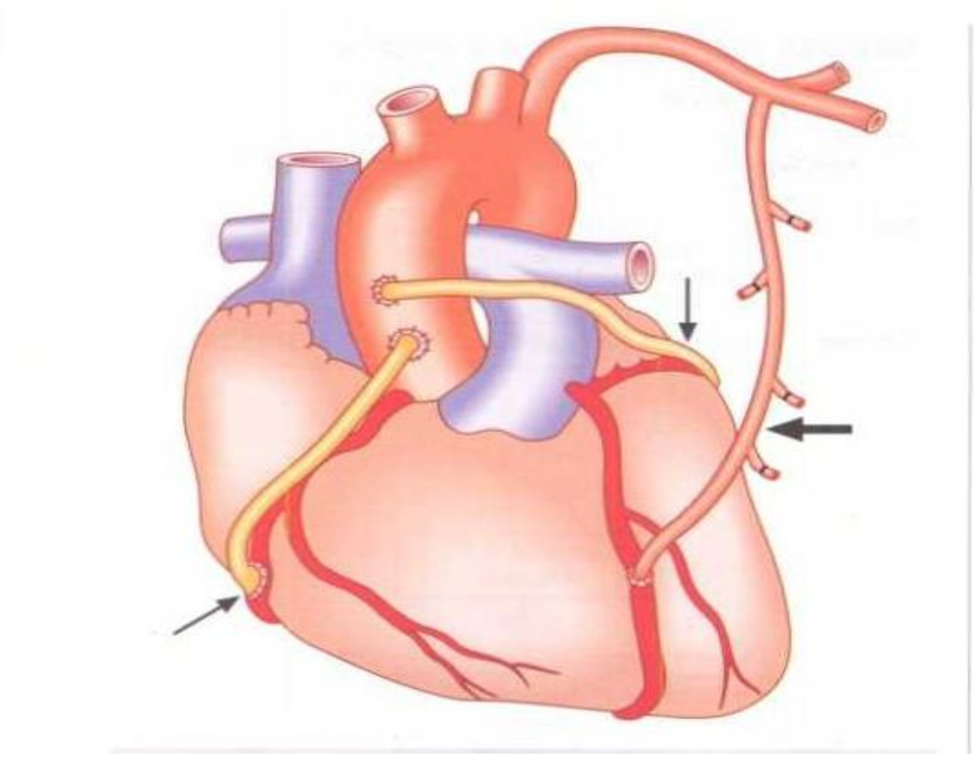
د زړه او رګونو ناروغۍ



Ketabton.com

مؤلف: پوهاند ډاکټر عبدالواحد وثیق

۱۳۹۶هـ ل

(c) ketabton.com: The Digital Library

عرفان
خپرندویه ټولنه - کندهار

بسم الله الرحمن الرحیم

کتاب پېژندنه

د کتاب نوم: د زړه او رګونو ناروغۍ

مؤلف: پوهاند ډاکټر عبدالواحد وثیق

ډیزاین : د عرفان خپرندویي ټولني تخنیکي څانګه

(c) ketabton.com: The Digital Library

د پښتي ډيزاين: شريف الله

لومړی چاپ:١٣٩٦ هجري لمريز

د چاپ لړ: ۴۳

دچاپ شمير: ١٠٠٠

خپرندوی: عرفان خپرنويه ټولنه ـ کندهار

د خپرندوی د اړيکو شميرې: ٠٧٠٠٣٢٢٦٢۴ ـ ٠٧٠۴٨٠٠٨٧٠

ايميل ادرس:n.irfan92@gmail.com

د چاپ او کاپي ټول حقوق يې د خپرندويه ټولني سره خوندي دي

د لوی ، بخښونکي او سپيڅلی ذا ت په پاک نامه

سر ليک

د کندهار په پوهنتون اوپه ځانګړي توګه دطب په پوهنځۍ کي په انګريزي ژبه زيات اومعتبر کتا بونه شتون لري، ولي په پښتوژبه داډول آثارډيرکم اوحتي دګوتوپه شماردي.

دهمدي اصل په پام کي نيولوسره دکندهارپوهنتون دطب پوهنځۍ علمي شورا وپتيله ترڅوپه پښتوژبه تدريسي کتابونه ترتيب اودزده کونکوپه واک کې ورکړي،چي په همدي منظورد کندهارپوهنتون دطب پوهنځۍ دداخله څانګی لخوا پريکړه وشول ترڅودطب پوهنځۍ دڅلورم ټولګي د داخله مضمون د لمړی سمسترد درسي کريکولم سره سم **د زړه اورګونو د ناروغيو درسي کتاب** ترتيب اوتأليف کړل شي ترڅوزده کونکي په آسانۍ ورڅخه ګټه واخلي. د دي کتاب دتأ ليف چاري د پوهنوال څخه د

(c) ketabton.com: The Digital Library

پوهاند علمي رتبې ته دارتقأ لپاره وماته راوسپارل شوي. داکتاب د څلورم ټولګي د درسي کريکولم په پام کې نيولوسره دبيلابيلو اونوومعتبروانګريزي طبی کتابونواو انترنيتي پاڼوځخه په ګټه اخستوسره په څه دپاسه (۱۹۷) پاڼوکي تأليف او په ساده اوسليسه پښتوژبه ليکل سويدي.

د کتاب په تأليف کي د کابل دطبي پوهنتون د داخله څانګي مشر اوګران استاد الحاج پوهاند ډاکتر حيات الله (حيات) چي زما دلارښوداستاددنده يې هم په غاړه درلودل خپلي ګټمني مشوري نه دي سپمولي، همداراز د کتاب په سمون او تصحيح کي د طبی پوهنتون د داخله څانګی استاد پوهاند ډاکتر محمد همايون (آريا) ارزښت ناکه مشوری هم د يادولو وړدی. د کندهارپوهنتون دطب پوهنځۍ دداخله څانګي استادانوهم پخپل وارسره دکتاب په تصحيح کې راسره زياته مرسته کړي.

د کتاب لپاره د معلو ماتو د راغونډولو په منظور محترم ډاکتر صاحب پاينده محمد ارغندابی د کندهار پوهنتون پخوانی رئيس او هم پوهنيار ډاکتر محمد صديق صحرايی د داخله څانګی غړی او په روسيه کي د ماسټری پروګرام محصل زياته مرسته کړی، او محترم ډاکتر صاحب صحرائی په زياته اندازه کتابونه د انټرنيټ څخه را ټول او زما په واک کي راکړی چي د دی کتاب په تاليف کي ورڅخه زياته ګټه اخستل سويده.

بايد يادونه وکړم چي نوموړي کتاب په سليسه اوروانه پښتوژبه ليکل شويدي چي دڅلورم ټولګي پرزده کړيانوبرسيره ستاژيراونوي فارغ سوي ځوان ډاکتران هم کولاي شي ورڅخه ګټه واخلي.

په درناوي

پوهاند ډ اکترعبدالواحد (وثيق)

فهرست

سريزه 8

لمړی څپرکی

اتيروسکليروزس اودزړه اسکيميکي ناروغی 9

(c) ketabton.com: The Digital Library

اتیروسکلیروزس ATHEROSCLEROSIS 10
د زړه حاده احتشأ Acute Myocardial Infarction 28

دوهم څپرکی

دويني دلوړفشار اړوند ناروغي 44
د و يني لوړفشا ر HYPERTENSION 45
دويني د اساسی لوړ فشارپه پتوجنیزیس کی لاند نی عوامل اغیزی لری 46
د وینی د ثانوی لوړ فشارپه پتوجینیزیس کی لاندنی عوامل اغیزی لری.. 47
د رملنه 50
د وینی د لوړ فشار د درملنی اصول 55
د وينی خبیث لوړ فشار Malignant hypertension 55

دریم څپرکی

په کاهلانوکي د زړه ولادی آ فات 64
په (۳-۱) جدول کي د زړه د ولادی ناروغیو وقوعات او شیوع ښودل شویده [۷] 66
د زړه ولادی غیر سیانوتیکي ناروغی چي شنټ شتون نلری 76
د زړه ولادی سیانوتیکي ناروغی چي د ریوی دوران کم والی ورسره مل وی 78

څلورم څپرکی

د زړه بینظمی یا اریتمیا.. 86
د زړه د سیالوی سیستم انا ټومی 87
ا ذ ینی تا کی کا ر ډ یا Atrial Tachycardia 91
پری اکساټیشن سندروم Preexcitation Syndromes 96
بطینی تکي کارډیا Ventricular Tachycardia 97

پنځم څپرکی

د زړه عدم کفایه اوکورپلمونل 106
د زړه عدم کفایه 107
پتو فزیالوژی 107

(c) ketabton.com: The Digital Library

هغه عوامل چي د زړه عدم کفایه شد یده او یا ورته زمینه برابروی 108

شپږم څپرکی

د زړه دعضلی آفات اوالتهاب 130
د زړه دعضلی آفات 131

اووم څپرکی

د پریکارډ ناروغی 149
د پریکارډ ناروغی Pericardial Disease..........150
د پریکارډ حاد التهابAcute Pericarditis 152
پوسټ کارډیاک انجوری سندرومPostcardiac Injury Syndrome 157
د پریکارډ څنډ نی انصبا بPericardial effusion and cardiac tamponade 158
کرونیک کانسټرکټیو پریکارډایټسConstrictive pericarditis 159

اتم څپرکی

شاک..........166
شاکShock(Circulatory failure) 167
سنکوپ Syncope 173
د زړه د رید نه Cardiac Arrest..........178
نا څاپی مړینهSudden Death 181

نهم څپرکی

د زړه ناروغی اوامیدواری ،د زړه ناروغی او جراحی 184
د زړه ناروغی او امیدواریCardiac disease and pregnancy..........185
د زړه ناروغی او جراحیCardiac disease and surgery 189

(c) ketabton.com: The Digital Library

د اکلیلی شریانو په ناروغانو کی دجراحی خطر...189

لسم څپرکي

روماتیزمی تبه Rheumatic Fever..198

د دورانی جهاز لنډه اناټومی 204

اخځ لیک 210

(c) ketabton.com: The Digital Library

سریزه

د زړه ناروغی یو د هغو ناروغیو د جملې څخه دی چي حتی د ژوند د لمړیو کلونوڅخه پیلیږی، یعنی د او عیو په دننه کي په ابتدایی کلونوکي ترسبات پیل چي وروسته د اوعیو د بندښت او اکلیلی ناروغیو په ډول را منځته کیږی.

د زړه اورگونو ناروغی په نړی کي د مړینو عمده علت تشکیلوی، حال داچي تر ۱۹۰۰ میلادی کال تر مخه په نړی کي د مړینو عمده علت انتانی ناروغی او سؤ تغذیه بلل کیدل. نن په نړی کي د مړینو گچه د زړه د ناروغیو له کبله و ۳۰ سلنی ته رسیږی، چي د دی جملې څخه ۴۰ سلنه یی په پیسه دارو هیوادونو او پاتی نور یی په غریبو هیوادونوکي پیښیږی.

په ۱۹۹۰ میلادی کال کي د نړی د مړینو ۲۸ سلنه (۵۰،۴ میلیونه) د زړه د ناروغیو له کبله را منځته سویوی، چي داکچه به په ۲۰۰۱ کال کي و ۲۹ سلنی او تر ۲۰۳۰ کال پوری به ۳۳ سلنی ته جگه سی.

په ۲۰۰۱ کال د زړه د ناروغیو له کبله ۱۳ میلیونه وگړی مړه چي له دی جملې څخه یوازی ۳ میلیونه یی په غریبو ممالکو کي رامنځته کیږی.

که دامریکا په متحده آ یالاتوکي که د ا ناروغی وگورو لیدل کیږی چي ۷۰ میلیونه امریکایان یعنی په هرو ۴ نفرو کي یو د زړه په یوه نه یوه ناروغی باندی اخته دی، د دی جملې څخه ٦٥ میلیونه د وینی لوړ فشار، ۱۳ میلیونه د اکلیلی شراینو ناروغی او ۵،۴ میلیونه نور په دماغی سکته باندی اخته دی. د امریکا په متحده آ یالاتو کي د کاله ۱،۴ میلیونه وکړی د دی ناروغیو څخه مری چي د ټولو مړینو (۴۰ سلنه) تشکیلوی. د کاله ۱،۲ میلیونه امریکایان د زړه د احتشأ حمله تیروی، چي تر ۴۰ سلنه زیات یی وژونکي دی.

په د رناوي

پوهاند ډاکترعبدالواحد(وثیق)

د کندهارپوهنتون د طب پوهنځۍ د داخله څانگي مشر

(c) ketabton.com: The Digital Library

- اتيروسكليروزس
- دزړه اسكيميكي ناروغی
- انجينا پكتورس
- د زړه حاده احتشا

لمړی څپرکی

اتيروسكليروزس اودزړه اسكيميكي ناروغی

د څپركي مقدمه

په ډيرو پخوا زمانو يعنی د ۲٦۰۰ قبل الميلاد، كلونو په دوران كي د مصر د وخت عالمانو ليكلی دی چي زياتره په حادو صدري دردونو اخته ناروغان خپل ژوند دلاسه وركوی. چي اوس داخبره په اثبات رسيدلی او د حاد اكليلی سندروم تر عنوان لاندی مطالعه كيږی.[۴]

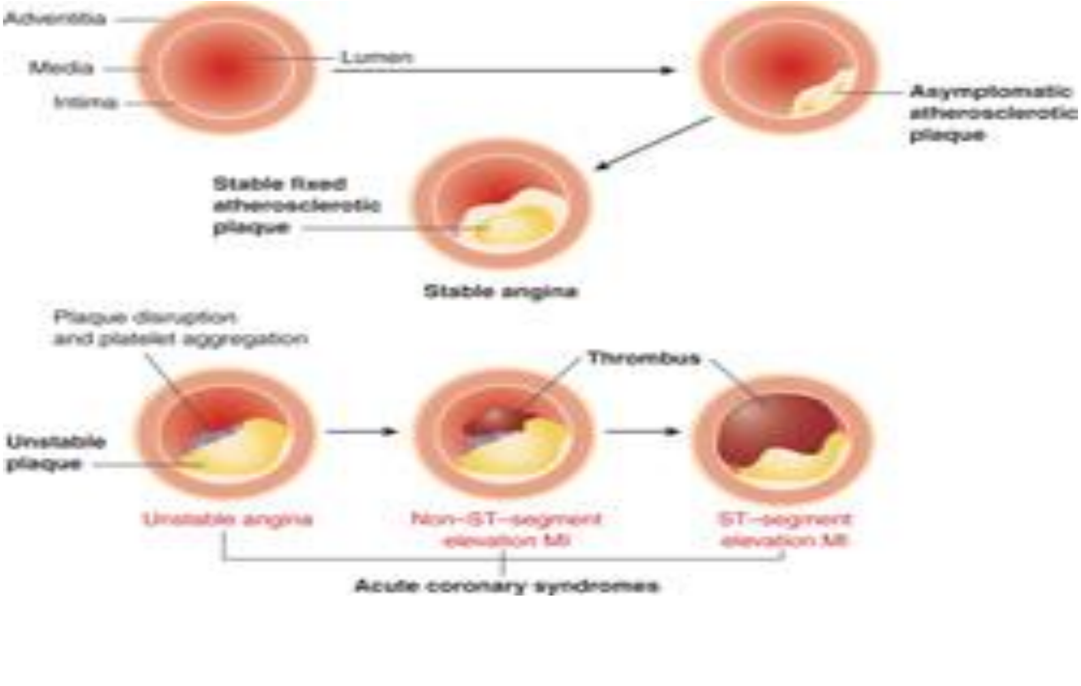
هد زړه اتيروسكليروتيكي، يا په بل عبارت د اكليلی شرائنو ناروغی، د امريكا په متحده آ يالاتو او نړی كي د لمړی نمبر وژونكو ناروغيو څخه شميرل كيږی. په هره د قيقه كي د امريكا يو اوسيدونكي د دی ناروغيو له سببه مری. په دی ناروغيو اخته ۳۷ سلنه ناروغان تر حملی يوكال وروسته مری. تر اوسه هم د اكليلی شراينو ناروغی د امريكا په متحده آ يالاتو كي د ۵ مړينو د جملی څخه يوه تشكيلوی، او دكاله ٦۰۰۰۰۰ تنه د دی ناروغيو له كبله ژوند دلاسه وركوی. (۲)

(c) ketabton.com: The Digital Library

د امریکا د متحده آ یالاتو دزړه د ناروغیو او هم د د ماغی سکتی د ټولنی د ۲۰۰٦ کال د نشراتو د احصائیوسره سم د زړه او رګونو ناروغی تر اوسه هم د امریکا په متحده آ یالاتو کي د مړینو عمده علت په نارینه او ښځو او هم په ټولو نژادونوکي تشکیلوی. د دی احصائی له مخی ښودل سویده چي په ۲۰۰۲ میلادی کال کي یو د دریو مړینو څخه د هم دی ناروغیو له کبله پیښه سویوه. دوی لیکلی دی چي په امریکا کي هره ورځ ۲۵۰۰ تنه د زړه د ناروغیو له کبله مری، چي په هرو ۳۵ ثانیو کي یوه مړینه صورت نیسی. د دوی د احصائیو له مخی د زړه ناروغی په ۵ درجه یعنی تر سرطان، دکښتنی تنفسی سیستم مزمنی ناروغی، ټکرونه او دشکری ناروغی وروسته قرار لری.(۱۲)

اتیروسکلیروزس ATHEROSCLEROSIS

- تعریف: د شراینو د تصلب یا arteriosclerosis یو عمده شکل دی چي د یوه ژړرنګه پلک د ترسب په ذریعه چي اتیروما نومیږی، او د کولستیرول،لیپیډی موادواو لیپوفاژ څخه د متوسطو او غټو



(c) ketabton.com: The Digital Library

شراینو په انتیما یا داخلی برخه کي جوړیږی ، منځته راځی.(۳

۱-۱ شکل (د اتیرو سکلیروتیک پلک جوړښت) (۳)

ځرنګه منځته راځی

اتیروسکلیروزس یوډول ناروغی ده چي په مرور دزمان او په کراره کراره رامنځته کیږی. په وینه کي د کولسترول اونورو موادوزیاتوالی د پلک د جوړیدو سبب کیږی،چي داپلکونه معمولاً شراینو په داخلی طبقه کي تشکل مومی. پلکونه د محتوی او قوام له مخی یودبل سره توپیر لری، یوشمیر ډیر کلک چي زیاته اندازه کلسیم لری او یوشمیر یی بیا نرم چي معمولاً د مایع کولستیرول او التهابی حجراتو څخه جوړشویوی او د فبروزی پوښ په ذریعه پوښل شویوی. اتیروسکلیروزس د شراینو د تنګوالی سبب کیږی چي په نتیجه کي وینه او اکسیجن په کمه اندازه و حیاتی اعضاوو لکه دماغ، زړه، پښتورګواو نورو اعضاوو ته رسیږی. که د نوموړی نرم پلک فبروزی پوښ څیری شی نو د پلک داخلی مواد آزاد او په پایله کي زیات خطر ناکه عواقب لکه د زړه حمله یا دماغی حمله رامنځته کولای شی، چي اکثراً د مړینی سبب ګرځی. دا ناروغی د امریکا په متحده آ یالاتو کي د مړینو عمده سبب تشکیلوی.

د خطر عوامل

۱- د خطر بد لون موندونکي Modifiable عوامل، چي تقریباً ۹۰ سلنه تشکیلوی.[۵،۴]

- د وینی لوړ فشار
- د سګریټو څکول
- د شکری ناروغی(بیاهم د زړه د احتشا یا اکلیلی شراینو لپاره خطر)
- چاغوالی
- د فزیکي فعا لیتونوکمښت
- د high-density lipoprotein (HDL) کولستیرول کمښت
- د low-density lipoprotein (LDL)l کولستیرول زیاتوالی

• یوشمیر هغه مل ستونزی چي کولای شی نورهم خطر تقویه کړی: (د درقیه غدی تفریط فعالیت،په وینه کي د هوموسیستین زیاتوالی،په ښځوکي د ټستوستیرون د سویه لوړوالی او په نارینه وو کي کموالی).

۲- د خطر ثابت یا بد لون نه موندونکي عوامل Non modifiable

- نارینه جنس

(c) ketabton.com: The Digital Library

- د سن زیاتوالی

۳- د وخت نه مخکي د اتیروسکلیروزس کورنی تاریخچه

۴- جنتیک فکتورونه: یو شمیر جنتیک فکتورونه هم د ناروغی د خطر د عواملوسره تړاولری د بیلګی په توګه (د وینی لوړ فشار، او د شکری ناروغی).(۵)

پتوجنیزس

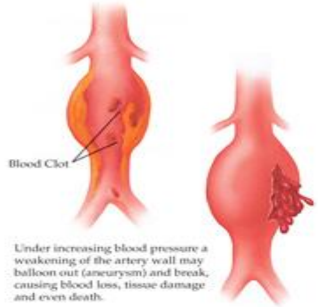
اتیروسکلیروزس په پرمختللو ټولنوکي د مړینی او معلولیت عمده لامل تشکیلوی. دا سی وړاندوینه کیږی چي تر ۲۰۲۰ کال پوری به د زړه ناروغی په ځانګړی توګه اتیروسکلیروزس په نړی کي دعمده روغتیایی ستونزو دجملی څخه وی. اتیروسکلیروزس کولای شی د شریانی دوران بیلی برخی ما ؤفه کړی، چي اعراض اوعلایم یی هم و ماؤفه برخی ته ځانګړی وی، دبیلګی په توګه د اکلیلی شراینو اتیروسکلیروزس د زړه داحتشا او صدري خناق او دمرکزی عصبی سیستم دشراینو اتیروسکلیروزس د مغز د ګذری اسکیمیکي حملی او یا سټروک سبب کیږی . اتیروسکلیروزس کیدای شی دیوشریان د مکمل بندښت او یا تنګوالی سبب وګرځی. نا روغی معمولاً دشراینو پر ښاخو دویشلو په برخه او یا هغه برخه چي اروا یی خرابه شویوی زیاته لیدل کیږی. داتیروسکلیروزس اعراض اوعلایم نه یوازی د تنګوالی او بندښت له کبله ولی کله کله د اکتازیا یا انوریزم له کبله هم رامنځته کیږی. په یو شمیر حالاتو کي اتیروسکلیروزس دبندښت نه بلکه په انتیما کي د منتشر آفت سبب کیږی چي معمولاً د داخل وعایی التراسونډ اویا ترمړینی وروسته اوتوپسی په ذریعه تشخیصیږی. په انسانانوکي داتیروسکلیروزس پروسه یا اتیروجنیزس د کلونو او حتی لسیزو په تیریدو سره بشپړه کیږی.اکثراً د یوی زیاتی مودی تر تیریدو وروسته چي ورته د خفا دوره (Silent Period) وایی د اتیرو سکلیروزس اعراض اوعلایم تظا هر مومی. داتیروسکلیروزس اعراض اوعلایم کیدای شی په ځنډ نی (Chronic) ډول د صدري خناق اویا کلوډیکیشن په شکل تظاهر وکړی اویا په حاد (Acute) ډول د زړه د حادی احتشا، مغزی حملی اویا نا څاپی مړینی په ډ ول ښکاره شی. [۱]

اختلاطات

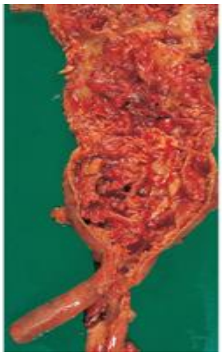
د اکلیلی شراینو ناروغی، د پښتورګو عدم کفایه،د ماغی سکته، د انوریزم څیریدنه ،د زړه احتقانی عدم کفایه، شریانی ترمبوز ، ګانګرین، د زړه بی نظمی او ناڅاپی مړینه.

(c) ketabton.com: The Digital Library

۱- ۴ شکل (د اتیروسکلیروز په ذریعه د اکلیلی شریان بندښت)[۳]



۱- ۳ شکل (د وینی علقات او انوریزم)



۱- ۵ شکل (د اتیرو سکلیروز اختلاطی آ فت)[۳]

۱- ٦ شکل (متوسع او ضخیم ریوی شریان او اتیروسکلیروتیک پلک)[۳]

د اتیرو سکلیروزس کلینیکي سندرومونه

ناروغی معمولاً په غربی هیوادونوکي زیاته لیدل کیږی. زیاتی اتیروماوی اعراض نه تولیدوی،او زیات شمیر یی حتی کلینیکي تظاهرات نلری او په یوشمیر نورو هغو ناروغانوکي چي حتی منتشر اتیر سکلیروزس هم لری ولی بیاهم د ناروغی وصفی اعراض اوعلایم نه ښئی. د پورته دلایلو سبب څه کیدای شی؟

(c) ketabton.com: The Digital Library

د اتیروما د تشکل په وخت کي د شراینو بدلونونه معمولاً د کلینیکي تظاهراتو سبب کیږی.د اتیروما د تشکل په ابتدایی مرحله کي پلکونه معمولاً د دباندی خواته یعنی د لومن د ننه ته نمو کوی، له دی کبله نو د ماؤفه شراینو قطر زیاتوالی مومی چي ورته معاوضوی غټوالی یا compensatory enlargement ویل کیږی، او د شراینو د بدلون پیل دی. اتیروما تر څوچي د پلک اندازه یی تر ۴۰ سلنه نه وی زیاته شوی، ټوله لومن نشی اشغالولای، ځکه نو اتیرو ما هیڅ وخت مکمل بندښت یا تنګوالی چي د انساجو د پرفیوژن د کموالی سبب شی، نشی را منځته کولای.
د پلک په غټیدوسره د جریان کموالی منځته راځی، ځکه نو د دی پلکونو زیات شمیر یوازی هغه وخت اعراض تولیدوی چي و وینی ته اړتیا زیاته شی یعنی د صدري دردونو demand-induced angina pectorisاو یا په محیطی اوعیه کي د intermittent claudication سبب کیږی. په اکلیلی او یا نوروشراینو کي حتی د اتیرو ماد پلک په ذریعه که څه هم مکمل بندښت را منځته شویوی، بیاهم د احتشأ سبب نه کیږی. د اسکیمیا په ذریعه د پرله پسی هیپوکسیکو تنبهاتو له کبله په میوکارډ کي کولترالونه تشکیل او د بند شوی شریان معاوضه کوی. په لنډ ډول، زیات شمیر هغه آ فات چي د حادو او یا غیر ثابتو اتیروسکلیروتیکو سند رومو ، په ځانګړی توګه په اکلیلی شراینو کي، د رامنځته کیدو سبب کیږی، کیدای شی د هغه پلکونو له کبله را منځته شویوی چيflow-limiting stenosis نشی را منځته کولای. نوموړی آ فات حتی په انجیو ګرافی کي هم ډیر لږ بدلون رامنځته کوی چي د پام وړ نوی. د دا ډول آ فاتو یا پلکونو څخه د ترمبونوبیلیدل کیدای شی د میوکارډ احتشأ را منځته کړی،او د اکلیلی شراینو د ناروغیویا CAD د لمړی عرض په توګه تظاهر و کړی. پیښی یی تقریباً ۳/۱ د اکلیلی شراینو د هغو ناروغیو چي پرته له صدري دردونو را منځته کیږی، تشکیلوی.(۸)

د زړه اسکیمیکي ناروغی
Ischemic Heart Disease

تعریف

د زړه د اسکیمیا ،په ګړندی ډول هغه وخت منځته راځی کله چي د زړه د عضلی د اکسیجن د ضرورت او د زړه وعضلی ته د اکسیجن د رسیدو په اندازه کي بدلون را منځته شی،کیدای شی چي پرصدري درد برسیره په بیلو کلینیکي ډولونو د بیلګی په توګه د پرته له اعراضو ډول څخه نیولی (چي ورته سایلنټه اسکیمیا هم وایی) بیاتربی ثباته صدري دردونو ، د زړه احتشا یا حتی ناڅاپی مړینی

(c) ketabton.com: The Digital Library

تظاهر وکړي. اسکيميا کيدای شي د زيات وخت لپاره ثابته پاته شي او يا داچي په ګړندي ډول پرمخ تګ وکړي. په معکوس ډول، اتيروسکليروزس،چي د زړه د اسکيميا يو عمده سبب تشکيلوي،کيدای شي د کلونو کلونو لپاره پرته له دي چي د اسکيميا اعراض توليد کړي، شتون ولري.

صدري درد، د بيلو حالاتو په ذريعه چي کيدای شي قلبي او يا نوره منشا ولري، کيدای شي اسکيميک يا غير اسکيميک وي اويا په اکليلي شراينو پوري تړاو ونلري را منځته شي. ولی بياهم په ټولو حالاتوکي، د صدري دردونو لمړی تشخيص کلينيکي او وروسته بيا د نورو متممه اولابراتواری معايناتو په ذريعه تقويه کيږي. (٦)

اسباب او پتوفزيالوژي

اتيروسکليروزس د عمده اناټوميکي عواملو د جملی څخه دی چي د صدري درد سبب کيږي،ولی کيدای شي چي صدري دردونه شتون ولري ولی په انجيو ګرافی کي اتيروسکليروزس و نه موندل شي. اسکيميا هغه وخت را منځته کيږی چي د شراينو قسمی يا پوره بندښت شتون ولری. اسکيميا کيدای شي د يوشمير نورو حالاتو لکه روحی فشارونه،کمخونی، او يا د درقيه غدی فرط فعاليت په شتون کي هم تبارز وکړي. په بيړني ډول هغه وخت شديده کيږی چي و اکسيجن ته د ميوکارډ اړتيا زياته او يا داچي و ميوکارډ ته د اکسيجن د رسيدو اندازه کمه شي.

په ثابت صدري خناق اخته ناروغانوکي، شدت معمولاً د تمرينو په وخت کله چي تنګوالی شتون ولری رامنځته کيږی.

هغه صدري درد، چي تر اسکيميا څو دقيقی وروسته منځته راځی ،يو مغلق حالت دی ،چي ميخانکيت يی تر اوسه ښه نه دی پيژندل شوی.

ابتدايی صدري خناق Primary angina اکثراً د زړه وعضلی ته د اکسيجن د کم رسيدو له کبله لکه په Prinzmetal's variant anginaيا acute MI کي منځته راځی، حال داچي ثانوی صدري خناق ،چي د جهدی صدري خناق په نامه هم ياديږی، معمولاً هغه وخت منځته راځی چي و اکسيجن ته د ميوکارډ اړتيازياته شی. په يو شمير حالاتو کي کيدای شي چي په دواړو صورتو(د اړتيا زياتيدل اويا د اکسيجن کم رسيدل) يعنی ګډ ډول را منځته شی، دبيلګی په توګه په روحی فشارونو ،عصبانيت،تر ډوډی خوړلووروسته، ميخانيکي بدلونونه (ديخی هوا سره مخامخ کيدل) او نور کيدای شی د اکليلی شراينو د اروا د کمښت او د ميوکارډ د اکسيجن د مصرف د زياتوالی او د صدري دردونو د توليد سبب وګرځی. (٦)

د اسکيميا اثرات

(c) ketabton.com: The Digital Library

د ناکافی پرفیوژن حمله چي د اکلیلی شرائنو د اتیرورو سکلیروزس له کبله منځته راځی ، د میوکارډ عضلی د اکسیجن اندازه کمه چي په نتیجه کي په ګذری ډول د میوکارډ میخانیکي، بیوشیمیکي او الکتریکي فعالیتونه خرابوی. د اکلیلی شراینو اتیروسکلیروزس یو موضعی پروسه ده چي اکثراً د غیر متجانسی اسکیمیا سبب کیږی. د بطین د تقلصیت موضعی خرابوالی اکثراُ د موضعی اکینیزیا، او په شدید حالت کي حتی د په موضعی ډول د بطین د پړسیدو یا ډیزکینیزیا، سبب کیږی، چي کولای شی په زیاته اندازه د میوکارډ پمپ کول کم کړی.

که شدیده اسکیمیا په ګړندی ډول را منځته شی ، چي اکثراً یی سبب د اکلیلی شراینو پوره یا د زیاتی برخی بند والی تشکیلوی، نو د میوکارډ عضلی د نورمال تقبض او استرخأ عدم کفایه را منځته کوی.

د بطین د زیاتی برخی اسکیمیا په ګذری ډول د چپه بطین د عد م کفایه سبب کیږی، او که پپیلری عضلات مصاب شویوی، نو کیدای شی چي د میترال د سام عد م کفایه هم را منځته کړی. که اسکیمیا په ګذری ډ ول را منځته شی ،نو کیدای شی چي صدري خناق ورسره مل وی، او که دوامداره شی نو د میوکارډ د نکروز او سکار د تولید سبب ګرځی چي کیدای شی د زړه د حادی احتشأ اعراض او علایم ورسره مل او یا شتون ونلری.

نورمال میوکارډ شحمی اسیډونه او ګلوکوز په کاربن ډای اکسایډ او اوبو تجزیه کوی. د اکسیجن په کمښت کي ، شحمی اسیډونه اکسیډیز کیدای نشی، او ګلوکوز هم په لکتیت بدلیږی، داخل حجروی pH کمیږی. د حجروی غشأ د دندو د خرابوالی له سببه پوتاشیم د حجری څخه وزی او د میوسیتونوپه ذریعه د سوډیم اخستل ګړندی، اوهم د سیتوسولیک کلسیم اندازه زیاتوالی مومی.

د میوکارډ د اکسیجن د سپلای او ډ یماند تر منځ د بیلانس خرابوالی په ګوته کوی چي آ یا نوموړی تخریبات رجعی دی (د مکمل بندښت په صورت کي ۲۰ د قیقی چي کولترالونه نه وی را منځته شوی) او یا دا چي دا تخریبات دوامداره دی، که بندښت تر ۲۰ د قیقی زیات شی، نو د میوکارډ د نکروز سبب ګرځی.

اسکیمیا هم داډول په ECG کي د ښکاره بدلونو سبب کیږی لکه د T موجی منفی کیدل او د ST سګمنټ بیځایه کیدل.

د میوکارډ د اسکیمیا نور مهم اثرات عبارت دی له برقی نا برابریو څخه ، چي کیدلای شی دبطین د بیلو او خامو تقلصاتو اوحتی بطینی تکي کارډیا او یا فبریلیشن سبب و ګرځی. زیات ناروغان چي د زړه د اسکیمیکو ناروغیو له کبله په ناڅاپی ډول مری اکثراً یی سبب بطینی تکي اریتمیاوی تشکیلوی. (۱)

ثابت صدري دردونه

(c) ketabton.com: The Digital Library

د صدر هغه وړاندوینه کیدونکي او یا بیا راګرځیدونکو نا آرامیوته ویل کیږی چي په معین ډول د ثابتو فزیکي یا روحی فشارونو په ذریعه تولید او د استراحت یا تر ژبی لاندی نایتروګلیسیرونو په استعمال سره له منځه ځی.(۳)

بی ثباته صدري د ردونه

هغه صدري دردونوته ویل کیږی چي نوی را منځته او یا داچي د پخوانیو په وصف او شدت کي توپیر راسی، یعنی ژر ژر تکرار او شدید وی او یا دواړه وصفه پیکښي شتون ولری، را منځته شی، چي ورته بی ثباته صدري دردونه، یا پرته له ST سګمنټ لوړ والی څخه د زړه احتشا NSTEMI هم وایی (۳)

وریانت یا (VARIANT (PRINZMETAL'S) (PVA صدري دردونه

په ۱۹۵۹ میلادی کال کي Prinzmetal او د ده ملګرو د لمړی ځل لپاره تشریح کړی نوځکه د ده په نوم یادیږی. و هغه انجین ته ویل کیږی چي د اکلیلی شراینو د سپزم په نتیجه کي پرته له کوم تحریکي عوامل څخه ، اکثراً د استراحت په وخت ، منځته راځی. ناروغی په ځوان عمرکي او په ځانګړی توګه په هغو کي چي ډیر لږ خطری عوامل ،لکه سګریټ څکول ، لری منځته راځی او پیښی یی په ښځو کي د نارینه وو په پرتله زیاتی دی. د درد په وخت په ECG کي وصفی بدلون یعنی د ST سګمنټ لوړ والی لیدل کیږی. د ښه تشخیص لپاره یو شمیر تحریکي ټستونو لکه hyperventilation ټسټ ، cold-pressorټسټ او یا ergometrine challenge ټسټ څخه کار اخستل کیږی. د ناروغی د حملی په جریان کي کیدای شی د بطینی تکي اریتمیاوو او یا بلاک سبب و ګرځی.

درملنه : د حادی حملی د د رملنی او هم د تکراری حملو د پیښیدو د کموالی په منظور د نایتریتونو اویا د کلشیم چینل بلاک کونکو درملو څخه کار اخستل کیږی. د آ سپرین تطبیق له دی کبله چي د پروستا سیکلین په ترکیب کي بدلون را منځته کوی، کولای شی چي د اسکیمیا حملات زیات او خطر یی لاهم زیات کړی. د اکلیلی شراینو د revascularization څخه هم ګټه اخستل کیدای سی.

انذار: په PVA اخته اکثر ناروغان د ناروغی حاده حمله د صدري دردونو په متکررو حملاتو سره تیروی او د ۵ کلونو لپاره د ژوندی پاته کیدو چانس ډیر زیات او حتی د ۹۰ تر ۹۵ سلنی رسیږی. هغه ناروغان چي د اکلیلی شراینو ثابت بندښت نلری او یا لږ ولری، د هغو په پرتله چي ثابت بندښت لری، ښه انذار لری. په ۲۰ سلنه ناروغانوکي د ۵ کلنو په موده کي دزړه نه وژونکي احتشأ منځته راتلای سی. هغه ناروغان چي د د رد د حملاتو په دوران کي وخیمی اریتمیاوی ولری، د زړه د دریدنی او مړینی خطر یی زیاتیږی. (۵، ۱)

له اعراضو پرته یا (ASYMPTOMATIC (SILENT اسکیمیا

(c) ketabton.com: The Digital Library

د اکلیلی شراینو بندشی ناروغی، د زړه حاده احتشأ او یا دزړه ګذری احتشاوی اکثراً پرته له اعراضو منځته راځی او په زیاتو ناروغانوکي یوازی د متکرری ECG په اخستلو سره ناروغی تشخیصیږی، حال دا چي دی ناروغانو د اسکیمیا متکرر حملات تیر کړیوی. د اسکیمی متکرر حملات (که اعراض ولری او یا پرته له اعراضو وی) د اکلیلی شراینو د خرابوالی له کبله د مړینی چانس زیاتوی. کله کله ، کیدای سی چي په صدري خناق اخته ناروغ پرته له صدري درد د نورو غیر وصفی اعراضو لکه سالنډی، ستړیا، تیغ وهل، زړه بدوالی ، او بدهضمی څخه مراجعه وکړی.

درملنه: په دی ناروغانوکي درملنه د هر ناروغ لپاره باید بیله په پام کي ونیول سی. په هغو ناروغانوکي چي د اکلیلی شراینو ښکاره آ فات ولری باید د وینی د لوړ فشار او ډیز لیپیډیمیا درملنه په لمړی قدم کي ورته ترسره سی، ځکه د مړینو کچه را کموی. د چپه زړه په اسکیمیا اخته هغه ناروغان چي په دریو اکلیلی شراینو کي آ فات ولری او یا د چپه بطین فعالیت یی کم سویوی، د CABG لپاره کاندید بلل کیږی. په ټولو هغو ناروغانوکي چي په چپه او یا عرضی اسکیمیا اخته وی، د وینی د لوړ فشار او لیپیډینو د کموالی درملنه باید تر هرڅه لمړی په پام کي او هم په دی ناروغانوکي د آ سپرین، ستاتین، او بیتا بلاکرونو تطبیق اغیزمن او ښه انذار لری. (۱ ، ۳)

(۱ - ۱) نمره جدول د اکلیلی شراینو د ناروغیو سلنه د سن، جنس او اعراضو له رویه ښودل شویده (٦)

جنس	عمر	وصفی انجین	غیر وصفی انجین	غیر قلبی صدري درد
نارینه	۳۰ - ۳۹	۸۳	۴٦	۳
	۴۰ - ۴۹	۸۸	۵۷	۱۲
	۵۰ - ۵۹	۹۴	۷۱	۱۸
	٦۰ - ٦۹	۹۵	۷۸	۳۱
	۷۰ یا زیات	۹۷	۹۴	٦۳
ښځی	۳۰ - ۳۹	-	۲۰	۴
	۴۰ - ۴۹	۵٦	۳۱	۴
	۵۰ - ۵۹	٦۸	۳۰	٦
	٦۰ - ٦۹	۸۱	۴۸	۱۰

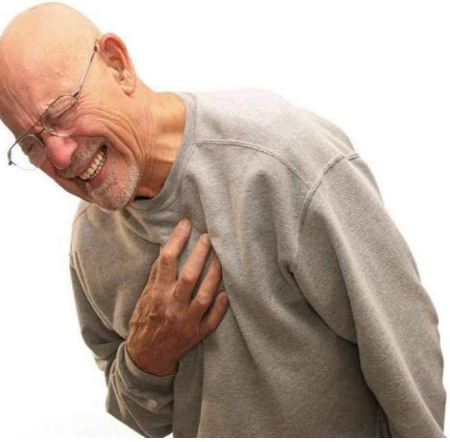
(c) ketabton.com: The Digital Library

	۷۰ یا زیات	۹۶	۵۶	-

صدري دردونه یا صدري خناق Angina Pectoris

عمومی معلومات

د صدر هغه وړاندوینه کیدونکي او یا بیا راګرځیدونکو نا آرامیوته ویل کیږی چي په معین ډول د ثابتو فزیکي یا روحی فشارونو په ذریعه تولید او د استراحت یا تر ژبی لاندی نایتروګلیسیرونو په استعمال سره له منځه ځی.(۳)



وصفی یا ټیپیکل صدري د ردونه

هغه صدري درد ونوته ویل کیږی چي په صدر کي د choking یا فشار یا دروندوالی د عمیق احساس په ډول را منځته او اکثراً د زامی، بازوګانو یا شرصوفیه ناحیی خواته انتشار مومی. اکثراً د فزیکي فعالیتونو یا روحی فشارونو په ذریعه را منځته او په استراحت سره آ راموالی مومی. دصدر دا ډول نا آرامی اکثراً ناروغ د سوک د ضربی په ډول بیانوی چي Levine sign یاعلامه ورته ویل کیږی. (۳)

غیر وصفی صدري د ردونه ANGINAL EQUIVALENT

کله کله ، کیدای سی چي په صدري خناق اخته ناروغ پرته له صدري درد څخه د نورو غیر وصفی اعراضو لکه سالنډی، ستړیا، تیغ وهل، زړه بدوالی ، او بدهضمی څخه مراجعه وکړی.

بی ثباته صدري دردونه UNSTABLE ANGINA

هغه صدري دردونوته ویل کیږی چي نوی را منځته او یا داچي د پخوانیو په وصف او شدت کي توپیر راسی، یعنی ژر ژر تکرار او شدید وی او یا دواړه وصفه پیکښبي شتون ولری، را منځته شی، چي ورته بی ثباته صدري دردونه، یا پرته له ST سګمنټ لوړ والی څخه د زړه احتشا NSTEMI هم وایی . (۳)

اپیدیمولوژی

سن: معمولاً په متوسط او زاړه عمرکي موندل کیږی، په ښځو کي زیات تر مینوپوز وروسته.

جنس: نارینه د ښځو په پرتله زیات په ناروغی اخته کیږی. (۳)

(c) ketabton.com: The Digital Library

وقوعات: د امریکا په متحده آ یالاتو کې د ثابتو صدري دردونوتقریباً د کاله ۵۰۰۰۰۰ نوی کیسونه ترلاسه کیږی. (۳)

شیوع: د امریکا په متحده آ یالاتو کې تقریباً تر ۱۰ میلیونه زیات وګړی د صدري دردونو څخه ځوریږی. په برطانیه او د نړی په زیاتو هیوادونوکې هم د مړینو عمده سبب تشکیلوی. د دی ناروغیو له کبله د کاله ۱۰۰۰۰۰/۶۰ تنه خپل ژوند دلاسه ورکوی. داسی اټکل کیږی چې د ۲۰۱۰ میلادی کال وروسته به د نړی په پرتله د زړه د اکلیلی شراینو د ناروغیو ۶۰ سلنه په هندوستان کې را منځته سی. (۵،۳)

د خطر عوامل

د اکلیلی شراینو د ناروغیو د خطر عوامل دلته هم صدق کوی او عبارت دی له:

د وخت ترمخه د اکلیلی شراینو د ناروغیو کورنی تاریخچه په ځانګړی توګه په لمړی درجه د وستانوکې (په نارینه وو کې چې عمر یی تر ۵۵ کلنی او په ښځوکې چې عمر یی تر ۶۵ کلنی کم وی) شتون ولری. (۳)

چاغوالی

په وینه کې د کولستیرول زیاتوالی

د وینی د فشار زیاتوالی

د سګریټو څکول

د شکری ناروغی

نارینه جنس په ځانګړی توګه بوډا ګان

پتوفزیا لوژی

د اسکیمیا په شتون کې صدري دردونه هغه وخت پیداکیږی چې د میوکارډ د پرفیوژن او و اکسیجن ته د میو کارډ اړتیا کې بد لون را شی. د زړه څخه د حسی اعصابو رشتی د سمپاتیک چینل د لاری انتقال اود C7-T4 په سویه کې شوکې نخاع ته داخل چې په پایله کې په اړوند درماتوم کې د منتشرو دردونو یا نا آرامی سبب کیږی.

د اتیروسکلیروزس په ذریعه د اړونده شریان تنګوالی (تر ۷۰ سلنه زیات تنګوالی) د ناروغی عمده پتولوژیک بدلون تشکیلوی. ولی په یو شمیر هغو ناروغانوکې چې د ابهر شریان په ناروغیو او یا hypertrophic cardiomyopathy اخته وی پرته له دی چې د اکلیلی شراینو ناروغی ولری، کیدای شی په صدري دردونو اخته شی. (۳)

(c) ketabton.com: The Digital Library

اسباب

- د اکلیلی شراینو اتیرو سکلیروزس (عمده سبب)
- د ابهر شریا ن تنگوالی
- د زړه د عضلی هایپر ټروفیکه میوپاتی
- د ابهر شریان عدم کفایه
- په ابتدایی ډول د ریوی شریان د فشار زیاتوالی (۳)

ورسره مل ستونزی

- په وینه کي د کو لستیرول زیاتوالی
- د محیطی او عیو ناروغی
- د وینی لوړ فشار
- د وزن زیاتوالی
- د شکری ناروغی(۳)

تشخیص

- د صدري دردونو وړاندوینه کیدونکي یا تکراریدونکي حملات چي د ۳ تر ۱۵ د قیقو د وام و مومی او د فزیکي فعالیت، روحی تشوشاتو،زیاتی غذا،یخی هوا او یا سگریټ څکولو په اثر رامنځته، او د استراحت یا تر ژبی لاندی نایتروگلیسیرین باندی آ رام شی.
- د پورته ټکو په پام کي نیولو سره باید دناروغ څخه پوره تاریخچه واخستل شی.
- د فزیکي فعالیتونو په وخت کي د سالنډی پیښیدل کیدای شی یوازنی عرض وی.
- په ښځو،بوډاگانو اویا شکری ناروغی اخته ناروغانوکي کیدای شی ناروغی په غیر وصفی ډول ښکاره شی.
- د کاناډا یا نیویارک د زړه د ناروغیو د ټولنی د درجه بندی له مخی د مزمنو صدري دردونو شدت په لاندی ډ ول ترلاسه کیدای شی:

۱- ۲ نمره جدول (د کاناډا اونیویارک د زړه د ناروغیو د ټولنی د رجه بندی) (۱،۳)

درجه	د کاناډا د زړه د ناروغیو د ټولنی د رجه بندی	د نیویارک د زړه د ناروغیو د ټولنی د رجه بندی
لمړی	د عاد ی یا ورځنیو فزیکي فعالیتونو په ترسره کولوسره درد	ناروغ د زړه ناروغی لری ولی فزیکي فعالیتونه په

(c) ketabton.com: The Digital Library

درجه Class I	شتون نلری، یوازی د درنو کارونو،چټکو کارونویاد وامداره او د زیاتی مودی لپاره فزیکي فعالیتونو په ترسره کولو سره درد پیداکیږی.	عادی ډول مخته بیایی. ورځنی عادی فعالیتونه د سټرپیا، د زړه د ټکان، سالنډی او صدري درد سبب نه کیږی.
دوهمه درجه Class II	د عاد ی یا ورځنیو فزیکي فعالیتونو لږمحدودیدل (ژرژر قدم وهل ،په زیاتو زینو کي ختل او روحی فشارونه).	ناروغ د زړه ناروغی لری او فزیکي فعالیتونه هم لږ محدو سویوی، ولی د استراحت په وخت ستونزه نلری. ورځنی فزیکي فعالیتونه د سټرپیا، د زړه د ټکان، سالنډی او صدري درد را منځته کولای سی.
دریمه درجه Class III	د عاد ی یا ورځنیو فزیکي فعالیتونو زیات محدودیدل.	ناروغ د زړه ناروغی لری او فزیکي فعالیتونه هم زیات محدو سویوی، ولی د استراحت په وخت ستونزه نلری. په کمه اندازه فزیکي فعالیتونه د سټرپیا، د زړه د ټکان، سالنډی او صدري درد سبب کیدای سی.
څلورمه درجه Class IV	د عاد ی یا ورځنیو فزیکي فعالیتونو اوحتی د استراحت په وخت د درد احساس.	ناروغ د زړه ناروغی لری ولی فزیکي فعالیتونه یی محدود، او حتی د استراحت په وخت هم د زړه د عدم کفایی او صدري دردونو اعراض شتون لری. لږ فزیکي فعالیتونه د سټرپیا، د زړه د ټکان، سالنډی او صدري درد سبب کیږی.

تاریخچه

- د پخوانیو صدري دردونو کیفیت او د تکرار اندازه اومودہ.
- د زړه او یا دزړه د والونو د ناروغیو شتون.
- د زړه د احتشأ، د اکلیلی شراینو د ناروغیو اویا ناڅاپی مړینو کورنی تاریخچه.

فزیکي معاینات

- د ناروغ حیاتی علایم لکه د وینی فشار،د زړه حرکات،د تنفس تعداد او د وینی د اکسیجن د مشبوعیت اندازه باید و کتل شی.
- د زړه په معاینه کي کیدای شی اریتمیا، او یا مرمرونه چي د زړه د والونو پر ناروغیو دلالت کوی،د بطیناتو د غټوالی علایم، ګلوپ ریتماو یا د زړه د احتقانی عدم کفایه علایم و لیدل شی.
- د اوعیو په معاینه کي کیدای شی د محیطی اوعیوناروغی (د نبض کموالی،برویټ،او یا د خیټی انوریزم) په ګوته شی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

- د سږو په معاینه کي کیدای شي د سږو بندښي یا تخریبي ناروغۍ،او یا دسږو پاړسوب و موندل شي.
- کیدای شي په ناروغ کي د لیپیډونو د زیاتوالی علایم لکه xanthomas یا xantholesma شتون ولري.
- پام مو وی چي که فزیکي علایم نورمال وی نو موږ دزړه ناروغی نشو ردولای.(۳)

تشخیصی معاینات

د زړه گرافECG

- کیدای شي د زړه د احتشأ د پخوانی حملی نښي وښئی، که دزړه په گراف کي څه شتون ونلری نوباید ځوځلی ترسره شي، ځکه کیدای شي چي د حملی په وخت ښکاره علایم وښئی.
- د یوشمیر ناروغیو لکه Bundle branch block ، Wolff Parkinson White syndrome او intraventricular conduction delay شتون کیدای شي د stress ECG په تفسیرکي ستونزی را منځته کړی.

د تمرین په وخت د زړه گراف

د هغو ناروغانو لپاره چيMETS 5 یا تر METS 5 زیات فزیکي تمرین تر سره کولای شي.

- د هغو نا روغانو لپاره چي د زړه ساده گراف یې نورمال وی نو Standard exercise ECGتوصیه کیږی.
- د هغو نا روغانو لپاره چي د زړه ساده گراف یې نورمال نوی او یا ښځی چي د مینوپوز په دوره کي وی نو Exercise stress testing د echocardiography یا perfusion imaging سره یوځای توصیه کیږی.
- د داخل بستر ناروغان چي تمرینونه نشی تحمل کولای باید ورته د pharmacologic stress testing د adenosine یا regadenoson درملو یا که د استما یا 2° یا 3° درجه دزړه بلاک ولری نو د dipyridamole یا Dobutamine درملو په ذریعه تولید شوی ټسټ ترسره کیدای شي.
- د اکلیلی شراینو د ناروغیو د تشخیص او درملنی د تصمیم نیونی لپاره طلایی سټنډرډ لرونکي معاینه Coronary angiography تشکیلوی.(۳)

لابراتواری معاینات

(c) ketabton.com: The Digital Library

- تر هرڅه لمړی باید د ناروغ هیماتوکریت،په تشه خواد وینی د لیپیډونو پرفایل او د وینی ګلوکوز او نور روتین معاینات ترسره شی.
- د وینی د مجموعی کولستیرول او LDL اندازه کیدای شی لوړه او د HDL سویه کمه ترلاسه شی.
- سی ریکټیو پروټیین یا CRP د هغو ناروغانولپاره چي د زړه د ناروغیو د منځته راتلو لپاره متوسط خطری عوامل ولری زیات اړین دی، ځکه په دوی کي د CRP زیاتوالی د ستاتین د مؤثریت علامه ښئی.[۳]

متممه معاینات

- که د زړه د والونوپرناروغیو یا hypertrophic cardiomyopathy باندی شکمن یاست نو ناروغ ته echocardiogram تر سره کړی.
- Stress imaging د echocardiogram سره مل او یا perfusion imaging
- که د سږو د ناروغیو علایم شتون ولری نو ناروغ ته دصدر راډیو ګرافی ترسره کړی.[۳]

تفریقی تشخیص

- د سږو ناروغی.
- Deconditioning

د رملنه TREATMENT

طبی درملنه

د لمړی خط درملنه

د اسکیمیا یا انجین ضد درمل

۱- د بیتا آخذو نهیه کونکي درمل Beta blockers د زړه د حرکاتو د کمښت،د وینی د فشار د لږوالی،او د میوکارډ د تقلص د زیاتوالی سبب کیږی:

- اتینالول Atenolol (د ۲۵ تر ۱۰۰ ملی ګرامه د ورځی)، او metoprolol (د د ۲۵ تر ۱۰۰ ملی ګرامه د ورځی دوه ځلی)
- د دی درملو اندازه باید د کلینیکي ښه والی په پام کي نیولو سره سم عیاره شی ،یعنی په استراحت کي دزړه حرکات د ۵۰ تر ۶۰ واره په دقیقه کي

(c) ketabton.com: The Digital Library

- جانبي عوارض يې عبارت دي له سټرپا،د فزيكي فعاليت نه تحمل،دانتعاذ كموالى،د زړه د حركاتو كمښت،يا دزړه بلاک
- مضاد استطباب: د زړه غير معاوضوي عدم كفايه،شديده برډي كارډيا،دزړه پر مختللى بلاک،او يا دسږو شديدې ناروغي

۲- نايتريتونه Nitrates: د بدن د وريدونو اوشراينو (د اكليلي شراينو په شمول) د توسع سبب گرځي، چي په پايله كي د afterload د كموالي او ميوكارډ ته د جريان د زياتوالي سبب كيږي:

- ترژبي لاندي نايترو گليسيرين nitroglycerin Sublingual د ۰،۴ ملي گرامه په اندازه. د صدري دردونو د حادي حملې په صورت كي كيداى د ۱۰ تر ۱۵ دقيقو په موده كي د ۲ تر ۳ ځلي تكرار شي،كه خواب ورنكړي نو نورې لارې چارې لټول كيږي.
- د اوږده تاثير لرونكي نايتريتونه Long-acting nitrates: كيداى شي چي تر ۸ يا ۱۲ ساعتو وروسته تكرار شي، تر څو ښه تحمل شي، جانبي عوارض يې د سر درد، او د وينې د فشار كموالي دي چي په د وامداره استعمال سره له منځه ځي.
- د phosphodiesterase نهيه كونكي درملو لكه sildenafil،vardenafil اوtadalafil چي د جنسي قوې د زياتوالي لپاره استعماليږي، كيداى شي د ژوند تهديدونكي ټيټ فشار سبب وگرځي، ځكه نو يو ځاى استعمال يې مضاد استطباب دي

۳- د كلسيم د چينل بلاک كونكي Calcium channel blockers (CCB) چي د شراينو د توسع له كبله د ميوكارډ داكسيجن اړتيا كمه او د اكليلي شراينو د دوران د ښه والي سبب گرځي. يوازي د اوږدې مودې تأ ثير لرونكي درمل كارول كيږي.

- د Dihydropyridine مشتقات لكه nifedipine (د۳۰ تر ۹۰ ملي گرامه د ورځې)، amlodipine (د ۵ تر ۱۰ ملي گرامه دورځې)، felodipine (د ۲،۵ تر ۱۰ ملي گرامه دورځې) د زياتي شرياني توسع سبب گرځي.همداراز نور مشتقات لكهdiltiazem (د ۱۲۰ تر ۴۸۰ ملي گرامه دورځې) يا verapamil (د ۱۲۰ تر ۴۸۰ ملي گرامه دورځې) توصيه كيږي.
- جانبي عوارض يې عبارت دي له قبضيت او د پښو پاړسوب څخه.

۴- يو بل در مل نوى درمل چي نوميږي Ranolazine او د FDA لخوا د انجين ضد درملو د لمړى قطاردرملوپه ډله كي شامل سويدى. د پورته درملو په شان اثر لرى او د چپه بطين په د ندو كي ښه والي راولي، د تاثير ميخانكيت يې ښه نه دى معلوم ولى بياهم ويل كيږي چي د كلسيم

(c) ketabton.com: The Digital Library

د داخل الحجروی اندازی د کموالی له کبله خپل اثر وړاندی کوی. نوموړی درمل د زړه پر حرکاتو او هم د وینی پر فشار کوم اثر نلری، ځکه نوکه په یوازی ډول او یا د نورو درملو سره یوځای توصیه سی، د انجین ضد تأثیر لری. دادرمل کیدلای سی چي د انتعاض د قوی کونکو درملو سره یوځای ورکول سی. (د ۵۰۰ تر ۱۰۰۰ ملی گرامه د ورځی د وه ځلی) توصیه کیږی.

- اکثراً په هغو ناروغانوکي چي په یوازی ډول په β-blockers ،نایتریتونو او amlodipine جواب ورنکړی نو دپورته درملوسره ګډ ورکول کیږی.
- جانبی عوارض یی عبارت دی له زړه بدوالی، قبضیت،سرګنګسی او سردردی.
- مضاد استطباب یی دdiltiazem او verapamil درملو سره ګډ استعمال، prolonged QT او هغه در مل چي د cytochrome P-450 سیستم نهیه کوی باید یوځای استعمال نشی، اوهم د پښتورګو او ینی په ناروغیو کي نسی ورکول کیدلای اوهم باید د حادو صدري دردونو په د رملنه کي توصیه نسی. (۲)
- **د اوعیو محافظه کونکي درمل**

۱- په ټولو ناروغانوکي د د مویه صفیحاتو ضد درمل استطباب لری:

- آسپرین Aspirin (د ۸۱ تر ۳۲۵ ملی گرامه د ورځی) ښه درمل دی.
- کلوپیډوګریل Clopidogrel (۷۵ ملی گرامه د ورځی) په هغو ناروغانوکي چي آسپرین نشی خوړلای.
- دAspirin او Clopidogrel یو ځای استعمال یوازی په هغو ناروغانوکي چي ورته سټنټ اچول شویوی، تر څو د سټنټ د ترمبوز ریټ راکم کړی، توصیه کیږی.

۲- ستاتین Statins لکه simvastatin، atorvastatin، pravastatin او lovastatinد کولستیرول د کموالی لپاره :

- د اکلیلی شراینو د ناروغیود ثانوی مخنیوی په منظور زیات ارزښت لری. د اکلیلی شراینود اعراض لرو نکو ناروغیو وقوعات راکم او هم د زړه د احتشأ له امله د مړینو اندازه کموی.
- د اکلیلی شراینود تأ سیس شوی ناروغی لپاره باید LDL تر ۱۰۰ ملی گرامه په هر ۱۰۰ ملی لیتره وینه کي کم وی، او هغه ناروغان چي د زیات خطر سره مخ وی باید د LDL اندازه یی تر ۷۰ کمه وساتل شی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

- د ATP نوی لارښود د پورته درملو استعمال په هغو ناروغانو کي چي د اکلیلی شراینو په ناروغیو اخته اویا شکمن ناروغان وی، د واړو کي توصیه کوی.
- جانبی عوارض یی کیدای شی د transaminases د اندازی لوړوالی، د عضلاتو دردونه، او په نادر ډول کیدای شی د عضلو د التهاب اویا rhabdomyolisys سبب و ګرځی.

