پژوهش درپزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
دوره ۳۱، شماره ۲، تابستان ۱۳۸۶، صفحات ۱۰۵ تا ۱۰۶

سخن ویژه
(Editorial)

نکاتی چند از تازه‌های آمبلوپی یا تنبلی چشم

دکتر ژاله رجوی*

* گروه چشم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

آمبلوپی یا تنبلی چشم یکی از شایعترین علل کاهش دید قابل پیشگیری در دهه اول زندگی است. میزان شیوع آن از ۲ تا ۵ درصد در ایران وکشورهای مختلف گزارش شده است. متاسفانه در صورت عدم درمان اثرات کمی دید آن تا آخر عمر برای بیمار باقی خواهد ماند. علتهای عمده و اصلی ذکر شده برای آمبلوپی عیوب انکساری تصحیح نشده، انحرافات چشمی و محرومیت از دید می‌باشند. درمان معمول آن بستن چشم بهتر یا تار کردن تصویر آن با آتروپین است. امروزه با وجود پیشرفتهای زیادی که در درمان بیماریهای چشمی حاصل شده است هنوز سوالات زیادی در مورد نامگذاری، علت، روش و سن غربالگری، روش و نوع درمان، زمان خاتمه و اثرات و عوارض آن، علت و میزان عود آمبلوپی مطرح است و هر روز در این زمینه تحقیق می‌شود و گزارشات مختلفی ارائه می‌گردد.

در این خلاصه سعی شده است نکات تازه تعدادی از این پژوهشهای جدید مطرح شود تا خوانندگان عزیز در جریان آخرین اخبار این بیماری قرار گیرند.

نکته اول: آمبلوپی عملکردی و ارگانیک

کاهش بهترین دید اصلاح شده در یک چشم یا دو چشم با وجود سلامت آناتونیک چشمها را آمبلوپی عملکردی گویند. طبق تعریف"The Pediatric Eye Disease Investigator Group" وقتی که دلیلی چشمی برای کاهش دید وجود نداشته باشد، آمبلوپی عملکردی مطرح است (۱). کاهش دید بعلت آناتومیک را آمبلوپی ارگانیک می‌نامند. سوالی که مطرح است این است که آیا در چشمهایی که اختلالات ارگانیک برای توجیه کاهش دید وجود دارد، ممکن است آمبلوپی عملکردی همراه نیز وجود داشته باشد و علت قسمتی از کاهش دید آنها باشد؟ آیا در این موارد لازم است که درمان بستن چشم بهتر یا patching صورت گیرد؟ در مطالعات متعدد، افزایش دید به دنبال درمان patching در آمبلوپی ارگانیک نشان داده شده است و این امر احتمال همراهی آمبلوپی عملکردی و ارگانیک را بیشتر مطرح می‌کند. توصیه نویسندگان به شناسایی و درمان به موقع این بیماران است تا جزء کاهش دید قابل پیشگیری آنها درمان شود (۲).

نکته دوم: غربالگری دید برای کشف آمبلوپی

شناسایی بچه‌های در خطر آمبلوپی قدم اول و مهم برای شروع درمان طولانی مدت آنها است. در واقع شناسایی این افراد قبل از سن مدرسه برای پیشگیری از کاهش دید الزامی است. در این راه غیر از افراد خانواده، پزشک خانواده و یا پزشک اطفال نقش مهمی بر عهده دارد (۳).

کمتر از ۲٪ اطفال بعنوان بچه‌هایی که قادر به گذراندن هیچ یک از آزمونهای ۸ گانه غربالگری دید نبودند در بین ۱۴۷۵ بچه کشف شدند. این بچه‌ها بعنوان sereening failure محسوب می‌شوند ولی این درصد اثر کمی در ارزش اخباری مثبت و منفی این آزمونها دارند. غربالگری به روش گرفتن دید، اختلالات عملکردی و subjective را مشخص می‌کند در حالیکه غربالگری به روش اتورفراکشن و فتورفراکشن براساس معیارهای فوق آستانه آناتومیک و objective عمل می‌کنند و می‌توانند عیوب روش اول را تا حدود زیادی برطرف نمایند (۴).

آدرس نویسنده مسئول: تهران، میدان امام حسین، بیمارستان امام حسین، بخش چشم‌پزشکی، دکتر ژاله رجوی

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸٦/٤/۲۵
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸٦/٥/۲۷

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2024-10-12]

نکته سوم: عود در آمبلوپی

علت عود تنبلی چشم بعد از درمان کامل آن مشخص نیست ولی دید کم اولیه و آنیزومتروپی و انحراف چشم و ختم درمان در سنین کم را از علل آن دانسته‌اند. شیوع عود ۲۴٪ گزارش شده است و کاهش حداقل دو خط از دید در عرض ۱ سال بعد از ختم درمان را عود محسوب می‌نمایند. بچه‌هایی که بعد از بهبودی بطور نگهدارنده درمان patch را ادامه داده‌اند، عود کمتری را نشان دادند (۱۷٪). در یک مطالعه گزارش شد تمامی بچه‌هایی که عود آمبلوپی داشته‌اند، دچار انحراف کم یا میکروتروپیا بودند و همه موارد عود در عرض ۶ ماه اول بعد از قطع درمان نشان داده شد (۵). بنابراین پیگیری این بیماران از اهمیت خاصی برخوردار است.

