

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:

تشریفاتی خاص اورا، در مقابل مجراب عبادتگاه بی‌هویت اعلام و ورقه هویتش را باطل میکرد.

علاوه بر اقدامات ظالمانه فوق الذکر، که بر مجرومیت مجذوم از کلیه حقوق اجتماعی منجر میگشت، با توصل به تبلیغات وسیع دور از واقعیت، توده ناآگاه را بطور مستمر و مداوم در حالات وحشت، تفتی و بیخبری محض نگه میداشت. جذام را جزو بیانات آسمانی و مجذوم را در جرگه گناهکاران بالذات وبالقطع به حساب می‌آوردند، بنابراین احتراز از مجذوم و تفتی و انجار ازاو، امر طبیعی بشمار می‌آمد. از آنجاکه چهل و نادانی در اکثر نقاط جهان سایه شوم خود را گستردۀ لذا روشهای و رفتارها در برای مجذوم و طرز تفکر آحاد اجتماع درباره بیماری جذام در هم‌جا تقریباً یکسان و تاحدودی مشابه بوده است، با این فرق کلی که پس از گذشت زمان، در کشورهای متقدم، بر اثر پیشرفت علوم عینی و تجربی، وقوع انقلابات فرهنگی و تأثیر بارز این دگرگونیها و تحولات در طرز تفکر توده مردم، بالارفتن سطح فرهنگ عمومی و آگاهی افراد اجتماع بر بطالان خرافات و شایعات واهمی، بر طبق معمول پیشتر اولان فداکار و انساندوست کمر بخدمت این انسانهای مجروم می‌بندند سپس بتدریج مهمانخانه‌ها و آسایشگاه‌ها برای نگهداری و پرستاری مجذومین احداث و تأسیس می‌شوند و عده‌ای انسان متعدد و مسئول عمری را در خدمت باین بیماران مصروف میدارند و نامنکی برای ابد از خود بیاد گار باقی می‌گذارند (۱۱).

جذام یکی از بیماریهای عفونی مزمم و مسری است، که درجه شدت سرایت آن از دیگر بیماریهای عفونی واژجمله بیماری سل فوق العاده کمتر است. بسیاری از مؤلفان تاریخ پیدایش بیماری را درجهان، سالها قبیل از میلاد مسیح ذکر کرده‌اند (۱۲). در طول تاریخ، رفتار پسر در برای مجذومین بقدرتی بی‌رویه و نامعقول بوده که درج شرح اینگونه رفتارها، صفحات تاریخ پزشکی را سیاه ولکه دار کرده است. در خلال ادوار مختلف تاریخ، چهل و نادانی، که معمولاً همسراه با تصب و خودخواهی می‌باشد، منتظر بر اعمال روش‌های غیر انسانی و خشنوت باری گشته، که انسان با مطالعه شرح صحنه‌های رقت‌آور و دلخراش آن از طرز رفتار اجداد و گذشته‌گان خجل و شرمسار می‌شود (۱۲).

در گذشته مجالس قانونگذاری، قوانین مبتذل و غیر انسانی تصویب می‌سازندند. مجذوم را از کلیه حقوق اجتماعی مجروم می‌ساختند. بجای آگاه ساختن افراد اجتماع و چاره‌جوئی برای رهائی انسانها از این بیماری خانمان‌سوز، ژنگوله پیای مجذومین می‌بستند تا مردم باشیدن صدای آن از فاصله دور، از نزدیک شدن به بیمار احتراز جویند. لباس مخصوص برای آنان تهیه و تدارک می‌دیدند، علائم و نشانه‌های مخصوص بر سینه‌شان الماق و یا بر گردن شان آویزان می‌گردند، تام مردم با مشاهده آن علائم و نشانه‌ها فرار نمایند. دستگاه پر طمطراء کلیسای آن زمان مردم را دعوت می‌کرد و در حضور جمع مجذوم را جزو مردان بشمارمی‌آورد و در یک جلسه*

* بخش تحقیقات بالینی انتیتو پاستور ایران - تهران.

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

در تمام اندوار تاریخ، ترس و وحشت خارق العاده بر جامعه ما حکم‌فرما بوده و یگانه راه مبارزه با بیماری جذام احترازوفرار از بیمار و طرد و اخراج مبتلایان از خانه و کاشانه و اجتماع تشخیص داده شده است. لذا با توجه بطریز 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، سالها است که بیماری در کشورها رحل اقامات افکنده و باسیل جذام در بدن انسانهای بیگناه لانه گزیده است و چون اقدام مؤثر و صحیح درباره مبارزه با جذام بعمل نیامده، بیماری به‌یورش بی‌رحمانه خود ادامه داده، باسیل هانسن بالامعار ضممانده 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 بعلل مختلفی که بعداً بدانها اشاره خواهیم کرد، عده مبتلایان روز بروز رو به زاید گذاشته است (۱) و (۳).

بمرور زمان و گذشت ایام یا بعلت شیوع بیماری در یک منطقه، اکثر ساکنین برخی از روستاهای کشور به بیماری مبتلا گشته و بسبب داشتن اکثریت، در زادگاه خود باقی مانده‌اند، بطوریکه این روستاهای بنام روستای مجذومین و یا مناطق جذام خیز شهرت یافته‌اند و یا اینکه برخی از افراد نیکوکار و خبر، محلی را برای سکونت و یا نهگذاری مجذومین وقف و یا تخصیص داده‌اند، که بعدها بصورت آسایشگاه درآمده است، مانند قلعه مجرابخان در شهر مشهد. ولی در دیگر روستاهای اگر فردی مبتلا به جذام می‌شد و حتی چنانچه بین 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 چاهل‌ونادان، 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 ماین جاده قدیم تبریز و ارسپاران، بنام «آرپا تپه‌سی»، بدون داشتن حفاظ طبیعی و پناهگاه فرود می‌آیند و دست باحدات کلبه‌های گلی و حتی مسجدی کوچک میزند و در آن محل سکنی می‌گذریند، که هنوز هم آثار و بقایای آن باقی است. در حدود شصت سال قبل، منطقه‌ای بنام «بابا غانی»، که شکارگاه دودمان قاجار بوده و در فاصله ۲۲ کیلومتری شهر تبریز واقع شده و محیط و اطراف آن را رشته کوه‌های فراگرفته است، برای جمع

پس از کشف سولفون و تأثیر نیکو و شفا بخش این دارو در درمان جذام، مداوا و مجز اساختن مبتلایان بشکل باسیلیفر، تامر حلة باک شدن ظاهری بیمار از باسیل هانسن و حصول اطمینان از عدم سرایت بیماری از فرد بیمار باطرافیان، موارد تماس، بویژه اعضا خانواده، که تماس مکرر و صمیمی با بیمار دارند، عملی می‌گردد. باش کت فعال پزشکان و دانشمندان نقاط مختلف گیتی، که مزد و نزد ورنگ وغیره برای آنان مطرح نیست، در جلسات بحث و گفتگو برای چاره‌اندیشه و تصمیم‌گیری نهائی در گرفتاری عمیق‌همنوغان خود و تجسس راه حل معقول و پسندیده، فراهم شدن امکانات برای تشکیل و پر قراری کنگره‌های مختلف و بحث و فحص آنان در مسائل بفرنج و پیجیده و جمع بندی نظرات مختلف و استفاده از مسئله شور و مشورت و نتیجه‌گیری از بحث و گفتگو و بالآخره با عملی ساختن بیماریایی * در سطح وسیع، درمان صحیح بیماران شناخته شد و بازیبینی و پیگیری 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 درمیان 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 با اروپائیانی هستند که برای کار و مأموریت‌های گوناگون بکشورهایی که بیمارت جذام در آن کشورها شیوع دارد، مسافت نموده و مدتی اقامت گزیده و بطور استثنایی به بیماری مبتلا شده‌اند. اکنون در کشورهای پیش‌رفته، شفای افتگان از جذام دوشادوش دیگر انسانها بکار و کوشش اشتغال دارند و بزرگی عادی داره‌یک از این کشورها از چند صد تن تجاوز نمی‌کند و موارد جدیدی که اهل این ممالک باشند بندت مشاهده می‌شود.

