

2017 年口腔执业医师实技能考试*题试题汇总

第一站：无菌操作、一般检查、职业素质以及特殊检查

「01 号题」6 月 17 日

第一站：咬合关系检查。

答：确定并记录正中（牙合）时上下颌第一磨牙的近远中向咬合接触关系是中性关系、远中关系或近中关系。

中性关系是指上颌第一磨牙的近中颊尖咬合在下颌第一磨牙的颊沟处；远中关系是指上颌第一恒磨牙近中颊尖与下颌第一磨牙近中颊尖相对，甚至位于下颌第二前磨牙与第一磨牙之间；

近中关系是指上颌第一磨牙的近中颊尖与下颌第一磨牙远中颊尖相对，甚至位于下颌第一、二磨牙之间。

「04 号题」6 月 17 日 第一站：颞下颌关节检查。

答：（一）面型及关节动度检查

1. 观察面部左右是否对称，包括关节区、下颌角、下颌支和下颌体的大小和长度是否正常、双侧是否对称；颞点是否居中，面下 1/3 是否协调。

2. 髁突活动度检查有两种方法：以双手示指或中指分别置于两侧耳屏前方、髁突外侧，嘱患者作开闭口运动，感觉髁突动度；或将小指伸入外耳道内，贴外耳道前壁进行触诊。检查时注意双侧对比。

（二）下颌运动检查

1. 开口度和开口型是否正常，两侧关节动度是否一致。

2. 弹响和杂音：有无关节弹响和杂音，弹响发生的时间、性质、次数和响度；在开闭口运动时是否有绞锁。

（三）咀嚼肌及关节区触诊检查

1. 检查髁突后区和髁突外侧是否有压痛。

2. 检查颞肌、咬肌、翼外肌等咀嚼肌群的收缩力，是否有压痛，双侧是否对称。口内检查颞肌前份（下颌支前缘向上）、翼外肌下头（上颌结节上方）和翼内肌下部（下颌磨牙舌侧后下方和下颌支内侧面）。

「05 号题」6 月 17 日 第一站：社区牙周指数。

答：社区牙周指数（CPI），是一种操作简便，重复性好，适合大规模口腔流行病学调查的牙周健康状况检查方法。

（一）检查器械

社区牙周指数检查器械使用世界卫生组织推荐的 CPI 探针。探针尖端为一小球，直径为 0.5mm，在距顶端 3.5~5.5mm 处为黑色涂抹的区域，距顶端 8.5mm 和 11.5mm 处有两条环线。

CPI 探针的作用：

1. 检查牙龈出血情况，用探针顶端小球轻探牙龈，观察有无出血现象。顶端小球可避免探针头部过于尖锐而刺伤牙龈组织导致出血，而误诊为牙龈炎。

2. 探测龈下牙石，用探针顶端小球轻探龈下牙面，遇有牙石时手部有微微颤动感。

3. 测牙龈沟或牙周袋的深度，探针在 3.5mm 和 5.5mm 处的刻度便于测定牙周袋深度。

（二）检查方法

CPI 检查即在指数牙上检查牙龈出血、牙石和牙周袋深度三项内容。CPI 检查以探诊为主，结合视诊。共检查 6 个区段，检查顺序应从右上后牙区段至上前牙区段、左上后牙区段、左下后牙区段、下前牙区段、右下后牙区段。检查时以执笔式握持 CPI 探针，以无名指做支点，支于受检牙附近的硬组织之上。将探针轻缓地插入龈沟或牙周袋内，探针与牙长轴平行，紧贴牙根。沿牙齿颊（唇）、舌（腭）面龈沟从远中向近中移动，作上下短距离的提插式移动，以感觉龈下牙石。同时查看牙龈出血情况，并根据探针上的刻度观察牙周袋深度。CPI 探针使用时所用的力不超过 20g，过分用力会引起患者疼痛，有时还会刺破牙龈。

1. 确定指数牙

正常情况每人口腔中有 6 个区段，10 颗指数牙，分别是上、下颌 8 个磨牙和右上、左下各 1 颗中切牙，即 17、16、11、26、27 和 37、36、31、46、47。20 岁以上的受检者需对每一指数牙进行检查，记录各牙的牙龈出血、牙石和牙周袋情况。20 岁以下，15 岁及以上者只检查 16、11、26、36、31、46 六颗指数牙。15 岁以下者，只检查上述六颗指数牙，并且只检查牙龈出血和牙石情况，不检查牙周袋深度。

WHO 规定，每个区段内必须有 2 颗或 2 颗以上功能牙，并且无拔牙指征，该区段才做检查。成年人的后牙区段有时缺失一颗指数牙或有拔牙指征，则只检查另一颗指数牙。如果一个区段内的指数牙全部缺失或有拔牙指征时，则检查此区段内的所有其余牙，以最重情况记分。如果这个区段内没有功能牙或只有一颗功能牙时，这个区段作为除外区段。每颗指数牙的颊（唇）、舌（腭）面龈沟或牙周袋都须检查到。每个区段两颗功能牙的检查结果，以最重情况记分。

2. 记分标准

0=牙龈健康

1=牙龈炎，探诊后出血

2=牙石，探诊可发现牙石，但探针黑色部分全部露在龈袋外

3=早牙周病，龈缘覆盖部分探针黑色部分，龈袋深度在 4~5mm

4=晚期牙周病，探针黑色部分被龈缘完全覆盖，牙周袋深度在 6mm 或以上 X=除外区段（少于两颗功能牙存在）

9=无法检查

上述记分填入下面 CPI 记分表格，每个格子填一个记分，后牙区段两颗功能牙以最重情况记分。

（三）注意事项

1. 探查时必须有点，探针长轴须与牙长轴平行，探针检查时用力适当，否则难以感觉龈下牙石并可能刺破牙龈。

2. 每颗指数牙的颊（唇）、舌（腭）面龈沟或牙周袋都须检查到，尤其舌（腭）面龈沟或牙周袋不要遗漏。

3. 一定要根据原则确定指数牙，不能在区段内随意确定指数牙。

4. 记住 CPI 探针上每个刻度离探针顶端的距离，探针插入龈沟后，应仔细观察探针的刻度并记分。

「08 号题」6 月 17 日 第一站：颞下颌关节检查。。

答：（一）面型及关节动度检查

1. 观察面部左右是否对称，包括关节区、下颌角、下颌支和下颌体的大小和长度是否正常、双

侧是否对称；颞点是否居中，面下 1/3 是否协调。

2. 髁突活动度检查有两种方法：以双手示指或中指分别置于两侧耳屏前方、髁突外侧，嘱患者作开闭口运动，感觉髁突动度；或将小指伸入外耳道内，贴外耳道前壁进行触诊。检查时注意双侧对比。

（二）下颌运动检查

1. 开口度和开口型是否正常，两侧关节动度是否一致。

2. 弹响和杂音：有无关节弹响和杂音，弹响发生的时间、性质、次数和响度；在开闭口运动时是否有绞锁。

（三）咀嚼肌及关节区触诊检查

1. 检查髁突后区和髁突外侧是否有压痛。

2. 检查颞肌、咬肌、翼外肌等咀嚼肌群的收缩力，是否有压痛，双侧是否对称。口内检查 颞肌前份（下颌支前缘向上）、翼外肌下头（上颌结节上方）和翼内肌下部（下颌磨牙舌侧后下方和下颌支内侧面）。

【12 号题】 6 月 17 日 第一站：咬合关系检查。

咬合关系检查

1. 磨牙咬合关系 确定并记录正中（牙合）时上下颌第一磨牙的近远中向咬合接触关系 是中性关系、远中关系或近中关系。

中性关系是指上颌第一磨牙的近中颊尖咬合在下颌第一磨牙的颊沟处；远中关系是指上颌第一恒磨牙近中颊尖与下颌第一磨牙近中颊尖相对，甚至位于下颌第二前磨牙与第一磨牙之间；近中关系是指上颌第一磨牙的近中颊尖与下颌第一磨牙远中颊尖相对，甚至位于下颌第一、二磨牙之间。

2. 前牙覆（牙合）、覆盖关系 覆（牙合）为上前牙切端覆盖下前牙唇面的垂直距离。

上前牙切端覆盖下前牙唇面切 1/3 以内者为正常覆（牙合），超过者为深覆（牙合）。上前牙切端覆盖至下前牙唇面中 1/3 以内者为 I° 深覆（牙合）；上前牙切端覆盖至下前牙唇面颈 1/3 以内者为 II° 深覆（牙合）；上前牙切端覆盖至下前牙唇面颈 1/3 以上，下前牙切端咬在上前牙腭侧牙龈组织上者为 III° 深覆（牙合）。除正常覆（牙合）和深覆（牙合）外，正中（牙合）时上下前牙切端垂直向无覆盖关系，存在一定垂直向间隙者为开（牙合）。覆盖为上前牙切端至下前牙唇面的水平距离。其距离在 3mm 以内者为正常覆盖，超过者为深覆盖。上前牙切端至下前牙唇面的水平距离在 3~5mm 之间者为 I° 深覆盖；水平距离在 5~7mm 之间者为 II° 深覆盖；水平距离大于 7mm 者为 III° 深覆盖。除正常覆盖和深覆盖外，上、下 颌前牙切端相对者为对刃关系（对刃（牙合））。下前牙切端盖过上前牙切端者为反（牙合）关系。

3. 中线关系 牙列中线是指通过左右中切牙近中接触点的垂线。正常者，上、下颌牙列中线应重合一致，而且应与面部中线一致。对于牙列中线偏移者，应记录上、下颌中线之间及与面部中线之间的左右偏移程度。

【16 号题】 6 月 17 日 第一站：一般检查，颞下颌关节检查。

口腔一般检查包括视诊、探诊、叩诊、扪诊和牙齿松动度的检查。实行每项检查操作前，向被检查者做适当的说明；检查动作应尽量轻柔，避免引起患者不必要的痛苦和损伤，在检查实施后告知被检查者检查结果，并给予必要的防治指导。

检查时应首先检查主诉部位，然后再按一定顺序，如从右上象限→左上象限→左下象限→右下象限依次进行全口牙的检查，以免遗漏。

检查时正确握持器械，一般左手握持口镜，右手使用探针和镊子，检查时右手无名指为支点，

防止滑脱和误伤。熟练应用口镜反射并集中光线于被检查部位，增加照明，通过口镜形成镜像反映不能直视的检查部位，利用口镜牵拉软组织。

1. 视诊 视诊内容包括患者的全身健康状况、口腔颌面部和软组织情况、牙齿和牙列情况等。

(1) 全身健康状况：观察患者的全身健康和精神健康状况。

(2) 颌面部情况：观察颌面部发育是否正常，是否对称，有无肿胀、畸形、肿物及窦道等。

(3) 口腔软组织：观察牙龈是否充血肿胀以及肿胀的程度和范围，是否存在窦道；黏膜色泽是否正常，有无水肿、溃疡、肿物等。

(4) 牙和牙列：观察牙颜色、形态和质地变化，如龋损、着色、牙体缺损、畸形、隐裂以及磨耗等；观察牙排列、数目是否正常、有无发育异常、牙列是否完整、有无缺失牙；观察口腔中修复体的情况，如充填体是否完整、边缘是否密合、有无继发龋坏等。

2. 探诊

(1) 工具：普通探针（5号镰形探针）。大弯端用于检查（牙合）面，三弯端用于检查邻面。

(2) 探查内容：探查龋或缺损部位的范围、深浅、质地以及是否敏感及露髓；有无邻面龋坏发生；充填体边缘的密合程度，有无继发龋及悬突；牙本质敏感的部位和敏感程度。

(3) 探诊方法：探诊时采用执笔式握持探针，一定要有支点，动作轻巧，不可用力探入深龋近髓处或可疑露髓孔，以免引起患者不必要的疼痛。注意：普通探针不能用于牙周袋的探诊，以免刺伤牙周组织。探查时还要注意邻面的探诊不要遗漏。

3. 叩诊

(1) 工具：金属手持器械的平端，如银汞充填器的柄端、金属口镜柄、压光器柄等，但是不能用尖头镊子柄作叩诊工具。

(2) 叩诊方法：执毛笔式握持器械，垂直向叩诊叩击牙尖或切缘，水平向叩击牙冠部唇（颊）舌面中部或牙尖嵴，依据患牙对叩诊的反应（包括叩痛和声音清浊），判断根尖部和牙周膜的健康状况和炎症程度。一般选择正常邻牙作为对照牙，先叩击邻牙作为对照。

(3) 叩诊检查的要点：叩诊顺序为先叩击正常牙作为对照，再叩击患牙。叩诊的力量宜先轻后重，一般以叩诊正常牙不引起疼痛的力量为适宜力量。

(4) 叩诊结果的表述和记录

叩痛（-）：表示用适宜力量叩诊患牙反应同正常牙。叩痛（±）：用适宜力量叩诊患牙感觉不适。

叩痛（+）：重于适宜力量叩诊，引起患牙轻痛。

叩痛（+++）：轻于适宜力量叩诊，引起患牙剧烈疼痛。

叩痛（++）：患牙的叩痛反应介于叩痛（+）和叩痛（+++）之间。

(5) 容易出现的问题

1) 选择不正确的工具：比如选择尖头镊子进行叩诊。

2) 叩诊顺序和方法不正确：比如仅进行垂直或水平向一个方向的叩诊，或者先进行患牙的叩诊，叩诊力量过大等。

3) 记录结果不正确：比如将叩诊结果记录为疼痛、不痛等，或记为叩（-）、叩（+）等。

4. 扪诊 医师用手指触扪可疑病变部位，了解病变部位、范围、有无扪痛、有无波动感等。

(1) 根尖部扪诊：用示指指腹于可疑患牙的邻牙唇颊侧或舌侧牙龈的根尖部开始按压，慢慢向可疑患牙根尖部移动，观察是否有压痛。如有压痛则提示根尖周组织有炎症存在。

(2) 脓肿波动感扪诊：若根尖周已形成脓肿，应以示指和中指双指轻放在脓肿部位，分别用两指交替上下推压按动，用指腹扪及波动感。

(3) 注意事项：扪诊时应按照扪诊顺序操作，不要遗漏扪诊内容，在进行脓肿扪诊时，要体现手指交替按压的动作，用另一手指感知波动感。

5. 牙齿松动度的检查

(1) 方法用镊子夹住前牙切端或抵住后(牙合)面的窝沟,做唇舌向(颊舌向)、近远中向和上下向摇动牙,观察牙晃动的程度。

(2) 结果记录

I度松动:仅唇舌向或颊舌向一个方向晃动,或晃动幅度小于1mm。II度松动:两个方向的晃动,即除唇舌向或颊舌向晃动外,近远中向也有晃动,或晃动幅度在1~2mm之间。III度松动:三个方向的晃动,即唇舌向或颊舌向、近远中向和垂直方向均有晃动,或晃动幅度大于2mm。

(3) 常见问题或错误

- 1) 后牙松动度检查时使用镊子夹持后牙牙冠,
- 2) 结果仅记录为松动和不松动。颞下颌关节检查

(一) 面型及关节动度检查

1. 观察面部左右是否对称,包括关节区、下颌角、下颌支和下颌体的大小和长度是否正常、双侧是否对称;颞点是否居中,面下1/3是否协调。
2. 髁突活动度检查有两种方法:以双手示指或中指分别置于两侧耳屏前方、髁突外侧,嘱患者作开闭口运动,感觉髁突动度;或将小指伸入外耳道内,贴外耳道前壁进行触诊。检查时注意双侧对比。

(二) 下颌运动检查

1. 开口度和开口型是否正常,两侧关节动度是否一致。
2. 弹响和杂音:有无关节弹响和杂音,弹响发生的时间、性质、次数和响度;在开闭口运动时是否有绞锁。

(三) 咀嚼肌及关节区触诊检查

1. 检查髁突后区和髁突外侧是否有压痛。
2. 检查颞肌、咬肌、翼外肌等咀嚼肌群的收缩力,是否有压痛,双侧是否对称。口内检查颞肌前份(下颌支前缘向上)、翼外肌下头(上颌结节上方)和翼内肌下部(下颌磨牙舌侧后下方和下颌支内侧面)。

「18号题」6月17日 第一站: 咬合关系检查。

答: 确定并记录正中(牙合)时上下颌第一磨牙的近远中向咬合接触关系是中性关系、远中关系或近中关系。

中性关系是指上颌第一磨牙的近中颊尖咬合在下颌第一磨牙的颊沟处;远中关系是指上颌第一恒磨牙近中颊尖与下颌第一磨牙近中颊尖相对,甚至位于下颌第二前磨牙与第一磨牙之间;近中关系是指上颌第一磨牙的近中颊尖与下颌第一磨牙远中颊尖相对,甚至位于下颌第一、二磨牙之间。

「30号题」6月17日 第一站: 特殊检查咬合关系。

答: 确定并记录正中(牙合)时上下颌第一磨牙的近远中向咬合接触关系是中性关系、远中关系或近中关系。

中性关系是指上颌第一磨牙的近中颊尖咬合在下颌第一磨牙的颊沟处;远中关系是指上颌第一恒磨牙近中颊尖与下颌第一磨牙近中颊尖相对,甚至位于下颌第二前磨牙与第一磨牙之间;近中关系是指上颌第一磨牙的近中颊尖与下颌第一磨牙远中颊尖相对,甚至位于下颌第一、二磨牙之间。

「34 号题」6 月 17 日 第一站：颞下颌关节检查。

答：（一）面型及关节动度检查

1. 观察面部左右是否对称，包括关节区、下颌角、下颌支和下颌体的大小和长度是否正常、双侧是否对称；颞点是否居中，面下 1/3 是否协调。
2. 髁突活动度检查有两种方法：以双手示指或中指分别置于两侧耳屏前方、髁突外侧，嘱患者作开闭口运动，感觉髁突动度；或将小指伸入外耳道内，贴外耳道前壁进行触诊。检查时注意双侧对比。

（二）下颌运动检查

1. 开口度和开口型是否正常，两侧关节动度是否一致。
2. 弹响和杂音：有无关节弹响和杂音，弹响发生的时间、性质、次数和响度；在开闭口运动时是否有绞锁。

（三）咀嚼肌及关节区触诊检查

1. 检查髁突后区和髁突外侧是否有压痛。
2. 检查颞肌、咬肌、翼外肌等咀嚼肌群的收缩力，是否有压痛，双侧是否对称。口内检查 颞肌前份（下颌支前缘向上）、翼外肌下头（上颌结节上方）和翼内肌下部（下颌磨牙舌侧后下方和下颌支内侧面）。

「36 号题」6 月 17 日 第一站：牙髓温度测试。

答：牙髓活力检查

包括牙髓活力温度测验（冷测、热测）和牙髓活力电测验。

（一）工具

1. 冷测 自制小冰棒或成品化学挥发剂罐（如四氟乙烷、氯乙烷、乙醚等）。小冰棒的制作方法：取直径约为 0.5cm、长约 5cm 的聚乙烯小管，将一端加热封闭，由另一端注入清水。把小管直立放于冰箱内冷冻，冻结后备用。
2. 热测 牙胶棒、酒精灯、火柴或打火机。
3. 电活力测 电活力测验仪、导电胶或润湿的小滤纸片。
4. 棉纱卷。

（二）测验方法

1. 告知受试者牙髓活力检查的目的和受试牙可能出现的反应，如凉、热、钻入感、麻刺感、疼痛等，并教授有反应时的示意方式。
2. 用干棉纱卷放置于测试牙的唇（颊）和（或）舌侧，隔离唾液。
3. 先测健康对照牙，再测可疑牙。对照牙选择的顺序：同颌同名牙为首选，如果该牙丧失或有病变，可选对颌对侧同名牙或对侧同名牙的邻牙中与待测牙萌出时间接近、体积相当的牙齿。
4. 测试牙面应选择没有牙体病损或充填体的完整牙面，一般选牙的唇、颊面的中 1/3，亦可在舌面测试，因为这些牙面不受磨耗等的影响。
5. 冷测 从冰箱中取出小冰棒放于手中稍加捂化，慢慢挤出冰棒头贴放在测试牙面上，观察牙齿反应，也可用小棉球蘸化学挥发剂放在牙面上测试。
6. 热测 将牙胶棒一端置于酒精灯火焰上加热，使之变软（约 65~70℃），但不要冒烟燃烧，立即贴放在湿润的测试牙面，观察牙齿反应。
7. 电测 在被测牙面上放少许导电剂或湿润的小纸片，将电测仪工作端放于牙面导电处，请患者一手扶持工作端的金属杆部或将挂钩挂于口角以构成电流回路。随着电流逐渐增大，

对测试牙造成刺激，患者示意测试牙有感觉即应将工作端撤离牙面，记录表盘显示的 读数。每牙

测 2~3 次，取平均数值作结果。

（三）测验结果的描述

1. 牙髓温度测验的结果 经与对照牙比较，可分为正常、敏感、迟钝和无反应四级 反应，应客观记录在病历中。

（1） 正常：测试牙出现短暂的轻度感觉反应（如凉、热刺激传入等），该反应随刺激 源的撤除而立即消失，反应程度和时间与对照牙相同。

（2） 敏感：测试牙的反应速度快，疼痛程度强，持续时间长；比敏感反应稍轻者可表 现为“一过性敏感”，指测试牙对温度刺激（尤其是冷刺激）反应迅速，有疼痛感觉，持续 时间极短暂，一般为可复性牙髓炎的反应；比敏感反应程度更重者表现为“激发痛”，指测 试时诱发剧烈疼痛，且持续时间较长，一般为急性牙髓炎；急性化脓性牙髓炎的患牙，热刺 激有时可引起剧痛，冷刺激反而使疼痛缓解，又称热痛冷缓解。

（3） 迟钝：测试牙在温度刺激去除片刻后才出现反应，或施加强烈刺激时才有微弱的 感觉；有 时在测试片刻后感觉一阵较为剧烈的疼痛，称为迟缓反应性痛。多发生在慢性牙髓 炎或部分牙髓 已坏死的患牙。

（4） 无反应：反复测试，加大刺激强度测试牙均无反应。一般为失去牙髓活力的死髓 牙或经 过牙髓治疗的无髓牙。

2. 牙髓活力电测验的结果 用于反映测试牙有无牙髓活力，但不能指示牙髓的不同 病理状 态。在相同的电流输出档位下，测试牙与对照牙的电测值之差大于 10 时，表示测试 牙的牙 髓活力与正常有差异。如电测值达到最大时测试牙仍无反应，表示牙髓已无活力。因 此， 临床上对电测反应的描述仅为正常和无反应两个指标。

（四）注意事项

1. 牙齿对温度和电的反应受年龄、病变等的影响，个体差异也大，没有可供参考的恒 定量 化指标，临床测试时，必须以患者自身的正常牙作为对照，从两牙对温度或电刺激的 反 应对比中判断牙髓的状态。

2. 测试对照牙与可疑牙时，二者被测试的条件应尽量一致，例如在相应的牙面，相同 的部 位，用相同的测试法，用相同的刺激强度等，以便于对比。

3. 禁用两个可疑的牙齿互相对比，也不能在无对照的情况下仅根据测试牙对刺激的 反 应判 断牙髓的状态。

4. 冰棒冷测时，如有多个可疑牙，应从牙列后部向前逐个测验，以免冰水流入后牙， 影响 反应的客观性和准确性。

5. 用牙胶热测时，牙面应保持湿润，以防止牙胶粘于牙面。

6. 电测反应有假阳性和假阴性的问题，如刚萌出的年轻恒牙根尖未完全形成和新近外 伤患牙对电测的反应常呈假阴性表现，牙髓坏死液化、患牙有大面积银汞充填体或全冠时 可 能 出现假阳性或假阴性结果。

（五）常见问题

1. 检查前未做必要的医嘱说明。

2. 测试时未隔唾。

3. 未选对照牙、对照牙选择错误，或测试顺序颠倒。

4. 测试部位有病损或充填体。

5. 冷测用三用枪的气或水。

6. 牙胶热测时烫伤口腔软组织。

7. 牙髓温度测验的结果用 (+)、(-)，或疼痛、不痛等表示。
8. 牙髓电活力测验结果描述为敏感、迟钝等。

【37 号题】 6 月 17 日

第一站：牙髓活力测试。

牙髓活力测验是诊断牙髓病的一个非常重要的手段，包括牙髓温度测验（冷测、热测）和牙髓活力电测验。

（一）工具

1. 冷测 自制小冰棒或成品化学挥发剂罐（如四氟乙烷、氯乙烷、乙醚等）。小冰棒的制作方法：取直径约为 0.5cm、长约 5cm 的聚乙烯小管，将一端加热封闭，由另一端注入清水。把小管直立放于冰箱内冷冻，冻结后备用。
2. 热测 牙胶棒、酒精灯、火柴或打火机。
3. 棉纱卷。

（二）测验方法 1. 告知受试者牙髓活力检查的目的和受试牙可能出现的反应，如凉、热、钻入感、麻刺感、疼痛等，并教授有反应时的示意方式。

2. 用干棉纱卷放置于测试牙的唇（颊）和（或）舌侧，隔离唾液。
3. 先测健康对照牙，再测可疑牙。对照牙选择的顺序：同颌同名牙为首选，如果该牙丧失或有病变，可选对颌对侧同名牙或对侧同名牙的邻牙中与待测牙萌出时间接近、体积相当的牙齿。
4. 测试牙面应选择没有牙体病损或充填体的完整牙面，一般选牙的唇、颊面的中 1/3，亦可在舌面测试，因为这些牙面不受磨损等的影响。
5. 冷测 从冰箱中取出小冰棒放于手中稍加捂化，慢慢挤出冰棒头贴放在测试牙面上，观察牙齿反应，也可用小棉球蘸化学挥发剂放在牙面上测试。
6. 热测 将牙胶棒一端置于酒精灯火焰上加热，使之变软（约 65~70℃），但不要冒烟燃烧，立即贴放在湿润的测试牙面，观察牙齿反应。

（三）测验结果的描述

1. 牙髓温度测验的结果 经与对照牙比较，可分为正常、敏感、迟钝和无反应四级反应，应客观记录在病历中。

（1）正常：测试牙出现短暂的轻度感觉反应（如凉、热刺激传入等），该反应随刺激源的撤除而立即消失，反应程度和时间与对照牙相同。

（2）敏感：测试牙的反应速度快，疼痛程度强，持续时间长；比敏感反应稍轻者可表现为“一过性敏感”，指测试牙对温度刺激（尤其是冷刺激）反应迅速，有疼痛感觉，持续时间极短暂，一般为可复性牙髓炎的反应；比敏感反应程度更重者表现为“激发痛”，指测试时诱发剧烈疼痛，且持续时间较长，一般为急性牙髓炎；急性化脓性牙髓炎的患牙，热刺激有时可引起剧痛，

冷刺激反而使疼痛缓解，又称热痛冷缓解。

（3）迟钝：测试牙在温度刺激去除片刻后才出现反应，或施加强烈刺激时才有微弱的感觉；有时在测试片刻后感觉一阵较为剧烈的疼痛，称为迟缓反应性痛。多发生在慢性牙髓炎或部分牙髓已坏死的患牙。

（4）无反应：反复测试，加大刺激强度测试牙均无反应。一般为失去牙髓活力的死髓牙或经过牙髓治疗的无髓牙。

（四）注意事项

1. 牙齿对温度和电的反应受年龄、病变等的影响，个体差异也大，没有可供参考的恒定量化指标，临床测试时，必须以患者自身的正常牙作为对照，从两牙对温度或电刺激的反应对比中

