

درمان‌های خراش قرنیه و اجسام خارجی در قرنیه

دکتر شیمایا حتم‌خانی^۱، دکتر رضا صعودی^۲

۱. گروه داروسازی بالینی دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه
۲. گروه چشم پزشکی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

■ مقدمه

خراش قرنیه به وجود Defect یا نقص در اپیتلیوم قرنیه گفته می‌شود. البته، این اصطلاح چندان درست نیست، زیرا بیشتر به اتیولوژی اشاره دارد که به دلیل ترومای مکانیکی اتفاق افتاده باشد. بنابراین، بهتر است در مورد بسیاری از مشکلات قرنیه از اصطلاح «نقص اپیتلیال قرنیه»^۱ استفاده شود. ولی از آن جایی که این واژه عمومی بین بیماران و پزشکان آن چنان مصطلح نیست، از هر دو واژه به جای یکدیگر، جهت اشاره به نقص اپیتلیال قرنیه ناشی از هر علتی استفاده می‌کنیم.

خراش قرنیه را می‌توان به دو دسته تروماتیک (ناشی از جسم خارجی یا استفاده از لنز) و خودبه خودی تقسیم کرد. مشکلات خودبه خودی در اپیتلیوم قرنیه بدون بروز آسیب قبلی و یا وجود جسم خارجی اتفاق می‌افتد. چشم‌هایی که سابقه قبلی خراش در اثر ضربه دارند یا چشم‌هایی که نقص

زمینه‌ای در اپیتلیوم قرنیه دارند، مستعد خراش خود به خودی هستند. به خراش خود به خودی قرنیه، خراش راجعه^۲ نیز گفته می‌شود.

■ تشخیص

به‌طور کلی، در هر بیمار با درد شدید چشم همراه با فوتوفوبیا (ترس از نور) و یا احساس جسم خارجی در چشم به صورتی که نتواند چشم‌هایش را باز کند، دیفکت اپیتلیال قرنیه را می‌توان در نظر گرفت. بنابراین، در قدم اول باید ترومای نافذ^۳ و پس از آن انفیلتراسیون عفونی، به‌ویژه عفونت ویروس هرپس سیمپلکس را بررسی و رد کرد. تشخیص خراش قرنیه، پس از انجام معاینه کامل چشم و رد کردن آسیب نافذ چشم با رنگ‌آمیزی فلورئوسین انجام می‌شود. از بیمار در مورد سابقه استفاده از لنزهای تماسی نیز باید سؤال کرد، چرا که در انتخاب نوع آنتی‌بیوتیک بسیار تاثیرگذار است.

■ مواردی که نیاز به ارجاع به متخصص دارد

بیمارانی که علائم پارگی چشم دارند باید سریعاً به چشم پزشک ارجاع داده شوند. در بیمارانی که هایفما دارند، نیز مراجعه سریع به چشم پزشک برای انجام معاینه کامل چشم، از جمله اندازه‌گیری فشار داخل چشم به ویژه در کودکان کوچک‌تر ضروری است.

بیمارانی که فقط خراش قرنیه دارند و دارای شرایط زیر می‌باشند نیز باید فوراً همان روز توسط چشم پزشک مورد معاینه و بررسی قرار گیرند:

- ۱- انفیلتراسیون قرنیه، وجود لکه سفید یا کدورت قرنیه که نشان‌دهنده زخم می‌باشد.
- ۲- جسم خارجی که قابل برداشت نیست.
- ۳- هایپوپوئون^۴ (وجود چرک در اتاقک قدامی چشم)

اگر در معاینه پی‌گیری بیمار دارای علائم زیر باشد، ارجاع فوری به چشم پزشک ضروری است:

- ۱- دیفکت بزرگ اپیتلیال
- ۲- ترشحات چرکی
- ۳- افت بینایی در حد یک تا دو خط در چارت اسلن (مثلاً کاهش از ۲۰/۲۰ به ۸۰/۲۰)
- ۴- بچه یا نوزادی که ترشحات مداومی دارد و یا از باز نگه داشتن چشم خود امتناع می‌کند.

