

اول دفتر بنام از پر و با

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

استان مرکزی

«دانشکده پزشکی اراک»

پایان نامه

جهت دریافت درجه دکترا

موضوع :

بررسی توزیع فراوانی عوارض تراخم (تریکیازیس، لک قرنيه، آنتروپیون و سیمبلفارون) در مراجعه کنندگان درمانگاه چشم پزشکی بیمارستان

امیرکبیر اراک

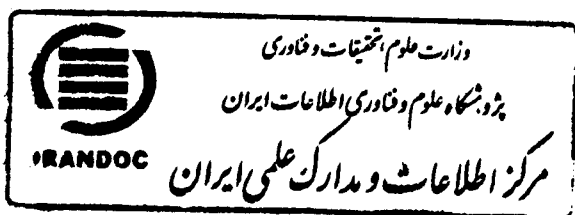
استاد راهنما :

جناب آقای دکتر حمیدرضا نیک بین

نگارش :

مریم خدامرادی

سال تحصیلی ۷۴-۷۵



۱۵۰۴۰۰

۲۰ / ۱۰ / ۱۳۸۹

**با سپاس فراوان از راهنماییهای ارزشمند و همکاری پیدریغ
استاد گرانقدر جناب آقای دکتر حمیدرضا نیک بین**

**و با تشکر از همکاری صمیمانه سرکار خانم وحیدی
که در تهیه و تنظیم اطلاعات آماری این رساله از
راهنمایی ایشان استفاده کردم.**

تقدیم :

**به پدر عزیز و
مادر مهربان و فداکارم**

نابینائی

خمشکنیم از ستارگان پرنده آ

که میان آبی ژرف در پرواز است و اکنون بچنان

خمشکنیم از این ابیات که از «الف تا می» اش را

دیگران بر ایم می نویسند، و از مرمی سنگین که

چشم های دیگر کار افتاده ام در سایه روشن بایش کم شده است

و از گل سرخهای نا پید و از سکوت سپید از جام طلائی ها و سحر خا.

خورنجه لوئیس بورخس

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

فصل اول کلیات

- | | |
|----|--|
| ۱ | (۱-۱) مقدمه |
| ۲ | (۲-۱) هدف تحقیق |
| ۳ | (۳-۱) نگاهی کلی به بیماری |
| ۵ | (۴-۱) اتیولوژی |
| ۶ | (۵-۱) اپیدمیولوژی |
| ۱۰ | (۶-۱) پاتولوژی |
| ۱۴ | (۷-۱) پاتوژنز |
| ۱۴ | (۱-۷-۱) عفونت کلامیدیایی |
| ۱۵ | (۲-۷-۱) ایمونولوژی |
| ۱۷ | (۳-۷-۱) باکتریولوژی |
| ۱۸ | (۸-۱) تظاهرات بالینی |
| ۲۴ | (۹-۱) تقسیم بندی |
| ۳۰ | (۱۰-۱) تشخیص |
| ۳۲ | (۱۱-۱) تشخیص افتراقی |
| ۳۵ | (۱۲-۱) درمان و جلوگیری از پیشرفت عوارض |

فصل دوم

- | | |
|----|-----------------------------------|
| ۳۹ | (۱-۲) خلاصه ای از پژوهش انجام شده |
|----|-----------------------------------|

فصل سوم ((روش تحقیق))

۴۲	(۱-۳) نوع مطالعه
۴۲	(۲-۳) جمعیت مورد مطالعه
۴۲	(۳-۳) زمان مطالعه
۴۲	(۴-۳) حجم نمونه
۴۲	(۵-۳) روش نمونه برداری
۴۲	(۶-۳) جمع آوری اطلاعات
۴۳	(۷-۳) نمونه پرسشنامه

فصل چهارم ((ارائه نتایج))

۴۴	(۱-۴) جدول فراوانی عوارض بر حسب درصد
۴۵	(۲-۴) جدول میزان بروز عوارض نسبت به جنس
۴۵	(۱-۲-۴) تریکیازیس
۴۶	(۲-۲-۴) لک قرنیه
۴۷	(۳-۲-۴) آنتروپيون و سیمبلیفارون
۴۸	(۳-۴) جدول میزان بروز عوارض نسبت به وضعیت محیط شغلی
۴۸	(۱-۳-۴) تریکیازیس
۴۹	(۲-۳-۴) لک قرنیه
۵۰	(۳-۳-۴) آنتروپيون و سیمبلیفارون
۵۱	(۴-۴) جدول میزان بروز عوارض نسبت به محل سکونت

