 X 线检查，下颌下腺涎石投照\_\_\_\_\_及\_\_\_\_\_。
11. 下颌横断片适用于下颌下腺导管较\_\_\_\_\_的涎石。
12. 涎痿的病因中，\_\_\_\_\_是最常见的部位，\_\_\_\_\_是主要的原因。
13. 舍格伦综合征患者的主要症状有\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、唾液腺及泪腺肿大、类风湿关节炎等结缔组织疾病。
14. 舍格伦综合征患者唾液腺造影或磁共振唾液腺造影的异常表现为末梢唾液腺导管\_\_\_\_\_, 排空功能\_\_\_\_\_。
15. 舌下腺囊肿根治方法是\_\_\_\_\_。
16. 黏液囊肿好发于\_\_\_\_\_及舌尖腹侧，位于黏膜下。
17. 多形性腺瘤突然出现生长加速，并伴有疼痛、面神经麻痹等症状时，应考虑\_\_\_\_\_。
18. 沃辛瘤绝大多数位于\_\_\_\_\_，<sup>99m</sup>Tc 核素影像呈\_\_\_\_\_，具有特征性。
19. 腺样囊性癌转移部位以\_\_\_\_\_为最多见，其中肿瘤细胞沿\_\_\_\_\_浸润。
20. 腮腺区的\_\_\_\_\_和邻近组织急性炎症的扩展，也可继发腮腺的急性炎症。
21. 急性化脓性腮腺炎轻轻按摩腺体可见\_\_\_\_\_自导管口溢出，有时甚至可见脓栓堵塞于导管口。
22. 儿童复发性腮腺炎的病因较复杂，一般认为与以下因素有关：\_\_\_\_\_发育不全、免疫功能低下、细菌逆行感染。
23. 成人复发性腮腺炎为儿童复发性腮腺炎迁延\_\_\_\_\_而来。
24. 成人复发性腮腺炎的临床表现为\_\_\_\_\_。
25. 舍格伦综合征造影表现主导管扩张不整、边缘毛糙，呈\_\_\_\_\_或花边样改变。
26. 复发性腮腺炎具有\_\_\_\_\_，以增强抵抗力、防止继发感染、减少发作为原则。
27. 下颌下腺为混合性腺体，分泌的唾液富含\_\_\_\_\_。
28. 下颌下腺导管自\_\_\_\_\_向\_\_\_\_\_走行，腺体分泌液逆重力方向流动，导管长，在口底后部有一弯曲部，导管全程较曲折，这些解剖结构均使唾液易于淤滞，导致涎石形成。
29. 导管内的涎石，双手触诊常可触及硬块，并有\_\_\_\_\_。
30. 下颌下腺因包膜不完整，组织疏松，炎症扩散到邻近组织，可引起\_\_\_\_\_感染。
31. 腺体痿从痿口经常有少量的\_\_\_\_\_唾液流出，很少是混浊的。
32. 导管痿根据导管断裂的情况，可分为完全痿和\_\_\_\_\_痿。
33. 腺体痿唾液分泌量少可采用电凝固器烧灼痿管及痿口，同时用副交感神经抑制剂阿托品，限制唾液\_\_\_\_\_。
34. 舍格伦综合征由于唾液腺腺泡细胞萎缩，唾液分泌减少，出现\_\_\_\_\_。
35. 舍格伦综合征由于失去唾液的清洁、稀释及缓冲作用，龋病的发生率明显增加，且常为\_\_\_\_\_。
36. 施墨 (Schirmer) 试验是指 5mm×35mm 滤纸两条，置于睑裂内 1/3 和中 1/3 交界处，闭眼夹持\_\_\_\_\_后检查滤纸湿润长度。
37. 舍格伦综合征中眼干可用\_\_\_\_\_滴眼，以缓解眼干症状。
38. 舍格伦综合征中口干可用\_\_\_\_\_湿润口腔，缓解不适感。
39. 舌下腺囊肿位于下颌舌骨肌以上的舌下区，囊肿呈\_\_\_\_\_色。
40. 舌下腺囊肿口外型主要表现为下颌下区肿物，而口底囊肿表现不明显，穿刺可抽出\_\_\_\_\_。
41. 外渗性黏液囊肿占黏液囊肿\_\_\_\_\_以上。
42. 黏液囊肿治疗时抽尽囊液后，向囊腔内注入\_\_\_\_\_碘酊 0.2~0.5ml，停留 2~3

分钟，再将碘酊抽出。

43. 多形性腺瘤又名\_\_\_\_\_，是唾液腺肿瘤中最常见者。
44. 多形性腺瘤生长\_\_\_\_\_，常无自觉症状，病史较长。
45. 良性肿瘤在手术中肿瘤破裂，往往造成种植性复发，种植性复发的肿瘤常为\_\_\_\_\_。
46. 沃辛瘤又名\_\_\_\_\_或乳头状淋巴囊腺瘤。
47. 70%的腺样囊性癌发生于\_\_\_\_\_和小唾液腺。
48. 神经受侵导致\_\_\_\_\_是腺样囊性癌突出的症状。
49. 腺样囊性癌累及鼻腔或上颌窦者，可有鼻塞或鼻出血，也可有眶下或\_\_\_\_\_麻木症状
50. 腺样囊性癌易侵入血管，造成\_\_\_\_\_转移，为口腔颌面部恶性肿瘤中血液循环转移率较高的肿瘤之一。
51. 黏液表皮样癌患者女性多于男性，发生于\_\_\_\_\_者居多。
52. 舍格伦综合征是一种\_\_\_\_\_性疾病，其特征表现为外分泌腺的进行性破坏，导致黏膜及结膜干燥，并伴有各种自身免疫性病征。
53. 结节型舍格伦综合征可采用手术治疗，切除\_\_\_\_\_，以防止恶性变。
54. 多形性腺瘤治疗为手术切除，不能做单纯肿瘤摘除，即剜除术，而应做肿瘤包膜外正常组织处切除。腮腺肿瘤应保留\_\_\_\_\_，腮腺浅叶肿瘤体积较小者，可作部分腮腺切除术。在可能的情况下，术中保留腮腺咬肌筋膜、腮腺主导管以及耳大神经，可减少手术并发症。患者已累及腮腺全叶，故应摘除全叶。下颌下腺肿瘤应包括下颌下腺一并切除。
55. 多形性腺瘤的包膜与瘤体之间黏着性较差，容易与瘤体相分离，如采用剜除术，则包膜很容易残留。手术中肿瘤破裂，往往造成\_\_\_\_\_性复发，种植性复发的肿瘤常为多发性结节。