این یافته‌ها بیانگر وجود جسم خارجی باقی‌مانده در قرنیه، بهبودی ضعیف، سوپراینفکشن یا کراتیت عفونی است.

■ درمان

رویکرد درمانی به خراش قرنیه در الگوریتم (۱) خلاصه شده است. گزینه‌های درمان بر اساس نوع خراش قرنیه متفاوت است.

■ خراش‌های ناشی از ضربه و ناشی از جسم خارجی

خارجی

مهم‌ترین رکن درمان، تجویز آنتی‌بیوتیک‌های موضعی و در مورد خراش‌های بزرگ، سیکلوپلیک‌ها به همراه پی‌گیری روزانه تا زمان بهبودی می‌باشد. قبلاً از پیچ کردن^۵ هم استفاده می‌کردند ولی امروزه دیگر توصیه نمی‌شود.

بر اساس مطالعات حیوانی پروفیلاکسی کزاز در آسیب‌های نافذ چشم ضروری است ولی در مورد خراش قرنیه یا جسم خارجی لازم نیست. بیمارانی که قرنیه آن‌ها با مواد آلوده مثل ابزار کشاورزی یا ذرات گیاهان خراش داده شده است، در معرض ابتلا به کراتیت باکتریایی یا قارچی هستند. خراش قرنیه با مواد آلوده شایع‌ترین علت کراتیت باکتریایی در کشاورزان روستاهای کشورهای توسعه نیافته است. این بیماران را باید به‌صورت روزانه از نظر انفیلتراسیون یا زخم قرنیه بررسی کرد.

■ برداشتن جسم خارجی

جسم خارجی در قرنیه را پس از تجویز یک بی‌حس‌کننده موضعی، با شستشو می‌توان خارج کرد. این روش به‌ویژه در مواردی که چندین جسم خارجی در قرنیه وجود دارد، مثل ماسه، بسیار کمک‌کننده است. در مرحله بعد می‌توان جسم خارجی را با دید مستقیم و به کمک سواپ برداشت. اجسام خارجی زیر پلک را با برگرداندن پلک باید خارج کرد. اگر جسم خارجی با شستشو یا سواپ خارج نشد، خروج آن باید با روشی خاص توسط فرد آموزش دیده انجام شود.

معمولاً زبیدنت‌های چشم پزشکی و سایر

الگوریتم ۱- درمان خراش قرینه



اگر جسم خارجی برداشته شود، دبریدمان روتین حلقه زنگ زدگی توصیه نمی‌شود، زیرا احتمال آسیب به غشای بومن و ایجاد اسکار وجود دارد.

■ آنتی‌بیوتیک‌های موضعی

در بیمارانی که خراش قرنیه دارند آنتی‌بیوتیک‌های موضعی بیشتر برای جلوگیری از سوپراینفکشن تجویز می‌شوند (جدول ۱). در بزرگسالانی که خراش آن‌ها ریسک کمتری دارد (به‌عنوان مثال ناشی از لنزهای تماسی یا اجسام خارجی نیست و در مرکز قرنیه قرار ندارند)، می‌توان بدون تجویز آنتی‌بیوتیک موضعی، بیمار را کاملاً تحت نظر قرار داد. البته، در این بیماران می‌توان برای کاهش درد از لوبریکانت‌های چشمی استفاده کرد. استفاده از آنتی‌بیوتیک‌های موضعی در خراش قرنیه بیشتر بر اساس تجربه بالینی است و شواهد کمی در مورد اثربخشی آن‌ها در جلوگیری از عفونت و یا کوتاه کردن زمان بهبودی وجود دارد.

ملاحظات مربوط به انتخاب آنتی‌بیوتیک‌های موضعی عبارتند از:

✧ از نظر تئوری، پماد بهتر از قطره است، زیرا به‌عنوان لوبریکانت عمل می‌کند و ممکن است دیفکت باقی‌مانده در اپیتلیوم و یا دیفکتی که تازه ایجاد شده را کاهش دهد.