- ۵۱ (۱-۴-۴) تریکیازیس
- ۵۲ (۲-۴-۴) لک قرنيه
- ۵۳ (۳-۴-۴) آنتروپيون و سيمبلفارون
- ۵۴ (۵-۴) جدول ميزان بروز عوارض نسبت به سن
- ۵۴ (۱-۵-۴) تریکیازیس
- ۵۵ (۲-۵-۴) لک قرنيه
- ۵۶ (۳-۵-۴) آنتروپيون و سيمبلفارون
- ۵۷ (۶-۴) نمودار فراوانی عوارض بر حسب درصد
- ۵۸ (۷-۴) نمودار فراوانی عوارض در هریک دو جنس
- ۵۹ (۸-۴) نمودار فراوانی عوارض در محیطهای شغلی تمیز و آلوده
- ۶۰ (۹-۴) نمودار فراوانی عوارض نسبت به محل سکونت
- ۶۱ (۱۰-۴) نمودار فراوانی عوارض نسبت به سن

فصل پنجم بحث

- ۶۲ (۱-۵) توزیع فراوانی عوارض در بین بیماران
- ۶۲ (۲-۵) میزان بروز عوارض و ارتباط آن با جنس
- ۶۳ (۳-۵) ارتباط بین بروز عوارض و وضعیت شغلی
- ۶۳ (۴-۵) ارتباط بین بروز عوارض و محل سکونت
- ۶۴ (۵-۵) ارتباط بین بروز عوارض و سن

فصل ششم خلاصه فارسی و انگلیسی

۶۵

۱-۶ خلاصه فارسی

۷۶

۲-۶ خلاصه انگلیسی

۷۰

فهرست منابع

فصل اول

کلیات

دیری است که دست طماع بشر انفسار کسبخته در کار چپاول جهان است. تقسیم زمین به دو بخش تهیدست و برخوردار، دست آورد نامیمون این آزمندی انسان است و در این میان، همچون فقر و بیماری و جهل، بیش از ۹۰٪ از تمام موارد نابینایی، سهم کشورهای به اصطلاح در حال توسعه است.^{۱۴}

[بر طبق آمار سازمان بهداشت جهانی، تراخم بعد از کاتاراکت سالمندان، دومین عامل مسبب نابینایی در سطح جهان است].^{۱۵}

این بیماری در کشور ما نیز، از مهمترین علل نابینایی به شمار می‌رود. و از آنجا که تراخم فعال به سهولت قابل درمان است و تصحیح جراحی موارد کور کننده آن نیز، حتی توسط افراد تعلیم یافته غیر متخصص میسر می‌باشد، لذا طرح ریزی اقدامات پیگیر بهداشتی-درمانی در خصوص این بیماری لازم و واجب است.

این جزوه گامی که نیست شاید نگاه آرزومندی باشد به سوی فردایی سبز و سرشار از سعادت و سلامت.

۱-۲) هدف تحقیق

تراخم یک بیماری عفونی چشمی است. که ابتلاء مکرر به آن در کنار سایر عوامل زمینه‌ساز منجر به ایجاد عوارض متعددی می‌شود که از آن جمله، چهار عارضه، : سیمبلگارون، (چسبندگی بین ملتحمه تارسال و بولبار) تریکیازیس، (برگشت مژه‌ها به سمت کره چشم) آنتروپیون، (برگشت تمامی لبه، پلک به سمت کره چشم) و لک قرنیه، به دلیل احتمال ایجاد خطر نابینایی از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند.

در این تحقیق، توزیع فراوانی این عوارض، در مراجعه کنندگان درمانگاه چشم پزشکی بیمارستان امیر کبیر اراک و ارتباط آن با سن، جنس، محل سکونت شهری یا روستایی و بهداشت محیط شغلی به عنوان عوامل زمینه‌ساز احتمالی بررسی شده است، تا با شناخت بهتر اهمیت موضوع و تعیین عوامل مؤثر در آن، بتوانیم بر اهمیت رعایت موازین بهداشتی و انجام درمان به موقع، در جلوگیری از نابینایی در اثر تراخم (به عنوان عمده‌ترین علت کوری قابل پیشگیری در سطح جهان) تاکید نمائیم.

