

口腔医学常考专业题

1. 简述龋病的治疗原则？

【答案】

龋病的治疗原则

终止病变的进展，恢复牙齿外形和生理功能，保持牙髓的正常活力。这是治疗任何类型龋病都应遵守的共同原则，也是龋病治疗的最终目的。

1. 在牙冠部，釉质平滑面浅龋，如仅有色泽改变，呈白垩状或黄褐色，探诊粗糙，而没有龋洞形成者，首先应考虑做再矿化治疗，或药物治疗。同时应采取控制菌斑的措施，一旦形成组织缺损应行充填术。

2. 窝沟浅龋，应行充填术。

3. 在颈部，有时釉质和牙骨质不连接，牙本质直接暴露在口腔内，初发龋坏虽然表浅，但属中龋，治疗应同中龋。

4. 在根面，牙骨质龋进展速度快，故浅龋也应及时采取充填治疗。

5. 中龋时已形成明显的龋洞，除了不该保留的第三磨牙、错位牙、多生牙及正畸治疗需拔除的牙齿外，都必须采用充填治疗或修复治疗。

6. 深龋易和可复性牙髓炎及不可复性牙髓炎（闭锁性牙髓炎）混淆，临床治疗的关键首先是鉴别牙髓状态，在经过仔细询问病史，认真检查后排除了牙髓问题而诊断为深龋的患牙，可行复合树脂直接粘接修复或垫底后银汞充填。

2. 窝洞制备的基本原则是什么？

【答案】

窝洞制备的基本原则

1) 去净龋坏组织：龋坏组织即腐质和感染的软化牙本质。其中含有很多细菌及其代谢产物。为了消除感染，终止龋病过程，使修复体紧贴洞壁，防止发生继发龋，原则上必须去净腐质。备洞时，只需去除感染牙本质，而不必将仅有脱矿而无细菌的脱矿层去除。脱矿层仅开始脱矿，虽有着色，但临床上其硬度与正常牙本质差异不大。由于临床上很难确定细菌的侵入范围，因此，一般根据牙本质的硬度和着色两个标准来判断。

2) 保护牙髓组织：钻磨牙时用锋利器械间断操作，并用水冷却：不向髓腔方向加压；对牙体组织结构、髓腔解剖形态及增龄变化必须有清楚的了解，以防止意外穿髓。

3) 尽量保留健康牙体组织：保存健康牙体组织不仅对充填材料的固位很重要，而且使剩余的牙体组织有足够强度，以承担咀嚼功能。窝洞预备要求：①窝洞作最小程度的扩展，特别是在颊舌径和牙髓方向；②龈缘只扩展到健康牙体组织，应尽量位于牙龈边缘的（牙合）方；③尽量不作预防性扩展。

4) 注意患者全身状况：对某些慢性病患者（如结核病、心血管系统疾病、神经过敏者）或儿童等，手术时间不宜过长，动作更要敏捷轻柔。

3. 畸形中央尖治疗原则是什么？

【答案】

畸形中央尖治疗原则

发现畸形中央尖时，应根据不同情况，给予及时和相应的处理。

1. 圆钝和咬合接触无碍的畸形中央尖可不处理而进行观察。

2. 对刚萌出的牙齿上细而尖的中央尖加固防折。为防止其日后折断感染，可用强粘剂和复合树脂在中央尖周围加固，使畸形尖随着牙齿一同发生生理磨损，促使髓角处形成继发性牙本质，牙髓和牙根发育保持正常。

3. 如果已发生牙髓感染，须做牙髓治疗：年轻恒牙应首先考虑采用根尖诱导形成术，待牙根发育形成之后，再做完善的根管治疗。

4. 牙根形成过少而又发生根尖周围严重感染的患牙，或根尖周病变与龈沟相通者，则拔除。

4. 牙隐裂治疗原则？

【答案】

牙隐裂治疗原则

1. 对因治疗 调除创伤性咬合力，调磨过陡的牙尖；均衡全口咬合力的负担；诊治其他部位的牙齿疾病，修复缺失牙等。

2. 对症治疗 出现并发症时进行相应治疗。

3. 防止劈裂 ①在做牙髓治疗前，应先对患牙予以降（牙合）处理，并磨除牙冠裂纹后用复合树脂粘接；或用钢丝结扎、带环或临时冠保护，防止牙髓治疗过程中牙冠劈裂。②牙髓治疗过程应尽量一疗次完成，缩短时间，减少术中劈裂的风险。③牙髓治疗后，行永久充填修复。

5. 急性根尖周炎治疗原则？

【答案】

急性根尖周炎治疗原则

1. 开髓，清除根管内容物，疏通根管，引流根尖炎症渗出物。

2. 评估患牙的可保留性，根据诊断和下一步的治疗方案做不同的处置：

（1）如患牙可保留，在开通根管并初步清创后，最好不要外敞于口腔中。根据急性根尖周炎的临床发展阶段进行相应的处置：

1）浆液期：患牙可于根管预备后封抑菌、抗炎消毒药；

2）根尖周脓肿期：患牙可在髓腔封药的同时进行根尖部环钻术引流，无条件者可短暂开放引流；

3）骨膜下脓肿期和黏膜下脓肿期：患牙在髓腔封药的同时需做脓肿切开引流。待急性症状缓解后，予以根管治疗。

（2）如患牙不能保留，则开放髓腔，待急性症状缓解后予以拔除。

3. 适当调（牙合），全身应用抗生素和非甾体类消炎止痛药，必要时给予全身支持疗法。

6. 慢性根尖周炎治疗原则？

【答案】

慢性根尖周炎治疗原则

1. 根管治疗。

2. 有窦型慢性根尖周炎患牙在根管预备后，需行根管封药，以彻底清除根管系统的感染，特窦道口闭合后再行根管充填。

3. 较大的根尖病变，尤其是根尖周囊肿患牙，在根管治疗的基础上有时还需做根尖手术。

4. 根管治疗后，择期进行牙冠的修复，可根据剩余牙体组织的量选择复合树脂直接粘接修复，嵌体修复，或全冠、桩核冠修复。

5. 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拔除。

7. 根折治疗原则？

【答案】

根折治疗原则：断端复位，固定患牙，一般固定 2~3 个月。消除咬合创伤。术后定期复查，如果出现牙髓症状，进行根管治疗。根尖 1/3 折断可不予处理，但应密切观察牙髓变化和根折愈合情况。近冠 1/3 折断可酌情采取断冠粘接术，根管治疗-正畸牵引，或保持间隙以利于永久修复。

8. 慢性龈炎治疗原则？

【答案】

慢性龈炎治疗原则

1. 去除病因 通过洁治术彻底清除菌斑、牙石，消除造成菌斑滞留和局部刺激牙龈的因素。对于牙龈炎症较重的患者，可配合局部药物治疗，常用的局部药物有 1%过氧化氢、0.12%~0.2%氯己定溶液以及碘制剂。对于不伴有全身疾病的慢性龈炎患者，不应全身使用抗菌药物。

2. 手术治疗 对于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的患者，可施行牙龈成形术，以恢复牙龈的生理外形。

3. 防止复发 慢性龈炎治疗并不难，疗效也较理想，重要的是要防止疾病的复发。积极开展椅旁口腔卫生宣教工作，指导并教会患者控制菌斑的方法，持之以恒地保持良好的口腔卫生状况，并定期（每 6~12 个月一次）进行复查和维护，才能保持疗效，防止复发。

9. 换药的基本原则？

【答案】

换药的基本原则

换药的主要目的是保证和促进创口的正常愈合，在创口周围或创口内更换药物谓之换药，不使用药物仅调换敷料者称为更换敷料，但临床上常把二者泛称为换药。临床上一一般在更换或去除引流物、创口渗血较多或有大量分泌液溢出、疑有血肿形成或感染、敷料松脱或过紧、伤口剧痛以及需要观察创口或皮瓣等情况时才进行换药。至于换药的具体要求（时间、地点、换药的准备等），技术要求（操作程序、拆线的方法和要求），置换引流物的方法和要求，死腔、肉芽创面坏死组织及线头感染的处理均与其他外科换药相同。

10. 种植体植入原则？

【答案】

种植体植入原则

(1) 手术的微创性：实验证明适当的机械刺激是骨愈合过程的启动因素，但较大创伤势必降低骨组织的成骨能力。制备种植窝时骨床温度不应超过 47℃，以保证微创性。

(2) 牙种植体表面无污染：牙种植体植入过程中应注意杜绝细菌污染、脂类及异种蛋白污染、异种金属元素污染。

(3) 牙种植体的早期稳定性：牙种植体的早期稳定是界面实现骨结合的基本愈合环境。在制备种植窝时应注意种植窝的精确性，种植体旋入的扭力矩的控制被视为早期固位良好的条件之一。

(4) 种植体愈合无干扰性：指牙种植体在骨愈合过程不受口腔微生物环境及过早咬合力等不利因素的影响。要求种植体植入骨内后牙龈黏膜严密缝合；同时种植体也不应高了骨面。

(5) 受植区的要求：种植体唇颊、舌腭侧骨质应健康，且厚度不能少于 1.5mm，种植体之间以及种植体与自然邻牙之间均不能少于 2mm。种植体末端距离下颌管不能少于 2mm。一般种植体长度不应少于 8~10mm。另外种植体周围存在一定宽度的健康附着牙龈是确保种植义齿修复美学效果的重要因素。

11. “无瘤”操作原则？

【答案】

“无瘤”操作原则：

- ①保证切除手术在正常组织内进行；
- ②避免切破肿瘤，污染手术野；
- ③防止挤压瘤体，以免播散；
- ④应作整体切除不宜分块挖出，对瘤外露部分应以纱布覆盖、缝包；
- ⑤表面溃疡者，可采用电灼或化学药物处理，避免手术过程中污染种植；
- ⑥缝合时应用大量盐水及化学药物（5%mg 氮芥）作冲洗湿敷，创口缝合时必须更换手套及器械；
- ⑦为了防止肿瘤扩散。还可采用电刀，也可于术中及术后应用静脉或区域性动脉注射化学药物。
- ⑧对可疑肿瘤残存组织或未能切除的肿瘤，可辅以电灼、冷冻、激光、局部注射抗癌药物或放射等治疗。

12. 修复治疗的原则？

【答案】

修复治疗的原则

1. 正确地恢复形态与功能

(1) 轴面形态：天然牙冠轴面有一定的凸度，对于维护牙周组织的健康有重要的生理意义。

人造冠颊、舌面的外形应有一定的凸度但不应过凸，便于洗刷，易于清除菌斑。邻面接触点应尽量接近切缘（（牙合）面）和颊侧，接触点以下到颈缘平直或稍凹入状，这就可使楔状隙畅通而便于洗刷，得以控制邻面的菌斑。前牙和前磨牙唇（颊）面的形态还应兼顾美观。

(2) 邻接关系：牙冠的邻面，彼此以凸面相邻接而排列成牙弓。每相邻两牙邻接之处，在初期，接触处为点状，故称邻接点，随着咀嚼运动中牙的生理运动，使邻接点磨耗而由点扩大为面的接触，称为邻接面。正常的邻接面接触紧密，可防止食物嵌塞，同时使邻牙相互支持，维持牙位、牙弓形状的稳定和分散咀嚼压力。

(3) 外展隙和邻间隙：在邻接区四周，环绕着向四周展开的空隙，称为外展隙。在唇、颊侧者，称唇或颊外展隙，在舌侧者，称舌外展隙，在切缘或（牙合）面者，称切或（牙合）外展隙。邻间隙位于邻接点的龈方，呈三角形，其底为牙槽骨，两边为邻牙的邻面，顶则为邻接点。

(4) 良好的咬合。

(5) 美学要求。

2. 牙体预备的要求包括以下方面：

(1) 去除病变组织。

(2) 防止损伤邻牙。

(3) 保护软组织。

(4) 保护牙髓。

(5) 适当磨除牙体组织。

(6) 预防和减少继发龋。

(7) 牙体预备尽量一次完成。

(8) 暂时冠保护。

3. 修复体龈边缘设计应合乎牙周组织健康的要求

4. 修复体应合乎抗力形与固位形的要求

(1) 抗力形：牙体缺损的患牙，在修复完成后，要求修复体和患牙都能抵抗（牙合）力而不致被破坏或折裂。

(2) 固位形：人造冠固定在患牙上，不因咀嚼外力而致移位、脱落，这种抵御脱落的力量称为固位力。为了增强修复体的固位力，根据患牙余留牙体组织的具体情况，在患牙上合理设计并预备成面、洞、钉洞、沟等各种几何形状，这种具有增强固位力的几何形状，称为固位形。固位形是修复体赖以固位的重要因素。