لازم بیاد آوری است که در شرایط کنونی فقط دو مسئله موجبات نگرانی مسئولین بهداشت و درمان این کشورهای افراد آورده است. اول مسئله مهاجرت عده کثیری کارگر از کشورهای آلوهه باین ممالک و در ثانی پدیده مقاومت باسیل هانسن در برابر داروهای ضد جذام، که در بسارة این دو موضوع بحث خواهد شد.

اما در کشورهای عقب نگهداشته شده و یا در حال پیشرفت واز آنچمه در کشورها بعلت عدم آگاهی توده مردم از بیماری جذام، فقدان آموخته همگانی، پائین بودن سطح فرهنگ عمومی وجود

فارس و کرد) و یا مذهبی از قبیل اختلاف سنی و شیعه قبل طرح- ریزی میشده است. بنا با ظهار مجذومین معمر و سالخورده، که هم شاهد و ناظر بر زندگی رقت بار مجذومین در «آدپاتیسی» و هم آسایشگاه بابا باغی بوده‌اند، هفتادی ایکبار شخصی بنوان پزشک آسایشگاه می‌آمده و بر طبق دستور قبیلی، بیماران در یکسو و پزشک در آنسوی جوی آب قرار می‌گرفتند. پزشک با در دست داشتن چوبستی 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 داروهایی بشکل فرش، پماد و یا شربت بسوی آنها پرتاب مینمود. دسترسی بدارو 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 همانندیک بیماری ساده و بی اهمیت تلقی نکنیم. زیرا اولاً جذام را نباید در آسایشگاه مطالعه نمائیم و با بازدید چند ساعته و مورد تقدیر قراردادن 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 بدیم و محل اصلی مجذومین یعنی روستاهای دورافتاده کوhestانی مسافرت کنیم و تابیاً 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 باستقرار و بقراری عقده‌های پیچیده روانی می‌گردد که جبران و بهبود این پدیده‌ها بسیار مشکل می‌باشد. پس بیاید رقبتها را ناپسند، عناد و لجاجت را در این دوران شکوفایی انقلاب که خون‌هزاران: هیدو گله‌ای که هنوز بدغنجه نر سیده‌در این راه پژمرده شدند، آن را بثمر رسانندند، بنویان تز کیهان نفس کنار بگذاریم و رئیس و مرئی، وزیر و معاون و مدیر از پشت میز بلند شویم و حداقل یکبار از محل و مأواهی مجذومین از آسایشگاه گرفته تا قله کوههای سر بفلک کشیده و قلب جنگلها دیدن کنیم، تا دیگر جذام را یک مسئله ساده و بی اهمیت تلقی نکنیم و در پشت میز و اطاوهای در بسته و محدود کاخهای مرکزی طرح نریزیم و تصمیم نا‌آگاهانه و عجولانه اتخاذ ننماییم و وسائل رفاه و آسایش فکری و امکانات و تسهیلات برا ای کسانی که از صمیم قلب در این راه قصد خدمت و مطالعه دارند فراهم آوریم. تا اینکه نام ما همانند نام آنان که اکنون سر گذشت اعمال بواله و سانه‌شان را مطالعه کردیم در تاریخ ثبت و ضبط نگردد.

آوری مجذومین اختصاص داده میشود. از آنجاکه در این دوران ظلمات استبدادی، نور و دیکتاتوری بر جامعه حکم‌فرما بوده است، در مبارزه با جذام نیز از این رویه ناپسند و ناشایست استقاده میشود و با صدور بخشنامه‌ای کدخدايان را موظف و مکلف میدارند که بمحض اطلاع از وجود فرد مبتلا بجذام، مراتب را با زاندارمی گزارش کنند. زاندارم، مجذوم را همانند جانیان و محکومین دست بسته پیش‌آسب به محلی که بنام آسایشگاه نامگذاری شده بود، می‌آورد و بمتصدیان تحويل میداد و رسید در یافت روزگار ظلمانی وسیاه استبداد، چه بسا افراد سالمی که مورد غضب کدخداد و بی‌عمال وایادی حکومتی واقع و یا منبع مناسبی برای روش گیری تشخیص داده میشند، جزو فهرست سیاه کدخداد قرار می‌گرفتند و بدرست زاندارم سپرده میشند و این روش یکی از طرق اخاذی و برقسب زدن با فراد وارعاب و تهدید بشمار میرفت.

در آسایشگاه بابا باغی اکثر خانه‌ها گلی بوده و با تهدید و اعراض و ضربات شلاق متصدیان سنگین دل و جانی، با بازویان تحریف و دستان رنجور مجذومین، که علاوه بر آلام جسمی و روحی از فراق عزیزان و دوری از شهر و دیوار رنج عمیقی احساس می‌کرند و فشارهای وارد بر روح و روان همچون کوه عظیمی بر قلب نازکتر از شیشه آنان سنگینی می‌گرد، ساخته میشود که هنوز هم نموهای از آثار و بقایای آن باقی است،

بعد از اینکه زاندارم مجذوم را تحويل میداد، به دستور متصدی آسایشگاه، که هنوز هم بجهان اعمال ننگین اش بزندگی نیکت بار خود ادامه داده و نگارندۀ چند سال قبل مصاحبه‌ای با او داشته است، مجذوم را بطرف زیرزمینی که ستون چوبی قطور و سترگی دارد، هدایت می‌کرند و با طناب بستون می‌بستند و با ترکه‌هایی که قبل آماده کرده بودند، مورد ضرب و شتم قرار میدادند و با و متنزکر میشند که این محل جای سکونت دائمی اوست و هر گز نساید از دستورات سر پیچی کند و گرنه بشدیدترین وجه، که نمونه‌ای از آنرا فی‌المجلس اجرا کرده بودند، مجازات خواهد شد.

مسئول آسایشگاه وایادی او با توسل با نواع دسیسه‌ها و گستراندن دامهای گوناگون، این انسانهای بیمار و نا‌آگاه را، که از آلام عمیق جسمی و روحی رنج می‌برند و اعضاء و اندام و استخوانها یهشان متدرجاً آب میشند، بجان یکدیگر می‌انداختند. بنا با ظهار مسئول اسبق آسایشگام، که باز گو کردن اعمال و رفتار غیر انسانی اش را تخفیفی در گناهان گذشته‌اش میدانست، این اختلافات بعنوانی مختلف از قبیل بیان آوردن اختلافات قومی (ترک)،

اکثر پرسنل، خود در رعب و وحشت بس میبردند. بنابراین برای خدمت در آسایشگاهها و درمانگاهها داوطلب پیدا نمیشد، بمروز زمان برخی از پزشکان وعده انجشت شماری از افراد جامعه، که بمحله ایثار رسیده بودند عمر شان را در راه خدمت بایان انسانهای محروم سپری کردند. عده‌ای از کارمندان اداری و پرستاران و شفایافتگان با معاوضت یکدیگر اداره امور آسایشگاهها و درمانگاهها را بهده کرفتند (۳).

