

2017 年口腔助理医师实技能考试*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

【06 号题】 6 月 18 日

第一站：咬合关系检查。

咬合关系检查是指观察并记录患者上下颌牙列咬合在正中（牙合）时上下颌牙的咬合关系，内容包括磨牙的近远中咬合关系，前牙覆（牙合）、覆盖关系和中线位置关系。

磨牙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。

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。

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。咬合关系检查时，患者坐于治疗椅上，正确调整治疗椅椅位和照明灯角度，使患者（牙合）平面与水平面角度在 0°~45° 之间。医生坐于患者右前方，嘱患者作正中咬合，手持口镜牵开患者口角，以便观察咬合关系。

观察并记录两侧磨牙的近远中咬合关系、前牙覆（牙合）、覆盖关系和中线位置关系。咬合关系检查时，患者必须咬合在正中（牙合）位置。如果患者未咬合在正中（牙合），下颌前伸或左右偏斜，会导致咬合关系检查结果不准确。

观察咬合关系注意平视，避免视觉角度影响检查准确性，尽量保证视线与牙面垂直。记录检查结果，告知考官操作完成。

【08 号题】 6 月 18 日

第一站：颞下颌关节检查。

颞下颌关节检查：

（一）面型及关节动度检查

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。

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

嘱患者做缓慢开闭口运动，观察开口度和开口型是否正常，两侧关节动度是否一致。

询问患者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

检查髁突后区和髁突外侧是否有压痛。

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、翼外肌下头和翼内肌下部。

记录检查结果，告知考官操作完成。

【12 号题】 6 月 17 日

第一站：咬合关系检查。

咬合关系检查是指观察并记录患者上下颌牙列咬合在正中（牙合）时上下颌牙的咬合关系，内容包括磨牙的近远中咬合关系，前牙覆（牙合）、覆盖关系和中线位置关系。

磨牙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。

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。

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。

咬合关系检查时，患者坐于治疗椅上，正确调整治疗椅椅位和照明灯角度，使患者（牙合）平面与水平面角度在 0°~45° 之间。医生坐于患者右前方，嘱患者作正中咬合，手持口镜牵开患者口角，以便观察咬合关系。

观察并记录两侧磨牙的近远中咬合关系、前牙覆（牙合）、覆盖关系和中线位置关系。咬合关系检查时，患者必须咬合在正中（牙合）位置。如果患者未咬合在正中（牙合），下颌前伸或左右偏斜，会导致咬合关系检查结果不准确。

【16 号题】 6 月 17 日

第一站：一般检查，颞下颌关节检查。

（一）面型及关节动度检查

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。

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

嘱患者做缓慢开闭口运动，观察开口度和开口型是否正常，两侧关节动度是否一致。

询问患者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

检查髁突后区和髁突外侧是否有压痛。

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、翼外肌下头和翼内肌下部。

记录检查结果，告知考官操作完成。

【34 号题】 6 月 17 日

第一站：颞下颌关节检查。

（一）面型及关节动度检查

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。

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

嘱患者做缓慢开闭口运动，观察开口度和开口型是否正常，两侧关节动度是否一致。

询问患者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

检查髁突后区和髁突外侧是否有压痛。

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、翼外肌下头和翼内肌下部。

记录检查结果，告知考官操作完成。

【36 号题】 6 月 17 日

第一站：牙髓温度测试。

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“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。

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. 电活力测 电活力测试仪、导电剂（如牙膏等）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。
7. 电测 在被测牙面上放少许导电剂或润湿的小纸片，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，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。

42 号题】 6 月 17 日

第一站：特殊检查，牙髓电活力检查。

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. 电活力测 电活力测试仪、导电剂（如牙膏等）或润湿的小滤纸片。

（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. 电测 在被测牙面上放少许导电剂或润湿的小纸片，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

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. 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，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. 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。

【49 号题】 6 月 18 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。

第二站：口腔基本操作技能和临床基本急救技术

【29 号题】 6 月 17 日

第二站：全冠制备，窝沟封闭，BASS 刷牙法，量血压，胸外按压。

第二站：金属全冠制备

（一）术前准备：

考生口述正常操作时，应注意医患体位。患者下颌牙列呈水平位或患者下颌牙列与地面成 $0^{\circ} \sim 45^{\circ}$ 。患者上颌牙列的（牙合）平面与水平面垂直，稍高于术者肘部，术者位于患者右前方位置或位于患者右后方。如在仿头模上实施需要及时调节体位。

器械选择及握持：握笔式持高速涡轮手机。以无名指或中指在邻近硬组织上选择支点。操作中常用 TR-13、TF-22、和 TR-11 三种型号的车针。

（二）操作过程：操作过程需要喷水冷却，间断磨除以保护牙髓。考生需要适当说明。预备顺序：先预备（牙合）面，再预备颊舌面，之后预备邻面，最后精修完成。

（牙合）面预备：

保证与对（牙合）牙（牙合）面间有 1mm 的预备间隙，形成功能尖斜面。使用直径 1mm 的 TR-13 型车针在牙冠（牙合）面预备数条定位指示沟，其深度略小于 1mm。然后使用 TF-22 型车针（短柱形金刚砂车针）按指示沟深度，均匀磨除指示沟间的牙体组织，保持（牙合）面形态。

