

دیدگاه کلی درباره جذام در ایران

مجله نظام پزشکی

سال هشتم، شماره ۱، صفحه ۱، ۱۳۶۰

دکتر ولی الله آصفی - حسن سزاوار*

مقدمه و تاریخچه:

جذام یکی از بیماریهای عفونی مزمن و مسری است، که درجه شدت سرایت آن از دیگر بیماریهای عفونی و از جمله بیماری سل فوق العاده کمتر است. بسیاری از مؤلفان تاریخ پیدایش بیماری را در جهان، سالها قبل از میلاد مسیح ذکر کرده اند (۱۲). در طول تاریخ، رفتار بشر در برابر مجذومین بقدری بی رویه و نامعقول بوده که درج شرح اینگونه رفتارها، صفحات تاریخ پزشکی را سیاه و لکه دار کرده است. در خلال ادوار مختلف تاریخ، جهل و نادانی، که معمولا همراه با تعصب و خودخواهی میباشد، منتج بر اعمال روشهای غیر انسانی و خشونت باری گشته، که انسان با مطالعه شرح صحنه های رقت آور و دلخراش آن از طرز رفتار اجداد و گذشتگان خجل و شرمسار میشود (۱۲).

در گذشته مجالس قانونگزاری، قوانین مبتذل و غیر انسانی بتصویب میرساندند. مجذوم را از کلیه حقوق اجتماعی محروم میساختند. بجای آگاه ساختن افراد اجتماع و چاره جوئی برای رهایی آنها از این بیماری خانمانسوز، زنگوله بپای مجذومین می بستند تا مردم با شنیدن صدای آن از فاصله دور، از نزدیک شدن به بیمار احتراز جویند. لباس مخصوص برای آنان تهیه و تدارک می دیدند، علائم و نشانهای مخصوص بر سینه شان الصاق و یا بر گردنشان آویزان میکردند، تا مردم با مشاهده آن علائم و نشانها فرار نمایند. دستگاه پرطمطراق کلیسای آن زمان مردم را دعوت میکرد و در حضور جمع مجذوم را جزو مردگان بشمار می آورد و در یک جلسه

تشریفاتی خاص او را، در مقابل محراب عبادتگاه بی هویت اعلام و ورقه هویش را باطل میکرد.

علاوه بر اقدامات ظالمانه فوق الذکر، که بر محرومیت مجذوم از کلیه حقوق اجتماعی منجر میگشت، با توسل به تبلیغات وسیع دور از واقعیت، توده نا آگاه را بطور مستمر و مداوم در حالت وحشت، تنفر و بیخبری محض نگه میداشت. جذام را جزو بلیات آسمانی و مجذوم را در جرگه گناهکاران بالذات و بالفطره بحساب می آوردند، بنابراین احتراز از مجذوم و تنفر و انزجار از او، امر طبیعی بشمار می آمد. از آنجا که جهل و نادانی در اکثر نقاط جهان سایه شوم خود را گسترده لذا روشها و رفتارها در برابر مجذوم و طرز تفکر آحاد اجتماع درباره بیماری جذام در همه جا تقریباً یکسان و تاحدودی مشابه بوده است، باین فرق کلی که پس از گذشت زمان، در کشورهای مرفعی، بر اثر پیشرفت علوم عینی و تجربی، وقوع انقلابات فرهنگی و تأثیر بارز این دگرگونیها و تحولات در طرز تفکر توده مردم، بالا رفتن سطح فرهنگ عمومی و آگاهی افراد اجتماع بر بطلان خرافات و شایعات واهی، بر طبق معمول پیشقراولان فداکار و انسان دوست کمر بخدمت این انسانهای محروم می بندند سپس بتدریج مهمانخانهها و آسایشگاهها برای نگهداری و پرستاری مجذومین احداث و تأسیس میشوند و عدهای انسان متعهد و مسئول عمری را در خدمت باین بیماران مصروف میدارند و نام نیکی برای ابد از خود بیادگار باقی میگذارند (۱۱).

* بخش تحقیقات بالینی انستیتو پاستور ایران - تهران.

ترس و وحشت واهی از جذام و بی‌توجهی و عدم اعتناء مسئولین بهداشت و درمان وضع تقریباً بهمان شکل دوره‌های گذشته باقی مانده و تغییر محسوسی پیدا نکرده است.

در تمام ادوار تاریخ، ترس و وحشت خارق‌العاده برجسته ما حکمفرما بوده و یگانه راه مبارزه با بیماری جذام احترام‌زوفرار از بیمار و طرد و اخراج مبتلایان از خانه و کاشانه و اجتماع تشخیص داده شده است. لذا با توجه بطرز تفکر افراد اجتماع، بویژه پرسنل پزشکی و پیراپزشکی، عدم اقدام مسئولین و غفلت آنان در مسائل درمانی، پیشگیری و آموزش بهداشت و وجود ترس و وحشت، سالهاست که بیماری در کشور ما رحل اقامت افکنده و باسیل جذام در بدن انسانهای بیگانه لانه گزیده است و چون اقدام مؤثر و صحیح درباره مبارزه با جذام بعمل نیامده، بیماری به‌یورش بی‌رحمانه خود ادامه داده، باسیل هانسن بلاعارض مانده و در نتیجه عده کثیری از افراد اجتماع، بویژه نوجوانان که زمینه مساعد داشته و با بیماران باسیلیفر در تماس بوده‌اند، مبتلا شده و میشوند، که متأسفانه به‌علل مختلفی که بعداً بدانها اشاره خواهیم کرد، عده مبتلایان روز بروز رو‌ب‌تزايد گذاشته است (۱) و (۳).

بمرور زمان و گذشت ایام یا بعلمت شیوع بیماری در يك منطقه، اکثر ساکنین برخی از روستاهای کشور به بیماری مبتلا گشته و بسبب داشتن اکثریت، در زادگاه خود باقی مانده‌اند، بطوریکه این روستاها بنام روستای مجذومین و یا مناطق جذام خیز شهرت یافته‌اند و یا اینکه برخی از افراد نیکوکار و خیر، محلی را برای سکونت و یا نگهداری مجذومین وقف و یا تخصیص داده‌اند، که بعدها بصورت آسایشگاه درآمده است، مانند قلعه مجرا بخان در شهر مشهد. ولی در دیگر روستاها اگر فردی مبتلا به جذام میشد و حتی چنانچه باین بیماری شهرت مییافت، وسیله ساکنین روستا از محل اخراج و در کنار جاده‌ها و یا مکانهای دورافتاده رها میشد. در حدود ۹۰ سال قبل عده‌ای از مجذومین نواحی مختلف آذربایجان بر اثر تهدید مأمورین حکومتی و شدت عمل مردم جاهل و نادان، بسبب استیصال، همراه اعضاء خانواده خود، قافله‌ای را ترتیب داده، زادگاه و دیار خود را ترک مینمایند و پس از سرگردانی زیاد در دره‌ای واقع ما بین جاده قدیم تبریز و ارسباران، بنام «آرپا تپه‌سی» بدون داشتن حفاظ طبیعی و پناهگاه فرود می‌آیند و دست باحداث کلبه‌های گلی و حتی مسجدی کوچک میزنند و در آن محل سکنی میگزینند، که هنوز هم آثار و بقایای آن باقی است. در حدود شصت سال قبل، منطقه‌ای بنام «بابا باغی»، که شکارگاه دودمان قاجار بوده و در فاصله ۲۲ کیلومتری شهر تبریز واقع شده و محیط و اطراف آنرا رشته کوه‌هایی فرا گرفته است، برای جمع

پس از کشف سولفون و تأثیر نیکو و شفا بخش این دارو در درمان جذام، مداوا و مجزاساختن مبتلایان بشکل باسیلیفر، تا مرز حله پاک شدن ظاهری بیمار از باسیل هانسن و حصول اطمینان از عدم سرایت بیماری از فرد بیمار باطرافیان، موارد تماس، بویژه اعضاء خانواده، که تماس مکرر و صمیمی با بیمار دارند، عملی میگردد. با شرکت فعال پزشکان و دانشمندان نقاط مختلف گیتی، که مرز و نژاد و رنگ و غیره برای آنان مطرح نیست، در جلسات بحث و گفتگو برای چاره‌اندیشی و تصمیم‌گیری نهائی، گرفتاری عمیق هم‌نوعان خود و تجسس راه حل معقول و پسندیده، فراهم شدن امکانات برای تشکیل و برقراری کنکرها و مختلف و بحث و فحص آنان در مسائل بفرنج و پیچیده و جمع بندی نظرات مختلف و استفاده از مسئله شور و مشورت و نتیجه‌گیری از بحث و گفتگو و بالاخره با عملی ساختن بیماریابی* در سطح وسیع، درمان صحیح بیماران شناخته شد و با زبینی و پیشگیری مداوم و مستمر بیماران و تحت نظر گرفتن موارد تماس، بیماری در کشورهای پیشرفته، بویژه در ممالک اروپائی، بتدریج با کوشش مداوم این انسانها، مهار میگردد. بطوریکه در حال حاضر در میان کشورهای اروپائی فقط چند کانون کوچک، که تحت کنترل و مواظبت شدید قرار گرفته‌اند، وجود دارد.

در بعضی کشورهای اروپائی چنانچه موارد جدیدی مشاهده میگردد، مبتلایان یا کارگرانی هستند که برای اشتغال بکار باین کشورها مهاجرت نموده‌اند و بیماری جذام در موطن اصلی و زادگاه آنان هنوز هم شایع است و یا اروپائینی هستند که برای کار و مأموریت‌های گوناگون بکشورهائی که بیماری جذام در آن کشورها شیوع دارد، مسافرت نموده و مدتی اقامت گزیده و بطور استثنائی به بیماری مبتلا شده‌اند. اکنون در کشورهای پیشرفته، شفا یافتگان از جذام دو شادوش دیگر انسانها بکار و کوشش اشتغال دارند و بزنگی عادی ادامه میدهند. بر اساس آمار موجود عده شفا یافتگان از جذام در هر يك از این کشورها از چند صد تن تجاوز نمی‌کند و موارد جدیدی که اهل این ممالک باشند بندرت مشاهده میشود.

