

Refractive Status in Low Birth Weight 4 to 6-Year-Old Children with or without Retinopathy of Prematurity

Fatemeh Rouhi¹
 Samira Heydarian²
 Asadollah Farrokhfar³
 Reza Jafari³

¹ Medical Student, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

² Assistant Professor, Department of Optometry, Faculty of Allied Medical Sciences, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

³ Assistant Professor, Department of Ophthalmology, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received October 8, 2023; Accepted April 7, 2024)

Abstract

Background and purpose: Premature birth is common worldwide and can affect the development of brain structures, such as the optic nerve. Eye diseases are very common in low birth weight children and premature children. Vision defects associated with premature birth include Retinopathy of premature babies (ROP), decreased visual acuity, strabismus, amblyopia, and various types of refractive errors. Studies have shown that the occurrence of myopia in children born prematurely is negatively correlated with gestational age and birth weight and is directly related to the severity of retinopathy of prematurity (ROP). Advances in neonatal intensive care unit services have led to a significant increase in the survival rate of premature infants and subsequent medical problems in these children. This study was designed to determine the prevalence of refractive errors in 4-6-year-old children born with a birth weight of less than 2000 grams and gestational age of less than 34 weeks and normal children admitted to the neonatal department of Bou-Ali Sina Hospital in Sari in 2016-2018.

Materials and methods: This study was a cross-sectional descriptive study on 43 children aged 4-6 years who were born with a weight of less than 2000 grams and gestational age of less than 34 weeks, and 17 normal children who were admitted in the neonatal department of Bou-Ali Sina Hospital due to neonatal jaundice. The study subjects were in four groups: 12 subjects in group A (ROP cases without injection), 14 subjects in group B (ROP cases with injection), 17 subjects in group C (cases with birth weight less than 2000 grams and gestational age less than 34 weeks without ROP), and 17 normal subjects in group D. Uncorrected distance visual acuity was measured using E-chart. Dry and cyclo refraction (using cyclopentolate 1%) were measured using an autorefractometer. Finally, the fundus was examined using a biomicroscope and 90 diopter lens. Statistical analysis was performed using SPSS software, version 26.

Results: of the 60 studied subjects, 46.67% were females and 53.33% were males, and there was no significant difference in the prevalence of the two sexes between the groups ($P=0.146$). In total, 12.1% of the studied subjects were myopia, 34.5% were emmetrope, and 53.4% were hypermetrope. Although the prevalence of hypermetropia was higher than other types of refractive errors in all groups, the prevalence of myopia was higher in those with ROP than in groups without ROP, and there was a significant difference in the prevalence of refractive errors in different groups ($P=0.025$). There was no significant difference between the prevalence of the different types of astigmatism in the studied groups ($P=0.304$) and with the rule astigmatism was the most common type among all groups. There was a significant and direct relationship between gestational age and birth weight with cyclo-equivalent sphere, which means that the lesser gestational age ($P=0.356$, $r=0.006$) and birth weight ($P=0.002$, $r=0.387$), the higher the probability of myopia.

Conclusion: Considering the higher prevalence of myopia in low birth weight children, especially in children with ROP, it is necessary to formulate a regular program to screen this category of children to prevent refractive errors, especially myopia in the future.

Keywords: birth weight, gestational age, retinopathy of prematurity, refractive error, avastin injection

J Mazandaran Univ Med Sci 2024; 34 (232): 78-89 (Persian).

Corresponding Author: Reza Jafari - Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.
 (E-mail: rezaj76@yahoo.com)

وضعیت عیوب انگساری در کودکان ۴ الی ۶ سال متولد شده با وزن کم با و بدون رتینوپاتی نوزادان نارس

فاطمه روحی^۱سمیرا حیدریان^۲اسدالله فرخ فر^۳رضا جعفری^۳

چکیده

سابقه و هدف: زایمان زودرس در سراسر جهان رایج است و می‌تواند بر رشد ساختارهای مغزی، از قبیل عصب بینایی تأثیر بگذارد. مشکلات چشمی در کودکان کم وزن و کودکان نارس بسیار شایع است. نقایص بینایی مرتبط با زایمان زودرس شامل رتینوپاتی نوزادان نارس (ROP)، کاهش حدت بینایی، استرابیسم، آمبلیوپی و انواع عیوب انگساری می‌باشد. مطالعات نشان داده‌اند که وقوع نزدیک‌بینی در کودکانی که به‌طور نارس متولد شده‌اند با سن حاملگی و وزن هنگام تولد همبستگی منفی دارد و با شدت رتینوپاتی نوزادان نارس (ROP) ارتباط مستقیمی دارد. پیشرفت در خدمات بخش‌های مراقبت‌های ویژه نوزادان تازه متولد شده منجر به افزایش قابل توجهی در میزان بقای نوزادان نارس و متعاقب آن مشکلات پزشکی در این کودکان شده است. این مطالعه با هدف تعیین فراوانی وضعیت عیوب انگساری کودکان ۴ الی ۶ سال متولد شده با وزن کم‌تر از ۲۰۰۰ گرم و سن حاملگی کم‌تر از ۳۴ هفته و کودکان نرمال بستری شده در بخش نوزادان بیمارستان بوعلی سینا ساری طی سال‌های ۹۵ الی ۹۷ طراحی شده است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه یک مطالعه توصیفی بود که به‌صورت مقطعی بر روی ۴۳ کودک ۴ الی ۶ سال که با وزن کم‌تر از ۲۰۰۰ گرم و سن حاملگی کم‌تر از ۳۴ هفته به دنیا آمده بودند و ۱۷ کودک نرمالی که به علت زردی در بخش نوزادان بیمارستان بوعلی سینا ساری بستری بودند، انجام شد. افراد مورد مطالعه در چهار گروه، ۱۲ نفر در گروه A دارای ROP بدون تزریق، ۱۴ نفر در گروه B دارای ROP با تزریق، ۱۷ نفر در گروه C کودکان با وزن کم‌تر از ۲۰۰۰ گرم و سن حاملگی کم‌تر از ۳۴ هفته بدون ROP و ۱۷ نفر در گروه D کودکان نرمال، قرار گرفتند. ابتدا دید بدون اصلاح افراد با استفاده از E چارت اندازه‌گیری شد و سپس تحت معاینه اتورفرکتومتری قبل و بعد از سایکلو قرار گرفتند و پس از آن فاندوس کودکان توسط لنز ۹۰ و اسلیت لامپ مورد بررسی قرار گرفت. بعد از جمع‌آوری اطلاعات مورد نظر، داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

یافته‌ها: به‌طور کلی از ۶۰ فرد مطالعه شده ۴۶/۶۷ درصد مونث و ۵۳/۳۳ درصد مذکر بودند و شیوع دو جنس در گروه‌ها از نظر آماری تفاوت قابل ملاحظه‌ای نداشت ($P=0/146$). در مجموع افراد مورد مطالعه، ۱۲/۱ درصد آن‌ها مایوپ و ۳۴/۵ درصد آن‌ها متروپ و ۵۳/۴ درصد آن‌ها هایپرمترپ بودند. اگرچه شیوع هایپرمترپ در تمام گروه‌ها از سایر انواع عیوب انگساری بیش‌تر بود اما شیوع مایوپ در گروه‌های دارای ROP بیش‌تر از گروه‌های فاقد ROP بود و تفاوت معنی‌داری در شیوع انواع عیوب انگساری در گروه‌های مختلف وجود داشت ($P=0/025$). بین شیوع انواع آستیگماتیسم در گروه‌های مورد مطالعه تفاوت قابل ملاحظه‌ای وجود نداشت ($P=0/304$). بین سن حاملگی و وزن تولد با سایکلو اکسی والان اسفر ارتباط معنی‌دار و مستقیم وجود داشت بدین معنا که هر چه سن حاملگی ($P=0/006$) و وزن تولد ($P=0/002$) و $r=0/387$ کم‌تر بود، عیب انگساری مایوپ‌تر می‌شد.