轴面（颊、舌、邻面）预备

为修复体创造足够的修复空间，建立合适的就位道。要求去除轴面倒凹，形成 $2^{\circ} \sim 5^{\circ}$ 的轴面聚合角度，边缘位于龈上 0.5mm。

颊、舌面预备：用 TR-13 型车针（直径 1mm）在牙齿颊舌面的预备三条引导沟，方向与牙体长轴方向平行。聚合度为 $2^{\circ} \sim 5^{\circ}$ 。车针末端位于龈上 0.5mm 处，定位沟末端深度为 0.5mm。再用相同车针磨除沟间牙体组织，保持 $2^{\circ} \sim 5^{\circ}$ 聚合度，边缘形成 0.5mm 宽连续圆角肩台。

邻面预备：用 TR-11 型（细锥形）金刚砂车针打开近远中邻面接触点，并适当增加邻面宽度。改用 TR-13 型车针预备，保持 $2^{\circ} \sim 5^{\circ}$ 的轴面聚合度，形成与颊舌向连续的 0.5mm 宽圆角龈上肩台。

肩台预备

以轴面无倒凹为前提，使用 TR-13 型车针修整肩台，使预备好的肩台位置距离龈上 0.5mm，宽度为 0.5mm，其形状为连续的浅凹型。

精修完成：

使用 TR-13 型车针分别修整预备体（牙合）面和轴面，使预备体平整、光滑、连续，保持（牙合）面形态，降低锐利牙尖，圆钝（牙合）轴线角，轴壁无倒凹，聚合度一致，轴角圆滑，边缘肩台连续等。

操作完成，告知考官检查操作结果。

第二站：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。

第二站：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。

第二站：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。

第二站：胸外按压

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一侧。术者两只手掌根重叠置于患者胸骨下半部分。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。按压频率至少 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）。

【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。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。

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。

【44 号题】 6 月 17 日 第二站：脓肿切开引流，BASS 刷牙法，量血压，嵌体预备，吸氧。
进入讨论>>

第二站：脓肿切开：考试中，只考察麻醉后手术过程。术前准备以口述的形式告知考官。操作方法：

术区消毒：消毒，先用干棉球擦干术区，用 1%碘酊由中心到边缘进行切开部位的消毒。

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。一般切开至黏膜下即可，再用血管钳进行钝性分离扩大，注意勿伤神经及血管。切口位置应位于脓肿最低处或即将破溃处。

冲洗：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。

放置引流：将橡皮引流片放入切口，引流条末端，大约 0.5cm 留在引流口外。嘱患者第二天

复诊。

告知考官，操作结束。

第二站：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。

第二站：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。

第二站：磨牙邻（牙合）面合金嵌体的牙体预备应先预备邻面洞形再预备（牙合）面洞形。

（一）邻面箱状洞形预备

首先去净龋坏腐质。用稍细一点的平头锥形车针（MANI

TF-13），将（牙合）面洞形

向邻面缺损扩展，将邻面缺损处向颊、舌、龈方扩展，形成邻面箱状洞形。邻面箱形的颊舌壁和龈阶的边缘均应在邻面接触区外的颊舌龈外展隙内。邻面颊舌壁外展 6° ，与（牙合）面洞形的颊舌壁移行，髓室壁无倒凹，龈阶平直与髓室壁垂直，龈阶宽 1mm。

（二）（牙合）面洞形预备

首先去净龋坏腐质。咬合纸检查确定咬合接触点位置。用钨钢裂钻或金刚砂平头锥台形车针（MANI TF-22），从（牙合）面缺损或龋坏最宽处开始预备，预备深度 2mm，底部平整。去除悬釉，向周围扩展，洞形轴壁直，向（牙合）方外展 $2^\circ \sim 5^\circ$ ，（牙合）面洞形边缘避开咬合接触点 1mm 距离。在近邻面缺损侧的颊舌尖三角嵴之间处形成鸠尾峡部，即（牙合）面洞形最窄处。鸠尾峡部宽度为颊舌尖宽度的 $1/3 \sim 1/2$ 。向邻面延伸，与邻面洞形的颊舌壁移行。如果缺损较深，则不必要求预备一致的洞底深度，以免造成露髓或近髓。

（三）洞缘斜面预备

倾斜车针，在（牙合）面及邻面洞形的边缘处预备 45° 的洞缘斜面，宽度小于 $0.5 \sim 1\text{mm}$ 。邻面的洞缘斜面可用细锥形车针预备。

（四）精修完成 修整洞形，邻（牙合）面洞各壁平滑连续，无倒凹，内线角圆钝，洞缘斜面清楚、连续。

第二站：吸氧术：

(一)目的:纠正各种原因造成的缺氧状态，提高动脉血氧分压和动脉血氧饱和度，增加动脉血氧含量，促进组织的新陈代谢，维持机体生命活动。

(二)以双侧鼻导管吸氧法为例:操作者将所用物品携至床旁，向病人解释操作目的，取得病人同意，戴口罩。用手电筒检查病人鼻腔，取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，将吸氧管轻轻插入鼻孔内并妥善固定。记录给氧时间、氧流量，并向病人及家属交待注意事项。清洁病人面部及整理床位。

