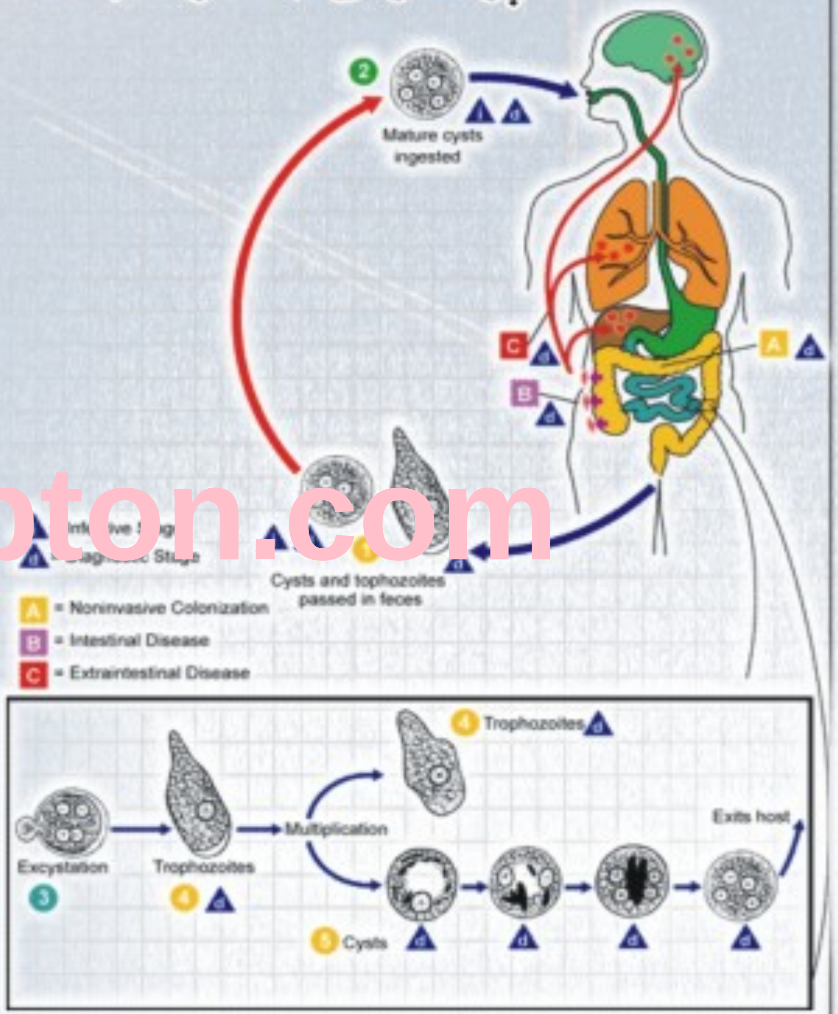
ننګرهار پوهنتون

طب پوهنځی

انتاني ناروغی

پوهنوال ډاکتر عبدالناصر جبار خېل



Ketabton.com

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

فهرست

لومړی څپرکی
دانتاني ناروغیو عمومیات

	سرلیک	**مخ**
	سریزې	الف،ح
۱-۱	دانتاني ناروغیو تاریخچه	۱
۱-۲	دانتاني ناروغیو تعریف	۳
	انتان	۳
	پتوجن	۴
	غیر پتوجن	۴
	سب کلینیکل انتان	۵
	کولونایزیشن	۵
	ککړتیا	۵
	لیږدونکې	۵
	ساري ناروغۍ	۵
	انفکشیسنس	۵
	تفریخ دوره	۶
	دمنتن کیدو دوره	۶
	اپیدیمولوژي	۶
۱-۳	دانتاني او غیر انتاني ناروغیو توپیر	۷
۱-۴	دانتان سرچینه او زیرمه	۸
۱-۵	دانتان خپریدو لارې	۹
	دوجود داخل څخه	۹
	له بهر څخه دانتان داخلیدل	۹
	نېغ په نېغه (مستقیم)	۹
	غیر مستقیمه لیږدیدنه	۱۰
۱-۶	دانتان پتوجنیزس	۱۱
	داپیتیلیل سره نښتنه	۱۳
	Colonization	۱۳
	دانساجو تخریب	۱۴

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

دوهمی معافیتي پېښې ۱۵
۱-۷ پر عضویت د انتان کلینیکي اغیزې ۱۷
دانتان بیړنۍ اغیزې ۱۷
تبه ۱۷
دتبې کلینیکي څرګندونې ۱۸
دتبې میخانیکیت ۱۹
دتبې اړخیزې اغیزې ۲۰
التهاب ۲۰
شاک ۲۱
وینه بهیدنه ۲۲
دغړو عدم کفایه ۲۲
دانتان ځنډني کلینیکي اغیزې ۲۲
دانتان الرژیکي اغیزې ۲۲
زهرجنې اغیزې ۲۵
۱-۸ د انتاني رنځور تشخیص ۲۵
طبي تاریخچه ۲۵
فزیکي پلټنې ۲۶
لابراتواري پلټنې ۲۷
عمومي پلټنې ۲۷
میکروبیولوژیکي پلټنې ۲۸
دانتان په تشخیص کې دمایکروسکوپې ډولونه ۲۹
دکرنې کړنلاره ۲۹
مالیکولر کړنلاره ۲۹
سیرالوجیک کتنې ۳۰
۱-۹ په معافیت ځپلي رنځور کې انتان ۳۱
دنوتروفیل کموالې ۳۲
د خلطي معافیت زیان ۳۳
هغه ناروغان چې ژونکیز معافیت کې زیان لري ۳۴
سپلینیکتومي او هغه ناروغ چې د توري دنده یې خرابې شوې وي ۳۴
د کامپلمینت زیان ۳۵
انتان په هغه رنځور کې چې د غړو پیوند شوې وي ۳۵
تشخیص ۳۶

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

داتنان مخنيوی ۳۷
درملنه ۳۸
۱۰-۱ هغه تبه چې بنسټ يې څرګند نه وي (FUO) ۴۰
کلاسيکه FUO ۴۰
نزوکوميل FUO ۴۰
نوترپينيک FUO ۴۰
HIV سره يو ځای FUO ۴۱
د FUO لاملونه ۴۱
د تشخيص لپاره پلټنې ۴۴
ازمايښتي درملنه ۴۵

دوهم څپرکی

اختصاصي انتاني ناروغۍ

۱-۲ شجيلوزس(Bacillary Dysentry) ۴۲
تعريف ۴۲
سببي لامل ۴۲
اپيديمولوژي ۴۷
پتوجنيزس ۴۷
کلينيکي بڼه ۴۸
توپيري تشخيص ۵۰
تشخيص او لابراتواري لاسته راوړنې ۵۰
درملنه ۵۱
مخنيوی ۵۲
۲-۲ اميبيازس(Amebiasis) ۵۳
ليږديدنه اود ژوند دوره يې ۵۳
اپيديمولوژي ۵۵
پتوجنيزس او پتالوجي ۵۵
کلينيکي نښې نښانې ۵۲
دکولمو اميبيازس ۵۲
دکولمو څخه بهر اميبيازس ۵۸
لابراتواري لاس ته راوړنې ۵۹
توپيري تشخيص ۲۱

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

درملنه ۶۱
درملنې تعقیب ۶۳
مخنیوی ۶۳
انزار ۶۳
۲-۳ خوړو تسمم(Food poisoning) ۶۴
تعریف ۶۴
اپیدیمولوژي ۶۴
کلینیکي بڼه ۶۶
دخوړو بیړنې تسمم د څرګندو کانګو سره ۶۷
ستافیلوکوک خوړو تسمم ۶۷
کلینیکي بڼه ۶۷
درملنه ۶۷
بسیلوس سیروس (Bacillius Cerus) ۶۷
درملنه ۶۸
کلوستریدیوم Perfringeus ۶۸
پلانټ توکسین ۶۸
دمرخیړو تسمم ۶۸
پاراالایتیک شیل فیش توکسین ۷۰
دسیګواترا کب تسمم ۷۰
سکرومبو توکسیک کب تسمم (Scrobrotoxic Fish Poison) ۷۰
کوچني ګرد وایروسونه (Norwalk like agent) ۷۱
دخوړو بیړنې تسمم چې اوبلن نس ناستې په کې ښکاره وي ۷۱
روتا وایروس ۷۱
کامپیلوباکتر جیجوني ۷۲
لیستیروزیس(Listeriosis) ۷۲
Salmonella ۷۲
E.Coli ۷۲
۲-۴ جاردیازس(Giardiasis) ۷۴
تعریف ۷۴
لامل ۷۴
اپیدیمولوجي ۷۵
پتوجنیزس ۷۶

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

کلینیکي خرګندتیاوې ۷۶
تشخیص ۷۸
درملنه ۷۹
مخنیوی ۷۹
۲-۵ بچولیزم(Botulism) ۸۰
تعریف ۸۰
لامل ۸۰
پتوجنیزس ۸۱
کلینیکي بڼه ۸۱
کلینیکي ډولونه ۸۱
دخوړو بچولیزم ۸۱
دټپ بچولیزم ۸۲
دکولمو بچولیزم ۸۲
بیوتروریزم او بیولوجیک Warfare ۸۳
تشخیص ۸۳
درملنه ۸۳
انزار ۸۴
مخنیوی ۸۴
۲-۶ کولرا(Cholera) ۸۵
تعریف ۸۵
لامل ۸۵
اپیدیمولوژي ۸۵
پتوجنیزس ۸۶
کلینیکي نښې نښانې ۸۷
لابراتواري لاس ته راوړنې ۸۹
تشخیص ۸۹
درملنه ۸۹
مخنیوی ۹۰
۲-۷ سلمونیلوزس(Salmonellosis) ۹۱
تعریف ۹۱
لامل ۹۱
پتوجنیزس ۹۲

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

۲-۸ وچکی(Typhoid) Enteric Fever ۹۴
تعریف ۹۴
اپیدیمولوجي ۹۴
کلینیکي بڼه ۹۵
لابراتواري ازموینې ۹۸
تشخیص ۹۸
توپیري تشخیص ۹۹
اختلاطات ۱۰۰
درملنه ۱۰۱
مخنیوې اوکنترول ۱۰۲
۲-۹ ملاریا(Malaria) ۱۰۳
تعریف ۱۰۳
لامل ۱۰۴
پتوجنیزس ۱۰۴
اپیدیمولوژي ۱۰۷
په افغانستان کې دملاریا حالت ۱۰۹
په ملاریا کې د سرو ژونکو بدلونونه ۱۱۰
دکوربه غبرګون ۱۱۱
دملاریا کلینیکي بڼه ۱۱۳
شدیده فلسیپارم ملاریا ۱۱۵
دملاریا اختلاطات ۱۱۷
دماغي ملاریا ۱۱۷
هایپوګلایسیمیا ۱۱۹
لکتیک اسیدوزس ۱۱۹
غیر قلبي ریوي ازیما ۱۲۰
دپښتورګو ګډودي ۱۲۰
هیماتولوژیک ابنارملتی ۱۲۱
دځیګر د دندو خرابوالې ۱۲۱
نور اختلاطات ۱۲۱
ملاریا په میندوارۍ کې ۱۲۲
ملاریا په کوچنیانو کې ۱۲۲
د ملاریا او HIV ترمنځ اړیکې ۱۲۳

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

ترانسفیوژن ملاریا ۱۲۳
دملاریا ځنډني اختلاطات........ ۱۲۴
تروپیکل سپلینومیګالي........ ۱۲۴
Quartan Malaria nephropathy........ ۱۲۵
بورکیت لمفوما او Epstein Barr ویروس ۱۲۶
تشخیص ۱۲۷
لابراتواري موندنی........ ۱۳۰
توپیري تشخیص........ ۱۳۱
مخنیوی........ ۱۳۱
دملاریا په وړاندې فردي ژغورنه ۱۳۱
هغه درمل چې مخنیوي او درملنه کې کارول کیږي........ ۱۳۲
د درملو په واسطه دملاریا مخنیوی........ ۱۳۳
د ملاریا درملنه ۱۳۵
دکلوروکین سره د ټینګار کوونکي انتان درملنه ۱۳۶
د شدیدی فلسیپارم ملاریا درملنه........ ۱۳۸
ددرملو په وړاندی د ټینګار مخنیوی........ ۱۴۱
داختلاطاتو درملنه........ ۱۴۲
۲-۱۰ بروسیلوزس(Brucellosis) ۱۴۴
تعریف ۱۴۴
لاملونه ۱۴۴
اپیدیمولوژي........ ۱۴۴
پتوجنیزس........ ۱۴۵
کلینیکي بڼه ۱۴۶
تشخیص ۱۴۸
توپیري تشخیص........ ۱۴۸
درملنه ۱۴۸
۲-۱۱ انترکس(Anthrax)........ ۱۵۰
تعریف ۱۵۰
لامل........ ۱۵۰
اپیدیمولوژي........ ۱۵۱
پتوجنیزس........ ۱۵۱
کلینیکي نښې نښانې........ ۱۵۳

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

دپوستکي انترکس ۱۵۳
انشاقي انترکس ۱۵۴
معدی معايي انترکس ۱۵۵
تشخیص او لابراتواری لاسته راوړنی ۱۵۶
توپيري تشخيص ۱۵۷
درملنه ۱۵۷
مخنیوی ۱۵۹
۲-۱۲ تیتانوس(Tetanus) ۱۲۱
تعریف ۱۲۱
لامل ۱۲۱
اپيديمولوژي ۱۲۲
پتوجنیزس ۱۲۳
کلینیکي بڼه ۱۲۴
تشخیص ۱۲۲
درملنه ۱۲۲
مخنیوی ۱۲۸
۲-۱۳ بیړنی باکتریل منجایتس(Acute Bacterial Meningitis) ۱۲۹
تعریف ۱۲۹
اپيديمولوژي ۱۲۹
لاملونه ۱۲۹
پتوفزیولوژي ۱۷۲
کلینیکي بڼه ۱۷۵
تشخیص ۱۷۷
توپيري تشخيص ۱۷۸
درملنه ۱۷۹
انزار ۱۸۳
۲-۱۴ دلیوني سپي ناروغی(Rabies Virus) ۱۸۴
تعریف ۱۸۴
لامل ۱۸۴
اپيديمولوژي ۱۸۴
پتوجنیزس ۱۸۵
کلینیکي څرګندتیاوې ۱۸۵

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

تشخیص او لابراتواري ثرګندونې ۱۸۹
توپیري تشخیص ۱۹۰
درملنه ۱۹۰
مخنیوی ۱۹۰
۲-۱۵ انفکشن مونونیکلوزس(Infection mononucleosis) ۱۹۲
تعریف ۱۹۲
لامل ۱۹۲
اپید یمولوژي ۱۹۲
پتوجنیزس ۱۹۳
کلینیکي بڼه ۱۹۳
لابراتواري ثرګندونې ۱۹۴
اختلاطات ۱۹۵
تشخیص ۱۹۶
توپیري تشخیص ۱۹۷
درملنه ۱۹۷
۲-۱۶ طاعون(Plague) ۱۹۹
تعریف ۱۹۹
لامل ۱۹۹
اپید یمولوژي ۱۹۹
کلینیکي بڼه ۲۰۰
بوبونیک طاعون ۲۰۰
سیپتیسیمیک طاعون ۲۰۱
نمونیک طاعون ۲۰۲
Plague Meningitis ۲۰۳
فرنجیت طاعون ۲۰۳
تشخیص او لابراتواري پلټنې ۲۰۴
توپیري تشخیص ۲۰۴
مخنیوی ۲۰۴
درملنه ۲۰۵
۲-۱۷ تولریمیا(Tuleremia) ۲۰۶
تعریف ۲۰۶
اپید یمولوژي او لاملونه ۲۰۶

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

پتوجنیزس او پتالوژي ۲۰۷
کلینیکي بڼه ۲۰۸
السروګلانودولر تولریمیا ۲۰۹
اوکولوګلانودولر تولیریمیا ۲۱۰
اورفرنجیل او ګستروانتیستینل تولریمیا ۲۱۰
د سږي تولریمیا ۲۱۰
تیفوئیدل تولریمیا ۲۱۱
تشخیص او توپیري تشخیص ۲۱۲
لابراتواري کتنی ۲۱۲
اختلاطات ۲۱۳
درملنه ۲۱۳
انزار ۲۱۴
مخنیوی ۲۱۵
۲-۱۸ چینجیان(Helmenthosis) ۲۱۷
فیتوي چینجیان ۲۱۷
ډلویش ۲۱۷
الف تینیا سجیناتا ۲۱۸
لامل ۲۱۸
کلینیکي بڼه ۲۱۸
تشخیص ۲۱۸
درملنه ۲۱۸
مخنیوی ۲۱۹
ب تینیا سولیم ۲۱۹
تعریف ۲۱۹
لامل او پتوجنیزس ۲۱۹
کلینیکي بڼه ۲۲۰
دکولمو تینیاسولیم ۲۲۰
سیس تي سرکوزیس ۲۲۱
تشخیص ۲۲۲
درملنه ۲۲۲
ج دکب فیتوي چینجیان ۲۲۳
تعریف او اپید یمولوژي ۲۲۳

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

کلينيکي بڼه ۲۲۳
تشخيص ۲۲۳
درملنه ۲۲۴
د لنډ فيتوي چينجيان (Dwarf tape worm ۲۲۴
تعريف او اپيد يمولوژي ۲۲۴
کلينيکي بڼه ۲۲۵
تشخيص ۲۲۵
درملنه ۲۲۵
هـ دسپي فيتوي چينجيان ۲۲۵
ز دنولي فيتوي چينجيان ۲۲۵
نيماتودا يا Round Worm ۲۲۶
الف فيلريازس ۲۲۶
لامل او اپيد يمولوژي ۲۲۶
کلينيکي بڼه ۲۲۷
تشخيص ۲۲۸
درملنه ۲۲۸
ب اسکاريازس ۲۲۹
تعريف ۲۲۹
لامل او پتوجنيزس ۲۲۹
کلينيکي نښې نښانې ۲۳۱
لابراتواري پلټنې ۲۳۱
توپيري تشخيص ۲۳۲
درملنه ۲۳۲
ج اوکسيور ۲۳۳
لامل او اپيد يمولوژي ۲۳۳
کلينيکي بڼه ۲۳۴
لابراتواري پلټنې ۲۳۴
توپيري تشخيص ۲۳۴
درملنه ۲۳۵
چنګک لرونکي چينجيان ۲۳۵
الف انکلوستوميازس ۲۳۵
تعريف ۲۳۵

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

لامل او اپیدیمولوژي ۲۳۵
پتالوژي ۲۳۷
کلینیکي بڼه ۲۳۷
لابراتواري پلټنې ۲۳۸
درملنه ۲۳۸
ب سترانګولویدوزس ۲۳۸
تعریف ۲۳۸
اپیدیمولوژي ۲۳۸
پتالوژي ۲۳۹
کلینیکي بڼه ۲۳۹
لابراتواري کتنې ۲۴۰
درملنه ۲۴۰
ج تریشینوزس (Trichinosis) ۲۴۱
تعریف او لامل ۲۴۱
کلینیکي بڼه ۲۴۱
پلټنې ۲۴۲
درملنه ۲۴۲
د متروکه لرونکي چینجیان (Trichuris Trchura (Whip worm) ۲۴۳
تریماتودا ۲۴۴
شستوزومیاسس ۲۴۴
لامل او اپیدیمولوژي ۲۴۵
د ژوند سایکل او پتوجنیزس ۲۴۷
کلینیکي څرګندونې ۲۴۷
اختلاطات ۲۴۸
لابراتواري پلټنې ۲۴۹
توپیري تشخیص ۲۵۱
درملنه ۲۵۱
طبي درملنه ۲۵۱
جراحي درملنه ۲۵۳
مخنیوی ۲۵۴
انزار ۲۵۴
۱۹-۲ ویروسي هیپاټایټس ۲۵۵

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

الف هیپاټایټس A ۲۵۵
تعریف ۲۵۵
لامل ۲۵۵
اپیدیمولوژي ۲۵۶
کلینیکي څرګندونې ۲۵۷
پلټنې ۲۵۹
توپیري تشخیص ۲۶۰
دناروغۍ انذار ۲۶۰
درملنه ۲۶۱
مخنیوی او کنترول ۲۶۱
ب هیپاټایټس B ۲۶۳
تعریف ۲۶۳
لامل ۲۶۳
اپیدیمولوژي ۲۶۴
کلینیکي څرګندتیاوې ۲۶۵
تشخیص ۲۶۷
اختلاطات ۲۶۷
دناروغۍ سیر ۲۶۷
درملنه ۲۶۸
مخنیوی او کنترول ۲۶۸
ج هیپاټایټس C ۲۷۰
تعریف او لامل ۲۷۰
اپیدیمولوژي ۲۷۱
کلینیکي بڼه ۲۷۱
تشخیص ۲۷۲
اختلاطات ۲۷۳
مخنیوی او کنترول ۲۷۳
درملنه ۲۷۳
دناروغۍ کورس ۲۷۳
د هیپاټایټس D ۲۷۴
هـ هیپاټایټس E ۲۷۵
لامل ۲۷۵

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

اپید یمولوژي ۲۷۵
کلینیکي بڼه ۲۷۵
تشخیص ۲۷۶
مخنیوی او کنترول ۲۷۶
درملنه ۲۷۶
و هیپاټایټس G ۲۷۷
۲۲-۲ اچ، ای، وي او ایډز (HIV and Aids) ۲۷۸
تعریف ۲۷۸
اپید یمولوژي ۲۷۸
دخپریدو لارې ۲۸۱
هغه فکتورونه چې د HIV خطر زیاتوي ۲۸۲
وایرولوژي ۲۸۴
پتوجنیزس ۲۸۶
پتوفزیولوژي ۲۸۷
کلینیکي بڼه ۲۸۸
د HIV انتان اغیزې ۲۹۵
عصبي ناروغۍ ۲۹۵
د پوستکي او مخاطي پردې څرګندونې ۲۹۷
هیماتولوجیک اختلاطات ۲۹۷
معدي معايي تاثیرات ۲۹۸
دپښتورګو اختلاطات ۲۹۹
تنفسي اختلاطات ۲۹۹
اندوکرایني اختلاطات ۲۹۹
قلبي اختلاطات ۲۹۹
موقع لیدونکي انتانات ۳۰۰
لابراتواري پلټنې ۳۰۱
توپیري تشخیص ۳۰۱
درملنه ۳۰۲
Retrovirus ضد درملو کارولو بنسټونه ۳۰۴
د درملو په وړاندې ځینې ټینګار کوونکې بیړنۍ پیښې ۳۰۵
د درملنې بدلون ۳۰۷
دموقع پالو انتاناتو درملنه ۳۰۹

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

مخنیوی او څارنه ۳۱۳

دریم څپرکی
دانتاني ناروغیو د درملنې کیموتراپي بنسټونه

۳-۱ دمایکروب ضد درملنی بنسټونه ۳۱۴
دمیکروب ضد درملو انتخاب ۳۱۵
د هغه انتاناتو درملنه چې لامل یې معلوم وي ۳۱۶
دمایکروب ضد اټکلي درملنه ۳۱۷
د درملنې د ځواب او نتیجې څارنه او دوام ۳۱۸
د درملنی کلینیکي ناکامي ۳۱۹
دمایکروب ضد درملو یو ځاې کارول ۳۱۹
دمایکروب ضد درملو دیوځاې کارولو نیمګړتیاوې ۳۲۰
سینرجیزم او انتاګونیزم ۳۲۱
د مایکروب ضد درملو د زهریت او اهتمامات ۳۲۲
د درملو د تطبیق لاره ۳۲۳
د وجود په مایعاتو کې د دوا غلظت ۳۲۴
د میکروب ضد درملو د غلظت کنترول په سیروم کې ۳۲۵
باکتریوستاتیک او باکتریوسایډل ۳۲۵
دمکروب ضد درملنی ارزښت او بیه ۳۲۶
۳-۲ د باکتریل ضد درمل ۳۲۷
پنسلین ۳۲۷
دمیکروب ضداغیزې ۳۲۷
اړخیزی اغیزې ۳۲۷
طبعي پنسلین ۳۲۸
میتي سیلین او فلوکولوکزاسیلین ۳۳۰
امینوپنسلین ۳۳۱
Pencillinase سره ټینګاري پینسلینونه ۳۳۲
سفالوسپورین ۳۳۲
تصنیف بندي ۳۳۳
کلینیکي استعمال ۳۳۵
حساسیت او توکسیستي ۳۳۵
مونوباکتیم ۳۳۵

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

کارباپینیم ۳۳۶
مکرولید ۳۳۷
اریترومایسین ۳۳۷
دمایکروب ضد فعالیت ۳۳۷
داستعمال ځایونه ۳۳۸
اړخیزي اغیزی ۳۳۹
ازولیدونه ۳۳۹
تتراسایکلین ۳۴۱
فارمکوکنیتک او د ورکړې لاری ۳۴۲
کلینیکي په کار اچوونه ۳۴۲
اړخیزې اغیزې ۳۴۳
کلورامفینیکول ۳۴۴
فارمکوکنیتیک او د ورکړې لاری ۳۴۴
کلینیکي کارونه ۳۴۵
اړخیزي اغیزی ۳۴۵
امینوګلایکوسایدونه ۳۴۵
ستریپتوماسین ۳۴۶
کانامایسین او نیومایسین ۳۴۶
جینتامایسین ۳۴۷
توبرامایسین ۳۴۷
سپیکتینومایسین ۳۴۸
پولي میکزین ۳۴۸
کینولون ۳۴۸
دباکتریا ضد فعالیت ۳۴۹
کلینیکي استعمال ۳۴۹
اړخیزې اغیزې ۳۵۰
۳-۳ وایروسي ضد درملنه ۳۵۱
امانتدین ۳۵۱
ریمانتدین ۳۵۲
Neuramindase Inhibitor ۳۵۲
اسایکلوویر(Acyclovir) ۳۵۲
فیم سایکلوویر ۳۵۵

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

وال سايكلووير ۳۵۵
Foscarnet ۳۵۶
ريباويرين ۳۵۶
Lamivudine ۳۵۷
Adefovir ۳۵۷
انساني Interferon ۳۵۸
۴-۳ دفنگس ضد درمل ۳۵۹
امفوتيراسين بي ۳۵۹
نيستاتين ۳۶۱
فلوسايتوزين (Flucytosine) ۳۶۲
نيتامايسين ۳۶۲
تربينافين (Tebinafine) ۳۶۲
فنگسي ضد (Triazoles او Imidazoles) ۳۶۳
Itraconazol ۳۶۵
وركينازول ۳۶۶
Ketoconazole ۳۶۷
اخځليکونه ۳۶۸

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

بسم الله الرحمن الرحیم

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

د لوړو زده کړو وزارت
د ننګرهار پوهنتون
د طب پوهنځی

انتاني ناروغۍ

مؤلف
پوهنوال ډاکټر عبدالناصر (جبارخیل)

کال:
۱۳۸۷ لمریز

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

که تاسو غواړئ طبي درسي کتابونه چاپ کړې نو له موږ سره اړیکه ونیسئ:
wardak@afghanic.org

دکتاب ځانګړنې:

دکتاب نوم : انتاني ناروغۍ

مؤلف: پوهنوال ډاکټر عبدالناصر (جبارخیل)

خپرندوی: په المان کې د افغان طبي پرسونل عمومي ټولنه (DAMF e.V.)

کمپوزر: ډاکټر رحمت الله (رحمت)

دویم چاپ ۱۳۸۸ لمریز

ډاونلوډ:

www.nu.edu.af او www.nangarharuniversity.org

دچاپ حقوق له مؤلف سره خوندي دي

چاپځای

اسد دانش مطبعه

د څلورمې حوزې څلور لارې، مروارید هوټل ته مخامخ،
ملي مارکیټ، کابل
Cell:0700-449298/0799-209272
www.danishpress.com

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

د مؤلف لنډه پېژندنه

ډاکټر عبدالناصر جبارخېل، د الحاج فيض محمد خان زوی، چې په ۱۳۴۱ هجري شمسي کال کې د لغمان ولايت، د قرغيو ولسوالۍ، کڅ عزيز خان په منصور کلي کې په يوه ديندار او روشنفکره کورنۍ کې زېږېدلی، لومړني تعليمات يې د کڅ عزيز خان منځني ښوونځي کې او ثانوي تعليمات يې د کابل په غازي لېسه کې تکميل کړي.

په کال ۱۳۵۷ کې له دې لېسې څخه فارغ او د کابل طب پوهنځي کې شامل شو، چې په ۱۳۶۴ کال په برياليتوب سره د نوموړي پوهنځي څخه فارغ شو. له ۱۳۶۴ څخه تر ۱۳۶۷ کال پورې د ننګرهار صحت عامې په روغتون کې د معالج ډاکټر په حيث د وطنوالو په درملنه وګمارل شو. په ۱۳۶۷ کال د تخصص د امتحان ورکولو څخه وروسته د کابل علي آباد روغتون د داخله ډيپارټمنټ د تخصص پروګرام کې شامل شو.

په ۱۳۶۹ کال د دويم ځل لپاره ننګرهار د صحت عامې داخلې څانګې ته تبديل شو او په ۱۳۷۱ل کال د ننګرهار طب پوهنځي په داخله ډيپارټمنټ کې د استاد په حيث وګمارل شو، چې تراوسه پورې په همدې ډيپارټمنټ کې د تدريس چارې پرمخ بيايي.

په درنښت

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

بسم الله الرحمن الرحيم

تقـــريظ

دطب پوهنځی د داخلې د څانګې محترمو غړوته!

السلام عليکم ورحمة‌الله وبرکاته

داتتاني ناروغيو تر عنوان لاندې کتاب ليکل شوی کتاب د څلورم ټولګي د لومړي سمستر لپاره چې پوهندوی دوکتور عبدالناصر ته د د اخلی څانګې د پريکړې له مخې د رايو په يووالي تصويب دطب پوهنځی علمی شورا او لوړو مقاماتو لخوا تائيد شوی وه سرته رسولی نو داده زه ددی کتاب په اړوند خپل نظر وړاندې کوم:

کله چې نوموړی کتاب زما له خوا په هر اړخيز ډول په ډير ځير سره ولوستل شوه په اسانتيا دکتاب تاليف ، ليکنه ، راټولونه او د ليکلو کړنلاره يې چې ديو علمي کتاب دليکنی لپاره اړينه ده په پوره ډول په پام کې نيول شوي دی.

کتاب په روانه پښتو ژبه په درې څپرکو او ۳۷۰ مخونو کې ترتيب شوی دی د سريزی، فهرست، داتتاني ناروغيو د عموميات‌و، دځانګری انتاني ناروغيو، داتتاني ناروغيو د درملنی بنسټونه او اخځليکونه لرونکی دی دکتاب منځ پانګه دداخلی څانګی د علمي زيرمی، نړيوالو باارزښته علمي سرچينو څخه بډايه شوی ده او هم د استاد د خپلو درسي او علمي څيړنو او تجربو برخه په څرګند ډول په لوړه فيصدی په کې ځای پر ځاې شويده.

په کتاب کې د طب پوهنځۍ محصلينو، استادانو او داکترانو لپاره په ټولنيز ډول د انتاني ناروغيو لاملونه، اپيديمولوژي، پتوجنيزس، کلينيکي بڼه، اختلاطات او په اخره کې د ناروغيو انزار، مخنيوی او د درملنی په باره کې په زړه پورې نوي علمي

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

معلومات ورکړل شوي دي کتاب د منل شوي کریکولوم سره په پوره برابری لیکل شوی او د لوستلو پرمهال یې زما په نظر هیڅ ډول ستړتیا نه احساس کیږي.

همدارنګه په دې کتاب کې جدولونه، شمیاګانې او د رنګین شکلونو ځای دکتاب لیکنی د کړنلاری سره سم په وړ ډول انتخاب او په معیاري توګه ځاې ورکړل شویدی. دبلې خوا په ډاډ سره ویلې شم چې د املاء او انشاء له نظره کومه ځانګړی تیروتنه نه لري.

ددې کتاب په علمي ارزښت غواړم داسې یادونه وکړم چې انتاني ناروغۍ زمونږ د ګران هیواد د وګړو ستر دښمن دی دکوچنیوالي د لمړي پړاو څخه نیولی د ژوند تر پایه پوری ستر ګواښ ګڼل کیږي نو له دې کبله ځوان داکتران باید په دې پوه شي چې دغه بی رحمه دښمن په څه ډول له منځه یوسو او دهغی د مخنیوي او درملنی لارې چارې وپلټل شي او دابايد څرګند کړم چې نوموړی انتاني کتاب برسیره د تدریس دانتاني ناروغیو سره دمقابلې ډګر پرانستی او دانتاني دښمن د منځه وړلو لپاره یې غوره په زړه پورې نوي معلومات په علمي توګه راټول کړي دي.

په اخر کې ددغه تدریسي کتاب لیکنه د محترم استاد عبدالناصر لپاره دکامیابي یوه غوره اثر بولم.

او د پوهندوی رتبی څخه پوهنوالۍ علمی رتبی ته د لوړتیا لپاره که نور شرایط یې پوره کړي وي کافي بولم او دکتاب د خپریدا او چاپ وړاندیز یې کوم،

په پای کې محترم استاد لپاره په نورو علمي کارونو کې لازیات بریالیتوب غواړم

وسلام

الحاج پوهاند دکتور محمد ظاهر (ظفرزی)

د داخلی څانګی آمر

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

بسم الله الرحمن الرحيم

تقـــــريظ

د ننګرهار دطب پوهنځی د داخلې د څانګې محترمو غړوته!

الـــسلام علـــيکم ورحمـــةالله

وبرکاته

داتتاني ناروغيو کتاب چې پوهندوی دوکتور عبدالناصر (جبارخيل) ته د پوهنوالی علمي رتبې د لوړتيا لپاره د څانګې د فيصلی له مخې وظيفه ورکړل شوې وه چې د طب پوهنځي د علمي شورا او لوړو زيصلاح مقاماتو له خوا تائيد شوی ما په غور سره ولوسته او په لاندې توګه خپل نظر څرګندوم :

محترم جبارخيل صاحب د انتاني ناروغيو د کتاب موضوعات په درې فصلونو او ۳۷۰ کمپيوتري مخونو کې ځای په ځای کړيدي.

دکتاب په لومړي څپرکي (عموميات) کې داتتاني ناروغيو لنډ پيـبنليک، داتتان سرايت او غير انتاني ناروغيوسره توپير، دخپريدو لارې، پتوجنيزس، تبه او کلينيکي څرګندونی، تشخيص او وقايه شامل دي چې داموضوعات په مفصله او روښانه توګه بيان شوي دي.

په دوهم څپرکي کې اختصاصي انتاني ناروغۍ لکه شجيلوزس، اميبيازس، غذايي تسمم، جارديازسس،بچوليزم،کولرا ،وچکۍ تبه، ملاريا ، انفکشن مونونوکليوزس، طاعون، تولريميا ،چنجيان،هيپاتايتس، Aids(HIV) او نور شامل دي چې په دې ناروغيو کې هغه ناروغۍ چې زمونږ په هيواد کې زياتې ليدل کيږي لکه ملاريا په مفصله توګه تشريح او هغه چې کم ليدل کيږي د اړتيا وړ معلومات ورکړل شوي دي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

په دریم څپرکي کې دمکروب ضد درملنې په برخه کې خورا مفصل معلومات وړاندې شوي چې د هر مکروب ضد درمل او اغیزو په برخه کې ټول لوستونکي پوره استفاده کولای شي.

کتاب په خورا ساده روانو کلیمو اوجملو په پښتو ژبه لیکل شوی دې چې محترم داکتران او محصلین ورڅخه د موضوعاتو په هکله اعظمي استفاده کولای شي.

دکتاب منځ پانګه د نوي کتابو، ژورنالو او انټرنیټ څخه غني شوې چې په ریفرنس کې یې ذکر راغلې دی.

دموضوعاتو د ښه روښانه کولو لپاره رنګه ډول ډول جدولونه او شکلونه په مناسبو ځایو کې ځای پر ځای شوي چې په دې وسیله طبي پرسونل ورڅخه د موضوعاتو په هکله خپل مشکل په اسانې سره حلولای شي.

همدارنګه کتاب د څلورم ټولګي د کریکولم په نظر کې نیولو سره سم لیکل شوی او هغه ناروغې چې زمونږ د هیواد د پتالوژي سره سمون خوري په تفصیل سره لیکل شوي دي. دبلې خوا نوي معلومات اوپلټنې چې زمونږ په دیپارتمنټ کې تر شوي هم په مناسبو ځایو کې ځاې پر ځاې شوي دي.

د پورته ټکو په په نظر کې نیولو سره د محترم جبارخیل انتاني کتاب چې خوار زحمت یې پکې ګاللی د قدر وړ بولم او هم یې د پوهنوالی عملي رتبې د لوړتیا لپاره د نورو شرایطو د پوره کولو تر څنګ یې کافي بولم او د کتاب د نشر او چاپولو سپارښتنه کوم.

په درنښت

الحاج پوهاند دوکتور عبدالواحد (الکوزی)

د داخلی څانګې استاد

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

بسم الله الرحمن الرحيم

تقــــريظ

دطب پوهنځی د داخلې د ځانګې محترمو غړوته!

السلام علیکم ورحمةالله وبرکاته

دمحترم پوهندوی عبدالناصر (جبارخیل) درسي کتاب چې د انتاني ناروغیو تر عنوان لاندې د څلورم ټولګي د انتاني ناروغیو د تدریسي کریکولم مطابق لیکل شوی دې ما د پیل څخه تر پایه په بشپړ ډول ولوست او دکتاب د علمي ارزښت په هکله په لاندې ډول خپل نظر څرګندوم :

کتاب په درې څپرکیو او ۳۷۰ مخونو کې لیکل شوی چې په لومړي څپرکي کې يې د انتاني ناروغیو عمومیات، دوهم څپرکي کې ځانګړې انتاني ناروغۍ او په دریم څپرکي کې د انتاني ناروغیو درملنه او بنسټونه لیکل شوي دي.

په هره برخه کې د محترم استاد له خوا په پوره علمي پوهې تازه نوي ګټور معلومات د اعتبار وړ نړیوالو Text Books، انټرنیټ ، ژورنالونو، دداخلی ځانګې استادانو د علمي څیړنو اوخپله د استاد د څیړنو څخه په ګټه اخیستلو لیکل شوی دې چې درانده ډاکتر صاحبان اومحصلین ورڅخه پوره او اعظمي معلومات تر لاسه کولاې شي.

دموضوعاتو د پوره روښانه کولو لپاره رنګین شکلونه او د مانا ډک جدولونو ته په مناسبو ځایونو کې ځاې ورکول شوی چې دکتاب علمي ارزښت يې نور هم لوړ کړی.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

دیادونې ور ده چې کتاب په ساده پښتو ژبه ، روانو کلیمو او جملو لیکل شوی چې هر لوستونکی ورڅخه په پوره ډول ګټه اخیستلی شي .

دکتاب په لیکلو کې ټول هغه علمي لازم اصول ، نورمونه او قواعد چې د یو کتاب د لیکلو لپاره ضرورت دي د محترم استاد له خوا په بشپړ ډول مراعت شوي دي.

نو زه دغه علمي کتاب یو باارزښته علمي اثر ګڼم او د محترم استاد د پوهنوالی د علمي رتبې د لوړتیا لپاره که نور شرایط یې پوره کړي وي د اصلي اثر په حیث کافي بولم د چاپ او نشر وړاندیز او سپارښتنه یې کوم او محترم استاد ته د لوی خداې (جل جلاله) څخه لازیات بریالیتوبونه غواړم.

وسلام

پوهاند دوکتور احمد سیر (احمدي)

د کوچنیانو د ځانګې استاد

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

سریزه

دلوي اوبخښونکي الله په نامه !

سره له دې چې په دې وروستیو څو لسیزو کې د انتاني ناروغیو په تشخیص ، درملنه او مخنیوي کې ډیر زیات پرمختګ شوی دی، مګر او س هم په ټوله نړۍ کې د مړینې اومعیوبیتونو مهم لامل ګڼل کیږي. چې نږدې ۲۵% په کال ۲۰۰۵ کې دنړیوالې مړینی لامل انتاني ناروغۍ وی. په ځانګړې ډول په هغه هیوادونو کې چې د ودې په حال کې دي، دمړینو کچه لوړه ده ځکه چې هلته د روغتیا ساتنې شرایطو ته سمه پاملرنه نه کیږي.

له نیکه مرغه یو شمیر انتاني ناروغۍ د بیلګې په ډول چیچک او په قسمي ډول دماشومانو ګوزند په ټولې نړۍ کې له مینځه تللی دی. اما یو شمیر انتاني ناروغۍ چې پیښې یې ډیرې کمی شوې وی اوس بیا دنړۍ پر سطحه سر راپورته کړی، د بیلګی په ډول توبرکلوز. چې دنړۍ دوبیلیونه وګړي یې اخته کړي دي چې غوره لامل یې د معافیت ځپلو درملو کارول د **HIV** او ایډز ناروغۍ زیاتیدنه ده.

پنځه سوه میلونه انسانان هر کال د ملاریا څخه ځوریږي او دوه سوه میلونو څخه زیات په شستوزومیازس اخته دي.