استنتاج: با توجه به شیوع بالاتر مایوپ در کودکان کم وزن به‌ویژه در کودکان دارای ROP لازم است به منظور غربالگری این دسته از کودکان به منظور پیشگیری و جلوگیری از عیوب انگساری به‌ویژه مایوپ در آن‌ها در آینده، برنامه‌ای منظم تدوین کرد.

واژه‌های کلیدی: وزن تولد، سن حاملگی، عیوب انگساری، رتینوپاتی نوزاد نارس، تزریق آواستین

E-mail: rezaj76@yahoo.com

مؤلف مسئول: رضا جعفری - ساری: مرکز آموزشی درمانی بوعلی سینا ساری

۱. دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۲. استادیار، گروه آموزشی اپتومتری، دانشکده، پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۳. استادیار، گروه آموزشی چشم پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۶ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۲/۸/۶ تاریخ تصویب: ۱۴۰۳/۱/۱۹

مقدمه

زایمان زودرس می تواند بر رشد ساختارهای مغزی، از قبیل عصب بینایی تأثیر بگذارد (۲،۱). مشکلات چشمی در کودکان کم وزن و کودکان نارس بسیار شایع است. نقایص بینایی مرتبط با زایمان زودرس شامل کاهش حدت بینایی، شیوع بالاتر استرایسم، وجود عیوب انکساری بالا، به ویژه نزدیک بینی، کاهش دید سه بعدی و از دست دادن میدان بینایی می باشد (۳-۹). مطالعات نشان داده اند که فراوانی نزدیک بینی، آستیگماتیسم، آنیزومتروپی، استرایسم و آمبلیوپی در کودکانی که نارس به دنیا می آیند، بیش تر از کودکان ترم است (۱۱،۱۰). وقوع نزدیک بینی در کودکانی که به طور نارس متولد شده اند با GA (Gestational age) و وزن هنگام تولد همبستگی منفی دارد و با شدت رتینوپاتی نوزادان نارس (Retinopathy of Prematurity: ROP) ارتباط مستقیمی دارد (۱۲-۱۴).

بیش تر مطالعات گذشته نشان داده اند که شیوع مایوپی در کودکان پری مچوری که دچار ROP بوده اند بیش تر از کودکان پری مچوری بود که ROP نداشتند. از طرفی مطالعاتی وجود دارند که نشان داده اند که شیوع مایوپی در کودکان کم وزن بیش تر از کودکان با وزن نرمال بدو تولد است. این نتایج حاکی از آن است که پری مچوریتی با مکانیسم متفاوتی نسبت به پایین بودن وزن تولد (Low birth weight (LBW)) (وزن هنگام تولد کم تر از ۲۰۰۰ گرم) می تواند منجر به بروز مایوپی شود. به عبارتی دیگر سه فاکتور خطر پری مچوریتی، کم وزنی بدو تولد و ROP هر یک با مکانیسم متفاوتی می توانند منجر به بروز مایوپی در کودکان شوند (۱۵). با این حال، مکانیسم اساسی پاتورژن نزدیک بینی در نوزادان نارس با و بدون ROP هنوز مشخص نیست (۱۶). برخی گزارش ها نشان می دهند که پاتورژن نزدیک بینی با افزایش آستیگماتیسم قرنیه، کاهش عمق اتاق قدامی (Anterior chamber depth: ACD) و افزایش قدرت انکساری عدسی در نوزادان نارس با و بدون ROP مرتبط است (۱۸،۱۷). از طرفی مطالعاتی وجود دارند که

نشان داده اند که بروز آستیگماتیسم نیز در نوزادان پری مچور و کم وزن بالاتر از جمعیت نرمال است (۱۶). برخلاف مطالعات ذکر شده مطالعاتی نیز وجود دارند که نشان داده اند بین پری مچوریتی و وزن کم بدو تولد و بروز مایوپی و آستیگماتیسم در سنین بالاتر در کودکی ارتباطی وجود ندارد و یا برعکس نتایج اکثر مطالعات، مطالعاتی نیز وجود دارند که بین بروز هایپروپی و سن پایین حاملگی (GA) ارتباط گزارش کرده اند (۲۱-۱۹). مطالعات در مورد وضعیت انکساری و اجزای اپتیکی چشم در نوزادان نارس با و بدون ROP در حال افزایش است، اما بیش تر آن ها بر دوران نوزادی تمرکز دارند و اطلاعات مربوط به وضعیت انکساری در کودکان پس از نوزادی محدود است. بهبود و پیشرفت در خدمات بخش های مراقبت های ویژه نوزادان تازه متولد شده منجر به افزایش قابل توجهی در میزان بقای نوزادان نارس شده است و نگرانی قابل توجهی وجود دارد که ممکن است باعث افزایش بروز ناتوانی های حسی عصبی شدید در این کودکان شود (۲۲،۱۳). افزایش احتمال بقای نوزادان نارس متعاقباً منجر به افزایش شیوع ROP خواهد شد (۲۵-۲۳). غربالگری و درمان زودرس ROP در نوزادان نارس می تواند از بروز و پیشرفت ROP جلوگیری کند و نقش مهمی در محافظت از بینایی کودکان ایفا کند. در حال حاضر، غربالگری و پیگیری ROP در نوزادان نارس با هدف جلوگیری از عوارض جدی مانند جداسازی شبکیه، دژنراسیون شبکیه و ماکولا نابجا انجام می شود (۲۶،۲۳). علاوه بر بیماری های جدی چشمی که ذکر شد، ROP با شدت های مختلف نیز می تواند بر رشد اجزای مختلف چشم تأثیر منفی بگذارد و تأثیر طولانی مدتی بر وضعیت انکساری داشته باشد و منجر به افزایش شیوع نزدیک بینی و آستیگماتیسم در کودکان مبتلا به ROP شود چرا که شیوع نزدیک بینی مستقیماً با شدت ROP متناسب است (۲۹-۲۶). با این حال، مطالعات محدودی در مورد پیشرفت نزدیک بینی و سایر عیوب انکساری در کودکان در حال رشد که با وزن کم به دنیا آمده اند، وجود دارد.