判断牙髓的状态。

2. 测试对照牙与可疑牙时，二者被测试的条件应尽量一致，例如在相应的牙面，相同的部位，用相同的测试法，用相同的刺激强度等，以便于对比。
3. 禁用两个可疑的牙齿互相对比，也不能在无对照的情况下仅根据测试牙对刺激的反应判断牙髓的状态。
4. 冰棒冷测时，如有多个可疑牙，应从牙列后部向前逐个测验，以免冰水流入后牙，影响反应的客观性和准确性。
5. 用牙胶热测时，牙面应保持湿润，以防止牙胶粘于牙面。

（五）常见问题

1. 检查前未做必要的医嘱说明。
2. 测试时未隔唾。
3. 未选对照牙、对照牙选择错误，或测试顺序颠倒。
4. 测试部位有病损或充填体。
5. 冷测用三用枪的气或水。
6. 牙胶热测时烫伤口腔软组织。
7. 牙髓温度测验的结果用（+）、（-），或疼痛、不痛等表示。

「38 号题」6 月 17 日 第一站：下颌下腺检查。

答：下颌下腺检查是口腔颌面外科要求掌握的一项基本检查方法，在临床应用的几率也很高，因此要求口腔科医师不但知道，还应该能够准确操作。

（一）体位

检查时患者取坐位，检查者应站在其右方（前或后），患者头稍低，略偏向检查侧，使皮肤、肌肉松弛，便于触诊。

（二）检查内容及方法 视：平视时及仰头位正面观双侧下颌下区是否对称；开口位双侧口底是否对称，口底下颌下腺导管开口处有无异常分泌物或黏膜红肿、溃疡等。

触：检查者手指紧贴下颌下区皮肤，首先触诊下颌下腺的大小、质地、活动度及有无异常包块和触压痛。进一步对下颌下区进行双合诊。复查以上口外触诊内容，同时由后向前检查口内下颌下腺导管的质地，有无结石，口外挤压腺体后观察口内导管口分泌情况。注意口内检查时应戴手套。

【42 号题】6 月 17 日 第一站：特殊检查，牙髓电活力检查。

第一考站：牙髓活力检查

（一）工具 电活力测验仪、导电胶或润湿的小滤纸片。

（二）测验方法

电测 在被测牙面上放少许导电剂或湿润的小纸片，将电测仪工作端放于牙面导电处，请患者一手扶持工作端的金属杆部或将挂钩挂于口角以构成电流回路。随着电流逐渐增大，对测试牙造成刺激，患者示意测试牙有感觉即应将工作端撤离牙面，记录表盘显示的读数。每牙测 2～3 次，取平均数值作结果。

牙髓活力电测验的结果 用于反映测试牙有无牙髓活力，但不能指示牙髓的不同病理状态。在相同的电流输出档位下，测试牙与对照牙的电测值之差大于 10 时，表示测试牙的牙髓活力与正常有差异。如电测值达到最大时测试牙仍无反应，表示牙髓已无活力。因此，临床上对电测反应的描述仅为正常和无反应两个指标。

的注意事项

1. 牙齿对温度和电的反应受年龄、病变等的影响，个体差异也大，没有可供参考的恒定量化指标，临床测试时，必须以患者自身的正常牙作为对照，从两牙对温度或电刺激的反应对比中判断牙髓的状态。
2. 测试对照牙与可疑牙时，二者被测试的条件应尽量一致，例如在相应的牙面，相同的部位，用相同的测试法，用相同的刺激强度等，以便于对比。
3. 禁用两个可疑的牙齿互相对比，也不能在无对照的情况下仅根据测试牙对刺激的反应判断牙髓的状态。
4. 冰棒冷测时，如有多个可疑牙，应从牙列后部向前逐个测验，以免冰水流入后牙，影响反应的客观性和准确性。
5. 用牙胶热测时，牙面应保持湿润，以防止牙胶粘于牙面。
6. 电测反应有假阳性和假阴性的问题，如刚萌出的年轻恒牙根尖未完全形成和新近外伤患牙对电测的反应常呈假阴性表现，牙髓坏死液化、患牙有大面积银汞充填体或全冠时可能出现假阳性或假阴性结果。

（五）常见问题

1. 检查前未做必要的医嘱说明。
2. 测试时未隔唾。
3. 未选对照牙、对照牙选择错误，或测试顺序颠倒。
4. 测试部位有病损或充填体。
5. 冷测用三用枪的气或水。
6. 牙胶热测时烫伤口腔软组织。
7. 牙髓温度测验的结果用（+）、（-），或疼痛、不痛等表示。
8. 牙髓电活力测验结果描述为敏感、迟钝等。

相同的电流输出档位下，测试牙与对照牙的电测值之差大于 10 时，表示测试牙的牙髓活力与正

常有差异。如电测值达到最大时测试牙仍无反应，表示牙髓已无活力。因此，临床上对电测反应

的描述仅为正常和无反应两个指标。 注意事项

1. 牙齿对温度和电的反应受年龄、病变等的影响，个体差异也大，没有可供参考的恒定量化指标，临床测试时，必须以患者自身的正常牙作为对照，从两牙对温度或电刺激的反应对比中判断牙髓的状态。
2. 测试对照牙与可疑牙时，二者被测试的条件应尽量一致，例如在相应的牙面，相同的部位，用相同的测试法，用相同的刺激强度等，以便于对比。
3. 禁用两个可疑的牙齿互相对比，也不能在无对照的情况下仅根据测试牙对刺激的反应判断牙髓的状态。
4. 冰棒冷测时，如有多个可疑牙，应从牙列后部向前逐个测验，以免冰水流入后牙，影响反应的客观性和准确性。
5. 用牙胶热测时，牙面应保持湿润，以防止牙胶粘于牙面。
6. 电测反应有假阳性和假阴性的问题，如刚萌出的年轻恒牙根尖未完全形成和新近外伤患牙对电测的反应常呈假阴性表现，牙髓坏死液化、患牙有大面积银汞充填体或全冠时可能出现假阳性或假阴性结果。

（五）常见问题

1. 检查前未做必要的医嘱说明。
2. 测试时未隔唾。
3. 未选对照牙、对照牙选择错误，或测试顺序颠倒。

4. 测试部位有病损或充填体。
5. 冷测用三用枪的气或水。
6. 牙胶热测时烫伤口腔软组织。
7. 牙髓温度测验的结果用 (+)、(-)，或疼痛、不痛等表示。
8. 牙髓电活力测验结果描述为敏感、迟钝等。

【44 号题】6 月 17 日 第一站：下颌下腺检查。

下颌下腺检查

下颌下腺检查是口腔颌面外科要求掌握的一项基本检查方法，在临床应用的几率也很高，因此要求口腔科医师不但知道，还应该能够准确操作。

(一) 体位

检查时患者取坐位，检查者应站在其右方（前或后），患者头稍低，略偏向检查侧，使皮肤、肌肉松弛，便于触诊。

(二) 检查内容及方法 视：平视时及仰头位正面观双侧下颌下区是否对称；开口位双侧口底是否对称，口底下颌下腺导管开口处有无异常分泌物或黏膜红肿、溃疡等。触：检查者手指紧贴下颌下区皮肤，首先触诊下颌下腺的大小、质地、活动度及有无异常包块和触压痛。进一步对下颌下区进行双合诊。复查以上口外触诊内容，同时由后向前检查口内下颌下腺导管的质地，有无结石，口外挤压腺体后观察口内导管口分泌情况。注意口内检查时应戴手套。

「46 号题」6 月 18 日 第一站：无菌术、一般检查+咬合关系检查。

答：洗手的方法参考《中华人民共和国卫生行业标准——医务人员手卫生规范》：1. 首先取下双手所戴所有饰物，修剪指甲，清理甲沟污物。

2. 在流动水下，使双手充分淋湿。
3. 取少量肥皂（或皂液），均匀涂抹至整个手掌、手背、手指和指缝。
4. 认真揉搓双手至少 15 秒，应注意清洗双手所有皮肤，包括指背、指尖及指缝，具体揉搓步骤归纳为以下六步法：

- (1) 掌心相对，手指并拢，相互揉搓。
- (2) 手心对手背沿指缝相互揉搓，交互进行。
- (3) 掌心相对，双手交叉指缝相互揉搓。
- (4) 弯曲手指使关节在另一手掌心旋转揉搓，交换进行。
- (5) 右手握住左手大拇指旋转揉搓，交换进行。
- (6) 将五个手指尖并拢放在另一手掌心旋转揉搓，交换进行。

5. 在流动水下彻底冲洗干净双手，用洁净纸巾或消毒毛巾擦干。戴手套

1. 将双手洗净、干燥。
2. 将左右两只手套相对，用示指和大拇指夹持两只手套的内边，然后先将左手五指分开伸入左手手套的五指套中。
3. 再用左手持右手手套外面并打开手套边，让右手也同左手一样分开五指分别插入手套的手指套中。
4. 用戴好手套的双手持手套外面调整手指在指套中的位置。
5. 将手套边缘套过双侧袖口，注意不要碰到衣袖或其他未消毒物品。口腔黏膜消毒 外科手术术前都要对手术区域进行消毒。口腔黏膜的消毒分为全部口腔和局部黏膜区域。本文仅介绍口腔局部黏膜消毒方法，用于经黏膜进入的手术切口区消毒和局部麻醉的进针区域消毒。

（一）口腔黏膜消毒剂

进行口腔黏膜消毒时，首先应选择正确的消毒剂。目前临床常用的口腔黏膜消毒剂有： 1. 碘酊 杀菌力强，但刺激性大，故在不同部位使用浓度不同。消毒口腔黏膜的碘酊浓度为 1%。碘过敏者禁用。

2. 氯己定溶液 为广谱消毒剂，刺激性小，故使用广泛。消毒口腔黏膜的氯己定溶液浓度为 0.1%。

3. 碘伏 含有效碘 0.5%的碘伏水溶液用于皮肤和手的消毒，同样也可用于口腔黏膜 的消毒，其作用优于碘酊。具有消毒彻底、刺激性小、着色浅的优点。

（二）口腔黏膜消毒方法

嘱患者张口，术者左手持口镜牵开唇颊部或舌，暴露手术区域，先用干棉球擦干术区，再用无菌棉签蘸取适量消毒剂，从手术中心区开始，由内向外涂擦，消毒的范围应该超过手术区域。

（三）容易出现的问题

1. 术区在使用消毒剂之前未用干棉球擦干。
2. 涂擦消毒剂方式错误，如由外向内擦或无规则涂抹。
3. 消毒剂蘸取过多，涂擦时在黏膜表面流淌。

口腔一般检查包括视诊、探诊、叩诊、扪诊和牙齿松动度的检查。实行每项检查操作前，向被检查者做适当的说明；检查动作应尽量轻柔，避免引起患者不必要的痛苦和损伤，在检查实施后告知被检查者检查结果，并给予必要的防治指导。

检查时应首先检查主诉部位，然后再按一定顺序，如从右上象限→左上象限→左下象限→右下象限依次进行全口牙的检查，以免遗漏。

检查时正确握持器械，一般左手握持口镜，右手使用探针和镊子，检查时右手无名指为支点，防止滑脱和误伤。熟练应用口镜反射并集中光线于被检查部位，增加照明，通过口镜形成镜

像反映不能直视的检查部位，利用口镜牵拉软组织。

1. 视诊 视诊内容包括患者的全身健康状况、口腔颌面部和软组织情况、牙齿和牙列情况等。

（1）全身健康状况：观察患者的全身健康和心理健康状况。

（2）颌面部情况：观察颌面部发育是否正常，是否对称，有无肿胀、畸形、肿物及窦道等。

（3）口腔软组织：观察牙龈是否充血肿胀以及肿胀的程度和范围，是否存在窦道；黏膜色泽是否正常，有无水肿、溃疡、肿物等。

（4）牙和牙列：观察牙颜色、形态和质地变化，如龋损、着色、牙体缺损、畸形、隐裂以及磨耗等；观察牙排列、数目是否正常、有无发育异常、牙列是否完整、有无缺失牙；观察口腔中修复体的情况，如充填体是否完整、边缘是否密合、有无继发龋坏等。

2. 探诊

（1）工具：普通探针（5号镰形探针）。大弯端用于检查（牙合）面，三弯端用于检查邻面。

（2）探查内容：探查龋或缺损部位的范围、深浅、质地以及是否敏感及露髓；有无邻面龋坏发生；充填体边缘的密合程度，有无继发龋及悬突；牙本质敏感的部位和敏感程度。

（3）探诊方法：探诊时采用执笔式握持探针，一定要有支点，动作轻巧，不可用力探入深龋近髓处或可疑露髓孔，以免引起患者不必要的疼痛。

注意：普通探针不能用于牙周袋的探诊，以免刺伤牙周组织。探查时还要注意邻面的探诊不要遗漏。

3. 叩诊

(1) 工具：金属手持器械的平端，如银汞充填器的柄端、金属口镜柄、压光器柄等，但是不能用尖头镊子柄作叩诊工具。

(2) 叩诊方法：执毛笔式握持器械，垂直向叩诊叩击牙尖或切缘，水平向叩击牙冠部 唇（颊）舌

面中部或牙尖嵴，依据患牙对叩诊的反应（包括叩痛和声音清浊），判断根尖部 和牙周膜的健康状况和炎症程度。一般选择正常邻牙作为对照牙，先叩击邻牙作为对照。

(3) 叩诊检查的要点：叩诊顺序为先叩击正常牙作为对照，再叩击患牙。叩诊的力量 宜先轻后重，一般以叩诊正常牙不引起疼痛的力量为适宜力量。

(4) 叩诊结果的表述和记录

叩痛（-）：表示用适宜力量叩诊患牙反应同正常牙。 叩痛（±）：用适宜力量叩诊患牙感觉不适。

叩痛（+）：重于适宜力量叩诊，引起患牙轻痛。

叩痛（+++）：轻于适宜力量叩诊，引起患牙剧烈疼痛。

叩痛（++）：患牙的叩痛反应介于叩痛（+）和叩痛（+++）之间。

(5) 容易出现的问题

1) 选择不正确的工具：比如选择尖头镊子进行叩诊。

2) 叩诊顺序和方法不正确：比如仅进行垂直或水平向一个方向的叩诊，或者先进行患 牙的叩诊，叩诊力量过大等。

3) 记录结果不正确：比如将叩诊结果记录为疼痛、不痛等，或记为叩（-）、叩（+） 等。

4. 扪诊 医师用手指触打可疑病变部位，了解病变部位、范围、有无扪痛、有无波动感等。

(1) 根尖部扪诊：用示指指腹于可疑患牙的邻牙唇颊侧或舌侧牙龈的根尖部开始扪压，慢慢向可疑患牙根尖部移动，观察是否有压痛。如有压痛则提示根尖周组织有炎症存在。

(2) 脓肿波动感扪诊：若根尖周已形成脓肿，应以示指和中指双指轻放在脓肿部位，分别用两指交替上下推压按动，用指腹扪及波动感。

(3) 注意事项：扪诊时应按照扪诊顺序操作，不要遗漏扪诊内容，在进行脓肿扪诊时，要体现手指交替按压的动作，用另一手指感知波动感。

5. 牙齿松动度的检查

(1) 方法用镊子夹住前牙切端或抵住后（牙合）面的窝沟，做唇舌向（颊舌向）、近 远中向和上下向摇动牙，观察牙晃动的程度。

(2) 结果记录

I 度松动：仅唇舌向或颊舌向一个方向晃动，或晃动幅度小于 1mm。 II 度松动：两个方向的晃动，即除唇舌向或颊舌向晃动外，近远中向也有晃动，或晃动幅度在 1~2mm 之间。

III 度松动：三个方向的晃动，即唇舌向或颊舌向、近远中向和垂直方向均有晃动，或晃动幅度大于 2mm。

(3) 常见问题或错误

1) 后牙松动度检查时使用镊子夹持后牙牙冠，

2) 结果仅记录为松动和不松动。 咬合关系检查：确定并记录正中（牙合）时上下颌第一磨牙的近远中向咬合接触关系是中性关系、远中关系或近中关系。

中性关系是指上颌第一磨牙的近中颊尖咬合在下颌第一磨牙的颊沟处；远中关系是指上颌第一

恒磨牙近中颊尖与下颌第一磨牙近中颊尖相对，甚至位于下颌第二前磨牙与第一磨牙之

间；近中关系是指上颌第一磨牙的近中颊尖与下颌第一磨牙远中颊尖相对，甚至位于下颌第一、二磨牙之间。

「50 号题」6 月 17 日 第一站：下颌下腺检查。

答：下颌下腺检查是口腔颌面外科要求掌握的一项基本检查方法，在临床应用的几率也很高，因此要求口腔科医师不但知道，还应该能够准确操作。

（一）体位

检查时患者取坐位，检查者应站在其右方（前或后），患者头稍低，略偏向检查侧，使皮肤、肌肉松弛，便于触诊。

（二）检查内容及方法 视：平视时及仰头位正面观双侧下颌下区是否对称；开口位双侧口底是否对称，口底下

颌下腺导管开口处有无异常分泌物或黏膜红肿、溃疡等。

触：检查者手指紧贴下颌下区皮肤，首先触诊下颌下腺的大小、质地、活动度及有无异常包块和触压痛。进一步对下颌下区进行双合诊。复查以上口外触诊内容，同时由后向前检查口内下颌下腺导管的质地，有无结石，口外挤压腺体后观察口内导管口分泌情况。注意口内检查时应戴手套。

「74 号题」6 月 18 日 第一站：左下 6 为例进行口腔一般检查，特殊检查是下颌下腺检查。

口腔一般检查包括视诊、探诊、叩诊、扪诊和牙齿松动度的检查。实行每项检查操作前，向被检查者做适当的说明；检查动作应尽量轻柔，避免引起患者不必要的痛苦和损伤，在检查实施后告知被检查者检查结果，并给予必要的防治指导。

检查时应首先检查主诉部位，然后再按一定顺序，如从右上象限→左上象限→左下象限→右下象限依次进行全口牙的检查，以免遗漏。

检查时正确握持器械，一般左手握持口镜，右手使用探针和镊子，检查时右手无名指为支点，防止滑脱和误伤。熟练应用口镜反射并集中光线于被检查部位，增加照明，通过口镜形成镜像反映不能直视的检查部位，利用口镜牵拉软组织。

1. 视诊 视诊内容包括患者的全身健康状况、口腔颌面部和软组织情况、牙齿和牙列情况等。

（1）全身健康状况：观察患者的全身健康和精神健康状况。

（2）颌面部情况：观察颌面部发育是否正常，是否对称，有无肿胀、畸形、肿物及窦道等。

（3）口腔软组织：观察牙龈是否充血肿胀以及肿胀的程度和范围，是否存在窦道；黏膜色泽是

否正常，有无水肿、溃疡、肿物等。

（4）牙和牙列：观察牙颜色、形态和质地变化，如龋损、着色、牙体缺损、畸形、隐裂以及磨损等；观察牙排列、数目是否正常、有无发育异常、牙列是否完整、有无缺失牙；观察口腔中修复体的情况，如充填体是否完整、边缘是否密合、有无继发龋坏等。

2. 探诊

（1）工具：普通探针（5 号镰形探针）。大弯端用于检查（牙合）面，三弯端用于检查邻面。

（2）探查内容：探查龋或缺损部位的范围、深浅、质地以及是否敏感及露髓；有无邻面龋坏发生；充填体边缘的密合程度，有无继发龋及悬突；牙本质敏感的部位和敏感程度。

(3) 探诊方法：探诊时采用执笔式握持探针，一定要有支点，动作轻巧，不可用力探入深 龋近

髓处或可疑露髓孔，以免引起患者不必要的疼痛。

注意：普通探针不能用于牙周袋的探诊，以免刺伤牙周组织。探查时还要注意邻面的探诊不要遗漏。

3. 叩诊

(1) 工具：金属手持器械的平端，如银汞充填器的柄端、金属口镜柄、压光器柄等，但是 不能用尖头镊子柄作叩诊工具 。

(2) 叩诊方法：执毛笔式握持器械，垂直向叩诊叩击牙尖或切缘，水平向叩击牙冠部唇（颊）舌

面中部或牙尖嵴，依据患牙对叩诊的反应（包括叩痛和声音清浊），判断根尖部和牙周膜的健康状况和炎症程度。一般选择正常邻牙作为对照牙，先叩击邻牙作为对照。

(3) 叩诊检查的要点：叩诊顺序为先叩击正常牙作为对照，再叩击患牙。叩诊的力量宜先 轻后重，一般以叩诊正常牙不引起疼痛的力量为适宜力量。

(4) 叩诊结果的表述和记录

叩痛（-）：表示用适宜力量叩诊患牙反应同正常牙。 叩痛（±）：用适宜力量叩诊患牙感觉不适。 叩痛（+）：重于适宜力量叩诊，引起患牙轻痛。 叩痛（+++）：轻于适宜力量叩诊，引起患牙剧烈疼痛。

叩痛（++）：患牙的叩痛反应介于叩痛（+）和叩痛（+++）之间。

(5) 容易出现的问题

1) 选择不正确的工具：比如选择尖头镊子进行叩诊。

2) 叩诊顺序和方法不正确：比如仅进行垂直或水平向一个方向的叩诊，或者先进行患牙的 叩诊，叩诊力量过大等。

3) 记录结果不正确：比如将叩诊结果记录为疼痛、不痛等，或记为叩（-）、叩（+）等。

4. 扪诊 医师用手指触扪可疑病变部位，了解病变部位、范围、有无扪痛、有无波动感等。

(1) 根尖部扪诊： 用示指指腹于可疑患牙的邻牙唇颊侧或舌侧牙龈的根尖部开始扪压， 慢慢向可疑患牙根尖部移动，观察是否有压痛。如有压痛则提示根尖周组织有炎症存在。

(2) 脓肿波动感扪诊：若根尖周已形成脓肿，应以示指和中指双指轻放在脓肿部位，分别 用两指交替上下推压按动，用指腹扪及波动感。

(3) 注意事项：扪诊时应按照扪诊顺序操作，不要遗漏扪诊内容，在进行脓肿扪诊时，要 体现手指交替按压的动作，用另一手指感知波动感。

5. 牙齿松动度的检查

(1) 方法用镊子夹住前牙切端或抵住后（牙合）面的窝沟，做唇舌向（颊舌向）、近远中 向和上下向摇动牙，观察牙晃动的程度。

(2) 结果记录

I 度松动：仅唇舌向或颊舌向一个方向晃动，或晃动幅度小于 1mm。

II 度松动：两个方向的晃动，即除唇舌向或颊舌向晃动外，近远中向也有晃动，或晃动幅度

在

1~2mm 之间。

III度松动：三个方向的晃动，即唇舌向或颊舌向、近远中向和垂直方向均有晃动，或晃动幅度大

于 2mm。

(3) 常见问题或错误

1) 后牙松动度检查时使用镊子夹持后牙牙冠，

) 结果仅记录为松动和不松动。 颌下腺检查

下颌下腺检查是口腔颌面外科要求掌握的一项基本检查方法，在临床应用的几率也很高，因此

要求口腔科医师不但知道， 还应该能够准确操作。

(一) 体位

检查时患者取坐位，检查者应站在其右方（前或后），患者头稍低，略偏向检查侧，使皮肤、肌肉松弛，便于触诊。

(二) 检查内容及方法

视：平视时及仰头位正面观双侧下颌下区是否对称；开口位双侧口底是否对称，口底下颌下腺导

管开口处有无异常分泌物或黏膜红肿、溃疡等。

触：检查者手指紧贴下颌下区皮肤，首先触诊下颌下腺的大小、质地、活动度及有无异常包块和

触压痛。进一步对下颌下区进行双合诊。复查以上口外触诊内容，同时由后向前检查口

内下 颌下

腺导管的质地，有无结石，口外挤压腺体后观察口内导管口分泌情况。注意口内检查时应戴手套。

「132 号题」6 月 18 日 第一站： 牙疼痛采集，主诉下颌骨骨折，非主诉牙列缺损，牙周炎。

答：牙痛

(一) 现病史

1. 疼痛的性质和程度。

2. 疼痛出现的时间和持续时间。

3. 疼痛部位的确定及放散的范围。

4. 疼痛激惹和缓解因素。

5. 患者疼痛史与治疗的关系。

(二) 既往史

可疑患牙的治疗、修复、牙外伤和牙正畸史；牙外科正畸或拔牙史；口腔颌面部及其邻近器官的病史以及头颈部放疗史。

(三) 全身情况

有无冠心病、高血压、神经症、癔症等，是否是月经期或更年期等。

可疑疾病：中龋、深龋、急慢性牙髓炎、急慢性根尖周炎、三叉神经痛、干槽症。 临床表现：

下颌骨骨折

下颌骨骨折常发生在下颌正中联合、颏孔区、下颌角和髁突，不同部位有不同的表现。 1. 骨折段移位

(1) 正中联合部骨折：如为单发，由于骨折线两侧肌群牵拉力量相等，常无明显移位； 有时仅可见骨折线两侧的牙高低不一致。如为两侧双发骨折，正中骨折段可因降颌肌群的作用

用而向下后方退缩；如为粉碎性骨折或有骨质缺损，两侧骨折段受下颌舌骨肌的牵拉可向中线移位，使下颌牙弓变窄，后两种骨折都可使舌后坠，可引起呼吸困难，甚至窒息的危险。

(2) 颏孔区骨折：又称下颌骨体部骨折。一侧颏孔区骨折时，前骨折段因所附降颌肌群的牵拉而向下方移位，并稍偏向外侧；后骨折段则因升颌肌群的牵引，向上前方移位，且稍偏向内侧，双侧颏孔区骨折时，两侧后骨折段因升颌肌群牵拉而向上前方移位，前骨折段则因降颌肌群的作用而向下后方移位，致颏部后缩及舌后坠。

(3) 下颌角部骨折：骨折线正位于下颌角时，且两个骨折段上都有咬肌与翼内肌附着，骨折段可不发生移位；如骨折线位于这些肌肉附着处之前，前骨折段因降颌肌群的牵拉而向下内移位，而后骨折段则因升颌肌群的牵引而向上前移位。

(4) 髁突骨折：髁突骨折多数发生在翼外肌附着下方的髁突颈部。折断的髁突由于受翼外肌牵拉而向前、内移位，但仍可位于关节囊内；但如打击力过大，关节囊撕裂，髁突可从关节窝内脱位而向内、向前、向后或向外移位，移位的方向和程度，与外力撞击的方向及大小有关。个别情况下，髁突可被击入颅中窝。

1) 单侧髁突颈部骨折：患侧下颌向外侧及后方移位，不能向对侧作侧颌运动。由于下颌支变短以及升颌肌群的牵拉而使后牙早接触，前牙及对侧牙可出现开（牙合）。

2) 双侧髁突颈部骨折：下颌不能作前伸运动，下颌升支向后上移位，后牙早接触，前牙开（牙合）更明显，侧颌运动受限。局部肿、痛及功能障碍程度较单侧髁突颈骨折为重，还可能合并不同程度的脑震荡。

2. 咬合错乱 是颌骨骨折最常见的体征，即使骨折段只有轻度移位，也可能出现咬合错乱，它对颌骨骨折的诊断与治疗有重要意义。

3. 骨折段异常活动 正常情况下下颌骨运动时是整体活动，只有在发生骨折时才会出现异常活动。

4. 下唇麻木 下颌骨骨折伴有下牙槽神经损伤时，会出现下唇麻木。

5. 开口受限 由于疼痛和升颌肌群痉挛，多数下颌骨骨折会出现开口受限症状。

6. 牙龈撕裂 骨折处常可见牙龈撕裂、变色和水肿。牙体缺损

牙体缺损是指由于龋病、外伤、磨损、酸蚀、发育异常等原因导致的牙体硬组织不同程度的外形和结构的破坏和异常。

牙周炎

1. 症状 刷牙或咬硬物时牙龈出血。牙缝变大、牙齿变长，咀嚼无力，牙齿浮起感，牙齿松动、移位，牙周反复肿胀。与牙周疾病相关的其他症状还包括牙齿遇冷热敏感、口腔异味、食物嵌塞等。 2. 检查所见