پرمختللي هیوادونه هم دانتاني ناروغیو له مصیبت څخه خلاص نه دي. په دې هیوادونو کې یو شمیر نوې انتاني ناروغۍ په نوی بڼه ښکاره شوی چې کتاب کې واضح شوي دي.

همدارنګه د انتاني ناروغیو کچه زمونږ په ګران هیواد کې د درې لسیزو جنګ، خراب اقتصادي حالت او نورو ګڼو ناخوالو له امله نظر د نورو ناروغیو په پرتله لوړه

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

ده. څرنګه چې دداخلي څانګې تر اوسه پورې د انتاني ناروغیو د تدریس دپاره کوم څانګړی درسي کتاب نه درلود نو ده‌مدې ستونزې د هوارۍ د پاره د داخلي څانګې ماته دنده راکړه چې پوهنوالۍ علمي رتبې ته د لوړتیا د پاره دطب پوهنځی د څلورم ټولګي لپاره انتاني ناروغیو کتاب دمنل شوی کریکولم سره سم ولیکم، چې دغه کتاب په درې څپرکو کې ترتیب او برابر شوی دی. لومړی څپرکی د انتاني ناروغیو عمومیات ، دوهم څپرکي کې هغه ناروغۍ چې پیښې یې زمونږ په هیواد کې زیاتی دي او په دریم څپرکي کې دانتاني ناروغیو درملنی ته ځای ورکول شوی دی.

دا کتاب دمنل شوو نړیوالو نوو کتابونو ، انترنیټ ، ژورنالونو ، د داخلي دیپارتمینت د استادانو د څیړنو او زما د شخصي څیړنو او تجربو پر بنسټ لیکل شوی دی چې دکتاب په اخځلیکونو کې یې یادونه شوې ده.

په دې کتاب کې دهغو ناروغیو په باره کې چې پیښې یې زمونږ په هیواد کې زیاتې دي، تفصیلي معلومات راټول شوي او دهغو ناروغیو په باره چې پیښې یې کمې دي د اړتیا وړ په اندازه لیکنه شوې ده.

دکتاب د موضوعاتو دپوره روښانه کولو ښه او اسانه پوهیدلو په منظور په مناسبو ځایونو کې مناسب جدولونه او رنګین شکلونه ځای پر ځای شوي دي دامکان تر حده کتاب په روانه ساده پښتو ژبه لیکل شوی دی، چې په اسانۍ سره ورڅخه درانه لوستونکي پوره ګټه اخیستلی شي.

په پای کې که چیرې د کتاب په متن، مانا او املا کې کومه غلطي تر سترګو کیږي هیله مندیم چې درانه لوستونکي دې راپه ګوته کړي.

په درنښت

پوهندوی دکتور عبدالناصر (جبارخیل)

د ننګرهار طب پوهنځی د داخلي څانګې استاد

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

لومړی څپرکی

انتاني ناروغۍ

د انتاني ناروغیو لنډه تاریخچه :

انتاني ناروغۍ له ډیرې پخوا مودې څخه پیژندل شوي دي مگر لاملونه یې تر ډیرې مودې پورې څرګند نه وو.

لومړی داسې گومان کیده چې ددې ناروغیو لامل زیان رسوونکي گازونه دي مگر په شپاړسمه پیړۍ کې یو ایټالیاوی پوه چې D.Fracastro نومیده داسې نظر څرگند کړ چې انتاني ناروغۍ له رنځور څخه روغ انسان ته لیږدیږي او هم ددې ناروغیو د لیږدیدنې په اړه یې داسې وویل چې دا ناروغۍ نېغ په نېغه له ناروغ څخه د هوا او د کور دسامان الاتو په واسطه لیږدیدنه کوي.

په اتلسمه پیړۍ کې الماني پوه Kracher داسې فکر وکړ چې ددې ناروغیو لامل یو ژوندی کوچنی موجود دی.

د انتاني ناروغیو په اړه ډیرې ارزښتناکې څیړنې د فرانسوي پوه L.Pasture او جرمني پوه رابرت کوخ په واسطه تر سره شوي دي. دوی ثابته کړه چې یو ژوندی مایکرو اورگانیزم په کوربه کې د ناروغۍ لامل کیږي. دا مایکرواورگانیزم کیدای شي چې باکتریا ، وایروس، فنگس، ریکتسیا ، پروتوزوا او نور وي.

د لامل پر بنسټ دا ناروغۍ د باکتریائي ، وایروسي ، فنگسي ، او پروتوزوایي ناروغیو په نوم نومول شوي. او ثابته شوه چې کله د ناروغۍ عامل د کوربه وجود ته ننوځي نو د کوربه دفاعي ځواک فعالیږي چې د ناروغۍ لامل له منځه یوسي. له بله پلوه د ناروغۍ لامل پر عضویت ویجاړونکې اغیزه لري. د کوربه او میکروب تر منځ د مجادلې په پایله کې دناروغۍ وصفي کلینیکي بڼه رامینځته کیږي چې پردې باندې د بهرني چاپیریال شرایط لکه د ژوند سطحه ، دنده اود تغذي حالت اغیزه لري

ټوله نړۍ له مایکرو اورگانیزمونو څخه ډکه ده، چې ګڼ شمیر یې د انسانانو لپاره زیانمنونکي نه دي او لاد ژوند لپاره اړین دي، چې ځینې له دې اورگانیزمونو څخه د انسان په وجود کې ژوند کوي او نارمل فلورا جوړوي. نن سبا انتاني ناروغۍ په وروسته پاتې هیوادونو کې د مړینې او معیوبیتونو مهم لامل دي ځکه چې په دې هیوادونو کې له یوه پلوه غربت او

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

دوګړیو ګڼه ګونه او لـه بلـه پلوه ځاني او ټولنیزې روغتیا ساتنې لـه پاره د وړ درمل او وقـایوي تدبیرونه نه نیول کیږي.

په پرمختللو هیوادونو کې د وړ مکروب ضد درملو کارونه، معافیت ، واکسین دودونه او روغتیا ساتنې تـه پوره پاملرنه د انتان دکنترول پر وړاندې د پام وړ بریالیتوبونه لاسته راوړي دي. مګر له دې سره سره په دې هیوادونو کې یو شمیر نو یو انتـاني ناروغیوسرراپورته کړی دی چې په (۱-۱) جدول کې ښودل شوي دي. په نوموړیو هیوادونو کې دمکروب ضد درملو سره ټینګاریوه لویه ستونزه رامینځ ته کړې ده. د ځمکې پر سر تـګ راتګونه او لیږد یدنه د انتـاني ناروغیو د خپریدو او د سیمه ایزو پتوجنونو د نړیوال کیدو لامل شوی. همدارنګه په دې هیوادونو کې د رګ له لیارې د ناوړه درملو کارونه، ناوړه جنسي اړیکې، دخوړو په جوړیدو او د ښارویو په ساتنه کې بدلـونونه د انتاني ناروغـیو په منځته راتګ او د کچې په زیاتوالي کې ستره برخه لري.

(۱-۱) جدول نوې پیژندل شوي انتاني ناروغۍ ۱۹۹۳ م نه تر ۲۰۰۳ م پورې

کال	میکروب	ناروغۍ
۱۹۹۳	Sin Nombre وایرس	Hanta وایرس تنفسي سندروم
۱۹۹۴	Sabia Virus	برازیلي هیموراژیک تبه
۱۹۹۴	Hendra وایرس	د اسونو څخه انسانانو تـه لیږدیږي او د انسفالایتس لامـل کیږي.
۱۹۹۵	انساني هرپس وایرس 8 (HHV – 8)	د ایډز په ناروغانو کې د کاپوسیس سارکوما لامل ګرځي.
۱۹۹۷	دمرغانو دانفلوینزا H5 N1 ډول	دمرغانو څخه انسانانو تـه لیږدیږي اود شدیدې وژونکې انفلوینزا لامل کیږي.
۱۹۹۹	Nipah وایرس	د خوګانو څخه انساناتو ته لیږدیږي او د انسیفلایتس لامـل ګرځي.
۲۰۰۱	انساني Metapneumo وایرس	Acute Respiratory infection
۲۰۰۳	Corona SARS وایرس	چې دبیړني تنفسي سندروم (ARDS) لامل دی

انتان تل زیاتیږي او یو انتان له بل انتان سره مرسته کوي. زیاتره انتانات چې د ودې په حال هیوادونو کې منځ ته راځي د مخنیونې او درملنې وړ دي، خو دخرابـو اقتصادي او نـاوړو سیاسي شرایطـو له امله د انتـــاني ناروغـــیو پیښې په دې هـــیوادونو کې زیاتې دي.

(۱-۲) جدول د انتاني ناروغیو له امله دمړینې نړیواله شمیرنه په ۲۰۰۲م کال کې

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

ګڼه	ناروغۍ	دمړینو شمیر	سلنه
۱	د تنفسي سیستم د ښکتنۍ برخې انتانات	۳۷۲۲۰۰۰	۲،۲
۲	HIV او ایډز	۲۸۲۱۰۰۰	۴،۹
۳	د نس ناستې ناروغي	۱۷۲۷۰۰۰	۳،۱
۴	توبرکلوز	۱۲۰۵۰۰۰	۲،۸
۵	ملاریا	۱۲۲۲۰۰۰	۲،۱
۲	شرې	۷۲۰۰۰۰	۱،۳
۷	توره ټوخله	۳۰۱۰۰۰	۰،۵
۸	تیتانوس	۲۹۲۰۰۰	۰،۵
۹	هغه ناروغۍ چې د جنسي اړیکو له لارې لیږدیږي د HIV په ګډون	۱۸۰۰۰۰	۰,۳
۱۰	مننجایټس	۱۷۳۰۰۰	۰،۳

د انتاني ناروغیو تعریف :

له هغو ناروغیو څخه عبارت دی چې د یو ژوندي مایکرواورګانیزم په واسطه کلینیکي نښې نښانې او فزیولوجیک بدلونونه د کوربه په عضویت کې رامنځته کوي. او یا ویلی شو چې هغه وظیفوي یا تخریبي تشوشات دي چې د ناروغۍ د لامل او کوربه تر منځ د مجادلې په پایله کې د چاپیریال په ځانګړیو شرایطو کې رامنځته کیږي.

د ناروغۍ لیږدیدنه د یوه ځانګړي لیږدونکي په واسطه ترسره کیږي.

دا لیږدونکی کیدای شي ژوندی یا غیر ژوندی وي.

د انتاني ناروغیو دښې پیژندنې لپاره د لاندنیو اصطلاحاتو پیژندل غوره بلل کیږي.

(i) : **انتـــان** (Infection) :

هغه اورګانیزم ته ویل کیږي، چې د کوربه په انساجو کې د ژوندي پاتې کیدو او زیاتیدو ځواک ولري چې په دوه ډوله ویشل شوي دي

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

الف : پتــوجن (Pathogen) :

هغه مایکرواورګانیزم ته ویل کیږي چې د ناروغۍ لامل ګرځي.

پتوجنستي دناروغۍ د منځته راتګ وړتیا ته ویل کیږي.

ددې پرخلاف وایرولینسي د پتوجن د ځواک او قوت کچې ته ویل کیږي یعنی د پتــوجـنستي درجــې ته وایي. دبیلګې په ډول ان کــپسولیټید نمونیا نظـــر Non encapsulated نمونیا ته زیات وایرولینسي لري.

د انتـان پتوجنستي د انتـان په شمیر ، فزیکی ځانګړتیـاوو، انزایمونو، توکسین جوړیدو، وایرولینسي ځــواک ، بریدي ځواک، انتي جنیک ځـانګـړتیاوو او داسې نورو پورې اړه لري.

ب : غیر پتــوجن (Non Pathogen) :

دا ډول مایکرواورګانیزمونه له کوربه سره ډول ډول اړیکې پیداکوي. د بیلګې په ډول

١. Commenselism: په دې صورت کې پرازیت ګټه کوي لاکن کوربه ته کوم زیان نه رسوي د بیلګې په ډول د Coryne bacterium ډولونه چې د پوستکي پر سطحه باندې ژوندکوي او کوربه ته کوم زیان نه رسوي لاکن خپله دکوربه څخه ګټه اخلي.

٢. مـــوقع لیـدونکي یا (Apportunistic infection) : هغه کامن سیل میکروبونه دي کـه موقع ورتـه برابـره شي پـه پتـوجن بـدلیږي لکـه سـترپتوکوک ویریـدانس چې پـه پـورتني تنفسي سیستم کې اوسیږي د غابښ له ایستلو او یا ټانسلکټومي څخه وروسته وینې ته ورننوځي او سب اکیوټ باکتریل اندواکاردایټس رامنځته کوي. بله بیلګه یې د کولمو فلورا ده چې پـه پریتـوان کې له داخلیدو وروسته د ناروغۍ لامل کیږي.

٣. Butualism: په دې حـالت کې کوربه او پرازیټ دواړه ګــټه کوي. لکه رازیبویم. همدارنګـه په لویوکولمو کې یو شمیر باکتریاګانې لکه E.Coli چې کوربه تـه ویټامین B او K برابروي او د خوړو د جذبیـدو د اسانتیاولامـــل کیـږي او خــپله هم د کـــوربه لـه وجـــود څخه ګـــته پورتـه کوي.

په عمومي ډول باید وویل شي، چې ټول میکروبونه بهرنۍ منشا لـري (Exogenous) چې لـه بهرنـي چاپیریـال څخـه کوربـه تـه ننـوځي او یـا د کوربـه د وجـود لـه دننـه سـرچینه اخلـي (Endogenous) لکه موقع لیدونکي انتانات .

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

(ii) : **سب کلینیکل انتـــان** (Sub Clinical Infection) :

هغه حالت دی، چې د کوربه او انتان تر منځ غبرګون یوازې په معافیتی سیستم پورې تړلی وي او کلینکي نښې نښانې ونه لري، چې د ا حالت یوازې د سیرالوجیکي کتنو په واسطه تشخیص کیږي.

(iii) : **کولونایزیشن** (Colonization) :

دا د اورګانیزم شته والي ته ویل کیږي پرته له دې چې کلینکل او سب کلینکل ناروغي رامنځته کړي . اورګانیزم دکوربه په انساجو کی مخ په ډیریدو وي چې د کلچر په مټ څرګندیږي .

(iv) : **ککړتیا** (Contamination) :

د مایکرواورګانیزمونو شته والی پرته له دې چې پر انساجو برید وکړي یا غبرګون رامنځته کړي.

(v) : **لیږدونکی** (Carrier) :

هغه وګړي چې د اورګانیزم په واسطه کالونایز شوي وي، مګر د ناروغۍ نښې ونه لري په دوې کې اورګانیزم یوازې د کلچر په مټ لیدل کیدای شي .

لیږدونکی کیدای شي بیړنی(Acute) وي چې اورګانیزم د لږ وخت لپاره لیږدوي. یا انترمیتانت وي چې کله کله د ناروغۍ عامل په وقفوي ډول سره لیږدوي او یا ځنډنی (Chronic) لیږدونکی وي چې د زیات وخت لپاره (میاشتی ، کلونه او حتی ټول عمر) مایکرواورګانیزم لیږدوي. هغه فکتورونه چې د لیږدولو په وخت اغیزې لري څرګند نه دي، لاکن نیمګړی معافیت او نیمګړې درملنه ونډه لري .

(vi) : **ساري ناروغۍ** (Communicable Disease) :

هغه انتاني ناروغۍ دي، چې له یوه انسان څخه بل انسان ته لیږدیږي لکه شری، وچکۍ . ټولې انتاني ناروغۍ کمونیکیبل نه دي دبیلګې په ډول باکتریل اندوکاردایټس چې انتاني ناروغي ده، مګر کمونیکیبل نه ده.

(vii) : **انفکشیسنس** (Infectiousness) :

هغه حالت دی چې له مخې یې پتوجن وکولای شي په ټولنه کې خپور شي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

يو شمير اورګانيزمونه په تولنه کې ژرخپريږي د بيلګې په ډول شرى ژر خپريدونکې دى مګر بغوتۍ (Mumps) ژر خپريدونکې نه ده.

(viii) : **د تفريخ دوره :**

هغه موده ده چې کله مايکرواورګانيزم دحساس کوربه وجود ته ننوځي څو چې کلينيکي نښې نښانې رامنځته شي.

(ix) : **د منتن کيدو دوره :**

ټوله هغه موده ده چې وګړي د انتان په واسطه ککړ وي.

ا پيديمولوجي :

دا يوه لاتيني اصطلاح ده چې Epi (پر) Deo (انسانان) او Logy (علم او پوهې) ته ويل کيږي يعنې په يوې ځانګړې ټولنه کې د روغتيا کنترول او د ناروغۍ پراختيا ، ويشنه، منځته راتګ او ځانګړتياوې ارزوي. يعنې د ناروغيو د پيښو سلنه په ټاکلې سيمه، ټاکلې پيمانه او ټاکلې موده کې څرګندوي.

داپيډيميالوجي ځينې اصطلاحات په لاندې ډول تعريفوو:

پيښې (Incidence) : د يوې ناروغى دنويو پيښو له شمير څخه عبارت دي چې دکال په يوې ځانګړې موده کی رامنځته کيږي.

شيوع (Prevalence) : په يوې ټاکلې موده کې ديوې ناروغى د پيښو د ټوليز شمير څخه عبارت دى. په دې معنا چې په يوې ټاکلې ورځ د ناروغۍ څو پيښې په يوه ځای کې وليدل شي.

سپورادیک (Sporadic) :

داسې ناروغۍ چې په عادي ډول يوه ځای کې موجودې نه وي، مګر کله نا کله په محدود ډول سره پيداکيږي. لکه د خوړوتسمم.

اپيديميک(Epidemic) :

داسې يوې ناروغۍ ته اپيډيميک وايي، چې په عادي ډول په يوه ځای کې موجوده نه وي او په ناڅاپي ډول منځ ته راشي او بيا وروسته دا ناروغي څو ولايتونو يا څو هيوادونو ته خپره شي که کنټرول نه شي نو پانډيمي رامنځته کوي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

انډيميک (Endemic) :

داسې يوې ناروغۍ ته ويل کيږي چې تل يو شمېر انسانان يا ځاروي په يوه ځانګړي چاپيريال کې پرې اخته وي .

پانډيمي (Pandemy) :

داسې ناروغۍ چې ټولو لويو وچو (نړۍ) ته خپره شي لکه انفلونزا.

۱_۲: د انتاني او غير انتاني ناروغيو تر منځ توپير:

۱. انتاني ناروغۍ د يوه ژوندي مايکرو اورګانيزم په واسطه را منځته کيږي، چې دا ژوندی اورګانيزم کيدای شي باکټريا ، وايرس، فنګس، ريکټسيا ، پروټوزوا ، کلايميډيا اوداسې نور وي.

۲. په انتاني ناروغۍ اخته کس نورو خلکو ته د انتان سرچينه ده چې داحالت د ناروغۍ د کنټرول خپريدو لامل کيدای شي.

۳. انتاني ناروغۍ د بدن دفاعي ځواک فعالوي چې د مايکرواورګانيزم له زياتوالي څخه مخنيوی وکړي ، د بيلګې په ډول ثابته شوې ده چې پوستکی نه يوازې يو ميخانيکي خنډدی، بلکې Bacteriocidal ځانګړتياوې هم لري چې دا ځانګړتياوې د لکټيک اسيد او شحمي تيزابونو پورې چې تر پوستکی لاندې دخولو په غدواتو کې موجود دي اړه لري. همدارنګه مخاطي غشا هم بکټروسيدل ځانګړتياوې لري لکه د معدې تيزاب او انزايمونه .

۴. له انتاني ناروغيو څخه بېلا بېلو لارو لکه درمل، د واکسينونو استعمال، او د روغتيا ساتنې شرايطو په پام کې نيولو سره مخنيوی کولای شو .

۵. د انتاني ناروغيو په ګڼ شمېر پېښو کې لامل او زمينه برابرونکي فکتورونه څرګند وي.

۶. د انتاني ناروغيو کلينکي بڼه د انتان په شدت او دکوربه په معافيت پورې اړه لري.

۷. انتاني ناروغۍ زياتره بيړنۍ (حادی) او ځينې بې ځنډنۍ (مزمنې) وي ليکن غير انتاني ناروغۍ زياتره تلپاتې او ځنډنۍ وي .

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

۱_۳ د انتان سرچينه او زيرمه (Reservior and Sources):

له ټولو څخه لومړۍ اړينه ده،چې د سرچينې او زيرمې ترمنځ په توپير پوه شو، څکه چې پر دوی پوهيدنه د انتان د مخنيوي لپاره ډير اړين او ضروري دي.

سرچينه: هغه ځای ته ويل کيږي چې هلته په نارمل ډول اورګانيزم پيداکيږي، وده کوي او ډيروالی مومي.

زيرمه: هغه ځای ته ويل کيږي چې له هغه څخه اورګانيزم په ناڅاپي ډول کوربه ته نيغ په نيغه او يا غير مستقيم ډول د يوې ذريعې په واسطه ليږديږي.

دبيلګې په ډول د C.Botulinum لپاره زيرمه، چاپيريال او په ځانګړي ډول خاوره ده، اما سرچينه ککړشوي خوراکي مواد دي. کيدای شي سرچينه او زيرمه يو ځای وي.

په لنډ ډول ويلی شو چې ټول هغه ژوندي او مړه موجودات چې انتاني عامل په کښې اوسيږي د خپل ژوند او يا زياتيدو په موخه ورنه تغذي وکړي او انسان يا بل کوربه ته وليږديږي د انتاني سرچينې په نوم ياديږي.

په ټوليزه توګه پتوجن يا داخلي سرچينه لري (Endogenous) چې د کوربه له نارمل فلورا څخه چې شرايط ورته مساعد شي رامنځته کيږي او يا بهرنۍ سرچينه لري. (Exogenous) چې له بهر څخه د انسان وجود ته ننوځي يعنې له بل ناروغ، چاپيريال، يا حيوان څخه پتوجن خپريږي.

هغه انتانات چې له څاروي څخه انسانانو ته خپريږي د زونوتيک انتاناتو په نوم ياديږي چې څاروی کيدای شي وحشي يا کورني وي.

دانتاناتو ليږد دڅاروي څخه په لاندی ډول تر سره کيږي:

۱. څاروي سره نيغ په نيغه اړيکی.
۲. دڅارويو د غوښې او يا نورو حيواني محصولاتو د خوړلو له امله.
۳. د Arthropode ليږدونکي په واسطه.
۴. د چيچل شوي ټپ له لارې.
۵. د تنفسي څاڅکو او د څاروي د خولې د لاړو په واسطه.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

زیاتره اورګانیزمونه په چاپیریال کې ژوند کوي. شمزي لرونکي او ارتروپود کوربه نه لري چې زیاتره ددې اورګانیزمونو پتوجن نه دي لاکن یو څو یې انسانان په ناروغۍ اخته کوي. ددې انتاناتو مستقیم خپریدل له یو انسان څخه بل ته کم دی .

ځینې پرازیتونه د خپل ژوند د یوې برخې تیرولو لپاره چاپیریال ته اړتیا لري، که څه هم کاهل پرازیت ته شمزي لرونکی کوربه ضرور دی لکه Strongyloids او د چنګک لرونکي چینجیان لاروا.

یو شمیر اورګانیزمونه کولای شي په خاورو او اوبو کې د زیاتې مودې لپاره ژوند وکړي لکه د تیتانوس میکروب په خاوره کې ، Legionella Pneumophilia په اوبو کې.

له بده مرغه هغه پتوجنونه چې چاپیریال یې زیرمه وي له منځه وړل یې ګران دي.

۱_۴ : د انتان د خپریدو لاری (Routes of Transmission) :

لکه څرنګه چې پورته یادونه وشوه چې په تولیزه توګه انتان یا داخلي منشا لري (Endogenous) او یا له بهر څخه د کوربه وجود ته ننوځي (Exogenous) .

۱-دوجود له داخل څخه (Endogenous) :

کله چې د وجود خپله نارمل فلورا له خپلو ځایونو څخه نامناسبو برخو ته لاره پیدا کړي لکه د کولون باکتریا لیږدیدنه د بښځو بولي لارو ته یا د پوستکي پریکیدل او شوکارې کیدل چې سطحي کومنسل اورګانیزمو ته اجازه ورکوي، چې د وجود ژورو انساجو ته ولیږدیږي او یا د کوربه په دفاعي او معافیتي سیستم کې د ناروغۍ او یا کیمیاوي درملو د استعمال له امله زیان منځته راشي، نو نارمل فلورا ته اجازه ورکوي چې پر وجود برید وکړي او ناروغي رامنځته کړي.

۲-له بهر څخه د ا نتـان داخلیدل (Exogenous) :

د میکرواورګانیزم لیږدیدنه له بهر څخه کوربه ته په دوو بنسټیزو میکانیزمونو ترسره کیږي، چې په لاندې ډول یې یادونه کوو:

۱-نېغ په نېغه (Direct) :

دعامل د نېغ په نېغه لیږدیدنې لپاره درې لارې موجودې دي.

الف : دیوې دُخولي لارې څخه دانتاني عامل نېغ په نېغه او په بیړه لیږدیدنه : په دې صورت کی انسان ډیر ژر په انتان اخته کیږي، چې غوره بېلګه یې د تماس (Touching) ، ښکلول

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

(Kissing) او جنسي نږدېوالی دی. دپوستکي انتانات لکه Ringworm، رینو پرازیتونه لکه Scabies ، مردار دانې (Impetigo) هم په همدې لاره لیږدیږي.

ځینی اورګانیزمونه د وینی له لارې له یوې وینې څخه بلې وینې ته خپریږي چې ښه بیلګه یې HIV،هیپاټایټس B ، هیپاټایټس C دی. همدارنګه دغړو د پیوند په واسطه هم نېغ په نېغه انتان خپریدی شي.

ب : دمنتنو څاڅکو (Droplets)په واسطه دانتان لیږدیدنه دنېغ په نېغه لیږدیدنې یو بل میکانیزم دې، چې په دودیز ډول سره منضمه(Conjunctiva)، پوزه اود خولې مخاطي پرده منتنوي.

هغه اجزاوي چې د ۵ میو مایکرون څخه غټ وي په هوا کې د یو کم وخت لپاره ځوړند پاتي کیږي دا چې د اندازې له نظره لږ څه غټې دي، نو په هوا کی د یو متر څخه زیات حرکت نه شي کولای او کله چې ناروغ خبرې کوي، پرنجیږي او یا ټوخیږي دانتان خپریدنه ترسره کیږي .

د پلاسنتا له لارې د انتان لیږدیدنه د نېغ په نېغه د لیږد له ډولونو څخه ده .

باید ووایوچې دانتان د نېغ په نېغه خپریدو خطر لویانو کې د ماشومانو په پرتله زیات دی.

ج : دا ډول نېغ په نېغه اړیکی هغه وخت رامنځته کیږي، چې د کوربه انساج له عامل سره نږدې په تماس راشي. لکه د حیواناتو د چیچلو، داړلو په وخت کې او یا دهغې خاورې یا مادې سره چې منتنه وي د کوربه انساج مخامخ شي.

۲- غیر مستقیمه لیږدیدنه :

دغیر مستقیمې لیږدیدنې لپاره درې میکانیزمونه شته چې عبارت دي له :

الف :ویکل بورن (Vehicle born) : دانتان هغه ډول لیږد دی چې یوه بله ماده دمنځګړي په ډول دانتان د لیږدولو لپاره کار وکړي. دبیلګې په ډول اوبه، خواړه ، بیولوجیکي محصولات (وینه، سیروم، پلازما، انساج، غړي) د لوبو سامان ، لباس، بستر، او جراحي سامانونه.

دامهمه نه ده چې انتاني عامل تر لیږدید نې مخکې په دې لیږدونکې وسیلې (Vehicle) کې تکثر کوي یا نه.

دې ډول ناروغـــــیو ته Food Born او Water born هم وایي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

فیکل اورل لیږدیدنه هغه وخت ویلی شو کله چې لاسونه، کالي ، دکور مواد ، خواړه او اوبه د منتنو ډکو متیازو سره ککړ شي اوبیا دخولې سره په تماس کې راشي او په اخر کې ناروغي رامنځته کړي.

ب : Vector Born : دغیر مستقیم لیږدیدنې دوهم ډول دی چې دا په دوه ډولو تر سره کیږي میخانیکي او بیولوجیکي :

میخانیکي لیږد هغه وخت منځ ته راځي کله چې یوه حشره د خپلو پښو یا وزرونو په واسطه بې له دې چې کـوم بدلون د حـشرې په وجود کی رامنځته شي اتنان ولـیږدوي د بیلګې په ډول مچان سلمونیلا او د شجیلا اورګانیزم د ډکو متیازو څخه خوړو ته لیږدوي.

مګر په بیالوجیکي لیږدیدنه کی مرضي عامل د حشری په وجود کې څه موده تیروي د بیلګې په ډول د ملاریا لیږدیدنه. بیا لـوژیکی لـیږدیدنې ته Internal Transmission هم وایي .

زیاتره د ګرمو سیمو انتانات د یو ځانګړي Vector په واسطه لیږدیږي چې په (۱-۳) جدول کې ښودل شوي دي.

۱-۳ جدول هغه ناروغی چې د Arthropode vector په واسطه لیږدیږي

ارتروپود	ناروغۍ
میاشی	ملاریا ، Dengue Fever ، فیلاریاسس او Yellow Fever
Sandfly	لشمانیاسس او Sandfly Fever
مچان	ترایپانزومیاسس او Onchocerciasis
وربږې	طاعون او ریکتیسیل اتنان
سپږې	راګرځیدونکې تبه، ریکتسیل اتنان
د ورږو یو ډول (Mite)	ریکتسیل اتنان
د سپږو یو ډول	راګرځیدونکې تبه او Typhus

ج : Air born : دغیر مستقیمی لـیږدیدنی دریم ډول دی. هغه انتانات چې دهوا له لاری لیږدیږي ښایي د اوږدو فاصلو څخه انتقال ومومي لکه Q.Fever ،Leogionnarir's Disease ، انترکس بسیل او Yersinia Pestis . د وروستیو دوو څخه په Bio terrorism کې ګټه اخیستل کیږي. په دې ډول لیږدیدنه کې Droplet شامل نه دی ځکه هغه یو نبغ په نبغه لـیږدیدنه ده د Air Born په واسطه په دودیز ډول سره هغه پارتیکلونه چې د لس ملي مایکرون څخه یې قطر زیات وي لیږدیږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

دانتان پتوجنيزس :

ناروغي هغه وخت منځ ته راځي کله چې د کوربه ،دناروغۍ د عامل او چاپيريال تر منځ اړيکي ګډې وډې شي.د ناروغۍ اغيزې په کوربه باندې په يو شمير فکتورونو په ځانګړې ډ ول پتوجن پورې اړه لري. دغه فکتورونه د پتوجنستۍ ټاکونکي او مشخص کوونکي دي چې د اورګانيزم د پتوجنيستي فکتورونو په نوم ياديږي.

پتوجن له خپل کوربه څخه هغه وخت په ښه ډول ګټه اخيستلای شي کله چې ورته د ژوند کولو او زياتيدنې وړ ځای پيداشي.

د کوربه مرګ د پتوجن په ګټه نه دی، خو د ميکروب د ډول د خپريدو سره مرسته کوي. پتوجنستي فکتورونه په کوربه کښې د پتوجن خپريدنه او پايښت تامينوي، چې دغه فکتورونه په ارثي او يا طبعي ډول په پتوجن کې موجود دي.

يو پتوجن بايد لاندې ځانګړتياوې ولري تر څو د ناروغۍ لامل شي:

۱. په چاپيريال کی د ژوند کولو او ليږديدنې قدرت او ځواک ولري .

۲. د کوربه له سطحی سره د تماس وړ وي .

۳. دهغو دفاعي ميکانيزمونو دمغلوبولو جوګه وي، چې د کوربه لخوا د انتان پر ضد رامنځته کيږي.

۴. ددې ځواک درلودنه چې کوربه ته زيان ورسوي.

يو شمير انتاني عاملونه ځانګړې کوربه په ګوته کوي. لکه اميبيازسيس چې په طبيعي ډول سره انسانان غوره کوي.

اما دا ځانګړې کوربه هم ممکن د يو شمير انتاناتو پر وړاندې ټينګار ښکاره کړي. د بيلګې په ډول هغه خلک چې Duffy blood Group negative دي د پلازموديم Vivax پروړاندې ټينګار لري او هغه خلک چې دا ګروپ لری ټينګار نه لري.

همدارنګه ميکرواورګانيزمونه د وجود ځانګړي ځايونه او غړي اغيزمن کوي. لکه يو شمير وايرسونه چې هيپاتوتروفيک دي (A، B، C او D ويروسونه) او Yellow Fever چې د هيپاتايتس لامل کيږي.

دد غو ميکرواورګانيزم علاقه د وجود ځانګړې برخې ته ددې لپاره ده، چې هلته ښه ژوند کولای شي. لکه An aerobicانتانات چې کولمو کې ميشته او ځای نيسي خو ايروبيک انتانات

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

په خوله،بلعوم او د کولمو په لومړنیو برخو کی ځاې نیسي. سترپتوکوک په تنفسي سیستم کې E.Coli په بولي او هضمي سیستم کې اوداسې نور.

باید وویل شي چې حتی په ځانګړي غړي کې هم ځینې پتوجنونه ځانګړې حجرې ځان ته ټاکي دبیلګې په توګه Rota virus زیاتره د کولمو هغه اپیتیلیل حجرې تخریبوي چې د Villus په پـــــورتنۍ برخه کې ځـــای لري او Reo Virusد M حجراتو له لارې چې ځـــانګړي اپیتـلیل حجرې او Payer's Patches یي پوښلي داخلیږي.

الف : اپیتیلیل سره نښتنه (Epithelial Attachment):

زیاتره باکتریا د مخاط د لاندینیو برخو سره د ځانګړو غړیو په واسطه نښلي، چې (Fimbriae) یا Pili ورته ویل کیږي دا Pili سطحي Lectin لري. چې یو پروتین یا ګلایکو پروتین دی او د کوربه پر ژونکو باندې د Sugar ځانګړي پاتې شوني پیژني.

ځیني باکتریاوی لکه Coagulase Negative ستافیلـــوکوک له ژونکو بهر سرینباناکه سطح منځته راوړي اود نورو اضافي باکتریاوو له نتوتو سره مرسته کوي چې په ګډه Biofilm جوړه وي ددې Biofilm له منځه وړل ستونزمن کاردی.

ځینی وایرســونه لکه (HIV) ، پروتوزوا ، پلازمـــودیم او انتامیبا هستالوتیکا د خپلو په نښه شویو (Target) ژونکو له ځانګړیو اخذو سره نښلي.

نور پرازیتونه لکه چنګک لرونکي چینجیان د نښلیدو ځانګړي غړي لري، چې د کولمو اپیتیلیوم کلک نیسي.

د انفلوانزا وایرس د تنفسي لارې له مخاطي ژونکو سره د Hem Agglutinine مالیکول په واسطه ځان نښلوي.

ب : Colonization :

داپیتلیل تر نښلیدو وروسته پتوجن یا داپیتلیوم پر سطحې پاتې کیږي او یا د Lumen داخل ته ځان رسوي. او بیا پر انساجو برید کوي.

وایرسونه، Toxo plasma gandii دلشمانیا ډولونه، د پلازمودیم ډولونه هغه پتوجینونه دي چې تر برید وروسته د ژونکې په دننه کې ځای نیسي.

نوموکوک، سترپتوکوک او انتامیباهستالوتیکا هغه انتانات دي، چې تر برید وروسته له ژونکی بهر ځای نیسي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

شستوزومیازسیس، فیلاریازسس، تریپانوزومیازسس او داسې نور هغــــه انتانات دي چې نېغ په نېغـــه دویني یا لمفاوي بهیر تر برید لاندې نیسي.

ج : **دانسا جو تخریب** (Tissue Dysfuction or Damage) :

د لاندې میخانیکیتونو په وا سطه مایکرواورګانیزمونه ناروغتیا رامینځته کوي.

۱- اکزوتوکسین :

د اکزوتوکسین ناوړه اغیزې او فعالیتونه هغه انتان پورې اړه لري چې ورڅخه افرازیږي لکه دیفتریال توکسین د پروتین د جوړید مخنیوی کوي.

تیتانوس او بچولیزم ټوکسین(Neurotoxin) پر اعصـــا بو زهرجنې اغیزې لـــــري .

دE.Coli او کـــولـــراټوکسین (entero toxin) له کولمو څخه د اوبو او الکترولیتونو د خارجیدو لامل کیږي.

۲- اندوټوکسین :

د ګرام منفي باکټریا ګانو د حجروي دیوال لایپو پولي سکراید دی چې له درې برخو څخه جوړ شوی دی.

الف : هستوي ساحه : د غوره زهرجنو اغیزو مسولیت لري.

ب : د اولیګو سکراید برخه چې د هیپتوز اوهیګزوز لرونکی ده چې Lipid A سره د یو غیر معمول قند یعنی Keto deoxy octanoic acid (KDO) له لارې اړیکې ټینګوي.

ج : د پولي سکراید اوږد زنځیر چې ګرام منفي باکتریا د سیروم داتې باکتریل اغیزو څخه ساتي.

لیپید A د مکروفاژونو لړۍ تنبه کوي او دسایتوکین لکه IL او TNF د افراز لامل کیږي، چې دا بیا Complement او Clotting cascades فعا لـــــوي، چې د اندوتیل د تخریب، تبې، دوینې فشـــار ټیټوالی ،سیپتیک شاک او دیو شمیر استقــــلابی او فزیولوجیک بدلونونو لامل کیږي.

TNF په انسانانو کې یو ځواکمن Pyrogenic مـالیکول دی، چې د تبې اود نورو عـــمومي ګیلو غوره لامل کیږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

تومور نیکروز فکتور :

TNF-α د مختلفو فګوسایتیک ژونکو (مکروفاژونو او مونو سایټونو) څخه ازادیږي.

TNF Beta د غیر فګوسایتیک ژونکو (لمفو سایت او Natural Killer Cell)څخه ازادیږي.

د TNF ازادیدل د انتان او التهابي لمسون په وړاندي د عضویت یو غبرګون دی. TNF په خپل نوبت سره دیو لړ نورو منځګړیو موادو لکه انتر لوکین ۱ ، انتر لوکین ۲ ، پروستاګلانډین ،لیکوټرین او کورتیکو تروپین د ازادیدو لامل کیږي نو په دې بنسټ TNF د انتاناتو په اغیزو کې ستره برخه لري.

د : پر انساجو برید(Tissue invasion) :

یوشمیر انتانات لکه سټافیلوکوک اوریوس پر انساجو د برید ځواک لري یعنې ابسې جوړوي او هم باکټریمیا او همدارنګه ټوکسین جوړولای شي، چې د نس ناستي او پراخ سوروالي لامل کیږي.

ددې بر خلاف یو شمیر انتانات لکه ځینې پتوجنیک E.Coli پرته له دې چې توکسین تولید کړي په انساجو برید کوی

دوهمي معافیتي پېښه Secondary immunologic Phenamonia :

ټول اورګانیزمونه کولای شي دوهمي معافیتي میکانیزمونه لکه د Complement فعالول،داتې بادي په واسطه د معافیتي Complex جوړول یادژونکو له منځه وړل رامنځته کړي. زیاتره انتانات پخپله ښه کیږي. معاف او غیر معاف کوربه د دفاعي میکانیزمونو په پای کې له پتوجنونو څخه پاکیږی.

