

بیماری‌های شایع در درمانگاه  
تخصصی و فوق تخصصی مرکز چشم  
پزشکی علوی

تحت نظارت و راهنمایی:

آقای دکتر محمد علی امین سبحانی

آقای عبدالله صفری: رئیس خدمات پرستاری

تهیه و تنظیم:

المیرا حسن پور: سوپروایزر آموزشی مرکز چشم پزشکی علوی  
نسیم کارآموز: سرپرستار درمانگاههای تخصصی و فوق تخصصی

## گلوکوم (آب سیاه):

گلوکوم (آب سیاه) به گروهی از بیماری‌های چشمی اطلاق می‌شود که عمدتاً با افزایش فشار داخل چشمی (Intraocular Pressure - IOP) مشخص می‌شوند. این بیماری در صورت عدم درمان منجر به آسیب دائمی عصب بینایی (Optic Nerve) و نابینایی می‌شود.

### پاتوفیزیولوژی گلوکوم

مایع زلالیه (Aqueous Humor) در چشم به‌طور مداوم تولید و از طریق زاویه اتاق قدامی چشم و شبکه ترابکولار (Trabecular Meshwork) تخلیه می‌شود. در گلوکوم، عدم تعادل در این فرآیند می‌تواند باعث افزایش فشار داخل چشم و در نهایت آسیب به عصب بینایی شود.

آسیب عصب بینایی: افزایش فشار داخل چشمی به سلول‌های گانگلیونی شبکیه (Retinal Ganglion Cells) و لایه فیبرهای عصبی شبکیه (RNFL) آسیب می‌زند.

اختلال میدان بینایی: کاهش انتقال اطلاعات بصری به مغز، ابتدا میدان بینایی محیطی و سپس مرکزی را درگیر می‌کند.

### طبقه‌بندی گلوکوم

#### ۱- گلوکوم زاویه باز اولیه (Primary Open-Angle Glaucoma - POAG)

- پیش‌رونده و بدون علامت: شایع‌ترین نوع.
- به تدریج باعث تخریب میدان بینایی می‌شود.

#### ۲- گلوکوم زاویه بسته (Angle-Closure Glaucoma)

- حاد و اورژانسی: با انسداد ناگهانی تخلیه مایع زلالیه در زاویه اتاق قدامی.
- علائم: درد شدید چشم، تاری دید، تهوع، قرمزی چشم و هاله‌بینی در اطراف نور.

#### ۳. گلوکوم ثانویه

ناشی از شرایطی مانند:

- التهاب داخل چشمی (یووئیت).
- تروما یا جراحی چشم.
- مصرف استروئیدها.

#### ۴. گلوکوم مادرزادی و کودکان (Congenital and Juvenile Glaucoma)

- به دلیل نقص ساختاری مادرزادی در سیستم تخلیه مایع زلالیه.

## ارزیابی تشخیصی و پاراکلینیکی گلوکوم

تشخیص دقیق و پایش گلوکوم به ابزارهای تشخیصی متعددی نیاز دارد:

۱. اندازه‌گیری فشار داخل چشم (تونومتری)

ابزار استاندارد شامل:

- تونومتر گلدمن (Goldmann Applanation Tonometer).
- تونومتر air puff یا بدون تماس ( به فصل تجهیزات درمانگاه مراجعه شود)
- فشار نرمال چشم ۱۰ تا ۲۱ میلی‌متر جیوه می باشد.

۲. گونیوسکوپی (Gonioscopy)

- ارزیابی زاویه اتاق قدامی برای تعیین نوع گلوکوم (باز یا بسته).
- از لنزهای مخصوص برای مشاهده زاویه استفاده می‌شود.

۳. معاینه عصب بینایی

- افتالموسکوپی: برای ارزیابی تغییرات دیسک اپتیک (Optic Disc).
- علائم: افزایش نسبت کاپ به دیسک (Cup-to-Disc Ratio).

۴. تصویربرداری پیشرفته

OCT (Optical Coherence Tomography): برای بررسی لایه فیبرهای عصبی شبکیه (RNFL) و تغییرات ساختاری عصب بینایی.

HRT (Heidelberg Retina Tomography): نقشه‌برداری سه‌بعدی از دیسک اپتیک.

۵. ارزیابی میدان بینایی (Perimetry)

- اندازه‌گیری کاهش میدان بینایی با استفاده از تست خودکار همفیری ( Humphrey Visual Field Test).
- نقص‌ها معمولاً به صورت اسکوتوما (Scotoma) مشاهده می‌شوند.

۶. پاک‌متری قرنیه

- اندازه‌گیری ضخامت قرنیه برای اصلاح نتایج فشار داخل چشم.
- قرنیه نازک‌تر می‌تواند خطر گلوکوم را افزایش دهد.

## درمان گلوکوم

هدف درمان، کاهش فشار داخل چشم برای جلوگیری از پیشرفت آسیب عصب بینایی است.

## ۱. داروها

- آنالوگ‌های پروستاگلاندین (Travoprost, Latanoprost): افزایش تخلیه مایع زلالیه.
- بتابلوکرها (Timolol): کاهش تولید مایع زلالیه.
- مهارکننده‌های آنزیم کربونیک آنهیدراز (Acetazolamide): کاهش تولید مایع.
- آگونیست‌های آلفا-۲ (Brimonidine): کاهش تولید و افزایش تخلیه مایع.

## ۲. درمان با لیزر

- لیزر ترابکولوپلاستی (Selective Laser Trabeculoplasty - SLT): افزایش تخلیه مایع در گلوکوم زاویه باز.
- لیزر ایریدوتومی: برای باز کردن زاویه اتاق قدامی در گلوکوم زاویه بسته.

## ۳. جراحی

- ترابکولکتومی: ایجاد مسیر جدید برای تخلیه مایع.
- ایمپلنت‌های تخلیه مایع: مانند شنت‌های چشم.
- مینیمال اینویسیو سرجری (MIGS): تکنیک‌های جدیدتر با آسیب کمتر.

## پیگیری و مراقبت طولانی‌مدت

- بیماران باید به‌طور منظم تحت پایش فشار داخل چشم و میدان بینایی قرار گیرند. آموزش به بیماران برای معاینات دوره‌ای و پایش منظم فشار داخل چشم ضروری است.
- تأکید بر مصرف منظم داروها و رعایت دستورات پزشک ضروری است. یادآوری به بیماران در خصوص این که مصرف داروها مادام‌العمر می‌باشد از اهمیت برخوردار است.

## کاتاراکت (آب مروارید):

کاتاراکت یا آب مروارید به کدورت تدریجی عدسی شفاف چشم اشاره دارد که منجر به کاهش شفافیت بینایی می‌شود. این بیماری شایع‌ترین علت نابینایی قابل درمان در سراسر جهان است و عمدتاً با افزایش سن مرتبط است.

## پاتوفیزیولوژی کاتاراکت

- عدسی چشم به‌طور طبیعی شفاف است و نور را به شبکیه متمرکز می‌کند. در کاتاراکت، تغییرات ساختاری و شیمیایی در پروتئین‌ها و فیبرهای عدسی باعث کدورت آن می‌شود.
- پروتئین‌های عدسی: تغییر در آرایش پروتئین‌های کریستالین (Crystallins) موجب کاهش شفافیت عدسی می‌شود.
- اکسیداسیون: استرس اکسیداتیو با آسیب به فیبرهای عدسی، روند کدورت را تسریع می‌کند.

- آب‌گیری: تغییرات در تعادل آب عدسی می‌تواند به تورم و کدورت منجر شود.

## علل و عوامل خطر

۱. افزایش سن (کاتاراکت وابسته به سن)

- شایع‌ترین علت کاتاراکت می‌باشد.
- در طول افزایش سن تغییرات تدریجی و طبیعی در ساختار عدسی اتفاق می‌افتد.

۲. عوامل ژنتیکی

سابقه خانوادگی کاتاراکت، می‌تواند شانس ابتلا را افزایش دهد.

۳. بیماری‌های سیستمیک

دیابت، فشار خون بالا و بیماری‌های متابولیک می‌توانند در بروز کاتاراکت نقش داشته باشند.

۴. تروما و صدمات چشمی

آسیب‌های فیزیکی یا شیمیایی به عدسی چشم از علل ابتلا به کاتاراکت می‌باشد.

۵. قرار گرفتن در معرض عوامل محیطی

اشعه ماوراءبنفش (UV)، سیگار کشیدن، و تغذیه نامناسب از عوامل مهم در فاکتورهای محیطی هستند.

۶. مصرف طولانی‌مدت داروها

استروئیدها (کورتیکواستروئیدها) می‌توانند خطر کاتاراکت را افزایش دهند.

۷. کاتاراکت مادرزادی

ناشی از عفونت‌های دوران بارداری (مانند سرخجه)، اختلالات متابولیک یا مشکلات ژنتیکی.

