شیوع و علل قرمزی چشم در مراجعین به بیمارستان شهید رهنمون یزد در دو فصل تابستان و زمستان سال ۱۳۸۳

محمدرضا بشارتی *، محمدرضا شجاع

خلاصه

سابقه و هدف: قرمزی چشم علامت اصلی التهاب چشم و یکی از شایع‌ترین شکایات بیماران سرپایی است که می‌تواند نشانه طیف وسیعی از بیماریهای چشمی از کنژکتیویت خفیف تا عفونت‌ها و بیماریهای تهدیدکننده بینایی و یا تروما باشد. اکثر بیماریهای چشمی که با قرمزی چشم تظاهر می‌نمایند نسبتاً خوش‌خیم هستند اما افتراق بین علت‌های جدی و پرخطر از موارد خود محدودشونده، مشکل است و گاهی عدم تشخیص و اشتباه در درمان می‌تواند منجر به عوارض جدی بینایی گردد. با توجه به اهمیت موضوع و تناقضات موجود در خصوص شیوع بیماری، این مطالعه به منظور تعیین شیوع و علل قرمزی چشم در مراجعین به کلینیک شهید رهنمون یزد در سال ۱۳۸۳ صورت گرفت.

مواد و روش‌ها: تحقیق به روش *Case Series* روی ٤٠٠ بیمار مبتلا به قرمزی چشم طی دو فصل تابستان و زمستان (در هر فصل ۲۰۰ نفر) صورت گرفت. ملاک قرمزی چشم تغییر رنگ چشم و افزایش عروق ملتحمه یا اپی‌اسکلرا بود که با مشاهده و معاینه با اسلیت لامپ تعیین گردید. اطلاعات از طریق مصاحبه، معاینه کلینیکی و تکمیل پرسشنامه جمع‌آوری گردید و با استفاده از آزمون کای دو مورد قضاوت آماری قرار گرفت.

نتایج: بیماران از نظر سنی در سه گروه کمتر از ۱۵ سال (۱۸٪)، ۳۹-۱۵ سال (۵۱/۵٪) و بالای ٤٠ سال (۳۰/۵٪) قرار گرفتند. از نظر توزیع جنسی ۵۹ درصد مبتلایان را مردان و ٤١ درصد را زنان تشکیل می‌دادند. شایع‌ترین علل قرمزی چشم به ترتیب کنژکتیویت (۳۵/۸٪)، ترومایتیک (۲۲٪) و تغییرات دژنراتیو ملتحمه (ناخنک و پینگاکولا) (۱۵٪) بودند. شایع‌ترین علت قرمزی چشم در هر دو جنس کنژکتیویت بود ($p<۰/۰۱$). شایع‌ترین علایم همراه با قرمزی چشم، سوزش چشم (۹۱/۳٪)، اشک‌ریزش (۸۵/۸٪) و خارش چشم (٦۸/۸٪) بود ($p<۰/۰۱$). تفاوتی بین علل قرمزی چشم در رابطه با فصل مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: قرمزی چشم در مردها شایع‌تر از زنان است ولی تفاوتی از نظر فصلی ندارد. شایع‌ترین علل قرمزی چشم به ترتیب کنژکتیویت، تروما و تغییرات دژنراتیو ملتحمه بود. آموزش صحیح جهت تشخیص علل پرخطر قرمزی چشم در آینده می‌تواند سبب کاهش عوارض جدی بینایی گردد.

