

اسکن شد

تاریخ:

ایران

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

صفحه ۵۶ بهروز

۱۵۰۱۱



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان مرکزی
دانشکده پزشکی

(پایان نامه جهت اخذ دکترای پزشکی)

موضوع :

بررسی توزیع فراوانی کاتاراکت ثانویه به دنبال جراحی کاتاراکت به
روش خارج کپسولی ECCE در ۱۹۰۰ بیمار مراجعه کننده به بیمارستان
امیرکبیر شهر اراک در سال ۱۳۷۹

استاد راهنما :

جناب آقای دکتر حمیدرضا نیکبین

جراح متخصص بیماریهای چشم، استادیار دانشگاه علوم پزشکی اراک

استاد مشاور:

جناب آقای دکتر جمال فلاحتی

جراح و متخصص بیماریهای چشم، استادیار دانشگاه علوم پزشکی اراک

نگارش:

طاهره حسین تبار

منیره رجبی نائینی

سال تحصیلی ۸۰-۷۹



IRANDOC

مرکز اطلاعات و مدارک علمی ایران

۱۵۰۵۱۱

۳۸۹۸۰۶۰۰



پروردگارا!

من از بلای حرص و طمع، طغیان خشم و غضب، چیرگی
رشک و حسد، تزلزل شکیب و صبر، ناخرسندی از بهره و
روزی کم، بدی خلق و خوی، مخالفت با هدایت و عبادت،
فرورفتن در خواب جهل و غفلت و انجام وظیفه‌ای سرشار
از رنج و مشقت به تو پناه می‌برم.

تو مرا از این بدیها رهایی بخش.





دستهایش بوی یاس می داد

دامنش پر از شکوفه های بادام بود

و من از خواب برنخواستم تا در باورم بهاند.

که باز هم بهاری هست.

پدر

نگاشته شد تا بهانه ای باشد برای پیشکش هر آنچه

آموخته ام:

به روح پاک پدرم که ستاره سهیل سپهر وجودم است.





تقدیم به :

بلندای مهر مادرم که لحظه لحظه زندگیم طرحی از
فداکاریهای دلسوزانه اوست و افق امیدهای مرا با غروب
جوانی اش روشن نمود.

تقدیم به :

یگانه خواهرم مریم و برادرانم که در راه تحصیل علم و
دانش همواره مشوق من بوده‌اند.





تقدیم به استاد ارجمند:

جناب آقای دکتر حمید رضا نیک بین

که صمیمانه با نظرات علمی و توجهات پدرانه ما را
در تدوین این تحقیق یاری نمودند.

با تقدیر از استاد گرامی:

جناب آقای دکتر جمال فلاحی

که با راهنماییهای ارزنده‌شان روشنگر راهمان بودند.

با سپاس فراوان از استاد گرانقدر

جناب آقای محمد رفیعی

که با زحمات بی‌شائبه خود موجبات هر چه بهتر شدن
این تحقیق را برای ما فراهم نمودند.





تقدیم به استاد مهربان و خویم:

جناب آقای دکتر ولی اسخندیر

آنکه دلسوزی، مہولیت، حدیت، فداکاری و عطفیت

دینشکی را از او آموختم.





تقدیم به :

به تمامی عزیزانی که گوشه‌ای از زندگی و احساساتم را به
خود اختصاص داده‌اند.

به تمامی آنانی که همواره به من آموختند.

به انسانهای رنجوری که جسم و جان خسته شان سرمایه
علمی من شد.

باشد که از این پس، به یاری او، مرهمی باشم، هر چند
ناچیز بر دردهایشان.





با تشکر از پرسنل محترم بیمارستان امیرکبیر:

آقایان: حمید چگینی، بهنام رفیعی

خانم زهرا عابدی که در تهیه نمونه‌ها ما را یاری نمودند.



فصل اول: کلیات

۱-۱- مقدمه	۲
۱-۲- بیان موضوع	۳
۱-۳- اهداف مطالعه	۵
۱-۴- آناتومی کره چشم	۶
۱-۴-۱- عدسی (Lens)	۷
۱-۴-۲- کپسول عدسی	۹
۱-۴-۳- فیبرهای زنولار	۹
۱-۴-۴- اپیتلیوم عدسی	۱۰
۱-۴-۵- بیوشیمی لنز	۱۰
۱-۴-۶- فیزیولوژی لنز	۱۳
۱-۴-۷- مایع زلالیه	۱۳
۱-۴-۸- مایع زجاجیه	۱۴
۱-۵- تعریف کاتاراکت و طبقه‌بندی آن	۱۴
۱-۵-۱- بر اساس سن شروع	۱۴
۱-۵-۲- بر اساس محل کدورت در داخل عدسی	۱۵
۱-۵-۳- بر اساس شدت کدورت	۱۵
۱-۵-۴- بر اساس علت	۱۶
۱-۶- علائم کاتاراکت	۱۷
۱-۶-۱- کاهش تدریجی دید	۱۷
۱-۶-۲- پخش نور تابیده شده از اشیا (Glare)	۱۷