در سالهای اخیر عده‌ای از جوانان مؤمن و معتقد با پشنکاری قابل تحسین داوطلب خدمت شدند و با وجود مشکلات زیاد و تحمل مرارهای فراوان، با عدم اعتماد کامل نسبت باعتراض مردم و حتی نزدیکان و آشنايان خود، راهی روستاها و مناطق دوردست شدند و برای پیدا کردن بیمار و کشف موارد تماس کوه و صحراء زیر پاگداشتنند. عده‌ای دیگر که تعدادشان از چند تن تجاوز نمی‌کند هم در آزمایشگاههای تحقیقی وهم بر بالین مجدوم و هم در نقاط بسیار دورافتاده کشور (اگر فرنچی بدانها داده میشود) که در درجه اول باید از انتیتو 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) بهره‌مند 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 مجدومین، ضمن تنظیم پرسشنامه‌ها با امیدوار ساختن آنان بزندگی موجبات رشایت خاطر شان را فراهم نمودند و ارتباط این محرومین را دوباره با اجتماع ممکن و عملی ساختند. لذا بجز این میتوان ادعای کرد، با وجود عدم امکانات و فراهم نبودن تسهیلات چه از نظر وسائل آزمایشگاهی و چه از لحاظ مواد و فرآورده‌های لازم وجه از نظر مسافرت‌های علمی و تحقیقی و بیماریابی، اگر توفيق و پیشرفت نسبی در تحقق امن مهم تحقیق و مبارزه با جذام در کشور ما بدست آمده، رهین همت والا، از خود گذشتگی، فدایکاری و کوششهای خلل ناپذیر و مداوم این فرشتگان ایشارگر بوده است وسی. اکثر این انسانها که از آنین میتوان در درجه اول بیماریابان را نام برد، باگذراندن دوره اختصاصی، علاقه‌مندی و ممارست، بیماری جذام و روانشناسی مجدوم را بخوبی میشناسند و در پیگیری این برنامه در حدود امکانات و مقدوراتی که مسئولان در اختیار آنان قرار میدهند، کوشش زیاد بکار میبرند. لذا با توجه به مشکلات وجود، طرز تفکر آحاد جامعه، عدم اعتماد برخی از دولتمردان و دست اندر کاران بهداشت و درمان

با عطف توجه بطرز تفکر افراد اجتماع، پائین بودن سطح فرهنگ توده مردم، عدم آگاهی آحاد جامعه، بویژه پرسنل پزشکی، پیراپزشکی و کارمندان و رفقار نایخدا نهاده مسئولین بهداشت و درمان کشور در آندوره، که اساسی ترین برنامه مبارزه با جذام یعنی بیماریابی را وسیله کدخدایان و ژاندارمها انجام میداده اند و ازسوی دیگر رفقار غیر انسانی متصدیان آسایشگاهها و جوحا کم بر آن محیط، سبب میگردید که مجدومین خارج از آسایشگاه بیمه‌اری خود را از مردم و حتی پزشکان مخفی نمایند. حتی مجدومین بستری در آسایشگاه نیز چنانچه فرصت مناسبی بدست می‌آورند از آن، حیط جهنمه فرامیکردند و بغارهای طبیعی، قلب جنگلهای اویا دیگر مخفی گاهها پناه میبرند تا از شهر همنوعان جا هل 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 مسؤولی بوده و هست.

بنابراین با اندکی توجه در میبایم که مجدوم بر اساس مشاهدات عینی خود و وجود خاطراتی تلخ از واکنش افسر 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 وغیرقابل استئار و عوارض نامطلوب باعث میشد که اسرار او فاش شود روسنا و دیبار خود را ترک میکرد و راه کوه و چنگل را پیش میگرفت تا بدست جلادان بیرحم دستگیر و گرفتار نماید (۳).

از سوی دیگر افراد سالم اجتماع بسبب رسوخ خرافات در فرهنگ عامه، که ریشه‌کهن و تاریخی داشته و باگذشت قرون متتمادی از صفحه مغزه‌ها زدوده نشده و بلکه بر اثر اقدامات نایخدا نهاده مسئولین بنحو بارزی بارث 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. بنابراین، مجدوم و افراد خانواده اش از یکطرف از اجتماع مطرود بودند و از سوی دیگر درهؤسات درمانی و بهداشتی، که قاعده‌تا باید نیازهای درمانی، بهداشتی، اقتصادی و اجتماعی مجدومین و افراد تحت تکلف آنان را تأیین نمایند و با اجراء صحیح برنامه‌های آموزشی، مردم، بویژه دانشجویان و پزشکان جوان پیراپزشکی را نسبت به مسائل مختلف آگاه سازند، مقام و منزلتی نداشتند و مجدوم وواستگاش را بهیچ یک از مؤسسات درمانی و بهداشتی و کلینیک‌های خصوصی راه نمیدادند، زیرا همانطور که یاد آور شدیم

ظاهر میشود. تشخیص بیماری در این مرحله فوق العاده مهم است زیرا با تشخیص زودرس هم از سرایت بیماری با فرد سالم جلو گیری بعمل میآید و هم اینکه ضایعات در مراحل ابتدائی بهبود میابند 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 برای بسیاری از ضایعات پوستی و یا هر نوع اختلال‌های اعصاب محیطی باید به بیماری جذام مشکوک شد (بیمار را دقیقاً مورد معاینه قرارداد، بویژه انتظر وجود بیحسی آزمایش نمود) مگر اینکه خلاف آن به ثبوت برسد. ضایعات پوستی ممکنست بصورت پلاکهای کمرنگ و ندرتاً پررنگ، اریتم، ماسکول، پاپول، نودول و ضایعات انفیلتھ 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 ظاهر نمایند. در مراحل ابتدائی بیماری، اختلال‌های عصبی ممکنست بصورت هیپر استری، 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 ان ممکنست وجود داشته باشد. بهر حال بیمار باید کاملاً لخت و در میانی عصبی (خصوصاً 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 بآنکه قصد داشته باشیم بكلیه موارد بالینی در اینجا اشاره نمایم، 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 مراجعة بیمار پیش‌شک فقط وجود خون دماغ‌های مکرر و قرمزی یکنواخت صورت باشد و چه بسا بیمارانی بهما مراجعت نموده‌اند که بعلت خون دماغ بارها بوسیله کوت و غیره محل خون‌ریزی، سوزانده شده است. اکثر اوقات بیماران از وجود ترشحات هزاحم بینی و گرفتگی متناوب آن شکایت دارند که در حقیقت مبتلا به رینیت جذام میباشند. در موارد استثنایی تظاهرات پوستی جذام بشکل آکنه میباشد. وجود سیکاتر بسته‌های قدیمی که اکثر آنها را بحساب زخمهای قدیمی میگذارند گاهی از تظاهرات بیماری جذام است که اگر پیش‌شک حضور ذهن داشته باشد با انجام آزمایش‌های دقیق عصبی وجود بیحسی پی خواهد برد. در میان مراجعتان، ما چند مورد بیمار مبتلا به آکنه، بویژه آکنه ناحیه چانه داشتیم که با سیل‌های سن بتعدد زیاد و حتی بشکل گلوبی

کشود که از یکطرف یا بعلت لجاجت و یا بسب عدم اطلاع و پشت میز نشینی، بازی با بخشندگانها و عدم تماس با مجنونین و عدم شناخت مناطق آلوده و دورافتاده، جذام را مسئله‌ای نمیداند و از سوی دیگر بسب عدم اطلاع ترس و وحشت واهی بر آنان، که حتی برخی از آنها از دست زدن بنامه‌هایی که اسمی از جذام روی آن نوشته شده است، اکراه دارند، باید اذعان نمود، افراد معدودی که بنحوی از انجاء در برنامه‌های جذام خدمت مینمایند واقعاً جهاد کرده و میکنند. ولی با کمال تأسف و تأثیر باید یادآور شویم که برخی از این انسانهای استثنایی در راه خدمت بهمنوعان محروم بطور گمنام انجام وظیفه نمودند و بطور گمنام نیز از این جهان رخت برستند و عده‌ای دیگر نیز بسب عدم توجه مسئولین و عدم امکانات و تسهیلات لازم برای ادامه خدمت دلسوز شده و نویمده‌انه بسر میبرند. پس باید بدانیم و آگاه باشیم که چنانچه با امعان فشار و حسن نیت پیشنهادات مصلحین مؤمن و کارдан را آویزه گوش قرار ندهیم و کمافی سابق با طرز تفکر ثابت و فرستهای گرانبهارا از دست بدیعیم بازمه‌جدوم و مسلول و هزاران بیمار وجود خواهند داشت و اکثر بیماریهای عفو نی و مسری بشکل بومی در این سر زمین پهناور باقی خواهند ماند و نام ما نیز بنوان مجرم تا ابد در تاریخ پزشکی ثبت خواهد شد.

