

口腔各科数字 考点总结



口腔组织病理学

1. 釉质无机物占总重量 96%~97%；无机物占总体积的 86%。
2. 釉柱的直径为：1~6 μm ；釉丛的高度是釉质厚度的 1/4~1/3，也是釉质的薄弱区。
3. 釉柱的横纹间距平均为 4 μm 。
4. 釉质的近表面 1/3 较直，称为直釉；内 2/3 弯曲，称为绞釉。
5. 成熟的牙本质，70%为无机物，有机物为 20%，水为 10%。
6. 牙本质小管，近髓端和近表面的单位面积内小管数目之比为：2.5:1。
7. 面部的发育始于胚胎第 3 周，唇裂的发生是在胚胎的 6~8 周，腭裂的发生是在胚胎的 9~12 周。
8. 第 2、3、4 腮弓形成联合突，最终形成舌根。
9. 牙板的发育在胚胎第 5 周；
10. 上皮隔：是上皮根鞘继续生长并向未来的根尖孔处成 45° 弯曲。
11. 釉质龋中透明层空隙容积为：1%；暗层为 2%~4%；病损体部为 5%~25%；表层为 5%。

牙体解剖学

1. 乳牙胚从胚胎第 2 个月即发生，5~6 个月开始钙化。2. 恒牙萌出顺序：上颌 6→1→2→4→3 (5) →7；下颌 6→1→2→4 (3) →5→7
3. 生长叶：多数牙是由 4 个生长叶组成；少数牙是由 5 个生长叶组成。
4. 初萌尖牙的牙尖为 90° 。
5. 乳牙在在替牙前 3~4 年，就开始吸收。
6. 6~12 岁或 7~13 岁属于替牙期。
7. 超过 3mm 者为 I 度深覆盖；
超过 5mm 为 II 度深覆盖；
超过 7mm 为 III 度深覆盖。
8. 下颌前牙切缘咬在上颌前牙舌面的切 1/3 为正常覆合；
咬在中 1/3 内为 I 度深覆合；
咬在颈 1/3 者为 II 度深覆合；
超过 1/3 者为 III 度深覆合。
9. 鼻翼耳屏线与眶耳平面的交角为 15° 。
10. 上颌窦覆盖的牙齿，盖过上颌的 5~8 颗牙齿。
11. 颞孔位于下颌的 4~5 之间的下方。
12. 一般的咀嚼速度 70~80 次/分；一个咀嚼周期所需的时间平均为 0.875 秒，牙齿接触的时间平均为 0.2 秒。

13. 成年人颞肌的横断面积约为 8cm^2 ，咬肌的横断面积约为 7.5cm^2 ，翼内肌的横断面积约为 4cm^2 。
14. 唾液的平均 PH 为 6.75；唾液的渗透压在 $100\sim 200\text{mOsm/L}$ ；正常成年人每天的唾液量为 $1000\sim 1500\text{ml}$ ；静止时，下颌下腺分泌量最大，占 $60\%\sim 65\%$ 。
15. 当血液与唾液之比为 1:2 时，凝血时间缩短最多。

牙体牙髓病学

- 1、引起釉质脱矿的临界 PH 为 5.5。
- 2、刷牙 20min 后，在牙面上便可以形成获得性膜。
- 3、菌斑 5~7 天成熟。
- 4、7~8 岁是患乳牙龋的高峰年龄段；65 岁是第二个患龋高峰年龄段。
- 5、牙髓诊断试验（技能操作考试中很重要）：
测试时，要将牙胶棒放在牙齿唇面中 $1/3$ 处；
牙髓承受的温度范围为 $20^\circ\sim 50^\circ$ ；
 $<10^\circ$ 为冷测试； $>60^\circ$ 为热测试。
- 6、治疗龋病常用的药物：
75%氟化钠甘油糊剂；

8%氟化亚锡溶液；

1. 5%酸性磷酸氟化钠等。

7、后牙在备洞时，洞深要达到釉牙本质界下 0.2~0.5mm 为宜；

龈壁位于釉牙骨质界上约 1.0mm；倒凹固位形深度一般为 0.2mm。

8、鸠尾峡的宽度一般在后牙为所在颊舌尖间距的 $1/3 \sim 1/2$ 。

9、银汞合金手工研磨速度 150~200r/min，每次铺平洞底的银汞合金厚度不能大于 1mm；充填应在 2~3 分钟内完成；雕刻形态应在充填完 3~5min 后；充填 24 小时后方可打磨抛光。

