

## آزارها و بیماریهای پرتویی ناشی از پرتوهای گیجانی

دکتر هرداد رواقی \* دکتر علمنقی الویری \*\* دکتر امین سلیمانی \*\*

### ۱- فیزیک :

زمین ما همیشه تحت تأثیر عوامل مختلف قرار دارد . هسته های با بار الکتریسته مثبت عناصر مختلف مانند پروتون ( Protons ) و الیه م ( یونیزه آلفا ) پرتوهای گیجانی اولیه یا Rayons Cosmiques Primaire را بوجود آورده که پس از برخورد به جو زمین مقداری فراوان از آن دفع شده و قسمت بسیار ناچیزی بصورت نور و انرژی گرمایی و اولترابوله همراه با  $O_2$  بروی زمین میرسد که بآن R. C. Secondaire نام نهاده اند .

از طرف دیگر زمین شبیه يك Aimant غول پیکری است که میدان مغناطیسی آنرا احاطه کرده و قسمتی از پرتو گیجانی را بدینوسیله منعکس مینماید . بگفته گروه هی ازدانشمندان زمین بمنزله يك Piege و با محفوظه ایست که عناصر گیجانی مسدودی در این محفوظه سرگردان دور میزنند و دانش اسروزیبی نهایت در تلاش پیدایش محل تولد و سن و سایر خصوصیات این پرتوها است که باکمال تأسف هنوز دانش و امکانات بشر به گنجینه این اسرار دست نیافته است . آنچه مسلم است بخشی از این پرتوها از آن ستارگان و بخشی دیگر از آن خورشید است .

خورشید خورشید بشکل توده گازیست که يك سیامیون درجه سانتیگراد حرارت مرکزی و ۸-۵ هزار درجه سانتیگراد گرمای محیطی دارد .

همیشه ذرات یونیزه و الکترونیزه آن به بیرون ریخته شده و در فضای لایتناهی پخش میگردد و مقدار آن در توفانهای شدید مغناطیسی بحد اکثر رسیده و پراکنده میشوند .

بخشی از این ذرات به اتمسفر زمین رسیده و ناپر خورد به جو زمین ایجاد انرژی روشنایی و گرمایی مینماید . پوشش ۳

سلیمتری جو (اوزون  $O_3$ ) بمنزله يك فیلتری است معادل ضخامت يك متر سرب که از نفوذ پرتوهای کشنده و سوزاننده و حداقل کورکننده بروی زمین جلوگیری کرده و مقداری پرتو ساورا ببنفش همراه  $O_2$  به روی زمین رسیده که مقدار کافی آن حیات بخش گیاهان و موجودات است .

ترکیب پرتو خورشید ، ۱- ۶۰ درصد پرتو زیر قرمز - ۲۵ درصد پرتوهای سرئی - يك درصد ساورا ببنفش است که نسبت آن تحت شرائطی که بعداً گفته خواهد شد متغیر است .

این پرتو U.V. با طول موجهای  $A_0 4000$  تا  $1368$  میباشد .

(متر  $10^{-10}$  ) یا متر  $A_0 = Angstrom = 10^{-10}$  )  $A_0 = \frac{1}{10000000000}$

بطور خلاصه پرتوهای خورشیدی ایجاد سه شکل آزار مینماید از  $2950A - 2600A$  پس از هفت ساعت روی پوست ایجاد ایتیم (سرخی نموده که رفته رفته موجب خراب شدن هسته سلولهای زایگر (بازان) گردیده و در نتیجه مدتتها پوست این ناحیه را رنگین مینماید .

۲- پرتوهای سرئی با طول موج  $A_0 4500 - 2000$  روی پوست موجب تحریک رنگی مستقیم در مدت ده دقیقه میگردد .

۳- پرتو زیر قرمز با طول موج بلند  $A_0 7000$  به باطن موجب گرما و گشاد شدن عروق موئینه و سوختگیهای ریز خراب شدن سلولها و بالاخره آزاد شدن هیستامین و حساسیت میگردد .

پرتوها :

۱- پرتوهای خورشیدی ۴ نوع اند : آلفا - بتا

گاما - ایکس .

پرتو آلفا ( $\alpha$ ) دارای دو پروتون و دو نوترون بوده

\* بخش پوست بیمارستان رازی \*\* گروه فیزیک پزشکی

تلاطم آنها و یا حساسیت نسبت به پرتو خورشیدی باعث پیشرفت سریع بیماریهایی میگردد مانند :

Pellagre Xeroderma Pig , Porphyrie  
Dermatomyosite Lupus Erythemateux .

