



· 临床研究 ·

康柏西普治疗视网膜分支静脉阻塞的效果观察

郑 巍 (中南大学湘雅医院眼科, 湖南长沙 410008)

摘要: 目的 浅析康柏西普治疗视网膜分支静脉阻塞的效果。方法 选取2015年1月-2016年4月来我院接受治疗的60例视网膜分支静脉阻塞继发黄斑水肿的患者, 所选患者均为初次就诊, 没有进行过光动力疗法及其他抗血管内皮生长因子药物治疗。在无菌条件, 经玻璃体腔内注射康柏西普眼用注射液, 治疗后分析治疗效果。结果 38眼中, 第1次注射后不需要再次注射的有5眼(13.16%), 17眼(44.74%)需行注射2次, 12眼(31.58%)需注射3次, 4眼(10.53%)需4次注射结合激光治疗。使用康柏西普治疗后, 未见眼内炎、葡萄膜炎、白内障进展、长期高血压等明显不良事件发生。结论 应用康柏西普治疗视网膜静脉阻塞具有显著效果。

关键词: 视网膜分支静脉阻塞 康柏西普 治疗

中图分类号: R774.1 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2016) 07-072-02

视网膜分支静脉阻塞(BRVO)不具有遗传性, 常见于65岁及以上人群, 多发生在颞侧, 特别是颞上象限。黄斑水肿是视网膜分支静脉阻塞产生的主要并发症, 是视力下降的最主要原因^[1]。进行黄斑格样激光光凝治疗能够减轻黄斑水肿(ME), 减少血管渗漏, 但改善视力的效果并不明显, 部分患者经多次治疗后黄斑水肿仍持续存在^[2]。研究表明, 利用抗血管内皮生长因子(VEGF)药物治疗视网膜分支静脉阻塞继发黄斑水肿疗效显著。我国自主研发的抗血管内皮生长因子药物-康柏西普, 具有亲和力强、作用时间长、多靶点等特点, 能够阻断胎盘生长因子、抗血管内皮生长因子A的所有亚型及抗血管内皮生长因子B, 并能完全穿透视网膜, 通过竞争性抑制受体与抗血管内皮生长因子结合并阻止抗血管内皮生长因子家族受体的激活达到抑制新生血管生长与内皮细胞增殖^[3]。本研究采用玻璃体腔内注射康柏西普治疗视网膜分支静脉阻塞继发黄斑水肿患者, 并取得了显著效果, 现研究如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取2015年1月-2016年4月来我院接受治疗的60例视网膜分支静脉阻塞继发黄斑水肿的患者, 患者入院后均进行光学相干断层扫描、眼底荧光造影检查及实验室检查确诊。所选60例患者中34名男性, 26名女性, 年龄在26-63岁, 平均年龄(45.6±17.5)岁, 病程1.2-3年, 平均病程(1.78±0.67)年。所选患者均为初次就诊, 没有进行过光动力疗法或其他抗血管内皮生长因子药物治疗。

1.2 方法

治疗前, 患者均需验光, 检查最佳矫正视力(BCVA), 在无无菌条件下, 经玻璃体腔内注射康柏西普眼用注射液0.05ml。跟踪治疗6个月, 在这段时间每月至少检查1次, 利用光学相干断层扫描进行黄斑中心凹厚度的测量, 判断是否进行再次注射。结果显示: 38眼中, 第1次注射后不需要再次注射的有5眼(13.16%), 17眼(44.74%)需行注射2次, 12眼(31.58%)需注射3次, 4眼(10.53%)需4次注射结合激光治疗。

1.3 数据处理方法

本组数据采用SPSS16.0软件处理, 计量资料用均数±标准差代表; 用率(%)表示计数资料, 分别采用卡方检验和t检验对组间的计数资料进行比较, P<0.05表明差异显著。

2 结果

2.1 分析治疗前后患者的OCT扫描结果

治疗前黄斑区视网膜厚度、6mm黄斑区总容积差异无统计学意义; 治疗后1个月患者的黄斑中心凹厚度显著优于治疗前。

2.3 药物治疗后发生并发症状况

随访期间, 本组患者平均注射(2.5±1.5)次(含首次注射)。治疗后1个月内仅5例(15.15%)发生眼压增高, 未见

眼内炎、葡萄膜炎、白内障进展、长期高血压等明显不良事件发生。

表2: 分析治疗前后患者的OCT扫描结果

时间	黄斑中心凹厚度(μm)	6mm黄斑区总容积(mm ³)	黄斑区视网膜厚度(μm)
治疗前	572±134	11.532±0.447	320.08±12.724
治疗1个月后	310.96±9.304	11.108±0.349	212±97
t值	8.324	0.015	0.011
P值	0.045	0.236	0.373

