

چشم پزشکی - دکتر رضا میرشاهی

۱- نوزاد با وزن موقع تولد ۱۸۰۰ گرم و سن موقع تولد ۳۰ هفته، جهت معاینات شبکیه ارجاع شده است. در فوندوسکوپی دیلاته غیرمستقیم در نواحی محیطی تمپورال شبکیه چشم راست، مناطق فاقد رگ مشاهده می شود. کدام گزینه صحیح است؟

- الف) نوزادان با وزن موقع تولد کمتر از ۲۵۰۰ گرم و سن موقع کمتر از ۳۲ هفته در خطر بروز این بیماری قرار دارند.
 ب) در نوزادان در معرض خطر، اولین معاینه باید بلافاصله پس از تولد انجام شود.
 ج) در نوزادانی که سابقه دریافت کافی اکسیژن داشته‌اند خطر بروز این بیماری کمتر است.
 د) تکرار معاینات در فواصل ۱ تا ۲ هفته‌ای، تا تکامل عروق شبکیه ضروری است.

گزینه صحیح <<< د

تشخیص بیماری، Retinopathy of Prematurity (ROP) است. این بیماری در اثر عدم تشکیل و تکامل ناقص عروق رتین نوزاد و ایسکمی ناشی از آن است.
 عدم تشکیل عروق نرمال و ایسکمی رتین سبب تشکیل عروق نابجا در محل تلاقی ناحیه ی بدون رگ و ناحیه ی عروقی رتین می گردد و این عروق نابجا میتوانند جداشدگی کششی شبکیه ایجاد کنند.
 نام دیگر آن فیروپلازی پشت عدسی یا retrolental fibroplasia است.
 نوزاد پره مچور با وزن هنگام تولد کمتر از ۱۵۰۰ گرم یا سن کمتر از ۳۰ هفته بارداری که تحت درمان با اکسیژن قرار گرفته اند شدیداً مستعد ROP اند
 در نوزاد در معرض خطر اولین معاینه در هفته ۴ و ۶ بعد از تولد و تکرار هر ۱-۲ هفته تا زمانی که رتین واسکولاریزه شود.

درسنامه جامع چشم پزشکی پیشگامان پارسه صفحه ۱۰۴

۲- برای یک فرد مبتلا به گلوکوم زاویه باز، که بیماری COPD شدید و بلوک درجه دوم دهلیزی بطنی دارد، تجویز کدام داروی زیر مناسب نیست؟

- الف) بریمونیدین
 ب) تیمولول
 ج) لاتانوپروست
 د) دورزولامید

گزینه صحیح <<< ب

بتابلوکرها (تیمولول) در آسم، COPD و بلوک قلبی منع مصرف دارند.
 درسنامه جامع چشم پزشکی پیشگامان پارسه صفحه ۸۳

۳- آقای ۳۲ ساله‌ای با سابقه استفاده از لنزهای تماسی در سال‌های گذشته، با شکایت از درد شدید چشم و نورگریزی از حدود ۳۰ روز قبل مراجعه کرده است. به درمان‌های قبلی ضد هرپس توسط چشم‌پزشک پاسخ نداده است. براساس گزارشات پزشک قبلی ضایعات در ابتدا دندریتی بوده‌اند. در معاینه قرنیه علاوه بر کراتیت، اعصاب قرنیه به صورت شعاعی بزرگ شده‌اند. کدام گزینه صحیح می‌باشد؟

- (الف) مهمترین عامل پیش‌آگهی و درمان موفق تشخیص زودهنگام می‌باشد.
 (ب) شروع سریع درمان استروئید در کاهش التهاب و بهبود پیش‌آگهی مهم می‌باشد.
 (ج) بیمار باید سریعاً پیوند قرنیه شود.
 (د) به بیمار گفته شود که از دو هفته بعد مصرف لنز تماسی را شروع نماید.

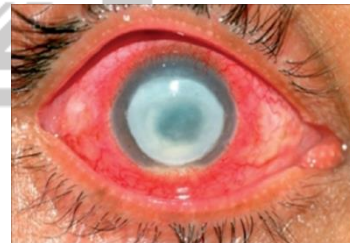
گزینه صحیح <<< الف

برای بیمار *Acanthamoeba keratitis* مطرح است.

تنها فرم تروفوزوئیت این انگل تک سلولی آبری قابلیت ایجاد عفونت مغزی و قرنیه را دارد. فرم سیستی غیرفعال آن دارای دو لایه اندو و اکزوسیست است. محل زندگی آکانتوموبا آب شیرین و خاک است. به انجماد، دوز معمول کلر در آب شهری و استخر، جکوزی داغ و خشک کردن مقاوم است. مهم ترین ریسک فاکتور کراتیت آکانتوموبایی لنز تماسی (۷۰٪ موارد) است. محلول لنز نیز می تواند محل رشد آکانتوموبا باشد.

