

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ ﴿

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی
استان مرکزی

﴿ دانشکده پزشکی اراک ﴾

پایان نامه

جهت دریافت درجه دکترای حرفه ای

موضوع :

بررسی عوارض نزدیک بینی شدید در بیماران مراجعه کننده به
درمانگاه چشم پزشکی بیمارستان امیر کبیر اراک

به راهنمایی :

استاد ارجمند جناب آقای دکتر جمال فلاحتی

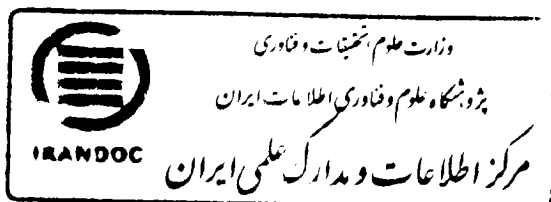
نگارش :

زهرامحمدی بلوک

سال تحصیلی ۷۵-۳۷۴

۱۵۰۵۴۵

۱۳۸۹/۱۰/۲۰



تقدیم به پشتوانه بزرگ زندگی

پدر

و

تمامی مهر و صداقت

مادر

تقدیم به

خواهرم یکانه حجب و مهربانی

و

برادرانم که مردانگی را جلوه تازه ای بخشیده اند

تقدیم به

استاد گرانقدر جناب آقای دکتر فلاحتی

بیانگر هماوایی صلابت و عطوفت

و

با تقدیر و تشکر از استاد ارجمند جناب آقای دکتر نیک بین

نمونه صبر و نیک بینی

و با تشکر از :

جناب آقای دکتر رشیدی استاد محترم چشم پزشکی
به لحاظ حسن همکاری در جمع آوری آمارها

جناب آقای دکتر بشر دوست
به لحاظ راهنمایی در تنظیم آمارها

جناب آقای دکتر جورابچی
به لحاظ راهنمایی در تدوین و تنظیم آمارها

خانم ساغری و آقایان محمدی و ثامنی
به لحاظ حسن همکاری در جمع آوری آمارها

و

آقای فرخ حمیده کردار

که بدون همکاری ایشان به انجام رساندن این دفتر ناممکن می نمود

| صفحه | عنوان |
|------|---|
| | فصل اول - کلیات |
| ۱ | ۱-۱ مقدمه |
| ۴ | ۱-۲ کلیات |
| ۴ | ۱-۲-۱ نزدیک بینی ساده |
| ۵ | ۱-۲-۲ توارث نزدیک بینی ساده |
| ۵ | ۱-۲-۳ علائم بالینی |
| ۶ | ۱-۲-۴ درمان |
| ۸ | ۱-۲-۵ نواقص میدان بینائی مرکزی مرتبط با میویا |
| ۸ | ۱-۲-۶ میویا به همراه آتروفی و کشش رتینال |
| ۸ | ۱-۲-۷ جداشدگی شبکیه |
| ۹ | ۱-۲-۸ میویا و جراحی |
| ۱۱ | ۱-۲-۹ آنومالی های رفرکتیو |
| ۱۲ | ۱-۳ نزدیک بینی مرضی یا نزدیک بینی دژنراتیو |
| ۱۲ | ۱-۳-۱ تعریف |
| ۱۳ | ۱-۳-۲ شیوع |
| ۱۳ | ۱-۳-۳ جنس |
| ۱۳ | ۱-۳-۴ نژاد |
| ۱۴ | ۱-۳-۵ نابرابری دو دیدی میویا |
| ۱۴ | ۱-۳-۶ انواع و ارزیابی میویای دژنراتیو |
| ۱۴ | ۱-۳-۶-۱ میویای آگزیمال مادرزادی |
| ۱۵ | ۱-۳-۷ میویای مرتبط با آنومالی های چشمی یا سیستمیک |
| ۱۶ | ۱-۳-۸ میویای پیشرونده دژنراتیو |
| ۱۶ | ۱-۳-۹ میویای اکسایبی با بیماری |
| ۱۶ | ۱-۳-۱۰ پاتولوژی |
| ۱۷ | ۱-۳-۱۰-۱ اسکلا |

