

همه گیرشناسی مبتلایان به آب مروارید بستری شده در بیمارستان های ولی عصر (عج) و مهر بیرجند

دکتر محمدحسین داوری^۱ - شیدا پژمان خواه^۲ - محمدرضا توکلی^۳ - سمانه اقبال^۴

چکیده

زمینه و هدف: آب مروارید که عمده ترین علت نابینایی در جهان شناخته شده است، به هر گونه کدورت در عدسی گفته می شود و در حال حاضر درمان جراحی، تنها روش مؤثر برای کاهش نابینایی ناشی از آن می باشد. مطالعه حاضر به منظور بررسی همه گیرشناسی بیماران مبتلا به آب مروارید بستری شده در بیمارستان های ولی عصر (عج) و مهر بیرجند انجام شد. **روش تحقیق:** در این مطالعه توصیفی - تحلیلی که در فاصله زمانی مرداد تا دی ماه سال ۱۳۸۲ انجام شد، از یک پرسشنامه حاوی اطلاعات سن، جنس، محل سکونت، وضعیت بینایی در زمان مراجعه و نوع آب مروارید و بیماری های چشمی و سیستمیک استفاده گردید. این پرسشنامه برای تمام بیماران تکمیل گردید. داده های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS و آمار توصیفی و آزمون های کای اسکوتر و فیشر در سطح معنی داری $P < 0/05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. **یافته ها:** در مجموع ۳۶۸ بیمار مورد بررسی قرار گرفتند. ۱۲۳ بیمار (۳۳٪) شهری و ۲۴۳ بیمار (۶۸٪) روستایی بودند. ۶ بیمار (۱/۶٪) مبتلا به آب مروارید دیابتیک بودند. ۲۰۰ بیمار (۵۲٪) مرد و ۱۸۶ بیمار (۴۸٪) زن بودند؛ در این مطالعه ارتباطی بین جنس و ابعاد آب مروارید دیده نشد. آب مروارید سنایل شایع ترین نوع کاتاراکت در هر دو جنس بود. آب مروارید تروماتیک در ۹ خانم خانه دار (۴/۸٪) دیده شد. از ۱۵۱ بیمار مرد (۷۵/۵٪) مبتلا به کاتاراکت سنایل، ۱۰۵ بیمار (۸۳٪) کشاورز بودند. **نتیجه گیری:** بر اساس یافته های این تحقیق، نقش اشعه اولترابویوله به عنوان عاملی مهم در ایجاد آب مروارید بویژه در بین کشاورزان و خانه داری به عنوان یک عامل خطر مؤثر در ایجاد آب مروارید تروماتیک در زنان مطرح می گردد؛ پیشنهاد می شود در مطالعات بعدی ارتباط بین تغذیه و ایجاد آب مروارید به طور دقیق تر بررسی گردد.

واژه های کلیدی: آب مروارید؛ دیابت؛ بیرجند

فصلنامه علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند (دوره ۴؛ شماره ۱-۴؛ سال ۱۳۸۶)

^۱ عضو هیأت علمی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

^۲ نویسنده مسؤؤل؛ عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

آدرس: بیرجند - خیابان غفاری - دانشگاه علوم پزشکی بیرجند - دانشکده پرستاری و مامایی

تلفن: ۰۵۶۱-۴۴۴۰۵۵۰؛ نمابر: ۰۵۶۱-۴۴۴۰۵۵۰؛ پست الکترونیکی: vojodhasti@yahoo.com

^۳ عضو هیأت علمی دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

^۴ پزشک عمومی

مقدمه

آب مروارید که در اصطلاح به هر گونه کدورت در عدسی گفته می‌شود، بیماری شایعی است که به نظر می‌رسد مسؤول نیمی از موارد نابینایی در دنیا شناخته شده است (۱).

بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی، آب مروارید ۴۲٪ از موارد نابینایی جهان را تشکیل می‌دهد و در مطالعات کشورهای مختلف مانند گوریچ اتیوپی، جنوب هندوستان، کشورهای اسکانندیناوی، عربستان سعودی، فیلیپین، مغولستان و کنیا، به عنوان شایع‌ترین علت نابینایی گزارش شده است (۲).

