

التفعل الثاني

العين الحمراء

الإصابات الكيميائية Chemical Injury

قم بغسل العين فوراً (انظر الصفحة ١٧٩).

ما هو التصنيف المتبع؟ Which Category Applies?

- حاد، ومؤلم
- الصفحة ٢٥ أحادي الجانب
- الصفحة ٦٨ ثنائي الجانب
- حاد، وغير مؤلم
- الصفحة ٨٥ أحادي الجانب
- الصفحة ٩٢ ثنائي الجانب
- الصفحة ٩٧ ● مزمن
- الصفحة ١٧٩ ● الرضح

يرشدك التاريخ المرضي الصحيح عادةً على التشخيص ، حتى قبل إجراء الفحص.

الأسباب الأكثر شيوعاً:

التهاب الملتحمة (الصورة رقم ١, ٢)

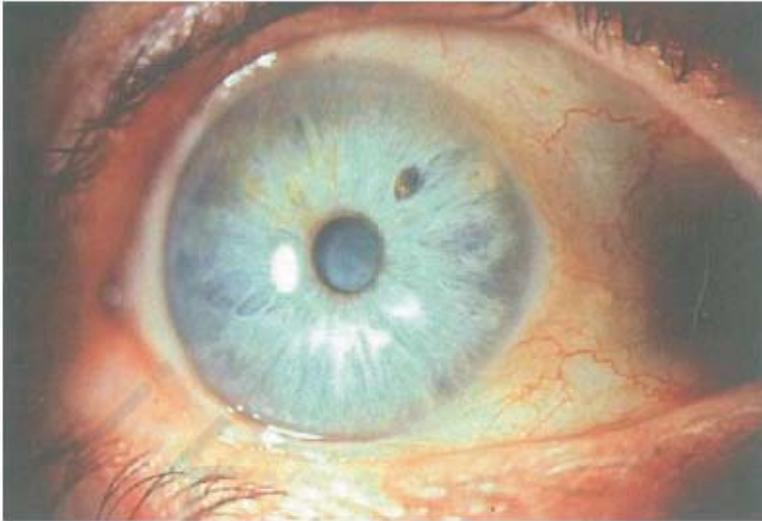
● احتقان منتشر يصاحبه إفرازات قيحية.



الصورة رقم (٢,١). التهاب الملتحمة.

أجسام غريبة في القرنية (الصورة رقم ٢,٢)

- في البداية قد تكون العين هادئة - إلا أنه خلال بضع ساعات قد تظهر حلقة صدادية مع جسيمات حديدية.
- **سحجات القرنية - بدون استخدام صبغة الفلوريسين Fluorescein (الصورة رقم ٢,٣ أ، ب)**
- يشير الانعكاس غير الطبيعي للضوء على القرنية على ضرر سطحي - ويمكن رؤية حافة سحجة القرنية.
- **سحجات القرنية - باستخدام صبغة الفلوريسين Fluorescein (الصورة رقم ٢,٣ ج)**
- تصطبغ السحجة بشدة.



الصورة رقم (٢, ٢). جسم غريب على القرنية.

الرموش النامية إلى الداخل والشتر الداخلي (الصورة رقم ٢, ٤)

● ينقلب الجفن إلى الداخل مما يؤدي إلى كشط العين بالرموش.

نزف تحت الملتحمة (الصورة رقم ٢, ٥)

● قد يغطي نزف كثيف مع حافة واضحة الملتحمة كلها.

التهاب العنبي الأمامي أو القزحية (الصورة رقم ٢, ٦)

● احتقان حول حافة القرنية (الحافة) على وجه الخصوص - تكون العين

حساسة جداً للضوء (رهاب الضوء) وتدمع - ولكن لا يصاحبها إفرازات قيحية.

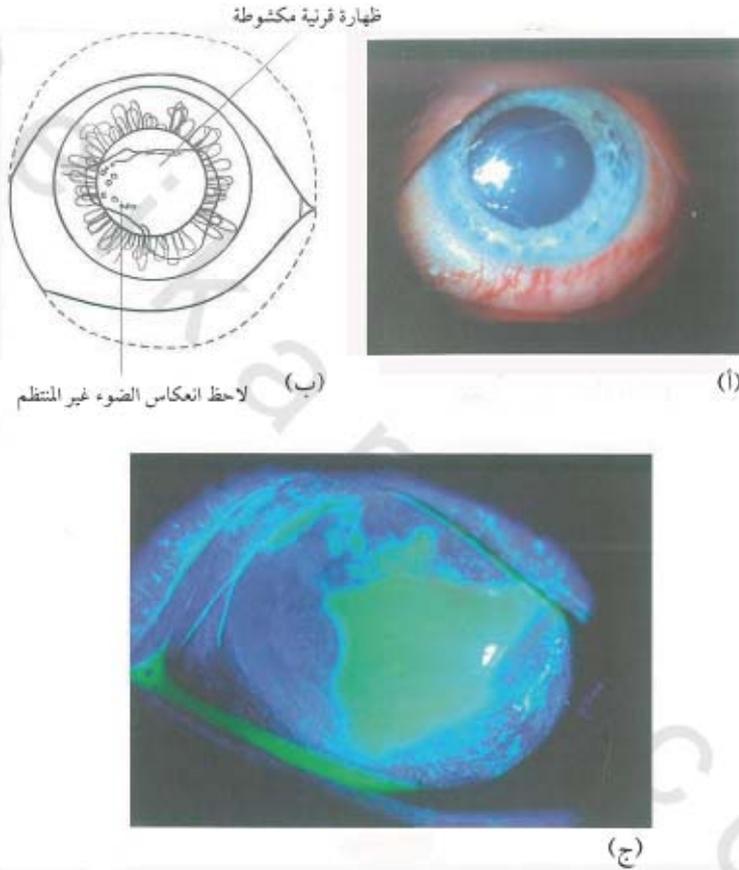
الحساسية

● يعد الجلد المكشوط الظاهرة الرئيسة - حساسية العين من القطرات مثال

نموذجي. (الصورة رقم ٢, ٧ أ)

● ملتحمة متوذمة ومنتفخة - ردة فعل حادة نموذجية للمواد التحسسية

كالغبار. (الصورة رقم ٢,٧ ب)



الصورة رقم (٢,٣). سحجة القرنية بدون (أ، ب) ومع (ج) استخدام صبغة الفلوريسين Fluorescein.



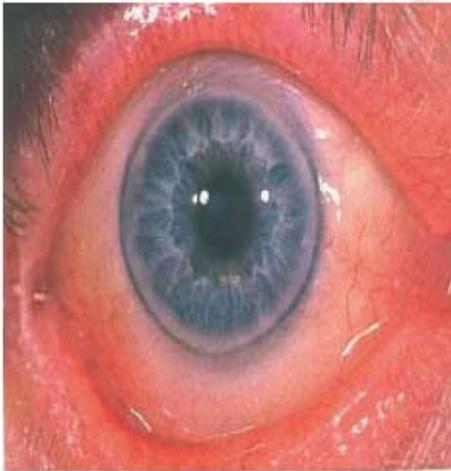
الصورة رقم (٢,٤). رموش نامية إلى الداخل وشتر داخلي للجفن العلوي.



الصورة رقم (٢,٥). نزف تحت المتحمة.



الصورة رقم (٢,٦). التهاب العنيفة الأمامية / القرحة.



(ب)



(أ)

الصورة رقم (٢,٧) أ، ب. حساسية.

الرضح (الصورة رقم ٢,٨)

- قد يجنب نرف شديد تحت الملتحمة تمزق كرة العين.

قرحة القرنية (الصورة رقم ٢,٩)

- قد تصيب حافة القرنية كما يظهر في الصورة أو مركز القرنية.

جراحة سابقة في العين (الصورة رقم ٢,١٠)

- خمج مقلة العين - التهاب باطن العين - لاحظ مستوى القيح بالغرفة

الأمامية (تقيح غرفة العين الأمامية).

التهاب الأنسجة الخلوية حول الحجاج أو التهاب الأنسجة الخلوية الحجاجية

(الصورة رقم ٢,١١)

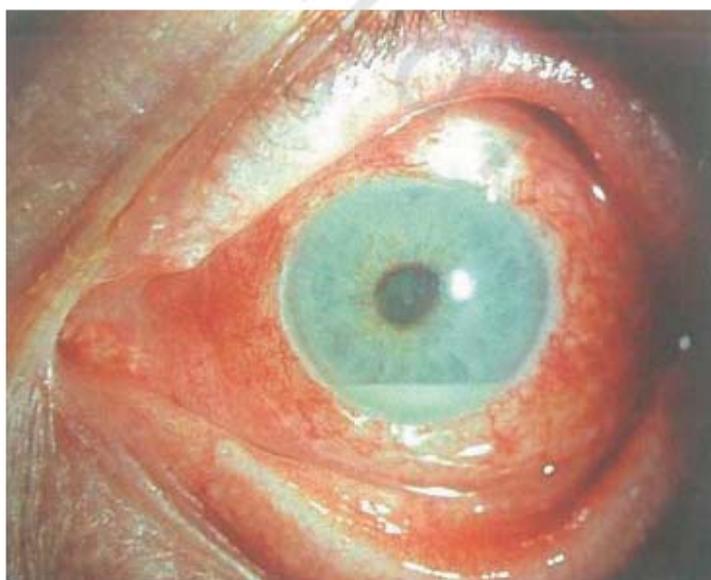
- قد تحتقن العين في حالة التهاب الأنسجة الخلوية الحجاجية.



الصورة رقم (٢,٨). رضح مع وذمة ملتحمة شديدة ونرف.



الصورة رقم (٢,٩). قرحة القرنية الخافية.



الصورة رقم (٢,١٠). جراحة عين سابقة - التهاب باطن العين مع قيح بالغرفة الأمامية.



الصورة رقم (٢,١١ أ). التهاب الأنسجة الخلوية الحجاجية وحول الحجاجية.

العين الحمراء - حاد، مؤلم، وأحادي الجانب

RED EYE - ACUTE ONSET, PAINFUL UNILATERAL

المسببات الشائعة

الصفحة ٣٥	سحجات القرنية
الصفحة ٤٠	أجسام غريبة في القرنية
الصفحة ٤٥	أجسام غريبة تحت غضروف الجفن
الصفحة ١٨٣	الإصابة النافذة / الإصابة غير الحادة
الصفحة ٤٨	رموش نامية إلى الداخل
الصفحة ٢٢١	مشاكل متعلقة باستخدام العدسات اللاصقة

مسببات أقل شيوعاً

الصفحة ٦١	الزرق الحاد
الصفحة ٥١	التهاب العنبيّة
الصفحة ٢٧٧	جراحة سابقة
الصفحة ٥٦	قرحة القرنية
الصفحة ٦٢	التهاب الصلبة / التهاب فوق الصلبة
الصفحة ٦٥	الحلأ النطاقي

أمراض العين الناشئة عن خلل في وظيفة الغدة الدرقية الصفحة ٧٠
التهاب الأنسجة الخلوية الحجاجية الصفحة ٢٣٦

أسأل مباشرة عن

● الحفر، الصقل، اللحام والطرق. ابحث عن أي أجسام غريبة في القرنية وخذ بعين الاعتبار الإصابة النافذة الناتجة عن أجسام غريبة عالية السرعة - عادة نتيجة طرق معدن على معدن (الصورة رقم ٢, ١١ ج).

● ألم عند مشاهدة الضوء (الرهاب الضوئي)

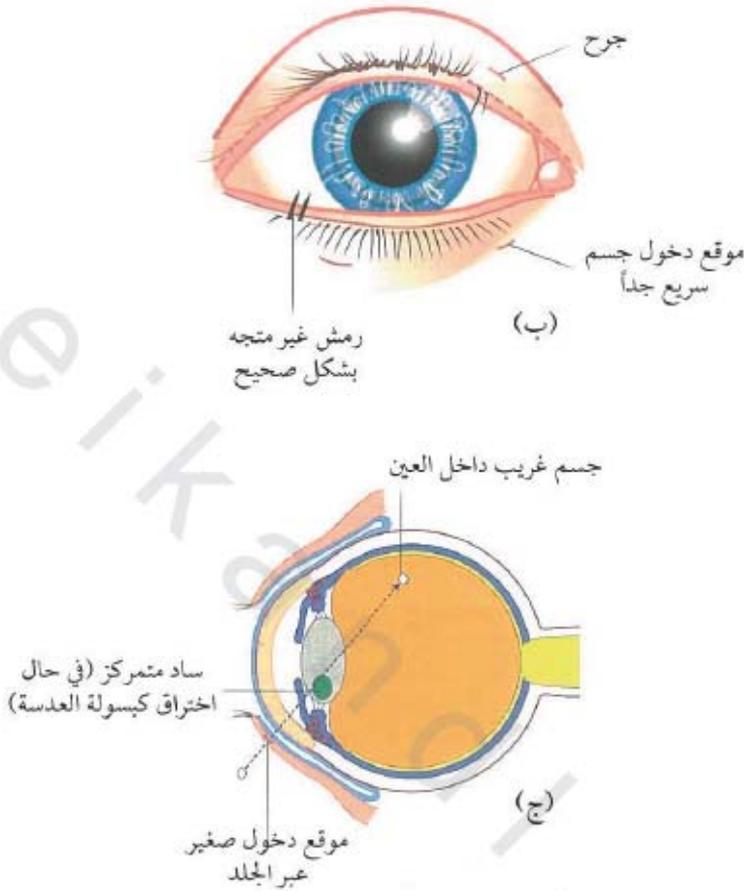
توقع التهاب داخل العين مثل التهاب العنبيّة والسحجات الشديدة.

● رضح العين - سابقاً أو حالياً. تحدث سحجات القرنية غالباً نتيجة الإصابة بواسطة أظافر الأطفال الرضع، أوراق الصحف، والأجسام الغريبة. ومن الممكن أن تتكرر سحجات القرنية، عادة بعد الإفاقة من النوم. ويمكن رؤية رضح العين الحديث مباشرة بكل سهولة ووضوح.

● العدسات اللاصقة. قد يؤدي الاستخدام المفرط أو غير التنظيف للعدسات إلى سحجات أو قرحة القرنية.

● جراحة العين - قريباً أو سابقاً. قد يشير أي تدهور مفاجئ بعد الجراحة إلى وجود خمج. وقد ينتج عن عملية الساد تهيج ناتج عن خيوط الجرح - إلا أن هذا قد أصبح أمراً غير شائع في الوقت الحالي نظراً للجراحات المتطورة الحالية من دون استخدام الخيوط. يعد عدم الراحة بعد عملية انفصال الشبكية والحول أمراً شائعاً، إلا أنه سرعان ما يزول.

● التهاب سابق بالعنبيّة (التهاب العين). يعاني الشبان المصابون بالتهاب الفقار الرثياني عادةً من التهابات العنبيّة المتكرر.



الصورة رقم (٢،١١ ب، ج). فحص الجفن.

نقص النظر

وهو ما يحدث في أغلب الحالات، ويكون السبب في ذلك عادةً ناتجاً عن زيادة تدميع العين، الرهاب الضوئي، اختلال في منطقة الرؤية المركزية بالقرنية بسبب سحجة، أو بسبب الزرق الحاد الذي يؤدي إلى عتامة القرنية ويحدث غالباً عند كبار السن.

الفحص

أنسجة الحجاج وحول الحجاج

- ١- دوّن إذا كان هناك كدمات أو حمامي بمنطقة حول الحجاج.
- ٢- تحسس حافة الحجاج لوجود ألم أو كسور الحافة (الصورة رقم ٢، ١١ د).
- ٣- دوّن ما إذا كان المريض يرتدي نظارة الحماية للعين إذا كانت ذات صلة.

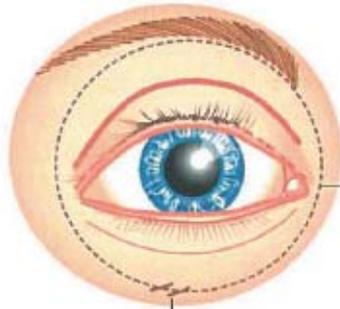
الجفن

- ١- ابحث عن رموش غير متجهه بشكل صحيح، جروح، وأماكن دخول جسيمات غريبة ذات سرعة عالية (الصورة رقم ٢، ١١ ب، ج).
- ٢- اقلب الجفن (راجع الصفحة ٤٦) وابحث عن جسيمات غريبة تحت غضروف الجفن. ولكن لا تقم بقلب الجفن في حال اشتباهك بإصابة نافذة للعين.

