دیدگاه کلی دربارهٔ جذام در ایران

مجله نظام پزشکی
سال هشتم ، شماره ۱ ، صفحه ۱ ، ۱۳۶۰

دکتر ولی‌الله آصفی ـ حسن سزاوار*

مقدمه و تاریخچه :

جذام یکی از بیماریهای عفونی مزمن و مسری است ، که درجهٔ شدت سرایت آن از دیگر بیماریهای عفونی وازجمله بیماری سل فوق‌العاده کمتر است. بسیاری ازمؤلفان تاریخ پیدایش بیماری‌را درجهان ، سالها قبل ازمیلاد مسیح ذکر کرده‌اند(۱۲). درطول تاریخ ، رفتار بشر دربرابر مجذومین بقدری بی‌رویه و نامعقول بوده که درج شرح اینگونه رفتارها ، صفحات تاریخ پزشکی را سیاه ولکه دار کرده است. درخلال ادوارمختلف تاریخ ، جهل و نادانی ، که معمولا همـراه باتعصب وخودخواهی میباشد ، منتج براعمال روشهای غیرانسانی وخشونت باری گشته ، که انسان با مطالعـه شرح صحنه‌های رقت‌آور و دلخراش آن از طرز رفتار اجداد و گذشتگان خجل وشرمسارمیشود(۱۲).

درگذشته مجالس قانونگزاری، قوانین مبتذل وغیرانسانی‌بتصویب میرساندند. مجذوم را از کلیهٔ حقوق اجتماعی محروم میساختند. بجای‌آگاه ساختن‌افراد اجتماع وچاره‌جوئی برای رهائی‌انسانها ازاین بیماری خانمانسوز، زنگولـه بپای مجذومین می‌بستند تا مردم باشنیدن صدای‌آن ازفاصلهٔ دور ، ازنزدیك شدن به بیمار احتراز جویند. لباس‌مخصوص‌برای‌آنان تهیه وتدارك می‌دیدند، علائم ونشانهـای مخصوص برسینه‌شان الصاق و یـا برگردنشان آویزان میکردند، تامردم بامشاهده‌آن علائم‌ونشانهافرارنمایند. دستگاه پرطمطراق کلیسای آنزمان مردم را دعوت میکرد ودر حضورجمع مجذوم را جزو مردگان بشمارمی‌آورد ودریك جلسهٔ تشریفاتی‌خاص‌اورا، درمقابل محراب عبادتگاه بی‌هویت اعلام و ورقهٔ هویتش را باطل میکرد.

علاوه براقدامات ظالمانهٔ فوق‌الذکر، که برمحرومیت مجذوم از کلیهٔ حقوق‌اجتماعی منجر میگشت ، با توسل به تبلیغات وسیع دور از واقعیت ، توده ناآگاه را بطور مستمر و مداوم درحالت وحشت ، تنفروبیخبری محض نگه میداشت. جذام را جزو بلیات آسمانی‌ومجذوم را درجرگه گناهکاران بالذات وبالفطره‌بحساب می‌آوردند ، بنابراین احتراز ازمجذوم وتنفر و انزجار ازاو ، امرطبیعی بشمار می‌آمد . ازآنجاکه جهل ونادانی دراکثر نقاط جهان سایهٔ شوم خود را گسترده لذا روشها و رفتارها در برابر مجذوم وطرزتفکرآحاد اجتماع درباره بیماری جذام درهمه‌جا تقریباً یکسان وتاحدودی مشابه بوده است ، بااین فرق کلی که پس ازگذشت زمان ، درکشورهای مترقی ، براثر پیشرفت علوم عینی و تجربی ، وقـوع انقلابات فرهنگی و تأثیـر بارز این دگرگونیها و تحولات درطرز تفکر توده مردم ، بالارفتن سطح فرهنگ عمومی‌وآگاهی‌افراداجتماع بربطلان خرافات وشایعات واهی، برطبق‌معمول پیشقراولان فداکار وانساندوست کمربخدمت این انسانهـای محروم می‌بندنـد سپس بتدریج مهمانخانه‌ها و آسایشگاههـا برای نگهـداری و پرستاری مجذومین احداث و تأسیس میشوند وعده‌ای انسان متعهد ومسئول عمری را درخدمت باین‌بیماران مصروف میدارند ونام‌نیکی‌برای ابد ازخودبیادگار باقی میگذارند (۱۱).

* بخش تحقیقات بالینی انستیتو پاستور ایران ـ تهران.

پس از کشف سولفون وتأثیر نیکو وشفابخش این دارو در درمان جذام ، مداوا ومجزا ساختن مبتلایان بشکل باسیلیفر ، تامرحلهٔ پاك شدن ظاهری بیمار از باسیل هانسن وحصول اطمینان ازعدم سرایت بیماری از فرد بیمار باطرافیان ، موارد تماس ، بویژه اعضاء خانواده ، که تماس مکرر وصمیمی با بیمار دارند ، عملی میگردد. باشرکت فعال پزشکان و دانشمندان نقاط مختلف گیتی، که مرز ونژاد ورنگ وغیره برای آنان مطرح نیست، درجلسات بحث وگفتگو برای چاره‌اندیشی وتصمیم گیری نهائی در گرفتاری عمیق همنوعان خود وتجسس راه حل معقول وپسندیده ، فراهم شدن امکانات برای تشکیل وبرقراری کنگره‌های مختلف وبحث وفحص آنان درمسائل بغرنج و پیچیده و جمع بندی نظرات مختلف و استفاده ازمسئلهٔ شور ومشورت و نتیجه‌گیری از بحث وگفتگو و بالاخره باعملی ساختن بیماریابی * در سطح وسیع ، درمان صحیح بیماران شناخته شد و بازبینی و پیگیری مداوم و مستمر بیماران و تحت نظر گرفتن موارد تماس ، بیماری در کشورهای پیشرفته، بویژه درممالك اروپائی ، بتدریج با کوشش مداوم این انسانها ، مهارمیگردد. بطوریکه درحال حاضر درمیان کشورهای اروپائی فقط چندکانون کوچك ، که تحت کنترل ومواظبت 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 وبیماری جذام درموطن اصلی و زادگاه آنان هنوزهم شایع است ویا اروپائیانی هستند که برای کار ومأموریتهای گوناگون بکشورهائی که بیماری جذام در آن کشورها شیوع دارد، مسافرت نموده ومدتی اقامت گزیده وبطور استثنائی به بیماری مبتلا شده‌اند. اکنون درکشورهای پیشرفته ، شفایافتگان ازجذام دوشادوش دیگر انسانها بکار وکوشش اشتغال دارند وبزندگی عادی ادامه میدهند . براساس آمار موجود عدهٔ شفایافتگان از جذام درهریك از این کشورها از چند صدتن تجاوز نمی کند و موارد جدیدی که اهل این ممالك باشند بندرت مشاهده میشود.

لازم بیادآوری است که در شرایط کنونی فقط دو مسئله موجبات نگرانی مسئولین بهداشت ودرمان این کشورهارا فراهم آورده‌است. اول مسئلهٔ مهاجرت عدهٔ کثیری کارگر از کشورهای آلوده باین ممالك ودرثانی پدیدهٔ مقاومت باسیل هانسن دربرابر داروهای ضد جذام ، که دربارهٔ این دو موضوع بحث خواهد شد .

اما در کشورهای عقب نگهداشته شده ویا درحال پیشرفت وازآنجمله درکشورما بعلت عدم آگاهی تودهٔ مردم از بیماری جذام، فقدان آموزش همگانی ، پائین بودن سطح فرهنگ عمومی، وجود ترس و وحشت واهی از جذام و بی‌توجهی وعدم اعتناء مسئولین بهداشت و درمان وضع تقریباً بهمان شکل دوره‌های گذشته باقی ماندهٔ وتغییرمحسوسی پیدا نکرده است .

در تمام ادوار تاریخ ، ترس و وحشت خارق العاده برجامعهٔ ما حکمفرما بوده ویگانه راه مبارزه باابیماری جذام احترازوفرار از بیمار و طرد و اخراج مبتلایان از خانه و کاشانه و اجتماع تشخیص داده شده است . لذا باتوجه بطرزتفکر افراد اجتماع ، بویژه پرسنل پزشکی و پیراپزشکی ، عدم اقدام مسئولین وغفلت آنان درمسائل درمانی، پیشگیری وآموزش بهداشت و وجود ترس و وحشت ، سالها است که بیماری درکشورما رحل اقامت افکنده و باسیل جذام در بدن انسانهای بیگناه لانه گزیده است و چون اقدام مؤثر وصحیح درباره مبارزه باجذام بعمل نیامده ، بیماری بهیورش بی‌رحمانهٔ خود ادامه داده ، باسیل هانسن بلامعارض مانده ودر نتیجه عدهٔ کثیری از افراد اجتماع ، بویژه نوجوانان که زمینهٔ مساعد داشته و با بیماران باسیلیفر درتماس بوده‌اند ، مبتلا شده و میشوند ، که متأسفانه بعلل مختلفی که بعداً بدانها اشاره خواهیم کرد ، عده مبتلایان روز بروز روبتزاید گذاشته است (۱)و(۳).