من آنچه شرط بلاغ است با تو میگویم
تو خواه از سخن پندگیر و خواه ملال

تشخیص بالینی و آزمایشگاهی جذام در ایران : در تشخیص بیماری جذام علاوه بر اینکه دیگر موادی کلی باید رعایت گردد حضور ذهن پیش‌شک نسبت به بیماری، بویژه داشتن اطلاعات در ذمینه مناطق آلوده و مخصوصاً ابتلاء نوجوانان و جوانان کمک بزرگی به تشخیص بیماری میکند. حضور ذهن داشجوابیان وجود بیماریان ورزیده ولی انگشت‌شمار، حضور ذهن داشجوابیان و پیش‌شکان جوان، بویژه متخصصان بیماری‌های پوست تا حدی در کشف موارد درمان و پیشگیری بیماری مفید و مؤثر بوده است. بیماری جذام در کشور ما باشکال مختلف بالینی تظاهر میکند. اکثر اوقات هنوز بیماری بصورت پیش‌فتنه دیده میشود، که با کمال تأسف باید اذعان نمود که این نقصه یا بعلت عدم تشخیص اولیه در مراحل ابتدائی بیماری است و یا بنا بر دلائلی که در مقدمه ذکر گردید قصور از طرف بیمار میباشد. در هر حال نتایج حاصل از درمان زیاد در خشان نبوده، مضافاً باینکه اولاً در جریان سیز طولانی بیماری عده‌ای مبتلا شده و ثانیاً عوارض مختلف پاپر جا میگردند که دیگر قابل ترمیم نیستند. صرفانی از موارد پیش‌فتنه فوق الذکر، اکثر جذام بشکل ضایعات پوستی و یا عصبی

که در فروتنی‌های رنک آمیزی شده بهنگام وجود باسیله‌ای دیفتر و بین مطالعات جداگانه‌ای انجام میگیرد که در حال حاضر خارج از بحث این مقوله است و در اشارات بعدی درباره این مسئله قابل توجه و دیدگیر مسائل مفصل این بحث خواهیم نمود. در هر حال اگر باسیله مشاهده‌گردید اندیس مرفوولوژیک 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 توبر کولین و لپرومین درجه اینمی بیمار مورد بررسی قرار میگیرد. باید یادآور شویم که آزمون پوستی میتسودا هرگز یک آزمون تشخیصی برای جذام نمیباشد، بلکه با بررسی عکس العمل پوستی بیمار هم میتوان تا اندازه‌ای در تشخیص افتراقی اشکال مختلف بیماری از آن بهره گرفت وهم سیر بالینی بیماری را در حین درمان طولانی مورد مطالعه قرارداد از جمله آزمایش‌هایی که انجام میگیرد عبارت از آزمایش هیستوپالوژی است که از ظاهر تشخیص بیماری بویژه زمانی که باسیله 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 معاوضت را با ما میکنند، صمیمانه سپاسگزاری نمایم. نمونه برداری (بیوپسی) معمولاً با یحسی موضعی بعمل می‌آید. و پس از قرار گرفتن در فیکساتور مخصوص بمدت یک ساعت در محلول نگهدارنده به دپارتمان هیستولوژی ارسال میشود. آزمایش ایمونوفلورسانس غیر مستقیم که در آن از باسیله استفاده نمیشود از آزمایشاتی است که بعمل می‌آید. چنانچه با تمام کوششها دلیل قانون کننده‌ای برای تشخیص نهائی بیماری بدست نیاید و تجسس برای پیدا کردن دیگر بیماریها به نتیجه نرسد در اینصورت در مواد خاصی نمونه برداری از عصب بعمل می‌آید و اگر نتیجه حاصل نگردد و وجود دیگر بیماریها پوستی و یا عصبی تأیید نگردد در اینصورت بیمار تحت نظر قرار میگیرد و هر سه ماه یکبار مورد آزمایش قرارداده میشود.

بالاخره باید از وجود عکس العملهای خفیف و یا شدید سخن بیان آورد که فوق العاده حائز اهمیت است. این واکنش‌ها ممکنست حين 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 آسه 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 فلح 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 کمیر و یا نودولر و یا شکل کلاسیک اریتمانودوزم لبروزم از تظاهرات شایع بیماری است که اکثر آنها بعنوان حساسیت مدت‌ها تحت درمان قرار میگیرند. برخی از اوقات تومورهای محدود و سفتی، مخصوصاً در سطوح دستها، دبده میشوند که اکثر آنها با تشخیص فیبروم مکرراً تحت عمل جراحی قرار میگیرند (۹). بالاخره باید بوجود جذام و اشاعه آن در اطفال وجوانان بویژه در سنین ۱۴-۲۵ سال اشاره کرد (۸)، که برخلاف نظرات موجود عده مبتلایان در این گروه سنی و حتی سنین پائین تر نادر نیستند. بنابراین پس از معاینه دقیق بالینی، بیمار با آزمایشگاه هدایت میشود تا دلائل کافی برای اثبات و یا نفي وجود بیماری بددست آید. در اینجا باید یادآور شویم که مشاهده باسیله در برخی از اشکال جذام بویژه در شکل توبر کولوئید و عصبی خالص فوق العاده 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 مجهر و کامل در سال ۱۳۵۱ در بخش تحقیقات بالینی انتیتوپاستورایران آغاز بکار نمود، که در حال حاضر محل مراجعه بیماران (که اکثر آنها در فضای بزرگ شهر ایران) میباشد. در این بخش و آزمایشگاه که ظاهرآ بسیار محقر و کوچک است و پرسنل آن از لحاظ جا، وسائل و مواد لازم در شرایط فوق العاده دشواری بکار خود ادامه میدهند و هر گز برخواستهای آن را انتقالی مبذول نمیگردد، ابتدا بیمار بدقت معاینه و کارت برای او تنظیم میشود سپس برداشتهای مختلف انجام میگیرد. برداشت از مخاط بینی، نرمک گوشها، ریشه ابروan، ضایعات پوستی، ریشه مو، اشک چشم و دیگر ترشحات برای تجسس باسیله هانسن و در موارد اختصاصی برای تزریق، ماده پاتولوژیک برداشت شده بکف پای موش بعمل می‌آید. ابتدا از مواد برداشت شده فروتنی تهیه و رنک آمیزی‌های مختلف انجام میشود. لازم بیاد آوری است

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

براساس مطالعات چند ساله‌ما، آنچه بنوان مخزن ویروس
بنوان از آن نام برده و علت پایداری بیماری را در کشور توجیه
نمود، انسان بیمار است. ورود فرد مبتلا بویژه مبتلایان بشکل
لپر و ماتوز و همچنین بیماران مبتلا بشکل توبرکولوئید (برخی از
وقایت) و بویژه در حال عکس‌العمل که بشدت با سیلیفر هستند، در
خانوادها و اجتماعات مختلف و تماس مکرر و صمیمی آنان با افراد
سالم و مخصوصاً کودکان دارای زمینه مساعد و حالت پذیر، سبب
آلودگی و ابتلاء می‌کردن.

از نظر خروج و انتشار ژرم در محیط خارج، در ترشحات بینی،
عرق، اشک چشم، بزاق، ترشحات حلق، خاطر، شیر مادر،
ضایعات پوستی و ریشه مو با سیل را پیدا کرده‌ایم. تجسس با سیل
در خاک، پشم دیگر مواد بطور مقدماتی آغاز شده بود که متأسفانه
بعلت عدم امکانات لازم فعلاً متوقف گردیده که امیداست این مطالعات
در سطح وسیعی در آینده جامه عمل پیوشت و اطلاعاتی در این زمینه
کسب شود.

از نظر دوره نهانی، همانطور که در تأثیفات متعدد ذکر شده
تاکنون دوره ثابت و مشخص بدهست نیامده است و در اینجا فقط
بذكر 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 ویا اینمی افراد سالم در
برابر جذام، ما در چند منطقه از کشور که از لحاظ شیوع وجود
بیماری متفاوت از یکدیگر بوده‌اند، آزمونهای پوستی انجام
داده و نتایج حاصل را مقایسه نموده‌ایم که در مقالات منتشره در
مجلات علمی داخلی و خارجی بتفصیل درج شده است (۱)، (۲)
و (۵).

