

क्लिनिकल सारांश

आईएमआई - क्लिनिकल अदूरदृष्टि व्यवस्थापनको दिशानिर्देश प्रतिवेदन

मोनिका जॉंग पीएचडी बिअप्टम

कार्यकारी निर्देशक आईएमआई

ब्रायन होल्डन भिजन इन्स्टिच्यूट सिड्नी, भिजिटिंग फेलो स्कूल अफ अप्टोमेट्री एन्ड भिजन साइन्स, युनिभर्सिटी अफ न्यू साउथ वेल्स, सिड्नी, अष्ट्रेलिया।

केट गिफोड बिएएससि (अप्टम) पीएचडी

आईएमआई समिति अध्यक्ष

निजी क्लिनिक र क्वीन्सल्याण्ड युनिभर्सिटी अफ टेक्नोलोजी, अष्ट्रेलिया।

परिचय

यस प्रतिवेदनले अदूरदृष्टि व्यवस्थापनको लागि प्रमाणमा आधारित उत्तम अभ्यासको विवरण दिन्छ जसमा जोखिम कारकको पहिचान, जाँच प्रक्रिया, उपचार रणनीतिहरूको छनौट र चलि रहेको व्यवस्थापनको दिशानिर्देश पर्दछन्। उपचारकर्मी सम्बन्धी विचारहरू जस्तै सूचित सम्मतिको प्राप्ति र बिरामी र अभिभावकसँग गरिने कुराकानीको विवरण प्रस्तुत गरिएको छ।

मुख्य परिणामहरू

जोखिम कारकको पहिचान

अदूरदृष्टिलाई परम्परागत रूपमा आनुवंशिक, जातीय र वातावरणीय जोखिम कारकहरू बीचको पारस्परिक क्रियाको परिणाम स्वरूप हेरिएको छ। निम्न खण्डहरूले यी जोखिम कारकहरूमाथि प्रकाश पार्दछन्।

- कलिलो उमेरमा अदूरदृष्टिको सुरुवात:** अदूरदृष्टि विकासको जोखिममा रहेको बच्चाहरूलाई उनीहरूमा रहेको दृष्टिदोष वा अपवर्तक त्रुटिलाई उमेर अनुसार सामान्य मानिएको मानसँग तुलना गरेर पहिचान गर्न सकिन्छ (तालिका १)। उमेर अनुसार सामान्य मानिएको भन्दा कम दूरदृष्टिले अदूरदृष्टि विकासको जोखिम संकेत गर्न सक्दछ; भविष्यमा अदूरदृष्टि हुन सक्ने व्यक्तिहरूले अदूरदृष्टिको सुरुवात हुनुभन्दा ४ वर्ष पहिलेसम्म कम दूरदृष्टिजन्य अपवर्तन देखाउँछन्, उमेर मिल्ने दृष्टिदोष नभएका समकक्षहरूको तुलनामा। बाल्यावस्थामा अदूरदृष्टिको छिटो प्रगति गराउने प्रमुख कारक कलिलो उमेरमै अदूरदृष्टिको सुरुवात हुनु हो। यो कारक लिङ्ग, जातीयता, विद्यालय, पढ्ने अवधि र आमाबुवाको अदूरदृष्टिबाट स्वतन्त्र हुन्छ।
- जातीय विविधता भएका ४५०० भन्दा बढी बालबालिका सम्मिलित एक यूएस अध्ययनको आधारमा स्थापित उमेर सापेक्ष सामान्य मानिएका सीमाहरू।**

उमेर (वर्ष)	अपवर्तन
६	+०.७५ डी वा सो भन्दा कम
७ देखि ८	+०.५० डी वा सो भन्दा कम
९ देखि १०	+०.२५ डी वा सो भन्दा कम
११	दृष्टिदोष रहित अवस्था

