



## دافغانستان اسلامي دولت

دلوړو زده کړو وزارت

ننگرهار پوهنتون

طب پوهنځی

د تنفسي سيستم او دزړه روماتيزمل ناروغي

# Ketabton.com

پوهاند دوكتور سيف الله هادي

مولى

۱۳۹۵

## ليکلر لومړی فصل

.....14.....	ACUTE TRACHIOBRONCHITIS
.....14.....	Tracheitis
.....14.....	کلينیکي لوحه
.....15.....	درملنه :
.....15.....	Acute bronchitis
.....15.....	اسباب:
.....15.....	پتالوژي
.....16.....	کلينیکي لوحه :
.....16.....	تشخيص:
.....16.....	مخنيوي :
.....16.....	درملنه :
.....16.....	انزار
.....1.....	CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE(COPD)
.....1.....	تعريف:
.....1.....	مزمّن برانكايتس:
.....1.....	تعريف
.....2.....	پتا لوژي
.....2.....	مساعدونکی فکتورونه
.....2.....	اسباب:
.....3.....	کلينیکي لوحه:
.....4.....	لابراتواري معاینات:
.....4.....	الف :سپایروميټري
.....4.....	ب:دشرياني وينی د گازاتو اندازه کول

.....5	ج: د بلغمو معاینه :
.....5	د: ECG بدلونونه
.....5	ه: راد پولوژیک معاینات
.....6	اختلاطات:
.....6	تفریقي تشخیص
.....6	مخنیوي
.....6	درملنه:
.....12	انزار:
.....12	<b>Emphysema</b>
.....12	تعریف
.....13	پتالوژی
.....13	مساعدونکی فکتورونه
.....13	اسباب
.....13	کلینیکي لوحه :
.....14	لابراتواری معاینات:
.....14	تشخیص
.....15	اختلاطات
.....15	درملنه
.....16	<b>BRONCHIAL ASTHMA</b>
.....16	تعریف
.....16	اسباب
.....16	INCIDENCE
.....17	پتوفزیالوژي
.....17	دهوایي لارو تنگوالي تشدیدونکی فکتورونه
.....17	کلینیکي لوحه
.....20	دسیني رادیوگرافي :
.....20	تفریقي تشخیص:
.....21	تشخیص

.....23.....	داستما اختلاطات
.....23.....	مخنيوي :
.....24.....	درملنه:
.....30.....	انزار :
.....30.....	STATUS ASTHMATICUS
.....33.....	COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA (CAP)
.....33.....	تعريف
.....33.....	اپيديمولوژي او پېښيدل
.....34.....	د كپ اسباب
.....34.....	كلينيكي لوحه
.....35.....	تشخيص
.....35.....	لابراتواري پلټني :
.....36.....	درملنه :
.....37.....	streptococcus pneumonia(pneumococcal pneumonia)
.....37.....	تعريف
.....37.....	اپيديمولوژي او پېښيدل
.....37.....	پتا لوژي:
.....38.....	كلينيكي لوحه
.....39.....	لابراتواري معاينات :
.....41.....	اختلاطات
.....41.....	تشخيص :
.....41.....	تفریق تشخيص:
.....42.....	تداوي
.....45.....	مخنيوي
.....48.....	Hospital Acquired Pneumonia (HAP)
.....48.....	اپيديمولوژي
.....48.....	تعريف
.....49.....	پتوجينيزس

.....50.....	د HAP اسباب
.....50.....	كلنيكي لوحه
.....51.....	تشخيص
.....51.....	مخنيوي:
.....51.....	درملنه:
.....53.....	<b>BRONCHIECTASIS</b>
.....53.....	تعريف:
.....53.....	اسباب:
.....53.....	: Pathogenesis
.....54.....	پتالوژي:
.....54.....	كلنيكي لوحه:
.....54.....	CHEST X-RAY
.....55.....	تفريقي تشخيص
.....55.....	لابراتواري معاينات:
.....55.....	درملنه:
.....57.....	<b>LUNG ABSCESS</b>
.....57.....	تعريف
.....57.....	اسباب
.....57.....	پتالوژي
.....57.....	كلنيكي لوحه :
.....58.....	لابراتواري معاينات:
.....59.....	پتوجينيزس
.....59.....	اختلاطات
.....60.....	تشخيص :
.....60.....	تفريقي تشخيص
.....60.....	تداوي
.....60.....	مخنيوي :
.....61.....	انزار:

.....62.....	Atelectasis
.....62.....	( کولپس )
.....62.....	اسباب :
.....62.....	پتالوژي :
.....62.....	پتوفريالوژي :
.....62.....	و يشنه
.....63.....	کلينیکي لوحه:
.....63.....	دسيني راډيو گرافي:
.....64.....	تشخيص
.....64.....	مخنيوی :
.....64.....	درملنه :
.....66.....	PLEURAL DISEASE
.....66.....	PLEURITIS
.....66.....	تعريف:
.....66.....	اسباب
.....66.....	کلينیکي لوحه
.....66.....	راډيوگرافي:
.....66.....	درملنه
.....67.....	Pleural Effusion
.....67.....	تعريف :
.....67.....	اسباب :
.....68.....	کلينیکي لوحه
.....70.....	لابراتواري معاينات:
.....72.....	راډ يولوژي
.....74.....	درملنه:
.....75.....	EMPYEMA
.....Error! Bookmark not defined.....	EMPYEMA.

.....76.....	اسباب :
.....76.....	تشخيص :
.....76.....	تداوي
.....77.....	<b>Pneumothorax</b>
.....77.....	تعريف
.....77.....	Primary spontaneous pneumothorax
.....77.....	Secondary spontaneous pneumothorax
.....77.....	TRAUMATIC PNEUMOTHORAX
.....79.....	TENSION PNEUMOTHORAX
.....81.....	<b>BRONCHOGENIC CARCINOMA</b>
.....81.....	هستوپتالوژيک ډولونه
.....81.....	اسباب :
.....83.....	لابراتواري تستونه:
.....83.....	دسيني راديوگرافي:
.....83.....	اختلاطات :
.....85.....	تشخيص
.....85.....	درملنه:
.....89.....	<b>PULMONARY THROMBOEMBOLISM</b>
.....89.....	مسا عد ونکي فکتورونه:
.....90.....	کلينيکي لوحه:
.....90.....	لابراتواري معاینات :
.....90.....	EKG -۱
.....91.....	تشخيص
.....92.....	تفریقي تشخيص:
.....92.....	درملنه:
.....92.....	په بڼکنني وريدي اجوافو کي فلتر کيښودل
.....93.....	Thromboendarterectomy
.....93.....	انزار

94 IDIOPATHIC PULMONARY FIBROSIS(IPF)

94 کلنيکي لوحه :

94 هستولوژي :

94 تشخيص :

95 لابراتواري معاينات

96 درملنه

98 RESPIRATORY FAILURE

98 تعريف :

98 وپشنه

98 اپيديمولوژي

99 اسباب:

97 کلنيکي لوحه

99 درملنه:

102 انزار

103 ACUTE LUNG INJURY (ALI) (ACUTE RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME(ARDS)

103 تعريف :

103 اسباب:

103 پتوفريالوژي:

104 کلنيکي لوحه:

104 تفریقي تشخيص:

105 تشخيص:

105 درملنه

105 انزار:

107 دسپرو وظيفوي ناروغي

107 :ASBESTOSIS

107 :SILICOSIS

108 PNEUMOCONIOSIS

109 :BERYLLIOSIS



.....110.....	لابراتواري معاینات
.....110.....	دسپرو دوظیفوی ناروغيو تشخيص
.....110.....	درملنه :

## دويم فصل

.....113.....	ACUTE RHEUMATIC FEVER
.....113.....	تعريف
.....113.....	اسباب :
.....113.....	پتو جنيزس:
.....113.....	وقوعات (INCIDENCE)
.....113.....	ايبیديمولوژي:
.....114.....	پتالوژي:
.....114.....	کلنيکي لوحه:
.....116.....	لابراتواري معاینات
.....117.....	سير او انزار
.....117.....	تشخيص
.....118.....	تفریقي تشخيص
.....118.....	درملنه:
.....121.....	MITRAL STENOSIS(MS)
.....121.....	اسباب :
.....121.....	پتالوژي
.....121.....	کلنيکي لوحه
.....123.....	تشخيصه معاینات
.....123.....	۲- رادیوگرافي
.....124.....	۳- ايکو کارډیوگرافي
.....124.....	تفریقي تشخيص
.....124.....	اختلاطات
.....124.....	درملنه

.....126..... MITRAL REGURGITATION ( MITRAL INSUFFICIENCY)

.....126..... اسباب :

.....126..... ابناړمل فزيالوژي :

.....126..... كلينيكي لوحه :

.....127..... تشخيصيه تستونه

.....128..... تشخيص

.....128..... تفريقي تشخيص

.....128..... اختلاطات :

.....128..... تداوي

.....129..... MITRAL VALVE PROLAPS SYNDROME( (MVP)

.....129..... تعريف :

.....129..... اسباب:

.....129..... كلينيكي لوحه :

.....130..... اختلاطات :

.....130..... تشخيصه معاينات

.....130..... ECG – 1

.....130..... ٢- ايكوکارديوگرافي

.....131..... درملنه :

.....134..... AORTIC REGURGITATION(AR)

.....134..... اسباب

.....134..... :pathalogy

.....134..... ابناړمل فزيالوژي

.....135..... كلينيكي لوحه

.....136..... تشخيص معاينات :

.....137..... تشخيص

.....137..... تفريقي تشخيص

.....137..... اختلاطات :

.....138..... درملنه

.....140..... AORTIC STENOSIS(AS)

.....140..... اسباب:

.....140..... : Pathophysiology

.....141..... کلينيکي لوحه :

.....143..... پلټني :

.....144..... خ- انجيوگرافي

.....144..... تشخيص :

.....144..... اختلاطات :

.....144..... درملنه :

.....148..... TRICUSPID STENOSIS(TS)

.....148..... اسباب :

.....148..... پتوفريالوژي:

.....148..... کلينيکي لوحه :

.....148..... درملنه :

.....149..... TRICUSPID REGURGITATION(TR)

.....149..... اسباب

.....149..... کلينيکي لوحه :

.....150..... تشخيصيه معاينات :

.....150..... درملنه :

.....150..... PULMONARY STENOSIS(PS)

.....150..... اسباب :

.....151..... کلينيکي لوحه

.....151..... تشخيصيه معاينات:

.....151..... PULMONARY REGURGITATION(PR)

.....151..... اسباب

.....152..... کلينيکي لوحه

.....152..... تشخيصيه معاينات

.....152..... درملنه

.....153.....	<b>MULTI VALVULAR HEAR DISEASE</b>
.....154.....	Combined mitral stenosis and aortic regurgitation
.....154.....	Combined mitral stenosis and aortic stenosis
.....155.....	Combined aortic stenosis and mitral regurgitation
.....155.....	Combined mitral regurgitation and aortic regurgitation
.....156.....	Heart Valve Replacement
.....158.....	<b>INFECTVE ENDOCARDITIS</b>
.....158.....	تعريف
.....158.....	ويشنه
.....158.....	اسباب:
.....159.....	Pathogenesis And Pathology
.....160.....	كلينيكي لوحه :
.....162.....	تشخيص:
.....163.....	تشخيص :
.....166.....	Modified Dukes Criteria
.....166.....	تفريقي تشخيص :
.....167.....	اختلاطات:
.....167.....	وقايوي درملنه:
.....168.....	درملنه :
.....171.....	ريفيرينسونه

## لومړی فصل

### تفسی سیستم ناروغی

## ACUTE TRACHIOBRONCHITIS

### Tracheitis

دترخیا التهاب ته وايي. که څه هم ترخیا دبنکتني تنفسي لاري غړي دي خو د پورتنی تنفسي لاري دحادو انتاناتو تر سرليک لاندې شميرل کيږي. معمول بکتريايي سبب يې *Staphylococcus aureus* دي. بکتريايي لاملونه يې دتنفسي لاري دانسداد لامل هم کيږي. وایروسي انتانات هم دترخیا يتس لامل کيږي. دانفلوانزا له کبله اختلاطات نادر وي. په ماشومانو کې زیات وي او دترخیا دقطرد کوچني والي له امله دپړ سوپ له کبله ژر بنديږي.

### کلينيکي لوحه:

1. *Increasing deep or barking croup cough*
2. *Crowing sound when inhaling (inspiratory stridor)*
3. *'scratchy' feeling in the throat*
4. *Chest pain*
5. *Fever*
6. *Ear ache*
7. *Headache*
8. *Dizziness (light headed)*
9. *Labored breathing*
10. *tracheomalacia* (که دترخیا دمنظم نسج عصاب *degenerate* شي)
11. *tracheomegaly* (دانتان له کبله وي)

## درملنه :

- ۱- په شديد حالت کي وريدي انتي بيوتيک ورکول کيږي .
- ۲- په شديد حالت کي عاجله څارني کوټه کي بستريږي
- ۳- که هوايي لاره بند وي عاجل اتتويشن او *supportive ventilation* اجراکيږي او *invasive and non-invasive monitoring* تر سره کيږي ( دزړه گراف مانيتورينگ ، اکسيجن غلظت اندازه کول ، شرياني ويني فشار اندازه کول او کپ نوگرافي تر سره کيږي .)

## Acute bronchitis

ديخ سيني په نوم هم ياديږي چي د برانکسونو(لوي اومتوسطو برانکسونو) حادالتهاب څخه عبارت دي چي مهم اعرض يي توخي دي ، نوراعراض يي عبارت دي له بلغم لرونکي توخي ، تبه ، ساه لنډي او ويزينگي اودسيني ناراحتي څخه . ناروغي دکموورځو څخه تر لسو ورځوپوري دوام مومي . معمول ناروغي دي چي ۵% لويان او ۶% ماشومان اخته کوي ، په کال کي يو ځل پيښيږي ، په ژمي کي زيات وي يوکلن څخه کم عمره ماشومان بايد په روغتون کي بستري شي .

## اسباب:

- ۱- معمول اسباب يي واپرسونه دي ( *respiratory syncytial virus, rhinovirus, influenza* )
  - ۲- بکتريا گان يي غير معمول اسباب دي لکه ( *Mycoplasma pneumoniae, Bordetella pertussis, Streptococcus pneumoniae, and Haemophilus influenzae* )
- پتالوژي :

- ۱- دهوايي لارو دتخريش له کبله هوايي لاري التهابي کيږي او دسپرو په انساجو کي تروفيل انفلتریشن کوي .
- ۲- دگابليت حجراتوزياتوالي له کبله هوايي لاري بنديږي .
- ۳- دتروفيل له کبله مخاط افرازات زياتيږي .

## کلينيکي لوحه :

- ۱- بلغم لرونکي توخي . ۲- سا ه لنډي . ۳- ويزينگ . ۴- تبه . ۵- سيني درد . ۶- ستوماتيا . ۷-
- هضمي اعراض . ۸- دتنفسي اوازونو شدت کم وي . ۹- ويز او رانکي اوريدل کيږي . ۱۰-
- شهيق اوږد وي . ۱۱- دوامداره وچ يا لوند توخي

## تشخيص:

- ۱- فيزيکي معاينه اوتاريخچه ۲- chest X-ray دنمونيا دردولو لپاره ۳- دبلغمو معاينه کي
- تتروفيل گرانولوسيتونه وي . ۴- دبلغموکلچر معاينه د *Streptococcus species* لپاره ۵-
- دويني معاينه دويني سپين حجراتو لوړوالي او (*C-reactive protein*) لوړوالي لپاره .

## مخنيوي :

د *Haemophilus influenzae* لپاره واکسين وشي .

## درملنه :

- ۱- انتي بيوتیک په عمومي ډول دحاد برانکايټس درملني لپاره که بکتريا نه وي نه کارول کيږي . انتي بيوتیک کاروني سره توخي ژر بڼه کيږي ، خو دهضمي سيستم اعراضو لامل کيږي او انتي بيوتیک مقاوم حالت رامينځته کوي .

۲- سگرت څکل بند شي .

انزار : حاد برانکايټس دڅو ورځو څخه تر څو اوښو بوري دوام مومي . دا کيداي شي وروسته ديخ وهلو يا زکام يا پخبله پيدا شي .



## CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE(COPD)

### د سپرو و ځنډني انسدادی ناروغي

#### تعريف:

- i. د سپرو د هوایي لارود مزمن ورو پرمخ تلونکي انسدادی ناروغي دي چي اکثرا ثابت پاتي کيږي او غير رجعي وي
- ii. د سگروټو اڅکلو تاريخچه د لسو کالو څخه زيات وي
- iii. په سي او پي ډي کي مزمن برانکايټس . امفزيما او کله کله برانکيل استما هم په کي شامل وي.
- iv. مزمن ټوخي ، بلغم اوسا ه لنډي په کي وي .
- v. رانکي اوريدل کيږي ، تنفسي اوازونه بنکته وي ، شهيق اوږد وي
- vi. د سپرو په وظيفوي تستونو کي د هوایي لارو تنگوالي وي
- vii. ډير کمپيښو کي د برانکودايلاتور سره ځواب وايي
- viii. د FEV1/VC نسبت کم شوي وي .

#### مزمن برانکايټس:

#### تعريف :

1. د مزمن برانکايټس تشخيص کلينيکي دي متصف دي په بلغم لرونکي ټوخي چي کم تر کمه د د ري مياشتو لپاره په هر ژمي کي د دوو کالو تا ريخچه ولري . په دی شرط چي د بلغم لرونکي ټوخي لپاره بل لامل موجود نه وي لکه برانکيکتازس اوناتداوی شوی مزمن استما .

2. زیاتره د سگرتو څکلو تاریخچه موجود وي
3. ساه لنډي وي
4. ویزینګ اوریدل کیږي
5. زیاتره امفیزیم او مزمن برانکایتس سره یو ځای وي دمزمین برانکایتس ډولونه:

i. Simple mucoid bronchitis

ii. Mucopurulent bronchitis

iii. Chronic obstructive bronchitis

### پتالوژي:

- ۱- د مخاطي حجراتو هایپر تروفي. ۲- د گابلیت حجراتو هایپر تروفي. ۳- د سلیا حرکت خرابیږي. ۴- الاستیک ریکویل کمیږي. ۵- دغه پورته ټول د سږو هایپر تنشن ، بني زړه هایپر تروفي او بلاخره د بني زړه عدم کفاییه او کور پلمونل لپاره لازه هواروي .

### مساعدونکی فکتورونه :

- الف- انتانات (ستریټو کوک نمونیا ، ایچ انفلوانزا ، موروکزیلا کترالیس او وایروسونه) .
- ب- د هوا ککړتیا .
- ت- دندې (د دندې په ځایي کې د دورو شتون) .
- ث- په جنیتیک ډول د اتی تریپسین کموالي .

### اسباب:

- الف- سگرت څکل :سگرت څکل دځنډنی برانکایتس لومړنی مهم لامل دی چی لاند ی اغیزی لري :۱- د سلیا حرکتی تشو شات وي . ۲- مخاطي حجرات هایپر تروفي کوي . ۳- دبرانکسونوالا سټیستی خرابیږي . ۴- یوریز او الاستیز انزایمونه فعالیږي . ۵- الفا یو اتی تریپسین فعالیت کمیږي . ۶- د نوي الاستیکي انساجو جوړیدل کمیږي . ۷- د واگس عصب فعالیت زیاتیږي .

## کلينيکی لوحه:

ټوخی : لومړی د بلغم لرونکی ټوخی حملی متکرر وی ، دژمی په موسم کی وی ، وروسته ثابت کیږی ، په سهار کی ، مخکی له دی چی بلغم خارج شی سینه نیول کیږی .

بلغم : لومړی بلغم لږ ، مخاطی او چسپناکه وی ، که بلغم خیرن شی دانتان بنودونکی دی .

ساه لنډی : ساه لنډی لومړی د دروند فیزیکی کار سره وی وروسته دلږ فعالیت سره زیاتیږی .  
ساه لنډی دانتان ، سگرت اخکلو او د هوا بدلون سره زیاتیږی .

**Blue bloater**: دمزمڼ برانکا یتس شد ید شکل دي چي لاندي اوصاف لري . ۱- سیا نوزس وي ۲-

دانتان نښي موجود وي . ۳- ناروغ د پر سوپ له کبله چاغ ښکاري . ۴- په سږو کي ویزینک اوریدل

کیږي ۵- هایپو کسیمیا وي (اکسیجن ۴۰-۶۰ ملي متر سیماب کي وي ) ۶- هیموگلوبین ۱۵-

۱۸ گرام في دیسي لیتر وي . ۷- هایپر کپنیا وي (کاربن داي اکساید ۵۰-۶۰ ملي متر سیماب کي

وي ) . ۸- ناروغ ساه لنډي لري . ۹- سږو کي کریپیشن اوریدل کیږي ۱۰- د ریوي دسام په ساحه

کي دزره د ویم غږ لوړ وي . ۱۱- د پښو پر سوپ وي ۱۲- تنفسي او زړه عدم کفایه وي . ۱۳- FEV<sub>1</sub> /VC ، ښکته وي .

د اکزاسریتید سي او پي ډي اعراض او علايم: ۱- د بلغم مقدار او خیرن والي زیاتیږي ۲- نفس

تنگی زیاتیږي ۳- د سینی نیوونه زیاتیږي

د اکزاسریتید سي او پي ډي تفریقي تشخیص دلاندي ناروغيو سره کیږي : ۱- نمونیا ۲-

نموتوراکس ۳- د کین زړه عدم کفایي سره ۴- د سږو امبولیزم سره ۵- تنفسي عدم کفایي سره

دسي اوپي ډي د شدت د رجي:

دناروغي شدت

Spirometric forecast

dyspnoae±	FEV1=60-70%	
Dyspnoae+ Cough+ Sputum+ wheezing±	FEV1=40-50%	
Marked wheezing Ankle edema	FEV1=40%	

### لابراتواري معاینات:

#### الف: سپایرومیتری :

- د سږو د وظیفوي تستونواو د تداوي د رسپانس په اړوند پوره معلومات ورکوي .
- دسي او پي ډي په لومړي وخت کي يوازي د د سږو حجم ابنارمل اودکم شوي expiratory flow rate په اړه معلومات ورکوي .
- دناروغي په وروستي وخت کي په اول ثانيه کي forced expiratory valium (FEV1) کم شوي وي ، د FEV1 او forced vital capacity (FVC) نسبت کم شوي وي (FEV1/FVC ratio)

- دناروغي په شديد حالت کي په څرگند ډول FVC کم شوي وي

#### ب: دشریاني ویني د گازاتو اندازه کول :

- a. دناروغي په لومړي وخت کي دگازاتو بد لونونه نه وي
- b. د شرياني ویني د گازات په لاندې حالاتو کي اندازه شي
  - i. هايپوکسیمیا وي
  - ii. هايپر کپنیا وي
  - iii. FEV د ۴۰٪ څخه کم شوي وي
  - iv. په کلینیک کي د بني زړه د عدم کفایي نښي وي .

- c. هايپوكسيما په شديد مزمن برانكايتس كې وي
- d. معاوضوي تنفسي اسيدوزس په مزمن تنفسي عدم كفايه كې وي (په تيره د مزمن برانكايتس حاد اكراسريشن په وخت كې)
- e. هيموگلوبين اكثرالوروي (۱۸-۱۵ گرام في دي سي ليتر)

### ج: د بلغمو معاینه :

– د بلغمو معاینه د سترپتو كوك نمونيا ، ايچ انفلوانزا اوموروكزيلا كتراليس په اړه معلومات ورکوي .

– د بلغمو كلچر مثبت والي د ناروغي د شديد اكراسريشن سره نيمگري ارتباط لري . په شديد اكراسريشن كې وايروسي انتانات وي

### د : ECG بدلونونه : د زره گراف په واسطه لاندي معلومات څرگندېږي

- 1. sinus tachycardia
- 2. Cor pulmonal
- 3. Supraventricular arrhythmias( multifocal atrial tachycardia(MAT), atrial flutter , atrial fibrillation)
- 4. Ventricular irritability

### ه : راد يولوژيک معاینات

- 1. د سيني ساده راديو گرافي : دا د ومره حساس معلومات نه ورکوي . په مزمن برانكايتس كې (vascular marking) dirty lungs وي .
  - 2. سي ټي سکن : د سيني (HRCT scan) high resolution CT scan ډاير حساس او وصفي معاینه ده
- ډايلر ايکو کارديوگرافي د سږو دهايپرتنشن په اړه معلومات ورکوي .

## اختلاطات:

1. Acute bronchitis
2. Pneumonia
3. Pulmonary thromboembolism
4. Atrial arrhythmia
- a. Atrial fibrillation
- b. Atrial flutter
- c. Multifocal atrial tachycardia
5. Pulmonary HTN
6. Cor pulmonal
7. Chronic respiratory failure
8. Hemoptysis
9. Osteoporosis
10. د چپ بطين عدم کفایي تشدید ل .

## تفریقي تشخیص:

- ۱- برانکیل استما: د هوایي لاروتنگوالي رجعي وي ۲- برانکیکتازس: متکرر نمونیا، وینه لرونکي بلغم، د گوتوکلایینګ ۳- الفا یو انټي تریپسین فقدان: کورني تاریخچه وي، د پانکراس ناروغي، د ځیګر سیروزس ۴- د زړه عدم کفاییه ۵- کیستیک فایبروزس ۶- د هوایي لارومیکانیکي انسداد ۷- د سږو تېرکلوز

## مخنيوي:

- ۱- د سګرټو شکلو او توکسيک مواد و انشاق څخه مخنيوي ۲- د نمونیا او انفلوانزا لپاره واکسين وشي

## درملنه:

## الف: د ستېل ناروغانو درملنه: دروغتون څخه دباندې درملنه :

۱- د سگرتو پرېښودل .

۲- اکسيجن ورکول . که داسترحت په حالت کې هايپوکسيميا وي اکسيجن توصيه شي . اکسيجن د ما سک ( face mask ) يا د پوزي (nasal prong) دلاري ورکول کيږي ، د پوزي دلاري ښه دي . اندازه يې په يود قيغه کې ۱-۳ ليتره دي ترهغه وخته ورکړل شي تر څوچې د ويني داکسيجن اندازه د ۵۵ ملي متر سيمابو څخه لوړ شي .

اکسيجن هغه ناروغانو ته ورکړل شي چې هايپوکسيا د لاندي حالاتو سره يوځا يې وي ۱- دسرو هايپرتنشن ۲- مزمن کورپلمونل ۳- اريټرو سا يتوزس ۴- دماغي حالت خرابوالي ۵- تمرين توان نه درلودل ۶- د شپي له خوا نارامي ۷- دسهار له خوا

سردردي

۳- انشاقې برانکو دايلاتور :

الف- لنډه تاثير لرونکي برانکو دايلاتورونه :

1. انتي کولينيرژيک (ipratropium bromide)
2. بيتا ۲ اگونست (albuterol, metaproterinol)
3. انتي کولينيرژيک نظر بيتا ۲ اگونست ته ښه دي ځکه چې اوږد اغيزه لري او سمپا تیک عصب نه تنبه کوي . دواړه يې د metered dose inhalation (MDI) او يا مایع يې د نيبولایزر دلاري انشاق کيږي . اپراتروپيوم بروماييد (36-72mcg) هر ۶ ساعته بعد توصيه کيږي

• لنډه تاثير لرونکي بيتا ۲ اگونست د تريمور ، تکی کارديا او هايپو کلايما لامل کيږي (د سمپا تیک عصب د تنبه ښي) .

• په مخلوط ډول لنډه تاثير لرونکي بيتا ۲ اگونست او اپراتروپيوم دانشاق په

ډول ورکول کيږي .

ب- اوږد تاثير لرونکي انشاقې برانکو دايلاټور:

– بيتا ۲ اگونست لکه (salmeterol, formoterol, indacaterol) او اوږد تاثير

لرونکي انتي کولينير ټيک لکه tiotropium

۴- انشاقې کورتيکوسټروئيد : انشاقې کورتيکوسټريډ يوازي يا د بيتا ۲ اگونست او يا د

انتې کولينير ټيک سره يو ځای ورکول کيږي . که چيري ناروغ ته د خولي دلاري پيل شوي وي

وروسته د ښه کيدو څخه بيرته په انشاقې کورتيکوسټروئيد باندې بد ليږي .

۵- تيو فيلين : که چيري د بيتا ۲ اگونست ، انتې کولينير ټيک او کورتيکوسټروئيد سره ښه نه

شي تيو فيلين توصيه کيږي .

۶- انتې بيوتيک : انتې بيوتيک په لاندي حالاتو کې توصيه کيږي

1. حاد اکزاسربيشن

2. حاد برانکايټس

3. دمزمن برانکايټس دمخنيوي لپاره

هغه انتې بيوتيکونه چې د خولي دلاري کارول کيږي عبارت دي له

1. doxycycline ۱۰۰ ملي گرامه هر ۱۲ ساعته بعد ،

2. trimethoprim sulphamethoxazol ۸۰۰/۱۶۰ ملي گرامه هر ۱۲ ساعته بعد

3. cephalosporin ( cephodoxime ۲۰۰ ملي گرامه هر ۱۲ ساعته بعد ،

4. cefoprozil ۵۰۰ ملي گرامه هر ۱۲ ساعته بعد )

5. مکروئيد ( ازيتروما يسين لومپري ۵۰۰ ملي گرامه او بيا ۲۵۰ ملي گرامه د ورځي يو

ځل د ۵ ورځو لپاره )

6. فلوروکينولون ( سپرو فلوکزاسين ۵۰۰ ملي گرامه هر ۱۲ ساعته بعد



7. Amoxicillin –clavulanic acid ۱۲۵/۸۷۵ ملي گرامه هر ۱۲ ساعته بعد .

د تداوي دوام موده ۵-۷ ورځي دي

لاندي خطري فکتورونه د تداوي د پايلو د نيمگر تيا لامل کيږي :

1. عمر د ۶۵ کالو څخه زيات وي

2. FEV1 < 50%

3. ډاکړا سرپيشن څو حملي يي تير کال تير کړي وي

4. د ري مياشتي مخکي اتني بيوتیک درملنه شوي وي

5. نوري ضميموي ناروغي لکه دزره ناروغي ورسره وي

۷- د سرو احيای مجد د :

1. ايروبيک فيزيکي فعاليت اجرا کول په اوني کي د ري ځله د ۲۰ د قيقو

لپاره قدم وهل يا بايسيکل چلول ، دنا روغ د فيزيکي حالت د خرابيدو

څخه مخنيوي کوي او د کار کولو قدرت زيا توي

2. دشهيقی تنفسي عضلاتو په کار اچول په دي ډول چي د تنگ شوي تنفسي

لاري په مقابل کي ژور شهيق اجرا کول ترڅو چي شهيقی تنفسي عضلات

قوي شي

3. Pursed –lib breathing exercise دتنفس شمير کموي

Abdominal breathing exercise داضافي تنفسي عضلاتو ستړيا او نفس تنگي کموي

۸- نور اهمات مات :

1. مایعات توصیه شي ترڅو افرازات اوبلن شي په اساني سره خارج شي

2. سينه قرع شي ترڅو بلغم خارج شي

3. وضعيتي د رينا ژ اجراشي . دغه مانوري په خالص امفيزيم کي گټه نه لري

4. مقعشع شربتونه مرسته کولاي نه شي

5. دټوخي ارامونكي او خوب راوړونكي درملو كارولو څخه ډډه وشي .
6. كه امفيزيمه په ولادي ډول د الفا يو اتني تريپسين فقدان له كبله وي نو الفا يو اتني تريپسين توصيه كولاي شو البته د ا په ځواني عمر كې وي دا ۶۰ملي گرامه نظر په وزن د بدن اوني كې يوځل درگ دلاري وركول كيږي
- ۹- په شديد نفس تنگي كې لاندي دواگانې وركولاي شو خو دناروغ دخوبوړي سبب كيږي اوتشويش له مينځه وړي .

1. Opioids (مورفين ۵-۱۰ ملي گرامه د خولي دلاري هر ۳-۴ ساعته بعد oxycodone، ۵-۱۰مليگرامه هر ۳-۴ ساعته بعد د خولي دلاري ، د واداره ازاديدونكي مورفين ۱۰مليگرامه د خولي دلاري دورځي يوځل)
2. سيداتيف- ها پينو تيك دواگانې (د يازپيم ۵مليگرامه دورځي دري ځله)
3. په كور كې دپوزي دلاري اكسيجن وركول دنفس تنگي دكموالي لامل كيږي

ب: په روغتون كې درملنه :په روغتون كې درملنه په لاندي ډول دي :

- ۱- اكسيجن : مشبوع اكسيجن ۹۰-۹۴% يا  $paO_2$  د ۶۰-۷۰ملي متر سيما بو تر مينځ وي . اكسيجن د تنفسي اسيدوزس دپيدا كيد و د ويري لپاره قطع نه شي هايپوكسيا نظر هايپر كپنيا ته ډير خطرناك دي .
- ۲- انشاقې اپراتروپيوم برومايد (500mcg د نيبولايزر او يا 36mcg metered dose inhaler(MDI) د spacer دالي په واسطه هر ۴ ساعته بعد ) او بيتا ۲ اگونست ( البيو تيرول ۲.۵مليگرامه د ۳ملي ليتره سلين سره يو ځاي د نيبولايزر دلاري او يا د MDI په واسطه چي 90mcg في پف كې وي ۴-۸ پفه هر ۱-۴ ساعته بعد د spacer دالي په واسطه وركول كيږي) سره يو ځايي توصيه كيږي
- ۳- كورتيكوستروئيد : پريد نيزولون دورځي ۳۰-۴۰ مليگرامه ۷-۱۰ وروځو لپاره توصيه كيږي

۵- انتي بيوتيک: الف- هغه ناروغان چي دسودو مونس لپاره خطري فکتورونه نه لري انتي بيوتيکونه يي عبارت دي .

Levofloxacin	750mg/D	orally/ IV	•
Moxifloxacin	400mg /D	orally/IV	•
Ceftriaxone	1gm/D	IV	•
Cefotaxim	1gm/8hrs	IV	•

ب- هغه ناروغان چي سودو مونس لپاره خطري فکتورونه لري

Pipracillin-tazobactam	4.5gm/6hrs	IV	.1
Ceftazidim	1gm/8hrs	IV	.2
Cefepime	1gm/12hrs	IV	.3
Levofloxacin	750mg/D	IV/orally	.4

۶- تيوفيلين : په حاده مرحله کي نه ورکول کيږي .

۷- د کورپلمونل د رملنه : دسپرو د شريانو فشارپه لاندې ډول بنکته شي . ۱-

اکسيجن ورکړل شي . ۲- اسيدوزس اصلاح شي . ۳- دبستر استراحت توصيه شي

۴- مالگه محدود شي . ۵- دايوريتيک ورکړل شي

۸- دزره داريتما درملنه : ۱- ملتي فوکل ازيني تکی کارديا دسي او پي ډي تداوي

سره بڼه کيږي ۲- ازيني فلتر د ډي سي شاک سره تداوي شي .

۹- تنفسي عدم کفاييه درملنه : ترخيل انتوبيشن او ميکانیکی وينتليشن سره

تداوي شي

هغه سي او پي ډي چي دحاد هايپرکپنيک تنفسي عدم کفاييه سره يوځايي وي

noninvasive positive pressure ventilation (NIPPV) دمخ دماسک له لاري

دانتوبيشن ضرورت کموي او عاجله کوته کي دپا تي کيدو موده کموي (په سي او

پي ډي کي نازوکومل نمونيا پيښي او دانتی بيوتيک استعمال کموي

۱۰- د سي او پي ډي جراحي درملنه : ۱- دسپرو ترانس پلاتيشن ۲- دسپرو حجم کمول ۳-

بوليکتومي

۱۱- په ځينو ناروغانو کي فيزيو تراپي هم توصيه کيږي .

