

مسئله تراخیم

نگارش

دکتر سهراب داروغر

و

دکتر حمید محسنین

قسمت مطالعات تراخیم و بیماریهای عفونی چشم

۱- مقدمه

قسمت مطالعات تراخیم و بیماریهای عفونی چشم بخش تجسسات دانشکده پزشکی تهران برای اینکه بتواند از روی گزارشهای دانشمندان خارجی و مطالعات متخصصین این قسمت آخرین اطلاعات را در اختیار همکاران عزیز قرار دهد اقدام به طرح سؤالات و جواب های مربوط زیر در باره اپیدمیولوژی، اتیولوژی، تظاهرات بالینی، تشخیص، جلوگیری و درمان بیماری مینماید.

۲- تراخیم چیست؟

تراخیم بیماری عفونی ملتحمه چشمی و پلکی میباشد. شروع بیماری تدریجی و پنهانی بوده و دوره آن مزمن میباشد و بروس تراخیم مستقیماً در ملتحمه پلکی و چشمی و قرنیه و تارس جایگزین شده و بخصوص در قرنیه و تارس ایجاد ضایعاتی در عمق مینماید که گاهی از اوقات غیر قابل جبران میباشد عوارض این بیماری در صورت عدم معالجه از قدرت بینائی کاسته و چشم را بطرف کوری سوق میدهد.

۳- آیا تراخیم مهم میباشد؟

بیماری تراخیم از نظر اینکه در بسیاری از ممالک روی زمین انتشار نسبتاً وسیعی دارد (۱۵-۲۰٪ از جمعیت روی زمین) سبب ناراحتی مردم و خسارات اقتصادی زیادی در ممالک مختلفه میشود و علاوه بر آن بعلت ایجاد کوری مسئله بسیار مهمی از نظر اجتماعی و اقتصادی میباشد. با در نظر گرفتن نکات فوق میتوان ادعا کرد که هیچ بیماری چشمی دیگری از این حیث با اهمیت تراخیم نمیباشد.

آیا تراخیم بیماری قدیمی است؟

بر حسب نوشته موتینو (۱) و ناتاف (۲) بیماری تراخیم در دوره قبل از مسیح در

ممالک مختلفه مانند چین مصر هندوستان شیوع داشته است و همچنین این بیماری در همان دوره در مصر و یونان ورم شناخته شده و معالجه میشده است.

تادوره جنگهای صلیبی این بیماری در اروپا شیوع نداشته است ولی پس از آن و بخصوص بعد از مراجعت سربازان ناپلئون به فرانسه این بیماری انتشار نسبتاً وسیعی پیدا کرد.

راجع به سابقه بیماری تراخم در ایران از مطالعه تواریخ و کتب قدیمه چنین برمیآید که ظهور تراخم در ایران پس از بازگشت سربازان کامبیز از مصر شروع شده است و پس از آن تاریخ تراخم در ایران شایع شده است و بعدها بواسطه لشکر کشیهای داریوش و خشایار شاه به یونان تراخم به آسیای صغیر و یونان سرایت کرده است.

در دوره های بعد تراخم همچنان در ایران شایع بوده است بطوریکه محمد ز کربای رازی ضمن شرح مفصلی راجع به تراخم در باره پانوس که تحت اسم سبل ذکر کرده است شرح جامعی ایراد کرده و آنرا از عوارض تراخم دانسته و علاج آنرا پریتومی معرفی نموده است و همچنین در کتاب خود یک نوع اپیدمی بیماری چشم اشاره کرده است که بی شباهت به تراخم نمیباشد. صدسال پس از رازی ابوعلی سینا نیز همان عقاید را راجع به تراخم در کتاب خود ذکر نموده است.

۵- آیا انتشار تراخم در قاره های مختلفه یکسان است؟

در مورد انتشار تراخم در قاره های مختلفه فقط باید به گزارش های دانشمندان استناد جست مطابق عقیده دوک الدر (۱) بطور متوسط ۲۰-۱۵٪ از مردم جهان به بیماری تراخم مبتلا میباشند نسبت انتشار این بیماری در قاره های مختلفه بدینقرار میباشد.

۱- اروپا در حدود ۵٪

۲- آمریکای شمالی خیلی کم

۳- آمریکای جنوبی در حدود ۱۰٪

۴- اقیانوسیه « « ۱۵٪

۱۰-۴۰٪

۵- افریقا بین

۳۰-۶۰٪

۶- آسیا «

۶- آیا انتشار تراخم در قسمت های مختلف مملکت ایران یکسان است ؟
تا کنون مطالعات اپیدمیولوژیکی دقیقی در سراسر ایران بعمل نیامده است و بدین واسطه نمیتوان دقیقاً راجع به انتشار بیماری تراخم در ایران اظهار عقیده کرد. منتهی مطالعات مقدماتی (که توسط تیم های اپیدمیولوژی مالاریا که به نقاط مختلف کشور اعزام شده بودند بعمل آمده است) چنین نشان میدهد که تراخم در شمال ایران و بخصوص در سواحل بحر خزر انتشار کمتری دارد (در حدود ۴۰٪) و در نواحی جنوبی و بخصوص سواحل خلیج فارس انتشار آن بحد اعلی (در حدود ۹۰٪) میرسد و در نقاط مرکزی ایران بطور متوسط بین ۵۰-۸۰٪ تراخمی وجود دارد ولی مطالعات دقیقی که توسط تیم چشم پزشکی قسمت مطالعات تراخم در نواحی ملایر (۴) لاریجان (۵) و نورمازندان (۶) بعمل آمده است نشان میدهد که انتشار تراخم در این نواحی به ترتیب زیر میباشد :

