روند کراتیت‌های ویروسی

«نکاتی چند دراین مورد جهت اطلاع همهٔ پزشکان.
هیچ‌کس از ابتلاء به‌کراتیت‌های ویروسی درامان نیست
وسکل این‌کراتیت‌ها در قرنیه‌یکی از علل مهم
کاهش دید و نابینائی است.»

دکتر مجید فروغ *

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

شیوع کراتیت‌های ویروسی درسالهای‌اخیر، مقاوم بودن‌اکثر آنها نسبت بدرمان، خطرات تجویز کورتیکوستروئیدها در اغلب این کراتیت‌ها، تغییر روند بیماری‌مخصوصاً اگرعلائم مقدماتی باورم ملتحمه‌های آلرژیك اشتباه گردد و معالجه صحیح شروع نشود و توجه باینکه هیچ‌کس ازجمله پزشك ازابتلاء به‌این کسالت مصون نمیباشد؛ ما را برآن داشت‌که مطالعات بالینی خود را در مورد روند متفاوت و متغیر این‌کراتیت‌ها بشکل مقاله‌ای در مجله نظام پزشکی منتشر سازیم و اطمینان داریم‌که توجه به‌نکات بالینی این مقالـه که حاصل بررسی و مطالعه مشاهدات بالینی متعدد است ، نه تنها برای همکاران چشم پزشك ـ مخصوصاً همکاران جوان ـ بلکه برای همهٔ پـزشکان از لحاظ آشنائی و لزوماً پیش‌گیری از حوادث وخیم در این مورد، مفید خواهد بود.

همانطورکه ازعنوان‌مقاله‌پیداست‌منظورمابحث‌درروندکراتیت‌های ویروسی است. لذا سعی خواهیم‌کرد فقط به قسمتهائی‌که تاحدی به سیر بیماری ارتباط دارند بپردازیم. قبلا لازم میدانیم‌که ویروس های مسئول وصفات مشترك کراتیت‌های ویروسی را باختصارشرح دهیم.

اصولا ویروس برحسب نوع‌آسیدنوکلئیك بدودسته تقسیم میشوند: دسته‌ای که آسیدریبونوکلئیك دارد و دسته‌ای دیگر که دارای آسیددزکسی ریبونوکلئیك میباشد.

مهمترین ویـروس‌های دسته اول که ممکـن است کراتیت ایجاد کنند عبارتند از:

ویروس گریپ- این ویروس میتواندکراتیت‌های زودرس‌نقطه‌ای سطحی ویا نوع دیررس عمقی در قـرنیه ایجاد کند. لازم است در دورهٔ ابتلاء وحتی‌بعداز بهبود مراقب قرنیه‌باشیم وبااحساس‌التهاب در چشم ومخصوصاً کاهش دید، معاینه بعمل آوریم.

در بیماری نیوکاسل ممکن‌است ضمن ورم ملتحمه، کراتیت‌هم دیده شودکه مشی خوش‌خیم خواهد داشت.

اوریـون‌ندرتاً عوارض‌قرنیه‌آنهم بیشتر بشکل کراتیت‌پارانشیماتوز ایجاد میکند. چندی پیش درپسربچه‌ای‌که قبلا اوریون داشته (سه هفته قبل از مراجعه) کراتیت عمقی دیدم و چون اپی‌تلیوم قرنیه کاملا سالم‌بود باقطره‌کورتیکوستروئید درعرض دوهفته‌خیزستروما برطرف شد.

مهمترین ویروس‌های دسته دوم که میتوانند کراتیت ایجاد کنند عبارتنداز:

ویروس آبله ـ این ویروس درگذشته عوارض شدید قرنیه میداد وباعث سی وپنج درصدکوریها میشد.

واکسین ـ بطور اتفاقی در جریان واکسیناسیون ضد آبله و یا به عنوان عارضه ممکن‌است‌کراتیت دیده شود.

واریسل ـ ندرتاً در قرنیه بصلت ترکیدن و زیکـول ممکن است کراتیت ایجاد بکند.

انکلوزیون سیتومگالیك ـ مخصوص‌نوزادان است و امکان دارد حالت عمومی بقدری خراب باشد که در اوائل به کـراتیت چشم توجهی نشود.

---

* بیمارستان فارابی ـ دانشکده پزشکی رازی ـ دانشگاه تهران.

