

تراخم و ما

دکتر سید فرزاد محمدی: فلوی قرنیه - بیمارستان فارابی - مرکز تحقیقات چشم - دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران و عضو کمیته فنی پیش‌گیری از نابینایی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دکتر سید مهاد محمدی: پزشک عمومی - کارشناس ارشد بهداشت عمومی - مشاور مدیریتی و بهبود کیفیت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران

چشم‌پزشکی مرجع سازگارند. بسیاری از دستیاران چشم‌پزشکی، هیچ موردی از تراخم فعال (فولیکولی یا TF و شدید یا TI) را در دوره آموزش خود نمی‌بینند. اما یافته‌های مطالعه درباره تراخم سیکاتریسی (تریکیازیس یا TT، اسکار ملتحمه یا TS و کدورت قرنیه یا CO که در نتایج مطالعه به حالات TS و CO اشاره‌ای نشده است)، ضرورتاً با مشاهدات بالینی سازگار نیستند.

در نتایج مطالعه فوق نیز ناهم‌گونی (heterogeneity) قابل توجهی در موارد تراخم مشاهده می‌گردد؛ تقریباً همه موارد تریکیازیس از بوشهر و تمام موارد تراخم فعال از سیستان و بلوچستان گزارش شده‌اند. سه بار در بحث مطالعه، با اشاره به یافته‌ها، گفته شده است که مناطق و نمونه‌ها با توجه به شیوع تریکیازیس، صورت کثیف و عوامل محیطی موثر، به درستی انتخاب شده‌اند.^۴ با توجه به عدم انجام تحلیل‌های همبستگی میان شیوع تراخم فعال و تریکیازیس با صورت کثیف یا عوامل محیطی (و یا ارایه داده‌های مقایسه‌ای از مناطق یا منابع دیگر)، امکان طرح چنین ادعایی وجود ندارد؛ به طور مثال شاید شیوع تریکیازیس، صورت کثیف و یا عوامل محیطی موثر در خوزستان و یا شمال شرق کشور، در مجاورت افغانستان، بیش‌تر باشد.

این موضوع را بایستی مدنظر داشت که TRA یک ابزار اولویت‌بندی، برنامه‌ریزی و مبارزه با بیماری در سلامت عمومی است و نمی‌تواند جایگزین مطالعات کلاسیک شیوع باشد.^۵ طبقه‌بندی پیشنهادی از سوی WHO (شامل TF، TI، TS، TT و CO) نیز تنها برای مناطق اندمیک اعتبار دارد.^۶ در مناطق هایپراندمیک (با شیوع بیش از ۵۰ درصد تراخم فعال)، ارزش اخباری مثبت سامانه تشخیصی و پیشنهادی WHO، حدود ۷۰ درصد است.^۵ به بیان ساده، در شرایط اندمیک می‌توان کونژنکتیویت فولیکولر را با تراخم فعال مساوی دانست؛ در حالی که اگر براساس مطالعه فوق، شیوع تراخم فعال را ۰/۵ درصد (در استان سیستان و بلوچستان) فرض کنیم؛^۶ ارزش اخباری مثبت سامانه یادشده در حدود ۲ درصد می‌شود و در حقیقت

تراخم با ایجاد حدود هشت میلیون مورد ضعف بینایی (visual impairment)، هم‌چنان شایع‌ترین عامل نابینایی قابل پیش‌گیری در دنیا محسوب می‌گردد.^۱ در سال ۱۹۹۷-۱۹۹۶ از سوی WHO برنامه‌ای با عنوان "ریشه‌کنی جهانی تراخم" (Global Elimination of Trachoma; GET 2020) اعلام شد تا طی آن، سازمان‌های فعال (دولتی و غیردولتی) در حوزه سلامت، در راستای ریشه‌کنی تراخم تا سال ۲۰۲۰ میلادی تلاش کنند.^۲ این برنامه سه سال بعد در برنامه Vision 2020 که دلایل دیگر قابل اجتناب نابینایی را نیز در بر می‌گرفت؛ ادغام شد.^۳ راهبرد کنترل تراخم که به اختصار SAFE نامیده شد؛ شامل جراحی (S) برای تریکیازیس، آنتی‌بیوتیک (A) برای تراخم التهابی یا فعال، پاکیزگی صورت (F) و مداخلات بهداشت محیط (E) می‌باشد.^۴

فعالیت‌های گسترده‌ای به ویژه در کشورهای آفریقایی و شرق آسیا (مانند مراکش و ویتنام) مبتنی بر راهبرد یادشده در جریانند^۱ و امید زیادی وجود دارد که هم‌چون کشورهای اروپایی و آمریکای شمالی، این بیماری که حداقل از ۱۶۰۰ سال پیش از میلاد مسیح ثبت و گزارش شده است؛^۵ پس از آبله و فلج اطفال، سومین بیماری عفونی باشد که با مداخله بشر ریشه‌کن می‌گردد.