## 第九单元 颞下颌关节疾病

1. 颞下颌关节紊乱病有自限性，一般不发生\_\_\_\_\_，预后良好。
2. 翼外肌功能亢进临床表现为开口过大、偏\_\_\_\_\_，弹响出现在\_\_\_\_\_。
3. 可复性盘前移位表现为开口型在弹响发生前偏向\_\_\_\_\_，弹响发生后回到\_\_\_\_\_。
4. \_\_\_\_\_或\_\_\_\_\_利多卡因 5ml 作翼外肌封闭，也可是\_\_\_\_\_普鲁卡因。
5. 不可复性关节盘移位封闭治疗可采用\_\_\_\_\_透明质酸钠关节腔内注射。
6. 关节囊扩张伴关节盘附着松弛可使用\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_鱼肝油酸钠 0.25~0.5ml 作关节腔内注射。
7. 颞下颌关节急性脱位复位方向为\_\_\_\_\_。
8. 急性脱位在复位后固定下颌\_\_\_\_\_，限制开颌运动；开口度不宜超过\_\_\_\_\_。
9. 陈旧性脱位复位后下颌应制动\_\_\_\_\_左右。
10. 单侧关节内强直表现为颞部偏向\_\_\_\_\_侧、该侧面部丰满。
11. 颞下颌关节紊乱病好发于\_\_\_\_\_，以 20~30 岁患病率、就诊率最高。
12. 一般都有颞下颌关节区及（或）咀嚼肌肌痛、下颌运动异常和伴有功能障碍以及\_\_\_\_\_、破碎音及杂音等三类症状。
13. 关节造影片，可发现关节盘\_\_\_\_\_、穿孔及关节盘附着的改变等。
14. 磁共振检查，可发现关节盘移位、关节腔\_\_\_\_\_等改变。

15. 可复性关节盘移位中对无功能障碍的关节弹响,可嘱以关节保护措施、局部\_\_\_\_\_。
16. 复发性脱位 X 线片可见\_\_\_\_\_脱位于关节结节前上方。
17. 对不可复性关节盘移位伴开口受限时间较短者使用\_\_\_\_\_2ml 关节腔内注射,进行封闭治疗。
18. 不可复性关节盘移位转变为可复性关节盘前移位, 关节弹响出现, 可采用\_\_\_\_\_关节腔内注射。
19. 颞下颌关节脱位临床上以急性和\_\_\_\_\_较常见。
20. 不可复性关节盘移位有典型的\_\_\_\_\_病史, 继之有间断性关节绞锁史, 进而弹响消失, 开口受限。
21. 关节囊扩张伴关节盘附着松弛与翼外肌功能亢进症状相似, 开口度过大, 可伴有\_\_\_\_\_。
22. 关节盘\_\_\_\_\_, 穿孔的主要症状是下颌运动的任何阶段有多声音破碎和开口型歪曲。
23. 髁突骨质退行性变主要症状是开闭口运动中连续\_\_\_\_\_音。
24. 颞下颌关节脱位是指髁突滑出\_\_\_\_\_, 超越了关节运动的正常限度, 以至于不能自行复回原位。
25. 咀嚼肌紊乱或关节结构紊乱的患者, 当大开口时, 翼外肌继续收缩将髁突过度地向前拉过关节结节, 使髁突脱位于关节结节\_\_\_\_\_, 而不能自行复回原位。
26. 急性脱位后如治疗不及时, 可并发慢性滑膜炎和关节囊炎, 或并发关节囊及韧带松弛而造成\_\_\_\_\_。
27. 关节结节过高或关节结节前斜面过陡是\_\_\_\_\_的解剖因素。
28. 关节区或下颌骨外伤, 尤其是开口状态下, 颞部受到外力、使用开口器或全麻口腔插管等均可造成\_\_\_\_\_。
29. 双侧脱位的症状是下颌运动异常, 患者呈开口状, 说话、咀嚼和吞咽均有困难; 检查时可见前牙开(牙合)、反(牙合)。下颌前伸, 两颊变平。触诊耳屏前方有\_\_\_\_\_, 在颞弓下可触到脱位的髁突。单侧急性前脱位者, 颞部中线及下前牙中线偏向健侧, 健侧后牙反(牙合)。因暴力所致的脱位, 应与髁颈骨折鉴别。

## 第十单元 颌面部神经疾患

1. 三叉神经痛可用\_\_\_\_\_的利多卡因在神经孔处行阻滞麻醉, 以阻断相应的神经干, 这属于诊断性质的封闭。
2. 对三叉神经痛选择治疗方法时, 应本着\_\_\_\_\_的原则。
3. 目前治疗三叉神经痛的首选药物是\_\_\_\_\_。
4. \_\_\_\_\_消失与\_\_\_\_\_是贝尔面瘫或周围性面瘫的重要临床表现。
5. 当出现同侧面瘫、味觉丧失和唾液腺分泌障碍, 说明损坏部位在\_\_\_\_\_与\_\_\_\_\_神经节之间\_\_\_\_\_。
6. 周围性面神经麻痹在急性期应用\_\_\_\_\_联合抗病毒药物治疗效果最佳。
7. “扳机点”是指在三叉神经分支区域内某个固定的局限的小块皮肤或黏膜特别敏感,

对此点稍加触碰，立即引起\_\_\_\_\_发作。

8. 三叉神经痛呈\_\_\_\_\_发作，每次发作期可持续数周或数月，然后有一段自动的暂时缓解期。

9. 理疗方法可用维生素 B1 或\_\_\_\_\_和利多卡因用离子导入法，将药物导入疼痛部位，或采用穴位导入法均可获得一定疗效。

10. 注射疗法是常用无水乙醇或\_\_\_\_\_准确地注射于罹患部位的周围神经干或三叉神经半月节。

11. 核上瘫的病变是\_\_\_\_\_睑裂以下的颜面表情肌瘫痪。

12. 核下瘫伴有听觉改变、舌前 2/3 的味觉减退，以及\_\_\_\_\_。

13. 瘫痪肌的挛缩表现为患侧鼻唇沟\_\_\_\_\_，睑裂缩小，口角反向患侧牵引，使健侧面肌出现假性瘫痪现象

14. 泪液检查目的在于观察\_\_\_\_\_是否受损。

15. 贝尔面瘫起病\_\_\_\_\_，且少自觉症状，不伴其他症状或体征的突发性单侧面瘫，常是贝尔面瘫的特殊表现。

16. \_\_\_\_\_消失与不能蹙眉是贝尔面瘫或周围性面瘫的重要临床表现，也是与中枢性面瘫鉴别的主要依据。

## 第十一单元 先天性唇腭裂

1. 一侧上颌突未能在两侧与内侧鼻突融合可诊断为\_\_\_\_\_。

2. 上颌突与下颌突未能联合可诊断为\_\_\_\_\_。

3. 混合型双侧腭裂是指一侧\_\_\_\_\_完全性，另一侧\_\_\_\_\_腭裂。

4. 唇裂修复时间为单侧是\_\_\_\_\_个月；双侧是\_\_\_\_\_个月。

5. 腭裂修复时间多选择在患儿\_\_\_\_\_个月进行。

6. 牙槽突植骨术一般于\_\_\_\_\_岁时进行。

7. 一般认为，进行唇裂整复术最合适的年龄为\_\_\_\_\_个月，体重达\_\_\_\_\_kg 以上。

8. 不完全性腭裂亦称\_\_\_\_\_，软腭完全裂开伴有部分硬腭裂；有时伴发单侧不完全唇裂，但牙槽突常\_\_\_\_\_。

9. 舌系带过短表现为伸舌呈\_\_\_\_\_型。

10. 腭裂整复术合适的手术年龄目前主张在\_\_\_\_\_个月手术为宜。

11. 双侧腭裂欲恢复牙弓形态和改善鼻畸形，采用\_\_\_\_\_。

12. 无手术条件的腭裂患者可应用矫形修复方法制作\_\_\_\_\_及语音阻塞器。

13. 语音训练时根据需要配戴\_\_\_\_\_或舌挡以辅助训练舌的活动。

14. 唇裂修复采取综合序列治疗的方案，即在唇裂修复手术之前，特别是针对严重的完全性唇裂伴有腭裂及鼻畸形的患者，术前应先行\_\_\_\_\_，利用矫治器的方法，恢复伴有腭裂患者的牙弓形态，改善或减轻裂侧鼻小柱过短和鼻翼塌陷，为唇裂修复手术尽可能创造有利的硬组织条件。