زونا افتالمیك ـ عوارض قرنیه در زونا باشکال مختلف مثل وزیکول و زخمهای سطحی وکراتیت نقطه‌ای وکراتیت دیسی فورم «Disciforme» دیده میشود. بعضی اوقات درزونا ممکن است کراتیت حتی قبل ازبثورات و یا به‌صورت عارضه دیررس تظاهر کند. گاهی کراتیت باضایعات جلدی خیلی‌خفیف درپلك مخصوصاً وقتی‌که عصب نازال مبتلا شده باشد، همراه است و توجه را از تشخیص‌علت اصلی‌یعنی زونادورمی کند. بطوریکه اصطلاح کراتیت زونای بدون تظاهر «زونا» معمول‌شده‌است. درهرحال‌صلاح دراین است‌که همیشه با ملاحظه کراتیت، چین های پوست پلك و ریشه بینی ازاین نظر بررسی‌شود. اصولا در زونا، چه درجریان‌بیماری وچه در دوره بهبود، بایدنگران پیدایش کراتیت‌باشیم‌وهرگز نباید دراین‌قبیل بیماران بی‌آنکه مورد داشته‌باشدقطره کورتیکوستروئید تجویزشود. گاهی دیده میشودکه در مبتلایان به‌زونا افتالمیك بی مشورت با چشم پزشك قطره کورتیکوستروئید مصرف میگردد که ممکن است عوارض سوء داشته باشد و به پیدایش کراتیت کمك کند.

ویروس تبخال- درسالهای اخیرشیوع کراتیت‌های هرپتیك‌توجه چشم پزشکان را شدیداً بخود معطوف داشته است و این قسمت را بموقع مورد بحث قرار خواهیم داد.

صفات مشترك کراتیت‌های ویروسی عبارتند از:

۱ـ شیوع بیماری

۲ـ معمولا درجوانها وبیشتر درجنس مذکردیده میشوند. درچهل و شش پرونده بیماران شخصی که مورد مطالعه ماقرارگرفته، سی ونه تن مرد وبقیه زن بوده‌اند و سن اغلب بیماران بیست وپنج تا سی و پنج سال بوده‌است.

۳ـ معمولا یکطرفه هستند. جالب‌است متذکرشویم‌که در بین‌چهل وشش بیمار فقط یك بیمار مبتلا به کراتیت پونکتوئه سطحی دو طرفه بود که اتفاقاً نسبت به درمان جواب فوری داد. بقیه همه کراتیت یکطرفه داشتند.

۴ـ اغلب اختلال حس قرنیه درکاراست. هرچه این اختلال‌بیشتر باشد روند بیماری وخیم‌تر است.

۵ـ معمولا عودکننده هستند.

۶ـ بشکل کراتیت سطحی یا عمقی دیده می‌شوند.

شروع بیماری: چون بعضی اوقات شروع کراتیت‌ها گول زننده است و امکان دارد چشم پزشکان مبتدی را دچار اشتباه‌کند، لذا جادارد‌که علائم‌اولیه را بشناسیم وبیماری‌را با او رام ملتحمه‌ساده اشتباه‌نکنیم. بارها دیده شده‌که‌بیمار به‌عنوان ابتلاء به‌ورم‌ملتحمه ساده آلرژیك توسط همکاران‌طبیب وجراح تحت‌درمان قرارگرفته وبعد از چند هفته بعلت پیشرفت بیماری به‌چشم پزشك معرفی‌شده است. در میان پرونده چهل وشش بیمار تشخیص واقدام دو همکار که یکی‌جراح عمومی و دومی طبیب داخلی‌است، قابل ذکراست. هردوهمکارمحترم‌التهاب وهیپرمی‌ملتحمه چشم‌بیمارخودرا به‌حساب ورم‌ملتحمه آلرژیك گذاشته ومدت‌یکی دوهفته‌ازقطره دگزامتازون استفاده‌کرده بودند. اما در معاینه معلوم شدکه بیماری کراتیت سطحی، ویروسی است و استعمال قطره دگزامتازون باعث توسعه کراتیت شده. بنابراین لازم‌است پزشکان محترم‌باملاحظه هیپرمی ملتحمه همراه باترشح مختصر ویا حتی بی‌ترشح و تمرکز بیشتر سرخی والتهاب در دور قرنیه، فوتوفوبی، اشکریزش، احساس جسم خارجی همراه بادرد ویاگاهی بی‌درد نگران شروع کراتیت باشندوبیمار را به‌چشم پزشك معرفی کنند. البته اگر کراتیت‌های ویروسی‌بازخم وسیع‌قرنیه شروع‌شود، امکان عدم تشخیص واشتباه خیلم‌کم است ولی اغلب اوقات کراتیت‌های سطحی پونکتوئه باعلائم فوق‌الذکر خفیف، تظاهر میکنند و دراین مراحل باید با تشخیص‌بموقع ازبکار بردن قطره‌های‌کورتیکوستروئید خودداری شود.

