

خشکی چشم

بیماری خشکی چشم یک بیماری چند عاملی ناشی از اختلال در سیستم اشکی چشم و سطح کره ی چشم است که منجر به ایجاد ناراحتی در چشم و اختلال در بینایی می شود. نام دیگر خشکی چشم ، "کراتوکونژنکتیویت سیکا" "سندروم خشکی چشم" و "سندروم اختلال عملکرد اشکی" است.

همه گیر شناسی:

به نظر می آید شیوع خشکی چشم بین ۵ تا ۳۰ درصد در بین افراد بالای ۵۰ سال است و انتظار می رود با افزایش سن، شیوع آن بالاتر رود. از طرفی شیوع آن بین خانم ها بیشتر از آقایان بوده و ارتباطی با نژاد، تحصیلات و یا محل اقامت ندارد.

عوامل خطر:

- افزایش سن
- جنس مؤنث
- تغییرات هورمونی (کاهش آندروژن ها)
- بیماری سیستمیک (دیابت، پارکینسون)
- استفاده از لنزهای تماسی
- داروهای چشمی (مخصوصاً آنها که حاوی نگهدارنده هستند)
- کمبود مواد مغذی (کمبود ویتامین A)
- کاهش حس قرنیه
- جراحی چشمی (مخصوصاً جراحی انکساری قرنیه)
- محیط های کم رطوبت
- داروهای سیستمیک (آنتی هیستامین ها، آنتی کولینرژیک ها، استروژن ها، ایزوترتینوئین، ضد افسردگی های گروه SSRI، آمیودارون، نیکوتینیک اسید)

سندروم شوگرن یک بیماری التهابی مزمن است که با کاهش عملکرد غدد بزاقی و اشکی مشخص می شود. عوامل خطر مختص سندروم شوگرن شامل استعداد ژنتیکی، کمبود آندروژن ها در بدن، کمبودهای تغذیه ای و در معرض برخی عوامل محیطی قرار گرفتن، می باشد.

شروع سندروم شوگرن در بالای ۶۵ سال نادر است. سندروم شوگرن یکی از بیماری هایی است که موجب خشکی چشم ها می شود و بحث در مورد آن از حوصله ی این متن خارج است.

اهمیت بالینی:

بیماری خشکی چشم می تواند تأثیر زیادی بر حدت بینایی، فعالیت های روزانه، فعالیت فیزیکی و اجتماعی و کارایی شغلی فرد داشته باشد.

پاتوفیزیولوژی:

علت خشکی چشم، چند عاملی و پیچیده است. لایه ی اشکی چشم شامل لایه های آبکی، موسینی و چربی می باشد. لایه ی اشکی سالم حاصل همکاری متقابل غدد اشکی، پلک ها و سطح چشم است که با هم "واحد عملکردی اشکی" را تشکیل می دهند. اختلال در عملکرد هر یک از اجزاء یاد شده می تواند منجر به خشکی چشم شود.

خشکی چشم به دو گروه کلی تقسیم می شود:

- کاهش تولید اشک
- افزایش تبخیر اشک

در هر دو گروه افزایش اسمولاریته (غلظت) اشک و التهاب سطح چشمی زیر آن منجر به پیدایش نشانه ها و علائمی می شود که به عنوان خشکی چشم در نظر گرفته می شوند.

♣ کاهش تولید اشک:

- سندروم شوگرن: بیماری خود ایمنی غدد برون ریز که باعث ارتشاح التهاب در غدد اشکی شده و منجر به مرگ سلول های آن و کاهش تولید اشک می شود.
- غیر سندروم شوگرن: شایع ترین فرم آن وابسته به سن است که در طول زمان مجاری اشکی دچار انسداد می شوند.
- سایر انواع آن شامل علل ارتشاحی مثل سارکوئیدوز، لنفوم، بیماری میزبان علیه پیوند و اپی اسکلریت می شود. به علاوه استفاده از لنزهای تماسی نیز با کاهش حساسیت قرنیه و کاهش ترشح رفلکسی اشک همراه است. دیابت نیز در این گروه قرار می گیرد.