۳- د ACE نهیه کونکي درملو استعمال ښودلی ده چي د زړه د ناروغیو او زړه د احتشأ له امله د مړینو په اندازه کي کمښت را ولی. له دی کبله نو د اکلیلی شراینو په ناروغیو او د زړه په نوروناروغیو په ځانګړی توګه هغه چي د شکری په ناروغی اخته دی او یا دچپه بطین ستونزی لری استطباب لری.

- د انجیو تنسین د آ خذو نهیه کونکي درمل بیا هغه وخت استعمال لری چي ناروغان د ACE نهیه کونکي درمل تحمل نکړای شی. (۳)

عمومی اهتمامات

د ژوند کولو د ډ ول بد لون زیات اړین دی، په دی ډول چي:

- د وینی فشار باید کنټرول او د سګریټ څکول پریښودل شی
- روحی فشارونه د امکان تر حده کم شی، او په چاغو اشخاصو کي د وزن کمښت
- منظم ورځنی فیزیکي تمرینونه (د ۳۰ تر ٦۰ دقیقی دورځی).
- په کال کي یوځل د انفلوینزا د واکسین تطبیق (۳)

جراحی: د بیا اوعیو جوړولو Revascularization درملنه: کله چي پورتنی تدابیر ګټور نه وی.

- د پوستکي د لاری اکلیلی مداخله یا :(Percutaneous coronary intervention (PCI

د BALLOON ANGIOPLASTY طریقه، یا د سټنټ ایښود ل

د اکلیلی شریان معاوضه یا (CORONARY ARTERY BYPASS GRAFTING (CABG

- د تکراریدونکو صدري دردونو لپاره
- د شوکي نخاع د تنبه کیدلو طریقه
- د لایزر په ذریعه د میوکارډ د revascularization درملنه. (۳)

اختلاطات

- بی ثباته صدري دردونه یا د زړه احتشأ
- د زړه اریتمیا، د زړه د رید ل
- د زړه احتقانی عدم کفایه(۳)

(c) ketabton.com: The Digital Library

د اکلیلی شراینو د ناروغیو د مخنیوی لپاره و خلګوته بنستیز پیغامونه (۷)

- د سګریټ او چلم څکولو څخه ډ ډه کول
- منظم تمرینونه یا ورزش (لږ تر لږه د ورځی ۲۰ دقیقی، په اونی کې ۳ ځله) کول.
- د چاغوالی مخه نیول
- په ورځ کې لږ تر لږه ۵ ځلی د میوی او تازه سبو خوړل
- د شحمیاتو او غوړیو کم استعمال.

د زړه حاده احتشأ Acute Myocardial Infarction

تعریف

- د اصطلاح یا تیوری له رویه، د زړه حاده احتشأ د زړه د عضلی نکروز ته ویل کیږی،ولی په عملی ډول، دزړه حاده احتشأ هغه وخت ورته ویلای شو چې د کلینیکي او لابراتواری پلوه دتشخیص وړ او پتولوژیکي بدلونونه پکې شتون ولری. د طبی تکنالوژی په پرمختلو سره (په ځانګړی توګه د تروپونین په تعین سره)او س د میوکارډ ډیره کمه اندازه نکروز چې پخوا یی تشخیص نه کیدی ،هم په ګوته کیدای شی. (٦)
- د زړه هغه احتشأ چې پیکښې د ST سګمنټ لوړوالی شتون نلریNSTEMI ، د پتوجنیزس او کلینیکي تظاهراتو له مخی دunstable angina یا بی ثباته صدري خناق سره ورته والی لری. دواړه د حاد اکلیلی سندروم اجزاوی بلل کیږی، ولی یوازی د بیو مارکرونو (لکه troponin I [TnI] ، troponin T [TnT]او CKMB) د بدلونوله مخی سره توپیر کیږی. (۳)

اسباب

- د تخریب شوی یا خیری شوی پلک څخه د دمویه صفیحاتو غنی ترمبوز آ زادیدل (عمده سبب).
- د دوران بندښت (د اکلیلی شراینو سپزم یا د اوعیی تقبض) په ځانګړی توګه د epicardial اویا subendocardial په اوعیو پکښې.
- د اوعیه شدی تنګوالی پرته له سپزم یا ترمبوز څخه.
- د اکلیلی شراینو د د وران په مقابل کې دوامداره میخانیکي مانعه.
- د اکلیلی شراینو التهاب، چې کیدای شی انتانی او یا غیر انتانی منشه ولری،او کیدای شی د پلک د توسع او یا تحرکیت سبب شی.
- د اکلیلی شریان تخریب، خیریدل او یا قرحات او د ترمبو جنیزس د عملیی پیل.

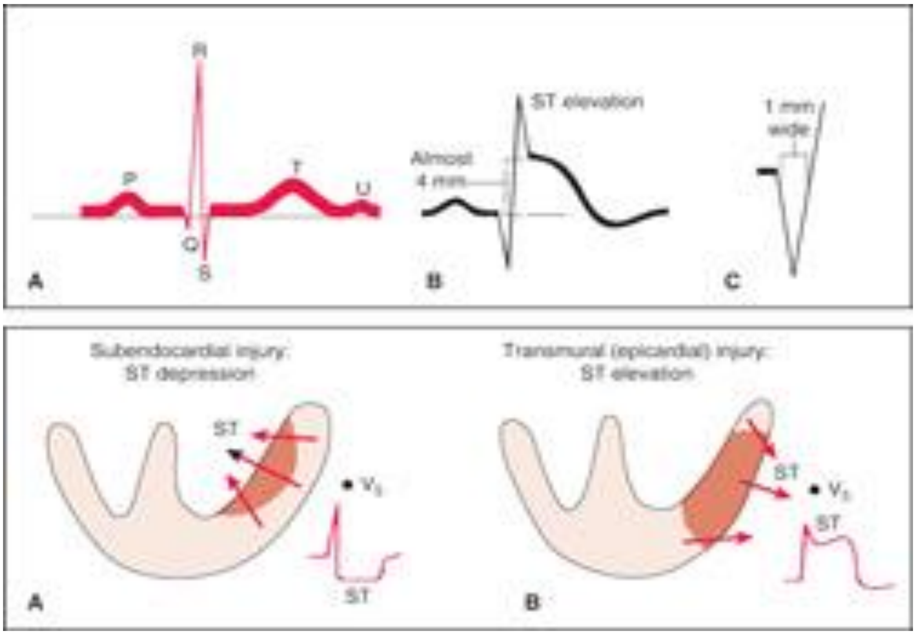
(c) ketabton.com: The Digital Library

- د کوکایین یا میت امفیتامین اعتیاد. (۳)

پتوفزیا لوژی: د زړه احتشأ اکثراً د اتیروسکلیروتیک پلک د تخریب یا څیریدنی څخه چي د دمویه صفیحاتو څخه ډک ترمبوز ورسره مل وی را منځته او په ګړندی ډول د ماؤفه ساحی د وینی د جریان د کمښت سبب کیږی.په لږه اندازه ناروغی د میوکارډ د هغو ناروغیو له کبله چي د میوکارډ د اکسیجن اړتیا تر سپلای زیاته شی هم منځته راځی. (۳)

ورسره مل حالات

- د خیتی د ابهر انوریزم
- د خارج قحفی د ماغی اوعیو ناروغی
- د محیطی اوعیو اتیرو سکلیروتیکي ناروغی



۱- ۷ شکل (الف: نورمال، ب: د حادی اسکیمیا ST لوړوالی، ج: د حادی احتشأ د Q موجه) (۳)

اعراض اوعلایم

تاریخچه

- جهدی یا پرته له جهده د صدر دروندوالی/ تنګوالی .

(c) ketabton.com: The Digital Library

- درد او یا نا آرامي چي د غاړی،زامی،شا، بازوګانو او یا شرصوفیه ناحیې ته خپریږی.
- د میوکارډ د اسکیمیا تاریخچه (ثابت یا غیر ثابت انجین،د زړه احتشا،د اکلیلی شراینو جراحی،او یا د PCI تر سره کول).
- د اکلیلی شراینو د ناروغیو د خطری عواملو او یا خون ریزی تاریخچه.
- **د درملو لکه** Phosphodiesterase-5 inhibitors **یا** nitrates **دوامداره تاریخچه**. (۳)

فزیکي معاینه

- عمومی معاینه: تبه کله کله کیدای شی شتون ولری.
- عصبی:سرګنګسی،سنکوپ،ستړیا،ضعفیت، او د ماغی تشوش.
- قلبی وعایی:دزړه بی نظمی،د وینی ټیټ فشار،د زړه د دریم او څلورم آ واز شتون،د غاړی د وریدونو توسع.
- تنفسی: سالنډی، د تنفس د تعداد زیاتوالی، د سږو آ وازونه.
- معدی معایی:دخیټی درد، زړه بدوالی، کانګی.
- عضلی اسکلیټی:د غاړی درد،د ملا درد،د اوږو درداو د بازوګانو درد.
- پوستکي: پوستکي یخ،خاڼف او خولن وی. (۳)

تفریقی تشخیص

- د Unstable anginaسره (په ځانګړی توګه چي داسکیمیا بیو شیمیک مارکرونه شتون ونلری).
- د ابهر شریان څیریدنه.
- د ریوی شریان امبولی.
- د پلورا او پریکارډ التهاب.
- سوری شوی قرحات.
- د مرۍ او معدی ریفلکس ناروغیGERD او سپزم.
- د پانکراس او صفرا دردونه.
- د زړه بی نظمی یا اریتمیا. (۳)

درملنه

(c) ketabton.com: The Digital Library

طبی درملنه: لمړی خط

- اکسیجن : د ۲تر۴ لیتره په دقیقه کي ،چي د اکسیجن د مشبوعیت اندازه باید تر ۹۰ سلنه زیاته وساتل شی.
- مورفین سلفیټ د ۲ تر ۴ ملی ګرامه وریدی(کیدای شی د ۵ تر ۱۵ دقیقی وروسته تکرار شی).
- نایتروګلیسیرین چي د ۰،۴ ملی ګرامه په اندازه هر ۵ دقیقی وروسته د ۳ ځلو لپاره استعمالیدای شی، اووروسته کیدای شی چي د وریدی تطبیق لپاره تصمیم ونیول شی.
- آسپرین،چي انتیریک کواټد نه وی، لمړی دوز یی ۱۶۲ ملی ګرامه اوکیدای شی تر ۳۲۵ ملی ګرامه د خولی دلاری یا وژوول شی، همدارازclopidogrel لمړی دوز یی د ۳۰۰ تر ۶۰۰ ملی ګرامه ، اوپه تعقیب یی ۷۵ ملی ګرامه دورځی (هغو ناروغانوته چي آسپرین نشی تحمل کولای او یا هغه ناروغان چي و PCI ته اړتیا ولری).
- د خولی د لاری د beta-blocker درملو استعمال چي metoprololاو atenolol ته ترجیح ورکول کیږی،که یی مضاد استطباب شتون ونلری د لمړیو ۲۴ ساعتو په موده کي.
- د اړتیا په صورت کي د invasive یا محافضوی درملنی لپاره تصمیم نیول، او د دی درملنی د خطراتو او ګټو په پام کي نیول:
- د تکراری انجین د حملاتو او بستر کیدو مخنیوی، چي تقریباً ۳۳ سلنه کمښت د ٦ تر ۱۲ میاشتو په موده کي راولی.
- په ځانګړی توګه دmyocardial infarctions د منځته راتلو په خطراتوکي د ۲۷ تر ۲۲ سلنه کمښت چي د ٦ تر ۱۲ میاشتی وروسته پیل او د ۳ تر ۵ کلونو دوام مومی. (۳)

د وهم خط

- د ACE نهیه کونکي درمل، په ځانګړی توګه په هغو ناروغانوکي چي ریوی احتقان ولری، زیات مؤثر دی.
- د Nondihydropyridine calcium channel blocker درمل لکه verapamil او diltiazem په هغه صورت کي چي beta-blockers مضاد استطباب وی.
- د متکرری اسکیمیا او قلبی عدم کفایه د درملنی لپاره د وامداره تاثیر لرونکي نایتریتونه
- د رخصت کیدو په وخت باید ناروغ ته Sublingual NTG توصیه شی.
- د لیپیډونو د کمښت درملنه: ستاتین، نیاسین یا فبریټ. (۳)

عمومی اهتمامات

(c) ketabton.com: The Digital Library

- په بستریا چوکي کي استراحت او د د وامداره ECG اخستل.
- د اړتیا په صورت کي باید اریتمیا تداوی شی،ولی وقایوی درملنه نه توصیه کیږی.
- د اظطراب د کموالی لپاره د اظطراب ضد درمل.
- د قبضیت د کموالی په منظور د غایطه موادو نرمونکي درمل.
- د عمیقه وریدونو د ترمبوز د تشکل مخنیوی.
- د آسپرین،clopidogrel ، beta-blockers ، ACE inhibitors او ستاتین درملنی دوام
- د وینی د لوړ فشار منظم کنترول.
- متوقعه خپګان ته متوجه کیدل (چي تر MI وروسته معمول دی).
- د فزیکي تمریناتو زیاتول او د سګریتو پریښود ل.
- په کال کي یوځل د انفلوینزا واکسین تطبیق. اود زړه ناروغیو د متخصص سره منظمه مشوره. (۳)

جراحی

د اکلیلی شراینو پرفیوژن اود شدیدی اسکیمیا لپاره د Intra-aortic balloon pump تطبیق.
د سټنټ اینښودل او د PCI ترسره کول.
د Coronary artery bypass graft (CABG) جراحی عملیات. (۳)

مخنیوی (PREVENTION)

۱- ابتدایی مخنیوی PRIMARY PREVENTION

د هری ناروغی ښه ترینه لاره د هغي مخنیوی دی، چي د ښه مخنیوی لپاره اړینه ده چي د ناروغۍ د رامنځته کیدو لامل په ګوته سي.
د اکلیلی شرائینو د ناروغیو اسباب که څه هم واضح نه دی، ولی یو شمیر خطری فکتورونه په ګوته سویدی چي د دی ناروغیو په مخنیوی کي اغیزی ښندی، او زیات شمیر وګړی یی مراعتوی، ځکه نو په دي وروستیو کي د دی ناروغیو له کبله د مړینو کچه راکمه سویده.

په ابتدائی مخنیوی کي باید لاندی ټکي په پام کي ونیول سی:

(c) ketabton.com: The Digital Library

- د سګرېټو او چلم پرېښودل: علمي څېړنوجوته کړېده چي د سګرېټو او چلم څکول د اکليلي شرائينو څخه د مړينو کچه ۳۰۰ سلنه لوړولای سی.
- دويني د غوړ منظمه معاينه: که د ويني غوړ لوړ وی نو بايد غذايي رژيم اصلاح او هم د ويني د غوړ د کمولو درمل استعمال سی.
- د صحی غذا استعمال: که مو دويني غوړ لوړ هم نه وی بايد صحی غذا لکه د ماهی غوښه،سبزيجات، غلی دانی، لبنيات او ميوه جاتو څخه زياته ګټه واخستل سی.
- د ويني د فشار کنترول: بايد په منظم ډول د ويني فشار وکتل او کنترول سی.
- د چاغوالی مخنيوی: که مو وزن زيات وی بايد کم يی کړی. که څه هم چاغوالی په مستقيم ډول د اکليلي شرائينو د ناروغيو سره تړاو نلری، ولی کولای سی چي په غير مستقيم ډول د ويني د لوړ فشار له کبله اغيزه و ښندی.
- تمرين: بايد په منظم ډول او په اندازه هره ورځ تمرين تر سره سی.
- د روحی فشارونو کمول: هم کولای سی اغيزه ولری.
- ۲- ثانوی مخنيوی Secondary Prevention : د ثانوی مخنيوی اهتماماتو په پام کي نيولو سره د احتشأ د متکررو حملاتو او مړينو اندازه کميدلای شی. د حادی حملی تر تيريدلو سمدستی وروسته د ثانوی مخنيوی اهتمامات بايد پيل شی. د بستريدو پر وخت بايد په تشه خوا lipid profile تر سره، او ستاتين ناروغ ته تر بستر سمدستی وروسته پيل شی،ترڅو د LDL اندازه تر ۷۰ ملی ګرامه په ۱۰۰ ملی ليتره وينه کي کمه وساتل شی.سګرېټ څکول چي د مړينی اندازه ۲ ځلی زياتوی ،بايد دMI تر حملی سمدستی وروسته پريښودل شی. (٦)

په (۱- ۴) نمره جدول کي د ثانوی مخنيوی ټول اهتمامات ښودل شويدی (٦)

د رمل	اندازه	د نه استعمال د لي‌ل	کتنی
Aspirin	ابتدايی ۱۶۲- ۳۲۵ ملی ګرامه	د خون ريزی خطر	د مړينو، د حملاتو د تکرار او دماغی سکته کموی
	وروستی ۷۵- ۱۲٦ ملی ګرامه يوځل	د خونريزی خطر	
Clopidogrel	ابتدايی ۳۰۰ ملی ګرامه		ترPCI وروسته د ۳ مياشتو تر ۱کال پوری استطباب

(c) ketabton.com: The Digital Library

			لری
	وروستی ۷۵ ملی گرامه یوځل		
β-Blocker (e.g., metoprolol, carvedilol)	Metoprolol د ۲۵ – ۲۰۰ یوځل	استما، برډی کارډیا، او د زړه احتقانی عدم کفایه	د مړینو، د حملاتو د تکرار ،ناڅاپی مړینی،اریتمیا،د وینی د لوړ فشار، انجین او اتیروسکلیروزس پیشرفت کموی
	Carvedilol د ۶،۲۵ تر ۲۵ یوځل		
ACE inhibitor (e.g., ramipril, lisinopril) or ARB (e.g., valsartan, losartan)	Ramipril د ۲،۵ تر ۱۰ ملی گرامه یوځل	د وینی کښته فشار،الرژی، هایپر کلیمیا	د مړینو، د حملاتو د تکرار ،ناڅاپی مړینی،اریتمیا،د وینی د لوړ فشار، انجین او اتیروسکلیروزس پیشرفت کموی
	Lisinoprilد ۵ تر ۱۰ ملی گرامه یوځل		
	د ۸۰ تر ۱۶۰ ملی گرامه یوځل یا ۲ ځلی Valsartan		
	Losartan: د ۵۰ تر ۱۰۰ ملی گرامه یوځل		
Lipid-lowering agent (e.g., a statin) (e.g., atorvastatin, simvastatin)	Atorvastatin: د ۱۰ تر ۸۰ ملی گرامه یوځل	Myopathy، rhabdomyolysis او د ینی التهاب	د درملنی هدف دادی چي LDL باید تر ۱۰۰ اوحتی ۷۰ کم وساتل شی

(c) ketabton.com: The Digital Library

	Simvastatin: د ۲۰ تر ۴۰ ملی ګرامه یوځل		
Nitroglycerin sublingual	د ۰،۴ ملی ګرامه ترژبی لاندی د اړتیا په وخت کي	د ابهر تضیق، او د sildenafil (Viagra) استعمال	

اختلاطات او د هغو درملنه COMPLICATIONS OF MYOCARDIAL INFARCTION AND MANAGEMENT

د زړه عدم کفایه / کارډیوجنیک شاک: د زړه تر احتشأ وروسته د زړه د عدم کفایه را منځته کیدل پر خرابو اندازرو دلالت کوی او د مړینو د کچي د راکمیدلو په منظورو جدی طبی درملنی ته اړتیا لری. د Killip تصنیف په ذریعه دزړه هغه عدم کفایه چي د زړه تر احتشأ وروسته را منځته کیږی، تصنیف بندی کیږی. (۹)

- KILLIP I ■ کریپیټیشن او دزړه دریم آ واز شتون نلری

- KILLIP II ■د سږو په تر ۵۰ سلنه کمه ساحه کي کریپیټیشن شتون لری او دزړه دریم آ واز اوریدل کیږی.

- KILLIP III ■ د سږو په تر ۵۰ سلنه زیاته ساحه کي کریپیټیشن شتون

- KILLIP IV ■ کارډیو جنیک شاک

د رملنه: خفیفه عدم کفایه د ۴۰ تر ۸۰ ملی ګرامه وریدی فوروزامیډ او ناتروګلیسیرین په تطبیق ښه والی مومی. که د اکسیجن تطبیق ته اړتیاوی باید په منظم ډ ول مونیتور سی.که د وینی فشار نارمل وی نوکولای شو چي ناروغ ته د ۲۴ تر ۴۸ ساته وروسته ACE نهیه کونکي درمل ورکول سی.

په شدیده عدم کفایه اخته ناروغانو ته د ریوی شراینو د داخلی فشار د تعین په منظور باید Swan–Ganz catheterization تطبیق او هم د ورید د لاری ورته dopamine یا dobutamine ورکول سی.

که ناروغ په کارډیو جنیک شاک کي وی نوباید ورته revascularization ترسره او ورته intra-aortic balloon pump تطبیق سی. (۹)

د میوکارډ ریچر/ د چپه بطین انوریزمMyocardial rupture and aneurysmal dilatation

(c) ketabton.com: The Digital Library

د چپه بطین د آ زاد جدار رپچر اکثراً یو مقدم او وژونکي اختلاط تشکیلوی.ناروغ ته لمړی یو هیموډینامیک کولپس پیدا اووروسته زړه دریږی.درملنه یی معمولاً جراحی مداخله اوترمیم دی. همداراز د انوریزم تولید چي یو مؤخر اختلاط دی هم و جراحی ترمیم ته اړتیا لری. (۵)

د زړه بی نظمی یا اریتمیا: په د ی ناروغانوکي بطینی تکي کاردیا او بطینی فبریلیشن عمده اریتمیاوی تشکیلوی. دزړه د دریدنی په صورت کي ناروغ وdefibrillation ته اړتیا لری. بطینی تکي کارډیاوی د وریدی بیټا بلاکر درملو (لکه metoprolol ۵ ملی ګرامه، esmolol د ۵۰ تر ۲۰۰ ملی ګرامه / کیلو / دقیقه ، lidocaine د ۵۰ تر ۱۰۰ ملی ګرامه یا amiodarone د ۹۰۰ تر ۱۲۰۰ ملی ګرامه په ۲۴ ساعته کي) په ذریعه تداوی کیږی. که ناروغ هیپوټنشن ولری نو باید cardioversion ورته تطبیق سی، په داسی حال کي چي د سیروم پوتاشیم باید تر ۴،۵ ملی مول / لیتر زیات وی. د معند و بطینی تکي کارډ یاوو یا فبریلیشن په صورت کي باید ناروغ ته مګنیزیم ۸ ملی مول / لیتر په ۱۵ دقیقو کي د ورید دلاری تطبیق سی. بطینی فبریلیشن چي متکرراً واقع کیږی، د بیټا بلاکر او ډیجوکسین درملنی ته اړتیا لری. برډی اریتمیاوی کیدای سی چي د اتروپین په ذریعه تداوی سی چي په دی منظور ۰،۵ ملی ګرامه توصیه او په ۴ ساعتونوکي تر ٦ ځلی تکراریدلای سی. د زړه د بلاکونو په شتون کي کیدای سی چي په موقتی ډول وtranscutaneous یا transvenous pacemakerته اړتیا ولیدل سی. (۵)

د پریکارډ التهاب / DRESSLER'S SYNDROME

د زړه په احتشأ اخته ۲۰ سلنه ناروغانوکي څو ورځی تر حملی وروسته په ځانګړی توګه هغو ناروغانوکي چي د قدامی برخی احتشأ ولری او یا یی د سیروم انزایمونه لوړ وی را منځته کیږی. ولی وقوعات یی د ترمبو لیزس په درملنه سره راکم او د ۵ تر ٦ سلنی ته رسیږی. که نوموړی اختلاط ډیر ژر یعنی تر احتشأ یوه یا دوی ورځی وروسته را منځته سویوی، نو توپیر یی د انجین څخه ستونزمن کاردی، ولی د دقیقی تاریخچي او هم دوامداره ECG مونیتورنګ په صورت کي توپیر کیدلای سی. د پریکارډ التهاب مؤخر یعنی د احتشأ په ریکوری مرحله کي هم منځته را تلای سی، چي په دی صورت کي ورته Dressler's syndrome ویل کیږی او یو اوتوامیون عکس العمل دی چي د زړه د عضلی د تخریب په څواب کي تقریباً د ۲ تر ۱۰ اونیو وروسته منځته راځی او عمده علت یی د زړه د عضلی په مقابل کي اوتوامیون عکس العمل ښودل سویدی، څکه نو په دی ناروغانوکي د میوکارډ ضد انتی باډی

(c) ketabton.com: The Digital Library

ګانی کیدای سی اکثراً ترلاسه سی. د ناورغی عود معمول دی او تفریقی تشخیص یی باید د زړه د عضلی د نوی پیدا سوی احتشأ یا بی ثباته unstable انجین سره ترسره سی. (۵)

د بطینی حجاب نقص VENTRICULAR SEPTAL DEFECT (VSD)

په یوازی ۲ سلنه ناروغانوکي کیدای سی را منځته او کیدای سی د مؤخر fibrinolysis سره یوځای وی. د دی اختلاط د شتون په صورت کي د مړینو کچه ډیره زیاته او د ۱۲ میاشتو په موده کي که عملیات نسی نو ۹۲ سلنی ته لوړیږی. د جراحی عملیات نه مخکي کیدای سی ناروغ ته intra-aortic balloon pump (IABP) او یا coronary angiography تر سره سی. (۵)

د میترال د سام عدم کفایه MITRAL REGURGITATION

د ناروغی په لمړیو ورځو کي کیدای سی را منځته سی. دری میخانیکیتونه یی مسئولیت پرغاړه لری او د اسبابو د پوهیدلو په منظورو transoesophageal echocardiogram (TOE) ته اړتیا لیدل کیږی. IABP ، اکلیلی انجیو ګرافی،او مقدمه جراحی کولای سی د ناروغ سره مرسته وکړی او د ژوندی پاته کیدو موده یی اوږده کړی. (۵)

د ښځو کي لنډیز

پر اتیروسکلیروزس برسیره د اکلیلی شراینو د ناروغیو عمده او وخیم ډول حاد اکلیلی سندروم جوړوی. د دی ناروغیو د جملی څخه صدري دردونه په ځانګړی ډول بی ثباته صدري دردونه اود زړه حاده احتشأ زیات خطرناکه او په روغتونوکي د بستراو هم زیاتو مړینو سبب کیږی.

د زړه د اکلیلی ناروغیو شیوع ورځ تر بلی د ژوند کولو د ډول د بدلون او هم د چاغوالی او د شکری ناروغیو د زیاتوالی له کبله زیاتوالی مومی. په نړی کي په دی ناروغیو باندی د اخته کیدو کچه نه یوازی په پر مختللو هیوادونو،بلکه په پرمخودی هیوادونوکي هم هغ په زیاتیدو اټکل سویده.

نوموړی ناروغی د تشخیص له مخی اکثراً ا سانه او د دقیقی تاریخچي ، د زړه د ګراف په اخستلو او بیو مارکرونو په تعین سره کیدای سی یود بل څخه توپیر سی، ولی په یوشمیر ځانګړو حالاتوکي کیدای سی و زیاتو او پرمصرفه معایناتوته اړتیا ولیدل سی. (۴)

هلی ځلی د دی لپاره چي نوموړی ناروغی په لمړیو مرحلو کي،مخکي تر دی چي وژونکي مرحلی ته ورسیږی، تشخیص سی، مخ په زیاتیدو دی او د بیو مارکرونو په تعین سره کولای سو چي دی هدف ته ځان ورسوو.

(c) ketabton.com: The Digital Library

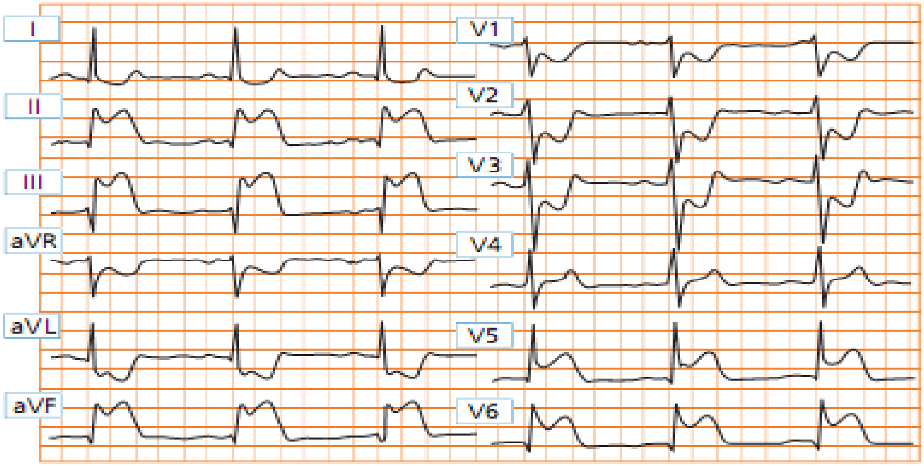
د دی ناروغیو د تشخیص او درملنی لاری ورځ تر بلی بدلون مومی. او د نوی درملو کشف د ناروغی په درملنه کي ښه والی راوستلی دی. د بیولوژیکي مارکرونو تعین د دی ناروغیو د تشخیص، درملنی او پیلو لپاره اړین او ښه او ارزانه معاینه بلل کیږی.

د ناروغی په مخنیوی کي باید د خطر عوامل په پام کي ونیول سی اوهم د ټولنی عامه پوهاوی اړین بلل کیږی، ځکه د ژوندانه د ډول بدلون د مخنیوی عمده اصل تشکیلوی. (۱۱)

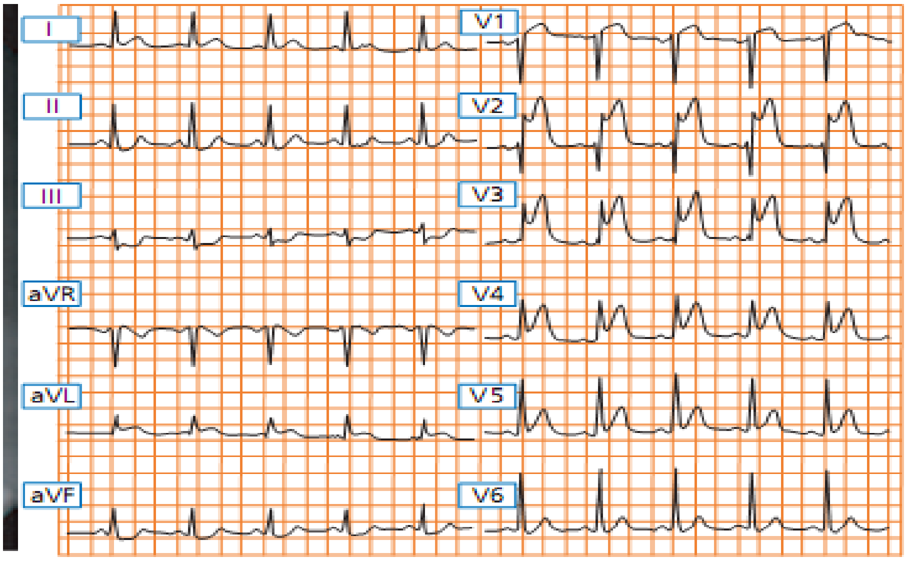
د څپرکي اړونده پوښتنی

(c) ketabton.com: The Digital Library

۱- په لاندې ګراف کې کوم بدلونونه لیدل کیږي، او پرخه د لالت کوي .



۲- په لاندې ګراف کې کوم بدلونونه لیدل کیږي، او پرخه د لالت کوي.



۳- د میوکارډ د نکروز د معلوملو لپاره په لاندې جدول کې د بیومارکرونو اندازه ولیکي؟

بیو مارکر	تر احتشأ وروسته سمدستی د لوړیدلو وخت	تر احتشأ وروسته اعظمی حد ته رسیدلو وخت	نورمال حالت ته را ګرځیدنه
CK-MB			
Troponin T			

(c) ketabton.com: The Digital Library

Troponin I			

۴- صحیح جمله په ص او غلطه په غ سره په نښه کړی؟

۴- ۱ : د میوکارډ د اسکیمیا درد

الف: د تمرین په ذریعه تولید او تر استراحت وروسته آ راموالی مومی.

ب: غاړی او زامی ته انتشار مومی، ولی غاښونوته نه رسیږی.

ج: تر استراحت نادراً ۱۰ ثانیی زیات دوام مومی.

د: د مری د دردونو څخه په اسانی توپیر کیدای سی.

۴- ۲ : هغه ناروغان چي د استراحت په وخت د صدر په منځنی برخه کي درد لری

الف: د د رد انتشار د سکپولا منځ ناحیی ته د ابهر شریان پر دایزکشن د لالت کوی .

ب: د شا و خواته د درد بدلون د پریکارډ پر التهاب د لالت کوی.

ج: په نایترو گلیسیرین باندی د درد ا راموالی د مری التهاب رد کوی.

د: د خودکاره عصبی سیستم د اعراضو او علایمو شتون د قلبی دردونو لپاره وصفی دی .

۴- ۳ : د شکمنو صدري دردونو په معایناتو کي

الف: د استراحت په وخت د زړه گراف اکثراً غیر نورمال وی.

ب: تر تمرین وروسته د وینی د فشار لوړیدل، پر وصفی اسکیمیا د لالت کوی.

ج: د تمرین په وخت د زړه د گراف نورمال والی، د زړه د ناروغیو نه شتون په گوته کوی.

د: فزیکي معاینه کوم ځانگړی ارزښت نلری.

۴- ۴ : د صدري خناق د ناروغ په درملنه کي

الف: د آ سپرین استعمال د صدري درد و نو د حملاتو شمیر کموی.

ب: نایتروگلیسیرین که بلع کړل سی او که تر ژبی لاندی ونیول سی، یوشانته اثر لری.

ج: د کلشیم د چینل ضد درمل کولای سی د محیطی اذیما سبب سی.

د: د بیټا بلاکر درملو تطبیق د صدري خناق ضد نورو درملو په پرتله مؤ ثر دی.

۴- ۵ : د اکلیلی شرائینو د ناروغیو د کلینیکي اعراضو د منځته راتلو خطرونه عبارت دی له

(c) ketabton.com: The Digital Library

الف: د سګرېټ څکولو په پرېښودلو سره کموالی مومی.

ب: د لړوالکهولو په څښلو سره کمېږی.

ج: د ها يپر فيبرينوجينيميا په شتون کي زياتيږی.

د: په هايپر کوليسترولیمیا سره زيات ولی هایپر ترای ګليسيريد یميا ورباندی اثر نلری.

۴-۶ : بی ثباته صدري دردونه:

الف: په ۱۵ سلنه پیښو کي د زړه په احتشأ باندی بدليږی.

ب: د پلک د رپچر، ترمبوز یا د اکلیلی شراينو د سپزم له کبله منځته راځی .

ج: د انذارو د معلو مولو لپاره د بيړنی تمرين ټست ترسره کول استطباب لری.

د: د جهدی صدري دردونو دتکرار په تعقيب منځته راځی.

۴-۷ : د زړه د حادی احتشأ اعراض اوعلايم عبارت دی له:

الف: زړه بد والی او کانګی.

ب: د وينی ټيټ فشار او محيطی سيانوزس.

ج: سا ينوس تکي کارډيا یا ساينوس برډی کارډیا.

د: د هر ډول فزيکي معايناتو او اعراضو نه شتون.

۴-۸ : هغه د ر ملنه چي د زړه تر حادی احتشأ وروسته د زياتی مودی لپاره د انذار و د ښه والی سبب کيږی عبارت دی له:

الف: اسپرين.

ب: نا يتريت.

ج: کلشيم انتا ګونيست.

د: بيتا بلاکرونه.

۴-۹ : هغه اريتميا چي د زړه تر احتشأ وروسته منځته راغلی وی:

الف: ټولو ساينوس برډی کارډیا وو ته باید اتروپين ورکول سی.

ب: د متکررو بطينی اکتوپيک موجو په شتون کي بايد ليګنوکائين تطبيق سی.

ج: د بطينی فبريليشن په شتون کي بايد ليګنوکائين د کارډيوورژن ترمخه تطبيق سی.

د: په ټولو تکي اررېتمياووکي د حاد دورانی کولپس په شمول کارډيوورژن استطباب لری .

۵ سوال: د اتيروسکلروسيز په خطري عواملو کي شامل نه دی

(c) ketabton.com: The Digital Library

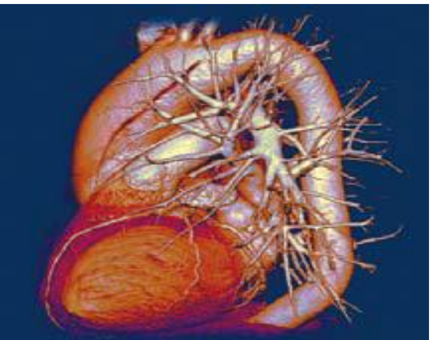
الف: د سګريتو څکول،   ب: حاملګي،   ج: چاغوالی،   د: خوږ ډيابيټ.

الف: بيتابلاکر،   ب: مورفين،

ج: نايتروګلسرين،   د: الف او ج دواړه صحيح دي.

۷- سوال: د بيړنيومرستوپه ځانګه کي د STEMI د شکمنوناروغانو د درملنی بنسټيزې موخې وليکئ؟

(c) ketabton.com: The Digital Library



(c) ketabton.com: The Digital Library

دوهم څپرکی
دوینی دلوړفشار اړوند ناروغی
Hypertensive Vascular Disease

د وینی اساسی لوړ فشار
د وینی ثانوی لوړ فشار
د وینی دلوړ فشار اثرات.
د وینی دلوړ فشار درملنه.
دوینی په لوړ فشار اخته ناروغانو سره معامله
دوینی خبیث لوړ فشار
بیړنی حالت
درملنه

د څپرکي مقد مه

د زړه او رګونو ناروغی،په ځانګری توګه په صنعتی هیوادونوکي، اوس هم په نارینه او ښځو کي د مړینو عمده سبب تشکیلوی. د امریکا په متحده ایالاتو کي تر سرطان وروسته د مړینو دوهم عمده علت تشکیلوی. د زړه د ناروغیو عمده ډولونه د اکلیلی شراینو ناروغی، د زړه احتقانی عدم کفایه او د ماغی سکته تشکیلوی، او د وینی لوړ فشار د دی ناروغیو لپاره د خطر عمده لامل شمیرل کیږی،ځکه نو ویلای سو چي د وینی لوړ فشار یو زیاته وژونکي ناروغی ده.(۱۱)

(c) ketabton.com: The Digital Library

د امریکا په متحده آ یالاتو کي ٦٦ میلیونه وګړی د وینی په لوړ فشار اخته دی، چي د دی جملی څخه ۷۲ سلنه یی د خپلی ناروغی څخه خبر، یوازی ٦١ سلنه ناروغان درمل اخلی،او په ۳۵ سلنه ناروغانوکي ناروغی کنترول نه ده. د وینی د لوړ فشار شیوع د عمر په زیاتوالی سره زیاتوالی مومی او پیښنی یی په تور نژاد کي د سپینو په پرتله زیاتی دی. د مړینو کچه د وینی د لوړ فشار د دوو عمده اختلاطاتو، دماغی سکته او د اکلیلی شراینو ناروغی، له کبله د پخوا په پرتله د ۵۰ تر ٦٠ سلنه را کمی سوی، حال داچي د دوو نورو اختلاطاتو لکه د پښتورګو او زړه عدم کفایی له کبله مخ په زیاتیدو ده.(۲)

د وینی لوړفشا ر HYPERTENSION

تعریف

که په یوه کا هل کس کی په او سط ډول په د ری ځلی معا ینا تو یا فشارکتلو کی چه په دروبیلابیلو وختونوکی سرته رسیدلی وی دو ینی سیستولیك فشار ۱۴۰ ملی متر سیماب او یا ترهغه لوړوی او یا د یا ستو لیك فشار ۹۰ ملی متر سیماب او یا تر هغه لوړوی د وینی د لوړ فشار په توګه تعر یف کیږی. (۲)

اپیدیمولوژی

دوینی لوړ فشار تقریباً ۴/۱ برخه د کاهلانومصابوی(چي د امریکا په متحده ایالاتو کي تقریباً ٦٠ میلیونه وګړی،او د نړی په کچه ۱ بیلیون وګړی په دی ناروغی اخته دی)، او دنړی په کچه د مړینی عمده لامل شمیرل کیږی(٦ سلنه مړینه (۲))،ځکه یو عمده خطری عامل د مغزی فلج،د زړه د احتشا ،د زړه د عدم کفایی،او د پښتورګو د خرابوالی لپاره شمیرل کیږی. (۷،۲)

د وینی لوړ فشار د سن سره زیاتی اړیکي لری، او په پر مختللی هیوادونوکي چي وګړی یی د زیات وخت لپاره ژوند کوی، تقریباً تر ۹۰ سلنه زیات د عمر په آ خروکي د وینی په لوړ فشار اخته کیږی. (۵،۳)

پر عمر برسیره جنس هم د وینی په لوړ فشار کي اغیزی لری، تر ۵۰ کلنی د مخه د وینی د لوړ فشار شیوع په ښځوکي د نارینه وو په پرتله کمه ده (فکرکیږی چي د استروجن د محافظوی میخانیکیت له امله وی)،حال د ا چي تر مینوپوز وروسته دا فیصدی په بیړه لوړه او ښځی د نارینه وو په پرتله زیاتی مصابیږی. (۵)

چاغوالی او د وزن زیاتوالی د واړه د وینی د لوړ فشار لپاره عمده خطری لاملونه تشکیلوی.او څیړنوجوته کړیده چي د وینی په لوړ فشار اخته ٦٠ سلنه ناروغان ترنورمال حد ۲۰ سلنه زیات وزن لری. (۲)

اسباب

(c) ketabton.com: The Digital Library

- د وینی لمړنی یا اساسی لوړ فشار : چي د وینی د لوړ فشار ۹۵ سلنه پیښبی تشکیلوی او سبب یی معلوم نه وی.
- د وینی ثا نوی لوړ فشار: چي د وینی د لوړ فشار ۵ سلنه پیښبی تشکیلوی او د لاندی اسبابو له کبله را منځته کیږی. (۱)

الف: د پښتورګو درګونو ناروغی.، ب: د پښتورګو د نسج ناروغی. ، ج: اندوکرینی ناروغی.

د خطرعوامل: چا غوالی، په الکهولو روږدیدل، د وینی د لوړ فشار فامیلی تاریخچه ، ارثی عوامل ، د شکری ناروغی، د ژوند کښته اجتماعی – اقتصادی سطحه ،او بوډا توب. (۱،۲،۷)

(۲- ۱) نمره جدول د و ینو د فشا ر د ا ند ا ز ه کو لو طبقه بند ی [۷]

طبقه بندی	د وینی سیستولیک فشار(ملی متر سیماب)	د وینی ډ یاستولیک فشار(ملی متر سیماب)	تعقیب
نارمل	۱۲۰	۸۴	په هرو ۲ کلونوکي باید وکتل شی
لوړ نورمال	۱۳۰- ۱۳۹	۹۰-۸۵	هر ۱ کا ل وروسته باید وکتل شی
د وینی خفیف لوړ فشار	۱۵۹-۱۴۰	۹۹-۹۰	هر ۲ میاشتی وروسته باید وکتل شی
د وینی متوسط لوړ فشار	۱۷۹-۱۶۰	۱۰۹ -۱۰۰	هر ۱ میاشت وروسته باید وکتل شی
د وینی شدید لوړ فشار	تر ۱۸۰ لوړ	تر ۱۱۰ لوړ	هر ۱ اونی وروسته باید وکتل شی

د وینی د اساسی لوړ فشارپه پتوجنیزیس کی لاند نی عوامل اغیزی لری

ا رثی عوامل، محیطی عوامل (د بیلګی په ډول د ما لګی ډ یر خوړل)، د سمپا تیك عصبی سیستم زیا ت فعا لیدل، د رینین - انجیو تینسین سیستم ، د سود یوم په اطراح (Natriuresis) کی خرا بی ، د حجری د داخل سودیوم او کلسیوم د بیلانس خرابوالی.

هغه عوامل چه د وینی د اساسی لوړفشارلپاره زمینه برابروی:

(c) ketabton.com: The Digital Library

چاغوالی، د مالګې زیات خوړل، د الکهولو اوسګریټو استعمال، د فزیکي فعالیت کموالی، د درد ضد درملو خوړل، د پوتا شیم کم خوړل. (۱)

د وینې د ثانوي لوړ فشارپه پتوجینیزیس کې لاندنی عوامل اغیزې لري

داستروجن استعما ل، د پښتورګو د نسج ناروغي، د پښتورګو د اوعیو ناروغي، لمړنی هیپرالدوسټیرونیزم او Cushing's syndrome. فیوکروموسیتوما ، Coarctation of the aorta او د امیدواری سره یوځای دوینو لوړفشار. (۱)

نوراسبا ب : په وینه کې د کلسیم زیاتوالی، اکرومیګالی، د درقیه غدې فرط یا تفریط فعالیت.

کلینیکي لوحه

الف : اعراض : د وینې خفیف اومتوسط لوړ فشار د ډیروکلونو لپاره بې عرضه وي.ډ یرمعمول عرض یعنی سردردی ډیره وصفي نه وی خو د اوکسیپیتا ل ناحیې درد چه د سهار پلوه زیا ت وی او د ورځې په اخیروکې له منځه ځی ډیروصفي وی . (۳)

که د وینې فشار په فوری ډول لوړ ولاړ شی د خوب وړلو ، ګنګستیا ، د لیدلو د خرابی او د زړه بدوالی او کانګو سره یه یو ځا ی وی چه هیپرتینسیف انسفا لو پاتی ورته ویل کیږي. (۴)

د فیوکروموسیتوما په ناروغانو کی څرنګه چه ډیر نوراپي نفرین افرازیږي نو د وامداره لوړ فشارلری او یا کیدای شی چه د حملو په ډول وی.د زجرت ، د زړه د تپش ، خولی کیدلو ، خثافت ،رعشی ، او د زړه بدوالی او کانګو حملی منځته راځی چه د د قیقو او یا ساعتو لپاره دوام کوی. د لمړنی ا لدوسټیرونیزم ناروغا ن د عضلاتو ضعفیت، پولی یوریا، او د شپې لخوا د بولو زیاتیدل د هیپو کا لیمیا له کبله لري.

که د وینو فشار د زیا ت وخت لپاره لوړوی د چپه بطین دهیپر تروفی سبب کیږی چه د ډ یا ستولیکی عدم کفایي سره به یو ځای وی.جهدی عسرت تنفس او د شپې له پلوه اشتدادی نفس تنګی به ولری. [۷]

که د و ینی فشار د اوږده مهال لپاره لوړوی، په شدید ه درجه وی او یا په سریع ډول لوړولاړسی د لاندنیو نتایجو سبب کیږي:

قلبی عدم معاوضه:د جهد په وخت کی نفس تنګی، دشپې له پلوه د ادرار زیاتیدل، ټوخی ، کمزوری، د کبدی احتقان له کبله د بطن د راسته علوی مربع د ردونه. (۴)

د شبکی تغیرات: سکوتوما ، د رویت مختل کیدل او حتی ړندیدل. (۲)

(c) ketabton.com: The Digital Library

د مرکزی عصبی سیستم اعراض:د سهارلخوا د سردرد، گنگسی، د سردروندوالی، سرخرخیدل، دغوږو برنگس،اوسنکوپ. (۷)

د پښتورگو خرابوالی: اولیگیوریا، هیماتوریا، د دماغی حالت تغیرات، د وزن بایلل او کمزورتیا.

ب: علایم :د اعراضو په ډول ، فزیکی علایم هم د لوړفشار په علت ، د هغه په دوام اوشدت او پر مهمواعضاوو باندی دهغه د درجی له مخی توپیر مومی.

په لمړنی معاینه کی په د واړو لاسونو او پښو کی د وینو فشاروکتل شی،چه په مستقیمه توگه د شریان په داخل کی اویا په غیرمستقیمه توگه د یوه مناسب کف ترتړلو وروسته د براکیال او یا رادیال شریا ن دجس اویا اصغا په وسیله سره اندازه کیږی.

د شبکی په معاینه کی د وریدونو د قطرترنیمایي د شریانو د قطرکمیدل، د مسی یانقره ای خطونو تشکل ، اگزودات ، خونریزی او د حلیمی پاړسوب که منځته راغلی وی خراب انذار ښئي.

د زړه او شراینوپه معاینه کی: د چپه بطین غټیدل د چپه بطین د ضربی یا heave سره لوړاو دوامداره هیپرتینشن راښئي.په زړوخلگوگی د ابهر د کلسیمک سکلیروز له کبله سیستولیک اجکشن مرمراورید ل کیدای شی.

د نبض په معاینه کی د لوړو اوکښتو طرفونو نبض سره پرتله شی ترڅو د ابهر موضعی تنگښت په گوته کړل شی، ټوله لوی محیطی نبضونه جس شی ترڅو د ابهر څیریدل او اتیروسکلیروزیس رد کړل شی.

د پښتورگود شریانو په تنگښت کی د خیټی برویت هم شتون لری. (۲)

ج : لابراتوار اونورمتممه معاینا ت

د وینی په لوړ فشار اخته ناروغانوکي باید لاندی معاینات لکه د هیموگلوبین اندازه، د تشو متیازو معاینه، د پښتورگو وظیفوی ټستونه، د سیروم د پوتا شیم اندازه، د سیروم د گلوکوز اندازه، او په پلاسما کي د لیپیدونو اندازه و کتل شی. (۱)

د صدررادیوگرافی: د وینی په غیراختلاطی لوړ فشار کی اړینه نه ده.

الکتروکاردیوگرافی:که ناروغی دوامداره اوشدیده وی په Tموجه او ST سگمنټ کی بدلون لیدل کیږی.

د وینی په لوړ فشار اخته ټولو ناروغانوکي باید لاندی معاینات ترسره شی (۷)

- د ادرار معاینات د وینی، پروتیین او گلوکوز لپاره
- د وین یوریا،الکترولیتونه او کریاتینین

(c) ketabton.com: The Digital Library

- د وینی ګلوکوز
- د سیروم دHDL اندازه کول
- د ۱۲ لیډونو دECG اخستل

په ځانګړو حالاتو کي باید لاندی معاینات ترسره شی: (۷)

- د صدر راډیوګرافی تر څو د زړه غټ والی، د زړه عدم کفایه او د ابهر coarctation که شتون ولری، ولیدل شی.
- د وینی د فشار منظم اندازه کول
- د ایکو کارډیو ګرافی ترسره کول، تر څو د چپه بطین د هایپرټروفی په ګوته شی
- د پښتورګو التراسونډ تر څو د پښتورګو د ناروغیو په اړوند معلومات ترلاسه شی
- د پښتورګو انجیو ګرافی تر څو د کلیوی شریان تنګوالی په ګوته شی
- په ادرار کي د کتیکول امین تعینول تر څو دphaeochromocytoma اړوند معلومات ترلاسه شی
- د Cushing's سندروم دتشخیص لپاره د ادرار د کورتیزول او ډکزامیتازون ټسټ
- د ابتدایی الدوستیرونیزم د تشخیص لپاره د پلاسما د رینین او الدوستیرون تعین
- د خیټی CT scan ، MRI او التراسونډ

د شبکي معاینه: دوینی په لوړ فشار اخته ناروغانوپه شبکیه کي لاندی بدلونونه موندل کیږی:

لمړی درجه: په دی وخت کي د شبکیی اوعیه معوجه او شراین روښانه اوبریښندوکي معلومیږی چي ورته silver wiring ویل کیږی.

د وهمه د رجه: پر پورته بدلونونوبرسیره په هغو ځایوکي چي وریدونه پر شراینو برسیره وی په شراینوکي دفشار راوړلو علامه یا nipping لیدل کیږی.

د ریمه د رجه : پرپورته د واړو ډولوبدلونوبرسیره په شبکیه کي داور د لمبی په ډول flame-shaped خونریزی او هم د پاشلی پنبی په ډول اګزوډات لیدل کیږی چي د cotton-wool په نوم یادیږی.

څلورمه د رجه : پر پورته ټولو بدلونو برسیره د سترګی د عصب د قاعدی یا optic disc پاړسوب شتون لری چي ورته papilledema ویل کیږی. (۷)

اختلاطات

که د وینی لوړ فشار تداوی نشی لاندنی اختلاطات منځته راوړی:

(c) ketabton.com: The Digital Library

د زړه ناروغی، د د ماغی اوعیو ناروغی ، د پښتورګو خرابوالی، د ابهر شریان څیرېدل ، ا تیرو سکلیروتیک اختلاطات (۱)

د رملنه

د درملنی هدف : د وینی د لوړ فشار د رملنه باید د و ینی ډ یاستولیك فشارتر ۹۰ ملی متر سیماب او سیستولیك فشار تر ۱۴۰ ملی متر سیماب کنبته وساتی.

د لوړ

خطر په لرونکو ناروغانو (لکه د شکری ناروغان او د پښتورګی عدم کفایه) کی د و ینی فشار د ۸۵/۱۳۰ ملی متر سیماب په شاوخوا کی باید وساتل شی.

عمومی اهتمامات

د وزن کمول، د الکهولو څښل کم اومحدود کړل شی، د فز یکی فعا لیتونو اندازه ز یا ته کړل شی.

د مالګی خوراك کم کړل شی، په کافی اندازه سره پوتاسیوم وخوړل شی، په کافی اندازه سره کلسیوم اومګنیز یوم وخوړل شی ، د سګر یتو دڅکولو څخه ډډه وشی. په خوړو کی دمشبوع غوړیو او کولیسترول خوراك کم کړل شی.(۱)

فارمکولوژیکي درملنه

تر ۱۰۰ ډوله زیات د وینی د فشار کښته کونکي درمل شته، چي لاندی ورڅخه یادونه کیږی.

په (۲- ۲) نمره جدول کي د وینی د لوړ فشار د فمی در ملو اندازه ښودل شویده (٦)

درمل	ورځنی اندازه (ملی ګرام)	د پیل اندازه (ملی ګرام)	
مدررات DIURETICS			
د تیازید مشفقات			
Chlorthalidone	٦،۵ تر ۵۰	۱۲،۵	
HCTZ	٦،۵ تر ۵۰	۱۲،۵	
Indapamide	۱،۲۵ تر ۵	۱،۵	
Metolazone	۲،۵ تر ۵	۲،۵	
لوپ ډ یوریتیکونه			
Bumetanide	۰،۵ تر ۲	۱	

(c) ketabton.com: The Digital Library

درمل	ورځنی اندازه (ملی ګرام)	د پیل اندازه (ملی ګرام)
Ethacrynic acid	۲۵ تر ۱۰۰	۲۵
Furosemide	۲۰ تر ۱٦۰	۲۰
Torsemide	۲،۵ تر ۲۰	۵
د پوتاشیم ساتونکي ډیوریتیکونه		
Amiloride	۵ تر ۲۰	۱۰
Eplerenone	۲۵ تر ۱۰۰	۲۵
Spironolactone	٦،۲۵ تر ۴۰۰	٦،۲۵
Triamterene	۲۵ تر ۱۰۰	۳۷،۵
د β-BLOCKERS مشتقات		
Acebutolol	۲۰۰ تر ۸۰۰	۲۰۰
Atenolol	۲۵ تر ۱۰۰	۲۵
Betaxolol	۵ تر ۲۰	۵
Bisoprolol	۲،۵ تر ۲۰	۲،۵
Carteolol	۲،۵ تر ۱۰	۲،۵
Metoprolol	۵۰ تر ۴۵۰	۵۰
Metoprolol XL	۵۰ تر ۲۰۰	۵۰
Nadolol	۲۰ تر ۳۲۰	۴۰
Penbutolol	۱۰ تر ۸۰	۱۰
Pindolol	۱۰ تر ٦۰	۱۰
Propranolol	۴۰ تر ۱۸۰	۴۰
Propranolol LA	٦۰ تر ۱۸۰	٦۰
Timolol	۲۰ تر ٦۰	۲۰

(c) ketabton.com: The Digital Library

درمل	ورځنی اندازه (ملی ګرام)	د پیل اندازه (ملی ګرام)
د β-/α-BLOCKERS مشتقات		
Carvedilol	٦،٢٥ تر ٥٠	٦،٢٥
Labetalol	٢٠٠ تر ٢٤٠٠	٢٠٠
د CALCIUM-CHANNEL BLOCKERS مشتقات		
د Dihydropyridines مشتقات		
Amlodipine	٢،٥ تر ١٠	٢،٥
Felodipine	٢،٥ تر ٢٠	٢،٥
Isradipine CR	٢،٥ تر ٢٠	٢،٥
Nicardipine SR	٣٠ تر ١٢٠	٣٠
Nifedipine XL	٣٠ تر ١٢٠	٣٠
Nisoldipine	١٠ تر ٤٠	١٠
د Non-dihydropyridines مشتقات		
Diltiazem CD	١٢٠ تر ٥٤٠	١٨٠
Verapamil HS	١٢٠ تر ٤٨٠	١٨٠
د ACE نهیه کونکي		
Benazepril	١٠ تر ٨٠	٢٠
Captopril	٢٥ تر ١٥٠	٢٥
Enalapril	٢،٥ تر ٤٠	٥
Fosinopril	١٠ تر ٨٠	٢٠
Lisinopril	٥ تر ٨٠	٤٠
Moexipril	٧،٥ تر ٣٠	٧،٥
Perindopril	٤تر ١٦	٤

(c) ketabton.com: The Digital Library

درمل	ورځنۍ اندازه (ملی ګرام)	د پیل اندازه (ملی ګرام)
Quinapril	۵ تر ۸۰	۴۰
Ramipril	۲،۵ تر ۲۰	۲،۵
Trandolapril	۱ تر ۸	۲
د ANGIOTENSIN RECEPTOR BLOCKERS مشتقات		
Candesartan	۸ تر ۳۲	۱٦
Eprosartan	۴۰۰ تر ۸۰۰	۴۰۰
Irbesartan	۱۵۰ تر ۳۰۰	۱۵۰
Losartan	۲۵ تر ۱۰۰	۵۰
Olmesartan	۵ تر ۴۰	۲۰
Telmisartan	۲۰ تر ۸۰	۴۰
Valsartan	۸۰ تر ۳۲۰	۱٦۰
د α-BLOCKERS مشتقات		
Doxazosin	۱ تر ۱٦	۱
Prazosin	۱ تر ۴۰	۱
Terazosin	۱ تر ۲۰	۱
Phenoxybenzamine	۲۰ تر ۱۲۰	۲۰
د CENTRAL SYMPATHOLYTICS مشتقات		
Clonidine	۰،۲ تر ۱،۲	۰،۲
Clonidine patch	۰،۱ تر ۰،٦ په اونی کي	۰،۱ په اونی کي
Guanabenz	۲ تر ۲۳	۲
Guanfacine	۱ تر ۳ د خوب پر وخت	۱
Methyldopa	۲۵۰ تر ۱۰۰۰	۲۵۰

(c) ketabton.com: The Digital Library

درمل	ورځنی اندازه (ملی ګرام)	د پیل اندازه (ملی ګرام)
Reserpine	۰،۰۵ تر ۰،۲۵	۰،۰۵
د DIRECT VASODILATORS مشتقات		
Hydralazine	۱۰ تر ۲۰۰	۲۰
Minoxidil	۲،۵ تر ۱۰۰	۲،۵
د FIXED-DOSE COMBINATIONS درملونه		
Amiloride/HCTZ	۵۰/۵	۵۰/۵
Amlodipine/benazepril	۱۰-۲۰/۲،۵-۵	۱۰/۲،۵
Atenolol/chlorthalidone	۲۵/۵۰-۱۰۰	۲۵/۵۰
Benazepril/HCTZ	٦،۲۵-۲۵/۵-۲۰	٦،۲۵/۲۰
Bisoprolol/HCTZ	٦،۲۵/۲،۵-۱۰	٦،۲۵/۲،۵
Candesartan/HCTZ	۱۲،۵-۲۵/۱٦-۳۲	۱۲،۵/۱٦
Enalapril/HCTZ	۲۵/۵-۱۰	۲۵/۵
Eprosartan/HCTZ	۱۲،۵-۲۵/٦۰۰	۱۲،۵/٦۰۰
Fosinopril/HCTZ	۱۲،۵/۱۰-۲۰	۱۲،۵/۱۰
Irbesartan/HCTZ	۱۲،۵-۲۵/۱۵۰-۳۰۰	۱۲،۵/۱۵۰
Losartan/HCTZ	۱۲،۵-۲۵/۵۰-۱۰۰	۱۲،۵/۵۰
Olmesartan/HCTZ	۱۲،۵/۲۰-۴۰	۱۲،۵/۲۰
Spironolactone/HCTZ	۲۵/۲۵	۲۵/۲۵
Telmisartan/HCTZ	۱۲،۵-۲۵/۴۰-۸۰	۱۲،۵/۴۰
Trandolapril/verapamil	۱۸۰-۲۴۰/۲-۴	۱۸۰/۲
Triamterene/HCTZ	۲۵/۳۷،۵	۲۵/۳۷،۵
Valsartan/HCTZ	۱۲،۵-۲۵/۸۰-۱٦۰	۱۲،۵/۱٦۰

(c) ketabton.com: The Digital Library

د وینې د لوړ فشار د درملنې اصول

لمړی انتخاب

- د ACE نهیه کونکي درمل یا د angiotensin II آخذو ضد درمل یا د کلسیم د چینل بلاک کونکي درمل یا په کمه اندازه د تیازید ډیوریتیکونه (یوازی په هغو ناروغانوکي چي عمریی تر ٦٥ کلونو زیات وی).