۶۶/۵۰٪

ملایر

۵۹٪

لاریجان

۴۱/۲۰٪

نورمازندان

۷- آیا قابلیت سرایت تراخم زیاد است ؟

قابلیت سرایت تراخم خیلی زیاد نیست بعلمت اینکه این بیماری بیشتر در بین افراد يك فامیل که تماس بیشتری باهم دارند انتشار پیدا میکند و سرایت آن از یک فرد اجتماع به دیگری که تماس کمتری باهم داشته باشند خیلی کم میباشد و از جهت دیگر اگر این بیماری را با بیماری زکام مخمک سرخک و غیره مقایسه نمایم متوجه میشویم که قابلیت سرایت تراخم خیلی کم میباشد .

مسئله قابل توجه در سرایت تراخم اینست که تراخم معمولاً در محیطهایی که دارای بهداشت بدو شرایط زندگی نامناسب میباشد انتشار زیادتری دارد در حالیکه در محیطهایی که شرایط بهداشتی در آنها بخوبی رعایت میشود قابلیت سرایت بیماری

خیلی کم میشود و حتی میتوان گفت که اگر یک فرد مبتلا بتراخم وارد یک جامعه مترقی شود تقریباً سبب انتشار بیماری نمیشود .

۸- با اینکه قابلیت سرایت تراخم خیلی زیاد نیست آیا انتشار تراخم در مدارس ممکن میباشد ؟

مطابق تجربیات رایس (۱) امکان سرایت تراخم در مدارس کم میباشد زیرا که سرایت تراخم از شخصی بشخص دیگر احتیاج بتماس نزدیک و مداوم دارد و معمولاً در مدارس اینگونه تماس شدید وجود ندارد. تماس با کتاب، مداد، کاغذ، دستگیره در و غیره عامل قطعی برای انتقال تراخم نمیباشد .

۹- آیا تراخم ارثی است ؟

تراخم بیماری ارثی نمیباشد بلکه یک بیماری عفونی است که بواسطه ویروس مخصوصی از گروه پسی تا کوزلنفو گرانولوم و نروم (۲) ایجاد میشود. همچنان که گفته شد تراخم از والدین به بچه‌ها بارت نمیرسد در حالیکه بواسطه مجاورت و تماس بسیار نزدیک والدین با اطفال خود و سرایت بیماری از آنها به طفل در مراحل اولیه عمر اینطور بنظر میرسد که تراخم ممکن است از راه ارث نیز منتقل شود .

۱۰- در صورتیکه تراخم ارثی نیست چرا آنرا بیماری فامیلی میدانند ؟

چون در خانواده‌ها و بین پدر و مادر و فرزندان تماس زیادی وجود دارد بدینجهت این بیماری باسانی از یک نفر از افراد فامیل بدیگران سرایت مینماید و بدین ترتیب پس از مدت کمی دیده میشود که تمام افراد آن فامیل مبتلا بتراخم میباشند در حالیکه انتقال بیماری از یک نفر به عضو یک فامیل دیگر بواسطه کم بودن تماس مشکلتر انجام میشود .

۱۱- آیا آب و هوای تأثیری بر روی تراخم دارد ؟

آب و هوای گرم و یرگرد و خاک و با جریان باد عامل مساعد کننده‌ای برای انتشار تراخم میباشد. در این مورد تجربیات سینیسکال (۳) و آمارهایی که از نقاط

۱- Rice

۲- psittacosis & Lymphogranuloma venereum

۳- Siniscal

مختلف کشور متحد آمریکا تهیه نموده است مؤید این نظر میباشد در ایران نیز مطالعات مقدماتی بخش ما این نظر را تأیید نموده است بدین معنی که در نقاط جنوبی ایران که هوا کاملاً گرم و جریان باد و گرد و خاک دائماً وجود دارد نسبت تراخیم خیلی زیاد و در نواحی شمالی و کنار بحر خزر که هوا مرطوب و گرما ملایم و گرد و خاک وجود ندارد نسبت تراخیم خیلی کمتر میباشد. مطالعات اپیدمیولوژی ما که اکنون در جریان میباشد میتواند در آتی به تاحد زیادی مسئله تأثیر آب و هوا را بر روی تراخیم روشن نماید.