لازم بیادآوری است که در شرایط کنونی فقط دو مسئله موجبات نگرانی مسئولین بهداشت و درمان این کشورها را فراهم آورده است. اول مسئله مهاجرت عده کثیری کارگر از کشورهای آلوده باین ممالک و در ثانی پدیده مقاومت باسیل هانسن در برابر داروهای ضد جذام، که درباره این دو موضوع بحث خواهد شد.

اما در کشورهای عقب نگهداشته شده و یا در حال پیشرفت و از آن جمله در کشور ما بعلمت عدم آگاهی توده مردم از بیماری جذام، فقدان آموزش همگانی، پائین بودن سطح فرهنگ عمومی، وجود

فارس و کرد) و یا مذهبی از قبیل اختلاف سنی و شیعه قبلای طرح- ریزی می‌شده است. بنا باظهار مجذومین معمر و سالخورده، که هم شاهد و ناظر بر زندگی رقت بار مجذومین در آرپاتیه‌سی و هم آسایشگاه با با باغی بوده‌اند، هفته‌ای یکبار شخصی بعنوان پزشک با آسایشگاه می‌آمده و بر طبق دستور قبلی، بیماران در یکسو و پزشک در آنسوی جوی آب قرار می‌گرفتند. پزشک با در دست داشتن چوبدستی بلند از آنسوی جوی آب پارچه‌های مندرس را که با آنها بیماران صورتشان را پوشانده بودند، کنار میزد و آنان را مورد معاینه قرار می‌داد سپس داروهائی بشکل قرص، پماد و یا شربت بسوی آنها پرتاب می‌نمود. دسترسی به دارو و مخصوصاً پماد یکی از موجبات درگیری بیماران با یکدیگر و مناظره و مشاجره دسته جمعی را سبب می‌شده است (۳).

اینست آنچه که ما پزشکان، بویژه مسئولان بهداشت و درمان کشور باید از تاریخ معاصر بیاموزیم و مسئله جذام را همانند یک بیماری ساده و بی‌اهمیت تلقی نکنیم. زیرا اولاً جذام را نباید در آسایشگاه مطالعه نمائیم و با بازدید چند ساعته و مورد تفقد قرار دادن چند تن مجذوم تصور کنیم که داریم درباره جذام و مجذوم تحقیق میکنیم و تکلیف را از خود ساقط بدانیم، بلکه باید اندکی بخود زحمت بدهیم و بمحل اصلی مجذومین یعنی روستاهای دورافتاده کوهستانی مسافرت کنیم و ثانیاً باین نکته اساسی توجه نمائیم که جذام فقط یک بیماری جسمی نیست، بلکه شکنجه‌های روحی، تحقیرها و اهانتها، مطرود شدن مجذوم از جامعه و دهها عوامل دیگر چنان در صفحه مغز مجذوم و افراد خانواده‌اش نقش بسته‌ومی‌بندد که منجر با استقرار و برقراری عقده‌های پیچیده روانی میگردد که جبران و بهبود این پدیده‌ها بسیار مشکل میباشد. پس بیایید رقابتهای ناپسند، عناد و لجاجت را در این دوران شکوفائی انقلاب که خون هزاران شهید و گلخانهائی که هنوز به غنچه نرسیده در این راه پژمرده شدند، آن را بشمر رسانند، بعنوان تزکیه نفس کنار بگذاریم و رئیس و مرئوس، وزیر و معاون و مدیر از پشت میز بلند شویم و حداقل یکبار از محل و مأوای مجذومین از آسایشگاه گرفته تا قلعه کوههای سر بفلک کشیده و قلب جنگلها دیدن کنیم، تا دیگر جذام را یک مسئله ساده و بی‌اهمیت تلقی نکنیم و در پشت میز و اطاقهای در بسته و محدود کاخهای مرکزی طرح نریزیم و تصمیم ناآگاهانه و عجولانه اتخاذ نمائیم و وسائل رفاه و آسایش فکری و امکانات و تسهیلات برای کسانی که از صمیم قلب در این راه قصد خدمت و مطالعه دارند فراهم آوریم. تا اینکه نام ما همانند نام آنان که اکنون سرگذشت اعمال بوالهوسانه‌شان را مطالعه کردیم در تاریخ ثبت و ضبط نگردد.

آوری مجذومین اختصاص داده میشود. از آنجا که در این دوران ظلمت استبدادی، زور و دیکتاتوری بر جامعه حکمفرما بوده‌است، در مبارزه با جذام نیز از این رویه ناپسند و ناشایست استفاده میشود و با صدور بخشنامه‌های کدخدایان را موظف و مکلف میدارند که بمحض اطلاع از وجود فرد مبتلا بجذام، مراتب را بفرماندار مری گزارش کنند. ژاندارم، مجذوم را همانند جانین و محکومین دست بسته پیشاپیش اسب بمحلی که بنام آسایشگاه نامگذاری شده بود، می‌آورد و بمتصدیان تحویل میداد و رسید دریافت میکرد. بر طبق مدارک موجود بر اساس روایات متواتر در خلال این روزگار ظلمانی و سیاه استبداد، چه بسا افراد سالمی که مورد غضب کدخدا و یا عمال و یادی حکومتی واقع و یا منبع مناسبی برای رشوه‌گیری تشخیص داده میشدند، جزو قهرست سیاه کدخدا قرار می‌گرفتند و بدست ژاندارم سپرده میشدند و این روش یکی از طرق اخاذی و برچسب زدن با افراد و ارباب و تهدید بشمار میرفت.

در آسایشگاه با با باغی اکثر خانه‌ها گلی بوده و با تهدید و ارباب و ضربات شلاق متصدیان سنگین دل و جانی، با بازوان نحیف و دستان رنجور مجذومین، که علاوه بر آلام جسمی و روحی از فراق عزیزان و دوری از شهر و دیار رنج عمیقی احساس میکردند و فشارهای وارد بر روح و روان همچون کوه عظیمی بر قلب نازکتر از شیشه آنان سنگینی میکرد، ساخته میشود که هنوز هم نمونه‌هایی از آثار و بقایای آن باقی است.

بمجرد اینکه ژاندارم مجذوم را تحویل میداد، به دستور متصدی آسایشگاه، که هنوز هم بجزیران اعمال ننگین‌اش بزنگی نکبت‌بار خود ادامه داده و نگارنده چند سال قبل مصاحبه‌ای با او داشته‌است، مجذوم را بطرف زیرزمینی که ستون چوبی قطور و سترگی دارد، هدایت میکردند و با طناب بستون می‌بستند و با تر که‌هایی که قبلاً آماده کرده بودند، مورد ضرب و شتم قرار میدادند و باو متذکر میشدند که این محل جای سکونت دائمی اوست و هرگز نباید از دستورات سرپیچی کند و گرنه بشدیدترین وجه، که نمونه‌ای از آنرا فی‌المجلس اجرا کرده بودند، مجازات خواهد شد.

مسئول آسایشگاه و یادی او با توسل بانواع دسیسه‌ها و گستراندن دامهای گوناگون، این انسانهای بیمار و ناآگاه را، که از آلام عمیق جسمی و روحی رنج می‌بردند و اعضاء و اندام و استخوانهایشان متدرجاً آب میشدند، بجان یکدیگر میانداختند. بنا باظهار مسئول اسبق آسایشگاه، که بازگو کردن اعمال و رفتار غیر انسانی‌اش را تخفیفی در گناهان گذشته‌اش میدانست، این اختلافات و مناوین مختلف از قبیل بمیان آوردن اختلافات قومی (ترک،

با عطف توجه بطرز تفکر افراد اجتماع، پائین بودن سطح فرهنگ توده مردم، عدم آگاهی آحاد جامعه، بویژه پرسنل پزشکی، پیراپزشکی و کارمندان و رفتار نا بخردانه مسئولین بهداشت و درمان کشور در آن دوره، که اساسی ترین برنامۀ مبارزه با جذام یعنی بیماری را وسیله کدخدایان و ژاندارمها انجام میدادند و از سوی دیگر رفتار غیر انسانی متصدیان آسایشگاهها و جوحا کم بر آن محیط، سبب میگردد که مجذومین خارج از آسایشگاه بیماری خود را از مردم و حتی پزشکان مخفی نمایند. حتی مجذومین بستری در آسایشگاه نیز چنانچه فرصت مناسبی بدست میآوردند از آن محیط جهنمی فرار میکردند و بناهای طبیعی، قلب جنگلها و یا دیگر مخفی گاهها پناه میبردند تا از شر همنوعان جاهل خود و متصدیان فرصت طلب و سودجو و عنود در امان باشند.

پس ترس و وحشت خارق العاده، هم برمجدوم و هم بر افراد اجتماع مستولی بوده و هست.

بنا بر این با اندکی توجه در میابیم که مجذوم بر اساس مشاهدات عینی خود و وجود خاطراتی تلخ از واکنش افراد اجتماع در برابر اجداد و گذشتگان او، که یا مستقیماً ناظر بر آن بوده و یا سینه بسینه از اسلاف بدو رسیده است، همیشه سعی میکرد بیماری خود را از افراد اجتماع، حتی محارم و پزشک مخفی و پنهان نماید و اگر بسبب پیشرفت بیماری نشانههای چشمگیر و غیر قابل استتار و عوارض نامطلوب باعث میشد که اسرار او فاش شود روستا و دیار خود را ترک میکرد و راه کوه و جنگل را پیش میگرفت تا بدست جلادان بیرحم دستگیر و گرفتار نیاید (۳).