۲- بیماریس از مصرف يك ساده فوتوسنسیتیواتور (از راه عمومی) به بیماری مبتلا شده است .

۳- پس از یاز بردن و سالییدن موضعی يك ساده فوتوسنسیتیواتور از یکی از طرق زیر واکنش حساسیت بوجود آمده است :

الف- دارویی- مانند سالییدن موضعی فترگان- سولفامید.

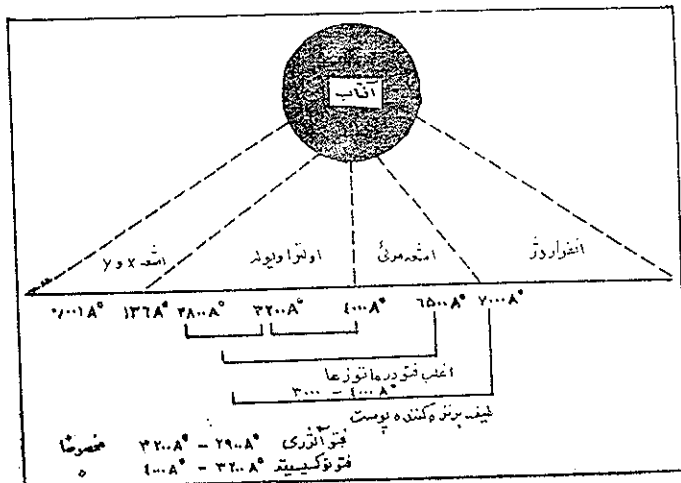
ب- آرایشی- مانند اسانسها و عطرها، کرمهای آرایشی.

ج- بهداشتی- مانند مصرف صابونها (بعلافت همکراکتر و فن).

۴- بیمار بدون هیچ علت مساعد کننده شناخته شده ای در

برابر پرتو خورشیدی واکنش نشان داده است مانند اریتم پولی- سرف خورشیدی و کهیرهای آفتابی .

فیزیک : با توجه به تصویر ۱ بخوبی نشان داده میشود که يك باند محدود از پرتو خورشیدی پدید آورنده واکنشهای حساسیت پرتو آفتابی است که بین  $2800 - 7000 \text{ \AA}$  طول موج قرار دارد و ما برای سهولت آنرا به سه گروه بخش بینما هم:



تصویر ۱

الف- پرتو اولتر اوایوله با طول موج کوتاه بین

$2800 \text{ \AA} - 3200 \text{ \AA}$

ب- پرتو اولتر اوایوله با طول موج بلند بین

$3200 \text{ \AA} - 4000 \text{ \AA}$

ج- پرتو دیدنی خورشید با طول موج بلند بین

$4000 \text{ \AA} - 7000 \text{ \AA}$

باید توجه داشت که مقدار اولتر اوایوله نسبت به ساعات مختلف روز، رطوبت، ارتفاع، موقعیت، طول و عرض جغرافیایی، و میزان آلودگی هوا تغییر میکند و ضمناً مقدار بین  $2900 \text{ \AA} - 3000 \text{ \AA}$  سطح پوست را میآزارد ولی معمولاً این مقدار از شیشههای در و پنجره معمولی و یا شیشههای

قدرت یونسازی و سرعت فراوانی دارد و انرژی بیشتر ایجاد کرده و قابلیت نفوذ چند میلیمتر در پوست را دارا میباشد.

۲- پرتوهای بتا ( $\beta$ ) الکترون با بار الکتریسیته منفی است. قدرت نفوذ و سرعت متفاوت از چند میلیمتر تا سانتیمتر در پوست دارد مانند پرتو  $\text{Ph } 32$  که از طبقه سلول زایک پوست نیز میگردد .

يك نوع پرتو مثبت بتا بنام پوزیترون در بالای وجود دارد که خیلی خطرناک است .

۳- پرتو گاما ( $\gamma$ ) که از عناصر رادیو آکتیف مانند رادیوم پخش میشود و نفوذ زیادی در پوست دارد .

۴- پرتو ایکس (X) که در لوله خلاء در نتیجه اختلاف ولتاژ با برخورد الکترونها به مانع ایجاد میشوند در بالای جو فراوان است و بخصوص برای فضاوردان خطر و گد رفتاری زیادی بوجود میآورد .