## انزار:

1. د سي او پي ډي انزار خراب وي
  2. که د FEV1<1liter د ژوند موده ديوکال څخه کم وي
  3. دسي او پي ډي انزار د BODE index پواسطه معلوميري
1. B: body mass index
  2. O:obstruction of airway
  3. D:dyspnoe
  4. E: exercise capacity

## دبستر استطببات:

- ۱- اعراض شديد وي او د روغتون څخه دباندې دتداوي وړ نه وي
- ۲- هايپوکسيا ، هايپر کپنيا ، محيطي ازيما ، دماغي خړپړ تيا موجود وي .
- ۳- په کور کي مراقبت خراب وي
- ۴- ناروغ خوب ونه شي کولاي
- ۵- هايډ ريشن او تغذيه ونه شي کولاي
- ۶- نور ضميموي ناروغي موجود وي

## Emphysema

### تعريف :

داسناخو تخريب او توسع ته وايي چي ساه لنډي په کي بارز وي ،تشخيص يي پتالوژيک دي .

پتالوژي : ۱- په امفيزما کي دسپرو داسناجو تخريب او توسع له کبله ضفيري هواي جريان محدوديږي او هوا بنديږي . ۲- دسپرو الستيکي حلقی (recoil) خرابيږي چي ددی له کبله د total lung capacity (TLC) زياتيږي (يعني دسپرو حجم زياتيږي) او داسناخو دتخريب له کبله دگازاتو تبادلې خرابيږي .  
**مساعدونکي فکتورونه :**

۱- سگرت څکل ۲- عمر ( ۴۰-۶۰کلني کي وي ) ۳-دويم لاس سگرت څکل ( پاسيف څکونکي ) ۴- وظيفوي ځاي کي د هوا ککرتيا او دورې . ۵- دکور دننه او دباندې د هوا ککرتيا .  
**اسباب :**

۱- سگرت څکل په سپرو کي دنترفيل حجراتو(د elastase څخه غني دي ) شمير زياتوي چي داسناخو د جدار دتخريب لامل کيږي . ۲- alpha 1 anti trypsin deficiency ددی له کبله د elastase –antielastaes imbalance پيدا کيږي . ددی انزيم دکموالي له امله antielastaes کميږي او elastase زياتيږي په نتيجه کي داسناخو جدار تخريبيږي .

### کلينيکي لوحه :

ساه لنډي دامفيزما لومړني اعرض دي چي وروورو زياتيږي ،لومړي دتمرين سره وي وروسته داستراحت په وخت هم وي .توخي نه وي اويا وروسته په لږه اندازه وي .

**pink puffer** :د امفيزما شديد ډول دي چي لاندي اوصاف لري

1. expiratory pursed-lip breathing په ترلي شونډه و زفير کول

2. دبنه ساه اخيستلو لپاره ناروغ کيښيني قدام خواته توخ شوي وي او په دواړو لاسو نو تکیه کوي
3. شديد ساه لنډي وي
4. بلغم لږ او يا نه وي
5. داستراحت په حالت کي لږها پيو کسيميا وي
6. سپري خاموشه وي اضافي اوازونه نه اوريدل کيږي
7. وزن کم وي
8. دپنبو پرسوپ نه وي
9. مخلوط ډول بلو بلا تر او پنگ پفر سره يو ځاي وي
10. RV, FRC, TLC نارمل يا لږزيات وي

### د امفيزيما ډولونه:

1. Centriacinar - Centrilobular
2. Panacinar - Panlobular
3. Periacinar - Paraseptal or distal Acinar

### لابراتواری معاینات:

۱- هیموگلوبین نارمل وی ۲- اکسیجن او کاربن دای اکساید نارمل یا لږ کم شوی وی. ۳- دسپرو اکسری ( سپری hyperluscence او hyperinflation هوي او بولا بنای موجود، vascular marking کم شوی وی او TLC (total lungs capacity) زیات وی. زړه کوچنی بنکاری. که چيري د (RV) residual valium او TLC (total lung capacity)نسبت زیات وي (RV/ TLC ratio) دهوا په بندید و (امفيزيما) باندي دلالت کوي

### تشخيص:

تشخيص دتاريخچي، فيزيکی معاینی او لابراتواری معایناتوپه واسطه کيږي.

### اختلاطات :

۱- Collapsed lung (pneumothorax)

۲- cor pulmonale

۳- Large holes in the lungs (giant bullae) ددی ریچر له کبله نموتوراکس مینځته

راځی .

### درملنه :

دځنډنی برانکایتس ددرملنی لاندی تشریح شوی .

## BRONCHIAL ASTHMA

### تعريف

1. د هوایي لارو یوځنډني التهابي ناروغي دي چي دالارژیک اغیزوله کبله مینځ ته راځي ، په دي کي ترخیا او قصباتو فرط حساسیت وي چي د برانکو سپزم لامل کيږي کلنیک يي عبارت دي له ، ساه لندي ، توخي ، ويزينگ ، رالونه رانکي ، اود سيني نیونه .
2. که حمله دومداره وي د (*status asthmatics*) په نوم ياديږي
3. اعراض حملوي (پريود یک) او يا ځنډني وي
4. د هوایي لارو انسداد پخپله او يا د برانکو ديلاټورونوسره بڼه کيږي .
5. اعراض دشپي او يا سهار وختي وي .

### اسباب :

1. ***exogenous (atopic)*** : خارج المنشا ، مقدم پيليږي ، ماشومانو کي وي ، فرط حساسیت يي د د ***IGE*** په مینځگرتوب وي ، کورني تاريخچه مثبت وي داکزیم ، الرژیک رينیتس او اسپرين فرط حساسیت تاريخچه مثبت وي
2. ***endogenous (non-atopic)*** ، موخر پيليږي او غټانو کي وي

## INCIDENCE

استما یومعمول ناروغي دي چي د ټول وگړو نژدي ۸-۱۰٪ تشکيلوي . استما زیاتره په نارینه هلکانو کي (د ۱۴ کلني څخه کم عمر کي) او ځوانوانجينو کي وي . په دي وروستيو ۲۰ کلنو کي په امريکا کي داستما پيښي ، په روغتون کي بستريدل او مړينه په امريکا کي ډيري شوي .



### پتوفزیالوژي :

1. د هوایي لارو ملسا عضلاتو سپزم
2. د هوایي لارو مخاطي ازیما
3. دمخاط دافرازو زیاتوالي
4. په هوایي لارو کې د التهابي حجراتو ازونوفیل انفلتریشن
5. د هوایي لارو د اپیتیلیوم زخمي کیدل

### د هوایي لارو تنگوالي تشدیدونکی فکتورونه :

1. الرژیک مواد عبارت دي له: د کور د دوشکو، قالیني او فرنیچر دورې، کورني حیوانات او حشرات، د سگریټو لوګي، نور پاکونکي توکي (پوډر تیزاب، کلورین
2. د درملو له کبله تنبه: اسپرین، بیتا بلاکر، اسپرین هایپر سنسیتیف سندروم) اسپرین الرژي، دپوزي پولیپ، الرژیک رینیتس، دواړه اسپرین او بیتا بلاکر د برانکوسپزم لامل کیږي. سلفیت لرونکي مواد لکه پوتاشیم سلفات سودیم سلفات.
3. محیطي فکتورونه او د هوا ککړتیا د برانکوسپزم لامل کیږي
4. وظیفوي فکتورونه لکه په ځیني فابریکو کې کار کول (دورو، سیمینتو)
5. اتانات: وایروسي اتانات
6. مشق او تمرین: د تمرین په وخت کې په قصباتو کې د تودوخي د د رجي بدلون د برانکوسپزم لامل کیږي
7. روحي فشارونه بنایي د واګس عصب تنبه کړي.

### کلنیکي لوحه:

1. داستما وصفی اعراض او علایم عبارت دي له:
2. **Dyspnoea**
3. **Cough**
4. **Wheezing**

**Chest Tightness .5****Sibilant Rales .6****.7 . داستما سه پا يه (Dyspnoae, Cough, Wheezing)****د شدت له نظره داستما ویشنه**

Persistent			Intermittent	
sever	moderate	mild		
ټوله ورځ وي	هر ورځ	په اونې كې دوه ورځو څخه زيات وي	په اونې كې دوه ورځې او يا كم وي	اعراض
هره شپه وي	په اونې كې د يو ځل څخه زيات	۳-۴ په مياشت كې	په مياشت كې دوه يا كم وي	د شپې له خوا وپېښېدل
دورځي څو ځله	هره ورځ	په اونې كې دوه ورځو څخه زيات	په اونې كې دوه يا كمې ورځې	د اعراضو د كنترول لپاره د لنډ تاثير لرونكې بيتا ۲ اګونست استعمال لول
شديد محدود وي	متوسط محدود وي	خفيفا محدود وي	محدود بت نشته	نارمل فعالیت سره مداخله
FEV1<60%	FEV1<60%	FEV1>80%	FEV1>80%	د سپر و د ندي
۴-۵ مرحله	دریم مرحله	دویم مرحله	اول مرحله	د تداوي توصیه

**داستما د كنترول ارزيايي**

اوصاف	بڼه كنترول شوي	قسمي كنترول شوي	خراب كنترول
اعراض	په هفته دوه يا كم ورځې وي	په هفته كې ۲ ورځو څخه زيات وي	ټوله ورځ وي
فيزيكي فعالیت محدود پت	محدود نه وي	لږ محدود وي	زيات محدود وي
د شپې له خوا اعراض او وپېښېدل	مياشت كې ۲ ځله څخه كم وي	هفته كې ۱-۲ ځله وي	په هفته كې ۴ ځله يا زيات وي
د نجات وركونكي د رملني ضرورت (سا با)	په هفته كې ۲ ځله څخه لږ ضرورت وي	په هفته كې ۲ ځله څخه زيات ضرورت وي	د ورځي څو ځله ضرورت وي
PEV1	>80%	60-80%	60%>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• لندي مودي کورتيکوسټروبيډ ورکړل شي</li> <li>• ۱-۲ سټيپ پورته شي</li> <li>• ۲ هفتو کي ارزيايي شي</li> <li>• که جانبي عوارض و بل دوا شروع شي</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• يو سټيپ پورته شي</li> <li>• ۲-۶ هفتو کي ارزيايي شي</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• روان رژيم تعقيب شي</li> <li>• ۱-۶ مياشت کي کنټرول تعقيب شي</li> <li>• که کنټرول شي يو سټيپ بڼکته شي</li> </ul>	دنداوي توصيه

### دشديد اکزاسربيتيد استما ويشنه او ارزيايي

الف: اعراض	خفيف	متوسط	شدید	تنفسي عدم کفائيه او ژوند تهدید ونکي حالت ( STATUS ASTHMATICUS )
۱- سا لندي	کار سره وي	خبرو سره وي	داستراحت سره	استراحت سره
۲- خبري	اورده جملي سره	لند جملي سره	کليمي سره	خاموش
۳- دماغي حالت	غالبا ن مخرش وي	اکثرن مخرش	اکثرن مخرش	drowsy
<b>ب: علايم</b>				
۱- د بدن وضعيت	ملاستي کولاي شي	کښني	ملاسته نه شي کولاي	ملاسته نه شي کولاي
۲- تنفسي عضلاتو فعاليت	نه وي	وي	وي	Paradoxical respiration
Respiratory rate-۳	↑	↑	> 30/mint	>30/mint
Resp. sound-۴	Mid /end expiratory wheezing	Wheezing with all exp	High ins/exp wheezing	Without wheezing
HR/mint-۵	<100/mint	100-120/mint	>120/mint	>120/mint
Paradoxical PULSE6-	<10/mnt	10-25/mint	>25	Relative bradycardia No usually

↓	↑	mid		H.R/mint
<b>ج: دسرو وظیفوی تستونه</b>				
<50%	<50%	50-80%	>80%	PEF%
<60	<60	>60	normal	PaO2(mmHg)
>42	>42	42>	42>	PaCO2

### دسیني رادیوگرافي :

- a. سږي بنا ئي نارمل وي
  - b. سږي **hyperlucency** (توروالي زیاتوالي) وي
  - c. د یافراگم بنکته او حرکت یې محدود وي
  - d. بین الضلعي فاصلي زیات وي
  - e. استما ناروغانو ته په لاندي حالت کي دسیني اکسري توصیه کیږي
  - i. تداوي په مقابل کي رسپانس بڼه نه وي
  - ii. دلاندي ناروغیو په رد ولو کي ۱-نموتو راکس ۲-نمونیا ۳-نمومیډ یا ستینوم
- ۷- دپوستکي دحساسیت تستونه دحسا س الرژن معلومولو لپاره اودپارا نزل ساینسونواو گاسترو ازوفازیل ریفلوکس لپاره معاینات وشي (دمقاوم استما په حالت کي)

### تفریقي تشخیص:

الف : دپورتنی هوایی لارو ناروغی :

۱- vocal fold paralysis

۲- vocal fold dysfunction syndrome

۳- foreign body aspiration

laryngotracheal mass - ۴

tracheal narrowing – ۵

airway edema - ۶

tracheomalacia – ۷

ب – دبنکتنی هوایي لارو ناروغي :

COPD – ۱

bronchiectasis – ۲

allergic bronchopulmonary mycosis – ۳

cystic fibrosis – ۴

eosinophilic pneumonia – ۵

bronchiolitis obliterans – ۶

Cardiac Asthma - ۷

Uremic Asthma - ۸

systemic vasculitidis with pulmonary involvement :ج

churg-straus syndrome – ۱

psychiatric asthma :د

Hysterical Asthma - ۱

### تشخيص:

۱- د ويني معاینات :

1. په خفيف اکزا سريټيد استما کي د ويني گما زات نارمل وي لکن تنفسي

الکالوزوسس وي او د اسناخو او شرياني اکسيجن تفا وت زيات وي )

**Alveolar Arterial Oxygen Difference A- A - D 02)**

2. په شديد اکزا سريټيد حالت کي هايپوکسيا وي او شرياني کاربن داي اکسايډ

نارمل ته راگرځي

3. په تنفسي عدم کفايه کي شرياني کاربن داي اکسايډ لوړيږي او تنفسي

اسيدوزس وي چي ميکانیکي وينټيليشن ته اړتيا پيدا کيږي.

**Eosinophilia** 4

متوسط اندازه **leukocytosis** 5

سيروم **Ig E** لوړوي 6

۲: د سږو وظيفوي تستونه : سپا پرو مټريک معاينات په لاندي ډول دي

**Forced expiratory volume in 1 second (FEV1) -1**

**Forced vital capacity (FVC) -2**

**FEV1/FVC ratio-3**

4- سږو وظيفوي تستونه مخکي او وروسته د برانکو دايلاټور د تداوي څخه اندازه

کيږي . د دوي داندازي څخه د هوايي لارو دانسداد شدت معلوم کيږي .

5- هغه وخت پوهيږو چي هوايي لارو انسداد رجعي دي او د برانکو دايلاټور په واسطه

بنه والي پيدا شوي چي  $FEV1 \geq 12\%$  او  $200$  ملي ليتره وي او يا  $FVC \geq 15\%$

او  $200$  ملي ليتره وي

6- په شديد حالت کي هوا په سږو کي بند کيږي **Residual volume** زياتيږي او په

نتيجه کي **FVC** کميږي

**Bronchial provocation test** : -۳

1 . دا هغه وخت تر سره کيږي چي استما مشکوک وي او د سپا پرو مټريک معا

يناتو په واسطه تشخيص نه شي ، د دي تست تر سره کولو لپاره انشاقوي

هستامين يا ميتا کولين کارول کيږي ، که  $FEV1$  د  $65\%$  څخه کم وي نه توصيه

کيږي ، ميتا کولين تست هغه وخت مثبت وي چي که ناروغ ته  $8mg/ml$  او يا

کم ميتا کولين توصيه شي  $FEV1 \geq 20\%$  څخه بنکته شي

2 . که تست منفي وي  $95\%$  **negative predictive valume** داستما لپاره

بني .

-۴ : د بلغمو معاينه

1 . التهابي حجرات وي

- 2. *Curschmann's spirals* ( دقصباتو چسپناک مخا ط )
- 3. *Charcot-Leyden crystals* ( *crystallized enzymes of eosinophils and mast cells*).

۵- دزره برقي گراف :

- 1. دښي زړه هايپرتروفي
- 2. *Right axis deviation,*
- 3. *Rs type complex in V1 lead,*
- 4. *low amplitude R in V5-V6 leads*

داستما اختلاطات:

- 1. *Pneumothorax*
- 2. *Exhaustion*
- 3. *pneumonia*
- 4. *acute or subacute cor pulmonale*
- 5. *asthmatic status.*
- 6. *Dehydration*
- 7. *tusive syncope*
- 8. *chronic respiratory failure*
- 9. *chronic cor pulmonale*

مخنيوي :

- 1. دالرژيک موادو لري کول
- 2. دانتان تداوي
- 3. دسگرتو پريښودل
- 4. دنمونيا او انفلوانزا لپاره واکسين شي
- 5. بيتا بلاکر او *ACE inhibitors* استعمال څخه ډه ډه وشي
- 6. دالرژيک موادو په مقابل کي الرژي کموالي (لرلر) الرژيک مواد دپوستکي لاندې زرقول ترڅو حساسيت له مينځه لاړ شي)
- 7. دحساسيت لپاره کورتيزون او اد رينالين تيار په لاس کي وي

## د دټاوي مرحلي:

- ۱ - مرحله: انشاقی لنډ تاثیر لرونکی بیټا ۲ اګونست *short acting beta agonist(SABA)*
- ۲ مرحله: که اعراض د *SABA* سره ښه نه شي کم د وز انشاقی کورټیکوسټروییډ د ورځي *200-800mcg* ورسره یوځایي کیږي . متبادل د وا یي *cromolyn, LTRA, nedocromil, theophylin* دي.
- ۳ - مرحله: ښه دوا یي: کم د وز انشاقی کورټیکوسټروییډ + اوږد تاثیر لرونکی بیټا ۲ اګونست (*LABA*) یا (*metered dose ICS(MDI inhaled corticosteroid)*) متبادل دوا یي کم د وز *ICS+LTRA* یا *theophylin+ziluton*
- ۴ - مرحله: ښه دوا یي: متوسط د وز انشاقی کورټیکوسټروییډ + اوږد تاثیر لرونکی بیټا ۲ اګونست او متبادل دوا یي کم دوز انشاقی کورټیکوسټروییډ + *LTRA(leukotrien receptor antagonist) or theophylin* دي .
- ۵ - مرحله: ښه دوا یي لوړ دوز انشاقی کورټیکوسټروییډ (*LTRA+ICS*) او که ناروغ الرژي ولري *omalizumab* هم په نظر کي وي .
- ۶ - مرحله: ښه دوا یي لوړ د وز انشاقی کورټیکوسټروییډ (*LTRA+oral +ICS*) او که ناروغ الرژي ولري *omalizumab* هم په نظر کي وي

## درملنه:

### د دټاوي اهداف:

1. د مزمن اعراضو کمول ترڅو ناروغ تمرین وشي کولاي
2. د متکرر اکزسرېشن څخه مخنیوي
3. د شفاخاني دبستریدو څخه مخنیوي



4. د سږو وظيفوي تستونه نارمل يا نژدې نارمل کي ساتل

5. *National asthma education and prevention program*

3 (NAEPP) داسي وړاندیز کوي چي د دوامداري استما تداوي

لپاره اساسي درمل انشاقې کورتيکوسټروئيډ دي .

## داستما د درملني لپاره درمل:

داستما د درملني پلان په د و و کتگوريو باندي ويشل شوي دي .

### 1- **QUICK RELIEVER DRUGS: RELIEVER DRUGS** :

دا دواگانې په چټکي سره داستما حمله آراموي .

### 2- **LONG TERM CONTROL: CONTROLER** -

دا دواگانې د اوږدې مودې لپاره ورکول کيږي ترڅو حمله دوامداره توگه کنټرول کي

وساتي

الف : د اوږدې مودې کنټرول درملنه

#### 1- **Anti inflammatory drugs**

**Corticostroids**: لاندي گټي لري

1. حاد او مزمن التهاب کموي

2. اعراض کموي

3. هوايي لاري بڼه کوي

4. هوايي لارو حساسيت کموي

5. اکزاسريشن کموي

6. د بيټا ۲ گونست قوت زياتوي

د کورتيکوسټروئيډ مستحضرات په دوو ډولو پيدا کيږي

۱- انشاقې :

په ټول *persistent asthma* کې لومړني درمل دي، جانبي عوارض يې عبارت دي له ټوخي، اواز خرابولي، دخولي او فرنکس کندی د يازس،  
۲- سيستمیک :

1. دخولي دلاري: دخولي دکنديدازس لامل کيږي
2. درگ دلاري: سيستمیک عوارض يې عبارت دي له: ادرينال دغدي عدم کفايه، اوسټيوپوريزس، دپوستکي نري کيدل، ژرژر وينه بهيدل او کترکت، د دي درمل داستعمال په وخت همزمان کلسيم، ويتامين ډي ورکول کيږي همدارنگه باي فاسفونات هم استعمالیږي

### د کورتيکوسترويد مستحظرات

1. ميتايل پريد نيزولون: تابليتونه يې ۲، ۴، ۶، ۸، ۱۶، ۳۲ ميليگرامه دي. ۵.۷-۶۰ ميليگرامه دورخي يوخل يا يو ورځ بعد توصيه کيږي ترڅو کنترول شي. لنډ کورس (burst) يې د شدیدی حملې کنترول لپاره ورکول کيږي. يو ورځ بعد يې د ادرينال غدي عدم کفايه لامل نه کيږي
2. پريد نيزولون: ۵ ميليگرامه تابليتونه، امپولونه يې 5mg/5ml, 15mg/5ml دي د لنډ کورس لپاره ۴۰-۶۰ ميليگرامه يوخل يا ۲ کسري د وزونو باندي د ۳-۱۰ ورځو لپاره توصيه کيږي.
3. پريد نيزون: ۱، ۲.۵، ۵، ۱۰، ۲۰، ۵۰ ميليگرامه تابليتونه دي او امپول يې 5mg/ml دي.
4. مخلوط يې: fluticasone/salmeterol (DPI(dry powder inhalation): 100mcg/50mcg, 250mcg/50mcg,
5. 500mcg /50mcg يو انشاق دورخي ۲ ځله داستما شدت پوري اړه لري.

### 2- اوږد تاثير لرونکي برانکودايلاټور:

- ۱- *mediators inhilar( cromolyn sodium, nedocromil)* په لاندي حالاتو کې استعمالیږي:

1. خفیف دوامداره استما
  2. د تمرین په واسطه پیدا شوي اعراض
  3. رسپانس نظر کړتیکوستروئید ته کم وي
  4. د کرومولین انشاقی یې په یو پف کې ۸.۰ ملیگرامه دي . دوه پفه د ورځي ۴ ځله استعمالیږي کې . نیبولایزری ۲۰ ملیگرامه په یو امپول کې دي . یو امپول دورځي ۴ ځله استعمالیږي .
  5. نید و کرومیل انشاقی یې ۷۵.۱ ملیگرامه په یو پف کې دي ۲ پفه دورځي ۴ ځله .
- ۲- **beta 2 agonist**: د تمرین په وخت او د شپي له خوا اعراض وي اغیزمن دی .
- اوږد تاثیر لرونکي بیتا ۲ اګونست : یوازي نه استعمالیږي دبید سونید سره یوځایي ورکول کیږي . سلمیتروپ په یو بلستر کې ۵۰مایکروگرامه دي د ورځي ۲ بلستره استعمالیږي
- ۳- **anticholinergics** دواګانې : اوږد تاثیر لرونکي درمل یې **tiotropium** نومیږي . ۱۸ مایکوگرامه په یو بلستر کې دي دورځي یو بلستر دي .
- ۴- **phosphodiesterase inhibitors(methylxanthine)**: په دي ګروپ کې تیوفیلین شامل دي . هغه وخت توصیه کیږي چې د کورتیکوستروئید سره ځواب ښه نه وي ، د شپي له خوب ښه کوي ، په شدید دوامداره استما کې استعمالیږي ، خفیف برانکودایلاتور ، انتي انفلاماتور او امیون موډیلاتور خواص لري ، د دي استعمال په وخت کې وخت په وخت د سیروم اندازه یې تعین شي ځکه چې د جانبي عوارضو لامل کیږي لکه د د سپیسیا ، ګاستروازوفازیل ریفلوکس ، پروستاتیزم اعراض سرد رد ، اریتمیا هایپرګلاسیمیما ، هایپو کالیمیا او زړه بد والي لامل کیږي
- 3- **Leukotriene modifeirs**: لوکیوترین د برانکسونو د سپزم لامل کیږي چې د وه ډوله انتاګونست لري .

### **Leukotriene receptors antagonist- 1**

1. **Montelukast 4mg/5mg/10mg** ژوویدونکي گولي دي چي

دشپي له خوا ژول کيږي دځيگر د دندو خرابوالي لامل کيږي

2. **Zafirlukast 10mg/20mg** تابليتونه يي دي چي ۴۰ملي

گرامه يوځل يا ۲۰ملي گرامه دوه ځله خوړل کيږي

### 2- lipogenase inhibitor -5

**-zileutone** ۶۰۰ملي گرامه تابليتونه دي چي د ورځي ۴ ځله

خوړل کيږي . دځيگر د دندو خرابوالي لامل کيږي **ALT** لوړيږي

**Desensitization-4** الرژيک حساس ناروغان اميونوتراپي شي.

5- **Immunmodelators** ددي مستحظر **omalizumab** دي دا کورتيکوستروئيد د

رملني ته ضرورت کموي

6- **Vaccination** دا ناروغان د نمونيا لپاره او کال په کال دانفلوانزا لپاره واکسين شي 7

**oral sustained –released beta 2 agonist** متفرقه دواگانې : که اعراض د

شپي له خوا شديد وي د خولي دلاري دوامداره ازاديدونکي بيتا ۲ اگونست ورکول کيږي

ب: چټک ارامونکي درمل: مهم چټک ارامونکي درمل:

۱- لنډه تاثير لرونکي برانکودايلا تور :

۱- بيتا ۲ ادرينر جيگ اگونست دواگانې په

لاندې ډول دي .

1. **انشاقي: short acting beta 2 agonist(MDI) metered dose inhaler**

i. **Albuterol CFC 90mcg/puff,200puff/canister**

ii. **Albuterol HFA 90mcg/puff,200puff/canister**

iii. **Pirbuterol CFC 200mcg/puff,400puff/canister**

iv. **Levalbuterol HFA 45mcg/puff,200puff/canister**

2. **نيبولایزر محلولونه:**

1. **Albuterol 0.mg/3ml , 1.25mg/3ml , 2.5mg/3ml , 5mg/3ml**

2. **Levalbuterol 0.31mg/3ml , 0.63mg/3ml , 1.25mg/3ml**

نيبولایزر کيداي شي چي د *budesonide or cromolyn or ipratropium*

سره مخلوط وي

۲- اتتي کولينيرژيگ دواگانې په لاندي ډول دي .

1. *MDI (metered dose inhaler)* انشاقې :

*ipratropium bromide HFA 17mcg/puff ,200puff/canister 3puff/6hours .i*

2. نيبولایزر *0.25mg/ml /6hrs*

3. مخلوط انشاقې :

*( ipratropium bromide 18mcg/puff + albuterol 90mcg/puff 200puff/canister .a*

4. مخلوط نيبولایزر :

*ipratropium bromide 0.5mg/3m + albuterol 2.5mg/3ml .a*

۳- سيستمیک کورتيکوسټروئيد :

1. *Methyl prednisolone 2,4,6,8,16,32mg tablets( 40-60mg/D or /12hours*

2. *Prednisolone (5mg tablets) or 5mg/ml, 15mg/5ml*

3. *Prednisone(1,2,5,10,50mg tablets or 5m/ml*

۴- اتتي بيوتيک : واپرسونه او بکټرياگانې داکزاسرپيټيد لامل کيږي .

۵- *phosphodiesteres inhibitors* : *methylxanthine* په اکزاسرپيټيد حالت کي نه ورکول کيږي .

متکرر ارزيايي: ناروغ هغه وخت دروغتون څخه رخصت شي چي اعراض کم يا

ورک شي او *FEV1* ۶۰٪ او يا زيات شي. يوشمير کم ناروغان دتداوي سره نه ښه کيږي

، داناروغان دتنفسي عدم کفائي لپاره ولټول شي او ميکانیکي انتبيوشن شي

اتتي بيوتيک په لاندي حالاتو کي ورکول کيږي:

1. ټوخي اوساه لنډي زيات شي

2. بلغم زيات او خيړن شي

3. دسيني په اکسري کي انفلټريشن پيدا شي

د ناروغي کنترول ارزيايي: د تداوي په جريان کي ناروغ ارزيايي کيږي که چيري ناروغ ښه شوي نه وي د تداوي يو مرحله پورته کيږي او په ناروغ کي د محيط سره تماس کنترول، نور ضميموي ناروغي لټول کيږي. که چيري ناروغي کنترول شوي وي تداوي يو مرحله ښکته کيږي کم تر کمه تر د ري مياشتو پوري تعقيب کيږي.

## انزار:

که داستما سره نور ضميموي ناروغي يوځاي وي د ناروغي انزار خراب وي، که ناروغي ځانته وي او ژر درملنه پيل شي د ناروغي انزار ښه وي. حملوي استما په تيره ماشومانو کي انزار ښه وي په داسي حال کي د ځنډني استما انزار خراب وي. د اتوبيک استما پيښي په اوږي کي زيات وي او د ځنډني استما پيښي په ژمي کي زيات وي.

## STATUS ASTHMATICUS

تعريف: د برانکوسپزم شديد او دومداري حالت څخه عبارت دی چی حمله د ناروغ په واسطه د دوا استعمال له امله کنترول نه شی.

کلينيکی لوحه:

کلينيکی لوحه: يی په جدول کی د شديد استما (۲۴) مخ کی ترستون لاندی ليکل شوی.

### 1- خفيف اکزاسربيشن:

1. اعراض او علايم خفيف وي،  $EV1 > 80\%$ ، په کور کي تداوي کيږي
2. لنډه تاثير لرونکي انشاقی بيتا ۲ اگونست توصيه کيږي هر ۳-۴ ساعته بعد د وز يي تر ۲۴-۴۸ ساعته پوري لوږيږي
3. انشاق کورتيکوستروئيد نه ورکول کيږي، که مخکي اخيستي وي بيا د ۷ ورځو لپاره دخولي دلاري د ورځي ۰.۵-۱.۰ ملي گرام ورکول کيږي

4. که انشاقني کورتيکوستروبيد تاثیر ونه کړي او مخکي ورکول شوي نه وي د وز يي

دوه چنده کيږي

## 2-متوسط اکزاسريشن :

1. په چټکي سره هايپو کسيا او هوايي لاري تنگوالي اصلاح شي

2. د هوايي لاري تنگوالي د انشاقني لنډه تاثیر لرونکي بيتا ۲ اگونست اوسيستمیک

کورتيکوسترويي سره ښه کيږي

3. د FEV1 ښه کيد و سره ناروغ ته په کور کي تداوي شي او دتداوي لپاره تعليم

ورکړل شي ترڅو خپله ناروغ ځان کنترول کړي

## 3- شديد اکزاسريشن:

۱- اوکسيجن : د اکسيجن مشبوعيت د ۹۰٪ او فشار يي د ۶۰ ملي متر سيما بو څخه

لوړ وساتل شي ځکه چي اسفا کزيا د هايپوکسيا مهم لامل دي

۲- انشاقني لنډه تاثیر لرونکي بيتا ۲ اگونست : په لومړي دري ساعتو کي

*MDI(metered dose inhalation)* يا نيبولایزر په ډول ورکړل شي وروسته دښوالي

دپيدا کيدو سره انشاقني توصيه شي

۳- اپرا تروپيوم برومائيد په متوسط او شديد استما تداوي کي د انشاقني لنډه تاثیر

لرونکي بيتا ۲ اگونست سره يو ځايي کيږي.

۴- سيستمیک کورتيکوستروبيد :

۵- وريدي مگنيزيم سلفات : ۲گرامه درگ دلاري د ۲۰ دقيقو په موده کي په مقاوم حا

لت کي توصيه کيږي

۶- ميوکولایتيک دواگانې نه توصيه کيږي .





## COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA (CAP) په ټولنه کې پیداشوي

### نمونیا

### تعريف:

د سپرو د پرانښم حاد التهاب څخه عبارت دي چې دلاندې حالاتو سره يو ځا

بي وي

1. د حاد اتان اعراض وي
2. د سينې په راد يو گرافي کې د حاد اتان انفلټريشن وي
3. په اصغا کې د نمونیا نښې وي
4. د اعراضو پيل څخه د ۱۴ ورځې مخکې اويا د دي څخه زيا ته موده کې ناروغ په روغتون کې بستر شوي نه وي
5. مهم لامل يې ستروپټو کوک نمونیا دي

### اپيدمولوژي او پيښيدل:

CAP يو معمول ناروغي دي چې په کال کې ۵-۴ ميلونه پيښې يې په متحده امريکا کې تشخيصيږي چې ددې څخه ۲۵٪ يې په روغتون کې بستريږي. په امريکا کې د مړينې اتم لامل دي. په خفيف ناروغانو کې چې بستر شوي نه دي د مړينې اندازه د ۱٪ څخه کم دي. په روغتون کې د مړينې اندازه په کال کې نژدې ۱۰-۱۲٪ دي خو د ۶۵ کلني څخه پورته عمر کې په کال کې د مړينې فيصدي ۴۰٪ ته رسيږي.

د کپ لپاره خطري فکتورونه: عبارت دي له:

- ۱- زاړه کسان ۲- الکوليزم ۳- سگرت اخکل ۴- استما ۵- معافيت مغلوب کسان ۶-
- شکري ناروغان ۷- د سپرو مزمن انسدادې ناروغي ۸- اکلورهايديريا ۹- مزمن ضعيفونکي ناروغي ۱۰- ليونتوب ۱۱- اختلاجات ۱۲- د بلع تشوشات ۱۳- اتوييشن ۱۴-
- نازوگاستريک تيوب

## دتنفسي سیستم د فاعلي ميکا نيزم: دا ميکا نيزمونه لاندینی تنفسي سیستم د اتنا ناتو

خه ساتي:

۱- د توخي عکسه ۲- ميکوسيلاري کيلارانس سیستم ۳- اميون غبرگون

### د کپ اسباب:

- 1. *S. pneumoniae*: 20-60%
- 2. *H. influenzae*: 3-10%
- 3. *Chlamydia pneumoniae*: 4-6%
- 4. *Mycoplasma pneumoniae*: 1-6%
- 5. *Legionella spp.* 2-8%
- 6. *S. aureus*: 3-5%
- 7. Gram negative bacilli: 3-5%
- 8. Viruses: 2-13%
- 9. 40-60% - NO CAUSE IDENTIFIED
- 2-5% - TWO OR MORE CAUSES

### کلينيکي لوحه:

### اعراض:

- الف - عمومي اعراض: ۱- تبه - تبه ۳۹-۴۹ درجي وي چي دلرزي سره يوځاي وي. ۲- دسر او دبدن درد ۳- کانگي ۴- دماغي خرپر تيا په تيره زړو کي.
- ب- تنفسي اعراض - ساه لنډي، توخي (لومړي وچ وي وروسته بلغم داره کيږي او وينه لرونکي چي د زنگ وهلي (Rusty sputum) په نوم وي.
- ج- پلورايي اعراض- دسيني موضعي درد وي چي د توخي، ژور تنفس او حرکت سره زياتيږي.

### علايم:

الف - عمومي علايم - ناروغ ناروغ بڼكاري ، تنفس اوبض يي چټك وي ، لورپه درجه تبه وي ، پوستكي سور وچ وي ، په شونډوكي هرپس وي ( herpes labialis) ۲-۳ ورځي وروسته دتبي خخه پيدا كيږي .

ب- تنفسي علايم :

تفتيش - ماوفه طرف په تنفس كي برخه نه اخلي تنفسي حرکات کم وي .

جس - vocal fremitus لوړ وي .

قرع - dullness وي .

اضغا - تنفسي اوازونه بڼكته وي ، تنفسي اوازونه برانكيل وي ، vocal resonance لوړ وي ، fine crepitation اوريدل كيږي . د نقاهاهت په دوره كي coars crepitation اوريدل كيږي .

### تشخيص :

تشخيص دكلينيكي لوحی ، تاريخچي اوفيزيكي معايني په واسطه كيږي .

