

口腔主治医师 —— 精编口袋书

100 个精选知识点

医学教育网 著

北京正保医教科技有限公司 版权所有

精编口袋书

1. 窝洞的分类

| | |
|-------|-------------------------------------|
| I 类洞 | 所有牙面 发育点隙裂沟 的龋损所制备的窝洞 |
| II类洞 | 后牙邻面 的龋损所制备的窝洞 |
| III类洞 | 前牙邻面未累及切角 的龋损所制备的窝洞 |
| IV类洞 | 前牙邻面累及切角 的龋损所制备的窝洞 |
| V类洞 | 所有牙的 颊（唇）舌面颈 1/3 处 的龋损所制备的窝洞 |
| VI类洞 | 前牙切嵴和后牙牙尖等 自洁区 的龋损所制备的窝洞 |

2. 可复性牙髓炎与深龋、不可复性牙髓炎鉴别：

| 鉴别诊断要点 | 可复性牙髓炎 | 不可复性牙髓炎 | 深龋 |
|--------|---------|-----------|--------------|
| 自发痛 | 无 | 有或曾有 | 无 |
| 刺激痛 | 冷刺激引起疼痛 | 冷、热刺激引起剧痛 | 刺激仅入洞引起 痛 |

| | | | |
|-------|--------------|----------|------|
| 刺激去除后 | 痛很快消失 | 痛持续较久 | 痛即消失 |
| 温度测试 | 一过性敏感 | 引起剧痛或迟缓痛 | 正常 |
| 治疗诊断 | 间接盖髓 (安抚) 有效 | 牙髓治疗有效 | 充填有效 |

3.失活剂：多聚甲醛失活剂作用于牙髓，使血管壁平滑肌麻痹，血管扩张，形成血栓，引起血运障碍而使牙髓坏死。其凝固蛋白的作用，能使坏死牙髓组织无菌性干化，封药时间为**2周**左右。

4.间接盖髓术：深龋引起的可复性牙髓炎、外伤冠折或牙体预备后的大面积牙本质暴露。

直接盖髓术：根尖孔未形成，因机械性或外伤性因素暴露的年轻恒牙；意外穿髓，穿髓孔直径不超过**0.5mm**者。

5.工作长度 (WL)：根管的工作长度是根管预备和根管充填的纵向范围，指从牙冠部参照点到根尖牙本质牙骨质界的距离。一般选择切端、牙尖或洞缘作为冠部参照点。牙本质牙骨质界通常为根管最狭窄处，是根管预备的终止点，通常距根尖**0.5~2mm**。

6.骨吸收的程度一般按吸收区占牙根长度的比例来描述，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：牙槽骨吸收占根长 2/3 以上。

7.附着水平 (AL)：指**袋 (沟) 底至牙釉质牙骨质界的距离**，也称临床附着水平 (CAL)。附着水平的确定是将探诊深度减去牙釉质牙骨质界至龈缘的距离，以 mm 为单位记录；若有龈退缩，则是将探诊深度加上龈退缩的距离。

8.药物性牙龈肥大临床表现：起始于唇颊侧或舌腭侧龈乳头，增生的牙龈还可将牙齿挤压移位，这种情况多见于**上前牙**。药物性牙龈肥大的牙龈组织一般呈淡粉红色，**质地坚韧，略有弹性，一般不易出血**。

9.牙龈切除术及牙龈成形术适应证：

1) 牙龈纤维性增生、药物性牙龈肥大等牙龈增生性病损，经牙周基础治疗后牙龈仍肥大、增生，形态不佳，或存在假性牙周袋，全身健康无手术禁忌证者。

2) 后牙区中等深度的骨上袋，袋底不超过膜龈联合，附着龈宽度足够者。

3) 牙龈瘤和妨碍进食的妊娠瘤，在全身状况允许的情况下可手术。

4) 冠周龈片覆盖在阻生牙面上，而该阻生牙的位置基本正常，切除龈片有利于牙的萌出。

10.牙槽骨吸收的方式:

①**水平型吸收**: 是较常见的吸收方式。

②**垂直型吸收**: 也称角形吸收。

③**凹坑状吸收**。

④其他形式的骨变化。

11.早期牙周炎与牙龈炎的区别

| | 龈炎 | 早期牙周炎 |
|-------|--------------|-------------------------------|
| 牙龈炎症 | 有 | 有 |
| 牙周袋 | 假性牙周袋 | 真性牙周袋 |
| 附着丧失 | 无 | 有, 能探到釉牙骨质界 |
| 牙槽骨吸收 | 无 | 嵴顶吸收, 或硬骨板消失 |
| 治疗结果 | 病变可逆, 组织恢复正常 | 炎症消退, 病变静止, 但已破坏的支持组织难以完全恢复正常 |