【47 号题】6 月 21 日

第二站：口腔特殊检查牙周探诊。

特殊检查：牙周探诊检查

(一)器械选择

牙周探诊使用的器械为牙周探针，其顶端为钝头，顶端直径约 0.5mm，探针上有刻度。根面牙石的探查和根分叉病变的探查使用普通探针。

(二)牙周探诊检查的技术

1. 用改良握笔法握持探针。
2. 探诊时要有支点，可以是口内支点，也可以是口外支点。
3. 探入时探针应与牙体长轴平行，探针顶端紧贴牙面，沿根面深入牙周袋或龈沟，注意探入时若遇到牙石要避开牙石，直达袋底。
4. 探入力量要轻，约为 20~25g。
5. 以提插方式移动探针，如“走步”样围绕每个牙的每个牙面进行探查，以发现袋最深的部位及袋的形态。
6. 在探查邻面时，要紧靠接触区处探入，探针可稍倾斜以便能探入接触点下方的龈谷处。
7. 对多个牙或全口牙探诊时，要按一定顺序进行。每个牙探查要包括 6 个位点：颊侧近中、中央、远中位点及舌（腭）侧近中、中央、远中位点。
8. 测量记录每个位点的探诊深度（PD），即袋底至龈缘的距离，以 mm 为单位记录。

(三)探诊检查的内容

用上述方法可检查：牙周袋探诊深度、附着水平、探诊后出血情况。

除此之外，还应使用普通探针探查根面牙石情况，并用普通探针（弯探针）探查后牙有无根分叉病变。

(四)易出现的错误和问题

1. 探针选择错误 用尖探针探牙周袋深度。牙周探诊检查使用的探针是牙周探针，而探根面牙石时使用的是普通尖探针。
2. 牙周探诊时无支点 注意探诊检查时要有支点。
3. 探诊时探针的角度和方向错误
应注意探针与牙根的长轴一致。
4. 探诊力量过大 注意探入时力量要轻，力量过大会导致探入过深，并引起疼痛。
5. 移动探针时探针在龈沟或牙周袋内水平划过
牙周探诊过程中探针的移动要提插式移动。
6. 邻面探诊只在轴角处探查，未探入龈谷最深部位，应注意采用邻面探诊的方法，以便能探入邻面最深部位。

【61 号题】6 月 17 日

第二站：BASS 刷牙法，量血压，取模，缝合，嵌体。

第二站：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。

第二站：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。

第二考站：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护意识，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。印模材凝固过程中，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。

第二站：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。

第二站：磨牙邻（牙合）面合金嵌体的牙体预备应先预备邻面洞形再预备（牙合）面洞形。

（一）邻面箱状洞形预备

首先去净龋坏腐质。用稍细一点的平头锥形车针（MANI TF-13），将（牙合）面洞形向邻面缺损扩展，将邻面缺损处向颊、舌、龈方扩展，形成邻面箱状洞形。邻面箱形的颊舌壁和龈阶的边缘均应在邻面接触区外的颊舌龈外展隙内。邻面颊舌壁外展 6°，与（牙合）面洞形的颊舌壁移行，髓室壁无倒凹，龈阶平直与髓室壁垂直，龈阶宽 1mm。

（二）（牙合）面洞形预备

首先去净龋坏腐质。咬合纸检查确定咬合接触点位置。用钨钢裂钻或金刚砂平头锥台形车针（MANI TF-22），从（牙合）面缺损或龋坏最宽处开始预备，预备深度 2mm，底部平整。去除悬釉，向周围扩展，洞形轴壁直，向（牙合）方外展 2°~5°，（牙合）面洞形边缘避开咬合接触点 1mm 距离。在近邻面缺损侧的颊舌尖三角嵴之间处形成鸠尾峡部，即（牙合）面洞形最窄处。鸠尾峡部宽度为颊舌尖宽度的 1/3~1/2。向邻面延伸，与邻面洞形的颊舌径移行。如果缺损较深，则不要求预备一致的洞底深度，以免造成露髓或近髓。

（三）洞缘斜面预备

倾斜车针，在（牙合）面及邻面洞形的边缘处预备 45° 的洞缘斜面，宽度小于 0.5~1mm。邻面的洞缘斜面可用细锥形车针预备。

(四) 精修完成 修整洞形, 邻(牙合)面洞各壁平滑连续, 无倒凹, 内线角圆钝, 洞缘斜面清楚、连续。

【64 号题】6 月 18 日

第一站: 下颌下腺检查。

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。

【76 号题】6 月 18 日

第一站: 二类洞, 龈上洁治术, 巴氏刷牙。

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。

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。

【80 号题】 6 月 17 日

第二站：胸外按压，BASS 刷牙法，量血压，取膜、开髓。

胸外按压

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一侧。术者两只手掌根重叠置于患者胸骨下半部分。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。按压频率至少 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）。

