

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان مرکزی

دانشکده پزشکی

پایان نامه جهت دریافت درجه دکترای پزشکی

عنوان:

بررسی شیوع بلفاروپتوزیس در دبستانهای دخترانه

سطح اراک در سال تحصیلی ۸۰-۷۹

استاد راهنما:

آقای دکتر جمال فلاحتی

جراح و متخصص بیماریهای چشم

استاد مشاور:

آقای دکتر علیرضا جمشیدی فرد

نور و فیزیولوژیست بالینی

نگارنده:

زهرا جورابچی



وزارت علوم، تحقیقات و فناوری
پژوهشگاه و علوم و فناوری اطلاعات ایران

سال ۱۳۸۰

۱۳۸۹/۱۰/۲۰

IRANDOC

مرکز اطلاعات و مدارک علمی ایران

۱۵۰۴۳۴

تقدیم به:

پدر عزیزم،

اسوهٔ صبر و مقاومت که ایستادگی و پایداری در
عرصهٔ زندگی را از او آموختم.

تقدیم به:

مادر مهربانم،

سر چشمهٔ عشق و محبت و ایثار که موفقیت‌های
زندگی‌ام را مرهون زحمات بی‌پایان او هستم.

تقدیم به:

همسر عزیزم که یاور و مشوق من در این راه بود.

با تقدیر و تشکر از:

نظرات راهگشایانه و زحمات بی‌شائبه
استاد ارجمند جناب آقای دکتر جمال فلاحتی.

با سپاس فراوان از:

تلاش و همکاری صمیمانه استاد گرامی
جناب آقای دکتر علیرضا جمشیدی فرد.

فهرست مطالب

فصل اول: کلیات

۲	۱-۱- مقدمه:
۲	۱-۲- بیان مسأله
۳	۱-۳- اهداف پژوهش
۴	۱-۴- پلکها <i>Palpebrae</i>
	۱-۴-۱- آناتومی پلکها
۵	۱-۴-۲- حاشیه‌های پلکها
۶	۱-۴-۳- شکاف پلکی <i>Palpebral Clefi</i>
۷	۱-۴-۴- جمع‌کننده‌های پلک <i>Lid retractors</i>
۸	۱-۴-۵- جنین‌شناسی پلکها
۸	۱-۵- بلفاروپتوزیس (<i>Blepharoptosis</i>)
۸	۱-۶- طبقه‌بندی بلفاروپتوزیس:
۱۱	۱-۶-۱- A نقص تکاملی ماهیچه بالابرنده <i>Levator maldevelopment</i>
۱۱	۱-۶-۲- B سایر پتوزهای میوژنیک <i>other myogenic ptosis</i>
۱۴	۱-۶-۳- C پتوز آپونوروتیک <i>Aponeurotic Ptosis</i>
۱۶	۱-۶-۴- D پتوز نوروژنیک <i>Neurogenic ptosis</i>
۱۸	۱-۶-۵- E پتوز مکانیکی <i>Mechanical ptosis</i>
۱۸	۱-۶-۶- F پتوز ظاهری یا کاذب <i>Apparent ptosis or pseudoptosis</i>
۲۰	۱-۶-۷- داروهای القاکننده پتوز
۲۰	۱-۷- نشانه‌های بلفاروپتوزیس:
۲۲	۱-۸- درجه‌بندی پتوز
۲۲	۱-۹- روش معاینه بیمار
۲۳	۱-۱۰- درمان بلفاروپتوزیس
۲۴	۱-۱۰-۱- اهداف جراحی در بلفاروپتوزیس
۲۴	۱-۱۰-۲- انواع روشهای جراحی:

- ۲۶ ۱۰-۱-۱- درمان آمبلیوپی و عیوب انکساری همراه پتوز:
- ۲۷ ۱۰-۱-۱- زمان جراحی پتوز:
- ۲۷ ۱۰-۱-۱- نتایج جراحی:

فصل دوم: مروری بر پژوهشهای انجام شده

- ۲۹ مروری بر پژوهشهای انجام شده

فصل سوم متدولوژی و روش تحقیق

- ۳۳ ۳-۱- نوع مطالعه:
- ۳۳ ۳-۲- جامعه مورد مطالعه:
- ۳۳ ۳-۲- زمان انجام مطالعه:
- ۳۳ ۳-۴- حجم نمونه:
- ۳۴ ۳-۵- روش نمونه گیری:
- ۳۴ ۳-۶- متغیرها:
- ۳۶ ۳-۷- روش کار:
- ۳۷ ۳-۸- محدودیت‌های مطالعه:

فصل چهارم: نتایج، نمودارها، جداول،

- ۳۹ ۴-۱- آمار توصیفی:
- ۴۱ ۴-۲- نمودارها و جداول

فصل پنجم: نتیجه گیری

- ۵۲ نتیجه گیری

فصل ششم: خلاصه پژوهش

- ۵۵ ۶-۱- خلاصه فارسی:
- ۵۶ ۶-۲- English Abstract

فصل هفتم: منابع

- ۶۱ ۷-۱- منابع انگلیسی:
- ۶۱ ۷-۲- منبع فارسی

فصل اول

کلیات

۱-۱- مقدمه:

چشم انسان ارگان ظریف و پویایی است که عالم درون ما را به عالم گسترده و زیبای بیرون پیوند می‌دهد. نتیجه این پیوند مجموعه‌ای از تصاویر زشت و زیبا، خوب و بد، مفرح و غم‌انگیز است که در برابر دیدگان ما قرار می‌گیرد. اختلال در عملکرد این ارگان اساسی می‌تواند از یک بیماری خوش خیم و خودبخود محدود شونده تا یک بیماری بدخیم و غیرقابل درمان متغیر باشد.

شناخت این مشکلات و بیماریها به خصوص در سنین پایین و کودکی، ما را در جهت پیشگیری، تشخیص و درمان به موقع رهنمون کرده و این امکان را به ما می‌دهد که از بروز مشکلات بزرگ و غیرقابل برگشت جلوگیری نماییم. این مطالعه در زمینه بلفاروپتوز (یکی از بیماریهای پلکی) انجام شده است که در هر سنی به خصوص در دوران کودکی دیده می‌شود. امید است که راهی در جهت تحقیقات گسترده‌تر و ارزنده‌تر باشد.

۱-۲- بیان مسأله

بلفاروپتوزیس (Blepharoptosis) عبارت از افتادگی غیرطبیعی پلکهای بالایی است که می‌تواند مادرزادی یا اکتسابی باشد. به دلیل همراهی این آنومالی پلکی با برخی اختلالات بینایی و حرکتی چشم و ارتباط آن با گروهی از بیماریهای دیگر و از جمله بیماریهای سیستمیک. همچنین به دلیل تأثیر در زیبایی و ظاهر فرد و اثر نامطلوب روانی ناشی از آن برای بیمار و با توجه به مادرزادی بودن اکثر موارد آن، بررسی این بیماری در کودکی دارای اهمیت می‌باشد.

اهمیت بلفاروپتوزیس به خصوص بلفاروپتوز مادرزادی به ویژه اگر یک طرفه و شدید باشد در ایجاد آمبلیوپی یا تنبلی چشم است. همین امر لزوم تشخیص و درمان به موقع پتوز و

پیشگیری به موقع از بروز آمبلیوپی را آشکار می‌سازد.

۳-۱- اهداف پژوهش

اهداف این پژوهش به دو دسته، هدف اصلی و اهداف فرعی تقسیم می‌شود:

۱- هدف اصلی

بررسی شیوع بلفاروپتوزیس در دبستانهای دخترانه سطح اراک در سال تحصیلی ۷۹-۸۰

۲- اهداف فرعی

۱) تعیین توزیع سنی بلفاروپتوز در دبستانهای دخترانه سطح اراک در سال تحصیلی ۷۹-۸۰.