با توجه به لزوم غربالگری جهت تدوین برنامه ای منظم برای این دسته از کودکان به منظور پیشگیری و جلوگیری از بروز مشکلات چشمی ناشی از عیوب انکساری به ویژه مایوپیی در آن‌ها در آینده، این مطالعه با هدف تعیین فراوانی وضعیت عیوب انکساری کودکان ۴ الی ۶ سال متولد شده با وزن کم‌تر از ۲۰۰۰ گرم و سن حاملگی کم‌تر از ۳۴ هفته و کودکان نرمال بستری شده در بخش نوزادان بیمارستان بوعلی سینا ساری طی سال‌های ۹۵ الی ۹۷ طراحی شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک مطالعه توصیفی بود که به صورت مقطعی بر روی کودکانی که بین سال‌های ۹۵ الی ۹۷ در بخش نوزادان مرکز آموزشی درمانی بوعلی سینا ساری بستری شده بودند، انجام شد. پروتکل مطالعه براساس بیانیه هلسینکی بوده و توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مازندران (کد اخلاق: IR.MAZUMS.REC.1402.119) تایید شده است. افراد مورد مطالعه چهار گروه بودند.

گروه‌ها شامل، گروه A دارای ROP بدون تزریق، گروه B دارای ROP با تزریق، گروه C کودکان با وزن کم‌تر از ۲۰۰۰ گرم و با GA کم‌تر از ۳۴ هفته بدون ROP و گروه D کودکان نرمال، بودند که از میان کودکانی که زردی داشتند و در بخش نوزادان بستری بودند انتخاب شدند که وزنشان نرمال و بالای ۲۵۰۰ گرم و سن بارداری شان بالای ۳۸ هفته بود. نمونه گیری به صورت سرشماری از روی پرونده کودکان کم وزن (کم‌تر از ۲۰۰۰ گرم) و سن حاملگی کم‌تر از ۳۴ هفته که تحت معاینه چشم با دستگاه ret cam قرار گرفته بودند، انجام شد. نمونه گیری در گروه نرمال با توجه به حجم نمونه در گروه‌های کم وزن و به طور تصادفی ساده از روی لیست نوزادانی که به دلیل زردی در آن زمان در بخش نوزادان بستری شده بودند انجام شد. تعداد کل پرونده‌های موجود مربوط به نوزادان کم وزن متولد شده بین سال‌های ۹۵ الی ۹۷ تعداد ۱۹۰ پرونده بوده است که از این بین تنها

۳۳ مورد دارای ROP بوده اند. از ۳۳ مورد دارای ROP تعداد ۱۷ مورد با تزریق و ۱۶ مورد بدون تزریق بوده‌اند. لذا کلیه کودکان کم وزن متولد شده دارای ROP جهت شرکت در مطالعه دعوت شدند. به منظور مقایسه نتایج با افراد کم وزن فاقد ROP، از میان ۱۵۷ پرونده موجود تعداد ۱۷ کودک به صورت تصادفی ساده انتخاب شد. هم‌چنین تعداد ۱۷ کودک با وزن نرمال بدو تولد از روی پرونده نوزادان که به علت زردی در بخش نوزادان بیمارستان بوعلی سینا بستری شده بودند که وزن تولد بالای ۲۵۰۰ گرم و سن حاملگی بالای ۳۸ هفته داشتند، نیز به عنوان گروه کنترل انتخاب شدند. پس از انتخاب افراد با خانواده‌های افراد مشخص شده تماس گرفته شد و پس از توضیح مطالعه و هدف از انجام طرح از افراد جهت شرکت در مطالعه دعوت شد. در صورت رضایت به شرکت در مطالعه کلیه معاینات در درمانگاه چشم و اپتومتری مرکز آموزشی درمانی بوعلی سینا ساری انجام شد و قبل از شروع کلیه معاینات از والدین کودک و یا سرپرست قانونی آن‌ها رضایت‌نامه آگاهانه کتبی اخذ شد. وضعیت اقتصادی اجتماعی، میزان کار با صفحات الکترونیک، شرکت یا عدم شرکت در مهد کودک، میزان فعالیت بیرون از منزل کودک در هر روز و سابقه وجود عیوب انکساری در والدین ثبت شد. حدت بینایی با و بدون اصلاح انکساری، سایکلو رفرکشن و فاندوس کودکان مورد ارزیابی قرار گرفت. به منظور اندازه گیری عیوب انکساری از دستگاه اتورفرکتو کراتومتر نایدک مدل ARK-1 استفاده شد. به طوری که ابتدا دید تمام کودکان بدون اصلاح انکساری با استفاده از E چارت در فاصله ۶ متر و در شرایط نوری استاندارد اندازه گیری شد و سپس کودکان تحت معاینه اتورفرکتومتری قرار گرفتند. در صورت عدم همکاری کودک به منظور تایید نتایج اتورفرکتومتری، رفرکشن با استفاده از دستگاه رتینوسکوپ مدل هاین انجام شد. سپس با توجه به نتایج به دست آمده ساجکتیو رفرکشن برای تمام کودکان انجام و دید آن‌ها با بهترین اصلاح ثبت شد. سپس با

۸۶/۹۲±۴/۹۲ سال بود. میانگین وزن هنگام به دنیا آمدن ۹۰۹/۳۰±۱۹۳۵/۱۷ گرم و میانگین سن حاملگی افراد حاضر ۳۲/۲۸±۴/۵۶۳ هفته بوده است. میانگین و انحراف معیار خصوصیات افراد مورد مطالعه در جدول شماره ۱ آورده شده است.

جدول شماره ۱: میانگین و انحراف معیار خصوصیات افراد مورد مطالعه

خصوصیت (واحد)	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
سن (سال)	۴/۹۲	۰/۸۶۹	۴	۶
وزن زمان تولد (گرم)	۱۹۳۵/۱۷	۹۰۹/۳۰۵	۷۳۰	۳۷۵۰
هفته بارداری (هفته)	۳۲/۲۸	۴/۵۶۳	۲۴	۳۹
حالت بینایی اصلاح نشده (اعشاری)	۰/۸۶۹۵	۰/۲۳۹۴۳	۰/۱۰	۱/۰۰
بهترین حالت بینایی اصلاح شده (اعشاری)	۰/۹۸۳۱	۰/۰۴۶۰۶	۰/۸۰	۱/۰۰
DrySphOD (دیوپتر)	-۰/۱۸۶۴	۱/۳۵۸۷۱	-۴/۵۰	۲/۷۵
DryCylOD (دیوپتر)	-۰/۷۸۳۹	۰/۶۴۹۰۳	-۲/۷۵	۰/۰۰
DryAxOD (دیوپتر)	۸۵/۰۸	۷۴/۹۸۹	۰	۱۸۰
CycloSphOD (دیوپتر)	۰/۹۰۲۵	۱/۵۸۱۵۱	-۳/۷۵	۴/۲۵
CycloCylOD (دیوپتر)	-۰/۹۱۹۵	۰/۷۲۵۸۲	-۳/۵۰	۰/۰۰
CycloAxOD (دیوپتر)	۱۰۰/۵۳	۷۶/۰۶۸	۰	۱۸۰
cupping distention	۱/۴۲	۱/۷۸۳	۰	۸
اکی والان اسفر (ES) (دیوپتر)	-۰/۵۷۸۵	۱/۴۴۴۰۹	-۵/۱۳	۲/۰۰
سایکلو اکی والان اسفر (cycloES) (دیوپتر)	۰/۴۴۲۷	۱/۶۸۲۸۵	-۵/۲۵	۴/۰۰