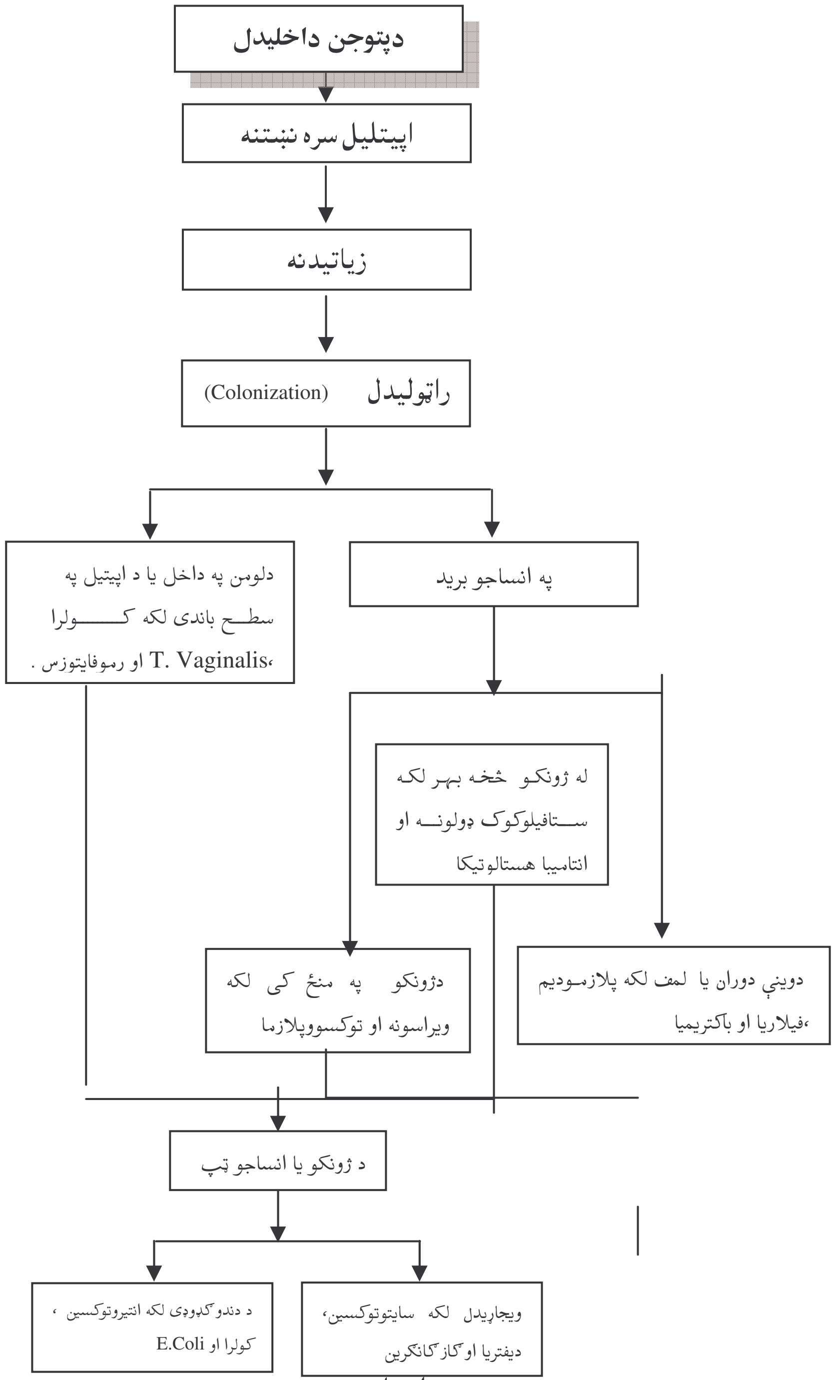
په ټولیزه توګه ددې پیښو په تعقیب د انساجو جوړیدنه منځ ته راځي چې کیدای شي په بشپړ ډول ترمیم شي او یا د نسجي تخریب پاتې شونې پاتې شي.

په لاندې شیما کې هغه پړاونه چې د انتان په پتوجنیزس کې برخه لري په لنډ ډول ښودل شویدي :

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

(۱-۱) شیما داتتان پتوجنیزس



داتتان پتوجنیز س

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

۱_۴: پر عضویت د انتان کلینیکي اغیزې:

د کلینک له نظره د انتان اغیزې په څلورو ګروپونو ویشل شوي دي :

(I) : بیرنۍ اغیزې : په دی صورت کې لاندې کلینیکي بدلونونه موجود وي.

تبه، بی اشتهایي، د پروتین کتابولیزم،د نایتروجن بلانس منفي والی،د البومین کموالی، د سیروم د اوسپنې کمښت ،وینه کمیدل،د نیوتروفیل زیاتوالی اودبیرنۍ مرحلې پروتین غبرګون.

الف : تبه (Fever) :

تبه د انتان په وړاندې د عضویت ډېر دودیز غبرګون دی چې په ډیرو انتاناتو کې حتی په جزیي انتان کې هم منځ ته راتلای شي .

د بدن دتودوخې د کنترول مرکز د هایپوتلاموس په قدام کې د دریم بطـــین پر ځــمکه ځای لري.

د وجود تودوخه یو Circadian cycle تعقیبوی، یعنی دوجود د تودوخې درجه سهاروختي ۵،. سانتي ګرید کمه وي او د مازدیګر ۴ الی ۲ بجو کې ۵،.- ۲،. سانتي ګرید لوړه وي چې دانارمل Circadian rythm حتی د تبې په حالت کې هم موجود وي خو په هایپرترمیا کې له منځه ځي.

کله چې اکزوجینوس پایروجن یعنی انتان او یا د انتان محصولات لکه توکسین عضویت ته ننوځي ددې پر وړاندې د سپینو کرویاتو (مونوسایت او فاګوسایت) څخه اندوجینوس پایروجن لکه انترلوکین ۱ ، انټرلوکین ۲ ، TNF الفا او انتر فیرون ګاما ازادیږي چې دا سایتوکینونه دهایپوتلاموس د وینې رګونو پر اندوتلیل ژونکو اغیزه کوي او د پروستاګلاندین E2 جوړیدل زیاتوي چې دا وروستی د تودوخې Set Point هڅوي او د وجود تودوخه لوړیږي.

ډیر انتانات په ۳۷ سانتي ګرید درجه او یا له دی څخه په ښکته تودوخه کې ښه وده کوي او ډیریږي لکه تنفسي وایرسونه، سترپتوکوک او نورې باکتریاګانې.

د وجود لوړه تودوخه له انتاناتو سره د مبارزې لپاره ګټوره دی، ځکه چې په لوړه تودوخه کې یوشمېر مړه کیږي او بالاخره تبه فاګوسایتوزس، انتي بادي ، دسایتوکین تولید او Complment Cascade ته چټکتیا وربخښي او د معافیتي غبرګون منځ ته راتلو کې مرسته کوي.

باید وویل شي چې د تودوخې د هرې یوې درجې زیاتوالی Resting Metabolism Rate ۱۳% زیاتوي او په دې ډول داکسیجن مصرف لوړیږي چې له کبله یې زیاتې انرجۍ ته اړتیا پیداکیږي. له بلې خوا دبې اشتهایۍ له امله خواړه کم خوړل کیږي، نو نارمل معاوضوي

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

میخانیکیتونه مداخله کوي. لکه د اسکلیتی عضلاتو اوبه کیدل، امینواسید ازادیدل، ګلوکونیوجنیزس فعالیدل چې انرجي پوره کړي.

د تبې میخانیکیت په خلص ډول په (۱-۱) شکل کې ښودل شوی دی.

د تبې کلینیکي څرګندونې:

۱. دتبې ډول د یو شمیرناروغیو د تشخیص لپاره کونجي (Clue) ده چې په (۱-۴) جدول کې ښودل شوی دی.

د تبې ډول	لامل
یوه ورځ وروسته تبه (Alternative)	پلازمودیم وایوواکس او پلازمویم اووال
هره دریمه ورځ	پلازمودیم ملاریا
راګرځیدونکې تبه چې هره ورځ د درې تر شپږ ورځو پورې وي او بیا تقریبا یوه اونۍ وقفه لري.	د بوریلا ډولونه ، Rat bite Fever (Streptobacillus Moniliformia , Spirillumminus)
دوامداره تبه (Undulating Fever)	بروسیلوزس ، وچکۍ
دوره یي تبه دمختلفو سایکلو سره	Hodgkin disease

متقطع (intermittent) ډوله تبه په تشخیص کې دومره مرسته نه کوي، ځکه کیدای شي هغه وخت رامنځته شي کله چې دوامداره تبه د یخ تطبیقاتواویا د تبې دضد درملو په واسطه له منځه لاړه شي.

دتبې تناسب د نورو حیاتي علایمو سره د ارزښت وړ ده. د بیلګې په ډول که د تودوخې زیاتوالي سره نبض زیات نه شوو نو وچکۍ ، بروسیلوزس، Psittacosis او Leigonnarie's ناروغیو ته دې پام وشي.

دروغجنه تبه (Factitious Fever) کې نبض او د تنفس شمیره نارمل وي.

هغه تبه چې د درملو د حساسیت له امله رامنځته کیږي کیداې شي دحساسیت نورې نښې لکه رش ، نیفرایتس، نوتروفینیا په ۲۰-۲۰% ناروغانو کې موجود وي.

دنیوپلازم له امله تبه په دودیز ډول د NSAID درملو سره دراماتیک غبرګون ښکاره کوي.

نور غیر انتاني لاملونه لکه Adrenal crisis ، Thyroid strom او ډول ډول روماتیک ناروغۍ چې د تبې لامل کیدای شي، نو په ناروغ کې د همدغوناروغیو نورې فزیکي نښې هم وي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

شدیده پایریکسیا Pyrexia چې (تودوخه د ۱۰۲ فارنهایت څخه لوړېږي) چې دا د تودوخې د تنظیمولو میکانیزم په خرابوالي دلالت کوي کیداې شي په ځانګړي ډول او یا داتـان سره یـو ځـاې منځته راشي.

غیر انتاني بیلګې دشدیدې پایریکسیا جل وهنه ، Neuroleptic Malignant سندروم او Malignant Hyperthermia دی.

انتان، زهر، معافیتي غبرګون، ترضیض

لمفوسایت، مونوسایت، ګرانولوسایت، اندوتیلیوم

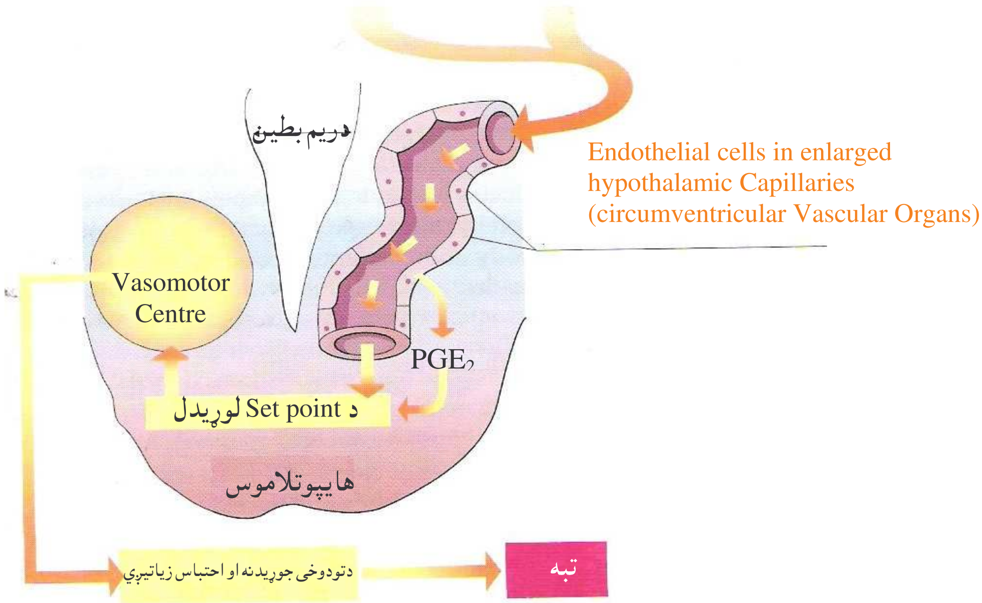
میزانجیوم اوګلیل ژونکی

پایروجینیک سایتوکینونه (داخل المنشه پایروجینونه)

IL-1a, IL-1b,
TNF-C, TNF-β,
IFN-α, IFN-β, IFN-γ

'gp 130 recptor activators'

IL-6, IL-11
Ciliary neurotropic factor



(۱-۱) شکل د تبې میخانیکیت

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

د تبې اړخيزې اغيزې (Adverse effects of fever):

۱- هزيان (Delirium) :

دا يو خوبه وړي او كانفيوز حالت دی چې د اپلتو ويلو سره ملګري وي په ماشومانو او زړو خلكو كی دودیز دی. د تبې د لوړې درجې له امله په ځانګړي ډول په شپه كی رامنځته كيږي او د ويرونكو خوبونو د ليدو لامل كيږي . اپلتې د تودوخې درجې ښكته والی سره ښه كيږي.

۲- تبه لرونكی چاړان (Febrile Convulsion) :

په دودیز ډول ۲ مياشتو څخه تر ۲ كلنو ماشومانو كې رامنځته كيږی.

څرګند ميخانيكيت يې تر اوسه پيژندل شوی نه دی خو كله چې د ماشوم عمر زيات شي نو په خپله ښه كيږي.

۳- د پروتين ميتـــا بولـــيزم:

په بيړني انتان كې د پروتين په ميتابوليزم كې درې ارزښتناكه بدلونونه رامنځته كيږي :

۱- د دوراني او سوماتيک پروتينونو (لکه البومين) پر ځای د بيړني پړاو پروتينونه جوړيږي.

۲- دپروتينو سنتيزس نېغ په نېغه د immuno globulin د جوړيدو لپاره تر سره كيږي او د لمفوسايتونو، نوتروفيلونو او نورو فګوسايتيک ژونكو جوړيدنه ډيريږي.

۳- په څرګند ډول د نايتروجن ضايع كيدل د انساجو د ماتيدو سره زياتيږي چې كيدای شي د ورځې ۱۰ _۱۵ ګرامو ته ورسيږي.

ب : التهاب (Inflammation) :

دا يوه پيچلې وتيره ده. د التهاب په منځ ته راتګ كې لږ معلومات موجود دي اما څو مهم وړانديزونه يې څرګند شوي دي چې عبارت دي له :

۱_ په اغيزمن ځاې كې د رګونو پراخوالی.

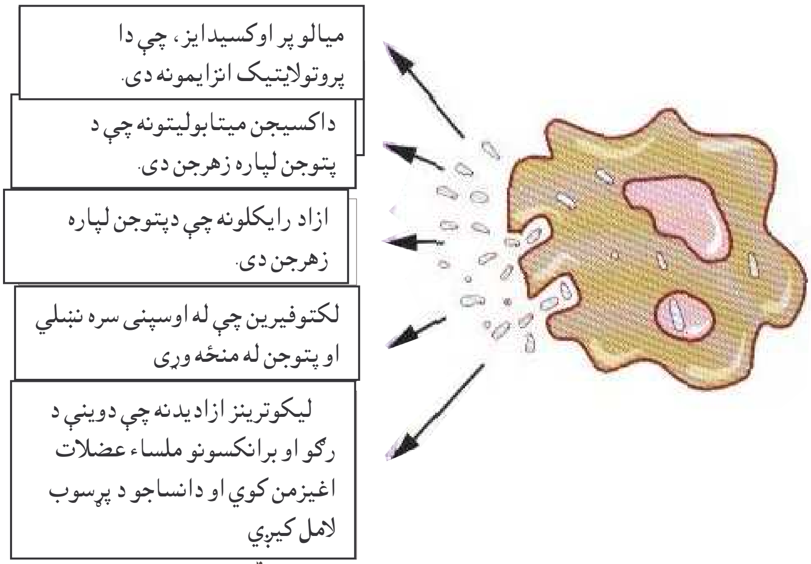
۲_ له پراخې شوی كپيلرۍ څخه د مايع راوتنه.

۳_ په زيانمن ځاې كې د نوتروفيل او مكروفاژونو تولیدنه.

۴_ له نوتروفيلونو څخه د فعالو كيمياوي موادو ازاديدل چې په لاندې شكل كې ښودل شويدي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library



(۱-۲) شکل د نيوتروفيلو څخه دفعالو کيمياوي موادو ازاديدل

پورتني حالتونه په ګډه د التهاب د نښو د منځ ته راتګ لامل کيږي چې عبارت دي له ځايي پړسوب ، سوروالي ، تودوالي، درد او د دندې له لاسه ورکولو څخه.

ج : اختلاج(Convulsion) : چې د تبې په بحث کې ورڅخه يادونه شوېده.

د: شـــاک:

په شديد انتان کې دايوه مهمه ستونزه ده ، چې پتوجنيزس يي پيچلی دی او د رګونو دعـمومي ټينګار (Systemic Vascular resistance) د کـــموالی په پايله کې رامنځته کيږی چې دا وروستی حالت د کوچنيو اوعيو د توسع اود کپيلری ليکاژ له امله چې د ميدياتورونو لکه Kinine ، کامپلمينتونو اجزاوی، هستامين، سايتوکينونو، Engogenous Opiates، نايتريک اوکسايد، پروستاګلاندين او يو شمير نورو تر اغيزې راغلي وي.

د ګرام منفي باکترياګانو اندوټوکسين يو ډير غوره ميدياتور دی چې د پورتنيو يادو شويو موادو د ازاديدو لامل کيږي.

ليکن د ګرام مثبت انتاناتو دژونکيز ديوال اجزاوې، پيپتايدو ګلايکان او Lipoteichoicاسيد د پورتنيو يادو شويو موادو د ازاديدا لامل کيږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

هـ : وینه بهـید نه (Hemorrage):

په بیلا بیلو انتاناتو کې کیدای شي وینه بهیدنه ، هیمولایتیک انیمیا، Disseminated intra vascular Coagulation (DIC) رامنځته شي.

و : د غړیو عدم کفایه (Organ Failure) : لکه د زړه، ځګر، سږو، پښتورګو، دماغي عدم کفایه او د پوستکي نکروز.

(II) : د انتـان ځنډ نۍ کلینکي اغیزې:

۱ . د وزن کموالی او د عضلاتو ویلې کیدل.

۲ . خوا ر ځواکي چې په ځانګړې ډول له نس ناستی سره یو ځای وي.

۳ . د ودې ځنډیدنه.

۴ . د وینې کموالی چې د فولیټ دکموالي، د هډوکي په مغز کې د پخیدو د خرابوالي د اوسپنې د کمښت او زیات لګښت له امله رامنځته کیږي.

۵. دانساجو ویجاړیدل لکه په نمونیا او توبرکلوز کې د سږو ویجاړیدل ، په هیپاتایتس کی د ځګر ویجاړیدل اوپه جزام کی د اعصابو ویجاړیدل.

۶. Post infective سندروم لکه د لکتوز نه زغمل ، دجذب خرابوالی، Irritable Colon، Depression، Post Viral Fatigue سندروم.

(III) : د انتان الرجیکي اغیزې :

الف: دپوستکي خاپونه (Rash):

د پوستکي دخاپونو لیدنه چټک تشخیص او مناسبې درملنې ته اړتیا لري.

رش د انساجو د ویجاړیدنې او التهاب یوځانګړی شکل دی چې پوستکي اخته کوي. سببي پتوجن کیدای شي په افت کې وموندل شي. خاپونه کیدای شي ځایي اویا عمومي وي.

د انتاني ناروغۍ خاپونه له یوې ځانګړې نقطې څخه شروع کیږي ، یوه ټاکلي لوري ته خپریږي او یو ځانګړی وصف لري.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

دا ډول دپوستکي خاپونه د الرجیک حساسیتونو بر عکس په ډیر نادر ډول خارښت او درد لري خو د چکن پاکس دپوستکي افت کیدای شي ډیر شدید خارښت ولري خو په هر ناروغ کی موجود نه وي.

که Rash د زیات نسجي ویجاړتیا له کبله منځته راغلی وي لکه مننګوکوکل رش چې د نسجي ویجاړتیا داخل وعایي کواګولیشن په واسطه منځ ته راځي کیدای شي درد ناکه وي.

خاپونه د ډیرو انتاني ناروغیو کلینکي بڼه ده چې کیدای شي مکولو پپولر (هموار یا کله کله ځرګند سره ټکي)، نوډولر، اریتیماتوس (منتشر سره خاپونه د ګوتی فشار په واسطه له منځه ځی) ، هیموراژیک واسکولر (Blister جوړیدو سره یوځای وی) . لړمی او یا شانکر(Chancre) په شان وي.

که یو ناروغ خاپونه (رش) ولري باید لاندې پوښتنې ورځخه وشي :

۱. ایا کوم درمل یې په دې وروستیو ۳۰ ورځو کې اخستي دي که نه؟
۲. مسافرت ، لمر سره مخامخ کیدو، جنسي اړیکو تاریخچه لري او که نه ؟
۳. هغه فکتورونه چې معافیتي سیستم ویجاړوي لکه کیموتراپي، ستروئید کارونه، سرطانونه، دغړو پیونداو Aspleenism سره مخ شوی که نه ؟.
۴. تبه لرونکي ناروغ وحشي ، کورنیو ځارویواو حشراتو سره داړیکو تاریخچه لري که نه؟.

همدارنګه په فزیکې کتنه کې داکتر په غور سره حیاتي نښې، عمومي وضعیت، توکسیستي نښې، دتوري ،ځیګر ، لمفاوي غوټو غټوالی ، دبندونو التهاب شتون اودغاړې شخوالي ته پوره پاملرنه وکړي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

دځینو ځانګړو ناروغیو خاپونه په لاندې اشکالو کې ښودل شویدي

(۱-۳) شکل د ځینو ځانګړو ناروغیو خاپونه

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

ب . دبندونو التهاب لکه په روماتیک فیور او رایتر سندروم کې.

ج. پیري کاردایټس : په مینګوکوکل میکروبونو کې.

د. انسیفلایټس : په شري کې او یا د واکسین له تطبیق وروسته.

هـ . محیطي نیوروپتي لکه پوست انفیکتیف پولي نیورایټس.

و. هیمولایتیک انیمیا لکه په انفکشس مونو نیکلیوزس کې.

د. نیفرایټس : په ستریپتوکوک انتان کې.

(IV) زهرجنې اغیزې (Toxin mediated) :

په دې اغیزو کی لاندې بیلګې یادولی شو:

۱. اریتیما خاپونه په ستریپټوکوک انتان کې.

۲. د څو سیستمونو ویجاړیدل په ستافیلوکوک ټوکسیک شاک سندروم کې.

۳. نس ناستي لکه د ستافیلوکوک انټیروتوکسین یا Bacillus Cereus له امله.

۴. دغړیو ګډوډي په دیفتیریا کی.

۵. عصبي ګډوډي په ټیټانوس، بچولیزم او دیفتیریا کې.

۱_۷: د انتاني رنځورتشخیص:

انتاني ناروغۍ کولای شي هر یو سیستم یا غړی اخته کړي او د ډول ډول ګیلو او نښو د منځ ته راتګ لامل شي. نو ددې ناروغیو د تشخیص لپاره بشپړه طبي تاریخچه، فزیکي کتنې او لابراتواري پلټنې د انتان د ځای او سببي عامل په پیژندلو کې مرسته کوي.

الف. طبي تاریخچه:

د اعراضو د دوام، پیل ، شدت، چټکتیا او د پرمختګ په باره کې دې بشپړ معلومات تر لاسه شي.

همدارنګه د کوربه فکتورنو او د نورو ناروغیو شته والی چې د انتان خطر زیاتوي او یا د انتان د شدت لامل کیږي لکه الکولیزم،د ځګر ناروغي، درګ له لارې دوا اخیستنه، HIV انتان، د توري د دندې خراب والی، د شکرې ناروغي او کیموتراپی پوښتنه دې وشي.

همدارنګه له ناروغ څخه د هغو فکتورونو په باره کې چې د انتان هسته څرګندوي لکه په دې وروستیو کې د تنفسي لارې انتان، انفلوانزا ،واریسیلا، مخکینۍ تروما ، سوځیدنه،د جراحي

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

ټپونو شته والی، د بهرنی اجسامو لکه Nasal Packing وروسته د رینوپلاستي، Barrier Contraceptive ، تامـــپون، وریدی شریاني فستول،مصنوعي بند ، د مسافرت پوره تاریخچه او له څارویو سره د اړیکو پوښتنه دې وشي.
همدارنګه د خوړو،د دوا د استعمال ، دندې ،د واکسین او په ځانګړي ډول د جنسي نږدیوالي تاریخچه د تشخیص په باره کې پوره معلومات ورکولی شي.

ب . فزیکي پلټنې:

بشپړې فزیکي کتنې دې تر سره شي.
د حیاتي نښو، پوستکي او نرمـو انساجــو کتنې ، General appearance ارزونه اود دماغي حالت کتنه د ارزښت وړ دي.
ناروغ ته دې پاملرنه وشی، چې ایا بې علاقی، نارامـــــه، هیجاني او که لیترجیک دی. د ناروغ تبه دې اندازه شي. ځانګړتیا او درجې باندې دې زیات ټینګار وشي، ځکه تبه د ډیرو انتاني ناروغیو مهمه کلینکي نښه ده.
اما کیدای شي زاړه خلک او هغه خلک چې معافیتي سیستم یې خراب شوی وي لکه یوریمیا، سیروزس او یا هغه چې کورتیزون یا NSAID اخلي کیدای شي تبه ونلري سره له دې چې وخیم انتان ولري.
د وینې فشار، تنفسي شمیر او قلبي شمیر هیمودانامیک او میتابولیک بدلونونه را په ګوته کوی.
د ناروغ پوستکی دې په غـور سره وکـــتل شي. که Petichial خاپونه ولیدل شو، نو مننګوکوک ، Rocky mountain Spotted Fever ته دې فکر وشي ، ایریترودرما په توکسیک شاک سندروم او د درملو له امله تبه کی موجود وي.
د عضلاتو او نرمو انساجو کتنه دارزښت وړ ده. هغه ځایونه چې ســــوروالی , پړســـــوب او تندړرنس لری نـــو Myositis ، Necrotizing Fascitis او مایو نکروزس څرګند وي.
ددماغي حالت کتنه د انسفالوپتي لپاره همدارنګه دغاړې شخوالی او ځایي نیورولوجیک نښې ډیر ارزښت لري.
همدارنګـه د غـړو د غټوالي شـتون لکـه هیپاتومیګـالی، سـپلینومیګالي د لمفـاوي غوټو غټوالی او د دوی ځای، سختوالی،تندرنس او تحرکیت زیات ارزښت لري.
همدارنګه د مهبل ، مقعد او Penis معاینه د زهروی ناروغیو لپاره مهمه ده.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

ج . لابراتواري پلټنې :

ځینی انتانات لکه چکن پاکس د فزیکي معاینې په واسطه پیژندل کیږي او لابراتواري پلټنې ته اړتیا نه لري، خو ځیني انتاني ناروغۍ د طبي تاریخچې سره سره فزیکي معاینې او لابراتواري پلټنو ته هم اړتیا لري.

(I) . عمومي پلټنې:

۱- د وینې کتنې : د وینی په کتنه کې هیموګلوبین، سپینوکرویاتو شمیر، Defferential , ESR ، C-Reactive پروتین، بیوشمیک کتنی ، یوریا او الکترولایتونه اندازه کیږي چې په (۱-۵) جدول کې ښودل شوي دي

۲- رادیوګرافي : عکسونه اخیستل، التراساوند ، ایکوکاردیوګرافي CTسکن (Magnatued MRI Resonance imaging) د ځایي انتان د معلوملو لپاره.

او هم دالتراساوند او CT سکن په لارښوونه بیوپسي اود انساجو اسپایریشن د میکروبیولوجیک کتنو لپاره تر سره کیږي .

ځایي انتان په تشخیص کې Radionuclide scanning پوره مرسته کوي په ځانګړي ډول که چیرې موضعي پته ابسی او د وینې دسپینو ژونکوشمیر لوړ وي .

(۱-۵) جدول عمومي پلټنې په داسې یوه ناروغ کی چې د انتان شک پرې کیږي.

ګڼه	پلټنه	کیدونی لامل (possible cause)
۱	د وینی پوره کتنې	
	نوتروفیلیا	باکتریایي انتان
	نوتروپینیا	وایرسي انتان
		بروسیلوزس
		محرقه
		ټیټانوس
		وخیم سیپسس
	لمفوسایتوزس	وایرسی انتان
	لمفوپینیا	HIV انتان
	غیر وصفي لمفوسایت	انتانی مونو نیکلوزس
	ایزینوفیلیا	پرازیتی انتان

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

	ترمبوسايتوپينيا	وخيم سيپسس
		ملاريا
	د ESR او C-Reactive پروتين لوړوالی	په ټولو کې
	يوريا او الکترولايټونه	په شديدو ناروغيو کې
۲	د ځګر انزايمونه	
الف	په لړه اندازه سره ترانسفرز لوړوالی	د زياترو انتاناتو غير وصفي تصوير دی خفيف وايرسي هيپاټايټيس
ب	د بليروبين او په څرګند ډول سره ترانسفرز لوړوالی	وايرسي هيپاټايټس (په دوديز ډول B ، A يا E)
ج	د ويني پړنديدنه	کيداې شي په هيپاټايټس کې يا په شديدو انتاني پيښو کی.

(II) : ميکروبيولوجيکي پلټنې:

مسئول اورګانيزم د معلومولو لپاره سر ته رسيږي چې دا په څلورو مختلفو ډلو ويشل شوي دي: ميکروسکوپيکل کړنلاره، کرنه، سيرالوجيک کړنلاره او ماليکولر کړنلار ه.

الف : ميکروسکوپيکل لارې چارې:

د وجود مايعات،اطراحات او بيوپسي مواد کولای شوو د مايکروسکوپيکي کړنلارې له لارې معاينه کړو.

همدارنګه له چاپيريال څخه دې اوبه ، خواړه او خاورې واخستل شي اوبيا دې معاينه شي.

کله کله د موادو نمونه په ځانګړي وخت کی اخستل کيږي لکه د ملاريا لپاره وينه بايد د تبې په حالت کی واخستل شي.

زيات کوښښ دې وشي چې نمونه پاکه او له چټليدو څخه وساتل شي. د بيلګې په ډول د عجان برخه دې مخکې د ميتيازو اخستو څخه پاکه شي.

زياتره پتوجنونه په بهرني چاپيريال کی ژر له منځه ځي نو زيار دې وايستل شي چې ژر تر ژره دې په وړ چاپيريال کې نوموړې نمونې لابراتوارته واستول شي.

بايد وويل شي چې نمونه داتتان د کلينيکي بڼې په بنسټ اخستل کيږي. لکه د ملاريا لپاره وينه ،د ويبروکولرا لپاره ډکې متيازې، د ډيفتيري لپاره د ستوني سواب، د ستافيلوکوک لپاره د زوو نمونه، د طاعون لپاره د Bubo څخه مواد ، د نوموکوک لپاره بلغم او داسې نور چې د

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

انتان د تشخیص او معلوملو لپاره اړین او ضروري دي.

دانتان په تشخیص کې د میکروسکو پې ډولونه :

۱. د ناتلوین شویو موادو کتنه لکه ډکې متیازې د پروتوزوا یا چینجیو لپاره، د مهبل افرازات او میتیازې د قیحي حجراتو او باکتریا لپاره .

۲. ساده تلوین لکه ګرام او ګیمزا.

۳. ځانګړی تلوین لکه د زیل نلسن، Grocott، Gomori India ink .

۴. ایمون فلورسنس نېغ په نېغه یا غیر مستقیم

۵. الکترون میکروسکوپ .

ب : د کلچر یا د کرنې کړنلاره (Cultural Method) :

د باکتریایي ، وایرسي او پرازیتي ناروغیو په تشخیص کې خورا ارزښت لري.

د ناروغۍ په پام کې نیولو سره له رنځور څخه د موادو نمونه اخیستل کیږي او په ځانګړې میډیا کې کرل کیږي.

میډیاپه دریو ډولونو ویشل شوې ده:

۱- Enrichment

۲- Selective

۳- Indictor

د بیلګې په ډول وینه د محرقې ، بروسیلوزس، سیپسس، نموکوکل نمونیا ، HIV او نورو لپاره کرل کیږي .

د هډوکي مغز د توبرکلوز، بروسیلوزس، لشمانیا ، هستوپلازموس لپاره همدارنګه د عضویت نور مواد لکه ډکې متیازې، تشې متیازې ، بلـغم هم په ځانګړو میدیا ګانو کې کرل کیدای شي.

ج : مالیکولر کړنلاره:

د مالیکولي تخنیک رامنځته کیدنه د انتاني ناروغیو په تشخیص کې یوه نوی لار پرانستې ده.چې په دې کې دځانګړي DNA لیدنه د Southern blotting په تخنیک ، (PCR) Polymerase chain reaction ، په انساجو او د عضویت په مایعاتو کې د پتوجن د ځانګړي نوکلیک اسید لیدنه شامله ده.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

د: سیرالوجیک کتنې :

دا د انتي جن او ځانګړي انتي باډي په تعامل پورې اړه لري او په ځانګړي ډول په هغه صورت کې چې د پتوجن د کلچر امکانات موجود نه وي او يا خطر يې دروغتون د لابراتوار کارکونکو ته زيات وي ترسره کيږي.

دا پروسه په دوو برخو ويشل شويده :

۱- د انتي جن او انتي بادي تر منځ تعامل.

۲- ددې تعامل ليدنه د ازموينو په واسطه .

له بيلا بيلو تخنيکونو څخه ګټه اخيستل کيږي لکه Precipitation ، سلايډ اګلوټينيشن، کامپلمينت فکسيشن، تيوب اګلوټينيشن، Radio immuno assay ، Antibody detecting Competitive ، کو اګلوټينيشن ، (ELISA) Enzyme linked immunosorbent assay Test ELISA او داسې نور.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

۱_۹ :په معافيت ځپلي رنځور کې انتان

(Infection in Immune compromised Patient)

معافيت ځپلي ناروغان هغه خلک دي چې په طبيعي دفاعي سيستم کې يې يو يا څو زيانونه موجود وي يا په بل عبارت هغه خلک دي چې د ميکروب پر ضد يې د بدن مقاومت د ولادي يا کسبي ناروغيو يا د درملنې له امله (لکه د سرطاني ناروغۍ درملنه اويا د غړو د پيوند) په پايله کې ښکته شوی وي.

په دې خلکو کې نه يوازې داچې انتان ژر بريد کوی، بلکې د زوره ورې او خطرناکې ناروغۍ لامل کيږي چې دمړينې پيښې يې ډيرې دي.

سربېره پردې کوم ميکروب چې نارمل انسانانو کې ناروغۍ را منځته کولای نه شي. په دوی کې د شديدې ناروغي لامل ګرځي او هم څرنګه چې ددې ناروغانو معافيتي سيستم کمزوری وي نو د ناروغيو څرګندې کلينکي نښې نښانې نه ليدل کيږي اوله تشخيص څخه ليرې پاتې کيږي. درملنه يې هم نظر روغو خلکو ته ستونزمنه دی. دا ناروغان ډير چټک تشخيص، درملنې او څارنې ته اړتيا لري.

په دې خلکو کې کيدای شی انتان د وجود له دننه څخه سرچينه واخلي (Endogenous) او ياله بهرني چاپيريال څخه انتان وجود ته ننوځي (Exogenous) .

اندوجنوس ميکروب د وجود نارمل فلورا دی چې د ناروغۍ د منځ ته راتلو چانس ورته پيداشي (Opportunistic) دا کيدای شی باکترياوې وی چې پر انساجو او غړو باندې بريد وکړي د بيلګې په ډول E.Coli ، سودوموناس يا فنګس وي لکه Candida Albicans چې د نا رمل خلکو په معايي سيستم کی اوسيږي او يا کيدای شي هغه مايکرواورګانيزمونه وي چې د يوی اوږدې مودې لپاره په بدن کې ناڅرګند او پټ اوسيږي. خو اوس د بيا فعاليدا زمينه ورته برابره شوې وي. لکه هرپس سمپلکس، هرپس زوستر ، سايتو ميګالو وايرس، E.B.V مايکو باکتريا ، توکسوپلازموزيس ګاندي او لشمانيا.

د معافيتي سيستم زيان په دوو غټو ګروپونو ويشل شوي دي :

لومړنی يا ولادي معافيتي زيانونه لکه B ژونکو ، T ژونکو، کامپلمينت او فګوسايت کې زيان. دوهمي (Secondary) يا کسبي معافيتي زيانونه چې د سرطاني ناروغيو او Immune suppressive درملنی له امله رامنځته کيږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

همدارنګه کولای شو د معافیتي سیستم زیانونه په اوو ځانګړیو ګروپونو وویشو:

۱. د نوتروفیل کموالی او یا د نوتروفیل د دندو خراب والی لکه ولادي ګرانولوماتوز ناروغۍ.

۲. د T حجراتو زیان.

۳. Hypo gama globulinemia.

۴. د کامپلمینټ کم والی.

۵. د توري ایستل (Spleenectomy) او یا د دندې خراب والی یې.

۶. د غیر وصفي معافیتي سیستم خرابوالی لکه د فګوسایتوزس زیانونه، دپوستکي او یا نورو طبیعي خنډونو خرابوالی.

۷. د دفاع کموالی چې پر سرطاني ، د وینې ، کیموتراپی او د غړیو په پیوند شویو ناروغانو کې رامنځته شي.

باید وویل شي چې د معافیتي سیستم د یوې برخی خرابوالی د نورو برخو د خرابوالی سبب کیدای شي. د مثال په ډول T Cell د حجروي معافیت لپاره بنسټیز جز دی که زیان پیداکړي پر حجروي معافیت سربیره د خلطی غبرګون فعالیت هم خرابیږي، ځکه ددې ډول غبرګون لپاره هم T Cell دنده لري.

(I) . د نوتروفیل کموالی (Neutropenia):

داکیدای شي د یو شمیر درملو له امله او یاد بیړنۍ لوکیما یا ددې ناروغۍ د درملنې په پایله کی رامنځته شي. همدارنګه د هډوکو دمغز له پیوند څخه وروسته رامنځته کیدای شي.

د انتان خطر هغه وخت په دې ناروغانو کې زیاتیږي، کله چی کچه یې له 1000/µl څخه ښکته شي او که له 100/µl څخه ښکته شي نو په بیړني او شدید ډول سره انتان برید کوي.

همدارنګه پر شمېر یې سربېره د نوتروپینیا دوام هم د انتان په برید کې رول لري. که دوام یې زیات وي د انتان خطر په دوی کې زیاتیږي. که چیرې له دریو نه تر اوو ورځو پورې دوام وکړي نو بیا د انتان خطر په کښی د ۱۴ ورځو د دوام په پرتله لږ دی.

له ۶۰% څخه زیات Neutropenic ناروغانو کې چې تبه و لري لامل یې انتان دی او په ۳۰% څخه تر ۵۰% ناروغانو کې کلچر مثبت لاس ته راځي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

غوره باکتریا چې په دې ناروغانو کې برید کوي عبارت دی، له ګرام منفی rods څخه او ګرام مثبت کوکسونه هم مهم دی د ګرام منفي له جملې څخه سودوموناس دودیز پتوجن دی همدارنګه کلیبزیلا Serratia او د Enterobacter نورډولونه.
له پوستکی مشتق شوي اورګانیزمونه لکه ستافیلوکوک ایپیدرمس ، ستافیلوکوک اوریوس، مختلــف ستریپتوکوکونه، Bacillus Cerus همدارنګه یوشمیر فنګسونه لکـــه کاندیدا البیکان، C. Parapsitosis ، C. Dullin، C. Kmsi، C. glabrate او Aspergillus Fungigates برید کولای شي.

که چیرې لاندې حالات په Neutropenic ناروغ کې موجود وي نو پاملرنې او روغتون کې بستر ته اړتیا لري.

۱. که چیری شدیده نیوتروپینیا او یا مونو سایتوپینیا ولري.
۲. که دناروغ د سینې رادیوګرافي غیر نورمال وي.
۳. د پښتورګو او ینې د دندو خرابوالی موجود وي.
۴. ناروغ لوړه تبه ولري.
۵. د نیوتروپینیا دوام زیات وي.
۶. د دماغي حالت بدلون.
۷. د ګیډې د درد شتوالی .
۸. بله ناروغي ورسره مل وي.

(II) د خلطی معافیت زیان:

دا کیدای شي ولادي اویا په وظیفوي ډول رامنځته شوی وي.
ولادي هایپو ګاما ګلوبولینیمیا په دوه ډوله ده :

الف : X Linked اګاما ګلوبولینیمیا : چې په دې صــورت کې ناروغ شپږ میاشتې وروسته له زیږیدو څخه له انتان سره حساس کیږي یعنې کله چې مورنۍ انتي بادي خلاصه شي.

ب : Common Variable immunodeficiency : داکیدای شي په هر سن کې رامنځته شي. خو زیاتره په دریمه لسیزه کې پیښیږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

وظیفوي هایپوګاما ګلوبولینیما د Multiple Myeloma ناروغانو کې چې د B ژونکو پخیدلو کی ځنډ رامنځته کیږي او کیداې شي په یو لړ پرازیتي ناروغیو کې لکه لشمانیا، ترایپا نزوما کې هم پیداشي

په عام ډول په دې ناروغانو کې اینکپسولیتید اورګانیزمونه لکه هیمافلوس انفلونزا، ستریپتوکوک نمونیا، میکوپلازما نمونیا او کلامیډیا نمونیا زیات پیښیږي. همدارنګه د کولمو میکروبونه لکه جاردیا، Compylobacter ، Cryptosporidia هم کیدای شي نظر نارمل شخص ته په دې ناروغانو کې دوامداره وي. په نادر ډول پر مختللی انټیرو وایرس انتان له مننګو انسیفلایټس سره یو ځای کیداې شي چې په دې ناروغانو کې رامنځته شي.

(III) : هغه ناروغان چې حجروي معافیت کی زیان لري:

ددی ناروغانو بیلګه د HIV ناروغان، لمفو ریتیکولر سرطاني ناروغۍ لکه Hodgkin ناروغي یا هـــغه خلک چې معافیت ځپونکي درمــل لکه کورټیکوسترویډ، سایکلوسپورین، Tactrolimus او یا نور سایتوتوکسیک درمل د سرطاني ناروغیو د درملنې په مـــوخه اخلي یا دوامداره کورتیزون د استما، S.L.E، Temporal arthritis او نورو لپاره اخلي دی.

