

روند کراتیت‌های ویروسی

«نکاتی چند در این مورد جهت اطلاع همه پزشکان، هیچ‌کس از ابتلاء به کراتیت‌های ویروسی در امان نیست و سکل این کراتیت‌ها در قریه‌یکی از علل مهم کاهش دید و نابینایی است.»

دکتر مجید فروغ *

مجله نظام پزشکی

سال پنجم، شماره ۳، صفحه ۲۱۷، ۲۵۳۵

ویروس گریپ- این ویروس می‌تواند کراتیت‌های زودرس نقطه‌ای سطحی و یا نوع دیررس عمقی در قریه ایجاد کند. لازم است در دوره ابتلاء و حتی بعد از بهبود مراقب قریه باشیم و با احساس التهاب در چشم و مخصوصاً کاهش دید، معاینه بعمل آوریم. در بیماری نیوکاسل ممکن است ضمن ورم ملتحمه، کراتیت هم دیده شود که مشی خوش‌خیم خواهد داشت.

اوربئون ندرتاً عوارض قریه‌آنها بیشتر بشکل کراتیت پارانشیماتوز ایجاد میکند. چندی پیش در پسر بچه‌ای که قبلاً اوربئون داشته (سه هفته قبل از مراجعه) کراتیت عمقی دیدم و چون اپی‌تلیوم قریه کاملاً سالم بود باقطره کورتیکواستروئید در عرض دو هفته خیز ستروما برطرف شد.

مهمترین ویروس‌های دسته دوم که می‌توانند کراتیت ایجاد کنند عبارتند از:

ویروس آبله - این ویروس در گذشته عوارض شدید قریه میداد و باعث سی و پنج درصد کوریها میشد.

واکسین - بطور اتفاقی در جریان واکسیناسیون ضد آبله و یا به عنوان عارضه ممکن است کراتیت دیده شود.

واریسل - ندرتاً در قریه بعلت ترکیدن و زیکول ممکن است کراتیت ایجاد بکند.

انگلوزیون سیتومگالیک - مخصوص نوزادان است و امکان دارد حالت عمومی بقدری خراب باشد که در اوائل به کراتیت چشم توجهی نشود.

شیوع کراتیت‌های ویروسی در سالهای اخیر، مقاوم بودن اکثر آنها نسبت بدردمان، خطرات تجویز کورتیکواستروئیدها در اغلب این کراتیت‌ها، تغییر روند بیماری مخصوصاً اگر علائم مقدماتی باورم ملتحمه‌های آلرژیک اشتباه گردد و معالجه صحیح شروع نشود و توجه باینکه هیچ‌کس از جمله پزشک از ابتلاء به این کسالت مصون نمیباشد؛ ما را بر آن داشت که مطالعات بالینی خود را در مورد روند متفاوت و متغیر این کراتیت‌ها بشکل مقاله‌ای در مجله نظام پزشکی منتشر سازیم و اطمینان داریم که توجه به نکات بالینی این مقاله که حاصل بررسی و مطالعه مشاهدات بالینی متعدد است، نه تنها برای همکاران چشم پزشک - مخصوصاً همکاران جوان - بلکه برای همه پزشکان از لحاظ آشنایی و لزوماً پیش‌گیری از حوادث وخیم در این مورد، مفید خواهد بود.

همانطور که از عنوان مقاله پیداست منظور ما بحث در روند کراتیت‌های ویروسی است. لذا سعی خواهیم کرد فقط به قسمتهایی که تاحدی به سیر بیماری ارتباط دارند پردازیم. قبلاً لازم میدانیم که ویروس‌های مسئول و صفات مشترک کراتیت‌های ویروسی را باختصار شرح دهیم.

اصولاً ویروس بر حسب نوع آسیدنو کلئیک بدودسته تقسیم میشوند: دسته‌ای که آسیدریبونو کلئیک دارد و دسته‌ای دیگر که دارای آسیددزکسی ریبونو کلئیک میباشد.

مهمترین ویروس‌های دسته اول که ممکن است کراتیت ایجاد کنند عبارتند از:

* بیمارستان فادایی - دانشکده پزشکی رازی - دانشگاه تهران.