از سوی دیگر افراد سالم اجتماع بسبب رسوخ خرافات دیر فرهنگ عامه، که ریشه کهن و تاریخی داشته و با گذشت قرون متمادی از صفحه مغزها زدوده نشده و بلکه بر اثر اقدامات نا بخردانه مسئولین بنحو بارزی بارز رسیده بود، در جهل کامل بسر میبردند و در نتیجه وحشت عجیبی از این بیماری و مبتلایان بدان را داشتند. همانطور که ذکر شد این حالت رعب و وحشت نه تنها در توده مردم بلکه در اکثر پرسنل پزشکی و پیراپزشکی نیز وجود داشت. بنا بر این، مجذوم و افراد خانواده اش از یکطرف از اجتماع عطرود بودند و از سوی دیگر درهؤسات درمانی و بهداشتی، که قاعدتاً باید نیازهای درمانی، بهداشتی، اقتصادی و اجتماعی مجذومین و افراد تحت تکفل آنان را تأمین نمایند و با اجراء صحیح برنامههای آموزشی، مردم، بویژه دانشجویان و پزشکان جوان پیراپزشکی را نسبت بمسائل مختلف آگاه سازند، مقام و منزلتی نداشتند و مجذوم و وابستگانش را بهیچیک از هؤسات درمانی و بهداشتی و کلینیکهای خصوصی راه نمیدادند، زیرا همانطور که یادآور شدیم

اکثر پرسنل، خود در رعب و وحشت بسر میبردند. بنا بر این برای خدمت در آسایشگاهها و درمانگاهها داوطلب پیدا نمیشد. بمرور زمان برخی از پزشکان وعده انگشت شماری از افراد جامعه، که بمرحله ایثار رسیده بودند عمرشان را در راه خدمت باین انسانهای محروم سپری کردند. عدهای از کارمندان اداری و پرستاران و شفا یافتگان با معاضدت یکدیگر اداره امور آسایشگاهها و درمانگاهها را به عهده گرفتند (۳).

در سالهای اخیر عدهای از جوانان مؤمن و معتقد با پشتکاری قابل تحسین داوطلب خدمت شدند و با وجود مشکلات زیاد و تحمل مرارت های فراوان، با عدم اعتناء کامل نسبت باعتراض مردم و حتی نزدیکان و آشنایان خود، راهی روستاها و مناطق دور دست شدند و برای پیدا کردن بیمار و کشف موارد تماس کوه و صحرا را زیر پا گذاشتند. عدهای دیگر که تعدادشان از چند تن تجاوز نمی کند هم در آسایشگاههای تحقیقی و هم بر بالین مجذوم و هم در نقاط بسیار دور افتاده کشور (اگر فرصتی بدانها داده میشد) که در درجه اول باید از انستیتو پاستور ایران نام برد، در مسائل تحقیقی جذام و تشخیص بالینی و آزمایشگاهی آن بفعالیت افتخاری پرداختند و تا این لحظه از کوچکترین نفع مادی (بعنوان چهل درصد حق تماس) بهره مند نشدند ولی همچنان بکار و کوشش و تحقیق در هر شرایطی ادامه داده و میدهند. برخی از مددکاران اجتماعی ضمن تحقیق درباره وضع اجتماعی و اقتصادی خانوادهها، با برقراری ارتباط و تماس نزدیک با مجذومین، ضمن تنظیم پرسشنامهها با امیدوار ساختن آنان بزندگی موجبات رضایت خاطرشان را فراهم نمودند و ارتباط این مجرومین را دوباره با اجتماع ممکن و عملی ساختند. لذا بجزرات میتوان ادعا کرد، با وجود عدم امکانات و فراهم نبودن تسهیلات چه از نظر وسائل آزمایشگاهی و چه از لحاظ مواد و فرآوردههای لازم و چه از نظر مسافرت های علمی و تحقیقی و بیماریابی، اگر توفیق و پیشرفت نسبی در تحقق امر مهم تحقیق و مبارزه با جذام در کشور ما بدست آمده، رهین همت والا، از خود گذشتگی، فداکاری و کوششهای خلل ناپذیر و مداوم این فرشتگان ایثارگر بوده است. اکثر این انسانها که از آن میان میتوان در درجه اول بیماریارایان را نام برد، با گذراندن دوره اختصاصی، علاقه مندی و ممارست، بیماری جذام و روانشناسی مجذوم را بخوبی می شناسند و در پیگیری این برنامه در حدود امکانات و مقدراتی که مسئولان در اختیار آنان قرار میدهند، کوشش زیاد بکار میبرند. لذا با توجه بمشکلات، وجود، طرز تفکر آحاد جامعه، عدم اعتناء برخی از دولتمردان و دست اندر کاران بهداشت و درمان

ظاهر میشود. تشخیص بیماری در این مرحله فوق‌العاده مهم است زیرا با تشخیص زودرس هم از سرایت بیماری با افراد سالم جلوگیری بعمل می‌آید و هم اینکه ضایعات در مراحل ابتدائی بهبود می‌یابند و منجر به پیدایش عوارض نامطلوب و غیر قابل ترمیم نمیگردند. بنابراین، همانطور که در طول چندین سال ما این روش را بکار برده‌ایم در برابر بسیاری از ضایعات پوستی و یا هر نوع اختلال‌های اعصاب محیطی باید به بیماری جذام مشکوک شد (بیمار را دقیقاً مورد معاینه قرارداد، بویژه از نظر وجود بیحسی آزمایش نمود) مگر اینکه خلاف آن به ثبوت برسد. ضایعات پوستی ممکنست بصورت پلاک‌های کمرنگ و ندرتاً پررنگ، اریتم، ماکول، پاپول، نودول و ضایعات انفیلتره وجود داشته باشند، که در اینجا از شرح مفصل آن خودداری میکنیم. از طرف دیگر ممکنست همراه با ضایعات جزئی و یا وسیع پوستی اختلال‌های عصبی نیز تظاهر نمایند. در مراحل ابتدائی بیماری، اختلال‌های عصبی ممکنست بصورت هیپراستزی، بیحسی و یا تورم برخی از اعصاب و حتی رشته‌های فرعی عصبی ظاهر شوند. اختلال در ترشح عرق، اختلال در حس درد و لمس و حرارت، گرفتگی بینی، ترشح متناوب و یا مداوم چرکی و یا چرکی-خونی از بینی و ریزش ابرو و امکانست وجود داشته باشد. بهر حال بیمار باید کاملاً لخت و در محیطی کاملاً آرام از نظر وجود لکه‌ها، ضایعات پوستی، بویژه وجود اختلال‌های عصبی (مخصوصاً در اطفال) مورد آزمایش دقیق قرار گیرد. پرسش از محل اقامت، وجود بیمار دیگر در خانواده و یا در میان دوستان و نزدیکان کمک بزرگی به تشخیص مینماید. ما بی‌آنکه قصد داشته باشیم بکلیه موارد بالینی در اینجا اشاره نمائیم، فقط بذکر مواردی از بیماری اکتفا میکنیم که در معاینات روزمره با آن موارد روبرو شده‌ایم، که کمتر در کتب کلاسیک ذکر گردیده است. گاهی ممکنست علت مراجعه بیمار بپزشک فقط وجود خون دماغ‌های مکرر و قرمز رنگی بکنواخت صورت باشد و چه بسا بیمارانی بما مراجعه نموده‌اند که به علت خون دماغ بارها بوسیله کوتر و غیره محل خون‌ریزی، سوزانده شده است. اکثر اوقات بیماران از وجود ترشحات مزاحم بینی و گرفتگی متناوب آن شکایت دارند که در حقیقت مبتلا به رینیت جذام میباشند. در موارد استثنائی تظاهرات پوستی جذام بشکل آکنه میباشند. وجود سیکاتریستهای قدیمی که اکثراً آنها را بحساب زخم‌های قدیمی می‌گذارند گاهی از تظاهرات بیماری جذام است که اگر پزشک حضور ذهن داشته باشد با انجام آزمایش‌های دقیق عصبی بوجود بیحسی پی خواهد برد. در میان مراجعان، ما چند مورد مبتلا به آکنه، بویژه آکنه ناحیه چانه داشتیم که با سیل‌ها تنبهداد زیاد و حتی بشکل گلوبی

کشور که از یکطرف یا بعلت لجاجت و یا بسبب عدم اطلاع و پشت میزنشینی، بازی با بخشنامه‌ها و عدم تماس با مجذومین و عدم شناخت مناطق آلوده و دورافتاده، جذام را مسئله‌ای نمیدانند و از سوی دیگر بسبب تسلط ترس و وحشت واهی بر آنان، که حتی برخی از آنها از دست زدن بنامه‌هائی که اسمی از جذام روی آن نوشته شده است، اکراه دارند، باید اذعان نمود، افراد معدودی که بنحوی از انحاء در بر نامه‌های جذام خدمت مینمایند واقعاً جهاد کرده و میکنند. ولی با کمال تأسف و تأثر باید یادآور شویم که برخی از این انسانهای استثنائی در راه خدمت بهم نوعان محروم بطور گمنام انجام وظیفه نمودند و بطور گمنام نیز از این جهان رخت بر بستند و عده‌ای دیگر نیز بسبب عدم توجه مسئولین و عدم امکانات و تسهیلات لازم برای ادامه خدمت دل‌سرد شده و نومیدانه بسر میبرند. پس باید بدانیم و آگاه باشیم که چنانچه با اطمینان نظر و حسن نیت پیشنهادات مصلحین مؤمن و کاردان را آویزه گوش قرار ندهیم و کمافی السابق بسا طرز تفکر ثابت و فرصتهای گرانبهارا از دست بدهیم باز مجذوم و مسلول و هزاران بیمار وجود خواهند داشت و اکثر بیماریهای عفونی و مسری بشکل بومی در این سر زمین پهناور باقی خواهند ماند و نام ما نیز بعنوان مجرم تا ابد در تاریخ پزشکی ثبت خواهد شد.