## طبقه‌بندی کاتاراکت

۱. کاتاراکت هسته‌ای (Nuclear Cataract)

- معمولاً در مرکز عدسی رخ می‌دهد.
- شایع در افراد مسن بوده و ممکن است باعث نزدیک‌بینی موقت شود.

۲. کاتاراکت قشری (Cortical Cataract)

در لبه‌های عدسی ایجاد می‌شود و به‌صورت خطوط شعاعی ظاهر می‌گردد.

### ۳. کاتاراکت زیرکپسولی خلفی (Posterior Subcapsular Cataract)

- در پشت عدسی و نزدیک به کپسول خلفی ایجاد می‌شود.
- سریع‌تر پیشرفت کرده و بر بینایی نزدیک تأثیر بیشتری دارد.

### ۴. کاتاراکت مادرزادی (Congenital Cataract)

در بدو تولد یا دوران کودکی قابل مشاهده است.

### علائم بالینی کاتاراکت

- کاهش تدریجی شفافیت بینایی.
- تاری دید، به‌ویژه در نور کم یا هنگام شب.
- حساسیت به نور و ایجاد هاله در اطراف منابع نور.
- تغییرات مکرر در نمره عینک.
- کاهش توانایی در تشخیص رنگ‌ها.

### ارزیابی و تشخیص پاراکلینیکی کاتاراکت

۱. معاینه دقیق چشمی

استفاده از اسلیت لمپ (Slit-Lamp Biomicroscopy) برای مشاهده دقیق کدورت عدسی.

۲. تست بینایی (Visual Acuity Test): ارزیابی میزان کاهش شفافیت بینایی با چارت اسنلن (Snellen Chart).

۳. اندازه‌گیری حساسیت کنتراست: بررسی توانایی تشخیص تغییرات ظریف در روشنایی اجسام.

۴. رتینوسکوپی و افتالموسکوپی: جهت بررسی شبکیه و عصب بینایی در صورت امکان.

کاتاراکت‌های پیشرفته ممکن است مانع از مشاهده شبکیه شوند.

۵. توپوگرافی و بیومتری چشم: در مواردی که جراحی برنامه‌ریزی شده است، برای تعیین قدرت لنز داخل چشمی (Intraocular Lens - IOL).

## درمان کاتاراکت

هیچ درمان دارویی مؤثری برای جلوگیری یا معکوس کردن کاتاراکت وجود ندارد. درمان اصلی جراحی است.

۱. درمان محافظه کارانه (قبل از جراحی)

- استفاده از عینک یا لنزهای اصلاحی برای بهبود بینایی موقت.
- اجتناب از عواملی که باعث پیشرفت کاتاراکت می‌شوند، مانند اشعه UV.

۲. جراحی کاتاراکت

در صورتی که کاتاراکت بر فعالیت‌های روزمره تأثیر بگذارد، جراحی توصیه می‌شود.

الف) تکنیک‌های جراحی

- فیکوآمولسیفیکاسیون (Phacoemulsification): یک روش استاندارد بوده و توسط امواج اولتراسوند، عدسی کدر شده تخریب و تخلیه می‌شود.
- اکستراکپسولار (Extracapsular Cataract Extraction - ECCE): معمولاً برای کاتاراکت‌های پیشرفته و رسیده‌تر (mature) کاربرد دارد.
- لیزر فمتوئانیه: یک نوع تکنیک پیشرفته با دقت بالا می‌باشد.

ب) کاشت لنز داخل چشمی (IOL): در این روش لنز مصنوعی شفاف به جای عدسی طبیعی کاشته می‌شود. در واقع پس از روش‌های ذکر شده در قسمت "الف" نوبت به استفاده از کاشت لنز داخل چشمی می‌رسد. مگر در موارد خاص که لازم باشد بیمار مدتی به طور موقت یا دائم آفاک یا بدون لنز بماند.

انواع لنزها: تک‌کانونی، چندکانونی، و توریک (برای آستیگماتیسم).

### پیگیری و مراقبت‌های اصلی بعد از جراحی کاتاراکت

- استفاده از قطره‌های ضدالتهاب و آنتی‌بیوتیک برای پیشگیری از عفونت.
- اجتناب از فعالیت‌های سنگین تا بهبودی کامل.
- پیگیری منظم با چشم‌پزشک برای ارزیابی عملکرد لنز و سلامت چشم.
- آموزش در مورد علائم هشداردهنده به بیمار
- آموزش در مورد فعالیت‌های روزانه نظیر استحمام و ... (برای اطلاع بیشتر به دستورالعمل آموزش خود مراقبتی در بیماریهای شایع چشم مراجعه شود)

### پیشگیری و آموزش به بیمار در موارد کاتاراکت

- استفاده از عینک‌های ضد اشعه UV.
- تغذیه غنی از آنتی‌اکسیدان‌ها (میوه‌ها و سبزیجات).

- ترک سیگار و کاهش مصرف الکل.
- معاینات منظم چشمی به‌ویژه در افراد بالای ۵۰ سال.

### دکولمان رتین (جداشدگی شبکیه):

دکولمان رتین یا جداشدگی شبکیه (Retinal Detachment) وضعیتی است که در آن شبکیه، لایه حساس به نور در پشت چشم، از موقعیت طبیعی خود جدا می‌شود. این وضعیت اورژانسی است و می‌تواند منجر به از دست دادن دائمی بینایی شود، مگر اینکه به سرعت درمان شود.

### پاتوفیزیولوژی دکولمان رتین

شبکیه وظیفه دریافت نور و ارسال سیگنال‌های بصری به مغز را بر عهده دارد. در دکولمان، شبکیه از اپیتلیوم رنگدانه‌ای (Retinal Pigment Epithelium - RPE) و لایه‌های تغذیه‌کننده زیرین خود جدا می‌شود. این جداشدگی باعث اختلال در خون‌رسانی و تغذیه شبکیه شده و در صورت عدم درمان، مرگ سلول‌های عصبی و نابینایی دائمی رخ می‌دهد.

### علل و انواع دکولمان رتین

#### ۱. دکولمان رتین رگماتوژن (Rhegmatogenous Retinal Detachment)

شایع‌ترین نوع: ناشی از پارگی یا سوراخ شبکیه.

مایع زجاجیه (Vitreous Humor) از طریق این پارگی وارد فضای زیر شبکیه می‌شود و آن را جدا می‌کند.

#### عوامل خطر:

- پیرچشمی (Posterior Vitreous Detachment - PVD).
- نزدیک‌بینی شدید (Myopia).
- جراحی قبلی کاتاراکت.

#### ۲. دکولمان رتین تراکشنال (Tractional Retinal Detachment)

- ناشی از کشش مکانیکی روی شبکیه.
- معمولاً در بیماران دیابتی با رتینوپاتی پرولیفراتیو (Proliferative Diabetic Retinopathy) دیده می‌شود.

#### ۳. دکولمان رتین اگزوداتیو (Exudative Retinal Detachment)

- به دلیل تجمع مایع زیر شبکیه بدون پارگی به وجود می آید.
- ناشی از بیماری‌های التهابی (مانند یووئیت) یا تومورها (مانند ملانوم کورویئید) می باشد.

### علائم بالینی دکولمان رتین

فلاش‌های نور (Photopsia):

بیمار ممکن است جرقه‌های نوری یا نورهای چشمک‌زن در میدان دید خود احساس کند. این علامت ناشی از کشش یا تحریک مکانیکی شبکیه است.

مگس‌پران و شناورهای بینایی (Floaters):

بیمار سایه‌ها، لکه‌ها یا خطوط شناوری را در میدان دید خود مشاهده می‌کند که ممکن است به‌طور ناگهانی افزایش یابد.

کاهش یا تاری دید:

ممکن است قسمتی از میدان دید، تاری یا مبهم شود. این علامت می‌تواند به‌صورت تدریجی یا ناگهانی رخ دهد.

سایه یا پرده در میدان دید (Shadow or Curtain):

بیمار ممکن است احساس کند پرده‌ای از بالا، پایین، یا کناره وارد میدان دید او می‌شود. این علامت نشان‌دهنده پیشرفت دکولمان است.

از دست دادن دید محیطی:

دید جانبی کاهش می‌یابد و در صورت عدم درمان، این کاهش ممکن است به مرکز میدان دید نیز گسترش یابد.

### تشخیص پاراکلینیکی دکولمان رتین

۱. معاینه چشم با اسلیت لمپ (Slit-Lamp Examination):

- برای بررسی شبکیه و زجاجیه به‌کار می‌رود.
- ممکن است با این روش پارگی یا سوراخ‌های شبکیه مشخص شود.

۲. افتالموسکوپی غیر مستقیم:

با استفاده از لنزهای مخصوص و نور قوی برای مشاهده دقیق شبکیه و ارزیابی دکولمان و پارگی‌ها استفاده می‌شود.