په ولادي ډول د T Cells زیان نادر دي اکثرا هایپوګاماګلوبولینیمیا سره یو ځای وی.په دې ناروغانو کې زیاتره د باکتریاوو له ډلې څخه مایکو باکتریا لکه مایکو باکتریا توبرکلوز، مایکو باکتریا Kansasis، M. avium ، M. Chelonci ، Listeria Monocytosis ، سلمونیلا او لیجونیلا زیاته مداخله کوي همدارنګه هرپس سیمپلکس، C.M.V ، واریسیلا ، هیپاټایټس B وایرس، E.B.V او یو شمیر فنګسونه د نوتروفیک ناروغانوبرخلاف چې پکې سطحي فنګسونه برید کولاې شي. په دی ډله ناروغانو کې ژور او خپریدونکی انتانات لکه هستوپلازما کپسولاتوم ، نموسیستس کریني لیدل کیږي، همدارنګه پرازیتي انتانات لکه توکسوپلازما ګاندي برید کولای شي.

(IV) : سپلینیکتومیک او یا هغه ناروغان چې د توري دنده یي خرابه شوې وي:

په دې ډله کې څرنګه چې اورګانیزم له وینې څخه نه پا کیږي نو د شدید Sepsis خطر شته چې پیښې یي په کال کی له نیم نه تر یو فیصده پوری دي.

باید وویل شي چې خطر یي په نویو زیږیدلو ماشومانو کی زیات دی. همدارنګه هغه خلک چې د لمفوما، تلاسیما لپاره Splencetomy شوي وي د مړینې خطریي زیات دی.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

ډیر غوره اورګانیزم چې داخلک اغیزمن کوي له S.Pneumonia څخه عبارت دی چی دوه پر دریې برخه هم دا انتان جوړوي. نورې غوره باکتریاګانې لکه هیمافیلوس انفلوینزا او E.Coli هم برید کولای شي.

ملاریا په دې ناروغانو کی شدید سیر خپلوي او Splenectomy د Capnocytophagic canimorsis لپاره مساعد دی چې ورسته د سپي د داړلو څخه را منځته کیږي.

(V) : د کامپلمنیټ زیان:

که چیرې یو ناروغ د کامپلمینټ زیان ولري نو دوه ډوله انتاني ناروغیو سره مخ کیږي.

١. که چیرې C1q،C3، فکتور H یا فکتور ای فکتور کې څه زیان وي نو د کپسول لرونکو باکتریاو پر وړاندې حساسیت زیاتیږي. په دې ناروغانو کې Immune Complex ګډوډي او SLE په شان ګډوډې هم څرګندیداې شي.

٢. هغه ډله ناروغان چې Lytic کامپلمینټ پاتوی کی یعنې د C5 څخه تر C9 پورې زیان ولري د نایسیریا انتان ،مینینګوکوک او ګونوکوک پر وړاندې حساس دي.

په ولادي ډول د کامپلمینټونو زیان نادر دی خو تکرارې پایوجینیک انتان لپاره خطر زیاتوي چې داخطر د کامپلیمینټ پاتوی د هغی برخې پورې اړه لري چې زیان په کې رامنځته شویدی.

(VI). انتان په هغو ناروغانو کې چې د غړیو پیوند ورته شوی وي:

د ریجکشن ضد درمل د حجروي معافیت غبرګون په کلکه اغیزمن کوي ځکه چې په اولو ورځوکی وروسته له پیوند څخه په ناڅاپي ډول کورتیزون، Azathioprine او سایکلوسپورین ورکول کیږي.

له بلې خوا څرنګه چې د غړیو پیوند یو جراحې کړنه دی نو په دې ناروغانو کې د روغتون د داخلیدلو ، عملیات او د انستیزي ستونزې انتان ته زمینه برابروي.

په نادر ډول پیوند شوي غړي خپله انتان لري چې زیاتره وایرس وي لکه سایتومیګالو وایرس ، Human Herpes Virus Type 6 یا HHV6 . که پیوند ورکوونکي د تراپیکال ځاې وي نود Strongyloids د لیږدیدنې لامل کیداې شي .

(VII) .په پای کې یو غټ ګروپ ناروغان چې په وصفي ډول معافیت ځپل شوې نه وي بلکې د یو شمیر حالاتو د شتون له امله د انتان د مداخلې خطر په کښې زیاتیږي. (سوځیدنه او شدیده تروما).

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

د ځينو سامان الاتو لکه Foley Catheter، Dialysis کتيتر، د وريد خلاصول (IVCanola) هم انتان ته ګواښ زياتوي.
د مرکزی اعصابو د دندو ګډوډي لکه CVA چې اسپايريشن نمونيا او د Bed sore ته زمينه برابر وي.
همدارنګه هغه شمير ناروغان چې انسدادي افت ولري لکه سينه بغل وروسته د بندی شوی قصبی څخه، پايلونفرايتس وروسته د پښتورګو د تيږې څخه، او يا کولانجايټس وروسته د تريخي له ډبرې څخه پيښيداې شي.

الف : تشخيص:

څرنګه چې په دې ناروغانو کې معافيتي سيستم ځپل شوی نو انتان شديد سير لري او ژر د مړينې لامل کيږي نو ژر تشخيص او چټکې درملنې ته اړتيا لري.
لاندې کړنې دې په پام کښې ونيول شي.

۱. په روټين ډول دې ناروغ وارزول شي لکه Complete Blood count او Differential ، د سينی راديوګرافی او که اړينه وی د وينی ، بلغمواود ميتيازو کلچر دې ترسره شي په همدی ډول هر موضعي شکايت لکه موضعی درد ، سردردي، خاپونه بايد ژر Imaging اوله وړ ځای څخه مواد واخستل شي او کلچر شي.

۲. هغه ناروغان چې بې له کوم څرګند دليل څخه تبه ولري بايد د وايرسي ناروغيو لپاره وارزول شي. په ځانګړي ډول د سايتوميګالو وايرس لپاره د وينې کلچر يا انتی جن ټسټ ترسره شي.
ابسې چې نږدې مخکيني عملياتي ځاې کښې رامنځته کيږي کانديديازس چې ځګر يا توري اغيزمن کوي. سيرالوجيکې کتنې د توکسوپلازما د پلټنې لپاره اهميت لري.

۳. ځانګړی تشخيصه لارې چارې لکه د پوستکي ، ځګر، د هډوکو د مغز بيوپسي ، د سږو خلاصه بيوپسی، ترانس برانکيل بايوپسي، برانکو الويلر لواژ او داسې نور .

۴. هغه ناروغان چې دجامدو غړيو پيوند ورته اجرا شوی وی او له عمليات څخه وروسته ډير ژر مايکروب پيداکړي نود پيوند شوي غړي انتان ته فکر کيږي د بيلګې په ډول د سږو له پيوند څخه وروسته نمونيا ، ميدياستيناايټس . د ځيګرله پيوند څخه وروسته د ګيډې داخلي ابسې ، پريټونياټس،کولانجايټس . د پښتورګو له پيوند څخه وروسته U.T.I د پښتورګو شاوخوا ابسې .

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

برخلاف د جامدو غړیو دپیوند د هډوکو د مغز د پیوند په ۲۰-۷۰٪ ناروغانو کې د تبې لامل نه څرګند یږي.

۵. د انتان د سرچینی په معلومولو کې په ځانګړی ډول وروسته د غړو د پیوند په ناروغانو کې وخت ډیر ارزښت لري.

که چیرې د غړي د پیوند څخه وروسته په لومړنیو ۲_۴ اونیو کې انتان منځته راشي نو د عملیات پروسیجر اود روغتون انتان ته فکر وشي لکه د ټپ میکروب ، د اخل وریدي کتیټر انتان، د فولی کتیتر انتان اوداسی نور.

که انتان د لومړی او شپږمې میاشتې تر منځ څرګند شو نو معافیت ځپلو ته فکر کیږي په دې درشل کې د وایرسونو بیا فعالیدل رامنځته کیدای شي هرپس وایرس ، سایتومیګالو وایرس، وایریسیلا همدارنګه موقع لیدونکي فنګسونه لکه کانډیډیا ، اسپایروجیلوس، نموسیستس دودیز دي.

که انتان وروسته له شپږو میاشتو څخه پیښ شو د ټولنې د نورو وګړیو ته د انتان د پیښیدلو لامل ته فکر وشي.

ب : د انتان مخنیوی :

په ځانګړي ځای کې ددې ناروغانو څارنه د انتان خطر کم کړی دی هغه پرسونل چې ناروغ سره اړیکې لري باید روغتیا ساتنې ته پام وکړي. د وارد پاک ساتل د اهمیت وړ دې همدارنګه خواړه او اوبه چې ناروغ یې کاروي باید صحي وي هغه هوا چې د ناروغ کوټې ته ننوځي باید فلتر شي.

د Co – Trimexazol یو ډبل تابلیت دری وخته اونۍ کې، یا یو جره تابلیت د ورځی ۳ الی ۶ میاشتو لپاره کولای شی نموسایتس انتان د غړیو په پیوند شوی ناروغ کې وقایه کړي. همدارنګه د باکتریل نمونیا ، Nocardiasis , U.T.I اود توکسوپلازموزس پیښې یې کمې کړي دي.

که چیرې ناروغ ددې درملو سره حساسیت ولري نو Pentamidone ۳۰۰ ملي ګرامه یو ځل په میاشت کې یا Dapson ۵۰ ملي ګرامه د ورځې ورکول کیږي.

Acyclovir کولای شي Herpes Simplex انتان په هغه ناروغانو کې چې د هډوکو د مغز پیوند او یا د جامدو غړو پیوند Seropositive وي وقایه کړي ۲۰۰ ملي ګرامه د خولی له لاری درې

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

ځله د ورځې د ځلورو اونیو لپاره دهډوکو د مغز د پیوند ناروغ او ۱۲ اونۍ جامد غړیو د پیوند ناروغ ته ورکول کیږي.

د سایټومیګالو وایرس وقایه لږه ستونزمنه ده . د دی وایرس وقایوی ستراتیژي اړونده پیوند ورکونکي او اخیستونکي سیرالوژجیک حالت او د غړي په ډول پورې چې کوم غړي پیوند شوی اړه لري. د جامدو غړو لکه د زړه ، ځیګر ، سږو ، پښتورګیو د پیوند ناروغانو کې ددی انتان خطر زیات دی نو gancyclovir ۲الی ۵ ملی ګرام د بدن په کیلو وزن د ورید له لارې په ورځ کی دوه ځله د روغتو ن داخل کی له لسو ورځو وروسته د خولې له لاری ۱ ګرام د ورځی درې ځلې د دریو میاشتو لپاره ورکول کیږي .

په نیوتروپینیک ناروغانو کې څرنګه چې د انتان لویه سرچینه د کولمو فلورا ده نو کولای شو له نه جذبیدونکو انتي بیوتیکونو څخه ګټه واخلو . لکه د Franycetin Colistin او Nystatin (FRACON) له یو ځای والی څخه جینتاماسین ،وانکومایسین او نیستاتین هم کارولی شوو. په ځینیو مرکزونو کې Ofloxacin ، Norfloxacin او Ciprofloxacin څخه هم په وقایوي ډول ګټه اخیستل کیږي.

د فنګسونو د مخنیوي لپاره Amphotericin B یا نیستاتین استعمالیدای شي. په دی وروستیو کې فلوکنازول په ځانګړی ډول د Yeast د مخنیوي لپاره بریالی راوتی.
باید وویل شي چې Itraconazole د اسپیرجیلوس د مخنیوي لپاره ګټور دی.

هغه ناروغان چې توري یې ښکل شوي وي دوی باید د نموکوک ضد واکسین دوه اوونۍ مخکې د انتخابي Splenectomy څخه واخلي او واکسین هر ۳الی۲ کاله وروسته تکرار شي همدارنګه دمکروب ضد وقایه دې د پنسیلین په واسطه و شي باید وویل شي چې کله کله نموکوک د پنسلین سره ټینګار ښکاره کوي.

ج : درملنه :

ژوندته ګواښ کوونکی مایکروب باید ژر د مکروب ضد درملو په واسطه درملنه شي د ګډو پراخ اغیزو باکتروسیډل انتی بیوتیکونو ورکړه چې سینرجیتیک اغیزه لري پیل کیږي البته د انتی بیوتیک له پیل څخه دمخه د کلچر او انتی بیو ګرام لپاره مواد اخستل اړین دي د مکروب ضد درملو په کارونه کې باید د انتان ځای په نظر کې وي . دبیلګې په ډول په نیتروفینیک ناروغانو کې چې تبه ولري لومړی باید باکتریایي او فنګسي مایکروب ته فکر وشي.او داسې انتي بیوتیک وټاکل شي چې په ګرام مثبت او ګرام منفی اغیزې ولري .

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

که چیرې لومړۍ غبرګون د پراخه اغیزو انتی بیوتیکونو پر وړاندې ونه ښودل شو نو یو ځای ورسره فنګس ضد درمل هم پیل کیږي. په دې موخه ډول ډول درمل استعمالیږي د بیلګې په ډول کینولون (Levofloxacin، Moxifloxacin، Gatifloxacin).

که د نوتروفیل کچه له ۵۰۰ څخه په یو مایکرو لیتر کې ښکته وي او ناروغ تبه ولري باید کلچر ترسره شي.وانکومایسین ۱۰-۱۵ ملي ګرام د بدن په هر کیلو ګرام وزن دولس ساعته وروسته د ستافیلوکوک اوریوس او S. Epidermidis لپاره چې مقاوم وي ورکول کیږي که بیا هم وروسته د ۴۸-۷۲ ساعتونو پورې تبه دوام وکړي د فنګس ضد درمل لکه واري کونازول ۲۰۰ ملي ګرامه دوه ځله د ورځې (که ناروغ د فلو کونازو ل وقایه اخستې وي) اضافه کیږي.

د سودوموناس ، Citrobacter، اسینیتوباکتر د ښه پوښښ لپاره کینولون په Cefepime بدلوو چې ۲ ګرامه هر اته ساعته وروسته د ورید له لارې ورکول کیږي که بیا هم تبه ښه نه شوه نو ۵۰۰ Imipenem ملي ګرامه هر ۶ ساعته وروسته او یا میروفینیم یو ګرام هر اته ساعته وروسته د توبرامایسین سره یو ځای او یا غیر له دې ۱,۸ ملي ګرامه دبدن په هر کیلو ګرام وزن هر اته ساعته وروسته د Cefepime په ځای کارولای شو که بیا هم تبې دوام پیداکړ نو Co-Trimexazole په درې کسري دوزونو د Stenotrophononas د درملنې لپاره اضافه کیږي درملنه باید د نیوتروپینیا تر رغیدلو پورې ادامه پیداکړي .

همدارنګه Growth فکتور او Granulocyte Macrophage C.S.F(Colony Stimulating Factor) د هډوکو د مغز د مورنۍ ژونکو د لمسون لپاره ورکول کیږي .

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

۱۰-۱ : هغه تبه چې بنسټ يې څرګند نه وي (Fever of Unknown Origin)

تاريخچه، کلينيکي کتنې او ساده لابراتواري پلټنې په زياتره ناروغانو کې د تبې لامل څرګندولای شي. خو يو شمير لږو ناروغانو کې له پوره څيړنو سره سره هم د تبې لامل نه شو پيداکولای. نو د FUO اصطلاح همدغې ستونزې لپاره استعماليږي.

Petersdorf او Beeson د څيړنې په اساس چې پر سل تنو ناروغانو کې تر سره شوې وه د FUO ډير غوره لاملونه په ۳۶ % پيښو کې انتان ، ۱۹% پيښو کې سرطاني ناروغۍ، ۱۵% پيښو کې روماتولوجيک ناروغۍ او ۷% پيښو کې هيڅ کوم څرګند بنسټ د تبې معلوم نه شو.

نو پورته ذکر شويو پوهانو FUO په لاندې ډول تعريف کړ ی ده:

که چيرې يو ناروغ ۳۸،۳ سانتي ګريد او يا لدې څخه لوړه تبه ولري او دا تبه درې اوونۍ يا زيات دوام وکړي او ديوې اونۍ د پلټنې سره سره دتبې لامل څرګند نه شي نو FUO ورته ويل کيږي. البته د يوې اونۍ پلټنې د درې اونيو د تبې په دوام کې شاملې دي. په ۱۹۹۱م کال کې Durack او Street له خوا FUO په څلورو کټګوريو وويشل شوه.

۱. کلاسيکه FUO :

هغه ناروغان چې ۳۸،۳ سانتي ګريد يا ۱۰۱ فارنهايت تبه ولري دوام يې درې اوونۍ يا زيات وي درې ورځې په روغتون کې ورته پلټنې اجرا شي او يا په دريو بيلا بيلو ليدنو له روغتون څخه بهر پلټنې تر سره شي بيا هم د تبې لامل څرګند نه شي.

۲. نزوکوميل FUO :

په روغتو ن کې بستر شويو ناروغانو ته چې دداخليدو پر مهال يې تبه نه درلوده، تبه پيداشي چې کچه يې ۳۸،۳ سانتي ګريد يا له دې څخه لوړه وي د درې ورځو څيړنو سره سره يې لامل څرګند نه شي او هم لومړنی کلچر يې منفي وي نزوکوميل FUO ورته ويل کيږي.

۳. نيوتروپينيک FUO :

که د يوه ناروغ د نيوتروفيل کچه له 500/μl څخه ښکته وي او ۳۸،۳ درجې يا له دې څخه لوړه تبه ورته پيدا شي لومړنی کلچر يې هم منفي او تر دريو ورځو پورې تر څيړنې لاندې ونيول شي مګر لامل يې څرګند نه شي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

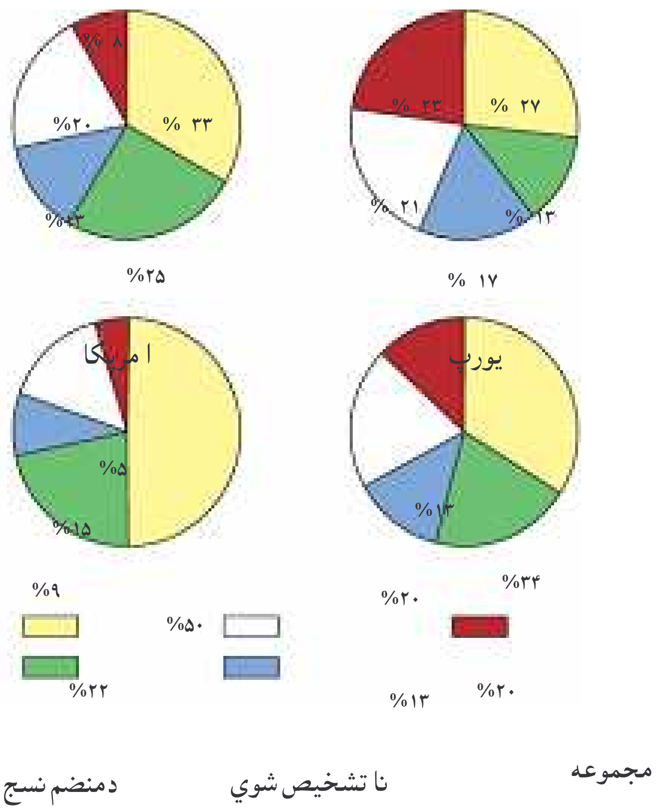
۴. HIV سره يو ځای FUO : كه په يوه HIV مثبت ناروغ كې ۳۸،۳ سانتی گرید او یا له دې څخه لوړه تبه پیدا شي چې دوام يې له روغتون څخه بهر څلور اونۍ د روغتون دننه يعنی په بستر شوي ناروغ كې درې ورځې وي او پوره څېړنو سره سره يې وشي او لامل يې څرگند نه شي.

(I). د FUO لاملونه :

په عمومي ډول انتانات، سرطاني ناروغۍ، اوتواميون ناروغۍ او نور د FUO غوره لاملونه دي.

انتانات په كاهلانو كې ۲۷-۴۰٪ ، سرطاني ناروغۍ ۲۷-۴۰٪ او اتواميون ناروغی ۱۰-۲۰٪ د FUO لامل جوړوي.

په ماشومانو كې انتانات ۳۰-۵۰٪ ، سرطاني ناروغۍ ۵-۱۰٪ او اوتواميون ناروغۍ ۱۰-۲۰٪ د FUO لامل جوړوي. چې په لاندې گرافونو كې په بېلا بېلو هيوادونو كې ښودل شوي.



په (۱-۴) گراف كې د FUO لاملونه په جلا جلا هيوادونو كې

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

۱. د کلاسیکل FUO غوره لاملونه:

الف : انتانات:

عمومي او ځایي انتانات دواړه د دې FUO غوره لامل جوړوي لکه باکتریل اندوکاردایټس، توبرکلوزس، مایکوزونه، وایروسي ناروغۍ (په ځانګړې ډول E.B.V او Cyto megalo Virus)، توکسوپلازموزس ، بروسیلوزس، Q-Fever، سلمونیولوزس، ملاریا او یو شمیر نور هغه انتانات چې پیښې یې کمې وي.
همدارنګه په خپله HIV او نور موقع لیدونکي انتانات (Opportunistic) چې په HIV ناروغ کې لاس وهنه کوي د FUO غوره لامل جوړوي.

سربیره پردې د ځایي انتاناتو مثالونه لکه د توري، ځیګر، پښتورګو ، دماغ ، هډوکو او نورو غړیو ابسې ګانې، همدارنګه دحجاب حاجز لاندې ابسې ، د ځګر لاندې ، پاراکولیک او په نورو ځایونو کې دزوو راټولیدنه، U.T.I، کولانجایټس،اوستیوما لایټس، دغاښونو ابسې او Para nasal Sinusitis هم د دوامدارې تبې لامل کیدای شي.

ب : سرطانونه:

لکه لمفوما په ځانګړي ډول نان هوجکن لمفوما د FUO یو ډیر غوره لامل دې. همدارنګه لوکیمیا ، د لمف نورې ناروغۍ لکه انجوامیونوبلاستیک لمفوما ، Castleman's ناروغۍ ، د ځګر لومړنی او میتاستاتیک تومورونه، د پښتورګو سرطان او اتریل مکسوما د FUO لامل کیدای شي.
C.L.L او مولتیپل میالوما په نادر ډول سره د FUO لامل کیږی که په دې ناروغانو کې تبه پیدا شوه په چټک ډول دې د انتان پلټنه وشي.

ج : اتو امیون ناروغۍ:

Still's ناروغۍ، S.L.E ، Cryglobulinemia او پولی ارتراېټس نوډوزا د FUO ډیرغوره لاملونه دی. Gaint Cell Arteritis او پولي میالجیا روماتیکا په ۵۰ کلنۍ کې د FUO سبب کیدای شي.

د: متفرقه لاملونه:

لکه تایروئیدایټس ، سارکویدوزس، Whipple's ناروغی فامیلیل مدیترانیل فیور (F.M.F) Recurrent Pulmonary Emboli، الکولیک هیپاټایټس،الرجیک

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

الوويولايټس،اورتيک ډايسيکشن، Behect's سندروم ، مزمن مننجايټس ، د درملو له امله تبه، اريتيما مولتي فارم ، پانکراتايټس، پريکارډايټس، دروغجنه تبه او يو شمير نور.

هـ : ناتشخيص شوی FUO (Undiagnosed Fever) :

له پوره څیړنو سربیره په ۱۰- ۱۵% پیښنو کی نه شو کولای د FUO لامل څرګند کړو. ددې ناروغانو په درې پر څلور شمیره کسانوکې تبه په خپله ښه کیږي او پاتې ناروغانو کې د اصلي ناروغۍ نوری کلاسیکې ګیلې او نښې څرګندیږي چې تشخیص پرې ایښودل کیږي.

۲ . نزوکومیل FUO غوره لاملونه :

الف : Clostridium diffecile colitis

ب : سپسس او هغه انتانات چې کتيتر پورې اړه لري.

ج: درمل لکه سلفاميدونه، پنسلين، ريپامپين، INH، ستريپتوماسين، فني توين او ميتايل دوپا.

د: سپتيک ترومبوفيليبايتس.

هـ : د جراحي د ټپ مايکروب.

و: ساينوسايټس په ځانګړي ډول هغه ناروغان چې دوامداره ډول ورته نزوګاستريک او نزو تراخيل سامان استعمال شوی وي.

۳: د نیوتروپینیک FUO غوره لاملونه:

ډير غوره لامل په دې رنځورانو کې فنګسي او باکترياي انتانات دي په ځانګړې ډول سودوموناس اوستافيلوکوک ډولونه د فنګسونو ښه بيلګه کانديديا ، اسپيروجيلوزس ډولونه دي.

۴: د HIV سره يوځاي FUO غوره لاملونه:

الف : توبرکلوز.

ب : Disseminated Mycobacterium avium intracellular

ج : نموسيستيک کريني نمونيا.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

د: سایتومیګالو وایرس.

هـ: لمفوما (د CNS لومړنی لمفوما یا Non Hodgkin lymphoma).

(II) د تشخیص لپاره پلټنې

څرنګه چې د FUO لامل څرګندول ډیر وخت غواړي او هم د اقتصاد له نظره ډیرو پیسو ته اړه لري نو باید لومړی له ناروغ څخه پوره دقیقه طبي تاریخچه واخستل شي چې په دې کې د کورنۍ، دندې، ټولنیزه، جنسي نږدیوالي، دوا اخستنه، خوړو تاریخچه (په ځانګړې توګه د خامې غوښې خوراک اود خامو شیدو څښاک) له حیواناتو سره اړیکو او کیمیاوي موادو سره د اړیکو تاریخچه ارزښت لري.

تکراری فزیکي کتنې اجراشي، لاندې فزیکي لاسته راوړنې په تشخیص کې ارزښت لری:

۱. د ځګر غټوالی: دلمفوما، لوکیمیا، دځیګر میتاستاز او د ځګر ابسی لپاره.

۲. د توری غټوالې: دلمفوما، لوکیمیا، او انتاني مونونیکلیوزس لپاره.

۳. دپوستکي خاپونه :د HIV او انفکشس مونونیکلیوزس لپاره.

۴. د لمفاوي غوټو غټوالی :د لمفوما، HIV، کیکوچي فوجیموتو ناروغۍ (KFD)او Castleman's ناروغۍ لپاره دې لابراتواري څیړنې اجرا شی. سربیره په روټین معایناتو د وینی، ډکو میتیازو، تشو میتیازو، بلغم اود C.S.F کرنه ترسره شي سهرنۍ ګستریک اسپایریشن په ځانګړې توګه که د توبرکلوز اشتباه وي معاینه شي.

په ټولو ناروغانو کې د سینې رادیوګرافي ترسره شي د Sinus x-ray، معدې معایي پورتنۍ برخې Series، باریوم اینیما پروکتوسیګموئیدوسکوپي, او د صفرا کڅوړې د دندو ارزیابي باید هغه وخت وشي کله چې ناروغ ددی غړود ګیلو تاریخچه بیان کړي.

CT سکن په ځانګړې توګه د ځیګر، توري Retroperitoneum، دګیډې او حوصلی دلیدو لپاره ګټور دی.

له MRI او CT سکن څخه د عصبي سیستم د افاتو په څرګندولو کې ګټه اخستل کیږي. .

اولتراساوند د پښتورګو، پانکراس او صفراوي کڅوړې دافاتو په څرګندولو کې ارزښت لري.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

ایکوکاردیوګرافی د اندوکاردایتس، اتریل مکسوما او دسامي ناروغیو تشخیص کې ارزښت لري.

(III) . ازما ښتي درملنه:

پخوا به د التهاب ضد درمل لکه کورتیکوستروید ، اسپرین او د مایکروب ضدر درمل د غیر مستقیم تشخیصیه ازمایښت لپاره د FUO ناروغانو ته ورکول کیدل. په نادرو پیښو کې به د کانسر ضد درمل هم په دې موخه استعمالیدل اما اوس داسې ازمایښتونه ډیر لږ تر سره کیږي.

په هغه صورت کې ازمایښتي درملنه کارول کیږي کله چې یوې ناروغۍ ته ډیر زیات فکر وشي لکه د توبرکلوزشکمن ناروغ ته د توبرکلوز ضد درملو استعمال او یا تتراسایکلین کارول د بروسیلوز په شکمن رنځور کې. باید وویل شي که په څو اوونیو کې له درملنې سره غبرګون حاصل نه شو درمل دې قطع او بیا دې لابراتواري ازمایښتونه پیل شي.

په وخیمو او هغو ناروغانو کې چې ډیر ژر یې وضعیت خراب شوی وي په چټک ډول د توبر کلوز ضد درمل په ځانګړی ډول که زوړ وي ورسره د مایکروب ضد درمل هم ورکول کیږي .

کورتیکوستروید دومره نه کارول کیږي ځکه چې تبه راښکته کوي خو نور زیات انتانات تشدید وي او انتان د FUO غوره لامل دی .

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

دویم څپرکی

اختصاصي انتاني ناروغۍ

شجیلوزس

Bacillary Dysentry

تعریف :

د کولمو یوه بیړنۍ انتاني التهابی ناروغۍ ده چې د شجیلا له امله منځ ته راځي که څه هم دې ناروغی ته بسیلري دیزنتري وایي خو ګڼ ناروغان یوازې اوبلن نس ناستی لري او په ډایزنتري نه اخته کیږي.

د دایزنتري اصطلاح د لومړي ځل لپاره د هیپوکرات لخوا وکارول شوه او هغه حالت ته یې وویل په کوم کې چې ډکې متیازې، وینه، مخاط او دردناکه دفعه سره یو ځای وي.

په صنعتی هیوادونو کې د ناروغۍ شدید شکل دومره زیات نه دي خو دودې په حال هیوادونو کې د ناروغی له شدید حتی وژونکې دیزنتري سره مخامخ کیږو.

هر کال په ټوله نړی کې ۱۲۵ میلونه وګړي په دې ناروغۍ اخته کیږي چې له دې جملې څخه ۱۰۰ میلونه د ودې په حال هیوادونو کې رامنځته کیږي اونړدې له یوه میلون څخه زیات مړه کیږي.

مړینه په هغو ماشومانو کې چې عمر یې د ۵ کلونو څخه کم وي زیاته دی (۶۱%).

سببي لا مل:

شجیلا یو کوچنی ګرام منفی بی حرکته بسیل دی چې د انتیروباکتریاسی کورنۍ پورې اړه لري چې دا بیا د E.Coli قبیلې پوری تړاو لري.

شجیلا څلورډولونه لري:

۱. شجیلا دیزنتری(Group A)
۲. (Group B) Shigella Flexneri
۳. شجیلا بودي (Group C)
۴. (Group D) Shigella Sonnei

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

اپیدیمولوجي:

هیپوکرات ویلي دي کله چې د وچ ژمي څخه وروسته باراني پسرلۍ راشي نو د اوړي په موسم کې به د دایزنتري پیښې ډیرې وي .

پیښې یې په هغه ځایونو کې چې روغتیا ساتنه ښه مراعات نشي، د وګړیو ګڼه ګونه (لکه زندانونه ، وړکتونونه، مکتبونه) وي او همدارنګه صحي پاکې اوبه موجودې نه وې زیاتې دي. د ناروغۍ لوړه کچه په هغوماشومانو کې چې عمر یې له ۵ کلو څخه ښکته وي لیدل کیږي.

ناروغۍ زیاتره له یو انسان څخه بل انسان ته د Fecal oral له لارې لیږدیږي چې کیداشي نیغ یه نیغه ډکې متیازې لاسونه ککړ کړي او یا په غیر مستقیم ډول سره خواړه، اوبه، شیدې ککړې کړي.

مچان هم د ناروغۍ په لیږدیدنه کې غوره رول لري .

رنځور د ناروغۍ په حالت کې حتی تر شپږ اوونیو پورې اورګانیزم په ډکو متیازو کې چاپیریال ته لیږدوي.

پتوجنیزس:

د ناروغۍ انتاني دوز ۱۰-۱۰۰ اورګانیزمونه دي. انتان د خولې له لارې داخلیږي د معدې د مانعې څخه په اسانۍ سره تیریږي ځان کولمو ته رسوي .

شجیلا کولمې د M cells له لارې چې د کولمو لمفوئید انساج یې پوښلي تر برید لاندې نیسي ځکه چې نشي کــــولای د اپیتلیل ژونکو Tight Junction ته ورسیږي.

کله چې دمخاط لاندې M ژونکې ویجاړې شي نود سایتوکینو د ازادیدو او د پولي مورف ژونکو د تولیدو لامل کیږي او یوه لاره Tight Junction ته د پولي مـــــورف په واسطــــه خلاصیږي نو اوس شجیلا کولای شي چې د قاعدوي پردې څخه Enterocyte تر برید لاندې ونیسي کله چې سایتوپلازم ته ننوځي نو له یوې حجرې څخه بلې حجرې ته خپریږي چې ددې پروسې لـــپاره Vir G gene منځګړیتوب کوي دا جین یو 120-KDa Uncode پروتین دی .

که څه هم د 220-KB پلازمید شتوالی د شجیلا د برید لپاره اړین دی لاکن زیات جینونه چې دا پروسه تنظیموي په کروموزوم کې لیدل کیږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

د شجیلا داینزتري بعضی ډولونه لکه S.Dysentery Type 1 یو ځواکمن Exotoxin جوړوي چې د Shiga toxin په نوم یادیږي. جوړښت یې د E.Coli توکسین ته ورته دی او د رګونو موضعي تخریب زیاتوي .

ددی توکسین د عمومي خپریدو له امله هیمولایتیک یوریمیک سندروم (H.U.S) رامنځته کیږی.

په کوچنیو کولمو کې په فعال ډول د مایعاتو اطراح تر سره کیږي.

د دایزنتري کلینیکي بڼه له کوچنیو کولمو څخه د مایعاتو د زیاتی ضایع کیدو ، په لویو کولمو کې دبیا جذب خرابوالی، د لویو کولمو د زخمونو او Exotoxin د التهابی اغیزو له امله رامنځته کیږی.

کلینیکي بڼه:

د تفریخ دوره یې ۳الی ۴ ورځې ده. اکثراً په ناڅاپي ډول پیل کوي د ناروغۍ شدت په S. Dysentery Type 1 کی زیات وي. شجیلا فیلیکسنر،شجیلا سونني او شجیلا بودی خفیف سیر لري.

کله چې ډایزنټري رامنځته شوه نو ناروغ د ورځې ۲۰ الی ۴۰ ځله پوری ډکې متیازې کوی. د ډکو متیازو حجم کم ، وینه، مخاط او زوې لري چې ورسره شدید د ګیډې درد او Tenismus موجود وي چې دا د ریکتل پرولپس لامل کیدای شی په ځانګړي ډول په ماشومانو او په هغو خلکو کې چې د ریکتوم لیګامنت یې کمزوری شوی وي.

تبه کیدای شی شتون ولري په ځانګړي ډول ماشومانو کې حتی تر ۴۰_ ۴۱ سانتي ګرید پورې رسیږي . تبه کیدای شي چې داختلاج لامل شي.

تبه ، بی اشتهایي او د عضلاتو کتابولیزم د سایتوکینو د غبرګون له امله رامنځته کیږي .

د ناروغۍ په خفیف حالت کی ناروغ د څو ورځو یاد یوې اوونۍ په موده کې ښه کیږي اما شدید ډیزانتري کیدای شي Toxic dilatation یا دکولمو سوري کیدوخواته پرمختګ وکړی چې دمړینې لامل کیږي.

خفیف ډیهایدرشن په هغه ناروغانوکې چې اوبلن نس ناستی و لری رامنځته کیږی اما شدید ډیهادریشن نادردی.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

که چیری په پراخ ډول کولـــــون اخته شي نو Protein loss enteropathy څرګندیږي چې پر تغذي باندې خرابه اغیزه لري.

د اندوسکوپی په معاینه کې مخاطي پرده وینه ورکوونکې وي چې ورسره مخاطي دیسچارج،ځایي تپونه او کله کله اکزودیټ د سودو ممبرانوس کولایټس په شان ښکاري.

له کولمو څخه بهر اختلاطات د ودې په حال هیوادونو کې ډیر لیدل کیږي چې شجیلا ډیزنتري ، شجیلا فیلکزنري او د کوربه خراب تغذيي حالت پوری اړه لري د مثال په ډول باکتریمیا په امریکاکې د شجیلا فیلکزنري له امله ډیره نا دودیزه دی اما په ډاکه (بنګله دیش) کی ۸% ناروغانو کی ثبت شوي ده.

HUS په S. Dys Type 1 کی رامنځته کیږی په دودیز ډول د لومړی اونی په پای کې څرګندیږي چې اولیګویوریا، HCT کموالی (۱۰% په ۲۴ ساعتونو کې) د پښتورګو عدم کفایه، شدیده Anemia او CHF یي کلینیکي نښې دي.

د پرمختللي درملنی سربیره هم ۵ - ۱۰% ناروغان په حاد ډول سره مړه کیږي .

Leukmoid Reaction چې د WBC شمـــیر ۵۰۰۰۰ پر مایکرو لیتر ته رسیږي HUS سره یوځای وي ترومبوسایتوپینیا د ۳۰۰۰۰ الی ۱۰۰۰۰۰ پر مایکرو لیتر چې د TTP لامل کیږي موجوده وي .

هایپوناتریمیا او هایپوګلایسیمیا سره هم مخامخ کیږو. په ځانګړې ډول د ودې په حال هیوادونو کې د مرکزي اعصابو ګډوډي لکه Seizures او دشعور خرابوالی هم رامنځته کیدای شي شجیلا Flexneri نادراً د توکسیک انسفلایتس څرګندتیاوو سره مل وي.

Reactive arthritisزیاتره د Flexneri له امله وي چې پیښې یې کمی دي.

هغه ناروغان چې Histocompatibility antigen HLA B27 ولري د Reiter Syndrome دری ســـتنې پکـــې څرګنـــدیږي (Conjunctivitis ، ارتـــرایټس او یـــوریترایټس). مننجایټس،Vaginitis ،نمونیا ، Keratoconjuctivits او Rose Spot خـــاپونه نادرې پیښې دي.

د شجیلوزس کلینیکي ارزونه په (۲- ۱) جدول کی ښودل شوې ده.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

(۲-۱) جدول د شجيلا کلينيکي ارزونه

Stage	دناروغۍ د پيليدا وخت	نښې نښانې	پتالوجي
خبر ورکونکی (Prodrome)	لومړني	تبه، لرزه، دعضلاتو درد، زړه بدوالی او کانګې	څه موجود نه وي یا لومړنی Colitis
غير وصفي نس ناستی (Non specific diarrhea)	د صفر نه تر درې ورځو	د ګيډې درد اوبلن نس ناستی	ريکتوسيګمويد کولايټس د سطحي ټپونو سره او ډکو متيازو کی WBC
ديزنتري(Dysentery)	۱ الی ۸ ورځې	د وينې او مخاط دفع کول، زور وهل، ريکتوم راوتنه، د ګيډې تندرنس	کولايتس کله کله Proximal کولون ته پراخيږي Crypts ابسی او د Lamina properia التهاب
اختلاطات	۳ الی ۱۰ ورځی	ديهايدرشن، اختلاجات، سپټيسيميا، HUS،لوکومويد غبرګون ، پريتونايتس، ايليوس	شديد کولايتس، اندوتوکسيميا ، DIC توکسيک ميګا کولون د کولمو سوری کيدل.
له ډيزنتري وروسته سندروم (Post dysentery syn)	۱ الی ۳ اونی	د بندونو التهاب Reiter's Syndrom	Reactive inflammation in HLA- B27 haplotype

توپيري تشخيص:

التهابی کولايټس چې دنورو مايکروبي لاملونو له کبله لکه C. Jejuni، سلمونيلوزس، يارسينا انتيرو کولايتس، کلوستروديوم Difficiles او پروتوزوايي ناروغۍ لکه اميبازس له امله رامنځته شوې وي بايد توپيري تشخيص شي همدارنګه له السيراتيف کولايټس او کرون ناروغۍ سره توپير تر سره شي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

تشخیص او لابراتواري لاسته راوړني:

په ټولو هغو ناروغانو کې چې بیړنی نس ناسته او تبه ولري شجیلا ولټول شي دډکو متیازو کتنه ډیر ارزښت لري وینې او مخاط په شدیده دیزنتري کې په سترګو لیدل کیږي. د ډکو متیازو په مایکروسکوپیک کتنه کې دوینې سرې او سپینی ژونکی لټول کیږي . د ډکو متیازو هغه برخه باید وازمایل شي چې مخاط ولري . یوه قطره ډکې متیازې په سلاید اینبودل کیږي او دوه ځاځکې میتلین بلو پری اضافه کیږي د WBC شته والی په ډکو متیازو کی شجیلا د نورو نس ناستو لکه ویروسی یا انتروتوکسینوجنیک باکتریاوو سره توپیر وي. خو د یوشمیر بریدی انتاناتو څخه لکه یرسینیا ، سلمونیلا ،کامپایلوباکتیر څخه یې توپیرنه شي کیدای . تازه ډکی متیازې باید معاینه شي.

په سګموییدوسکوپي کې منتشره ایریتیما ،د Mucopurulent پوښ سره ، ماتیدونکی مخاط او زخمونه چې ۳ الی ۷ ملي متره قطر لري لیدل کیږي.