حدة الإبصار

- ١- اتبع ما يلي في حال عدم تمكن المريض من فتح عينه لشعوره بالألم أو الرهاب الضوئي:
- ٢- ضع قطرة مخدرة مثل بروكسيميتاكين proxymetacaine ٠,٥٪. قد يساعدك هذا الإجراء على متابعة الفحص.
- ٣- في حال توقع إصابة نافذة للعين لا تحاول فتح الجفن باستخدام القوة (راجع الصفحة ٢٠١)

- ٤- استخدم النظارة أو ثقب الرؤية إذا استدعى الأمر (الصورة رقم ١، ٥)
- ٥- يقل النظر عادةً في حالات سحجات القرنية، الاستخدام المفرط للعدسات اللاصقة، والزرق الحاد - وينقص النظر على نحو أقل في حالات وجود أجسام غريبة في القرنية، التهاب العنبيه، أو التهاب فوق الصلبة.
- ٦- قد تؤدي الإصابة النافذة إلى إما عدم فقدان أو فقدان شديد للنظر، ويعتمد ذلك على درجة الضرر بداخل العين - راجع الصفحة ٢٠٧ فقرة هفوات.



حافة حجاجية عظمية
تحسسها من خلال الجلد

تحقق من مكان الألم أو منطقة الكسر

الصورة رقم (٢،١١ د). فحص الأنسجة المحيطة بالحجاج.

البؤبؤ

- ١- يكثر انقباض البؤبؤ عند الإصابة بالتهاب العينية أو سحجات القرنية والتي تحدث بسبب تشنج البؤبؤ - والتي تشكل مصدر الألم في الغالب، لذا يجدر استخدام قطرة مخففة للتشنج كالسيكلوبنتوليت cyclopentolate ١٪.
- ٢- يشتهب الإصابة بالزرق الحاد في حالات البؤبؤ الثابت ببيضاوي الشكل، تضيب القرنية، والمرضى كبار السن (راجع الصفحة ٦١).
- ٣- يشتهب بوجود إصابة نافذة في حالات البؤبؤ المشوه، ووجود تاريخ مرضي عن رضخ في السابق.

الملتحمة

- ١- قد يخفي نرف الملتحمة أو توذمها (الانتفاخ الوذمي) تمزق الصلبة (الصورتان رقما ٢،٧ ب - ٢،٨)، ويشير الالتهاب المتمركز إلى التهاب فوق الصلبة.
- ٢- يشير احتقان الملتحمة المحيط بالقرنية والذي يصاحبه رهاب ضوئي إلى التهاب العينية (الصورة رقم ٢،٦).

٣- بحث في أقيية الملتحمة (الجيب بين داخل الجفون والعين) عن أية أجسام غريبة، بما في ذلك العدسات اللاصقة - اقلب الجفن العلوي (الطريقة موضحة بالصور أرقام ٢,٢٥ - ٢,٢٨).

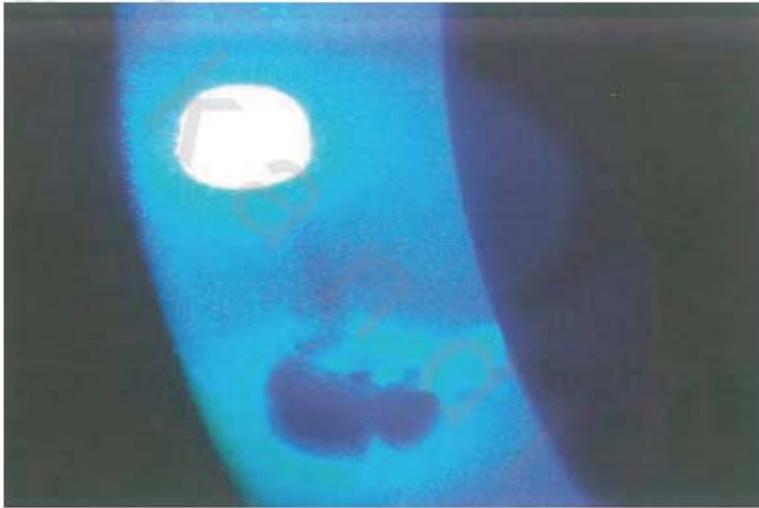
القرنية

- ١- وضح العلة - مثل سحجات القرنية، القرحة أو الأجسام الغريبة باستخدام صبغة الفلوريسين fluorescein المخففة.
- ٢- قد تكون الأجسام الغريبة تحت غضروف الجفن العلوي، وقد يشير لوجودها خدوش خطية عامودية في أعلى القرنية (الصورة رقم ٢,١٢) - (الصور أرقام ٢,٢٥ - ٢,٢٨) الموضحة لفحص تحت الجفن العلوي.



الصورة رقم (٢,١٢). سحجات قرنية خطية نموذجية تشير إلى وجود جسم غريب تحت غضروف الجفن.

٣- يشير البؤبؤ المشوه إلى إصابة نافذة في القرنية أو الصلبة (الصورة رقم ٥,١١) - ولكشف التسربات المائية من داخل العين قطر ٢٪ من صبغة الفلوريسين fluorescein وقم بالفحص تحت الضوء الأزرق (الصورة رقم ١٣, ١٢). ولكن في حال عدم وجود تسرب فهذا لا يعني عدم وجود إصابة نافذة بالضرورة حيث إن من المحتمل أن يكون الجرح التأم تلقائياً.



الصورة رقم (١٣, ٢). تسربات مائية من الغرفة الأمامية بعد إصابة نافذة يمكن مشاهدتها باستخدام صبغة الفلوريسين fluorescein بنسبة ٢٪.

٤- يوحى تضبيب القرنية، عند المرضى كبار السن، مع وجود وهن عام، وألم شديد بالعين، وفقدان للنظر إلى الزرق الحاد. (راجع الصفحة ٦١)

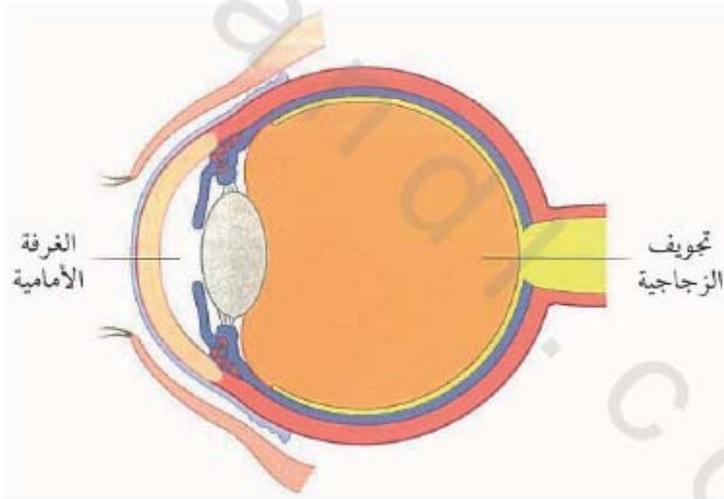
٥- قد ترى نقاط بيضاء على سطح القرنية الداخلي وذلك في حالة التهاب العنبيية (ترسبات القرنية keratic precipitate) (الصورة رقم ١٤, ٢).

الصلبة

- ١- يوحى احتقان الصلبة مع ألم حاد بالعين (الصورة رقم ٢, ١٥ أ) إلى التهاب العنبيّة أو التهاب الصلبة. ويعد التهاب الصلبة من الأمراض النادرة - ويتميز ألمه بأنه يجعل المريض يقضاً طوال الليل.
- ٢- يرافق التهاب فوق الصلبة شعوراً بسيطاً بعدم الراحة فقط.

الغرفة الأمامية

- الغرفة الأمامية هي عبارة عن المسافة بين البؤبؤ والسطح الداخلي للقرنية (الصورة رقم ٢, ١٣ ب)



الصورة رقم (٢, ١٣) ب.

- ١- التهاب العنبيّة - قد يُرى من خلال المصباح الشقي كدر خفيف وخلايا التهاية في سائل الغرفة الأمامية.

- ٢- قد تمتلئ كامل الغرفة الأمامية أو الحد الأدنى منها بمستوى من الدم وذلك في حال وجود رضح أدى إلى نزف الغرفة الأمامية (الصورتان رقما ٢, ١٥ ب، ٤, ٥).
- ٣- تقيح غرفة العين الأمامية hypopyon - وهو عبارة عن مستوى أبيض من الخلايا الالتهابية - قد يرى في التهابات العين الخمجية (عادةً بعد إجراء عملية جراحية) أو بعد تقرحات القرنية الخمجية الشديدة (الصورتان رقما ٢, ١٥ ب - ٢, ٣٣).



الصورة رقم (٢, ١٤). التهاب العنبي الحاد.

العدسة

في حال وجود تاريخ مرضي عن إصابة نافذة فإنه قد يصاحبها الساد الجزئي أو الكامل.



الصورة رقم (٢,١٥ أ). احتقان الصلبة - بسيط في حالة التهاب فوق الصلبة، وشديد في حالة التهاب الصلبة.



الصورة رقم (٢,١٥ ب).

قاع العين

يكون من الصعب عادة إجراء فحص وافٍ لقاع العين في الحالات الحادة - ونادراً ما يساعد في تشخيص المرض الذي يؤدي إلى احمرار العين الحاد.

الفحص العام

- لا يستدعي الأمر القيام به في الغالب ولكنه قد يرتبط بما يلي :
- الرضح - في حال اشتباهك بحدوث أي إصابات أخرى.
- مرض النسيج الضام - مثل التهاب المفاصل الرثياني - والذي بدوره قد يؤدي إلى جفاف العين وقرحات القرنية.
- الغرناوية - والذي قد يصاحبها التهاب العينية.

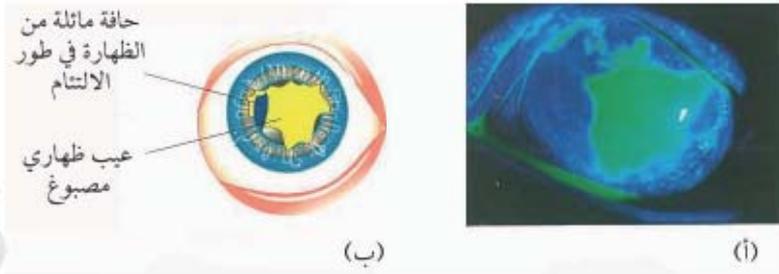
سحجات القرنية**CORNEAL ABRASION**

(الصور أرقام ١٦، ٢، ١٧، ٢، ١٨، ٢، أ، ب)

- ألم حاد.
- يتسبب بها عادةً أظافر الأطفال، تشذيب الحديقة، أو فرشاة المسكرة mascara - قد تحدث أغطية السرير القرنية أثناء النوم وذلك عندما يكون الجفن غير مغلق تماماً بعد الإفراط في شرب الكحول.
- قد تكون متكررة.

الفحص والعلاج

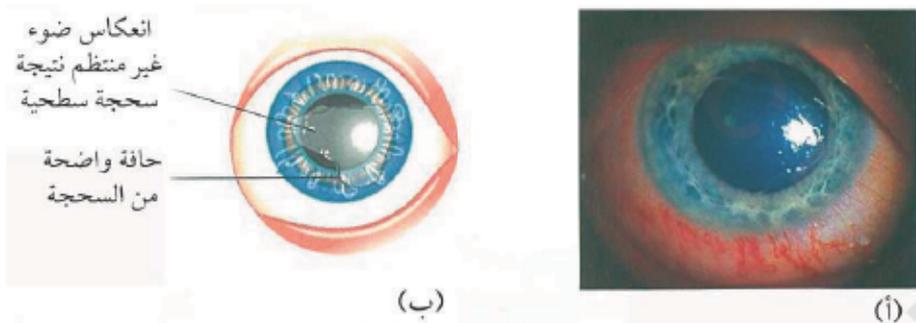
- ١- ضع قطرة من مزيج مادة مخدرة topical anesthesia وصبغة الفلوريسين fluorescein، مثل بروكسيميتاكين proxymetacaine ٠,٥٪ وصبغة الفلوريسين fluorescein ٠,٢٥٪. ومن الممكن استخدام مواد منفصلة.
- ٢- سجّل حدة الإبصار.



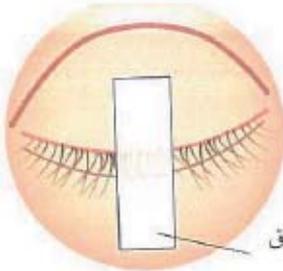
الصورة رقم (٢،١٦) ب). سحجة قرنية كبيرة واضحة بواسطة صبغة الفلوريسين fluorescein .



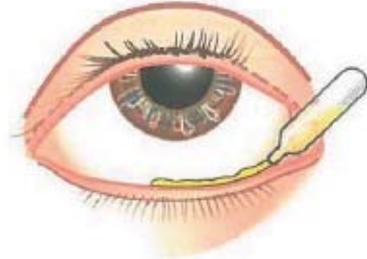
الصورة رقم (٢،١٧). سحجات خطية ناتجة عن وجود جسم غريب تحت غضروف الجفن (راجع الصورة رقم ٢،١٢).



الصورة رقم (٢،١٨) أ، ب). سحجة القرنية. يمكن مشاهدتها بدون استخدام صبغة الفلوريسين fluorescein. لاحظ انعكاس الضوء غير المنتظم.

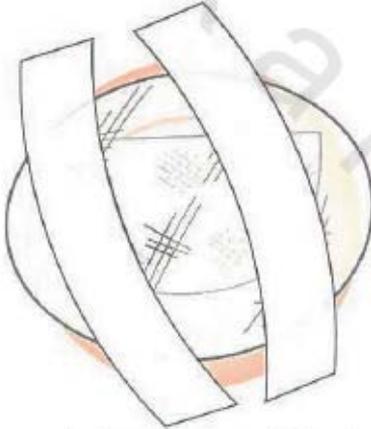


شريط لاصق

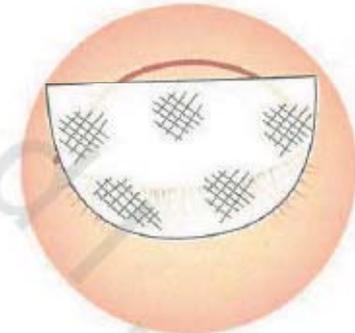


٢- اغلق العين وفي حال الضرورة اغلق الجفن بالشريط اللاصق

١- اطلب من المريض النظر للأعلى اسحب الجفن السفلي للأسفل ضع مرهم كلورامفينيكول (chloramphenicol ointment) في القبة السفلية (الجيب بين العين والجفن)



٤- غطها بضمادة أخرى وثبتها بالشريط اللاصق



٣- اطوي ضمادة العين إلى نصفين وضعها فوق الجفون المغلقة

الصورة رقم (٢٠١٨ ج). طريقة الضمادة المزدوجة (الصورتان رقما ٩،١٣ - ٩،١٤) راجع الصفحة ٢٥٣.

٣- تظهر القرنية المسحوجة باللون الأخضر عند صبغها بالفلوريسين fluorescein وتسليط كوبلت أزرق الإضاءة cobalt blue light - وأحياناً من السهل رؤيتها في الضوء الأبيض.

- ٤- ابحث عن أي أجسام غريبة في القرنية - يدل وجود سحبات خطية في الجزء العلوي من القرنية على وجود أجسام غريبة تحت غضروف الجفن العلوي (الصورة رقم ١٢، ٢). ويجب قلب الجفن العلوي في جميع الحالات (راجع الصفحة ٤٧).
- ٥- أزل أي أجسام غريبة. يمكن إزالة الجزئيات الموجودة تحت غضروف الجفن العلوي بأعواد تنظيف الأذن القطنية، وقد يتطلب إزالة الأجسام الغريبة الموجودة في القرنية استخدام إبرة (راجع الصفحة ٤٢).
- ٦- تُستخدم قطرات سيكلونيتولايت cyclopentolate ١٪ الموضعية لتسكين الألم الناتج عن تشنجات القرنية وذلك باستخدامها مرتين يومياً لمدة يومين.
- ٧- ضع مرهم كلورامفينيكول chloramphenicol ١٪.
- ٨- قم بتغطية العين باستخدام ضمادتين كما هو موضح في الصورة رقم (١٨، ٢ ج).

ضمادة العين المزدوجة

- اطوِ ضمادة في المنتصف وضعها على العين المغلقة.
 - ضع ضمادة أخرى فوق الأولى وثبتها بإحكام بشرط لاصق.
 - تأكد من أن المريض لا يستطيع فتح عينة المضمدة بسهولة. قم بتثبيت الجفن العلوي بواسطة لاصق إذا استدعى الأمر.
- ١- لا تقم بنزع الضمادة لمدة ٢٤ ساعة - قد لا تساعد بتسريع عملية الالتئام إلا أن المرضى يكونون عادةً أكثر راحة عند وضعها.
- ٢- قم بوضع مرهم كلورامفينيكول chloramphenicol ١٪ ٤ مرات يومياً لمدة ٥ أيام، بعد مرور ٢٤ ساعة.
- ٣- وضح للمريض أن ألم العين سيعود مجدداً بعد زوال تأثير المخدر الموضعي local anesthetic - عادةً خلال نصف ساعة - وينصح بعدم القيادة.

- ٤- تستخدم المسكنات التي تؤخذ عن طريق الفم عند الحاجة.
٥- تحصل عملية الالتئام الكامل عادةً خلال ٤٨ ساعة.