第二站： 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。

第二站：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。

第二考站：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。

磨牙开髓术需用高速涡轮机头和低速弯机头。常用器械包含：涡轮裂钻、球钻（圆钻）、长柄球钻或长颈球钻、探针和根管口探针（如：DG-16），根管锉或扩大器。

（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。

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。

（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。

（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。

（四）修整髓室侧壁，形成便宜形

去除四壁的牙本质领，形成直线到达各根管口的入路。

（五）定位根管口

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。

【98 号题】 6 月 18 日

第二站：开髓，下颌传导，人工呼吸。

磨牙开髓术：需用高速涡轮机头和低速弯机头。常用器械包含：涡轮裂钻、球钻（圆钻）、长柄球钻或长颈球钻、探针和根管口探针（如：DG-16），根管锉或扩大器。

（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。

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。

（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。

（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。

（四）修整髓室侧壁，形成便宜形

去除四壁的牙本质领，形成直线到达各根管口的入路。

（五）定位根管口

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。

下牙槽神经阻滞麻醉

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。针尖一般应达到下牙槽神经进入下颌孔前，在下颌小舌平面以上的下颌神经沟附近，麻药可顺该沟流至下颌孔，以麻醉下牙槽神经。临床上下牙槽神经阻滞麻醉常用口内直接注射法。

1. 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。

2. 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。

3. 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。

为了防止注射失败，在注射麻药之前，应注意观察下颌形态，考虑可能影响下颌孔位置的因素：

(1) 下颌支的宽度愈大，下颌孔到升支前缘的距离愈大，进针深度应增加。

(2) 下颌骨弓愈宽，注射针尖应尽量往对侧的磨牙区后靠，即加大与中线所成的夹角角度，以使针头避开下颌骨内斜嵴的阻挡，容易准确地到达下颌孔。

(3) 下颌角的角度愈大，下颌孔的位置相应变高，注射时进针应适当加以调整。

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。

【121 号题】 6 月 17 日

第二站：BASS 刷牙法，量血压，下颌印模制取，复面洞制备，人工呼吸。

第二站：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。

第二站：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。

第二考站：下颌牙列印模制取

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。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。

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。

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，将嘴唇紧贴患者口唇，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。

【147 号题】6 月 17 日

第二站：复面洞制备，BASS 刷牙法，量血压，脓肿切开。

进入讨论>>

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。

第二站：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。

第二站：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。

第二站：脓肿切开

考试中，只考察麻醉后手术过程。术前准备以口述的形式告知考官。操作方法：

术区消毒：消毒，先用干棉球擦干术区，用 1%碘酊由中心到边缘进行切开部位的消毒。

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。一般切开至黏膜下即可，再用血管钳进行钝性分离扩大，注意勿伤神经及血管。切口位置应位于脓肿最低处或即将破溃处。

冲洗：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。

放置引流：将橡皮引流片放入切口，引流条末端，大约 0.5cm 留在引流口外。嘱患者第二天复诊。

告知考官，操作结束。

【148 号题】6 月 18 日

第二站：拔上 4、洁治。

上颌第一前磨牙拔除术：

1) 牙拔除术考试要求考生在仿头模上模拟拔除指定部位牙齿。整个操作过程需做口述操作目的。调节椅位：拔除上牙时，患者上颌咬合平面与地面呈 45° 角，其高度应在医生的肩关节和肘关节之间。

2) 前磨牙拔除：上颌前磨牙拔除麻醉一般选用拔除牙的颊腭侧局部浸润麻醉。考生需告知考官消毒与局部麻醉完毕。

3) 牙拔除术操作：

①选择正确的手术器械；②核对牙位；③消毒术区并检查麻醉效果；④正确使用

牙龈分离器分离牙龈；⑤正确安置牙钳（上颌前磨牙拔除时应先向颊侧小幅度摇动，感到阻力大后，转向腭侧，逐渐加大幅度，同时向颊侧牵引，上颌前磨牙拔除时不宜使用扭转力，

以免断根；⑥患牙脱位并展示牙根完整；⑦使用刮匙搔刮拔牙窝；⑧恢复扩大的拔牙窝；⑨创口放置棉卷并咬紧患牙，完成操作。

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。

【149 号题】6 月 17 日

第二站：开髓，BASS 刷牙法，量血压，绷带包扎（单眼），胸外按压。

磨牙开髓术：需用高速涡轮机头和低速弯机头。常用器械包含：涡轮裂钻、球钻（圆钻）、长柄球钻或长颈球钻、探针和根管口探针（如：DG-16），根管锉或扩大器。

（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。

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。

（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。

（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。

（四）修整髓室侧壁，形成便宜形

去除四壁的牙本质领，形成直线到达各根管口的入路。

（五）定位根管口

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。

第二站： 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。

第二站：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。

第二站：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。

第二站：胸外按压

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一侧。术者两只手掌根重叠置于患者胸骨下半部分。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。按压频率至少 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）。

【150 号题】 6 月 18 日

第二站：开髓和窝沟封闭，急救是胸外按压。

磨牙开髓术需用高速涡轮机头和低速弯机头。常用器械包含：涡轮裂钻、球钻（圆钻）、长柄球钻或长颈球钻、探针和根管口探针（如：DG-16），根管锉或扩大器。

（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。

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。

（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。

（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。

（四）修整髓室侧壁，形成便宜形

去除四壁的牙本质，形成直线到达各根管口的入路。

（五）定位根管口

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。

第二站：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。

胸外按压

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一侧。术者两只手掌根重叠置于患者胸骨下半部分。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。按压频率至少 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）。

