

آلودگی بستر قرنیه در طول عمل لیزیک

دکتر مصطفی نادری^{۱*}، دکتر فسرود جدیدی^۱، دکتر شهاب شاهوردی^۲، دکتر پرویز رفیع زاده^۲، دکتر ومید نوریان^۲

۱. دانشیار، گروه چشم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله
۲. پزشک عمومی، محقق گروه چشم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله

چکیده

سابقه و هدف: عفونت بعد از جراحی لیزیک یک وضعیت خطرناک و تهدیدکننده بینایی است که نیازمند توجه جدی است. هدف این مطالعه تعیین آلودگی بستر قرنیه در طول عمل لیزیک و معین نمودن منبع احتمالی آلودگی و ارزیابی پاسخ قرنیه به آلودگی بود.
مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی ۲۰۰ فرد از لحاظ آلودگی چشم در انتهای عمل لیزیک بررسی شدند. کشتها از پلک پایینی و بالایی و فورنیکس تحتانی قبل و بعد از جراحی و interface قرنیه و فلپ و همچنین کشت ابزارها انجام شد. باکتری‌های جدا شده از محیط کشت هوازی و غیرهوازی بر اساس روشهای بیوشیمیایی تحت شناخت گونه قرار گرفتند.
یافته‌ها: فراوانی عفونت ۲۴/۵٪ بود. شایعترین ارگانیسم استافیلوکوکوس اپیدرمیس (۴۳ مورد، ۸۷/۷٪) بود. هیچکدام از موارد عفونی تبدیل به زخم قرنیه نشدند با این وجود در ۲ چشم کراتیت لاملار منتشر دیده شد.
نتیجه‌گیری: استرومای قرنیه توانایی پاکسازی ارگانیسم‌های وارد شده طی عمل جراحی لیزیک را دارد.
واژگان کلیدی: بستر قرنیه، آلودگی، جراحی لیزیک.

مقدمه

عمل جراحی لیزیک روش موثر و یکی از رایج‌ترین تکنیک‌های جراحی برای اصلاح اختلالات انکساری مانند میوپی، هیپروپی و آستیگماتیسم است. استرومای چشم در عمل لیزیک در مواجهه با عوامل عفونی قرار دارد. کراتیت عفونی بعد از لیزیک یک عارضه خطرناک است که در یک مورد از هر ۱۰۰۰ بیمار گزارش می‌شود. با این وجود این عارضه نادر است (۱). به علاوه این عارضه یک عامل خطر عمده برای کراتیت لاملار منتشر (DLK) است. چندین مطالعه با استفاده از مدل‌های حیوانی رابطه اندوفتالمیت و DLK را نشان داده‌اند (۲-۴). هدف از این مطالعه تعیین فراوانی آلودگی بستر قرنیه در طول عمل لیزیک و معین نمودن منبع احتمالی آلودگی و ارزیابی پاسخ قرنیه به آلودگی بود.

مواد و روش‌ها

این مطالعه case-series شامل ۲۰۷ چشم از ۱۰۹ بیمار بود. هیچکدام از بیماران تحت مطالعه قبل از جراحی عفونت فعال

چشمی نداشتند. بیمارانی که آنتی‌بیوتیک موضعی و سیستمیک مصرف می‌کردند، از مطالعه حذف شدند. بیماران به علت میوپی، هیپروپی و آستیگماتیسم تحت عمل جراحی لیزیک قرار می‌گرفتند. قطر محل ابلیشن ۵/۵ تا ۶ میلی‌متر در چشمهای میوپیک و ۷ تا ۷/۵ میلی‌متر در چشمهای هیپراوبیک بود. تمامی چشمها توسط یک جراح انجام شد و از تکنیک یکسان و لیزر keracor Tehnolas 100 Z Zyoptix 217 استفاده شد.

بعد از استفاده از تتراکاین هیدروکلراید ۰/۵٪ کشتها از لبه پلکهای فوقانی و تحتانی و فورنیکس تحتانی با سواب alginate انجام شد. سپس یدین پویدان ۱۰٪ برای آماده‌سازی پوست، مژه و پلکها به مدت ۱ دقیقه انجام شد و با ۲۰ CC سرم نمکی سالین شسته شد. بعد از ablation بستر قرنیه و قبل از جایگذاری فلپ با سواب alginate نمونه‌برداری مجدد از بستر قرنیه و تجهیزات انجام شد. تمامی نمونه‌ها تحت نظرات مستقیم میکروبیولوژیست و تحت پروتکل و با استفاده از اصول مربوطه انجام شد. تمامی نمونه‌ها در محیط خونی غنی شده کشت داده شدند. نمونه‌ها تحت کشت هوازی و غیرهوازی برای ۱۴ روز در دمای ۳۷ درجه سانتی‌گراد قرار گرفتند. باکتری‌های کشت داده شده با

*نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر مصطفی نادری؛ تهران، خیابان ملاصدرا، بیمارستان بقیه الله، گروه چشم پزشکی؛
پست الکترونیک: ophthalmology110@yahoo.com