(1) 牙龈炎症表现 色泽改变：由于牙龈组织内血管增生、充血、局部血液循环阻滞导致牙龈呈鲜红色或暗红色。

形态改变：由于组织水肿牙龈冠向和颊舌向肿胀，龈缘变厚，不再紧贴牙面。龈乳头圆钝。附着龈水肿时，点彩消失，表面光滑发亮。牙龈还可以表现为牙龈退缩。

质地变化：由于结缔组织水肿和胶原的破坏，牙龈质地松软，缺乏弹性。探诊后出血，有时疼痛。

(2) 附着丧失：能探到或看到釉牙骨质界。

(3) X线片显示牙槽骨吸收。

(4) 牙周炎晚期所见：牙齿松动、移位，根分叉病变。 治疗：

骨折

1. 治疗时机 颌骨骨折伤员应及早进行治疗，但如合并颅脑、重要脏器或肢体严重损伤，

全身情况不佳时，应首先抢救伤员的生命，待全身情况稳定或好转后，再行颌骨骨折的处理。但应注意，在救治其他部位伤的同时，不能忽视与颌面外科的衔接，以免延误治疗，防止错

位愈合，增加后期处理的复杂性。

2. 治疗骨折 为了避免发生错位愈合，应尽早进行骨折段的精确复位，AO/ASIF 提出的治疗原则已被国内外所认同，即骨折的解剖复位、功能稳定性固定、无创外科、早期功能

性运动。功能稳定性固定和早期功能运动可以体现我国中医传统的动静结合，促进骨折愈合的理念。

骨折固定的方法可根据条件选用，目前以手术切开复位坚固内固定为治疗的主流技术。

3. 骨折线上牙的处理 在颌骨骨折治疗中常利用牙行骨折段的固定，应尽量保存，即使在骨折线上的牙也可考虑保留，但如骨折线上的牙已松动、折断、龋坏、牙根裸露过多 或有炎症者，则应予拔除，以防骨创感染或并发颌骨髓炎。儿童期颌骨骨折后，如恒牙胚 已暴露并有感染可能者，也应去除。

牙体缺损

牙体缺损程度不大者，可采取充填方法治疗。但对于缺损范围大，剩余牙体组织薄弱，无法保证充填体强度和固位，或为了达到更高美观要求时，应采用修复治疗的方法。牙体缺损的修复治疗应在保护患牙和相关周围组织健康的前提下，正确恢复缺损牙的形态与功能，符合抗力与固位的机械力学原则。

牙周炎

1. 去除局部致病因素，洁治、刮治和根面平整，口腔卫生指导。
2. 必要时手术治疗。
3. 建立平衡咬合关系。
4. 拔除无保留价值的患牙。
5. 消除吸烟等危险因素。
6. 牙周支持治疗。

【148 号题】6 月 19 日 第一站：下颌下腺 。

下颌下腺检查

下颌下腺检查是口腔颌面外科要求掌握的一项基本检查方法，在临床应用的几率 也很高，因此要求口腔科医师不但知道，还应该能够准确操作。

（一）体位

检查时患者取坐位，检查者应站在其右方（前或后），患者头稍低，略偏向检查 侧，使皮肤、肌肉松弛，便于触诊。

（二）检查内容及方法

视：平视时及仰头位正面观双侧下颌下区是否对称；开口位双侧口底是否对称， 口底下颌下腺导管开口处有无异常分泌物或黏膜红肿、溃疡等。

触：检查者手指紧贴下颌下区皮肤，首先触诊下颌下腺的大小、质地、活动度及有无异常包块和触压痛。进一步对下颌下区进行双合诊。复查以上口外触诊内容， 同时由后向前检查口内下颌下腺导管的质地，有无结石，口外挤压腺体后观察口内导管口分泌情况。注意口内检查时应戴手套。

第二站：口腔基本操作技能和临床基本急救技术

「14 号题」6 月 18 日 第二站：开髓，上牙槽后神经麻醉，量血压，胸外按压，bass 刷牙法。

答; 上牙槽后神经阻滞麻醉

又称上颌结节注射法。本法适用于上颌磨牙的拔除以及相应的颊侧牙龈、黏膜和上颌结节的手术。

1. 口内注射法 患者半张口，上颌平面与地面成 45° 。一般以上颌第二磨牙远中颊侧根部前庭沟作为进针点，对于上颌第二磨牙尚未萌出的儿童，则以第一磨牙的远中颊侧根部的前庭沟作为进针点，在上颌磨牙已缺失的患者，则以颧牙槽嵴部的前庭沟为进针点。注射针与上颌牙的长轴成 40° ，向上后内方刺入，进针时针尖沿着上颌结节弧形表面滑动，深约 $15\sim 16\text{mm}$ ，回抽无血，即可注入麻醉药液 $1.5\sim 2\text{ml}$ 。注意针尖刺入不宜过深，以免刺破上颌结节后方的翼静脉丛，引起血肿。

2. 麻醉区域及效果 除第一磨牙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。注意第一磨牙的颊侧近中根为上牙槽中神经支配，因此在拔除上颌第一磨牙或对其进行治疗时，尚需在第一磨牙近中根颊侧相应部位的移行沟黏膜转折处行浸润麻醉，麻醉效果才能完全。

开髓术

（一）设计入口洞形

磨牙的髓腔入口常规在（牙合）面。

上颌磨牙的标准入口洞形为钝圆的三角形，不在（牙合）面正中央而偏至近中颊尖上。

顶位于腭侧，底边位于颊侧，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。当怀疑近中颊根有 MB2 根管时，需将标准入口的近中边的颊侧部分再向近中稍作扩展，使洞口趋于梯形或四边形。

下颌磨牙的标准入口洞形为钝圆角的梯形，位于（牙合）面近远中向中 $1/3$ ，颊舌向中线颊侧。洞口的近中边稍长，远中边稍短，颊侧洞缘在颊尖的舌斜面上，舌侧洞缘在中央沟处。

（二）进入并穿通髓腔

用带有喷水冷却的涡轮裂钻在磨（牙合）面中央窝钻入，先制备出一个牙本质深洞。操作时以执笔式握持机头，一定要有支点，一般以持钻手的无名指作支点，钻磨时采用点磨的方式，在向深部钻入的同时逐渐向外周扩展，钻针方向始终要与牙长轴平行。通常情况下，穿通髓腔最好选择在高耸的髓角处；如髓室较宽大，可从髓室顶中央穿入，此时会有明显的落空感；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，如上颌磨牙的腭根管口上方和下颌磨牙的远中根管口的上方。

（三）揭净髓室顶

穿通髓腔后，可沿各髓角相连的髓室顶线角将髓室顶完整揭除。操作要领如下：

1

.

用裂钻侧刃水平向切割牙本质或用球钻向外提拉去除髓室顶，不能向根尖方向施压钻磨。

2

.

随时调整钻针的进入方向，保持与牙长轴平行。

3

.

严格控制进钻的深度，可将进入洞内的钻针深度标记后，将带钻机头放到患牙颊面进行比试，以评估已经到达的深度。若已钻磨到预计的髓室底深度时，仍未有明显的穿通髓腔的迹象，应及时检查、调整钻针的角度、方向和穿髓的部位。

（四）修整髓室侧壁，形成便宜形

髓室内牙颈部的牙本质凸起（牙本质领）常会遮挡住根管口，也妨碍根管器械进入根管，去除四壁的牙本质领，形成直线到达各根管口的入路是磨牙髓腔初预备形成入路便宜形的重点内容。颈部牙本质凸起的大小、厚度通常不会超过 4#球钻的大小（直径 1.4mm），因此，可用 4#球钻向外提拉式操作。

（五）定位根管口 经过上述操作，已初步形成了入口洞形，但有时它并不能完全显露根管口，因此，在寻找根管口的过程中，应不断地修整入口洞缘。为了减少磨除健康牙体组织，可在洞缘局部预备出切嵴或凹槽，以帮助相应根管口的定位。

（六）探查、通畅根管，建立根管通路

各根管口的位置确定以后，选用小号 K 锉（10#、15#）自根管口向根管内插入，以探明根管的分布、走向和根管内阻塞物的情况。用于探查根管的小号 K 锉又称作根管通畅锉，使用时应常规在距锉针尖端 1~3mm 处预弯，在向根管深处探入过程中，以<90° 的幅度左右轻轻捻转的手法进入，不要向根尖方向强行施压，也不要连续旋转进入。预弯的器械尖端在

不断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，顺利地到达根尖部，建立起

根管的通路，为根管预备做好准备。在建立根管通路的操作期间，应伴随使用冲洗液和根管润滑剂。

血压测量
被检者在安静环境休息 5~10 分钟，采取坐位或仰卧位，裸露被测上肢，伸直并轻度外展，肘部与心脏相平（坐位平第 4 肋间、卧位平腋中线），袖带气囊中间部分对准肱动脉，紧贴皮肤缚于上臂，袖带下缘在肘窝横纹上 2~3cm。检查者在肘窝上触及肱动脉搏动明显处，将听诊器体件置于此处，但不得与袖带接触。然后向袖带内充气，待肱动脉搏动听诊消失，再将汞柱升高 20~30mmHg，然后，缓慢放气，听到第一声的数值为收缩压，声音消失时的数值为舒张压。应测量两次，以数值较低的一次为准。血压的正常值：上肢收缩压为 90~135mmHg，舒张压为 60~90mmHg。非同日 3 次测量血压达到或超过收缩压 140mmHg 和（或）舒张压 90mmHg 为高血压，小于收缩压 90mmHg 和（或）舒张压 60mmHg 为低血压。

Bass 刷牙法

1. 将刷头置于牙颈部，刷毛指向牙根方向（上颌牙向上，下颌牙向下），刷毛与牙长轴大约成 45° 角，轻微加压，使刷毛部分进入牙龈沟内，部分置于牙龈上。
 2. 从后牙颊侧以 2~3 颗牙为一组开始刷牙，用短距离水平颤动的动作在同一部位数次往返，然后将牙刷向牙冠方向转动，拂刷颊面。刷完第一个部位后，将牙刷移至下一组 2~3 颗牙的位置重新放置，注意与前一个部位保持有重叠的区域，继续刷下一个部位，按顺序刷完上下牙齿的唇（颊）面。
 3. 用同样的方法刷后牙的舌（腭）面。
 4. 刷上前牙舌面时，将刷头竖放在牙面上，使前部刷毛接触龈缘，自上而下拂刷。刷下前牙舌面时，自下而上拂刷。
 5. 刷（牙合）面时，刷毛指向（牙合）面，稍用力作前后来回刷。
- 胸外心脏按压
判断患者神志突然消失，观察患者胸廓无呼吸起伏动作，口鼻亦无气息吐出，颈动脉搏动消失，
判断其呼吸心跳停止，呼叫同事抢救的同时，置患者于平卧位，躺在硬板床或地上，去枕，解开

衣扣，松解腰带。术者站立或跪在患者身体右侧。术者两只手掌根重叠置于患者胸骨中下 1/3 交

界处。肘关节伸直，借助身体之重力向患者脊柱方向按压。按压应使胸骨下陷至少 5cm 后，突然放松。按压应使成人及儿童胸骨下陷至少 5cm 或胸部前后径的 1/3 后，突然放松。按压频率 100 次/分钟。单人抢救时，每按压 30 次，俯下作口对口人工呼吸 2 次

(30:2)。按压 5 个循环周期(约 2 分钟)对患者作一次判断，包括触摸颈动脉(不超过 5 秒)与观察自主呼吸的恢复(3~5 秒)。

【27 号题】6 月 19 日 第二站：牙术，龈上洁治术，bass 刷牙法。 答：牙拔除术 1. 操作中的动作应轻柔、敏捷，时时与患者交流，处处体现爱伤观念。

2. 体位

(1) 患者体位：拔除上牙时，患者上颌咬合平面与地面成 45° 角，其高度应在医生的肩关节和肘关节之间。但在行腭前神经传导阻滞时，上颌咬合平面应与地面成 60° 角。拔除下牙时，患者下颌咬合平面与地面平行，其高度应在医生肘关节以下。

(2) 医生体位：医生一般应站在患者的右前方，平稳站立，全身放松。在拔除下颌前牙时，医生可以站在患者的右后方，便于操作。

3. 认真检查患者或根据病历核对患牙，判断该牙拔除的必要性或适应证。仔细询问患者全身病史，除外拔牙禁忌证，并根据询问的情况选择恰当的麻醉药物。

4. 牙拔除术的要求

(1) 麻醉：正确选择适当的麻醉方法。

(2) 牙拔除术操作：①选择正确的手术器械；②核对牙位；③消毒术区，清除大块牙石，并检查麻醉效果；④分离牙龈：使用牙龈分离器，正确使用分离器的工作面，应该有支点；⑤安置牙钳：放置牙钳时，钳喙长轴应与所拔除牙之长轴平行，钳喙应充分向根方伸展，夹紧患牙；⑥牙脱位：根据所拔牙的牙根解剖特点，分别使用扭转、摇动和牵拉的力量或三者之间的组合，使患牙脱位；⑦妥善处理拔牙创，完善术后医嘱。

龈上洁治术

调整体位：医生位于患者右前方或右后方，洁治上颌时，颌平面与地面呈 45 度，洁治下颌牙时，颌平面与地平面平行

。器械的选择用于前牙者：有直角形洁治器、大镰刀形洁

治器。用于后牙者：弯镰刀形洁治器。改良握笔法。支点稳固以中指与无名指贴紧一起共同作支点，或以中指作支点。将洁治器尖端 1~2mm 的工作刃紧贴牙面，放入牙石的根方，洁治器面与牙面角度以 70°~80° 左右为宜。肘、腕部用力，提拉式以支点为中心，力传至器械，去除牙石。用探针检查牙石是否去除干净，牙龈有无受损，用力方向向冠方邻面和颊、舌水平方向，洁治后，用 3%的过氧化氢溶液冲洗或擦洗治疗区、漱口。

Bass 刷牙法 1. 将刷头置于牙颈部，刷毛指向牙根方向(上颌牙向上，下颌牙向下)，刷毛与牙长

轴大约成 45° 角，轻微加压，使刷毛部分进入牙龈沟内，部分置于牙龈上。

2

从后牙颊侧以 2~3 颗牙为一组开始刷牙，用短距离水平颤动的动作在同一部位数次往返，然后将牙刷向牙冠方向转动，拂刷颊面。刷完第一个部位后，将牙刷移至下一组 2~3 颗牙的位

置重新放置，注意与前一个部位保持有重叠的区域，继续刷下一个部位，按顺序刷完上下牙齿的唇(颊)面。

3

. 用同样的方法刷后牙的舌（腭）面。

4

. 刷上前牙舌面时，将刷头竖放在牙面上，使前部刷毛接触龈缘，自上而下拂刷。刷下前牙舌面时，自下而上拂刷。

5

. 刷（牙合）面时，刷毛指向（牙合）面，稍用力作前后来回刷。

「35 号题」6 月 17 日 第二站：缝合，印模，刷牙，吸氧，量血压。

答：牙列印模制取 一、术前准备

（一）调整体位

患者坐靠在治疗椅上，头部枕在头托上，通过调整治疗椅靠背与头托的倾斜角度，使患者要制取印模的上颌或下颌牙列的（牙合）平面与水平面平行。取印模时术者可站或坐于患者的右前方或右后方。根据取印模时术者取站姿或坐姿，调整治疗椅的高度，使牙列（牙合）平面

稍高于术者的肘部，便于术者操作。取印模过程中应保持患者身体及头部位置稳定、舒适。

（二）医嘱

取印模前术者应与患者进行必要的交流，告知患者取印模的操作过程及可能出现恶心等不适。让患者放松，不要紧张，在取印模过程中保持身体和头部位置稳定。指导患者练习在取印模时所需做的印模边缘整塑动作。

（三）选择印模托盘

根据患者牙弓的形态、长度、宽度和高度，选择合适大小的成品牙列印模托盘。将托盘置于患者口内，检查托盘的适合情况。托盘与牙弓及牙槽骨唇颊舌侧之间有 3~4mm 间隙，以容纳印模材料。上颌托盘的远中边缘应盖过上颌结节和颤动线，下颌托盘后缘应盖过磨牙后垫区。托盘的唇颊舌侧翼缘应距唇颊侧前庭沟及舌侧口底黏膜反折处约 2mm，避开唇颊舌系带，不妨碍唇、颊和舌的活动。必要时可对托盘进行适当的修改。试托盘时让患者练习抬舌和伸舌等边缘整塑动作。

二、制取印模

（一）印模材调拌与托盘就位

牙列印模通常采用藻酸盐印模材。按照藻酸盐印模材的粉水比例要求，调拌印模材并置于印模托盘内，术者左手持口镜牵开患者口角，右手持托盘，快速旋转放入患者口内并使托盘就位。

（二）印模边缘功能整塑

托盘在口内完全就位后，在印模材凝固前完成印模边缘功能整塑动作。取上颌印模时，轻轻牵拉患者上唇向下，左右颊部向下前内，完成唇颊侧边缘整塑。取下颌印模时，轻轻牵拉下唇向上，左右颊部向上前内，完成唇颊侧边缘整塑。让患者抬舌和伸舌并轻轻左右移动，完成口

底边缘整塑。在整塑过程中保持托盘位置稳定，避免移动，直至印模材完全凝固。

（三）印模取出

印模材完全凝固后，轻轻翘动托盘，使印模脱位，然后旋转托盘从口内取出。

印模从口内取出后检查印模质量。牙列印模应取得牙列及周围组织的完整形态，印模表面及边缘完整，无缺损和气泡，表面光滑、清晰，无变形或脱模现象。

三、易出现的问题和注意事项

印模制取过程中术者应充分体现爱伤意识，通过良好沟通，尽量消除患者紧张情绪。动作轻柔，体位正确，避免过多的印模材流到咽部，刺激咽部导致患者恶心。托盘就位时避免托盘压

迫、损伤口腔组织。印模才凝固过程中，保持托盘稳定。印模取出时应避免使用暴力，避免过度翘动

托盘，以免托盘和印模变形，或印模材脱模，避免托盘磕碰对颌牙或损伤软组织。保证患者舒适和

印模质量。 口内缝合术

戴无菌手套，消毒，进针将两侧相邻创面的边缘向中线拉拢，缝针先从游离侧进入，距创缘 2~3mm 处垂直进针，刺入黏膜直达黏膜下组织，再穿过较为固定的另一侧，将两侧瓣的位置对准后，准备打结固定。缝针进入两侧瓣组织离创缘的距离应相等。拉拢时动作应轻柔，不

可用力过大，避免将组织撕裂。每针间距 3~5mm。缝合舌组织时，由于组织易撕裂，进针点

距创缘 4~5mm。打结法分为器械打结及手打结 2 种。一般来说，组织内结扎线头所留长度一般为 1mm 左右，口内线头至少余留 5mm 以上。线头过短的线易于滑脱，而线头过长，则会导致组织对线头的异物反应。

血压测量

被检者在安静环境休息 5~10 分钟，采取坐位或仰卧位，裸露被测上肢，伸直并轻度外展，肘部与心脏相平（坐位平第 4 肋间、卧位平腋中线），袖带气囊中间部分对准肱动脉，紧贴皮肤缚于上臂，袖带下缘在肘窝横纹上 2~3cm。检查者在肘窝上触及肱动脉搏动明显处，将听诊器体件置于此处，但不得与袖带接触。然后向袖带内充气，待肱动脉搏动听诊消失，再将汞柱升高 20~30mmHg，然后，缓慢放气，听到第一声的数值为收缩压，声音消失时的数值为舒张压。应测量两次，以数值较低的一次为准。血压的正常值：上肢收缩压为 90~135mmHg，舒张压为 60~90mmHg。非同日 3 次测量血压达到或超过收缩压 140mmHg 和（或）舒张压 90mmHg 为高血压，小于收缩压 90mmHg 和（或）舒张压 60mmHg 为低血压。

Bass 刷牙法

1. 将刷头置于牙颈部，刷毛指向牙根方向（上颌牙向上，下颌牙向下），刷毛与牙长轴大约成 45° 角，轻微加压，使刷毛部分进入牙龈沟内，部分置于牙龈上。
2. 从后牙颊侧以 2~3 颗牙为一组开始刷牙，用短距离水平颤动的动作在同一部位数次往返，然后将牙刷向牙冠方向转动，拂刷颊面。刷完第一个部位后，将牙刷移至下一组 2~3 颗牙的位置重新放置，注意与前一个部位保持有重叠的区域，继续刷下一个部位，按顺序刷完上下牙齿的唇（颊）面。
3. 用同样的方法刷后牙的舌（腭）面。
4. 刷上前牙舌面时，将刷头竖放在牙面上，使前部刷毛接触龈缘，自上而下拂刷。刷下前牙舌面时，自下而上拂刷。
5. 刷（牙合）面时，刷毛指向（牙合）面，稍用力作前后来回刷。 吸氧术

适应证，物品准备。操作者洗手，将所用物品携至床旁，核对患者，向患者解释操作目的，取得患者同意，戴口罩，协助患者取舒适卧位。用手电筒检查患者鼻腔，用湿棉签清洁两侧鼻孔，安装氧气表并检查是否漏气，连接吸氧管，调节氧流量，润滑吸氧管并检查是否通畅，将吸氧管

轻轻插入两侧鼻孔内并妥善固定。记录给氧时间、氧流量，并向患者及家属交代注意事项。清洁患者

面部及整理床位。

【39 号题】 6 月 17 日 第二站：测血压，吸氧术，巴士刷牙，窝沟封闭，前牙拔出除术。

血压测量

被检者在安静环境休息 5~10 分钟，采取坐位或仰卧位，裸露被测上肢，伸直并轻度外展，肘部与心脏相平（坐位平第 4 肋间、卧位平腋中线），袖带气囊中间部分对准肱动脉，紧贴皮肤缚于上臂，袖带下缘在肘窝横纹上 2~3cm。检查者在肘窝上触及肱动脉搏动明显处，将听诊器

听诊器置于此处，但不得与袖带接触。然后向袖带内充气，待肱动脉搏动听诊消失，再将汞柱升高

20~30mmHg，然后，缓慢放气，听到第一声的数值为收缩压，声音消失时的数值为舒张压。应测量两次，以数值较低的一次为准。血压的正常值：上肢收缩压为 90~135mmHg，舒张压为 60~90mmHg。非同日 3 次测量血压达到或超过收缩压 140mmHg 和（或）舒张压

90mmHg 为高血压，小

于收缩压 90mmHg 和（或）舒张压 60mmHg 为低血压。吸氧术

适应证，物品准备。操作者洗手，将所用物品携至床旁，核对患者，向患者解释操作目的，取得患者同意，戴口罩，协助患者取舒适卧位。用手电筒检查患者鼻腔，用湿棉签清洁两侧鼻孔，

安装氧气表并检查是否漏气，连接吸氧管，调节氧流量，润滑吸氧管并检查是否通畅，将吸氧管

轻轻插入两侧鼻孔内并妥善固定。记录给氧时间、氧流量，并向患者及家属交代注意事项。

清洁

患者面部及整理床位。 Bass 刷牙法

1. 将刷头置于牙颈部，刷毛指向牙根方向（上颌牙向上，下颌牙向下），刷毛与牙长轴大约成 45° 角，轻微加压，使刷毛部分进入牙龈沟内，部分置于牙龈上。

2. 从后牙颊侧以 2~3 颗牙为一组开始刷牙，用短距离水平颤动的动作在同一部位数次往返，然后将牙刷向牙冠方向转动，拂刷颊面。刷完第一个部位后，将牙刷移至下一组 2~3 颗牙

的位置重新放置，注意与前一个部位保持有重叠的区域，继续刷下一个部位，按顺序刷完上下牙齿的

唇（颊）面。

3. 用同样的方法刷后牙的舌（腭）面。

4. 刷上前牙舌面时，将刷头竖放在牙面上，使前部刷毛接触龈缘，自上而下拂刷。刷下前牙舌面时，自下而上拂刷。

5. 刷（牙合）面时，刷毛指向（牙合）面，稍用力作前后来回刷。窝沟封闭术

物品准备

实施窝沟封闭前需做好物品准备，包括综合治疗椅、三用枪、低速手机、吸唾器、光固化灯、口

镜、探针、镊子、小毛刷、棉卷、酸蚀剂、封闭剂等。

操作步骤

1. 清洁牙面 酸蚀与封闭前首先应对牙面，特别是窝沟作彻底清洁，方法是在低速手机上装好锥形小毛刷或橡皮杯，蘸上适量清洁剂刷洗牙面（也可采用干刷）。清洁剂可以用浮石粉

或不含氟牙膏，但不能使用含有油质的清洁剂或过细磨料。彻底冲洗牙面后应冲洗漱口，去除清

洁剂，再用尖锐探针清除窝沟中残余的清洁剂。

2. 酸蚀 清洁牙面后即用棉纱球隔湿，将牙面吹干后用细毛刷、小棉球或小海绵块蘸适

量酸蚀剂放在将要被封闭的牙面上。酸蚀剂可为磷酸液或含磷酸的凝胶，酸蚀面积应为接受封闭

的范围，一般为牙尖斜面 2/3。恒牙酸蚀 20~30 秒，乳牙酸蚀 60 秒。

3. 冲洗和干燥 用蒸馏水彻底冲洗酸蚀后的牙面，通常用水枪或注射器加压冲洗牙面 10~15 秒，边冲洗边用排唾器吸干，去除牙釉质表面的酸蚀剂和反应产物。如用含磷酸的凝胶酸蚀，冲洗时间应加倍。冲洗后立即更换干棉卷隔湿，随后用无油无水的压缩空气吹干牙面约 15 秒。

4. 涂布封闭剂 用细刷笔、小海绵或制造厂家的专用供应器，将光固化封闭材料涂布在已酸蚀的牙面上并覆盖全部酸蚀面，涂布过程中注意使封闭剂渗入窝沟，排出窝沟内的空气。

5. 固化 涂布光固封闭剂后，立即用可见光源照射。照射距离约离牙尖 1mm，照射时间要根据采用的产品类型与可见光源性能决定，一般为 20~40 秒。照射的部位要大于封闭剂涂布的部位。

6. 检查 在封闭剂固化后，术者应用探针进行全面检查，了解固化程度、粘结情况、有无气泡存在，寻找遗漏或未封闭的窝沟，观察有无过多封闭材料和是否需要去除，如发现问题及时处理。

成功的标准

窝沟封闭成功的标准是所有窝沟包括上颌牙的腭沟和下颌牙的颊沟均已进行封闭；封闭材料固化完全并牢固附着在窝沟表面；封闭剂厚薄适中、无气泡。

牙齿拔除术：

（一）上颌前牙拔除

1. 麻醉 一般选用拔除牙的唇腭侧局部浸润麻醉。

2. 方法 根据所拔牙的牙根解剖特点，上颌切牙、侧切牙拔除时，应先作扭转动作，一定程度松动后再作直线牵引；上颌尖牙拔除时，应先唇侧摇动，结合扭转但幅度要小，最后向唇

