

球后视神经炎 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文  
[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/308/2021\\_2022\\_\\_E7\\_90\\_83\\_E5\\_90\\_8E\\_E8\\_A7\\_86\\_E7\\_c22\\_308890.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/308/2021_2022__E7_90_83_E5_90_8E_E8_A7_86_E7_c22_308890.htm) 名称球后视神经炎所属科室眼科病因上述神经炎病因均可作为本病的致病原因。急性者多由邻近的炎症病灶引起，如鼻窦炎，非凡是后组筛窦及蝶窦炎症或囊肿者更易误诊。铅、砷、甲醇、乙醇等中毒、眶蜂窝织炎颅底脑膜炎等均可引起；慢性者多由维生素B族缺乏，妊娠及哺乳，糖尿病，脱髓鞘病（多发性硬化在国内并不罕见，但较西方仍明显为少。而视神经脊髓炎现多认为属多发性硬化变异型），家族性视神经萎缩（Leber病）所引起特发性仍占1/2左右。临床表现常为单眼发病，也可累及双眼，多呈急剧视力减退，甚至无光感。瞳孔中等散大，直接对光反应迟钝或消失。眼球运动时有牵引痛或眶深部痛。早期眼底正常，晚期，可有视盘颞侧程度不等的色淡。视野有中心、旁中心及哑铃状暗点，亦可见周边视野缩小。应强调检查中心视野而不是周边视野，同时应强调用红色，尽可能用小视标检查。当锻炼或热浴时出现一时性视力模糊，而在较冷温度下或喝冷饮时视力又可增进性，这种现象称Unthoff征。多见于多发性硬化及Leber病引起视神经炎中，其他视神经炎中亦可见该征。推测该征与体温增高可直接干扰轴索的传导和释放化学物质有关。诊断根据视力及眼底，非凡是视野检查，典型者易诊断。色觉对比敏感度试验及VEP等检查均有一定辅助诊断意义。脑脊液中异常细胞，&gamma.-球蛋白增高、病毒抗体滴定度增高等均可见，应怀疑为多发性硬化症。脑脊液中单克隆抗体90%可增高，但非特异性HLA-A3和B7亦有助于诊断。本病应考虑与下列疾

病鉴别：1.屈光不正 非凡是远视和散光者，可有眼痛、头痛及视物不清，视盘改变类似视盘炎，极易误诊。验光检影可证实，配镜可性病自觉症状。2.角膜薄翳或晶体后囊轻度混浊 多由于临床检查疏忽所致，经裂隙灯检查可以确诊。3.瘵病性黑蒙 瞳孔无改变，有发作性特点。视野检查呈螺旋状缩小。有明显的诱因史。可通过暗示疗法治疗。4.诈盲 虽诉有明显视力障碍，但长期客观检查无阳性发现，多种诈盲试验有助鉴别，VEP正常可即刻排除。5.颅内肿瘤 非凡是蝶鞍区占位性病变，早期可呈球后视神经炎改变，视野及头颅X线有助诊断，头颅CT及MRI更有助于早期发现。治疗 同视神经炎。对重症病例，经激素等治疗无效者，可选用上颌窦入路开放筛窦、蝶窦，在手术显微镜下切除视视管内下壁对视神经减压，改善神经营养，有利于视神经机能恢复。一般急性期常可取得良好效果，严重者可导致视神经颞侧萎缩甚至全萎缩而失明。慢性期发展缓慢，多为双侧性。常由于延误治疗或病程迁延较久而导致视神经颞侧明显萎缩，预后则较左。

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 [www.100test.com](http://www.100test.com)