

# بررسی بهبودی انسداد مجرای اشکی با نگاهی دوباره به ماساژ کریگلر در کلینیک

دکتر غلامحسین یعقوبی<sup>1</sup> دکتر بهروز حیدری<sup>2</sup> دکتر محمدحسین داوری<sup>2</sup> وجیهه هزاری<sup>3</sup> احمد نصیری<sup>4</sup>  
<sup>1</sup> دانشیار گروه چشم، <sup>2</sup> استادیار گروه چشم <sup>3</sup> پزشک عمومی <sup>4</sup> مربی گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند  
مجله پزشکی هرمزگان سال دوازدهم شماره سوم پاییز 87 صفحات 197-200

## چکیده

**مقدمه:** انسداد مجرای اشکی یکی از اختلالات شایع در شیرخواران و کودکان می‌باشد که حدود 20 درصد از شیرخواران در طی سال اول تولد از آن رنج می‌برند. هدف از این مطالعه تعیین میزان موفقیت ماساژ در رفع انسداد مجرای اشکی کودکان 0-24 ماه می‌باشد.

**روش کار:** 45 کودک که دچار انسداد مجرای اشکی بودند، در اولین مراجعه توسط چشم پزشک مربوطه، تحت ماساژ کیسه اشکی قرار گرفتند. سپس به فاصله یک هفته ضمن بررسی بهبودی، ماساژ تکرار گردید.

**نتایج:** به طور کلی میزان بهبودی در تمام رده‌های سنی 84/4% بود. اما در کودکان 8-2 ماه، 100% و در کودکان 9-12 ماه، 75% و در کودکان 13-24 ماه نیز 100% بود. تنها یک کودک به درمان جواب نداد. در این مطالعه تعداد دختران نسبت به پسران بیشتر بود و گرفتاری چشم چپ نسبت به چشم راست شایع‌تر بود.

**نتیجه‌گیری:** ماساژ کیسه اشکی توسط چشم پزشک در کلینیک، شانس بهبودی در کودکان زیر 24 ماه را افزایش داده و مداخله جراحی را حتی‌الامکان به حداقل می‌رساند.

**کلیدواژه‌ها:** مجرای اشکی بینی - مادرزادی - ماساژ - انسداد

نویسنده مسئول:  
دکتر غلامحسین یعقوبی  
بخش چشم بیمارستان  
ولی عصر (عج) - دانشگاه علوم  
پزشکی بیرجند  
بیرجند - ایران  
تلفن: +98 561 4443001  
پست الکترونیکی:  
Yaqubig@yahoo.com

دریافت مقاله: 85/10/23 اصلاح نهایی: 86/10/24 پذیرش مقاله: 86/11/16

## مقدمه:

انسداد در کیسه اشکی می‌شود را گزارش داد (1). اما علی‌رغم آموزش والدین عواملی چون ترس آنها از صدمه به چشم کودک از یک سو و گریه کودک به همراه عدم اطلاع از فشار مناسب در محل دقیق کیسه از سوی دیگر باعث شد تا این مطالعه توسط چشم پزشک انجام شود. از آنجا که والدین کودکان بیشتر تمایل به درمان دارویی دارند، هراز چند گاهی مداخله جراحی نیز لازم می‌شود که خود خالی از عوارض نمی‌باشد. این مطالعه به منظور بررسی میزان موفقیت ماساژ کیسه اشکی در کلینیک انجام شد.

## روش کار:

در این مطالعه کارآزمایی بالینی 35 کودک مبتلا به انسداد مادرزادی مجرای اشکی که توسط تست رنگی

انسداد مجرای اشکی یکی از اختلال‌های شایع در شیرخواران و کودکان است. به طوری که حدود 20% از شیرخواران در طی سال اول تولد از آن رنج می‌برند (1). هر چند انسداد مجرای اشکی اختلال شایعی می‌باشد، لکن بیشتر شیرخواران مبتلا در طی هفته‌های اول تولد اشک ریزش آنها بهبود می‌یابد. سه راه عمده در برخورد با کودکان مبتلا به این عارضه شامل: درمان غیر جراحی (ماساژ و آنتی‌بیوتیک موضعی)، میل زدن مجرای اشکی (با یا بدون گذاشتن لوله) و برش کیسه اشکی و ارتباط آن به مخاط بینی است (2-4). به همین دلیل برخورد مطلوب و نحوه درمان در این مقاله مورد بحث است.