13. 种植义齿修复原则？

【答案】

种植义齿修复原则：

(1) 恢复良好的功能。

(2) 恢复良好的美学效果。

(3) 具有良好的固位、支持和稳定。

(4) 有益于口腔软、硬组织健康。

1) 龈袖口应紧密包绕穿龈部分，种植体周围龈沟深度应小于 3mm。

2) 种植义齿应确保种植体周骨组织的健康，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 0.1~0.2mm。

3) 口内的余留牙应该健康或经过彻底的牙体、牙髓、牙周治疗，并能与种植义齿形成相互协调的完整牙列，功能互补。

14. 牙髓失活注意事项？

【答案】

牙髓失活注意事项：封药时，洞缘去净腐质，隔离口水、止血、干燥窝洞；失活剂适量（小米粒大小）紧贴穿髓孔；暂封剂硬度和封药压力适中；医嘱患者按时复诊，以控制药物作用时间；复诊时必须确切取出失活剂，以免存留在牙间隙中。

15. “逐步后退法”根管预备时注意事项？

【答案】

“逐步后退法”根管预备时注意事项

1. 正确使用根管治疗器械，防止器械折断和器械误吞。
2. 使用器械前要检查有无折痕、锈蚀或螺纹松解。使用时旋转角度不要超过正反 90° 的范围。
3. 器械要按号顺序使用，不要跳号，否则易形成台阶。在小号未达工作长度时，不要换用大号器械，否则也易形成台阶。
4. 器械向前推进时，用力不可过猛，尤其当接近根尖时要轻轻推进，否则易将感染推出根尖孔外，或刺伤根尖周围组织，引起急性根尖周炎。
5. 根管锉应严格记次使用，及时更换，以免造成器械折断。

16. 乳牙龋病治疗中的注意事项？

【答案】

乳牙龋病治疗中的注意事项

(1) 药物的腐蚀与刺激：应尽量使用橡皮障和吸唾系统。硝酸银、氟化氨银等药物都有腐蚀性，使用过程中要预防使药物溢及牙龈或唇颊黏膜导致局部化学性灼伤。因此，器械盘要整洁，药棉应放在一定的部位，勿使器械无意中沾染药液，以致操作时又沾到黏膜造成灼伤。

(2) 意外露髓：术者一定要熟悉乳牙解剖形态，加强责任心，尤其在使用电机或气涡轮机去腐、制备洞形时要多加小心，以免因操作不慎或对牙髓腔解剖不熟悉，意外暴露健康牙髓使患儿遭受痛苦。

(3) 继发龋：继发龋指充填或修复后，与修复体相邻的洞壁或洞底发生的龋蚀。其特点是发展快，范围广并有多发的倾向。乳牙易产生继发龋的原因是：

- 1) 乳牙的钙化程度较低，儿童喜食甜食，口腔卫生较差。
- 2) 制备洞形时儿童不合作，感染的软化牙本质未除尽。
- 3) 受乳牙解剖形态的限制，制备洞形时不易达到预防性扩展、抗力形和固位形应有的要求，造成无机釉和充填体折裂，引起继发龋。
- 4) 乳牙颈部明显缩窄，成形片和木楔的使用难以达到理想的要求，影响牙冠外形的修复，预成冠的颈部难与牙体密合。
- 5) 牙龈乳头位置较高，操作时局部易因唾液、出血而污染，造成充填材料、冠粘接材料不密合。
- 6) 患儿不合作或不遵守医嘱，过早咀嚼硬食物影响修复体质量。

17. 乳牙根管治疗注意事项？

【答案】

乳牙根管治疗注意事项

①乳牙失活不宜选用亚砷酸，应选用金属砷，多聚甲醛失活剂，注意失活剂不要溢出造成软组织烧伤。乳牙牙根有吸收时禁用金属砷失活牙髓。

②根管预备时勿将根管器械超出根尖孔，以免感染物质被推出根尖孔或损伤恒牙胚。

③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、氧化锌碘仿糊剂、氢氧化钙糊剂等。

④避免对牙龈瘻管进行深搔刮术。

18. 根尖诱导成形术治疗注意事项？

【答案】

根尖诱导成形术治疗注意事项

- (1) 彻底清除根管内感染物质是消除根尖周围炎症促使根尖形成的重要因素。
- (2) 去除根管内牙髓时，应按照 X 线片测量的工作长度，用根管锉紧贴根管壁将牙髓碎片清除，避免将感染物质推出根尖或刺伤根尖部组织。
- (3) 定期复查，定期换药，当 X 线片显示根尖周病变愈合、牙根继续发育并形成，或根管内探查根尖端有钙化物沉积时可进行常规根管治疗。
- (4) 根尖诱导成形术的疗程和效果，不仅取决于牙髓或根尖周病变的程度，而且取决于牙根发育程度和患者健康状态。因此，治疗较为困难，疗程较长。
- (5) 牙根未发育完全的牙齿，其根尖部的细胞具有潜在能力，炎症消除后能进行细胞分化，因此控制感染，去除感染非常重要。应该尽量保留根尖部的生活牙髓；保护牙乳头；恢复上皮根鞘功能。

19. 外科引流注意事项？

【答案】

外科引流注意事项

- (1) 引流时间：引流物的放置时间因手术不同而异。引流物为异物，在达到引流目的后，应尽早拔除。污染创口或为防止积血、积液而放置的引流物，多在 24~48 小时 后去除；脓肿或无效腔的引流物应放置至脓液及渗出液完全消除为止；负压引流一般在 24 小时 内引流量少于 20~30ml 时去除。
- (2) 引流部位：开放引流的引流物内端应放置在创口内深处，其外端则应依体位放在创口最低处，以利重力引流。负压引流管应避免放在重要血管、神经的附近，其戳创口也应封闭，才能收到负压效应。引流口的大小要适当，太小引流不畅；太大，将在引流部位形成粗大瘢痕。
- (3) 引流物的固定：引流物应妥善固定，以免被推入创口深部或向外脱出。预防上述现象最常用、最牢靠的方法是利用引流口附近的缝线加以缝扎固定，也可在引流物外端穿以别针，以防被推入创口内。
- (4) 负压引流的装接：患者术后回病房，即应将引流管连接于吸引器、吸引球或胃肠减压器上，并认真检查是否产生负压、引流效果，注意管头位置不可接错，以免反将引流物或空气压入创口，引起感染或皮下气肿；同时应观察和记录引流液的色、质、量，发现问题及时处理。

20. 换药的注意事项？

【答案】

换药的注意事项

换药应严格遵守无菌操作原则，即使是感染创口也应如此，否则将造成创口感染、加重感染和混合感染。

1. 换药的动作要准确、轻巧、细致，切忌粗暴。应用棉球清洁暴露创面时是“蘸”而

不是“揩”、“擦”的动作。对暴露创面不可应用带刺激性的药物，动作要迅速，尽量缩短时间，勿使创面暴露时间过长。

2. 持镊应在上 $1/3$ 处，并勿使镊碰及非换药区，应掌握并使用双手持镊，保持一“脏”一“净”，即一镊接触创面，一镊接触药碗和消毒敷料。使用过的棉球和纱布等物不可再置入消毒的换药碗内，而应置于另一个药碗中，两碗要严格区分。对特异性感染创口，其换药用过的敷料更不可随便弃置，要集中焚烧。

3. 多个患者换药，应遵循先无菌创口，后污染创口，再感染创口的顺序，并每换一人后必须重新洗手，以防交叉感染。

21. 超声洁治注意事项？

【答案】

超声洁治注意事项

①特殊人群不宜使用超声洁治术：A. 禁用于置有心脏起搏器的患者，以免因电磁辐射的干扰造成眩晕及心律紊乱等症状，新型起搏器具有屏障功能，不会受超声洁治术的干扰，戴用这类起搏器的患者不在禁用之列。B. 对于有肝炎、肺结核、艾滋病等传染性疾病者也不宜使用超声洁牙，以免血液和病原菌随喷雾而污染诊室空气。

②超声洁治术开始前必须让患者用抗菌液，如 3% 过氧化氢液或 0.12% 氯己定液含漱 1 分钟，以减少喷雾中细菌之数量，并防止菌血症发生。

③医护人员在治疗时应有防护措施，如戴口罩、帽子、防护眼罩、手套等，以减少接触血液和微生物。

④工作尖对牙面的角度和压力：工作尖的角度和工作尖对牙面的压力是引起牙体组织缺损最重要的因素，为了防止对牙体组织造成过度的破坏，一般建议使用约 $0.5N$ 的侧向力，尽量选用中低档，工作尖尽量与牙面平行。

⑤尽量避免导致牙本质敏感：超声工作尖在脱矿牙面会引起患者敏感症状，如一些早期龋、牙釉质发育不良等的牙面上，以牙颈部明显。正确掌握超声洁牙机的使用，可减少牙本质敏感症的发生。

⑥金属超声器械工作头不能用于钛种植体表面的洁治，因为金属头会损伤钛种植体表面结构，致使菌斑易于沉积，也不能用于瓷修复体或黏附的修复体，因为有可能使瓷崩裂或黏附体松脱，可改用塑料工作头等非金属超声工作头。

⑦超声洁牙机手机及工作头的消毒极为重要，以免引起交叉感染。应做到每位患者更换高压消毒手机，治疗开始前先放空手机后部管道中的存水，治疗过程中用强力吸引器吸走液体，均可减少诊室内带菌的气雾。此外，患者使用的痰盂和牙科诊椅都需要及时消毒，诊室也要定期消毒，有条件的机构应配备空气过滤器，以防止交叉感染和院内感染。

22. 可摘局部义齿初戴注意事项？

【答案】

可摘局部义齿初戴注意事项

1) 初戴时，将基托近龈缘处及进入基牙和组织倒凹的基托（如唇侧基托，近基牙和上颌结节、下颌内斜嵴等部位的基托）适当缓冲，以免妨碍义齿就位或压迫牙龈。

2) 戴入时，如遇有阻碍不易就位时，不应强行戴入，以免造成患者疼痛和摘取时困难。

3) 有前后牙缺失的义齿，可先使前牙就位或半就位，然后再使后牙就位，这样可使人工前牙与邻牙间的间隙尽量减小。后牙缺失的义齿可按设计的就位道，从前向后或从后向前

斜向就位，或一侧先就位，再使另一侧就位，或使左右侧同时就位。

4) 戴义齿时若就位困难，应找出原因，加以修改。如卡环臂过紧，多因制作卡环时磨损了模型所致，可稍使之放松；如因卡环体坚硬部分进入倒凹区，不能磨改卡环，只能磨改与卡环体相应部位的基牙；若基托进入倒凹区，致使义齿不能戴入，可用红蓝咬合纸进行检查，确定出阻碍部位。取出义齿，用金刚钻或小轮状石磨除阻碍处的着色点，即可磨去进入倒凹区的塑料基托，经反复戴入和调改，直到完全就位。但每次调改不能过多，以免使义齿与基牙间形成间隙，而造成嵌塞食物。

23. 窝洞预备要求？

【答案】

窝洞预备要求：①窝洞作最小程度的扩展，特别是在颊舌径和牙髓方向；②龈缘只扩展到健康牙体组织，应尽量位于牙龈边缘的（牙合）方；③尽量不作预防性扩展。

24. 缝合基本要求？

【答案】

缝合基本要求

- 1) 切口两侧组织要接触良好，正确对位；各层次要分别缝合。
- 2) 两侧组织应该等量、对称，避免留有无效腔，否则将出现积血或积液，不但延迟愈合过程，而且易导致感染。
- 3) 应在无张力或最小张力下进行缝合，以免创口裂开和愈合后瘢痕过粗。根据手术性质、部位和术中情况确定合适的针距和边距，整形手术的要求更高。
- 4) 缝合顺序应是先游离侧，后固定侧，相反则易撕裂组织。这一点在缝合口内黏膜瓣及游离皮片或皮瓣时均应遵循。
- 5) 缝合面颈部皮肤时，除沿凹陷皱纹的切口可作内卷缝合、使瘢痕与皱纹的深浅一致外，一般要防止创缘内卷及过度外翻，以免导致感染和愈合后瘢痕明显。为此，缝合应包括皮肤全层，皮肤缘较薄时，还应带入部分皮下组织（为避免线头反应，皮下一般可不缝合，或仅作几个定点缝合）；进针时，针尖与皮肤垂直，并使皮肤切口两侧进针间距等于或略小于皮下间距才可达到满意效果。切口两侧进出针间距大于皮下间距，易造成皮肤创缘内卷；相反，进出针间距小于皮下间距则皮肤创缘呈现过度外翻。
- 6) 皮肤缝合进针点离创缘的距离（边距）和缝合间隔密度（针距）应以保持创缘接触贴合而无裂隙为原则，具体要求因手术性质和部位而有所不同。一般整复手术以缝合边距 2~3mm、针距 3~5mm，颈部手术缝合边距 3mm、针距 5mm 为宜，而组织极易撕裂的舌组织缝合时边距和针距均应增至 5mm 以上。
- 7) 缝合的组织之间不能夹有其他组织，以免影响愈合。
- 8) 缝合后打结的松紧要适度，过紧不但压迫创缘，影响血供，导致边缘坏死和术后遗留缝线压迹，而且可造成组织撕裂；过松则使创缘接触不良，出现裂隙，以致发生渗血、感染，还可使组织愈合后瘢痕增粗。
- 9) 在功能部位（如口角、下睑等）要避免过长的直线缝合，以免愈合后瘢痕直线收缩，导致组织器官移位，这一点在设计切口时应有所考虑。如缝合时发现切口过长，应按对偶三角瓣法作附加切口，换位呈 Z 形曲线缝合。张力过大的创口，应作潜行分离和减张缝合。
- 10) 选用合适的缝线，口腔颌面外科常用 1-0、3-0 和 1 号线，应根据不同情况选用。

