

زمان مناسب برای جراحی آب مروارید

دکتر محمدعلی جوادی

استاد - چشم پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

زمینه

در سده گذشته، آب مروارید عامل اصلی کم بینایی و نابینایی در جهان بوده است و به نظر می‌رسد که در سده اخیر نیز هم‌چنان عامل اصلی باشد. بهبود کیفیت زندگی و افزایش طول عمر، موجب شیوع بیش‌تر آب مروارید در کشورهای پیش‌رفته و در حال توسعه شده است. بررسی‌ها نشان داده‌اند که در استرالیا بعد از ۴۰ سالگی، به ازای هر ۱۰ سال افزایش سن، شیوع آن دوبرابر می‌شود؛ به طوری که تمام افراد در سن ۹۰ سالگی مبتلا به آب مروارید می‌شوند. البته در کشورهایی مثل هند که وضعیت اقتصادی مناسبی ندارند، سن شیوع آب مروارید ۱۴ سال زودتر است.

در حال حاضر ۲۰-۱۶ میلیون نفر مبتلا به آب مروارید نیازمند به عمل جراحی در جهان وجود دارند (دید ۳/۶۰ یا بدتر) و پیش‌بینی می‌شود که جمعیت جهان طی ۲۰ سال آینده، حدود ۳۰ درصد افزایش یابد و به‌رغم آن که تعدادی از مبتلایان به آب مروارید طی این مدت فوت خواهند کرد، باز هم تعداد مبتلایان به آب مروارید در آن زمان حدود ۴۰ میلیون نفر خواهد بود. میزان شیوع آب مروارید در کشور ما نیز طبق برآورد نسبی براساس مطالعه بر روی افراد بالای ۴۰ سال شهر تهران، حدود ۱۳/۵-۱۰/۵ درصد می‌باشد.

چاره چیست؟

الف) پیدا کردن راه حلی جهت کاهش شیوع آب مروارید و یا جلوگیری از ایجاد آن

ب) فراهم آوردن ابزار و وسایل جهت انجام عمل جراحی

ج) اتخاذ روشی معقول جهت تعیین اولویت و زمان عمل جراحی

آیا راهی برای جلوگیری از ایجاد آب مروارید وجود دارد؟

به‌رغم انجام مطالعات مقطعی جهت تعیین عوامل خطر ساز ایجاد آب مروارید، هنوز شناخت ما از علل ایجاد آب مروارید

ناشی از سن ناچیز است ولی با این وجود، چند عامل مشخص شده‌اند:

۱) عوامل ژنتیک: پیش‌رفت‌های اخیر در زمینه‌های اپیدمیولوژی، عامل ژنتیک را در ایجاد بعضی از انواع آب مروارید دخیل می‌دانند. بررسی‌ها در انگلستان نشان داده‌اند که نصف موارد آب مرواریدهای هسته‌ای و دوسوم موارد آب مرواریدهای قشری، با عوامل ارثی ارتباط دارند. عوامل ارثی غالب (dominant) در ایجاد آب مروارید قشری دخیلند ولی در حال حاضر، راه‌حلی جهت تغییر این عامل وجود ندارد.

۲) سن یک عامل تجمعی از مجموعه عواملی است که در طول زمان منجر به بروز آب مروارید می‌شوند؛ از جمله تماس با پرتو فرابنفش، مصرف دارو به ویژه استروئید و وجود بیماری‌هایی چون دیابت.

۳) در آمریکا BMI (body mass index) بالا، عامل مهمی در ایجاد آب مروارید شناخته شده است.

بنابراین با کنترل دیابت، کاهش تماس با پرتو فرابنفش و جلوگیری از چاقی می‌توان تا حدی از شیوع بیماری کاست.

نقش مصرف ضد اکسیدان‌ها و ویتامین‌های A، C و E در جلوگیری از ایجاد آب مروارید، هنوز به خوبی روشن نیست.