بمرور زمان وگذشت ایام یا بعلت شیوع بیماری در یك 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 ویا مناطق جذام خیزشهرت یافته‌اند ویااینکه برخی ازافراد نیکوکار وخیر، محلی را برای سکونت ویا نهگداری مجذومین وقف و یا تخصیص داده‌اند ، که بعدها بصورت آسایشگاه درآمده است، مانند قلعهٔ محرابخان در شهرمشهد. ولی دردیگر روستاها اگرفردی مبتلا بجذام میشد و حتی چنانچه باین بیماری شهرت مییافت ، وسیلهٔ ساکنین روستا ازمحل اخراج ودرکنار جاده‌ها ویا مکانهای دورافتاده رها میشد. درحدود ۹۰سال قبل عده‌ای ازمجذومین نواحی مختلف آذربایجان براثر تهدید مأمورین حکومتی وشدت عمل مردم جاهل ونادان، بسبب استیصال ، همراه اعضاء خانوادهٔ خود ، قافله‌ای را ترتیب داده ، زادگاه و دیار خودرا ترك مینمایند وپس ازسرگردانی زیاد در دره‌ای واقع ما بین جاده قدیم تبریز و ارسباران ، بنام «آرپا تپه‌سی» بدون داشتن حفاظ طبیعی وپناهگاه فرود می‌آیند ودست باحداث کلبه‌های گلی و حتی مسجدی کوچك میزنند ودر آن محل سکنی میگزینند ، که هنوزهم آثار وبقایای آن باقی است. درحدود شصت سال قبل ، منطقه‌ای بنام « بابا باغی »، که شکارگاه دودمان قاجار بوده ودرفاصلهٔ ۲۲ کیلومتری شهرتبریز واقعشده و محیط و اطراف آنرا رشته کوههائی فراگرفته است، برای جمع

* Dépistage

آوری مجذومین اختصاص داده میشود . از آنجا که دراین‌دوران ظلمت استبدادی، زور ودیکتاتوری برجامعه حکمفرما بوده‌است، درمبارزه بـا جذام نیز از این رویهٔ ناپسند و ناشایست استفاده میشودو با صدور بخشنامه‌ای کدخدایان را موظف ومکلف میدارند که بمحض‌اطلاع ازوجود فرد مبتلا بجذام، مراتب‌رابژاندارمری گزارش کنند . ژاندارم ، مجذوم را همانند جانیان ومحکومین دست بسته پیشاپیش اسب بمحلی که بنام آسایشگاه نامگزاری‌شده بود ، میآورد و بمتصدیان تحویل میداد و رسید دریافت میکرد. برطبق‌مدارك‌موجودو براساس‌روایات متواتر درخلال‌این‌روزگار ظلمانی‌وسیاه استبداد، چه بسا افراد سالمی که مورد غضب کدخدا ویا عمال وایادی حکومتی‌واقع ویا منبع‌مناسبی برای‌رشوه گیری تشخیص داده میشدند ، جزوفهرست سیاه کدخدا قرارمیگرفتند و بدست ژاندارم سپرده میشدند و این روش یکی از طرق اخاذی وبرچسب زدن بافراد وارعاب وتهدید بشمار میرفت .

درآسایشگاه بابا باغی اکثر خانه‌ها گلی بوده وبا تهدیدوارعاب و ضربات شلاق متصدیان سنگین دل وجانی، با بازوان نحیف و دستان رنجور مجذومین ، که علاوه برآلام جسمی‌وروحی‌ازفراق عزیزان و دوری از شهر و دیـار رنج عمیقی احساس میکردند و فشارهای وارد برروح و روان همچون کوه عظیمی برقلب‌نازکتر ازشیشهٔ‌آنان سنگینی میکرد ، ساخته میشود که هنوزهم‌نمونه‌هائی از آثار و بقایای آن باقی است ،

بمجرد اینکه ژاندارم مجذوم‌را تحویل‌میداد ، به دستور متصدی آسایشگاه ، که هنوزهم بجبران اعمال‌ننگین‌اش بزندگی‌نکبت‌بار خود ادامـه داده ونگارنده چند سال قبل مصاحبه‌ای با او داشته است، مجذوم را بطرف زیرزمینی که ستون چوبی‌قطوروسترگی دارد، هدایت میکردند وبا طناب بستون می‌بستند وباترکه‌هائی که قبلا آماده‌کرده بودند ، مورد ضرب وشتم قرار میدادند وباو متذکر میشدند که این محل جای سکونت دائمی اوست و هرگز نبـاید از دستورات سرپیچی کند وگرنه بشدیدترین وجه ، که نمونه‌ای از آنرا فی‌المجلس اجرا کرده بودند، مجازات‌خواهد شد .

مسئول‌آسایشگاه وایادی اوبا توسل بانواع‌دسیسه‌ها وگستراندن دامهای‌گوناگون ، این انسانهای بیمار وناآگاه را، که ازآلام عمیق‌جسمی‌وروحی رنج میبردند واعضاء واندام‌واستخوانهایشان متدرجاً آب میشدنـد ، بجان یکدیگـر میانداختند . بنا باظهار مسئول اسبق آسایشگاه ، کـه بازگو کردن اعمال و رفتار غیر انسانی‌اش‌را تخفیفی‌درگناهان‌گذشته‌اش میدانست، این‌اختلافات بعناوین مختلف از قبیل بمیان آوردن اختلافات قومی (ترك، فارس و کرد) ویا مذهبی از قبیل اختلاف سنی وشیعه قبلا طرح‌ریزی میشده است . بنا باظهار مجذومین معمر وسالخورده ، که هم شاهد و ناظر برزندگی رقت بارمجذومین در«آرپاتیه‌سی» و هم‌آسایشگاه بابا بـاغی بوده‌انـد ، هفته‌ای یکبار شخصی بعنوان پزشك بآسایشگاه میآمده وبرطبق دستورقبلی، بیماران دریکسوو پزشك در آنسوی جوی آب قرارمیگرفتند . پزشك بـا در دست داشتن چوبدستی بلند از آنسوی جوی آب پارچه‌های مندرس‌را که با آنها بیماران صورتشان را پوشانده بودند ، کنار میزد و آنان را مورد معاینه قرار میداد سپس داروهـائی بشکل قرص، پماد و یا شربت بسوی آنها پرتـاب مینمود . دسترسی بدارو و مخصوصاً پمـاد یکی از موجبات درگیری بیماران با یکدیگر و مناظره ومشاجرهٔ دسته جمعی‌را سبب میشده است (۳).

اینست‌آنچه‌که ما پزشکان، بویژه مسئولان‌بهداشت ودرمان‌کشور باید از تاریخ معاصر بیاموزیم و مسئلهٔ جذام را همانندیك‌بیماری ساده وبی‌اهمیت تلقی‌نکنیم . زیرا اولا جذام‌را نبایددرآسایشگاه مطالعه نمائیم وبا بازدید چند ساعته و مورد تفقد قراردادن چند تن مجذوم تصور کنیم کـه داریم دربارهٔ جذام و مجذوم تحقیق میکنیم و تکلیف را از خود ساقط بدانیم ، بلکه بایداندکی‌بخود زحمت بدهیم و بمحل اصلی مجذومین یعنی روستاهای دورافتادهٔ کوهستانی مسافرت کنیم وثانیاً باین نکتهٔ اساسی توجه نمائیم که جذام فقط یك بیماری‌جسمی‌نیست، بلکه‌شکنجه‌های‌روحی،تحقیرها و اهانتها ، مطرود شدن مجذوم از جامعـه و دهها عوامل دیگر چنان درصفحهٔ مغز مجذوم و افراد خانواده‌اش نقش‌بستهومی‌بندد که منجر باستقراروبرقراری عقده‌های پیچیدهٔ روانی میگردد که جبران و بهبود این پدیده‌هـا بسیار مشکل میبـاشد . پس بیائید رقابتهای‌ناپسند، عنادولجاجت‌را دراین‌دوران‌شکوفائی‌انقلاب که خون‌هزاران شهیدو گلهائی که‌هنوز به‌غنچه نرسیده‌دراین‌راه‌پژمرده شدند،آن را بثمررسانند، بعنوان‌تزکیهٔ‌نفس کنار بگذاریم‌ورئیس ومرئوس، وزیرومعاون ومدیرازپشت میز بلند شویم‌وحداقل‌یکبار ازمحل ومأوای مجذومین ازآسایشگاه گرفته تا قله کوههای سر بفلك کشیده و قلب جنگلها دیدن کنیم ، تا دیگرجذام را یك‌مسئلهٔ ساده وبی‌اهمیت تلقی نکنیم و در پشت میز واطاقهـای دربسته و محدودکاخهای‌مرکزی‌طرح نریزیم وتصمیم ناآگاهانه وعجولانه اتخاذ ننمائیم ووسائل رفاه وآسایش فکری وامکانات و تسهیلات برای کسانی کـه از صمیم قلب دراین راه قصد خدمت و مطالعه دارند فراهم آوریم . تا اینکه نام ما همانند نام آنان که اکنون سرگذشت اعمال بوالهوسانه‌شان‌را مطالعه کردیم درتاریخ ثبت و ضبط نگردد .

با عطف توجه بطرز تفکر افراد اجتماع ، پائین بودن سطح فرهنگ تودهٔ مردم ، عدم آگاهی آحاد جامعه ، بویژه پرسنل پزشکی ، پیراپزشکی و کارمندان ورفتار نابخردانهٔ مسئولین بهداشت و ودرمان کشور درآندوره ، که اساسی‌ترین برنامهٔ مبارزه‌با جذام یعنی بیماریابی‌را وسیلهٔ کدخدایان و ژاندارم‌ها انجام میداده‌اند و ازسوی دیگررفتار غیرانسانی متصدیان آسایشگاهاوجوحاکم برآن محیط ، سبب میگردید کـه مجذومین خارج از آسایشگاه بیمـاری خود را از مردم و حتی پزشکان مخفی نمـایند . حتی مجذومین بستری درآسایشگاه نیزچنانچـه فرصت مناسبی بدست میآوردند ازآن‌محیط جهنمی‌فرارمیکردند وبغارهای طبیعی، قلب جنگلهاویا دیگرمخفی‌گاهها پناه میبردند تا ازشرهمنوعان‌جاهل خود ومتصدیان فرصت طلب وسودجو وعنود درامان باشند.

پس ترس و وحشت خارق‌العاده ، هم برمجذوم و هم برافراد اجتماع مستولی بوده و هست .

بنابراین با اندکی توجه درمییابیم که مجذوم براساس مشاهدات عینی‌خود و وجود خاطراتی تلـخ از واکنش افـراد اجتماع در برابر اجداد وگذشتگان او،که یا مستقیماً ناظر برآن بوده ویا سینه بسینه از اسلاف بدو رسیده است ، همیشه سعی‌میکرد بیماری خود را از افراد اجتماع ، حتی محارم و پزشك مخفی و پنهان نماید و اگر بسبب پیشرفت بیماری نشانه‌های چشمگیر وغیرقابل استتار و عوارض نامطلوب باعث میشد کـه اسرار او فاش شود روستا ودیار خودرا ترك میکرد وراه کوه وجنگل‌راپیش‌میگرفت تا بدست جلادان بیرحم دستگیر وگرفتار نیاید (۳).