بر طبق مشاهدات چند ساله‌ما، تمام اشکال بالینی جذام، بجز
سندروم لوسبو (Lucio)، که فقط یک مورد مشکوک آنرا بازخهای
قروفیک و ضایعات عروقی در بندرعباس مشاهده نموده‌ایم، در ایران
وجود دارند. اشکال مختلف بیماری که در کشور ما دیده شده است
عبارتند از:

لپر و ماتوز، بوردراین، اندرینه، توبرکولوئید، ماکولو آنستزیک
خالص عصبی، واریته هیستوئید و پلی نوریتها.

در برخی از مناطق سردری ایران از جمله نواحی آذربایجان شکل
عصبي بویژه ابتلاء اعصاب محیطی و حتی ابتلاء رشته‌ای فرعی
عصبي و فلجهای غیر کلامیک بسیار شایع است که شاید عات آنرا
بتوان وجود سرمه او درجه حرارت پائین دانست. ولی برای تأیید

رماتیسم مفصلی حاد با تمام خصوصیات بالینی اش ظاهر می‌گردد
بالاخره گاهی بصورت اریتم نوئو، اریتمانودوزوم لپروزوم،
اریتماتیزه شدن ضایعه خاموش اولیه، نوریت اعصاب مختلف محیطی
و ایریدوسیکلیت خودنمایی می‌کند. زمانی نیز بشکل پای نوریت
آنستزیک و یا هیپرستزیک ظاهر می‌شود که باید کلیه این مطالب
بصورت مقالاتی مستقل مورد بحث قرار گیرد تا آشنائی کامل باوضع
این بیماری در کشور حاصل آید.

ناگفته نماند که تعداد اینگونه آزمایشگاه‌های اختصاصی در کشور
فوق العاده نادر و شاید منحصر به فرد باشد. لذا برای مبارزه اصولی
با بیماری جذام، که تشخیص قاطع از اقدامات اولیه و اساسی است
باید بزر تعداد آزمایشگاه‌ها در سطح کشور افزوده شود و ضمناً ترتیبی
اخذگردد که ارتباط اینگونه آزمایشگاه‌ها با آزمایشگاه‌مرکزی
بطور مستمر برقرار باشد و در بالا بردن سطح آزمایشگاه
مادریار فرانس از نظر کیفی و تهیه وسائل و مواد و محل مناسب و
پرسنل و قابل قبول بودن در سطح بین‌المللی و ارتباط آن با دیگر
مراکز علمی و تحقیقی کوشش نمود. پس باید با تشکیل دادن
دوره‌های مختلف آموزشی در سطح مختلف برای تربیت بیماریابان
جدید، بازآموزی پرسنل قدیمی، پزشکان جوان و پرسنل آزمایشگاهی
این هدف را عملی ساخت تا همانطور که بیماری جذام در
در مناطق مختلف کشور پراکنده‌اند، افراد آموزش دیده و ورزیده
نیز برای مبارزه با این بیماری در نواحی مختلف تقسیم و با جام
وظیفه مشغول گردند و ما لزوم این اقدامات و طرح اجرائی آنرا
بارها گزارش و پیشنهاد کردیم.

تا یار که را خواهد و میش به که باشد.

همه‌گیرشناși جذام در ایران: از آنجا که مطالعات همه‌گیر
شناسی در بر نامه‌ریزی، روش مبارزه، درمان، استراتژی پیشگیری
و استفاده از امکانات و مقدورات 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
استیتو پاستور ایران راهنمایی و احدهای اجرائی در طرق تشخیص،
درمان، مبارزه و پیشگیری می‌باشد، لذا این واحد تحقیقاتی پوسته
سعی نموده است، با امکانات محدودی که دارد و روزبروز بنا بر عل
مخالف عرصه بر آن تنگی 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
بر نامه‌های بهداشتی و درمانی قرار دهد. بنایاً این آنچه از سال
۱۳۵۱ باینظرف در مورد بیماری جذام که مورد بحث در این
مقوله است، بدست آورده بطور اختصار در مععرض دید علاقه‌مندان

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 اکثرآ در افراد خانواده و در درجه دوم در افرادی نزدیک مشاهده می‌گردد و ابتلاء چندین فرد از اعضاء یک خانواده و حتی در موارد استثنائی در کلیه افراد خانواده دیده شده است^(۴).

از نظر منطقه، اصولاً جذام در کشور ما در مناطق روسانایی و نزد روسانشینان شایع است. البته در این مورد نمیتوان وضع اقتصادی و اجتماعی را نادیده گرفت. روسانشینان، بویژه اطفال از یک طرف بعلت پائین بودن سطح در آمد تقدیمه کافی ندارند و از سوی دیگر در اکثر خانواده‌ها محل زندگی و خواب را فقط یک اتاق تنگ و تاریک تشکیل می‌دهند، و بسبب عدم دسترسی بهم‌ام و عدم رعایت اجرایی بهداشت پوست و وجود انواع مختلف بیماری‌های قارچی و میکری بی پوست و آلودگی با نگلهای روده‌ای که شاید یکی از علل مساعد کننده برای ابتلاء بوده باشد امّا خصوصاً اگر فرد و یا افراد مبتلا بجذام در خانواده و یاروستا وجود داشته باشد، بعبارت دیگر مخزن ویروس (انسان باسیلیفر)، نقص نسبی در دستگاه ایمن سازی بدن، تقدیمه 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 انسیتو پاستور ایران در کودکانی که باوالدین مبتلا بیرون ند، بعمل آورده، باین نتیجه رسیده است که نقص نسبی دستگاه ایمنی در این اطفال وجود دارد. بطوریکه در بین ۳۲۱ کودک در گروههای مختلف سنی (۵ تا ۱۵ سال) ۳۴٪ درصد دارای واکنش ضعیف (+)، ۹٪ در ۳۲ درصد دارای واکنش مشکوک (+) و ۶٪ در ۳۲ درصد دارای واکنش منفی در برابر لپر و مین بوده‌اند. از طرف دیگر کمبود مواد پر و شنی، کمخونی بعلل مختلف در اطفال بچشم می‌خورد. مضافاً باینکه واکنش‌های ضعیف و مشکوک و یا منفی (حتی نسبت به توبرکولین) اکثرآ در گروه سنی ۵ تا ۹ سال می‌باشد. لذا با آماده بودن شرایط، ابتلاء به جذام در این گروه سنی بیشتر است (۳) و (۵).

بر اساس آزمایش‌های مختلفی که بعمل آمده از نظر گروههای خونی، نقص آنزیم PDG و دیگر آزمایش‌ها بجز وجود پادگان استرالیائی در جذام بویژه در مبتلایان بنوع لپروماتوز، تفاوت محسوسی بین مجددیمین، موارد تماس و افراد سالم اجتماع که تماسی نیز با مجددیمین نداشته‌اند موجود نبوده است^(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 وزه‌مانی باشکال مختلف فلج عصبی، که از آن میان میتوان فلج عصب صورتی را شایع ترین شکل آن بشمار آورد، ظاهر نمینماید. گذشته از نواحی اذربایجان 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 نوار مرزی دو کشور را طی و در نتیجه با مشاهده موارد مشابه در مناطق مرزی افغانستان وجود شکل فوق الذکر 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 زمرة نظریه‌های مختلفی که در ذهن مصوری گشت عامل‌سما، عوامل ارثی و بالآخره وجود احتمالی سوش اختصاصی از میکر باکتریم را نمیتوان ذکر نمود که متأسفانه امکانات این مطالعه و تحقیق ارزنده ممکن و مبسوتر نگردد^{(۳)، (۸) و (۹)} و بالآخره این نظریه مطرح است که در نتیجه دز نتگر اسیون میلین اعصاب پروتئین P_۷ یا نوریتوژن است که سبب پیدایش عکس العمل اتو-ایمن بر اثر برخورد پادگان - پادتن و در نتیجه نوریت آنژیوپاتیک می‌شود و یا بر اثر عمل مستقیم پروتئین مذکور نوریت آلرژیک حاصل می‌گردد و یا باینکه در برخی از موارد ظاهر سندروم گیلن باره نیز امکان دارد و آیا بر اثر دز نتگر اسیون میلین اعصاب محیطی بعلت وجود باسیل‌هانسن و تشکیل پروتئین A_۱ یا آنسفا-لیتوژن امکان ظاهر آنسفالیت که موارد نادری از آن در تألفات ذکر شده است، وجود دارد یانه؟ امید است امکانات و تسهیلات لازم در آینده نزدیک برای نگارنده فراهم گردد و این آرزو و دیگر آرزوها طور عملی تحقیق یابد. در هر حال ما این بحث را تحت عنوان نوریت در بیماری جذام در مقایله دیگری منتشر خواهیم نمود تا ضمن راهنمایی پزشکان جوان در درمان نوریت، که از اهمیت خاصی برخوردار است، روشنگر این مطالعه‌جالب نیز باشد.