لوضع المرهم

- ينبغي على المريض الوقوف أمام المرأة.
- اسحب الجفن السفلي للأسفل وقم بعصر خط قصير من المرهم في الجيب ما بين السطح الداخلي للجفن السفلي والعين.
- احرص على عدم ملامسة فوهة المرهم للعين.
- أكد للمريض بأن معظم المرهم يخرج أثناء رفرفة العين وأن ما يبقى في العين يكفي للعلاج.

الرضع

- قد ينبغي لف الرضيع بمفرش لتقييد حركة الذراعين لمواصلة الفحص.
- اجث عن أي أجسام غريبة (تحت غضروف الجفن العلوي) - وهو أمرٌ صعبٌ في العادة.
- لا تغطِ العين - سيقوم الطفل بنزعها بسهولة.
- دائماً استشر طبيب العيون.

المتابعة والإحالة

- بالنسبة للسحجات الكبيرة (أكثر من ٣٠٪ من سطح القرنية)، إصابة كلا العينين، والأطفال - استشر طبيب العيون.
- تابع باقي الحالات بعد مضي ٢٤ ساعة.

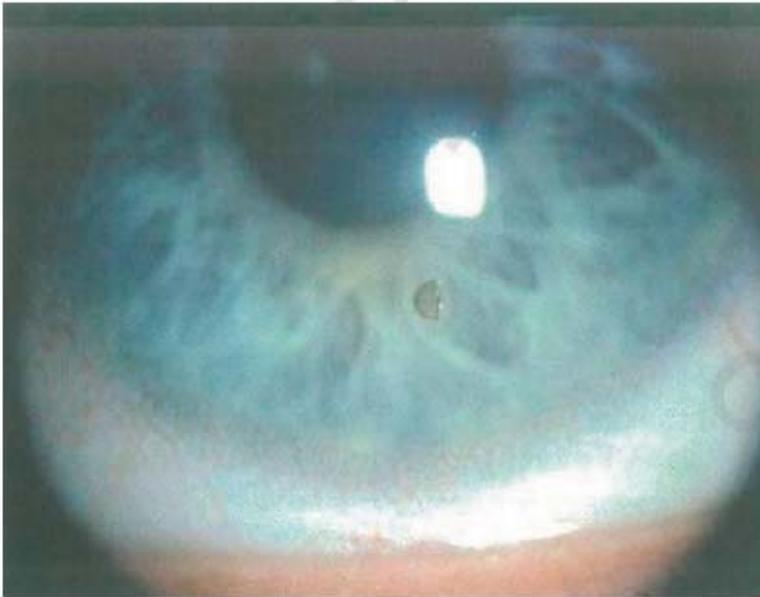
الهفوات

- الفشل في البحث عن أجسام غريبة تحت غضروف الجفن العلوي.

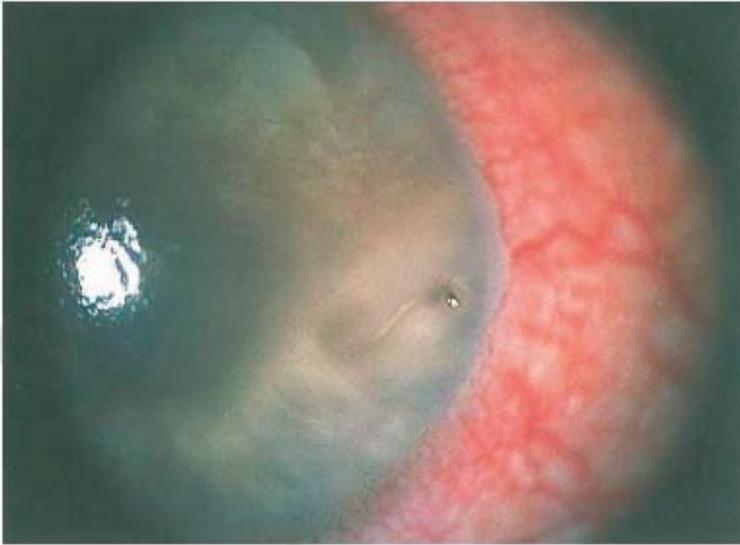
الأجسام الغريبة في القرنية
CORNEAL FOREIGN BODY
(الصور أرقام ٢,١٩ - ٢,٢١)

السمات

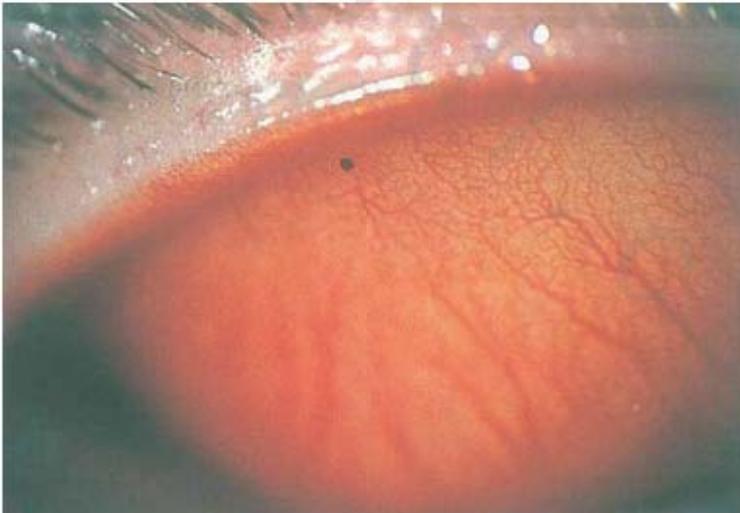
- يشيع في أوساط عمال المصانع دخول أجسام غريبة حديدية في القرنية والتي قد تحصل أثناء قيامهم بالحفر، الصقل، أو اللحام.
- قد يتم العثور على أجسام غريبة من طلاء جاف في قرنيات الرسامين ومصممي الديكور، وعلى مواد عضوية عند المزارعين.
- قد تتواجد الأجسام الغريبة تحت غضروف الجفن العلوي.
- قد تصيب الأجسام الغريبة كلا العينين.



الصورة رقم (٢,١٩). جسم غريب معدني - سطحي بدون صدأ حلقي في هذه المرحلة المبكرة.



الصورة رقم (٢,٢٠). جسم غريب نافذ - لاحظ القرنية المتضخمة وانعكاس الضوء غير المنتظم.



الصورة رقم (٢,٢١). جسم غريب تحت غضروف الجفن - ابحث عن هذه الأجسام الغريبة حتى لو وجدت جزء على سطح القرنية فقد يكون كليهما موجود في نفس العين.

العلاج

- ١- ضع قطرة مكونة من مزيج مخدر topical anesthetic وصبغة الفلوريسين fluorescein مثل بروكسيميتاين ٠,٥٪ proxymetacaine وفلوريسين ٠,٢٥٪ fluorescein. وذلك لإتمام الفحص - يمكن استخدام مستحضرات منفصلة.
- ٢- حاول إزالة الأجسام الغريبة بعود قطني - استخدم المصباح الشقي إذا كان متوفراً أو عدسة مكبرة magnifying loupe.
- ٣- إذا تعذر عليك إزالة الأجسام الغريبة بالعود القطني - حاول إزالتها بإبرة برتقالية (الصورة رقم ٢٤, ٢٤)

إزالة الأجسام الغريبة من القرنية باستخدام الإبرة (الصور أرقام ٢٢, ٢٢ - ٢٤, ٢٤)

- ١- ثبت الإبرة في محقنة ٢ مل لتعمل كمقبض وتعطيك تحكم أفضل.
- ٢- وضّح للمريض ما ستقوم به ، وطمئنه بأنك لن تدخل الإبرة داخل عينه.
- ٣- امسك الجفن العلوي لتجنب الررفة - ولعمل ذلك :
- اطلب من المريض النظر إلى الأسفل.
 - ضع إبهامك في الطرف السفلي من الجفن العلوي وارفع الجفن.
 - اطلب من المريض النظر للأمام أو في أي اتجاه مناسب لإزالة الجسم الغريب
- ٤- حاول إزالة الجسم الغريب برفق باستخدام رأس الإبرة بزاوية غير مباشرة (غير حادة) على سطح القرنية - قم بثني الإبرة إذا استدعى الأمر كما سيتم إيضاحه لاحقاً.
- ٥- من الأسهل التقاط الجسم الغريب بعد إزاحته بعود قطني رطب بدلاً من محاولة إزالته عن سطح العين باستخدام الإبرة.
- إذا بقي صدأ حلقي كثيف حول موقع الجسم الغريب حاول إزالته ، من الأسهل عادة إزالة الصدأ الحلقي الكثيف حول موقع الجسم الغريب الذي تم إزاحته بعد مرور ٢٤ - ٤٨ ساعة من الإجراء الأول.

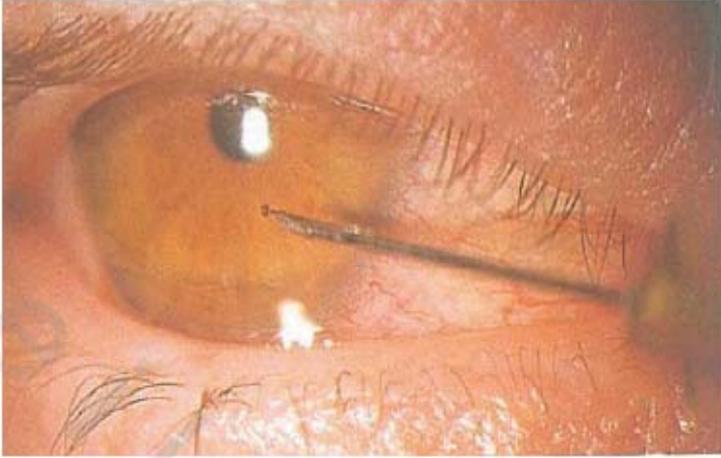
- ضع قطرة من سيكلوبيبتوليت cyclopentolate بنسبة ١٪ (ميدريلات ١٪) (Mydrilate).
- ضع مرهم كلورامفينيكول chloramphenicol ١٪.
- غطِ العين بالضَّمادة لمدة ٢٤ ساعة (راجع الصورة رقم ١٨, ٢ ج).



الصورة رقم (٢, ٢٢). ضع رأس الإبرة البرتقالية اللون في ثقب الإبرة خضراء اللون واثنها بمقدار ٣٠ درجة - فهذا يعطي شوكة مفيدة لإبعاد الجسم الغريب عن القرنية.



الصورة رقم (٢, ٢٣). ثم اثنِ الإبرة بمقدار ٣٠ درجة - حيث أن هذا الإجراء يؤمن وصولاً جانبيّاً أسهل إلى سطح العين.



الصورة رقم (٢٤، ٢٤). أمسك الجفنين وأزل الجسم الغريب - ضع محضراً موضعياً عند اللزوم.

ضمادة العين المزدوجة

- اطوِ ضمادة إلى نصفين وضعها على العين المغلقة.
- ضع ضمادة أخرى فوق الأولى وثبتها بإحكام بشريط طبي لاصق.
- ١- ضع مرهم كلورامفينيكول chloramphenicol بنسبة ١٪ ثلاث مرات يومياً لمدة أسبوع.
- ٢- وضح للمريض أن ألم العين سيعاوده بعد زوال تأثير التخدير الموضعي topical anesthetic - عادةً بعد نصف ساعة - ولكنه من المتوقع أن يزول في غضون ٢٤ ساعة.

المتابعة والإحالة

- للأطفال - ينبغي مناقشة أخصائي العيون فوراً.
- البالغين - مراجعة أخصائي العيون خلال ٢٤ ساعة في حال عدم القدرة على إزالة جميع الأجسام الغريبة.
- لا يستدعي الأمر متابعة باقي الحالات.

الهفوات

الفشل في :

- التحقق من والبحث عن إصابة نافذة محتملة.
- فحص العين الأخرى للتأكد من خلوها من جسم غريب.
- البحث عن أجسام غريبة تحت غضروف الجفن.

أجسام غريبة تحت غضروف الجفن العلوي

SUBTARSAL FOREIGN BODY (STFB)

السمات

- لا يوجد عادةً أجسام غريبة على سطح القرنية.
- يشتكي المرضى عادةً من وجود شيء ما تحت الجفن ويرافقه ألم أثناء رفرقة العين.
- ترى سحجات خطية نموذجية في أعلى القرنية بعد صبغها بالفلوريسين fluorescein (الصورة رقم ١٢، ٢).

العلاج

- ١- ضع قطرة مخدرة مثل بروكسيميتاين proxymetacaine ٠,٥٪ وأصبغ العين بالفلوريسين fluorescein.
- ٢- اقلب الجفن العلوي بأعواد قطنية (الصور أرقام ٢٠٥ - ٢٠٨، ٢٠٨ - ٢٠٩، ٢٠٩ - ٢١٠).
- ٣- أزل الأجسام الغريبة بمسحها بالأعواد القطنية.
- ٤- ضع قطرة من سيكلوبنتولات cyclopentolate ١٪ إذا كان المريض يعاني من رهاب الضوء (يؤلمه الضوء).
- ٥- ضع مرهم كلورامفينيكول chloramphenicol ١٪.
- ٦- غطِ العين بضمادتين لمدة ٢٤ ساعة إذا كانت هناك سحجات متعددة.

٧- صف للمريض مرهم كلورامفينيكول chloramphenicol ٣ مرات يومياً لمدة ٥ أيام.

٨- وضح للمريض أنه سيشعر بالألم مجدداً بعد زوال تأثير المخدر الموضعي topical anesthetic - غالباً خلال نصف ساعة - إلا أن الألم ينبغي أن يزول خلال ٢٤ ساعة.

المتابعة والإحالة

● غير ضرورية.

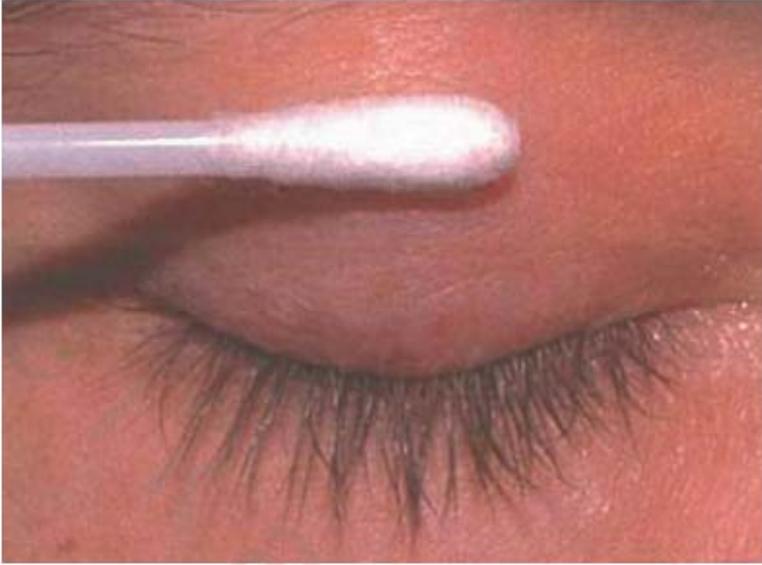
هفوات

الفشل في :

- التحقق من والبحث عن إصابة نافذة محتملة.
- فحص العين الأخرى للتأكد من خلوها من جسم غريب.



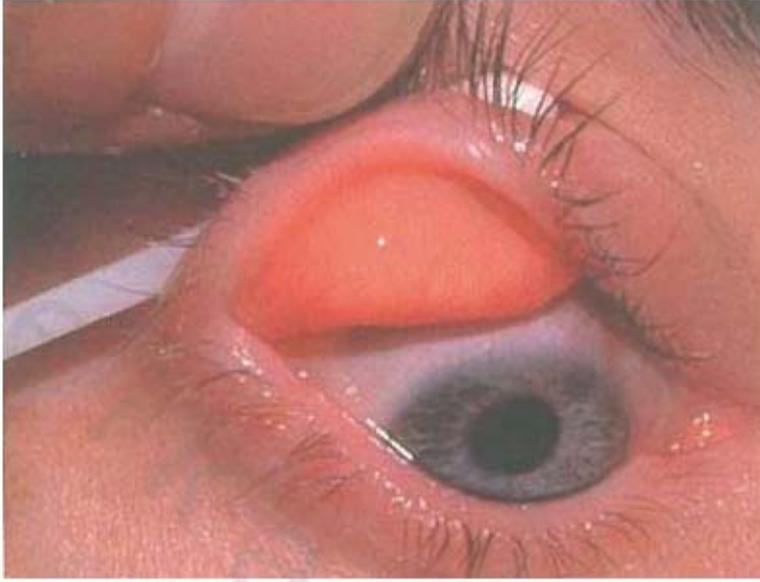
الصورة رقم (٢,٢٥). اطلب من المريض أن ينظر إلى الأسفل ويستمر في ذلك.



الصورة رقم (٢٠٢٦). ضع عود قطني بلطف على الجفن العلوي كما في الصورة.