३. **अदूरदृष्टि भएका आमाबुवा:** आमाबुवा मध्य कोही एकमा वा दुबैमा अदूरदृष्टि हुनाले जोखिम बढ्दछ। साथै, घर बाहिर कम समय बिताउँदा र पढाईमा बढि समय खर्च गर्दा पनि जोखिममा वृद्धि आउँछ।
४. **एसियाली जातीयता:** जातीय पृष्ठभूमिले पनि अदूरदृष्टि बिकासको संभावना बढाउनमा भूमिका खेल्छ। एसियाली जातीका व्यक्तिहरूमा अदूरदृष्टिको व्यापकता बढि रहेको छ।
५. **दुबै आँखाको संयोजित प्रयोगमा हुने (बाइनकुलर) दृष्टि विकारहरू:** अदूरदृष्टि हुनु पूर्व बालबालिकाले दुबै आँखा प्रयोग गर्दा निश्चित दृष्टि विकार देखाउन सक्छन्। यस्ता विकारहरूमा समञ्जनको (अकोमोडेटिभ) घट्दो प्रतिक्रिया, समञ्जनको बढ्दो ल्याग र उच्च एसि/ए अनुपात पर्दछन्। अदूरदृष्टि विकासमा यी विकारहरूको व्यवस्थापनले हुने प्रभाव अझै स्पष्ट छैन।
६. अदूरदृष्टिको सुरुवात पछि भने समञ्जनका त्रुटिहरू अदूरदृष्टिको विशेषता हुन् वा कारक हुन् भन्ने बारे दुबिधा रहेको छ।
७. **दृश्य वातावरण:** अदूरदृष्टि विकसित गर्ने बच्चाहरूले अदूरदृष्टि नभएका समकक्षीहरूको तुलनामा घर-बाहिर कम समय बिताउँछन्। यसका साथै, अदूरदृष्टिको विकास र प्रगतिको जोखिम एकदम नजिकको दूरीमा (<२० सेमी) र निरन्तर समयावधि (>४५ मिनेट) सम्म पढ्नु सँग सम्बन्धित छ, नजिकका सबै गतिविधिहरूमा बिताइने कुल समय सँग भन्दा।

जाँच

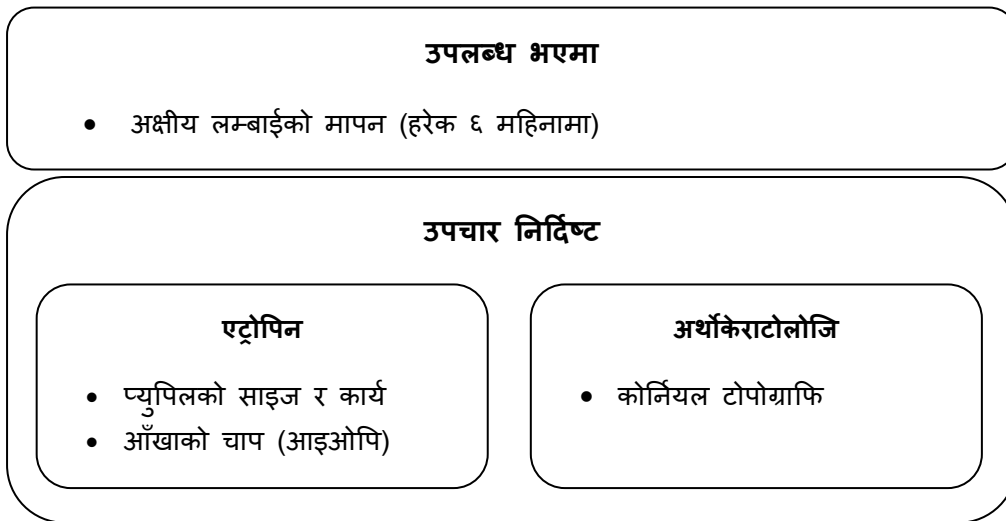
क्लिनिकल परिक्षणहरू

सबै भेटघाटहरू

- उपचार सापेक्ष उपयुक्त इतिहास टिपोट
- टाढा र नजिकको दृष्टि क्षमता
- व्यक्तिपरक र बस्तुगत अपवर्तन
- समञ्जन र बाइनकुलर दृष्टि मूल्याङ्कन
- आँखाको स्वास्थ्य परीक्षण