| صفحه | عنوان |
|------|---|
| ۱۷ | ۱-۳-۱۰-۲ کوروئید |
| ۱۸ | ۱-۳-۱۰-۳ رنین |
| ۱۹ | ۱-۳-۱۰-۴ تغییرات دیسک اپتیک |
| ۲۰ | ۱-۳-۱۱ نماهای بالینی |
| ۲۱ | ۱-۳-۱۲ علامت کلینیکی |
| ۲۵ | ۱-۳-۱۳ عوارض |
| ۲۷ | ۱-۳-۱۴ اهمیت میویا |
| ۲۸ | ۱-۳-۱۴-۱ ماکولوبانی میویک |
| ۲۸ | ۱-۳-۱۴-۲ باتوژنز |
| ۲۸ | ۱-۳-۱۴-۳ علامت بالینی |
| ۲۹ | ۱-۳-۱۵ دیگر عوارض میویا |
| ۲۹ | ۱-۳-۱۵-۱ دژنراسیون کوروئیدال میویک |
| ۳۰ | ۱-۳-۱۵-۲ دژنراسیون میویک |
| ۳۱ | ۱-۳-۱۵-۳ جداشدگی رتین |
| ۳۱ | ۱-۳-۱۵-۴ سوراخ ماکولار |
| ۳۳ | ۱-۳-۱۶ اتیولوژی میویای دژنراتیو |
| ۴۱ | ۱-۳-۱۷ درمان |
| ۴۲ | ۱-۳-۱۸ پیشگیری |
| ۴۳ | ۱-۳-۱۸-۱ اصلاح اختلال بینائی |
| ۴۴ | ۱-۳-۱۸-۲ برداشت لنز |
| ۴۵ | ۱-۳-۱۸-۳ اسکرتومی |
| ۴۶ | ۱-۳-۱۹ دیگرانواع میویای آگزیمال باتولوژیک |
| ۴۶ | ۱-۳-۱۹-۱ میویای انحنائی |
| ۴۷ | ۱-۳-۱۹-۲ حالات قرنیه ای |
| ۴۷ | ۱-۳-۱۹-۳ حالات لتیکولار |

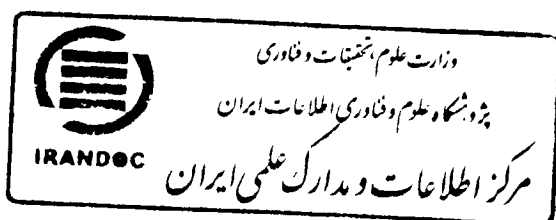
| صفحه | عنوان |
|-------------------------|--|
| ۴۷ | ۱-۳-۱۹-۴ میویای اندکس |
| ۴۸ | ۱-۳-۱۹-۵ اسکروز پیری |
| ۴۸ | ۱-۳-۱۹-۶ میویای تروماتیک |
| ۴۹ | ۱-۳-۲۰ همراهی دیگر بیماریها |
| ۴۹ | ۱-۳-۲۰-۱ تغییرات رفراکشن در دیابت ملیتوس |
| ۵۱ | ۱-۳-۲۰-۲ گلوکوم |
| ۵۳ | ۱-۳-۲۰-۳ هایپو تنشن |
| ۵۳ | ۱-۳-۲۱ همراهی با داروها |
| ۵۵ | ۱-۳-۲۱-۱ دی متیل سولفو اکساید |
| ۵۶ | ۱-۳-۲۲ میویا در اطفال |
| ۵۷ | ۱-۳-۲۲-۱ های میویای یکطرفه |
| فصل دوم - نتایج تحقیقات | |
| ۵۹ | ۲-۱ میویا و کاتاراکت |
| ۵۹ | ۲-۲ ماکولا لوتنا در میویا |
| ۵۹ | ۲-۳ میویای شدید یا بیماری میویا؟ |
| ۶۰ | ۲-۴ کلوبومای اپتیک دیسک مرتبط با سوراخ ماکولار و رتینال دتاچمن |
| ۶۰ | ۲-۵ دیستروفی های ویترو کوریو رتینال پریفرال در بیماران میویک |
| ۶۱ | ۲-۶ جراحی برای میویای شدید |
| ۶۱ | ۲-۷ لنز کتومی شفاف و پیوند لنز داخل چشمی کم قدرت اطاق خلفی برای اصلاح های میویا |
| ۶۲ | ۲-۸ سندرم مارفان با دتاچمن رتینال |
| ۶۲ | ۲-۹ یک سندرم جدید از فیبرهای عصبی میلین دار و ویترورتینویاتی و مالفورماسیونهای اسکلتی |
| ۶۲ | ۲-۱۰ نورویاتی ایسکمیک اپتیک بعد از پیوند لنز اینتراکولار جهت تصحیح های میویا در یک بیمار فاکیک |