✧ برای بیمارانی که از لنزهای تماسی استفاده می‌کنند، پماد یا قطره‌ای را انتخاب کنید که گونه‌های سودوموناس را پوشش دهد (به‌عنوان مثال سیپروفلوکساسین، افلوکساسین و اگر فلوروکینولون‌ها در دسترس نبودند، توپرامایسین یا جنتامایسین)

رزیدنت‌های مستقر در اورژانس و نیز پزشکان خانواده در مورد خارج کردن اجسام خارجی از قرنیه آموزش‌های لازم را می‌بینند. پزشکانی که در این زمینه آموزش ندیده‌اند، نباید با اجسام تیز اقدامی روی کره چشم انجام دهند و اگر با استفاده از سواپ به نتیجه نرسیدند حتماً با یک پزشک آموزش دیده مشورت نمایند. جسم خارجی باید ظرف ۲۴ ساعت خارج شود و در این مدت بیمار باید با پماد آنتی‌بیوتیک موضعی (به‌عنوان مثال اریترومايسين) چهار بار در روز تحت درمان قرار گیرد. پیچ کردن توصیه نمی‌شود.

افتراق بالینی قرنیه عفونی از غیر عفونی امکان‌پذیر نیست. وجود عفونت را نه بر اساس مکانیسم آسیب دیدگی و نه وجود حلقه زنگ زدگی^۶ و نه مدت زمان حضور اجسام خارجی در قرنیه نمی‌توان پیش بینی کرد. با این اوصاف، نیازی به ارسال کشت جسم خارجی وجود ندارد و تمام بیمارانی که خراش ناشی از جسم خارجی در قرنیه دارند با آنتی‌بیوتیک‌های طیف گسترده به صورت تجربی درمان می‌شوند.

■ حلقه زنگ زدگی

پس از برداشتن جسم خارجی حاوی آهن، غالباً حلقه زنگ زدگی و انفیلتراسیون واکنشی باقی می‌ماند. این بیماران باید مانند بیمارانی که خراش قرنیه دارند، درمان شوند. حلقه زنگ زدگی به خودی خود مضر نیست و معمولاً به تدریج جذب می‌شود. اگر پس از دو تا سه روز، اپیتلیوم ترمیم پیدا نکند، حلقه زنگ زدگی توسط پزشک آموزش دیده و با استفاده از ابزاری در اسلیت لمپ باید دبریدمان شود.

تمایل به استفاده از قطره به جای پماد دارند، قطره سولفاستاماید ۱۰ درصد، قطره سیپروفلوکساسین یا افلوکساسین، گزینه‌های معقولی هستند (جدول ۱). در این بیماران، از تجویز آمینوگلیکوزیدها

✧ در بیمارانی که از لنزهای تماسی استفاده نمی‌کنند، پماد اریترومايسين چهار بار در روز به مدت ۳ تا ۵ روز انتخاب خوبی است.
✧ در بیمارانی که لنز استفاده نمی‌کنند و