از سوی دیگرافراد سالم اجتماع بسبب رسوخ‌خرافات درفرهنك عامه ، که ریشهٔ کهن وتاریخی داشته وباگذشت قرون متمادی از صفحهٔ مغزهـا زدوده نشده و بلکه براثر اقـدامات نابخردانـهٔ مسئولین بنحو بارزی بارث رسیده بود ، درجهل‌کامل‌بسرمیبردند ودرنتیجه وحشت عجیبی از این بیماری ومبتلایان‌بدان‌را داشتند. همانطور که ذکرشد این‌حالت رعب‌ووحشت نه تنها درتودهٔ مردم بلکـه دراکثر پرسنل پزشکی و پیراپزشکی نیز وجـود داشت . بنابراین، مجذوم و افرادخانواده‌اش ازیکطرف ازاجتماع‌مطرود بودند و از سوی دیگر درمؤسسات درمانی و بهداشتی، که قاعدتا باید نیازهـای درمانی ، بهداشتی ، اقتصادی واجتماعی مجذومین وافرادتحت‌تکفل‌آنانرا تأمین‌نمایندوبا اجراء صحیح برنامه‌های آموزشی، مردم ، بویژه دانشجویان وپزشکان جوان پیراپزشکی را نسبت بمسائل مختلف آگاه سازند ، مقـام ومنزلتی نداشتند و مجذوم ووابستگانش‌را بهیچ‌یك از مؤسسات درمانی و بهداشتی و کلینیك‌های‌خصوصی‌راه نمیدادند ، زیرا همانطورکه یادآورشدیم اکثر پرسنل ، خود در رعب ووحشت بسر میبردند . بنابـراین برای‌خدمت درآسایشگاهها ودرمانگاهها داوطلب پیدا نمیشد. بمرور زمان برخی از پـزشکان وعدهٔ انگشت شماری از افـراد جامعه ، که بمرحلهٔ ایثار رسیده بودند عمرشان را در راه خدمت باین انسانهای‌محروم سپری کردند . عده‌ای از کارمندان‌اداری وپرستاران‌وشفایافتگان‌بامعاضدت‌یکدیگر ادارهٔ امورآسایشگاهها و درمانگاههارا بعهده‌گرفتند (۳).

در سالهای اخیر عده‌ای ازجوانان مؤمن ومعتقد با پشتکاری‌قابل تحسین داوطلب خدمت شدند و بـا وجود مشکلات زیاد و تحمل مرارتهای فراوان ، با عدم اعتناءکامل نسبت باعتراض‌مردم‌وحتی نزدیکان و آشنایان خود ، راهی روستاها ومناطق‌دوردست شدند وبرای پیداکردن بیمار وکشف موارد تماس‌کوه وصحرارا زیر پاگذاشتند . عده‌ای‌دیگر که تعدادشان از چند تن تجاوزنمی‌کند هم در آزمایشگاههای تحقیقی وهم بربالین مجذوم و هم درنقاط بسیاردورافتادهٔ‌کشور (اگرفرصتی بدانها داده میشد) که‌دردرجه اول باید از انستیتو پاستور ایـران نام برد ، در مسائل تحقیقی جذام وتشخیص‌بالینی‌وآزمایشگاهی‌آن‌بفعالیت افتخاری پرداختند و تا این لحظه ازکوچکترین نفع مادی (بعنوان چهل‌درصدحق تماس) بهره‌مند نشدند ولی‌همچنان بکار وکوشش وتحقیق درهر شرایطی‌ادامه داده و میدهند . برخی از مددکاران اجتماعی‌ضمن تحقیق دربارهٔ وضع اجتماعی واقتصادی خانواده‌ها ، با برقراری ارتباط و تماس نزدیك بـا مجذومین ، ضمن تنظیم پرسشنامـه‌ها با امیدوار ساختن آنان بزندگی موجبات رضایت خاطرشان را فراهم نمودند وارتباط این محرومین‌را دوباره با اجتماع‌ممکن و عملی ساختند . لذا بجرأت میتوان ادعـاکرد ، با وجود عدم امکانات و فراهم نبودن تسهیلات چه ازنظر وسائل آزمایشگاهی وچه از لحاظ مواد و فرآورده‌های لازم وچه از نظر مسافرتهای علمی و تحقیقی وبیماریابی، اگر توفیق و پیشرفت نسبی درتحقق امر مهم تحقیق ومبارزه با جذام درکشورما بدست آمده ، رهین همت والا ، از خودگذشتگی، فداکاری وکوششهای خلل‌ناپذیر و مداوم این فرشتگان ایثارگر بوده است وبس . اکثراین‌انسانها که‌ازآنمیان‌میتوان‌دردرجهٔ اول بیماریابان‌رانام برد، باگذراندن دورهٔ اختصاصی، علاقه‌مندی‌وممارست، بیماری جذام و روانشناسی مجذوم‌را بخوبی‌میشناسند ودرپیگیری‌این‌برنامه‌درحدودامکانات‌و مقدوراتی که مسئولان‌دراختیارآنان‌قرارمیدهند، کوشش زیاد بکار میبرند. لذا با توجه بمشکلات‌موجود،طرزتفکرآحادجامعه، عدم اعتناء برخی از دولتمردان و دست اندر کاران بهداشت و درمان

کشور که از یکطرف یا بعلت لجاجت ویا بسبب عدم اطلاع وپشت 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 ووحشت واهی بر آنان ، که حتی برخی از آنها از دست زدن بنامه‌هائی کـه اسمی از جذام روی آن نوشته شده است ، اکراه دارند ، باید اذعـان نمود ، افراد معدودی که بنحوی از انحاء در برنامه‌های جذام خدمت مینمایند واقعاً جهاد کرده ومیکنند . ولی باکمال تأسف وتأثر باید یادآور شویم که برخی ازاین انسانهای استثنائی درراه خدمت بهمنوعان محروم بطورگمنام انجام وظیفه نمودند وبطورگمنام نیز ازاین جهان‌رخت بربستند وعده‌ای دیگر نیز بسبب عدم توجه مسئولین و عدم امکانات و تسهیلات لازم برای ادامهٔ خدمت دلسرد شده و نومیدانه بسر میبرند . پس باید بدانیم و آگاه باشیم که چنانچه با اعمان‌نظر و حسن نیت پیشنهادات مصلحین مؤمن و کاردان را آویزهٔ گوش قرار ندهیم و کمافی‌السابق بـا طرز تفکر ثابت و فرصتهای گرانبهارا از دست بدهیم بازمجذوم و مسلول و هزاران بیماروجود خواهند داشت واکثر بیماریهای‌عفونی و مسری بشکل بومی دراین سر زمین پهناور بـاقی خواهند ماند و نـام ما نیز بعنوان مجرم تـا ابد در تاریخ پزشکی ثبت خواهد شد .

من آنچه شرط بلاغ است با تو میگویم

تو خواه از سخنم پندگیر و خواه ملال

تشخیص بالینی و آزمایشگاهی جذام در ایران : در تشخیص بیماری جذام علاوه براینکه دیگرموازین کلی باید رعایت گردد حضور ذهن پزشك نسبت به بیماری ، بویژه داشتن اطلاعات در زمینهٔ مناطق آلوده و مخصوصاً ابتلاء نوجوانان و جوانان کمك بزرگی به تشخیص بیماری میکند . خوشبختانه در سالهای اخیر وجودبیماریابان‌ورزیده ولی‌انگشت‌شمار، حضورذهن‌دانشجویان و پزشکان جوان ، بویژه متخصصان بیماریهای پوست تا حدی در کشف موارد ودرمان و پیشگیری بیماری مفید ومؤثر بوده است. بیماری جذام در کشور ما باشکال مختلف بالینی تظاهر میکند . اکثر اوقات هنوز بیماری بصورت پیشرفته دیده میشود ، کـه با کمال تأسف باید اذعان نمودکه این نقیصه یا بعلت عدم تشخیص اولیه در مراحل ابتدائی بیماری است و یا بنا بردلائلی کـه در مقدمه ذکر گردید قصور ازطرف بیمار میباشد . درهرحال نتایج حاصل‌ازدرمان زیاد درخشان نبوده، مضافاً باینکه اولا درجریان سیر طولانی بیمـاری عـده‌ای مبتلا شده و ثانیاً عوارض مختلف پابرجا میگردندکه دیگر قابل ترمیم نیستند . صرفنظر ازموارد پیشرفتهٔ فوق‌الذکر، اکثراً جذام بشکل ضایعات پوستی ویا عصبی ظاهر میشود. تشخیص بیماری در این مرحله فوق‌العاده مهم است زیرا با تشخیص‌زودرس‌هم ازسرایت‌بیماری‌بافراد سالم‌جلوگیری بعمل میآید و هم اینکه ضایعـات در مراحل ابتدائی بهبود میابند ومنجر به پیدایش‌عوارض نامطلوب و غیر قابل ترمیم نمیگردند . بنابراین ، همانطورکه درطول چندین سال ما این روش را بکار برده‌ایم دربرابر بسیاری ازضایعات پوستی‌ویا هرنوع اختلال‌های اعصاب محیطی باید به بیماری جذام مشکوك شد (بیمار را دقیقاً مورد معاینه قرارداد، بویژه ازنظر وجود بیحسی آزمایش نمود) مگر اینکـه خلاف آن به ثبوت برسد. ضایعات پوستی ممکنست بصورت پلاکهـای کمرنگ و ندرتاً پررنگ ، اریتم، مـاکول، پاپول، نودول و ضایعات انفیلتره وجود داشته باشند، که دراینجا از شرح مفصل آن خودداری میکنیم . از طرف دیگـر ممکنست همراه باضایعات‌جزئی‌ویا وسیع پوستی‌اختلال‌های عصبی‌نیز تظاهر نمایند . در مراحل ابتدائی بیماری ، اختلال‌های عصبی ممکنست بصورت هیپراستزی ، بیحسی ویـا تورم برخی ازاعصاب و حتی رشته‌های فرعی عصبی‌ظاهرشوند . اختلال درترشح عرق، اختلال در حس درد ولمس وحرارت، گرفتگی بینی، ترشح متناوب و یا مداوم چرکی ویا چرکی- خونی‌ازبینی وریزش‌ابروان‌ممکنست وجودداشته باشد . بهرحال بیمار بایدکاملا لخت ودرمحیطی‌کاملا آرام ازنظروجود لکه‌ها، ضایعات پوستی، بویژه‌وجوداختلال‌های عصبی (مخصوصاً در اطفال) مورد آزمـایش دقیق قـرارگیرد. پرسش ازمحل اقامت ، وجود بیمار دیگر درخانواده‌ویا درمیان دوستان و نزدیکان کمك بزرگی به تشخیص مینماید . ما بی‌آنکه قصد داشته باشیم بکلیهٔ موارد بـالینی دراینجا اشاره نمائیم ، فقط بذکر مواردی از بیماری اکتفا میکنیم که درمعاینات روزمره با آن موارد روبرو شده‌ایم، که کمتر درکتب کلاسیك ذکر گردیده است . گاهی ممکنست علت مراجعهٔ بیمار بپزشك فقط وجودخون دماغ‌های مکرروقرمزی‌یکنواخت صورت‌باشد وچه بسا بیمارانی بما مراجعه نموده‌اندکه بعلت خون دمـاغ بارها بوسیلهٔ‌کوتر و غیره محل خونریزی ، سوزانده شده است . اکثراوقات بیماران از وجود ترشحات مزاحم بینی وگرفتگی متناوب‌آن‌شکایت‌دارند که درحقیقت مبتلا بـه رینیت جذام میباشند . در موارد استثنائی تظاهرات پوستی جذام بشکل آکنه میباشد . وجودسیکاتریستهای قدیمی که اکثراً آنهارا بحساب‌زخمهای قدیمی‌میگذارند گاهی‌از تظاهرات بیماری جذام است که اگر پزشك‌حضورذهن‌داشته باشد با انجام‌آزمایش‌های دقیق‌عصبی‌بوجود بیحسی پی‌خواهد برد. در میان مراجعان ، ما چند مورد بیمار مبتلا به آکنه ، بویژه آکنهٔ ناحیهٔ چانه داشتیم که باسیل‌ها نسن‌بتعداد زیادوحتی بشکل گلوبی