واژگان کلیدی: قرمزی چشم، فصل، کنژکتیویت، بیماری‌های سیستمیک، شیوع و علل

دانشیار گروه چشم دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی یزد

* **نویسنده مسوول:** محمدرضا بشارتی

آدرس: یزد، بلوار طالقانی، ساختمان پزشکان رازی، بیمارستان شهید رهنمون

پست الکترونیک: mrbesharaty@yahoo.co.uk

تاریخ دریافت مقاله: ۸٤/۷/۲۷

تاریخ تایید مقاله: ۸٤/۱۱/۲۹

مقدمه

قرمزی چشم علامت اصلی التهاب و نسبتاً بدون خطر کنژکتیویت ساده می‌باشد (۱، ۲). کنژکتیویت یا قرمزی چشم علامت مشترک اختلالات گوناگون چشمی است که بایستی تشخیص افتراقی آنها را در نظر داشت (۳). کنژکتیویت، اپی‌اسکلریت و اسکلریت التهاب قسمت خارجی کره چشم می‌باشند که بعضی از این التهابات بالقوه شدید می باشند (٤). شایع‌ترین علل قرمزی چشم به جز تروما، کنژکتیویت، آلرژی و بیماری‌های پلک می‌باشند (۵). توانایی در افتراق سریع علل مختلف قرمزی چشم مهم است. علایمی چون درد، فتوفوبی و کاهش حدت بینایی معمولاً نشانه حالات شدید چشمی یا یک بیماری سیستمیک می‌باشند. بیماری‌های سیستمیک همراه با اسکلریت شامل آرتریت روماتوئید، وگنر، لوپوس، نقرس، هرپس زوستر و توکسوپلاسموز می‌باشند (٦، ۷). قرمزی چشم بدون فتوفوبی، درد یا اختلال بینایی اکثراً ناشی از یک کنژکتیویت ساده می‌باشد (۸، ۹). علایم تهدیدکننده بینایی شامل کاهش ناگهانی

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-14]

دید، درد چشم، فتوفوبی و وجود قرمزی حلقه‌ای اطراف قرنیه (*Ciliary flash*) می‌باشد (۱۰). در حالی که برخی علایم می‌توانند خیلی نگران‌کننده باشند، بیماران دچار کنژکتیویت، اکثراً بینایی خوب و بازگشت کامل و بدون پیامد دایمی دارند (۱۱). موارد خوش‌خیم قرمزی چشم توسط پزشک عمومی ارزیابی و درمان می‌شوند در حالی که علل پرخطر باید سریعاً به چشم‌پزشک ارجاع شوند (۱۲). یکی از علل شایع عدم تشخیص قرمزی چشم سندرم خشکی چشم می‌باشد. سندرم خشکی چشم ممکن است بیانگر سندرم شوگرن یا استفاده از دارو، با عوارض مهم چشمی و سیستمیک گردد (۱۳). تشخیص افتراقی صحیح سبب ارائه درمان مناسب اولیه برای بیماران و کمک به تعیین موارد مورد نیاز جهت ارجاع می‌نماید (۱٤). علل قرمزی چشم در نقاط مختلف جهان به طور متفاوتی گزارش شده است. در مطالعه *Karki* مهمترین علت، کنژکتیویت (۱۵) و در مطالعه *Michelson* شایع‌ترین علت خونریزی خود به خود ملتحمه بود (۱۳). کنژکتیویت عموماً همراه با اختلال بینایی و درد چشم نمی‌باشد. کراتیت، زخم قرنیه، التهاب داخل چشم و گلوکوم حاد حالات غیر شایع ولی اغلب شدید هستند که نیاز به معاینه و درمان توسط چشم‌پزشک دارد. با توجه به اهمیت موضوع، عوارض ناشی از آن، تناقضات موجود در خصوص شیوع و علل بیماری و عدم آگاهی از وضعیت آن در منطقه، این مطالعه به منظور تعیین شیوع و علل قرمزی چشم در مراجعین به کلینیک چشم پزشکی شهید رهنمون یزد در سال ۱۳۸۳ صورت گرفت.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به صورت *Case Series* در ٤۰۰ بیمار مبتلا به قرمزی چشم طی دو فصل تابستان و زمستان (در هر فصل ۲۰۰ نفر) صورت گرفت. علل احتمالی قرمزی چشم به ترتیب شیوع، در ۸ گروه مورد بررسی قرار گرفت. شامل: کنژکتیویت (آلرژیک، باکتریال یا ویرال)، تغییرات دژنراتیو ملتحمه (ناخنک و پینگاکولا)، التهاب قرنیه (کراتیت)، گرفتاری اسکلرا (اسکلریت و اپی‌اسکلریت)، درگیری عنبیه و زاویه (یووئیت و گلوکوم)، علل تروماتیک (جسم خارجی، سوختگی شیمیایی و ترومای بلانت)، بیماری‌های پلک (بلفاریت، هوردئولوم، شالازیون و تغییر شکل پلکی)، درگیری سیستم اشکی (دکرایوسیستیت و خشکی چشم) محل قرمزی چشم به پنج ناحیه تمپورال، نازال، فوقانی، تحتانی و تمام چشم تقسیم شد و علل قرمزی چشم بر حسب این نواحی مورد بررسی قرار گرفت. همچنین طول مدت قرمزی چشم از زمان شروع تا تشخیص علت در ٤ گروه: کمتر از یک هفته، یک هفته تا یک ماه، یک ماه تا ۳ ماه و بیشتر از ۳ ماه بررسی شد. وسایل مورد نیاز برای معاینه شامل چراغ قوه جهت معاینه مردمک‌ها، چارت اسنلن جهت تست حدت بینایی، افتالموسکوپ، کاغذ فلورسئین و اسلیت لامپ بود. معاینه شامل ارزیابی تمام نواحی چشم از جمله پلک‌ها و ابروها بود. ملاک قرمزی چشم تغییر رنگ چشم و افزایش عروق ملتحمه یا اپی‌اسکلرا می‌باشد که با مشاهده و معاینه با اسلیت لامپ تعیین گردید. در این مطالعه علاوه بر متغیرهای دموگرافیک، محل قرمزی چشم، طول مدت قرمزی، نحوه شروع قرمزی، علایم همراه با قرمزی چشم، بیماریهای سیستمیک همراه، یافته‌های کلینیکی چشمی و علل منجر به قرمزی چشم از طریق مصاحبه و معاینه کامل کلینیکی چشم جمع‌آوری و در فرم اطلاعاتی ثبت گردید. داده‌های فرم اطلاعاتی طبقه‌بندی و نتایج به صورت آمار توصیفی گزارش گردید و با استفاده از آزمون آماری کای دو مورد قضاوت قرار گرفت.