پرتو ایکس با طول موج بلند سرعت و نفوذ کمتری در پوست داشته و بالعکس با طول موج کوتاه سرعت و قابلیت نفوذ بیشتری در پوست دارد .

پرتو خورشید زندگی بخش موجودات است و کشور ما بیش از پیش از این پرتو جان بخش برخوردار است. این پرتو از کرانههای دریاها، دشتها و جلگهها تا کوهستانهای پر برف و جنگلهای پردرخت در فصول مختلف سال به نسبتهای مختلف و مسافت پرتو انسانی میکند .

برزگر- کارگر- صحرانشین- سرباز- ناوی- دانش آموز حتی بانوی منزل خواه ناخواه از اثرات آن برخوردارند. ولی همانگونه که در بالا گفته شد همراه این پرتو انرژی زا و روشنی بخش، آزارها و آسیبهای مختلف پوستی از قبیل: آفتابزدگی - فوتوتوکسیک - فوتو آلرژیک - لیکنهای آفتابی - آسیبهای پیش چنگاری - و چنگاری پوست - پیری زودرس پوست بوجود آمده و یا روی پوست دارندگان زمینه مخصوص ارثی و خانوادگی گزردرسا پیگمانتوزوم را ایجاد کرده و در بعضی موارد نیز بیدار کننده بیماریهای سیستمیک مانند لوپوس اریتماتوس و غیره میگردد که ما در این بحثه راز آزارهای شایع آفتابزدگی و فوتو آلرژیک گفتگوس میکنیم .

فتوسانسیتیویته (Photosensibilité)

مدتها است که بیماریهای پوستی ناشی از پرتو خورشیدی شناخته شده است.

دانشمندان گروه بندیهایی مختلفی را ذکر کرده اند که ما طبقه بندی O'quinn را برتر از سایرین میدانیم .

O'quinn تظاهرات حساسیت پرتوی را به ۴ گروه بخش نموده است :

۱- بیماریهای سیستمیک: پرتو خورشیدی موجب افزایش

*Médicaments systémiques d'usage courant reconnus comme photosensibilisateurs*

<b>ANTIBIOTIQUES</b> tetracycline (Aurotycline) chloramphenicol (Chloromycetin) cycline (Nizamycine) érythromycine (Erythromycine) streptomycine (Streptomycine) tétracycline amphotericol (Chloromycetin) chloramphenicol	<b>III. TRANQUILLISANTS</b> Chlorpromazine (Largactil) Prochlorperazine (Stemetil) Perphenazine (Triel) Etiopazine (Etiopazine) Mepazine (Mepazine) Promazine (Promazine) Trifluoperazine (Vergal) Thioridazine (Miltexin) Thiopropazine (Thiopropazine) (Dartal)
<b>ULFAMIDES</b> <i>Anti-infectieux</i> sulfadiazine (Sulfadiazine) sulfaguanidine sulfamerazine sulfamethiazole sulfapyridine (Dagonein) sulfathiazole sulfadiazinone (Mafriben) sulfanilamide (Streptocid) sulfathiazole (Sulfamul) sulfisoxazole (Sulfonix) sulfaméthoxypyridazine (Klyrex, Medivul) sulfaméthoxazole (Gantanol) sulfathiazopyridazine (Cosifal)	<b>IV. ANTIHISTAMINQUES</b> Diphenhydramine (Benadryl) Prométhazine (Phénopegan) Isotipendyl (Etiopazine)
<b>Drugs</b> Nitrothiazole (Dural) Hydrochlorothiazide (Esidrix) (Hydrothiazid) <b>Hydrocorticoïdes oraux</b> prednisone (Dibemise) stamide (Ornase, Moberol)	<b>VI. BARBITURIQUES</b> <b>VII. HORMONES:</b> Diethylstilbestrol Aromatization oraux <b>VIII. ANTI CONVULSIVANTS</b> Diphénylhydantoin (Dilantin) Triméthadose (Tridione) <b>VIII. DIVERS</b> Quinine, Riboflavine, Stibamide, Phénylbutazone, Salicylates, 5-fluorouracil, Cyclophosphamide, Acide nalidique (Negram), Sels d'or et d'argent, Saccharine, Furocoumarines