वार्षिक (वा संकेतका आधारमा)

- साइक्लोप्लेजिक अपवर्तन
- नानी फ्लाएर गरिने फन्डस परीक्षण



चित्र १. अदूरदृष्टि व्यवस्थापनका क्लिनिकल परिक्षणहरू

- इतिहासको टिपोट:** उमेर, लिङ्ग, आँखाको तथा सामान्य स्वास्थ्यको इतिहास, आँखाको शल्यक्रिया, आमाबुवाको अदूरदृष्टिको इतिहास, अदूरदृष्टि सुरुवात हुँदाको उमेर, अदूरदृष्टि प्रगतिको विगतको इतिहास (उपलब्ध भएमा), अदूरदृष्टि नियन्त्रण सम्बन्धी विगतको उपचार र दृष्टिजन्य बानीहरू जस्तै नजिकको काममा र घर बाहिर बिताइने दैनिक औसत समय।
- अपवर्तन:** आवश्यकता अनुसार गैर-साइक्लोप्लेजिक र/वा साइक्लोप्लेजिक अपवर्तन। साइक्लोप्लेजिक अपवर्तनको लागि १% टृपिकामाइड वा साइक्लोपेन्टोलेटको दुई थोपा पाँच मिनेटको फरकमा दिन सिफारिस गरिएको छ। साइक्लोप्लेजिक अपवर्तनको जाँच थोपा हालेको ३० देखि ४५ मिनेट पछि गर्नु पर्दछ।
- उत्तम सुधारपछिको दृष्टि क्षमता**
- बाइनकुलर दृष्टि र समञ्जनका परीक्षणहरू:** समञ्जन र भर्जेन्स प्रणाली दुबैको परीक्षण। समञ्जनका दुई प्रमुख परीक्षणहरू समञ्जनको सटिकता, जसलाई चिकित्सकिय रुपमा समञ्जनको लिड वा ल्यागको रुपमा मापन गरिन्छ, र समञ्जनको शक्ति (एम्प्लिच्युड) वा समञ्जनको अधिकतम क्षमता हुन्। यसका साथै, समञ्जनको सुविधा (फेसिलिटि) प्रायः समञ्जनमा हुने द्रुत परिवर्तनसँग अनुकूल हुन सक्ने व्यक्तिको क्षमताको आकलन गर्न मापन गरिन्छ।
- आँखाको अगाडिका भागहरूको स्वास्थ्य परीक्षण:** स्लिट ल्याम्प मूल्याङ्कन र आँखा भित्रको चापको मापन।
- कोर्नियल टोपोग्राफि:** यदि आवश्यक भएमा (उदाहरणका लागि, कन्ट्याक्ट लेन्स लगाइ दिँदा) र सकेसम्म कोर्नियल टोपोग्राफको प्रयोग गरी।
- अक्षीय लम्बाई:** अक्षीय लम्बाईको मापन क्लिनिकल अभ्यासमा व्यापक रूपमा प्रचलित छैन र वर्तमानमा कुनै एक व्यक्तिको सामान्य वा द्रुत अक्षीय विस्तारको कुनै पनि मापदण्ड स्थापित गरिएको छैन। यो सर्वसम्मत छ कि इमेट्रोपाइजेसनको अवधिमा अक्षीय लम्बाईको बिस्तार ठूलामा (१२-१६ वर्ष) भन्दा साना उमेरका (६-१० वर्ष) बालबालिकाहरूमा छिटो हुन्छ। तथापि यस सम्बन्धमा फराकिलो

