

Using Low Vision Aids in Improving the Quality of Life in Patients with Age Related Macular Degeneration: A Review of the Literature

Javad Heravian¹,
Samira Heydarian²,
Monireh Mahjoob²,
Masoud Sadeghi²,
Seyed Mohammad Momeni³

¹ Professor, Department of Optometry, Faculty of Paramedical Sciences, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

² PhD Candidate in Optometry, Faculty of Paramedical Sciences, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

³ BSc in Optometry, Sari, Iran

(Received June 7, 2014 ; Accepted September 23, 2015)

Abstract

Background and purpose: Age related macular degeneration is the most common cause of severe visual impairment and blindness among adults over the age of 65 years in developed countries. The purpose of this study was to review the literature on using low vision aids in age related macular degeneration and their effects on their quality of life.

Materials and methods: A comprehensive search of PubMed, Scopus and Ovid databases was conducted to identify suitable articles published until April 2015. The search keywords included: age related macular degeneration combined by optical low vision aids, non-optical low vision aids, quality of life, preferred retinal locus, telescope, and microscope. Finally 76 articles were selected.

Results: Previous studies showed that age related macular degeneration can have profound effect on an individual's quality of life, psychological wellbeing and ability to carry out daily tasks such as driving, face recognition, reading and so on. Although new medical treatments have improved AMD's prognosis, but vision related disability remains a major problem and the majority of the treated patients do not regain their lost vision. So, optical devices could be used as alternative treatments to help these patients and improve their visual performance. Different low vision aids such as Implantable Miniature Telescopes are designed to help the involved patients.

Conclusion: Many studies that were conducted to evaluate the efficacy of these systems indicated the potential benefit of optical devices for patients with age related macular degeneration in improving their quality of life.

Keywords: macular degeneration, low vision, telescopes, quality of life

J Mazandaran Univ Med Sci 2015; 25(132): 371-387(Persian).

مروری بر روش های کمک بینایی به منظور بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دژنراسیون وابسته به سن ماکولا

جواد هروی^۱
سمیرا حیدریان^۲
منیره محبوب^۲
مسعود صادقی^۲
سید محمد مومنی^۳

چکیده

سابقه و هدف: دژنراسیون وابسته به سن ماکولا دلیل اصلی نابینایی در جمعیت بالای ۶۵ سال در کشورهای توسعه یافته می باشد. هدف از این مطالعه، مروری بر روش های کمک بینایی در بیماران دژنراسیون ماکولا و بررسی تاثیر این بیماری و روش های درمان آن در کیفیت زندگی این بیماران می باشد.

مواد و روش ها: به منظور پیدا کردن مقالات مرتبط با موضوع، چاپ شده تا آوریل ۲۰۱۵، جستجو در بانک های اطلاعاتی Pub Med، Scopus و Ovid با استفاده از کلیدواژه های "Age related macular degeneration" در ترکیب با "optical low vision aids"، "non optical low vision aids"، "quality of life"، "preferred retinal locus"، "Telescope" و "microscope" انجام شد و در نهایت تعداد ۷۶ مقاله مورد بررسی قرار گرفت.

یافته ها: بررسی نتایج مطالعات نشان داد که دژنراسیون وابسته به سن ماکولا به دلیل تاثیر بر فعالیت های روزمره بیماران از جمله تشخیص چهره افراد آشنا، مطالعه و رانندگی بر کیفیت زندگی و سلامت روانی آنها تاثیر می گذارد. اگرچه درمان هایی برای برخی از انواع این بیماری وجود دارد ولی اکثر بیماران درمان شده دید از دست رفته شان را به دست نمی آورند و عملکرد بینایی شان مختل می شود. لذا وسایل کمک بینایی یک روش جایگزین برای کمک به این افراد در بهبود عملکرد بینایی شان می باشد. وسایل کمک بینایی مختلفی از جمله تلسکوپ های داخل چشمی برای کمک به این بیماران طراحی شده است.

استنتاج: مطالعات در زمینه بررسی کارایی این سیستم ها همگی تایید کننده بهبود کیفیت زندگی و افزایش رضایت مندی این بیماران می باشد.

واژه های کلیدی: دژنراسیون وابسته به سن ماکولا، وسایل کمک بینایی، تلسکوپ، کیفیت زندگی

مقدمه

دژنراسیون وابسته به سن ماکولا (Age related macular degeneration: AMD) دلیل اصلی نابینایی جمعیت بالای ۶۵ سال در آمریکا و سایر نقاط جهان می باشد (۴-۱). در آمریکا شیوع دژنراسیون وابسته به سن ماکولا (نئوواسکولار و ژئوگرافیک آتروفی) ۱/۴۷ درصد می باشد. که تقریباً ۱/۷۵ میلیون از

heidarians921@mums.ac.ir E-mail:

مؤلف مسئول: سمیرا حیدریان- مشهد، میدان آزادی، ضلع شرقی دانشگاه فردوسی، دانشکده علوم پیراپزشکی

۱. استاد، گروه اپتومتری، دانشکده علوم پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۲. دانشجوی دکتری تخصصی اپتومتری، دانشکده علوم پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۳. کارشناس اپتومتری، ساری، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۳/۱۷ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۴/۴/۲۰ تاریخ تصویب: ۱۳۹۴/۷/۱

جمعیت آمریکا را تحت تاثیر قرار داده است و به نظر می‌رسد که تا سال ۲۰۲۰ با توجه به افزایش امید به زندگی و افزایش طول عمر افراد شیوع دژنراسیون وابسته به سن ماکولا ۵۰ درصد افزایش یابد و تعداد افراد مبتلا به حدود ۳ میلیون نفر برسد که این مسئله بار اقتصادی بالایی را بر جوامع تحمیل خواهد نمود (۵). انتظار می‌رود که تعداد افراد مسن در چند دهه آینده در آسیا افزایش قابل ملاحظه‌ای داشته باشد (۶) و با توجه به افزایش احتمال دژنراسیون وابسته به سن ماکولا با افزایش سن، شیوع این بیماری در آسیا نیز رو به افزایش است. طبق مطالعات انجام شده شیوع دژنراسیون وابسته به سن ماکولا نوع پیشرفته در آسیا با شیوع آن در کشورهای غربی قابل مقایسه است ولی شیوع نوع زودرس دژنراسیون وابسته به سن ماکولا در آسیا کم‌تر می‌باشد (۷). از نظر کلینیکی، دو نوع دژنراسیون وابسته به سن ماکولا وجود دارد، نوع خشک (غیراگزوداتیو) و نوع مرطوب (اگزوداتیو یا نئوواسکولار). با وجودی که نوع خشک بیش از ۸۰ درصد موارد بیماری را شامل می‌شود و پیشرفت تدریجی دارد، نوع مرطوب مسئول ۹۰ درصد موارد نابینایی گزارش شده ناشی از این بیماری است. در موارد غیراگزوداتیو یافته‌های کلینیکی از تغییرات پیگمانته اولیه در ماکولا تا ایجاد دروزن می‌باشد و به تدریج با پیشرفت بیماری تعداد و سائز دروزن‌ها افزایش پیدا می‌کند و در مراحل آخر ماکولا آتروفی می‌شود که به آن ژئوگرافیک آتروفی می‌گویند. در نوع اگزوداتیو که معمولاً همراه با التهاب و پرولیفراسیون اپیتلیوم پیگمانته می‌باشد، عروق خونی جدید در زیر رتین رشد می‌کنند و دید بیمار به شدت افت می‌کند (۸). بیماران دژنراسیون وابسته به سن ماکولا به دلیل اختلال پیشرونده در ماکولا مشکلات بینایی بسیاری را تجربه می‌کنند. از سمپتوم‌های کلینیکی دژنراسیون وابسته به سن ماکولا می‌توان افت دید مرکزی، اعوجاج در تصاویر و خطوط مستقیم (متامورفوپسیا) و دیدن مناطق تیره در منطقه دید مرکزی (اسکوتوم) را نام برد. لذا

دژنراسیون وابسته به سن ماکولا به دلیل تاثیر بر فعالیت‌های روزمره بیمار از جمله تشخیص چهره افراد آشنا، مطالعه و رانندگی بر کیفیت زندگی بیماران و سلامت روانی آن‌ها تاثیر می‌گذارد (۹-۱۱). لذا ارزیابی تاثیر دژنراسیون وابسته به سن ماکولا بر کیفیت زندگی بیماران بسیار مهم است و اهمیت زیادی پیدا کرده است (۱۲). در گذشته در مطالعات کلینیکی دژنراسیون وابسته به سن ماکولا، به منظور بررسی تاثیرات این بیماری و روش‌های درمان آن حدت بینایی بیماران مورد بررسی قرار می‌گرفت، ولی حدت بینایی به تنهایی اطلاعات کافی در مورد درک بیمار از کیفیت زندگی اش نمی‌دهد، لذا متخصصین از ابزارهایی برای بررسی کیفیت زندگی بیماران استفاده کردند (۱۳).