*Substances ou composés photosensibilisateurs d'usage externe d'emploi courant*

PHOTOSENSIBILISATEURS	DISTRIBUTION	EXEMPLES
<b>Antiseptiques &amp; Anticongulants</b> Cyanolides halogénés annulides actinophène acét chlorophane omisan	Savons, Shampoings, Fixateurs à cheveux, Cosmétiques, Diérisés, Médications topiques	<i>Hexachlorophène</i> Phisorex, Savon Dial, Désodorisant Secret, Antiseptique Revlon, Palmolive Rapid Shave, Gillette Foam <i>Bithionol</i> Noverol, Cleorasil, Crème à premiers soins Johnson, Shampoing Polylor <i>Tetrametazopyrimidine</i> Savons Lifebuoy, Zest, Safeguard, Breeze, Praxo <i>Dibromizolol</i> Savon Lifebuoy vert
<b>Phénothiazines</b>	Insecticides Bleu de méthylène Bleu de toluidine	
<b>Acide para-aminobenzoïque</b>		
<b>Traitement de Digiloyl</b>	Préparations antibiotiques	
<b>Furocoumarines</b>	Parfums, Eau de toilette, Eau de toilette	
<b>Goldron</b>	Médications topiques variées	
<b>5-fluorouracil</b>		
<b>Acétine</b>	Rouge à lèvres	

اتوسوبیل جذب شده و بسا داخل نفوذ نمینماید ولی بسا از 3000A<sup>o</sup> بخوبی عبور میکند. نکته قابل دقت آنکه اشخاص حساس به نور تا 3000A<sup>o</sup> همیشه از طریق بازبودن پنجره دفتر کار و منزل یا شیشه اتوسوبیل گرفتار و اکثراً حساس پرتو خورشیدی میشوند در حالیکه عقیده دارند از تماس با نور خورشید دور مانده اند و در برابر پرتوهای پزشک بعلت عدم اطلاع کافی و یا سهل انگاری متکرر گونه تماس با نور میشوند. نکته دیگر اینکه منابع مختلف روشنائی و یا گرسازای مصنوعی و صنعتی مانند چراغهای Incandescentes و فلوروسانس Fluorescentes، قوسهای الکتریکی، لامپ های بخار جیوه و یا بد سبب وجود واکنشهای فوق بیانشد و ما بویژه نظرم تخصصین طب کار را باین موضوع جلب بینمائیم. مواد فوتوسانسیبیلاتور

درزنگی روزانه انسان مواد دارویی - بهداشتی - آرایشی - خوراکی فراوانی بکار میروند که فوتوسانسیبیلاتور است و مختصری از آنها را در تابلوی مقابل از نظر میگذرانیم. (در این تابلو تعدادی از مواد فوتوسانسیبیلاتور ذکر شده و لیست کامل تر مواد فوتوسانسیبیلان را میتوان در شماره ۲۴۸/۴۴۵ سال ۱۹۶۴ مجله مدیکال ژورنال آمریکن سیانس و در بولتن درماتولوژی ۱۳۳۳ سال ۱۹۶۴ مطالعه کرد) (تصویر ۲)

فیز یوپاتولوژی

برای پیدایش واکنش حساسیت پرتو خورشیدی دو شرط مهم لازم است :

الف - وجود مقدار کافی از ماده ای فوتوسانسیبیلاتور در پوست چه از راه مالیدنی موضعی و یا خوراکی ( از راه گردش خون ) ( باید دانست در صورتیکه این دارو از راه مالیدن موضعی جذب پوست نگردد بی اثر خواهد بود ) .

ب - بقدر کافی وضع مربوطه در جریان پرتو خورشیدی قرار گیرد. این دو شرط دو عارضه متفاوت فوتوتوکسیک Phototoxique و فوتوآلرژیک Photo Allergique را بوجود میآورد .

(A) فوتوآکسیسمه یا فوتوکسیسمه

Phototoxicité Ou Photocité

این واکنش یک مکانیسم غیر ایمنی است که در نزد تمام افراد ممکن است دیده شود .

در این مکانیسم سولکولهای فوتوسانسیبیلاتور تحت تأثیر انرژی نور خورشید فعال گردیده و موجب خرابی سلولهای رو پوست ( اپیدرم ) میگردد .

