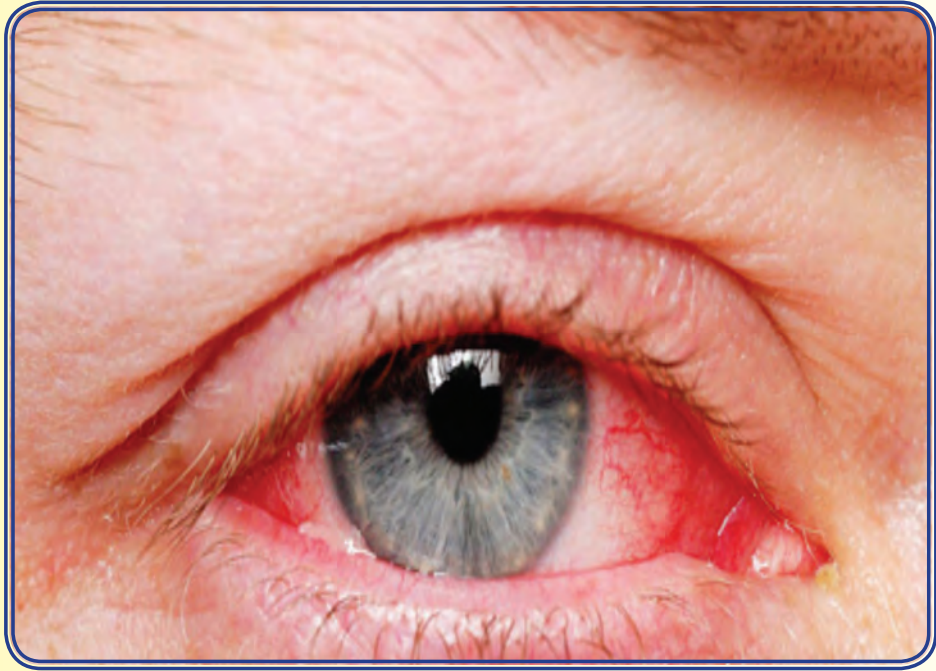




المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية - دولة الكويت

سلسلة الثقافة الصحية (194)

احمرار العين



تأليف

د. جمال إبراهيم المرجان

مراجعة: المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية

2024م



المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية - دولة الكويت
سلسلة الثقافة الصحية

احمرار العين

تأليف

د. جمال إبراهيم المرجان

مراجعة

المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية

الطبعة العربية الأولى 2024م

ردمك: 978-9921-782-59-2

حقوق النشر والتوزيع محفوظة

للمركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية

(هذا الكتاب يعبر عن وجهة نظر المؤلف ولا يتحمل المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية أي مسؤولية أو تبعات عن مضمون الكتاب)

ص.ب 5225 الصفاة - رمز بريدي 13053 - دولة الكويت

هاتف : + (965) 25338610/1 فاكس : + (965) 25338618

البريد الإلكتروني: acmls@acmls.org



بِسْمِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية

منظمة عربية تتبع مجلس وزراء الصحة العرب، ومقرها الدائم دولة الكويت وتهدف إلى:

- توفير الوسائل العلمية والعملية لتعليم الطب في الوطن العربي.
- تبادل الثقافة والمعلومات في الحضارة العربية وغيرها من الحضارات في المجالات الصحية والطبية.
- دعم وتشجيع حركة التأليف والترجمة باللغة العربية في مجالات العلوم الصحية.
- إصدار الدوريات والمطبوعات والأدوات الأساسية لبنية المعلومات الطبية العربية في الوطن العربي.
- تجميع الإنتاج الفكري الطبي العربي وحصره وتنظيمه وإنشاء قاعدة معلومات متطورة لهذا الإنتاج.
- ترجمة البحوث الطبية إلى اللغة العربية.
- إعداد المناهج الطبية باللغة العربية للاستفادة منها في كليات ومعاهد العلوم الطبية والصحية.

ويتكون المركز من مجلس أمناء حيث تشرف عليه أمانة عامة، وقطاعات إدارية وفنية تقوم بشؤون الترجمة والتأليف والنشر والمعلومات، كما يقوم المركز بوضع الخطط المتكاملة والمرنة للتأليف والترجمة في المجالات الطبية شاملة المصطلحات والمطبوعات الأساسية والقواميس، والموسوعات والأدلة والمسوحات الضرورية لبنية المعلومات الطبية العربية، فضلاً عن إعداد المناهج الطبية وتقديم خدمات المعلومات الأساسية للإنتاج الفكري الطبي العربي.

المحتويات

ج	المقدمة :
هـ	المؤلف في سطور :
1	الفصل الأول : التركيب التشريحي للعين
5	الفصل الثاني : احمرار العين الحاد
27	الفصل الثالث : احمرار العين المزمن
47	المراجع :

المقدمة

يُعد احمرار العين حالة طبية شائعة، فهو من الشكاوى لدى أطباء العيون، حيث إنه يُعتبر عَرَضًا وليس مرضًا بحد ذاته، ويحدث احمرار العين؛ نتيجة توسّع الأوعية الدموية الدقيقة الموجودة تحت سطح العين أو التهابها، وتتفاوت أسباب احمرار العين بين أسباب بسيطة وأخرى تستدعي عناية طبية طارئة، وقد يصيب الاحمرار إحدى العينين أو كليهما، وقد يصاحب احمرار العين عدة أعراض، منها: تهيج العين، وحدوث ألم وحكة فيها، وجفاف العين، وخروج إفرازات منها، والحساسية من الضوء، ويعتمد الطبيب في تشخيص المرض على أخذ التاريخ الطبي، والفحص البدني، وإجراء بعض الفحوص للعين لتحديد أسباب الاحمرار.

ويكمن علاج الاحمرار في معرفة السبب الذي أدى إليه، وفي معظم الحالات يكون احمرار العين عَرَضًا بسيطًا نسبيًا، وعادة ما تتحسن الأعراض بالعلاجات المنزلية، أو العلاجات التي لا تستلزم وصفة طبية، ولكن تؤدي حالات أخرى إلى مضاعفات خطيرة تسبب تغيرات في الرؤية تؤثر في أداء المهام اليومية، وربما تؤدي إلى تلف دائم في العين؛ لذا فإن تحديد أسباب احمرار العين وعلاجها مبكرًا يساعد في تجنب المضاعفات.

يحتوي هذا الكتاب (احمرار العين) على ثلاثة فصول، تناول الفصل الأول التركيب التشريحي للعين، وبيّن الفصل الثاني احمرار العين الحاد، وأختتم الكتاب بفصله الثالث بالحديث عن احمرار العين المزمن.

نأمل أن يستفيد مما تضمنته فصول هذا الكتاب المتخصصون وغير المتخصصين، وأن يكون إضافة جديدة تُضم إلى المكتبة العربية الطبية.

والله ولي التوفيق،،

الأستاذ الدكتور مرزوق يوسف الغنيم

الأمين العام

لمركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية

المؤلف في سطور

• د. جمال إبراهيم سليمان المرجان

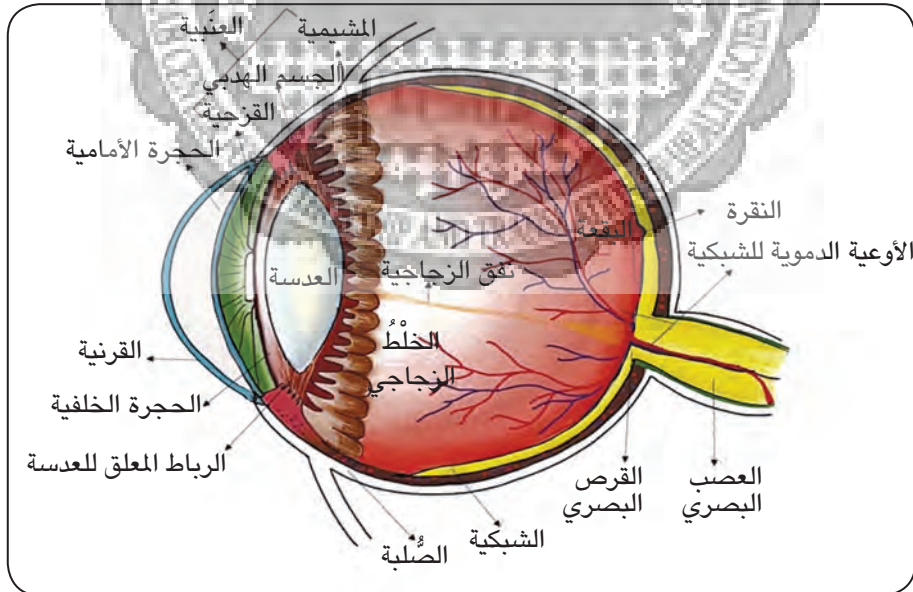
- كويتي الجنسية، مواليد عام 1957م.
- حاصل على بكالوريوس الطب والجراحة العامة - جامعة الإسكندرية - جمهورية مصر العربية - عام 1982م.
- زميل الكلية الملكية للجراحين - إدنبرة - المملكة المتحدة - عام 1996م.
- حاصل على تخصص دقيق في القرنية وأمراض العيون الخارجية - جامعة هارفارد (بوسطن - الولايات المتحدة الأمريكية) - عام 1999م.
- عضو الكلية الملكية لأطباء العيون (لندن)، وعضو الأكاديمية الأمريكية لأطباء العيون، وعضو الرابطة الكويتية لأطباء العيون.
- عمل رئيساً لمجلس أقسام العيون من عام (2012م - 2018م).
- رئيس لجنة الإعاقة البصرية في دولة الكويت.
- يعمل حالياً استشارياً في قسم العيون - مستشفى جابر الأحمد - وزارة الصحة - دولة الكويت.

الفصل الأول

التركيب التشريحي للعين

يتكون التركيب التشريحي للعين من الصُّلبة (الطبقة الخارجية)، والنسيج العنبي (الطبقة الوسطى)، والشبكية (الطبقة الداخلية).

- الصلبة (Sclera): هي طبقة بيضاء خارجية قوية وكثيفة تحمي المحتويات الداخلية للعين، وتتكون من: جزء أمامي (يمثل حوالي 6/1 من الصلبة) يضم القرنية الشفافة التي لا توجد بها أوعية دموية والتي تُعد بمثابة غطاء واقٍ للجزء الأمامي من العين، كما أنها تساعد على تركيز الضوء على الشبكية، والأجزاء الأخرى الخلفية (تمثل 6/5 من الصلبة) تضم طبقة ليفية معتمة بيضاء اللون، يوجد بها جزء خلفي يشبه الغريبال تخرج منه الأعصاب البصرية من مقلة العين.



شكل يوضح التركيب التشريحي لبنية العين.

- النسيج العنبي (Uvea): يتكون من الأمام من القرنية، والجسم الهدبي، وتُكوّن المشيمية في الخلف.
- القرنية (Iris): يختلف لونها باختلاف الأفراد اعتماداً على كمية الميلانين، وتتحكم بكمية الضوء الداخلة إلى العين، وتقع العدسة البلورية خلف القرنية.
- الجسم الهدبي (Ciliary body): مسؤول عن إنتاج الخُط المائي، وتكَيّف العين.
- المشيمية (Choroid): تمد الطبقة الخارجية للشبكية بالأكسجين والتغذية.
- الشبكية (Retina): تُشكّل الغلاف الداخلي لقالة العين، وهي بدورها تتكون من عشر طبقات تحتوي على مستقبلات ضوئية مختلفة، وأغشية، ووصلات تقوم بنقل الإشارات إلى الدماغ، ويضم الجزء الخلفي للشبكية: البقعة الصفراء، والنقرة المركزية المسؤولة عن الرؤية المركزية ورؤية الألوان، ويملأ العين سائل لزج هلامي يُسمى الخلط (الجسم) الزجاجي بحجم 4 ملي لتر، ووظيفته هي امتصاص الصدمات، والتثبيت الميكانيكي للمقلة، إضافة إلى تزويد العدسة والشبكية بالتغذية المناسبة.

الأجفان

يتكوّن الجفن من طبقة رقيقة جداً من الجلد، ومن طبقات متتالية من العضلات والأنسجة، ويُغطّي الجفن من الداخل بالملتحمة الجفنية التي تُعد البطانة الداخلية للأجفان، وهي عبارة عن غشاء شفاف تبلغ سماكته 3 ملي متر يحتوي على أوعية دموية ولفاوية، إضافة إلى غدد متنوعة تساعد في إفراز الدمع لترطيب العين، وهي تتكون من ثلاثة أجزاء: جزء هامشي (حافة الجفن)، وجزء ترصي (Tarsus) (بطانة الجفن الداخلية) وهو جزء سميك يتكون من نسيج ضام موجود في كل جفن، يتواجد مباشرة عند حافة كل جفن. وجزء حجاجي (يُغطّي الصلبة من الأمام)، والجزء الأخير (الحجاجي) هو المسبب في مظهر احمرار العين؛ نتيجة نزف، أو احتقان في هذه الأوعية الدموية، وهو السبب الأكثر شيوعاً في ذلك، والجدير بالذكر أن هذا الاحمرار لا يكون بالضرورة بسبب مرض في الملتحمة، وإنما في كثير من الأحيان يكون عَرَضاً لمرض في تراكيب أخرى للعين مثل: القرنية، والأجفان، والعينية وغيرها.

نصائح عامة للحفاظ على سلامة العين وصحتها

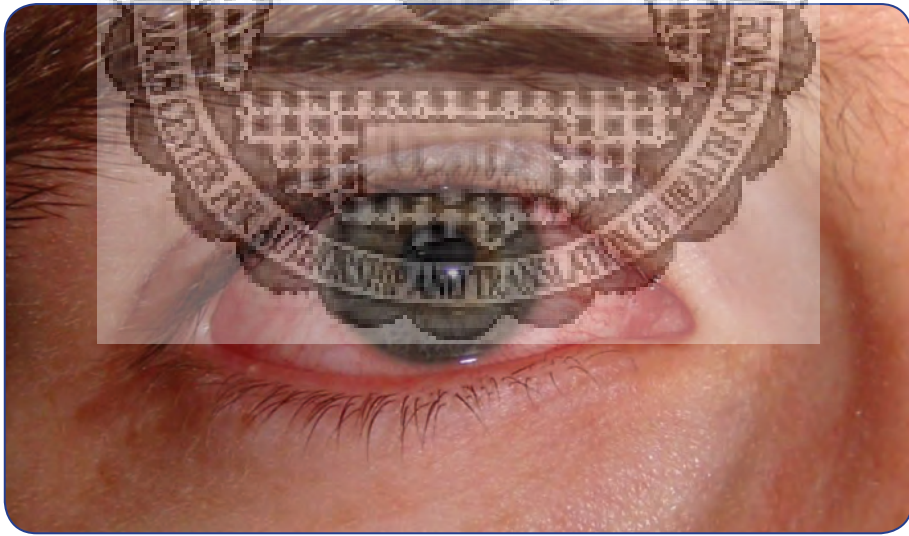
تُعدُّ العين جزءاً مهماً من أجزاء الجسم، وينطبق عليها ما ينطبق على الجسم من قواعد عامة للحفاظ عليها، حيث إن التغذية السليمة، ونمط الحياة الصحي من الأمور التي تنعكس إيجابياً على صحة العين، وهناك عديد من النصائح العامة للحفاظ على سلامة العين تتمثل في الآتي:

- المحافظة على شرب كميات كافية من الماء يومياً (2.5 لتر)، وتناول الخضراوات الغنية بالفيتامينات، ومضادات الأكسدة، حيث تلعب دوراً أساسياً في تقوية البصر.
- الابتعاد عن التدخين.
- ارتداء النظارات الشمسية.
- عدم النظر لشاشة الحاسوب لفترة طويلة، وتطبيق قاعدة 20:20:20، بحيث ينظر الشخص كل 20 دقيقة إلى شيء بعيد (20 قدماً) لمدة 20 ثانية.
- تقييد الزواج من الأقارب في العائلات حتى لا تنتقل الأمراض الوراثية.
- على الوالدين الاهتمام بملاحظة أعين أطفالهم من ناحية الشكل، والحجم، واتجاه العين (عدم وجود حَوَل)، كذلك ملاحظة ما إذا كان هناك ضعف في البصر، وذلك بفحص النظر في سن الرابعة حيث يُعدُّ الفحص أساسياً في هذا السن؛ لتجنب الضعف الدائم (كسبب العين) الذي يحدث للحالات التي تحتاج إلى نظارة طبية، ولم يتم استعمالها باكراً، حيث إن هذا الضعف لا يمكن علاجه في سن متأخرة.
- على الوالدين إبعاد جميع المواد الحادة عن أطفالهم؛ لأنها قد تتسبب بإصابات في العين، كذلك إبعاد المواد الكيميائية مثل: (محاليل الصابون وما شابه).
- عدم شراء الألعاب التي قد تتسبب في إصابات للعين (مثل: المسدسات ذات الطلقات البلاستيكية، والأسهم المدببة).
- استعمال نظارة طبية خاصة عند ممارسة الألعاب الرياضية، وذلك لحماية العين من الإصابات بالنسبة للأطفال الذين يرتدون النظارات الطبية.
- على العمال في المصانع والأشخاص الذين يمارسون أعمال الحداة، أو النجارة، الحرص على ارتداء نظارة حماية في أثناء مزاوله هذه الأنشطة.