برای بررسی و تشخیص این که آیا کنترل تراخم در یک ناحیه (کشور)، در اولویت برنامه سلامت قرار دارد؛ برنامه‌ای با نام ارزیابی سریع تراخم (TRA: trachoma rapid assessment) پیشنهاد شده است.^۶ در شماره پیشین مجله، نتایج ارزیابی سریع وضعیت تراخم که در سال ۱۳۸۳ در نواحی جنوب و جنوب شرقی کشور انجام پذیرفته، گزارش شده و براساس یافته‌های مطالعه مزبور، نتیجه‌گیری شده است که کنترل تراخم، از نظر سلامت عمومی، یک اولویت محسوب نمی‌شود.^۶

یافته‌های مطالعه مزبور درباره تراخم فعال، با گزارش‌های غیررسمی همکاران چشم‌پزشک و مشاهدات بالینی در مراکز

نتایج ۱۳۷۲۰۰ مورد دیاترموکواگولاسیون را گزارش کرده است. از سوی دیگر تاثیر مثبت بعضی آداب و رسوم در کنترل تراخم مطرح شده است؛ به عنوان مثال، گفته شده است که با فرض دسترسی به آب پاکیزه، وضو گرفتن می‌تواند در کنترل تراخم تاثیر داشته باشد.^۸ فرضیات فوق هر یک در حقیقت مشتمل بر اجزایی از راهبرد SAFE می‌باشند.

تراخم در اصل، عنوانی برای دو بیماری یا وضعیت بالینی متمایز می‌باشد؛ تراخم التهابی (فعال) و تراخم سیکاتریسی (قدیمی).^۵ مورد اول، یک کونژنکتیویت عفونی مزمن (عمدتاً) در اطفال است و حالت دوم، یک بیماری سیکاتریسی پلک و سطح چشم (ocular surface) در بزرگسالان. حقیقت این است که راهبرد SAFE (و برنامه GET)، تراخم سیکاتریسی و مراحل انتهایی تراخم (مانند CO) را مورد توجه قرار نداده است. این در حالی است که کلینیک‌های ارجاعی چشم‌پزشکی، به صورت روزمره با بیماران تراخم سیکاتریسی مواجه می‌باشند. تراخم سیکاتریسی علاوه بر اختلال در عملکرد بینایی، راحتی (comfort) چشم و ظاهر (cosmesis) آن را نیز مختل می‌کند. کاهش حدت بینایی، خشکی چشم (کمبود اجزای آبی و موکوسی اشک)، اشک‌ریزش (با انسداد مجاری فوقانی تخلیه اشک)، تریکیازیس، انتروپيون و اختلال غدد میومین و حتا اختلال در عملکرد یاخته‌های بنیادی، فهرست اختلالات ناشی از تراخم سیکاتریسی هستند.

با توجه به محدودیت‌های ذکر شده برای TRA در تشخیص تراخم فعال، مطالعات بالینی محور (clinical-based) بر روی بیماران مبتلا به کونژنکتیویت فولیکولر (مزمن) نیز مناسب به نظر می‌رسند (با انجام بررسی‌های اختصاصی جهت تشخیص شیوع تراخم فعال در شرایط بالینی).^{۱۲} در این راستا می‌توان از ابزارهای کیفیت زندگی که مولفه‌های عملکرد بینایی، راحتی چشم و ظاهر را در بر می‌گیرند؛ استفاده کرد و مطالعات بالینی را با استفاده از این ابزارها طراحی و اجرا نمود.

داده‌های مطالعه حاضر برای امور نظارتی- مراقبتی راهگشا می‌باشند و به ویژه از دانشگاه‌های علوم پزشکی زاهدان و اهواز که از گروه‌های آکادمیک چشم‌پزشکی فعالی برخوردارند و در مناطق سابقاً آندمیک قرار گرفته‌اند؛ انتظار می‌رود که با توجه به این یافته‌ها، در حیطه‌های ذکر شده، ابتکار عمل به خرج دهند.

آنچه در مطالعه حاضر گزارش شده، شیوع کونژنکتیویت فولیکولر در نمونه‌های مورد بررسی بوده است و نه لزوماً تراخم. هر عامل کونژنکتیویت فولیکولر، در تشخیص افتراقی تراخم فولیکولر (TF) قرار دارد و همین‌طور بیماری‌های آلرژیک چشم، مانند کراتوکونژنکتیویت بهاره (VKC)، در تشخیص افتراقی تراخم شدید (TI) قرار می‌گیرند.^{۵،۸} در چنین شرایطی لازم است که جهت تشخیص، از اقدامات تکمیلی مانند PCR و یا روش‌های ساده‌تر مانند بررسی نمونه ملتحمه با میکروسکوپ نوری نیز استفاده کرد.^۸