در ضایعات مشاهده گردیده است . وجود آبسه در ناحیهٔ زیربغل ویا درنواحی دیگر گاهی اوقات اولین تظاهرات بیماری میباشد که توجه بیماررا بخودجلب نموده است. فلجهای مختلف موضعی، بویژه فلج عصب صورتی ، انگشت کوچك دست از علل مراجعهٔ بیماران میباشد . سفت شدن شاخه‌های فرعی اعصاب در مسیرهای غیر کلاسیك (ناحیهٔ بالای ابرو، گردن ، مچ دست وغیره) گاهی در معاینات دقیق کشف میگردد . واکنشهای پوستی بصورت کهیر و یا نودولر و یا شکل کلاسیك اریتما نودوزوم لپروزوم از تظاهرات شایع بیماری است که اکثراً بعنوان حساسیت مدتها تحت درمان قرار میگیرند . برخی از اوقات تومورهای محدود وسفتی ، مخصوصاً درسطوح دستها ، دیده میشوند که اکثراً با تشخیص فیبروم مکرراً تحت عمل جراحی قرارمیگیرند (۹).

بالاخره باید بوجود جذام واشاعهٔ آن دراطفال وجوانان بویژه درسنین ۱۴-۲۵ سال اشاره کرد(۸)، که برخلاف نظرات موجود عده مبتلایان دراین گروه سنی و حتی سنین پائین‌تر نادر نیستند.

بنابراین پس از معاینهٔ دقیق بالینی ، بیمار بآزمایشگاه هدایت میشود تا دلائل کافی برای اثبات ویا نفی وجود بیماری بدست آید. دراینجا باید یادآورشویم که مشاهدهٔ باسیل در برخی از اشکال جذام بویژه در شکل توبرکولوئید وعصبی خالص فوق‌العاده نادراست. لذا منفی بودن نتائج آزمایش‌های پاراکلینیك همیشه دلیل برعدم وجود بیماری نیست . بهرحال بهنگام برخورد با چنین مواردی نمونه‌برداری‌های 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 قرارگیرند . اولین آزمایشگاه نسبتاً مجهز وکامل درسال ۱۳۵۱ دربخش تحقیقات بالینی انستیتو پاستورایران آغاز بکار نمود ، که درحال حاضر محل مراجعهٔ بیماران (که اکثراً از طرف پزشکان وبخشهای دانشگاهی معرفی میشوند) میباشد. دراین بخش وآزمایشگاه که ظاهراً بسیار محقر و کوچك است و پرسنل آن ازلحاظ جا ، وسائل ومواد لازم درشرایط فوق‌العاده دشواری بکار خود ادامه میدهند و هرگز بدرخواستهای آنان التفاتی مبذول نمیگردد ، ابتدا بیمار بدقت معاینه وکارت برای او تنظیم میشود سپس برداشتهای مختلف انجام میگیرد. برداشت از مخاط بینی، نرمك گوشها ، ریشهٔ ابروان ، ضایعات پوستی ، ریشهٔ مو. اشك چشم ودیگر ترشحات برای تجسس باسیل‌هانسن و در موارد اختصاصی برای تزریق، ماده پاتولوژیك برداشت شده بکف پای موش بعمل میآید . ابتدا از مواد برداشت شده فروتی تهیه و رنك آمیزی‌های مختلف انجام میشود . لازم بیادآوری است که در فروتی‌های رنگ آمیزی شده بهنگام وجود باسیلهای دیفتروئید مطالعات جداگانه‌ای انجام میگیرد که در حال حاضر خارج از بحث این مقوله است و درانتشارات بعدی دربارهٔ این مسئلهٔ قابل توجه ودیگرمسائل مفصلا بحث خواهیم نمود . درهر حال اگر باسیل مشاهده گردید اندیس مرفولوژیك و باکتریولوژیك تعیین میگردد تا برای ارزیابی نتایج درمان درآینده بتوان قضاوت صحیح بعمل آورد. روی سرم خون بیمار آزمایش‌های مختلف انجام میگیرد. با انجام آزمونهای پوستی ، ازجمله آزمون توبرکولین ولپرومین درجهٔ ایمنی بیمار مورد بررسی قرار میگیرد . باید یادآور شویم که آزمون پوستی میتسودا هرگز یك آزمون تشخیصی برای جذام نمیباشد ، بلکه با بررسی عکس‌العمل پوستی بیمار هم میتوان تا اندازه‌ای درتشخیص افتراقی اشکال مختلف بیماری ازآن بهره گرفت وهم سیر بالینی بیماری‌را درحین درمان طولانی موردمطالعه قرارداد ازجمله آزمایش‌هایی که انجام میگیرد عبارت از آزمایش هیستوپالوژی 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 دراینجا ازکلیهٔ پرسنل دپارتمان و مرکز تحقیقات سرطان مجتمع پزشکی امام خمینی ، که نهایت همکاری ومعاضدت را با ما میکنند ، صمیمانه سپاسگزاری نمایم.

نمونه برداری (بیوپسی) معمولا بابیحسی موضعی بعمل میآید . و پس از قرارگرفتن در فیکساتور مخصوص بمدت یکساعت در محلول نگهدارنده به دپارتمان هیستولوژی ارسال میشود . آزمایش ایمونوفلوئورسانس غیر مستقیم که در آن از باسیل استفانسکی (۱) و یا باسیل هانسن بعنوان پادگن (آنتی ژن) استفاده میشود ازآزمایشاتی است که بعمل میآید. چنانچه باتمام کوششها دلیل قانع کننده‌ای برای تشخیص نهائی بیماری بدست نیاید و تجسس برای پیدا کردن دیگر بیماریها به نتیجه نرسد دراینصورت درموارد خاصی نمونه‌برداری از عصب بعمل میآید واگر نتیجهٔ حاصل نگردید و وجود دیگر بیماریهای پوستی ویا عصبی تائید نگردید دراینصورت بیمار تحت نظر قرارمیگیرد وهرسه ماه یکبار مورد آزمایش قرارداده میشود .

بالاخره باید ازوجود عکس‌العملهای خفیف ویا شدید سخن بمیان آورد که فوق‌العاده حائز اهمیت است . این واکنش‌ها ممکنست حین درمان ویا 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

رماتیسم مفصلی حاد با تمام خصوصیات بـالینی‌اش ظاهر میگردد بـالاخره گاهی بصورت اریتم نوئو ، اریتمانـودوزوم لپروزوم ، اریتماتیزه شدن‌ضایعهٔ خاموش‌اولیه ، نوریت اعصاب‌مختلف‌محیطی وایریدوسیکلیت خودنمائی میکند . زمانی نیز بشکل پلی‌نوریت آنستزیك ویا هیپرستزیك ظاهر میشودکـه باید کلیهٔ این مطالب بصورت مقالاتی‌مستقل‌مورد بحث قرار گیرد تا آشنائی‌کامل‌بوضع این بیماری در کشورحاصل آید.

ناگفته نماند که تعداد اینگونه‌آزمایشگاههای اختصاصی‌در کشور فوق‌العاده نادروشاید منحصر بفرد باشد . لذا برای‌مبارزهٔ اصولی با بیماری‌جذام ، که تشخیص قاطع ازاقدامات اولیه واساسی‌است بایدبرتعدادآزمایشگاهها درسطح کشورافزوده شود وضمناً ترتیبی اتخاذگردد که ارتباط‌اینگونه‌آزمایشگاهها باآزمایشگاه‌مرکزی بطور مستمر برقرار بـاشد و در بـالا بردن سطح آزمـایشگاه مادریارفرانس از نظر کیفی وتهیهٔ وسائل ومواد و محل مناسب و پرسنل وقابل قبول بودن درسطح بین‌المللی وارتباط‌آن با دیگر مراکز علمی و تحقیقی کوشش نمود . پس بـاید با تشکیل دادن دوره‌های‌مختلف‌آموزشی درسطوح مختلف برای‌تربیت‌بیماریابان جدید، بازآموزی‌پرسنل‌قدیمی، پزشکان‌جوان‌وپرسنل‌آزمایشگاهی این‌هدف را عملی‌ساخت تا همانطورکه بیماری جذام ومجذوبین درمناطق مختلف‌کشور پراکنده‌اند ، افرادآموزش‌دیده وورزیده نیز برای مبارزه با این بیماری درنواحی مختلف تقسیم وبانجام وظیفه مشغول گردند وما لزوم این اقدامات وطرح‌اجرائی‌آنرا بارهاگزارش وپیشنهاد کرده‌ایم .