### لابراتواري پلټني :

الف : دبلغمو معاينه - ۱- گرام ستين : د دي معاينه په واسطه دمشخص انتان لپاره مشخص اتتي بيوتيک توصيه كيږي . دديمعائيني حساسيت ۶۲% او وصفيت يي ۸۵% دي .

۲- دبلغموكلچر او حساسيت : دبلغموكلچر په واسطه د دانتي بيوتيک په وړاندي دانتان حساسيت او مقاومت معلوميږي . دبلغموكلچر هغه ناروغانوته چي دبستر وړ نه دي نه ترسره كيږي .

ب: دسيني راډيوگرافي : ۱- دا دناروغي په تشخيص او اختلاطاتو پلورال ايفوزن او امپيما) په تعينولو كي مرسته كوي . ۲- راډيولوژيک بدلونونه - ۱۲ ۱۸ ساعته وروسته پيل كيږي . دسيني راډيوگرافي د ۶ اوني په موده كي

نارملیږي. ۳- دسیني په رادیوگرافي کی patchy او homogenous opacity په اخته طرف کی وي .

ج: دویني معاینات - دویني سپین حجرات د 15000/ml څخه لوړ وي ESR>100min په اول ساعت کی زیات وي .

ح: دویني کلچر - داپه شدید نمونیا کی مخکی دانتی بیوتیک دپیل څخه تر سره کیږي ، په ۲۵-۲۰٪ ستروپتوکوک نمونیا ناروغانو کی مثبت وي .

خ: سیرولوژیک تستونه - ۱- pneumococcal antigen test دبلغمو ، تشومتیازو او سیروم سیرولوژیک تستونه نظر دبلغمو او ویني کلچر ته ۳-۴ ځله حساس ازموینه ده . ۲- سیرولوژیک تستونه دغیروصفي نمونیا ( mycoplasma , legionella, Chlamydia ,viral infection) که دانتی بادي تایتر ۴چنده لوړ شي دنوي اتان بنودونکی دي . د legionella , لپاره direct fluorescent antibody stain ترسره کیږي .  
د: دشریاني ویني دگازاتو اندازه کول -

## درملنه :

الف- عمومي اهتما مات : ۱- دپلورایي درد لپاره زرقي 50-pethidine 100mg یا زرقي مورفین ۱۵-۱۰ میلیگرام NSAIDs درمل لکه تابلیت dolobid دورځي دوه ځله یا تابلیت پونستان فورت دورځي دري ځله توصیه کیږي .  
۲- اکسیجن : ټول هایپوکسیک ناروغانو ته ترهغه ورکول کیږي چي د اکسیجن غلظت د ۶۰ ملي متره سیما څخه پورته وساتل شي .  
۳- مایعات : مایعات دخولي دلاري یا درگ دلاري د دیهایدریشن ( دتبی او دتنفسي ریټ زیاتوالي له کبله ) داصلاح لپاره ورکول کیږي .

۴- cough suppressant : دټوخي دغلي کولو لپاره شربت فول کودین دوه قاشوغي دورخي دري ځله ورکول کيږي .  
 ب: اتتي بيوتیکونه – دنموکا کل نمونیا تر سرليک لاندې تشریح شوي .

### streptococcus pneumonia (pneumococcal pneumonia)

**تعريف :** مخکی تری یادونه شوی .

**اپیدیمولوژي او پيښيدل :** مخکی تری یادونه شوی

**دانتان دخپريد و لاري :**

انشاقې ( د منتنو څاڅکو انشاق )

اسپيريشن ( داوړو فرنکس اتا ناتوله کبله ستروپتوکوک نمونیا )

دويني دلاري ( دسړو څخه دباندې ځايي څخه د وينې دلاري سږو ته د اتتان راتگ لکه ستا فيلو کوک )

نژدې انساجو څخه ( دگاوونو ي انساجو څخه لکه نيغه په نيغه د ترخيل انتوبيشن په وخت کې

### پتالوژي :

انتان د انشاق يا اسپيريشن دلاري د پورتنې تنفسي لاري څخه اسناخو ته رسېږي هلته تکثر کوي او التهابي عمليه پيل کوي چې په نتيجه کې پروتيني مايع توليد يږي چې د اتتان لپاره زرعیه محیط برابرېږي چې په لاندې ډول د پتالوژي سبب کېږي

1. لومړي صفحه : کنجيسشن : په دي صفحه کې لاندې پتالوژيک

بدلونونه وي : ۱- مصلي اکزودات وي ۲- د رگونو پر سوپ ۳- د بکتريا و تکثر

2. دويم صفحه : red hepatisation : ۱- سږي د ځيگر پشان سختېږي

او سور رنگ نيسي او جامد بنکاري ۲- هوايي لاري د پي ام ان

- حجراتو په واسطه ډک شوي وي ۳- رگونه احتقاني وي ۴- سره حجرات د رگونه څخه باندي راوځي .
- 3. د ریم صفحه: gray hepatization: ۱- التهابي حجرات وي ۲-
- سپين حجرات وي ۳- سره حجرات وي ۴- فبرين وي
- 4. څلورم صفحه: Resolution اکزودات ښه کيږي

### کلينيکی لوحه :

### اعراض او علايم :

- 1. تبه يا هاپو ترميا وي
- 2. وچ يا بلغم لرونکي توخي وي
- 3. وينه لرونکي بلغم وي (rusty sputum) زنگ وهلي بلغم
- 4. دسيني پلورايي دردونه وي
- 5. عضلي درد ونه وي
- 6. کسالت وي
- 7. ستوماتيا وي
- 8. هضمي سیستم اعراض وي
- 9. سألندي وي
- 10. crepitation اوریدل کيږي
- 11. Egophony اوریدل کيږي
- 12. bronchial breath sounds اوریدل کيږي
- 13. سږي په قرع سره ډل وي

## لابراتواری معاینات :

هغه ناروغان چې د بستر وړ نه دي تشخیصه تستونود اتان د تشخیص لپاره اړتیا نشته ځکه چې د وي پراخه اغیزه لرونکي اتی بیوتیک اخلي ، او که چیرې د سفر او یا د اتان سره د تماس تاریخچه ولري بیا تستونه ترسره شي

تشخیصه تستونه هغه وخت اجرا کیږي چې ناروغان د بسترو وړ وي ، ناروغي یې شدید وي او د دوا په مقابل کې ځواب نه وي. د رې مهم معاینات اجرا کیږي

۱- د بلغمو ګرام ستین معاینات

۲- د تشو متیازو اتی جن تست د ستروپتو کوک نمونیا او لیوجیو نیلا لپاره توصیه کیږي .

۳- Rapid antigen detection test for influenza

د بلغمو ګرام ستین معاینات د ستروپتو کوک نمونیا لپاره نه حساس دي او نه وصفي یوازي د متیسیلین په مقابل کې مقاوم ستا فیلوکوک او ګرام منفي انتاناتو لپاره اجرا کیږي

د تشو متیازو اتی جن تست د ستروپتو کوک او لیوجینیلا لپاره د بلغمو ګرام ستین او کلچر معاینې په شان لږ حساس او وصفي دي . دا تست ژر اجرا کیږي او د دوا مقدم شروع په نتیجه باندې اثر نه لري . دا تست د نمو کوک اتان لپاره هغه وخت توصیه کیږي چې ناروغ لوکو پینیا ولري ، توري نه وي ، شراب څکي ، د ځیګر مزمن ناروغي ولري ، پلورال ایفوژن ولري او ICU کې بسترو وي . د لیوجیونیلا لپاره هم په دې حالاتو کې توصیه کیږي

د ویني ګازاتو معاینه ( اکسیجن غلظت )

د ویني بیوشیمیک معاینات ( ګلوکوز ، د پښتورګو وظیفوي تستونه ، د ځیګر وظیفوي تستونه )

د ویني بشپړ شمیرنه او د یفیرینشل معاینات

## د AIDS لپاره معاینات

Procalcitonin: دا د کالسیتونین پيش قدمه ماده ده چې د بکتريا د توکسين په مقابل کې ازادېږي او د وایرس په واسطه نهې کېږي ، د همدې مادې په اساس وایروسي او بکتريايي اتان سره تفریق کوو: يعنې د پورتنې تنفسي لاري اتان وایرس او د بکتريايي تنفسي لاري اتان بکتريا دي .

د سيني راديو گرافي : د سيني د راديو گرافي تشخيصه ارزښت په لاندې ډول دي ۱ - تشخيص وضع کوي ۲- انزار معلومېږي ۳- د تد اوي رسپانس تري معلومېږي ۴- نوري ناروغي رد يږي ۵- د سبب په تشخيص کې کم مرسته کوي د سيني راډيو گرافي د patchy انفلټريشن څخه تر لوبولار ، منتشر الويلار او انټر سټيشيل opacity (کثافت) تغیراتو پورې وي

راډيو لوژیک بڼه والي د ۶ هفتو او يا زياته موده کې څرگند يږي بڼه والي په ځوانانو ، سگرت نه څکونکي کې او يولوب اخته کسانو کې ژروي بل بڼه تشخيصه تست د سيني CT scan دي مخکې د تد اوي څخه د وينې کلچر تر سره شي

که ناروغ پلورال ایفوژن ولري د پلورا مايع د گلوکوز ، HDL ، مجموعي پروټين ، لوکوسيت شمير او ډیفيرينشيل ، مايع PH او کلچر لپاره ماینه شي . که د مايع کلچر مثبت وي تورا کوسټومي د ريناژ اجرا شي . که چيري کا ویتي موجود وي بلغم بايد د فنگس او تبرکلوز لپاره کلچر شي .

سيرولوژیک تستونه پي سي ارا او نور تستونه د ايروسونو لیوجیونيلا لپاره اجرا شي .



## اختلاطات:

### داخل الصدري:

1. سږي : ۱- Lung abscess - ۲ Fibrosis - ۳ Lobar Pneumothorax - ۴
- collaps(sputum retention rarely)
2. پلورا: ۱- Plural effusion - ۲ empyema
3. Cardiovascular system: ۱- Pericarditis - ۲ Myocarditis - ۳
- Endocarditis - ۴ Shock - ۵ Venous thromboembolism
4. GIS: ۱- Acute gastric dilatation - ۲ Jaundice - ۳ Diarrhoeae - ۴
- Peritonitis - ۵ hepatitis
5. CNS: ۱- Meningitis
6. Joints: ۱- Arthritis
7. Septicemia
8. Multiorgan failure
9. Renal failure
10. ARDS
11. Metastatic abscess

## تشخيص :

د تاريخچې ، کلينيکي لوحی او لابراتواری معایناتوپه واسطه کيږی .

## تفریق تشخيص:

1. دسږو انفارکشن: تبه ، توخي ، وينه لرونکي بلغم او دامبولي منشه موجود وي
2. دسږو يا پلورا تبرکلوزس
3. دسږو ازيما: تبه نه وي او دزره ناروغي مثبت وي
4. صفراوي کخوري التهاب

- 5. د معدي خيري شوي زخم
- 6. د حجاب حاجز څخه لاندي ابسي
- 7. حاد پانکراتايتس - 8 امويک هيپاتيتس

تداوي :

### د روغتون څخه د باندې درملنه :

۱- هغه ناروغان چي مزمن ضميموي ناروغي ونه لري ، اود ۳ ميا شتومخکي په موده کي انتي بيوتیک يي اخيستي نه وي .

#### Macrolides: مکروليد دواگانې عبارت دي له :

- (clarithromycin 500mg/12hrs orally 3-4 days
- azithromycin orally 500mg/D first then 250mg/D FOR 4days OR 500mg/D 3days

اویا : **doxycyline 100mg /12hrs** د خولي دلاري

هغه ناروغان چي مزمن ناروغي لري ( دسږو ، د زړه ، ځيگر پښتورگي مزمن ناروغي ، د شکرې ناروغي ، شرابي ، سرطان ، طوري ونه لري ، معافيت مغلوب کسان ، معافيت ځپونکي درمل اخيستونکي ) . او يا د ري ميا شتومخکي په موده کي انتي بيوتیک يي اخيستي وي :

1. تنفسي فلوروکينولون ( moxifloxacin 400mg/D د خولي دلاري .
- Gemfloxacin 320mg/D د خولي دلاري . Levofloxacin 750mg/D

د خولي دلاري ) . او يا : مکروليد (پورته پشان) + **beta lactam**

2. **Beta lactam** : بيتا لکتيم دواگانې عبارت دي له :

1. ( amoxicillin 1gm/ 8hrs
2. amoxicillin- clavulanate 2gm/12hrs د خولي دلاري
3. cefpodoxime 200mg/D د خولي دلاري

4. Cefuroxime 500mg/12hrs دخولي دلاري

5. Cefotaxime 1-2gm/ 4-12hrs IV

6. Ceftriaxone 1-2gm/ 12-24hrs IV

۳- په هغه ځايونو كې چې مکروليد په مقابل كې مقاومت وي د ۲ شماری په ډول تداوي كېږي

هغه ناروغان چې د روغتون په وارد كې بستر دي نه په بېرني څارني يونټ كې (ICU).

1. تنفسي كينولون (پورته درمل اويا سپروفلوکزاسين 8- 400mg / 12hrs) دخولي يا رگ دلاري

2. اويا : مکروليد + بيتا لکتيم (د پورته پښان دخولي دلاري اويا درگ دلاري)

هغه ناروغان چې په ICU (بېرني څارني يونټ) كې بستر دي

• **Azithromycine** لومړي ۵۰۰ ميليگرامه دخولي دلاري وروسته ۲۵۰ملي گرامه د ۴ ورځو لپاره اويا دورځي ۵۰۰ملي گرامه د ۳ ورځو لپاره اويا

• تنفسي فلوروکينولون (جمع) ديو انتي نموکاکل بيتا لکتيم سره cefotaxime,ceftriaxone, or ampicillin- sulbactam 1.5- 3gm/6hrs

• ( Azithromycine or FQ + beta lactam )  
• هغه ناروغان چې د بيتا لکتيم سره حساسيت لري )  
FQ+Aztreonam 1-2gm/6-12hrs

هغه ناروغان چې د سود وموناس اتان ترخطر لاندي دي (دسږو، د زړه، ځيگر پښتورگي مزمن ناروغي، د شكري ناروغي، شراب، سرطان، توري ونه لري، معافيت مغلوب كسان، معافيت

ځپونکي د رمل اخیستونکي ) او یا د ري میاشتو مخکي په موده  
کي اتی بیوتیک اخیستی وي

**Antipseudomonal beta lactam •**

Pipracilline- tazobatom 3.5-4.5 gm/6hrs IV .1

Cefepime 1-2gm/12hrs IV .2

دهغه ناروغانو درملنه چي په ICU کي بستر دي او د سود وموناس اتان

تر خطر لاندې دي په لاندی ډول دی :

Imipeneme 0.5- 1gm/6-8hrs IV .1

Meropenem 1gm/8hrs IV .2

+An antipneumococcal , an antipseudomonal beta lactam .3

ciprofloxacin 400mg/8-12hrs or levofloxacin

Beta lactams + an aminoglycoside .4

(gentamycin,tobramycin,amikacin )+ azithromycin or FQ

Methicillin resistance staphylococci ( above +

vancomycin or linezolid 600mg/12hrs

**د تداوي دناکامي لاملونه:**

1. مایکروبیالوژیک تشخیص غلط وي

2. د اتی بیوتیک انتخاب او دوز غلط وي

3. د دوا په وړاندې حساسیت وي او یا جاني عوارض وي

4. انتاني اختلالات وي لکه (امپیم، میتاستیک انتان وي، پارانمونیک

ایفوژن وي، بل انتان یوځایي شوي وي، اتیلکتازس وي

5. د بدن دفاعي حالت ضعیف وي

6. خواتانات یوځایي شوي وي

### مخنيوي:

1. سگرت بند شي
2. دنموکوک او انفلوانزا لپاره واکسين په لاندې حالتو کې وشي
  - a. معافیت بڼه وي خو دناروغ عمر ۶۵ کاله اويا زيات وي
  - b. مزمن ناروغي ولري
  - c. معافیت مغلوب وي خو عمر د ۶۴ کاله يا کم وي

### په روغتون کې د بستر استطببات :

1. عمر د ۶۰ کالو څخه زيات وي
  2. داستما ناروغي ولري
  3. دسپرو مزمن انسدادې ناروغي ولري
  4. ستروبيد يا برانکو دايلاتور استعمالوي
  5. ځنډې نې ناروغي ولري (DM,cancer,renal and cardiac disease)
  6.  $WBC < 5000$
  7. نور اتانات وي لکه (-staphylococc,anaerobic infection,G)
  8. سگرت زيات څکي
  9. تفحيبي اختلاطات ولري
- (empyema,meningitis,endocarditis,arthritis)
10. د خولي دلاري د رمل خوړلي نه شي
  11.  $RR > 30/mint, HR > 140/mint, SBP < 90mmHg, paO2 < 60,$
  12. شعوري حالت خراب وي
  13. دروغتون څخه دباندې درملنه مشکل وي
  14. پراخه راډيولوژيک بد لونه وي
  15. ډير معافيت ځپلي وي

## د تداوي د د وام موده: په لاندي فکتورونو پوري اړه لري: کم تر کمه ۵

ورځي پوري تداوي شي. د تداوي د وام موده په لاندي حالاتو پوري اړه لري ۱- دناروغي شدت پوري ۲- د اتان نوعیت پوري ۳- تداوي په مقابل کي ځواب پوري ۴- اختلاط او پوري ۵- ضمیموي ناروغي پوري

## د کلنیک له نظره خراب انزار:

1. RR > 30
2. میخانیک تهویه ته ضرورت وي
3. څو لوبه اخته شوي وي
4. فشار بنکته وي
5. فشار لوړونکي د رمل ته اړتیا وي
6. ولیگو یوریا وي
7. شعوري حالت خراب وي
8. د سپرو نوري ناروغي وي

## د لابراتوار نظره خراب انزار:

1. Hypoxia( $pao_2 < 8kpa$ )
2. Leukepenia( $wbc < 4000/mm^2$ )
3. Leukocytosis( $> 20000/mm^2$ )
4. Serum urea  $> 7mmol$
5. Postive blood culture
6. hypoalbumnemia

## CURB 65 Rules اود نمونیا د تداوي ځاي:

1. Confusion
2. BUN > 30mg/dl
3. RR > 30/min
4. BP SBP < 90mmhg
5. DBP < 60mmhg
6. Age > 65yrs

**CURB 0 or 1**

کور کي تداوي شي

**CURB 2**

لنډ ي مودي لپاره روغتون کي بستر شي

**CURB 3**

روغتون وارد کي بستر شي

**CURB 4 or 5**

ICU کي بستر شي

Pneumonia

severity

index(PSI)

**Major criteria -1**

1. ميخانيکي تهويي ته ضرورت ولري
2. سپتيک شاک کي وي او وازوپريسور ته ضرورت وي

**Minor criteria -2**

1. Confusion/disorientation
2. Blood urea nitrogen  $\geq 20$  mg%
3. Respiratory rate  $\geq 30$  / min
4. temperature  $< 36^{\circ}\text{C}$
5. Severe hypotension
6. PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> ratio  $\leq 250$
7. Multi-lobar infiltrates
8. WBC  $< 4000$  cells
9. Platelets  $< 100,000$

## Hospital Acquired Pneumonia (HAP)

# په روغتون کي پيدا شوي نمونیا

## pneumonia Nosocomial

### اېډيمولوژی :

1. HAP: Hospital-acquired pneumonia

a. په روغتون کي وروسته د وو ورځو اويا په زيا ته موده کي پيدا شي

2. VAP: Ventilator-associated pneumonia

a. د ترخيال انټيو بيشن څخه وروسته د ۴۸ ساعتو په موده او يا زيات د دي څخه پيداشي

3. HCAP: Healthcare-associated pneumonia

هغه کسانو کي پيدا کيږي چي صحي کارونو کي بوخت وي لکه هيمو يا لايږس ، د زخم پانسيمان کونکي کي او داسي نور . دا په ټولنه کي په هغه کسانو کي چي صحي خدمات کوي .

### تعريف :

1. نمونیا د شفاخاني د بستريد و څخه ۴۸-۷۲ وروسته پيدا کيږي
2. ناروغ تبه او بلغم لرونکي ټوخي لري
3. په وينه کي سپين حجرات لوړ وي
4. د سيني په راډيو لوژي کي نوي ارتشاحات پيدا کيږي
5. د ترخيا او برانکسونو افرازات خيرون وي
6. اتنان په روغتون کي د داخليدو پرمهال نه وي.



### پتوجينيزس :

دلاندې فکتورونو په واسطه کولای شو چې HAP او CAP سره تفریق کړو:

1. هاپ د مختلفو اتاناتو له کبله پیداکيږي
2. په هاپ کې د دوا په مقابل کې مقاومت ژر پیداکيږي
3. په هاپ کې د ناروغ لومړني صحي حالت دانتان د شدت د زیا توالي لامل کيږي.

1. د تنفسي لارې د تدایوي ساما نونه له کبله خطري فکتورونه :

a. میخانیکي تهوي ساما نونه

i. د احیاي مجد د او سپایرو میتري منتن سامانونو له کبله

ii. دتنفسي لارې د سکشن په وخت کې

iii. نیبولایزن دلاري

b. هغه خطري فکتورونه چې په خولي او فرنکس کې دانتا نا تو د

تولید و لامل کيږي :

۱- غیر شعوري حالت وي - ۲- ها پپوتنشن وي ۳- پښتورگو

عد م کفا يیه ۴- لوکو سا يتوزس ۵- دسږو مزمن انسدادی

ناروغي ۶- شرابي ۷- روغتون کې داوسید و موده ۸- تغذ یوي

حالت ۹- انتي بیوتیک په واسطه درملنه ۱۰- انتویوشن ۱۱-

په بیړني مراقبت خونه کې بستر وی.

هغه خطري فکتورونه چې په معده کې دانتا نا تو د تولید و لامل کيږي عبارت دي

له : ۱- زاړه کسان ۲- Achlorhydria. ۳- Antacids and H2 blockers. ۴- پي پي آی

استعما لول ۵- دمعدې په محتویاتو کې د مزد وج بیلوروبین زیا تولي ۶- سکرالفت دمعدې

په اسید باندي لږ اغیزه لري

هغه خطري فکتورونه چې داسپیر یشن لپاره خطري دي :

1. دشعور خرابوالي چي د تروما يا خوب راوړونكي دواگانو له كبله وي
2. Nasogastric intubation
3. ستون ستاغ ملاسته
4. Endotracheal tube

### د HAP اسباب :

1. Bacterial ( 80-90%):
2. Gram –ve bacilli (50-70%)
3. Pseudomonas aeruginosa
4. Enterobacteriaceae
5. Staphylococcus aureus (15-30%)
6. Anaerobic bacteria (10-30%)
7. Haemophilus influenzae (10-20%)
8. Streptococcus pneumoniae (10-20%)
9. Legionella species (4%)
10. Viral (10-20 %)
11. Cytomegalovirus
12. Influenza
13. Respiratory syncytial virus
14. Fungal (< 1%)

### كلنيكي لوحه:

معمول كلنيكي لوحه عبارت دي له : ۱- توخي ۲- تبه اولرزه ۳- دسيني پلورايي  
درد ۴- ساه لنډي ۵- بلغم شتون ۶- اسهالات ، كانگي اوزړه بد والي

### فيزيكي معاينه :

1. **Respiratory Rate >24**
2. **Tachycardia**
3. د سيني په معاينه كي رالونه اوريدل كيږي

**تشخيص :**

1. ۲۰٪ کي دويني کلچر مثبت وي ، سمپل د د وومختلفو ځا يونو څخه واخيستل شي
2. دويني گازات معاینه شي که اکسیجن ضرورت وي توصیه شي
3. د ويني بشپړ معاینات او بیوشیمیک معاینات د ومره ارزښت نه لري
4. د سيني راډیو لوژیک هم وصفي نه دي
5. که پلورال ایفوزن وي ما یعات يي معاینه شي
6. د بلغمو کلچر او گرام ستین معاینات نه حساس دي او نه وصفي .

**مخنيوي:**

1. ناروغ سره د تما س څخه وروسته لاسونه ووينځل شي
2. د خطر لاندې کسا نوته د نموکوک او انفلو انزا واکسين وشي
3. مقاوم ناروغان تجريد شي
4. سامان الات پاک شي

**درملنه:**

۱- که د اتتان د مقاومت خطر د څو د رملو په مقابل کي لږ وي نو يودلاندي دواگانو څخه ورکول کيږي :

Ceftriaxone	1-2gm/12-24hrs	IV	1.
Gemfloxacin	320mg/d	orally	2.
Moxifloxacin	400mg/d	IV or orally	3.
Levofloxacin	750mg/d	IV or orally	4.
Ciprofloxacin	400mg/8-12hrs	IV or orally	5.
Pipracilline- tazobactam	3.375-4.5gm/6hr	IV	6.
Entapenem	1gm/d	IV	7.

Ampicillin-sulbactam 1.5-3gm/6hrs IV .8

۲- که د اتان د مقاومت خطر د خو د رملو په مقابل کې زیات وي دلاندې

کتگوریو څخه یو دوا ورکول کېږي :

Antipseudomonal antibiotic .i

Cefipime 1-2g /12hrs iv .ii

Ceftazidime 1-2gm/8hrs IV .iii

Imipenem 0.5-1gm/6-8hrs IV .iv

Meropenem 1gm/8hrs IV .v

Pipracillin-tazobactam 3.375-4.5gm/6hrs iv .vi

For pencillin allergy (aztreonam) 1-2gm/6-8hrs iv .b

دویمې انتي سود ومونال دواگانې :

Levofloxacin 750mg/d iv .i

Ciprofloxacin 400mg/8-12 hrs iv .ii

Gentamycin,amikacin, tobramycin .iii

د متیسیلین په وړاندې مقاوم سودوموناس .iv

Vancomycin .v

Linezolid 600mg/12hrs iv .vi

## BRONCHIECTASIS

### تعريف:

برانکیکتازس یو ولادي یا کسبي ناروغي دي چي د لویو برانکسونو د د یوال په دایمي نه گړخیدونکي توسع او تخریب باندي متصف دي

### اسباب:

- ۱ - اتانات : ۱- بکتريایي نمونیا . ۲- تبر کلوز . ۳- توره توخله . ۴- شري . ۵- انفلوانزا
- ۲- د نژدي هوایي لارو انسداد : ۱- د اجنبي جسم اسپیریشن . ۲- د هوایي لارو سلیم تومورونه
- ۳- د کوربه دفاعي میکانیزم خرابوالي

• Ciliary dyskinesia ( Kartagener's syndrome)

1 situs inversus

2 bronchiectasis

3 sinusitis

• Humoral immunodeficiency

4- ولادي تشوشتات : ۱- Cystic fibrosis . ۲- Antitrypsin deficiency - $\alpha$ 1

غیر اتاناي اسباب : **Yellow nail syndrome**:

1. bronchiectasis

2. lymphedema

3. pleural effusion

4. yellow discoloration of the nails

### : Pathogenesis

د سببي عامل له کبله په کوچني او متوسط هوایي لارو کي د التهاب له کبله د برانکسونوپه دننه کي دنترفیلونو څخه التهابي میډیاتورونه افزایږي ، دا میډیاتورونه د برانکسونو الاستین ، غضروف او عضلات تخریبوي چي په نتیجه کي د برانکسونو د غیر رجعي توسع لامل کیږي . په

التهابي ساحه کي مکروفازونه او لمفوسایټونه تولیدیږي چي دمخاطي جدار د پلنوالي لامل کیږي . دغه پلنوالي د هوایي لارو د انسداد لامل کیږي چي د سږو د وظيفوي دندو د خرابوالي لامل کیږي . کله چي ناروغي پرمختگ وکړي په هوایي لارو کي او د سږو په پرانسیم کي فايبروزس مینخته راځي ، د هوایي لارو پاکیدل خرابیږي . د انسدادی ساحي په خلف کي د افرازاتو د تولیدو له امله انتاناتو ته زمینه مساعدیږي چي نور هم د برانکسونو د تخریباتو لامل کیږي .

## پتا لوژي:

۱- د برانکسونو توسع او تخریب . ۲- د هوایي لاري د اپیتیلیوم تخریب . ۳- د ویني د کیپلاریو توسع او هایپر پلازیا  
د برانکیکتازس ډولونه: ۱- cylindrical bronchiectasis: اخته برانکس توسع کوي او د افرازاتو پواسطه بند یږي . ۲- varicose bronchiectasis: اخته برانکس غیر منظم توسع کوي چي د وریدي واریکوز پشان ښکاري . ۳- saccular (cystic) bronchiectasis : برانکس د بالون پشان ښکاري.

## کلنیکي لوحه:

۱- زیات مقدار بد بویه خیرن بلغم . ۲- مزمن توخي . ۳- وینه لرونکي بلغم . ۴- متکرر نمونیا . ۵- سیستمیک اعراض ( تبه او وزن کمیدل ) . ۶- د سږو په فیزیکی معاینه کي دناروغي په مقدم حالت کي سږي نارمل وروسته کریپیتیشن اوریدل کیږي . ۷- انیمیا . ۸- دناروغي په وروستي وخت کي لاندی حالات پیدا کیږي لکه ۱- د گوتو گلابینگ . ۲- امفزیما . ۳- کور پلمونل . ۴- ښي زړه عدم کفاییه . ۵- امیلوایو د وزس . ۶- د احشا وو ابسي .

## : CHEST X-RAY

1. د سیني رادیو گرافي کي برانکسونه متوسع او پلن ښکاري ، غیر منظم کثا فتونه او اتیلکتازس او نقطوي کنسولیدیشن ښکاري
2. ښه تشخیص یي د high resolution CT scan ، Bronchoscopy او (gold standard) Bronchography پواسطه کیږي .

### تفریقي تشخیص :

- ۱- Chronic bronchitis
- ۲- recurrent hemoptysis
- ۳- Lung abscess
- ۴- Tuberculosis
- ۵- Congenital pulmonary cyst
- ۶- متعدد کوچني کثافتونه وي

### لابراتواری معاینات:

- ۱- بلغم د کلچر حساسوالی او تبرکلوزلپاره معاینه شی ۲- د سپرو وظیفوی تستونه د سی او پی ډی لپاره معاینه شی ۳- د وینی د سپینو حجاتو شمیر زیاتوالی د وراضافه شوی اتتان باندی دلالت کوی او د ازونوفیل زیاتوالی د aspiragellosis Bronchopulmonary باندی دلالت کوی.

### درملنه:

طبی اهما مات : ۱- اتی بیوتیک : د ۱۰-۱۴ وروځو لپاره

- 1. Amoxicillin- clavulanate 500mg/8hrs
- 2. Ampicillin or tetracyclin 250-500mg/6hrs
- 3. Trimetoprim-cotrimoxacillin 160/800mg/12hrs
- 4. Ciprofloxacin 500- 750mg /12hrs
- 5. وقایوی درملنه لپاره ازیترومایسین ۵۰۰ میلیگرامه اونی کی دري ځله د ۶ میاشتو

لپاره توصیه کیږي

۲- د سینی فیزیوتراپی :

۳- وضعیتي د ریناژ ترڅو بلغم خارج شي

1. جراحي درملنه : متکرر کلنیکي لوحه .کتلوي هیما پتیسس





## LUNG ABSCESS

### تعریف:

که د سرو نکروتیک انساج یا قیحي مایع په یوجوف کي راتولي شي او د سرو دمزمن پلن التهابي نسج په واسطه احاطه شي (pneumonitis) د سرو دابسي په نوم یا دیري .

### اسباب :

*Peptosretococcus, Bacteroids, Fusobacterium species & Microaerophilic streptococcus.*

ایروبیګ اتانات : ۱- *Staphylococcus aureus* ۲- *Streptococcus pyogens* ۳-

*Hemophilus* ۵- *Klebsiella pneumoniae* ۴- *Streptococcus pneumoniae* (rarely)

*Gm negative bacilli.* ۸- *Nocardia species* ۷- *Actinomyces species* ۶- *influenza*

### غیر بکتریایی اتانات :

• Parasites : ۱- *Paragonimus* ۲- *Entamoeba.*

• Fungi : ۱- *Aspergillus* ۲- *Histoplasma* ۳- *Blastomyces* ۴-

[*Mycobacterium.* ۵- *Coccidioides*].

### پتالوژی :

که د سرو نکروتیک انساج یا قیحي مایع په یوجوف کي راتولي شي او د سرو دمزمن پلن التهابي نسج په واسطه احاطه شوي وی . قیح دجوف د چویدو له امله برانکسونو ته دننه کیږی .

مایکروبیالوژي: ۱- ایروبیګ . ۲ان ایروبیګ . ۳- مخلوط ډول وي

### کلنیکي لوحه :

اعراض عبارت دي له : تبه، توخي ، بد بویه بد مزي بلغم ، دشپي له خوا خوله ، بي اشتهايي، وزن کمیدل، وینه لرونکي بلغم ، دپلورا التهاب .

## فيزيکي نښي :

1. خفيفه د رجه تبه په ان ايروبيک ايسی کي وي
2.  $>38.5$  تبه په نورو اتاناتو کي وي
3. دغابنونو ناروغي موجود وي
4. دکنسوليد شن نښي عبارت دي له :  
- سږي په قرع سره ډل وي  
- په اضغا سره په سږو کي کرپيتيشن او برانکيل بریتينگ اوريدل کيږي ، تنفسي اوازونه ښکته وي. کله کله فريکشن رب اوريدل کيږي
5. کله کله د گوتو کلابينگ ليدل کيږي

## لابراتواري معاینات:

1. دويني بشپړ معاینات
2. دبلغم معاینات دگرام ستين کلچر تبرکلوز لپاره تر سره شي
3. دبلغمو کلچر د ان ايروبيک اتاناتو لپاره مناسب نه دي ځکه چي د خو لي دنوروفلورا سره متنن شوي وي ، نو د دي اتاناتو د کلچر لپاره دترانس توراسيک افرازات ،توراسنتيزس او برانکوسکپيک دلاري سمپل واخيستل شي
4. د-د ويني کلچر د اتان د نوعيت لپاره تر سره شي

## راډ يولوژي:

1. دراډيولوژيک منظري له مخي ان ايروبيک اتانات په لاندي ډول دي :
2. دسږو ايسی : دسږو کهف (کاويټي) د پلن د يو ال لرونکي کنسوليد یشن پواسطه احاطه شوي وي او اکثراً په جوف کي داوبو او هوا خيال سطحه ليدل کيږي .
3. نکروتيزينک نمونيا : په دي حالت کي د کنسوليد یشن په ساحه کي متعدد د کهف موجود وي .۸- امپيما : د پلورا په جوف کي خيرن مايع وي

## 4. ۹- الټراسونوگرافي پواسطه دمايع موقعيت معلومېږي



## پتوجينيزس :

که د سږو نکروتیک انساج یا قیحي مایع په یوجوف کي راټولي شي او د سږو دمزمڼ پلن التهابي نسج په واسطه احاطه شي (pneumonitis) د سږو دابسي په نوم یا دېږي. ان ایروبیک ابسي دایروبیک ابسي بر خلاف بد بویه وي. لومړني ابسي د نمونیا یا وروفرنچيال افرازاتو اسپیریشن څخه وروسته مینځته راځي اودويمي د برانکسونو دانسداد، برانکیکتازس او یا دبل منتن ځایي څخه مینځته راځي. ابسي د بڼي سږي د خلفي سکمنت په بڼي پورتنی لوب کي مینځته راځي سپتیک امبولي ددبکتریمیا او د ترای کسپید دسام اندوکاردايتس څخه وروسته مینځته راځي.

## دسږو دابسي مساعدونکي فکتورونه :

۱- د خولي د جوف ناروغي ۲- د غاښونو ناروغي ۳- د وریو التهاب ۴- شعوري حالت خرابوالي  
۵- الکھول ۶- کوما ۷- په دوا اعتیاد ۸- بي هوښي ۹- اختلاجات ۱۰- - معافیت ځپلي ناروغان ۱۱- ستروید په واسطه درملنه ۱۲- سوي تغذي ۱۳- اکلیژیا ۱۴- دمري ناروغي ۱۵- ریفلوکس ناروغي ۱۶- دمري بند والي ۱۷- دټوخي عکسي انحطاط .