### ۳. سونوگرافی چشم (B-Scan Ultrasound):

در مواردی که دید به دلیل کدورت زجاجیه (مانند خونریزی) محدود است، سونوگرافی می‌تواند مفید باشد. می‌تواند جداسدگی شبکیه و میزان آن را مشخص کند.

### ۴. OCT (Optical Coherence Tomography):

بیشتر برای بررسی جداسدگی‌های کوچک‌تر یا بررسی نواحی مرکزی شبکیه (ماکولا) کاربرد دارد.

### ۵. آنژیوگرافی فلوئورسین:

برای بررسی اغزودای زیر شبکیه در دکولمان اغزوداتیو به کار می‌رود.

## ۱. درمان‌های جراحی دکولمان رتین

### الف) رتینوپکسی با گاز (Pneumatic Retinopexy):

- برای دکولمان‌های کوچک و ساده مناسب است.
- تزریق گاز به داخل چشم (حفره زجاجیه) برای فشار آوردن به شبکیه و چسباندن آن به لایه‌های زیرین صورت می‌گیرد.
- برای بستن پارگی همراه با لیزر یا کرایوتراپی انجام می‌شود.

### ب) ویتراکتومی (Vitrectomy):

- برای کاهش کشش روی شبکیه، زجاجیه کشیده‌شده یا خونریزی کرده برداشته می‌شود.
- برای تثبیت شبکیه، تزریق گاز یا روغن سیلیکون صورت می‌گیرد.
- مناسب برای دکولمان‌های پیچیده یا همراه با کشش (مانند دیابت).

### ج) اسکلرال باکل (Scleral Buckling):

- عبارت از قرار دادن نواری سیلیکونی روی سطح خارجی چشم (اسکلرا) برای کاهش کشش روی شبکیه و کمک به اتصال مجدد آن می‌باشد.
- معمولاً در دکولمان‌های ناشی از پارگی کاربرد دارد.

## درمان‌های کمکی در دکولمان رتین

لیزر فتوکواگولاسیون:

- در این روش، از لیزر برای ایجاد جای زخم در اطراف پارگی یا سوراخ شبکیه و جلوگیری از گسترش دکولمان استفاده می‌شود.
- بیشتر در مراحل اولیه و قبل از جدا شدن کامل شبکیه استفاده می‌شود.

### کرایوتراپی (Cryotherapy):

شامل استفاده از سرما برای ایجاد اسکار و بستن پارگی‌ها یا سوراخ‌های شبکیه می‌باشد.

### پیگیری و آموزش‌های خودمراقبتی پس از درمان

- استفاده از داروهای ضدالتهاب و آنتی‌بیوتیک (قطره‌های چشمی): برای کاهش التهاب و پیشگیری از عفونت.
- محدودیت فعالیت‌ها: بیمار باید از فعالیت‌های سنگین و تغییرات سریع وضعیت سر اجتناب کند تا شبکیه در محل خود تثبیت شود.
- پیگیری منظم: معاینات دوره‌ای برای بررسی موفقیت درمان و احتمال بروز عوارض مانند جداشدگی مجدد یا عفونت.

### آموزش خودمراقبتی در دکولمان رتین

#### ۱. مراقبت‌های قبل از جراحی

الف) آمادگی فیزیکی:

- استراحت: بیمار باید فعالیت‌های بدنی سنگین را کاهش دهد تا از گسترش دکولمان جلوگیری شود.
- پرهیز از تغییرات ناگهانی وضعیت سر: خم شدن، بلند کردن اشیای سنگین یا حرکات شدید می‌تواند فشار داخل چشم را افزایش دهد.

ب) مدیریت علائم:

- استفاده از داروها: اگر پزشک داروهای خاصی برای کاهش التهاب یا کنترل فشار داخل چشم تجویز کرده است، بیمار باید طبق دستور مصرف کند.
- پوشیدن محافظ چشم: در صورت تجویز، برای جلوگیری از آسیب‌های احتمالی از محافظ یا شیلد چشم استفاده شود.

ج) آموزش‌های روانی:

- بیمار باید با اهمیت جراحی و احتمال موفقیت آن آشنا شود تا استرس کاهش یابد.
- توضیح درباره مدت زمان بهبودی و نقش همکاری بیمار در موفقیت درمان.

د) تغذیه و داروها:

- پرهیز از مصرف داروهایی که ممکن است خونریزی را تشدید کنند (مانند آسپیرین یا داروهای ضدانعقاد) طبق توصیه پزشک.
- نوشیدن مایعات کافی و رعایت تغذیه سالم برای آماده‌سازی بدن.
- آموزش زمان مناسب NPO قبل از جراحی

### مراقبت‌های پس از درمان (جراحی) دکولمان رتین

۱. وضعیت قرارگیری سر (Positioning):

- در صورتی که گاز یا روغن سیلیکون برای تثبیت شبکیه استفاده شده باشد، پزشک ممکن است وضعیت خاصی برای قرارگیری سر توصیه کند (مانند رو به پایین یا به یک سمت) یا کلا توصیه شود که بیمار دمرو بخوابد.
- رعایت دقیق این وضعیت برای کمک به بازگشت شبکیه به محل طبیعی خود ضروری است.

۲. استفاده از داروها:

- قطره‌های چشمی ضدالتهاب و آنتی‌بیوتیک: برای کاهش التهاب و پیشگیری از عفونت.
- داروهای کاهش فشار داخل چشم: در صورت نیاز، برای جلوگیری از افزایش فشار داخل چشم که می‌تواند به شبکیه آسیب برساند.

۳. محدودیت فعالیت‌ها:

- اجتناب از فعالیت‌های سنگین و ورزش‌های شدید: حداقل به مدت چند هفته پس از جراحی.
- پرهیز از خم شدن و بلند کردن اشیای سنگین: این کار می‌تواند فشار داخل چشم را افزایش دهد.
- پرهیز از سفر هوایی: در صورت استفاده از گاز داخل چشم، تغییر فشار هوا می‌تواند خطرناک باشد.

۴. محافظت از چشم:

- استفاده از محافظ چشم (Eye Shield) هنگام خواب برای جلوگیری از آسیب احتمالی.
- اجتناب از لمس یا فشار دادن چشم.

۵. مدیریت دید:

- ممکن است بینایی پس از جراحی به تدریج بهبود یابد؛ بیمار باید صبور باشد و انتظارات واقع‌بینانه داشته باشد.
- در صورت وجود تاری دید یا کاهش شدید بینایی، بلافاصله به پزشک مراجعه کند.

۶. پیگیری‌های منظم:

مراجعه به پزشک طبق برنامه برای بررسی روند بهبودی و پیشگیری از عوارض مانند:

- جداسدگی مجدد شبکیه.
- افزایش فشار داخل چشم (گلوکوم).
- التهاب یا عفونت داخل چشمی (اندوفتالمیت).

### توصیه‌های عمومی پس از جراحی

- اجتناب از شستن چشم‌ها یا شنا کردن: تا زمانی که پزشک اجازه دهد.
- رعایت تغذیه سالم: مصرف مواد غنی از آنتی‌اکسیدان و ویتامین‌ها برای بهبود سلامت چشم.
- استفاده از عینک آفتابی: برای محافظت از چشم در برابر نور شدید و اشعه ماوراءبنفش.

### نشانه‌های هشداردهنده برای مراجعه فوری به پزشک:

- درد شدید چشم.
- کاهش ناگهانی بینایی.
- قرمزی شدید یا ترشح غیرعادی از چشم.
- افزایش تعداد شناورهای بصری یا فلاش‌های نور.

### تنبلی چشم (Amblyopia):

تنبلی چشم یا آمبلیوپی (Amblyopia) اختلالی است که در آن یک چشم عملکرد طبیعی خود را از دست می‌دهد و بینایی کاهش می‌یابد، حتی اگر چشم از نظر ساختاری سالم باشد. این وضعیت معمولاً در دوران کودکی ایجاد می‌شود و اگر درمان نشود، می‌تواند به کاهش دائمی بینایی منجر شود.

### پاتوفیزیولوژی تنبلی چشم

در کودکان، مغز و چشم‌ها با هم کار می‌کنند تا بینایی طبیعی ایجاد شود. در تنبلی چشم، به دلیل دریافت ورودی نامتعادل یا ضعیف از یک چشم، مغز ترجیح می‌دهد از چشم سالم استفاده کند و ورودی چشم ضعیف را سرکوب می‌کند. این مسئله باعث می‌شود مسیرهای عصبی مربوط به چشم ضعیف به درستی توسعه پیدا نکنند.

## علل تنبلی چشم

آنیزومتروپیا (Anisometropia): اختلاف در عیوب انکساری بین دو چشم.