15. 在手术中对于前唇长度的设计一般可分为保留前唇长度的原长原则和利用侧唇增加\_\_\_\_\_长度的加长原则。

16. 腭裂患者在吮吸、进食及言语等生理功能障碍方面远比唇裂严重，在某些腭裂患儿常常还可伴有其他全身畸形，临床上最常见的是\_\_\_\_\_。

17. 腭裂语音：其特点是：发元音时气流进入鼻腔，产生\_\_\_\_\_，在发出的元音中带有浓重的鼻音（过度鼻音）；发辅音时，气流从鼻腔漏出，口腔内无法或难以形成一定强度的



气压，使发出的辅音很不清晰而且软弱（鼻漏气）。

18. 吸吮功能障碍：由于患儿腭部裂开，使口、鼻相通，口腔内不能或难以产生\_\_\_\_\_，因此患儿无力吸母乳，或在进食时乳汁容易从鼻孔溢出。

19. 腭裂造成的肌性损害，特别是腭帆张肌和腭帆提肌附着异常，使咽鼓管开放能力改变，易患\_\_\_\_\_。

20. 颌骨发育障碍：有相当数量的腭裂患者常有上颌骨发育不足，导致反（牙合）或开（牙合），以及面中部\_\_\_\_\_畸形。

21. 腭裂整复手术是综合序列治疗中的关键部分，其目的是恢复腭部的\_\_\_\_\_和生理功能，重建良好腭咽闭合和获得正常语音，为患儿正常吸吮、吞咽、语音、听力等生理功能恢复创造必要条件。

22. 腭成形术：以封闭裂隙、保持和延伸\_\_\_\_\_长度、恢复软腭生理功能为主。

23. 咽成形术：以缩小咽腔、增进腭咽闭合为主，其适应证是\_\_\_\_\_不全者或部分大年龄的患者。

24. 腭裂术后创口可能发生裂开或穿孔，常位于硬软腭交界或腭垂处，也可能发生在\_\_\_\_\_部位。

25. 唇腭裂序列治疗中新生儿应尽早配戴\_\_\_\_\_以阻塞裂隙，便于患儿饮食及促进语音发育。

## 第十二单元 口腔颌面部后天畸形和缺损（助理不考）

1. 刃厚皮片的厚度为\_\_\_\_\_，其中包括\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_。

2. 中厚皮片的厚度为\_\_\_\_\_，其中包括\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_。

3. 面颈部植皮选用\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_皮片。

4. 口腔内植皮选用\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_皮片。

5. 从生理上来说，\_\_\_\_\_后皮片即已基本成活，术后\_\_\_\_\_已有足够的血供。

6. 需断蒂者，一般在术后\_\_\_\_\_天进行。

7. 游离皮瓣最容易发生血管危象是在术后\_\_\_\_\_以内。

8. 如皮瓣颜色变暗、紫色，则说明\_\_\_\_\_；如为灰白色，则揭示\_\_\_\_\_。

9. 皮瓣移植一般不应低于皮温的\_\_\_\_\_。

10. 皮瓣移植术后要保持室温在\_\_\_\_\_左右，以防血管痉挛。

11. 皮瓣移植术后抗生素持续使用\_\_\_\_\_。

12. 一般以自体骨移植为主，骨骼可取第\_\_\_\_\_肋骨，髂骨的髂嵴及颅骨。

13. 显微血管缝合通常先吻合\_\_\_\_\_，后吻合\_\_\_\_\_。

14. 显微血管外科术后，患者宜保暖，室温最好在\_\_\_\_\_左右。

15. \_\_\_\_\_移植是目前应用得最多的自体组织移植方法之一。

16. 皮片愈\_\_\_\_\_生活力愈强，但移植后收缩愈大，极易挛缩，且不耐受外力摩擦与负重，表面色素沉着严重。

17. 皮片愈\_\_\_\_\_，移植后收缩愈小，愈富有弹性，色泽变化也小，能耐受摩擦及负重。

18. 皮瓣是由皮肤的全厚层及\_\_\_\_\_所构成。

19. 长面畸形（Angle II类）通常伴有\_\_\_\_\_发育不足及开（牙合）畸形。

20. 移位皮瓣：又名对偶三角交叉皮瓣或“Z”字成形术。两皮瓣的侧切口与中切口所形成的角度，一般以60°角为常用，此时三个切口的长度应基本相等，在两个\_\_\_\_\_形组织

