

لا اله الا الله

1978



دانشگاه آزاد اسلامی

واحد شاهرود

دانشکده علوم پزشکی - گروه پزشکی
پایان نامه جهت دریافت درجه دکترای حرفه‌ای

عنوان:

بررسی مصرف الکل و سیگار در ۱۰۰ بیمار مبتلا به آب مروارید در

شهرستان شاهرود

استاد راهنما:

دکتر حسن کوهیان

استاد مشاور:

دکتر اسداله ناصری

نگارش:

مریم فوائدی

۱۳۸۹/۳/۱۷

مجموعه اطلاعات مرکز علمی پژوهشی
تسبیر مرکز

بهار ۱۳۸۹

۱۳۷۸۸۱



دانشگاه آزاد اسلامی

واحد شاهرود

دانشکده علوم پزشکی - گروه پزشکی
پایان نامه جهت دریافت درجه دکترای حرفه‌ای

عنوان:

بررسی مصرف الکل و سیگار در ۱۰۰ بیمار مبتلا به آب مروارید در

شهرستان شاهرود

نگارش:

مریم فوایدی

بهار ۱۳۸۹

۱. دکتر حسن کوهیان محمد آبادی

۲. دکتر اسدا... ناصری

۳. دکتر محمدرضا خادمی

هیأت داوران:

دکتر محمدرضا خادمی
جراح و متخصص بیماریهای چشم
بورد تخصصی - نظام پزشکی ۶۸۷۱۶

دکتر اسدا... ناصری

سپاسگزاری

سپاس خدایی را که محبتش التیامی است بر زخم های کهنه و مرحمتش مرهمی است بر دردهای وجودمان که هرچه داریم از اوست .

و با سپاس از استاد گرانقدرم جناب آقای دکتر کوهیان که راهنمایی های ارزشمند و حمایت های بی دریغ ایشان مرا در انجام کار حاضر رهنمون شد. امیدوارم که لیاقت شاگردیش را داشته باشم

همچنین با تشکر از جناب آقای دکتر خادمی و دکتر ناصری که با راهنمایی ها و مشاوره های به جای خود مرا یاری رسان بوده اند .

تقدیم به پدر بزرگوارم

پدری که لحظه به لحظه زندگی و تحصیلم را به بهای به تن سپردن تمام خستگی ها به اومدیونم .
برمحضرش سر تعظیم فرود آورده و دستان پر از محبتش را می بوسم پدر مهربانم بر تو قسم که بی تو هیچ
خواهم بود .

تقدیم به مادر مهربانم

مادری که با فداکاری و از خود گذشتگی ، رنج و سختی راه را برایم آسان نمود .تقدیم با عشق بر آستان
مادرم که راه زندگی را بر من آموخت .

تقدیم به یگانه خواهرم دکتر معصومه فوآندی

که در تمام مراحل زندگی اسوه راهم بوده و خواهد بود .

تقدیم به بردارم مهندس روح الله فوآندی

که خوشبختی و موفقیتش آرزویم است .

تقدیم به برادر دوقلویم دکتر حسین فوآندی

که خاطرات شیرین کودکیم سرشار از حضور سبز اوست .

تقدیم به یگانه خواهرزاده ام محمد حسین

که عزیزتر از جانم است و لبخندش آرزویم

تقدیم به دوستان عزیزتر از جانم

دکتر محدثه ایزد پناه — دکتر حکیمه بابایی که لحظه به لحظه زندگی تلخ و شیرینم را با آنها قسمت کردم

تقدیم به جناب آقای دکتر موسوی استاد محترم قلب

رسم سپاس براستاد چندان ساده نیست اما با سادگی و خلوص دل سپاسگزارانم و که در راه رسیدن به هدف
اگر قلبی با توکل و ایمان به خدا زنده گردید و کاری برای خلق عهد می نمایم انجام شد همیشه به یادتان
بمانم به دعای استادم همیشه محتاجم و برایتان آرزوی سلامت و توفیق در راه خدمت به خلق دارم