عزتر کیب و ماده فوتوسانسیبیلاتور دارای یک طیف جذب

Downloaded from tumj.tmu.ac.ir on 2024-09-23

On peut trouver une liste plus complète des agents photosensibilisateurs dans  
1) Amer. Jour. Med. Sci. 240, 445, 1964  
2) Bull. Assn. Mil. Dermat. 13, 33, 1964

نشانه‌های بالینی

آسیب‌های فوتوتوکسیک یا فوتوالرژیک همیشه در نقاط باز بدن مانند چهره - گردن - گوشها و پوست سر ( نزد اشخاص طاس) - سطوح اکستانسورهای بازوها - سطح پشتی دستها و بویژه نزد زنان بیشتر رویه قداسی ساق و پشت پاها دیده میشود .

باید دانست که برخی از نواحی بدن بعلل شکل ساختمان آناتومیکی مصون میمانند مانند پلک‌های بالائی - پوست سر پوشیده از مو - زیرچانه - چینهای گردن و چین خورده گیهای دیگر و مناطق پوشیده از لباس و جواهرات تزئینی، منتهی پرتو خورشیدی از لباسها و پارچه‌های نازک نیز عبور کرده و به پوست آزار میدهد. تشخیص افتراقی این دو بیماری از شکل آسیب‌ها خیلی مشکل است ولی با کمک تاریخچه بیماری و بررسیهای دقیق میتوان به تشخیص نزدیک شد :

الف - در فوتودریت تماس الرژیک و یا توکسیک معمولاً با آسیب‌ها و عناصر یک درمیت تماسی از قبیل ضایعات اکزمائی - اریتم - پاپول و زیکول و گاه بول همراه بوده و در اشکال مزمن لیکنیفیکاسیون و پیگمانتاسیون پوست (Pigmentation + Lichenification) نیز دیده میشود .

ب - در موارد فوتوسانسیبیلیته بعلمت مصرف از راه خوراکی یک داروی فوتوسانسیبیلاتور بیماری شبیه فوتوتوکسیک خودنمائی میکند که در این موارد تاریخچه بیماری یک اریتم خورشیدی یا Coup de Soleil را پس از قرار گرفتن در برابر مقدار پرتو خورشیدی ناکافی برای بوجود آوردن یک ضایعه فوتوتوکسیک نشان میدهد .

ج - واکنش‌های فوتوالرژیک ناشی از یک داروی فوتوسانسیبیلاتور اغلب اکزمائی اند ولی گاهی نیز به صورت کهیری Urticaire یا بولوز (تاولی) اند که در این هنگام تشخیص با اریتم پولی سرف آفتابی خیلی مشکل خواهد بود .  
تشخیص (Diagnostic)

روی تاریخچه بیماری و آزمایشهای بالینی و آزمایشگاهی متکی است. آزمایش فیزیکی - شکل و استقرار آسیب‌ها - طول و زمان بیماری - نوع داروهای مصرفی خوراکی یا مالیدنی - موقعیت و شغل بیمار - اسکان تماس با داروهای فوتوسانسیبیلاتور و بویژه اثر فصول سال بر پیدایش بیماری‌های فصلی قابل دقت است. و بالاخره آزمایش‌های Photo - Patchteste , Photo - Tests با طول موج‌های مختلف پرتوها به تشخیص کمک میکند .  
تشخیص افتراقی (Diag. Diff.)

الف - در بیماریهای سیستمیک که در آغاز از آن گفتگوشد روشنائی موجب وخامت و یا پیشرفت سریع بیماری گردیده و فوتوسانسیبیلیته یک تظاهر پیشرفت بیماری است مانند

مخصوص بخود بوده که تنها پرتوهای با طول موج طیف خودش جذب مینماید .

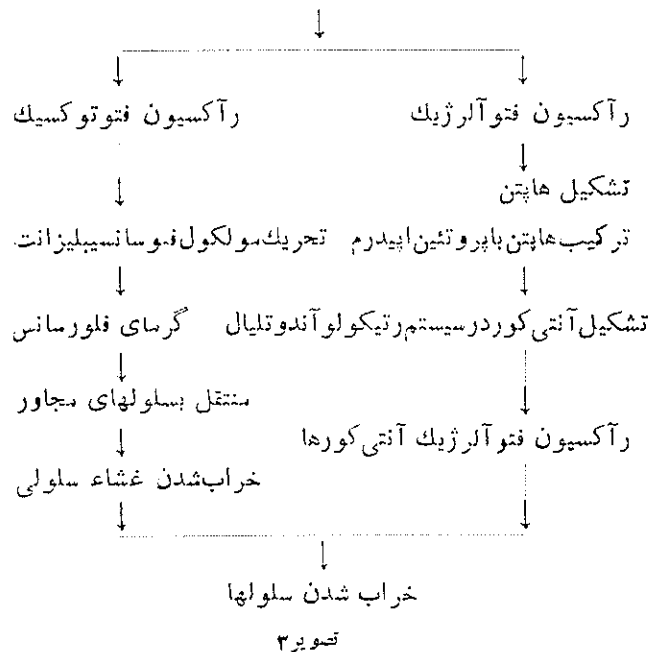
معمولاً واکنش‌های فوتوتوکسیک در طول موج‌های بلند بین 4000A - 3200 پیدا میشود .

