维普资讯 http://www.cqvip.com

起一定作用。本组病例在前房中见晶体碎屑和胆固醇样结晶是晶体溶解性青光眼的特征。前房水涂片镜检，见到大量巨噬细胞吞噬晶体溶解性青光眼的重要依据。一般认为本病无KP形成，其原因是巨噬细胞间与角膜间无粘性，不易聚集成KP。但本组7例都有KP呈灰白色碎屑状，因此要结合临床和细胞学、生化检查以及KP的性质来考虑。文献报道因房水中无纤维蛋白原存在，不会发生虹膜粘连。本组有2例虽有虹膜后粘，但手术时很易分开，可能是高眼压持续时间较长引起眼内血液循环障碍，导致纤维蛋白渗出而发生粘连。为此，只要有晶体溶解性青光眼的典型发现，即使有虹膜后粘也不能排除此病的诊断而延误治疗。

综上所述，我们认为晶体溶解性青光眼的诊断要点是：1.过熟期白内障，突发性眼压升高伴患眼红痛、剧烈头痛、恶心呕吐。2.结膜睫状充血，角膜雾样水肿，灰白色碎屑样KP。3.前房深或正常，房水中可见灰白色晶体碎屑或胆固醇样结晶。4.瞳孔中等散大。5.房水涂片镜检可找到巨噬细胞。如检查发现房水中有大量大分子量蛋白更有助于诊断。但必须注意与闭角型青光眼急性发作、慢性葡萄膜炎继发性青光眼、白内障膨胀期继发性青光眼、晶体蛋白过敏性青光眼以及剥脱综合征等相鉴别。

晶体溶解性青光眼的治疗：一般应用缩瞳药和激素效果不好，而只需摘除晶体及冲洗前房就能使眼压下降，恢复一定视力。[illegible]性，本组也能获得较好视力。如本组1例，术后矫正视力仍达0.7。因此，我们认为一旦诊断成立，让晶体溶解控制眼压下降至摘除晶体和冲洗前房是治疗的关键。眼压大多能得到控制，可不作青光眼白内障联合手术。如术后眼压仍高再考虑作小梁滤过性手术。术后视力的恢复与发病时间长短有一定关系，因此，白内障在成熟期及时进行手术摘除以防止晶体溶解性青光眼的发生。

参 考 文 献

1. Flocks M. et al. Arch Ophthalmol 1955;54(1):37
2. Greer CH. Ocular Pathology, ed. william clowes & Sons, london, 1972,139
3. Epstein DL(杨训传译). 国外医学眼科分册 1983;(1):53
4. 庞友登,等.中华眼科杂志 1984(1):26
5. 郑惠君,等.眼科新进展 1987;38.7(1)
6. 智敏平.中国实用眼科杂志 1995;41(7)

(收稿日期 1995－10－19)

(上接172页)能达到正中𬌗的均匀接触及前伸，侧向𬌗平衡的要求，故此时复制出的总义齿才能发挥较大的咀嚼功能，其稳定性亦较好。

3.3 在复制旧义齿时，需加蜡片升高垂直距离，是否会改变定位𬌗平面而影响总义齿的功能？由于𬌗平面本身就是一个假相平面，因而对𬌗平面的定位各异。尽管多数人倾向于用鼻翼耳屏线作𬌗平面的定位指标，但因翘线的部位不同使定出的𬌗平面存在差异，然而以这些𬌗平面为基准制作出的总义齿仍好使用，经加蜡后义齿的𬌗平面虽有一点改变，但实践证明，它不影响总义齿的功能。可见𬌗平面并不是固定不变的，在制作总义齿时，是否必须遵循"定位𬌗平面与鼻翼耳屏线平行"这一原则，值得商榷。

参 考 文 献

1. 杨鹤峰.临床口腔医学杂志 1985;1(2):86
2. 孙 颙.全口义齿学 人民卫生出版社 1984;188.
3. Williams DR. JDentistry 1982;10(4):311

(收稿日期 1995－10－09)

维普资讯 http://www.cqvip.com

172,169

简便复制总义齿

——30例病例总结

第一医院口腔科 张 俊

中图分类号 R783.605

无牙病人在获得了一副满意的总义齿后，总希望能再有一副与之相同的第二副总义齿。五年前，我们曾采用国产弹性印模材料——SDL-1-43型室温硫化甲基硅橡胶作为义齿的印模材料进行涂布造型复制总义齿。由于此法操作较为复杂，从1990年起，改用稀释弹性打样膏法取模，选用同型号成品牙排牙的简便方法复制总义齿，取得了较好效果。

1 临床资料

五年中，我们为20例患者(男性17人，女性13人)复制了上下总义齿共60件，其中复制新义齿42件；旧义齿18件。追踪随访病人21例，占总人数的70%。病人一致反映复制义齿咀嚼功能好，可与第一副总义齿交换使用；并且较第一副总义齿更稳固，舒适。

2 复制方法

2.1 新义齿的复制

凡经过戴用1～2月，认为满意的总义齿，均可作为样本进行复制。具体方法是：

按1:3之比例将弹性打样膏液均匀调拌稀释于水中，加入少量胶结剂，迅速调拌成有很好流动性的稀糊状。以第一副总义齿作托盘，取少量已调好的打样膏，将上下总义齿同时戴入病人口中，嘱病人作正中咬殆状态，5分钟后取除上下义齿，见组织面有一薄层半透明的弹性打样膏膜即可。按常规灌注石膏模型，注意务必将义齿边缘暴露在外，再将上下义齿分别咬合到对应于咬殆架上。于石膏凝固后，中心取除上义齿，并清除石膏模型表面的薄层打样膏膜，选用与第一副总义齿同型号的成品牙，以下义齿为基准排好上牙列，再按Hanau法以刚排定的上牙列为基准排好下牙列，最后作基底蜡型修整，经装盒、充胶、热处理后，再开盒、磨光、复制总义齿即告完成。

2.2 旧义齿的复制

对已戴用多年、自我感觉满意，但已陈旧或有损坏的总义齿，可稍作改进后再进行复制。戴用多年的旧义齿，因殆面严重磨耗易出现垂直距离偏低。可在上义齿后牙区加一层烤软的红蜡片，以恢复正常的垂直距离。如果垂直距离过低，可同时在上下总义齿的后殆面上加1～2层软蜡片，嘱病人反复作正中咬殆，直到获得满意的垂直距离。对旧义齿边缘封闭不足者，亦可用烤软的蜡片恢复。经过改进后的旧义齿，其复制方法与新义齿的复制法相同。

3 讨论

3.1 复制总义齿的关键步骤是能否将作为样本的第一副总义齿从模型上顺利脱出而不伤及石膏模型。我们曾将样本义齿的组织面均匀涂以凡士林后直接上殆架进行复制，发现石膏模型易起浅气泡，并且在倒凹大的病例中，义齿不能顺利脱出，损坏模型。改用稀释弹性打样膏法取模后，既保证了样本义齿的顺利脱模，又增加了石膏模型的精确度。故复制出的义齿较第一副总义齿更稳固，舒适。复诊修改率低。

3.2 复制时间最好控制在第一副总义齿戴入口腔内1～2月后。由于刚戴入新义齿有一个适应过程，这期间，需经过反复的仔细选磨及义齿本身在行使咀嚼功能时的生理磨耗，总义齿才(下转169页)