در مطالعه فوق، به بررسی فراوانی جنسیت، چند قلبی، رفتن به مهد کودک، میزان استفاده از صفحات الکترونیک، سابقه عیوب انکساری در والدین، میزان فعالیت بیرون از منزل و میزان درآمد در ۴ گروه مورد مطالعه پرداخته شد. در گروه A بیشترین تعداد دو قلبی با فراوانی ۷ نفر مشاهده شد و تفاوت معنی داری از لحاظ چند قلبی در گروه‌های مورد مطالعه وجود داشت ($P=۰/۰۰۰$). سابقه عیوب انکساری در والدین در گروه‌های A و B از گروه‌های C و D بیش‌تر بود و اختلاف معنی داری میان گروه‌های مختلف از لحاظ سابقه عیوب انکساری در والدین مشاهده شد ($P=۰/۰۵۰$). میزان فعالیت بیرون از منزل کودک و میزان درآمد در گروه‌ها اختلاف معنی داری نداشتند ($P=۰/۱۰۰$ و $P=۰/۵۱۲$) (جدول شماره ۲).

در جدول شماره ۳، شیوع انواع عیوب انکساری در گروه‌های مختلف را مورد بررسی قرار گرفت. فراوانی هایپرمتروپی در تمامی گروه‌ها و مجموع نمونه مورد مطالعه از سایر انواع عیوب انکساری بیش‌تر بود. در مجموع افراد مورد مطالعه، ۱۲/۱ درصد آن‌ها مایوپ و ۳۴/۵

توجه به این که اساس تجویز و مقایسه عیب انکساری در کودکان سایکلورفرکشن می باشد، ۴۰ دقیقه بعد از ریختن قطره سایکلوپلرژیک ۱ درصد (سه بار به فاصله ۵ دقیقه)، مجدداً اتورفرکتومتتری به منظور اندازه‌گیری سایکلورفرکشن انجام شد. سپس فاندوس کودکان توسط لنز ۹۰ و اسلیت لامپ و یا ایندایرکت افتالموسکپی توسط متخصص چشم پزشکی مورد بررسی قرار گرفت و هر گونه آنومالی ثبت شد.

بعد از جمع‌آوری اطلاعات مورد نظر و کدگذاری داده‌ها، داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. جهت توصیف داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی نظیر نمودار، جدول توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار استفاده شد و به منظور تحلیل داده‌ها ابتدا نرمالیتی داده‌ها با آزمون کولموگروو اسمیرنوف، مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به نرمال نبودن داده‌ها از آزمون‌های ناپارامتری (آزمون‌های من ویتنی، کراس کالوالیس، همبستگی اسپیرمن) استفاده شد.

یافته‌ها

حجم نمونه در مطالعه حاضر ۶۷ نفر تعیین شده بود. در بررسی کل پرونده‌ها ۳۳ بیمار ROP وجود داشت که ۱۷ نفر از آن‌ها ROP با تزریق و ۱۶ نفر بدون تزریق بودند. شماره‌های این افراد از پرونده‌ها گرفته و تماس گرفته شد. از ۱۶ نفر گروه A یک نفر فوت شده بود و ۳ نفر نیز برای معاینه حاضر نشدند و در نهایت ۱۲ نفر در گروه A مورد بررسی قرار گرفتند. از ۱۷ کودک گروه دوم ۲ نفرشان فوت شده بودند و ۱ نفر نیز پاسخی به تلفن نداده و از مطالعه خارج شدند و در نهایت ۱۴ نفر در گروه B مورد مطالعه قرار گرفتند. در گروه‌های C و D، ۱۷ نوزاد مورد معاینه قرار گرفتند.

به طور کلی از ۶۰ فرد مطالعه شده ۴۶/۶۷ درصد مونث و ۵۳/۳۳ درصد مذکر بودند و شیوع دو جنس در گروه‌ها از نظر آماری تفاوت قابل ملاحظه‌ای نداشت ($P=۰/۱۴۶$). میانگین سن افراد حاضر در مطالعه

درصد آن‌ها امترپ و ۵۳/۴ درصد آن‌ها هایپرمتروپ بودند. اگرچه شیوع هایپرمتروپی در تمام گروه‌ها از سایر انواع عیوب انکساری بیش‌تر بود اما شیوع مایوپی در گروه‌های دارای ROP بیش‌تر از گروه‌های فاقد ROP بود. لازم به ذکر است شیوع مایوپی در گروه کم وزن کم‌تر از گروه‌های دارای ROP بود ولی از گروه نرمال بیش‌تر بود. به‌طوری‌که شیوع مایوپی در گروه نرمال صفر بود. نتایج آزمون χ^2 square تفاوت معنی‌داری در شیوع انواع عیوب انکساری در گروه‌های مختلف نشان داد ($P=0/025$). شیوع انواع آستیگماتیسم در گروه‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفت. فراوانی آستیگماتیسم موافق قاعده در تمامی گروه‌ها و مجموع نمونه مورد مطالعه از سایر موارد بیش‌تر بود. بین شیوع انواع آستیگماتیسم در گروه‌های مورد مطالعه تفاوت قابل ملاحظه‌ای وجود

نداشت ($P=0/304$) (جدول شماره ۳). در جدول شماره ۴، میانگین اکسی والان اسفر، سایکلو اکسی والان اسفر، رفرکشن اسفر و سیلندر با و بدون سایکلو را در گروه‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفت. بیش‌ترین میانگین اکسی والان اسفر (ES) در گروه D و کم‌ترین میانگین در گروه C مشاهده شد.

نتایج آزمون همبستگی اسپیرمن نشان داد بین GA و اکسی والان اسفر و سایکلو اکسی والان اسفر ارتباط معنی‌دار و مستقیم وجود دارد بدین معنا که هر چه GA کم‌تر، عیب انکساری مایوپ تر بود. این نتایج برای BW نیز برقرار بود و نتایج مطالعه حاضر ارتباط معنی‌دار و مستقیم میان BW و اکسی والان اسفر و سایکلو اکسی والان اسفر نشان داد؛ هر چه BW کم‌تر بود، عیب انکساری نیز مایوپ تر بود (جدول شماره ۵).