جدول ۱ - داروهای موضعی در خراش قرنیه

آنتی‌بیوتیک‌های موضعی	
۱ سانتی‌متر، ۴ بار در روز به مدت ۳ تا ۵ روز	پماد چشمی اریترومايسين ۰/۵ درصد
۱ تا ۲ قطره، ۴ بار در روز به مدت ۳ تا ۵ روز	قطره چشمی سولفاستاماید ۱۰ درصد*
آنتی‌بیوتیک‌های موضعی ضد پseudomonas** (ارجح در سابقه استفاده از لنز تماسی)	
۱ تا ۲ قطره، ۴ بار در روز به مدت ۳ تا ۵ روز	قطره چشمی سیپروفلوکساسین ۰/۳ درصد
۱ تا ۲ قطره، ۴ بار در روز به مدت ۳ تا ۵ روز	قطره چشمی افلوکساسین ۰/۳ درصد
۱ سانتی‌متر، ۴ بار در روز به مدت ۳ تا ۵ روز	پماد چشمی جنتامایسین*** ۰/۳ درصد
۱ تا ۲ قطره، ۴ بار در روز به مدت ۳ تا ۵ روز	قطره چشمی جنتامایسین ۰/۳ درصد
NSAID های موضعی	
۱ قطره، ۴ بار در روز به مدت ۲ تا ۳ روز	قطره چشمی دیکلوفناک ۰/۱ درصد
سیکلوپلژیک‌های موضعی	
۱ قطره، در صورت نیاز بعد ۵ دقیقه تکرار شود	قطره سیکلوپنتولات ۱ درصد یا تروپیکامید ۰/۵ یا ۱ درصد
۱ قطره، در صورت نیاز بعد ۵ دقیقه تکرار شود	قطره هماتروپین ۲ یا ۵ درصد
* سولفاستاماید به‌ندرت باعث بروز واکنش‌های آلرژیک شدید مثل استیونز جانسون می‌شود.	
** آنتی‌بیوتیک‌های موضعی بیشتر برای پیشگیری از سوپراینفکشن باکتریایی تجویز می‌شوند. پمادها به دلیل اثر لوپریکانتی و محافظتی بر قطره ارجح می‌باشند. مقدار مصرف اشاره شده در بالا در مورد عفونت خفیف تا متوسط می‌باشد. مقدار مصرف با تواتر بیشتر ممکن است توسط چشم پزشک در موارد شدید تجویز شود. در صورتی که حس جسم خارجی وجود نداشته باشد مقدار مصرف را می‌توان به روزی دو بار کاهش داده و در صورتی که بیمار به مدت ۲۴ ساعت علامتی نداشته باشد، می‌توان آن را قطع کرد. فرآورده‌های موضعی حاوی استروئید نباید تجویز شوند.	
*** آمینوگلیکوزیدها برای اپیتلیوم قرنیه سمی بوده و نباید استفاده شوند، به‌جز در خراش ناشی از لنز تماسی در مواردی که دسترسی به فلوروکینولون‌ها وجود نداشته باشد یا منع مصرف داشته باشند، تجویز می‌شوند.	

باید خودداری کرد، زیرا می‌توانند برای اپیتلیوم توکسیک باشند.

✧ فرآورده‌های آنتی‌بیوتیکی حاوی استروئید منع مصرف دارند، زیرا سرعت ترمیم اپیتلیال را کند می‌کنند و مقاومت میزبان به سوپراینفاکشن را کاهش می‌دهند.

طول مدت مصرف و تواتر بهینه مصرف آنتی‌بیوتیک‌های موضعی برای بیماران مورد مطالعه قرار نگرفته است. بهتر است پس از این که حس جسم خارجی در چشم بیمار از بین رفت، تواتر آنتی‌بیوتیک موضعی به روزی دو بار کاهش داده شود و اگر به مدت ۲۴ ساعت بیمار علائم چشمی نداشت آن را قطع کنیم. ادامه علائم بیش از سه روز، نیازمند ارزیابی توسط چشم‌پزشک می‌باشد.

■ کنترل درد

درمان درد در خراش قرنیه با توجه به اندازه آن متفاوت است.

خراش کوچک قرنیه: بیشتر خراش‌های کوچک (کمتر از یک چهارم سطح قرنیه یا عرض کمتر از ۴ میلی‌متر) در صورتی که پلک بسته باشد و هیچ سایش یا فشاری وجود نداشته باشد، طی یک شب بهبود می‌یابند.

درد خفیف تا متوسط را معمولاً با داروهای NSAID خوراکی مثل ایبوپروفن یا محلول‌های NSAID چشمی مثل قطره دیکلوفناک یا کنتورولاک می‌توان کنترل کرد. محلول‌های موضعی NSAID تاحدی درد چشم را کاهش داده و بدون اثر سوء بر روند ترمیم، نیاز به سایر داروها را کم می‌کنند.