12.微生物大量的研究表明, 伴放线聚集杆菌(Aa)是侵袭性牙周炎的主要致病菌。

13.牙周脓肿与牙槽脓肿的鉴别

| 症状与体征 | 牙周脓肿 | 牙槽脓肿 |
|-------|-------------------|--------------------------|
| 感染来源 | 牙周袋 | 牙髓病或根尖周病变 |
| 牙周袋 | 有 | 一般无 |
| 牙体情况 | 一般无龋 | 有龋齿或非龋疾病, 或修复体 |
| 牙髓活力 | 有 | 无 |
| 脓肿部位 | 局限于牙周袋壁, 较近龈缘 | 范围较弥漫, 中心位于龈颊沟附近 |
| 疼痛程度 | 相对较轻 | 较重 |
| 牙松动度 | 松动明显, 消肿后仍松动 | 松动较轻.但也可十分松动。治愈后牙齿恢复稳固 |
| 叩痛 | 相对较轻 | 很重 |
| X 线片 | 牙槽骨嵴有破坏, 可有骨下袋 | 根尖周可有骨质破坏, 也可无 |
| 病程 | 相对较短, 一般 3~4 天可自溃 | 相对较长。脓液从根尖周向黏膜排出约需 5~6 天 |

13.绞釉: **近表面 1/3 较直, 而内 2/3 弯曲**, 可增强釉质对抗剪切力的强度, 咀

嚼时不易被劈裂。

14.咀嚼黏膜包括硬腭和牙龈黏膜，承受咀嚼压力，上皮厚，表层有正角化或不全角化。

咀嚼黏膜和特殊黏膜外的口腔黏膜均称被覆黏膜。

特殊黏膜为舌背黏膜。

15.浆液性腺泡呈球形，由浆液细胞组成，顶端胞质内可见大量**酶原颗粒**，主要表达 α -淀粉酶。

黏液性腺泡呈管状，由黏液细胞组成。黏液细胞胞质内含丰富的**黏原颗粒**。

混合性腺泡由大部分的黏液细胞和少部分的浆液细胞组成。浆液细胞呈新月状覆盖于腺泡的盲端表面，又名**半月板**，分泌物由细胞间小管通入腺泡腔内。

16.混牙（牙合）（替牙（牙合））特征：从6~12岁，皆属混牙（牙合）。上唇系带位置过低；中切牙间间隙；上中切牙、侧切牙牙冠偏远中；暂时性前牙拥挤；暂时性远中（牙合）；暂时性深覆（牙合）。

17.下颌牙列的纵（牙合）曲线又名**Spee曲线**。它是连接下颌切牙的切嵴、尖牙的牙尖以及前磨牙、磨牙的颊尖所形成的一条凹向上的曲线。自尖牙起向后则

逐渐降低，于第一磨牙远颊尖处为最低点。

上颌牙列的纵（牙合）曲线：它的曲度与 Spee 曲线略有不同。连接上颌切牙的切缘，尖牙的牙尖、前磨牙及磨牙的颊尖，呈一条凸向下的曲线，称纵（牙合）曲线。此曲线的前段较平，后段从第一磨牙的近中颊尖起逐渐向上弯曲，称**补偿曲线**。

18.横（牙合）曲线又称 **Wilson 曲线**。上颌两侧磨牙在牙槽中的位置均略向颊侧倾斜，使舌尖的位置低于颊尖，因此，连接两侧同名磨牙的颊尖、舌尖形成一条凸向下的曲线，称横（牙合）曲线。

19.表面麻醉：麻药涂布或喷射于黏膜表面，穿过黏膜麻醉神经末梢产生无痛状态。

适用：表浅脓肿切开引流；松动牙拔除；气管插管前黏膜表面麻醉。

常用药物 0.25%~0.5%盐酸地卡因，2%~5%利多卡因。

20.下牙槽神经阻滞麻醉：

注射标志：病员大张口时，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病员，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。