در سال 1923 کریگلر یک روش غیر جراحی که افزایش فشار بر کیسه اشکی باعث ترکیدن ممبران محل

صورتی که بعد از درمان 2/2% در این کلاس قرار گرفتند. جدول شماره 3 اجزاء و مقایسه اشک ریزش را قبل و بعد از درمان با استفاده از آزمون آماری مک نمار نشان می‌دهد. شروع اشک ریزش در دختران به طور متوسط 5 روز و در پسران 12 روز بود. به طوری که بیشتر کودکان اشک ریزش آنها در فاصله هفته اول و دوم تولد بوده است.

### جدول شماره 1- توزیع فراوانی چشم‌های مورد

مطالعه بر حسب سن زمان مراجعه

فراوانی		سن زمان مراجعه
درصد	تعداد	
68/8%	31	0-8 ماه
8/9%	4	9-12 ماه
23/3%	10	13-24 ماه
100%	45	جمع

### جدول شماره 2- میانگین سن زمان مراجعه، شروع

علائم و بهبود علائم بر اساس جنس

پسر		دختر		متغیر (به ماه)
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
8/34	6/63	7/89	7/95	سن زمان مراجعه
0/74	0/30	0/27	0/14	سن شروع علائم
9/44	8/69	8/96	10/23	سن بهبود علائم

### جدول شماره 3- مقایسه میزان اشک ریزش قبل و بعد

از مداخله

پسر و دختر		قبل از درمان		درجه اشک ریزش بر اساس مانک
درصد	تعداد	درصد	تعداد	
84/4	38	0	0	1
8/9	4	17/8	8	2
4/4	2	31/1	14	3
2/2	1	22/2	10	4
0	0	28/9	13	5
100	45	100	45	جمع

### بحث و نتیجه‌گیری:

این بررسی نشان داد کودکان با سن کمتر از 8 ماه (حتی کودکان با سنین بالا)، شانس بالایی از بهبودی

### (Fluorescein clearing test) تشخیص انسداد مجرای

اشکی آنها تأیید شد، به روش نمونه‌گیری آسان (در دسترس) در سال 1384 مورد بررسی قرار گرفتند. تعداد 45 چشم با انسداد مادرزادی مجرای اشکی در این 35 بیمار مشخص گردید سپس از والدین آنها درخواست شد که در صورت تمایل به درمان سرپایی کودکانشان، در دو مرحله و به مدت سه ماه تحت ماساژ کیسه اشکی (ماساژ کیسه اشکی در هنگام مراجعه و سپس دو هفته بعد) و پیگیری قرار گیرند. بیمارانی که سابقه موکوسل کیسه اشکی و یا داکریوسیستیت حاد را داشتند، از مطالعه خارج شدند.

نحوه انجام ماساژ به این صورت بود که در ابتدا کیسه اشکی به وسیله انگشت سبابه تحت فشار قرار گرفته و سپس فشار بر کیسه اشکی به سمت پایین هدایت می‌شد، این مانور چه کیسه اشکی متسع و قابل لمس و چه خالی و غیرقابل لمس، سه مرتبه توسط چشم پزشک تکرار می‌شد. همچنین کودکانی که دچار ترشحات چرکی بودند، قطره سولفاستامید 10% به مدت یک هفته پس از ماساژ تجویز می‌گردید. میزان بهبودی بر اساس جدول مانک ارزیابی و سپس اطلاعات جمع‌آوری شده توسط نرم‌افزار SPSS و آزمون T مستقل و مک نمار قبل و بعد از ماساژ مورد مقایسه قرار گرفت.

### نتایج:

به طور کلی میزان بهبودی انسداد مجرای اشکی در 35 کودک (45 چشم) مراجعه‌کننده 84/4% بود. در این بررسی 60% (27 چشم) کودکان مبتلا به انسداد مجرای اشکی، دختر و 40% (18 چشم) پسر بودند. انسداد مجرای اشکی در چشم چپ نسبت به چشم راست بیشتر بود (57/8%).

جدول شماره 1، گروه‌های سنی کودکان در هنگام مراجعه و جدول شماره 2 به تفکیک جنس، میانگین متوسط سن، اولین نوبت مراجعه به چشم پزشک، سن شروع علائم و سن بهبودی را نشان می‌دهد.