من آنچه شرط بلاغ است با تو میگویم

تو خواه از سختم پندگیر و خواه ملال

تشخیص بالینی و آزمایشگاهی جذام در ایران: در تشخیص بیماری جذام علاوه بر اینکه دیگر موازین کلی باید رعایت گردد حضور ذهن پزشک نسبت به بیماری، بویژه داشتن اطلاعات در زمینه مناطق آلوده و مخصوصاً ابتلاء نوجوانان و جوانان کمک بزرگی به تشخیص بیماری میکند. خوشبختانه در سالهای اخیر وجود بیماریان ورزیده ولی انگشت شمار، حضور ذهن دانشجویان و پزشکان جوان، بویژه متخصصان بیماریهای پوست تا حدی در کشف موارد در درمان و پیشگیری بیماری مفید و مؤثر بوده است. بیماری جذام در کشور ما باشکال مختلف بالینی تظاهر میکند. اکثر اوقات هنوز بیماری بصورت پیشرفته دیده میشود، که با کمال تأسف باید اذعان نمود که این نقیصه یا بعلت عدم تشخیص اولیه در مراحل ابتدائی بیماری است و یا بنا بر دلایلی که در مقدمه ذکر گردید تصور از طرف بیمار میباشند. در هر حال نتایج حاصل از درمان زیاد درخشان نبوده، مضافاً باینکه اولاد در جریان سیر طولانی بیماری عده‌ای مبتلا شده و ثانیاً عوارض مختلف پابرجا میگردند که دیگر قابل ترمیم نیستند. صرف نظر از موارد پیشرفته فوق‌الذکر، اکثراً جذام بشکل ضایعات پوستی و یا عصبی

که در فروتنی‌های رنگ آمیزی شده بهنگام وجود باسیلهای دیفتر وئید مطالعات جداگانه‌ای انجام میگیرد که در حال حاضر خارج از بحث این مقوله است و در انتشارات بعدی درباره این مسئله قابل توجه و دیگر مسائل مفصلاً بحث خواهیم نمود. در هر حال اگر باسیل مشاهده گردید اندیس مرفولوژیک و باکتریولوژیک تعیین میگردد تا برای ارزیابی نتایج درمان در آینده بتوان قضاوت صحیح بعمل آورد. روی سرم خون بیمار آزمایش‌های مختلف انجام میگیرد. با انجام آزمونهای پوستی، از جمله آزمون توبرکولین و لپرومین درجه ایمنی بیمار مورد بررسی قرار میگیرد. باید یادآور شویم که آزمون پوستی میتسودا هرگز یک آزمون تشخیصی برای جذام نمیشود، بلکه با بررسی عکس‌العمل پوستی بیمار هم میتوان تا اندازه‌ای در تشخیص افتراقی اشکال مختلف بیماری از آن بهره گرفت و هم سیر بالینی بیماری را در حین درمان طولانی مورد مطالعه قرارداد از جمله آزمایش‌هایی که انجام میگردد عبارت از آزمایش هستوپالوژی است که از نظر تشخیص بیماری بویژه زمانی که باسیل دیده نمیشود، سیر بالینی، اثرات درمان و مخصوصاً طبقه بندی اشکال مختلف بیماری، از اهمیت خاصی برخوردار است. جا دارد که در اینجا از کلیه پرسنل دپارتمان و مرکز تحقیقات سرطان مجتمع پزشکی امام خمینی، که نهایت همکاری و معاضدت را با ما میکنند، صمیمانه سپاسگزاری نمایم. نمونه برداری (بیوپسی) معمولاً با بیجسی موضعی بعمل میآید. و پس از قرار گرفتن در فیکساتور مخصوص بمدت یکساعت در محلول نگهدارنده به دپارتمان هستولوژی ارسال میشود. آزمایش ایمونوفلوئورسانس غیر مستقیم که در آن از باسیل استفانسی (۱) و یا باسیل هانسن بعنوان پادگن (آنتی ژن) استفاده میشود از آزمایشاتی است که بعمل میآید. چنانچه با تمام کوششها دلیل قانع کننده‌ای برای تشخیص نهایی بیماری بدست نیاید و تجسس برای پیدا کردن دیگر بیماریها به نتیجه نرسد در اینصورت در موارد خاصی نمونه برداری از عصب بعمل میآید و اگر نتیجه حاصل نگردید و وجود دیگر بیماریهای پوستی و یا عصبی تأیید نگردید در اینصورت بیمار تحت نظر قرار میگیرد و هر سه ماه یکبار مورد آزمایش قرار داده میشود.

بالاخره باید از وجود عکس‌العملهای خفیف و یا شدید سخن بمیان آورد که فوق‌العاده حائز اهمیت است. این واکنشها ممکنست حین درمان و یا بعنوان اولین علامت تظاهر نمایند. گاهی توأم با درد مفاصل، اختلال حالت عمومی از قبیل درد، تب، لرز و اریتم‌های موضعی یا عمومی در پوست میباشند. زمانی همانند

در ضایعات مشاهده گردیده است. وجود آبه در ناحیه زیر بغل و یا در نواحی دیگر گاهی اوقات اولین تظاهرات بیماری میباشد که توجه بیمار را بخود جلب نموده است. فلج‌های مختلف موضعی، بویژه فلج عصب صورتی، انگشت کوچک دست از علل مراجعه بیماران میباشد. سفت شدن شاخه‌های فرعی اعصاب در مسیرهای غیر کلاسیک (ناحیه بالای ابرو، گردن، مچ دست وغیره) گاهی در معاینات دقیق کشف میگردد. واکنشهای پوستی بصورت کهیر و یا نودولر و یا شکل کلاسیک اریتمانودوزوم لپروزوم از تظاهرات شایع بیماری است که اکثراً بعنوان حساسیت مدتها تحت درمان قرار میگیرند. برخی از اوقات تومورهای محدود و سفتی، مخصوصاً در سطوح دستها، دیده میشوند که اکثراً با تشخیص فیبروم مکرراً تحت عمل جراحی قرار میگیرند (۹). بالاخره باید بوجود جذام و اشاعه آن در اطفال و جوانان بویژه در سنین ۱۴-۲۵ سال اشاره کرد (۸)، که برخلاف نظرات موجود عده مبتلایان در این گروه سنی و حتی سنین پائین‌تر نادر نیستند. بنابراین پس از معاینه دقیق بالینی، بیمار با آزمایشگاه هدایت میشود تا دلایل کافی برای اثبات و یا نفی وجود بیماری بدست آید. در اینجا باید یادآور شویم که مشاهده باسیل در برخی از اشکال جذام بویژه در شکل توبرکولوئید و عصبی خالص فوق‌العاده نادر است. لذا منفی بودن نتایج آزمایش‌های پاراکلینیک همیشه دلیل بر عدم وجود بیماری نیست. بهر حال بهنگام برخورد با چنین مواردی نمونه برداریهای مختلف و متعددی از بیمار انجام میشود تا با روش‌های مختلف، که در فرصت مناسب از آنها بحث خواهد شد از نظر باکتریولوژی، سرولوژی، آسیب‌شناسی، ایمونولوژی وغیره مورد مطالعه قرار گیرند. اولین آزمایشگاه نسبتاً مجهز و کامل در سال ۱۳۵۱ در بخش تحقیقات بالینی انستیتو پاستور ایران آغاز بکار نمود، که در حال حاضر محل مراجعه بیماران (که اکثراً از طرف پزشکان و بخشهای دانشگاهی معرفی میشوند) میباشد. در این بخش و آزمایشگاه که ظاهراً بسیار محقر و کوچک است و پرسنل آن از لحاظ جا، وسائل و مواد لازم در شرایط فوق‌العاده دشواری بکار خود ادامه میدهند و هرگز بدرخواستهای آنان التفاتی مبذول نمیکردد، ابتدا بیمار بدقت معاینه و کارت برای او تنظیم میشود سپس برداشتهای مختلف انجام میگیرد. برداشت از مخاط بینی، نرمک گوشها، ریشه ابروان، ضایعات پوستی، ریشه مو، اشک چشم و دیگر ترشحات برای تجسس باسیل هانسن و در موارد اختصاصی برای تزریق، ماده پاتولوژیک برداشت شده بکف پای موش بعمل میآید. ابتدا از مواد برداشت شده فروتنی تهیه و رنگ آمیزی‌های مختلف انجام میشود. لازم یادآوری است

قرار میدهد، تا شاید در نظر پزشکان و اهل فن مقبول افتد و بعنوان فتح باب بحساب آید.

بر اساس مطالعات چند ساله ما، آنچه بعنوان مخزن ویروس میتوان از آن نام برد و علت پایداری بیماری را در کشور توجیه نمود، انسان بیمار است. ورود فرد مبتلا بویژه مبتلایان بشکل لپروماتوز و همچنین بیماران مبتلا بشکل تو بر کولوئید (برخی از اوقات) و بویژه در حال عکس العمل که بشدت باسیلیفر هستند، در خانوادهها و اجتماعات مختلف و تماس مکرر و صمیمی آنان با افراد سالم و مخصوصاً کودکان دارای زمینه مساعد و حالت پذیرا، سبب آلودگی و ابتلاء میگرددند.

از نظر خروج و انتشار ژرم در محیط خارج، در ترشحات بینی، عرق، اشک چشم، بزاق، ترشحات حلق، خلط، شیر مادر، ضایعات پوستی و ریشه مو باسیل را پیدا کرده ایم. تجسس باسیل در خاک، پشم دیگر مواد بطور مقدماتی آغاز شده بود که متأسفانه بعلمت عدم امکانات لازم فعلاً متوقف گردیده که امید است این مطالعات در سطح وسیعی در آینده جامه عمل بپوشد و اطلاعاتی در این زمینه کسب شود.

از نظر دوره نهانی، همانطور که در تألیفات متعدد ذکر شده تا کنون دوره ثابت و مشخصی بدست نیامده است و در اینجا فقط بذکر این نکته اکتفا میکنیم که کمترین سن ابتلاء در بیماران مورد مطالعه ما در ۲/۵ سالگی بوده است (۸).

از نظر ارزیابی و سنجش درجه حساسیت و یا ایمنی افراد سالم در برابر جذام، ما در چند منطقه از کشور که از لحاظ شیوع و وجود بیماری متفاوت از یکدیگر بوده اند، آزمونهای پوستی انجام داده و نتایج حاصل را مقایسه نموده ایم که در مقالات منشره در مجلات علمی داخلی و خارجی بتفصیل درج شده است (۱)، (۲) و (۵).

بر طبق مشاهدات چند ساله ما، تمام اشکال بالینی جذام، بجز سندرم لوسیو (Lucio)، که فقط یک مورد مشکوک آنرا با زخه های تروفیک و ضایعات عروقی در بندر عباس مشاهده نموده ایم، در ایران وجود دارند. اشکال مختلف بیماری که در کشور ما دیده شده است عبارتند از:

لپروماتوز، بوردرلین، اندتر مینه، تو بر کولوئید، ما کولو آنستریک خالص عصبی، واریته هیستوئید و پلی نوریتها.