۲) تعیین شیوع بلفاروپتوز یک طرفه و دو طرفه در دبستانهای دخترانه سطح اراک در سال

تحصیلی ۷۹-۸۰.

۳) تعیین شیوع بلفاروپتوز چشم راست و چپ در دبستانهای دخترانه سطح اراک در سال

تحصیلی ۷۹-۸۰.

۴) تعیین شیوع انواع خفیف، متوسط و شدید بلفاروپتوز در دبستانهای دخترانه سطح اراک در

سال تحصیلی ۷۹-۸۰.

۵) تعیین شیوع آمبلیوپی همراه با بلفاروپتوز در دبستانهای دخترانه سطح اراک در سال

تحصیلی ۷۹-۸۰.

۶) تعیین شیوع بلفاروپتوز با بیماریهای زمینه‌ای و همراه آن (بیماریهای چشمی و یا

سیستمیک) در دبستانهای دخترانه سطح اراک در سال تحصیلی ۷۹-۸۰.

۴-۱- پلکها Palpebrae

پلکهای فوقانی و تحتانی چین‌های پوستی تغییر شکل یافته می‌باشند. عمل پلکها عبارت است از:

۱- محافظت از چشم: پلکها با نزدیک شدن به همدیگر چشم را در مقابل آلودگیها، نور زیاد و تروما محافظت می‌کنند.

۲- گسترش لایه اشک: پلک زدن به گسترش لایه اشک کمک می‌کند و بدین ترتیب قرنیه و ملتحمه در برابر بی‌آبی محافظت می‌شوند.

۱-۴-۱- آناتومی پلکها

پلکها از پنج لایه اصلی بافت تشکیل شده‌اند که از سطح به عمق عبارتند از:
لایه پوست، ماهیچه حلقوی چشم، بافت آرنولی، صفحات تارسی و ملتحمه پلکی

الف) لایه پوست Skin layer

پوست پلکها نازک، سست و ارتجاعی است و فولیکولهای مو در آن اندکند و چربی زیر پوستی ندارد و از این نظرات با پوست بیشتر مناطق دیگر بدن تفاوت دارد.

ب) ماهیچه حلقوی چشم Orbicularis oculi muscle

کار این ماهیچه نزدیک کردن پلکها به یکدیگر است.

ج) بافت آرنولی areolar layer

بافت آرنولی در عمق ماهیچه حلقوی چشم قرار دارد و با لایه زیر نیامی

(Subaponeurotic layer) ارتباط برقرار می‌کند.

د) صفحات تارسی Tarsal layer

این صفحات ساختمان اصلی حمایت کننده پلکها هستند که از یک بافت رشته‌ای فشرده

همراه با میزان اندکی از بافت ارتجاعی تشکیل شده‌اند.

ه) ملتحمه پلکی Palpebral Conjunctiva

پلکها از پشت توسط لایه‌ای از غشای موکوسی مفروش شده‌اند که به سختی به صفحات

تارسی می‌چسبند.

۲-۴-۱- حاشیه‌های پلکها

لبه آزاد پلک ۲۵-۳۰ میلی متر طول و حدود ۲ میلی متر پهنا دارد. این لبه توسط خط

خاکستری (پیوستگاه مخاطی - پوستی) به حاشیه‌های قدامی و خلفی تقسیم می‌شود.

الف) حاشیه قدامی

در این حاشیه مژه‌ها، غدد زایس و غدد مول قرار دارند.

۱- مژه‌ها eyelashes: مژه‌ها از حاشیه‌های پلک جلو آمده و به طور منظم آرایش یافته‌اند.

مژه‌های فوقانی بلندتر و بیشتر از مژه‌های تحتانی هستند و به سمت بالا چرخش پیدا

می‌کنند.

مژه‌های تحتانی به سمت پایین چرخش پیدا می‌کنند.