(۳-۱) نگاهی کلی به بیماری

[تراخم یکی از قدیمی‌ترین امراض شناخته شده انسانی است. که همه نژادها را درگیر می‌کرده و به عنوان علت تریکیازیس در بیست و هفت قرن قبل از میلاد مسیح شناخته شده بوده است.]^۶

[عامل اختصاصی این بیماری، کلامیدیا تراکوماتیس است. نام کلامیدیا

در سال ۱۹۰۷ توسط Staedter and von prowazek Halber پیشنهاد شد.

آنها فکر می‌کردند که اجسام انکلوژیونی داخل سلولی یک نوع انکل

پروتوزوایی هستند و بنابراین این، استفاده از اصطلاح Chlamydozocea را

پیشنهاد کردند و این اصطلاح از آن زمان کاربرد پیدا کرده است.]^۴

[تراخم هنوز هم یک علت مهم نابینایی در جوامع روستایی جهان در

حال توسعه و یکی از شایعترین امراض مزمن است. در حال حاضر تقریباً

پانصد میلیون انسان مبتلا به تراخم در جهان وجود دارد که بیشتر آنها

در روستاهای فقیر نشین کشورهای در حال توسعه، خصوصاً در مناطق کم‌بازار

زندگی می‌کنند.

تخمین زده می‌شود که حدود ۶ میلیون نفر در اثر این بیماری نابینا

شده‌اند و تعداد بسیار بیشتری (در حدود ۲۰۰ میلیون نفر) نیز از کاهش

قدرت بینایی ناشی از عوارض این بیماری در رنجند.

مشخصه‌های جدید بالینی، برآورد احتمال خطر نابینایی در فرد مبتلا و

تعیین شدت بیماری در جامعه را آسان ساخته است. هم اکنون این امکان

وجود دارد که جوامع مبتلا به تراخم کور کننده را از جوامع مبتلا به تراخم غیر کور کننده افتراق دهیم.

تراخم یک کراتوکنژنکتیویت عفونی مزمن است، که به صورت یک کنژنکتیویت فولیکولار، باکراتیت سطحی و واسکولاریزاسیون قرنیه ظاهر می‌یابد. و پیشرفت آن به شکل اسکار ملتحمه و تغییر شکل پلک است. آسیب قرنیه، بعلت بیماری التهابی و بدنبال آن قرار گرفتن در معرض ترومای ناشی از برگشت مژه‌ها به سمت داخل ایجاد می‌شود.

بیماری در مرحله التهابی با وجود مراکز زایای لنفوسید در ملتحمه، که با انفیلتراسیون منتشر و متراکم و هیپروتروفی با پیلاری احاطه می‌شود و نیز رشد عروق سطحی روی قرنیه (vascular pannus) مشخص می‌شود. التهاب تراخمی ممکن است به طور خود بخود بهبود یابد ولی اغلب در غیاب درمان مؤثر، به سمت اسکار ملتحمه پیشروی می‌کند که می‌تواند سبب چرخش پلک‌ها به سمت داخل به همراه تریکیازیس یا انستروپیون شود. مژه‌هایی که به سمت داخل برگشته‌اند می‌توانند قرنیه را خراش داده و نهایتاً "سبب زخم قرنیه و یک کدورت دائمی بر روی آن کردند. بنابر این تراخم ممکن است بدون هیچ آسیب دائمی بهبود یابد و یا در شدیدترین اشکال سبب صدمات شدید و همیشگی به قرنیه شود.

قدرت بینایی نهایی از دید طبیعی تا کوری کامل متغیر است.^۲

(۴-۱) اتیولوژی :

[عنوانت چشمی به دو صورت اپیدمیولوژیک متمایز، به همراه اثرات متفاوت بر روی هر کدام از جوامع درگیر روی می‌دهد.