فهرست

صفحه	عنوان
۱	چکیده
۲	مقدمه
فصل اول : کلیات	
۳	۱-۱ بیان مساله
۳	۲-۱ روش کار
۴	۳-۱ اهداف تحقیق
۴	۱-۳-۱ هدف کلی
۴	۲-۳-۱ اهداف فرعی
۵	۴-۱ ملاحظات اخلاقی
فصل دوم : مروری بر متون	
۶	۱-۲ آناتومی عدسی
۹	۱-۱-۲ فیبرهای زنولار
۹	۲-۱-۲ هسته و کورتکس
۹	۳-۱-۲ اپی تلیوم
۱۰	۴-۱-۲ کپسول
۱۰	۲-۲ جنین شناسی عدسی
۱۲	۱-۲-۲ جوانه لنزی
۱۲	۲-۲-۲ فیبرهای عدسی ثانویه
۱۲	۳-۲-۲ هسته جنینی و درز عدسی
۱۲	۳-۲-۲ بیوشیمیایی
۱۲	۱-۳-۲ پروتئین های کریستالین
۱۳	۲-۳-۲ پروتئین های ساختاری غشاء و پروتئین های سیتواسکتال
۱۳	۳-۳-۲ متابولیسم کربوهیدرات

- ۱۳ ۴-۲ فیزیولوژی عدسی
- ۱۴ ۴-۲-۱ تئوری نشت پمپی
- ۱۵ ۵-۲ کاتاراکت
- ۱۵ ۱-۵-۲ اپیدمیولوژی
- ۱۷ ۲-۵-۲ اتیولوژی
- ۱۷ ۱-۲-۵-۲ کاتاراکت مادرزادی
- ۱۷ ۲-۲-۵-۲ کاتاراکت وابسته به سن
- ۱۷ ۳-۲-۵-۲ کاتاراکت ثانویه
- ۱۸ ۳-۵-۲ پاتولوژی و پاتوژنز
- ۱۸ ۱-۳-۵-۲ کاتاراکت ناشی از سن
- ۱۹ ۱-۳-۵-۲ کاتاراکت نوکلئر
- ۲۰ ۲-۱-۳-۵-۲ کاتاراکت کورتیکال
- ۲۰ ۳-۱-۳-۵-۲ کاتاراکت ساب کپسولار خلفی
- ۲۱ ۲-۳-۵-۲ کاتاراکت مادرزادی
- ۲۱ ۴-۵-۲ تقسیم بندی انواع کاتاراکت بر حسب علت
- ۲۲ ۵-۵-۲ تقسیم بندی انواع کاتاراکت بر حسب موقعیت آناتومیکی
- ۲۵ ۶-۲ علائم و نشانه ها
- ۲۵ ۱-۶-۲ علائم کاتاراکت
- ۲۵ ۱-۱-۶-۲ کاهش تدریجی بینایی
- ۲۵ ۲-۱-۶-۲ پخش نور تابیده شده از اشیاء
- ۲۵ ۳-۱-۶-۲ تاری دید
- ۲۵ ۴-۱-۶-۲ کج و معوج دیدن
- ۲۵ ۵-۱-۶-۲ تغییر ادراک رنگ
- ۲۵ ۶-۱-۶-۲ تغییرات رفتاری
- ۲۶ ۲-۶-۲ نشانه های کاتاراکت

۲۶	۱-۲-۶-۲ کاهش حدت بینایی
۲۶	۲-۲-۶-۲ مردمک سفید
۲۶	۷-۲ تشخیص
۲۶	۱-۷-۲ حدت بینایی
۲۶	۲-۷-۲ افتالموسکوپی مستقیم
۲۷	۳-۷-۲ معاینه با اسلیت لامپ
۲۷	۴-۷-۲ ریفراکشن و رتینوسکوپی
۲۷	۵-۷-۲ افتالموسکوپی غیر مستقیم
۲۷	۶-۷-۲ سونوگرافی A- scan , B-scan
۲۸	۸-۲ درمان
۲۹	۱-۸-۲ اندیکاسیون جراحی در کاتاراکت
۲۹	۲-۸-۲ کنترااندیکاسیون های عمل جراحی کاتاراکت
۳۰	۳-۸-۲ مراقبت های بعد از عمل کاتاراکت