در برخی از مناطق سردسیر ایران از جمله نواحی آذربایجان شکل عصبی بویژه ابتلاء اعصاب محیطی و حتی ابتلاء رشته های فرعی عصبی و فلجهای غیر کلاسیک بسیار شایع است که شاید علت آنرا بتوان وجود سرما و درجه حرارت پائین دانست. ولی برای تأیید

رما تبسم مفصلی حاد با تمام خصوصیات بالینی اش ظاهر میگردد. بالاخره گاهی بصورت اریتم نوئو، اریتم انودوزوم لپروماتوزوم، اریتماتیزه شدن ضایعه خاموش اولیه، نوریت اعصاب مختلف محیطی و اریتموسیکلیت خودنمائی میکنند. زمانی نیز بشکل پلی نوریت آنستریک و یا هیپرستریک ظاهر میشود که باید کلیه این مطالب بصورت مقالاتی مستقل مورد بحث قرار گیرد تا آشنائی کامل بوضع این بیماری در کشور حاصل آید.

ناگفته نماند که تعداد اینگونه آزمایشگاههای اختصاصی در کشور فوق العاده نادر و شاید منحصر بفرد باشد. لذا برای مبارزه اصولی با بیماری جذام، که تشخیص قاطع از اقدامات اولیه و اساسی است باید بر تعداد آزمایشگاهها در سطح کشور افزوده شود و ضمناً ترتیبی اتخاذ گردد که ارتباط اینگونه آزمایشگاهها با آزمایشگاه مرکزی بطور مستمر برقرار باشد و در بالا بردن سطح آزمایشگاه مادر با فرانس از نظر کیفی و تهیه وسائل و مواد و محل مناسب و پرسنل و قابل قبول بودن در سطح بین المللی و ارتباط آن با دیگر مراکز علمی و تحقیقی کوشش نمود. پس باید با تشکیل دادن دوره های مختلف آموزشی در سطوح مختلف برای تربیت بیماریان جدید، باز آموزی پرسنل قدیمی، پزشکان جوان و پرسنل آزمایشگاهی این هدف را عملی ساخت تا همانطور که بیماری جذام و مجدوبین در مناطق مختلف کشور پراکنده اند، افراد آموزش دیده و ورزیده نیز برای مبارزه با این بیماری در نواحی مختلف تقسیم و بانجام وظیفه مشغول گردند و ما لزوم این اقدامات و طرح اجرایی آنرا بارها گزارش و پیشنهاد کرده ایم.

تا یار که را خواهد و میلس به که باشد.

همه گیر شناسی جذام در ایران: از آنجا که مطالعات همه گیر شناسی در برنامه ریزی، روش مبارزه، درمان، استراتژی پیشگیری و استفاده از امکانات و مقدمات موجود اهمیت خاصی دارد، لذا این مطالعه باید با دقت کامل در سطح کلی کشور انجام گیرد. از سوی دیگر چون وظیفه اصلی و نقش اساسی بخش تحقیقات بالینی انستیتو پاستور ایران راهنمایی واحدهای اجرایی در طرق تشخیص، درمان، مبارزه و پیشگیری میباشد، لذا این واحد تحقیقاتی پیوسته سعی نموده است، با امکانات محدودی که دارد و روز بروز بنا به علل مختلف عرصه بر آن تنگتر میشود، در مسائل مختلف بیماریهای عفونی و از جمله بیماری جذام در مناطق مخصوص و محدود فعالیت نماید و الگوی مناسب و اطلاعات خاصی در اختیار مجریان برنامه های بهداشتی و درمانی قرار دهد. بنابراین آنچه از سال ۱۳۵۱ با اینطرف در مورد بیماری جذام که مورد بحث در این مقوله است، بدست آورده بطور اختصار در معرض دید علاقه مندان

ترمیم در آسایشگاهها بستری شده‌اند. بیماری در گروه سنی ۱۴ تا ۲۵ سال شایع است و در نزد اطفال نیز، برخلاف نظرات شایع، چندان نادر نمیباشد (۵)، (۷)، (۸).

از نظر جنس: عده مردان مبتلا بیش از زنان مبتلا است. مضافاً باینکه بیماری اکثراً در افراد خانواده و در درجه دوم در اقربای نزدیک مشاهده میگردد و ابتلا به چندین فرد از اعضاء يك خانواده و حتی در موارد استثنائی در کلیه افراد خانواده دیده شده است (۴).

از نظر منطقه، اصولاً جذام در کشور ما در مناطق روستائی و نزد روستائین شایع است. البته در این مورد نمیتوان وضع اقتصادی و اجتماعی را نادیده گرفت. روستائیان، بویژه اطفال از یکطرف بعلت پائین بودن سطح درآمد تذبذب کافی ندارند و از سوی دیگر در اکثر خانواده‌ها محل زندگی و خواب را فقط يك اطاق تنگ و تاریک تشکیل میدهد، و بسبب عدم دسترسی به حمام و عدم رعایت اجباری بهداشت پوست و وجود انواع مختلف بیماریهای قارچی و میکربی پوست و آلودگی بانگلهای روده‌ای که شاید یکی از علل مساعدکننده برای ابتلا بوده باشد، مخصوصاً اگر فرد و یا افراد مبتلا به جذام در خانواده و یا روستا وجود داشته باشد. بعبارت دیگر مخزن و بسوس (انسان باسیلیفر)، نقص نسبی در دستگاه ایمن سازی بدن، تغذیه ناکافی، عدم بهداشت عمومی و پوست، وجود ضایعات مختلف پوستی، وجود حشرات مختلف و بالاخره تماس دائم و صمیمی با بیمار متأسفانه فراهم است. در مطالعه دیگری که اکیپ بخش تحقیقات بالینی انستیتو پاستور ایران در کود کانی که با والدین مبتلا بسر میبرد، بعمل آورده، باین نتیجه رسیده است که نقص نسبی دستگاه ایمنی در این اطفال وجود دارد. بطوریکه در بین ۳۳۱ کودک در گروههای مختلف سنی (۵ تا ۱۵ سال) ۳۴۷۴ درصد دارای واکنش ضعیف (+)، ۹۳۲ درصد دارای واکنش مشکوک (+) و ۱۸۶۴ درصد دارای واکنش منفی در برابر لپرومین بوده‌اند. از طرف دیگر کمبود مواد پروتئینی، کمخونی بعلم مختلف در اطفال بچشم میخورد. مضافاً باینکه واکنشهای ضعیف و مشکوک و یا منفی (حتی نسبت به توپر کولین) اکثراً در گروه سنی ۵ تا ۹ سال میباشد. لذا با آماده بودن شرایط، ابتلا به جذام در این گروه سنی بیشتر است (۳) و (۵).

بر اساس آزمایش‌های مختلفی که بعمل آمده از نظر گروههای خونی، نقص آنزیم G₆PD و دیگر آزمایش‌ها بجز وجود پادکن استرالیائی در جذام بویژه در مبتلایان بنوع لپروماتوز، تفاوت محسوسی بین مجذومین، موارد تماس و افراد سالم اجتماع که تماسی نیز با مجذومین نداشته‌اند موجود نبوده‌است (۱۰).

این ادعا مطالعات دقیق‌تری لازم است که در حال حاضر و شرایط موجود برای ما مقدور نیست. گاهی از اوقات جذام بصورت پلی‌نوریت وسیع وزدانی باشکال مختلف فلج عصبی، که از آن میان میتوان فلج عصب صورتی را شایع‌ترین شکل آن بشمار آورد، تظاهر مینماید. گذشته از نواحی آذربایجان در روستاهای مرزی ایران و افغانستان شکل عصبی خالص جذام شایع است، بطوریکه باشیوع این شکل خاص از بیماری نگارنده مجبور شد که مدتی مسیر طولانی بین شهر کابل تا نوا مرزی دو کشور را طی و در نتیجه با مشاهده موارد مشابه در مناطق مرزی افغانستان وجود شکل فوق‌الذکر را در کشور مذکور نیز تأیید نماید. مطالعه این شکل خاص که عوامل احتمالی متعددی در ایجاد آن متصور بود نه تنها آرزوی نگارنده بلکه مورد علاقه جذام‌شناسان دنیا نیز بود. زیرا در زمره نطش‌به‌های مختلفی که در ذهن مصور می‌گشت عامل سرما، عوامل ارثی و بالاخره وجود احتمالی سوش اختصاصی از میکروباکتیریم را میتوان ذکر نمود که متأسفانه امکانات این مطالعه و تحقیق ارزنده ممکن و میسر نگردید (۳)، (۸) و (۹) و بالاخره این نظریه مطرح است که در نتیجه دزنتگراسیون میلین اعصاب پروتئین P_۲ یا نوریتوزن است که سبب پیدایش عکس‌العمل اتو-ایمن بر اثر برخورد پادگن - پادتن و در نتیجه نوریت آنژیوپاتیک میشود و یا بر اثر عمل مستقیم پروتئین مذکور نوریت آلرژیک حاصل میگردد و یا اینکه در برخی از موارد تظاهر سندرم گیلن باره نیز امکان دارد و آیا بر اثر دزنتگراسیون میلین اعصاب محیطی بعلت وجود باسیل‌ها نمون و تشکیل پروتئین A_۱ یا آنسفا- لیتوزن امکان تظاهر آنسفالیت که موارد نادری از آن در تالیفات ذکر شده است، وجود دارد یا نه؟ امید است امکانات و تسهیلات لازم در آینده نزدیک برای نگارنده فراهم گردد و این آرزو و دیگر آرزوها بطور عملی تحقیق یابد. در حال مابین بحث را تحت عنوان نوریت در بیماری جذام در مقاله دیگری منتشر خواهیم نمود تا ضمن راهنمایی پزشکان جوان در درمان نوریت، که از اهمیت خاصی برخوردار است، روشنگر این مطالعه جالب نیز باشد.