یک چشم ممکن است نزدیک بین، دور بین یا آستیگمات باشد و چشم دیگر طبیعی یا دارای عیب انکساری کمتر.

استرابیسم (Strabismus): انحراف چشم‌ها (چشم چپ یا راست به داخل، خارج، بالا یا پایین منحرف می شود). مغز برای جلوگیری از دوبینی، چشم منحرف را سرکوب می کند.

انسداد مسیر بینایی: مانند افتادگی پلک (Ptosis)، آب مروارید مادرزادی یا هر مانعی که از ورود نور به شبکیه جلوگیری کند.

## علائم بالینی تنبلی چشم

- کاهش بینایی در یک چشم بدون علت واضح ساختاری.
- عدم تطابق دید بین دو چشم.
- انحراف چشم (استرابیسم).
- مشکلاتی در تشخیص عمق (Depth Perception).
- چرخش سر یا پلک زدن بیش از حد برای بهتر دیدن.

تشخیص پاراکلینیکی تنبلی چشم

۱. معاینه کامل چشم:

اندازه گیری بینایی (Visual Acuity) برای تعیین اختلاف دید بین دو چشم.

۲. بررسی عیوب انکساری (Refraction Test):

برای تشخیص این که نیاز به عینک وجود دارد یا خیر کاربرد دارد.

در کودکان از قطره های سیکلوپلژیک برای دقیق تر شدن نتایج استفاده می شود.

۳. تست استرابیسم:

شامل Cover Test و بررسی حرکات چشمی برای شناسایی انحرافات چشم می باشد.

۴. بررسی ساختارهای چشم:

جهت اطمینان از عدم وجود مشکلات ساختاری مانند آب‌مروراید، بیماری شبکیه یا عصب بینایی استفاده می‌شود.

### درمان تنبلی چشم

۱. اصلاح عیوب انکساری: استفاده از عینک یا لنزهای تماسی برای تصحیح اختلاف انکساری و ایجاد ورودی متعادل به مغز از هر دو چشم.

۲. بستن چشم سالم (Occlusion Therapy): استفاده از پوشش چشمی روی چشم سالم برای تحریک مغز به استفاده از چشم ضعیف.

مدت زمان بستن بسته به شدت تنبلی و سن کودک متفاوت است.

۳. درمان با قطره آتروپین: قطره آتروپین در چشم سالم برای تار کردن دید آن و مجبور کردن مغز به استفاده از چشم ضعیف.

۴. درمان استرابیسم: در صورت وجود انحراف چشم، جراحی یا استفاده از عینک مخصوص ( Prism Glasses) برای اصلاح انحراف.

۵. تمرین‌های بینایی (Vision Therapy): تمرین‌های خاص برای بهبود هماهنگی و قدرت چشم ضعیف.

### مراقبت‌های پس از درمان و آموزش خودمراقبتی در تنبلی چشم

الف) همکاری والدین:

اطمینان از استفاده منظم از پوشش چشمی یا عینک طبق دستور پزشک.

تشویق کودک به انجام فعالیت‌هایی که نیاز به تمرکز چشم ضعیف دارند، مانند نقاشی، پازل یا بازی‌های رایانه‌ای.

ب) پیگیری‌های منظم:

معاینات دوره‌ای برای ارزیابی پیشرفت درمان و تنظیم مدت زمان بستن چشم سالم یا استفاده از داروها.

ج) آگاهی از نشانه‌های بازگشت:

والدین باید به هر گونه کاهش بینایی یا علائم بازگشت تنبلی چشم توجه کنند و در صورت لزوم به پزشک مراجعه کنند.

(د) پیشگیری از عود:

ادامه استفاده از عینک یا لنزها حتی پس از اتمام درمان.

تقویت هر دو چشم با تمرین‌های دیداری مناسب.

### علائم بازگشت تنبلی چشم (Amblyopia Recurrence)

بازگشت تنبلی چشم می‌تواند پس از اتمام درمان، به‌ویژه در سال‌های اولیه دوران کودکی رخ دهد. این امر به دلیل عدم تثبیت کامل بینایی یا توقف زودهنگام درمان اتفاق می‌افتد. آگاهی از علائم بازگشت برای والدین و پزشکان ضروری است.

### علائم بازگشت تنبلی چشم

• کاهش مجدد بینایی در چشم تحت درمان:

ممکن است کودک دوباره از چشم ضعیف استفاده نکند و بینایی در آن چشم کاهش یابد.

این کاهش می‌تواند تدریجی یا ناگهانی باشد.

• مشکلات تشخیص عمق (Depth Perception):

کودک ممکن است دوباره در تشخیص فاصله یا عمق دچار مشکل شود. نمونه‌های آن شامل اشتباه در برداشتن اشیاء یا برخورد با موانع است.

• بازگشت انحراف چشم (استرابیسم):

ممکن است چشم ضعیف دوباره منحرف شود (به داخل یا خارج)، که نشانه‌ای از کاهش عملکرد مغز در استفاده از آن است.

• رفتارهای غیرطبیعی دیداری:

(a) کودک ممکن است سر خود را به یک سمت بچرخاند یا کج کند تا دید بهتری داشته باشد.

(b) پلک زدن یا بستن یک چشم هنگام تلاش برای تمرکز.

• شکایت از تاری دید یا خستگی چشم:

(a) کودک ممکن است از دید تاری یا ناتوانی در دیدن واضح اشیاء در فاصله نزدیک یا دور شکایت کند.

(b) خستگی چشمی در حین مطالعه یا فعالیت‌های دیداری دقیق.

• کاهش علاقه به فعالیت‌های دیداری:

کاهش تمایل به انجام فعالیت‌هایی که نیاز به تمرکز بینایی دارند (مانند نقاشی، خواندن یا بازی‌های دیداری).

### عوامل خطر برای بازگشت تنبلی چشم

- توقف زودهنگام درمان:

اگر درمان (مانند بستن چشم سالم یا استفاده از دارو) پیش از تثبیت کامل بینایی متوقف شود، خطر بازگشت افزایش می‌یابد.

- عدم رعایت دستورات پزشک:

(a) استفاده نکردن از عینک یا لنزهای تجویز شده.

(b) عدم استفاده صحیح از پوشش چشمی یا دارو.

- سن کم هنگام اتمام درمان:

کودکان زیر ۸ سال که درمان آن‌ها زود تمام شده باشد، بیشتر در معرض بازگشت هستند.

- وجود استرایبسم پایدار یا عیوب انکساری شدید:

این موارد خطر بازگشت را افزایش می‌دهند.

- عدم پیگیری‌های منظم:

عدم مراجعه به چشم‌پزشک برای ارزیابی وضعیت چشم‌ها پس از درمان.

### اقدامات پیشگیرانه برای جلوگیری از بازگشت تنبلی چشم (Amblyopia Recurrence)

جلوگیری از بازگشت تنبلی چشم پس از درمان موفق، نیازمند پیگیری‌های منظم، رعایت دقیق توصیه‌های پزشک، و تقویت استفاده از هر دو چشم است. آموزش‌هایی که به والدین کودک داده می‌شود شامل موارد ذیل است:

۱. پیگیری‌های منظم پزشکی و معاینات دوره‌ای چشم‌پزشکی:

- مراجعه به پزشک طبق برنامه زمانی تعیین شده (معمولاً هر ۳ تا ۶ ماه در سال اول پس از درمان و سپس سالانه).
- ارزیابی وضعیت بینایی هر دو چشم و تشخیص زودهنگام علائم بازگشت.
- بررسی عیوب انکساری:
- به‌روز کردن نمره عینک یا لنز در صورت نیاز.
- کنترل دقیق مشکلات انکساری مانند نزدیک‌بینی، دوربینی، یا آستیگماتیسم.

۲. استفاده مستمر از عینک یا لنزهای تجویز شده

- کودکان باید عینک یا لنز طبی خود را به صورت مداوم استفاده کنند، حتی اگر درمان تنبلی چشم موفقیت‌آمیز بوده باشد.
- تصحیح دائمی عیوب انکساری به کاهش خطر بازگشت کمک می‌کند.

۳. تداوم تمرینات بینایی (Vision Therapy)

انجام تمرینات تقویتی برای چشم ضعیف، حتی پس از درمان.

این تمرینات شامل؛

فعالیت‌های تمرکزی: مانند نقاشی، خواندن یا بازی‌هایی که نیاز به دقت بصری دارند.

تمرینات هماهنگی چشم و دست: مانند چیدن پازل یا پرتاب توپ.

۴. ادامه استفاده از پوشش چشمی (Patch Therapy) در موارد خاص

- اگر پزشک توصیه کند، ممکن است استفاده از پوشش چشمی به صورت کاهش یافته یا taper ادامه پیدا کند (مانند چند ساعت در هفته).
- این روش به تثبیت استفاده از چشم ضعیف کمک می‌کند.