نتایج

از مجموع ٤۰۰ بیمار تحت بررسی، ۲۳٦ نفر مرد (۵۹٪) و ١٦٤ نفر زن (٤١٪) بودند. شایع‌ترین گروه سنی بیماران را گروه ۱۵ تا ۳۹ سال با ۲۰٦ نفر (۵۱/۱٪) تشکیل می‌دادند. علل قرمزی چشم در گروه‌های سنی مختلف در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول ۱- توزیع فراوانی مبتلایان به قرمزی چشم در مراجعین به بیمارستان شهید رهنمون یزد در سال ۱۳۸۳

علل / سن	کمتر از ۱۵ سال	۱۵-۳۹ سال	٤۰ سال و بیشتر	جمع
کنژکتیویت	٤۹(٦۸)*	۷۱(۳٤/۵)	۲۳(۱۸/۹)	۱٤۳ (۳۵/۷)
تروما	۸(۱۱/۱)	٦۱(۲۹/٦)	۱۹(۱۵/٦)	۸۸ (۲۲)
تغییرات دژنراتیو ملتحمه	۱(۱/ ٤)	۲۵(۱۲/۱)	۳٤(۲۷/۸)	٦۰ (۱۵)
درگیری پلک	٦(۸/۳)	۲۱(۱۰/۲)	۲۱(۱۷/۲)	٤۸ (۱۲)
درگیری سیستم اشکی	۰(۰)	۷(۳/ ٤)	۱۳(۱۰/۷)	۲۰ (۵)
درگیری قرنیه	٤(۵/٦)	۷(۳/ ٤)	٤(۳/۳)	۱۵ (۳/۸)
درگیری اسکلرا	٤(۵/٦)	۸(۳/۹)	۲(۱/٦)	۱٤ (۳/۵)
درگیری عنبیه	۰(۰)	٦(۲/۹)	٦(٤/۹)	۱۲ (۳)
جمع	۷۲(۱۰۰)	۲۰٦(۱۰۰)	۱۲۲(۱۰۰)	٤۰۰

* تعداد و (درصد) می باشد.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-14]

شایع‌ترین علت قرمزی چشم به ترتیب در مردان: کنژکتیویت (۳۳/۱ درصد)، تروما (۲۹/۷ درصد) و تغییرات دژنراتیو ملتحمه (۱۳/۱ درصد) و در زنان: کنژکتیویت (۳۹/٦ درصد)، تغییرات دژنراتیو ملتحمه (۱۷/۷ درصد) و درگیری پلک (۱٤/٦ درصد) بود. قرمزی چشم در دو فصل تابستان و زمستان مورد بررسی قرار گرفت که ارتباط معنی‌دار آماری بین فصل و علل قرمزی چشم به دست نیامد که نتایج آن در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

جدول ۳- توزیع فراوانی مبتلایان به قرمزی چشم مراجعه کننده به بیمارستان شهید رهنمون یزد به تفکیک فصل و جنس سال ۱۳۸۳