کراتیت‌های عمیق: یکی از اشکال بالینی مهم کراتیت‌هاست که با بررسی بافلورسین وبیومیکروسکوپ معلوم میشودکه اپی‌تلیوم سالم مانده و خیز طبقه سترومارا فراگرفته است. لذا تجویز کورتیکوستیروئید دراین‌نوع کراتیت‌ها بسیار مفید و مؤثراست، منتهی باید توجه شودکه حتی‌المقدور درمان بصورت تزریق زیر ملتحمه انجام پذیرد وقطره در دسترس بیمار نباشد وگرنه ممکن است بیماربااحساس‌آرامش‌دائماً ازاین‌ترکیبات‌حتی‌درمواردی‌که بحرانی درکارنیست استفاده‌کند. به‌این‌نکته مهم‌باید توجه‌کرد‌که ادامه‌استفاده ازقطره‌های‌کورتیکوستروئید رشد ویروس را تسهیل میکند و امکان‌داردکه نوع پارانشیماتوز به‌نوع سطحی‌تبدیل‌شود. دراین‌قسمت به شرح حال‌های متعددی برخورد کرده‌ام‌که به‌چند اختصاراً اشاره میکنم.

آقای م‌ـ و ۲۲ساله باکراتیت چشم چپ دوسال پیش تحت معاینه قرارگرفت و در بررسی معلوم شدکه به‌کراتیت عمقی مبتلاست. بیمار مدتها تحت درمان ضد سیفیلیس وقطره های آنتی بیوتیك و I.D.U قرارگرفته بود. وقتی‌که‌معالجه باقطره کورتیکوستروئید شروع شد در عرض یك هفته خیزسترومابمیزان قابل توجهی کاهش یافت و دید، که بشمردن انگشت‌ها از دومتری رسیده بود، به $\frac{۲}{۱۰}$ بالارفت. لذا ازهفته‌دوم زیرملتحمه‌محلول کورتیکوستروئید

تزریق شد وبا 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 بهشهرخودمراجعت کرد، بعد ازشش ماه باکراتیت وسیع سطحی بازگشت و معلوم شد که در چند ماه اخیر گاه‌بگاه از قطره کورتیکوستروئید که فقط برای یك هفته تجویزشده بود، استفاده کرده است. دورهٔ معالجه دو ماه طول کشید وبالاخره بالك وسیع التیامی از تهران رفت.