تا یارکه را خواهد و میلش به‌که باشد .

همه‌گیرشناسی جذام درایران : از آنجا که مطالعات همه‌گیر شناسی‌دربرنامه‌ریزی، روش مبارزه، درمان ، استراتژی‌پیشگیری و استفاده از امکانات ومقدورات موجود اهمیت خاصی دارد، لذا این مطالعه باید بادقت کامل درسطح کلی‌کشور انجام گیرد . از سوی دیگر چون وظیفهٔ اصلی ونقش اساسی بخش تحقیقات‌بالینی انستیتوپاستورایران راهنمائی‌واحدهای اجرائی درطرق‌تشخیص، درمان، مبارزه وپیشگیری میباشد، لذا این واحد تحقیقاتی‌پیوسته سعی‌نموده‌است ، باامکانات محدودی که دارد و روزبروز بنابعلل مختلف عرصه بر آن تنگتر میشود ، در مسائل مختلف بیماریهای عفونی وازجمله بیماری جذام درمناطق مخصوص ومحدود فعالیت نماید و الگـوی مناسب و اطلاعات خاصی در اختیار مجریـان برنامه‌های بهداشتی ودرمانی قرار دهد . بنابراین‌آنچه از سال ۱۳۵۱ باینطرف در مورد بیمـاری جذام که مورد بحث دراین مقوله است ، بدست‌آورده بطوراختصار درمعرض دید علاقه‌مندان قرارمیدهد ، تاشاید درنظر پزشکان واهل فن مقبول افتد وبعنوان فتح باب بحساب‌آید.

براساس مطالعات چند سالـهٔ ما ، آنچه بعنوان مخزن ویروس میتوان ازآن نام برد وعلت پایداری بیماری را درکشور توجیه نمود ، انسان بیمـاراست. ورود فرد مبتلا بویژه مبتلایان بشکل لپروماتوزوهمچنین بیماران مبتلا بشکل توبرکولوئید (برخی از اوقات) وبویژه درحال عکس‌العمل که بشدت باسیلیفر هستند، در خانواده‌ها واجتماعات مختلف وتماس مکرروصمیمی‌آنان باافراد سالم ومخصوصاً کودکان دارای زمینه مساعد وحالت پذیرا، سبب آلودگی و ابتلاء میگردند.

ازنظرخروج و انتشار ژرم درمحیط خارج ، در ترشحات بینی، عرق ، اشك چشم . بزاق ، ترشحـات حلق ، خلط ، شیرمادر ، ضایعات پوستی و ریشه مو باسیل را پیدا کرده‌ایم. تجسس باسیل درخاك ، پشم دیگرمواد بطورمقدماتی آغاز شده بود که متأسفانه بعلت عدم‌امکانات‌لازم‌فعلا متوقف گردیده که امیداست‌این‌مطالعات درسطح وسیعی درآینده جامهٔ عمل بپوشد واطلاعاتی دراین زمینه کسب شود .

از نظر دورهٔ نهانی ، همانطور کـه در تألیفات متعدد ذکر شده تاکنون دورهٔ ثابت و مشخصی بدست نیامده است و دراینجا فقط بذکر این نکته اکتفا میکنیم که کمترین سن ابتلاء در بیماران مورد مطالعهٔ ما در ۲/۵ سالگی بوده است (۸).

ازنظر ارزیابی وسنجش درجه حساسیت ویا ایمنی افراد سالم در برابرجذام ، ما درچند منطقه ازکشورکه ازلحاظ شیوع ووجود بیماری متفاوت از یکدیگر بوده‌اند ، آزمونهای پوستی انجام داده ونتایج حاصل را مقایسه نموده‌ایم‌که در مقالات منتشره در مجلات علمی داخلی و خارجی بتفصیل درج شده است(۱) ، (۲) و (۵) .

برطبق مشاهدات چند سالـهٔ ما ، تمام اشکال بالینی جذام ، بجز سندرم لوسیو(Lucio)، که فقطیك‌مورد مشکوك‌آنرا با زخمهای تروفیك وضایعات عروقی‌دربندرعباس‌مشاهده نموده‌ایم ، درایران وجود دارند. اشکال مختلف بیماری‌که درکشورما دیده شده است عبارتند از :

لپروماتوز، بوردرلاین، اندترمینه، توبرکولوئید، ماکولوآنستزیك خالص عصبی ، واریته هیستوئید و پلی‌نوریتها.

دربرخی ازمناطق سردسیرایران ازجمله نواحی‌آذربایجان‌شکل عصبی بویژه ابتلاء اعصاب محیطی و حتی ابتلاء رشته‌هـای فرعی عصبی و فلجهای غیرکلاسیك بسیار شایع است‌که شاید علت آنرا بتوان وجود سرماودرجه حرارت پائین دانست . ولی برای‌تأیید

این ادعا مطالعات دقیق‌تری لازم است که درحال‌حاضر وشرایط موجود برای ما مقدور نیست. گاهی از اوقات جذام بصورت پلی‌نوریت وسیع وزمانی باشکال‌مختلف فلج عصبی، که ازآن‌میان میتوان فلج عصب صورتی را شایع‌ترین شکل آن بشمار آورد ، تظاهر مینماید. گذشته ازنواحی‌آذربایجان در روستاهای مرزی ایران وافغانستان شکل عصبی خالص جذام شایع است ، بطوریکه باشیوع این شکل خاص از بیماری نگارنده مجبور شد که مدتی مسیرطولانی بین شهرکابل تا نوارمرزی دوکشوررا طی‌ودرنتیجه بامشاهده موارد مشابه در مناطق مرزی افغانستان وجود شکل فوق‌الذکر را درکشورمذکور نیز تأیید نماید. مطالعه این‌شکل خاص که عوامل احتمالی متعددی در ایجادآن متصور بود نه‌تنها آرزوی نگارنده بلکه مورد علاقه جذام‌شناسان دنیا نیز بود. زیرا در زمره نظریه‌های مختلفی که در ذهن مصورمی‌گشت عامل‌سرما، عوامل ارثی و بالاخره وجود احتمالی سوش اختصاصی از میکرباکتریم‌را میتوان ذکرنمود که متأسفانه امکانات‌این‌مطالعه وتحقیق ارزنده ممکن ومیسورنگردید(۳) ، (۸)و(۹) و بالاخره این نظریه مطرح است که در نتیجه دزنتگراسیون میلین اعصاب پروتئین P_2 یا نوریتوژن است که سبب پیدایش عکس‌العمل اتوایمن براثر برخورد پادگن ـ پادتن و در نتیجه نوریت آتئریوپاتیک میشود و یا براثرعمل مستقیم پروتئین مذکورنوریت آلرژیک حاصل میگردد ویااینکه دربرخی‌ازموارد تظاهرسندرم گیلن‌باره نیز امکان دارد وآیا براثر دزنتگراسیون میلین‌اعصاب محیطی بعلت وجود باسیل‌هانسن و تشکیل پروتئین A_1 یا آنسفالیتوژن امکان تظاهر آنسفالیت که موارد نادری ازآن درتألیفات ذکرشده‌است ، وجود دارد یانه ؟ امید است امکانات وتسهیلات لازم درآیندهٔ نزدیک برای نگارنده فراهم‌گردد و این آرزو و دیگرآرزوها بطور عملی تحقیق یابد . درهرحال مااین بحث را تحت عنوان نوریت‌دربیماری جذام‌درمقاله دیگری منتشرخواهیم نمود تا ضمن راهنمائی پزشکان جوان در درمان نوریت، که از اهمیت خاصی‌برخورداراست ، روشنگراین‌مطالعه‌جالب نیز باشد.

ازنظرگروه سنی : نتایجی که‌ازمطالعات ما درآسایشگاههاحاصل آمد، اینست که اکثر بیماران بستری درگروه سنی بین ۴۰ تا ۵۰ سال قرار دارند ، بنابراین براساس مشاهدات ما در مناطق مختلف کشور که بیماری‌جذام‌را درکودکان، نوجوانان‌وجوانان پیداکردیم ، میتوان نتیجه گرفت که بیماران مبتلا بنوع حاد بیماری قبل از سن ۳۰ سالگی تشخیص داده نشده و تحت درمان جدی‌قرارنگرفته‌اند ولذا بیماران‌این‌گروه سنی (۴۰تا۵۰سال) درمراحل پیشرفتهٔ بیماری و یا بعلت گرفتاری بعوارض غیرقابل ترمیم درآسایشگاهها بستری شده‌اند. بیماری درگروه سنی ۱۴ تا ۲۵ سال شایع است و در نزد اطفال نیز ، برخلاف نظرات شایع ، چندان نادر نمیباشد(۵)، (۷)، (۸).

ازنظر جنس : عده مردان مبتلا بیش از زنان مبتلا است . مضافاً باینکه بیماری اکثراً درافراد خانواده ودر درجه دوم دراقربای نزدیك مشاهده میگردد وابتلاء چندین فرد ازاعضاء یك خانواده و حتی در موارد استثنائی در کلیه افراد خانواده دیده شده است (۴).