علل	فصل		P.value	جنس		P.value
	تابستان	زمستان		مرد	زن	
کنژکتیویت	٦۹(۳٤/۵)	۷٤(۳۷)	NS	۷۸(۳۳/۱)	٦۵(۳۹/٦)	NS
تروما	٤۵(۲۲/۵)	٤۳(۲۱/۵)	NS	۷۰(۲۹/۷)	۱۸(۱۱)	NS
تغییرات ملتحمه دژنراتیو	۳۳(۱٦/۵)	۲۷(۱۳/۵)	NS	۳۱(۱۳/۱)	۲۹(۱۷/۷)	NS
بیماریهای پلک	۲٤(۱۲)	۲٤(۱۲)	NS	۲٤(۱۰/۲)	۲٤(۱٤/٦)	NS
بیماریهای سیستم اشکی	۱۲(٦)	۸(٤)	NS	۹(۳/۸)	۱۱(٦/۷)	NS
ابتلاء قرنیه	۷(۳/۵)	۸(٤)	NS	۱۳(۵/۵)	۲(۱/۲)	NS
گرفتاری اسکلرا و اپی اسکلرا	۵(۲/۵)	۹(٤/۵)	NS	٤(۱/۷)	۱۰(٦/۱)	NS
بیماریهای عنبیه و گلوکوم	۵(۲/۵)	۷(۳/۵)	NS	۷(۳)	۵(۳)	NS
جمع	۲۰۰(۱۰۰)	(۱۰۰)۲۰۰		۲۳٦(۱۰۰)	۱٦٤(۱۰۰)	

NS: معنی‌دار نمی باشد.

* تعداد و (درصد) می باشد.

علایم چشمی همراه با قرمزی چشم هنگام مراجعه به ترتیب عبارت بود از: سوزش چشم (۹۱/۳ درصد)، اشک‌ریزش (۵۸/۸ درصد)، خارش چشم (٦۸/۸ درصد)، احساس جسم خارجی (٤۰/۳ درصد)، فتوفوبی (٤۰ درصد)، درد (۳۹/۸ درصد)، تاری دید (۲۷ درصد) و ترشح چرکی (۲٤ درصد). ۱۰۰ درصد بیماران علامت درد نیز داشتند. اسکلریت در بیماری عنبیه مشاهده شد. ($P<۰/۰۱$). در بررسی علل قرمزی چشم بر حسب علایم همراه، اسکلریت و گرفتاری عنبیه و قرنیه ۱۰۰ درصد با درد همراه بودند. ($p<۰/۰۱$) شایع‌ترین علامت در درگیری پلک، تغییرات دژنراتیو ملتحمه و کنژکتیویت، سوزش چشم بود. خارش نیز در درگیری پلک (۹۵/۸ درصد)، کنژکتیویت (۸۳/۹ درصد) و در تغییرات دژنراتیو ملتحمه (۱۰ درصد) دیده شد در حالی که در درگیری عنبیه اصلاً وجود نداشت ($p<۰/۰۱$). فتوفوبی در درگیری اسکلرا (۸۵/۷ درصد) و درگیری عنبیه (۸۳/۳ درصد)، شایع‌تر از درگیری پلک (۲۷/۱ درصد) و کنژکتیویت (۳۲/۹ درصد) بود ($p<۰/۰۱$). تاری دید در درگیری عنبیه، ۷۵ درصد و در درگیری پلک، ۱٦/۷ درصد بود ($p<۰/۰۱$). یافته تحقیق نشان داد شایع‌ترین علل چشمی همراه با قرمزی چشم به ترتیب کنژکتیویت ٤٦/۵ درصد، ناخنک ۱۲/۵ درصد، کراتیت ۱۲ درصد، بلفاریت ۹/۳ درصد و پینگاکولا ۸ درصد بود. کاهش حدت بینایی، خونریزی زیر ملتحمه، نقص اپی‌تلیال قرنیه، خشکی چشم، اپی‌اسکلریت، یووئیت، داکریوسیستیت، تغییر شکل پلک، هایفما،

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-14]

گل‌مژه، افزایش فشار داخل چشم و اسکلریت دیگر یافته‌های همراه با قرمزی چشم را شامل می‌شوند که فراوانی یافته‌های کلینیکی در جدول ۳ ارائه شده است

جدول ۳- توزیع فراوانی یافته های کلینیکی (Signs) در بیماران مراجعه کننده

یافته های کلینیکی	تعداد	درصد
کنژکتیویت	۱۸٦	٤٦/٥
ناخنک	٥۰	۱۲/٥
کراتیت	٤۸	۱۲
بلفاریت	۳۷	۹/۳
پینگوکولا	۳۲	۸
کاهش حدت بینایی	۳۱	۷/۸
خونریزی زیر ملتحمه	۲۹	۷/۳
دفکت اپی تلیال قرنیه	۲۹	۷/۳
چشم خشک	۱٥	۳/۸
کاهش رفلکس مردمک	۱۳	۳/۳
اپی‌اسکلریت	۱۲	۳
یووئیت	۱۲	۳
داکریوسیستیت	۱۰	۲/٥
مالفورماسیون پلکی	۹	۲/۳
سلول در اتاق قدامی	۹	۲/۳
هایفما	٦	۱/٥
گل‌مژه	٦	۱/٥
افزایش فشار چشم	٥	۱/۳
چسبندگی عنبیه	٥	۱/۳
رسوب سلول در آندوتلیوم قرنیه (KP)	٤	۱
شالازیون	٤	۱
اسکلریت	۲	۰/٥