| صفحه | عنوان |
|------|--|
| ۶۳ | ۲-۱۱ دو شاخص متفاوت ژنتیکی برای میوئید بال و پائین |
| ۶۳ | ۲-۱۲ شفافیت لنز انسان در موارد های میوئیک |
| | فصل سوم - روش تحقیق |
| ۶۴ | ۳-۱ نوع مطالعه |
| ۶۴ | ۳-۲ جمعیت مورد مطالعه |
| ۶۴ | ۳-۳ حجم نمونه |
| ۶۴ | ۳-۴ روش نمونه گیری |
| ۶۴ | ۳-۵ زمان مطالعه |
| ۶۵ | ۳-۶ فرم پرسشنامه |
| | فصل چهارم - ارائه نتایج |
| ۶۶ | ۴-۱ جداول |
| ۷۴ | ۴-۲ نمودارها |
| ۷۹ | ۴-۳ جمع بندی |
| | فصل پنجم - خلاصه فارسی و انگلیسی |
| ۸۱ | ۵-۱ خلاصه فارسی |
| ۸۲ | ۵-۲ خلاصه انگلیسی |
| ۸۳ | = فهرست منابع و مآخذ |
| | = فهرست جداول و نمودارها |
| ۶۶ | جدول ۴-۱-۱ |
| ۶۶ | جدول ۴-۱-۲ |
| ۶۷ | جدول ۴-۱-۳ |
| ۶۷ | جدول ۴-۱-۴ |
| ۶۸ | جدول ۴-۱-۵ |
| ۶۸ | جدول ۴-۱-۶ |
| ۶۹ | جدول ۴-۱-۷ |

| صفحه | عنوان |
|------|--------------|
| ۶۹ | جدول ۴-۱-۸ |
| ۷۰ | جدول ۴-۱-۹ |
| ۷۱ | جدول ۴-۱-۱۰ |
| ۷۱ | جدول ۴-۱-۱۱ |
| ۷۱ | جدول ۴-۱-۱۲ |
| ۷۲ | جدول ۴-۱-۱۳ |
| ۷۲ | جدول ۴-۱-۱۴ |
| ۷۲ | جدول ۴-۱-۱۵ |
| ۷۳ | جدول ۴-۱-۱۶ |
| ۷۳ | جدول ۴-۱-۱۷ |
| ۷۳ | جدول ۴-۱-۱۸ |
| ۷۴ | نمودار ۴-۲-۱ |
| ۷۵ | نمودار ۴-۲-۲ |
| ۷۵ | نمودار ۴-۲-۳ |
| ۷۶ | نمودار ۴-۲-۴ |
| ۷۶ | نمودار ۴-۲-۵ |
| ۷۷ | نمودار ۴-۲-۶ |
| ۷۸ | نمودار ۴-۲-۷ |

فصل اول

مقدمه - کلیات



۱-۱ مقدمه :