भिन्नता पाइएको छ र दृष्टिदोष नभएकाहरूमा अक्षीय लम्बाइ सामान्यतया २२-२४.५ मिमि र अदूरदृष्टि भएकामा सामान्यतया २५ मिमि हुने गर्दछ। प्रति वर्ष करिब ०.१ मिमिको वृद्धिलाई आँखाको सामान्य वृद्धिसँग सम्बन्धित हुने देखाइएको छ, जबकि ०.२ देखि ०.३ mm मिमी / वर्ष बढ्दो अदूरदृष्टिसँग सम्बन्धित छ तर यतिमा मात्र सीमित छैन। उपलब्ध भएसम्म एक गैर-सम्पर्क उपकरणद्वारा मापन गर्नु उपयुक्त हुन्छ। उदाहरणका लागि आइवोयल मास्टर (जाइस) वा लेन्सस्टार (हाग-स्ट्राइट)।

८. **फण्डसको परिक्षण र छविकरण:** उच्च अदूरदृष्टि भएकाहरूमा वार्षिक र अन्यमा आवश्यकता अनुसार आँखाको नानी फुलाई दुबै केन्द्रीय र परिधीय पर्दाको जाँच गर्ने र ओसीटी र / वा फण्डस फोटोग्राफीको प्रयोग गरी भएका परिवर्तनको अभिलेख राख्ने।

उपचार रणनीतिहरूको छनौट

१. **प्रगति दर निर्धारण:** अदूरदृष्टिको प्रगति नियन्त्रण गर्ने प्रयासमा कुनै एक व्यक्तिको अदूरदृष्टि प्रगति दरको ज्ञान वा अनुमानले प्रगति दर नियन्त्रण गर्नका लागि उपयुक्त रणनीति पहिचान गर्न मद्दत मिल्दछ।
२. **उपचारको छनोट:** प्रशस्त जोखिम कारकहरू भएका बच्चाहरूमा कम वा कुनै सम्बन्धित जोखिम कारक नभएकाहरूको तुलनामा ज्यादा रणनीतिक व्यवस्थापन र पटकपटक समीक्षाको आवश्यकता पर्दछ। बिरामी र उपचारसँग सम्बन्धित अन्य पक्षहरूले पनि उपचारको छनोटमा प्रभाव पार्दछन्:
 - क) प्रारम्भिक दृष्टिदोष र उमेर (सानो उमेरमा सामान्यतया द्रुत प्रगति हुन्छ)
 - ख) बाइनकुलर दृष्टिको अवस्था, उदाहरणका लागि ज्यादा समञ्जनको ल्याग र नजिकमा एक्सोफोरिया भएका बालबालिकामा प्रोग्रेसिभ चश्मा लगाउँदा अदूरदृष्टि नियन्त्रणका अधिक प्रभावहरू देखाइएको थियो।
 - ग) जातियता (हालसालैको एक वृहत विश्लेषणले युरोपियन जातीको तुलनामा एसियाली जातिका बच्चाहरूमा एट्रोपिनबाट उपचार गर्दा अदूरदृष्टिको नियन्त्रण बढी हुने सुझाव दिएको छ)
 - घ) सुरक्षा, अनुपालन र लागत विचार।
३. **निश्चित दिशानिर्देशहरू:**
 - क) **मल्टिफोकल नरम कन्ट्याक्ट लेन्स:** हाल उपलब्ध मल्टिफोकल नरम कन्ट्याक्ट लेन्सहरूले दृष्टिको गुणस्तर घटाउने भएको हुनाले दृश्य तीक्ष्णता र दृष्टिको गुणस्तरको अनुगमन गर्नु आवश्यक छ। छनोट गरिएको लेन्सको प्रयोग गर्दा बिरामीले दृश्य तीक्ष्णता र / वा दृष्टिको गुणस्तरमा उल्लेखनीय विषयगत कमीको अनुभव गर्ने मामिलामा ओभर-रिफ्र्याक्शन गर्नु पर्दछ र लेन्सको पावरमा घटाउने वा बढाउने गर्नु पर्दछ। वैकल्पिक रूपमा, दृष्टि सन्तोषजनक नभएसम्म याड पावर घटाउन सकिन्छ वा एक फरक लेन्स बनावटको परीक्षण गर्न सकिन्छ। बाइनकुलर दृष्टिमा याड पावरको प्रभावको पनि मूल्याङ्कन गर्नु पर्दछ।
 - ख) **चश्मा:** क्लिनिकल अभ्यासमा समञ्जन वा भर्जेन्सका विकार व्यवस्थापन गरी दृश्य आराम सुनिश्चित गर्न नजिकमा एडिसन सुझाव गर्नु अझ प्रभावकारी हुन सक्छ। जबकि एक अध्ययनले बाइफोकल चश्माले प्रोग्रेसिभ चश्माभन्दा राम्रो प्रभावकारिता देखाउँछ भन्ने संकेत गरेको छ,