فصل سوم : مقالات

۳۱	۱-۳ مقالات
----	------------

فصل چهارم: یافته ها

۳۳	۱-۴ یافته ها
----	--------------

فصل پنجم : نتایج و پیشنهادات

۵۱	۱-۵ بحث و نتیجه گیری
۵۲	۲-۵ پیشنهاد
۵۴	پ۱- پرسشنامه
۵۵	منابع و مأخذ
۵۸	چکیده انگلیسی

فهرست نمودارها

- نمودار ۱-۴ توزیع فراوانی کاتاراکت برحسب سن ۳۶
- نمودار ۲-۴ توزیع فراوانی کاتاراکت برحسب جنس ۳۷
- نمودار ۳-۴ توزیع فراوانی کاتاراکت برحسب محل سکونت ۳۸
- نمودار ۴-۴ توزیع فراوانی کاتاراکت برحسب میزان تحصیلات ۳۹
- نمودار ۵-۴ توزیع فراوانی کاتاراکت برحسب نمایه توده بدنی (BMI) ۴۰
- نمودار ۶-۴ توزیع فراوانی کاتاراکت برحسب حدت بینایی برای چشم راست ۴۱
- نمودار ۷-۴ توزیع فراوانی کاتاراکت برحسب حدت بینایی برای چشم چپ ۴۲
- نمودار ۸-۴ توزیع فراوانی کاتاراکت برحسب مصرف سیگار ۴۳
- نمودار ۹-۴ توزیع فراوانی کاتاراکت برحسب نوع کاتاراکت ۴۴
- نمودار ۱۰-۴ توزیع فراوانی نوع کاتاراکت در افراد سیگاری ۴۵
- نمودار ۱۱-۴ توزیع فراوانی نوع کاتاراکت در افراد غیر سیگاری ۴۶
- نمودار ۱۲-۴ توزیع فراوانی نوع کاتاراکت در گروه سنی بالای ۶۵ سال ۴۷
- نمودار ۱۳-۴ توزیع فراوانی نوع کاتاراکت در گروه سنی پایین ۶۵ سال ۴۸
- نمودار ۱۴-۴ توزیع فراوانی نوع کاتاراکت بر حسب مصرف سیگار ۴۹
- نمودار ۱۵-۴ توزیع فراوانی نوع کاتاراکت بر حسب سن ۵۰

هدف: بررسی مصرف الکل و سیگار در ۱۰۰ بیمار مبتلا به آب مروارید شهرستان شاهرود

چکیده:

طبق نظریه WHO کاتاراکت یکی از شایع ترین علت های نابینایی درجهان می باشد.

کاتاراکت یک بیماری نیست بلکه شرایطی است که در اثر عوامل و علل مختلف (افزایش سن، دیابت، تروما، داروها و رادیاسیون و سیگار و الکل...) رخ می دهد و بررسی علل دیگر موثر بر این بیماری ضروری به نظر می رسد. لذا بر آن شدیم تا به بررسی مصرف الکل و سیگار در ۱۰۰ بیمار مبتلا به کاتاراکت شهرستان شاهرود بپردازیم.

در این مطالعه که به صورت توصیفی مقطعی انجام شد، ابتدا تمامی بیماران که با شکایت کاهش دید یا تاری دید به درمانگاه مراجعه می کردند مورد معاینه قرار می گرفتند بدین صورت که ابتدا مقدار حدت بینایی اندازه گیری شده و سپس معاینه با SLIT LAMP توسط پزشک متخصص چشم انجام می شد و در صورت تایید کاتاراکت در این بیماران پرسشنامه ای (ضمیمه) به آنها داده می شد که پس از تکمیل پرسشنامه، اطلاعاتی درخصوص دموگرافی، مصرف الکل و سیگار، نوع کاتاراکت میزان حدت بینایی و میزان RR جمع آوری شدند. پس از ورود به سیستم رایانه این اطلاعات کدگذاری شده و سپس با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج نشان داد که: از ۱۰۰ بیمار مبتلا به کاتاراکت فقط ۱۳ نفر (۱۳%) سیگار می کشیدند و حتی گزارشی از مورد الکل هم نداشتیم که شاید این مطالعه، مطالعه ای دیگر جهت یافتن رابطه ای بین سیگار و الکل با کاتاراکت در حجم نمونه بیشتر را می طلبد.