برخی از متخصصان معتقد هستند که محلول‌های

NSAID موضعی گران بوده و موقع استفاده دردناک هستند که این امر پذیرش بیمار و اثر بخشی آن‌ها را کاهش می‌دهد. علاوه بر این، مطالعاتی که به بررسی داروهای NSAID موضعی در خراش قرنیه پرداخته‌اند، از معیار بالینی یکسانی برای اندازه‌گیری میزان کاهش درد استفاده نکرده‌اند و متا‌آنالیز این مطالعات آن‌ها را به‌عنوان شواهد ضعیف دسته‌بندی کرده است.

در محدود بیمارانی که دچار خراش کوچک هستند و علی‌رغم درمان‌های ذکر شده بهبود پیدا نکردند، از اوپیوئیدهای خوراکی (مثلاً ترکیب کدین - استامینوفن) می‌توان استفاده کرد که اثر ضد دردی ۲۴ ساعته دارد و برای ترمیم و بهبود درد کافی است. **خراش بزرگ قرنیه:** این خراش‌ها طی یک شب بهبود نمی‌یابند و برای کنترل مناسب درد، اوپیوئیدها خوراکی مثل، داروهای ترکیبی استامینوفن - کدین را به مدت ۴۸ ساعت تجویز می‌کنند.

✧ **قطره‌های سیکلویلژیک:** قطره‌های پاراسمپاتولیتیکی هستند که پاسخ میوتیک (انقباض عنبیه) به نور و انقباض عضلات مزگانی را مهار می‌کند. همین پاسخ است که باعث ایجاد درد و فوتوفوبیا در افرادی که خراش قرنیه دارند می‌شود. این داروها باعث رفع حس جسم خارجی در چشم نمی‌شوند.

بیمارانی که خراش‌های بزرگ دارند به‌ویژه بیمارانی که فوتوفوبیک هستند، به مدت ۴۸ ساعت با تروپیکامید یا سیکلپنتولات (۵/۰ تا ۱ درصد) یک قطره روزی دوبار یا همتروپین (۲/۵ تا ۵ درصد) یک قطره روزانه درمان می‌شوند (جدول ۱). داروهای با طول اثر طولانی‌تر مثل آتروپین برای آیریتیس^۷ (التهاب عنبیه) و موارد

■ پیچ کردن چشم

در بیمارانی که خراش کوچک یا تروماتیک دارند، پیچ کردن توصیه نمی‌شود. هم‌چنین در بیمارانی که سابقه استفاده اخیر از لنز تماسی را ذکر می‌کنند، پیچ کردن منع کاربرد دارد. در خراش‌هایی که بیش از ۵۰ درصد سطح قرنیه را درگیر می‌کنند، پیچ کردن می‌تواند درد بیمار را کاهش دهد.

به صورت تئوری، پانسمان فشاری که پلک را در وضعیت بسته شده و ثابت نگه می‌دارد، به تکثیر سلول‌های اپیتلیال و مهاجرت آن‌ها به سمت زخم کمک کرده و باعث کاهش حس درد می‌شود. با این وجود در یک متاآنالیز نشان داده شد که در خراش‌های تروماتیک یا ناشی از جسم خارجی که عارضه‌دار نشده‌اند، پیچ کردن تأثیری بر سرعت ترمیم زخم و کاهش درد ندارد. علاوه بر این پیچ کردن می‌تواند سبب بروز مشکلات جدی برای بیمار گردد. پیچ معمولاً برای بیمار آزاددهنده است و تحمل آن برای تمام مدت تجویز شده دشوار می‌باشد. هم‌چنین پیچ کردن می‌تواند سبب کاهش درک عمق و محدود کردن میدان بینایی شده و با رانندگی و حرکت بیمار تداخل ایجاد کند. بنابراین، بیمار با چشم پیچ شده باید از رانندگی منع شود. در بیماران تک چشمی یا بیمارانی که تنبلی چشم دارند، پیچ کردن چشم سالم آن‌ها برای بیمار ناتوان‌کننده می‌باشد.

