

患牙,使在用力时,钳喙不会在牙骨质上滑动,否则易断根。

10. E 【解析】如牙未萌出,远中切口应在下颌支外斜线的舌侧,距离第二磨牙远中面约 1.5cm 处开始,故 A 选项错。颊神经大约在下颌磨牙殆平面的位置离开鞘膜,翻瓣时不易伤及,故 B 选项错。切口偏向舌侧易损伤舌神经,故 C 选项错。D 选项应为翻起黏骨膜瓣,所以 E 选项为答案。
11. E 【解析】干槽症最多见于下后牙,占 58% ~ 92%,发生率依次为下颌第三磨牙、下颌第一磨牙、下颌第二磨牙,其他牙少见。
12. A 【解析】根据咳嗽、咳痰或伴喘息,每项发病持续 3 个月,连续 2 年或以上,并排除其他心、肺疾患时,即可做出诊断,因此诊断慢性支气管炎的主要依据是病史和症状。
13. B 【解析】种植相对绝对禁忌证:①全身营养状态极差。②长期服用皮质类固醇、免疫抑制剂、抗生素。③代谢紊乱,如未控制的甲状腺功能亢进或糖尿病。④血液系统疾病,如贫血、白细胞减少、出血性疾病等。⑤骨代谢异常,如软骨病、畸形骨炎、成骨不全,需咨询相应内科医生,评估患者全身状况,再确定是否适合种植。
14. E 【解析】眶下间隙感染向上可以向眶内直接扩散,形成眶内蜂窝织炎,亦可以沿面静脉、内眦静脉、眼静脉向颅内扩散,并引发海绵窦血栓性静脉炎。
15. B 【解析】切口部位的选择:尽量在口内切开,切口在脓肿的最低处,应使愈合后的瘢痕位于隐蔽处。切口应注意勿损伤下颌缘支及颌外动脉、面前静脉等。颜面部危险三角区的脓肿切开后切忌挤压。
16. D 【解析】疔的局部治疗原则为促使病变局限,防止扩散。避免损伤,严禁热敷、挤压、挑刺;忌用化学物质烧灼,如苯酚、硝酸银等,以防感染扩散。宜用高渗盐水或含抗生素的盐水局部湿敷。形成明显的皮下脓肿而又久不破溃时可考虑在病变区域做保守的切开,切忌分离脓腔,局部仍持续湿敷。
17. B 【解析】肺心病的发病先决条件是肺血管阻力增加所致的肺动脉高压,使有心负荷加重,引起右室肥厚、扩大,导致肺心病。血黏度增加亦可加重肺动脉高压。长期的低氧血症和高碳酸血症可直接使心肌功能受损,加重有心功能衰竭。但气道梗阻不是诱发肺心病的直接因素。
18. D 【解析】智齿的保留要考虑到能否有足够间隙萌出能否与对颌建立正常殆关系;当完全埋伏于骨内,与邻牙牙周不相通,又不压迫神经引起疼痛,可予保留,但应定期检查;当反复发炎时应考虑拔除;当第二磨牙不能保留时,如智牙牙根尚未完全形成,可作为移植牙以代替缺失的第二磨牙;以及不能保留邻牙而智牙前倾不超过 45° 时,应保留智牙以作为桥基牙,以利于牙齿修复。
19. C 【解析】“三凹征”是判断窒息的最重要体征。
20. D 【解析】颈总动脉在甲状软骨上缘平面分为颈外动脉和颈内动脉。
21. C 【解析】支气管哮喘的并发症之一即为自发性气胸,常由剧烈咳嗽等诱发,可伴气急、胸闷、大汗、呼吸困难、烦躁不安等症状。哮喘大发作时多有感染、吸入过敏原等诱导;急性左心衰多有心脏病史,伴咳泡沫痰、端坐呼吸等症状;肺炎和胸膜炎很少会有急性发作的呼吸困难。
22. B 【解析】下颌骨有多组咀嚼肌附着,是影响骨折移位的主要因素。
23. A 【解析】咬合关系是判断是否发生颌骨骨折的金标准。
24. B 【解析】脑挫裂伤的基本治疗原则的重要环节是防止脱水。
25. E 【解析】白细胞降到  $3.0 \times 10^9/L$ , 血小板降到  $80 \times 10^9/L$  时应该停止化疗。
26. A 【解析】乳头状瘤为上皮来源的肿瘤,其病理特征为上皮组织高度增生,鳞状上皮向外过度生长形成乳头,乳头呈圆形或椭圆形上皮团块,中心有疏松而富有脉管的结缔组织。乳头状瘤常发生在鼻腔、外耳道、咽部、食管、乳腺等组织器官,多为良性肿瘤。由于具有向基底及周围组织浸润的现象,所以具有恶性倾向。
27. C 【解析】呼吸衰竭时,除引起慢性呼吸衰竭的原发疾病症状、体征外,主要是缺  $O_2$  和  $CO_2$  潴留所致的呼吸困难和多脏器功能紊乱的表现。发绀是缺  $O_2$  的典型表现。
28. B 【解析】颌骨内有许多牙齿发育时期残留的上皮细胞,在某些特定条件下,可以发生始基囊肿;另一类为非牙源性颌骨囊肿,如动脉瘤样骨囊肿等。多见于青少年。
29. E 【解析】痣样基底细胞癌综合征:多发性角化囊肿、皮肤基底细胞痣、分叉肋、小脑镰钙化。
30. A 【解析】多形性腺瘤恶性变 多形性腺瘤恶性变都有肿块缓慢无痛性生长数年以至 20 ~ 30 年,而有近期生长加快的病史。后者常为患者就诊的主要原因。恶性变和多形性腺瘤病史长短有关,5 ~ 15 年恶变风险为 1.5%,15 年以上增至 9.5%。
31. E 【解析】好发于颊、颈、眼睑、唇、舌或口底部。位置深浅不一,如果位置较深,则皮肤或黏膜颜色