ازنظر منطقه ، اصولا جذام درکشور ما درمناطق روستائی و نزد روستانشینان شایع‌است. البته دراین مورد نمیتوان وضع‌اقتصادی واجتماعی را نادیده گرفت. روستائیان ، بویژه اطفال ازیکطرف بعلت پائین بودن سطح درآمد تغذیه کافی ندارند و ازسوی‌دیگر دراکثر خانواده‌ها محل زندگی وخواب را فقط یك اطاق تنگ و تاریك تشکیل میدهد ، و بسبب عدم دسترسی بحمام وعدم رعایت اجباری بهداشت پوست و وجود انواع مختلف بیماریهای قارچی ومیکربی پوست وآلودگی بانگلهای روده‌ای که شاید یکی‌ازعلل‌مساعدکننده برای ابتلاء بوده باشد،مخصوصاً اگرفرد ویاافراد مبتلا بجذام درخانواده ویاروستا وجود داشته باشد. بعبارت دیگر مخزن ویروس (انسان باسیلیفر) ، نقص نسبی در دستگاه ایمن سازی بدن ، تغذیه ناکافی ، عدم بهداشت عمومی وپوست ، وجود ضایعات مختلف پوستی ، وجود حشرات مختلف وبالاخره تماس دائم وصمیمی بابیمار متأسفانه فراهم‌است. درمطالعهٔ دیگری‌که اکیپ بخش تحقیقات بالینی انستیتو پاستور ایران‌درکودکانی که‌باوالدین‌مبتلابسرمیبرند، بعمل‌آورده، باین نتیجه رسیده است که نقص نسبی دستگاه ایمنی دراین‌اطفال‌وجود دارد . بطوریکه در بین ۳۳۱ کودك درگروههای مختلف سنی (۵ تا ۱۵ سال) ۳۴ر۷۴ درصد دارای واکنش ضعیف (+) ، ۹ر۳۲ درصد دارای واکنش مشکوك(±) و۱۸ر۶۴درصددارای واکنش منفی دربرابر لپرومین بوده‌اند. از طرف دیگر کمبود مواد پروتئینی ، کمخونی بعلل مختلف در اطفال بچشم میخورد. مضافاً باینکه واکنش‌های ضعیف ومشکوك و یا منفی (حتی نسبت به توبرکولین) اکثراً درگروه سنی ۵ تا ۹ سال میباشد . لذا با آماده بودن شرایط ، ابتلاء به جذام دراین‌گروه سنی بیشتراست (۳) و (۵).

براساس‌آزمایش‌های‌مختلفی که بعمل‌آمده‌ازنظرگروههای‌خونی، نقص‌آنزیمG_6PD ودیگرآزمایش‌ها بجزوجودپادگن‌استرالیائی در جذام بویژه در مبتلایان بنوع لپروماتوز ، تفاوت محسوسی بین مجذومین ، موارد تماس و افراد سالم اجتماع که تماسی نیز بامجذومین نداشته‌اند موجود نبوده‌است(۱۰).

خط سیر بیماری از یك مبداء مثلا از روستاهای خراسان آغاز، پس ازطی کناره‌های دریای مازندران بآذربایجان شرقی وغربی رسیده و بنواحی کردستان ادامه پیدا میکند. درمیان این‌مناطق آلوده‌ترین نقـاط کناره‌های دریـای مازنـدران و کردستان میباشد. در ناحیهٔ جنوب کشور بطور مسلم بیماری وجود دارد وآنچه تاکنون مواردی از بیماری مشاهده کرده‌ایم، برمامجهول است. تظاهر ضایعات عمیق پوستی همراه با اختلال‌های تروفیك و نکروز شایع است. موارد شناخته شدهٔ بیماری در حال حاضر ۱۲۰۰۰ تن وتعداد کل‌موارد درحدود ۳۰ الی ۴۰هزارتن‌تخمین زده میشود.

عوارض بیماری‌باشکال‌مختلف دیده شده‌است که‌ازآن میان میتوان عوارض مختلف عصبی، استخوانی‌ـمفصلی، احشائی، غدد مترشحه داخلی،مال پرفوران وچشمی را نام برد. درمیان بیماران مبتلا به‌جذام گاهی‌عوارض بارزروانی مشاهده شده‌است. لازم‌بیادآوری است که عوارض عصبی بویژه عوارض مختلف چشمی در کشور ما شایع‌تر از دیگرعوارض است.

نوع لپروماتوز یا باسیلیفر شایع‌تر ازدیگر اشکال بیماری‌است که بسبب اهمیت مسئله باید مورد توجه خاص قرارگیرد، زیرا این شکل از بیماری هم از نظرسرایت باطرافیان و انتشار باسیل در محیط، هم ازنظردرمان طولانی (اکثراً تاآخرعمر) وهم‌ازنظر پیش‌آگاهی وعاقبت بیمار دارای اهمیت است.

مسئلهٔ مهاجرت و اشاعه بیماری: گـواینکـه بیمـاری در بین روستائیان شایع بوده‌وبرطبق‌آمارهای موجود ومطالعات جسته و گریخته موارد ابتلاء درشهرها فوق‌العاده نادر قلمداد شده‌است، ولی براساس مشاهدات ما، تعداد موارد ابتلاء دراین دههٔ اخیر نزد شهرنشینان نیز نادر نمیباشد. بنابراین باید مسئله مهاجرت وجابجائی وحرکت جمعیت چه بشکل تغییر محل سکونت وشغل در داخل کشوروچه بشکل مهاجرت‌از کشورهای خارجی،بویژه کشورهای همسایه، هم ازنظرمسئله موردبحث، وهم‌ازلحاظ‌انتشار دیگر بیماریهای عفونی و گرمسیری، مورد توجه قرار گیرد. لازم بتوضیح نیست که در سالهـای اخیر براساس سیاستهای غلط دولت‌های وقت و پیاده کردن برنامه‌های استعماری رژیم سابق و متلاشی ساختن روستاهای کشور و دستبرد وغارت فرهنگ اصیل سنتی، اکثر روستائیان کشور بمراکز وشهرها کوچ کرده و یا حداقل نه‌ماه ازسال را در اینگونه شهرها بکار اشتغال داشته‌اند. بنابراین‌عده‌ای مجذوم درمراحل‌مختلف بیماری‌درسربازخانه‌ها، کارخانجات و مؤسسات عمومی و خصوصی بویژه رستورانها و محل‌غذاخوری عمومی‌وغیره مشغول‌کارشده وبیماری راباطرافیان منتقل ساخته‌اند. دربین مراجعان‌کارگر، شاگردآشپز ویاشاغلین دیگر، که حتی‌مسافرتی‌بنقاط‌آلوده نیز نداشته‌اند، وجود دارند. بنابراین باتوجه باینکه تاکنون معاینات بالینی و آزمایش‌های پاراکلینیك دراینگونـه اجتماعات بعمل نیامده است، لذا خطر جدی جامعه شهرنشین را تهدید میکند. پس‌باید باین‌نکته توجه داشت‌که چون افراد حساس در اجتماع وجود دارند، بنابراین اگر بیمار باسیلیفر دراجتماع وارد شود وتماسهای مکرر انجام بگیرد افراد مستعد مبتلاخواهند شد. ازسوی دیگروجود حاملین باسیل وحتی حاملین سالم نیز نادر نمیباشند، زیرا ما در قسمتی ازمطالعات خود نشان داده‌ایم‌که وجود باسیل هانسن نزد موارد تماس، بویژه افراد خانواده مجذوم، که نشانه‌ای نیزازبیماری ندارند، کمیاب نیست. پس درصورت وجود فرد باسیلیفر بیمار ویا حامل سالم ونقص کلی ویاجزئی در دستگاه ایمن‌سازی بدن، افراد مستعد همیشه درخطر ابتلاء قرار دارند وبسته بوضع‌ایمنی بیکی ازاشکال وخیم (لپروماتوز) ویا سبك بیماری مبتلا خواهند شد (۳).

اما مهاجرینی که از نقـاط مختلف جهان بکشور وارد شده و یا میشوند، یکی دیگر ازخطرات اشاعه بیماری درنقاط غیرآلوده را بوجودآورده‌اند. در درجه اول باید ازکشورهای همسایه نام برد، که اکثراً بیماری جذام دراین‌کشورها شایع بوده و حتی دربرخی ازاین‌ممالك مثل‌کشور افغانستان هیچگونه‌کنترلی‌بعمل نمی‌آید و از آنجملـه کشورهای پاکستان، عربستان، عراق و افغانستان وترکیه هستند. گذشته از آن عدهٔ معتنابهی مهاجـر از دیگر کشورها مانند هندوستان، کـره و فیلیپین بکشور ما سرازیرشده‌اندکه جذام‌دراین‌کشورها نیز شایع‌است. پس‌چنانچه فردی مبتلا وباسیلیفر، که مسلماً در بین مهاجرین وجود دارد، بمنطقه پاك وغیرآلوده وارد شود، درنتیجهٔ تماس باافراد مستعد و پذیـرا و انتشار دادن باسیل درمحیط عده‌ای را مبتلا خواهند ساخت. لازم بیادآوری است که ما در میان مراجعین روزانـه تعدادی ازمهاجرینی را که مبتلا باشکال مختلف بیماری، بویژه شکل‌لپروماتوزبوده‌اند، مشاهده کرده‌ایم‌ودرمورد مسئله‌مهاجرت داخلی‌وخارجی‌نیز گزارش‌های‌لازم‌رابمسئولان‌تسلیم‌داشته‌ایم(۳).

بالاخره مسئلهٔ مهم دیگر عبارت از پدیدهٔ مقاومت باسیل هانسن نسبت بداروهـای ضد جذام است. این پدیده ممکنست بدو شکل در محیط تظاهر نماید. اول اینکـه براثر تجویز مقدار ناکافی دارو ویا علل دیگر، باسیل بیکی ازداروها مقاوم گردد وبعبارت دیگر بیمار بـا مصرف دارو و حتی بمدت طولانی بهبود نیابد. دوم اینکه اصولاباسیل مقاوم بداروا‌ین‌خصوصیت‌را بنسلهای‌بعدی

منتقل سازد ودر نتیجه سوش مقاوم نسبت بدارو در طبیعت بوجود آید ، یعنی فردی که با این نوع باسیل آلوده میشود ، بی‌آنکه داروئی مصرف کرده باشد ، از ابتدا نسبت بدارو 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 جنبهٔ بالینی دارد ولی اثبات مسئلهٔ فوق مستلزم آزمایشات دقیقی است که ما ضمن ممارست و کسب تجربه وانجام وتکرارآزمایش‌های عملی‌فادر بانجام بوده‌ایم ولی‌متأسفانه براثر عدم اعتناء مسئولان و فراهم نبودن وسائل در بوتهٔ فراموشی نهاده شده است وازاین نظر فوق‌العاده متأثر و متأسف هستیم . زیرا عملی ساختن این برنامهٔ مفید وضرور احتیاج بدستگاههای گرانقیمت و پیچیده‌ای ندارد ،که دهها نوع از این قبیل دستگاهها درگوشهٔ انبارهای مؤسسات سالها است زیرگرد وغبار مدفون شده و حتی از جعبه نیز باز نشده است . ولی آنچه بر ما مسلم است اینست که وجود چنین بیمارانی و همچنین وجود سوشهای مقاوم درمحیط ما ودر نزد بیماران ایرانی بعید نیست ، زیرا تجویز داروهای مختلف بامیزان غیرکافی و فواصل منقطع و دورهٔ درمان ناقص درکشور ما شایع است (۶).

