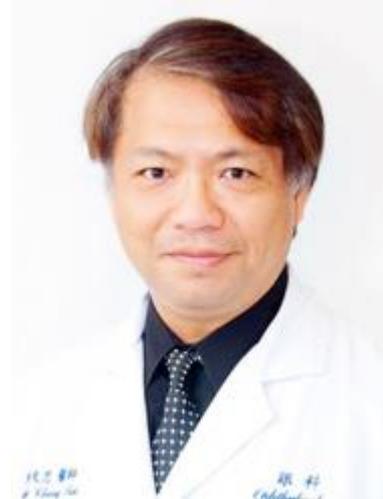


## 雙和醫院眼科主任賴史忠醫師，談老年性黃斑部病變之最新治療

老年性黃斑部病變是臺灣 50 歲以上的中老年人失明的主要原因之一，而且隨著年齡的增加，罹患此病的機率也大增。視網膜位於眼球最內層，黃斑部是位於視網膜的中央區域，而中心凹則是黃斑部的正中央，負責最重要的中心視力。

每個人都必須依賴黃斑部的功能來幫助閱讀、開車及辨識人的臉型；老年性黃斑部病變的初期，患者可能只覺得視線濛濛的，視野中央灰灰的看不清楚；當病變形成新生血管導致視網膜積水時，患者會覺得影像變形扭曲；等到新生血管造成出血或滲出物，中央視野變黑，只保留周遭視野，最後輕者喪失閱讀能力，重者失明。



老年性黃斑部病變依據有無新生血管分為兩種：新生血管型（濕性）及非新生血管型（乾性）。據統計，新生血管型約佔老年性黃斑部病變患者 10%到 20%；雖然比例不到兩成，但新生血管型卻是引起老年性黃斑部病變病患視力失明的主因。雖然非新生血管型也會引起視力喪失，但是發生的比例遠低於新生血管型。【右圖：雙和醫院眼科主任賴史忠醫師】



有些研究指出，防止過度強光照射及口服抗氧化劑（如維生素 A、C、E、鋅及硒），及吃富含類胡蘿蔔素及葉黃素蔬果食物（如胡蘿蔔、芒果、杏仁、甘藍、菠菜等綠色植物及生蠔、鮮奶、核桃），一般是顏色較深的蔬果，視網膜衰退程度會比較輕微。黃斑部病變患者可以透過自我檢查（如[阿姆斯特勒方格表](#)，一般視網膜科門診都可以索取）來評估自我黃斑部之功能，加上定期追

蹤，可減少因為黃斑部病變所造成的視力喪失。【左圖：老年性黃斑部病變的盛行率逐年增加，病患必須自我警覺】

目前治療新生血管型黃斑部病變的目標主要是降低視力嚴重受損（失明）的機會，盡可能延長可用視力的時間；其方法是抑制脈絡膜新生血管，已降低對持續性視網膜破壞及進一步結疤。隨著醫學的進步，新的治療對有些老年性黃斑部病變患者可以達到視力進步的效果。

**抑制新生血管生成因子（Anti-angiogenic drugs）**：愈來愈多的研究發現，血管生成因子（vascular endothelial growth factor, VEGF）在老年性黃斑部病變扮有重要角

色。目前臨床上已經有些藥物經由眼內玻璃體內注射利用抑制血管生成因子（anti-VEGF）來達到治療效果。

**Ranibizumab（Lucentis®、Genentech, CA, USA）**：是一種合成抑制 VEGF 的單株抗體，可以和所有 VEGF-A 的同種因子（isoform）結合。臨床研究結果發現 Ranibizumab 對所有類型的老年性黃斑部病變，在每個月施打一次的情形之下有良好的效果，不僅視力沒有惡化甚至有進步的情形；這是在傳統雷射光凝固治療和光動力雷射治療所無法達到的效果。

2009 年 Ranibizumab 在臺灣已經通過衛生署核准使用於新生血管型老年性黃斑部病變，且目前全民健保已於 2011 年 1 月 1 日開始有條件給付，用以治療濕性老年性黃斑部病變所產生的新生血管，使用 Ranibizumab 眼內注射後，可完全穿透所有視網膜層，到達不正常血管所在的脈絡膜直接作用，在治療上讓患者有更安全有效的選擇。

**Aflibercept（EYLEA®，採視明）**：是模擬 VEGF 受體的重組性融合蛋白（fusion protein），其作用機轉是目前唯一抗血管新生因子藥物中，除了抑制血管新生因子還可額外抑制跟新生血管相關的胎盤生長因子（PLGF）。臨床研究結果顯示，該新型的抗血管新生抑制劑，一開始連續 3~4 個月每月注射治療後，效果與安全性皆相當，該抗血管新生抑制劑於 2014 年 8 月 1 日開始有條件健保給付在濕性老年性黃斑部病變患者。

老年性黃斑部病變的盛行率逐年增加，病患必須自我警覺，若出現視力下降，應該盡早去眼科門診檢查；年齡 50 歲以上之中老年人也應該定期檢查，早期診斷、早期治療。目前有許多新藥正在進行試驗中，也唯有更加認識這個疾病的成因，也才有機會提供病人更好的治療。

（文/賴史忠，雙和醫院眼科主任）