مطالعات زیادی در زمینه ارزیابی تاثیر دژنراسیون وابسته به سن ماکولا پیشرفته و زودرس بر کیفیت زندگی بیماران انجام شده است (۱۴-۲۰). در برخی از این مطالعات از پرسشنامه‌های سلامت عمومی استفاده شده است از جمله Medical outcomes study 36 item (SF-36) و یا فرم خلاصه شده آن که ۱۲ آیتم دارد (SF-12) (۱۴، ۲۰). ولی باید توجه کرد که اگر چه ارزیابی کیفیت زندگی بر اساس سلامت عمومی یک معیار خوب برای مقایسه کیفیت زندگی در بیماری‌هایی که بر ارگان‌های مختلف تاثیر می‌گذارند می‌باشد. بهتر است برای ارزیابی اثر بیماری‌های تهدیدکننده بینایی بر روی کیفیت زندگی از پرسشنامه‌های مخصوص که کیفیت زندگی وابسته به بینایی (vision health related QOL) را بررسی می‌کنند، استفاده کرد (۲۱). از میان ابزارهای بررسی تاثیر عملکرد بینایی بر کیفیت زندگی می‌توان پرسشنامه ۲۵ گزینیه‌ای NEI-VFQ-25 (۲۲)، visual function 14 items scale (VF-14) (۲۳)، Actively of daily vision scale (ADVS) را نام برد (۲۴). مطالعات نشان دادند که دژنراسیون ماکولا باعث افت قابل ملاحظه کیفیت زندگی بیماران می‌شود همچنین بین افت حدت بینایی و افت کیفیت زندگی

بیماران ارتباطی مستقیمی وجود دارد و هر دو این ها در نهایت منجر به افسردگی بیمار می شوند. جالب است که شیوع افسردگی در بیمارانی که فقط یک چشم مبتلا است نسبت به بیمارانی که هر دو چشم مبتلا شده بیش تر است که دلیل آن استرس و نگرانی در مورد میزان دیدی که در آینده از دست خواهد رفت، می باشد. همچنین مطالعات نشان داد که درمان دژنراسیون وابسته به سن ماکولا باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران می شود (۱۳). اگر چه درمان هایی برای دژنراسیون وابسته به سن ماکولا نئوواسکولار وجود دارد، ولی این درمان ها باعث از بین رفتن عوامل پاتوبیولوژیکال ایجاد کننده بیماری نمی شوند و بعد از پایان درمان هم چنان ریسک ایجاد عروق جدید، نشت عروق، خونریزی و ایجاد اسکار وجود دارد که همه این ها ماهیت مزمن بیماری را تایید می کنند (۲۵). هم چنین هیچ روش دارویی و جراحی برای بهبود دید و کیفیت زندگی بیماران در مراحل آخر دژنراسیون وابسته به سن ماکولا وجود ندارد و اکثر بیماران درمان شده دید از دست رفته شان را به دست نمی آورند (۲۶، ۲۷)، از طرفی هیچ درمان دارویی برای دژنراسیون وابسته به سن ماکولا آتروفیک وجود ندارد. لذا با توجه به این که بسیاری از بیماران دژنراسیون وابسته به سن ماکولا افت دید غیر قابل برگشت را تجربه می کنند و عملکرد بینایی شان مختل می شود (۱۵، ۲۸) وسایل کمک بینایی می توانند روش جایگزین برای بهبود عملکرد بینایی این بیماران باشند، ولی تا کنون مطالعه جامعی در مورد انواع روش های کمک بینایی موجود و تاثیر آن ها در کیفیت زندگی این بیماران صورت نگرفته است. هدف از این مطالعه، مروری بر روش های کمک بینایی در بیماران دژنراسیون وابسته به سن ماکولا و بررسی تاثیر این بیماری و روش های درمان آن در کیفیت زندگی این بیماران می باشد.

استراتژی جستجو و روش انتخاب مقالات

به منظور پیدا کردن مقالات مرتبط با موضوع،

چاپ شده تا آوریل ۲۰۱۵، جستجو در بانک های اطلاعاتی Pub Med، Scopus و Ovid با استفاده از کلیدواژه های "Age related macular degeneration" در ترکیب با "optical low vision aids"، "quality of life"، "non optical low vision aids"، "microscope"، "Telescope"، "preferred retinal locus" انجام شد. در نگارش مقاله سعی شد که از مقالات ۱۰ سال اخیر استفاده شود، گرچه برخی منابع و رفرنس های رایج قدیمی تر نیز در نظر گرفته شده است. هم چنین، منابع مورد استفاده در مقالات جستجو شده نیز بررسی شده و در نهایت تعداد ۷۶ مقاله جهت نگارش مقاله مورد استفاده قرار گرفت.

روش های کمک بینایی غیر اپتیکی

فیلترها و لنزهای رنگی

از روش های غیر اپتیکی کمک به افراد کم بینا استفاده از فیلترهای رنگی و عدسی های تینت دار و تنظیم روشنایی محیط است. بسیاری از بیماران کم بینا در محیط های داخلی به روشنایی بیش تری احتیاج دارند (۳۰). تحقیقات نشان داده است که روشنایی مناسب یک فاکتور تعیین کننده در موفقیت روش های اپتیکی کمک به بیماران دژنراسیون وابسته به سن ماکولا می باشد (۳۱).

Eosse و همکارانش در مطالعه ای نشان دادند که حدت بینایی و سرعت خواندن بیماران دژنراسیون وابسته به سن ماکولا با افزایش لومینانس افزایش می یابد (۳۲). از طرفی افزایش روشنایی به منظور بهبود کنتراست معمولاً منجر به افزایش خیرگی (glare) به خصوص در هنگام مطالعه می شود که برای کاهش مشکل در این مواد می توان از تایپوسکوپ استفاده کرد (۳۰). لذا به منظور تعیین سطح مطلوب روشنایی نه تنها یافته های ابجکتیو نظیر حدت بینایی و سرعت خواندن را باید در نظر گرفت بلکه ارزیابی ساجکتیو میزان راحتی بیماران نیز لازم و ضروری است (۳۲). برخی محققین معتقدند که اضافه کردن فیلتر زرد به شکاف تایپوسکوپ باعث افزایش

کنتراست متن نسبت به حالت بدون فیلتر می‌شود (۲۸). در مورد تاثیر فیلترهای رنگی در بهبود عملکرد بیماران دژنراسیون وابسته به سن ماکولا مطالعات محدودی صورت گرفته و نتایج ضد و نقیضی گزارش شده است (۳۸-۳۳).

Frennesson و همکارانش در سال ۱۹۹۳ در مطالعه‌ای تاثیر فیلترهای زرد و نارنجی را در حساسیت کانتراست بیماران دژنراسیون وابسته به سن ماکولا و افراد نرمال مورد بررسی قرار دادند. این مطالعه نشان داد که اگر چه فیلترها باعث بهبود جزئی حساسیت کانتراست در برخی فرکانس‌های فضایی می‌شوند ولی در حدت بینایی بیماران تاثیری ندارند. لذا تجویز این فیلترها در افراد با دژنراسیون وابسته به سن ماکولا به منظور بهبود کانتراست و عملکرد بیماران منطقی نیست (۳۳). در مطالعه‌ای تاثیر فیلترهای رنگی (زرد- نارنجی- قرمز و خاکستری) در عملکرد بیماران دژنراسیون وابسته به سن ماکولا مورد بررسی قرار گرفت و مشخص شد که فیلترهای قرمز و خاکستری باعث کاهش حساسیت کانتراست و فیلترهای زرد و نارنجی باعث بهبود حساسیت کانتراست بیماران دژنراسیون وابسته به سن ماکولا می‌شود. هم‌چنین ارزیابی ساجکتیو بیماران نیز نشان دهنده بهبود عملکرد و راحتی دید با فیلترهای زرد و نارنجی بود و مشخص شد که بهبود ساجکتیو عملکرد بیماران دژنراسیون وابسته به سن ماکولا با فیلترهای رنگی به دلیل بهبود جزئی حساسیت کانتراست با این فیلترها بود (۳۴).

Eperjesi و همکارانش در بررسی تاثیر فیلترها در سرعت خواندن بیماران دژنراسیون وابسته به سن ماکولا گزارش کردند که فیلترهای CPF ۴۵۰ (که عدسی‌های فتوکرومیک زرد رنگی هستند که کارخانه سازنده آن ادعای بهبود عملکرد بیماران دژنراسیون وابسته به سن ماکولا در مطالعه با این فیلترها را دارد) باعث بهبود سرعت خواندن بیماران در مقایسه با فیلترهای رنگی و یا وضعیت بدون فیلتر می‌شود، گرچه این افزایش فقط ۵ درصد بود و ارزش آن در زندگی روزمره بیمار مشخص نیست (۳۵). آن‌ها هم‌چنین در مروری بر تاثیر فیلترهای

رنگی در عملکرد بیماران دژنراسیون وابسته به سن ماکولا گزارش کردند که این فیلترها تاثیر چندانی در بهبود عملکرد بیماران دژنراسیون وابسته به سن ماکولا ندارند (۳۶). نظر نویسندگان مقاله که در تجویز فیلترهای رنگی در بیماران کاتارکته و دژنراسیون ماکولا تجربه دارند بر این است که افزایش روشنایی عملکرد بینایی بهتری نسبت به فیلترهای رنگی در افراد با دژنراسیون وابسته به سن ماکولا ایجاد می‌کند، علت این امر می‌تواند دید مرکزی بسیار کم این بیماران باشد. لذا افزایش روشنایی روش خوبی برای کمک به تشخیص بهتر جزئیات و بهبود عملکرد خواندن در این افراد می‌باشد و فیلترهای رنگی تاثیر چندانی در عملکرد ساجکتیو این بیماران ندارد.