## اختلاطات:

۱- که ابسي د پلورا جوف ته څیږي شي د امپیمیا سبب کیږي ۲- د پلورا فبروزس ۳- تنفسي عدم کفا یی ۴- برانکوپلورال فستول ۵- د پلورا او پوستکي تر مینځ فستول ۶- تراپید پلورا.

## تشخیص :

دسرو ايسی تشخیص دتاریخچی، فیزیکی معاینی او لابراتواری معایناتوپه واسطه کیږی .

## تفریقي تشخیص:

Pleuro-pulmonary Empyema - 1. Hydatid Cysts -2. Lung Cancer – 3  
Mycobacterium – 4 Pneumococcal infections – 5 Pneumocystis Carnii  
pneumonia- 6 Aspiration pneumonia- 7Bacterial pneumonia- 8Fungal pneumonia-  
9 Pulmonary embolism- 10 T.B- 11

## تداوي:

1. Clindamycin لومړي ۶۰۰ملي گرامه د رگ دلاري هر ۸ ساعته بعد توصیه کیږي، وروسته  
۳۰۰ ملي گرامه د خولي دلاري هر ۶ساعته بعد ورکول کیږي او يا amoxicillin-  
clavulanate 875/125 mg/12hrs توصیه کوي .

2. Penicillin(amoxicillin 500mg/8hrs OR pencillin –G 1-2million unit 4-6hrs  
plus(+) metronidazole 500mg orally OR IV د لاري توصیه کیږي . پنسیلین  
یوازي اغیزه نه لري . د رملنه ته تر هغه وخته پوري دوام ورکول کیږي تر څو رادپولوژیک  
بدلونونه بڼه شي .

3. ان ایروپیک برانکو پلموناري ناروغي لپاره باید د تورا کوسٹومي تیوب دلاري د امپيما  
مايع تخلیه کیږي

4. کله کله خلاص د رینا ژد احاطه شوي مایع لپاره تر سره کیږي

## د جراحي تداوي استطببات:

۱- طبي تد اوي ناکام شي ۲- د نیو پلازم اشتباه وي ۳- د سږو ولادي ناروغي وي ۴- په جراحي  
درملنه کي یو لوب یا یو سږي ایستل کیږي .

## مخنیوی :

مقدم انتی بیوتیک پیلول دبرانکسونوپه پاکولوکی گتور دی ددرملنی کورس کموی او ښه والی راولی . که ناروغ لوړه تبه ولری بایدبستر شی او په داسی کوته کی بستر شی چی ازاده هوا تهویه ولری ترڅو مخاطی بدبوی دکوتی څخه لری شی . خوله پاک وساتل شی ، دمالگی یا Duo Beier's liquid سره خول ووینځل شی ترڅو دخولی بدبوی لری شی . دبلغمویپاله سر پت وساتل شی او دورځی یوځل پاک شی او داتان څخه پاک شی . دزیات خولی له کبله ناروغ فشار ښکته کیږی فشار باید ثابت وساتل شی . پوستکی پاک وساتل شی . محیط پاک وساتل شی . جامی وخت په وخت بدل شی .

### انزار:

دطبی تداوی سره ۹۰٪ ښه کیږی او انزار ښه وی .

**Atelectasis****( کولپس ) :**

هغه حالت ته ویل کیږي چې د برانکسونو دانسداد له کبله سږي کولپس وکړي چې په نتیجه کې دگازاتو تبادلې له مینځه ځي او یا کمیږي. دا کیدای شي چې په ټول سږي کې او یا د سږي په یوه برخه کې وي، دا باید دسږو کنسولیدشن څخه توپیر شي.

**اسباب :**

- ۱- وروسته دجراحی عملیاتو څخه (دگیډي دحرکاتو محدودیدل)
- ۲- سگرت څکونکي اوزار په ډیر ترخطر لاندې دي
- ۳- د تومور، لمف نود او تبرکل له کبله دبرانکسونو انسداد
- ۴- سرفکتانت کموالي

**پتالوژی :**

کولپس د سینې په راد یو گرافي کې ښکاري. کولپس کیدای شي په نارمل حالت کې د هوا دخارجیدو له کبله هم وي. کولپس په حاد ډول وروسته د عملیاتو څخه او یا د سرفکتانت دکموالي له امله او یا په نوي زیږدلي ماشومانو کې (*infant respiratory distress syndrome*) پیدا شی.

**پتوفزیالوژی :**

1. د هوایی لاری دننه بند وی.
2. هوایی لاری ښایي دباندي له خوا فشار لاندې راشی او بند شی.
3. دسږو انساج دفشار له کبله تخته شی (متراکم شی).
4. اسناخ بشپړ ونه پرسیږی.

**ویشنه :**

اتیلکتازس په حاد یا ځنډني ډول وي . په حاد حالت کې سږي نوي د هوا څخه تش شوی وي . په ځنډني حالت کې په ماوفه ځایي کې هوا نه وي ، اتانات وي ، برانکسونه پراخه شوي وي ، ویجا ریدنه او فبروزس لیدل کیږي .

**Chronic atelectasis**: ځنډني اتیلکتازسس په دوه ډوله دي :

۱- **middle lobe syndrome atelectasis**: په دې حالت کې برانکسونوباندي د فشار له کبله سږي کولپس کوي ( لکه لمف نوډ یا تومور ) چې په اخته ځای کې نمونیا ( د د رملني په وړاندي مقاوم ) ، ځنډني التهاب ، سکارینګ او برانکیکتازس مینځته راځي .

۲- **Rounded Atelectasis (Folded Lung Syndrome)**: په دې حالت کې د پلورا د سکارینګ او ټولیدو له کبله د سږي باندي برخه ورو کولپس کوي چې د سږي په اکسري کې گرد خیال لیدل کیږي چې د سږي د تومور سره غلطیږي . دا ډول اتیلکتازس د پلورا د اسبیتوزس یا د پلورا د ځنډني فبروزس له کبله مینځته راځي .

**Absorption (Resorption) Atelectasis** : اتومسفیر ۷۸٪ نایتروجن او ۲۱٪ اکسیجن لري چې اکسیجن د سنخي کپیلاري غشا په حذا کې تبادلې کیږي او نایتروجن د اسناخو د پړسوپ غوره ماده ده ، که اکسیجن په زیاته اندازه د نایتروجن ځای ونیسي بلاخره اکسیجن په وینه کې جذب کیږي د نایتروجن د کموالي له امله د اسناخو حجم کمیږي چې د اسناخو د کولپس لامل کیږي چې دې ته جذبي اتیلکتازسس وایي .

### کلینیکي لوحه:

۱- ټوخي ( بارز نه وي ) . ۲- د سینې درد ( معمول نه وي ) . ۳- ساه لنډي ( چټک او سطحی وي ) . ۴- د اکسیجن مشبوعیت لږ وي . ۵- پلورال ایفوژن ( ترانسو دیت وي ) . ۶- سیا نوزس ( وروستي نښه وي ) . ۷- دزره حرکت چټک وي . ۸- دحرارت درجه لوړه وي

### د سینې راډیو گرافي:

۱- د سینې راډیو گرافي . ۲- سي ټي سکن . ۳- برانکوسکوپي



### تشخیص:

د تاریخچی، فیزیکی معاینی او د سینی رادیولوژیک معایناتو په واسطه کیږی.

### مخنیوی:

*Atelectasis* په ماشومانو کې د اجنبی شیانو له کبله مینځته راځی چی باید نوموړی شیان د ماشومانو څخه لرې وساتل شی. په غټانو کې وروسته د جراحی عملیاتو څخه مینځته راځی چی د عملیاتو په وخت کې د نوموړی ناروغی مینځته راتگ څخه مخنیوی وشی.

### درملنه:

- ۱- سببی درملنه
- ۲- د جراحی عملیې وروسته پیدا شوي کولپس د فیزیوتراپی په واسطه درملنه شي
- ۳- ژور تنفس او ټوخي کولو ته وهڅه ول شي
- ۴- هغه کسان چي د سيني سوي اشکال او يا عصبي ستونزي لري ميکا نيکي تنفس ورکړل شي
- ۵- که انسداد د ټوخي په واسطه له مینځه لاړ نه شي د برانکسکوپي په واسطه له مینځه لاړ شي
- ۶- که انتان وي اتی بیوتیک توصیه شي
- ۷- نوموړ د جراحی عملیې او شعاعي درملني په واسطه له مینځه یوړل شي





## PLEURAL DISEASE

### PLEURITIS

#### تعريف:

دپلورا دحاد التهاب څخه عبارت دي چي دجداري پلورا دتخریش له کبله پيدا کيږي .

#### اسباب :

دپلوریتس اسباب عبارت دي له په ځوانانو کي چي کوم بل ناروغي نه وي دتنفسي سیستم وایروسي انتانات او نمونيا دي .دپنبتیو کسر هم دپلورايي درد لامل کيږي .د درملني لپاره سبب تداوي شي .

#### کلينيکی لوحه :

پلورا يتس په شديد ،موضعي ،تيز درد باندي متصف دي .چی درد د توهي ،پرنجي ،حرکت اوتنفس سره زیاتيږي .که د دیافراگماتیک جداري پلورا مرکزي برخه تخریش شوي وي درد يوي اوږي خواته خپريږي .

#### رادیوگرافي:

دسينی په اکسری کی دزړه ،سږی خیال اوکه په پلورايی مسافه کی مایع وی ښکاري ، دپلورزی دسبب په اړوند ( نمونيا ،دپنبتیو کسر او سږو تومور ) معلومات ورکوی .کله کله دسينی رادیوگرافي په دی ډول اخیستل کيږی چی ناروغ په دردناک ډډی باندي ځملول کيږی (decubitus chest X-ray) عکس ایستل کيږی .که د ولاړی په وضعیت باندي دپلورا په جوف کی مایع ښکاره نه شی نو په ملاستی وضعیت باندي ښکاري .

#### درملنه :

د درد او التهاب ضد درمل لکه اندومیتاسین ۲۵ ملیگرامه د ورځي ۲-۳ ځله درد اراموي. کودین ۳۰-۶۰ ملیگرامه هر ۸ ساعته بعد دخولي دلاري د درد لپاره چي دتوخي سره زیاتیري او په دي شرط چي دهوایي لارو دافرازاتو احتباس نه وي. همدارنگه دبین الضلعي عصا بو بلاک په گذري ډول درد اراموي.

## Pleural Effusion

### تعریف :

1. د حشوي او جداري پلورا ترمینځ په غیر نارمل ډول دمایع تولید و ته وایي هغه وخت ا یفوژن پیدا کیږي چي د مایع د جوړید و او جذب ترمینځ بیلانس خراب شي
2. پلورایي مایع د جداري پلورا د کیپیلریوپه واسطه جوړیږي او د جداري پلورا د لمفاوي سیستم په واسطه جذب بیږي
3. په نارمل حالت کي :

1. 0.01cc/kg/hr تولیدیږي

2. 8.4ml د نیمي سيني وي

3. د سپینو حجرو شمیر ۱۷۰۰ په یو ملي متر مکعب کی وي چي ۷۵٪ حجرات یي

مکروفاژ او ۲۵٪ یي لمفوسیت دي پروتین یي د پلازم د پروتین غلظت څخه ۱۵٪

کم دي

4. پی ایچ یي ۶.۷-۶.۷ دي

5. ال. ډي. ایچ یي د پلازما څخه ۵۰٪ کم دي

6. گلوکوز یي د پلازما په اندازه دي

### اسباب :

الف- د ترانزودیت پلورال ایفوژن اسباب:

- Congestive heart failure- 1- 2- Cirrhosis 3- 4- Pulmonary embolism
- Superior vena cava obstruction 5- Nephrotic syndrome 6- 7- Myxedema 8- Urinothorax

ب- د اکزوداتیف پلورال ایفوژن اسباب:

1. *Neoplastic diseases* :Metastatic disease, Mesothelioma,

*Infectious diseases* : 1- Bacterial infections 2-Tuberculosis 3- Fungal infections

4-Viral infections 5- Parasitic infections .b

*Pulmonary embolization* .c

*Gastrointestinal disease*:1-Esophageal perforation 2-Pancreatic disease 3-Intraabdominal abscesses .d

*Collagen-vascular diseases*:1- Rheumatoid pleuritis 2- Systemic lupus erythematosus 3-Drug-induced lupus .e

Sjögren's syndrome .f

Churg-Strauss syndrome .g

*Sarcoidosis* .h

*Uremia* .i

*Meigs' syndrome ( ovarin tumor,ascitis,plural effusion)* .j

*Yellow nail syndrome* .k

*Radiation therapy* .l

*Hemothorax* .m

*Chylothorax* .n

*Drug-induced pleural disease* (Amiodarone ، Nitrofurantoin )

کلنیکی لوحه :

اعراض :

- ۱- دسیني درد respirophysic chest pain ۲- دلومرني ناروغي کلنیکی لوحه وي ۳- سا ه لنډي هغه وخت وي چي دمايع اندازه د ۵۰۰ملي لیترو څخه زیات شي ۴- توخي

علايم :

۱- سینه په تفتیش سره بلجینګ وي . ۲- په تنفس کې لږ برخه اخلي ۳- سینه غیر متناظر وي  
 ۴- په جس سره تکتیل فریمیتوس کم شوي وي ۵- په قرع سره سینه ډل وي او ریسونانس کم  
 شوي وي ۶- تنفسي اوازونه ښکته یا نه اوریدل کېږي ۷- دپلورا مایع دپاسه Egophony  
 اوریدل کېږي ۸- Pleural friction rub اوریدل کېږي (که ایفوژن نه وي) ۹- منصف بیخا یه  
 شوي وي ۱۰- د ایفوژن داسبابو نښي وي ۱۱- د فشاري اتیلیکتازس له کبله برانشیل بریت  
 اواز اوریل کېږي

### پتوفزیالوژي له نظره د پلورال ایفوژن ډولونه:

1. transudate: د کیپلریو نفوذ یه قابلیت نارمل وي ،ها ید روستاتیک فشارلوړ وي او انکوټیک فشار ښکته وي ، غیر التهابي وي
2. Exudative: د د کیپلریو نفوذ یه قابلیت لوړ وي ،ها ید روستاتیک فشارښکته وي او انکوټیک فشار لوړ وي ،التهابي وي
3. Parapneumonic: اکزوداتیف ډول څخه دي چي د نمونیا له کبله پیدا کېږي
4. Empyema: په دي حالت کې سپین شیدو په شان مایع وي که مایع دوامداره ډول کیښودل شي دخیرني مایع له پاسه یو بل سپین طبقه ښکاري چي دسپین حجراتو څخه جوړ شوي وي یعنی مایع دوه پوره وي
5. Chylous effusion: په دي حالت کې سپین شیدو په شان مایع وي که مایع دوامداره ډول کیښودل شي دوه طبقې نه جوړېږي د کایلو میکران او ترايګلیسیراید اندازه د 100mg/dl څخه پورته وي ، د توراسیک ډکت د خیري کیدو له امله مینځته راځي .
6. Hemorrhagic plural effusion: د ویني او پلورایي مایع مخلوط څخه عبارت دي چي په یو ملي متر پلورایي مایع کې لس زره سره حجرات وي . او که سل زره سره حجرات وي د ګراس تزفي ایفوژن په نوم یا د یري
7. Hemothorax: که دپلورا په جوف کې ښکاره وینه وي چي د تروما له کبله وي . په دي حالت کې د پلورا دمایع هیما توکریت او د محیطي ویني هیما توکریت نسبت د ۰۵ څخه

زيات وي ، په دي حالت كي مایع تخليه شي ، تورا کومې اجرا کيږي ، که تخليه نه شي د برانکو پلورال فستول لامل کيږي

### لابراتواري معاینات:

### اکزو داتيف مایع اوصاف :

#### • *Light's criteria*

1. د پلورا د مایع پروتین اوسیروم پروتین نسبت د 0.5 څخه زیات وي
2. د پلورا د مایع LDH او سیروم LDH نسبت د 0.6 څخه زیات وي
3. د پلورا د مایع ال.ډي . ایچ د سیروم د نارمل لوړ اندازي څخه ۳/۲ په اندازه لوړ وي
4. د پلورا د مایع کولسترول 60mg/dl څخه زیات وي .
5. د سیروم البومین او پلورا مایع البومین نسبت د 1.2mg/dl څخه کم یا مساوي وي

### ترانسوداتيف پلورال ایفوژن اوصاف :

1. د اکزو داتيف پلورال ایفوژن د لابراتواري مایعاتو بر خلاف وي
2. گلو کوزيبي د سیروم سره مساوي وي
3. پي ایچ يي د ۷.۴۰ او ۷.۵۵ تر مینځ وي
4. د سپینو حجراتو شمیر يي په یو مایکرو لیتر کې د  $10^5 \times 10^5$  څخه کم وي چي زیا تره يي مونو نیوکلیر حجرات وي

### DIFFERENTIAL CELLS

1. تروفیل : که د پلورا په مایع کې د تروفیل شمیر د ۵۰٪ څخه زیات وي په حاد انتان دلالت کوي چي په لاندي حالاتو کې وي ۱- پارا نمونیک ایفوژن ۲- د سپرو امبولي ۳- پانکراتایټس

2. مونوسیت: که مونوسیت یا کوچني لمفوسیت شمیر د ۵۰٪ څخه زیات وي مزمن اتان  
بني لکه سرطان اوتبرکلوز

3. ازونوفیل: که د ازونوفیل شمیر ۱۰٪ څخه زیات وي په لاندي حالاتو دلالت کوي ۱- د  
پلورا په جوف کي هوا یا وینه وي ۲- د دوا ریاکشن (لکه نایترو فوراتین برومو کربتین)  
۳- asbestos ۴- paragonimiasis ۵- Churg–Strauss syndrome.

4. د پلورا دمایع دگلوکوز اندازه: که دگلوکوز غلظت د 60 mg/dl څخه کم وي په لاندي  
نا روع دلالت کوي: ۱- اختلاطي پارا نمونیک ایفوژن ۲- سر طاني ایفوژن ۳- هیمو  
توراکس ۴- تبر کلوز ۵- روما توید پلورال ایفوژن ۵- Churg–Strauss syndrome ۶  
paragonimiasis ۷- لوپوس ایفوژن

5. د پلورا دمایع د Lactate Dehydrogenase اندازه:

a. زیا توالي: د التهابي درجي زیا توالي بني: کموالي يي دالهابي درجي کموالي  
بني

6. سائتولوزیک مایعات دسرطان لپاره تر سره کيږي

7. دتبرکلوزیک پلورال ایفوژن لابراتواري نبي:

1. لمفوسایت حجرات وي

2. ۴۰٪ څخه کموپینو کي کلچر مثبت وي

3. adenosine deaminase (>40 U/L) (99.6% sensitive and 97.1 %  
specific)

4. Interferon gama (>140 pg/ml) 89% sensitive and 97% specific  
comparable to ADA

5. the PCR for mycobacterial DNA – definitive for TB.

• pH

1. که پي ایچ د ۷.۳ څخه کم وي د ریناژ استطباب لري

1. که پي ایچ د ۲۰.۷ څخه کم وي د لاندې حالاتو ښو دنه کوي : ۱-

parapneumonic effusion - ۲ malignant effusion

د پلورا د مایع نور تستونه:

1. Amylase لوړوي : ۱- pancreatic disease - ۲ . esophageal rupture - ۳

Adenocarcinoma of lung

2. antinuclear antibody لوړوالي : lupus pleuritis

3. rheumatoid factor لوړوالي : rheumatoid pleuritis

راډیولوژي:

1. د سږو کثافت نظر اوبو ته کم دي نو ځکه په ایفوژن کې سږي د اوبو له پاسه وي .

2. Subpulmonary pleural effusion کې د د یا فراگم زړه وحشي خواته بي ځایه

کيږي او کوسټو فرینیک زاویه ما یل کيږي . په چپ طرف کې د معدي د هوا او

سږي تر مینځ فاصله د د و ساتي مترو څخه زیات وي .

3. ۷۵-۱۰۰ ملي لیتره مایع ډولاري په حالت کې د راډیولوژي په جنبي منظره کې

ښکاري او که د مایع اندازه ۱۷۵-۲۰۰ ملي لیتره وي ډولاري په حالت په قدامي

منظره کې ښکاري

4. راډیولوژیک معاینات:

5. د CT scan ارزښت: د سږو لومړني ناروغي پري معلوميږي په دي کې لس ملي

لیتره مایع ښکاري . کم تر کم یو ساتي متره مایع په پروت وضعیت کې د

توراسنتیزس پواسطه تخلیه کیدای شي .

د ultrasonography ارزښت:

۱- loculated pleural effusions - ۲ iloculated effusions - ۳ جا مده کتله وي - ۴ د

دي معاینې په واسطه د لوکولیتید (کپسول شوي ایفوژن) توراسنتیزس ښه اسانېږي .

د MRI ارزښت:

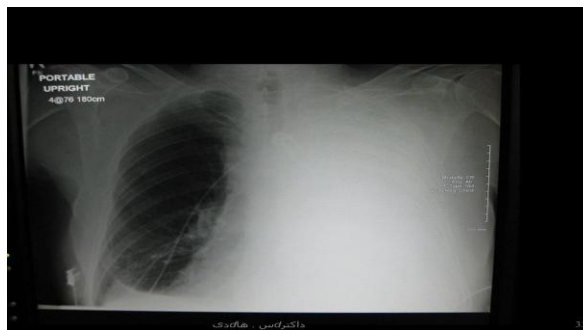


۱- پلورال ایفوژن معلوموي ۲- پلورا تومور معلوموي ۳- که دسیني دیوال دسرطان پواسطه تر برید لاندې وي معلوموي ۴- دپلورال ایفوژن د ترکیب د مشخصاتو په اړوند معلومات ورکوي ۵- دهیموراژیک ایفوژن عمر معلوموي .

### تشخیصیه تورا سنتیزس :

دا په هغه حالت کېږي چې د ایفوژن سبب معلوم نه وي تر سره کېږي

- دزړه د عدم کفایې پلورال ایفوژن: ۱- دوه طرفه وي ۲- دواړو خواوو ته په یوه اندازه وي ۳- ناروغ تبه او دسیني درد نه لري ۴- دایورتیک په واسطه تد اوي کېږي
- **Thoracentesis** استطبایات: ۱- قلبي تنفسي تشوشات وي ۲- دوه طرفه وي ۳- دسپرو حاده ازیما وي ۴- ثانوي انتان وي ۵- تبه او سیستمیک اعراض وي ۶- هیموراژیک ایفوژن وي ۷- کلاویکولاپوري رسیدلي وي ۸- قیح وي ۹- نفس تنگی وي
- **Thoracentesis** مظا د استطبایات: ۱- ناروغ اتی کواگولانت اخلي ۲- نرفي تشوشات وي ۳- مایع کم وي ۴- د پوستکي انتانات وي ۵- ناروغ میخانیک تهوي لاندې وي چې دلته د نموتوراکس د پیدا کیدو خطر وي
- د تورا سنتیزس څخه وروسته د سیني دراديو گرافي اسطبایات: ۱- که د عملي د اجرا په وخت کې هوا د پلورا په جوف کې وي ۲- توخي پیدا شي ۳- درد پیدا شي ۴- ساه لندي پیدا شي
- **Thoracentesis** اختلاطات: ۱- دسیني درد ۲- نرف ( هیماتوما ، هیموتوراکس ، هیمو پریټونیوم) ۳- نموتوراکس ۴- ایمپیمما ۵- رخوه انساجو انتان ۶- دتوري اوځیگر سوري کیدل ۷- وازو واکل سنکوپ ۸- دتومور انتشار ۹- د پلورا په جوف کې دکتیتر یوه برخه پاتي کیدل ۱۰- دلیدوکائین په مقابل کې ریاکشن



### درملنه:

1. Thoracentesis: دستني په واسطه دپلورا د جوف مایع تخلیه کيږي چې په هر ځل ۱۲۰۰-۱۵۰۰ ملي لیتره مایع ایستل کيږي
  2. Antibiotics که چيري اتاني وي اتني بيوتیک توصیه کيږي
  3. Chest tube که هوا او مایع موجود وي د دي لاري تخلیه کيږي
  4. Pleurodesis دپلورا په جوف کي کيمياوي مواد لکه دوکسي سيکلين اچول کيږي ترڅو التهابي عکس العمل لکه سکار نسج تولید شي چې حشوي اوجداري پلورا سره ونښلوي
  5. سببي ناروغي تداوي شي
  6. که ایفوژن ترانسودیت وي سببي تداوي شي
  7. اکزو داتيف ایفوژن هم سببي تداوي شي
  8. که ایفوژن اعراضی وي تخلیه شي
  9. غیر اختلاطي ایفوژن داتني بيوتیک سره ښه کيږي
- اختلاطي ایفوژن لکه امپيما د د ریناژ او اتني بيوتیک درملني سره ښه کيږي ۱- Tube thoracostomy ۲- Fibrinolytics ۳- Thoracoscopy ۴- Open thoracostomy ۵-
- Decortication

## Malignant pleural effusion

- هغه ایفوژن چې دسرطان په سیرکي پیدا کيږي . تداوي يي په لاندې ډول دي . ۱-
- thoracentesis ۲- tube thoracostomy; ۳- pleurodesis.

د تیوب تورا کوسټومي استطببات: ۱- که د پلورا مایع د گلوکوز اندازه د ۶۰ ملي گرامه في د یسی لیتر څخه کم وي ۲- که پی ایچ د ۷.۲ څخه کم وي ۳- ال ډي ایچ د ۱۰۰۰ یونت في لیتر څخه زیات وي.

### د پلورا ایفوژن تفریقي تشخیص:

- ۱- د د یا فراگم څخه لپاسه ناروغی ۲- ضخیم پلورا ۳- امپیما ۴- هایډرو تورا کس ۵- لوبر نمونیا
- ۶- د سپروفایبروزس ۷- د سپروکتلوی کولپس ۸- د برانکسونو تومور ۹- پریکارډیل ایفوژن ۱۰- کارډیومیگالی ۱۱- هیداتیک کیست ۱۲- د یا فراگم لاندی اسی ۱۳- د ځیگر اسی

### پارا نمونیک ایفوژن:

۱. غیر اختلاطي پارا نمونیک ایفوژن : هغه حالت دي چي اکزو دات معقم وي، گرام

ستین او کلچر منفي وي ، التهابي بدلونونه (لکه مایع د گلوکوز ، پی ایچ او ال ډي ایچ) نارمل وي یوازي د انتي بیوتیک سره ښه کیږي

۲. اختلاطي پارا نمونیک ایفوژن :

a. په دي حالت کي د پلورا په جوف کي اتان وي او التهابي بدلونونه وي لکه

د مایع د گلوکوز ۶۰ ملي گرام في د یسی لیتر څخه کم وي ، پی ایچ یی ۷.۲ څخه ښکته وي ، ال ډي ایچ یی ۱۰۰۰ یونت في لیتر څخه لوړ وي .

b. د دي حالت درملنه ستونزمن دي ، که تداوي نه شي د fibropurulent

pleura (peeling or trapping pleura) سبب کیږي چي سږي خپل

دنده دلته ورکوي او د دايمي معیوبت لامل کیږي

c. Empyema

### EMPHYEMA

هغه حالت ته وایي چي د پلورا کي ښکاره قیح او اتان موجود وي گرام ستین او کلچر مثبت وي

۱. اختلاطي پلورا ایفوژن دي .

۲. ناروغ کي تبه وي او د نمونیا اعراض دوامداره کیږي د تداوي سره اعراض له مینځه نه ځي

3. لومړي وخت کي مایع روښانه وي  $WBC > 500 \text{ cell}/\mu\text{L}$  ،  $\text{gravity} > 1.08$  ،  $\text{protein} > 2.5 \text{ g/dL}$  ،  $\text{ph} < 7.2$  ،  $\text{LDH} > 1000 \text{ IU/L}$  څخه لوړ وي  
 وروسته مایع خیرن کیږي  $WBC > 15000$  ،  $\text{ph} < 7.0$  ،  $\text{glucose} < 50 \text{ mg/dL}$  ،  $\text{LDH} > 1000 \text{ IU/L}$

### اسباب :

*Streptococcus* ، *Staphylococcus aureus* ، *Streptococcus milleri group* ، *anaerobic bacteria* ، *pneumoniae*

د pleural empyema خطري فکتورونه يي عبارت دي له الکولیزم ، د دواگانو کارول ، HIV infection, neoplasm د سرو ناروغي .

### د Empyema سيستمیک او موضعی تظاهرات:

۱- د حشوي پلورا نکروزس ۲- برانکو پلورال فستول ۳- د جداري پلورا اوسيني جدار نکروزس ۴- د پښتو او ستون فقرات اوستيو ميا لیتس ۵- دمري فستول ۶- میتاستاتیک اېسي لکه د ماغ ته

### تشخيص :

۱- د سيني راديو گرافي ۲- سونوگرافي چي تورا سنتيزس ته لارښود هم دي ۳- د مایع انا ليزس ۴- بد بويه مایع په ان اېروبيکانتان کي وي  
 • تفريقي تشخيص يي د سرو اېسي او برانکو پلورال فستول سره کیږي

### تداوي :

انتي بيوتیک داننان کنترول لپاره (کلیندا مایسین یوازي يا دریم جنیریشن سپالوسپورین سره یوځایي ورکول کیږي) ، تخلیه اودریناژ دي  
 د پلورا په دننه کي فايبرینولایتيک د وا اچول:  
 • که د پلورا په جوف کي امپيما وي فايبرینولایتيک د وا لکه ستروپتو کا ينيز په جوف کي اچول کیږي

- که د پلورا په جوف کې د فایبرینو لایټیک اچولو سره بڼه والي پیدا نه شو نو tissue plasminogen activator and deoxyribonuclease (DN ase) . اچول کېږي ترڅو خارج حجروي ډي ان آي کتا لیز شي او بایوفلم له مینځه لاړ شي چې د دي په واسطه د رینا ژاسا نیږي او جراحي تد اوي ته ضرورت کمیږي .
- خلاص د ریناژهم ترسره کېږي .

## Pneumothorax

### تعریف :

1. د پلورا په تشه کې د هوا تولیدو ته وایي چې دلاندي لارو له کبله دپلورا په جوف کې هوا راټولېږي
  - a. دسږو څخه دسوري شوي حشوي پلورا دلاري
  - b. د سيني دجدار څخه دباندې دلاري دڅيري شوي سيني جدار دلاري ، دمري دفتول دلاري او يا د څيري شوي بطني احشاوو دلاري
  - c. د امپیمیا په حالت کې د گاز تولیدونکي مایکرو ارگانیزم په واسطه.

### :Primary spontaneous pneumothorax

1. دناملوم علت له کبله پیدا کېږي
2. کیدای شي چې د apical sub-pleural bleb دڅيري کیدو له امله وي
3. د ویمي نمو توراکس د COPD، استما ، کیستیک فبروزس ، د حیض په وخت کې catamenal نمو توراکس په نوم یا دپږي

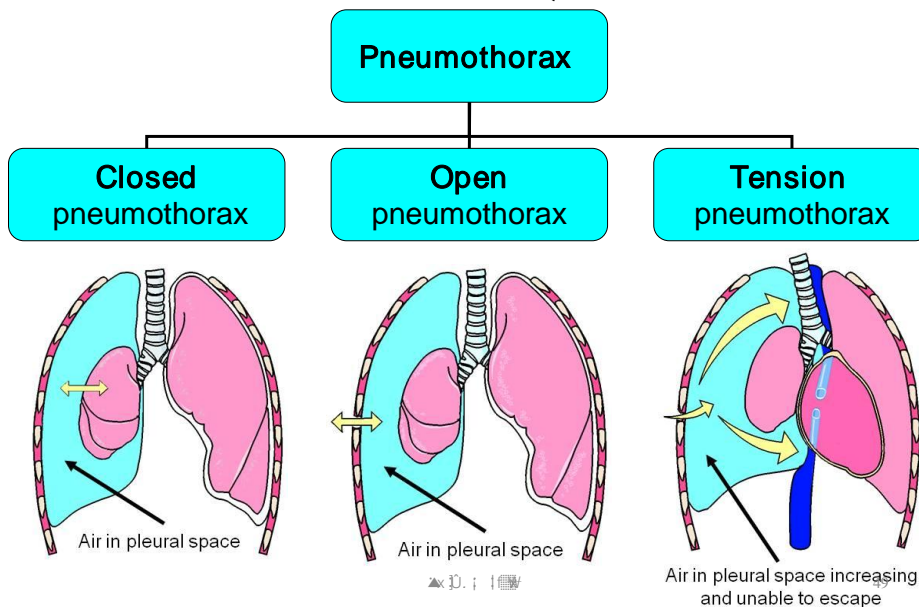
### :Secondary spontaneous pneumothorax

- اسباب یې دسږو لاندي ناروغي دي: ۱- کا ویتي افت ۲- دسږو کیست ۳- امفیزیمیا  
توز بولا ۴- نوماتوسیل .

## :TRAUMATIC PNEUMOTHORAX

اسباب یې عبارت دی له: نفوذیه جروحات، دپلورامایع داسپیریشن  
اختلاط، پلورال بایوپسی، برانکوسکوپي او مثبت فشار وینتیلیشن.

