

پیدایش عوارض چشمی در یای سلسله درمانهای عمومی

دکتر محسن زاده *

گاهی در حین درمان بیماریهای عمومی بیمار دچار عوارض چشمی می‌شود که ممکن است عدم توجه به این عوارض و ادامه درمان باعث حوادث ناگوار و حتی جبران ناپذیری گردد. توجه به این امر مهم‌مارا بر آن داشت که طی مقاله‌ای عوارض مهم چشمی را در جریان درمان بعضی از بیماریها متذکر شویم.

تظاهرات و عوارض چشمی در این قبیل حالات بدو صورت دیده میشود:

۱) عوارض حاد که باعث اضطراب و مراجعه فوری بیمار به چشم پزشک میگردد. خوشبختانه این عوارض معمولاً موقتی است و پس از قطع درمان از بین میرود.

۲) عوارض مزمن که دارای علائم عملی مشخص نبوده و فقط در جریان معاینه دقیق چشمی بوجود آنها می‌توان پی برد و شناختن این عوارض حائز اهمیت زیاد است زیرا عدم توجه به آنها ممکن است به پیدایش ضایعات عضوی منجر گردد.

بعضی از این عوارض چشمی کاملاً شناخته شده و جنبه کلاسیک پیدا کرده‌اند مانند نوریت عصب باصره در حین درمان سیفلیس با ترکیبات آرسنیکی خصوصاً مشتقات پنج ظرفیتی آن و آمبلیوپیی توکسیک در درمان باکینین.

در بین اختلالات عملی بینائی سندروم‌های مختلفی مشاهده می‌شود باین

قرار:

۱) اسپاسم تطابق که بصورت میوپی حاد تظاهر مینماید و اغلب اوقات در

بیماران جوان کمتر از ۴۰ سال دیده میشود که بطور ناگهانی دور را نمی بینند . در معاینه يك میوپی در حدود ۸ - ۶ دیوپتری جلب توجه میکند. چشم نرم مردمک در حال میوزیس - اطاق قدامی عمیق و گاهی لرزش ایریش (Irido - donesis) مشاهده می شود .

بعضی از مؤلفان ، خیز ناحیه ماکولا را خاطر نشان کرده اند . این اختلالات گذران بوده و به محض قطع درمان عوارض از بین میرود و اثری باقی نمی گذارد . از علل مهم اسپاسم تطابق مصرف داروهای پاراسمپا تیکومیمتیک (Parasympathicomimétique) می باشند . در اینجا باید از داروهای متوقف کننده کلستریناز (Cholestérinase) و آستیل آزومید (Acétylazomide) (دیاموکس) که امروز مصرف زیادی پیدا کرده اند نام برد .

دیاموکس بعنوان داروی مدر در در مان خیز بکار میرود و ممکن است با مصرف يك دوز استاندارد این عارضه چشمی مشاهده شود که عبارتست از میوپی حاد . معمولاً این عارضه با عوارض عمومی دیگر از قبیل پارستزی - احساس مور مور در دست و پا و کم شدن پیشاب همراه می باشد .

ممکن است درمان با داروهای دیگر مانند سولفامیدها مخصوصاً سولفانامید (Sulfonamide) و حتی بعضی از ترکیبات آرسنیکی مانند استیل آرسان (Acétylarsan) و سالوارسان (salvarsan) به پیدایش اسپاسم تطابق و میوپی حاد منجر شود .

۲) فلج تطابق برعکس اسپاسم تطابق دید نزدیک را مختل میکند و بیمار که معمولاً جوان می باشد قادر بخواندن و نوشتن نمی باشد . از علل مهم این عارضه مصرف داروهای پاراسمپاتیکولی تیک (Parasympathicolytique) مانند بلادون و مشتقات آنست که در درمان اختلالات گوارشی ، فشار خون و پارکینسون (Parkinson) بکارمیرند .

بعضی داروهای ضد درد (Antinevralgique) مانند مشتقات ژلزیوم ، (Gelsénium) داروهای مقوی اعصاب (Neuroleptique) و استروژن ها ممکن است ایجاد فلج تطابق بنمایند .

۳) کوری‌های موقت: که اغلب در اثر اسپاسم رگ‌های شبکیه بوجود می‌آیند. از علل شایع این عارضه باید کینین (Quinine) و ترکیبات آمینو کینولین (8-amino-quinoline) را نام برد. در اینجا باید متذکر شویم که اگر این عارضه تکرار شود ممکن است باعث عوارض عضوی گردد.

۴) اختلالات دید دوچشمی: که در اثر اختلال عمل عضلات خارجی چشم حاصل می‌شود. این عارضه ندرتاً به فلج حقیقی عضلات چشم مربوط است. اغلب يك احساس دویینی با اختلال تقارب در کار بوده و گاهی هم نیستاکموس و پتوزیس مشاهده می‌شود.

از علل شایع باید استعمال باربی‌توریک‌ها و داروهای ضد صرع را بمقادیر زیاد نام برد.