تجویز منشور یا پریزم در دژنراسیون ماکولا

بیماران دژنراسیون وابسته به سن ماکولا به دلیل از بین رفتن عملکرد رتین مرکزی از مناطق پاراسترال رتین خود استفاده می‌کنند. به منطقه‌ای از رتین که توسط بیمار برای دیدن جزئیات ترجیح داده می‌شود، منطقه ترجیحی رتین ((Preferred Retinal Locus (PRL گفته می‌شود (۴۰). آگاه کردن بیماران از وجود اسکوتوم مرکزی و آموزش آن‌ها برای استفاده از PRL یکی از روش‌های کمک به افراد دژنراسیون وابسته به سن ماکولا می‌باشد (۴۰). از مزایای تجویز پریزم این است که بیماران بدون کج کردن بدن و یا گردن خود می‌توانند در نگاه به شخص روبه رو به راحتی تماس چشمی برقرار کنند (۴۱). Smith و همکارانش در سال ۲۰۰۵ در یک مطالعه تجربی بر روی ۲۲۵ بیمار دژنراسیون وابسته به سن ماکولا تاثیر پریزم در سرعت خواندن، حدت خواندن و کیفیت زندگی بیماران را مورد بررسی قرار داد و به این نتیجه رسید که پریزم تاثیری بر عملکرد بیماران در مطالعه و کیفیت زندگی آنان ندارد (۴۲). این یافته بر خلاف مطالعات دیگر بود که همگی بهبود حدت بینایی و عملکرد بیماران با اسکوتوم مرکزی را با

استفاده از پریمز تایید کردند (۴۷-۴۳). نویسنده به عنوان کسی که سالها با افراد کم بینا کار کرده است بر این عقیده است که پیدا کردن منطقه ترجیحی رتین بوسیله پریمز که باعث شکست نور و جابه جایی تصویر به محلی از رتین می شود که حدت بینایی بهتری دارد، عملکرد بیماران با اختلالات ماکولا را افزایش می دهد و روشی موثر در توانبخشی بیماران دژنراسیون وابسته به سن ماکولا می باشد.

وسایل کمک بینایی /پتیک و تلسکوپ های خارج چشمی
امروزه روش های غیر جراحی متعددی برای توانبخشی بیماران دژنراسیون وابسته به سن ماکولا وجود دارد. این روش ها با ایجاد بزرگ نمایی توانایی تشخیص جزئیات را در افراد با نقص دید مرکزی بهبود می بخشند. تجویز وسیله کمک بینایی مناسب به نیاز فرد بستگی دارد، در تجویز این روش ها کنار بزرگ نمایی، باید به فاکتورهای دیگری نظیر آسانی استفاده، ظاهر و قیمت نیز توجه کرد (۴۸).

یکی از مشکلات اصلی بیماران دژنراسیون وابسته به سن ماکولا کاهش عملکرد و ناتوانی در مطالعه است. از آنجایی که توانایی مطالعه تاثیر قابل ملاحظه ای در کیفیت زندگی بیماران دارد، حفظ توانایی خواندن از اهداف اصلی توانبخشی بیماران دژنراسیون وابسته به سن ماکولا است. برای این منظور بسته به بزرگ نمایی مورد نیاز فرد از وسایل کمک بینایی مختلف از جمله عدسی های مثبت بالا، مگنی فایرها (دستی و پایه دار) و ابزارهای الکترونیکی ایجاد بزرگ نمایی نظیر Close Circuited Television (CCTV) استفاده می شود (۴۹).

CCTV: این ابزار به دلیل فراهم کردن بزرگ نمایی بالا در میدان دید نسبتا خوب و امکان دید دو چشمی، امکان مطالعه طولانی مدت تری را برای بیمار فراهم می کند (۳۰).

در مقایسه تاثیر وسایل الکترونیکی و وسایل اپتیک مثل مگنی فایر در سرعت خواندن بیماران دژنراسیون

وابسته به سن ماکولا نتایج ضد و نقیضی به دست آمده، در دو مطالعه سرعت خواندن با CCTV بیش تر بود، در حالی که در مطالعه دیگر عملکرد و سرعت خواندن با وسایل اپتیک بهتر از وسایل الکترونیکی بود (۴۸). در مطالعه ای توانایی خواندن با مگنی فایرهای اپتیک و حروف چاپی بزرگ افراد با اختلال ماکولا مورد مقایسه قرار گرفت و مشخص شد در صورتی که ساینز تصویر رتینال در دو روش یکسان باشد، سرعت خواندن و عملکرد بیمار در دو روش یکسان خواهد بود، که تأیید کننده مطالعات قبلی بود. به عبارتی در صورتی که بزرگ نمایی کافی توسط وسیله کمک بینایی فراهم شود و نحوه استفاده از آن به بیمار آموزش داده شود، عملکرد خواندن با آن به خوبی عملکرد خواندن با حروف ساینز بزرگ خواهد بود (۵۱،۵۰). به هر حال سال های متمادی مگنی فایرها، روش مناسبی برای بهبود دید، عملکرد خواندن و کیفیت زندگی بیماران کم بینا بودند. از وسایل کمک بینایی دور برای افراد دژنراسیون وابسته به سن ماکولا می توان به تلسکوپ ها اشاره کرد. تلسکوپ ها می توانند دستی یا روی عینک بیمار کلیپ شوند. از تلسکوپ های دستی برای کارهای چشمی کوتاه مدت و از انواع کلیپ شده روی عینک برای کارهای طولانی مدت استفاده می شود. تلسکوپ های کلیپ شده روی عینک حدود ۵۰ سال است که برای کمک به افراد کم بینا به کار می روند. بزرگ نمایی این تلسکوپ ها برای جبران افت دید مرکزی بیماران کافی است ولی میدان دید بسیار محدودی دارند که به فاصله ورتکس آن وابسته است. در صورتی که تلسکوپ در قسمت مرکزی عدسی عینک قرار گیرد، به آن تلسکوپ با میدان دید کامل (full field position) می گویند. در این وضعیت چون تلسکوپ میدان دید بیش تری را اشغال می کند، حرکت در محیط بسیار مشکل و خطرناک خواهد بود (۲۸). به علاوه، به دلیل نا همخوانی اطلاعات حرکت سر از گوش داخلی (وستیبولار) و حرکت محیط بزرگ نمایی شده، عادت کردن به این وسیله زمانی که در

مرکز عینک قرار می‌گیرد بسیار مشکل است. لذا این حالت بیش‌تر برای کارهای دور مثل مشاهده تلویزیون زمانی که بیمار ثابت است به کار می‌رود (۵۲،۳۰). زمانی که تلسکوپ در قسمت فوقانی عینک نصب شود، به آن تلسکوپ بای اپتیک گفته می‌شود. در این نوع تلسکوپ بیمار اکثر اوقات از قسمت حامل به محیط اطراف نگاه می‌کند و زمانی که بخواهد جزئیات غیر قابل تشخیص در فاصله دور را ببیند، سرش را کمی پایین آورده تا شی در میدان دید تلسکوپ قرار گیرد. به این نوع استفاده گه‌گاهی از تلسکوپ، temporal multiplexing گفته می‌شود که تلسکوپ بای اپتیک را به یک ابزار کارآمد، راحت و ایمن تبدیل کرده است. استفاده تک چشمی از تلسکوپ‌های بای اپتیک biocular multiplexing نام دارد و این امکان را برای بیمار فراهم می‌کند که آن منطقه از میدان دید که به دلیل اسکوتم حلقوی توسط چشم با تلسکوپ دیده نمی‌شود، توسط چشم دیگر ببیند و به این ترتیب ایمنی و کارایی وسیله بهتر می‌شود (۵۳،۲۹). در مطالعه‌ای تاثیر تلسکوپ‌های بای اپتیک در توانایی تشخیص چهره افراد آشنا در بیماران دژنراسیون وابسته به سن ماکولا مورد بررسی قرار گرفت و مشخص شد که با استفاده از این تلسکوپ‌ها تا حد زیادی می‌توان حدت بینایی بیماران و در نتیجه توانایی آن‌ها در تشخیص چهره افراد را افزایش داد (۵۴). با وجود این مزایا تلسکوپ‌های سوار بر عینک یا سر به ندرت توسط بیماران کم بینا مورد قبول قرار می‌گیرند، که دلیل آن ظاهر نامانوس این وسایل (۵۵) و میدان دید بسیار محدودشان است که در نتیجه آن بیمار مجبور است به جای حرکت طبیعی چشم از حرکت سر برای اسکن کردن محیط استفاده کند (۵۶). از طرفی، در استفاده از تلسکوپ‌های سوار بر عینک، میزان حرکت اصلاحی مورد نیاز چشم‌ها بیش‌تر است. به عنوان مثال در استفاده از تلسکوپ با بزرگنمایی $\times 3$ ، حرکت چشم به اندازه سه برابر حرکت سر مورد نیاز است. در حالی که سیستم وستیبولار باعث چرخش

چشم‌ها فقط به میزان مورد نیاز برای جبران چرخش سر می‌شود. اگر چه ثابت شده است که سیستم وستیبولار قادر است به تغییرات بزرگ‌نمایی تا ۳۵ درصد (مثلاً در عینک‌های غواصی) آداپته شود (۵۷) ولی توانایی عادت به بزرگ‌نمایی‌های زیاد (تا ۳۰۰ درصد) ناشی از تلسکوپ‌ها را ندارد. علاوه بر این در استفاده تک چشمی تلسکوپ‌ها، میزان آداپتاسیون مورد نیاز دو چشم متفاوت است و اگر سیستم وستیبولار نتواند به این تفاوت میان دو چشم عادت کند، حرکت سر باعث حرکت تصویر در یک چشم و کاهش حساسیت خواهد شد (۵۸). به منظور غلبه بر محدودیت سیستم‌های تلسکوپ‌های کلیپ شده بر روی عینک سیستم تلسکوپ همراه با لنز تماسی (contact lens telescope) معرفی شد (۵۹).