۱۲- آیا مگس رل مخصوصی در انتشار تراخیم دارد؟

تا کنون مطالعات علمی و اپیدمیولوژی رل قطعی مگس را در انتشار تراخیم ثابت نکرده است ولی با توجه باین نکته که مگس در انتشار بعضی از اورام ملتحمه رل مؤثری دارد میتواند ادعا نمود که در مورد انتشار تراخیم نیز مگس دخالت دارد در این مورد اکنون مطالعات دقیقی در مصر شروع شده است که امیدواریم بزودی نتایج آن معلوم گردد و علاوه بر آن قسمت مطالعات تراخیم نیز طرح جالبی را در باره کنترل مگس و مطالعه تأثیر آن در انتشار تراخیم و اورام ملتحمه شروع نموده است که پس از مطالعه دقیق نتایج آن را پرت خواهد شد.

۱۳- آیا سن و جنس تأثیری بر روی تراخیم دارد؟

سن و جنس تأثیری بر روی تراخیم و ابتلاء بآن ندارد زیرا که مرد و زن در هر سنی ممکن است باین بیماری دچار شوند مطالعاتی که ما (۶-۵-۴) در مناطق مختلف ایران مانند ملایر، لاریجان، مازندران و لاریجان تراخیم شیراز انجام داده ایم تفاوت زیادی بین نسبت انتشار تراخیم در مرد و زن نشان نداده است.

۱۴- آیا نژادهای مختلف نسبت به تراخیم حساسیت متفاوتی دارند؟

بطور کلی تمام نژادها باختلاف کمی نسبت به تراخیم حساسیت دارند و از بین همه نژادها میتوان گفت که نژاد سیاه نسبت به سایرین مقاومتر هستند. بطور کلی نژادهایی که پیگمانته هستند نسبت به تراخیم حساسیت کمتری دارند و باینکه در مناطق خاورمیانه و مصر و شمال آفریقا تراخیم به نسبت زیادی شیوع دارد معیناً مدت بیماری و تظاهرات بالینی و پیدایش عوارض آن خیلی کمتر از سایر نقاط میباشد و علاوه بر آن در

این مناطق بیماری خود بخود بهبود مییابد و یلسن (۱) در طی تجربیات خود در مصر متذکر شده است که همان بیماری خفیف یک نفر مصری وقتی بیک اروپائی سرایت نماید تظاهرات بالینی شدیدی از خود نشان میدهد. تجربیات تایگسون (۲) نیز این مسئله را روشن کرده است که انگلوزیون تراخمی نسبت به سلولهای اپی تلیال پیگماته عدم تمایل نشان میدهد و این موضوع خود مؤید تجربیات بالینی در باره مقاومت نژاد سیاه در مقابل بیماری میباشد.

در مورد چگونگی این مقاومت بطور کلی معتقدند که عامل مصونیت و قابلیت پذیرش بیماری مهمتر از عامل نژادی میباشد.

۱۵- آیا نظافت و بهداشت شخصی تأثیری در انتشار تراخم دارد؟

در تراخم نیز مانند سایر بیماریهای عفونی بدن بهداشت فردی و نظافت تأثیر مهمی در سرایت بیماری دارد مثلاً استعمال حوله عمومی برای خشک کردن صورت یک وسیله قابل توجهی برای انتقال بیماری از چشمی بچشم دیگری میباشد و در صورتیکه شخصی رعایت نکات بهداشتی را بنماید مطمئناً تا مقدار زیادی از ابتلاء به بیماری تراخم مصون خواهد بود و در عمل نیز دیده شده است که در مناطقی که افراد رعایت بهداشت را بنمایند و شرایط زندگی نیز مناسب باشد انتشار تراخم خیلی کم و ناچیز میباشد.

۱۶- آیا تغذیه تأثیری بر روی تراخم دارد؟

در این مورد عقاید مختلف است بدین معنی که رایس و همکارانش (۳) بر روی ۱۸ بیمار مبتلا به تراخم رژیم غذایی کافی و پرویتامینی را بکار بردند و پس از مدتی تأثیر قابل توجهی در سیر بیماری آنها پیدا نکردند ولی سینیسکال و استوکی (۴) معتقدند که تغذیه بد یکی از عوامل مساعد کننده برای انتشار و ابتلاء تراخم میباشد. علاوه بر دو شخص فوق الذکر گلیکسون (۵) شرح داده است که بر روی عده زیادی از بیماران در اسرائیل رژیم غذایی خوبی را که همراه با شیر تازه و سبزیجات بوده است امتحان نموده

۱- Wilson

۲- Thygeson

۳- Rice & al.

۴- Stucky

۵- Glikson

و ملاحظه کرده است که دوره بیماری آنها کوتاهتر شده است. بیستی (۱) نیز معتقد است که نقصان کالری و بخصوص مواد پروتئینی حیوانی در تراخم تأثیر دارند. بهر حال آنچه که از تجربیات شخصی مادردهات مختلف ایران برمیآید این است که نقصان مواد غذایی تأثیری بر روی انتشار و تظاهرات بالینی تراخم (بواسطه ایجاد ضعف عمومی بدن و نقصان قوای دفاعی) دارد.

۱۷- با اینکه تراخم بیماری قدیمی است چرا هنوز در دنیا شایع می باشد ؟

با اینکه تراخم بیماری بسیار قدیمی است معیناً تا بحال شیوع زیادی در بین مردم دارد و علل پایدار بودن آن بقرار زیر می باشد.

۱- انتشار تراخم از ابتدا تا کنون خیلی زیاد بوده است.

