

روند کرایت‌های ویروسی

«نکاتی چند در این مورد جهت اطلاع همه پزشکان،
هیچ کس از ابتلاء به کرایت‌های ویروسی درمان نیست
و سکل این کرایت‌ها در قرنیه‌یکی از علل مهم
کاهش دید و ناینگالی است.»

* دکتر مجید فروغ *

مجله نظام پزشکی
سال پنجم، شماره ۳، صفحه ۲۱۷، ۲۵۳۵

ویروس گریپ این ویروس میتواند کرایت‌های زودرس نقطه‌ای سطحی و یا نوع دیررس عمقی در قرنیه ایجاد کند. لازم است در دوره ابتلاء و حتی بعداز بهبود مرآقب قرنیه باشیم وبالحساست التهاب در چشم مخصوصاً کاهش دید، معاینه بعمل آوریم. در بیماری نیوکاسل ممکن است ضمん ورم ملتحمه، کرایت‌هم دیده شود که مشی خوش خیم خواهد داشت.

اوریون‌ندرتاً عوارض قرنیه‌آنهم بیشتر بشکل کرایت پارانشیماتوز ایجاد میکند. چندی پیش در پرسچه‌ای که قبل اوریون داشته (سه هفته قبل از مراجعت) کرایت عمقی دیدم و چون اپی‌تلیوم قرنیه کاملاً سالم بود با قظره کورتیکوستروئید در عرض دوهفته خجز‌ستروما برطرف شد.

مهمنترین ویروس‌های دسته دوم که میتوانند کرایت ایجاد کنند عبارتند از:

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

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

واریسل - ندرتاً در قرنیه بملت ترکیدن و ذیکول ممکن است کرایت ایجاد بکند.

انکلوزیون سیتوگالیک - مخصوصاً نوزادان است و امکان دارد حالت عمومی بقدری خراب باشد که در اوائل به کرایت چشم توجیه نشود.

شیوع کرایت‌های ویروسی در سالهای اخیر، مقاوم بودن اکثر آنها نسبت بدroman، خطرات تجویز کورتیکوستروئیدها در اغلب این کرایت‌ها، تغییر روند بیماری مخصوصاً اگر علامت مقدماتی باورم ملت‌جمه‌های آرژیک اشتباه گردد و معالجه صحیح شروع نشود و توجه باینکه هیچ کس از جمله پزشک از ابتلاء به‌این کالت مصون نمیباشد؛ ما را بر آن داشت که مطالعات بالینی خود را در مورد روند متفاوت و متغیر این کرایت‌ها 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 آشنائی و لزوماً پیش‌گیری از حوادث و خیم در این مورد، مفید خواهد بود.

همانطور که از عنوان مقاله پیدا است معمولاً باحث در روند کرایت‌های ویروسی است. لذا سعی خواهیم کرد فقط به قسم‌هایی که تاحدی به سیر بیماری ارتباط دارند پردازیم. قبل از میدانیم که ویروس‌های مسئول و صفات مشترک کرایت‌های ویروسی را با اختصار شرح دهیم.

اصولاً ویروس بر حسب نوع آسیدنوکلئیک بدوسته تقسیم میشوند: دسته‌ای که آسیدربیونوکلئیک دارد و دسته‌ای دیگر که دارای آسیدذکسی دیبونوکلئیک میباشد.

مهمنترین ویروس‌های دسته اول که ممکن است کرایت ایجاد گنند عبارتند از:

ساده آلرژیک توسط همکاران طبیب و جراح تحت درمان قرار گرفته و بعد از چند هفته بیلت پیشرفت بیماری به چشم پزشک معترض شده است. در میان پرونده چهل و شش بیمار تشخیص واقدام دو همکار که یکی جراح عمومی و دومی طبیب داخلی است، قابل ذکر است. هر دو همکار محترم التهاب و هیپر می ملتحمه چشم بیمار خود را به حساب ورم ملتحمه آلرژیک گذاشته و مدت یکی دو هفته از قدره دگرامتاژون استفاده کرده بودند. اما در معاينه معلوم شد که بیماری کراتیت سطحی، ویروسی است و استعمال قطره دگرامتاژون باعث توسعه کراتیت شده. بنابراین لازم است پزشکان محترم با ملاحظه هیپر می ملتحمه همراه با ترشح مختصر و یا حتی بی ترشح و تعریز پیشتر سرخی والتهاب در دور قرنیه، فوتوفوبی، اشگریزش، احساس جسم خارجی همراه با درد و یا گاهی بی درد نگران شروع کراتیت باشند و بیمار را به چشم پزشک معترض کنند. البته اگر کراتیت های ویروسی باز خم و سیع قرنیه شروع شود، امکان عدم تشخیص و اشتباه خیلی کم است ولی اغلب اوقات کراتیت های سطحی پونکتوئه با علائم فوق الذکر خفیف، ظاهر میکنند و در این مرحله باید با تشخیص موقع از بکار بردن قطره های کورتیکوستروئید خودداری شود.

