

患者及照护者教育

关于脉络膜血管瘤的光动力疗法 (PDT)

本信息介绍了什么是光动力疗法 (PDT)。还介绍了在 PDT 治疗脉络膜血管瘤之前、期间和之后的预期情况。

关于 PDT 治疗

光动力疗法是一种治疗脉络膜血管瘤的方法。脉络膜血管瘤是指眼睛中多余血管的良性（非癌性）增生。

PDT 使用一种特殊的光来收缩血管，帮助重新吸收液体。该疗法还使用一种光敏药物。这种药物会使细胞对光非常敏感。在 PDT 治疗中，您将使用光敏剂维替泊芬 (Visudyne®)。

在治疗过程中，医疗保健提供者会用一种特殊的激光照射您的眼睛。激光会激活（启动）光敏剂。这样有助于收缩血管和重新吸收液体。随着时间的推移，可能会改善您的视力。在治疗过程中，您不会感到任何疼痛。

为 PDT 治疗做好准备

请告知医疗团队您正在服用的药物或任何药物过敏情况。

包括处方药、非处方药、膳食补充剂、贴剂和乳膏。某些药物会让您的皮肤对光线更加敏感，这称为光敏性。如果所服用的任何药物有这种作用，您可能需要在 PDT 治疗前停药。

以下情况不能接受 PDT 治疗：

- 患有卟啉症。这是指人体无法产生足够的血液酶。
- 您对维替泊芬或其成分过敏。

不透明的衣服是指无法看透的衣服。您可以对光检查衣服是否不透明。如果您能透过衣服看到光线，即表明衣服并非完全不透明。

请计划穿戴和携带不透明的衣物。

维替泊芬会使全身产生光敏感性。这意味着如果暴露在阳光下，您的皮肤可能会被晒伤。

进行 PDT 治疗时，应穿戴如下：

- 长裤
- 长袖衬衫
- 套住脚踝的袜子
- 鞋子

进行 PDT 治疗时，应携带以下物品：

- 一顶带帽檐的宽边帽，可以遮住脖子
- 太阳镜
- 围巾
- 手套

PDT 治疗期间

在门诊预约就诊时，您将输注维替泊芬。护士会在您的手臂或手部静脉中插入静脉注射导管（细软管）。

然后，他们会用输液泵将维替泊芬注入血液。整个过程大约需要 10 分钟。在输注过程中，您应该不会感到任何疼痛或不适。如果感到疼痛或不适，请告诉护士。

输注结束后，医生会用眼药水麻醉您的眼睛。15 分钟后，医生会给患眼戴上特殊的隐形眼镜。

然后，他们会通过隐形眼镜向您眼睛的患病部位照射 83 秒钟的激光。激光将激活（启动）异常血管内的光敏剂。这将引起化学反应，关闭血管并阻止渗漏。

治疗后，您可以佩戴普通隐形眼镜。

PDT 治疗后

在 PDT 治疗后的 5 天内，请遵循以下安全措施。

尽量避免强光照射。

PDT 治疗后，皮肤和眼睛会对光线敏感。这种光敏性会持续 5 天。在此期间，应避免强光照射，如阳光。

应采取的措施：

- 让皮肤接触正常的室内光线。这有助于分解皮肤中的维替泊芬。
- 如果可能的话，等到日落时分再进行户外活动。
- 在接受治疗后的最初 5 天内，采取安全措施。白天外出时要穿着不透明的衣服，如长袖衬衫、长裤，并佩戴太阳镜。

避免采取的行为：

- 看牙医或做手术，因为手术室内有强光。
- 参加日晒沙龙。
- 使用脉搏氧监测仪。脉搏氧监测仪发出的光可能会影响皮肤。
- 如果视力变得模糊，请借助机器或开车。

5 天后，您可以恢复正常的户外活动。不必再采取任何特别的安全措施。

何时电话联系您的医疗保健提供者

如果您出现以下情况，请致电您的医疗保健提供者：

- 任何部位的皮肤出现肿胀、发红和起泡，或同时出现这三种症状。这些都是皮肤灼伤的体征。
- 视力变化。出现暂时性视力变化是正常的，例如视力模糊或中央视区出现斑点。这种情况会在 1 到 2 周内好转。在 PDT 后的最初几天，您的视野中也可能会出现微小的闪光点。

如果您有任何问题或顾虑，请联系您的医疗保健提供者。医疗团队成员将在周一至周五上午 9 点至下午 5 点接听电话。如不在上述时间段，您可以留言或与其他 MSK 服务提供者联系。随时有值班医生或护士为您提供帮助。如果您不确定如何联系医疗保健提供者，请致电 212-639-2000。

如果您有任何问题或顾虑，请联系您的医疗保健提供者。医疗团队成员将在周一至周五上午 9:00 至下午 5:00 给与回复。如不在上述时间段，您可以留言或与其他 MSK 服务提供者联系。随时有值班医生或护士为您提供帮助。如果您不确定如何联系医疗保健提供者，请致电 212-639-2000。

有关更多资源，请访问 www.mskcc.org/pe，在我们的虚拟图书馆中进行搜索。

About Your Photodynamic Therapy (PDT) for Choroidal Hemangioma - Last updated on December 27, 2024
Memorial Sloan Kettering Cancer Center 拥有和保留所有权利

上次更新时间

十二月 27, 2024

Learn about our [Health Information Policy](#).

请告诉我们您的想法

请告诉我们您的想法

您的反馈有助于我们改进所提供的教育信息。您的医疗团队将无法看到您在本反馈表中填写的任何内容。请勿通过反馈表表达您的医疗需求。如果您对自己接受的医疗服务有任何疑问，请联系您的医疗保健提供者。

我们会阅读所有反馈，但不会回答任何问题。请勿在本反馈表中填写您的姓名或任何个人信息。

该信息是否易于理解？

是

尚可

否

我们应该更清楚地解释哪些方面？

请勿输入您的姓名或任何个人信息。