瓣交叉转移换位后，可增加其中轴的长度的 75%，从而达到松解挛缩、恢复功能的目的，这种皮瓣多应用于狭长形的索状瘢痕挛缩

21. 直接皮肤血管皮瓣：这种皮瓣即典型的\_\_\_\_\_皮瓣。腹股沟皮瓣、胸三角皮瓣均属之。

22. 肌皮血管皮瓣：也称\_\_\_\_\_。这种皮瓣实际上是一种复合组织瓣。胸大肌皮瓣、背阔肌皮瓣等均为此种类型。

23. 动脉干网状血管皮瓣：\_\_\_\_\_皮瓣以及我国创用的前臂皮瓣均属此种类型。

24. 肌间隔血管皮瓣：\_\_\_\_\_内、外侧皮瓣及小腿外侧皮瓣均属这种类型。

25. 对于口腔颌面部中、小型组织缺损的修复，最常应用的是\_\_\_\_\_皮瓣。至于复合组织缺损，则以选用肌皮瓣为佳。

26. 成形性松质骨移植术也称松质骨粒及\_\_\_\_\_。其最大优点是松质骨感染力强，易成活；由于支架可任意成形，外形恢复较好，操作也较简便。

27. 单纯游离骨移植术其特点是作\_\_\_\_\_，包括骨密质、骨髓，有时还伴以骨膜。

28. 带肌蒂的骨移植术常用\_\_\_\_\_有胸锁乳突肌带锁骨、胸大肌带肋骨、斜方肌带肩胛骨，以及颞肌带颅骨等。

29. 血管吻合游离\_\_\_\_\_临床上目前应用最广泛的是旋髂深动脉供血的髂骨移植和腓动脉供血的腓骨移植。

## 第九篇 口腔黏膜病学

### 第一单元 口腔黏膜感染性疾病

1. 原发性疱疹性口炎 6 岁以下儿童较多见, 尤其是\_\_\_\_\_6 个月至\_\_\_\_\_2 岁婴幼儿更多。
2. 原发性疱疹性口炎一般复发感染的部位在\_\_\_\_\_或接近\_\_\_\_\_处, 故又称复发性唇疱疹
3. 复发性疱疹感染有\_\_\_\_\_, 全身损害反应较轻。
4. 三叉神经带状疱疹病损沿\_\_\_\_\_的分支排列成带状的簇集性较大水疱, 但不超过\_\_\_\_\_。
5. 手-足-口病是感染\_\_\_\_\_或 EV71 所引起的皮肤黏膜病。
6. 疱疹性咽峡炎由\_\_\_\_\_所引起的口腔损害。
7. 带状疱疹应尽早应用, 可选用\_\_\_\_\_, 伐昔洛韦或泛昔洛韦。
8. 手-足-口病 (HFMD) 是传染病, 手、足、口腔等部位出现\_\_\_\_\_或小溃疡。
9. 手-足-口病以\_\_\_\_\_及 EV71 型最为常见, 我国主要为前者。
10. 手-足-口病一年四季均可发病, 但\_\_\_\_\_最易流行, 流行无明显的地区性。
11. 手-足-口病的整个病程为\_\_\_\_\_, 个别达 10 日。
12. 球菌性口炎在溃疡或糜烂的表面覆盖着一层\_\_\_\_\_或黄褐色假膜。
13. 白念珠菌又称白假丝酵母菌, 不耐热, 喜\_\_\_\_\_恶\_\_\_\_\_, 念珠菌有\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_两种存在形式。
14. 新生儿鹅口疮多在出生后 2~8 天内发生, 好发部位为\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_及唇。
15. 急性红斑型念珠菌口炎, 又称\_\_\_\_\_, 抗生素舌炎。
16. 白念珠菌 PAS 染色见基地处有大量炎细胞聚集, 并能形成\_\_\_\_\_。
17. \_\_\_\_\_溶液是治疗婴幼儿鹅口疮的常用药物。
18. \_\_\_\_\_是临床应用最广的抗真菌药物, 抗菌谱广, 为治疗白念珠菌的首选药物。
19. \_\_\_\_\_是发现最早的感染人类的疱疹病毒, 复发的原因尚不清楚。
20. \_\_\_\_\_是引起口腔损害的主要病毒, 还可能与唇癌的发生有关。
21. \_\_\_\_\_主要引起腰以下及生殖器的感染, 还可能与宫颈癌有关。
22. 原发性疱疹性口炎前驱期潜伏期为\_\_\_\_\_。
23. 原发性疱疹性口炎\_\_\_\_\_表现为口腔黏膜任何部位皆可发生小水疱。
24. 原发性疱疹性口炎整个病程约需\_\_\_\_\_。
25. 口腔单纯疱疹是以确诊\_\_\_\_\_感染为金标准。
26. 单纯疱疹继发感染时, 可用温的生理盐水、0.1%~0.2% 氯己定液或\_\_\_\_\_硫酸锌液湿敷。
27. HSV-1 引起的疱疹性龈口炎预后一般\_\_\_\_\_。
28. 原发性单纯疱疹感染均因接触了\_\_\_\_\_患者引起。
29. 复发性单纯疱疹感染尚无理想的预防复发的方法, 主要应消除诱使复发的\_\_\_\_\_。
30. 带状疱疹是由水痘-带状疱疹病毒 (VZV) 引起, 以沿单侧周围神经分布的簇集性小水疱为特征, 常伴有明显的\_\_\_\_\_。
31. 水痘-带状疱疹病毒为本病的致病微生物, 侵犯儿童可引起水痘, 在成年人及老年人

则引起\_\_\_\_\_。

32. 多数水痘-带状疱疹病毒患者感染后可获得终生\_\_\_\_\_, 个别免疫功能缺陷者可再发。

33. 病毒入侵膝状神经节可出现外耳道或鼓膜疱疹, 膝状神经节受累同时侵犯面神经的运动和感觉神经纤维时, 表现为面瘫、耳痛及外耳道疱疹三联症, 称为 Ramsay-Hunt 综合征, 又称\_\_\_\_\_。