کراتیت های عمیق: یکی از اشکال بالینی مهم کراتیت هاست که با بررسی بافلورسین و بیومیکروسکوپ معلوم میشود که اپی تیلوم سالم مانده و خیز طبقه سترومارا فرا گرفته است. لذتا تجویز کورتیکوستبروئید در این نوع کراتیت ها بسیار مفید و مؤثر است، منتهی باید توجه شود که حتی المقدور درمان بصورت تزدیق زیر ملتحمه انجام پذیرد و قطره در دسترس بیمار نباشد و گرفته ممکن است بیمار با احساس آرامش دائمآ از این ترکیبات حتی در مواردی که بحرانی در کار نیست استفاده کند. به این نکته مهم باید توجه کرد که ادامه استفاده از قطره های کورتیکوستروئید رشد ویروس را تسهیل میکند و امکان دارد که نوع پارانشیماتوز به نوع سطحی تبدیل شود. در این قسمت به شرح حال های متعددی برخورد کرده ام که به چند اختصاراً اشاره میکنم.

آفای M و 22 ساله با کراتیت چشم چپ دو سال پیش تحت معاينه قرار گرفت و در بررسی معلوم شد که به کراتیت عمقی مبتلاست. بیمار مدت های تحت درمان ضد سیفیلیس و قطره های آنتی بیوتیک و D.U.I قرار گرفته بود. وقتی که معالجه با قطره کورتیکوستروئید شروع شد در عرض یک هفته خیز ستروما بینیان قابل توجهی کاهش یافت و دید، که بشمردن انگشت ها از دو متری رسیده بود، به $\frac{2}{3}$ بالارفت. لذا از هفته دوم تیر ملتحمه محلول کورتیکوستروئید

زو نافا افتالامیک - عوارض قرنیه در زونا باشکال مختلف مثل وزیکول و زخم های سطحی و کراتیت نقطه ای و کراتیت دیسی فورم «Disciforme» دیده میشود. بعضی اوقات در زونا ممکن است کراتیت حتی قبل از بثورات و یا به صورت عارضه دیرین 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 زونادرورمی کند. بطوریکه اصطلاح کراتیت زونای بدون تظاهر «زونا» معمول شده است. در هر حال صلاح در این است که همیشه با ملاحظه کراتیت، چن های پوست پلک و ریشه بینی از این نظر بررسی شود. اصولاً در زونا، چه در جریان بیماری و چه در دوره بهبود، باید نگران پیدایش کراتیت باشیم و هر گز نباید در این قبیل بیماران بی آنکه مورد داشته باشد قطره کورتیکوستروئید تجویز شود. گاهی دیده میشود که در مبنایان به زونا افتالامیک بی مشورت با چشم پزشک قطره کورتیکوستروئید معرف میگردد که ممکن است عوارض سوء داشته باشد و به پیدایش کراتیت کمک کند.

ویروس تب خال- در اسالهای اخیر شیوع کراتیت های هر پتیک توجه چشم پزشکان را شدیداً بخود معطوف داشته است و این قسمت را موقع مورد بحث قرار خواهیم داد.

صفات مشترک کراتیت های ویروسی عبارتند از:

- شیوع بیماری

۱- معمولاً در جوانها و بیشتر در جنس مذکور دیده میشوند. در چهل و شش پرونده بیماران شخصی که مورد مطالعه ماقرار گرفته، می ونه تن مرد و بقیه زن بوده اند و سن اغلب بیماران بیست و پنج تا سی و پنج سال بوده است.

۲- معمولاً یکطرفه هستند. جالب است مذکور 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.