۵. مدیریت استرابیسم (انحراف چشم)

- استفاده از عینک‌های منشوری (Prism Glasses): برای اصلاح دید و کاهش انحراف چشم.
- درمان‌های جراحی یا غیرجراحی: در صورت باقی ماندن یا بازگشت انحراف چشم، ممکن است اقدامات جراحی یا تمرینات بینایی اضافی نیاز باشد.

۶. نظارت والدین و ایجاد انگیزه در کودک

- تشویق کودک به استفاده از چشم ضعیف:
- انجام بازی‌ها یا فعالیت‌هایی که چشم ضعیف را به چالش می‌کشد.
- فراهم کردن بازی‌های رایانه‌ای مناسب برای تقویت بینایی.
- نظارت بر استفاده صحیح از عینک یا پوشش چشمی:
- والدین باید مطمئن شوند که کودک دستورات پزشک را رعایت می‌کند.

۷. تقویت سبک زندگی سالم

- رعایت تغذیه مناسب:

مصرف غذاهای غنی از ویتامین A، C و E، روی، و اسیدهای چرب امگا ۳ برای تقویت سلامت چشم.

- محافظت از چشم‌ها:

جلوگیری از آسیب‌های فیزیکی به چشم‌ها و استفاده از محافظ در فعالیت‌های پرخطر.  
• جلوگیری از خستگی چشم:

محدودیت زمان استفاده از دستگاه‌های دیجیتال مثل موبایل و کامپیوتر:

## ساب کونژ هموراژیک:

### تعریف

ساب کونژ هموراژیک (Subconjunctival hemorrhage) به خونریزی زیر ملتحمه چشم اطلاق می‌شود. ملتحمه غشای شفاف است که قسمت سفید چشم و داخل پلک را می‌پوشاند. در این عارضه، رگ‌های خونی کوچک زیر این غشا پاره شده و باعث ایجاد لکه قرمز رنگی در سفیدی چشم می‌شوند.

### علل

تروما: ضربه مستقیم به چشم، سرفه‌های شدید، استفراغ، بلند کردن اجسام سنگین

افزایش فشار خون: فشار خون بالا می‌تواند باعث پارگی رگ‌های خونی شود.

دیابت: دیابت باعث تضعیف و آسیب‌پذیری رگ‌های خونی می‌شود.

اختلالات انعقادی خون: برخی بیماری‌ها مانند هموفیلی می‌توانند خطر خونریزی را افزایش دهند.

مصرف برخی داروها: داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی (NSAIDs) و داروهای رقیق‌کننده خون مانند آسپرین می‌توانند ریسک خونریزی را افزایش دهند.

### علائم

لکه قرمز در سفیدی چشم: این لکه می‌تواند کوچک یا بزرگ، گرد یا نامنظم باشد.

احساس جسم خارجی در چشم: برخی بیماران ممکن است احساس کنند که چیزی در چشم آن‌ها وجود دارد.

قرمزی و التهاب چشم: اطراف لکه قرمز ممکن است ملتهب و قرمز شود.

تاری دید: در موارد شدید ممکن است تاری دید رخ دهد.

### تشخیص

تشخیص ساب کونژ هموراژیک معمولاً بر اساس معاینه بالینی چشم انجام می‌شود. پزشک با استفاده از ( slit lamp) می‌تواند خونریزی را به خوبی مشاهده کند.

## درمان

در اکثر موارد، ساب کونژ هموراژیک خود به خود بهبود می‌یابد و نیاز به درمان خاصی ندارد. با این حال، در موارد شدید یا تکراری ممکن است نیاز به بررسی‌های بیشتر و درمان‌های زیر باشد:

استراحت: بیمار باید از فعالیت‌های سنگین و خم شدن به جلو خودداری کند.

کمپرس سرد: استفاده از کمپرس سرد می‌تواند به کاهش التهاب کمک کند.

قطره‌های چشمی: پزشک ممکن برای کاهش التهاب و تسکین علائم، قطره‌های چشمی تجویز کند.

## مراقبت‌های پرستاری در ساب کونژ هموراژیک

تسکین درد: در صورت وجود درد، می‌توان از مسکن‌های خوراکی استفاده کرد.

## آموزش بیمار در مورد ساب کونژ هموراژیک:

به بیمار آموزش دهید که چگونه از چشم خود مراقبت کند و از فعالیت‌های سنگین خودداری کند.

نحوه استفاده صحیح از قطره‌های چشمی را به بیمار آموزش دهید.

به بیمار توصیه کنید از مالش چشم‌ها خودداری کند.

بیمار را در مورد علائم هشداردهنده مانند افزایش درد، تاری دید شدید، حساسیت به نور و ترشحات چشم آگاه کنید.

## عوارض

ساب کونژ هموراژیک معمولاً عارضه‌ای جدی ایجاد نمی‌کند. با این حال، در موارد نادر ممکن است عوارضی مانند عفونت چشم یا افزایش فشار داخل چشمی رخ دهد.

## مراحل جذب هماتوم در ساب کونژ هموراژیک به طور کلی به شرح زیر است:

لخته شدن خون:

بلافاصله پس از پارگی رگ، پلاکت‌ها و عوامل انعقادی خون به محل آسیب دیده می‌آیند و لخته‌ای را تشکیل می‌دهند تا خونریزی را متوقف کنند. این لخته به شکل یک لکه قرمز در سفیدی چشم دیده می‌شود.

تغییر رنگ لخته:

با گذشت زمان، هموگلوبین موجود در گلبول‌های قرمز خون در لخته تجزیه شده و رنگ لخته تغییر می‌کند. ابتدا لخته قرمز رنگ است، سپس به رنگ آبی تیره و در نهایت به رنگ سبز یا زرد تغییر رنگ می‌دهد. این تغییر رنگ نشان‌دهنده‌ی فرایند جذب لخته است.

فاگوسیتوز:

سلول‌های سیستم ایمنی به نام فاگوسیت‌ها به محل لخته مهاجرت کرده و قطعات شکسته شده هموگلوبین و سلول‌های خونی مرده را می‌بلعند و تجزیه می‌کنند.

آنژیوژنز:

رگ‌های خونی جدید در محل لخته تشکیل می‌شوند تا خون‌رسانی به این ناحیه را بهبود بخشند. این رگ‌های جدید به جذب بقایای لخته کمک می‌کنند.

بازسازی بافت:

سلول‌های بافت همبند به محل لخته مهاجرت کرده و بافت جدیدی را تشکیل می‌دهند تا جایگزین بافت آسیب دیده شوند.

### عوامل موثر بر سرعت جذب هماتوم:

اندازه هماتوم: هماتوم‌های بزرگ‌تر زمان بیشتری برای جذب نیاز دارند.

سلامت عمومی فرد: افرادی که سیستم ایمنی قوی‌تری دارند، سریع‌تر هماتوم را جذب می‌کنند.

تغذیه: مصرف مواد غذایی حاوی ویتامین K و آهن به فرایند انعقاد خون و جذب هماتوم کمک می‌کند.

مصرف دارو: برخی داروها مانند آسپرین و وارفارین می‌توانند روند جذب هماتوم را کندتر کنند.

### استرابیسم:

استرابیسم یا انحراف چشم، اختلال شایعی است که بر اساس آن چشم‌ها به طور هم‌زمان به یک نقطه واحد نگاه نمی‌کنند.

## انواع استرابیسم و دلایل آن

استرابیسم به دو دسته اصلی مادرزادی و اکتسابی تقسیم می‌شود.

**استرابیسم مادرزادی:** این نوع استرابیسم از بدو تولد یا اوایل کودکی وجود دارد و معمولاً به دلایل ارثی، عصبی یا عضلانی رخ می‌دهد.

**استرابیسم اکتسابی:** این نوع استرابیسم در طول زندگی فرد به دلایلی مانند ضربه به چشم، بیماری‌های عصبی، برخی داروها یا مشکلات انکساری مانند نزدیک‌بینی یا دوربینی ایجاد می‌شود.

انواع استرابیسم بر اساس جهت انحراف:

**اگزوتروپی:** انحراف چشم به سمت خارج (چشم‌ها به سمت بیرون می‌چرخند).

**ازوتروپی:** انحراف چشم به سمت داخل (چشم‌ها به سمت بینی می‌چرخند).

**هیپرتروپی:** انحراف چشم به سمت بالا.

**هیپوتروپی:** انحراف چشم به سمت پایین.

**اتیولوژی استرابیسم (علل ایجاد)**

عوامل عصبی: اختلالات در سیستم عصبی مرکزی یا محیطی، مانند فلج عصب ششم مغزی، آسیب‌های مغزی و تومورهای مغزی.

عوامل عضلانی: اختلالات در عضلات خارج چشمی، مانند ضعف عضلانی، فیبروزی عضلات و عدم تعادل عضلانی.