स्वास्थ्यकर्मीले उपचार छनोट गर्ने क्रममा बाइफोकल लेन्सका सौंदर्यात्मक पक्ष वा अनुपालन र प्रोग्रेसिभको हकमा फ्रेम लगाइदिँदाका मुद्दाहरूको बारे विचार गर्नु पर्दछ।

- अ) **बाइफोकल**: याडको सजिलो पहुँच र पर्दाको माथिल्लो भागमा अदूरदृष्टिजन्य डिफोकस सुनिश्चित गर्न बाइफोकलको सेग लाइन प्रेसबायोपिक सुधारको लागि प्रयोग गरिँदा भन्दा माथि हुनु पर्दछ।
- आ) बिरामले लगाउने **चश्माको फ्रेम** उपयुक्त छ भन्ने सुनिश्चित गर्न यसलाई बारम्बार मिलाउनु पर्दछ।
- इ) **प्रोग्रेसिभ**: छोटो करिडोर भएको प्रोग्रेसिभ लेन्स बनावटको छनोटल गरी नजिकको एडिसनबाट बच्चाहरूले हेरुन् भन्ने सुनिश्चित गर्न सकिन्छ।

विरामीसँगको कुराकानी

- १) **जोखिम कारकहरू बारे शिक्षा**: बच्चाको जोखिम प्रोफाइल बुझ्न र जोगिन सकिने जोखिमसँगको सम्पर्क कम गर्नको लागि अदूरदृष्टिका सम्भावित कारणहरू र जोखिम कारकहरू बारे बिरामी र अभिभावकहरूलाई सूचित गर्नु आवश्यक छ। सरल भाषाको लिखित शिक्षा क्लिनिकमा दिइने मौखिक शिक्षालाई समेकित गर्न महत्वपूर्ण हुन्छ र यसले विभिन्न भेटघाट बीच सन्दर्भको रूपमा काम गर्दछ। अदूरदृष्टि भइसकेका र जोखिममा रहेका बच्चाहरूका आमाबुवासँग छलफल गर्नु जरुरी हुन्छ।
- २) **सूचित सहमति**: अभिभावकहरूलाई अपेक्षित प्रभावकारिता र उपचारका अन्य सम्भावित फाइदाहरूको बारेमा जानकारी प्रदान गरिनु पर्दछ।
- क) **प्राग्ज्ञान**: हालका कुनै पनि अदूरदृष्टि नियन्त्रण उपचार विधिले अदूरदृष्टिको प्रगति रोक्न वा उल्टाउन सक्दैनन्। साधारणतया पारम्परिक सिंगल भिजन चश्मा वा कन्ट्याक्ट लेन्स लगाउने अदूरदृष्टि भएका बच्चाहरूले प्रति वर्ष करिब ०.५० देखि १.०० डाओप्टरको अदूरदृष्टि वृद्धि जारी राख्दछन्। अदूरदृष्टि नियन्त्रण उपचार विधिहरूले प्रगति दर सुस्त हुने आशा गर्न सकिन्छ। कुनै एक बच्चाको हकमा अदूरदृष्टि नियन्त्रणको प्रभाव औसत भन्दा बढि वा कम हुन सक्छ। हाल १ देखि ५ वर्ष सम्मका उपचार तथ्याङ्क मात्र उपलब्ध भएकोले लामो अवधिको प्रभावकारिता पूर्ण रूपमा बुझिएको छैन।