ب- تا کنون روش قطعی معالجه و مبارزه با تراخم بدست نیامده است.

پ- معالجات جدید باسولفامیدها و آنتی بیوتیکها در سالیان اخیر برای معالجه

تراخم بکار رفته است.

ت- تشکیلات ثابت و مشخصی برای مبارزه با تراخم در بسیاری از ممالک وجود

ندارد تا بتواند تراخم را در آن ممالک کنترل نماید. با وجود مشکلات فوق الذکر معیناً

امید میرود با انجام طرح ها و نقشه هایی که در کشورهای متحده آمریکا، فرمز، مراکش

تونس، یوگسلاوی، مصر و استرالیا با کمک دولتهای مربوط و سازمان بهداشت جهانی

به مرحله عمل در آمده است تراخم متدرجاً از بین برود و در ایران نیز امید است که با

کمک سازمانهای مختلف طرح اساسی مبارزه با تراخم به مرحله عمل در آید.

۱۸- عامل مولد تراخم چیست ؟

عامل مولد تراخم ارگانوسیست است که در سال ۱۹۰۷ توسط هالبرشتیدر و

پروازک (۲) کشف شد. این دو دانشمند آنکلوزیونهای داخل سلولی را که در داخل

سلولهای اپی تلیال پیدا میشوند بعنوان عامل مولد تراخم معرفی نمودند و تایگسون

نیز این پارازیت های داخل سلولی را ذرات درشتی معرفی نموده که سیکل تکاملی آن

شباهت زیادی به ویروس پسی تا کوزیس و لنفو گرانولم و نروم دارد از روی شباهت فوق این ارگانیزم را جزء ویروسهای دسته پسی تا کوزیس لنفو گرانولم قرار داده اند که در این دسته بندی ویروس ورم ملتحمه نوزادان و ملتحمه استخری بالغین (پاراتراخم) نیز قرار دارد و در این مورد باید متذکر شویم که این دو ویروس یعنی ویروس تراخم و ورم ملتحمه انکلوزیونی از نظر مرفولوژی غیر قابل تشخیص میباشند.

گرچه عده دیگری از دانشمندان ویروس تراخم را جزء ریکتزیاها محسوب داشته اند ولی تجربیات بنگستون (۱) نشان داده است که این ارگانیزم به ویروسها بیشتر شباهت دارد تا به ریکتزیاها.

با وجود مطالعات فراوانی که تا کنون درباره اتیولوژی تراخم شده است معینا اطلاعات کافی درباره این ارگانیزم بدست نیامده است و تا روزیکه نتوانند کشت ویروس را بطور خالص بدست بیاورند راجع به خواص ارگانیزم مولد تراخم و دسته بندی آن اظهار نظر قطعی نمیتوان نمود.

۱۹- چگونه چشم انسان مبتلا به تراخم میشود و از قدرت بینائی کاسته میشود؟
مدتی پس از ورود ویروس تراخم در ملتحمه چشمی، متدرجاً انفیلتراسیون سلولی در ملتحمه و نسج زیر ملتحمه و گاهی اوقات در بافت ارتباطی پیدا میشود؛ پیدایش انفیلتراسیون سبب ضخامت و هیپر تروفی پلک شده و ایجاد فولیکول و پاپی در ملتحمه مینماید. پس از اینکه دوره تکاملی بیماری طی گردید متدرجاً انفیلتراسیون جذب شده و در محل آن بافت التیامی ایجاد میشود و در صورتیکه این بافت التیامی در تارس و ملتحمه پلکی بمقدار زیادی باشد سبب ضخامت و تغییر شکل تارس و بالنتیجه پلک میشود.

یکی از علائم و عوارض مهم تراخم پانوس میباشد که عبارت است از پیشرفت عروق و انفیلتراسیون سلولی در زیر اپی تلیوم قرنیه در صورتیکه پانوس بمیشرفت خود ادامه دهد و به مردمک برسد بواسطه ایجاد پرده کدری در جلوی چشم تا حد زیادی از

قدرت بینائی می‌کاهد و گاهی اوقات بکلی شخص را کور می‌نماید.

تریکیازیس و آنتروپیون نیز بواسطه مالشی که بر روی قرنیه می‌دهد قرنیه را برای زخمی شدن و چرکی شدن و در نتیجه ایجاد لك قرنیه مستعد می‌کند و اصولاً ممکن است در اثر ایجاد لك بزرگ بخصوص در جلوی مردمك شخص بکلی کور شود.

۴۰- چرا تشخیص سریع مهم می‌باشد؟

در تراخم نیز مانند سایر بیماریهای عفونی تشخیص سریع و پیش‌رس اولاً مانع از انتشار بیماری از شخصی بشخص دیگر می‌شود و ثانیاً در اثر معالجه‌ای که منعاقب تشخیص سریع صورت می‌گیرد از پیدایش عوارض بیماری جلوگیری می‌گردد.

تشخیص پیش‌رس تراخم در مراحل ابتدائی از نظر بالینی بسیار مشکل است زیرا علامتی که در این موارد دیده می‌شود در سایر بیماریهای عفونی ملتحمه چشمی نیز وجود دارد و بدین ترتیب تشخیص افتراقی مشکل بنظر می‌رسد و در این حالت بهتر است امتحانات آزمایشگاهی از قبیل سیتولوژی تراخم و پیدا کردن انکالوزیونهای تراخمی بعمل آید.