از نظر گروه سنی: تاییجی 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 ماهدات 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 ولذا بیماران این گروه سنی (۴۰ تا ۵۰ سال) در مرحله پیشرفتی بیماری و یا بعلت گرفتاری بعوارض غیرقابل

منتقل ساخته‌اند. درین مراجعت کارگر، شاگرد آشپز و پاشاغلین دیگر، که حتی مسافرتی ب نقاط آلوده نیز نداشته‌اند، وجود دارند. بنابراین با توجه بینکه تا کنون معاینه‌ات بالینی و آزمایش‌های پاراکلینیک در این‌گونه اجتماعات بعمل نیامده است، لذا خطر جدی جامعه شهرنشین را تهدید می‌کند. پس باید بینکه توجه داشت که چون افراد حساس در اجتماع وجود دارند، بنابراین اگر بیمار با سیلیفر در اجتماع وارد شود و تماس‌های مکرر انجام بگیرد افراد مستعد مبتلاخواهند شد. ازسوی دیگر وجود حاملین باسیل و حتی حاملین سالم نیز نادر نمی‌باشد، زیرا ما در قسمتی از مطالعات خود نشان داده‌ایم که وجود باسیل‌ها سن نزد موارد تهمس، بویژه افراد خانواده مجدوم، که نشانه‌ای نیز از بیماری ندارند، کمیاب نیست. پس در صورت وجود فرد با سیلیفر 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 این‌منی یکی از اشکال وخیم (لپ‌وماتوز) و یا سبک بیماری مبتلاخواهند شد.^(۳)

اما مهاجرینی که از نقاط مختلف جهان بکشور وارد شده و یا می‌شوند، یکی دیگر از خطرات اشاعه بیماری در نقاط غیرآلوده را بوجود آورده‌اند. در درجه اول باید از کشورهای همسایه نام برد، که اکثر ایمانی جذام در این کشورها شایع بوده و حتی در برخی از این ممالک مثل کشور افغانستان هیچ‌گونه کنترلی بعمل نمی‌آید و از آنجلمه کشورهای پاکستان، عربستان، عراق و افغانستان و ترکیه هستند. گذشته از آن عدد معتمد بھی مهاجر از دیگر کشورها مانند هندوستان، کره و فیلیپین بکشور ما سرازیر شده‌اند که جذام در این کشورها نیز شایع است. پس چنانچه فردی مبتلا و با سیلیفر، که مسلمان درین مهاجرین وجود دارد، بمنطقه پاک و غیرآلوده وارد شود، درنتیجه تماس با افراد مستعد و پذیرما و انتشار دادن باسیل در محیط عده‌ای را مبتلاخواهند ساخت. لازم بیاد آوری است که ما در میان مراجعتین روزانه تعدادی از مهاجرینی را که مبتلا باشکال مختلف بیماری، بویژه شکل لپ‌وماتوز بوده‌اند، مشاهده کرده‌ایم و در مرور مسئله مهاجرت داخلی و خارجی نیز گزارش‌های لازم را به مسئولان تسلیم داشته‌ایم.^(۴) بالاخره مسئله مهم دیگر عبارت از پدیده مقاومت باسیل‌هاست نسبت بداروهای ضد جذام است. این پدیده ممکنست بد و شکل در محیط ظاهر نماید. اول اینکه بر اثر تجویز مقدار ناکافی دارو و یا علل دیگر، باسیل یکی از داروهای مقاوم گردد و عبارت دیگر بیمار با مصرف دارو و حتی بمدت طولانی بهبود نیابد. دوم اینکه اصولاً باسیل مقاوم بدارواین خصوصیت را بنسلهای بعدی

خط سیر بیماری از يك مبداء مثلاً از روستاهای خراسان آغاز، پس از طی کناره‌های دریایی مازندران بازدربایجان شرقی و غربی رسیده و بنواحی کردستان ادامه پیدا می‌کند. در میان این مناطق آلوده‌ترین نقاط کناره‌های دریایی مازندران و کردستان می‌باشد. در ناحیه جنوب کشور بطور مسلم بیماری وجود دارد و آنچه تاکنون مواردی از بیماری مشاهده کرده‌ایم، بر ماجهول 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، مفصلی، احتشامی، غدد هنر شجه داخلی، مال پر فوران و چشمی را نام برد. در میان بیماران مبتلا به جذام گاهی عوارض بازرسانی مشاهده شده است. لازم بیاد آوری است که عوارض عصبی بویژه عوارض مختلف چشمی در کشور ما شایع‌تر از دیگر عوارض است.

نوع لپ‌وماتوز یا باسیلیفر شایع‌تر از دیگر اشکال بیماری است که بسب 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 (اکثرًا تا آخر عمر) و هم از نظر پیش‌آگاهی و عاقبت بیمار دارای اهمیت است.

مسئله مهاجرت و اشاعه بیماری: گواینکه بیماری درین روستائیان شایع بوده و بر طبق آمارهای موجود و مطالعات جسته و گریخته موارد ابتلاء در شهرها فوق العاده نادر قلمداد شده است، ولی بر اساس مشاهدات ما، تعداد موارد ابتلاء در این دهه اخیر نزد شهرنشینان نیز نادر نمی‌باشد. بنابراین باید مسئله مهاجرت و جابجایی 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 گرمیزی، مورد توجه قرار گیرد. لازم بتوضیح نیست که در سالهای اخیر بر اساس سیاستهای غلط دولتی‌ای وقت و بیاده کردن برنامه‌های استعمالی رژیم سابق و متابلشی ساختن روستاهای کشور و دستبرد و غارت فرهنگ اصیل سنتی، اکثر روستائیان کشور بمراکز شهرها کوچ کرده و یا حداقل نهاده از سال را در این‌گونه شهرها بکار اشتغال داشته‌اند. بنابراین عدمهای مجدد در مرحل مختلف بیماری درس را بازخاندها، کارخانجات و مؤسسات عمومی و خصوصی بویژه رستورانها و محل غذاخوری عمومی وغیره مشغول کارشده و بیماری را باطرافیان

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

D. A. D. S ۲۲۵ میلی گرم به شکل تزریق داخل عضلانی هر ۵ ماه یکبار.

۳- در جذام شکل لپروماتوز مقاوم به سولفون: ریفارمیپسین ۳۰۰ میلی گرم در روز بمدت سه هفته، کلوفازیمین ۱۰۰ میلی گرم در روز بمدت یکسال سپس ۵۰ میلی گرم در روز در تمام طول زندگی. تیوآستازون ۱۵۰ میلی گرم در روز بمدت نسبتاً طولانی.

۴- جذام شکل بود در لاین همراه با نوریت: ریفارمیپسین، ۳۰۰ میلی گرم در روز بمدت سه هفته. کلوفازیمین، ۱۰۰ میلی گرم در روز بمدت یکسال. سولفامید، ۷۵۰ میلی گرم هر دو روز یکبار. کورتیزون، ۳۰ میلی گرم در روز چند هفته. ویتامین های B₁, B₆ و B₁₂ به شکل تزریقی.