B) فوتوالرژیک (Photo - Allergique) این واکنش یک مکانیسم ایمنی (Immunologie Retarde) دیررس است که لزوم آفتابگر فنگی‌های موضعی قبلی را دارد تا رفته رفته در مدت یک تا ۳ هفته واکنش ایمنونولوژیک موضعی پیدا شود. باید دانست مقدار نور لازم برای پیدایش این واکنش بر مراتب کمتر از واکنش فوتوتوکسیک است .

مکانیسم Photo - Allergique - نور موجب پیدایش Haptene از فوتوسانسیبیلاتور گردیده و هاپتن با مواد پروتئینی روپوست همراه شده و در نتیجه یک آنتی ژن بوجود می‌آورد و سپس این آنتی ژن موجب ساخته شدن آنتی کور مربوطه در بافت رتیکولواندوتلیال میگردد که در پوست مستقر میشود. و متعاقب یک تابش پرتو بآن موضع واکنش فوتوالرژیک بوجود می‌آید. واکنش فوتوالرژیک بین طول موج 2900 - 3200 Ao پدید می‌شود و ضمناً در همین طول موج نیز Coup de Soleil ظاهر میگردد و دانشمندان ثابت کرده اند که Coup de Soleil با واکنش فوتوالرژیک و فوتمن‌های فوتوسانسیبیلیزاسیون Croisée یا ترکیبات ایمنونوشیمیک بهم نزدیک و مشابه اند. تصویر ۳ مکانیسم پیدایش فوتوتوکسیک و فوتوالرژیک را نشان میدهد .

فیزیوپاتولوژی

روشنائی جذب کننده انرژی + مواد فوتوسانسیبیلاتور



پرتو خورشید در افراد مبتلا به درمیت های تماسی ناشی از صرف داروی فوتو سانسیبیلاتور و پرتو خورشیدی در اغلب موارد حتمی است ولی گاهی از اوقات شغل بیمار مانع احتراز از روشنائی بوده و قطع داروی فوتو سانسیبیلاتور صرفاً بی عملی ممکن نیست در این صورت باید از داروهای ضد آفتابیی تجویز نموده و تماس با روشنائی را نیز بحد اقل ممکنه رسانید و ضمناً ازدادن در کونده داروی مشکوک دیگر فوتو سانسیبیلاتور چه خوراکی و چه سالیذنی خودداری کرد .

در برخی موارد نزد بعضی افراد با قطع داروی فوتو سانسیبیلاتور به سبب بیماری ودوری جهت ناپدید شدن پرتو خورشیدی بیماری آنها تا مدتی بهبود نمی یابد .

مکانیسم آن بخوبی مشخص نیست ولی دانشمندان معتقدند که مقداری از داروی فوتو سانسیبیلاتور تا مدتی دراز در پوست باقی مانده و در نتیجه تا زمانی پس از قطع دارو و نور بیماری ادامه خواهد یافت. در این موارد درمان با داروهای ضد نور آفتاب Anti - Solaire بخصوص Psoralens موثر خواهد بود .

تا بیلو زدر بطور خلاصه خصوصیات اصلی و تشخیص افتراقی بین واکنش های فوتو توكسیك و فوتو الرژیک را بوضوح نشان میدهد .

راکسیون فوتو توكسیك	راکسیون فتو الرژیک	
بلافاصله	حساسیت ۴-۱۵ روز (حساسیت دیررس)	آغاز واكنش
ندارد	دارد	افتابكرفتكي
	(با استثنای حالات فتو الرژی متقاطع)	قبلی
ندارد	دارد	دوره كمون
۱۰۰٪	۱٪	سردم
دارد	فوتو سانسیبیلیمته متقاطع	اختصاصات
۸۰-۴۰۰۰-۳۲۰۰	۸۰-۲۲۰۰-۲۹۰۰	طول موج
ضربه آفتاب زدگی شدید بدون خارش یا با خارش كم . بسته بمقدار اشعه	اگزمای خارش دار- درمیت	شكل
	ندارد	مقدار

برای پیش گیری از این دسته آسیب ها پیشنهادات زیر را توصیه میکنم: بهداشت فردی - بهداشت اجتماعی - بهداشت ملی .