عوامل انکساری: تفاوت در قدرت انکساری دو چشم (نزدیک‌بینی، دوربینی، آستیگماتیسم) می‌تواند باعث استرابیسم شود.

عوامل سیستمیک: برخی بیماری‌های سیستمیک مانند دیابت، تیروئید و بیماری‌های خود ایمنی نیز می‌توانند با استرابیسم همراه باشند.

عوامل ژنتیکی: استعداد ژنتیکی در برخی انواع استرابیسم نقش دارد.

**پاتوفیزیولوژی استرابیسم**

دید دوچشمی: در شرایط طبیعی، مغز دو تصویر جداگانه‌ای که از هر چشم دریافت می‌کند، ترکیب کرده و یک تصویر سه بعدی ایجاد می‌کند. در استرابیسم، به دلیل عدم همراستایی چشم‌ها، مغز نمی‌تواند این دو تصویر را به درستی ترکیب کند.

مکانیسم‌های تطبیقی مغز: مغز برای جبران استرابیسم، مکانیسم‌های تطبیقی مختلفی را به کار می‌گیرد که ممکن است منجر به آمبلیوپی (تنبلی چشم) شود.

نقش عضلات خارج چشمی: عضلات خارج چشمی نقش کلیدی در حرکت چشم‌ها دارند و اختلال در عملکرد آن‌ها می‌تواند باعث استرابیسم شود.

### تشخیص و ارزیابی استرابیسم

معاینه بالینی: شامل بررسی حرکت چشم‌ها، اندازه مردمک، وجود انعکاس قرنیه و اندازه‌گیری زاویه انحراف. آزمایش‌های پاراکلینیکی: شامل بررسی میدان بینایی، اندازه‌گیری قدرت انکساری، توموگرافی همدوسی اپتیکی (OCT) و تصویربرداری رزونانس مغناطیسی (MRI).

ارزیابی بینایی دوچشمی: برای بررسی توانایی ادغام تصاویر دو چشم و درک عمق.

درمان استرابیسم

درمان غیر جراحی: شامل عینک، لنزهای تماسی، تمرینات چشمی، پلئوپتیک (بستن چشم قوی‌تر)، پنالتی اپتیکی و درمان دارویی.

جراحی: شامل اصلاح طول عضلات خارج چشمی، انتقال عضلات و سایر روش‌های جراحی.

درمان‌های نوین: شامل تزریق بوتاکس، درمان‌های عصبی و جراحی‌های کم‌تهاجمی.

### عوارض استرابیسم و اهمیت تشخیص زودهنگام

چنانچه استرابیسم به موقع درمان نشود، می‌تواند عوارض جدی زیر را به دنبال داشته باشد:

آمبلیوپی (تنبلی چشم): کاهش بینایی در یکی از چشم‌ها به دلیل عدم استفاده صحیح از آن.

دوبینی: دیدن دو تصویر از یک شیء.

کاهش عمق دید: مشکل در تشخیص فاصله اشیاء.

مشکلات روانی-اجتماعی: کاهش اعتماد به نفس، مشکل در برقراری ارتباط و انزوای اجتماعی.

تشخیص زودهنگام استراییسم از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، زیرا در این صورت امکان درمان مؤثرتر و کاهش عوارض وجود دارد.

### یووئیت Uveitis

لایه میانی چشم (بافتی عروقی است) که بین شبکیه و صلبیه قرار گرفته است و شامل عنبیه، جسم مژگانی و مشیمیه می‌باشد و یووه‌آ نام دارد. یووئیت یک اصطلاح عمومی است که برای التهاب سیستم یووه‌آ به کار برده می‌شود. التهاب ممکن است یک یا هر سه لایه یووه‌آ را درگیر کند. هنگامی که یووه‌آ در عنبیه ملتهب شود بدان آیریت (iritis) می‌گویند و هنگامی که یووه‌آ در ناحیه میانی چشم ملتهب شود و التهاب جسم مژگانی را در بر گیرد به آن سیکلیت (cyclitis) می‌گویند اما اگر التهاب در عقب چشم رخ دهد و مشیمیه را نیز تحت تأثیر قرار دهد آن را کوروئیدیت (choroiditis) می‌نامند. پان یووئیت (یووئیت منتشر) التهاب همه قسمت‌های یووه‌آ می‌باشد.

بیشتر عروق خونی تغذیه کننده چشم، در یووه‌آ می‌باشد. التهاب یووه‌آ می‌تواند بر قرنیه، شبکیه، صلبیه و قسمت‌های حیاتی دیگر چشم تأثیرگذارد. از آنجایی که یووه‌آ در مجاورت بسیاری از قسمت‌های مهم چشم قرار دارد لذا التهاب این لایه از چشم ممکن است دید را تهدید نموده و از التهاب‌های شایع‌تر لایه‌های بیرونی چشم شدیدتر باشد.

**علائم:** علائم بستگی به محل درگیری در سیستم یووه‌آ دارد. فتوفوبی، تاری دید، درد و قرمزی (قرمزی دور قرنیه)، اشک‌ریزش، اجسام شناور در میدان بینایی از جمله علائم هستند. یووئیت ممکن است به طور ناگهانی با قرمزی و درد شروع شود، یا به آرامی با کمی درد و تاری دید تدریجی به وجود آید. ممکن است یکطرفه یا دوطرفه باشد. در بیماری‌های عفونی و یووئیت بدون علت غالباً یکطرفه است، در حالی که در بیماری‌های اتوایمیون، اغلب دوطرفه است.

**علل:** در بسیاری از موارد علت ناشناخته است. ویروس (مانند شینگل، مامپس یا هرپس)، قارچ (مانند هیستوپلاسمازموزیس) یا پارازیت (مانند توکسوپلاسمازموزیس) ممکن است باعث ایجاد یووئیت شوند. همچنین یووئیت ممکن است در نتیجه آسیب به چشم یا ناشی از بیماری باشد که در نقاط دیگر بدن رخ داده است (مانند آرتريت). ایجاد التهاب در یک چشم ممکن است در نتیجه آسیب شدید چشم دیگر باشد (یووئیت همدرد Sympathetic).

**تدابیر درمانی:** انجام معاینه دقیق چشم توسط چشم پزشک به هنگام بروز علائم از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. از آنجایی که یووئیت می‌تواند با وجود بیماری در قسمت‌های دیگر بدن همراه باشد، لذا ارزیابی و درک

سلامتی عمومی بیمار حائز اهمیت است. این کار ممکن است نیازمند انجام مشاوره با متخصصین پزشکی دیگر باشد. انجام درمان فوری برای به حداقل رساندن هرگونه کاهش بینایی ضروری است. برای کاهش التهاب و درد، از قطره‌های چشمی به ویژه استروئیدها و گشادکننده‌های مردمک استفاده می‌شود. در التهاب‌های عمیق‌تر استفاده از داروهای خوراکی یا تزریقی ممکن است ضروری باشد. عوارضی همچون گلوکوم (افزایش فشار چشم)، کاتاراکت (کدر شدن عدسی چشم) یا تشکیل عروق خونی جدید نیز ممکن است طی بیماری به درمان نیاز داشته باشند در صورت پیشرفت عوارض، انجام جراحی یا لیزر ممکن است لازم باشد.

اگر یووئیت در قسمت جلو یا میانی چشم به وجود آید به طور شایع شروع ناگهانی خواهد داشت و معمولاً شش تا هشت هفته به طول خواهد انجامید و در مراحل اولیه می‌توان آن را با استفاده مرتب از قطره‌ها کنترل نمود، غالباً برای این نوع یووئیت نمی‌توان دلیل ویژه‌ای در نظر گرفت. اما یووئیتی که در قسمت عقب چشم رخ می‌دهد، به طور شایع آهسته‌تر شروع می‌شود و ممکن است بیشتر به طور انجماد و غالباً درمان آن مشکل‌تر است.

## کراتیت

**علل:** کراتیت (Keratitis) بیماری التهاب قرنیه است، که ممکن است به دنبال عفونت‌های ویرال و میکروبی ایجاد شود. در موارد غیرعفونی ممکن است در اثر جراحت و آسیب نسبتاً خفیف مثل خراشیدگی با ناخن، استفاده طولانی مدت از لنزهای چشمی، ایسکمی، آلرژی، کمبود ویتامین A، کاهش حس قرنیه، اشکال در جریان اشک، قرار گرفتن در معرض هوا و عوامل محرک، بی‌کفایتی پلک‌ها در پوشاندن قرنیه و بیرون‌زدگی چشم ناشی از اگزوفتالمی به وجود آید. در صورتی که این وضعیت درمان نشود، ممکن است منجر به سوراخ‌شدگی قرنیه یا لکوم قرنیه شود.

**علائم:** درد چشم، حساسیت به نور، اشک و آبریزش از چشم، آب‌سیاه، زخم شدن قرنیه، تشکیل جوشگاه دائمی در چشم و در موارد شدید، از دست دادن بینایی هستند.