همچنین فورالتادون (Furaltadon) یا آلتافور (Altafur) که داروی ضد میکروبی است می‌تواند بعد از يك ماه استعمال به فلج حقیقی در عضلات راست خارجی منجر شود.

۵) رنگین دیدن اشیاء: گزانتوپسی (Xantopsie) یادیدن اشیاء برنگ زرد در جریان درمان انگل‌های روده با سنتونین و همچنین در اثر استعمال باربی‌توریک‌ها و استرپتومی‌سین مشاهده شده است.

دیدن اشیاء برنگ بنفش در درمان با کیناکرین (quinacrine) و رؤیت اشیاء برنگ سبز مخصوص در درمان با دیژیتال دیده شده است.

ضایعات عضوی: در بین ضایعات عضوی که در اثر عوامل سورشارژ، اختلال متابولیسم و یا دژنراسانس حاصل می‌شوند می‌توان کراتیت - کاتاراکت - اختلالات فشار چشم - ضایعات شبکیه و اورام ملتحمه را نام برد.

۱) کراتیت: از قدیمی‌ترین کراتیت‌های درمانی باید آغشته شدن قرنیه را به‌املاح طلا در اثر درمان‌های طولانی در جریان سل و روماتیسم‌های مزمن انقلاباتوار ذکر کرد. معاینه سیستماتیک قرنیه با بیومیکروسکپ پیش بیمارانی که مدت طولانی تحت درمان با املاح طلا می‌باشند باعث تشخیص این عارضه یا کریژئوز (Cryseose) می‌شود. باید متذکر شد که رسوب این مواد در قرنیه گاهی سبب اولس‌های عود کننده در ناحیه لمب میشود.

گاهی استعمال زیاد و طولانی ویتامین D باعث سورشارژ کلسیم در نسج قرنیه بشکل کراتیت (Keratite) نواری میگردد. در سالهای اخیر بررسی‌های دقیقی در مورد کراتیت درمانی متعاقب استعمال کلروکین بعمل آمده است. کلروکین یکی از مشتقات کینولئین بوده و علاوه بر اینکه یک داروی ضد مالاریائی می‌باشد در آمیبیاز و روماتیسم و حتی بعضی کسالت‌های پوستی مانند لوپوس اریتماتو بکار میرود. در بیش از ۰/۵۰ بیماران که اقلای بیشتر از سه ماه تحت درمان با این ترکیب قرار میگیرند عارضه قرنیه مشاهده می‌شود که بصورت نقاط ریز خاکستری پراکنده در اپی‌تلیوم قرنیه ملاحظه میگردد که پس از قطع درمان بمرور این نقاط خاکستری پراکنده از بین میروند.

گرینر (Groiner) و همکارانش ۱۰۰۰ بیمار روانی را که مدت ۵-۳ سال تحت درمان بالارگاکتیل (کلرپرومازین) بمقدار ۵۰۰ تا ۱۵۰۰ میلی‌گرم در روز بوده‌اند مورد بررسی قرار دادند و پیش ۷۰ نفر آنها کدورت هاگرانولوزرد مایل بسفید در نصف خلفی پارانشیم قرنیه و در کپسول قدامی عدسی مشاهده نمودند.

۲) کاتاراکت: در بین داروهائی که ایجاد کاتاراکت می‌نمایند و جنبه کلاسیک دارند باید دی‌نیتروفنول (dinitrophenol) را نام برد. این دارو متابولیسم عمومی را تشدید میکند و برای درمان چاقی مخصوصاً نزد زنهای جوان بکار برده شده است. اولین عوارض چشمی در سال ۱۹۳۵ در امریکا مشاهده و بلافاصله بیش از ۲۰۰ ابروآسیون در این مورد جمع‌آوری شد.

معمولاً کاتاراکت نزد بیمارانی که چندماه بمقدار زیاد از این دارو بکار برده‌اند مشاهده می‌شود. این کاتاراکت دو چشمی و بطور سریع سیر می‌نماید.

استعمال داروهای دیگری مانند کورتیکواستروئیدها - لارگاکتیل - کلروکین - نیواکین - تری‌پارانول ممکن است به پیدایش کاتاراکت منجر شوند.

کروز (Grecis) نزد ۷۹ بیمار که روزی ۱۵ میلی‌گرم کورتیکواستروئید بمدت یکسال مصرف کرده‌اند ۲۶ مورد کاتاراکت زیر کپسولی (Sous-Capsulaire) مشاهده کرده است.

۳) ازدیاد فشار داخل چشم: استعمال داروهای پاراسمپاتیکولی‌تیک مخصوصاً مشتقات بلادون که در امراض دستگاه گوارش بکار می‌برند و نیز کورتیکواستروئیدها

ومشتقات فنوتیازین در اثر استعمال طولانی ممکن است باعث ایجاد گلوکوم بشوند. (۴) شبکیه: در سالهای اخیر مواردی از دژنراسانس شبکیه از نوع رتینیت پیگمانتر (Rétinite pigmentaire) در نزد بیماران روماتیسمی و پوستی که تحت درمان با کلروکین بوده‌اند مشاهده شده است. این بیماران مقدار ۶-۲ صدگرم کلروکین تا مدت ۳-۲ سال مصرف میکردند.