آقای ع‌ـك، چهل‌ساله، حدود دو ماه پیش باکراتیت چشم راست تحت معاینه قرار گرفت ودر معاینه کراتیت عمقی جلب توجه کرد. لذا درمان با قطره کورتیکوستروئید را برای مدت ده روز شروع کردیم. بتدریج خیز قرنیه کمتر شد و دید $\frac{۱}{۱۰}$ به $\frac{۲}{۱۰}$ رسید. سپس تزریق زیر ملتحمه شروع شد وباسومین تزریق دید به $\frac{۵}{۱۰}$ رسید. ولی بیمار بعلت عجله‌ای که داشت نتوانست در تهران بماند. از بیمار خواستم که غیراز قطره آنتی‌بیوتیك داروی دیگری درچشم نریزد. این‌بیمار حدود سه‌ماه پیش باکراتیت‌سطحی وسیع‌مراجعه کرد ومعلوم شدکه بعلت عود بیماری، درمحل ارنسخه اول یعنی قطره کورتیکوستروئید استفاده کرده و با بهتر شدن التهاب چشم بمدت دوماه ازاین قطره درچشم ریخته است. این دفعه زخم‌وسیع قرنیه، مثل معمول، به‌درمان مقاومت نشان داد وبتدریج زخم روند وخیمی بخودگرفت و بالاخره با توسل به‌کوتریزاسیون با الکل یده (در دو مرحله) از سوراخ شدن زخم جلوگیری بعمل آمد. دوماه ونیم طول کشید تازخم‌قرنیه به‌لك واسکولاریزه تبدیل‌شود. البته موارد متعددی از کراتیت‌های پارانشیماتوز دیده‌ایم که به درمان باکورتیکوستروئیدها پاسخ مثبت‌داده‌اند وبعلت قطع درمان بعدازبهبود وعدم ادامهٔ‌آن ازطرف بیمار، عوارض فوق‌الذکرایجاد نشده‌است. بایددرنظرداشت که‌اصولااین‌نوع کراتیت‌هاهم عودکننده میباشند، منتهی درفاصلهٔ‌حملات(کریزها) بایدکورتیکوستروئیدها بکلی قطع شود تا حتی‌المقدور از تبدیل شدن ورم عمقی به‌سطحی جلوگیری بعمل‌آید. نگارش شرح حال خانم فـ‌ق را ازاین‌نظر لازم میدانم. این‌خانم هجده ساله بعلت‌کراتیت چشم‌چپ درتاریخ ۵۲/۷/۱۱ مراجعه‌کرد. از چهار ماه پیش مبتلا به‌تـاری چشم شده ومدتی تحت معالجات ضد سیفیلیس وضد سل‌قرارگرفته بود. با تشخیص کراتیت عمقی ویروسی به‌تزریق کورتیکوستروئید زیر ملتحمه اقـدام شد. در تاریخ ۵۲/۷/۲۰ دید از سه متـری به $\frac{۲}{۱۰}$ رسید وخیز قرنیه خیلی کم‌شد. دراین تاریخ یك تزریق‌دیگر کورتیکوستروئید هیدروسولوبل‌به‌عمل‌آمد ودرتاریخ ۵۲/۷/۳۰ دید به $\frac{۴}{۱۰}$ رسید وخیز از محیط به مرکزکم شد. با ادامه‌تزریق کورتیکوستروئید، هرهفته یکبار، بتدریج خیزخیلی‌کاهش یافت، و درتاریخ ۵۲/۹/۱ دید به $\frac{۷}{۱۰}$ و درتاریخ ۵۲/۱۰/۱۷ به $\frac{۸}{۱۰}$ رسید. لذا درمان قطع شد. در هرمراجعه فشار چشم طبیعی بود. قرنیه‌بیمار هرماه معاینه میشد، تا اینکه درتاریخ۱۳۵۳/۲/۲۴ کراتیت‌بشکل‌تحت‌حادعمقی‌عودکردوفوراً تزریق کورتیکوستروئید در زیر ملتحمه به عمل آمد (هـر هفته یك تزریق). در تاریخ ۵۳/۴/۵ خیز قرنیه بمقدار قابل توجهی برطرف شد و دیدکه به $\frac{۴}{۱۰}$ رسیده بود به $\frac{۸}{۱۰}$ بالا رفت. دراین تاریخ درمان قطع‌شد. باز در تاریخ ۵۳/۹/۲ کـراتیت عمقی عود کـرد و دید به $\frac{۳}{۱۰}$ رسید و با تزریق محلول کورتیکوستروئید به مدت سه‌ماه هرهفته یك بار، قرنیه شفاف شد ومیزان بینائی برای چندمین‌بار به $\frac{۸}{۱۰}$ رسید و از تاریخ ۵۳/۱۲/۴ درمان متوقف گردید و تا امروز وضع قرنیه رضایت‌بخش می‌باشد وکراتیت بیمار عود نکرده‌است. بارها این بیمار از نظر عمومی تحت معاینات لازم قرارگرفته و اختلال عمومی در دستگاهها دیـده نشده است. این شرح حال نمونه‌گویا ومشخصی از عودکراتیت‌های عمقی است وچون بیمار شخص‌فهمیده وعلاقه‌مند به‌سلامت چشم خود میباشد وهیچوقت دارو بمیل خود مصرف نمی‌کند ومرتباً جهت‌آزمایش‌های لازم مراجعه کرده، شاید بهمین دلائل از تغییرشکل عمقی به‌سطحی جلوگیری شده است.