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

استرپتومیسین

۶- درمان حالات رآکسیونل: چنانچه انفلاما سیون حاد در یک ضایعه توبر کولوئید مینور ظاهر شود، درمان خاصی لازم ندارد. ولی در موادر دیگر مواظب特 و دقت فوق العاده باید مبذول گردد. در اشکالی که مابین نوع پره توبر کولوپرپه لپروماتو قرار دارند بهنگام ظهور عکس العمل استراحت و تجویز مسکن اغلب اوقات مؤثر است. چنانچه ضایعه در جوار یا روی تنئ عصب یا بینی و یا دیگر دستگاههای مهم بدن باشد، این موارد را باید بعنوان فوریتهای درمانی تلقی نمود و حملات تورمی را بطور جدی درمان کرد.

معمولًا ظاهرات رآکسیونل در شکل لپروماتوز، بیمار و پزشک را عاجز میکند. در اینگونه موارد چنانچه استراحت جسمی و روانی و مسکن های سبک کافی نباشد، معمولًا متول بداروهای قوی تر مانند کلرورومازین میشوند. اگر پس از سه هفته درمان بیمار عکس العلمهای جدیدی نشان داد (مانند اریتم توئی) از محلول «تارتراستیبیه» یک درصد استفاده میکنیم و از این محلول هر روز و یا هر دو روز بمیزان ۱-۵ میلی ایتر بتعهداد ۵-۱۰ نوبت به بیمار تزریق مینماییم. همچنین بجای آن میتوان از محلول آتنی موان از راه تزریق داخل عضلانی استفاده کرد. در صورت عدم حصول نتیجه میتوان از کلروکین استفاده کرد و آنرا از راه خوراکی بمیزان ۳۰۰ میلی گرم در روز و حداقل بمدت دوهفته تجویز کنیم. چنانچه درمانهای فوق نیز

منقول سازد و در نتیجه سوش مقاوم نسبت بدارو در طبیعت بوجود آید، یعنی فردی که با این نوع باسیل آلوود میشود، بی آنکه داروئی مصرف کرده باشد، از ابتدا نسبت بدارو مقاوم گردد. لازم بیاد آوری 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 آزمایش های عملی قادر با نجام بوده ایم ولی متأسفانه بر اثر عدم اعتماد مسئولان و فراهم نبودن وسائل در بوته فراموشی نهاده شده است و از این نظر فوق العاده متأثر و متأسف هستیم. زیرا عملی ساختن این بنامه مفید و ضرور احتیاج بدستگاههای گرانقیمت و پیچیده ای ندارد، که دهها نوع از این قبیل دستگاهها در گوشة اینبارهای مؤسسات سالها است زیر گرد و غبار مدفون شده و حتی از جمهه 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 با میزان غیر کافی و فوائل منقطع و دوره درمان ناقص در کشور ما شایع است (۶).

درمان: روشهای مختلف در مرکز مطالعاتی و درمانی جهان برای درمان بیماران، مرسم و متداول است، در اینجا خاطر نشان می‌ازیم که درمان اشکال مختلف بالینی بیماری جذام در گوشة اینبارهای مشابه نمیباشد، بلکه در اشکال مختلف و حتی درموارد خاص متفاوت است، درمان جذام در برخی از موارد مستلزم ممارست و بکار بردن ظرافت خاصی است که پزشک بالینی باید نسبت بدآن توجه خاص مبذول دارد تا نتیجه رضایت بخش حاصل گردد.

روش درمان: صریحتاً از موارد خاص که بر حسب نشانهها، تحمل بیمار او بیگر حواستی که حين درمان اتفاق میافتد و مستلزم اتخاذ روش اختصاصی است، چند روش درمانی را بکار میبریم که عریق بنوبه خود دارای تابع رضایت بخشی بوده است.

۱- در افراد مبتلا به جذام شکل لپروماتوز که در دسترس ما میباشدند و میتوانند درموارد مختلف مناجه نمایند.
ریفارمیپسین ۳۰۰ میلی گرم در روز بمدت سه هفته.
اتیونامید ۵۰۰ میلی گرم در روز بمدت سه هفته.
D. D. S. ۱۰۰ میلی گرم در روز در تمام طول زندگی (شش روز در هفته).

۲- در درمانهای دسته جمعی:
ریفارمیپسین ۱۵۰۰ میلی گرم یک مقدار (Dose) واحد.

۷۵ میلی گرم هر روز - فا نازیل بمیزان ۱۴۰۰ میلی گرم در هفته). در اینگونه موارد از سولفون استفاده نمیکنیم زیرا بعلت اثر فوری روی باسیل ها نسن عکس الممکنای ایمو نولوژیک موضعی و بنابراین نوریت را تشید مینماید. ولی درمان با سولفون را میتوان پس از دو سال درمان با سولفامید ادامه داد.

بالاخره باید از درمان یا ایمو نو استیمولان ها نام برداش که بحث درباره روش های درمانی مختلف و تنایع حاصل از آنها بطور مستقل باید انجام گیرد.

پیشگیری: لازم بیاد آوری نیست که پیشگیری هر بیماری و از جمله جذام از اساسی ترین و اصولی ترین روشها است، بهلوریکه اگر این روش بطود صحیح و منطقی انجام گیرد، مسئولین بهداشت هر کشور بههدف نهائی خود که عبارت از جلوگیری از ابتلاء موارد جدید و بالاخره ریشه کن ساختن بیماری است نائل خواهد آمد.

در مورد جذام اولین و اساسی ترین اقدام مؤثر عبارت از بیماریابی در سطح کشور است. زیرا با اجراء این روش هم اکثر بیماران هر منطقه شناخته میشوند و در مرحله ابتدائی تقریباً بسادگی درمان میگرددند و از بروز عوارض ناگوار و غیر قابل ترمیم، که اغلب بسبب عدم مراجعت بموقع بیمار، عدم تشخیص موقع و یا درمان ناقص فرا میرسند، جلوگیری بعمل میآید وهم باسیل ها نس ازین رفته و از سرایت بیماری از فرد بیمار و با سیلیفر با فراد 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 خواهد بود که شکل بالینی بیماری شان تشخیص داده شده و باید بر حسب شکل بالینی بیماری مدتی تحت درمان مداوم و مستمر باشند، مضافاً با اینکه هر سه یا شش ماه یکبار از نظر بالینی، باکتریولوژی، ایمو نولوژی وغیره کنترل شوند و تحت نظر قرار گیرند.

گروه دوم اطرافیان بیمار وبا عبارت کلی ترا فرادی که با بیمار تماس نزدیک و مداوم دارند، باید تحت کنترل دقیق قرار گیرند و در فواصل زمانی معین دقیقاً مورد آزمایش قرار گیرند تا ضمن انجام آزمایش های مکرر، سولفون نیز بمیزان ۵ میلی گرم بازاء هر کیلو گرم وزن بدن هفتگه یکبار با آنان 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 نباشد، 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 فرانسد، سولفون را تدریجیاً جانشین آن مینماییم.

۲- در موارد اختصاصی میتوان از کورتیکو استر و یویدها استفاده کرد و مقدار آنرا تا ۳۰ میلی گرم در روز بالا برد و بسرعت پائین آورد وبا 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 بیاد آوری است که جز در موارد اضطراری و خاص نباید از کورتیکو استر و یویدها در جذام استفاده نمود مگر اینکه تجویز این دارو چاره منحصر بفرد باشد که در این صورت باید کلیه احتیاطات را در نظر گرفت.

۳- اسید فولفاتیمیک در برخی از بیماران اثر ضد تورمی بسیار عالی دارد.