که د وینی د فشار هغه اندازه چي غواړو پلاس را نغله، نو بیا

- د ACE نهیه کونکي درمل + د کلسیم د چینل بلاک کونکي درمل + په کمه اندازه د تیازید ډیوریتیکونه

که بیاهم د وینی د فشار هغه اندازه چي غواړو پلاس را نغله، نو بیا

- که د ACE نهیه کونکي درمل استعمالوی نوورسره د angiotensin II آخذو ضد درمل هم علاوه کړی او په ضمن کي یو بل درمل هم ورسره یوځای کړی
- د وینی په غیر اختلاطی لوړ فشار کي د Beta – Blocker درمل د لمړی خط درملو په ډول نه توصیه کیږی،ځکه د شکری په ناروغی د اخته کیدو خطر زیاتوی.
- له دی کبله چي د تیازید ډیوریتیکونه هم د شکری په ناروغی د اخته کیدو خطر زیاتوی، ځکه نو په هغو ناروغانوکي چي د ګلوکوز په مقابل عدم تحمل لری او یا په میتابولیک سندروم اخته وی، باید په ډیر احتیاط و کارول شی.

د وینی خبیث لوړ فشار Malignant hypertension

د وینی خبیث لوړ فشار هغه سندروم ته ویل کیږی چي د وینی په لوړ فشار اخته ناروغ کي په ناڅاپی ډول زیات لوړ ولاړسی او یا داچي په روغ شخص کي په ناڅاپی ډول د وینی فشار ډیر لوړ شی.

د پتولوژی له نظره، په دی ناروغی کي د کوچنیو اوعیو نکروزی التهاب، د شراینو ترمبوز او د اوعیو په جدار کي د فبرین تراکم چي ورته فبرینوېید نکروزوایی، رامنځته کیږی.

د کلینیک له نظره، ناروغی معمولاً د وینی د لوړ فشار په شتون کي د حیاتی غړو د بیړنی او پرمختللی تخریب لکه دشبکي دریمه یا څلورمه درجه آفات، د پښتورګو تخریب یا پروتین یوریا، اویا د وینی د لوړ فشار له کبله د ماغی ماؤفیت ، سره وصفی کیږی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

د ناروغی د تشخیص په منظور د ناروغ په تاریخچه کي باید د یوشمیر درملو لکه MAOنهیه کونکي، امفیتامین اویا کوکائین پوښتنه ترسره شی.

په دی ناروغانوکي باید درملنه په ډیر احتیاط ترسره او یود م د ناروغ فشار کښته یا نورمال حالت ته را ونه کرځول شی، ځکه کیدای شی د دماغی اسکیمیا او یا د پښتورګو یا اکلیلی شراینو د دوران کموالی سبب شی.

د درملنی ابتدایی هدف دادی چي د وینی فشار باید د ۳۰ دقیقو څخه بیا تر ۲ ساعتو پوری تر ۲۵ سلنه او یا تر ۱۶۰/ ۱۰۰-۱۱۰ ملی متر سیماب راټیټ نشی. د دی هدف لپاره معمولاً د وریدی درملو د تطبیق څخه کار اخستل کیږی.

هغه ناروغان چي د وینی په خبیث لوړ فشار اخته ولی د ماغی آ فات یی نه وی ورکړی، د هغوی فشار باید د دقیقو نه بلکه په کراره د ساعتو په موده کي راټیټ کړل شی. چي د دی هدف لپاره نوباید دی ناروغانوته د لنډ تا ثیر لرونکي درمل لکه captopril ، clonidine یا labetalol په وقفوی ډ ول د خولی دلاری ورکول شی.

د چپه بطین عدم کفایه کیدای شی را منځته ، او که تداوی نشی،نو د میاشتو په موده کي مړینه را منځته کیږی. که یی درسته درملنه ونشی نو یوازی ۲۰ سلنه ناروغان د یوه کال لپاره ژوندی پاته کیدای شی.

اکثر ناروغان چي د بیړنیو مرستو څانګی ته د وینی د لوړ فشار له کبله مراجعه کوی معمولاً یا خپل درمل په درسته توګه نه خوری اویا داچي درسته درملنه یی نه ده شوی. له دی کبله نوباید د ۷۲ ساعتو نو لپاره دی ناروغانوته د خولی دلاری منظم د وایی رژیم توصیه ، او په دی منظور ښه ترین درمل labetalol تشکیلوی چي د ۲۰۰ تر ۳۰۰ ملی ګرامه هر ۲ یا ۳ ساعته وروسته ورکول کیږی، او وروسته بیا د ا اندازه د ورځی ۲ ځلی ته را ټیټیږی. که چیری β-blocker درمل مضاد استطباب وی نوبیا د clonidine څخه کار اخستل کیږی،چي په ابتدا کي د ۰،۱ تر ۰،۲ ملی ګرامه پیل او بیا هر یو ساعت وروسته ۰،۱ ملی ګرام ورکول کیږی. کله چي ناروغ رخصت شو نوباید دا درمل د ورځی ۲ ځلی په پورته ذکرشوی دوز ورته توصیه شی.

د ACE د نهیه کونکو د جملی څخه چي ژر تا ثیر لری یو هم Captopril دی چي د وینی لوړ فشار د ۱۵ تر ۳۰ دقیقو په موده کي را ټیټوی، دا درمل باید لمړی ځل په واړه دوز یعنی د ۶،۲۵ ملی ګرامه څخه پیل، اووروسته و ۲۵ ملی ګرامه ته لوړیږی، چي کیدای شی هر ۱ یا ۲ ساعته وروسته تکرار او وروسته بیا د ۲۵ تر ۷۵ ملی ګرامه د ورځی دوه ځلی ورکول شی. (۴،۶،۷)

(c) ketabton.com: The Digital Library

د ناروغی انذار خراب او د وینی لوړ فشار عموماً د ژوندی پاتی کیدو چانس کموی او هم د مړینو سبب کیږی. مړینه معمولاً د اختلاطاتو په ځانګړی توګه د زړه د عدم کفایی، دماغی سکتی او یا د پښتورګو د عدم کفایه په نتیجه کي را منځته کیږی.

د وینی د لوړ فشار مناسب کنترول کولای سی چي په لاندی ډول په یو شمیر اختلاطاتو کي کمی را ولی، چي عبارت دی له:(۹)

۱- په د ماغی سکته کي د ۳۵ تر ۴۰ سلنه کمښت.

۲- د اکلیلی شراینو په ناروغیو کي د ۲۰ تر ۳۰ سلنه کمښت.

۳- د زړه په احتقانی عدم کفایه کي د ۵۰ تر ۶۰ سلنه کمښت.

۴- د زړه د ناروغیو ځخه په مړینه کي ۲۰ سلنه کمښت.

په(۲- ۳) نمره جدول کي د وینی د لوړ فشار د بیړنی حالت د کنترول لپاره د زرقی درملو اندازه او نور خصوصیات ښودل سویدی (٦)

د درمل نوم	د تاثیر موده	اندازه	احتیاط
د اوعیو توسع ورکونکي زرقی درمل			
Sodium nitroprusside	بیړنی	د ۰،۲۵ تر ۱۰ میکروګرامه/کیلو/دقیقه د وریدی انفیوژن په ډول	د وامداره استعمال یی د تیوسیانیټ د تسمم سبب کیږی
Nitroglycerin	۲تر۵ دقیقی	د ۵ تر ۱۰۰ میکروګرامه/ دقیقه د وریدی انفیوژن په ډول	د سردرد، تکي کارډیا او تحمل
Nicardipine	۱تر۵ دقیقی	د ۵ تر ۱۵ میکروګرامه/ ساعت د وریدی انفیوژن په ډول	تر د وامداره استعمال وروسته د وینی د فشار ټیټوالی
Fenoldopam	۱تر۵دقیقی	د ۰،۱ تر ۰،۳ میکروګرامه/کیلو/دقیقه د وریدی	د سردرد،

(c) ketabton.com: The Digital Library

د درمل نوم	د تاثیر موده	اندازه	احتیاط
mesylate		انفیوژن په ډول	تکي کارډیا، د سترګی د داخلی فشار زیلتوالی
Hydralazine	۱۰ دقیقی تروریدی زرق وروسته	د ۵- ۱۰ ملی ګرامه د وریدی بولس دوز په ډول، یا د ۱۰ – ۴۰ ملی ګرامه عضلی، تکرار یی هر ۴ یا ٦ ساعته وروسته	د وینی د فشار زیات را ټیټول،تکي کارډیا او د صدري دردونو شدیدول
Enalaprilat	۱۵تر۶۰ دقیقی	د ۰،٦۲۵ تر ۱،۲۵ ملی ګرامه د وریدی بولس دوز هر ٦ ساعته وروسته	د وینی د فشار زیات را ټیټول، په هغو ناروغانوکي چي د دواړو طرفو کلیوی شرائنو تنګوالی ولری د پښتورګو حاده عدم کفایه
د اد رینرجیک آ خذو زرقی نهیه کونکي			
Labetalol	۵تر۱۰ دقیقی	د ۲۰ تر ۸۰ ملی ګرامه کرار وریدی زرق په ۱۰ دقیقوکي،یا د ۰،۵ تر ۲ ملی ګرامه په دقیقه کي د وریدی انفیوژن په ډول	د قصباتو سپزم، د زړه بلاک،

(c) ketabton.com: The Digital Library

احتیاط	اندازه	د تاثیر موده	د درمل نوم
اورتوستاتیک هایپوتنشن			
د قصباتو سپزم، د زړه بلاک، د زړه عدم کفایه، او د کوکائین څخه پیداشوی د زړه د احتشا زیاتوالی	۵ ملی ګرامه وریدی زرق په ۱۰ دقیقوکي دری ځلی	۵تر۱۰ دقیقی	Metoprolol
د قصباتو سپزم، د زړه بلاک، د زړه عدم کفایه	۵۰۰ میکروګرامه/کیلو وریدی زرق په ۳ دقیقو کي ، وروسته د ۲۵ تر ۱۰۰ ملی ګرامه/کیلو/دقیقه د وریدی انفیوژن	۱تر۵ دقیقی	Esmolol
تکي کارډیا، اورتوستاتیک هایپوتنشن	د ۵ تر ۱۰ ملی ګرامه د وریدی بولس دوز هر ۵ تر ۱۵ دقیقی وروسته	۱تر۲ دقیقی	Phentolamine

د څېرکي لنډيز

(c) ketabton.com: The Digital Library

د وینې لوړ فشار چې تقریباً ۴/۱ برخه د نړۍ د نفوس ،په ځانګړې توګه غربي هیوادونو ، مصابوي، د زړه د زیاتو ناروغیو، او پښتورګي د عدم کفایه، یو عمده خطري عامل بلل کیږي. د وینې د لوړ فشار د دقیق تعین لپاره باید د وینې فشار په ۲۴ ساعته کې څوځلې او په بیلو حالاتو کې و کتل سي. د وینې په لوړ فشار اخته ناروغانوکې د عصري معایناتو د جملې څخه یو هم د حیاتي غړو لکه د چپه بطین هایپر تروفي، او د پښتورګود میکرو البومین یوریا،د مصابیت معلومول تشکیلوي.

د وینې د لوړ فشار د ثانوي اسبابو تشخیص هم باید په پام کې وي،ځکه د ناروغۍ د ښه تشخیص او درملنې لپاره اړینه ده تر څو ورسره مل قلبي او نوري ستونزې هم و پوهیدل سي.

د وینې د لوړ فشار تر تشخیص وروسته د یو شمیر اړینو اهتماماتو لکه د ژوند د ډول بدلون، د منظموتمرینو ترسره کول، دوزن کمول او د صحي غذا خوړلو برسیره باید فارمکولوژیکي درملنه هم پیل سي، ځکه د درملو استعمال کولای سي د یوشمیر اختلاطاتو لکه دماغي سکته، د پښتورګو او زړه عدم کفایه، دزړه د اکلیلي شراینو د ناروغیو او د شکرې په ناروغۍ د اخته کیدو مخه ډبوي.

د وینې د لوړ فشار عصري درملنه معمولاً د وه درمل یوځای توصیه کوي تر څو وکولای سي په عادي ناروغانوکې د وینې فشار تر ۹۰/۱۴۰ ملي متر سیماب کښته او د شکرې او د زړه په ناروغیو اخته ناروغانوکې تر ۸۰/۱۳۰ ملي متر سیماب کښته وساتي.

د وینې د لوړ فشار پر درملو برسیره اسپرین او ستاتین هغه وخت ناروغ ته علاوه کیدای سي چې ترلس کلنې درملنې وروسته د زړه په ناروغیو د اخته کیدو کچه تر ۲۰ سلنې زیاته اټکل سي.

د څیړکې اړونده پوښتنې

(c) ketabton.com: The Digital Library

۱- صحیح جمله په ص او غلطه په غ سره په نښه کړی؟

۱- ۱ : د ACE نهیه کونکو درملوپه اړوند

الف: نوموړی درمل د انجیو تنسینوجن تبدیل په انجیوتنسی ۱ باندی کموی.

ب: ټوخی د جانبی عرض په ډول په دی درملو کي د انجیوتنسین ۲ درملو په پرتله کم دی.

ج: د لمړی دوز تر تطبیق وروسته هایپوتنشن په هغه ناروغانوکي چي مخکي د یوریتیک اخستل غیر معمول دی.

د: د رد ضد غیر ستیروئیدی درملو یو ځای تطبیق د پښتورګو د عدم کفایی چانس زیاتوی.

۱- ۲ : د وینی د ثا نوی لوړ فشار عمده علت عبارت د ی له:

الف: Persistent Ductus Arteriosus.

ب: Primary hyperaldosteronism.

ج: Acromegaly.

د: Thyrotoxicosis.

۱- ۳ : د وینی د لوړ فشار اختلاطات عبارت دی له

الف: د شبکي میکرو انوریزم.

ب: د ریوی شریان تنګوالی.

ج: د ماغی سکته.

د: سب دورل خون ریزی.

۱- ۴ : د وینی د لوړ فشار په معایناتوکي:

الف: د هایپرکلیمیک میتابولیک اسیدوزس شتون پرهایپر الدوستیرونیزم د لالت کوی.

ب: د اد رار معاینه د وینی، ګلوکوز او پرټین لپاره اړینه ده.

ج: د الکترولیتونو د غیر نورمال توب عمده دلیل د ډیوریتیک درملو استعمال دی.

د: د کلیوی شریان د تنګوالی د تشخیص لپاره Excretion Urographyګټوره معاینه ده.

۱- ۵ : د وینی خبیث لوړ فشار هغه وخت ویلای سو چي د وینی لوړ فشار او:

(c) ketabton.com: The Digital Library

الف: د زړه دوهم آ واز برجسته او لوړوی.

ب: د heaving apex beatشتون.

ج: په شبکه کي Soft Exudatesاو خونریزی موجوده وی .

د: د پښتورګو یا زړه عدم کفایه موجوده وی.

۱-٦ : د وینی د خبیث لوړ فشار په بیړنی درملنه کي:

الف: څخه هدف دادی چي د ناروغ سیستولیک فشار په ٦٠ د قیقو کي نورمال سی.

ب: د ورید دلاری درملنه ته د خولی تر د رملنی ګتوره ده.

ج: د او عیو توسع ورکونکي درمل د دی لپاره چي afterloadکم کړی باید توصیه سی.

د: که د کلیوی شریان پر تنګوالی شکمن یاست نود ACE نهیه کونکي درمل استطباب لری.

۱-۷ : د وینی د خفیف یا متوسط لوړ فشار په درملنه کي:

الف: د اندارو د ښه والي په منظور د وزن کمول د سګریټو د پریښودلو په پرتله زیات ارزښت لری.

ب: که د زړه یا پښتورګو ناروغی شتون ولری، نو درملنه چندان ګټوره نه وی.

ج: هغه ناروغان چي عمر یی تر ٧٠ کلونو زیات وی اغیزمنه درملنه ورته شتون نلری.

د: د درملنی مؤثریت د د ماغی سکتی د خطر په کمولوکي د زړه د ناروغیو د خطر د کمولو په پرتله زیات دی .

۱-۸ : د وینی د لوړ فشار په فارمکولوزیکي درملنه:

الف: د تیازاید مرکبات تر یوی اونی تطبیق وروسته اعظمی اثرات ښئی.

ب: د ACE نهیه کونکي درملو تطبیق کیدای سی د هایپر کلیمیا سبب سی.

ج: د تیازاید مرکبات کیدای سی هایپو یوریسیمیا را منځته کړی.

د: د بیټا بلاکر درملو تطبیق کیدای سی د پلاسما د کولستیرول اندازه زیاته کړی.

۲- د وینی د لوړ فشار په اړوند یوازی درسته جمله په نښه کړی:

(c) ketabton.com: The Digital Library

الف: یوازی د وینی د سیستولیک فشار لوړ والی د اندارو له کبله ارزښت نلری.

ب: په زیاتو ناروغانوکي د پلاسما د رینین اندازه نورماله وی.

ج: د نړی د کاهلانو ۱۵ سلنه د وینی اساسی لوړ فشار لری.

د: د وینی په لوړ فشار اخته یوازی ۱۵ سلنه ناروغان د وینی ثانوی لوړ فشار لری.

۳ سوال: دوینی دلوړفشار عینی اختلاطات ولیکي ؟

۴سوال : د وینی د ثانوی لوړ فشار اند وکراینی اسباب ولیکي ؟

۵- خالی ځایونه په مناسبو کلماتو ډک کړی؟

د وینی د لوړ فشار مناسب کنترول کولای سی چي د زړه د ناغیو ښخه د مړینی په شمیر کي (
) سلنه کمښت را ولی.

د وینی د لوړ فشارله کبله د شبکي څلورمه درجه اختلاط ته ( ) وایی.

۶- درست ځواب په نښه کړی؟

د شبکي په د ریمه درجه اختلاط کي لاندی بدلونونه لیدل کیږی

الف: Silver Wiring ب: nipping

ج: Papilodema د: cotton-wool exudates and flame-shaped bledding

(c) ketabton.com: The Digital Library

دريم څپرکی
په کاهلانوکي د زړه ولادی آ فات

د زړه ولادی غیر سیانوتیکي ناروغی چي د راسته څخه وچپه ته شنټ شتون ولري. **د زړه ولادی غیر سیانوتیکي ناروغی چي شنټ شتون نلري.** **د زړه ولادی سیانوتیکي ناروغی چي د ریوی دوران کم والی ورسره مل وی.** **د زړه ولادی سیانوتیکي ناروغی چي د ر یوی دوران زیاتوالی ورسره مل وی.**

د څپرکي مقدمه

د زړه ولادی آ فات په هرو زرو ژوند يو ولاد تونوکي ا ته ۱۰۰۰/۸ تنه مصابوی.

د طبابت په پرمختلوسره اوس د داخله، اطفالو او قلبی وعایی جراحی په برخه کي زیات پرمختگونه راغلی او حتی د یوشمیر مغلقو ولادی آ فاتو چي مخکي یی درملنه ناشونی وه د ژوندی پاته کیدو چانس زیات شویدی، یعنی ۸۰ سلنه د دی ناروغانونارمل ژوند ته دوام ورکوی او ژر ده چي په ولادی آ فاتو اخته کاهلانو شمیر به تر ماشومانوزیات سی. که څه هم درسته احصائیه پلاس کي نسته، ولی بیاهم په برطانیه کي د کاله ۱٦۰۰ په ولادی آ فاتو اخته ناروغان پیژندل کیږی چي یوازی ۸۰۰ یی ډاکتر ته مراجعه کوی.(۴،۵)

(c) ketabton.com: The Digital Library

Congenital Heart Disease in the Adult

تعریف: د تعریف له مخی داناروغان د جراحی حالت په پام کي نیولوسره پر دریو برخوویشل کیږی:

۱- هغه ګروپ ناروغان چي جراحی عملیات ورته نشی ترسره کیدلای،یا ورته ګټه نلری

۲- هغه چي جراحی عملیات ورته ترسره اوګټمن دی

۳- هغه ګروپ ناروغان چي فزیولوژیکي روغوالی مومی

دزړه ولادی ناروغی کیدای شی چي غیر سیانوتیک اویا سیانوتیک ګروپونوباندی و ویشل شی، چي سیانوتیک ډول یی معمولاً د هغه شنټ په ذریعه چي دراسته څخه چپ طرف ته وی را منځته کیږی.

مورنی یا ولادی آفات یا native lesion هغه اناټومیکي آ فاتوته ویل کیږی چي د ولاد ت په وخت شتون ولری، او کسبی آ فات بیا هغه آ فات په برکي نیسی چي په طبعی ډول را منځته او یا داچي د جراحی عملیات په ذریعه تولید شویوی.

هر ولادی آ فت کولای شی چي پر بل آفت باندی اثر واچوی، د بیلګی په توګه، د VSD فیزیولوژیک اثرات که په یوازی ډول رامنځته شی یوشان او که د ریوی شریان د تنګوالی سره وی، نوبل ډول اثرات لری. که ولادی آ فات په یوازی ډول د شنټ یا بندښت په شکل شتون ولری نو دساده آفاتویا simple lesion په نوم یادیږی، ولی که دوه یا تر دوه زیات آ فات په یوه ناروغ کي شتون ولری نو ورته مغلق آ فات یا complex lesion وایی.(٦)

اسباب: د زړه د ولادی ناروغیو اسباب اکثراً نا معلومه وی، ولی یو شمیر مل ستونزی پیژندل شویدی چي د دی ناروغیو په منځته راتلوکي ونډه اخلی، اوعبارت دی له:

د امید واری په دوران کي په rubella انتان باندی د مور اخته کیدل، چي اکثراً د persistent ductus arteriosus، pulmonary valvular اوarterial stenosis سبب کیږی.

په الکهولو د مور اعتیاد (septal defects) سبب کیږی.

د مور لخواد درملو او شعاع استعمال.

د مور جنیتیکي ناروغی.

د کروموزومونو نقصان، چي یو شمیر سندرومونه را منځته کوی.

اپیدیمیولوژی: په ۹۰ سلنه ناروغانوکي،د زړه ولادی آ فات څو عامله لرونکي وی، یوازی د ۵ تر ۱۰ سلنه یی د ابتدایی جنتیک عواملو لکه د یوه کروموزوم یا یوه موټنټ جن په ذریعه را منځته شویوی. د کروموزومی بدلونو د جملی هغه عمده ستونزه چي را منځته کیږیVSD تشکیلوی، چي په ۹۰ سلنه ناروغانوکي د ۱۳ یا

(c) ketabton.com: The Digital Library

۱۸کروموزوم د ترای زومی څخه منځته راځی. په ۵۰ سلنه هغه ناروغانوکي چي Down syndrome يا د ۲۱ کروموزوم ترای زومی لری د اندوکارډ د پوښ او یا پردی نقصان لیدل کیږی.

په (45,X) Turner's syndrome اخته ناروغانوکي ډير عمده او زيات ليدل کيدونکي نقصان د ابهر شريان coarctation ، تنګوالی اوASD دی،حال داچي په tetralogy of Fallot اخته ۱۵ سلنه ناروغانوکي د 22q11کروموزوم deletion ليدل کيږی. د همدغه22q11 کروموزوم غير نورمال حالتونه د يوزيات شمير سندرومونو د منځته راتلو سبب کيږی چي عمده يی د DiGeorge syndrome په نامه يا ديږی. (۵)

وقوعات اوشيوع: د نړی په سطحه د زړه د ولادی ناروغيو کچه يوازی ۱ سلنه اټکل سويده، چي پيښی يی په نارينه وو کي د ښځو په پرتله زياتی ليدل کيږی.(۵)

د امريکا په متحده آ يالاتوکي د زړه د ولادی آ فاتو اندازه په هرو ۱۰۰۰ ژوندی ولادتونوکي ۸ تعين شويدی، او يا داچي په کال کي ۳۲۰۰۰ نوی زيږيدلی ماشومان د زړه د ولادی آ فاتو سره زيږی. د ناروغی شيوع هم په عمومی نفوس کي زياته ، او په ځانګړی توګه په لويانوکي د مغلقو او شديدو ناروغيو اندازه مخ په زياتيدو ده. د دی ناروغانو۲۰ سلنه د ژوند په لمړی کال مری، ولی په لويانوکي شيوع په هرو ۱۰۰۰ تنوکي ۴ اټکل شويده، فعلاً، د امريکا په متحده آ يالاتو کي د زړه د ولادی ناروغيو ۹۰۰۰۰۰ناروغان شتون لری.

په ۲ سلنه ناروغانوکي د ابهر شريان Bicuspid والو، چي په لويانوکي د زړه د ډيرو عمده ولادی ناروغيو څخه ده،او د نيمو جراحی عملياتو نو پيښی تشکيلوی،شتون لری. په لويانوکي ،د زړه د ولادی ناروغيو د ۳۰ تر ۴۰ سلنه پيښی ASDs تشکيلوی،حال داچي دا سلنه د ASD لپاره کمه او د ۱۵ تر ۲۰ سلنه ده. په لويانوکي،د زړه د سيانوتيکو ناروغيو د جملی څخه بله عمده ناروغی Tetralogy of Fallot تشکيلوی.(٦)

په (۳-۱) جدول کي د زړه د ولادی ناروغيو وقوعات او شيوع ښودل شويده (۷)

آ فات	سلنه
د بطينی حجاب نقيصه Ventricular septal defect	۳۰
د اذينی حجاب نقيصه Atrial septal defect	۱۰
د شراينو نقيصه Patent ductus arteriosus	۱۰
د ريوی شريان تنګوالی Pulmonary stenosis	۷

(c) ketabton.com: The Digital Library

د ابهر اوښتنه	Coarctation of aorta	۷
د ابهر تنکوالی	Aortic stenosis	٦
فلوټ ترالوژی	Tetralogy of Fallot	٦
د غټواوعیو یوپربل اوښتنه	Complete transposition of great arteries	۴
نور آ فات	Others	۲۰

د زړه په ولادی ناروغیو اخته ناروغانواعراض اوعلایم: د زړه ولادی ناروغی باید ژرترژره تشخیص شی، ځکه په لمړیو کي د درملنی پایلی ښی او دقناعت وړوی. یوشمیر اعراض اوعلایم په ټولو ناروغیوکي گډ لیدل کیږی، چي عبارت دی له:

- مرکزی سیانوزس:چي دراسته څخه و چپه طرف ته دشنټ په شتون کي را منځته او د سیستمیک او ریوی دوران د گډیدو له سببه پیداکیږی،عمده ناروغی یی Fal lot's tet ralogy ده چي د زړه د سیانوتیکو ناروغیو په نوم یادیږی.

د مرکزی مزمن سیانوزس طبی اختلاطات

الف: هیماتولوژیگ

- د سرو کروياتو کتله زیاتیږی
- د سرو کروياتو یو په بل بدلون زیاتوالی مومی
- د وینی غلظت زیاتوالی مومی

ب: هیموستازس

- د مویه صفیحات کمیږی
- د دمویه صفیحاتو دندی کمیږی
- د وینی د علقه کیدونکو فکتورونو عدم کفایه

ج: میتابولیک

- د یورات تولید زیاتیږی
- په صفراوی کڅوړه کي د کلسیم بلیروبینات ډبری جوړیږی

د : کلیوی

- د گلومیرولونو د فلټریشن اندازه کمیږی

(c) ketabton.com: The Digital Library

- د کریاتینین اندازه کمیږی
- پروتین یوریا منځته راځی
- د یورات کلیرنس کمیږی

و: اورتوپیډیک

- هایپرټروفیک استیو پاتی منځته راځي
- سکولیوزس

ز: پوستکي

- د ګوتو کلا بنګ
- اکنی

س: انتانی

- د ماغی آبسی ګانی (۴)

د ریوی شریان د فشار زیاتوالی: چي داهم د چپه څخه وراسته ته د غټ شنټ د شتون نمایندګی کوی، چي معمولا ناروغی یی د Eisenmenger په نوم یا دیږی.شتون یی اکثراً د خرابو انذارو درلودونکي وی.

د ګوتو Clubbing:د زړه په هغو ولادی ناروغیو کي چي د وامداره سیانوزس ورسره مل وی،لیدل کیږی.

د Paradoxical embolismشتون پر دی دلالت کوی چي د راسته او چپه زړه د دوران تر منځ اړیکي شتون لری، ځکه دا امبولی ګانی معمولاً د سیستمیکو وریدونوڅخه و سیستمیکو شریانی دوران ته داخلیږی.

پولی سیتیمیا Polycythaemia چي عموماً په ثانوی ډ ول د مزمنی هایپوکسیمیاله لکبله را منځته او د ترمبوتیکو حملاتو لکه د ماغی سکتی خطر زیاتوی.

سنکوپ: په هغه صورت کي د راسته بطین څخه و چپه ته شدی بندښت شتون ولری، منځته راځی.

ځوانان اوکاهلان چي د زړه په ولادی آ فاتو اخته وی، د هغو د وامداره انومالی ګانو چي لری یی او یا جراحی عملیات له سببه ،یو شمیر ځانګړی اعراض او علایم لری چي عبارت دی له:

د انډو کارډ التهاب endocarditis ، دزړه د والونو د آ فاتو پرمختګ، اذینی او بطینی اریتمیاوی ، ناځاپی مړینه او د راسته زړه عدم کفایه. (۵)

۳-۲ جدول : د زړه د ولادی آ فا تو تصنیف [۵]

(c) ketabton.com: The Digital Library

سیانوتیکي	غیر سیانوتیکي
د شنټ سرهWith shunts • Fallot's tetralogy • Trans position of great vessels • Severe Epstein's anomaly	د شنټ سرهWith shunts • Atrial septal defect • Ventricular septal defect • Patent ductus arteriosus
د شنټ پرتهWithout shunts • Severe pulmonary stenosis • Tricuspid atresia • Pulmonary atresia	د شنټ پرتهWithout shunts • Coarctation of the aorta • Congenital aortic stenosis

د زړه ځانګړی نقصانونه Specific Cardiac Defects (۱)

په لاندی جدول کي د زړه ولادی ناروغی په دریو برخو، ساده ، متوسطی او مغلقو باندی ویشل سویدی. ساده ناروغی وهغو ناروغیو ته ویل کیږی چي آ فت یو وی او شنټ یا د والونو نقیصه ورسره موجوده وی. متوسطی ناروغی پر هغو ناروغیو اطلاق کوی چي نقیصه د یوی څخه زیاته وی او مغلق آ فات معمولاً هغو آ فاتوته ویل کیږی چي څو آ فتونه سره یوځای وی او وعایی نقیصه زیاته شتون لری.

۳-۳ جدول: د وخامت د درجی له مخی د زړه د ولادی ناروغیو تصنیف (۱)

په لویانوکي د زړه سا د ه و لادی ناروغی Simple Adult Congenital Heart Disease
Native disease Uncomplicated congenital aortic valve disease Mild congenital mitral valve disease (e.g., except parachute valve, cleft leaflet) Uncomplicated small atrial septal defect Uncomplicated small ventricular septal defect Mild pulmonic stenosis
Repaired conditions Previously ligated or occluded ductus arteriosus Repaired secundum or sinus venosus atrial septal defect without residua Repaired ventricular septal defect without residua
په لویانوکي د زړه متوسطی و لادی ناروغی Intermediate Complexity Congenital Heart Disease
Ostium primum or sinus venosus atrial septal defect

(c) ketabton.com: The Digital Library

Anomalous pulmonary venous drainage, partial or total
Atrioventricular canal defects (partial or complete)
Ventricular septal defect, complicated (e.g., absent or abnormal valves or with associated obstructive lesions, aortic regurgitation)
Coarctation of the aorta
Pulmonic valve stenosis (moderate to severe)
Infundibular right ventricular outflow obstruction of significance
Pulmonary valve regurgitation (moderate to severe)
Patent ductus arteriosus (non-closed)—moderate to large
Sinus of Valsalva fistula/aneurysm
Subvalvular or supravalvular aortic stenosis
په لویانوکي د زړه مغلقی و لادی ناروغی Complex Adult Congenital Heart Disease
Cyanotic congenital heart diseases (all forms)
Eisenmenger's syndrome
Ebstein's anomaly
Tetralogy of Fallot or pulmonary atresia (all forms)
Transposition of the great arteries
Single ventricle; tricuspid or mitral atresia
Double-outlet ventricle
Truncus arteriosus
Fontan or Rastelli procedures

د زړه ولادی غیر سیانوتیکي ناروغی چي د راسته څخه وچپه ته شنټ شتون ولری.

۱- د بین الاذینی حجاب نقص Atrial Septal Defect (ASD)

اعراض او علایم: دا حالت اکثراً په لمړی ځل په لویوالی کي تشخیص کیږی، او په لویانو کي د زړه د ولادی آ فاتو تقریباً ۳/۱برخه تشکیلوی. په ښځو کي د نارینه وو په پرتله ۲- ۳ ځلی زیات لیدل کیږی. دوه عمده ډولونه یی شتون لری چي د ostium secundum او ostium primum په نامه یا دیږی.د

(c) ketabton.com: The Digital Library

نوموړی آ فت شتون د چپه څخه راسته ته د شنټ د تولید سبب ګرځی، چي د راسته زړه output زیاتوالی مومی. تر ۳۰ کلنی وروسته معمولاً د ریوی اوعیو مقاومت زیات او د pulmonary hypertension د منځته راتلو سبب کیږی. اذینی اریتمیا،په ځانګړی توګه اذینی فبریلیشن، په دی مرحله کي معمول دی.په لویانوکي د راسته زړه عدم کفایه او اذینی فبریلیشن کیدای شی د ناروغی لمړی تظاهرات وی. فزیکي علایم عموماً د راسته بطین د فشار د زیاتوالی علایم تشکیلوی، همداراز د راسته بطینheave اکثراً جس کیږی.

۳- ۱ شکل (د بین الاذینی حجاب نقص)[۵]

لابراتواری معاینات

د صدر په راډیو ګرافی کي کیدای شی ریوی شریان متبارزاو ریوی مارکنګ شتون ولری. راسته بطین غټ معلومیږی.

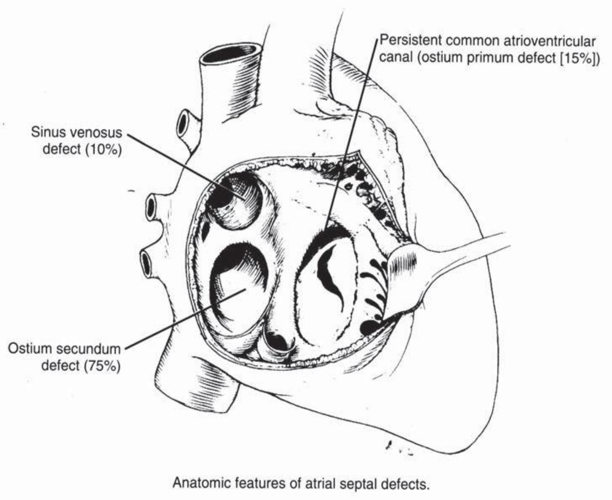
پهECG کي کیدای شی یو ه اندازهRBBB د(راسته بطین د توسع له کبله)او right axis deviation ولیدل شی.

پهEchocardiogram کي هم اکثراً غیر نورمال حالت لکه د راسته بطین غټ والی او د ریوی شریان توسع اوهم د بین البطینی پردی غیر نورمال حرکات لیدل کیږی. د دوران غیر نورمال حالت کیدای شی چي پهcolour Doppler معاینه کي و موندل شی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

درملنه: یو وصفیASD (هغه چي ریوی جریان تر ۵۰ سلنه پکي زیات شویوی) باید د ۱۰ کلنی تر مخه او یا په ځوانی کي سمدستی تر تشخیص وروسته ترمیم شی. داسی فکر کیږی چي که ناروغی شدیده نه وی کیدای شی چي د ځوانی په مرحله کي پخپله ترمیم شی، ولی مطالعاتو ثابته کړیده چي اکثراً دا شنتونه پیشرفته کیږی، ځکه نو جراحی ترمیم یی ښه دی. که د ریوی هایپرټنشن د تولید ترمخه جراحی عملیات ترسره شی، ښه نتیجه ورکوی.

یوازی دASD شتون د endocarditis د مخنیوی په منظور و وقایوی انتی بیوتیکو ته اړتیانلری، او یوازی هغه وخت وقایوی انتی بیوتیک توصیه کیږی چي د سامی آ فات ورسره مل وی.



۳

۲ - شکل د ASD بیل ډولونه(۴)

پتوفزیالوژیکي بد لونونه

د چپه خخه وراسته ته د شنټ شتون

د شنټ له کبله د ریوی شریان توسع

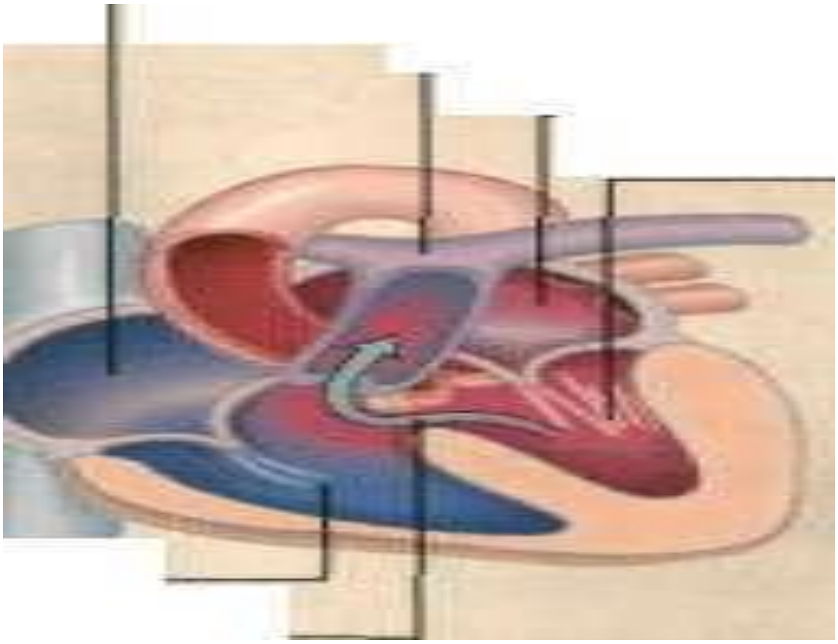
د ریوی والو خخه د زیات جریان د تیریدو له کبله د مرمر اوریدل

د stroke volume زیاتوالی (۵)

۲- د بین البطینی حجاب نقص Ventricular Septal Defect(VSD)

(c) ketabton.com: The Digital Library

د بین البطینی حجاب نقص یا VSD دزړه د ولادی آ فاتو د جملی څخه یو عمده آ فت دی چي په هر ۵۰۰ ژوندیو ولادتونوکي یو ماشوم په اخته وی. ناروغی کیدای شی په یوازی ډ ول او یا دنورو ولادی آ فاتو سره یوځای و لیدل شی. په دی آ فت کي د چپه بطین فشار د راسته بطین په پر تله زیات وی، ځکه نو وینه د چپه څخه راسته بطین ته زیاته داخلیږی او د ریوی دوران زیاتوالی مومی چي په پایله کي دا زیاتوالی د عمومی دوران سره یوشانته والی پیداکوی،چي دی حالت ته Eisenmenger complex ویل کیږی. په وروسته کي دا شنټ حتی معکوس حالت یعنی د راسته څخه وچپه ته بدلیږی، چي په ناروغ کي د محیطی سیانوزس د منځته راتلو سبب کیږی.



۳-۳ شکل (د بین البطینی حجاب نقص)(۵)

اعراض اوعلایم: که آ فت کوچنی وی چي په 'maladie de Roger'نامه یادیږی، اکثراً پرته له اعراضو وی، او په ۹۰ سلنه پیښنو کي تر ۱۰ کلنی پوری پخپله تړل کیږی. له بده مرغه په یوشمیر پیښنوکي چي آ فت پخپله هم روغوالی ومومی، بیاهم کیدای شی په ناروغ کي د ابهر والو عدم کفایه او د انډوکارډ التهاب رامنځته شی.د ناروغی په متوسط شکل کي ناروغ د ستړیا،او سالنډی څخه شکایت کوی، چي زړه غټ او د زروی ضربان برجسته معلومیږی.د ستر نم په چپه او کښتنی برخه کي

(c) ketabton.com: The Digital Library

اکثراً systolic thrillجس او هم یو لوړ ا وخیریدونکي وصف درلودونکي مرمراوریدل کیداېشی. که آ فت ډیر پراخه وی نو د ریوی هایپرټنشن سبب کیږی.

لابراتواری معاینات : په واړه آفت کي په X-rayاو ECG کي کومه ستونزه نه لیدل کیږی، یوازی د غټ آ فت په شتون کي په X-rayکي ریوی شریان برجسته او که Eisenmenger's complex تشکل کړیوی نو د ریوی هایپرټنشن علایم یا'pruned' pulmonary arteriesلیدل کیږی. که متوسط یا غټ آ فت شتون ولری نو دزړه غټوالی هم لیدل کیدای شی.

په ECG کي د راسته او چپه بطین هایپرټروفی موندل کیږی.

د 2-D echocardiographyاو CW Doppler معاینی په ذریعه کولای شو چي د آ فت اندازه، موقعیت اوهم هیموډینامیک بدلونونه ترلاسه کړو.

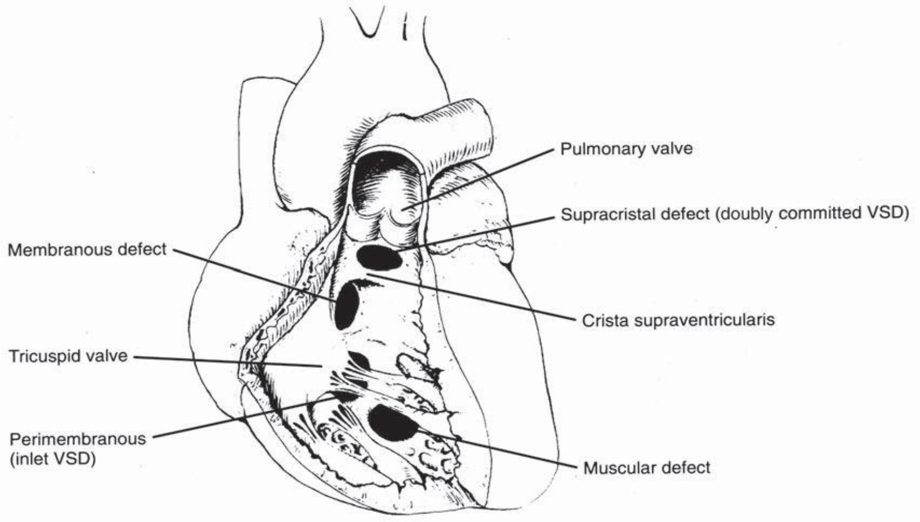
درملنه : متوسط او غټ آفت د مخه تر دی چي ریوی هایپرټنشن تأ سس وکړی باید د جراحی عملیی په ذریعه ترمیم شی او هم په ټولو پیښو کي د Infective endocarditis وقایوی درملنه توصیه کیږی.(۵)

۳- ۴ جدول : په VSD اخته ناروغانوکي پتوفزیا لوژیکي او اصغایی موندنی (۵)

د زړه آ وازونه او مرمرونه
Diastole Systole **I Illllllllllill)** **S1 S1 S2**
د سترنم په چپه او کښتنی برخه کي خشن پان سیستولیک مرمراوریدل کیږی، چي ورسره مل سیستولیک تریل او heave هم شتون لری. **کیدای شی د ریوی هایپرټنشن علایم هم و موندل شی.**
پتوفزیالوژی
د چپه څخه وراسته ته د شنټ موجودیت **کله چي چپه بطین تقلص کوی، یوه اندازه وینه و ابهر شریان او یوه اندازه یی د سوری د لاری و راسته بطین ته داخلیږی،چي پر راسته بطین او ریوی شریان اثر اچوی.** **په وړه VSDکي چي د maladie de Roger 1'په نوم هم یادیږی، کله کله کیدای شی چي لوړ او اوږده سیستولیک مرمرد تولید سبب و ګرځی.** **په متوسطه VSDکي کیدای شی چي لوړ او ځیریدونکي وصف لرونکي پان سیستولیک مرمر واوریدل شی.**

(c) ketabton.com: The Digital Library

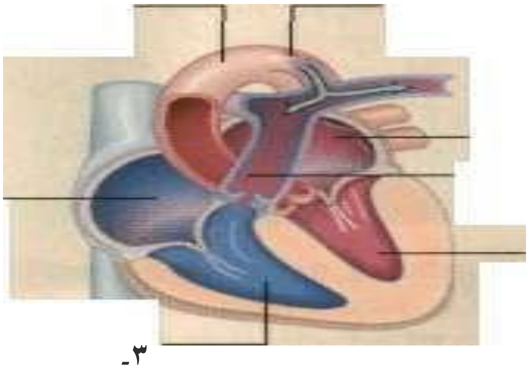
په غټه VSDکي چي Eisenmenger's complex تشکل کوی کیدای شی چي ریوی هایپر ټنشن موجوداونرم سیستولیک مرمر واوریدل شی.



۳-۴ شکل د VSD بیل ډولونه(۴)

۳- د (PDA)Patent Ductus Arteriosus ناروغی

په دی ولادی آ فت کي ریوی شریان د خپل دوښاخه کیدو په برخه کي د نازله ابهر سره و subclavian شریان ته نژدی یو ځای شویوی.



۳-۵ شکل (PDA)(۵)

ناروغی په ښځوکي د نارینه وو په پرتله زیاته او کله کله د مور د rubella انتان سره مل وی. په دی ناروغی کي که ونه ترل شی نو په دوامداره توګه د ابهر شریان او ریوی شریان ترمنځ شنټ را منځته کیږی، چي داشنټ و چپه زړه ته د ریوی وریدی دوران د زیاتوالی او په پایله کي د چپه بطین د حجم د زیاتوالی سبب کیږی.

که شنټ غټ وی نو د چپه زړه د شدید ی عدم کفایه او ریوی هایپرټنشن سبب کیږی. ۳/۱ هغه ناروغان چي عملیات نه وی ورته ترسره شوی تر ۴۰ کلنی پوری د زړه د عدم کفایه،ریوی هایپرټنشن یا انډوکارډیټ له کبله مری، حال داچي دا اندازه د عمر په زیاتیدو سره زیاته او تر ٦۰کلنی پوری و ۳/۲ ته جګیږی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

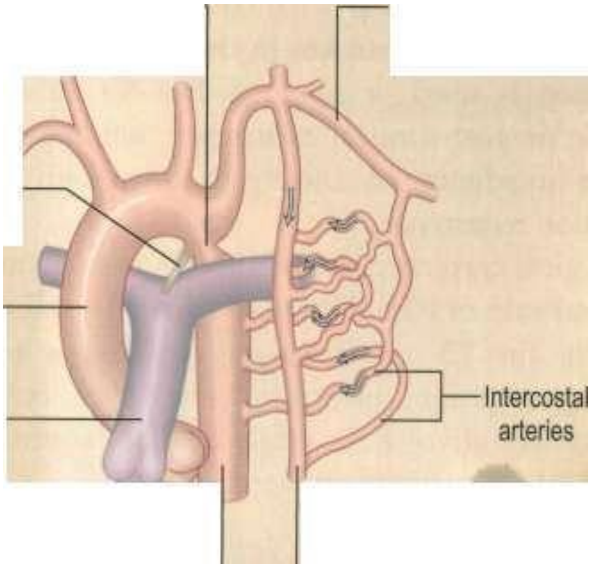
اعراض او علایم: اکثراً د ژوند تر زیاته وخته او یا حتی ترهغه وخته چي د زړه عدم کفایه او یا د اندوکارډ التهاب تأ سس نه وی کړی، اعراض او علایم شتون نلری. عمده فزیکي علامه یی، د دوامداره او مشینری وصف درلودونکي مرمرشتون دی. اوپه جس محیطی نبض قوی او ډک وی.
په اصغا کي د لمړی ضلعی فاصلی او یا پر لمړی ضلع باندی دوامداره او مشینری وصف درلودونکي مرمر او ریدل کیږی، کیدای شی چي په همدی ناحیه کي تریل هم جس شی.
لابراتواری معاینات: که آ فت کوچنی وی نوپه X-ray کي کومه نقیصه نه لیدل کیږی، ولی اکثراً ابهر او ریوی شریان برجسته وی.
په ECG کي د دواړو چپه اذین او چپه بطین د هایپر ټروفی نښی موجودی وی. که Eisenmenger's reaction تأ سس کړیوی نو دراسته بطین هایپرټروفی هم لیدل کیدای شی.
په echocardiogram کي چپه اذین او بطین دواړه متوسع ښکاریږی. د ناروغی په پرمختګ سره د راسته زړه بدلونونه زیات برجسته کیږی.
درملنه :د وخت تر مخه زیږیدلی ماشومان اکثراً د اندو میتاسین په ذریعه ،چي د پروستاګلاندین تولید نهیه کوی،او د ډکت د تړلوسره مرسته کوی، تداوی کیږی. په یو شمیر حالاتو کي کیدای شی چي قنات د جراحی عملیات او یا انجیو ګرافی په ذریعه د ډیر کم خطر سره و تړل شی. جراحی عملیات باید ژرترژره او د ۵ کلنی تر مخه ترسره شی، ځکه که ریوی هایپرټنشن تأ سس وکړی نوبیا جراحی عملیات کومه ځانګړی ګټه نلری.

پتوفزیولوژیکي بد لونونه

د چپه څخه وراسته ته د شنټ شتون: د ابهر شریان څخه یو ه اندازه وینه د دی قنات د لاری تیره او ریوی شریان ته داخلیږی. د سیسټول او ډ یاسټول په دواړو مرحلوکي د قنات څخه د وینی جریان د مرمرسبب کیږی.
د ریوی شریان، چپه اذین اوچپه بطین توسع: کله چي د ریوی شریان هایپر ټنشن تأسس وکړی،نو مرمر ډیر خفیف او حتی اوریدل کیدای نشی، او محیطی سیانوزس منځته راځی. (۵)

د زړه ولادی غیر سیانوتیکي ناروغی چي شنټ شتون نلری

(c) ketabton.com: The Digital Library



د ابهر شريان اوښتنه يا د يوى برخى تنګوالى Coarctation of Aorta

د ابهر شريان و تنګوالى ته ويل کيږى،چي د ductus arteriosus او يا subclavian شريان په distal ناحيه کي رامنځته کيږى. نادراً کيداى شى چي د subclavian شريان په proximal ناحيه کي را منځته شى. پيښى يى په نارينه وو کي د ښځو په پرتله ۲ ځلى زياتى ليدل کيږى. او اکثراً د Turner's سندروم سره مل وى. په ۸۰ سلنه پيښو کي د ابهر والو دوه ليفليټه او تنګ

۳-٦ شکل (د ابهر شريان اوښتنه) (۵)

يا په endocarditic مصاب وى. کيداى شى د دى ولادى آ فت سره يوشمير نور ولادى آ فات لکه ductus arteriosus ،v s d ، د ميترال د سام تنګوالى يا عدم کفايه او يا Willis انوريزم هم مل شتون ولرى. د ابهر شريان زيات تنګوالى د کولترال اوعيو د تشکل سبب کيږى. د پښتورګو د جريان کموالى د وينى د فشار د زياتوالى سبب کيږى، چي حتى تر جراحى عمليات وروسته هم د وام مومى.

اعراض او علايم: ناروغى د زياتو کلونو لپاره پرته له اعراضو وى. د سردرد او د پوزى وينى کيدل (د وينى د لوړ فشار لکبله)او daudication او د لينګيو سوړوالى (په کښتنيو اطرافوکي د کم جريان لکبله) کيداى شى شتون ولرى.

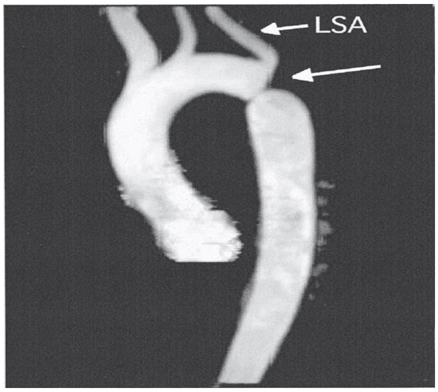
په فزيکي معاينه کي د پورتنيو اطرافو فشار لوړ ، او په کښتنيو اطرافو کي ځنډنى او ضعيفه نبض موندل کيږى.

په اصغا کي د سيستول په متوسط او آ خر کي د صدر د مخ او يا شا په خواکي مرمر اوريدل کيږى. د کولتيرال اوعيو د تشکل په صورت کي کيداى شى برويټ هم واوريدل شى.

لابراتوارى معاينات

(c) ketabton.com: The Digital Library

د صدر په X-ray کي کیدای شی چي ابهر شریان متوسع او دندانه لرونکي او هم rib notching ولیدل شی.



په ECG کي د چپه بطین هایپرټروفی موندل کیږی.

په Echocardiography کي کله کله co arctation او نوری انومالی که شتون ولری، هم لیدل کیږی.

د CT او MRI په ترسره کولو سره ستونزه ښه واضح او هم د دوران د خرابوالی اندازه په ګوته کیدای شی.

۳-۷ شکل د ابهر Coarctation یو ډول(۴

د رملنه: درملنه هغه وخت استطباب لری چي د coarctation څخه د دوران فشار تر ۳۰ ملی متر سیماب زیاته شی. درملنه معمولاً جراحی عملیات په برکي نیسی، چي دcoarctations ناحیی قطع کیدل او د ابهر شریان نوک په نوک انستوموز ترسره کول دی.

که coarctation ډیر وسیع وی، نوو prosthetic vascular graftsته اړتیا لیدل کیږی. که جراحی عملیات د ماشوم توب په دوران کي ترسره شی،نو هایپرټنشن مکملاً له منځه ځی، ولی که دا عملیات د ځوانی یا کهولت په عمر کي ترسره شی، نوپه ۷۰ سلنه ناروغانوکي د پښتورګو د تخریب له کبله د وینی فشار لوړ پاتی کیږی. په دی ناروغانوکي د اتیروسکلیروزس او د ماغی سکتی خطر زیات وی.په یوشمیر مراکزو د Balloon dilatation څخه کار اخلی، ولی د انوریزم د تشکل خطر زیات دی.

په ماشوم توب کي د جراحی عملیات کامیابه او په ۸۳ سلنه ناروغانوکي تر ۲۵ کالو عمر اوږد ولای شی. که دا عملیات تر ځوانی (۲۰ تر ۴۰ کلنی) و ځنډول سی، نو د ۲۵ کالو لپاره د ژوندی پاته کیدو چانس ۷۵ سلنی ته راټیټ او که عملیات ترسره نشی، نو یوازی ۲۵ سلنه ناروغان تر ۵۰ کلنی ژوندی پاتی کیدای شی، حال داچي په ۳/۲ برخه ناروغانوکي تر ۴۰ کلنی وروسته د زړه عدم کفایه منځته راځی.

پتو فزیالوژیکي موند نی

- دCoarctation له سببه په صدري صاعده ابهر کي د دوران شدید بندښت منځته راځی
- له همدی کبله په ناحیه کي بیل کولترالونه تشکل کوی.(۵)

د زړه ولادی سیانوتیکي ناروغی چي د ریوی دوران کم والی ورسره مل وی

(c) ketabton.com: The Digital Library

فلوټ تترالوژی Fallot Tetralogy

په دی ولادی آ فت کي څلور ولادی ستونزی شتون لری چي عبارت دی له:

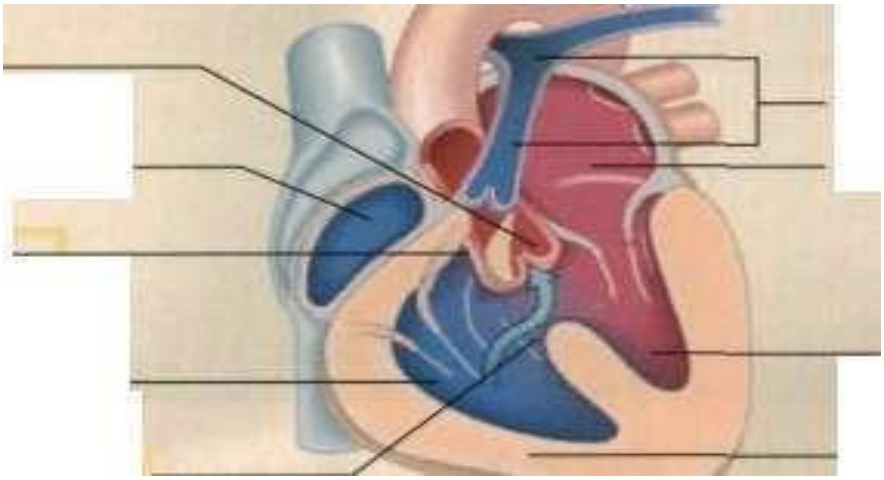
۱- د دریوی شریان تنګوالی pulmonary stenosis

۲- د ابهر شریان په ذریعه د بین البطینی حجاب د تقصان زیاتوالی

۳- د بین البطینی حجاب نقصان

۴- د راسته بطین هیپرتروفی

په لاندی شکل کي ښودل سویدی.



۳ - ۸ شکل (فلوټ تترالوژی) (۵)

په دی آفت کي د راسته بطین د جریان په مقابل کي بندښت معمولاً سب والولر یا انفنډیبولر وی، ولی کیدای سی چي والولر، سپرا والولر اویا په ګډ ډول شتون ولری. د بین البطینی حجاب نقصان هم ډیر غټ او کثراً یی فوهه حتی د انهر شریان سره برابره وی. ناروغی د راسته بطین د فشار د لوړ والی سبب کیږی چي په نتیجه کي د بین البطینی حجاب د نقصان دلاری دراسته طرف څخه چپه طرف ته د شنټ د تولید او د وینی د جریان سبب کیږی.

اسباب: د امبریولوژی له نظره یی سبب د bulbar septum ، چي د ابهر صعودی برخه د ریوی شریان څخه بیلوی، غیرنورماله نمو تشکیلوی . آ فت په ۲۰۰۰/۱ ژوندیو ولادتونوکي منځته راځی او د ماشوم توب د دوری یعنی تر یو کلنی وروسته د سیانوز عمده سبب تشکیلوی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

اعراض او علايم: ماشوم معمولاً سيانوتيک وی ولی دا سيانوز په نوی زيږيدلی ماشوم کي نه ليدل کيږی، ځکه تر هغه وخته شنټ ښه تأ سس نه وی کړی او د راسته يطين فشار د چپه بطين د فشار سره مساوی يا زيات سوی نه وی. په هغه ماشومانوکي چي د ابهر تضيق يی سب والولر يا انفنډيبولر وی تر ادرينرجيک تنبهاتو وروسته تضيق زياتوالی مومی او د ناروغه ماشوم سيانوزس ناڅاپه تر ډوډی خوړلويا ژړا وروسته زياتوالی مومی، اوحتی کيدای سی ماشوم اپنی پيداکړی او شعور دلاسه ورکړی، چي دا حمله د'Fallot's spells' په نامه سره ياديږی. په لو يو ماشومانو کي نوموړی حمله کمه ولی سيانوز ورځ په ورځ زياتوالی مومی، چي ورسره مل د ودی کموالی، د ګوتو کلابنګ او پولی سيتيميا هم موجوده وی. زيات ماشومان د ماشوم په دوران کي مری.

په فزيکي معاينه سره ناروغ سيانوز لری او په اصغأ باندی په ريوی محراق کي سيستوليک مرمر اوريدل کيږی (د ريوی شريان تضيق). کيدای سی په نوی زيږيدلو ماشومانو او يا هغو ماشومانوکي چي آ فت يی خفيف وی سيانوز ونه ليدل سی چي ورته غير سانوتيک فلوټ ترالوژی يا 'acyanotic tetralogy of Fallot' ويل کيږی.

تشخيص: په ECG کي د راسته بطين د هيپر تروفی نښی ښکاره ، او د صدر په راديو ګرافی کي ريوی شريان ډير کوچنی معلوميږی او زړه د بوټ شکل 'boot-shaped' يا coeur en sabot لری. اصلی تشخيص د Echocardiography په ذريعه وضع کيږی.