از نظر گروه سنی: نتایجی که از مطالعات ما در آسایشگاهها حاصل آمد، اینست که اکثر بیماران بستری در گروه سنی بین ۴۰ تا ۵۰ سال قرار دارند، بنابراین بر اساس مشاهدات ما در مناطق مختلف کشور که بیماری جذام را در کودکان، نوجوانان و جوانان پیدا کردیم، میتوان نتیجه گرفت که بیماران مبتلا بنوع حاد بیماری قبل از سن ۳۰ سالگی تشخیص داده نشده و تحت درمان جدی قرار نگرفته‌اند و لذا بیماران این گروه سنی (۴۰ تا ۵۰ سال) در مراحل پیشرفته بیماری و یا بعلت گرفتاری بعوارض غیر قابل

منتقل ساخته‌اند. در بین مراجعان کارگر، شاگرد آهنگر و باشاغلین دیگر، که حتی مسافرتی بنقاط آلوده نیز نداشته‌اند، وجود دارند. بنابراین با توجه باینکه تاکنون معاینات بالینی و آزمایش‌های پاراکلینیک در اینگونه اجتماعات بعمل نیامده است، لذا خطر جدی جامعه شهر نشین را تهدید میکند. پس باید باین نکته توجه داشت که چون افراد حساس در اجتماع وجود دارند، بنابراین اگر بیمار باسیلیفر در اجتماع وارد شود و تماسهای مکرر انجام بگیرد افراد مستعد مبتلا خواهند شد. از سوی دیگر وجود حاملین باسیل و حتی حاملین سالم نیز نادر نمیباشد، زیرا ما در قسمتی از مطالعات خود نشان داده‌ایم که وجود باسیل هانسن نزد موارد تماس، بویژه افراد خانواده مجذوم، که نشانه‌ای نیز از بیماری ندارند، کمیاب نیست. پس در صورت وجود فرد باسیلیفر بیمار و یا حامل سالم و نقص کلی و یا جزئی در دستگاه ایمن‌سازی بدن، افراد مستعد همیشه در خطر ابتلاء قرار دارند و بسته بوضع ایمنی یکی از اشکال وخیم (لپروماتوز) و یا سبک بیماری مبتلا خواهند شد (۳).

اما مهاجرینی که از نقاط مختلف جهان بکشور وارد شده و یا میشوند، یکی دیگر از خطرات اشاعه بیماری در نقاط غیر آلوده را بوجود آورده‌اند. در درجه اول باید از کشورهای همسایه نام برد، که اکثراً بیماری جذام در این کشورها شایع بوده و حتی در برخی از این ممالک مثل کشور افغانستان هیچگونه کنترلی بعمل نمی‌آید و از آنجمله کشورهای پاکستان، عربستان، عراق و افغانستان و ترکیه هستند. گذشته از آن عده‌ای معتنا بهی مهاجر از دیگر کشورها مانند هندوستان، کسره و فیلیپین بکشور ما سرزیر شده‌اند که جذام در این کشورها نیز شایع است. پس چنانچه فردی مبتلا وباسیلیفر، که مسلماً در بین مهاجرین وجود دارد، بمنطقه پاک و غیر آلوده وارد شود، در نتیجه تماس با افراد مستعد و پذیرا و انتشار دادن باسیل در محیط عده‌ای را مبتلا خواهند ساخت. لازم بیادآوری است که ما در میان مراجعین روزانه تعدادی از مهاجرینی را که مبتلا باشکال مختلف بیماری، بویژه شکل لپروماتوز بوده‌اند، مشاهده کرده‌ایم و در مورد مسئله مهاجرت داخلی و خارجی نیز گزارش‌های لازم را بمسئولان تسلیم داشته‌ایم (۳).

بالاخره مسئله مهم دیگر عبارت از پدیده مقاومت باسیل هانسن نسبت بداروهای ضد جذام است. این پدیده ممکنست بدو شکل در محیط تظاهر نماید. اول اینکه بر اثر تجویز مقدار ناکافی دارو و یا علل دیگر، باسیل یکی از داروها مقاوم گردد و بمبارت دیگر بیمار با مصرف دارو و حتی بمدت طولانی بهبود نیابد. دوم اینکه اصولاً باسیل مقاوم بدارو این خصوصیت را بپس‌های بعدی

خط سیر بیماری از يك مبداء مثلاً از روستاهای خراسان آغاز، پس از طی کناره‌های دریای مازندران بآذربایجان شرقی و غربی رسیده و بنواحی کردستان ادامه پیدا میکند. در میان این مناطق آلوده‌ترین نقاط کناره‌های دریای مازندران و کردستان میباشد. در ناحیه جنوب کشور بطور مسلم بیماری وجود دارد و آنچه تاکنون مواردی از بیماری مشاهده کرده‌ایم، بر مامجهول است. تظاهر ضایعات عمیق پوستی همراه با اختلال‌های تروفیک و نکروز شایع است. موارد شناخته شده بیماری در حال حاضر ۱۲۰۰۰ تن و تعداد کل موارد در حدود ۳۰۰ الی ۴۰۰ هزار تن تخمین زده میشود.

عوارض بیماری باشکال مختلف دیده شده است که از آن میان میتوان عوارض مختلف عصبی، استخوانی-عصبی، احشایی، غدد مترشحه داخلی، مال پرفوران و چشمی را نام برد. در میان بیماران مبتلا به جذام گاهی عوارض بارز روانی مشاهده شده است. لازم بیادآوری است که عوارض عصبی بویژه عوارض مختلف چشمی در کشور ما شایع‌تر از دیگر عوارض است.

نوع لپروماتوز یا باسیلیفر شایع‌تر از دیگر اشکال بیماری است که بسبب اهمیت مسئله باید مورد توجه خاص قرار گیرد، زیرا این شکل از بیماری هم از نظر سرایت باطرافیان و انتشار باسیل در محیط، هم از نظر درمان طولانی (اکثراً تا آخر عمر) و هم از نظر پیش‌آگاهی و عاقبت بیمار دارای اهمیت است.

مسئله مهاجرت و اشاعه بیماری: گویانکه بیماری در بین روستائیان شایع بوده و بر طبق آمارهای موجود و مطالعات جسته و گریخته موارد ابتلاء در شهرها فوق‌العاده نادر قلمداد شده است، ولی بر اساس مشاهدات ما، تعداد موارد ابتلاء در این دهه اخیر نزد شهر نشینان نیز نادر نمیباشد. بنابراین باید مسئله مهاجرت و جابجائی و حرکت جمعیت چه بشکل تغییر محل سکونت و شغل در داخل کشور و چه بشکل مهاجرت از کشورهای خارجی، بویژه کشورهای همسایه، هم از نظر مسئله مورد بحث، و هم از لحاظ انتشار دیگر بیماریهای عفونی و گرمسیری، مورد توجه قرار گیرد. لازم بتوضیح نیست که در سالهای اخیر بر اساس سیاستهای غلط دولت‌های وقت و بیاده کردن برنامه‌های استعماری رژیم سابق و متلاشی ساختن روستاهای کشور و دستبرد و غارت فرهنگ اصیل سنتی، اکثر روستائیان کشور بمرکز و شهرها کوچ کرده و یا حداقل نهمه از سال را در اینگونه شهرها بکار اشتغال داشته‌اند. بنابراین عده‌ای مجذوم در مراحل مختلف بیماری در سر بازخانه‌ها، کارخانجات و مؤسسات عمومی و خصوصی بویژه رستورانها و محل غذاخوری عمومی و غیره مشغول کار شده و بیماری را باطرافیان

منتقل سازد و در نتیجه سوش مقاوم نسبت به دارو در طبیعت بوجود آید، یعنی فردی که با این نوع باسیل آلوده میشود، بی آنکه دارویی مصرف کرده باشد، از ابتدا نسبت به دارو مقاوم گردد. لازم بیادآوری است که در بین بیماران شناخته شده موارد نسبتاً قابل توجهی مشاهده میگردد که با وجود مصرف دارو بمدت چندین سال بهبود حاصل نشده است ولی این قضاوت فقط جنبه بالینی دارد ولی اثبات مسئله فوق مستلزم آزمایشات دقیقی است که ما ضمن ممارست و کسب تجربه و انجام و تکرار آزمایش‌های عملی قادر بانجام بوده ایم ولی متأسفانه بر اثر عدم اعتناء مسئولان و فراهم نبودن وسائل در بوته فراموشی نهاده شده است و از این نظر فوق‌العاده متأثر و متأسف هستیم. زیرا عملی ساختن این برنامه مفید و ضرور احتیاج بدستگاههای گرانقیمت و پیچیده‌ای ندارد، که دهها نوع از این قبیل دستگاهها در گوشه انبارهای مؤسسات سالها است زیر گرد و غبار مدفون شده و حتی از جمله نیز باز نشده است. ولی آنچه بر ما مسلم است اینست که وجود چنین بیمارانی و همچنین وجود سوشهای مقاوم در محیط ما و در نزد بیماران ایرانی بعید نیست، زیرا تجویز داروهای مختلف باهیزان غیر کافی و فواصل منقطع و دوره درمان ناقص در کشور ما شایع است (۶).

درمان: روشهای مختلفی در مراکز مطالعاتی و درمانی جهان برای درمان بیماران، مرسوم و متداول است، در اینجا خلاصه‌تر نشان می‌آید که درمان اشکال مختلف بالینی بیماری جذام یکسان و مشابه نمیباشد، بلکه در اشکال مختلف و حتی در موارد خاص متفاوت است، درمان جذام در برخی از موارد مستلزم ممارست و بکاربردن ظرافت خاصی است که پزشک بالینی باید نسبت به آن توجه خاص مبذول دارد تا نتیجه رضایت بخش حاصل گردد.

روش درمان: صرف نظر از موارد خاص که بر حسب نشانه‌ها، تحمل بیمار و دیگر حوادثی که حین درمان اتفاق می‌افتند و مستلزم اتخاذ روش اختصاصی است، چند روش درمانی را بکار می‌بریم که هر یک بنوبه خود دارای نتایج رضایت بخشی بوده است.

۱- در افراد مبتلا به جذام شکل لپروماتوز که در دسترس ما میباشد و میتوانند در موارد مختلف مراجعه نمایند. ریفامپیسین ۳۰۰ میلی‌گرم در روز بمدت سه هفته. اتیونامید ۵۰۰ میلی‌گرم در روز بمدت سه هفته. D. D. S. ۱۰۰ میلی‌گرم در روز در تمام طول زندگی (شش روز در هفته).

۲- در درمانهای دسته جمعی: ریفامپیسین ۱۵۰۰ میلی‌گرم یک مقدار (Dose) واحد.

D. D. S. ۱۰۰ میلی‌گرم در روز در تمام طول زندگی (شش روز در هفته).

D. A. D. D. S. ۲۲۵ میلی‌گرم به شکل تزریق داخل عضلانی هر ۲/۵ ماه یکبار.

۳- در جذام شکل لپروماتوز، مقاوم به سولفون: ریفامپیسین ۳۰۰ میلی‌گرم در روز بمدت سه هفته، کلوفازیمین ۱۰۰ میلی‌گرم در روز بمدت یکسال سپس ۵۰ میلی‌گرم در روز در تمام طول زندگی.