کلمه میوپیا (myopia) تشکیل شده از **mye** به معنی نزدیک و **ops** به معنی چشم و حالتی است که شخص دید نزدیک خوبی دارد و دید دور شخص تارامت و علت اینست که شعاعهای نورانی ورودی به چشم در جلوی شبکیه با هم تقاطع می کنند ارزیابی نزدیک بینی (myopia) در موقع تولد و سنین اولیه کودکی نشان داده است که چشمهایی که نموشان کامل نیست (در بچه های نارس) نزدیک بین (myope) و اکثر چشمهایی که تکامل خوبی یافته اند امتروپ (emmetrop) یا هیروپ (hyperope) هستند و مشخص شده که نزدیک بینی نوزادان بدنیا آمده در نتیجه بلند شدن طول چشم نیست بلکه در این افراد قرنیه و لنز کروی تر است (Goss ۱۹۸۵ و Fiedlins ۱۹۸۱) و در طی چند ماه اول زندگی مرحله emmetropization بسرعت اتفاق می افتد و در نتیجه در پایان سال اول تعداد بسیار کمی بچه هستند که نزدیک بین می باشند و مطالعات زیادی نشان داده که در سن ۶-۵ سالگی تنها ۲٪ بچه ها نزدیک بینی بمقدار $D \leq 0.5$ یا بیشتر نشان می دهند و بر پایه داده های کتاب Primary Care بین سنین ۴۰-۲۰ سالگی نزدیک بینی حدود ۳۰٪ افراد را شامل می شود و بعد از این سن این میزان کاهش می یابد زیرا افرادی که نزدیک بینی کمی دارند این مقدار را از دست خواهند داد (بخاطر کار لنز) و به گروه امتروپ منحرف می شوند

آقای Baldwin مسئله نزدیک بینی را از دیدگاه فرهنگی در گونه های متفاوت و شغل های متفاوت بررسی کرده و یکی از نتایج جالب اینکه پس از بررسی ۵۰۰۰۰ طفل مدرسه ای از گونه های مختلف نژادی که در هاوایی زندگی می کردند اطلاعات بدست آمده بدین صورت بود: ۲٪ برای بومیان هاوایی، ۱۲٪ برای نژاد هند و اروپایی و ۱۷٪ برای اطفال چینی همچنین آقای Baldwin بیان کرد که حتی در یک گونه بخصوص هم از افراد نزدیک بینی وابستگی زیادی با شغل افراد آن گروه دارد و مشاهده کرد که در گروهی که کار نزدیک انجام می دهند درصد نزدیک بینی ۲۳٪ و در گروهی که کار نزدیک زیادی انجام نمی دهند این مقدار به ۱۵٪ می رسد از لحاظ طبقه بندی آقای دوک الدر در سال ۱۹۴۹ نزدیک بینی را فقط به دو دسته تقسیم بندی کرد

۱- نزدیک بینی ساده که بر اثر یک گوناگونی طبیعی بیولوژیکی است و بین سنین ۵ تا سن بلوغ ظاهر میشود و تا پایان دوره رشد و بلوغ افزایش میابد

۲- میوپی دژنراتیو (degenerative myopia) که تغییرات دژنراتیو مخصوصی در قسمت خلفی چشم مشاهده میشود و غالباً منجر به ناتوانی بینایی و در موارد نادر باعث کوری میشود. در یک مطالعه همگانی در دانمارک گلد اسمیت نزدیک بینی را به سه نوع تقسیم کرد که این طبقه بندی بر اساس میزان نزدیک بینی و سن بروز آن بود:

۱- Low myopia که بیشترین نوع نزدیک بینی بود و بطور کلی مادرزادی است رشدش در طی ۲۰ سال اول زندگی بطور ثابتی انجام میگیرد و بندرت میزان آن به D -۹-۶ می‌رسد.

۲- Late myopia که رشدش بعد از رشد جسمانی و بلوغ است و بندرت میزان آن بدرجات بالا می‌رسد و ظاهراً در اثر کار نزدیک زیاد انجام می‌شود.

۳- High myopia که هم ژنتیکی و هم محیطی ایجاد میشود و اکثراً از کم شروع میشود و بدرجات بالا می‌رسد و باعث کاهش شدید بینایی می‌شود و تغییرات دژنراتیو در هر دوره سنی میتواند ایجاد شود. از نظر علل ایجاد نزدیک بینی اکسپای آقای Kelly در سال ۱۹۸۱ توضیح داد که هنگام تطابق (Accommodation) راه اطاق خلفی به اطاق قدامی توسط عدسی بسته شده و در نتیجه فشار داخل چشم در سمت عدسی (ویتره) بالا می‌رود و در نتیجه باعث نزدیک بینی میشود. اما در دیدگاه emmetropization زمینه‌ساز برای این پایه بنا شد که بر اثر مکانیسم فید بک ماکولایامتری و وابسته به فاصله فیکساسیون است و در طول تکامل بشر برای حفظ بقاء این مکانیسم برای دور و متوسط ایجاد شده است و اکنون در جوامع جدید با افزایش استفاده از فیکساسیون در فاصله نزدیک اینطور فرض شده که مکانیسم عمل نزدیک بینی بعنوان یک رفتار برای فاصله‌های نزدیک ایجاد شده است و احتمال داده اند که نزدیک بینی یک تکامل است برای کار نزدیک، بعضی از انواع دیگر نزدیک بینی به شرح زیر می‌باشد:

۱- نزدیک بینی شبانه: نوعی از اختلال بینایی است که در مواقعی که نور محیط کم است آشکار می‌شود و بیشتر توسط رانندگان و خلبانان گزارش شده است که کار دورشان نسبتاً زیاد و باید دقیق باشد و معمولاً توسط محققین مشخص شده که این مسئله با لنز منفی ۱/۵۰- تا ۱/۰۰- درمان می‌شود.

۲- نزدیک بینی زود گذر: که بر اثر شرایطی از قبیل تغییر ساختمان و حالت و ضریب شکست یکی از محیط ها یا بر اثر بیماریها یا داروها و یا ضربه ایجاد می شود و تغییرات فوق در حالاتی از قبیل اختلال در مکانیسم آب و نمک، دیابت کنترل نشده و اسپاسم تطابقی و در حالات روانی یا التهابی دیده می شود.

۳- میوپی لنتیکولار (Lenticular myopia): افزایش قدرت انکساری عدسی (میوپی لنتیکولار) موجب افزایش قدرت انکساری سگمان قدامی چشم میگردد و چنین حالتی را در دیابت کنترل نشده و اسکروز هسته عدسی (نوعی از کاتاراکت پیران) میتوان مشاهده کرد همچنین داروهایی از قبیل هیدرالازین و کلرتالیدون (ضد فشار خون) و فنوتیازین ها ممکن است قدرت انکساری عدسی را افزایش بدهند.

۴- میوپی ضربه: که بر اثر تغییرات فانکشنال و یا اسپاسم یا فلج سیلیاری و کدورت عدسی (lens) و یا بارگی زونول ها همراه است.

۵- میوپی دژنراتیو: که اولین نشانه افتالموسکوپیک آن پیدایش هلال میوپی در سمت تمپورال دیسک می باشد که ممکن است پیشرفت نموده و تمام دیسک را احاطه کند استافیلوما ی خلفی با دژنره کردن غشاء بروک موجب پیدایش خطوط شبکه ای شکل بنام شکافهای لاکی رنگ میشود که گاهی موجب خونریزی در فوآ شده و بعد از مدتی عروق جدیدی در زیر شبکه پیدا شده که امکان دارد باعث نشت عروقی و خونریزی شوند که پس از جذب خونریزی فوآ در ناحیه فوآ استرالایس مقدار زیادی رنگدانه متمرکز میشود (لکه فوکس). دژنرسانس ایی تلیوم رنگدانه دار شبکه و مشیمیه موجب عریان شدن اسکلارا شده و امکان بروز دژنرسانس شبکه ای و پیدایش ترک در شبکه محیطی و افزایش احتمال جدایی شبکه وجود دارد.

۱-۲ کلیات :

۱-۲-۱ نزدیک بینی ساده :