زونا افتالمیک - عوارض قرنیه در زونا با شکل مختلف مثل وزیکول و زخمهای سطحی و کراتیت نقطه‌ای و کراتیت دیسی فورم «Disciform» دیده میشود. بعضی اوقات در زونا ممکن است کراتیت حتی قبل از بثورات و یا به صورت عارضه دیررس تظاهر کند. گاهی کراتیت با ضایعات جلدی خیلی خفیف در پلک مخصوصاً وقتی که عصب نازال مبتلا شده باشد، همراه است و توجه را از تشخیص علت اصلی یعنی زونا دور می‌کند. بطوریکه اصطلاح کراتیت زونای بدون تظاهر «زونا» معمول شده است. در هر حال صلاح در این است که همیشه با ملاحظه کراتیت، چین‌های پوست پلک و ریشه بینی از این نظر بررسی شود. اصولاً در زونا، چه در جریان بیماری و چه در دوره بهبودی، باید نگران پیدایش کراتیت باشیم و هرگز نباید در این قبیل بیماران بی آنکه مورد داشته باشد قطره کورتیکواستروئید تجویز شود. گاهی دیده میشود که در مبتلایان به زونا افتالمیک بی مشورت با چشم پزشک قطره کورتیکواستروئید مصرف میگردد که ممکن است عوارض سوء داشته باشد و به پیدایش کراتیت کمک کند.

ویروس تبخال - در سالهای اخیر شیوع کراتیت‌های هرپتیک توجه چشم پزشکان را شدیداً بخود معطوف داشته است و این قسمت را بموقع مورد بحث قرار خواهیم داد.

صفات مشترک کراتیت‌های ویروسی عبارتند از:

۱- شیوع بیماری

۲- معمولاً در جوانها و بیشتر در جنس مذکر دیده میشوند. در چهل و شش پرونده بیماران شخصی که مورد مطالعه مآقرار گرفته، سی و نه تن مرد و بقیه زن بوده‌اند و سن اغلب بیماران بیست و پنج تا سی و پنج سال بوده است.

۳- معمولاً یکطرفه هستند. غالباً است متذکر شویم که در بین چهل و شش بیمار فقط یک بیمار مبتلا به کراتیت پونکتوئه سطحی دو طرفه بود که اتفاقاً نسبت به درمان جواب فوری داد. بقیه همه کراتیت یکطرفه داشتند.

۴- اغلب اختلال حس قرنیه در کار است. هرچه این اختلال بیشتر باشد روند بیماری وخیم‌تر است.

۵- معمولاً عودکننده هستند.

۶- بشکل کراتیت سطحی یا عمقی دیده می‌شوند.

شروع بیماری: چون بعضی اوقات شروع کراتیت‌ها گول زنده است و امکان دارد چشم پزشکان مبتدی را دچار اشتباه کند، لذا جادارده که علائم اولیه را بشناسیم و بیماری را با او رام ملتحمه ساده اشتباه نکنیم. بارها دیده شده که بیمار به عنوان ابتلاء به ورم ملتحمه

ساده آلرژیک توسط همکاران طبیب و جراح تحت درمان قرار گرفته و بعد از چند هفته بعلت پیشرفت بیماری به چشم پزشک معرفی شده است. در میان پرونده چهل و شش بیمار تشخیص اقدام دو همکار که یکی جراح عمومی و دومی طبیب داخلی است، قابل ذکر است. هر دو همکار محترم التهاب و هیپرمی ملتحمه چشم بیمار خود را به حساب ورم ملتحمه آلرژیک گذاشته و مدت یکی دو هفته از قطره دگزامتازون استفاده کرده بودند. اما در معاینه معلوم شد که بیماری کراتیت سطحی، و ویروسی است و استعمال قطره دگزامتازون باعث توسعه کراتیت شده. بنابراین لازم است پزشکان محترم با ملاحظه هیپرمی ملتحمه همراه با ترشح مختصر و یا حتی بی ترشح و تمرکز بیشتر سرخی و التهاب در دور قرنیه، فوتوفوبی، اشکریزش، احساس جسم خارجی همراه با درد و یا گاهی بی درد نگران شروع کراتیت باشند و بیمار را به چشم پزشک معرفی کنند. البته اگر کراتیت‌های ویروسی با زخم وسیع قرنیه شروع شود، امکان عدم تشخیص و اشتباه خیل کم است ولی اغلب اوقات کراتیت‌های سطحی پونکتوئه با علائم فوق‌الذکر خفیف، تظاهر میکنند و در این مراحل باید با تشخیص بموقع از بکار بردن قطره‌های کورتیکواستروئید خودداری شود.