به طوری که بررسی‌ها نشان داده‌اند، تقریباً ۹۵٪ افراد مسن‌تر از ۶۵ سال، دارای درجاتی از کدورت عدسی هستند و در سال ۱/۳۵ میلیون نفر در آمریکا عمل جراحی آب مروارید انجام می‌دهند (۳). در یک بررسی، ۵۹٪ شیرخواران با LBW* آب مروارید به عنوان یک مشکل اساسی بیان شده بود (۴)؛ همچنین در مطالعه‌ای در نیجریه، آب مروارید در ۴۴/۲٪ افراد مورد مطالعه، علت نابینایی بوده، اما در هندوستان شیوع آب مروارید سه برابر آمریکا تخمین زده شده است (۵)؛ در کشور ما، آب مروارید یکی از شایع‌ترین اعمال جراحی است (۶)؛ این نکته نشان می‌دهد که آب مروارید می‌تواند بالقوه در هر فردی به وجود بیاید پس لزوم شناخت عوامل زمینه‌ساز، علل تسریع در ایجاد آن، عوامل خطر ساز و روش‌های پیشگیری از آن توصیه می‌گردد؛ به صورتی که تحقیقات نشان داده که اگر با اقدامات پیشگیرانه، شیوع کمپلیکاسیون‌های بینایی در اثر آب مروارید ده سال به تأخیر اندازیم، تعداد افراد نابینا شده در اثر آب مروارید حدود ۴۵٪ کاهش می‌یابد (۱).

از جمله عوامل خطری که در این زمینه شناخته شده‌اند، می‌توان به سن، جنس، موقعیت جغرافیایی (محل سکونت)، تغذیه، بیماری‌های سیستمیک (دیابت، فشار خون و ...) و مصرف سیگار اشاره کرد (۲)؛ نتایج بررسی‌ها در زمینه درمان آب مروارید نشان داده‌اند که درمان قطعی آب مروارید عمل جراحی است که به دنبال کدورت کامل عدسی و کاهش میزان بینایی[†] در حد[‡] درک نور[§]، شمارش انگشت[§]، حرکات دست^{**}، عمل جراحی

درمان انتخابی است؛ بویژه عمل لنز داخل چشمی مناسب و قابل قبول بوده است اما نکته مشترکی که در همه بررسی‌های انجام شده در کشورهای در حال توسعه به چشم می‌خورد، هزینه بالای عمل جراحی است که باعث شده در بعضی مناطق کم درآمد بیماران در جهت انجام عمل اقدام کنند و این مسأله توجه مسؤولان را معطوف داشته تا در جهت کاهش هزینه‌ها به دنبال راهکارهای مناسب باشند (۷).

با توجه به مطالب فوق و اهمیت آن از نظر بهداشت جهانی که شماره دید ۲۰/۲۰ در سال ۲۰۲۰ برای تمام افراد بشریت را در درجه کار خود قرار داده است، پژوهش حاضر جهت تعیین وضعیت همه‌گیرشناسی آب مروارید در مراکز آموزشی، درمانی بیمارستان‌های ولی عصر (عج) و مهر بیرجند مورد بررسی قرار گرفت؛ به امید آن که بررسی این موارد در جهت برنامه‌ریزی و اصلاح، رهنمودهای مؤثری را برای ارتقای کیفیت مراقبت به همراه داشته باشد.

روش تحقیق

این مطالعه توصیفی-تحلیلی در فاصله مرداد ماه تا دی ماه سال ۱۳۸۲ انجام گردید. جامعه پژوهش متشکل بود از ۳۸۶ نفر از بیمارانی که در بیمارستان‌های مهر و ولی عصر (عج) بیرجند با شکایت تاری دید و کاهش بینایی به متخصصین چشم پزشکی مراجعه کرده بودند.

ابتدا در معاینه این بیماران جهت تعیین حدت بینایی از تابلوی E^{††} استفاده شد که کاهش بینایی شدید را در چشم مشخص می‌نمود و در مرحله بعد معاینه بینایی آنها نشان می‌داد که قدرت بینایی آنها در حد[‡] درک نور، شمارش انگشتان یا حرکت دست کاهش یافته است و سپس توسط متخصص چشم و با استفاده از دستگاه اسلیت لمپ^{‡‡} و افتالموسکوپ و سونوگرافی با تشخیص آب مروارید و نیز با توجه به رشد آب مروارید، کاندید عمل جراحی گردیدند.