در مورد تشخیص مشکوک تراخم مراحل اولیه، لیندner (۱) پیشنهاد می‌نماید که در مناطقی که بیماری بصورت اندمیک وجود دارد اینگونه حالات مشکوک را بحساب تراخم بگذاریم مگر آنکه خلاف آن ثابت شود و علاوه بر او تابون (۲) نیز در یک سری مطالعات بالینی که بعمل آورده است ملاحظه نموده که در ۵۰٪ از مواردیکه بیماری قابل تشخیص نبوده بعداً علائم مشخصه تراخم ظاهر شده است.

۴۱- آیا وجود پانوس برای تشخیص قطعی تراخم لازم می‌باشد؟

کونئو و ناتاف (۳) در مطالعات بیومیکروسکپی دقیقی که کرده‌اند متذکر شده‌اند که پانوس یکی از علائم مشخصه تراخم می‌باشد و حتی در همان مراحل اولیه بیماری نیز دیده می‌شود و بدین سبب وجود آن در تشخیص تراخم لازم و ضروری می‌باشد بعداً ناتاف متذکر شد که در بعضی از حالات تراخم نیز ممکن است که پانوس

۱- Lindner ۲- Tabone

۳- Cuneod & Nataf

وجود نداشته باشد معینا توصیه کرده است که در این موارد باید تا پیدایش علائم مشخصه تراخم تشخیص رامسکوت گذاشت.

غیر از دو تراخم شناس فوق عده دیگری نیز بر روی ارزش تشخیصی پانوس مطالعه کرده اند. منجمله ژولیانل و سمیت (۱) متذکر شده اند که در ۳۷٪ از موارد تراخم اولیه پانوس وجود ندارد. بولدت (۲) در مطالعاتی که بر روی تراخم در آلمان انجام داد گزارش داد که پانوس در تمام موارد دیده نمیشود بلکه فقط در ۳۶٪ از موارد پانوس مشخص پیدا شده است.

نیز (۳) در مطالعاتی که در روسیه نموده متذکر شد که فقط در ۵۶٪ از موارد پانوس یافته است میتسوئی (۴) در مطالعات دقیقی که در ژاپن انجام داده است متذکر شده است که در بعضی موارد حتی پانوس میکروسکوپی نیز در مراحل اولیه تراخم دیده نمیشود و هم او را پرت کرده است که در ۵۰٪ از موارد تراخم حاد پانوس دیده نمیشود.

بدین ترتیب نتیجه گرفته میشود که وجود پانوس مشخص یکی از وسائل تشخیص تراخم میباشد ولی فقدان آن نمیتواند سبب رد کردن تشخیص تراخم باشد.

۴۴- آیا فرمهای بالینی تراخم در همه دنیا یکسان است؟

گرچه علائم اصلی تراخم مانند پانوس، فولیکول، سیکاتریس، در همه انواع تراخم در سرتاسر دنیا دیده میشود معینا انواع مختلف تراخم بقدری متمایز هستند که سبب اشکال در تشخیص میگرددند و بدین جهت لیون مطالعات مفصلی در مورد اختلاف انواع تراخم نموده و آنها را بترتیب زیر تقسیم نموده است.

الف- نحوه انتقال بیماری از شخصی بشخص دیگر.

ب- سن متوسط ابتلا به تراخم.

پ- دوره بیماری و عوارض حاصله.

ت- تأثیر عفو نتهای ثانویه بر روی تراخم.

۱- Julianelle & Smith

۲- Boldt

۳- Neese

۴- Mitsui

ث- پیدایش انکلوژیون در مراحل مختلف بیماری.

ج- مقاومت بیماری در مقابل درمان.

و ما برای توضیح در باره چگونگی این اختلافات چند نکته قابل توجه از گزارش

دانشمندان مختلف را متذکر میشویم.

لیون (۱) متذکر شده است که تراخم در مصر بسیار خفیف است بطوریکه

اولا علائم سو بژکتیو خیلی خفیف میباشد و ثانیا نسبت عوارض تراخم به شیوع بیماری کم میباشد.

میتسوئی (۲) در مطالعاتی که در ژاپن بعمل آورده است گزارش داده است که

تراخم در ژاپن همیشه باحالات حاد شروع شده و بعد به مرحله ازمان میرسد.

ماک کالان (۳) گزارش داده است که تراخم در مصر و اروپای شرقی همیشه با

یک حالت انفلاماسیون مزمن شروع میگردد و در ضمن متذکر میشود که تراخم غیر

مخلوط با عفونت های ثانویه ملتحمه همیشه مزمن است.

پوستیک (۴) نیز متذکر شده است که این تغییرات انواع تراخم همیشه در مناطق

مختلفه وجود دارد و ممکن است تراخم حاد در ژاپن پیدا شود در حالی که در مناطق

خاور میانه و اروپای شرقی دیده نمیشود.