۱۷	۱-۶-۳- تاری دید (Emage blure)
۱۸	۱-۶-۴- کج و معوج دیدن
۱۸	۱-۶-۵- تغییر ادراک رنگ
۱۸	۱-۶-۶- تغییر رفتاری
۱۸	۱-۶-۷- مردمک سفید (Leuko Coroa)
۱۹	۱-۷- معاینات تشخیص کاتاراکت
۱۹	۱-۷-۱- حدت بینایی
۱۹	۱-۷-۲- افتالموسکوپی مستقیم
۱۹	۱-۷-۳- معاینه با Slit - lamp
۱۹	۱-۷-۴- ریفراکشن و رتینوسکوپی
۲۰	۱-۷-۵- سونوگرافی
۲۱	۱-۸- آناتومی جراحی: (Surgical Anatomy)
۲۱	۱-۸-۱- ساختمانهای خارجی مربوط به چشم
۲۱	۱-۸-۲- قرنیه و لیمبوس
۲۲	۱-۸-۳- عدسی و اتصالاتش
۲۲	۱-۹- تکنیک و مراحل عمل جراحی کاتاراکت
۲۳	۱-۹-۱- آمادگی و در معرض گذاری: (Pre paration & exposure)
۲۴	۱-۹-۲- گرفتن عضله رکتوس فوقانی: (Superior Rectuse Grasping)
۲۶	۱-۹-۳- تکنیکهای خاص جراحی: (Specific surgical Techniques)
۲۶	۱-۹-۳-۱- انسزیون
۳۲	۱-۹-۳-۲- جراحی عنیه

۳۴	۱-۹-۳-۳- جراحی عدسی به روش خارج کپسولی: (ECCE)
۳۷	۱-۹-۳-۴- جراحی عدسی به روش داخل کپسولی
۳۷	۱-۹-۴- بخیه زخم جراحی
۳۸	۱-۹-۵- مراقبت پس از عمل
۳۹	۱-۱۰- عوارض جراحی کاتاراکت (۶)
۴۰	۱-۱۱- کاتاراکت ثانویه (P.C.O)
۴۲	۱-۱۲- عوامل موثر در کاتاراکت ثانویه
۴۲	۱-۱۳- علل ممانعت کننده از کاتاراکت ثانویه
۴۳	۱-۱۴- درمان کاتاراکت ثانویه: (لیزر نئودیمیموم: YAG)
۴۶	۱-۱۵- اندیکاسیون‌ها و کنترااندیکاسیون‌های لیزر نئودیمیموم: YAG

فصل دوم: مروری بر مطالعات قبلی

۴۹	۱-۲- شیوع کاتاراکت ثانویه بعد از جراحی به روش خارج کپسولی
۵۰	۲-۲- ارزیابی وضعیت بینایی پس از جراحی کاتاراکت در بیماران بایوونیت
۵۰	۲-۳- شیوع کاتاراکت ثانویه در بیماران با میوپی شدید
۵۱	۲-۴- مقایسه شیوع کاتاراکت ثانویه در عدسی‌های سیلیکونی و P.M.M.A
۵۲	۲-۵- گزارش اولیه اثر قطره Tranilast در جلوگیری از کاتاراکت ثانویه
۵۳	۲-۶- جراحی کاتاراکت با لیزر، بی خطر و نتیجه بخش

فصل سوم: متدولوژی و روش تحقیق و ارائه نتایج

۵۷	۱-۳- نوع مطالعه
۵۷	۲-۳- جمعیت مورد مطالعه
۵۷	۳-۳- زمان و مکان انجام مطالعه
۵۷	۴-۳- حجم نمونه
۵۸	۵-۳- روش نمونه برداری
۵۸	۶-۳- جمع آوری اطلاعات
۵۹	۷-۳- پرسشنامه
۵۹	۸-۳- متغیرها
۵۹	۱-۳-۸- انواع متغیرهای و طبقه بندی آنها
۶۰	۲-۳-۸- تعریف علمی متغیرها
۶۰	۱-۲-۳-۸- کاتاراکت ثانویه
۶۱	۲-۲-۳-۸- دیابت
۶۱	۳-۲-۳-۸- هایپرتنشن
۶۱	۴-۲-۳-۸- یووئیت
۶۲	۵-۲-۳-۸- گلوکوم
۶۲	۶-۲-۳-۸- میوپ
۶۲	۹-۳- تجزیه و تحلیل داده‌ها و ارائه نتایج