تیوآستازون ۱۵۰ میلی‌گرم در روز بمدت نسبتاً طولانی.

۴- جذام شکل بوردرلاین همراه با نوریت: ریفامپیسین، ۳۰۰ میلی‌گرم در روز بمدت سه هفته. کلوفازیمین، ۱۰۰ میلی‌گرم در روز بمدت یکسال. سولفامید، ۷۵۰ میلی‌گرم هر دو روز یکبار. کورتیزون، ۳۰ میلی‌گرم در روز چند هفته. ویتامین‌های B₁، B₆ و B₁₂ به شکل تزریقی.

۵- در جذام شکل لپروماتوز همراه با اولسراسیون: D. D. S. ۱۰۰ میلی‌گرم در روز.

استرپتومیسین

۶- درمان حالات رآکسیونل: چنانچه انفلاماسیون حاد در یک ضایعه توبرکولوئید مینور ظاهر شود، درمان خاصی لازم ندارد. ولی در موارد دیگر مواظبت و دقت فوق‌العاده باید مبذول گردد. در اشکالی که ما بین نوع پره‌توبرکولوپره لپروماتوز قرار دارند بهنگام ظهور عکس‌العمل استراحت و تجویز مسکن اغلب اوقات مؤثر است. چنانچه ضایعه در جوار یا روی تنه عصب یا بینی و یا دیگر دستگاههای مهم بدن باشد، این موارد را نباید بعنوان فوریت‌های درمانی تلقی نمود و حملات تورمی را بطور جدی درمان کرد.

معمولاً تظاهرات رآکسیونل در شکل لپروماتوز، بیمار و پزشک را عاجز میکند. در اینگونه موارد چنانچه استراحت جسمی و روانی و مسکن‌های سبک کافی نباشند، معمولاً متوسل به داروهای قوی‌تر مانند کلروپرورمازین میشویم. اگر پس از سه هفته درمان بیمار عکس‌العمل‌های جدیدی نشان داد (مانند اریتم نوئو) از محلول «تارتراستینیه» یک درصد استفاده میکنیم و از این محلول هر روز و یا هر دو روز بمیزان ۱-۵ میلی‌لیتر بتعداد ۵-۱۰ نوبت به بیمار تزریق مینمائیم. همچنین بجای آن میتوان از محلول آنتی‌موان از راه تزریق داخل عضلانی استفاده کرد. در صورت عدم حصول نتیجه میتوان از کلروکین استفاده کرد و آنرا از راه خوراکی بمیزان ۳۰۰ میلی‌گرم در روز حداقل بمدت دو هفته تجویز کنیم. چنانچه درمانهای فوق نیز

۷۵۰ میلی گرم هر دو روز - فنازیدل بمیزان ۱۴۰۰ میلی گرم در هفته). در اینگونه موارد از سولفون استفاده نمیکنیم زیرا بعلت اثر فوری روی باسیل‌ها نسن عکس‌العمل‌های ایمنولوژیک موضعی و بنا بر این نوریت را تشدید مینماید. ولی درمان با سولفون را میتوان پس از دو سال درمان با سولفامید ادامه داد.

بالاخره باید از درمان یا ایمونواسیتمولان‌ها نام برد که بحث درباره روش‌های درمانی مختلف و نتایج حاصل از آنها بطور مستقل باید انجام گیرد.

پیشگیری: لازم بیادآوری نیست که پیشگیری هر بیماری و از جمله جذام از اساسی‌ترین و اصولی‌ترین روشها است، بطوریکه اگر این روش بطور صحیح و منطقی انجام بگیرد، مسئولین بهداشت هر کشور به هدف نهائی خود که عبارت از جلوگیری از ابتلاء موارد جدید و بالاخره ریشه کن ساختن بیماری است ناائل خواهند آمد.

در مورد جذام اولین و اساسی‌ترین اقدام مؤثر عبارت از بیماریابی در سطح کشور است. زیرا با اجراء این روش هم اکثر بیماران هر منطقه شناخته میشوند و در مراحل ابتدائی تقریباً بسادگی درمان میگرددند و از بروز عوارض ناگوار و غیر قابل ترمیم، که اغلب بسبب عدم مراجعه بموقع بیمار، عدم تشخیص بموقع و یا درمان ناقص فرا می‌رسند، جلوگیری بعمل می‌آید و هم باسیل‌ها نسن از بین رفته و از سرایت بیماری از فرد بیمار و باسیلیفر بافراذ سالم مستعد و اطرافیان پیشگیری میشود.

پس بیماریابی و کشف موارد جذام از اهم مسائلی است که باید مورد توجه مسئولین بهداشت و درمان قرار گیرد.

پس از کشف بیماری و موارد ابتلاء در هر منطقه و شروع درمان صحیح، دو گروه از افراد باید تحت نظر قرار گیرند. گروه اول بیمارانی خواهند بود که شکل بالینی بیماری‌شان تشخیص داده شده و باید بر حسب شکل بالینی بیماری مدتی تحت درمان مداوم و مستمر باشند، مضافاً باینکه هر سه یا شش‌ماه یکبار از نظر بالینی، با کتریولوژی، ایمونولوژی و غیره کنترل شوند و تحت نظر قرار گیرند.

گروه دوم اطرافیان بیمار و یا بعبارت کلی‌تر افرادی که با بیمار تماس نزدیک و مداوم دارند، باید تحت کنترل دقیق قرار بگیرند و در فواصل زمانی معین دقیقاً مورد آزمایش قرار گیرند تا ضمن انجام آزمایش‌های مکرر، سولفون نیز بمیزان ۵ میلی گرم بازاء هر کیلوگرم وزن بدن هفته یکبار بآنان داده شود.

برای پیشگیری و کنترل دقیق بیماران شناخته شده و موارد تماس که از اقدامات اساسی بیماریابی است، باید در هر منطقه دو گروه

کافی نباشند، یکی از چهار داروی زیر را انتخاب میکنیم:

۱- لامپرن را معمولاً بمیزان ۱۰۰ میلی گرم در روز و در بیماران مبتلا بنوع وخیم ۳۰۰ تا ۴۰۰ میلی گرم در روز تجویز میکنیم و اگر در عرض چند هفته ضایعه جدیدی فرا نرسد، سولفون را تدریجاً جانشین آن مینمائیم.

۲- در موارد اختصاصی میتوان از کورتیکواستروئیدها استفاده کرد و مقدار آنرا تا ۳۰ میلی گرم در روز بالا برد و سرعت پائین آورد و یا اینکه در موارد تجویز طولانی از مقدار ۵ میلی گرم در روز استفاده نمود و مقدار آنرا بالا برد و در حملات مکرر و طولانی در حدود ۵-۱۰ میلی گرم در روز نگهداشت. البته لازم بیادآوری است که جز در موارد اضطراری و خاص نباید از کورتیکواستروئیدها در جذام استفاده نمود مگر اینکه تجویز این دارو چاره منحصر بفرد باشد که در اینصورت باید کلیه احتیاطات را در نظر گرفت.

۳- اسید فولفنامیک در برخی از بیماران اثر ضد تومی بسیار عالی دارد.

۴- بالاخره تالیدومید در برخی موارد نتایج نیکویی میدهد. مقدار تجویز دارو از ۴۰۰ میلی گرم در روز نباید تجاوز نماید ولی باید خواص نورو توكسیسیته و تراتوژن این دارو را در نظر گرفت.

درمان اختصاصی نوریت: قبل از اقدامات جراحی که برای از بین بردن علل موضعی مولد نوریت یا عوامل ثانوی بکار برده میشود باید بدرمان دارویی متوسل شد:

- تخفیف عکس‌العمل‌های نسجی تومی و ادم با تجویز کورتیکوئیدها، هیالورونیداز، آلفا کیموتریپسین (از راه خوراکی، عمومی و یا تزریق داخلی تنه عصب) و بویژه تالیدومید که در تسکین درد و عکس‌العمل‌های جذام مؤثرند. تالیدومید را بمیزان ۲۵ تا ۴۰ میلی گرم با احتیاط و در نظر گرفتن مخاطرات بعدی میتوان تجویز نمود. ایمونودپرسورها ممکنست مفید واقع شوند. ولی اگر در مدت زمان سه هفته درمان فوق‌الذکر و یا دیگر روش‌های درمان مداول دارویی مفید واقع نگردید باید بیمار را بدست جراح سپرد تا با برداشتن فشار از روی عصب (بکمک انجام اعمال جراحی در مجاری استنویفیرو و در صورت لزوم توأم با پیری نورولیز آندونورولیز و حتی ترانسپوزسیمون عصبی) از بروز عوارض نامطلوب جلوگیری گردد. لازم بیادآوری است که بهنگام عمل باید شاخه‌های عروق جانبی عصب را در نظر گرفت تا آنو کسی تشدید نگردد. درمان دارویی که در اینگونه بیماران باید تجویز گردد عبارت از سولفامیدهای تأخیری است (سولیترن یا مادریبون بمیزان

آموزش: آموزش صحیح نباید در سطوح مختلف بطور مداوم و مستمر انجام گیرد و این مسئله از شکل تشریفاتی خود یعنی سالی یکبار خارج گردد. آموزش در سطح دانشگاهی و مدارس عالی برای آشنائی کامل دانشجویان، پزشکان جوان و پرسنل پیراپزشکی. آموزش برای آگاهی توده مردم بوسیله رسانه‌های گروهی، انتشار مقالات بزبان ساده، انتشار جزوات کوچک بویژه اجراء برنامه‌های آموزشی از طریق رادیو و تلویزیون بطور مستمر. بالاخره ترتیب دادن دوره‌های کوتاه مدت برای آموزش و تربیت افراد ورزیده و مجرب برای اشتغال بکار و انجام وظیفه.