♣ افزایش تبخیر اشک:

- افزایش از دست دادن آب از سطح چشم در غیاب مشکلات عملکردی اشکی منجر به بی ثباتی لایه ی اشکی روی چشم و چرخه ای مشابه افزایش غلظت اشکی و التهاب واحد عملکردی اشکی می گردد که باعث کاهش تولید اشک می شوند.
- شایع ترین فرم آن اختلال عملکرد غدد میبومین یا بلغاریت خلفی است. این غدد وظیفه ی تولید جزء چرب لایه ی اشکی را به عهده دارند؛ لایه ی چربی از تبخیر اشک چشم جلوگیری می کند.
- سایر عوامل: ناهنجاری های ساختاری پلک چشم، کاهش عملکرد پلک زدن، داروهای چشمی موضعی، قطره های چشمی حاوی نگهدارنده، استفاده ی مزم از لنزهای تماسی، سندرم های آلرژی چشمی

علائم بالینی:

علائم ناشی از فعالیت اعصاب حسی سطح چشم به واسطه ی افزایش اسمولاریته ی اشک، حضور واسطه های التهابی و یا بیش حساسیتی اعصاب حسی می باشند. البته اختلاف زیادی در آنچه بیماران تظاهر می کنند وجود دارد.

گرفتن شرح حال صحیح و کامل از بیمار، بسیاری از علائم زیر را آشکار می سازد:

- خشکی
- احساس جسم خارجی
- اشک ریزش بیش از حد
- قرمزی چشم
- سوزش
- حساسیت به نور
- تحریک
- احساس ریگ در چشم
- تاری دید

تاری دید ناشی از خشکی چشم، به شدت متغیر است؛ از آنجا که لایه ی اشکی اولین لایه ای است که نور از آن عبور می کند تا به چشم وارد شود، نامنظمی سطح آن منجر به کاهش کیفیت تصویر ایجاد شده روی شبکیه می گردد. اختلال بینایی ناشی از خشکی چشم معمولاً موقت بوده و با درمان شرایط، بهبود می یابد. به ندرت و در شرایط بسیار شدید ممکن است به دنبال ایجاد اسکار در قرنیه آسیب پایدار به بینایی ایجاد شود. در شرح حال گیری از بیمار، باید به شرایط شروع کننده یا تشدید کننده ی علائم بیمار (شامل داروها، وزش باد، هوای سرد، محیط کم رطوبت، ساعات خاصی از طول روز) دقت شود.

تشخیص:

هیچ تست مشخص و یا معیارهای تشخیصی خاصی برای این کار وجود ندارد.

ارزیابی اولیه:

خشکی چشم بر اساس علائم بیمار و یافته های تأیید کننده در معاینه ی بالینی تشخیص داده می شود. تشخیص معمولاً در ویزیت اولیه (با پزشک خانواده) مقدور است. شدت خشکی چشم در طول زمان و در شرایط محیطی مختلف، متغیر است.

ارزیابی چشم پزشکی:

توسط چشم پزشک و به وسیله ی اسلیت لمپ صورت می گیرد. با بررسی کامل ملتحمه، سلامت پلک ها، سطح کره ی چشم، بررسی دوام اشک، بررسی مقدار اشک (تست شیرمر)، حساسیت قرنیه، هایپراسمولاریته ی اشک، التهاب سطح کره ی چشم و ...

تشخیص های افتراقی:

- بلفاریت
- آلرژی چشمی
- کونژنکتیویت ویروسی
- سایر عفونت های میکروبی

درمان:

درمان خشکی چشم بر اساس افزایش تولید اشک، کاهش تبخیر آن، کاهش بازجذب اشک یا کاهش التهاب سطح کره ی چشم می باشد.
اولین خط درمانی، افزایش تأمین اشک و پرهیز از عوامل محیطی تشدیدکننده است.

اشک های مصنوعی:

عموماً شامل سلولز برای بازیابی ویسکوزیته، یک عامل پخش کننده مثل پلی اتیلن گلاکول یا پلی وینیل الکل برای جلوگیری از تبخیر و یک نگهدارنده برای جلوگیری از آلوده شدن دارو هستند. اشک های مصنوعی به نسخه ی پزشک نیاز ندارند و در شکل های مایع، ژل و پماد یافت می شوند. برای افرادی که نسبت به نگهدارنده ها واکنش های حساسیتی دارند اشک های مصنوعی فاقد نگهدارنده توصیه می شوند. با این حال این محصولات معمولاً گران قیمت و یک بار مصرف هستند.