【151 号题】6 月 17 日

第二站：男，24 岁。主诉：下前牙松动 3 个月。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）。

病例分析：主诉诊断：侵袭性牙周炎。治疗原则：（1）彻底清除牙石、菌斑

- （2）辅以抗菌药物治疗
- （3）调整机体的防御功能
- （4）建立平衡的颌关系
- （5）牙周定期维护，防止复发，复查复治间隔期宜短。

【152 号题】6 月 18 日 第二站：窝沟封闭和上颌印模 人工呼吸。

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的范围。

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。

下颌前磨牙拔除

1. 麻醉

选用翼下颌传导阻滞麻醉。

2. 方法 拔牙动作主要为颊舌向摇动，辅以小幅度的扭转，最后向上、颊侧和远中方向牵引拔除。

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。

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。

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

【153号题】6月17日

第三站：病史采集：65岁，女，带义齿一周后疼痛。病例分析：

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)。

病史采集：义齿戴入后一周疼痛

疼痛性质

发生时间

发生原因

疼痛性质

发生时间

基牙疼痛

戴入后数天内人工牙或基牙正中(牙合)、

人工牙或基牙正中调(牙合)侧方(牙合)有早接触均可导致基牙疼痛

(牙合)、侧方(牙合)有早接触卡环、基托或人工牙与基牙接卡环、基托或人工牙调改卡环、基托或人工牙等触过紧致基牙受力过大而导致

与基牙接触过紧疼痛基托承托面积小，致基牙受力基托承托面积小修理以加大基托面积或必要时重做软组织疼痛戴入

由于基托边缘伸展过长或边缘在相应移行皱襞、系带将过长、过锐的边缘磨短和

带部位造成软组织红肿、溃疡或组织切伤，严重时黏膜呈灰白色。上颌义齿后缘过锐，系带部位基托缓冲不够过长、下颌义齿远中圆钝舌侧边缘过长时，由数天内至戴入一段

于组织被压伤，常可发生咽喉痛或吞咽时疼痛的症状基托组织面有小瘤相应处发红、溃疡或破损。对应处缓冲磨除

时间牙槽嵴部位有骨尖或骨突、骨上颌隆突，上颌结节应查清疼痛部位，在基托组的颊侧，下颌舌隆突嵴、骨棱，形成组织倒凹，覆等处骨质隆起，有组盖黏膜较薄，在摘戴义齿过程

织倒凹的区域，下颌织面进行缓冲处理中擦伤黏膜组织或义齿在受力舌骨嵴等处由于覆

时造成疼痛盖的黏膜较薄，受力义齿不稳定存在牙齿排列位置不正确，或颌位关系不正确，或非正中(牙合)时牙尖有干扰，或磨光面形态不良等情况，由于义齿不稳定，在口内形成很多

处压痛点和破溃处需对症处理如卡环位置不当(如颊侧卡环臂过低舌侧卡环臂太高)，颊舌侧力量不平衡，也可使基托压迫黏膜造成疼痛

检查见卡环位置不当

对症处理：不能修理者重新修复

病例分析：主诉诊断：右下6急性牙髓炎。

诊断依据：右下6(牙合)面有深凹陷，探诊(+)，冷测(++)。冷热刺激痛，夜间痛。非

主诉诊断：口腔念珠菌病

治疗原则：右下6行根尖诱导成形术；抗真菌药物如2%~4%碳酸氢钠治疗念珠菌病。

【155 号题】6 月 21 日

第三站：病史采集

男 51 岁，牙龈出血 5-6 年。病历分析年 轻恒牙外伤。

牙龈出血询问病史要点

（一）现病史

1. 牙龈出血的部位和时间。
2. 牙龈是自动出血还是刺激后出血，有无自限性，出血能否止住，止血的方法。
3. 牙龈出血量。
4. 牙龈有无疼痛。
5. 牙龈肿胀情况。
6. 牙龈乳头有无瘤样物形成。
7. 是否伴有牙松动、牙脱落。
8. 近来是否紧张、劳累，是否熬夜。

（二）既往史

以前有无牙龈出血史，身体其他部位外伤后有无出血不易止住现象，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

患者是否妊娠，是否是月经期、产褥期、更年期等。有无高血压，是否服用阿司匹林等抗凝血药 物。近来有无发热、食欲缺乏、体重减轻等现象。

牙外伤 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 髓休克现象，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。