رتینوپاتی کلروکین با اختلالات الکترورتینوگرام توأم است که مبین ضایعات سلولهای مخروطی و استوانه‌ای می‌باشد. علاوه بر اینها تنگی قابل ملاحظه در میدان بینائی - ادم رتین و اسپاسم آرتریولها مشاهده می‌شود.

کلرپرورمازین که بعنوان داروی آرام کننده مصرف می‌شود گاهی ایجاد پیگمانتاسیونهای غیر طبیعی بما منظره فلفل نمکی روی رتین مخصوصاً در ناحیه ماکولا می‌نماید. گاهی اوقات این پیگمانتاسیونها باهم یکی شده پلاک نسبتاً وسیع سیاه فامی را بوجود می‌آورند.

در اینجا متذکر می‌شویم که مصرف زیاد ویتامین A ممکن است ایجاد ادم پایی و هموراژی رتین بشماید.

(۵) اورام ملتحمه: مصرف بعضی داروهای عمومی ایجاد تحریک ملتحمه توأم با اشک ریزش و ترشح چرکی شکل میکنند مثلاً سولفامیدها (سولفادیازین - سولفاتیازول) حوالی روز هشتم درمان ممکن است به پیدایش ورم ملتحمه با کموزیس منجر شوند و نیز یوهمبین - برومورها - آرسنیک و باربی‌توریکها (barbituriques) احتمال ایجاد چنین عارضه‌ای را دارند.

لابرام در نزد اطفال نفروتیک که تحت درمان طولانی با پردنیزولون بودند تغییرات مورفولوژیک در عروق ملتحمه (تنگ شدن شرائین و وریدهای کوچک) مشاهده کرده است که بعد از قطع درمان از بین می‌روند.

در خاتمه متذکر می‌شویم که در تمام درمان‌های عمومی که مدت معالجه بطول میانجامد معاینه و بررسی دقیق چشم لازمست و چه بسا اتفاق افتاده که عدم توجه به این قسمت اختلالات و ضایعات جبران ناپذیری را در قسمت‌های مختلف چشم ایجاد کرده که اگر بموقع در حین معالجات عمومی بمعاینه چشم توجه میشد مسلماً با قطع دارو و یا با کاهش مقدار آن از عواقب و عوارض وخیم جلوگیری شده و بدین ترتیب بینائی چشم در معرض خطر قرار نمی‌گرفت.

Références

- 1- Irayama Y.,
Archives d'opht. T' 28, No 2, P. 231, 1968
- 2- Armaly, M, F. Archives d'opht. T. 28 No 2 P. 231, 1968,
- 3- Sarin, L. K., Leopold, I. H. et Winkelman Jr, N. W.
Archives d'opht. T. 27 No 7 P. 842 1967
- 4- Hudgens, R. W., Tanna, V, L, Harley, J. D. et Leary Jr., D. J.
Archives d'opht. T. 27 No 7 P. 743 1967
- 5- Philip P. Ellis. M. D, Donn L. smith. Eh. D., M. D.
Handbook of oculair Therapeutic and pharmacology P. 11. 1966.
- 6- Busch, k. T., Busch. G. et Lehmann, W.
Archives d'opht. T. 26 No 4 1966.
- 7- Bureau, Y., Hervouët. F., Barrière et Collier.
Archives d'opht. T. 25 No 8 P. 7969 1965.
- 8- Monaham. R. H. et Horns. R. C.
Archives d'opht. T. 25 No 8 P. 796 1965.
- 9- Greiner. A. et Berry, K.
Archives d'opht. T. 25. P. 798 1865
- 10- Ress, R. et Maidach. H.
Archives d'opht. T. 25. No 8 P. 799 1965.
- 11- Tuffanelli, D., Abraham. R. et Dubois, E.
Archives d'opht. T. 25 No 8 P. 799 1965.
- 12- M. G. Bonamour et Mme A. Didier Laurent.
Journal de medecine de Lyon No 1050 P. 441 5 Mars 1964
- 13- Anonyme.
Archives d'opht. T. 24 No I.p.131 1964
- 14- Eafardo. R. V., Pryor. J. et Leopold. I. H.
Archives d'opht T. 24 No I P. 130 1964.
- 15- Crews, J

Archives d'opht T. 24 No 3 T. 313 1964.

16- Kirby, T. J., Achor, R. W. P. Ferry, H. O./et Wink-
elmann, R. k.

Archives d'opht. T. 24 No 3 P. 313 3964

17- Labram, C.

Archives d'opht. T. 23 No 8 P. 843 1963.