- على الأشخاص في سن الـ 50 وما فوق البدء بإجراء فحص دوري سنوي عند اختصاصي العيون، وذلك للاطمئنان على صحة وسلامة العين، خاصة عند مرضى داء السكري، أو الأشخاص الذين لديهم تاريخ مرضي في العائلة بمرض الزرق (ارتفاع ضغط العين).

احمرار العين

يُعدُّ احمرار العين (Red eye) من الشكاوى الشائعة في طب العيون، حيث إنه يُعتبر عرضاً وليس مرضاً بحد ذاته، وتتنوع أسبابه؛ لذلك فإنه من الضروري أن يتم الفحص بواسطة اختصاصي العيون للتشخيص الصحيح، ومن ثم وصف العلاج المناسب، ومن خلال الفصول القادمة سوف نستعرض أهم الأمراض التي تؤدي إلى احمرار العين، حيث يُقسَّم إلى احمرار العين الحاد الذي يختفي عادة خلال أسبوعين، واحمرار العين المزمن الذي يستمر لفترات طويلة قد تمتد إلى عدة أشهر.



صورة توضح احمرار العين.

الفصل الثاني

احمرار العين الحاد

هناك أسباب عديدة لاحمرار العين الحاد (Acute red eye)، منها ما يكون مصحوبًا بإجهاد (عدم ارتياح) في العين، ومنها ما يكون مصحوبًا بانتفاخ أو تورّم (توذم) كبير مفاجئ في الأجزاء، كذلك قد يكون الاحمرار مصحوبًا بتحسس من الضوء (رهاب ضوئي)، وإحساس بجسم غريب في العين، وأحيانًا أخرى يكون مصحوبًا برهاب ضوئي مع ألم شديد في العين.

أولاً - أسباب احمرار العين الحاد المصحوب بعدم ارتياح بها

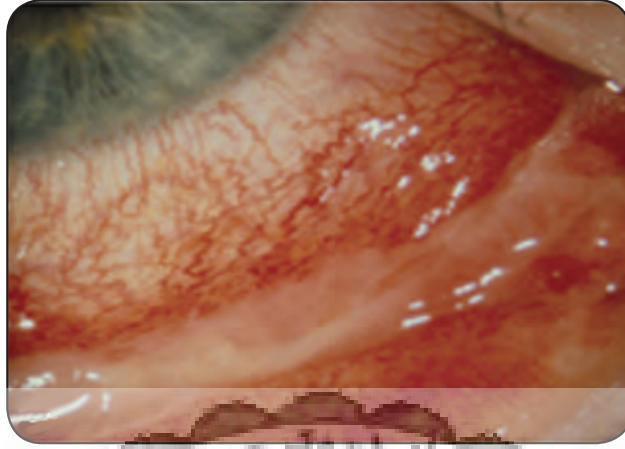
هناك أسباب عديدة لاحمرار العين الحاد، حيث تتفاوت الأسباب بين أسباب بسيطة وأخرى خطيرة تستدعي عناية طبية طارئة، وتشمل تلك الأسباب:

- التهاب الملتحمة الجرثومي الحاد
(Acute bacterial conjunctivitis)

غالبًا ما يحدث هذا الالتهاب نتيجة لعدوى تصيب العين، وهو من الأمراض الشائعة، ويستمر لعدة أيام، وقد يُشفى عفوياً من دون علاج، وينتقل بواسطة العدوى بين الأفراد.

الأعراض والعلامات

يحدث الاحمرار بشكل مفاجئ مع الشعور بحرقة وإفرازات قيحية مخاطية تبدأ في إحدى العينين، ثم تنتقل إلى العين الأخرى خلال يوم أو يومين، وقد تتم ملاحظة التصاق الأجزاء عند الاستيقاظ صباحاً؛ نتيجة الإفرازات القيحية.



صورة توضح إفرازات مخاطية قيحية

العلاج

يتم العلاج باستعمال قطرات ومراهم المضادات الحيوية (قطرة فيجاموكس: Vigamox، ومرهم توبركس: Tobrex، أو كلورامفينيكول: Chloramphenicol)، حيث تقلل مدة المرض من (10-14) يوماً إلى ثلاثة أيام.

من الجدير بالذكر أن الأعراض والعلامات متفاوتة تبعاً لفوعة العدوى الجرثومية ونوعها، وبما أن معظم الحالات تُشفى خلال فترة وجيزة، فإن ذلك لا يتطلب عادة أخذ مسحات لمعرفة نوع الجراثيم في المختبر، إلا إذا كانت الحالة لا تستجيب للعلاج الأولي، أو أن الالتهاب شديد بحيث يتطلب العلاج الجهازي المضاف (عن طريق الفم) بجانب العلاج الموضعي (على العين).

• التهاب الملتحمة الفيروسي (Viral conjunctivitis)

يُعتبر من أمراض العيون الشائعة التي تنتقل بسرعة وبسهولة من العين المصابة إلى العين الأخرى، وكذلك من شخص لآخر، وتنتج عن عدوى فيروسية وإن أكثر الفيروسات المسببة في 95% من الحالات هو (الفيروس الغدانية) (Adeno-virus)، وقد يحدث المرض في حالات فردية أو ينتشر باعتباره وباء في محيط العمل مثل: المستشفيات، والمدارس، وأحواض السباحة العامة؛ لذلك فمن الواجب بذل الجهد للحد من انتشار المرض، وذلك بعدم مخالطة الأشخاص المصابين، وعدم استعمال أدواتهم (كالمناشف مثلاً)، وغسل الأيدي باستمرار.

الأعراض والعلامات

باعتبار أن هناك فصائل متعددة من الفيروسات تسبب المرض فإن الأعراض تتفاوت بحسب الفصيلة، وشدة المرض، ولكنها غالباً ما تبدأ في عين ثم تنتقل إلى العين الأخرى خلال يوم أو يومين، وتشمل الأعراض: حدوث احمرار ودماع وتهيج في العين، وتحسس للضوء (رهاب ضوئي)، وقد يصاحب ذلك التهاب في الحلق، أو نزلة برد، وهناك أنواع أخرى من الإصابات تنتقل بين الأفراد في العائلة بواسطة التهابات الجهاز التنفسي، وعند الفحص يُلاحظ تورُّم في الجفن قد يكون خفيفاً أو شديداً، واحمرار والتهاب حُبيبي (جُريبي) في الملتحمة، إضافة لذلك قد يحدث نزف تحت الملتحمة، وأحياناً تشكل غشاء كاذب عليها، إضافة لذلك فإنه في كثير من الأحيان تتضخم العقد اللمفاوية الموجودة أمام صيوان الأذن في الجهة المصابة، كذلك يحدث أحياناً التهاب في القرنية (حويصلات ظهارية، والتهاب ظهاري نقطي، ورشح بؤري تحت ظهاري)، وعادة يتم التشخيص عن طريق أخذ التاريخ المرضي والفحص بالمصباح الشَّقِيّ (Slit lamp) (أداة تمكّن الطبيب من فحص العين تحت درجة تكبير عالية) ولا يتطلب الأمر إجراء فحوص مخبرية.



صورة توضح التهاب الملتحمة
الفيروسي مع تشكّل غشاء كاذب.

صورة توضح التهاب الملتحمة
الجريبي الفيروسي.

العلاج

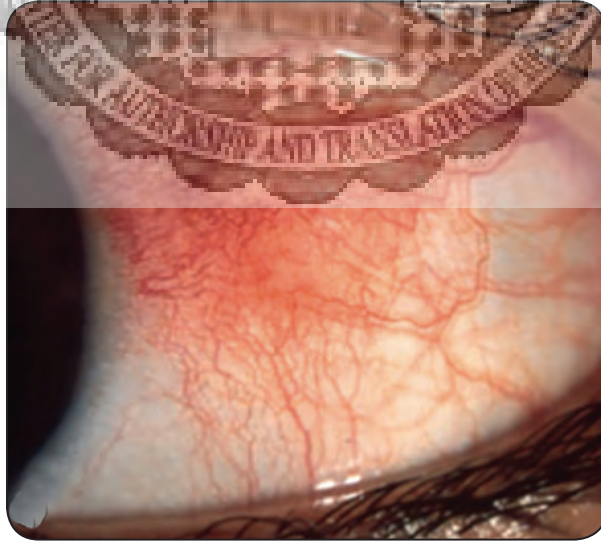
يُنصح المريض بعمل كمادات باردة للعين، واستعمال قطرات الستيرويد بريدنيزولون (Prednisolone)، وقطرات المضاد الحيوي للوقاية من حدوث التهاب بكتيري، إضافة إلى استعمال قطرات الترطيب.

• التهاب ظاهر الصلبة (Episcleritis)

يُعد من أمراض العيون الشائعة غير معروفة السبب والذي يُشفى خلال فترة من 10 أيام إلى ثلاثة أسابيع تلقائياً حتى من دون علاج ومن دون حدوث أي مضاعفات، وهذا المرض شائع عند الإناث أكثر من الذكور، ونادراً ما يصيب الأطفال، وقد يكون هناك أمراض مصاحبة إما في العين مثل: جفاف العين؛ نتيجة استعمال العدسات اللاصقة، أو أمراض خارج العين (مثل: التهاب المفاصل، والتهربس النطاقي العيني، وداء كرون: Crohn's disease). وهناك نوعان من التهاب ظاهر الصلبة: بسيط، وعُقدي (عقدي)، وذلك على النحو الآتي:

- **التهاب ظاهر الصلبة البسيط (Simple episcleritis):** يُشكّل 75% من الحالات، وقد يتكرر في 60% منها، ويقل هذا التكرار مع الوقت، وتحدث ذروة الالتهاب خلال 24 ساعة ثم تقل بالتدرج، قد لا يشتكي المريض إلا احمراراً، مع عدم ارتياح؛ نتيجة الإحساس بجسم غريب بالعين في 50% من الحالات.

الأعراض والعلامات: يحدث المرض في كلتا العينين في أكثر من 50% من الحالات، وقد يكون الاحمرار جزئياً أو منتشرًا، وتكون الأعراض في معظم الحالات بسيطة، ويتم علاجها بكمادات الماء، وقطرات الترطيب، ويتم أحياناً إعطاء قطرات (ستيرويد) لمدة أسبوع أو أسبوعين.



صورة توضح التهاب ظاهر الصلبة البسيط.

- التهاب ظاهر الصلبة العُقَيْدي (Nodular episcleritis) : قد تظهر نتوءات صغيرة تشيع عند الإناث أكثر من الذكور، ولكنها تستغرق وقتاً أطول للشفاء مقارنةً بالنوع الأول.

الأعراض والعلامات

يعاني المريض احمراراً في العين عند الاستيقاظ، يزداد خلال (3-4) أيام، ويصبح مزعجاً، وتظهر عُقَيْدة وعائية حمراء في بياض العين الذي بين الجفنين، ويُبَيِّن فحص المصباح الشقي وجود التهاب سطحي، وهو دلالة على عدم وجود التهاب في الصلبة نفسها، وإنما التهاب في ظاهرها فقط، وفي بعض الحالات يترافق مع ارتفاع في ضغط العين، وأحياناً أخرى مع رد فعل في الغرفة الأمامية من العين، وقد تظل أوعية الملتحمة متوسعة بشكل دائم بعد تكرار الإصابة، ومن المهم استبعاد الأسباب الأخرى للعقيدات مثل: الشحيمات، والأورام الحبيبية، أما عن العلاج فإنه مشابه لعلاج التهاب ظاهر الصلبة البسيط.

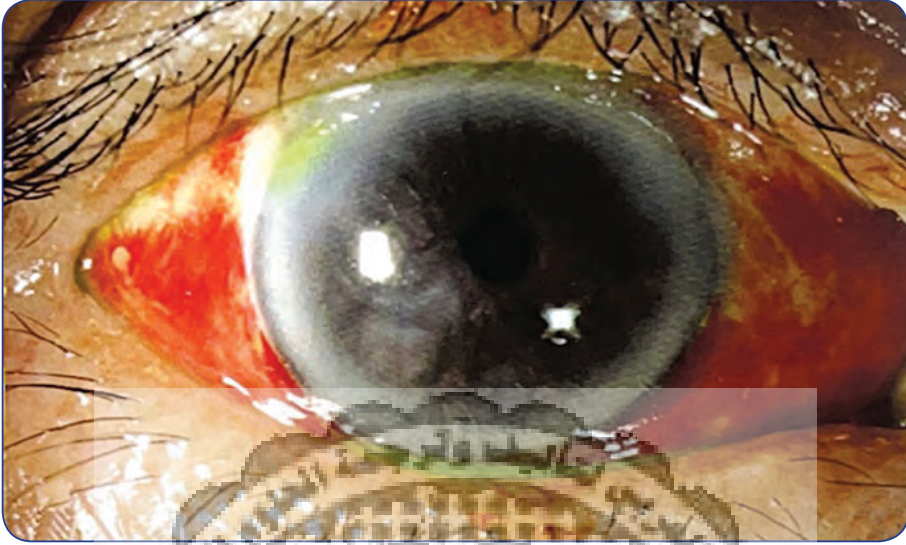


صورة توضح التهاب ظاهر الصلبة المنتشر.

• النزف تحت الملتحمة التلقائي

(Spontaneous subconjunctival hemorrhage)

يظهر على شكل تجمع دموي محدود تحت الملتحمة؛ نتيجة لتمزق في أوعيتها، ويُعد من أسباب احمرار العين الشائعة التي من الممكن التعرف عليها بسهولة.



صورة توضح النزف تحت الملتحمة التلقائي.

الأعراض والعلامات

حدوث احمرار مفاجئ للعين من دون ألم أو تأثير في الرؤية، ويظهر على هيئة لطفة حمراء متجانسة في الملتحمة، ويحدث هذا النوع من النزف إما بشكل تلقائي، أو نتيجة رضحات (إصابات) في العين، أو بعد إجراء العمليات الجراحية في العين، أو لوجود عوامل خطيرة مثل: استعمال مميعات الدم (مانعات التخثر)، أو (الأسبرين، والوارفارين)، أو ارتفاع ضغط الدم، أو بعد إجراء مناورة فالسالفا (إخراج زفير قوي من الرئتين مع إغلاق الفم والأنف): مما يؤدي إلى ارتفاع الضغط داخل الصدر كما في حالات السعال، والإمساك.

يجب في مثل هذه الحالات استبعاد الرضحات، أو الإصابات الكامنة في الصلبة، والتأكد من رؤية الامتداد الخلفي للنزف، كما يجب التأكد من عدم وجود نزف خلف المقلة.

يتمثل العلاج في أغلب الحالات بتعريف المريض أن النزف سوف يختفي من دون علاج خلال أسبوع أو أسبوعين، كما يجب إجراء فحوص لاعتلالات الدم للمريض الذي يعاني نزفاً متكرراً تحت الملتحمة من دون وجود عوامل الخطورة سابقة الذكر.

ثانياً - أسباب احمرار العين الحاد مع انتفاخ وتورم في الجفن

تتعدد الأمراض المسببة لاحمرار العين الذي يترافق مع انتفاخ شديد في الأجفان ومن أهمها: التهاب الملتحمة التحسسي (الأرجي)، والتهاب الملتحمة الفيروسي، والتهاب الهلّل الحجاجي البكتيري (الجرثومي).

• التهاب الملتحمة التحسسي (الأرجي) (Allergic conjunctivitis)

تحدث الالتهابات التحسسية في الملتحمة؛ نتيجة تعرّض الشخص لمسببات أو متغيرات بيئية (مستضدات) (Antigens) وأكثر ما تكون في حبوب اللقاح، وعادة ما يكون الشخص مهياً جينياً لمثل هذا التحسس، ويُعد من أهم الأمراض التي تحدث بصورة حادة أو شبه حادة، حيث يترافق مع انتفاخ في الجفن، والملتحمة.

تُلاحظ هذه الحالة عادة في الأطفال بعد اللعب في الخارج (في الحديقة مثلاً)، كذلك قد تحدث هذه الحالة؛ نتيجة زيادة التحسس لبعض قطرات العين مثل: (قطرة أتروبين: Atropine، ونيومايسين: Neomycin، وكلورامفينيكول: Chloramphenicol)، كذلك يحدث التحسس أحياناً تجاه بعض المواد الحافظة في القطرات، ومحاليل العدسات اللاصقة (ثيومرسال)، وأيضاً يحدث عند استعمال بعض أدوات المكياج، ويتمثل في حدوث حكة شديدة مع احمرار ودماع للعين، ويُعد ذلك من الأعراض الشائعة، ولكن أكثر ما يميز هذه الحالة هو تورم الجفن، والملتحمة.