侧切端牵引拔出。 下颌前牙拔除

1. 麻醉 选用拔除牙的唇舌侧局部浸润麻醉。

2. 方法 拔除下颌切牙和侧切牙时，先充分摇动，再向唇侧上方牵引，不宜使用扭转。

下颌尖牙拔除时，应反复向唇舌侧摇动，并配合小幅度的扭转，最后向上、向唇侧牵引拔除。

「53 号题」6 月 17 日 第二站：金属全冠预备、脓肿切开引流术，胸外按压。

答：磨牙铸造金属全冠的牙体预备 体位，器械选择，（牙合）面、颊舌面定位指示沟预备，以及颊、舌、邻面预备和颈部

肩台修整时使用 TR-13，（牙合）面预备使用 TF-22，邻面打开接触点时使用 TR-11。

预备顺序首先预备（牙合）面，然后预备颊舌轴面，再打开邻面接触点，进行邻面预备，最后精修完成。（牙合）面预备的要求是保证与对（牙合）（牙合）面间有 1mm 的预备间隙。轴面预备的要求是去除轴面倒凹形成 2°~5° 的轴面聚合角度，边缘位于龈上 0.5mm，形成 0.5mm 宽圆角肩台。颊舌面预备向（牙合）方聚合角度为 2°~5°，边缘形成 0.5mm 宽连续圆角肩台。邻面预备保持 2°~5° 的轴面聚合度，形成与颊舌面连续的 0.5mm 宽圆角龈上肩台。精修。

急性根尖周脓肿切开引流术 操作步骤

1. 体位 调整患者椅位，张口时下颌牙平面与地平面平行。下颌与术者的肘关节在 同一高度或下颌更低。

2. 适应证和临床检查检查 患者口腔，确定患牙和牙槽脓肿部位；确定切开的适应证，即局部疼痛加重，呈搏动性跳痛；炎性肿胀明显，表面黏膜紧张、发红；触诊有明显压痛点、波动感，呈凹陷性水肿，穿刺有脓液抽出者。

3. 麻醉 可以采用阻滞麻醉或表面麻醉。脓肿如已形成脓头，即将破溃，可以用 2% 地卡因进行表面麻醉。

4. 消毒 应用 1%碘酊进行切开部位的消毒。

5. 切开 采用尖刀片在脓肿膨隆最低处，切开脓肿，切口方向与前庭沟平行，直达骨面，可见脓液流出。

6. 冲洗 应用安装冲洗针头注射器，用生理盐水顺切口冲洗脓腔，直至脓液冲洗干净。

7. 放置引流 将橡皮引流片放入切口，嘱患者第二天复诊。

8. 辅助治疗 治疗患牙，必要时抗生素治疗。

三、注意事项

1. 整个操作过程动作轻柔，避免患者不适。

2. 避免损伤神经和血管。

3. 切口位置应位于脓肿最低处或即将破溃处。

胸外心脏按压

判断患者神志突然消失，观察患者胸廓无呼吸起伏动作，口鼻亦无气息吐出，颈动脉搏动消失，

判断其呼吸心跳停止，呼叫同事抢救的同时，置患者于平卧位，躺在硬板床或地上，去枕，解开

衣扣，松解腰带。术者站立或跪在患者身体右侧。术者两只手掌根重叠置于患者胸

骨中下 1/3 交

界处。肘关节伸直，借助身体之重力向患者脊柱方向按压。按压应使胸骨下陷至少 5cm

后，突然放松。按压应使成人及儿童胸骨下陷至少 5cm 或胸部前后径的 1/3 后，突然放松。

按压频率 100 次/分钟。单人抢救时，每按压 30 次，俯下作口对口人工

呼吸 2 次

（30:2）。按压 5 个循环周期（约 2 分钟）对患者作一次判断，包括触摸颈动脉（不超过 5 秒）与观察自主呼吸的恢复（3~5 秒）。

「74 号题」6 月 18 日 第二站：口述 bass 刷牙，量血压，人工呼吸，离体磨牙二类洞。

Bass 刷牙法

1. 将刷头置于牙颈部，刷毛指向牙根方向（上颌牙向上，下颌牙向下），刷毛与牙长轴大约成 45° 角，轻微加压，使刷毛部分进入牙龈沟内，部分置于牙龈上。

2. 从后牙颊侧以 2~3 颗牙为一组开始刷牙，用短距离水平颤动的动作在同一部位数次往返，然后将牙刷向牙冠方向转动，拂刷颊面。刷完第一个部位后，将牙刷移至下一组 2~3 颗牙的位置重新放置，注意与前一个部位保持有重叠的区域，继续刷下一个部位，按顺序刷完上下牙齿的唇（颊）面。

3. 用同样的方法刷后牙的舌（腭）面。

4. 刷上前牙舌面时，将刷头竖放在牙面上，使前部刷毛接触龈缘，自上而下拂刷。刷下前牙舌面时，自下而上拂刷。

5. 刷（牙合）面时，刷毛指向（牙合）面，稍用力作前后来回刷。

人工呼吸

患者仰卧，术者位于患者右侧，观察患者胸廓无呼吸起伏动作，口鼻亦无气息吐出，颈动脉搏动消失，判断其呼吸心跳停止，迅速松开其颌口和腰带、并抽去枕头，用纱布清除患者口鼻分泌物及异物，保持呼吸道通畅。一手抬起患者颈部，使其头部后仰，另一手压迫患者前额保持其头部后仰位置，使患者下颌和耳垂连线与床面垂直；一手将患者的下颌向上提起，另一手以拇指和示指捏紧患者的鼻孔。术者深吸气后，将口唇紧贴患者

口唇，把患

者嘴完全包住，深而快地向患者口内吹气，时间应持续 1 秒以上即可，直至患者胸廓向上抬起。此时，立刻脱离接触，面向患者胸部再吸空气，以便再行下次人工呼吸。与此同时，使患者的口张开，并松开捏鼻的手指，观察胸部向下恢复原状，并有气体从患者口中排出。然后再进行第二次人工呼吸。开始时先迅速连续吹入 3~4 次，然后吹气频率维持在每分钟 12~20 次，吹气量每次 500~600ml。

血压测量

被检者在安静环境休息 5~10 分钟，采取坐位或仰卧位，裸露被测上肢，伸直并轻度外展，肘部与心脏相平（坐位平第 4 肋间、卧位平腋中线），袖带气囊中间部分对准肱动脉，紧贴皮肤缚于上臂，袖带下缘在肘窝横纹上 2~3cm。检查者在肘窝上触及肱动脉搏动明显处，将听诊器体件置于此处，但不得与袖带接触。然后向袖带内充气，待肱动脉搏动听诊消失，再将汞柱升高 20~30mmHg，然后，缓慢放气，听到第一声的数值为收缩压，声音消失时的数值为舒张压。应测量两次，以数值较低的一次为准。血压的正常值：上肢收缩压为 90~135mmHg，舒张压为 60~90mmHg。非同日 3 次测量血压达到或超过收缩压 140mmHg 和（或）舒张压 90mmHg 为高血压，小于收缩压 90mmHg 和（或）舒张压 60mmHg 为低血压。

G. V. Black II 类洞制备术

常用器械。邻面洞制备：龈壁位置定在釉牙骨质界（牙合）方 0.5~1mm 处，龈壁平直，深度 1.5mm（即釉牙本质界内 0.5mm）；轴壁与牙长轴平行，与牙邻面弧度一致；邻面洞外形为略向（牙合）面聚拢的梯形。（牙合）面洞制备：鸠尾峡部应放在颊舌两牙尖之间，在轴髓线角的靠近牙齿中线一侧，宽度为邻面边缘嵴处洞口宽度的 1/2 或 2/3；鸠尾膨大的尾部放在（牙合）面窝内，于峡部两侧均匀对称膨出，宽于鸠尾峡即可，不要做的比邻面边缘嵴处洞口还宽，尾梢处的洞壁应与斜嵴或边缘嵴平行。修整检查洞形。

「100 号题」6 月 17 日 第二站：印模，刷牙，缝合，量血压，人工呼吸。

答：牙列印模制取 一、术前准备

（一）调整体位

患者坐靠在治疗椅上，头部枕在头托上，通过调整治疗椅靠背与头托的倾斜角度，使患者要制取印模的上颌或下颌牙列的（牙合）平面与水平面平行。取印模时术者可站或坐于患者的右前方或右后方。根据取印模时术者取站姿或坐姿，调整治疗椅的高度，使牙列（牙合）平面

稍高于术者的肘部，便于术者操作。取印模过程中应保持患者身体及头部位置稳定、舒适。

（二）医嘱

取印模前术者应与患者进行必要的交流，告知患者取印模的操作过程及可能出现恶心等不适。让患者放松，不要紧张，在取印模过程中保持身体和头部位置稳定。指导患者练习在取印模

时所需做的印模边缘整塑动作。

（三）选择印模托盘

根据患者牙弓的形态、长度、宽度和高度，选择合适大小的成品牙列印模托盘。将托盘置于患者口内，检查托盘的适合情况。托盘与牙弓及牙槽骨唇颊舌侧之间有 3~4mm 间隙，以容纳印模材料。上颌托盘的远中边缘应盖过上颌结节和颤动线，下颌托盘后缘应盖过磨牙后垫区。托盘的唇颊舌侧翼缘应距唇颊侧前庭沟及舌侧口底黏膜反折处约 2mm，避开唇颊舌系带，不妨碍唇、颊和舌的活动。必要时可对托盘进行适当的修改。试托盘时让患者练习抬

舌和伸舌等边缘整塑动作。 二、制取印模

（一）印模材调拌与托盘就位

牙列印模通常采用藻酸盐印模材。按照藻酸盐印模材的粉水比例要求，调拌印模材并置于印模托盘内，术者左手持口镜牵开患者口角，右手持托盘，快速旋转放入患者口内并使托盘就位。

（二）印模边缘功能整塑

托盘在口内完全就位后，在印模材凝固前完成印模边缘功能整塑动作。取上颌印模时，轻轻牵拉患者上唇向下，左右颊部向下前内，完成唇颊侧边缘整塑。取下颌印模时，轻轻牵拉下唇向上，左右颊部向上前内，完成唇颊侧边缘整塑。让患者抬舌和伸舌并轻轻左右移动，完成口

底边缘整塑。在整塑过程中保持托盘位置稳定，避免移动，直至印模材完全凝固。

（三）印模取出

印模材完全凝固后，轻轻翘动托盘，使印模脱位，然后旋转托盘从口内取出。

印模从口内取出后检查印模质量。牙列印模应取得牙列及周围组织的完整形态，印模表面及边缘完整，无缺损和气泡，表面光滑、清晰，无变形或脱模现象。

三、易出现的问题和注意事项

印模制取过程中术者应充分体现爱伤意识，通过良好沟通，尽量消除患者紧张情绪。动作轻柔，体位正确，避免过多的印模材流到咽部，刺激咽部导致患者恶心。托盘就位时避免托盘压迫、损伤口腔组织。印模才凝固过程中，保持托盘稳定。印模取出时应避免使用暴力，避免过度翘动托盘，以免托盘和印模变形，或印模材脱模，避免托盘磕碰对颌牙或损伤软组织。保证患者舒适和印模质量。

血压测量
被检者在安静环境休息 5~10 分钟，采取坐位或仰卧位，裸露被测上肢，伸直并轻度外展，肘部与心脏相平（坐位平第 4 肋间、卧位平腋中线），袖带气囊中间部分对准肱动脉，紧贴皮肤缚于上臂，袖带下缘在肘窝横纹上 2~3cm。检查者在肘窝上触及肱动脉搏动明显处，将听诊器体件置于此处，但不得与袖带接触。然后向袖带内充气，待肱动脉搏动听诊消失，再将汞柱升高 20~30mmHg，然后，缓慢放气，听到第一声的数值为收缩压，声音消失时的数值为舒张压。应测量两次，以数值较低的一次为准。血压的正常值：上肢收缩压为 90~135mmHg，舒张压为 60~90mmHg。非同日 3 次测量血压达到或超过收缩压 140mmHg 和（或）舒张压 90mmHg 为高血压，小于收缩压 90mmHg 和（或）舒张压 60mmHg 为低血压。

口内缝合术

戴无菌手套，消毒，进针将两侧相邻创面的边缘向中线拉拢，缝针先从游离侧进入，距创缘 2~3mm 处垂直进针，刺入黏膜直达黏膜下组织，再穿过较为固定的另一侧，将两侧瓣的位置对准后，准备打结固定。缝针进入两侧瓣组织离创缘的距离应相等。拉拢时动作应轻柔，不

可用力过大，避免将组织撕裂。每针间距 3~5mm。缝合舌组织时，由于组织易撕裂，进针点

距创缘 4~5mm。打结法分为器械打结及手打结 2 种。一般来说，组织内结扎线头所留长度一般为 1mm 左右，口内线头至少余留 5mm 以上。线头过短的线易于滑脱，而线头过长，则会导致组织对线头的异物反应。

Bass 刷牙法

1. 将刷头置于牙颈部，刷毛指向牙根方向（上颌牙向上，下颌牙向下），刷毛与牙长轴大约成 45° 角，轻微加压，使刷毛部分进入牙龈沟内，部分置于牙龈上。
2. 从后牙颊侧以 2~3 颗牙为一组开始刷牙，用短距离水平颤动的动作在同一部位数次往返，然后将牙刷向牙冠方向转动，拂刷颊面。刷完第一个部位后，将牙刷移至下一组 2~3 颗

牙的位置重新放置，注意与前一个部位保持有重叠的区域，继续刷下一个部位，按顺序 刷完上下牙齿的唇（颊）面。

3. 用同样的方法刷后牙的舌（腭）面。

4. 刷上前牙舌面时，将刷头竖放在牙面上，使前部刷毛接触龈缘，自上而下拂刷。刷 下前牙舌面时，自下而上拂刷。

5. 刷（牙合）面时，刷毛指向（牙合）面，稍用力作前后来回刷。 人工呼吸

患者仰卧，术者位于患者右侧，观察患者胸廓无呼吸起伏动作，口鼻亦无气息吐出，颈动脉搏动消失，判断其呼吸心跳停止，迅速松开其领口和腰带、并抽去枕头，用纱布清除患者口鼻分泌物及异物，保持呼吸道通畅。一手抬起患者颈部，使其头部后仰，另一手压迫患者前额保持其头部

后仰位置，使患者下颌和耳垂连线与床面垂直；一手将患者的下颌向上提起，

另一手以拇指和示指

捏紧患者的鼻孔。术者深吸气后，将口唇紧贴患者口唇，把患者嘴完全

包住，深而快地向患者口内吹气，时间应持续 1 秒以上即可，直至患者胸廓向上抬起。此时，立刻脱离接触，面向患者胸部再吸空气，以便再行下次人工呼吸。与此同时，使患者的口张开，并松开捏鼻的手指，观察胸部向下恢复原状，并有气体从患者口中排出。然后再进行第二次人工呼吸。开始时先迅速连续吹入 3~4 次，然后吹气频率维持在每分钟 12~20 次，吹

气量每次 500~600ml。

「103 号题」6 月 17 日 第二站：刷牙、二类洞、下牙槽麻醉。

答：Bass 刷牙法

1. 将刷头置于牙颈部，刷毛指向牙根方向（上颌牙向上，下颌牙向下），刷毛与牙长轴大约成 45° 角，轻微加压，使刷毛部分进入牙龈沟内，部分置于牙龈上。

2. 从后牙颊侧以 2~3 颗牙为一组开始刷牙，用短距离水平颤动的动作在同一部位数次往返，然后将牙刷向牙冠方向转动，拂刷颊面。刷完第一个部位后，将牙刷移至下一组 2~3 颗牙的位置重新放置，注意与前一个部位保持有重叠的区域，继续刷下一个部位，按顺序 刷完上下牙齿的唇（颊）面。

3. 用同样的方法刷后牙的舌（腭）面。

4. 刷上前牙舌面时，将刷头竖放在牙面上，使前部刷毛接触龈缘，自上而下拂刷。刷 下前牙舌面时，自下而上拂刷。

5. 刷（牙合）面时，刷毛指向（牙合）面，稍用力作前后来回刷。 G. V. Black II 类洞制备术

常用器械。邻面洞制备：龈壁位置定在釉牙骨质界（牙合）方 0.5~1mm 处，龈壁平直，深度 1.5mm（即釉牙本质界内 0.5mm）；轴壁与牙长轴平行，与牙邻面弧度一致；邻面洞外形为略向（牙合）面聚拢的梯形。（牙合）面洞制备：鸠尾峡部应放在颊舌两牙尖之间，在轴

髓线角的靠近牙齿中线一侧，宽度为邻面边缘嵴处洞口宽度的 1/2 或 2/3；鸠尾膨大的尾部放在（牙合）面窝内，于峡部两侧均匀对称膨出，宽于鸠尾峡即可，不要做的比邻面边缘嵴处洞口还宽，尾梢处的洞壁应与斜嵴或边缘嵴平行。修整检查洞形。

下牙槽神经阻滞麻醉亦称翼下颌注射法，适用于下颌牙的拔除以及下颌牙槽外科手术。临床上

下牙槽神经阻滞麻醉常用口内直接注射法。

注射标志 患者大张口时，可见磨牙后方，舌腭弓（前柱）之前，有一索条样黏膜皱襞，即翼下颌皱襞。另在颊部有一由脂肪组织突起形成的三角形颊脂垫，其尖端正居翼下颌韧带中

点而稍偏外处。此二者即为注射的重要标志。

若遇颊脂垫尖不明显或磨牙缺失的患者，可在大张口时，以上下颌牙槽嵴相距的中点线上与翼下颌韧带外侧 3~4mm 的交点，作为注射标志。

注射方法 嘱患者大张口，下牙平面与地面平行，将注射器放在对侧口角，即第一、第二前磨牙之间，与中线成 45°。注射针应高于下颌牙面 1cm 并与之平行。按上述的刺入点标点进针 2.5cm 左右，可达下颌骨骨面的下牙槽神经沟。回抽无血，即可注入麻药 1~1.5ml。约 5 分钟后，患者即感同侧下唇口角麻木、肿胀，探刺无痛。

麻醉区域及效果 同侧下颌骨、下颌牙、牙周膜、前磨牙至中切牙唇（颊）侧牙龈、黏骨膜及下唇部，以下唇麻木为注射成功的主要标志。

「104 号题」6 月 17 日 第二站：开髓，牙槽脓肿切开，全冠预备，洁治，吸氧。

答：开髓术

（一）设计入口洞形

磨牙的髓腔入口常规在（牙合）面。

上颌磨牙的标准入口洞形为钝圆的三角形，不在（牙合）面正中央而偏至近中颊尖上。

顶位于腭侧，底边位于颊侧，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。当怀疑近中颊根有 MB2 根管时，需将标准入口的近中边的颊侧部分再向近中稍作扩展，使洞口趋于梯形或四边形。

下颌磨牙的标准入口洞形为钝圆角的梯形，位于（牙合）面近远中向中 1/3，颊舌向中线颊侧。洞口的近中边稍长，远中边稍短，颊侧洞缘在颊尖的舌斜面上，舌侧洞缘在中央沟处。

（二）进入并穿通髓腔

用带有喷水冷却的涡轮裂钻在磨（牙合）面中央窝钻入，先制备出一个牙本质深洞。操作时以执笔式握持机头，一定要有支点，一般以持钻手的无名指作支点，钻磨时采用点磨的方式，在向深部钻入的同时逐渐向外周扩展，钻针方向始终要与牙长轴平行。通常情况下，穿通髓腔最好选择在高耸的髓角处；如髓室较宽大，可从髓室顶中央穿入，此时会有明显的落空感；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，如上颌磨牙

的腭根管口上方和下颌磨牙的远中根管口的上方。

（三）揭净髓室顶

穿通髓腔后，可沿各髓角相连的髓室顶线角将髓室顶完整揭除。操作要领如下：

1. 用裂钻侧刃水平向切割牙本质或用球钻向外提拉去除髓室顶，不能向根尖方向施压 钻磨。

2

2. 随时调整钻针的进入方向，保持与牙长轴平行。

3

3. 严格控制进钻的深度，可将进入洞内的钻针深度标记后，将带钻机头放到患牙颊面 进行比试，以评估已经到达的深度。若已钻磨到预计的髓室底深度时，仍未有明显的穿通髓腔的迹象，应及时检查、调整钻针的角度、方向和穿髓的部位。

（四）修整髓室侧壁，形成便宜形

髓室内牙颈部的牙本质凸起（牙本质领）常会遮挡住根管口，也妨碍根管器械进入根管，去除四壁的牙本质领，形成直线到达各根管口的入路是磨牙髓腔初预备形成入路便宜形的重点内容。颈部牙本质凸起的大小、厚度通常不会超过 4#球钻的大小（直径 1.4mm），因此，可用 4#球

钻向外提拉式操作。

（五）定位根管口 经过上述操作，已初步形成了入口洞形，但有时它并不能完全显露根管口，因此，在寻找根管口的过程中，应不断地修整入口洞缘。为了减少磨除健康牙体组织，可在洞缘局部预备出切嵴或凹槽，以帮助相应根管口的定位。

（六）探查、通畅根管，建立根管通路

各根管口的位置确定以后，选用小号 K 锉（10#、15#）自根管口向根管内插入，以探明根管的分布、走向和根管内阻塞物的情况。用于探查根管的小号 K 锉又称作根管通畅锉，使用时应常规在距锉针尖端 1~3mm 处预弯，在向根管深处探入过程中，以<90° 的幅度左右轻轻捻转的手法进入，不要向根尖方向强行施压，也不要连续旋转进入。预弯的器械尖端在

不断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，顺利地到达根尖部，建立起

根管的通路，为根管预备做好准备。在建立根管通路的操作期间，应伴随使用冲洗液和根管润滑剂。

急性根尖周脓肿切开引流术 操作步骤

1. 体位 调整患者椅位，张口时下颌牙平面与地平面平行。下颌与术者的肘关节在 同一高度或下颌更低。
2. 适应证和临床检查 检查 患者口腔，确定患牙和牙槽脓肿部位；确定切开的适应 证，即局部疼痛加重，呈搏动性跳痛；炎性肿胀明显，表面黏膜紧张、发红；触诊有明显压 痛点、波动感，呈凹陷性水肿，穿刺有脓液抽出者。
3. 麻醉 可以采用阻滞麻醉或表面麻醉。脓肿如已形成脓头，即将破溃，可以用 2% 地卡因进行表面麻醉。
4. 消毒 应用 1%碘酊进行切开部位的消毒。
5. 切开 采用尖刀片在脓肿膨隆最低处，切开脓肿，切口方向与前庭沟平行，直达 骨面，可见脓液流出。
6. 冲洗 应用安装冲洗针头注射器，用生理盐水顺切口冲洗脓腔，直至脓液冲洗干 净。
7. 放置引流 将橡皮引流片放入切口，嘱患者第二天复诊。
8. 辅助治疗 治疗患牙，必要时抗生素治疗。

三、注意事项

1. 整个操作过程动作轻柔，避免患者不适。
2. 避免损伤神经和血管。
3. 切口位置应位于脓肿最低处或即将破溃处。 磨牙铸造金属全冠的牙体预备体位，器械选择，（牙合）面、颊舌面定位指示沟预备，以及颊、舌、邻面预备和颈部 肩台修整时使用 TR-13，（牙合）面预备使用 TF-22，邻面打开接触点时使用 TR-11。预备顺序首先预备（牙合）面，然后预备颊舌轴面，再打开邻面接触点，进行邻面预备， 最后精修完成。（牙合）面预备的要求是保证与对（牙合）（牙合）面间有 1mm 的预备间隙。轴面预备的要求是去除轴面倒凹形成 2° ~5° 的轴面聚合角度，边缘位于龈上 0.5mm， 形成 0.5mm 宽圆角肩台。颊舌面预备向（牙合）方聚合角度为 2° ~5°， 边缘形成 0.5mm 宽连续圆角肩台。邻面预备保持 2° ~5° 的轴面聚合度，形成与颊舌面连续的 0.5mm 宽圆角龈上肩台。精修。

龈上洁治术

调整体位：医生位于患者右前方或右后方，洁治上颌时，颌平面与地面呈 45 度，洁治下颌牙

时，颌平面与地平面平行。器械的选择用于前牙者：有直角形洁治器、大镰刀形洁治器。用于后

牙者：弯镰刀形洁治器。改良握笔法。支点稳固以中指与无名指贴紧一起共同作支点，或以中指作支

点。将洁治器尖端 1~2mm 的工作刃紧贴牙面，放入牙石的根方，洁治器面与

牙面角度以 70°~80° 左右为宜。肘、腕部用力，提拉式以支点为中心，力传至器械，去除牙石。用探针检查牙石是否去除干净，牙龈有无受损，用力方向向冠方邻面和颊、舌水平方向，洁

治后，用 3% 的过氧化氢溶液冲洗或擦洗治疗区、漱口。

吸氧术

适应证，物品准备。操作者洗手，将所用物品携至床旁，核对患者，向患者解释操作目的，取得患者同意，戴口罩，协助患者取舒适卧位。用手电筒检查患者鼻腔，用湿棉签清洁两侧鼻孔，安装氧气表并检查是否漏气，连接吸氧管，调节氧流量，润滑吸氧管并检查是否通畅，将吸氧管

轻轻插入两侧鼻孔内并妥善固定。记录给氧时间、氧流量，并向患者及家属交代注意事项。清洁患者

面部及整理床位。

「112 号题」6 月 18 日 第二站：印模制取，下牙槽麻醉，吸氧术，量血压，bass 刷牙法。

答：下牙槽神经阻滞麻醉亦称翼下颌注射法，适用于下颌牙的拔除以及下颌牙槽外科手术。临床上上下牙槽神经阻滞麻醉常用口内直接注射法。

注射标志 患者大张口时，可见磨牙后方，舌腭弓（前柱）之前，有一索条样黏膜皱襞，即翼下颌皱襞。另在颊部有一由脂肪组织突起形成的三角形颊脂垫，其尖端正居翼下颌韧带中点而稍偏外处。此二者即为注射的重要标志。

若遇颊脂垫尖不明显或磨牙缺失的患者，可在大张口时，以上下颌牙槽嵴相距的中点线上与翼下颌韧带外侧 3~4mm 的交点，作为注射标志。

注射方法 嘱患者大张口，下牙平面与地面平行，将注射器放在对侧口角，即第一、第二前磨牙之间，与中线成 45°。注射针应高于下牙面 1cm 并与之平行。按上述的刺入点标点进针 2.5cm 左右，可达下颌骨骨面的下牙槽神经沟。回抽无血，即可注入麻药 1~1.5ml。约 5 分钟后，患者即感同侧下唇口角麻木、肿胀，探刺无痛。

麻醉区域及效果

同侧下颌骨、下颌牙、牙周膜、前磨牙至中切牙唇（颊）侧牙

龈、黏骨膜及下唇部，以下唇麻木为注射成功的主要标志。牙列印模制取

一、术前准备

（一）调整体位

患者坐靠在治疗椅上，头部枕在头托上，通过调整治疗椅靠背与头托的倾斜角度，使患者要制取印模的上颌或下颌牙列的（牙合）平面与水平面平行。取印模时术者可站或坐于患者的右前方或右后方。根据取印模时术者取站姿或坐姿，调整治疗椅的高度，使牙列（牙合）平面

稍高于术者的肘部，便于术者操作。取印模过程中应保持患者身体及头部位置稳定、舒适。

（二）医嘱

取印模前术者应与患者进行必要的交流，告知患者取印模的操作过程及可能出现恶心等不适。让患者放松，不要紧张，在取印模过程中保持身体和头部位置稳定。指导患者练习在取印模