اشک های مصنوعی به عنوان خط اول درمانی در نظر گرفته می شوند و علائم تحریکی را در بیمار دچار خشکی چشم بهبود می بخشند. همچنین باعث بهبود بینایی در فرد دچار خشکی چشم می گردند.
دوز شروع معمول اشک های مصنوعی ۱ قطره در هر چشم، ۴ بار در روز است. بهبود علائم در همان روزهای شروع درمان مشهود است؛ اما درمان واضح حدود ۳-۴ هفته طول می کشد. چنانچه علائم بیمار پایدار بماند، می توان دفعات مصرف اشک های مصنوعی را افزایش داد (حتی تا ساعتی ۱ بار). اگر نیاز به مصرف دارو برای بیش از ۴ تا ۶ بار در روز باشد، توصیه می شود از نوع بدون نگهدارنده استفاده گردد تا مسمومیت به حداقل برسد.
همچنین ژل و پمادهای اشک مصنوعی با ویسکوزیته ی بالاتر در بازار وجود دارند که برای آن دسته از بیمارانی که با قطره های اشک مصنوعی بهبودی مشاهده نمی کنند، گزینه ی مناسبی هستند.

شرکت دارویی ایران ناژو با تولید و عرضه ی **ژل استریل چشمی ناژو- تیرز®**، تنها شرکت تولید کننده ی این محصول در ایران است. هر ۱۰۰ گرم ژل استریل چشمی ناژو- تیرز® حاوی ۰/۲ گرم کرپومر ۹۸۰ و ۵ گرم دکسپانتنول است. مزایای ویژه ی این محصول:

- قابل استفاده پس از جراحی های چشم
 - ایجاد لایه ای مرطوب و ویسکوز با ماندگاری و اثربخشی بالا بر سطح قرنیه و ملتحمه
 - تاری دید کمتر نسبت به محصولات مشابه، به دلیل داشتن ویسکوزیته در محدوده بین ژل و قطره
 - بهبود آسیب سلول های اپی تلیال قرنیه و ملتحمه به علت دارا بودن دکسپانتنول
- دکسپانتنول ماده ای جاذب رطوبت است که با افزایش تمایز سلول های اپیدرم و سنتز چربی دارای اثر ترمیم کنندگی در کنار هیدراته کنندگی است.

تاری دید موقت بلافاصله بعد از مصرف ژل های اشک مصنوعی کاملاً طبیعی بوده و بیمار باید از طبیعی بودن آن آگاه باشد.

خشکی چشم یک بیماری مزمن است و نیاز به درمان طولانی مدت دارد. بیماران هرگاه دچار علائم شدند، می توانند از اشک های مصنوعی استفاده کنند.

استراتژی های محیطی:

- پلک زدن مکرر (مخصوصاً حین کارهای چشمی مثل مطالعه یا کار کردن با کامپیوتر)
- دوری از باد مستقیم کولر یا هیتر
- استفاده از بخور در اتاق خواب، دفتر یا هر مکانی که بیمار زمان زیادی در آنجا اقامت دارد.

استفاده از سیکلوسپورین های موضعی

استفاده از لیفیتگراست موضعی

سایر درمان ها:

- سدیم هیالورونات
- گلوکوکورتیکوئیدهای موضعی
- اشک های سرم اتولوگ (از سرم خون خود بیمار)
- محرک های اشک: پیلوکارپین سیستمیک
- آنتی اکسیدان های خوراکی
- ویتامین A
- بستن مجرای خروجی اشک (بستن مجرای خروجی اشک)
- طب سوزنی
- جراحی: اصلاح عیوب پلک ها

ارجاع به چشم پزشک

در صورت مشخص نبودن علت علائم بیمار (عدم پاسخدهی به اشک مصنوعی و تغییرات محیطی، درد بسیار شدید و یا کاهش بینایی) پیشنهاد می شود متخصص چشم پزشکی بیمار را ویزیت کند.

ترجمه و گردآوری:
دکتر زهرا عندلیب

Reference addresses:

www.uptodate.com