34. 带状疱疹普通或壳瓶细胞培养方法作为实验室诊断\_\_\_\_\_感染的金标准。

35. 带状疱疹应尽早应用, 可选用\_\_\_\_\_, 伐昔洛韦或泛昔洛韦。

36. 疱疹或溃破有渗出者, 用纱布浸消毒防腐药水\_\_\_\_\_, 无渗出并结痂后涂阿昔洛韦软膏。

37. \_\_\_\_\_是手-足-口病的主要流行场所, 3 岁以下的幼儿是主要罹患者。

38. 手-足-口病的潜伏期为\_\_\_\_\_天, 多数无前驱症状而突然发病。

39. 手-足-口病的患者血清中特异性\_\_\_\_\_抗体阳性, 或急性期与恢复期血清 IgG 抗体滴度可增高 4 倍以上。

40. 及时发现疫情和\_\_\_\_\_是控制手-足-口病的主要措施。

41. 球菌性口炎是急性感染性口炎的一种, 临床上以形成假膜损害为特征, 故又称为\_\_\_\_\_。

42. 球菌性口炎必要时, 作涂片检查或\_\_\_\_\_, 可确定主要的病原菌。

43. 球菌性口炎需补充维生素 B1、维生素 B2、\_\_\_\_\_。

44. \_\_\_\_\_是由念珠菌感染所引起的口腔黏膜炎症性疾病, 是人类最常见的口腔真菌感染。

45. 念珠菌的毒力主要在于\_\_\_\_\_。

46. 口腔念珠菌病的临床症状主要为\_\_\_\_\_, 发黏、口腔黏膜烧灼感、疼痛、味觉减退等。

47. 慢性增殖性念珠菌病又称\_\_\_\_\_, 念珠菌性白斑。多见于颊黏膜、舌背及腭部。

48. 念珠菌口角炎特征是常为两侧罹患, 口角区的皮肤与黏膜发生\_\_\_\_\_。

49. 慢性黏膜皮肤念珠菌病是一种与\_\_\_\_\_相关的疾病, 病变范围涉及口腔黏膜、皮肤及指甲。

50. 球菌性口炎的治疗原则为去除\_\_\_\_\_, 积极治疗基础病, 必要时辅以支持治疗。

51. 儿童在冬季宜防护口唇干裂, 改正\_\_\_\_\_的不良习惯。

## 第二单元 口腔黏膜超敏反应性疾病 (助理不考)

1. \_\_\_\_\_是引起药物过敏的主要原因。

2. 血管神经性水肿是一种急性局部反应型的黏膜皮肤水肿, 又称\_\_\_\_\_, 奎英克水肿。

3. 血管神经性水肿为\_\_\_\_\_显性遗传

4. 好发于头面部\_\_\_\_\_, 唇、眼睑、舌、口底和下颌下, 上唇好发, 下眼睑较上眼睑好发。

5. 血管神经性水肿肿胀发生在舌部可致巨舌, 波及软腭可引起\_\_\_\_\_。

6. 初次用药导致的发病一般需经\_\_\_\_\_天的潜伏期后才发生超敏反应。

7. 再次用药时一般在\_\_\_\_\_左右发生变态反应。

8. 超敏反应口腔病损好发于唇、颊、舌和\_\_\_\_\_。

9. 口腔损害常见病损为单个或几个大小不等的水疱, 水疱破溃后形成糜烂或溃疡, 表面

有\_\_\_\_\_，疼痛明显。

10. 病损出现在比较固定的位置，又叫\_\_\_\_\_。常见于唇部周围皮肤，多有色素沉着。

11. 重型药物超敏反应又称莱氏综合征，可发生全身广泛性大疱，波及全身体窍、黏膜和内脏，称为\_\_\_\_\_。

12. 若停用可疑致敏药物后，病损很快\_\_\_\_\_。

13. 口腔局部可用用\_\_\_\_\_依沙吡啶、0.05%复方氯己定含漱剂含漱或湿敷。外用可使用清热消肿药物。

### 第三单元 口腔黏膜溃疡类疾病

1. 复发性阿弗他溃疡具有\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_和自限性的特征。

2. RAU 一般表现为反复发作的圆形或椭圆形溃疡，具有\_\_\_\_\_的临床特征。

3. 轻型阿弗他溃疡约\_\_\_\_\_天溃疡愈合，不留瘢痕。

4. 疱疹样阿弗他溃疡溃疡数目多可达十几个或几十个，散在分布，似\_\_\_\_\_。

5. 复发性阿弗他溃疡（RAU）又称\_\_\_\_\_（ROU）或复发性口疮，是口腔黏膜中最常见的溃疡性损害。

6. 轻型阿弗他溃疡好发于唇、舌、颊、\_\_\_\_\_等无角化或角化较差的黏膜，附着龈及硬腭等角化黏膜很少发病。

7. 轻型阿弗他溃疡初起为\_\_\_\_\_黏膜充血水肿。

8. 轻型阿弗他溃疡直径\_\_\_\_\_。数目一般为\_\_\_\_\_个，最多不超 10 个，散在分布。

9. 轻\_\_\_\_\_型阿弗他溃疡最多见

10. 轻型阿弗他溃疡约\_\_\_\_\_天溃疡开始愈合

11. \_\_\_\_\_（腺周口疮）亦称复发性坏死性黏膜腺周围炎。

12. 腺周口疮好发于口腔\_\_\_\_\_，颊、咽旁、硬腭或软腭交界处。

13. 腺周口疮初始好发于\_\_\_\_\_。

14. 腺周口疮溃疡大而深，似\_\_\_\_\_，深达黏膜下层腺体及腺周组织

15. 腺周口疮直径可大于\_\_\_\_\_，周围组织红肿微隆起，基底微硬，表面有灰黄色假膜或灰白色坏死组织。

16. 腺周口疮通常是\_\_\_\_\_个溃疡，愈合过程中又可出现 1 个或数个小溃疡。

17. 腺周口疮疼痛剧烈，愈合后可留\_\_\_\_\_。

18. 腺周口疮溃疡期持续时间\_\_\_\_\_，可在先前愈合处再次复发，造成更大的瘢痕和组织缺损。

19. 腺周口疮常伴低热乏力等全身不适症状和腺周口疮病损局部区域的淋巴结肿痛。

20. 疱疹样阿弗他溃疡（口炎型口疮）多发于\_\_\_\_\_。

21. 口炎型口疮好发部位及病程与轻型相似，以舌腹、\_\_\_\_\_多见。

22. 疱疹样阿弗他溃疡溃疡直径较小，约 2mm，溃疡数目多可达十几个或几十个，散在分布，似\_\_\_\_\_。

23. 口炎型口疮与轻型相近，可伴有\_\_\_\_\_、低热等全身不适、病损局部的淋巴结肿痛等症状。

24. 对于临床上大而深且经久不愈的溃疡，应警惕癌肿的可能，需要\_\_\_\_\_明确诊断。

25. 复发性阿弗他溃疡优先选择局部治疗，其中局部应用\_\_\_\_\_已成为治疗 RAU 的一线药物。

26. 复发性阿弗他溃疡局部治疗主要是\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、防止继发感染、促进溃疡

愈合。

27. 深大的腺周口疮经久不愈，可用\_\_\_\_\_混悬液，加入普鲁卡因在溃疡基底部注射。
28. 创伤性溃是由于物理性、\_\_\_\_\_或化学性刺激而产生的口腔软组织损害。
29. 创伤性溃的特点是\_\_\_\_\_的溃疡，周围有炎症增生反应，黏膜水肿明显。
30. 创伤性溃是口内持久的\_\_\_\_\_，如残冠、残根、不良修复体、锐利的牙齿边缘等，以及化学性灼伤、热刺激伤。
  31. Bednar 溃疡是\_\_\_\_\_或过硬的橡皮奶头引起。
  32. Bednar 溃疡固定发生于硬腭、双侧翼钩处黏膜表面，\_\_\_\_\_分布。
  33. Riga-Fede（里弗氏溃疡）是专指发生于儿童\_\_\_\_\_的溃疡。
  34. Riga-Fede（里弗氏溃疡）因过短的舌系带和过锐的新萌中切牙长期摩擦引起，舌系带处\_\_\_\_\_、肿胀溃疡。
  35. 创伤性溃疡首先应去除局部刺激因素，可选用含漱液或\_\_\_\_\_漱口。

## 第四单元 口腔黏膜大疱类疾病

1. 天疱疮因为棘层松解，所以在糜烂面的边缘处将探针轻轻置入黏膜下方，可见探针\_\_\_\_\_伸入。
2. 用手指侧向推压外表正常的皮肤或黏膜，即可迅速形成水疱；推赶水疱能使其在皮肤上移动这个现象叫\_\_\_\_\_。
3. 增殖型天疱疮与寻常型天疱疮相同，只是在\_\_\_\_\_常有显著的增殖。
4. 天疱疮是一类严重的、慢性皮肤黏膜大疱性\_\_\_\_\_病。
5. 天疱疮其病理特点是表皮（上皮）内疱及\_\_\_\_\_。
6. 天疱疮临床上可分为四型：寻常型、增殖型、\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_天疱疮。
7. 天疱疮的口腔损害以\_\_\_\_\_型最多见，且最早出现。
8. \_\_\_\_\_是将疱壁撕去或提取时，常连同邻近外观正常的黏膜一并无痛性地撕去，并留下一鲜红色的创面。
  9. 天疱疮起疱前先有\_\_\_\_\_、咽干、吞咽刺激疼。
  10. 增殖型天疱疮疱破后在糜烂面上出现嫩样及乳头瘤样增殖，其上覆以黄色厚痂以及渗出物，有\_\_\_\_\_味，周围绕有红晕，自觉疼痛。
  11. 落叶型天疱疮皮肤损害为松弛的大疱，疱破后有\_\_\_\_\_鳞屑痂，边缘翘起呈叶状，类似剥脱性皮炎。
  12. 红斑型天疱疮面颊部出现对称的红斑及\_\_\_\_\_。
  13. 天疱疮细胞学检查可见典型的棘层松解的解体细胞，该细胞核大而圆，染色深，胞质较少，又名\_\_\_\_\_。
  14. 天疱疮免疫学检查采用\_\_\_\_\_，显示棘细胞层间的抗细胞粘接物质的抗体。
  15. \_\_\_\_\_为天疱疮的首选药物。
  16. \_\_\_\_\_使用中应遵循“足量、从速、渐减、忌燥”的原则。