- 正常;位置较浅则呈现蓝色或紫色。边界不太清楚,扪之柔软,可以被压缩,有时可扪到静脉石。当头低位时,病损区则充血膨大;恢复正常位置后,肿胀亦随之缩小,恢复原状。此称为体位移动实验阳性。
32. C 【解析】支原体肺炎发病一般缓慢,潜伏期较长,发病时可有头痛、咳嗽,少量咳痰,一般无咳大量黏痰的临床表现。咳嗽症状可持续到退热后,累及胸膜者可有胸膜摩擦音及胸腔积液体征。
33. D 【解析】“N”是淋巴结一词英文“Node”的首字母指区域淋巴结(regional lymph node)受累情况。淋巴结未受累时,用 $N_0$ 表示。随着淋巴结受累程度和范围的增加,依次用 $N_1 \sim N_3$ 表示。
34. B 【解析】急性化脓性腮腺炎较少见,为化脓性致病菌所引起,常见的病原菌是金黄色葡萄球菌、链球菌。多数并发于一些患有严重疾病(如急性传染病)或大手术后的患者。
35. D 【解析】慢性阻塞性腮腺炎挤压腮腺时导管口分泌为雪花样或胶冻样分泌物。
36. E 【解析】防止损伤面神经下颌缘支,为避免下颌缘支损伤,需采取如下预防措施:①切口设计时,应距下颌骨下缘 $1.5 \sim 2\text{cm}$ 。②向上翻瓣时,应在颈深筋膜深面剥离,直达下颌骨下缘。③寻找颌外动脉和面前静脉时,应紧贴颌下腺上缘和下颌骨下缘内侧面作钝性分离,看见此两根血管后,分别钳夹、剪断和结扎。防止损伤舌神经,为避免损伤舌神经。
37. B 【解析】浸润型肺结核和慢性纤维空洞型肺结核均属于继发型肺结核,都可出现低热、盗汗、乏力等结核中毒症状,有肺实变征和红细胞沉降率加快,痰找结核分枝杆菌可为阴性或阳性,因此以上均不能鉴别浸润型肺结核和慢性纤维空洞型肺结核。两者的区别主要表现在X线胸片上,浸润型肺结核病灶多在锁骨上下,X线显示为片状或絮状阴影,边缘模糊;慢性纤维空洞型肺结核X线显示一个或多个厚壁空洞,多伴有支气管播散灶和明显的胸膜肥厚。
38. A 【解析】腺样囊性癌占涎腺肿瘤的 $5\% \sim 10\%$ ,在涎腺恶性肿瘤中占 $24\%$ 。好发于涎腺,以发生在腮腺者常见。大涎腺虽然较少,但为颌下腺和舌下腺好发的肿瘤。
39. A 【解析】涎石病 $85\%$ 发生于下颌下腺,少数为下颌下腺为混合性腺体,腺体分泌物富含黏蛋白,较腮腺分泌液黏滞,钙的含量也高出2倍,而且钙盐易沉积。另外其开口大,并位于底而易受损伤,因此牙结石或其他异物易进入导管内,使唾液滞留浓缩,发生钙盐沉积形成涎石。
40. D 【解析】TMD的主要症状有下颌运动异常疼痛,有弹响和杂音,但是一般无自发痛出现。
41. E 【解析】冠心病心绞痛以发作性胸痛为主要临床表现,典型部位是在胸骨体中、上段之后,其余部位均为不典型部位。
42. D 【解析】正常成人开口度为 $3.7\text{cm}$ ,开口型不偏斜。
43. B 【解析】翼外肌功能亢进在开口末期、闭口初期单声清脆弹响,开口度过大,偏向健侧。
44. E 【解析】第6~7周时,面部各突如未能正常联合,则形成面部发育异常。第8周时,左右侧腭突与前腭突自外向内、向后方逐渐联合,同时,左右侧腭突在中缝处自前向后逐渐融合,并与向下的鼻中隔融合。约在胚胎第3个月,腭部发育完成,口腔与鼻腔完全隔开。
45. C 【解析】腭部主要由两个前腭突和两个侧腭突发育而来。前腭突来自中鼻突的球状突,侧腭突来自上颌突。至胎儿第9周时,左右侧腭突与前腭突自外向内、向后方逐渐联合。两个前腭突和两个侧腭突联合的中心处,留下切牙管或鼻腭管,为鼻腭神经的通道。切牙管的口腔开口即为切牙孔,其外表面有较厚的黏膜覆盖,即为切牙乳头。
46. D 【解析】血培养是诊断感染性心内膜炎最重要的方法,在近期末接受过抗生素治疗的患者中阳性率可达 $95\%$ 以上。
47. D 【解析】腭裂修补术后常规置碘仿纱条填塞两侧松弛切口;术后 $8 \sim 10$ 天抽除碘仿纱条。我们在临床上发现碘仿纱条填塞时间过长不利于伤口愈合。
48. C 【解析】唇裂修复手术之前,特别是严重的完全性唇裂伴有腭裂的患者,出生后 $1 \sim 2$ 周内应先进行正畸治疗,应用术前矫治器,恢复患者的牙弓形态,改善鼻小柱过短和鼻翼塌陷,为唇裂修复手术创造有利的硬组织条件。唇裂修复术一般在 $3 \sim 6$ 个月,体重达 $5 \sim 6$ 千克可以行唇裂修复术。
49. B 【解析】涎腺急性炎症期间为涎腺造影的禁忌证。
50. A 【解析】根尖周囊肿仅见单房型,其余几项均可有多房型。
51. A 【解析】老年人高血压病的特点为:血压波动大,压力感受器调节血压敏感性减退,容易有体位性低血压,尤以收缩压增高为主,可加重左心室后负荷,容易发生心功能不全。选项A所提示的表现不符合老年人高血压特点。

52. B 【解析】主导管边缘呈羽毛状是舍格伦综合征特征性的影像学表现。
53. B 【解析】电刀切割形成的创缘不齐,并且对皮肤组织损伤较大。
54. C 【解析】面部血液循环丰富,长宽比例可放宽到(2~3):1,在血供特别丰富的部位可达4:1。
55. D 【解析】颌面部创伤伤员伴脑震荡的典型表现是患者有逆行性遗忘。
56. E 【解析】消化性溃疡是人类的常见病,童年和老年亦非罕见,因而E选项是不正确的,其余各项均正确。
57. C 【解析】①手术的微创性。②牙种植体表面无污染。③牙种植体的早期稳定性指牙种植体在骨愈合过程不受口腔微生物环境及过早咬合力等不利因素的影响,要求种植体植入骨内后牙龈黏膜严密缝合,同时种植体也不应高于骨面。④种植体愈合无干扰。⑤受植区的要求。
58. B 【解析】双侧颞下颌关节急性脱位的临床特点:①下颌运动异常,患者呈开口状,不能闭口,唾液外流,语言不清,咀嚼和吞咽均有困难。②下颌前伸,两颊变平,因此脸型也相应变长。③因髁突脱位,耳屏前方触诊有凹陷,在颧弓下可触到脱位的髁突。
59. C 【解析】上颌骨上无强力的咀嚼肌附着,故骨折块多随外力的方向而发生移位,或因重力而下垂,一般常出现向后下方向移位。
60. E 【解析】①异物阻塞咽喉部:损伤后口腔和鼻咽部如有血凝块、呕吐物、游离组织块或异物等,可以阻塞咽喉部造成窒息,特别是昏迷伤员更易发生。②组织移位:下颌骨颏部粉碎性骨折或双发骨折时,由于口底肌群的牵拉,可使舌后坠而阻塞呼吸道。上颌骨骨折时,骨折段向下后方移位,也可阻塞咽腔而引起窒息。③肿胀压迫:口底、舌根、咽侧及颈部损伤后,可因血肿或组织水肿压迫呼吸道而发生窒息。
61. B 【解析】肝硬化的肝功能失代偿期常有出血倾向,与肝合成凝血因子减少、脾功能亢进、毛细血管脆性增加等有关。除 $Ca^{2+}$ 、组织因子外,其他凝血因子几乎都在肝合成。
62. E 【解析】涎石病时沿腮腺导管挤压腺体见有脓性分泌物流出平对上颌第二磨牙冠部的颊黏膜上。
63. D 【解析】出生后1~2周内应先进行正畸治疗,应用术前矫治器,恢复患者的牙弓形态,改善鼻小柱过短和鼻翼塌陷,为唇腭裂修复手术创造有利的硬组织条件。
64. B 【解析】良恶性肿瘤所占比例:在不同部位比例不同。腮腺肿瘤中良性恶性比约为3:1;下颌下腺中为3:2;舌下腺肿瘤中恶性肿瘤高达90%,小唾液腺中恶性肿瘤也高达60%。
65. A 【解析】干热灭菌法消毒时温度在160℃持续120分钟。
66. B 【解析】肾小球性高血压的发生机制包括:①各种因素使钠、水潴留,引起容量依赖性高血压。②肾实质缺血使肾素分泌增多,引起肾素依赖性高血压。③肾实质损害后肾内降压物质分泌减少,如:肾内激肽释放酶-激肽生成减少,前列腺素生成减少,导致肾小球性高血压,血管内皮素分泌与之无关。
67. A 【解析】表皮损伤超过基底层会形成瘢痕(真皮层)。
68. A 【解析】术后48小时内,注意观察皮瓣颜色、温度及毛细血管反应,如有水肿,要抬高局部,促进回流,同时注意肌皮瓣下有无血肿,若表皮出现散在的紫斑及小水疱,表示有血液循环危象发生,应及时进一步处理。受区应予以固定,直至愈合。对于因固定给患者带来的不便,应加强生活护理,并说服患者积极配合治疗肌肉从附着点切断后,其体积将会缩小,因此术前设计时肌皮瓣要足够大。
69. A 【解析】外渗性黏液囊肿占黏液囊肿的80%以上,组织表现为黏液性肉芽肿或充满黏液的假囊,无上皮衬里。实验研究提示,外渗性黏液囊肿是由创伤引起的。
70. E 【解析】X线早期表现为以病原牙为中心的单发或多发密度减低区,大小不等,边界模糊不清。
71. A 【解析】首先要明白怎样才能使游离皮片移植成功。皮片被移植到创面数分钟后,创面的毛细血管即行扩张,有血浆渗出以供皮片营养,维持皮片存活。约在18小时后创面的毛细血管与皮片的毛细血管即可发生吻合,皮片接受创面的血液循环;皮片下少量坏死组织,细菌与血凝块等可被血浆中白细胞所吞噬或溶解运走。如皮片未能与组织严密接触,或有渗血甚至形成血肿时,皮片将不生长,并发生坏死,因为血肿阻碍了皮片与创面组织的严密接触。
72. C 【解析】大面积烧伤后的第1天,由于体液的大量渗出和血流动力学的变化,极易发生低血容量性休克。为使患者安全度过休克期,液体复苏是早期处理最重要的措施。
73. A 【解析】吸入性窒息的急救:应立即行气管切开术,迅速吸出气管或支气管内的异物或分泌物,