پرسشنامه‌ای که شامل اطلاعات فردی (سن، جنس، شغل، محل سکونت، میزان بینایی در زمان مراجعه، چشم مبتلا به

* Low Birth Weight

† Visal Acvigt

‡ Light Perception

§ Count Finger

** Hand Motion

†† Snellen Chart

‡‡ Slit Lamp

جدول ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی مشخصات فردی افراد مورد پژوهش تحت عمل جراحی آب مروارید

مشخصات فردی		تعداد	درصد
جنس	زن	۱۸۶	۴۸/۲
	مرد	۲۰۰	۵۱/۸
محل سکونت	شهر	۱۲۳	۳۱/۹
	روستا	۲۶۳	۶۸/۱
سن (میانگین ۶۷/۴±۲/۹)	≤ ۵۲	۵۱	۱۳/۳
	۵۲-۶۲	۴۱	۱۰/۶
	۶۳-۷۲	۱۲۶	۳۲/۶
	≥ ۷۳	۱۶۸	۴۳/۵
شغل	کشاورز	۱۲۷	۶۳/۵
	صنعتگر، دامدار، قالیباف، کارگر	۴۵	۲۲/۵
	بازنشسته، فرهنگی	۲۸	۱۴
	خانه‌دار	۱۶۷	۸۹/۷
	غیر خانه‌دار	۱۹	۱۰/۳
چشم مبتلا	چشم راست	۱۷۵	۴۵/۳
	چشم چپ	۱۶۵	۴۲/۷
	هر دو چشم	۴۶	۱۲
نوع کاتاراکت	سنایل	۳۰۰	۷۷/۷
	تروماتیک	۲۹	۷/۵
	دیابتیک	۶	۱/۶
	مادرزادی	۷	۱/۸
	گلوکوماتو	۲۰	۵/۲
	متفرقه	۲۴	۶/۲

جدول ۲- توزیع فراوانی مطلق و نسبی افراد مورد پژوهش بر حسب نوع آب مروارید

نوع آب مروارید	تعداد	درصد
سنایل	۳۰۰	۷۷/۷
تروماتیک	۲۹	۷/۵
دیابتیک	۶	۱/۶
مادرزادی	۷	۱/۸
گلوکوماتو	۲۰	۵/۲
متفرقه	۲۴	۶/۲
جمع کل	۳۸۶	۱۰۰

آب مروارید، سابقه گلوکوم، بیماریهای چشمی، دیابت و نوع آب مروارید) که روایی آن مورد تأیید چهار نفر از متخصصین صاحب نظر قرار گرفته بود، در رابطه با بیماریانی که تحت عمل جراحی آب مروارید قرار می‌گرفتند، تکمیل می‌شد.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آمار توصیفی، توزیع فراوانی با استفاده از جداول و مقایسه فراوانی نسبی به وسیله آزمون‌های آماری کای اسکوئر و آزمون دقیق فیشر در سطح معنی‌داری $P < 0/05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

از تعداد ۳۸۶ بیمار مبتلا به آب مروارید، ۱۶۹ نفر در بیمارستان مهر و ۲۱۷ نفر در بیمارستان ولی عصر (عج) تحت عمل جراحی قرار گرفتند. مشخصات فردی بیماران در جدول ۱ ذکر شده است.

از ۳۸۶ بیمار، ۳۰ نفر (۷/۷٪) آب مروارید سنایل داشتند و نوع تروماتیک و گلوکوماتو به ترتیب نیز از بیشترین علت‌ها بودند (جدول ۲)؛ همچنین در ارتباط مقایسه سن و نوع آب مروارید نتایج نشان داد که بیشترین تعداد آب مروارید تروماتیک ۱۹ بیمار (۳۷/۲٪) در سنین کمتر از ۵۲ سال و بیشترین تعداد گلوکوماتو ۱۱ بیمار (۸۴/۶٪) در سنین بالاتر از ۷۳ و بیشترین کاتاراکت در اثر علل متفرقه ۲۴ بیمار (۴۷/۱٪) در افراد کمتر از ۵۲ سال بود.

داده‌ها در ارتباط شغل و نوع آب مروارید نیز مبین آن بود که (۸۲/۷٪) گلوکوماتو در گروه کشاورزان و (۲۲/۲٪) تروماتیک در گروه امداد و صنعتگر بوده و نیز سنایل در زنان خانه‌دار ۸۳/۳٪ و ۵۲/۶٪ در زنان غیر خانه‌دار را به خود اختصاص داده که از نظر آماری اختلاف معنی‌داری بین شغل زنان و نوع آب مروارید مشاهده گردید ($P < 0/001$).

