

<<青光眼视神经诊断图谱>>

图书基本信息

书名：<<青光眼视神经诊断图谱>>

13位ISBN编号：9787530438367

10位ISBN编号：7530438360

出版时间：2009-7

出版时间：北京科学技术出版社

作者：徐亮 编

页数：172

版权说明：本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问：<http://www.tushu007.com>

<<青光眼视神经诊断图谱>>

前言

青光眼早期诊断的重点是发现其特征性的视神经改变。

这是由以下原因决定：青光眼的定义为一组特征性视神经损害的眼病，可有眼压升高，也可无眼压升高；客观的青光眼视神经改变一般早于主观的视野检测改变。

然而目前青光眼早期诊断的问题尚未根本解决，青光眼视神经诊断尚无金标准。

正因为青光眼视神经检查如此重要，又面临如此大的挑战，所以目前没有任何眼病的诊断像青光眼的视神经检测那样，需要利用如此多的高新技术，譬如共焦激光、偏振激光、干涉激光断层扫描定量检测视盘及视网膜神经纤维层。

这种挑战不仅是仪器方面的，更重要的应该是理论方面的。

目前识别是否有青光眼视神经损害主要还是依靠青光眼专家的经验，而在判断一些复杂病例时专家们的意见会不相同。

10年前我在德国学习时，我的启蒙老师Jonas教授（青光眼视神经形态分析发表文章最多者）曾说，如果谁观阅青光眼视神经改变的照片不到3000例，那么他很难准确地识别青光眼的早期改变。

对此我有同感，今天我也是如此要求我的学生。

但是我对青光眼视神经损害无判断标准的问题一直持有疑问，这也是我写作此书的动力。

在此我不敢妄言提出标准，只是希望根据自己的经验及国外资料，提出一些规律性的方法，为同道们抛砖引玉。

北京同仁医院有大量的病源，20年来我们坚持做立体眼底照相，每年初诊、随诊照相约6000人次，目前已有数十万人次的眼底照片，特别是一些长期随诊的病例，成为我们重要的创新启迪及验证观点的来源。

在本书中我们提出一些规律性的意见，譬如以自身鼻侧盘沿宽度为标准，评价有否早期的青光眼视神经损害。

为了显示青光眼随诊中的微小改变，我们配了光盘，它可在计算机上通过图像闪烁法显示病变的部位，帮助我们理解青光眼视神经损害发展的规律。

在此我要特别感谢各位恩师、领导及同事们的一贯支持！

他们是北京同仁医院眼科青光眼组专家张淑芳、张敬娥、刘磊、曲占魁、张舒心等教授，历届同仁眼科领导张士元、金秀英、付守静、郑邦和、王景昭教授，国内的眼科专家李凤鸣、周文炳、劳远秀、宋琛等教授，在此向他们表示最深的敬意！

<<青光眼视神经诊断图谱>>

内容概要

青光眼早期诊断的重点是发现其特征性的视神经改变。

这是由以下原因决定：青光眼的定义为一组特征性视神经损害的眼病，可有眼压升高，也可无眼压升高；客观的青光眼视神经改变一般早于主观的视野检测改变。

然而目前青光眼早期诊断的问题尚未根本解决，青光眼视神经诊断尚无金标准。

正因为青光眼视神经检查如此重要，又面临如此大的挑战，所以目前没有任何眼病的诊断像青光眼的视神经检测那样，需要利用如此多的高新技术，譬如共焦激光、偏振激光、干涉激光断层扫描定量检测视盘及视网膜神经纤维层。

<<青光眼视神经诊断图谱>>

作者简介

徐亮，现任北京市眼科研究所所长，北京同仁医院副院长，中华医学会眼科学会青光眼学组副组长，教授、博士生导师。

《眼科》、《国际眼科纵览》杂志主编，《中华医学杂志》、《中华眼科杂志》等杂志的编委。

1982年毕业于中山医科大学。

1991年获得德国国家研究基金，以教育部高级访问学者身份到德国Erlangen大学眼科医院从事眼科临床和科研工作。

1996年获得美国青光眼基金会的资助，于美国西雅图华盛顿大学医学院眼科从事博士后研究工作，主要开展青光眼早期诊断与筛查的临床研究。

多年来从事青光眼早期诊断研究，积累了大量青光眼的诊疗经验，在观察和分析青光眼视神经形态和正常人群视神经变异的基础上，在国际上率先提出以“鼻侧盘沿”作为自身对照，判断视盘上下方盘沿有否丢失的青光眼早期诊断的新模式。