■ روش پیچ کردن

اگر تصمیم به انجام پیچ برای کنترل درد در خراش‌های بزرگ گرفته شد، انجام صحیح آن حیاتی می‌باشد. یک پیچ صحیح باید بتواند جلوی پلک زدن بیمار را بگیرد. پیچ کردن نادرست به بیمار اجازه پلک

شدید بیماری‌های چشمی توسط چشم پزشکان استفاده می‌شود و به دلیل ایجاد اختلال در تطابق به مدت چند هفته، نباید برای درمان خراش قرنیه استفاده شود.

داروهای سیکلپلژیک باعث بزرگ‌تر شدن مردمک، ایجاد خیرگی و نیز اختلال تطابق می‌شوند و با کارهایی که نیاز به دید نزدیک مثل مطالعه دارند، تداخل می‌یابند.

تروپیکامید یا سیکلپنتولات ۰/۵ یا ۱ درصد کمترین طول اثر را دارند، ولی اثر آن هم‌چنان بین ۲۴ تا ۳۶ ساعت طول می‌کشد. بنابراین، در بیمارانی که خراش‌های کوچک دارند و یک شبه بهبود پیدا می‌کنند، عوارض قطره‌های سیکلپلژیک به اثرات مفید آن‌ها در کنترل درد می‌چربد.

✧ **Patching:** اگرچه داده‌ها محدود هستند، اما بستن چشم، درد خراش‌های بزرگ را کاهش می‌دهد. در خراش‌های کوچک پیچ کردن توصیه نمی‌شود.

تجویز مکرر بی‌حس‌کننده‌های موضعی: به دلیل احتمال استفاده بیش از حد (بیش از ۲۴ ساعت) و خطر تجویز نامناسب در بیمارانی که مشکلات دیگری غیر از خراش ساده قرنیه دارند، تجویز بی‌حس‌کننده‌های موضعی توصیه نمی‌شوند. طبق مطالعات حیوانی، بی‌حس‌کننده‌های موضعی رایج (مثل تتراکاین ۰/۵ درصد) به‌ویژه در مصرف مکرر می‌تواند بهبودی اپیتلیال قرنیه را به تأخیر بیندازد. علاوه بر تأخیر در ترمیم زخم، استفاده مکرر از بی‌حس‌کننده‌های موضعی توسط بیمار برای سطح دردناکی که ترمیم نمی‌شود، نهایتاً می‌تواند باعث کراتوپاتی، زخم، پارگی، اسکار و کوری شود.

زدن در زیر پیچ را می‌دهد و یا بدتر از آن خود پانسمان می‌تواند روی قرنیه خراش ایجاد کند.

پیچ کردن به روش زیر انجام می‌شود: دو عدد گاز استریل یا پد چشمی را آماده کنید. پماد آنتی‌بیوتیک (مثلاً پماد چشمی اریترومایسین) را به مقدار کم (به اندازه ۱ تا ۲ سانتیمتر) در کلدساک تحتانی قرار دهید. یکی از پدها را از وسط تا کنید، به بیمار بگویید که چشم خود را آرام ببندد. پد تا شده را روی چشم قرار داده و فشار دهید. پد دوم را روی پد اول قرار دهید. از بیمار یا دستیار خود بخواهید که روی پد دوم فشار وارد کند و در همین حال شما پد را محکم بچسبانید. به بیمار بگویید که چشم خود را باز کند و به شما بگوید که می‌تواند زیر پانسمان چشم خود را باز کند یا خیر. اگر بتواند زیر پانسمان چشم خود را باز کند، پانسمان به صورت صحیح انجام نشده و باید تکرار شود. پیچ نباید بیش از ۲۴ ساعت روی چشم بیمار باقی بماند. استفاده طولانی از پیچ می‌تواند تشخیص عفونت را به تأخیر بیندازد.

