



فصل دوم

فقدان ناگهانی دید

فقدان ناگهانی دید در کلینیک

میگرن چشمی

آماروزیس فوگاکس

اختلالات انسداد عروقی : انسداد ورید مرکزی رتین (CRVO)، انسداد شاخه‌های وریدی رتین (BRVO)، انسداد

شریان مرکزی رتین (CRAO)، انسداد شاخه‌های شریانی رتین (BRAO)، سندروم ایسکمی چشمی

اختلالات عصب اپتیک : اپتیک نوروپاتی التهابی، اپتیک نوروپاتی دمیلینه شدن، اپتیک نوروپاتی فشاری، اپتیک

نوروپاتی ایسکمیک غیرشریانی، اپتیک نوروپاتی ایسکمی شریانی تمپورال

سوراخ ماکولا

جداشدگی شبکیه (RD)

خونریزی ویتره

نارسایی شریان ورتبروبازیلار

سایر موارد : غش، فشار خون پایین، هیستری، پاپیلو ادما، اختلالات ماکولا، تروما، ضربه

بیماری که با شکایت فقدان ناگهانی دید مراجعه می‌کند معاینه‌کننده را با یک سری تشخیص‌های دشوار روبه رو می‌کند که باید سریعاً برطرف شود تا از فقدان دائم دید و یا در موارد شدیدتر از بیماری‌های سیستمیک و یا مرگ جلوگیری شود. گرفتن تاریخچه دقیق شامل زمان شروع، مدت زمان و گستردگی فقدان دید ضروری می‌باشد. در معاینات کلینیکی رنج وسیعی از تظاهرات مانند تصویر کلاسیک انسداد ورید مرکزی رتین تا فوندوس کاملاً نرمال در اپتیک نوروآی‌تیس رتروبولبار مشاهده می‌شود. سلسله مراتب درمان شامل ارزیابی عروق سیستمیک برای اطمینان از عدم وجود بیماری سیستمیک و مشاوره با فوق تخصص شبکیه می‌باشد.

آماروزیس فوگاکس

سابجکتیو :

بیمار با آماروزیس فوگاکس کاهش یک طرفه دید که چند ثانیه یا چند دقیقه کوتاه طول می کشد را گزارش می کند. دید پس از یک سری اتفاقات به حالت نرمال بر می گردد.

ابجکتیو :

ارزیابی های چشمی یا نرمال است و یا آمبولی رتین در شرایط دیلاتاسیون مردمک دیده می شود.

برنامه درمانی :

آزمایشات کامل پزشکی از جمله آزمایشات خون (شمارش کامل خون، *FBS* و وضعیت چربی) لازم می باشد. شریان کاروتید و قلب نیز باید معاینه شود. رایج ترین علت آماروزیس فوگاکس بیماری های شریان کاروتید می باشد. علت های احتمالی دیگر سندروم ایسکمی چشمی، بیماری قلبی، استفاده نادرست داخل وریدی داروها و سندروم های هایپروویسکوزیتی می باشد.

نارسایی شریان ورتبروبازیلار

سابجکتیو :

بیمار با این شرایط از تاری دوطرفه دید که چند ثانیه تا چند دقیقه کوتاه طول می کشد شکایت می کند. سمپتوم های دیگر مانند فلج و یا ضعف عضلانی یک طرفه، ناهماهنگی عضلات و سرگیجه نیز وجود دارد. سلسله اتفاقات راجعه نیز رایج است .

ابجکتیو :

در چشم نشانه ای وجود ندارد.

برنامه درمانی :

بیمار مشکوک به نارسایی شریان ورتبروبازیلار برای ارزیابی های سیستمیک باید ارجاع داده شود.

میگرن چشمی

سابجکتیو :

بیمار از تشعشعات نورانی در دید که چند دقیقه تا یک ساعت طول می کشد، شکایت دارد. شکایت مشخص بینایی شامل نقص در میدان بینایی، تاری دید و فلش نور می باشد. تمایز میگرن چشمی از میگرن واقعی، که سمپتوم های بینایی مشابه پیش از شروع سردرد دارد، مهم می باشد. بیماران دارای میگرن نیز ممکن است حالت تهوع، استفراغ و فتوفوبی (ترس از نور) را گزارش دهند.

ابجکتیو :

معاینات چشمی نرمال می‌باشد. اگر چه که در زمان حمله میگرن فقدان میدان بینایی و کاهش دید مشاهده می‌شود ولی پس از حمله این یافته‌ها برطرف خواهند شد.