با این وصف، اگرچه مطالعه مزبور نمی‌تواند درباره شیوع تراخم، داده مطمئنی ارائه دهد اما درباره شایع نبودن تراخم می‌تواند اطمینان قابل توجهی بدهد. ارزش اخباری منفی سامانه WHO برای جامعه مورد مطالعه حاضر (با فرض شیوع ۰/۵ درصد) حدود ۱۰۰ درصد است. بنابراین می‌توان گفت که در حال حاضر، تراخم فعال یک معضل سلامت عمومی در کشور نیست و کنترل شده است و از این رو، نیازی به اجرای برنامه کنترلی اختصاصی (مانند راهبرد SAFE) در کشور وجود ندارد.

و اما کنترل یک بیماری عفونی با ریشه‌کنی آن یکسان نیست و برنامه GET به کشورهایی که نزدیک به ریشه‌کنی (elimination) هستند؛ توصیه می‌کند که برنامه نظارتی- مراقبتی (surveillance) داشته باشند.^۲ این موضوع به ویژه با توجه به وضعیت همسایگان ما (عراق، پاکستان و افغانستان) که هنوز براساس گزارش‌های خود و یا نقشه‌های WHO، نواحی آندمیک محسوب می‌شوند؛^۵ درخور توجه است.

براساس گزارش‌های دهه‌های ۵۰ و ۶۰ میلادی، تراخم در مناطقی از ایران (هایپر) آندمیک بوده است.^{۹،۱۰} درباره مهار تراخم در کشور، فرضیاتی مطرح‌شد؛ اول این که توسعه اقتصادی، اجتماعی و عمومی کشور، با حذف یا مهار عوامل خطر ساز شناخته‌شده شامل دسترسی نامناسب به آب پاکیزه (تصفیه‌شده) و دستشویی بهداشتی (و سامانه فاضلاب بد)، توان مالی پایین، تعداد فرزندان و رفتارهای شخصی به صورت غیر مستقیم، موجب کنترل تراخم فعال شده است (مکاتبه شخصی، دلاوری الف، ۱۳۸۴). دوم این که فعالیت‌های انجام‌شده توسط پروفیسور شمس^{۱۱} و گروه‌های بین‌المللی^{۱۱}، به ویژه در نواحی غربی کشور با درمان‌های گسترده آنتی‌بیوتیکی، موجب کنترل تراخم شده‌اند. پروفیسور شمس^{۱۱} در مطالعه‌ای در سال ۱۹۵۰

منابع

- 1- Kumaresan J. What's new in trachoma control? *Community Eye Health* 2004;17:49-51.
- 2- World Health Organization. Prevention of Blindness, GET/02.1. 2002.
- 3- Vision 2020. URL address: [Http://www.v2020.org/Eye_disease/trachoma.asp](http://www.v2020.org/Eye_disease/trachoma.asp) (accessed April 2006).
- 4- Joseph AC. Trachoma and the SAFE Strategy. *Community Eye Health* 1999;12:49-51.
- 5- American Academy of Ophthalmology. Trachoma. In: Basic and clinical science course: International ophthalmology. San Francisco: The Academy; 2002: 201-209.
- ۶- زارع محمد، دلاوری علیرضا، آقادوست داوود، مصطفایی غلامرضا، حاجی جعفری محمد، پارسی کیا افشین و همکاران. ارزیابی سریع وضعیت تراخم در مناطق روستایی استان‌های جنوبی ایران در سال ۱۳۸۳. *مجله چشم‌پزشکی بینا* ۱۳۸۵؛ دوره ۱۱، شماره ۴: ۴۳۸-۴۳۲.
- 7- American Academy of Ophthalmology. Clinical aspects of infectious diseases of the eyelids, conjunctiva, and sclera. In: Basic and clinical sciences course: External diseases and cornea. San Francisco: The Academy; 2001: 166.
- 8- Qureshi SH, Taylor HR. Corneal disease in the developing world. In: Krachmer JH, Mannis MJ, Holland EJ. Cornea. Philadelphia: Elsevier Mosby; 2005: 1126.
- 9- Mohsenin H, Darougar S, Moradpour K. Distribution and epidemiological status of trachoma and other conjunctivitis in rural areas of Iran. *Rev Int Trach* 1969;46:373-393.
- 10- Chams MGh. Results of diathermo-coagulation on 137, 200 cases of trachoma in Iran. *Rev Int Trach* 1950;27:122-125.
- 11- Regner A. The work of the trachoma treatment center in Disful, Iran. *Z Tropenmed Parasito* 1954;5:4388-4390.
- 12- Yaqubi GH, Anani GR. Prevalence of trachoma in chronic conjunctivitis, Birjand, Islamic Republic of Iran. *Wast Mediterr Health J* 2002;8:350-353.