مواردی هم دیـده میشود کـه کراتیت در یك قسمت از قـرنیه، عمقی و در قسمت دیگر سطحی است، بطوریکه فلورسین فقط یکی دو منطقه را بخود میگیرد. دراین حالات تجویز کورتیکوستروئید چه بشکل قطره وچه بشکل تزریق زیرملتحمه خطرناك است. در این مورد به‌شرح حال آقای ك ـ آ اشاره میکنم. این‌بیمار چهل وپنج‌ساله باکراتیت چشم راست مراجعه کرد. درمعاینه قسمت‌اعظم قرنیه کراتیت عمقی داشت و دردو نقطه زخم اپی‌تلیال جلب توجه میکرد. بیمار سه هفته تحت درمان با آنتی‌بیوتیك و میدریاتیك قرارگرفت ودیگرمراجعه نکرد، تا اینکه باکراتیت‌وسیع‌سطحی به‌مطب آمد و در معاینه معلوم شد بمدت چند روز از قطـره‌های کورتیکوستروئید مصرف کرده است و استعمال این قطره‌ها حتی در عرض چند روز باعث وخیم شدن بیماری وتوسعه زخم به‌مناطق دیگر قرنیه شده‌است.

روند بیماری: روندکـراتیت‌های ویروسی از مهمترین مباحث بیماری است. اصولا کراتیت‌ها باعدم معالجه پیشرفت‌کرده قسمت وسیعی از قرنیه را مبتلا میسازند. تعدادی ازکراتیت‌ها، حتی با درمان بموقع، روند وخیم دارند و به اختلال شدید بینائی منجر

میشوند، در حالیکه بعضی ازکراتیت‌ها حتی بی‌درمان سیرخوش خیم دارندکه البته این نوع کراتیت‌ها نسبتاً نادر هستند.

در این مورد شرح حال دو بیمار ، یکی نوزده ساله و دومی سی و چهار ساله ، قابل ذکراست . هردو بیمار یکی در دو سال پیش و دیگری‌هشت ماه قبل باکراتیت سطحی نقطه‌ای تحت‌معاینه اینجانب قرارگرفتند. در هردو نفر از دویا سه‌هفته پیش‌کراتیت شروع شده بود. دو بیمار تاقبل از مراجعه به‌مطب به‌علل مختلف از قبیل گرفتاری و عدم دسترسی به چشم پزشك داروئی در چشم خودنریخته بودند. درمعاینه دیده شدکه کراتیت درحال‌التیام‌است، لذا جهت بررسی بیشتر از تجویز هرنوع دارو خودداری شد و از بیماران خواسته شد هرروز جهت معاینه مراجعه‌کنند. بعد از یك هفته دربیمار نوزده ساله وبعد از ده روز در بیمار سی وچهار ساله بهبود حاصل شد. ازبررسی پرونده چهل‌و شش‌بیمار طی‌پنج سال اخیر به نکات بالینی قابل توجهی برخورد کرده‌ام‌که اینك مورد بحث قرار میدهم.

۱ــ ضربه‌که ازعوامل مستعدکننده‌کراتیت‌های ویروسی است فقط در سه بیمارقابل ذکراست که دریکی سابقهٔ ضربهٔ دست ودر دومی وسومی سابقه اصابت چشم به‌لبهٔ دیوار وشاخه درخت (در حدود دو هفته تایك ماه قبل ازابتلاء) وجود داشته‌است. این ضربه‌روند کراتیت بیمار دوم‌وسوم را عوض‌کرده بود.

۲ــ بیمارانی‌که‌کراتیت آنها روند طولانی وحتی بدخیم (از نظر سوراخ شدن)داشت، ازسلامت‌کامل‌برخوردار بوده‌اند وبدین‌ترتیب معلوم میشود که در کراتیت‌های ویروسی برعکس کراتیتهای باکتریائی ومیکربی وقارچی ضعف مزاج و دیابت، که از عوامل مستعدکنندهٔ روند وخیم وپیشرفت بیماری است، تأثیرقابل‌توجهی ندارد .