以解除窒息。

74. C 【解析】甲状腺恶性结节常为单发,实性多见,发生在儿童时也多为恶性。甲状腺核素扫描是辅助检查手段之一,恶性结节常表现为冷结节,但囊性肿物等良性疾病亦可表现为冷结节,所以冷结节并不意味着一定是恶性病变。
75. B 【解析】三角形皮瓣三角前尖角在  $90^\circ$  可直接缝合。
76. E 【解析】在面部轴型皮瓣的长宽在血管长轴内不受长宽比例的限制。
77. E 【解析】外渗性黏液囊肿占黏液囊肿的 80% 以上,组织学表现为黏液性肉芽肿或充满黏液的假囊,无上皮衬里。
78. B 【解析】颧骨和颧弓骨折的治疗主要是手术复位。颧骨和颧弓骨折后,凡有功能障碍者,都应进行复位治疗。如无移位或移位不明显,又无功能障碍,也可不作特殊处理。颧骨和颧弓骨折复位后,为防止骨折段再移位,应适当限制张口运动,避免碰撞,睡眠时应采用健侧卧位。
79. C 【解析】由舌下神经核发出,自延髓的橄榄前沟出脑,经舌下神经管出颅,下行于颈内动、静脉之间,弓形向前达舌骨舌肌的浅面,在舌神经和下颌下腺管的下方穿颊舌肌入舌,支配全部舌内肌和舌外肌。
80. C 【解析】牙源性腺样瘤生长缓慢,一般无明显症状,10~19 岁女性多见。上颌尖牙区为好发部位,常伴阻生牙,大多数发生于骨内,少数情况下也可发生于牙龈(外周型)。
81. C 【解析】面横裂,先天性唇部口角组织裂开,是发生在唇部常见的先天性畸形。由于胚胎时期的上、下颌突发育障碍导致部分或全部未融合所致,可为单侧或双侧,程度不一。
82. B 【解析】周围性面瘫表现为患侧额纹消失,不能皱眉,眼睑不能闭合,鼻唇沟变浅或消失,不能鼓腮或吹口哨,发爆破音(如“波”“坡”)困难,进食可有口角漏液现象。双侧完全瘫痪者面部呆板无表情,口角下垂,在说笑时口角向健侧偏斜。有的患者还有舌前  $2/3$  味觉障碍及眼干、口干等表现。中枢性面瘫的临床特征:病变对侧睑裂以下的颜面表情肌瘫痪,睑裂以上能皱眉、提眉、闭眼、眉毛高度与睑裂大小均与对侧无异。额皱与对侧深度相等。常伴有面瘫同侧肢体瘫痪、腱反射异常, babinski 征等。无味觉、泪液、唾液分泌障碍、听力无明显改变。
83. C 【解析】一侧髁突受损,下颌畸形一般随年龄的增长而日益明显可见健侧面部扁平狭长,颈部偏向患侧,患侧面部丰满,
84. B 【解析】腭前神经为蝶腭神经的腭神经之分支,在翼腭管内分出鼻后下神经入鼻腔,分布于中鼻道,下鼻甲及下鼻道,出自腭大孔,因此 B 选项正确。
85. A 【解析】茎乳孔以外病变:面瘫。鼓索与镫骨肌之间病变:面瘫 + 味觉丧失 + 涎腺分泌障碍。镫骨肌与膝状神经节之间病变:面瘫 + 味觉丧失 + 涎腺分泌障碍 + 听觉改变。膝状神经节病变:面瘫 + 味觉丧失 + 涎腺、泪腺分泌障碍 + 听觉改变。
86. E 【解析】低渗性缺水指缺水少于缺钠。缺水发生后,细胞外液处于低渗状态,机体通过减少利尿激素的分泌使水在肾小管的再吸收减少,尿排出增多,目的是多排出水来调节细胞外液中钠的浓度。但细胞外液也随之减少,又使机体肾素-醛固酮系统兴奋,肾排钠减少,氯和水的再吸收增加,因此尿中氯化钠减少。
87. D 【解析】颊支位于腮腺导管上方者为上颊支,一般较粗,位置恒定,其体表投影约位于耳屏间切迹与鼻翼下缘连线的上方;位于腮腺导管下方者为下颊支,在口角平面或稍上方向前走行。因此,腮腺导管可以作为寻找面神经颊支的重要标志。
88. E 【解析】在所有唾液腺肿瘤中,腮腺肿瘤发生率最高,约占 80%。下颌下腺肿瘤占 10%,舌下腺肿瘤占 1%,小唾液腺肿瘤占 9%。在小唾液腺中最常见于腭腺。
89. D 【解析】失血性休克一般是在迅速失血超过全身总血容量的 20% 时出现。此时首先应静脉快速滴注等渗盐水或平衡盐溶液,接着输入已配好的血液。这种晶体液和血液合用的血容量补充方法可补充因钠和水进入细胞内所引起的功能性细胞外液减少,降低血细胞比容和纤维蛋白原含量,减少毛细血管内血液的黏稠度和改善微循环的灌注。损伤性休克也属于低血容量性休克。感染性休克的治疗原则是休克未纠正以前,应着重治疗休克,同时控制感染。
90. C 【解析】片状引流主要用于口外创口少量渗液的引流;纱条引流主要用于脓腔引流;管状引流多用于颌面颈部较大创口和脓腔引流;负压引流主要用于颌面颈部较大手术的术后引流。
91. B 【解析】患者血压低、面色苍白、四肢湿冷,考虑为休克,全腹肌紧张提示腹膜炎体征,考虑为感染性休克。
92. B 【解析】当甲状腺功能亢进患者静息脉搏在 100 次/分以下,基础代谢率在 +20% 以下为拔牙

适应证,故 A 选项错。甲亢患者拔牙时麻药中不能加肾上腺素,故 C、D 两选项均错。术中、术后应监测患者脉搏和血压,故 E 选项错。对于甲亢患者应注意减少对其精神刺激,术后预防感染,故 B 选项正确。

93. D 【解析】该患者合并下颌骨开放性骨折,并有舌后坠,可造成呼吸道阻塞,使伤员在很短时间内死亡,故首先要保持呼吸道通畅。

94. E 【解析】以咀嚼肌为中心的急性炎症表现为红肿、跳痛、压痛,红肿范围上方超过颧弓,下方达颌下,前到颊部,后至颌后区。深压迫有凹陷性水肿,不易扪到波动感,有严重开口受限。用粗针从红肿中心穿刺,当针尖达骨面时回抽并缓慢退针即可抽到少许黏稠脓液。患者高烧。白细胞总数增高,中性白细胞比例增大。

95. E 【解析】由于颞间隙、颞下间隙及翼下颌间隙感染形成多间隙脓肿,因而切开引流时应与相应间隙贯通一并引流,应于颞部及下颌角下方切开行贯通引流。

96. D 【解析】本患者烧伤面积 60%,属特重烧伤,主要病理改变是创面大、渗出多、组织肿胀,在最初 24~48 小时,会有大量体液丢失,患者处于低血容量状态,因此患者应是低血容量性休克。补液 1000ml 远不能纠正体液丢失量。因是伤后 7 小时,此时创面感染尚未形成,故不存在感染性休克及中毒性休克。

97. B 【解析】首要任务是维持患者对生命体征的稳定,对于出血休克的患者,首先应当补充血容量。

98. C 【解析】一侧颞孔区骨折,前段因为双侧降颌肌群作用向下外方移位,后段因为单侧升颌肌群作用,向上内方移位。

99. D 【解析】甲状腺手术后声音嘶哑是由于喉返神经的损伤,使声带内收肌或外展肌瘫痪,声带运动失控。

100. A 【解析】多形性腺瘤以 30~50 岁为多见,女性稍多见。通常表现为缓慢生长的椭圆形或圆形肿块,常无自觉症状,病史较长。肿瘤界限清楚,质地中等;小的肿瘤通常形成光滑、可活动的实性肿块;较大者倾向于隆起并影响表面皮肤或黏膜,触诊呈结节状,高起处常较软,可有囊性变,低凹处较硬,多为实质性组织;多次复发者可形成固定的肿块。