افلوکساسین و در صورت عدم دسترسی به فلوروکینولون‌ها یا منع مصرف آن‌ها، توپرامایسین یا جنتامایسین). سولفاستاماید و اریترومایسین اثر کافی بر پسودوموناس ندارند. این توصیه به دلیل افزایش خطر کراتیت پسودومونایی تهدیدکننده بینایی در بیمارانی که از لنز تماسی استفاده کرده‌اند، می‌باشد. به دلیل خطر عفونت، چشم بیمار با خراش قرنیه ناشی از لنز تماسی نباید پیچ شود. افزایش دما در زیر پیچ به صورت تئوری می‌تواند سبب افزایش رشد باکتری گردیده و هم‌چنین در تشخیص سریع‌تر عفونت، تداخل ایجاد کند.

می‌توان از قطره‌های سیکلپولزیک، داروهای NSAID و یا اوپیویدها برای کنترل درد استفاده کرد. بیمار در عرض ۲۴ ساعت باید توسط یک چشم پزشک معاینه گردد تا از عدم وجود انفیلتراسیون و زخم قرنیه اطمینان حاصل شود. به بیمار توصیه می‌شود که تا زمان بهبودی کامل از لنز تماسی استفاده نکند.

■ خطر کراتیت عفونی

استفاده از لنز تماسی شایع‌ترین علت کراتیت عفونی در جوامع پیشرفته می‌باشد. استفاده طولانی مدت از لنز، خطر عفونت را بیشتر می‌کند. علت افزایش عفونت چندعاملی بوده و با عوامل زیر ارتباط دارد:

- ✧ افزایش چسبندگی پاتوژن به سطح چشم به دلیل وجود لنز تماسی
 - ✧ چسبندگی پاتوژن به خود لنز
 - ✧ آلوده شدن محلول لنز و جعبه نگهداری لنز
 - ✧ محیط گرم‌تر و مرطوب‌تر در سطح چشم
- به دلیل وجود لنز به ویژه وقتی چشم بسته است مثلاً

■ خراش قرنیه ناشی از لنز تماسی

افرادی که از لنز تماسی استفاده می‌کنند و با خراش اپیتلیوم قرنیه مراجعه کرده‌اند، باید از نظر وجود لکه‌های سفید یا کدورت یا زخم در قرنیه معاینه شوند. هر کدام از این علائم می‌تواند بیانگر نکروز یا نازکی یا عفونت در محل خراش قرنیه باشد. در صورت مشاهده این علائم بیمار باید در همان روز به چشم پزشک ارجاع داده شود. اگر خراش قرنیه بدون انفیلتراسیون دیده شد، قطره‌های آنتی‌بیوتیکی موضعی مؤثر بر گونه‌های پسودوموناس تجویز می‌شود (سیپروفلوکساسین،

می‌تواند سبب کاهش درد شود. با این حال قطره‌های سیکلوپلژیک کوتاه اثر مانند سیکلوپنتولات بیشترین سوزش چشم را ایجاد می‌کنند. به همین دلیل بهتر است تنها یک قطره هماتروپین ۲/۵ تا ۵ درصد در زمان تشخیص در چشم کودک چکانده شود. این کار اثر کافی به مدت دو روز در چشم ایجاد کرده و نیاز به استفاده بعدی از قطره سیکلوپلژیک را رفع می‌کند. همانند بزرگسالان خراش قرنیه در کودکان معمولاً طی یک شب، بهبود می‌یابد. برای کمک به خوابیدن کودک می‌توان از مسکن‌هایی مانند استامینوفن یا ایبوپروفن یا آنتی‌هیستامین‌های خواب‌آور مانند دیفن‌هیدرامین استفاده کرد. از اکسی‌کدون در کودکان بزرگ‌تر استفاده می‌شود.

معمولاً صبح روز بعد ترشحات موکوسی چسبیده به پلک دیده می‌شود ولی خوشحال بودن و باز نگه داشتن چشم از سوی کودک علامت ترمیم شدن خراش می‌باشد. در کودک با ترشحات مداوم و عدم تمایل به باز نگه داشتن چشم به مدت طولانی‌تر از ۲۴ ساعت، ارجاع به چشم‌پزشک برای تشخیص وجود جسم خارجی یا عدم ترمیم یا عفونت ضروری می‌باشد.