الصورة رقم (٢٠٢٧). أمسك الرموش بإحكام وأقلب الجفن فوق العود القطني.



الصورة رقم (٢,٢٨). ثبتها في مكانها. سيعود الجفن إلى وضعه الطبيعي إن لم يستمر المريض في النظر إلى الأسفل.

الرموش النامية إلى الداخل (الشعرة)
INGROWING LASHES (TRICHIASIS)

(الصورة رقم ٢,٢٩)

الشتير الداخلي

ENTROPION

(الصورة رقم ٢,٣٠ أ ، ب)

السمات

- الشعرة - تؤدي الرموش النامية إلى الداخل للسحجات.
- حالة شائعة ، قد تسبب شعوراً متكرراً بوجود جسم غريب في العين.
- قد تصيب كلا الجفنين السفلي والعلوي.
- أكثر شيوعاً عند كبار السن.



الصورة رقم (٢٠٢٩). رموش نامية إلى الداخل - تصيب الجفن العلوي الوحشي.



الصورة رقم (٢٠٣٠ أ). شتر داخلي - انقلاب كامل للجفن السفلي باتجاه العين. تقوم الرموش بكشط كلاً من القرنية والملتحمة.

العلاج

١- يجب التفريق بين الشعرة أو الرموش منحرفة الاتجاه والشتر الداخلي (انظر ما سبق).

٢- اصبغ القرنية بالفلوريسين fluorescein المخفف وابحث عن السحجات الناتجة عن الرموش.

٣- في حال عدم وجود شتر داخلي ابحث عن الرموش المزعجة وأنتفها.

٤- في حال وجود شتر داخلي. استخدم لاصقات معقمة Steristrips لسحب الجفن السفلي بعيداً عن العين (الصورة رقم ٣٠، ٢٠ب).

- جفف البشرة.

- ثبت طرف اللاصق المعقم Steristrips على الجلد تحت الرموش.

- اسحبه برفق حتى تبتعد الرموش عن العين.

- ألصق طرفها الآخر على الخد.

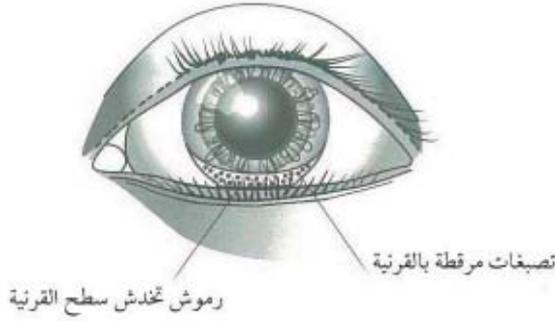
- استخدم ٣ لاصقات معقمة Steristrips على صف واحد.

٥- في حال وجود تصبغ القرنية، ضع مرهم كلورامفينيكول chloramphenicol ١٪ ثلاث مرات يوماً لمدة ٥ أيام.

المتابعة والإحالة

- الشعرة والشتر الداخلي، متابعة روتينية في عيادة طبيب العيون الخارجية.

- يجب مراجعة أخصائي العيون في حال وجود علامات خمج.



الصورة رقم (٢,٣٠ ب). شتر داخلي - تعد اللصقات المعقمة وسيلة فعالة مؤقتة.

التهاب العنبيّة

UVEITIS

السمات

- الرهاب الضوئي (يشعر المريض بالألم لرؤية الضوء).
- احتقان في حافة القرنية (التقاء القرنية بالصلبة).
- بؤبؤ صغير وألم بالعين.
- عادةً ما يكون متكرراً، خاصةً عند الشبان الذين يعانون من التهاب الفقار

الريثاني.

١- أصغ إلى المريض إذا تبين أنها مشكلة متكررة - فهو عادةً يدرك العلاج المناسب.

٢- تأكد من أن المريض لا يعاني من قرحة شجرية بالقرنية (الصورة رقم ٢,٣٦).

٣- إذا كان التهاب العينية بسيط وغير مزعج للمريض عاجله بما يلي:

● قطرات الستيرويد steroid مثل بريدفورتي PredForte ، ماكسيديكس Maxidex ، أو بيتنيسول Betnesol كل ساعتين (استخدم الستيرويد steroid فقط عندما تكون واثقاً من التشخيص ويكون التاريخ المرضي خالياً من حالات حلاً الشفة أو قرحات القرنية).

● قطرة سيكلوبنتولات cyclopentolate ١٪ مرتين يومياً.

٤- تأكد من أن البؤبؤ يتسع باستخدام القطرات السابق ذكرها، وفي حال عدم توسعه فإنه قد يكون عالقاً بالعدسة (التصاق القرنية الخلفي)، في هذه الحالة يوصى باستخدام موسعات أقوى مثل أتروبين Atropine ١٪ - ناقش ذلك مع أخصائي العيون.

٥- افحص قاع العين، التهاب العينية قد يحدث بعد انفصال الشبكية أو يكون ناتجاً عن وجود ورم داخل العين.

المتابعة والإحالة

● في الحالات البسيطة، وعندما يكون المريض غير منزعج - حول لأخصائي العيون خلال ٢٤ ساعة.

● يجب رؤية الطبيب على وجه السرعة في الحالات الشديدة.

الهفوات

● غالباً ما تعالج بالخطأ على أنها التهاب الملتحمة - يكون الرهاب الضوئي وألم العين أكثر شيوعاً في التهاب العينية، ونادراً في التهاب الملتحمة.

● قد يكون التهاب العينية المتكرر وغير مستجيب للعلاج ناتجاً عن ورم داخل العين.

الاستخدام المفرط للعدسات اللاصقة CONTACT LENS OVERWEAR

السمات

- شائع - يحدث عادة نتيجة لعدم نزع العدسات اللاصقة قبل النوم.
- يحدث غالباً عند مستخدمي العدسات الطرية أو ذات الاستخدام الواحد.

العلاج

- ١- تأكد من أنه تم نزع العدسات اللاصقة.
- ٢- اصيغ القرنية بالفلوريسين fluorescein وافحص تحت الضوء الأزرق - عادة ما يكون هناك تصبغ منتشر في مركز القرنية.
- ٣- تأكد من عدم وجود قرحة القرنية (راجع الصفحة ٥٦).
- ٤- ضع قطرة سيكلوبنتولات cyclopentolate ١٪.
- ٥- ضع مرهم كلورامفينيكول chloramphenicol ١٪.
- ٦- غط العين المتضررة أو العين الأكثر تضرراً في حال إصابة كلا العينين
بضمادة مزدوجة لمدة ٢٤ ساعة.

ضمادة العين المزدوجة (الصورة رقم ٢, ١٨ ج)

- اطوِ ضمادة إلى نصفين وضعها على العين المغلقة.
- ضع الضمادة الثانية فوق الأولى وثبتها بإحكام بشرط طبي لاصق.
- ١- ضع على العين مرهم كلورامفينيكول chloramphenicol ١٪ ٤ مرات
يوميًا لمدة أسبوع.
- ٢- انصح المريض بالاستغناء عن وضع العدسات اللاصقة خلال فترة العلاج.

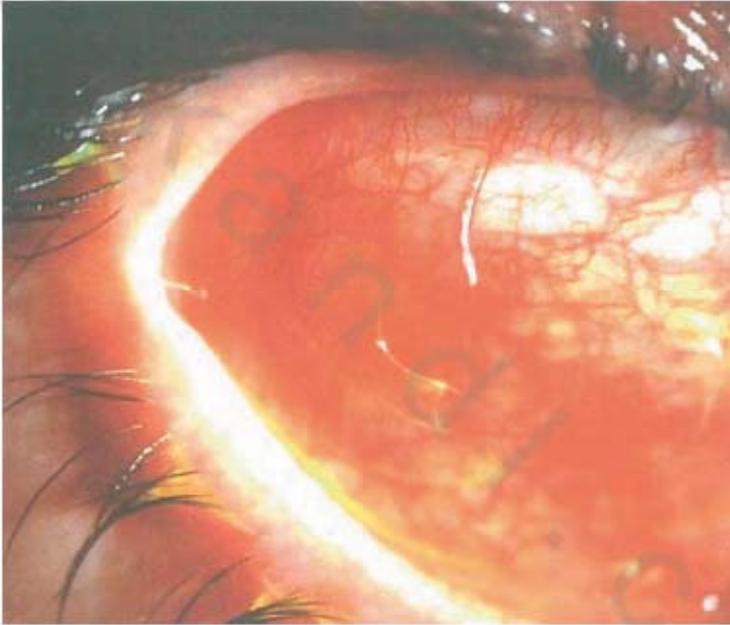
المتابعة والإحالة

- على المريض مراجعة الطبيب خلال ٢٤ ساعة إذا لم يشعر بتحسن.
- ينبغي لأخصائي البصريات فحص العدسات اللاصقة بعد ذلك.

فقدان العدسات اللاصقة
LOST CONTACT LENS
(الصورة رقم ٢,٣١)

السمات

- قد تحدث تلقائياً أو بعد رضح - كإصابة الرياضيين على وجه الخصوص.
- من الصعب رؤيتها بالعين المجردة.



الصورة رقم (٢,٣١). قد تكون هذه العدسة المكسورة تحت الجفن العلوي أو مثنية في قبة الملتحمة السفلي.

العلاج

- ١- تأكد من أن المريض لم يقم بنزع العدسات سابقاً.
- ٢- ضع مخدر موضعي مثل بروكسيميتاكين proxymetacaine ٠,٥ ٪ أو بينوكسينات benoxinate ٠,٤ ٪ أو أميثوكين amethocaine ١ ٪.

٣- استخدم المصباح الشقي إذا كان متوفراً.

٤- افحص قبوة الملتحمة السفلية بالطريقة التالية: (الصورة رقم ٢,٣٢)

● اطلب من المريض النظر إلى الأعلى بينما تقوم بسحب الجفن السفلي إلى الأسفل.

● اطلب منه النظر إلى اليسار واليمين بينما ينظر إلى الأعلى.

● ابحث عن العدسات في ثنايا الملتحمة.

٥- اقلب الجفن العلوي - اتبع ما يلي: (راجع الصفحة ٤٧)

● اطلب من المريض النظر إلى الأسفل والاستمرار في ذلك.

● ضع العود القطني الخشبي بشكل أفقي في وسط الجفن العلوي - أمسك

الرموش بثبات ولطف ودورّ الجفن إلى الأعلى على العود الخشبي.

● تأكد من أن المريض ما يزال ينظر إلى الأسفل - وإلا فإنك لن تستطيع قلب الجفن.

● أزل العود وثبت الجفن على وضعه بأمساك الرموش.

● اطلب من المريض النظر إلى اليسار واليمين مرة أخرى لتمكن من رؤية العدسة.

● مرر العود تحت الجفن العلوي في حال عدم العثور على العدسة - قد يزعج

هذا الإجراء المريض.

٦- إذا لم تتمكن بعد من العثور على العدسة ضع الفلوريسين fluorescein

لتوضيح العدسة وابحث عنها تحت الضوء الأزرق أعد الخطوتين ٣ - ٤. وضّح

للمريض أن هذا الإجراء سيصبغ العدسات الطرية.

٧- تأكد من أن العدسة سليمة عند العثور عليها. أما إذا كان جزء منها مفقود

فابحث عنه.

٨- ضع مرهم كلورامفينيكول chloramphenicol ١٪ أربع مرات يومياً لمدة

٥ أيام وانصح المريض بعدم استخدام العدسات خلال هذه الفترة.

٩- غطّ العين لمدة ٢٤ ساعة إذا وجد سحجات بالقرنية.



الصورة رقم (٢,٣٢). تأكد من فحص قبة المتحممة السفلي بالإضافة إلى قلب الجفن العلوي.

المتابعة والإحالة

- يوصى بمراجعة أخصائي العيون خلال ٢٤ ساعة فقط في حال عدم العثور على العدسة أو جزء منها.
- تحول باقي الحالات إلى أخصائي البصريات للتأكد من ثبات العدسة.

قرحة القرنية

CORNEAL ULCER

السمات

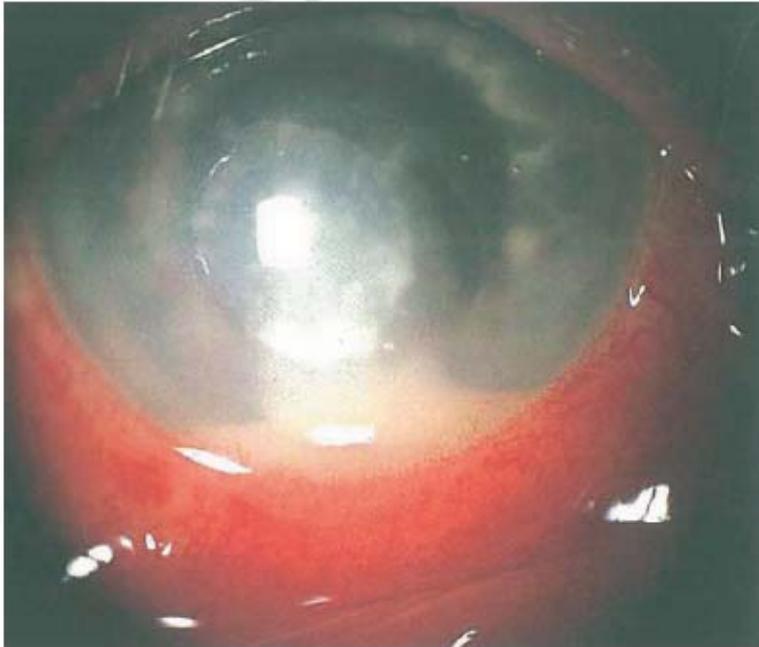
توجد ثلاث مجموعات رئيسية: (الصور أرقام ٢,٣٣ - ٢,٣٦)

- **القرحات الجرثومية** - ترتبط باستخدام العدسات اللاصقة والأمراض السطحية للعين مثل: جفاف العين أو الرضوح السابقة. عادةً ما تكون القرحات

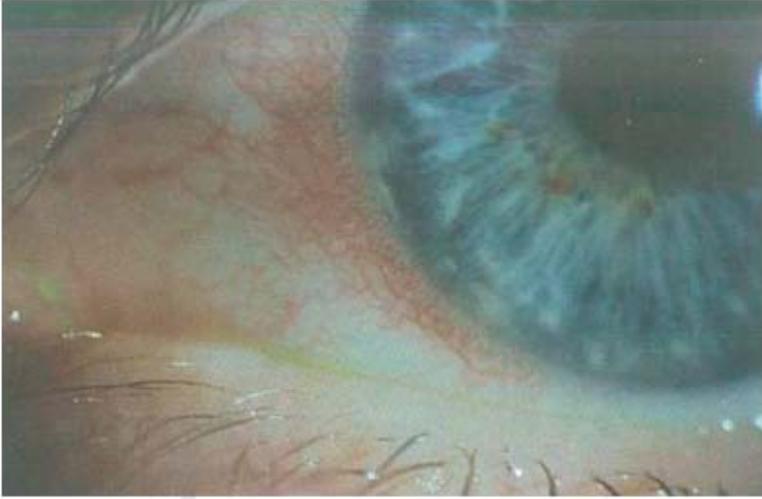
الجرثومية كثيفةً بينما القرحة الحلالية أقل كثافةً. وعادة ما تكون القرحة بيضاوية الشكل ولونها أبيض (الصورة رقم ٢,٣٣)

● **القرحات المرتبطة بمرض جنفي** - قد يؤدي كل من التهاب الجفون والوردية (تورد لون الخدين والأنف) إلى قرحة في أطراف القرنية، وعادةً ما تأخذ شكلاً هلالياً (قرحة حافية). وقد تكون ناتجة عن سموم خارجية exotoxins أكثر من كونها ناتجة عن خمج واضح (الصورتان رقما ٢,٣٤ - ٢,٣٥)

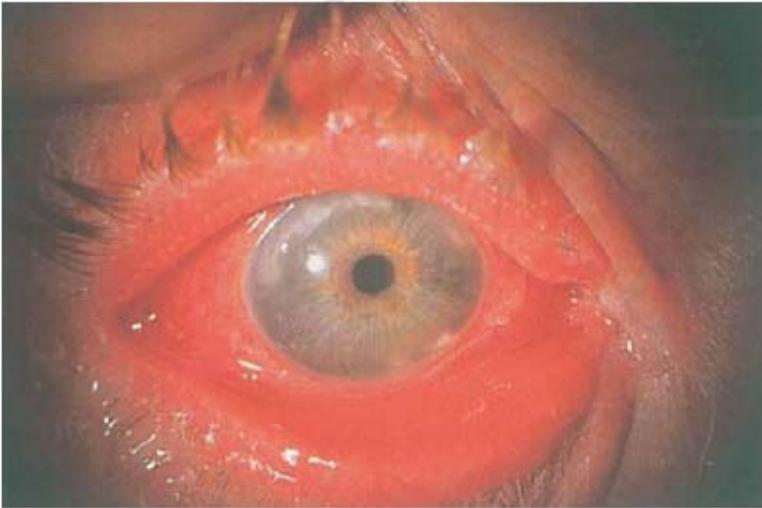
● **القرحات الشجرية** - فيروس الحلا herpes virus، تتخذ شكلاً متفرعاً، وقد تكون واحدة أو متعددة (الصورة رقم ٢,٣٦)



الصورة رقم (٢,٣٣). قرحة عميقة بيضاء وكثيفة مع خراج في القرنية - لاحظ قبح غرفة العين الأمامية hypopyon (مستوى من الخلايا القححية).