بیشترین محل قرمزی چشم درگیری تمام چشم (۵۹/۸ درصد) و ناحیه نازال (۱۸/۸ درصد) و کمترین محل قرمزی، ناحیه فوقانی (۳/۸ درصد) و تحتانی چشم (۳ درصد) بود. بیشترین محل قرمزی چشم در کلیه علل مورد بررسی، تمام گلوب بود ولی در تغییرات دژنراتیو ملتحمه قسمت نازال شایع‌ترین محل قرمزی را تشکیل داد. در اکثر موارد (٤٦ درصد) در گروه کمتر از یک هفته قرار می‌گرفت. در این بررسی حداکثر طول مدت قرمزی ۵ ماه و حداقل آن، کمتر از چند ساعت بود. از نظر طول مدت قرمزی، علل قرنیه‌ای و تروماتیک ۱۰۰ درصد موارد در کمتر از یک هفته، درگیری عنبیه ٦٦/۷ درصد، کنژکتیویت ۳۹/۹ درصد، درگیری اسکلرا ۵۰ درصد موارد بین یک هفته تا یک ماه و درگیری پلک، سیستم اشکی و تغییرات دژنراتیو ملتحمه اکثراً بیش از یک ماه وجود داشتند. علل قرمزی چشم بر حسب نحوه شروع (تدریجی یا ناگهانی) نیز بررسی شد. تغییرات دژنراتیو ملتحمه ۹۳/۳ درصد، درگیری سیستم اشکی ۹۰ درصد و درگیری پلک ۷۹/۲ درصد شروع تدریجی داشتند. علل تروماتیک ۹۷/۷ درصد، درگیری عنبیه ۵۸/۳ درصد و کنژکتیویت ٥٦/٦ درصد شروع ناگهانی داشتند. از نظر بیماریهای سیستمیک همراه، آرتریت روماتوئید ٦ مورد در درگیری اسکلرا و ۲ مورد در درگیری عنبیه دیده شد. دیابت ۸ مورد در درگیری پلک و ۲ مورد در درگیری عنبیه و ۸ مورد همراه با سایر علل بود، فشارخون بالا ٤ مورد در درگیری سیستم اشکی، ۳ مورد در تغییرات دژنراتیو ملتحمه و ۷ مورد همراه با سایر علل دیده شد. یک مورد بیماری التهابی روده و یک مورد وگنر نیز وجود داشت ولی موردی از لوپوس در این مطالعه دیده نشد. از بین ٤۰۰ بیمار با قرمزی چشم، ٤۰ مورد سابقه آلرژی فصلی چشم دیده شد که در کنژکتیویت ۲۸ مورد (۷۰ درصد)، تغییرات دژنراتیو ملتحمه، درگیری سیستم اشکی و پلک هر کدام ۳ مورد (۷/٥ درصد)، درگیری قرنیه ۲ مورد (٥ درصد) و تروما ۱ مورد (۲/٥ درصد) بود.

بحث

در این مطالعه، شایع‌ترین علت قرمزی چشم کنژکتیویت (باکتریال، ویرال و آلرژیک) بود که ۳٥/۸ درصد موارد را شامل می‌شد. در مطالعه *Karki* شایع‌ترین علت، کنژکتیویت بیان شد که انواع باکتریال یا ویرال آن شایع‌تر از نوع آلرژیک گزارش شد (۱٥). در مطالعه *Passaro* (۱٦) علت قرمزی چشم در ۲۰۰ دانشجو به طور همزمان، اپیدمی کنژکتیویت تشخیص داده شد. در تحقیق *Jorm* (۱۷) در مرکز نگهداری شبانه‌روزی اطفال در سیدنی کنژکتیویت شایع‌ترین اپیدمی بعد از اسهال بود. در مطالعه ما اپیدمی کنژکتیویت وجود نداشت و انواع کنژکتیویت باکتریال، ویرال و آلرژیک به شکل اسپورادیک مراجعه می‌نمودند. علل تروماتیک، دومین علت شایع قرمزی چشم بود (۲۲ درصد موارد) که در سه گروه بلانت تروما (۹٪)، سوختگی شیمیایی (۲/۸٪) و اجسام خارجی (۱۰/۳٪) مورد بررسی قرار گرفت. در مطالعه *Laroche* (۱۸) از ۲۲۲ مورد بیمار با ترومای چشم، ٥۱ درصد بلانت تروما، ۲۸ درصد ترومای نافذ و ٥ درصد به علت سوختگی شیمیایی و جسم خارجی دچار قرمزی چشم شده بودند در حالی که در مطالعه ما میزان بلانت تروما خیلی شایع‌تر بود، شاید به این علت که موارد ترومای نافذ بیشتر به اورژانس مراجعه داشتند. در مطالعه *Nirmalan* (۱۹) در هند و مطالعه *Desai-P*