یقیني تشخیص خپله د شجیلا په لیدو ترسره کیږي چې له ریکتوم یا کولون څخه Swab د سګموید سکوپی په وخت کې اخستل کیږي او کلچرترسره کیږي درې پرله پسې کلچرونو ته اړتیا پیښیږي او باید هڅه وشي تر څو تازه ډکې متیازې واخستل شي.

دوینې په معاینه کې د سپینو ژونکو شمیرنه دومره په تشخیص کې ارزښت نه لري ځکه چې کیداې شي چې د ۳۰۰۰ څخه کم او یا له ۳۰،۰۰۰ پر ملي متر مکعب څخه زیات وي.

په ټولیزه توګه سیرالوجیکي څیړنې په تشخیص کې دومره مرسته نه کوي ځکه چې هیمورل انتي بادي مخکې دریکوري څخه منځته نه راځي.لاکن د سیرالوجیکي څیړنو څخه په اپیډیمولوجي کې ګټه اخستل کیږي.

درملنه:

د ډیهایدرشن او دوینې فشارد ښکته والي درملنه په شدید حالت کې ژوندژغوري . د مایکروب ضد درملو په واسطه درملنه تر سره کیږي.

Co-Trimexazole دوه ډبل ګولۍ دوه ځله د ورځې ۷-۱۰ ورځو لپاره یا ۵۰۰Ciprofloxacin ملی ګرامه دوه ځلی د ورځې یا لیو فلوکزاسین ۵۰۰ ملي ګرامه یو ځل د ورځې د درې ورځو لپاره ورکول کیږي. د امپیسلین په مقابل کې د شجیلا ټینګار کوونکې پیښې لیدل شوي دي، اما که چیرې حساس وي ۵۰۰ ملي ګرامه څلور ځله د ورځی ورکول کیږي. اموکساسلین اغیزمند نه دي باید ونه کارول شي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

هغه درمل چې د کولمو حرکات کموي لکه دای فینواکسیلیت او paregoric باید ونه کارول شي ځکه چې اعراض تشدیدوي او د کولمو څخه د مایکرواورګانیزم پاکیدنه ځنډوي.
داسې بیلګې موجودې نه دې چې بسموت یا پکتین په درملنه کې اغیزمن وي.
په (۲-۲) جدول کې د میکروب ضد درملو په واسطه درملنه ښودل شویدي.

غټان		ماشومان	
درمل	دوز	درمل	دوز
لیوفلکزاسین (Levofloxacin)	۵۰۰ ملی ګرامه د ورځې یو ځل د درې ورځو لپاره.	سیفتراکزون (Ceftriaxon)	۵۰ ملی ګرامه دبدن پر هر کیلو ګرام وزن د رګ له لارې د ورځې د پنځو ورځو لپاره لوړه کچه یې ۲ ګرامه د ورځې
سپروفلکزاسین (Ciprofloxacin)	۵۰۰ ملی ګرامه دوځله د ورځې د درې ورځو لپاره.	سیفکزیم (Cefixim)	۸ ملی ګرامه پر هر کیلو وزن دبدن یو ځل یا ۱۲ ساعته بعد د پنځو ورځو لپاره.
نارفلکزاسین (Nor floxacin)	۴۰۰ ملی ګرامه دوه ځله دورځې د درې ورځو لپاره	ازیترومایسن (Azithromycin)	۱۰ ملی ګرامه پر هر کیلو وزن د بدن د ورځې یو ځل د درې ورځو لپاره
ازیترومایسین (Azithromycin)	۵۰۰ ملی ګرامه یو ځل د درې ورځو لپاره.	ریفاکزمین (Rifaximin)	۱۰۰ ملي ګرامه درې ځله د ورځې د درې ورځو دپاره
ریفاکزمین (Rifaximin)	۲۰۰ ملی ګرامه دورځې درې ځله د درې ورځو لپاره	سپروفلکزاسین (Ciprofloxacin)	۲۵ ملي ګرامه فې کیلو ګرام وزن دبدن د ورځې ۱۲ ساعته بعد د درې الی پنځه ورځو د پاره.

مخنیوې:

د پاکو اوبو برابرول او کلورونیشن د ناروغۍ پیښې راکمې کړېدي همدارنګه د حشره وژونکو درملو کارونه او ډکی متیازې په سمه توګه ځای پر ځای کول خورا ارزښت لري.
ټول هغه ناروغان چې په ناروغۍ اخته دي باید جلا شي. دخوړود خوړلو څخه مخکې او د ډکو متیازو د کولو څخه وروسته لاسونه په صابون ومینځي او ژر ورته د مایکروب ضد درمل توصیه شي.کوم ځانګړې واکسین چې اغیزمن وي په لاس کې نشته.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

امیبیازس

(Amebiasis)

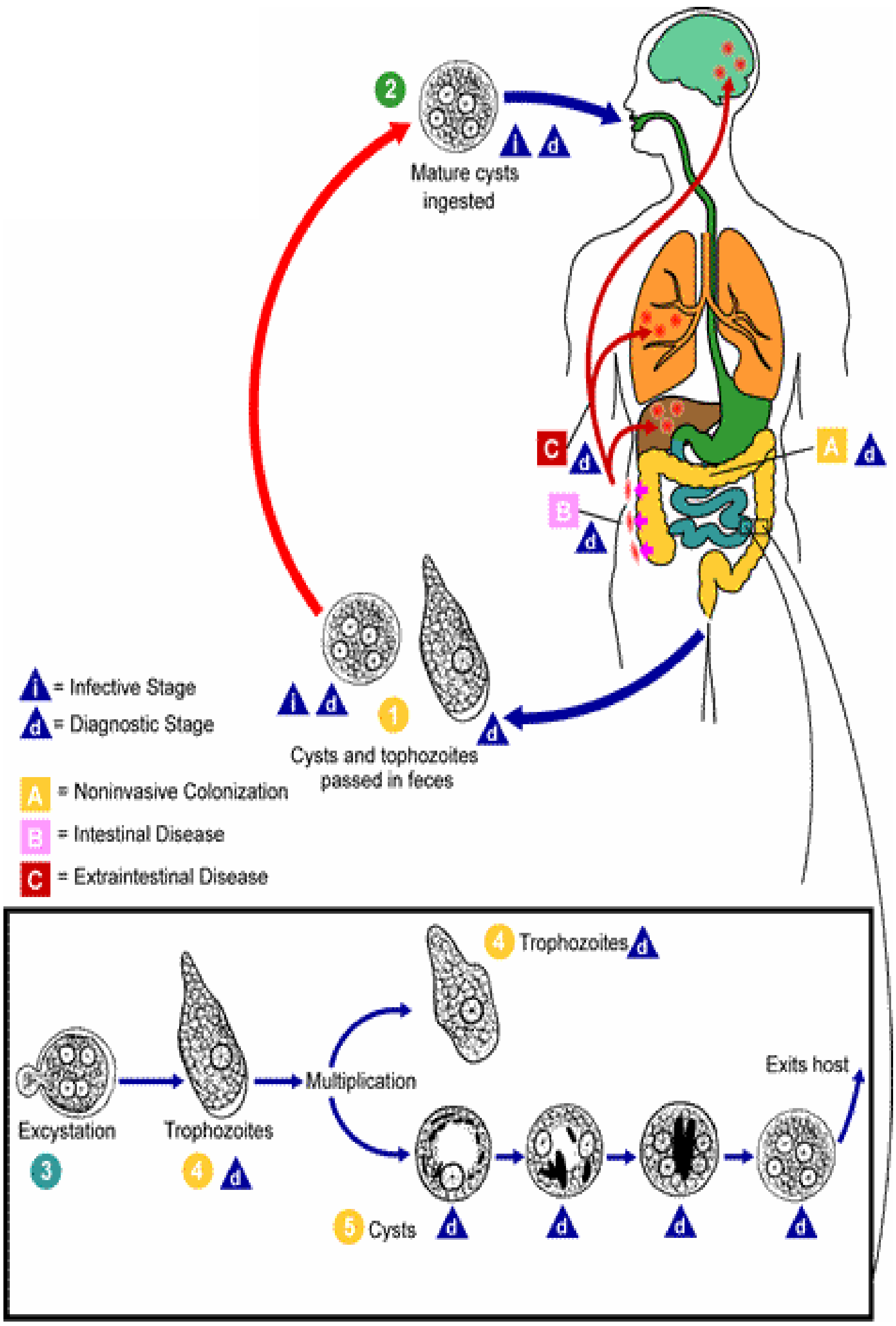
دکولمو یوه پروتوزوایي ناروغي ده، چې د انتامیبیا هستالوتیکا له امله منځته راځي.
نږدې ۹۰% ناروغان غیر عرضي دي او ۱۰% ناروغان یې کلینیکي څرګندونې لري چې کیدای شي د یوه خفیف نس ناستي څخه تر شدید دیزنتري او یا د ځیګر ابسې او یا د نورو غړیو د ابسو په بڼې څرګند شي.

لیږدیدنه او د ژوند دوره یې :

دناروغۍ لامل دخولې له لارې داخلیږي چې د سیسټ په شکل وي او دا سیسټ خواړه، اوبه یا لاسونه ککړوي خو د Food born پیښې زیاتې دي.
په لږو پیښو کې لیږدیدنه د چټلو شیو اوبو، دخولې یا مقعدي جنسي نږدې والي او یا په ډیرو کمو پیښو کې د کولون د irrigation پر وخت (کولونوسکوپي) رامنځته کیدای شي.
کاهو د پرازیت دودیز لیږدونکی دی.
همدارنګه مچان او یو شمیر نور حشرات د میخانیکي وکتور په ډول ناروغۍ لیږدولی شي.
په کوچنیو کولمو کې د سیسټ څخه خوځنده تروفوزویټ ازادیږي او په زیاتره ناروغانو کې د Commensal پشان له ضرر رسونې پرته په لویو کولمو کې ژوند کوي خو کله کله تروفوزویټ د کولون پر مخاط باندې برید کوي او دعرضي کولایټس او یا داچې وینې ته داخلیږي د کبدي، سږو او د ماغي ابسو لامل کیږي.
سیست په دودیز ډول ۱۰ – ۱۴ میو مایکرون قطر لري.
د وجود څخه بهر په مناسب چاپیریال کې تر څو اونیو حتی څو میاشتی ژوند کولای شي. په هغه خواړو کې چې ۲۰ – ۲۵ سانتي ګرید کې ساتل کیږي تر ۴۸ ساعتو ژوند کولای شي.
خو تروفوزویت شکل یې چې ۱۲ – ۵۰ میو مایکرون قطر لري بهرنی چې چاپیریال کې په خپل سر ژر له منځه ځي همدارنګه د معدی اسید او انزایمونو سره حساس دی.
په ۲- ۱ شکل کې د ژوند دوران ښودل شوی

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library



(۲-۱) شکل د امیبیازس د ژوند دوران

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

اپیدیمولوجی :

دنړۍ نږدې په سلو کې ۱۰ وګړي په انتا میبیا انتان باندې اخته دي چې زیاتره یې بې بریده E. dispar لري. خو دا میبازس ناروغۍ دانتامیبیا هستالوتیکا له امله رامنځته کیږي، چې د پرازیتي ناروغیو په جمله کې په نړۍ کښې د مړینې دریم مهم لامل پېژندل شوی دی. (وروسته د ملاریا او Schistosomiasis څخه) .

په هغو ځایونو کې چې روغتیایي شرائط یې ښه نه مراعت کیږي یا د نفوسو ګڼه ګونه وي دناروغۍ پیښې زیاتې دي لکه په مکسیکو، انډیا، مرکزي او سهیلي امریکا، تراپیکل اسیا او افریقایي هیوادونو کې.

په پرمختللیو هیوادونو کې د ناروغۍ مهم لامل مسافرتونه، مهاجرتونه او هم جنس پالي (نارینه) دي.

دا ناروغۍ په ماشومانو کې په ځانګړي ډول په نوي زیږیدلي ماشومانو، امیدواره ښځو، کورتیزون استعمالونکو، سرطاني ناروغیو اخته او په خوار ځواکۍ اخته ناروغانو کی شدید او وخیم سیر لري.

په نړی کی ۵۰۰ میلونه خلک په انتامیبیا اخته دي چې له دې ډلې څخه ۱۰٪ یعنی ۵۰ میلونه انتامیبیا هستالوتیکا لري چې زیاتره خلک غیر عرضي دي.

یوازې ۵ میلونه یې پر بریدي شکل اخته دي چې ددی جملې څخه ۱۰۰۰۰۰ په کال کې مړه کیږي .

پتوجنیزس او پتالوجي:

د امیب دواړه شکلونه یعنی سیسټ او تروفوزویټ د کولمو په لومن کې ژوند کوي. خو یوازې تروفوزویټ شکل یې پر انساجو باندې برید کوي . تروفوزویټ ۲۰ الي ۲۰ میو مایکرون قطر لری چې لرونکی د هستې، واکیول او یوې ځانګړې هستچې دی. تروفوزویټ د کولون مخاط او اپیتلیل ژونکو سره د (Gal/gal NAc) Glactose N-acetyl glactose amine په واسطه نښلي چې لومړی په مخاط کې ډیر کوچنی ټپ رامنځته کوي، چې له دې څخه سری ، التهابي او اپیتلیل ژونکې ازادیږي. که چیرې د پروکتوسکوپي په واسطه داکوچنی ټپ ولیدل شي نو غاړې یې اوښتی اوتر مخاط لاندې طبقې خواته وسعت لري یعنې د قیف شکل Flask Shape ځانته غوره کوي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

باید وویل شي د امیب په واسطه زیاتره د کولون هغه ځایونه چې ډکې متیازې په کښې درېدنه (Stasis) کوي اغیزمن کيږي لکه سیکوم، صاعده ، ریکتوسګموئید کولون اما کیدای شي د کولمو هرځای اخته کړي حتی اپنډکس هم.

په کمو پیښو کې دکولمو انتان یوه کتله جوړوي چې د Amoeboma په نوم یادیږي. ددې کتلې پوښل شوی مخاط نازک او زخمي وي او نور پوښونه یې پنډ، پړسیدلي او وینه ورکوونکي وي.

یو شمیر وایرولانسي فکتورونه د امیب په بریدکی رول لري چې یویې Extra cellular cystien protienase دی چې کولاجن، الاستین، IgA, IgG او Anaphylatoxin C_{3a} او C_{5a} خرابوي. یو شمیر نور انزایمونه د ګلایکوپروتین نښتل د کولمو اپیتلیل ژونکو تر منځ پریکوي.

همدارنګه امیب کولای شي چې نوتروفیل،مونوسایټ ، لمفوسایټ ، دکولمو او د ځیګر ژونکو لړۍ تخریب کړي. چې داد امیب سایتولایتیک اغیزې بنایي دمستقیم تماس په واسطه او د یا فاسفولیپیز A او Pore forming peptides تر ازادیدو پورې اړه ولري.

کلینیکي نښې او نښانې:

په دوو برخو ویشل شوي دي.

۱. د کولمو امیبازس:

الف : غیر عرضي انتان : زیاتره ناروغان په انتان ککړوي اما ګیلې نه لري او د ناروغۍ لیږدونکي جوړوي.

ب: خفیف او منځنی کولایټس :

دواړه جنسونه په مساوي ډول اخته کیږي او په هر سن کې رامنځته کیدای شي.

په دې حالت کی ناروغ په کمه اندازه نیمه جامدې ډکی میتیازې کوي چې وینه نه لري.

کیدای شي د ګیډې درد ، باد ، ستوماتتیا ، د وزن کمیدل موجود وي.

تبه معمولاً موجوده نه وي دښه کیدو او د بیا رامنځته کیدو مرحله کیدای شي ورځې ،اونۍ او یا زیات وخت دوام وکړي د ښه کیدو په درشل کې ناروغ قبضیت لري.

د ګیډې په کتنه کې کیدای شي پړسوب،د استداري حرکاتو زیاتوالی، او Tenderness پیداکړو ځیني ناروغان چې ځنډني انتان لري کولون یې پنډ او د جس وړ وي په ځانګړي ډول سیکوم او صاعده کولون . د کولمو له انتان څخه د زهر جنو موادو ازادیدل کیداشی Periportal

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

التهاب، د ځيگر لږغټ والی او کمه اندازه سره د ځيگر د انزايمونو گډوډي رامنځته کړي لاکن په دې صورت کې تروفوزويټ ځيگر کې نه شو پيدا کولای.

ج : شديد کولايټس :

په دې صورت کې دکولمو انتان شديد وي دناروغ د ډکو متيازو دفعات زياتيږي چې اوبلنې او د وينې خطونه لري او حتی د ورځې ۱۰ الی ۲۰ ځلې تشناب ته ځي چې د ډکو متيازو اندازه يې کمه لاکن وينه او نکروتيک انساج يې زياتيږي .

د ناروغۍ د شدت له زياتوالي سره ناروغ ټوکسيک، او لوړه درجه تبه (۴۰,۵ سانتی گريد) پيداکوي همدارنگه دگيډې شديد دردونه، زور وهنه، کانگې ، د ټولې گيډې حساسيت د ځيگر غټوالی او Tenderness رامنځته کيږي.

نادر اختلاطات لکه اپنډيسايټس ، د کولمو سوري کيدل ، Fluminatingکولايټس، د مخاط منتشر تخريب ، وينه بهيدنه او په پای کې مړينه رامنځته کيدای شي.

اميدواري ، خوارځواکي او د کورټيکوستيرويد کارونه د Fulminant کولايټس لپاره مساعدې زمينې دي په دې ناروغانو کې لوړه تبه ، لوړ شمير WBC، زياتره وينه لرونکی نس ناستی ، د گيډې منتشر درد ، دوينې ټيټ فشار شتون لري او د مړينې خطر يې ۴۰ % دی .

توکسيک ميگاکولون يو بل وخيم اختلاط دی چې په ۰،۵ فيصده پيښو کې رامنځته کيږي چې ناروغ کوليکتومي ته اړتيا پيداکوي.

د : په کولمو کې يو ځايي ټپ (Localized Ulcerative lesion of the Colon) :

که چيرې ټپ ريکتوم کې پيدا شي نو ناروغ کلکی وينه لرونکی ډکې متيازې کوي او که زخم سيکوم برخه کی څرگندشي نو په دې صورت کې خفيف نس ناستی او د اپنډيسايټس لوحه تمثيلوي.

ج : اميبوما (Localized Granulomatous lesion of the colon) :

په دې صورت کې يو شمير زيات گرانوليشن انساج د اميبک انتان په غبرگون کی رامنځته کيږي او يوه کتله جوړوي چې داکتله د يو غير منظم تومور په شان جوړښت لري چې کيداې شي يوه يا څو دانې وي او څو سانتي متره اوږدوالی ولري .

غوره کلينکي بڼه يې درد ، وينه ورکول او بندښی گيلې دي.

په ايکسرې کې د کولون کارسينوما ، توبرکلوز يا لمف گرانولوما وينروم پشان خيال ورکوي..

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

که چیرې اندوسکوپي تر سره شي نو یو سره کتله چې په اسانی سره وینه ورکوي لیدل کیږي.
امیبوما زیاتره په سیکوم او Ascending کولون کې پیدا کیږي.

۲. د کولمو څخه بهر امیبیازس :

الف : د ځیګر امیبازس :

د ځیګر ابسې ۳ الی ۹% پیښو کې د کولموامیبیازس په پایله کې رامنځته کیږي یو شمیر زیات هغه ناروغان چې د ځیګر ابسی لري د کولمو امیبیازس اعراض نلری خو ۳۰ الی ۴۰% ناروغانو کې له نس ناستی سره مل وي .

د ګیلو پیل کیدای شي ناڅاپه (لس ورځو څخه کم) او یا د ګیډې درد او تبی سره یو ځای وي کیدای شي تدریجي وي چې څوورځې او یا میاشتې دوام کوي.

لوړه تبه، دوامداره ثابت یا پیلوریتیک درد او غټ دردناکه حساس ځیګر یې بنستیزې څرګندونې دي. همدارنګه رنځوران د سټریا ، کسالت ، لړزې ، خولې ، بی اشتهایي او وزن کمیدلو څخه ګیله من وي .

ابسی کیدای شي له څو ملي مترو څخه تر ۱۵ سانتی مترو پورې قطر ولري. زیاتره یوه دانه وي چې د ځیګر د ښي لوب په پورتنۍ برخه کې رامنځته کیږي او په نارینوو کې زیاتې پیښیږي.

بی له درملنې څخه ابسی کیدای شی پلورا ، پریکارد ، پریتوان او نور ګاونډیو غړیو ته وشکیږي او د مړینی لامل شي.

ب : دپلورا او سږو امیب :

دځیګر د ابسی یو مهم اختلاط دی چې د ښي لوب د پورتنۍ برخې د ابسې د شکیدو له امله رامنځته کیږي چې په پایله کې پلورل ایفیوژن او اتیلیکتازس رامنځته کوي.

په دې ناروغانو کې تبه، پلوریتیک درد ، ساه تنګي ، ټوخی موجود وي.

امپایما د ابسې د څیرې کیدو له کبله د پلورا په جوف کې رامنځته کیږي چې په ناروغ کې د ناڅاپي تنفسي Distress او درد لامل کیږي. چې سلو کې ۱۰ الی ۳۵ مړینه لري.

د هیپاتوبرانکیل فستول جوړیدنه هم نادودیزه نه ده چې په خپله ښه کیږي.

د ځیګر خنځه په ۲ الی ۷ % پیښو کې د پریتوان منځته شکیدنه کوي چې په دې صورت کې د مړینی کچه لوړه ده.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

دځیګر د چپ لوب ابسی زیاته شکیدنه کوي ځکه چې کلینیکي څرګندونې یې وروسته ښکاره کیږي.
پیریکاردیل امیب نادر خو ډیر وخیم اختلاط دی چې د Cardiac temponade او شاک لامل کیږي.
ج: نور د کولمو څخه بهر امیبیازس :
دپوستکي انتان په Perianal برخه کې رامنځ ته کیدای شي همدارنګه میتاستاتیک انتان په نورو برخو لکه سږي ، دماغ کې په نادر ډول سره رامنځته کیدای شي.

لابراتواري لاس ته راوړنې

۱ـ د کولمو امیبیازس :
هغه وخت د کولمود امیبیازس تشخیص اینښودل کیږی کله چې په ډکو متیازو کې امیب او یا یې انتی جن پیداکړو. د انتی جن معلومیدل ډیر حساس دی. له ناروغ څخه د ډکو متیازو تازه نمونه اخستل کیږي او باید ژر معاینه شي.
په مایکروسکوپیک معاینه کې د E.dispar او انتامیبیاهستالوتیکا توپیر نشي کیدای اما Tech labentameba test داتوپیر کولای شی Techlab تست ۹۳% حساس او ۹۷% ځانګړی دی اما تازه او یا یخې شویو ډکو متیازو ته اړتیا لري.

د ډ کو میتیازو ما یکروسکوپیک معاینه:

لکه چې مخکې یادونه وشوه د دواړو امیبازس تر منځ توپیر نه شي کولای په دی معاینه کې باید له رنځور څخه دډکو متیازو نمونه واخستل شي تروفوزویت په اوبلنو او سیسټ په کلکو ډکومتیازو کې پیداکولای شو.
ستندرد پروسیجر یي داسې دی چې د ډکو متیازو درې نمونې د دوه ورځو په واټن اخستل کیږی د یوه Laxative لکه سودیم سلفیټ یا فاسفیټ ۳۰-۲۰ ګرامه په یو ګیلاس اوبو کې یا ۵الی ۱۵ملي لیتره Bisacodyl تر ورکړې وروسته نمونه اخستل کیږي باید په یاد ولرو چې Oil Laxative استعمال نشی.
څرنګه چې تروفوزویټ ژر په خپل سر (اتولایز) له منځه ځي نو ډکی متیازی باید ژر په ۳۰ دقیقو کې او یا فوراً معاینه شي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

که چیرې ناروغ دمکروب ، ملاریا یا د نس ناستي (بسموت، کودین، مګنیزیم هایدرواکساید) ضد درمل ، باریوم یا منیرال Oil کارولي وي نود ډکو متیازو نمونه اخستل دی و ځنډول شي او وروسته معاینه شي.

ب: د کولمو معاینه:

کولونوسکوپي د سګموئیدوسکوپي په پرتله زیات ارزښت لري کولمې باید د لکزاتیف یا اماله په واسطه ونه منځل شي ځکه چې تروفوزویت ویجاړ وي.
د ناروغۍ په خفیف شکل کې کوم غیر نارمله نښه نه شو پیداکولای خو په شدید حالت کې ټپ چې له ۱ملي متر څخه تر ۲ ملي مترو پورې قطرلري لیدلای شو. مخاطي پرده د دوو ټپونو تر منځ نارمل وي.

ج: سیرالوژی:

سیرالوجیک تست یوازې په انتامیبا هستالوتیکا انتان کې مثبت وي په خفیف اود ناروغی په منځني شکل کې لازم نه دی. دا ټسټ تر درملنې لس کاله وروسته هم مثبت کیدای شي. د اوسني او پخواني انتان تر منځ توپیرکیدای نه شي.
په دې کې له ELISAاو انزایم Immuno assays څخه کار اخیستل کیږي چې ۷۰% په هغه ناروغانو کې چې د کولمو فعال مایکروب لري مثبت وي او۱۰% غیر عرضي ناروغانو کې مثبت کیدای شي. دروغجن مثبت والی یې نادر دی.
Agar gel immuno diffusion test لږ حساس دی او جاری مایکروب راپه ګوته کوي ځکه چې د ۳-۶ میاشتو په موده کی وروسته دانتان د له منځه وړلو څخه منفی کیږی.

د . نور تستونه:

د تروفوزویټ لیدنه چې سری حجری یی خوړلي وي د بریدی امیب لپاره تشخیصیه ده خو E.dispar او مکروفاژ چې سری ژونکی لري ورسره مغالطه کیږي.
ډیرو ناروغـــانو کې Occult blood مثبت وي.
په شـدید کـــــولایتس کی دوینې سپینې ژونکې ml/ ۲۰۰۰۰ ته رسیږي اوپه کمه اندازه سره ایزینوفیلیا هم شتون لري.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

۲- دځیګر خنځۍ(Hepatic abscess):

الټراساونډ، C.T سکن يو ګرد يا بيضوي Non homogenous افت راپه ګوته کوي چې تشخيص يي د پايوجنيک ابسې سره ستونزمن دی.

سيرالوجيک تست تل مثبت وي.

د ډکو متيازو کتنه د پرازيت او انتی جن لپاره په دوديزډول منفي وي.

د وينې سپينې ژونکې ۱۵۰۰۰ الی ۲۵۰۰۰ پر ملي ليتر ته رسيږي خو ايزينوفيليا شتون نه لري.

دځيګر د دندو خرابوالی که موجود وي ډير به کم وي.

توپيري تشخيص:

د کولمو اميبيازس بايد له ټولو هغو حالتونو سره چې Acute او Chronic نس ناستی رامنځته کوي توپيري تشخيص شي لکه شجيلا، سلمونيلا، Compylobacter ، يارسينا او Invasive E. Coli .

د ځيګر اميبي ابسې بايد د پايوجنيک ابسی، Echinococcal cyst ، سليم سيست او د ځيګر له کانسر سره توپير شي.

درملنه :

په (۲-۳) جدول کی د اميب درملنه ښودل شوې ده.

کلينيکي څرګندتياوې	انتخابی درمل	ځای ناستي درمل(Alternative)
د کولمو غير عرضی مايکروب	Diloxanid Furoate ۵۰۰ ملی ګرامه دری ځله د ورځې د لس ورځو لپاره.	Iodoquinol ۶۵۰ ملی ګرامه درې ځله د ورځی د ۲۱ ورځو لپاره يا Paramomycine ۲۵-۳۵ ملي ګرامه د بدن پر هر کيلو ګرام وزن د ۷ ورځو لپاره بايد تر خوړو وروسته ورکړل شي.
د کولمو له خفيفې تر مينځنۍ ناروغۍ Non dysenteric coliti's	ميترونيدازول ۷۵۰ ملی ګرامه درې ځله د ورځی د لس ورځو لپاره يا Tinidazol دوه ګرامه د ورځې د درې ورځو لپاره پورتنی رژيم جمع Diloxanid يا Iodoquinol	Diloxanid Furoate يا Iodoquinol جمع تتراسايکلين ۲۵۰ ملی ګرامه څلور ځله د لسو ورځو لپاره. ددې دوا پر تعقيب کلوروکين ۵۰۰ ملی ګرامه د ۷

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

	Paramomycine پر پورته ذکر شوې اندازې سره	ورځو لپاره یا paramomycine وروسته بیا د کلوروکین په واسطه د ذکر شوې اندازې دوام ورکول کیږي.
د کولمـــو شـــدیده نـــاروغی Dysentery	میترونیدازول ۷۵۰ ملي ګرامه درې ځلی د ورځی د لس ورځو دپاره یا تینادازول ۲ ګرامه یو ځل د ورځی د ۵ ورځـو دپـاره جمـع Diloxanid furoate په ذکر شوي اندازی سره. کـه چیـرې زرقـي تـه ضـرورت ولـري نووریـــــدي Metronidazol ۵۰۰ ملي ګرامه هر اته ساعته وروسته او کله چې ناروغ د خولې له لارې دوا وزغمـي نـو Oral پیـل شـي او ورسره یو ځای Diloxanid Furoate یا Iodoquinol اضافه شي.	تتراسایکلین ۵۰۰ ملی ګرامه د ورځې څلور ځله د پنځو ورځو لپاره وروسته بیا ۲۰۰ ملي ګرامه څلور ځله د ورځې د پنځو نورو ورځولپاره دوام ورکولای شو ددې دوا سره یو ځای Diloxanid Furoate یا Iodoquinol اضافه شي وروسته کلوروکین ۵۰۰ ملی ګرامه د ۱۴ ورځو لپاره تعقیب شي. کـه زرقـی دواتـه ضـرورت وي نـو Dehydroemetin ۱ ملـي ګـرام دبـدن پـر هـر کیلـو ګـرام وزن د پوستکي لاندې یا عضلي د ۳ – ۵ ورځـو لپـاره چې وروسـته درملنـه تتراسـایکلین جمـع Diloxanid Furoate یـا Iodoquinol سـره تعقیـب کیـږي ددې پـه تعقیـب کلوروکین په پورته ذکر شوې اندازی ورکول کیږي.
د ځیګر ابسی	میترونیـدازول یـا Tinidazol جمـع Diloxanid Furoate یـا Iodoquinol پـه پورتـه ذکـر شـوی انـدازی چې بیـا دا د کلـوروکین پـه واسـطه ۵۰۰ ملي ګرامه دورځی د ۱۴ ورځو لپاره ورکول کیږي.	Dehydroemetin یا Emetin چې په تعقیب یې کلوروکین ۵۰۰ ملي ګرامه دوه ځله د ورځې د دوه ورځو لپاره او وروسته ۵۰۰ ملي ګرامه یو ځل د ورځی د ۱۹ ورځو لپاره جمع Diloxanid Furoate یا iodoquinol ورکول کیږي.
امیبوما یـا لـه د کولمـو څخـه بهـر ناروغۍ.	د ځیګـر د ابـسې پـه شـان څـو کلوروکین په کښې ګډون نه لري.	د ځیګـر د ابـسې پـه شـان څـو کلوروکین ګډون نه لري.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

د درملنې تعقیب:

د درملنې د پای څخه ۲-۴ اونۍ وروسته دری نمونې د ډکو متیازو د ۲ الی ۳ ورځو په واټن معاینه شي څینې ناروغانو ته کولونوسکوپي اوډکو متیازو بیا ه معاینه د درې میاشتو په موده کې ترسره کیږي.

د ډایزنټري څخه وروسته کولایټس

د کولمو د شدید امیبیازس نادر پاتې شونکی دي چې تر ورځ درملنې وروسته نس ناستی دوام کوي مخاطي پرده پړسیدلی ا و سره وي خو ټپ او اورګانیزم نه لیدل کیږي. په ډیرو پیښو کې خپله ښه کیږي. ناروغ په intermittent ډول نس ناستی، دګیډې درد ، بلغم ، نفخ او باد او د وزن کمیدل لري.

کنترول او مخنیوی:

د روغتیایي اوبو، انساني ډکو متیازو Dispose ، د خوړو پوره پخول، له مچانو څخه د د خوړو ساتنه ، وروسته د ډکو متیازو څخه لاسونه په صابون وینځل اود همجنس بازی څخه مخنیوی ښې وقایوي لارې دي.

کوم اغیزمن واکسین او یا Chemo prophylaxis په لاس کې نشته.

انزار:

دمړینې پیښې په شدیده دیزانتری ، ځیګر ابسې او امیبوما کې که درملنه ونه شي زیاتې دي. د میکروب ضد درملنې سره انزار ښه دي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

دخوړو تسمم

(Food Poisoning)

تعریف :

ټولې هغه ډله ناروغۍ چې د ککړ شویو خوړودخوراک له امله منځته راځي چې کیدای شي دا خواړه د انتان یا دده د زهرجنو موادو په واسطه ککړ شوي وي عبارت دي.

یو شمیر نور اورګانیک او غیر اورګانیک زهرجن مواد چې انتاني منشه نلري هم کولای شي د خوړو د ککړیدلو لامل شي او په پایله کې تسمم رامنځته کړي.

ګستروانټرایټس د معیوبیتونو او مړینو غوره لامل دی، په ځانګړې ډول نویو زیږیدلو او ځوانو ماشومانو کې.

د WHO د څیړنې له مخې هر کال کې د بیړني نس ناستي ۱۰۰۰ میلونه پیښې د ودې په حال هیوادونو کې رامنځته کیږی چې ۳ الی۴ میلونه یې مړه کیږي. آن پر مخ تللیو هیوادو کې هم دایوه غټه ستونزه ده. په انګلستان کې په کال کښې ۳۸ میلونه پیښې لیدل کیږي.

په امریکا کې په کال کې ۷۲ میلونه پیښې لیدل کیږي چې ۳۲۵۰۰۰ یې په روغتون کې بستر او له دې جملې څخه ۵۰۰۰ یې مړه کیږي.

زیاتره پیښې نبع په نبغه له انتان سره د اړیکو له امله یا انتاني ایجنټ د فیکل اورل له لارې یا د ککړ شو یو لوښو ، لاسونو ، اوبو او ډوډۍ له لارې لیږدیږي.

اپید یمولوجي:

د سریري سندرومونو او تفریخ دورې تر څنګ د Food Born ناروغیو د خپراوي او لاملونومعلومولو لپاره اپیډیمولوجیک معلومات خورا ارزښت لري چې په لنډډول ورڅخه یادونه کوو:

خواړه :

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

د ستافيلوکوکل خوړو تسمم په دوديز ډول دهغو خوړو له خوراک څخه وروسته رامنځته کيږي چې ډير پروتين لري لکه دخوګ د ورانه غوښه ، مرغان ، دچرګې هګۍ ، کچالو او هغه شيان چې له کريمو سره ډک شوي وي. البته دا خواړه کيداي شي چې دخوړو د برابرولو پر وخت کې د منتنو کارکوونکو په واسطه ککړ شي .

کيداې شي په کلاسيک ستافيلوکوکل تسمم کې دخوړو جوړونکو لاسونه پوستکې، قيحي افت (Lesion) ولري.

ددی په خلاف هغه B.Cereus چې لنډه د تفريخ دوره لري د وريجو خوړو څخه وروسته رامنځته کيږي.

او هغه B.Cereus چې د تفريخ اوږده دوره لري د غوښې او سابو تر خوړلو وروسته پيدا کيږي.

C.Perfringens پيښې وروسته د غوښې له خوړلو څخه (په ځانګړي ډول د غوايي ، د چرګانو غوښه) رامنځته کيږي همدارنګه په ۱۷ الی ۸۵% پيښو کې د خامې غوښې، چرګانو او کبانو خوړلو څخه منځته راځي-۸۵ % پيښو کې اورګانيزم دچرګانو او کبانو له خامې غوښې څخه په لاس راغلی دی. ددی ډول خوړو تسمم خپراوې هغه وخت څرګنديږي کله چې دا پورتني ياد شوی مواد د يوې لويې غونډې لپاره تيار او ښه تودوخه ورنکړل شي.

E.Coli 0.157-H7 ددې خپراوې په دوديز ډول د خوسکي د هغې غوښې د خوراک وروسته چې ښه پخه شوې نه وي او هم تازه ميوو، سابو ، کاهو، منو، شفتالو او شفتلې ترخوړو ورسته څرګنديږي.

سلمونيلا د چرګانو ، غوايي غوښه ، هګۍ او شيدو محصولاتو تر خوړو وروسته منځته راځي همدارنګه هندواني ،سره بانجان ،نارنج جوس او شفتله د انتان سرچينه کيدای شي. زياتره نړيوال انتشار يې د چاکليټ ، خوږې، مميلي، Cereal او کيک له امله هم منځته راتلای شي.

شجيلا معمولاً د يخې، مرطوبې غذا لکه کچالو د هګۍ Salad څخه وروسته منځ ته راځي همدارنګه سابه ، کاهو او دنيا هم مايکروب ليږدولاې شي.

C. Jejeni. دوديز ډول د چــــــرګانو دهغې غوښې څخه چې ښه پخه شوې نه وي، خامو شيدو او د ککړو اوبو تر څښاک وروسته څرګنديږي .

V.Cholera 01 او Non 01 د بحـــــري حيواناتو چې خام او يا ښه پاخه شوي نه وي تر خوراک وروسته او هم اوبه يې ډيره مهمه سرچينه ګڼل کيږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

يارسينو انتيروكولايتيکا د ککړ شوو شيدو او د خوګ د خامې غوښې تر خوړو وروسته څرګنديږي.

دبچوليزم انتشار دهغو سابو څخه چې په ټيټ PH کې ساتل کيږي او هم د کب او ميوې د خوړلو وروسته منځته راتلای شي همدارنګه کچالو ، هوږه، پياز، او په ځانګړي ډول شات چې په نويو زيږيدلو ماشومانو کې انتان ليږدوي غوره سرچينې دي.

Noro وايرس ټول خوراکې مواد ککړ ولای شي خو بحری حيوانات ، سلاد او يخ کم رول لري.

د ثقيله فلزاتو د تسمم په انتشار کې اسيدي څښونکي مواد لکه د ليموګانو جوس، کاربن لرونکو موادو څښل او داسې نور چې په فلزي ډبو کې ساتل کيږي رول لري.

د هستـــــامين تسمم د Scombroid کبانو د خوړو وروسته چې ډير مهم يې Tuna ، Bonito او Skip jack دي منځته راځي .

د Ciguatera تسمم معمولاً له د ۴۰۰ ډولو زياتو کبانو سره اړيکې لري.

موسم:

دکال هر موسم څه ناڅه د تسمم لامل راپه ګوته کولای شي .

د ستافيلوکوک اوريوس ، سلمونيلا او شجيلا د باکتريايي انتاناتو انتشار د اوړي په موسم کې ډير دوديز دی.

د پسرلي او منې په موسمونو کې د C.Jejuni خپراوې ډير دوديز دی .

C.Perfringens په ټول کال کې ليدل کيږي اما د دوبي په موسم کې کم وي..

د Botulinium خپريدل په اوړي او منې کې زيات تر سترګو کيږي.

Vibrio په دوديز ډول د اوړي په اخر او د منې په پېل کې منځته راځي چې د اوبو له تودوخې سره کلکه اړيکه لري.

يارسينا انتيروکولايتيکا په ځانګړي ډول د ژمي انتان دی .

په دوديز ډول کيمياوي تسمم په ټول کال کې پيښيږي.

د مرخيړيو تسمم زياتره په پسرلي منې او د اوړي په اخر کې پيښيږي.

کلينيکي بڼه:

د FoodBorn ناروغيو کلينيک دمعدې معايي سيستم پر ګيلو ولاړ دی او همدارنګه ګيلې يې په پتوجنيک ميکانيزم پورې اړه لري. يو شمير اورګانيزمونه لکه کـــولـــرا ، بسيلوس

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

سیروس ، ستافیلوکوک اوریوس Exotoxin افرازوي چې دا پر معدې او کولمو باندې اغیزه لري، چې د کانګو او اوبلن نس ناستې لامل ګرځي چې دا نس ناستې وینه او WBC نلرې. د تفریخ دوره یې کمه دی.

نور اورګانیزمونه لکه شجیلا، سلمونیلا، یارسینا، کامپایلوباکتر، E.Coli نېغ په نېغه پر مخاط برید کوي او یا اکزو توکسین جوړوي چې د تپ اود مخاظ دالتهاب لامل کیږي.

چې دوې په وصفي ډول سره د کوچنیو کولمو اخري برخه او کولون اخته کوي. د تفریخ دوره یې لږ څه اوږده دی او سیستمیکې ګیلې په کې څرګندې وي. دوینې سرې او سپینې حجرات کیدای شي په ډکو متیازو کې موجودی وي.

I . د خوړو بیړنې تسمم د څرګندو کا نګو سره:

الف: سټافیلوکوکل د خوړو تسمم:

دا میکروب د پوزې په مخکنیو سوریو کې په Commensal ډول سره اوسیږي.دمنتنو لاسونو په واسطه (دهغو خلکو چې د خوراکې موادو جوړیدو سره کاروبار لري)چې خواړه لکه د شیدو محصولات، پخه شوې غوښه ککړه کړي لیږدیږي همدارنګه دهغو خوړو په واسطه هم لیږدیږي چې په ښه شرایطو کې نه زیرمه کیږي.