### پتالوژی



Closed pneumothorax	Open pneumothorax	Tension pneumothorax
څیري شوي پلورا تړل شوي وي	څیري شوي پلورا خلاص وي	څیري شوي پلورا د توپ یا با یسیکل د وال په شان میکا نیزم لري یعنی هوا داخلېږي لکن بیرته خارجیدای نه شي
د پلور ا دجوف فشار د اتومسفير د فشار څخه ښکته وي	د پلور ا دجوف فشار د اتومسفير فشار سره مساوي وي	د پلور ا دجوف فشار د اتومسفير فشار څخه زیات وي

--	--	--

دټنفسهې نموتوراکس کلنیکي لوحه: ۱- د سینې پلوراي درد د فعتا پیل کوي ۲- ساه لنډي  
 ۳- تکیپنیا ۴- تکی کارد یا ۵- د سینې تناظر خراب وي (ماوف طرف بلج وي) ۶- ما وفه طرف  
 کي تنفسي اوازونه ښکته وي

### د نومو توراکس اختلاطات :

۱- دټنفسهې نموتوراکس متکرر حمله ۲- تنش نوموتوراکس ۳- هایدرو نمو  
 توراکس ۴- کیست شوي نمو توراکس ۵- د نموتورکس څخه د هوا دلیري کیدو څخه  
 وروسته سږي په کولپس ډول پاتي کیدل ۶- د سږو دانبساط څخه وروسته د سږو ازیما  
 ۷- برانکو پلورال فستول ۸- نمو میډ یا ستونوم  
 - سینې رادیوگرافي: ۱- د سینې توروالي زیات وی ۲- په تنش نوموتوراکس کي میډ  
 یاستین روغ خواته بیخا یه شوی وی ۳- حجاب حاجز ښکته شوي وي ۴- سږي  
 کولپس شوي وي

## TENSION PNEUMOTHORAX

په دي حالت کي د سینې د جدار ترضیض د توپ د وال پشان میکا نیزم لري یعنی د اتو مسفیر  
 څخه هوا د پلورا جوف ته دننه کیږي خو بیرته هوا د وال له کبله وتلي نه شي  
 د تنش نوموتوراکس پتو فزیا لوژي: ۱- داخل پلورا جوف فشار زیات وي ۲- ما وفه طرف سږي  
 کولپس کوي ۳- مري ، زړه ، ابهر او ترخیا مقابل لور ته تیله شوي وي ۴- تهو یه او دزړه دهانه  
 خرابیږي  
 د تنش نوموتوراکس کلنیک: ۱- شدید ساه لنډي وي ۲- ترخیا بیخا یه شوي وي ۳- د زړه  
 دهانه کم شوي وي ۴- دغاړي ورید پر سیدل وي ۵- تنفسي او د زړه حرکات زیات شوي وي ۶-  
 دوینی فشار ښکته وي

را د یولوژي: ۱- منصف بیخایه شوي وي ۲- ماوف طرف د یا فراگم هموار وي ۳- سږي کولاپس شوي وي

درملنه: ۱- اکسیجن ورکړل شي ۲- سینه کي تیوب کیښودل شي ۳- دواړه پلورا وصل شي ۴- جراحي تورا کوتومي شي



## BRONCHOGENIC CARCINOMA

1. اعراض او علايم : نوي ټوخي وي او يا مزمن ټوخي وي ، ساه لنډې ، وينه لرونکي بلغم ، بي اشتهايي او دوزن کميدل وي .
2. د سيني راديوگرافي او سي ټي سکن کي : نوډ ول يا کتله لويږي ، دوامداره کثافت وي ، اټيلکتازس ، پلورال ايفوزن وي .
3. سائتولوژيک او هستولوژيک معاينات : بلغم معاينه ، دپلورا مايع ، بايوپسي

### هستوپتالوژيک ډولونه:

1. برانکوجينیک کارسينوما ۹۰٪ د سپرو لومپني کسندر دي
2. اسکوآموز سيل کارسينوما (۲۰٪) د برانکسونو ډاپيټيليوم څخه منشه اخلي
3. اډينوکارسينوما (۳۵-۴۰٪)
4. برانکو الويلر سيل کارسينوما (۲٪) Adenocarcinoma in situ
5. Large cell carcinoma (3-5%)
6. Small cell carcinoma (10-15%)

### اسباب:

1. سگرت څکل ۲- محيطي فکتورونه: تنباکو څکل ، راډون گاز ۳- اسبيتوزس ( زياتره سگرت څکلوي وي ) ۴- فلزات : ارسينیک ، کروميم ، نیکل ، اکیسيدايزيد اوسپنه .
2. صنعتي کارسينوجن : بسکلوروميټايل ايتر
3. کورني تاريخچه

4. دسپرو ناروغي : دسپرو فايبروزس ،سي او پي ډي ،سارکويد وزس ،

اعراض او علايم	
توخی	8-75%
وزن بايلل	0-68%
نفس تنگی	3-60%
د سيني درد	20-49%
وينه لرونکی بلغم	6-35%
دهدو کو درد	6-25%
د گوتو کلابينگ	0-20%
تبه	0-20%
ضعيفی	0-10%
دسفاژ يا	0-2%
ویزینگ او سترایدور	0-2% س. هادی

## د ميتاستازس کلينيکي لوحه

### د تاريخچي اعراض:

- سيستيمیک اعراض :
  1. **weight loss > 10 lb**
  2. **Musculoskeletal :**
  3. **focal skeletal pain**
  4. **Neurologic:**
  5. **headache , syncope , seizures , extremity weakness**

- علايم
1. Lymphadenopathy(>1cm)
  2. Hoarsness ,
  3. superior vena cava syndrome
  4. Bone tenderness
  5. Hepatomegaly (13> cm span)
  6. Focal neurologic signs
  7. papilledems
  8. Soft – tissue mass

### لابراتواري تستونه:

1. Hematocrit:<40% in men , <35% in women,
2. Elevated alkaline phosphatase , GGT ,SGOT and calcium levels-

### دسيني راديوگرافي:

- ۱- lobar collapse
- ۲- pleural effusion
- ۳- pneumonitis
- ۴- elevation of the mediastinal adenopathy erosion of ribs or vertebrae .
- ۵- hemidiaphragm hilar

### د CT گتی :

- ۱- دسر و او منصف کتله معلومول ۲- د ميتاستا زس تعينول
- برانکوسکوپي : ۱- هستولوژيک تشخيص ايردي ۲- د بيوپسي پواسطه هستولوژيک تشخيص او لمف نوډ ، ځيگر ته ، هډوکواو هډوکو مخ ته ميتاستا زس معلوموي .

### اختلاطات :

### دسر و کنسر نورو برخو ته ميتاستاس :

1. Esophageal compression ( dysphagia )
2. Laryngeal nerve paralysis ( hoarseness)

- 3. Sympathicnerve paralysis Horner’s syndrome (enophthalmos, ptosis, miosis, and anhidrosis)
- 4. Cervical/thoracic nerve invasion( Pancoast syndrome)
- 5. pleural effusion( Lymphatic obstruction)
- 6. Vascular obstruction SVC syndrome
- 7. Pericardial/cardiac extension effusion, tamponade

### سندر و مونه Paraneoplastic:

- 1. Secretion inappropriated of antidiuretic hormon(SIADH ) Hyponatremia
- a. ACTH-producing tumors (cushing syndrome) Small cell- Hypokalemia

- 2. PTH – Squamous cell – Hypercalcemia

اعراض ازړه بد والي, كانگي ، د گيډي درد ,قبضيت پالي يوريا ,تنده ، شعوري حالت خرابوالي

- 3. Calcitonin زياتوالي

- 4. Gonadotropin زياتوالي

- 5. Serotonin زياتوالي

### Skeletal-اختلالات:

- 1. Clubbing - 30%

- 2. Hypertrophic primary osteoarthropathy - 1–10% adenocarcinomas).

- 3. Periostitis

د پوستکي تظاهرات:

- a. Dermatomyositis

- b. Acanthosis nigricans

- c. polymyositis

عصبي تظاهرات:

- 1. Myopathic syndromes

- 2. Myasthenic Eaton-Lambert syndrome and retinal blindness

- 3. Peripheral neuropathies

Subacute cerebellar degeneration .4

Cortical degeneration .5

Polymyositis .6

د ويني تظاهرات :

-Migratory venous thrombophlebiti (Trousseau'ssyndrome),

-Nonbacterial Thrombotic (marantic) endocarditis with arterial emboli,

-Disseminated intravascular coagulation

-Thrombotic disease complicating cancer is usually a poor prognostic sign.

Hypocalcemia

د پښتورگو تظاهرات :

- Nephrotic syndrome

- Glomerulonephritis

Eaton-Lambert syndrome.

-Autoimmune responses

-Proximal muscle weakness, usually in lower extremities,

--Rarely - cranial nerve symptoms

- depressed deep tendon reflexes

دسرو دکنسر د ميتاستازس سلنه:

Adrenals - ~50% of cancers .1

Liver – 30-50% .2

Brain – 20% .3

Bone – 20% .4

تشخيص :

۱- د تومور تعينول ۲- د تومور نوعيت معلومول ۳- د تومور ستيژ معلومول

درملنه:

۱- جراحي ۲- کيموتراپي ۳- شعاعي درملنه ۴- اميونولوژيک درملنه

جراحي درملنه :

۱- لومړي او دویم مرحله جراحي تداوي کيږي ۲- د ریم مرحله وروسته دجراحي درملني څخه شعاعي درملنه کيږي

کیموتراپي:

۱- کوچني تومور کیموتراپي سره درملنه کيږي

د کیموتراپي اختلاطات: انیمیا، لوکوپینیا، انتانات، زړه بدوالي، کانګي، کارډیو توکسیک، دمثاني هیموراژیک التهاب او محیطي نیوروپاټي .

شعاعي درملنه:

دهډوکو درد، سپینل کارډ بانډي فشا رلري کولو لپاره، برانکسونو انسداد اوډ پورتنی وریډي اجوافوسند روم درملني لپاره کارول کيږي ،







## PULMONARY THROMBOEMBOLISM

### مسا عد ونكي فكتورونه:

1. هوایي امبولي (عصبي جراحي، مرکزي ورید کتیتر).
2. امینوتیک مایع امبولی (وروسته د ولادت څخه).
3. شحمي امبولي (داوردو هډوکو کسرڅخه وروسته).
4. د اجنبي اجسام امبولی (د قرحي په وخت کې د تالک زرقیدل).
5. د پرازیت هګي امبولی (شیستوزومیازسس).
6. سپتیک امبولي (حاد انتاني اند و کار دایتس).
7. توموري حجراتو امبولی (د پښتورگو د حجراتو کنسر).
8. د سفلي اطرافو وریدي ترومبوزس.
9. د ژورو وریدونو ترومبوزس (DVT (Deep Vein Thrombosis)).
10. ۵۰-۷۰٪ دسرو دامبولي منشه د سفلي اطرافو د ژورو وریدونو ترومبوزس (DVT).

### Virchow's Triad

- ۱- وریدي رکودت : د بي حرکتی سره زیاتیري لکه د بستر استراحت، وروسته د عملیاتو څخه، چاغي او ستروک )
- ۲- هایپر کواګولیشن: ۱- د ویني لزوجیت زیاتوالي (پولي سائیتیمیا) ۲- مرکزي وریدي فشار زیاتوالي (قلبي دهاني کموالي، حاملګي) ۳- دواګاني لکه دخولي دلاري د حاملګي ضد دواګاني ۴- خباثت او جراحي ۵- د پروتین اس او سي کموالي ۶- هایپر هوموسیستینیمیا

۳- داوعیو د جدار زخمي کیدل : تروما او جراحي

### دسرو دامبوليزم اغيزي:

- ۱- داوعیو انسداد: انسداد د فیزیولوژیک death space (wasted ventilation) د زیاتوالي لامل کیږي چي د بني څخه چپ خواته شنت دلاري د هایپوکسیا سبب کیږي

- ۲- دنيوروهمورال عكساتوله كبله وازو كنستريكشن پيدا كيږي
- ۳- كتلوي امبولي د بني زړه عدم كفايي لامل كيږي .
- ۴- د زړه دهانه كميرې
- ۵- دسرفكتانت د كموالي له امله اتيلكتازس مينخته راځي
- ۶- فيزيو لوژيک برانكوكنستريكشن د ويزينگ او تنفسي كارزياتوالي لامل كيږي
- ۷- هايپر وينتيليشن وي .
- ۸- وينتيليشن او پرفيوژن نسبت نا مساوي وي (پرفيوژن كميرې او وينتيليشن زيات وي )
- هيمو ډاينا ميک بدلونونه: ۱- دسرو داوعيو فشار لوړيږي ۲- په بني زړه باندي افتر لود زياتيږي ۳- د دوراني كولپس او شاك لامل كيږي

### كلينيكي لوحه:

- ۱- ساه لنډي ۲- تكي كا رد يا ۳- هيمما پتيزس ۴- هايپوكسيما ۵- توخي ۶- ناخاپي مړينه ۷- د زړه ټكان ۸- گنگسيت ۹- دتبي نښي ۱۰- ويزينگ ۱۱- كريپيتيشن
- دسرو دلور فشار نښي : ۱- دغاږي وريدونه برجسته وي ۲- په ريوي ساحه كي د ويم اواز لوړوي ۴- گالوپ ريثم اوريدل كيږي ۵- بني بطين بلج وي
- د وريدي ترومبو امبوليزم كلينيك :
- د سږو دكتلوي امبوليزم كلينيك : ۱- د سنكوپ او پري سنكوپ ناخاپي پيل ۲- د ويني فشار كموالي ۳- شديد هايپوكسيما ۴- ناخاپه د زړه د ريدنه
- Deep VeinThrombosis** ۱:- د پښو درد ۲- گرم والي ۳- پړسوپ
- Acute Pulmonary Embolism**: ۱- نفس تنگي ۲- د سيني درد
- pulmonary infarction** : ۱- د سيني پلوروتيك درد ۲- پلورال رب ۳- وينه لرونكي بلغم

### لابراتواري معاينات :

### EKG - ۱

a. سینوس تکی کار د یا

b. acute cor pulmonale

i. S1, Q3, T3 pattern

ii. Right BBB

iii. P-wave pulmonale

iv. Right Axis Divesion(RAD)

۲- **CXR** ښه تشخیصه ارزښت نه لري: دنوروناروغیود ردولو لپاره کارول کیږي

۳- شریاني ویني گازات:

1. اکسیجن ښایي نارمل وي

2. د شریاني ویني اکسیجن اوداسنا خود شریاني اکسیجن متفاوت وي

3. که چیري هایپوکسیا د سرو د نارمل راډیو گرافي سره وي د سرو په

امبولیزم باندي دلالت کوي

۴- د پلازما د **D-dimer** اندازه:

– دا یو کمیټي ۹۵-۹۷٪ حساسه معاینه ده چي اندازه یي د 300-500ng/ml

د 500mcg/L ده اود enzyme linked immunosorbent assay(ELISA) په واسطه

اندازه کیږي

۵- serum troponin I, troponin T او **B-type natriuretic peptide (BNP)** اندازه لوړ

وي.

۶- **Helical CT pulmonary angiography - CT-scan**

۷- **ventilation perfusion lung scanning**

۸- **Pulmonary scintigraphy**

۹- **Pulmonary angiography**

**تشخیص:**

دسرو ترومبوامبولیزم د تاریخچي، فیزیکی معاینی اولبراتواری معایناتو په واسطه کیږي.

## تفریقي تشخیص:

- ۱- Acute MI
- ۲- Unstable angina
- ۳- Pneumonia
- ۴- Bronchitis
- ۵- Exacerbated COPD
- ۶- CHF
- ۷- Asthma
- ۸- Primary pulmonary HTN
- ۹- Rib fracture
- ۱۰- Pneumothorax
- ۱۱- costochondritis

## درملنه:

۱- اتتي کواگوليشن:

- APE(Acute pulmonary embolism):

درگ دلاري د LMW heparin اويا د ستند رد UF heparin سره اتتي کواگوليشن شي په دي شرط چي مضاد استطباب ونه لري. وارفارين به په اول ورځ دخولي دلاري پيليبري او تر ۶مياشتو پوري دوام ورکول کيږي. INR به په ۲.۵-۳ اندازه کي به ساتل کيږي. د ستند رد هيپارين سره aptt هر ۶ ساعته بعد معاينه شي ترڅو چي  $aptt=1.5-2.5X \text{ control}$  ته ورسيږي په دي وخت کي ديبيا ځلي سږو امبوليزم خطر کميږي. د D-dimer داندازي سره د اتتي کواگوليشن د وام معلوميږي.

۱- ترومبو لايتيک درملنه : Streptokinase,urokinase,recombinant tissue

plasminogen activator(rt-PA;altepase) دوي دپلازمين اندازه لوړه وي ترڅو چي داخلوعايي ترومبين مستقيماً لايز کړي

د ترومبولاييک مضاد استطباب: ۱- داخلحقفي نرف ۲- تازه جراحي عمليات ۳- فعال نرف ۴- انوازيف پروسيجر ۵- حاملگي

په بنکنتي وريدي اجوافو کي فلتر کيښودل:

د اډه هغه وخت کي ايبنودل کيږي چي دانتي کواگولانت مضاد استطباب وي او دسږو امبوليزم يا DVT لپاره شديد خطري فکتورونه موجود وي. همدارنگه دمتکرر امبوليزم خطر موجود وي.

امبوليکتومي:

په نادرپيښوکی چي انتي کوواگلوانت مضاد استطباب وی اوناکام شی دجراحی عملی یا میخانیکي عملی په واسطه امبولی ایستل کیږی .

### **Thromboendarterectomy**

دجراحی عملی په واسطه انسدادی امبولی او ورسره دبند شوی شریان دداخلی پوښ یو برخه ایستل کیږی .

انزار:

مقدم تشخیص او تداوي سره انزار بڼه وي

حاملگي : ۱- په ښکتنی وریدی اجوافو کی فلتر کینبودل شی ۲- امبولایتیکتومي

## IDIOPATHIC PULMONARY FIBROSIS(IPF)

*Idiopathic pulmonary fibrosis (IPF)* دا د سپرو ځنډه ی زیاتیدونکی دبین الخلالی نسج فبروزی نمونیا څخه عبارت دی چی علت معلوم نه دی ، لومړی ځل په پاڅه عمر خلکو کی پیدا کیږی چی دهستولوپتالوژی او رادیولوژی له نظره د *usual interstitial pneumonia (UIP)* سره تړاو لری .

### کلینیکی لوحه :

کلینیکی لوحه یی د زیاتره ریوی او زړه ناروغیو کلینیکی لوحو سره ورته دی . دتمرین سره ساه لنډی او یا وچ توخی د ۶ میاشتو څخه زیاته موده کی په وروورو ډ ول پیل کوی ، ۵٪ ناروغان اعراض نه لری . غیر معمول سیستمیک اعراض یی عبارت دی له وزن کمیدل ، لږه د رجه تبه ، ستوماتیتیا ، بی علاقگی ، د بندونو درد او دعضلاتو درد څخه . د ناروغ په فیزیکی معاینه کی د دواړو سپرو په قاعده کی کریپیتیشن (*Velcro crackles*) اوریدل کیږی ، *Digital clubbing* ، (25-50%) ، 20-40% کی استراحت په حالت کی دسپرو فشار لوړ وی ، د پلموناری دسام په ساحه کی دزړه دویم غږ لوړ او ثابت تضاعف وی ، *holosystolic tricuspid regurgitation* ، *murmur* ، دبننگرو ازیما وی . دسپرو حرکات کم شوی وی

### هستولوژی :

- ۱- داسناخو دجدار حجروی انفلتریشن ، پلنوالی ، فبروزس او دتروفیل موجودیت .
- ۲- دتروفیل ، ازونوفیل او مکروفافاژونو څخه اوکسیدانت مواد ازادیږی چی دانساجو دتخریب لامل کیږی او فبروزس مینځته راځی .

### تشخیص :

د ناروغ څخه د د رملو ، د ندی ، تنفسی مخرش توکو ، او *HIV* تا ریخچه پوښتنه وشی . د تشخیص لپاره کلینیکی ، لابراتواری ، رادیولوژی او پتالوژیک معایناتو سره ارتباط ورکړل شی .

### لابراتواری معاینات :

عادی معاینات د (IPF) په تشخیص کی ارزښت نه لری . هغه تستونه چی د سپرو دبین الخلالی نسج ناروغیو په ردولو کی ونډه لری عبارت دی له *Antinuclear antibodies* او *rheumatoid factor titers* په ۳۰٪ IPF ناروغانو کی مثبت وی که تایتری لوپ وی د منضم نسج ناروغی بیئی ، *C-reactive protein level* او *erythrocyte sedimentation rate* لوپ وی خو د (IPF) په تشخیص کی ارزښت نه لری ، *Complete blood cell count* او *polycythemia* ناد ر وی ، ځنډ نی ها یپوکسیا معمول وی ، د سپرو وظیفوی تستونه غیر وصفی وی ، د سپرو د نفوزیه ظرفیت کم شوی وی ، که ناروغ ۶ دقیقی پیاده قدم وهلو کی د اکسیجن غلظت ۸۸٪ څخه کم شی د مړینی د زیاتوالی خبر ورکوی .

رادیولوژیک معاینات :

*High-resolution computed tomography (HRCT) scanning* د (IPF) تشخیص حساس او وصفی معاینه دی چی په دی معاینه کی نقطوی محیطی سب پلورال او دواړو قاعدو کی شبکوی کثافت لیدل کیږی .

د سینی رادیوگرافی تشخیصه ارزښت نه لری . په محیط کی شبکوی کثافتونه وی زیاتره د سپرو په قاعده کی د شاتو مچی خالی په شان ښکاری .

*Transthoracic echocardiography*: د دی پواسطه د سپرو هایپر تنشن معلومیږی .

برانکوسکوپي .

بایوپسی .



• د سپرو فایبروزس

## د رملنه :

د *idiopathic pulmonary fibrosis* درملی سره نور ضمیموی ناروغی لکه *COPD*، *obstructive sleep apnea*، *gastroesophageal reflux disease*، *and coronary artery disease*

تداوی شی . نور درملنه په لاندی ډول دی

تتباکو پرینبودل شی ، هایپوکسیا تداوی شی ، د انفلو انزا او نموکاکل نمونیا لپاره واکسین شی

پرید نیزولون ، معافیت ځپونکی د رمل (ازاتا یو بورین ، سایکلو سپورین) ،

- *Tyrosine kinase inhibitors (eg, nintedanib)*
- *Antifibrotic agents (eg, pirfenidone)* توصیه کیږی .
- دسرو پیوند هم ترسره کیږی





**RESPIRATORY FAILURE****حاده تنفسي عدم كفايه:****تعريف:**

هغه حالت څخه عبارت دي چې دتنفسي سيستم د ندي په كې خرابيږي لكه اوكسيجنيشن، تهويه اود كاربن داي اكسايد اطراح. په شديد حالت كې حياتي اعضاوي هم متاثره كيږي. هاپوكسيا هغه حالت ته وايي چې دشرياني ويني اكسيجن اندازه د ۶۰ملي مترسيما بو (7.8kpa) څخه بنكته شي.

هاپيركنيا هغه حالت ته وايي چې دشرياني ويني كاربن داي اكسايد اندازه د ۵۰ملي مترسيما بو (6.5kpa) اندزي څخه پورته شي.

**ويشنه:**

الف: Type 1 Respiratory Failure (Acute Hypoxemic Failure)

هغه حالت ته وايي چې  $paCO_2$  نارمل او  $paO_2$  بنكته وي. PH نارمل يا بنكته وي.  $HCO_3$  نارمل وي. په دې حالت كې پرفيوژن خراب وي.

ب: Type 2 Respiratory Failure Or Ventilator Failure

هغه حالت ته وايي چې  $paCO_2$  لوړوي او  $paO_2$  بنكته وي. PH بنكته وي.  $HCO_3$  نارمل وي. په دې حالت كې وينتيليشن پرفيوژن تناسب خراب وي.

**اېيډيمولوژي:**

دتنفسي سيستم دعدم كفايي او دثژاد ترمينځ اړيكي تر اوسه پوري تر خبرو اترو لاندې دي. دتنفسي عدم كفايي پيښدل داسيايي او دهند د اصلي اوسيدونكو ترمينځ توپير نشته. Moss and Mannino داسي راپور ورکړي چې په افريقايي امريكانو كې د ARDS انزار نظر سپين پوستو ته زيات خراب وي.

### اسباب:

- i. د هوايي لارو ناروغي: ۱- استما ۲- سي او پي ډي ۳- دفرنكس، لرنكس او ترخيا انسداد ۴- د سږو ازيما ۵- د سږو دپرانشيم ناروغي ۶- نمونيا ۷- د سږو بين الخلالي انساجو ناروغي
- ii. د سږو داوعيو ناروغي: ۱- ترومبو امبوليزم
- iii. د سيني دجدار، ديافراگم او د پلورا ناروغي
- iv. عصبي عضلي ناروغي گولين بار سندروم، پولي ميا ليتس.
- v. مركزي عصبي سيستم ناروغي
- vi. كاربن ډاي اكسايډ توليد زيا توالي لكه تبه اتانات او اختلاجات.

### دهايوكسيا كلنيكي لوحه:

- ۱- ساه لنډي ۲- سيانوزس ۳- ناراحتي ۴- دماغي خرپر تيا ۵- خفگان ۶- هزيان ۷- تكيپنيا ۸- تكي كارديا ۹- هاپيرتنشن ۱۰- برادي كارديا ۱۱- قلبي اريتميا ۱۲- رعشه

### دهاير كينيا كلينيكي لوحه:

- ۱- ساه لنډي ۲- سردردي ۳- داوعيو توسع ۴- داخل القحفي فشار زيا توالي ۵- پوپيل ازيما ۶- تكي كارديا ۷- هاپيرتنشن ۸- خوبوري دماغي حالت او كوما ۹- تنفسي اسيد ورس ۱۰- د ستر گودمنظمي سوروالي ۱۱- استريكزس

### درملنه:

د تنفسي عدم كفايي درملنه په لاندي ډول دي

- i. د تنفسي عدم كفايي دسبب درملنه .
- ii. دتنفسي محافظوي درملنه ترخوچي دگازاتو تبا دله په بڼه شان صورت ونيسي .
- iii. عمومي محافظوي درملنه .

تنفسي محافظوي درملنه : ۱- غیر تهويوي تنفسي محافظوي درملنه (non ventilatory supportive care):

1. دها پيوکسيمیک تنفسي عدم کفایي د تداوي لومړني موخه حیاتي اعضاوته داکسیجن رسول دي په دي ترتیب چي شهیقي اکسیجن غلظت به د شریاني ویني د هیموگلوبین د غلظت څخه بنکته وي (شریاني ویني اکسیجن نارمل غلظت ۹۰ یا ۹۰% (  $po_2 \geq 60 \text{ mmHg}$  ) or  $\geq 7.8 \text{ kPa}$  ) څخه زیات وي . لور غلظت اکسیجن کومه گټه نه لري .
2. نارمل اکسیجن غلظت ناد را په مزمن ها پیر کپنیا کي دها پيو وینتیلیشن سبب کیږي .
3. د تنفسي اسید ورس دپیدا کید و له ویري د اکسیجن ورکول باید ونه درول شي .
4. د تنفسي لاري په مزمن انسدادی ناروغي کي ها پيو کسیمیا د لږ غلظت لرونکي اکسیجن پواسطه د پوزي د کنولا (۱-۳ لیتره په یوه دقیقه کي) او یا (۲۴) 40%venturi mask دلاري اصلاح شي
5. لور غلظت لرونکي اکسیجن په نمونیا او ARDS کي دها پيو کسیمیا داصلاح لپاره توصیه شي .

۲- تهويوي محافظوي درملنه ventilator supportive care: تهويوي محافظوي درملنه د هوایي لارو د خلاص ساتلو او د اسناخو د وینتیلیشن په موخه اجرا کیږي په داسي ډول چي دمخ د ماسک (غیر مداخلوي یا نن ان واسیف) او یا د ترخیال اتوبیشن دلاري تر سره کیږي .

الف: بیدون د مداخلي څخه د لور(مثبت) فشار په واسطه د وینتیلیشن اجرا کول (non invasive positive pressure ventilation)NPPV: دا عملیه د سي او پي ډي په هغه ناروغانو کي تر سره کیږي چي ها پیر کپنیک تنفسي عدم کفایي باندي اخته وي او خپل افرازاو کنترولولي شي او ماسک تحمل کولاي شي . مثبت فشار سره وینتیلیشن د مخ یا پزي ماسک په واسطه تر سره کیږي . د دي کار گټه دادي چي د اتیو بییشن ضرورت او په

بیرني کوته کي د پا تي کيد و موده کموي . acute lung injury ، ARDS او هغوي چي اکسيجنیشن يي د ير خراب دي د ا درملنه ورته دومره گته نه لري دوي بايد ميخانیک انتيو بيشن شي

ب. tracheal intubation : د دي عمليي استطببات په لاندي حالاتو کی دي :

1. دا کسيجن ورکولو سره سره بيا هم ها يپوکسيميا وي
2. پورتنی هوایي لاري بند وي
3. د هوایي لاري محافظه خراب وي
4. هوایي افرازات نه پاک کيږي
5. تنفسي اسيد ورس وي
6. ناروغ ستومانه ، تکيپنيک وي ، شعوري حالت يي خراب وي
7. اضافي تنفسي عضلات په تنفس کي په کار اچول شوي وي
8. اپنيا وي
9. په عمومي ډول په بیرني پيښو کي دخولي او ترخيا دلاري انتوبيشن د پوزي او ترخيا انتوبيشن څخه بڼه دي ځکه چي لومړني ميتود ژر اجرا کيږي او د ترضيضا تولا مه نه کيږي . د دي لپاره چي پوه شو چي د اندو ترخيال تيوب څوکه د ابهر دقوس په حذا کي دي بايد ژر تر ژره د انتوبيشن څخه وروسته د سيني ساده راد يوگافي واخيستل شي او دواړه سږي بايد اضغاشي چي ايا سږي دشهيق سره پر سيږي يا نه . د ترخيا دهغه تيوب څخه کار واخيستل شي چي حجم يي زيات او فشار يي کم وي (۲۰ملي متره سيماب) ترڅو چي د ترخيا مخاطي غشا ماوفه نه شي .

ج : mechanical ventilation : استطببات يي په لاندي حالاتو کی دي : ۱- اپنيا ۲- هغه

ها پير کپنيا چي د دواوي ۳- سره بڼه نه شي . ۴- شد يد ها يپوکسيميا ۵- پر مخ تللي ستوماتيا

د ميخا نيكي وينتيليشن اختلاطات: ۱- اتيلاكتازس ۲- دپوستكي لاندي امفيزيما ۳- نمو ميډ يا ستينيوم ۴- نمو توراكس ۵- سيستيميك ګاز امبوليزم ۶- حاد تنفسي الكالوزس ۷- دپلورا لاندي د هوا كيسه ۸- هايپوتنشن ۹- دتهويي له كبله نمونيا.

## عمومي محافظوي څارنه:

1. دكاربوهد ريت اخيستل دكاربن داي اكسايد توليد زياتوالي لامل كيږي چي بلاخره هايپر كپنيا تشد يديږي
2. دپوتاشيوم او فاسفوت كموالي دتنفسي عضلاتو دضعيفوالي له كبله ها پيو وينتيليشن دتشد يدو سبب كيږي
3. سيد اتيډ هايپونوتيڪ او اوپيات په بڼه سنجول شوي دوز وركړل شي ترڅوچي انتوبيوشن دوامداره نه شي .
4. دنيورو مسكولار بلاك كونكوپه واسطه تنفسي عضلات په گذري ډول فلجيږي ترڅو چي بڼه انتوبيوشن اجرا شي
5. دوامداره كورتيكوستيروئيد وركول د ما يوپاتي لامل كيږي
6. دناروغ سيكالوژيڪ محافظه شي
7. دپوستكي د زخم څخه مخنيوي وشي
8. انتان درملنه شي
9. د ستريس ګاستريټس دمخنيوي لپاره سكرالفت ، ايچ ۲ ريسپتور انتا ګونست او پي پي اي توصيه شي . كه ايچ ۲ ريسپتور انتا ګونست او پي پي اي د پي ايچ ډلوږيدو سبب كيږي چي انتان ته لاره هوار يږي
10. دژورو وريډونواو سږو امبوليزم دمخنيوي لپاره دپوستكي لاندي ۵۰۰۰ ډيوټه هيپارين دور ځي دوه ځله توصيه كيږي

## انزار:

1. دتنفسي عدم كفايي انزار دتنفسي عدم كفايي لومړني ناروغي پوري اړه لري .

2. که دتنفسي عدم کفایي کي دسيداتيف او اوپيات دوز کم وي دناروغي انزار بڼه وي .
3. که سي او پي ډي ناروغ کي ميخانيکي اتوبيشن ته ضرورت نه وي دتنفسي عدم کفایي انزار بڼه وي .
4. تنفسي عدم کفایي سره سيپسيس وي انزار خراب وي ۹۰٪ مړينه لري .

## ACUTE LUNG INJURY (ALI) (ACUTE RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME(ARDS)

### تعريف :

1. د تنفسي عدم کفایي حاد پيل دي .
2. په سږو کي د وه اړخيز کثافت وي .
3. په دي حالت کي دشرياني ويني اکسيجن او دشهيق شوي اکسيجن دغلظت فرکشن نسبت ( FiO2 ) د ۳۰۰ملي متره سيمابو څخه کم وي
4. په حاد ډول د هايپو کسيا پيل دي چي د سيستيمیک او دسږو دحاد تخريباتو څخه له امله وي چی دزره عدم کفایي څخه پرته پيدا شي .

### اسباب:

- سيستيمیک افات : ۱- تروما ۲- سيپسيس ۳- پانکراتايتس ۴- شاک ۵- DIC ۶-
- سوځيدل
- دواگانې : ۱- اوپيات ۲- اسپرين ۳- فينوتيازین ۴- نايترفورانتين ۵- تراي سايکليک انتي ډيپريسانت
- دARDS لپاره خطري فکتورونه: ۱- سيپسيس ۲- د معدي د محتوياتو اسپيريشن ۳- شاک ۴- اتانات ۵- دسږو ترضيض ۶- غير صدري تروما ۷- توکسيک مواد و انشاق ۸- په نهر کي ډوبيدل ۹- دويني متعدد ترانسفيوژن .

### پتوفزيالوژي:

1. که د دي سندورم علت هر څه وي لومړي د سږو دکپيلريو اند وتليل حجرات او داسناخو ابي تليل حجرات تخريبيږي .
2. د پورته حجراتو دتخريب څخه وروسته داوعيو نفو ذيه قابليت زياتيږي او د سرفکتانت توليد او فعاليت کميږي
3. د دي تشوشاتوله امله په اسناخو او بين الخلالي انساجو کي ازیما پيدا کيږي ، اسناخ کولپس کوي او هايپو کسيا مينځ ته راځي .  
د ARDS شدت درجه د شرياني وينې اکسيجنیشن له مخي تعينیږي:

1. خفيف ARDS: هغه حالت څخه عبارت دي چي د دشرياني وينې اکسيجن او دشهيق شوي اکسيجن دغلظت فرکشن نسبت ( FiO2 ) د ۲۰۰ او ۳۰۰ ملي متره سيمابو تر مينځ وي .  
 $Pao_2/Fio_2$  200-300mgHg
2. متوسط ARDS: هغه حالت څخه عبارت دي چي د  $Pao_2/Fio_2$  نسبت د ۱۰۰ او ۲۰۰ ملي مترو سيمابو تر مينځ وي
3. شديد ARDS: هغه حالت ته وايي چي د  $Pao_2/Fio_2$  نسبت د ۱۰۰ ملي مترو سيمابو څخه کم وي .

### کلينيکي لوحه:

- ۱- سا لنډي په چټکي او ژور ډول ۱۲-۴۸ ساعتو په موده کي پيلیږي .۲- تکيپنيا
- ۳- زجرت ورکونکي تنفس ۴- بين الضلعي فاصلي دننه خواته کش شوي وي ۵- په فيزيکي معاینه کي دسږو په قاعده کي کریپیتیشن اوریدل کيږي

### تفریقي تشخیص:

- دسږو ازیما : په دي کي د سږو pulmonary capillary wedge pressure لوړ وي  
په داسي حال کي چي په ARDS لوړ نه وي .



## تشخيص:

### دسيني راديولوژي :

1. منتشر يا نقطوي دوه طرفه انفلتریشن وي چي ژر يو د بل سره نښلي چي کوستو فرينیک زاويه مخشو شيرې هوايي برانکوگرام ۸۰٪ پيښو کي پيښې .
  2. دسپرو دپورتنې زون وريدي کنجيسشن غير معمول وي
  3. دزره سايز نارمل وي
- پلورال ايفوژن کم يا نه وي

### درملنه:

1. د اي ار ډي اس دتداوي لپاره لومړني ناروغي تداوي شي .
2. داخلاطاتو مخنيوي
3. دهايپو کسيا د درملني لپاره ترخيال اتيو بيشن شي او مثبت فشار ميخانيکي وينتيليشن تر سره شي ، دشرياني وينې د اکسيجن قسمي فشار د ۵۵ ملي متر سيمابو څخه لوړ وساتل شي ( Sa O<sub>2</sub> ) دشرياني وينې مشبوع اکسيجن د ۸۰٪ څخه لوړ وساتل شي .
4. FiO<sub>2</sub> د ۶۰٪ څخه بنکته وساتل شي تر څو چي داکسين تسمم پيدا نه شي .
5. ملاستي وضعيت په ځينو ناروغانو کي اکسيجنيشن بڼه کوي .
6. هيمو ډاينامیک او دماعتو مانيتورينگ په ډير پاملرني سره شي .
7. مخنيوي: کوم مخنيوي کونکي اهتومات نشته .

## انزار:

1. په اي ار ډي اس کي ۳۰-۴۰٪ مرينه وي او که د سيپسيس سره يو ځاي وي ۹۰٪ مرينه لري ، متوسط عمر ۲ هفتي دي

2. دمړيني غوره سبب لومړني ناروغي، سيپسييس او دڅو غړو ناکامي دي

**دسپرو وظيفيوي ناروغي:**

دسپرو زياتره حاد او مزمن ناروغي د کار په ځايي کي دمخرشو توکو دانشاق څخه پيدا کيږي

دسپرو وظيفيوي ناروغي په لاندې ډول دي .

1. Pneumoconiosis
2. Hypersensitive pneumoconiosis
3. Obstructive airway diseases
4. Pulmonary edema
5. Lung cancer
6. Pleural diseases

**:ASBESTOSIS**

اسبیتوزس د سپرو د بين الخلائي انساجو فايبرونود ولر بدلونونو څخه عبارت دي چي د کار په ساحه کي د اسپیتوز فايبرسره د معروضيد و(ساختماني کارگرانو کي) له کبله د ۱۰-۲۰ کالو په موده کي پيدا کيږي . اعراض يي عبارت دي له ساه لنډي ، شهيق کريپيتيشن ، کلايبنگ او سيانوزس څخه دي . د سپرو راديولوژيکي نښي يي عبارت دي له د سپرو په قاعده کي خطي ارتشاحات وي ، مختلف شکله او سايز کثافتونه وي او په پرمخ تللي حالت کي دشاتو مچي ځالي په شکل منظره وي . تشخيص يي دپلورا کلسيفيکيشن ايرډي ، ښه تشخيص يي د high resolution CT scan په واسطه کيږي .