101. D 【解析】腮裂囊肿多为颈侧胸锁乳突肌前缘可见细小瘘口,挤压时可有少许白色分泌物,也可触及条索状物向深部走行。腮裂囊肿生长缓慢,其主要临床表现为偶然发现颈部或腮腺区无

痛性肿块,逐渐增大或时大时小。腮裂囊肿上皮可发生癌变。

102. A 【解析】要了解同侧牙槽嵴骨质破坏情况,需投照 X 线左上后牙片,其他 X 线片因投照角度的原因不能明显反映左上后牙牙槽突骨质的破坏情况。

103. D 【解析】此患者最重要的体征是张口中度受限,被动开口度大于自然开口度,说明被动开口度可增大,初步可以诊断为翼外肌痉挛。开口型偏向右侧基本可以判定为右侧翼外肌痉挛。

104. B 【解析】先天性腭裂手术一般都采取经口或经鼻腔插管做全身麻醉,这样可保证上呼吸道的通畅,使手术更安全。

105. A 【解析】患者休克时,小动脉等一般都接近于收缩状态,组织缺氧,使用血管收缩剂虽可暂时使血压升高,但更使组织缺氧加重,从而带来不良后果。因此,在现代抗休克疗法中,已极少应用血管收缩剂。异丙肾上腺素虽能扩张血管,增加心脏收缩力,但容易诱发心动过速,患者心率超过 120 次/分时,不宜应用。而多巴胺具有多种作用,能直接兴奋  $\beta$  受体,增加心排血量,加强心肌收缩力,又有扩张肾动脉等作用,常在治疗严重休克中应用。

106. B 【解析】如果皮瓣颜色变暗、发绀,则说明是静脉淤血;如为灰白,则为动脉缺血。

107. B 【解析】包扎止血适应用于表浅伤口出血或小血管和毛细血管出血;加压包扎止血适应于全身各部位的小动脉、静脉、毛细血管出血;填塞止血将消毒纱布块填塞在创口内再包扎。

108. E 【解析】下颌正中颈部双发性骨折或粉碎性骨折均可导致舌后坠引起呼吸困难。

109. B 【解析】牙尖交错殆时上下颌的位置关系称为牙尖交错位,此时上下牙尖窝相对,处于最广泛、最紧密的接触状态,该位置也是下颌多种运动的起始位或终止位,且下颌运动的重复性好,因此被作为检查、诊断和评价咬合关系的基准位。

110. A 【解析】流行性腮腺炎是儿童和青少年期常见的呼吸道传染病。主要表现为一侧或两侧以耳垂为中心,向前、后、下肿大,肿大的腮腺常呈半球形边缘不清,表面发热,有触痛。7~10 天消退。90% 患者的血清淀粉酶有轻度和中度增高,有助诊断。淀粉酶增高程度往往与腮腺肿胀程度成正比。

111. E 【解析】骨性牙颌面畸形包括颌骨发育过度畸形、前后向发育过度畸形、上、下(垂直)向发育

过度畸形、横(左右)向发育过度畸形、颌骨发育不足畸形、前后向发育不足畸形、上下(垂直)向发育不足畸形、横(左右)向发育不足畸形、牙源性错殆畸形。

112. D 【解析】心境低落、兴趣和乐趣降低、精力下降是抑郁症的核心症状,其他伴随症状,如早醒是其典型的睡眠障碍,食欲和性欲下降是典型的生物学症状,还有自信心下降、自责和自杀观念等。国际诊断标准要求至少有两条核心症状和两条其他症状,本例完全符合。抑郁症的诊断优先于神经症。本例没有精神分裂症一级症状。
113. D 【解析】霍纳征临床特征性表现见于颈交感神经受损导致上睑、下睑 Moller 平滑肌功能障碍,出现轻度的眼裂变小及眼球内陷,由于交感神经支配的瞳孔开大肌与副交感神经支配的瞳孔括约肌之间的平衡打破,出现患侧瞳孔缩小,同时沿颈外动脉支配面部汗腺的交感神经损伤导致同侧面部无汗,急性期尤为明显,后期可因汗腺对血液中儿茶酚胺的反应性提高而代偿,部分患者还可出现对侧面部潮红,即小丑症。
- 114 ~ 115. A E 【解析】牙与下颌支前缘和第二磨牙远中面之间,有足够间隙可以容纳阻生第三磨牙时为 I 类;牙在骨内的深度分为高位、中位、低位,当牙的最高部位平行或高于殆平面时为高位,位于殆平面与第二磨牙颈部时为中位。
- 116 ~ 117. B C 【解析】病毒性肝炎是由各种不同的肝炎病毒引起的,其中只有乙型肝炎病毒属 DNA 病毒,其他肝炎病毒均属 RNA 病毒;引起慢性肝炎的病毒仅见于乙型肝炎病毒、丙型肝炎病毒和丁型肝炎病毒,而其中转为慢性肝炎比例最高的是丙型肝炎病毒。
- 118 ~ 122. B D C A E 【解析】眶下间隙感染主要表现为眶下区弥漫性水肿;口底蜂窝织炎主要表现为下颌下、口底广泛水肿;翼下颌间隙感染主要表现为张口受限;咬肌间隙感染主要表现为以下颌角为中心的红肿。
- 123 ~ 126. C A D B 【解析】I 型骨折又称低位骨折或水平骨折。典型的骨折线是从梨状孔外下缘,经根尖下,过颧牙槽嵴,至上颌结节上,水平地向后延伸至两侧上颌骨翼上颌缝附近。牙槽突骨折以上颌前牙区较多见,也可上、下颌同时发生。多为牙齿、牙槽突和周围软组织合并损伤。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、内侧壁、眶底、颧上颌缝,再沿上颌骨侧壁至翼突。Le Fort III 型骨折又称上颌骨高位骨折或额弓上骨折。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。

- 127 ~ 130. D B E A 【解析】低渗性缺水,缺钠多于缺水,可由慢性十二指肠痿消化液持续丧失引起。代谢性酸中毒是酸碱平衡失调中最常见的,感染性休克则由体内酸性产物过多引起。急性肾衰竭时,肾排泄功能减退可致高钾血症。急性肠梗阻体液急性丧失在体腔内可致等渗性缺水。
- 131 ~ 133. B B B 【解析】单侧翼外肌痉挛可能出现的开口型异常为检查时可见开口中度受限,开口型偏斜,开口时下颌偏向患侧,前伸、侧向运动受限。做被动开口度检查时仍可继续大开口,即被动开口度可增大。
- 134 ~ 137. B D A E 【解析】此患者是典型的撕脱伤病例,创缘较不整齐,伤情重,疼痛剧烈,出血多,易发生休克。创伤性休克处理原则是安静、镇痛、止血和补液,失血性休克处理的根本措施为补充血容量。在患者生命体征稳定的前提下,及时清创。如果撕裂组织与正常组织相连,则行复位缝合;如果已完全撕脱,可以行血管吻合、组织再植术。如损伤为 6 小时以内,则可以将撕脱的皮肤制成全厚或中厚皮片再植;如果已超过 6 小时,则可切取皮片再植。
- 138 ~ 140. B B C 【解析】单侧真性强直的面部特征为:面容两侧不对称,颞部偏向患侧,患侧下颌体下颌支短小,因此患侧反而丰满,健侧下颌由于生长发育正常,相应面部反而扁平狭长。截开的部位尽可能在下颌支的高位。局限在关节本身和髁突颈部的病变采用高位颞下颌关节成形术,截开的骨质约 1cm;骨性粘连广泛累及下颌切迹和冠突者,截骨部位可低于下颌切迹。双侧关节内强直最好一次手术,如必须分为两次,间隔时间不应超过 2 周,以免第一次手术处发生瘢痕挛缩。
- 141 ~ 142. E E 【解析】该年轻女性患者患特发性血小板减少性紫癜(ITP),支持诊断的体征是脾不大,若脾大则多为继发性的。ITP 患者皮肤可有紫癜,但不会高出皮面;关节出

血和下肢肌肉血肿是凝血功能障碍所致的出血,而不是 ITP 血小板减少引起出血的特点;口腔溃疡见于系统性红斑狼疮等自身免疫病引起的血小板减少,也不支持 ITP 的诊断。ITP 是由于血小板破坏过多所致的血小板减少,所以,实验室检查应该发现骨髓中巨核细胞 I 增多,而且产板型减少,幼稚和颗粒型增多。

143 ~ 144. A C 【解析】三叉神经痛是最常见的脑神经疾病,以一侧面部三叉神经分布区内反复发作的阵发性针刺样刀割样电击样剧烈痛为主要表现。由内向外依次为眼神经、上颌神经及下颌神经。