در هنگام مراجعه بیشتر بیماران (93/3%) بر اساس تقسیم‌بندی مانک در کلاس IV و V قرار داشتند. در

خود به خودی انسداد مادرزادی مجرای اشکی را دارند. ماساژ کیسه اشکی توسط چشم پزشک می‌تواند با نتایج خوبی همراه باشد. در این مطالعه با وجود تعداد اندک بیماران نسبت به سایر مطالعات مشابه، (که تنها ماساژ به عهده والدین محول می‌شود) از میزان بهبودی بالایی برخوردار بود و تقریباً نتایج آن با مطالعه نوکی و همکارانش که در 59 کودک 1-24 ماهه صورت گرفت، نزدیک (5). آنها میزان موفقیت در کودکان زیر 12 ماه را 93/3% گزارش نمودند و تنها 2 نفر در این رده سنی به پروبینگ نیاز داشتند. در صورتی که در کودکان 13-24 ماه میزان بهبودی 79/3% بود و 6 نفر از این گروه نیاز به پروبینگ داشتند و. در نهایت 86/4% از کودکان نیازی به پروبینگ نداشتند و با درمان سرپایی ماساژ بهبود یافتند. اما در مطالعه‌ای که توسط تام قومان و همکارانش گزارش شد، میزان برطرف شدن انسداد مادرزادی مجرای اشکی پس از درمان سرپایی که همراه با آموزش ماساژ و تکرار انجام آن توسط والدین بود، از میزان موفقیت کمی برخوردار بود. به طوری که آنها میزان موفقیت را در سن زیر 13 ماه 32% و در محدوده سنی 13-24 ماه 18% گزارش کردند (6). در صورتی که در مطالعه ما میزان بهبودی در کودکان زیر 13 ماه 95% و 13 تا 24 ماه 100% بود. این میزان می‌تواند ناشی از کاربرد درست ماساژ، تعداد کم نمونه‌های مطالعه حاضر (45 چشم) در مقابل 485 چشم در مطالعه تام قومان و همکارانش بوده باشد. همچنین ممکن است ماساژ روزانه توسط والدین باعث تحریک و التهاب بیشتر در کیسه اشکی شده و بدین ترتیب فشار هیدروستاتیک بر کیسه اشکی اعمال می‌شود. از طرفی عوامل مداخله‌گر دیگری نیز که توسط کاپادی و همکارانش ذکر شده، می‌تواند مبنایی برای ملاکهای تشخیصی در هر مطالعه‌ای بوده باشد (7).

تنها گزارش به دست آمده مربوط به مطالعه چشم پزشکی به نام چام استویچ و ادی میکائیل بود که ماساژ توسط آنها در مطب انجام شده بود. آنها بیشترین میزان (56%) بهبودی را پس از ماساژ در سن زیر دو

ماهگی گزارش نمودند و با افزایش سن از میزان موفقیت کاسته شد و این میزان در سن بیشتر از 6 ماه در حد 28% بود (2). در این مطالعه میانگین سن کودکان در بدو مراجعه 3 ماه بود و محدوده سنی کودکان از سن 3-44 ماه را شامل می‌شد. از طرفی آنها بهبودی ناشی از ماساژ را تا 2 روز پس از ماساژ به حساب آوردند و موفقیت‌های بعد از آن را بهبودی خود به خودی در نظر گرفتند. درمان آنها پس از اولین ویزیت تکرار ماساژ به صورت هفته در میان در طول یک ماه پس از بود، حال آنکه در مطالعه حاضر پس از 3 ماه پیگیری میزان بهبودی بررسی شد، هر چند موارد شامل میزان بهبودی خود به خودی در طی این 3 ماه را نیز شامل شده، که خود می‌تواند در افزایش میزان موفقیت تأثیرگذار باشد. از مهمترین محدودیت‌های این مطالعه پراکندگی کودکان در سطح روستاها و شهرها، مشکلات پیگیری‌های بعدی و عدم مراجعه افراد مورد بررسی بود، همچنین از سایر عوامل تأثیرگذار بر نتایج حاصله می‌توان به شباهت‌های فامیلی و عدم شناسایی کودکان اشاره کرد که مجبور به حذف تعداد محدودی (3 نفر) از شرکت‌کنندگان شدیم. در اغلب مطالعه‌های قابل دسترس، به استثنای درمان غیرجراحی که با استفاده از شیر مادر در انسداد مجرای اشکی گزارش شده است (8)، بیشتر آنها اختصاص به درمان‌های تهاجمی مانند شستشو، سونداز، گشاد کردن مجرای اشکی و در نهایت داکریوسیستورینوستومی می‌باشد که ممکن است نتایج در آنها همیشه با موفقیت همراه نباشد. از این رو لازم است رویکردهای غیرتهاجمی بررسی تا ارزش آنها در مقابل اعمال جراحی پر هزینه حفظ شود (9، 10).

