

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__E8_A7_86_E7_A5_9E_E7_BB_8F_E7_c22_308951.htm 名称视神经炎所属科

室眼科病因（一）局部病灶感染：1.眼内炎症：常见于视网膜脉络膜炎、葡萄膜炎和交感性眼炎，均可向视盘蔓延，引起球内视神经炎。2.眶部炎症：眶骨膜炎可直接蔓延引起球后视神经炎。3.邻近组织炎症：如鼻窦炎可引起视神经炎。4.

病灶感染：如扁桃腺炎和龋齿等也可以引起。（二）全身传染性疾病：常见于病毒感染，如流行性感冒、带状疱疹、麻疹和腮腺炎等，亦可见于细菌感染，如肺炎、脑炎、脑膜炎和结核等。（三）代谢障碍和中毒：前者如糖尿病、恶性贫血、维生素B1或B12缺乏；后者如烟、酒、甲醇、铅、砷、奎宁和许多药物等。（四）脱髓鞘病（demyelinating diseases）

1.散在性硬化症（multiple sclerosis）：本病又名多发性硬化症，我国少见，多发生在20～40岁成年人，常侵犯视神经，视交叉等中枢神经系统，在脑和脊髓中呈广泛散在性神经髓鞘崩解，轴突破坏，最后由视神经胶质填充，形成硬化性瘢痕。临床表现为反复发作的球后视神经炎症状。2.四周轴性弥漫性脑炎(diffuse sclerosis)：本病又叫Schilder病，多见于小儿患者，病变局限于白质。临床症状依损害部位不同而异，如枕叶受累可出现大脑皮质盲，视路受损可出现视野缺损，视神经被波及时出现视神经炎。3.视神经脊髓炎

(neuromyelitis optica)：本病又名Devic病,病变仅局限于视神经和脊髓,两者可以同时发病,也可一先一后发病,可为急性或慢性,如视神经炎,多为双侧性,有视神经炎症状,如脊髓炎,可出现双下肢运动和感觉障碍,并逐渐上升,导致排尿障碍,四肢麻

痹。

痹。

痹和呼吸困难,甚至死亡。临床表现 (一) 视力减退: 为本病特有症状之一, 多为单眼、亦有双眼者。视力开始急剧下降, 一般迅速而严重, 可在数小时或数日内成为全盲, 但视网膜电流图正常。如为视神经乳头炎, 可在眼底出现变性之前, 视力就明显减退, 如为球后视神经炎, 可在视力减退前, 眼球转动和受压时有球后疼痛感, 一般如及时治疗, 多可恢复一定视力, 甚至完全恢复正常, 否则可导致视神经萎缩。发性视神经萎缩。(二) 视野改变: 为本病重要体征之一, 多数病人有中心暗点或傍中心暗点, 生理盲点不扩大, 周边视野呈向心性缩小或楔形缺损, 一般用红色视标或小白色视标易于查出, 严重者中心视野可以全部丧失。(三) 瞳孔改变: 瞳孔对光反应与视力减退程度一般是一致的。视力完全丧失, 瞳孔直接对光反应缺如; 视力严重减退, 瞳孔直接对光反应减弱, 持续光照病眼瞳孔, 开始缩小, 续而自动扩大, 或在自然光线下, 遮盖健眼, 病眼瞳孔开大, 遮盖病眼, 健眼瞳孔不变, 叫Gunn氏现象。(四) 眼底检查: 视盘发炎时, 视盘呈现充血水肿, 边缘不清, 静脉中度充盈, 生理凹陷消失, 高起一般不超过2屈光度, 水肿局限于视盘本身, 也可波及邻近视网膜成为视神经视网膜炎 (neuro-retinitis), 视盘内可有出血和渗出物, 玻璃体轻度混浊, 如治疗不及时, 可发生继发性视神经萎缩, 球后视神经炎初期眼底正常。治疗 (一) 病因治疗: 应尽力找出病因, 除去病灶。对原因不明者, 应去除一切可疑病灶。(二) 皮质激素治疗: 急性病人, 由于视神经纤维发炎肿胀, 若时间过长或炎性反应过于剧烈, 都可使视神经纤维发生变性和坏死。因此, 早期控制炎性反应, 避免视神经纤维受累极为重要。可口服强的松、

强的松龙和地塞米松；严重者可静脉滴注促肾上腺皮质激素（A.C.T.H.）。（三）血管扩张剂：球后注射妥拉苏林或口服妥拉苏林、烟酸等。（四）支持疗法：维生素B1100mg和维生素B12100ug肌肉注射，每日一次，还可用三磷酸腺苷（A.T.P）20mg肌注每日一次。（五）抗感染治疗：如有感染情况，可使用抗生素。（六）中药逍遥散加减方：归身、焦白术、柴胡、丹皮、茯苓、甘草、焦山栀、白芍、白菊、枸杞子。（七）新针疗法：主穴：健明、球后、睛明。配穴：医明、风池、足三里。用强刺激手法，病情好转，改用弱刺激手法。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