

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

\*  
محمد رضا بشارتی ، محمد رضا 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 کنڑکتیویت خفیف تا عفونت‌ها و بیماری‌های تهدیدکننده بینایی و یا تروما باشد. اکثر بیماری‌های چشمی که با قرمزی چشم ظاهر 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 ۴۰۰ 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 ملتجمه 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 قضایت آماری گردید.

**نتایج:** بیماران از نظر سنی در سه گروه کمتر از ۱۵ سال (۱۸٪)، ۱۵-۳۹ سال (۵۱٪) و بالای ۴۰ سال (۳۰٪) قرار گرفتند. از نظر توزیع جنسی ۵۹ درصد مبتلایان را مردان و ۴۱ درصد را زنان تشکیل می‌دادند. شایع‌ترین علل قرمزی چشم به ترتیب کنڑکتیویت (۲۵٪)، تروماتیک (۲۲٪) و تغییرات دژنراتیو ملتجمه (ناخنک و پینگاکولا) (۱۵٪) بودند. شایع‌ترین علت قرمزی چشم در هر دو جنس کنڑکتیویت بود ( $p < 0.01$ ). شایع‌ترین علایم همراه با قرمزی چشم، سوزش چشم (۹۱٪)، اشک‌ریزش (۸۵٪) و خارش چشم (۶۸٪) بود ( $p < 0.01$ ). تفاوتی بین علل قرمزی چشم در رابطه با فصل مشاهده نشد.

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

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

تاریخ دریافت مقاله: ۲۷/۰۷/۸۴

دانشیار گروه چشم دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی یزد

تاریخ تایید مقاله: ۲۹/۱۱/۸۴

\*نویسنده مسؤول: محمد رضا بشارتی

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

پست الکترونیک: mrbesharaty@yahoo.co.uk

### مقدمه

بیماری‌های پاک می‌باشند (۱). 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 (۲-۷). قرمزی چشم بدون فتوفوبی، درد یا اختلال بینایی اکثراً ناشی از یک کنڑکتیویت ساده می‌باشد (۸-۹). علایم تهدیدکننده بینایی شامل کاهش ناگهانی شایع‌ترین علل قرمزی چشم به جز ترومایی، کنڑکتیویت، آرژی و

یک ماه، یک ماه تا ۳ ماه و بیشتر از ۳ ماه بررسی شد. وسائل مورد نیاز برای معاینه شامل چراغ قوه جهت معاینه مردمکها، چارت استلن جهت تست حدت بینایی، افتالموسکوپ، کاغذ فلورستین 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 ملتجمه یا اپی اسکلرا 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 جمع آوری 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 قضاؤت قرار گرفت.

#### نتایج

از مجموع ۴۰۰ بیمار تحت بررسی، ۲۳۶ نفر مرد (۵۹٪) و ۱۶۴ نفر زن (۴۱٪) بودند. شایع ترین گروه سنی بیماران را گروه ۱۵ تا ۳۹ سال با ۲۰۶ نفر (۵۱٪) 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 سال	۱۵-۳۹ سال	۴۰ سال و بیشتر	جمع
کنژکتیویت	۴۹(۱۸)	۷۱(۳۴)	۴۹(۱۸)*	۲۳(۱۸/۹)	۱۴۳ (۳۵/۷)	۱۴۳
تروما	۸۸ (۲۲)	۱۹(۱۵/۶)	۶۱(۲۹/۶)	۸(۱۱/۱)		
تغیرات دژنراتیو	۶۰ (۱۵)	۳۴(۲۷/۸)	۲۵(۱۲/۱)	۱(۱/۴)		
متوجهه	۴۸ (۱۲)	۲۱(۱۷/۲)	۲۱(۱۰/۲)	۶(۸/۳)	در گیری پلک	
در گیری سیستم اشکی	۲۰ (۵)	۱۳(۱۰/۷)	۷(۳/۴)	۰(۰)		
در گیری قرنیه	۱۵ (۳/۸)	۴(۳/۳)	۷(۳/۴)	۴(۵/۶)		
در گیری اسکلرا	۱۴ (۳/۵)	۲(۱/۶)	۸(۳/۹)	۴(۵/۶)		
در گیری عنیه	۱۲ (۳)	۶(۴/۹)	۶(۲/۹)	۰(۰)		
	جمع	۷۲(۱۰۰)	۲۰۶(۱۰۰)	۱۲۲(۱۰۰)	۴۰۰	