کلینیکي بڼه:

تفریخ دوره ۱ الی۲ ساعته ده په زړه بدوالي او کانګو پیلیږي. کانګې په ۸۲٪ پیښو کې، نس ناستی ۲۸٪ او تبه ۱۲٪ پیښو کې موجوده وي. نس ناستی ممکن کم وي. دا میکروب توکسین تولیدوي چې د ګیلو د رامینځته کیدو مسولیت لري کیدای شي شدید دیهایدرشن رامنځته کړي چې آن د شاک لامل کیږي.

درملنه:

دمایعاتو پوره معاوضه او د کانګو ضد درمل د درملنې بنسټ دی.

شکمن خواړه د کرنې او توکسین د معلومولو لپاره ولیږل شي.

ب: بسیلوس سیروس:

دامایکروب دوه ډوله ځانګړې غذایي تسممي سندرومونه رامنځته کوي یو داچې تفریخ دوره یې کمه ده (۱-۲ساعته) چې په دې ډول کې زړه بدوالی، کانګی او د ګیډې کرمپې درد ۱۰۰٪ پیښو کې او نس ناستی ۳۳٪ موجود وي چې دې ته Emicسندروم هم وایي په دې

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

صورت کې د B.Cereus په واسطه مخکې له مخکې توکسین په ککړ شویو خوړو کې جوړ شوي چې غټه سرچینه یي وریجې ، تازه میوې اود پیروته وزمه بوټي شوروا (Vanilla Sauces) دي.

دوهم ډول هغه دي چې د تفریخ دوره یي لږ څه اوږده وي (۸ – ۱۲ ساعته حتی تر ۲۴ ساعتو پورې) په دې صورت کې باکتریا کولمو کې توکسین جوړوي چې اوبلن نس ناستی ۹۲% ، دګیډې کرمپي درد ۷۵% او کیدای شي په ۳۳% پیښو کې کانګې هم وي، تبه نادره ده.

درملنه:

په بیړې سره د مایعاتو ورکول د درملنې ښه لاره ده.

ج : کولستریدوم پرفرینجینس:

دکلوستریډوم پرفرینجینس سپور په خپور ډول د څارویو په کولمو او خاورو کې پیدا کیږي. غوښه او ددې محصولات چې پوره پاخه نه شي او یا An aerobic حالت کې ذخیره شي ددې په واسطه ککړیږي.

سپور نیش (Germinate) وهي او ژوندی اورګانیزم چې زیاتیدنه کوي جوړوي.

ګیلې یي نس ناستی او د ګیډې کرمپ ډوله درد دی. زړه بدوالی هم کیداې شي رامنځته شي اما کانګې اوتبه نادر دي چې ۷-۱۲ ساعته تر خوړو وروسته منځته راځي.

د : کلوستریدیوم بچولینوم : د بچولیزم په بحث کې بشپړه یادونه شوې ده.

هـ : پلانټ توکسین:

لوبیا او باقلي اوکسیدانت مواد تولیدوي دهغو خلکو لپاره چې G6PDD ولري زهر جن دی، ددی خوراک د سردردی، زړه بدوالي، تبې ، پرمختللي هیمولایزس،هیموګلوبین یوریا او ژیړي (Favism) لامل کیږي.

Red Kidney Beans (لوبیا) که چیرې ښه پاخه نه شي د ګیډې دشدید درد او نس ناستي لامل کیږي.

دمرخیړیو تسمم:

مشروم Poisoning سندروم : د زهرجنو مرخیړیو تر خوړولو دوه ساعته وروسته د تسمم ګیلې پیلیږي .

چې کله نا کله پنځه سندرومونه را منځته کوي. هغه مرخیړي چې Ibottenic acid او Muscimol ولري او وخوړل شي ګیلې یي د دبیړنی الکولیک تسمم ناروغۍ سره ورته والی

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

لري، چې ددماغ پر خپرېتيا، ناراحتی او دليدو تشوش باندې متصف دی چې تر دی وروسته معمولاً کسالت څرګندېږي چې دا ګيلې په ۲۴ ساعتونو کې له منځه ځي.
ب: هغه مرخيړي چې Muscarine لری او وخوړل شي د پاراسمپاتيک اعصابو فعاليت زياتوی چې د کلينيک له نظره د لاړو زياتوالی ، د اوښکو بهيدو، خولې کيدو Blurred Vision ، دګيډې دکرمپونو او د نس ناستي ځانګړتياوې لري.
په ځينيو ناروغانو کې مايوزيس ،برادی کارديا او برانکوسپزم منځته راځي چې دا ګيلې اکثرا په ۲۴ ساعتونو کې له منځه ځي.
ج: هغه مرخيړی چې زهرجن Psigocybin او Psilocin ولري د بيړني Psychotic غبرګون په ډول څرګندېږي لکه برسامات Hallucination او ناوړه کړه وړه چې د دوه ساعتونو په موده کې له منځه ځي.
د: Corprinus atramentarrius مرخيړي د Disulfiram پشان مواد لري که چيرې ددوې ترخوړلو وروسته په ۴۸ ساعتونو کې الکول وڅښل شي نو د سرخوړ، Flushing، بی حسي، زړه بدوالی ، کانګو او تکېکارديا لامل کيږي.
هـ: پنځم کلينکي سندورم په کانګو، زړه بدوالي، ګيډې دردونو او نس ناستي متصف دی او د مرخيړيو تر خوړولو وروسته هغه مواد چې تر اوسه پيژندل شوی ندی د هضمي جهاز د تخريش سبب کيږی. د ګيډې دردونه او نس ناستی چې د ۲-۲۴ ساعتونو په موده کې منځته راځي چې دځيګر او پښتورګو په عدم کفايه تعقيبيږی.
د زهرجنو مرخيړيو هغه ډولونه چې Amatoxin او Phallo toxin لری ددی سندروم مسوليت پر غاړه لري چې ددی ډير مهم ډولونه د Amanita Phalloides ، Amanita Virosea او Amanita Verna څخه عبارت دي.
داناروغی په وصفي توګه دوه پړاوه لري. د ګيډې درد او نس ناستي ډير شديد وي او د ۲۴ ساعتونو په موده کې ښه کيږي بيا ناروغ ۱-۲ ورځی روغ پاتی کيږي مخکې تر دې چې د ينې او پښتورګو عدم کفايه پرې اضافه شي د مړينې اندازه يې ۲۰-۵۰% پورې راپور ورکړل شويدی.
د Gyromitra genus مرخيړيو تر خوړلو وروسته هيمولايزس، اختلاجات او کوما منځته راتلای شي خو دا زهر نشي کولای چې بيړنی د پښتورګو بيړنی عدم کفايه منځته راوړی.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

و : پارالایتیک شیل فیش توکسین:

Saxitoxin د Dino Flagellates څخه چې دا بیاله Mussels ، Clams ، Oysters ، Cockers او Scallops څخه حاصلیږي تر خوړلو وروسته یې د ۳۰ دقیقو په موده کې ګستروانترایتس رامنځته کوي چې بیا د تنفسي فلج په واسطه تعقیبیږي.

ز: د سیګواترا کب تسمم:

د ګـــرمو اوبو Coral Reef کب Ciguatoxin تولــیدوي چې تر خوړلو وروسته یې ۱الی۲ ساعتونو په موده کې د هضمي جهاز ګیلې لکه زړه بدوالی، کانګی ، دګیډې کرمپی درد او نس ناستی رامنځته کیږي چې بیا د شونډو، ژبې ، ستوني او د نهایاتو په کرختوب ، عضلي دردونو ،د بندونو درد ، وچی بې خوندی خوله، خارښت اوپه پر مختللي نرم(Flaccid) فلج تعقیبیږی.

شرقی Pacific او کارابین کې دکال ۵۰۰۰۰۰ پیښې لیدل کیږی چې ۰.۱% یې مړه کیږي د هضمي جهاز ګیلې ژر اصلاح کیږي خو نیوروپاتیک څرګندتیاوې یې کیدای شی میاشتې دوام وکړي .

سکرومبو توکسیک کب تسمم:

هیستیدین چې په Scrombroid کبانو کې (Mackeral, Tuna, Bonito) ښه ذخیره نشی د باکتریاو په واسطه په هستامین او نورو کیمیاوي موادو بدلیږي چې تر خوړلو وروسته په یوه دقیقه کې سوروالی ، سوخت، خولې، لړمې، برانکوسپزم، خارښت، سردردي ،کولیک، زړه بدوالی، نس ناستی او دوینی فشار ښکته والی رامنځته کوي.

درملنه کې یې د سالبوتامول اود هستامین ضد درملو څخه ګټه اخیستل کیږي. کله کله وریدي مایعاتو ورکولو ته اړتیا پیښیږي.

دراندہ فلزات: Thallium ، کدمیم ، مس او جست دی چې د تفریخ دوره یې ۵-۱۵ دقیقی ده کولای شي کانګې ، نس ناستی او د ګیډې کرمپي درد چې د معدې د مـــخاطي پردی د تخریش له امله رامنځتـــه کیږي منځته راوړي . د ۲-۳ ساعتونو په موده کې کله چې د کانګو په واسطه فلزات لیرې شي ښه کیږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

کوچني ګرد ویروسونه (Norwalk like Agent) :

Noro وایرس چې پخوا ورته Norwalk like وایرس ویل کیده ددې ناروغۍ یو ډیر دودیز پتوجن ګڼل کیږي چې نږدې ۹،۲ میلونه وګړي په کال کې اخته کوي. د ټولو Food Born ناروغیو دوه پر درې برخه ددې پیژندل شوي پتوجن له کبله منځته راځي.

کانګې او نس ناستی یې غوره ګیلې جوړوي چې کانګې په کوچنیانو کې ډیرې زیاتې په داسې حال کې چې نس ناسته په لویانو کې ډیر منځته راځي .

تبه په ۱/۳ – ۱/۲ ناروغـــانو کې منځته راځي چې ټیټه درجه وی اوله ۲۴ ساعتونو څخه کم دوام کوي.

داهم ډیره ګرانه ده چې د Noro وایروس او هغو باکتریاوو ترمنځ توپیر وکړو چې د ګسترو انترایټس لامل کیږی لکه انټیرو توکسیجینیک E.Coli .

هغه کریتیریا ګانې چې دنورو ویروس خواته فکر کیږی په لاندې ډول دي :

۱. کله چې د ډکو متیازو په معاینه کې د باکتریا او یا پرازیت څرګندول له ناکامې سره مخ شي.
۲. له ۵۰٪ څخه په زیاتو پیښو کې کانګې موجودې وي.
۳. د ناروغۍ متوسطه موده ۱۲-۲۰ ساعتونو پورې وي.
۴. د تفریخ دوره یې په منځني ډول ۲۴-۴۸ ساعتونو پورې وي.

II . د خوړلو بیړنی تسمم چې اوبلن نس ناستی په کښې ښکاره وي:

الف : روتا وایرس (Rota virus):

په ځوانو ماشومانو کې د نس ناستي غوره لامل دی ۳۰-۵۰٪ پیښې یې په روغتون کې بستر کیږي چې ۱۰-۲۰٪ یې مړه کیږي. د ودې په حال هیوادونو کې د نس ناستي مهم لامل جوړوي. پیښې یې د ژمي په موسم کې زیاتې وي په اسانۍ سره لیږدیږي. وایرس انتروسایت اغیزمن کوي. د جذب سطـــح اود Brush border انزایمونه کموي.

د تفریخ دوره یې ۴۸ ساعته ده.

پـه اوبلـن نـس ناسـتي ، کـانګو د ګیـډې درد او تبـې بانـدې متـصف دی. پـه درملنـه کـې دمایعاتو بیا پوره بنسټیز ټکی دی.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

ب: کامپایلوباکتر جیجوني:

دا اورګانیزم زونوزس دی. د چرګانو او غواګانو له کولمو څخه منشه اخلي. غوره سرچینه یې غوښه (لکه د چرګانو) ده همدارنګه د شیدو محصولات ککړولی شي.

د تفریخ دوره یې ۲-۵ ورځې ده.

د ګیډې کولیکي درد دومره شدید وي چې د جراحي ﭘیښو سره مغالطه کیږي. زړه بدوالی، کانګې اولړ څه نس ناستی موجود وی چې نس ناستی وینه لرونکې وي. زیاتره ځوانان اخته کوي.

۵-۷ ورځې وروسته خپله ښه کیږي په ۱۰-۲۰٪ ﭘیښو کې ګیلې اوږدیږي او د مایکروب ضد درملو لکه سپروفلوکساسین یا مکرولاید ته اړتیا پېښیږي.

مهم اختلاط یې Guillan Barre سندروم او Reactive Arthritis دی.

ج: لیستیروزیس(Listeriosis)

لیسترا مونو سایتوجن په ځانګړي ډول د چرګانو غوښه او پنیر ککړوي. دا اکثرا د بکتریمیا، ځایي انتان او مننجایتس سبب کیږي په ځانګړي ډول په امیدوارو ښځو، نویو زیږیدلو ماشومانو، الکولستانو، دشکرې ناروغانو او معافیت ځپلو خلکو کې یې ﭘیښې ډیرې دي.

د: Salmonella

دا ۲۳۰۰ ډولونه لري په مفصل ډول د سلمونیلا په بحث کې یاده شوې او په لنډ ډول د ګستروانترایتس څخه یې یادونه کوو.

د ناروغۍ لیږد د اوبو او خوړو په واسطه ترسره کیږي په ځانګړي ډول د چرګې غوښه او هګۍ یې ښه سرچینه ده.

دتفریخ دوره یې ۱۲-۷۲ ساعته ده. نس ناستی او کانګې څرګندی ګیلې دي کیداې شي ډکې متیازې وینه لرونکې وي ۵٪ ناروغانو کې باکتریمیا او ۲٪ رې اکتیف ارترایتس څرګندیږي.

هـ: E. Coli

اپیډیمولوجي: زیات سیروټایپونه د E.Coli دانسانانو په کولمو کې شتون لري پنځه بېلا بېل کلینیکي او پتالوجیک بدلونونه رامنځته کوي چې ټول یې دنس ناستي سره یو ځای وي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

۱- Enterotoxigenic E.Coli (ETEC)

د سفري نس ناستي غوره لامل دی اورګانیزم د تودوخې سره مقاوم دی او یو غیر مقاوم انتیروتوکسین تولیدوي چې د نس ناستی او کانګو لامل کیږي. د تفریخ دوره یې ۱-۲ ورځې ده. ناروغي ۳-۴ ورځې دوام کوي.د میکروب ضد له درملو څخه په درملنه کې ګټه اخستلای شو.

۲- Entero-invasive E.Coli (EIEC)

دا ډول شجیلا ته ورته دی چې د کولون پر مخاطي ژونکو باندی برید کوي او ددې د تخریب لامل کیږي. انتیروتوکسین نه تولیدوي.

بیړنی اوبلن نس ناستی، د ګیډی کرمپي درد او په ډکو متیازو کې دوینې شتون یې دودیزې نښې او ګیلې دي چې نادراً شدید یږي.

۳- Enteropathogenic E.Coli (EPEC)

د اد نوو زیږیدلو ماشومانو د نس ناستی مهم لامل دی چې د کولمو دتخریب او نارمل جذبیدو ظرفیت د خراب والی لامل کیږی. ګیلې یې له خفیف نس ناستي څخه تر وینه لرونکي نس ناستی پورې سیر کولای شي.

۴- Entero-aggregative E.Coli (EAEC)

دا ډول له مخاط سره د نښلیدو لپاره جنتیک کود لري خوکولای شي چې ځایي فعال انتیروتوکسین هم تولید کړي. په دې ډول کې نس ناسته دوامداره وي.

۵- Enterohaemorrhagic E.Coli (EHEC)

داډول د نښلیدو لپاره جینتیک کود لری اوهم یو ډول انتیروتوکسین (Verocytotoxin) چې د Shiga toxin سره ورته والی لری تولیدوی. Ecoli 0157:7 ددی ښه پیژندل شوی ډول دی.

۱۰-۱۰۰ اورګانیزمونه د ناروغۍ د منځته راتګ لپاره پکار دی همدارنګه کیدای شي شیدې، کاهو، سرې ملۍ او دمڼې جوس ککړ کړي او دانتان سرچینه شي.

تفریخ دوره یی ۱_۷ ورځې ده په لومړي سر کې اوبلن نس ناستی د ګیډې د دوامداره او شدید درد سره یو ځای وي همدارنګه کانګې او تبه موجوده وي وروسته وینه په ډکو متیازو کې څرګندیږي . انتیروتوکسین موضعي اغیزه په کولمو کې او همدارنګه په نورو انساجو لکه ګلومیرول باندې لري چې د وژونکي هیمولایتیک یوریمیک سندروم(HUS) لامل کیږي چې دا په ۱۰-۱۵% پیښو کې څرګندیږي همدارنګه د ترمبوتیک ترمبوسایتوپینیک پورپورا او د هیموراجیک کولایتس لامل کیږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

جاردیاسس

(Giardiasis)

جاردیا Lamblia چې د جاردیا Intestinal یا جاردیا Duodenalis په نوم هم یادیږي. په تیوله نړۍ کې یې پیښې ډیرې زیاتې دي. دا د اپیډیمیک او اندیمیک نس ناستي مهم لامل ګڼل کیږي خو زیاتره په انسانانو کې غیر عرضي وي.

په امریکا کې هر کال سل زرو څخه تر دوه نیم میلونه پیښې رامنځته کیږي چې له دې څخه ۵۰۰۰ یې روغتون کې بستر کیږي پیښې یې په ماشومانو کې زیاتی دي.

په کال ۱۶۸۱م کې جاردیا وپیژندل شوه چې په دوه ډولونو(سیسټ او تروفوزویت) پیداکیږي چې دا وروستنی د ناک (Pear) شکل او فلاجیل لرونکې دی. اوږدوالی یې ۱۰-۲۰µm او پنډوالی یې ۵ الی ۱۵µm دی چې دوه هستې لري.تروفوزویت په کوچنیو کولمو کې پرولیفریشن کوي او د عرضي ناروغ په اوبلنو ډکو متیازو کې لیدل کیږي.

سیستیک شکل یې چې ۱۱الی ۱۴µm اوږدوالی او ۷ الی ۱۰µm پنډوالی لري. د غیر عرضي ناروغ په کلکو ډکو متیازو او د عرضي ناروغ په اوبلنو ډکو متیازو کې یې لیدلای شو. سیست له کلورین سره مقاوم دی او کولای شي په اوبو کې تر درې میاشتو پورې ژوند وکړي.

۲-۲ شکل جاردیا لامبلیا

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

اپيديمولوجي:

دناروغۍ پيښې داوړي په وروستيو ورځو او د مني په مياشتو کې زياتې دي.
په هغو ځايونو کې چې د روغتيا ساتنې ته پوره پاملرنه نه کيږي پيښې يې ډيرې دي.
د عمر له نظره له صفر څخه تر ۵ کلو ماشومانو کې او د کاهلانو په ۳۱الی ۴۰ کلن عمر کې ډيرې دي.
د ناروغۍ مهم ليږدونکې اوبه دي له يو کس څخه بل ته دډوډۍ خوړولو په واسطه هم ليږديږي او بايد وويل شي چې د مقعدي نږدې والي په واسطه هم ليږديداى شي.
يو ځل انساني ډکې متيازې ۳۰۰ ميلونه د جارديا سيست بهرني چاپيريال ته ليږدولی شي او ددې څخه يواځې لس Cysts بس دي تر څو ناروغي رامنځته کړي خو د جارديا پرازيت چې په انسانانو کې ناروغۍ څرګندوي د مورفولوجي له نظره له هغه جارديا سره چې په سپيانو، پيپشوګانو، سرکوزو، موږکانو او پسونو کې ژوند کوي يو شان دی.

Cyst او ټروفوزوايت چاپيريال ته وځي ۲- ۳ شکل کې د جارديا د ژوند دوران

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

پتوجنيزس:

ناروغي هغه مهال رامنځته کيږي کله چې ۱۰ الی ۱۵ سيستونه وخوړل شي.
سيست په کولمو کې په تروفوزويت بدليږي او بيا تروفوزويت د اپيتيليوم سره نښلي خو بريد او موضعي تخريبي تغيرات نه شي کولای.
د Brush border انزايمونه خپل فعاليت له لاسه ورکوي په نتيجه کې د لکتوز سره نه زغم او Malabsorption رامنځته کيږي.
ډول ډول فکتورونه په جارديا کې د نس ناستي مسؤليت لري :
لومړی دا چې د دای سکرايد نيمګړتيا ، ultra structure اوهستوپتالوجيک بدلونونه په کولمو کې رامنځته کيږي چې په تجربوي حيواناتو کې ددې بدلونونو له امله د کولمو نفوذيه وړتيا زياتيږي. دګلوکوز او امينواسيد جذب چې سوديم پورې اړه لري خرابيږي او هم د سوديم او کلورين اطراح خرابيږي.
دوهم دا چې د جارديا Patchy توزيع او د کولمو په جوړښت کې د څرګندې ابنارملتي نشتوالی ددې څرګندوی دی چې جارديا کيدای شي انتيروتوکسين توليد کړي چې دا بيا د کولمو ترانسپورتي دنده خرابوي.
دريم داچې يو شمير سايتوکينونه د کوربه له التهابي ژونکو څخه په Lamina Propria کې ازاديږي چې د کلورايد اطراح د کولمو د اپيتليل ژونکو په واسطه زياتوي.
داپورته ټول ياد شوي فکتورونه په ګډه سره دناروغۍ د کلينيکي څرګندتياوو لامل کيږي.
بايدوويل شي چې د کوربه يو شمير حالتونه لکه هايپوګاما ګلوبولينيميا ، په کولمو کې د IgA افراز کموالی ، Achlorhydria، خوار ځواکي او ګاستريکتومي داتتان خطر زياتوي.کله کله داسی هم کيدای شي چې تروفوزويت صفراوي کانال ته لاړ شي چې د زيړي او کرمپي درد لامل ګرځي.

کلينيکي څرګندتياوې:

کيداې شي ناروغان بی عرضه وي اوچاپيريال ته سيست وليږدوي يا بيړنی نس ناستی، ځنډنی نس ناستی ، خوارځواکي او د وزن د کموالي څخه ګيله من وي.د تفريخ دوره يی ۱- ۱۴ ورځې ده. اعراض کيدای شي په بيړني ډول پيل شي(نس ناستی، دګيډی درد ، ارګمی، زړه بدوالی، کانګې) د بيړني جارديا دوام په دوديز ډول له يوې اونۍ څخه زيات وي همدارنګه

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

ناروغان د سستيا ، بې اشتهايي او سلفوريک بويه ارګمي(Sulforic Eruction) څخه ګيله من وي. تبه او Tenismus ډيرو کمو پيښنو کې موجود وي. په لومړيو کې ډکې متيازې اوبلنې وي او وروسته بوی لرونکې ، بادګين او غوړيږي د جارديا کلينيکي څرګندونې په (۲ - ۴) جدول کې ښودل شويدي.

وينه، زوه او مخاط دوديز ډول موجود نه وي که دميکروسکوپ لاندې ډکې متيازې معاينه شي نو PMN ژونکې به ونه ليدل شي.

غير دوديزی څرګندتياوې يې لړمۍ ، Reactive arthritis، د صفراوي کڅوړې ناروغۍ او دمعدې انتان دی. د معدې انتان په هغو خلکو کې منځته راځي چې Achlorhydria ولري او د H.pylori سره يو ځای وي.

د ځنډني نس ناستي په صورت کې ناروغان د ستوماتتيا ، سستيا ځيني وخت سردردي ، د ګيډې خپور درد چې له خوړلو سره زياتيږي او د وزن دکموالي څخه ګيله من وي. ډکې متيازې غوړين (Greasy)،بوی لرونکې ، هوا لرونکې ، Yellowish او حجم يې کم وي.

ناروغ کله نس ناستی او کله قبضيت لري چې دا ګيلې کيدای شي تر کاله پورې دوام وکړي.

کيداې شي دجذب خرابوالی رامنځته شي په ډکو متيازو کې د غوړو شتون (Steatorrhia) ، دويټامين A، B12 ، پروټين، D-Xylose او د اوسپنې جذب خرابوالی منځته راځي. د دای سکرايدونو له ډلې څخه د لکتوز جذب خرابيږي چې په ۳۰ -۴۰ % پيښنو کې موجود وي.

۲-۴ جدول دجارديا دناروغ ګيلې

ګيلې	سلمه	ګيلې	سلمه
نس ناستی	۸۹	بی اشتهايي	۲۴
لتې	۸۴	دوزن کموالی	۲۴
نفخ وباد	۷۴	کانګی	۲۷
بوي لرونکې، غوړې ډکې متيازې	۷۲	تبه	۱۳
دګيډې درد	۷۰	لړمۍ	۹
باد	۲۹	قبضيت	۹
زړه بدوالی	۲۸		

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

لابراتواري لاسته راوړنې

د ډکو متیازو له نمونی څخه په لاندې ډول د تشخیص لپاره ګټه اخستل کیږی.

۱ـ په ستندرد ډول سره مایکروسکوپی دا په دې مانا چې تازه ډکې متیازی نېغ په نېغه تر مایکروسکوپ لاندې د سیست او تروفوزویت د لټون لپاره کتل کیږي.

۲ـ Immuno assay : چې دا په دوه لارو سرته رسیږي یو دا چې د Coproantigen مشخص کول د ایمیونو اسې دیو انزایم په واسطه چې حساسیت یې ۹۴ – ۹۷% او ځانګریتوب یې ۱۰۰% دی. بل د سیست مشخص کول د مستقیم فلوروسینت انتي بادی د اندازې په واسطه چې حساسیت اوځانګریتوب یې له ۹۲ تر ۱۰۰% دی.

کله کله کولای شو تروفوزویت په اثناعشر کې ولټوو چې په لاندې ډول تر سره کیږي:

۱ـ د اثناعشر String test چې دې ته Entero Test وایي.

۲ـ د اثناعشر اسپایریشن.

۳ـ اندوسکوپیک Brush سایتولوجي.

۴ـ د اثناعشر بیوپسي.

په سیروم کې د انتي بادي معلومول اړین نه دی ځکه چې حساسیت او ځانګریتوب یې کم دی.

په ډکو متیازو کې د اورګانیزم معلوموال کیدای شي ستونزمن وی ځکه چې د اورګانیزم اطراح د یوې ورځې څخه وبلی ورځی ته توپیر کوي. د برید پر وخت ناروغان د یوې اونۍ لپاره ګیلې لري پرته لدې چې اورګانیزم اطراح کړي.

په ځنډنې نس ناسي کې کیدای شي ډکې متیازې په دوامداره ډول منفي وي.

د ډکو متیازو درې نمونې باید ددوو یا زیاتو ورځو په واټن واخستل شي او د Concentration په طریقه معاینه شي. یوه نمونه کیدای شی په ۵۰- ۷۵ % او دری نمونې په ۹۰% پیښو کې مثبتې وي.

د باریوم، د مایکروب ضد درمل ، انتي اسید ، Koalin یا Oil لرونکي Laxative کیدای شي په لنډمهالي ډول (نږدې لس ورځې) د پرازیت شمیر کم کړي .که چیرې پورته ذکر شوي توکي د رنځور لخوا استعمال شوي وي نو د ډکو متیازو کتنه لږ څه وخت ځنډول کیږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

درملنه:

که څه هم دناګیله من ناروغ درملنه تر ناندریو لاندې ده خو بیا هم څرنګه چې نورو ته ناروغۍ لیږدوي اوهم خپله کیدای شي ناګیله من ناروغ کله په ګیله من بدل شي نو پر دې بنسټ درملنه ورته تر ســـره کیږي. په شکـــمنو پیښو کې چې په ډکو متیـــازوکې Coproantigen منفي وي نو اټکلي درملنه کله کله ترسره کیږي چې له لاندې درملو څخه ګټه اخستل کیږي.

١_ Tinidazole:

دوه ګرامه یو ځل په ۹۰-۱۰۰% پیښو کې اغیزمن دی. د Metalic taste او په خفیف ډول د معدې معایی ګیلې یې اړخیزې اغیزې دي چې نږدې په ۱۰% ناروغانو کې څرګندیږي. سردردی او د سر ګرځیدنه یې په لږو پیښو کې اړخیزې اغیزې دي.

له الکولو سره دې یو ځای استعمـال نه شي ځکه چې د Antabuse like غـبرګون خطر شته.

٢_ Metronidazole :

۲۵۰ ملي ګرامه درې ځله د ورځې د ۵-۷ ورځو لپاره، میټرونیډازول کیدای شي معدی معایی ګیلې رامنځته کړي. همدارنګه سردردي، سر ګرځیدنه ، میتالیک خوند ، Candidal نمـــو او Antabuse like غــــبرګون له الکـــولـــو سره څرګندیږي.

٣_ فیورازولیدون:

۱۰۰ ملي ګرامه څلور ځله د ورځې د ۷-۱۰ ورځو لپاره.د هضمي جهاز ګیلې ، تبه، سردردي، خاپونه او Disulfiram like غبرګون له الکولـــو سره د یو ځای استعمـــال له امله رامینځته کیدای شي، همدارنګه په G6PDD ناروغانو کې کولای شي هیمولایز څرګند کړي.

۴_ نور درمل :

Albendazole ۴۰۰ ملي ګرامه د ورځې د ۵ یا زیاتو ورځو لپاره ۹۵% پیښو کې ګټور دی.

Paramomycine ۲۷- ۳۵ ملي ګرامه دبدن پر هر کیلو ګرام وزن په درې دوزونو د ۷ ورځو لپاره کارول کیږي څرنګه چې دانه جذبیږي نو په امـیدواری کې استعمـالیږي.

Nitrazoxanide په دې وروستیو کې لـه ۱۱ کلنۍ څخه پـه کم ماشومانو کې استعمالیږي.

۵۰۰ ملي ګرامه د ورځې د درې ورځو لپاره.

مخنیوی:

اغیزمنه Chemoprophylaxis نه شته خو څرنګه چې اوبه د پرازیت غوره لیږدونکې دی نو باید کلورنیشن او یا د یوې دقیقې لپاره جوش شي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

بچوليزم
(Botulism)

تعريف:

يوه فلجي ناروغي ده چې د نيوروتوکسين پواسطه چې يو ځواکمن پروتين دی او د Clostridium Botulinum پواسطه افرازيږي رامنځته کيږي.

ناروغي لومړی قحفي ازواج اغيزمن کوي وروسته د نهاياتو اعصابو ته مخ په وړاندی ځي په لاندې ډول ويشل شوې دي.

الف: دخوړو بچوليزم(Food Born Botulism) : مخکی جوړ شوی توکسين خواړه ککړوي په ځانګړي دول سابه، ميوه، مرچ او مساله. غوښه او ماهيان لږ ککړيږي.

په دوديز ډول F.B.B هغه وخت منځته راځي کله چې زيرمه شوي خواړه سپور ولري او يا خوړو ته دومره تودوخه ورنکړل شي چې توکسين مخکې د خوړولو څخه تخريب شي اويا د خوړو ساتنه ونه شی کولای سپور غير فعال کړي .

ب: د ټپ بچوليزم (Wound Botulism): په دې صورت کې توکسين په ټپ کې د اورګانيزم پواسطه جوړيږي . دا نادر شکل دی د لومړی ځل لپاره په کال ۱۹۴۳ کې واضح شوه.

ج : د کولمو بچوليزم: چې د سپور خوړولو څخه وروسته توکسين په کولمو کې جوړيږي کيداې شي پيښې يې په نويو زيږيدلو ماشومانو کې زياتې وي.

لامل:

دا يو ګرام مثبت، Anaerobic اورګانيزم دی چې سپور جوړوی. راډ په شان شکل لري. په خاوره او سمندري چاپيريال (Marine) کې ژوند کوي. ځواکمن باکتريايی توکسين جوړوي. اورګانيزم د A څخه تر G پوری د توکسين پر بنسټ ويشل شوی دی.(G, F, E,D,C_2-C_1, B, A) چې E,B,A او F يې انساني بچوليزم را منځته کوي. Cاو D يې د مرغانو او د نورو حيواناتو د بچوليزم لامل ګرځي.

توکسين د تودوخې سره حساس دی او سپور په جوش اوبو کې تر څو ساعتونو پورې ژوند کولای شي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

پتوجنيزس:

کله چې ناروغ توکسين لرونکې خواړه وخوري توکسين د معدې څخه په اسانی سره تيريږي ځکه چې د معدی د انزايمونو او اسيد په مقابل کې ټينګار لري.

توکسين له کولمو څخه جذبيږي چې له دی څخه سستميک دوران ته ننوځي. دا اکزوتوکسين يو ځواکمن نيوروتوکسين دی چې د عصبي سيستم پر ضد عمل کوي د ځانګړو اخذو سره نښلي چې هلته د اسيتايل کولين افرازول بندوي چې ددې په پايله کې فلج د همغی برخې چې ددې عصب په واسطه تعصيب شوی رامنځته کيږي د بچوليزم توکسين د انسانانو لپاره قوی زهر دي چې څو ملي ګرامه توکسين کولای شي ديو لوی ښار اوسيدونکي په اسانی سره ووژني چې وژونکی اندازه يي په دوراني سيستم کې mg/kg 10^{-9} ده.

د Type A بچوليزم توکسين په زرقي ډول ځينو ناروغيو په درملنه کې لکه د سترګو د عضلاتوګډوډي د بيلګې په ډول Strabismus يا Blepharospasm کې کارول کيږي همدارنګه په hemifacial Spasm او Cosmetic لپاره هم استعماليږی او هم دا توکسين د Bioterrorism لپاره ښه کانديد دی.

کلينيکي بڼه:

په ناروغانو کې کلاسيکې څرګندونې په بيړني ډول رامنځته کيږي چې غوره يې عبارت دي له :

١. په دوديز ډول تبه نه وي خو که بل انتان لاس وهنه وکړي.
٢. دماغي څرګندتياوې يې دوه اړخيزې وي.
٣. ناروغ غبرګون ښکاره کوي.
۴. د زړه حرکات نارمل او يا کم وي د وينې د فشار ټيټوالی موجود نه وي.
۵. حسي نيمګړتياوې منځته نه راځي (پرته له Blurred vision څخه) .

لومړنۍ دوه څرګندتياوې يې د Poliomyelitis د توپير لپاره ارزښتمنی دي.

کلينيکي ډولونه:

دخوړو بچوليزم : کله چې د توکسين په واسطه ککړ شوي خواړه وخوړل شي نو ناروغۍ له يوه خفيف حالت څخه تر شديد حالت پورې چې په ۲۴ ساعتو کې د مړينې لامل کيدای شي سير کوي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

د تفـریخ دوره یـی ۱۸-۳۶ سـاعته ده خـو د توکسـین پـه انـدازې پـوری اړه لـري. متنـاظر Descending فلج چې پـه ځانګړي ډول تنفسي عدم کفایه او مړینه رامنځته کوي څرګندیږي. قحفی ازواج اغیـزمن کـوي او نـاروغ کې دوه لیدنه، د ژبې نښتل (Dysarthria)، دغږ ستونزه (Dysphonia)او یا Dysphagia رامنځته کیږي.

سستی ورو ورو زیاتیږي چې د سر څخه پیل غاړې، اوږو، سینې اوپښو تـه مخ پر وړاندې ځي چې معمولا سستي غیر متناظره وي.

زړه بدوالی، کانګې اود ګیډې درد مخکې یا وروسته لـه فلج څخه څرګندیږي، سرګیچې، Blurred Vision ، وچه خوله او کلـه کلـه د ستوني درد دودیز دی.

ناروغ په عمومي ډول ویښ وي. خو خوبجن او نارامه وي په وصفي ډول تبه نلري.

Ptosis اکثراً وي Pupillary ریفلکس کیدای شي Depress وي. په نیمایي ناروغانو کې Fixed پراخه Pupil لیدل کیږي Paralytic Ilieus پرمختللی قبضیت او د مـــتیازو بندیدل دودیز دی.

د ټپ بچولیزم (Wound Botulism) :

هغه وخت منځته راځي کله چې سپور ټپ ککړ کړي او هلتـه Vegetative شکل جوړ کړي او بیا توکسین تولید کړي.

د تفریخ دوره یي اوږده ده (نږدې لس ورځې) معدي معایي ګیلې یې نه وي او یا کمې وي. که تبه وي نود ټپ انتان راپه ګوته کوي نه بوتولیزم.

دا ډول بوتولیزم وروسته له هغه چې ټپ د خاورې په واسطه ککړ شي یا له زرقیاتو (Drug abuser) اود جراحي عملیاتو څخه وروسته رامنځته کیدای شي.

د کولمو بچولـیزم:

هله منځته راځي کله چې سپور وخوړل شي په کولمو کې په Vegetative شکل بدل، توکسین جوړکړي او دا زهر جذب شي. د نوو زیږدلو ماشومانو بچولیزم یي ښه بیلګه ده چې له یو خفیف حالت څخه تر شدید چې د مړینې لامل کیږي سیر لري.

Infant Botulism په نویو زیږدلو ماشومانو کې د ناڅاپي مړینی غوره لامل دی چې ډیره غوره منبع یې خاوره او د ککړ شویو شاتو خوړل دي نو په همدې دلیل د ۱۲ میاشتو څخه کم عمره ماشومانو ته شات نه ورکول کیږي معایي بچولیزم په کاهلانو کې غیردودیز دی. زیاتره پیښې

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

يې له خوراک سره اړيکې نلري هغه فکتورنه چې د کلوستريديوم بچوليزم Colonization ته په کولمو کې زمينه برابر وي پوره څرګند نه دی.

Bioterrorism او بيولوجيک Warfare :

د بچوليزم توکسين کيدای شي د هوا له لارې هم بدن ته داخل شي. انشاقی بچولـــيزم د Food Born پشان کلينيک لري خو دکولمو ګيلې په کښې شتون نه لري. بايد يوه خبره په ياد ولرو چې توکسين د نارمل پوستکي څخه تيريدای نه شي.

تشخيص:

په هغو ناروغانو کې چې متناظر Descending فلج ولري، تبه و نه لري، دماغي حالت يې ښه وي ، په دې ورستيو کې د ککړ شويو خوړو تاريخچې موجوده وي او يا وصفي ګيلې په هغو خلکو کې چې دې رنځور سره يې ګډ خوراک کړی وي موجود وي بايد بچوليزم په کښې ولټول شي. په ګماني پيښو کې پکار ده چې ککړ شوي ګماني خواړه، دناروغ سيروم، ډکې متيـازې او معدوي مواد په غور سره معاينه شي.

د ټپ په بچوليزم کې د ټپ څخه مواد اخستل کيږي او کرنه ورباندې تر سره کيږي.

دټوکسين کچه بايد مخکې د انټي توکسين له ورکولو څخه معلومه شي.

داناروغان بايد مياستينيا ګراويس ، Guillian Barre's syndrome ، Tick paralysis، Trichinosis, C.V.A ، Eaton lambert syndrome د کلــسيم کـموالی، مګنيزيم زياتوالی اورګان فاسفيت تسمم، اتروپين تسمم او Psychiatric Syndrom سره توپير شي.

درملنه :

ناروغ په روغتون کې بستر شي او په کلکه سره يې حياتي نښې Pulse Oximetry ، سپايروميتري او د شرياني وينی ګــا زات ارزيابی شي.

پـه Food Born کې سمدستي equine antitoxin ورکـــړل شي.

درمــلنه د لابراتواري پايلې تر رارسيدا ونه ځنډول شي چې دوز يې **۵۵۰۰** څخه تر **۸۵۰۰** پورې IU سيروم پورې دی.

سيروم Sickness او Anaphylaxis يې يو غټ خطر دی نو حساس خلک بايدغير حساس شی.

که چيرې ileus موجود نه وي نو ناروغ ته اماله يا جلاب ورکړل شی. د کانګوتنبه کول اود معدی لواژ په اولو ساعتونو کې ترسره شي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

همدارنګه ژوغورونکې پا ملرنې (Supportive care) باید دغیر فعال ایمونایزیشن سره یو ځای ترسره شي دا په دې مانا چې تنفسي عدم کفایه یو غټ خطر دی نو ناروغ باید په بشپړ ډول تر څارنې لاندې ونیول شي.

د میخانیکي تهویې اجرا ۲۰٪ کاهلانو ته او ۲۰٪ نویو زیږیدلو ماشومانو ته اجراکیږي.

د میکروب ضد درمل اړین نه دی خو د زخم په بچولیزم کې پنسلین ښه درمل دی .

یو خبره باید په یاد ولرو چې انتي ټوکسین فلج اصلاح کولای نه شي او هم په اعصابو باندې نښتې توکسین نه شي خنثې کولای یوازې هغه توکسین چې دوران کې دی او پر اعصابو نښتې نه وي خنثی کوی چې د نور فلج څخه مخنیوی وشي.

انزار:

Type A شکل د B بڼې په پرتله ډیر وخیم دی.

