

视盘水肿 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/309/2021\\_2022\\_\\_E8\\_A7\\_86\\_E7\\_9B\\_98\\_E6\\_B0\\_B4\\_E8\\_c22\\_309022.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/309/2021_2022__E8_A7_86_E7_9B_98_E6_B0_B4_E8_c22_309022.htm) 名称视盘水肿所属科室眼科病因由于视盘水肿原因殊多，共发生机理有时也不尽相同，高血压脑病可以不是颅内压增高，而是局部视盘缺血所致，肾素-血管紧张素-醛固酮等起了重要作用。前部缺血性视神经病变则由于干扰视盘的血供，轴浆流快慢相被阻断所致。

一、颅内压增加：1.颅内占位性病变（脑瘤、硬膜下、硬膜外血肿等）；2.大脑假瘤：原发性大脑假瘤；继发性（严重颅脑外伤、蛛网膜下腔出血）；3.炎症：脑膜炎、脑炎、脑脓肿；格林-巴利综合征；4.尿毒症；5.颅骨狭窄症；6.脑动静脉畸形；7.严重慢性阻塞性肺部疾病，伴CO<sub>2</sub>增高；8.严重过敏性脑部病变，如蜂蜇伤；9.脑脊液蛋白增加伴有脊髓肿瘤。

二、正常内压：1.先天性视盘异常；2. Leber视神经病变；3.炎症视神经病变：视盘炎；视神经四周炎；4.缺血性视神经病变；5.中毒性视神经病变，如铅中毒、甲醇中毒等；6.眶部压迫性视神经病变（如甲状腺视神经病变）；7.浸润型视神经病变：白血病；淋巴瘤；多发性骨髓瘤；类蛋白血症；8.局部血管性神经病变：恶性高血压；视网膜中心静脉阻塞；静脉淤滞性网膜病变（缺血性）；视盘血管炎；青少年性糖尿病性视神经病变；低眼压；玻璃体牵引；葡萄膜炎；9.粘多糖症。

临床表现一般视力正常或轻度模糊，一时性黑蒙可持续数秒，多发生在转动眼球时，称注视性黑蒙。根据视盘水肿发生速度及临床形成等，分类不尽相同。Holy分早期型、发展完全型、慢性型和水肿后萎缩型，王鸿启分初期型、进行期型、

恶性期型和末期型，今分述如下。1.初期型 其病理改变乃基于神经纤维肿胀、细胞外液体积聚和视盘血管扩张。用彩色立体眼底照像和立体检眼镜检查眼底，可发现视盘四周神经纤维层肿胀混浊，有直线形白色反光条纹丧失或变弯曲。颜色变深，模糊不清。视盘充血或浅层出血乃由于视盘表层微血管扩张或破裂所致。一般眼底镜常可以分辨，最好用接触镜配合裂隙灯检查，对该型诊断有极重要的价值。视盘边缘模糊一般多从视盘下方至上方开始，继而扩展至鼻侧边缘，最后颞侧方模糊，乃因视盘各部分神经纤维层密度不同，密度大的部位较早地出现肿胀。有无视网膜静脉自发性搏动对该型的判定有一定意义。但正常人有12%~20%可无静脉搏动，同时颅内压增高常显波动，如观察静脉搏动恰在颅内压升高的两个高峰波动间，颅内压降低至26.7kPa(200mmHg)以下，视网膜静脉搏动又可复见，甚至误诊。因此，其确切意义仍有争论，但是该观察方便易行，作为一种参考指标仍有意义。眼底荧光血管造影可见视盘细血管扩张荧光渗漏和小动脉形成，甚至视盘四周渗漏，此乃因毛细血管渗透率增加所致。后期呈强荧光。检测生理盲点扩大特点是水平径有助诊断。在该型不能仅根据某一体征诊断，必须依靠几个体征综合分析，可疑者应随访。2.进行期型 视盘表面隆起明显，可高达3~4D，呈蘑菇型。视盘表面的微小血管瘤及毛细血管扩张十分明显，盘周可见点状或火焰出血，盘缘模糊较显著，通过缘部的静脉怒张弯曲，可呈断续状。若颅内压迅速升高，可见大片火焰状出血和棉絮状渗出物，甚至玻璃体下出血。亦可见黄斑部有硬性尖出物和出血。严重者尚可见Paton线，多发生在视盘颞侧，呈半弧形，乃因视盘组织肿胀，将