Sign and symptoms:

در مراحل ابتدایی به صورت ضایعه دندریتیکی (تشخیص افتراقی با هرپس) یا اختلال منتشر اپی تلیومی با درد شدید و فوتوفوبی مقاوم به درمان آنتی بیوتیکی ظاهر می شود. (فاز اولیه محدود به اپی تلیوم)
 با پیشرفت بیماری انفیلتراسیون سطحی خاکستری و غیر چرکی در استرومای وسط قرنیه رخ می دهد. در مراحل پیشرفته انفیلتراسیون حلقه ای شکل (ring) استروما همراه با هایپوپيون تظاهر می کند (شکل ۴-۹). *Radial perineuritis* که به شکل اعصاب هایپر تروفیه قرنیه دیده می شود برای این بیماری پاتوگنومونیک است.



شکل ۴-۹. Ring infiltraion

التهاب لیمبوس و اسکلریت موضعی از سایر علائم بیماری است.

Lab test

الف) مراحل اولیه محدود به اپی تلیوم <<< بیشترین احتمال دیدن ارگانیزم در این مرحله است <<< به وسیله اسمیر و کشت از تراش سطحی قرنیه

ب) عفونت عمقی <<< نمونه برداری لایه ای (لاملا) قرنیه

ج) بررسی لنز و مایع و ظرف آن

د) confocal in vivo microscopy (نوعی تصویر برداری قرنیه)

درمان: مهم ترین عامل درمان موفقیت آمیز در آکانتاموبا، تشخیص زودرس است.

الف) قطع استفاده از لنز تماسی در هر دو چشم

ب) قطره PHMB 0.02% (پلی هگزامتی بیگوانید)

ج) قطره پرومایدین ۰.۱٪ (برولن)

د) Neosporin eye drop

نکته: ترکیبی ۲ یا ۳ تایی از قطره های بالا با دوز اولیه (در ۴۸ ساعت اول درمان) به صورت هر نیم یا یک ساعت و سپس tapering بسته به شدت بیماری، به کار می رود.

ه) درمان های خوراکی: ایتراکونازول 100-200mg به صورت QID و کتوکونازول BD 200mg با مانیتور انزیم های کبدی

و) قطره ی سیکلوپلژیک و NSAID خوراکی جهت کنترل درد به کار رفته و NSAID ها در اسکالریت موضعی نیز کاربرد دارند.

نکته: در مواد مقاوم به درمان، پیوند قرنیه یکی از درمان هاست گرچه عود بیماری در قرنیه پیوندی احتمال بالایی دارد.

نکته: استروئید های در مراحل اولیه کراتیت آکانتوموبایی ممنوع بوده و با پیش آگهی بدی همراهی دارد <<< در بیماران با ضایعه قرنیه و سابقه مصرف لنز تماسی، شروع کورتیکواستروئید بدون تشخیص کنتراندیکه است.

درسنامه جامع چشم پزشکی پیشگامان پارسه صفحه ۷۲

۴-والدین کودکی شش ماهه از وجود ترشحات موکوسی و اشک ریزش در یک چشم کودک شکایت دارند که از موقع تولد شروع شده و به درمان آنتی بیوتیک موضعی جواب نمی دهد. کدام اقدام صحیح است؟

الف) درمان آنتی بیوتیک سیستمیک

ب) ماساژ کیسه اشکی و ادامه آنتی بیوتیک موضعی تا یک سالگی

ج) انجام پروبینگ مجرای اشکی

د) گذاشتن تیوب سیلیکون در مجرای اشکی



گزینه صحیح <<< ب

انسداد naso-lacrimal duct

شیوع: ۳۰ درصد نوزادان (شایع ترین بیماری مادرزادی مرتبط با اشک)، علامت دار بودن در ۵ تا ۶ درصد از نوزادان، ۲۵٪ موارد دوطرفه

محل انسداد: ممبران انتهایی naso-lacrimal duct که غشایی موقتی است (دریچه هاسنر در شکل ۱-۷) و تا هفته سوم بعد از تولد معمولاً باز می شود. در ۷۰٪ موارد هنگام تولد این ممبران باز شده است و در اکثریت مواقع نیز تا دو ماهگی باز می شود (۹۵٪ موارد)

علائم: اشکریزش، ترشح موکوسی که با فشار روی کیسه اشکی بیشتر می شود و موکوس روی مژه ها، اتساع کیسه اشکی به علت تجمع موکوس <<< احتمال داکروسیستیت درمان ها به ترتیب:

الف) conservative: ماساژ کیسه اشک (رجوع به فایل تدریس) و قطره آنتی بیوتیک (سولفاستامید ۱۰٪ BD یا QID جهت پیشگیری از کونژکتیویت)
ب) Probing (میل زدن):

بهترین زمان انجام پروبینگ <<< ۱۰-۱۲ ماهگی (به دلیل بهبود خود به خودی یا با ماساژ ۹۰ درصد موارد انسداد های مادرزادی تا ۱۲ ماهگی)

موارد اندیکاسیون پروبینگ قبل از ۱۰ ماهگی: داکریوسیستیت حاد (بعد از سپری شدن فاز acute) یا مزمن.