**:SILICOSIS**

دا په د وامداره ډول د سليکان داي اکساید دانشاق څخه مينځته راځي چي په سپرو کي د ۰،۳-۵ ملي سانتي مترو قطرو په اندازه نوډولونه وي چي په ټول سپرو کي د کوچني گرد کثافتونو په ډول ښکاري ، که دغه کثافتونه کلسيفيد شي د سپرو د زروي په محيطي نوډولونو کي دهگي د پوتکي په شان ښکاري . سا ده سليکوزس بي اعراضه او د سپرو وظيفيوي تستونه

نارمل وي او په شدید شکل کې ساه لنډې او د سږو تخريبي او انسدادې ناروغي مينځته راځي . د دې ناروغي پېښې په تبرکلوزیک سږو کې زیات وي نوځکه هر سلېکوتیک ناروغ د تبرکلوز لپاره تست شي

## :PNEUMOCONIOSIS

نموکونیوزس : دا د سږو یو مزمن فبروتیک ناروغي دي چې د غیر عضوي دورو د انشاق څخه مينځته راځي ، دا ناروغي د کلینیک له نظره غیر اعراضې وي او یا شدید اعراضې وي او په سږو کې منتشر نوډولر کثافتونه وي . په نموکونیوزس کې لاندې ناروغي شامل دي : ۱- Coal Worker's Pneumoconiosis ۲- Silicosis ۳- Asbestosis

Coal Worker's Pneumoconiosis: د انشاق شوي سکروډ وړې د اسناخو د مکروفاژ په واسطه بلع کېږي چې د سکروډ نوډول د جوړیدو لامل کېږي چې ۲-۵ملي متره قطر لري او د سږو په پورتنې برخه کې د منتشر کوچني کثافتونو په ډول د سینې په رادیوگرافي کې ښکاري . د دې ناروغي په ساده ډول کې ناروغ بي اعراضه وي او دسږو وظيفوي تستونه نارمل وي . دناروغي په شدید ډول کې دسږو پرمخ تللي کتلوي فبروزس وي چې دسږو د پورتنې برخې د راټولیدو لامل کېږي .

Caplan's syndrome: دا یو نادر ناروغي دي چې د سږو په محیط کې necrobiotic rheumatoid nodules دي چې ۱-۵سانتي متره قطر لري په هغه کسانو کې وي چې روماتوید آرتریتس لري او په سکارو کې کارکوي

Hypersensitivity pneumonitis: هایپر سنسیتیف نمونایتس (خارجالمنشه الرژیک الویولایتس) د سږو د نن اتوپیک نن استماتیک التهابي ناروغي په نوم هم یادېږي ، دا ناروغي هغه وخت مينځته راځي چې د کار په ځای کې د انشاقې عضوي اتې جن سره معروض

شی . که چیري نوموړي اتيجن د کار ساحي څخه لري شي ناروغي دبیرته گرځید وور دي .  
دپتالوژي له نظره بين الخلالي انساجو کي لمفوسیت او پلازما حجرات انفلتریشن کوي .  
الف : دحادي ناروغي کلينيکي لوحه :

تبه ، ناراحتی ، توخي ، ساه لنډي اوزره بدوالي د انتي جن سره معروضيد وڅخه ۴-۸ ساعته وروسته ناڅاپه پيدا کيږي .

دا اعراض هغه وخت پيدا کيږي چي ناروغ د کارڅخه رخصت شي او يا ساه لنډي په حملوي ډول د شپي له خوا وي . په فيزيکي معاینه کي سيانوتیک وي دسرو په دواړو خواوو کي کریپیتیشن او په زړه کي تکی کارډيا اوریدل کيږي . دسيني په راديو گرافي کي د سرو په زړه او قاعده کي کوچني کثافتونه لیدل کيږي .

دويني په معاینه کي د سپينو حجراتو شمير لوړ وي ، هايپوکسيميا وي او د مرضي عامل په وړاندي سيروم کي انتي بادي وي .

دسرو په وظيفوي معایناتو کي د سرو وظيفوي تستونه محدود وي او د سرو نفوذ يه ظرفیت کم شوي وي .

ب: د تحت الحادي ناروغي کلينيکي لوحه : د تحت الحاد هايپر سنسیتف نمونایتس سند روم کلينیک عبارت دي له د توخي ځنډني پيل ، ساه لنډي ورومينځته راتلل ، بي اشتهايي ، وزن کمیدل او تنفسي عدم کفایيه څخه . د سيني په راديو گرافي کي سږي فبروتیک بنکاري . دبا يوپسي په واسطه ناروغي تشخيصيږي .

## :BERYLLIOSIS

دا دسرو دحاد يا مزمن ناروغي دی چی دسرو يا پوستکی دلاری د beryllium د جذب څخه پيدا کيږي . حاد BERYLLIOSIS توکسيک دی چی د beryllium سره دمعاروضيدو له امله د ulcerative tracheobronchitis او chemical pneumonitis لامل کيږي . ځنډنی

BERYLLIOSIS یو سیستمیک ناروغی دی چی sarcoidosis ته چی ډیر معمول ناروغی دی ورته دی. په ځنډنی BERYLLIOSIS کی alveolitis د beryllium specific CD4 T-cells پرولیفیریشن په منځگرتوب مینځته راځی .

### لابراتواری معاینات :

دسینی په رادیوگرافی کی د سږو په زروه او قاعده کی کوچنی کثافتونه او کلسیفیکیشن لیدل کیږی. دوینی په معاینه کی د سپینو حجاتو شمیر لوړ وی ، هایپوکسیمیا وی او د مرضی عامل په وړاندي سیروم کی انتی باډی وی . دسږو په وظيفوی معایناتو کی د سږو وظيفوی تستونه محدود وی او د سږو نفوذیه ظرفیت کم شوی وی .

### دسږو د وظيفوی ناروغیو تشخیص :

د تاریخچی (مخرشو توکوسره دتماس ، دکار ځای ، اعراض او علایمو) لابراتواری معایناتو د دسینی رادیوگرافی ، سی تی اسکین) له مخی تشخیصیږی .

### درملنه :

مخرش توکی وپیژندل شی او د بیا مخامخیدلو څخه یی مخنیوی وشي . په شدید مقاوم او حاد حالت کی پرید نیزولون دورځي . ۵۰ملي گرامه نظر په کیلو گرام وزن د بدن په یو دوز دسهار له خوا د ۲ اونيو لپاره توصیه کوي ، دوز وروورو کمیږي بلاخره د ۴-۶ اونيو په موده کی بلکل قطع کیږي .

## دویم فصل

### دزړه روماتیزمل ناروغی





## ACUTE RHEUMATIC FEVER

### تعريف :

دا سیستمیک معا فیتوي ناروغي دي چي دستوني د بیتا هیمولایتیک ستروپتوکوک انتان په پایله کي مینخته راځي. دناروغي نښي دانتان څخه ۲-۳ اوني وروسته کله یو اوني وروسته او کله ۵ اوني وروسته پیدا کیږي .

### اسباب :

دروماتیک تبي سبب بیتا هیمولایتیک ستروپتوکوک انتان دي چي دستوني دانتان په تعقیب مینخته راځي ، دپوستکي د دانتان په تعقیب مینخته نه راځي .

### پتو جنیزس:

- ۱- دستروپتوکوک توکسیک محصولات ( streptolysin S or O ) انساج نیغ په نیغه ماوفوي
- ۲- Serum Sickness-like غبرگون د انتي جن انتي بادي کمپلکس له کبله مینخته راځي . ۳- د ا یو اتو امیون پیښه دي .

### وقوعات (INCIDENCE):

دناروغي پیښیدل په مخ پر ودي هیوادونو کي ۱۰۰ په ۱۰۰۰۰۰ کسانو کي دي . داقتصادی حالت ښه والي ، دکوراو ښونځي گڼ گون کموالي او دفرنجیتس مقدم درملنه دناروغي پیښي کمی کړي .

### ایپیدیمولوژي:

د ناروغي پيښي مخ پرودي هيوادونو کي ډيري دي چي په ټوله نړي کي دکال ۲۵۰۰۰۰ تنه ځوانان ددي ناروغي له کبله مري ، په امريکا کي پرته د مهاجروڅخه پيښي يي کمي دي. دا ناروغي د ۵ او ۱۵ کلنو عمر تر مينځ پيښيري ، مخکي د ۴ کلني او وروسته د ۲۰ کلني څخه پيښي يي کمي دي

### پتالوژي:

۱- داوعيو په شاوخوا گرانولوماتوز غبرگون او وازکولایتس وي . ۲- روماتیک کارديتس او د دسامونو التهاب بنایي پخپله بڼه شي او يا وروپرمختگ وکړي چي د دسامونو دبد شکلي لامل کيږي . ۳- په حاده مرحله کي ۷۵-۸۰٪ مترال دسام ، ۳۰٪ ابهر د سام (نادرا" يوازي اخته کيږي) او ۵٪ کي ترايکسپيد او ريوي دسامونه اخته کيږي . ۴- په عمومي توگه کاردايتس ۳۰-۴۰٪ د روماتیک فيور په حاده مرحله کي پيدا کيږي . ۵- د زړه ځنډني روماتیک ناروغي : د زړه روماتیک ناروغي د روماتیک تبي ديوي يا متکرر حملي په تعقيب مينځته راځي چي له کبله يي دزړه د دسامونو دکسپونو سؤي شکل ، دکميسورا وصليدل ، لنډيدل او د کوردا تيندني وصليدل دي چي ددي پتالوژیک بدلونونو له امله دزړه د دسامونو تنگوالي يا عدم کفايه او يا دواړه يي په يو ځايي ډول پيدا کيږي . دزړه په ځنډني روماتیک ناروغي کي يوازي دمترال دسام ۵۰-۶۰٪ ، دواړه د مترال او ابهر دسامونه يو ځايي ۲۰٪ ، ترايي کسپيد دسام ۱۰٪ ، خالص ابهر د سام ډير لږ اخته کيږي ، مگر دمترال يا ابهر دسامونو اخته کيدل په متکرر اتان کي ډير معمول دي

### کلنيکي لوحه:

۱- دوه لوي يا يو لوي او دوه کوچني نښي تشخيص ايرډي . ۲- ايکو په واسطه د دسامونو ابناړملي معلوميري .

### لوي نښي (major criteria):

الف - Carditis

**Endocardial-1** : ۱- دمترال یا ابهر د سام عدم کفاییه مرمر چي د دسام دحلقي پراخوالي بني چي د دسام دالتهاب سره یوځای وي او یا نه وي ۲- Carey-Short mid-diastolic murmur (Coombs) بنایي واوریدل شي ۳- د زره داوازونوپه کیفیت کي بدلون

## Myocardial - 2

1. Tachycardia ان داستراحت په وخت کي

2. Arrhythmias

3. ectopic beats

4. Cardiomegaly- on physical exam, CXR or ECHO

5. Congestive cardiac failure – right or left sided

3 - **Pericardial** : ۱- Pericarditis ۲- Pericardial effusion

4 **ECG Changes** : ۱- Changing contour of P waves ۲- Inversion of T waves ۳- Prolongation of PR interval

Erythema Marginatum: ۱- خارښت نه لري ۲- بي درده سره رشونه په تنه او یا نژدي نهاياتو لپاسه وي ۳- ماکولار افت وي چي ځنډي يي جیگ او مرکزي برخه يي پاک وي کيداي شي چي د اوني څخه تر میاشت پوري دوام وکړي

Subcutaneous Nodules: ۱- زیاتره د شدید کاردایتس سره یوځایي وي . ۲- څو اوني وروسته دناروغي دپیل څخه پیدا کیږي او ۱-۲ اوني دوام کوي ۳- سخت بي درده نوډولونه وي ۲ساتي متره قطر لري دسطحي هډوکواو اوتارو لپاسه وي (دمروند بند ، زنگون بند ، لاس بند ، دملا دتیر بندونه او اشیل اوتاروسره وي) دروماتوئید نوډول څخه توپیر يي گران دي

Sydenham's Chorea: ۱- دا ډیر لږ معمول دي ۳٪ پېښو کي وي د حاد روماتیک فیور سره یوځای وي ۲- دا دمخ نهاياتو اوژبي غیر ارادي کوري اتیتوئید حرکات دي ۳- کله کله کيداي

شي چي د روماتیک فيور يوازيني نښه وي ۴- انجونو کي زيات وي ، په ځوان هلکانو کي کم وي  
 ۵- دخوب په وخت کي له مينځه ځي



## :JOINTS

Poly arthritis and arthralgia : ۱- مهاجروي وي ۲- لوي بندونه (زنګون ، انکل بند  
 ، مروند بند او دلاس بند) ۳- بندونه تود ، پړسيدلي او دردناک وي ۴- اوني دوام کوي 2-  
 3 ۵- پرته دسوېي شکله څخه بڼه کيږي ۶- اسپرين او نن سترئيد درد ضد درمل سره ژر  
 بڼه کيږي

## :Minor criteria

الف: کلينیک : ۱- Fever ۲- Polyarthralgia ۳- دزره ناروغي ، دحاد روماتیک تبي پخواني  
 تاريخچه موجوديت .

ب: لابراتوار : ۱- Reversible prolongation of PR interval ۲- ESR لوړوالي ۳- C Reactive  
 Protein لوړوالي ۴- throat culture Or rapid streptococcal antigen test + مثبت وي ۵-  
 ASO titre لوړوالي .

## :لابراتواري معاینات:

۱- Reversible prolongation of PR interval ۲- ESR لوړوالي ۳- C Reactive Protein  
 لوړوالي ۴- throat culture Or rapid streptococcal antigen test + مثبت وي ۵- ASO titre  
 لوړوالي .

## سیر او انزار :

۱- لومړني حمله په ماشومانو کي مياشتي اوپه ځوانانو کي څو اونی دوام مومي . ناڅاپي مړينه ۱-۲٪ دي . دومداره کاردايتس دزره لویوالي سره اوزره عدم کفائي دڅرابو انزارو بنودونکي دي .

۲- ۳۰٪ اخته ماشومان دلومړني حملي څخه ۱۰ کاله وروسته مړ کيږي .

۳- ۱۰ کاله وروسته دزره دوالونو ابناړملتي مینځته راځي

۴- ۱۰٪ کمو پینو کي دیوي حملي دتیریدو څخه وروسته اعراضی دسامي ناروغي او کاردیومايوپاتي مینځته راځي :

## تشخيص :

۱- کلنيکي لوحه ۲- د بيتا هيمولایتيک ستروپتوکوک لپاره دستوني دسواب کلچر ۳- د antistreptolysin O titer (ASOT) اندازه کول . ASOT په ۸۰٪ ناروغانو کي لوړ وي چي په حاد اتان باندي دلالت کوي . که چيري اندازه يي نارمل وي وروسته دیوي اوني څخه بيا تکرار شي . چي بنا يي لوړ وي ، او که لوړ نه وي Anti DNase B اندازه کيږي ددواړو ډولونه تایتیر تر اونیو یا میاشتو پوري لوړ وي . ۴- ESR and C-reactive protein دناروغي په حاده مرحله کي لوړیږي چي دانساجو التهاب باندي دلالت کوي . همدارنگه دناروغي سیر اوکنترول بنسټي ، که اندازه يي کم شوي وي دناروغي بنه کیدو باندي دلالت کوي . ESR په انیمیا کي لوړیږي او دزره په عدم کفایي کي بنکته اوان نارملیږي . C-reactive protein اندازه دانیمیا اوزره عدم کفایي له کبله نه متاثریږي . ۵- لوکوسایتوزس او TLC 12000-15000/mm<sup>2</sup> دروماتیک تبي په حاده مرحله کي لوړ وي . خفیف او متوسطه اندازه انیمیا وي چي نرومو سائیتیک نروکوروامیک وي . ۶- Chest X-Ray بنايي نارمل وي او که زره غټ او دسپرو ازیما وي دسپرو دواړو کولاریتي زیاتوالي باندي دلالت کوي . ۷- ECG په ECG کي PR interval اوږد وي ، دزره

بلاکونه ، دپریکاردايتس او مایوکاردايتس ECG نښې وي .۸- ایکوکارډیوگرافي : په ایکو کی دمترال دسام عدم کفایي ( دمترال دسام پرولپس له کبله وي ) ، دزره توسع ، ددسامونو اېنارملي ، مایوکارډیال دسفنکشن او دپریکارډ ایفوژن معلومیږي .

## JONES CRITERIA

۱- دوه لوي علايم يا يو لوي او دوه کوچني نښي ۲- دستوني دستروپتوکوک پخواني انتان تاريخچه ۳- دستونوي دستروپتوکوک دانتان کلچر مثبت وي ۴- دستروپتوکوک انتي بادي ټايتير لوروالي ۵- دروماتیک تبي / دزره ناروغیو تاريخچه

### تفریقي تشخیص:

۱- Rheumatoid Arthritis ۲- Poststreptococcal reactive arthritis: is non-migratory ۳- SLE ۴- Infective endocarditis ۵- Sickle Cell disease ۶- Drug reactions ۷- TB ۸- Lyme Disease ۹- Serum Sickness ۱۰- Surgical abdomen

### درملنه:

الف : عمومي اهمتومات : ناروغ ته تر هغه وخته استراحت وکول کیږي ترڅو چي لاندي حالات نارمل شي : ۱- حرارت درجه ( دانتی بیوتیک د استعمال څخه پرته ) ۲- سید یمنت رت ۳- پلس رت ۴- دزره گراف .

### ب: طبي اهمتومات :

1. Salicylates: سلیسلات تبه کموي او د بندونودرد او پر سوپ بڼه کوي
2. Benzathine pencillin 1.2: Pencillin میلونه یو ځل دغوبني دلاري یا procaine pencillin 600.000 یونته دغوبني دلاري دورځي یوځل د ۱۰ ورځو لپاره

3. عوځي درمل erythromycin 40mg/kg/B ورکول کېږي .

4. ج : corticosteroids: داسي يو ثبوت نشته چې کورټیکوسټروئید دزره د ناروغي په مخنيوي او يا کمولو کې اغیزه ولري . دلنډي مودې لپاره پریډ نیزولون دورځي ۴۰-۶۰ ملیگرامه دخولي دلاري ورکول کېږي چې د ۲ اونيو په موده کې د وز کمېږي . کورټیکوسټروئید هغه وخت ورکول کېږي چې د سلېسلات سره ځواب بڼه نه وي .

### دروماتیک تبي دمتکرري حملي مخنيوي:

۱- اقتصادي ، اجتماعي او صحي حالت بڼه کولوسره دروماتیک تبي دحملي دکمیدو سبب کېږي .

۲- که ستروپتو کوک فرنجیتس په مقدم ډول تداوي شي دروماتیک تبي دحملي څخه مخنيوي کېږي . دروماتیک تبي تکرار په هغه کسانو کې زیات وي چې په مقدم ډول کاردايتس يي درلود او ماشومانو کې ( ۲۰٪ په دوي کې د ۵ کالو په موده کې دویم ځل تکرارېږي ) . دمخنيوي لپاره بڼه درمل بنزاتین پنسیلین جي 1.5میلون یوتیه دغونډي دلاري په میاشت کې يو ځل توصیه کېږي . دخولي دلاري پنسیلین 200.000-250.000 یوتیه دورځي دوه ځله لږ اغیزه لري .

۳- که ناروغ د پنسیلین سره حساسیت ولري ( sulfadiazine( sulfisoxale) يو گرام دورځي یوځل يا erythromycine ۲۵۰ ملیگرامه دخولي دلاري دورځي دوه ځله توصیه کېږي . همدارنگه ازوترومائیسین هم موثر دي . که ناروغ سمد لاسه دپنسیلین سره حساسیت ونه لري سیفالوسپورین هم کارول کېدای شي . دناروغي بیا راگرځیدل دلومړني حملي څخه ۵ کاله وروسته اود ۲۵ کلني څخه وروسته غیر معمول دي . وروسته ددي مودې څخه وقایوي درملنه نه توصیه کېږي پرته دهغه کسانو څخه چې دستروپتو کوک زیات ترخطر لاندې دي لکه مور پلار ، دماشومانو معلم ، نرسان عسکر او داسي نور . دویمي مخنيوي دکاردايتس پېښیدو پوري اړه لري ، که کاردايتس نه وي په ۲۱ کلني کې وقایوي درملنه درېږي . که کاردايتس پېښ شوي

وي خو والونه اخته شوي نه وي وقايوي درملنه دحملي څخه ۱۰ کاله وروسته د رول کيږي او که دکاردایتس څخه وروسته د زړه والونه اخته شوي وي دحملي څخه ۱۰ کاله وروسته او یا تر ۴۰ کلني پوري وقايوي د رملني ته دوام ورکول کيږي که بیا دمعرضیدو خطر وي . دروماتیک تبه لومړنی حمله په ماشومانو کی ممکن یو میاشت او په غټانو کی ممکن څواونی دوام وکړی . ۱-۲٪ کی ناڅاپه مړینه وی . که کاردایتس ، دزره عدم کفایه مینځته راغلی وی په خرابو اثرارو دلالت کوی .



**MITRAL STENOSIS(MS)****اسباب :**

۱- دزړه روما تیک ناروغي : دمترال دسام دستينوزس معمول لامل دزړه روماتیک ناروغي دي چي دروماتيزم له کبله دزړه والونه پلن کيږي ، کميسورا وصليرې ، کشيرې ، کوردا تنديني پلنيرې او وصليرې او په والونو کي کلسيوم ځاي په ځاي کيږي.

۲- په ولادي ډول کوردا تنديني وصل شوي وي او ياد پپيلاري عضلاتو خراب موقعيت وي .

۳- دمترال دسام کلسيفيکيشن له کبله دمترال دسام شخيرې لکه په زړو کسانو او دپنښتورگو په مزمن عدم کفائيه کي .

۴- دمترال دسام انسداد په هغه کسانو کي چي دمترال دسام ترميم ئي دمترال annular ring سره شوي وي او يا په هغه کسانو کي چي دجراحي عملي په واسطه دسام معوضه شوي وي ( prosthetic valve replacement )

**پتالوژي :**

دمترال دسام دستينوزس معمول لامل دزړه روماتیک ناروغي دي چي دروماتيزم له کبله دزړه والونه پلن کيږي ، کميسورا وصليرې ، کشيرې ، کوردا تنديني پلنيرې او وصليرې او په والونو کي کلسيوم ځاي په ځاي کيږي

**کلينيکي لوحه :**

الف: اعراض ۱- Exertional Dyspnoea: د ساه لنډي اسباب عبارت دي له دسرېو درگونوفشار لوړوالي ، دسرېو compliance کموالي ، دسرېو داوعيواحتقان او بين الخلائي انساجو ازيما .

۲- Hemoptysis دويني لرونکي بلغم ډولونه عبارت دي له الف – sudden hemorrhage زيات نرف هغه وخت پيدا کيږي چي دچپ ازين فشار دلور والي له کبله متوسع نري شوي برانکسي ورید څيري شي .ب- blood stained sputum paroxysmal nocturnal dyspnea له کبله وي .ج- blood stained frothy sputum دسرېو په ازيما کي چي د دسناخو جدار ورسره څيري شوي وي

ليدل کيږي د- blood stained sputum complicated chronic bronchitis احتقاني مخاطي غشا مزمن برانکايټس ته مساعد دي .

۳- chest pain- دسيني درد چي انجينا ته ورته دي د بنځي بطين هايپرتنشن او داکليلي او عيو دامبوليزم له کبله وي .

۴- palpitation دازيني فبريليشن له کبله وي .

۵- Systemic Embolization دسيستمونو امبولي ، دسږو امبولي ، ستروک ، دمساړيقي او عيو امبولي ، دپنډتورگو او دزړه انفارکشن دازيني فبريليشن له کبله وي .

۶- دبنځي زړه عدم کفائيه د سږو لوړفشار او داوعيو مقاومت زياتوالي له کبله وي چي دکلينيک له نظره دغاړي وریدونه برجسته وي ، ځيگر لوي وي ، اسايټس ، دسفلي اطرافوازيما او پلورال ايفورژن وي .

۷- Hoarsness : پراخه شوي کين ازين ، لوي شوي ترخيا او برانکس لمف نود او د سږو متوسع شوي شريان په لوي recurrent laryngeal nerve باندي فشار راوړي چي داواز دخپ والي لامل کيږي .

۸- orthopnea , , fatiguability او paroxysmal nocturnal dyspnoae

اعراض دحاملگي او ازيني فبريليشن سره زياتيږي . په مترال سټينوزس کي دوه ډوله سندرومونه مينځته راځي .

۱- په خفيف او متوسط مترال سټينوزس کي : په دي حالت کي ازيني فشار او دزړه دهانه نارمل وي ، ناروغ بي اعراضه وي او يا دشديد تمرين سره اعراض پيدا کيږي ، دمترال دسام قطر د  $1.5\text{cm}^2$ - $1.0\text{cm}^2$  ترمينځ وي .

۲- شديد مترال سټينوزس : د دمترال دسام قطر  $1.0\text{cm}^2$  څخه کم وي ، دسږو داوعيو ثانوي تنگوالي له کبله دسږو فشار لوړيږي خو دسږو ازيما غير معمول دي ، دزړه دهانه کم وي او دبنځي زړه عدم کفائي اعراض څرگنديږي .

دمترال دسام ستینوزس علایم عبارت دي له :

په تفتیش کې malar flash ,pericardial bulging او منتشر نبضان وي .

په جس سره tapping وي . ( دلومرې او از جس ته وایي ) ، دیاستولیک تریل دجس وړ وي ، اپیکس بیت بی ځایه شوي نه وي .دمترال تضيق اضغایي علایم عبارت دي له :

۱- opening snap د A<sub>2</sub> څخه وروسته دڅخ شوي مترال دسام دخلاصیدو له کبله اوریدل کیږي .  
 ۲- که ازیني فشار بنکته وي د opening snap او ابهر دسام او از تر مینځ فاصله زیات وي ، او که ازیني فشار لوړ وي فاصله لنډیږي . ۳- موضعي دیاستولیک مرمر چي rumbling وصف لري اوریدل کیږي ، څومره چي دسام تنگوالي زیات وي په همغه کچه دمرمر شدت لوړیږي . مرمر دزړه په اپیکس کې اوریدل کیږي ، مرمر هغه وخت واضح اوریدل کې چي ناروغ چپ وحشي خواته واړه ول شي . ۴- دزړه لومرې او از لوړ وي ۵- په ۵۰- ۸۰٪ ناروغانو کې PAROXISMAL او یا مزمز ازیني فبریلیشن اوریدل کیږي . څومره چي دزړه حرکات زیاتیري په همغه اندازه دازین دیاستولیک ډکیدل او دمترال دسام تفاضل کمیږي . ۶- که دزړه حرکات زیاتیري دسږو دازیمه د پیدا کیدو خطر زیات وي ، نو ځکه دزړه حرکت کنترول ضرور دي . ۷- presystolic accentuation murmur دازیناتو تقلص له کبله اوریدل کیږي . ۸- دسترنوم هډوکي کین سرحد کې په طولاني ډول د pansystolic murmur اوریدل دترایکسپید دسام د عدم کفایي له کبله وي کوم چي دبنسي بطین دتوسع له کبله پیدا شوي وي . ۹- Graham –Steel Murmur دا یو early diastolic murmur دي چي په ریوي دسام په ساحه کې دریوي دسام عدم کفایي له کبله کوم چي دسږو هایپرنتشن له کبله مینځ ته راغلي وي اوریدل . ۱۰- pansystolic murmur که په مترال دسام په ساحه کې واوریدل شي دمترال دسام عدم کفایي باندي دلالت کوي .

**تشخیصه معاینات :**

## ۱- ECG

په ECG کې دپي موجه په V<sub>1,2</sub> کې پراخه او باي فیزیک وي ، او که دسږو فشار لوړ وي دپي موجه لوړه اونوک تیزه وي ، دزړه محور بنسي خواته بی ځایه شوي وي او بنسي زړه هایپرتروفي وي .

۲- رادیوگرافي :

دسيني په راديوگرافي کي دچپ ازین دلويوالي له امله دزره چپ سرحد مستقيم بنکاري ، ريووي هايپرتنشن وي او که دمترال دسام کلسيفيد وي بنکاري

### ۳- ايکو کارديوگرافي :

ددي پواسطه ناروغي تشخيصيږي او دپوستکي دلاري د والوپلاستي استطباب اينبودل کيږي .

۴- دزره کتيترازيشن هغه وخت تر سره کيږي چي داکليلي او عيو يا مايو کارد ناروغيو سره يو ځاي وي

### تفريقي تشخيص :

1. Cor Triatriatum
2. Left atrial myxoma
3. Ball valve thrombus
4. Endocarditis
5. Massive mitral annular calcification

### اختلاطات :

- ۱- Atrial Fibrillation
- ۲- Systemic Embolization
- ۳- Pulmonary Hypertension
- ۴- Pulmonary Infarction
- ۵- Chest Infection
- ۶- Infective Endocarditis
- ۷- Tricuspid Regurgitation
- ۸- Right Ventricular Failure

### درملنه :

غير اعراضي ناروغان دحاملگي سره اعرضي کيږي . دمتوسط او شديد مترال ستينوزس ناروغان مخکي دحاملگي څخه اصلاح شي ، که دناروغ اعراض شديد وي دحاملگي په دريم تراري مستر کي Balloon valvulasty اجرا کيږي . ازيني فبريليشن هم اعراض زياتوي بايد دزره ريتم کنترول شي ، څرنګه چي دازيني فبريليشن اختلاط سيستيمیک امبولايژيشن دي نولازمه دي چي ان دريتم دکنترول سره يوځاي ناروغانو ته اتتي کواګولانت ( وارفارين ) توصيه شي ، په %۲۰-۳۰ ناروغانو کي دتداوي سره ازيني فبريليشن بيرته ګرځي .

دجراحي تداوي استطبابات عبارت دي له:

۱- دسپرو ازیما ۲- دتمرین کولو قدرت کموالي ۳- دسپرو فشار لوړ والي لکه دسپرو سستالیک فشار د ۵۰ ملي متر سیمابو څخه لوړ وي ۴- دمترال د دسام قطر د  $1.5-1.0\text{cm}^2$  ترمینځ وي . اوس خلاص مترال کومیسور اتومي نادراً تر سره کیږي . دپوستکي دلاري بالون والوو پلاستي دتداوي بڼه میتود دي . د لسو کالو مطالعاتو څخه داخرگند شوي چي د جراحي درملني او والوو پلاستي درملني د نتیجې تر مینځ کوم توپیر موجود نه وو . دوال معاوضه هغه وخت اجرا کیږي چي دوال ستینوزس د عدم کفائي سره یو ځای وي او یا په ایکو کي دمترال د دسام نمبري د ۸-۱۰ څخه زیات وي . دپوستکي دلاري مترال والو پلاستي سره مړینه کمه ده (۵.۰٪ څخه کمه) او وقوعات ۳-۵٪ دي . د جراحي له کبله مړینه کم دي .

که چیري دوالف مارفولوژي بڼه وي متکرر بالون والف پلاستي اجرا کیدای شي . دجراحي عملیاتو په وخت کي که ماز عملیه وکارول شي دمکرر ازیني اریتمیا پیدا کیدو څخه مخنیوي کیږي .

دمترال میخانیکي پروستیتیک والف کي دترومبوز خطر نظر دابهر پروستیتیک والف ته زیات دي . *bioprosthetic valve* وروسته د ۱۰-۱۵ کالو څخه دیجنیرید کیږي نو دپوستکي دلاري بالون والف پلاستي که ستینوزس مینځته راغلي وي گټه نه لري . داندو کار دایتس لپاره ناروغان وقایه شي .

دمترال ستینوزس ناروغان کال په کال دایکو او معاینې په واسطه مانیتور شي .

## MITRAL REGURGITATION ( MITRAL INSUFFICIENCY)

### اسباب :

دمترال دسام عدم کفایه ځنډني اسباب :

دمترال دسام عدم کفایه اسباب عبارت دي له روماتیک ناروغي ، مترال دسام پرولپس ، کارډیو مایوپاتي او flail leaflet څخه . IHD, Hypertensive heart disease, dilated cardiomyopathy, aortic valve disease

دمترال دسام عدم کفایه حاد اسباب :

۱- مایوکارد انفارکشن ۲- اتاني اندوکارډایتس

### ابنارمل فزیالوژي :

دمترال دسام عدم کفایه کي په زړه باندي بار زیاتیري (پري لود زیاتوالي) او افتر لود کمیږي . په نتیجه کي چپ بطن لویږي او ایجیکشن فرکشن هم ورسره زیاتیري . که ناروغي ځنډني شي دوالیوم لود دزیاتوالي له کبله دزړه تقلصی دنده کمیږي ، ایجیکشن فرکشن کمیږي په پایي کي end systolic volume زیاتیري .

### کلینیکي لوحه :

دمترال دسام حاده عدم کفایه کي چپ ازین لوي نه وي ، که عدم کفایه شدید وي دچپ ازین د ناخاپي فشار لوړوالي سره دسږو ازیمای پیدا کیږي . دمترال دسام مزمن عدم کفایه کي چپ ازین په تدریج سره لویږي او حجم یی زیاتیري نوځکه دسږو دکپیلاریو او وریدونو فشار هم ورو ورو لوړیږي او په تدریجی ډول ناروغ ته دتمرین په وخت کي ساه لنډي او ستوماتیا پیدا کیږي .

دمترال دسام په ځنډني عدم کفایه کي دچپ ازین اوچپ بطن لویږي چي په پایي کي دازیني فبریلیشن لامل کیږي .

دکلینیک له نظره پان سیستالیک مرمر اوریدل کیږي چي شدت یی په اپیکس کي زیات وي ، تخرگ خواته انتشار کوي کله کله دزړه قاعدي خواته هم انتشار مومي ، دچپ بطن نبض

هایپر داینامیک وي شدت ئي کاروتیید شریان خواته وي ، دزره دریم غر په چپ بطن باندي دبار زیاتوالي له کبله وي . که دمترال دسام عدم کفایه دمترال دسام دپروپس له کبله وي په دي ډول که ددسام خلفي برخه پروپس کړي وي مرممر قدام خواته انتشار کوي او که ددسام قدامي برخه پروپس کړي وي دمرمر انتشار خلف خواته وي .

### تشخیصیه تستونه :

#### الف - ECG:

۱- Bifide P wave د کین ازین هایپر تروفی له کبله وي . ۲- د کین بطن د هایپر تروفی نښي ۱- په V6 او I لید کې د R Wave Tall ۲- په V1, V2 لیدونو کې ژوره S موج وي . ۳- S wave in V1+R wave in V6 => 35mm ۳- د نښي بطن د هایپر تروفی نښي .

#### ب- ایکوکار دیوگرافي :

په ایکو کې دمترال دسام دعدم کفایي سبب معلومیږي ، دچپ بطن سایز او دنده ، چپ ازین سایز ، دسږو دشریانو فشار او دنښي بطن دنده معلومیږي او دتداوي پلان په اړه معلومات ورکوي . دډاپلار ایکو په واسطه د وال دعدم کفایي شدت معلومیږي . دTEE په واسطه ددسام دعدم کفایي علت معلومیږي . ج- BNP (B-type-natriuretic –peptide) په واسطه دچپ بطن دسفنکشن معلومیږي که سیروم مقدار یې د 105pg/ml څخه زیات وي دزره عدم کفایي باندي دلالت کوي . او که کم وي دزره عدم کفاییه ردیږي ح- د MRI, په واسطه دنارغي سبب معلومیږي . خ- دزره کتیتیریشن په واسطه دچپ بطن دندي ، دزره دهانه او ریوي شریان فشار معلومیږي . د- دسي ټي سکین په واسطه دزره دوالونو په ناروغي کې داکیلی او عیو ناروغي معلومیږي .

#### ذ - Chest –X-Ray :

دسیني په رادیوگرافي کې چپ ازین ، چپ بطن لوي ښکاري ، دسږو ازیم او دپلورا ایفوژن .