نوع اول: بیماری کلاسیک و بالقوه کور کننده در کشورهای در حال توسعه است. که توسط انتقال چشم به چشم گسترش می‌یابد و به بهترین وجه نشانگر تراخم هیپراندمیک یا اندمیک است. و عامل مسبب آن کلامیدیا تراکوماتیس و تقریباً همیشه سروتیپ‌های A ، B یا C است.

اما سایر میکروارگانیزم‌ها نیز، اغلب در روند بیماری مداخله می‌کنند. نوع دوم: یا تراخم غیر کور کننده بیماری خفیفی است که معمولاً

تولید عوارض کور کننده نمی‌کند. این نوع از عنوانت چشمی، توسط کلامیدیاتراکوماتیس منتقله از طریق جنسی (معمولاً سرو تیپ‌های D ، E

، G ، H ، I ، J یا K) ایجاد می‌شود. و بیماری ایجاد می‌کند که از فاز اولیه و التهابی تراخم کور کننده به دشواری قابل اشتراق است. موارد

خفیف را معمولاً کنژنکتیویت انکلوزیونی می‌گویند. ولی اصطلاح پاراتراکوما یا شبه تراخم (Converting trachoma) برای تمام اشکال

بیماری چشمی در طیفی از خفیف تا شدید به کار می‌رود، که در اثر گونه‌های کلامیدیا تراکوماتیس منتقله از طریق جنسی ایجاد می‌شود.

گاهی گونه‌های A تا K کلامیدیاتراکوماتیس را مجموعاً "تحت عنوان عوامل TRIC ، (Trachoma-inclusion conjunctivitis) می‌نامند. زیرا

اینها در تعداد زیادی از مشخضات مشترک هستند.

در بعضی از جوامع مبتلا به تراخم کور کننده، اپیدمی‌های سالانه یا دو سال یک بار کنژنکتیویت باکتریایی رخ می‌دهد که ارتباط تنگاتنگ با افزایش جمعیت مکس‌هایی دارد که از ترشحات چشم‌ها تغذیه می‌کنند. در سایر نواحی موارد فراوان ابتلا به کنژنکتیویت‌های چرکی (به احتمال زیاد باکتریال) در سراسر طول سال وجود دارد. همچنین در این جوامع طول مدت تراخم فعال بعلت تداوم انتقال عفونت از فردی به فرد دیگر و در نتیجه ایجاد آلودگی‌های مکرر با کلامیدیاتراکوماتیس افزایش می‌یابد.

ترکیبی از این عوامل تراخم غیر کور کننده را به سمت تراخم کور کننده پیش می‌برد.

بعلاوه زخم باکتریال قرنیه در اپیدمی‌های فصلی راه را برای وقوع فاجعه هولناک نابینایی هر دو چشم هموار می‌کند. در واقع این بیماری چشمی حاد ($acute\ ophthalmia^h$) برای اغلب موهبت بینایی از فرد مبتلا، با تراخم مزمن هم‌دست می‌شود.^۲

(۱-۵) اپیدمیولوژی:

[تراخم یک انتشار جهانی دارد، ولی پروالانس (شیوع) آن در نواحی مختلف متفاوت است. و این اختلاف را می‌توان بر اساس تفاوت سطح

بهداشت فردی و استانداردهای زندگی مردم، وضعیت آب و هوایی مناطق مختلف، سن شروع بیماری و نوع و میزان شیوع عفونت‌های باکتریال همراه توجه کرد.^۶

[تراخم کور کننده هنوز هم یک معضل بهداشتی بزرگ در مناطقی از آفریقا، خاورمیانه، نواحی خشک شبه قاره هند، آسیای جنوب شرقی و نیز نواحی محدودتری از آمریکای لاتین، استرالیا و جزایر پاسیفیک می‌باشد].^۷ در آمریکا این بیماری بیشتر در بین هندیهای ساکن جنوب غربی شایع است و تعداد زیادی از این بیماران در کمربند تراخم شامل:

آرکانزاس، میسوری، اکلاهما، ویرجینیای غربی و کنتاکی زندگی می‌کنند.^۸ [در گذشته، تراخم در تعداد زیادی از کشورهای اروپایی، شمال آمریکا و آسیای شمالی شایع بود، اما با بالارفتن استانداردهای زندگی، بدنیاال صنعتی شدن و شکوفایی اقتصادی، این بیماری به طور قابل توجهی رو به نابودی نهاد.