۳- اغلب اختلال حس قرنیه در کار است. هر چه این اختلال بیشتر باشد روند بیماری وخیم تر است.

۴- معمولاً عود کننده هستند.

۵- بشکل کراتیت سطحی یا عمقی دیده می شوند.

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

کورتیکوستروئید، هر هفته یکبار، بتدريج خيرخيلي کاهش يافت، و در تاریخ ۵۲/۹/۱ دید به $\frac{7}{۱۰}$ و در تاریخ ۱۷/۱۰/۵۲ به $\frac{۸}{۱۰}$ رسید. لذا درمان قطع شد. در هر مراجمه فشار چشم طبیعی بود. قرنیه بیمار هر ماه معاینه نمیشد، تا اینکه در تاریخ ۲۴/۲/۱۳۵۲ در کراتیت بشکل تحت حاد عمقی عود کرد و فوراً تزریق کورتیکوستروئید در زیر ملتحمه به عمل آمد (هر هفته یک تزریق). در تاریخ ۵/۴/۵۳ خیز قرنیه بمقدار قابل توجهی برطرف شد و دید که به $\frac{۴}{۱۰}$ رسیده بود به $\frac{۸}{۱۰}$ بالا رفت. در این تاریخ درمان قطع شد. باز در تاریخ ۲/۹/۵۳ کراتیت عمیقی عود کرد و دید به $\frac{۲}{۱۰}$ رسید و با تزریق محلول کورتیکوستروئید به مدت سه ماه هر هفته یک بار، قرنیه شفاف شد و میزان بینائی برای چند مینی بار به $\frac{۸}{۱۰}$ رسید و از تاریخ ۱۲/۴/۵۳ درمان متوقف گردید و تا امروز وضع قرنیه رضایت‌بخش می‌باشد و کراتیت بیمار عود نکرده است. بارها این بیمار از نظر عمومی تحت معاینات لازم قرار گرفته و اختلال عمومی در دستگاهها دیده نشده است. این شرح حال نمونه‌گوییا و مشخصی از عود کراتیت‌های عمیقی است و چون بیمار شخص فهمیده و علاقه‌مند به سلامت چشم خود می‌باشد و هیچ وقت دارو بعمل خود مصرف نمی‌کند و مرتبآ جهت آزمایش‌های لازم مراجمه کرده، شاید بهمین دلایل از تغییر شکل عمیقی به سطحی جلوگیری شده است.

مواردی هم دیده نمی‌شود که کراتیت در یک قسم از قرنیه، عمیقی و در قسم دیگر سطحی است، بطوریکه فلورسین فقط یکی دو منطقه را بخود می‌گیرد. در این حالات تجویز کورتیکوستروئید چه بشکل قطره و چه بشکل تزریق زیر ملتحمه خطر ناک است. در این مورد به شرح حال آفای ک- آ اشاره می‌کنم. این بیمار چهل و پنج ساله با کراتیت چشم راست مراجمه کرد. در معاینه قسم اعظم قرنیه کراتیت عمیقی داشت و در دو نقطه زخم اپی‌تیال جلب توجه می‌گرد. بیمار سه هفته تحت درمان با آتنی بیوتیک و میدریاتیک می‌گرد. بیمار سه هفته تحت درمان با آتنی بیوتیک و میدریاتیک قرار گرفت و دیگر مراجمه نکرد، تا اینکه با کراتیت و سیمی سطحی به مطلب آمد و در معاینه معلوم شد بعده چند روز از قطراهای کورتیکوستروئید مصرف کرده است و استعمال این قطراهای 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 قسم وسیعی از قرنیه را مبتلا می‌سازند. تعدادی از کراتیت‌ها، حتی با درمان بموقع، روند وخیم دارند و به اختلال شدید بینائی منجر

تزریق شد و با چهارمین تزریق دید به $\frac{۶}{۱۰}$ رسید و خیز ستروما در حدود هشتاد درصد از بین رفت و چون بیمار اهل شهرستان بود بادرمان ناتمام به شهر خود مراجعت کرد، بعد از شش ماه با کراتیت وسیع سطحی بازگشت و معلوم شد که در چند ماه اخیر گاه‌به‌گاه از قطره کورتیکوستروئید که فقط برای یک هفته تجویز شده بود، استفاده کرده است. دوره معالجه دو ماه طول کشید و بالاخره بالک وسیع النیامی از تهران رفت.