145 ~ 146. D D 【解析】甲状舌管囊肿可发生于颈前正中舌盲孔至胸骨切迹之间的任何部位,以舌骨体上下最常见,有时可偏向一侧。囊肿多呈圆形,生长缓慢,多无自觉症状,以偶然发现为多。囊肿质软,边界清楚,与表面皮肤和周围组织无粘连,位于舌骨下方的囊肿,在囊肿与舌骨体之间有时可扪及一坚韧的条索状物,囊肿可随吞咽及伸舌等动作而上下移动;若囊肿位于舌盲孔附近时,当其生长到一定程度可使舌根部抬高,发生吞咽、言语功能障碍。手术

彻底切除囊肿或瘻管是根治甲状舌管囊肿或瘻管的主要方法,由于囊肿及瘻管同舌骨体的密切关系,手术时应切除与之相连的舌骨体中份,以防止复发。

147 ~ 148. B D 【解析】全口牙位曲面体层片可以在一张胶片上显示双侧上、下颌骨,上颌窦、颞下颌关节及全口牙齿等,常用于观察上下颌骨肿瘤、外伤、炎症、畸形等病变及其与周围组织的关系。下颌位曲面体层片和上颌位曲面体层片则分别主要用于观察上颌或下颌的病变,其所显示相应影像可比在全口牙位曲面体层片上更为清楚。颞下颌关节强直是指因器质性病变导致长期开口困难或完全不能开口者。可分为关节内强直和关节外强直。

149 ~ 150. A C 【解析】一种蒂位于口角的下唇唇红复合组织瓣转移修复 1/4 上唇唇红缺损的再造方法,以避免传统交叉唇瓣转移后造成的进食、言语、口腔卫生等困难。方法手术分两期进行,一期手术将蒂部位于患侧口角的下唇动脉血管蒂携带的下唇唇红黏膜瓣转移至上唇半侧缺损处,远端部分唇红瓣去表皮后再造唇珠,供区直接关闭;二期手术将唇红瓣断蒂并进行局部修整。

## 第四单元

1. B 【解析】出生时头围 34cm,头围大小与脑和颅骨发育有关。头围在生后的前 3 个月和后 9 个月各增长 6cm,故 1 周岁时头围约为 46cm。出生时小儿身长平均为 50cm,第一年增长 25cm,故 1 岁时身高为 75cm。
2. A 【解析】可摘局部义齿连接体无弹性,可分为大连接体和小连接体,是连接义齿各组成部分的刚性结构,连接体位于基牙倒凹区则会出现义齿就位困难,如强行将义齿就位则出现摘取困难。
3. A 【解析】可摘局部义齿人工牙减径主要目的是减小殆面面积,减小支持组织负荷,有利于基牙和牙周组织的健康。
4. C 【解析】吸附力是全口义齿的固位原理之一,但不属于桩冠的固位原理。
5. E 【解析】增加辅助固位,如设计沟固位形、针道固位形和箱状固位形固位。
6. A 【解析】全冠轴面、殆外形、牙尖斜度、磨耗度等应与整个牙列协调,不要刻意追求标准解剖形态。全冠修复后前伸殆、侧方殆无干扰,应修平过大牙

尖斜面,以减小侧向力。

7. E 【解析】邻殆洞应在殆面做成鸠尾,防止修复体水平移动,鸠尾的形状大小根据殆面形态而定,要能起到扣锁的固位作用,又不削弱余留牙体组织的抗力形,其宽度应为前磨牙颊舌尖宽度的 1/2,磨牙颊舌尖宽度的 1/3。其过窄容易折断,过宽则牙尖易折裂。
8. D 【解析】小儿生时前凶大小为 1.5 ~ 2cm,继颅骨增大而变化,6 个月后逐渐骨化缩小,12 ~ 18 个月时闭合。
9. E 【解析】自凝树脂暂时桥对牙龈组织刺激性较大,对牙周条件改善没有益处。
10. B 【解析】近中殆支托可以在游离端下沉的时候防止卡环对基牙产生扭力,同时由于支点前移,游离距延长,基托下组织受力增加,从而保护基牙,有利于基牙牙周组织的健康。
11. C 【解析】殆支托是卡环伸向基牙殆面而产生支持作用的部分,防止义齿龈向移位,可保持卡环在基牙上的位置。如果余留牙间有间隙,殆支托安

放其间可以防止食物嵌塞。如果基牙倾斜移位,与对颌牙接触不良或无接触,还可加大殆支托以恢复咬合关系。

12. D 【解析】倒钩卡环又称下返卡环,常用于倒凹区在殆支托同侧下方的基牙。
13. E 【解析】记忆型题。RPI 卡环的组成是近中殆支托、邻面板、I 杆颊臂。
14. C 【解析】第一类:双侧缺陷均位于余留牙的远中,即双侧远中游离缺失。第二类:单侧缺陷位于一侧余留牙的远中,即单侧远中游离缺失。Kennedy 第一类、第二类缺损的难点是防止义齿沿支点线旋转。
15. C 【解析】切牙乳突是排列上颌中切牙的参考标志,上颌中切牙唇面置于切牙乳突中点前 8~10mm。
16. A 【解析】目前一般认为确定无牙颌水平关系即确定正中关系位,哥特式弓描记法是唯一在确定关系时可客观观察下颌后退程度的方法,哥特式弓描记法记录与转移正中关系位的临床规范操作方法,主要内容包括安装描记盘、固定描记针、口内描记、记录正中关系位和转移至殆架等操作。为无牙颌患者确定正中关系位的方法很多,一般归纳为以下三类:哥特式弓描记法、直接咬合法(包括卷舌后舔法、吞咽咬合法、后牙咬合法)和肌监控仪法。
17. C 【解析】根据上下颌位置关系排列,上下前牙的覆盖、覆殆一般要求浅覆盖、浅覆殆。切导与殆面的交角以接近  $15^\circ$  为宜,而不是精确到  $15^\circ$ 。
18. C 【解析】咬合垂直距离过高时由于人工牙占据了息止颌间隙,使讲话时上下牙发生碰触,表现为发“斯”音受阻。
19. E 【解析】固定桥的固位依靠摩擦力、黏结力和约束力的协同作用,减少殆向聚合度,适当增加预备体表面的粗糙度。
20. E 【解析】影响基牙数量确定的因素是牙周健康的程度,殆力的大小,缺牙间隙的大小及固定桥类型。
21. E 【解析】子宫内膜随卵巢的周期性变化而发生变化,排卵前在卵巢分泌的雌激素作用下,子宫内膜增殖;排卵后在卵巢分泌的雌、孕激素协同作用下,增殖期子宫内膜转化为分泌期内膜。血清雌二醇测定、血清雌激素和孕激素测定、宫颈黏液检查以及基础体温测定只能分析估计卵巢的内分泌功能或有无排卵,不能确切了解子宫内膜有无相应的反应;子宫内膜有无周期性变化,不仅受体内雌、孕激素的影响,更受子宫及子宫内膜的发育、有无病变及其雌、孕激素受体的含量等影响,所以只有通过诊断性刮宫取子宫内膜行组织病理学检查,才能确切了解子宫内膜的周期性变化。
22. C 【解析】卡环臂为卡环的游离部分,富有弹性,环绕基牙。卡臂尖位于牙齿的倒凹区内,是卡环产生固位作用的部分,可防止义齿殆向脱位,卡臂起始部分较坚硬,起稳定作用,防止义齿侧向移位。
23. C 【解析】前囟大小、闭合、凸凹在儿科检查中很重要,过早关闭应注意小头畸形。
24. E 【解析】选项 A、B、C、D 均为常规固定桥,以全冠或桩核冠为固位体,为获得修复间隙和固位型,必须进行大量基牙预备。而粘结桥的最主要特点就是基牙预备量少,甚至不磨牙。正确答案是 E 选项。
25. D 【解析】正常人的开口度约为 3 指,即张大口时,能竖着伸进 3 个指头到上下牙之间,即 3.7~4.5cm。
26. B 【解析】金合金用氧化铁抛光剂其他合金(包括钴铬合金)用氧化铬。
27. E 【解析】支点线是起主要作用的殆支托的连线,依据设计的殆支托位置确定,其意义是用以指导间接固位体的设置,更好的增强义齿的固位。
28. C 【解析】月经是生殖功能成熟的外在标志之一。月经初潮年龄多在 13~15 岁,也可早在 11~13 岁,晚至 17~18 岁,体弱或营养不良者初潮可较迟。出血的第一天为月经周期的开始,两次月经第一天的间隔时间称为一个月经周期,一般为 28~30 天。提前或延后 5 天左右仍属正常范围。月经持续时间多为 3~5 天,月经量一般为 50ml 左右,多于 80ml 即为病理状态。月经血色呈暗红,除血液外尚含有子宫内膜碎片、宫颈黏液及脱落的阴道上皮细胞。月经血的主要特点是不凝固,偶尔亦有些小凝血块。大多数妇女在月经期无特殊症状。
29. D 【解析】牙列缺失后,附着在颌骨周围的软组织位置关系改变的原因是牙槽骨不断吸收,使颌骨周围的软组织失去了支持作用。
30. B 【解析】3/4 冠的邻沟又称轴沟,对固位有重要作用。可以防止牙的冠向、舌向脱位,为了使邻沟具有一定的长度,预备时应从邻切角的中点开始,方向与牙冠唇面切 2/3 平行,位于邻面唇 1/3 与中 1/3 的交界处,以保证沟的舌侧壁有足够的抗力形,同时又要注意唇侧壁不能过薄,注意其抗力形。
31. D 【解析】①下颌前磨牙舌侧,一般双侧对称,也可单侧,其大小不一,也称为下颌隆突。②腭中