بنابراین، در عمل، راه حل موثری برای جلوگیری از پیدایش آب مروارید وجود ندارد؛ هرچند اگر بتوان سن شیوع را ۱۰ سال عقب انداخت، می‌توان تعداد نیازمندان به عمل را به نصف تقلیل داد. در نتیجه، تنها راه حل فعلی، عمل جراحی است ولی

مسئله مهم این است که چه کسانی باید عمل شوند؟ آیا همه بیماران از انجام عمل سود می‌برند؟ آیا از لحاظ اقتصادی به

صلاح مملکت است که همه مبتلایان به آب مروارید عمل شوند؟

قدر مسلم، کاهش دید در سیر بیماری آب مروارید، دارای طیف بسیار وسیعی است که نهایت آن فقدان دید می‌باشد و

این میزان دید برای هیچ بیماری قابل قبول نیست ولی درجات قبل از آن ممکن است برای هر فردی قابل قبول باشد و بتواند

آستانه عمل جراحی را پایین می‌آورد تا بتواند تعداد عمل بیش‌تری داشته باشد.

(۴) پیش‌رفت‌های علمی در زمینه جراحی و کم شدن عوارض جراحی: به طوری که طی دو دهه گذشته در آمریکا و سوئد، میزان انجام عمل جراحی آب‌مرورید، ۴-۳ برابر شده است.

(۵) بهبود شرایط زندگی: در گذشته مردم کم‌تر رانندگی می‌کردند و کم‌تر به دید کافی نیاز می‌شد ولی امروزه رانندگی در سنین بالا، امری کاملاً عادی است و یا مشاهده تلویزیون نیز به بخشی از زندگی روزمره تبدیل شده است که احتیاج به دید مناسب دارد.

(۶) عدم تناسب نرخ ویزیت پزشکان با تعرفه جراحی که به نظر می‌رسد متأسفانه این مساله از همه مهم‌تر است. وقتی تعرفه عمل جراحی یک پزشک به طور متوسط ۱۵۰-۱۰۰ برابر تعرفه یک ویزیت می‌باشد، بدیهی است که پزشک تمایل بیش‌تری جهت انجام عمل جراحی دارد تا ویزیت بیمار. مساله‌ای که متأسفانه در تمام رشته‌های پزشکی رایج شده است و همه، انجام هر نوع مداخله ابزاری (procedure) را بر ویزیت بیمار ترجیح می‌دهند.

این مساله حدود ۲۰ سال قبل در آمریکا هم به همین شکل بود که توانستند با افزایش حق ویزیت و کاهش تعرفه جراحی، آن را حل کنند. بدین معنی که در سال‌های حدود ۱۹۸۵، تعرفه جراحی آب‌مرورید ۲۴۰۰ دلار و تعرفه ویزیت ۵۰ دلار بود که تعرفه عمل به ۸۰۰ دلار کاهش و نرخ ویزیت به ۷۰ دلار افزایش داده شد. دوباره در سال ۱۹۹۲، تعرفه عمل به ۶۰۰ دلار کاهش و تعرفه ویزیت به ۱۵۰-۹۰ دلار افزایش یافت و در سال گذشته، مجدداً تعرفه عمل به ۵۵۰ دلار کاهش داده شد که چشم‌پزشکان آمریکا آن را به عنوان خط قرمز تلقی نموده و اعلام کرده‌اند که کم‌تر از آن، حاضر به انجام عمل جراحی آب‌مرورید نیستند. بنابراین در شرایط کنونی در آمریکا تعرفه انجام یک عمل جراحی با تعرفه ویزیت ۴ بیمار برابری می‌کند و در نتیجه تمایل زیادی جهت انجام عمل توسط کل چشم‌پزشکان وجود ندارد.