مړینه په هغو ناروغانو کې چې عمر یې د ۲۰ کالو څخه لوړ وي زیاته ده. مخکې د Food Born بوتولیزم ۲۰-۷۰٪ ناروغان مړه کیدل اما اوس له ښې درملنې سره مړینه ۷,۵٪ ته ښکته شوې ده.

په یو شمیر ناروغانو کې سستیا او Autonomic dysfunction دیوکال څخه زیات دوام کوي.

مخنیوی:

یو پینتاوایلینټ واکسین (A-E) شته چې خطر سره مخامخ (Exposed) خلکو ته استعمالیږي سپور کیدای شي۱۱۲-۱۲۱ سانتي ګرید درجې تودوخې په مټ غیر فعال شي.

د ناروغۍ د مخنیوی لپاره د پاکو خوړو جوړول او ساتل ښه لاره ده.

څرنګه چې ددې ناروغۍ زهر د تودوخې پر وړاندې حساس دی نو خوړو ته دپوره تودوخې ورکولو په واسطه له منځه ځي.په ۱۰۰ سانتي ګرید کې توکسین په لسو دقیقوکې له منځه ځي.

دټوکسین پر وړاندې معافیت ان په شدید شکل کې هم منځته نه راځي نو پر دې بنسټ تکراري بچولیزم خطر شته دی.

هغو خلکو ته چې د ناروغۍ خطر سره زیات مخامخ وي Pentavilant واکسین (A.E) ورکول کیږي خو لږ څه دردناکه دی.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

کولرا
(Cholera)

تعریف :

کولرا د بیړني نس ناستي داسې ناروغۍ ده چې په ساعتونو کې د ژور دیهایدرشن او مرګ لامل کیږي اما د نیکه مرغه د پوره مایعاتو او نورو تقویوي درملنې سره د ناروغ له مړینې څخه مخنیوی کیدای شي.

سببي لامل:

ددې ناروغۍ سببي لامل Vibrio Cholera دی چې دایو ګرام منفي متحرک بسیل دی. اوږدوالی یې ۱-۳ مایکرو مترو پورې او قطر یې ۰،۵-۰،۸ مایکرو مترو ته رسیږي او نږدې ۲۰۲ سیرو تایپونه یې اوس پیژندل شوی دي چې دوی د اګلوتینین پر بنسټ ویشل شویدي. د o1 ګروپ انتي جن (V. Cholera o1) او هغه چې نه لري Non o1 Vch نومول شوی دی. مګرځیني non o1 V.ch هم په سپورادیک ډول سره نس ناستی رامنځته کوي اما د ناروغی لامل یوازې o1 V.c او O1 39 کیږي.

ویبروکولرا 01 د سوماتیک انتي جن پر بنسټ په درې سیروتایپ او په دوبیوتایپ ویشل شویدی.

سیروتایپ inaba چې A,O او C انتي جن لیږدوي، سیروتایپ Ogawa چې A او B انتی جن او سیروتایپ Hikojima چې داهم B,A او C انتي جن لیږدوی.

کلاسیک او Eltor یې Biotypes دي چې کلاسییک بیوتایپ د شپږو پاندیمیو مسولیت لري او وروستنی دوه پانډیمی د Eltor په واسطه رامنځته شوي دي.

اما زیاتره Eltor بیوتایپ غیر عرضي دی (په ۲۰ الی ۱۰۰ غیر عرضی پیبنو کې یوه عرضي پیبنې رامنځته کوي) .

په طبیعي ډول مایکروب په مالګینو اوبو (Brackish estuaries) کې اوسیږي.

انسان په ناڅاپي ډول منتن کیږي او کله چې منتن شو نو همدا انسان نور انسانان ککړوي. زیاتره ناروغی له ککړو شویو اوبو څخه چې د انسان د ډکو متیازو سره په تماس راغلې وي

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

لیږدیږي. خو خوراکي توکي هم ناروغۍ لیږدولای شي په خوړو کې تر ۱۴ ورځو اتتان ژوند کولای شي خو د حرارت سره اتتان حساس دی.
حیوان د مخزن په ډول نه دی پیژندل شوی.
اپیمدیمي یې په دودیز توګه په ګرم موسم کې رامنځته کیږي.
د کوربه ځیني فکتورونه هم د لیږدیدنې لپاره غوره دي لکه هغه خلک چې H. Pylori ولري او یا د وینې ګروب یې صـــــفر وي اویا Hypochlor hydric وي زیاتره او آن له وخیم اتتان سره مخامخ کیږي همدارنګه په وروسته پاتې هیوادونو کی چې د انسان ډکی متیازي په سمه توګه ځای پر ځای شوي نه وی، روغتیایي شرایط مراعت شوی نه وي او د خلکو ګڼه ګونه موجوده وي لیږدیدنه زیاته دی. لکه بنګله دیش ، هندوستان.
په کولرا اخته کسان اصلا د هندوستان او ګنګا د سیند اوسیدونکي دي.
د کال ۱۸۱۷ څخه تر اوسه پوری اوه پاندیمی رامنځته شوي دي چې د اوسنۍ پاندیمي د Eltor له امله په اندونیزیا کې ۱۹۲۱ کی شروع شوې او بیا ټوله اسیا ته یې لیږدیدنه کړې ده.

پتوجنیزس:

کولرا توکسین جوړونکی ناروغي ده چې توکسین یې ځواکمن پروتین دی اتتاني دوزیي که چیرې اوبه لیږدونکي وي نو^{3}۱۰- ^{2}۱۰ او که خواړه لیږدونکي وي نو^{2}۱۰- ^{4}۱۰ دی.
هـــمدارنګه هغه حالات چې دمعدې اسید ښکته کوي لکه د انتی اسید، H2-Receptor Blocker drugs ، Gastrectomy ، ځنډنی ګسترایټس چې د H.Pylori له امله رامنځته شوې وي دناروغۍ خطر زیاتوي.
د کولرا انتیروتوکسین پنځه B فرعي او دوه A فرعي واحـــــده لري.
Sub unit B توکسین ته اجازه ورکوي چې د ځانګړې اخذو سره په (GM) Gangiloside ونښلي چې دانسان د کولموپه مخاط کې ځای لري.
فعـــال سب یونټ A دوه برخې لري. (A1 او A2). A1 برخې فعالیدل د Adenylate cyclase په مټ ددی لامـــــل کیږي چې سایکلیک ادینوزین مونو فاسفیت (Cyclic A.M.P)د ژونکو په دننه کی زیات شي چې دا د کولمو د سودیم د جذبیدو ترانسپورت د Villus په ژونکو کی بندوي او د کلوراید اطراح د Crypt په ژونکو کې زیاتوي په پایله کې سودیم کلوراید دلومن په دننه کې زیاتیږي او اوبه په Passive ډول ددی لپاره چې ازمولالټي وساتي لومن ته حرکت کوي نو د

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

Isotonic مايع حجم په لومن کی زياتيږي د کولمو ژونکې نه شي کولای دومره زياته مايع دوباره جذب کړي نو اوبلن نس ناستی رامنځ ته کيږي. شاک د زياتې مايع د ضياع له امله او اسيدوزس د بای کاربونيټ د ضايع کيدو له امله رامنځته کيږی.

کلينيکی نښې نښانې:

د ناروغۍ د تفريخ دوره ۲۴-۴۸ ساعته ده. په بيړني ډول سره ناروغي په اوبلن بې درده نس ناستي سره پيلېږي، چې په چټکی سره يې اندازه زياتيدای شي چې ډير ژر نس ناستی د کانګو په واسطه تعقيبيږي.

په وخيمو حالتونو کې د نس ناستی حجم په اولو ۲۴ ساعتونو کې ۲۵۰ ml/Kg ته رسيږي او هر وار ډکو متيازو سره ممکن يو ليتر اوبه ضايع شي.

که چيرې اوبه او الکترولايتونه پوره نه شي نو هايپووالیميک شاک او آن مړينه رامنځته کيږي.

تبه د ۵% څخه په کمو پيښنو کې موجوده وي. د عضلاتو کرمپ د الکترولايتونو د ضايع کيدو له امله رامنځته کيږي.

د ناروغ ډکې متيازې بی بويه او خړ رنګه وي. وينه په کښې موجوده نه وي او يا کيدای شی د مخاط پارچې ولري ځينې وخت خوړی وی چې دا ډول ډکـــــو متيازو ته Rice Water ويل کيږی يعنی هغو اوبو ته ورته والی لری چې وريجې په کښې مينځل شوی وي.

کلينيکې څرګندونې د حجم د ضايع کيدو سره موازي وی يعنی که چيرې د ۳– ۵ % نارمل وزن ضايع شوی وي تنده څرګنديږي.

که د ۵ – ۸ % وزن ضايع شوې وي نود فشار وضيعتي ښکته والی، سستی، د زړه دحرکاتو زياتوالی او د پوستکي Turgor کموالی څرګنديږي. او که ۱۰% څخه زيات حجم ضايع شوی وي نو اوليګويوريا ، نبض ضعيف يا ورک، ننوتې سترګې (که ماشوم وی ننوتی Fontanell)، غونج پوستکی (Washer women) ، خوب جن حـــالت او بالاخره کـــــوما رامنځـــــته کيږی.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

(۲ - ۴) شکل کې د کولرا له امله په شدید دیهایدریشن اخته ناروغ لیدل کیږي.

کولرا په امیدواره ښځو کې خراب انزار لري چې په سلو کې **۵۰** ماشومان یې مړه کیږي. همدارنګه په زړو خلکو کې خطرناک سیر لري.

اختلاطات لکه د پښتورګو عدم کفایه، شدید میتابولیک اسیدوزس، د سږوازیما رامنځته کیږي.

کولرا Sicca چې دا د کولرا خراب شکل دی کله کله څرګندیږي چې دلته په پراخه شوو کولمو کې اوبه بندې پاتې کیږي . دداسې ناروغ ارزیابي د تداوی له نظره ستونزمنه ده ځکه د څرګند دیهایدریشن شواهد موجود نه وي.

په ماشومانو کې غیر شعوري حالت اویا اختلاج کیداې شي د هایپوګلیسیمیا ننبه وي.

ددې ناروغۍ غوره اختلاطات د زیاتې اوبو او الکترولایتونو د ضایع کیدو له امله رامنځته کیږي چې غوره یې د پښتورګو د عدم کفایې څخه عبارت دی . ۱۰,۲پیښې په ۱۰۰۰ تنو کې راپور ورکړل شوی دی.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

لابراتواري لاسته راوړنې:

Packed Blood Cell حجم،د سيروم ځانګړې كـــثافت او دپروتين لـــوړوالى موجود وي همدارنګه Prerenal ازوتيميا ، ميتابوليک اسيدوزس، لـــوړ انيون Gap ، نارمل يا كم پوتاشيم او نارمل يا لږ څه كم سوديم كلورايد سيروم كې ليدل كيږي.

دسيروم كلسيم او مګنيزيم په پلازما كې د Hemoconcentration له امله لوړ وي.

په شديد شكل كې د WBC زيات والى رامنځته كيږي.

هايپرګلايـسيميا د اپـي نفـرين ،ګلوكـاګون او كـورتيزون د زيـات والـي لـه املـه چـې د Hypovolumia په واسطه تنبه كيږي منځته راتلاى شي.

تشخيص:

كه چيرې د كلينک له نظره پر رنځور د كولرا شک وي نو ژر دې ډكې متيازې واخـــستل شي او Dark Field مـــايكروسكوپي دى شي. د اورګانيزم د تجريد لـــپاره له ځانګړې وسط څخه ګټه اخستل كيږي.چې TCBS (thiosulfate citrate bile salt sucrose Agar) ورته ويل كيږي.

درملنه:

په اسانۍ سره درملنه تر سره كيږي ډير ژر بايد مايع او الكترولايتونه داړتيا پر بنسټ اعاده شي. د وړ درملنې سره سره دمړينې خطر له ١% څخه لږ دى.

پـه متوسط ديهايدريـشن كـې چـې دخـولې لـه لارې د مـايع تحمـل ونـه لـرى اوپـه شـديد ديهايدرشن كې د وريد له لارى مايع وركول كيږي.

دمايعاتو اعاده په دوه پړاوو كې بشپړ يږي يعنى د ريهايدريشن پړاو او Maintenance پړاو.

د ريهايدريشن پړاو بايد د څلور ساعتو څخه زيات وخت ونه نيسى. ml/Kg/Hour ٥٠-١٠٠ مايع سنجول كيږى.

رينګر لكتيت ډير ښه محلول دى ځكه چې اسيدوزس (PH < ٧،٢) په دى ناروغـانو كـې دوديز دى آن يو څه نور اضافي پوتاشيم هم بايد وركړل شي. د خولې له لارې وركول يې ښه دى. نارمل سالين دومره زيات نه استعماليږى ځكه چې ميتابوليک اسيدوزس اصلاح كولاى نه شي. د سنجول شوې مايع نيمايي بايد اول نيم ساعت كې ناروغ ته وركړل شي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

که چیرې وریدي مایع ورکول ستونزمن وي نو (Naso gastric tube(NGT اویاد Intraosseous کتیتر له لارې مایع ورکول کیږي. کله چې د ریهایدریشن پړاو بشپړ شو (ټول د دیهایدریشن نښې له منځه لاړې شي او د ناروغ تشې متیازې 0.5ml/kg/h او یا له دی څخه زیاتې شې) نو د Maintanence پړاو شروع کیږي.

په دې پړاو کې د خولې له لارې مایع ورکـول کیږي. ml/h ۵۰۰ – ۱۰۰۰ کافي دي چې کولای شو یوه قاشقه مالګه له ځلورو قاشقو بورې سره په یو لیتر اوبو کې ګډه کړو او محلول جوړ کړو.د مایکروب ضد درمل په درملنه کی دوهمي رول لری کلینیکی شواهدو ښودلی ده چې دمایکروب ضد درمل په شدید دیهایدریشن کی د نس ناستي دوام کم کړی او ډکو متیازو حجم یې نیمایی ته راښکته کړی دی.

دخـولې لـه لارې تتراسکلین او یـا Doxycycline انتخـابي درمـل دی. پـه یـو ځـل دوه ګرامـه تتراسایکلین اویا ۳۰۰ ملي ګرامـه Doxycycline کـافي درمـل دي. پـه امیـدوارۍ او ماشـومانو کې چې عمر یې لـه ۸ کـالو څخـه کـم وی ورنکـړل شی. پـه امیـدوارو ښـځو کـی ایریترومـاسـین او فورازولیدون استعمالیږی .

همدارنګه سپروفلوکزاسین ۳۰ ملي ګرامه دبدن پر هر کیلو ګرام وزن چې د یو ګرام څخه زیات نه شي او یا mg/kg ۱۵دوه ځله د درې ورځو لپـاره کـارول کیـږي. اریترومایسین ۴۰ ملي ګرامـه دبدن پر هر کیلو ګرام وزن په درې کسري دوزونو د درې ورځو لپاره ښه اغیزمن درمل دی.

د نـورو درملـو اسـتعمال لکـه Antimotility درمـل (لوپرامایـد ، دای فینوکـسیلات ، Adsorbant ، انلجزیک او دکانګو ضد درمل کارونه ښه نه دي.

مخنیوی:

د پاکو اوبـو استعمال ، پـه روغتیـایي ډول د ډکـو متیـازو ځـای پـه ځـای کـول، ښـه تغذیـه اود خوړو زیرمو ته ښه پاملرنه د کولرا پیښې کمې کړي دي.

د کولرا د واکسین دوام کم دی په دوو دوزونو استعمالیږي. (اوله او څلورمه اونۍ) بوسـتر دوز یې ۶ میاشتې وروسته هغو خلکو ته چې د کولرا خطر په کښې زیات وي او د کـولرا پـه خطرنـاکو ځـایونو کـې اوسـیږي کـارول کیـږي. د واکسینیـشن پروګرام قیمتـي دی کلـه چـې کنتلـوي پیـښې رامنځته شوې نو باید زیاته پاملرنه د اوبو او خوارکي توکو پاکوالي ته وشي. Chemo prophylaxis دتتراسایکلین سره ۵۰۰ ملي ګرامه دوه ځله د ورځې ددرې ورځو لپاره اغیزمن دی .

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

سلمونیلوزس
(Salmonellosis)

سلمونیلا د ۲۴۰۰ څخه زیات سیرو تایپونه لري چې د انسانانو او حیواناتو څخه د کوربه په توګه ګټه اخلي او ډول ډول ناروغۍ رامنځ ته کوي. د نومړو سیرو تایپو څخه دوه ډیر غـــوره یې S.Typhi او S. Paratyphi دي چې یواځې په انسانانو کې وده کوي او د Enteric Fever د منځ ته راتلو سبب ګرځي او نور پـــاتې سیــــروتایپونه چې Non Typhoidal Salmonella پنـــوم یادیږي چې د مـختلفو حـــیواناتو لکه تي لرونکو، حشراتو او الوتونکو په کولمو کې ژوند کوي.

ددې سـیروتایپونو څـه د پاسـه ۲۰۰ ډولـه د انـسانانو لپـاره مرضـي دي چـې زیـاتره یـې د ګستروانتریت ، Local infection او یا د باکتریمیا لامل ګرځي.

لامل :

سلمونیلا د ګرام منفي انتاناتو یو لوی Genus دی چې د انتیروباکتریاسي کورنۍ پورې اړه لري . په ۱۹۸۳ کال کې د باکتریاو پر ۲۰۰۰ څخه زیاتو ډولونو څیړنې تر سره شوې ولیدل شوه چې د ټولو DNA تقریبا ورته والی لري چې دا ټول یو ګروپ لاندې د S.Choleraesus پنوم ونومول شول بیا دا ګروپ د کوربه د خواصو او د DNA د نورو زیاتو څیړنو له نظره په ۷ سب ګروپونو وویشل شو چې په دې بنسټ ټول هغه ډولونه چې د انسانانو لپاره پتوجن دي په اول ګروپ کې (Cholerae) یا Enterica کې شامل شول او هغه سب ګــــروپونه چې نادراً داننان د رامنځته کـیدو لامل کــیږي د سب ګـروپ 3a (S. Arizonae) او 3b په نامه ونومول شول .

سلمونیلا Anaerobic او متحرک اورګانیزم دی چې سپور نه جوړوي.

د انتي جن د خواصو له نظره په دری ګروپونو ویشل شوي .

۱. Somatic O Antigen
۲. Surface Vi antigen
۳. Flagellar H Antigen

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

پتوجنيزس:

د سلمونيلا ټول انتانات د چټلو خوړو او اوبو پواسطه ليږديدنه کوي. انتاني اندازه يې $۱۰^۳$-$۱۰^۶$ دی.

هغه حالات چې د معدی اسيديتی راښکته کوی (د يو کلنی څخه کم عمر، د انتی اسيد استعمال يا Achlorhydric ناروغی) يا هغه حالات چې د کولمو تماميت راښکته کوی (د کولمو التهابی ناروغی، معدی معائی جراحی، دمعايی فلورا خراب والی د مکروب ضد درملو استعمال پواسطه) د ناروغی د منځ ته راتلو خطر زياتوي.

کله چې سلمونيلا د معدی خنډ څخه تيره شوه کولمو ته ورسيږی يو ځل بيا د عضويت دفاعی عکس العملونو سره مخامخ کيږی لکه (صفراوي مالګې ،لايزوزيم ، کامپلمينت او دميکروب ضد پيپتايدونه) . وروسته سلــمونيلا د کولمو مخاطی پردی څخه تيريږی او په پاې کې معائی طبقی ته د Phagocytic microfold (M) ژونکو له لارې چې په Payer's Patches کې ځاې لري ځان رسوی. همدارنګه سلمونيلا په نارمل نان فګوسايتيک اپيتليل حجراتو کې د غشا جوړيدل ويجاړوي. وروسته کله چې د کوچنيو کلمو اپيتليل طبقه څخه سلمونيلا Typhi او سلمونيلا para typhi تير شول د مکروفاژ پواسطه فګوسايت کيږی او سلمونيلا د PMN حجراتو ، کامپلمنت سيستم اوکسبي اميون غبرګون (Antibody) څخه ساتل کيږی.

خو بيا هم داباکتريا د مکروفاژ په ميکروبی ضد چاپيريال کې ژوند کوی چې دا ميکروبی ضـــد چاپيريال د Reactive oxygen ، نايتروجن، ميکروبی ضد پيپتايد او هايدرولايتيک انزايمونو پواسطه جوړيږي.

فګوسايت شوی باکتريا د مکروفاژ څخه لمفاوی سيستم او ريتيکولو اندوتيليل انساجو ته ځي يعنی ځګر،توري ، لمفاوی انساجو او د هډوکو مغز ته ځان رسوی ناروغ په دی مرحله کې د تفريخ د دوری په شروع کې وی معمولاً بی عرضه او يا ډير کم شواهد لری.

اعراض او ننبی لکه تبه، د ګيډی درد احتمالاً د مکروفاژ څخه د سايتوکين د ازاديدو له کبله ځرګنديږي.

د ځګر او توری غټيدل د Mono nuclear حجراتو Recruitment او Cell mediated immune غبرګون د سلمونيلاد Colonization له کبله رامنځ ته کيږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

د نورو اضافي مونونوكلير ژونكو راټوليدل او لمفوسايت په Payer patches كې البته څو اوونۍ وروسته د ابتدايي انتان څخه ددې لامل ګرځي تر څو Payer's Paches غټ شي او نكروز وكړي.

په وچكۍ كې د Mono nuclear Cells ژونكو انفلتريشن يواځې د كوچنيو كلمو په مخاطي غشا كې رامنځ ته كيږي اما د نورو Non typhoidal سلمونيلا چې د Gastroenteritis سبب ګرځي د PMN ژونكې زياته ارتشاح د وړو او لويو كلمو په مخاطي غشا كې رامنځ ته كيږي.چې دا انترلوكين ۸ پورې تړاو لري چې دايو ځواكمن نوتروفيل Chemotactic فكتور دی چې معايي ژونكو پواسطه افرازيږي.

همدارنګه د زهرجن موادو ازاديدل د نوتروفيلو څخه د معايي مخاط د خرابيدو لامل ګرځي او په پايله كې د التهابی نس ناستی لامل كيږي.

تر اوسه پوری معلومه شوی نه دی چې ولی Salmonella typhi او Salmonella Para typhi د سيستميک ناروغی لامل ګرځی.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

وچکۍ
(Typhoid) Enteric Fever

وچکۍ یوه سیستمیکه ناروغي ده چې د S.Typhi او S.Paratyphi په واسطه رامنځته کیږي او ځانګړې کلینیکي بڼه يې تبه اود ګیډې درد څخه عبارت دې.

ناروغۍ ته ځکه Typhoid وایي چې کلینیکي بڼه ئې Typhus ته ورته ده.

د ۱۹۰۰ میلادي کال په لمړیوکې د وچکۍ پتالـوجي په څـرګند ډول د Payer's Patch او میزنتریک لمفاوي غوټو په غټوالي بـاندې وپیژندل شوه.

په ۱۹۲۹ کال کې د انتان اناټومیک ځای معلوم کړای شو.

اپیډیمولوجي:

د سلمونیلا د نورو ډولونو برخلاف د وچکۍ د لامل لپاره یوازی انسان کوربه دی نو پر دې بنسټ وچکۍ د بیړني ناروغ او یاځنډني انتان لیږدونکي سره د کلک تماس له کبله خپریږي. نیغ په نیغه خپریدنه له یو کس څخه بـل ته د Fecal Oral له لارې هم کیدای شي خو نادراً پیښیږي.

د سلمونیلا لیږدونکی کولاې شي تر ۱۰ بیلیونه باکتریا ګانې په یو ګرام ډکو متیـازو کې تر کلونو پورې چاپیریال ته ولیږدوي.

ډیرې پیښی یې د ککړو غذایي موادو یا اوبو په واسطه خپریږي.

روغتیائي کارکوونکي ځیني وخت په کسبي ډول ناروغ سره د تماس په واسطه منـتن کیـدای شي. د لابراتوار کارکوونکي هم له دې خطر څخه خلاص نه دي.

په پرمختللو هیوادونو کې د ځلورو لسیزو راپدیخوا د وچکۍ پیښې کمې شوي دي چې لامـل یې ښو شرایطو لاندې د خوړو او اوبو برابرول او د حفظ الصحې په روغتیایي ډول ځای پر ځای کول دي.

په تیرو لسو کلونو کې هر کال د وچکۍ نږدې ځلورسوه پیښې په امریکا کې تثبیت شوي دي خو برخلاف همدا اوس وچکۍ یوه نړیواله ستونزه ده چې ۱۳-۱۷ میلونه پیښې یې په نړۍ کې شتون لري. هرکال ۲۰۰۰۰۰ اخته وګړي مړه کیږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

له یو کلنۍ څخه تیټ عمر لرونکي ماشومان له انتان سره زیات حساسیت لري او شدیدې ناروغۍ په کې منځ ته راځي.

د مخ په ودې هیوادونو لکه هند، جنوبي او مرکزي امریکا او اسیا کې (چې ګڼ نفوس، اوبه او خواړه په سم ډول نه برابریږي او هم فاضله مواد په سم ډول نه ځای پر ځای کیږي) په اندیمیک ډول لیدل کیږي.

د مکروب ضد درملو سره ټینګار هم یوه بله ستونزه ده چې زیاتره S.Typhi د کلورامفینیکول، امپینسلین او ترای میتوپریم سره ټینګار ښکاره کوي.

سربیره پردې له Ciprofloxacin سره هم ټینګار اوس په اسیا (هندوستان او ویتنام) کې لیدل شوی دی.

مړینه او معیوبیت په هغو ځایونو کې چې ټینګار زیات وي ډیر پیښیږي.

په امریکا کې د ۷۰٪ څخه زیاتې پیښې له نړیوالو مسافرتونو څخه وروسته رامنځته کیږي (چې ناروغ کم تر کمه ۳۰ ورځې مخکې د وچکۍ اندیمیک ځای څخه راغلی وي) چې تقریبا ۸۰٪ یې شپږو هیوادونو پورې اړه لري یعنی مکسیکو ۲۸٪، انډیا ۲۵٪، فلپین ۱۵٪، پاکستان ۸٪، El salvador ۵٪، او Haiti ۴٪.

کلینیکي بڼه:

د ناروغۍ د تفریخ دوره ۳-۲۱ ورځې پورې او منځنۍ کچه یې ۱۲ ورځې ټاکل شوی ده. چې د تفریخ د دورې دا بدلون د انتان د اندازې او د کوربه په دفاعي میخانیکیتونو پورې اړه لري.

د ناروغۍ مهمه کلینیکي بڼه تبه او دګیډې درد دی.

د سستمیک انتان غوره ګیله تبه ده چې ۳۸،۸ الی ۴۰،۵ سانتي ګرید یا ۱۰۱،۸-۱۰۴،۹ فارنهایت پورې رسیږي او تقریباً په ۷۵٪ پیښو کې موجوده وي.

تبه ورو ورو (Step wise) د زینو د پاټکو په شان لوړیږي وروسته د ۷-۱۰ ورځو څخه په دوامداره ډول پاتې کیږي. (که چیرې کوم اختلاط رامنځته شو نو دوامداره کیږي) وروسته دوباره تبه ورو ورو راښکته کیږي اما کیدای شي د نقاهت له دورې څخه دوه اونۍ وروسته بیا راوګرځي (Relapse).

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

غیر وصفي خبر ورکوونکې ګیلې لکه د یخنۍ احساس، سردردي، بې اشتهایي، ټوخی، سستي ،لټي ، د ستونی درد ،د Frontalدروند درد ، د عضلاتو درد او ګنګسیت مخکې له تبې څخه څرګندیدای شي.

معدی معایی ګیلې په ناروغانو کې یو ډول نه وي کیدای شي ناروغ کې نس ناستی یا قبضیت موجود وی (قبضیت په ۱۰- ۳۸٪ ناروغانو کې) که نس ناستی موجود وي نوځانګړتیا به یې د نخودو داوبو په شان (Pea soup) وي .

نس ناستی د ایډز په ناروغانو کې او یوه کلنۍ څخه ښکته عمر ماشومانو کې زیات پیښیږي.

لکه څرنګه چې پورته یادونه وشوه ۲۰- ۴۰٪ ناروغان د ګیډی درد لری او زیاترو کې د ګیډې حساسیت تثبیتیږي.

Neuropsychiatric ګیلې لکه بې علاقه ګی، psychosis او Confusion ۵ الی ۱۰٪پیښو کې موجود وي.

کوما د ۱٪ څخه کمو ناروغانو کې راپور ورکړل شوی دی چې دې ته Muttering delirium او Coma Vigil وایي.

په ټولیزه توګه باید ووایو چې سلمونیلا Typi د سلمونیلا Para Typi په پرتله شدید سیر لري.

د Rose Spots، ځیګر او توري لویوالی، له پوزی څخه دوینی بهیدنه (Epistaxis) او Relative Bradycardiaپه ۵۰ ٪ ناروغانو کې دناروغۍ لومړنۍ فزیکي نښې دي.

Rose Spots سره ګلابی Maculopapular Rashes دی چې ۲ نه تر ۳ ملي متره قطر لري دفشار په واسطه رنګ له لاسه ورکوي او د ۲ څخه تر ۵ ورځو پورې دوام کوي په ۳۰٪ ناروغانو کې د لومړنۍ اونۍ په اخر کې څرګندیږی چې په سینه او شا کې ډیر لیدل کیږی خو په تور پوستو کې په سختی سره لیدل کیدای شي.

که چیرې د ګیډې د کینې خوا ښکتنۍ برخه قرع شی نو اصمیت او برخلاف که الیوسیکال ناحیه جس شی Crepitation احساس کیږی چې دی ته Podalka علامه وایي او ۵۰٪ ناروغانو کې مثبته وي.

که چیرې د ناروغانو ژبه ولیدل شی نو حجماً لږ غټه او شاوخوایي د غاښونو چاپ ښکاري. دژبې څوکه پاکه وي. که ناروغۍ وخیم سیر خپل کړي نو ژبه بارداره او فولادی یا نصواري رنګ ځانته غوره کوي چې د Fuliginosis په نوم یادیږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

دځیګر د دندو دخرابوالي له امله Endogenous Carotenemia رامنځته کیږي چې د ورغوو اود پښو د تلو د ژیړوالي لامل کیږي چې دیته Fillipovich نښه وايي.
د توري او ځیګر غټوالې ۵۰% ناروغانو کې موجود وي او په درې فیصده ناروغانو کې Necrotizing cholecystitis رامنځته کیږي.
په ۱۰% ناروغانو کې ناروغۍ بیا راګرځي.
په لاندې حالتونو کې د ناروغۍ خطر زیات دی.
۱- معافیت ځپلو خلکو کې.
۲- هغه ناروغان چې صفراوی او د پښتورګو ګډوډي لري.
۳- هغه ناروغان چې ریتیکولو اندوتیلیل سیستم کې نیمګړتیاوی لري لکه هیموګلوبینوپاتي ، ملاریا ، شستوزومیازس، بارتونیلوزس او هستوپلازموزس.
په (۲-۵) جدول کې دوچکۍ د ناروغ وصفي ګیلې او نښې ذکر شوي دي.

د ناروغۍ وخت	ګیلې	نښې	پتالوجي
لومړۍ اونۍ	تبه، دیخنې احساس چې ورو ورو زیاتیږي، سرخوږ.	د ګیډې حساسیت	باکتریمیا
دوهمه اونۍ	خاپونه، د ګیډې درد ، نس ناستی یا قبضیت، Delirium او ستړیا.	Rose Spots ، د ځیګر او توري غټوالی.	په ځګر او توری کې Typhoid Nodul ، Peyer's Patches هایپرپلازیا ، د مونو نوکلیر ژونکو واسکولایټس په پوستکي کې
دریمه اونۍ	اختلاطات لکه د کولمو څخه وینه بهیدنه ، دکولمو سوری کیدل، شاک	Melana ، Ilieus ، د ګیډې شخوالی او کوما	په Peyer's Patches باندې تپونه ، پریتونایټس
څلورمه اونۍ	د ګیلو کموالی، د وزن کمیدل، کیدای شي ناروغی بیا راوګرځي.	د بیرنۍ ناروغۍ دوباره منځ ته راتګ Cachexia	کولی سیستایټس ، Chronic Fecal Carriage of Bacteria

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

لابراتواري آزموينې:

د وچکۍ لپاره دکـــــرنی مثبتوالی وصفي ازموینه ده. په ۱۵- ۲۵٪ پیښنو کې لیوکوپینیا او نیوتروپینیا موجوده وي خوکیداې شي لیوکوسایتوزس هم موجود وي په ځانګړي ډول په ماشومانو کې او هم په اختلاطي حالاتو لکه د کولمو سوري کیدل او یا بل اتتان لاس وهنه کړې وي اما په زیاتره پیښنو کې د اتتان د شتوالي سره سره بیا هم د WBC شمیر نارمل وي.

نور لابراتواري بدلونونه لکه د ځګر د دندو ګډودی، د امینوترانسفریز ، الکلین فاسفتیز او لکتیت دیهایدروجنیز(LDH) لوړوالی لیدل کیږي. همدارنګه په ECG کې غیر وصفي د T او ST موجی ابنارملتي موجوده وي.

با ارزښته تشخیصیه ازموینه د وینی د کلچر مثبت والی دی چې په لومړنۍ اونۍ کې ۹۰٪ مثبت وي او په دریمه اونۍ کې مثبتوالی ۵۰٪ ته راښکته کیږي.

همدارنګه تشخیص پر ډکو متیازو ، تشو متیازو او د هـغو مـــوادو پر کرنه چې له Rose Spots، Bone Marrow او معدی څخه واخستل شي ایښودل کیږي. دهډوکو د مغز کلچر ۹۰٪ حساس تست دی سره ددی چې ناروغ حتی پنځه ورځی یا زیات انتي بیوتیک هم اخیستي وي.

د ډکو متیازو کرنه اوله اونۍ کې ۲۰-۷۰٪ منفي وی اما وروسته په دریمه اونۍ کې مثبت وي خو دومره غوره کرنه نه ده ځکه په نورو سلمونیلاو کې هم مثبت کیدای شي.

یو شمیر سیرالوجـــیکي ازموینی هـــم شته لکه Widal test مګر دا تست زیات دروغجن مثبت والی اومنفی والی لري.

یادونه :

نن سبا د طبابت په ازاد بازار کې د وایډل تست په نوم چې پورته ذکر شوه علمي ارزښت نه لري ډیر زیات مروج دی.

د محرقی تشخیص لپاره دطبابت په علمي مرکزونو اومعتبرو کتابونو کې د وینې کرنه او په ځانګړي ډول دهډوکي دمغز کتنې څخه ګټه اخستل کیږي او د Widal test څخه حتې یادونه هم نه کیږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

ديو سيرالوژيک تسټ په توګه دا ازموينه علمي او معياري نه دی. دمحرقی په تشخيص کې په يوازې ډول ۱% ارزښت هم نه لري ځکه چې ديوې خوا يې False positive او False negative فيصدي ډيره ده اودبلې خــــوا ددې تسټ ريجنتونه يعنې هغه مايع مواد چې دا تسټ پرې اجرا کيږي بايد د جوړيدو د پيله تر استعماله پورې په مثبت ۲ الی مثبت ۸ درجو کې وساتـــــل شي چې دا يو Cold Chine سيستم او دوامداره بريښنا ته اړتيا لري. چې په هيڅ ډول زمونږ دهيواد او په ځانګړې ډول دننګرهار د بريښنا په شرايطو کې ناشونې کار دی.

دمحرقی دناروغۍ څخه چې په اسانه د درملنې وړ يوه ناروغي ده د عامو خلکوډارول او د يو تشخيصيه تسټ په توګه دعامو خلکو غوږونو او زړونو ته رسول د طبابت په ډګر Widal test کې او يا د طبابت د نوم څخه په استفادی د يو تجارتي او اقتصادي پټی جګړی څخه پرته بل هيڅ شی نه شي توجيه کيداې. په دې جګړه کې د عامو خلکو دغولوو او ډارولو له کبله د درملو اوسيرالوژيک Reagent دجوړولو کمپنيو، تجارانو او په پوه او ناپوهۍ سره ديو شمير طبي کارکوونکو له خوا د خپلو پولي ګټو لپاره کار اخستل کيږي په ا صل کې د ټولنی عام وګړي تاواني کيږي.

نو محترمو هيوادوالو ته ډاډ ورکول کيږي چې دمحرقی ناروغی د تشخيص او په ښه ډول د درملنی وړ ده. دوايډل تسټ يا د عامو خلکو لپاره د رګ دوينې معاينه د طبابت دعلم د وروستيو معتبرو تحقيقاتو اوڅيړنو له مخې او زمونږ دهيواد د شرايطو له مخې د تاوان او تشويش پرته هيڅ ارزښت نه لري. د بله پلوه د محرقی ناروغي دومره عامه ناروغي ده ده چې هر څوک تبی نيولی وي هغه به محرقه وي په لس ګونو داسې نورې ناروغۍ شته چې دمحرقی په شان اعراض اوعلايم لري چې ديو مجرب او بااحساسه داکتر په ليدنه او مشوره يې تشخيص او درملنه ترسره کيدای شي.

توپيري تشخيص:

دا ناروغي بايد د ټولو تبه لرونکو او معدی معايی ناروغيو څخه توپير شي (توبرکلوز، انتانی انــدوکاردايتس، بروســيلوزس، لمفومــا، ملاريــا، Typhus او Q.Fever) همدارنګــه وايــرل هيپاټايټس او اميبيــازس څخه هــم تـوپير شي چې د نـاروغۍ کلينيکي بڼه او پـه ځـانګړی ډول دوينې کلچر مثبتوالی تشخيصيه ارزښت لري .

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

اختلاطات:

اختلاطات په ۳۰% هغو ناروغانو کې چې درملنه یی نه وي شوي منځته راځي او ۷۵% د مړینی لامــل کیږي.

غـــوره اختلاطات یې عبارت دي له:

۱- Intestinal hemorrhage : چې ددوهمی اونۍ څخه وروسته په ۵% پیښنو کې رامنځته کیږي. ناڅاپه د وجود دتودوخی درجه ښکته کیږي او د شاک نښې څرګندیږي چې ورسته توره او یا تازه وینه په ډکو متیازو کې خارجیږي.

۲- بل غوره اختلاط یي د کولمو سوري کیدل دي : چې ۱ الی ۳ % ناروغانو کې څرګندیږي چې د ګیډې د درد او حساسیت سره یو ځای وي چې زیاتره په دریمه اونۍ کې دا اختلاط منځته راځي د تکي کاردیا او لیوکوسایتوزس منځ ته راتګ ددی اختلاط استازي توب کوي.

۳- نـور اختلاطـات عبـارت دي لـه : د تـشو متیـازو بندیـدل، نمونیـا ، مننجـایټس، کـولی سیـــستایټس، ترومبوفیلیبـایټس ،ســایکوزیس ،الوپیــسیا(Allopecia) ، نفــرایتس ، مــایو کاردایتس، اندوکاردایتس، اوستومیا لایتس، ارترایتس، پانکراتـایتس د توری او ځګر ابسې ګانې، Orchitis هم نادرا را منځته کیږي.

دمیکروب ضد درملو ورکړي سره سره بیا هم دناروغۍ بیا راګرځیدنه (Relapse) په هغه خلکو کې چې مـــعافیتي سیستم یي ځپل شوې وي په ۱۰% پیښنو کې څرګندیږی.

نږدې ۱ الی ۵% دوچکۍ ناروغـان د زیات وخت لپاره غــــیر عرضی ځنډني لیږدونکو باندې بدلیږي چې سلمونیلا په ډکو او تشو متیـازو کې لـه یو کال څخه زیات چاپیریـال تـه لیږدوي . ځنډنی لیږدونکې کولای شي تر ۱۰ بیلیونو پورې باکتریاګانې په یو ګرام ډکو متیـازو کې چاپیریال ته ولیږدوي.

د ځندني لیږدونکو چانس په زړو خلکو کي ، ښځو، هغو خلکو کې چې د صفرادکڅوړې ناروغۍ (صفراوی تیږې او یا د صفرا کڅوړې سرطان) ولري او یا دمعدی او کولـــمو ســرطان ولــری زیات دی.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

فکر کيږي اناتوميک ګډوډي د دوامداره Colonization لپاره په دې خلکو کې زمينه برابروي.

درملنه:

دمکروب ضد درملو تر کاروني مخکې پخوا ۱۵٪ ناروغان مړه کيدل خو د کلورامفينکول په کاروني سره چې په کال ۱۹۴۸ کې دود شو د مړينې پيښې يې له ۱٪ هم راښکته شوې.

د تبې پاينېت د ۱۴- ۲۸ ورځو څخه ۳-الی ۵ ورځو ته ورسيده نو کلورامفينيکول دوچکۍ په درملنه کې يو ښه درمل وپيژندل شول مګر په ۱۹۷۰ کال د ددې درملو پر وړاندې ټينګار رامنځته شو او د هډوکي په مغز باندې يي زهرجني اغيزې وپيژندل شوې.

امپيسيلين يو ګرام هر شپږ ساعته وروسته او Co-Trimexazole يو ډبل تابليت دوه ځله د ورځې د درملنې بنسټ و ګرځيده.