颞侧边缘处的视网膜推挤移位，致使该处视网膜摺叠出现皱纹，视网膜内界出现不同程度反光。视盘水肿持久者可见盘周的视网膜下有新生血管。

3.恶性期型 该型和进行期型仅程度不同，如颅内压急剧骤然升高，视盘组织和视网膜血管不适应，随即发生大量片状出血和渗出物，视盘水肿隆起度可高达5D以上，但也有无出血及渗出者。视力常有一定程度减退，视野可有向心性缩小（除外脑病的特征性视野）。

4.末期型 亦称萎缩型。无论何型，视盘水肿长期不消退者，均可转入此型。视盘变圆形，轻度高起，在视盘中心白色杯状凹陷消失，视盘的颜色由红色变成灰白色，动脉变细，静脉略粗或正常，网膜血管加鞘，盘周视网膜水肿吸收，在视盘表层组织内有时见小圆形光滑闪耀的硬性渗出物，很像埋在视盘表层组织下的上下班2疣。该型有视力减退、色觉障碍和视野缺损等。如行颅内减压术，有导致视力忽然或逐渐丧失的危险。视盘水肿分型鉴别颅内良性与恶性肿瘤有一定临床意义。

颅内良性肿瘤多见于初期型或进行期型视盘水肿。良性肿瘤发病迟缓，病变多较局限，幕上较广阔，脑室受累较少或轻。如幕下良性肿瘤，虽幕下区域比幕上狭窄，但因良性肿瘤多数体积小，如生长部位再远离脑室系统，一般引起颅高压多不急剧发生。颅内恶性肿瘤多发生在恶性期，乃因其多呈浸润弥漫性生长，肿瘤侵犯范围广泛，累及脑室系统，发生脑脊液循环急剧梗阻，从而导致颅内压骤然增高，致使视盘水肿。视盘水肿的发生频率与部位有密切关系。幕下及中线肿瘤如位于小脑，第三脑室后部及第四脑室，因直接阻碍脑脊液畅通，所以几乎全部出现视盘水肿，发生在早期。而位于额顶颞叶及脑干肿瘤则发展缓慢。垂体腺瘤一般只好生

单性视神经萎缩，而很少出现神经萎缩，而很少出现视盘水肿。由于颅内压增高引起的视盘水肿应当作急诊处理，提示有严重的神经系统和全身性疾病。并发症尽量寻找病因，及时治疗。脑瘤应早期手术摘除。对症治疗包括高渗脱水剂，如能排除颅内占位性病变，确诊为视盘血管炎视盘水肿型，皮质类固醇可取得良好效果。对伴有严重的头痛及有视神经病变，脱水剂等治疗无效可选用减压术或分流术，非凡是假脑瘤。既往采用连续腰穿、颞肌下减压术、外眶部切开视神经鞘减压术等，仅能达到一时性压力减轻，现多倡用腰椎腹腔分法术。监测其视机能状况可选用Farnsworth-Munsell 100色彩试镜和VEP。治疗尽量寻找病因，及时治疗。脑瘤应早期手术摘除。对症治疗包括高渗脱水剂，如能排除颅内占位性病变，确诊为视盘血管炎视盘水肿型，皮质类固醇可取得良好效果。对伴有严重的头痛及有视神经病变，脱水剂等治疗无效可选用减压术或分流术，非凡是假脑瘤既往采用连续腰穿、颞肌下减压术、外眶部切开视神经鞘减压术等，仅能达到一时性压力减轻，现多倡用腰椎腹腔分流术。监测其视机能状况可选用Farnsworth-Munsell 100色彩试镜和VEP。 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)