10、常用的磷酸浓度为 37%，乳牙酸蚀 60s，恒牙酸蚀 30s。

11、复合树脂粘结修复术中，洞缘釉质壁制备成 45° 的短斜面，宽 1mm；充填时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 。

12、深龋间接盖髓治疗后，观察 10~14 天复诊。

13、釉质发育不全仅涉及切牙、尖牙和第一磨牙，则引起牙发育障碍的全身疾病或营养障碍等发生的年龄应在出生后第 1 年；如果涉及侧切牙，则应该是出生后第 2 年；而前磨牙、第二磨牙和第三磨牙受侵犯，则在出生后第 3 年。

14、一般认为水中含氟量以 1ppm 为宜；我国现行水质标准氟浓度为 0.5~1ppm 。

15、妊娠和喂母乳的妇女，以及 8 岁以下的少儿不宜使用四环素类药物 。

16、在治疗四环素牙，使用内脱色的药物为 30%过氧化氢液和 15%过

氧化脲。

17、牙震荡 3 个月后仍有牙髓反应的，则大多数能继续保持活力。牙震荡受伤后 1、3、6、12 个月应进行定期复查。年轻恒牙，其活力可在受伤 1 年后才丧失。

18、嵌入性脱位后发生牙髓坏死的概率是 96%。

19、完全脱位牙在 0.5 小时内进行再植，90%患牙可避免发生牙根吸收。牙再植后行使功能超过 5 年，即视为再植成功。

20、当牙本质内的细菌距牙髓 $<1.1\text{mm}$ 时，牙髓可出现轻度炎症； $<0.5\text{mm}$ 时，牙髓可发生明显的炎症； $\leq 0.2\text{mm}$ 时，牙髓内出现细菌。

21、牙髓电活力测试时，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。

22、生理学根尖孔距离解剖性根尖孔 $0.5\sim 1\text{mm}$ ，是根管最狭窄处。

23、失活剂的封药时间：

多聚甲醛失活剂为 10~14 天；

金属砷：恒牙 5~7 天，乳牙 2~4 天；

三氧化二砷：24~48h，不能用于乳牙和年轻恒牙。

24、氢氧化钙 PH 为 9~12，不能够在湿润环境下凝固。

25、牙周膜与口腔粘膜间的电阻值恒定为 6.5 千欧。

26、在考试中，根管冲洗液为 5.25%次氯酸钠和 3%过氧化氢交替冲洗。

27、根管 K 锉和 H 锉，其 ISO 规格尺寸如下：

工作切割刃的长度为 16mm；

- 从尖端到柄的距离可分为：21、25、28、31mm，但工作长度均为16mm。所有器械刃部的锥度为 0.02 。
- 28、侧方加压器插至需要深度后旋转 180 度。
- 29、根管治疗，世界卫生组织规定的观察期为术后 2 年。
- 30、妊娠前 3 个月和最后一个月应避免进行根管治疗。

牙周病学

1. 菌斑成熟，一般 12h 的菌斑便可被菌斑显示剂着色。
2. 常用的菌斑染色剂为 2%的碱性品红。
3. 当菌斑百分率达到小于 20%，则已属基本控制；
小于 10%，则菌斑控制良好。
4. CPI 探针顶端直径小球为 0.5mm；探针力量约为 20~25g。
5. 龈沟的组织学平均深度为1.8mm；健康牙龈的探诊深度不超过3mm，
超过 3mm，属于牙周袋。
6. 当牙槽嵴顶到釉质牙骨质界的距离超过 2mm 时，则可认为牙槽骨有吸收。
7. 骨吸收通常分为三度：
I 度牙槽骨吸收在牙根的颈 1/3 以内；

II度牙槽骨吸收超过根长 1/3, 但在根长 2/3 以内; 或吸收达根长的 1/2;

III度: 牙槽骨吸收站根长 2/3 以上。

8. 牙龈炎定期进行复查 (6~12 个月一次)。

9. 一般的刷牙方法只能清除菌斑的 70%左右。

10. 妊娠期牙龈炎至 8 个月时达到高峰。

分娩后约 2 个月时, 龈炎可减轻。

妊娠瘤的切除时机: 妊娠的第 4~6 个月。

11. 慢性牙周炎是最常见的一类牙周炎, 占 95%。

12. 慢性牙周炎的分类:

全口牙中有附着丧失和骨吸收的位点数 \leq 30%,

为局限性牙周炎; $>$ 30%的位点受累, 则为广泛性牙周炎。

13. 牙周手术适应症: 牙周手术基础治疗后 6~8 周时, 若仍有 5mm 以上的牙周袋。

14. 牙周刮治器的工作面成 0° 角进入袋底; 刮治时与牙面的角度以 $70^\circ \sim 80^\circ$ 角为最佳。

15. 侵袭性牙周炎发病年龄多在 20 岁左右, 女性多见于男性; 广泛型侵袭性牙周炎累及除切牙和第一磨牙以外的恒牙至少 3 颗。

16. 侵袭性牙周炎的复查时间为 1~2 个月一次。

儿童口腔医学

1. 乳牙牙髓病治疗时，直接盖髓的条件：意外穿髓，露髓孔小于 1mm.
2. 乳牙牙髓切断术中，外伤露髓的牙齿半小时~2 小时之内就诊的，认为冠髓污染，根髓健康。
3. 根尖诱导成形术复查时间为：每 3 个月~6 个月。

口腔黏膜疾病

1. 口腔单纯疱疹是由病毒引起的：I
I 型单纯疱疹病毒主要引起腰部以上的，主要是口腔黏膜、咽、口腔黏膜等；
II 型单纯疱疹病毒主要是腰部以下皮肤黏膜和生殖器的感染。
2. 原发性疱疹性口炎常见的发病年龄：6 个月~2 岁最多；愈合期为 7~10 天。
3. 原发性疱疹性口炎抗病毒抗体在血液中出现，是在发病的 14~21 天。

4. 疱疹性咽峡炎是由柯萨奇病毒 A4 所引起的口腔后部的疱疹损害。
5. 手足口病是由 EV71（肠道病毒 71）和 Cox A16 引起的。
6. 新生儿鹅口疮多在出生后 2~8 天内发生。
7. 治疗鹅口疮的首选药物：2%~4%碳酸氢钠溶液。
8. 天疱疮常发年龄：40~60 岁中年女性。
9. 65 岁以上男性，每天吸烟 20 支，要注意，易发白斑。
10. 白斑首选的治疗药物：0.2%维 A 酸溶液。

口腔预防医学

1. 普查的应查率在 95%以上。
2. 预调查的年龄段：5 岁、12 岁、15 岁、35~44 岁、65~74 岁。
3. WHO 推荐先对有代表性的 1~2 个年龄组少数人群进行调查，通常为 12 岁组。
4. ★Kappa 值得大小与可靠度的关系为（强制性记住，必须记住，几乎每年都考）

0.40 以下：可靠度不合格

0.41~0.60：可靠度中等

0.61~0.80: 可靠度优

0.81~1.0: 完全可靠

5. WHO 规定的确定临床试验周期:

氟防龋效果观察, 至少应持续 2 年;

牙周病预防措施的效果观察可以持续 6 周~18 个月;

牙再植应观察 5 年;

根管治疗应观察 2 年。

6. 检查 30 岁及以上者, 不再区分是龋病还是牙周病导致的失牙, 其失牙数按照口腔内实际失牙数计; 9 岁以下的儿童, 丧失了不该脱落的乳牙, 即为龋失。

7. WHO 规定龋病的患病水平以 12 岁儿童龋均作为衡量标准: 牙石量以 15 岁作为衡量标准。

8. ★WHO 龋病流行程度的评价指标 (12 岁)(强制性记住, 必须记住)

龋均 (DMFT)	等级
0.0~1.1	很低
1.2~2.6	低
2.7~4.4	中
4.5~6.5	高
6.6 以上	很高

9. 7~8 岁乳牙患龋率达到高峰。
10. 唾液缓冲能力：可以分为高、中、低，标准分别为：PH 5~7、PH 4~5、PH<4。
11. 唾液流率：判断标准是 $>1\text{ml}/\text{min}$ ， $0.7\sim 1\text{ml}/\text{min}$ ， $<0.7\text{ml}/\text{min}$ ，分别提示龋危险性低、中、高。
12. Dentocult SM 试验是测验变形链球菌，其中“3”为高龋的活性。
13. 对于学龄前儿童建议每 3~6 个月进行定期口腔检查，对于学龄儿童应每 6 个月进行口腔检查吗，成人则每 6~12 个月进行检查。
14. 人体氟的主要来源是饮水，约占人体氟来源的 65%。
15. 每天摄入氟量为 0.05~0.07mg 为宜。
16. 一个地区氟牙症发病指数为 0.0~0.4，发生率小于 10%，属于正常范围。
17. 人体中氟的分布：
血液中：75%的氟存在于血浆中。
骨和牙：成人体内 99%氟沉积在钙化组织中。
18. 饮水氟含量在 0.5mg/L 以下时，应根据该地区氟牙症和龋病的流行情况决定是否需要加氟。