الصورة رقم (٢,٣٤). قرحة حافية - عند طرف القرنية.



الصورة رقم (٢,٣٥). تقرّح حائي شديد - يرافق التهاب الجفون.



الصورة رقم (٢, ٣٦). قرحة شجرية - شكل نموذجي.

العلاج

- ١- يجب التفريق بين أنواع القرحة وفقاً للتاريخ المرضي والسمات الموضحة أعلاه.
- ٢- ضع قطرة من الفلوريسين fluorescein وافحص تحت الضوء الأزرق - يوضح هذا الإجراء العيب الظهاري كما يوضح القرحة الشجرية السطحية.
- ٣- عالجها كما هو موضح أدناه.

القرحات الناتجة عن العدسات اللاصقة *Contact lens - related Ulcers*

- ١- ينبغي أن تعرض على أخصائي العيون في نفس اليوم، وإذا لم يتسنى ذلك خلال ٢٤ ساعة. اتبع ما يلي:

- ٢- اكشط القرحة بشفرة مشرط معقم وأرسلها لفحص الجراثيم - وإذا لم تكن متمكناً من هذا الإجراء امسح القرحة بإحكام بعود قطني معقم.
- ٣- خذ مسحة فيروسية viral swab.
- ٤- استخدم قطرة سيفروكسيم Cefuroxime ٥ ٪ كل ساعة (٥٠ مجم/مل) وبالإمكان استخدام تركيبة تؤخذ من التركيبة الوريدية.
- ٥- استخدم قطرة جينتيسين Gentacin ١,٥ ٪ كل ساعة (أضف ٤ مل من الماء المعقم مع ٨٠ ملجم /٢ مل من جينتيسين Gentacin الوريدي)
- ٦- استخدم قطرة أتروپين Atropine ١ ٪ ٣ مرات يومياً.

القرحات الشجرية Dendretic Ulcers

- ١- مرهم زوفيراكس Zovirax ٣ ٪ ٥ مرات في اليوم لمدة ٥ أيام - تأكد أن مستحضر هذا المرهم للعين وليس للجلد.
- ٢- قطرة سيكلوبنتولات cyclopentolate ١ ٪ مرتين يومياً.
- ٣- تزول عادة القرحة الشجرية الصغيرة خلال ٥ - ٧ أيام عند إعطاء العلاج المناسب.

القرحات الحافية Marginal Ulcer

- ١- مرهم الكلورامفينيكول chloramphenicol ٤ مرات يومياً لمدة أسبوع.
- ٢- قطرة السيكلوبيتولات cyclopentolate ١ ٪ مرتين يومياً في حال الألم الشديد.
- ٣- تزول هذه القرحات بسرعة بالستيرويد steroid الموضعي مثل بريدسول Predsol ٠,٥ ٪ ٣ مرات يومياً لمدة أسبوع. دع أخصائي العيون يبدأ بهذا النوع من العلاج إلا إذا كنت متأكداً من التشخيص.
- ٤- عالج التهاب الجفون إذا كان موجوداً (راجع الصفحة ٢٣٨)

المتابعة والإحالة

- الحالات المرتبطة بالعدسات اللاصقة - مراجعة طبيب العيون على وجه السرعة.
- القرحة الشجرية - مراجعة طبيب العيون خلال ٢٤ ساعة في حال القرحة الكبيرة - فيما عدى ذلك فينصح بمراجعة الطبيب خلال ٥ أيام والتحويل لطبيب العيون إذا لم تتحسن الحالة.
- القرحة الحافية - مراجعة طبيب العيون خلال ٢٤ ساعة.
- الأنواع الأخرى من القرحة - مراجعة طبيب العيون فوراً.

هفوات

- لا تبدأ أبداً بالستيرويد steroid الموضعي دون توصية ومتابعة أخصائي العيون.
- لا تؤخر العلاج، قد تتلف القرحة الجرثومية bacterial العين بسرعة.

الإصابة النافذة والإصابة غير الحادة

PENETRATING AND BLUNT INJURY

راجع الفصل الخامس (الإصابة - الصفحة ١٧٩)

الزرق الحاد

ACUTE GLAUCOMA

السمات

- يصيب كبار السن في الغالب.
- يشعر المريض بوهن وألم شديد بالعين.
- قد يشعر المريض بألم البطن مع تقيؤ.
- قد تكون القرنية متضخمة، والبؤيضة شبه متسع وثابت، إضافة إلى نقص ملحوظ في النظر.
- تكون العين قاسية كالصخر وذلك عند لمسها من فوق الجفون.

العلاج

- ١- دياموكس Diamox ٥٠٠ ملجم عن طريق الوريد.
- ٢- قطرة بايلوكاربين ٢٪ Pilocarpine في كلا العينين - كل ساعة في العين المصابة، وكل أربع ساعات يومياً للعين غير المصابة. قد يكون لهذا الإجراء أثر طفيف في تقليل ضغط العين مبدئياً في حين يبدأ مفعول الدياموكس Diamox.
- ٣- بريد فورتى Pred Forte ، ماكسيدكس Maxidex أو بيتنيزول Betnesol قطرة واحدة كل ساعة في العين المصابة.
- ٤- تعد مسكنات الألم مهمة جداً وغالباً ما يتم إغفالها - بيثدين Pethidine ٥٠ ملجم أو ديامورفين Diamorphine ٥ ملجم في العضل - يتم معايرتها وفقاً لوزن المريض.
- ٥- مضادات التقيئ antiemetic - لا يعطى عن طريق الفم - ستيميتل Stemetil (بروكلوربيرازين) (prochlorperazine) ١٢,٥ ملجم في العضل أو ماكسولون Maxolon (ميتوكلوبراميد) (metoclopramide) ١٠ ملجم في العضل.

المتابعة والعلاج

- تنويم عاجل تحت رعاية أخصائي العيون.

التهاب الصلبة والتهاب فوق الصلبة

EPISCLERITIS AND SCLERITIS

(الصور أرقام ٢,٣٧ - ٢,٣٨، ب)

السمات

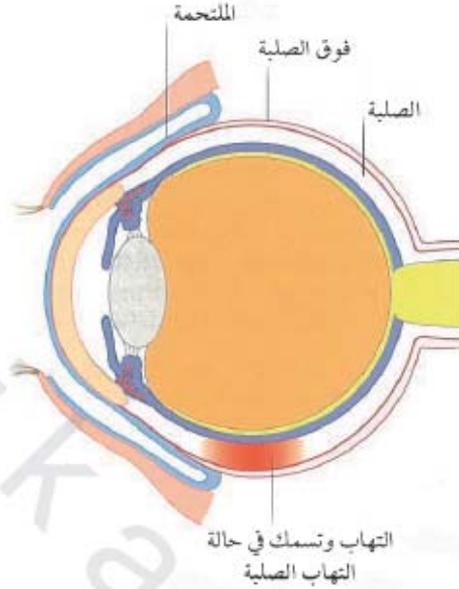
- قد يصيب كامل الصلبة أو جزء منها وعادةً ما يكون أحادي الجانب.
- يكون التهاب الصلبة مؤلماً وقد يجعل المريض يبقى مستيقظاً طوال الليل.
- يكون التهاب فوق الصلبة إما بدون أعراض أو مصحوباً بتهيج بسيط.



الصورة رقم (٢,٣٧). منطقة ملتهبة تميز التهاب فوق الصلبة.



الصورة رقم (٢,٣٨). التهاب فوق الصلبة أكثر شدة مع عقدة في الملتحمة.



الصورة رقم (٢,٣٨ ب). التهاب الصلبة أخطر وقد يؤدي إلى ألم شديد بالمقارنة مع التهاب فوق الصلبة السطحي.

العلاج

- ١- دوّن حدة الإبصار التي قد تنقص بسبب التهاب الصلبة.
- ٢- اصبغ بالفلوريسين fluorescein للتأكد من عدم وجود سحجة أو أجسام غريبة - وإذا وجدت أقلب الجفن للكشف عن جسم غريب تحت غضروف الجفن (راجع الصفحة ٤٥).
- ٣- اجث عن الرموش النامية للداخل أو الرموش في الثقب الدمعي في حال كان الاحتقان في جهة الملتحمة الأنسي.
- ٤- من المحتمل تشخيص التهيج المتوسط أو الذي لا يصاحبه أعراض ، على أنه التهاب فوق الصلبة - وفي هذه الحالة لا يتطلب الأمر أي علاج. (الصورة رقم ٢,٤٨)

- ٥- إذا كان هناك تهيج ، ابدأ بمضاد للالتهاب غير ستيرويدي (non - steroidal anti - inflammatory agent) كالفروبين Froben ١٠٠ ملجم على سبيل المثال مرتين يوماً يؤخذ عن طريق الفم مع الطعام - بعد التأكد من عدم وجود موانع للاستخدام. أو يمكن استخدام قطرات الفولتارول Voltarol ٣ مرات يومياً لمدة عشرة أيام.
- ٦- لا تبدأ بقطرات الستيرويد steroid إلا إذا كان هناك إمكانية مراجعة مبكرة مع أخصائي العيون.

الإحالة والمتابعة

- في حالات الألم الحاد - يوصى باستشارة فورية لطبيب العيون - وقد يستلزم الأمر جرعة عالية من الستيرويد steroid عن طريق الوريد داخل المستشفى.
- في الحالات البسيطة - تعالج كما ذكر أعلاه لمدة ١٠ أيام ويراجع الطبيب بعد أسبوعين.
- بدون أعراض - طمئن المريض.

هفوات

- قد تؤدي مضادات الالتهاب غير الستيرويدية - non - steroidal anti inflammatory agents إلى أعراض معوية شديدة - نبه المريض في هذه الحالة إلى وجوب التوقف عن أخذ العلاج ومراجعة الطبيب.
- وجود رمش في الثقب الدمعي قد يتسبب في أعراض مشابهة - لذا يجب الانتباه إلى ذلك.

الحلأ النطاقي

SHINGLES

(الصور أرقام ٢،٣٩ ، ٢،٤٠ ، ٨،٧)

السمات

- يصيب الحلأ النطاقي القسم العيني من العصب التوأمي الثلاثي ، ويشكل الحلأ النطاقي العيني herpes zoster ophthalmicus عشرة بالمائة من حالات الحلأ النطاقي.

- يعد توزيع إصابة الجلد صفة مميزة، وقد تكون إما بالكاد ملاحظتها أو تكون شديدة وتؤدي إلى ندوب في الجفن، شتر داخلي، والشعرة. (راجع الصفحة ٢٤٣)
- تشمل مشاكل العين قرحات العين الصغيرة، التهاب العينية، الزرق، والتهاب العصب البصري.

العلاج

- ١- دوّن حدة الإبصار في كلا العينين باستخدام ثقب الرؤية إذا دعت الحاجة.
- ٢- اصبغ القرنية بالفلوريسين fluorescein والبحث عن التقرح. (راجع الصفحة ٥٦)
- ٣- افحص الغرفة الأمامية لوجود خلايا أو تضبيب والتي قد تشير إلى التهاب العينية. (راجع الصفحة ٥١)
- ٤- عالج التهاب العينية باستخدام قطرة بتنيزول Betnesol أو بريد فورتى Pred Forte أربع مرات يومياً وسيكلوبنتولات cyclopentolate ١٪ مرتين يومياً.
- ٥- يرتفع عادة ضغط العين الداخلي بسبب التهاب العينية - استخدم قطرة تيموتول Timoptol ٠,٥٪ وفي حال وجود موانع لاستعماله (مرضى الربو) يتم استبداله بقطرة لاتانوبروست latanoprost (زلتان) (Xalatan) مرة يومياً.
- ٦- لا تحتاج إلى العلاجات السابق ذكرها إذا كانت الجفون فقط مصابة والعين سليمة (راجع الصفحة ٢٣٨ الجفون - الحلا النطاقي).
- ٧- زوفيراكس Zovirax مضادة للحلا (٨٠٠ ملجم خمس مرات يومياً عن طريق الفم لمدة أسبوع).
- ٨- لا يتطلب الأمر مرهم زوفيراكس Zovirax.
- ٩- المسكنات - تؤخذ عن طريق الفم أو في العضل حيث أن الألم العصبي قد يكون شديداً - أعط إميتربتلين amitriptyline ٢٥ ملجم مرة في اليوم لمدة شهر كجرعة مبدئية (كن على حذر من احتباس البول وتسمم القلب).



الصورة رقم (٢,٣٩). لاحظ وذمة الجفن على الجانب الأيمن - سمات الجلد الأخرى دقيقة جداً في هذه المرحلة المبكرة - عند رؤية البثرات يسهل التشخيص. يعاني هذا المريض أيضاً من حول وحشي في الجهة اليمنى.



الصورة رقم (٢,٤٠). بثرات في الحلا النطاقي herpes zoster - ابحث في خطوط الشعر وفروة الرأس.

المتابعة والإحالة

- عند إصابة العين والجفن - مراجعة أخصائي العيون خلال ٢٤ ساعة.
- عند إصابة الجفن فقط - المراجعة خلال ٣ أيام.
- نبّه المريض على ضرورة مراجعة الطبيب فوراً عند ظهور أعراض جديدة في العين.

العين الحمراء - حاد، مؤلم، ثنائي الجانب

RED EYE - ACUTE, PAINFUL, BILATERAL

المسببات الشائعة

- الإصابات الكيميائية - قلوي أو حمضي الصفحة ١٧٩ - اغسل العين في الحال
اللحم/الطحن الصفحة ٧٤
- الإصابة - الحادة أو غير الحادة الصفحة ١٨٣ - ١٩٤
المتعلقة بارتداء العدسات اللاصقة الصفحة ٧٥

خذ بعين الاعتبار

- العين الجافة الصفحة ٩٩
- التهاب الملتحمة الصفحة ٧٩
- رد فعل تحسسي الصفحة ٧٧
- أمراض العين الناتجة عن خلل في الغدة الدرقية الصفحة ٨٢
- ناسور كهفي سباتي الصفحة ٨٥

اسأل مباشرة

- في حال رشق مادة كيميائية في العين. اغسلها فوراً - بكمية وافرة من الماء أو بمحلول ملحي saline قبل طرح أي سؤال آخر أو إجراء أي فحص. (راجع الصفحة ١٧٩)
- اللحم أو الطحن. تحدث الإصابة بالتعرض إلى الأشعة فوق البنفسجية UV light الناتجة عن اللحم في حال عدم ارتداء النظارة الواقية. قد يؤدي الطحن إلى دخول أجسام غريبة في قرنية كلا العينين. (راجع الصفحة ٤٠)

- جفاف العين. وهو أمر شائع جداً، يكثر عند كبار السن ومن يعاني من مرض النسيج الضام، وعادةً ما يكون مزمناً.
- العدسات اللاصقة. يعد الاستخدام المفرط للعدسات (عادةً ارتداء العدسات أثناء النوم) وعدم غسلها بالمحلول بعد الاستخدام أمراً شائعاً.
- إفرازات العين. يصاحب التهاب الملتحمة عادةً تهيج بسيط - بينما بعض حالات الخمج الحموي قد تكون مؤلمة.
- جفون متهيجة. يعد التهاب الجفون (راجع الصفحة ٢٣٠) شائعاً، ويظهر عادةً كحساسية واحمرار في العينين وقد يرافقه قرحات بالقرنية. (راجع الصفحة ٥٦)
- الحساسية من قطرات العين. قد يرافق التحسس من قطرات المضادات الحيوية antibiotic جلد مكشوط وتورم بالجلفن (الصورة رقم ٢,٤١)
- رشح أو إنفلونزا سابقة. قد يتبع الخمج الحموي للجهاز التنفسي العلوي التهاب القرنية والملتحمة الفيروسي.



الصورة رقم (٢,٤١). حساسية من قطرات العين - قد يحدث تقرحات جلدية شديدة بمحيط الحجاج.

● داء درقي. خذ بعين الاعتبار أمراض العين الدرقية والتي قد تظهر على شكل وذمة بالملتحمة ، حمامي ، أو شعور بعدم الراحة ، وقد تظهر كذلك عند سويي الدرقية.

● إصابة الرأس. يعد الناسور الكهفي السباتي نادر الحدوث وقد يكون ناتجاً إما بعد إصابة ، أو تلقائياً عند المرضى المتقدمين بالعمر المصابين بارتفاع ضغط الدم.