جدول شماره ۲: بررسی فراوانی جنسیت، چند قلوبی، رفتن به مهد کودک، میزان استفاده از صفحات الکترونیک، سابقه عیوب انکساری در والدین، میزان فعالیت بیرون از منزل کودک و میزان درآمد والدین در ۴ گروه مورد مطالعه و مقایسه بین گروه‌ها با استفاده از آزمون کای اسکوار

خصوصیت	گروه A تعداد (درصد)	گروه B تعداد (درصد)	گروه C تعداد (درصد)	گروه D تعداد (درصد)	سطح معنی داری
جنسیت					
مذکر	۵ (۴۱/۷)	۷ (۵۰/۰)	۱۳ (۷۶/۵)	۷ (۴۱/۲)	۰/۱۴۶
مونث	۷ (۵۸/۳)	۷ (۵۰/۰)	۴ (۲۳/۵)	۱۰ (۵۸/۸)	
مهد کودک					
بلی	۱۰ (۸۳/۳)	۸ (۱/۵۷)	۱۱ (۶۴/۷)	۱۱ (۶۴/۷)	۰/۵۴۶
خیر	۲ (۱۶/۷)	۶ (۴۲/۹)	۶ (۳۵/۳)	۶ (۳۵/۳)	
میزان استفاده از صفحات الکترونیک					
کم‌تر از ۱ ساعت	۳ (۲۵/۰)	۵ (۳۵/۷)	۶ (۳۵/۳)	۴ (۲۳/۵)	۰/۶۶۶
۱-۲ ساعت	۵ (۴۱/۷)	۳ (۲۱/۷)	۶ (۳۵/۳)	۶ (۳۵/۳)	
۲-۴ ساعت	۴ (۳۳/۳)	۲ (۱۴/۳)	۲ (۱۱/۸)	۴ (۲۳/۵)	
بیش‌تر از ۴ ساعت	۰ (۰/۰)	۴ (۲۸/۶)	۳ (۱۷/۶)	۳ (۱۷/۶)	
سابقه عیوب انکساری در والدین					
بلی	۹ (۷۵/۰)	۸ (۵۷/۱)	۶ (۳۵/۳)	۵ (۲۹/۴)	۰/۰۵۰
خیر	۳ (۲۵/۰)	۶ (۴۲/۹)	۱۱ (۶۴/۷)	۱۲ (۷۰/۶)	
میزان فعالیت بیرون از منزل کودک					
کم‌تر از ۱ ساعت	۹ (۷۵/۰)	۱۰ (۷۱/۴)	۸ (۴۷/۱)	۱۲ (۷۰/۶)	۰/۱۰۰
۱-۲ ساعت	۰ (۰/۰)	۱ (۷/۱)	۲ (۱۱/۸)	۵ (۲۹/۴)	
۲-۴ ساعت	۱ (۸/۳)	۰ (۰/۰)	۱ (۵/۹)	۰ (۰/۰)	
بیش‌تر از ۴ ساعت	۲ (۱۶/۷)	۳ (۲۱/۴)	۶ (۳۵/۳)	۰ (۰/۰)	
میزان درآمد					
کم	۳ (۲۵/۰)	۲ (۱۴/۳)	۳ (۱۷/۶)	۲ (۱۱/۸)	۰/۵۱۲
متوسط	۸ (۶۶/۷)	۱۲ (۸۵/۷)	۱۴ (۸۲/۴)	۱۵ (۸۵/۲)	
زیاد	۱ (۸/۳)	۰ (۰/۰)	۰ (۰/۰)	۰ (۰/۰)	

جدول شماره ۳: شیوع انواع عیوب انکساری در گروه‌های مختلف و مقایسه شیوع با آزمون کای اسکوار

انواع عیوب انکساری	گروه A تعداد (درصد)	گروه B تعداد (درصد)	گروه C تعداد (درصد)	گروه D تعداد (درصد)	همه‌ی نمونه مورد مطالعه	سطح معنی داری
مایوپ	۱	۴	۲	۰	۷	۰/۰۲۵
امترپ	۴	۵	۶	۵	۲۹/۴	
هایپرمتروپ	۶	۵	۸	۱۲	۷۰/۶	
موافق قاعده (WTR)	۱۰	۸	۱۴	۱۵	۸۸/۲	۰/۳۰۴
مخالف قاعده (ATR)	۱	۲	۱	۱	۵/۹	
مایلی (Ob)	۰	۴	۲	۱	۵/۹	

جدول شماره ۴: میانگین متغیرهای مورد ارزیابی در مطالعه در گروه‌های مختلف و مقایسه میانگین‌ها با استفاده از آزمون کروسکال والیس

سطح معنی‌داری	گروه A		گروه B		گروه C		گروه D		همه نمونه مورد مطالعه	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اکسی‌والان اسفر (دیوپتر)	-۰/۱۱۳۶	۱/۸۱۱۸۱	-۱/۲۲۳۲	۱/۱۶۳۳۸	-۱/۴۱۹۱	۲/۳۸۲۳۷	-۰/۰۳۶۸	۰/۸۷۲۵۰	-۰/۸۳۰۹	۱/۸۲۸۴۲
سایکلوآکیوالان اسفر (دیوپتر)	۰/۴۰۹۱	۲/۱۹۸۷۹	-۰/۳۶۶۱	۱/۷۴۴۱۳	۰/۱۴۰۶	۱/۱۶۶۸۲۵	۱/۴۴۱۲	۱/۱۶۶۳۴	۰/۴۵۰۴	۱/۷۷۱۶۳
عیب انکساری اسفر (دیوپتر)	۰/۴۰۹۱	۱/۱۵۶۶۳۴	-۰/۸۳۹۳	۱/۱۶۱۳۰۷	-۰/۹۷۰۶	۲/۲۸۴۲۶	۰/۲۲۰۶	۰/۸۷۴۴۷	-۰/۳۳۹۰	۱/۱۷۴۱۲۱
عیب انکساری سیلندر (دیوپتر)	-۱/۰۴۵۵	۰/۸۸۶۱۳	-۰/۷۶۷۹	۰/۶۰۸۱۵	-۰/۸۹۷۱	۰/۷۰۷۴۳	-۰/۵۱۴۷	۰/۳۱۲۱۳	-۰/۸۸۳۹	۰/۶۴۹۰۳
عیب انکساری اسفر پس از سایکلو (دیوپتر)	۱/۰۰۰۰	۱/۸۸۷۴۶	-۰/۰۸۹۳	۱/۷۵۳۰۴	۰/۵۹۳۸	۱/۷۰۲۶۳	۱/۷۷۹۴	۱/۲۰۱۸۳	۰/۸۹۶۶	۱/۷۰۷۲۱
عیب انکساری سیلندر پس از سایکلو (دیوپتر)	-۱/۱۸۱۸	۰/۹۰۲۰۲	-۰/۹۱۰۷	۰/۹۳۳۰۳	-۰/۹۰۶۳	۰/۵۰۷۲۴	-۰/۶۷۶۵	۰/۴۴۸۶۵	-۰/۸۹۲۲	۰/۷۰۱۰۵

جدول شماره ۵: بررسی ارتباط بین GA و BW با اکسی‌والان اسفر و

سایکلوآکیوالان اسفر با استفاده از آزمون همبستگی اسپیرمن

خصوصیت	اکسی‌والان اسفر (ES)	سایکلو آکی‌والان اسفر (cycloES)
هفته بارداری (GA)	۰/۲۴۱	۰/۳۵۶
ضریب همبستگی	۰/۰۴۶	۰/۰۰۶
سطح معنی‌داری		
وزن زمان تولد (BW)	۰/۲۷۹	۰/۳۸۷
ضریب همبستگی	۰/۰۳۲	۰/۰۰۲
سطح معنی‌داری		