19. 饮水氟含量超过1.5mg/L 或氟牙症指数超过1 时，应采取措施，减少氟的摄入量。
20. 氟滴剂每滴含氟离子 0.125mg，适用于 2 岁以下的幼儿；
21. 对于 6 岁以上的儿童和成人，每天用含氟浓度高于 1000mg/kg 的牙膏刷牙 2 次，每次用量 1g。
22. 含氟漱口液的使用方法：（每年都考，必须记住）
含氟漱口液：
中性酸性 NAF，每周一次 0.2%，每天一次 0.05%；
5~6 岁儿童 5ml，6 岁以上 10ml；
含漱 1min，30min 不进食不漱口
23. 含氟凝胶：APF，专业人员用 1.23%，个人 0.5%浓度。每年 1 到 2 次
24. 窝沟封闭：萌出半年后，乳磨牙 3~4 岁，第一磨牙 6~7 岁，第二磨牙 11~13 岁。
25. 酸蚀：30~40%磷酸，乳牙 60s，恒牙 20~30s，达到牙尖斜面的 2/3，冲洗 10~15s
26. 局部涂氟：牙萌出后 2~3 年，每 6 个月 1 次，1 年 2 次。
27. 含氟涂料的用量：0.3~0.5ml，涂后 2~4h 不进食，当晚不刷牙，每 4 个月一次。
28. 氯己定漱口液 0.12%~0.2%，每天 2 次，每次 10ml，一分钟，三氯生不超过 0.3%

29. 氟滴剂，氟片含量：0.25mg 和 0.5mg，每次处方不超过 120mg，氟滴剂适宜 2 岁以下
30. CPI 指数：
0=牙龈健康
1=龈炎探出血
2=有袋外牙石
3=早期牙周病
31. 急性氟中毒通常 4 小时内死亡；
急救原则：催吐，洗胃，口服钙剂，补糖补液
32. 龈袋指数：PLI；
牙龈指数：GI；
龈沟出血指数：SBI
33. 含氟牙膏：成人用量 1000~1100mg/kg，儿童 500mg/kg
34. 牙刷：刷头 10~12 束长，宽 3~4 束，刷毛直径小于 0.2mm
35. 全球口腔健康目标：（很重要，几乎每年都考）
5~6 岁，90%无龋；
12 岁龋均不超过 1；
15 岁至少有 5 个牙周健康区段；
18 岁无因龋病或牙周病缺失牙；
35~44 岁无牙颌不超过 2%，90%至少保持 20 颗功能牙；
36. 65~74 岁无牙颌不超过 5%，75%至少保持 20 颗功能牙；
37. 消毒后封包要求：纸塑袋、纸袋等密封包装其密封宽度 \geq 6mm

器械距包装袋封口处 $\geq 2.5\text{cm}$;

38. 唇红部癌：与日照有关，95%发生在下唇。
39. 臭氧消毒：要求达到臭氧浓度 $\geq 20\text{mg}/\text{m}^3$ ，在相对湿度 $\text{RH} \geq 70\%$ 条件下，消毒时间 > 30 分钟。
40. 非创伤性修复治疗：ART，处理剂 10%聚丙烯酸，处理 10s，立即冲洗 2 次。

口腔颌面外科

- 1、入院记录应于患者入院后 24 小时内完成；24 小时内入出院记录应该于患者出院后 24 小时内完成，24 小时内入院死亡记录应于患者死亡后 24 小时内完成。
- 2、同一个疾病相隔 3 个月以上复诊者，原则上按初诊者处理，但可适当简化。
- 3、正常人的开口度约 3.7cm，小于 3.7cm 为受限，大于 5.0cm 为开口过大。
- 4、干热灭菌法一般 160°C ，应持续 120 分钟， 170°C 应持续 90 分钟，