■ پیگیری

اکثر خراش‌های کوچک (کمتر از یک چهارم سطح قرنیه یا با قطر کمتر از ۴ میلی‌متر) در عرض یک یا دو روز بهبود می‌یابند. در صورت بهبود علائم نیاز به پیگیری بیشتر نمی‌باشد. باید به بیمار آموزش داده شود که در صورت کاهش دید یا تداوم علائم و ترشحات برای مدت بیش از ۴۸ ساعت مراجعه نمایند. خراش‌های بزرگ‌تر، خراش‌های ناشی از

وقتی که بیمار با لنز به خواب می‌رود. کراتیت پسودومونایی سیر فولمینانت و نکروزکننده دارد که می‌تواند سبب ذوب و سوراخ شدن قرنیه در عرض ۲۴ ساعت گردد.

حتی اگر این زخم منجر به سوراخ شدن قرنیه نگردد، معمولاً اسکار دائمی قرنیه به جای می‌گذارد که برای درمان نیازمند پیوند قرنیه می‌باشد. از درمان‌های زیر اجتناب شود:

۱- **کورتیکواستروئیدهای موضعی:** به دلیل تأثیر منفی روی ترمیم زخم و افزایش احتمال عفونت ثانویه هرگز از استروئیدهای موضعی در درمان خراش قرنیه نباید استفاده شود.

۲- **پچ‌های پارچه‌ای:** هیچ نقشی برای استفاده از این پچ‌ها که به پچ دزدان دریایی معروف است، وجود ندارد. این پچ‌ها پلک را بسته نگه نمی‌دارند و فشار کافی روی پلک ایجاد نمی‌کنند. هم‌چنین خاصیت الاستیک آن‌ها سبب افزایش ادم قرنیه و تأخیر در ترمیم می‌گردد.

■ نکات مرتبط با اطفال

درمان در کودکان مشابه بزرگسالان است هر چند اختلافات جزئی وجود دارد.

✧ در کودکان پماد آنتی‌بیوتیک بر قطره ارجحیت دارد. زیرا اثر لوپریکانتی بیشتر داشته و سوزش قطره را ندارد. اگر کودک تحمل تاری دید ناشی از پماد را ندارد، می‌توان پماد را به هنگام خواب استفاده کرد. ✧ کودکان معمولاً پچ‌ها را کشیده و جدا می‌کنند. بنابراین، استفاده از پچ در کودکان جایگاهی ندارد. ✧ همانند بزرگسالان استفاده از قطره‌های سیکلوپلژیک در کودکان با خراش قرنیه بزرگ

منابع

1. Deborah S Jacobs. MD. Matthew F Gardiner. MD. Richard G Bachur. MD. Corneal abrasions and corneal foreign bodies: Management. www.uptodate.com (Accessed on January 2021).
2. Pharmakakis NM. Katsimpris JM. Melachrinou MP. Koliopoulos JX. Corneal complications following abuse of topical anesthetics. Eur J Ophthalmol 2002; 12: 373.
3. Lim CH. Turner A. Lim BX. Patching for corneal abrasion. Cochrane Database Syst Rev 2016; 7: CD004764.
4. Ahad MA. Anandan M. Tah V. Randomized Controlled Study of Ocular Lubrication Versus Bandage Contact Lens in the Primary Treatment of Recurrent Corneal Erosion Syndrome. Cornea 2013; 32: 1311.

لنزهای تماسی، کاهش دید و یا خراش در کودکان کم سن و سال نیازمند پیگیری روزانه تا ترمیم کامل می‌باشند.

زیرنویس

1. Corneal Epithelial Defect
2. Recurrent Erosion
3. Penetrating Trauma
4. Hypopyon
5. Patching
6. Rust ring
7. Iritis