**درمان:** با درمان زود هنگام، انواع التهاب قرنیه قابل‌معالجه هستند. تشخیص قطعی التهاب قرنیه با معاینه تخصصی چشم صورت می‌گیرد.

درمان کراتیت عفونی، با آنتی‌بیوتیک یا ضدقارچ صورت می‌گیرد. در صورتی که عامل کراتیت عفونی نباشد، اساس درمان پیشگیری از خشک شدن قرنیه است. در موارد خفیف، استفاده از اشک مصنوعی و پمادهای چشمی، مفید خواهد بود.

در موارد شدید می‌توان از کنتاکت لنز نرم کمک گرفت. ممکن است در مواردی مثل کاهش حس قرنیه و بیرون زدگی چشم عمل تارسورافی ضرورت پیدا کند.

به هیچ عنوان نباید به طور خودسرانه، از قطره چشمی کورتونی استفاده کرد چون این کار ممکن است بیماری را تشدید کرده و یا حتی باعث سوراخ شدن قرنیه شود.

## بلغاریت

بلغاریت، التهاب مزمن لبه پلک‌هاست. این بیماری پوست لبه پلک‌ها را درگیر می‌کند. التهاب معمولاً دوطرفه است. معمولاً زمانی که غدد چربی کوچکی که در لبه پلک‌ها قرار دارند؛ عملکرد طبیعی نداشته باشند، بلغاریت ایجاد می‌شود. **علل:** از علل شایع می‌توان عفونت‌های استافیلوکوکی یا استرپتوکوکی، شوره سر، آلرژی، فقر بهداشتی و آلودگی مژه‌ها با شپش را نام برد. بلغاریت در اغلب موارد مزمن بوده و درمان آن مشکل است. اگرچه بلغاریت مزاحم و آزار دهنده است اما باعث آسیب بینایی نمی‌شود.

### علائم و نشانه‌ها:

- قرمزی چشم و اشکریزش
- احساس شن ریزه و سوزش در چشم
- خارش پلک‌ها
- قرمزی و تورم لبه پلک‌ها
- پوسته پوسته شدن پوست اطراف چشم‌ها
- فتوفوبی، خارش و سوزش چشم به ویژه در هنگام تابش اشعه خورشید و یا مطالعه مداوم
- ریختن مژه‌ها
- سوزش و درد صبحگاهی غالباً نشان‌دهنده آلودگی به استافیلوکوک است.

**درمان:** درمان بلغاریت ممکن است مشکل باشد. درمان شامل رعایت کامل بهداشت پلک، نظافت منظم ناحیه پلک، برای کنترل علائم و نشانه‌ها و جلوگیری از عوارض است. اگر مشکلاتان برطرف نشد به پزشک مراجعه کنید. پزشک ممکن است پماد آنتی بیوتیک تجویز کند. در موارد شدید، ممکن است قطره‌های آنتی بیوتیک یا استیروئید (کورتون) تجویز شود. اگر بلغاریت ناشی از یک عامل زمینه‌ای نظیر شوره یا آکنه روزاسه باشد، درمان بیماری زمینه‌ای می‌تواند باعث بهبود علائم بلغاریت شود.

**عوارض احتمالی:** از عوارض احتمالی، می‌توان زخم حاشیه پلک‌ها، کراتیت، التهاب وزیکولی ملتحمه و قرنیه، برگشتگی مژه به داخل، زخم قرنیه، واسکولاریزاسیون قرنیه، برگشتگی پلک‌ها به داخل و خارج و ابتلای مکرر به شالازیون، کونژنکتویت و گل مژه را نام برد.

**مراقبت های فردی:** به بیمار آموزش داده شود که جهت پیشگیری و برطرف کردن عفونت و پوسته‌ها حاشیه پلک‌های خود را هر شب با شامپو بچه تمیز کند. در وضعیت‌های شدید می‌توان از پمادهای آنتی بیوتیک به مدت ۲ تا ۳ بار در روز استفاده کرد. در مورد نوع سبورئیک و آلرژیکی پماد استروئیدی ضرورت دارد. در صورتی که درمانیت سبوره وجود دارد، می‌توان از شامپوهای سولفید سلنیوم جهت شستشوی سر و ابرو به طور روزانه و یا دو بار در هفته استفاده کرد. در صورت سوزش و یا خارش، روزانه دو تا سه بار از کمپرس سرد نیز استفاده نماید. با کاهش نشانه‌ها دفعات شستشو به تدریج کاهش می‌یابد تا بالاخره به دو بار در هفته ادامه پیدا کند. حتی با درمان موفق عود شایع است. با بهداشت و تمیزی دقیق پلک می‌توان بیماری را تحت کنترل درآورد.

### شالازیون

التهاب مزمن استریل و گرانولوماتوز غدد میبومین می‌باشد که باعث انسداد مجرای این غدد می‌شود.

**علل:** شالازیون معمولاً یک واکنش التهابی در برابر ترشحات چربی به‌دام افتاده می‌باشد و باکتری در ایجاد آن نقشی ندارد، هرچند ممکن است شالازیون به‌طور ثانویه دچار عفونت باکتریایی شود. شالازیون در مقایسه با گل‌مژه، دورتر از لبه پلک روی می‌دهد (گرچه می‌توان تورم تدریجی را در نزدیکی لبه پلک حس کرد) و نوک آن بیش‌تر به سمت داخل یا به طرف بینی است. شالازیون گاهی می‌تواند باعث تورم ناگهانی کامل پلک گردد.

**درمان:** شالازیون کوچک و بدون علامت ممکن است خودبه‌خود برطرف شود، اما معمولاً بدون درمان از بین نمی‌رود. اگر شالازیون بزرگ باشد ممکن است با مختل کردن شکل چشم و ایجاد آستیگماتیسم، باعث تاری دید شود. شالازیون ممکن است با یکی یا ترکیبی از روش‌های زیر درمان گردد:

- قطره آنتی بیوتیک و قطره یا تزریق استروئید
- کمپرس گرم: کمپرس گرم ممکن است به شیوه‌های گوناگون به کار گرفته شود. ساده‌ترین روش، قرار دادن پارچه حوله‌ای تمیز و خیس شده با آب گرم بر روی پلک بسته، به مدت ۱۰-۵ دقیقه، ۳-۴ بار در روز می‌باشد. برای دستیابی به حرارت کافی، پارچه حوله‌ای را چندین بار با آب گرم خیس کنید.
- ماساژ یا فشار دادن ترشحات غده‌ای
- جراحی: عمل جراحی شالازیون جهت خارج کردن ترشحات، معمولاً از پشت پلک انجام می‌شود.

شالازیون معمولاً به درمان خوب جواب می‌دهد، اما برخی مستعد تشکیل دوباره شالازیون هستند که در این افراد باید علت آن برطرف گردد. از آن جا که عمل جراحی مکرر شالازیون می‌تواند سبب اختلالات اشک و مضرات دیگر شود، ادامه درمان ضروری است. چنانچه شالازیون چندین بار در یک ناحیه ایجاد شود، چشم‌پزشک ممکن است برای بررسی از نظر مشکلات جدی‌تر، اقدام به نمونه‌برداری (بیوپسی) نماید.

### ناخنک

ناخنک (تریژیوم)، رشد بافت همبند همراه با بافت عروقی است که قرنیه (لایه شفاف جلوی چشم) را مورد تهاجم قرار می‌دهد. ناخنک در واقع فرایندی غیرطبیعی است که طی آن ملتحمه (غشایی که سفیدی چشم را می‌پوشاند) به روی قرنیه رشد می‌کند. ناخنک می‌تواند کوچک باشد یا این که به اندازه ای رشد نماید که با بینایی تداخل پیدا کند.

**علل:** علت دقیق آن به خوبی شناخته نشده است. ناخنک اغلب در افرادی که بسیاری از وقت خود را خارج از منزل سپری می‌کنند، به ویژه در آب و هوای آفتابی، روی می‌دهد. به نظر می‌رسد که قرار گرفتن در معرض نور آفتاب به ویژه پرتو فرابنفش به مدت طولانی، خشکی و غبار نقش مهمی در ایجاد این بیماری داشته باشند.

**درمان:** اگر ناخنک قرمز و ملتهب شود می‌توان از قطره و پماد چشمی ضدالتهاب استفاده نمود تا میزان التهاب کاهش یابد. در موارد زیر می‌توان ناخنک را به روش جراحی برداشت:

- ناخنک به اندازه ای بزرگ شده باشد که باعث بسته شدن مسیر بینایی گردد.
- در اثر رشد روی قرنیه، ایجاد آستیگماتیسم با درجه بالا نماید.
- نمای ظاهری ناخوشایندی داشته باشد.