## 第五单元 口腔黏膜斑纹类疾病

1. 口腔白斑病属于\_\_\_\_\_。
2. 口腔扁平苔藓，\_\_\_\_\_患者较多。
3. 扁平苔藓检查时以石蜡油涂在丘疹表面，在放大镜下观察可看到有细白纹，称

- \_\_\_\_\_。
- 扁平苔藓在口腔黏膜损害主要发生于\_\_\_\_\_。
  - 扁平苔藓非糜烂型，可以分为以下4类：\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、水疱。
  - 口腔红斑病是一种红色口腔黏膜\_\_\_\_\_。
  - 红斑初期的特征类似\_\_\_\_\_样、圆或椭圆形斑块。
  - 盘状红斑狼疮黏膜损害的特征为\_\_\_\_\_，外周为白色\_\_\_\_\_条纹，边缘不规则但界限清楚。
  - 口腔白斑病是指发生于口腔黏膜上的以白色为主的\_\_\_\_\_或斑片。
  - 除白念珠菌外，星状念珠菌和\_\_\_\_\_可能与口腔白斑病的发生也有密切关系。
  - 均质型白斑是指口腔黏膜上出现白色或\_\_\_\_\_的均质型较硬的斑块，质地紧密，损害形态与面积不等，轻度隆起成高低不平。
    - 疣状型白斑表现为损害隆起，表面高低不平，伴有\_\_\_\_\_或毛刺状突起，触诊微硬。除位于牙龈或上腭外，基底无明显硬结，损害区粗糙感明显
    - 溃疡型表现为在增厚的白色斑块上，有\_\_\_\_\_或溃疡，可有或无局部刺激因素。患者通常因溃疡形成而发生疼痛
    - 颗粒型表现为\_\_\_\_\_状口腔白斑病，颊黏膜口角区多见。
    - 梅毒黏膜斑实验室检查、血浆反应素环状卡片快速试验（RPR）及螺旋体\_\_\_\_\_试验（TPHA）可确诊。
  - 对于白斑普通采用保守治疗，主要是\_\_\_\_\_及其衍生物。
  - 白斑损害区发现溃疡或基底变硬、表面增厚显著时，或已证明具有癌前改变的损害，应及早予以\_\_\_\_\_。
  - 口腔扁平苔藓（OLP）是一种\_\_\_\_\_慢性炎症性疾病。
  - 病理检查可见 OLP 上皮固有层内有大量\_\_\_\_\_呈密集带状浸润。
  - 中年女性 OLP 发病率较\_\_\_\_\_。
  - 口腔扁平苔藓指甲与（或）趾甲损害常呈对称性，多见于\_\_\_\_\_。
  - OLP 口腔黏膜损害临床表现多种多样，但是以\_\_\_\_\_、白色斑块为主。
  - OLP 生殖器黏膜损害常呈暗红色的圆或椭圆形斑块，表面可见\_\_\_\_\_损害，容易发生糜烂。
  - 灰黄霉素对\_\_\_\_\_型扁平苔藓效果较好，也可用于普通类型。

## 第六单元 唇、舌疾病

- 慢性非特异性唇炎常累及上下唇红部，但以\_\_\_\_\_为重。
- 慢性糜烂性唇炎有炎性渗出物时会形成\_\_\_\_\_。
- 慢性盘状红斑狼疮病损好发于\_\_\_\_\_。病损周围多见\_\_\_\_\_，损害\_\_\_\_\_呈盘状。
- 地图舌主要出现在\_\_\_\_\_，有时也见于舌缘、舌腹、舌尖。
- 沟纹舌主要表现为舌背的\_\_\_\_\_。
- 沟纹舌，同时出现肉芽肿性唇炎，面神经麻痹或有面神经麻痹史，则诊断为\_\_\_\_\_。
- 菌状乳头炎呈\_\_\_\_\_改变，疼痛明显。
- 轮状乳头位于舌后 1/3 处，一般为 7~9 个，呈\_\_\_\_\_排列。
- 慢性非特异性唇炎（慢性唇炎）是唇部慢性、非特异性、\_\_\_\_\_病变。
- 按临床表现特点可分为以脱屑为主的慢性脱屑性唇炎和以渗出糜烂为主的\_\_\_\_\_。

11. 慢性脱屑性唇炎唇红部干燥、皲裂，有\_\_\_\_\_或褐色脱屑、脱皮或细鳞屑。
12. 慢性糜烂性唇炎上下唇红部反复糜烂，渗出明显，\_\_\_\_\_剥脱。
13. 慢性糜烂性唇炎有炎性渗出物时会形成\_\_\_\_\_薄痂，有出血时会形成血痂，有继发感染时会结为脓痂。
14. 真菌性唇炎唇部红肿，局部有溃疡、糜烂，有白色假膜或斑片，不易揭去，此白色斑片或假膜\_\_\_\_\_染色，可见有念珠菌菌丝。
15. 光化性唇炎好发于\_\_\_\_\_季节，病情与曝晒程度有关。
16. 念珠菌感染性唇炎有时为唇部干燥脱屑，无假膜红斑糜烂等特征性表现，实验室检查可发现\_\_\_\_\_。
17. 慢性脱屑性唇可用抗生素软膏或\_\_\_\_\_类软膏，如金霉素软膏、氟轻松软膏等局部涂布。
18. 慢性糜烂性唇炎应以唇部\_\_\_\_\_为主要治疗手段。
19. 口角炎是指上下唇联合处发生的炎症总称，以皲裂、口角\_\_\_\_\_和结痂为主要症状。
20. 营养不良性口角炎为\_\_\_\_\_、维生素缺乏或继发于糖尿病、贫血、免疫功能异常等全身疾病导致。
21. 创伤性口角炎由\_\_\_\_\_医源性创伤、严重的物理刺激或某些不良习惯引起。
22. 接触性口角炎为接触变应原或\_\_\_\_\_引发。
23. 营养不良性口角炎单侧或双侧口角\_\_\_\_\_，有糜烂或溃疡，有横的沟裂，严重者可向内侧黏膜或皮肤延伸，沟裂深浅不一，长短不一，疼痛不明显。
24. 创伤性口角炎常为\_\_\_\_\_口角区损害，为长短不一的新鲜创口，裂口常有渗血、血痂。
25. 接触性口角炎口角区局部充血、水肿、糜烂、皲裂，\_\_\_\_\_明显增多，疼痛剧烈。
26. 营养不良性口角炎多伴有舌部病损如\_\_\_\_\_性舌炎。
27. 真菌性口角炎可在口角区做\_\_\_\_\_、培养或PAS染色，见念珠菌菌丝时可明确诊断。
28. 营养不良性口角炎应针对性的补充营养及\_\_\_\_\_。
29. 感染性口角炎针对引起感染的不同\_\_\_\_\_，局部或全身使用不同的药物。
30. 创伤性口角炎以局部处理为主，若创口过大过深，则\_\_\_\_\_。
31. 接触性口角炎首要措施是去除过敏原，停止服用可疑药物。其次应合理使用\_\_\_\_\_，结合局部治疗。
32. 地图舌在任何年龄均可发生，但多见于\_\_\_\_\_，成年人较少
33. 地图舌好发于\_\_\_\_\_、舌尖、舌缘部，多见于幼儿期、少儿期。
34. 地图舌损害中间为\_\_\_\_\_萎缩区，色红、微凹，周边丝状乳头增厚，呈黄白色带状、弧线状分布，界清，周围正常黏膜。
35. 病损的一侧边缘可扩展，一侧修复而移动病损位置，又称\_\_\_\_\_。
36. 沟纹舌以\_\_\_\_\_部不同形态、不同深浅、不同排列的沟纹、裂纹为特征。
37. 沟纹舌一般\_\_\_\_\_，少数有食物刺激痛，继发感染出现疼痛。
38. 舌乳头炎包括丝状乳头炎、菌状乳头炎，叶状乳头炎及\_\_\_\_\_。
39. 除丝状乳头主要以\_\_\_\_\_为表现外，其他乳头炎均以充血、红肿、疼痛为主。
40. 丝状乳头表现为萎缩，舌背光滑，上皮变薄，舌背呈\_\_\_\_\_色，有灼热、灼痛感。