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-14]

(۲۰) در لندن بلانت تروما شایع‌ترین علل تروماتیک قرمزی چشم بود. ترومای بلانت در مطالعات مختلف شیوع بالاتری نسبت به سایر تروماها دارد و میزان عوارض آن بسته به محل تحقیق، شغل، شرایط زندگی و عوامل محیطی متفاوت می‌باشد. عوارض چشمی بلانت تروما، در مطالعه ما شامل کاهش حدت بینایی (۱۱/۱ درصد)، هایفما (۱۶/۷ درصد)، یووئیت (۱۱/۱ درصد) و کراتیت (۱۱/۱ درصد) بود. در مطالعه *Jans* (۲۱) و همکاران در پاکستان بر روی ۳۶ بیمار با ترومای بلانت و هایفما، ۶۲ درصد کاهش حدت بینایی، ۴۱/۷ درصد افزایش فشار چشم و ۱۹ درصد موارد منجر به کوری مشاهده گردید. در مطالعه *Kunimoto* (۲۲) فاکتورهای مساعدکننده اصلی کراتیت شامل تروما (۲۱/۲ درصد)، بیماری چشمی (۱۷/۷ درصد) و بیماریهای سیستمیک (۱۵/۹ درصد) بیان شد. با توجه به شیوع بالای عوارض ترومای بلانت همراه با قرمزی چشم مثل هایفما درمان به موقع و پیگیری بیماران امری بدیهی به نظر می‌رسد. سومین علت شایع قرمزی چشم (تحقیق ما، تغییرات دژنراتیو ملتحمه شامل پینگاکولا و ناخنک (۱۵ درصد) بود. ناخنک یک بیماری شایع اکسترنال چشم در سراسر جهان می‌باشد که به خصوص جوامع مناطق حاره و تحت حاره را مبتلا می‌کند. کار کردن در فضای بیرون، تماس با اشعه ماورای بنفش و فاکتورهای محیطی ریسک فاکتورهای مهم گسترش ناخنک می‌باشند. در مطالعه *Wuk* (۲۳) در چین شیوع ناخنک در بیماران با قرمزی چشم ۳۳/۰۱ درصد بود که در زنان شایع‌تر از مردان و به عنوان شایع‌ترین علت قرمزی چشم در جمعیت بالای ۵۰ سال شناخته شد. در مطالعه ما بیشترین محل قرمزی چشم ناشی از ناخنک و پینگاکولا در قسمت نازال (۵۸/۳ درصد) بود. بیشترین سن ابتلا به ناخنک ۴۰ سال و بالاتر (۲۷/۹ درصد) بود، ضمناً در جنس مؤنث بیشتر (۱۷/۷ درصد) مشاهده شد که با توجه به آب و هوای گرم و خشک استان یزد و وزش زیاد بادهای گرم شیوع بالای ناخنک قابل توجیه می‌باشد. در مطالعه *Panchapak* (۲۴) در استرالیا بر روی ۳۵۶۴ بیمار بالای ۴۹ سال ناخنک در ۷/۳ درصد و پینگاکولا در ۶۹/۵ درصد مشاهده گردید که به طور قابل توجهی در مردان بیشتر از زنان بود. در مطالعه *Jobs* (۲۵) بر روی ۱۳۴ بیمار مبتلا به اسکلریت و اپی‌اسکلریت عوارض چشمی در ۱۳/۵ درصد بیماران با اپی‌اسکلریت و ۵۸/۸ درصد بیماران با اسکلریت دیده