مددکاری اجتماعی: مددکاری اجتماعی و فراهم نمودن وسائل رفاهی بیماران و افراد خانواده آنان از جمله مسائل قابل توجه است. تربیت مددکاران اجتماعی و آشنا ساختن آنان با مسائل پیچیده اجتماعی، اقتصادی و روانی مجذومین و افراد تحت تکفل آنان از ضرورتین اقدامات است. زیرا مددکاران ورزیده و آشنا بزموز و اسرار بیماران، با تماسهای مکرر و صحیحی با آنان، از یکطرف اطلاعات دقیقی از وضع کلی بیمار و اعضاء خانواده اش بدست می‌آورند و درموارد ضرور ازقبیل حل مشکلات خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی کمکهای ارزنده‌ای بآنان مینمایند و از سوی دیگر در روحیه بیمار و اطرافیان او تأثیر نیکویی بجای میگذارند و مهمتر از همه ترس و وحشت و فاصله‌ای را که بین بیمار و افراد جامعه محسوس و ملموس است، از بین میبرند.

خلاصه و نتیجه:

جذام از جمله بیماریهای عفونی است که تاریخ پیدایش آن درجهان فوق‌العاده قدیمی میباشد. رفتار و اعمال جامعه، ناآگاهی آحاد اجتماع نسبت به بیماری، تبلیغات و شایعات واهی یکی از علل رعب و وحشت در جامعه بوده و میباشد که خود این امر باعث عدم مراجعه بیماران بپزشک و اشاعه بیماری شده است. بمرور زمان مسئله جذام در کشورهای پیشرفته هم از نظر پزشکی و درمان و پیشگیری و هم از لحاظ اجتماعی بتدریج حل شده ولی درممالک عقب نگه داشته شده پیشرفت چندانی نداشته و لذا طرز تفکر افراد اجتماع تا حدودی بهمان شکل دوره‌های گذشته باقی مانده و بیماری در مناطق مختلف کشورهای اخیر بیورش خود ادامه داده و بر عده مبتلایان روز بروز افزوده شده است. پس ترس و وحشت واهی از جذام و مجذوم در جوامع عقب نگه داشته شده وجود داشته و دارد و این مسئله یکی از علل عدم توفیق در درمان، بویژه پیشگیری و ریشه کن ساختن بیماری است.

تشخیص بالینی و آزمایشگاهی جذام در حد يك مؤسسه مجهز

سیار وثابت (تعداد گروهها بر حسب موارد و میزان جمعیت هر منطقه متغیر خواهد بود) انجام وظیفه نمایند. گروه سیار برای بیماریابی، کشف موارد جدید و رساندن دارو بنقاط دور دست و در صورت لزوم معرفی بیماران و موارد تماس بمرکز ثابت برای انجام معاینات و آزمایشهای لازم و یا بستری شدن در آسایشگاه اختصاص دارد. گروه ثابت ضمن معاینه بیماران و انجام آزمایشهای باکتریولوژیک، ایمونولوژیک و غیره پرونده کاملی برای بیماران تنظیم و ضمناً بکمک مددکارانی که در اختیار دارند وضع اقتصادی و اجتماعی مجذومین و افراد تحت تکفل آنان را مطالعه و پرسشنامه تنظیم نمایند.

درمان دسته جمعی: برای اینکه نتیجه‌ای بهتر و سریع تر حاصل شود، بهترین روش، طریقه درمان دسته جمعی است. در این صورت دارو بوسیله گروه سیار در روزهای معین در روستاهای مختلف در فواصل زمانی مشخص باید پخش شود.

کنترل بالینی و آزمایشگاهی بیماران: همانطور که ذکر شد، بیماران در فواصل زمانی معین باید از نظر بالینی و آزمایشگاهی بررسی شوند تا بدینوسیله هم بتوان نسبت بسیر بالینی ضایعات، بهبود آنها و تأثیر دارو پی برد و هم از نظر وجود یا عدم باسیل هانسن در مخاط بینی، ترشحات و ضایعات پوستی، تعیین اندیس مورفولوژیک و باکتریولوژیک، عکس‌العملهای پوستی و عصبی و غیره اطلاعات دقیقی کسب نمود.

کنترل موارد تماس و اطرافیان بیمار: چون پس از شروع درمان، بیماران باسیلیفریکماه پس از مصرف ریفاپمپسین و ۶ تا ۸ ماه پس از مصرف دیگر داروهای ضد جذام از نظر اندیس مورفولوژیک تغییراتی پیدا مینمایند و این اندیس تقلیل مییابد، لذا در عرض مدت فوق، بیماری را باطرافیان، بویژه به کودکان منتقل میسازند (اگر قبلاً آلوده نشده باشند) و از سوی دیگر قبل از شروع درمان احتمال سرایت باطرافیان زیاد است، بنابراین باطرافیان که تماس نزدیک و صمیمی با بیمار داشته‌اند باید هفته‌ای یکبار سولفونامید تجویز نمود و ضمناً از معاینات بالینی و آزمایشهای بیولوژیک غفلت نورزید. در کودکان ضمن رعایت کلیه اصول باید از تلقیح واکسن ب. ث. ژ پس از انجام آزمون پوستی استفاده کرد (۲)، (۳) و (۴).

تجسس بیمار در اجتماعات: علاوه بر انجام بیماریابی در روستاها لازم است که در فواصل زمانی معین دانش آموزان مدارس، سربازها، کارگران کارخانجات و هزاره‌ها، کارگران رستورانها و محل اجتماعات را دقیقاً معاینه نمود. علاوه بر آن مهاجرینی که از کشورهای آلوده بکشور وارد میشوند باید تحت نظارت دقیق قرار بگیرند (۱) و (۱۰).

مطالعات همه گیرشناسی باید در سطح وسیع کشور انجام گیرد و حتی الامکان سعی شود که مناطق آلوده دیگر پارامترهای لازم تعیین گردد تا مبارزه منطقی و اصولی بر اساس اطلاعات جمع آوری شده اجرا شود.

برای بدست آوردن نتایج رضایت بخش از برنامه مبارزه با جذام نکات اساسی این برنامه باید مورد توجه خاص قرار بگیرد:

● بیماریابی در سطح وسیع کشور و پیگیری مداوم بیماران شناخته شده؛

● درمان بیماران از نظر سرعت بهبود ضایعات و جلوگیری از بروز عوارض و بویژه از بین بردن و قطع زنجیره ابتلاء یعنی از بین بردن باسیل هانسن در بیماران باسیلیفر؛

● معاینه مستمر و پیگیری موارد تماس؛

● معاینه بهداشتی اجتماعات بویژه دانش آموزان، کارگران، سربازها، شاغلین در رستورانها و غیره؛

● درمان دسته جمعی در نقاط آلوده؛

● آموزش در سطوح مختلف.

و اختصاصی انستیتو پاستور ایران مقدور است. منتهی باید توجه و عنایت بیشتری مبذول گردد تا از یکطرف کمبودها و نارسائیهها جبران شود و از سوی دیگر ارتباط با مراکز تحقیقاتی و مطالعاتی کشورهای دیگر و مؤسسات منطقه ای قطع نگردد و سعی شود که تعداد آزمایشگاههای تشخیص بمنابۀ اقمار این مرکز تحقیقی در سطح کشور افزایش یابد.

از نظر سرعت بهبود و تشفی بیماران مبتلا به جذام، هر قدر بیمار زودتر مراجعه نماید و بیماری اش در مراحل اولیه تشخیص داده شود و درمان گردد، بهبود سریع تر و بروز عوارض ناگوار و غیر قابل ترمیم نادرتر خواهد بود.

از نظر بالینی کلیه اشکال بالینی جذام در ایران وجود دارد و شکل لپروماتوز شایع تر از دیگر اشکال است.

جذام در اطفال ایرانی، بویژه کودکانی که تماس نزدیک و صمیمی با بیماران باسیلیفر دارند، نادر نمیباشد.

جذام در گروههای سنی بین ۱۴ تا ۲۵ سال در کشور ما شایع است و مواردی نیز در اطفال در سنین پائین تر مشاهده میشود.

مآخذ و مدارک:

- ۱- دکتر آصفی ولی الله و دکتر گولیه آلن: نتیجه مطالعات مقدماتی جذام در استان خراسان. مجله نظام پزشکی ایران، سال چهارم، شماره ۶، صفحه ۴۵۵، ۱۳۵۴.
- ۲- دکتر ولی الله آصفی و همکاران: بررسی عکس العمل آزمونهای توپر کولین و لپرومین در کودکان مجذومین و استفاده از واکسن ب. ث. ژ. در آنها. مجله نظام پزشکی ایران، سال ششم، شماره ۱، صفحه ۱، ۱۳۵۶.
- ۳- دکتر آصفی ولی الله: یادداشتهای شخصی در مسافرتها علمی و گزارش مأموریتهای تحقیقاتی در روستاهای ایران از سال ۱۳۳۲ تا سال ۱۳۵۹.
- ۴- دکتر آصفی ولی الله: مطالعه بالینی، اپیدمیولوژی و ایمونولوژی مقایسه ای بیماری جذام در استان خراسان. گزارش به وزارت علوم و آموزش عالی (قسمت پژوهشهای علمی)، ۱۳۵۷.
- 5- Assefi, V. et Gaulier. AL: Tests Tuberculiniques et Mitsuda chez les enfants des lépreux. Seminaire sur la lèpre. 21-23 Juin, 1976, Téhéran, Iran.
- 6- Assefi, V. et al: Etude sur Bacille de Hansen par microscopie électronique. 3 ème. Congrès dermatologique de l'Iran. 29-31 Mai, 1976, Mashad, Iran.
- 7- Assefi, V. et Gaulier. AL: Etude préliminaire sur la lèpre en Iran. Seminaire de la lèpre. 21 - 23 Juin. 1976, Téhéran, Iran.
- 8- Assefi, V.: Contribution à l'étude clinique et épidémiologique de la lèpre chez les enfants en Iran. XI Congrès International de la lèpre. Mexico, 13 - 18. No. 1978.
- 9- Assefi, V.: Contribution à l'étude de 7 cas de la lèpre lèpromateuse à cellules fusiformes ou lèpre histoide de wade en Iran. Proceeding of 5th. International congress held in Tehran, May 30 th. June 1 st, 1978.
- 10- Assefi. V. et al.: Etude préliminaire sur la lèpre de l'Iran, Rapport complet. Acta-medica-Iranica, Vol XXI, No 3, 1978.
- 11- Harve. Harant.: Les épidémies, 1953.
- 12- Kurt. Sprengel. Histoire de la médecine depuis son origine jusqu'au XVIII e siècle, 1815.