180℃应持续 60 分钟。

5、煮沸消毒法对于有肝炎患者污染的器械与物品，应煮沸 30 分钟。

沸点可达 105℃。

6、2%的碱性戊二醛，15~30 分钟可杀灭乙型肝炎病毒。

7、过氧乙酸杀菌作用最强，杀灭细菌芽孢用 1%浓度，5 分钟可奏效。

8、碘酊消毒颌面部颈皮肤部为 2%，口腔黏膜 1%，头皮部为 3%，用 75%乙醇脱碘。

9、氯己定皮肤消毒浓度为 0.5%，口腔内消毒浓度为 0.12%。

10、手术中消毒范围为头颈部手术至手术区外 10cm，四肢、躯干20cm。

11、低温止血时，体温降至 32 摄氏度左右。

12、降压止血：术中收缩压降至 10KPa（80mmhg）左右，30 分钟左右为宜。

13、打结后剪线组织内结扎线头长度一般 1mm；皮肤、黏膜的缝合，为拆线时牵引方便，应至少余留 5mm 以上。

14、舌组织在缝合时，边距和针距应增加 5mm 以上。

15、负压引流一般在 24 小时内，引流量少于 20~30ml 时去除。

16、普鲁卡因一次最大用量为 800~1000mg

17、利多卡因一次最大用量为 300~400mg。

18、布比卡因一次最大用量 80~100mg.

19、糖尿病拔牙血糖应在 8.88mmol/l（160mg/dL）以内；

20、贫血患者拔牙血红蛋白在 80g/L 之上；红细胞积压在 30%以上可拔牙。

- 21、甲状腺功能亢进者基础代谢率控制在+20%以下，才可拔牙。
- 22、血友病患者拔牙：凝血因子 VIII，达到正常值的 30%可以拔牙。
- 23、牙再植行使功能达 5 年以上，即为成功。
- 24 牙种植时，骨创温度不超过 47℃。
- 25、受植区的要求：
种植体唇、腭骨质不能少于 1.5mm，
种植体之间以及种植体与自然邻牙之间不能少于 2mm；
距离上颌窦不少于 2mm；
距离下颌管不少于 2mm，
一般的种植体长度为 8~10mm 。
- 26、种植体要求 5 年成功率应达 85%以上；10 年 80%以上
- 27、单侧唇裂修复最适宜年龄：3~6 个月，体重达 5~6kg；
- 28、唇裂手术后拆线时间 7 天
- 29、游离皮瓣术后要保持室温在 25℃左右
- 30、术后 72 小时内是游离皮瓣最容易发生血管危象的时候。

一. 金属全冠

1. 正常人的开口度为 3.7~4.5cm, 大于 5cm 的为张口度过大。
2. 下颌的最大侧方运动范围正常情况下约为 12mm。
3. 粘结剂的厚度为 30 μm 时, 粘结效果最好。
4. 16 岁以下的年轻恒牙不做固定义齿修复。
5. 金~瓷结合机制中分为化学结合、机械结合、范德华力结合。其中化学结合是金~瓷结合机制中主要组成部分, 占 49%。
6. 合金熔点 > 瓷粉熔点: $170^{\circ} \sim 270^{\circ}$ 。
7. 铸造金属全冠牙合 面预备间隙为 0.8~1.5mm, 至少 1.0mm。
8. 贵金属肩台宽度为 0.3~0.5mm; 非贵金属肩台宽度为 0.5~0.8mm。
9. 颊舌、轴面聚合度 $2^{\circ} \sim 5^{\circ}$

二. 瓷融附金属全冠

1. 瓷粉 : a.
遮色瓷: 0.1~0.2mm;
b. 切缘颈部瓷: 1.5~2mm;
c. 体瓷: 切部: 1.1~1.2mm; 中部: 0.8~0.9mm; 唇瓷面: 1mm。
2. 前牙预备量:
切缘预备量: 1.5~2.0mm(至少 2mm);
唇面预备量: 1.2~1.5mm;