تجربیات مانیز در باره تراخم مناطق مختلفه ایران و بخصوص ملایر لاریجان

مازندران و شیراز نشان داده است که تراخم ایران بیشتر اوقات مزمن و خفیف میباشد

و بخصوص در بسیاری از موارد بیماران مبتلا بتر اخم هیچگونه علائم سو بژکتیو ندارند

ولی با وجود این در بعضی موارد بخصوص تراخم درجه I و II به نسبت خیلی کم

تراخم تحت حاد دیده شده است و علاوه بر آن عوارض تراخم در ۱۰-۱۵٪ از بیماران

مبتلا بتر اخم دیده میشود.

۴۳- چه درمانی برای تراخم مناسب میباشد؟

در سال ۱۹۳۷ لو (۵) سولفامید را در مورد تراخم بکار برد از آن نتایج قابل

توجهی بدست آورد و از آن پس دانشمندان دیگری نیز مانند فورستر و ماک گیبون (۱) و تایگسون و بیتی و الوارو (۲) و پولف (۳) و ناتانف و ریچار دو همکاران (۴) کاسگرو (۵) این دارو را در مورد تراخم استعمال نموده و نتایج رضایت بخش آنرا گزارش دادند. بطور کلی اگر تراخم در مراحل اولیه باشد با استعمال سولفامیدها در حدود ۲-۳ هفته بهبودی مییابد ولی در صورتیکه پیشرفته باشد تا ۳-۲ ماه و گاهی بیشتر مدوای آن طول میکشد.

میتسوئی در مطالعاتی که درباره درمان تراخم بوسیله سولفامیدها و آنتی بیوتیکها در ژاپن نموده است منذکر شده است که آنتی بیوتیکها نتایج رضایت بخشی داشته اند و در بعضی موارد خیلی بهتر از سولفامیدها مؤثر بوده اند. در مورد آنتی بیوتیکها باید متذکر شویم که دوداروی ترامایسین و ارنومایسین اثرات نیکوئی بر روی تراخم دارند ولی آنچه که بنظر میرسد این است که اثر سولفامید بر روی تراخم بیشتر از آنتی بیوتیکها باشد.

در ایران غیر از داروهای فوق الذکر دو طریقه الکترو کوآگولاسیون و ماساژ با گلیسیرین کوئوره بسیار معمول و مرسوم میباشد و آقای پروفیسور شمس در گزارشی که برای کنگره افتالمولوژی سال ۱۹۵۴ ارسال داشته اند منذکر شده اند که از استعمال الکترو کوآگولاسیون در درمان بیماری تراخم نتایج بسیار خوبی بدست آورده اند.

۴۴- آیا بیماری تراخم عود مینماید؟

بیماری تراخم بیماری است که ممکن است در شخصی که قبلاً مبتلا شده است مجدداً عود نماید و این در صورتی اتفاق میافتد که شخص مبتلا کاملاً معالجه نشده باشد و ویروس مولد بیماری در انساج مختلفه خود را پنهان نموده باشد ولی باید متذکر شد که همیشه بیماری عود نمینماید بلکه در بسیاری از موارد دیده میشود که شخص مبتلا بخوبی معالجه شده است منتهی چون مجدداً در محیط آلوده به بیماری و در تحت شرایط

۱ - Forster & Mac Gibony

۲ - Alvaro

۳ - Poleff

۴ - Richard et al.

۵ - Casgrove

مستعد کننده قرار میگیرد دو مرتبه بیماری مبتلای میشود زیرا این بیماری مصونیت نمیدهد و از این لحاظ همیشه توصیه میکنند که در هنگام معاینه شخص تراخمی باید فامیل او را هم تحت نظر گرفت و کنترل نمود تا مجدداً ابتلای به تراخم در شخص معالجه شده دیده نشود.

۴۵- آیا روش مناسبی برای درك بهبودی کامل بیمار تراخمی وجود دارد؟
تا کنون روش قطعی برای درك بهبودی تراخم پیدا نشده است معیناً از بین رفتن علائم بالینی از قبیل فقدان انفلاماسیون، از بین رفتن پانوس، فقدان فولیکول و پاپی همراه با نبودن انکلوژیون تراخمی و فقدان سلولهای مشخصه تراخم در آزمایش سیتولوژی میتواند تا حدی بهبودی بیماری را اعلام نماید. معیناً گاهی اوقات تشخیص بین تراخم بهبود یافته و تراخه‌های خفیف بسیار مشکل میباشد و برای جدا نمودن این دو دسته تا کنون روشهای زیادی بکار برده شده است و از بین آنها تست تحریکی کرتیزن نتیجه نسبتاً خوبی داده است. تجربیات تایگسون و نویسندگان بر روی اثر تحریکی کرتیزون در تراخم نتایج بسیار رضایت بخشی داده است و بدین ترتیب با کمک تست کرتیزن و آزمایشات آزمایشگاهی میتوان این دو حالت را از یکدیگر تشخیص داد.

۴۶- آیا میتوان بیماری تراخم را در ایران ریشه کن نمود؟
تجربیهایی که در بعضی ممالک مترقی در باره مبارزه با تراخم شده است نشان داده که با همکاری صمیمانه دستگاههای مختلف که مسئول امور بهداشتی کشور میباشند و با طرح برنامه دقیق و کامل که با نظر متخصصین تهیه شده باشد میتوان این بیماری را در هر کشور با آسانی کنترل نمود.