\* تعداد و (درصد) می‌باشد.

دید، درد چشم، فتفوی و وجود قرمزی حلقه‌ای اطراف قرنیه (Ciliary flush) می‌باشد (۱۰). در حالی که برخی علایم می‌توانند خیلی نگران کننده باشند، بیماران دچار کنژکتیویت، اکثراً بینایی خوب و بازگشت کامل و بدون پیامد دائمی دارند (۱۱). موارد خوش خیم 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 سندروم خشکی چشم می‌باشد. سندروم خشکی چشم ممکن است بیانگر سندروم 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 (۱۴). علل قرمزی چشم در نقاط مختلف جهان به طور متفاوتی گزارش شده است. در مطالعه Karki مهمترین علت، کنژکتیویت (۱۵) و در مطالعه Michelson شایع ترین علت خونریزی خود به خود ملتجمه بود (۱۳). کنژکتیویت عموماً همراه با اختلال بینایی و درد چشم نمی‌باشد. کراتیت، زخم قرنیه، التهاب داخل چشم و گلوكوم 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 چشم‌پزشکی شهید رهنمون یزد در سال ۱۳۸۳ صورت گرفت.

#### مواد و روش‌ها

این مطالعه به صورت Case Series در ۴۰۰ 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 (آرژیک، باکتریال یا ویرال)، تغیرات دژنراتیو ملتجمه (ناخنک و پینگاکولا)، التهاب قرنیه (کراتیت)، گرفتاری اسکلرا (اسکلریت و اپی اسکلریت)، در گیری عنیه و زاویه (بیووئیت و گلوكوم)، علل تروماتیک (جسم خارجی، سوختگی شیمیایی و ترومای بلاست)، بیماری‌های پلک (بلفاریت، هوردئولوم، شالازیون و تغییر شکل پلکی)، در گیری سیستم اشکی (دکرابوسیستیت 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 ۴ گروه: کمتر از یک هفته، یک هفته تا

پلک (۱۴/۶ درصد) بود. قرمزی چشم در دو فصل تابستان و زمستان مورد بررسی قرار گرفت که ارتباط معنی دار آماری بین فصل و علل قرمزی چشم به دست نیامد که نتایج آن در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

شایع ترین 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 (۳۹/۶ درصد)، تغییرات دژنراتیو ملتحمه (۱۷/۷ درصد) و در گیری

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

P.value	جنس		P.value	فصل		علل
	زن	مرد		زمستان	تابستان	
NS	۶۵(۳۹/۶)	۷۸(۳۳/۱)	NS	۷۴(۳۷)	۶۹(۳۴/۵)	کنژکتیویت
NS	۱۸(۱۱)	۷۰(۲۹/۷)	NS	۴۳(۲۱/۵)	۴۵(۲۲/۵)	تروما
NS	۲۹(۱۷/۷)	۳۱(۱۳/۱)	NS	۲۷(۱۳/۵)	۳۳(۱۶/۵)	تغییرات ملتحمه دژنراتیو
NS	۲۴(۱۴/۶)	۲۴(۱۰/۲)	NS	۲۴(۱۲)	۲۴(۱۲)	بیماریهای پلک
NS	۱۱(۷/۷)	۹(۳/۸)	NS	۸(۴)	۱۲(۶)	بیماریهای سیستم اشکی
NS	۲(۱/۲)	۱۳(۵/۰)	NS	۸(۴)	۷(۳/۵)	ابتلاء قرنیه
NS	۱۰(۷/۱)	۴(۱/۷)	NS	۹(۴/۵)	۵(۲/۵)	گرفتاری اسکلرا و اپی اسکلرا
NS	۵(۳)	۷(۴)	NS	۷(۳/۵)	۵(۲/۵)	بیماریهای عنیبه و گلوکوم
				جمع		
		۱۶۴(۱۰۰)		۲۳۶(۱۰۰)		(۱۰۰)۲۰۰
				۲۰۰(۱۰۰)		