مقدمه :

بینایی مهمترین و حساس ترین حس انسان است و چشم بیشترین وظیفه را در این راستا دارد لذا شناسایی بیماری های چشمی و عوامل ناراحت کننده چشم و تلاش در جهت حذف این بیماری ها و عوامل زمینه ای به دید بهتر و کارایی موثر فرد کمک خواهد کرد

طبق نظریه WHO ، کاتاراکت یکی از مهم ترین علت نابینایی و اختلال بینایی در جهان است (۶) . در جمعیت عمومی شیوع کاهش دید ناشی از کاتاراکت هر سال رو به افزایش است . هم چنین کاتاراکت یک علت برگشت پذیر نابینایی در بیش از ۱۷ میلیون جمعیت جهان را تشکیل می دهد که این مقدار تا سال ۲۰۲۰ به ۴۰ میلیون نفر می رسد (۶) .

هم چنین کاتاراکت یک مشکل بزرگ بهداشتی در سرتاسر جهان است که تقریباً نیمی از موارد در کشورهای در حال توسعه هستند . (۱۳) .

فصل اول:

کلمات

۱-۱ بیان مساله :

کاتاراکت یک علت شایع نابینایی در جهان است. هر سال بیش از ۸ میلیون نفر توسط پزشکان متخصص چشم گزارشی از کاتاراکت را ارائه داده اند. (۶)

در یک مطالعه مقطعی شیوع کاتاراکت ۰.۵٪ در بین سنین ۶۵-۷۴ سال و بیش از ۰.۷٪ در بین سن ۷۵ سال دیده می شود. در بسیاری از مطالعات افزایش سن به عنوان فاکتور مهم در افزایش موارد بروز و شیوع کاتاراکت گزارش شده است. (۱۸) و (۲۲)

کاتاراکت یک علت نابینایی قابل برگشت در بیش از ۱۷ میلیون از مردم جهان است که تا سال ۲۰۲۰ گفته شده که به ۴۰ میلیون نیز می رسد. (۶)

تاکنون مطالعات زیادی در ارتباط با مصرف دخانیات (سیگار، تنباکو) و الکل با کاتاراکت انجام گرفته است که تمامی این مطالعات حاکی از آن بوده است که افراد سیگاری حدوداً ۴ برابر بیشتر در مواجهه با کاهش دید شدید می باشند. (۲۸)

در این مطالعه برآنیم تا به دنبال پژوهش های گسترده قبلی به بیان این مسأله بپردازیم که چه میزان افراد مبتلا به کاتاراکت مصرف الکل و سیگار داشته اند.

۱-۲ روش کار :

این مطالعه به صورت توصیفی مقطعی Cross – sectional انجام شد بدین ترتیب که ابتدا بیمارانی که با شکایت کاهش دید یا تاری دید به درمانگاه های چشم بیمارستانهای خاتم الانبیاء (ص) و امام حسین (ع) مراجعه می کردند شناسایی و سپس معاینه این بیماران با بررسی مقدار حدت بینایی آغاز شد. در ادامه معاینات تکمیلی برای بیمار توسط پزشک متخصص چشم و به وسیله دستگاه (slit lamp) اسلیت لامپ انجام می شد. در صورت تأیید کاتاراکت توسط پزشک متخصص، پرسشنامه ای در اختیار بیماران قرار می گرفت که حاوی سؤالات مهمی در ارتباط با توزیع فراوانی کاتاراکت با متغیرهای سن، جنس، BMI، سطح تحصیلات، مکان جغرافیایی (محل سکونت)، نوع کاتاراکت و مصرف الکل و سیگار بوده است. همچنین در این مطالعه توزیع فراوانی بیماران برحسب حدت بینایی چشم چپ و راست و در انتها توزیع فراوانی نوع کاتاراکت در ارتباط با مصرف سیگار و سن مورد بررسی قرار گرفت. پرسشنامه در اختیار ۱۰۰

بیمار تأیید شده کاتاراکت قرار گرفت و اطلاعات و مشخصات دموگرافیک نمونه ها از طریق پرسشنامه توسط خود بیماران معین گردید .