صورة توضح تورماً شديداً في حالة مصابة بالتهاب الملتحمة التحسسي الحاد.

غالبًا ما يثير هذا التورم القلق عند الطفل ووالديه، وهذه الحالة لا تحتاج إلى العلاج، حيث إن تورم الملتحمة يخف تدريجيًا خلال ساعات عندما تعود نفاذية الأوعية الدموية إلى طبيعتها، ويمكن استخدام الكمادات الباردة، وكذلك استخدام قطرة (مضادات الهيستامين) في حالات الانتفاخ الشديدة، وفي الحالات التي يكون سببها التحسس لنوع من القطرات يتم إخبار المريض بعدم استخدام هذه القطرات مجددًا.

وهناك أنواع أخرى من الالتهابات التحسسية منها ما هو موسمي (حمى الكلى)، وأشد ما يكون خلال فصل الربيع، والصيف، وهو النوع الأكثر شيوعًا، وغالبًا ما ينتج عن حبوب لقاح الأشجار، ومنها ما هو دائم أي: أن الأعراض تظهر طوال العام، وتشتد خلال فصل الخريف؛ بسبب حشرة عثة البيت، والفطريات، ويُعد هذا النوع أقل انتشارًا مقارنةً بالنوع الأول.

العلاج

يتطلب العلاج استخدام ما يأتي:

- قطرات ترطيب العين.
- قطرات مثبتات الخلايا البدينة المثبطة لإطلاق حبيبات الهيستامين مثل: (كروموجلايكات الصوديوم: Sodium cromoglycate) التي تتطلب بعض الوقت لكي يبدأ مفعولها، وتصلح للاستعمال لفترات طويلة.
- قطرات مضادات الهيستامين: وهي بنفس فعالية مثبتات الخلايا البدينة.
- علاجًا ذا أثر مزدوج (مضاد للهيستامين، ومثبت للخلايا البدينة).
- مركبات دوائية مشتركة (مضادات هيستامين مع مضيقات أوعية).
- مضادات الالتهاب غير الستيرويدية (مثل: ديكلوفيناك Diclofinac) من الممكن أن تخفف الأعراض لكن نادرًا ما يتم استعمالها.
- قطرات ستيرويدية فعّالة وهي ضرورية فقط في حالات نادرة.
- مضادات هيستامينية فموية: تستعمل في الحالات الشديدة.

• التهاب الملتحمة الفيروسي (Viral conjunctivitis)

تؤدي بعض فصائل الفيروسات الغدانية (Adenovirus) أيضاً إلى احمرار العين مصحوباً بانتفاخ بالجلف إضافة للدماغ، وأحياناً الحكّة، ولكن هذه الحالات تستغرق وقتاً أطول للشفاء من الالتهابات التحسسية، إضافة إلى بعض الأعراض والعلامات الأخرى التي سبق ذكرها في الالتهاب الملتحمي الفيروسي.

• التهاب الهلّل الحجاجي البكتيري (Bacterial orbital cellulitis)

هي عدوى خطيرة تصيب النسيج الرخو الموجود خلف الحاجز الحجاجي (الهلل الحجاجي)، من الممكن أن يهدّد البصر والحياة أحياناً، ويحدث في جميع الأعمار، لكنه أكثر شيوعاً عند الأطفال، وأهم الجراثيم المسببة لهذا المرض عند الأطفال هو المستدمية النزلية (*Haemophilus influenzae*) وأهمها عند الكبار: العقديّة (*Streptococcus*)، والعنقوديّة (*Staphylococcus*).

وعادة ما تبدأ العدوى من الجيوب الأنفية وتحديداً من الجيب الغربالي، وقد تأتي العدوى أيضاً من التهاب الهلل ما قبل الحاجز الحجاجي، أو من التهاب كيس الدمع، أو من جلد الوجه أو عدوى الأسنان، ومن الممكن حدوثه بعد الرضعات، ويشمل ذلك أيضاً أي نوع من الجراحات العينية، ومن الممكن أن تنتشر العدوى عن طريق الأوعية الدموية إلى باقي الجسم.

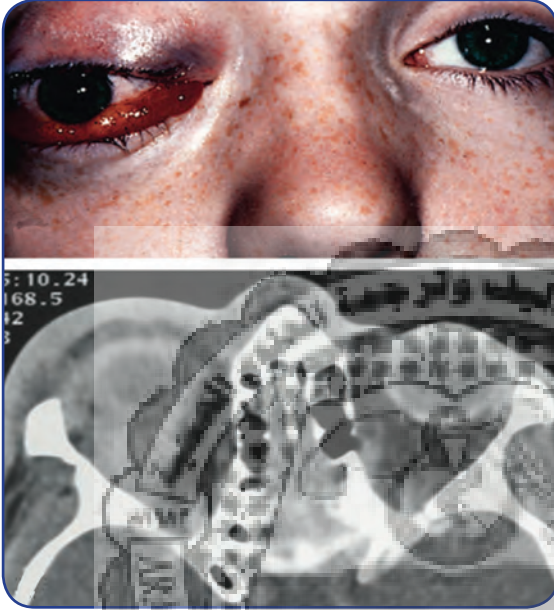
الأعراض والعلامات

عادة ما يشتكى المريض ألماً مفاجئاً يزداد مع حركة العين، وانتفاخاً في الأجفان مصحوباً بتورم، وانخفاضاً في حدة الإبصار مع رؤية مزدوجة في كثير من الأحيان، وهناك غالباً تاريخ مرضي حديث بالإصابة بأمراض أو التهاب الجيوب الأنفية، أو أمراض في الجهاز التنفسي، ويشمل ذلك العلامات الآتية:

• الحمى (سخونة).

• قد تنخفض حدة الإبصار ورؤية الألوان، حيث يشير ذلك إلى زيادة احتمالية الضغط على العصب البصري، ووجود خلل نسبي في رد الفعل الوارد من الحدقة يجعل هذا الاحتمال مؤكداً.

- انتفاخًا (وذمة) مؤلماً محمراً في الجفن مع تورم، وأحياناً نزف في الملتحمة، عادة ما تكون العلامات في عين واحدة، وقد تنتقل للعين الأخرى، كذلك يحدث جحوظ وتبارز في العين.



صورة توضح التهاب الهلّل الحجاجي في العين اليمنى.

صورة لأشعة مقطعية تُظهر عتامة في المنطقة الحجاجية وما قبل الحجاجية اليمنى.

يُفضّل إعطاء المريض حقن بلقاح التيتانوس (الكرزاز) في حالات الرضحات، أما الفحص فتشمل فحوصاً مخبرية (تعداد كريات الدم البيضاء، وعمل مزرعة للدم، ومزرعة للإفرازات الأنفية)، وعمل أشعة مقطعية للحجاج، والجيوب الأنفية، والدماغ.

العلاج

إدخال المريض المستشفى مع تقييم شامل للحالة من اختصاصي الأنف والأذن والحنجرة، إضافة إلى اختصاصي الأطفال إذا كان المريض طفلاً، وتُعطى المضادات الحيوية عن طريق الوريد (سيفتازيديم: Ceftazidime مع ميترونيدازول: Metro-nidazole) كذلك يتم تقييم وظيفة العصب البصري، وتصريف الخراج الحجاجي المتشكل في مرحلة مبكرة، كذلك تصريف الجيوب الأنفية المصابة إذا لم تستجب للمضاد الحيوي.

ثالثاً - أسباب احمرار العين الحاد المصحوب بالشعور بجسم غريب في العين (مع رهاب ضوئي)

• جسم غريب على القرنية (Foreign body in cornea)

معظم الأجسام الغريبة التي تلتصق على سطح القرنية عبارة عن ذرات من الرمل أو شظايا ناعمة من الحديد يُصاب بها العمال الذين يشتغلون بالحدادة.

الأعراض والعلامات والعلاج

يظهر احمرار مفاجئ مع إحساس بجسم غريب في العين، ورهاب ضوئي (زيادة حساسية العين للضوء)، وعند الفحص يُشاهد الجسم الغريب على سطح القرنية ويتم العلاج بإزالته بعد وضع قطرة تخدير موضعي للعين، متبوعاً بوضع قطرات من المضاد الحيوي للوقاية من الالتهابات اللاحقة.



صورة توضح جسمًا غريبًا على القرنية (بُرادة حديد).
صورة تبين جسمًا غريبًا تحت الجفن العلوي.

• جسم غريب تحت الجفن (الترص) (Tarsus palpebrae foreign body)

يسبب شعورًا مزعجًا في العين عند حافة (رمش) الجفن، وغالبًا ما يُغلق الأطفال أعينهم بقوة للتخفيف من هذا الشعور، وعادة ما يؤدي إلى حدوث خدوش في القرنية، ويُلاحظ ذلك عند الفحص بوضع قطرة تلوين (فلورسين)، وقلب الجفن، وإزالة الجسم الغريب من دون الحاجة لوضع قطرة تخدير موضعي، والشعور السريع بالتحسن يدل على زوال الجسم الغريب.

• القرحة المتغصّنة (Dendritic ulcer)

هو شكل من أشكال التهاب القرنية الناجم عن عدوى يسببها فيروس الهربس البسيط، حيث إنه من أكثر الفيروسات التي تصيب القرنية خاصة في الدول المتقدمة، ويسبب التهاباً ظاهرياً في القرنية (الطبقة السطحية للقرنية) على شكل قرحة مُتغصّنة (شجيرية) أو تصبح كبيرة في الجسم وتسمى قرحة جغرافية وتكون مصحوبة بتكاثر نشط للفيروس.

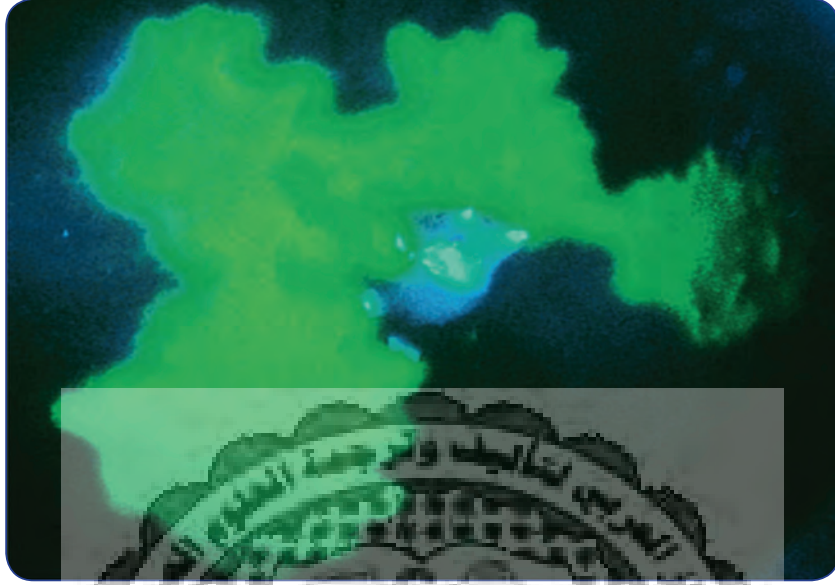
الأعراض والعلامات

حدوث احمرار مع رُهاب من الضوء، إضافة للدماغ، وعدم وضوح الرؤية، وتظهر في الفحص (بواسطة المصباح الشقي) علامات مختلفة تبعاً لمرحلة المرض، وأكثرها شيوعاً هو وجود القرحة المتغصّنة في القرنية على شكل خطوط متفرعة تنتهي بحويصلات مميزة تصطبغ بقطرة الفلوريسين.



صورة توضح قرحة مُتغصّنة في القرنية مصطبغة بقطرة تلوين (فلوريسين).

ويتأثر الحس العصبي الخاص بالقرنية في هذه الحالة، ومن الممكن أن تتفاقم القرحة إلى قرحة جغرافية (على شكل خريطة) عند استعمال قطرات الستيرويد الموضعية، وقد يؤدي ذلك إلى ثقب في القرنية، وأحياناً تحدث غشاوة تحت ظهارة القرنية تستمر لعدة أسابيع، أو شهور بعد التئام القرحة.



صورة توضح قرحة جغرافية (على شكل خريطة).

التشخيص والعلاج

يتم التشخيص عادة بواسطة الفحص بالمصباح الشقي، وتلتئم معظم القرحات مع الوقت تلقائياً على الرغم من أن بعضها قد يترك ندبات مع تكوّن أوعية دموية حديثة على القرنية، والعلاج المعروف لهذه القرحات هو استعمال أسيكلوفير (3% Aciclovir)، أو جانسيكلوفير (15% Ganciclovir)، وهو عبارة عن مرهم موضعي يُستعمل خمس مرات في اليوم، حيث إن 99% من القرحات تلتئم خلال أسبوعين، وأحياناً يتم استخدام هذه التركيبة الدوائية على هيئة أقراص عن طريق الفم.

• سحجات (خدوش) القرنية (Corneal abrasion)

تحدث عندما تُصاب العين عن طريق الخطأ بخدش أو ضرر ناتج عن قوة خارجية بواسطة إصبع أو ما شابه، حيث يُشاهد بفحص المصباح الشقي وجود شق في ظهارة القرنية تصطبغ بقطرة الفلوريسين، وتُعدُّ من الإصابات البسيطة، حيث تُعالج بواسطة مرهم مضاد حيوي مع تغطية العين، ويتم الشفاء خلال يوم أو يومين.

• تآكل (تعرية) القرنية الراجع (الناكس) (Recurrent corneal erosions)

يُعدُّ التاريخ المرضي العامل الأهم في تشخيص الحالة، حيث إنه في معظم الحالات تكون هناك إصابة خفيفة (خدش) قد حدثت في السابق مع شفاء تام، ويظهر لاحقاً بعد سنوات مصاحباً بالألم مفاجئ شديد عند استيقاظ المريض من النوم، وتنتج هذه الحالة؛ بسبب الالتئام الضعيف غير الطبيعي بين الخلايا الظهارية (السطحية) للقرنية، والغشاء القاعدي في أسفلها.

الأعراض والعلامات

يشكو المريض ألماً شديداً مع رهَاب من الضوء، واحمرار للعين عند الاستيقاظ من النوم صباحاً، وأحياناً يستيقظ المريض من نومه ليلاً من شدة الألم، وعند الفحص يُلاحظ وجود عيب (Defect) في نسيج الخلايا الظهارية للقرنية، وقد لا يظهر عند الفحص؛ بسبب الالتئام السريع الذي قد يحدث خلال ساعات.



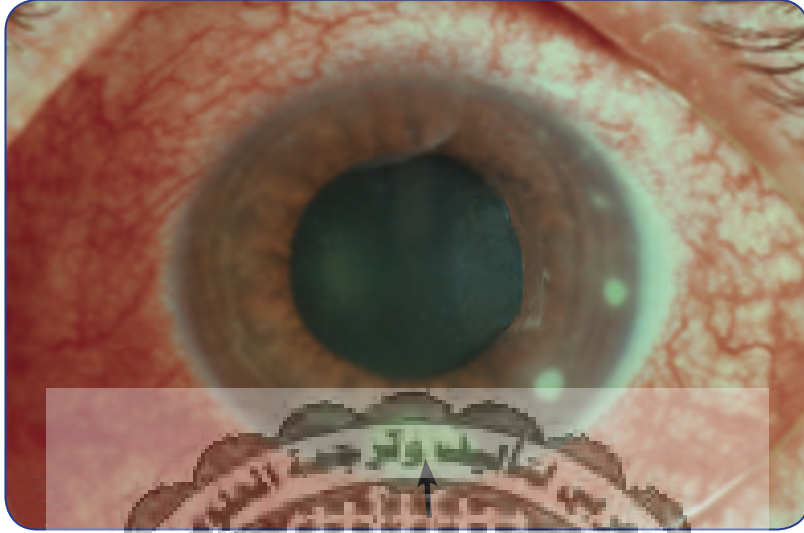
صورة لتعرية قرنية متكررة تُبيّن عيباً بظهارة القرنية يتلون بالفلوريسين.