【156 号题】 6 月 17 日 第三站：病史采集：左下额渐进性肿胀 3 天。

病史采集：

1. 肿胀出现的时间及发展过程：通常先天性疾病的肿胀是在出生就有，大多有进行性加重的，但病程进展往往比较缓慢，例如血管淋巴管畸形以及神经纤维瘤病。创伤或手术所致的肿胀往往在致伤或手术后发生。如肿胀发作突然又没有明显全身症状的则首先考虑血管神经性水肿。而炎性肿胀往往也可以发病突然，但多有诱发因素及全身伴随症状。
2. 肿胀范围的变化：一般先天性脉管畸形及神经纤维瘤病的肿胀范围往往比较弥散。血管神经性水肿的肿胀范围则可以局限，但大多也是弥散的。炎性或创伤性肿胀则范围相对局限，通常集中在感染灶或受创部位周围。
3. 肿胀质地及有无压痛：一般先天性脉管畸形及神经纤维瘤病的质地均较为松软，没有继发炎症改变的也没有压痛，一般血管神经性水肿、炎性水肿及创伤性肿胀的质地则通常较硬，而且伴有局部压痛。
4. 肿胀部位的皮肤颜色：通常血管畸形、血管瘤皮肤颜色根据其血液流速呈现红色或暗红色，神经纤维瘤病的皮肤颜色为棕褐色，且多有汗毛加重的表现，通常淋巴管畸形、血管神经性水肿及创伤性肿胀区域皮肤颜色通常正常，而炎性肿胀区域的皮肤常常表现为充血性的红肿。
5. 肿胀是否造成其他的功能障碍（开口受限、吞咽困难等）通常情况下先天性疾病如不伴发炎症的，不会造成诸如开口受限、吞咽困难之类的功能障碍，而其他类肿胀如发生在咀嚼肌周围或疼痛可能导致这类功能障碍。
6. 体温及血象：通常情况下先天性疾病、血管神经性水肿或手术后的肿胀如不伴发炎症的，不会有体温和血象的改变，只有炎性肿胀可能伴有体温升高及白细胞升高。

【157 号题】 6 月 17 日

第三站：局部义齿修复后肿痛 3 天。

病史采集：

疼痛性质

发生时间

发生原因

疼痛性质

发生时间

基牙疼痛初戴后即刻

基牙牙体预备造成牙本质过敏 基牙牙体预备处如（牙合）支托等处探 诊敏感脱敏；若敏感严重，脱敏不奏效，可建议牙髓失活 戴入后数天内人工牙或基牙正中（牙合）、人工牙或基牙正中调（牙合）侧方（牙合）有早接触均可导致基牙疼痛（牙合）、侧方（牙合）有早接触 卡环、基托或人工牙与基牙接 卡环、基托或人工牙 调改卡环、基托或人工牙等 接触过紧致基牙受力过大而导致 与基牙接触过紧 疼痛基托承托面积小，致基牙受力 基托承托面积小 修理以加大基托面积或必要 大 时重做软 组 织 疼 痛 戴入由于基托边缘伸展过长或边缘在相应移行皱襞、系将过长、过锐的边缘磨短和 带部位造成软组织 红肿、溃疡或组织切 伤，严重时黏膜呈灰 白色。上颌义齿后缘 过锐，系带部位基托缓冲不够 过长、下颌义齿远中 圆钝 舌侧边缘过长时，由于组织被压伤，常可数天内至 戴入一段 发生咽喉痛或吞咽 时疼痛的症状基托组织面有小瘤 相应处发红、溃疡或 破损。 对应处缓冲磨除 牙槽嵴部位有骨尖或骨突、骨上颌隆突，上颌结节 应查清疼痛部位，在基托组时间的颊侧，下颌舌隆突等处骨质隆起，有组

嵴、骨棱，形成组织倒凹，覆组织倒凹的区域，下颌盖黏膜较薄，在摘戴义齿过程舌骨嵴等处由于覆组织面进行缓冲处理中擦伤黏膜组织或义齿在受力盖的黏膜较薄，受力时造成疼痛后容易造成组织压伤）不正确，或非正中（牙合）时牙尖有干扰，或磨光面形态不良等情况，由于义齿不稳定，在口内形成很多处压痛点和破溃处如卡环位置不当（如颊侧卡环检查见卡环位置不对症处理；不能修理者重新臂过低舌侧卡环臂太高），颊舌侧力量不平衡，也可使基托当修复压迫黏膜造成疼痛

【57号题】6月17日

第三站：患儿，女，三岁。上前牙外伤，I度松动，叩痛（+），上唇肿胀，有一个3cm的伤口。

病例分析：主诉诊断：上前牙外伤，上唇撕裂伤。

诊断依据：上前牙外伤，I度松动，叩痛（+），上唇有一个3cm伤口。

治疗原则：看前牙外伤的方向，如果对恒牙胚有影响，则考虑拔除，如果对恒牙胚无影响，可暂观察。上唇伤口清创缝合。

【115号题】6月20日

第三站：患者男37岁上颌义齿损坏，要求重新修复，半年前上牙缺失，一周前义齿损坏，余牙不松动，上颌铸造支架式义齿。

答：诊断为上颌牙列缺失。治疗：重新制作上颌全口义齿。

【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。

第三站：多发性小溃疡病史采集要点：

（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。 病例分析：

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—以试管盛冷热热水试之。可用两支玻璃管分盛0~10℃的冷水和40~50℃的温水交替地接触