نکته چهارم: اثرات درمان آمبلوپی بر روند تکاملی رفراکشن چشمها

هنوز اثر patch یا آتروپین بر روند تکاملی چشم بهتر بچه‌های آمبلوپ مشخص نشده است. مصرف آتروپین بمدت طولانی با اثر سیکلوپلژیک و کاهش تطابق باعث کاهش پیشرفت در میوپی می‌گردد و اگر این اثر آتروپین درست باشد (چون بیشتر در آمبلوپی به علت دوربینی مصرف می‌شود) پس نزدیک‌بینی کمتر در چشم سالم و یا دوربینی بیشتر خواهد داد. از طرفی چون آتروپین باعث عدم وضوح تصویر می‌گردد باعث سوق به طرف نزدیک‌بینی خواهد شد. بنابراین می‌تواند در چشم سالم این بچه‌ها نزدیک‌بینی بیشتر و یا دوربینی کمتر بدهد. در مطالعات مختلف دیده شده است که مصرف آتروپین بمدت ۲ سال فرقی با patching در میزان رفراکشن چشم سالم این بچه‌ها نداشته است ولی چون در این مطالعات بچه‌های کنترل سالم شرکت نداشته‌اند، نمی‌توان گفت آتروپین بر روند تکاملی رفراکشن اثر ندارد (۶).

به اطلاع می‌رساند مدت ۱۰ سال است که طرح ملی غربالگری دید بچه‌های ۳ تا ۶ سال در معاونت پیشگیری وزارت بهداشت در حال انجام است و هر ساله به مدت ۱ ماه در تمام مهدکودکها با هزینه بسیار کم این بچه‌ها توسط مربیها و بهورزهای آموزش‌دیده با تابلو E معاینه می‌گردند و اگر دید کامل بود، کارت سلامت دید دریافت می‌کنند. در صورتی‌که دید هر چشم به هر علتی کمتر از ۰/۷ و یا ۲۰/۳۰ باشد مشکوک تلقی شده و جهت معاینات تکمیلی به اپتومتریست و یا چشم‌پزشک ارجاع داده می‌شوند. ۱۴۵ چشم پزشک در سراسر ایران با این طرح همکاری دارند و تاکنون ۱۱ میلیون بچه غربالگری شدند که ۳۰۰ هزار کودک مشکوک تلقی شدند و بعد از ارجاع در حدود ۸۹ هزار کودک آمبلیوپ تشخیص داده شده و تحت درمان قرار گرفتند (حدود ۰/۹٪).

قبل از شروع طرح هر ساله برای آگاهی والدین در مهدکودکها و رادیو و تلویزیون اطلاعیه‌هایی صادر و فیلمهای کوتاهی ارائه می‌گردد. امکان ۳ بار معاینه دید در عرض سال برای هر کودک در این طرح وجود دارد که کیفیت آن‌را بالا می‌برد. اخیراً برای ارتقا کیفیت از تابلوهای دید Log MAR ارائه شده توسط WHO در یک طرح پایلوت استفاده شده است که اگر جواب آن مناسب باشد، نوع تابلو دید تغییر داده خواهد شد. ضمناً بخاطر عود زیاد آمبلوپی بعد از درمان، مقرر گردید بچه‌های درمان شده مجدداً معاینه و تحت پیگیری قرار گیرند. طرح مشترک دیگری در بیمارستان امام حسین (ع) و معاونت پیشگیری برای مقایسه نتایج سیکلوریفرکشن با اتوریفرکتومتر و فتوریفرکشن بدون سیکلوپلژی در بچه‌های ۳ تا ۶ سال در حال انجام است که اگر یکسانی نتایج دیده شود از این روش استفاده خواهد شد. بدین ترتیب می‌توان بدون ریختن قطره، عیوب انکساری اطفال را تعیین کرد. با این وسیله می‌توان حتی در بچه‌های کوچکتر از ۳ سال که قادر به ارزیابی با تابلوی دید نیستیم، از طریق ریفرکشن بچه‌های مشکوک را شناسایی کرده و آنها را تحت معاینه و پیگیری قرار دهیم.

REFERENCES

1. Lempert PH. Amblyopia. J AAPOS 2007;11:72 (Letter to editor).
2. Grayle Summers C, Kodsi S, Mobney BJ, Hunter DG. Amblyopia. J AAPOS 2007;11:72 (Reply to letter to editor).
3. Kemper AR, Clark SJ. Preschool vision screening by family physicians. J Pediatr Ophthalmol Strabismus 2007;44:24-27.
4. Tong P. A road towards effective vision screening. J AAPOS 2007;11:213-14.
5. Nilsson J, Baumann M, Sjostrand P. Strabismus might be a risk factor for amblyopia. J AAPOS 2007;11:240-42.
6. Repka M, Melia M, Tsimboni ME, London R, Magoon E. The effect on refractive error unilateral atropine as compared with patching for the treatment of amblyopia. J AAPOS 2007;11:300-2.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2024-10-12]