21.咬肌间隙感染的典型症状是以下**颌支及下颌角为中心**的咬肌区肿胀、充血、压痛，伴明显开口受限。由于咬肌肥厚坚实，脓肿难以自行溃破，也不易触到波动感。

22.翼下颌间隙感染：常是先有牙痛史，继之出现开口受限，咀嚼、吞咽疼痛。口腔检查见**翼下颌皱襞处黏膜水肿，下颌支后缘稍内侧可有轻度肿胀、深压痛**。

23.边缘性颌骨骨髓炎好发于下颌升支及下颌角处。急性期临床特点与颌周间隙类似，慢性期主要是腮腺咬肌区呈弥漫性肿胀，局部组织坚硬，轻微压痛，无波动感。

24.下颌骨骨折临床表现

- 1) 骨折段移位。
- 2) 咬合错乱。
- 3) 骨折段活动异常。
- 4) 下唇麻木。

5) 开口受限。

6) 牙龈撕裂。

25.骨折线 LeFort 分型

LeFort I 型骨折：又称上颌骨低位骨折或水平骨折。**骨折线从梨状孔水平、牙槽突上方向两侧水平延伸至上颌翼突缝。**

LeFort II型骨折：又称上颌骨中位骨折或锥形骨折。**骨折线自鼻额缝向两侧横过鼻梁、内侧面、眶底、颧上颌缝，再沿上颌骨侧壁至翼突。**有时可波及筛窦达颅前凹，出现脑脊液鼻漏。

LeFort III型骨折：又称上颌骨高位骨折或颧弓上骨折。**骨折线自鼻额缝向两侧横过鼻梁、眶部，经颧额缝向后达翼突，**形成颅面分离，常使面中部凹陷、变长。

此型骨折多伴有颅底骨折或颅脑损伤，出现耳、鼻出血或脑脊液漏。

26.传统的骨折愈合（二期骨愈合）方式大致可经历 4 个阶段：

血肿形成（4~8 小时）；血肿机化（24~72 小时内）；骨痂形成（1~2 周）；骨痂改建（2 周后）。

27.颞下颌关节强直分类：

内强直：关节内发生病变，造成关节内纤维性或骨性粘连。

外强直：关节外上下颌间皮肤、黏膜或深层组织发生病变。

28.固定义齿的组成：

固位体：是指粘固于基牙上的嵌体、部分冠、全冠等。

桥体：即人工牙，是固定桥修复缺失牙形态和功能的部分。

连接体：是固定桥桥体与固位体之间的连接部分。

29.悬空式桥体：桥体与黏膜不接触，留有至少 **3mm 以上**的间隙，此间隙便于

食物通过而不积聚，有较好的自洁作用，又称为卫生桥。

30.Kennedy 分类：

第一类：双侧间隙位于余留牙的远中，即双侧远中游离缺失。

第二类：单侧间隙位于一侧余留牙的远中，即单侧远中游离缺失。

第三类：间隙位于牙弓一侧，间隙前后均有余留牙，即单侧非游离缺失。

第四类：单个越过中线的间隙，位于所有余留牙的近中。

31. (牙合) 支托的大小、形状：根据 (牙合) 支托的材料决定。颊舌宽度约为

磨牙颊舌径的 1/3 或前磨牙的颊舌径的 1/2。其长度约为磨牙近远中径的 **1/4**

或前磨牙近远中径的 $1/3$ ，厚度为 $1 \sim 1.5\text{mm}$ 。若无铸造条件，也可用扁的 18

号不锈钢丝做支托，宽 1.5mm ，厚 1mm ，长 2mm 。

32.倒钩卡环：常用于倒凹区在支托的同侧下方的二型观测线基牙。当有组织倒

凹区无法使用杆形卡环时，更为常用。

33.RPI 卡环组是一种组合式的铸造卡环，由**近中（牙合）支托、邻面板、I 杆**

三部分组成，常用于远中游离端义齿。

34.舌杆：位于下颌舌侧龈缘与舌系带或口底黏膜皱襞之间。距龈缘 $3 \sim 4\text{mm}$ 。

一般厚 $2 \sim 3\text{mm}$ ，宽 $3 \sim 4\text{mm}$ 。舌杆适用于口底有一定深度，舌侧无明显倒凹

者。

35.无牙颌的功能分区

| | |
|-------|-------------------------------|
| 主承托区 | 上下颌牙槽嵴顶的区域，腭穹窿的水平区，颊棚区 |
| 副承托区 | 上下颌牙槽嵴的唇颊和舌腭侧斜面 |
| 边缘封闭区 | 义齿边缘接触的软组织部分 |
| 缓冲区 | 无牙颌的骨性隆突部位 |