۲- غدد زایس glands of zeis: اینها غدد سباسه کوچک تغییر شکل یافته‌ای هستند که درون فولیکولهای مو در قاعده مژه‌ها باز می‌شوند.

۳- غدد مول glands of Moll: اینها غدد عرق تغییر شکل یافته‌ای هستند که در یک ردیف نزدیک قاعده مژه‌ها باز می‌شوند.

ب) حاشیه خلفی

این حاشیه در تماس نزدیک با کره چشم است و منافذ کوچک غدد سباسه تغییر شکل یافته (غدد میبومین یا تارسی) در طول آن قرار دارند. در انتهای داخلی حاشیه خلفی پلک یک برآمدگی کوچک همراه با یک منفذ کوچک مرکزی روی پلکهای فوقانی و تحتانی قابل مشاهده است که به آنها نقطه اشکی (Lacrimal Panctum) گفته می‌شود. این ساختمانها اشک را از طریق مجاری کوچک مربوط در جهت پایین به کیسه اشکی حمل می‌کنند.

۳-۴-۱- شکاف پلکی Palpebral Cleft

این شکاف فضای بیضوی بین دو پلک باز است. این شکاف در کانتوس‌های داخلی (medial) و جانبی (lateral) پایان می‌یابد.

گوشاله اشکی lacrimal caruncle: یک برآمدگی زرد رنگ از پوست تغییر شکل یافته است که محتوی غدد عرق تغییر شکل یافته بزرگ و غدد سباسه‌ای است که درون فولیکولیهایی باز می‌شوند که حاوی موی ظریف هستند.

اپی کانتوس epicanthus: یک چین پوستی است که از انتهای داخلی پلک فوقانی تا انتهای داخلی پلک تحتانی کشیده می‌شود. اپی کانتوس ممکن است به طور طبیعی در شیرخواران

کلیه نژادها وجود داشته باشد و با پیدایش پل بینی (nasal Bridge) ناپدید می‌شود ولی در نژاد شرقی در سرتاسر عمر باقی می‌ماند.

تیغه حذقه‌ای **Orbital septum**: فاشیای پشت این تیغه بخشی از ماهیچه حلقوی است که بین لبه اوربیت و تارس قرار دارد و به عنوان سدی میان پلک و اوربیت عمل می‌کند. تیغه حذقه‌ای فوقانی با تاندون ماهیچه بالابرنده پلک فوقانی و تارس فوقانی و تیغه حذقه‌ای تحتانی با تارس تحتانی درهم می‌آمیزند.

۴-۱- جمع‌کننده‌های پلک Lid retractors

جمع‌کننده‌های پلک مسوول بازکردن پلکها هستند. آنها توسط یک مجموعه ماهیچه‌ای - فاسیایی که هر دو جزء ماهیچه مخطط و صاف را داراست تشکیل می‌شوند که در پلک فوقانی به نام مجموعه بالابرنده (Levator Complex) و در پلک تحتانی به نام فاسیای کپسولی - پلکی (Capsulo palpebral fascia) شناخته می‌شود.

در پلک بالا بخش محتوی ماهیچه مخطط، بالابرنده پلک فوقانی (Levator palpebrae muscle) نام دارد که از رأس اوربیت برخاسته و به سمت جلو حرکت می‌کند تا به یک نیام (aponeurosis) و یک بخش عمقی‌تر تقسیم می‌شود که محتوی رشته‌های ماهیچه‌ای صاف و ماهیچه مولر (Superior tarsal muscle) است.

نیام، تیغه قدامی پلک و ماهیچه مولر، تیغه خلفی آن را بالا می‌برد. قطعه پلکی ماهیچه حلقوی چشم به عنوان آنتاگونیست عضله بالابرنده پلک فوقانی عمل می‌کند و بدین ترتیب سبب نزدیک شدن پلکها به یکدیگر و بسته شدن چشمها می‌شود. در پلک پایین جمع‌کننده اصلی، ماهیچه رکتوس تحتانی است.