缝处,呈嵴状隆起,也称为腭隆突。③上颌结节,结节过度增生形成较大的骨性倒凹。对双侧上颌结节肥大的情况,常常只需修整一侧上颌结节,解决妨碍义齿就位的问题即可。

32. B 【解析】牙列中牙周膜面积最大的是上颌第一磨牙,占总牙列牙周膜面积的 11.86%,牙周膜面积最小的是下颌为中切牙,上颌为侧切牙,故答案为 B 选项。
33. A 【解析】固定桥基牙的最低标准是冠长等于根长,即冠根比为 1:1。
34. C 【解析】边缘清晰,无变形,殆面清晰,印模边缘伸展充分等均为全冠印模的要求。
35. D 【解析】1~9 岁腕部骨化中心的数目约为其年龄数加 1,10 岁时出全。骨化中心反映骨龄,有重要的临床意义。如骨龄超前要考虑中枢性早熟、先天性肾上腺皮质增生等疾患。
36. E 【解析】观察暂时冠在固定冠桥修复中起的作用。牙冠短的反脱脱落外,其余暂时冠在最终固定修复体制作期间无破损、折裂且固位好。戴暂时冠的活髓基牙无冷热刺激痛,所有基牙保持了邻牙间隙及对殆关系。对于要做固定冠、桥修复的基牙牙体预备后至最终修复体完成前这段时间无论活髓、死髓都应做暂时冠以保护基牙、保持修复空隙和咬合关系。
37. B 【解析】孕激素抑制子宫肌层收缩,降低妊娠子宫对催产素的敏感性,利于受精卵在宫腔内的生长发育;使增殖期子宫内膜转化为分泌期内膜,利于受精卵着床;抑制输卵管节律性收缩的振幅,调节孕卵运行;使宫颈口闭合,抑制宫颈黏液分泌,使宫颈黏液减少、黏稠,拉丝度减少,镜下可见椭圆体状结晶,不利于精子穿透;使阴道上皮细胞脱落加快,角化细胞减少;在已有雌激素影响的基础上,促使乳腺腺泡发育,大量孕激素抑制乳汁分泌;孕激素通过中枢神经系统使体温升高,对下丘脑可产生负反馈作用等。
38. C 【解析】牙周膜面积最小的是下颌的中切牙,上颌的侧切牙,右上 2 缺隙小,殆力不大,能够减轻桥基牙的负担,故答案为 C 选项。
39. D 【解析】通过中枢神经系统使体温升高是孕激素的作用。
40. B 【解析】上颌无牙颌成品托盘的后缘应超过腭小凹和颤动线位置,印模范围应取至腭小凹后 3~4mm,以保证在准确的石膏模型上确定义齿基托后缘和制作后堤区。按 A、C、D、E 选项托盘后缘位置取得的印模和模型后缘范围偏前,会导致基托后缘短或不能准确地确定基托后缘位置。只有

- B 选项正确。
41. D 【解析】活动义齿模型设计时,将模型向后倾斜的原因是牙槽嵴丰满,增加唇侧的倒凹,从而增强义齿的固位作用。
42. C 【解析】个别托盘是先取初印模,制作出适合患者口腔情况的个别托盘,再用个别托盘盛放印模材料,取第二次印模。第二次印模较第一次印模细致、准确、清晰,且边缘伸展适度。个别托盘的主要作用是使边缘伸展适度,故选 C 选项。
43. D 【解析】上前牙可摘义齿戴入后,模型磨损后会导致基托前后翘动。
44. C 【解析】殆支托长度要求为殆面近远中径的 1/4(磨牙)或 1/3(前磨牙)。
45. D 【解析】2~12 岁平均身长可按以下公式粗略推算:身长(cm) = 年龄 × 7 + 70, 5 岁时身高为 105cm, 5 岁时体重为年龄 × 2 + 8, 约为 18kg, 5 岁时头围约为 50cm, 15 岁时即与成人相似,为 54~58cm。
46. C 【解析】肩台预备具有边缘封闭作用,但不利于保护牙髓。
47. C 【解析】混合支持式义齿适用于游离端缺失者。对于缺失牙不多的非游离端应设计牙支持式义齿。本题中的 A、B、D、E 选项均为非游离端牙列缺损,应设计牙支持式义齿。只有 C 选项为上颌右侧游离缺失,故正确答案应选 C 选项。
48. D 【解析】人在生育期有 300~400 个卵母细胞发育成熟,其余卵泡发育到一定程度自动退化,称为卵泡闭锁。
49. A 【解析】第一类:双侧缺隙位于余留牙的远中,即双侧远中游离缺失,选项 A 修复时可以只修复 7|7。
50. D 【解析】杆形卡环的主要缺点是:口腔前庭浅、软组织倒凹大、系带附着高等情况下不宜使用;卡抱和稳定作用不如圆环形卡环;由于多为金属铸造,损坏后不宜修理。
51. D 【解析】自然牙列者下颌处于牙尖交错位时,鼻底到颏底的直线距离叫咬合位垂直距离;下颌处于休息位时,鼻底到颏底的直线距离叫休息位垂直距离。
52. C 【解析】全口义齿合适的凹形磨光面形态有助于帮助义齿固位,增强义齿的固位力,同时对咀嚼效能也有一定的提高。
53. D 【解析】一个是难以取得共同就位道,另一个是殆力传导方向偏离牙长轴,不利于基牙健康。为获得共同就位道,避免磨除过多的牙体组织,可设计半固定桥,但无法改变基牙受力的方向。受