25. 切开引流的要求？

【答案】

切开引流的要求：①为达到按体位自然引流，切口位置应在脓腔的重力低位，以使引流道短、通畅、容易维持。②切口瘢痕隐蔽，切口长度取决于脓肿部位的深浅与脓肿的大小，以能保证引流通畅为准则；一般应尽力选用口内引流。颜面脓肿应顺皮纹方向切开，勿损伤重要解剖结构，如面神经、血管和唾液腺导管等。③一般切开至黏膜下或皮下即可，按脓肿位置用血管钳直达脓腔后再钝分离扩大创口；应避免在不同组织层次中形成多处假通道，以保证引流通畅。④手术操作应准确轻柔。颜面危险三角区的脓肿切开后，严禁挤压，以防感染扩散。

26. 口腔修复工作模型的要求？

【答案】

口腔修复工作模型的要求：模型边缘侧面厚度 3mm，模型基底最薄处不能少于 10mm。模型后缘应在腭小凹后 4mm，下颌模型在磨牙后垫自其前缘起不少于 10mm。

27. 牙体预备的要求包括？

【答案】

牙体预备的要求包括以下方面：

- (1) 去除病变组织。
- (2) 防止损伤邻牙。
- (3) 保护软组织。
- (4) 保护牙髓。
- (5) 适当磨除牙体组织。
- (6) 预防和减少继发龋。
- (7) 牙体预备尽量一次完成。
- (8) 暂时冠保护。

28. 修复体颈缘预备要求？

【答案】

修复体颈缘预备要求

- 1) 舌侧或邻面颈部如以金属为冠边缘者，颈缘可预备成羽状、凹槽形或直角斜面形。
- 2) 唇颊侧或全冠边缘为烤瓷者，应将牙体颈缘预备成直角或 135° 凹面，以保证颈缘瓷的强度和美观。采用龈下边缘者，肩台位于龈缘下 0.5mm。
- 3) 唇颊侧肩台宽度一般为 1.0mm。若预备不足，要么颈部瓷层太薄，出现金属色或透明度降低，冠边缘的强度下降；要么为了保证强度而增加冠边缘突度，致使颈部外形与牙颈部不一致，冠颈部形成肿胀外观。若预备过多，可能会引起牙髓损害，因为颈部髓腔壁厚度一般为 1.7~3.0mm。舌侧金属边缘处肩台宽度 0.5mm。

29. 桩核冠的固位形与抗力形要求？

【答案】

桩核冠的固位形与抗力形要求

- (1) 桩的长度：为确保牙髓治疗效果和预防根折，一般要求根尖部保留 3~5mm 的充填

材料作为根尖封闭，桩的长度为根长的 $\frac{2}{3} \sim \frac{3}{4}$ 。对于根比较短的情况，应尽量保证让桩的长度大于等于临床冠的长度，并且保证桩处于牙槽骨内的长度大于根在牙槽骨内的总长度的 $\frac{1}{2}$ 。

(2) 桩的直径和形态：桩的直径应为根径的 $\frac{1}{3}$ ，从根管口到末端逐渐缩小呈锥形，与牙根外形一致，与根管壁密合。

(3) 冠与根面的关系：桩核与冠是各自分别就位的，冠作为最终修复体，其就位道不受根管方向的影响。要尽可能保留剩余牙体组织的高度，使冠边缘能包绕剩余牙体组织 1.5mm 以上（称为牙本质肩领），这对于提高患牙的抗折强度，增强桩核的固位有重要意义。

30. 基托的制作要求？

【答案】

基托的制作要求

1) 基托厚度：基托应有一定的厚度以保持其足够的抗弯强度和抗折强度，避免基托在受力时发生弯曲或折断。塑料基托一般厚约 2mm ，进入前庭沟和口底的基托边缘略厚，并呈圆钝状。铸造金属基托的厚度约 0.5mm ，边缘可厚至 1mm ，并圆钝。

2) 基托的伸展范围：根据缺牙的部位，基牙的健康状况，牙槽嵴吸收的程度，（牙合力的大小等情况而定。对于非游离缺失的牙支持式义齿，在保证义齿固位和稳定的前提下，尽量缩小基托范围，使患者感觉舒适、美观。如个别前牙缺失，牙槽嵴丰满者可不放唇侧基托。对于游离缺失的混合支持式或黏膜支持式义齿，在不影响唇颊舌周围组织功能活动的前提下，应尽量扩大基托伸展范围，以获得足够的固位、稳定和支持。上颌后牙游离端义齿基托后缘应伸展到翼上颌切迹，远中颊侧应盖过上颌结节，后缘中部应到硬软腭交界处稍后的软腭上。下颌远中游离端基托后缘应覆盖磨牙后垫的 $\frac{1}{3} \sim \frac{1}{2}$ ，舌侧远中进入下颌舌骨后窝。基托边缘不宜伸展到组织倒凹区，以免影响义齿就位或就位时擦伤倒凹以上突出部位的软组织。

3) 基托与天然牙的关系：基托应与余留天然牙邻面和舌面的非倒凹区之间密合而无间隙，既有利于义齿的固位和稳定，又能避免食物嵌塞。基托不应进入基牙邻面和余留牙舌面的倒凹区，以免造成义齿摘戴困难。前牙区腭（舌）侧基托边缘应远离前牙舌侧龈缘，或者位于舌隆突上，并与之密合。

4) 基托与黏膜的关系：基托与覆盖黏膜应密合而无压迫。与上颌结节颊侧、上颌硬区、下颌隆凸、下颌舌骨嵴及骨尖等部位相应的基托组织面应做缓冲处理，以免基托压迫组织产生疼痛。覆盖龈缘区的基托组织面也要缓冲，以免压迫龈组织。

5) 基托磨光面外形：上下颌前部基托相当于牙根的位置，形成隐约可见的牙根长度和突度。后部的颊、腭和舌侧由牙至基托边缘应形成浅凹面，有利于义齿的固位。

31. 龋病的临床分类？

【答案】

龋病的临床分类

龋发生在牙体不同的硬组织上，组织学分类将其分为釉质龋、牙本质龋和牙骨质龋。但临床上为了能够准确反映龋病的损害程度和进展情况，为了清楚表明龋损发生的部位，为了获得正确的病因分析，为了给治疗方案提供依据，在对龋病进行诊断时出现了许多龋的分类方法，其中按病变侵入深度的分类与诊断是最常用的临床分类方法。

1. 根据病变侵入牙齿的深度分类 临床上以去除龋腐后洞底所在的组织位置分为浅、

中、深龋。

(1) 浅龋：龋损在釉质或根面牙骨质层内。咬合面窝沟的浅龋，洞底位于釉质层，用探针探查可出现夹卡探针，质软；龋发生在邻面时，一般可用探针在探诊时发现，或在拍 X 线片时发现；龋发生在唇/颊面时，可见到白垩色或黄褐色改变，局部斑点状缺损，质软；发生在牙根面的浅龋，探查时可以感觉表面粗糙，弥散范围大。浅龋时，患者一般无明显自觉症状。

釉质龋发展较慢，平滑面釉质表面白垩色、黄褐色或黑色的改变，称为龋斑，用探针探查可略感粗糙，又称为早期龋或早期釉质龋，可通过去除病因和再矿化治疗停止病变发展。

(2) 中龋：龋损的前沿位于牙本质的浅层，又称为牙本质浅龋。临床检查时已有明显的龋洞，X 线片上可发现由牙表面至牙本质浅层的透射影。龋洞内有龋腐，患牙开始出现症状，主要表现为在进食冷、热或酸、甜食品时，刺激进入窝洞引起的一过性敏感症状，去除刺激后症状随即消失。

(3) 深龋：病变进展到牙本质深层，明显的龋洞，腐质多，洞底深、接近髓腔，患牙有明显的遇冷热酸甜刺激敏感症状，也可有食物嵌塞时的短暂疼痛症状，但没有自发性疼痛。

发生在点隙裂沟处的深龋，多呈潜行性破坏的表现，临床上钻磨开窝沟处的小洞口后，会呈现很大的组织破坏，又称为潜行性龋。发生在平滑面的深龋，有时可在完整釉质下方有墨浸状的变化，钻磨开牙面则发现侵及牙本质的深龋洞，这通常是细菌沿釉质发育中遗留的薄弱结构釉板进入，病变很快或直接到达釉质牙本质界并沿其扩展后继续向牙本质发展，出现内部病变范围很大，但外部表现很轻的龋坏，临床上又称为隐匿性龋。

2. 根据病变发生的解剖部位分类

(1) 点隙窝沟龋：磨牙和前磨牙的咬合面、下磨牙的颊面、上磨牙的腭面、上前牙的腭面尤其是上颌侧切牙的舌侧窝，均为点隙、沟裂分布的部位，是龋最好发的部位，临床上最为多见，年轻恒牙多发，从点隙窝沟处的墨浸状改变到呈现深大龋洞，表现不一。

(2) 平滑面龋：牙冠的平滑面指唇/颊面、舌/腭面和相邻两牙齿间的邻接面（多由近、远中面构成）。邻面是平滑面龋的高发部位，也是仅次于点隙窝沟的龋易感位点。

(3) 根龋：根龋，也称根面龋。多见于中老年人和牙周病患者。龋损部位多围绕牙颈部，可有龋洞，也常见牙根表面广泛的浅表损害。

3. 根据病变的进展速度分类 这种分类方法有利于对患者的整体情况综合考虑，有利于及时采取有针对性的治疗和干预措施。

(1) 慢性龋：龋的进程多缓慢、持续，临床表现为洞内软化牙本质相对较少，着色深，质地相对干硬，不易用手用器械去除，用旋转器械钻磨时呈粉末状，去净龋腐后，洞底可见硬化牙本质，黄褐色，坚硬而光滑，又称干性龋。多数成年人发生的龋均属此类。由于病程缓慢，有充足的时间刺激牙髓牙本质复合体在髓腔一侧形成较多的第三期牙本质，可以起到保护牙髓的作用。

(2) 急性龋：在一些特殊情况下，龋的发展速度会很快，从发现龋到出现牙髓病变的时间可以短至数周。急性龋洞内软化牙本质较多，病变组织着色浅，病变范围较广，质地较湿软，容易以手用器械去除，挖出的龋腐多呈片块状，又称湿性龋。由于进展速度快，龋坏牙本质中位于细菌侵入层下方的脱矿层较厚，缺乏硬化牙本质，在髓腔内侧又较少形成第三期牙本质，牙髓易于受到感染。在治疗去腐时，若将全部软化的牙本质除净，极易穿通髓腔。急性龋多发生在儿童和易感个体，如存在唾液分泌障碍的个体，易出现急性龋的情况。

(3) 静止龋：在龋进展过程中，由于局部环境发生变化，隐蔽部位变为开放状态，致龋因素消失，病变停止进展并再矿化，但已造成的牙体实质性缺损仍保持原状。如邻面早期

龋在拔除邻牙后，或磨（牙合）面龋洞因边缘无基釉质崩脱而呈现浅碟状，病变部位在唾液和氯化物的作用下再矿化，质地变坚硬，表面光亮，病变静止。

4. 根据致龋的特殊因素分类

猛性龋：是一类在发病和临床表现上具有特殊性的多发性龋病，表现为在短期内（6~12月）全口牙齿或多个牙齿、多个牙面同时患龋，尤其在一般不易发生龋的下颌前牙，甚至是切端的部位发生龋；病变呈现急性龋的特征，在未成洞患牙的牙面和成洞患牙洞缘周围的牙面里现大范围的脱矿表现。猛性龋多数发生在有特殊致病因素或全身背景的易感人群，可见于儿童初萌牙列，多与患儿因患全身系统性疾病而导致牙齿的发育和矿化不良有关，如果这类患儿喜频繁摄取甜食，又缺乏口腔卫生措施，就极易罹患猛性龋；也可见于唾液腺功能障碍或被破坏导致唾液分泌量下降的成人，如 综合征患者、服用抗凝药者、头颈部放疗患者，在口干症状出现后 3个月，即可发生猛性龋，又称为口干性龋，因头颈部放疗导致的猛性龋又称为放射性龋。这类患者在龋的治疗和管理上均需要特殊对待。