در ایران بر نامه مبارزه با تراخم باید متکی بر دو اصل زیر باشد:

الف - معالجه

ب- پیش گیری

و این امر وقتی به سهولت انجام میپذیرد و منتج به نتیجه میشود که سازمانهای مختلف بهداشتی کشور با یکدیگر تشریک مساعی نمایند و با جلب کمک مادی دولت و سازمانهای

بهداشتی بین‌المللی و ایجاد یک شورای علمی مرکب از متخصصین مختلف اقدام به مبارزه نمایند.

۴۷- قسمت مطالعات تراخم و بیماریهای عفونی چشم چه مقصدی دارد؟
 قسمت مطالعات تراخم و بیماریهای چشم از بدو تأسیس در تحت نظر آقای دکتر انصاری استاد محترم انگل‌شناسی دانشکده پزشکی و رئیس بخش تجسس و باکتری متخصصین مربوط که حاضر به همکاری صمیمانه بوده‌اند اقدام به مطالعه جنبه‌های مختلفه مسئله تراخم نموده‌است و تا این تاریخ توانسته‌است مطالعات جالبی در باره اتیولوژی، سیتولوژی، اپیدمیولوژی، اشکال بالینی و درمان تراخم و مطالعات دیگری در باره اورام ملتحمه و اتیولوژی آنها و فلور میکروبی چشم سالم و غیره بنماید که گزارش‌های هر موضوع منتشر شده و یا خواهد شد.

اکنون نیز این قسمت خود را آماده نموده است که با وسایل بهتر و کادر فنی مجهز تری مطالعات دقیقی در باره اپیدمیولوژی تراخم و اورام ملتحمه در ایران و مطالعات ویروولوژی و بالینی و درمانی بیشتری در باره تراخم بنماید و بزودی شروع به مطالعه در هر یک از قسمت‌های فوق خواهد شد.

در مورد کارهای بالینی لازم است متذکر شویم که قسمت مطالعات تراخم و بیماریهای چشم با همکاری صمیمانه آقای دکتر باستان استاد محترم دانشکده پزشکی و رئیس بخش چشم پزشکی بیمارستان پهلوی توانسته است ۱۵ تخت خواب در بیمارستان پهلوی در بخش چشم پزشکی تهیه نماید که اختصاص به مطالعات آزمایشگاهی و بالینی تراخم دارد و در آن قسمت بیمارانی که تحت آزمایش میباشند بستری میگردند و ما در این مورد بر خود لازم میدانیم که از آقای دکتر باستان صمیمانه تشکر نمایم.

چون زمینه مطالعات در باره تراخم و سایر بیماریهای چشم وسیع است و احتیاج به همکاری صمیمانه تمام چشم‌پزشکان و اطباء را دارد لذا با کمال افتخار از کلیه همکاران عزیز دعوت مینمائیم که در این مورد تشریک مساعی نموده و در وصول به هدف ما یاری نمایند و همچنین متصدیان قسمت مطالعات با کمال میل کلیه وسایل و کادر فنی خود را در اختیار مطالعه کنندگان میگذارند و تا حد امکان در اجرای برنامه‌های مطالعاتی آنها در زمینه چشم پزشکی همکاری خواهند نمود.

- 1-Moutinho, H.: Legislation International contre le Trachome, projet d'unification Mondiale.
Rev. Inter. Trachome, Vol. 26, p. 3, 1949.
- 2-Nataf, R.: Le Trachome.
p. 8, 1952.
- 3-Duke Elder, S.: Text book of Ophthalmology
Vol. 2, p. 1593, 1934.
- 4-Mohsenine, H. and Darougar, S.— Rapport a l'étude du Trachome et Conjonctivites dans la zone de Malayer.
(unpublished) 1955.
- 5-Mohsenine, H. and Darougar S.: Rapport à l'étude du Trachome et Conjonctivites dans la zone de Laridjan.
(unpublished) 1955.
- 6-Mohsenine, H. and Darougar S.: Rapport a l'étude du Trachome et Conjonctivites dans la zone de Mazanderan.
(unpublished) 1955.
- 7-Rice, C. E.: Trachome in the United States.
Sight Saving Review, Vol. 4, N° 2, 1934.
- 8-Siniscal, A.: The Trachoma Story.
Public Health Report, Vol. 70, p. 497, 1955.
- 9-Wilson, R.P.: Trachoma: A Selection of personal observations and experiences. Giza memorial ophthalmic laboratory.
Report N° 14, Cairo, Egypt, the Laboratory, p. 24, 1939-1949.
- 10-Thygozon, P.: Amer. J. Ophthal. Vol. 34, p. 7, 1951.
- 11-Rice, C. E., Sory, R., Smith J. E. et al.: Effect of diet and vitamins on Trachoma.
Amer. J. Ophthal. Volume 17, p. 735, 1934.
- 12-Siniscal, A.: Story of Trachoma.
Public Health Report, Vol. 70, p. 497 1955.
- 13-Stucky, J. A.: Observations and Experiences with Trachoma in Eastern Kontucky.
Trachoma Amer. Acad. Ophthal. Vol. 35 p. 217, 1930.
- 14-Glickson, J.: Observations on the Trachoma problem.
Amer. J. Ophthal., Vol. 33, p. 616 1950.
- 15-Bicetti, G. B.: Il Tracoma.