در این روش با استفاده از یک لنز تماسی با قدرت منفی بالا به عنوان عدسی چشمی و یک عینک با قدرت مثبت به عنوان عدسی شی‌ای یک تلسکوپ گالیه به دست می‌آید که بزرگ‌نمایی آن به قدرت لنز تماسی، عینک و فاصله ورتکس عینک بستگی دارد. حداکثر بزرگنمایی که با این روش می‌توان ایجاد کرد $1/8\times$ است، زیرا در صورت قوی‌تر بودن سیستم، فاصله ورتکس عینک به حدی زیاد می‌شود که عینک روی بینی قرار نمی‌گیرد (۳۰). میدان فیکساسیون تلسکوپ‌های همراه با لنز تماسی و عینک بسیار محدود می‌باشد، به‌طوری که محاسبات نشان داده است که میدان فیکساسیون در این روش بسته به طرح لنز تماسی و فاصله ورتکس عینک ۱ الی ۵ درجه می‌باشد (۵۹). دلیل این محدودیت این است که این نوع سیستم باعث تثبیت تصویر رتینال می‌شود (۶۱،۶۲). بنابراین اگر چه میدان دید با این روش افزایش می‌یابد، حرکات چشمی منجر به حرکت جزئی تصویر بر روی رتین شده و لذا میدان دید موثر کاهش می‌یابد. به علاوه، حرکت سر منجر به حرکت تصویر بزرگ شده در شبکه می‌شود، یعنی همان حالتی که در تلسکوپ‌های سوار بر عینک اتفاق می‌افتاد. از طرفی به دلیل ثبات تصویر در این سیستم‌ها،

عملی تر، آسان تر و موثرتر می دانم، اگر چه تلسکوپ ها در بهبود کیفیت عملکرد بینایی افراد کم بینا موثرند ولی محدودیت های بسیاری نیز دارند. بسیاری از آن ها از نظر ظاهری برای بیمار قابل قبول نیستند، میدان دید را محدود می کنند و فاصله کاری بسیار کمی دارند.

لذا با توجه به این که محدوده بسیار کوچکی را بزرگ می کنند فرد برای اسکن محیط نیاز به حرکت بیش از حد سر دارد که منجر به مشکلات وستیولار و ناراحتی بیمار می شود. لذا توصیه می شود تجویز تلسکوپ ها در افراد کم بینا محدود شود و در صورت تجویز توصیه شود که در وضعیت نشسته و ثابت از تلسکوپ برای فواصل محدود استفاده نمایند. البته در این زمینه آموزش های لازم برای استفاده از تلسکوپ ها ضروری است.

Implantable Miniature Telescope (IMT)

شیوه جدیدتر ایجاد بزرگنمایی در افراد کم بینا تلسکوپ های داخل چشمی هستند. IMT (vision care ophthalmic technologies, Saratoga, CA) اولین وسیله کمک بینایی داخل چشمی است که مورد تایید FDA قرار گرفته است. IMT یک تلسکوپ با فوکوس ثابت است که از یک عدسی مثبت قدامی و یک عدسی منفی خلفی که بین آن ها حباب هوا قرار گرفته است تشکیل شده است. این سیستم داخل یک استوانه از جنس کوارتز قرار دارد که دو طرف جلو و عقب آن شفاف است. طول استوانه ۴/۴ میلی متر و دیامتر آن ۳/۶ میلی متر، وزن آن در هوا ۱۱۵ میلی گرم و در زلالیه ۶۰ میلی گرم می باشد. دو مدل از این وسیله وجود دارد که در میزان بزرگنمایی متفاوتند. IMT با بزرگنمایی ۳× برای فوکوس در فاصله ۵۰ سانتی متر و IMT با بزرگنمایی ۲/۲× برای فوکوس در فاصله ۲ الی ۲/۵ متر به کار می رود. بزرگنمایی مورد نیاز را می توان با اضافه کردن عینک مثبت افزایش داد. زمانی که IMT در محل کپسول خلفی عدسی چشم قرار داده می شود حدود، ۰/۵ الی ۰/۱ میلی متر از مردمک جلوتر می آید،

حرکت چشم نمی تواند باعث آوردن تصویر بر روی فووه آ شود، که باعث تشدید علائم بیمار در اثر رفلکس وستیولار می شود (۶۵،۶۲). لذا معایب این روش بیش تر از مزایای آن است. برای کاهش معایب تلسکوپ همراه با لنز تماسی، سیستمی طراحی شد که امکان دید همزمان مناطق بزرگنمایی شده و بزرگ نشده میدان دید را برای بیمار فراهم کند. به این منظور Bivisual Contact Lens تلسکوپ توسط Voss در سال ۱۹۵۸ طراحی شد. در این سیستم یک لنز تماسی استاندارد که در قسمت مرکزی دارای قدرت منفی بالا بود در چشم بیمار گذاشته می شد و زمانی که بیمار نیاز به بزرگنمایی داشت، از یک عینک مثبت همراه آن استفاده می کرد و از قسمت مرکزی لنز تماسی نگاه می کرد و زمانی که نیاز به بزرگنمایی نداشت، عینک را برداشته و از قسمت حامل لنز تماسی نگاه می کرد (۳۰). در سال ۱۹۵۹ Filderman، Tel Con System را معرفی کرد که در آن قسمت مرکزی کوچک تر از سایز مردمک در روز و دارای قدرت منفی بالا بود و قسمت محیطی برای اصلاح عیب انکساری بیمار تنظیم شده بود. به این ترتیب در هر لحظه هر دو قسمت مقابل چشم بیمار بود. عدسی شیئی نیز یک عدسی پلانو بود که در ۱۰ میلی متری مرکزی آن سگمان با قدرت مثبت چسبانده شده بود (۶۳). علی رغم همه این تلاش ها این سیستم ها نیز چندان از طرف بیمار مورد قبول نبودند. از انواع دیگر تلسکوپ ها می توان به تلسکوپ های حاصل از ترکیب عدسی داخل چشمی (Intra Ocular Lens, IOL) و عینک اشاره کرد که در دو نوع تک کانونه (۶۴) و دو کانونه (۶۵،۶۶) (koziol-peyman teledioptric system) طراحی شدند.

این تلسکوپ ها نیز معایب انواع تلسکوپ همراه با لنز تماسی را داشتند و علی رغم نتایج مثبت، چندان رایج نشدند. به عنوان نویسنده مقاله که در تجویز مگنی فایرها (ذره بین ها) و انواع تلسکوپ های دور و نزدیک تجربه دارم، تجویز مگنی فایرها را نسبت به تلسکوپ ها

لذا بین قسمت قدامی آن و قرینه حدود ۲ میلی متر فاصله است. این سیستم در ترکیب با قرینه یک اثر telephoto ایجاد می کند که باعث بزرگنمایی اشیا واقع در میدان دید مرکزی بیمار می شود. در این سیستم میدان دید ۲۰ الی ۲۴ درجه روبه رو، تقریباً در ۵۵ درجه از رتین فرد پروجکت می شود و در نتیجه میدان دید محیطی آن چشم کاهش می یابد. به عبارت دیگر، IMT در یک چشم بیمار کاشته شده و دید مرکزی بیمار را فراهم می کند و چشم دیگر برای دید محیطی، جهت یابی و حرکت مورد استفاده قرار می گیرد (۶۹-۶۷)، اگرچه IMT باعث محدود شدن میدان دید محیطی بیمار می شود، میدان دید موثر این وسیله نسبت به تلسکوپ های خارج چشمی خیلی بیش تر است، از طرفی به دلیل امکان استفاده از حرکت معمول چشم ها برای اسکن محیط و کاهش حرکات سر سمپتوم های ناشی از سیستم وستیبولار حذف می شود و این باعث می شود که فرد به راحتی از حرکت چشم هایش برای کارهای روزمره استفاده کند. هم چنین با توجه به جا به جایی نقطه نودال چشم به جلوی قرینه، کوچک ترین حرکت چشم منجر به پارالاکس حرکتی و امکان درک عمق مناسب در وضعیت تک چشمی می شود (۷۰).