目前已积累了眼底照片数十万张，建立了青光眼视神经诊断的标准，并为青光眼患者的治疗效果与随访监测奠定了坚实的基础。

青光眼研究还涉及降眼压药物和视神经保护药物的临床应用、青光眼的激光及手术治疗方面。

作为世界卫生组织防盲合作单位的负责人，近年在可预防盲的眼病筛查与防盲模式方面进行了大胆尝试和有益探索，提出通过非散瞳眼底照相可同时进行青光眼、糖尿病视网膜病变等多种眼病的联合筛查方法，提高了眼病的检出率及筛查效率，降低了资金和人力成本。

1992年，因杰出的工作成绩获得中美眼科学会及中华医学会眼科学会颁发的“金钥匙奖”。

曾获得国家科技进步三等奖(1989年)、北京市科技进步二等奖(1991年)、卫生部科技进步三等奖(1993年)。

近10年共获得北京市科技进步三等奖6次。

1993年起享受国务院的政府特殊津贴，1995年被评为北京市有突出贡献专家。

在国家“十一五”科技规划期间，获得了国家支撑项目“数字化眼科区域协同医疗服务示范工程”。

2008年担任第十一届全国政协委员，并进入全国政协的教科文卫体委员会，通过现代医疗信息平台，创建符合我国国情的防盲模式，为我国当前的医疗改革服务。

<<青光眼视神经诊断图谱>>

书籍目录

第一章 概论第二章 眼底视神经检查的发展历史第三章 正常视盘及盘沿形态 第一节 正常视盘的组织形态学 第二节 视盘的大小及形态 第三节 盘沿的大小、形态及颜色 第四节 视杯与视盘大小的关系及杯盘比 第五节 视杯深度 第六节 正常视盘的各种变异第四章 青光眼性视神经改变 第一节 视盘的盘沿改变 第二节 视网膜神经纤维层缺损 第三节 视盘出血 第四节 视盘周围萎缩弧变化第五章 青光眼视神经损害的分级第六章 不同类型青光眼的鉴别诊断 第一节 老年慢性萎缩性开角型青光眼 第二节 高度近视合并开角型青光眼 第三节 青少年型青光眼 第四节 正常眼压性青光眼 第五节 闭角型青光眼 第六节 继发性青光眼第七章 青光眼视神经损害的随诊监测第八章 类似青光眼的先天性视神经发育异常第九章 青光眼与非青光眼性视神经病变的鉴别第十章 各种青光眼视神经分析仪的特点第十一章 青光眼视神经诊断的难点及尚需解决的问题参考文献

<<青光眼视神经诊断图谱>>

章节摘录

插图：第三章 正常视盘及盘沿形态第一节 正常视盘的组织形态学视网膜神经节细胞发出的纤维，汇集成为视盘，其直径为1.5~2.0mm，神经纤维经巩膜筛板穿出眼球，变成有髓神经。

视路中从视盘到视交叉的一段称为视神经，视神经全长35~55mm，按其部位可分为四段：球内段、眶内段、管内段、颅内段。

球内段包括视盘和筛板部分，长约1mm，视神经穿过脉络膜和巩膜离开眼球，脉络膜和巩膜穿过处称为巩膜脉络膜管，此处巩膜组织外2/3层向后伸展，构成视神经鞘的硬脑膜；巩膜内1/3层延展横过巩膜管，成为视神经的支架，看似筛状，故名筛板，筛板的孔为视神经纤维所穿过。

视神经在筛板以前的部分，称为视神经乳头或视盘，由无髓神经纤维构成。

视乳头（optic papilla）由Briggs于1676年首先采用，后来证明在正常情况下视乳头并不突起，其大部分表面与视网膜在同一平面，故视乳头的名称不如视盘（optic disc）更为恰当，本书中以视盘称谓之。

通过眼底可看到视盘和筛板部分。

视盘的层次结构包括：表层神经纤维；筛板前部；筛板部；筛板后部。

高倍光学显微镜下显示的视盘及其周围的结构见图3-1-1。

<<青光眼视神经诊断图谱>>

编辑推荐

《青光眼视神经诊断图谱》是由北京科学技术出版社出版的。

<<青光眼视神经诊断图谱>>

版权说明

本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问:<http://www.tushu007.com>