العلاج

- استعمال عدسات لاصقة ضمامية (بغرض تخفيف الألم، وليس لتحسين النظر)، وقطرات ترطيب، وأحياناً قطرات مضاد حيوي للوقاية من الالتهاب.
- إذا لم توجد عدسات لاصقة يمكن استعمال مرهم مضاد حيوي أربع مرات في اليوم مع وضع قطرات بالعين مرتين في اليوم مثل: قطرة سايكلوبنتولايت (1% Cyclopentolate).
- إزالة الخلايا الظهارية حول المنطقة المصابة بواسطة (فرشاة قطن) قد تخفف الألم، وتساعد على سرعة الالتئام.
- استعمال قطرة موضعية غير ستيرويدية مضادة للالتهاب مثل: (أكيولار Acular) بغرض تخفيف الألم.
- استعمال قطرة محلول ملحي 5% أربع مرات في اليوم، ووضع مرهم قبل النوم قد يحسّن من التصاق الخلايا الظهارية بالغشاء القاعدي في أسفلها، وقد يضطر المريض لاستعمال قطرات ومراهم الترطيب لمدة طويلة (لعدة أشهر) لكي لا تتكرر الأعراض، وفي الحالات المستعصية يمكن إجراء ثقب سطحية على القرنية (بعيداً عن مركز الإبصار) تساعد على الالتئام، وتمنع رجوع (انتكاس) الحالة.
- **التهاب القرنية الهامشي (Marginal keratitis)**
يحدث بسبب فرط التحسس ضد السموم الخارجية الناتجة عن البكتيريا العنقودية (*Staphylococcus*)، ويترسب الناتج حول الحواف الخارجية للقرنية.

الأعراض والعلامات

حدوث احمرار ودماع مع إحساس بجسم غريب في العين يصاحبه رهاب من الضوء، وعند الفحص بالمصباح الشقي عادة ما يكون هناك التهاب مزمن في الجفن مع رشيحة (ترسبات) تحت الخلايا الظهارية للقرنية في حوافها بجانب احمرار في الملتحمة ويتم التعافي من المرض من دون علاج خلال فترة تمتد من (1-4) أسابيع.



صورة توضح التهاب القرنية الهامشي.

العلاج

يتم استعمال قطرة ستيرويدية ضعيفة المفعول مثل: فلوروميثولون (Fluorometholone) أربع مرات لمدة أسبوع إلى أسبوعين مع وضع قطرة مضاد حيوي.

• احمرار العين بسبب العدسات اللاصقة (Eye infection with Contact lenses)

يحدث أحياناً احمرار أو عدم ارتياح في العين؛ نتيجة السحجات (خدوش) التي تحدث في القرنية؛ بسبب سوء استعمال العدسات اللاصقة، أو استعمالها لفترات طويلة.

غالباً ما تكون المعالجة عن طريق استعمال قطرات التوسعة وقطرات المضاد الحيوي مع تغطية العين وهذه المعالجة كفيلة بتهدئة العين خلال فترة وجيزة، وفي بعض الحالات تحدث مضاعفات خطيرة قد تؤدي إلى قرحات في القرنية، وإذا لم يتم علاجها في الوقت المناسب، فإنها قد تؤدي إلى عتامة دائمة تستدعي إجراء عملية زرع قرنية لاحقاً.

• احمرار العين المهني الناتج عن أعمال اللحام

(Occupational eye irritation)

عبارة عن تشنج في الجفن مع إحساس بوجود جسم غريب في كلتا العينين، وهذه الحالة تصيب العاملين بالحدادة أو أي شخص يمارس أعمال اللحام، أو الذين يستعملون أجهزة تسمير البشرة (حمام الشمس الصناعي) (Sunbed)، وذلك بسبب امتصاص ظهارة القرنية للأشعة فوق البنفسجية، وحيث إن الأعراض تبدأ بعد عدة ساعات فإن المريض قد لا يستوعب السبب في ذلك، ويتم العلاج عادة بواسطة المسكنات، وتختفي الأعراض خلال يوم أو يومين على الأكثر.

• الرضحات (جروح العين) النافذة (Penetrating eye trauma)

تُعدُّ من الأسباب المهمة والخطيرة لاحمرار العين، وتحدث في الذكور أكثر من الإناث بثلاثة أضعاف، وأكثر الأسباب شيوعاً هي الشجار، وإصابات العمل، والإصابات المنزلية، وإصابات الملاعب، والجدير بالذكر أنه من الممكن الوقاية من إصابات العين الخطرة بواسطة ارتداء نظارات الحماية، وتعتمد شدة الإصابة على حجم الأداة المسببة للجرح وسرعتها، فالأدوات الحادة مثل: السكين تسبب جروحاً محددة المعالم في مقلة العين، بينما الأجسام المقذوفة قد تسبب ضرراً لأجزاء العين الداخلية.

من المهم في هذه الحالات الحذر من التهاب الجرح، حيث إن الالتهاب داخل المقلة عادة ما يكون أشد خطورة من الإصابة نفسها، وهذا النوع من الالتهابات كثيراً ما يؤدي إلى فقد البصر الدائم في العين المصابة، ومن عوامل الخطورة المتعلقة بالالتهاب داخل المقلة تأخير الخياطة الأولية للجرح، وتمزق عدسة العين، والجرح الملوث، ويجب الوضع في الاعتبار إعطاء مضادات حيوية وقائية داخل العين مثل: الفانكوميسين (Vancomycin)، إضافة إلى حقنة لقاح التيتانوس (الكزاز)، كما يجب تغطية العين بواسطة واقي العين.

التشخيص والعلاج

من الضروري أخذ التاريخ المرضي، ومن أهم العلامات الملاحظة في إصابات القرنية هي عدم استدارة الحدقة وضحالة الغرفة الأمامية علماً بأن هذه العلامات لا توجد في جميع الإصابات، وتعتمد طريقة إصلاح الجرح النافذ على حجمه والمضاعفات المصاحبة له مثل: انحباس القرنية، وضحالة الغرفة الأمامية، وضرر أجزاء العين الداخلية.

رابعاً - أسباب احمرار العين الحاد المؤلم مع تحسّس من الضوء (رُهاب الضوء)

• التهاب القرنية الأمامي الحاد (Anterior acute iritis)

من أكثر أنواع التهابات القرنية شيوعاً، وقد يكون مجهول السبب، أو مترافقاً مع إحدى المتلازمات المرتبطة بمستضدات الكريات البيضاء البشرية (HLA-B27)، وقد يكون عرضاً لحالات كثيرة في العين مثل: الرضحات (بما فيها الجراحة)، والالتهابات المرتبطة بعدسة العين، والهربس البسيط، أو قد يكون ثانوياً لالتهاب في مكان آخر، مثل: التهاب القرنية الجرثومي، أو التهاب المقلة.

الأعراض والعلامات

- حدوث ألم مفاجئ في إحدى العينين مع ضَعْف في الإبصار، ورُهاب من الضوء، واحمرار ودماع، وأحياناً قد يكون مسبقاً بعدم ارتياح في العين لعدة أيام، وبما أن انتكاس الالتهاب شائع، فغالباً ما يكون هناك تاريخ مرضي سابق بنفس الشكوى.
- حدوث احتقان هدي حول القرنية (الحواف).
- حدوث تضيق في حدقة العين قد يؤدي إلى الالتصاقات.
- وجود خلايا وتعكر شفافية سائل الغرفة الأمامية الذي عادة ما يكون صافياً، مع غمير قيحي (وجود خلايا التهابية مكونة من خلايا الدم البيضاء في سائل القيح) إضافة لوجود ترسبات على بطانة القرنية، كذلك وجود التصاقات أمامية وخلفية.
- يمكن إجراء الفحوص المخبرية إذا تكررت الحالة، وفي كثير من الأحيان تكون هذه الفحوص سلبية، ولا يوجد سبب واضح لهذا النوع من الالتهابات.

العلاج

يتكون العلاج أساساً من القطرات الستيرويدية مثل: بريدنيزلون (1% Prednisolone) أو ديكساميثازون (0.1% Dexamethasone)، وتختلف الجرعات بحسب شدة الالتهاب، وأحياناً يتم حقن مثل هذه الأدوية تحت الملتحمة إضافة لاستخدام موسّعات الحدقة؛ لمنع الالتصاقات الخلفية.

• قرحة القرنية الجرثومية (Microbial corneal ulcer)

تحدث عادة عندما تتأثر طبقة القرنية الظهارية التي تحمي القرنية في الأحوال العادية على الرغم من أن بعض أنواع الجراثيم لها قدرة على النفاذ من دون أن تتأثر هذه الطبقة، وقد يكون هناك أكثر من سبب للقرحة في وقت واحد فقد يكون سببها الجراثيم، والفطريات معاً.

تشمل عوامل الخطورة: استعمال العدسات اللاصقة، لا سيما عند الاستعمال لفترة طويلة، وذلك لتأثر ظهارة القرنية بنقص الأكسجين، والرضحات الصغيرة؛ مما يسهل التصاق الجراثيم بالقرنية، وتزداد الخطورة عند الأشخاص الذين لا يعتنون بنظافة العدسات على الرغم من أن المرض يصيب حتى الأشخاص الذين يعتنون بها، والذين يستعملون العدسات اليومية، وتشمل عوامل الخطورة الأخرى إجراءات عمليات تصحيح النظر (ليزك)، وجفاف العين، واعتلال القرنية الشريطي، والتهاب الجفن المزمن إضافة إلى الأمراض التي تسبب ضعفاً في المناعة مثل: داء السكري، ونقص فيتامين (C).

الأعراض والعلامات

حدوث ألم في العين مع تحسس من الضوء، وضعف في النظر مع إفرازات قيحية مخاطية، وعند الفحص يتبين وجود عيب في نسيج ظهارة القرنية مع غمير قيحي ورشح في القرنية، إضافة إلى تورم واحمرار العين.

العلاج

يجب أخذ مسحات وعينات من القرنية والملتحمة، وكذلك من العدسات، ومحلولها، وإرسالها إلى المختبر لتحديد الجرثومة المسببة وأنواع المضادات الحيوية التي تستجيب لها، ويتم العلاج بإدخال المريض المستشفى، وتقديم العناية الطبية المكثفة، ويمنع المريض من استعمال العدسات اللاصقة، ويوضع غطاء بلاستيكي شفاف للعين، حيث إن المريض يحتاج إلى استعمال قطرات المضادات الحيوية المركزة بشكل مكثف حتى قبل وصول نتائج المسحات، وعمل مزرعة العينات من المختبر، ويتم استعمال القطرات على مدار الساعة خلال الأيام الأولى مع تقليل الجرعات بالتدريج بناءً على حالة المريض، ويتم أيضاً استعمال قطرات موسعة للحدقة، أما عن استعمال القطرات الستيرويدية فهناك خلاف عليها، حيث إنها من الممكن أن

تُسرع من عملية الشفاء، وتمنع تكوُّن العتامات، ولكنها بالمقابل قد تساعد على تنشيط الفطريات والفيروسات إن كانت هي السبب في المرض، وفي العادة لا يتم استعمال المضادات الحيوية عن طريق الوريد، أو الفم إلا في حالات محدودة.

زرق انسداد الزاوية الحاد (ارتفاع مفاجئ في ضغط العين) (Glaucoma)

يحدث هذا المرض عادة لدى الأفراد فوق سن الـ 50، وهو نوع من أنواع مرض الزرق (الماء الأزرق، أو ارتفاع ضغط العين) الذي يُقسَّم إلى أنواع عديدة. ويُعد هذا النوع من الأمراض العينية الطارئة التي تستدعي العلاج الفوري بواسطة اختصاصي العيون. تتعدد عوامل الخطر المسببة لانسداد الزاوية الحاد، ومن الممكن تقسيمها إلى جهازية (شاملة أو عامة)، وأخرى موضعية عينية تختص بتكوين العين، كما في الجدول الآتي:

موضعية (عينية)	جهازية (شاملة أو عامة)
<ul style="list-style-type: none"> - مد البصر (طول النظر). - حجرة أمامية ضحلة في العين. - قرنية محيطية سميكة. 	<ul style="list-style-type: none"> - التقدم في العمر. - سكان شرق آسيا أو الإسكيمو. - الإناث. - تاريخ مرضي لانسداد زاوية العين في العائلة.

الأعراض الشائعة لانسداد الزاوية الحاد

- يحدث بشكل مفاجئ ويكون أحادي الجانب (بعين واحدة).
- احمرار وألم في العين.
- صداع جبهي.
- غثيان وقيء.
- تغيُّم في الرؤية.
- وهج وهالات ملونة حول مصدر الضوء المرئي.

العلامات

تشمل العلامات الشائعة لهذا المرض التي يمكن ملاحظتها بفحص المصباح الشقي ما يأتي (بالترتيب حسب الأهمية):

- حجرة أمامية ضحلة.
- تنظير الزاوية يُظهر انسداد الزاوية في العينين.
- ارتفاع ضغط العين.
- حدقة نصف متوسّعة غير تفاعلية.
- احتقان الملتحمة وقرنية وذمية (متورمة) ضبابية؛ بسبب ارتفاع ضغط العين، والالتهاب العيني.

العلاج

ينبغي البدء الفوري بالعلاج لتخفيف ضغط العين، وذلك باستعمال الأدوية مثل: القطرات الموضعية المُخفضة لضغط العين، والستيرويدات الموضعية، ومقبضات الحدقة الموضعية، والبدء بدواء مدر للبول عن طريق الفم أو الوريد مثل: أسيتازولاميد (Acetazolamide)، وإذا دعت الحاجة يتم العلاج بالليزر عن طريق بضع القرنية (عمل ثقب بها)، وبزل الغرفة الأمامية للعين (ثقب في القرنية لإزالة السوائل)، ويُنصح بإزالة الماء الأبيض الذي قد يصاحب الحالة من خلال الجراحة، ومن المهم معالنته وعلاج العين الأخرى لوقايتها من التعرّض لارتفاع ضغط العين في المستقبل، وذلك بواسطة بضع القرنية المحيطي بالليزر، ومن المهم كذلك متابعة مثل هذه الحالات، حيث إنها من الممكن أن تتحول إلى زرق انسداد زاوية مزمن، وذلك من خلال عمل فحص دوري لمجال البصر، وتصوير القرص البصري.





الفصل الثالث

احمرار العين المزمن

يحدث احمرار العين المزمن (Chronic red eye)؛ نتيجة لوجود التهاب في ملتحمة العين لمدة تزيد عن أربعة أسابيع. وتتعدد مسببات احمرار العين المزمن، ويتوفر العلاج الفعال لأغلب الحالات، ولا شك أن معرفة سبب الالتهاب هو ما يساعد على الوصول للعلاج المناسب. إن أعراض وعلامات المرض متفاوتة، ولكن أخذ التاريخ المرضي مهم إضافة إلى الفحص الدقيق بواسطة المصباح الشقي، وعمل التحاليل اللازمة.

• الظفرة (Pterygium)

عبارة عن تشكل نسيج وعائي ليفي مثلثي الشكل ينمو تحت ظهارة الملتحمة من الناحية الإنسية باتجاه القرنية، ويحدث هذا المرض عادة في البلاد المشمسة، حيث إنه يكون رد فعل للأشعة فوق البنفسجية إضافة إلى جفاف العين الشائع لدى سكان هذه البلدان.

وعلى النقيض من الشحيمة (Pinguecula) [وهي زائدة متبارزة بلون أبيض مائل إلى الأصفر بالقرب من القرنية ولكنها لا تتداخل معها، وتكون ناتجة عن تنكس شحمي للأنسجة الضامة تحت الملتحمة]، فإن الظفرة تدنو من القرنية (تحت طبقة باومن وهي طبقة أمامية من طبقات القرنية). وهناك ما يسمى بالظفرة الكاذبة وهي مشابهة للظفرة، ولكنها تنتج عن امتداد شريط من الملتحمة يلتصق بجزء متاكل من القرنية، كرد فعل لأذية التهابية مثل: حرق المواد الكيميائية، أو قرحة في القرنية.

الأعراض والعلامات

تكون معظم الظفرات صغيرة الحجم، ومن ثم لا تسبب أي أعراض، وتشمل الأعراض الخاصة بالظفرة: احمرارًا والتهابًا متكررًا مع تهيج في العين، وقد تؤثر الظفرة في حدة البصر عند اقترابها من مركز النظر، أو تُسبب الاستجماتزم أو ما

يُعرف باللابؤرية (هو مرض يصيب القرنية أو العدسة يؤدي إلى سوء في الانكسار وروؤية ضبابية)، وتُحدِث الظفرة مشكلة للمريض من ناحية مظهر وشكل العين من الخارج، وعند الفحص بالمصباح الشقي تلاحظ مكونات الظفرة وهي: القلنسوة، والرأس، والجسد.

وهناك ما يُسمى بالظفرة الكاذبة (Pseudopterygium) وهي التصاق الملتحمة بالقرنية الناجم عن الالتهاب، وتتميز الظفرة الكاذبة بأنها ليست أفقية التوضع، وبالتصاقها في القرنية من ناحية رأس الظفرة فقط، حيث يمكن تمرير المسبار تحتها.



صورة للظفرة تظهر فيها القلنسوة، والرأس، والجسد.