درملنه: اصلی درملنه جراحی مداخله تشکيلوی، چي ټوله شته نقصانات بايد ترميم سی. په ابتدايی ډول جراحی عمليه د ۵ کلنی تر مخه چي ريوی شريان ډيرهيپو پلاستيک شوی نه وی بايد تر سره سی چي معمولاً ناروغ ته Blalock-Taussig شنټ ترسره او نور نقصانات يی ترميميږی.

انذار: تر مکمل ترميم وروسته انذار ښه په ځانګړی توګه چي جراحی عمليه په وړکتوب کي تر سره سی. د شنټ د باقی پاته کيدو، د ريوی شريان د تضيق د عود او ريتم د آ فاتو د پوهيدلوپه منظور بايد ناروغ د نژدی تعقيب سی. (۷)

PULMONIC VALVE STENOSIS د ر يوی د سام تضيق

په بيلو درجو در يوی دسا م تضيق دزړه دولادی ناروغيو د ۱۰ سلنه په شاوخوا کی پيښی را منځته کوی. در يوی د سام يا Infundibulum تضيق دوينو د جر يا ن په مقا بل کی مقاومت ز يا توی چي په نتيجه کی په راسته بطين کی فشارلوړ اود ر يوی وينی دوران محدوديږی.که شنت ورسره مل نه وی دشر يا نی وينی اشباع نا رمل وی، اوکه تضيق ډير شديد وی دقلبی دهنی دکمښت له کبله محيطی سيا نوز يس منځته راوړی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

د ګوتو دسرو نوپاړسوب یا Clubbing او پولی سیتیمیا اکثرا شتون نلری، ولی که Foramen ovale خلاص او یا د د هلیزونو ترمنځ د جدار نقصا ن شتون وبری نود راسته څخه و چپه ته د شنت له کبله Clubbing او پولی سیتیمیا منځته راتلای شی.

اعراض او علایم

خفیفی پیښبی (دراسته بطین او ریوی شریان دفشارتوپیر تر ۳۰ ملی متر سیماب کم وی) اعراض اوعلایم نلری. متوسط ا و شدید تضیقات (چي د فشار توپیر د ۵۰ تر ۸۰ ملی متر سیماب او یازیات وی) د جهد په وخت کی دتنفس ستونزی ، سنکوپ ، صدری دردونه اوپه اخیرکی دراسته بطین عدم کفا یه منځته راوړی.

په جس سره parasternal lift شتون لری، یولوړ خشن سیستولیك مرمر اویوواضح تریل په چپه دوهمه اودریمه بین الضلعی مسافه کی دقص دهډوکی څنګ ته اوریدل کیدای شی، د ان فنډیبولم په تضیق کی نوموړی مرمر په دریمه اوڅلورمه بین الضلعی مسافه کی اوریدل کیږی.

په شدیدو پیښبوکی دمرمر په وسیله دزړه دوهم اواز پټیږی.د ریوی جزء کمیږی، ځنډ یږی اویا له منځه ځی.په متوسطو پیښبوکی دواړه جزوی داوریدلو وړوی.په شدیدو پیښبوکی په راسته طرف کي د زړه څلورم آ واز S4اوریدل کیدای شی او په وریدی نبض کی د a لوړه موجه موجوده وی.

تشخیص

په ECG کی Right Axis Deviationیا Right Ventricular Hypertrophy لیدل کیږی،Peaked P wave دراسته اذین لوړ بار راپه ګوته کوی.

دصدرپه رادیوګرافی کی دزړه جسامت نارمل وی اویا یوواضح راسته اذین اوبطین لیدل کیږی.چه دا دافت په وخامت اړه لری.

په ایکوکاردیوګرافی کی اناتومیك بدلونونه او دراسته بطین جسامت او وظایف معلومیدای شی.ددوپلرپه وسیله په درسته توګه دفشارتوپیر تعینیږی چه دقلبی کتیتیریزیشن په وسیله تائیدیږی.

درملنه

هغه ناروغان چه دریوی دسام خفیف تضیق لری په نورماله توګه ژوند کولای شی.

دمتوسط تضیق لرونکی په ماشومتوب او نوی ځوانی کی بیله عرضه وی خوکله چه عمریي زیاتیږی اعراض پکښبی څرګندیږی.

شدید تضیق د انی مرګونو سره یوځای وی او کله چه ناروغان دعمر وشلمو اودیرشمو کلونوته رسیږی دزړه عدم کفایه پکښبی منځته راځی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

په عرض لرونکو ناروغانو اویاپه هغوکی چه دراسته بطین هیپرتروپی لری دافت واصلاح ته اړه سته .د Percutaneous ballon valvuloplasty طریقه موثره ثا بته شو یده او ا نتخا بی تداوی جوړوی.جرا حی تد ا و ی د ۲ تر ۴سلنه دعملیا تو وفیات لری اوپه اکثره وختونوکی داوږده مها ل لپاره ډیره ښه نتیجه ورکوی.

په نوو زیږ ید لو ما شوما نوکی دسیستمیك – ر یوی ا نا ستوموز منځته راوړل دکا فی ر یوی دورا ن د تا مین لپا ره ضروری دی.تر هغو چه دا کار سرته رسیږی په موقتی توګه د شر یا نی قنات د خلاص سا تلو په منظور (prostaglandin E1 (alprostadil د ۰،۱ تر ۰،۰۵ ملی ګرامه / کیلو/ دقیقه د ورید دلاری دژوندا نه د تامین لپاره اړین دی. (۱)

د څپرکي لنډيز

په دريم څپرکي کي په لويانوکي د زړه مهمی ولادی ناروغی او د هغو په تشخیص ، معایناتو او درملنه کي د پر مختللو پروسیجرونو یادونه سویده. دلته هڅه سویده تر څود هری ناروغ اړوند وقوعات، اسباب، معمول اعراض او علایم ، مورفولوژی، پتوفزیالوژی او حتی تصویر په ګوته سی. د ناروغیو د تشخیص لپاره دواړه Invasive او Non-Invasiveطریقی ، په ځانګړی توګه دوهم ډول متممه معایناتولکه MRIاو CTڅخه هم یادونه سویده.

د ناروغیو عصری درملنه او هم هغه جراحی مداخلی چي د زیات وخت لپاره د با کیفیته ژوندی پاتی کیدو سبب کیږی هم یادی سویدی.

د زړه د ولادی آ فاتو عصری درملنه د دی عصر د کامیابه درملنو څخه یوه شمیرل کیږی. له دی کبله چي ۸۰ سلنه هغه ماشومان چي د زړه ولادی آ فات لری، د دی درملنوپه ذریعه د کهولت و عمر ته رسیږی، چي په نژدی وختوکي به تر ماشومانو د هغو لویانوچي د زړه ولادی ناروغی لری شمیر زیات سی. د زړه د ناروغیو پوهان اوس دا هڅه کوی تر څو د دی ناروغانو لپاره د ژوندی پاتی کیدو برسیره با کیفیته ژوند برابر کړی. له همدی کبله نو د لویانو او ماشومانو د جراحی د پوهانولپاره یوه ننګونه ده تر څو همدی هدف ته د رسیدو لپاره په ګډه او یودبل سره په مرسته کار وکړی.

د څپرکي اړونده پوښتنی

۱- صحیح جمله په ص او غلطه جمله په غ سره په نښه کړی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

۱- ۱ : د ریوی شریان د ولادی تنګوالی وصفی اعراض عبارت دی له:

الف: سا لنډی او مرکزی سیانوزس.

ب: د زړه لوړ دوهم آ واز.

ج: د سترنم په چپه طرف کي د heaveاو هم سیستولیک تریل شتون.

د: د صدر په راډیوګرافی کي د ریوی شریان غټوالی.

۱- ۲ : په نوی زیږیدلو ماشومانوکي د مرکزی سیانوزس شتون د لاندی ولادی آ فاتو وړاندوینه کوی:

الف: Persistent Ductus Arterioses.

ب: Coarctation of the aorta.

ج: Fallot's Tetralogy.

د: Atrial Septal Defect.

۱- ۳ : د Persistent Ductus Arterioses په اړوند لاندی جمله درسته ده:

الف: وینه اکثراً د ریوی شریان څخه و ابهر شریان ته جریان مومی.

ب: په ماشوم توب کي ناروغ د زړه په عدم کفایه اخته کیږی.

ج: کله چي په کنبتنیو اطرافو کي سیانوزس ولیدل سو نوباید شنټ ورته تطبیق سی.

د: د انډوکارډ دالتهاب د مخنیوی په منظورباید ناروغ ته وقایوی انتی بیوتیک ورکول سی.

۱- ۴ : د Coaractation of Aorta وصفی اعراض عبارت دی له:

الف: د ابهر د بای کسپیډ والو سره مل وی.

ب: د سکپولا په ناحیه کي برجسته او جس کیدونکي کولترالونه شتون لری.

ج: د صدر په راډیوګرافی کي rib notchingموجود او فیمورال نبض ضعیف وی.

د: د زړه په ګراف کي د راسته بطین ها یپر ټروفی ښکاریږی.

۱- ۵ : په Atrial Septal Defect کي:

الف: ابتدایی شنټ اکثراً د راسته څخه چپه ته وی.

ب: د زفیر په مرحله کي د زړه د دوهم آ واز جلا والی یا سپلیټنګ زیاتوالی مومی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

ج: آ فت معمولاً ثانوی یا دSecundum types ډول څخه وی.

د: جراحی عملیه تر څو چي شنټ پخپله تړل کیږی باید وځنډول سی.

۱-٦ : د Persistent Ductus Arterioses په اړوند لاندی جمله درسته ده:

الف: وینه اکثراً د ریوی شریان څخه و ابهر شریان ته جریان مومی.

ب: په ماشوم توب کي ناروغ د زړه په عدم کفایه اخته کیږی.

ج: کله چي په کبنتنیو اطرافو کي سیانوزس ولیدل سو نوباید شنټ ورته تطبیق سی.

د: د انډوکارډ دالتهاب د مخنیوی په منظورباید ناروغ ته وقایوی انتی بیوتیک ورکول سی.

۱-۷ : په واړه حجاب البطینی نقص کي:

الف: عموماً late systolic مرمر اوریدل کیږی.

ب: زړه اکثراً غټ وی.

ج: د انتانی اندوکارډیت د اخته کیدو خطر شتون لری.

د: زیات ناروغان پرته له اعراضو وی.

۱-۸ : په Fallot's tetralogy ناروغی کي:

الف: د زیږیدنی په وخت کي د گوتو کلابنگ او مرکزی سیانوزس موجود وی.

ب: د شهیق په مرحله کي د زړه دوهم آ واز لوړ اوجلا والی یا سپلیټنگ موجود وی.

ج: د زړه گراف او د صدر رادیوگرافی نورماله وی.

د: د ریوی او ابهر شریان تنگوالی د بطینی حجاب د نقص سره مل وی.

۵- خالي ځایونه په مناسبو کلماتو ډک کړی؟

- د بین البطینی حجاب نقص په ۹۰ سلنه ناروغانوکي تر (   ) کلنی پوری خپله تړل کیږی.

د Coarctation of Aorta ناروغی په فزیکي معاینه کي د کبنتنیو اطرافو نبض (   ) وی.

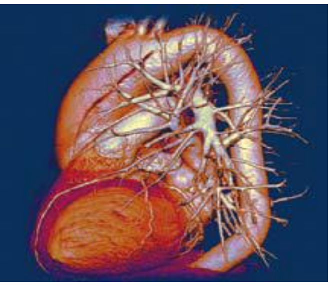
٦- درست ځواب په نښه کړی؟

د بین البطینی حجاب نقص که کوچنی وی په لاندی نامه یادیږی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

الف: Essenmenger syndrome   ب: 'maladie de Roger's

ج: 'maladie de Metral   د: Pagets' disease



(c) ketabton.com: The Digital Library

څلورم څپرکی

د زړه بینظمی یا اریتمیا

دزړه دسیالوی سیستم انا ټومی.
د زړه بړدی اریتمیا وی.
د ساینوس عقدی ددندو خرابوالی
د اذینی – بطینی عقداتو دسیالوی سیستم خرابوالی
د زړه تکي اریتمیا وی
پریماچور کمپلکس
تکي کارډیا
ساینوس تکي کارډیا
اذینی فبریلیشن
ادینی فلوتر
پریماچور سپرا ونتریکولر تکي کارډیا
پر اکساټیشن سندروم
بطینی تکي کارډیا
بطینی فلوتر
بطینی فبریلیشن

د څپرکي مقد مه

لکه مخکي چي هم ذ کر سول د زړه او رګونو ناروغی د نړی په کچه د زیاتو وژونکو ناروغیو د جملی څخه دی، چي د دی ناروغیو د جملی څخه د زړه بینظمی یا اریتمیاوی یو مهمه برخه تشکیلوی او هم په مستقیم ډ ول او یا د نورو ناروغیو د اختلاط په ډول د مړینو سبب کیږی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

د زړه د بینظمیو یو شمیر خفیفی او یا متوسطی وی چي په اسانی سره یی درملنه ترسره ولی یوشمیر یی شدیدی او که ناروغ ته پر وخت او زمان د رملنه ونه رسیږی نود مړینی سبب کیږی، چي زیاتی یی په بطینی ارریتمیا یعنی بطینی فبریلیشن او فلوټر اړه لری.

د زړه بینظمی یا ارریتمیا وی

Rhythm and Conduction Disturbances

د زړه د سیالوی سیستم اناټومی

د زړه ضربان په نورماله توګه د سا ینوسی عقدی څخه د یوی برقی سیالی په ازادیدو سره پیلیږی.وروسته بیا کله چه برقی جر یان دمخصوصو انتقالی انساجو په وسیله هلته ورسیږی اذینونه اوبطینونه په جلاجلا توګه ډ یپولارایزکیږی، سینوسی عقده دزړه دPacemaker په ډول کار کوی اوځانته خپل Rate لری چه د اتونوم عصبی سیستم لخوا تنظیمیږی، پاراسمپاتیک یا د واګوس فعالیت د زړه ضربان کراروی حال داچي سمپاتیك فعالیت هغه تیزوی.

که سا ینوسی ریټ ډیر کرار شی، تر هغه کښته مرکز د پیس میکر دنده پرغاړه اخلی.چه هغه ته Escape ریتم وائي، چه کیدلای شی چه د AV node اویا د بطین څخه منشأْ واخلی.

یوه اریتمی دزړه دبرقی فعالیت خرابیدل (تشوش) دی چه کیدای شی په حملی (Paroxysmal)او یا دوامداره(Continuous) ډول را منځته سی.

که د زړه د ضربان اندازه تر ٦٠ ځلی په د قیقه کي کم وی برادی کاردیا او که تر ١٠٠ ځلی په دقیقه کی زیا ت وی د تاکی کاردی اصطلاح ورته استعمالیږی.

د تاکی کاردی‌ا په منځته راتلوکی لاندنی دوه میکانیزمونه اغیزه لری

- د اوتوماتیسیتی زیاتوالی Increased automaticity چه تاکی کاردیا دیوه اکتوپیك محراق او یا یوی ځانګړی حجری د تکراریدونکي خودبخودی د یپولاریزیشن په وسیله منځته راشی.
- بیا ننوتنه Re-entry: کله چه تاکی کاردی د یوه اکتوپیك محراق څخه پیل شی ولی وروسته بیا د یوه تړلی حلقی یا د Re-entry circuit په وسیله ادامه ومومی.اکثره تاکی کاردی ګانی د Re-entry له کبله وی.
- ار یتمی یا د بطین څخه لوړه Supra Ventricular (Sinus, Atrial or Junctional)او یا بطینی (Ventricular) وی.په معموله توګه په ECG کي Supraventricualr rhythm یو

(c) ketabton.com: The Digital Library

تنگ QRS مغلق منځته راوړی اوداد دی کبله چه بطینونه په نورمال ډول د AV node او Bundle of His له لاری ډ یپولارایز کیږی.

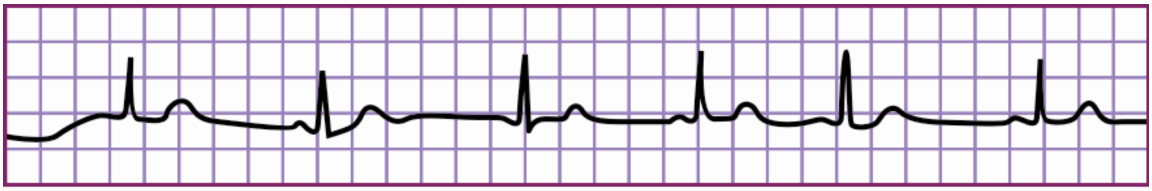
- د دی پر خلاف بطینی ریتم بیا یوه پراخه او بی شکله د QRSمجموعه منځته راوړی او داد دی کبله چه بطینونه دیوی غیر نا رمل لاری تنبه کیږی (فعا لیږی).همدارنگه تر بطین لوړ ریتم کله کله پراخه اووسیع QRS منځته راوړی چه دا بیا په هغه وخت کی د Bundle Branch Block او یا داضا فی ا نتقا لی انسا جودموجودیت له کبله وی.

د زړه بړدی اریتمیا وی : د ساینوس عقدی د د ندو خرابوالی

ساینوسی اریتمیا SINUS ARRHYTHMIA

د تنفس په وخت کی دزړه د ضربان نوبتی بدلون (سینوسی ریټ دشهیق په وخت کی ز یا ت اود زفیر په وخت کی کرار یږ ی) دنورمال اتونومیك عصبی فعالیت یوه نښه ده ، چه په کوچنیانو کی ډ یر ښکاره وی.

که د تنفس اود وضعیت د بدلون سره د زړه د ضربان دغه نارمل تغیرات په مکمل ډول موجود نه وی داداتونومیك نیوروپاتی یوه نښه ده.



ساینوسی برادی کاردیاSINUS BRADYCARDIA

په نا ر مل خلگو کی د خوب په و خت کی او یا په سپورت کو نکو کی Sinus rate تر ٦٠ ځلی په د قیقه کی کمیږی.

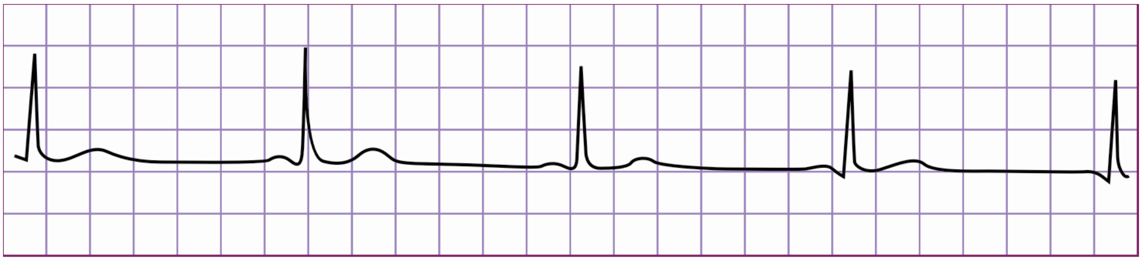
د هغی پتو لو جیك ا سبا ب په لا ندی ډو ل د ی

- د زړه حاده احتشأ
- د ساینوس عقدی ناروغی (sick sinus syndrome)
- د بدن د حرارت کموالی یا هایپو ترمیا
- د درقیه غدی د فعالیت کموالی یا هایپوتیروئیدیزم
- بندشی ژیری (Cholestatic Jaundice)
- د داخل قحفی فشار لوړوالی

(c) ketabton.com: The Digital Library

- د رمل (beta adrenoceptor antagonist, digoxin, verapamil)

که په حا ده توګه براډ ی کارډ یا منځته راغلی وی او اعراض ولری په ور ید کی د۰،٦ ملی ګرامه اتروپین تطبیق ته ښه ځواب وائي.



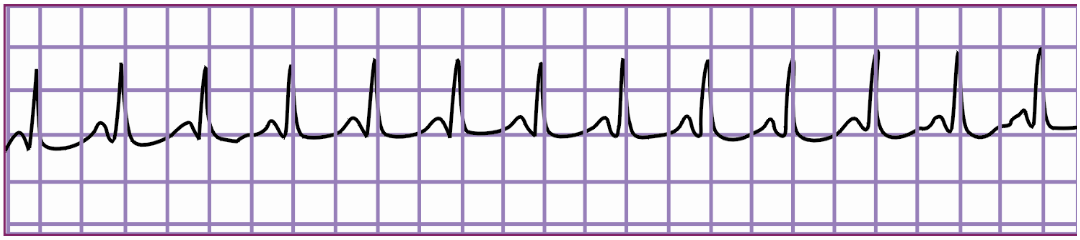
سایبنوس تکي کارډی (SINUS TACHYCARDIA)

هغه حالت ته ویل کیږی چه Sinus rate تر ۱۰۰ واره په دقیقه کې ز یاد شی، او معمولا د تمرین ، هیجان او پتولوجیکو اسبابو په وسیله د سمپا تیك فعالیت د ز یا تیدو له کبله منځته راځی .

پتولوجیک اسباب

- اظطراب
- تبه
- امیدواری
- کمخونی
- د زړه عدم کفایه
- فیو کروموسیتوما
- د درقیه غدی فرط فعالیت
- د رمل ((Beta adrenocetor agonists (bronchodilators)

پرته له ما شوما نوپه لویانوکي دزړه ضر با ن په نادره توګه په دقیقه کي تر ۱٦۰ ځلی لوړیږی.



(c) ketabton.com: The Digital Library

ساینوسی توقف (Sinus Arrest)

ساینوسی توقف د سیالی د جوړیدلو یوه ناروغی ده چه په اذینوکی دبرقی فعالیت دتناقص یانه شتون له کبله منځته را ځی اود Atrial standstill په نوم یادیږی. داذینی standstill په وخت کی اذ ینونه نه تنبه کیږی اویوه مکمله PQRST مجموعه دECG پر پاڼه باندی منځته نه راځی، پرته له دغه ورکی (Missing) مجموعی یا Pause خخه نوره ECG نارمل وی.که یوه یادوی ضربی جوړی نشی atrial standstill ته sinus pause هم ویل کیږی اوکه دری یا ډیری ضربی جوړی نشی نو sinus arrest ورته وايي . Sinus arrest د third – degree SA blockسره نزدی ورته والی لری ځکه نو Exit block هم ورته وایی.

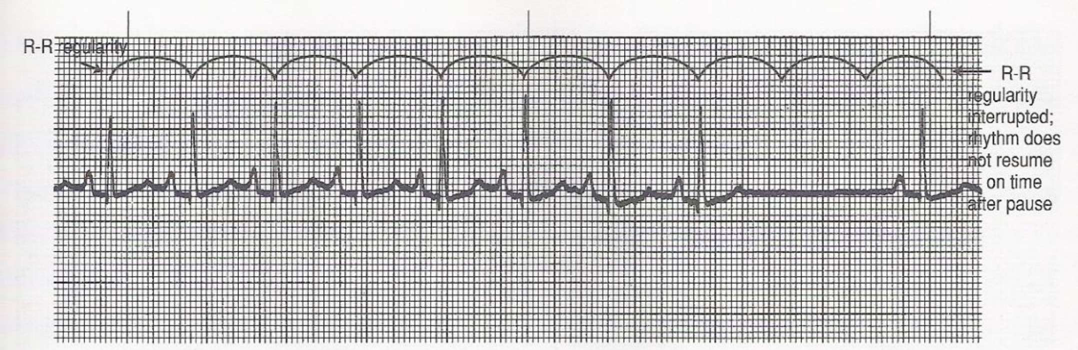


Figure 6-7. Normal Sinus Rhythm with Sinus Arrest

د زړه تکي اریتمیا وی: اذینی تکي اریتمی‌اوی ATRIAL TACHYARRHYTHMIAS

پریماچور کمپلکس

اذینی اکتوپیک ضربان (اکستراسیستول،premature beats)

اکستراسیستولونه معمولا کوم عرض نلری خو کیدای شی چه ناروغ د یوه ورك شوی ضربان یا یوه قوی ضربان احساس وکړی.

په ECG کی تر وخت دمخه خونارمل QRS complex لیدل کیږی.

تر هغه د مخه د P موجه، که ولیدل شی، مختلف شکلونه لری او دا ځکه چه سیاله د غیرنورمال ځای خخه منشه اخلی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

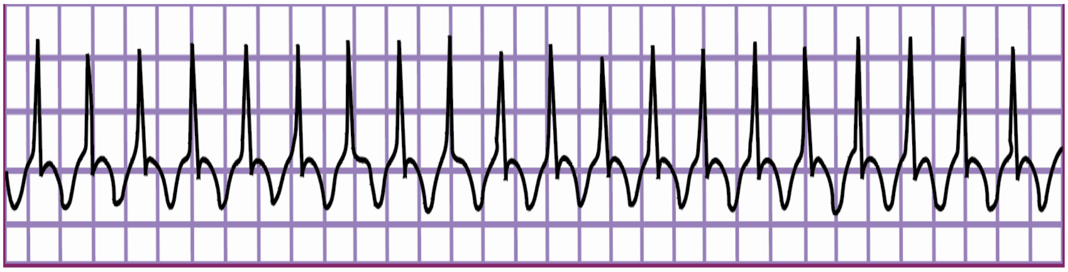
ا ذ ینی تا کی کا ر ډ یا Atrial Tachycardia

یوه ا کتو پیکه اذینی تاکی کا ردیا چه دا توما تیك فعا لیت د ز یا توا لی له کبله منځته را ځی ډیره نادره ده، خوکله کله بیا د ډیجیتا ل دتسسم له کبله منځته راځی.

اسبا ب

- روماتیزمی تبه
- د ډ یجیتل تسمم
- د درقیه غدی فرط فعالیت
- د میوکارډ التهاب
- د ادرینرجیک درملو استعمال او دزړه جراحی مداخلی.

په ECG کی اذ ینی ر یتم په د قیقه کي د ۱۴۰ تر ۲۲۰ وی، د P موجه غیرنارمل شکل لری او په اکثره پیښو کی په مختلفو د رجود اذینی بطینی بلا ك سره یوځا ی وی.(۲ : ۱ ، ۳ : ۱ اونور) تداوی ئي د اذینی فلوتر په ډول ده ، چه په لا ند نی بحث کی ئي یادونه کیږی. (٦)



اذ ینی فبریلیشن Fibrillation

په دی ډول اریتمی کی اذینونه په سر یع ډول ضربان کوی خو دا بیا بی نظمه او غیرموثر وی، بطینونه په غیر منظم ډول ځواب وائي او یووصفی Irregularly irregular نبض منځته راوړی. په ECGکی

(c) ketabton.com: The Digital Library

د QRS نارمل لاکن غیرمنظمی مجموعی لید ل کیږی، د P موجی نه لیدل کیږی خوقاعد وی خط په غیرمنظمه توګه د f-waves ښئي.دهغو ۴۰۰ – ۵۰۰ فبریلیشنی سیالو د جملی څخه چه و AV nodeته رسیږی یوازی د ۱۰۰ – ۱۵۰ پوری ئی دا فرصت پیدا کوی چه بطینونه تنبه کړی.

اسباب

- د اکلیلی شراینو ناروغی (د زړه حاده احتشأ)
- د زړه دسامی ناروغی (د میترال د سام روماتیزمی ناروغی)
- ایډیو پاتیک (lone atrial fibrillation)
- د وینی لوړ فشار
- د د رقیه غدی فرط فعالیت
- د ساینو اتریل عقداتو ناروغی
- الکهول
- کارډیو میوپاتی
- د زړه ولادی ناروغی
- ریوی امبولی
- د پریکارډ ناروغی
- سینه او بغل

د اذینی فبریلیشن شروع د palpitationسبب کیږی اود heart failure د تشدید یا زیاتیدو سبب کیږی په هغوناروغانو کی چه زړه ئي غیرنارمل وی په خاصه توګه mitral stenosis یا دچپه بطین ضعیفه وظایف.اذ ینی فبریلیشن په اکثره وختونوکی بی عرضه وی په خاصه توګه په زړوخلګو کی.

د اذین غیر موثر تقلص چه کله دچپه اذ ین د توسع سره یوځای شی نو ستازیس ته زمینه برابروی او ترومبوز او سیستمیکه امبولیزم منځته راوړی.دترومبوامبولیزم خطر په اصلی ناروغی پوری اړه لری اوهغه دچپه اذین دجسامت او د ناروغ د سن سره زیاتیږی.

د اذینی فبریلیشن د رملنه

د اذینی فبریلیشن تداوی د بطینی ریتم د کنترول، وساینوسی ریتم ته داذین راوستل او د سیستمیکی ترومبوامبولیزم دمخنیوی لپاره د انتی کواګولانت ورکولو څخه عبارت ده.

ډ یجیتال، بیتابلاکرونه یا د کلسیوم چینل بلاك کونکی درمل د AV node دلاری انتقال بطی کوی. که مؤثر نه شول نود اریتمیا درمل اویا کارډ یوورژن استعمالیږی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

تر کارډ یوورژن دمخه باید انتی کواگولیشن اجراشی.

د اصلی ناروغی درملنه (تیروتوکسیکوزیس،ترجراحی وروسته صدرې انتانات) سینوسی ریتم منځته راوړی.(۴)

اذ ینی فلوتر Atrial Flutter

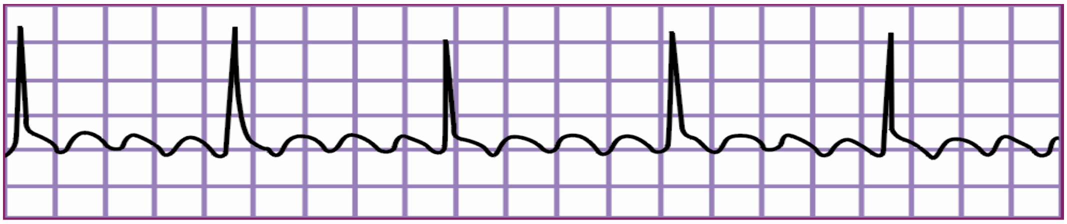
اذینی فلوتریو ډول اریتمی ده چه په اذین کی د اکتوپیك محراق څخه منشه اخلې اودامحراق په یوه د قیقه کی ۲۵۰ – ۴۰۰ سیالی په دقیقه کی ازادوی. دفلوتر وصفی موجی چه د F- waveپه نوم یاد یږی، داری ددندانو یا غانبو په شکل پرکاغذ لیدل کیږی. بطینی ځواب متفاوت وی اودا په دی اړه لری چه څومره سیالی وبطین ته تیریږی چه د ۱ :۲ ،۱ :۳، ۱ :۴ ، ۱ :۵ ، او ۱ :۶ په نسبت سره وی.

ا ذینی فلوتر په نورمال زړونو کی په نادره توگه لیدل کیږی.هغه ناروغان چه د زړه دسامی ناروغی(په ځانگړی ډول روماتیزمی)، دزړه اکلیلی ناروغی، د وینی لوړ فشار ، کارد یومیوپاتی، هیپرتایروئیدیزم ، هیپوکسیا، دزړه عدم کفایه ، د پریکارډ التهاب ، د میو کارډ التهاب ، ریوی ناروغی، ریوی امبولی لری اوتر قلبی جراحی وروسته منځته راځی.

اعراض اوعلائم ئی که بطنی ضربان سریع وې د اذ ینی تاکی کاردیا په ډول وی.

د رملنه

- هغه د رمل چه دسیالی انتقال په AV node کی بطی کوی (لکه Digitalis، Beta Blockers ، Calcium Channel Blockers).
- د اریتمیا ضد درملو اضافه کول چه ریتم کرار کړی.
- په نسبتا کښته انرجی سره د کارډیوورژن تطبیق (د ۵۰ ژول څخه پیل شی). (۴)



پریماچور سپرا ونتریکولر تکي کارډیا PSVT

(c) ketabton.com: The Digital Library

د حملوي یا Paroxysmal تکي کارډیاوو د جملې زیاته پېښېدونکي تکي کارډیا ده چې اکثراً په هغو ناروغانوکي چې د زړه ساختماني ناروغۍ نلري را منځته کېږي. د منځته را تلو عمده میخانیکیت یې reentry تشکیلوي.

سریري لوحه

اعراض اوعلایم: اکثر ناروغ پرته د زړه د تیز ضربان څخه نو ر کوم اعراض نلري، ولې په لږ شمیر ناروغانو کي د صدر دردونه او سا لنډي، په ځانګړې توګه هغه ناروغان چې حمله یې د وامداره وي، را منځته کیږي. د ناروغۍ حمله په آ نی ډول پیل او هم ختمیږي او کیدلای سي د څوثانیو او یا حتی څو ساعتو لپاره د وام ومومي.

په ECG کي کیدای سي دزړه ضربان منظم او د ۱۴۰ تر ۲۴۰ ځلې په د قیقه (اکثراً د ۱٦۰ تر ۲۲۰ ځلې په دقیقه) کي وي. د P موجه اکثراً بیله ولې په زیاتو پېښوکي د QRS مغلق سره ګډه وي.

د رملنه : د زړه د سا ختماني ناروغیو په نه شتون کي ، خطر ډیر کم، او زیات حملات پخپله دریږي، ولې په هغه صورت کي چې د زړه عدم کفایه شتون ولري، ناروغ سینکوپ حملات ولري، او انجین ورته پیدا سویوی او یا د اکلیلي شراینو ناروغي ولري، نوباید هڅه ترسره سی چې حمله ژر تر ژره کنترول سی. چې په دې منظور دلاندې طریقو څخه کار اخستل کیږي.

میخا نیکي اهتمامات: یو زیات شمیر میتودونه شتون لري چې د ناروغۍ حمله کنترولولای سی، ځکه نو ناروغ باید هغه پخپله زده او د حملې په وخت کي ورڅخه کار واخلي. نوموړي مانوری د واګوس عصب د تون د زیاتوالي سبب کیږي او عبارت دی له Valsalva مانوره، د بدن او بازوګانو ټینګ نیول، د زنګانو منځ ته د سر کښته کول، ټوخی، پرمخ د یخو اوبو پاشل، او د تنفس بندولو څخه. د کروټیډ ساینوس مساژ باید د ډاکتر په ذریعه تر سره سی، ولې په هغه صورت کي چې ناروغ کروټیډ برویټ ولري، او یا د (TIA(transient cerebral ischemic attacks حملې تاریخچه ولري باید ورته ترسره نسی. په هغه صورت کي چې استطباب ولري باید قوي، ثابت ولې آ رام مساژ لمړی د ۱۰ تر ۲۰ ثانیو پوری پرراسته کروټیډ ساینوس ترسره او که مؤثر نه وو نوبیا دی پر چپه طرف هم ترسره سی. (باید په یوه وخت کي د واړو خواوو ته مساژ ورنکول سی). ناروغ ته باید دوامداره تر سره او یا هم اصغأ سی، ځکه کله چې ریتم نورمال او یا برډی کارډیا را منځته سول باید ژر تر ژره مساژ قطع سی. نوموړی مانوره په ۵۰ سلنه حملاتو ، په ځانګړې توګه په هغه ناروغانوکي چې ډیجیتل، adenosine

(c) ketabton.com: The Digital Library

او یا د کلسیم چینل بلاک کونکي درمل اخلی، کي مؤثره تماميږی. نوموړی مانوره د واګوس عصب د تنبه دلاری په AV عقده کي د reentry میخانیکیت بند او د اریتمیا د ختمیدو سبب کیږی.

د رمل: که میخانیکي اهتمامات کار ورنکړی نو باید دوه هغه درمل چي په ۹۰ سلنه پیښو کي حمله ختموی اوریتم نورمالوی باید استعمال کړل سی. د ورید دلاری د adenosine استعمال که څه هم د تأ ثیر وخت یی ډیر کم او negative inotropic فعالیت یی هم کم دی ، په پیل کي ٦ ملی ګرامه د بولس دوز په ډول ناروغ ته ورکول کیږی. که د ۱ تر ۲ دقیقو وروسته ځواب ورنکړی، نوباید دوهم بولس دوز د ۱۲ ملی ګرامه په اندازه ورکول سی، او په تعقیب یی دریم دوز هم ورکول کیدای سی. له دی کبله چي د adenosine درمل half-life ډیر کم او تر ۱۰ ثانیی کم دی، نو درمل باید په چټک ډول د ۱ تر ۲ ثانیو په موده کي د ورید دلاری تطبیق سی. که څه هم درمل ښه تحمل کیږی، ولی یوازی په ۲۰ سلنه ناروغانوکي کیدای سی د مخ د سوروالی، او د صدري نا آرامیو سبب سی. adenosine با ید بوډاګانو ته په ډیر احتیاط سره ورکول سی او هم هغه ناروغان چي استما لری باید احتیاط وکړی ځکه د قصباتوسپزم تشدیدوی.

د کلسیم د چینل بلاک کونکي درمل هم دAV بلاک د تولید او د reentrant د مخنیوی د تا ثیر له کبله مؤثریت لری. له دی کبله چي negative inotropic اثرات لری نو په هغو ناروغانوکي چي د زړه په عدم کفایه اخته وی باید په احتیاط سره تطبیق سی. verapamil باید د ورید دلاری د بولس دوز په څیر د ۲،۵ ملی ګرامه په اندازه تطبیق او کولای سو چي دوز یی د ۲،۵ یا ۵ ملی ګرامه په اندازه هر ۱ یا ۳ دقیقی وروسته تر ۲۰ ملی ګرامه اعظمی دوز پوری او یا ترڅو چي د وینی فشار او ریتم ستیبل کیږی، تطبیق کولای سو. که ناروغی عود وکړی نواضافه دوز هم ورکول کیدای سی. هغه ناروغان چي ریتم یی نورمال سو کولای سی verapamil د خولی دلاری د ۸۰ تر ۱۲۰ ملی ګرامه د ۴ تر ٦ ساعته وروسته واخلی، ولی که بطینی اریتمیا را منځته سویوی نوباید قطع سی. diltiazem د ورید دلاری د ۰،۲۵ ملی ګرامه/ کیلو د ۲ دقیقو په موده کي هم ناروغ ته تطبیق کیدای سی، او که ورته اړتیاوی دوهم دوز یی ۰،۳۵ ملی ګرامه/ کیلو او وروسته د انفیوژن په ډول د ۵ تر ۱۵ ملی ګرامه / ساعت تطبیق کیدای سی، ولی کولای سی د وینی د ټیټ فشار او یا میوکارډ د انحطاط سبب وګرځی. Esmolol چي د لنډ فعالیت درلودونکو بیټا بلاکر درملو د جملی څخه دی ، هم کیدای سی مؤثریت ولری، چي ابتدایی دوز یی د ورید دلاری ۵۰۰ میکرو ګرام / کیلو په یوه دقیقه کي پیل او ورسته د انفیوژن په ډول د ۲۵ تر ۲۰۰ میکرو ګرام / دقیقه ادامه ورکول کیږی. Metoprolol هم مؤثر

(c) ketabton.com: The Digital Library

درمل دی چي د ۵ ملی گرامه د بولس دوز په اندازه په هرو ۵ دقیقو کي پیل او تر ۲ ځلی پوری تکراریدلای سی.

کارډیو ورژن Cardioversion: که ناروغ هیموډینامیک نورمال حالت ونلری او یا دا چي اډینوزین adenosineاو verapamil مضاد استطباب وی یا مؤثره تمام نسی، نوناروغ ته synchronized electrical cardioversion ، د ۱۰۰ ژول څخه پیلیږی، مؤثره تمامیدلای سی. ولی په هغه صورت کي چي ناروغ د ډیجیتل تسمم ولری او یا شک ورباندی کیږی، باید د برقی کارډیو ورژن د تطبیق څخه ډ ډه وسی. (۲)

پری اکساټیشن سندروم Preexcitation Syndromes

وهغهSupraventricular تکي کارډیا ته ویل کیږی چي د Accessory AV Pathways دلاری رامنځته سی، چي ښه بیلگه یی ا ذینی فبریلیشن دی. کیدای سی نوموړی محراقات ټول او یا یوه برخه یی په AV عقده کي شتون ولری، په دی صورت کي په ECG کي PR interval لنډ ولی د QRS مغلق نورمال وی اوورته Lown-Ganong-Levine سندروم وایی. معمولاً په دی ناروغی کي د Kent bundles د لاری د اذین اوبطین تر منځ مستقیم ارتباط را منځته کیږی، چي په دی صورت کي د Wolff-Parkinson-White سندروم په نامه یادیږی. په دی سندروم کي هم په ECG کي PR interval لنډ او د دلتا موجه ورسره مل وی چي د QRS مغلق په پیل کي لیدل کیږی. نوموړی دلتا موجه د preexcitation موجی په نوم یادیږی.

د Accessory pathways د لاری په یوازی ۰،۱ تر ۰،۳ سلنه ناروغانوکي اریتمیا منځته راتلای سی. په دی ډول اریتمیا وو کي د QRS مغلق تنگوالی او پراخوالی د سیالی په منشه اړه لری، که منشه د عقدی د لاری رامنځته سویوی نو د QRS مغلق تنگ او که د bypass tract دلاری را منځته سویوی نو د QRS مغلق پراخه وی. له دی کبله چي Accessory pathways په کمه اندازه عود کونکي ده ځکه نوهغه تکي کارډیاوی چي د دی لاری منځته راځی کیدای سی د نورو په پرتله زیاتی تیزی وی. په Wolff-Parkinson-White سندروم اخته ۳۰ سلنه ناروغانوکي اذینی فبریلیشن او یا فلټر منځته راتلای سی، او که دا حادثه زیاته تیزه وی نوحتی کیدای سی چي بطین ته و غځیږی او د بطینی فبریلیشن د منځته راتلو سبب سی.

د رملنه : په یوشمیر ناروغانو کي د دلتا موجه په ناڅاپی ډول په ECG کي موندل کیږی، حال داچي ناروغ هیڅ اعراض اوعلایم نلری. هغه ناروغان چي دزړه تکان، سرگرځیدل او سینکوپ ونلری، نو

(c) ketabton.com: The Digital Library

ځانگړی درملنی ته اړتیا نلری. او باید و پوهول سی که چیری یو د دغو اعراضو څخه ورته پیداسو باید سمدلاسه ډاکتر ته مراجعه وکړی. ولی هغه شمیرناروغان چي دنده یی نور هم د خطر سره مواجه کولای سی لکه پیلوټان یا د بسونو ډریوران باید ورته معاینات تکمیل سی تر څووپوهیدل سی چي د وی د سینکوپ یا ناڅاپی مړینی د خطر سره مخ نه دی.

د Ablation کتیتر تطبیق : په دی ناروغانو انتخابی پروسه تشکیلوی. په پری اکسایټیشن سندروم اخته هغه ناروغان چي د اذینی فبریلیشن او یا فلټر حمله پر راغلی وی، باید په الکترو فیزیا لوژیک electrophysiologic لابراتوار کي معاینه او د RR سیکل اوږدوالی یی تعین سی، که دا اندازه تر ۲۲۰ ملی ثانیی کمه وی نو ناروغ لنډ ریفرکټوری refractory period شتون لری او دا ناروغان د ناڅاپی مړینی د زیات خطر سره مخ دی، نو ورته په وقایوی ډول ablation استطباب لری. په ۹۰ سلنه ناروغانوکي دا پروسه کامیابه ارزول سویده.

طبی د رملنه: که څه هم دا ناروغان باید د هغوی د ناروغی او حالت په پام کي نیولوسره تداوی سی، ولی باید په پام کي وی چي د یوشمیر درملو لکه ډیجوکسین، د کلسیم چینل بلاک کونکي، اوحتی بیټا بلاکرونو استعمال مضر او کولای سی چي بطینی ریټ زیات کړی. د اریتمیا ضد class Ia ، class Ic او class III انتخابی درمل دی، که ناروغ کومه هیموډینامیکه ستونزه ولری نوباید ورته برقی کارډیو ورژن cardioversion ورکول سی. د د وامداری درملنی په صورت کي باید د درملو د یوځای تطبیق څخه کار واخستل سی. (۲)

بطینی تکي کارډیا Ventricular Tachycardia

بطینی تاکی کاردیا یو ډول اریتمیا ده چه په بطین کی د یوه اکتوپیك محراق څخه منشه اخلی او په یوه دقیقه کی ۱۴۰ – ۲۵۰ پوری سیالی ازادوی.

داډول ریتم دenhanced automaticity یا reentry سره یوځای وی.

په ECGکی داډول ریتم دیوی سلسلی پراخوِ QRS مجموعو څخه عبارت دی چه rate یی تیز وی.

د Pموجه ورسره یوځای موجوده نه وی، او د QRS مجموعه اصلی شکل نلری او کله کله دندانی لری او دوام ئي ۰،۱۲ ثانیي یا زیا ت وی.

د QRSمجموعی سره مشابه وی (Monomorphic) خوکله چه شکل ئي فرق سره ولری دا ډول بطینی تاکی کاردیا پولی مورفیك بلل کیږی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

تر QRSوروسته غښې د Tموجی چه د عمده QRS دمجموعی مخالف لوری لری منځته راځی.

اسباب: بطینی تاکی کاردیا معمولا په هغوناروغانو کی چه د زړه ناروغی لری منځته راځی.

په عام ډول په هغو ناروغانو کی چه دمیوکارد اسکیمی یا احتشاْء لری، کاردیومیوپاتی، دمترال د سام پرولاپس، او دزړه احتقانی عدم کفایه ولری منځته راځی.

د دیجیتال تسسم، یوشمیر درملونه لکه کینیدین، پروکائین امايد، دترسکلیك انتی دیپریسانت، دالکترولیت تشوشات لکه هیپوکالیمیا او هیپومګنیزیمیا،داندوکارد میخانیکی تنبه،اوتر ترومبولیتیك د رملنی اوانجیو پلاستی وروسته د پرفیوژن بیرته تامین هم دهغه سبب کیږی.

د رملنه: که ناروغ نبض ونلری د بطینی فبریلیشن په ډول تداوی شی.

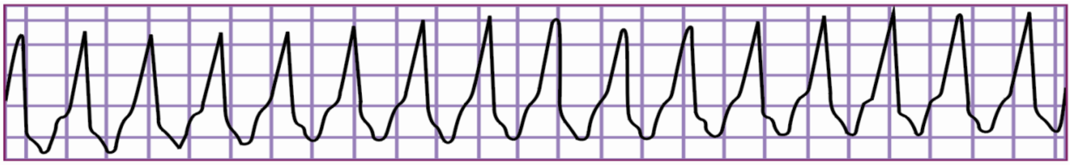
که ناروغ نبض ولری او عمومی وضع ئي سمه وی.

- د ورید دلاری دلیدوکا ئین ورکول،
- که ریتم اصلاح نشو دورید دلاری دپروکا ئین اما ید ورکول.
- که اصلاح نشو دپرفیوژن په ډول د Bretylium ورکول.
- که بیاهم ریتم اصلاح نشو ، ناروغ ارا م کړل شی او کاردیو ورژن په ترتیب د ۱۰۰ ، ۲۰۰ ، ۳۰۰ او ۳٦۰ ژول په قوت ورته اجرا شی.

که ناروغ نبض ولری او عمومی وضع ئي خرابه وی:

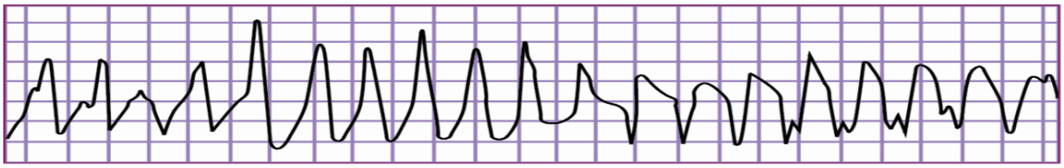
- ناروغ ارا م کړل شی.
- کاردیوورژن د ۱۰۰ ژول اوبیا د۲۰۰ ، ۳۰۰ او ۳٦۰ ژول په قوت سره.
- د وائي تداوی په پورته ډول.
- د مزمنی متکرری بطینی تا کی کا ر د یا د رملنه
- دخولی دلا ری داریتمیا ضد درمل ورکو ل.
- Implantable cardioverter defibrillator (ICD).

Ventricular tachycardia: wide QRS complexes, rate>150/min



Polymorphic ventricular tachycardia: changing QRS configuration.

(c) ketabton.com: The Digital Library



بطینی فبریلیشن Ventricular Fibrillation

په بطینی فبریلیشن کی یو بینظمه ، بی ترتیبه برقی محراق د زړه کنترول پرغاړه لری.

بطینونه په کوم نظم سره ضربان نکوی او دهغه پر ځای بی نظمه او غیر موثر لړزیدل موجود وی. په ECG کی غیرمنظم اوگډوډ قاعدوی خط او دمختلف جسامت، شکل او لوړوالی لرونکی موجی لیدل کیږی. بطینی فبریلیشن د زړه د ناځاپی مړینی یو ډیر غوره سبب دی. کله چه بطینی فبریلیشن منځته راشی بیا نو قلبی دهنه ، محیطی نبض او دوینو فشار موجود نه وی او ډیر ژر ناروغ شعور دلاسه ورکوی. سیانوزیس او صرعه منځته راځی او که ژر اریتمیا اصلاح نشی د مرگ سبب کیږی.

اسباب: د زړه دوصفی ناروغیو موجودیت لکه داکلیلی شرا ینو ناروغی، دمیوکارد اسکیمیا، او د میوکارد حاده احتشاْء.

نور اسباب یی په لاندی ډول دی

کارډیو میوپاتی، د میترال والو پرولپس، د زړه ترضیضات، هیپو کسیا، د الکترولیتو بی موازینگی (هیپر کلیمیا)، نا ځاپی برقی شاک، درمل لکه ډیجیتل، کینیدین، پروکائین امیډ

د رملنه: د ناروغ نبض او وضعیت ارزیابی شی، که نبض موجودوی اویا دناروغ شعوری حالت سم وی بطینی فبریلیشن امکان نلری.دگراف اخیستلو د عملیي غلطی به وی.

که نبض ونلری او ناروغ شعور ونلری یوه پری کار دیال ضربه ورکړل شی.

د ۲۰۰ ژول په قوت سره ډ یفبریلیشن ورکړل شی او که موثر نسو د ۳۰۰ او۳۶۰ په قوت سره ورته تکرار شی.

ناروغ ته باید CPR پیل ، د ناروغ ورید خلاص او انټوبیشن ورته ترسره سی.

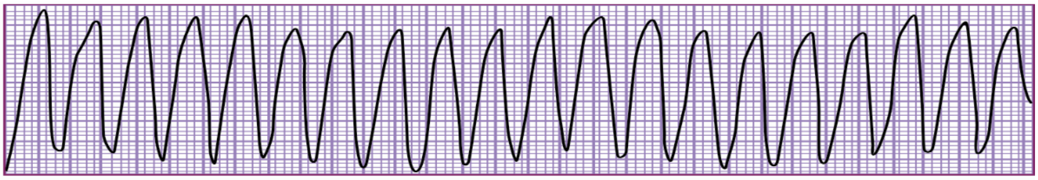
اپي نفرین ۱ ملی گرام دورید دلاری ورته ورکړل شی او *CPRته ادامه ورکړل شی.

دورید دلاری یو یا یونیم ملی گرام لیدوکائین پر هر کیلو گرام وزن ورکړل شی اوCPR ته ادامه ورکړل شی.

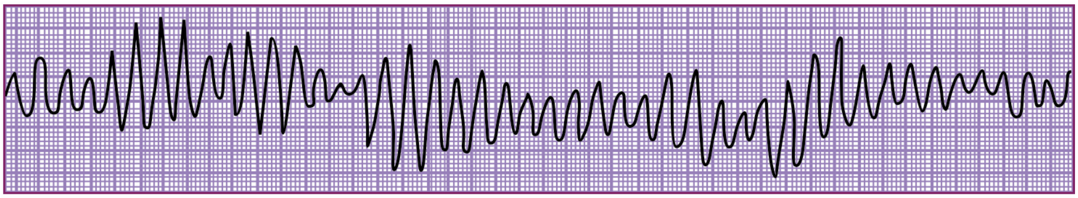
د ورید دلاری ۵ ملی گرامه Bretylium ورکړل شی اوCPR ته ادامه ورکړل شی او په ۳۶۰ ژول سره ډیفبریلیشن ورته وشی.

Ventricular flutter: undulating large waves, no QRS-t distinction

(c) ketabton.com: The Digital Library



Ventricular Fibrillation: irregular, bizarre and chaotic deflections



*CPR= Cardio Pulmonary Resuscitation

(c) ketabton.com: The Digital Library

د څپرکي لنډیز

په څلورم څپرکي کي د زړه د ناروغیو د عمده اوخطر ناکه ډول څخه چي د زړه بینظمی یا اررتیمیاوی دی یاد ونه سویده. د څپرکي په پیل کي په لنډ ډول د زړه د برقی انتقالی سیستم اناټومی او فیزیالوژی څخه یادونه سویده او وروسته بیا د معیاری کریکولم په پام کي نیولو سره هره ناروغی په مفصل ډول شرحه سوی، یعنی د ناروغی تعریف، اسباب، تشخیص، او درملنه ذکر سوی او په یوشمیر ناروغیو کي حتی اړونده ګراف هم ښودل سویدی.

د څپرکي په پیل سره د کریکولم سره سم لمړی بړدی ا رریتمیاوی او د هغو بیل ډ ولونه تشریح او وروسته بیا په ترتیب سره د تکي ا رریتمیاوو څخه یادونه سویده. د څپرکي په جریان کي یو شمیر ځانګړی سندرومونه چي یا په بړدی ا رریتمیا او یا تکي ا رریتمیا پوری اړه لری هم یادونه سویده.

د تشخیص او د رملنی په برخه کي هڅه سویده تر څو د عصری تشخیصی وسایلو څخه یا دونه وسی او هم د عصری درملنی اصول په پام کي نیول سویدی او ورڅخه یادونه سویده.

د زیاتو ناروغیو د انذار و په اړوند هم یادونه سوی او هغه نا روغی چي خراب انذار لری او د مړینی سبب کیږی، هم یادی سویدی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

د څپرکي اړونده پوښتنې

۱- صحیح جمله په ص او غلطه جمله په غ سره په نښه کړی.

۱-۱: د بطیني تکي کارډیا اعراض عبارت دی له:

الف: بطیني ریټ تر ۱۶۰/ د قیقه زیات.

ب: د زړه د لمړی آ واز شدت بیل بیل وی .

ج: د زړه د عد م کفایي شتون.

د: په ECG کي د QRS مغلق د وام تر ۰،۱۴ ثانیي زیات وی.

۱-۲: د زړه د ریتم په اړوند لاندی جملی درستی دی:

الف: د خوب پر وخت ساینوس برډی کارډیا ،تر ۶۰/ دقیقه کم ریټ ، نورماله ده.

ب: د زړه په ګراف کي ساینوسی توقف داسی تعریف سویدی چي د Pموجی شتون چي QRS مغلق ورسره نه وی.

ج: د د واړو ساینوس برډی کارډیا او ساینوس تکي کارډیا د حملاتو موجو دیت پر Sick Sinus سندروم د لالت کوی.

د: د خود کاره عصبی سیستم د نیوروپاتی په شتون کي د شهیق په وخت د زړه حرکات کمیږی.

۱-۳: هغه ناروغ چي د اذیني- بطینی عقدی متکرره re-entryتکي کارډ یا لری:

الف: ا ډ ینوزین د وقایوی درملنی په ډول لمړی غوراوی بلل کیږی.

ب: د زړه ضربان یی اکثراً د ۱۶۰ تر ۲۲۰ / دقیقه وی.

ج: تر د وامداره حملی وروسته د پولی یوریا شتون وصفی علامه دی.

د: د حملی په دوران کي کیدای سی اعراض موجود او یا شتون ونلری.

۱-۴: ا ذیني فبریلیشن عبارت دی:

الف: تر ۷۵ کلنی په پورته عمر کي په ۱۰ سلنه بوډا ګانو کي شتون لری.

ب: د DC-Cardioversionتر تطبیق وروسته اکثراً ډیر ژر په د وامداره سینوزل ریتم اوړی.

ج: د Sick Sinusسندروم یو معمولی عرض تشکیلوی.

د: په دی ناروغانوکي اکثراً بطینی ریټ حتی مخکي تر درملنی تر ۱۰۰/ دقیقه کم وی .

۱-۵: په ا ذ یني فبریلیشن اخته ناروغ کي:

الف: یوازی په آ سپرین سره درملنه د دماغی سکتی خطر نسی کمولای.

(c) ketabton.com: The Digital Library

ب: عضدی یا رډیل نبض په غیر منظم ډ ول غیر منظم وی.

ج: د اذینی سیستول د نه موجود یت له کبله د تمرین په وخت د زړه د دهانی جواب کمیږی.

د: د الکهولو زیات چښل یی کولای سی سبب و بلل سی.

۱-٦ : بطینی اکتوپیک ضربانات :

الف: په ستروک والیم کي کلینیکي ښکاره کموالی را منځته کوی.

ب: که اعراض ولری نو د زړه پر ناروغیو دلالت کوی.

ج: که په ثانوی ډ ول د زړه د ناروغیو په وسیله رامنځته سویوی، نو د تمرین په وخت ورکیږی.

د: که د زړه تر احتشأ وروسته ولیدل سی نوباید د ا رریتمیا ضد درملو په وسیله تدا وی سی.

۱-۷ : په بطینی تکي کارډیا کي:

الف: سبب یی اکثراً د زړه ناروغی وی.

ب: د حملاتو د تکرار د مخنیوی لپاره امیو دارون ګټور تمامیږی.

ج: د کروټید ساینوس مساژ کولای سی په ګذری ډول د زړه ضربان کرار کړی.

د: که د زړه عدم کفایه ورسره مل وی نوباید د cardioversion ژخه ډ ډه وسی.

۱-۸ : په بطینی فبریلیشن اخته ناروغ کي:

الف: هغه چي په د رملنه جواب نه ورکوی، باید د عمیقی هایپو کلیمیا و خواته پام واړول سی .

ب: عضدی یا رډیل نبض تیز او خیطی وی.

ج: د DC- Shockد تطبیق ترمخه باید ناروغی د زړه د ګراف په وسیله تأ یی سی.

د: په لیګنوکائین سره بیړنی درملنه د cardioversionد تطبیق اړتیا کموی.

۱-۹ : د زړه د ارریتمیا درملنه:

الف: د درملو د مؤ ثریت د معلومولو لپاره اعراض یوښه معیار دی .

ب: د څو د رملو یوځای ورکول د یو ه د رمل په پرتله ګټور دی.

ج: د سببی عامل درملنه کوم ځانګړی اثر نلری.

د: د الکهو لو لږ چښل کیدای سی توصیه سی.

۱-۱۰ : د ارریتمیا ضد درملو د تصنیف په اړوند، لاند نی جمله درسته ده :

الف: د لمړی کلاس درمل د fast sodium چینل نهیه کوی .

ب: د دوهم کلاس درمل beta-adrenoreceptor antagonists دی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

ج: د دريم کلاس د رمل د action potential د اوږد والی سبب کيږی.

د: د څلورم کلاس درمل slow calcium چينل نهيه کوی.

۲ سوال: ثابت بطينی ټکي کارډيا یاSustained VT کوم حالت ته ويل کيږي ويی ليکي ؟

۳ سوال : دAV نوډل ری انترانت ټکي کارديا ددرملنی لپاره په ميخانيکي مانوروکې يوه دلاندی مانوروڅخه ګډون نه لري ؟

الف- دوالسلوا مانور

ب- دمټانواونوربدن کيکا ګل

ج - سابندول

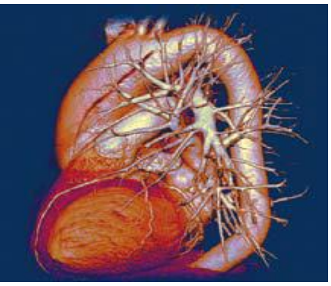
د- دسږ واوبوڅښل

۴- خالی ځايونه په مناسبو کلماتو ډک کړی؟

- د اذينی فبريليشن په ECG کي د ( ) موجی نه ليدل کيږی.
- سا ينوس توقف د ( ) په نامه هم یا دیږی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

(c) ketabton.com: The Digital Library



پنځم څپرکی

د زړه عدم کفایه اوکورپلمونل

د زړه عدم کفایه
کور پلمونل

دڅپرکي مقدمه

د زړه عد م کفایه هغه معمول کلینیکي سندرومونه دی چي د زړه د پمپ کولو د توان د کموالی له کبله را منځته کیږی. لکه څرنګه چي سندروم د اعراضو او علایمومجموعی ته ویل کیږی، څکه نو خپله د زړه عدم کفایه یو پوره تشخیص نه دی.

د زړه د عدم کفایه سندروم کولای سی چي د زړه د یوشمیر ساختماني ناروغیو، د میخانیکي د ندو د خرابوالی او یا برقی سیالو د نه فعالیت له کبله را منځته سی، چي هر یو یی ځانته تشخیص او درملنی ته اړتیالری، چي له همدی کبله نو د زړه د عدم کفایی تشخیص او درملنی ته باید زیاته پاملرنه واړول سی.

د زړه د عدم کفایی زیات شمیر وصفی اعراض او علایم مستقیماً د زړه د ناروغیو لکبله نه را منځته کیږی او اکثراً په ثانوی ډ ول د بدن د نورو سیستمونو لکه پښتورګو یا عضلاتو د آ فاتو په څیر تظاهر کوی، چي معمولاً یی اثرات بیاهم ښه نه دی پوهیدل سوی.