5. 根据病变的发生与既往牙体治疗的关系分类

(1) 原发龋：在未经过治疗的牙齿上发生的龋均为原发龋，临床上通称的龋齿多指这一类型。

(2) 继发龋：做过牙体治疗或牙体修复的患牙，在充填体或修复体边缘的牙体组织上或与材料接触的洞壁、洞底发生的龋。形成继发龋的原因有以下方面：

- 1) 充填体或修复体边缘与牙体组织不密合，造成口腔细菌的渗漏和定植；
- 2) 充填体或修复体边缘或洞缘牙体组织破损，形成菌斑滞留区；
- 3) 备洞或牙体预备时未去净龋腐，病变继续发展。

临床可见患牙修复体边缘的牙体组织着色变软，拍 X 线片显示修复体周围的牙体组织病变区域密度降低。

(3) 再发龋：以往曾对患牙的原发龋病灶进行了完善修复，在该牙的其他部位又新发生了龋。

32. G. V. Black 分类法？

【答案】

G. V. Black 分类法：根据龋损所在牙面的部位，从治疗的观点出发，1908 年 G. V. Black 将窝洞分为 5类，目前仍作为充填治疗的基础分类，被广泛应用。

I 类洞：为发生于所有牙齿的发育窝、沟内的龋损所制备的窝洞，称为 I 类洞。包括磨牙（牙合）面窝沟洞、磨牙颊（舌）面的颊（舌）沟洞、前磨牙的（牙合）面窝沟洞、上前牙的腭面窝沟洞。以磨（牙合）面洞最具典型性。

II 类洞：为发生于后牙邻面的龋损所制备的窝洞，称为 II 类洞。包括磨牙和前磨牙的邻面洞、邻（牙合）面洞和邻颊（舌）面洞，以磨牙邻（牙合）面洞为典型代表。

III 类洞：为发生于前牙邻面未损伤切角的龋损所制备的窝洞，称为 III 类洞。包括切牙、尖牙的邻面洞、邻腭（舌）面洞、邻唇面洞。以切牙的邻腭面洞为典型代表。

IV 类洞：为发生于前牙邻面并损伤切角的龋损所制备的窝洞。包括切牙和尖牙的邻唇、邻腭（舌）面洞。目前，IV 类洞含义已延伸，包括因牙外伤引起切角缺损的洞。

V 类洞：为发生于所有牙齿的颊（唇）、舌（腭）面近 1/3 牙面的龋损所制备的窝洞。

33. 牙髓病的分类？

【答案】

牙髓病的分类

1. 根据组织病理学的表现分类

- (1) 牙髓充血
 - 1) 生理性牙髓充血
 - 2) 病理性牙髓充血
- (2) 急性牙髓炎
 - 1) 急性浆液性牙髓炎
 - 2) 急性化脓性牙髓炎
- (3) 慢性牙髓炎
 - 1) 慢性闭锁性牙髓炎
 - 2) 慢性溃疡性牙髓炎
 - 3) 慢性增生性牙髓炎
- (4) 牙髓坏死坏死、坏疽
- (5) 牙髓退变空泡性变、纤维性变、网状萎缩、钙化
- (6) 牙内吸收

2. 根据牙髓病的临床表现和治疗预后分类

- (1) 可复性牙髓炎，即病理分型中的牙髓充血。
- (2) 不可复性牙髓炎
 - 1) 急性牙髓炎：包括慢性牙髓炎急性发作。
 - 2) 慢性牙髓炎：包括残髓炎。
 - 3) 逆行性牙髓炎
- (3) 牙髓钙化
 - 1) 髓石
 - 2) 弥散性钙化
- (4) 牙髓坏死
- (5) 牙内吸收

34. 根尖周炎分类？

【答案】

根据临床症状的急缓，根尖周炎可分为急性和慢性两大类。

1. 急性根尖周炎在此阶段根据其发展过程，可分为两个时期：

- (1) 浆液期：或称急性浆液性根尖周炎。
- (2) 化脓期：或称急性化脓性根尖周炎。

根据脓液所在部位不同，可分为三个阶段：①急性根尖周脓肿。②骨膜下脓肿。③黏膜下脓肿。

2. 慢性根尖周炎多继发于慢性牙髓炎，也有由急性根尖周炎转化而来。

根据其病理变化和临床表现形式，可分为四型：

- (1) 根尖周肉芽肿。
- (2) 根尖周脓肿。
- (3) 根尖周囊肿。
- (4) 根尖周致密性骨炎，又称根尖周骨硬化症。

35. 复发性口腔溃疡分类?

【答案】

复发性口腔溃疡分类

1. 轻型口疮 又称轻型复发性阿弗他溃疡, 约占 RAU 患者的 80%, 患者初发时多数为此型。

溃疡好发于唇、舌、颊、软腭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。RAU 初起为局灶性黏膜充血水肿, 呈粟粒状红点, 灼痛明显, 继而形成浅表溃疡, 圆形或椭圆形, 直径 <5mm。约 5 天 溃疡开始愈合, 此时溃疡面有肉芽组织形成、创面缩小、红肿消退、疼痛减轻。约 7~10 天 溃疡愈合, 不留瘢痕。轻型复发性阿弗他溃疡一般为 3~5 个, 散在分布。溃疡复发的间歇期从半月至数月不等, 有的患者会出现此起彼伏、迁延不断的情况。有些患者有较规则的发病周期如月经前后, 有的患者常在劳累之后发病。一般无明显全身症状与体征。

2. 重型阿弗他溃疡 亦称复发性坏死性黏膜腺周围炎简称腺周口疮。溃疡大而深, 愈合后可形成瘢痕或组织缺损, 故也称复发性瘢痕性口疮, 约占 8%。

腺周口疮溃疡大而深, 似“弹坑”, 可深达黏膜下层腺体及腺周组织, 直径可大于 1cm, 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溃疡期持续时间较长, 可达 1~2 个月 或更长。通常是 1~2 个 溃疡, 但在愈合过程中又可出现 1 个 或数个小溃疡。疼痛剧烈, 愈合后可留瘢痕。初始好发于口角, 其后有向口腔后部移行的发病趋势, 发生于舌腭弓、软硬腭交界处等口腔后部时可造成组织缺损, 影响言语及吞咽。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。溃疡也可在先前愈合处再次复发, 造成更大的瘢痕和组织缺损。

3. 口炎型口疮 亦称疱疹样复发性阿弗他溃疡, 约占 RAU 患者的 10%。口炎型口疮多发于成年女性, 好发部位及病程与轻型相似。但溃疡直径较小, 约 2mm, 溃疡数日多可达十几个或几十个, 散在分布, 似“满天星”。相邻的溃疡可融合成片, 黏膜充血发红, 疼痛最重, 唾液分泌增加。可伴有头痛、低热等全身不适、病损局部的淋巴结肿痛等症状。

36. 根分叉病变分类?

【答案】

根分叉病变分类

I 度: 从牙周袋内已能探到根分叉的外形, 但尚不能水平探入分叉内, 在 X 线片上看不到分叉区牙槽骨的吸收。

II 度: 分叉区骨吸收仅限于颊侧或舌侧, 或颊舌侧均有吸收但尚未与对侧相通, 根分叉区内尚有部分牙槽骨和牙周膜存在。临床探查时探针可从水平方向部分地进入分叉区内, 但与对侧不相通, X 线片一般仅显示分叉区的牙周膜增宽, 或骨质密度有小范围的降低。

III 度: 根分叉区的牙槽骨全部吸收, 形成“贯通性”病变, 探针能水平通过分叉区, 但它仍被牙周袋软组织覆盖而未直接暴露于口腔。下颌磨牙的 III 度病变在 X 线片上可见完全的透影区, 但有时会因牙根靠近或外斜线的重叠而使病变不明显。

IV 度: 根间骨隔完全破坏, 且牙龈退缩而使病变的根分叉区完全暴露于口腔。X 线片所见与 III 度病变相似。

37. 外科引流的分类?

【答案】

外科引流的分类 外科引流的方式多种多样，一般分为以下两类：

(1) 被动引流和主动引流：按照引流的作用原理，可分为被动引流和主动引流。被动原理通常是靠吸附作用（如纱条引流）或重力作用（如体位引流）而起到引流效果；主动引流通常指借助外力作用的引流，如负压封闭式引流。

(2) 治疗性引流和预防性引流：根据引流的目的，可分为治疗性引流和预防性引流。治疗性引流是对已存在的病变通过引流进行治疗（如脓肿切开引流）；预防性引流是防止体液积聚或感染的引流（如颈淋巴清扫术后的引流），同时有利于术后观察并发症的发生。

3. 常用引流物及其应用 口腔颌面外科常用的引流物有片状引流、纱条引流、管状引流和负压引流。

(1) 片状引流：引流物由废橡皮手套剪成条状制成。主要用于口外创口少量渗液的引流，偶尔用于口腔内创口引流。其形状、长短和宽窄视手术性质、创口的深浅和引流液的多少而定。

(2) 纱条引流：多用特制的油纱条和碘仿纱条作为引流物。油纱条具有刺激肉芽组织生长的作用，主要用于脓腔引流；碘仿纱条的防腐、杀菌、除臭作用强。常用于重度和混合感染的创口引流，也用于口腔内创口的引流。

(3) 管状引流：由普通细橡皮管或导尿管剪成引流物，因系管状，故具有引流作用强和便于冲洗及可注药的特点，多用于颌面颈部较大创口和脓腔的引流。临床上亦常应用半管引流，引流物系剖开的橡皮管，既保持引流作用强的特点，又减少对创口的刺激。

(4) 负压引流：利用细塑料管或橡皮管在创口旁另戳创引出，接于吸引器、吸引球或胃肠减压器上，使创口产生负压，从而达到负压吸引的引流目的。此引流法优点较多，具有较强的引流作用，而且不需加压包扎伤口，患者感觉舒适；因创口内是负压，组织间贴合紧密，利于创口愈合，也不易继发感染。主要用于颌面颈部较大手术的术后引流，例如颈淋巴清扫术、下颌骨切除术、腮腺摘除术等。

上述前 3 种引流方法，创口是开放的，故亦称开放引流；后一种创口是封闭的，故亦称封闭式引流。

38. 创口分类？

【答案】

创口分类

1. 无菌创口 无菌创口系指未经细菌侵入的创口，多见于外科无菌切口，早期灼伤和某些化学性损伤已经及时处理者，也可以是无菌创口。口腔颌面外科的无菌创口主要是面部手术创口。

2. 污染创口 指在非无菌条件下发生的创口，如在与口腔、鼻腔相通或口腔内手术的创口；由各种损伤引起的创口，如受伤时间短，细菌未侵入深层组织引起化脓性炎症，也属污染创口。

3. 感染创口 凡细菌已经侵入、繁殖并引起急性炎症、坏死、化脓的创口和在此情况下进行手术的创口，均为感染创口，如脓肿切开引流、颌骨骨髓炎病灶清除术等均为感染创口。

39. 固定义齿的分类及特点？

【答案】

固定义齿的分类及特点

(1) 常用的固定桥类型

1) 双端固定桥：又称完全固定桥。固定桥两端固位体与桥体之间的连接形式为固定连接，当固位体粘固于基牙后，基牙、固位体、桥体则连接成一个不动的整体，从而组成新的咀嚼单位。

2) 半固定桥：半固定桥桥体一端的固位体为固定连接，另一端的固位体为活动连接。活动连接体在桥体的部分制成栓体，在固位体的部分制成栓道。

3) 单端固定桥：又称悬臂固定桥。此种固定桥仅一端有固位体，桥体与固位体之间为固定连接。固定桥粘固在一端基牙上，桥体受力时由该端基牙承受，桥体另一端与邻牙接触或无邻牙接触，形成完全游离端。