3 讨论

视网膜静脉阻塞属于亚急性慢性病, 该病自然病程与受累区域的位置和大小, 以及是否有黄斑缺血、黄斑囊样水肿、玻璃体积血和视网膜新生血管等有关^[4, 5]。其中黄斑水肿对视力的危害最大, 长期黄斑水肿可形成黄斑区瘢痕和中心浆液性视网膜脱离, 可引起永久性的视力损伤。光学相干断层扫描是一种非侵入性二维成像技术, 操作简便、安全, 已广泛用于多种眼底疾病的随访检查, 可客观、定量测量视网膜神经纤维层及黄斑的厚度, 且重复性好、准确性高; 此外, 它还可准确观察治疗前后黄斑形态及黄斑中心凹视网膜厚度的改变。由于视网膜静脉阻塞继发黄斑水肿患者多伴有视网膜色素上皮层脱离和纤维化, 病变更易被光学相干断层扫描检测发现, 因此每次用药后应进行光学相干断层扫描的常规复查, 以明确指导是否进行重复治疗。相关研究表明, 视网膜静脉阻塞患者的抗血管内皮生长因子水平的变化与黄斑水肿的程度有关, 因此抗血管内皮生长因子药物可以作为治疗视网膜静脉阻塞继发黄斑水肿的重要治疗药物^[6, 7]。而康柏西普具有抑制血管新生和内皮细胞增殖, 进而减少渗出, 增强血管通透性的功能。

严晓腾等^[6]认为玻璃体腔内注射康柏西普能有效改善视网膜静脉阻塞继发黄斑水肿患者的视网膜功能, 有利于视力的快速恢复, 且安全可靠。本研究对患者注射康柏西普, 并依据光学相干断层扫描测量黄斑中心凹厚度来判断是否进行再次注射, 结果显示治疗1个月后, 患者的黄斑中心凹厚度明显优于治疗前。

综上所述, 基于光学相干断层扫描的玻璃体腔内注射康柏西普治疗视网膜静脉阻塞继发黄斑水肿可在短期内显著提高疗效, 且安全性高, 值得在今后的临床治疗中推广使用。

参考文献

[1] 毕燃, 贾彩华, 于越, 白赫南, 尹乐. 康柏西普治疗视网膜静脉阻塞黄斑水肿的临床观察[J]. 赤峰学院学报(自然科学版), 2014, 23:71-73.

[2] 杨林红, 皇甫昌涛, 朱琳等. 眼内注射康柏西普治疗视网膜分支静脉阻塞继发黄斑水肿的临床观察[J]. 昆明医科大学学报, (下转第74页)



腹膜炎的,要及时剖腹探查。

3.2 术中及术后出血

出血是LC常见的并发症,本组发生1例出血,为术后出血,因夹闭胆囊动脉的可吸收夹脱落而引起大出血。如何防止术中及术后出血呢?①分离胆囊三角时一定要解剖清楚,注意辨认有无分支,在明视下夹闭胆囊动脉,并确认夹子牢靠,如果胆囊动脉与胆囊管粘连,分离困难时可先将胆囊动脉和胆囊管一起夹闭,夹闭不全时用线缝扎夹闭^[4];②分离胆囊三角时,切勿分离胆总管的左方及后方,以防损伤肝动脉或门静脉引起大出血;③分离胆囊床时注意勿损伤肝脏,应贴尽胆囊,防止过度牵拉造成胆囊床撕裂,引起大出血^[5];④戳孔时位置要准确,力度要适宜,防止戳孔出血或戳孔时损伤大网膜或腹腔内脏器引起出血;⑤术前要检查腹腔有无出血,术中出血要准确判断出血部位,不要盲目钳夹止血,如为胆囊动脉应夹闭,如为胆囊床创面渗血,应用无纺纱压迫擦净出血或用吸引器吸净血液,准确找到出血点,电凝止血,少许渗血可放置引流管,术后出血要及时观察生命体征变化,如出血量较大应及时再次手术止血。

3.3 胆总管结石

LC术后胆总管结石的发生率很低,本组发生2例,术前未发现,考虑为术中过度牵拉胆囊或挤压胆囊颈部时引起结石掉入胆总管。如何防止LC术后出现胆总管结石呢?①术前准备要充分,完善相关检查,以防漏诊;②术中避免过度牵拉胆囊及挤压胆囊管;③术中一旦发现结石掉入胆总管,应在胆道镜下进行取石或中转开腹取石;④术后发现的胆总管结石,根据具体情况可采用排石治疗或行ERCP术取石。

3.4 皮下气肿

皮下气肿是LC术最常见的并发症之一,本组发生3例,术中发现2例,因患者呼末CO₂持续升高,术后1例出现高碳酸血症引起Ⅱ型呼吸衰竭,检查发现皮下气肿,其发生原因可能为:①误置气腹针于筋膜前皮下组织内是皮下气肿最主要的原因;②切口过大,尤其是筋膜口过大,主要是取标本