## 第七单元 艾滋病、性传播疾病的口腔表征

1. 艾滋病的特点是\_\_\_\_\_细胞免疫功能被 HIV 严重破坏
2. 口腔毛状白斑, 损害多见于\_\_\_\_\_。
3. 毛状白斑目前认为与\_\_\_\_\_病毒有关
4. 梅毒是由\_\_\_\_\_引起的一种慢性性传播疾病。
5. 一期梅毒最易出现\_\_\_\_\_的部位是生殖器, 其次是口腔。
6. 梅毒的首选药物为\_\_\_\_\_。
7. HIV 病毒可存在于患者的\_\_\_\_\_、精液、子宫和阴道分泌物、唾液、眼泪、乳汁、尿液、脑脊液、羊水中。
8. HIV 传染源为\_\_\_\_\_患病者、无症状 HIV 携带者。
9. \_\_\_\_\_传播是 HIV 的主要传染途径。
10. 艾滋病的\_\_\_\_\_为该病的重要诊断指征之一
11. 许多患者口腔病变出现在发病初期并首先就诊于\_\_\_\_\_。
12. 最常见的口腔表现是\_\_\_\_\_、毛状白斑和 Kaposi 肉瘤等。
13. \_\_\_\_\_为 HIV 感染者中最常见之口腔损害。
14. \_\_\_\_\_现已被广泛认同是艾滋病感染者的一种特殊口腔损害
15. \_\_\_\_\_是 HIV 感染者中常见的肿瘤。
16. 非霍奇金淋巴瘤为红色或\_\_\_\_\_色肿块, 固定而有弹性, 常出现在牙龈、上腭等部位。
17. 与艾滋病相关的牙周病有\_\_\_\_\_、急性坏死性龈口炎、牙周炎
18. HIV 实验室检测主要为\_\_\_\_\_检测, 必须要有抗 HIV 抗体阳性或 HIV 抗原阳性的实验室检测依据。
19. 毛状白斑可用\_\_\_\_\_停药后易复发, 可用大剂量\_\_\_\_\_维持治疗。
20. Kaposi 肉瘤采用\_\_\_\_\_、烧灼刮除或冷冻治疗, 同时配合放疗、局部化疗。
21. 梅毒唯一的传染源是\_\_\_\_\_。
22. 梅毒分先天梅毒和\_\_\_\_\_梅毒。
23. 三期梅毒一般发生于感染后\_\_\_\_\_年, 危及生命。
24. 三期梅毒的共同特点为损害数目少, 分布\_\_\_\_\_, 破坏性大, 愈后留有萎缩性瘢痕, 面部皮损毁容。
25. 患早期梅毒的孕妇容易出现死胎或\_\_\_\_\_。
26. 晚期梅毒患者的婴儿可能在 4 岁内或在 10~16 岁时出现先天性梅毒特征, 分别称为早期与晚期先天梅毒, \_\_\_\_\_与桑葚牙是晚期先天梅毒的特征之一。
27. \_\_\_\_\_适用于早期梅毒皮肤黏膜损害, 特别是血清尚未转阳时。
28. \_\_\_\_\_常用的有反应素试验 (USR) 和快速血浆反应素环状卡片试验 (RPR);
29. 二期梅毒可出现\_\_\_\_\_, 甲床炎、淋巴结肿大等。
30. 病史在 2 年的第一与第二期合称早期梅毒, 超过\_\_\_\_\_时称晚期梅毒。