در این مطالعه گرفتاری چشم چپ، راست و دو طرفه به ترتیب 16، 9 و 10 مورد بود که از نظر تناسب، مشابه با مطالعه فریدالله و همکارانش بود، ولی در مطالعه آنها تعداد پسران بیشتر از دختران بود (11). در این بررسی کیسه اشکی بیشتر کودکانی که با ماساژ بهبود یافتند قابل لمس بود و تنها یک کودک که در هیچ یک از نوبت‌های ماساژ کیسه اشکی‌اش بیمار قابل لمس نبود، به

ارتباط بیشتری با کودکان می‌دارند، می‌توانند تأثیر قابل توجهی در نحوه انجام ماساژ و پیگیری کودکان مبتلا به انسداد مجرای اشکی داشته باشند. به منظور کاستن مزاحمت‌های انتظار برای کودکانی که خصوصیات پیش‌آگهی خوب فوق را ندارند در اولین فرصت می‌توان روش درمانی مناسب را انتخاب کرد. پیشنهاد می‌شود برای ارزیابی نتایج حاصل از ماساژ کرلیگر در کلینیک توسط چشم پزشک نسبت به انجام آن با کمک والدین مطالعه‌ای مقایسه‌ای در دو گروه انجام شود.

درمان جواب نداد، هر چند تنها یک مورد قابل تعمیم نمی‌باشد. بنابراین کودکانی که در هنگام ماساژ، در زیر انگشت خالی شدن کیسه اشکی متسع احساس می‌شد و یا صدای زیر کوچکی در هنگام مانور شنیده می‌شد و یا خونابه‌ای از بینی آنها بلافاصله و یا ساعاتی بعد جریان پیدا کرد. پیش‌آگهی خوبی در برطرف شدن انسداد مجرا داشتند. لذا ماساژ صحیح کیسه اشکی توسط پزشک در کلینیک می‌تواند باعث افزایش میزان بهبودی در کودکان زیر 24 ماه شده و مداخله جراحی را حتی‌الامکان به حداقل برساند و پزشکان عمومی و متخصصین اطفال که

## References

## منابع

1. Macewencj. congenital nasolacrimol duct obstruction. *comp Ophthalmol*. 2006;7( 2):79-87.
2. Stolovitch C, Michaeli A. Hydrstetic pressure as an office procedure for congenital Nasolacrimol duct obstruction. *journal of American Association for pediatric ophthalmology and strabismus*. 2006;10:269-272.
3. Kashkouli MB. Re: "Treatment of Congenital Nasolacrimol Duct Obstruction With High-Pressure Irrigation Under Topical Anesthesia". Letters to the Editor, *Ophthalmic Plastic & Reconstructive Surgery*. 2006; 22(3):240-241.
4. Holmes M, Leske DA, Cole SR, Chandler DL, Rapka MX. A symptom survey and quality of life questionnaire for nasolacrimol duct obstruction in children. *Ophthalmology*. 2006;113 (9):1675-1680.
5. Nucci P, Capoferri C, Alfarano R, Brancato R. Conservative management of congenital nasolacrimol duct obstruction. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus*. 1989;26(1):39-43.
6. Ghuman T, Gonzales C. Treatment of congenital nasolacrimol duct obstruction American. *orthoptic journal*. 1999;49:160-161.
7. Kapadia MK, Freitag SK, Woog JJ. Evaluation and management of congenital nasolacrimol duct obstruction. *J Trop Pediatr*. 2007;53(5):959-977.
8. Verd S. Switch from antibiotic eye drops to instillation of mother's milk drops as a treatment of infant epiphora. *J Trop Pediatr*. 2007;53(1):68-69.
9. Marr JE, Drake A-Lee, Willshaw HE. Management of childhood epiphora. *British J Ophthamol*. 2005;89:1123-1126.
10. Zilelioglu G, Hosal BM. The results of late probing in congenital nasolacrimol duct obstruction. *Orbit*. 2007;26(1):1-3.
11. Faridullah, Shah MA, NaeemKhan M, Rahim F, Bashir M. Congenital nasolacrimol duct obstruction at Agency headquarter hospital Batkhela NWFP. *Journal of Postgraduate Medical Institute*. 2004;18(3):495-499.