کراتیت‌های عمیق: یکی از اشکال بالینی مهم کراتیت‌هاست که با بررسی با فلوروسین و بیومیکروسکوپ معلوم میشود که اپی‌تلیوم سالم مانده و خیز طبقه ستروما را فرا گرفته است. لذا تجویز کورتیکواستروئید در این نوع کراتیت‌ها بسیار مفید و مؤثر است، منتهی باید توجه شود که حتی المقدور درمان بصورت نزدیک زیر ملتحمه انجام پذیرد و قطره در دسترس بیمار نباشد و گرنه ممکن است بیمار با احساس آرامش دائماً از این ترکیبات حتی در مواردی که بحرانی در کار نیست استفاده کند. به این نکته مهم باید توجه کرد که ادامه استفاده از قطره‌های کورتیکواستروئید رشد و ویروس را تسهیل میکند و امکان دارد که نوع پارانشیماتوز به نوع سطحی تبدیل شود. در این قسمت به شرح حال‌های متعددی برخورد کرده‌ام که به چند اختصاراً اشاره میکنم.

آقای ۴- و ۲۲ ساله با کراتیت چشم چپ دو سال پیش تحت معاینه قرار گرفت و در بررسی معلوم شد که به کراتیت عمقی مبتلاست. بیمار مدت‌ها تحت درمان ضد سیفیلیس و قطره‌های آنتی بیوتیک و I.D.U قرار گرفته بود. وقتی که معالجه با قطره کورتیکواستروئید شروع شد در عرض یک هفته خیز ستروما بمیزان قابل توجهی کاهش یافت و دید، که بشمردن انگشت‌ها از دو متری رسیده بود، به $\frac{2}{3}$ بالا رفت. لذا از هفته دوم زیر ملتحمه محلول کورتیکواستروئید

توزیع شد و با چهارمین تزریق دید به $\frac{6}{10}$ رسید و خیزستروما در حدود هشتاد درصد از بین رفت و چون بیمار اهل شهرستان بود با درمان ناتمام به شهر خود مراجعت کرد، بعد از شش ماه با کراتیت وسیع سطحی بازگشت و معلوم شد که در چند ماه اخیر گاه بگاه از قطره کورتیکواستروئید که فقط برای یک هفته تجویز شده بود، استفاده کرده است. دورهٔ معالجه دو ماه طول کشید و بالاخره با کمک وسیع التیامی از تهران رفت.