时所需做的印模边缘整塑动作。

（三）选择印模托盘

根据患者牙弓的形态、长度、宽度和高度，选择合适大小的成品牙列印模托盘。将托盘置于患者口内，检查托盘的适合情况。托盘与牙弓及牙槽骨唇颊舌侧之间有 3~4mm 间隙，以容纳印模材料。上颌托盘的远中边缘应盖过上颌结节和颤动线，下颌托盘后缘应盖过磨牙后垫区。托盘的唇颊舌侧翼缘应距唇颊侧前庭沟及舌侧口底黏膜反折处约 2mm，避开唇颊舌系带，不妨碍唇、颊和舌的活动。必要时可对托盘进行适当的修改。试托盘时让患者练习抬舌和伸舌等边缘整塑动作。

二、制取印模

（一）印模材调拌与托盘就位

牙列印模通常采用藻酸盐印模材。按照藻酸盐印模材的粉水比例要求，调拌印模材并置于印模托盘内，术者左手持口镜牵开患者口角，右手持托盘，快速旋转放入患者口内并使托盘就位。

（二）印模边缘功能整塑

托盘在口内完全就位后，在印模材凝固前完成印模边缘功能整塑动作。取上颌印模时，轻轻牵拉患者上唇向下，左右颊部向下前内，完成唇颊侧边缘整塑。取下颌印模时，轻轻牵拉下唇向上，左右颊部向上前内，完成唇颊侧边缘整塑。让患者抬舌和伸舌并轻轻左右移动，完成口底边缘整塑。在整塑过程中保持托盘位置稳定，避免移动，直至印模材完全凝固。

（三）印模取出

印模材完全凝固后，轻轻翘动托盘，使印模脱位，然后旋转托盘从口内取出。

印模从口内取出后检查印模质量。牙列印模应取得牙列及周围组织的完整形态，印模表面及边缘完整，无缺损和气泡，表面光滑、清晰，无变形或脱模现象。

三、易出现的问题和注意事项

印模制取过程中术者应充分体现爱伤意识，通过良好沟通，尽量消除患者紧张情绪。动作轻柔，体位正确，避免过多的印模材流到咽部，刺激咽部导致患者恶心。托盘就位时避免托盘压迫、损伤口腔组织。印模才凝固过程中，保持托盘稳定。印模取出时应避免使用暴力，避免过度翘动

托盘，以免托盘和印模变形，或印模材脱模，避免托盘磕碰对颌牙或损伤软组织。保证患者舒适和印模质量。

血压测量

血压测量

被检者在安静环境休息 5~10 分钟，采取坐位或仰卧位，裸露被测上肢，伸直并轻度外展，肘部与心脏平齐（坐位平第 4 肋间、卧位平腋中线），袖带气囊中间部分对准肱动脉，紧贴皮肤缚于上臂，袖带下缘在肘窝横纹上 2~3cm。检查者在肘窝上触及肱动脉搏动明显处，将听诊器体件置于此处，但不得与袖带接触。然后向袖带内充气，待肱动脉搏动听诊消失，再将汞柱升高 20~30mmHg，然后，缓慢放气，听到第一声的数值为收缩压，声音消失时的数值为舒张压。应测量两次，以数值较低的一次为准。血压的正常值：上肢收缩压为 90~135mmHg，舒张压为 60~90mmHg。非同日 3 次测量血压达到或超过收缩压 140mmHg 和（或）舒张压 90mmHg 为高血压，小于收缩压 90mmHg 和（或）舒张压 60mmHg 为低血压。

Bass 刷牙法

1. 将刷头置于牙颈部，刷毛指向牙根方向（上颌牙向上，下颌牙向下），刷毛与牙长轴大约成 45° 角，轻微加压，使刷毛部分进入牙龈沟内，部分置于牙龈上。
2. 从后牙颊侧以 2~3 颗牙为一组开始刷牙，用短距离水平颤动的动作在同一部位数次往返，然后将牙刷向牙冠方向转动，拂刷颊面。刷完第一个部位后，将牙刷移至下一组 2~3 颗牙的位置重新放置，注意与前一个部位保持有重叠的区域，继续刷下一个部位，按顺序刷完上

下牙齿的唇（颊）面。

3. 用同样的方法刷后牙的舌（腭）面。

4. 刷上前牙舌面时，将刷头竖放在牙面上，使前部刷毛接触龈缘，自上而下拂刷。刷下前牙舌面时，自下而上拂刷。

适应证，物品准备。操作者洗手，将所用物品携至床旁，核对患者，向患者解释操作目的，取得患者同意，戴口罩，协助患者取舒适卧位。用手电筒检查患者鼻腔，用湿棉签清洁两侧鼻孔，安装氧气表并检查是否漏气，连接吸氧管，调节氧流量，润滑吸氧管并检查是否通畅，将吸氧管

轻轻插入两侧鼻孔内并妥善固定。记录给氧时间、氧流量，并向患者及家属交代注意事项。清洁患者

面部及整理床位。

「128 号题」6 月 18 日 第二站：开髓术、印模，胸外按压，血压，刷牙。

答：开髓术

（一）设计入口洞形

磨牙的髓腔入口常规在（牙合）面。

上颌磨牙的标准入口洞形为钝圆的三角形，不在（牙合）面正中央而偏至近中颊尖上。

顶位于腭侧，底边位于颊侧，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。当怀疑近中颊根有 MB2 根管时，需将标准入口的近中边的颊侧部分再向近中稍作扩展，使洞口趋于梯形或四边形。

下颌磨牙的标准入口洞形为钝圆角的梯形，位于（牙合）面近远中向中 1/3，颊舌向中线 的颊侧。洞口的近中边稍长，远中边稍短，颊侧洞缘在颊尖的舌斜面上，舌侧洞缘在中央沟处。

（二）进入并贯通髓腔

用带有喷水冷却的涡轮裂钻在磨（牙合）面中央窝钻入，先制备出一个牙本质深洞。操作时以执笔式握持机头，一定要有支点，一般以持钻手的无名指作支点，钻磨时采用点磨的方式，在向深部钻入的同时逐渐向外周扩展，钻针方向始终要与牙长轴平行。通常情况下，贯通髓腔最好选择在高耸的髓角处；如髓室较宽大，可从髓室顶中央穿入，此时会有明显的落空感；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，如上颌磨牙的腭根管口上方和下颌磨牙的远中根管口的上方。

（三）揭净髓室顶

贯通髓腔后，可沿各髓角相连的髓室顶线角将髓室顶完整揭除。操作要领如下：

1

.

用裂钻侧刃水平向切割牙本质或用球钻向外提拉去除髓室顶，不能向根尖方向施压 钻磨。

.

随时调整钻针的进入方向，保持与牙长轴平行。

3

.

严格控制进钻的深度，可将进入洞内的钻针深度标记后，将带钻机头放到患牙颊面 进行比试，以评估已经到达的深度。若已钻磨到预计的髓室底深度时，仍未有明显的贯通髓腔的迹象，应及时检查、调整钻针的角度、方向和穿髓的部位。

（四）修整髓室侧壁，形成便宜形

髓室内牙颈部的牙本质凸起（牙本质领）常会遮挡住根管口，也妨碍根管器械进入根管， 去除四壁的牙本质领，形成直线到达各根管口的入路是磨牙髓腔初预备形成入路便宜形的重点内容。

颈部牙本质凸起的大小、厚度通常不会超过 4#球钻的大小（直径 1.4mm），因此，可用 4#球钻向外提拉式操作。

（五）定位根管口 经过上述操作，已初步形成了入口洞形，但有时它并不能完全显露根管口，因此，在寻找根管口的过程中，应不断地修整入口洞缘。为了减少磨除健康牙体组织，可在洞缘局部预备出切嵴或凹槽，以帮助相应根管口的定位。

（六）探查、通畅根管，建立根管通路
各根管口的位置确定以后，选用小号 K 锉（10#、15#）自根管口向根管内插入，以探明根管的分布、走向和根管内阻塞物的情况。用于探查根管的小号 K 锉又称作根管通畅锉，使用时应常规在距锉针尖端 1~3mm 处预弯，在向根管深处探入过程中，以 <90° 的幅度左右轻轻捻转的手法进入，不要向根尖方向强行施压，也不要连续旋转进入。预弯的器械尖端在

不断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，顺利地到达根尖部，建立起

根管的通路，为根管预备做好准备。在建立根管通路的操作期间，应伴随使用冲洗液和根管润滑剂。牙列印模制取

一、术前准备

（一）调整体位

患者坐靠在治疗椅上，头部枕在头托上，通过调整治疗椅靠背与头托的倾斜角度，使患者要制取印模的上颌或下颌牙列的（牙合）平面与水平面平行。取印模时术者可站或坐于患者的右前方或右后方。根据取印模时术者取站姿或坐姿，调整治疗椅的高度，使牙列（牙合）平

面稍高于术者的肘部，便于术者操作。取印模过程中应保持患者身体及头部位置稳定、舒适。

（二）医嘱

取印模前术者应与患者进行必要的交流，告知患者取印模的操作过程及可能出现恶心等不适。让患者放松，不要紧张，在取印模过程中保持身体和头部位置稳定。指导患者练习在取印模时所需做的印模边缘整塑动作。

（三）选择印模托盘

根据患者牙弓的形态、长度、宽度和高度，选择合适大小的成品牙列印模托盘。将托盘置于患者口内，检查托盘的适合情况。托盘与牙弓及牙槽骨唇颊舌侧之间有 3~4mm 间隙，以容纳印模材料。上颌托盘的远中边缘应盖过上颌结节和颤动线，下颌托盘后缘应盖过磨牙后垫区。托盘的唇颊舌侧翼缘应距唇颊侧前庭沟及舌侧口底黏膜反折处约 2mm，避开唇颊舌系带，不妨碍唇、颊和舌的活动。必要时可对托盘进行适当的修改。试托盘时让患者练习抬舌和伸舌等边缘整塑动作。

二、制取印模

（一）印模材调拌与托盘就位

牙列印模通常采用藻酸盐印模材。按照藻酸盐印模材的粉水比例要求，调拌印模材并置于印模托盘内，术者左手持口镜牵开患者口角，右手持托盘，快速旋转放入患者口内并使托盘就位。

（二）印模边缘功能整塑

托盘在口内完全就位后，在印模材凝固前完成印模边缘功能整塑动作。取上颌印模时，轻轻牵拉患者上唇向下，左右颊部向下前内，完成唇颊侧边缘整塑。取下颌印模时，轻轻牵

拉下唇向上，左右颊部向上前内，完成唇颊侧边缘整塑。让患者抬舌和伸舌并轻轻左右移动，完成口

底边缘整塑。在整塑过程中保持托盘位置稳定，避免移动，直至印模材完全凝固。

（三）印模取出

印模材完全凝固后，轻轻翘动托盘，使印模脱位，然后旋转托盘从口内取出。

印模从口内取出后检查印模质量。牙列印模应取得牙列及周围组织的完整形态，印模表面及边缘完整，无缺损和气泡，表面光滑、清晰，无变形或脱模现象。

三、易出现的问题和注意事项

印模制取过程中术者应充分体现爱伤意识，通过良好沟通，尽量消除患者紧张情绪。动作轻柔，体位正确，避免过多的印模材流到咽部，刺激咽部导致患者恶心。托盘就位时避免托盘压

迫、损伤口腔组织。印模才凝固过程中，保持托盘稳定。印模取出时应避免使用暴力，避免过度翘动

托盘，以免托盘和印模变形，或印模材脱模，避免托盘磕碰对颌牙或损伤软组织。保证患者舒适和

印模质量。 血压测量

被检者在安静环境休息 5~10 分钟，采取坐位或仰卧位，裸露被测上肢，伸直并轻度外展，肘部与心脏平齐（坐位平第 4 肋间、卧位平腋中线），袖带气囊中间部分对准肱动脉，紧贴皮肤缚于上臂，袖带下缘在肘窝横纹上 2~3cm。检查者在肘窝上触及肱动脉搏动明显处，将听诊器体件置于此处，但不得与袖带接触。然后向袖带内充气，待肱动脉搏动听诊消失，再将汞柱升高 20~30mmHg，然后，缓慢放气，听到第一声的数值为收缩压，声音消失时的数值为舒张压。应测量两次，以数值较低的一次为准。血压的正常值：上肢收缩压为 90~135mmHg，舒张压为 60~90mmHg。非同日 3 次测量血压达到或超过收缩压 140mmHg 和（或）舒张压 90mmHg 为高血压，小于收缩压 90mmHg 和（或）舒张压 60mmHg 为低血压。

Bass 刷牙法

1. 将刷头置于牙颈部，刷毛指向牙根方向（上颌牙向上，下颌牙向下），刷毛与牙长轴大约成 45° 角，轻微加压，使刷毛部分进入牙龈沟内，部分置于牙龈上。
2. 从后牙颊侧以 2~3 颗牙为一组开始刷牙，用短距离水平颤动的动作在同一部位数次往返，然后将牙刷向牙冠方向转动，拂刷颊面。刷完第一个部位后，将牙刷移至下一组 2~3 颗牙的位置重新放置，注意与前一个部位保持有重叠的区域，继续刷下一个部位，按顺序刷完上下牙齿的唇（颊）面。

3. 用同样的方法刷后牙的舌（腭）面。

4. 刷上前牙舌面时，将刷头竖放在牙面上，使前部刷毛接触龈缘，自上而下拂刷。刷下前牙舌面时，自下而上拂刷。

5. 刷（牙合）面时，刷毛指向（牙合）面，稍用力作前后来回刷。 胸外心脏按压

判断患者神志突然消失，观察患者胸廓无呼吸起伏动作，口鼻亦无气息吐出，颈动脉搏动消失，

判断其呼吸心跳停止，呼叫同事抢救的同时，置患者于平卧位，躺在硬板床或地上，去枕，解开衣扣，松解腰带。术者站立或跪在患者身体右侧。术者两只手掌根重叠置于患者胸骨中下 1/3 交界处。肘关节伸直，借助身体之重力向患者脊柱方向按压。按压应使胸骨下陷至少 5cm 后，突然放松。按压应使成人及儿童胸骨下陷至少 5cm 或胸部前后径的 1/3 后，突然放松。按压频率 100 次/分钟。单人抢救时，每按压 30 次，俯下作口对口人工呼吸 2 次

（30:2）。按压 5 个循环周期（约 2 分钟）对患者作一次判断，包括触摸颈动脉（不超过 5 秒）与观察自主呼吸的恢复（3~5 秒）。

「149 号题」6 月 18 日 第二站：刷牙、洁治术、全冠备牙。

答：龈上洁治术

调整体位：医生位于患者右前方或右后方，洁治上颌时，颌平面与地面呈 45 度，洁治下颌牙时，颌平面与地平面平行。器械的选择用于前牙者：有直角形洁治器、大镰刀形洁治器。用于后牙者：弯镰刀形洁治器。改良握笔法。支点稳固以中指与无名指贴紧一起共同作支点，或以

中指作支点。将洁治器尖端 1~2mm 的工作刃紧贴牙面，放入牙石的根方，洁治器面与牙面角度以 70°~80° 左右为宜。肘、腕部用力，提拉式以支点为中心，力传至器械，去除牙石。用探针检查牙石是否去除干净，牙龈有无受损，用力方向向冠方邻面和颊、舌水平方向，洁治后，

用 3% 的过氧化氢溶液冲洗或擦洗治疗区、漱口。

磨牙铸造金属全冠的牙体预备体位，器械选择，（牙合）面、颊舌面定位指示沟预备，以及颊、舌、邻面预备和颈部

肩台修整时使用 TR-13，（牙合）面预备使用 TF-22，邻面打开接触点时使用 TR-11。

预备顺序首先预备（牙合）面，然后预备颊舌轴面，再打开邻面接触点，进行邻面预备，最后精修完成。（牙合）面预备的要求是保证与对（牙合）（牙合）面间有 1mm 的预备间隙。轴面预备的要求是去除轴面倒凹形成 2°~5° 的轴面聚合角度，边缘位于龈上 0.5mm，形成 0.5mm 宽圆角肩台。颊舌面预备向（牙合）方聚合角度为 2°~5°，边缘形成 0.5mm 宽连续圆角肩台。邻面预备保持 2°~5° 的轴面聚合度，形成与颊舌面连续的 0.5mm 宽圆角龈上肩台。精修。

Bass 刷牙法

1. 将刷头置于牙颈部，刷毛指向牙根方向（上颌牙向上，下颌牙向下），刷毛与牙长轴大约成 45° 角，轻微加压，使刷毛部分进入牙龈沟内，部分置于牙龈上。
2. 从后牙颊侧以 2~3 颗牙为一组开始刷牙，用短距离水平颤动的动作在同一部位数次往返，然后将牙刷向牙冠方向转动，拂刷颊面。刷完第一个部位后，将牙刷移至下一组 2~3 颗牙的位置重新放置，注意与前一个部位保持有重叠的区域，继续刷下一个部位，按顺序刷完上下牙齿的唇（颊）面。
3. 用同样的方法刷后牙的舌（腭）面。
4. 刷上前牙舌面时，将刷头竖放在牙面上，使前部刷毛接触龈缘，自上而下拂刷。刷下前牙舌面时，自下而上拂刷。
5. 刷（牙合）面时，刷毛指向（牙合）面，稍用力作前后来回刷。

「? 号题」6 月 18 日 第二站：缝合术，人工呼吸，量血压，bass 刷牙法。

答：口内缝合术

戴无菌手套，消毒，进针将两侧相邻创面的边缘向中线拉拢，缝针先从游离侧进入，距创缘 2~3mm 处垂直进针，刺入黏膜直达黏膜下组织，再穿过较为固定的另一侧，将两侧瓣的位置对准后，准备打结固定。缝针进入两侧瓣组织离创缘的距离应相等。拉拢时动作应轻柔，不

可用力过大，避免将组织撕裂。每针间距 3~5mm。缝合舌组织时，由于组织易撕裂，进针点

距创缘 4~5mm。打结法分为器械打结及手打结 2 种。一般来说，组织内结扎线头所留长度一般为 1mm 左右，口内线头至少余留 5mm 以上。线头过短的线易于滑脱，而线头过长，则会导致组织对线头的异物反应。

血压测量

被检者在安静环境休息 5~10 分钟，采取坐位或仰卧位，裸露被测上肢，伸直并轻度外展，肘部与心脏相平（坐位平第 4 肋间、卧位平腋中线），袖带气囊中间部分对准肱动脉，紧贴皮肤缚于上臂，袖带下缘在肘窝横纹上 2~3cm。检查者在肘窝上触及肱动脉搏动明显处，将听诊器体件置于此处，但不得与袖带接触。然后向袖带内充气，待肱动脉搏动听诊消失，再将汞柱升高 20~30mmHg，然后，缓慢放气，听到第一声的数值为收缩压，声音消失时的数值为舒张压。应测量两次，以数值较低的一次为准。血压的正常值：上肢收缩压为 90~135mmHg，舒张压为 60~90mmHg。非同日 3 次测量血压达到或超过收缩压 140mmHg 和（或）舒张压 90mmHg 为高血压，小于收缩压 90mmHg 和（或）舒张压 60mmHg 为低血压。

Bass 刷牙法

1. 将刷头置于牙颈部，刷毛指向牙根方向（上颌牙向上，下颌牙向下），刷毛与牙长轴大约成 45° 角，轻微加压，使刷毛部分进入牙龈沟内，部分置于牙龈上。
2. 从后牙颊侧以 2~3 颗牙为一组开始刷牙，用短距离水平颤动的动作在同一部位数次往返，然后将牙刷向牙冠方向转动，拂刷颊面。刷完第一个部位后，将牙刷移至下一组 2~3 颗牙的位置重新放置，注意与前一个部位保持有重叠的区域，继续刷下一个部位，按顺序刷完上下牙齿的唇（颊）面。
3. 用同样的方法刷后牙的舌（腭）面。

4. 刷上前牙舌面时，将刷头竖放在牙面上，使前部刷毛接触龈缘，自上而下拂刷。刷下前牙舌面时，自下而上拂刷。

5. 刷（牙合）面时，刷毛指向（牙合）面，稍用力作前后来回刷。人工呼吸

患者仰卧，术者位于患者右侧，观察患者胸廓无呼吸起伏动作，口鼻亦无气息吐出，颈动脉搏动消失，判断其呼吸心跳停止，迅速松开其颌口和腰带、并抽去枕头，用纱布清除患者口鼻分泌物及异物，保持呼吸道通畅。一手抬起患者颈部，使其头部后仰，另一手压迫患者前额保持其头部

后仰位置，使患者下颌和耳垂连线与床面垂直；一手将患者的下颌向上提起，

另一手以拇指和示指

捏紧患者的鼻孔。术者深吸气后，将口唇紧贴患者口唇，把患者嘴完全包住，深而快地向患者口内

吹气，时间应持续 1 秒以上即可，直至患者胸廓向上抬起。此时，立刻脱离接触，面向患者胸部再吸空气，以便再行下次人工呼吸。与此同时，使患者的口张开，并松开捏鼻的手指，观察胸部向下恢复原状，并有气体从患者口中排出。然后再进行第二次人工呼吸。开始时先迅速连续吹入 3~4 次，然后吹气频率维持在每分钟 12~20 次，吹气量每次 500~600ml。

「? 号题」6 月 18 日 第二站：吸氧，开髓，下颌麻醉。

答：开髓术

（一）设计入口洞形

磨牙的髓腔入口常规在（牙合）面。

上颌磨牙的标准入口洞形为钝圆的三角形，不在（牙合）面正中央而偏至近中颊尖上。

顶位于腭侧，底边位于颊侧，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。当怀疑近中颊根有 MB2 根管时，需将标准入口的近中边的颊侧部分再向近中稍作扩展，使洞口趋于梯形或四边形。

下颌磨牙的标准入口洞形为钝圆角的梯形，位于（牙合）面近远中向中 1/3，颊舌向中 线

的颊侧。洞口的近中边稍长，远中边稍短，颊侧洞缘在颊尖的舌斜面上，舌侧洞缘在中央沟处。

（二）进入并穿通髓腔

用带有喷水冷却的涡轮裂钻在磨（牙合）面中央窝钻入，先制备出一个牙本质深洞。操作时以执笔式握持机头，一定要有支点，一般以持钻手的无名指作支点，钻磨时采用点磨的方式，在向深部钻入的同时逐渐向外周扩展，钻针方向始终要与牙长轴平行。通常情况下，穿通髓腔最好选择在高耸的髓角处；如髓室较宽大，可从髓室顶中央穿入，此时会有明显的落空感；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，如上颌磨牙的腭根管口上方和下颌磨牙的远中根管口的上方。

（三）揭净髓室顶

穿通髓腔后，可沿各髓角相连的髓室顶线角将髓室顶完整揭除。操作要领如下：

1

.

用裂钻侧刃水平向切割牙本质或用球钻向外提拉去除髓室顶，不能向根尖方向施压钻磨。

2

.

随时调整钻针的进入方向，保持与牙长轴平行。

3

.

严格控制进钻的深度，可将进入洞内的钻针深度标记后，将带钻机头放到患牙颊面进行比试，以评估已经到达的深度。若已钻磨到预计的髓室底深度时，仍未有明显的穿通髓腔的迹象，应及时检查、调整钻针的角度、方向和穿髓的部位。

（四）修整髓室侧壁，形成便宜形

髓室内牙颈部的牙本质凸起（牙本质领）常会遮挡住根管口，也妨碍根管器械进入根管，去除四壁的牙本质领，形成直线到达各根管口的入路是磨牙髓腔初预备形成入路便宜形的重点内容。颈部牙本质凸起的大小、厚度通常不会超过 4#球钻的大小（直径 1.4mm），因此，可用 4#球钻向外提拉式操作。

（五）定位根管口 经过上述操作，已初步形成了入口洞形，但有时它并不能完全显露根管口，因此，在寻找根管口的过程中，应不断地修整入口洞缘。为了减少磨除健康牙体组织，可在洞缘局部预备

出切嵴或凹槽，以帮助相应根管口的定位。

出切嵴或凹槽，以帮助相应根管口的定位。

（六）探查、通畅根管，建立根管通路

各根管口的位置确定以后，选用小号 K 锉（10#、15#）自根管口向根管内插入，以探明根管的分布、走向和根管内阻塞物的情况。用于探查根管的小号 K 锉又称作根管通畅锉，使用时应常规在距锉针尖端 1~3mm 处预弯，在向根管深处探入过程中，以 <90° 的幅度和左右轻轻捻转的手法进入，不要向根尖方向强行施压，也不要连续旋转进入。预弯的器械尖端在不断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，顺利地到达根尖部，建立起根管的通路，为根管预备做好准备。在建立根管通路的操作期间，应伴随使用冲

洗液和根管润滑剂。 吸氧术

适应证，物品准备。操作者洗手，将所用物品携至床旁，核对患者，向患者解释操作目的，取得患者同意，戴口罩，协助患者取舒适卧位。用手电筒检查患者鼻腔，用湿棉签清洁两侧鼻孔，安装氧气表并检查是否漏气，连接吸氧管，调节氧流量，润滑吸氧管并检查是否通畅，将吸氧管

轻轻插入两侧鼻孔内并妥善固定。记录给氧时间、氧流量，并向患者及家属交代注意事项。清洁患者

面部及整理床位。

下牙槽神经阻滞麻醉亦称翼下颌注射法，适用于下颌牙的拔除以及下颌牙槽外科手术。临床上

下牙槽神经阻滞麻醉常用口内直接注射法。

注射标志 患者大张口时，可见磨牙后方，舌腭弓（前柱）之前，有一索条样黏膜皱襞，即翼下颌皱襞。另在颊部有一由脂肪组织突起形成的三角形颊脂垫，其尖端正居翼下颌韧带中点而稍偏外处。此二者即为注射的重要标志。

若遇颊脂垫尖不明显或磨牙缺失的患者，可在大张口时，以上下颌牙槽嵴相距的中点线上与翼下颌韧带外侧 3~4mm 的交点，作为注射标志。

注射方法 嘱患者大张口，下牙平面与地面平行，将注射器放在对侧口角，即第一、第二前磨牙之间，与中线成 45°。注射针应高于下颌牙面 1cm 并与之平行。按上述的刺入点标点进针 2.5cm 左右，可达下颌骨骨面的下牙槽神经沟。回抽无血，即可注入麻药 1~1.5ml。约 5 分钟后，患者即感同侧下唇口角麻木、肿胀，探刺无痛。

麻醉区域及效果 同侧下颌骨、下颌牙、牙周膜、前磨牙至中切牙唇（颊）侧牙龈、黏骨膜及下唇部，以下唇麻木为注射成功的主要标志。

「? 号题」6 月 18 日 第二站：巴压士刷牙，测血，颌面包扎，备牙，胸外按压。

答：绷带包扎：

（一）交叉十字绷带（亦称环绕法）

用绷带先由额至枕部环绕两周，继而反折经一侧耳前腮腺区向下，再经下颌下、颈部至对侧耳后向上，再经顶部向下至同侧耳后绕下颌下、颈部至对侧耳前；如此反复缠绕，最后再如前作额枕部的环绕，以防止绷带滑脱，止端以胶布固定。缠绕时应注意勿使耳廓受压，以防止疼痛或局部坏死。此法广泛适用于颌面和上颈部术后和损伤的创口包扎。