4) 复合固定桥：是将两种或两种以上的简单固定桥组合成复合固定桥。如在双端固定桥的一端再连接一个半固定桥或单端固定桥

(2) 特殊的固定桥类型

- 1) 种植固定桥。
- 2) 固定-可摘联合桥。
- 3) 粘接固定桥。

40. 牙列缺损的 Kennedy 分类？

【答案】

牙列缺损的 Kennedy 分类

Kennedy (1925) 根据牙列缺损者缺牙间隙所在部位，结合可摘局部义齿鞍基与余留天然牙的关系，将牙列缺损分为四类。

第一类：双侧间隙位于余留牙的远中，即双侧远中游离缺失。

第二类：单侧间隙位于一侧余留牙的远中，即单侧远中游离缺失。

第三类：间隙位于牙弓一侧，间隙前后均有余留牙，即单侧非游离缺失。

第四类：单个越过中线的间隙，位于所有余留牙的近中。

41. 人工牙的种类？

【答案】

人工牙的种类

1) 按制作材料分类

①树脂牙：与树脂基托为化学性连接，不易脱落；质轻，有韧性，可磨改以适合不同缺牙间隙。普通树脂牙硬度较差，易磨损，但硬质树脂牙耐磨性好。树脂牙有多种颜色可选，以便与余留天然牙颜色一致。可摘局部义齿多采用树脂人工牙。

②金属舌（牙合）面牙：适用于咬合紧，（牙合）力大的情况，如前牙深覆（牙合）、闭锁（牙合），对颌牙伸长或因邻牙向缺牙区倾斜、移位，使间隙（牙合）龈距、近远中距减小者。

③瓷牙：硬度大，不易磨损，咀嚼效率高，光泽好，不易污染变色；但脆性大，易折裂，不易磨改，且比树脂牙重。瓷牙与树脂基托无化学结合，而是利用瓷牙盖嵴面上的凹槽或金属固位钉与树脂基托固定连接，易脱落。可摘局部义齿一般很少采用瓷牙。

2) 按人工牙的（牙合）面形态分类

①解剖式牙：人工牙的（牙合）面形态与初萌出的天然牙（牙合）面相似，牙尖斜度为 33° 或 30° 。正中（牙合）时，上、下颌牙齿的尖凹锁结关系好，咀嚼效率高，但侧向（牙

合)力大。

②半解剖式牙:人工牙的牙尖斜度约为 20° ,上、下颌牙间有一定的锁结关系。侧向(牙合)力较解剖式牙小。

③非解剖式牙:人工牙的颊、舌轴面与解剖式牙类似,但(牙合)面仅有溢出沟,而没有牙尖,或者说牙尖斜度为 0° ,又称无尖牙。无尖牙咀嚼效率较低,但侧向(牙合)力小,有利于义齿稳定,对牙槽骨的损害小。

42. 正畸安氏分类?

【答案】

正畸安氏分类

(一)第一类错(牙合):中性错(牙合)

上下颌骨及牙弓的近、远中关系正常,即当正中(牙合)位时,上第一恒磨牙的近中颊尖咬合于下第一恒磨牙的近中颊沟内。若全口牙齿无一错位者,称为正常合;若有错位者,则称为第一类错(牙合)。

第一类错(牙合)可表现有前牙拥挤、上牙弓前突。双牙弓前突、前牙反(牙合)及后牙颊、舌向错位等。

(二)第二类错(牙合):远中错(牙合)

下牙弓及下颌处于远中位置。若下颌后退 $1/4$ 个磨牙或半个前磨牙的距离,即上下第一恒磨牙的近中颊尖相对时,称为轻度远中错(牙合)关系。若下颌再后退,以至于上第一恒磨牙的近中颊尖咬合于下第一恒磨牙与第二前磨牙之间,则是完全的远中错(牙合)关系。

第二类,第一分类:在远中错(牙合)关系之外,还有上颌切牙的唇向倾斜。

第二类,第一分类,亚类:只有一侧为远中错(牙合)关系,而他侧为中性(牙合)关系。

第二类,第二分类:在远中错(牙合)关系之外,还有上颌切牙舌向倾斜。

第二类,第二分类,亚类:只有单侧的远中错(牙合)关系,他侧为中性(牙合)关系。

伴随第二类第一分类的症状可能有深覆盖、深覆(牙合)、上唇发育不足和开唇露齿等。伴随第二类第二分类的症状可能有内倾型深覆(牙合)。

(三)第三类错(牙合):近中错(牙合)

下牙弓及下颌处于近中位置。若下颌前移 $1/4$ 磨牙或半个前磨牙的距离,即上第一恒磨牙的近中颊尖与下第一恒磨牙远中颊尖相对,称为轻度的近中错(牙合)关系。若下颌向近中移位 $1/2$ 个磨牙或 1 个前磨牙的距离,以至于上颌第一恒磨牙的近中颊尖咬合在下第一、第二恒磨牙之间,则是完全的近中错(牙合)关系。

第三类,亚类:为单侧的近中错(牙合),而他侧为中性(牙合)关系。

伴随第三类错(牙合)的症状,可能有前牙的对刃(牙合)或反(牙合)。

43. 毛氏错(牙合)畸形分类法?

【答案】

毛氏错(牙合)畸形分类法

毛燮均分类法将口腔错(牙合)畸形分为六类:牙量骨量不调、牙量骨量不调、牙量骨量不调、牙量骨量不调、个别牙错位、特殊类型。

特征描述:毛燮均分类法错(牙合)畸形分类详解:

1. 第I类:牙量骨量不调

1) 第1分类 (I1)

主要机制: 牙量相对大于骨量。

主要症状: 牙齿拥挤错位。

2) 第2分类 (I2)

主要机制: 牙量相对小于骨量。

主要症状: 缩小牙弓或结合修复治疗。

2. 第II类: 长度不调

1) 第1分类 (II1) ——近中错 (牙合)

主要机制: 上颌或上牙弓长度较小, 或下颌或下牙弓长度较大, 或二者兼之。

主要症状: 后牙为近中错 (牙合), 前牙为对刃 (牙合) 或反 (牙合)。颞部可前突。

2) 第2分类 (II2) ——远中错 (牙合)

主要机制: 上颌或上牙弓长度较大, 或下颌或下牙弓长度较小, 或二者兼之。

主要症状: 后牙为远中错 (牙合), 前牙深覆盖, 颞部可后缩。

3) 第3分类 (II3)

主要机制: 上颌或上牙弓前部较小, 或下颌或下牙弓前部长度较大, 或二者兼之。

主要症状: 后牙中性 (牙合), 前牙反 (牙合)。

4) 第4分类 (II4)

主要机制: 上颌或上牙弓前部长度较大, 或下颌或下牙弓前部长度较小, 或二者兼之。

主要症状: 后牙中性 (牙合), 前牙深覆盖。

5) 第5分类 (II5)

主要机制: 上下颌或上下牙弓长度过大。

主要症状: 双颌或双牙弓前突。

3. 第III类: 宽度不调

1) 第1分类 (III1)

主要机制: 上颌或上牙弓宽度较大, 或下颌或下牙弓宽度较小, 或二者兼有。

主要症状: 上牙弓宽于下牙弓, 后牙深覆盖或正锁 (牙合)。

2) 第2分类 (III2)

主要机制: 上颌或上牙弓宽度较小, 或下颌或下牙弓宽度较大, 或二者兼之。

主要症状: 上牙弓窄于下牙弓, 后牙对 (牙合)、反 (牙合)、或锁 (牙合)。

3) 第3分类 (III3)

主要机制: 上下颌或上下牙弓的宽度过小。

主要症状: 上下牙弓狭窄。

4. 第IV类: 高度不调

1) 第1分类 (IV1)

主要机制: 前牙牙槽过高, 或后牙牙槽过低, 或二者兼之。

主要症状: 有牙深覆 (牙合), 可能表现面下 $1/3$ 过低。

2) 第2分类 (IV2)

主要机制: 前牙牙槽过低, 或后牙牙槽过高, 或复合机制。

主要症状: 前牙开 (牙合), 可能表现面部下 $1/3$ 过高。

5. 第V类: 个别牙齿错位

主要机制: 由局部变化所千万的个别牙齿错位, 不代表 (牙合)、颌、面的发育情况, 也没有牙量、骨量的不调。

主要症状：一般错位表现有舌向、唇（颊）向、近中、远中、高位、低位、转位、易位、斜轴等情况。有时几种情况同时出现，例如：唇向-低位-转位。

6. 第VI类——特殊类型

凡不能归入前五类的错（牙合）形统属此类。

44. 间隙保持器的种类和适应证？

【答案】

间隙保持器的种类和适应证

（1）固定式保持器

1) 带环（全冠）丝圈保持器

适应证：单侧或双侧单个乳磨牙早失；第二乳磨牙早失，第一恒磨牙完全萌出。如果基牙牙冠破坏较大，可以制作预成冠式丝圈保持器。

2) 舌弓保持器和 Nance 腭弓式间隙保持器

适应证：两侧都存在第二乳磨牙或第一恒磨牙，全口多个牙缺失，近期内继承恒牙即将萌出，或不能配合配戴功能性活动保持器者。因适时拔除第二乳磨牙需对其间隙进行保持时。该装置利用两个最远端的牙齿，焊接环绕整个牙弓的舌侧弓丝，保持牙弓周长不变。

3) 远中导板保持器

适应证：第二乳磨牙早失、第一恒磨牙尚未萌出或萌出不足。

3) 充填式保持器

适应证：单个乳磨牙早失，间隙两侧的牙齿近缺隙面有邻面龋波及牙髓需做根管治疗者。

（2）可摘式功能性保持器

适应证：缺牙多于两个乳磨牙，两侧缺失多于一个乳磨牙，或伴有前牙缺失。功能保持器相当于局部义齿，它不仅保持缺牙的近远中长度，还能保持垂直高度和恢复咬合功能。它可以改变前牙缺失造成的上唇塌陷，有利于发音和美观，改进和克服不良习惯。但是这种保持器需要患者密切配合。

乳牙如果无法保留过早拔除后，一般2周左右制作间隙保持器，保持器需要定期复查，检查保持器固位情况，邻牙龋齿情况，恒牙萌出情况以及及时调整和更换。

45. （牙合）创伤的临床指征？

【答案】

（牙合）创伤的临床指征

（1）临床上有（牙合）创伤的牙大多出现松动，松动程度往往与骨吸收程度、探诊深度不成比例，牙松动度重于骨吸收程度和牙周袋深度，特别表现在单根牙，严重时可出现个别牙或一组牙的倾斜或移位。

（2）X线片可显示近牙颈部的牙周膜间隙增宽、硬骨板消失，牙槽骨可出现垂直型吸收，而受牵拉侧可显示硬骨板增厚。

（3）还有一些临床变化可能与（牙合）创伤有关，如个别牙出现牙龈退缩、龈裂或缘突；咬合时患牙牙龈变苍白现象；有的患牙发生磨耗小平或根裂等。这些现象虽然不一定均在（牙合）创伤时出现，龈裂和缘突与（牙合）创伤的关系也缺乏充分的科学证据，但临床上若有这些变化时应怀疑（牙合）创伤存在，需作进一步检查。

46. 切开引流的指征？

【答案】

切开引流的指征：①局部疼痛加重，并呈搏动性跳痛，炎性肿胀明显，皮肤表面紧张、发红、光亮；触诊时有明显压痛点、波动感，呈凹陷性水肿；深部脓肿经穿刺有脓液抽出者。②口腔颌面部急性化脓性炎症，经抗生素控制感染无效，同时出现明显的全身中毒症状者。③儿童颌周蜂窝组织炎（包括腐败坏死性），如炎症已累及多间隙感染，出现呼吸困难及吞咽困难者，可以早期切开减压，能迅速缓解呼吸困难及防止炎症继续扩散。④结核性淋巴结炎，经局部及全身抗结核治疗无效，皮肤发红已近自溃的寒性脓肿，必要时也可行切开引流术。

47. 复合树脂修复的适应证与禁忌证？

【答案】

复合树脂修复的适应证与禁忌证

（1）适应证：复合树脂可用于临床上大部分的牙体缺损修复，其广义适应证包括：① I～V类窝洞的修复；②冠修复中核的构建；③窝沟封闭；④美容性修复，如贴面、牙外形修整、牙间隙封闭；⑤间接修复体的粘固；⑥暂时性修复体；⑦牙周夹板。

临床上使用复合树脂直接修复时，必须考虑隔湿和咬合因素。复合树脂修复的成功取决于对釉质和牙本质的粘接，粘接界面必须隔离口腔内的各种污染。因此，能否成功隔离是临床上使用树脂粘接修复的一个关键因素。

（2）禁忌证：复合树脂修复的禁忌证与隔离和咬合等因素有关，即：①如果不能有效隔离治疗区者；②如果所有的咬合都位于修复体上时；③深度磨耗或磨牙症患者；④修复体延伸到根面时。