العلاج

- دوائي: باستعمال القطرات العينية، ويُنصح المريض بارتداء نظارة شمسية لتقليل التعرض للأشعة فوق البنفسجية.

- جراحي: يكون الاستئصال البسيط مصحوباً بمعدل عالٍ للرجوع (الانتكاسة) يصل إلى حوالي 80%، وعادة ما يظهر الانتكاس بصورة أشد من الظفرة الأولى، ولكن هناك طرق فضلى للاستئصال، حيث يتم بعد الاستئصال الإبقاء على منطقة من الصلبة غير مغطاة بالملتحمة، وكذلك تُوضع قطعة من الملتحمة مكان الظفرة المزالة (طعم ذاتي) من المريض نفسه، ويمكن كذلك استخدام ميتومايسين سي (Mitomycin C) مادة تعمل على إبطاء أو إيقاف نمو الخلايا الليفية وتكاثرها) مكان الظفرة بعد استئصالها.

• الشُّحَيْمَة (Pinguecula)

تُعدُّ من الأمراض الشائعة غير الضارة لبنية العين، وتنتج عن تنكس (تحلل) جزء من الملتحمة (السدى)، وليس لها أعراض، ولكن عند الفحص يُلاحظ وجود نتوء أبيض مصفر، أو مجموعة نتوءات صغيرة على الملتحمة الحجاجية بجانب الحوف (هو الحد الفاصل ما بين القرنية والصلبة).



صورة للعين تُظهر الشُّحَيْمَة بجانب القرنية.

والشُّحَيْمَة توجد على الجانب الإنسي أكثر من الجانب الصدغي للحوف مع أنها كثيراً ما توجد على الجانبين. يُعتقد أن سببها (مثل: الظفرة) التعرُّض لأشعة الشمس الساطعة (الأشعة فوق البنفسجية)، إلا أن الشحيمة لا تعبر الحوف (أي: أنها لا تصل للقرنية) علماً بأنها تتحول أحياناً إلى ظفرة، وفي بعض الأحيان تلتهب الشحيمة مُسببةً احمراراً في العين، وأحياناً أخرى يحدث تكلس على بنية الشحيمة.

العلاج

بشكل مشابه للظفرة، يُنصح بارتداء النظارة الشمسية، وغالباً ما يكون العلاج غير ضروري، حيث إن الشحيمة لا تتطور أو قد تنمو ببطء شديد، ويمكن استخدام قطرات لترطيب العين إن كان هناك تهيج فيها، ويُضاف لذلك قطرات ستيرويدية

لفترة قصيرة إن كان هناك التهاب مصاحب (التهاب شحيمي)، ويتم الاستئصال في حالات محدودة عندما ينزعج المريض من مظهر عينه من الناحية الجمالية، أو عندما يحدث تهيج شديد ومستمر للعين، وفي هذه الحالة (وعلى النقيض من الظفرة) فإن الاستئصال عادة ما يكون كافياً، ومن دون حدوث رجعة للمرض، وقد يؤثر استخدام الليزر الحراري بالعلاج في بعض الأحيان.

• التهاب الملتحمة ذو الحليمات الضخمة

(Giant papillary conjunctivitis)

يحدث هذا المرض عند احتكاك الملتحمة الترسية (المبطنة للجفن العلوي) بأجسام غريبة مثل: العدسات اللاصقة، وتزداد الخطورة عند تراكم الرواسب البروتينية على سطح العدسة اللاصقة، كذلك فإن احتكاك الجفن المتكرر بالعدسات أو بالصناعية أو الخيوط الجراحية المكشوفة وغيرها يمكن أن يؤدي إلى نفس النتيجة، وهناك ظاهرة أيضاً تسبب هذا الالتهاب وهي متلازمة (الصيد المخاطي)، وتحدث عندما يقوم المريض وبصورة متكررة باستخراج المخاط من عينه بواسطة إصبع يده، ويؤدي هذا إلى تغيرات مختلفة في العين مع التهابات مزمنة قابلة للعلاج عندما يتوقف المريض عن هذه العادة السيئة.

الأعراض والعلامات

تشمل الأعراض احمراراً وإحساساً بجسم غريب في العين، وحكة، وإفرازات مخاطية، وضبابية في الرؤية، وعدم تحمّل ارتداء العدسات اللاصقة، ويجب سؤال المريض عن مدى عنايته بالعدسة اللاصقة التي يرتديها، حيث إن العناية اليومية الدائمة بتعقيم العدسات اللاصقة تقلل من فرصة حدوث هذا الالتهاب.

تشمل العلامات ظهور الإفرازات المخاطية، وحدوث ترسبات بروتينية على العدسة اللاصقة، وزيادة حركة العدسات اللاصقة تحت الجفن العلوي مع رمش العين، وظهور حليمات "ضخمة" أكبر من 1 ملي متر في الملتحمة الترسية المبطنة واحمرارها، ولكنها قد تكون حليمات صغيرة أو متوسطة في بداية المرض، كذلك قد يحدث تدلّ للجفن؛ بسبب رخاوته.

العلاج

يجب البحث عن المسببات الأخرى لتشكّل الحليمات الضخمة، وكذلك الأسباب الأخرى لعدم تحمّل العدسة اللاصقة مثل: جفاف العين، ورد فعل العين للمحلول المعقم للعدسة، ويجب التوقف عن استعمال العدسة اللاصقة لبضعة أسابيع، ويكفي هذا الإجراء في الحالات البسيطة والمتوسطة، أما في الحالات الشديدة فيجب عدم استعمال العدسة لمدة طويلة، وإذا كان المسبب هو وجود الخيوط الجراحية فيجب إزالتها، وإن كانت بسبب وضع عين صناعية فيجب فحصها فقد يحتاج المريض إلى تغييرها.

كذلك يجب التأكد من نظافة العدسة أو العين الصناعية، وذلك بتغيير محلول العدسة اللاصقة وارتداء العدسات اليومية، واستبدال العدسة اللاصقة بالنظارة أو بإجراء تصحيح للنظر بواسطة عملية الليزك، إضافة لذلك يُنصح بالاستعمال المنتظم للأقراص المزيله لرواسب البروتينات في محلول العدسة.

- موضعياً يمكن استعمال قطرة مثبتات الخلايا البدينة (Mast cell stabilizer) من دون مواد حافظة.

- استعمال مضادات الهيستامين ومضادات الالتهاب غير الستيرويدية، ويتم استعمال قطرات ستيرويدية في الحالات المستعصية.

• التهاب الملتحمة والقرنية التآبني (Atopic keratoconjunctivitis)

هو التهاب نادر يحدث في كلتا العينين، ويصيب البالغين من العمر (30-50 عاماً) بعد تاريخ طويل من التهاب الجلد التآبني (إكزيمة)، ويعاني كثير من هؤلاء المرضى اضطرابات تأببية تحسسية أخرى مثل: الربو، ويُعد هذا المرض من الأمراض العينية المزمنة التي تحدث طوال السنة، وتزداد حدتها في فصل الشتاء.

الأعراض

تتشابه أعراضه مع أعراض التهاب الملتحمة الربيعي (الرمد الربيعي)، ولكنها تكون أكثر حدة، حيث تظهر على شكل حكة في العينين وإحساس بالحرقة مع تغيُّم الرؤية، ورُهاب من الضوء، وإفرازات خيطية مخاطية بيضاء، كما تظهر أعراض أخرى تشمل ما يأتي:

- الأَجْفَان

تكون تغيرات جلد الجفن أكثر وضوحًا من الرمَد الربيعي، حيث تظهر الإكزيمة على الجلد مع احمرار وجفاف، وزيادة في سماكة الجلد، مصحوبةً بالتهاب مزمن، وتساقط في أهداب الجفن مع تفرُّن هامشه (الحافة)، وغياب للجزء الصدغي من الحاجب، وظهور ثنيات ناعمة في الجلد ناتجة عن الفك المتكرر للأجفان.



صورة توضح تأثراً شديداً لجلد الجفن في مريض يعاني
التهاب الملتحمة والقرنية الثاني

- الملتحمة

تحدث تغيرات في العادة بالملتحمة المبطنة للجفن السفلي بعكس الرمَد الربيعي (في ملتحمة الجفن العلوي)، وهي عبارة عن إفرازات مائية، واحمرار، وتشكّل حُليّمات صغيرة، وتليفات تحت الظهارة، وندبات تؤدي إلى انكماش مُلتحمي، وقد يتأثر أيضاً حوف القرنية كما يحدث في الرمَد الربيعي.

- اعتلال القرنية

هو تآكل ظهاري نقطي في الثلث السفلي للقرنية مع تكوّن أوعية دموية حديثة على محيط القرنية (الحواف)، وقد يتطور إلى تآكل كبير في الظهارة، ومن ثمّ حدوث

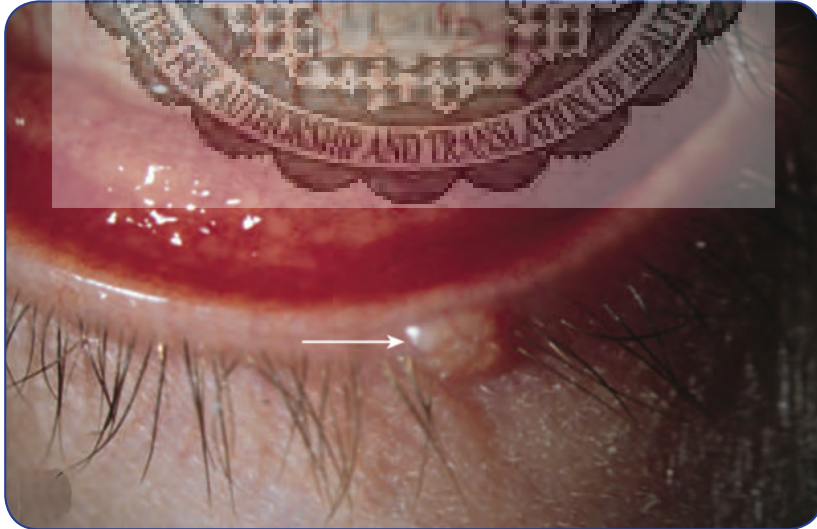
انتقَاب تلقائي، وقد تمهد هذه التغيرات الطريق لعدوى ثانوية ميكروبية، أو فطرية، أو فيروسية، وقد تتطور الحالة إلى حدوث القرنية المخروطية (15%)، وكما في الرمد الربيعي قد يكون ذلك نتيجة للفرك المتكرر للعين، وقد تحدث الإصابة بالكاتاركت أو الماء الأبيض (الساد) نتيجة استخدام قطرات الستيرويد بكثرة.

• المُلَيْسَاء المَعْدِيَّة (Molluscum Contagiosum)

هي عدوى فيروسية تصيب الجلد تنتج عن الفيروس الجدري البشري، وعادة تصيب الأطفال الأصحاء، وتبلغ ذروة الإصابة ما بين سن الثانية والرابعة، وتنتقل العدوى بالمخالطة، أو عبر الانتقال الذاتي من جلد المصاب، ويحدث التهاب الملتحمة المزمن؛ نتيجة انتقال جزيئات الفيروس من الآفة الموجودة في الجلد، وغالبًا يظهر المرض على شكل تهيج مزمن في عين واحدة مع إفرازات بسيطة؛ لذا يجب في هذه الحالات فحص خط الأهداب بعناية كي لا يتم إغفال تشخيص عدوى المُلَيْسَاء المَعْدِيَّة.

العلامات

وجود عُقَيْدَة سُرِّيَّة الشكل (مظهرها كالسرة) شاحبة شمعية على هامش الجفن مصحوبة بالتهاب ملتحمي جريبي، وإفراز مخاطي مائي بسيط.



صورة توضح عدوى المُلَيْسَاء المَعْدِيَّة مع التهاب جُرَيْبِي فِي المَلْتَحْمَة.

العلاج

على الرغم من أن المرض قد يُشفى تلقائياً في المرضى ذوي المناعة الطبيعية، فإن إزالة الآفة جراحياً قد تُعدُّ ضرورية في بعض الحالات للتخلص من التهاب الملتحمة المزمن.

• التراخوما (Trachoma)

هي التهاب مزمن في الملتحمة ينجم عن العدوى ببكتيريا المتدثرة التراخومية وهو من أكثر الأمراض المسببة للعمى ويمكن الوقاية منه، ويرتبط هذا المرض بالفقر والأماكن المكتظة، وينتشر بين الأشخاص الذين لا يهتمون بالنظافة الشخصية.

إن النوبة الواحدة من التهاب الملتحمة الناتج عن التراخوما قد تكون غير ضارة نسبياً، إلا أن تكرار العدوى يؤدي إلى رد فعل مناعي مزمن؛ بسبب الوجود المتقطع لمستضد بكتيريا المتدثرة (*Chlamydia*)، وقد يؤدي إلى فقد البصر، وتمنح الإصابة السابقة بعدوى (المتدثرة) مناعة جزئية قصيرة الأجل، ولكنها أيضاً تؤدي إلى إفراط في رد الفعل الالتهابي عند تكرار العدوى، والتلقيح له أثر شبيه بالعدوى الأولية في جعل الفرد متحسساً؛ لذا فإنه غير مجدٍ، وتكون العدوى أساساً بين الأطفال، حيث إنهم الأكثر عُرضَةً لها، ويُعتبر الذباب ناقلاً مهماً، ولكن قد يكون هناك انتقال مباشر من العين أو الإفرازات الأنفية، والجدير بالذكر أن مرض التراخوما مرتبط بالعدوى من النوع A,B,Ba,C من المتدثرة التراخومية (*Chlamydia trachomatis*).

التشخيص

يمكن تقسيم مراحل الإصابة بالتراخوما بصورة رئيسية إلى مرحلة نشيطة التهابية، ومرحلة مزمنة نُدبِيَّة مع تداخل بين هاتين المرحلتين، وقد حددت منظمة الصحة العالمية خمس مراحل لتفاقم الإصابة تبعاً لشدة المرض، ونطاق الإصابة، وتندب الملتحمة، والجفن، والقرنية، وتشمل المرحلة الأولى: الالتهاب التراخومي الجريبي، والمرحلة الثانية: الالتهاب التراخومي الشديد، والمرحلة الثالثة: التراخوما التنديبية، والمرحلة الرابعة: تراخوما الشعرة، والمرحلة الخامسة: عتامة القرنية.

أما بالنسبة للمرحلتين الرئيسيتين، وهما:

- **المرحلة النشيطة الالتهابية:** تظهر عند الأطفال قبل سن المدرسة، وتتميز بالتهاب ملتحمي مختلط (جُريبي حُليمي)، والتهاب قرني ظهاري علوي مع تكوين سبَل غشاء التهابي ليفي وعائي سطحي في القرنية).



صورة توضح جُريبات تحت الجفن في حالة مصابة بتراخوما.

- المرحلة المزمنة النديبية: هي شائعة في منتصف العمر، وتظهر على شكل ندبات في الملتحمة، والقرنية، وكذلك يظهر في الجفن شتر داخلي (انقلاب حافة الجفن إلى الداخل) مع جفاف في العين؛ نتيجة للتلف الذي يصيب قنوات الخلايا الكأسية التي تفرز الدمع، وقنوات الغدة الدمعية.



صورة توضح سَبلاً التهابياً ليفياً وعائياً سطحياً على الجزء العلوي من القرنية، يحدث في أمراض متعددة منها: التراخوما والتهاب الملتحمة عند اليافعين بسبب عدوى المتدثرة.

التدبير العلاجي

تنصح منظمة الصحة العالمية بالأمور الآتية:

- استعمال المضادات الحيوية، يجب أن تُعطى للمرضى وجميع أفراد العائلة دورة واحدة من المضاد الحيوي دائماً وتُعدُّ فعّالة للتخلص من العدوى في الفرد أو المجتمع، وقد يحتاج الأمر إلى علاج سنوي للسيطرة على العدوى مثل: أزيثرومايسين (Azithromycin) موضعي، وأرثيرومايسين وتتراسيكلين (Erythromycin and tetracycline).
- العناية بنظافة الوجه من الأمور الأساسية، حيث إن غسل الوجه واليدين يقلل من احتمالية نقل أو عودة العدوى.
- تحسين النظافة البيئية، لا سيما المياه، والصرف الصحي، ومكافحة الذباب، والتخلص من النفايات.
- الجراحة لإصلاح الشتر الداخلي.
- من الجدير بالذكر أنه لا يجب استعمال التتراسيكلين (Tetracycline) عن طريق الفم للنساء الحوامل، والأطفال دون سن الثانية عشرة؛ بسبب احتمالية حدوث اضطراب في نمو الهيكل العظمي، وتلون الأسنان للأجنة.