در اثر بهبود شرایط زندگی در کشورهای توسعه یافته، تراخم به ندرت سرايت پیدا می‌کند و در صورت ابتلا نیز درگیری از نوع خفیف است. در افرادی که بیماریشان بهبود یافته، ممکن است عود فرم فعال بیماری ایجاد شود. ولی این فرم راجعه در بالغین به طور معمول تهدیدی برای سلامت عموم نمی‌باشد.

در بیشتر جوامعی که درگیری شدید وجود دارد، عفونت اولیه معمولاً در

مراحل نخست زندگی رخ می‌دهد و بیشتر کودکان سنین ۲-۱ سال به این عفونت مبتلا می‌شوند. و شیوع فرم فعال بیماری به تدریج کاهش می‌یابد. اما در بعضی از بزرگسالان نشانه‌های فرم فعال بیماری تداوم می‌یابد. به سبب اینکه کودکان بخش بزرگی از مبتلایان را در مناطق هیپراندمیک تراخم تشکیل می‌دهند، آنهایی که مبتلا به فرم فعال بیماری هستند، منبع اصلی عفونت تراخمی در جامعه می‌باشند. و مقادیر زیادی از ذرات عفونی را توسط ترشحات چشمشان دفع می‌کنند.^۲

[هر چند عفونت اولیه تمایل به بهبودی خودبخود دارد، ولی به طور شایع با عفونت‌های مکرر، توسط کلامیدیا تراکوماتیس و سایر ارکانیسم‌های پاتوژن دچار عارضه می‌شود].^۵ ضایعات کور کننده (تریکیازیس، انتروپسیون و زخم قرنیه) عاقبت ابتلا به فرم اولیه متوسط تا شدید بیماری التهابی هستند. این ضایعات عموماً در بزرگسالان دیده می‌شوند. و می‌توانند به دنبال فرم خفیفی شدید بیماری التهابی، در کودکان سنین مدرسه نیز ایجاد شوند.

تراخم عموماً یک بیماری دو طرفه است و توسط تماس مستقیم یا از طریق اشیاء آلوده (لباس و وسایل) و معمولاً از سایر اعضای خانواده (خواهرها، برادرها و والدین) به انسان سرایت می‌کند.^۲

[علاوه بر خصوصیات رفتاری، وجود کودکان کم سن و سال، کرما و کردوغبار، ازدحام و عدم دسترسی به آب سالم برای مصارف خانگی، دفع مدفوع در

محیط بعلت نبودن توالت در بعضی مناطق، در ابتلا به بیماری از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.^۹ [در چنین مناطقی، ارتباط تنکاتنگ انسان و حیوان سبب افزایش جمعیت مگس‌ها می‌شود و ثابت شده است که حشرات مخصوصاً "مگس و پشه در انتقال بیماری نقش عمده‌ای دارند مگس‌هایی که از ترشحات چشم کودکان تغذیه می‌کنند با نشستن بر روی چشم سایر کودکان ظرف ۳۰-۱۵ دقیقه بیماری را در یک خانواده منتشر می‌کنند].^۲

[بر اساس تحقیقی که در تانزانیا انجام شده است. شیوع تراخم فعال در کودکان سنین قبل از دبستان در صورت وجود مگس و ترشحات بینی بر روی صورت آنها به میزان ۷۰٪ افزایش می‌یابد. و نیز ثابت شده است که تنها با شستن روزانه صورت کودکان می‌توان کاهش چشمگیری در میزان سرایت بیماری ایجاد کرد].^{۱۸}

[نشان داده شده، که کودکانی که مبتلا به تراخم اندمیک هستند، کلامیدیاتراکوماتیس را در دستگاه تنفس فوقانی و کوارش خود نیز دارند. و بنابراین، بیماری می‌تواند از طریق پخش ترشحات تنفسی و آلودگی اشیاء و مگس‌ها با مدفوع نیز انتقال پیدا کند.

گسترش بیماری غالباً " همراه است با اپیدمی‌های کنژنکتیویت باکتریال و فعل‌های خشک در مناطق حاره و گرمسیری. بطور کلی اشکال حاد بیماری عفونی‌تر از فرمهای سیکاتریشیل هستند].^۲