له دی کبله نو ویلای سو چي د زړه د عدم کفایی پتوفزیالوژی مغلقه او حتی تر اوسه ښه نه پیژندل سوی پروسه ده. له همدی سببه ده چي د زړه د عدم کفایی یو واحد تعریف شتون نلری.

(c) ketabton.com: The Digital Library

د زړه عدم کفایه

Heart Failure

تعریف

د زړه عدم کفایه یو مغلق سندروم دی چي کولای سی د زړه د ساختمانی او یا وظیفوی آ فاتو لکبله منځته راځی ، او د زړه هغه توان چي باید د فیزیولوژیکي اړتیا لپاره وینه پمپ کړی، کموی.

د زړه عدم کفا یه هغه وخت منځته راځی چه زړه و نشی کولا ی چه داسی قلبی د هنه تا مین کړی چه دبد ن د میتابولیکو ضرورتونو لپاره کافی وی اویاد بد ن ضرورتونه پوره کړلا ی شی.

د احتقان یا Congestive اصطلاح هغه وخت استعمالیږی چه دریوی او سیستمیك دوران د حجم د زیاتوالی اعراض او علایم شتون ولری ، په وصفی ډول د سوږ یوم او اوبو د احتبا س له کبله ، او د نیوروهورمونا ل میکا نیزمونو فعا لید ل چه د قلبی عدم کفایي لپاره وصفی دی منعکسوی.

اسباب

- د ا کلیلی شرا ینو ناروغی.
- د وینی لوړفشار
- د زړه دسامی ناروغی
- لمړنی کاردیومیوپاتی (فامیلی یا ایدیو پاتیك)
- د میوکارد وظیفوی تشوش چه په ثانوی ډول دانتانی، میتا بولیکو، اندوکرینی، تغذیوی، یا توکسیکو (لکه الکهول یا انتراسیکلین) اسبابو له کبله منځته راغلی وی.
- د منضم نسج اوپریکارد ناروغی
- عصبی عضلی او اوتوامیون ناروغی
- ارتشاحی ناروغی(امایلوئیدوزیس، هیموکروماتوزیس، سارکوئیدوزیس)
- د زړه ولادی ناروغی.

پتو فزیالوژی

قلبی دهانه د Preload(د دیاستول په اخیر کی د بطین په داخل کی دوینی حجم اوفشار)، د Afterload (د شراینومقاومت) او د میوکارد دتقلصیت په وسیله تامینیږی.

د زړه عدم کفایه د نیوروهورمونال بدلونو دمجموعی سره مل وی ، چه د-Renin angiotensin_aldosterone axis اود sympathetic nervous systemفعالیدل په برکی نیسی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

په لمړیوکی دا بد لونونه دقلبی وظایفو دتامین سره په Preload یا After load کی د بدلونو او دمیوکارد دتقلصیت د زیاتیدلو په وسیله کمك کوی.خوپه اخیرکی په مخالف لوری کی عمل کوی ا و قلبی دهانه دمحیطی وعایي مقاومت دزیات او غیر لازمی زیاتوب په وسیله کموی او یوه معیوبه حلقه منځته راځی، داځکه چه په قلبی دهانه کی کمښت دنورونیوروهورمونال فعالیتو او دمحیطي وعایي مقاومت دزیاتوب سبب کیږی.

دریوی اومحیطی اذ یما پیل د لوړ شریانی فشار له کبله ده چه داوبو او مالګی داحتباس په ذریعه د پښتورګود پرفیوژن د کمښت او د ثانوی الدوستیرونیزم له کبله منځته راځی.(۵)

هغه عوامل چي د زړه عدم کفایه شد یده او یا ورته زمینه برابروی

ټول هغه عوامل چي د میوکارډ فعالیت زیات کړی کیدای سی دشته عدم کفایی د شدت او یا نوی عدم کفایی د را منځته کیدو سبب سی، چي ډیر معمول یی د زړه اریتمیاوی، کمخونی، د درقیه غدی فرط فعالیت، امیدواری، چاغوالی، د اندو کارډ انتانی التهاب، د سږو التهاب او د زړه د عدم کفایی د درملنی بدلون، تشکیلوی. د دی عواملو له کبله د بیا بستر کیدو چانس زیا ت او د ۳ تر ٦ میاشتو په موده کي د ۲۹ تر ۴۷ سلنی ته رسیږی.

د زړه د عدم کفایی معمول مساعد کونکي عوامل

۱- ځواب نه ورکول (تغذیه ، درمل)

۲- د وینی نه کنترولیدونکي لوړ فشار

۳- د میوکارډ احتشأ یا اسکیمیا

۴- د زړه ا رریتمیاوی

۵- د مایعاتو زیات تطبیق

٦- د سږو امبولی

۷- د سږو انتانات

۸- سیستمیک انتانات

۹- اندوکرینی ستونزی

۱۰- محیطی عوامل

۱۱- نا مکمله درملنه

۱۲- روحی فشارونه

۱۳- د وینی ضایعه (کمخونی) (۴)

(c) ketabton.com: The Digital Library

د زړه دعدم کفایی ډولونه

دزړه عدم کفایه په څوطریقوسره تصنیف او توضیح کولای شو

۱- حاده اومزمنه عدم کفایه Chronic and acute heart failure

۲ - چپه او راسته عدم کفایه Left- and right-sided heart failure

۳- د لوړی یا کښتی د هانی لرونکي عدم کفایه High-output and low-output heart failure

۴- مخته اووشاته عدم کفایه Backward and forward heart failure

۵- سیستولیکه او د یاستولیکه عدم کفایه Diastolic and systolic heart failure

حاده اومزمنه عدم کفایه (Acute and chronic heart failure)

دزړه عدم کفایه کیداشی چه په انی ډول، لکه دمیوکارد په احتشاء کی، اویا په تدریجی توګه، لکه دزړه په پرمختلونکو دسامی ناروغیو کی، منځته راشی.

که دزړه وظایف په تدریجی توګه کم شی، یوتعداد معاوضوی تغیرات (لمړی لمبر جدول) منځته راځی. که څه هم په لمړی سرکی داتغیرات قلبی وظایف تامینوی، خوهرڅومره چه ناروغی مخته ولاړه شی، په مخالف لوری کی عمل کوی.

دزړه دمعاوضوی عدم کفایي اصطلاح هم کله کله ددی لپاره استعمالیږی چه داسی یوناروغه راته ښئي چه قلبی وظایف يي کم شوبوااوپه هغوی کی توافقی تغیرات (adaptive changes) دواضح قلبی عدم کفايي دمنځته راتګ مخه نیسی. یوه ډیره کوچنی پیښه لکه انتان کولای شی چه دواضح قلبی عدم کفايي منځته راتګ ته سرعت ور کړی.

۵- ۱ جدول: د زړه په عدم کفایه کي معاوضوی بدلونونه

موضعی بدلونونه	- د جوف غټیدل - د میوکارد هیپرتروپی - د زړه د ضربان زیاتیدل
عمومی بدلونونه	- د سمپاتیك عصبی سیستم فعالیدل - د renin-angiotensin-aldosterone system فعالیدل - د انتی دیورتیك هورمون ازادید ل – د Natriuretic peptides ازادیدل (اذینی او دماغی natriuretic peptides) [ANP and BNP].

(c) ketabton.com: The Digital Library

د چپه او راسته زړه عدم کفایه (Left, right and biventricular heart failure)

د زړه چپه طرف هغه اصطلاح ده چه دچپه اذین ، چپه بطین آودمترال او ابهر د دسامونو د وظیفوی واحد لپاره استعمالیږی، او راسته زړه دراسته اذین، راسته بطین،دتریکوسپید اوریوی دسامونو څخه جوړ شویدی.

د چپه زړه عدم کفایه: په دی حالت کی د چپه بطین دهنه کمه وی او د چپه اذین اوریوی وریدفشار زیاد وی.که د چپه اذین فشار په حاد ډول لوړ شی دریوی احتقان او ریوی اذیما سبب کیږی،خو که په تدریجی ډول دچپه اذین فشار لوړ ولاړشی دریوی اوعیو د رفلکسی تقبض سبب کیږی، کوم چه دریوی لوړفشار په بیه ناروغ د ریوی اذ یما څخه ساتی.

د راسته زړه عد م کفایه: په دی حالت کی د راسته بطین دهنه د راسته اذین د فشار له کبله کښته راځی.دراسته زړه دیوازنی یا تنها عدم کفایي اسباب عبارت دی د مزمنی ریوی نا روغی (cor pulmonale)، multiple emboli او د ریوی دسام دتضیق څخه.

د ټول زړه عد م کفایه: دچپه اوراسته زړه عدم کفایه کیدای شی چه منځته راشی داځکه چه دناروغی پروسه (لکه dilated cardiomyopathyیا ischemic heart disease) دواړه بطینات متاثره کوی اویا د دی کبله چه د چپه زړه ناروغی د چپه اذ ین د فشار دمزمن لوړوالی، ریوی هیپر تینشن او دراسته زړه دعد م کفایي سبب کیږی.

مخته اووشاته دزړه عدم کفایهForward and backward heart failure)

د زړه دعدم کفا يي په یوشمیر ناروغا نو کی عمده ستونزه غیر کا فی قلبی دهنه وی (Forward failure) ولی په یو شمیر نوروکی بیا نارمل او یا نارمل ته نژدی قلبی دهنه شتون لری اوورسره وصفی د مالګی او اوبو احتباس لری backward failure چه د ریوی یاسیستمیك احتقان سبب کیږی .

د یاستولیکه او سیستولیکه عدم کفایه (Diastolic and systolic heart failure)

د زړه عد م کفایه کیدای شی چه دمیوکارد ناقص تقلص له کبله منځته راشی، خو کیدای شی چه همدارنګه دبطین د ضعیف ډکیدلو او د لوړ filing pressure په وسیله منځته راشی چه دغیرنارمل بطیینی رخاوت (diastolic dysfunction) له کبله را منځته کیږی. دااخیری پیښه په معمول ډول په هغو ناروغانوکی چه دچپه بطین هیپرتروپی لری پیداکیږی او د زړه د ناروغیو په ډیرو شکلونو په ځانګړی توګه هیپرتینشن ، اود زړه په اسکیمیکوناروغیو کی منځته راځی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

د زړه سیستولیك او دیاستولیك وظیفوی تشوش په اکثره وختونوکی په یوه وخت کی منځته راځی په ځانګړی توګه په هغو ناروغانوکی چه داکلیلی شراینو ناروغی لری.

د لوړی دهنی لرونکی عدم کفایه (High out put failure)

هغه حالات چه د ډیری لوړ ی قلبی دهانی سره یوځای وی کله کله د زړه دعدم کفایي سبب کیږی،په داسی حالتونوکی به د زړه دعدم کفایي یو بل سبب لکه تیروتوکسیکوزیس ، د وینی میکروبی کیدل، شدیده کمخونی ، بیری بیری ، د Paget's ناروغی، میالوما ، امید واری هم شتون ولری.

اعراض اوعلایم : د بطیناتو وظیفوی تشوش په ځینو حالاتو کی بیله عرضه وی.

د زړه دعدم کفايي هغه اعراض چه د ناکافی قلبی دهنی له کبله منځته راځی لکه ستړیا، د تمریناتو د ظرفیت کمیدل، اود تمرکزاودماغی وظایفوکمیدل. د ناروغه نهایات ساړه ، اودوینو فشار یي ټیټ وی ،ضعیف کلیوی پرفیوژن چي د اولیګوریا او یوریمیا سبب کیږی.

هغه اعراض چه داحتقان له کبله منځته راځی لکه اورتوپنی، جهدی عسرت تنفس،د شپی له پلوه شدیده سالنډی Paroxysmal Nocturnal Dyspnea،د بطن انتفاخ، د زړه بدوا لی،اود مایعاتو ا حتباس (حبن ، پلورا ل ایفیوژن اومحیطی اذیما)، په ولاړو یا حرکت کونکو ناروغانو کی اذیما د بجلکو په شاوخوا کی وی ، ولی په بستر کی محکومو ناروغا نو کی د ورنو او ساکروم په شاوخوا کی را ټولیږی.

دناروغی د پیل ډول او سیریي باید معلوم کړل شی.

دناروغی اسباب او تشدیدونکی عوامل باید معلوم کړل شی.

۵- ۲ جدول: د نیویارک د زړه د ناروغیو د ډلی یا NYHA تصنیف

Class I	ناروغ نورمال فعالیت لری، او حتی د جهد په وخت کي اعراض نلری
Class II	په ناروغ کي د عدم کفایی اعراض شتونلری او په کمه اندازه یی فزیکي فعالیتونه محدود سویوی
Class III	د ناروغ فزیکي فعالیتونه زیات محدود ولی د استراحت په وخت کي آ رام وی
Class IV	د استراحت پر وخت هم ناروغ اعراض اوعلایم لری او انذار یی خراب وی

فزیکی معاینات

د چپه طرف دعدم کفايي علایم

– د ا سترا حت په وخت کی تا کی کاردیا یا تاکی پنیا.

– د زروی یو غیر نارمل ضر بان (غټ شوی، منتشر ، بی ځایه شوی، دوامداره).

– په سیستولیکه عدم کفایه کی یو S3 gallop، د کروتیدد upstroke دحجم کمیدل (low pulse pressure) او ساړه نها یات لیدل کیږی.

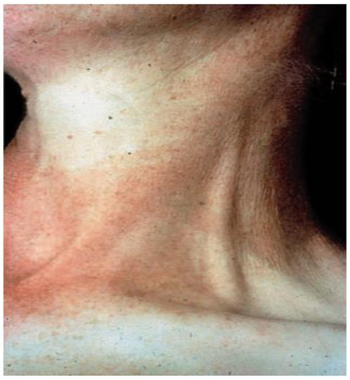
(c) ketabton.com: The Digital Library

– په د یا ستولیکه عدم کفایه کی به hypertension یا S4 gallop پیداکړلای شی.
– که ډکوونکی فشار په حاد ډول لوړشو یوی وصفی را لونه په دواړو سږوکی اور یدل کیږی.
– په مزمنه عدم کفایه کی په ا کثره و ختو نو کی دسږو سا حی پا کی وی او شدید تنفسی اوازونه اور یدل کیږی.
– پلورا ئي ا نصباب (pleural effusion) که شتون ولری نودو طرفه به وی او یا په را سته کی به تر چپه خوا ډیروی.

د د واړوخواوو (biventricular) او یا راسته طرف دعدم کفايي علايم عبارت دی د:دوداجی ورید دفشار لوړتلل،دراسته بطین ضربه(lift) یاsubxyphoid tap ،دP2 لوړیدل (pulmonary hypertension) ،دراسته بطین ګالوپ، هیپاتو جیګولاررفلوکس (reflux)،تکانیدونکی یاسخته هیپاتومیګالی،حبن،او داطرافو اذیما.

که د راسته طرف د عدم کفايي علايم یوازی شتون ولری او دچپه طرف علایم موجود نه وی دریوی اوعیو دلمړنیو یا ثانوی ناروغیو و خواته فکر کیږی.

په یوه ناروغ کی چه هرڅومره اعراض او علایم ډ یروی په هغومره اندازه د زړه دعدم کفايي تشخیص پکی په درست ډول وضع کیدای شی. ډیر زیات وصفی علایم عبارت دی د:دوداجی وریدونو دفشار لوړیدل، د دریم آ واز شتون ، وچپه خواته دزروی دضربان بیځایه کیدل،



ریوی رالونه چه په ټوخی سره له منځته ولاړنشی.اومحیطی اذیما چه دوریدی بی کفایتی له کبله نه وی.

مزمنه قلبی عدم کفایه کله کله دوزن دواضح ضیاع سره یوځای وی (cardiac cachexia) او علتونه يي هم داشتها کمیدل ، دمعدی- معایي احتقان له کبله د جذب کمیدل، دکښته قلبی دهنی له کبله ضعیف نسجی پرفیوژن،او دنه حرکت کولو له امله د اسکلیتی عضلاتو اتروفی دی.

۵ـ ۱ شکل (د وداجی اوعیه توسع او پیتنګ اذیمأ) (۴)

(c) ketabton.com: The Digital Library

درملنه

د زړه دعدم کفايي په د رملنه کي بايد لاندی اصول په پام کي ونيول سی

- د ناروغی داصلی علت تشخيص اوتداوی
- د زمينه برابرونکواو تشديدونکوعواملو پيژندنه اوتداوی
- د زړه د ضربان دتعداد کنترول.
- د زړه دتقلص اودهنی زياتول
- د سيستميکووريدونو داحتقان کمو ل دپرېلود دکمولو په وسيله.
- دافترلودکمول اودقلبی دها نی زياتول.
- د زړه دکارکمو ل د داسی عواملو په وسيله چه پريلود او افترلود ترتاثير لاندی راولی.
- جراحی لکه دزړه پيوند.

د زړه د مزمنی عدم کفايي درملنه

۱ - عمومی ا هتمامات

– د فزيکی فعاليتونو محدودول او دناروغ تسکين (لنډ مهاله قد م وهل او ابيازی دزړه په مزمنه عدم کفايه کی کمك کوی)

– اکسيجن

– غذايي رژيم او دسوديوم ، دډيروالکهولو اودمالگی اوسوديوم داحتباس ورکونکی در ملو(لکه NSAIDs)دمصرف کمول

– داصلاح وړ اسبابو لکه دسامی افات،دميوکارد اسکيمی،دوينی لوړ نه کنترولیدونکی فشار،اريتمی گانی ،دالکهولو او درملو په وسيله منځته راغلی د ميوکاردانحطاط، د زړه د داخل شنتونه، او دلوړی دهنی لرونکی حالتونو درملنه.د د ياستوليکی عدم کفايي د اصلاح وړ سببونه عبارت دی د پريکارد ناروغی، دهيپرتينشن له کبله د چپه بطين هيپرتروپی .

– کله چه دامعلومه شوه چه کوم داصلاح وړسبب شتون نلری نوهغه کارونه چه په لاندی کی ذکر کيږی ورته وشی.

۵- ۳ جدول: د زړه په عدم کفايه اخته ناروغانو عمومی اهتمامات [۷]

پوهاوی	• ناروغ ته بايد د ناروغی د سير، درملنی او د ځان سره د مرستی په اړوند پوره پوهاوی ورکول سی

(c) ketabton.com: The Digital Library

تغذیه	• ښه تغذیه او که چاغ وی باید وزن کم کړی • په شدیده عدم کفایه ناروغان باید مالګه کمه کړی، او اضافه پر شیانومالګه وانه چوی
سګریټ	• سګریټ اوچلم باید پریښودل سی
تمرین	• باید په منظم ډول تمرینونه تر هغه اندازی چي ناروغ یی تحمل کولای سی تر سره کړی
واکسین	• ناروغ باید په منظم ډول دInfluenza او pneumococcal واکسین تطبیق کړی

۲- د وايي د رملنه

مزمنه سیستولیکه عدم کفایه

الف: درینین انجیوتینسین الدوستیرون نهی کونکی درمل

- د ACEنهی کونکی درمل د سیستولیکی عدم کفايي دتداوی اساس جوړوی ، او که واضح مضاداستطباب يي شتون ونلری باید ناروغ ته ورکړل شی. نوموړی درمل د لږدوز څخه پیل او کرار کرار یی دوز باید زیات شی. کپتوپریل (د ۶،۲۵ ملی ګرامه تر ۱۲،۲۵ ملی ګرامه) پیل او بیادی ۵۰ ملی ګرامه د ورځی ۳ ځلی ته لوړ کړل سی. ایناالاپریل هم د ۱۰ تر ۱۵ ملی ګرامه د ورځی ۲ ځلی ورکول کیدای سی.

- د angiotensin II آخذو نهیه کونکي

- سپیرونو لکتونspironolactone (د ډ یوریتیکو په برخه کي ورڅخه یادونه سویده).

ب - دیجیتا ل: په سراپا ناروغانوکی لوډنګ دوز ته اړتیا نشته ، کاهلانوته ۰،۲۵ ملی ګرامه او ماشومانواو بوډاګانوته ۰،۱۲۵ ملی ګرامه دورځی پیلیږی.

ج – دیورتیکونه: هغه وخت ناروغ ته ورکول کیږی چه دسیستمیك احتقان اعراض اوعلایم ولری. د یورتیکونه د احتقان اعراض د سود یوم اواوبود زیات اطراح له کبله کموی. معمولاً دتیازید ، لوپ او دپوتاسیوم ساتونکی دیورتیکونو څخه کار اخستل کیږی.

د مزمنی دیاستولیکی عدم کفايي تداوی:باید په ناروغ کي داکلیلی شراینو دناروغنو او د وینی د لوړ فشاراسباب ولټول او تداوی شی.د کلشیم د چینل بلاک کونکي درمل، beta-blockers او ACE نهیه کونکي درمل ونه ټوله مؤثردی ځکه د بطین هیپرتروپی کموی.دیوریتیکونه داحتقانی اعراضو دکمښت لپاره استعمالیږی. ولی دېری لود زیادکمیدل (دنتریت او دیورتیك په وسیله)قلبی دهانه کموی اواعراض شدیدوی ځکه نو باید په احتیاط سره ورکړل سی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

۵- ۴ جدول: په بوډا ګانو کي د زړه عدم کفایه (۷)

وقوعات	د عمر په تیریدو سره یی پیښنی زیاتوالی مومی او په ۸۰ کلنی کي د ۵ تر ۱۰ نفوس په اخته کیږی
عمده اسباب	د اکلیلی شراینو ناروغی، د وینی لوړ فشار، او د زړه د والونو ناروغی
د ډیاستول د دندو خرابوالی	اکثراً متبارزی وی، په ځانګړی توګه په هغو ناروغانوکي چي د وینی لوړ فشار لری
د ACE نهیه کونکي درمل	اعراض له منځه وړی او د مړینو کچه کموی، ولی په بوډاګانوکي د ځوانانو په پرتله د وینی فشار زیات ټیټوی او د پښتورګو د فعالیت د کموالی سبب کیږی
د Loop diuretics استعمال	اکثراً ورته اړتیا لیدل کیږی، ولی په هغو ناروغانوکي چي د ادرار incontinence ولری او یا دپروستات په ضخامه اخته وی ښه نه تحمل کیږی.

۵- ۵ جدول : د زړه په احتقانی عدم کفایه اخته ناروغانوکي د درملو استعمال(۵)

درمل	ابتدایی/ اعظمی(اندازه)	احتیاط
د ACE نهیه کونکي او angiotensin II receptor antagonists	**Captopril** ۶،۲۵ ملی ګرامه ۳ ځلی/ ورځی د ۲۵ تر ۵۰ ملی ګرامه ۳ ځلی/ ورځی **۶،۲۵ Enalapril** ۲،۵ ملی ګرامه ۲ ځلی/ ورځی د ۱۰ ملی ګرامه ۲ ځلی/ ورځی **Ramipril** ۱،۲۵تر ۲،۲۵ملی ګرامه / ورځی د ۲،۵ تر ۵ ملی ګرامه / ورځی **Candesartan** ۴ ملی ګرامه / ورځی ۳۲ملی ګرامه / ورځی **Valsartan** ۸۰ ملی ګرامه / ورځی ۳۲۰ ملی ګرامه / ورځی **Losartan** ۵۰ملی ګرامه / ورځی ۱۰۰ملی ګرامه / ورځی	فشار تر ۹۰ ملی متر سیماب کم وی، مه یی ورکوی. په COPD اخته ناروغانو کې باید احتیاط وسی او په حاده عدم کفایه کې تر څو چې ناروغ ستیبل کیږی، مه یی ورکوی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

د Beta-blockers درملونه	**Bisoprolol** ۱،۲۵ ملی ګرامه / ورځی ۱۰ ملی ګرامه / ورځی **Carvedilol** ۳،۱۲۵ ملی ګرامه / ورځی ۵۰ ملی ګرامه / ورځی **Nebivolol** ۱،۲۵ ملی ګرامه / ورځی ۱۰ ملی ګرامه / ورځی	
Diuretics یا مدررات	**Furosemide** ۲۰ تر ۴۰ ملی ګرامه / ورځی ۲۵۰ تر ۵۰۰ ملی ګرامه / ورځی **Bumetanide** ۰،۵تر ۱ ملی ګرامه / ورځی ۵تر۱۰ ملی ګرامه / ورځی **Bendroflumethiazide** ۲،۵ملی ګرامه / ورځی ۱۰ ملی ګرامه / ورځی **Metolazone** ۲،۵ملی ګرامه / ورځی ۱۰ ملی ګرامه / ورځی شدیده عدم کفایه	په ناروغ کې باید د پښتورګو دندې وڅارل سي، او هیپوکلیمیا او هیپو مګنیزیمیا و پلټل سي
د Aldosteroneضد درمل	**Spironolactone** د ۱،۵ تر ۲۵ ملی ګرامه / ورځی د ۵۰ تر ۲۰۰ ملی ګرامه / ورځی که ناروغ ACE نهیه کونکي درمل اخلی باید لږ ورکول سی **Eplerenone** ۲۵ملی ګرامه / ورځی ۵۰ ملی ګرامه / ورځی	دندې وڅارل سی، او هیپرکلیمیا و پلټل سی او که ناروغ spironolactone اخلی باید gynaecomastia ته هم پام واړول سی

(c) ketabton.com: The Digital Library

Cardiac glycosides	**Digoxin** **د ۰،۱۲۵ تر۰،۲۵ملی گرامه / ورځی** **(په بوډاګانو او دپښتورګو په ناروغیوکي باید اندازه کمه سی)**	**که ناروغ امیو دارون درمل استعمالوی باید په احتیاط تطبیق سی**
موسع الوعایی یا Vasodilators	**Isosorbide dinitrate** **د ۲۰ تر۴۰ملی گرامه ۳ ځلی/ ورځی** **Hydralazine** **د ۳۷،۵ تر۷۵ملی گرامه ۳ ځلی / ورځی**	

۳ – جراحی تداوی: دزړه پیوند ، داکلیلی شراینو بیرته خلاصول، اونور په برکی نیسی.

۴ – مقاومه عدم کفایه او حاده عدم کفایه ځانګړو درملنو ته اړتیالری.

۵- ٦ جدول: د Framingham معیارات د زړه د احتقانی عدم کفایی تشخیص (۹)

غټ معیارات Major criteria

- د شپې لخوا شدیده سالنډی Paroxysmal Nocturnal dyspnea
- د غاړی د وریدونو توسع
- د سږو په قاعده کي د رالونو اورید ل
- د زړه غټوالی
- د سږو حاده اذیما
- د زړه د دریم آ واز شتون
- د وریدی فشار زیاتوالی (تر ١٦ ملی متر سیماب)
- د Hepatojugularریفلکس شتون

واړه معیارات Minor criteria

- د بجلکو پاړسوب
- د شپې لخوا ټوخی

(c) ketabton.com: The Digital Library

- د فزيکي فعاليت پر وخت سا لنډی
- د ينی غټوالی
- د پلورا انصباب
- تکي کارډيا (تر ۱۲۰ ځلی / دقيقه زيات)

غټ يا واړه معيارات Major or Minor criteria

- د د رملنی په جريان کي د وزن بايلل (په ۵ ورځو کي تر ۴،۵ کيلو زيات)
- د تشخيص لپاره د يوی غټی او ۲ وړو معيارونو شتون اړين دی

د زړه ترانسپلانټيشن Cardiac transplantation

د زړه په شديده عدم کفايه اخته هغه ناروغان چي ژوند ته ا دامه نسی ورکولای، دزړه د ترانس پلانټ لپاره کانديد دی. د زړه د ترانسپلانټ هدف د ژوند اوږديدل او هم د ژوند د کيفيت زياتوالی دی. عمده معيارات يی د پر مختللی عدم کفايه شتون دی يعنی ناروغ NYHA III–IV حالت کي وی، چي بايد په ناروغ کي يو شمير واضح اعراض لکه د يوی مياشتی په درملنه باندی د ناروغ په حالت کي ښه والی را نسی، قلبی د هانه ډيره کمه وی او يا داچي د زړه معنده عدم کفايه شتون ولری او ناروغ د ژوندی پاتی کيدو لپاره په دوامداره توګه inotropes درمل استعمالوی، او يا داچي ناروغ cardiogenic شاک ولری ولی عدم کفايه برګشت کونکي وی او ناروغ و ميخانيکي تهويه ته اړتيا ولری، يا داچي په چټکي سره د خرابيدونکي عدم کفايه شتون چي په متوسع الوعايی او مدرر درملو ځواب ورنکړی، نو ورته د زړه د ترانسپلانټيشن استطباب اينبودل کيږی. له دی کبله چي د زړه ورکونکي يا donor ډير کم دی ځکه نو اکثر ناروغان د انتظار په مرحله کي مری او بل داچي د donor دانتخاب لپاره هم يو شمير پيچلی معيارونه په پام کي نيول سويدی چي له مخی يی هر donor ورته کانديد کيدای نسی او زيات رد کيږی. د زړه د ترانسپلانټ لپاره معمولاً هغه ناروغان کانديد وی چي بايد نور حياتی غړی يی جوړ اوپه زياته پيمانه د ترانسپلانټ څخه ګټه ترلاسه کړی. (۴)

په ۱۹۹۴ کال کي ۴۵۰۰ د زړه ترانسپلانټه تر سره ولی دdonors د کموالی له کبله يی اندازه کال په کال کي په کميدو ده. د وفياتو اندازه يی د ۱۰ تر ۲۰ سلنه اټکل سويده.

۵- ۷ جدول : د زړه د ترانسپلا ټيشن لپاره معيارات(۴)

- د زړه هغه عدم کفايه چي د ٦ تر ۱۲ مياشتو په موده کي انذار خراب او د طبی او جراحی درملنی په مقابل کي معند وی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

- په NYHA functional class III or IV حالت کې قرار ولري.
- عمر یې د ٦٠ او ٦٥ کلونو ترمنځ وي.
- د ریوی او عیو مقاومت یې زیات یا لوړ وي.
- باید ناروغ خپله قوی هځونه ولری او هم روحی او ټولنیزه حمایه ولری.
- ناروغ باید په سرطان، فعاله انتان، فعاله پیپتیک قرحات، د ٦ میاشتوپه موده کې ریوی احتشأ ، د شکری د ناروغی هغه شکل چې انسولین ته اړتیا ولری، د زړه د شدیدی عدم کفایه له کبله د پښتورګو یا ینی پر مخ تللی ناروغی، د محیطی او عیو پرمختللی ناروغی، اود او عیو په کولاجنی ناروغیو اخته نه وی او هم الکهول زیات استعمال نکړی او اعتیاد ونلری.

٥- ٨ جدول: د زړه د ترانسپلانټیشن استطبابات او مضاد استطبابات

استطبابات	
کارډیوجنیک شاک چې و میخانیکي تقویي یا لوړ دوزinotropic درملو ته اړتیا ولری	
پر اعظمی درملنی برسیره د زړه د عدم کفایی د اعراضو شتون یا Stage D	
ژوند تهدیدونکي عود کونکي اریتمیاوی چې پر اعظمی مداخلی او defibrillator پر تطبیق برسیره هم دوام ومومی	
عود کونکي انجینونه چې پکې revascularization را منځته سوی نه وی	
مضاد استطبابات	
	متبا دله درملنه
عمر چې تر ٦٥ کلونوزیات وی	**ناروغ ته باید دایمی mechanical support اماده سی**
فعاله او نوی سرطانی ناروغی	**ناروغ ته باید دایمی mechanical support اماده سی**
د شکری ناروغی چې د حیاتی غړو شدیده عدم کفایه ورسره مل وی	**ناروغ ته باید دایمی mechanical support اماده سی**
د FEV/FVCتناسب تر ۴۰ سلنی کم **FEV = forced expiratory volume;** **FVC = forced vital capacity**	**ناروغ ته باید heart-lung transplantation په پام کې وی**
دBMI اندازه چې تر ۲۰ کمه او یا تر ۳۵ زیاته وی **BMI = body mass index**	**که BMI تر ۳۵ لوړ وی باید تغذیه مناسبه او هم دوزن کمښت او دایمی mechanical support په پام کې وی**

(c) ketabton.com: The Digital Library

د ریوی شراینو نه معاوضه کیدونکي لوړ فشار	ناروغ ته باید heart-lung transplantation په پام کي وی
نوری ناروغی لکه سیروزس، وعایی آ فات، اعتیاد، د ینی C التهاب، HIV اوټیولنیز ی او یا عقلی ناروغی.	په دی حالاتو کي باید هغه ډله چي ترانسپلانټ تر سره کوی تصمیم ونیسی

د زړه د ترانسپلانټیشن اختلاطات (۷)

- په الو ګرفت کي و عایی آ فات
- د وینی لوړ فشار
- هیپر کولیسترولیمیا
- سرطان

د سږو د حادی اذیما درملنه

۱ - لمړنی تقویوی د رملنه

د CPE لمړنی تقویوی درملنه عبارت ده داکسیجن دتطبیق څخه ترخودشر یانی اکسیجن فشار تر۶۰ ملی متر سیماب لوړکړی. که هیپرکاپنی ورسره مل وی او یا هم په نورولاروسره اکسیجینیشن نه تامینیدی نومیخانیکی تنفس استطبا ب لری.

دناستی وضعیت (Sitting position) ر یوی وظایف سموی. ناروغ ته دبسترمطلق استراحت اوددرد اواضطراب تسکین دزړه د کاربارورکموی.

۲- فارما کولوژیکه درملنه

- مورفین سلفات (Morphine Sulphate) : اضطراب کموی اور یوی او سیستمیکو وریدونوته توسع ورکوی ،مورفین دورید دلاری د ۲ تر ۵ ملی ګرامه دخودقیقو په موده کی ورکول کیږی او په هرو ۱۰ یا ۱۵ د قیقوکی ترخو چه تاثیرات یي منځته راځی تکرار یدای شی.

- فروس امايد (Furosemide) : دوریدونو پراخونکی ماده ده چه که دوریدونودلاری ورکړل سی د دقیقو په موده کی مخکی له دی چه دیورتیك تاثیر یي څرګند شی ریوی احتقان کموی . لمړنی دوز یي دورید دلاری د ۲۰ تر ۸۰ ملی ګرامه دی چه په څود قیقو کی بایدتطبیق شی او دناروغ دځواب سره سم یی اندازه زیاته او اعظمی اندازه یی تر ۱۶۰ملی ګرامه په څودوزونو سره ورکول کیږی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

- نیتروګلیسیرین (Nitroglycerine) : دوریدونوتوسع ورکونکی تاثیر لری اودفروس امايد تاثیرات هم زیاتوی. دور ید دلاری ورکړه يي دخولی او transdermal ترلاری ښه ده ، ځکه چه په سریع ډول تاثیرکوی.

- نیتروپروساید (Nitroprusside) : دحادی CPEپه تداوی کی یوه موثره کمکی دواده ، په هغه CPEکی چه د دسامونو د حا د بیرته راګرځیدنی او یا د وینی د لوړ فشار له کبله منځته راغلی وی استعما لیږی. د نتروپروساید داندازی دمعلومولو په منظور دریوی اوسیستمیك شریانونو کتیتیریزیشن باید په پام کي وی.

- اینوتروپیك درمل (Inotropic agents): لکه دوبوتامین یا phosphodiesterase inhibitors د CPEد هغو ناروغانو په لمړنی تداوی کی چه په عین حال کی د وینی تیټ فشار یا شوك لری ګټور دی.

- نیز یر ي تاید (Nesiritide): دیوه IV bolus دوزپه ډول ورکول کیږی چه وروسته بیا د IV infusion په ډول سره تعقیب کیږی.دادزړه filling pressure د اوعیو دتوسع په وسیله کموی اوپه غیرمستقیم ډول د زړه د هانه زیاتوی.که دفروس امایدسره یوځای ورکړل شی Natriuresis او Diuresis منځته راوړی.

د سږو د ناروغیو له کبله د زړه ناروغی

PULMONARY HEART DISEASE

(Cor pulmonale)

د کورپلمونال اصطلاح دراسته بطین هیپرتروپی اوپه ځینوختونوکی عدم کفايي ته استعمالیږی کوم چه دریوی ناروغی او موجودی هیپوکسیا یا دریوی اوعیو دناروغیو له کبله منځته راغلی وی. دهغه کلینیکی لوحه په لمړني اصلی ناروغی او پرزړه باندی دهغه دتاثیراتو دواړو پوری اړه لری .

حاد کورپلمونال دراسته زړه و strain یا overload ته ویل کیږی چه په ثانوی ډول د حاد ریوی لوړ فشار له کبله چه په ځانګړی ډول د کتلوی امبولیزم په وسیله منځته راغلی وی ، رامنځته کیږی.

مزمن کورپلمونال دراسته بطین په هیپر تروفی او توسع سره متصف دی چه په ثانوی توګه د ریوی لوړ فشار له کبله منځته راځی او دهغه سبب به دریوی نسج اویا دریوی اوعیوی سیستم ناروغی وی.

اسباب

(c) ketabton.com: The Digital Library

د مزمن کورپلمونال عمده سبب COPD دی چه د مزمن برانشیت یا امفیزیما په نتیجه کی منځته راغلی وی ولی حاد کو ر پلمونا ل عمده سبب ریوی امبولی تشکیلوی.
معمول اسباب یي عبارت دی له ریوی فبروزس، پنوموکونیوزس، کیفوسکولیوزس، د ریوی دوران د فشار لوړوالی، دریوی امبولی گانوکلینیکی او تحت کلینیکی متکررحملات ، شستوزومیازس، د Pickwickian سندروم او میتا ستا تیك سرطانونه.

کلینیکی لوحه

اعراض او علایم : د معاوضوی کورپلمونال عمده اعراض مزمن ټوخی چي بلغم ورسره وی ، د جهد په وخت کی نفس تنگی ،ویزنگ ،ستړیا اوضعفیت تشکیلوی .کله چه ریوی ناروغی دراسته بطین عدم کفایه منځته راوړی پورته اعراض شدید کیږی ، او پاړسوب او د راسته لوړی ځلورمی دردونه هم ور اضافه کیږی .
د کورپلمونال علایم عبارت دی د سیانوزس ، Clubbing ،د غا ړی د وریدونو پاړسوب، د راسته بطین heave یا Gallop یا دواړه ،د شرصوفیه ناحیی نبضان ، غټ او سخت کبد اوپاړسوب.

لابراتواری موندنی

د کورپلمونال په هغو ناروغانوکی چه په ثانوی ډول د COPD له کبله منځته راغلی وی په اکثره وختونوکی پولی سیتیمیا شتون لری. دشریانی وینی داکسیجن اشباع تر ۸۵ سلنه کمه ولی په شریانی وینه کي د کاربن ډای اکسایډ سویه Pco2 کیدای شی لوړه وی.

الکتروکاردیوگرافی او دصدر رادیوگرافی

په ECG کی right axis deviation موجود او د P موجه جگه لیدل کیږی. په V6 کی د S موجه عمیقه وی.په ریوی امفیزیما اخته ناروغانوکي Right Axis Deviation موجوداو نوری موجی کښته ولتاژ لری. دراسته بطین ښکاره هیپرتروفی دابتدایی ریوی لوړ فشار د پیښو پرته ډیره کمه لیدل کیږی. په ECG کی دمیوکارد داحتشاء په ډول نښی لیدل کیږی : د Q موجی په Lead II ، lead III او aVF کی دزړه دعمودی موقعیت له کبله موجودی وی، خو دمیوکارد دسفلی برخی د احتشأ په خیر پراخی او وسیع نه وی . Supra ventricularا رریتمیا ډیره وی خو وصفی نه ده.
د صدرپه رادیوگرافی کی دسږو د پرانشیم د ناروغیو شتون یا نه شتون معلومیږی او یوبارز یا غټ سوی راسته بطین او ریوی شریان لیدل کیدای شی.

متممه معاینات

(c) ketabton.com: The Digital Library

د سږو وظیفوی تستونه په معمول ډول دسږو داصلی ناروغی دتثبیت په هکله کمك کوی، په ایکو کاردیوګرام کی به دچپه بطین نارمل جسامت او وظایف او دراسته بطین توسع موجوده وی ، د Perfusion lung scans په نادره توګه ارزښت لری ،خوکه منفی وی دریوی امبولی دردولو په هکله چه دکورپلمونال یو تصادفی سبب دی ، کمك کوی. دریوی امبولی دتشخیص لپاره ریوی انجیوګرافی یو ډیرغوره میتود دی خوداميتودپه هغو ناروغانوکی چه ریوی لوړ فشار لری دلوړو خطرونوسره مل وی.

تفریقی تشخیص

د لاندی ناروغیو سره باید ترسره سی

- د سږو ترمبو امبولیکي ناروغی
- د سږو مزمنی بندشی ناروغی یا COPD
- د سږو د پرانشیم آ فات
- عصبی-عضلی آ فات چي د هایپوونټلیشن سبب کيږی لکه د لمفوسیتونو ضد سیروم
- د اوعیو کولاجن آ فات لکه SLE(Systemic Lupus Erythematosus) او CREST(Calcinosis cutis, Raynaud's Syndrome, Esophageal dysfunction, Sclerodactyly, teleangectasia
- د سږو د وریدونو آ فات
- د سږو ابتدایی لوړ فشار

د رملنه

تر هرڅه لمړی د ناروغی علت باید معلوم او تداوی سی. اکسیجن ، دمالګی اواوبو محدودول ، او د یوریتیکونه دتداوی اصلی ټکی دی ، دیجیتالیس دراسته زړه په عدم کفایه کی ترهغو چه اذینی فبریلیشن نه وی موجود کوم خاص ځای نلری.

په لاندنیو ځوټکوکی د هغه ډول cor pulmonale دتداوی څخه چه د COPD په وسیله منځته راغلی وی یادونه کیږی

۱- ا نتی بیو تیك : د هوا یي طروقو بند ښت کموی ، حاد تنفسی ا نتان چه په اکثره و ختونوکی د راسته بطین دعدم کفا یي تشد یدونکی دی ، باید ژر او په درسته توګه سره تداوی شی.

۲- اکسیجن: داسترا حت او د جهد او خوب پرمهما ل اسنا خی هیپوکسی با ید د ا سنا خی تهو یي دسمولو په وسیله سره ا صلاح شی، چه دا کار د هوا یي طروقو د بند ښت د رفع کولو او د شهیقی

(c) ketabton.com: The Digital Library

اوكسيجن دغلظت دمعقول ازديا د په وسيله سره سرته رسيداى شى. په هغو ناروغا نوكى چه COPD لرى داوږده مها ل لپاره داوكسيجن وركول كمك كوى او در يوى شر يا نوفشار او در يوى اوعيو مقاومت وركموى .

۳- مؤسع القصبى د رمل :(لكه Intravenous aminophylline، oral Theophylline، اوبيتا ادرينرجيك اګونيست درمل لكه terbutaline او pirbuterol) .

۴- مد ر رات: د يور يتيكونه اذيما له منځه وړى. لوپ د يور يتيكو نه با يد په ډيرا حتياط سره ا ستعما ل شى دا ځكه چه د ميتا بو ليك ا لكا لوز يس سبب كيږى او هغه بيا تنفسى فعاليتونه مختل كوى.

۵- ډ يجيتال: كله چه درا سته بطين واضح عدم كفايه موجوده وى ډ يجيتا ل په ډير ا حتياط سره استعما ل شى او يوا زى هغه وخت چه د cor pulmonale سره مل د چپه بطين عدم كفايه موجوده وى استعما ليداى شى.

٦- فليبوټومى: كه هيما توكر يت د ۵۵ تر ٦٠ سلنه لوړ سى په لږ مقدار فليبو تو مى په نظركى ولرل شى.

۷- مؤسع الوعايى درمل : د نيتر يك اوكسا يد ا نهيليشن او دپرو ستا سيكلين ا نفيوژن د ر يوى لوړ فشار د كمو لو په منظور هغه مواد دى چه ترا رز يا بى او څيړنى لا ند ى دى.

انذار

معاوضه شوى كورپلمونال لكه اصلى ريوى ناروغى داسى انذارلرى. كله چه د زړه داحتقانى عدم كفايي علايم منځته راغلل ، په منځنى كچه دژوند توقع د ۲- ۵ كلونو پورى ده .ولى كه دناروغى سبب غيراختلاطى امفيزيما وى نوموړى ناروغان داوږده مهال لپاره ژوند ى پاتيداى شى.

(c) ketabton.com: The Digital Library

د څپرکي لنډيز

د زړه عدم کفايه يومعمول کلينيکي سندروم دی او دا اصطلاح هغه وخت په کار وړل کيږی چي و انساجوته په کافی اندازه اکسيجن ونه رسيږی، چي عمده علت يی د زړه د پمپ کولو د قوی کموالی او په نادره توګه د زړه نه بهر نوری ناروغی تشکيلوی.

نوموړی سندروم په سالنډی،د تمريناتو په محدوديت او دمالګو اواوبو په احتباس، چي پاړسوب را منځته کوی، وصفی کيږی. د زړه عدم کفايه د زړه د زياتو ناروغيو له کبله منځته راتلای سی عمده يی د ميوکارډ او دزړه د والونو ناروغی ويلای سو. په دی سندروم کي د چپه بطين د عضلی تخريب معمولاً د وينی د لوړ فشاراو يا د اکليلی شراينو د ناروغيو (د زړه حاده احتشأ) او يا دواړوله کبله را منځته کيږی،چي په پايله کي کيدای سی نوموړی ناروغی د چپه بطين د سيستوليکو دندو او يا ډياستوليکو دندو د خرابوالی سبب سی.

په دی څپرکي کي د ناروغی د تشخيص په منظور د بيلو معايناتو يادونه سويده او اصلی هدف يی دادی تر څو دزړه اصلی ناروغی چي د زړه د عدم کفايی سبب سويده په ګوته او هم د ناروغی شدت،او يا ورسره مل نورحالات که شتون ولری ترلاسه سی. د دی معايناتو له رويه د ناروغی د درملنی په اړوند تصميم نيول کيدای سی. د دی معايناتو د جملی څخه د زړه د ۱۲ ليډونو ګراف، ډوپلرايکوکارډيوګرام، د وينی روتين او بيوشيميکي معاينات اړين شميرل کيږی. له دی کبله چي د ناروغی پتو فزيالوژی بياهم ښه نه ده پيژندل سوی، ولی مؤثره او پرځای د رملنه کولای سی چي په لنډ وخت کي نوموړی پتوفزيالوژيک بدلونونه مهارکړی تر څو ناروغ د کيفيت څخه ډک ژوندانه ته دوام ورکړای سی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

د څپرکي اړونده پوښتنې

۱- صحیح جمله په ص او غلطه جمله په غ سره په نښه کړی.

۱- ۱ : د زړه د شدیدی عدم کفایی اعراض عبارت دی له :

الف: ستړیا .

ب: د وزن کموالی.

ج: د اپی ګستریک نا حیی درد.

د: د شپی لخوا د اد رار زیاتوالی.

۱- ۲ : د زړه د هغه عدم کفایی چي د سږو اذ یما ورسره مل وی په درملنه کي :

الف: د مورفین تطبیق د angor animi او سالنډی د کموالی سبب کیږی .

ب: د ورید دلاری د فروز امیډ تطبیق پری لوډ او افټر لوډ دواړه کموی .

ج: که د وینی سیستولیک فشار تر ۱۴۰ ملی متر سیماب کم وی باید نایتریت ورنکول سی.

د: د ACE نهیه کونکي درمل پری لوډ زیات او افټر لوډ کموی.

۱- ۳ : د زړه د عدم کفایی پیژندل سوی اختلاطات عبارت دی له :

الف: ها یپو نتریمیا .

ب: کمخونی .

ج: د ینی د دندو د ټستونو کموالی.

د: نا څاپی مړینه.

۱- ۴ : د زړه په مزمنه دوطرفه عدم کفایی کي :

الف: د انجیوتنسین ۲ تطبیق د پشتورګو څخه د مالګو او اوبو په کنټرول کي ونډه اخلی .

ب: د انتی ډ یوریټیک هورمون زیاتوالی د اذیما غټ لامل ګڼل کیږی .

ج: د اذین څخه نتری یوریتیک پیپتیدونه آ زادیږی.

د: ها یپو نتریمیا اکثراً د ټول بدن د سوډیم پر کموالی دلالت کوی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

۱-۵ : د زړه د مزمنی عدم کفایی په درملنه کي :

الف: د وینی علقه کیدل خراب ځکه نو ترمبوامبولیک خطر زیاتیږی .

ب: هغه درمل چي بطینی اریتمیا ارامو‌ی، انذار هم ښه کوی .

ج: ډیجوکسین یوازی هغه وخت مؤ ثره دی چي اذینی فبریلیشن شتون ولری.

د: د ACE نهیه کونکي درملو په وسیله درملنه په روغتون کي د بستر پاتی کیدو وخت کموی.

۱-۶ : د زړه د مزمنی عدم کفایی په درملنه کي :

الف: د وینی علقه کیدل خراب ځکه نو ترمبوامبولیک خطر زیاتیږی .

ب: هغه درمل چي بطینی اریتمیا ارامو‌ی، انذار هم ښه کوی .

ج: ډیجوکسین یوازی هغه وخت مؤ ثره دی چي اذینی فبریلیشن شتون ولری.

د: د ACE نهیه کونکي درملو په وسیله درملنه په روغتون کي د بستر پاتی کیدو وخت کموی.

۱-۷ : د زړه د مزمنی عدم کفایی په درملنه کي :

الف: د وینی علقه کیدل خراب ځکه نو ترمبوامبولیک خطر زیاتیږی .

ب: هغه درمل چي بطینی اریتمیا ارامو‌ی، انذار هم ښه کوی .

ج: ډیجوکسین یوازی هغه وخت مؤ ثره دی چي اذینی فبریلیشن شتون ولری.

د: د ACE نهیه کونکي درملو په وسیله درملنه په روغتون کي د بستر پاتی کیدو وخت کموی.

۱-۸ : د زړه د مزمنی عدم کفایی په درملنه کي :

الف: د وینی علقه کیدل خراب ځکه نو ترمبوامبولیک خطر زیاتیږی .

ب: هغه درمل چي بطینی اریتمیا ارامو‌ی، انذار هم ښه کوی .

ج: ډیجوکسین یوازی هغه وخت مؤ ثره دی چي اذینی فبریلیشن شتون ولری.

د: د ACE نهیه کونکي درملو په وسیله درملنه په روغتون کي د بستر پاتی کیدو وخت کموی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

۱- ۹ : د زړه د مزمنی عدم کفایی په درملنه کي :

الف: د وینی علقه کیدل خراب ځکه نو ترمبوامبولیک خطر زیاتیږی .

ب: هغه درمل چي بطینی اریتمیا اراموی، انذار هم ښه کوی .

ج: ډیجوکسین یوازی هغه وخت مؤ ثره دی چي اذینی فبریلیشن شتون ولری.

د: د ACE نهیه کونکي درملو په وسیله درملنه په روغتون کي د بستر پاتی کیدو وخت کموی.

۱- ۱۰ : د زړه د مزمنی عدم کفایی په درملنه کي :

الف: د وینی علقه کیدل خراب ځکه نو ترمبوامبولیک خطر زیاتیږی .

ب: هغه درمل چي بطینی اریتمیا اراموی، انذار هم ښه کوی .

ج: ډیجوکسین یوازی هغه وخت مؤ ثره دی چي اذینی فبریلیشن شتون ولری.

د: د ACE نهیه کونکي درملو په وسیله درملنه په روغتون کي د بستر پاتی کیدو وخت کموی.

۲ سوال: د سږو د حادی قلبی اذیما قلبی لاملونه ولیکي ؟

۳ سوال - د CHF په درملنه کې لاندې درمل ورکولای شو:

الف: نایتریت ب: دیورتیک

ج: ACE نهی کوونکي د: ټول صحیح دي.

۴ سوال- د زړه دعدم کفايي ډيرې پيښې د لاندی لامل له امله منځ ته راځی تر ټولو غوره يي په نښه کړی

الف- د زړه اسکیمیکې ناروغی ب- د دسامونو عدم کفایه

ج- کمخونی د- پورتنی ټول صحیح دی

۵ سوال : د کینې زړه په عدم کفایه کې لاندې پيښې رامنځ ته کيږی غلطه جمله په نښه کړی؟

الف- د کینې بطین دهانه کمیږی ب- په ریوی وریدونو کې فشار پورته کیږی

ج-د کینې ازین د فشار تدریجی لوړوالی دسږو د ازیما مخنیوی کوی

د- د سږو د رګونو تنګوالی د اذیما لامل کیږی

(c) ketabton.com: The Digital Library

٦ سوال: د ١٠٠٪ اکسجن تطبيق د کورپلمونل په درملنه کې لاندی اغيزلری:

الف: د سږو هايپوکسيک وعايي تقبض کموی ب : د سږو هايپوکسيک وعايي تقبض زياتوي ج: پورتنی دواړه صحيح دی د: پورتنی دواړه غلط دی

٧ سوال : د سږو هغه وعايي ناروغی وليکي چي د کورپلمونل سبب کيږی وليکې

٨ سوال: د کينې زړه په عدم کفايه کې لاندې پيښې رامنځ ته کيږی غلط جمله په نښه کړی؟

الف- د کينې بطين دهانه کميږی ب- په ريوی وريدونو کې فشار پورته کيږی ج-د کينې ازين د فشار تدريجی لوړوالی دسږو د ازيما مخنيوی

د- د سږو د رګونو تنګوالی د اذيما لامل کيږی

(c) ketabton.com: The Digital Library

شپږم څپرکی
د زړه دعضلی آفات اوالتهاب

د زړه دعضلی آ فات د زړه دعضلی التهاب

د څپرکي مقد مه

کارډیو میو پاتی د زړه د عضلی هغوناروغیو ته ویل کیږی چي د زړه د دندو د خرابوالی سره مل وی. نړیوال روغتیایی سازمان او د زړه د ناروغیو نړیوالی ټولنی د کارډیو میوپاتی ۵ ډوله تعریف کړیدی، چي عبارت دی له، ډایلیټډ، هایپرټروفیک، ریسټرکټیو، ا رریتموجنیک او هغه شکل چي په هیڅ کلاس پوری نه وی تړلی.

د specific cardiomyopathy اصطلاح هغه وخت کارول کیږی چي نوموړی ناروغی د یو ډول ځانګړو او سیستمیکو ناروغیو سره مل وی. د کاردیو میوپاتی لمړی ډول یا متوسعه کارډیو میوپاتی Dilated cardiomyopathy چي پیکښي د چپه بطین غټوالی او د تقلصی توان کموالی شتون لری،کیدای سی چي راسته بطین هم مصاب کړی. نوموړی شکل د کارډیو میوپاتی معمول شکل دی چي تر ۹۰ سلنه زیاتی پیښی تشکیلوی، او معمولاً د زړه په عدم کفایه سره پیلیږی، ولی په ۵۰ سلنه پیښوکي کیدای سی پرته له اعراضو سیر وکړی او یا تشخیص نسی.

که طبی لیټراتور ته ځیر سو نو لیدل کیږی چي په ۱۸ میلادی سلنه کي واضح سویده چي د زړه د عضلی ناروغی کیدای سی د بغوټ یا mumps وروسته را منځته سی. همداراز په ۱۹۲۹ میلادی کي د انفلوینزا په ناروغانو او په ۱۹۲۰ کي د میوکارډ التهاب د انټیرو ویروسونوپه ځانګړی ډول د پولیو

(c) ketabton.com: The Digital Library

میا لیتیس د ویروس سره مل و موندل سول. د میوکارډ التهاب د میوکارډ التهابی آ فاتوته ویل کیږی، چي کیدای سی د Dilated cardiomyopathy سبب سی. د میوکارډ التهاب کیدای سی چي د یوزیات شمیر انتاناتو (بکتریاوو،پرازیتونو،فنگسونو) ،د درملو د عکس العمل او اوتوامیون ناروغیو له کبله را منځته سی.(۱۱)

د زړه دعضلی آفات

Cardiomyopathies

تعریف

و یو گروپ هغو ناروغیو ته چي په ابتدایی ډول د زړه عضله مصابوی، ولی ولادی، د زړه د والونو، د وینی د لوړ فشار، د اکلیلی شراینو او پریکارډ پوری تړاو نلری،ویل کیږی. د بیلگی په توگه د میوکارډ منتشر فبروز، چي د میوکارډ زیاد سکار هم ورسره مل وی او د میوکارډ د احتشأ له سببه را منځته شویوی او دچپه بطین دندی یی زیانمنی کړیوی د ischemic cardiomyopathy په نوم یا دیږی. له دی کبله نو فعلاً د cardiomyopathy کلمه یوازی د استعمال وړ نه ده او معمولاً د هغه ابتدایی آفت چي د cardiomyopathy سبب شویوی نوم هم ور سره علاوه کیږی. (۱)

نوموړی اصطلاح په لمړی ځل په ۱۹۳۷ میلا دی کال د Sobernheim لخوا وکارول سول. باید په پام کي وی چي د میوکارډ ا التهاب اصطلاح یوازی د میوکارډ پر حاد التهاب دلالت نکوی او ټول هغه ناروغی چي حتی مزمن سیر هم ولری په برکس نیسی. په ۱۹۹۵ کال د WHO/ISFC کاری کمیټی لخوا یوه نوی اصطلاح د DCM په تصنیف کي علاوه سول چي د التهابی کارډ یومیوپاتی یا inflammatory cardiomyopathy’ (DCMi) په نوم و یادول سول چي هدف یی د میوکارډ التهاب د زړه د نورو آ فاتو سره شتون په گوته کوی.(۴)

تصنیف (۱)

الف : سببی تصنیف

۱- د میو کارډ ابتدایی مصا بید ل

ایډیو پاتیک

فامیلی

د انډو میوکارډ ایوزینوفیلیکي ناروغی

(c) ketabton.com: The Digital Library

د انډو میوکارډ فبروزس

۲- په ثانوی ډول د میو کارډ مصابیدل

- **انتانی**

د میوکارډ ویروسی التهاب

د میوکارډ بکتریایی التهاب

د میوکارډ فنگسی التهاب

د میوکارډ پروتوزوایی یا پرازیتی التهاب

د میوکارډ میتوزوایی التهاب

د میوکارډ سپیروکیتل التهاب

د میوکارډ ریکتسیل التهاب

- **میتابولیک**
  - فامیلی ذخیروی ناروغی
  - د گلایکوجن ذخیروی ناروغی
  - موکوپولی سکرایدوزس
  - هیموکروماتوزس
  - د Fabry's ناروغی
- **د کمبنت ناروغی**
  - د الکترولینو کمبنت
  - تغذیوی کمبنت
- **د منظم نسج آ فات**
  - Systemic lupus erythematosus
  - Polyarteritis nodosa
  - Rheumatoid arthritis
  - Progressive systemic sclerosis
  - Dermatomyositis
- **ارتشاحات او گرانولوماوی**
  - امیلوئیدوزس

(c) ketabton.com: The Digital Library

- ساركوئیدوزس
- سرطانونه

- **عصبی-عضلی آ فات**
  - عضلی ډستروفی
  - میوټونیک ډستروفی
  - Friedreich's ataxia

- **حساسیتی او توکسیک عکس لعملونه**
  - الکهول
  - تشعشعات
  - درملونه

- **تر ولادت وروسته د زړه ناروغی**

ب: کلینیکي تصنیف

۱- توسعی یا احتقانی کا رډ یو میو پاتی Dilated(Congestive) Cardiomyopathy : دچپه او راسته بطین غټوالی،د سیستولیکو دندو کمښت،د زړه احتقانی عدم کفایه، اریتمیا او امبولی.

۲- رسټرکټیو کارډیو میو پاتی Restrictive (Obliterative) Cardiomyopathy : د انډو میوکارډ سکار او یا د میوکارډ ارتشاح چي د چپه او یا راسته بطین د ډکیدلو دندی یی مختلی کړیوی.