- ख) **सम्भावित जोखिम र अतिरिक्त असर**: अभिभावकहरूलाई अदूरदृष्टि नियन्त्रण उपचारसँग सम्बन्धित सम्भावित जोखिम र अतिरिक्त असर बारे सूचित गर्नु पर्दछ:
- अ) **कन्ट्याक्ट लेन्स**: कन्ट्याक्ट लेन्ससँग सम्बन्धित सबैभन्दा महत्वपूर्ण जोखिम भनेको माइक्रोबियल केराटाइटिस हो जसले केही थोरै प्रतिशतका मामिलामा दृष्टि बिगार्न सक्छ। रात भरी ओके लेन्स लगाउने बच्चाहरूमा माइक्रोबियल केराटाइटिसका नयाँ घटनाहरूको दर प्रति वर्ष १०,००० मा १३ रहेको छ। नरम कन्ट्याक्ट लेन्सको सन्दर्भमा, दैनिक रूपमा परिवर्तन गरिने लेन्स लगाउने वयस्कमा माइक्रोबियल केराटाइटिस (एमके)को दर प्रति वर्ष १०,००० मा २ रहेको छ; र पुनः प्रयोग योग्य नरम लेन्समा प्रति वर्ष १०,००० मा १२ रहेको छ। एमकेका यस्ता दरहरूको अध्ययन विशेष रूपमा बच्चाहरूमा गरिएको छैन तथापि कोर्नियल

इनफिल्ट्रेटिभ घटनाहरूको दर १३-१७ वर्ष उमेरका बच्चाहरूको हकमा प्रति वर्ष १०,००० मा १५ रहेको छ । नरम कन्ट्याक्ट लेन्स लगाउने ८-१२ वर्ष उमेरका बच्चाहरूमा माइक्रोबियल केराटाइटिसको दर वयस्क वा किशोर किशोरीहरूको तुलनामा कम देखिन्छ तर उपलब्ध तथ्याङ्कका आधारमा सही अनुमान भने गर्न सकिँदैन।

आ) ओके र मल्टिफोकल नरम कन्ट्याक्ट लेन्स: चश्माको तुलनामा, बच्चाहरूले अर्थोकेराटोलोजी वा मल्टिफोकल नरम कन्ट्याक्ट लेन्स लगाउँदा हल्का धमिलो दृष्टि वा एकत्रित गर्ने क्षमतामा परिवर्तनहरू देख्न सक्छन्।

इ) एट्रोपिन: एट्रोपिन थोपाको प्रयोगसँग सम्बन्धित सबैभन्दा सामान्य अतिरिक्त असरहरू अस्थायीरूपमा आँखा पोल्नु वा पिरो हुनु, धमिलो दृष्टि र प्रकाशसँगको संवेदनशीलता हुन्। कम शक्ति भएका मात्राहरूको प्रयोगले यस्ता अतिरिक्त असरहरू पनि कम हुन सक्छ। दीर्घकालीन प्रयोगका प्रभावहरू भने अज्ञात छन्।

ई) चश्मा: साधारणतया अन्य विकल्पहरूको तुलनामा कम प्रभावकारिता देखिए तापनि चश्माको प्रयोगमा अतिरिक्त असरहरूको जोखिम न्यून हुन्छ।