۱-۳ اهداف تحقیق :

۱-۳-۱ هدف کلی :

بررسی مصرف الکل و سیگار در ۱۰۰ بیمار مبتلا به آب مروارید شهرستان شاهرود

۱-۳-۲ اهداف فرعی :

- تعیین توزیع فراوانی کاتاراکت برحسب سن
- تعیین توزیع فراوانی کاتاراکت برحسب جنس
- تعیین توزیع فراوانی کاتاراکت برحسب مکان زندگی
- تعیین توزیع فراوانی کاتاراکت برحسب میزان تحصیلات
- تعیین توزیع فراوانی کاتاراکت برحسب BMI
- تعیین توزیع فراوانی کاتاراکت برحسب حدت بینایی در چشم راست
- تعیین توزیع فراوانی کاتاراکت برحسب حدت بینایی در چشم چپ
- تعیین توزیع فراوانی کاتاراکت برحسب مصرف الکل
- تعیین توزیع فراوانی کاتاراکت برحسب مصرف سیگار
- تعیین توزیع فراوانی کاتاراکت بر حسب نوع کاتاراکت
- تعیین توزیع فراوانی نوع کاتاراکت در افراد سیگاری
- تعیین توزیع فراوانی نوع کاتاراکت در افراد غیر سیگاری
- تعیین توزیع فراوانی نوع کاتاراکت در گروه سنی بالای ۶۵ سال
- تعیین توزیع فراوانی نوع کاتاراکت در گروه سنی زیر ۶۵ سال
- توزیع فراوانی نوع کاتاراکت بر حسب مصرف سیگار
- توزیع فراوانی نوع کاتاراکت بر حسب سن

۱-۴ ملاحظات اخلاقی

از ۱۰۰ بیمار مورد بررسی در این مطالعه عده‌ای حاضر به بیان نام و نام خانوادگی خویش نبوده‌اند لذا بر مبنای احترام به بیماران و اخلاق پزشکی از بیان آنها خودداری نموده ایم و تمامی اطلاعات مرتبط با بیماران در پرسشنامه‌ها به صورت امانت و محفوظ باقی خواهند ماند .

فصل دوم:

مردمی بر مستون

۲-۱ آناتومی عدسی :

عدسی یک ساختمان محدب الطرفین ، بدون عروق ، بی رنگ و تقریباً به طور کامل شفاف است که قطر آن در حدود 9mm و ضخامت آن 4mm است . (۲) .

عدسی بعد از مرحله جنینی، عروق خونی و عصب دهی ندارد و جهت تغذیه و احتیاجات متابولیک و خروج مواد زائد وابسته به مایع زلالیه است (۶) .

عدسی بوسیله زنونلا که آن را به اجسام مژگانی متصل می کند در پشت عنیه آویزان شده است (۱)

در قسمت قدامی عدسی مایع زلالیه و در قسمت خلفی آن زجاجیه قرار دارد (۲) .

عدسی از کورتکس، هسته ، کپسول و اپی تلیوم تشکیل شده است:

کورتکس : ماده ای نرم در قسمت محیطی عدسی

هسته : ماده سخت در قسمت مرکزی

کپسول : یک غشا نیمه تراوایی است که به آب و الکترولیت ها اجازه عبور می دهد .

اپی تلیوم : در قسمت زیر کپسول قرار دارد .

عدسی تقریباً از ۶۵٪ آب ، ۳۵٪ پروتئین (بیشترین مقدار پروتئین در بافت های بدن) و عناصر کمیاب مانند

دیگر بافت های بدن تشکیل شده اند . پتاسیم موجود در عدسی از اغلب بافت ها بیشتر است . اسید

اسکوربیک و گلوکاتیون به هر دو شکل اکسید شده و احیا شده در آن وجود دارد . (۱)

نقطه میانی سطح قدامی و سطح خلفی عدسی به ترتیب به قطب قدامی و قطب خلفی عدسی موسوم است

و خطی که این دو قطب را به یکدیگر متصل می کند محور عدسی نامیده می شود . طول محور قدامی -

خلفی ۴ میلی متر و طول محور عرضی آن ۹ تا ۱۰ میلی متر است .