شد. هیچ کدام از بیماران با اپی‌اسکلریت کاهش بینایی نداشتند در حالی که در ۱۵/۹ درصد بیماران با اسکلریت کاهش بینایی ایجاد شد. در مطالعه مشابهی توسط *Cuchacovich* (۲۶) در شیلی روی ۴۶ بیمار مبتلا به اسکلریت و اپی‌اسکلریت کاهش بینایی در ۵۸/۳ درصد بیماران با اسکلریت و ۲۳/۵ درصد بیماران با اپی‌اسکلریت مشاهده شد. در مطالعه ما نیز از ۲ مورد اسکلریت، هر دو کاهش بینایی داشتند، در حالی که از ۱۲ مورد اپی‌اسکلریت تنها در ۳ مورد کاهش بینایی خفیفی ایجاد شده بود. کاهش بینایی در اسکلریت به دلیل وسعت گرفتاری ساختمان‌های چشم می‌باشد و وجود آن همراه با درد جزو علایم افتراق آن از اپی‌اسکلریت می باشد. درد چشم و کاهش بینایی دو علامت هشداردهنده چشمی هستند و به جز در مواردی که اطمینان به تشخیص علل خوش‌خیم وجود دارد بایستی بیماران به چشم‌پزشک ارجاع شوند. در مطالعه *Alepek* (۲۷) طی بررسی ۲۴۳ بیمار با اسکلریت، ۴۴ درصد بیماریهای سیستمیک همراه داشتند که شایع‌ترین آنها آرتریت روماتوئید بود. همچنین در مطالعه دیگری توسط وی (۲۸) بر روی ۶۹ بیمار مبتلا به اسکلریت و اپی‌اسکلریت در ۳۶ درصد بیماران، بیماریهای سیستمیک همراه مشاهده شد. عوارض چشمی شامل یووئیت (۱۱/۴٪)، درگیری قرنیه (۱۵٪) و گلوکوم (۷/۸٪) وجود داشت. در مطالعه ما، دو مورد اسکلریت دیده شد که همراه با آرتریت روماتوئید بودند. از ۱۲ مورد اپی‌اسکلریت، ۴ مورد همراه با آرتریت روماتوئید بود که این مطالعه نیز مانند مطالعات دیگر همراهی اسکلریت با بیماریهای سیستمیک بافت همبندی ــ عروقی را نشان می‌دهد. در بررسی *Akduman* (۲۹) در ۷۸ بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید جوانان، ۷ نفر به یووئیت مبتلا بودند. در مطالعه ما نیز از ۸ مورد یووئیت، ۲ مورد همراهی با آرتریت روماتوئید دیده شد که همانند مطالعه فوق، ارتباط بین یووئیت و آرتریت روماتوئید را نشان می‌دهد. در تحقیق *Wolf* (۳۰) در ۵۱ بیمار با یووئیت ناشی از آرتریت روماتوئید جوانان ۲۲ درصد کاهش بینایی، ۴۶ درصد کاتاراکت، ۳۰ درصد کراتوپاتی، ۲۷ درصد گلوکوم وجود داشت. در مطالعه ما از ۸ مورد یووئیت، ۴ مورد کاهش بینایی و ۲ مورد کراتوپاتی وجود داشت. با توجه به یافته‌های فوق بیماران مبتلا به یووئیت که معمولاً سیر مزمنی دارند نیازمند به پیگیری و کنترل عوارض احتمالی در سال‌های بعد می‌باشند.