بحث

نوزادان نارس در طول بلوغ و بدون تکمیل تمامی مراحل آن رحم را ترک می‌کنند، بنابراین ساختار چشم آن‌ها نابالغ (ناقص) است که ممکن است منجر به ناهنجاری‌های چشمی مانند نزدیک بینی، آستیگماتیسم، دوربینی، آمبلیوپی و استرابیسم شود (۳۱، ۳۰، ۷). ROP شایع‌ترین بیماری چشمی در نوزادان نارس است (۳۲). نتایج مطالعه حاضر نشان‌دهنده شیوع بیش‌تر مایوپی در کودکان دارای ROP نسبت به گروه فاقد ROP بود. هم‌چنین مشخص شد که هر چه GA و وزن نوزاد هنگام تولد کم‌تر باشد، میانگین مایوپی بیش‌تر است. مطالعات اخیر نشان می‌دهد که ROP یا ROP خفیف در مرحله بهبود نیز به راحتی بر رشد شبکه‌ی تأثیر می‌گذارد. ROP ممکن است باعث آسیب به سلول‌های میله‌ای در شبکه‌ی شود و بر رشد کره چشم تأثیر بگذارد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد بروز آمتریوپی در کودکان مبتلا به ROP و کم وزن بیش‌تر از کودکان سالم است که با یافته‌های قبلی دانشمندان مطابقت دارد (۳۵-۳۳).

در مطالعه حاضر، بروز هایپرمتریوپی در کودکان ROP ۴۰ درصد، در کودکان غیر ROP ۵۰ درصد و در گروه کنترل ۷۰/۶ درصد بود (۳۶). از طرفی در مطالعه

حاضر در گروه A، B، C که پره‌ترم بودند مایوپی دیده شد (به ترتیب ۹/۱ درصد، ۲۸/۶ درصد و ۱۲/۵ درصد)، اما در گروه کنترل (D) مایوپی دیده نشد و همگی نرمال یا هایپرمتریوپی بودند. مشابه مطالعه YanDeng و همکاران شیوع مایوپی در کودکان نارس بیش‌تر از کودکان ترم با وزن نرمال دیده شد و در بین کودکان دارای ROP آن‌هایی که تحت درمان قرار گرفتند، شانس بیش‌تری برای ابتلا به مایوپی داشتند (۳۷).

در مطالعه Mingxing و همکاران نیز که به بررسی عیوب انکساری در کودکان نارس بدون ROP و کودکان ترم پرداختند، شیوع مایوپی در کودکان نارس ۹/۱ درصد و در کودکان ترم ۴/۴ درصد بود که مشابه مطالعه حاضر نزدیک بینی در گروه کودکان نارس بیش‌تر از گروه کودکان ترم دیده شد (۳۸).

البته باید توجه کرد مطالعات گذشته نشان داده‌اند که نزدیک‌بینی همراه با ROP از نظر پاتوفیزیولوژیکی از نزدیک‌بینی در بیماران ترم متمایز است. افزایش ضخامت عدسی که در چشم‌های ROP دیده می‌شود و با عمق کم‌تر اتاق قدامی همراه است، در عین حفظ عمق بخش قدامی چشم، نشان‌دهنده مکانیسم تغییر تکوین بخش قدامی در ROP است که منجر به نزدیک‌بینی بالا در کودکان پره‌ترم می‌شود (۳۹). Sarita Beri و همکاران نیز نشان دادند که افزایش ضخامت عدسی، عامل اصلی نزدیک‌بینی در ROP است و این تغییر ممکن است با تغییر رشد نورواکتودرمی در ROP همراه باشد (۴۰). ROP شدید خطر نزدیک‌بینی را افزایش می‌دهد. اگرچه درمان زود هنگام ROP ممکن است آسیب شناسی شبکه‌ی را بهبود بخشد، اما نمی‌تواند بر رشد عیب انکساری تأثیر

بگذارد. ولی آن چه مشخص است این است که بروز نزدیک بینی زمانی که ناحیه ROP بدون مداخله درمان شود، متفاوت است (۱۳). در مطالعه حاضر نیز میانگین ROP در کودکان دارای ROP با تزریق بیش تر از کودکان دارای ROP بدون تزریق بود. این یافته ها از اهمیت ارزیابی مکرر عیوب انکساری در طول دهه اول زندگی در نوزادان مبتلا به وزن کم هنگام تولد حمایت می کند (۴۱). با توجه به این که ریسک فاکتورهای مختلفی می تواند منجر به بروز و پیشرفت مایوپی در کودکان شود (۴۲). به منظور تفسیر بهتر نتایج فاکتورهای مثل وضعیت اقتصادی خانواده، سابقه عیوب انکساری در والدین، رفتن یا نرفتن به مهد کودک (کار نزدیک چشمی بیش تر)، میزان فعالیت بیرون از منزل و میزان استفاده از صفحات الکترونیک در کودکان مورد ارزیابی قرار گرفت. گروه های مورد مطالعه در مطالعه حاضر، از لحاظ وضعیت اقتصادی خانواده، رفتن به مهد یا نرفتن، میزان استفاده از صفحات الکترونیک که می تواند منجر به بروز و پیشرفت مایوپی شوند و میزان فعالیت بیرون از منزل که یک فاکتور پیشگیرنده از بروز و پیشرفت مایوپی می باشد تفاوت قابل ملاحظه ای نداشتند. تنها سابقه عیب انکساری در والدین در گروه های A و B که شیوع مایوپی بیش تری داشتند، بیش تر از C و D بود و این مسئله باید در تفسیر نتایج مد نظر قرار گیرد. البته باید توجه کرد که عیوب انکساری والدین به صورت پرسشنامه ای پرسیده شده است و ممکن است نوع عیب انکساری آن ها صرفا مایوپی نباشد.

در مطالعه حاضر بر خلاف مطالعه Wang و همکاران تفاوت معنی داری در بروز آستیگماتیسم بین گروه ROP و گروه کنترل مشاهده نشد، همین طور تفاوت معنی داری بین گروه بدون ROP و گروه کنترل نیز مشاهده نشد (۴۳). این یافته با یافته سایر مطالعات که نشان می دادند که ROP سهم عمده ای در پاتوژنز آستیگماتیسم دارد در تناقض است و می تواند به دلیل حجم نمونه کم در مطالعه حاضر باشد و به تجزیه و تحلیل بیش تر نیاز

دارد (۴۷-۴۴). نکته ای که در بررسی آستیگماتیسم مشاهده شد همانند آن چه در مطالعات گذشته آورده شده است، شیوع بیش تر آستیگماتیسم موافق قاعده نسبت به سایر انواع آستیگماتیسم بود که دلیل آن اثر فشار پلک بر روی انحنای قرنیه در این سن می باشد (۴۸). از طرفی در مطالعات قبلی از جمله مطالعه Davitt و همکاران، ROP شدیدتر بود و کودکان مبتلا به ROP لیزر درمانی دریافت کردند (۱). در مطالعه حاضر، ضایعات پیش آستانه بود یا نوزادان ROP در مراحل اولیه قرار گرفتند و لیزر درمانی یا جراحی دریافت نکردند. قابل توجه است که لیزر درمانی و جراحی ممکن است باعث ایجاد اسکار شبکیه شوند که ممکن است با پاتوژنز آستیگماتیسم مرتبط باشد.