به منظور جایگذاری IMT در چشم، ابتدا با روش فیکو و ایجاد برش ۶/۵ میلی متری در کپسول قدامی لنز بیمار، محتویات آن را خارج کرده و سپس یک برش ۱۰ الی ۱۱ میلی متری در لیمبوس فرد ایجاد می شود تا بتوان IMT را به راحتی و بدون آسیب به قرینه در محل کپسول خلفی قرار داد. به علاوه به منظور جلوگیری از افزایش فشار داخل چشم در تمام بیماران پریفرال ایریدکتومی انجام می شود. بیماران بعد از جراحی برای یادگیری نحوه استفاده از وسیله در زندگی روزمره و یادگیری دید متناوب بین دو چشم تحت آموزش و توانبخشی قرار می گیرند (۷۱). مطالعات زیادی به منظور بررسی اثر بخشی و کارایی این نوع تلسکوپ انجام شده است.

در فاز اول مطالعه، IMT (۳×) در ۱۵ بیمار با

دژنراسیون وابسته به سن ماکولا پیشرفته دو طرفه و حدت بینایی اصلاح شده $\frac{20}{80}$ الی $\frac{20}{400}$ ، در چشم بدتر بیمار جایگذاری شد و بیماران تا یک سال پیگیری شدند. کیفیت زندگی بیماران با استفاده از پرسشنامه ADL که فرم تغییر یافته (ADVS) Activities of daily vision scale است مورد بررسی قرار گرفت. بررسی ها نشان داد که بعد از یک سال حدت بینایی دور و نزدیک در ۷۷ درصد بیماران بیش از دو خط و در ۶۲ درصد بیماران بیش از سه خط افزایش یافت. تعداد سلول های اندوتلیوم قرینه ۱۳ درصد کاهش یافت و کیفیت زندگی در اکثریت فاز، بیش تر مربوط به واکنش های التهابی بعد از عمل بودند که با تجویز کورتیکواستروئید برطرف شدند (۷۲). در فاز دوم و سوم، مطالعه بر روی ۲۰۶ بیمار ۵۵ سال به بالا با دژنراسیون وابسته به سن ماکولا پیشرفته دو طرفه و حدت بینایی اصلاح شده $\frac{20}{80}$ الی $\frac{20}{300}$ انجام شد و نتایج تا ۱۲ ماه پیگیری شد. به منظور بررسی کیفیت زندگی بیماران از پرسشنامه NEI-VFQ 25 و ADL استفاده شد. حدت بینایی و کیفیت زندگی بیماران بهبود قابل ملاحظه ای یافت، تعداد سلول های اندوتلیوم قرینه سه ماه بعد از عمل ۲۰ درصد و یک سال بعد از عمل ۲۵ درصد کاهش یافت. اگر چه میزان افت تعداد سلول های اندوتلیوم قرینه سه ماه بعد از عمل ۲۰ درصد و نسبتاً زیاد بود، ولی باید توجه کرد که افت سلول ها بعد از سه ماه تقریباً ثابت شد که نشان می دهد کاهش سلول ها به دلیل روش جراحی بوده نه برخورد وسیله با قرینه و یا التهاب (۶۸). از معایب IMT می توان به از بین رفتن دید محیطی در چشم عمل شده، مشکل بودن روش جراحی، از دست رفتن سلول های اندوتلیوم قرینه، مشکل در معاینه رتین بعد از عمل، مشکلات ناشی از سایز و وزن تلسکوپ و نیاز به توانبخشی طولانی مدت بعد از عمل اشاره کرد (۷۳-۶۷). به منظور حل مشکلات IMT، فردی به نام Liphshitz، IOL جدیدی طراحی کرد که Liphshitz macular implant (LMI) نامیده شد (۷۴)

که نسبت به انواع قبلی عملکرد بینایی بهتری دارد و در این زمینه مطالعات ادامه دارد. با توجه به تاریخچه وجود انواع وسایل کمک دید دور و نزدیک که هر کدام مزایا و معایبی دارد، نظر نویسنده مقاله این است که علی رغم مشکلات ذکر شده، دید دور و نزدیک و در نتیجه کیفیت زندگی در اکثر بیماران بعد از گذشت یک سال استفاده از این نوع تلسکوپ، بهبود قابل ملاحظه ای خواهد یافت و با توجه به این که این روش ظاهر نامانوسی برای بیمار ندارد، استفاده از آن در آینده ای نه چندان دور رواج بیش تری پیدا می کند.

Lipshitz Macular Implant (LMI)

LMI یک نوع IOL است که از دو آینه مینیاتوری کوچک استفاده شده است و مثل یک تلسکوپ عمل می کند. این IOL دارای سیستم اپتیکی دو گانه ای است، به این ترتیب که نورهای عبوری از قسمت مرکزی باعث بزرگنمایی می شوند و نورهای محیطی بدون بزرگنمایی از یک IOL معمول عبور می کنند. دیامتر کلی IOL ۱۳ میلی متر و قسمت اپتیکی آن ۶/۵ میلی متر است. دیامتر آینه قدمی که در مرکز قرار گرفته ۱/۴ میلی متر است و آینه خلفی به شکل دونات بوده و ۲/۸ میلی متر قطر دارد که ۱/۴ میلی متر مرکزی آن خالی است. این سیستم باعث بزرگنمایی تصویر مرکزی به میزان $2/5 \times$ می شود، در حالی که امکان دید تصاویر محیطی بدون بزرگنمایی و در ساینز معمول برای بیمار فراهم است و به این دلیل امکان کاشت دو چشمی این وسیله نیز وجود دارد (۷۴). برای بررسی اثر بخشی این سیستم یک مطالعه پایلوت روی ۶ بیمار با دژنراسیون ماکولای دو طرفه انجام شد. در این مطالعه برای جایگذاری IOL در چشم بیماران ابتدا از روش فیکو امولسیفیکاسیون و یا میکروفاکونیت ۰/۷ میلی متر استفاده شد، بعد از پایان جراحی LMI از طریق یک برش ۶/۵ میلی متری در قرینه در کپسول خلفی قرار داده شد. تمام بیماران تا ۶ ماه بعد از عمل مورد بررسی

قرار گرفتند. در پایان ۶ ماه دید دور و نزدیک بیماران نسبت به قبل عمل بهبود قابل ملاحظه ای یافت. تعداد سلول های اندوتلیوم قرینه حدود ۵/۷ درصد کاهش داشت که تفاوت قابل ملاحظه ای با عمل جراحی فیکو و جایگذاری IOL های متداول نداشت. مشکل مشاهده فاندوس بیماران (نسبت به IMT) تا حد زیادی حل شد (۷۴). کیفیت زندگی بیماران بعد از ۶ ماه بررسی شد. نتایج نشان داد در تمام بیماران توانایی خواندن حروف چاپی بزرگ، شمردن پول و استقلال بیماران در حرکت به میزان قابل توجهی افزایش یافت، توانایی شماره گیری تلفن و خواندن ساعت و استفاده از صفحه کلید کامپیوتر تا حدی بهبود یافت و توانایی خواندن حروف چاپی کوچک به میزان جزئی بهبود یافت. به طور کل کیفیت زندگی بیماران بعد از عمل بهبود قابل ملاحظه ای نشان داد (۷۴). البته این روش هنوز در کشور ما استفاده نمی شود. از مشکلات این سیستم شکایت بیماران از خیرگی جزئی به خصوص در روزهای آفتابی و رانندگی در شب به دلیل نور بالای ماشین رو به رو می باشد. نکته قابل توجه این است که در بعضی از کشورها که تلسکوپ برای رانندگی استفاده می شود، طبق مقررات، اجازه رانندگی در ساعات معینی از روز و در مناطق خاص و محدودی داده می شود. هم چنین تعدادی از بیماران از رفلکس براق آینه ای در صورت تابیدن نور از رو به رو شکایت داشتند که آن هم نسبت به ظاهر غیر قابل قبول سایر وسایل کمک بینایی برایشان قابل قبول بود. به طور کل LMI با ایجاد بزرگنمایی تصویر مرکزی، در کنار دید محیطی نرمال می تواند باعث بهبود عملکرد بیماران با دژنراسیون ماکولا شود، لذا بررسی کارایی و اثربخشی این سیستم بر روی تعداد بیشتری از بیماران با دژنراسیون وابسته به سن ماکولا توصیه می شود.

IOL-Vip System (Soleko, pontecona, Italy)

در این سیستم از دو IOL که ترکیب آن ها تشکیل یک تلسکوپ گاليله را می دهد، استفاده شده است،

یک IOL مرکب از دو عدسی مقعر (بای کانکیو) با قدرت منفی بالا (حدود D-۶۶) که در محل کپسول خلفی عدسی چشم قرار می‌گیرد، به عنوان عدسی چشمی تلسکوپ و یک IOL مرکب از دو عدسی مثبت (بای کنوکس) با قدرت مثبت بالا (حدود D+۵۵) که در اتاق قدامی قرار می‌گیرد، به عنوان عدسی شیئی تلسکوپ می‌باشند. فاصله بین دو IOL و یا به عبارتی طول کلی تلسکوپ حدود ۱۳ میلی‌متر می‌باشد و میزان بزرگنمایی سیستم برای دور حدود $1/3\times$ می‌باشد (۷۵).