(۷) عدم توجه به سایر علل کاهش دید که همراه با آب‌مرورید وجود دارند، به ویژه ضایعات ماکولا: متأسفانه در موارد زیادی، همراهی آب‌مرورید با ضایعات ماکولا مورد توجه قرار نمی‌گیرد

با آن زندگی خود را اداره کند. بنابراین عامل اصلی در تصمیم‌گیری برای عمل جراحی در مبتلایان به آب‌مرورید سنی، خود بیمار می‌باشد و هر فردی که بتواند امور شخصی و عادی زندگی را بدون مشکل با هر میزان دید انجام دهد، نیاز به عمل جراحی ندارد و تعیین حد مشخصی از دید جهت انجام عمل جراحی، نه تنها مقدر نیست بلکه معقول هم نیست. به عنوان مثال، اگر حد دید را ۱/۱۰ قرار دهیم و نسبت انجام عمل را یک فرض کنیم، هنگامی که حد دید را به حدود ۲/۱۰ افزایش می‌دهیم، نسبت انجام عمل به ۲ افزایش می‌یابد و اگر حد دید را ۶/۱۰ فرض کنیم، نسبت انجام عمل به ۱۰ خواهد رسید. ممکن است یک فرد ۵۰ ساله با آب‌مرورید از نوع PSC و دید ۹/۱۰، احتیاج به عمل جراحی داشته باشد ولی یک فرد مسن که قدرت تحرک چندانی هم ندارد، ممکن است بتواند با دید CF، امور خود را اداره نماید و احتیاج به عمل نداشته باشد. و اما چه عواملی باعث می‌شوند که تعداد موارد عمل در جامعه‌ای کاهش و یا افزایش یابد؟

الف) عوامل کاهش میزان انجام عمل:

- (۱) نبودن امکانات جراحی
- (۲) اعتقادات خرافی جامعه نسبت به انجام عمل که هنوز هم مساله مهمی در بعضی کشورهای آفریقایی و نپال می‌باشد. به نظر نمی‌رسد که موارد فوق در جامعه ما مطرح باشند.

ب) عوامل افزایش میزان انجام عمل:

- (۱) ترس مردم (مبتلا به آب‌مرورید) از نابینایی: بدین مفهوم که فکر می‌کنند اگر دیر اقدام به عمل کنند، باعث نابینایی دائمی آن‌ها و یا صدمه غیرقابل جبران به چشم خواهد شد. باید با این طرز تلقی در مبتلایان به آب‌مرورید مقابله کرد که عمدتاً چشم‌پزشکان می‌توانند میزان آگاهی مردم را بالا ببرند و این ترس بی‌مورد را از مردم دور کنند.
- (۲) عدم پرداخت هزینه به صورت مستقیم توسط بیمار: اغلب مشاهده می‌شود که وقتی بیمار با امکان استفاده از بیمه، به ویژه بیمه‌های مکمل، متحمل هزینه‌ای نمی‌شود؛ میل به انجام عمل توسط پزشک و بیمار افزایش می‌یابد.
- (۳) تعداد زیاد پزشک: بدیهی است وقتی تعداد پزشکان زیاد باشد، به هر حال هر فرد برای امرار معاش خود ناخودآگاه،

ج) از کارخانه‌های تولیدکننده لنز داخل چشمی در کشور حمایت به عمل آید که حداقل بابت مصرف لنز، ارز از کشور خارج نشود. متأسفانه در کشور فقیری چون اریتره، کارخانه تولید لنز، احتیاجات داخلی را تامین می‌کند ولی در کشور ما، تنها کارخانه تولید لنز (لنزیدار) هنوز نتوانسته است موقعیت شایسته خود را بین چشم‌پزشکان کسب کند و حداقل نویسنده از فروش سالانه لنز توسط کارخانه مزبور در داخل کشور بی اطلاع است ولی مسوولان آن معتقدند که می‌توانند نیمی از نیاز داخل کشور را تامین کنند و سالانه دو میلیون دلار صرفه‌جویی ارزی نمایند.

که پس از انجام عمل، نه تنها سودی به بیمار نمی‌رسد بلکه دید نزدیک وی نیز مختل می‌شود. بنابراین با ادامه روند تربیت متخصص چشم و آسان شدن روش‌های عمل جراحی، صلاح است که مسوولان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و انجمن چشم‌پزشکی، ترتیبی اتخاذ نمایند تا:
الف) نسبت ویزیت پزشکان و حق‌العمل جراحی، عددی معقول شود.
ب) آگاهی جامعه نسبت به آب‌مروارید افزایش یابد تا خود افراد بتوانند زمان انجام عمل را تعیین کنند.