نتیجه‌گیری

قرمزی چشم تظاهر بیماریهای مختلف چشمی می‌باشد، هر چند شایع‌ترین علت آن کنژکتیویت است ولی بایستی علل مهمتری مانند اسکلریت، یووئیت و گلوکوم و همراهی آن با بیماریهای سیستمیک که پروگنوز بیماری را بدتر می‌کند، مد نظر داشت تا با تشخیص و درمان به موقع از عوارض بینایی آنها پیشگیری کرد. مهمترین وظیفه پزشک عمومی در مواجهه با *Red*

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-14]

eye، تعیین علل بالقوه خطیر قرمزی چشم جهت ارجاع فوری به چشم‌پزشک می‌باشد. حالات کلینیکی که نیاز به ارجاع فوری به چشم‌پزشک دارند شامل سلولیت اربیت، هایفما، اسکلریت، یووئیت، گلوکوم حاد زاویه بسته و زخم قرنیه می‌باشند.

References:

1- Leibowitz HM. Pratt MV. Flagstad IJ. Berrospi AR. Kundsin R. Human conjunctivitis. II. Treatment. ***Arch Ophthalmol*** 1976; 94: 1752-1756.

2- Schaller UC. Klauss V. From Conjunctivitis to glaucoma. When is a red eye an alarm signal?. ***MMW Fortschr Med*** 2002; 144: 30-33

3- Ruppert SD. Differential diagnosis of pediatric conjunctivitis (red eye). ***Nurse Pract*** 1996; 21: 12, 15-18, 24 Passim.

4- Robin H. Conjunctivitis, episcleritis and scleritis. ***Rev Part*** 1999; 49:1969-1975.

5- Gaston H. Managing the red eye. Practitioner. 1999; 233: 1566-1572.

6- Whitman J. Cunningham RD. The red eye. Why it happens, what to do, when to refer. ***Postgrad Med*** 1983; 74: 65-71.

7- batterbury B. The acute Red eye. Ophthalmology. London, Churhill Livingstone, 1999; 96-97.

8- Bertolini J. Pelucio M. The red eye. ***Emerg Med Clin North Am*** 1995; 13: 561-579.

9- Howes DS. The red eye. ***Emerg Med Clin North Am*** 1988; 6: 43-56.

10- Hara JH. The red eye: diagnosis and treatment. ***Am Fam Physician*** 1996 Dec; 54: 2423-2430.

11- Jacson WB. Differentiating conjunctivitis of diverse origins. ***Surv Ophthalmol*** 1993; 38: 91-104.

12- Beaver HA, Lee AG. The management of the red eye for the generalist. ***Compr Ther*** 2001; 27: 218-227.

13- Michelson PE. Red eye unresponsive to treatment. ***West J Med*** 1997; 166: 145-147.

14- Greenberg MF. Pollard ZF. The red eye in childhood. ***Pediatr Clin North Am*** 2003; 50: 105-124.

15- Karki DB. Shrestha CD. Shrestha S. Acute haemorrhagic conjunctivitis: an epidemic in August/September 2003. ***Kathmandu Univ Med J*** 2003; 1: 234-236.

16- Passaro DJ. Scott M. Dworkin MS. A university conjunctivitis out break, ***Epidemiol Infect*** 2004; 132: 761-764.

17- Jorm LR. Capon AG. Communicable disease out breaks in long day centers in Western Sydney occurrence and risk factors. ***Child Health*** 1994; 30: 151-154.

18- Laroche GR. MC Intyrel. Schertzer RM. Epidemiology of sever eye injuries in childhood. ***Ophthalmology*** 1988; 95: 1603-1607.

19- Nirmalan PK. Kats J. Tielseh JM. Robin Al. Ocular trauma in Indian Population. ***Ophthalmology*** 2004; 111: 1778-8.

20- Desai P. Mac Ewenc J. Baines P. Minassia Dc. Epidemiology of ocular trauma in Scotland hospital. ***J Epidemiol Community Health*** 1996; 50: 436-441.

21- Jans. Khans. Mohammad S. Hyphema due to blunt trauma, ***J Coll Physicians Surg Pak*** 2003; 137: 389-401.

22- Kunimato Dy. Sharmas. Reddy MK. Keratitis in children. ***Ophthalmology*** 1998; 105: 252-257.

23- Wu K HEM XUJ, Pterygium in aged population in Doumen Country. ***China Yan ke Xue Bao*** 2005; 18: 181-184.

24- Panchapak J. Horihan F. Mitchellp, Prevalence of Ptrygium and pinguecula. Aust NZJ ophtalmol. 1998 May; 26 Suppl 1: 25-5. ***Orv Hetil*** 1999; 140: 1631-1633.

25- Jabs DA. Mudum A. Dunn JP. Marsh MJ. Episcleritis and scleritis. ***Am J ophthalmol*** 2000; 130: 469-476.

26- Cuchavich TM. Pachecop Merino G. Gallarolop. Clinical Feautures and response to systemic treatment of scleritis and Episcleritis. ***Rev Med chil*** 2000; 128: 1205

27- Akpek EK. Thorn JE. Qazi FA. Evaluation of patient with scleritis for systemic disease. ***Ophthalmology*** 2004; 111: 501-506.

28- Akpek EK. UYHS, Christen W. Gurdal C. Foster C. Severity of Episcleritis and systemic disease association. ***ophthalmology*** 1999; 106: 729-731.

29- Akduman L. Kaplan HD. Tychsenl A. Oneset of uveitis more than a decade after onset of arthritis. ***J Pediatr Ophthalmol Strabismus*** 1997; 34: 101-6.

30- Wolf Md. Lichter PR. Ragsdalee CG. Prognostic factor in uveitis of JRA. ***Ophthalmology*** 1997; 94: 1242-1248.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-14]