• التهاب الملتحمة بسبب المتدثرة عند اليافعين

(Adult chlamydial conjunctivitis)

يحدث بسبب شعبة أخرى من فصائل المتدثرة (من الميكروبات) لا تستطيع الانقسام خارج الخلية؛ لذا فهي تعتمد على خلية مصيفة (عائل)، وتُعد نوعاً من العدوى "العينية التناسلية" تسببها عادة الفصائل من D إلى K من المتدثرة التراخومية، وتصيب تقريباً 3-20% من اليافعين الذين يمارسون الأنشطة الجنسية المحرمة في الدول الغربية، وتنتقل العدوى عبر إفرازات الجهاز التناسلي على الرغم من إمكانية انتقالها من العين إلى العين الأخرى، وتبلغ مدة الحضانة عادة أسبوعاً واحداً.

عدوى المتدثرة البولية التناسلية

- في الذكور: تُعدُّ عدوى المتدثرة هي السبب الشائع لالتهاب الإحليل اللاسيلايني (اللانوعي)، وتكون عادة من دون أعراض لكنها قد تسبب التهاباً في البربخ.

- في الإناث: تسبب هذه العدوى إحساساً بحرقة في أثناء التبول مع إفرازات، وقد تسبب مرضاً التهابياً في الحوض يُعتبر من أحد عوامل الخطورة للإصابة بالعمق.

الأعراض

حدوث احمرار مزمن في العينين أو في عين واحدة مع دماغ، وإفرازات، وإذا لم يتم علاجها تستمر لعدة أشهر.

العلامات

- حدوث إفرازات مخاطية صديدية مع دماغ.
- تضخم في العقد اللمفاوية أمام صيوان الأذن في جانب العين المصابة.
- جُريبات كبيرة في القبو السفلي للعين.
- رشيحات عند حوف القرنية.
- تندبات وسبيل علوي.

التشخيص والفحوص

تتم بأخذ سُحيجة (عينة خلوية) من الملتحمة الترسية، وتُفحص بعدة طرق منها: تفاعل سلسلة البوليمراز (PCR) وهو الفحص الأفضل، وتشمل الفحوص الأخرى صبغة جيمسا (Giemsa)، والتألق المناعي المباشر، والمقاييس المناعية الإنزيمية، ومزرعة ماكوي (McCoy) الخلوية.

العلاج

- يتم العلاج في البداية من دون انتظار نتيجة الفحوص عندما تكون الأعراض والعلامات مُقنعة، ويشمل العلاج ما يأتي:
- تحويل المريض إلى اختصاصي أمراض بولية تناسلية، ويُعتبر ذلك شيئاً ضرورياً في الحالات المؤكدة، خاصة لاستبعاد الأمراض التناسلية الأخرى التي تنتقل عن طريق ممارسة العلاقة الجنسية.

- استخدام أقراص أزيثرومايسين الفموية (Azithromycin) (1 جرام)، ويُكرر بعد أسبوع، ويمكن تكراره مرة ثالثة ورابعة.
- استخدام أقراص دوكسيسايكلين الفموية (Doxycycline) (100 ملي جرام) مرتين في اليوم لمدة 10 أيام.
- مرهم أريثرومايسين (Erythromycin) وتتراسيكلين (Tetracycline).
- الالتزام الديني والابتعاد عن الاتصال الجنسي لمنع انتشار العدوى.
- إعادة الفحص عندما تستمر العدوى لمدة (6-12) أسبوعاً بعد انتهاء العلاج.

• شبيهه الفقاع الندبي العيني (Ocular cicatricial pemphigoid)

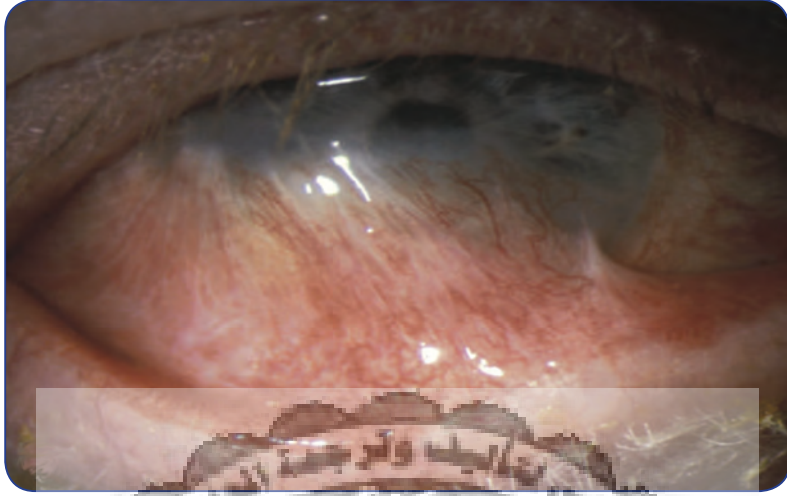
هو اضطراب في المناعة الذاتية (خلل بالجهاز المناعي، حيث يقوم الجسم بمهاجمة أنسجته)، ويتكون من التهاب مزمن يصيب الأغشية المخاطية، والجلد، كرد فعل ذاتي مفرط مجهول السبب، ويصيب عادة كبار السن، والإناث أكثر من الذكور بنسبة 1:2، وتشمل الأسباب الأخرى لالتهاب الملتحمة الندبي: متلازمة ستيفن جونسون (Stevens-Johnson syndrome)، والتراخوما، واستعمال بعض الأدوية، والرضحات.

يتم التشخيص عادة بواسطة الفحص السريري، ويُجرى تأكيد التشخيص عن طريق أخذ خزعة من الملتحمة تُفحص تحت المجهر، حيث تُظهر تغيرات في الغشاء القاعدي لظهارة الملتحمة، ويُقسّم تطور المرض إلى المراحل الآتية:

- المرحلة 1: مبكرة، ترتبط بالتهاب مزمن في الملتحمة.
- المرحلة 2: تقصّر في القبو خاصة السفلي للملتحمة (Inferior fornix).
- المرحلة 3: تكوّن التصاق مُلتحمي (بين الملتحمة الجفنية، وملتحمة المقلة)؛ مما يجعل من الصعب سحب الجفن العلوي أو السفلي بعيداً عن العين.
- المرحلة 4: تقرن سطح العين، والتصاق الجفنين.

الأعراض

حدوث التهاب ملتحمي لا نوعي متكرر يصيب كلتا العينين، ويُشخص خطأً على أنه جفاف في العين، وتشمل بعض الأعراض ما يأتي:



صورة لحالة مصابة بشبيهه الفقاع النديبي العيني يظهر فيها تليف شديد، وتَقْصُر في القبو السفلي، والتصاق ملتحمي (بين ملتحمة المقلة وملتحمة الجفن).

- الملتحمة: حدوث التهاب ملتحمي جريبي مع احمرار وتندب بسيط، وخطوط تليفية تحت الملتحمة مع تقصر في القبو السفلي، والتصاق ملتحمي، وجفاف في العين؛ بسبب تلف الخلايا الكأسية، والغدد الدمعية، وانسداد القنوات الدمعية الرئيسية.
- الأجفان: حدوث شتر داخلي (انقلاب الأهداب للداخل)، والتهاب مزمن مع تقرن حافة الجفن.
- القرنية: حدوث آفة ظاهرية واعتلال القرنية الترسبي، مع رشحات، وتوعي دموي ليفي، كذلك يحدث تقرن في مراحل متقدمة، والتصاق كامل بين الجفنين، وعتامة في القرنية.
- مظاهر غير عينية: الأكثر شيوعاً هو ظهور فقاعات في الأغشية المخاطية (الفم)، وبمعدلات قليلة في الجلد.

العلاج

• العلاج الجهازي

لتقليل رد الفعل المناعي يجب استعمال أدوية (جهازية) وليست فقط موضعية على العين مثل: ميثوتريكسات (Methotrexate)، وأزيثرومايسين (Azithromycin)،

ودابسون (Dapsone)، والستيرويد (بريدنيزلون) (Prednisolone) كذلك من الممكن إعطاء جلوبيولين مناعي (مزيج من الأجسام المضادة) عن طريق الوريد (Immuno-globulin) مثل: ريتوكسيماب (Rituximab)، ومن الممكن دمج عدة علاجات معاً.

• العلاج الموضعي

استعمال القطرات المرطبة، وقطرات ستيرويد موضعية، وقطرات المضادات الحيوية عند الحاجة، والعناية بالجفن، واستعمال جرعات صغيرة من التتراسيكلين (Tetracycline) عن طريق الفم.

- استعمال حقن ستيرويدية وميتومايسين (Mitomycin) تحت الملتحمة.
- يجب استعمال العدسات اللاصقة بحذر لمنع احتكاك الأهداب بالقرنية.
- اللجوء للعلاج الجراحي للأجفان والقرنية عند الضرورة، وفي الحالات المتقدمة والشديدة من أذية القرنية تكون القرنية الصناعية هي الحل.



صورة توضح قرنية صناعية في حالة مصابة بتندب شديد في الملتحمة والقرنية.

• داء الطعم ضد الثوي (Graft versus host disease;GVHD)

يُعد هذا المرض أحد مضاعفات عملية زراعة الخلايا المكونة للدم (زراعة الخلايا الجذعية)، ويحدث داء الطعم ضد الثوي بنسبة (40-60%)، ويحدث عندما تتعرف الخلايا المناعية من المتبرع والموجودة داخل الأنسجة المتبرع بها (الطعم) أن الخلايا والأنسجة الطبيعية للمريض (الثوي أو المتلقي) على أنها خلايا غريبة ومن ثم تهاجم جسم المتلقي، وتعتمد أعراض رد الفعل المناعي على الجزء الذي أتلفته خلايا المتبرع في جسم الثوي .

الأعراض والعلامات

حدوث جفاف شديد في العين مع احمرار الملتحمة، وتكون أغشية، إضافة لذلك يحدث التهاب مزمن يؤدي إلى تغيرات نُدبية (شتر داخلي)، والتهابات في القرنية قد تؤدي إلى عتامات لاحقة في القرنية.

العلاج

استخدام قطرات الترطيب، وسيكلوسبورين 0.5% (Cyclosporine) موضعي، وقد تُستعمل الستيرويدات عن طريق الفم.

• التهاب حوف الملتحمة العلوي (Superior limbic conjunctivitis)

يُعد مرضاً غير شائع، ويصيب عيناً واحدة أو كلتا العينين في الإناث اللاتي في منتصف العمر (مع وجود اضطراب في الغدة الدرقية لدى 50% منهن)، وهذه الحالة غالباً لا يتم تشخيصها بالقدر الكافي؛ وذلك لأن الشكوى عادة تكون شديدة، بينما العلامات الظاهرة على العين بسيطة.

قد تمتد الأعراض إلى سنوات على الرغم من أنها تختفي لاحقاً تلقائياً، وتشابه أعراض التهاب الملتحمة الحُليمي الناتج عن الاحتكاك الذي يحدث أحياناً عند استعمال العدسات اللاصقة، يُعتقد أن السبب يعود إلى رضحات يتسبب فيها الجفن العلوي عند احتكاكه بالملتحمة الحاجبية العلوية، بعد نقص في الدموع، ورخاوة في نسيج الملتحمة.

التشخيص

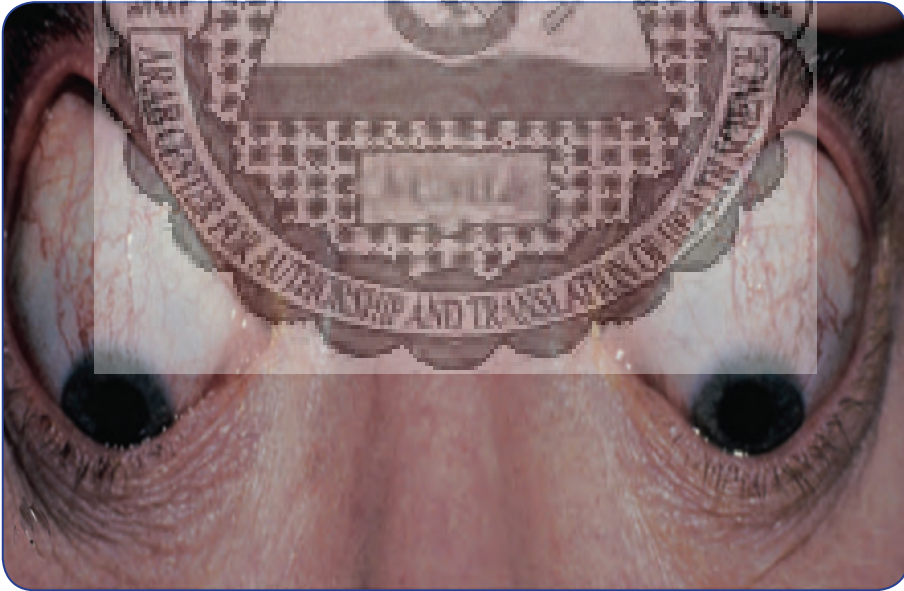
يمكن التشخيص عن طريق سؤال المريض عما إذا كان يستعمل العدسات اللاصقة أو قام بإجراء سابق لعمليات جراحية في الجفن.

الأعراض

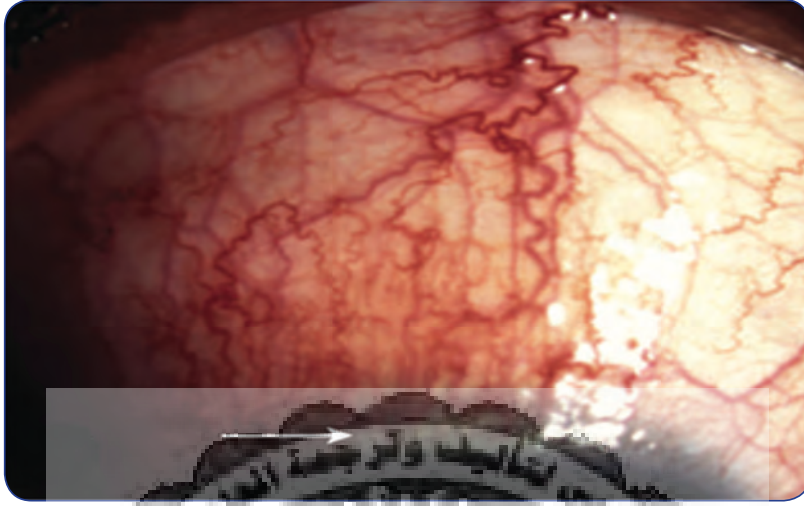
الإحساس بوجود جسم غريب في العين مع حرقة ورُهاب من الضوء، وإفرازات مع ازدياد معدّل الرمش.

- الملتحمة

حدوث احمرار في الملتحمة الحجاجية العلوية، مع تضخم الحليمات الحوفية، وكذلك التي في الملتحمة الجفنية العلوية (مظهر مخملي).



صورة لالتهاب حوف ملتحمة علوي تُبيّن احمرارًا في الملتحمة.



صورة توضح احمرارًا في ملتحمة الحوف العلوية مع جريبات (السهم).

- القرنية

وجود آفات ظاهرية علوية منقطة، وعادة ما تتوضع بينها وبين الحوف ظاهرة طبيعية، مع وجود التهاب خيطي علوي في القرنية يحدث في ثلث الحالات، وسبب علوي، والتهاب الملتحمة، والقرنية الجاف.

الفحوص والعلاج

يجب فحص وظائف الغدة الدرقية إذا لم يكن المريض مُشخصًا بمرض الغدة الدرقية، كذلك يمكن عمل طبعة سيتولوجية خلوية تُظهر التقرن الحاصل في الملتحمة الحجاجية العلوية.

يكون العلاج عن طريق:

- استعمال قطرات ترطيب (من دون مواد حافظة).
- استعمال مثبتات الخلايا البدينة والستيرويدات.
- وضع عدسات لاصقة لينة لمنع الاحتكاك بين الجفن، والملتحمة، والجدير بالذكر أن استعمال العدسة في عين واحدة يؤدي إلى تحسّن في كلتا العينين.
- استخدام حقن الستيرويد في الترس العلوي.
- إمكانية وضع حلول جراحية للملتحمة، إضافة إلى علاج الخلل في الغدة الدرقية.

• التهاب الملتحمة المفتعل المحدث ذاتياً (Factitious conjunctivitis)

يحدث غالباً عندما يعتاد المريض لا إرادياً على استخراج إفرازات العين بواسطة إصبع اليد، أو في أثناء إزالة العدسات اللاصقة، وقد يحدث الالتهاب من الاحتكاك، أو تماس مواد مُهَيِّجَة مثل: الصابون، وأحياناً بواسطة الاستعمال المتكرر لقطرات العين.

التشخيص

الأعراض لا تتناسب مع العلامات الظاهرة، وعادةً ما يذهب المريض إلى كثير من الأطباء بأعراض مختلفة.