نزدیک بینی ساده آن شکلی از اختلال رفرکتیو (refractive) است که در آن اشعه های موازی نور به یک فوکوس در جلوی لایه ستیج (sentient) شبکیه هنگامی که چشم در استراحت است می رسد. در نزدیک بینی ساده اینحالت با تغییرات داخل حدود نرمال سیستم اپتیکال (optical) که شامل یک افزایش انحنای قرنیه یا سطوح عدسی، یک اتاق قدامی کم عمق، یک سودمندی بالای رفرکتیو عدسی یا یک طول زیاد آگزیا (آگزیا) می باشد، حاصل می شود بنا بر نظر آقای Sorsby و همکارانش (۱۹۵۷) در اکثر موارد درجات پایین تر از میوپیای هنگامیکه مسطح شدن قرنیه و سطوح لنز (عدسی) جهت تلاخل با اثر یک طول افزاینده آگزیا (axial) طی رشد ناکافی است، تولید می شود. بنا بر این همانطوریکه نزدیک بینی ساده بعلت یک افزایش طول گلوب است. فرد نزدیک بین میتواند بصورت یک چشم تکامل یافته در نظر گرفته شود که در آن پدیده های رشد از حدود نرمال گذشته اند. همانطوریکه نزدیک بینی ساده میتواند بعلت یک مقاومت به انحنای بالای سطوح لنز باشد، چشم نزدیک بین میتواند تکامل نیافته نیز در نظر گرفته شود. نهایتاً یک نزدیک بینی مادرزادی گاهی در درجات بالا رخ میدهد و میتواند بعد از آن بنا بر مشاهدات ما افزایش نیابد. با این وجود در اکثر موارد نزدیک بینی بطور اولیه در سنین بین ۵ و بلوغ ظاهر میشود و میتواند طی سنین رشد پیشرفت کند تا اینکه بزرگسالی طی شده و چشم تثبیت میشود. با این وجود چنین پیشرفتی به هیچ عنوان ثابت نیست. طی چندین سال مطالعه آقای سورسی دریافت که ۳۵٪ از نزدیک بین ها ثابت باقیمانده اند، در حالیکه ۱۵٪ آنها تنها پیشرفت خفیفی نشان دادند. با این وجود تمام وقت چه پیشرفت رخ داده باشد یا نلاده باشد در اکثر موارد چشم نزدیک بین سالم مانده است، و قدرت بینایی میتواند تا سطوح استاندارد با لنزهای مناسب اصلاح شود.

۱-۲-۲ توارث نزدیک بینی ساده :

بررسی تاثیر توارث در نزدیک بینی مشکل است ، زیرا مرز بین انواع ساده و دژنراتیو نا مشخص است. با در نظر گرفتن توجه ما به درجات پایین تر نزدیک بینی کمتر از D ۴- شک کمی وجود دارد که این تاثیر احتمالا انوزوم غالب است. بنا بر این با مطالعه چهار نسل شامل ۱۷۰ مورد در فنلاند آقای Voipio و همکارانش (۱۹۶۶) مشخص کردند که از مادری که نزدیک بینی D ۵- داشت در نسل بعدی سه نفر از چهارده فرزند و در نسل بعدی ۱ نفر از ۴۲ نفر و در نسل بعدی ۱۵ نفر از ۵۰ نفر بالای ۱۵ سال درجات خفیفی از میوپی داشتند. با این وجود در این مورد هیچ توافق کلی وجود ندارد و دیگر مشاهدان معتقد هستند که مدل مغلوب شایع ترین شکل توارث است. اطلاعات بدست آمده از مطالعات دوقلوها اشاره به هماهنگی بالا در دوقلوهای منوزیگوت دارد ولی استثنائات نیز رخ میدهد، مثلاً یک قل میویک و قل دیگر امترویک باشد همزمان بنظر مطلوب می آید که بگوئیم انتقال ژنتیک کاملاً و به تنهایی مسئول نیست، بنا بر این در یک تحقیقات با ارزش شامل ۹۲۴۳ کودک و ۳۶۵۱ بالغ جوان در دانمارک آقای گلد اشمیت (۱۹۶۸) نتیجه گرفت که یک درجه متوسط از میوپی (تا حد ۶ یا ۹ دیوپتر) چه قبل یا حدود بلوغ پیشرفت میکند که در این مورد شیوع آن بطور گسترده ای توارثی بوده و پیشرفت آن بعد از دوره رشد هنگامیکه نوع شغل شخص بنظر میرسد یک تاثیر مثبت داشته باشد نتیجه گرفت که در این مورد فاکتورهای محیطی نیز مهم بوده اند.

۱-۲-۳ علامت بالینی :

علامت اصلی میوپی دید کم فاصله دور است. فرد میویک (myopic) غالباً قادر به تشخیص محدوده خود نیست، بویژه اگر توجه شدید او برای کار نزدیک لازم است همانطوریکه غالباً در بین حالات روزمره زندگی رخ میدهد در سنین پیری هنگامیکه پوپیل (pupil) منقبض فرد باعث شکستن و قطع دوابر دیفیوژن (diffusion) میشود و هنگامیکه تغییرات سنی لنز بسمت یک هایپرمتریویای

نسبی می‌رود فرد از بهبودی دیدش خوشحال می‌شود. در درجات کمتر میویا علامت کشش چشمی (eye strain) می‌تواند آشکار شود، اگرچه عموماً مشهود نیست. مثل مورد هایپرمتروپیا. حالت ثابت بهم زدن پلکها در کوشش جهت بدست آوردن تصاویر روشنتر می‌تواند تولید سردرد کند در چشم میویک تطابق (accommodation) ممکن است کوشش کند جهت تعدیل تقارب (convergence) و بنا بر این تولید اسپاسم سیلیاری کرده و بطور مصنوعی مقدار میویا را افزایش دهد.