NS: معنی دار نمی باشد.

\* تعداد و (درصد) می باشد.

تغییرات دژنراتیو ملتحمه (۱۰ درصد) دیده شد در حالی که در در گیری عنیبه اصلاً وجود نداشت ( $p < 0.01$ ). فتوفوبی در در گیری اسکلرا (۸۵/۷ درصد) و در گیری عنیبه (۸۳/۳ درصد)، شایع تر از در گیری پلک (۲۷/۱ درصد) و کنژکتیویت (۳۲/۹ درصد) بود ( $p < 0.01$ ). تاری دید در در گیری عنیبه، ۷۵ درصد و در در گیری پلک، ۱۶/۷ درصد بود ( $p < 0.01$ ). یافته تحقیق نشان داد شایع ترین علل چشمی همراه با قرمزی چشم به ترتیب کنژکتیویت ۴۶/۵ درصد، ناخنک ۱۲/۵ درصد، کراتیت ۱۲ درصد، بلفاریت ۹/۳ درصد و پینگاکولا ۸ درصد بود. کاهش حدت بینایی، خونریزی زیر ملتحمه، نقص اپسی تلیال قرنیه، خشکی چشم، اپی اسکلریت، یووئیت، داکریوسیستیت، تغییر شکل پلک، هایفما،

علاجم چشمی همراه با قرمزی چشم هنگام مراجعه به ترتیب عبارت بود از: سوزش چشم (۹۱/۳ درصد)، اشکریزش (۵۸/۸ درصد)، خارش چشم (۶۸/۸ درصد)، احساس جسم خارجی (۴۰/۳ درصد)، فتوفوبی (۴۰ درصد)، درد (۳۹/۸ درصد)، تاری دید (۲۷ درصد) و ترشح چرکی (۲۴ درصد). ۱۰۰ درصد بیماران علامت درد نیز داشتند. اسکلریت در بیماری عنیبه مشاهده شد. (۰/۰۱). در بررسی علل قرمزی چشم بر حسب علاجم همراه، اسکلریت و گرفتاری عنیبه و قرنیه ۱۰۰ درصد با درد همراه بودند. (۰/۰۱) شایع ترین علامت در در گیری پلک، تغییرات دژنراتیو ملتحمه و کنژکتیویت، سوزش چشم بود. خارش نیز در در گیری پلک (۹۵/۸ درصد)، کنژکتیویت (۸۳/۹ درصد) و در

در گیری 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، در گیری سیستم اشکی ۹۰ درصد و در گیری پلک ۷۹/۲ درصد شروع تدریجی داشتند. علل تروماتیک ۹۷/۷ درصد، در گیری عنیبه ۵۸/۳ درصد و کنڑکتیویت ۵۶/۶ درصد شروع ناگهانی داشتند. از نظر بیماریهای سیستمیک همراه، آرتربیت روماتوئید ۶ مورد در در گیری اسکلرا و ۲ مورد در در گیری عنیبه دیده شد. دیابت ۸ مورد در در گیری پلک و ۲ مورد در در گیری عنیبه و ۸ مورد همراه با سایر علل بود، فشارخون بالا ۴ مورد در در گیری 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 ۴۰۰ بیمار با قرمزی چشم، ۴۰ مورد سابقه آلرژی فصلی چشم دیده شد که در کنڑکتیویت ۲۸ مورد (درصد)، تغییرات دژنراتیو ملتحمه، در گیری سیستم اشکی و پلک هر کدام ۳ مورد (۷/۵ درصد)، در گیری قرنیه ۲ مورد (۵ درصد) و تروما ۱ مورد (۲/۵ درصد) بود.