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、氯硝西洋及山莨菪碱（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。急性化脓性根尖周炎急性化脓性根尖周炎可分为根尖周脓肿期、骨膜下脓肿期、黏膜下脓肿期三个阶段。主要依据患牙所表现出来的临床症状及体征，由疼痛及红肿的程度来分辨患牙所处的炎症阶段。

(1) 患牙典型的胀痛、咬合痛的症状。

(2) 对叩诊和扪诊的反应。

(3) 根尖部牙龈的表现。

(4) 结合患者的年龄分析牙髓活力测验的反应。

(5) 患牙深及牙髓的牙体疾病及所具有的牙髓病史、外伤史以及不完善的牙髓治疗史均可作为参考。

急性根尖周炎各期的临床表现

中龋

1. 症状

(1) 患者对酸或甜食物较为敏感，冷、热饮食也可引起酸痛感觉，以冷刺激为明显，刺激去除后症状立即消失。

(2) 部分患者因龋洞有病变组织覆盖也可无明显的主观症状。 2. 检查所见

(1) 深及牙本质浅层的龋洞，内有黄褐或深褐色的病变组织和食物残渣等。

(2) 龋洞探诊质软，可有酸痛感或无明显的感觉。

(3) 颈部牙本质龋的病变浅而宽，探痛症状较明显。

【135 号题】 6 月 18 日

第三站：下牙松动半年，病理分析：21 冠折。

病史采集：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。

病例分析：主诉诊断：左上 1 冠折。

【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。牙龈肥大询问病史要点

(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。

5. 牙龈乳头是否瘤样肥大，其大小及范围，是否妊娠。

6. 有无牙齿萌出困难史和家族遗传史。

(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

患者是否妊娠。近来有无发热、食欲缺乏、体重减轻等现象。 病情分析：干槽症
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。

187 号题】 6 月 17 日

第三站：病情分析：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，有珐瓷 3mm。

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

【184 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)

病例分析：主诉诊断：右下 6 急性牙髓炎。

诊断依据：右下 6(牙合)面有深凹陷，探诊(+)，冷测(++)。冷热刺激痛，夜间痛。非

主诉诊断：口腔念珠菌病

治疗原则：右下 6 行根尖诱导成形术；抗真菌药物如 2%~4%碳酸氢钠治疗念珠菌病。

【185 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。

病例分析：主诉诊断：左下 7 急性牙髓炎。

诊断依据：左下 7 深龋，冷热刺激痛，叩痛(+)。

非主诉诊断：左下 8 智齿冠周炎，左腮腺区多形性腺瘤。

治疗原则：左下 7 根管治疗。左下 8 拔除。手术切除多形性腺瘤。

【186 号题】 6 月 17 日 第三站：病例分析：患者，男，面部外伤 3 小时。3 小时前金属器械碰伤。检查：左侧上唇有一个 0.6cm 的圆形贯通伤口，渗血。左上 1 冠折露髓，I 度松动，右上 1 牙体完好，冷热测一过性敏感。左右上 2 牙体完好，叩诊阴性，无松动。

病例分析：主诉疾病：左侧上唇贯通伤。

非主诉疾病：左上 1 冠折，右上 1 牙震荡。

治疗原则：上唇伤口清创缝合。左上 1 若根尖形成完好，行根管治疗术。右上 1 调颌休息。

【187 号题】 6 月 17 日

第三站：病例分析：13 岁外伤，15 小时后就诊，左上 1 露髓冠折，右上 1 未露髓冠折，叩痛(+)，(副诊断可能是口腔溃疡)。病史采集：可摘局部义齿修复 3 天后基牙疼痛。

病史采集：病史采集：

疼痛 性质

发生 时间

发生原因

疼痛性质

发生时间

基牙疼痛初戴后即刻

基牙牙体预备造成牙本质过敏 基牙牙体预备处如（牙合）支托等处探 诊敏感

脱敏；若敏感严重，脱敏不 奏效，可建议牙髓失活 戴入后 数天 内

人工牙或基牙正中（牙合）、人工牙或基牙正中 调（牙合）侧方（牙合）有早接触均可导 致 基牙疼痛（牙合）、侧方（牙 合）有早接触 卡环、基托或人工牙与基牙接 卡环、基托或人工 牙 调改卡环、基托或人工牙等 触过紧致基牙受力过大而导致

与基牙接触过紧疼痛基托承托面积小，致基牙受力 基托承托面积小修理以加大基托面积或必要 大 时重做 软 组 织 疼 痛 戴入由于基托边缘伸展过长或边缘 过锐，系带部位基托缓冲不够 在相应移行皱襞、系 将过长、过锐的边缘磨短和 圆钝 带部位造成软组织

红肿、溃疡或组织切 伤，严重时黏膜呈灰 数天 内至 戴入 一段 白色。上颌义齿后缘 过长、 下颌义齿远中 舌侧边缘过长时，由 于组织被压伤，常可时间 发生咽喉痛或吞咽时疼痛的症状 基托组织面有小瘤 相应处发红、溃疡或破损。对应处缓冲磨除） 的侧面上，是由于侧 方（牙 合）运动时牙 尖的干扰 基托承托面积小，致牙槽嵴受 基托承托面积小 重衬修理以加大基托面 积或 必要时重做，保证基托充分力大而集中伸展 义齿不稳定 存在牙齿排列位置 不正确，或颌 位关系 不正确，或非正中（牙合）时牙尖有干 扰，或磨光面形态不 良等情况，由于义齿 不稳定，在口内形成 很多处压痛点和破溃处 需对症处理