۴-۲-۱ درمان :

درمان میویای ساده احتمالاً بسته به تشریح عینک های اصلاح کننده دارد. ولی اولاً لازم است که اطمینان داشته باشیم که حالت در واقع ساده است. همانطوریکه تا بحال دیده ایم با اطلاعات کنونی ما رسیدن به چنین تصمیمی ممکن است مشکل باشد، مگر اینکه اندازه گیری طول آگزیال یک روتین کلینیکی شود تا این مشکل رفع شود. بغیر از حذف هر نوع تغییرات باتولوژیک در فوندوس، اجزای آنها باید در فواصل مکرر جهت ارزیابی اهمیت هر پیشرفت بویژه اگر یک تمایل توارثی به میویا نشان داده شده باشد، معاینه شوند تجویز عینک برای موارد جوان میویک از نظر فیزیولوژیک مهم است، زیرا با نقص بینایی اصلاح نشده، آنها در یک دنیای محدود زندگی کرده و در یک نارضایتی قابل ملاحظه در مقایسه با دیگران هستند، بطوریکه آنها شخصیتی درونگرا میشوند و از آنجائیکه اختلال رفتاری نباید هیچگاه اصرار به تصحیح (over-corrected) شود باید تا حد یک اصلاح با رضایت تجویز شود. تست دئوکروم (duochrome) یک کمک با ارزش در این منظور است و معمولاً عاقلانه است تصحیح نقص آنها تا حدی که اشیاء قرمز بطور خفیفی روشنتر از سبز دیده شود. اگر مشخص شود که رفرآکشن ثابت است استفاده ثابت از عینک لزومی نداشته، اگرچه استفاده از آنها غالباً عاقلانه است، بخصوص

هنگامیکه چشم برای هر هدف ویژه ای استفاده میشود. در بزرگسالانی که قبلا از عینک استفاده نکرده اند یک تصحیح کامل برای کار نزدیک برای بیماری که عادت کرده بدون استفاده از تطابقش مطالعه کند مورد قبول نیست. ولی ممکن است او بدون عینک با لنزهای ضعیف تر راضی تر باشد با این وجود باید برای او تفهیم کرد که در مورد کار نزدیک عینک کارآیی بهبود بینایی او را ندارد ولی به او اجازه میدهد که از چشمهایش در ارتباط نرمال استفاده کند

بالای سن چهل سالگی هنگامیکه نقص تطابق بطور فیزیولوژیک را داریم لنزهای ضعیف تر برای کار نزدیک عاقلانه تر است یا میتوان عینک را برداشت در درجات بالاتر میویا اصلاح کامل ندرتا تحمل میشود بخاطر اینکه تصاویر تشکیل شده توسط لنزهای قوی مقعر کوتاه شده و خیلی روشن و شفاف و بیمار عادت کرده به دوایر دیفیوژن و تحمل آنها را ندارد. هنگامیکه کوششی جهت کاهش اصلاح تا حد قابل قبول با رضایت دید دو چشمی است لنزهایی تجویز شده که با آنها بزرگترین قدرت بینایی بدون دیسترس حاصل میشود. مقداری که باید اصلاح شود معمولا متغیر است از D ۱-۳ ولی در درجات بالاتر عینکهای حتی ضعیف تر از این میتواند مفید و لازم باشد که در این موارد لنزهای تماسی میتوانند ارزشمند باشند اگر براحتی تحمل شوند. عده زیادی نیز معتقدند که میویهای جوان و گاهی بالغین باید عینکهای اصلاحی کامل خود را بطور ثابت استفاده کنند بغیر از اصلاح چشمی هیچ درمان ویژه ای برای میویای ساده اندیکاسیون ندارد. [۱۷]