（二）面部绷带（亦称单眼交叉绷带）

于鼻根部健侧先置一上下斜行的短绷带或纱布条，并在患侧耳周垫以棉垫或纱布，以免包扎时压迫耳廓。绷带自额部开始，先环绕额枕两圈，继而斜经头后绕至患侧耳下并斜行向上经同侧颊部、眶下至鼻背、健侧眶上，如此环绕数圈，每圈覆盖前一层绷带的 1/3~1/2，直至包扎妥善为止，最后再绕头周一圈，以胶布固定，将留置的短绷带或纱布条打结收紧，以裸露健眼。面部绷带常用于上颌骨、面、颊部手术后的创口包扎。

磨牙铸造金属全冠的牙体预备 体位，器械选择，（牙合）面、颊舌面定位指示沟预备，以及颊、舌、邻面预备和颈部

肩台修整时使用 TR-13，（牙合）面预备使用 TF-22，邻面打开接触点时使用 TR-11。

预备顺序首先预备（牙合）面，然后预备颊舌轴面，再打开邻面接触点，进行邻面预备，最后精修完成。（牙合）面预备的要求是保证与对（牙合）（牙合）面间有 1mm 的预备间隙。轴面预备的要求是去除轴面倒凹形成 2°~5° 的轴面聚合角度，边缘位于龈上 0.5mm，形成 0.5mm 宽圆角肩台。颊舌面预备向（牙合）方聚合角度为 2°~5°，边缘形成 0.5mm 宽连续圆角肩台。邻面预备保持 2°~5° 的轴面聚合度，形成与颊舌面连续的 0.5mm 宽圆角龈上肩台。精修。

血压测量

被检者在安静环境休息 5~10 分钟，采取坐位或仰卧位，裸露被测上肢，伸直并轻度外展，肘部与心脏相平（坐位平第 4 肋间、卧位平腋中线），袖带气囊中间部分对准肱动脉，紧贴皮肤缚于上臂，袖带下缘在肘窝横纹上 2~3cm。检查者在肘窝上触及肱动脉搏动明显处，将听诊器体件置于此处，但不得与袖带接触。然后向袖带内充气，待肱动脉搏动听诊消失，再

将汞柱升高 20~30mmHg，然后，缓慢放气，听到第一声的数值为收缩压，声音消失时的数值为舒张压。应测量两次，以数值较低的一次为准。血压的正常值：上肢收缩压为 90~135mmHg，舒张压为 60~90mmHg。非同日 3 次测量血压达到或超过收缩压 140mmHg 和（或）

舒张压 90mmHg 为高血压，小于收缩压 90mmHg 和（或）舒张压 60mmHg 为低血压。Bass 刷牙法

1. 将刷头置于牙颈部，刷毛指向牙根方向（上颌牙向上，下颌牙向下），刷毛与牙长轴大约成 45° 角，轻微加压，使刷毛部分进入牙龈沟内，部分置于牙龈上。
2. 从后牙颊侧以 2~3 颗牙为一组开始刷牙，用短距离水平颤动的动作在同一部位数次往返，然后将牙刷向牙冠方向转动，拂刷颊面。刷完第一个部位后，将牙刷移至下一组 2~3 颗牙的位置重新放置，注意与前一个部位保持有重叠的区域，继续刷下一个部位，按顺序刷完上下牙齿的唇（颊）面。

3. 用同样的方法刷后牙的舌（腭）面。

4. 刷上前牙舌面时，将刷头竖放在牙面上，使前部刷毛接触龈缘，自上而下拂刷。刷下前牙舌面时，自下而上拂刷。

5. 刷（牙合）面时，刷毛指向（牙合）面，稍用力作前后来回刷。胸外心脏按压

判断患者神志突然消失，观察患者胸廓无呼吸起伏动作，口鼻亦无气息吐出，颈动脉搏动消失，

判断其呼吸心跳停止，呼叫同事抢救的同时，置患者于平卧位，躺在硬板床或地上，去枕，解开

衣扣，松解腰带。术者站立或跪在患者身体右侧。术者两只手掌根重叠置于患者胸骨中下 1/3 交

界处。肘关节伸直，借助身体之重力向患者脊柱方向按压。按压应使胸骨下陷至少 5cm

后，突然放松。按压应使成人及儿童胸骨下陷至少 5cm 或胸部前后径的 1/3 后，突然放松。

按压频率 100 次/分钟。单人抢救时，每按压 30 次，俯下作口对口人工

呼吸 2 次

（30:2）。按压 5 个循环周期（约 2 分钟）对患者作一次判断，包括触摸颈动脉（不超过 5 秒）与观察自主呼吸的恢复（3~5 秒）。

【? 号题】6 月 19 日 第二站：开髓 绷带。

答：开髓术

（一）设计入口洞形

磨牙的髓腔入口常规在（牙合）面。

上颌磨牙的标准入口洞形为钝圆的三角形，不在（牙合）面正中央而偏至近中颊尖上。顶位于腭侧，底边位于颊侧，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。当怀疑近中颊根有 MB2 根管时，需将标准入口的近中边的颊侧部分再向近中稍作扩展，使洞口趋于梯形或四边形。

下颌磨牙的标准入口洞形为钝圆角的梯形，位于（牙合）面近远中向中 1/3，颊舌向中线的颊侧。洞口的近中边稍长，远中边稍短，颊侧洞缘在颊尖的舌斜面上，舌侧洞缘在中央沟处。

（二）进入并贯通髓腔

用带有喷水冷却的涡轮裂钻在磨（牙合）面中央窝钻入，先制备出一个牙本质深洞。操作时以执笔式握持机头，一定要有支点，一般以持钻手的无名指作支点，钻磨时采用点磨的方式，在向深

部钻入的同时逐渐向外周扩展，钻针方向始终要与牙长轴平行。通常情况下，穿通髓腔最好选择在高

耸的髓角处；如髓室较宽大，可从髓室顶中央穿入，此时会有明显的落空感；

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，如上颌磨牙的腭根管口上方和下颌磨牙的远中根

管口的上方。

（三）揭净髓室顶

穿通髓腔后，可沿各髓角相连的髓室顶线角将髓室顶完整揭除。操作要领如下： 1. 用裂钻侧刃水平向切割牙本质或用球钻向外提拉去除髓室顶，不能向根尖方向施压钻磨。

2. 随时调整钻针的进入方向，保持与牙长轴平行。

3. 严格控制进钻的深度，可将进入洞内的钻针深度标记后，将带钻机头放到患牙颊面进行比试，以评估已经到达的深度。若已钻磨到预计的髓室底深度时，仍未有明显的穿通髓腔的迹象，应及时检查、调整钻针的角度、方向和穿髓的部位。

（四）修整髓室侧壁，形成便宜形

髓室内牙颈部的牙本质凸起（牙本质领）常会遮挡住根管口，也妨碍根管器械进入根管，去除四壁的牙本质领，形成直线到达各根管口的入路是磨牙髓腔初预备形成入路便宜形的重点内容。颈

部牙本质凸起的大小、厚度通常不会超过 4#球钻的大小（直径 1.4mm），因此，可用 4#球钻向外提拉式操作。

（五）定位根管口

经过上述操作，已初步形成了入口洞形，但有时它并不能完全显露根管口，因此，在寻找根管口的过程中，应不断地修整入口洞缘。为了减少磨除健康牙体组织，可在洞缘局部预备出切嵴或

凹槽，以帮助相应根管口的定位。

（六）探查、通畅根管，建立根管通路

各根管口的位置确定以后，选用小号 K 锉（10#、15#）自根管口向根管内插入，以探明根管的分布、走向和根管内阻塞物的情况。用于探查根管的小号 K 锉又称作根管通畅锉，使用时应常规在距锉针尖端 1~3mm 处预弯，在向根管深处探入过程中，以<90°的幅度左右轻轻捻转的手法进入，不要向根尖方向强行施压，也不要连续旋转进入。预弯的器械尖端在不断

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，顺利地到达根尖部，建立起根管的通路，为根管预备做好准备。在建立根管通路的操作期间，应伴随使用冲洗液和根管润滑剂。

交叉十字绷带（亦称环绕法）

用绷带先由额至枕部环绕两周，继而反折经一侧耳前腮腺区向下，再经下颌下、颈部至对侧

耳后向上，再经顶部向下至同侧耳后绕下颌下、颈部至对侧耳前；如此反复缠绕，最后再如

前作额枕部的环绕，以防止绷带滑脱，止端以胶布固定。缠绕时应注意勿使耳廓受压，以防

止疼痛或局部坏死。此法广泛适用于颌面和上颈部术后和损伤的创口包扎。

「? 号题」6 月 20 日 第二站：开髓 十字绷带 胸外按压。

答：答：开髓术

（一）设计入口洞形

磨牙的髓腔入口常规在（牙合）面。

上颌磨牙的标准入口洞形为钝圆的三角形，不在（牙合）面正中央而偏至近中颊尖上。顶位于腭侧，底边位于颊侧，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。当怀疑近中颊根有 MB2 根管时，需将标准入口的近中边的颊侧部分再向近中稍作扩展，使洞口趋于梯形或四边形。

下颌磨牙的标准入口洞形为钝圆角的梯形，位于（牙合）面近远中向中 1/3，颊舌向中线的颊侧。洞口的近中边稍长，远中边稍短，颊侧洞缘在颊尖的舌斜面上，舌侧洞缘在中央沟处。

（二）进入并穿通髓腔

用带有喷水冷却的涡轮裂钻在磨（牙合）面中央窝钻入，先制备出一个牙本质深洞。操作时以执笔式握持机头，一定要有支点，一般以持钻手的无名指作支点，钻磨时采用点磨的方式，在向深

部钻入的同时逐渐向外周扩展，钻针方向始终要与牙长轴平行。通常情况下，穿通髓腔最好选择在高

耸的髓角处；如髓室较宽大，可从髓室顶中央穿入，此时会有明显的落空感；

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，如上颌磨牙的腭根管口上方和下颌磨牙的远中根

管口的上方。

（三）揭净髓室顶

穿通髓腔后，可沿各髓角相连的髓室顶线角将髓室顶完整揭除。操作要领如下： 1. 用裂钻侧刃水平向切割牙本质或用球钻向外提拉去除髓室顶，不能向根尖方向施压钻磨。

2. 随时调整钻针的进入方向，保持与牙长轴平行。

3. 严格控制进钻的深度，可将进入洞内的钻针深度标记后，将带钻机头放到患牙颊面进行比试，以评估已经到达的深度。若已钻磨到预计的髓室底深度时，仍未有明显的穿通髓腔的迹象，应及时检查、调整钻针的角度、方向和穿髓的部位。

（四）修整髓室侧壁，形成便宜形

髓室内牙颈部的牙本质凸起（牙本质领）常会遮挡住根管口，也妨碍根管器械进入根管，去除四壁的牙本质领，形成直线到达各根管口的入路是磨牙髓腔初预备形成入路便宜形的重点内容。颈

部牙本质凸起的大小、厚度通常不会超过 4#球钻的大小（直径 1.4mm），因此，可用 4#球钻向外提拉式操作。

（五）定位根管口

经过上述操作，已初步形成了入口洞形，但有时它并不能完全显露根管口，因此，在寻找根管口的过程中，应不断地修整入口洞缘。为了减少磨除健康牙体组织，可在洞缘局部预备出切嵴或

凹槽，以帮助相应根管口的定位。

（六）探查、通畅根管，建立根管通路

各根管口的位置确定以后，选用小号 K 锉（10#、15#）自根管口向根管内插入，以探明根管的分布、走向和根管内阻塞物的情况。用于探查根管的小号 K 锉又称作根管通畅锉，使用时应常规在距锉针尖端 1~3mm 处预弯，在向根管深处探入过程中，以<90°的幅度左右轻轻捻转的手法进入，不要向根尖方向强行施压，也不要连续旋转进入。预弯的器械尖端在不断

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，顺利地到达根尖部，建立起根管的通路，为根管预备做好准备。在建立根管通路的操作期间，应伴随使用冲洗液和根管润滑剂。

交叉十字绷带（亦称环绕法）

用绷带先由额至枕部环绕两周，继而反折经一侧耳前腮腺区向下，再经下颌下、颞部至对侧耳

后向上，再经顶部向下至同侧耳后绕下颌下、颞部至对侧耳前；如此反复缠绕，最后再如前作额枕部的环绕，以防止绷带滑脱，止端以胶布固定。缠绕时应注意勿使耳廓受压，以防止疼痛或局部坏死。此法广泛适用于颌面和上颈部术后和损伤的创口包扎。

胸外心脏按压

判断患者神志突然消失，观察患者胸廓无呼吸起伏动作，口鼻亦无气息吐出，颈动脉搏动消失，

判断其呼吸心跳停止，呼叫同事抢救的同时，置患者于平卧位，躺在硬板床或地上，去枕，解开

衣扣，松解腰带。术者站立或跪在患者身体右侧。术者两只手掌根重叠置于患者胸骨中下 1/3 交

界处。肘关节伸直，借助身体之重力向患者脊柱方向按压。按压应使胸骨下陷 至少 5cm

后，突然放松。按压应使成人及儿童胸骨下陷至少 5cm 或胸部前后径的 1/3 后，突 然放松。

按压频率 100 次/分钟。单人抢救时，每按压 30 次，俯下作口对口人工

呼吸 2 次

（30:2）。按压 5 个循环周期（约 2 分钟）对患者作一次判断，包括触摸颈动脉（不超过 5 秒）与观察自主呼吸的恢复（3~5 秒）。

第三站：病史采集、病例分析、医德医风和辅助检查结果的判读

「11 号题」6 月 18 日 第三站：男外伤张口受限、病历分析男主诉诊断药物性牙龈肥大、非主诉诊断左下 6 缺失、左下 7 大面积充填物！

答：张口受限

（一）现病史及相关内容

1. 开口受限的性质、程度和持续时间：询问患者开口受限的程度，是突然发生的还是 渐进性加重？开口受限程度有无变化。

2. 是否伴有疼痛及疼痛部位。

3. 面部是否有肿胀或膨隆，肿胀是否有消长史。

4. 关节弹响和杂音。

5. 有无外伤。

6. 口腔和颌面部皮肤是否有瘻孔。

7. 面型有无异常。

（二）既往病史

口腔颌面部外伤史、口腔颌面部感染史、颞下颌关节紊乱病史、中耳炎史、头颈部放疗 史以及口腔治疗史或拔牙史。

（三）全身健康状况

有无类风湿关节炎史等系统性关节炎史、瘰疬史等。 药物性牙龈肥大

【临床表现】

1. 症状 牙龈肥大增生好发于前牙，初起为龈乳头增大，继之扩展至附着龈。严重 者可影响发音和咀嚼。

2. 检查所见

(1) 色泽改变：常伴有炎症，牙龈呈鲜红色或暗红色，无炎症或炎症消退后的牙龈色泽多呈淡粉色。

(2) 形态改变：龈缘肥厚、牙龈乳头呈结节状肥大、增生，肥大的牙龈可覆盖部分牙面。严重者附着龈也出现增生、肥大。

(3) 质地变化：有炎症时，质地松软，无炎症时质地坚实，略有弹性。

【诊断】

1. 服药史。

2. 牙龈色、形、质的改变，尤其是形态的改变，探诊出血。

【鉴别诊断】

(一) 慢性龈炎

慢性龈炎中有一部分表现为牙龈增生肥大，是牙龈肥大的常见疾病，好发于青少年。牙龈肥大主要局限于牙龈乳头和边缘龈。一般有明显的局部刺激因素。

(二) 遗传性牙龈纤维瘤病 可有家族史，无服药史。牙龈增生较广泛，大多覆盖牙面的 2/3 以上，以纤维性增生为主。

(三) 白血病牙龈病损 牙龈明显肥大，颜色暗红或苍白，无服药史。可有局部和全身淋巴结肿大。血涂片检查可见大量幼稚细胞。

(四) 妊娠期龈炎

发生在妊娠期妇女，表现出牙龈乳头肥大，多呈鲜红色，质地松软，易出血。

【治疗原则】

1. 牙周基础治疗，清除局部刺激因素，控制炎症。

2. 必要时牙周手术。

3. 定期维护，防止复发。 非主诉：牙列缺损的诊断

(1) 主要依据牙齿脱落、拔牙、外伤等病史和口腔检查所见牙列不完整，存在间隙，或为无牙颌的结果。

(2) 有时还需根据间隙部位的 X 线片，排除存在埋伏牙、潜没牙根的可能。

(3) 诊断均应确定其为上颌或下颌，如上颌牙列缺损，上颌牙列缺失，或上下颌牙列缺失。

(4) 单纯第三磨牙缺失而不需要修复者，不诊断为牙列缺损。 治疗：左下 6 固定桥或可摘义齿修复

「11 号题」6 月 20 日第三站：采集是：男性 外伤至完全不能开口 10 天。进入 讨论>> 答：张口受限询问病史要点

(一) 现病史及相关内容 1. 开口受限的性质、程度和持续时间：询问患者开口受限的程度，是突然发生的

还是渐进性加重？开口受限程度有无变化。

2. 是否伴有疼痛及疼痛部位。

3. 面部是否有肿胀或膨隆，肿胀是否有消长史。

4. 关节弹响和杂音。

5. 有无外伤。

6. 口腔和颌面部皮肤是否有瘻孔。

7. 面型有无异常。

(二) 既往病史 口腔颌面部外伤史、口腔颌面部感染史、颞下颌关节紊乱病史、中耳炎史、头颈部

放疗史以及口腔治疗史或拔牙史。

（三）全身健康状况

有无类风湿关节炎史等系统性关节炎史、癰疽史等。

「22 号题」6 月 20 日第三站：乳牙外伤。

牙外伤

一、牙震荡和亚脱位 牙震荡是单纯的牙支持组织损伤。亚脱位也是牙周支持组织损伤但症状比牙震荡

重，有明显的松动，但没有位置改变。

【临床表现】 1. 牙可有酸痛，咬合不适。亚脱位牙可有咬合疼痛。

2. 牙冠无缺损，但可以有裂纹。

3. 轻微松动，叩诊不适或不同程度的叩痛。亚脱位牙可以明显松动，但没有位置 改变。

4. 温度测验一过性敏感。牙根发育完成的牙电活力测验时可以无反应，可能是外 伤后的牙克现象，应该定期观察，一般情况下半年后可以逐渐恢复活力。

5. X 线片显示根尖周无异常或牙周间隙稍增宽。

【诊断】

根据外伤史，临床表现，X 线片的表现可以诊断。

【鉴别诊断】

（一）半脱出

半脱出牙的松动度较明显，X 线片显示根周膜增宽明显。

（二）根折

根尖 1/3 折断时松动不明显，但是 X 线片可见根折线。

【治疗原则】

1. 消除咬合 创伤患牙有早接触时，进行调（牙合），必要时可以调磨少许对（牙 合）牙。松动明显，有深覆（牙合）时，可以制作全牙列（牙合）垫。

2. 减少和避免不良刺激

外伤后 1~2 周不要用患牙咬硬物，不要进食过冷过热 食物。

3. 预防感染 注意口腔卫生。

4. 定期复查 观察牙齿颜色变化，牙髓活力。年轻恒牙可以进行冷、热测，牙 根发育完成的牙齿可以进行电活力测验，观察牙髓活力。拍摄 X 线片观察根尖周情况。

如果出现牙髓坏死可以进行根管治疗。

二、牙拆

【临床表现】

（一）冠折 可分为简单冠折包括釉质折断，釉质一牙本质折断和复杂冠折即露髓冠折。1. 冠折（釉质折断）

多见于上颌中切牙切角或切缘折断，局限在牙釉质内。

一般无自觉症状，有时粗糙的折断面可能磨伤嘴唇。牙表面可有裂纹。

2. 冠折（釉质-牙本质折断）牙釉质、牙本质同时折断。常常出现冷热刺激痛，牙 本质过敏症状，有时近髓处可见透红，敏感。

3. 冠折露髓（复杂冠折） 牙冠缺损较多，牙髓暴露。症状明显，有冷热刺激

痛，触痛明显，不能用牙咬东西。X 线片显示牙冠缺损累及牙髓，应注意牙根的发育程 度。根周膜间隙无改变，或稍增宽。

（二）牙根折断

成人患者多见。牙根折断分为根尖 1/3 折断、根中 1/3 折断、近冠 1/3 折断。 1. 根折部位不同出现不同程度的牙松动，不同程度的叩痛。

2. 根中 1/3 或近冠 1/3 根折的牙的牙冠稍显伸长，有咬合创伤。

3. X 线片显示根折线。

(三) 冠根折 在牙冠、牙根部均有折断。斜行冠根折多见，往往牙髓暴露。 1. 牙齿有松动，牙冠可以下垂，有咬合干扰。

2. 牙冠活动时，疼痛，牙龈可以出血。

3. X 线片显示 1~2 条斜行或横向折断线。

【诊断】

外伤史，临床表现，X 线片表现。

【鉴别诊断】

根折：冠折的牙应该排除根折，通过 X 线片可以鉴别。

【治疗原则】

(一) 冠折

1. 冠折(釉质折断) 可不处理，或磨除锐利边缘。

2. 冠折(釉质一牙本质折断) 儿童患者采取护髓治疗，在暴露的牙本质上采用氢氧化钙制剂间接盖髓后应用玻璃离子水门汀或光敏树脂充填。成人患者有过敏症状者，可行脱敏治疗。症状较重时，可用临时塑料冠，内衬氧化锌丁香油糊剂粘固，6~8 周后，氢氧化钙制剂间接盖髓后用光敏树脂修复外形。

3. 冠折露髓 年轻恒牙应该尽量保留活髓以利于牙根继续发育，可以采用活髓切断术去除冠髓，保留根髓，可以应用光敏树脂充填或应用断冠粘接技术将断冠粘接。术后定期复查，牙根发育完成后，进行根管治疗，进行冠修复。如果外伤时间较长，牙髓感染坏死，可以采用根尖诱导成形术，定期换药，牙根尖孔封闭后采取根管治疗术。乳牙冠折露髓可以进行牙髓摘除术。如果患儿年龄太小无法配合，为避免刺激孩子，可以酌情拔牙。牙根发育完成的恒牙应该进行牙髓摘除术，6~8 周后可以进行牙冠修复。

4. 定期复查 可以在外伤后 1、3、6 月后以及每隔 1 年进行复查，进行牙髓活力测验，拍摄 X 线片。儿童患者牙冠缺损过多时，注意保持间隙，以利于成人后永久修复。

(二) 根折 1. 断端复位，固定患牙，消除咬合创伤。

2. 根尖 1/3 折断无明显症状时，可以观察。根中 1/3 折断，固定患牙 3 个月，定期复查。近冠 1/3 根折，如果与龈沟相通，可以拔除牙冠。根据所留牙根的位置和长度，考虑是

否进行根牵引或冠延长手术，或进行桩核冠修复，或保留间隙以后永久修复。

3. 根折的患牙应该定期复查，拍摄 X 线片，观察根折愈合情况。定期进行牙髓活力测验，有牙髓症状时，进行牙髓治疗。

4. 严重根折的乳牙，如果患儿年龄小，无法配合治疗，可以考虑拔牙。可以拔除冠部断端，拔除断根有困难时，可以保留断根，定期观察。

(三) 冠根折

根据临床情况采用去除断冠，桩核冠修复，断冠粘接修复，根管-正畸联合治疗方法等。

三、牙脱位

【临床表现】

(一) 嵌入性脱位(牙挫入) 1. 牙齿比邻牙短，不松动。叩诊呈高金属音调。

2. X 线片表现牙根与牙槽骨之间正常的牙周间隙和骨硬板影像消失。

(二) 侧方和脱出性脱位(侧方移位和半脱出) 1. 牙齿偏离牙长轴。牙伸长，咬合创伤。不同程度松动。

2. 可伴有牙龈撕裂，牙槽突骨折

3. X 线片表现根尖移位侧牙周间隙消失，相对侧牙周间隙增宽。

(三) 全脱位

1. 牙齿脱出牙槽窝，X 线表现牙槽窝空虚。
2. 脱位牙的保存情况牙应放置于生理盐水中。其他液体如血液、组织培养液、牛奶和唾液也可以作为储存液。
3. 检查牙齿的发育情况，表面污染情况。

【诊断】

外伤史，临床表现，X 线片表现。

【鉴别诊断】

（一）正常萌出的牙 嵌入性脱位应与正常萌出的牙齿鉴别。询问家长患牙情况，叩诊和 X 线片表现。正

在萌出的牙齿叩诊呈低沉音调。X 线片表现正常的牙周间隙和骨硬板。

（二）全脱位

儿童患者牙完全嵌入牙槽骨内时还应该与完全脱位鉴别。主要根据 X 线片表现。全脱位时牙槽窝空虚。

【治疗】

（一）嵌入性脱位（牙挫入） 1. 牙根未发育完全的年轻恒牙有萌出潜力，可以自行萌出。应该定期复查，观察牙髓状况。

2. 牙根发育完成的牙，可以采取正畸牵引复位，一般在外伤 2~3 周后进行牙髓治疗，预防牙根吸收。

3. 乳牙挫入时必须明确牙挫入的方向，如果牙冠偏向唇侧，乳牙根尖倾向于恒牙胚，应该拔除患牙。如果牙根倾向唇侧，X 线表现牙根缩短，离恒牙胚有一定距离，可以观察，待其自行萌出。如果与牙槽骨粘连不能自行萌出，可以拔牙。

（二）侧方和脱出性脱位（侧方移位和半脱出） 1. 局麻下复位，固定 2 周左右。

2. 术后 2 周、1 个月、3 个月、6 个月和 12 个月定期复查，拍摄 X 线片，观察牙髓情况。如果出现牙髓坏死，牙髓腔钙变应该及时进行牙髓治疗。

3. 乳牙严重或复杂的移位，尤其发生在恒牙发育的早期时，可能会影响恒牙胚的发育，此时应该早期拔除乳牙。如果患儿幼小，不能配合治疗时，应尽量减少对患儿的再次伤害，可以拔牙。

（三）全脱位 应该尽快进行牙再植术。

1. 清洁患牙 生理盐水冲洗，不可以刮牙根表面。清洗牙槽窝。

2. 植入患牙 轻轻放入牙槽窝内，不要用力。

3. 固定患牙 弹性固定 7~10 天。急诊可用缝线悬吊固定。门诊可以采取树脂夹板固定、正畸托槽固定、全牙列（牙合）垫固定。全牙列（牙合）垫既可以固定患牙，解除咬合创伤，牙还有一定生理动度，有利于牙齿愈合。

4. 全身应用抗生素，减少感染。

5. 牙髓治疗时机根尖未发育完全，牙根尖孔大于 1mm 的牙齿，可以观察牙髓症状。如果出现牙髓症状，可以采用氢氧化钙糊剂根管充填。根尖孔小于 1mm 的牙在再植 2 周后进行牙髓摘除术，应用氢氧化钙糊剂根管充填，预防牙根外吸收。完全脱出的牙在半小时内再植，90%的牙齿牙根可不吸收。成人牙完全脱位如果超过 2 小时，可以先进行体外根管治疗术后进行再植、固定。

6. 定期复查术后 2 周、4 周、3 个月及 12 个月定期复查换药，观察牙根外吸收情况。

7. 乳牙完全脱位牙不进行再植术。

「24 号题」6 月 17 日 第三站：病史采集是：男，51 岁，牙龈肥大 2 年。

答：牙龈肥大

（一）现病史

1. 牙龈肥大的部位、范围和时间。
2. 有无癫痫病史、高血压病史及肾移植等病史，是否服药，服用的是何种药物。
3. 增生牙龈是否影响咀嚼。
4. 牙龈是否易出血，自发出血还是刷牙时出血，是否不易止住。

（二）既往史

以前有无牙龈出血史，有无白血病等血液病史，有无口腔颌面部及其邻近器官的疾病。

（三）全身情况

近来有无发热、食欲缺乏、体重减轻等现象。

「34 号题」6 月 18 日 第三站：病例分析干槽症，病史采集颊粘膜溃疡。

答：口腔黏膜溃疡 询问病史要点

（一）现病史

1. 溃疡是否有周期性发作特点。
2. 溃疡持续的时间。
3. 溃疡的大小、深浅及数目。
4. 溃疡的好发部位。
5. 溃疡的疼痛情况。
6. 是否有创伤因素，如残根、残冠及不良修复体。

（二）既往史

1. 是否有结核病史。
2. 是否有药物过敏史。
3. 是否有恶性肿瘤史。

（三）全身情况

1. 是否有外阴部溃疡。
2. 皮肤病发病情况。
3. 眼病发病情况。 干槽症

【临床表现】

1

.