- 力后基牙的倾斜度加大是不良后果,不是原因。桥体的弯曲变形只与桥体的强度和殆力大小有关。
54. E 【解析】其固位作用的大小与针道数量和针道间距离有关。针道的数量越多,间距越大,固位力则越强。一般要求 2~4 个针道,针道的位置最好在接近釉牙本质界的牙本质上,深度以 1.5~2.0mm 为宜。各针道间应彼此平行。要求短斜面与牙长轴成 45° 夹角,短斜面的倾斜度不宜太大,以免影响嵌体的固位。无倒凹嵌体所覆盖的范围内无倒凹存在,各轴面与针道彼此平行,以便顺利取戴。
55. B 【解析】金瓷冠不透明瓷厚度以 0.2mm 为宜,不得超过 0.3mm。
56. A 【解析】引起慢性龈炎的局部刺激因素包括:食物嵌塞、牙列不齐、牙石、不良修复体、龈上菌斑等。咬合面充填物高点会引起根尖周的不适,对于牙龈没有刺激作用。
57. C 【解析】临床窝沟封闭术失败的主要原因往往最多的是酸蚀后唾液污染。
58. A 【解析】根据桩的表面形态又可分为光滑柱形、槽柱形、锥形、螺纹形等。螺纹形的桩可以旋转嵌入根管壁产生主动固位,在几种形态的桩中固位最好。
59. B 【解析】铸造嵌体的机械性能要优于银汞合金。
60. E 【解析】固定义齿与牙体缺损修复对基牙要求的主要差别在于基牙的轴向位置基本正常,有共同就位道。例如固定桥各个基牙应有共同的就位道,否则义齿将摘戴困难。
61. A 【解析】全冠试戴时检查邻面接触关系是否紧密时,常用牙线进行检查。
62. E 【解析】松软牙槽嵴一般情况下不行手术切除。
63. C 【解析】在上颌基托前腭区设计模拟腭皱的目的是有助于发音。
64. B 【解析】邻沟应从邻切线角的中点开始,方向与牙冠唇面切 2/3 平行,位于邻面唇 1/3 与中 1/3 交界处,邻沟的深度为 1mm,由切端向龈端逐渐变浅。
65. C 【解析】患牙的强度主要取决于剩余的牙体组织的量,尽量保存剩余牙体硬组织是桩核冠修复的基本原则,否则患牙的抗力型不足易发生折裂。
66. C 【解析】牙龈是性激素的靶器官,内分泌的变化增强了牙周组织对病原刺激因素的反应。
67. E 【解析】温度测验的目的是检查牙髓的状态,而根尖周炎患者,牙髓已坏死,故作温度测验时无反应。
68. D 【解析】本法主要用于流行病学调查,或者临床诊断中典型描述氟牙症的严重程度。分类诊断标准如下:0 牙面在完全吹干后,釉质的透明度正常。①与釉质横线相应处有窄的白垩线。②光滑面沿釉质横线的白垩线条更明显,相近的白垩线偶有融合。咬合面白垩弥散面直径 < 2mm,牙尖嵴明显白垩。③光滑面有融合的不规则云雾状白垩区,白垩区之间常见加重的釉面横线。咬合面融合区白垩,磨耗区几乎正常,但通常为不透明釉质堤所界定。④光滑面全牙面呈现明显的白垩釉质。咬合面全牙面展现明显白垩,萌出后不久磨耗常明显。⑤光滑面全牙面呈现明显的白垩釉质,釉质表面有直径 < 2mm 的窝状缺损。⑥光滑面数个窝状缺损水平连线排列,缺损的切颈间宽度 < 2mm。咬合面融合区直径 < 3mm,显示釉质缺失,明显磨耗。⑦光滑面与咬合面釉质不规则缺损 < 牙面的 1/2。咬合面沟消失明显磨耗,使形态改变。⑧光滑面釉质外形缺损 > 牙面的 1/2。⑨釉质大部缺损,牙外形改变。
69. D 【解析】长期嚼槟榔主要对口腔颊黏膜的刺激继而发生癌变。
70. C 【解析】食物中氟的丰富来源有海味和茶叶;良好来源有沙丁鱼、虾、大马哈鱼等鱼类;一般来源有大豆、鸡蛋、牛肉、菠菜等;微量来源有猪肉和全小麦等。
71. E 【解析】龈上洁治术必须由专业人员完成。
72. C 【解析】如果没有牙周袋,只发觉有牙结石及牙龈出血,则计分为“2”表示牙龈炎,需洁治。
73. E 【解析】口腔医务人员 HBV 血清阳性率显著高于普通人群,在 25% 左右。
74. E 【解析】高浓度的氟化物有杀菌作用。当氟浓度增加时,所有细菌都会受到不同程度的影响,如抑制细菌的代谢(10mg/L),抑制细菌的生长(100~250mg/L),甚至杀死细菌(1000mg/L)。
75. C 【解析】口腔健康调查是横断面调查,只能提供病因假说,不能为改进 I 临床治疗提供依据。
76. E 【解析】燃烧含氟高的生活燃煤,使空气中的氟含量大大升高,成为某些地区居民摄氟的主要途径。
77. E 【解析】12 岁儿童龋均是 WHO 规定的比较人群患龋水平的标准。
78. C 【解析】6~13 岁儿童窝沟龋较多,故咬合面龋大大高于光滑面龋。
79. D 【解析】咬合在金属上与咬合在瓷上对于预备体的预备量的要求是不同的。对于后牙,殆面为金属覆盖并要求殆面有 1~1.5mm 的磨除量,而

- 为全瓷覆盖时则需要 2mm 的磨除量。因此,对于咬合紧或殆龈距小的牙齿选用咬合面为金属的部分瓷覆盖不失为一种好的设计。
80. E 【解析】前牙冠折近 1/2,可首选充填方法,树脂充填后采用贴面修复,有利于美观。
81. D 【解析】第一磨牙支持作用强,在根分歧区未破坏的情况下无须增加基牙,但应减小桥体颊舌径以减轻殆力。桥体殆面必须恢复咬合接触,才能够恢复缺失牙咀嚼功能;右上 6 无牙体疾患,不存在拔髓指征。
82. A 【解析】牙尖交错殆时上下颌的位置关系称为牙尖交错位,此时上下牙处于最广泛、最紧密的接触,该位置也是下颌多种运动的起始位或终止位,且下颌运动的重复性好,因此被作为检查、诊断和评价咬合关系的基准位。
83. A 【解析】混合支持式指义齿承受的殆力由天然牙和黏膜、牙槽嵴共同负担,基牙上设殆支托,基托适当伸展,其修复效果介于前两者之间。适用于各类牙列缺损,尤其是游离端缺牙病例,此为临床上最常用的形式。
84. E 【解析】采用双侧联合设计,缺牙区对侧设计间接固位体,扩大基托面积,末端基牙设计 RPI 卡环组,减少基牙的扭力。缺牙较多而基牙较少的情况下不适合选用牙尖斜度大的人工牙,否则会大大增加基牙的负担,甚至导致义齿的失败。所以答案 E 错。
85. E 【解析】余留牙 II 度松动,有广泛的龋齿,牙槽骨吸收,至根中 3/5,建议不再保留,拔除剩余牙,采用全口义齿修复。
86. D 【解析】患者鼻唇沟加深、咀嚼无力表明咬合垂直距离过低。
87. D 【解析】边缘过长张口时会导致义齿咀嚼时脱落。
88. D 【解析】患牙 MO 有充填体,又有远中面龋,形成 MOD 缺损,对于前磨牙而言,缺损过大,牙冠剩余组织抗力不足,不宜采取充填、嵌体修复。即使采取全冠修复,也可能发生冠折。正确的方法是适当去除薄弱牙体组织,进行桩核冠修复。覆盖义齿的修复效果显然不如桩核冠。
89. A 【解析】分析疼痛原因时应鉴别疼痛是由义齿组织面局部压迫造成的还是由于咬合因素使义齿移动而摩擦造成的。大范围、连续性压痛多因咬合因素引起。答案选项中除 A 选项是咬合因素外,其余均是组织面局部压迫因素。
90. C 【解析】后牙 3/4 冠抵抗舌向脱位的固位型包括轴沟和殆面沟。A、B、E 选项均无抵抗舌向脱位的作用,而轴壁形成倒凹时,3/4 冠将无法就位。
91. D 【解析】该病例设计可摘局部义齿时 5|57 做基牙是最佳选择,而选择 4|48 做基牙效果不佳。由于基牙颊侧观测线位置过高,倒凹过大,影响卡环的放置。采用圆环形卡环时颊臂位置过高,对基牙侧向力大。将模型向左或右倾斜只能减小对侧基牙颊侧倒凹,同侧倒凹反而加大。模型前后倾斜只会改变倒凹的近远中位置,但不能改变倒凹的深度。由此,正确的方法只能是磨改基牙颊面形态,磨除过突的部分,降低观测线高度。
92. B 【解析】上颌结节突出:上颌结节较大,其颊侧骨突,形成明显的组织倒凹,同时在上颌前部牙槽嵴的唇侧也有明显的倒凹时,可影响上颌义齿的就位。如两侧上颌结节均较突出时,可以只选择结节较大的一侧作外科修整。上颌结节下垂时有可能与下颌磨牙后垫接近,有时需将上颌结节的高度减低。
93. C 【解析】全口义齿固位良好,而患者不能准确定位疼痛点,口腔黏膜也未见明显压痛点,为正中殆位殆接触不良。
94. B 【解析】折裂原因有缺牙间隙小,卡环连接体放置不合理或埋入支架过多,前牙缺失区加强丝未超过殆力作用点,冲胶、热处理过程操作不符合要求,造成基托内气泡,上前牙缺失区加强丝未超过殆力作用点。
95. D 【解析】下颌前牙切缘咬在上颌前牙舌侧(切)1/3 以内的为正常覆殆,咬在中 1/3 为 I 度深覆殆,咬在颈 1/3 的为 II 度深覆殆,超过颈 1/3 为 III 度深覆殆。
96. A 【解析】可摘局部义齿修复戴入后引起恶心和唾液增多原因有基托后缘与黏膜不贴合,可适当磨改基托后缘,坚持戴用义齿,逐渐习惯,唾液分泌过多现象可消失,可进行重衬。
97. B 【解析】宫口开全后避免产妇用力,可助产尽快结束分娩。为加强宫缩预防产后出血,可按摩子宫、静脉缓慢点滴缩宫素;产后 3 日内应多卧床休息;产后 1 周左右行绝育手术为宜。
98. C 【解析】右上 7 为隐裂牙,且有咬合痛症状,其预后可能发展成牙髓炎、根尖周炎,还可能出现牙齿劈裂。该病例符合全冠修复的适应证,应进行全冠修复。患牙牙髓活力正常,不需要先做牙髓治疗,采用铸造金属全冠不会影响美观,而且可减少牙体预备量,避免活髓牙修复后牙本质敏感。
99. E 【解析】肯氏 II 类为单侧游离缺失,行活动义