برنامه درمانی :

درمان بیماران دارای میگرن چشمی اطمینان دادن مجدد و آموزش می‌باشد. بیماران دارای میگرن واقعی باید برای درمان به پزشک ارجاع داده شوند.

انسداد ورید مرکزی رتین (CRVO)

سابجکتیو :

بیماران دارای CRVO کاهش دید یک‌طرفه و ناگهانی و بدون درد را گزارش می‌دهند. تاریخچه سیستمیک بیمار عمدتاً شامل فشار خون بالا، بیماری شریان کاروتید، چربی زیاد و یا سندروم هایپرویسکوزیتی می‌باشد و تاریخچه چشمی ممکن است شامل گلوکوم باشد.

ابجکتیو :

حدت بینایی بسته به گستردگی تغییرات در رتین به مقدارهای مختلف کاهش می‌یابد. در فوندوس مبتلایان به CRVO خونریزی رتین، گشاد شدن و انحنا دار شدن وریدها در هر چهار ربع رتین مشاهده می‌شود. نقاط پشم - پنبه ای، ادم رتین، تغییر جهت دادن رگ‌ها و نئوواسکولاریزاسیون بسته به شدت و مدت ابتلا ممکن است دیده شود.

برنامه درمانی :

بیمار مبتلا به CRVO برای ارزیابی‌های کامل سیستمیک باید ارجاع داده شود. فلورسین آنژیوگرافی برای تعیین درجه ایسکمی رتین انجام می‌شود. اگر مناطق مشخصی از رتینال نان پرفیوژن مشاهده شد، پیشنهاد می‌شود با فوق تخصص شبکه برای تعیین فواید احتمالی پن رتینال فوتوکواگولیشن مشورت شود. الکترورتینوگرام برای تعیین درجه ایسکمی نیز ممکن است مفید باشد. همه بیماران CRVO برای تشخیص پیدایش تغییرات نئوواسکولاریزاسیون در فواصل زمانی کوتاه باید مانیتور شوند. باید از عدم وجود گلوکوم زاویه باز اولیه نیز اطمینان حاصل کرد.

انسداد شاخه‌های وریدی رتین (BRVO)

سابجکتیو :

بیماران مبتلا به BRVO ممکن است کاهش ناگهانی و بدون درد دید را گزارش دهند و یا اینکه هیچ سمپتومی را گزارش ندهند. در تاریخچه بیماران، فشار خون بالا و یا دیابت وجود دارد.

ابجکتیو :

در فوندوس بیماران، خونریزی منطقه‌ای رتین ممکن است همراه نقاط پشم - پنبه ای، ادم رتین و گشاد شدن

وریدهای رتین مشاهده شود. حدت بینایی ممکن است شدیداً کاهش یابد و یا اینکه اصلاً تغییر نکند.

برنامه درمانی :

بیماران مبتلا به BRVO باید برای ارزیابی سیستمیک ارجاع داده شوند. این بیماران از نظر پیدایش نئوواسکولاریزاسیون رتین باید به دقت مانیتور شوند. اگر نئوواسکولاریزاسیون اتفاق افتد درمان انتخابی پن رتینال فوتوکوآگولاسیون خواهد بود. در صورت وجود ادم ماکولا استفاده از لیزر نقطه‌ای یا شبکه‌ای برای درمان جای بحث دارد.

انسداد شریان مرکزی رتین (CRAO)

سابجکتیو :

بیماران مبتلا به CRAO با شکایت فقدان کامل و ناگهانی و بدون درد دید مراجعه می‌کنند. در تاریخچه چشمی بیماران ممکن است آماروزیس فوگاکس وجود داشته باشد.

ابجکتیو :

حدت بینایی ممکن است تا شمارش انگشتان (cf) یا درک نور (LP) کاهش یابد. در مراحل اولیه نقطه قرمز گیلاسی در ماکولا و سفید شدگی اطراف رتین دیده می‌شود.

برنامه درمانی :

ماساژ انگشتی و کاهش IOP به وسیله داروها یا پاراسنتز اگر در فاصله زمانی ۲۴ ساعت از شروع فقدان دید آغاز شود، می‌تواند موثر باشد. کربوژن (۹۵ درصد اکسیژن و ۵ درصد کربن دی اکسید) توسط برخی پیشنهاد شده است. معاینه سیستمیک عروقی و آزمایش خون مانند ESR پیشنهاد می‌شود.

انسداد شاخه‌های شریان رتین (BRAO)

سابجکتیو :

بیماران BRAO ممکن است دچار کاهش دید یک‌طرفه، ناگهانی و بدون درد شوند و یا اینکه اصلاً سمپتوم نداشته باشند. در تاریخچه بیماران ممکن است آماروزیس فوگاکس پیدا شود.