آقای ع-ک، چهل ساله، حدود دو ماه پیش با کراتیت چشم راست تحت معاینه قرار گرفت و در معاینه کراتیت عمقی جلب توجه کرد. لذا درمان با قطره کورتیکواستروئید را برای مدت ده روز شروع کردیم. بتدریج خیز قرنیه کمتر شد و دید $\frac{4}{10}$ به $\frac{2}{10}$ رسید. سپس تزریق زیر ملتحمه شروع شد و با سومین تزریق دید به $\frac{5}{10}$ رسید. ولی بیمار بعلت عجلای که داشت نتوانست در تهران بماند. از بیمار خواستیم که غیر از قطره آنتی بیوتیک داروی دیگری در چشم نریزد. این بیمار حدود سه ماه پیش با کراتیت سطحی وسیع مراجعه کرد و معلوم شد که بعلت عود بیماری، در محل ارنسخه اول یعنی قطره کورتیکواستروئید استفاده کرده و با بهتر شدن التهاب چشم بمدت دو ماه از این قطره در چشم ریخته است. این دفعه زخم وسیع قرنیه، مثل معمول، به درمان مقاومت نشان داد و بتدریج زخم روند وخیمی بخود گرفت و بالاخره با توسل به کوتریزاسیون با الکل ید (در دو مرحله) از سوراخ شدن زخم جلوگیری بعمل آمد. دو ماه ونیم طول کشید تا زخم قرنیه به کمک واسکولاریزه تبدیل شود. البته موارد متعددی از کراتیت‌های پارانشیما تویز دیده‌ایم که به درمان با کورتیکواستروئیدها پاسخ مثبت داده‌اند و بعلت قطع درمان بعد از بهبود و عدم ادامه آن از طرف بیمار، عوارض فوق‌الذکر ایجاد نشده است. باید در نظر داشت که اصولاً این نوع کراتیت‌ها هم عود کننده میباشند، منتهی در فاصله حملات (کریزها) باید کورتیکواستروئیدها بکلی قطع شود تا حتی المقدور از تبدیل شدن ورم عمقی به سطحی جلوگیری بعمل آید. نگارش شرح حال خانم فدق را از این نظر لازم میدانم. این خانم هجده ساله بعلت کراتیت چشم چپ در تاریخ ۵۲/۷/۱۱ مراجعه کرد. از چهار ماه پیش مبتلا به تاری چشم شده و مدتی تحت معالجات ضد سیفیلیس و ضد سل قرار گرفته بود. با تشخیص کراتیت عمقی و ویروسی به تزریق کورتیکواستروئید زیر ملتحمه اقدام شد. در تاریخ ۵۲/۷/۲۰ دید از سه متری به $\frac{2}{10}$ رسید و خیز قرنیه خیلی کم شد. در این تاریخ یک تزریق دیگر کورتیکواستروئید هیدروسولوبل به عمل آمد و در تاریخ ۵۲/۷/۳۰ دید به $\frac{4}{10}$ رسید و خیز از محیط به مرکز کم شد. با ادامه تزریق

مواردی هم دیده میشود که کراتیت در یک قسمت از قرنیه، عمقی و در قسمت دیگر سطحی است، بطوریکه فلورسین فقط یکی دو منطقه را بخود میگیرد. در این حالات تجویز کورتیکواستروئید چه بشکل قطره و چه بشکل تزریق زیر ملتحمه خطرناک است. در این مورد به شرح حال آقای ک-آ اشاره میکنم. این بیمار چهل و پنج ساله با کراتیت چشم راست مراجعه کرد. در معاینه قسمت اعظم قرنیه کراتیت عمقی داشت و در دو نقطه زخم اپی تلیال جلب توجه میکرد. بیمار سه هفته تحت درمان با آنتی بیوتیک و میدریاتیک قرار گرفت و دیگر مراجعه نکرد. تا اینکه با کراتیت وسیع سطحی به مطب آمد و در معاینه معلوم شد بمدت چند روز از قطره‌های کورتیکواستروئید مصرف کرده است و استعمال این قطره‌ها حتی در عرض چند روز باعث وخیم شدن بیماری و توسعه زخم به مناطق دیگر قرنیه شده است.

روند بیماری: روند کراتیت‌های ویروسی از مهمترین مباحث بیماری است. اصولاً کراتیت‌ها با عدم معالجه پیشرفت کرده قسمت وسیعی از قرنیه را مبتلا میسازند. تعدادی از کراتیت‌ها، حتی با درمان بموقع، روند وخیم دارند و به اختلال شدید بینائی منجر

Downloaded from jmcir.ir on 2024-04-20

ماه درمان‌های لازم بعمل آمد تا بالاخره چشم سفید شد و لك التیامی مرکز پیوند را پوشاند و قدرت بینائی بکلی مختل شد. اینک گابگاه مراجعه میکند و اصرار دارد که بقول خودش باز هم به لکه گیری از چشم اقدام شود. ولی با توجه به سوابق امر و کریزهای متعدد عمل مجدد را اقلاً تا مدتی مقرون به صلاح نمیدانم.