症状牙拔除后 2~3 天后发生拔牙区剧烈疼痛，并可向耳颞部、下颌区或头顶部放射，一般止痛药物无效。

2

.

检查所见面部无明显红肿，开口受限亦不严重。拔牙窝内可空虚，或可见腐败变性的血凝块，腐臭味强烈。后者称为腐败型干槽症，而仅有剧烈疼痛和牙槽窝空虚者称为非腐败型干槽症。近来非腐败型干槽症的发生比例有增高的趋势，可能与拔牙后预防性使用抗菌药物有关。

【诊断】

1. 牙拔除术史，特别是下颌阻生第三磨牙或死髓劈裂磨牙等拔除创伤较大，手术时间较长的拔牙术史。
2. 牙拔除术后反应已经逐渐消退或减轻，但术后 2~3 天以后发生拔牙区剧烈疼痛，无明显全身症状、无红肿和开口受限表现等。
3. 临床检查所见

【鉴别诊断】

（一）拔除牙邻牙的牙体、牙髓、根尖或牙周病变 邻牙的炎症性疾病应该被除外，比如最常见的下颌阻生第三磨牙拔除术后第二磨牙远中颈部龋暴露引起的疼痛和炎症等。上述感染性疾病除有其自身的临床特点以外，临床检查时也应该注意对邻牙和对颌牙的检查。

（二）牙拔除术后反应

困难的和（或）耗时较长的牙拔除术后都存在一定的术后反应，但一般在术后 2~3 天应该逐渐减轻或消退；有的牙拔除术可能造成局部牙槽骨骨折或创伤，以及牙龈撕裂等，在临床检查时也应注意。

（三）牙拔除术后感染

牙拔除术后感染一般在术后 3~4 天出现，但疼痛程度不及干槽症剧烈，使用抗菌药物和一般镇痛药物有效；同时存在红、肿、热、痛和开口受限等炎症表现，并伴随一定的全身症状。

【治疗原则】

通过彻底清创及隔离外界对创面的刺激，以达到迅速止痛、促进愈合的目的。

在传导阻滞麻醉完全无痛的情况下彻底清创，以 3%过氧化氢棉球反复擦洗，除去腐败坏死物质，直至拔牙窝清洁无臭味；只有存在大量腐败坏死物质时才建议使用刮匙；再用 0.9% 氯化钠溶液冲洗，并以碘仿纱条（最好加入适量的丁香油和 2%丁卡因）严密填塞拔牙窝，10 天后换药，去除碘仿纱条，观察创口情况。

「49 号题」6 月 17 日 第三站：病例分析牙松动。病史采集慢性牙周炎急性发作。

答：牙松动

（一）现病史

1. 何时出现的牙松动，牙松动的部位，多个牙松动还是单个牙松动。
2. 是否伴有牙移位。
3. 牙龈肿胀情况，肿胀的部位和范围，有无溢脓。
4. 牙龈出血情况，出血的部位。
5. 是否伴有牙痛或根尖部肿痛，牙痛的时间，牙有无伸长感。
6. 有无咬合痛或咬合不适，或咬东西时是否疼痛，出现的时间。
7. 有无外伤史及外伤发生的时间，有无咬物时硌伤。
8. 相应部位有无肿物或颌骨膨隆及出现的时间。
9. 患者的年龄，是否为儿童替牙期。
10. 有无全身症状，如有无发热、寒战等。

（二）既往史

患牙的治疗史包括牙周手术治疗史，患牙的正畸或牙外科正畸史，有无口腔颌面部及其邻近器官的疾病。有无牙因松动而脱落史。

（三）全身情况 有无糖尿病、白血病、冠心病、高血压、肿瘤等疾病。是否是月经期、产褥期、更年期等。是否做过头颈部放疗。

（四）家族史

父母有无牙早失现象。 牙周脓肿

【临床表现】

1. 症状病程短或急，牙龈形成椭圆形或半球状的肿胀突起，疼痛较剧烈，可有搏动性疼痛。患牙有浮起感，咀嚼不适，松动明显。可伴有全身症状。
2. 检查所见
 - （1）牙龈发红、水肿，表面光亮，形成椭圆形或半球状的肿胀突起。
 - （2）患牙松动明显，叩痛。

- (3) 脓肿的后期，脓肿表面较软，叩诊可有波动感，轻压牙龈可有脓液从袋内流出。
- (4) 可探及深牙周袋。
- (5) 存在附着丧失。
- (6) X 线片显示患牙有中重度的牙槽骨吸收或根分叉病变。
- (7) 牙髓活力存在。
- (8) 可有局部淋巴结肿大。
- (9) 慢性牙周脓肿：牙龈表面可见窦道开口，为急性期过后未及时治疗而形成。

【诊断】

1. 牙龈局部肿胀和波动性疼痛史。
2. 牙龈表现为椭圆形或半球状的肿胀突起。牙龈发红、水肿，表面光亮。患牙叩痛，松动明显。有时叩诊有波动感和溢脓。
3. 可探及深牙周袋和附着丧失。
4. 牙髓活力存在。
5. X 线片显示患牙有中重度的牙槽骨吸收或根分叉病变。

【鉴别诊断】

(一) 牙龈脓肿

仅局限于龈乳头及龈缘。无附着丧失，无牙槽骨吸收。

(二) 牙槽脓肿 无牙髓活力，范围较弥散，中心位于龈颊沟附近。叩痛较重。如果有骨破坏，主要集中于根尖周围。

【治疗原则】

急性牙周脓肿的治疗原则是止痛、防止感染扩散以及使脓液引流。

「74 号题」6 月 18 日 第三站：病例采集，男 60 岁两年前右下后牙烤瓷冠修复，现自发痛三天。病例分析主诉，右后牙喝凉水疼查体，左侧后下两个月前拔除右侧下 67 两年前充填过充填材料部分脱落探不敏感。

扣（_）.冷（++）.热（_）牙片显示右下 6 远中中龋 7 近中龋充填物脱落左侧后下 67 拔牙后恢复正常左上

7 像下伸长 3mm 米，问主诉诊断依据及鉴别诊断治疗方案，非主诉诊断及依据治疗方案。病史采集：修复后自发性疼痛

修复体粘固之后

金属微电流刺激

牙体切割过多、粘固前未戴暂时冠做牙髓安抚治疗，牙髓受刺激由充血发展为牙髓炎固位体或修复体与邻牙接触过紧，或基牙的共同就位道略有

患牙与邻近牙或对

（牙合）牙存在不同金属的修复体或充填体，且相关牙至少有一个为活髓牙自发痛、夜间加重

冠边缘处进行温度刺激时疼痛加重、放射并持续；邻牙牙髓温度测试和活力试验正常主诉有塞牙感，疼痛不剧烈。检查接触区

拆冠后选择相同金属类型重新修复，或将充填体改为树脂类充填

；

牙髓治疗

偏差，固定桥勉强就位造成邻牙或基牙的牙周膜损伤，产生轻微疼痛

一般会自行消失，不作处理紧，牙线无法通过，

若持久不能消失，考虑拆除

无食物嵌塞；相关牙
可能有轻微叩痛
自发性疼痛
使用
多见于继发龋引起的牙髓炎
修复前根管治疗不完善，根尖
自发痛、夜间加重；
可见龋洞；冠边缘处 进行温度刺激时疼
牙髓治疗
痛加重、放散并持
续；邻牙牙髓温度测试和活力试验正常
若易拆除则拆桩或拆冠后重新治疗、重新修复。桩核冠
有牙髓治疗史；叩
修复后出现的尖周感染，如 痛、根尖区叩痛，X
一段 时间 之后
周炎未完全控制
桩固位良好，铸造桩核不易 线显示根管治疗后，
拆除者，可先做理疗，再根 根尖区可能有阴影
据病情做尖周刮治或根尖切
除等手术治疗
根管侧壁钻穿引起的炎症
一般有根管预备史，
可有叩痛、可能有瘘
拔除患牙 管，X 线显示根侧阴
影，可有侧穿影像
咬合创伤引起的创伤性根周膜 炎
有创伤（牙合）存在 X 线显示根周膜普遍增宽 应
仔细调（牙合）、观察。
对于牙周炎或尖周炎，应做 X 线片检查，确诊后，根据病
因做相应治疗

病例分析：

题目叙述不清楚，无法给出具体主诉诊断，非主诉诊断为牙列缺损，并且对（牙合）牙齿伸长。

非主诉诊断依据：上 7 伸长，拔除后牙。

治疗：主诉牙齿进行根管治疗，非主诉进行可摘义齿修复治疗，伸长牙齿调整咬合。

「123 号题」6 月 17 日 第三站：病史采集：男性，40 岁，多发性小溃疡多年。病历分析：主诉诊断三叉神经痛，急性化脓性根尖周炎。非主诉：中龋。

答：口腔黏膜溃疡 询问病史要点

（一）现病史

1. 溃疡是否有周期性发作特点。
2. 溃疡持续的时间。
3. 溃疡的大小、深浅及数目。
4. 溃疡的好发部位。
5. 溃疡的疼痛情况。

6. 是否有创伤因素，如残根、残冠及不良修复体。

（二）既往史

1. 是否有结核病史。
2. 是否有药物过敏史。
3. 是否有恶性肿瘤史。

（三）全身情况

1. 是否有外阴部溃疡。
2. 皮肤病发病情况。
3. 眼病发病情况。 三叉神经痛

【临床表现】

1. 症状 本病的主要表现是在三叉神经某分支区域内，骤然发生闪电式的极为剧烈 的疼痛。疼痛可自发，也可由轻微的刺激“扳机点”所引起。疼痛如电击、针刺、刀割或撕裂样剧痛，发作时患者为了减轻疼痛而作出各种特殊动作。发作多在白天，每次发作时间一般持续数秒、数十秒或 1~2 分钟后又骤然停止。两次发作之间称间歇期，无任何疼痛症状。只有少数病例在间歇期面部相应部位有轻微钝痛。疾病的早期一般发作次数较少，持续时间较短，间歇期较长，但随着疾病的发展发作愈来愈频繁，间歇期亦缩短。

病程可呈周期性发作，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。缓解期可为数天或几年，在此期间疼痛缓解甚至消失，以后疼痛复发。三叉神经痛很少有自愈者。部分病例的发作期与气候有关，一般在春季及冬季容易发病。

有的患者由于疼痛发作时，用力揉搓面部皮肤，可发生皮肤粗糙、增厚、色素沉着、脱发、脱眉，有时甚至引起局部擦伤并继发感染。

在有些患者中疼痛牵涉到牙时，常疑为牙痛而坚持要求拔牙，故不少三叉神经痛患者都有拔牙史。

2. 检查所见 原发性三叉神经痛患者无论病程长短，神经系统检查无阳性体征发现，仍保持罹患分支区域内的痛觉、触觉和温度觉的感觉功能和运动支的咀嚼肌功能。只有在个别病例中有某个部位皮肤的敏感性增加。

继发性三叉神经痛可因病变部位的不同，伴有面部皮肤感觉减退，角膜反射减退，听力降低等神经系统阳性体征。

但在原发性三叉神经痛病例中也有因摩擦局部皮肤增厚、粗糙，或由于做过封闭、理疗或局部敷药等而造成局部感觉减退。对这类患者应仔细检查有无其他神经系统阳性体征，以便与继发性三叉神经痛相鉴别。

【诊断】

依据病史、疼痛的部位、性质、发作表现和神经系统无阳性体征，一般诊断原发性三叉神经痛并不困难，但要排除继发性三叉神经痛。为了准确无误地判断疼痛的分支及疼痛涉及的

范围，查找“扳机点”是具有重要意义的方法。在初步确定疼痛的分支后，用 1%~2% 的普鲁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。

为明确罹患的分支，即查明发生疼痛症状的分支。为了进一步明确是原发性三叉神经痛还是继发性者，必须同时检查伴随的其他症状和体征，如感觉、运动和反射的改变。

（一）定分支检查

定分支首先要寻找“扳机点”。各分支的常见“扳机点”的部位是：眼支：眶上孔、上眼睑、眉、

前额及颞部等部位。

上颌支：眶下孔、下眼睑、鼻唇沟、鼻翼、上唇、鼻孔下方或口角区、上颌结节或腭大孔

等部位。

下颌支：颞孔、下唇、口角区、耳屏部、颊黏膜、颊脂垫尖、舌颌沟等处，并须观察在开闭口及舌运动时有无疼痛的发作。

对上述各分支的常见“扳机点”按顺序进行检查。由于各“扳机点”痛阈高低不同，检查时的刺激强度也应由轻至重作适当的改变。

1. 拂诊 以棉签或示指轻拂可疑之“扳机点”。
2. 触诊 用示指触摸“扳机点”。
3. 压诊 用较大的压力进行触诊。
4. 揉诊 对可能的“扳机点”用手指进行连续回旋式重揉动作，每一回旋需稍作刹那停顿，这种检查方法往往能使高痛阈的“扳机点”出现阳性体征，多用作眶下孔和颞孔区的检查。

（二）三叉神经功能检查

1. 感觉功能 可用探针轻划（触觉）与轻刺（痛觉）患侧的三叉神经各分布区的皮肤与黏膜，并与健侧相比较。原发性三叉神经痛的检查结果两侧相等。若痛觉丧失时，需再作温度觉检查一以试管盛冷热水试之。可用两支玻璃管分盛 0~10℃的冷水和 40~50℃的温水

水交替地接触患者的皮肤，请其报出“冷”或“热”。如痛觉与温度觉均丧失而触觉存在时，可能

是脊束核损害。

2. 角膜反射 请患者向一侧注视，用捻成细束的棉絮轻触角膜，由外向内，反射作用为双侧直接和间接的闭眼动作。反射中枢在脑桥，输入纤维为三叉神经眼支的鼻睫神经，传出为面神经。角膜反射可以受多种病变的影响。如一侧三叉神经受损造成角膜麻痹时，刺激患

侧角膜则双侧均无反应，而在作健侧角膜反射试验时，仍可引起双侧反应。

3. 腭反射 用探针或棉签轻刺软腭边缘，可引起软腭上提，当一侧反射消失，表明该侧上颌神经的分支腭后神经或蝶腭神经的损害。上颌神经损害时，还表现为嗅吸氨气、醋酸等时无灼痛感，以及用细软猪鬃刺激鼻腔下部黏膜时不发生喷嚏反射。

4. 运动功能 三叉神经运动支的功能障碍表现为咀嚼肌麻痹，咬紧牙时咬肌松弛无力。当下颌舌骨肌与二腹肌前腹麻痹，吞咽动作时患侧此两肌松弛。

凡出现上述神经功能性改变者，说明神经径路上有损害，常见的为占位性病变，必须进一步检查，以明确诊断。局限性的麻木、感觉障碍也可能由于维生素 B1 缺乏、神经症、三叉神经炎、注射无水乙醇或手术后所引起，根据病史不难确定。

【鉴别诊断】

应注意与下列疾病相鉴别：非典型面痛、牙痛和其他牙源性疾病、鼻窦炎、颞下颌关节紊乱病及舌咽神经痛。

【治疗原则】

三叉神经痛如属继发性者，应针对病因治疗；如为肿瘤应作肿瘤切除。对原发性三叉神经痛可采取以下几种方法治疗。

1. 药物治疗 对原发性三叉神经痛均应首先采用药物治疗，如无效时再考虑其他方法。首选药物为卡马西平（痛痉宁、酰胺咪嗪），其他药物还有苯妥英钠、氯硝西泮及山莨菪碱（654-2）等，也可根据情况配合使用镇痛剂。
2. 半月神经节射频温控热凝术。
3. 针刺疗法。
4. 封闭疗法。
5. 理疗。

6. 注射疗法。

7. 手术疗法包括：①病变性骨腔清除术；②三叉神经周围支切断撕脱术，主要适用于 下牙槽神经和眶下神经。

8. 冷冻、激光等方法 近年来有采用冷冻、激光等方法治疗三叉神经痛亦均获一定 疗效。

对三叉神经痛选择治疗方法时，应本着循序渐进的原则。应首选对机体无损害性或损害性最小

的治疗方法。一般应先从药物治疗或封闭、理疗等开始，如无效时再依次选择半月神经节温控热

凝、注射疗法、神经撕脱等。只有当这些方法均无效时才考虑做颅内手术。

急性根尖周炎各期的临床表现

症状和体征

浆液期

根尖周脓肿期

骨膜下脓肿期

粘膜下脓肿期

疼痛

咬合痛

持续跳痛

胀跳痛极剧

烈

减轻

叩痛

(+) ~ (++)

(++) ~

(+++) (+++) 最剧

烈

(++) ~ (+)

扪诊

不适

疼痛

极痛，深波 动感 浅波动感

根尖部牙龈

无变化 / 潮 红 红肿，局限 红肿明显

肿胀明显

全身症状

无

无/轻

乏力，发热

减轻/无

鉴别：

鉴别点

急性根尖周炎

急性牙周脓肿

感染来源

感染根管

牙周袋

病史

较长期牙体缺损史 牙痛史

牙髓治疗史

长期牙周炎病史

牙体情况

深龋洞

近髓的非龋疾病 修复体

多无可引起牙髓坏死的牙体 病损

牙髓活力

多无

多有

牙周袋

无

深，迂回曲折

脓肿部位

靠近根尖部

中心位于龈沟附近

较近牙龈缘

肿胀范围

较弥散

局限于牙周袋壁

疼痛程度

重

相对较轻

牙松动度

相对轻，病愈后牙恢复稳定

明显，消肿后仍很松动

叩痛

很重

相对较轻

X 线片表现 无明显异常表现，若患牙为慢性根尖周急性发作，根尖周牙槽骨明显透射区

牙槽骨嵴破坏，可有骨下袋

病程

相对较长，脓液自根尖周向外

排出的时间约需五六天

相对较短，一般 3、4 天自溃

治疗

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) 浆液期患牙可于髓腔封抑菌、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)，全身应用消炎止痛药物。抗生素以广谱抗生素和针对厌氧菌的抗生素为首选，还可应用非甾体类消炎止痛剂缓解症状并给予必要的全身支持疗法。

「132 号题」6 月 17 日 第三站：牙疼痛采集，主诉下颌骨骨折，非主诉牙列缺损，牙周炎。

答：牙痛

(一) 现病史

1. 疼痛的性质和程度。
2. 疼痛出现的时间和持续时间。
3. 疼痛部位的确定及放散的范围。
4. 疼痛激惹和缓解因素。
5. 患者疼痛史与治疗的关系。

(二) 既往史

可疑患牙的治疗、修复、牙外伤和牙正畸史；牙外科正畸或拔牙史；口腔颌面部及其邻近器官

的病史以及头颈部放疗史。

(三) 全身情况

有无冠心病、高血压、神经症、瘰疬等，是否是月经期或更年期等。可疑疾病：中龋、深龋、急慢性牙髓炎、急慢性根尖周炎、三叉神经痛、干槽症。临床表现：下颌骨骨折

下颌骨骨折常发生在下颌正中联合、颏孔区、下颌角和髁突，不同部位有不同的表现。 1. 骨折段移位

(1) 正中联合部骨折：如为单发，由于骨折线两侧肌群牵拉力量相等，常无明显移位；有时仅

可见骨折线两侧的牙高低不一致。如为两侧双发骨折，正中骨折段可因降颌肌群的作用而向下后方退

缩；如为粉碎性骨折或有骨质缺损，两侧骨折段受下颌舌骨肌的牵拉可向中线移位，使下颌牙弓变

窄，后两种骨折都可使舌后坠，可引起呼吸困难，甚至窒息的危险。

(2) 颏孔区骨折：又称下颌骨体部骨折。一侧颏孔区骨折时，前骨折段因所附降颌肌群的牵拉

而向下方移位，并稍偏向外侧；后骨折段则因升颌肌群的牵引，向上前方移位，且稍偏向内侧，双

侧颏孔区骨折时，两侧后骨折段因升颌肌群牵拉而向上前方移位，前骨折段则因降颌肌群的作用而

向下后方移位，致颏部后缩及舌后坠。

(3) 下颌角部骨折：骨折线正位于下颌角时，且两个骨折段上都有咬肌与翼内肌附着，骨折段

可不发生移位；如骨折线位于这些肌肉附着处之前，前骨折段因降颌肌群的牵拉而向下内移位，而

后骨折段则因升颌肌群的牵引而向上前移位。

(4) 髁突骨折：髁突骨折多数发生在翼外肌附着下方的髁突颈部。折断的髁突由于受翼外肌牵拉而向前、内移位，但仍可位于关节囊内；但如打击力过大，关节囊撕裂，髁突可从关节窝内脱位而向内、向前、向后或向外移位，移位的方向和程度，与外力撞击的方向及大小有关。个别情况下，髁突可被击入颅中窝。

1) 单侧髁突颈部骨折：患侧下颌向外侧及后方移位，不能向对侧作侧颌运动。由于下颌支变短

以及升颌肌群的牵拉而使后牙早接触，前牙及对侧牙可出现开（牙合）。

2) 双侧髁突颈部骨折：下颌不能作前伸运动，下颌升支向后上移位，后牙早接触，前牙开（牙合）更明显，侧颌运动受限。局部肿、痛及功能障碍程度较单侧髁突颈部骨折为重，还可能

合并不同程度的脑震荡。

2. 咬合错乱 是颌骨骨折最常见的体征，即使骨折段只有轻度移位，也可能出现咬合错乱，它对颌骨骨折的诊断与治疗有重要意义。

3. 骨折段异常动度

正常情况下下颌骨运动时是整体活动，只有在发生骨折时才会出现异常活动。

4. 下唇麻木

下颌骨骨折伴有下牙槽神经损伤时，会出现下唇麻木。

5. 开口受限

由于疼痛和升颌肌群痉挛，多数下颌骨骨折会出现开口受限症状。

6. 牙龈撕裂 骨折处常可见牙龈撕裂、变色和水肿。牙体缺损

牙体缺损是指由于龋病、外伤、磨损、酸蚀、发育异常等原因导致的牙体硬组织不同程度的外

形和结构的破坏和异常。

牙周炎

1. 症状 刷牙或咬硬物时牙龈出血。牙缝变大、牙齿变长，咀嚼无力，牙齿浮起感，牙齿松动、移位，牙周反复肿胀。与牙周疾病相关的其他症状还包括牙齿遇冷热敏感、口腔异味、食物嵌塞等。

2. 检查所见

(1) 牙龈炎症表现 色泽改变：由于牙龈组织内血管增生、充血、局部血液循环阻滞导致牙龈呈鲜红色或暗红色。形态改变：由于组织水肿牙龈冠向和颊舌向肿胀，龈缘变厚，不再紧贴牙面。龈乳头圆钝。

附着龈水肿时，点彩消失，表面光滑发亮。牙龈还可以表现为牙龈退缩。质地变化：由于结缔组织水肿和胶原的破坏，牙龈质地松软，缺乏弹性。探诊后出血，有时疼痛。

(2) 附着丧失：能探到或看到釉牙骨质界。

(3) X线片显示牙槽骨吸收。

(4) 牙周炎晚期所见：牙齿松动、移位，根分叉病变。治疗：

骨折

1

· 治疗时机 颌骨骨折伤员应及早进行治疗，但如合并颅脑、重要脏器或肢体严重损伤，全身

情况不佳时，应首先抢救伤员的生命，待全身情况稳定或好转后，再行颌骨骨折的处理。

但应注

意，在救治其他部位伤的同时，不能忽视与颌面外科的衔接，以免延误治疗，防止错位愈合，增加后期处理的复杂性。

2

. 治疗骨折

为了避免发生错位愈合，应尽早进行骨折段的精确复位，AO/ASIF 提出的治疗原则已被国内外所认同，即骨折的解剖复位、功能稳定性固定、无创外科、早期功能性运动。功能稳定性固定和早期功能运动可以体现我国中医传统的动静结合，促进骨折愈合的理念。骨折固定的方法可根据条件选用，目前以手术切开复位坚固内固定为治疗的主流技术。

3

. 骨折线上牙的处理 在颌骨骨折治疗中常利用牙行骨折段的固定，应尽量保存，即使 在骨折线上的牙也可考虑保留，但如骨折线上的牙已松动、折断、龋坏、牙根裸露过多或有 炎症者，则应予拔除，以防骨创感染或并发颌骨骨髓炎。儿童期颌骨骨折后，如恒牙胚已暴露并有感

染可能者，也应去除。

牙体缺损

牙体缺损程度不大者，可采取充填方法治疗。但对于缺损范围大，剩余牙体组织薄弱，无法保证充填体强度和固位，或为了达到更高美观要求时，应采用修复治疗的方法。牙体缺损的修

复治疗应在保护患牙和相关周围组织健康的前提下，正确恢复缺损牙的形态与功能，符合抗力与

固位的机械力学原则。

牙周炎

1. 去除局部致病因素，洁治、刮治和根面平整，口腔卫生指导。
2. 必要时手术治疗。
3. 建立平衡咬合关系。
4. 拔除无保留价值的患牙。
5. 消除吸烟等危险因素。
6. 牙周支持治疗。

「133 号题」6 月 18 日 第三站：病史采集：女，35 岁牙松动，不敢咬合 3 天。病例分析：

患者女，主诉：口腔舌部左下溃疡半年。现病史：一开始溃疡面积较小，近几月溃疡变大，使用口腔消炎药后溃疡面积变小。查：溃疡面积 3.0×2.0cm，溃疡边缘不清，形态不规则，基底较硬，在溃疡相对部位牙齿有锐利牙尖，颌面颈部淋巴结无肿大。无相应牙体组织检查。

无既

往史，无过敏史，无全身系统性疾病。

答：牙松动

（一）现病史

1. 何时出现的牙松动，牙松动的部位，多个牙松动还是单个牙松动。
2. 是否伴有牙移位。
3. 牙龈肿胀情况，肿胀的部位和范围，有无溢脓。
4. 牙龈出血情况，出血的部位。
5. 是否伴有牙痛或根尖部肿痛，牙痛的时间，牙有无伸长感。

6. 有无咬合痛或咬合不适，或咬东西时是否疼痛，出现的时间。
7. 有无外伤史及外伤发生的时间，有无咬物时硌伤。
8. 相应部位有无肿物或颌骨膨隆及出现的时间。
9. 患者的年龄，是否为儿童替牙期。
10. 有无全身症状，如有无发热、寒战等。