36.全口义齿的固位原理，全口义齿的固定力包括**吸附力、表面张力、大气压力、**

肌肉作用力。

37.影响全口义齿固位的有关因素：(1) 颌骨的解剖形态；(2) 义齿承托区黏膜的性质；(3) 唾液的质量；(4) 义齿基托的边缘伸展。

38.确定垂直距离的方法：

- 1) 息止颌位法
- 2) 面部垂直距离等分法
- 3) 面部外形观察法

39.观测线分类：

一型观测线：为**基牙向缺隙相反方向倾斜时**所画出的观测线。此线在基牙的近缺隙侧距（牙合）面远，远缺隙侧距（牙合）面近，即缺隙侧的倒凹区小，而远缺隙侧的倒凹区大。

二型观测线：为**基牙向缺隙方向倾斜时**所画出的观测线。此线在近缺隙侧距（牙合）面近，而远缺隙侧距（牙合）面远，说明近缺隙侧的倒凹区大，远缺隙侧的倒凹区小。

三型观测线：基牙的远、近缺隙侧均有明显的倒凹或基牙向颊舌侧倾斜时所形成

的观测线。观测线在近缺隙侧和远缺隙侧距（牙合）面都近，倒凹区都较大，非倒凹区小。

40.根据固有菌丛的分布和生理学以及形态学的不同，口腔包括四个主要生态系：颊上皮生态系、舌背部生态系、龈上牙菌斑生态系及龈下牙菌斑生态系。

41.牙菌斑基本结构：**基底层；细菌层；表层。**

42.与口腔感染性疾病有关的口腔细菌：根据胞壁多糖抗原的血清学反应分为 a, b, c, d, e, f, g 及 h8 个血清型，与龋病关系密切的是 **c/g 型**。

43.转录是在 RNA 多聚酶作用下，以 DNA 为模板合成 RNA 的过程。在这一过程中，遗传信息从 DNA 传至 RNA。转录是个复杂的生物合成过程，有很多因素参与。

44.成骨细胞与破骨细胞的关系：成骨细胞参与破骨细胞在骨表面附着的调节；成骨细胞合成破骨细胞骨吸收刺激因子；成骨细胞参与破骨细胞分化成熟的调节。

45.RNA 分为三类，即**信使 RNA (mRNA)、核糖体 RNA (rRNA) 和转运 RNA (tRNA)**。

46.缩合型硅橡胶印模材料：该材料制取的印模的尺寸稳定性较差，**印模制取后**

应当尽快灌模 (30 分钟内)。

47.加成型硅橡胶印模材料：适用于冠桥、贴面、嵌体、各种义齿及咬合记录的印模，但价格较贵。

48.聚醚硅橡胶印模材料：适用于冠桥、贴面、嵌体、及咬合记录的印模。

49.印模膏：印模膏具有可逆性，无弹性，在口腔中流动性小，一般不宜作为功能印模材料，临床利用其坚硬度，作为初印模，再用其他印模材料取二次印模。

50.热凝义齿基托树脂：

牙托水主要成分是**甲基丙烯酸甲酯**。

牙托粉主要成分是**甲基丙烯酸甲酯的均聚粉或共聚粉**。

51.自凝义齿基托树脂：

粉剂又称自凝牙托粉，主要成分是 **PMMA 均聚粉或共聚粉**，还含有少量的引发剂和颜料。

液剂又称自凝牙托水，主要是 **MMA**，还含有少量的促进剂、阻聚剂及紫外线吸收剂。

52.牙胶尖：

- ① 具有一定的压缩性 (3%~6%)
- ② 具有热塑性, 加热时软化
- ③ 可被氯仿、桉油醇等溶剂软化、溶解
- ④ 大多具有**射线阻射性**

53.银尖

- ① 具有较高的强度和良好的韧性, **可用于弯曲的根管**
- ② 具有一定的抑制、杀菌作用
- ③ 射线阻射性能
- ④ 耐腐蚀性较差

54.陶瓷的表面处理方法有两类, 一是表面粗糙化, 二是表面改性。

55.口腔陶瓷材料按性质可分为单纯陶瓷基复合材料、氧化物系陶瓷和非氧化物系陶瓷、惰性陶瓷和反应性陶瓷等。按临床用途分为烤瓷、铸造陶瓷、种植陶瓷、成品陶瓷牙等。

56.烤瓷材料根据不同熔点范围分为三类。

- 1) 高熔烤瓷材料 **1200~1450°C**

2) 中熔烤瓷材料 **1050 ~ 1200°C**

3) 低熔烤瓷材料 **850 ~ 1050°C**

57.根据生物陶瓷材料的性质和在机体组织内引起的组织反应类型,可将其分为:

1) 生物惰性陶瓷:如氧化铝陶瓷、羟基磷灰石陶瓷、碳素陶瓷、氧化锆陶瓷等。

2) 生物反应性陶瓷:如生物玻璃陶瓷及磷酸钙玻璃陶瓷等。

3) 可吸收性陶瓷:如磷酸三钙陶瓷等。

58.熟石膏模型材料的混水率以 **0.4 ~ 0.5** 为宜。

59.银汞合金成分:

锡与汞具有较大的亲和力,锡与银形成的合金粉容易与汞发生汞齐化反应。

铜能够提高强度并改善银汞合金的脆性。

锌能改善银汞合金的脆性,增加可塑性。

60.影响银汞合金蠕变的因素

(1) 银汞合金的结构:在低铜银汞合金中, γ_1 相在早期对蠕变值有影响, γ_1 相体积百分率高,结晶较大者蠕变增大。 γ_2 相的存在与否对银汞合金的蠕变值有很大影响,高铜银汞合金中的 γ_2 相很少,因而蠕变值很小。

(2) 粉汞比：汞含量增加，蠕变值增大。

(3) 温度的影响：温度升高，蠕变值增大。

(4) 充填压力：充填压力越大，蠕变值越小。

(5) 银汞合金调和研磨时间：研磨不足或过度研磨以及研磨后拖延充填，均增加合金的蠕变。

61.理想的牙本质脱敏药具有的条件：对牙髓没有刺激性。能消除或减轻牙本质过敏症所引起的疼痛。不刺激口腔软组织。疗效稳定而持久。不引起牙齿变色。操作方便。

62.氯胺-T 临床应用：2%溶液用作根管冲洗或窝洞消毒，0.5%~1%溶液用于餐具和各种器皿的消毒，0.1%~0.5%溶液用于眼、耳、鼻及口腔等黏膜的冲洗。

63.干髓剂是指对根管内的残存牙髓起脱水、固定和防腐等作用，使残存木乃伊化，以无菌状态留存根管内，防止感染扩散到根尖周组织的药物。这种治疗方法称为干髓术。

64.牙周病局部用药：

含漱剂：0.12%~0.2%氯己定含漱剂、复方氯己定含漱剂、硝唑溶液、3%过氧

化氢溶液。

牙周袋用药：碘甘油、碘苯酚液、过氧化氢液、甲硝唑棒、盐酸米诺环素软膏、

牙周塞治剂

65.下列情况设计龈下边缘被认为是合理的：

- 1) 龋坏、楔状缺损达到龈下。
- 2) 邻接区到达龈嵴处。
- 3) 修复体需要增加固位力。
- 4) 需要不显露修复体金属边缘。
- 5) 牙根部过敏不能用其他保守方法消除。

66. ①修复缺损和恢复功能部分——人工牙、基托、支托

②固位及稳定部分——各种直接固位体、间接固位体、基托、支托

③连接传力部分——基托、连接体、连接杆、支托

67.圈形卡环（环形卡环）：用于**远中孤立的、向近中颊侧倾斜的上颌磨牙和向近中舌侧倾斜的下颌磨牙。**

68.对半卡环：用于**近、远中均有缺隙的孤立前磨牙和磨牙。**

69.连续卡环：多用于牙周夹板，放置在两个以上牙上。

70.联合卡环：适用于基牙的牙冠短而稳固，相邻两基牙之间有间隙，或有食物嵌塞等情况者。

71.倒钩卡环（下返卡环）：用于倒凹区在支托同侧下方的基牙，有较大的组织倒凹而无法放置杆形卡环时。

72.侧腭杆：位于腭隆突的两侧，离开龈缘 **4~6mm**，与牙弓并行，宽度为 3~3.5mm，厚度为 1~1.5mm。注意当联合使用前、后、侧腭杆作为大连接体时，前腭杆后缘和后腭杆前缘之间的距离应不少于 15mm。