ناخنک با وجود جراحی مناسب، ممکن است (به ویژه در افراد جوان) عود نماید. گاهی برای جلوگیری از عود ناخنک، از پرتودرمانی سطحی یا داروهای خاصی در حین عمل و یا پیوند ملتحمه از قسمت سالم بر روی منطقه‌ای که ناخنک برداشته شده است، استفاده می‌شود. محافظت چشم‌ها از میزان بیش از حد پرتو فرابنفش با استفاده از عینک‌های آفتابی مناسب و جلوگیری از خشکی چشم و رسیدن غبار به آن نیز ممکن است مفید باشد.

انسداد و التهاب مجرای اشکی (Dacryostenosis) و (Dacryocystitis)

## ۱. انسداد مجرای اشکی: (Dacryostenosis)

تعریف: انسداد مجرای اشکی حالتی است که مسیر تخلیه اشک از چشم به بینی مسدود می‌شود. این وضعیت معمولاً باعث اشک‌ریزش مداوم (Epiphora) و تجمع اشک در چشم می‌شود.

علل شایع:

مادرزادی: شایع‌ترین علت در نوزادان، که به دلیل تکامل ناقص سیستم اشکی رخ می‌دهد.

عفونت یا التهاب مزمن: می‌تواند مجرا را مسدود کند.

تروما: آسیب به مجرای اشکی یا ساختارهای اطراف.

تومورها یا رشد بافت‌های غیرطبیعی.

سالخوردگی: کاهش کارایی مجاری اشکی.

## ۲. التهاب مجرای اشکی: (Dacryocystitis)

تعریف: التهاب یا عفونت کیسه اشکی به دلیل انسداد سیستم تخلیه اشک، که منجر به تجمع باکتری‌ها و عفونت می‌شود

علائم شایع:

درد، تورم، و قرمزی در ناحیه داخلی گوشه چشم.

ترشح چرکی از چشم.

اشک‌ریزش شدید.

گاهی اوقات ممکن است فرد دچار تب یا علائم عمومی عفونت شود.

تشخیص انسداد و التهاب مجرای اشکی:

معاینه بالینی: پزشک تورم، قرمزی، و حساسیت ناحیه گوشه داخلی چشم را بررسی می‌کند.

تست اشکی: بررسی جریان اشک و وجود انسداد با استفاده از قطره‌های مخصوص.

تصویربرداری CT یا MRI: برای ارزیابی انسداد یا عفونت‌های پیچیده.

## درمان انسداد و التهاب مجرای اشکی

### ۱. درمان انسداد مجرای اشکی: (Dacryostenosis)

#### در نوزادان؛

ماساژ کیسه اشکی:

یکی از درمان‌های اولیه، ماساژ ملایم کیسه اشکی برای باز کردن انسداد است.

نحوه انجام ماساژ توسط پزشک یا پرستار به والدین آموزش داده می‌شود.

اشک مصنوعی یا قطره‌های چشمی آنتی‌بیوتیک: برای کاهش علائم و پیشگیری از عفونت در صورت نیاز تجویز می‌شود.

جراحی پروبینگ (Probing):

اگر انسداد تا ۱۲ ماهگی برطرف نشود، پروبینگ (باز کردن مجرا با یک وسیله ظریف) توصیه می‌شود. این روش معمولاً موفقیت‌آمیز است.

#### در بزرگسالان؛

اشک مصنوعی: برای تسکین خشکی و علائم ناشی از انسداد.

بالون دایلیشن یا جراحی: در موارد شدید که انسداد با درمان‌های ساده برطرف نشود، روش‌هایی مانند بالون دایلیشن یا جراحی DCR (داکریوسیستورینوستومی) برای ایجاد مسیر جدید تخلیه اشک استفاده می‌شود.

### ۲. درمان التهاب مجرای اشکی: (Dacryocystitis)

در مرحله حاد (عفونت فعال)؛

آنتی‌بیوتیک‌ها:

قطره‌های آنتی‌بیوتیک موضعی یا آنتی‌بیوتیک خوراکی یا تزریقی برای کنترل عفونت تجویز می‌شود.

اگر آبسه تشکیل شده باشد، تخلیه آن ممکن است ضروری باشد.

کمپرس گرم: برای کاهش تورم و تسکین درد استفاده می‌شود.

مراقبت فوری: در موارد شدید (مانند پخش شدن عفونت به بافت‌های اطراف) بستری در بیمارستان و درمان با آنتی‌بیوتیک‌های وریدی ممکن است لازم باشد.

در مرحله مزمن یا پس از کنترل عفونت:

اگر انسداد علت زمینه‌ای باشد، ممکن است نیاز به جراحی DCR برای پیشگیری از عود عفونت و بازگشت عملکرد طبیعی سیستم تخلیه اشک باشد.

## DCR یا داکریوسیستورینوستومی

DCR (Dacryocystorhinostomy) یک جراحی است که برای درمان انسداد سیستم تخلیه اشک در بیماران انجام می‌شود. این انسداد معمولاً در مجرای نازولاکریمال (Nasolacrimal Duct) رخ می‌دهد و باعث تجمع اشک در چشم، عفونت‌های مکرر کیسه اشکی (داکریوسیستیت) و ناراحتی می‌شود. در واقع داکریوسیستورینوستومی (DCR) به معنای ایجاد یک منفذ جدید بین کیسه اشکی و حفره بینی است. این جراحی در موارد انسداد مجرای نازولاکریمال اندیکاسیون دارد. این مجرا می‌تواند در اثر بافت فیبروزه، تروما و یا دلایل مادرزادی دچار انسداد گردد که در نتیجه ی آن تخلیه اشک به درون مئآتوس تحتانی بینی مختل می‌گردد. در داکریوسیستورینوستومی یک مسیر فرعی در بین کیسه اشکی و بینی ایجاد شده تا اشک به درون بینی تخلیه گردد.

### هدف از انجام DCR

- ایجاد یک مسیر جدید برای تخلیه اشک از کیسه اشکی به داخل بینی.
- رفع انسداد و بازگرداندن جریان طبیعی اشک.
- جلوگیری از عفونت‌های مکرر و التهاب در سیستم اشکی.

### موارد کاربرد DCR

- انسداد مزمن سیستم نازولاکریمال که باعث اشک‌ریزش مداوم (Epiphora) می‌شود.
- عفونت‌های مکرر یا مزمن کیسه اشکی (داکریوسیستیت).
- تشکیل آبسه یا چرک در کیسه اشکی.
- انسداد ناشی از تروما، جراحی قبلی یا شرایط مادرزادی.

### روش‌های انجام DCR

#### DCR خارجی: (External DCR)

- در این روش، از یک برش کوچک در پوست کنار بینی (نزدیک گوشه داخلی چشم) استفاده می‌شود.
- این روش بسیار موثر است و معمولاً در موارد پیچیده انجام می‌شود.

#### DCR آندوسکوپیک: (Endoscopic DCR)

- این روش از داخل بینی و بدون برش خارجی انجام می‌شود.

- از آندوسکوپ برای ایجاد مسیر جدید بین کیسه اشکی و بینی استفاده می‌شود.
- این روش کمتر تهاجمی است و جای زخم خارجی ندارد.

### آمادگی قبل از جراحی DCR

- ارزیابی کامل چشم و سیستم اشکی با معاینات بالینی و تست‌های تشخیصی.
- تصویربرداری مانند CT یا MRI برای بررسی ساختارهای بینی و انسداد.
- قطع مصرف داروهای رقیق‌کننده خون مانند آسپیرین یا وارفارین طبق دستور پزشک.
- رعایت ناشتا بودن در روز جراحی (در صورت نیاز به بیهوشی عمومی).

### روند جراحی DCR

- بسته به روش انتخابی، جراحی ممکن است با بی‌حسی موضعی یا بیهوشی عمومی انجام شود.
- مسیر جدیدی بین کیسه اشکی و بینی ایجاد می‌شود تا تخلیه اشک امکان‌پذیر شود.
- در برخی موارد، ممکن است از لوله سیلیکونی (stent) برای باز نگه داشتن مسیر استفاده شود.
- اگر لوله سیلیکونی استفاده شده باشد، معمولاً پس از ۶-۱۲ هفته برداشته می‌شود.

### مزایا و موفقیت جراحی DCR

- جراحی DCR معمولاً بسیار موفقیت‌آمیز است و مشکل انسداد را در اکثر بیماران برطرف می‌کند.
  - انتخاب روش مناسب (خارجی یا آندوسکوپیک) بستگی به شرایط بیمار و نظر پزشک دارد. (در مرکز علوی امکانات و تجهیزات مربوط به جراحی آندوسکوپیک موجود نمی‌باشد)
- نکته: مشاوره دقیق با پزشک متخصص چشم و رعایت تمامی توصیه‌های قبل و بعد از جراحی برای دستیابی به بهترین نتیجه ضروری است.