（二）既往史

患牙的治疗史包括牙周手术治疗史，患牙的正畸或牙外科正畸史，有无口腔颌面部及其邻近器官的疾病。有无牙因松动而脱落史。

（三）全身情况 有无糖尿病、白血病、冠心病、高血压、肿瘤等疾病。是否是月经期、产褥期、更年期等。是否做过头颈部放疗。

（四）家族史

父母有无牙早失现象。

创伤性溃疡

表现：残根、残冠的尖锐边缘，不良修复体、尖锐牙尖等可使相对应的黏膜形成溃疡或糜烂面，开始时可能仅有轻微疼痛或肿胀，时间久后，周围有炎症性增生反应，黏膜发白。溃疡的大小、部位、深浅不一，但与刺激物相适应，病情的严重程度与刺激物存在时间、患者的身体状况有关。

鉴别诊断：需与口腔癌、腺周口疮、结核性溃疡鉴别。舌缘上的增生物，尤其具有溃疡者，首先应想到癌肿的可能。而由残根、残冠刺激引起的创伤性溃疡，临床上很像癌肿。除从病史、检查诸方面鉴别外，最主要的是首先去除局部因素而不是活检，在局部若能找到相对部位的刺激

物则应去除，即使病损严重，去除刺激物后也能迅速好转。若去除后仍不愈合，则应及时活检以明确诊断。

治疗

首先应去除局部刺激因素，如拔除残根，修改或拆除不合适的修复体，磨改锐利的牙尖或切嵴。磨钝乳切牙嵴，溃疡未愈合时可用汤匙喂养。更换橡皮奶嘴。

用消炎止痛药防止感染和止痛：1%甲紫、2.5%金霉素甘油，各种抗生素药膜等局部涂或贴敷。含漱剂：达克罗宁液、普鲁卡因液。中药粉外敷：养阴生肌散、锡类散等。

「139 号题」6 月 17 日 第三站：病史采集：采集，牙龈肥大。分析干槽症。

答：牙龈肥大

（一）现病史

1. 牙龈肥大的部位、范围和时间。
2. 有无癫痫病史、高血压病史及肾移植等病史，是否服药，服用的是何种药物。
3. 增生牙龈是否影响咀嚼。
4. 牙龈是否易出血，自发出血还是刷牙时出血，是否不易止住。

（二）既往史

以前有无牙龈出血史，有无白血病等血液病史，有无口腔颌面部及其邻近器官的疾病。

（三）全身情况

近来有无发热、食欲缺乏、体重减轻等现象。干槽症

【临床表现】

症状牙拔除后 2~3 天后发生拔牙区剧烈疼痛，并可向耳颞部、下颌区或头顶部放射，一般止痛药物无效。

2

检查所见面部无明显红肿，开口受限亦不严重。拔牙窝内可空虚，或可见腐败变性的血凝块，腐臭味强烈。后者称为腐败型干槽症，而仅有剧烈疼痛和牙槽窝空虚者称为非腐败型干槽症。近来非腐败型干槽症的发生比例有增高的趋势，可能与拔牙后预防性使用抗菌药物有关。

【诊断】

1. 牙拔除术史，特别是下颌阻生第三磨牙或死髓劈裂磨牙等拔除创伤较大，手术时间较长的拔牙术史。

2. 牙拔除术后反应已经逐渐消退或减轻，但术后 2~3 天以后发生拔牙区剧烈疼痛，无明显全身症状、无红肿和开口受限表现等。

3. 临床检查所见

【鉴别诊断】

（一）拔除牙邻牙的牙体、牙髓、根尖或牙周病变 邻牙的炎症性疾病应该被除外，比如最常见的下颌阻生第三磨牙拔除术后第二磨牙远中颈部龋暴露引起的疼痛和炎症等。上述感染性疾病除有其自身的临床特点以外，临床检查时也应该注意对邻牙和对颌牙的检查。

（二）牙拔除术后反应

困难的和（或）耗时较长的牙拔除术后都存在一定的术后反应，但一般在术后 2~3 天应该逐渐减轻或消退；有的牙拔除术可能造成局部牙槽骨骨折或创伤，以及牙龈撕裂等，在临床检查时也应注意。

（三）牙拔除术后感染

牙拔除术后感染一般在术后 3~4 天出现，但疼痛程度不及干槽症剧烈，使用抗菌药物和一般镇痛药物有效；同时存在红、肿、热、痛和开口受限等炎症表现，并伴随一定的全身症状。

【治疗原则】

通过彻底清创及隔离外界对创面的刺激，以达到迅速止痛、促进愈合的目的。

在传导阻滞麻醉完全无痛的情况下彻底清创，以 3%过氧化氢棉球反复擦洗，除去腐败坏死物质，直至拔牙窝清洁无臭味；只有存在大量腐败坏死物质时才建议使用刮匙；再用 0.9%氯化钠溶液冲洗，并以碘仿纱条（最好加入适量的丁香油和 2%丁卡因）严密填塞拔牙窝，10 天后换药，去除碘仿纱条，观察创口情况。

「140 号题」6 月 20 日第三站：下前牙松动 分析：主诉可复性牙髓炎 牙体缺损 非：残髓炎；前牙一颗单的烤瓷冠 诊断牙体缺损 正确吗？ 残髓炎为死髓牙 治疗根管治疗 正确吗？ 医德医风：一医生开刀应该是左腿 开成右腿 及时更正了 是医生的责任 还是医院的责任？

答：牙松动询问病史要点

（一）现病史 1. 何时出现的牙松动，牙松动的部位，多个牙松动还是单个牙松动。

2. 是否伴有牙移位。

3. 牙龈肿胀情况，肿胀的部位和范围，有无溢脓。

4. 牙龈出血情况，出血的部位。

5. 是否伴有牙痛或根尖部肿痛，牙痛的时间，牙有无伸长感。

6. 有无咬合痛或咬合不适，或咬东西时是否疼痛，出现的时间。

7. 有无外伤史及外伤发生的时间，有无咬物时硌伤。

8. 相应部位有无肿物或颌骨膨隆及出现的时间。

9. 患者的年龄，是否为儿童替牙期。

10. 有无全身症状，如有无发热、寒战等。

（二）既往史 患牙的治疗史包括牙周手术治疗史，患牙的正畸或牙外科正畸史，有无口腔颌面部及其

邻近器官的疾病。有无牙因松动而脱落史。

（三）全身情况 有无糖尿病、白血病、冠心病、高血压、肿瘤等疾病。是否是月经期、产褥期、更年期

等。是否做过头颈部放疗。

（四）家族史父母有无牙早失现象。 可复性牙髓炎

1. 症状

患牙遇到冷热刺激或甜酸刺激时，立即出现瞬间的疼痛反应，尤其对冷刺激更敏感，但 无自发痛。

2. 检查所见

（1）患牙有近髓的牙体硬组织病损（如深龋、深楔状缺损等）、充填体、深牙周袋或 有（牙合）创伤。

（2）患牙对温度试验敏感，且反应迅速，尤其对冷测反应强烈；去除刺激后，症状随 即消失，即呈一过性敏感反应。

（3）叩诊反应与正常对照牙相同，即叩痛（-）。

鉴别：

（一）深龋 1. 深龋时患牙对温度刺激也敏感，但往往是当冷、热刺激进入深洞内才出现疼痛，且

刺激去除后症状不持续。因此，深龋患牙对牙髓温度试验的反应为“正常”或“同对照牙”，只有当冷水（或热水）入洞时才会有一过性敏感反应。

2

. 在临床上，深龋与可复性牙髓炎有时很难区别，此时可按可复性牙髓炎的治疗进行 处理。

（二）不可复性牙髓炎 1. 不可复性牙髓炎一般有自发痛史。

2. 温度刺激去除后，疼痛持续时间较长久。

3

. 在临床上若可复性牙髓炎与无典型自发痛症状的慢性牙髓炎一时难以区分时，可先 采用诊断性治疗的方法（安抚），在观察期内视是否出现自发痛症状再明确诊断。

（三）牙本质过敏症 牙本质过敏症的患牙往往对机械刺激（探、触）和化学刺激（酸、甜）更敏感。 治疗

去除感染源，避免外界温度刺激患牙，给牙髓恢复正常提供条件。如：对因龋或其他牙 体疾患所致的可复性牙髓炎，可行间接盖髓术或安抚治疗；对（牙合）创伤所致的可复性牙髓炎，可行调（牙合）处理。 牙体缺损是指由于龋病、外伤、磨损、酸蚀、发育异常等原因导致的牙体硬组织不

同程度的外形和结构的破坏和异常。

治疗：牙体缺损程度不大者，可采取充填方法治疗。但对于缺损范围大，剩余牙体 组织薄弱，无法保证充填体强度和固位，或为了达到更高美观要求时，应采用修复治疗 的方法。牙体缺损的修复治疗应在保护患牙和相关周围组织健康的前提下，正确恢复缺 损牙的形态与功能，符合抗力与固位的机械力学原则。

非主诉：残髓炎 残髓炎也属于慢性牙髓炎，发生在经牙髓治疗后的患牙。由于治疗中残留了少量炎

症髓髓或多根患牙遗漏了根管未作处理，进而在治疗后又出现慢性牙髓炎的症状，故称为残髓炎。

【临床表现】 1. 症状

(1) 患牙治疗后的近期或远期又出现自发性钝痛、放散痛、温度刺激痛等牙髓炎症状。

(2) 咬合不适感或轻咬合痛。 2. 检查所见

(1) 牙冠有做过牙髓治疗的充填体。

(2) 对患牙施以强刺激温度试验，反应为迟缓性痛或诉有感觉。

(3) 叩诊轻度疼痛或不适，即叩痛(+)或叩痛(±)。

(4) 去除患牙充填物，探查根管至深部时有感觉或疼痛，或找到遗漏的根管。

【诊断】 1. 有牙髓治疗史。

2. 有牙髓炎症状。

3. 强温度刺激迟缓性痛和有叩痛。

4. 探查根管有疼痛感觉方可确诊。

【治疗原则】 去除残髓或找到并处理遗漏根管，重做根管治疗。

医德医风：应为医生责任。

【?号题】 6月17日 第三站：病例分析：右上后牙进食不适两个月，右上六两年前有银汞充填物，现脱

落，探诊质软，无穿髓孔，叩诊(－)，冷水入洞一过性敏感，温度测验同对照牙，X线检查右

上5远中

颌面到牙本质浅层，右上六达牙本质深层，左下6烤瓷修复体，有奔瓷达3mm，叩诊(－)。

主诉诊断：右上后牙深龋。

主诉诊断依据：刺激入洞一过性敏感；温度测验同对照牙，X线显示右上5和右上6深龋

洞。主诉诊断鉴别诊断：(一)深龋应注意与可复性牙髓炎鉴别诊断，深龋的特点是：

1. 患者遇冷刺激时，产生的疼痛不如可复性牙髓炎显著。

2. 深龋患牙温度刺激入洞可引起疼痛，刺激除去后疼痛立即消失。

3. 深龋患牙温度刺激试验反应同对照牙，而可复性牙髓炎温度刺激试验的疼痛在刺激除去后可有短暂持续后消失，称为一过性敏感。

(二)深龋应注意与慢性牙髓炎鉴别

1. 深龋无自发痛史，慢性牙髓炎可有自发痛史。

2. 温度测试深龋患牙反应同对照牙，慢性牙髓炎可为敏感、迟钝或迟缓痛。

3. 深龋无叩痛，慢性牙髓炎叩痛(±或+)。主诉疾病治疗：去腐备洞，垫底充填。

非主诉诊断：左下6牙体缺损。

非主诉诊断依据：左下6烤瓷修复体，有崩瓷3mm。

非主诉疾病治疗：氟化氢酸蚀烤瓷崩瓷面，然后树脂修复，或者去掉原修复体，重新制作烤瓷

冠。

「?号题」6月17日 第三站：病史采集：患儿，女，10岁。冷热刺激痛，夜间痛，口腔检查右下6(牙合)面有深凹陷，色深，探诊(+)，冷测(++)。上前牙黏膜处有白斑可擦去，涂片检查可见菌丝孢子。(有一张根尖片，显示根尖无阴影，根尖未闭合)

答：急性牙髓炎

【临床表现】 1. 症状

(1) 自发性疼痛，阵发性发作或加剧，炎症牙髓化脓时可出现搏动性跳痛。

- (2) 夜间疼痛较白天剧烈。
 - (3) 温度刺激可激发或加剧疼痛。炎症牙髓出现化脓或部分坏死时，可表现为热痛冷 缓解。
 - (4) 疼痛呈放散性，沿三叉神经分布区域放散，患者常不能定位患牙。
2. 检查所见
- (1) 患牙有深龋或其他近髓的牙体硬组织疾患，或可见有充填体，或有深牙周袋。
 - (2) 患牙对温度试验可反应为极其敏感或激发痛，且刺激去除后症状要持续一段时间。也可表现为热测激发痛，冷测缓解或迟钝。
 - (3) 叩诊可有不适或轻度疼痛，即叩痛（±）或叩痛（+）。

【诊断】

1. 典型的疼痛症状（自发痛、阵发痛、夜间痛、冷热痛、放散痛）。
2. 查及引起牙髓病变的牙体损害或其他病因。
3. 牙髓温度试验结果以及叩诊反应可帮助定位患牙。

【鉴别诊断】

（一）三叉神经痛

1. 三叉神经痛较少于夜间发作。
2. 疼痛发作有“扳机点”。
3. 温度刺激一般不引起疼痛。

（二）牙龈乳头炎

1. 疼痛性质为持续的胀痛，多可定位。有时也出现冷热刺激痛。
2. 局部龈乳头充血、水肿，触痛明显。
3. 患处两邻牙间有食物嵌塞的痕迹或可问及食物嵌塞史。
4. 未查及引起牙髓炎的牙体及其他疾患。

（三）急性上颌窦炎

1. 疼痛性质为持续性胀痛，上颌前磨牙和磨牙可同时受累，出现叩痛。
2. 未查及引起牙髓炎的牙体疾患。
3. 上颌窦前壁有压痛。
4. 同时伴有头痛、鼻塞、脓鼻涕等上颌窦炎的症状，或近期有感冒史。

【治疗原则】

1. 摘除牙髓，止痛，缓解急性症状。
2. 有条件者可行一疗次根管治疗。

急性假膜型念珠菌口炎又叫鹅口疮或雪口病。可发生于任何年龄的人，但以新生婴儿最多见。病程为急性或亚急性。病损可发生于口腔黏膜的任何部位。新生儿鹅口疮多在生后 2～8 日内发生，好发部位为颊、舌、软腭及唇。

【临床表现】

1. 症状 口腔干燥，黏膜灼痛。患儿烦躁不安、啼哭、哺乳困难，有时有轻度发热。
2. 检查所见

病损区黏膜充血，有散在色白如雪的柔软小斑点，斑点相互融合为白色或蓝白色丝绒状斑片，并可继续扩大蔓延至扁桃体、咽部、牙龈。早期黏膜充血较明显，故呈鲜红色与雪白 的对比。

而陈旧的病损黏膜充血减退，白色斑片带淡黄色。斑片附着十分紧密，稍用力可擦掉，暴露发红的黏膜糜烂面。

【诊断】

根据病史及临床特征及实验室检查综合进行诊断。

1. 好发于新生儿、小婴儿，长期使用抗生素或激素的患者以及长期卧床休息的患者。
2. 患者有口干、烧灼感及轻微疼痛。病变可向口腔后部蔓延至咽、气管、食道。引起 食道念珠菌病和肺部的念珠菌感染。

3. 口腔黏膜充血，表面可见白色乳凝状或淡黄色的假膜，用力可将假膜擦去，下方为充血的基底。好发于唇、舌、颊、腭黏膜处。
4. 白色念珠菌病的实验室诊断方法，目前认为最可靠的是在玉米培养基上形成厚壁孢子，而最简单的方法是标本直接镜检。常采取口腔黏膜的假膜、脱落上皮，痂壳等标本，置于载玻片上，滴加 10%氢氧化钾液数滴，覆以盖玻片，用微火加热以溶解角质，然后立即进行镜检，如发现假菌丝或芽胞，就可确认为真菌感染，但还必须通过培养，才能确诊为白色念珠菌。

【治疗原则】

1. 小儿喂养用具要清洁与消毒。注意防止因喂养工作人员而引起的交叉感染。成人患者要尽量去除病因，停止使用抗生素。
2. 轻型小婴儿可用 2%~4%碳酸氢钠液擦洗口腔。较重的患儿可用 10 万 U 制霉菌素甘油液涂擦。幼儿局部涂 0.1%甲紫。
3. 成人患者可局部和全身应用抗真菌治疗。用药要连续 2 周，但应连续 3 次真菌检查阴性方可认为治愈。

「197 号题」6 月 17 日 第三站：病例分析：患者左下后牙疼痛 2 天，检查左下 7 近中深龋，冷热刺激痛，叩痛(+)，左下 8 近中阻生，牙龈触痛，有少量分泌物，左腮腺区有 2 个 5cm 大小的包块，可活动，无压痛，开口度正常。

答：智齿冠周炎

【临床表现】

1. 症状 智牙冠周炎常以急性炎症形式出现。急性智牙冠周炎的初期，一般全身无明显反应；患者自觉患侧磨牙后区胀痛不适，当进食咀嚼、吞咽、开口活动时疼痛加重。如病情继续发展，局部可呈自发性跳痛或沿耳颞神经分布区产生反射性痛。当炎症遍及咀嚼肌时，可引起肌反射性痉挛而出现不同程度的开口受限，甚至出现“牙关紧闭”。由于口腔不洁，表现为口臭、舌苔变厚、龈袋处有咸味分泌物溢出。全身症状可有不同程度的畏寒、发热、头痛、全身不适、食欲减退及大便秘结。慢性冠周炎在临床上多无明显症状，仅局部有轻度压痛、不适。
2. 检查所见 口腔局部检查时，多数患者可见智牙萌出不全，如为低位阻生或牙冠被肿胀的龈瓣全部覆盖时，须用探针探查，方可在龈瓣下查出未全萌出的智牙或阻生牙。智牙周围的软组织及牙龈发红，伴不同程度的肿胀。龈瓣边缘糜烂，有明显触痛，或可由龈袋内压出脓汁。病情严重者，炎性肿胀可波及舌腭弓和咽侧壁，伴有明显的开口困难。当化脓性炎症局限后，可形成冠周脓肿，有时可自行溃破。相邻第二磨牙可有叩击痛。有时第二磨牙远中颈部可因阻生牙等局部因素导致龋，在检查时应多加注意，切勿遗漏。患者通常有患侧下颌下淋巴结的肿胀、压痛。冠周炎症可直接蔓延或经由淋巴管扩散，引起邻近组织器官或筋膜间隙的感染，出现相应的表现。除此以外，还有体温轻度升高，白细胞总数稍有增高，中性粒细胞比例上升等全身表现。

【诊断】

根据病史、临床症状和检查所见，诊断不难作出。通过探针检查，可发现未萌出的阻生智牙牙冠；X 线检查不仅可以了解未萌出的阻生智牙，在慢性冠周炎时，有时还可发现牙周骨质阴影（病理性骨袋）的存在。

【鉴别诊断】

（一）下颌第一磨牙牙槽（或牙周）脓肿

下颌智牙冠周炎合并面颊痈时，特别是在同侧下颌第一磨牙及其牙周组织亦存在炎症病变

时，更易误诊。应该仔细检查下颌第一磨牙的病变深度、牙髓活力和叩痛等，以及同侧下颌智牙

冠周情况，以供鉴别。

（二）下颌第二磨牙根尖周炎

常由第二磨牙远中深龋引起，特别是已经出现了牙槽脓肿时。此时炎症中心较智牙冠周炎略微向近中，且下颌第二磨牙牙髓无活力，叩痛明显。

（三）下颌第三磨牙区牙龈的恶性肿瘤

一般不以急性炎症为主要表现，出现持续生长的新生物，伴疼痛、开口受限、下唇和（或）舌麻木等，X线表现为骨的破坏。

【治疗原则】

1. 急性期在急性期应以消炎、镇痛、切开引流、增强全身抵抗力的治疗为主。
2. 慢性期当炎症转入慢性期后，若为不可能萌出的阻生牙则应尽早拔除，以防感染再发。智牙冠周炎扩散引起的并发症，应作相应处理。

「?号题」6月17日第三站：现病史：3个月来发现下前牙松动，咬物时不适感，刷牙时牙龈出血明显，且下前牙出现缝隙。既往史：否认全身系统性疾病。家族史：母亲52岁，已全口失牙，义齿修复。检查：下前牙舌侧少量牙石，其他牙无牙石，但牙颈部和邻面有菌斑，下前牙有散在间隙，牙龈暗红色，质软，探诊后出血，左下2松动Ⅰ度，ro7mm，其他下前牙PD4mm-6mm，牙未见松动，双侧下颌第一磨牙近中PD6mm，牙龈探诊出血后（有一张X线片）。

答：侵袭性牙周炎

侵袭性牙周炎是发生在全身健康的年轻人、疾病进展快速、有家族聚集性的一类牙周炎，旧分类中也称为青少年牙周炎、快速进展性牙周炎，分为局限型和广泛型。

【临床表现】

1. 症状 由于病变进展速度快，早期就会出现牙松动、移位，年轻时就会有牙齿脱落；有的还可出现全口牙龈多部位反复的肿胀、疼痛甚至溢脓。其他症状与慢性牙周炎相似。

2. 检查所见

（1）牙龈炎症导致的色、形、质改变：牙龈鲜红或暗红；龈缘变厚，龈乳头变圆钝肥大，甚至可与牙面剥离；牙龈表面光滑发亮；或者牙龈显著退缩。也有牙龈表面色、形、质没有明显改变者，特别多见于局限型患者。而一些广泛型者在疾病的活跃期牙龈普遍鲜红肿大，

龈缘区可出现肉芽性增殖。

（2）探诊出血和探诊疼痛，即使牙龈表面无明显炎症，也会有探诊出血、溢脓。

（3）探诊深度和附着丧失：普遍有较深的牙周袋，中重度的附着丧失。突出表现是，牙周组织破坏程度重，但与年龄和局部刺激物的量不成比例。

局限型患者：深牙周袋和附着丧失主要局限于第一恒磨牙或切牙，至少其中一个为第一磨牙，其他患牙（非第一磨牙和切牙）不超过2个。

广泛型患者：除外第一恒磨牙和切牙，其他患牙必须超过2个。

（4）X线片显示：牙槽骨中、重度吸收。其中，局限型的典型表现是牙槽骨吸收局限于第一恒磨牙和切牙。第一磨牙的近中多有垂直型骨吸收，严重时可在近、远中均有垂直型骨

吸收，形成典型的“弧形吸收”。

（5）年轻患者即有牙松动、移位，或有根分叉病变、甚至脓肿等晚期牙周炎的表现。

【诊断】

1. 患病年龄不超过35岁，多为年轻人。

2. 无明显全身疾病。
3. 快速的附着丧失和骨吸收；牙周组织破坏程度与年龄不一致，与局部刺激量也可不一致。
4. 多有家族聚集性。
5. 局限型侵袭性牙周炎病变局限于第一恒磨牙或（和）切牙，其他患牙不超过两个，X 线片显示第一恒磨牙牙槽骨近中吸收或“弧形吸收”，前牙可为水平吸收。
6. 广泛型侵袭性牙周炎病变不局限于第一恒磨牙或（和）切牙，其他患牙有 3 颗以上。

【鉴别诊断】

1. 慢性牙周炎

多见于成人，有附着丧失和牙槽骨吸收，病变程度与局部刺激量相一致，疾病进展缓慢。

2. 反映全身疾病的牙周炎 有系统性疾病等牙周炎的全身促进因素，即可排除。

3. 慢性龈炎 有牙龈炎症表现，但无附着丧失和牙槽骨吸收。

【治疗原则】

1. 彻底清除菌斑生物膜，消除菌斑滞留因素，控制感染。
2. 辅助应用抗菌药物。
3. 调整机体的防御功能。
4. 必要时手术治疗。
5. 建立平衡的（牙合）关系，包括正畸矫治牙齿移位。
6. 牙周定期维护和防止复发，复查复治间隔期宜短。

【198 号题】6 月 19 日第三站：牙齿松动 病例分析 一过性冷刺激疼 扣_ 诊断可 复性牙髓炎 非住宿牙体全损。

答：牙松动询问病史要点

（一）现病史

1. 何时出现的牙松动，牙松动的部位，多个牙松动还是单个牙松动。
2. 是否伴有牙移位。
3. 牙龈肿胀情况，肿胀的部位和范围，有无溢脓。
4. 牙龈出血情况，出血的部位。
5. 是否伴有牙痛或根尖部肿痛，牙痛的时间，牙有无伸长感。
6. 有无咬合痛或咬合不适，或咬东西时是否疼痛，出现的时间。
7. 有无外伤史及外伤发生的时间，有无咬物时硌伤。
8. 相应部位有无肿物或颌骨膨隆及出现的时间。
9. 患者的年龄，是否为儿童替牙期。
10. 有无全身症状，如有无发热、寒战等。

（二）既往史

患牙的治疗史包括牙周手术治疗史，患牙的正畸或牙外科正畸史，有无口腔 颌面部及其邻近器官的疾病。有无牙因松动而脱落史。

（三）全身情况 有无糖尿病、白血病、冠心病、高血压、肿瘤等疾病。是否是月经期、产褥期、更年期等。是否做过头颈部放疗。

（四）家族史父母有无牙早失现象。 可复性牙髓炎

1. 症状

患牙遇到冷热刺激或甜酸刺激时，立即出现瞬间的疼痛反应，尤其对冷刺激更敏感，但无自发痛。

2. 检查所见

(1) 患牙有近髓的牙体硬组织病损（如深龋、深楔状缺损等）、充填体、深牙周袋或有（牙合）创伤。

(2) 患牙对温度试验敏感，且反应迅速，尤其对冷测反应强烈；去除刺激后，症状随即消失，即呈一过性敏感反应。

(3) 叩诊反应与正常对照牙相同，即叩痛（-）。鉴别：

（一）深龋

1. 深龋时患牙对温度刺激也敏感，但往往是当冷、热刺激进入深洞内才出现疼痛，且刺激去除后症状不持续。因此，深龋患牙对牙髓温度试验的反应为“正常”或“同对照牙”，只有当冷水（或热水）入洞时才会有一过性敏感反应。

2. 在临床上，深龋与可复性牙髓炎有时很难区别，此时可按可复性牙髓炎的治疗方法进行处理。

（二）不可复性牙髓炎

1. 不可复性牙髓炎一般有自发痛史。

2. 温度刺激去除后，疼痛持续时间较长久。

3. 在临床上若可复性牙髓炎与无典型自发痛症状的慢性牙髓炎一时难以区分时，可先采用诊断性治疗的方法（安抚），在观察期内视是否出现自发痛症状再明确诊断。

（三）牙本质过敏症

牙本质过敏症的患牙往往对机械刺激（探、触）和化学刺激（酸、甜）更敏感。治疗去除感染源，避免外界温度刺激患牙，给牙髓恢复正常提供条件。如：对因龋或其他牙体疾患所致的可复性牙髓炎，可行间接盖髓术或安抚治疗；对（牙合）创伤所致的可复性牙髓炎，可行调（牙合）处理。

非主诉：牙体缺损是指由于龋病、外伤、磨损、酸蚀、发育异常等原因导致的牙体硬组织不同程度的外形和结构的破坏和异常。

治疗：牙体缺损程度不大者，可采取充填方法治疗。但对于缺损范围大，剩余牙体组织薄弱，无法保证充填体强度和固位，或为了达到更高美观要求时，应采用修复治疗的方法。

牙体缺损的修复治疗应在保护患牙和相关周围组织健康的前提下，正确恢复缺损牙的形态与功能，符合抗力与固位的机械力学原则。