复合树脂的填充技术有整块填充和分层填充技术。整块填充又称一次性填充，适用于深度小于 2mm 的浅窝洞。分层填充包括水平逐层填充和斜分层填充技术。水平逐层填充适用于前牙唇面充填和后牙窝洞髓壁的首层充填，斜分层填充技术产生的聚合收缩最小，是后牙窝洞充填的首选技术。

充填时复合树脂的厚度对光照固化有明显影响。第一层树脂的厚度应在 1mm 内，以后每层树脂的厚度不要超过 2mm。

48. 根管治疗术适应证和非适应证？

【答案】

根管治疗术适应证和非适应证

适应证

1) 牙髓疾病：不能保存活髓的各型牙髓炎；牙髓坏死；牙内吸收；牙髓钙化（仅指可以除去髓腔内的钙化物，根管通畅达根尖部者）。

2) 根尖周病：急性根尖周炎须在急性症状缓解后再行根管治疗；各型慢性根尖周炎。

3) 牙周-牙髓联合病变。

4) 外伤牙：牙根已发育完成，牙冠折断牙髓暴露者；或牙冠折断虽未露髓，但修复设计需进行全冠或桩核冠修复者；或根折患牙断根尚可保留用于修复者。

5) 某些非龋牙体硬组织疾病：①重度的釉质发育不全、氟牙症、四环素牙等牙发育异常患牙需行全冠或桩核冠修复者；②重度磨损患牙出现严重的牙本质敏感症状又无法用脱敏治疗缓解者；③隐裂牙行全冠修复之前；④牙根纵裂患牙需行截根手术的非裂根管。

6) 意向性摘除牙髓的患牙：①牙体缺损过大，牙冠修复时需要去除牙髓；②错位、扭

转或过长牙，义齿修复需要大量磨改牙冠，可能累及牙髓；③颌骨手术涉及的牙齿，如颌骨囊肿、肿瘤、颌骨畸形等，手术前应先做根管治疗；④移植牙，再植牙。

非适应证

- 1) 在牙列中没有功能也没有修复价值的患牙；
- 2) 牙周情况差、缺少足够牙周组织支持的患牙；
- 3) 患牙可疑为病灶感染的病原牙；
- 4) 患者开口受限，无法实施治疗操作；
- 5) 患者全身情况不佳，患有较严重全身系统性疾病，无法耐受治疗；
- 6) 患者不愿意接受根管治疗。

49. 龈上洁治术适应证？

【答案】

龈上洁治术适应证

- 1) 牙龈炎、牙周炎：洁治术是牙龈炎的主要治疗方法，也是牙周炎治疗的第一步。
- 2) 预防性治疗：对于已接受过牙周治疗的患者，在维护期内除了进行持之以恒的自我菌斑控制外，定期（一般为6个月至1年）做洁治以去除未曾清除干净的菌斑、牙石，是维持牙周健康、预防牙龈炎和牙周炎发生或复发的重要措施。
- 3) 口腔内其他治疗前的准备：如修复缺失牙，在取印模前先做洁治术，以除去基牙及余牙的龈上牙石，使印模更准确，义齿更为合适。口腔内一些手术如肿瘤切除、颌骨切除术等，在术前均需要先做洁治术，以保证手术区周围的清洁，消除感染隐患。正畸治疗前和期间也应做洁治术，消除原有的牙龈炎，并预防正畸过程中发生牙龈炎。

50. 牙龈切除术及牙龈成形术适应证？

【答案】

牙龈切除术及牙龈成形术 牙龈切除术是用手术方法切除增生肥大的牙龈组织或后牙某些部位的中等深度牙周袋，重建牙龈的生理外形及正常的龈沟。牙龈成形术与牙龈切除术相似，只是其目的较单一，为修整牙龈形态，重建牙龈正常的生理外形，两者常合并使用。

(1) 适应证

- 1) 牙龈纤维性增生、药物性增生等牙龈增生性病损，经牙周基础治疗后牙龈仍肥大、增生，形态不佳，或存在假性牙周袋，全身健康无手术禁忌证者。
- 2) 后牙区中等深度的骨上袋，袋底不超过膜龈联合，附着龈宽度足够者。
- 3) 牙龈瘤和妨碍进食的妊娠瘤，在全身状况允许的情况下可手术。
- 4) 冠周龈片覆盖在阻生牙面上，而该阻生牙的位置基本正常，切除龈片有利于牙的萌出。

(2) 非适应证

- 1) 未进行牙周基础治疗，牙周炎症未消除者。
- 2) 深牙周袋，袋底超过膜龈联合。
- 3) 牙槽骨缺损及牙槽骨形态不佳，需行骨手术者。
- 4) 前牙的牙周袋，牙龈切除术会导致牙根暴露，影响美观。

51. 外科引流的适应证？

【答案】

外科引流的适应证

(1) 感染或污染创口：感染创口如脓肿切开等必须放置引流物，以使腔内脓液得以不断排出；切口有严重感染或手术本身属于污染创口，为防止感染，也应考虑放置引流；无菌创口，特别是单纯整复手术，一般不放置引流。

(2) 渗液多的创口：对范围广泛的大手术及部位深在的中等手术，考虑其术后仍有部分渗血、渗液，应放置引流。

(3) 留有无效腔的创口：凡术中因组织缺损较大、未能完全消灭无效腔的口内、口外创口，必须放置引流。其引流物需放置于无效腔底部，才能保证彻底引流。

(4) 止血不全的创口：对术中止血不彻底和凝血功能低下的患者，为防止血肿形成，也应放置引流。

52. 拔牙的适应证和禁忌证？

【答案】

拔牙的适应证和禁忌证

1. 拔牙的适应证 牙拔除术的适应证是相对的，应根据医疗水平及患者自身条件进行选择。

(1) 牙体病：严重广泛不能修复的龋坏，如残根、残冠。

(2) 根尖周病：不能用根管治疗、根尖切除等方法保留的根尖周病患牙。

(3) 牙周病：牙周围骨组织大部分破坏或因条件所限不能治疗者。

(4) 牙外伤：因创伤折裂至龈下，或同时有根折，不能用其他治疗方法保存者。

(5) 移位或错位牙：影响功能及美观，引致疾病或创伤，妨碍义齿修复的移位牙或错位牙，均应拔除。

(6) 多生牙：多生牙常会引起正常牙的萌出障碍或错位，造成错（牙合）畸形，常为拔牙适应证。

(7) 埋伏牙、阻生牙：引起邻牙牙根吸收、冠周炎、牙列不齐、邻牙龋坏均应拔除。青少年患者发现阻生的恒牙，有条件者可采用正畸治疗。部分阻生牙也可采用牙移植的方法加以利用。

(8) 滞留乳牙：滞留的乳牙影响恒牙正常萌出者，应予拔除。但在成人牙列中的乳牙，下方无恒牙（先天缺失）或恒牙阻生，乳牙无松动且有功能时，则不必拔除。

(9) 治疗需要：因正畸治疗或义齿修复而需要拔除的牙；因义齿修复需要拔除的牙；恶性肿瘤进行放射治疗前，为预防严重并发症而需要拔除的牙；良性肿瘤波及的牙。

(10) 病灶牙：对可疑为某些疾病，如风湿病、肾炎，特别是一些眼病（虹膜睫状体炎、视神经炎、视网膜炎等）的病灶牙，在有关科室医生的要求下，可予以拔除。引起某些局部疾病如颌骨骨髓炎、上颌窦炎等的病灶牙，在急性炎症控制后也应予以拔除。

(11) 骨折累及的牙：因颌骨骨折或牙槽骨所累及的牙，在不影响骨折愈合的前提下应尽量保留。

2. 拔牙的禁忌证 拔牙的禁忌证也是相对的。应根据具体情况，慎重考虑后决定。必要时，应会同有关各科医生共同决定。如必须拔除，还应做好周密的术前准备。

(1) 心脏病：下列情况应视为拔牙的禁忌证：①6个月内发生过心肌梗死；②不稳定的或最近才开始的心绞痛；③充血性心力衰竭；④未控制的心律不齐；⑤未控制的高血压。

如以心功能分级而言，心功能Ⅲ级者，应视为拔牙禁忌证，而对较重之心功能Ⅱ级患者，拔牙亦应慎重并有适宜的对策。

牙拔除术及口腔手术能引起暂时性菌血症的发生：先天性心脏病、风湿热引起瓣膜损害、曾作过心脏修补手术的患者，在有菌血症发生时，皆有导致细菌性心内膜炎的可能；引起发病的最重要因素之一，是绿色链球菌（甲型溶血性链球菌）菌血症。绿色链球菌在正常情况下对青霉素高度敏感，但使用青霉素 24 小时后，即产生耐药菌株。

青霉素是预防细菌性心内膜炎的首选药物。绿色链球菌的耐药菌株产生快，但消失慢，使用青霉素后 2 周仍然存在。如有多个牙需拔除，较安全的方法是在青霉素正确使用控制下，一次即将应拔的牙全部拔除。但近 2 周内曾使用过青霉素者，不得使用青霉素预防心内膜炎，建议使用阿莫西林胶囊术前 1 小时口服作为预防用药。对青霉素过敏的患者，可使用大环内酯类抗生素预防。部分患者可在术后继续使用药物 3 天。

(2) 高血压：单纯性高血压，无其他并发症，如脑、心、肾器质性损害，一般是可拔牙的。血压如高于 180/100mmHg 时应先进行治疗。在注意血压值的同时，还应注意患者的自觉症状、既往血压最高值和近期血压波动情况。

(3) 炎症与恶性肿瘤：急性炎症伴有尚未得到控制的蜂窝组织炎时，应首先控制蜂窝组织炎，引起感染的牙的重要性是第二位的。但为了更好地控制炎症，一有可能，即应及时拔除患牙。急性冠周炎时阻生牙的拔除创伤大，可导致炎症扩散，应在炎症控制后拔除。急性牙龈感染和急性传染性口炎均应推迟拔牙时间。

恶性肿瘤患者，瘤区的牙齿拔除可使肿瘤扩散，应与肿瘤一同做根治性手术。恶性肿瘤患者放射治疗前至少 7~10 天应完成患牙拔除或治疗。放射治疗后，对位于治疗区中牙的拔除应持慎重态度，因可能已发生放射性骨坏死。一般认为，在放疗后 3~5 年不应拔牙。必须拔牙时，术前、术后应给大剂量抗生素，以预防感染，并向患者说明创口可能不愈合，甚至可能发生放射性骨坏死、放射性骨髓炎等。

(4) 糖尿病：未得到控制的糖尿病是拔牙术的禁忌证，如需拔牙，血糖应在 8.88mmol/L 以内，且无酸中毒症状时才可进行。由于患者抗感染能力差，应在术前、术后给予抗生素。糖尿病患者接受胰岛素治疗者，拔牙术最好在早餐后 1~2 小时进行，术后还应注意进食情况，持续监测血糖变化。

(5) 血液病：包括贫血、白血病、出血性紫癜及血友病等。应注意血液成分的量与质，在有出血倾向和抗感染能力低时，应视为拔牙禁忌证。

(6) 甲状腺功能亢进：拔牙可导致甲状腺危象的发生。必须拔牙时，应在治疗后，基础代谢率控制在 +20 以下，脉搏不超过 100 次/分进行。手术前后应采取抗感染措施，局麻药中不应加入肾上腺素。

(7) 肾脏疾病：各类急性肾病均应暂缓拔牙。对于各种慢性肾病，应判定肾脏的损害程度。慢性肾衰竭如处于肾功能代偿期，临床无症状，则行牙拔除术没有问题，但亦应注意预防感染。慢性肾衰竭接受透析治疗者，患牙作为病灶具有较大危害时，可在完成一次透析后进行牙拔除术，且应避免使用可能加重肾脏负担的药物。

(8) 肝炎：急性肝炎期间不应拔牙。慢性肝炎肝功能有明显损害者，会导致术后出血。肝炎病员需拔牙时应作凝血酶原和出、凝血时间检查，术中还应加用止血药物。对肝炎病员，特别是乙型肝炎病员术中应注意防止医源性交叉感染。

(9) 妊娠：对于引起极大痛苦、必须拔除的牙，在妊娠期间皆可进行，但对选择性手术，则应在怀孕的第 4~6 月期间进行较为安全。

(10) 月经期：月经期拔牙，有可能发生代偿性出血，一般认为应暂缓拔牙。但必要时，简单的拔牙仍可进行，但要注意防止出血。

(11) 长期抗凝药物治疗：对长期服用小剂量阿司匹林者，如考虑停药的风险比拔牙后出血的危害更大，拔牙前通常可以不停药，如需停药应在术前 3~5 天开始，术后拔牙床内可置放碘仿海绵等止血药，并密切观察无活动性出血即可离开。如停药可导致栓塞危险出现者，应仔细评估其凝血功能，条件允许者方可拔牙。