۴- بالاخره تالیدومید در برخی موارد تنایع نیکوئی میدهد. مقدار تجویز دارو از ۴۰۰ میلی گرم در روز نباید تجاوز نماید ولي باید خواص نوروتوكسیته و تراوتون 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 پدرمان داروئی متول شد:

- تحفیف عکس الممکنای نسجی تورمی و ادم با تجویز کورتیکو یویدها، هیالورونیداز، آلفا کیمیوتربیسین (از راه خوراکی ، عمومی و یا تزریق داخلی تنہ عصب) و بویژه تالیدومید که در تسکین درد و عکس الممکنای جذام مؤثرند. تالیدومید را بمیزان ۲۵ تا ۴۰۰ میلی گرم با احتیاط و در نظر گرفتن مخاطرات بعدی میتوان تجویز نمود. ایمو نود پرسورها ممکنست مفید واقع شوند. ولی اگر در مدت زمان سه هفته درمان فوق الذکر و یا دیگر روش های درمان متناول داروئی مفید واقع نگردد باید بیمار را بdest جراح سپرد تا با برداشتن فشار از روی عصب (بدله انجام اعمال سپرد تا با برداشتن فشار از روی عصب) از راه خوراکی تماس نزدیک و مداوم دارند، باید تحت کنترل دقیق قرار گیرند و در فواصل زمانی معین دقیقاً مورد آزمایش قرار گیرند تا ضمن انجام آزمایش های مکرر، سولفون نیز بمیزان ۵ میلی گرم عمل باشد شاخه های عروق جانی عصب را در نظر گرفت تا آن کسی تشیدید نگردد. درمان داروئی که در اینکو نه بیماران باید تجویز گردد عبارت از سولفامید های تأخیری است (سولیترن یاما در بیرون بمیزان

آموزش: آموزش صحیح باید در سطوح مختلف بطور مدام و مستمر انجام گیرد و این مسئله از شکل تشریفاتی خود یعنی سالی یکبار خارج گردد. آموزش در سطح داشگاهی و مدارس عالی برای آشنائی کامل دانشجویان، پزشکان جوان و پرسنل پر اپزشکی. آموزش برای آگاهی توده مردم بوسیله رسانه های گروهی، انتشار مقالات بزبان ساده، انتشار جزو ارات کوچک بویژه اجراء برنامه های آموزشی از طریق رادیو و تلویزیون بطور مستمر. بالاخره ترتیب دادن دوره های 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 ضرورترين اقدامات است. زیرا مددکاران ورزیده و آشنا برخوبی و اسرار بیماران، با تماسهای مکرر و صحیحی با آنان، از یکطرف اطلاعات دقیقی از وضع کلی بیمار و اعضاء خانواده اش بدست می آورند و در مواد ضرور از قبیل حل مشکلات خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی کمکهای ارزشمندی با آنان مینمایند و از سوی دیگر در روحیه بیمار و اطرافیان او تأثیر نیکوئی برجای میگذارند و مهمنت از همه ترس و وحشت و فاصله ای را که بین بیمار و افراد جامعه محسوس و ملموس است، از بین میبرند.

خلاصه و نتیجه:

جذام از جمله بیماریهای عفوی است که تاریخ پیدایش آن در جهان فوق العاده قدیمی میباشد. رفتار و اعمال جامعه، نا آگاهی 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 پیزشک و اشاعه بیماری شده است. بمرور زمان مسئله جذام در کشورهای پیشرفت هم از نظر پزشکی و درمان و پیشگیری و هم از لحاظ اجتماعی بتدریج حل شده ولی در ممالک عقب نگهداشته شده پیشرفت چندانی نداشته ولذا طرز تفکر افراد اجتماع تا حدودی بهمان شکل دوره های 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 مجنون در جوامع عقب نگهداشته 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 مجهر

سیار و ثابت (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 ب نقاط دور دست و در صورت لزوم معرفی بیماران و موارد تماس بمراکز ثابت برای انجام معاینات و آزمایش های لازم و یا بستره شدن در آسایشگاه اختصاص دارد. گروه ثابت ضمن معاینه بیماران و انجام آزمایش های باکتریولوژیک، ایمونولوژیک وغیره پرونده کاملی برای بیماران تنظیم و ضمناً بکمال مددکارانی که در اختیار دارند وضع اقتصادی و اجتماعی مجذومین و افراد تحت تکفل آنها را مطالعه و پرسش نامه تنظیم نمایند.

درمان دسته جمعی: برای اینکه نتیجه ای 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 بدبینو سیله 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، عکس العمالهای پوستی و عصبی و غیره اطلاعات دقیقی کسب نمود.

کنترل موارد تماس و اطرافیان بیمار: چون پس از شروع درمان، بیماران با سیلیفر یکماه پس از مصرف ریفارمپسین و ۶ تا ۸ ماه پس از مصرف دیگر داروهای ضد جذام از نظر اندیس مورفولوژیک تغییراتی پیدا مینمایند و این اندیس تقلیل میباشد، لذا در عرض مدت فوق، بیماری را باطرافیان، بویژه به کودکان منتقل میسازند (اگر قبل از آنده نشده باشند) و از سوی دیگر قبل از شروع درمان احتمال سرایت باطرافیان زیاد است، بنابراین باطرافیان که تماس نزدیک و صمیمی با بیمار داشته اند باید هفته های یکبار سولفون تجویز نمود و ضمناً از معاینات بالینی و آزمایش های بیولوژیک غفلت نورزید. در کودکان ضمن رعایت کلیه اصول باید از تلقیح و اکسن ب.ث.ث. پس از انجام آزمون پوستی استفاده کرد (۲)(۳)(۴).

تجسس بیمار در اجتماعات: علاوه بر انجام بیماریابی در روستاهای لازم است که در فواصل زمانی معین دانش آموزان مدارس، سر بازها، کارگران کارخانجات و مزارع، کارگران رستورانها و محل اجتماعات را دقیقاً معاینه نمود. علاوه بر آن مهاجرینی که از کشورهای آلوه بکشور وارد می شوند باید تحت نظارت دقیق قرار بگیرند (۱) و (۱۰).

مطالعات همه گیر شناسی باید در سطح وسیع کشور انجام گیرد و حتی الامکان سعی شود که مناطق آلووده دیگر پارامترهای لازم تعیین گردد تا مبارزه منطقی و اصولی براساس اطلاعات جمع آوری شده اجرا شود.

برای بدست آوردن نتایج رضایت‌بخش از برنامه مبارزه با جذام نکات اساسی این برنامه باید مورد توجه خاص قرار گیرد:

- بیماری‌ای در سطح وسیع کشور و پیگیری مداوم بیماران شناخته شده؛

- درمان بیماران از نظر سرعت بهبود ضایعات و جلوگیری از بروز عوارض و بویژه ازین بردن و قطع زنجیره ابتلاء یعنی از بین بردن باسیل‌های نسن در بیماران باسیلیفر؛

- معاینه مستمر و پیگیر موارد تعاس؛

- معاینه بهداشتی اجتماعات بویژه دانش‌آموzan، کارگران، سر بازها، شاغلین در رستورانها وغیره؛

- درمان دسته جمعی در نقاط آلووده؛

- آموزش در سطوح مختلف.

و اختصاصی انتیتوپاستور ایران مقدور است. منتهی باید توجه و عنایت بیشتری مبذول گردد تا از یکطرف کمبودها و نارسانیها جبران شود و ازسوی دیگر ارتباط با مرکز تحقیقاتی و مطالعاتی کشورهای دیگر و مؤسسات منطقه‌ای قطع نگردد و سعی شود که تعداد آزمایشگاههای تشخیص بمنابع اقمار این مرکز تحقیقی در سطح کشور افزایش یابد.

از نظر سرعت بهبود و تشییع بیماران مبتلا به جذام، هرقدر بیمار نزدتر مراجمه نماید و بیماری اش در مراحل اولیه تشخیص داده شود و درمان گردد، بهبود سریع تر و بروز عوارض ناگوار و غیرقابل ترمیم نادر تر خواهد بود.

از نظر بالینی کلیه اشکال بالینی جذام در ایران وجود دارد و شکل لپر و ماتوز 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 درستین پایین تر مشاهده میشود.

ماخذ 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 مجذوبین واستفاده از واکسن ب.ث.ث. در آنها . مجله نظام پزشکی ایران ، سال ششم ، شماره ۱، صفحه ۱۳۵۶، ۱۳۵۶.
- ۳- دکتر آصفی ولی الله : یادداشت‌های شخصی در مسافرت‌های علمی و گزارش مأموریت‌های تحقیقاتی در روستاهای ایران از سال ۱۳۳۲ تا سال ۱۳۵۹.
- ۴- دکتر آصفی ولی الله : مطالعه بالینی ، اپیدمیولوژی و ایمونولوژی مقایسه‌ای 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 histioïde 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.