پورفیری ( Porphyrie ) کزرو درماتیتوزم (xeroderma pigmentosum)، پلاگر (Pellagre) و غیره که آزمایش های آزمایشگاهی و بالینی به آسانی تشخیص را مسلم نموده و فوتو توكسیك ویا فتو الرژیک را نیز جدا میکنند .

ب- درمیت تماسی (Dermite de Contacte) - باعث مواد پخش شده و شناور در هوا (مانند پودر - اثر و سل های مختلف و عناصر - علق در هوا) آسیب ها در همان نواحی آزارهای ناشی از فوتو درمیت ها یا فوتو توكسیك ها و یا سیستمیک بوجود خواهد آمد با این تفاوت که در پلاگهای بالایی چین خود گیهای گردن و آرنج و پشت زانو و زیر بغل نیز آسیب ها وجود دارند. اگر ماده آزرژن يك بولن باشد تئاریخچه بیماری ابتلاء بیمار را در يك فصل معین نشان داده و تست های پوستی با الرژن های مشكرك تشخیص درمیت تماسی را مشخص میکند .

ج- درمیت اتوپیک یا اگزما سرشتی با ضایعات فوتو- درمیت سوزن و لیکنیفیه ورنکین (Pigmentée) قابل بحث و گفتگو است که تئاریخچه بیماری فردی و خانوادگی و عدم وجود فوتو سانسیبیلاتورهای خوراکی و سالیذنی و وجود آسیب های مستمردرچین ها و بهبودی کامل ضایعات در تابستان درمیت سرشتی را مشخص میکند .

د- موضوع قابل اهمیت اریتم بولنی صرف آفتابی است که طیف طول موج آن بین 2900 - 3200 آه میباشد. ضایعات بر پوست نواحی باز بدن بصورت پثورات اگزمایی - کهیری - وریکولی - پاپولی ویا تنها بشکل يك اریتم منجمدای یا گسترده و پخش شده پدیدار میگرددند .

در این موارد در تئاریخچه بیماری مصرف مواد فوتو سانسیبیلاتور وجود نداشته و تشخیص اریتم بولنی صرف الرژیک با روش های زیر مجرز میگردد که مکانیسم آن کاملاً روشن نمیشد :

- ۱- ضایعات در هر بهار که اولترابولنه بیشتر است بروز نموده و در تابستان خود بخود بهبود می یابد .
- ۲- دارای دوره كمون متغیر از چندین ساعت تا چند روز پس از تماس با پرتو خورشیدی است .
- ۳- پس از مدتی مقاومت بیمار در برابر پرتو خورشید از بین رفته و آسیب ها همیشه می شوند .
- ۴- Rothmann ثابت کرده است که دائر آنتی الرژیک آنتی- هیستامینیک در این موارد بی نهایت بی ارزش است .
- ۵- کهیر آفتابی: در نواحی باز بدن پس از یک ساعت از تماس با آفتاب پیدا میشود و Harber در ۱۹۶۳ وجود کهیرهای آفتابی را بیان نموده است .

درمان

درمان با قطع داروی فوتو سانسیبیلاتور و قطع تماس با

جمله هسته‌های با بار الکتریسته مثبت عناصر مختلف مانند نیدروژن و هلیوم که پرتوهای کیهانی اولیه نامیده میشوند با برخورد به آنتمسفر زمین مقداری تران از آن دفع شده و بخش ناچیزی از پوشه ۳- جایمتری O<sub>3</sub> (اوزون) که فیلتری معادل ضخامت یک سترسرب میباشد از نفوذ پرتوهای مختلف به روی زمین جلوگیری کرده و در نتیجه مقداری اولتراویوله بزمین میرسد که برای رشد ونمو موجودات لازم اند. مقداری از این پرتو از آن ستارگان و بیخشی نیز از آن خورشید است .

این پرتو جانبخش تمام افراد را تحت تأثیر قرار داده و گاهی از اوقات آزارهای مختلفی را به بار میآورد از قبیل فونو آلرژیا - فوتوتوکسیک - پیری زودرس پوست - لیکن های آفتابی - آسیب های پیش چنگازی و چنگاری پوست . کهرهای آفتابی اریتم پولی سرف های آفتابی بلاگر و غیره که این مقاله بحث درباره آسیب های فوتوتوکسیک و فوتو آلرژیک است .