در مطالعه حاضر، میانگین وزن هنگام تولد $3050 \pm 909/17$ گرم و میانگین سن حاملگی $37/28 \pm 4/563$ هفته در کل نمونه مورد مطالعه بود. مطالعه حاضر مشابه مطالعات گذشته تأیید کرد که سن بارداری کم و وزن کم هنگام تولد ممکن است خطر ابتلا به مایوپی را افزایش دهد به طوری که هر چه سن بارداری و وزن تولد کم تر، بروز مایوپی بیش تر می شود. هر چه سن حاملگی کم تر باشد وزن هنگام تولد کم تر و سیستم بینایی نابالغ تر است. Spencer و همکاران مطالعه ای را با پیگیری طولانی مدت انجام دادند و دریافتند خطر بینایی غیرطبیعی در نوزادان نارس با سن حاملگی کم تر از ۲۸ هفته، ۴/۱ برابر آن هایی است که سن حاملگی بالای ۲۸ هفته داشتند (۴۹).

Crofts و همکاران وضعیت بینایی را در ۱۶۶ کودک در سنین مدرسه غربالگری کردند و دریافتند که خطر ابتلا به اختلال بینایی در افراد با وزن بسیار کم هنگام تولد (وزن تولد کم تر از ۱۵۰۰ گرم) ۲۶ برابر آن هایی است که وزن هنگام تولد ۲۵۰۰ تا ۳۴۹۰ گرم داشتند (۵۰).

از محدودیت های مطالعه حاضر حجم نمونه کم افراد مورد مطالعه بود که با توجه به این که تمام کودکان

غربالگری این دسته از کودکان به منظور پیشگیری و جلوگیری از عیوب انکساری به ویژه مایوپی در آنها در آینده، برنامه‌ای منظم تدوین کرد.

سپاسگزاری

از کلیه همکاران بخش نوزادان مرکز آموزشی درمانی بوعلی سینا ساری و خانواده‌های کودکان شرکت کننده در مطالعه قدردانی می‌شود. این مقاله حاصل از پایان نامه دانشجوی پزشکی بوده و دارای تاییده اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مازندران (کد اخلاق: IR.MAZUMS.REC.1402.119) می‌باشد.

References

1. Davitt BV, Quinn GE, Wallace DK, Dobson V, Hardy RJ, Tung B, et al. Astigmatism progression in the early treatment for retinopathy of prematurity study to 6 years of age. *Ophthalmology* 2011; 118(12): 2326-2329.
2. Thompson DK, Thai D, Kelly CE, Leemans A, Tournier JD, Kean MJ, et al. Alterations in the optic radiations of very preterm children- Perinatal predictors and relationships with visual outcomes. *NeuroImage Clin* 2013; 4: 145-153.
3. Haugen OH, Nepstad L, Standal OA, Elgen I, Markestad T. Visual function in 6 to 7 year-old children born extremely preterm: a population-based study. *Acta Ophthalmol* 2012; 90(5): 422-427.
4. VanderVeen DK, Bremer DL, Fellows RR, Hardy RJ, Neely DE, Palmer EA, et al. Prevalence and course of strabismus through age 6 years in participants of the Early Treatment for Retinopathy of Prematurity randomized trial. *J AAPOS* 2011; 15(6): 536-540.
5. Marlow N, Wolke D, Bracewell MA, Samara M. Neurologic and developmental disability at six years of age after extremely preterm birth. *N England J Med* 2005; 352(1): 9-19.
6. Quinn GE, Dobson V, Davitt BV, Wallace DK, Hardy RJ, Tung B, et al. Progression of myopia and high myopia in the Early Treatment for Retinopathy of Prematurity study: findings at 4 to 6 years of age. *J AAPOS* 2013; 17(2): 124-128.
7. Hsieh CJ, Liu JW, Huang JS, Lin KC. Refractive outcome of premature infants with or without retinopathy of prematurity at 2 years of age: a prospective controlled cohort study. *Kaohsiung J Med Sci* 2012; 28(4): 204-211.
8. Geldof CJ, Oosterlaan J, Vuijk PJ, de Vries MJ, Kok JH, van Wassenae-Leemhuis AG. Visual sensory and perceptive functioning in 5-year-old very preterm/very-low-birthweight children. *Dev Med Child Neurol* 2014; 56(9): 862-868.
9. Quinn GE, Dobson V, Hardy RJ, Tung B, Palmer EA, Good WV. Visual field extent at 6 years of age in children who had high-risk prethreshold retinopathy of prematurity. *Arch Ophthalmol* 2011; 129(2): 127-132.

10. Wallman J, Winawer J. Homeostasis of eye growth and the question of myopia. *Neuron* 2004; 43(4): 447-468.
11. O'Connor AR, Stephenson T, Johnson A, Tobin MJ, Moseley MJ, Ratib S, et al. Long-term ophthalmic outcome of low birth weight children with and without retinopathy of prematurity. *Pediatrics* 2002; 109(1): 12-18.
12. Ahmadzadeh Amiri A, Sheikhrzaee MR, Ahmadzadeh Amiri AJJoPR. Myopia Progression in Low Birth Weight Infants: A Narrative Review. *J Pediatr Rev* 2020; 8(2): 101-106.
13. Ahmadzadeh Amiri A, Sheikhrzaee MR, Ahmadzadeh Amiri A. Myopia Progression in Low Birth Weight Infants: A Narrative Review. *J Pediatr Rev* 2020; 8(2): 101-106.
14. Stephenson T, Wright S, O'Connor A, Fielder A, Johnson A, Ratib S, et al. Children born weighing less than 1701 g: visual and cognitive outcomes at 11-14 years. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2007; 92(4): F265-F70.
15. Rahi JS, Cumberland PM, Peckham CS. Myopia over the lifecourse: prevalence and early life influences in the 1958 British birth cohort. *Ophthalmology* 2011; 118(5): 797-804.
16. Ouyang LJ, Yin ZQ, Ke N, Chen XK, Liu Q, Fang J, et al. Refractive status and optical components of premature babies with or without retinopathy of prematurity at 3-4 years old. *Int J Clin Expl Med* 2015; 8(7): 11854-11861.
17. Al Oum M, Donati S, Cerri L, Agosti M, Azzolini C. Ocular alignment and refraction in preterm children at 1 and 6 years old. *Clin Ophthalmol* 2014; 8: 1263-1268.
18. Ziyilan Ş, Öztürk V, Yavaş-Kızıloğlu Ö, Çiftçi F. Myopia, visual acuity and strabismus in the long term following treatment of retinopathy of prematurity. *Turk J Pediatr* 2014; 56(5): 518-523.
19. Saw SM, Chew SJ. Myopia in children born premature or with low birth weight. *Acta ophthalmol Scand* 1997; 75(5): 548-550.
20. Akova-Budak B, Kıvanç SA, Olcaysü OO. Association of birth parameters with refractive status in a sample of Caucasian children aged 4-17 years. *J Ophthalmol* 2015; 2015: 635682.
21. Wang J, Ren X, Shen L, Yanni SE, Leffler JN, Birch EE. Development of refractive error in individual children with regressed retinopathy of prematurity. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 2013; 54(9): 6018-6024.
22. Squarza C, Picciolini O, Gardon L, Ravasi M, Gianni ML, Porro M, et al. Seven years cognitive functioning and early assessment in extremely low birth weight children. *Front Psychol* 2017; 8: 1257.
23. Dikopf MS, Machen LA, Hallak JA, Chau FY, Kassem IS. Zone of retinal vascularization and refractive error in premature eyes with and without spontaneously regressed retinopathy of prematurity. *J AAPOS* 2019; 23(4): 211.e1-211.e6.
24. Edy Siswanto J, Sauer PJ. Retinopathy of prematurity in Indonesia: Incidence and risk factors. *J Neonatal Perinatal Med* 2017; 10(1): 85-90.
25. Davitt BV, Quinn GE, Wallace DK, Dobson V, Hardy RJ, Tung B, et al. Astigmatism progression in the early treatment for retinopathy of prematurity study to 6 years of age. *Ophthalmology* 2011; 118(12): 2326-2329.
26. Kim SJ, Port AD, Swan R, Campbell JP, Chan RVP, Chiang MF. Retinopathy of prematurity: a review of risk factors and their clinical significance. *Surv Ophthalmol* 2018; 63(5): 618-637.