#### ر - Cardiac Catheterization :

ددي په واسطه ددسام عدم کفایي ارزیابي او هیمو داینامیک تشوشات معلومیږي .

## تشخیص :

تشخیص دکلینیک او تشخیصه معایناتو په واسطه کیږي .

## تفریقي تشخیص :

- .1 Aortic Regurgitation
- .2 Aortic Stenosis
- .3 Complications of Myocardial Infarction
- .4 Mitral Stenosis
- .5 Mitral Valve Prolapse
- .6 Pulmonic Regurgitation
- .7 Pulmonic Stenosis
- .8 Ventricular Septal Defect Surgery in the Pediatric Patient

## اختلالات :

- .1 Heart failure.
- .2 Atrial fibrillation.
- .3 Pulmonary hypertension

## تداوي :

دجراحی تداوي استطببات : ۱- اعراضی ناروغانو کي ۲- ایجیکشن فرکشن ۶۰٪ څخه کم شوي وي ۳- چپ بطن توسع کړي وي (په ایکو کي اند سیستمولیک فاصله د ۴ سانتي متروڅخه زیات وي) .

که دمترال دسام عدم کفایي سبب غیر روماتیک ناروغي لکه انفارکشن ، اندوکاردايتس او هایپرتروفیک کارډیو مایوپاتي وي په چټکي سره جراحی درملنه کیږي ..



## MITRAL VALVE PROLAPS SYNDROME (MVP)

### تعریف :

که دمترال دسام دستتول په وخت کې په کین ازیڼ کې په محدب ډول وپرسیږي دمترال دسام دپرولیس په نوم یادېږي. همدارنگه د floppy mitral valve or myxomatous mitral valve په نوم هم یادېږي. MVP په ښځو کې دنارینوو په شان معمول دي. د MVP په خفیف شکل کې mid systolic click وي او وروورو دمترال دسام دعدم کفایي خواته پرمختګ کوي.

### اسباب:

- ۱- دمترال دسام myxomatous degeneration
- ۲- Rheumatic Fever
- ۳- Marfan Syndrome, Ehlers Danlos Syndrome
- ۴- Osteogenesis Imperfect
- ۵- Periarteritis Nodosa
- ۶- Myotonic Dystrophy
- ۷- Hyperthyroidism

### کلینیکي لوحه :

#### الف: اعراض :

۱- مترال پرولیس زیاتره بي اعرضه وي ۲- خو کیدای شي اعرضي شي لکه د سینې درد(تمرین سره ارتباط نه لري او دحلیموي عضلاتو اېنارمل کشش له کبله وي) ،ساه لنډې ،ستوماتیا او زړه تکان ،سنگوپ او ناخاپي مړیني سره یوځایي وي . ۳- دکورداتیندني دبنفسهي څیري کیدو له امله دمترال دسام دحادي عدم کفایي لامل کیږي .

#### ب- علایم :

۱- mid systolic click اوریدل کیږي. دا دپرولیس شوي دسام دغزول شوي کورداتیندني دناخاپي کشش له کبله پیدا کیږي. ناروغ باید په ستون ستاغ، ناستي او په چپ ډډي پریوتی حالت کي معاینه شي. که لیف لیتونه یو دبل سره خوله په خوله بڼه رانه شي دکلیک څخه وروسته late systolic murmur اوریدل کیږي

۲- pansystolic murmur (mitral regurgitation) څومره چي دمترال دسام عدم کفایه تشدیدیري په همغه کچه مرمر دسیستول په ټوله صفحه کي اوریدل کیږي. که چپ بطین کوچني وي او دپرولیس درجه زیاته وي نواضعایي علایم دولاري په حالت کي او د valsalva مانوري په وخت کي تشدیدیري

۳- دوینی فشار نارمل وي.

۴- زیاتره ناروغان بنخي وي، ډنگر وي، سکلیتي ابنارملتي لکه (pectus excavatum or scoiosis) ولري.

### اختلاطات :

۱- infective endocarditis

۲- rupture of chordate tendenea causing sudden sever MR

۳- progressive MR

۴- Arrhythmia and sudden death

### تشخیصه معاینات :

### ECG – 1

نارمل وي ، اریتمیا وي لکه (PSVT)، ازیني او بطیني پریماچور بیت وي. بلاکونه او بطیني تکی اریتمیا وي.

۲- ایکوکارډیوگرافي :

مترال دسام پرولپس دایکوپه واسطه تشخیصیږي . څرنګه چې دمترال دسام پرولپس دابهر دجذر ناروغیو سره یوځای وي ، که په رادیوګرافي کې دابهر دتوسع موجود وي دتشخيص لپاره سي ټي سکن یا MRI angiography ترسره شي

## درملنه :

- ۱- که اعراض نه وي ناروغان هر ۵-۳ کالو کې ارزیابي شي .
- ۲- بیتا بلاکر په لږ دوز دهایپرډاینامیک حالت کې داریتیمیا ددرملني لپاره ورکول کېږي ، درد آراموي . ۳- serotonin reuptake inhibitor د orthostatic hypotension او خفګان لپاره ورکول کېږي . ۴- که دمترال دسام عدم کفایه موجود وي افتړلوډ باید کم نه شي . ۵- دمترال دسام ترمیم د دسام دتعویض څخه بڼه دي . ۶- اسپرین په هغه ناروغانو کې چې focal neurological deficit وي . ۷- اتانې اندو کارډایتس پیدا کیدو څخه مخنیوي وشي . ۸- جراحي درملنه توصیه شي .





## AORTIC REGURGITATION(AR)

اسباب :

الف: دوالونو ناروغي :

- Rheumatic fever - 1
- Infective endocarditis- 2
- Large VSD- 3
- SLE- 4
- Anckylosing spondylitis- 5
- Rheumatoid arthritis- 6
- Whipl's diseases - 7

ب: دابهړ دجزر ناروغي :

- Morfan's syndrome - 1
- Bicuspid valve- 2
- Dissection of aorta- 3
- Syphilitic aortitis- 4
- Osteogenesis imperfect- 5
- Anckylosing spondylitis- 6

دابهړ ددسام دحادي عدم كفايي اسباب :

- Acute rheumatic fever - 1
- Infective endocarditis- 2
- Dissection of aorta- 3
- Rupturer sinus of valsalva aneurism - 4

### :pathology

خرنگه چي دروماتيک تبه دابهړ دعدم كفايي مهم لامل دي ، فبروتيک بدلونونه دابهړ د دسام دپاڼو د پلنوالي او تقبض دلاري دمرکزي دسام دعدم كفايي لامل کيږي . که ددسام پاڼي سره ونښلي د ابهر عدم كفايي سره دابهړ تضيق يوځاي کيږي .

ابنارمل فزيالوژي :

ددیاستول په صفحه کې وینه دابهړ څخه دابهړ دوال دلاري چپ بطن ته توپري په نتیجه کې دیاستولیک فشار کمیږي چې ددی له کبله داکلیلي او عیو دویني جریان کمیږي برسیره پردې دچپ بطن دلویوالي له امله دمایرکارد داکسیجن ضرورت زیاتیري بلاخره اسکیمیا پیدا کیږي .

### کلینیکي لوحه :

الف: asymptomatic patient: ناروغ داوردې مودې لپاره اعراض نه لري .

ب: symptomatic patient: دابهړ عدم کفایي کلینیکي لوحه داسکیمیا ، زړه لویوالي او دمایوکارد دندی خرابوالي له امله مینخته راځي . ۱- angina د اکلیلي او عیو دناروغیو ، دیاستولیک فشار کموالي او دبطن دهایپرتروفي له کبله داکسیجن دضرورت دزیاتوالي له کبله وي .

۲- exertional dyspnea and fatigue دزره عدم کفایي له کبله وي . ۳- palpitation دچپ بطن دقوي تقلص او دازیني اوبطیني پریماچور تقلص له کبله وي .

### فیزیکی معاینه :

الف - دپریکاردیوم تفتیش : ۱- دپریکاردیوم لپاسه ضربان ۲- apex beat دکلاویکولا دمتوسط خط څخه دباندې وي .

ب- جس : ۱- دزره اپیکس منتشر وي باندي او بنکته خواته د جس وړ وي . ۲- دچپ بطن دهایپرتروفي له کبله دزره اپیکس heaving وصف لري . ۳- دسترنوم هډوکي په کین خواکي په دریم بین الضلعي فاصله کې دابهړ په ناحیه کې دیاستولیک تریل دجس وړ وي ، په دي ډول چې ناروغ کبښي او قدام خواته توغ شي او ضفیر اجرا کړي .

### ج- اعضا :

۱- دزره اوازونه :

الف- د PR دفاصلي داوردوالي له امله دزره لومړي غږ نرم وي .

ب - A2 ممکن نرم یا نه وي ج- P2 ممکن د دیاستولیک مرمر په واسطه پټ شي ، نوځکه دویم اواز یوازي وي او یا نه وي . د- څلورم اواز ممکن داوریډو وړ وي .

۲- مرمر :

الف- early diastolic murmur دابهړ په دویم ناحیه کې بڼه اوریدل کېږي. موقیعت ئې په چپ طرف کې سترنوم ته نژدې په د ریم بین الضلعي فاصله کې وي ، په دې ترتیب چې ناروغ کښیني قدام خواته خم شي وروسته دضفیر څخه خپل تنفس بند کړي .

ب- Systolic Ejection Murmur دابهړ په ساحه کې دویني دجریان زیاتوالي له امله وي .

ج: نور اضغائي علایم : ۱- Austin –Flint murmur - دا یو میډ دیاستولیک مرمر دي چې په اپیکس کې اوریدل کېږي . دا هغه وخت پیدا کېږي چې ددیاستول په صفحه کې وینه دابهړ څخه بیرته خلف خواته رجعت وکړي او دمترال ددسام قدامي صفحه دخلاص مترال دسام خواته ټیله کړي ، چې دا دمترال د سام دوظیفوي تضیق له امله د میډ دیاستولیک مرمر لامل کېږي .

۲- pistol shot femoral : دورون دشریان لپاسه دزره دهرضربان سره یوتیز اواز اوریدل کېږي .

۳- Durozier’s sign : کله چې دورون شریان لپاسه ستستسکوپ ورو فشار ورکړل شي بریوت ( مرمر چې دزره څخه دباندې اوریدل کېږي ) اوریدل کېږي .

دابهړ دعدم کفائي عمومي فیزیکی معاینه :

الف- داسبابو نښې : د ankylosing spondylitis او marfan’s syndrome

ب- نبض : ۱- ( collapsing pulse (water hammer pulse) ددې نبض حجم زیات ، نبضاني وي

او یا کولپسینګ وي . ۲- Quinck’s sign : دنوکانوپه بستر کې دکپیلاریو نبضان ته وایي . ۳- De

Musset’s sign : دثباتي شریان نبضان دومره قوي وي چې دهر نبضان سره دناروغ سر خوځیږي ، همدارنگه د سرد nodding اشاري په نوم هم یادېږي .

۳- Corrigan’s sign یا Dancing carotid artery دثباتي شریان نبض ډیر بارز وي .

۴- pulse pressure زیات وي ځکه چې دیاستولیک فشار کمیږي .

۵- Hill sign د دلنگیو فشار نظر د بازوگانو فشار څخه ۴۰ ملي متره سیماب لوړ وي .

۶- دویني سستولیک فشار دستروک والیوم دزیاتوالي له کبله وي .

۷- کله چې دزره عدم کفایه تاّ سس وکړي دمحیطي اوعیو د وازو کنستریکشن له کبله دیاستولیک فشار لوړېږي نو pulse pressure بیرته کمیږي .

## تشخیص معاینات :

الف- ایکو کارډ یوگرافي :



۱- دابهړ عدم كفايه تعينوي . ۲- دابهړد عدم كفايي علت معلوموي ۳- دابهړ دعدم كفايي شدت د ابهر دفوحي دسايږ او د ريگورجيتيشن دجريان اندازه معلوموي . ۴- دابهړ دعدم كفايي دهيموډايناميك تشوشاتو اغيزي ( لكه دچپ بطين سايز ) د چپ بطين end systolic and end diastolic dimensions او دچپ بطين هايپرتروفي معلوموي .

ب - chest x-ray :چپ بطين او صاعده ابهر پراخه بنكاري

ج- ECG : دچپ بطين هايپرتروفي وي .

ح- Cardiac Catheterization And Angiography ډاپلر ايكو په واسطه

دابهړ دعدم كفايي شدت معلومېږي ، نوڅكه په زياتره پيښو كي كتيتريزشن ته اړتيا نه وي . د كتيتريزشن په واسطه دابهړ دعدم كفايي شدت ، توسع ، داي سكشن ، دابهړ دوال ساختماني بدلونونه اوپه چپ بطين باندي د ابهر دعدم كفايي هيموډايناميك اغيزي ( دچپ بطين حجم او ايچيكلشن فركلشن ) معلوموي . اوس دزړه كتيتريزشن داكليلي شريانو حالت مخكي دجراحي عملياتو څخه معلوموي

**تشخيص :**

د ناروغي تشخيص دفيزيكي معايني ، تاريخچي او تشخيصه تستونوپه واسطه كيږي .

**تفريقي تشخيص :**

1. Acute Coronary Syndrome

2. Blunt Abdominal Trauma

3. Heart Failure

4. Infective Endocarditis

5. Mitral Regurgitation

6. Mitral Stenosis

7. Myocardial Infarction

8. Pulmonic Regurgitation

9. Tricuspid Stenosis

**اختلاطات :**

۱- دزړه عدم كفائيه

۲- اتتاني اندوکاردايتس

**درملنه :**

الف- غیر اعراضی ناروغان : دابهړ خفیف او متوسط عدم کفایه حالت : دا ناروغان تداوی ته اړتیا نه لري ، دکلینیک له نظره په کال کې یو ځلي او دایکو له نظره په هر ۲-۳ کالو کې ارزیاوي شي . داندوکار دایتس دمخنیوي لپاره انتي بیوتیک وقایوي ډول توصیه کیږي او په میاشت کې یو ځل دروماتیک تبي لپاره وقایوي زرقي انتي بیوتیک توصیه شي . داناروغان دمسابقوي او شدید تمریناتو څخه منع شي .

ب- دابهړ شدید عدم کفایه : دابهړ دعدم کفایي شدید ناروغان چې اعراض نه لري او هغوي چې دچپ بطین دنده یي نارمل دي هر ۶ میاشت بعد معاینه شي .

وازو دایلاتور دواگانې ( ACE-I, nifidipine ,hydralazine ) په هغه ناروغانو کې ورکول کیږي چې شدید وي او دچپ بطین دندی نارمل یا نارمل نه وي ، اعراض ونه لري او جراحي درملني لپاره په تمه وي او یانه وي . دایگوگسین ، نایتريت او داي یوریتیک هم ورکول کیږي . بیتا بلاکر په مورفان سندروم ناروغانو کې دابهړ دجذر توسع کموي .

**اعراضی ناروغان :**

- ۱- په اعرضی ناروغانو کې دابهړ د وال معاوضه کول انتخابی درملنه دي .
- ۲- هغه ناروغان چې جراحي درملني ته کانديد دي او هغه ناروغان چې دکین بطین دنده یي غیر معاوضوي ډول خراب شوي وي ، دجراحي عملیاتو څخه مخکي ناروغانو ته دایگوگسین او داي یوریتیک ورکول کیږي .
- ۳- هغه ناروغان چې دنوروزمیموي ناروغیو له کبله د جراحي درملنه وړ نه وي وازو داي لاتور ، دایگوگسین او داي یوروتیک توصیه کیږي .

**د ابهړ دسام دمعاوضي ( Valve Replacement ) استطببات :**

- ۱- هغه اعرضی ناروغان چې دابهړ دسام شدید عدم کفایه (NYHA) وي ( دویم او دریم کلاس ) .
- ۲- غیر اعرضی ناروغانو ته هغه وخت جراحي ته کانديد دي ۱- چې دکین بطین دنده یي خفیف او متوسط خراب وي ( ایجیکشن فرکشن یي د ۵۰-۵۵ % څخه کم شوي وي ) ، ۲- دکین بطین توسع شدید وي ( end diastolic diameter >55mm OR end diastolic diameter >75mm ) .



## AORTIC STENOSIS(AS)

### اسباب:

- ۱- دزړه روماتیک ناروغي : دابهړ دتضيق معمول سبب دي چي کسپ او کمیسورا سره وصلیږي .
- ۲- دزړه ولادي ناروغي : دابهړ تضيق د وه کلنيکي اسباب لري چي لومړي يي عبارت دي له ولادي ابناړمل unicuspid or bicuspid valve . ددي ډول ابناړمل وال اعراض په ځواني او يا ۵۰-۶۰ کلني کي څرگندیږي . دابهړ coarctation هم دابهړ دو ولادي تضيق سره هم یوځاي وي .
- ۳- senile AS: د عمر زیاتوالي سره دابهړ وال دیجنیریشن او کالسیفیکیشن کوي . همدارنگه سگرت اخکل ، شکري ناروغي ، دویني لوړ فشار او دغوړ زیاتوالي له کبله هم مینځته راځي .
- ۴- Systemic Lupus Erythematosus And Sever Familial Hypercholesteremia هم دابهړ دتضيق لامل کیږي .
- ۵- نور اسباب : 1- Subclavicular Aortic Stenosis 2- Supraclavicular Obstruction 3- Hypertrophic Obstructive Cardiomyopathy

### : Pathophysiology

- ۱- دابهړ د تضيق له کبله دچپ بطين دخروجي فوجي انسداد پیدا کیږي چي دچپ بطين فشار لوړیږي اوپه معاوضوي ډول چپ بطين هایپرتروفي کوي . ددي لپاره چي دزړه دهانه نارمل وساتل شي د تنگ شوي ابهر په مقابل کي دچپ بطين لوړفشار ایجیکشن ته ضرورت دي . دزړه دهانه داستراحت په وخت کي نارمل وي خو دتمرین په وخت کي کمیږي . بلاخره د ناروغي ددوام په نتیجه کي دچپ بطين دندي دخرابوالي له امله دزړه دهانه او ستروک والیوم کمیږي او دسږو فشار لوړیږي .
- ۲- دابهړ دتضيق له کبله دزړه اسکیمیا : دچپ بطين دهایپرتروفي له امله پرته داکلیلي او عیو دناروغي څخه دزړه داکسیجن اړتیا زیاتیږي چي په پایله کي دزړه اسکیمیا مینځته راځي . همدارنگه دچپ بطين دلور فشار له کبله په اکلیلي او عیو باندي فشار راځي چي داکلیلي او عیو

دویني جریان کمیږي چي ددي له امله دزړه اسکیمیک درد ونه ، اریتمیا او دزړه عدم کفایه پیدا کیږي .

دابهړ دتضيق دویم سبب Degenerative Or Calcific Aortic Stenosis دي .

د ابهر دستینوزس د شدت ارزیابي : دابهړ دتضيق د شدت اندازه دایکوپه واسطه تعیینېږي .

۱- دابهړ دوال نارمل سایز ۳-۴ سانتی متر مربع دي .

۲- دابهړ شدید ستینوزس کي دابهړ دوال سایز قطر د  $0.8\text{cm}^2$  وي دچپ بطین خروجي فوجي د تنگوالي له امله سره له دي چي دچپ زړه دهانه نارمل دي دستولیک فشار تفاوت د  $50$  ملي متر سیمابو څخه زیات وي .

۳- دابهړ متوسط ستینوزس : دابهړ دوال قطر  $1.0-1.5\text{cm}^2$  وي .

۴- دابهړ خفیف ستینوزس : دابهړ دوال قطر  $1.5-2.0\text{cm}^2$  وي .

## کلینیکي لوحه :

اعراض:

۱- داوردی مودی لپاره بي عرضه وي .

۲- اعرضي حالت کي ۱- دسیني انجینا درد ۲- دتمرین په وخت کي سنکوپ ۳- دتمرین په وخت کي سا ه لنډي ۴- دزړه عدم کفایه او بلاخره مړینه . دغه اعراض هغه وخت وي چي دابهړ د سام قطر سایز نظر نارمل حالت ته  $3/1$  ته کم شوي وي .

۱- د سنکوپ حمله : د سنکوپ اسباب عبارت دي له ۱- دتمرین په وخت کي دزړه دهاني کموالي (سیستمیک وعایي توسع او ثابت انسداد) له امله دماغی پرفیوژن کمیږي ۲- داستراحت په وخت کي د سنکوپ لامل بطیني فبریلشن ، ازیني فبریلشن او دزړه گذري بلاک .

۲- Angina pectoris : ۱- په هایپرتروفیک زړه کي د اکلیلي او عیو دپرفیوژن کموالي له امله دمایوکارد اکسیجن کمیږي . ۲- دهایپرتروفیک زړه له کبله په اکلیلي او عیو باندي فشار له کبله دمایوکارد دویني جریان کمیږي . ۳-  $50\%$  ناروغانو کي داکلیلي او عیوناروغي موجود وي .

۳- Exertional Dyspnea: تمریني سا ه لنډي ، orthopnea او Paroxysmal Nocturnal Dyspnea(PND) دسرو فشار لوړوالي بنودنه کوي .

۴- دزړه عدم کفایه : دزړه عدم کفایه د کین بطن دسیستولیک او دیاستولیک دندو خرابوالي له کبله وي .

۵- دمعدې او کلموڅخه وینه بهیدنه : دابهړ په شدید تضيق کي وي چي لامل ممکن دابهړ تضيق سره داوعیو سوي اشکال وي (angiodysplasia).

دزړه او اوعیو معاینه :

الف: دپریکارډیوم تفتیش : اپیکس بیت بی ځایه شوي نه وي ، دخپل نارمل موقیعت کي لیدل کیږي .

ب:جس : ۱- دزړه اپیکس بی ځایه شوي نه وي ځکه چي کارډیو میگالي دزړه د توسع له کبله وي نه دزړه هایپرتروفي له کبله . ۲- داپیکس بیت وصف (Heave forceful) وي ځکه چي دابهړ په تضيق کي په کین بطن باندي د فشار زیاتوالي له امله کین بطن هایپر تروفي کوي . ۳- Double apex beat جس دزړه ۴ غږ یا ازیني تقلص له کبله وي . ۴- سستالیک تریل ممکن دابهړ په ناحیه کي یا suprasternal notch کي جس شي او د ثباتي شریان په سیرکي انتشار مومي .

۵- نادراً دځیگر غټوالي اودسفلي اطرافو ازیما دنښي بطن د عدم کفائي له کبله وي چي دا هغه وخت مینځته راځي چي دچپ بطن دهایپرتروفي له کبله بین البطني دسام نښي زړه خواته تپله کیږي چي دنښي زړه د کیدل خرابیږي .

ج: اضغا : الف: دزړه اوازونه ۱- لومړي اواز نارمل یا بنکته وي . ۲- دزړه دویم اواز بنکته وي ځکه چي یوازي P2 اوریدل کیږي . په داسي حال کي چي دابهړ دسام دکلسیفیکیشن له امله دسام حرکت کم وي نو A2 نه اوریدل کیږي . ۳- دشهيق په وخت کي دزړه دویم اواز Reverse splitting نورمال وي . ۴- دزړه دویم اواز پراخه سپلیت وي . ۵- دابهړ دسام دځنډ بندیدو له امله دابهړ په تضيق کي دزړه دویم اواز دابهړ په ساحه کي دشهيق په وخت کي سپلیت کم او دضفیر په وخت کي پراخه وي . ۶- دزړه ۴ اواز اوریدل کیږي .

## ب- دزړه اضافي غږونه : Systolic Ejection Click

ج- مرمر : Ejection Systolic (Mid-Systolic) Murmur اوریدل کیږي چي لاندي اوصاف لري  
 ۱- Ejection Systolic Murmur دابهړ په ساحه کي اوریدل کیږي ، غاږي او اپیکس خواته  
 انتشار مومي . ۲- Ejection Click دمر مر خخه مخکي اوریدل کیږي . ۳- Gallaverdin  
 Phenomenon کله کله دسیستالیک مر مر شدت دمترال دسام په ( اپیکس ) ساحه کي شدید  
 اوریدل کیږي چي دمترال دسام عدم کفایي په شان اواز اوریدل کیږي . ۳- دابهړ دتضيق مرمر  
 شدت دولاري په حالت کي کمیږي . ۴- څومره چي دابهړ دسام تضيق شدید وي په همغه کچه دمرمر  
 دوام زیاتیري ، ستروک والیوم کمیږي .

دابهړ دتضيق عمومي فیزیکی معاینه : ۱- نبض - دثباتي نبض حجم کم وي ورورو  
 جگیدونکي وي چي د anacrotic pulse په نوم یادیري . داپیکس جس او دثباتي شریان جس په  
 وخت کي نه وي . ۲- pulse pressure کم وي ۳- دبنسي او چپ زړه عدم کفایي له کبله دغاږي  
 وریدونه متبارزوي .

## پلټني :

## الف- دسیني رادیوگرافي :

۱- بنای نورمال وي ۲- دزړه اندازه نارمل یا لږ لوي شوي وي . ۳- دسیني په خلفي قدامي کلیشه  
 کي دابهړ په صاعده قوس کي post stenotic dilatation لیدل کیږي .

## ب- دزړه برقي گراف :

۱- دکین زړه هایپرتروفي وي ۲- په کین زړه باندي د فشار زیاتوالي له امله دکین زړه کشش  
 (strain) وي ( ST segment depression and T wave inversion in lead 1,AVL,V5 and V6 ) .

## ج- ایکو کارډیوگرافي :

۱- دابهړ دسام کسپونه پلن ، کلسیفید او بي حرکت معلومیږي . ۲- دکین بطن هایپرتروفي  
 سیستالیک او دیاستولیک دندي معلومیږي . ۳- ډاپلر ایکو په واسطه دابهړ دسام او دسام

څخه شاته خواکي تفاضلي فشار اندازه کيږي. که تفاضلي فشار د ۵۰ ميلي متر سيمابو څخه زيات وي او يا دابهړ د قطر اندازه د  $0.8\text{cm}^2$  څخه کم وي په شديد تنگوالي باندي دلالت کوي. او داعراضو دپيدا کيدو لامل کيږي. کله کله که ددسام قطر د اساتتي متروي اعراض وي او يا تفاضلي فشار هم لوړ وي او ددسام قطر  $0.6\text{cm}$  وي خوااعراض نه وي.

### ح- Cardiac catheterization

دزړه کتيريزشن په هغه ناروغانو کي چي عمر يي ۴۰ کلن او يالور وي دا کليلي او عيو دانجيوگرافي لپاره او دابهړدوال څخه مقابل خواکي دتفاضلي فشار دمعلومولو لپاره ترسره کيږي. دا کليلي او عيو انجيوگرافي دانجينا دلامل دمعلومولو لپاره توصيه کيږي.

### خ- انجيوگرافي:

په هغه ناروغانو کي چي عمر يي ۴۰ کلن او يالور وي او د CABG پلان وي توصيه کيږي.

### تشخيص:

تشخيص دتاريخچي، فيزيکي معايني او تشخيصه تستونوپه واسطه کيږي.

### اختلاطات:

1. Chest pain (angina)
2. Fainting (syncope)
3. Heart failure
4. Irregular heart rhythms (arrhythmias)
5. Cardiac arrest

### درملنه:

طبي درملنه دابهړ دتضيق په درملنه کي ارزښت نه لري. که په ناروغ کي انجينا، سنکوپ او دزړه عدم کفايه موجود وي دوال معوضه توصيه کوي.

- ۱- انجينا په ۵۰٪ ناروغانو کي مينځته راځي چي مړينه د ۵ کالو په موده کي وي.
- ۲- سنکوپ په ۵۰٪ پورته ناروغانو کي وي چي د ۳ کالو په موده کي مړينه وي.



۳- زړه عدم کفایه په ۵۰٪ ناروغانو کې وي او د ۲ کالو په موده کې مړینه وي .

جراحی درملنه په غیر اعرضي ناروغانو کې نه توصیه کېږي او که دچپ بطين دنده خراب شوي وي او یا د ابهر دوال ساحه د  $0.7\text{cm}^2$  کم شوي وي توصیه کېږي .

طبي درملنه :

طبي درملنه په هغه ناروغانو کې توصیه کېږي چې د عملیات وړ نه وي .

۱- دروند فیزیکی فعالیت څخه ډډه وشي .

۲- ناروغان بڼه وڅارل شي ځکه چې ناروغي په تدریجي ډول پرمختګ کوي . دایکوله نظره په کال کې تفاضلي فشار ۴-۸ ملي متره سیماب لوړېږي . دابهر دوال قطر  $0.2-0.3\text{cm}^2$  په کال کې کمیږي . دابهر په خفیف ستینوزس کې ایکو هر دوه کاله بعد تر سره شي ، دابهر په شدید غیر اعرضي ستینوزس کې هر ۶-۱۲ میاشتي بعد ایکو تر سره شي .

ETT په غیر اعرضي ناروغانو کې دپټ اعرضو دڅرګندولو لپاره اجرا کېږي. ETT په اعرضي ناروغانو (د تمرین کولو قدرت نه درلودل او د ویني فشار کموالي) کې مضاد استتباب دي .

۳- انجینا لپاره بیتا بلاکر توصیه کېږي خو احتیاط دي وشي ځکه چې دشاګ او دزره دعدم کفایي لامل کېږي .

۴- نایتريت تمریني سنکوپ تشدیدوي نو دور کولو څخه یې ډډه وشي .

۵- ACE-I او دایکوګسین نسبي مضاد استتباب دي . دایکوګسین هغه وخت ورکولای شو چې ایجکیشن فرکشن کم شوي وي او ACE-I په کم دوز هغه وخت توصیه کولای شو چې چپ بطين اعرضي سستالیک دسفنکشن وي او دجراحی درملني لپاره کانديد نه وي .

جراحی درملنه :

د وال معاوضه ( valve replacement ) په لاندي حالاتو کې استتباب لري .

۱- هغه اعرضي ناروغان چې دچپ بطين دنده یې خراب وي وروسته دجراحی عملیاتو څخه بڼه کېږي .

۲- هغه غير اعرضي ناروغان چي دچپ بطين دنده يي خراب وي، شديد چپ بطين هايپرتروفي ولري، دوال قطر د  $0.7\text{cm}^2$  څخه کم شوي وي او دتمرین سره دويني فشار بنکته کيږي .

۳- دابهر شديد تضيق وي خودزره نورو عملياتو ته اړتيا وي لکه CABG ته .

### دجراحي تدابي استطببات :

۱- اعراض چي دابهر شديد تضيق سره يوځاي وي .

۲- دابهر شديد تضيق ناروغان چي دزره نورو عملياتو وروته اړتيا وي لکه CABG .

۳- هغه غير اعرضي ناروغان چي دچپ بطين دنده يي خراب وي، شديد چپ بطين هايپرتروفي ولري، دوال قطر د  $0.7\text{cm}^2$  څخه کم شوي وي او دتمرین سره دويني فشار بنکته کيږي .

دابهر تضيق دکين زړه ددندي خرابوالي سره :

۱- که د دکين زړه ددندي خرابوالي (ايچيکشن فرکشن د ۳۵٪ څخه کم وي) ، دجراحي درملني خطر زيات وي . او بي له عملياتو څخه انزار خراب وي . د valve replacement سره دناروغ عمر اوږد والي بڼه کيږي .

دابهر تضيق د تفاضلي فشار کموالي سره :

دابهر شديد تضيق چي دکين بطين د شديد دسفنکشن سره يوځاي وي او دابهر دوال په مقابل کي تفاضلي فشار لوړ نه وي نو ابهر تضيق دهغه کارديو مایوپاتي سره چي د calcified non aortic valve سره اويا دابهر شديد تضيق چي دکين بطين د شديد دسفنکشن سره يوځاي وي تفريقي تشخيص شي . تفاضلي فشار او دابهر دوال ساحي اندازه د ويني جريان پوري اړه لري ، په دي ډول تفريق کيږي چي د dobutamine دورکولو څخه وروسته تفاضلي فشار او دابهر دوال ساحه اندازه کيږي چي د دکين بطين دسفنکشن کي تفاضلي فشار زياتيږي خو دوال ساحه تغير نه مومي په داسي حال کي چي په کارديو مایوپاتي کي دوال ساحه زياتيږي .

هغه خطري فکتورونه چي د عملياتو سره دمړيني خطر زياتوي :

۱- شديد اعرضي ناروغان

۲- د کين بطين د شديد دسفنکشن (ايچيکشن فرکشن د ۴۵ يا ۵۰% څخه کم شوي وي .

۳- زاړه کسان

۴- دا کليلي او عيو ناروغيو سره يوځاي وي .

دوالونو ډولونه :

۱- ميتالیک وال : دا وال دوامداره وي دترومبوزس لامل کيږي نو ناروغ داوږدي مودي لپاره انتي کواگولانت واخلي .

۲- BIOPROSTHETIC VALVE: ددي وال عمر کم (۱۵ کاله ) دي ترومبوجينیک نه دي . دا په ځوانانو کي چي عمر د ۳۵ کم وي او حاملگي کي استطباب نه لري .

۳- percutaneous aortic balloon valvoplasty: دا په ماشومانو او ځوانانو کي چي په ولادي ډول دابهړ تضيق يي کلسيفيد نه وي بڼه گټور دي .

## TRICUSPID STENOSIS(TS)

### اسباب :

دزره روماتیک ناروغي دترایکسپید دسام دتضیق مهم لامل دي چي زیاتره دمترال یا ابهر دسام ناروغيو سره یوځای وي ، زیاتره بنځو کي وي .

### پتوفزیالوژي :

په TS کي دزره دهانه کمیږي نو کله چي دښئي ازین فشار لوړ شي دزره دهانه نارمل حالت کي ساتل کیږي . دښئي ازین فشار زیاتوالي سره سیستمیک وریدي احتقان پیدا کیږي ، ځیگر لویږي ، اسایتس او محیطي ازیما مینځته راځي .

### کلینیکي لوحه :

الف: اعراض: ۱- دکین خوا ددسامونو دروماتیک افاتو اعراضو سره یوځای وي . ۲- دگیدي درد(دځیگر لویوالي) ، پرسوپ(اسایتس) او محیطي ازیما وي .

ب: فیزیکی معاینه : ۱- JVP د a موجه په JVP کي وي . ۲- نبضاني ځیگر: دځیگر په عمیقه جس کي پري سستالیک پلسشن جس کیږي . ۳- مرمر : دسترنوم په کین سفلي سرحد کي په ترایکسپید ساحه کي متوسط دیاستولیک مرمر اوریدل کیږي چي دشهیق په وخت کي لوړ اوریدل کیږي .

### ج: ECG:

دښئي ازین دهایپرتروفي له کبله P-pulmonal موجه لیدل کیږي .

### ح: Chest X-Ray-

دښئي ازین لویوالي وی .

### درملنه :

۱- دای یوریتیک درملنه او دمالګې بندیز ۲- دجراحی عملي په واسطه دترایکسپید دسام معاوضه کول .

## TRICUSPID REGURGITATION(TR)

اسباب :

الف: Organic Tricuspid Regurgitation

1- Rheumatic Heart Diseases

2- Infective Endocarditis (IV drugs abuser)

3- Carcinoid Syndrome

4- Ebstein's Anomaly ;congenital tricuspid valve

ب) Functional (when right ventricle dilates) :

1- Right Ventricle Dilation Due to chronic heart failure

2- Cor-pulmonale

3- Right Ventricle Infarction

4- pulmonary Hypertension

کلینیکي لوحه :

اعراض: دښئي زړه دعدم کفائي اعراض.

فیزیکی معاینه : ۱- JVP: ۱- دغاړي وریدونه پورته وي. دښئي زړه عدم کفائي له کبله وی ۲- لویه د ۷ موجه وي .

۲- MURMUR: ۱- Pansystolic murmur د سترنوم هډوکي په کین طرف کي داوږدوالي په سیر کي اوریدل کیري. مرمر دشهیق په وخت کي شدت مومي په داسي حال کي چي د مترال دسام دعدم کفایي مرمر دضفیر په وخت کي شدت مومي .

۳- Pulsatile Liver: ځیگر نبضاني جس کیري .

### تشخیصیه معاینات :

الف - ایکو کارډیوگرافي :

– ۱- بښي بطين پراخه وي ۲- دترایکسپید دسام بښای ابنارمل وي ۳- دریوي شریان فشار د ډاپلار ایکوپه واسطه اندازه شي.