آفای ک- آ، چهل ساله، حدود دو ماه پیش با کراتیت چشم راست تحت معاینه قرار گرفت و در معاینه کراتیت عمیقی جلب توجه کرد. لذا درمان با قطره کورتیکوستروئید را برای مدت ده روز شروع کردیم. بتدريج خیز قرنیه کمتر شد و دید به $\frac{۲}{۱۰}$ رسید. سپس تزریق زیر ملتحمه شروع شد و با سومین تزریق دید به $\frac{۵}{۱۰}$ رسید. ولی بیمار بعلت عجله‌ای که داشت توانست در تهران بماند. از بیمار خواستم که غیر از قطره آتنی بیوتیک داروی دیگری در چشم نریزد. این بیمار حدود سه ماه پیش با کراتیت سطحی وسیع مراجمه کرد و معلوم شد که بعلت عود بیماری، در محل ارتشده اول یعنی قطره کورتیکوستروئید استفاده کرده و با بهتر شدن التهاب چشم بعده دو ماه از این قطره در چشم ریخته است. این دفعه زخم وسیع قرنیه، مثل معمول، بدرمان مقاومت نشان داد و بتدريج زخم روند و خیمی بخود گرفت و بالاخره با توصل به کوتربیزاسیون با الكل یده (در دو مرحله) از سوراخ شدن زخم جلوگیری بعمل آمد. دوماه و نیم طول کشید تازخم قرنیه به لک و اسکولاریزه تبدیل شود. البته موارد متعددی از کراتیت‌های پارانشیماتوز دیده‌ایم که به درمان با کورتیکوستروئیدها پاسخ مثبت داده‌اند و بعلت قطع درمان بعداز بهبود و عدم ادامه آن از طرف بیمار، عوامل فوق الذکر ایجاد نشده است. باید در نظر داشت که اصولاً این نوع کراتیت‌ها هم عود کننده می‌باشند، منتهی در فاصله حملات (کریزها) باید کورتیکوستروئیدها بکلی قطع شود تا حتی المقدور از تبدیل شدن ورم عمیقی به سطحی جلوگیری بعمل آید. نگارش شرح حال خانم ف- ف را از این نظر لازم میدانم. این خانم هبده ساله بعلت کراتیت چشم چپ در تاریخ ۱۱/۲/۵۲ مراجعت 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 عمیقی ویروسی به تزریق کورتیکوستروئید زیر ملتحمه اقدام شد. در تاریخ ۲۰/۷/۵۲ دید از سه متری به $\frac{۲}{۱۰}$ رسید و خیز قرنیه خیلی کم شد. در این تاریخ یک تزریق دیگر کورتیکوستروئید هیدروسلولول به عمل آمد و در تاریخ ۳۰/۷/۵۲ دید به $\frac{۴}{۱۰}$ رسید و خیز از محیط به مر کز کم شد. با ادامه تزریق

ماه درمان‌های لازم بعمل آمد تا بالاخره چشم سفیدشد ولکه این‌تیامی مرکز پیوند را پوشاند و قدرت بینائی بکلی مختل شد. اینک گاه‌گاه مراجمه میکند و اصرار دارد که بقول خودش بازهم به‌لکه گیری از چشم اقدام شود. ولی با توجه به‌سابق امروزکریزهای متعدد عمل مجدد را اقلالاً تا مدتی مقرن به صلاح نمیدانم.

بیمار دیگری که مرد سی و شش ساله بود، با سومین کریز کراتیت هر پیشک تحت معالجه قرار گرفت. وقتی که این‌تیام حاصل شد «گرف پروفوردان»، قرنیه در این چشم بعمل آمد و اینک سه‌سال است که خوشبختانه کریز مجدد دیده نشده و نتیجه عمل از هر لحاظ مثبت و رضایت‌بخش میباشد. بطوریکه ملاحظه میشود بازگشت بیماری از نظر بالینی حتی بعد از عمل پیوند هم قابل پیش‌بینی نمیباشد. 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 قرنیه کاملاً شفاف بود، کریز کراتیت پیدا شد ولی در بیمار دوم سه‌سال است خوشبختانه این بازگشت دیده نشده است.