## 第十篇 口腔颌面影像学

### 第一单元 医学影像检查技术

1. 临床常用的口内片：\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_。
2. \_\_\_\_\_为口腔科临床最常用的 X 线检查方法。
3. 根尖片适用于检查牙，牙周及\_\_\_\_\_。
4. 投照上颌后牙时，外耳道口上缘至鼻翼的连线（听鼻线）与地平面\_\_\_\_\_。
5. 投照下颌后牙时，外耳道口上缘至口角的连线（听口线）与地平面\_\_\_\_\_。
6. \_\_\_\_\_中心线垂直角度应与被检查牙的长轴和胶片之间的假想分角线垂直，在国内应用最为普遍。
7. 平行投照技术：使 X 线胶片与牙长轴平行放置，投照时 X 线中心线与牙长轴和胶片均\_\_\_\_\_。此种投照方法所产生的牙变形最小。
8. 翼片所用胶片是由\_\_\_\_\_改制而成。
9. 投照后牙时，胶片横放于被照牙的\_\_\_\_\_，于牙尖交错位咬住翼片固位。
10. 翼片主要显示上、下颌多个牙的牙冠部影像，还可较清晰地显示\_\_\_\_\_。
11. 翼片常用于检查\_\_\_\_\_、髓石、牙髓腔的大小等。
12. 翼片主要用于\_\_\_\_\_与磨牙区的检查。
13. 翼片在儿童尚可观察\_\_\_\_\_牙根的部位及位置。
14. \_\_\_\_\_适用于检查根尖片不能包括的范围较大的病变。
15. 上颌前部（牙合）片显示上颌前部的全貌，包括前牙及\_\_\_\_\_、切牙孔、鼻腔底、腭中缝、上颌窦、鼻泪管等。
16. 上颌后部（牙合）片被检查侧上颌骨后部的影像，包括第一前磨牙至第二前磨牙、牙槽突和该侧的\_\_\_\_\_。
17. 下颌前部（牙合）片显示下颌颌部影像，主要用于观察下颌颌部有无\_\_\_\_\_。
18. 下颌横断（牙合）片可用于下颌下腺导管\_\_\_\_\_。
19. 曲面体层摄影片检查范围是双侧鼻腔、上颌骨、颧骨、翼腭窝、下颌骨、\_\_\_\_\_、茎突、以及全口牙等
20. 华特位片（鼻颏位片）可观察\_\_\_\_\_、筛窦、上颌骨、颧骨、鼻腔的病变；用于上颌骨肿瘤、炎症及颌面部外伤的检查
21. 下颌骨侧斜位片用于检查\_\_\_\_\_、下颌支及髁突的病变。
22. 下颌骨开口后前位片主要用于对比观察\_\_\_\_\_内外径向的影像
23. 下颌支切线位片用于检查下颌支外侧密质骨膨出、增生及破坏情况。\_\_\_\_\_时常需拍此片
24. 颞下颌关节经颞侧斜位片显示颞下颌关节外侧\_\_\_\_\_侧斜位影像。
25. 许勒位片用于检查\_\_\_\_\_及髁突、关节结节、关节窝的骨质改变
26. 许勒位片用于\_\_\_\_\_、颞下颌关节脱位、肿瘤、先天畸形等病变的诊断
27. 髁突经咽侧位片显示髁突前后斜侧位影像。优点是可以避免髁突与颅骨影像\_\_\_\_\_
28. 目前唾液腺造影术只限于腮腺及\_\_\_\_\_。
29. 唾液腺造影术适应症有\_\_\_\_\_、舍格伦综合征、唾液腺良性肥大唾液腺肿瘤、涎痿、唾液腺导管阴性结实、确定唾液腺周围组织病变是否累及腺体与导管等。

30. 唾液腺造影术禁忌症（助理不考）为\_\_\_\_\_、唾液腺急性炎症期间、唾液腺导管阳性结石，以避免注射造影剂时将结石向后推移。

31. 造影剂有两种：油性造影剂为\_\_\_\_\_，水性造影剂为 60%泛影葡胺。

## 第二单元 牙及口腔颌面部正常 X 线影像

1. 牙釉质是机体中钙化最高和最坚硬的组织，X 线片显示的影像密度\_\_\_\_\_，似帽状覆盖于牙冠部牙本质的表面。

2. 牙本质围绕牙髓构成牙的主体，X 线影像密度较牙釉质\_\_\_\_\_。牙骨质被覆于牙根表面，是一层很薄的组织，在 X 线片上所显示的密度与牙本质\_\_\_\_\_区别。

3. 牙髓腔线片显示为密度低的影像。下颌磨牙牙髓腔似\_\_\_\_\_形，上颌磨牙牙髓腔呈圆形或卵圆形。

4. 牙胚在其发育的不同时期有不同的\_\_\_\_\_影像。

5. 牙胚早期显示在颌骨内为一边缘清晰的圆形密度低的影像，外围有一致密线条影，为其周围的\_\_\_\_\_边缘。

6. 未发育完全的牙，根管粗大，根尖孔呈\_\_\_\_\_形。

7. 牙萌出时，牙胚的牙槽突顶侧骨质逐渐\_\_\_\_\_。

8. 牙萌出至牙槽突表面时，包绕牙胚的\_\_\_\_\_由（牙合）面或切缘至整个冠部逐渐消失。

9. 上牙槽骨 X 线片上呈\_\_\_\_\_影像。

10. 下牙槽骨 X 线片上骨小梁结构呈\_\_\_\_\_。

11. 骨硬板即固有牙槽骨，为牙槽窝的内壁，围绕牙根，X 线片显示为包绕牙根之连续的致密的\_\_\_\_\_影像

12. 牙周膜为包绕牙根连续的低密度线条状影像，其宽度均匀一致，厚度约为\_\_\_\_\_。

13. 上颌根尖片有\_\_\_\_\_、腭中缝、鼻腔、鼻中膈、上颌窦底。

14. 下颌根尖片有颞棘、颞孔、下颌骨外斜线、内斜线、\_\_\_\_\_及下颌骨下缘等结构。

15. 下颌骨的解剖形态呈\_\_\_\_\_。曲面体层片则可将双侧下颌及颞下颌关节同时显示。

16. 下颌小舌下颌切迹正中向下方可见一小的密度\_\_\_\_\_的影像

17. 下颌孔下颌小舌\_\_\_\_\_密度低的影像

18. 下颌管下颌孔向下前方延伸至颞孔的带状密度\_\_\_\_\_的阴影

19. 外斜线自下颌支前缘的下端，向前下方斜行的一条密度\_\_\_\_\_的影像

20. 上颌骨主要被\_\_\_\_\_占据。

21. 上颌窦在华特位片上，显示为尖端向下大致\_\_\_\_\_密度低的影像，内侧密度较低，逐渐移行外侧密度较高。

22. 上颌窦发育不全时，窦腔密度较高，易误为\_\_\_\_\_。

23. 腮腺造影侧位片显示腮腺导管系统及\_\_\_\_\_的侧位影像。

24. 主导管在下颌支上斜向\_\_\_\_\_走行。

25. 儿童腮腺较小，导管亦较细小，造影时主导管可很好地显示，细分支则显示\_\_\_\_\_。

26. 老年人因管壁张力下降，管径可变宽，使得主导管和分支导管呈\_\_\_\_\_改变。

27. 腮腺造影后前位片可示腺体紧贴下颌支外侧，其上、下两端较薄，中间较厚，外缘呈整齐的\_\_\_\_\_，腺泡影像分布均匀。

28. 腮腺主导管自导管口向外侧延伸，分布均匀；在距下颌支外缘约\_\_\_\_\_处，转向后方并向上、下分支。

29. 下颌下腺导管口位于舌下区前部，主导管长\_\_\_\_\_，管径\_\_\_\_\_，由前上向后下方向走行。

30. 下颌下腺主导管走行至下颌角前约呈直角向下弯曲，腺体外形略呈\_\_\_\_\_。

31. 腮腺造影侧位片显示腮腺导管系统及腺实质的\_\_\_\_\_影像。

32. 腮腺造影后前位片显示腮腺\_\_\_\_\_影像。

33. 下颌下腺造影侧位片显示下颌下腺的\_\_\_\_\_影像。

34. 唾液腺分泌功能片造影片后\_\_\_\_\_，拍摄唾液腺分泌功能片。

35. 颞下颌关节经颅侧斜位片显示关节外\_\_\_\_\_的影像。

36. 经颅侧斜位片关节间隙为位于关节窝与髁突之间的低密度影像，主要为\_\_\_\_\_所占据。

37. 经颅侧斜位片关节间隙\_\_\_\_\_以上。上间隙最宽，后间隙次之，前间隙最窄，两侧对称。