با توجه به یافته‌ها، ۱۲/۲٪ جمعیت شهری دچار آب مروارید به علل متفرقه و ۷/۲٪ جمعیت روستایی مبتلا به آب مروارید تروماتیک بودند؛ از نظر نوع دید در مبتلایان به آب مروارید سنایل و تروماتیک و گلوکوماتو در بیشتر موارد هنگام مراجعه دید، در حد درک نور و در مبتلایان به آب مروارید نوع مادرزادی بیشتر بیماران از دید شمارش انگشت برخوردار بودند.

بحث

گرفته، شیوع آب مروارید تا محدوده ۶۲/۴٪ نیز در بین بیماران دیابتی نوع ۲ گزارش شده است (۱۱)؛ به طوری که در تمامی مطالعات، شیوع آب مروارید با طول مدت دیابت، ارتباط مستقیم داشته، به طوری که با افزایش طول مدت دیابت، شیوع آب مروارید نیز افزایش می یابد (۱۲).

این مطالعه خانه دار بودن را به عنوان یک عامل خطر در ایجاد آب مروارید تروماتیک مطرح می کند؛ در مطالعه Bachani و همکاران در هند که با هدف ارتباط بین شغل و ایجاد آب مروارید انجام شد، علت ایجاد کوری را در افراد خانه دار دو برابر افراد شاغل گزارش شد (۵).

نتیجه گیری

با توجه به نتایج این پژوهش می توان با دادن آموزش های مناسب به جامعه جهت جلوگیری از ترومای چشمی، بخصوص به کودکان، کارگران صنعتی و ورزشکاران، شناسایی عوامل ایجادکننده اختلالات بینایی و غربالگری و پیگیری منظم بیماران دیابتی و ارجاع آنها در زمان مناسب کمک مؤثری جهت تشخیص بموقع و جلوگیری از پیشرفت آب مروارید نمود.

در پایان پیشنهاد می شود مسؤولین محترم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری گردهمایی چشم پزشکی دانشگاه ها، طرح جامعی را برای شناخت دقیق تر عوامل اختلال دید در سنین مختلف در کل جامعه انجام دهند. بدیهی است شناخت این عوامل برای ارائه خدمات بهداشتی، درمانی کمک کننده خواهد بود.

این مطالعه نشان داد که بیشتر افراد مورد پژوهش مبتلا به آب مروارید سنایل بودند که بتدریج با افزایش سن (بالای ۷۳ سال) افزایش یافته که احتمالاً به دست تغییرات مربوط به سن و آب مروارید ناشی از کهنسالی می باشد و با شیوع آب مروارید در مطالعه ای نیز که بیشتر بیماران مراجعه کننده (۶۸/۴٪) جهت جراحی آب مروارید، مسن بودند، همخوانی دارد (۸).

از نظر فراوانی بیشتر افراد مورد پژوهش (۵۲٪)، مرد بودند؛ این یافته با مطالعات پیشین که شیوع بیشتر آب مروارید را در جنس مذکر نشان می دهد و مبنی بر اثر محافظت کنندگی اثر استروژن روی عدسی چشم زنان است، همخوانی دارد (۹).

نتایج حاصل از این پژوهش در رابطه با توزیع افراد مورد مطالعه بر اساس محل سکونت بدین گونه بود که ۶۸٪ افراد مورد مطالعه روستایی و ۳۲٪ ساکن شهر بودند. این تفاوت می تواند احتمالاً به دلیل تماس طولانی تر افراد روستایی با اشعه اولترایوله و نیز نسبت بالاتر جمعیت روستایی به شهری در منطقه و همچنین شرایط تغذیه ای نامناسب روستاییان و یا ناشی از بهتر بودن وضعیت اجتماعی- اقتصادی گروه تحصیل کرده و عواملی مانند کم بودن رفتارهای آسیب زنده به سلامتی، بهره مندی بیشتر از سیستم های مراقبت بهداشتی و کم تر بودن عوامل خطر آنان بیان نمود (۱۰).