ب-ECG:

دزره برقی گراف وصفی نه وی. ازینی فبریلیشن هم غیر معمول نه دی .

ج- Chest X-Ray

بښي ازین او بطين پراخه ښکاري .

### درملنه :

۱- دترایکسپید دسام وظیفوي عدم کفاییه : داي یوریتیک پري لود کموي . دمترال دسام معاوضه کول ۲- دترایکسپید دسام عضوي عدم کفاییه : جراحي درملنه یا والوپلاستي تر سره کیري .

## PULMONARY STENOSIS(PS)

### اسباب :

۱- ولادي ناروغي (معمولاً). ۲- روماتیک تبه. ۳- کارسینوئید سندروم. ۴- aneurism of sinus of Fallot’s Tetralogy. ۵- valsalva

## کلینیکي لوحه :

۱- که PS یوازي وي په خفیف او متوسط حالت کي اعراض نه وي .۲- په شدید حالت کي Exertional fatigue,Dyspnoea,lightheadedness,chest discomfort(right ventricular Angina), cyanosis -۳ که ASD),PFO),patent foramin oval وي .

## فيزيکي معاینات:

تفتیش: دغاړي وریدلوړ او په کي د aموجه خرگند ښکاري .

جس: ۱- Left Parasternal Heave دښئي بطين هايپرتروفي له کبله وي ۲- په کين دويم بين الضلعي مسافه کي تریل جس کيږي .

اضغا : الف- اول غږ نارمل وي ب- دويم اواز یوازي اوریدل کيږي ،ريوي دسام اواز ښکته وي .ج- مرمر : ۱- په دويم کين بينالضلي مسافه کي په ريوي ساحه کي Ejection Systolic Murmur اوریدل کيږي چي اوربي خواته انتشار مومي، دمرمر شدت دشهيق سره زیاتيږي ۲- مخکي دمرمر خخه Ejection Click اوریدل کيږي .

## تشخيصه معاینات:

۱- دزره برقي گراف: دکين ازین او بطين هايپرتروفي وي .

۲- دسيني رادیوگرافي : ښئي ازین او بطين لوي وي - په ريوي شريان کي post stenotic dilatation وي - په شديد PS کي دسږو دويني جريان کموالي له امله دسږو وازوکلاريتي کم شوي وي .

۳- ايکو کارديوگرافي : - دوال اتاتوميک بدلونونه ښکاري - دریوي دسام تنگوالي شدت معلوميږي - په غيرمستقيم ډول دترایکسپید دسام عدم کفای دتفاضل په واسطه دښئي بطين فشار اندازه کيږي .

## PULMONARY REGURGITATION(PR)

اسباب :

۱- دسپرو دسام عدم کفایه ددسام دحلقي دتوسع له کبله چي په ثانوي ډول دسپرو هایپرتنشن یا دسپرو دشریان دتوسع له امله وي مینخته راځي .

۲- اتتاني اندوکاردايتس

۳- دسپرو ددسام دتضیق یا Tetralogy Of Fallot's (TOF) دجراحی درملني داخلاطاتو له کبله وي.

۴- دسپرو ددسام ولادي سوي اشکال ۵- کارسینوئید سندروم ۶- روماتیک تبه ۷- سفلیس

### کلینیکي لوحه:

۱- دبنځي زړه عدم کفایه وي

۲- Right Ventricle Heave او دسپرو ددسام په ساحه کي Thrill جس کیږي .

۳- دسترنوم په کیني ۳، ۴ بین الضلعي مسافه کي Early Diastolic Murmur اوریدل کیږي .

۴- که دسپرو فشار لوړ وي، P2 لوړ وي .

### تشخیصیه معاینات :

۱- دزړه برقي گراف : دبنځي بطن هایپرتروفی وي .

۲- دسیني رادیوگرافي : بنځي بطن لوي بنکاري او دسپرو دشریان سیوري هم دلیدلور وړ وي .

۳- ایکو : بنځي بطن متوسع او هایپرتروفی وي - دسپرو ددسام عدم کفایه او ددي شدت معلومیږي .

### درملنه :

۱- DIGOXIN دبنځي بطن دتوسع او عدم کفایي لپاره ورکول کیږي .

۲- سببي ناروغي تدایوي شي .

۳- Valve Replacement with bioprosthetic valve: که ددسام عدم کفایه شدید وي او د

TOF دجراحی درملني اختلاط وي .



## MULTI VALVULAR HEAR DISEASE

د multi valvular hear disease اسباب :

الف : کسبی ناروغی :

الف ۱- دزره ناروغی :

۱- rheumatic heart disease

۲- infective endocarditis

۳- degenerative calcific

۴- cardiac remodeling /dilatation(functional)

الف ۲- ددواگانوجانبی عوارضو له کبله

۱- ( anorectic agents,ergot agonist )

۲- end stage renal disease on hemodialysis

الف ۳- noncardiac systemic diseases (carcinoid heart disease)

ب - congenital heart disease

ب ۱- connective tissue disorders

۱- marfan syndrome

ب ۲- نادر ناروغی ( congenital valvular cardiac disease )

## Combined mitral stenosis and aortic regurgitation

کله چې AR او MS سره یوځایي وي نو شدید MS د خفیف AR سره یوځایي وي، پتوفزیالوژي یې د خالص MS په شان وي. کله کله ګډ AR هم شدید وي. MS د کینې بطنین ډکیدل کموي نو په کینې بطنین په حجم باندې د AR اغیزې پتېرې. پس نو د دواړو افاتو جوړول په زیاتره ناروغانو کې ضرور دي. کله چې اعراض پیداشي او دسپروفشار لوړ شي نو مداخلوي درملني ته اړتیا پیدا کېږي. د دواړو والونومعاوضه مناسب درملنه ده. کله چې د مترال ستینوزس د تداوي پلان وي نو balloon mitral valvotomy اجرا کېږي. په زیاتره ناروغانو کې لومړي مترال والو تومي اجرا کېږي وروسته ناروغان د اعراضو لپاره تعقیبېږي. که اعراض له مینځه لاړ شي د AR اصلاح کول ځنډېږي.

## :Combined mitral stenosis and aortic stenosis

په هغه ناروغانو کې چې په ګډه سره څرګند AS او MS ولري په کلینیک کې د ابهر د تضیق نښې معمولاً بارز وي، د مترال تضیق نښې پټې وي خو اعراض د مترال تضیق بارز وي. د 2D او ډاپلر ایکو په واسطه د ناروغي شدت، د کینې بطنین دنده او سایز او د مترال دسام بالون والو تومي استطباب ایښودل کېږي. که د AS خفیف وي نو د مترال دسام د بالون والو تومي لپاره لومړي ښه مناسب دي. که د مترال بالون والو تومي کامیاب ونوړو وروسته د ابهر وال بیا ارزیاېي کېږي. که په ګډه د ابهر تضیق او د مترال عدم کفایه سره یوځایي وي نو د ابهر تضیق د مترال دسام عدم کفایه تشدید وي. د مترال دسام عدم کفایه د ابهر د تضیق د شدت په تعینولو کې ستونزه پیدا کوي ځکه چې فورډ وارد او پټ پوټ کمیږي. څرنګه چې د مترال عدم کفایه د کینې بطنین د ایجکیشن فرکشن قدرت لوړوي نو په دې توګه د کینې بطنین سستولیک د سفنکشن چې د ابهر د تضیق په واسطه مینځته راغلي وي پتېرې. که ازیني فبریلیشن او ازیني سستولیک د سفنکشن پیدا شوي وي او د کینې بطنین د هایپرتروفي له کبله د بطنین ډکیدل خراب شوي وي نو فورډ وارد او پټ پوټ نور هم کمیږي. که په ناروغ کې شدید AS او شدید MR شته وي (د مترال وال مارفولوژي هم خراب وي)، اعراض موجود وي، کینې بطنین دنده خراب وي او دسپروفشار لوړ وي، نو باید په ګډه سره د ابهر

او مترال دسامونه معاوضه شي او يا مترال وال ترمیم شي . که په ناروغ کي دابهر تضیق خفیف او يا متوسط وي او دمترال عدم کفایه شدید وي نويوازي دمترال دسام جراحي عمليات اجرا کيږي ځکه چي داعراضوموجودیت ، دکین بطين دندي خرابوالي ، فورد وارد ستروک واليوم کموالي او دسږو فشار لوړوالي مخکي دعملياتو څخه دابهر دتضیق شدت اندازه کول ستونزمنوي . که دابهر دوال متوسط تفاضلي د ۳۰ ملیمترو سیمابو څخه لوړوي دابهر دوال معاوضه تر سره کيږي .

## Combined aortic stenosis and mitral regurgitation

شدید AS د MR شدت زیاتوي . همدارنگه MR د AS د شدت اندازه کول ستونزمنوي ځکه چي مخکي خواته دویني داستولو (forward) جریان کيږي . MR د LV ایجیکشن فرکشن د ندي قوت زیاتوي ، نوځکه دکین بطين مقدم سستولیک دسفنکشن د AS په واسطه پوښل کيږي . ازیني فبریلیشن او دازین سستولیک دندي خرابوالي (forward) جریان نور هم کموي ځکه چي دهایپرتروفي شوي کین بطين دکیدل خراب وي . د شدید AS او شدید MR (دمترال اېنارمل دسام) ناروغان چي اعراض ولري ، کین بطين دنده خراب وي يا دسږو فشار لوړ وي په گډه سره دابهر او مترال دسامونه معاوضه شي او يا مترال دسام ترمیم شي . هغه ناروغان چي خفیف څخه تر متوسط اندازي پوري AS او شدید MR ولري ، اعراض موجود وي ، دکین بطين دنده خراب وي او يا دسږو فشار لوړ وي دعمليات څخه دمخه دابهر دعدم کفایي شدت اندازه کول گران کاردي ځکه چي forward stroke volume نور هم کميږي . که دابهر دسام تفاضلي فشار د ۳۰ ملیمترو سیمابو څخه زیات وي دابهر دسام باید معاوضه شي .

## Combined mitral regurgitation and aortic regurgitation

دا اړینه ده چي وپیژندل شي دکوم وال افت څرگند دي ځکه چي لومړي دهغه دسام ناروغي تداوي شي چي اعراض يي بارز وي ددي لپاره چي ددواړو دسامونوپتوفزیالوژي او دجراحي درملني وخت سره توپیر لري . که څه هم دواړه يي دکین بطين دتوسع لامل کيږي خو دابهر عدم کفایه دسیستمیک سستولیک هایپرتنشن لامل کيږي او دکین بطين پلنوالي کم وي . د 2D

echocardiography په واسطه د AR او MR شدت ، د کین زړه سایز او دنده ، د کین ازیڼ دنده او سایز ، دسپرو دشریان فشار او دمترال دسام ترمیم معلومیږي . جراحي درملني ته هغه وخت اړتیا وي چي دابهر ددسام معاوضه او دمترال دسام ترمیم ددرملني مناسب ستراتیژي وي. دمترال دسام ترمیم دامکان وړ دي .

## Heart Valve Replacement

د ابهر او مترال والونه معمولاً معاوضه کیږي او دریوی او ترایکسپید والونه معاوضه کول غیر معمول دي

*replacement.aortic valve* دابهر دتضیق اوعدم کفایي لپاره او دمترال وال معاوضه دمترال تضیق اوعدم کفایي لپاره ترسره کیږي .

*Mechanical valve*: اوږد دوام لرونکي والونه چي د کلک اوزیاتي پاتي کیدونکو توکوڅخه جوړ شوي دي .

*Tissue valve*: دانسان یا حیوان ډونور انساج دي .جراحي پروسیجرونه د وال د معاوضي، دا عراضو شدت او دجراحي خطر پوري اړه لري . ځیني جراحي پروسیجرونه دویني دتحرش دمخنیوي لپاره اوږدي مودي درمل ته اړتیا لري .زیاتره خلک وروسته دجراحي درملني څخه داوږدي مودي سالم روغ رمت ژوند ته طمع لري .دمترال دسام د معاوضي سره ناروغان پرته د ویني نري کونکي درمل اخیستلو سره بڼه نورماله ژوند کوي .دابهر ددسام د معاوضي څخه وروسته ناروغان داوږدي مودي درملني اخیستلو ته دناروغ حالت او خطري فکتور پوري اړه لري .



**INFECTIVE ENDOCARDITIS****تعريف :**

دزړه ددسامونو يا دزړه دجوفونو داستر مايکروبي انتان ته انتاني اندوکاردايتس وايي .

**ويشنه :**

الف- Acute Endocarditis: ۱- دزړه نارمل او ابناامل والونه اخته کوي ۲- انتان دويني دلاري سرايت مومي ۳- دانتان وايروليني سي زياد دي . ۴- که ژر تداوي نه شي دخو اونيو په موده کي ناروغ مري . ۵- معمول لامل يي Staphylococcus aureus دي . ۶- ويجيتيشن يي لوي دي ۷- شديد تبه په کي وي .

ب- Sub Acute Endocarditis: ۱- دزړه ابناامل ( ناروغ وال) اخته کوي ۲- تدريجي شکل پرمختگ کوي ۳- دجراحي پروسيجرونوپه وخت کي سرايت مومي ۴- وروسته دتداوي څخه بڼه کيږي . معمول لامل يي Streptococcus viridians دي .

ج- Prosthetic Valve Endocarditis وروسته دجراحي عملياتو څخه مينځته راځي معمول لامل يي S. epidermidis او Staphylococcus aureus دي .

**اسباب:**

۱- Staphylococcus aureus (35%) : روغ يا سوي شکل والونه اخته کوي ، په دوااعتيا د و کسانو (polymicrobial) او دزړه الي استعمالونکي کي اخته کوي . دحاد اندوکاردايتس لامل کيږي .

۲- Streptococcus viridans (32%) : اصلي والونه چي مخکي ماؤف شوي وي يا ابناامل والونه اخته کوي . دتنفسي سيستم دپورتنې لاري دمعمول انتاناتو څخه دي چي ويني ته دژاولوژولو، برس کولو او دغابونووايستلو په وخت کي ويني ته ننوزي . دتحت الحاد اندوکاردايتس لامل کيږي .

۳- Enterococci (8 %) : دا دمقعدپه شاوخوا کي اوپه دکومتيازو کي وي ، په زړو نارينو کي چي پروستات هايپرتروفني لري اوپه بنځوکي بولي تناسلي انتان لري موجود وي .

Prosthetic valve endocarditis, devices CoNS - S. epidermidis (4%) - ۴

G –ve bacilli of HACEK group (4%) - ۵

Yeast and Fungi(1%) - ۶

Culture negative endocarditis (5 %) - ۷

مساعدونکي فکتورونه :

الف: دزړه او اوښو ناروغي :

۱- دزړه روماتیک ناروغي : مترال دسام عدم کفاییه ، مترال دسام تنگوالي ، دابهر دسام عدم کفاییه او تنگوالي .

۲- دزړه ولادي ناروغي : دابهر دوه کسپه دسام ، مترال دسام پرولپس ، دابهر دسام کلسیفیکیشن ، Hypertrophic subaortic stenosis , VSD, PDA, coarctation of aorta ،

۳- prosthetic valve

۴- Degenerative calcific valvular stenosis

دکوربه فکتورونه: ۱- Neutropenia ۲- Immunodeficiency- ۳- Malignancy ۴-

Therapeutic immunosuppression ۵- Diabetes mellitus ۶- Alcohol ۷- IV drug abuse

### **Pathogenesis And Pathology**

الف- دانتان دداخلیدو لاري : ۱- دغابنونیانوروجراحی پروسیجرونوپه وخت کي . ۲- دمنتن زرقیاتو دلاري . ۳- دپوستکي یاتنفسي سیستم بڼکاره انتاناتو په واسطه . ۴- په پټ ډول دکلمواوځولي دلاري . ۵- زخمونه

۶- داخل الوعای کتیترونو انتاناتو دلاري . ۷- دروغتون دزخمونودلاري . ۷- ځنډني مداخلوي پروسیجرونو دلاري .

ب ۱- دزړه داخلي اندو تیلیوم زخمي کيږي ۲- په زخمي شوي ځاي کي غير منتن ترومبو سیت - فبرین ترومبوس جوړيږي چي د نن بکتریا ل تر موبوتیک اندوکار دایتس (NBTE) په نوم یاديږي ۳- دمؤقتي بکتریمیا په وخت کي اتان د NBTE لپاسه نښلي ۴- اتان په دي ځاي کي ډیروالي (Proliferation) مومي ۵- په ماؤفه ځاي کي منتن ، ماتیدونکي او محجم (کتله) جوړيږي چي د تبت (bulky vegetation) په نوم یاديږي .

ج- د داخلالقلبي اتان موضعي تخریباتو اغیزي : ۱- دوال کسپونه تخریبيږي چي لومړي زخم جوړوي اوبیا ددسام دعدم کفایي لامل کيږي . ۲- کوردا تنډیني ریچر کوي ۳- د paravalvular abscess کبله دزړه انتقالی سیستم خرابیږي چي داریتما او تقحی پیریکار دایتس لامل کيږي . ۴- لوي ویجیتیشن دوالونو دوظیفوي تضیق لامل کيږي .

د- امبولایژشن : دمنتن ویجیتیشن څخه امبولي بیلیري په توري ، پښتورگو ، زړه او سپرو کي دانفارکشن لامل کيږي .

ذ- میتازتاتیک اتان : سپتیک امبولي د بدن هر ځاي کي د اسی لامل کيږي .

ر- دامیون کمپلکس ځاي په ځاي کیدل : په مختلفو انساجو کي دامیون کمپلکس (انتي جن - انتي بادي کمپلکس) ځاي په ځاي کيږي چي دخارالقلبي کلینیکي تظاهراتو لامل کيږي لکه Arthralgia, Roth Spot , Janeway Lesion, Focal Glomerulonephritis , Vasculitis

## کلینیکي لوحه :

### الف- دبکتریمیا کلینیکي لوحه :

۱- Fever- که یوناروغ چي دزړه دوالونو ناروغي ولري او تبه یي دخو ورځو څخه تر څو اونيو پوري دوام ومومي په اندوکار دایتس باندي دلالت کوي . په زړو خلکو ، دزړه احتقاني عدم کفایه او دپښتورگو په مزمن عدم کفایه کي تبه نه وي . وزن بایلل ، بي اشتهاي . دشپي له خوا خوله . انیمیا .

۲- petechia : petechiae on the skin, conjunctivae, oral mucosa دوازو کولایتس له کبله وي . دسترگو په رتینا کي دوازو کولایتس له کبله Roth Spot وي .



۳- Splenomegaly: ۳۰-۴۰٪ پینو کي وي .

ب- دامیون کمپلکس کلینیکي لوحه: انتي بادي او د بکتريا انتي جن سره کمپلکس جوړوي او دلاندي کلینیکي لحو لامل کيږي .

۱- Janeway Lesion: دا کوچني ، هموار بي درده سور ماکولاگاني دي چي د لاس په تینار او هایپوتینار بر جستگيو کي وي .

۲- Splinter Hemorrhage: دا دگوتو دنو کانولاندي وي .

۳- Osler's Nodes: دا سخت دردناکه حساس پوستکي لاندي پر سیدلي نوډولونه دي چي د لاس پښو په ورغوپونډو او گوتوکي وي چي دواز کولایتس یا امبولیزم له کبله وي .

ج- دزړه د دسامونو د دندو د خرابوالي کلینیکي لوحه :

۱- MURMURS- ویجیتیشن دویني جریان بندوي چي د زړه د اضافي اوازونو د پیدا کیدو لامل کيږي چي مرمر ورته وایي . د مرمر پیدا کیدل د ویجیتیشن سائز پوري اړه لري . د پخواني مرمر وصف کي بدلون او شدت کي زیاتوالي .

۲- REGURGITATION- د دسامونو پرمخ تللي تخریبات د دسامونو د سوري کیدو یا عدم کفایي لامل کيږي .

د- دامبولیزیشن کلینیکي لوحه - امبولي د نازکه اوماتیدونکي ویجیتیشن څخه مینځته راځي چي دلاندي عضوو د انفارکشن لامل کيږي .

د کین زړه اندوکار دایتس دلاندي عضوو د انفارکشن لامل کيږي . ۱- دماغ ته دستروک سبب کيږي چي د ستافیلوکوک اوریوس له امله وي ۲- پښتورگوته دهیماچوریا سبب کيږي ۳- زړه ته دمایوکارډ انفارکشن لامل کيږي ۴- کولموته د کولمو د انفارکشن لامل کيږي ۵- دتوري انفارکشن ۶- دنهایاتو دگانگرین لامل کيږي .

د بښي زړه اندوکار دایتس د سږو دامبولیزم سبب کيږي .

داندوکار دایتس دناروغ معاینه :

۱- لاسونه : د Osler’s Node, Janway Lesions, splinter Hemorrhage, Clubbing لپاره معاینه شي .

۲- سترگی : Roth’s Spot in fundus , conjunctival petechia لپاره معاینه شي .

۳- خوله: دخولي دحرارت درجه اندازه شي.

۴- پریکار دیوم : دزره دولادي یادسامي ناروغیو لپاره ، دزره عدم کفایي او دپخواني جراحي عملیاتو لپاره معاینه شي.

۵- سړي د کریپیتیشن لپاره چي دزره عدم کفایه کي وي .

۶- گیده دتوري لویوالي لپاره

۷- سفلي اطراف د امبولي

۸- دتشمیتيازو معاینه : دهیماچوریا او پروتین یوریا لپاره معاینه شي .

۹- دموضعي اتان لپاره معاینه شي.

### تشخیص:

#### الف- دویني کلچر :

۱- دویني کلچر مهم معاینه ده .

۲- مخکي دانتي بیوتیک دپیل څخه ددری مختلفو ځایونو څخه د ۲۴ ساعتو په موده کي دویني کلچر لپاره وینه واخیستل شي . په ۹۵% کي کلچر مثبت وي او ۵% کي منفي وي .

۳- دکلچر دمنفي والي اسباب . ۱- مخکي دکلچر څخه انتي بیوتیک پیل شوي وي - ۲- فنګسي انتانات ۳- هغه ارګانیزمونه چي خاص میډیا ته اړتیا لري لکه legionella انتانات. ۴- ورونشونما کونکي انتان لکه بروسایلا او ان ایروبیک انتانات.

ددي ستونزي دحل لپاره کله چي انتي بیوتیک پیل شوي وي دوا باید قطع شي ۲-۳ ورځي معطل شي وروسته کلچر تر سره شي .

ب- دویني نور معاینات :

۱- انیمیا – نارمو کرومیک نارموسایتيک انیمیا .

۲- C-Reactive protein and ESR لوړ وي .

۳- دویني سپین حجرات په حاد حالت کې لوړ او په تحت الحاد حالت کې نور مال وي .

۴- ترومبوسایتوپینیا ممکن موجود وي خو نادراً وي .

ج- ایکوکارډیوگرافي – په ایکو کې لاندې پتالوژي تثبیتېږي .

۱- Vegetation ۲- Valve damage ۳- Abscess formation

حساس ایکو (TEE) Trans Esophageal Echocardiography دي چې ۹۵-۸۵٪ تشخیص وضع کوي او که ویجیتیشن د ۱-۱.۵ ملیمتر وڅخه کوچني هم وي تثبیتېږي .

د- ECG: په دي کې دزره انفارکشن او دانتهقالي سیستم تشوشات معلومیږي (د اېسي له کبله) .

ذ- CXR: دسیني په رادیوگرافي کې دسږو امبولیزم او دزره عدم کفایه ښکاري .

ر- دتسو متیازو معاینه: پروتین یوریا او هیماچوریا په کې معلومیږي .

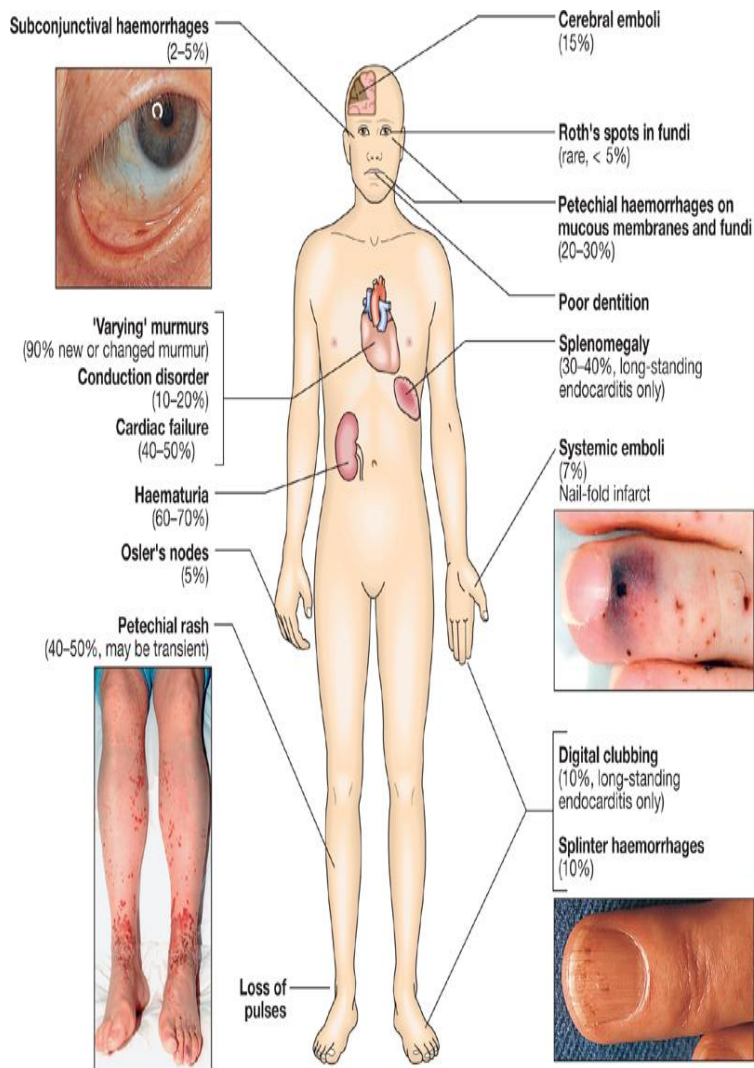
ز- سیرالوژیک تستونه: C3-4 کم وي . 50% RA فکتور مثبت وي . ۲۰٪ کې Anti Nuclear Antibody (ANA) مثبت وي .

### تشخیص :

په اندوکار دایتس تشخیص هغه وخت وضع کیږي چې لاندې حالات موجود وي .

۱- دزره مساعدونکي افات ۲- بکتریمیا ۳- دامبولي شواهد ۴- فعال اندو کارډیل حالت .

داندوکار دایتس تشخیص د MODIFIED DUKE'S CRITERIA په واسطه کیږي .



### Sub-acute Endocarditis

- Úf Ú WOK
- ▲Ý : W V: áca
- ▲Ýx i W W x ▲xx i W
- cX
- ÚA N Ú x
- W/ f WYOV
- NAYOVX S ▶-ã Ó

Colledge et al: Davidson's Principles and Practice of Medicine, 21st Edition  
Copyright © 2010 by Churchill Livingstone, an imprint of Elsevier, Ltd. All rights reserved.



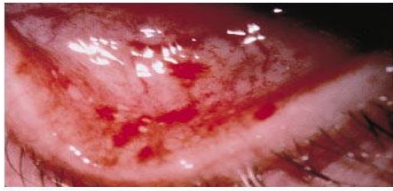
A



C

**Osler's nodes**

ګانګرین ګانګرین ګانګرین ګانګرین



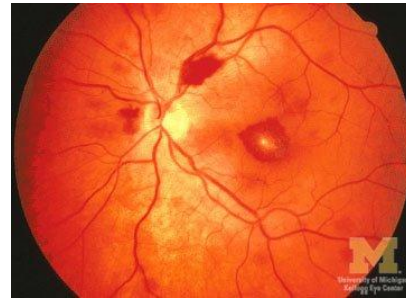
B



D

**Janeway lesions**

Nontender erythematous, haemorrhagic, or pustular lesions often on palms or soles.

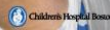


A

C

B

D



DR. S. HADI



## Modified Dukes Criteria

### لوي نښي Major Criteria:

الف- Positive blood culture

- i. Typical organism from two cultures
- ii. Persistent positive blood cultures taken > 12 hours apart
- iii. Three or more positive cultures taken over more than 1 hour.

### ب- Endocardial involvement: دانډوکارډ اخته کیدل

- i. Positive echocardiographic findings of vegetations
- ii. New valvular regurgitation

### کوچني نښي Minor Criteria:

- i. Predisposition: Predisposing valvular or cardiac abnormality
- ii. Intravenous drug misuse
- iii. Pyrexia  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  ( $\geq 100.4^{\circ}\text{F}$ )
- iv. Embolic phenomenon
- v. Vasculitic/ immunologic phenomenon
- vi. Blood cultures suggestive: -organism grown but not achieving major criteria
- vii. Suggestive echocardiographic findings

## Duke Criteria

الف- مشخص تشخیص Definite: ۱- دوه لوي نښي ۲- يولوي او دري ياپنځه کوچني نښي ۳- پتالوژیک او هستولوژیک نښي موجود وي .

ب- احتمالي تشخیص (Possible): ۱- يولوي او يو يادري کوچني نښي وي .

ج- د تشخیص ردیدل (Rejected): ۱- بل تشخیص کینبودل شي ۲- که د ۴ ورځو یا کمه موده کي دانډوکار دایتس کلینیکي لوحه دانتي بیوتیک درمل سره بڼه شي .

## تفریقي تشخیص :

دټولو هغه ناروغیو سره چي ددوامداري تبي لامل کيږي لکه ( نیوپلاستیک ناروغي ، کولاجن ناروغي ، او نورانتانات ) . دتفریقي تشخیص لپاره دویني کلچر ، دسیني رادیوگرافي ، دلمفاوي عقداتو بایوپسی ، دهډکو دمغز بډل ، انجیوگرافي ، ایکوکارډیوگرافي ، دپښتورگو بایوپسی او انتي نیوکلر انتي باډي معاینات تر سره شي .

## اختلاطات:

### الف: دزره اختلاطات :

دزره عدم کفایه ۲- ددسامونو دتخریب له کبله ددسامونوعدم کفایه ۳- ددسامونو سټینوزس ۴- دمایوکارډیوم اېسي دانتقالي تشوشاتو او دپیریکارډیوم اېسي د تقحیي پیریکارډایتس لامل کيږي . ۵- داکیلی او عیو امبولیزم ۶- دپروستاتیک دسام بیلیدل .

### ب: دزره څخه دباندې اختلاطات :

۱- سیستمیک امبولي ( دستروک ، دگردو انفارکشن ، دتوري انفارکشن او یا د اطرافو داسکیمیا لامل کيږي ) . ۲- منتن امبولي د بدن په بله برخه کي د اېسي سبب کيږي ۳- دښئي زړه اندو کارډایتس دسږو دانفارکشن او اېسي لامل کيږي . ۴- مایکوتیک انوریزم ۵- امیون کمپلکس گلومیرولونفریتس .

## وقایوي درملنه:

### High risk category: A

1. prosthetic cardiac valves
2. Previous bacterial endocarditis
3. Complex cyanotic congenital heart disease(TOF)
4. Surgically constructed systemic pulmonary shunts.

### B.Moderate risk category:

1. Rheumatic and other valvular dysfunction
2. Congenital cardiac malformations
3. Hypertrophic cardiomyopathy
4. Mitral valve prolapsed with valvular regurgitation

## Regimen for prophylaxis .5

### Standard oral regime:

- .1 Inability to take oral medication Amoxicillin 2 g 1hr before procedure
- .2 Ampicillin 2g IV or IM 1hr before procedure

### Penicillin allergy

- .1 Clindamycin 600 mg
- .2 Clarithromycin 500 mg
- .3 Cephalexin 2 g.

### درملنه :

۱- داندوکار دایتس د درملني لپاره دا اړینه ده مشخص اتان وپیژندل شي او حساس اتی بیوتیک ورته توصیه شي. وسیع الساحه اتی مایکروبیال درمل ژرتر ژره پیل شي. بکتریوسیدال دوا شروع شي.

۲- تبه د ۵-۷ ورځو په موده کې بڼه کیږي .

۳- که تبه بڼه نه شو د ناروغي اختلاطاتو ته ( extracardiac abscess، paravalvular abscess ) ته فکر کیږي . ۴- سیرولوژیک معاینات وروورو بڼه کیږي . ۵- دناروغي بایږي ۱-۲ میاشتي وروسته پیدا کیږي .

دانتانی اندوکار دایتس لپاره دانتی بیوتیکونورژیمونه :

### A-Streptococci

- .1 Benzyl penicillin (1.2g 4 hourly) 4-6 weeks
- .2 Gentamicin (1mg/kg 8-12 hourly) 4-6 weeks

### B.Enterococci

Ampicillin sensitive

- .1 Ampicillin (2 g 4 hourly) 4-6 weeks, and
- .2 Gentamicin (1mg/kg 8-12 hourly)



**Ampicillin resistant**

- 1. Vancomycin(1g 12hourly) 4-6 weeks, and
- 2. Gentamicin (1mg/kg 8-12 hourly)

**C.Staphyoccci**

**Penicillin sensitive**

- 1. Benzyl penicillin I.V(1.2 g 4 hourly)
- 2. Penicillin resistant but methicillin sensitive
- 3. Flucloxacillin I.V (2g 4 hourly )
- 4. Both penicillin and methicillin resistant
- 5. Vancomycin I.V (1g 12 hourly) and Gentamicin

**دجراحي تداوي استطبابات:**

- a. patients with direct extension of infection to myocardial structiures.
- 2. Prosthetic valve dysfunction.
- 3. Congestive heart failure.
- 4. Badly damaged valves.
- 5. IE caused by fungi or gram-ve or resistant organisms.
- 6. Large vegetations on echocardiography
- 7. Recurrent embolic attacks.

**دانتی کواگولانت رول :**

انتی کواگولانت نه ورکول کیږي ځکه چي دتلف خطر زیاتوي ، که ناروغ پروستیتییک وال ولري وروسته داندوکاردايتس دښه کیدو څخه ناروغ ته بیرته لکه مخکي د اندوکاردايتس داخه کیدو پشان پیل کیږي .



ريفيرينسونه

- 1- نشاط محمد طيب دتنفسي سيستم اد دزړه روماتيزمل ناروغی .ننگرهار پوهنتون طب پوهنځی .
  - 2- <http://heart.bmj.com/> on May 2, 2016 - Published by group.bmj.com COMBINED MITRAL AND AORTIC STENOSIS 607 APEX &M. Maryland, U.S.A. Received April 16, 1962
  - 3- Kasper ,Denni L.Hauser,Stephen L . Harrison's principle internal medicine 19<sup>th</sup> edition. USA: Mc Graw Hill; 2015 P:1450,1650
  - 4- GOLD MAN lee, Ausiello De NNIS. Cecil medicine 23<sup>rd</sup> edition. Philadelphia: saunder's 2012 P:350,550
  - 5- [japi.org/august2007/U-575.pdf](http://japi.org/august2007/U-575.pdf) by S Bhandari - 2007 - Cited by 16 - Related articles
- have combined MS and mitral regurgitation (MR).6-8. Congenital malformation of .....**Combined mitral stenosis and aortic regurgitation.***  
*When both AR and MS ...*
- 6-^ Jump up to:<sup>a b c d e f g h i j k</sup> Albert, RH (1 December 2010). "Diagnosis and treatment of acute bronchitis.". *American family physician* **82** (11): 1345–50. PMID 21121518
- 7-Kumar Prveen. Clinical medicine 7<sup>th</sup> edition: ELEVIER UK: saunder, 2009 P: 700,830
  - 8- Mec PHEE STEPHEN NJ Maxin A PAPADAKIS Current medical diagnosis and treatment FIFTH FIFTH EDITION .New Yark :MC Graw Hill 2016.pp-242-350
  - 9-Wallker ,Brain R .Colledge,Nicki R . Davidson's Principle of internal medicine 22<sup>th</sup> edition UK: Edinburgh;2014 P663,525



**Get more e-books from [www.ketabton.com](http://www.ketabton.com)  
Ketabton.com: The Digital Library**