### بحث

در این مطالعه، شایع ترین علت قرمزی چشم کنڑکتیویت (باکتریال، ویرال و آلرژیک) بود که ۳۵/۸ درصد موارد را شامل می شد. در مطالعه *Karki* شایع ترین علت، کنڑکتیویت یا ن شد که انواع باکتریال یا ویرال آن شایع تر از نوع آلرژیک گزارش شد (۱۵). در مطالعه *Passaro* (۱۶) علت قرمزی چشم در ۲۰۰ دانشجو به طور همزمان، اپیدمی کنڑکتیویت تشخیص داده شد. در تحقیق *Jorm* (۱۷) در مرکز نگهداری شبانه روزی اطفال در سیدنی کنڑکتیویت شایع ترین اپیدمی بعد از اسهال بود. در مطالعه ما اپیدمی کنڑکتیویت وجود نداشت و انواع کنڑکتیویت باکتریال، ویرال و آلرژیک به شکل اسپورادیک مراجعه می نمودند. علل تروماتیک، دومنی علت شایع قرمزی چشم بود (۲۲ درصد موارد) که در سه گروه بلانت تروما (۹/۹)، سوختگی شیمیایی (۲/۸) و اجسام خارجی (۱۰/۳) مورد بررسی قرار گرفت. در مطالعه *Laroche* (۱۸) از ۲۲۲ مورد بیمار با ترومای چشم، ۵۱ درصد بلانت تروما، ۲۸ درصد ترومای نافذ و ۵ درصد به علت سوختگی شیمیایی و جسم خارجی دچار قرمزی چشم شده بودند در حالی که در مطالعه ما میزان بلانت تروما خیلی شایع تر بود، شاید به این علت که موارد ترومای نافذ بیشتر به اورژانس مراجعه داشتند. در مطالعه *Nirmalan Desai-P* (۱۹) در هند و مطالعه

گل مژه، افزایش فشار داخل چشم و اسکلریت دیگر یافته های همراه با قرمزی چشم را شامل می شوند که فراوانی یافته های کلینیکی در جدول ۳ ارائه شده است

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

مراجعه کننده

یافته های کلینیکی	تعداد	درصد
کنڑکتیویت	۱۸۶	۴۶/۵
ناخنک	۵۰	۱۲/۵
کراتیت	۴۸	۱۲
بلخاریت	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	۱۵	۳/۸
کاهش رفلکس مردمک	۱۳	۳/۳
ابی اسکلریت	۱۲	۳
بوونیت	۱۲	۳
داکریوسیستیت	۱۰	۲/۵
مالفورماسیون پلکی	۹	۲/۳
سلول در اتاق قدامی	۹	۲/۳
هایفما	۶	۱/۵
گل مژه	۶	۱/۵
افزايش فشار چشم	۵	۱/۳
چسبندگی عنیبه	۵	۱/۳
(KP) رسوب سلول در آندوتیلیوم قرنیه	۴	۱
شالازیون	۴	۱
اسکلریت	۲	۰/۵

بیشترین محل قرمزی چشم در گیری 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 شایع ترین محل قرمزی را تشکیل داد. در اکثر موارد (۴۶ درصد) در گروه کمتر از یک هفته قرار می گرفت. در این بررسی حداکثر طول مدت قرمزی ۵ ماه و حداقل آن، کمتر از چند ساعت بود. از نظر طول مدت قرمزی، علل قرنیه ای و تروماتیک ۱۰۰ درصد موارد در کمتر از یک هفته، در گیری عنیبه ۶۶/۷ درصد، کنڑکتیویت ۳۹/۹ درصد، در گیری اسکلرا ۵۰ درصد موارد بین یک هفته تا یک ماه و