اجزای ماهیچه‌ای صاف جمع‌کننده‌های پلک، توسط اعصاب سمپاتیکی تغذیه می‌شوند.

ماهیچه بالابرنده پلک و رکتوس تحتانی توسط شاخه فوقانی عصب اکولوموتور (III) تغذیه می‌شوند.

بنابراین افتادگی پلک (Ptosis) تابلویی است که هم در سندرم هورنر (فلج عصب سمپاتیک) و هم در فلج عصب سوم دیده می‌شود. (Ref 1)

۵-۴-۱- جنین‌شناسی پلکها

منشأ پلکها از مزانشیم می‌باشد. جوانه‌های پلکی ابتدا در ۶ هفتهگی در جلوی چشم پدیدار می‌شوند و در هشت هفتهگی به هم جوش می‌خورند و در ماه پنجم از هم جدا می‌شوند. مژه‌ها، غدد میبومین و سایر غدد پلکی از اپیدرم منشأ می‌گیرند.

۵-۱- بلفاروپتوزیس (Blepharoptosis)

پلک بالا به طور طبیعی تقریباً در میانه فاصله بین لیمبوس فوقانی و حاشیه مردمک قرار دارد.

بلفاروپتوزیس عبارت از افتادگی غیرطبیعی پلکهای بالایی است. به عبارت دیگر پتوز وضعیتی است که در آن یکی از پلکها یا هر دوی آنها در محلی قرار می‌گیرند که به طور ناهنجاری پایین است.

افتادگی پلک ممکن است مادرزادی یا اکتسابی باشد و در هر یک از این موارد می‌تواند ارثی باشد.

۶-۱- طبقه‌بندی بلفاروپتوزیس:

نمودار تجدید نظر شده Beard پتوز را برحسب علت رده‌بندی می‌کند. اهمیت

طبقه‌بندی بلفاروپیتوزیس از آن جهت است که بر اساس علت پتوز می‌توان درمان مناسب آن را انجام داد.

جدول ۱: رددبندی تجدید نظر شده Beard برای پتوز

A: نقص تکاملی ماهیچه بالابرنده

(۱) ساده

(۲) همراه با ضعف رکتوس فوقانی

B: سایر پتوزهای میوژنیک

(۱) سندرم بلفاروفیموزیس

(۲) افتالموپلژی خارجی پیشرونده مزمن

(۳) سندرم چشمی - حلقی

(۴) دیستروفی ماهیچه‌ای پیشرونده

(۵) میاستنی گراویس

(۶) فیبروز مادرزادی ماهیچه‌های خارج چشمی

C: پتوز آپونوروتیک

(۱) پتوز ناشی از پیری

(۲) پتوز ارثی با شروع تأخیری

(۳) استرس یا ضربه به نیام ماهیچه بالابرنده

(الف) پس از جراحی کاتاراکت

(ب) پس از سایر ضربه‌های وارد بر چشم

ج) بلفارو شالازی

د) همراه با آبستنی

ه) همراه با بیماری گریوز

D: پتوز نوروژنیک

۱) پتوز ناشی از ضایعات عصب اکولوموتور (III)

۲) افتالموپلژی پس از ضربه

۳) پتوز ناشی از جهت‌گیری نامناسب عصب سوم

(پتوز انحرافی عصب سوم)