بیمار دیگری که مرد سی و شش ساله بود، با سومین کریز کراتیت هرپتیک تحت معالجه قرار گرفت. وقتی که التیام حاصل شد و گرفت پرفوران، قرنيه در این چشم بعمل آمد و اینک سه سال است که خوشبختانه کریز مجدد دیده نشده و نتیجه عمل از هر لحاظ مثبت و رضایت بخش میباشد. بطوریکه ملاحظه میشود بازگشت بیماری از نظر بالینی حتی بعد از عمل پیوند هم قابل پیش بینی نمیشد. اکثر مصنفین این نوع بازگشت را معمولاً در دو سال اول بعد از عمل مشاهده کرده‌اند. بطوریکه متذکر شدیم در بیمار آموزگار دو سال و نیم بعد از عمل پیوند، در حالیکه قرنيه کاملاً شفاف بود، کریز کراتیت پیدا شد ولی در بیمار دوم سه سال است خوشبختانه این بازگشت دیده نشده است.

۴- مسئله اضافه شدن میکربها و قارچ‌ها از عوامل مهم در روند طولانی و وخیم شدن وضع کراتیت‌های ویروسی است و در این مورد شرح حال یکی از بیماران را متذکر می‌شوم.

آقای م-ح، سی و نه ساله که شش سال به کراتیت هرپتیک عود کننده چشم چپ مبتلا بود، سه سال پیش با کریز کراتیت مراجعه کرد و در معاینه زخم وسیع در مرکز قرنيه دیده شد که فلورسین را بطور کامل بخود می‌گرفت. درمان با آنتی بیوتیک‌ها مثل کلرام فنیکول مخلوط با سولفاستامید و قطره نئومايسين و آتروپين شروع شد. از بیمار خواستم هر دو روز یکبار جهت بررسی مراجعه کند. در مراجعه سوم وضع کراتیت بدتر و در قسمتهای محیطی مناطق دیگری از زخم بشکل انفیلترا «Infiltra» پیدا شد. ضمن سؤال از بیمار معلوم شد چند هفته پیش ضربه‌ای به چشم چپ اصابت کرده و بعلاوه دوره حملات قبلی حدود دو هفته بوده که این دفعه به چهل روز رسیده است. لذا با توجه به سابقه ضربه، که عامل مستعد کننده در اضافه شدن میکربها و روند طولانی بیماری است، از بیمار خواستم چهل و هشت ساعت قطره در چشم نریزد سپس از ترشح زخم آزمایش میکربی بعمل آمد و دیپلو باسیل پتی‌مورا کس در زخم دیده شد. فوراً به تزریق کلرام فنیکول در زیر ملتحمه و تقطیر مکرر آن اقدام گردید و بعلت ترشح شدید مخاط محلول آلفا کیموترپسین هم روزانه شش مرتبه بشکل قطره در چشم ریخته شد. بعد از دو هفته وضع زخم بتدریج بهتر شد و در هفته چهارم اپی‌تلیوم قرنيه شروع به رزراسیون کرد و التیام کامل برقرار شد.

میشوند، در حالیکه بعضی از کراتیت‌ها حتی بی‌درمان سیر خوش خیم دارند که البته این نوع کراتیت‌ها نسبتاً نادر هستند.

در این مورد شرح حال دو بیمار، یکی نوزده ساله و دومی سی و چهار ساله، قابل ذکر است. هر دو بیمار یکی در دو سال پیش و دیگری هشت ماه قبل با کراتیت سطحی نقطه‌ای تحت معاینه اینجانب قرار گرفتند. در هر دو نفر از دو یا سه هفته پیش کراتیت شروع شده بود. دو بیمار تا قبل از مراجعه به مطب به علل مختلف از قبیل گرفتاری و عدم دسترسی به چشم پزشک داروئی در چشم خود نریخته بودند. در معاینه دیده شد که کراتیت در حال التیام است، لذا جهت بررسی بیشتر از تجویز هر نوع دارو خودداری شد و از بیماران خواسته شد هر روز جهت معاینه مراجعه کنند. بعد از یک هفته در بیمار نوزده ساله و بعد از ده روز در بیمار سی و چهار ساله بهبود حاصل شد. از بررسی پرونده چهل و شش بیمار طی پنج سال اخیر به نکات بالینی قابل توجهی برخورد کرده‌ام که اینک مورد بحث قرار میدهم.