३) सल्लाह र क्लिनिकल हेरचाह

- क) बच्चाहरूलाई उनीहरूको अदूरदृष्टि सुधार विधि पूर्ण समय लगाउन प्रोत्साहित गर्नु पर्दछ किनकि केही अध्ययनहरूमा अदूरदृष्टिको कम वा आंशिक सुधारले यसको प्रगति छिटो हुने देखाइएको छ।
- ख) ओकेको प्रयोग दैनिक कम्तिमा पनि ८ घन्टा लगाउन प्रोत्साहित गर्नु पर्दछ।
- ग) मल्टिफोकल नरम कन्ट्याक्ट लेन्स कम्तिमा पनि स्कूलको समयमा र घरमा स्कूलको काम गर्ने समयमा लगाउनु पर्दछ। साथै विकल्पको रूपमा एउटा चश्मा राख्नु पर्दछ।
- घ) नजिकमा धेरै काम (कागजी वा विधुतिय साधन) गर्नाले अदूरदृष्टिको विकास र प्रगतिमा प्रभाव पार्न सक्छ भन्ने कुरा अभिभावकलाई सूचित गर्नु पर्दछ। नजिकको पढ्ने दूरी (≤ 20 सेमि) र निरन्तर पाठन (> 45 मिनेट) अदूरदृष्टिको अधिक सम्भावनासँग सम्बन्धित रहेका छन्। घर बाहिर गरिने गतिविधि बालबालिकामा हुन सक्ने अदूरदृष्टिको कम घटनासँग सम्बन्धित छ। यी बालबालिकामा नजिकमा धेरै काम गर्ने बच्चाहरू पनि पर्दछन्। यसले सुझाव दिन्छ कि बच्चाहरूलाई नजिकको काम भएका गतिविधिमा भाग लिन बाट रोक्न हुँदैन, बरु पढ्दा र स्क्रीनमा समय खर्च गर्दा नियमित विश्राम, उपयुक्त पढ्ने दूरी र नजिकमा आँखाको हेराइमा परिवर्तनहरू ल्याउनका साथै घर बाहिर पर्याप्त समय बिताउन प्रोत्साहित गर्नु पर्दछ।
- ङ) घर भित्रको प्रकाश र प्राकृतिक प्रकाश दुबै अधिकतम गर्दै घर बाहिर बिताइने समय बढाउने।
- च) कन्ट्याक्ट लेन्सको प्रयोग:
 - अ) कन्ट्याक्ट लेन्स लगाउनु अघि वा निकाले पछि हात धुनुहोस्।
 - आ) कन्ट्याक्ट लेन्स लगाएर कहिले पनि पौडिने वा स्नान गर्ने नगर्नु होस्। साथै कन्ट्याक्ट लेन्स वा लेन्स राख्ने बट्टालाई पानीको सम्पर्कमा नल्याउनु होस्।
 - इ) चिसो वा फलू लागेको बखत कन्ट्याक्ट लेन्स प्रयोग नगर्नु होस्।

ई) दैनिक रूपमा परिवर्तन गरिने लेन्सहरूको प्रयोग प्रोत्साहित गरिन्छ। पुनः प्रयोग योग्य कन्ट्याक्ट लेन्स लगाइएको खण्डमा प्रत्येक दिन लेन्स सफा गर्न नयाँ झोल प्रयोग गर्नु होस् र यदि सम्भव भएमा सफा गर्नका लागि हाइड्रोजन पेरोक्साइड जस्ता गैर-संरक्षित विधि प्रयोग गर्नु होस्। लेन्स राख्ने बट्टा कम्तिमा प्रत्येक ३-६ महिनामा बदल्नु होस्। कन्ट्याक्ट लेन्स सफा गर्न झोलले पखाल्ने, औँलाले रगड्ने, नरम कागजले पुछ्ने र बट्टा घोटो पारी हावामा सुकाउने बानी गर्नु होस्। डाक्टरको निर्देशन विना (ओके बाहेक) लेन्स लगाई सुत्ने वा झपकि लिने नगर्नु होस्।