如卡环位置不当（如颊侧卡环 检查见卡环位置不 对症处理；不能修理者重新臂过低舌侧卡环臂 太高），颊舌侧力量不平衡，也可使基托 当修复压迫黏膜造成疼痛

病例分析：主诉疾病：右上 1 左上 1 冠折。非主诉疾病：口腔溃疡。

治疗原则：上前牙若根尖形成完好，左上 1 行根管治疗。右上 1 间接盖髓后树脂充填。

【188 号题】 6 月 17 日 第三站：病史采集：8 岁男孩，左侧面部弥漫性肿胀。

病史采集：

1. 肿胀出现的时间及发展过程：通常先天性疾病的肿胀是在出生就有，大多有进行性加重的，但病程进展往往比较缓慢，例如血管淋巴管畸形以及神经纤维瘤病。创伤或手术所致的肿胀往往在致伤或手术后发生。如肿胀发作突然又没有明显全身症状的则首先考虑血管神经性水肿。而炎性肿胀往往也可以发病突然，但多有诱发因素及全身伴随症状。
2. 肿胀范围的变化：一般先天性脉管畸形及神经纤维瘤病的肿胀范围往往比较弥散。血管神经性水肿的肿胀范围则可以局限，但大多也是弥散的。炎性或创伤性肿胀则范围相对局限，通常集中在感染灶或受创部位周围。
3. 肿胀质地及有无压痛：一般先天性脉管畸形及神经纤维瘤病的质地均较为松软，没有继发炎症改变的也没有压痛，一般血管神经性水肿、炎性水肿及创伤性肿胀的质地则通常较硬，而且伴有局部压痛。
4. 肿胀部位的皮肤颜色：通常血管畸形、血管瘤皮肤颜色根据其血液流速呈现红色或暗红色，神经纤维瘤病的皮肤颜色为棕褐色，且多有汗毛加重的表现，通常淋巴管畸形、血管神经性水肿及创伤性肿胀区域皮肤颜色通常正常，而炎性肿胀区域的皮肤常常表现为充血性的红肿。
5. 肿胀是否造成其他的功能障碍（开口受限、吞咽困难等）通常情况下先天性疾病如不伴发炎症的，不会造成诸如开口受限、吞咽困难之类的功能障碍，而其他类肿胀如发生在咀嚼肌周围或疼痛可能导致这类功能障碍。
6. 体温及血象：通常情况下先天性疾病、血管神经性水肿或手术后的肿胀如不伴发炎症的，不会有体温和血象的改变，只有炎性肿胀可能伴有体温升高及白细胞升高。

【189 号题】 6 月 17 日 第三站：病例分析：牙本质过敏，深龋，根尖周炎。

病情分析：

牙本质过敏症最可靠的诊断方法是用尖锐的探针在牙面上滑动，可找到 1 个或多个过敏区。

深龋诊断要点：

- (1) 深及牙本质深层的龋洞，内有大量深褐色的病变组织和食物残渣等。
- (2) 龋洞内探诊质软，可有痛感。
- (3) 温度刺激入洞可引起疼痛，温度测试反应同对照牙。急性根尖周炎诊断要点：

- (1) 患牙典型的胀痛、咬合痛的症状。
- (2) 对叩诊和扪诊的反应。
- (3) 根尖部牙龈的表现。
- (4) 结合患者的年龄分析牙髓活力测验的反应。
- (5) 患牙深及牙髓的牙体疾病及所具有的牙髓病史、外伤史以及不完善的牙髓治疗史 均可作为参考。

【190 号题】 6 月 18 日 第三站：全口义齿的设计。

全口义齿的固位、稳定和支持与义齿的设计与制作有关。如基托与黏膜密合程度、基托伸展和边缘封闭、缓冲区处理、磨光面形态、颌位关系的确定、人工牙排列位置与咬合关系等。全口义齿功能恢复的程度应根据支持组织即无牙颌牙槽嵴及相关组织的情况，对于牙槽嵴低平、刃状等支持能力较差的患者，应尽量增加义齿的固位力，分散、减轻或缓冲咀嚼压力，消除水平向作用力。

【191 号题】 6 月 18 日 第三站：患者男 56 岁，左下后牙松动。病理分析主诉牙龈炎，非主诉中龋。

病史采集：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。 病情分析：

牙龈炎诊断要点：

- (1) 龈缘处牙面有菌斑、牙石等刺激物。

- (2) 牙龈色、形、质改变，探诊出血。
 - (3) 无附着丧失和牙槽骨吸收。 中龋诊断要点：
 - (1) 深及牙本质浅层的龋洞，内有黄褐或深褐色的病变组织和食物残渣等。
 - (2) 龋洞探诊质软，可有酸痛感或无明显的感觉。
 - (3) 颈部牙本质龋的病变浅而宽，探痛症状较明显。
-

更多资料关注微信公众号：

金英杰医学教育

↓↓↓