۴- مسئله اضافه شدن میکرها 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 هرپیتیک عود کننده چشم چپ مبتلا بود، سه‌سال پیش باکریز کراتیت مراجمه کرد و در معاینه زخم و سیع در مرکز قرنیه دیده شد که فلورسین را بطور کامل بخود میگرفت. درمان با آنتی‌بیوتیک‌ها مثل کلرام فنیکول مخلوط با سولفاستامید و قطره نشواماًسین و آتروپین شروع شد. از بیمار خواستم هردو روز یکبار جهت بررسی مراجمه کنم. در مرارجعه سوم وضع کراتیت بدتر و در قسمتهای محیطی مناطق دیگری از زخم بشکل افیلترا (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 میکرها و روند طولانی بیماری است، از بیمار خواستم چهل و هشت ساعت قطره در چشم نریزد سپن از ترشح زخم آزمایش میکری بعمل آمد و دیپلوباسیل پتی‌موراکس در زخم دیده شد. فوراً به تزدیق کلرام فنیکول در زیرملتحمه و تقطیر مکر آن‌اقدام گردید و بعلت ترشح شدید مخاطه محلول آلفاکیموترپیسین هم روزانه شش مرتبه بشکل قطره در چشم ریخته شد. بعد از دوهفته وضع زخم بتدریج بهتر شد و در هفت‌هه قهارم اپی‌تلیوم قرنیه شروع به رُز نراسیون کرد و این‌تیام 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. هردو بیمار یکی در دو سال پیش و دیگری هشت ماه قبل باکراتیت سطحی نتقاء ای تحت‌معاینه این‌جانب قرار گرفتند. در هردو نفر از دویا سه‌هفته پیش کراتیت شروع شده بود. دو بیمار تا قبل از مراجمه به‌مطلب به‌علل مختلف از قبیل گرفتاری و عدم دسترسی به چشم پزشک داروگی در چشم خود نداخته بودند. در معاینه دیده شد که کراتیت در حال این‌تیام است، لذا جهت بررسی بیشتر از تجوییز هر نوع دارو خودداری شد و از بیماران خواسته شد هر روز جهت معاینه مراجمه کنند. بعد از یک هفته در بیمار نوزده ساله وبعد 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 کرده‌اند 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 به‌لبه دیوار و شاخه درخت (در حدود دو هفته تا یک ماه قبل از ابتلاء) وجود داشته است. این ضربه روند کراتیت بیمار دوم و سوم را عوض کرده بود.

۲- بیمارانی که کراتیت آنها روند طولانی و حتی بدخیم (از نظر سودارخ شدن) داشت، از سلامت کامل برخورد آبوده‌اند و بدین ترتیب معلوم میشود که در کراتیت‌های ویروسی بر عکس کراتیت‌های باکتریائی و میکری و قارچی ضعف مراجع 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 دوبار و بقیه فقط یک مرتبه به کریز کراتیت مبتلا بوده‌اند. در بین بیماران باکریزهای متعدد شرح حال دو بیمار قابل ذکر است. یکی از این بیماران جوان سی ساله آموزگار یکی از شهرستان‌ها است. این بیمار در سه‌سال پیش باکراتیت سطحی و سیع به‌مطلب مراجمه کرد. بطوریکه اظهار میداشت در پنج سال هفت باد به عود کراتیت دچار شده بود. هفت‌مین حمله (کریز) مدت دوماه طول کشید تا این‌تیام حاصل شد و چون دو سوم قرنیه لک داشت بیمار را تحت عمل پیوند قرنیه قرار داد و نتیجه عمل از هر لحاظ رضایت‌بخش شد. مدت دو سال و نیم قرنیه کاملاً شفاف بود ولی شش ماه پیش هشت‌مین کریز کراتیت روی پیوند ظاهر کرد و حدود دو

خصوصاً قرنیه های مبتلا به کراتیت های ویروسی، که مدتی هم تحت درمان با کورتیکوستروئیدها و آنتی بیوتیک ها قرار گرفته باشند، برای حمله قارچ ها علی الخصوص آسپرژیلوس و کاندیدا آلبیکانس زمینه مستعدتری دارند که البته عامل ضربه هم این زمینه را آماده تر می کنند. پس در مواردی که سیر کراتیت ویروسی روبه و خامت می گذارد باید مسئله اضافه شدن میکر بها و قارچ ها مورد توجه قرار گیرد.