درمان : روشهای مختلفی‌درمراکزمطالعاتی ودرمانی‌جهان برای درمـان بیماران ، مرسوم و متداول است ، دراینجا خـاطرنشان میـازیم کـه درمان اشکال مختلف بالینی بیماری جذام یکسان و مشابه نمیباشد، بلکه دراشکال‌مختلف وحتی درمواردخاص‌متفاوت است، درمان جذام دربرخی‌ازموارد مستلزم ممارست وبکاربردن ظرافت خاصی است که پزشك بالینی باید نسبت بدان توجه خاص مبذول دارد تا نتیجه رضایت بخش‌حاصل گردد .

روش درمان : صرفنظرازموارد خاص که برحسب‌نشانه‌ها، تحمل بیماروديگرحوادثی که حین درمان اتفاق میافتند ومستلزم اتخاذ روش اختصاصی است ، چند روش درمانی را بکارمیبریم که هریك بنوبهٔ خود دارای نتایج رضایت‌بخشی بوده است .

۱ـ درافراد مبتلا بـه جذام شکل لپروماتوز کـه در دسترس ما میباشند ومیتوانند درموارد مختلف مراجعه نمایند .

ریفامپیسین ۳۰۰میلی‌گرم درروز بمدت سه هفته .

اتیونامید ۵۰۰ میلی‌گرم در روز بمدت سه هفته .

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

۲ـ در درمانهای دسته جمعی :

ریفامپیسین ۱۵۰۰میلی‌گرم یك مقدار (Dose) واحد .

D. D. S ، ۱۰۰ میلی گرم در روز در تمام طول زندگی (شش روز در هفته).

D. A. D. D. S ، ۲۲۵ میلی‌گرم‌بشکل تزریق داخل عضلانی هر۲/۵ ماه یکبار.

۳ـ درجذام 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.

۴ـ جذام شکل بوردرلاین همراه با نوریت :

ریفامپیسین، ۳۰۰ میلی‌گرم در روز بمدت سه هفته .

کلوفازیمین، ۱۰۰ میلی‌گرم در روز بمدت یکسال.

سولفامید ، ۷۵۰ میلی‌گرم هردو روز یکبار .

کورتیزون، ۳۰ میلی‌گرم در روز چند هفته .

ویتامین‌های B_1 ، B_6 و B_{12} بشکل تزریقی .

۵ـ درجذام شکل لپروماتوز همراه با اولسراسیون :

D. D. S ۱۰۰ میلی‌گرم در روز .

استرپتومیسین

۶ـ درمان حالات رآکسیونل : چنانچه انفلاماسیون حاد دریك ضایعهٔ توبرکولوئید مینور ظاهرشود، درمـان خاصی‌لازم ندارد. ولی درموارد دیگرمواظبت و دقت فوق‌العادهٔ باید مبذول گردد. دراشکالی که مابین نوع پره‌توبرکولوو‌پره لپروماتو قرار دارند بهنگام ظهور عکس‌العمل استراحت وتجویز مسکن اغلب اوقات مؤثراست . چنانچه ضایعه درجوار یا روی تنهٔ عصب یا بینی و یا دیگر دستگاههای مهم بدن بـاشد ، این موارد را بـاید بعنوان فوریتهای درمانی تلقی نمود وحملات تورمی‌را بطورجدی‌درمان کرد .

معمولا تظاهرات رآکسیونل درشکل لپروماتوز، بیمار و پزشك را عـاجز میکند . دراینگونه موارد چنانچه استراحت جسمی و روانی و مسکن‌های سبك‌کافی نباشند ، معمولا متوسل بداروهـای قوی‌تر مانندکلروپرومازین میشویم . اگر پس‌ازسه‌هفته درمان بیمار عکس‌العملهای جدیدی نشان داد (مـانند اریتم نوئو) از محلول « تارترا‌سیتبیه » یك درصد استفاده میکنیم وازاین‌محلول هرروز و یا هردو روز بمیزان ۱ـ ۵ میلی‌لیتر بتعداد ۵ ـ ۱۰ نوبت بـه بیمار تزریق مینمائیم . همچنین بجای آن میتوان از محلول آنتی‌موان از راه تزریق داخل عضلانی استفاده کرد . در صورت عـدم حصول نتیجـه میتوان از کلروکین استفـاده کرد و آنرا از راه خوراکی بمیزان ۳۰۰ میلی‌گرم در روزو حداقل بمدت دوهفته تجویز کنیم . چنانچه درمانهای فوق نیز

کافی نباشند ، یکی از چهار داروی زیررا انتخاب میکنیم :

۱ــ لامپرن را معمولا بمیزان ۱۰۰ میلی گرم درروز ودربیماران مبتلا بنوع وخیم ۳۰۰ تا ۴۰۰ میلی گرم در روز تجویز میکنیم و اگر در عرض چند هفته ضایعهٔ جدیدی فرا نرسد ، سولفون را تدریجاً جانشین آن مینمائیم .

۲ــ در موارد اختصاصی میتوان از کورتیکواستروئیدها استفاده کرد و مقدار آنرا تا ۳۰ میلی گرم در روز بالا برد و بسرعت پائین آورد ویا اینکه در موارد تجویز طولانی از مقدار ۵ میلی گرم در روز استفاده نمود و مقدار آنرا بالابرد و در حملات مکرر و طولانی درحدود ۵ــ۱۰ میلی گرم در روز نگهداشت . البته لازم بیادآوری‌است که جزدرموارد اضطراری و خاص نباید از کورتیکواستروئیدها در جذام استفاده نمود مگراینکه تجویز این دارو چارهٔ منحصر بفرد باشد که دراینصورت باید کلیهٔ احتیاطات را در نظر گرفت.

۳ــ اسید فولفنامیك در برخی از بیماران اثر ضد تورمی بسیار عالی‌دارد .

۴ــ بالاخره تالیدومید در برخی موارد نتایج نیکوئی میدهد . مقدار تجویز دارو از ۴۰۰ میلی گرم در روزنباید تجاوز نماید ولی باید خواص نوروتوکسیسیته وتراتوژن این دارو را درنظر گرفت .

درمان اختصاصی‌نوریت : قبل از اقدامات جراحی که برای از بین‌بردن علل‌موضعی‌مولد نوریت یا عوامل ثانوی‌بکاربرده‌میشود باید بدرمان داروئی متوسل شد :

ــ تخفیف‌عکس‌العملهای‌نسجی‌تورمی‌وادم باتجویز کورتیکوئیدها، هیالورونیداز ، آلفاکیموتریپسین (از راه خوراکی ، عمومی و یا تزریق داخلی‌تنهٔ عصب) و بویژه تالیدومیدکه در تسکین‌درد و عکس‌العملهای جذام مؤثرند . تالیدومید را بمیزان۲۵تا۴۰۰ میلی‌گرم با احتیاط و درنظرگرفتن مخاطرات بعدی میتوان تجویز نمود . ایمونودپرسورها ممکنست مفید واقع شوند . ولی اگردرمدت زمان سه هفته درمان فوق‌الذکرویا دیگرروش‌های درمان متداول‌داروئی‌مفید واقع‌نگردید باید بیماررا بدست‌جراح سپرد تا با برداشتن فشار از روی عصب (بکمك انجام اعمال جراحی‌درمجاری‌استئوفیبرو ودرصورت‌لزوم‌توأم‌باپری‌نورولیز آندونورولیز و حتی ترانسپوزیسیون عصبی) از بروز عوارض نامطلوب جلوگیری‌گردد . لازم بیادآوری است که بهنگام عمل باید شاخه‌های‌عروق‌جانبی‌عصب‌را درنظرگرفت تاآنوکسی‌تشدید نکردد. درمان داروئی که دراینگونه بیماران باید تجویز گردد عبارت‌ازسولفامیدهای‌تأخیری‌است(سولیترن یامادریبون بمیزان ۷۵۰میلی گرم‌هردوروز ــ فانازیل‌بمیزان ۱۴۰۰میلی گرم‌درهفته).

دراینگونه موارد ازسولفون استفاده نمیکنیم زیرا بعلت اثرفوری روی باسیل‌ها نسن‌عکس‌العملهای ایمونولوژیك موضعی وبنابراین نوریت‌را تشدید مینماید . ولی درمان با سولفون را میتوان پس از دوسال درمان با سولفامید ادامه داد .

بالاخره باید از درمان یا ایمونواستیمولان‌ها نام برد که بحث درباره روش‌های درمانی‌مختلف ونتایج‌حاصل‌از آنها بطورمستقل باید انجام گیرد .

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

درمورد جذام اولین واساسی‌ترین اقدام مؤثرعبارت‌ازبیماریابی درسطح کشور است . زیرا با اجراء این روش هم اکثربیماران هرمنطقه شناخته میشوند ودرمراحل‌ابتدائی‌تقریباً بسادگی‌درمان میگردند و از بروز عوارض ناگوار و غیرقابل ترمیم ، که اغلب بسبب عدم مراجعه بموقع بیمار، عدم تشخیص بموقع و یا درمان ناقص فرا میرسند ، جلوگیری بعمل‌میآید وهم باسیل‌ها نسن‌ازبین رفته و از سرایت بیماری از فرد بیمار و باسیلیفر بافراد سالم مستعد و اطرافیان پیشگیری میشود .

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

پس از کشف بیماری و موارد ابتلاء در هر منطقه وشروع درمان صحیح ، دوگروه ازافراد باید تحت‌نظر قرارگیرند . گروه اول بیمارانی خواهند بود که شکل بالینی بیماری‌شان تشخیص داده شده وباید برحسب شکل بالینی بیماری مدتی تحت درمان مداوم ومستمرباشند ، مضافاً باینکه هرسه یا شش‌ماه یکبار از نظربالینی، باکتریولوژی، ایمونولوژی وغیره کنترل شوند و تحت نظرقرار گیرند .

گروه دوم اطرافیان بیمار ویا بعبارت کلی‌تر افرادی که با بیمار تماس نزدیك و مداوم دارند ، باید تحت کنترل‌دقیق‌قراربگیرند و درفواصل زمانی معین دقیقاً مورد آزمایش قرارگیرند تا ضمن انجام آزمایش‌های مکرر، سولفون نیز بمیزان۵ میلی گرم بازاء هرکیلوگرم وزن بدن هفتهٔ یکبار بآنان داده شود .