العلامات

- وجود احمرار في الملتحمة السفلية يتلون بصبغة (وردية البنغال)، بينما تكون الملتحمة العلوية هادئة.
- وجود سحيجات خفية على القرنية، وأحياناً قد يحدث انتقال لعدوى ميكروبية.



صورة توضح احتقاناً في الملتحمة السفلية مع تلون بصبغة وردية البنغال في حالة التهاب الملتحمة المفتعل.

العلاج

يكون العلاج عن طريق:

- استبعاد الأمراض العينية الأخرى.
- نصح المريض بأهمية التخلص من عادة إخراج إفرازات العين بواسطة إصبع اليد.

• متلازمة القبو العملاق (Giant fornix syndrome)

هي حالة التهابية مزمنة غير شائعة، تشمل التهاب الملتحمة القيحي المتكرر، وقد تم وصف هذه المتلازمة لأول مرة عام 2004م، وتحدث لدى المسنين في العقد السابع أو الثامن من العمر، ويُعتقد أن سببها انحباس بقايا إفرازات العين في القبو العلوي الذي يكون مترهلاً في كبار السن؛ لذا فمن المهم قلب الجفن العلوي لرؤيتها وإزالتها بواسطة الفرشاة القطنية، وقد يصيب عيناً واحدة ولا يؤثر في العين الأخرى، ويحدث أحياناً توعي دموي (تكون أوعية دموية حديثة) ثانوي في القرنية مع تلف القنوات الدمعية، ويشمل العلاج المتكررة للإفرازات المتراكمة مع استعمال المضادات الحيوية سواء موضعياً، أو أحياناً عن طريق الفم، وقد يحتاج الأمر إلى استعمال قطرات ستيررويدية، وعندما لا تفجح هذه العلاجات يتم العلاج جراحياً.



صورة توضح انحباس بقايا إفرازات العين في القبو العلوي المترهل بما يُسمى متلازمة القبو العملاق .



المراجع

References

أولاً : المراجع العربية

- د. مانوتوش، راي، د. كوه، فيكتور (تحرير) - د. المرجان، جمال إبراهيم، د. الصالح، حنان إبراهيم (ترجمة) - أساسيات طب العيون للدارسين بكليات الطب والأطباء الممارسين - المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية - دولة الكويت - عام 2020 م .
- د. ميلودوت، ميشيل (تأليف) - د. سبع العيش، سُرى، د. المرجان، جمال إبراهيم (ترجمة)، معجم تصحيح البصر وعلوم الإبصار - مركز تعريب العلوم الصحية - دولة الكويت - عام 2013 م .

ثانياً: المراجع الأجنبية

- John F.Salmon, Kanski's Synopsis Of Clinical Ophthalmology, Fourth Edition, 2022.
- Myron Yanoff , Jay S. Duker, Ophthalmology, sixth Edition, 2022.
- John F.Salmon, KANSKI'S Clinical Ophthalmology A Systematic Approach, Ninth Edition, 2019.





إصدارات

المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية



أولاً : سلسلة الثقافة الصحية والأأمراض المعدية

- 1 - الأسنان وصحة الإنسان
 - 2 - الدليل الموجز في الطب النفسي
 - 3 - أمراض الجهاز الحركي
 - 4 - الإمكانية الجنسية والعقم
 - 5 - الدليل الموجز عن أمراض الصدر
 - 6 - الدواء والإدمان
 - 7 - جهازك الهضمي
 - 8 - المعالجة بالوخز الإبري
 - 9 - التمنيع والأمراض المعدية
 - 10 - النوم والصحة
 - 11 - التدخين والصحة
 - 12 - الأمراض الجلدية في الأطفال
 - 13 - صحة البيئة
 - 14 - العقم: أسبابه وعلاجه
 - 15 - فرط ضغط الدم
 - 16 - المخدرات والمسكرات والصحة العامة
 - 17 - أساليب التمريض المنزلي
 - 18 - ماذا تفعل لو كنت مريضاً
 - 19 - كل شيء عن الربو
 - 20 - أورام الثدي
 - 21 - العلاج الطبيعي للأمراض الصدرية
 - عند الأطفال
 - 22 - تغذية الأطفال
 - 23 - صحتك في الحج
 - 24 - الصرع، المرض.. والعلاج
 - 25 - نمو الطفل
 - 26 - السمنة
- تأليف: د. صاحب القطان
- تأليف: د. لطفي الشربيني
- تأليف: د. خالد محمد دياب
- تأليف: د. محمود سعيد شلهوب
- تأليف: د. ضياء الدين الجماس
- تأليف الصيدلي: محمود ياسين
- تأليف: د. عبد الرزاق السباعي
- تأليف: د. لطيفة كمال علوان
- تأليف: د. عادل ملا حسين التركيت
- تأليف: د. لطفي الشربيني
- تأليف: د. ماهر مصطفى عطري
- تأليف: د. عبير فوزي محمد عبدالوهاب
- تأليف: د. ناصر بوكلي حسن
- تأليف: د. أحمد دهمان
- تأليف: د. احسان أحمد قمحية
- تأليف: د. سيد الحديدي
- تأليف: د. ندى السباعي
- تأليف: د. چاكلين ولسن
- تأليف: د. محمد المنشاوي
- تأليف: د. مصطفى أحمد القباني
- تأليف: أ. سعاد الشامر
- تأليف: د. أحمد شوقي
- تأليف: د. موسى حيدر قاسه
- تأليف: د. لطفي الشربيني
- تأليف: د. منال طييلة
- تأليف: د. أحمد الخولي

- 27 - البهاق تأليف: د. إبراهيم الصياد
- 28 - طب الطوارئ تأليف: د. جمال جودة
- 29 - الحساسية (الأرجية) تأليف: د. أحمد فرج الحسانين
- 30 - سلامة المريض تأليف: د. عبدالرحمن لطفي عبد الرحمن
- 31 - طب السفر تأليف: د. سلام محمد أبو شعبان
- 32 - التغذية الصحية تأليف: د. خالد مدني
- 33 - صحة أسنان طفلك تأليف: د. حباة المزدي
- 34 - الخلل الوظيفي للغدة الدرقية عند الأطفال تأليف: د. منال طنبلة
- 35 - زرع الأسنان تأليف: د. سعيد نسيب أبو سعدة
- 36 - الأمراض المنقولة جنسياً تأليف: د. أحمد سيف النصر
- 37 - القشطرة القلبية تأليف: د. عهد عمر عرفة
- 38 - الفحص الطبي الدوري تأليف: د. ضياء الدين جماس
- 39 - الغبار والصحة تأليف: د. فاطمة محمد المأمون
- 40 - الكاتارياكت (الساد العيني) تأليف: د. سُرى سبيع العيش
- 41 - السمنة عند الأطفال تأليف: د. ياسر حسين الخطيبني
- 42 - الشخير تأليف: د. سعاد يحيى المستكاوي
- 43 - زرع الأعضاء تأليف: د. سيد الحديدي
- 44 - تساقط الشعر تأليف: د. محمد عبد الله إسماعيل
- 45 - سن الإياب تأليف: د. محمد عبده الأحمد
- 46 - الاكتئاب تأليف: د. محمد صبري
- 47 - العجز السمعي تأليف: د. لطفية كمال علوان
- 48 - الطب البديل (في علاج بعض الأمراض) تأليف: د. علاء الدين حسني
- 49 - استخدامات الليزر في الطب تأليف: د. أحمد علي يوسف
- 50 - متلازمة القولون العصبي تأليف: د. وفاء أحمد الحشاش
- 51 - سلس البول عند النساء (الأسباب - العلاج) تأليف: د. عبد الرزاق سري السباعي
- 52 - الشعرانية «المرأة المُشعرة» تأليف: د. هناء حامد المسوكر
- 53 - الإخصاب الاصطناعي تأليف: د. وائل محمد صبح
- 54 - أمراض الفم واللثة تأليف: د. محمد براء الجندي
- 55 - جراحة المنظار تأليف: د. رُلى سليم المختار
- 56 - الاستشارة قبل الزواج تأليف: د. ندى سعد الله السباعي
- 57 - التنقيف الصحي تأليف: د. ندى سعد الله السباعي

تأليف: د. حسان عدنان البارد	58 - الضعف الجنسي
تأليف: د. لطفي عبد العزيز الشربيني	59 - الشباب والثقافة الجنسية
تأليف: د. سلام أبو شعبان	60 - الوجبات السريعة وصحة المجتمع
تأليف: د. موسى حيدر قاسه	61 - الخلايا الجذعية
تأليف: د. عبير محمد عدس	62 - ألزهايمر (الخرف المبكر)
تأليف: د. أحمد خليل	63 - الأمراض المعدية
تأليف: د. ماهر الخاناتي	64 - آداب زيارة المريض
تأليف: د. بشار الجمال	65 - الأدوية الأساسية
تأليف: د. جُلنار الحديدي	66 - السعال
تأليف: د. خالد المدني	67 - تغذية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة
تأليف: د. رُلى المختار	68 - الأمراض الشرجية
تأليف: د. جمال جوده	69 - النفايات الطبية
تأليف: د. محمود الزغبى	70 - آلام الظهر
تأليف: د. أمين محمود مرعي	71 - متلازمة العوز المناعي المكتسب (الإيدز)
تأليف: د. محمد حسن بركات	72 - التهاب الكبد
تأليف: د. بدر محمد المراد	73 - الأشعة التداخلية
تأليف: د. حسن عبد العظيم محمد	74 - سلس البول
تأليف: د. أحمد محمد الخولي	75 - المكملات الغذائية
تأليف: د. عبد المنعم محمود الباز	76 - التسمم الغذائي
تأليف: د. منال محمد طهيلة	77 - أسرار النوم
تأليف: د. أشرف إبراهيم سليم	78 - التطعيمات الأساسية لدى الأطفال
تأليف: د. سميرة عبد اللطيف السعد	79 - التوحد
تأليف: د. كفاح محسن أبو راس	80 - التهاب الزائدة الدودية
تأليف: د. صلاح محمد ثابت	81 - الحمل عالي الخطورة
تأليف: د. علي أحمد عرفه	82 - جودة الخدمات الصحية
تأليف: د. عبد الرحمن عبيد مصيقر	83 - التغذية والسرطان وأسس الوقاية
تأليف: د. عادل أحمد الزايد	84 - أنماط الحياة اليومية والصحة
تأليف: د. وفاء أحمد الحشاش	85 - حرقة المعدة
تأليف: د. عادل محمد السيسى	86 - وحدة العناية المركزة
تأليف: د. طالب محمد الحلبي	87 - الأمراض الروماتزمية
تأليف: أ. ازدهار عبد الله العنجري	88 - رعاية المراهقين

- 89 - الغغرينة تأليف: د. نيرمين سمير شنودة
- 90 - الماء والصحة تأليف: د. لمياء زكريا أبو زيد
- 91 - الطب الصيني تأليف: د. إيهاب عبد الغني عبد الله
- 92 - وسائل منع الحمل تأليف: د. نورا أحمد الرفاعي
- 93 - الداء السكري تأليف: د. نسرين كمال عبد الله
- 94 - الرياضة والصحة تأليف: د. محمد حسن القباني
- 95 - سرطان الجلد تأليف: د. محمد عبد العاطي سلامة
- 96 - جلطات الجسم تأليف: د. نيرمين قطب إبراهيم
- 97 - مرض النوم (سلسلة الأمراض المعدية) تأليف: د. عزة السيد العراقي
- 98 - سرطان الدم (اللوكيميا) تأليف: د. منها جاسم بورسلي
- 99 - الكوليرا (سلسلة الأمراض المعدية) تأليف: د. أحمد حسن عامر
- 100 - فيروس الإيبولا (سلسلة الأمراض المعدية) تأليف: د. عيد الرحمن لظفي عيد الرحمن
- 101 - الجهاز الكهربائي للقلب تأليف: د. ناصر بوكلي حسن
- 102 - الملاريا (سلسلة الأمراض المعدية) تأليف: د. أحمد إبراهيم خليل
- 103 - الأنفلونزا (سلسلة الأمراض المعدية) تأليف: د. إيهاب عبد الغني عبد الله
- 104 - أمراض الدم الشائعة لدى الأطفال تأليف: د. سندس إبراهيم الشريدة
- 105 - الصداع النصفي تأليف: د. بشر عبد الرحمن الصمد
- 106 - شلل الأطفال (سلسلة الأمراض المعدية) تأليف: د. إيهاب عبد الغني عبد الله
- 107 - الشلل الرعاش (مرض باركنسون) تأليف: د. سامي عبد الثوي علي أحمد
- 108 - ملوثات الغذاء تأليف: د. زكريا عبد القادر خنجي
- 109 - أسس التغذية العلاجية تأليف: د. خالد علي المدني
- 110 - سرطان القولون تأليف: د. عيد السلام عبد الرزاق النجار
- 111 - قواعد الترجمة الطبية تأليف: د. قاسم طه الساره
- 112 - مضادات الأكسدة تأليف: د. خالد علي المدني
- 113 - أمراض صمامات القلب تأليف: د. ناصر بوكلي حسن
- 114 - قواعد التأليف والتحرير الطبي تأليف: د. قاسم طه الساره
- 115 - الفصام تأليف: د. سامي عبد القوي علي أحمد
- 116 - صحة الأمومة تأليف: د. أشرف أنور عزاز
- 117 - منظومة الهرمونات بالجسم تأليف: د. حسام عبد الفتاح صديق
- 118 - مقومات الحياة الأسرية الناجحة تأليف: د. عبير خالد البهوه
- 119 - السيجارة الإلكترونية تأليف: أ. أنور جاسم بورحه

- 120 - الفيتامينات تأليف: د. خالد علي المدني
- 121 - الصحة والفاكهة تأليف: د. موسى حيدر قاسه
- 122 - مرض سارس (المتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة) تأليف: د. مجدي حسن الطوخي (سلسلة الأمراض المعدية)
- 123 - الأمراض الطفيلية تأليف: د. عدوب علي الخضر
- 124 - المعادن الغذائية تأليف: د. خالد علي المدني
- 125 - غذاؤنا والإشعاع تأليف: د. زكريا عبد القادر خنجي
- 126 - انفصال شبكية العين تأليف: د. محمد عبدالعظيم حماد
- 127 - مكافحة القوارض تأليف: أ.د. شعبان صابر خلف الله
- 128 - الصحة الإلكترونية والتطبيب عن بُعد تأليف: د. ماهر عبد اللطيف راشد
- 129 - داء كرون تأليف: د. إسلام محمد عشري أحد أمراض الجهاز الهضمي الالتهابية المزمنة
- 130 - السكتة الدماغية تأليف: د. محمود هشام مندو
- 131 - التغذية الصحية تأليف: د. خالد علي المدني
- 132 - سرطان الرئة تأليف: د. ناصر بوكلي حسن
- 133 - التهاب الجيوب الأنفية تأليف: د. غسان محمد شحور
- 134 - فيروس كورونا المستجد (nCoV-2019) إعداد: المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية
- 135 - التشوهات الخلقية تأليف: أ.د. مازن محمد ناصر العيسى
- 136 - السرطان تأليف: د. خالد علي المدني
- 137 - عمليات التجميل الجلدية تأليف: د. أطلال خالد اللافي
- 138 - الإدمان الإلكتروني تأليف: د. طلال إبراهيم المسعد
- 139 - الفشل الكلوي تأليف: د. جود محمد يكن
- 140 - الداء والدواء من الألم إلى الشفاء تأليف: الصيدلانية. شيما يوسف ربيع
- 141 - معلومات توعوية للمصابين بمرض كوفيد - 19 ترجمة وتحرير: المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية تساعد هذه المعلومات على التحكم في الأعراض والتعافي عقب الإصابة بمرض كوفيد - 19
- 142 - السرطان تأليف: أ. د. سامح محمد أبو عامر ما بين الوقاية والعلاج
- 143 - التصلب المتعدد تأليف: د. رائد عبد الله الروغاني
- 144 - المغص د. سمر فاروق أحمد تأليف: د. ابتهاج حكم الجمعان