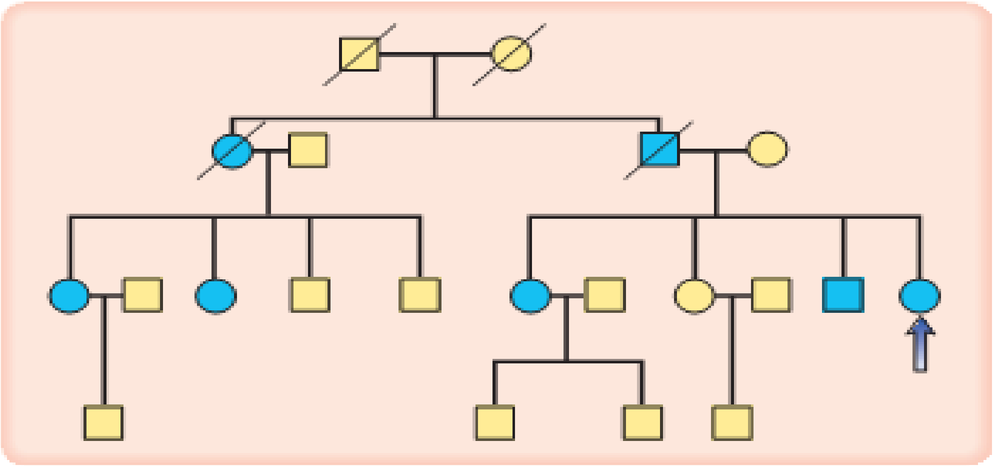
۳- ضخا موی کارډیو میوپاتی Hypertrophic Cardiomyopathy : د چپه بطین غیر متناظره ضخامه،چي د جدار په پرتله سپټم زیات مصابوی، او کیدای شی چي د داخل بطینی سیستولیک فشار بدلون، پرته له دی چي د چپه بطین جوف توسع موندلی وی، ورسره مل وی.(۱)

۱- توسعی یا احتقانی کا رډ یو میو پاتی Dilated(Congestive) Cardiomyopathy

د ناروغی شیوع ۱ په ۲۵۰۰ پیښوکي ښودل سویده او اوصاف یی د بطیناتو توسع او د سیستولیکو دندو خرابوالی دی، حال داچي د جدار ضخامه شتون نلری. (۵)

مهم ډ ول یی فامیلی شکل یا Familial DCM دی چي په ښکاره ډول د اوتوزومل ډومینانټ بدلون موجود او کیدای سی په ناروغ کي تر ۲۰ زیات غیر نورمال loci او جینونه شتون ولری.

(c) ketabton.com: The Digital Library



۶-۱ شکل (فاميلی پيراړايم) [۵]

بل يې سپوراډيک ډ ول يا Sporadic DCM دی چې د يوشمير زياتو حالاتو څخه را منځته کيدای سی، چې په لاندی ډول ورڅخه يادونه کيږی. (۵)

- **د ميوکارډ التهاب:** د Coxsackie،adenoviruses، erythroviruses، HIV، ويروسونه، بکترياوی، فنګسونه، مايکو بکترياوی او پرازيتونه (د Chagasناروغی) يی سبب کيدای سی.
- **زهريات يا توکسينونه:** الکهول، شيموتيراپی او فلزات لکه کوبالټ، سرب، سيماب او ارسينيک).
- اوتو اميون اسباب
- انډوکرينی اسباب
- عصبی-عضلی اسباب[۵]

اعراض او علايم

ناروغی کيدای سی د زړه د عدم کفايې، د زړه د اررېتمياوو، ترمبو امبوليزم يا ناځاپي مړينی په ډول تظاهر وکړی. ولی د نيکه مرغه د هغه ناروغانو چې اعراض او علايم نلری د نژدی دوستانو معاينات، مخکي تر دی چي ناروغی پورته اختلاطات ورکړی، په مخ په زياتيدونکي ډول تشخيصيږی. د ناروغی په کلينيکي څيړنو کي هيڅ وخت بايد کورنی تاريخچه د ياده ونه ايستل سی. (۵)

لا براتواری معاينات

د صدر راډيو ګرافی يا Chest X-Ray: زړه په عمومی ډ ول غټ معلوميږی.

د زړه ګراف يا ECG کي کيدای سی منتشر او غير وصفی د ST سګمنټ او د T موجی بدلونونه

(c) ketabton.com: The Digital Library

ولیدل سی. ساینوس تکي کارډیا او ارریتمیاوی لکه اذینی فبریلیشن،بطینی پریماچور تقلصات، یا بطینی تکي کارډیا هم کیدای سی ولیدل سی.

د Echocardiogram معاینه کیدای سی د چپه او یا راسته بطین توسع او د تقلصی دندو کموالی وښئی.

د Cardiac MR معاینه کولای سی د چپه بطین د دندو د خرابوالی نور اسباب لکه د زړه د پخوانی احتشأ شتون، په ګوته یا د میوکارډ غیر نورمال فبروز ښکاره کړی. نوموړی معاینه د میوکارډ د ترمبوز د معلومولولپاره هم ګټوره ده.

د ا کلیلی شراینو انجیوګرافی ، د اکلیلی شرائنو د ناروغیو د معلومولو په منظور ، باید په ټولو هغو کسانوکي چي د خطر سره مخ دی،په ځانګړی توګه ټول هغه کسان چي عمر یی تر ۴۰ کلونو زیات او یا کم وی او اعراض یا د خطر عامل ولری، باید ورته ترسره سی.

بیوپسی معمولاً استطباب نلری، که تر سره کیږی بیاهم باید متخصص شتون ولری. (۵)

د رملنه

د درملنی اساس د زړه د عدم کفایی درملنه تشکیلوی. هغه ناروغان چي د نیو یارک د زړه د ټولنی د تصنیف په دریمه یا څلورمه درجه کي وی باید ورته cardiac resynchronization درملنه او ICDsهم تر سره سی. د دی ناروغانولپاره ښه ترینه د رملنه د زړه پیوند تشکیلوی. (۵)

۲- رسټرکټیو کارډ یو میو پاتی Restrictive (Obliterative) Cardiomyopathy (RCMs)

د RCM ناروغی عمده خاصیت د ډیاستولیکو دندو غیر نورمال والی دی، ځکه په دی ناروغی کي د بطیناتو جدارونه په زیاته پیمانه شخوالی لری چي همدا شخوالی د بطیناتو د ډکیدو د کموالی سبب کیږی. په وروستیو مرحلوکي سیستولیکي دندی هم خرابیږی. د میوکارډ فبروز،هایپرتروفی یا ارتشاح ، د هره سببه چي وی، ناروغی منځته راوړی.

د ثانوی RCMعمده علت د امیلو ئیدوزس ناروغی ده چي میوکارډ هم مصابوی،ولی کیدای شی چي restriction په پیوند شوی زړه، هیموکروماتوزس، د ګلایکوجن تراکم، د اندومیوکارډ فبروز، سارکوئیدوزس، هایپر ایزینوفیلیکو ناروغیو، سکلیرو درما، د منصف تر شعاع او یا سرطانی ارتشاحاتو وروسته او یا داچي د میوکارډ ارتشاح د هره سببه چي وی، را منځته سی.

په زیاتو دغو حالاتو کي،په ځانګړی توګه هغه چي میوکارډ مصابوی، د میوکارډ فبروز او ترمبوز دی چي د بطیناتو د ډکیدو دغیر نورمال مقاومت د زیاتیدو سبب کیږی. ځکه نو په دی ناروغانوکي ترمبو امبولیک اختلاطاط زیات لیدل کیږی. (۱)

(c) ketabton.com: The Digital Library

اعراض او علایم: د بطیناتو د ډ کیدو ناتوانی د دی سبب کیږی ترڅو قلبی د هانه کمه او د ډ کیدو فشار لوړ ولاړسی، فلهذا،نو د تمریناتو غیر تحمل او سالنډی یی متبارز عرض تشکیلوی. د د وامداره سیستمیک وریدی فشارد لوړ والی له کبله په دی ناروغانوکي معمولاً ارتباطی پاړسوب،حبن،او غټه، حساسه او نبض لرونکي ینه شتون لری.

د غاړی وداجی وریدونه پړسیدلی او داخلی فشار یی لوړ او نورمال حالت ته نه کښته کیږی اوحتی د شهیق په وخت هم زیات وی چي ورته Kussmaul's علامه ویل کیږی. (۱)

د زړه آ وازونه خف او د یوی فاصلی څخه اوریدل کیږی، او دریم او څلورم آ واز معمولاً اوریدل کیږی. د زړه د زروی ضربان په اسانی سره جس او د میترال دسام عدم کفایه شتون لری.

لابراتواری معاینات: په هغه ناروغانوکي چي د CM په ارتشاحی ډ ول اخته وی،پهECG کي اکثراً موجی کښته ولټیج لری، او د ST سګمنټ او T موجی غیر وصفی بدلونونه او بیلی اریتمیاوی کیدای شی را منځته شی.

په x-ray کي د پریکارډ کلسیفیکیشن ، چي پهconstrictive pericarditis کي شتون لری، د لته نه لیدل کیږی.

په ایکوکارډیوګرافی،CT او CMRI کي د بطیناتو د جدارونو ضخامت ښکاره ولی د بطیناتو حجم لږ کم او سیستولیک فعالیت نورمال وی، اذینات اکثراً متوسع وی. په Dopplerایکو کارډیو ګرافی کي ډیاستولیکي دنده غیری نورماله وی.

د زړه په کتیترایزیشن کي د زړه دهانه کمه، د راسته او چپه بطین دواړو ډیاستولیک فشار لوړترلاسه کیږی. د RCM او constrictive pericarditis ترمنځ توپیر اړین دی، ځکه دوهم ډول په جراحی باندی جوړیږی. (۱)

د رملنه: د رملنه اکثراً نا امیده کونکي وی،یوازی د هیموکروماتوزس او Fabry's ناروغی په صورت کي درملنه نتیجه ورکوی. د دی لپاره چي د امبولی د تشکل خطر کم کړو نو د دوامداره انتی کواګولانت درملنی ته اړتیا لیدل کیږی. (۱)

۳- ضخا موی یا هایپر ټروفیک کارډیو میوپاتی Hypertrophic cardiomyopathy (HCM)

هایپر تروفیک کارډیو میو پاتی HCM د چپه بطین پر هایپر تروفی باندی دلالت کوی، په داسی حال کي چي جوف متوسع نه وی، او هم یی عمده سبب لکه د وینی لوړ فشار یا د ابهر تنګوالی شتون ونلری.

(c) ketabton.com: The Digital Library

ناروغي د عمومي نفوس ۵۰۰/۱ مصابوی. د دی ناروغی دوه عمده ډولونه زيات ليدل کيږی، چي يوه يی د چپه بطين غير متناظره هايپر تروفی ده، چي اکثراً د بين البطينی پردی هايپرتروفی هم ورسره مل وی او دوهم يی ډيناميک ډول دی، چي د ابهر د فوهی او شا وخوا ساحی د تنګوالی سبب کيږی.

په دی ناروغی کي عمده پتوفيزيولوژيک آفت د ډياستوليکو دندو خرابوالی دی،چي د Doppler په معاينه کي په واضح ډ ول په ګوته او معمولاً د چپه بطين د end-diastolic فشار د لوړ والی سبب کيږی. د ا ډول هايپر تروفی د هغه ډول هايپرتروفی څخه چي د وينی د لوړ فشار يا د ابهر د تنګوالی په سبب منځته راځی، توپير لری، ځکه په دی ډ ول کي هايپر تروفی غير منظمه او اکثراً د چپه بطين بيلی بيلی برخی په ځانګړی توګه بين البطينی سپتم مصابوی. په يوشمير ناروغانوکي کيدای شی دا هايپر تروفی متناظره ، حال داچي په يوشمير نوروکي کيدای شی د بطين د جوف د متوسطی برخی د تنګوالی او يا د زړه د زروی او جدارونو د غير متناظری هايپرتروفی سبب و ګرځی. د چپه بطين په هايپر تروفيکه برخه کي د ميوکارډ فبروز او هم د کوچنيو اکليلی شراينو د ضخيموالی سبب کيږی. (۱)

جنيتيکي پاملرنی

په HCM اخته تقريباً نيمو ناروغانوکي د **autosomal dominant transmission** مثبته فاميلی تاريخچه شتون لری. په دی ناروغانوکي د ۱۱ بيلو جينونو چي د سارکوميريک پروتينو په ذريعه نښانی شويوی تر ۴۰۰ زيات موتيشنونه پيژندل شويدی، چي تقريباً تر ٦۰ سلنه زياتی پيښی تشکيلوی،چي

ډير عمده موتيشن يی پر ۱۴ کروموزوم باندی د **cardiac -myosin heavy chain gene** شتون دی. يوشمير نور موتيشنونه کيدای شی **myosin heavy chains** ، **cardiac troponins C, I,**، او**T** ، **actin; myosin light chains**، **cardiac myosin-binding protein C** او**titin** مصاب کړی.

پورته ذکر شوی موتيشنونه خراب انذار لری. د **HCM** زياتی سپوراډيکي پيښی د بنفسه موتيشنو په ذريعه را منځته کيږی.

د **Echocardiographic** مطالعاتوثابته کړيده چي تر ۲۰ کلنی پوری، د هغو ناروغانو نيمايی برخه چي لمړی درجه قرابت سره لری د ناروغی پيښی پيکښي تظاهر کوی. بايد يادونه وکړو چي د دی ناروغانو په زياتو قريبانو کي د هايپرتروفی وسعت خفيف، اواعراض ډير متبارز نه وی.

له دی کبله چي د هايپرتروفی اوصاف د ماشوم توب په دوران کي ښکاره نه وی،ځکه نو د يوځل نورمال ايکو کارډيو ګرام ښودل د ناروغی پرنه شتون دلالت نکوی. ځکه نوبايد د ۱۲ کلنی څخه تر

(c) ketabton.com: The Digital Library

۲۰ کلنۍ پورې هر یو یا دوه کاله وروسته ایکو کارډیوګرافي ترسره شي، تر هغو چې د جنتیکو معایناتو په ذریعه د ناروغۍ تشخیص رد او یا وضع شوی نوی. (۱)

جنتیکي معاینات: که څه هم دا معاینات په روتین ډ ول نه ترسره کیږي، ولی د دی معایناتو په ذریعه د HCM جنتیکي سبب او د هغه جین موتیشن چي د سارکومیریک پرتینو په ذ ریعه نښانی شویوی، په ګوته شي. د دی معاینی په ذریعه د کورنی هغه غړي چي د HCM د زیات خطر سره مخ دی اومنظمو ایکو کارډیو ګرافی معایناتوته اړتیا لري، پیژندل کیږي. د دی معایناتو په ذریعه کولای شو د کورنی هغه غړي چي د ناروغی د خطر سره مخ نه دی هم په ګوته کړو. (۱)

اعراض او علایم: د دی ناروغی اعراض او علایم د یو ناروغ څخه بل ته زیات توپیر لري،زیات شمیر ناروغان اعراض نلري او خفیف اعراض لري، ولی کیدای شی چي په نزدی دوستانوکي ښکاره ناروغي شتون ولري. د بده مرغه، د ناروغی لمړی علامه کیدای شی د زړه نا څاپی دریدنه او مړینه SCD وی، چي په زیاتو ماشومانو اوځوانانوکي تر فزیکي فعالیت وروسته منځته راځی. همداراز په زیاتو سپورټ مینانوکي د SCD عمده علت هم HCM تشکیلوی، چي اکثراً د مسابقی پر وخت ورته پیداکیږی.

په اعراض لرونکو ناروغانوکي عمده عرض سالنډی تشکیلوی. ولی کیدای شی په ناروغ کي سنکوپ، صدري دردونو او سترپیا هم را منځته شی. (۱)

فزیکي معاینات: په زیاتو ناروغانوکي د زروی ضربان دوه یا دری ځلی جس او د زړه څلورم آ واز هم اوریدل کیدای شی. د ناروغی په ډینامیک ډ ول کي د نبض غیر نورمال بدلون هم جس کیدای شی. د obstructive HCM عمده عرض د سیستولیک مرمر شتون تشکیلوی،چي زیات خشن،ډ یاموند ډوله اودزړه تر لمړی آ واز سمدستی وروسته پیلیږی،چي د سترنوم په کښتنی چپه څنډه او زروه کي ښه اوریدل کیږی او یو holosystolic مرمردی چي د میترال د عدم کفایه د مرمرسره یوشانته والی لری. (۱)

هیمو ډینامیک بدلونونه: دری عمده میخانکیتونه د دی بدلونو د منځته راتلو سبب کیږی:

۱- د چپه بطین د تقبض زیاتوالی

۲- د بطیناتو د preload کموالی

۳- د ابهر شریان د afterload کموالی

(c) ketabton.com: The Digital Library

لابراتواري معاينات: په ECG کي د چپه بطين هايپرتروفي او د Q عميقه او پراخه موجه ليدل کيږي. که څه هم وروستي بدلون د زړه د زړي احتشأ نمايندګي کوي، ولي دلته معمولاً د بين البطيني جدار پر شديده هايپرتروفي دلالت کوي. په اکثره ناروغانوکي دواړه ،اذيني او بطيني ،اررتيميا ليدل کيږي.
د صدر راډيوګرافي اکثر نورماله، ولي په يوشمير پيښوکي کيداي شي زړه غټ معلوم شي.
د HCM د تشخيص عمده معاينه echocardiogram ده، چي د چپه بطين هايپرتروفي ښکاره،په ځانګړي توګه په بين البطيني جدارکي چي د نورو جدارونو په پرتله يي ضخامت ۱،۳ ځلي زيات شويوي. بين البطيني جدار کيداي شي چي د محدبي هنداري شکل غوره کړيوي،چي دا معمولاً د ميوکارډ د فبروز له کبله منځته راځي. په يو شمير ناروغانوکي د ميترال دسام عدم کفايه شتون لري. په HCM کي د چپه بطين جوف کوچني، ولي د خلفي جدار حرکات يي د بين البطيني جدار په پرتله زيات وي.
د زړه MRI د ايکو کارډيو ګرافي په پرتله ښه او د موضعي هايپرتروفي او حتي فبروزس د موقعيت اړوند درست معلومات په ګوته کوي. (۱)
درملنه: له دي کبله چيSCD اکثراً د فزيکي فعاليت په دوران او يا تر فزيکي فعاليت وروسته منځته راځي،نو ناروغ بايد مسابقي او قوي فزيکي فعاليتونه proscribed کړي. د ډيهيډريشن مخه بايد ونيول شي، او ډيورتيک بايد په ډير احتياط وکارول شي.
په ۱ / ۳ يا ۱ / ۲ ناروغانوکي د Adrenergic blockersتطبيق د صدري دردونو د آراموالي او سنکوپ د له منځه تلوسبب کيږي، ولي د SCD مخه نشي نيولاي. Amiodarone کولاي سي چي د ژوند تهديدونکو اريتمياوو مخه ونيسي او يو شمير نا تائيد شوي پلټني ښئي چي د SCD خطر هم کموي.
د کلسيم د چينل بلاک کونکي درمل لکه verapamil او diltiazem کيداي شي چي د چپه بطين د شخي د کموالي ،د لوړ ياستوليک فشار د کموالي اود فزيکي تمريناتو تحمل زياتوي.
په هغه ناروغانوکي چي د چپه بطين د خروج کم فشار ولري نو بايد د Digitalis ، diuretics ، nitrates ، calcium blockers ، او adrenergic agonists د ورکولو څخه ډ ډه وشي. په دي ناروغانوکي د الکهولو چښل هم زيان من تماميږي.
اذيني فبريليشن په دي ناروغانوکي خطر ناکه،ځکه نو ژرترژره بايد نورمال ريتم برقراره شي. د دي کار دترسره کولو لپاره کولاي شو دadrenergic blockers يا ablation of the AV nodeاويا pacemaker د اينښودلوڅخه کار واخستل شي.
په ۴/۳ ناروغانوکي چي شديد اعراض ولري او په طبي درملنه ځواب ورنکړي، په ځانګړي توګه هغه چي د بين البطيني حجاب د هايپرتروپي له کبله يي داخل بطيني بندښت زيات شويوي د جراحي

(c) ketabton.com: The Digital Library

عملیات ترسره کول، د اعراضو په کمولوکي مرسته کوی. د بین البطینی حجاب احتشأ چي د بین البطینی حجاب په شریان کي د ایتانول الکهولو د تزریق په ذریعه تولیدیږی او د الکهول سپټل ablation په نوم یا دیږی،هم کولای شی د بندښت د کموالی او اعراضو د ښه والی سبب شی. ولی دا عمل یوازی د ځانګړی متخصص په ذریعه ترسره کیدای شی. په هغه ناروغانوکي چي دSCD لپاره د زیات خطر سره مخ وی، د ICD اچول استطباب لری. (۱)

انذار: په طبعی ډ ول د تاریخچه بیله، څکه زیات شمیر ناروغان هیڅ اعراض اوعلایم نلری. اذینی فبریلیشن ډیر معمول عرض دی چي د ناروغی په وروستیو مرحلوکي منځته راځی، او شتون یی د نورو اعراضو د پیداکیدو او یا زیاتیدو سره مل وی. په تر ۱۰ سلنه کمو ناروغانوکي د اندوکارډ انتانی التهاب پیښیږی، څکه نو په دی ناروغانوکي د اندوکارډیټ د مخنیوی درملنه یوازی هغه وخت توصیه کیږی چي ناروغ مخکي د اندوکارډیټ حمله تیره کړیوی.

د ۵ تر ۱۰ سلنه ناروغانوکي د زړه احتقانی عدم کفایه چي په درملنه ځواب نه ورکوی او اکثراً د زړه پیوند ته اړتیا لری، را منځته کیږی.

په HCM اخته ناروغانوکي د مړینی عمده علتSCD تشکیلوی، چي کیدای شی په پرته له اعراضو ناروغانو او یا هغو ناروغانوکي چي ناروغی یی نورمال سیر لری، را منځته شی. هغه چي د SCD د زیات خطر سره مخ دی هغه ناروغان دی چي،د بیارغونی پخوانی تاریخچه ولری، د سنکوپ تکراری حملات ورباندی راځی،بطینی تکي کارډیا لری، د بطیناتو ښکاره هایپرتروفی (د بین البطینی حجاب پنډوالی تر ۳۰ ملی متره زیات وی) لری،د تمریناتو پروخت یی د وینی فشار نه لوړیږی، د SCD کورنی تاریخچه لری، او یا ځانګړی جنیتیکي موټیشنونه لری. (۱)

نن کمپکشن کارډیو میو پتیNoncompaction Cardiomyopathy

د زړه د غیر معمولو ولادی کارډیو میوپاتی د جملی څخه ده چي کیدای شی په هر عمر کي د زړه د احتقانی عدم کفایه،ترمبو امبولیزم او یا بطینی اریتمیا وو په ډول تظاهر وکړی. دا ناروغی معمولاً د نورمال امبریوجنیزس په دوران کي را منځته کیږی.

ناروغی معمولاً د ایکو کارډیوګرافی په ذریعه تشخیص په داسی ډول چي، په میوکارډ کي متعدد ټرابیکولونه چي ټوله د بطین د جوف سره اړیکي لری، لیدل کیږی.

په دی ناروغانو کي د زړه د احتقانی عدم کفایه درملنه د د وامداره انتی کواګولانت د تطبیق سره مل توصیه کیږی. (۱)

(c) ketabton.com: The Digital Library

ټاکو- ټسوبو کارډیو میو پاتی Tako-Tsubo (Stress) Cardiomyopathy

دا ناروغی چي د apical ballooning syndrome په نامه هم یا دیږی،د زړه د غیر معمولو سندرومونوڅخه دی،چي د صدرد ناڅاپي او شدید ی نا آ رامی په ذریعه چي تر روحی فشار او یا فزیکي فعالیت وروسته رامنځته کیږی، وصفی کیږی.

ناروغی زیاتره په ښځو کي چي عمر یی تر ۵۰ کلونو زیات وی رامنځته او په ECGپه ځانګړی توګه پریکارډیل لیډونوکي دST سګمنټ لوړ والی اویا دT موجی عمیقه انحطاط په ګوته کیږی.

په انجیو ګرافی کي د اپیکارډیل اکلیلی شراینو بندښت نه لیدل کیږی.

د چپه بطین د ډسټل برخی شدیده akinesia دEF د کموالی سره یوځای موجوده وی.

تروپونین اکثراً په متوسط ډ ول لوړ،او د زړه په متمه معایناتوکي چپه بطین په ځانګړی توګه زروه د سیستول په پای کي د بالون په څیر ، معلومیږی.

ټوله پورته ذکرشوی بدلونونه، اکثراً په ناڅاپي توګه را منځته او د ۳ تر ۷ ورځو په موده کي بیرته نورمال حالت ته راګرځی،او په د وامداره توګه د زړه د دندو د خرابیدو او یا معیوبیت سبب نه کیږی.

که څه هم د ناروغی د منځته را تلو سبب ښه نه دی معلوم،ولی اکثراً یی په منځته راتلوکي د دورانی کتیکول امینو اغیزی شاملی بولی.

په درملنه کي د beta blockers درملو څخه ګټه اخستل کیږی، ولی کوم ځانګړی تحقیقات چي دا درمل ګټور ثابت کړی نه دی ترسره شوی. (۱)

د زړه دعضلی التهاب Myocarditis

تعریف

د زړه د عضلی التهاب، هغه التهابی پروسه ده چي میوسیتونه مصابوی، او کیدای شی چي د انتاناتو،امیونیتی عکس العملونو،یا توکسینو په ذریعه را منځته شی. ناروغی کیدای شی چي د هستو پتولوژیکي یا کلینیکي معیارونو په پام کي نیولوسره هم تعریف کړای شی. (٦)

اسباب

۱- انتانات

- ویروسونه لکه Coxsackievirus, human immunodeficiency virus, echovirus, adenovirus, influenza, measles, mumps, parvovirus, poliovirus, rubella, varicella-zoster virus, herpes simplex virus, cytomegalovirus, hepatitis C

(c) ketabton.com: The Digital Library

او virus, rabies virus, respiratory syncytial virus, vaccine virus, dengue virus, yellow fever virus

- پروتوزواوی لکه Trypanosoma cruzi, Toxoplasma gondii
- بکتریاوی لکه Brucella, Corynebacterium diphtheriae, Salmonella, Haemophilus influenzae, Mycoplasma pneumoniae, Neisseria meningitidis (meningococcus), Streptococcus pneumoniae, Staphylococcus, Mycobacterium, Neisseria gonorrhoeae (gonococcus), اوVibrio cholera
- سپیرو کیټونه لکه Treponema pallidium, Borrelia, Leptospira
- فنگسونه لکه Aspergillus, Candida, Cryptococcus, Actinomyces, Blastomyces, Histoplasma, اوCoccidioides
- رکتسیاوی لکه Coxiella burnetii, Rickettsia rickettsii, Rickettsia tsutsugamushi
- پرازیتونه لکه Trichinella spiralis, Echinococcus granulosus, Taenia solium

۲- امیونیټی تولیدونکي آفات

الو انتی جن لکه دزړه د پیوند نه منل

اوتو انتی جنونه لکه Churg-Strauss syndrome, celiac disease, Whipple's disease, giant cell myocarditis, Kawasaki's disease, systemic lupus erythematosus, systemic sclerosis, sarcoidosis, scleroderma, polymyositis, اوthrombocytopenic purpura

الرژیک (درمل) لکه Penicillin, sulfonamides, tetracycline, methyldopa, streptomycin, tricyclic antidepressants, thiazide diuretics, dobutamine, اوindomethacin

۳- توکسیک اسباب

درمل لکه کوکائین، امفیتامین،کتیکول امینونه،سایکلو فوسفامید، انترفیرون-5 ,Anthracyclines fluorouracil, herceptin, اوinterleukin-2

- فزیکي مواد لکه برقی شاک، تشعشعات او د حرارت زیاتوالی
- درانه فلزات لکه اوسپنه، سرب او قلوی
- متفرقه لکه د مار، غنډل او لړم چیچل، ارسنیک، کاربن مونواکسایډ او فوسفورس

(c) ketabton.com: The Digital Library

۴- جنيتيکي آفات لکه Inherited cardiomyopathies with immune-mediated pathogenesis (dilated and right ventricular cardiomyopathy) (۱)

د زړه د عضلي التهاب سندرومونه Myocarditis Syndromes

د اچ ای وی په ذ ريعه د زړه د عضلي التهاب HIV Myocarditis

د زړه د کسبي ناروغيو د منځته را تلو يو عمده علت هم دHIV انتان تشکيلوي، او د زړه ماؤ فيت معمولاً د ناروغۍ په وروستيو مرحلو چي د CD4 حجراتو اندازه ډيره کمه سي را منځته کيږي. د هغو ناروغانو په اوتوپسي معاينه کي چي د AIDS لکبله مړه سويوي په ۵۰ سلنه کي د زړه اختلاطات شتون لري. د ميوکارډ هغه التهاب چي د په ذريعه منځته راځي ۲۰ سلنه پيښي يې opportunistic انتانات او نوري ۸۰ سلنه پيښي يې پخپله دHIV انتان تشکيلوي.

د کلينيک له نظره کيداي سي په ناروغ کي د زړه د احتقاني عدم کفايه او يا چپه بطين د د ندو خرابوالي اعراض وليدل سي. په Echocardiography کي د چپه بطين دندي کمي، او د ميوکارډ په بيوپسي کي د لمفوسيتونو ارتشاحات شتون لري.

انذار خراب اوهغه ناروغان چي د زړه په عدم کفايه اخته وي، ۵۰ سلنه يې د ٦ تر ۱۲ مياشتو په موده کي مري.

د رملنه د کارډيوميوپاتی د نورو ډولونو په څير ترسره کيږي. د زړه په حاده عدم کفايه اخته ناروغانوکي د وريد د لاري د اميونو ګلوبولين تطبيق مؤثريت لري او هم د HIV انتان تداوي بايد تر سره سي. (٦)

د چګس ناروغي Chagas' Disease

دا ناروغي چي د American Trypanosomiasis په نوم هم ياديږي، د يو انتان په ذريعه چي ترپيا نوزوما کروزی Trypanosoma cruzi نوميږي منځته راځي، ۱۵ سلنه د جنوبي او مرکزي امريکا اطرافي خلګ او يا مهاجر چي د انډيميکو ساحو څخه راغليوي مصابوي. ناروغي د کاله د ۱۸ تر ۲۰ ميليونه وګړي مصابوي چي د هغو د جملي څخه په کال کي د ۵۰۰۰۰ مړينو سبب کيږي.

انتان د يو کني په ذريعه چي reduviid نوميږي خپريږي او کنه معمولاً ميکروب د ناقل انسان يا حيوان د چيچيلو څخه ترلاسه کوي.

په ۱ سلنه پيښوکي ناروغي حاد سير لري،د ناروغي حاده مرحله کيداي شي چي د ميوکارډ د التهاب په څير را ښکاره ولي اکثراً خاموشه سير لري. ناروغ کيداي سي د پوستکي سور او خارش کونکي آ

(c) ketabton.com: The Digital Library

فت چي د chagoma په نوم يادېږي ولري، ولی په ماشومانوکي عمده نښه د احليل يوطرفه ،بی درده او جس کيدونکي پاړسوب دی چي د Romaña sign په نامه يادېږي.
په ۳۰ سلنه پيښوکي ناروغی مزمن سير لری چي د حشوی اعضا وو د غټوالی سبب کيږی او په نتيجه کي په ناروغ کي megaesophagus اوmegacolon منځته راځی، چي په همدی مرحله يا د ناروغی په پرمختللی حالت کي د ميوکارډ آ فات او د زړه عدم کفايه د زروی د انوريزم ، د راسته طرف د بنډل برانچ د بلاک او يا د زړه د اريتميا په څير تظاهر کوی.
په ECG کي عمده نښه RBBB او AV بلاک شتون دی. په Echocardiography معاينه کي په ناروغ کي کيدای سی بطينات متوسع، د جدارونو حرکات محدود ولی ځانګړی نښه يی د زروی انوريزم دی.
د ناروغی سيرولوژيک تشخيص د يو ځانګړی معاينی په ذريعه چي Machado-Guerreiro نوميږی اويا immunofluorescent يا immunosorbent assays په ذريعه وضع کيږی.
د ناروغی درملنه که څه هم ستونزمنه ده، ولی اکثراً عرضی شکل لری. د پرازيت ضد درمل لکه نيفوتريموکس nifurtimox، itraconazole او benzimidazole په وينه کي د پرازيت اندازه راکموی،ولی په پر مختللی ناروغی کي يی مؤثريت کم دی.
د ICDs تطبيق کولای شی چي د بلاک او يا ارريتميا له کبله د ناڅاپی مړينی مخه ونيسی. د زړه د عدم کفايي تر تأ سس وروسته د ژوندی پاته کيدو چانس ۲۰ سلنه دی. (٦)

د جاينټ حجراتو په ذ ريعه د زړه دعضلی التهاب Giant Cell Myocarditis

د ميوکارډ د التهاب نادر ډول دی چي په دی ناروغی کي څو هستوی غټ حجرات په ميوکارډ په ځانګړی توګه د نکروز پر شا و خوا موندل کيږی. که څه هم د ناروغی سبب معلوم نه دی ولی اکثراً د يوشمير اوتو اميون ناروغيو لکه د کولون قرحوی التهاب، د کرون ناروغی او مياستينا ګريويس سره مل وی.
د ناروغی دا ډول چي، د ۱۰ تر ۲۰ سلنه پيښی تشکيلوی، معمولاً د بيوپسی په ذريعه معلوميږی. ناروغی د صدري دردونو، تبی او هيموډيناميکو بدلونو په ګړندی حمله پيل، چي اکثراً په ECGکي د بطيناتو تکي کارډی اويا اذينی-بطينی بلاک شتون لری. کله چي د ميوکارډيت عمده عرض بطينی تکي اريتمياوی،په ځانګړی توګه په ځوانانوکي، نوبايد د انډوميوکارډيل طبقی بيوپسی ترسره ترڅو د جاينټ حجراتو په ذريعه د ميوکارډ دالتهاب شتون په ګوته سی.
د معافيتی سيستم انحطاط د يو شمير درملو لکه azathioprine, cyclosporine,،او corticosteroidsپه ذريعه ګټور تماميږی،د ناروغی په کلينيکي سير کي ښه والی نه شی را منځته

(c) ketabton.com: The Digital Library

کولای، او اکثراً ناروغي د زړه د عدم کفايي او يا بطيني تکي اريتميا وو له سببه د کلينيکي لوحې د خرابوالي او مړينې سبب کيږي. درملنه يې د زړه پيوند تشکيلوي. (٦)

لايم کارډايټس Lyme Disease

د لايم په ذريعه د ميوکارډ التهاب، چې د conduction سيستم په غير نورمال توب سره وصفي کيږي، د Borrelia burgdorferi سپيروکيت انتان په ذريعه چې په سيرولوژيکي معايناتو سره تشخيصيږي، منځته راځي.

ناروغ په لمړيو کې د عضلاتو د د ردونو، بندونو د د ردونو، سر درد ، تبې ، د لمفاوي عقداتو د پاړسوب او اريتيما څخه شکايت کوي. په ۱۰ سلنه ناروغانو کې د زړه اعراض لکه د زړه بلاک او سينکوپ را منځته کيږي. د چپه بطين د عدم کفايه اعراض نادراً شتون لري. د ميوکارډ په بيوپسي کې د ميوکارډ فعاله التهاب موندل کيږي او حتی په يو شمير ناروغانو کې د ميوکارډ څخه سپيروکيټ هم تر لاسه کيدای سي. د ناروغي سير اکثراً سالم او ناروغ مکمل روغوالی مومي، ولی کيدای شي ناروغي د زړه په عدم کفايه سره تظاهر وکړي.

د رملنه يې د پنسلين يا ډوکسي سيکلين په ذريعه ترسره ولی د زړه د ناروغي په سير کې بدلون نسی را وستلای. (٦)

(c) ketabton.com: The Digital Library

د څپرکي لنډيز

د زړه د عضلی یا میوکارډ ناروغی کیدای سی پر دريو بيلو ډولونو لکه د میوکارډ ابتدایی آ فات (کارډیو میوپاتی)، د میوکارډ التهابی ناروغی (میو کارډ ایټس) او د میوکار ډ ثانوی آ فات، و ویشل سی. د دريو سرو ډولونو تر منځ زيات توپیرونه شتون لری،ځکه د میوکارډ ابتدایی آ فات اکثراً جنتیکي منشه لری،حال داچي د میوکارډ التهابی او ثانوی آ فات اکثراً کسبی وی.

په د ی څپرکي کي هڅه سوی تر څو لمړی د کارډیو میوپاتی په اړوند د کریکولم سره سم توکي راغونډ او د هر ډول د تعریف، تصنیف، اسبابو، تشخیص او درملنی په اړه اړین معلومات د زده کونکوپه واک کي ورکول سی. هڅه سوی تر څو معلومات ساده او د زده کونکو د سویي په پام کي نیولو سره برابر او عام فهمه وی.

د څپرکي په بله برخه کي د زړه د عضلی د التهابی آ فاتو (میوکارډیټس) او د هغه د بیلو ډولونو په تشریح کولو پیل سوی، او په دی برخه کي هم هڅه سوی تر څو د معیاری کریکولم سره سم معلومات را غونډ او هم د میوکارډیټس د بیلو ډولونو د تعریف، اسبابو، پتو جنیزس، پتولوژیکي موندنو، تشخیصی معایناتو، درملنی او انذارو په اړوند معلومات مفصل ولی د فهم وړوی. د زده کونکو د لانبه پوهاوی په منظور د جدولونو څخه هم کار اخستل سوی، تر څو عمده ټکي په اسانی سره یاد کړل سی.

په پای کي د میوکارډایټس د یو شمیر سندرومونو لکه HIV Myocarditis، Chagas' disease، Giant cell myocarditis ، او Lyme's carditis څخه هم په لنډ دول یادونه سویده.

(c) ketabton.com: The Digital Library

د څپرکي اړونده پوښتنې

۱- صحیح جمله په ص او غلطه په غ سره په نښه کړی.

۱-۱ : د Dilated cardiomyopathy اړوند :

الف: اکثراً ایدیو پاتیک وی .

ب: د سیتو توکسیک درملنی یو پیژندل سوی اختلاط دی .

ج: د الکهولو د د وامداره اوزیات څښلو سره مل وی.

د: د Coxsackie A انتان په وسیله منځته راځی.

۱-۲ : د restrictive cardiomyopathy اعراض او علایم عبارت دی له :

الف: د constrictive pericarditis ناروغی ته ورته اعراض او علایم لری .

ب: د ابتدایی یا ثانوی امیلو ئیدوزس سره مل وی .

ج: د صد ر په راډیوگرافی کي ښکاره کارډیو میگالی موجوده وی.

د: د اختلاط په صورت کي په محیطی وینه کي ایوزینوفیلیا تر لاسه کیږی.

۱-۳ : د Dilated cardiomyopathy سره سر خوړونکي اعراض او علایم عبارت دی :

الف: د انجین او یا دزړه د احتشأ د پخوانی تاریخچي نه موجودیت .

ب: د قدامی لیډونو په ECGکي د عمیقی Qموجی شتون .

ج: په ایکو کارډیوگرافی کي د dyskineticچپه بطین معلومیدل.

د: د میترال د سام و ظیفوی عدم کفایه.

۱-۴ : د hypertrophic cardiomyopathy سره سر خوړونکي اعراض او علایم عبارت دی:

الف: د نا څاپی مړینو کورنی تاریخچه .

ب: صدري خناق او یا جهدی سینکوپ .

ج: د ابهر د سام د تنگوالی او د میترال د سام د عدم کفایی د مرمرونو اوریدل.

د: د زړه د وهم آ واز نرم او یا نه اوریدل کیږی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

۲سوال: په ډایلیټیډ کاردیو مایو پاتي کي د زړه په برقي ګراف کي کوم بدلونونه ګوري؟

الف: سینوس تکي کاردیا یا اتریل فیبریلیشن

ب: بطیني اریتمیا ج: د کیڼ اذین ابنارملتي

د: په منتشره توګه د T -ST د څپو ابنارملتي

و:کنبته ولتیج او ځیني وخت دداخل بطیني انتقال زیان

۳سوال: Peripartum cardiomyopathy په درملني کي کومه دوا مضاد استطباب ده ؟

الف: Digoxin ب: Hydralizin

ج: الدوسترون انتا ګونیست د: د ري واړه

۴ سوال : لاندي کوم یو د ځنډني التصاقي پریکاردایتیس د عواملو څخه نه دي؟

الف - هستو پلازموزس ب – سیستیمیک لوفوس اریتیماتوزیس

ج- سرطان د- اوستیو ارترایتس

۵سوال: هغه مایو کاردایتیس چي لامل یي بکتیر یا وي په زړه کي د یوي اوني په تیریدلو سره څه شي منځ ته راوړي؟

الف: کاردیو میګالي ب: د زړه احتقاني عدم کفایه

ج: الف او ب دواړه درست د: ټول غلط دي

٦ سوال: حساسیت او زهري غبرګون کومه کاردیو مایو پاتي منځ ته راوړي ؟

الف: هایپرتروفیک ب: ډایلیټیډ

ج: ریستریکتیو د: پورته دري واړه

۷ سوال: دCHD لاملونه په لنډ دول ولیکي؟

(c) ketabton.com: The Digital Library

اووم څپرکی
د پریکارډ ناروغی

تصنیف
کلینیکي تصنیف
سببی تصنیف
د پریکارډ حاد التهاب
پوسټ کارډیاک انجوری سندروم
دپریکارډ ځنډنی انصباب
کرونیک کانسټرکټیو پریکارډایټس

د څپرکي مقدمه

د اناټومی جوړښت له نظره پریکارډیم د د وو بیلو وریقو څخه جوړ سویدی. جداری پریکارډ چي دزړه عضله یی پوښلی او د یوی محافظوی کڅوړی په ډول د زړه پرشاوخوا چاپیره سویده او زړه د ناځاپی توسع څخه ساتی، بل یی داخلی پریکارډ،چي د حشوی پریکارډ په نامه هم یادیږی او د زړه پر عضله باندی قرارلری. دواړی وریقی په نورمال ډول د یوی شفافی مایع ،چي د پلاسما څخه فلټر او د همدی حشوی پریکارډ په وسیله تولیدیږی،په وسیله یودبل څخه بیلی سویدی چي اندازه یی د ۱۰ تر ۵۰ ملی لیتره ته رسیږی. دنده یی د زړه د حرکاتو په وخت د دواړو وریقو یوپربل په اسانی سره منبل کیدل دی. د روغتیا په وخت کي د دی د وو وریقو تر منځ فشار لږ منفی وی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

د پریکارډ التهاب چي زیات اسباب او ډولونه لری،خو د پریکارډ د حاد التهاب وقوعات په اسانی سره نه سی شمیرل کیدای ځکه زیاتی پیښی یی نسی تشخیص کیدای. د اوتوپسی معایناتو د مطالعاتو له رویه یی پیښی یو سلنه اټکل سویدی. د پریکارډ التهاب معمولاً په ناروغانوکي چي د بیړنیو طبی مرستو د څانګی ته مراجعه کوی لیدل کیږی، چي د هغو ناروغانوچي د غیر اسکیمیکو صدري دردونو له کبله مراجعه کوی ۵ سلنه پیښی تشکیلوی. (۱۰)

د پریکارډ ناروغی Pericardial Disease

تصنیف

کلینیکي تصنیف Clinical Classification

۱- د پریکارډ حاد التهاب (تر ٦ اونی کمه موده)

- فبرینوز
- انصبابی (مصلی یا وینه لرونکي)

۲- د پریکارډ تحت الحاد التهاب (د ٦ اونیو څخه تر ٦ میاشتو)

- انصبابی- التصاقی
- التصاقی

۳- د پریکارډ مزمن التهاب

- التصاقی
- انصبابی
- چسپندوک Adhesive (nonconstrictive)

سببی تصنیف Etiologic Classification

۱- انتانی

الف: ویروسی لکه coxsackievirus A and B, echovirus, mumps, adenovirus, hepatitis, HIV

ب: قیحی لکه pneumococcus, streptococcus, staphylococcus, Neisseria, Legionella

ج: توبرکلوزیک

د: فنگسی لکه histoplasmosis, coccidioidomycosis, Candida, blastomycosis

و: نور انتانات لکه syphilitic, protozoal, parasitic

(c) ketabton.com: The Digital Library

۲- غیر انتانی

الف: د میو کارډ حاده احتشأ

ب: یوریمیا

ج: سرطان

- ابتدایی تومورونه لکه benign or malignant, mesothelioma
- میتاستاتیک تومورونه لکه lung and breast cancer, lymphoma, leukemia

د: Myxedema

و: کولستیرول

ز: Chylopericardium

س: ترضیضات

- تیز یا نفوزیه
- کند یا غیر نفوزیه

ش: د ابهر څیریدنه (د پریکارډ و جوف ته یی سوری کیدل)

ص: تر شعاع وروسته

ض: Familial Mediterranean fever

ط: Familial pericarditis

ع: د پریکارډ حاد ایډیو پاتیک التهاب

غ: دWhipple's ناروغی

ف: سارکوییدوزس

۳- د پریکارډ هغه التهاب چي سبب یی فرط حساسیت او یا autoimmunity تشکیلوی

الف: روماتیزمی تبه

ب: د اوعیو کولاجن امراض لکه SLE ،د مفاصلو روماتیزمی التهاب، ankylosing spondylitis ، scleroderma ، حاده روماتیزمی تبه، او Wegener's granulomatosis

ج: د رمل لکه procainamide ، hydralazine ، phenytoin ، isoniazide ، minoxidil ، anticoagulants ، اوmethysergide

د: تر قلبی زخمونو وروسته

د زړه تر حادی احتشأ وروسته لکه Dressler's سندروم

(c) ketabton.com: The Digital Library

تر پریکارډیو ټومی وروسته

تر ترضیضاتو وروسته

و: ایډیوپاتیک : د ۸۵ تر ۹۰ سلنه پیښی تشکیلوی.(۱)

د پریکارډ حاد التهاب Acute Pericarditis

تعریف

د پریکارډ التها بی پروسی ته ویل کیږی،چي کیدای شی د پریکارډ انصباب ورسره مل او یا مل نه وی،اسباب یی ډیرزیات، چي عمده سبب یی ایډیو پاتیک او یا ویروسونه پیژندل شویدی. ناروغی معمولاً قلبی سیستم مصابوی او بل نوم یی د پریکارډ حاد قیحی التهاب دی.(۳)

اپیدیمولوژی

وقوعات: د ناروغی په اړوند اپیدیمولوژی معلومات ډیر کم شتون لری او حقیقی وقوعات یی هم نامعلومه دی، ولی یوازی په ۵ سلنه هغه ناروغانوکي چي د صدري دردونو له کبله د بیړنیو مرستو ځانګی ته مراجعه کوی او پهMI اخته نه وی، ناروغی تثبیت شویده.

پتوفزیالوژی: یو حاد التهاب شتون لری،چي کیدای شی مصلی او یا قیحی مایع یا غلیظ فبرینی وصف لرونکي مایع (په سببی عامل اړه لری) ترلاسه شی. (۳)

اسباب: پورته د تصنیف په برخه کي په مفصل ډ ول ذکر شویدی.

اعراض اوعلایم

تاریخچه

- تبه، ستړیا او د عضلاتو دردونه
- د صدر حاد،تیز، او چاقو وهنی ته ورته درد چي د ساعتو څخه تر ورځودوام مومی
- پلورایی دردونه
- درد د شا پرتخته د پریوتوپه حالت کي آ رام او د پړمخی پریوتو په حالت کي شدید کیږی.

فزیکي معاینه

- د زړه ضربان تل تیز ولی منظم وی
- په اصغا سره د پریکارډ د وو وریقو د یوپربل منبلو آ واز اوریدل کیږی په داډول:

(c) ketabton.com: The Digital Library

- کله چي ناروغ د شا پرتخته پروت وی نو د زفیر په آ خره د ستر نوم په کښتنی سرحد کي یو خشن او لوړ تون درلودونکي آ واز اوریدل کیږی، چي د تشخیص لپاره ډیر وصفی دی.
- کیدای شی ګذری اویا مونو، بای یا ترای فزیک وی.
- د نوی دریم آ واز یا S3 اوریدل د میو پریکاډیټ پرشتون دلالت کوی.
- د لاندی علایموپه شتون کي د زړه تمپوناد ته فکرکیږی:
- د وینی د فشار ټیټوالی
- د غاړی د وریدونو پاړسوب
- د Pulsus paradoxus شتون (چي د شهیق په وخت د ۱۰ ملی مترسیماب په اندازه کموالی مومی). (۳)

تشخیص: د ناروغی تشخیص د تاریخچي، فزیکي معایناتو او لابراتواری معایناتو له رویه ایښودل کیږی.

لابراتواری معاینات

ابتدایی لابراتواری ټستونه

- د وینی مکمل روتین معاینات : چي اکثراً د وینی سپین کریوات زیات وی.
- التهابی مارکرونه : د ESR لوړوالی، او CRP د زیاتوالی.
- قلبی بیومارکرونه: په وصفی ډ ولcreatine kinase او troponins زیاتوالی مومی.
- د troponins زیاتوالی چي اکثراً په ځوانانوکي موندل کیږی، په نارینه وو کي لوړیږی، د پریکارډ په انصباب سره مل وی او هم ECG اکثراً دST سګمنټ لوړوالی ښیی.
- د troponin د لوړوالی له مخی د ناروغی پرمختګ نشی تعینیدلای.
- د ECG موندنی: ECG کیدای شی چي نورماله وی او کوم بدلون ونه موندل شی، ولی وصفی بدلون چي د ناروغی د تشخیص لپاره اړین دی عبارت دی د ST سګمنټ لوړوالی او د PR سګمنټ انحطاط ،چي د ST سګمنټ لوړ والی ډیر وصفی او مقعر شکل ځانته غوره کوی،چي په ۴ ستیجونوکي ترسره کیږی
- لمړی ستیج: د ST سګمنټ منتشرلوړوالی او PR سګمنټ انحطاطی وی
- دوهم ستیج: د ST او PR دواړه سګمنټونه نورمال کیږی.
- دریم ستیج: د T موجی پراخه انحطاط

(c) ketabton.com: The Digital Library

- څلورم سټیج: د T موجې نورمال حالت ته راګرځیدل، که د پریکارډ مزمن التهاب شتون ولری نوکیدای شی چې د T موجه تر زیاته وخته انحطاطی پاته شی.
- د تمپوناد په صورت کې کیدای شی چې ECG د کښته ولټیج موجې و ښیی.

نورمعاینات لکه د پوستکي توبرکولین ټسټ، د بلغم کلچر، روماتوئید فکتور، انتی نکلیر انتی باډی، او د HIV سیرولوژی ټسټ.

د ویروس کلچر او د انتی باډی اندازه کول

متممه معاینات

د سږو او منصف د پتولوژی د تشخیص لپاره باید CXR ترسره شی. د قلب د ساحی غټوالی د پریکارډ پر انصباب دلالت کوی (تر ۲۰۰ ملی لیتره زیات).

دTransthoracic echocardiogram معاینه د پریکارډ د انصباب، تامپوناد او یا میوکارډ د آ فاتو د تشخیص لپاره باید ترسره سی.

د CT scan او MRI معاینه د ناروغی د پرمختګ او یا اختلاطاتو د تشخیص لپاره باید ترسره شی.

د Pericardiocentesis ترسره کول د قلبی تامپوناد او یا د پریکارډ د شکمن انصباب په صورت کې چې آ یا توبرکلوزیک، قیحی او که سرطانی دی، ترسره کیږی.

که Pericardiocentesis معاینه مؤثره نه وی او یا داچې قلبی تامپوناد مکرراً واقع شی،نو جراحی تخلیه استطباب لری. (۳)

پتولوژیکي موندنې

د مایع په میکروسکوپیکه معاینه کې کیدای شی چې سوروالی، د سپینوکریواتو را غونډیدل اود فبرین تجمع ولیدل شی.

که مایع قیحی ا ونیوتروفیلونه زیات وی نو پر بکتریا یی التهاب دلالت کوی.

که په مایع کې لمفوسیتونه زیات وی نو باید د ویروسی،توبرکلوزیک یا سرطانی آفت و خواته پام واړول شی. (۳)

تفریقی تشخیص

د میوکارډ حاده احتشأ

سینه او بغل چې د پلورا التهاب ورسره مل وی

د سږو امبولی

د ابهر شریان څیریدنه

(c) ketabton.com: The Digital Library

۷- ۱ شکل : د پریکارډ انتانی التهاب او انصباب(۵)

پنوموتورکس

د منصف امفیزیم

د صفراوی کڅوړی التهاب

د پانکریاس التهاب

د مری التهاب، تثقب اویا څیریدل. (۳)

درملنه

د درملنی موخه د درد آ راموالی او د اختلاطاتو (لکه بیا تکرار،تامپوناد او مزمن تخریبی التهاب) مخنیوی دی.

د دی ناروغانو ۸۷ سلنه بستر ته اړتیا نه لری او د سراپا ناروغ په توګه تداوی کیږی.

طبی درملنه

لمړی خط درمل

- د NSAIDs تطبیق د درملنی اساس تشکیلوی، او د بیا تکرار د مخنیوی په منظور یی دوز په تدریجی ډ ول کمیږی:
- Ibuprofen د ۳۰۰ تر ۸۰۰ ملی ګرامه هر ٦ یا ۸ ساعته وروسته، د خوورځو یا اونیو لپاره د اړتیا په صورت کي توصیه کیدای شی.
- Aspirin ۸۰۰ ملی ګرامه هر ٦ یا ۸ ساعته وروسته،په ځانګړی توګه د هغو ناروغانو لپاره چي په نژدی وختونکي یی د MI حمله تیره کړیوی، انتخابی درمل دی.
- د دی درملو د تطبیق په وخت باید GI protectionپه پام کي وی.
- Colchicine په لمړی ورځ د ۱- ۲ ملی ګرامه، او وروسته یی تعقیبیه دوز د ۰،۵ تر ۱ ملی ګرام د ورځی د ۳ میاشتو لپاره ، کیدای شی په یوازی ډول او یا دNSAID سره یوځای ورکول شی.
- مضاد استطباب: د NSAID یا aspirin سره حساسیت، د فعالی معدوی قرحی شتون او یا معدی-معایی خونریزی
- احتیاط: هغه ناروغان چي په استما اخته وی،د امید واری په دریم ترای مستر کي،د علقه کیدوستونزی ولری او یا د پښتورګو یا ینی عدم کفایه ولری، باید د درملو په ورکړه کي احتیاط و شی. (۳)

د وهم خط درمل

(c) ketabton.com: The Digital Library

- د Corticosteroid په ذریعه درملنه د منظم نسج په ناروغیو،د پریکارډ یوریمیک یا توبرکلوزیک التهاب او یا شدید تکراری اعراض چي په NSAIDs یا colchicine ځواب ورنکړی، استطباب لری. دا درمل باید د پریکارډ په حاد اختلاطی التهاب کي ورنه کول شی.که دا درمل یوازی استعمال شی، د ناروغی د بیا تکرار خطرزیاتوی.
- د پریکارډ په داخل کي د کورتیکو ستیروئید استعمال مؤثر او هم د سیستمیکو جانبی اثراتو مخه نیسی. (۳)

عمومی اهتمامات: که د ناروغی سبب معلوم وی باید سببی درملنه ترسره، پرته له هغه باید ویروسی یا ایډیوپاتیک ته پام واړول سی. (۳)

جراحی: هغه ناروغان چي د طبی درملنی سره مقاوم او جواب ورنکړی نو او حملات یی تکراری را منځته شی، نو Pericardiectomy ورته ترسره کیږی. (۳)

د بستر کیدو معیارونه: د پریکارډ په التهاب اخته هغه ناروغان چي د زیات خطر سره مخ دی، باید بستر او تداوی شی:

- تبه چي تر ۳۸ درجی د سانتی گریډ لوړه وی
- هغه ناروغان چي د بدن د فاعی سیستم یی کمزوری وی
- هغه چي د ترضیض سره مخ وی
- د فمی انتی کواگولانتونو تطبیق
- د میوکارډ او پریکارډ گډ التهاب
- د زړه تامپونا د
- په Echocardiographic کي د زیات انصباب معلومیدل
- په NSAID درملنه باندی ځواب نه ورکول. (۳)

وریدی مایعات

کوم ځانگړی وریدی مایعاتوته اړتیانلری، یوازی د تامپوناد په صورت کي چي که د وینی فشار ټیټ وی باید ورته ورکول شی. (۳)

اختلاطات

(c) ketabton.com: The Digital Library

د پريکارډ د التهاب بيا راګرځيدنه

- کيدای شی په ۲۴ سلنه ناروغانو کي را منځته شی
- تکرار معمولاً د لمړی حملی څخه يوه اونی وروسته را منځته کيږی، ولی کيدای شی مياشتی يا حتی کلونه وروسته را منځته شی.
- نادراً د تامپوناد يا التصاق سره مل وی

- قلبی تامپوناد: نادر اختلاط دی، ولی پيښبی يی د پريکارډ سرطانی، قيحی اوتوبرکلوزيک التهاب سره اکثراً مل وی.
- د پريکارډ التصاقی التهاب
- نادراً را منځته کيږی
- اصلی درملنه يی Pericardiectomyتشکيلوی (۳)

پوسټ کارډياک انجوری سندرومPostcardiac Injury Syndrome

د پريکارډ حاد التهاب کيدای شی په بيلو کلينيکي ډولونو ولی يوشانته اعراضو او علايمو تظاهر وکړی، د بيلګی په توګه د ميوکارډ پخوانی زخمونه چي په پريکارډ کي د خونريزی سبب شويوی. نوموړی سندروم کيدای شی تر قلبی جراحی وروسته رامنځته شی چي postpericardiotomy سندروم نوميږی، يا تر قلبی ترضيضاتو(نفوذيه يا غير نفوذيه) وروسته او يا د کتيتر د تطبيق په وخت کي د زړه سوری کيدلو په تعقيب، اويا نادراً دا سندروم کيدای شی چي ترAMI وروسته را منځته شی.

د سندروم کلينی لوحه د پريکارډ د حاد التهاب سره چي د ويروسونو يا ايډيو پاتيک په ذريعه را منځته شويوی، ورته والی لری. عمده عرض يی د پريکارډ د حاد التهاب په څير درد دی چي معمولاً تر قلبی زخم ۱ يا ۴ اونی وروسته (يا تر AMI ۱يا ۳ ورځی وروسته) او يا کله کله يوه مياشت وروسته را منځته کيږی. د ناروغی بيا را ګرځيدنه معموله او کيدای شی چي ۲ کاله تر قلبی زخم وروسته را منځته شی. تبه چي تر ۴۰ درجی د سانتی ګريډ رسيږی، د پريکارډ التهاب،د پلورا التهاب، او سينه وبغل د دی سندروم ښکاره اعراض تشکيلوی، چي د ۱ تر ۲ اونيو په موده کي روغوالی مومی. په دی سندروم کي د پريکارډ التهاب فبرينی وی او يا کيدای شی انصبابی وی،چي انصباب کيدای شی مصلی وينه لرونکي مايع ولری، ولی نادراً د تامپوناد سبب کيږی. د وينی سپين کريوات زيات، ESRلوړاوECGپه کي د پريکارډ دالتهاب ورته بدلونونه موندل کيږی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

د سندروم د تولید میخانیکیت واضح نه دی،ولی داسی فکر کیږی چي دا سندروم د هغه فرط حساسیت له کبله چي د هغه انتیجن چي د زخمی میوکارډ اویا پریکارډ د انساجو څخه منشه اخلی، منځته راځی. د سندروم په منځته راتلوکي ویروسی انتانات هم اغیزه لری، ځکه په هغو ناروغانوکي چي تر قلبی جراحی وروسته ورته دا سندروم پیداکیږی، د ویروسونوضد انتی باډی اندازه لوړه ترلاسه کیږی.
د انلجزیک او آسپرین پرته کومی ځانګړی درملنی ته اړتیا نلری،که انصباب او یا تامپوناد شتون ولری، باید د پورته په شکل تداوی شی. که سندروم څوځلی تکرار شی،نو د درد ضد غیر ستیر ئیدی درملو NSAID ، colchicine یا glucocorticoid په ذریعه درملنه مؤثره تمامیږی. (۵)

د پریکارډ څنډ نی انصبا بPericardial effusion and cardiac tamponade

د پریکارډ په جوف کي د مایع تجمع ته د پریکارډ انصباب ویل کیږی، چي اکثراً د پریکارډ د حاد التهاب تر حملی وروسته منځته راځی. که یی اندازه ډیره زیاته شی نو د بطیناتو د تخلیه د کمښت او د زړه د تامپوناد سبب کیږی. (۵)

اعراض او علایم: د پریکارډ د انصباب اعراض اکثراً د پریکارډ د حاد التهاب په سبب عامل اړه لری،ولی په فزیکي معاینه لاندی علایم لیدل کیږی:

- **د زړه آ وازونه نرم او د فاصلی څخه اوریدل کیږی**
- **د زروی نبضان معمولاً نه معلومیږی**
- **د پریکارډ د التهاب له کبله په لمړیو مرحلوکيfriction rub اوریدل کیږی،ولی په هغه صورت کي چي انصباب زیات شی نو نوموړی آ واز له منځه ځی.**
- **نادراً، انصبا ب د چپه سږی پرقاعده باندی د فشار راوړلو له کبله په جس باندی د چپه طرف د سکپولا په لاندنی زاویه کي اصمیت را منځته کوی چي د Ewart's sign په نامه یا دیږی.**
- **کله چي انصباب زیات شو، نو د قلبی تامپوناد نښی معلومیږی:**

- د غاړی د رګونو د داخلی فشار زیاتوالی یا Friedreich's sign
- د Kussmaul's sign یا د شهیق په مرحله کي د غاړی د رګونو د فشار زیاتوالی او برجسته توب شتون.
- د pulsus paradoxus را منځته کیدل
- د زړه د د دهانی کمید ل(۵)

(c) ketabton.com: The Digital Library

لابراتواري معاينات

- په ECG کې د QRS complexes کښته ولټيج لري
- د صدر په راډيوګرافي کې زړه د ناک شکل څانته غوره کوي،ولې ريوي وريدونه برجسته نه وي.
- د Echocardiography معاينې ترسره کول ګټور او د انصباب د اندازې او قلبي تامپوناد د شتون معلومات ورکوي.
- د MRI ترسره کول د وينه لرونکي انصباب د تشخيص لپاره اړين دي.
- د Pericardiocentesis ترسره کول ،چې معمولاً دechocardiographic تر لارښودنې لاندې ترسره کيږي،د توبرکلوزيک،سرطاني او يا قيحي انصباب د تخليه لپاره استطباب لري.
- که دpericardiocentesis په ذريعه تشخيص واضح نه شي او پر توبرکلوز باندې شکمن ياست نو بايد بيوپسي ترسره شي.
- د سببي عامل په پام کې نيولوسره يوشمير نور ټسټونه لکه د وينې کلچر،او اوتوانټي باډي سکرين ترسره کيداى شي. (۵)

د رملنه

تر هرڅه لمړى بايد سببي عامل په ګوته او تداوي شي. زياتره وختونه د پريکارډ انصباب پخپله پرته له درملنې رشف او روغوالي مومي.