فصل چهارم: جداول و نمودارها

جداول و نمودارها ۶۸

فصل پنجم: تفسیر نتایج

۱-۵- تفسیر نتایج ۸۵

۲-۵- پیشنهادات ۹۱

فصل ششم: خلاصه تحقیق

خلاصه تحقیق ۹۳

۱-۶- خلاصه فارسی ۹۳

۲-۶- خلاصه انگلیسی ۹۶

فصل هفتم: منابع و مأخذ

منابع انگلیسی ۱۰۰

منابع فارسی ۱۰۲

فصل اول

کلیات

۱-۱- مقدمه

جراحی لنز از حدود چند هزار سال قبل، با روش‌های ساده و ابتدایی انجام می‌شد. اما تا چندی پیش بر این عقیده بودند که کاتاراکت، منعقد شدن زلالیه در سطح قدامی عدسی می‌باشد. آنها معتقد بودند که در کاتاراکت روح بینایی از چشم خارج می‌گردد و به همین دلیل در بینایی مداخله می‌کند. درمان شامل قرار دادن یک وسیله تیز در نزدیک لیمبوس و استفاده از یک نقطه اتکا برای ورود و راندن لنز به طرف پایین بود. این عمل آنها بینایی را تا حدودی بهبود بخشید اما حقیقتی که کاتاراکت، کدر شدن عدسی می‌باشد تا آن زمان درک نشده بود.

در طی قرون ۱۷ و ۱۸ میلادی اطلاعاتی در مورد آناتومی و پاتولوژی چشم بدست آمد. خارج کردن عدسی مبتلا به کاتاراکت اولین بار به طور رسمی بوسیله *Daviel* در اواسط قرن هیجدهم میلادی انجام شد.

تکنیک عمل *Daviel* برای حدود ۲ قرن بدون تغییر باقی ماند. اما در اوایل قرن بیستم

میلادی توجه جراحان به روش داخل کپسولی جراحی کاتاراکت معطوف گردید. این تکنیک تا اواسط سال ۱۹۸۰ میلادی روش برتر جراحی کاتاراکت بود، تا اینکه روش جدید جراحی یعنی روش خارج کپسولی علاقمندان بسیار پیدا کرد و پا به عرصه وجود گذاشت. تقریباً هرافتالمولوژیستی به جراحی کاتاراکت نسبت به جنبه‌های دیگر جراحی چشم آشنایی بیشتری دارد. با این وجود جراحان هنوز درصدد هستند تکنیک‌های عمل جراحی کاتاراکت را به نحو مطلوبی بهبود بخشند.

کاتاراکت بیماری شایعی می‌باشد. طبق مطالعات فرامینگهام ۱۵ درصد از افراد ۵۲ تا ۸۵ سال دچار کاتاراکت بوده و تیزی آنها به ۲۰/۳۰ یا کمتر تنزل پیدا کرده است. در بررسی‌های توصیفی - مقطعی شیوع حدود ۱۰٪ کل آمریکائی‌ها نشان داده شده است و این شیوع - حدود ۵۰٪ برای سنین ۷۴-۶۵ سال و ۷۰٪ برای سنین بیش از ۷۵ سال می‌باشد.

هر سال حدود یک میلیون جراحی کاتاراکت در آمریکا انجام می‌شود و تقریباً ۵ تا ۶ میلیون نفر در سال به علت کاتاراکت دچار ناتوانی بینایی می‌گردند. بیمارانی که انجام جراحی برای کاتاراکت قابل درمان را رد می‌کنند، دومین گروه بزرگ کورها را در آمریکا تشکیل می‌دهند. (۲،۳،۴)

۲-۱- بیان موضوع

کاتاراکت یکی از شایع‌ترین بیماریهای چشم می‌باشد که در صورت عدم درمان منجر

به از دست رفتن بینایی می‌گردد و همراه با بیشترین بیماریهای انکساری (*Refractive*) علت مراجعه به درمانگاهها و مراکز چشم پزشکی می‌باشد. به جرأت می‌توان گفت که بیماری کاتاراکت شایع‌ترین علت کوری در سنین پیری می‌باشد.