53. 牙种植手术适应证、禁忌证？

【答案】

牙种植手术

(一) 适应证

1. 上下颌部分或个别缺牙，邻牙不宜作基牙或避免邻牙受损者。
2. 磨牙缺失或游离端缺牙的修复。
3. 全口缺牙，尤其是下颌骨牙槽严重萎缩者，由于牙槽突形态的改变，传统的义齿修复固位不良者。
4. 活动义齿固位差、无功能、黏膜不能耐受者。
5. 对义齿的修复要求较高，而常规义齿又无法满足者。
6. 种植区应有足够高度及宽度（唇颊，舌腭）的健康骨质。
7. 口腔黏膜健康，种植区有足够厚度的附着龈。
8. 肿瘤或外伤所致单侧或双侧颌骨缺损，需功能性修复者。
9. 耳、鼻、眼-眶内容及颅面缺损的颌面赈复体固位。

(二) 禁忌证

1. 全身情况差或严重系统疾病不能承受手术者。
2. 严重糖尿病，血糖过高或已有明显并发症者，因术后易造成感染，故应在糖尿病得到控制时方可手术。
3. 口腔内有急、慢性炎症者，如牙龈、黏膜、上颌窦炎症等，应在治愈后手术。
4. 口腔或颌骨内有良、恶性肿瘤者。
5. 某些骨疾病，如骨质疏松症、骨软化症及骨硬化症等。
6. 严重习惯性磨牙症。
7. 口腔卫生不良者。
8. 精神病患者。

54. 各类修复体的适应证与禁忌证？

【答案】

各类修复体的适应证与禁忌证

(1) 嵌体

1) 适应证

①各种牙体缺损已涉及牙尖、切角、边缘嵴以及（牙合）面，而不能使用一般材料充填修复者。

②因牙体缺损的邻接不良或食物嵌塞严重，需恢复邻面接触点者。

③牙体虽有缺损，但仍存在有较大体积的健康牙体组织，可以为嵌体提供足够抗力者。

2) 禁忌证

①青少年的恒牙和儿童的乳牙，因其髓角位置高不宜作嵌体，以免损伤牙髓。

②（牙合）面缺损范围小而且表浅，前牙邻、唇面缺损未涉及切角者，不宜用嵌体修复。

③牙体缺损范围大，残留牙体组织抗力形差，固位不良者。

(2) 部分冠

1) 适应证

- ①有牙体缺损需修复但又非嵌体适应证时；
- ②患牙颊舌面是完整的，且保留该面不用并不会使修复体的固位与抗力不足；
- ③牙冠各部位的径较大，尤其唇舌径大且龋坏率低者；
- ④当部分冠作为固定桥的固位体时，只用于间隙较小的三单位桥。

2) 禁忌证：不符合以上情况者为禁忌证。

(3) 全冠

1) 适应证

- ①牙体严重缺损，固位形、抗力形较差者。
- ②存在咬合低、邻接不良、牙冠短小、错位牙改形、牙冠折断或半切除术后需要以修复体恢复正常解剖外形、咬合、邻接及排列关系者。
- ③固定义齿的固位体。
- ④活动义齿基牙的缺损需要保护、改形者。
- ⑤龋坏率高或牙本质过敏严重伴牙体缺损，或银汞合金充填后与对颌牙、邻牙存在异种金属微电流刺激作用引起症状者。
- ⑥后牙隐裂，牙髓活力未见异常，或者已经牙髓治疗后无症状者。

2) 禁忌证

- ①青少年恒牙因尚未发育完全，牙髓腔较大者。
- ②牙体过小无法取得足够的固位形和抗力形者。
- ③严重深覆（牙合）、咬合紧，而无法预备出足够的空间者。

(4) 桩核冠

1) 适应证

- ①牙冠大部分缺损无法充填治疗或做全冠修复固位不良者。
- ②牙冠缺损至龈下，牙周健康，牙根有足够的长度，经牙冠延长术或正畸牵引术后能暴露出断面以下最少 1.5mm 的根面高度，磨牙以不暴露根分叉为限。
- ③错位牙、扭转牙而非正畸治疗适应证者。
- ④畸形牙直接冠修复预备固位形不良者。根管充填后选择桩核冠修复的时间参考治疗情况和全身状况而定。原牙髓正常或牙髓炎未累及根尖者，观察时间可短，根管治疗 3 天后无症状，可开始修复；有根尖周炎的患牙，一般完善的根管治疗后，观察 1~2 周，无临床症状后可以开始修复；有瘘管的患牙需等待瘘管愈合后进行修复；根尖病变较广泛者，需在治疗后观察较长时间，待根尖病变明显缩小，形成骨硬板后才能修复。

2) 禁忌证：年轻恒牙、根尖发育尚未完成者。

55. 可摘局部义齿的禁忌证？

【答案】

可摘局部义齿的禁忌证

- 1) 因意识或精神障碍，或行动障碍而生活不能自理的患者，不能摘戴、保管和清洁义齿，或有误吞义齿危险的患者。
- 2) 有严重的牙体、牙周疾病而未得到完善的治疗和有效控制的患者。
- 3) 有口腔黏膜病变或其他软硬组织病变，未治愈或未得到有效控制的患者。

- 4) 缺牙间隙过窄, (牙合) 龈距过小, 可导致义齿强度不足者。
- 5) 对义齿材料过敏或对义齿的异物感无法克服的患者。

56. 正畸治疗的适应证?

【答案】

正畸治疗的适应证

1. 牙齿拥挤患者: 表现为牙齿里出外进, 不美观, 不易清洁, 易患龋齿, 易形成牙结石, 导致牙周疾病。
2. 前牙反(牙合) 又称“地包天”, 表现为下前牙咬在上前牙的外面, 有些人仅仅牙齿反颌; 有些人不仅牙齿反颌, 面部骨骼也畸形, 称为骨性反颌, 表现为上颌骨发育不足(后缩), 下颌骨发育过度(前突), 造成面中部凹陷, 侧貌为新月形, 影响美观和功能。
3. 牙间隙患者, 表现为牙齿间的缝隙过多。
4. 深覆盖: 又称“暴牙”, 有的仅仅表现为上前牙前突或下前牙里倒; 有的则是骨骼畸形。这些人当中有的上前牙和上牙床过分向前突出, 而下巴颏却缩在上嘴唇的后面, 或者根本就没有下巴颏的形态。
5. 双颌前突, 或上下前牙前突, 造成唇部前突, 嘴唇用力才能闭上, 开唇露齿的患者。
6. 后牙反(牙合)、锁(牙合): 影响咀嚼功能, 长期可能导致上下颌骨偏歪畸形。
7. 深覆(牙合)(前牙咬合过深)患者: 表现为咬合时看不见下前牙; 有些人同时伴骨骼畸形, 表现为下面部短。这种畸形易咬伤上牙龈, 还易导致前牙的牙周炎疾病及面部关节疾病。
8. 开(牙合)患者。

57. 牙髓病的临床诊断程序?

【答案】

牙髓病的临床诊断程序

在牙髓病的临床诊断中, 重点是正确诊断牙髓炎。确定患牙牙位是诊断的关键, 也是难点。为了不发生误诊, 临床上应采用有效的“诊断三部曲”。

第一步骤: 仔细聆听和询问, 了解患者的主诉症状, 获取疾病类型的初步印象。牙髓病具有一定特征性的临床表现, 尤其牙髓炎, 主要症状是疼痛。通过询问病史可以了解到患者诉说的疼痛特点, 即能初步判断是否为牙髓炎引起的疼痛, 这一初步印象可指导第二步有针对性的检查。

第二步骤: 通过临床检查, 排查可能引起牙髓病变的病因问题, 找出可疑患牙。应仔细检查疼痛侧的上、下颌牙齿有无引起牙髓感染的途径, 如牙体、牙周疾病。若发现有接近牙髓腔的深龋洞, 表明该牙患牙髓炎的可能性很大。若牙痛侧的牙列中同时存在多个龋洞, 离髓腔最近且探痛明显的患牙最为可疑。还要询问和检查是否有曾接受过治疗的牙齿, 可从患者所诉治疗的时间和治疗术中、术后的感受, 分析既往的检查、治疗操作是否构成了对牙髓的损害。

第三步骤: 采用牙髓诊断性试验确定患牙并验证牙髓炎的诊断。确定牙髓的活力或生活状态是诊断牙髓病的一个非常关键的步骤, 对牙髓炎的诊断则更依赖温度测验的结果, 它可最终验证前两步的判断是否正确。如果只看到一颗有牙体病损的患牙就作出最终的诊断, 或草率地认为患者指出的痛牙就是病原牙, 不再进一步排查和确定。常会导致误诊和误治。

58. 牙周炎治疗程序？

【答案】

牙周炎治疗程序 治疗程序一般分 4 个阶段。

(1) 第一阶段：基础治疗。本阶段的目的在于运用牙周病常规的治疗方法消除致病因素，控制牙龈炎症。此阶段亦称病因治疗。包括以下几个方面：

1) 教育并指导患者自我控制菌斑的方法，如建立正确的刷牙方法和习惯，使用牙线、牙签、间隙刷等辅助工具保持口腔卫生等。

2) 施行洁治术、根面平整术以消除龈上和龈下的菌斑、牙石。

3) 消除菌斑滞留因素及其他局部刺激因素，如充填龋洞、改正不良修复体、治疗食物嵌塞等，还应做必要的牙髓治疗、纠正口呼吸习惯等。

4) 拔除无保留价值的或预后极差的患牙，对不利于将来修复治疗的患牙也应在适当时机拔除。

5) 在炎症控制后进行必要的咬合调整，使建立平衡的咬合关系，必要时可做暂时性的松牙固定。有些牙周炎患牙在炎症消除后，牙齿位置能有轻度的自行调整，故调（牙合）治疗应在炎症消退后进行。

6) 药物治疗：在经上述治疗特别是消除菌斑、牙石等局部刺激物后，如果病情仍不能控制或有明显的急性炎症以及对某些重症患者，可辅以药物治疗，还可服用补肾固齿的中成药或汤剂等。也可在刮治后作袋内冲洗并置入抗菌药物，并给以漱口剂。临床研究显示，龈下刮治加局部使用抗菌药物可在一定程度上提高疗效、减少复发。

7) 发现和尽可能纠正全身性或环境因素，如吸烟、用药情况、全身病的控制等。

在第一阶段治疗结束后的 6~12 周，应复诊再评估前一阶段疗效，一是看下一步还需哪种治疗，二是观察患者对治疗反应，三是了解依从性，同时还应进一步了解患者全身情况，如对糖尿病等疾病的控制效果，吸烟者是否已戒烟，自我控制菌斑情况如何等。据此决定下一阶段治疗计划。

(2) 第二阶段：牙周手术治疗。

1) 翻瓣术

2) 植骨术

3) 引导性组织再生术 (GTR)

4) 膜龈手术

5) 种植术

(3) 第三阶段：修复治疗阶段。

(4) 第四阶段：牙周支持治疗。

以上四个阶段的治疗计划视每位患者的具体情况而定，第一和第四两个阶段的内容对每位患者都是必须的，而第二和第三阶段的内容则酌情安排。

59. 唇腭裂的序列治疗的基本治疗程序？

【答案】

唇腭裂的序列治疗的基本治疗程序

1. 进行唇腭裂早期治疗的宣传 向各级产院发放宣传材料，使患儿出生后家长即能了解到有关该病的基本知识。

2. 新生儿的正畸治疗 ①尽早配戴腭托矫治器以阻塞裂隙，便于患儿饮食及促进语音发育；②生后 6 个月配戴鼻管，以矫治鼻孔畸形。

3. 唇裂修复 修复时间：单侧 3~6个月；双侧 6~12个月。
4. 腭裂修复 多选择在患儿 12~18个月时进行。
5. 术后语音效果的观察和语音治疗腭裂术后加强训练，学龄前儿童配合语音师系统进行语音训练。
6. 乳牙期及替牙期正畸治疗 扩展缩窄的上颌弓并使移位的上颌骨段复位，恢复牙弓的正常形态，为牙槽突裂的植骨手术创造条件。
7. 牙槽突植骨术 一般于 9~11岁时进行，即尖牙未萌根形成 2/3时。
8. 外科正畸治疗 常在 16岁以后进行。
9. 矫形修复治疗 ①无手术条件的腭裂患者可应用矫形修复方法制作赈复体及语音阻塞器；②反（牙合）、错（牙合）畸形患者可制作双重牙列以改进面容；③语音训练时根据需要配戴舌刺或舌档以辅助训练舌的活动。
10. 唇腭裂的二期修复 ①唇腭裂术后唇畸形及腭痿可在学龄前进行修复。②鼻畸形在 11岁时修复。③腭咽闭合不全的矫治可在腭裂术后一年或学龄前进行。
11. 耳科治疗 唇腭裂患儿应早期进行耳科检查，发现耳疾尽早治疗。
12. 心理治疗 及时做好患者及家人的思想工作，使其正确对待疾病，配合治疗以争取好的治疗效果，必要时请心理专家会诊。