عدسی می تواند باعث انکسار نور شود چون اندکس انکسار آن (به طور نرمال حدود ۱/۴ در مرکز و ۱/۳۶ در

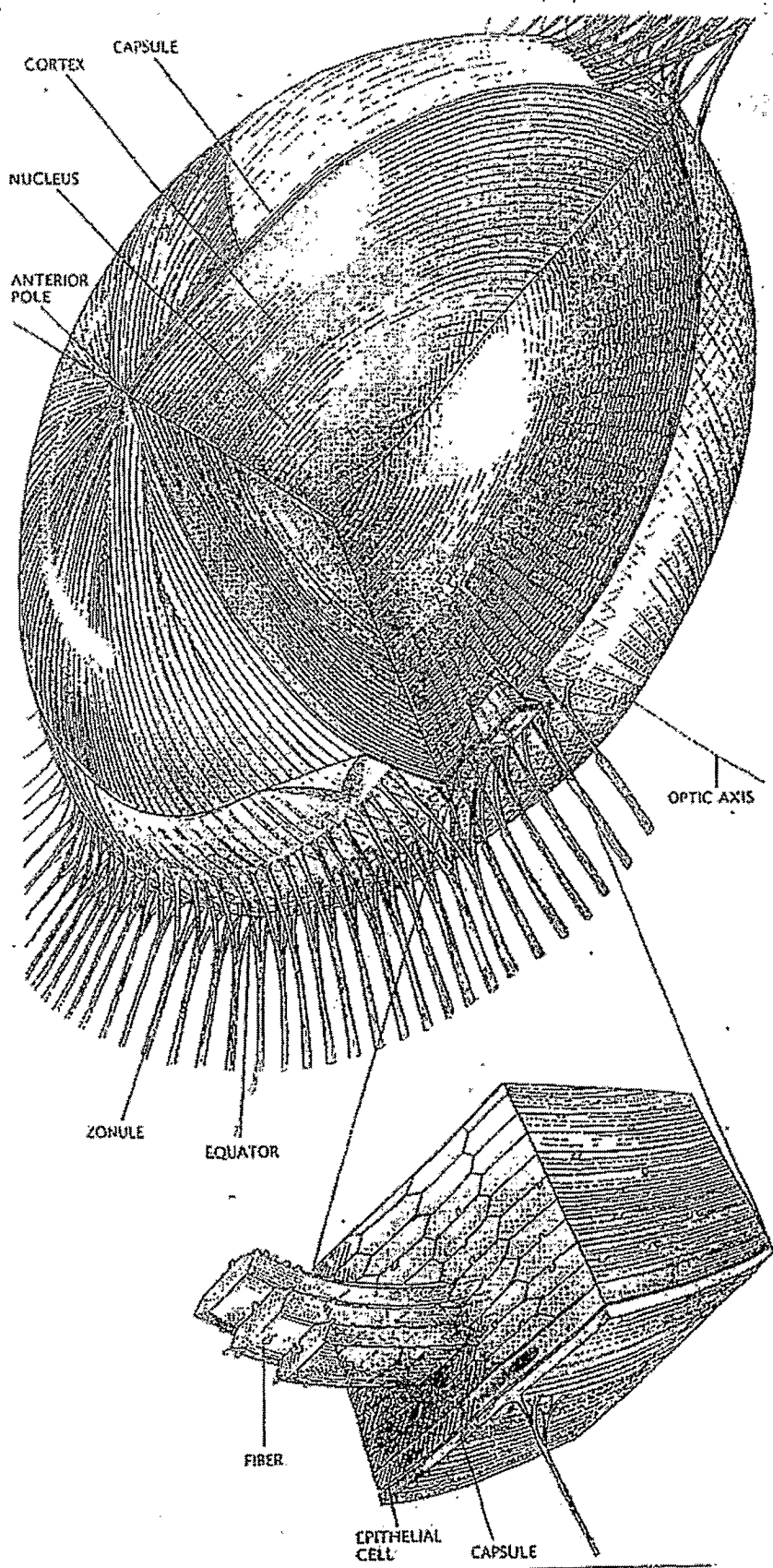
محیط است .) به خاطر زلالیه و ویتره که آن را احاطه کرده اند ، متفاوت است .