الفحص

الخارجي

- ١- ابحث عن أثر إصابة - كحروق الوجه الكيميائية على وجه الخصوص.
- ٢- الجحوظ، بروز العينين، والتعبير الممحدق - داء درقي (الصورة رقم ٤٢، ٢أ).



الصورة رقم (٢، ٤٢ أ). مرض العين الناتج عن خلل في الغدة الدرقية - لاحظ تقلص الجفن العلوي.

حدة الإبصار

- ١- تقلل في حالات زيادة التدميع وحالات التشنج الجفني (انغلاق العينان بشدة) ، فضلاً على أسباب نقص النظر الأخرى.

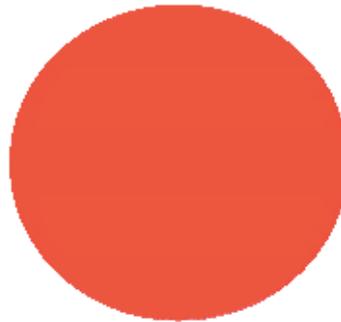
٢- ضع قطرة من بروكسيميتاكين proxymetacaine ٠,٥٪، بينوكسينايت benoxinate ٠,٤٪ أو أميثوكاين amethocaine ١٪ في حال التشنج الجفني - قد يساعد هذا الإجراء على التخلص من الشعور بعدم الراحة ليتسنى متابعة الفحص.

٣- من النادر أن يؤدي التهاب الملتحمة إلى نقص ملاحظ في النظر بينما قد تؤدي أمراض الغدة الدرقية إلى فقدان شديد للنظر ناتجاً عن تكشف القرنية أو الضغط على العصب البصري.

تمييز الألوان

١- إن رؤية جسم أحمر أقل احمراراً من الطبيعي أو رؤية الضوء أقل إشراقاً في عين مقارنة بالعين الأخرى قد يعطي مؤشراً على وجود ضغط على العصب البصري - خاصة بسبب مرض درقي عيني (راجع الصفحة ٨٢) أو التهاب الأنسجة الخلوية الحجاجية (الصورة رقم ٨,٤ أ، ب).

٢- افحص الرؤية الملونة في العينين كلاً على حدة. استخدم الهدف الأحمر الموضح في الصورة رقم (٢,٤٢ ب).



الصورة رقم (٢,٤٢ ب). الهدف الأحمر - استخدمه لفحص الرؤية الملونة.

ساحات الرؤية

١- لا توجد ضرورة لإجراء فحص ساحات الرؤية (راجع الصفحة ١٤) في المعاينة الأولية إلا إذا اشتكى المريض من فقدان ساحات الرؤية أو في حال الاشتباه بقصور عصبي.

البؤبؤ

١- قد يكون ضيقاً نظراً لالتهاب أو متسعاً بعد رضح - قد تتلف إصابة غير حادة عضلة القرنية الظامة.

٢- قد يشير قصور وارد البؤبؤ (راجع الصفحة ١١) إلى عسر في وظيفة العصب البصري ، وهذا يتطلب إحالة عاجلة للمريض. أما في حال وجود تورم دموي حجاجي إثر إصابة ، فهذا يستلزم إزالته. (راجع الصفحة ١٨٤)

الجفون

١- تشير القشور والحمامي حول رموش العين إلى التهاب الجفن - ابحث عن قرحات القرنية المرتبطة. (راجع الصفحة ٥٦)

٢- عادةً ما يسبق التهاب الجفون الحاد تاريخ مرضي طويل من التهابات الجفنية والعينية المتكررة. ♦

الملتحمة

١- قد يكون احتقان الملتحمة ناتجاً عن مرض بالقرنية أو مرض داخل العين فضلاً عن التهاب بسيط بالملتحمة.

٢- ضع قطرة فلوريسين fluorescein وابحث عن سحجات في كل من الملتحمة والقرنية.

٣- قد تؤدي الإصابات الكيميائية البسيطة إلى بقع منتشرة ، أو إلى فقدان كبير في ظهارة القرنية والملتحمة. بينما الحالات الشديدة قد تؤدي إلى مناطق بيضاء من

الأنسجة التي قد تبدو "طبيعية"، ويرجع السبب في ذلك إلى التلف الكامل للأنسجة الوعائية .

٤- قد يكون سبب توذم الملتهمة الشديد في ظل عدم وجود إصابة ناتجاً عن حساسية أو أمراض العين المتعلقة بخلل في وظيفة الغدة الدرقية.

القرنية

١- ضع قطرة من الفلوريسين fluorescein وابحث عن أجسام غريبة على سطح العين وتحت الغضروف الجفني. (راجع الصفحات ٤٠ و ٤٥)

٢- تظهر البقع المنتشرة في الإصابات الكيميائية البسيطة، التهاب القرنية والملتهمة الفيروسي، استخدام العدسات اللاصقة، والإصابات المتعلقة بالتعرض للأشعة فوق البنفسجية (UV light) الصادرة من اللحام.

٣- قد يحدث فقدان ظهاري كبير في الإصابات الكيميائية.

٤- تعدّ القرحة الشجرية المتزامنة في كلا العينين نادرة الحدوث.

الصلبة

١- من الصعب تمييز كل من احتقان الملتهمة، فوق الصلبة، واحتقان الصلبة.

٢- يدل الاحتقان والألم الشديد على التهاب الصلبة (راجع الصفحة ٦٢) -

ومن النادر أن يحدث في كلا العينين.

٣- تنقص عادةً حدة الإبصار في حالات التهاب الصلبة.

الغرفة الأمامية

١- ابحث عن علامات التهاب - يدل كل من الاحتقان حول القرنية والرهاب

الضوئي إلى التهاب العينية (الصورة رقم ٦، ٢).

٢- يعتبر التهاب العينية الحاد في كلا العينين غير شائع، ونادراً ما يسبب

احمراراً في العين.

٣- من المستبعد جداً ظهور الزرق الحاد المتزامن في كلا العينين.

قاع العين

- ١- ما يمكن أن يرى يعتبر قليل في العادة - قد تظهر ترسبات الجسم الزجاجي في التهاب العينية - وقد يشاهدها المريض كطافيات (الصورتان رقما ٤,١٠ ب - ٤,٢٢)

الفحص العام

- ١- ابحث عن مناطق أخرى قد تكون تأثرت بالإصابة الكيميائية أو الرضوح وعالجها بما هو مناسب.
- ٢- ابحث عن مؤشرات فرط إفراز الدرقية. (راجع الصفحة ٨٢)

هفوات

- قد تعزى وذمة الملتحمة في كلا العينين الناتجة عن اضطراب وظيفة الغدة الدرقية إلى التهاب الملتحمة أو الاستجابة التحسسية.
- قد يؤدي الضغط على العصب البصري إلى قصور في واردة البؤبؤ (راجع الصفحة ١١) وفقدان البصر الدائم إذا لم يتم علاجه على نحو فوري مناسب.

إصابات اللحام، الطحن، والشرارات المتطايرة**WELDING, GRINDING, AND FLASH BURN INJURIES****السمات**

- غالباً ما تكون متكررة وفي كلا العينين.

العلاج

- ضع مخدراً موضعياً في العين كالبروكسيميتاين proxymetacaine ٠,٥ ٪، بينوكسينايت benoxinate ٠,٤ ٪ أو أميثوكين amethocaine ٠,١ ٪ كي يتسنى إجراء الفحص.
- ضع الفلوريسين fluorescein وابحث تحت الضوء الأزرق عن السحجات والأجسام الغريبة إن وجدت (راجع الصفحة ٤٠).

٣- أزل الأجسام الغريبة وعالجها كالسحجات. (راجع الصفحة ٣٥)

٤- سيكلوبينتتولايت cyclopentolate ١٪ لكلا العينين.

٥- مرهم كلورامفينيكول chloramphenicol ١٪ لكلا العينين.

٦- غط العين الأكثر تضرراً لمدة ٢٤ ساعة.

٧- صف مرهم كلورامفينيكول chloramphenicol ٤ مرات يومياً لمدة ٥ أيام.

المتابعة والإحالة

- في حال عدم التمكن من إزالة الأجسام الغريبة عاجلها كما سبق وحول المريض إلى أخصائي العيون خلال ٢٤ ساعة.
- لا توجد ضرورة للإحالة في حال إزالة الأجسام الغريبة بسهولة.

هفوات

- لا تتغاضى عن احتمال إصابة نافذة. (راجع الصفحة ١٩٢)
- عدم إجراء أشعة إكس X-ray للحجاج في حال كانت الإصابة ناتجة عن طرق أو نحت - اجث عن دلائل للإصابة النافذة أو الأجسام الغريبة داخل العين (الصورة رقم ١٧, ٥ أ)

المشاكل المتعلقة بارتداء العدسات اللاصقة

CONTACT LANS WEAR RELATED

السمات

- عادةً ما تكون بسبب الاستخدام المفرط للعدسات أو عدم شطفها جيداً بعد تنظيفها كيميائياً.
- قد تحدث ردة فعل تحسسية حادة من العدسات اللاصقة بعد مرور سنوات عديدة من استخدامها دون مشاكل.

العلاج

- ١- تأكد من أن العدسات اللاصقة قد تمت إزالتها - استخدم مخدراً موضعياً كالبروكسيميتاكين proxymetacaine ٠,٥٪، بينوكسينايت benoxinate ٠,٤٪، أو أميثوكاين amethocaine ٠,١٪ كي يتسنى إجراء الفحص.
- ٢- وضح للمريض بأن صبغة الفلوريسين fluorescein ستقوم بصيغ العدسات الطرية - والمساعدة في العثور على العدسة المفقودة. (راجع الصفحة ٥٤)
- ٣- بمجرد إزالة العدسات اللاصقة ابحث عن سحجات، قرحات، أو تبقعات منتشرة تدل على فرط الاستخدام (غالباً نتيجة النوم بالعدسات اللاصقة) أو إصابة كيميائية ناتجة عن محاليل تنظيف العدسات.
- ٤- اغسل العين في حال كان التاريخ المرضي يشير إلى أن محلول تنظيف العدسة اللاصقة هو السبب.
- ٥- في الحالات الشديدة ضع قطرة من سيكلوينتولات cyclopentolate ١٪ لتخفيف تشنج العضلة الهدبية وتسكين الألم.
- ٦- استخدم مرهم كلورامفينيكول chlormphenicol ١٪ في العين المصابة.
- ٧- عالج التصبغات المنتشرة كما لو أنها سحجات (راجع الصفحة ٣٥) وغطي العين الأكثر تضرراً.
- ٨- في حال وجود قرحة (الصفحة ٥٦) حول المريض كما هو موضح أدناه.
- ٩- استخدم مرهم كلورامفينيكول chlormphenicol ١٪ ٤ مرات يومياً لمدة ٥ أيام.
- ١٠- اطلب من المريض أن يستغني عن العدسات اللاصقة حتى يتم فحصها من قبل أخصائي البصريات للتأكد من عدم وجود أجسام غريبة عليها واطلب من المريض أن لا يستخدمها قبل مضي أسبوع على الأقل.

المتابعة والإحالة

- قرحة القرنية. استشر أخصائي العيون فوراً.
- في حال ظهور تصبغات مرقطية - ينبغي المراجعة خلال ٢٤ ساعة - وفي حال عدم تحسنها استشر أخصائي العيون.
- انصح المريض بأهمية مراجعة أخصائي البصريات كما ذكر في الفقرة السابقة رقم (١٠).

رد فعل تحسسي من قطرات العين أو العدسات اللاصقة

ALLERGIC REACTION TO EYE DROPS OR CONTACT LENSES

السمات

- بشكل نموذجي تكون بسبب قطرات المضادات الحيوية antibiotic المستخدمة لعلاج التهاب الملتحمة.
- قد يكون الجلد حول الحجاج مكشوطاً، حماموياً، ومتوذماً. (الصورة رقم ٤١، ٢).

العلاج

- ١- حدد إذا ما كان هناك قطرات قد استخدمت مؤخراً لعلاج التهاب الملتحمة.
- ٢- أزل العدسات اللاصقة إذا كانت في العين بمساعدة مخدر موضعي topical anesthesia إذا دعت الحاجة مثل بروكسيميتاكين proxymetacaine ٠,٥٪، بينوكسينات benoxinate ٠,٤٪ أو أميثوكين amethocaine ١٪.
- ٣- توقف عن استخدام أي من قطرات المضادات الحيوية antibiotic الجديدة واستخدم بديلاً آخر إذا استدعى الأمر - قطرات المضادات الحيوية الشائعة الاستخدام هي الكلورامفينيكول Chloramphenicol والجنتيسين Genticin والإكسوسين Exocin والفوثيسالمك Fucithalamic، ويستعمل عادة النيوميسين Neomycin مع الستيرويد steroid (بيتيزول - إن) (Betnesol - N)

٤- ينبغي عدم التوقف عن استخدام قطرات الزرق إلا بعد موافقة أخصائي العيون.

● قطرات ذات ردة فعل تحسسية شائعة مثل أتروبين Atropine وبروبين Propin وألفاقان Alphagan.

● قطرات ذات ردة فعل أقل شيوفاً مثل بيتوتيك Betoptic وتموتول Timoptol وزالاتان Xalatan وبيلوكاربين Pilocarpine.

٥- توفر الكمادات الباردة عند وضعها على كلا العينين راحة وتقلل من التوذم.

٦- يجب عدم تغيير العدسات اللاصقة إلا بعد عرضها على أخصائي العيون.

٧- إذا امتلأت الملتحمة بالسوائل الصافية - والتي يصاحبها عادةً توذم حول الجلد (الصورة رقم ٢، ٨).

● قد تكون استجابة تحسسية لمثيرات الحساسية كغبار الطلع أو عثة المنزل.

● عادةً ما تبدأ حادة خلال ساعة أو ساعتين.

● تستجيب للكمادات الثلجية على العينين المغلقتين.

● استخدم قطرات أوترافين Otrivine ، رابيتيل Rapitil ، أوبتانول Opatanol أربع مرات يومياً حتى تهدأ الحساسية.

● استخدم مضادات الهيستامين antihistamines عن طريق الفم.

المراجعة والإحالة

● تابع المريض في اليوم التالي.

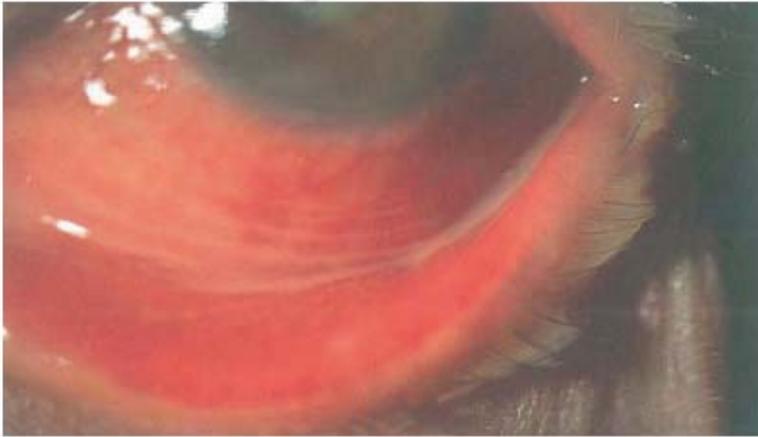
● مراجعة أخصائي العيون خلال ٢٤ ساعة في حال عدم الاستجابة للعلاج

السابق ذكره.

التهاب الملتحمة
CONJUNCTIVITIS
 (الصورة رقم ٢, ٤٣)

السمات

- من النادر أن يسبب ألماً في العين إلا إذا شمل الالتهاب القرنية كما في حالات التهاب الملتحمة والقرنية الفيروسي.
- قد يشتكي المريض من ألم في العين وعند التقصي يتبين أنه مجرد تهيج.
- تشير الإفرازات إلى خمج الملتحمة الجرثومي بينما يصاحب زيادة التدميع التخمجات الحموية.



الصورة رقم (٢, ٤٣). خمج الملتحمة مع إفرازات. مستخدم بتصريح من كانسكي جاي جاي ٢٠٠٣م، طب العيون السريري: منهاج منظم، باتروث - هايمان.

العلاج

- ١- ابحث عن الإفرازات في غشاوة الدمع - من السهل رؤيتها باستخدام المصباح الشقي.

٢- اصيغ بالفلوريسين fluorescein وابحث عن تصبغات مرقطة مميزة

للحموي adenovirus.

٣- تشير الجربيات - وهي عبارة عن كريات هلامية المظهر ذات لون وردي

شاحب على مرض المتحممة الفيروسي. وإذا رافقها إفرازات لدى الأشخاص النشيطين جنسياً اشبهه بالمتدثرة chlamydia وخذ مسحات.

٤- استخدم قطرات الكلورامفينيكول chloramphenicol ١٪ ٤ مرات يومياً في

كلا العينين لمدة ١٠ أيام.

٥- إذا اشبهت بالمتدثرة chlamydia استخدم كلاً من مرهم تيتراسايكلين ١٪

وأيضاً تيتراسايكلين tetracycline ٢٥٠ مجم عن طريق الفم ٤ مرات يومياً لمدة ٣ أسابيع. كما يتطلب أيضاً علاج الشريك الزوجي الغير مصاب.