با توجه به این مطلب، کاتاراکت احتیاج به درمان سریع و فوری دارد. تنها راه درمان این بیماری نیز جراحی می‌باشد. جراحی کاتاراکت گاهی با عوارض متعددی برای بیمار همراه می‌شود. این عوارض معمولاً بدلیل کمبود امکانات و عدم تکنیک‌های پیشرفته یا بدلیل عدم مراجعه به موقع بیماران، وجود بیماریهای همراه و علل ناشناخته متعدد دیگر می‌باشد. در صورت بروز این عوارض و عدم درمان آنها نه تنها مشکل بینایی بیمار حل نخواهد شد بلکه مشکلات جدیدی به وضع موجود بیمار افزوده می‌گردد.

یکی از شایع‌ترین عوارض جراحی کاتاراکت به روش خارج کپسولی، کاتاراکت ثانویه است. کاتاراکت ثانویه، کدورت کپسول خلفی است که معمولاً در مواردی که کاتاراکت تروماتیک خوب جذب نشده باشد و یا بعد از درآوردن عدسی چشم، به علت کاتاراکت، به روش خارج کپسولی اتفاق می‌افتد. این عارضه باعث اختلال دید می‌شود. شیوع در بزرگسالان ۳۰ درصد است که در افراد نزدیک‌بین شایع‌تر از افراد نرمال و حدود ۴۰-۵۰ درصد می‌باشد.

این عارضه در تمام بیماران اطفال یک مشکل عمده است. با توجه به شیوع بالای این عارضه و اینکه این نوع روش جراحی (خارج کپسولی) شایع‌ترین روش جراحی کاتاراکت محسوب می‌شود، لذا بررسی این عارضه به صورت گسترده‌تر ضروری بنظر می‌رسد.

۳-۱- اهداف مطالعه

هدف اصلی از انجام این تحقیق بررسی میزان توزیع فراوانی کاتاراکت ثانویه به دنبال جراحی به روش خارج کپسولی می باشد. با پایان یافتن این مطالعه، اهداف فرعی دیگری حاصل می گردد که عبارتند از:

- ۱) تعیین میزان توزیع فراوانی کاتاراکت ثانویه در جراحی خارج کپسولی بر حسب سن بیماران.
 - ۲) تعیین میزان توزیع فراوانی کاتاراکت ثانویه در جراحی خارج کپسولی بر حسب جنس بیماران.
 - ۳) تعیین وجود یا عدم وجود ارتباط بین کاتاراکت ثانویه یا میوپ (نزدیک بینی) به عنوان یکی از عیوب انکساری چشم.
 - ۴) تعیین وجود یا عدم وجود ارتباط بین کاتاراکت ثانویه با بیماریهای داخل چشمی نظیر یووئیت و گلوکوم.
 - ۵) تعیین وجود یا عدم وجود ارتباط بین کاتاراکت ثانویه با بیماریهای سیستمیک نظیر دیابت و هایپر تنشن.
- هدف کاربردی از انجام این تحقیق که قابل استفاده در مراکز آموزشی - درمانی است به صورت زیر می باشد:

با توجه به شیوع بالای کاتاراکت ثانویه بدنبال عمل جراحی خارج کپسولی و کاهش

دید ایجاد شده متعاقب آن، درمان آن از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. اما جراحی مجدد، جهت درمان کاتاراکت ثانویه برای بیمار ناخوشایند بوده و عوارض چشمی دیگری را نیز به همراه دارد. لذا برای اجتناب از جراحی مجدد در این بیماران، بر آن شدیم تا با نتایج حاصل از این مطالعه تدابیری جهت جلوگیری از کاتاراکت ثانویه و درمان آن به وسیله کپسولوتومی با لیزر نئودیمیم: YAG که روش غیرتهاجمی و کم عارضه‌ای است، ارائه دهیم.

۴-۱- آناتومی کره چشم

چشم عضو حساس به نور و بسیار تکامل یافته‌ای است که امکان تجزیه نسبتاً دقیق شکل، مقدار نور و رنگ منعکس شده از اشیاء را فراهم می‌کند. چشم‌ها درون حفرات محافظتی استخوان جمجمه، بنام حدقه چشم (*Orbit*) قرار گرفته‌اند. (۸) حفره کاسه چشم به صورت هرم چهار وجهی می‌باشد که در قسمت خلفی همگرایی پیدار می‌کنند. این هرم چهاروجهی از بالا با سینوس پیشانی (*Frontal*) از پایین با سینوس فکی (*Maxillary*) و در قسمت داخلی با سینوس‌های پروانه‌ای (*Sphenoidal*) و پرویزی (*Ethmoidal*) در ارتباط است. راس کاسه چشم مجرای ورودی تمام اعصاب و عروق وارده به چشم و محل منشأگیری تمام عضلات خارجی چشم بجز عضله مایل تحتانی است. (۱)

خونگیری شریانی کاسه چشم و ساختارهای آن از شریان چشمی (*Ophthalmic*)