به منظور بررسی اثر بخشی این سیستم، یک مطالعه پایلوت بر روی ۴۰ چشم ۳۵ بیمار با دژنراسیون ماکولا انجام شد. بیماران ابتدا تحت عمل جراحی فیکو قرار گرفته و سپس دو جفت IOL در محل‌های ذکر شده قرار داده شد. با توجه به گذاشتن IOP یک روز بعد از عمل، در ۳ بیمار از ۵ بیمار جراحی شده، در اثر ایجاد پاپیلاری بلاک گلوکوما، پریفرال ایریدکتومی با لیزر YAG در سایر بیماران انجام شد. تعداد سلول‌های اندوتلیوم قرینه قبل و بعد از عمل مورد بررسی قرار گرفت و فقط ۷ درصد کاهش تعداد سلول‌های اندوتلیوم بعد از ۲۰ ماه پیگیری بیماران مشاهده شد (۷۱) که تفاوت قابل ملاحظه با کاهش سلول‌های اندوتلیوم بعد از عمل معمول فیکو نداشت (۷۶). بزرگنمایی کم این سیستم باعث شد که محدودیتی در میدان دید بیماران ایجاد نشود و اختلالی در دید دو چشمی بیماران به وجود نیاید. به عبارتی این روش می‌تواند هم به صورت تک چشمی و هم دو چشمی به کار رود. از مزایای دیگر این روش حرکت طبیعی چشم در نگاه به محیط اطراف در مقایسه با تلسکوپ‌های خارج چشمی می‌باشد (۷۵). البته این روش در ایران هنوز استفاده نشده است ولی بررسی‌ها نشان می‌دهد که حدت بینایی دور در تمام بیمارانی که از این سیستم استفاده کردند، بهبود یافت. در این روش بزرگنمایی مورد نیاز برای انجام کارهای نزدیک کم‌تر و فاصله کاری نسبت به روش‌های دیگر بیش‌تر است. هم‌چنین در بررسی‌های

سابجکتیو، اکثر بیماران گزارش کردند که توانایی خواندن، تلویزیون نگاه کردن، جهت یابی و حرکت و به طور کل کیفیت زندگی‌شان بهبود یافته است و به طور کل به نظر می‌رسد که بیمارانی که از این ابزار برای بهبود عملکردشان استفاده کردند، از نتایج آن رضایت دارند. لذا IOL-VIP System را می‌توان یک ابزار مناسب برای بهبود عملکرد بینایی بیماران دژنراسیون ماکولا به شمار آورد، گرچه به منظور تعمیم نتایج نیاز به مطالعه بر روی تعداد بیش‌تری از بیماران و فالوآپ طولانی مدت‌تر می‌باشد. امید است در آینده این روش جایگزین روش‌های قدیمی شود تا عملکرد بینایی و کیفیت زندگی افراد کم بینا با دژنراسیون ماکولا بهبود و افزایش چشمگیری یابد.

بحث

روش‌های کمک بینایی مختلفی برای بهبود عملکرد بینایی بیماران کم‌بینا طراحی شده‌اند که از جمله آن‌ها می‌توان به فیلترهای رنگی، پریزم‌ها، عدسی‌های مثبت بالا، مگنی فایرها، تلسکوپ‌ها و CCTV اشاره کرد. در مورد تاثیر فیلترهای رنگی در بهبود عملکرد بیماران دژنراسیون وابسته به سن ماکولا نتایج ضد و نقیضی گزارش شده است. اگرچه این فیلترها می‌توانند از طریق کاهش خیرگی، جذب طول موج‌های مضر، تغییر رنگ محیط، بهبود حساسیت کانتراست باعث بهبود عملکرد بینایی و افزایش راحتی بیماران کم‌بینا شوند (۳۸-۳۳)، ولی در بررسی تاثیر فیلترهای رنگی در عملکرد بیماران دژنراسیون وابسته به سن ماکولا می‌توان گفت که این فیلترها تاثیر چندانی در عملکرد سابجکتیو این بیماران ندارند. در حال حاضر افزایش نور و روشنایی به جای استفاده از فیلترها روش مناسب‌تر و موثرتری در بهبود کیفیت زندگی افراد با دژنراسیون ماکولا می‌باشد، زیرا دید مرکزی و تعداد سلول‌های مخروطی و استوانه‌ای در این افراد کم است، روشنایی بیش‌تر می‌تواند جایگزین مناسب‌تری به جای فیلترهای رنگی در افزایش کارایی افراد کم بینا باشد.

مطالعات زیادی در زمینه بررسی تاثیر پریم در بهبود عملکرد بیماران دژنراسیون وابسته به سن ماکولا صورت گرفته است که در اکثر آن ها تاثیر پریم در حدت بینایی بیماران مورد بررسی قرار گرفته است. با مروری بر این مطالعات می توان نتیجه گرفت که پریم باعث جابه جایی نور و تصویر مورد نظر به محلی از رتین بیمار می شود که دید بهتری برای او ایجاد می کند و باعث بهبود حدت بینایی و افزایش راحتی و عملکرد بیماران با اسکوتوم مرکزی می شود (۴۶-۴۲). از آن جایی که امروزه خواندن روزنامه و کتاب اهمیت زیادی دارد و بیماران با دژنراسیون ماکولا به خاطر دید کم از آن محروم می شوند. بعضی از آن ها به همین دلیل دچار افسردگی شده و مراجعه زیادی به مراکز مختلف اپتومتری و چشم پزشکی برای یافتن راه حل دارند. لذا تجویز پریم و یا استفاده از کج کردن سر یا گردن برای قرار دادن تصویر در منطقه ترجیحی رتین که دید بهتری برای بیمار ایجاد نماید، می تواند کمک شایانی به بیمار در امر مطالعه نماید. از سایر روش ها و وسایل کمک دید برای بهبود عملکرد بیماران کم بینا عدسی های مثبت بالا، مگنی فایرها، تلسکوپ ها و CCTV می باشد که مطالعات بسیاری به منظور بررسی تاثیر این سیستم ها در بهبود عملکرد بیماران کم بینا صورت گرفته است. بررسی ها نشان می دهد که اگرچه این ابزارها در بهبود کیفیت عملکرد این افراد موثر هستند ولی محدودیت های بسیاری نیز دارند. بسیاری از این روش ها از نظر ظاهری برای بیمار قابل قبول نیستند، میدان دید را محدود می کنند و فاصله کاری بسیار کمی دارند (۳۲، ۵۴-۴۸). لذا شیوه جدیدتر ایجاد بزرگ نمایی در افراد کم بینا معرفی شد که در آن از تلسکوپ های داخل چشمی برای افزایش بزرگ نمایی استفاده می کردند (۶۷، ۷۴، ۷۵).

در مقایسه تلسکوپ های داخل چشمی، بیش تر مطالعات بر روی IMT انجام شده است (۷۳-۶۷). IMT برای استفاده و کمک به بیماران دژنراسیون وابسته به سن ماکولا دارای تاییده FDA می باشد. مطالعات در

مورد کارایی این سیستم در سه فاز انجام شده است و نتایج آن در ۲۱۷ بیمار تا ۱۲ ماه و در ۱۷۲ بیمار تا ۲ سال پیگیری شده است. بررسی نتایج این مطالعات نشان می دهد که اگرچه کاشت IMT نمی تواند برخی معایب تلسکوپ های خارج چشمی از جمله از بین رفتن میدان کاهش تاثیر اسکوتوم مرکزی بر عملکرد بینایی بیماران، کیفیت زندگی بیماران دژنراسیون وابسته به سن ماکولا با استفاده از این ابزار افزایش می یابد (۷۳-۶۷). به منظور حل مشکلات LMI، IMT به عنوان روشی جدیدتر با کارایی بهتر برای بیماران کم بینا طراحی شد که اثر بخشی آن فقط در ۶ بیمار با دژنراسیون وابسته به سن ماکولا دو طرفه مورد بررسی قرار گرفته است. بررسی کیفیت زندگی این بیماران ۶ ماه بعد از عمل نشان دهنده بهبود قابل ملاحظه عملکرد بینایی این بیماران می باشد. از مزایای این سیستم نسبت به IMT می توان به امکان دیدن تصاویر محیطی بدون بزرگنمایی و با ساین معمول و هم چنین امکان کاشت دو چشمی اشاره کرد. به طور کل LMI با ایجاد بزرگ نمایی تصویر مرکزی، در کنار دید محیطی نرمال می تواند باعث بهبود عملکرد بیماران با دژنراسیون ماکولا شود، البته این سیستم نیز مشکلاتی دارد که از مهم ترین آن ها می توان به خیرگی، به خصوص در روزهای آفتابی و رانندگی در شب اشاره کرد (۷۴). لذا سیستم دیگری به نام IOL-VIP معرفی شد. اثربخشی این سیستم تا کنون در ۳۵ بیمار (۴۰ چشم) مورد بررسی قرار گرفته است. بزرگنمایی این سیستم کم و در حدود $1/3\times$ می باشد، ولی با این حال اکثر بیماران گزارش کردند که توانایی خواندن، جهت یابی و حرکت و به طور کل کیفیت زندگی شان با این سیستم بهبود یافت (۷۵). لذا IOL-VIP System را می توان یک ابزار مناسب برای بهبود عملکرد بینایی بیماران دژنراسیون ماکولا به شمار آورد. به طور کل با توجه به کم بودن تعداد افراد مورد بررسی و کوتاه بودن مدت فالوآپ بیماران، به منظور تعمیم

جدیدتر ایجاد بزرگنمایی در این بیماران معرفی شدند که از جمله آنها می توان به انواع تلسکوپ های داخل چشمی اشاره کرد. مطالعات بسیاری جهت بررسی کارایی این سیستم ها صورت گرفته که همگی تایید کننده بهبود کیفیت و افزایش رضایت مندی بیماران نسبت به روش های قبلی بود. در حال حاضر با توجه به جمعیت رو به افزایش بیماران همراه با دژنراسیون ماکولا تحقیقات در زمینه ساخت و طراحی ابزار و وسایلی که بتواند دید این افراد و هم چنین کیفیت زندگی آنها را بهبود دهد در حال توسعه می باشد.