برای پیگیری و کنترل دقیق بیماران شناخته شده و موارد تماس که ازاقدامات اساسی بیماریابی است ، باید درهرمنطقه‌دوگروه

سیار وثابت (تعداد گروهها برحسب موارد و میزان جمعیت هر منطقه متغیر خواهد بود) انجام وظیفه نمایند . گروه سیار برای بیماریابی ، کشف موارد جدید و رساندن دارو بنقاط دوردست و درصورت لزوم معرفی بیماران وموارد تماس بمراکز ثابت برای انجام معاینات و آزمایش‌های لازم و یا بستری شدن در آسایشگاه اختصاص دارد. گروه ثابت ضمن معاینهٔ بیماران و انجام آزمایش‌های باکتریولوژیك ، ایمونولوژیك وغیره پروندهٔ کاملی برای بیماران تنظیم وضمناً بکمك مددکارانی که دراختیار دارند وضع اقتصادی واجتماعی مجذومین وافراد تحت تکفل آنانرا مطالعه وپرسشنامه تنظیم نمایند .

درمان دسته جمعی : برای اینکه نتیجه‌ای بهتر وسریع‌تر حاصل شود ، بهترین روش ، طریقهٔ درمان دسته جمعی است . در این صورت دارو بوسیلهٔ گروه سیار در روزهای معین در روستاهای مختلف درفواصل زمانی مشخص باید پخش شود .

کنترل بالینی وآزمایشگاهی بیماران : همانطورکه ذکر شد ، بیماران درفواصل زمانی معین باید از نظر بالینی و آزمایشگاهی بررسی شوند تا بدینوسیله‌هم بتوان نسبت بسیر بالینی ضایعات، بهبود آنها و تأثیر دارو پی‌برد وهم از نظروجود یا عدم باسیل هانسن درمخاط بینی ، ترشحات وضایعات پوستی ، تعیین اندیس مورفولوژیك وباکتریولوژیك، 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 ریفامپیسین و۶تا۸ ماه پس‌ازمصرف‌دیگر داروهای‌ضدجذام از نظر اندیس‌مورفولوژیك تغییراتی پیدا مینمایند واین‌اندیس‌تقلیل‌مییابد، لذا درعرض مدت فوق، بیماری‌را باطرافیان، بویژه به کودکان منتقل‌میسازند(اگرقبلا آلوده نشده باشند) و ازسوی دیگر قبل ازشروع درمان احتمال سرایت باطرافیان زیاداست، بنابراین باطرافیان که تماس‌نزدیك وصمیمی با بیمار داشته‌اند باید هفته‌ای یکبارسولفون تجویز نمود وضمناً ازمعاینات بالینی وآزمایش‌های بیولوژیک‌غفلت نورزید. درکودکان‌ضمن‌رعایت کلیهٔ‌اصول بایدازتلقیح‌واکسن ب . ث . ژ پس از انجام آزمون پوستی استفاده کرد (۲).(۳)و(۴).

تجسس بیمار دراجتماعات : علاوه برانجام بیماریابی‌درروستاها لازم است که درفواصل‌زمانی‌معین‌دانش‌آموزان‌مدارس،سربازها، کارگران‌کارخانجات و مزارع ،کارگران رستورانها و محل اجتماعات را دقیقاً معاینه نمود . علاوه بر آن مهاجرینی که از کشورهای‌آلوده بکشوروارد میشوند باید تحت‌نظارت دقیق‌قرار بگیرند (۱)و(۱۰).

آموزش : آموزش صحیح باید در سطوح مختلف بطور مداوم و مستمرانجام‌گیرد و این مسئله از شکل تشریفاتی‌خود یعنی سالی یکبار خارج‌گردد . آموزش در سطح دانشگاهی و مدارس عالی برای آشنائی‌کامل دانشجویان ، پزشکان جوان و پرسنل پیراپزشکی . آموزش برای‌آگاهی تودهٔ مردم بوسیلهٔ رسانه‌های گروهی ، انتشار مقالات بزبان ساده ، انتشار جزوات کوچك 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 خانوادهٔ آنان از جمله مسائل قابل‌توجه است - تربیت مددکاران اجتماعی وآشنا ساختن آنان با مسائل پیچیدهٔ اجتماعی ، اقتصادی وروانی مجذومین وافراد تحت تکفل آنان از ضرورترین اقدامات است . زیرا مددکاران ورزیده وآشنا برموز واسرار بیماران ، با تماسهای مکرر و صحیحی با آنان ، از یکطرف اطلاعات دقیقی از وضع کلی بیمار و اعضاء خانواده‌اش‌بدست میآورند ودرموارد ضرور ازقبیل حل مشکلات خانوادگی، اجتماعی واقتصادی کمکهای ارزنده‌ای بآنان‌مینمایند و از سوی دیگر در روحیهٔ بیمار و اطرافیان او تأثیر نیکوئی بجای میگذارند و مهمتر از همه ترس ووحشت و فاصله‌ای را که بین بیمار وافراد جامعه محسوس و ملموس است، از بین‌میبرند.

خلاصه و نتیجه :

جذام ازجمله بیماریهای عفونی‌است که تاریخ پیدایش آن‌درجهان فوق‌العاده قدیمی میباشد . رفتار واعمال جامعه ، ناآگاهی آحاد اجتماع نسبت به بیماری ، تبلیغات وشایعات واهی یکی از علل رعب ووحشت درجامعه بوده ومیباشدکه خود این امر باعث عدم مراجعهٔ بیماران پزشك واشاعهٔ بیماری شده است. بمرور زمان مسئلهٔ جذام درکشورهای پیشرفته‌هم از نظر پزشکی و درمان و پیشگیری وهم ازلحاظ اجتماعی بتدریج حل شده ولی‌درممالك عقب نگهداشته شده پیشرفت چندانی نداشته ولذا طرز تفکر افراد اجتماع تا حدودی بهمان شکل دوره‌های گذشته باقی مانده و بیماری درمناطق‌مختلف کشورهای اخیر بیورش‌خود ادامه داده و برعده مبتلایان روز بروز افزوده شده است . پس ترس ووحشت واهی‌ازجذام ومجذوم درجوامع عقب نگهداشته شده وجود داشته و دارد واین مسئله یکی از علل عدم توفیق در درمان ، بویژه پیشگیری و ریشه‌کن ساختن بیماری است .

تشخیص بالینی و آزمایشگاهی جذام در حد یك مؤسسهٔ مجهز

و اختصاصی انستیتو پاستور ایران مقدوراست. منتهی باید توجه و عنایت بیشتری مبذول گردد تا از یکطرف کمبودها و نارسائیها جبران‌شود و ازسوی دیگرارتباط با مراکز تحقیقاتی ومطالعاتی کشورهای دیگر و مؤسسات منطقه‌ای قطع نگردد و سعی شود که تعداد آزمایشگاههای تشخیص بمثابهٔ اقمار این مرکز تحقیقی‌در سطح کشور افزایش یابد.

از نظر سرعت بهبود و تشفی بیماران مبتلا بجذام ، هرقدر بیمار زودتر مراجعه نماید وبیماری‌اش در مراحل اولیه تشخیص داده شود و درمان گردد ، بهبود سریع‌تر و بروز عوارض ناگوار و غیرقابل ترمیم نادرتر خواهد بود .

از نظر بالینی کلیهٔ اشکال بالینی‌جذام درایران وجود داردوشکل لپروماتوز شایع‌تر ازدیگر اشکال است .

جذام دراطفال ایرانی ، بویژه‌کودکانی که تماس نزدیك وصمیمی با بیماران باسیلیفر دارند ، نادر نمیباشد .

جذام درگروههای سنی بین ۱۴ تا ۲۵ سال درکشور ما شایع است وموارد نیز دراطفال درسنین پائین‌ترمشاهده میشود .

مطالعات همه‌گیرشناسی باید در سطح وسیع کشور انجام گیرد و حتی‌الامکان سعی شودکه مناطق آلوده دیگر پارامترهای لازم تعیین گردد تا مبارزهٔ منطقی‌واصولی‌براساس اطلاعات‌جمع‌آوری شده اجرا شود .

برای بدست آوردن نتائج رضایت‌بخش ازبرنامهٔ مبارزه با جذام نکات اساسی این برنامه باید مورد توجه خاص قراربگیرد :

- بیماریابی درسطح‌وسیع کشور وپیگیری مداوم بیماران‌شناخته شده ؛
- درمان بیماران از نظر سرعت بهبود ضایعات وجلوگیری از بروز عوارض وبویژه از بین بردن وقطع زنجیرهٔ ابتلاء یعنی از بین بردن باسیل‌ها نسن دربیماران باسیلیفر؛
- معاینهٔ مستمر و پیگیر موارد تماس ؛
- معاینهٔ بهداشتی اجتماعات بویژه دانش‌آموزان ، کارگران ، سربازها ، شاغلین در رستورانها وغیره ؛
- درمان دسته جمعی در نقاط آلوده ؛
- آموزش در سطوح مختلف .

مآخذ و مدارک :

۱ــ دکتر آصفی ولی‌الله و دکتر گولیه‌آلن : نتیجهٔ مطالعات مقدماتی جذام دراستان خراسان . مجلهٔ نظام پزشکی‌ایران ، سال‌چهارم، شماره ۶ ، صفحه ۴۵۵، ۱۳۵۴.

۲ــ دکتر ولی‌الله آصفی و همکاران : بررسی عکس‌العمل آزمونهای توبرکولین و لپرومین درکودکان مجذومین واستفاده از واکسن ب . ث . ژ . درآنها . مجلهٔ نظام پزشکی ایران ، سال ششم ، شماره ۱، صفحه ۱، ۱۳۵۶.

۳ــ دکتر آصفی ولی‌الله : یادداشتهای شخصی در مسافرتهای علمی وگزارش مأموریتهای تحقیقاتی در روستاهای ایران از سال ۱۳۳۲ تا سال ۱۳۵۹.

۴ــ دکتر آصفی ولی‌الله : مطالعهٔ بالینی ، اپیدمیولوژی و ایمونولوژی مقایسه‌ای بیماری جذام در استان خراسان . گزارش به وزارت علوم وآموزش 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 éléctronique. 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.