که انصباب په ګړندي ډول تجمع وکړي،نو کيداى شي چې د تامپوناد سبب وګرځي. په دې وخت کې نو Pericardiocentesis ته اړتيا شته تر څوانصباب تخليه او د مايع د پوره تخليې په منظور د څه مودې لپاره ډرين اينښودل کيږي.

د سرطاني پيښنو په صورت کې اکثراً انصباب بيا تشکل کوي،چې په دې صورت کې د پريکارډ و fenestration ته اړتيا ليدل کيږي، يعنې په پريکارډ کې د يوې کړکۍ خلاصول تر څو انصباب و مجاورو انساجوته نفوذ وکړي. (۵)

کرونيک کانسترکټيو پريکارډايټس Constrictive pericarditis

د پريکارډ د التهاب يوشمير ځانګړي اسباب لکه توبرکلوزس،وينه لرونکي انصباب،بکترياي انتانات او يا د زړه روماتيزمي ناروغۍ،د دې سبب کيږي چې پريکارډ ضخيم،فبروتيک او کلسيفيډشي. او دا حالت کيداى شي چې دزړه تر خلاص جراحي عمليات وروسته هم را منځته شي. په زياتو پيښنوکې د پريکارډ دغه بدلون پرته له اعراضووي. ولې، که پريکارډ خپل الاستيکيت زيات دلاسه ورکړي، او د ډ

(c) ketabton.com: The Digital Library

یاستول په مرحله کي د زړه په ډ کیدو کي ستونزه را منځته کړی،نوویل کیږی چي constrictive pericarditis تأ سس کړیدی. له دی کبله چي دا بدلونونه په مزمن ډول منځته راځی نوعضویت ته دا موقع ور کوی چي په مقابل کي معاوضوی سیستم فعاله کړی،ځکه نو د قلبی تامپوناد په څیر ژوند تهدیدونکي آ فت نه دی. د پریکارډ التصاقی التهاب باید دrestrictive cardiomyopathy څخه توپیر شی، ځکه د واړه ناروغی د کلینیکي پلوه زیاتی سره یوشانته دی، ولی لمړی آفت په درملنه ځواب ورکوی او پوره روغوالی منځته راځی، حال داچي د د وهم ډول آفت زیاتی پیښی درملنه نلری.

د پریکارډ د التصاقی التهاب په آخرنیو مرحلوکي کیدای شی چي د میوکارډ دsubepicardial طبقه هم په فبروز،اتروفی او کلسیفیکیشن اخته شی. (۵)

اعراض اوعلایم: د پریکارډ د التصاقی التهاب اعراض اوعلایم د لاندی دلایلو له سببه منځته راځی:

- د بطیناتو د ډکیدو د کموالی علایم چي د قلبی تامپوناد په څیر علایم لکهKussmaul's sign ، او pulsus paradoxus شتون لری.
- د سیستمیک وریدی احتقان له کبله په ناروغ کي حبن، ارتباطی پاړسوب،د ینی غټوالی او د غاړی د وریدونو پاړسوب منځته راځی.
- د ریوی وریدی دوران د احتقان له سببه ناروغ ته سالنډی،ټوخی، orthopnoea او PND پیداکیږی، ولی زیات معمول نه دی.
- د زړه د دهانی د کموالی له سببه ناروغ ته ستړیا،د وینی ټیټ فشار او عکسوی تکي کارډیا پیداکیږی.
- د بطیناتو د ګړندی ډ کیدو له کبله د سترنم د کښتنی برخی په چپه څنډه کي د ډ یاستول په پیل کي یو آ واز چي ورته 'pericardial knock' وایی اوریدل کیږی.
- د اذین توسع (په ۳۰ سلنه ناروغانوکي اذینی فبریلیشن شتون لری). (۵)

لابراتواری معاینات

- د صدر په رادیو ګرافی کي برسیره پردی چي د زړه د عدم کفایی اعراض شتون لری، بیاهم زړه کوچنی معلومیږی.په ۵۰ سلنه ناروغانوکي د پریکارډ کلسیفیکیشن شتون لری. که په AP کلیشه کي کلسیفیکیشن و نه لیدل شو نو بیا جنبی کلیشه ګټوره تماميږی. ولی باید یادونه وکړو چي کلسیفیډ پریکارډ د التصاقی معنی نه ورکوی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

- په ECG کي QRS complexes کم ولټیج لری او په عمومی ډ ول د T موجه همواره یا منفی وی.
- په Echocardiography کي پریکارډ ضخیم او کلسیفیډ وی،او بطینات واړه ولی جدار یی ضخیم نه وی. د ښه لیدلو لپاره Doppler معاینه گټوره ده.
- د پریکارډ د اناټومیکي بدلون او یا ضخامت د اندازه کولو لپاره وCT او MRI ته اړتیا شته (ضخامت ۳ ملی یا زیات وی).
- په سختو پیښوکي د دی لپاره چي د پریکارډ التصاقی التهاب د تخریبی یا ریسټرکټیوکارډیو میوپاتی restrictive cardiomyopathy څخه توپیر شی نو باید ورته د اندو میوکارډ بیوپسی Endomyocardial biopsy تر سره سی. (۵)

درملنه

د پریکارډ د مزمن التصاقی التهاب درملنه د پریکارډ مکمل پریکول دی. ولی باید یادونه وکړو چي دا یوه خطر ناکه عملیه ده او اختلاطات یی ډیر زیات دی، ځکه په زیاتو پیښو کي د جراحی عملیی په دوران کي د میوکارډ اتروفی شتون لری. له دی کبله نو په هغو ناروغانوکي چي په توبرکلوزیک التهاب نه وی اخته، په ابتدا کي دpericardiectomy ترسره کول مخکي تر دی چي التصاق اویا د میوکارډ اتروفی را منځته شی، توصیه کیږی.

د توبرکلوزیک التهاب په شتون کي ، د پریکارډ کلسیفیکیشن پر مزمن حالت باندی دلالت کوی. بیاهم د پریکارډ کلسیفیکیشن په شتون کي د ابتدا یيpericardiectomy ترسره کول د توبرکلوز ضد درملوسره یوځای توصیه کیږی،ولی که کلسیفیکیشن شتون ونلری نولمړی ناروغ ته د توبرکلوز ضد درملو کورس تکمیل او که د ۴- ٦ اونی درملنی وروسته په haemodynamic حالت کي بدلون رانغلی نوورتهpericardiectomy توصیه کیږی. (۵)

(c) ketabton.com: The Digital Library

د څپرکي لنډيز

په اووم څپرکي کي د پريکارډ ناروغی تشريح سويدی. د پريکارډ د حاد التهاب تشخيص د اعراضو او علايمو (د سينی درد او د پريکارډ د د وو وريقو د موښلو بږغ)، او د زړه په گراف کي د وصفی بدلونونو لکبله وضع کيږی. د پريکار ډ د انصباب او يا نورو پتولوژيکي بدلونود موندلو لپاره د ايکو کارډيوگرافی ته اړتيا ليدل کيږی، ولی کيدای سی چي د دی معاينی په تر سره کيدو سره د کانسټرکشن علايم، ورسره مل قلبی ناروغی او يا د پريکارډ نو پتولوژيک حالات هم په گوته سی.

د دی لپاره چي د ناروغی سبب په گوته سی نو ناروغ کيدای سی و pericardiocentesis او د پريکارډ يا اپيکارډ بيوپسی ته اړتيا ولری، چي بايد په يوه مافوق تخصصی ،pericardioscopy مرکز کي ترسره سی.

د pericardiocentesis استطباب د پريکارډ د انصباب له کبله د زړه د تامپوناد، په شتون کي اينبودل کيږی چي کيدای سی سبب يی انتانی، توبرکلوزيک او يا سرطانی وی .

دParadoxus نبض شتون د زړه د پرمختللی تامپوناد علامه ده، چي و بيړنی تخلئی ته اړتيالری. د دی عمليی د تر سره کولو عمده مضاد استطباب د ابهر Dissection تشکيلوی.

د زړه په جروحاتو، د ميو کارډ تر احتشأ وروسته د زړه د عضلی د رپچراو يا د ابهر تر څيريدنی وروسته د وينی د تجمع په صورت کي د زړه جراحی عمليات د ژوندی پاتی کيدو لپاره اړين دی.

د پريکارډ د سرطانی انصباب په صورت کي د پريکارډ په داخل کي د سرطان ضد اويا سکليروزنگ درملو لکه cisplatin يا thiotepa تطبيق کولای سی چي د سرطانی انصباب مخنيوی وکړی. همداراز د پريکارډ په داخل کي د ترای امسينولون تطبيق هم د تکراری انصباب مخه د تشکل مخه نيسی او هم د سيستمک کورتيکو ستيروئيدونو د تطبيق اړتيا کموی. د کولچيسين دوامداره (د ۳ تر ٦ مياشتو) تطبيق د درد ضدغير ستيروئيدی درملو يا اسپرين سره يوځای هم کولای سی چي د انصباب د تکرارتوليد مخه ډبه کړی.

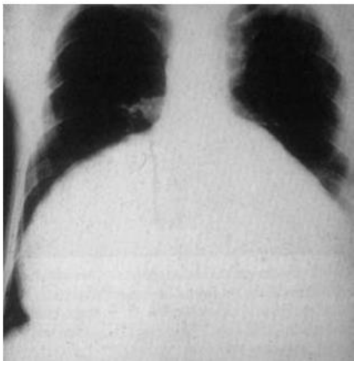
د پريکارډ د وامداره کانسټرکتيو التهاب په صورت کي ښه ترينه درملنه Pericardiectomy تشکيلوی، له همدی کبله نو بايد د جراحی عمليات نه ډير وختی تر سره سی او يا هم بايد ډير ونه ځنډول سی چي فبروز تشکل وکړی، ځکه د ميوکارډ فبروز يا اتروفی پخپل وارسره خطر ناکه او د مړينو کچه لوړوی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

د څپرکي اړونده پوښتنې

۱- په لاندې تصویرونوکي کوم حالات موندل کیږي، ویې لیکي:

الف:



ب:

۲- صحیح جمله په ص او غلطه په غ سره په نښه کړی.

۲- ۱ : په pericardial tamponade کي :

الف: د شهیق په وخت سیستمیک شریانی فشار کمیږی .

ب: د شهیق په وخت د و داجی وریدونو فشار کمیږی .

ج: د مخه تر دی چي هیموډینامیک بدلونونه را منځته سی باید تر ۲۵۰ ملی لیتره زیات انصباب شتون ولری.

د: د صدر راډیوگرافی کله کله غیر نورماله وی.

۲- ۲ : د پریکارډ د حاد التهاب اعراض او علایم عبارت دی له:

الف: د صدر درد چي د زړه احتشأ ته ورته والی لری .

ب: د friction rub شتون چي د شهیق په منځنی برخه کي ښه اوریدل کیدای سی .

ج: په ECG کي د ST سگمنټ لوړ والی .

د: په سیروم کي د کریاتینین کیناز د سویه لوړوالی.

۲- ۳ : د پریکارډ په حاد التهاب اخته ۲۰ کلنه ښځه کي باید لاندی ناروغی رد سی :

(c) ketabton.com: The Digital Library

الف: د Hodgkin’s ناروغی .

ب: د SLE ناروغی .

ج: د Coxsackie A ویروسی انتان.

د: حاده روماتیزمی تبه.

۲- ۴ : د constrictive pericarditis وصفی اعراض عبارت دی له :

الف: شدیده سا لنډی .

ب: تکي کارډیا او د زړه د دریم آ واز لوړ اوریدل .

ج: د توبرکلوز پخوانی تاریخچه.

د: د صدر راډیوګرافی نورماله وی.

۳- خالی ځایونه په مناسبو کلماتو ډک کړی؟

د وینه لرونکي انصباب د تشخیص لپاره (　　　) اړینه معاینه ده.

د پوسټ کارډیاک انجوری سندروم د (　　　) پرته کومی ځانګړی درملنی ته اړتیا نلری.

۴- درست ځواب په نښه کړی؟

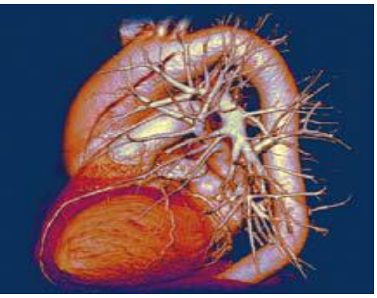
- لاندي کوم یو د ځنډني التصاقي پریکاردایتیس د عواملو څخه نه دي

الف - هستو پلازموزس　　　ب – سیستیمیک لوفوس اریتیماتوزیس

ج- سرطان　　　د- اوستیو ارترایتس

(c) ketabton.com: The Digital Library

(c) ketabton.com: The Digital Library



اتم څپرکی

شاک

شاک
سنکوپ
قلبی وعایی کولپس
د زړه دریدل
او د زړه ناڅا پی مړینه

د څپرکي مقد مه

په دی څپرکي کي د څلور عمده اختلاطاتو څخه چي لامل یی اکثراً د زړه ناروغی تشکیلوی یادونه کیږی.

یو د دی اختلاطاتو د جملی سنکوپ او قلبی وعایی کولپس دی. د دی سنکوپ شیوع په بیلو نفوسو کي بیله او د ۱۵ تر ۲۵ سلنی اټکل سویده، چي بیاهم زیاتی پیښی یی په هغو ناروغانوکي چي د زړه او ورسره مل نوری ستونزی ولری او هغه بوډاګان چي د پاملرنی په کورونو کي ساتل کیږی را پور ورکول سویدی. نوو پلټنو جوته کړیده چي په ارو پا د بیړنیو مرستو د څانګی د مراجعینو ۱ سلنه د سنکوپ پیښی تشکیلوی.څلور د خطر هغه عوامل چي د زړه د اررتیمیا او سنکوپ لپاره زمینه مساعدوی عبارت دی له،عمر چي تر ۴۵ کلنی زیات وی، د زړه د احتقانی عدم کفایی تاریخچه،د بطینی اررتیمیا تاریخچه او په ECG کي (پرته له ST بدلونونوڅخه) د نورو غیرنورمالو بدلونو شتون.(۱۱)

د زړه په طبابت کي د ناڅاپی مړینی پیښی تر اوسه هم لویه ننګونه تشکیلوی،چي په دی څپرکي کي د زړه د دریدنی او ناڅاپی مړینی څخه په لنډ ډول یادونه سوی او د دی لپاره چي د زده کونکو لپاره د

(c) ketabton.com: The Digital Library

عملی زده کړی ښه بیلگه وړاندی سوی وی د BLS اوALS دواړو څخه د الگوریتم په ډول یادونه سویده. شاک، په ځانگړی توگه کارډیوجنیک شاک، چي لامل یی د زړه ناروغی لکه اررېتمیاوی یا دزړه تامپوناد دی هم مفصله یادونه سویده.

شاک

Shock(Circulatory failure)

تعریف

شاک یادانساجوهایپوپرفیوزن هغه وخت رامنځته کیږي چي داکسیجن انتقال (DO2)وټولوانساجوته په پوره اندازه ترسره نشی اویاداچي داکسیجن اندازه دانساجودمیتابولیکي اړتیا بس والي ونه کړي. (۷)

اسباب اوډولونه

یوزیات شمیر میخانیکیتونه شتون لري چي دشاک اوانساجود هایپوپرفیوژن سبب کیزي.که څه هم دشاک اسباب دهغه دډول په پام کي نیولوسره بیل دي،ولي شاک کیداي شي ددوراني حجم دکمښت(Hypovolemic Shock)،درگونودزیاتي توسع(Distributive Shock)،دزړه ددهاني دابتدائي کمښت(Cardiogenic and Obstractive Shock)،اویاپه گډډول رامنځته شي. (۱)

هیپوولیمیک شاک Hypovolemic Shock

هرهغه حالت چي دویني ددوران دکمښت سبب وگرځي لکه خون ریزي(هیموراژیک شاک)چي معمولاً دترضیض،جراحي عملیات اودابهرشریان دانوریزم دځیریدني له کبله منځته راځي.خونریزي کیداي شي ښکاره (هیماتیمیزس،میلانا)اویاپټه (داکتوپیک پرگنانسي څیریدنه)وي،او دبدن دمایعاتوضایع کیدل لکه شدیده سوځیدنه، اوډیهایدریشن هم هایپوولیمیک شاک منځته راوړي. (۱)

ډستري بیوتیوشاک Distributive Shock

دشاک داډول هم معمولاً درگونوددنني حجم دارتباطي کمښت له کبله چي اکثراً دشریانونویاوریدونودتوسع له کبله پیښیږي،منځته راځي.توپیرئي دادي چي دلته دوراني حجم ضایع شوي نوي نوځکه دوراني حجم نورمال وي.

ډستریبیوتیوشاک کیداي شي دفرط حساسیت له کبله رامنځته شي(Anaphylactic Shock)،اویاداچي دبکتیریاؤداندوتوکسینودآزادیدوله کبله منځته راشي(Septic Shock)،اویائي سبب ددماغ اونخاع وخیم ترضیضات وي(Neurogenic Shock)،اویاداچي دیوشمیر ځانگړو درملو (نایتریتونه ،دتریاکومشتقات، ادرینرجیک بلاک کونکي درمل)دخوړلواویاتسمم له کبله رامنځته شي. (۱)

(c) ketabton.com: The Digital Library

کارډیوجنیک اوابسترکتیوشاک Cardiogenic and Obstractive shock

کارډیوجنیک شاک معمولاً دزړه ددهاني دکمښت له کبله (چي معمولاً ئي سبب دزړه ابتدائي آفات وي)منځته راځي.حال داچي یوشمیرمیخانیکي فشارونه چي دزړه داذیناتو، بطیناتواوغټورګونو پرډکیدواوخالي کیدوباندي اثراچوي (دویني په دوران کي مانعه یابندښت لکه دسږوغټي امبولي ګاني،دزړه تامپوناداو تنشن پنوموتورکس) ،دابسترکتیو شاک سبب ګرځي. (۱)

پتوفزیالوژي

په شاک کي اساسي ستونزه دحیاتي غړویاانساجو د دوران کمښت دي. کله چي وغړوته دویني دوران کم شي نودایروبیک میتابولیزم لپاره په پوره اندازه اکسیجن نه برابریږي،ځکه نوحجرات د غیرایروبیک میتابولیزم څخه کاراخلی چي په پایله کي ئي په زیاته پیمانه کاربن ډاي اکسایډ تولیداو لکتیک اسیډ غونډیږي.
دحجراتوندي خرابي اوکه شاک دوام وومومي نودحجراتو غیررجعي تخریب رامنځته اومړینه پیښیږي.
هغه برخه چي دهایپوپرفیوژن سره مخ ده پکښي دالتهابي اودویني دغوټه کیدو دواړه حالتونه وخیم کیږي. دهغواوعیوچي دهایپوکسیا سره مخ دي،داندوتیل حجرات په زیاته پیمانه سپین کریوات فعاله کوي چي هغه پخپل وارسره داوعیوداندوتیل حجراتوسره نښلي اوپه مستقیم ډول دحجراتودتخریب وړموادلکه(پروتیولیتیک انزایمونه اوالتهابي میډیاتورونه (سایتوکینونه، لوکوترینونه، تومورنکروتیزنګ فکتورونه) افرازوي.یوشمیرددي موادوڅخه دحجراتوپرسطحي آخذوباندي نښلي اویوه ماده چي (nuclear factor kappa B) نومیږي آزاده اوداماده پخپل وارسره دسایتوکینونو افرازنورهم زیات اوهم یوه بله ماده چي نایتریک اکسایډ(NO) نومیږي(قوي مؤسع الوعائي ماده ده) آزاده وي.
په زیاته پیمانه نایترس اکسایډ بلآ خره په یوه بله ماده چي Peroxynitrite نومیږی بدله اوهغه پخپل وارسره دمایتوکاندریاوودتخریب اودزیاتي اندازي ATP دتولیدسبب ګرځي.
داندوتیل حجراتوتخریب اودزیاتومیډیاتورونوآزادیدل دوړواوعیوڅخه دمایعاتودوتلو(پرمیبیلیټي) توان زیات او مایعاتواوحتي کله کله دپلازماپروتینونوته اجازه ورکوي ترڅوداوعیوڅخه ووزي اوهم برعکس په ځانګړي توګه په هضمي سیستم کي دامعأ بکتریاوي دلومن څخه داوعئي دجداردلاري تیري اودوران ته ننوزي اوسپسزیا میتاستاتیکوانتاني محراقونوسبب ګرځي.
دویني فشاراکثراً دشاک په لمړیوکي ټیټ نه وي (ولي هغه وخت دویني فشارټیټیږي چي د شاک علاج ونشي) . او همداشان ټول هغه ناروغان چي دویني ټیټ فشارلري په شاک کي نوي.بیاهم دویني دټیټ فشار اندازه اوپایلي دبدن په معاوضوي حالت اودشاک په سبب پوري تړاولري. (۱)

(c) ketabton.com: The Digital Library

د بدن معاوضوي حالت Compensation

په آوايلوکي،کله چي وغړوته داکسيجن انتقال کم شي،نوانساج هغه دويني څخه دزيات اکسيجن په اخستلوسره معاوضه کوي. همدارازپه شرائينوکي داکسيجن کمۍ ادرينرجيک عکس العمل (دزيات سمپاتيک فعاليت له کبله دزړه دضربان زياتيدل اودرګونوتنګوالي)راپاروي. په ابتدأکي درګوتنګيدل انتخابي وي اويوازي وزړه اودماغ ته وينه زياتوي. په دوران کي بيتآ ادرنرجيک امين(اپي نفرين،نوراپي نفرين)پخپل وارسره دزړه دپمپ قوه زياته،دفوق الکليوي غدواتوڅخه دکورتيکوستيروئيدونو،دپښتورګوڅخه درينين،اودکبدڅخه دګلوکوزافراززياتوي. (۱)

اعراض اوعلايم

له دي کبله چي دشاک اسباب بيل بيل ډولونه لري،نوځکه ئي کلينيکي لوحه هم بيله اودزياتوغړواوسيستمونواعراض اوعلايم پکښي شتون لري.

دشاک اعراض اوعلايم پر۲ډوله دي:

۱- عمومي اعراض اوعلايم(چي په ټولوډولونوکي ليدل کيږي).

۲- ځانګړي اعراض اوعلايم (چي دشاک په ډول اړه پيداکوي).

په عمومي ډول ناآرامي،مغشوشيت اوخوبجن توب ئي عمده اعراض تشکيلوي. اطراف خاسف،ساړه،لامده اواکثراً سيانوتيک وي چي سيانوزدغوږوپه نرميو،پوزه اونوکانوکي ښکاره وي.دشعريه عروقودډکيدووخت اوږد(نورمال=۲ثانئي) اوپرته له دسترييبيوټيوشاک څخه په نوروټولوډولونوکي پوستکي خړاولوندوي.خولي کيداي شي شتون ولري.

محيطي نبض کمزوري اوچټک وي چي اکثراً يوازي فخذي اوياثباتي نبض جس کيداي شي.دتنفس تعدادکيداي شي زيات ازياهايپرونټيليشن شتون ولري.دويني فشارټيټ(سيستوليک فشارتر۹۰ملي مترسيماب کم)اوکله کله اندازه کيداي نشي. بولي هم کمي وي.

په دسترييبيوتيوشاک کي هم ورته اعراض اوعلايم شتون لري ولي پوستکي توداوسوروي.نبض قوي ولي کمزوري نه وي.

په سپتيک شاک کي تبه چي لړزه هم ورسره مل وي شتون لري.

په انافيلکتيک شاک يوشميراخته ناروغانوپربدن لړه مکي اوپه سږوکي خړه هاري وي.

يوشميرنوراعراض لکه دسيني دردونه،سالنډي،اودخيټي دردونه کيداي شي داصلي سبب اودغړودعدم کفايه له کبله شتون ولري. (۵)

(c) ketabton.com: The Digital Library

تشخیص

۱- اعراض اوعلایم.

۲- متممه معاینات.

دتشخیص لپاره عمده معیارونه:

۱- دشعورمختل کیدل.

۲- تکي کارډیا(تر۱۰۰ځلي په دقیقه کي زیات).

۳- تکي پنیا(تر۲۲ځلي په دقیقه کي زیات)

٤- هایپوټنشن (سیستولیک تر۹۰ملي مترسیماب کم اویاتراصلي فشارد۳۰ملي مترسیماب کم).

۵- دبولوداندازي کمښت(په ساعت کي تر۰،۵ملي لیتره کم).

لابراتواري معاینات

۱- دلکتیک اسیډ زیاتوالي(>3mmol/Lit).

۲- دالقلیت کمښت.

۳- PaCo2 >32 mm Hg

متممه معاینات

۱- CT- Scan, US,ECG,CXR

۲- Blood and Urine Culture

د شاک د سبب تشخیص

صدري دردونه اوډیسپنیا(دمیوکارډاحتشآ،دابهرشریان څیریدنه ،دسږوامبولي).

صدري دردونه اوډیسپنیا+سیستولیک مرمر(میترال عدم کفایه،دبطیناتودپردي څیریدنه).

صدري دردونه اوډیسپنیا+ډیاستولیک مرمر(ابهر عدم کفایه).

دغاړي دوریدونوپاړسوب،دزړه خف آوازونه،نبض پاراډوکس (تامپونادقلبي).

دخیټي اوصدردردونه اوحساسیت(دپانکریاتیت،پریتونیت،دابهرڅیریدنه اواکتوپیک پریګنانسي).

تبه،لړزه اوموضعي انتان (سپتیک شاک).

د رملنه

عمده هدف دهایپوپرفیوژن اصلاح اوانساجوته دپوره اندازي اکسیجن رسول دي.

په شاک اخته ناروغانوکې باید دتنفس تعداد اندازه،دویني دګازاتواندازه تعینه اودصدرراډیوګرافي ترسره شي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

په دي ناروغانوکي ترهرڅه لمړی بایددزړه دهانه او دويني فشار په نورمال حد کې وساتل شي،چي ددي کارلپاره باید ناروغ ترهرڅه دمخه لاندي اهتمامات ترسره شي.

۱- مایعات

چي معمولاً دويني يادويني دمشتقاتو،کلوئيدي یا کریستالوئید ډوله مایعاتوڅخه کاراخستل کیږي.

۲- د قلبي وعائي سیستم د دندوبرقراروال

چې د دي کارلپاره معمولاً دیوشمیردرملولکه Ionotropics and/or vasopressor یا Vasodilators اویا Devices وتطبیق ته اړتیالیدل کیږي.

په شاک اخته ټولوناروغانوکې باید لاندي ټکي په پام کې ونیول شي:

- د پوستکي رنګ.
- د ناروغ شعوري حالت.
- د شعریه عروقودخالي کیدووخت.
- د اطرافودحرارت درجه.
- د بولواندازه.
- د ويني فشار.
- د زړه ګراف.
- د مرکزي ورید د فشار اندازه کول.

په دي ناروغانوکې باید لاندي لابراتواري معاینات ترسره شي:

په ټولو ناروغانوکې باید:

- هیموګلوبین اندازه شي.
- د ويني سپین کریوات وکتل شي.
- د ويني ګلوکوز،دمویه صفیحات،اودويني دعلقه کیدووخت اندازه شي.
- د ناروغ یوریا،کریاتینین اوالیکترولیتونه باید وکتل شي.
- د کبد بیوشیمیک معاینات ترسره شي.
- د ويني د ګازاتو اندازه کول.
- په وینه کې داسیډ اوبیزد انداز تعینول.
- د زړه ۱۲ لیډه ګراف باید واخستل شي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

په ځانګړوناروغانوکې باید:

- د ويني، بلغمو، بولو،زوواودشوکي نخاع دمايع کلچرترسره.
- په وينه کې باید دلکتيت اندازه وکتل شي.

د شاک دعامل په پام کې نیولوسره باید درملنه ترسره شي:

- خونريزي کنترول شي.
- د انتان تداوي (انتي بيوتيک)، تر سره اومنبع ئي (کتيترواېستل شي،دجراحي عملئي په ذريعه دآبسه تخليه اوڅيريدنه،اويا دبطن خلاصول) په ګوته اوله منځه يووړل شي.

دناروغۍ دعامل په پام کې نیولوسره لاندني متممه معاينات ترسره کیداي شي.

- د ناروغ فزيکي معاينه.
- د صدراوخيټي راډيوګرافي.
- د التراسونډ معاينه او CT-Scan.

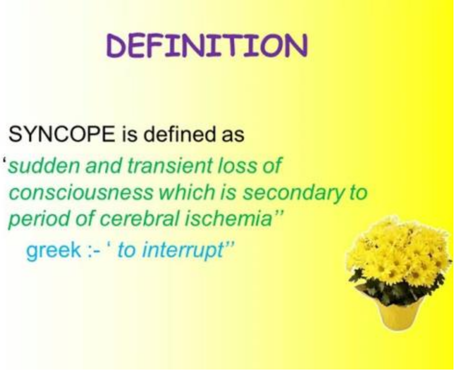
اختلاطات که شتون ولري باید تداوي شي.

- د ويني دعلقه کيدوستونزه Coagolopathyباید تداوي شي.
- د پښتورګوعدم کفايه تداوي شي.
- اسيدوزس اصلاح.
- ناروغ ته باید ددردضددرمل توصيه شي (دوريد دلاري په کمه اندازه دافيات مشتقات). (۷)

(c) ketabton.com: The Digital Library

سنکوپ Syncope

تعریف



په ګذری ډول د شعور ضایع کیدل چي د دریدلو توان له منځه ولاړسی د سنکوپ په نوم یادیږی، چي عمده علت یی د قلبی وعایی میخانیکیتونو په ذ ریعه د د ماغ ددوران کموالی دی. ناروغی ډیره عامه ده چي تقریباً د بیړنیو پیښو د څانګی د ناروغانود ویزیټ د ۱ تر ۲ سلنه او د روغتونود بستر د ناروغانو ٦ سلنه پیښی تشکیلوی. (۵)

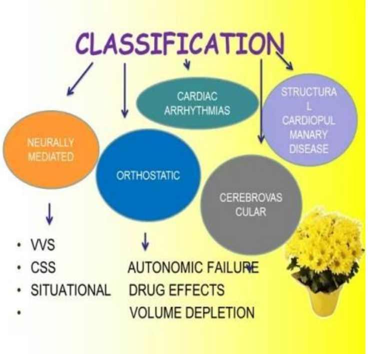
که څه علت یی اکثراً واضح نه وی، څکه په پلټنه کي لمړی باید هڅه وشی چي سنکوپ د شعور د ضایع کیدو د نورو اسبابو په څانګړی توګه اپیلپسی څخه توپیر شی او په دوهم قدم کي باید هڅه وشی تر څو هغه ناروغان چي د زیات خطر سره مخ دی په ګوته شی.

سنکوپ کیدای شی په دریو کټه ګوریو وویشل شی:

۱- عصبی

۲- قلبی

۳- نیورولوژیک یا سیکولوژیک



عمده علت یی وازو و ګل شکل تشکیلوی، چي ښه انذار لری، حا ل داچي د سینکوپ قلبی وعایی اسباب خطرناکه او په یوه کال کي د مړینی اندازه د ۱۸ څخه تر ۳۳ سلنی ته رسیږی.هغه ناروغان چي قلبی ستونزه ونلری انذار یی ښه ولی کیدای شی څو ځلی د ناروغی حمله عود وکړی.

اسباب

۱ - جدول : د سینکوپ اسباب (۵)

---

1. Neurally mediated

(a) *Reflex-mediated:* Vasovagal or neurocardiogenic syncope, Carotid sinus hypersensitivity
Situational (micturation, defication, cough and swallowing).

(c) ketabton.com: The Digital Library

(b) *Autonomic dysfunction*

Pure autonomic failure (Multiple system atrophy (parkinsonian)

Postural orthostatic tachycardia syndrome

Secondary autonomic failure

2. Cardiac syncope

(a) *Bradycardia(*Atrioventricular block, Sinoatrial disease).

(b) *Tachycardia(*Ventricular arrhythmia, previous myocardial infarction, Cardiomyopathy, Long-QT syndrome, Supraventricular arrhythmia).

(c) *Structural cardiovascular disease(*Aortic stenosis, Hypertrophic cardiomyopathy, Atrial myxoma or thrombus, Pulmonary embolism).

3. Neurological or psychiatric

(a) *Neurological(*Migraine, Subclavian steal, Vertebrobasilar disease).

(b) *Psychiatric(*Anxiety, depression, Hyperventilation).

کله چي د ناروغی سبب په گوته شو، نو په تر ۵۰ سلنه زیاتو ناروغانوکي تشخیص یی د سریری تظاهراتو له رویه لکه تاریخچه، فزیکي معاینات،اوECG په ذریعه اینبودل کیږی. تاریخچه ډیر ارزښت لری ځکه کولای شو د تاریخچي له رویه و پیژنو چي د حملی سبب وازو وگل منشه لری اویاداچي اپیلپسی یی منشه ده.په زیاتوپیښو کي لیدل شویده چي زیات ناروغان چي د اپیلپسی په لوحه یی مراجعه کړیده، وروسته پیژندل شویدی چي په سینکوپ اخته وه اویا د سینکوپ د حملی عود پر راغلی وو. یو شمیر ددی ناروغانوځخه حتی په وژونکي قلبی اریتمیا اخته وی چي و دقیقی درملنی ته اړتیا لری. (۵)

۸- ۲ جدول :هغه درمل چي کیدای شی د postural hypotension سبب وگرځی ذکرشویدی.(۵)

لیوودوپا

تاریخچه: د سنکوپ په ارزیابی کي د کلینیکي تاریخچي ارزښت ډیرزیات او که امکان وی باید د هغه چا څخه چي هلته حاضروی هم پوښتنه وشی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

مدررات

د الفا ادرینرجیک آ خذو نهیه کونکي

دACE نهیه کونکي درمل

د انجیوتنسینII آ خذو نهیه کونکي

د کلشیم د چینل بلاک کونکي

نایتریتونه

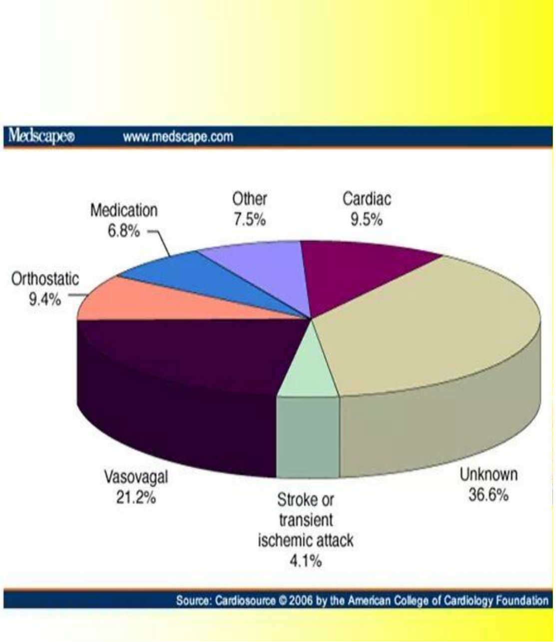
د افیات مشتقات

ایتانول الکهول

د خفگان ضد ترای سیکلیک درمل

بروموکریپتین

فینوتیازین



تشد یدونکي فکتورونه

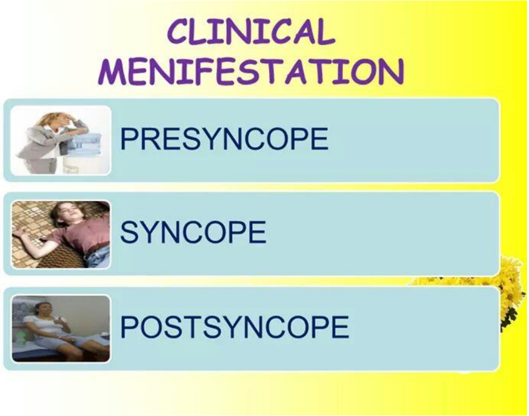
وازووګل سنکوپ معمولاً د لویدلو د حالت څخه عبارت دی،چي معمولاً د یوشمیر حالاتو لکه زیات دریدل،ګرمی او لوږه سره شدت مومی.همداراز حمله کیدای شی د ناستی پروخت په ځانګړی توګه د موټر چلولو په وخت رامنځته شی.په حساسو خلګو کي یوشمیر ځانګړی تنبهات کیدای شی د نیوروکارډیوجنیک سنکوپ د حملی سبب وګرځی.

بطینی اریتمیا، په ځانګړی توګه Long-QT syndrome کیدایشی د یوشمیر حالاتو لکه غالمغال،یا د ساعت زنګ په ذریعه تنبه شی. جهدی سینکوپ معمولاً د ابهر شریان د تضیق او یا هایپر تروفیک کارډیو میو پاتی اعراض تشکیلوی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

د حملی تر مخه اعراض اوعلایم

خولی کیدل او یا دګرمی یا زړه بدوالی احساس کیدای شی د وازو و ګل سنکوپ په تعقیب را منځته شی. قلبی اریتمیا چي کیدای شی د زړه د تکان ، صدري درد،او یا د نفس تنګی سبب و ګرځی. برډی کارډیا کیدای شی پرته له کومی خبری نښی د شعو ر د ضایع کیدو سبب شی. د سینو اتریل عقداتو خرابوالی د سنکوپ پر حملی برسیره کیدای شی دیو شمیرنورو اعراضو لکه ګنګسیت اویا سرګرځیدنی سبب شی.



په سیکاتریک سنکوپ کي یو شمیر زیات اعراض لکه ژرژر سا ایستل، دګوتوپه سرو یا شونډانوکي د کرختی احساس،او صدري دردونه کیدای شی د سنکوپ تر حملی مخکي شتون ولری.

د سنکوپ حمله

په سنکوپ کي د شعورد ضایع کیدو دوام ډیر کم او تر خو دقیقو وروسته ناروغ روغوالی مومی. که د شعور ضایعه د وامداره شی نوبیا پر نورروناروغیو دلالت کوی،چي باید په پام کي و نیول شی.

د حملی پر وخت اکثراً ناروغ لویږی، ولی د ادرار وتل چي د اپیلپسی لپاره وصفی دی په غیر معمول ډول کیدای شی په سنکوپ کي هم ولیدل شی. د ناروغ لخوا د حملی بیانول زیات ارزښت لری،چي په کلاسیک ډول هغه ناروغان چي په قلبی اریتمیا اخته وی معمولاً د یو داسی حملی ښخه چي په نا

(c) ketabton.com: The Digital Library

خاپي توګه په شدیده برډی کارډیا باندی پیلیږی،دناروغ رنګ سپین اوښتی وی او د ګرمی احساس کوی حکایت کوی چي دا ډول حمله د Stokes Adams په نوم یادیږی.

که د سنکوپ منشه قلبی اریتمیاوی نوپه ناروغ کي سیانوز کیدای شی شتون ولری. د حملی په وخت د اختلاجاتو شتون زیات د اپیلپسی و خواته فکر کیږی، ولی کیدایشی په سنکوپ کي هم شتون ولری.

د روغوالي دوره

د سنکوپ تر حملی سمدستی وروسته ناروغ کاملاً روغ او د ماغی فعالیت برقراره کیږی.یوازی په وازووګل سنکوپ کي تر حملی وروسته کیدای شی د زیات وخت لپاره ناروغ د زړه بدوالی اوکانګو خخه شکایت وکړی.

کورنی تاریخچه: د سنکوپ یوشمیر ځانګړی حالات شتون لری چي پیکښي فامیلی تاریخچه ارزښت لری.د بیلګی په توګه د Long-QT syndrome اویا hypertrophic cardiomyopathy. حالت.

معاینات

په معایناتوکي باید زیاته پاملرنه د قلبی وعایی ناروغیو خواته واړول شی چي په دی منظور لاندی معاینات اړین دی.

د زړه ګراف Electrocardiogram

په سنکوپ اخته ټولو ناروغانوته باید ECG ترسره شی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

د ناروغ د وامداره یا ګرځنده څارنه Ambulatory monitoring

له دی کبله چې د حملی په وخت قلبی نښی نښانی په سختی سره تر لاسه کیږی، څکه نوکله چې ناروغ د شعور په حالت کې وی باید معاینات یی تر سره او په څوځلی تکرارشی.

د Tilt-testing معاینه

په هغو ناروغانوکې چې د سنکوپ د حملی سبب یی وازووګل وی اړینه اوښه پایله لری.

پر پورته معایناتوبرسیره کیدای شی د echocardiogram او EEG څخه هم کار واخستل شی.

د رملنه

په نیورو کاردیوجنیک شکل اخته ناروغان ځانګړی درملنی ته اړتیا نلری، او یوازی باید ورته ډاډ ګیرنه ورکړل شی او هم تشدیدونکې عوامل یی له منځه یووړل شی. ولی په وازو وګل سنکوپ اخته ناروغان چې بړدی کارډیا لری او یا بیل بیل ډول اریتمیاوی ولری باید درملنه ورته ترسره شی. په ۳/۱ ناروغانوکې د سنکوپ سبب نا معلومه وی،نو په دی ناروغانوکې چې کومه قلبی عارضه ونلری ځانګړی درملنی ته اړتیا نه لیدل کیږی.(۱)

د زړه د رید نه Cardiac Arrest

د زړه پر ناڅاپې او پوره دریدنه باندی دلالت کوی. په دی ناروغانو نبض شتون نلری،ناروغ شعور دلاسه ورکوی، او تنفس هم په بیړنی ډول قطع کیږی.که دی ناروغانوته په بیړنی ډول مؤ ثره درملنه ونه رسیږی نو مری. د زړه دریدل کیدلای شی د بطینی فبریلیشن، د بطیناتو بی نبضه تکې کارډیا، اسیستولی او یا د برقی سیالو د خرابوالی له سببه را منځته شویوی. (۵)

اسباب

بطینی فبریلیشن: د زړه د دریدنی او ناڅاپی مړینی عمده ولی د علاج وړ سبب تشکیلوی. کیدای شی سبب یی د میوکارډ احتشا،اسکیمیا اویا د برقی جریان خرابوالی وی.د زړه د ساختمانی ناروغیو، د الکترولیتونوتشوش (هایپو کلیمیا) او نا مناسبه درملنه کولای شی بطینی فبریلیشن وخیم کړی.

بطینی اسیستولی: هغه وخت را منځته کیږی چې بطینات برقی فعالیت ونلری او عمده سبب یی کیدای شی د برقی سیالو تولیدونکو حجراتوخرابوالی او یا د شدیدی اسکیمیا له کبله د میو کارډ د عضلی د زیاتی برخی خرابوالی وی.

د الکترولیکې اومیخانیکې فعالیتونوخرابوالی:هغه وخت را منځته کیږی چې پر نورمال الکترولیکې جریان برسیره مؤثره قلبی دهانه شتون و نلری.کیدای شی سبب یی یوشمیر درملنی وړ حالات لکه

(c) ketabton.com: The Digital Library

هایپو ولیمیا او یا تنشن پنوموتورکس وی، ولی اکثر یی سبب د زړه د عضلی څیریدنه او یا کتلوی امبولی تشکیلوی، چي په دی صورت کي انذار خراب وی.

د رملنه

درملنه یی معمولاً کمکي وی او دناروغ د ژوندی پاتی کیدو لپاره یو شمیر اړینو اهتماماتو لکه Basic

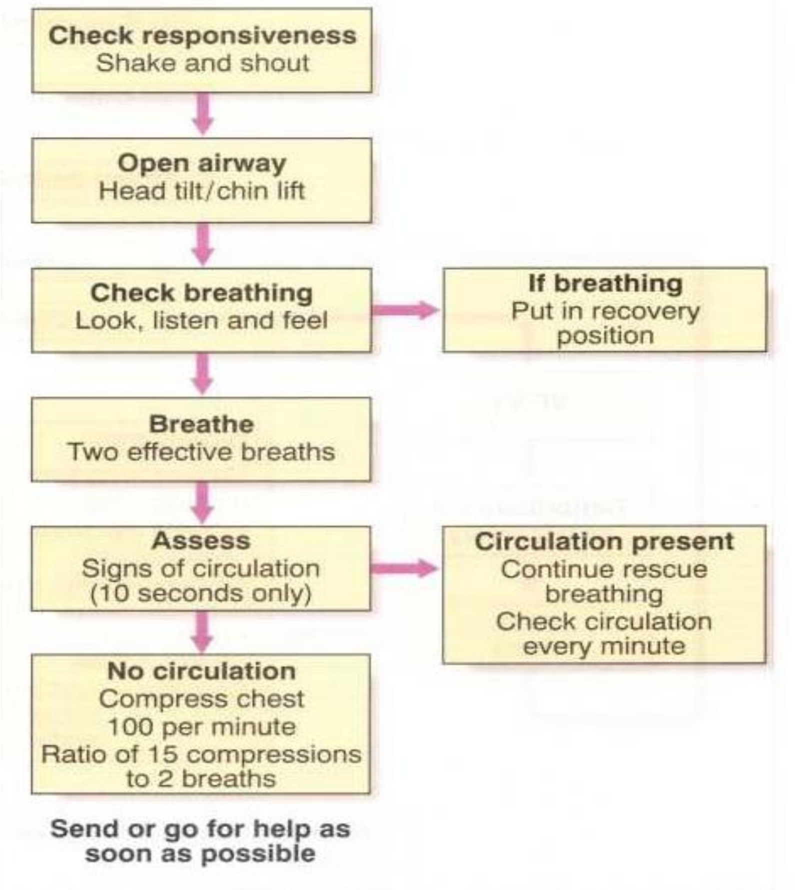


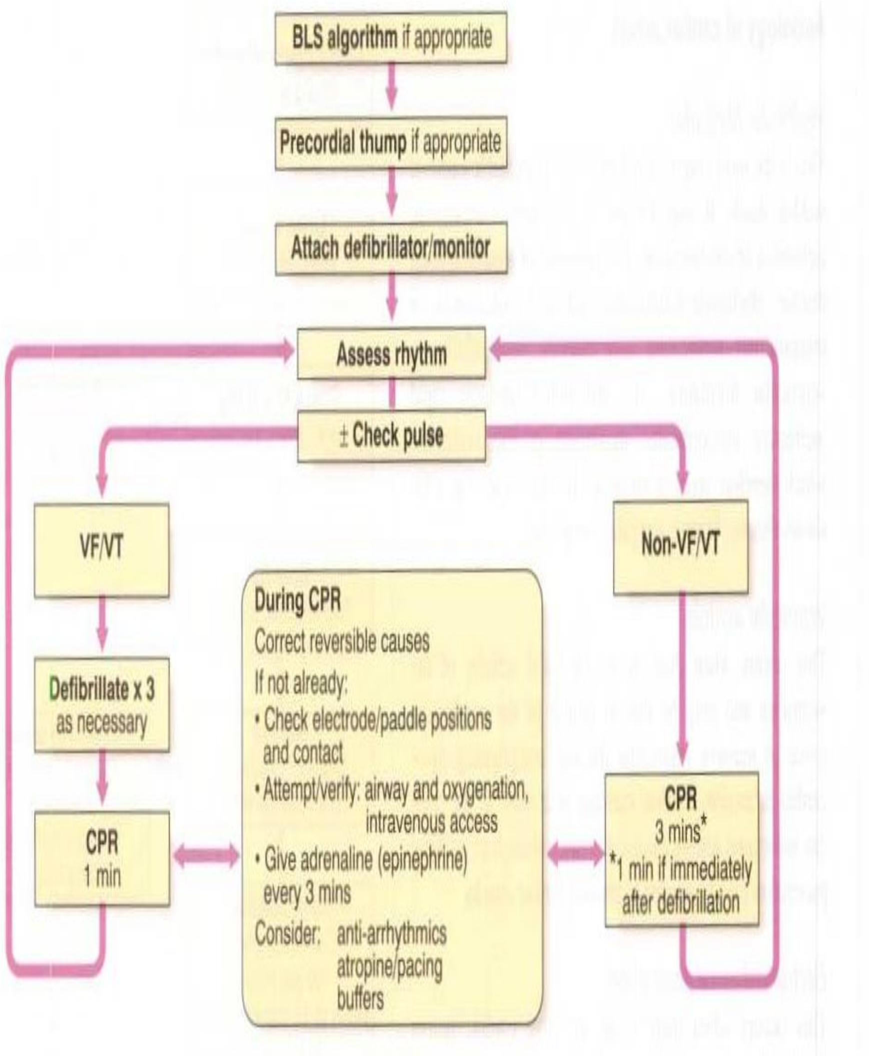
Fig. 3.40 Algorithm for adult basic life support.

Life Support (BLS)او یا (Advanced Life Support ALS ته اړتیا لیدل کیږی.

په دی ناروغانوکي پرهرڅه برسیره باید بیړنی معاینه ترسره او هوایی لاره یی خلاصه، تنفس یی برقراره او د وینی دوران یی و ساتل شی. په کي په ترتیب سره باید لاندی کړنی ترسره شی. (۵)

(c) ketabton.com: The Digital Library

د (ALS) Advanced Life Support څخه مقصد په هغه ناروغانوکي چي سبب يې قلبي اريتمياوي ،د ډيفبريليشن په ذ ريعه د قلبي نورمال دوران او قلبي د هاني برقرارول دي . معمولاً پر (BLS)برسيره ترسره کيږي تر څو ناروغ د مړيني څخه و ژغورل شي. (۵)



(c) ketabton.com: The Digital Library

نا څاپي مړینه

Sudden Death

هغه حالت ته ویل کیږي چي یو روغ کس ناڅاپه ناروغه او د څو دقیقو یا ساعتونو په لړ کي و مري. په تقریباً ۳۰ سلنه ناروغانوکي یې سبب دزړه نه پرته نوري ناروغۍ لکه دماغي خونریزي او یا د ابهر شریان څیریدنه تشکیلوي، ولي په زیاتو پیښنو کي سبب دزړه ناروغي په ځانګړي توګه د اکلیلي شراینو ناروغي ، د میوکارډ احتشا ، دزړه عدم کفایه او یا اریتمیا تشکیلوي. په لږ شمیر ناروغانوکي د ناڅاپي مړیني واضح دلیل نه تر لاسه کیږي، ولي بیایي هم عمده علت قلبي اریتمیابلل کیږي.هغه ناروغان چي تر متواتري ECGمونیتورنګ لاندي مري په لمړۍ درجه یي علت دبطیناتو فبریلیشن تشکیلوي، حال داچي په نوروزیاتو قلبي اریتمیاوو کي تر BLSیا ALSوروسته ناروغ نورمال قلبي فعالیت پیداکوي. د زړه په دریدنه اخته کوم ناروغان چي دروغتون څخه د باندي څارل کیږي، باید جدي څارنه یي وشي، ځکه هغه ناروغان چي د میوکارډ احتشا ونلري په دوی کي د زړه د د ریدنی د بیاراګرځیدلو چانس زیات اوباید د ځانګړي اریتمیا ضد درملني څخه ګټه واخلي. په هغو ناروغانوکي چي د چپه بطین کم فعالیت لري، باید د ورځي د ۲۰۰ تر ۳۰۰ ملي ګرامه امیودارون amiodaroneورکول شي تر څو د بیا راګرځیدنی مخه و نیسي. د هغه ناروغان خپلوان چي ناڅاپي مړ شویوی هم په زیاته اندیښنه کي وی چي باید هغوی هم معاینه کړل شي په ځانګړي توګه د یو شمیر کورنیو ناروغیو له پلوه لکه hypertrophic cardiomyopathy، Marfan's syndromeاو یا hyperlipidemia.

که د ناروغ په کورني کي څوک دماشوم توب په دوره اوځواني کي د ناڅاپي مړ شویوی، او که په نوروکي د QT intervaleاوږدوالي ولیدل شي باید ورته β–Blocker توصیه شي چي په انداروکي نبه والي راوستلای شي. (۵)

(c) ketabton.com: The Digital Library

د څپرکي لنډيز

شاک، چي يو عمده ډول يې کارډيوجنيک شاک دی، د انساجو د هايپو پرفيوژن، د وينی د فشار په ټيټوالی او د زړه د د هانی په کموالی سره وصفی کيږی. که کارډ يوجنيک شاک د زړه تراحتشأ وروسته را منځته سويوی نوکيدای سی چي ۴۰ سلنه د چپه بطين مصابه سويوی. په هغو څيرنو کي چي تر سره سويدی جوته سويده چي د زړه تر احتشأ وروسته د کارډيوجنيک شاک وقوعات د ۴،۲ څخه تر ۷،۲ پوری اټکل سويدی. د زړه په حاده احتشأ اخته ناروغانوکي زياته مړينه د شاک له کبله منځته راځی.(۱۱)

سينکوپ هم هغه حالت دی چي زياتی پيښی يې د زړه د ناروغيو له کبله منځته راځی او د تشخيص لپاره يې بايد تر هرڅه لمړی ابتدايی معا ينات لکه د ناروغ تاريخچه، فزيکي معاينات (د اورتو ستاتيک فشار تعينول) او د زړه ګراف و اخستل سی. نوی څيړنو جوته کړيده چي د سينکوپ عمده سبب يعنی ٥٦ سلنه پيښی عصبی او اورتوستاتيک حالات تشکيلوی، په دوهمه درجه کي يې سبب د زړه ناروغی دی چي ۱۴ سلنه، عضلی عصبی حالات ۹ سلنه او هغه چي سبب يې نه دی معلوم ۲۰ سلنه پيښی تشکيلوی.
په غربی هيوادونوکي اوس هم د مړينو عمده علت د زړه نا څاپی مړينی تشکيلوی، چي عمده سبب يې بيا هم بطينی تکي ا رريتمياوی، او فبريليشن تشکيلوی. ځکه نو په وخت تشخيص او درملنه يې د ناڅاپی مړينو مخه نيسی.

هغه اساسی او کلينيکي څيړنو چي په دی ۲۰ کلونوکي تر سره سويدی د زړه د ناڅاپی مړينو په اړوند زيات معلومات ترلاسه سويدی. د زړه د ناڅاپی مړينو څخه د مخنيوی لمړی قدم د زړه د ناروغيو او د هغو د خطرونو په اړوند عامه پوهاوی دی چي بايد د ټولنی ټولو وګړو ته تر سره سی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

د څپرکي پوښتنې

د رسته جمله په ص او غلطه په غ سره په نښه کړی.

۱ : د سینکوپ په اړوند :

الف: د مخ سوروالی چي د تگی ارریتمیا گمان پرکیږی.

ب: که ناځاپی پیښ سی نو پر vaso vagal حملی د لالت کوی.

ج: که د تمرین په وخت کي پیښ سی نود میترال وسام پر عدم کفایه دلالت کوی.

د: په بوډاگانوکي د لویدنی عمده سبب تشکیلوی.

۲ : د قلبی – تنفسی احیأ مجد د په وخت کي :

الف: د زړه ا سیستولی یی عمده موند نه ده .

ب: که ECG نورماله وی نو پرعمیقه ها یپو ولیمیا دلالت کوی .

ج: که cardioversion کارورنکړی، نوکیدای سی ناروغ ته د زړه په داخل کي ادرینالین زرق سی.

د: د صدر د compression او ventilation اندازه باید 5:1 وی.

۳ سوال - هغه درمل چي کیدای شی د postural hypotension سبب وگرځی په نښه کړی؟

الف: Methotraxete ب: NSAIDs

ج: Nitrates د: Diuretics

۴ سوال – د Neurally mediated سینکوپ لامل عبارت دی له:

الف: Vasovagal or neurocardiogenic syncope ب: Migrain

ج: Sinoatrial disease د: Hyperventilation

۵سوال: دشاک دتشخیص لپاره کوم معیارونه اړین دي،وئي لیکي؟

٦ سوال: د Stokes Adams حمله څه ته وایی، شرحه یی کړی؟

۷ سوال: - کاردیو جنیک شاک تعریف اواسباب ئي سره دمثاله ولیکي؟

(c) ketabton.com: The Digital Library

نهم څپرکی

د زړه ناروغی اوامیدواری ،د زړه ناروغی او جراحی

د زړه ناروغی اوامیدواری
د زړه ناروغی او جراحی
د اکلیلی شراینو ناروغی او جراحی

د څپرکي مقدمه

د امید واری په دوران کي په فیزیولوژیک ډول یوشمیر بدلونونه ، د دی لپاره چي رحم او جنین ته په پوره اندازه وینه ورسیږی، را منځته کیږی.نوموړی بدلونونه د نورمال زړه لپاره کومه ستونزه نلری، ولی په هغه صورت کي چي زړه ناروغه وی نو ورته ستونزه پیداکولای سی. د زړه ناروغی د ۰،۵ څخه تر ۱ سلنه په ټولو امید واریو کي را منځته چي د ۱۰ تر ۱۵ سلنه مړینه را منځته کوی. د روماتیزمی ناروغیو د وقایوی تدابیرو په عاملو سره په غربی هیوادونوکي د زړه د کسبی ناروغیو پیښی کمی او ۰،۲ سلنی ته را ټیټی سویدی. حال داچي د زړه د ولادی ناروغیو پیښی، د دی لپاره چي د ماشومانو په جراحی درملنه کي پرمختګ را غلیدی، مخ په زیاتیدو دی.

په غربی هیوادونوکي د لمړنی امیدواری څنډ، د مور دعمر زیاتوالی او په سګریټو د ښځو روږدوالی د اکلیلی شراینو په ناروغیو د اخته کیدو چانس ز یاتوی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

د زړه ناروغۍ او امیدواري
Cardiac disease and pregnancy

د وینې لوړ فشار او امیدواري

د وینې لوړ فشار، چي د امید واری د غیر نسایی اختلاطو یو عمده اختلاط تشکیلوی، په ۱۰ سلنه امیدوارو میندو کي منځته راځی. په امید واری کي هغه وخت د وینی د لوړ فشار تشخیص اینبودل کیږی چي د وینی فشار تر ۹۰/۱۴۰ ملی متر سیماب یا زیات په ۲ پرله پسی معایناتو کي وموندل سی.