سپاسگزاری

از کلیه همکارانی که در گردآوری و نگارش مطالب این مقاله همکاری داشتند، تشکر می گردد.

کارایی و اثربخشی این سیستم ها نیاز به مطالعات بیش تری می باشد.

از بین رفتن دید مرکزی در بیماران دژنراسیون ماکولا منجر به افسردگی، افزایش وابستگی و به طور کلی ناتوانی و کاهش کیفیت زندگی این بیماران می شود. با وجود این که درمان های موجود ریسک افت دید را در نوع نئوواسکولار این بیماری کاهش می دهد، ولی بسیاری از بیماران هم چنان دیدشان را از دست می دهند و هیچ درمان قطعی و کارآمدی برای نوع آتروفیک این بیماری وجود ندارد. وسایل کمک بینایی مختلفی به منظور بهبود عملکرد بینایی و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی این بیماران طراحی شده است. با توجه به این که بسیاری از این وسایل، از جمله تلسکوپ های خارج چشمی، هم از نظر عملکردی و هم از نظر ظاهری برای بسیاری از بیماران قابل قبول نیستند، شیوه های

References

1. Klein R, Klein BE, Linton KL. Prevalence of age related maculopathy. The Beaver Dam Eye Study. *Ophthalmology* 1992; 99: 933-493.
2. Klein R, Wang Q, Klein BEK, Moss SE, Meuer SM. The relationship of age-related maculopathy, cataract, and glaucoma to visual acuity. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 1995; 36(1): 183-191.
3. Attebo K, Mitchell P, Smith W. Visual acuity and the causes of visual loss in Australia: the Blue Mountains Eye Study. *Ophthalmology* 1996; 103(3): 357-364.
4. Klaver CC, Wolfs RC, Vingerling JR, Hofman A, deJong PT. Age-specific prevalence and causes of blindness and visual impairment in an older population: the Rotterdam Study. *Arch Ophthalmol* 1998; 116(5): 653-658.
5. Friedman DS, O'Colmain BJ, Munoz B, Tomany SC, McCarty C, de Jong PT, et al. Prevalence of age-related macular degeneration in the United States. *Arch Ophthalmol* 2004; 122(4): 564-572.
6. United Nations Population Division. World Population Prospects: The 2008 Revision Population Database. Panel 2: Detailed Data. Available at: <http://esa.un.org/unpp/index.asp?panel2>. Accessed May 25, 2009.
7. Kawasaki R, Yasuda M, Song SJ, Chen SJ, Jonas JB, Wang JJ, et al. The prevalence of age-related macular degeneration in Asians: a systematic review and meta-analysis. *Ophthalmology* 2010; 117(5): 921-927.
8. Prasad PS, Schwartz SD, Hubschman JP. Age-related macular degeneration: Current and novel therapies. *Maturitas* 2010; 66(1): 46-50.

9. Ke KM. The direct, indirect and intangible costs of visual impairment caused by neovascular age-related macular degeneration. *Eur J Health Econ* 2010; 11(6): 525–531.
10. Lim LS, Mitchell P, Seddon JM, Holz FG, Wong TY. Age-related macular degeneration. *The Lancet* 2012; 379(9827): 1728–1738.
11. Gopinath B, Liwn G, Burlutsky G, Mitchell P. Age related macular degeneration and 5-year incidence of impaired activities of daily living. *Maturitas* 2014;77(3): 263–266.
12. Jager RD, Mieler WF, Miller JW. Age-related macular degeneration. *N Engl J Med* 2008; 358(24): 2606–2617.
13. Slakter JS, Stur M. Quality of life in patients with age-related macular degeneration: impact of the condition and benefits of treatment. *Surv Ophthalmol* 2005; 50(3): 263-273.
14. Cahill MT, Banks AD, Stinnett SS, Toth CA. Vision related quality of life in patients with bilateral severe age-related macular degeneration. *Ophthalmology* 2005; 112(1): 152–158.
15. Soubrane G, Cruess A, Lotery A, Pauleikhoff D, Monès J, Xu X, et al. Burden and health care resource utilization in neovascular age-related macular degeneration: findings of a multicountry study. *Arch Ophthalmol* 2007; 125(9): 1249–1254.
16. Williams RA, Brody BL, Thomas RG, Kaplan RM, Brown SI. The psychosocial impact of macular degeneration. *Arch Ophthalmol* 1998; 116(4): 514 –520.
17. Lotery A, Xu X, Zlatava G, Loftus J. Burden of illness, visual impairment and health resource utilization of patients with neovascular age-related macular degeneration: results from the UK cohort of a five-country cross-sectional study. *Br J Ophthalmol* 2007; 91(10): 1303–1307
18. Brown MM, Brown GC, Sharma S, Landy J, Bakal J. Quality of life with visual acuity loss from diabetic retinopathy and age-related macular degeneration. *Arch Ophthalmol* 2002; 120(4): 481– 484.
19. Mackenzie PJ, Chang TS, Scott IU, Linder M, Hay D, Feuer WJ, et al. Assessment of vision-related function in patients with age-related macular degeneration. *Ophthalmology* 2002; 109(4): 720 –729.
20. Hassell JB, Lamoureux EL, Keeffe JE. Impact of age related macular degeneration on quality of life. *Br J Ophthalmol* 2006; 90(5): 593–596.
21. Coleman AL, Yu F, Ensrud KE, Stone KL, Cauley JA, Pedula KL, et al. Impact of age-related macular degeneration on vision-specific quality of life: Follow-up from the 10-year and 15-year visit of the Study of Osteoporotic Fractures. *Am J Ophthalmol* 2010; 150(5): 683-691.
22. Mangione CM, Lee PP, Gutierrez PR, Spritzer K, Berry S, Hays RD, et al. Development of the 25-item National Eye Institute Visual Function Questionnaire. *Arch Ophthalmol* 2001; 119(7): 1050 –1058.
23. Fukuhara S, Wakita T, Yamada M, Hiratsuka Y, Green J, Oki K. Development of a Short Version of the Visual Function Questionnaire Using Item-Response Theory. *PLoS ONE* 2013; 8(9): e73084.
24. Mangione CM, Phillips RS, Seddon JM, Lawrence MG, Cook EF, Dailey R, et al. Development of the “Activities of Daily Vision Scale.” A measure of visual function status. *Med Care* 1992; 30(12): 1111–1126.
25. Wong TY, Chakravarthy U, Klein R, Mitchell P, Zlateva G, Buggage R, et al. The natural history and prognosis of neovascular