۴) سندرم چشمک زدن فکی مارکوس‌گان

۵) سندرم هورنر

۶) میگرن افتالموپلژیک

۷) اسلکروز مولتیپل

E: پتوز مکانیکی

F: پتوز ظاهری

۱) ناشی از عدم حمایت پلک از پشت

۲) ناشی از هیپوتروپیی

۳) ناشی از درماتوشالازی

۱-۶-۱: A: نقص تکاملی ماهیچه بالابرنده Levator maldevelopment

پتوز ناشی از نقص تکاملی ماهیچه بالابرنده که قبلاً تحت عنوان پتوز مادرزادی حقیقی رده بندی می شد، نتیجه یک دیستروفی ایزوله در ماهیچه بالابرنده است که هر دو روند انقباض و شل شدگی رشته ها را تحت تأثیر قرار می دهد. بسته به شدت پتوز بافت فیبروز یا چربی جایگزین فیبرهای ماهیچه ای نرمال می شود. (عضله مولر معمولاً مبتلا نمی شود). این فیبرهای غیر الاستیک از بالارفتن کامل پلک موقع انقباض (کاهش فونکسیون عضله)، یا پایین آمدن پلک موقع استراحت (lid lag = حرکت پلک با تأخیر)، جلوگیری می کند. افتادگی پلک هنگام نگاه به پایین یک معیار مهم برای تشخیص اختلال تکاملی ماهیچه بالابرنده است زیرا تغییرات دیستروفیک ندرتاً در تیپهای دیگر پتوز دیده می شود.

در ۲۵٪ موارد عضله رکتوس فوقانی همان تغییرات دیستروفیک ماهیچه بالابرنده را پیدا می کند که منجر به ضعف در نگاه به بالا می شود. برای آن که بتوان در حضور ضعف ماهیچه رکتوس فوقانی به یک نتیجه موفقیت آمیز جراحی دست یافت لازم است که طولی کافی از ماهیچه بالابرنده برداشته شود. تمایز نقص تکاملی ماهیچه بالابرنده از سایر اشکال پتوز نکته مهمی است که همواره نمی توان به کمک تاریخچه به آن دست یافت. پتوز نورونیک و سایر پتوزهای میوژنیک ممکن است در زمان تولد موجود باشند. (بنابراین هر پتوز مادرزادی الزاماً به دلیل نقص تکاملی ماهیچه بالابرنده نمی باشد).

به کارگیری اصول جراحی ویژه اختلال تکاملی ماهیچه بالابرنده در درمان این فرم پتوز موجب اصلاح بیش از حد (Overcorrection) پتوز به صورت آشکار می شود.

۱-۶-۲: B: سایر پتوزهای میوژنیک other myogenic ptosis

پتوز میوژنیک ناشی از اختلال خود عضله لواتورو یا جانکشن عصبی - عضلانی آن

می باشد.

نقص تکاملی ماهیچه بالابرنده یک نوع پتوز میوزنیک است که در بالا مورد بحث قرار گرفت. سایر انواع پتوز میوزنیک شامل موارد زیر است:

۱) سندرم بلفاروفیموزیس Blepharophimosis syndrome

این حالت یک صفت اتوزوم غالب است که مسوول ۵٪ موارد پتوز مادرزادی می باشد و مشخص می شود با:

ضعف کارکرد ماهیچه بالابرنده و پتوز شدید، تله کانتوس (فاصله بین چشمی زیاد)، اپی کانتوس (چین پلک تحتانی بزرگتر از چین پلک فوقانی است.) و اکتروپيون سیکاتریسیل مادرزادی پلک تحتانی (خمیدگی و برگشت پلک پایین به سمت خارج)

۲) افتالموپلژی (فلج چشمی) خارجی پیشرونده مزمن

Chronic Progressive external ophthalmoplegia

این بیماری بسیار نادر یک بیماری عصبی - ماهیچه ای ارثی با پیشروی آهسته است که در دوره میانسالی آغاز می شود. کلیه ماهیچه های خارج چشمی شامل ماهیچه بالابرنده و ماهیچه های ایجادکننده حالت چهره به تدریج مبتلا می شوند. این بیماری با ناتوانی به کندی پیشرونده در حرکت دادن چشمها مشخص می شود و اغلب همراه با پتوز شدید زودرس است.

۳) سندرم چشمی - حلقی Oculopharyngeal syndrome

در این سندرم میوپاتی ماهیچه های حلق موجب دیسفاژی (اختلال بلع) می شود.