۵۸/۳ درصد بیماران با اسکلریت و ۲۳/۵ درصد بیماران با اپی اسکلریت مشاهده شد. در مطالعه ما نیز ۲ مورد اسکلریت، هر دو کاهش بینایی داشتند، در حالی که از ۱۲ مورد اپی اسکلریت 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 اپی اسکلریت می‌باشد. 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 آرتربیت روماتوئید بود. همچنین در مطالعه دیگری توسط وی (۲۸) بر روی ۶۹ بیمار مبتلا به اسکلریت و اپی اسکلریت در ۳۶ درصد بیماران، بیماریهای سیستمیک همراه مشاهده شد. عوارض چشمی شامل یووئیت (۱۱/۴٪)، درگیری قرنیه (۱۵٪) و گلوکوم (۰/۷/۸٪) وجود داشت. در مطالعه ما، دو مورد اسکلریت دیده شد که همراه با آرتربیت روماتوئید بودند. از ۱۲ مورد اپی اسکلریت، ۴ مورد همراه با آرتربیت روماتوئید بود که این مطالعه نیز مانند مطالعات دیگر همراهی اسکلریت با بیماریهای سیستمیک بافت همبندی — عروقی را نشان می‌دهد. در بررسی *Akduman* (۲۹) در ۷۸ بیمار مبتلا به آرتربیت روماتوئید جوانان، ۷ نفر به یووئیت مبتلا بودند. در مطالعه ما نیز از ۸ مورد یووئیت، ۲ مورد همراهی با آرتربیت روماتوئید دیده شد که همانند مطالعه فوق، ارتباط بین یووئیت و آرتربیت روماتوئید را نشان می‌دهد. در تحقیق *Wolf* (۳۰) در ۵۱ بیمار با یووئیت ناشی از آرتربیت 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 مزمزی 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 کثیرکیوت است ولی بایستی علل مهمتری مانند اسکلریت، یووئیت و گلوکوم و همراهی آن با بیماریهای سیستمیک که پروگنوز بیماری را بدتر می‌کند، مدد نظر داشته تا با تشخیص و درمان به موقع از عوارض بینایی آنها پیشگیری کرد. مهمترین وظیفه پزشک عمومی در مواجهه با *Red*

(۲۰) در لندن بلانت ترومما شایع‌ترین علل تروماتیک قرمزی چشم بود. ترومای بلانت در مطالعات مختلف شیوع بالاتری نسبت به سایر ترومایها دارد و میزان عوارض آن بسته به محل تحقیق شغل، شرایط زندگی و عوامل محیطی متفاوت می‌باشد. عوارض چشمی بلانت ترومما، 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 مساعد کننده اصلی کراتیت شامل ترومما (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 دئزراتیو ملتحمه شامل پینگاکولا و ناخنک (۱۵ درصد) بود. ناخنک یک بیماری شایع اکسترناל 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 بنس 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 (۳) در ۵۸/۸ 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 توجیه در مردان بیشتر از زنان بود. در مطالعه *Jobs* (۲۵) بر روی ۱۳۴ بیمار مبتلا به اسکلریت و اپی اسکلریت عوارض چشمی در ۱۳/۵ درصد بیماران با اپی اسکلریت و ۵۸/۸ درصد بیماران با اسکلریت دیده شد. هیچ کدام از بیماران با اپی اسکلریت کاهش بینایی نداشتند در حالی که در ۱۵/۹ درصد بیماران با اسکلریت کاهش بینایی ایجاد شد. در مطالعه مشابه توسط *Cuchacovich* (۲۶) در شیلی روی ۴۶ بیمار مبتلا به اسکلریت و اپی اسکلریت کاهش بینایی در

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

#### 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- Kunimoto 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. Mitchell, 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. Tychsen A. Onset 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.