- age-related macular degeneration: a systematic review of the literature and meta-analysis. *Ophthalmology* 2008; 115(1): 116–126.
26. Rovner BW, Casten RJ, Hegel MT, Massof RW, Leiby BE, Tasman WS. Improving function in age-related macular degeneration: design and methods of a randomized clinical trial. *Contemp Clin Trials* 2011; 32(2): 196-203.
 27. Heravian J, Mahjoob M, Manavifar L, Mosavi M, Nejati J, Mahjoob F. The relation between serum Cobalamine, Folate, Photostress recovery time and age related exudative macular degeneration. *J Gorgan Uni Med Sci* 2009; 11(3): 27-30 (Persian).
 28. Wysong A, Lee PP, Sloan FA. Longitudinal incidence of adverse outcomes of age-related macular degeneration. *Arch Ophthalmol* 2009; 127(3): 320–327.
 29. Koziol J, Peyman GA, Cionni R, Chou JS, Portney V, Sun R, et al. Evaluation and Implantation of a teledioptric lens system for cataract and age-related macular degeneration. *Ophthalmic Surg* 1994; 25(10): 675–684.
 30. Birriliant RL. *Essentials of low vision practice*. UK, Butterworth-Heinemann, 1999.
 31. Bowers AR, Meek C, Stewart N. Illumination and reading performance in age-related macular degeneration. *Clin Exp Optom*. 2001; 84(3): 139-147.
 32. Fosse P, Valberg A. Lighting needs and lighting comfort during reading with age related macular degeneration. *JVIB* 2004; 98(7): 389.
 33. Frennesson IC, Nilsson UL. Contrast sensitivity peripheral to an absolute central scotoma in age-related macular degeneration and the influence of a yellow or an orange filter. *Doc Ophthalmol* 1993; 84(2): 135-144.
 34. Wolffsohn JS, Dinardo C, Vingrys AJ. Benefit of coloured lenses for age-related macular degeneration. *Ophthalmic Physiol Opt* 2002; 22(4): 300-311.
 35. Eperjesi F, Fowler CW, Evans BJ. Effect of light filters on reading speed in normal and low vision due to age-related macular degeneration. *Ophthalmic Physiol Opt* 2004; 24(1): 17-25.
 36. Eperjesi F, Fowler CW, Evans BJ. Do tinted lenses or filters improve visual performance in low vision? A review of the literature. *Ophthalmic Physiol Opt* 2002 ; 22(1): 68-77
 37. Mahjoob M, Heravian J, Validad M, Momeni Moghadam H, Hosini T, Tavakoli R. The Effect of Color Filters on the Visual Acuity and Contrast Sensitivity in Low Vision Patients. *JBUMS* 2010; 11(6): 53-57 (Persian).
 38. Mahjoob M, Azimi A, Heravian J, Momeni Moghaddam H, Mahjoob F. The effect of various colors of sunglasses in visual function. *JKUMS* 2012; 16(1): 10-15 (Persian).
 39. Timberlake GT, Mainster MA, Peli E, Augliere RA, Essock EA, Arend LE. Reading with a macular scotoma. I. Retinal location of scotoma and fixation area. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 1986; 27(7): 1137–1147.
 40. Stelmack JA, Massof RW, Stelmack TR. Is there a standard of care for eccentric viewing training? *J Rehabil Res Dev* 2004; 41(5): 729–738.
 41. Markowitz SN, Reyes SV, Sheng L. The use of prisms for vision rehabilitation after macular function loss: an evidence-based review. *Acta Ophthalmol* 2013; 91(3): 207–211.
 42. Smith H, Dickinson C, Cacho I, Reeves B, Harper R. A randomized controlled trial to

- determine the effectiveness of prism spectacles for patients with age-related macular degeneration. *Arch Ophthalmol* 2005; 123(8): 1042–1050.
43. Rosenberg R, Faye E, Fischer M, Budick D. Role of prism relocation in improving visual performance of patients with macular dysfunction. *Optom Vis Sci* 1989; 66(11): 747-750.
 44. Parodi MB, Toto L, Mastropasqua L, Depollo M, Ravalico G. Prismatic correction in patients affected by age-related macular degeneration. *Clin Rehabil* 2004; 18(7): 828–832.
 45. Al-Karmi R, Markowitz SN. Image relocation with prisms in age-related macular degeneration. *Can J Ophthalmol* 2006; 41(3): 313–318.
 46. Verezen CA, Meulendijks CF, Hoyng CB, Klevering BJ. Long-term evaluation of eccentric viewing spectacles in patients with bilateral central scotomas. *Optom Vis Sci* 2006; 83(2): 88-95.
 47. Vettard S, Dubois E, Quaranta M, Mauget-Fajès M. Prismatic treatment in low-vision rehabilitation of patients with age-related macular degeneration. *J Fr Ophthalmol* 2004; 27(6pt1): 589–596.
 48. Virgili G, Acosta R. Reading aids for adults with low vision. *Cochrane Database Syst Rev* 2006 ; 18(4): CD003303.
 49. Virgili G, Acosta R. Reading aids for adults with low vision. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 18(4): CD003303.
 50. Bowers AR, Lovie-Kitchin JE, Woods RL. Eye movements and reading with large print and optical magnifiers in macular disease. *Optom Vis Sci* 2001; 78(5): 325-334.
 51. Lovie-Kitchin JE, Whittaker SG. Relative size magnification versus relative distance magnification: effect on reading performance of adults with normal and low vision. *J Vis Impairment Blind* 1998; 92: 433–446.
 52. Demer JL, Porter FI, Goldberg J, Jenkins HA, Schmidt K. Adaptation to telescopic spectacles: vestibulo-ocular reflex plasticity. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 1989; 30(1): 159–170.
 53. Peli E. Vision multiplexing: an engineering approach to vision rehabilitation device development. *Optom Vis Sci* 2001; 78(5): 304–315.
 54. Tejeria L, Harper RA, Artes PH, Dickinson CM. Face recognition in age related macular degeneration: perceived disability, measured disability, and performance with a bioptic device. *Br J Ophthalmol* 2002; 86(9): 1019-1026.
 55. Spitzberg LA, Jose RT, Kuether CL. Behind the lens telescope: a new concept in bioptics. *Optom Vis Sci* 1989; 66(9): 616–620.
 56. Berg RV, Jose RT, Carter K. Distance learning techniques. In: *Understanding Low Vision*, Jose RT, ed. New York: American Foundation for the Blind; 1983. p. 277-316.
 57. Gauthier GM, Robinson DA. Adaptation of the human vestibulo ocular reflex to magnifying lenses. *Brain Res* 1975; 92(2): 331–335.
 58. Peli E, Fine E, Labianca A. The detection of moving features on a display: the interaction of direction of motion, orientation, and display rate. In: *SID-98: Technical Digest of Papers* 1998(29): 1033–1036.
 59. Dallos J. Contact glasses, the invisible eye glasses. *Arch Ophthalmol* 1936; 15(4): 617–623.
 60. Bailey IL. Critical view of an ocular telephoto system. *CLAO J* 1987; 13(4): 217–221.

61. TEN Doesschate J . A method of obtaining the image of a light source on a fixed spot of the retina, independent of fixation movements. *Ophthalmologica* 1949; 117(6): 65–73.
62. Drasdo N. The effect of high-powered contact lenses on the visual fixation reflex. *Br J Physiol Opt* 1970; 25(1): 14–22.
63. Filderman IP. The telecon lens for the partially-sighted. *Am J Optom Arch Am Acad Optom* 1959; 36(3): 135–136.
64. Donn A, Koester CJ. An ocular telephoto system designed to improve vision in macular disease. *CLAO J* 1986; 12(2): 81–85.
65. Koziol JE, Peyman GA, Cionni R, Chou JS, Portney V, Sun R, et al. Evaluation and implantation of a teledioptric lens system for cataract and age-related macular degeneration. *Ophthalmic Surg* 1994; 25(10): 675–84.
66. Willis TR, Portney V. Preliminary evaluation of the Koziol-Peyman teledioptric system for age-related macular degeneration. *Eur J Implant Refract Surg* 1989; 1(4): 271–276.
67. Lipshitz I, Loewenstein A, Reingewirtz M, Lazar M. An intraocular telescopic lens for macular degeneration. *Ophthalmic Surg Lasers* 1977; 28(6): 513–517.
68. Hudson HL, Lane SS, Heier JS, Stulting RD, Singerman L, Lichter PR, et al. Implantable miniature telescope for the treatment of visual acuity loss due to end-stage age-related macular degeneration: one-year results. *Ophthalmology* 2006; 113(11): 1987–2001.
69. Alio J, Mulet EM, Ruiz-Moreno JM, Sanchez MJ, Galal A. Intraocular telescopic lens evaluation in patients with age-related macular degeneration. *J Cataract Refract Surg* 2004; 30(6): 1177–1189.
70. Pelli E. The Optical functional advantages of an intraocular low-vision telescope. *Optom Vis Sci* 2002; 79(4): 225–233.
71. Colby KA, Chang DF, Stulting RD, Lane SS. Surgical Placement of an Optical Prosthetic Device for End-Stage Macular Degeneration: The Implantable Miniature Telescope. *Arch Ophthalmol* 2007; 125(8): 1118–1121.
72. Lane SS, Kuppermann BD, Fine IH, Hamill MB, Gordon JF, Chuck RS, et al. A prospective multicenter clinical trial to evaluate the safety and effectiveness of the implantable miniature telescope. *Am J Ophthalmol* 2004; 137(6): 993–1001.
73. Rosner M, Ben-Simon G, Sachs D. Feasibility and safety of laser treatments in eyes with an intraocular implantable miniature telescope. *J Cataract Refract Surg* 2003; 29(5): 1005–1010.
74. Agarwal A, Lipshitz I, Jaccob S, Lamba M, Tiwari R, Kumar DA, et al. Mirror telescopic intraocular lens for age-related macular degeneration: Design and preliminary clinical results of the Lipshitz macular implant. *J Cataract Refract Surg* 2008; 34(1): 87–94.
75. Orzalesi N, Pierrottet C, Zenoni S, Savaresi C. The IOL-Vip System: a double Intraocular lens implant for visual rehabilitation of patients with macular disease. *Ophthalmology* 2007; 114(5): 860 – 865.
76. Bourne RR, Minassian DC, Dart JK, Rosen P, Kaushal S, Wingate N. Effect of cataract surgery on the corneal endothelium : modern phacoemulsification compared with extracapsular cataract surgery. *Ophthalmology* 2004; 111(4): 679–685.