ابجکتیو :

سفید شدگی رتین در اطراف شریانی که دچار انسداد شده مشاهده می‌شود. ادم رتین نیز وجود دارد. نقاط پشم - پنبه‌ای ممکن است وجود داشته باشد یا نداشته باشد.

برنامه درمانی :

درمان در بیماران مبتلا به BRAO بحث برانگیز است اگر چه ماساژ انگشتی می‌تواند آمبولی را از جایش بیرون راند. برخی کربوژن را پیشنهاد می‌دهند. ارزیابی سیستمیک برای اطمینان از عدم وجود اختلالات سیستمیک

زمینه‌ای نیز باید انجام شود.

اپتیک نوروپاتی التهابی

سابجکتیو :

این بیماران فقدان دید ناگهانی یک‌طرفه یا دوطرفه را گزارش می‌دهند. شدت کاهش دید می‌تواند از متوسط تا شدید تغییر کند و ممکن است همراه درد اوربیتال باشد. این بیماران اغلب زیر ۲۰ سال سن دارند. موقع حرکت دادن چشم، درد توسط بیماران ممکن است گزارش شود.

ابجکتیو :

دید رنگی بیماران نقص دارد. اگر در معاینه مردمک بیمار دایلت شود ادم اپتیک دیسک همراه خونریزی و ویتريت مشاهده می‌شود.

برنامه درمانی :

به وسیله ارزیابی سیستمیک علت اپتیک نوروپاتی سیستمیک باید مشخص شود. علت‌های احتمالی توکسوپلاسموز، هرپس زوستر، سیفلیس و اختلالات کلاژن عروق می‌باشد. پس از مشاوره با متخصص اعصاب و یا چشم پزشک استروئید داخل وریدی تجویز می‌شود. بیماران در فواصل یک ماهه باید تحت نظر باشند.

اپتیک نوروپاتی دمی‌لینه (رتروبولبار اپتیک نوروآیتیس)

سابجکتیو :

بیمار از کاهش دید به میزان‌های مختلف شکایت می‌کند. کاهش دید در طول یک هفته بیشتر می‌شود و بیشتر در سن ۲۰ تا ۴۵ سال رخ می‌دهد. در این بیماران درد اوربیت و کاهش بینایی همراه افزایش دمای بدن (*Uhthoff symptom*) ممکن است وجود داشته‌باشد همچنین احساس شوک الکتریکی در دست و پا و بدن هنگام خم کردن سر به جلو (*Lhermitte's sign*) ممکن است گزارش شود.

ابجکتیو :

حدت بینایی در این بیماران از ۲۰/۲۰ تا عدم درک نور (*NLP*) متفاوت است. نقص دید رنگ و نقص میدان بینایی ممکن است مشاهده شود. اگر چه که عصب اپتیک در ظاهر نرمال می‌باشد.

برنامه درمانی :

بیمار دارای این شرایط باید جهت انجام *MRI* و اقدامات سیستمیک به متخصص اعصاب ارجاع داده شود.

اپتیک نوروپاتی کامپرسیو

سابجکتیو :

بیمار از کاهش تدریجی و یا حاد دید شکایت می‌کند.

ابجکتیو :

دید به میزان مختلفی کاهش می یابد. بیمار ممکن است نقص مرکزی در میدان بینایی داشته باشد. سر عصب اپتیک ممکن است نرمال باشد و یا اینکه درجه ای از ادم و یا رنگ پریدگی را نشان دهد.

برنامه درمانی :

پیشنهاد می شود در بیمارانی که دچار کاهش غیرقابل توضیح بینایی و نقص در میدان بینایی شده اند و مردمک مارکوس گان دارند سی تی اسکن یا MRI گرفته شود. بیماران مشکوک به اپتیک نوروپاتی تراکمی باید برای تصویربرداری و درمان به متخصص چشم و یا اعصاب ارجاع داده شوند.

اپتیک نوروپاتی ایسکمی غیرشریانی (ION)

سابجکتیو :

بیمار با شکایت کاهش یک طرفه و ناگهانی و بدون درد بینایی مراجعه می کند. این بیماران کمتر از ۵۰ سال سن دارند و اغلب بیماری های سیستمیک مانند دیابت، آرترواسکلروزیس و فشار خون بالا دارند.

ابجکتیو :

کاهش بینایی از شدت های متوسط تا شدید متغیر می باشد. در معاینه فوندوس ادم عصب اپتیک دیده می شود و می تواند همراه یا بدون خونریزی باشد.