齿修复。

100. A 【解析】根据左上 2 缺失, 间隙小, 左上 3 正常, 左上 1 松动 I 度, 实行左上 3 设计单端固定桥最为合理。
101. D 【解析】义齿基托边缘封闭差、基托不密合及基托边缘过短时其固位力不足, 即使在休息状态下也容易脱落。而义齿人工牙如果存在咬合不平衡, 容易导致咀嚼时义齿翘动和松动。选项 A、B、C、E 均与实际情况不符。
102. C 【解析】颊棚区位于下颌后部牙槽嵴的颊侧, 此处骨皮质厚, 骨质致密。当牙槽嵴骨吸收较多, 变低平时, 此时颊棚区骨面趋向水平, 能承受较大的垂直向咬合压力。因此, 对于牙槽嵴低平患者, 为了增强支持能力, 可将颊棚区作为主承托区。
103. B 【解析】体重 7kg, 刚能独坐一会儿, 用手摇玩具, 能认识熟人和陌生人, 其月龄为 6 个月。
104. D 【解析】①从体重、身长判断发育。②从婴儿动作发育判断, “7 个月会坐、8 个月爬”。③从语言发育判断: 会发双音节, 均符合 7 个月婴儿。
105. D 【解析】①体格发育指标: 体重 8.5kg、身长 70cm。②动作发育: 会爬、能站。③语言发育: 能懂几个较复杂的词句, 如“再见”等, 看见熟人会伸手要人抱, 其月龄 9 个月。
106. D 【解析】第一恒磨牙殆面的斜嵴连接近中舌尖与远中颊尖。
107. E 【解析】根据义齿直接固位体的连线(支点线, 支承线, 卡环线) 与牙弓的相互关系。第一类: 对角线。支点线与牙弓呈斜割关系。第二类: 横线式: 支点线与牙弓呈横割关系。第三类: 纵线式: 支点线位于牙弓一侧, 呈近远中的方向。第四类: 平面式: 支点线互成多边形。
- 108 ~ 109. E C 【解析】非创伤性修复治疗 (ART) 指使用手用器械清除龋坏组织, 然后用有黏结、耐压和耐磨性能较好地新型玻璃离子材料将龋洞充填。适用于恒牙和乳牙的中、小龋洞, 能允许最小的挖器进入, 无牙髓暴露, 无可疑牙髓炎。窝沟封闭术: 是使用窝沟封闭剂严密封闭牙冠表面的窝沟, 有效地保护釉质, 达到预防龋病发生的一种防龋方法。其窝沟封闭剂为高分子的黏结树脂和玻璃离子水门汀, 可不受细菌和代谢产物的侵蚀。
- 110 ~ 113. C A D B 【解析】Kennedy 分类法根据缺牙所在部位及缺隙数目将牙列缺损分为 4 类: 第一类为牙弓两侧后部牙缺失, 远中为游离端, 无天然牙存在。第二类为牙弓一侧后部牙缺失, 远中为游离端, 无天然牙存在。第三类为牙弓一侧后牙缺失, 且缺隙两端均有天然牙存在。第四类为牙弓前部牙缺失, 天然牙在缺隙的远中。除第四类外, 其余三类均分有亚类。亚类则为除主要缺隙外, 另存的缺隙数的统称。若前后都有缺牙, 则以最后的缺隙为基准。若牙弓两侧后牙都有缺失, 且一侧为远中游离端缺牙, 另一侧为非游离端缺牙则以游离端缺牙为基准。
- 114 ~ 115. A B 【解析】垂直距离恢复过大会导致肌肉疲劳、义齿容易脱位且咀嚼效率, 垂直距离恢复过小会导致鼻唇沟变浅、颈部前突, 同样也会导致咀嚼效率下降。
- 116 ~ 120. E C D B A 【解析】前腭杆: 离开龈缘至少 4 ~ 6mm。侧腭杆: 离开龈缘 4 ~ 6mm。舌杆: 距龈缘 3 ~ 4mm, 与黏膜预留 0.5mm 的缓冲间隙。唇、颊杆: 离开龈缘 3 ~ 4mm。
- 121 ~ 122. C A 【解析】Dean 氟牙症分类法把氟牙症分为可疑、很轻、轻度、中度和重度。釉质上的白色程度浅, 有时呈云雾状, 可疑; 釉质上的白色程度较明显, 呈纸白色, 很轻; 釉质上的白色不透明区范围更加扩大, 但覆盖面积不超过牙面的 50%, 轻度; 釉质表面大部分受累而变色, 常有细小的凹坑状缺损, 多见于唇颊面, 中度; 釉质表面全部受损, 凹坑状缺损明显, 牙冠失去正常外形且脆性增加, 对美观和功能都有严重影响。
- 123 ~ 126. B D A C 【解析】固位力是修复体在行使功能时, 能抵御各种作用力而不发生移位或脱落的能力; 约束力是物体位移时受到一定的条件限制, 加给物体这种限制的力; 抗力形是修复体和患牙具有能抵抗殆力而不致破坏或折裂的外形; 摩擦力是两个相互接触而又相对运动的物体间所产生的作用力。
- 127 ~ 128. A C 【解析】翼殆片有助于显示发生于邻面的龋损, 釉质及牙本质浅层可见透影区。下颌横断咬合片可显示下颌骨体及下牙弓的横断面影像, 用于检查: ①下颌骨体部颊舌侧骨质有无膨胀、增生及破坏。②异物及阻生牙定位。③下颌骨骨折时颊舌向移位情况。④下颌腺导管阳性涎石。

129 ~ 133. C A E D B 【解析】在固定桥戴入时出现的疼痛可能的原因是固定桥刺激到基牙引起的牙本质过敏症;固定桥粘固一段时间引起的冷热刺激痛,可能是基牙继发龋;固定桥黏固后短期内出现咬合疼痛可能是有早接触点;固定桥使用后出现食物嵌塞可能是固定桥与邻牙接触点恢复不良;固定桥使用一段时期后出现咬合疼痛可能是牙周咬合创伤。

134 ~ 136. E C C 【解析】氟水漱口防龋的正确使用方法,6岁以上每次使用10ml以上含漱1分钟,含漱后30分钟可以进食或漱口。

137 ~ 139. C C C 【解析】根据题干左上2牙齿正常不需要做根管治疗;根据题干右上1牙冠1/2缺损,已露髓,探稍敏感,叩诊阴性,无松动。做右上1的根管治疗后做桩核与右上21左上1双端固定桥;对桩的长度有如下要求:①桩的长度至少应与冠长相等。②桩的长度应达到根长的2/3~3/4。③牙槽骨内的桩的长度应大于牙槽骨内根长的1/2。④桩的末段与根尖孔之间应保留3~5mm的根尖封闭区。

140 ~ 142. B E D 【解析】修复前的准备应包括调下前牙切缘、调低过长牙,修整余牙外形,调磨过锐牙尖、牙嵴,形成良好的殆曲线。工作尖应排在牙槽嵴顶上,出现上颌牙槽嵴吸收过多、过少的特殊情况时,也可考虑排成反殆,防止上颌颊侧牙槽嵴加速吸收。

143 ~ 147. B C A C E 【解析】氟化凝胶的含氟成分是酸性磷酸氟,氟化凝胶的浓度是1.23%,每次使用的药量应小于1ml,半年复查一次。氟化凝胶必须有专业医师操作完成。

148 ~ 150. B A E 【解析】游离端后牙缺牙达两个以上者,在游离缺失末端基牙上放置卡环,多设计近中殆支托,采用对基牙创伤小的RPI卡、RPA卡环、铸造与钢丝弯制固位臂结合卡环、T形或改良T形卡环等,必须用大连接体连到牙弓的对侧。在对侧牙上选两个基牙放置卡环,并考虑是否放置或增加间接固位体。如对侧有非游离缺牙,则可在缺隙两侧的基牙上放置卡环,形成面式固位,分散殆力,以避免游离端义齿的摆动、旋转和翘动。

金英杰医学