در این مطالعه ۱/۶٪ از افراد مورد بررسی، آب مروارید دیابتیک داشتند که همه این افراد مبتلا به آب مروارید دیابت نوع ۲ بودند که به طور میانگین ۷ سال بعد از تشخیص دیابت، مبتلا به آب مروارید شده بودند؛ در مطالعه ای که در کشور چین صورت

منابع:

- 1- Tasam W, Jaeger EA. Dvanes Clinical Ophthalmology. 1995; Vol 5. Chap 57.
- ۲- آقا دوست د. بررسی علل دید کم و نابینایی در مراجعین به کلینیک چشم پزشکی بیمارستان متینی کاشان در سال ۱۳۸۲. فصلنامه علمی پژوهشی نبض. ۱۳۸۴؛ ۳۶: ۲۷-۳۰.
- ۳- لاکمن ج. فصلنامه- پرستاری مامایی داخلی- جراحی. ترجمه: اعضای هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. چاپ اول. تهران: نشر آیش؛ ۱۳۸۱.
- 4- Bhatti TR. Descriptive epidemiology of infantile cataracts in metro polition Atlanta, GA , 1968-1998. Arch Pediatr Adolesc Med. 2003; 7 (4): 341-347.
- 5- Bachani D, Murthy GV, Gvpta KS. Rapid assessment of cataract bildness in india Indian. Public Health. 2000; 44 (3): 82-89.

۶- اقبال س. همه گیری شناسی مبتلایان به آب مروارید. [پایان نامه پزشکی] دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. زمستان ۱۳۸۲.

7- Rabiv MM. Cataract blindness and barriers to uptake of cataract surgery in rural community of northern Nigeria. *Br Ophthalmol*. 2001; 82 (7): 776-780.

۸- جبل عاملی م، نوریان نجف آبادی م. بررسی مقایسه ای فراوانی نسبی تهوع استفراغ، رضایت مندی بیمار و جراح طی روشهای گوناگون بیهوشی در بیماران تحت عمل جراحی کاتاراکت. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*. ۱۳۸۵؛ ۱۶ (۵۵): ۱۸-۲۶.

9- Shoky PY, Harper AR. Lens. In: Vaughan DG, Asbury T, Riordan PE. *General ophthalmology*. New York: Appletton Lang; 1999. pp: 165-172.

10- Foster A. Pattern of Blindness. In: Tasman W, Jaeger E. *Duane's clinical ophthalmology*. Revised ed. Philadelphia: JB Lippincott; 1995. pp: 1-7.

11- Xia X, Hang X, Xia H. A study of factor related to the incidence of cataract in patients with non-insulin dependent diabetes mellitus. *Yan Ke Xue Bao*. 2001; 17 (3): 180-182.

۱۲- مدنی س، مطهری م، کشتکار ع. ارزیابی عوامل خطر وقوع کاتاراکت در بیماران دیابتی بستری در مرکز آموزشی درمانی پنجم آذر گرگان. *مجله دیابت و لیپید ایران*. ۱۳۸۷؛ ۷ (۴): ۳۸۷-۳۹۱.

Title: Epidemiology of patients with Cataract in Vali- Asr & Mehr Hospitals

Authros: M.H. Davari¹, Sh. Pejmankhah², M.R. Tavakoli³, S. Eghbal⁴

Abstract:

Background and Aim: Cataract is the greatest cause of blindness in the world and it is responsible for half of all blindness. Cataract means any opacity in lens and surgery is the single effective treatment to reduce its blindness at this time. This study was done to assess the epidemiology of patients with Cataract who operated in Vali-Asr and Mehr hospitals 2003- 2004.

Materials and Methods: In this descriptive- analytic study a questionnaire was used about age, sex, location of life, visual acuity, kind of Cataract, systemic and ophthalmic disease. All patients (386) from Aug. until Jan .were studied.

Results: 123 (32%) patients were urban and 263 (68%) patients were rural. 6 (1.6%) patients had diabetic Cataract. 200 (52%) patients were men and 186 (48%) patients were women and the study didn't show any relation between sex and Cataract. The most common kind of Cataract in males and females was senile Cataract. Traumatic Cataract was seen in 9 (4.8%) householder women. In male group 151 (75.5%) patients had senile Cataract and 105 (83%) patients were farmer.

Conclusion: This study suggests the important role of ultraviolet radiation in human cataractogenesis especially in farmers, and housekeeping considered an effective risk factor in traumatic cataract in women, so it is recommended to study more exactly about relation between nutrition and cataract.

Key Words: Cataract, Diabetes, Birjand

¹ Instructor, Faculty of Medicine, Birjand University of Medical Sciences. Birjand, Iran

² Corresponding Author; Instructor, Faculty of Nursing and Midwifery, Birjand University of Medical Sciences. Birjand, Iran
vojodhasti@yahoo.com

³ Instructor, Faculty of Medicine, Birjand University of Medical Sciences. Birjand, Iran

⁴ Physicain