उ) उपलब्ध भएसम्म एट्रोपिनको एकल मात्राका तयारी उत्तम हुन्छन्।

४) **समीक्षा तालिका (चित्र २):** अदूरदृष्टिको प्रगतिमा पर्याप्त नियन्त्रण नआएको खण्डमा उपचार रोक्न, अर्को उपचार शुरु गर्न वा थप असरका लागि अर्को उपचारसँग जोड्न सकिन्छ। उपचार समाप्तिका लागि चिकित्सकको निगरानी महत्त्वपूर्ण हुन्छ ताकि अदूरदृष्टिको प्रगतिमा फेरि छिटो-छिटो वृद्धि भएको खण्डमा उपचार पुनर्स्थापना गरी सम्बोधन गर्न सकियोस्। यसबाहेक, उपचार हस्तक्षेप सम्बन्धित कानुनी र नैतिक मुद्दाहरू पनि छन् जुन विचार गर्न आवश्यक हुन्छ।

समीक्षा तालिका	
<p>एट्रोपिन</p> <ul style="list-style-type: none"> • ४-७ दिन • १ महिना • ३ महिना • त्यसपछि प्रत्येक ६ महिनामा 	<p>अर्थोकेराटोलोजी</p> <ul style="list-style-type: none"> • १ दिन • ४-७ दिन • १ महिना • ३ महिना • त्यसपछि प्रत्येक ६ महिनामा
<p>मल्टिफोकल एससिएल</p> <ul style="list-style-type: none"> • ४-७ दिन • १ महिना • त्यसपछि प्रत्येक ६ महिनामा 	<p>पिएएल (बाइफोकल) चश्मा</p> <ul style="list-style-type: none"> • १ महिना • त्यसपछि प्रत्येक ६ महिनामा

चित्र २. उपचारको प्रकारमा आधारित अदूरदृष्टि व्यवस्थापनको समीक्षा तालिका।

सन्दर्भ: गिफोड केएल, रिचडेल के, क्याड पि, र अन्य। आईएमआई - क्लिनिकल अदूरदृष्टि व्यवस्थापनको दिशानिर्देश प्रतिवेदन। इन्भेष्ट अफ्थ्यालमोल भिज साइ। २०१९;६०(३):एम्१८४-एम्२०३।

<https://iovs.arvojournals.org/article.aspx?articleid=२७२७३१७>

आभार

आईएमआई कमिटी सदस्यहरूको सूचि, विशेष गरी आईओएमआई क्लिनिकल अदूरदृष्टि व्यवस्थापनको दिशानिर्देश प्रतिवेदन र श्वेत पत्र <https://www.myopiainstitute.org/imi-white-papers.html> मा पाउन सकिन्छ। मारिया मर्कोलीलाई यस सारांशमा उनको व्यवसाहिक सहयोगका लागि धन्यवाद। यो क्लिनिकल सारांशको प्रकाशन खर्च ब्रायन होल्डन भिजन इन्स्टिच्युट, कार्ल जाइस भिजन, कुपरभिजन, एस्सिलर, अल्कोन र भिजन इम्प्याक्ट इन्स्टिच्युटको अनुदानबाट प्राप्त भएको थियो।

पत्राचार

ब्रायन होल्डन भिजन इन्स्टिच्युट लिमिटेड
लेभेल ४, नर्थ विड, रुपर्ट मायर्स बिल्डिङ, गेट १४ बार्कर स्ट्रिट,
युनिभर्सिटी अफ न्यू साउथ वेल्स, युएनएसडब्लु
एनएसडब्लु, अष्ट्रेलिया २०५२
m.jong@brienholdenvisioninstitute.org
+६१२९३८५७५१६