٦- في حال عدم استجابة المريض للعلاج (خطوة العلاج الأولى عادةً هي

الكلورامفينيكول Chloramphenicol) خذ مسحة من المتحممة وذلك بأن تطلب من المريض النظر إلى الأعلى وتقوم بمسح قبوة المتحممة السفلية بالمسحة.

٧- في حالات خمج المتحممة الجرثومي عاجلها بمضاد حيوي آخر مثل

مرهم حمض الفاسيديك fusidic acid بنسبة ١٪ (فوئيسالمك) (Fucithalmic) مرتين يومياً، أو سيلوكسان Ciloxan ، أو اكسوسين Exocin ، أو جيتتاميسين gentamycin (جيتتيسين) (Gentacin) ٤ مرات يومياً.

الإحالة والمتابعة

● في حال فقدان البصر أو ألم العين الشديد - ناقش ذلك مع أخصائي العيون

وحول المريض خلال ٢٤ ساعة.

● لا يتطلب مراجعة أخصائي العيون في الحالات العادية إلا في حال عدم تحسن

الأعراض أو تدهورها خلال ٣ - ٤ أيام.

- يجب مراجعة أخصائي العيون في العيادة الخارجية في حال الاشتباه بالمتدثرة chlamydia وذلك بعد مضي ١ - ٢ أسبوع من العلاج.

التهاب الملتحمة والقرنية الفيروسي VIRAL KERATOCONJUNCTIVITIS

السمات

- يصاحب عادةً تخمج مجرى التنفس العلوي.
- أحياناً ينتج عن عدوى من التماس مع أفراد مصابين بنفس الأعراض.
- المسبب عادةً هو الحموي adenovirus.
- قد تظهر قرحة القرنية الشجرية في كلا العينين في حال انكبات المناعة.

العلاج

- ١- ضع قطرة مخدرة كالبروكسيميتاكين proxymetacaine ٠,٥٪، أو بينوكسينايت benoxinate ٠,٤٪، أو أميثوكاين amethocaine ١,٠٪ إذا لم يستطع المريض فتح عينيه.
- ٢- اصبغ القرنية بالفلوريسين fluorescein
- ٣- يوفر المصباح الشقي رؤية أوضح لتأثير الحموي adenovirus والتي تظهر كمناطق متصبغة مرقطة - القرحات الشجرية تتميز بمظهر متفرع (الصورة رقم ٢,٣٦)
- ٤- صف قطرات الكلورامفينيكول chloramphenicol أربع مرات يومياً لمدة أسبوعين في حال الاشتباه بالحموي adenovirus وذلك لتفادي التخمجات الثانوية.
- ٥- أضف سايكلوبنتولايث cyclopentolate ١٪ (مايدريلات) (Mydrilate) مرتين يومياً في الحالات الشديدة - وحذر المريض من احتمالية زغللة الرؤية.
- ٦- قد تستعمل المرطبات الموضعية مثل جل تيرس Gel Tears أو فيسكوتيرس Viscotears للشعور بالراحة.

٧- قد يستدعي الأمر أحياناً استخدام قطرات الستيرويد steroid - أترك ذلك لأخصائي العيون.

٨- علاج القرحة الشجرية في حال ظهورها بمزيج زوفيراكس Zovirax ٣٪/ خمس مرات يومياً (راجع الصفحة ٦٦)

اغسل يديك باستمرار - إن الحموي adenovirus معدى جداً ومن السهل انتشاره عند العاملين في المجال الصحي.

الإحالة والمتابعة

- مراجعة أخصائي العيون في العيادة الخارجية خلال أسبوع.
- وضّح للمريض بأن الحموي adenovirus لديه دورة مرضية طبيعية قد تمتد إلى أشهر.
- تعد القرحة الشجرية في كلا العينين نادرة الحدوث ويجدر معاينتها من قبل أخصائي العيون خلال ٤٨ ساعة - وفي هذه الحالات توقع انكبات المناعة.

مرض العين الناتجة عن خلل في الغدة الدرقية

DYSTHYROID EYE DISEASE

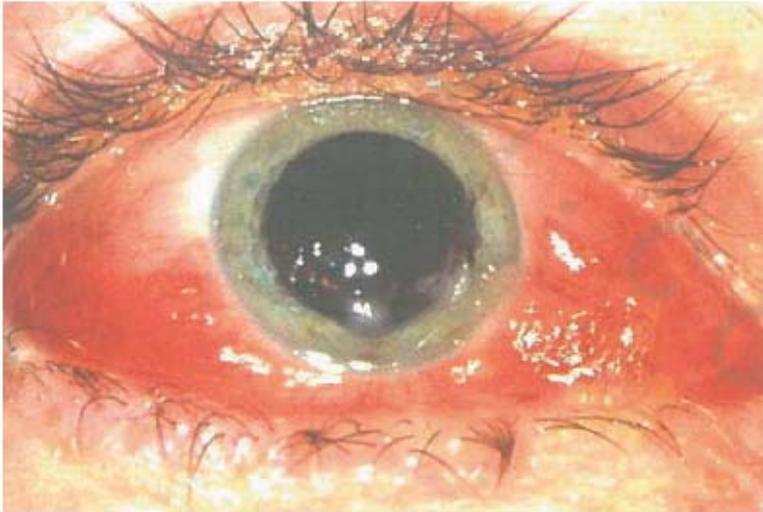
(الصورتان رقما ٢,٤٤ - ٢,٤٥)

السمات

- قد تظهر عند المرضى سويي الدرقية.
- هناك مشاكل مهددة بفقدان البصر كتكشّف القرنية الناتج عن جحوظ العين أو الضغط على العصب البصري الناتج عن زيادة الضغط داخل الحجاج.
- قد يحدث توذم شديد (انتفاخ واستسقاء الملتحمة).
- من الأعراض الشائعة ازدواج الرؤية، تقلص الأجفان، انخفاض حدة البصر، وقلّة حركة العين.



الصورة رقم (٢,٤٤). توذم في مرض العين الناتج عن خلل في وظيفة الغدة الدرقية - قد يكون أحادي أو ثنائي الجانب، عادةً ما يعالج على أنه التهاب الملتحمة الغير مستجيب.



الصورة رقم (٢,٤٥). مرض العين الناتج عن خلل في وظيفة الغدة الدرقية - توذم ملتحمة شديد مع تكشّف القرنية - يعاني هذا المريض أيضاً من ضغط على العصب البصري.

العلاج

- ١- سجل حدة الإبصار لكل عين باستخدام النظارة أو بثقب الرؤية إذا دعت الحاجة (راجع الصفحة ٣).
- ٢- يشير الخلل في واردة البؤبؤ (راجع الصفحة ١١) على الضغط على العصب البصري ويجب تحويل المريض فوراً.
- ٣- في حال توقع تعذر مقابلة أخصائي العيون بشكل قريب مع وجود خلل في وظيفة البؤبؤ، ابدأ بحقن الستيرويد steroid عالية الجرعة عن طريق الوريد - أعط methylprednisolone ١,٥ جم حسب وزن المريض.
- ٤- أعط ٨٠ مجم من مغلف معوي بريدنيزولون prednisolone عن طريق الفم مع رنتدين ١٥٠ مجم أو لانسوبروزول lansoprazole (زوتون) (Zoton) ٣٠ مجم مرتين يومياً للمرضى الذين لا يستخدم لهم الحقن الوريدي.
- ٥- يجب أخذ الحيطة عادةً في إعطاء الستيرويد steroid بجرعات عالية للمرضى الذين يعانون من القرحة الهضمية أو ارتفاع ضغط الدم.
- ٦- تبين صبغة الفلوريسين fluorescein للقرنية التكتشف - وفي هذه الحالة عالجها بمزيج لكريلوب lacri - lube ٤ مرات يومياً وأنصح المريض بأن يسحب الجفون العلوية إلى الأسفل ويثبتها بشريط طبي لاصق أثناء النوم.

الإحالة والمتابعة

- يتم تحويل كل من يعاني من نقص النظر، خلل البؤبؤ، وتصيب القرنية إلى طبيب العيون في الحال.
- إذا لم يوجد هناك علامات تكتشف للقرنية أو خلل في وظيفة العصب البصري - فعلى المريض مراجعة طبيب العيون خلال ٤٨ ساعة.

هفوات

- قد يعالج توذم الملتحمة الناتج عن خلل في وظيفة الغدة الدرقية بشكل خاطئ على أنه التهاب الملتحمة - لا توجد إفرازات في أمراض العين الناتجة عن خلل الغدة الدرقية.

الناسور الكهفي السباتي CAROTICO - CAVERNOUS FISTULA

السمات

- حالة مفاجئة ونادرة تحدث بسبب ناسور بين السباتي الباطن والجيب الكهفي.
- توذم ملتحمة وجحوظ عين نابض ثنائي الجانب ناتج عن عدم تصرف الدم الوريدي بسبب زيادة تدفق الدم الشرياني.
- تحدث تلقائياً عند كبار السن نتيجة تصلب الشرايين أو بعد رضح عند الشباب.

الإحالة والمتابعة

- استشر جراح المخ والأعصاب مباشرة وبدوره سيقوم بالتحويل إلى طبيب العيون إذا لزم الأمر.

العين الحمراء - حاد، بدون ألم، أحادي الجانب
RED EYE - ACUTE, PAINLESS, UNILATERAL

المسببات الرئيسية

التهاب الملتحمة	الصفحة ٨٧
نزف تحت الملتحمة	الصفحة ٨٩
التهاب فوق الصلبة	الصفحة ٩٠
رد فعل تحسسي	الصفحة ٧٧

اسأل مباشرة عن

● **أي إفرازات.** تعد الإفرازات الصفراء أو البيضاء شائعة في خمج الملتحمة الجرثومي - وقد تظهر الإفرازات المائية في تخمجات الملتحمة الحموية أو تخمجات الملتحمة الجرثومية الغير مكتملة العلاج.

● **تاريخ مرضي عن مناورة فالسالفا Valsalva maneuver أو رضح -** مثل حمل أوزان ثقيلة أو السعال أو نوبات العطاس. وعادةً ما يتبع الارتفاع المفاجئ في الضغط الوريدي نرف تحت الملتحمة.

● **ارتفاع ضغط الدم والسكري.** يشيع نرف تحت الملتحمة التلقائي في هذه المجموعة من المرضى.

● **نوبات سابقة.** معاودة النوبات أمر شائع في جميع الحالات السابق ذكرها.

الفحص

الخارجي

١- تأكد من عدم وجود توذم في الجفون أو أنسجة حول الحجاج والتي قد تدل على التهاب الأنسجة الخلوية الحجاجية (راجع الصفحة ٢٣٦).

حدة الإبصار

١- لا تتأثر حدة الإبصار عادةً مع كل الحالات السابق ذكرها إلا أنه قد يحدث نقص بسيط بالنظر في حالات التهاب الملتحمة الشديد.

الملتحمة

١- تدل الإفرازات على خمج الملتحمة الجرثومي.

٢- تدل المناطق الصلبة الحمراء على نرف تحت الملتحمة بشكل نموذجي.

● حدّد وسجّل ما إذا كان بالإمكان رؤية الحافة العلوية من النزف.

● إذا تعدّ ذلك فقد يكون مصدر النزف داخل القحفة - إلا أن هذه الحالة

نادرة الحدوث جداً وعادةً ما تتبع إصابات الرأس أو نرف تحت العنكبوتية.

- قد يكون المنظر مخيفاً مع ظهور ملتحمة متدلّية فوق الجفن السفلي (الصورة رقم ٢,٤٤).

الصلبة

- ١- يدل قطاعاً ملتهباً فوق بياض العين على التهاب فوق الصلبة (الصورة رقم ٢,٤٨) - وهو عبارة عن التهاب في الطبقة الخارجية للصلبة - وتتضمن سماته ما يلي:

- عدم وجود إفرازات.
- تهيج طفيف.
- متكرر الحدوث.
- قد يشابه التهاب فوق الصلبة المنتشر التهاب الملتحمة إلا أنه يتميز عنه بعدم وجود إفرازات أو عين دبقة.

القرنية، البؤبؤ، وقاع العين

تكون عادةً طبيعية في الحالات السابق ذكرها.

التهاب الملتحمة

CONJUNCTIVITIS

(الصورة رقم ٢,٤٦)

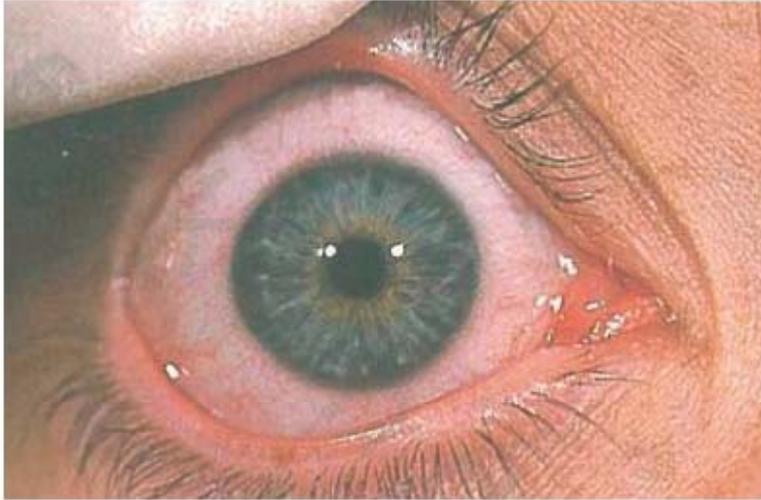
السمات

- قد تكون الإفرازات قيحية أو مائية.
- متهيجة أكثر من كونها مؤلمة.

العلاج

- ١- في الحالات الشديدة - خذ مسحة جرثومية bacterial swab - اطلب من المريض النظر إلى الأعلى وأسحب الجفن السفلي للأسفل وامسح قبوة الملتحمة السفلية.

٢- ضع الفلوريسين fluorescein وافحص القرنية تحت الضوء الأزرق للتأكد من عدم وجود علل في القرنية كالقرحة الشجرية (راجع الصفحة ٥٧)، أو الأجسام الغريبة (راجع الصفحة ٤٠) حيث إن هذه الحالات قد لا تكون مؤلمة نسبياً.



الصورة رقم (٢،٤٦). التهاب الملتحمة - التهاب منتشر مع إفرازات قيحية. قد تكون في البداية غير ملاحظة وتكون العين غير مريجة ومتهيجة أكثر من كونها مؤلمة.

- ٣- استخدم قطرات الكلورامفينيكول chloramphenicol ١٪ كل ساعتين لمدة يومين ومن ثم ٤ مرات يومياً لمدة ٨ أيام.
- ٤- في حال عدم استجابة المريض للعلاج خذ عينة وأبدأ بقطرات مضاد حيوي antibiotic بديلة - (راجع الصفحة ٨٠)
- ٥- تأكد من أن المريض قد استخدم العلاج السابق ذكره لمدة لا تقل عن ثلاثة أيام.

الإحالة والمتابعة

- لا يتطلب الأمر إحالة في العادة.
- على المريض مراجعة طبيب العيون خلال ٢٤ ساعة في حال مضى خمس أيام على العلاج بدون استجابة أو عند وجود ألم أو انخفاض واضح في حدة الإبصار.

نزف تحت المتحمة

SUBCONJUNCTIVAL HEMORRHAGE

(الصورة رقم ٢,٤٧)

السمات

- عادةً ما يكون تلقائياً.
- قد يكون ناتجاً عن ارتفاع ضغط الدم أو مناوره فالسالفا Valsalva maneuver.



الصورة رقم (٢,٤٧). حدود واضحة جداً للرف - إلا أنه قد يمتد ليغطي معظم الصلبة.

العلاج

- ١- حدد الطرف العلوي للنزف ودوّن ذلك.
- ٢- افحص ضغط الدم وعالجه إذا استدعى الأمر.
- ٣- أجر تحليل بول للسكري.
- ٤- في حال عدم وجود تاريخ مرضي لرضح سابق في العين أو الرأس - طمأن المريض بأن نرف المتحمة سوف يزول تلقائياً، إلا أنه قد يستغرق ستة أسابيع وقد يصبح داكناً أكثر قبل أن يتحسن.
- ٥- لا يتطلب الأمر علاجاً للعين.

الإحالة والمتابعة

- ١- لا يستدعي الأمر إحالة في الحالات التلقائية.
- ٢- في حالات الرضح (افحص كما هو موضح في الفصل الخامس)
- ٣- يتم تحويل مرضى السكري وارتفاع ضغط الدم إلى طبيب عام.

هفوات

- حدّد ودوّن إمكانية رؤية الحدود العلوية للنزف - اطلب من المريض النظر إلى الأسفل وأرفع الجفن العلوي - وفي حال عدم وضوح الحدود العلوية للنزف وكان المريض يعاني من صداع شديد ناقش حالته مع جراح المخ والأعصاب - فقد يكون الدم متسللاً مع مسار العصب البصري من مصدر داخل القحفة - ومن المفترض أن يشعر المريض بأنه معتل الصحة في هذه الحالة.