60. 髓腔进入和初预备的操作步骤？

【答案】

髓腔进入和初预备的操作步骤

- (1) 确定患牙冠、根、髓腔的解剖位置：了解和掌握下述信息，以决定操作时钻针进入的长轴方向和深度。
 - 1) 通过观察牙冠与牙槽骨的关系和与之相交的角度，确定牙齿的位置。
 - 2) 在附着龈上进行扪诊有助于确定牙根的走行。
 - 3) 仔细研读术前 X 线片，评估髓腔的位置、大小、钙化程度，根管的大概长度和近远中向的弯曲度。
- (2) 去除龋坏组织、修复体和薄壁弱尖，减低咬合。
- (3) 设计入口洞形，穿通髓腔，揭净髓室顶：在各牙位设定的入口部位先制备一个牙本质深洞，在高耸的髓角处穿通髓腔，若遇髓室较小、顶底相近甚至相接，可考虑从对应于最粗的根管口处穿入。
- (4) 修整髓室侧壁，形成便宜形：前牙主要是去除入口切缘和舌隆突处的阻挡，后牙主要是去除髓室侧壁牙颈部的牙本质凸起（牙本质领），后者常会遮挡住根管口的位置，也妨碍根管器械进入根管。牙本质领的大小、厚度通常不会超过 4#圆钻（直径 1.4mm）的大小。操作仍为向外提拉式动作。
- (5) 定位根管口：将髓腔清理干净、吹干后，循着髓室底暗线查找根管口。
- (6) 去除根髓：选择与根管粗细相适应的拔髓针，斜插拔髓针至近根尖区（离根尖狭窄部 2~3mm处），旋转拔除牙髓。若冠髓已经坏死，应先将 1%~5.25%次氯酸钠溶液滴入髓腔，然后再拔髓。根管较细较弯曲时，拔髓针难以到达根尖 1/3区，可用根管锉插入根管，轻微旋转搅碎牙髓，然后冲洗，反复数次可去净牙髓。
- (7) 探查、通畅根管，建立根管通路：选用小号 K 锉（08#，10#，15#）在距锉针尖端 2~3mm处预弯，在冲洗液的伴随下自根管口向根尖方向以 15~30°轻微往返捻转进入，小幅度提拉，遇阻力不要向根尖方向强行施。预弯的器械尖端在不断地往返转动进入过程中可

以绕过或避开根管壁上的不规则钙化物及台阶，最终抵达根尖部，建立起根管的通路，为根管预备做好准备。

(8) 预敞根管上段，确定根管工作长度和初始工作宽度：通畅根管后，要用开敞锉（如 ProTaper SX）或扩孔钻（如 GG bur 或 Endo Flare）对根管口进行预敞和修形，重塑根管口的形态或朝向，将其做成漏斗形状，以利后续治疗操作的顺利进行，提高速度，减少缺陷。接下来，在患牙术前平行投照的 X 线片上量取由切端或牙尖至根尖的长度，将此值减 1mm 作为估计工作长度。

61. 乳牙根管治疗步骤？

【答案】

乳牙根管治疗步骤

- ①术前拍摄 X 线片：了解根尖周病变和牙根吸收情况。
- ②在局麻下或牙髓失活后，将全部牙髓摘除。失活剂可用多聚甲醛或金属砷。
- ③制备洞形：去除龋坏组织制备洞形，开髓，揭去髓室顶。
- ④根管预备：去除髓室和根管内坏死牙髓组织，适当扩锉根管。充分冲洗、消毒根管。采用 3%过氧化氢溶液，2%~5.25%次氯酸钠溶液，生理盐水溶液冲洗根管，吸干。
- ⑤根管消毒：根管内封入氢氧化钙制剂或髓室内放置蘸有甲醛甲酚、樟脑酚或木榴油的不饱和小棉球，氧化锌丁香油糊剂暂封窝洞。
- ⑥根管充填：3~7 天后如果无症状，去除原暂封物，冲洗吸干隔湿，将根管充填材料导入或注入根管，垫底常规充填。如果炎症未能控制也可更换药物，待炎症缓解后再进行根管充填。

62. 拔除术的基本步骤与方法？

【答案】

拔除术的基本步骤与方法

1. 分离牙龈 目的是避免安放牙钳时损伤牙龈，导致术后牙龈出血。分离应达牙槽嵴顶（器械可与骨接触），并应将牙龈轻轻掀离根面。
2. 挺松患牙 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，再用牙钳拔除。
3. 安放拔牙钳拔牙钳放置时应注意：
 - (1) 必须正确选用拔牙钳。
 - (2) 握钳时，手掌勿太接近关节部，应握钳柄接近末端处。
 - (3) 钳喙的长轴必须与牙长轴平行。安放时，钳喙应紧贴牙面滑入牙颈部。
 - (4) 钳喙的位置必须在牙根部，并尽可能插向根方，而不是置于牙冠釉质上。
 - (5) 夹紧患牙，使在用力时，钳喙不会在牙骨质上滑动，否则易断根。
 - (6) 肯定钳喙未侵犯邻牙，预防邻牙损伤。
 - (7) 再次核对牙位，以免发生错误。
4. 患牙脱位 牙钳夹紧后，施力使得患牙脱位。拔除时力的应用主要有三个方面，即摇动、扭转（上前牙）和牵引（即拔除）。

摇动：适用于扁根的下前牙、前磨牙及多根的磨牙。摇动顺序一般应先向弹性大、阻力小的一侧进行。

扭转：用于圆锥形根的牙，如上颌前牙，沿牙根纵轴方向反复旋转，以撕裂牙周膜纤维

并扩大牙槽窝。

牵引（拔除）：是继上述两种动作之后，最后将牙拔除的动作。开始牵引时，应与扭转或摇动结合进行。牵引方向应为阻力最小的方向，牵引时也切忌暴力及过急。

5. 拔除后的检查及拔牙创的处理 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残留物，牙槽窝应作压迫复位，修整过高的牙槽中隔、骨嵴或牙槽骨壁，棉卷压迫止血。

6. 拔牙术后医嘱 拔牙后 24 小时不可刷牙漱口。术后应避免进食过热食物及剧烈运动，并注意保持口腔卫生。避免患侧咀嚼，勿用舌舔创口，更不可反复吸吮。

63. 活动义齿调磨步骤？

【答案】

活动义齿调磨步骤：

1) 正中（牙合）早接触的选磨：正中（牙合）早接触可分为支持尖早接触和非支持尖早接触。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，调磨非支持尖，即调磨上后牙颊尖和下后牙舌尖。对于支持尖早接触，即上牙舌尖或下牙颊尖分别与对（牙合）牙中央窝和近远中边缘嵴之间的早接触，应结合侧方（牙合）平衡侧接触情况，如果正中（牙合）有早接触的支持尖在作为平衡侧时也存在（牙合）干扰，则调磨支持尖。如果作为平衡侧时无（牙合）干扰，则调磨与支持尖相对的对（牙合）牙的中央窝或（牙合）边缘嵴。

2) 侧方（牙合）干扰的选磨：工作侧的（牙合）干扰发生在上后牙颊尖舌斜面和下后牙颊尖颊斜面之间，或上后牙舌尖舌斜面与下后牙舌尖颊斜面之间。同样应按照 BULL 法则，调磨非支持尖。平衡侧的（牙合）干扰发生在上后牙舌尖的颊斜面和下后牙颊尖的舌斜面之间。应结合正中（牙合），如果平衡侧（牙合）干扰舌尖在正中（牙合）存在早接触，则调磨此舌尖，否则分别少量调磨上下功能尖的干扰斜面，避免降低舌尖高度。对于侧方（牙合）工作侧前牙的干扰，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。

3) 前伸（牙合）干扰的选磨：前伸（牙合）后牙的（牙合）干扰发生在上颌后牙远中斜面与下颌后牙近中斜面，调磨应同时遵守 BULL 法则和 DUML 法则，即分别调磨上牙颊尖远中斜面和下牙舌尖近中斜面。对于前伸（牙合）前（牙合）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。

64. 根管充填的时机？

【答案】

根管充填的时机

- (1) 已经过严格的根管预备和消毒；
- (2) 患牙无疼痛或其他不适；
- (3) 暂封材料完整；
- (4) 根管无异味、无明显渗出物；
- (5) 根管充填必须在严格隔湿条件下进行。

65. 正畸治疗的时机？

【答案】

正畸治疗的时机

正畸治疗主要通过各种矫正装置来调整面部骨骼、牙齿及颌面部的神经及肌肉之间的协调性，也就是调整上下颌骨之间，上下牙齿之间、牙齿与颌骨之间和联系它们的神经及肌肉之间不正常的关系，其最终矫治目标是达到口颌系统的平衡、稳定和美观。错（牙合）畸形的矫治主要依靠在口腔内部或外部戴用矫治器，对牙齿、牙槽骨及颌骨施加适当的“生物力”，使其产生生理性移动，从而矫治错（牙合）畸形。

有一些错（牙合）畸形需要早期进行治疗（3~6岁），如“地包天”或咬唇、吮指等不良习惯引起的错（牙合）畸形，以避免在生长发育过程中对颌面部造成的不利影响。

其余的错（牙合）畸形应在恒牙开始萌出的时候（8~10岁），到正畸医生处作咨询、检查为宜。因为此时可以早期、定期观察儿童恒牙萌出过程，及时发现、解决问题。大部分正畸治疗的最佳年龄在12~16岁，有的正畸医生称此年龄段为正畸治疗的“黄金时期”。

正畸治疗的最佳时机，根据不同的年龄段有不同的考量：

乳牙期（3~5岁）。矫治的目的主要是为了促进儿童颌面部的正常发育，该期主要针对乳牙反（牙合）（即地包天）、下颌前突、后牙反（牙合）等妨碍颌面部正常发育的错（牙合）畸形，并及时纠正伸舌、咬唇等影响口腔正常功能的不良习惯，预防错（牙合）畸形进一步的发生。

替牙期（女孩：8~10岁，男孩：9~12岁）。此期出现的局部牙列不齐，一般不必急于矫正，但对于咬唇、伸舌、前伸下颌等不良习惯，或面型异常、前牙反颌、下颌功能性后缩及上下颌间关系等异常情况，常需要及时到医院找正畸专业医师检查，确定是牙性、功能性还是骨性错颌畸形，以明确治疗方案。

恒牙期（女孩：11~14岁，男孩：13~15岁）。12岁左右恒牙列开始形成，此时牙齿一旦出现牙列不齐均不会自动消失，只能通过口腔正畸专科医生的治疗方能纠正，此期是儿童牙列不齐矫治的最佳时期，疗效最好，各种牙列不齐均可进行正畸矫治。

年龄限制

与儿童相比，成年人接受全面的牙齿矫正治疗时会有更多的限制。如果牙齿咬合问题是因为上下颌骨发育不良所引起，因为成年人的面部和骨骼已基本定型，要通过牙齿矫正治疗根治。只有结合牙齿矫正和颌面外科手术的方法，才能矫正成年人颌骨发育的偏差。在矫正儿童颌部骨骼发育异时使用的功能矫正器，一般来说在成年人身上使用并不成功。

在任何年龄都可以移动健康的牙齿。但是，因为成年人的生理代谢活跃程度不如年轻患者，同时口腔环境多较年轻患者复杂，所以进行正畸治疗的难度及所需的时间均会有一定程度的增加。当然，因为成年人面部骨骼不再生长，所以一些严重的牙齿咬合不正问题并不能单用矫治器来矫正，有时需要运用颌面外科手术配合正畸治疗才能解决。

66. 合格的髓腔入口标准？

【答案】

合格的髓腔入口标准为：

- （1）全部龋腐去净；
- （2）全部髓顶揭净；
- （3）全部根管口暴露，由洞口可直视见到；
- （4）通畅锉可直线进入根管，到达根尖部；
- （5）进入器械仅尖端接触根管壁，洞缘和髓室侧壁不与器械接触；
- （6）最大程度保存牙体组织，无操作缺陷。