舌面预备量：0.8~1.5mm；

邻面预备量：上前牙 1.8~2.0mm；下前牙 1.0~1.6mm；

舌侧肩台预备量：0.5mm。

3. 后牙预备量：

咬合面预备量为 2.0mm；

唇颊侧肩台宽度一般为 0.8~1.0mm；

舌面预备量：0.7~1.0mm；

邻面聚合度为 $2^{\circ} \sim 5^{\circ}$ 。

4. 肩台：

金属全冠颈缘（浅凹型）的肩台宽：0.5mm；

烤瓷冠肩台宽（直角或斜面型）的肩台宽：1.0mm。

5. PFM 中金属基底冠厚度一般为 0.3~0.5mm；轴面预备量为 1.0~1.5mm。

6. 琼脂印模材水浴加热到 70°C 由凝胶状态变成溶胶状态。

7. 人造冠边缘与牙体组织间允许的微小间隙不超过 $50\ \mu\text{m}$ 。

8. 喷砂处理时，用 80 目石英砂在 0.2~0.4MPa 压力下喷砂。

三. 全瓷冠

1. 全瓷冠咬合面预备量为 1.5~2mm；

2. 全瓷冠瓷厚 1.2mm；唇侧 1.0mm； 90° 的龈下肩台。

3. 邻面磨除 0.5mm; 舌侧 0.5mm。
4. 树脂冠: 唇邻舌 0.5mm, 肩台龈上或平龈。

四. 嵌体

1. 嵌体的洞斜面为 45° ; 洞形外展不超过 6° ($2^\circ \sim 5^\circ$); 咬合面的制备深度大于 2mm。
2. 树脂或瓷嵌体: 无洞斜面洞。咬合面的深度: 2~2.5mm
3. 嵌体所有轴壁均向外展 $2^\circ \sim 5^\circ$; 洞缘斜面的宽度为 1mm。
4. 普通石膏应在灌注后 1 小时再分离, 6 小时分离更好。

五. 桩核冠

1. 桩核冠一般要求根尖部保留 3~5mm, 至少 4mm;
2. 桩的长度为根长的 $2/3 \sim 3/4$; 桩的直径应为根径的 $1/3$; 桩核冠最低限度要求为 1:1。最理想的桩根比例为 1:2。
3. 牙本质肩领的最小高度: 1.5mm。

六. 固定义齿

1. 拔牙后 3 个月进行修复治疗, 固定桥修复要求基牙松动不能超过 I 度, 牙槽骨吸收不超过 $1/3$ 。
2. 固定桥修复要求: 临床冠根比例最低限度是 1:1, 冠根比例为 1:2 或 2:3 理想。
3. 悬空式桥体 (卫生桥) 桥体与黏膜不接触, 留有至少 3mm 间隙。

4. 固定桥连接体的横截面积不应小于 4mm^2 。

5. 牙周膜面积（由大到小）

上颌牙：6734512

下颌牙：6735421

6. 牙周膜的正常厚度：0.15~0.38mm。

七. 可摘局部义齿

1. 塑料基托的厚度：2mm；基托边缘厚约 2.5mm；金属基托的厚度：0.5mm，边缘厚约 1.0mm。

2. 合支托：

铸造合支托：

长度：磨牙近远中径的 $\frac{1}{4}$ 、前磨牙近远中径的 $\frac{1}{3}$

宽度：磨牙颊舌间距的 $\frac{1}{3}$ 、前磨牙颊舌间距的 $\frac{1}{2}$

厚度：1~1.5mm

弯制的锻造合支托（18号扁钢丝）

宽：1.5mm；厚：1mm；长 2mm。

4. 前腭杆：宽 8mm；厚 1mm；距龈缘至少 6mm。

5. 后腭杆：宽：3.5mm；厚：1.5~2.0mm。

6. 侧腭杆：与龈缘相聚 4~6mm 宽 3~3.5mm 厚 1~1.5mm。

7. 舌杆：厚 2mm；宽 5mm；舌杆上缘离开龈缘 3~4mm。
8. 托盘大于牙弓内外 3~4mm，边缘应距黏膜皱襞 2mm。

八. 全口义齿1.

牙尖的斜度：

解剖式： 30° ~ 33° 非解

剖式： 0°

半解剖式： 20°

2. 上颌基托边缘的后缘止于后堤封闭区（腭小凹后 2mm），下颌后缘盖过磨牙后垫前 1/2 或全部

3. 石膏粉水比例：40~50ml 水，100g 粉

模型的厚度不少于 10mm，边缘厚度 3~5mm。 4. 人工

前牙的切龈高度：微笑时唇高线为上颌中切牙的切 2/3，唇低线为下颌中切牙切 1/2 长。

5. 排牙时，上颌中切牙的唇面位于切牙乳突中点前 8~10mm。