时将切口延长致大量CO₂气体进入皮下;③穿刺针多次脱离腹腔或应用扩张器使皮下组织疏松,或穿刺针偏离了首次穿刺通道致使腹膜处造成侧孔;④手术中套管未固定好,操作过程中常会退至皮下,腹内的气体进入皮下;⑤腹腔内CO₂压力过高。如何防止皮下气肿呢?①用各种试验方法证实气腹针是否进入腹腔;②术中尽量避免套管退出及摆动幅度过大,术毕先从套管排除大部分残气后再拔套管;③发生皮下气肿时用双手将气体从穿刺孔挤出,大面积扩散时可皮下穿刺放气,对于小的皮下气肿也可不做处理,数日后可自行吸收;④注意监测动脉血气分析,根据血气分析,对症处理。

3.5 除上述并发症外,LC亦可出现内脏损伤、腹腔或伤口结石残留、胆囊床积液、腹腔内感染、伤口感染、戳孔疝、下肢静脉血栓形成等并发症,一旦发现,应积极处理,只要按照操作规程规范操作,精细操作,准确判断,并发症可防可治。

综上所述,术者只有严格掌握腹腔镜胆囊切除术的手术适应症及禁忌症,做好术前准备,加强术者的腔镜操作技能培训,清楚胆道系统的解剖关系及可能出现的变异,详细了解腹腔镜胆囊切除术并发症的原因,术中按照操作规程精细操作,必要时果断开腹,才能有效避免腹腔镜胆囊切除术并发症的发生。

参考文献

- [1] 黄志强. 微创外科时代的胆道外科——胆囊切除术尚非平安无事[J]. 中国实用外科杂志, 2011, 31(1): 1-3.
- [2] 王秋生, 张德阳. 内镜腹腔镜外科学[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2000, 239-247.
- [3] 曲自华, 周逸云, 陈颖虎等. 腹腔镜胆囊切除术胆管损伤21例临床分析[J]. 腹部外科, 2012, 25(5): 279-280.
- [4] 杨锁军, 卿德科, 苗建国, 等. 腹腔镜胆囊切除术中胆囊动脉出血的防范和处理[J]. 消化外科, 2004, 3(2): 95-96.
- [5] 刘凤军, 胡三元, 智绪亭, 等. 腹腔镜胆囊切除中转开腹29例分析[J]. 腹腔镜外科杂志, 2004, 9(2): 100-102.

(上接第71页)

在临床治疗过程中,需要注意的是甲基强的松龙冲击治疗可能会引起胃肠道反应、血压升高、血糖升高,应该引起临床注意观察患者不良反应。

本文研究结果显示,观察组患者临床治疗有效率明显高于对照组,观察组患者脊髓神经功能(排尿、自行下地行走、肢体肌)恢复时间明显短于对照组,观察组患者不良反应发生率明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。由此可见,甲基强的松龙冲击治疗急性脊髓炎效果明显优于地塞米松治疗效果,可以促进患者神经功能快速恢复,并且临床不良反应相对于较少。

总而言之,甲基强的松龙冲击治疗急性脊髓炎的临床效果理想,并可以缩短患者脊髓神经功能恢复时间,改善患者临床排尿障碍等症状,提高临床治疗有效率,改善患者的生

活质量。因此,甲基强的松龙可作为临床治疗急性脊髓炎的首选药物,值得在临床推广和应用。

参考文献

- [1] 贾建平, 崔丽英, 王伟. 神经病学[M]. 6版. 人民卫生出版社, 2011, 317-317.
- [2] 徐忠祥, 张骏, 胡福永. 急性脊髓炎30例分析[J]. 中国误诊学杂志, 2012, 6(3): 563-563.
- [3] 董艳辉. 甲基强的松龙冲击治疗急性脊髓炎的疗效观察[J]. 中国医学创新, 2012, 7(33): 42-43.
- [4] 姜树东, 王彦辉, 李想. 甲基强的松龙对大鼠脊髓损伤后神经细胞凋亡的影响及其机理[J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2013, 16(增刊): 53-58.
- [5] 赵永青, 苏衍萍, 韩凤岳. 甲基强的松龙对急性脊髓损伤神经元保护作用的实验研究[J]. 中华神经外科杂志, 2015, 21(06): 367-370.

(上接第72页)

2015, 11: 147-149.

[3] 魏丽丽, 沈文光. 康柏西普联合激光治疗视网膜分支静脉阻塞合并的黄斑囊性水肿的临床疗效[J]. 武汉大学学报(医学版), 2016, 01: 149-151+157.

[4] 秦莉. 玻璃体腔注射康柏西普治疗视网膜静脉阻塞的临床效果分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 27: 128.

[5] 何勤, 王林, 柯根杰, 顾永昊. 康柏西普单次玻璃体腔注射治疗视网膜静脉阻塞伴黄斑水肿[J]. 实用防盲技术, 2016, 02: 69-71.

[6] 严晓腾, 冯军, 康欣乐. 玻璃体腔注射康柏西普治疗视网膜静脉阻塞继发黄斑水肿的临床观察[J]. 山东大学耳鼻喉眼学报: 1-4.

[7] 龚珂, 杨新光, 孙文涛. 康柏西普玻璃体腔注射联合视网膜激光光凝治疗视网膜分支静脉阻塞继发黄斑水肿效果观察[J]. 临床研究, 29(4): 448-451.