27. Petriçli İ S, Kara C, Arman A. Is being small for gestational age a risk factor for strabismus and refractive errors at 3 years of age? *Turk J Pediatr* 2020; 62(6): 1049-1057.
28. Wang J, Ren X, Shen L, Yanni SE, Leffler JN, Birch EE. Development of refractive error in individual children with regressed retinopathy of prematurity. *Investigative Ophthalmology & Visual science* 2013; 54(9): 6018-6024.
29. Kaya M, Berk AT, Yaman A. Long-term evaluation of refractive changes in eyes of preterm children: a 6-year follow-up study. *Int Ophthalmol* 2018; 38(4): 1681-1688.
30. Quinn GE, Dobson V, Davitt BV, Hardy RJ, Tung B, Pedroza C, et al. Progression of myopia and high myopia in the early treatment for retinopathy of prematurity study: findings to 3 years of age. *Ophthalmology* 2008; 115(6): 1058-1064.e1.
31. Cook A, White S, Batterbury M, Clark D. Ocular growth and refractive error development in premature infants without retinopathy of prematurity. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 2003; 44(3): 953-960.
32. Fielder AR, Reynolds JD. Retinopathy of prematurity: clinical aspects. *Semin Neonatol* 2001; 6(6): 461-475.
33. Fulton AB, Hansen RM, Moskowitz A, Akula JD. The neurovascular retina in retinopathy of prematurity. *Prog Retin Eye Res* 2009; 28(6): 452-482.
34. Mutlu FM, Küçükevcilioğlu M, Ceylan OM, Altınsoy HI, Sarıcı SU. Risk factor analysis for long-term unfavorable ocular outcomes in children treated for retinopathy of prematurity. *Turk J Pediatr* 2013; 55(1): 35-41.
35. Nelson LB. Myopia in retinopathy of prematurity. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus* 2009; 46(3): 138.
36. Robaei D, Kifley A, Gole GA, Mitchell P. The impact of modest prematurity on visual function at age 6 years: findings from a population-based study. *Arch Ophthalmol* 2006; 124(6): 871-877.
37. Deng Y, Yu CH, Ma YT, Yang Y, Peng XW, Liao YJ, et al. Analysis of the clinical characteristics and refraction state in premature infants: a 10-year retrospective analysis. *Int J Ophthalmol* 2019; 12(4): 621-626.
38. Tian M, Zhou L, Luo Q, Ye M, Xu Y. A study of refractive state in premature infants without retinopathy of prematurity and full-term children at the age of 0 to 6. *Zhonghua yan ke za Zhi* 2015; 51(7): 505-509.
39. Garcia-Valenzuela E, Kaufman LM. High myopia associated with retinopathy of prematurity is primarily lenticular. *J AAPOS* 2005; 9(2): 121-128.
40. Beri S, Malhotra M, Dhawan A, Garg R, Jain R, D'Souza P. A neuroectodermal hypothesis of the cause and relationship of myopia in retinopathy of prematurity. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus* 2009; 46(3): 146-150.
41. Li ML, Hsu SM, Chang YS, Shih MH, Lin YC, Lin CH, et al. Retinopathy of prematurity in southern Taiwan: a 10-year tertiary medical center study. *J Formos Med Assoc* 2013; 112(8): 445-453.
42. Morgan IG, Wu P-C, Ostrin LA, Tideman JWL, Yam JC, Lan W, et al. IMI risk factors for myopia. *Investigative Ophthalmology & Visual Science* 2021; 62(5): 3.
43. Wang Y, Pi LH, Zhao RL, Zhu XH, Ke N. Refractive status and optical components of premature babies with or without retinopathy of prematurity at 7 years old. *Transl Pediatr* 2020; 9(2): 108-116.
44. Al Oum M, Donati S, Cerri L, Agosti M, Azzolini C. Ocular alignment and refraction

- in preterm children at 1 and 6 years old. Clin Ophthalmol 2014; 8: 1263-1268.
45. Ziylan Ş, Öztürk V, Yabaş-Kızıloğlu Ö, Çiftçi F. Myopia, visual acuity and strabismus in the long term following treatment of retinopathy of prematurity. Turk J Pediatr 2014; 56(5): 518-523.
 46. O'Connor AR, Stephenson TJ, Johnson A, Tobin MJ, Ratib S, Fielder AR. Change of refractive state and eye size in children of birth weight less than 1701 g. Br J Ophthalmol 2006; 90(4): 456-460.
 47. Yang CS, Wang AG, Shih YF, Hsu WM. Long-term biometric optic components of diode laser-treated threshold retinopathy of prematurity at 9 years of age. Acta Ophthalmol 2013; 91(4): e276-e282.
 48. Hashemi H, Asharlous A, Khabazkhoob M, Yekta A, Emamian MH, Fotouhi A. The profile of astigmatism in 6–12-year-old children in Iran. Journal of Optometry 2021; 14(1): 58-68.
 49. Spencer R. Long-term visual outcomes in extremely low-birth-weight children (an American Ophthalmological Society thesis). Trans Am Ophthalmol Soc 2006; 104: 493-516.
 50. Crofts BJ, King R, Johnson A. The contribution of low birth weight to severe vision loss in a geographically defined population. Br J Ophthalmol 1998; 82(1): 9-13.