برنامه درمانی :

ارزیابی سیستمیک برای تعیین علت سیستمیک زمینه ای لازم می باشد. این بیماران باید یک ماه پس از اولین ویزیت، معاینه شوند.

اپتیک نوروپاتی ایسکمیک شریانی (AION)

سابجکتیو :

بیماران دارای AION با شکایت کاهش ناگهانی، بدون درد و یک طرفه بینایی که خیلی سریع دوطرفه می شود مراجعه می کنند. این بیماران اغلب بیشتر از ۵۰ سال دارند و لقی فک و حساسیت پوست فرق سر را نیز گزارش می دهند. علائم دیگری مانند کم اشتها، کاهش وزن بدن، درد عضلات و مفاصل و تب نیز ممکن است گزارش شود.

ابجکتیو :

حدت بینایی تا شمارش انگشتان و کمتر کاهش می یابد. عصب اپتیک رنگ پریده و متورم می باشد. ESR به طور مشخصی زیاد می شود.

برنامه درمانی :

استروئید سیستمیک سریعا باید شروع شود. در صورت ضرورت تایید تشخیص، بیوپسی از شریان تمپورال بیمار

باید انجام شود.

سوراخ ماکولا (ایدیوپاتیک)

سابجکتیو :

بیمار با شکایت کاهش بینایی ناگهانی، بدون درد و یک طرفه مراجعه می‌کند. بیمار از دیستورشن بینایی شکایت می‌کند. اغلب بیماران، خانم‌های بیشتر از ۶۰ ساله هستند.

ابجکتیو :

حدت بینایی در موارد سوراخ تمام ضخامت ماکولا در رنج ۲۰/۲۰۰ می‌باشد. در تست امسلر اسکوتومای بزرگ مرکزی احاطه شده به وسیله مناطقی که دچار متامورفوپسیا هستند، مشاهده می‌شود. رسوب‌های کوچک و زرد در پایه‌ی سوراخ دیده می‌شود.

برنامه درمانی :

بیمارانی که اخیراً دچار سوراخ ایدیوپاتیک ماکولا شده‌اند باید برای ترمیم سوراخ ماکولا به فوق تخصص شبکیه ارجاع داده شوند.

جداشدگی شبکیه (رگماتوژنی)

سابجکتیو :

بیمار ممکن است کاهش دید مشخصی را گزارش کند و یا اینکه اصلاً علائمی نداشته باشد. کندگی یا جداشدگی رتین مانند پرده یا سایه‌ای که جلوی میدان بینایی حرکت می‌کند شرح داده می‌شود. فلش نور و فلوتر نیز در این بیماران گزارش داده می‌شود.

ابجکتیو :

بیمار دارای RD رگماتوژنی براساس گستردگی جداشدگی رتین درجات مختلفی از کاهش دید را نشان می‌دهند. در ارزیابی فوندوس، رتین برآمده به نظر می‌رسد و پارگی نیز اغلب وجود دارد. تکنیک *scleral indentation* در تشخیص پارگی رتین به معاینه‌کننده کمک می‌کند. سلول در قدام و پتره و خونریزی و پتره نیز ممکن است همراه RD مشاهده شود.

برنامه درمانی :

افرادی که RD رگماتوژنی حاد دارند سریعاً به جراح شبکیه ارجاع داده می‌شوند.

خونریزی و پتره

سابجکتیو :

بیمار کاهش بینایی ناگهانی، بدون درد و یک طرفه را گزارش می‌دهد. بیمار فلش نور، فلوتر و اریتروپسیا را

نیز ممکن است گزارش دهد. در این بیماران مشخص کردن اینکه آیا بیماران دارای دیابت و سایر بیماری های سیستمیک هستند یا خیر، اهمیت دارد.

ابجکتیو :

براساس شدت خونریزی، بینایی بیماران ممکن است به شدت کاهش یابد و یا اینکه نرمال باشد. افتالموسکوپی در بیماران دارای خونریزی شدید فایده کمی دارد اگر چه که در بعضی از بیماران می تواند در تشخیص علت های زمینه ای خونریزی موثر باشد. اگر امکان مشاهده رتین وجود نداشته باشد بی اسکن می تواند برای مطمئن شدن از اینکه کندگی رتین و تومور داخل چشمی وجود ندارد، استفاده شود.

برنامه درمانی :

ارجاع به فوق تخصص شبکیه برای تعیین فواید احتمالی ویتراکتومی مخصوصا در خونریزی طولانی مدت، پیشنهاد می شود.