- 145 - جانحة فيروس كورونا المستجد
وانعكاساتها البيئية
- 146 - تغذية الطفل من الولادة إلى عمر سنة
- 147 - صحة كبار السن
- 148 - الإغماء
- 149 - الحَوْلُ وازدواجية الرؤية
- 150 - صحة الطفل
- 151 - الجفاف
- 152 - القدم السكري
- 153 - المنشطات وأثرها على صحة الرياضيين
- 154 - التداخلات الدوائية
- 155 - التهاب الأذن
- 156 - حساسية الألبان
- 157 - خطورة بعض الأدوية على الحامل والمرضع
- 158 - التهاب المفاصل الروماتويدي
- 159 - الانزلاق الغضروفي
- 160 - متلازمة داون
- 161 - عُسر القراءة
الديسلكسيا
- 162 - الرعاية الصحية المنزلية
- 163 - البكتيريا النافعة وصحة الإنسان
- 164 - الأطعمة الوظيفية
- 165 - الداء البطني والجلوتين
- 166 - خشونة المفاصل
- 167 - الأمراض النفسية الشائعة
- 168 - عدم تحمُّل الطعام ... المشكلة والحلول
- 169 - كيف تتخلص من الوزن الزائد؟
- 170 - الترجمة الطبية التطبيقية
- 171 - الأشعة التشخيصية ودورها في الكشف
عن الأمراض
- تأليف: غالب علي المراد
- إعداد: المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية
- تأليف: د. علي خليل القطان
- تأليف: د. أسامة جبر البكر
- تأليف: د. نادية أبل حسن صادق
- تأليف: د. نصر الدين بن محمود حسن
- تأليف: د. محمد عبد العزيز الزبيق
- تأليف: د. حازم عبد الرحمن جمعة
- تأليف: د. مصطفى جوهر حيات
- تأليف: الصيدلانية. شيماء يوسف ربيع
- تأليف: د. سليمان عبد الله الحمد
- تأليف: أ. د. لؤي محمود اللبان
- تأليف: الصيدلانية. شيماء يوسف ربيع
- تأليف: د. علي إبراهيم الدعبي
- تأليف: د. تامر رمضان بدوي
- تأليف: د. أحمد عدنان العقيل
- تأليف: د. أحمد فهمي عبد الحميد السحيمي
- تأليف: أ. د. فيصل عبد اللطيف الناصر
- تأليف: أ. د. لؤي محمود اللبان
- تأليف: د. خالد علي المدني
- د. غالية حمد الشملان
- تأليف: د. عبدالرزاق سري السباعي
- تأليف: د. طالب محمد الحلبي
- تأليف: د. ندى سعد الله السباعي
- تأليف: د. خالد علي المدني
- د. غالية حمد الشملان
- تأليف: د. ميرفت عبد الفتاح العدل
- تأليف: د. حسّان أحمد قمحيّة
- تأليف: د. منى عصام الملا

- 172 - جلدري القردة
تأليف: أ. د. شعبان صابر محمد خلف الله
- 173 - اعتلال الأعصاب الطرفية
تأليف: د. رائد عبد الله الروغاني
د. سمر فاروق أحمد
- 174 - هل نستطيع أن نصنع دواءنا؟
تأليف: أ. د. مرزوق يوسف الغنيم
- 175 - الأمراض التنفسية لدى الأطفال
تأليف: د. نصر الدين بن محمود حسن
- 176 - الالتهابات
تأليف: د. حسان أحمد قمحية
- 177 - الفحوص المخبرية ودورها في الكشف
عن الأمراض
تأليف: د. محمد جابر صدقي
- 178 - التغذية والمناعة
تأليف: د. خالد علي المدني
د. ليلى نايف الحربي
- 179 - التنظيم الغذائي لأمراض القلب والأوعية
الدموية
تأليف: د. حمده عبد الله قطبه
د. خالد علي المدني
- 180 - هل نستطيع أن نصنع دواءنا؟
(الطبعة الثانية)
تأليف: أ. د. مرزوق يوسف الغنيم
- 181 - دليل التغذية الأنبوبية والوريدية
تأليف: أ. د. لؤي محمود اللبان
- 182 - الجلوكوما (الزرق)
تأليف: د. بشار محمد عباس
- 183 - دليل تبريد الأغذية وتجميدها منزلياً
تأليف: د. زكريا عبد القادر خنجي
- 184 - صعوبات التعلم .. بين التشخيص والعلاج
تأليف: أ. د. طلال إبراهيم المسعد
- 185 - دور التغذية في علاج اضطرابات الأكل
تأليف: أ. د. عزة عبد الحافظ العريفي
د. خالد علي المدني
- 186 - حمى الوادي المتصدع
تأليف: أ. د. شعبان صابر محمد خلف الله
- 187 - اضطراب دهون الدم
تأليف: أ. د. يوسف أحمد بركات
- 188 - عُسر الهضم
تأليف: د. أحمد مهدي محمد عبد العليم
- 189 - حياة الأطفال المصابين بالتوحد وعلاقتها
بصحة الفم والأسنان
تأليف: د. عبد الكريم عادل مبروك
- 190 - أمراض مفصل الكتف
تأليف: أ. د. فتحي جابر محمد خلاف
- 191 - مشكلات العظام والمفاصل
لدى مرضى داء السكري
تأليف: د. تامر رمضان بدوي
- 192 - التئام الكسور العظمية لدى الإنسان
تأليف: د. طالب محمد الحلبي
- 193 - الحساسية الدوائية
تأليف: أ. د. خالد محسن حسن
- 194 - احمرار العين
تأليف: د. جمال إبراهيم المرجان

ثانياً : مجلة تعريب الطب

- 1 - العدد الأول « يناير 1997 » أمراض القلب والأوعية الدموية
- 2 - العدد الثاني « أبريل 1997 » مدخل إلى الطب النفسي
- 3 - العدد الثالث « يوليو 1997 » الخصوية ووسائل منع الحمل
- 4 - العدد الرابع « أكتوبر 1997 » الداء السكري (الجزء الأول)
- 5 - العدد الخامس « فبراير 1998 » الداء السكري (الجزء الثاني)
- 6 - العدد السادس « يونيو 1998 » مدخل إلى المعالجة الجينية
- 7 - العدد السابع « نوفمبر 1998 » الكبد والجهاز الصفراوي (الجزء الأول)
- 8 - العدد الثامن « فبراير 1999 » الكبد والجهاز الصفراوي (الجزء الثاني)
- 9 - العدد التاسع « سبتمبر 1999 » الفشل الكلوي
- 10 - العدد العاشر « مارس 2000 » المرأة بعد الأربعين
- 11 - العدد الحادي عشر « سبتمبر 2000 » السمنة المشكلية والحل
- 12 - العدد الثاني عشر « يونيو 2001 » الجينوم هذا المجهول
- 13 - العدد الثالث عشر « مايو 2002 » الحرب البيولوجية
- 14 - العدد الرابع عشر « مارس 2003 » التطبيب عن بعد
- 15 - العدد الخامس عشر « أبريل 2004 » اللغة والدماغ
- 16 - العدد السادس عشر « يناير 2005 » الملاريا
- 17 - العدد السابع عشر « نوفمبر 2005 » مرض ألزهايمر
- 18 - العدد الثامن عشر « مايو 2006 » أنفلونزا الطيور
- 19 - العدد التاسع عشر « يناير 2007 » التدخين: الداء والدواء (الجزء الأول)
- 20 - العدد العشرون « يونيو 2007 » التدخين: الداء والدواء (الجزء الثاني)

- 21 - العدد الحادي والعشرون «فبراير 2008» البيئة والصحة (الجزء الأول)
- 22 - العدد الثاني والعشرون «يونيو 2008» البيئة والصحة (الجزء الثاني)
- 23 - العدد الثالث والعشرون «نوفمبر 2008» الألم.. «الأنواع، الأسباب، العلاج»
- 24 - العدد الرابع والعشرون «فبراير 2009» الأخطاء الطبية
- 25 - العدد الخامس والعشرون «يونيو 2009» اللقاحات.. وصحة الإنسان
- 26 - العدد السادس والعشرون «أكتوبر 2009» الطبيب والمجتمع
- 27 - العدد السابع والعشرون «يناير 2010» الجلد..الكاشف..الساتر
- 28 - العدد الثامن والعشرون «أبريل 2010» الجراحات التجميلية
- 29 - العدد التاسع والعشرون «يوليو 2010» العظام والمفاصل...كيف نحافظ عليها؟
- 30 - العدد الثلاثون «أكتوبر 2010» الكلى... كيف نرعها ونداويها؟
- 31 - العدد الحادي والثلاثون «فبراير 2011» آلام أسفل الظهر
- 32 - العدد الثاني والثلاثون «يونيو 2011» هشاشة العظام
- 33 - العدد الثالث والثلاثون «نوفمبر 2011» إصابة الملاعب «آلام الكتف - الركبة.. الكاحل»
- 34 - العدد الرابع والثلاثون «فبراير 2012» العلاج الطبيعي لذوي الاحتياجات الخاصة
- 35 - العدد الخامس والثلاثون «يونيو 2012» العلاج الطبيعي التالي للعمليات الجراحية
- 36 - العدد السادس والثلاثون «أكتوبر 2012» العلاج الطبيعي المائي
- 37 - العدد السابع والثلاثون «فبراير 2013» طب الأعماق.. العلاج بالأوكسجين المضغوط
- 38 - العدد الثامن والثلاثون «يونيو 2013» الاستعداد لقضاء عطلة صيفية بدون أمراض
- 39 - العدد التاسع والثلاثون «أكتوبر 2013» تغير الساعة البيولوجية في المسافات الطويلة
- 40 - العدد الأربعون «فبراير 2014» علاج بلا دواء... عالج أمراضك بالغذاء
- 41 - العدد الحادي والأربعون «يونيو 2014» علاج بلا دواء... العلاج بالرياضة
- 42 - العدد الثاني والأربعون «أكتوبر 2014» علاج بلا دواء... المعالجة النفسية

- 43 - العدد الثالث والأربعون «فبراير 2015»
جراحات إنقاص الوزن: عملية تكميم المعدة ...
ما لها وما عليها
- 44 - العدد الرابع والأربعون «يونيو 2015»
جراحات إنقاص الوزن: جراحة تطويق المعدة
(ربط المعدة)
- 45 - العدد الخامس والأربعون «أكتوبر 2015»
جراحات إنقاص الوزن: عملية تحويل المسار
(المجازة المعدية)
- 46 - العدد السادس والأربعون «فبراير 2016»
أمراض الشبيخوخة العصبية: التصلب المتعدد
- 47 - العدد السابع والأربعون «يونيو 2016»
أمراض الشبيخوخة العصبية: مرض الحرف
- 48 - العدد الثامن والأربعون «أكتوبر 2016»
أمراض الشبيخوخة العصبية: الشلل الرعاش
- 49 - العدد التاسع والأربعون «فبراير 2017»
حقن التجميل: الخطر في ثوب الحسن
- 50 - العدد الخمسون «يونيو 2017»
السيجارة الإلكترونية
- 51 - العدد الحادي والخمسون «أكتوبر 2017»
النحافة ... الأسباب والحلول
- 52 - العدد الثاني والخمسون «فبراير 2018»
تغذية الرياضيين
- 53 - العدد الثالث والخمسون «يونيو 2018»
البهاق
- 54 - العدد الرابع والخمسون «أكتوبر 2018»
متلازمة المبيض متعدد الكيسات
- 55 - العدد الخامس والخمسون «فبراير 2019»
هاتفك يهدم بشرتك
- 56 - العدد السادس والخمسون «يونيو 2019»
أحدث المستجدات في جراحة الأورام
(سرطان القولون والمستقيم)
- 57 - العدد السابع والخمسون «أكتوبر 2019»
البكتيريا والحياة
- 58 - العدد الثامن والخمسون «فبراير 2020»
فيروس كورونا المستجد (nCoV-2019)
- 59 - العدد التاسع والخمسون «يونيو 2020»
تطبيق التقنية الرقمية والذكاء الاصطناعي في
مكافحة جائحة كوفيد-19 (COVID-19)

- 60 - العدد الستون « أكتوبر 2020 »
الجدید فی لقاحات كورونا
- 61 - العدد الحادي والستون « فبراير 2021 »
التصلبُ العصبي المتعدد
- 62 - العدد الثاني والستون « يونيو 2021 »
مشكلات مرحلة الطفولة
- 63 - العدد الثالث والستون « أكتوبر 2021 »
الساعة البيولوجية ومنظومة الحياة
- 64 - العدد الرابع والستون « فبراير 2022 »
التغير المناخي وانتشار الأمراض والأوبئة
- 65 - العدد الخامس والستون « يونيو 2022 »
أمراض المناعة الذاتية
- 66 - العدد السادس والستون « أكتوبر 2022 »
الأمراض المزمنة ... أمراض العصر
- 67 - العدد السابع والستون « فبراير 2023 »
الأنيميا... فقر الدم
- 68 - العدد الثامن والستون « يونيو 2023 »
أمراض المناعة الذاتية (الجزء الثاني)
- 69 - العدد التاسع والستون « أكتوبر 2023 »
أمراض سوء التغذية
- 70 - العدد السبعون « فبراير 2024 »
الأمراض السرطانية

الموقع الإلكتروني : www.acmls.org



/acmlskuwait



/acmlskuwait



/acmlskuwait



0096551721678

ص.ب: 5225 الصفاة 13053 - دولة الكويت - هاتف 0096525338610/1 - فاكس: 0096525338618

البريد الإلكتروني : acmls@acmls.org



ARAB CENTER FOR AUTHORSHIP AND TRANSLATION OF HEALTH SCIENCE

The Arab Center for Authorship and Translation of Health Science (ACMLS) is an Arab regional organization established in 1980 and derived from the Council of Arab Ministers of Public Health, the Arab League and its permanent headquarters is in Kuwait.

ACMLS has the following objectives:

- Provision of scientific & practical methods for teaching the medical sciences in the Arab World.
- Exchange of knowledge, sciences, information and researches between Arab and other cultures in all medical health fields.
- Promotion & encouragement of authorship and translation in Arabic language in the fields of health sciences.
- The issuing of periodicals, medical literature and the main tools for building the Arabic medical information infrastructure.
- Surveying, collecting, organizing of Arabic medical literature to build a current bibliographic data base.
- Translation of medical researches into Arabic Language.
- Building of Arabic medical curricula to serve medical and science Institutions and Colleges.

ACMLS consists of a board of trustees supervising ACMLS general secretariate and its four main departments. ACMLS is concerned with preparing integrated plans for Arab authorship & translation in medical fields, such as directories, encyclopedias, dictionaries, essential surveys, aimed at building the Arab medical information infrastructure.

ACMLS is responsible for disseminating the main information services for the Arab medical literature.

© COPYRIGHT - 2024

ARAB CENTER FOR AUTHORSHIP AND TRANSLATION OF
HEALTH SCIENCE

ISBN: 978-9921-782-59-2

All Rights Reserved, No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form, or by any means; electronic, mechanical, photocopying, or otherwise, without the prior written permission of the Publisher.

ARAB CENTER FOR AUTHORSHIP AND TRANSLATION OF
HEALTH SCIENCE
(ACMLS - KUWAIT)

P.O. Box 5225, Safat 13053, Kuwait

Tel. : + (965) 25338610/1

Fax. : + (965) 25338618

E-Mail: acmls@acmls.org

[http:// www.acmls.org](http://www.acmls.org)

Printed and Bound in the State of Kuwait.





**ARAB CENTER FOR AUTHORSHIP AND TRANSLATION
OF HEALTH SCIENCE - KUWAIT**

Health Education Series

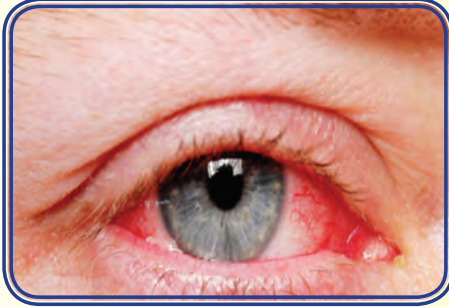
Red Eye

By

Dr. Jamal I. S. Al-Murjan

Revised by

Arab Center for Authorship and Translation of Health Science



في هذا الكتاب

احمرار العين حالة طبية شائعة جداً يحدث فيها احمرار في بياض العين، أو ظهور عروق حمراء فيها؛ نتيجة توسع الأوعية الدموية الدقيقة الموجودة تحت سطح العين أو التهابها، وتتفاوت أسباب احمرار العين بين أسباب بسيطة وأخرى تستدعي عناية طبية طارئة، وقد يصيب الاحمرار إحدى العينين أو كليتهما، وقد يصاحب احمرار العين عدة أعراض منها: تهيج العين، وحدوث ألم وحكة فيها، وجفاف العين، وخروج إفرازات منها والحساسية من الضوء، ويعتمد الطبيب في تشخيص المرض على أخذ التاريخ الطبي، والفحص البدني، وإجراء بعض الفحوص للعين لتحديد أسباب الاحمرار.

ويكمن علاج الاحمرار في معرفة السبب الذي أدى إليه، وفي معظم الحالات يكون احمرار العين غير ضار نسبياً، وعادة ما تتحسن الأعراض بالعلاجات المنزلية، أو العلاجات التي لا تستلزم وصفة طبية، ولكن تؤدي حالات أخرى إلى مضاعفات خطيرة تسبب تغيرات في الرؤية تؤثر في أداء المهام اليومية، وربما تؤدي إلى تلف دائم في العين، لذا فإن تحديد أسباب احمرار العين وعلاجها مبكراً يساعد في تجنب المضاعفات.