۳ــ بازگشت بیماری ازمسائل مهم درکراتیت‌های ویروسی است. از چهل وشش نفر بیمار مورد بررسی، هجده نفر بیش از سه بار وپانزده نفرفقط دوبار و بقیه فقط یك مرتبه به‌کریزکراتیت مبتلا بوده‌اند. در بین بیماران باکریزهای متعدد شرح حال دوبیمار قابل‌ذکراست. یکی ازاین‌بیماران جوان سی‌ساله آموزگار یکی از شهرستان‌ها است. این بیمار در سه‌سال پیش باکراتیت سطحی وسیع به‌مطب مراجعه‌کرد. بطوریکه‌اظهارمیداشت درپنج‌سال هفت بار به‌عودکراتیت دچارشده‌بود. هفتمین‌حمله(کریز) مدت دوماه طول‌کشید تا التیام حاصل شد وچون دوسوم قرنیه لك داشت‌بیمار را تحت عمل پیوند قرنیه قراردادم و نتیجه عمل از هرلحاظ رضایت‌بخش شد. مدت‌دوسال ونیم قرنیه‌کاملاً شفاف بود ولی‌شش ماه پیش هشتمین کریزکراتیت روی پیوند تظاهرکرد وحدود دو ماه درمان‌های لازم بعمل‌آمد تابالاخره چشم سفیدشد ولك‌التیامی مرکزپیوندرا پوشاند وقدرت‌بینائی بکلی مختل‌شد. اینك‌گابگاه مراجعه میکند واصراردارد‌که بقول خودش بازهم به‌لکه‌گیری از چشم اقدام‌شود. ولی با توجه به‌سوابق امروکریزهای متعدد عمل مجدد را اقلا تا مدتی مقرون به‌صلاح نمیدانم.

بیمار دیگری‌که مرد سی وشش ساله بود، با سومین‌کریزکراتیت هرپتیك تحت معالجه‌قرارگرفت. وقتی‌که التیام‌حاصل شد «گرف پرفوران» قرنیه در این چشم بعمل آمد و اینك سه‌سال است‌که خوشبختانه‌کریز مجدد دیده نشده و نتیجه عمل از هرلحاظ مثبت و رضایت بخش میباشد. بطوریکه ملاحظه میشود بازگشت‌بیماری از نظربالینی حتی بعد از عمل پیوند هم قابل پیش‌بینی نمیباشد. اکثر مصنفین این نوع بازگشت را معمولا در دوسال اول بعد از عمل مشاهده‌کرده‌اند. بطوریکه متذکر شدیم در بیمار آموزگار دوسال ونیم بعد از عمل پیوند، در حالیکه قرنیه‌کاملا شفاف بود، کریزکراتیت پیدا شد ولی دربیمار دوم سه‌سال است خوشبختانه این بازگشت دیده نشده است.

۴ــ 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 م‌ــح، سی‌ونه ساله‌که شش‌سال به‌کراتیت هرپتیك عودکننده چشم چپ مبتلا بود، سه‌سال پیش باکریزکراتیت مراجعه‌کرد و در معاینه زخم وسیع درمرکز قرنیه دیده شدکه فلورسین را بطور کامل بخود میگرفت. درمان با آنتی‌بیوتیك‌ها مثل کلرام فنیکول مخلوط باسولفاستامیدو قطره نئومایسین وآتروپین شروع شد. از بیمارخواستم هردو روزیکبارجهت‌بررسی مراجعه‌کند. درمراجعه سوم وضع کراتیت بدتر و در قسمتهای محیطی مناطق دیگری از زخم بشکل انفیلترا «Infiltra» پیدا شد. ضمن سئوال از بیمار معلوم شد چند هفته پیش‌ضربه‌ای به‌چشم چپ اصابت‌کرده وبعلاوه 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 درچشم نریزد سپس از ترشح زخم‌آزمایش میکربی بعمل‌آمد ودیپلوباسیل پنی‌موراکس در زخم دیده شد. فوراً به‌تزریق کلرام‌فنیکول در زیرملتحمه وتقطیرمکرر آن‌اقدام گردید وبعلت‌ترشح شدید مخاط‌محلول آلفاکیموتریپسین هم روزانه شش‌مرتبه بشکل‌قطره درچشم ریخته شد. بعد ازدوهفته وضع زخم بتدریج بهترشد و درهفته چهارم اپی‌تلیوم قرنیه شروع به‌رژنراسیون‌کرد والتیام‌کامل برقرارشد.

درکراتیت‌های ویروسی، اضافه‌شدن قارچ‌ها روند کراتیت‌را بکلی تغییر می‌دهد و اغلب اوقات به سوراخ شدن قرنیه منجر میشود. دراینجا به شرح‌حال یکی ازبیماران اشاره میشود.