۱- ضربه که از عوامل مستعد کننده کراتیت‌های ویروسی است فقط در سه بیمار قابل ذکر است که در یکی سابقه ضربه دست و در دومی و سومی سابقه اصابت چشم به لبه دیوار و شاخه درخت (در حدود دو هفته تا یک ماه قبل از ابتلا) وجود داشته است. این ضربه‌روند کراتیت بیمار دوم و سوم را عوض کرده بود.

۲- بیمارانی که کراتیت آنها روند طولانی و حتی بدخیم (از نظر سوراخ شدن) داشت، از سلامت کامل برخوردار بوده‌اند و بدین ترتیب معلوم میشود که در کراتیت‌های ویروسی برعکس کراتیت‌های باکتریائی و میکربی و قارچی ضعف مزاج و دیابت، که از عوامل مستعد کننده روند وخیم و پیشرفت بیماری است، تأثیر قابل توجهی ندارد.

۳- بازگشت بیماری از مسائل مهم در کراتیت‌های ویروسی است. از چهل و شش نفر بیمار مورد بررسی، هجده نفر بیش از سه بار و پانزده نفر فقط دو بار و بقیه فقط یک مرتبه به کریز کراتیت مبتلا بوده‌اند. در بین بیماران با کریزهای متعدد شرح حال دو بیمار قابل ذکر است. یکی از این بیماران جوان سی ساله آموزگار یکی از شهرستان‌ها است. این بیمار در سه سال پیش با کراتیت سطحی وسیع به مطب مراجعه کرد. بطوریکه اظهار میداشت در پنج سال هفت بار به عود کراتیت دچار شده بود. هفتمین حمله (کریز) مدت دو ماه طول کشید تا التیام حاصل شد و چون دوسوم قرنيه لك داشت بیمار را تحت عمل پیوند قرنيه قرار دادم و نتیجه عمل از هر لحاظ رضایت بخش شد. مدت دو سال و نیم قرنيه کاملاً شفاف بود ولی شش ماه پیش هشتمین کریز کراتیت روی پیوند تظاهر کرد و حدود دو

مخصوصاً قرنيه‌های مبتلا به کراتیت‌های ویروسی، که مدتی هم تحت درمان با کورتیکواستروئیدها و آنتی بیوتیک‌ها قرار گرفته باشند، برای حمله قارچ‌ها علی‌الخصوص اسپرژیلوس و کاندیدا-آلبیکانس زمینه مستعدتری دارند که البته عامل ضربه هم این زمینه را آماده‌تر میکند. پس در مواردی که سیر کراتیت ویروسی روبه وخامت میگذارد باید مسئله اضافه شدن میکربها و قارچ‌ها مورد توجه قرار گیرد.

نتیجه:

بررسی شرح حال چهل و شش بیمار مبتلا به کراتیت‌های ویروسی در طی پنج سال اخیر نکات زیر را مطرح میسازد:

- ۱- سربالینی کراتیت‌های ویروسی متغیر و متفاوت است.
- ۲- در مورد مدت معالجه نمیتوان اظهار نظر قطعی کرد.
- ۳- بیمارانی که به کراتیت‌های ویروسی-طحی و یا عمقی مبتلا هستند و با درمان و یا باعمل پیوند قرنيه بهبود کامل یابند باز در معرض تهاجم مجدد ویروس‌های کراتیت‌زا قرار دارند و از عود بیماری درامان نمیباشند.
- ۴- در مواردیکه تجویز کورتیکواستروئیدها مثل کراتیت‌های عمقی پارانشیماتوزاندیکاسیون داشته باشد صلاح است حتی المقدور درمان بشکل تزیبق زیر ملتحمه صورت گیرد تا بیمار نتواند قطره کورتیکواستروئیدها را در فاصله کزیزها مصرف کند.
- ۵- شروع کراتیت‌های ویروسی سطحی نباید با اورام ملتحمه آلرژیک اشتباه شود، چون تجویز قطره کورتیکواستروئیدها در این موارد ولو برای چند روز روند بیماری را عوض می‌کند و به پیشرفت کراتیت منجر می‌شود.
- ۶- هر وقت سیر کراتیت‌های ویروسی با وجود معالجه و برخلاف انتظار روبه وخامت بگذارد باید به دخالت میکربها و قارچ‌ها مخصوصاً در مواردی که سابقه ضربه هم در کار باشد مشکوک شده با اقدامات لازم از سوراخ شدن (پرفوراسیون) قرنيه جلوگیری بعمل آوریم.