73.口腔颌面外科常用的引流物有以下几种：

- (1) 片状引流。
- (2) 纱条引流。
- (3) 管状引流。
- (4) 负压引流。

74.暂时性牙关紧闭原因：麻醉药注入**翼内肌或咬肌内**，使肌肉失去收缩与舒张的功能，并停滞在收缩状态所致。多见于下牙槽神经阻滞麻醉时。

75.暂时性面瘫原因：局麻药注入腮腺内麻醉面神经所致，多见于下牙槽神经阻滞麻醉时。

76.干槽症临床表现：主要症状发生，在**术后 2~3 天开始的持续性疼痛，可向耳颞部放射。**

77.慢性颌骨骨髓炎的治疗

- (1) 治疗重点为去除死骨、病灶。
- (2) 中央性：**摘除死骨。**
- (3) 边缘性：**刮除死骨及病理性肉芽。**

78.急性颌骨骨髓炎的治疗

- (1) 急性期：原则与一般炎症相同。
- (2) 药物治疗采用足量抗生素。
- (3) 手术采用引流排脓，去除病灶；早期拔除病灶牙及邻近松动牙；去除部分骨外板；存在间隙感染时可采用颌下切开引流。

79.下颌骨骨折临床表现：

- (1) 骨折段移位：正中联合部骨折；颞孔区骨折；下颌角骨折；髁突骨折

- (2) 咬合错乱
- (3) 骨折段异常动度
- (4) 下唇麻木
- (5) 张口受限
- (6) 牙龈撕裂

80.成釉细胞瘤 X 线表现:

呈单房或多房的囊性阴影，囊壁边缘不整齐，呈半月形切迹。肿瘤侵及牙根部，牙根常有锯齿状吸收的截根现象。

81.压迫止血：①指压止血法：是用手指压迫出血部位供应动脉的近心端，适用于出血较多的紧急情况，作为暂时性止血，然后再改用其他方法作进一步止血。

②包扎止血法：可用于毛细血管、小静脉及小动脉的出血。③填塞止血法：可用于开放性和洞穿性创口。

82.恒牙龋失补指数(DMFT)：用龋(D)、失(M)、补(F)牙数(DMFT)表示或用龋(D)、失(M)、补(F)牙面数(DMFS)表示。

83.乳牙龋失补指数(dmft)：用龋(d)、失(m)、补(f)牙数(dmft)表示或用龋(d)、

失(m)、补(f)牙面数(dmfs)表示。

84.人体氟的主要来源是**饮水**，约占人体氟来源的 65%。

85.饮水的适宜氟浓度一般保持在 **0.7~1mg/L**。

86.含氟牙膏：目前大多数牙膏含氟量高于 1000mg/kg 刷牙两次,每次用量 1g, 可达到有效预防效果。3~6 岁以下儿童应在监督与指导下使用含氟牙膏。

87.窝沟封闭的适应证：①窝沟深,特别是可以插入或卡住探针(包括可疑龋)；② 病人其他牙,特别对侧同名牙患龋或有患龋倾向。

88.菌斑指数：根据牙面**菌斑的量和厚度**记分。

89.牙龈指数：该指数只观察牙龈情况，检查牙龈颜色和质的改变以及出血倾向。

90.社区牙周指数(CPI)：检查项目为**牙龈出血和牙周袋深度**。

91.急性氟中毒急救原则：催吐、洗胃、静注钙剂、补糖补液、对症治疗。

92.含氟牙膏氟化物：氟化物、酸性磷酸氟、氟化亚锡、单氟磷酸钠、氟化铵。

93.窝沟封闭时机：乳磨牙 3~4 岁，第一恒磨牙 6~7 岁，第二恒磨牙 11~13 岁。

94.氟牙症表现为牙列中对称出现、分布于牙面的水平纹理斑块。WHO 推荐的

诊断标准为 Dean 指数。

95.抽样的方法有：

(1) **单纯随机抽样：是最基本的抽样方法。**

(2) 系统抽样：按次序编号，随机抽第一个调查对象，再按照一定间隔随机抽样。

(3) 分层抽样：将总体按某特征分“层”，每个层随机抽样后合成一个样本。

(4) 整群抽样：以整群为抽样单位，对每个群所有对象进行调查。

(5) 多级抽样：多阶段抽样。

96.致龋微生物变形链球菌传播到婴幼儿口腔的平均时间 **19~31 个月**，医学上称“**感染窗口期**”。

97.1981 年 WHO 制定的口腔健康标准是“**牙清洁、无龋洞、无疼痛感、牙龈颜色正常、无出血现象**”。

98.口腔教育的方法：

1) 大众传媒

2) 社区活动

3) 小型研讨会

4) 个别交流

99.标准差是用来说明一组观察值之间的变异程度，即**离散度**。

标准误是用来表示**抽样误差的大小**。

100.梅毒分三期：初期口腔病变为唇部等硬结、溃疡；二期为“**黏膜斑**”；晚期

为腭部坏死，溃疡甚至穿孔。