عدسی در وضعیت انطباق نکرده ، حدود ۲۰-۱۵ دیوپتر از ۶۰ دیوپتر قدرت انکساری چشم انسان را تشکیل

می دهد . عدسی در طول زندگی به رشد خود ادامه می دهد که در زمان تولد تقریباً ۶/۴mm اندازه استوایی

، ۳/۵mm اندازه قدامی خلفی و وزن حدود 90mg دارد . (۶) .

با گذشت سن ، ایاف تیغه ای زیر اپی تلیومی به طور مداوم تولید می شوند به طوری که در طول زندگی عدسی بتدریج بزرگتر و خاصیت ارتجاعی آن کمتر می شود . بنابراین ضخامت نسبی کورتکس با افزایش سن افزایش می یابد از طرفی شکل منحنی عدسی افزایش می یابد بنابراین عدسی های مسن تر قدرت انکساری بیشتری دارند . گرچه اندکس انکسار کاهش می یابد که احتمالاً به علت افزایش ذرات پروتئینی غیر قابل حل است ، بنابراین چشم با افزایش سن می تواند دوربین تر یا نزدیک بین تر شود که بستگی به موازنه این تغییرات متقابل دارد . (۱۶) .



آناتومی عدسی

۲-۱-۱ فبرهای زنولار :

جسم مژگانی از یک ناحیه قدامی چین دار به نام قسمت چین دار (*pars plicata*) (2mm) و یک ناحیه خلفی مسطح به نام قسمت مسطح (*pars plana*) (4mm) تشکیل شده است. زواید مژگانی از بخش چین دار منشاء می گیرند.

عضله مژگانی از ترکیب الیاف طولی، حلقوی و شعاعی تشکیل شده است. عمل الیاف حلقوی منقبض کردن و شل کردن الیاف زنولی (*zonular fibers*) است که از شیارهای بین زواید مژگانی منشاء می گیرند. این عمل کشش روی کپسول عدسی را تغییر می دهد و کانون متغیری برای اشیاء دور و نزدیک به عدسی در میدان بینایی فراهم می آورد. (۱)

عدسی توسط فبرهای زنولار که از لایه بازال اپی تلیوم غیر پیگمانته پارس پلانا و پارس پلیکاتا در جسم مژگانی منشاء می گیرد محافظت شده است. این فبرهای زنولار روی کپسول عدسی در منطقه استوایی وصل می شوند. با افزایش سن فبرهای زنولار تحلیل می روند. فبرها $30-5 \mu m$ قطر دارند و بررسی میکروسکوپی آنها نشان می دهد که ساختار اتوزینوفیلیکی دارند که واکنش (*Periodic acid shift*) + دارند. (۶)

۲-۱-۲ هسته و کورتکس :

هیچ سلولی از عدسی از بین نمی رود، فبرهای جدید در محیط قرار می گیرند و فبرهای قدیمی را فشرده می کنند. قدیمی ترین لایه، مرکزی ترین است. قدیمی ترین اینها هسته جنینی عدسی است که در دوران جنینی تشکیل شده و در مرکز عدسی است. خارجی ترین فبرها اخیراً شکل گرفته و کورتکس عدسی را تشکیل می دهند.

۲-۱-۳ اپی تلیوم عدسی :

بالفاصله پشت کپسول قدامی عدسی یک لایه از سلولهای اپی تلیال قرار گرفته، این سلولها از نظر متابولیکی فعال هستند و تمام فعالیت های سلولی نرمال شامل سنتز *RNA, DNA*، پروتئین و لیپید را انجام می دهند. هم چنین ATP را به مصرف انرژی می رسانند. سلولهای اپی تلیال میتوز انجام می دهند و