په امید واری کي د وینی لوړ فشار په لاندی برخو ویشل کیږی

۱- پری اکلامپسیا preeclampsia

۲- د وینی مزمن لوړ فشار

۳- د وینی مزمن لوړ فشار او preeclampsia

۴- د امیدواری د وینی لوړ فشار یا هغه لوړ فشار چي پروتین یوریا ورسره مل نه وی

تقریباً ۳/۱ پیښی یی د مزمن ها یپرټنشن او ۳/۲ پیښی یی د preeclampsia (چي د وینی فشار د امید واری په ۲۰ اونی کي ۹۰/۱۴۰ یا زیات، پروتین یوریا[تر ۳۰۰ ملی ګرامه په ۲۴ ساعته کي زیات] او پتولوژیکه اذیما سره وصفی کیږی) په ذریعه منځته راځی. اکثراً د preeclampsia سره دمیرګی حملات او HELLP سندروم هم ملګری کیږی چي ورته eclampsia ویل کیږی. preeclampsia په زیاته اندازه د مور او ماشوم د مړینی سبب کیږی. په هغو ښځوکي چي عمر یی تر ۳۵ کلنی زیات او امیدواره کیږی د وینی د مزمن لوړ فشار پیښی زیاتوالی مومی. د هغو خیړنو څخه چي تر اوسه تر سویدی بیاهم α-methyldopa انتخابی درمل تشکیلوی، ولی دpreeclampsia په شتون کي باید ناروغ ته hydralazine او د بستر استراحت هم توصیه سی. همداراز د magnesium sulfate تطبیق مؤثر او د seizures څخه مخنیوی کوی. (٦)

HELLP= (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets)

(c) ketabton.com: The Digital Library

۹- ۲ جد ول: په امید واری کي د وینی د لوړ فشار ضد درملو استعمال (٦)

درمل	په امید واری کي استعمال	ملاحظات
مرکزی سیمپاتو لیتیک درمل CENTRAL SYMPATHOLYTIC		
Methyldopaمتیل دوپا	++++	په زیاته اندازه استعمالیږی، او په امید واری او شیدی ورکولو کي محفوظ ترین درمل شمیرل کیږی
Clonidineکلو نیدین	+++	د امید واری د مزمن فشار په شتون کي مؤثریت نلری.
د الفا او بیټا بلاک کونکي درمل α- AND β-BLOCKERS		
Labetalolلبیتا لول	++++	زیاتو څیړنو جوته کړیده چي خطر نلری او په شیدو کي هم په لږه اندازه وزی
β-BLOCKERS بیټا بلاکر درمل		
اتینولول، میتوپرولول، بنډالول، پروپرانولول Atenolol, metoprolol, pindolol, propranolol	+++	د امیدواری په دریم ترای مستر کي محفوظه درمل گڼل کیږی،او د امید واری په لمړی او دوهم سمستر کي باید توصیه نسی
د شراینو مستقیم توسع ورکونکيDIRECT ARTERIAL VASODILATOR		
Hydralazineهید را لازین	++++	په امیدواری کي په زیاته اندازه استعمالیږی
د کلشیم د چینل بلاک کونکي درملCALCIUM-CHANNEL BLOCKERS		
نیفیدیپین، ډلتیازم او وراپامیل Nifedipine, diltiazem, verapamil	+++	د امیدواری په دریم ترای مستر کي محفوظه درمل گڼل کیږی
DIURETICS مد ررات		
هایدروکلور تیازید، کلور تالیدون او فروس امید Hydrochlorothiazide, chlorthalidone, furosemide	++	په امید واری کي استعمال ضد او نقیص استطباب لری، ولی اکثراً نه ورکول کیږی، او که یی ناروغ د امید واری تر مخه اخلی هم یی باید قطع کړی. کیدای سی شید ی هم کمی کړی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

د زړه اسکیمیا اوامید واری

اپید یمولوژی

د امید واری په دوران کي د زړه د ناروغیو شیوع کمه او یوازی ۱ سلنه اټکل سویده. په غربی نړی کي په زیاته پیمانه د زړه ولادی او روماتیزمی ناروغی د امید واری په دوران کي لیدل کیږی. (٦)

پتوبیولوژی

د امید واری په دوران کي د زړه د هانه د ۳۰ تر ۵۰ سلنه لوړیږی، چي زیاته اندازه یی د امیدواری په ۲۷ اونی کي موندل کیږی، چي عمده علت یی د زړه د دهانی او ستروک والیم زیاتوالی، او د سیستمیک اوعیوی مقاومت کموالی تشکیلوی. د امید واری په دوران کي د وینی حجم زیاتوالی مومی، په داسی حال کي چي د پلاسما اندازه تر سرو کریواتو زیاته او یوه فیزیولوژیکه کمخونی را منځته کیږی. که ناروغ د زړه د ناروغیو پخوانی تاریخچه ولری نو د امید واری په دوران کي ښه لارښود کیدای سی. هغه میندی چي د NYHA (صفحه ۸۱) تصنیف بندی سره سم دClass I او یا Class II ناروغی ولری، کولای سی چي امید واری ته دوام ورکړی. د زیات خطر سره هغه میندی مواجه دی چي ریوی هیپر ټنشن او یا Eisenmenger's سندروم لری. چي په دی ناروغانوکي د مړینو کچه ډیره لوړه او حتی ۵۰ سلنی ته رسیږی. (٦)

اعراض او علایم

په نورما له امید واری کي کیدای سی د زړه د ناروغیو مشابه اعراض او علایم ولیدل سی، تر نیمی زیاتی میندی د سالنډی ځخه شکایت کوی. د امید واری په دوران کي د زړه د ناروغیو فزیکي علایم هم ښکاره وی. د ستروک والیم زیاتوالی د یوسیستولیک مرمر د تولید سبب کیږی او هم په زیاتو ښځو کي د زړه دریم آ واز S3 اوریدل کیدای سی. د امید واری په دوران کي وراسته طرف ته دزړه بیځایه کیدل کیدای سی په ECG کي بدلون راولی او د T موجی بدلون وموندل سی. (٦)

د رملنه

له دی کبله چي امید واری یو proarrhythmic حالت دی، ځکه نو په دی دوران کي اذینی او بطینی د واړه مخفی محراقونه فعاله کیږی. هغه ښځی چي د زړه پخوانی ناروغی ونلری پیکښي اریتمیاوی سلیم سیر لری او ښه کنترولیدای سی. درمل ته یوازی هغه وخت اړتیا لیدل کیږی چي ناروغ اعراض او علایم تحمل نه کړای سی، او یا داچي د مور یا ماشوم لپاره ژوند تهد یدونکي وی. د امید واری په دوران کي زیاتی اریتمیاوی در ملنی ته اړتیا نلری. د اریتمیا ضد زیات درمل د امید واری په دوران

(c) ketabton.com: The Digital Library

کي مضاد استطباب نلری، اوحتی د cardioversion تطبيق هم کوم خطر نلری. د AVعقدی د اررتيميا د کنترول په منظور Adenosine تطبيق کيدای سی. د اررتيميا ضد اکثره class I درمل محفوظ او بيخطره دی، او که ډيجوکسين استعماليږی بايد اندازه يی زياته سی، ځکه د اميد واری په دوران کي د پروتينو سره د ډيجوکسين نښليدل کم او هم يی د ادرار دلاری اطراح زياتوالی مومی. Amiodarone د اميد واری په دوران کي بايد توصيه نسی.

د اميد واری په دوران کي د زړه د اسکيميکو ناروغيو کچه کمه (۱/۱۰۰۰۰) ده، او زياتی پيښی يی په هغو ښځو کي چي په کوکاينو روږدی وی او يا پر مخ تللی اتيرو سکليروزس ولری ليدل کيدای سی.

د Peripartum cardiomyopathy اصطلاح هغه وخت استعماليږی چي ناروغ ته په دريم ترای مستر کي cardiomyopathy پيدا او تر ولادت ٦ مياشتی وروسته هم دوام ومومی. پيښی يی ۱/۴۰۰۰ اټکل سويدی. د خطر عوامل يی چاغوالی، افريقايي- امريکايي نژاد، او زيات ولاد تونه ښودل سويدی. (٦)

انذار

هغه retrospective څيړنه چي پر ۲۷٦ اميد وارومیندو چي ۲۲۱ يی د زړه په ناروغيو اخته وی تر سره سويدی، په ګوته کوی چي په ۹٦ سلنه ناروغانوکي د class I يا IIناروغی منځته راغليدی. يوازی په ۲۵ سلنه ناروغانوکي د زړه ناروغی شديدی او يوازی د مور، يا ماشوم او يا د واړو لپاره خطر ناکه وی. څيړنو جوته کړيده چي هغه ميندی چي د اميد واری په دوران کي د زړه پخوانی ناروغی لکه اررتيمياوی، د زړه وظيفوی ناروغی، د زړه دچپه طرف بندشونه، او يا د ميو کارډ آ فات ولری، د زيات خطر سره مخ وی. (٦)

د زړه ولادی ناروغی او اميد واری

لکه مخکي چي هم و ويل سول چي د اميد واری په دوران کي ۵۰ سلنه زياتوالی د پلاسما په حجم او ۴۰ سلنه زياتوالی د ټولی وينی په حجم او هم داراز د زړه په دهانه کي را منځته کيږی.

له همدی کبله يوشمير هغه ناروغی چي په شديد ډ ول بندښت منځته راوړی لکه د ابهر تنګوالی، د اميد واری په دوران کي تحمل کيدای نسی او له همدی کبله نو د مور د مړينی کچه زياتوی. همداراز، بايد يادونه وکړو چي زيات هغه ناروغان چي د جراحی عمليات په ذريعه يی د زړه ولادی ناروغی اصلاح سويوی اويا حتی زيات ناروغان پرته له جراحی عمليات څخه هم کولای سی چي اميد واری تحمل او پرته له کومی ستونزی يی مخته بوزی.

اميد واری په ځانګړی توګه په هغو اميد واره ميندوکي چي سيانوزس او يا د ريوی شريان لوړ فشار لری خطرناکه او ښه نسی تحمل کيدلای، د بيلګی په توګه په Eisenmenger's سندروم اخته

(c) ketabton.com: The Digital Library

ناروغانوکي د مړينی کچه زياته اوتر ۵۰ سلنی هم لوړه ده، ځکه نو داناروغان وsterilisation ته اړتيا لری. د ۲ تر ۵ سلنه هغه اولادونه چي د زړه په ولادی ناروغيو اخته مور اوپلار څخه زيږی، کيدای سی چي د زړه ولادی ناروغی ولری، چي سلنه يی په هغو کي چي مور يی اخته وی زياته ده. (۷)

د زړه ناروغی او جراحی

Cardiac disease and surgery

د زړه په ناروغانوکی غيرقلبی جراحی

- د هغوناروغانو يوه در يمه چه عمر ئی تر ۳۵ کلو ز يا ت وی او جر احی عمليې ورته ا جراکيږی ، دزړه او رگونو دنا روغيو او دوينی دلوړ فشار ځينی ډولونه لری .
- جراحی دقلبی وعا يی سيستم لپاره ستريس منځته راوړی ، چه په هغو خلگو کی چی وخيمي او غير ثا بتي قلبی ناروغي ولری کيدای شی ډير ه خطرناکه وی .
- په هغو نا روغانوکی چی قلبی ناروغي لری او جراحی ورته اجراکيږی يوشمير عوامل چه ناوړه تاثيرات لری اوس پيژندل شويدی . (۲)

د اکليلی شريانو په ناروغانو کی دجراحی خطر

الف : د ميوکارد احتشا Myocardial Infarction

- هغه ناروغان چه په پخواوختونوکی يي دميوکارد احتشاء تيره کړی وی دجراحی په وخت کی لوړخطر لری (۴ تر ۸ سلنه)، دهغو په پرتله چي پخواکی يي نه وی تيره کړی (۰،۱ تر ۰،۷ سلنه). (۲)

ترعملياتووروسته د ميوکارد داحتشاء څخه رامنځته شوی وفيات په هغوکسانوکی چه پخوايي د ميوکارد احتشاء تيره کړيوی ډيرلوړ دی (۵۰ سلنه) دهغو په پرتله چه پخوايي احتشا نه وی تيره کړي (۲۵ سلنه) .

۹- ۱ جدول: د اکليلی شراينو په ناروغيو اخته ناروغانوکي هغه عوامل چي د جراحی خطر زياتوی(۲)

عوامل	تقريبی سلنه
عمر چي تر ۵۰ کلنو زيات وی	۳
د زړه تر احتشأ وروسته د ۳ مياشتو په موده کي عمليات	۱۰۰
د زړه تر احتشأ وروسته د ۳ تر ٦مياشتو په موده کي عمليات	۵۰

(c) ketabton.com: The Digital Library

د زړه تر احتشأ ٦ میاشتی وروسته عملیات	۳ تر ۱۴
انجین	۳ تر ۱۴

د NYHAد کلینیکي تصنیف له مخی	
لمړی کلاس	۴
د وهم کلاس (چې ډیجوکسین یا ډیوریتیک) ته اړتیا نلری	۹
د وهم کلاس (چې ډیجوکسین یا ډیوریتیک) ته اړتیا لری	۱۲
د ریم کلاس (چې ډیجوکسین یا ډیوریتیک) ته اړتیا نلری	۱۹
د ریم کلاس (چې ډیجوکسین یا ډیوریتیک) ته اړتیا لری	۲۷
څلورم کلاس	٦۷
د زړه د د ریم آ واز او یا د داجی اوعیه د پاړسوب شتون	۲۰
په دقیقه کي تر ۵ ځلی زیات د پریماچور تقلصاتو شتون	۱۴
اذینی اریتمیا	۹

د زړه بی نظمی اوجراحی، دوینی لوړ فشار اوجراحی

د وینی د لوړ فشار اړوند قلبی ناروغیو په لرونکو کی د جراحی خطر

- **د وینی خفیف اومتوسطه غیر اختلاطی لوړ فشار**

په دی ګروپ ناروغانو دجراحی خطرونه دهغوناروغانو په ډول وی کوم چه دزړه ناروغی نلری.

- **د وینی د لوړ فشار له کبله د زړه ناروغی**

د وینی دلوړفشار ناروغان چه دزړه دعدم کفايي اعراض اوعلایم لری داکلیلی شریانو دناروغانو په ډول دجراحی خطرونه لری . څکه نو هیپرتینسیف قلبی ناروغی په ټولو جراحی عملیاتو تقریبا ۱۳ سلنه او دبطن د داخل او د صدرد داخل په عملیاتونوکی ۲٦ سلنه دمړینی خطرونه لری .

دوینی لوړفشار اوصدری خناق یوځای والی خطرونه نه ز یاتوی .

(c) ketabton.com: The Digital Library

دمیوکارد پخوانی یا زړه احتشا چه دهیپرتینسیف قلبی ناروغی سره یوځای وی په ټولو جراحی عملیاتونوکی دمړینی خطر و ۱۸ سلنه او دصدر اوبطن دداخل په عملیاتونوکی دمړ ینی خطرو ۳۱ سلنی ته لوړوی . (۲)

د زړه د د سامی ناروغیو په شتون کي د جراحی خطر

- ترغیرقلبی جراحی وروسته وفیات اومعیوبیتونه دناروغ د ترعملیات دمخه کلنیکی تصنیف په تناسب دی .
- که دعملیاتو ټوله ډولونه په نظر کی ونیسودمترال ددسام په ښه معاوضوی ناروغیوکی دجراحی له کبله دمړینی کچه ۵-٦ سلنه ده .
- په متوسطه او یا شدیده اندازه دابهر د دسام تضیق دجراحی په ټولو ډولونوکی د ۱۰تر سلنی جراحی خطر لری ، داسی یوه اندازه چه د اکلیلی شریانو په ناروغانو کی موجوده وی.

د زړه د هغو ناروغانو ترعملیات د مخه د رملنه چه غیرقلبی جراحی ورته اجرا کیږ ی

الف : د وینی د لوړ فشار درملنه

دانستیزی عصری تخنیکونه د ا کتران پرد ی قاد روی چه دجراحی ترمها ل پوری د فشارضد درملو ته ادامه ورکړی . که ترعملیاتووروسته ناروغ ته دخولی دلاری شی نه ورکول کیدی (NPO) ترهغوپوری چه دخولی دلاری درمل اخیستلا ی شی ، د ور ید او یا دجلد دلاری دفشار ضد تداوی ورته ور کړل شی.

ب: د اریتمیا درملنه

هغه ناروغانو ته چه وخیم بطینی اکستراسستول لری باید دعملیا ت په جر یان کی او ترعملیا ت وروسته دار یتمیا ضددرمل ورکړل شی . پد ی حالتونوکی دور ید دلاری لیدوکائین یوساده او ډیر موثر مواد دی . دور ید دلاری پروکائین امايد یا بیتا بلا کرونه او یا دواړه هم موثر د ی .

ج: انتی کواګولیشن

- د زړه دناروغیو لرونکو ته چه هغه ډول عملیا تونه اجرا کیږی کوم چه یوه یا دوی ورځی دبستر استراحت غواړی دهیپار ین کښته دوز ورکړه شی .
- د وزاژ یي ۵۰۰۰ واحده ترجلد لاندی دورځی دوه یا دری ځله د ی .

د: د اندوکارډیټس مخنیوی

(c) ketabton.com: The Digital Library

- د ا نتی بیوتیکو په وسیله وقایه په هغو ناروغانو کی چه دزړه او رګونو یوشمیر ولا د ی او یا دسامی ناروغی لری استطبا ب لری .

غیر قلبی جراحی ، په ځانګړی توګه د غټو اوعیو، بطن یا صد رجراحی، کیدای سی د عملیات نه مخکي د زړه د یوشمیر وخیمو اختلاطاتو لکه د میوکار ډ احتشأ، او یا د اکلیلی شراینو په ناروغیو اخته ناروغانوکي د مړینی او یا نورو ستونزو سبب وګرځی. هر ناروغ ته باید ځانګړی پاملرنه وسی تر څو د جراحی عملیات اختلاط له منځه یووړل او یا په ممکنه اندازه کم سی.

د زړه داختلاطاتو لپاره د جراحی په وخت د خطر غټ لاملونه عبارت دی له

- په نژدی وخت (تر ٦ میاشتو کم) د زړه د احتشأ او یا غیر ثابت انجین حمله
- د فزیکي فعالیت په وخت د شد ید ثابت انجین شتون
- د زړه د نه کنترول سوی عدم کفایه شتون
- د زړه د والونو شد یدی ناروغی (په ځانګړی توګه د ابهر تنګوالی)

د hypercoagulable حالت چي د جراحی د عملیات نورمال فیزیولوژیک عکس العمل دی، د اکلیلی شراینو د ترمبوز د زیاتیدو او تر عملیات وروسته د حاد اکلیلی سندروم د منځته راتلو خطر زیاتوی، له دی کبله نو په هغه ناروغانو کي چي په نژدی وختو کي د اکلیلی شراینو ناروغی تیره کړیوی، باید تر ٣ میاشتو (ښه خو داده چي تر ٦ میاشتو) پوری ورته انتخابی عملیات ترسره نسی. په هغو ناروغانوکي چي د اکلیلی شراینو ناروغی لری، د پلاټلیټ ضد او بیټا بلاکر درملو تطبیق د عملیات نه مخکي اختلاط کموی، ځکه نو باید د عملیات تر مخه ناروغ ته ورکول سی.

د antidiuretic هورمون افراز هم د جراحی د عملیات نورمال فیزیولوژیک عکس العمل دی، ځکه نو په هغه ناروغانوکي چي د زړه د والونو په ځانګړی توګه د ابهر شریان او یا میترال تنګوالی ولری، باید د مایعاتو په تطبیق کي زیات احتیاط وکول سی او په زیاته پیمانه مایعات ورته ورنکول سی.

اذینی فبریلیشن کیدای سی د هیپوکسیا، د میوکار ډ د اسکیمیا، او د زړه د عدم کفایه په ذریعه شدید سی، او تر عملیات وروسته عمده اختلاط هم تشکیلوی، ځکه نو هغه ناروغان چي د زړه ناروغی لری باید تر عملیات وروسته و دی اختلاط ته زیاته پاملرنه واړول سی. نوموړی اریتمیاوی اکثراً د مساعد کونکو فکتورونو تر رفع کیدو وروسته له منځه ځی، ولی اکثراً د ډیجوکسین او یا بیټا بلاکر درملو تطبیق ته اړتیا لیدل کیږی.(٧)

(c) ketabton.com: The Digital Library

د ځېرکي لنډيز

اميد واره کيدل د ښځو د ژوند يوه اساسی برخه ده چې په زياتو ناروغيو حتی د زړه په خفيفو يا متوسطو ناروغيو کې په ښه ډول تحمل کيږی.

د زړه ناروغی، که څه هم نادری دی، کيدالی سی چې د اميد واری له کبله د زړه د هانی د دوه چنده زياتيدو په وسيله شديدی او يا برملا سی.کوم فيزيولوژيک بدلونونه چې په نورمال ډول د اميدواری په دوران کې را منځته کيږی، د زړه پر بيلو ناروغيو باندی بيل اثرات لری،چې د ناروغی په ډول او وخامت اړه لری.

د هغو څيړنو له مخی چې تر سره سويدی هغه ښځی د اميد واری په دوران کې د لوړ خطر سره مخ دی چې د نيويارک د زړه د ناروغيو د ټولنی په لمړی او دوهم کلاس کې قرار لری او د بطيناتو دندی يې نورمالی وی او انتی کواګولانت درمل نه اخلی. هغه ښځی د زيات خطر سره مخ دی چې د ميترال يا ابهر د سام شديد تنګوالی، د زړه سيانوتيکې ناروغی چې د ريوی شريان د فشار لوړ والی ورسره مل وی او يا ژوند تهديدونکې ا رريتميا ولری. له همدی کبله نو دا ښځی بايد اميدواره نسی، ځکه دا حالات هم د مور او هم يې د جنين لپاره خطر ناکه دی.

پرټولو خطراتو برسيره بايد يادونه وکړو چې د درملنی يو شمير عصری لاری چاری شتون لری چې کولای سی د دی ناروغانو سره د اميد واری په دوران کې د اميد واری تر پايته رسيدو پوری مرسته وکړی.بايد يادونه وکړو چې د دی ناروغانو درملنه ا سانه نه ولی يوی ګډی کميټی ته ،چې د کارډيولوجسټ، د نسايی متخصص، د انستيزيا متخصص، د ماشومانومتخصص او حتی د زړه جراح پکې شتون ولری، اړتيا لری.

د خطر سره مخ ناروغانو د درملنی لمړی قدم تشکيلوی. د زړه د عدم کفايی په صورت کې د لارښود سره بايد درملنه ترسره ولی يوازی دACE نهيه کونکو درملود تطبيق څخه چې پر جنين زهری اثرات لری ډ ډه وسی. تر لنګون سمد ستی وروسته بايد د مايعاتو و احتباس ته زياته پاملرنه واړول سی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

د څپرکي اړونده پوښتنې

د رسته جمله په ص او غلطه جمله په غ سره په نښه کړی.

۱ : د نورمالی امید واری په دوران کي قلبی وعایی بدلونونه عبارت دی له :

الف: د ۱۲ او نیو په تیریدو سره د زړه د هانه ۱۵۰ سلنه زیاتیږی .

ب: تکي کارډیا، د وداجی وریدونو د فشار لوړوالی او د زړه دریم آ واز شتون .

ج: د سیستمیک ډ یاستولیک فشار کموالی.

د: د ریوی د سام په ساحه کي د سیستولیک مرمر شتون.

۲ : د امیدواری په دوران کي د اریتمی درملنه

الف: د AVعقدی د اریتمیا د کنترول په منظور Adenosine تطبیق کیدای سی .

ب: د اریتمیا ضد اکثره class I د رمل محفوظ او بیخطره نه دی.

ج: د که ډیجوکسین استعمالیږی باید اندازه یی زیاته سی.

د: د Amiodarone درمل د امید واری په دوران کي توصیه کیدای سی.

۳: د زړه داختلاطاتو لپاره د جراحی په وخت د خطر غټ لاملونه عبارت دی له :

الف: په نژدی وخت (تر ٦ میاشتو کم) د زړه د احتشأ او یا غیر ثابت انجین حمله

ب: د فزیکي فعالیت په وخت د شد ید ثابت انجین نه شتون

ج: د زړه د نه کنترول سوی عدم کفایه شتون

د: د زړه نه بهر نوری ناروغی (په ځانګړی توګه سینه وبغل)

۴- په امید واری کي د وینی د لوړ فشار اړوند

الف: د وینی د مزمن لوړ فشار او preeclampsia شتون.

ب: preeclampsia یعنی د وینی لوړ فشار او د میرګی حملات.

ج: preeclampsia په زیاته اندازه د مور او ماشوم د مړینی سبب کیږی.

د: د α-methyldopa درمل د امید واری په دوران کي باید توصیه نسی، خطر لری.

(c) ketabton.com: The Digital Library

۵- د میوکارد احتشا په ناروغانو کی د جراحی خطر

الف: هغه ناروغان چه پخوايي د میوکارد احتشاء تیره کړی وی دجراحی لوړخطر لری.

ب: هغه ناروغان چه پخوايي د میوکارد احتشاء تیره کړی وی د مړینو اندازه ۲۵ سلنه وی.

ج: هغه ناروغان چه پخوايي د میوکارد احتشاء نه وی تیره کړی د مړینو اندازه ۵۰ سلنه وی.

د: هغه ناروغان چه پخوايي د میوکارد احتشاء تیره کړی وی د مړینو اندازه ۵۰ سلنه وی.

٦- په امید واری کي د eclampsia اوpreeclampsia اړوند

الف: اکثراً preeclampsia د وینی د لوړ فشار سره مل وی.

ب: د preeclampsia شتون د مور او ماشوم لپاره خطر ناکه نه ده.

ج: eclampsia یعنی د وینی لوړ فشار ، د میرګی حملات او د HELLP سندروم شتون.

د: preeclampsia یعنی د وینی فشار د امید واری په ۲۰ اونی کي تر ۹۰/۱۴۰ کم، پروتین یوریا تر ۳۰۰ ملی ګرامه په ۲۴ ساعته کي کمه او پتولوژیکه اذیما شتون ونلری.

۷- د زړه د ولادی ناروغیو او امید واری اړوند

الف: د ابهر دسام ولادی تنګوالی د مړینو کچه زیاتوی.

ب: د جراحی عملیات په وسیله د ولادی آ فت اصلاح کومه ګټه نلری .

ج: په Eisenmenger's سندروم اخته امید واره میندوکي د مړینی کچه زیاته وی.

د: ارثیت د زړه د ولادی ناروغیو په منځته را تلوکي کوم اثر نلری.

۸- خالی ځایونه په مناسبو کلماتو ډ ک کړی؟

- د AVعقدی د اررینمیا د کنترول په منظور ( ) تطبیق کیدای سی.
- د امید واری په دوران کي د زړه د اسکیمیکو ناروغیو کچه ( ) اټکل سویده.
- هغه امید واری ښځی چي په ( ) روږدی وی پکي د زړه د اسکیمیکو ناروغیو کچه زیاته وی.
- په امید واری کي د وینی د لوړ فشار تقریباً ( ) پیښی مزمن لوړ فشار تشکیلوی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

۹ سوال: د امریکا د زړه ټولني د ویش له مخي د زړه په ناروغانو کي کوم یو د غیر قلبي جراحي عملیات لپاره د منځني کچه خطري فکتور دي

الف: ناکنتروله اررېتمیا   ب: د شکری ناروغی

ج: ناکنتروله لوړ فشار   د: زیات عمر

۱۰ سوال: د Peripartum cardiomyopathy اصطلاح هغه وخت استعمالیږی چي

الف: په دریم ترای مستر کي cardiomyopathy پیدا او تر ولادت ٦ میاشتی وروسته هم دوام ومومی

ب: پیښی یی ۱/۱۰۰۰ اټکل سویدی.

ج: د خطر عوامل یی چاغوالی، افریقایی- امریکایی نژاد، او زیات ولاد تونه ښودل سویدی.

د: اسیایی نژاد د خطر لوی لامی ګڼل کیږی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

(c) ketabton.com: The Digital Library

لسم څپرکي

روماتیزمی تبه Rheumatic Fever

تعریف اواپیدیمولوژي:

روماتیزمی تبه معمولاً د پورتنی تنفسی سیستم د group A β-hemolytic ستریپتوکوکس انتان په نتیجه کی منځته راځی. په وروسته پاتي هیوادونو کې یې پیښی زیاتی لیدل کیږی .د ناروغی په منځته راتلو کی یو شمیر عوامل لکه فقر، غربت، د کورنی د غړو د شمیر زیاتوالی ، د مناسب کور نه شتون او و روغتیایی خدماتو ته لاس نرسیدنه ونډه اخلی.

دامریکا په متحده ایالاتو کې یی پیښی په هرو ۱۰۰۰ نفرو کې ۰،٦ سلنه او په هندوستان کی د ۷-۱۱تثبیت شویدی.

د تودوسیمو د حرارت د درجی زیاتوالی هم د ستریپتوکوکس انتان د خپریدو لپاره زمینه مساعدوی .د ناروغۍ د پیښو زیاتوالی او شدت معمولاً د متکررو تنفسی انتاناتو په پیښیدو اړه لری.

پتوجنیزیس:

لکه مخکی چه وویل شول د پتوجنیزیس له پلوه هم د ناروغی د پیښدواود

GroupA β-hemolytic ستریپتوکوکس انتان ترمنځ نژدی اړیکی شتون لری، نظر دادی چه کوم انتی باډی چه په بدن کې د ستریپتوکوکس انتان په مقابل کې جوړیږی د زړه د عضلی سره عکس العمل ښیی او په نتیجه کې یې یو اوتو امیون عکس العمل رامنځته کیږی. په زیات شمیر ناروغانو کی عکس العمل نه یوازی د زړه د عضلی په مقابل کې بلکه د مفاصلو د سینوویل مایع په مقابل کې هم منځته راځی چه د مفاصلو د التهاب سبب کیږي،او د دماغی انساجو په مقابل کی هم منځته راځی چه د کوری Chorea سبب کیږی.

دناروغی عمده او پخوانی تظاهر Aschoff نوډولونه تشکیلوی. پدی ناروغی کې التهابی عکس العمل معمولاً په دوه ډوله ،اگزوداتیف اوپرولیفراتیف لیدل کیږی، چې د مفاصلو مصابیدل یې اگزوداتیف اود

(c) ketabton.com: The Digital Library

زړه د عضلی مصابیت یې پرولیفیراتیف شکل دي.دزړه دعضلي مصابیت معمولاً د Pancarditis په شکل وی چې په میوکارډ کې د مدورو حجراتو ارتشاح ،د عضلاتو پاړسوب او فبرین لرونکی اگزودات لیدل کیږی. په اندوکارد کې د زړه د والونو په شمول سوروالی ، پاړسوب او ارتشاحات لیدل کیږی. د والونو د کوسپونو یو د بل سره نښلیدل د والونو د سکار او تنگیدو سبب کیږی

دا بدلونونه حتی د حادی مرحلی د تیریدو څخه وروسته هم دوام مومی او پاتی کیږی. ورته بدلونونه کیدای شی د رگونو په جدار ، تحت الجلدي انساجو (روماتیك نوډولونه) او نور منظم نسج کی ولیدل شی.

سریری لوحه:

د ستونی د سترپتوکوکس انتان اود روماتیزمی تبی د اعراضو او علایمو د پیل کیدو ترمنځ یوه د خفی دوره چه د ۱۰ تر ۱٤ورځو ده شتون لری، ناروغی معمولاً د ٥ او ۱۰ کلنی ترمنځ پیښیږی چه زیاتی پیښی یې د ۷ او۸ کلونو په وخت کی لیدل کیږی او تر ٥ کلنی کم عمر کې یې پیښی ډیری نادری دی. په هغو نجونو کې چه د بلوغ مرحلی ته رسیدلی وی د Chorea حملات زیات لیدل کیږی.

سریری تظاهرات معمولاً بیل او د ماؤفیت په ځای (عضو) د حملی په وخامت ، او درجه باندی چې ناروغ مراجعه کوی اړه پیدا کوی

که ناروغی د مفاصلو په التهاب سره پیل وکړی نو معمولاً یې حمله حاده وی، حال داچي د زړه د عضلی دمصابیت او یا Chorea په پیل سره معمولاً حمله تدریجی پیل لری.

عمده نښه لوړه او منقطع تبه ده ولې اکثراً کیدای شی چې ناروغ تبه ونلری او یوازی د نورو انتانی ناروغیو په څیر د بدن او مفاصلو د دردونو څخه شکایت وکړی، چې پدی صورت کې تاریخچه ښئی چه ناروغ څه مده مخکی د ریزش او ستونی درد څخه شکایت درلودی او اوس ورته کسالت ، د وزن کمیدل ، ژر ستړی کیدل او د عضلاتو درد پیدا شویدی کیدای شی ناروغ بی اشتها وی .

تشخیص :

د حادی روماتیزمی تبی تشخیص معمولاً د کلینکی اعراضو او علایمو له رویه ایښودل کیږی ،پدی ډول چه دوه غټ معیارونه او یا یو غټ او دوه واړه معیارونه پداسی حال کی چه ناروغ د ستونی د انتان پخوانی تاریخچه ولری تشخیص وضع کوی.

د تشخیص لپاره معمولاً د Ducket –Jones Criteria څخه کار اخستل کیږی چه په لاندی جدول کی ښودل شوی دی

(c) ketabton.com: The Digital Library

کمکی معیارونه	واړه معیارونه	غټ معیارونه
Increased ASO titer. Positive throat swab. Recent history of sore throat.	. Fever Arthralgia. Previous history of rheumatic fever. Increase in ESR,CPR and WBC. Prolonged PR interval.	Arthritis. Carditis. Chorea Erythema Marginatum Sub cutaneus nodoles

دمفاصلو التهاب Poly arthritis:

د روماتیزمی تبی د مفاصلو التهاب معمولاً د مفصل د حاداو دردناکه پاړسوب څخه عبارت دي، چې په یوه د څو مفاصلو کې منځته راځی، مهاجرتی وصف لری (په داسی ډول چې لمړی ماؤفه مفصل مخ په جوړیدو وی چې بل مصاب شی) او معمولاً غټ مفاصل لکه د زنګانه ، بجلکی ، د لاس د بند، څنګل او اوږی په ترتیب سره مصابوی. مصاب شوی مفصل سور ، پړسیدلی او ډیر دردناکه وی چه حتی ناروغ ماؤفه غړی ته حرکت نشی ورکولای. تر جوړیدو وروسته کومه بقایا په مفصل کی نه پاتی کیږی او مکمل روغیږی .

دزړه دعضلي التهاب Carditis:

د زړه د عضلی التهاب معمولاً د زړه د ضربان د زیاتوالی ، صدری دردونو یا سالنډی په ډول تظاهر کوی. د میترال دسام د کړی د پراخوالی له کبله یو نرم سیستولیك مرمر او د مایترل دسام پر لیفلیټونو باندی د نوډولونو د تشکل له کبله یو نرم ډیاستولیك مرمرچې د (Carey- Coombs) پنوم یادیږی اوریدل کیږی. د میترال او یا ابهر دسامونو د عدم کفایه له کبله کیدای شی د زړه احتقانی عدم کفایه او یا د پریکارډ د ماؤفیت له کبله فرکشن رب واوریدل شی. هغه وخت د زړه د عضلی و التهاب ته فکر کیږی چې په ناروغ کی لاندی اعراض او علایم ولیدل شی.

۱- د خوب پر وخت د نبض دتعداد زیاتوالی.

۲- د زړه غټوالی.

۳- د زړه لومړی آواز نرم او یا بنه نه اوریدل کیږی.

٤- په زروه کې د ډیاستولیك مرمر شتون او یا د پخوانیو مرمرونو په خواصو کی بدلون.

٥- د پریکارډ د یو پر بل منبلود آواز اوریدل.

(c) ketabton.com: The Digital Library

کوري Chorea:

په نجونو کې یې پیښې زیاتی لیدل کیږی او کیدای شی چې د ستریپتوکوکس د ابتدائی انتان څخه شپږ میاشتی وروسته تظاهر وکړی. کوري معمولاً د لاسونو، پښو او تنی د عضلاتو خوځنده او غیر ارادی حرکتونو ته ویل کیږی چه تکراریږی نه او د ناروغانو تګ غیر منظم او هم ئی په خبرو او خط لیکلو کی ستونزه لیدل کیږی، پخپله جوړیږی او کیدای شی د شپږ میاشتو څخه تر یوه کال پوری دوام ومومی.

: Erythema Marginatum

د پو ستکي بدلون سطحی وی چې د یوه سره، برجسته مکول په ډول چې مخ ئی بی رنګه او د فشار په ذریعه بی رنګه کیږی تظاهر کوی، دا سوروالی دیوی سری څنډی په ذریعه د نورپوستکی څخه بیل وی.

:Subcutaneous Nodules

کلك او بی درده نوډولونه پر هډوکو او اوتارو باندی ښه جس کیږی. د ناروغی په څنډنی شکل کې دوامداره فبروز تشکل کوی، د زړه دسامونه ماؤفه وی. دسامونه کیدای شی تنګ شی او یا داچی په درسته توګه خلاصیدای او تړل کیدای نه شی او د وینی بیا راګرځیدنی ته اجازه ورکوی. هغه دسامونه چه مصابیږی په ترتیب سره عبارت دی له میترال ، ابهر او ترای کوسپیډ څخه.په ابتدا کې د میترال دسام عدم کفایه رامنځته چه د۲ تر ۱۰کلونوروسته دسام تنګ او کله چه د حادی روماتیزمی تبی فعاله علایم خاموشه او یوازی د دسامونو د تخریب علایم شتون ولری نو د زړه د روماتیزمی ناروغیو په نوم یادیږی.
د Echo cardiography په ذریعه د دسامونو د ناروغیو د شدت او پرمختګ ځیرنه تر سره او که د دسام تبدیلولو ته اړتیاوی هم په ګوته کیږی.

لابراتواري معاینات:

باید دلته هم یادونه وکړو چې د روماتیزمی تبی تشخیص زیاتره د کلینك له رویه ترسره او لابراتواری معاینات یوازی کمکی اغیزه لری.

د د دو غټو او یا یوی غټی او دوو وړو معیارونو شتون د ناروغی د تشخیص لپاره اړین دی.

۱- د سروکریواتود ترسب اندازه ESR : که څه هم غیر وصفی دی یوازی د ناروغی په حاده مرحله کی جګیږی او د ناروغی د فعالیت او پرمختګ د څیړولو لپاره ښه معیار ګڼل کیږی، په سینه وبغل کی لوړ او د زړه په احتقانی عدم کفایه کی کمیږی.

۲- C-reactive protein: که څه هم غیر وصفی دی خو بیا هم د حادی مرحلی دڅیړلو لپاره مرسته کوی. د کم خونی په شتون کی کوم بدلون نه مومی او کم خونی اثر نه پر لری.

(c) ketabton.com: The Digital Library

۳- Anti_streptolysin –O (ASO) اندازه: د تشخیص لپاره اساسی معیار ګڼل کیږی او په ۸۰ سلنه ناروغانو کې جګیږی ، جګیدل یی د ستریپوکوکس د انتان پر شتون دلالت کوی. تل تر ۲۰۰ todd/ml واحده په یوه ملی لیتر کې زیاته او د اونیو یا میاشتو لپاره یې اندازه لوړه پاته کیږی.

۴- د ستونی د ثوب کلچر اکثراً په هغه صورت کې چه ناروغ انتی بیوتیك نوی اخستی مثبت ترلاسه کیږی.

۵- د دوینی معاینه: په وینه کې په حاده مرحله کې د هیموګلوبین اندازه کمه (کم خونی) او د پولی مورف سپینوکریواتو اندازه جګیږی.

۶- ECG د زړه د عضلی د التهاب اولنی تظاهر د PR interval اوږدیدل دی چې اکثراً تر 0,18 ثاني زيات وی .

۷ - د صدر راډیوګرافی: د صدر په راډیوګرافی کې کیدای شی د زړه د احتقانی عدم کفایه او د پریکارډ د التهاب له کبله د زړه غټوالی وموندل شی.

اختلاطات:

په شديدوپيښنوکې کيداې سي دCHF سبب وګرځي.که ناروغي دوام ومومي نوکيداې سي چې دزړه دروماتيزمي ناروغيوسبب وګرځي. نوراختلاطات يې دزړه بي نظمي،دپريکارډ التهاب چې انصباب هم ورسره وي اوروماتيزمي نمونيا تشکيلوي.

درملنه:

۱- د بستر استراحت: (کوم ناروغان) چه د زړه د عضلی او یا د مفاصلو په التهاب اخته وی تر څو چه د فعال التهاب ټول اعراض او علایم د بیلګی په توګه د زړه ضربان او د بدن حرارت نورمال حالت ته راګرځی او ESR نورمال کیږی باید استراحت وکړی هغه ناروغان چه یوازی د مفاصلو التهاب ولری د ۱ تر ۲ اونیو او هغه چه د زړه د عضلی لږ التهاب ولری ورته د ۲ تر ٤ اونیو ،ولی هغه چه د زړه د عضلی په شدید التهاب اخته وی کیدای شی د څو میاشتو لپاره استراحت وکړی.

۲- انتی بیوتیك: د حادی روماتیزمی تبی د درملنی د اساس د ستریپتوکوکس انتان له منځه وړل تشکیلوی ، که څه هم د ستونی د ثوب دکلچر نتیجه منفی وی بیا هم میکروبونه د تانسلونو او بلعوم په انساجو کی شتون لری، انتخابی درمل Benzyl Penicillin تشکیلوی چې۲،۵ لکه واحده د ورید د لاری هر ٦ ساعته وروسته د ۳ ورځو لپاره او په تعقیب یی

(c) ketabton.com: The Digital Library

Penicillin V د۲۵۰ ملي ګرامه په اندازه هر ٦ ساعته وروسته د ۷ ورځو لپاره توصیه کیږی او یا داچه Benzathine Penicillin د٦ لکه واحده په اندازه عضلی یو ځل ورکول کیږی او وروسته تر هغه وقایوی درملنه پیلږی.

۳- د التهاب ضد درمل Anti Inflammatory Drugs

Aspirin : د تبی او د مفاصلو د دردونو د له منځه وړلو لپاره ګټور درمل دی د۰ ۱۲ ملي ګرامه د بدن په هر کیلو ګرام وزن کې د ورځی (اعظمی اندازه ئی د ورځی ۸ ګرامه ده) د۲ اونیو لپاره او وروسته تر هغه د٦۰ ملي ګرامه د بدن په هر کیلو ګرام وزن کې د ورځی تر څو چې د ناروغی د فعال حالت علایم له منځه ځی توصیه کیږی (۳- ٤) میاشتی. که په زیاته اندازه ورکول شی نو د Salicylism یا تسمم نښی لکه کانګی، د غوږ برنګهاری ، کوڼ توب ، د تنفس زیاتوالی او د سردرد ناروغ ته پیدا کیږی چه باید درمل قطع او یا یې اندازه کمه شی.

کورتیکوستیرویدونه : هغه ناروغان چې د زړه د عضلی متوسط او یا شدید التهاب ولری ورته توصیه کیږی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

يولسم څپرکي

د دوراني جهاز لنډه اناټومي

دوراني جهاز د هغو اعضأ وو مجموعی ته ويل کيږی چه په ذريعه يی وينه، لمفاوی مايع (شيل) او د نخاع شوکي مايع يا Cerebro Spinal Fluid (CSF) دوران مومي.

د دوراني جهاز مسئولی اعضاوی زړه او رګونه دی ، چي زړه د دی جهاز اساسی عضوه بلل کيږی چي په ذريعه يی دموی مايع انتقال مومي. اوعيه هغه رګونوته ويل کيږی چي وينه پيکښي جريان لری.

قلب يا Core , Heart

زړه يو مجوف او عضلی عضوه ده چي د پريکارډيم په ذريعه پوښل سويدی. د سترنوم او د اړونده پوړښتيو د غضروفونوپه خلف کي په داسی ډول پروت دی چي 2/1 برخه يی د بدن د متوسط خط و راسته طرف ته او ۳/۲ نوره برخه يی د بدن د متوسط خط چپه طرف ته واقع سويده.

زړه د استرخأ ياDiastol په وخت کي وينه پخپلو جوفونوکي ساتی ولی د تقلص يا Systol په وخت کي هغه وينه وشراييونوته پمپ کوی. زړه په ۲۴ ګړيو کي ۱۰۰،۰۰۰ ځلی تقلص کوی.

زړه د ۱۲ – ۲۴ سانتی متره اوږدوالی، ٦ سانتی متره پنډوالی، ۹ سانتی متره سور او وزن يی په نارينه وو کي د ۲۸۰ – ۳۴۰ ګرامه (د بدن د وزن ۱/ ۲۱۳ برخه) او په ښځوکي يی وزن د ۲۳۰- ۲۸۰ ګرامه يعنی (د بدن د وزن ۱/ ۲۵۰ برخه) تشکيلوی.

موقعيت : زړه په منځنی منصف يا Middle mediastine ، د دواړو سږو تر منځ ، ترحجاب حاجزپورته ، د ستون فقرات په قدام او د عظم قص او ضلعی غضاريفو په خلف کي قرار لری.

د زړه باندنی جوړښت : زړه ۴ جوفه، ۴ وجهی، ۴ ژۍ ، يوه قاعده او يوه زروه لری.

د زړه محور : د زړه محور په کاږه ډول د علوی څخه سفلی ، د راسته څخه چپه او د خلف څخه و قدام ته سير لری.

(c) ketabton.com: The Digital Library

پر صدر باندې د زړه د فوهاتومرتسم او د هغو اصغايي موقعيتونه:

۱- د ريوي شريان د دسام فوهه: ۲،۵ سانتي متره اوږدوالى لرى ، د چپه طرف په ۲ بين الضلعى مسافه کي قرارلرى او د چپه طرف د ۳ ضلعى غضروف د علوى څنډې په خلف وعظم قص ته نژدى ا صغأ کيداى سى.

۲- د ابهر شريان د دسام فوهه : ۲،۵ سانتي متره اوږدوالى لرى ، د عظم قص د نيمايي چپه برخى په خلف د ۳ چپه ضلعى غضروف په سفلى څنډه کي قرار لرى. او د عظم قص د نيمايي راسته برخى د راسته طرف د ۲ ضلعى غضروف سفلى څنډې ته نژدى ا صغأ کيداى سى.

۳- د ميترال د سام فوهه: ۲،۵ سانتي متره اوږدوالى لرى ، د عظم قص د نيمايي چپه برخى په خلف د ۴ ضلعى غضروف مخامخ قرار لرى . او د زړه په زروه يعنى د چپه طرف په ۵ بين الضلعى مسافه، د منځنۍ خط څخه ۸ – ۹ سانتي متره لرى په چپه خواکي ا صغأ کيداى سى.

۴- د تراى کسپيډ دسام فوهه: ۴ سانتي متره اوږدوالى لرى، او د عظم قص د نيمايي راسته برخى په خلف په ۴ او ۵ بين الضلعى مسافه کي قرار لرى. او د عطم قص په سفلى نهايت کي اصغأ کيږى.

د زړه د ننى جوړښت : زړه ۴ جوفه لرى چي عبارت دى له ۲ عدده اذينات يا atrium او ۲ عدده بطينات يا ventricilse چي يو اذين او يو بطين په راسته طرف او يو اذين او يو بطين په چپه برخه کي پراته دى. د وينى جريان معمولاً د اذين څخه بطين او د بطين څخه شراپينوته تر سره کيږى. هر اذين يوشمير فوهات لرى چي وريدونه ور داخليږى، او هر بطين بيا فوهات لرى چي د هغو څخه شريانونه پيليږى. او د بله طرفه د هم هغه طرف اذين د هغه طرف د بطين سره د يوى پلنى اذينى بطينى فوهى په ذريعه اړيکي لرى.

د راسته اذين ظرفيت تقريباُ ۱۱۰- ۱۸۵ سانتي مترمکعبه تخمين سوى، اود جدار پنډوالى يى د ۲-۳ ملى متر ته رسيږى.

د چپه اذين ظرفيت تقريباُ ۱۰۰- ۱۳۰ سانتي مترمکعبه تخمين سوى، اود جدار پنډوالى يى د ۲-۳ ملى متر ته رسيږى.

را سته بطين ۲ وجهى، قدامى (قصى-ضلعى)، او سفلى (حجاب حاجزى) لرى. په مجموع کي راسته بطين د زړه د قصى-ضلعى وجى زياته برخه تشکيلوى.

د راسته بطين ظرفيت تقريباُ ۱۵۰- ۲۴۰ سانتي مترمکعبه تخمين سوى، اود جدار پنډوالى يى د ۳-۸ ملى متر ته رسيږى. د راسته بطين جدار د چپه بطين د جدار په پرتله نازک او نسبت يى ۳/۱اتکل سويدى.

چپه بطين ۳ وجهى، قدامى (قصى-ضلعى)، سفلى (حجاب حاجزى) او چپه لرى.

(c) ketabton.com: The Digital Library

د چپه بطين ظرفيت تقريباً ۱۴۰- ۲۲۰ سانتی مترمکعبه تخمين سوی، اود جدار پنډوالی يی د ۱۰- ۱۵ ملی متر ته رسيږی، يعنی جدار يی د راسته بطين په پرتله پنډ دی.

د زړه د بطيناتوجدارونه که څه هم پنډعضلی جوړښت لری، ولی ښوی نه دی او د يو شمير بارزو درلودونکي دی چي معمولاً په ۳ ګروپونو ويشل کيږی:

الف- لمړی درجه حليموی عضلات ياRidge type

ب- دوهمه درجه حليموی عضلات يا Bridge type

ج- دريمه درجه حليموی عضلات يا Cone type (papillary muscle)

د بطيناتو تر منځ حجاب يا پرده: د يوی پنډی پردی څخه عبارت ده چي د راسته او چپه بطين تر منځ پرته او د د وو برخو درلودونکي ده، علوی برخه يی غشا ئی جوړښت لری چي Membranous part بلل کيږی،او سفلی برخه يی عضلی جوړښت لری چي muscular part بلل کيږی. د دی پردی مهم خاصيت دادی چي په هره وجهه کي حليموی عضلات لری چي د Trabecula cornea په نامه ياديږی او په دی عضلاتو کي د راسته او چپه طرف Bundle branch عصبی رشتی سير لری.

د زړه د تنبهيت سيستم يا The conducting system of the heart: د زړه د عضلی په د ننه کي يو ځانګړی سيستم چي د زړه د تنبهيت سيستم په نامه ياديږی ، او دزړه د سيالو يا impulse د تحريک يا هدايت لپاره ځانګړی سويدی، شتون لری . نوموړی سيستم د لاندی برخو څخه جوړ سويدی.

۱- د Sinoatrial node يا Keith-flack عقده: د زړه Pace maker هم ورته ويل کيږی چي د ۱- ۲ ملی متر قطر لری او د (Crista terminalis يا راسته دهليز او SVC د يوځای کيدو په برخه کي پرته ده). د آس د نعل په ډول جوړښت لری او د زړه د ضربان پيليدونکي بلل کيږی، چي د دی عقدی څخه توليد سوی سيالی د دهليز د جدار دلاری وAtrioventricular node ته رسيږی.

۲- د Atrioventricular node يا Aschoff-towara عقده: بيضوی شکل لری، اوږدوالی يی ۵ ملی متر او سور يی ۴ ملی متر دی، په راسته اذين کي د Coronary sinus د فوهی څخه لوړ په خلفی – سفلی قسمت کي پرته ده .

۳- د His حزمه يا Atrioventricular bundle : يوه انتقالی حزمه ده چي د بين البطنی پردی (غشائی برخه) په علوی نهايت کي سير لری او د دی جدار په علوی اړخ (عضلی برخه) کي په د وو برخو راسته او چپه باندی ويشل کيږی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

۴- راسته bundle branch: د بطيني پردی د راسته وجهی په اوږدوالی را کښته او د راسته بطين په قدامی جدار کي خپره او په پای کي د Purkinge په رشتو باندی ويشل کيږی.

۵- چپه bundle branch: د بطينی پردی د چپه وجهی په اوږدوالی را کښته د Purkinge په رشتو باندی تروېشلو وروسته په چپه بطين کي خپريږی.

٦- د Purkinge رشتی يا الياف : د لمړی درجه Papillary عضلاتو په د ننه کي سير لری او دبطين پر عضلاتو باندی ختميږی.

د زړه اروأ:

شريانونه : زړه د دوو اکليلی شرائينو (راسته او چپه) په ذريعه اروأ کيږی.

۱- راسته اکليلی شريان Right coronary artery:

منشه: د Ant. Aortic sinus يا جيب والسلوا څخه منشه اخلی.

۲- چپه اکليلی شريانLeft coronary artery: د راسته اکليلی شريان په پرتله غټ دی.

منشه: د Left. Post. Aortic sinus يا جيب والسلوا څخه منشه اخلی.

وريدونه : وريدهای قلبی به دو گروپ تقسيم ميشوند.

الف: هغه وريد ونه چي په coronary sinus کي تخليه کيږی عبارت دی له:

۱- د زړه غټ وريد يا Great cardiac vein چي د زړه د زروی څخه منشه اخلی.

۲- د زړه منځنی وريد چي د خلفی بين البطينی شريان سره يو ځای سير لری او د coronary sinus په راسته نهايت کي تخليه کيږی نوموړی وريد د بطيناتو د شاوخوا او بين البطينی پردی وينه را غونډوی.

۳- د زړه وړکي وريد چي دزړه د راسته څنډی په اوږدوالی د marginal شريان سره يو ځای سير لری، وروسته تر هغه د خلف وطرف ته په coronary groove کي خپل سير ته ادامه ورکوی او د coronary sinus په راسته برخه کي تخليه کيږی.

ب: د زړه هغه وريدونه چي په coronary sinus کي نه تخليه کيږی او مستقيماً و راسته دهليز يا د زړه په نورو جوفونوکي تخليه کيږی.

۱- Ant. Cardiac vein : د ری يا څلور واړه وريدونه دی چي د راسته بطين په قدامی جدار کي قرار لری او مستقيماً په راسته دهليز کي تخليه کيږی.

۲- Small cardiac vein: يو شمير واړه وريدونه دی چي د څلوروسرو جوفونو په جدارونوکي شتون لری او د بطيناتوپه دهليزونو کي تخليه کيږی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

د زړه لمف: د زړه لمفاوی اوعیه د اکلیلی شرائینو سره یوځای سیر لری او دوی جذع جوړوی، هغه لمفاوی اوعیه چې دراسته اکلیلی شریان سره ملگری ده په brachiocephalic لمفاوی عقده او هغه چې د چپه اکلیلی شریان سره ملگری ده په tracheobronchial lymph nodes یا bifurcation trachea کې تخلیه کیږی.

د زړه تعصیب: زړه د Cardiac plexus په ذریعه تعصیب کیږی.

دزړه سمپاتیتیک اعصاب : دری په راسته او دری په چپه طرف کې شتون لری چې د زړه د علوی، منځنۍ او سفلی سمپاتیتیک اعصابو په نامه سره یادیږی. نوموړی عصبی رشتی د عنق په قاعده کې یو دبله سره نژدی او د اصلی ثباتی شریان سره یوځای و صدر ته را کښته او د ابهر د قوس د قدامی یا خلفی وجهی څخه تیر او د ابهر په مقعره برخه کې ختمیږی.

دزړه پاراسمپاتیتیک اعصاب : داهم د پورته په څیر دری په راسته او دری په چپه طرف کې موقعیت لری، پورته ټول شعبات یو شمیر یې د ابهر قوس د قدام او یو شمیر یې د خلف څخه تیری او پخپلو تالی ضفیرو باندی ختمیږی. بیانو د دی ضفیرو څخه پخپل وار سره د اکلیلی شرائینو د منضم نسج کې سیر او هم هلته ختمیږی.

پاراسمپاتیتیک رشتی د واگوس عصب د راسته او چپه طرف څخه منشه اخلی او دزړه د ضربان د کراروالی سبب کیږی، حال داچې سمپتیتیک رشتی د نخاع د لمړی او څلورمی ظهری فقراتو څخه منشه اخلی او د زړه د ضربان د زیاتوالی او د اکلیلی اوعیو د توسع سبب کیږی.

د زړه د سمپاتیتیک و پارا سمپاتیتیک اعصابو رشتی لمړی د زړه سطحی او عمیقی شبکې جوړوی او وروسته بیا د دی شبکو څخه رشتی بیلی او د اکلیلی شرائینو سره یو ځای د زړه عضلی ته ننوزی.

د زړه جوړښت:

زړه د فبروزی حلقی، عضلی رشتو او انډوکارډ څخه جوړ سویدی.

۱- فبروتیکه حلقه: هغه فبروتیک پوښ ته ویل کیږی چې په چپه نیمایی برخه کې د راسته نیمایی برخې په پرتله ټینگ او کلک . نوموړی پوښ د شریانی فوهاتو او دهلیزونو او بطیناتو پر شاوخوا قرار لری چې د د سامونو په جوړښت کې هم ونډه اخلی.

۲- عضلی رشتی: نوموړی عضلی رشتی چې د فبروتیک پوښ سره نښتی دی او د انقباض په وسیله یی وینه د زړه د جوفونو څخه د باندی اچول کیږی. په اذیناتو کې د دی عضلاتو رشتی په دوو لایو سطحی او عمیق ډول قرار لری ، حال داچې په بطیناتو کې دا رشتی په دریو لایو سطحی، منځنۍ او عمیق ډول قرار لری.

(c) ketabton.com: The Digital Library

۳- اندوکارډیم: هغه نازکي وریقی ته ویل کیږی چي د زړه د ننه خوا یی پوښلی ده او همانا د اوعیو د اپیتل امتداد تشکیلوی. نوموړی طبقی د اذینی – بطینی، ابهر او ریوی شریان د فوهاتو په ساحه کي چملکي یا گونجی پیداکړی چي پخپل وار سره یی والونه جوړکړیدی.

د زړه د جدارونو جوړښت : د زړه جدار د دریو طبقو څخه جوړ سویدی:

۱- اپیکارډیم: د زړه د عضلی د باندنی برخی ته ویل کیږی.

۲- میو کارډیم: د مخططی عضلی څخه جوړ او پر لیفی اسکلیټ باندی ارتکاذ لری او د شریانی او اذینی فوهاتو پر شاوخوا باندی یو حلقه جوړوی ، چي دا حلقی یودبلی سره د یو شمیر لیفی جوړښتونو په ذ ریعه سره نښلول سویدی چي مهم یی د trigonum fibrosum په نامه یادیږی او د د وو اذینی-بطینی حلقو تر منځ قرار لری.

۳- پریکارډیم: یو فبروزی پوښ دی چي زړه او د رگونو جذع یی پوښلی او په منځنۍ منصف کي قرار لری. په مجموع کي پریکارډیوم د دوو وریقو څخه جوړ دی چي یو یی حشوی او بل یی جداری وریقه ده.

د پریکارډ جوف یا خا لیگاه: هغه فاصلی ته ویل کیږی چي د پریکارډ د دوو وریقو تر منځ پرته او یوه لږه اندازه مایع لری چي د د وو وریقو یو پربل لغړیدل اسانه کوی.

حشوی او جداری پریکارډ د وریدی سویق او شریانی سویق په ساحه کي یو د بل د پاسه واقع سویدی چي په شرائینو کي د غه د اتصال نقطی ته Porta arteriarum او په وریدونوکي Porta venarum ویل کیږی، چي د همدی د واړو یو Porta ځای والی د زړه د Sinus transverses سقف جوړوی.

د پریکارډ ارواء: musculophrenic artery ، internal thoracic artery او thoracic aorta د فبروزی او جداری پریکارډ په اروأ کي برخه اخلی.

د پریکارډ تعصیب: د پریکارډ فبروزی او جداری برخی د عصب په ذریعه تعصیب سویدی،ځکه نو د درد احساس پکي کیدلای سی. حال داچي پریکارډ حشوی د سمپاتیتیک او پارا سمپاتیتیک اعصابو په ذریعه تعصیب سویدی، ځکه نو د رد نسی احسا سولای.

(c) ketabton.com: The Digital Library

اخځ لیک

1- Fauci, A.S, Longo, D.L, Braunwald.E. (Eds.)(2012) Harrison's PRINCIPLES OF INTERNAL MEDICINE. 18th Edition. Part 10 (Disorders of the CardioVascular System),Section 3 .
USA, McGraw-Hill Professional.

2- McPhee, SJ. Papadakis, M.A, Tierney, L.M. (Eds.) (2012) CURRENT Medical Diagnosis & Treatment.
51st Edition.
Newyork.Lange.

3- Frank, J. Domino. Boldor, RA., Grinees, JA., Taylor, JS. (Eds.)((2011). The 5-Minute Clinical consult
19th Edition.
Lippincott, Williams and Wilkins

4- Michael, H. Crawford, H.(Editor)(2009). CURRENT Diagnosis & Treatment Cardiology
3rd Edition.
LANGE medical book

5- Kumar, PJ. Clark, ML. (Eds.) (2009).Clinical Medicine.
7th Edition, Chapter = 13, Cardiovascular disease
U.K –W.B-Sunders.

(c) ketabton.com: The Digital Library

6- GOLDMAN, L. AUSIELLO, D. (Eds.) (2008). Cecil Medicine.

23rd Edition., Section VIII – Cardiovascular Disease

SAUNDERS ELSEVIER

7- Colledge, NR. , Walker, BR. ,Hunter, JAA. (Eds.) (2006).Davidson's Principal & Practice of Medicine.

21st Edition.

Newyork.Lange.

8- JOHN, C A., LÜSCHER, T F. PATRICK W (Eds.) (2006). Textbook of Cardiovascular Medicine

1st Edition, Section 13

9- Krishna Das, KV. (Ed.) (2002). Text Book of Medicine

4th Edition, volume 2, Section 13.

Jaypee Brothers.

10 – Bonow,R O. Mann. D.L, Zipes. D.P, Libby.P (Eds.) (2002). BRAUNWALD'S HEART DISEASEA TEXTBOOK OF CARDIOVASCULAR MEDICINE.

9th Edition

SAUNDERS ELSEVIER

11- Rosendorff, C. (Ed.) (2002). Essential Cardiology (Principles and Practice)

2nd Edition.

HUMANA PRESS

(c) ketabton.com: The Digital Library

12- Carey, DW. (Ed.) (2002). Current Clinical Medicine

2nd Edition. Section 2 , Cardiology

SAUNDERS ELSEVIER

13- Phibbs, J. Brendan, HH. (Authors) (2007). Human Heart, A Basic Guide to Heart Disease,

2nd Edition

Lippincott Williams & Wilkins

Get more e-books from www.ketabton.com
Ketabton.com: The Digital Library