- Rome Sanite Publica, 1947.
- 16- Halberstaeder, I & Prewazek, S. V.: Arb, Fosundh Amt., Vol. 26, p. 44, 1907.
- 17- Thygson, P.: The nature of the elementary and initial bodies of Trachoma.
Arch. Ophthal. Vol. 12, p. 307, 1934.
- 18- Bengston, J. A.: Question of the Rickettsial Nature of Trachoma.
Amer. J. Ophthal. Vol. 23, p. 770, 1940.
- 19- Lindner, K. Trachoma, the eye and its diseases.
Edited by C. Berens, p. 423, 1936.
- 20- Tabone, V.: Antitrachoma campaign in goze (Malta)
Rev. Inter. Trachome, Vol. 29 p 56 1952.
- 21- Cuenod, A. & Nataf, R.: Le Trachoma
Paris (Masson et Cie) 1930.
- 22- Cuenod, A. & Nataf, R.: Biomicroscopy du pannus trachomateux au début.
Arch. d'ophthal. Vol. 48, p. 737, 1931.
- 23- Nataf, R.: Le Trachome
Paris (Masson et Cie) 1952.
- 24- Julianelle, L. A. & Smith, J. E.: Statistical analysis of clinical Trachoma.
Amer. J. Ophthal. Vol. 26, p. 158, 1943.
- 25- Boldt, J.: Trachoma.
Publ. Hadder & Stoughten, London, p. 145 1904.
- 26- Neese, Deutsche Med.: Wochenschrift 1897. Mentioned in ref. N° 1, p. 145.
- 27- Mitsui, Y.: Acute Trachoma
Rev. Inter. Trachoma, Vol. 29, p. 323 1952.
- 28- Lyons, F. M. Observations on the International coordination of research in Trachoma
W. H. O. Trachoma 4, 1951.
- 29- Lyons, F. M.: Dual problem of acute ophthalmia and Trachoma in Egypt.
W. H. O. Trachoma 20, 1951.
- 30- Mitsui, Y.: Use of new antibiotics in the treatment of Trachoma

W. H. O. Trachoma 16, 1951.

31- Mae Callan, A. F.: The initial signs of Trachoma.

Rev. Inter. Trachome Vol. 27, p. 112, 1950.

32- Pestic, S.: Comments on document W. H. O. Trachoma 16 Use of the antibiotics in the treatment of Trachoma by Dr. Y. Mitsui W.H.O. Trachoma 27, 1951.

33- Loe, F.: Sulfanilamid treatment of Trachoma, preliminary report. J. A. M. A. Vol. 111, p. 1371, 1938.

34- Forster, W. G. & Mc Gibony, J. R.

Amer. J. Ophthal. Vol. 27, p. 1107, 1944.

35- Thygeson, P. Arch. Ophthal. Vol. 42, p. 655, 1949.

36- Bietti, G. B.: Rev. Inter. Trachome, Vol. 25, p. 115. 1948.

37- Alvaro, M. E. Amer. J. Ophthal. Vol. 28, p. 497, 1945.

38- Poleff, L.: Pr. Med. Vol. 48, p. 235, 1940.

39- Nataf, R.: Rev. Inter. Trachome, Vol. 25, p. 241, 1948.

40- Richards, P., Foster, W. G. & Thygeson, P.:

Arch. Ophth. Vol. 21, p. 577, 1939.

41- Cosgreve, K. W.: Amer. J. Ophthal. Vol. 23, p. 911 1940.

42- Mitsui, Y. & Tanaka, C.: Terramycin, aureomycin & Chloranphenical in the treatment of Trachoma.

W. H. O. Trachoma 2, 1951.

43- Mitsui, Y. & Tanaka, C.: Terramycin in the treatment of Trachoma. W. H. O. Trachoma 9, 1951.

44- Bietti, G. B.: Treatment of Trachoma by various antibiotics and chemotherapy W. H. O./Trachoma/ 17, 1951.

45- Fernandez, P.: Aureomycin in the therapy of Trachoma

Arch. Soc. Oftal. Hispano-Amer. Vol. 13, p. 79, 1953.

46- Freyche, M. J.: Chemotherapy of Trachoma

Bull. W.H.O. Vol., 2, p. 523, 1950.

47- Naccache, R.: Terramycin in the Trachoma.

Brit. J. Ophthal. Vol. 37, p. 106, 1953.

48- Mitsui, Y.: Use of the new antibiotics in the treatment of Trachoma.

W. H. O./ Trachoma/16, 1951.

49- Thygeson, P.: Criteria of cure in Trachoma with special references

to provocative tests.

Rev. Inter. Trachoma, № 4, p. 450 1953.

50- Mohsenine, H. & Darougar, S.: provocative effect of cortisone on Trachoma.

(unpublished) 1955.