التهاب فوق الصلبة

EPISCLERITIS

(الصورة رقم ٤٨، ٢)

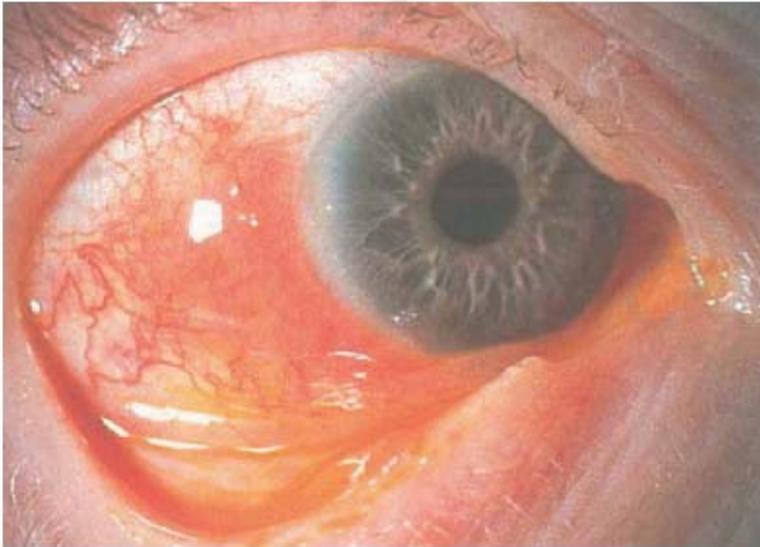
السمات

- يصيب جزءاً محدداً من بياض العين - وقد يكون منتشرأ.
- عادةً ما يكون مصحوباً بتهيّج.

العلاج

١- اصيغ العين بالفلوريسين fluorescein وابحث عن علل أخرى قد تسبب التهاب موضعي مشابه مثل قرحة القرنية الحافية (الصورتان رقما ٢,٣٤ ، ٢,٣٥) أو أجسام غريبة في القرنية (راجع الصفحة ٤٠) - هذه الحالات قد لا تسبب ألمًا في بعض الأحيان.

٢- في حال شعور المريض بعدم الراحة استخدم قطرات مضادة للالتهاب مثل فولتارول Voltarol ثلاث مرات يومياً لمدة أسبوع. كما يمكن استخدام فروبين Froben ١٠٠ مجم مرتين يومياً عن طريق الفم لمدة أسبوعين - شريطة عدم وجود موانع استعمال مثل القرحة الهضمية أو أن يكون المريض يستعمل علاجات مضادة للالتهاب في نفس الوقت.



الصورة رقم (٢,٤٨). جزء ملتهب دون نزف - السائل الأصفر هو عبارة عن صيغة

الفلوريسين fluorescein.

٣- نبه المريض إلى ضرورة التوقف عن استخدام العلاجات فوراً في حال شعوره بتهيجات في المعدة.

٤- في حال تكرار الالتهاب عند من يقل عمرهم عن ٣٠ سنة قم بفحص أداء الكلى حيث أن التهاب فوق الصلبة من النادر ما يكون العلامة الأولى للفشل الكلوي في هذه المرحلة العمرية.

٥- وضح للمريض بأن الأعراض عادةً ما تزول تلقائياً خلال أسبوعين أو ثلاثة أسابيع.

الإحالة والمتابعة

● لا يتطلب الأمر تحويلاً أو مراجعة شريطة أن يكمل المريض أسبوعين بعد علاجه دون أعراض.

● مراجعة طبيب العيون خلال ٤٨ ساعة إذا لم تشفى العين مع العلاج السابق ذكره والذي استمر لمدة أسبوعين حيث قد يستدعي الأمر استخدام قطرات الستيرويد steroid الموضعية.

العين الحمراء - حاد، غير مؤلم، ثنائي الجانب

RED EYE - ACUTE PAINLESS, BILATERAL

الأسباب الرئيسية

التهاب الملتحمة	الصفحة ٨٧ الصورة رقم (٢, ٤٦)
التهاب الجفن - التهاب في أطراف الجفن	الصفحة ٢٣٠
مع تهيج عيني ثانوي	الصفحة ٧٧
رد فعل تحسسي	الصفحة ٨٢
مرض عين درقي - نادر	

اسأل مباشرة عن

● **الإفرازات.** ترتبط الإفرازات المخاطية القيحية بجمع الملتحمة الجرثومي -
اشتبه بالمتدثرة chlamydia عند الأشخاص النشطين جنسياً.

● **فرط الحساسية الوراثي Atopy.** يعتبر المرضى مفرطي الحساسية عرضة لردات
فعل تحسسية ناتجة عن مواد عديدة باعثة للتجاوب كغبار المنزل أو لقاح الطلع.

● **المرضى المصابين بأمراض الدرقية أو من لديهم أعراض أو علامات فرط
نشاط الغدة الدرقية.** يدل كل من الرعاش، القلق، اضطراب المزاج، عدم تحمل
الحرارة، الخفقان، سرعة النبض، أو فقد الوزن إلى فرط نشاط درقي - وقد يكون
احمرار كلا العينين العلامة الأولية لمرض الدرقية، وقد تعالج على نحو خاطئ على
أنها التهاب الملتحمة. (راجع الصفحة ٨٢)

الفحص

الخارجي

١- قد يدل انتفاخ الجفون أو الأنسجة حول الحجاج على التهاب الأنسجة
الخلوية الحجاجية إلا أنها نادراً ما تصيب كلا العينين. (راجع الصفحة ٢٣٦)

حدة الإبصار

١- لا تتأثر حدة الإبصار عادةً مع كل ما سبق ذكره باستثناء مرض العين
الدرقي.

٢- من الشائع أن يحدث انخفاض بسيط في النظر في التهابات الملتحمة الشديدة.

الملتحمة

١- تدل الإفرازات على خمج الملتحمة الجرثومي.
٢- اسحب الجفن السفلي إلى الأسفل وأنظر إلى أسفل الملتحمة في الجيب بين
العين والجزء الداخلي من الجفن - ترتبط الكريات الشفافة رمادية اللون (من الأفضل

رؤيتها تحت المصباح الشقي) بجمع المتدثرة chlamydia والذي يجب الاشتباه به عند الأشخاص النشيطين جنسياً.

٣- اقلب الجفن العلوي (راجع الصفحة ٤٧) - يحدث احتقان وتخشن في سطح الجفن الداخلي عند المرضى الذين يعانون من فرط حساسية الملتحمة الوراثي.

الصلبة

١- قد يشير احتقان الجزء الأنسي والوحشي من الصلبة إلى مرض عين درقي خاصةً إذا كانت العينين بارزتين.

القرنية

١- اصبغ بالفلوريسين fluorescein وابحث عن قرحة - قد يكون التصبغ المنتشر علامة على تكشّف القرنية الناتج عن مرض درقي.

٢- ترتبط القرحة الخافية (راجع الصفحة ٥٨) بالتهاب الجفون (راجع الصفحة ٢٣٠) - وقد يصاحبها شعوراً بسيطاً بعدم الراحة أكثر من كونه ألم.

البؤبؤ

قد يدل قصور واردة البؤبؤ (راجع الصفحة ١١) على ضغط العصب البصري نتيجة مرض درقي.

قاع العين

١- غالباً ما يكون قاع العين طبيعياً، إلا أنه أحياناً قد ترى ثنيات صغيرة بالشبكية في حالات مرض الدرقية.

التهاب الملتحمة

CONJUNCTIVITIS

تم تغطية كامل الموضوع في الصفحة ٧٩.

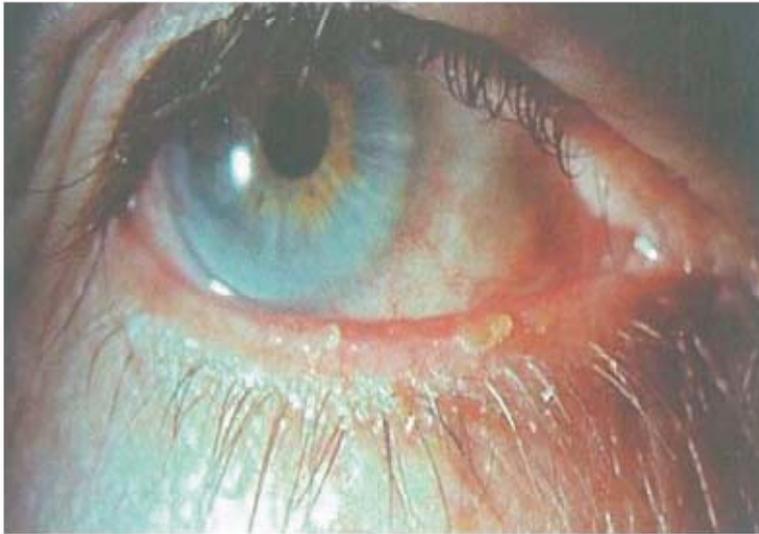
التهاب الجفون

BLEPHARITIS

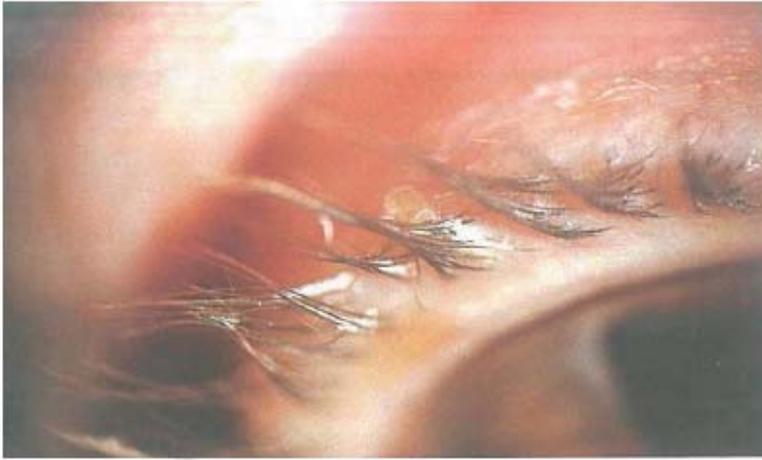
(الصورتان رقما ٢,٤٩ - ٢,٥٠)

السمات

- أكثر مشاكل الجفن شيوعاً - قد تؤدي إلى تهيج مزمن في العينين أكثر من كونه ألم.
- أطراف جفون متسمة، متقشرة، وحمراء.
- كثيراً ما يصاحبها نوبات حادة.
- قد تتلبد الرموش، ويكسوها القشور ويلتصق عليها جزء رقيق من الجلد.



الصورة رقم (٢,٤٩). التهاب الجفون. حواف الجفن سمكة ومحتقة مع قبح وقشور على الرموش.



الصورة رقم (٢,٥٠). التهاب الجفون. رموش متلبدة - وهذا مظهر شؤذجي في الحالات الشديدة.

العلاج

- ١- وضّح للمريض أن الحالة مزمنة وأن العلاج لتخفيف الأعراض ولن يقضي على المشكلة الرئيسية نهائياً.
- ٢- اصبغ بالفلوريسين fluorescein وابحث عن قرحة حافية بالقرنية (الصورتان رقما ٢,٣٤ - ٢,٣٥).
- ٣- في حال كانت الجفون محتقنة بشدة ابدأ بمرهم كلورامفينيكول chloramphenicol ١٪ ثلاث مرات يومياً - والذي يجب دعه يحكم على حافة الجفن في منابت الرموش لمدة ٣ أسابيع - لا يستدعي وضعه داخل العين.
- ٤- نظافة الجفن - نبه المريض على أهمية تنظيف أطراف الجفون بإتقان مرة في النهار ومرة في الليل وذلك بالطريقة التالية:
 - سحب جلد أطراف الجفون الخارجية وحشياً لوضع الجفون تحت الشد.
 - باستخدام ضمادة كتانية، منديل قطني، أو نسيج صوفي ناعم مغمور بمحلول ملحي saline متعادل (وذلك بإضافة ملعقة طعام من الملح في قدح من الماء

المغلي المبرد) أو باستخدام شامبو الأطفال - أفرك بإحكام أطراف الجفون لإزالة الدهون والبقايا الموجودة عليها - ولكن تجنب ملامسة العين.

- استمر بالعلاج للأبد.
- لا تستخدم الكرات أو الأعواد القطنية - فقد يتركان بقايا في العين.

الإحالة والمتابعة

- يجب مراجعة طبيب العيون خلال ٤٨ ساعة في حال وجود تصبغ بالقرنية.
- لا يستدعي الأمر مراجعة طبيب العيون في ظل غياب مرض بالقرنية.

ردود الفعل التحسسية

ALLERGIC REACTIONS

تم تغطية كامل الموضوع في الصفحة ٧٧.

مرض العين الناشئ عن خلل في الغدة الدرقية

DYSTHYROID EYE DISEASE

تم تغطية كامل الموضوع في الصفحة ٨٢.

العين الحمراء - مزمن ، أحادي أو ثنائي الجانب

RED EYE - CHRONIC, UNILATERAL OR BILATERAL

أهم المسببات

التهاب الجفون	الصفحة ٩٥ و ٢٣٠
العين الجافة	الصفحة ٩٩
التهاب الملتحمة المزمن	الصفحة ٨٧
ارتداء العدسات اللاصقة	الصفحة ٢٢١
أمراض العين الناتجة عن خلل في الغدة الدرقية	الصفحة ٨٢
ذو علاقة بالعمل (البيئة)	

اسأل مباشرة عن

- جفون متلاصقة أو عليها قشور. نموذجي لالتهاب الجفون.
- التهاب المفاصل. يشيع جفاف العين لدى كبار السن، مستخدمى الأدوية المضادة للاكتئاب antidepressants، كما أنها ترتبط أيضاً بالتهاب المفاصل الرثياني.
- العدسات اللاصقة. يجب الأخذ بعين الاعتبار عدم تحمل استعمال العدسات وسوء العناية بنظافتها.
- الإفرازات. يعد التهاب الملتحمة المزمن من الأسباب الغير شائعة لاحمرار العين المزمن.
- ذو علاقة بالعمل. هل يعمل في أجواء جافة غبرة أو في أماكن مكيفة
- تاريخ مرضي عن مرض درقي. عادةً ما يتم معالجته على أنه التهاب مزمن بالملتحمة حتى يتم تشخيصه على النحو السليم.

الفحص

الخارجي

لاحظ مظهر الوجه المحدق والذي يرتبط بمرض عين درقي (راجع الصفحة ٨٢).

الجفون

- ١- تدل أطراف الجفون المحمرة السميكة مع الرموش المتلبدة، المكسوة بالقشور (الصورة رقم ٢,٥٠) على التهاب الجفون وفي بعض الأحيان على ورم بالجفن، خصوصاً إذا كان مصحوباً بغياب الرموش.

الملتحمة

- ١- إدمان الكحول - مظهر وجه محتقن.
- ٢- الإفرازات - خذ بعين الاعتبار التهاب الملتحمة المزمن أو المتدثرة chlamydia عند النشطين جنسياً.

٣- التهاب المفاصل الرثياني - يرتبط غالباً بالعين الجافة ويؤدي إلى تناقص مستوى غشاوة الدمع مع وجود بقايا.

القرنية

١- يؤدي جفاف العين إلى تكشف القرنية - والإحساس الرملية - وتصبغات القرنية المنتشرة عند استخدام الفلوريسين fluorescein. يعود السبب عادةً في احمرار العين المزمن إلى مرض العين الخارجي ولا يستدعي الأمر إجراء فحوصات إضافية في حال كانت حدة الإبصار طبيعية - ولكن في حال نقص النظر افحص قاع العين للتأكد من سلامته. سيتم التعرض لموضوع نقص النظر في الصفحة ١١٧.

العلاج

التهاب الجفون	الصفحة ٩٥ والصفحة ٢٣٠
التهاب الملتحمة	الصفحة ٨٧
مرض عين درقي	الصفحة ٨٢
مشاكل العدسات اللاصقة	الصفحة ٧٥، ٢٢١

العين الجافة

DRY EYE

السمات

- تهيج مزمن مع شعور بالحرقنة.
- احتقان منتشر.

العلاج

١- اصبغ بالفلوريسين fluorescein وافحص تحت الضوء الأزرق - تدل المناطق المتصبغة الدقيقة المنتشرة على العين الجافة.

٢- ابدأ بقطرات الهايبروميلوس hypermellose ٣,٠٪ كل ساعتين أو الفيسكوتيرس Viscotears ٦ مرات يومياً ومرهم اللاكريلوب Lacri - Lube في الليل.

الإحالة والمتابعة

- تصبغ بالقرنية - مراجعة طبيب العيون في العيادة الخارجية بصفة غير عاجلة بعد البدء بالعلاج.
- عدم تصبغ القرنية - لا يستدعي الأمر إحالة.