فوتوتوکسیسیته Photo toxicite یک مکانیسم غیر ایمنی است که نزد تمام افراد ممکن است پیدا شود و از سولکولهای فوتوسانسیبیلاتور مواد مصرف شده (خوراکی ، موضعی) تحت تأثیر انرژی پرتو خورشیدی فعال شده و سپس موجب خرابی سلولهای اپیدرم میگردد. هر ترکیب دارای یک طیف جذب ویژه خود میباشد .

فوتو آلرژی Photo Allergie عبارتست از یک واکنش ایمنی که در ۱٪ افراد پیدا میشود. تابش پرتو خورشیدی ساده فوتوسانسیبیلان را سه هاپتن تبدیل نموده که با پروتئین موجود در اپیدرم یک آنتی ژن را بوجود آورده و در سافت رتیکولو آندوتلیال آنتی کور آن ساخته شده و سپس (این واکنش ایمنی آنتی ژن و آنتی کور) فوتو آلرژیک را ظاهر میسازد .

درمان : درمان نبتی است .

پیش گیری : فردی - اجتماعی - بهداشتی .

۱- بهداشت فردی : الف- پوشیدن کلاه لیددار در تمام فصول بویژه بهار .

ب- پوشاندن به شربدن (آستین بلند - شاور بلند) در بهار و تابستان .

ج- جامه، توجه خانمها به گرفتن کلاه لیددار و خودداری از پوشیدن لباس دکولته و حداقل گرفتن چتر در بهار و تابستان .

د - خودداری از گرفتن حمام آفتاب بویژه در کرانه های دریا هنگام شنا و غیره .

۲- بهداشت اجتماعی :

الف- جلوگیری از ساختن منازل سا در و پنجره و شیشه های بزرگ بدون آبه بان .

ب- گذاردن اگران جلوشیشه های اتوموبیل یا استفاده از شیشه های پرتو گیر .

ج- آشنا نمودن دهقانان، کارگران و کارکنان در هوای باز به داشتن کلاه لبه بلند و حتی المقدور پوشاندن نقاط باز بدن .

د - استفاده از لباس مخصوص و محافظ و عینک و ماسک های مخصوص برای آتش کارها - الکتریسیته ها - موتور کارها - و کوره گره های کارخانه های مختلف صنعتی .

۳- بهداشت ملی: که از وظایف مسئولین بهداشت است. الف- جلوگیری از مصرف بیمورد پمادهای با بگفته Degos دانشمند فرانسوی حتی ساختن پمادهای پوستی آنتی هیستامینیکها بویژه ترکیبات Promethazine (فترگان) Diphenhydramine بنادریل و غیره .

ب- دقت در ساختن مواد آرایشی و جلوگیری از بکار بردن داروهای فوتوسانسیبیلان مانند Acridin در Rouge لب و عطرها و ادکنها - صابون ها - رنگهای مو و غیره .

خلاصه :

زمین ما همیشه تحت تأثیر عوامل مختلف قرار دارد از

## References:

- 1- Bruhat G. Cours de Physique Generale. 581. Masson Cie., 1947.
- 2- Daniels. F. J. *Med. Clin. N. Amer.* 65: 566, 1965.
- 3- Harber. L.C. Baer RI, *J.A.M.A.* 192: 989, 1965.
- 4- Heber et al., *Arch. Derm, Chicago.* 94: 552, 1966.
- 5- O. Quinn Se. Kennedy CB. *J.A.M.A.* 199: 88, 1966.
- 6- O. Quinn SE. *cutis.*, 4: 585, 1968.
- 7- Porter A. *Brit., J. Derm.* 66: 417, 1954.
- 8- Pikelner S. *Physic of Interstellar Space*, 159, U.S.S.R., 159, 1966.
- 9- Schreiber. M.M. *Arch., Derm.* 86: 58, 1962.
- 10- *Amer Jour. Med Sci.*, 248:465, 1964.
- 11- *Bull Assn. Mil. Dermat* 13:33, 1964.

۱۲- دکتر محقق - اثر پرتوها در بروز بیماریهای بافت همبند - پنجمین شماره ویژه کنکره پزشکی دامسر ۲۶ شهریور ۵۰