نتیجه:

بررسی شرح حال چهل و شش بیمار مبتلا به کراتیت های ویروسی در طی پنج سال اخیر نکات زیر را مطرح می سازد:

- ۱- سیر بالینی کراتیت های ویروسی متغیر و متفاوت است.

- ۲- در مورد مدت معالجه نبیتوان اظهار اقطع قطعی کرد.
- ۳- بیمارانی که به کراتیت های ویروسی - طحی و یا عمقی مبتلا هستند و با درمان و یا با عمل پیوند قرنیه بهبود کامل یابند باز در معرض تهاجم مجدد ویروس های کراتیت زا قرار دارند و از عود بیماری درمان نمیباشند.

- ۴- در مواردی که تجویز کورتیکوستروئیدها مثل کراتیت های عمیق پارانشیماتوزاندیکاسیون داشته باشد صلاح است حتی المقدور درمان بشکل تزریق زیر ملتحمه سورت گیرد تا یماد تواند قطره کورتیکوستروئیدها را در فاصله کریزها مصرف کند.

- ۵- شروع کراتیت های ویروسی طحی نباید با اورام ملتحمه آلرژیک اشتباہ شود، چون تجویز قطره کورتیکوستروئیدها در این موارد ولو برای چند روز رو ند بیماری را عوض می کند و به پیشرفت کراتیت منجر می شود.

- ۶- هر وقت سیر کراتیت های ویروسی با وجود معالجه و برخلاف انتظار روبه و خامت بگذارد باید بدحالت میکر بها و قارچ های مخصوصاً در مواردی که سابقه ضربه هم در کار باشد مشکوک شده با اقدامات لازم از سوراخ شدن (پرفوراسفون) قرنیه جلو گیری بعمل آوریم.

REFERENCES :

1. Biatti 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 keratites Pages 106_107_108_109_110.
3. Demailly Ph. Hamard H. Luton J. P. Oeil et cortison 1975.
4. Denis J. Ecyclopedie 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.

در کراتیت های ویروسی، اضافه شدن قارچ ها روند کراتیت را بلکه تثییر می دهد و اغلب اوقات به سوراخ شدن قرنیه منجر می شود. در اینجا به شرح حال یکی از بیماران اشاره می شود.

آقای س-غ، چهل و دو ساله که قبل از دیگ سال، طبق اظهار خودش، دوبار به کریز کراتیت چشم چپ مبتلا شده بود با کراتیت وسیع سطحی به مطب مراجعه کرد و در معاینه قسمت بیشتر اپی تلبوم و ستروما مبتلا شده بود. ضمن تحقیق معلوم شد که کریز اخیر سه هفته قبل شروع شده، دوهفته پیش شاخته درخت بداخل چشم اصابت و چند روزی هم قطره کورتیکوستروئید مصرف کرده است. بعلت سطحی بودن زخم فوراً قطره کورتیکوستروئید قطع و درمان با قطره گاراما یسین و کلرامینیکول آتروپین شروع شد. ولی چهار روز بعد پیدایش هیپو پیون و منظره زخم با افیلترا ای حلقوی مخصوص، ذهن را بطرف قارچ مخصوصاً آسپرژیلوس فومیگانوس متوجه ساخت و بهمین علت قطره های آنتی بیوتیک قطع و قطره سولفات امیدسی در صدهرما آتروپین و مایکوستاتین خود را کی تجویز شد. چون وضع زخم روزی وز بدتر می شد و خطر سوراخ شدن، که از عوارض شایع عفونت های قارچی است، در پیش بود؛ محل زخم با الكل یده کو تریزه 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 آزمایش های میکروبی، عفونت قارچی با آسپرژیلوس و نحوه اقدام قبلی، یعنی قطع آنتی بیوتیک ها را طی نامه ای تأیید کرد. بالاخره بیمار بعد از دو ماه ادامه معالجه در لندن بالک وسیع التیامی باز گشت.

این شرح حال نمونه ای از کراتیت های ویروسی است که با اضافه شدن عفونت های قارچی روند و خیمی بخود میگیرند. باید در نظر گرفت که از زمان عرضه شدن قطره کورتیکوستروئیدها شیوع عفونت های قارچی هم نسبت به قدیم بیشتر شده است. خوش بختانه قرنیه سالم در برابر این قارچ ها مقاومت دارد ولی قرنیه های ناسالم