ج) در صورت عدم موفقیت پروبینگ <<< Turbinate Fracture، silicon tube و یا DCR (Dacryocystorhinostomy) به دلیل بیماری نادر عدم تشکیل مادرزادی مجرای نازولاکریمال)

درسنامه جامع چشم پزشکی پیشگامان پارسه صفحه ۳۹ و ۴۰

۵- بیماری به علت پاشیدن مواد قلیایی به داخل چشم با درد شدید و قرمزی چشم به درمانگاه مراجعه کرده است. در معاینه نقص بزرگی در اپی تلیوم قرنیه به همراه ایسکمی موضعی در لیمبوس دیده می شود. همه گزینه های زیر صحیح است به جز:

- الف) قطره اتروپین
- ب) قطره پیلوکارپین
- ج) قطره بتامتازون

(د) قطره کلرامفنیکل

گزینه صحیح <<< ب

درمان chemical burn

- اولین قدم شستشوی فراوان با آب استریل یا غیراستریل است
- پس از شستشوی اولیه و انتقال به اورژانس باید چشم مجدد با رینگر یا نرمال سالین شسته شود و تمام فورنیکس و پشت پلک با دقت شسته شود
- با قطره های بی حسی می توان درد بیمار را در ابتدا کاهش داد
- هیچگاه جهت خنثی سازی ماده شیمیایی در چشم اقدام نکنید (مثلاً برای سوختگی اسیدی در چشم از ماده قلیایی استفاده نکنید)
- جهت کاهش درد و قرمزی چشم از اتروپین میتوان استفاده کرد
- استروئید موضعی هر ۳ ساعت تا ۳ هفته تجویز و پس از آن قطع شود
- جهت کاهش IOP: مهارگر کربنیک آنهیدراز مثل دیاموکس (استازولامید) خوراکی (بهتر است از داروهای تاپیکال به علت آسیب بیشتر سطح چشم استفاده نشود)
- آنتی بیوتیک موضعی مانند کلرامفنیکل جهت پروفیلاکسی از عفونت
- ویتامین C خوراکی ۲ گرم در روز + مهارگر کلاژناز مثل استیل سیستین موضعی یا داکسی سیکلین خوراکی در موارد شدید مفیدند
- استفاده از اشک مصنوعی بدون نگهدارنده

درسنامه جامع چشم پزشکی پیشگامان پارسه صفحه ۱۲۵

۶- خانم ۳۰ ساله‌ای از سوزش همیشگی چشم‌ها و وجود پوسته‌هایی چسبیده به لبه پلک و مژه‌ها شکایت دارد. وی اخیراً در چشم راست دچار قرمزی و سوزش بیشتر شده و یک ناحیه موضعی قرمزی در ملتحمه در قسمت تحتانی، در دو میلی‌متری لیمبوس شده است که در وسط این ناحیه قرمزی یک ندول کوچک زرد رنگ دیده می‌شود که در رنگ آمیزی با فلورستین رنگ می‌گیرد. همه موارد زیر صحیح است به جز:

(الف) این ضایعه خودمحدود شونده است و در عرض ۱۰ تا ۱۴ روز بهبود می‌یابد.

(ب) این عارضه غالباً عود کننده است.

(ج) حتی بعد از بهبود کامل هم می‌توان محل آن را به صورت یک اسکار مشخص مشاهده کرد.

(د) این بیماری یک نوع واکنش آلرژیک می‌باشد.

گزینه صحیح <<< ج

برای بیمار Phlyctenul ملتحمه مطرح است.

این بیماری به علت واکنش التهابی تیپ ۴ (حساسیت تاخیری) به استاف یا TB است و باعث التهاب موضعی قرنیه یا ملتحمه

می‌شود. شکل ۴-۸)

محل شایع: کونژ بولبار در نزدیکی لیمبوس در شیار پلکی

سیر: ندول <<< میکروآبسه <<< زخم اپی تلیوم روی آن <<< بهبودی طی ۱۰ تا ۱۴ روز <<< اغلب عود کننده (قرنیه یا ملتحمه صرف نظر از محل التهاب اولیه)

شایع ترین علت: در حال حاضر استاف لبه پلک (در گذشته TB در اطفال)

بافت شناسی: تجمع سلول های التهابی در اطراف عروق در زیر اپی تلیوم

علائم: مشابه کونژکتیویت خفیف

Signs: ناحیه هایپرامیک در اطراف یک ندول سفت و قرمز رنگ در ملتحمه بولبار (معمولا در نزدیکی لیمبوس) <<< طی چند

روز نرم و خاکستری شدن سطح ندول <<< ریزش اپی تلیوم <<< بهبودی در ملتحمه بدون ایجاد اسکار (بر خلاف فلیکتنول

قرنیه که اسکار به جا می گذارد) (شکل ۴-۸)



شکل ۴-۸. فلیکتنول ملتحمه (چپ) و قرنیه (سمت راست)

درمان: درمان بلفاریت استافیلوکوکی، استروئید به صورت کوتاه مدت و آنتی بیوتیک موضعی

درسنامه جامع چشم پزشکی پیشگامان پارسه صفحه ۶۲

مؤسسه فرهنگی انتشاراتی
پیشگامان پارسه