آقای س_غ، چهل‌ودوساله که قبلا دریك سال، طبق‌اظهارخودش، دوبار به‌کریز کراتیت چشم چپ مبتلا شده بود باکراتیت وسیع سطحی به‌مطب مراجعه کرد و در معاینه قسمت بیشتر اپی‌تلیوم و ستروما مبتلا شده بود. ضمن تحقیق معلوم شدکه کریز اخیر سه هفته قبل شروع شده، دوهفته پیش‌شاخهٔ درخت بداخل‌چشم اصابت و چند روزی هم قطره کورتیکوستروئید مصرف کرده است. بعلت سطحی بودن زخم فوراً قطره کورتیکوستروئید قطع و درمان با قطره گاراماپسین وکلرامفنیکول وآتروپین شروع شد. ولی‌چهار روز بعد پیدایش هیپوپیون و منظره زخم با انفیلترای حلقوی مخصوص، ذهن را بطرف قارچ مخصوصاً آسپرژیلوس‌فومیگائوس متوجه ساخت و بهمین علت قطره‌های آنتی بیوتیك قطع و قطره سولفاستامیدسی‌درصدهمراه‌آتروپین ومایکوستاتین‌خوراکی‌تجویز شد. چون وضع زخم روزبروز بدترمیشد وخطرسوراخ شدن، که از عوارض شایع عفونت‌های قارچی است، درپیش بود؛ محل‌زخم با الکل یده‌کوتریزه شد و بیمار جهت ادامه معالجه و دیدار از پسرش به‌لندن عزیمت کرد و در آنجا تحت معالجه آقای باری جانز قرار گرفت. آقای‌باری جانز بعد ازآزمایش‌های میکربی، عفونت قارچی باآسپرژیلوس ونحوه اقدام قبلی، یعنی قطع آنتی‌بیوتیك‌ها را طی نامه‌ای تأئیدکرد. بالاخره بیمار بعد از دو ماه ادامه معالجه درلندن بالك وسیع‌التیامی بازگشت.

این شرح‌حال نمونه‌ای از کراتیت‌های ویروسی است که با اضافه شدن عفونت‌های قارچی روند وخیمی بخود میگیرند. باید درنظر گرفت‌که از زمان عرضه شدن قطره کورتیکوستروئیدها شیوع عفونت‌های قارچی هم نسبت به‌قدیم بیشترشده است. خوشبختانه قرنیه‌سالم دربرابراین قارچ‌ها مقاومت‌دارد ولی قرنیه‌های ناسالم مخصوصاً قرنیه‌های مبتلا به‌کرانیت‌های ویروسی، که مدتی هم تحت درمان باکورتیکوستروئیدها وآنتی بیوتیك‌ها قرارگرفته باشند، برای حمله قارچ‌ها علی‌الخصوص آسپرژیلوس وکاندیدا-آلبیکانس زمینه مستعدتری دارند که البته عامل ضربه هم این‌زمینه راآماده‌تر میکند. پس در مواردی‌که سیر کراتیت ویروسی روبه وخامت میگذارد باید مسئله اضافه شدن میکربها وقارچ‌ها مورد توجه قرارگیرد.

نتیجه:

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

۱ـ سیر بالینی کراتیت‌های ویروسی متغیر ومتفاوت است.

۲ـ در مورد مدت معالجه نمیتوان اظهارنظر قطعی کرد.

۳ـ بیمارانی که‌به‌کراتیت‌های ویروسی-سطحی ویاعمقی‌مبتلاهستند وبا درمان ویا باعمل پیوند قرنیه بهبود کامل یابند باز در معرض تهاجم مجدد ویروس‌های کراتیت‌زا قرار دارند و از عود بیماری درامان نمیباشند.

۴ـ در مواردیکه تجویز کورتیکوستروئیدها مثل کراتیت‌های عمقی‌پارانشیماتوزاندیکاسیون داشته باشد صلاح است حتی‌المقدور درمان بشکل تزریق زیرملتحمه صورت گیرد تابیمار نتواند قطره کورتیکوستروئیدها را درفاصله‌کریزها مصرف کند.

۵ـ شروع کراتیت‌های ویروسی سطحی نباید با اورام ملتحمه آلرژیك‌اشتباه شود، چون تجویزقطره‌کورتیکوستروئیدها دراین موارد ولوبرای‌چند روزروند بیماری را عوض‌می‌کند وبه‌پیشرفت کراتیت منجر می‌شود.

۶ـ هروقت سیرکراتیت‌های ویروسی باوجود معالجه و برخلاف انتظار روبه‌وخامت‌بگذاردبایدبه‌دخالت میکربهاوقارچ‌هامخصوصاً درمواردی‌که سابقه ضربه هم درکار باشد مشکوك شده بااقدامات لازم ازسوراخ شدن(پرفوراسیون) قرنیه جلوگیری بعمل‌آوریم.

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 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.