در کراتیت‌های ویروسی، اضافه شدن قارچ‌ها روند کراتیت را بکلی تغییر می‌دهد و اغلب اوقات به سوراخ شدن قرنيه منجر میشود. در اینجا به شرح حال یکی از بیماران اشاره میشود.

آقای س-غ، چهل و دو ساله که قبلاً در یک سال، طبق اظهار خودش، دوبار به کزیز کراتیت چشم چپ مبتلا شده بود با کراتیت وسیع سطحی به مطب مراجعه کرد و در معاینه قسمت بیشتر اپی‌تلیوم و ستروما مبتلا شده بود. ضمن تحقیق معلوم شد که کزیز اخیر سه هفته قبل شروع شده، دو هفته پیش شاخه درخت بداخل چشم اصابت و چند روزی هم قطره کورتیکواستروئید مصرف کرده است. بعلت سطحی بودن زخم فوراً قطره کورتیکواستروئید قطع و درمان با قطره گادامایسین و کلرامفنیکول و آتروپین شروع شد. ولی چهار روز بعد پیدایش هیپوپيون و منظره زخم با انفیلترای حلقوی مخصوص، ذهن را بطرف قارچ مخصوصاً اسپرژیلوس فومیکائوس متوجه ساخت و بهمین علت قطره‌های آنتی بیوتیک قطع و قطره سولفاستامیدسی در صدمه همراه آتروپین و مایکوستاتین خود را کی تجویز شد. چون وضع زخم روز بروز بدتر میشد و خطر سوراخ شدن، که از عوارض شایع عفونت‌های قارچی است، در پیش بود؛ محل زخم با الکل یده کوتریزه شد و بیمار جهت ادامه معالجه و دیدار از پسرش به لندن عزیمت کرد و در آنجا تحت معالجه آقای باری جانز قرار گرفت. آقای باری جانز بعد از آزمایش‌های میکربی، عفونت قارچی با اسپرژیلوس و نحوه اقدام قبلی، یعنی قطع آنتی-بیوتیک‌ها را طی نامه‌ای تأیید کرد. بالاخره بیمار بعد از دو ماه ادامه معالجه در لندن بالک وسیع‌التیامی بازگشت.

این شرح حال نمونه‌ای از کراتیت‌های ویروسی است که با اضافه شدن عفونت‌های قارچی روند وخیمی بخود میگیرند. باید در نظر گرفت که از زمان عرضه شدن قطره کورتیکواستروئیدها شیوع عفونت‌های قارچی هم نسبت به قدیم بیشتر شده است. خوشبختانه قرنيه‌سالم در برابر این قارچ‌ها مقاومت دارد ولی قرنيه‌های ناسالم

REFERENCES :

1. Bietti G. B. Les affections cornéennes d'origine virales annales d'oculistique septembre 1973. pages 705_706.
2. David D. Donaldson. Cornea and sclera 1971. vaccinia, varicella, chickenpox keratitis, herpes zoster keratitis Pages 106_107_108_109_110.
3. Demailly Ph. Hamard H. Luton J. P. Oeil et cortison 1975.
4. Denis J. Ecylopedie médico-chirurgicale tome II 21206_D20 keratites virales 3_1974. pages 1015.
5. Offret G. Dhermy P. Brini A. Bec P. Anatomie pathologique de l'oeil et de ses annexes 1974. La keratite dendritique de l'herpes page 129, keratite disciforme page 135.