خو په ۱۹۸۹ کال Multi drug resistant(MDR) د سلمونيلا Typhi رامنځته شوه او معلومه شوه چې دا باکترياګانې د کلورامفينيکول، امپيلسين، سترپتومايسين، ترايميتوپريم، تتراسايکلين اوسلفونامايد په مقابل کې ټينګار لري.

په کال ۱۹۹۴ کې ۲۱٪ سلمونيلا په امريکا کې MDR درلوده نو په دې اساس اوس کينولون يا دريم جينيريشن سفالوسپورين په درملنه کې کارول کيږي.

په کينولون کې Ciprofloxacin ۵۰۰ ملی ګرامه دوه ځله د ورځی د خولې له لارې دلس ورځو لپاره او يا Ofloxacin ۱۰-۱۵ ملي ګرامه دبدن پر کيلو ګرام وزن په کسری دوزونو دوه ځله د ورځې د ۲ الی ۳ ورځو لپاره ورکول کيږي.

همدارنګه ليوفلوکزاسين ۵۰۰ ملی ګرامه يو ځل د ورځې په غير اختلاطی پيښو کې ۵-۷ ورځو لپاره او په اختلاطی پيښو کې ۱۰-۱۴ ورځی ورکول کيدای شي.

خو داسې کمې بيلګې راپه ګوته شوي دي چې د فلوروکينولون تداوی ناکامه شوې وي.

په کال ۱۹۹۳ کې په ويتنام کې دناليډيکسيک اسيد سره ټينګار څرګند شو چې په داسې پيښو کې د Ciprofloxacin دوز لوړيږي يعنی ۱۰ ملي ګرامه دبدن پر هر کيلو ګرام وزن دوه ځله د ورځې د لس ورځو لپاره يا اوفلوکزاسين ۱۰- ۱۵ ملي ګرامه په هر کيلو ګرام وزن د بدن دوه ځله

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

د ورځې د ۷- ۱۰ ورځو لپاره او يا نور دمايکروب ضد درمل چې مرضی عامل ورسره حساس وي کارول کيږي.

Ceftriaxone ۱ - ۲ ګرامه وريدي يا د غوښې له لارې د لسو څخه تر څوارلسو ورځو پورې سپارښت کيږي بل ځای ناستي درمل يې عبارت دي له ازيترومايسين څخه چې يو ګرام يو ځل د ورځې د پنځو ورځو د پاره او يا ۱ ګرام اوله ورځ وروسته ۵۰۰ ملی ګرامه د ورځې د شپږو ورځو لپاره کارول کيږي.

د وچکۍ په خطرناکو پيښو کې (تبه ، دشعور ګډوډي لکه Obtundation ، Delirium، Stupor، کوما اويا که سيپتيک شاک شتون ولري). ډيکساميتازون ناروغ ته ورکول کيږي. ۳ ملي ګرامه دبدن پر هر کيلو ګرام وزن اول دوز وروسته ۸ دوزه ۱ ملی ګرام دبدن پر هر کيلو ګرام وزن کې هر شپږ ساعته وروسته کارول کيږي چې د مريني پيښې يې د ۵۲% څخه ۱۰% ته کمې کړي دي.

ځنډني ليږدونکي دمناسب انتي بيوتيک په واسطه د ۲ اونيو له پاره درملنه کيږي چې په درملنه کې امپيسيلين، Co-Trimoxazole، Ciprofloxacin او Norfloxacin شامل دي چې ۸۰% اغيزمنتوب لري. اناټوميک ګډوډي لکه د صفرا يا پښتورګو ډبرې که شتون ولري بايد د جراحي عمليې په واسطه اصلاح شي.

مخنيوې او کنترول:

څرنګه چې د ناروغۍ خپريدو کې خواړه او اوبه زياته ونډه لري نو دروغتيايي شرايطو لاندې جوړ شوي خواړه او د پاکو اوبو کارول په پر مخ تلليو هيوادونو کې دناروغۍ پيښې راکمې کړي دي.

همدارنګه ځاني روغتيا ساتنه لکه د لاسونو مينځل ، دحشراتو(مچان) له منځه وړل ارزښت لري.

هغه خلک چې انډيميکو سيمو ته سفرکوي او يا د وچکۍ ناروغ سره نږغ په نږغه اړيکه لري نو بايد واکسين شي چې قسمي معافيت رامنځته کوي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

ملاريا
(Malaria)

تعريف:

ملاريا يوه پروتوزوائي ناروغي ده چې د پلازموديم په واسطه رامنځته کيږي او د ښځينه انافيل مياشي په واسطه له يوه کس څخه بل کس ته ليږديږي.

د ملاريا د ناروغۍ نوم له خرابې هوا څخه اخستل شوي دی چې د هغو اړيکو شتون ته اشاره ده چې د ناروغۍ او دهوا تر منځ موجود دي. دانوم چې د لومړي ځل لپاره ورته په اولسمه پيړی کې ايتالويانو وکاروه د لامل تر پيژندلو پخوا دې ناروغۍ ته ورکول شوی دی.

ناروغۍ د پلازموديم د څلورو ډولونو په واسطه منځته راځي چې عبارت دي له:

پلازموديم فلسيپارم، پلازموديم وايواکس ، پلازموديم اووال او پلازموديم ملاريا څخه. داسی اټکل کيږي چې دا ناروغۍ د لومړی ځل لپاره له حيواناتو څخه انسانانو ته او بيا د انسانانو پوسيله ټولې نړۍ ته خپره شويده.

ملاريا په انسانانو کی د هغو غوره پرازيتي ناروغيو له ډلې څخه ګڼل کيږي چې هر کال يو سلو دري بيلا بيلو هيوادونو کې له يو څخه تر دري بيلونو وګړي پرې اخته کيږي او ۴۰% د نړۍ جمعيت دملاريا د خطر سره مخامخ دي. په منځنۍ کچه هر کال له يو څخه تر درې ميلونه مړينې منځ ته راوړي .

دمړينو زياته برخه د W.H.O د يوې احصايې له مخې تر يو ميلون پورې کوچنيان دي

د پر له پسې هڅو له کبله د ملاريا پيښې په پر مختللي نړۍ لکه شمالي امريکا ، استراليا او روسيې کې له منځه تللي دي خو په حاره سيمو کی اوس هم په فعال ډول موجوده ده چې لامل يې له يوه پلوه د درملو پر وړاندې د پرازيت د ټينګار زياتيدل او له بله پلوه د حشره وژونکو درملو پر وړاندې دليږدونکي ټينګار د ی. کله کله په ځايي ډول د پرازيت ليږد د اروپا او امريکا په ځينو جنوبي او ختيځو سيمو کې ليدل کيږي چې ددې هيوادونو لپاره د ګواښ څرګندونه کوي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

ملاریا له یوې خوا د حاره سیمو یا د هغو سیمو دخلکو لپاره چې د بحر له سطحې څخه یې لوړوالی تر ۱۵۰۰ مترو پورې وي دروند پیټی دی اوله بله پلوه د غیر اندیمیکو سیمو دخلکو او کډوالو لپاره لوی خطر دی.

په دا وروستیو کې په هغو سیمو کې چې د ملاریا پیښې په کې له منځه تللي وې یو ځل بیا دا ناروغۍ لیدل شویده. په کلنۍ ډول د پرمختللو هیوادونو په مسافرینو کې ۳۰۰۰۰ پیښې لیدل کیږي چې دسلګونو تنو د مړینی لامل کیږي.

په امریکا کې د ناروغۍ کلنۍ پیښې تر ۱۰۰۰ پورې ریکارډ کړای شوي (۴۴ % یي PF دي)

په انګلستان کې دا پیښې تر ۲۰۰۰ پورې پیښیږي چې ډیره برخه یې له بهر څخه په راتلونکیو کې لیدل کیږي.

لاملونه او پتوجنیزس:

د پلازموډیم څلور ډوله د ملاریا د ناروغۍ لامل ګڼل کیږي چې د پلازموديم وايو اکس، پلازموډیم اووال، پلازموډیم ملاریا او پلازموډیم فلسیپارم څخه عبارت دي. چې له پورته ډولونو څخه یې پلازمودیم فلسیپارم د مړینې ستر لامل دی.

په (۲-۲) جدول کې د پلازمودیمونو ځانګړتیاوې ښودل شوي دي.

ځانګړتیاوي	بلازمـــــــوديم فلسيپارم	پلازموديم وايو واكس	پلازموديم اووال	پلازموديم ملاريا
دځګر پـه مـنځ کـې دوام (ورځې)	۵،۵	۸	۹	۱۰
هغـــــه شـــــمير ميروزيتونـــه چـــې دځګر د يوې منتنې ژونکـــې څخـــه ازاديږي	۳۰۰۰۰	۱۰۰۰۰	۱۵۰۰۰	۱۵۰۰۰
دويني په سرو ژونکو کې دوام (ساعت)	۴۸	۴۸	۵۰	۷۲
دويني سرې ژونکې خوښول	ځـواني ژونکـی امـا کولای شي د هر عمـر په حجرو برید وکړي	ځواني ژونکې چې عمر يي تر ۱۴ ورځو پورې وي.	ريتيکولوسايت	زړې سرې ژونکې

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

مارفولوژي	زیاتره Ring شکل دکیلې(Banana) په ډول گامیتوسایتونه	غیر منظم شکل غټې Ring ، تروفوزیویت غټه سره ژونکه او schuffner's dots	منتنه سره ژونکه غټه او بیضوي وی	نسبتی یا rectoangular شکل.
دصباغ رنگ	تور	ژیړ نصواري	تیاره نصواري	تور نصواري
د بیا راگرځیدنی ځواک	نلري	لري	لري	نلري

دانسان منتن کیدل هغه مهال پیښیږي کله چې ښځینه انافیل ماشی د انسان بدن ته د چیچلو پر وخت له خپلې لعابیه غدې څخه د پلازموډیم سپوروزیټ دننه کړي چې وروسته بیا دغه خوځنده مایکروسکوپیک اورگانیزم په چټکۍ سره د وینې د دوران له لارې ینې ته ورل کیږي او د ځیگر پارانشیم ته ترننوتلو وروسته په غیر زوجي ډیرښت پیل کوي.

په دې ډول په Intrahepatic یا Preerythrocytic شیزوگوني یا میروگوني ویش کې یوسپوروزویټ څخه ۱۰۰۰۰ الی ۳۰۰۰۰ میروزویټونو جوړیږي اود ځیگر د ژونکو د چاودلو په پایله کې خوځنده میروزویټونه دوران ته لویږي چې دوینې سره ژونکه اخته کوي او د ۴۸ الی ۷۲ ساعتونو په موده کې ۲ الی ۲۰ چنده زیاتیدنه کوي.

د پلازموډیم وایو واکس او پلازموديم اووال په ډولونو کې ممکنه ده یو شمیر میروزویټونه د ځیگر په منځ کې په چټکۍ سره ویشنه ونه کړي او د یو وخت لپاره بیده پاتې شي (په دودیز ډول د درې اونیو څخه تر کاله او یا له دې څخه زیات) چې دې بیده شکل ته هیپنوزویت وایي چې همدا د بیا راگرځیدنی لامل گرځي.

اما د پلازموډیم فلسیپارم او پلازموديم ملاریا په ډولونو کې ځیگر منځی پړاو یو ځل وي. (هیپنوزویت نه جوړیږي)

دوینې دوران ته ترننوتو وروسته میروزیټونه دهغه ځانگړو برسیرن (سطحې) رسپټور په مرسته چې د سرې ژونکې پر سر ځای لري ننوځي او په تروفوزویت بدلیږي .

د P.V په ډول کې دغه ځانگړی رسپتورونه Duffy Blood Group انتې جن د Fy^a او Fy^b دي او داچې د لویدیځې افریقا زیات شمیر وگړي او د امریکا تور پوستکي د Duffy Negative Fy^a, fy^b لرونکي دي نو د P.V پر وړاندې ټینگار لري ځکه چې پرازیت ته دننوتو ځای نشته.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

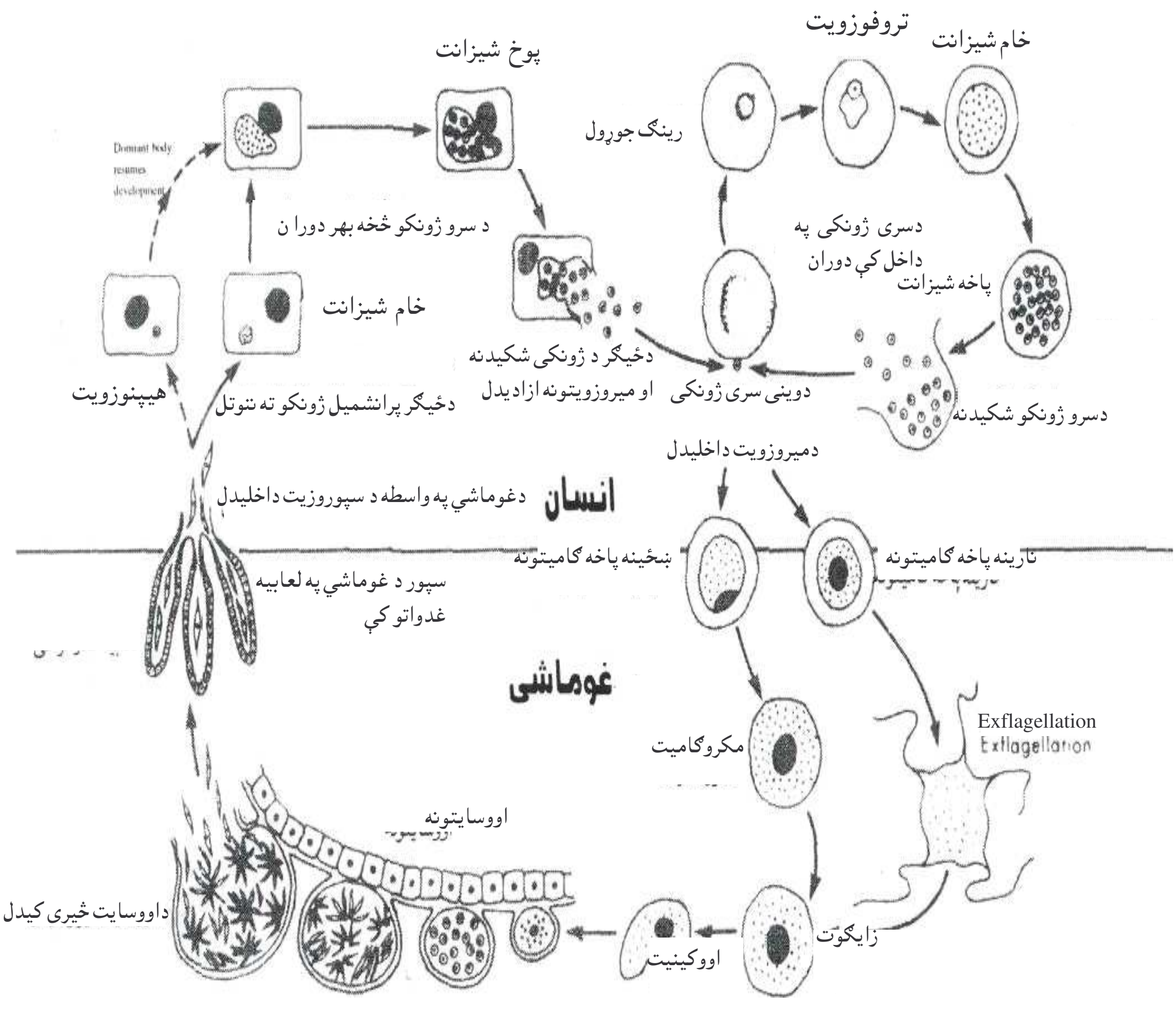
د سرې ژونکې په منځ کې په لومړي پړاو کې پرازیټ وړې ګوتې ته ورته (Ring) ډولونه چې د ملاریا په څلورو ډولونو کې سره یو شان وي جوړوي. څومره چې تروفوزویت غټ شي دهر ډول ځانګړې بدلونونه راڅرګند یږي په دې ډول چې پګمنټ د لیدو وړ کیږي، پرازیټ یو غیر منظم (Amoeboid) شکل غوره کوي ا و د ۴۸ ساعتو په موده کې (۷۲ ساعتو په موده کې د پلازموديم ملاریا لپاره) نږدې د سرې ژونکې ټول هیموګلوبین د پرازیت په واسطه په مصرف رسیږي. او دسرې ژونکې ډیر ځاې نیسي اوس نو ورته په دې پړاو کې شیزانت ویل کیږي. هستوي ویشنه کوي. (Schizogony or Merogony) په اخر کې سره ژونکه چوي او ورڅخه ۲۴ تر ۳۲ میروزویټونه ازادیږي چې هر میروزویت داځواک لري چې نوې سره ژونکه اخته کړي او پورته دوران تکرار کړي باید وویل شي چې دسرې ژونکې د چاودیدو څخه یو شمیر مواد لکه Glycosyl phosphatedyloinositol ازادیږي چې دماکروفاژونو د فعالیدو لامل کیږي او په پایله کې له ماکروفاژونو څخه سایتوکین ازادیږي چې همدا سایتوکینونه د تبې ، درد ، لړزې او نورو کلینیکي څرګندتیاؤ مسؤلیت لري.

یو شمیر پرازیتونه د سرو ژونکو په داخل کې زوجي شکل یعنی نارینه او ښځینه ګامیتونه جوړوي کله چې شخص د میاشي په واسطه وچیچل شي نو دا ګامیتونه اخلي او دمیاشي په کلمو کې (Med gut) نارینه او ښځینه ګامیتونه یو ځاې کیږي زایګوت تشکیلوي چې وروسته Ookinet او بیا Oocyte جوړیږي چې دا وروستني نږدې ۱۰۰۰ میروزویتونه لري بالاخره چوي او میروزویتونه د میاشي د لاړو غدواتو ته دوینې او لمف له لارې رسیږي.

د نادرملنې په صورت کې PV او PO د پنځه کالو، PF د یو نیم کال او PM کولاې شي تر ۵۰ کلو پورې دانسان په وجود کې ژوند وکړي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library



(۲-۵) شکل کې د ملاریا د ژوند دوران

اپیدیمولوجي:

دملاریا ناروغۍ نړدې په ټولو ګرمو او ګرمو ته نږدې سیمو کې منځ ته راځي خو د پلازموډیم فلسیپارم پیښې په افریقا، نیوګینی او هایتي کې او د پلازموډیم وایواکس پیښې په مرکزي امریکا او دهند په لویه وچې کې زیاتې لیدل کیږي. په جنوبي امریکا، ختیزې اسیا او

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

اقيانوسيه کې د پلازموديم وايواکس او پلازموديم فلسيپارم پيښې نږدې په مساوي کچه ليدل کيږي.

دپلازموديم ملار يا پيښې په لوړو انديمکو سيمو کې په ځانګړي توګه په افريقا او Sub saharan سيمو کې شتون لري خود نورو ډولونو په پرتله لږ پيښيږي. د پلازموديم او وال پيښې له افريقا څخه بهر غير دوديزې دي چې د ۱٪ څخه زياتې پيښې جوړوي. د ملاريا اپيډيمولوجي ډيره پيچلې ده چې حتی د ډيرو وړو او نږدې سيمو تر منځ هم توپيرونه ليدل کيږي خو هغه سيمې چې له سمندر څخه تر ۲۰۰۰ مترو لوړوالی ولري هلته دا ناروغۍ نه ليدل کيږي.

دملاريا د انديمستي د ښودلو لپاره د پارازيتميا کچه يا د توري د غټوالي له مخې اټکل کيږي (په ۲ – ۹ کلنو کوچنيانو کې څيړل شوي). که چيرې د توري دغټوالي پيښې د ۱۰٪ څخه لږې وي نو هايپوانديميک ، که چيرې د ۱۱ – ۵۵٪ تر منځ وي ميزو انديميک ، که چيرې د ۵۱ – ۷۵٪ تر منځ وي هايپر انديميک او که چيرې له ۷۵٪ څخه زياتې وي نود هولو انديميک سيمو په نوم ياديږي.

داچې په هايپر انډيميک او هولوانډيميک سيمو کې (لکه دافريقا ګرمې سيمې يا نيوګيني) د پلازموډيم فلسيپارم ليږديدنه زياته وي خلک ژر منتن کيږي. مړينه او معيوبيت په ځانګړي ډول په ماشومانو کې ډير وي او ددې سيمې وګړي په تکراري ډول په ملاريا اخته کيږي. د ناروغۍ پيښې په ټول کال کې موجودې وي. زياتره ناروغان غير عرضي وي. په هولوانډيميک او هايپرانديميکو سيمو کې دناروغۍ پيښې په ټول کال کې شتون لري چې Stable Transmission بلل کيږي.

په هايپوانديميک سيمو کې د ناروغۍ پيښې په موضعي اولړه کچه موجود وي چې په ناروغ کې د ملاريا ځرګنده کلينيکي لوحه ليدل کيږي او دفاعي معافيت خورا لږ مينځ ته راځي چې داحالت Unstable Transmission بلل کيږي.

Stable Transmission په سيمو کې په باراني موسم کې دمياشي توليد زياتيږي د ناروغۍ په پيښو کې هم زياتوالی راځي. په ځينو سيمو کې دملاريا پيښې د اپيډيمي په ډول منځ ته راځي په ځانګړي ډول په هغه سيمو کې چې دناروغۍ Unstable Transmission په موجود وي لکه دهند شمالي برخه، سريلانکا، جنوب ختيځه اسيا، ايتوپيا، جنوبي افريقااو مدغاسکر چې په دې سيمو کې د اپيډيمي منځته راتلل د اقليمي، اقتصادي او ټولنيزو بدلونونو له کبله وي لکه ترشديدو بارانونو وروسته يا کتلوي مهاجرتونو

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

وروسته چې له غیر ملاریایي سیمې څخه د لوړ خطر لرونکې سیمې په لور سرته رسیږي. همدارنګه د اپیدیمي پیښې د کنترولي او وقایوي تدبیرونو د کمزورۍ په صورت کې شدیدې وي او د زیاتې مړینې لامل کیږي.

د ملاریا د اپیدیمي بنستیز معیارونه دانافیل میاشې غونډیدلو، د انسانانو د چیچلو د تمایل او د ماشي د عمر په اوږدوالي پورې اړه لري ځکه دانافیل د میاشي ټول ډولونه د ملاریا پرازیت نه لیږدوي اوکوم ډول چې دلیږد وړتیا لري نسبتا ډیر متنوع وي او د لیږد وړتیا یې هم متنوع دی.

د ملاریا تر ټولو ښه لیږدونکی میاشی د A.Gambiae له ډول څخه عبارت دی چې لاندې ځانګړتیاوې لري.

الف : ډیر عمر لري.

ب : په ګرم موسم کې په ډیر شمیر سره موجود وي.

ج : په چټکه توګه د نسل د زیاتیدلو وړتیا لري.

د : د نورو ژوو په پرتله د انسان چیچلو ته زیاته لیوالتیا لري.

د ملاریا د لیږد د شمیر معلومولو لپاره ډیر څرګند معیار د حشره پیژندنې پوهی له نظره د تلقیح له هغه شمیر څخه عبارت دی چې په یو کال کې د سپوروزویت لرونکو میاشو د وخذو له شمیرسره برابر وي چې داشمیر د لاتیني امریکا او جنوب ختیځې اسیا په ځینو سیمو کې له ۱ څخه زیات او دافریقا په حاره سیمو کې له ۳۰۰ څخه کم وي.

په افغانستان کې د ملاریا حالت :

دهغه څیړنې څخه چې د مصطفی KS له خوا د کابل ښار دملاریا دکنترول په مرکز کې تر سره شوې چې په لنډ ډول یادونه کوم:

ملاریا په هغو ځایونو کې چې د بحر څخه ۱۵۰۰ متره ښکته واقع دی په اندیمیک بڼه شتون لري. په سلو کې ۸۰ - ۹۰ پیښې پلازموديم وایوواکس پورې تړاو لري او پاتې یې د پلازموديم فلسیپارم دي. هر کال تقریبا ۲ څخه تر ۳ میلونه خلک په دې ناروغۍ اخته کیږي. دافغانستان د ۱۲ میلونو څخه زیات خلک د ملاریا په اندیمیکو برخو کې ژوند کوي.

هغه څیړنې چې د شرقي زون په څلورو برخو کې تر سره شوي پلازموديم وایوواکس د کلوروکین سره پوره حساس او پلازموديم فلسیپارم یو څه ناڅه ټینګار لري.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

په ملاریا کې د سرو ژونکو بدلونونه:

سرې ژونکې ته تر ننوتلو وروسته د ملاریا پرازیت د ژونکی منځی پروتین په ځانګړي توګه هیموګلوبین په مصرفولو پیل کوي اوپه دې ډول د هیمو ګلوبین له تجزیې څخه منځته راغلي زهري Heme په هیموزین بدلیږي چې د ملاریایي صباغ پنوم یادیږي چې پر اندوتیلیوم اوشاوخوا انساجو باندې Deposit کیږي او بیا د شدید التهابي غبرګون، کامپلمینت او دموية صفحاتو د فعالیدو لامل ګرځي.

له بله پلوه دملاریا پرازیت په سرې ژونکې کې یو شمیر بدلونونه رامنځته کوي لکه د غشا ترانسپورت خرابه وي دژونکې پر سر سطحي کرپټیک انتي جن ښکاره کیږي اود پرازیټ په واسطه منځته راغلی پروټین په حجروي غشا کې ننوزي نو له دې کبله ژونکه غیر منظم جوړښت، انتي جینیک ځانګړتیا او دلږ Deformability وړتیا خپلوي.

د پلازموديم فلسیپارم په ډول کې په حجروي غشا کې وتلی ټکې د غیر زوجي ویش د لومړیو ۲۴ ساعتونو په اخر کې منځته راځي چې د لوړ مالیکولي وزن ځانګړې انتي جینیک نښتونکی پروتین (PFEMP1) P. Falciform Erythrocyte memberane protein 1 لرونکې وي چې د Venules او کپیلري د اندوتیلیوم د اخذو سره نښلي چې دي پیښې ته Cytoadherence وايي.

په دماغي رګونو کې د نښلیدو لپاره Inter cellular adhesion molecul -1 او دپلاسنتا په رګونو کې د نښلیدا لپاره Chondroitin Sulfate B او په نورو غړیو کې د نښلیدو لپاره CD 36 د ارزښت وړ دی.

په دې ډول منتنې سرې ژونکې له یوی خوا د ورو رګونو په داخلي سطحه کې نښتنه کوي او له بلې خوا د سالمو سرو ژونکو سره یوځای او Rosettes جوړوي اوهم د نورو پرازیت لرونکو ژونکو سره اګلوتینیشن کوي نو په دې بنسټ Cytoadherence ، Rosette جوړول او اګلوتینیشن د PF دملاریا د پتوجنیزس مرکزي او اساسي بنسټونه دي.

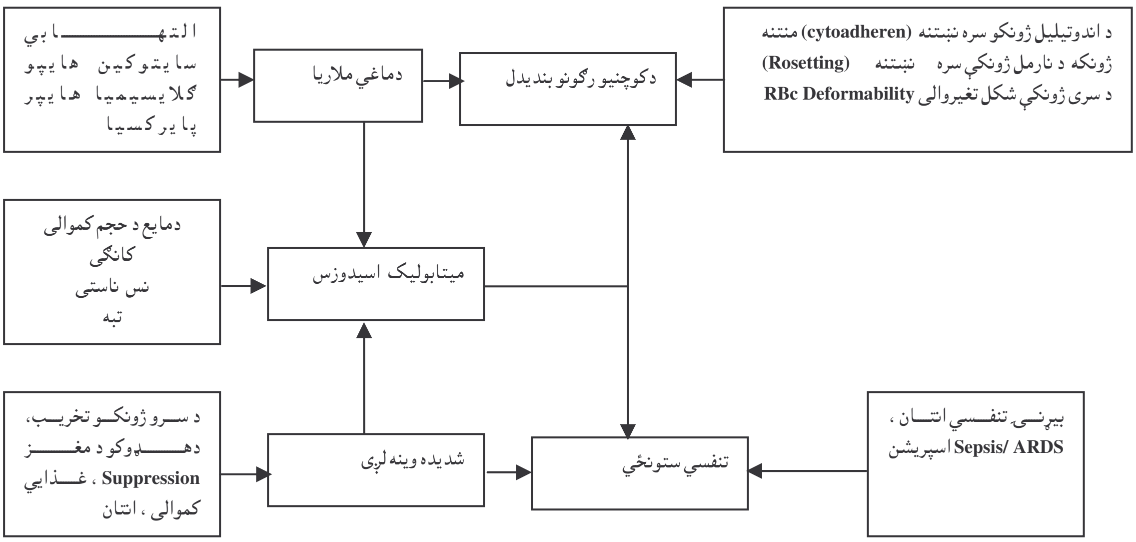
په حیاتي غړیو کې (دماغ، ینه، پښتورګو،پوستکي ، پلاسنتا او سږو) کې د Microciuculation دبهیربندښت ، خرابوالي او د استقلاب د ګډوډتیا لامل ګرځي. دا بنده شوې سره ژونکه د وجود د دفاعي میخانیکیت لکه د توري فلتریشن څخه لیرې پاتې کیږي نو په دې بنسټ په پلازموديم فلسیپارم کې په محیطي دروان کې یوازې د پرازیټ ځوان Ring شکل د

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

لیدو وړ وي چې له حقیقي پارازیتیمیا څخه ټیټ شمیر څرګندوي. نو د محیطي وینې پرازیتیمیا اندازه دوجود د ټولې پارازیتیمیا کچه نه شي تخمینولی.
همدارنګه په شدیده پلازموډیم فلسیپارم ملاریا کې د غیر منتن سرو ژونکو د Deformability وړتیا کمیږي او په قسمي ډول له بندو شویو رګونو څخه د تیریدا پر مهال د ویجاړیدلو سبب کیږي.
دملاریا په نورو دریو سلیمو ډولونو کې Sequestration صورت نه نیسی او دپرازیټ د ژوند ټول پړاوونه په محیطي وینه کې د لیدو وړ وي همدارنګه دا ډولونه د وینې د زړو سرو ژونکو یا د ریتیکولوسایټ د اخته کیدو میلان هم لري. او په نادره توګه له ۲% څخه د زیاتی پارازیتیمیا لامل کیږي. په داسې حال کې چې د پلازموډیم فلسیپارم ډول د وینې ژونکې په هر عمر کې په ځانګړي ډول ځوان کرویات تر برید لاندې نیسي او د لوړې پارازیتیمیا لامل کیږي.

د PF ملاریا پتوجنیزس په شیما (۲-۱) کې ښودل شویدی.



Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

د کوربه غبرګون :

په پيل کې بدن دغير وصفي دفاعي (Nonspecific) ميخانيکيت په واسطه د پرازيټ پرورانډې غبرګون ښيي. د توري په ايمونولوژيک او فلټريشن دندو کې زياتوالى راځي او په دې ډول د منتنو او غير منتنو ژونکو ويجاړيدنه زياتيږي. نو پرازيتي ژونکې د توري ددې تخريبي ځواک څخه تښتي او هغه وخت ويجاړيږي کله چې شيزانت وچوي .ددې د چاوديدلو څخه يو شـــمير مواد لکه Glycosyl phosphatedylinositol ازاديږي چې دماکروفاژونو د فعاليدو لامل کيږي چې ددې ماکروفاژو څخه سايتوکينونه ازاديږي چې دتبى او نورو پتالوجيکو اغيزو مسؤل ګڼل کيږي.

په نادرملنه شوي انتان کې ۴۰ درجې حرارت د پوخ پرازيت د تخريب لامل کيږي نو په دې بنسټ د پرازيت سايکل Synchronize ګرځي او تبه منظمه کيږي يعنى هر دوه يا درې ورځې وروسته ځرګنديږي. خو هغه ناروغان چې اغيزمن د ملاريا ضد درمل واخلي دا نوعى منظمې تبې څخه نادراً ګيله مند وي.

وړاندې تر دې چې د تلاسيميا، سيکل سيل انيمـــيا او G6PD Deficiency لپاره کنترولي معيارونه منځته راشي داناروغى د ملاريا په سير پورې اړونده ګڼل کيدله ليکن څيړنو وښودله چې دا ارثي ناروغى نه يوازې داچې د ملاريا په لوحې پورې اړه نه لري بلکې د پلازموديم فلسيپارم ملاريا له کبله منځته راتلوونکې مړينې مخنيوى هم کوي دبيلګې په ډول HbA/S شپږ چنده دمړينى خطر د PF ملاريا له امله کموي چې دليل يې د اکسيجن دکموالي له کبله د پرازيټ د ودې او پرمختګ مخنيوى دى.

همدارنګه داوسپنې کموالى هم کيداې شي بعضې محافظوي اغيزې ولري . تورې داتنان په کنترول کې اهمه ونډه لري او هغه ناروغان چې تـورې يې ايستل شوې وي داتنان په مقابل کې ډير حساس وي.

دالفا تلاسيميا (Melanesia) ناروغان د ژوند په لومړيو کلونو کې د پلازموديم وايواکس او پلازموديم فلسيپارم په ملاريا زيات اخته کيږي چې دا بيا بيا اخته کيدل د شديدې ناروغى د منځته راتلـــو مخنيوې کوي ځکه په Melanesia Ovalocytosis کې Erythrocyte Rigid له حجروي غشا څخه ميروزويټ د ننوتلو مخنيوى کوي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

د ناروغۍ پر وړاندې ځانګړې معافیتي غبرګون د انتان راتګ کنترولوي له لوړې پارازیتیمیا څخه مخنیوی کوي خو نه د انتان څخه. نو ځکه په هولو اندیمیک او هایپواندیمیک سیمو کې د پلازموډیم وایو اکس او پلازموډیم فلسیپارم غیر عرضي پارازیتیمیا (Primunation) پیښې په لویانو او لویو کوچنیانو کې زیاتی لیدل کیږي. په دې سیمو کې هیمورل او ژونکیز معافیت دلیدو وړ دې. خو ددې معافیتونو میخانیکیت په بشپړ ډول نه دی پیژندل شوی اما ددې وګړیو په سیروم کې د IgM, IgG او IgA لوړې کچې لیدل کیږي. سره له دې چې ددې انتي بادي زیاته برخه د معافیت سره تړاو نه لري خو فکر کیږي چې انتي بادي په وینه کې د پرازیت د زیاتیدا د کمولو لامل کیږي.

که چیرې له معافیت لرونکو لویانو څخه IgG کوچنیانو ته په Passive ډول ولیږدول شي د پارازیتیمیا د سویې د ښکته کولو لامل کیږي او له مور څخه نوي زیږیدلي ماشوم ته د انتي بادي Passive لیږد هغه د ژوند په لومړیو میاشتو(تر شپږو میاشتو) کې له شدیدې ملاریا څخه ساتي. او باید ووایو چې د HbF شتون هم د نوي زیږیدلي ماشوم په معافیت کې رول لري خودامعافیت په هغو وګړو کې چې د انډیمیک سیمو څخه بهر د څو میاشتو یا زیات وخت لپاره پاتې شي له مینځه ځي.

یو شمیر زیات فکتورونه ژونکیز معافیت منځته راتلل ورو کوي لکه د منتنې سرې ژونکې د پاسه د Major Histocompatibility انتي جن نشتوالی کوم چې د Direct T cell د فعالیدو مخنیوی کوي یا دملاریا د انتي جن پر وړاندې د ځانګړې معافیت نه فعالیدل.

دملاریا کلینکي بڼه:

دملاریا د هر ډول دتفریخ دوره توپیر لري. د پلازموډیم فلسپارم لپاره ۹ - ۲۰ ورځی (په منځنی ډول ۱۲ ورځی) د پلازموډیم وایواکس او پلازموډیم اووال لپاره ۸ - ۲۷ ورځې (په منځني ډول ۱۴ ورځې) چې کله کله تر اتو میاشتو هم ځنډیدلای شي او د پلازموډیم ملاریا لپاره ۱۲-۲۰ ورځی (په منځني ډول ۳۰ ورځې) وخت نیسي.

د ناروغۍ لومړنی ګیلې غیر وصفي وي لکه د روغتیا د خرابوالی احساس، سرخوږ، ستړیا، دګیډې ناراحتي او عضلي دردونه چې د تبی په واسطه بدرګه کیږي چې د وایرسی انتان یا انفلوینزا پشان کلینکي لوحه لري.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

ملاریا یوه تبه لرونکې ناروغی ده چې په کلاسیک ډول سره لړزه او د یخنې احساس (Cold Stage) تر دې وروسته ۴۰ سانتي ګرېډ تبه (Hot Stage) او ورپسې خولې(sweating Stage) موجودې وي چې دا حمله کولای شي تر څو ساعتو دوام وکړي (دوديز ډول ۴ الی ۲ ساعته) د دوو بریدونو تر منځ ناروغ د ښه والی احساس کوي اما سست وي. بله حمله کیدای شي ۴۸ یا ۷۲ ساعته وروسته تکرار شي چې د شیزانتونو تر Synchronize چاودیدنې پورې اړه لري.

همدارنګه ضمیموي ګیلې لکه سرخوږ، دسینې خوږ، وچ ټوخی، دګیډې درد ، د ملا او بندونو درد ، عضلی درد اویا هم نس ناستی چې په تشخیص کې غلطي منځته راوړي او د ډاکتر فکر بلې ناروغۍ ته اړوي شتون لري.

په ملاریا کې کیدای شي ناروغ د شدید سرخوږ څخه ګیله من وي خو د غاړې شخوالی او Photophobia چې د مننجایتس لپاره ځانګړې نښې دي په ملاریاکې نه وي.

په ملاریا کې د عضلاتو درد موجود وي خو د Dengue Fever په شان شدید نه وي.

د ټایفس او لېپټوسپایروزس سره د عضلاتو د حساسیت د نشتوالی پر بنسټ توپیرېږي.

د ملاریا په لوحه کې زړه بدوالی، کانګې او Orthostatic هایپوتینشن په دودیز ډول موجود وي.

په کوچنیانو او معافیت نه لرونکو وګړو کې تبه تر ۴۰-۴۱ سانتی ګرید پورې لوړیږی چې د تکي کاردیا او ځیني وخت د هزیاناتو سره ملګرې وي.

په کوچنیانو کې دملاریا په ټولو ډولونو کې Febril Convulsion موجود وي چې ممکنه ده د دماغي ناروغی پیل وګڼل شي.

Black Water Fever هغه مهال منځته راځی چې منتنی او غیر منتنی سرې ژونکې په لویه کچه په کوچنیو رګونو کې د ماتیدو سره مخامخ شي.

په فزیکي معاینه کې تبه ، لتې، د توري غټوالې ، په کمه اندازه د ځیګر غټوالی او Anemia پیدا کولای شو.

توری هغه وخت کله چې بیړني اعراض ۴ ورځی او یا له دې څخه زیات دوام وکړي غټیږي.

په هغوسیمو کې چې دملاریا Stable Transmission موجود وي یا داچې انتان د کلوروکین پر وړاندی غبنتلی وي نو په ځوانو کوچنیانو کې Anemia په دوديز ډول لیدل کیږي.

چې دا Anemia د وینې د سرو ژونکو د ویجاړیدلو د توري د لویوالی او فولیک اسید د زیرمو د لږوالي له کبله منځته راځي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

هغه ناروغان چې دملاریا په اندیمیکو سیمو کې اوسیږي دتوري غټوالی په کې زیات دې ځکه چې په پرله پسې ډول له ملاریا سره مخامخ کیږی.

د پلازمودیم فلسیپارم په غیر اختلاطي حالت کې دځیګر لړلویوالی په ځانګړي ډول په ځوانو ماشومانو کې په دودیز موجود وي اوپه لویانو کې خفیف ژیړی موجود وي چې ۱-۳ اونۍ وروسته له منځه ځي.

په پلازمـــودیم فلسیپارم کې د پوستکي او مخاطی پردی Petechial Hemorrhage په نادر ډول منځته راځي په داسې حال کې چې په لپتوسپایروزس او وایرل هیموراجیک تبه کې په دودیز ډول موجود وي.

په ملاریا کې هغه دپوستکي خاپونه موجود نه وي کوم چې په وچکۍ ، تایفس، مننګوکاکل سپتیسیمیا ، وایرل exanthema او د ځینیو درملو په غبرګون کې لیدل کیږي. همدارنګه ملاریا د ایډز په ناروغانو کې د موقع لیدونکي انتان په ډول عمل نه کوی خو کیدای شي په امیدوارو ښځو کې دا حالت منځته راشي.

شدیده فلسیپارم ملاریا:

که چیرې د پلازمودیم فلسیپارم غیر اختلاطي ناروغی په مناسب ډول درملنه نشي نو نړدې د ۱، ۰% مړینو سبب کیږي. که چیرې د حیاتي غړو دندې خرابې شي یا داچې د ۳ - ۵% څخه زیاتې سرې ژونکې د انتان په واسطه اخته شي په ځانګړي ډول که ګرام منفي باکتریمیا له ملاریا سره ملګري وي نو د مړینې کچه یې هم زیاتیږي.

د PF هغه څرګندتیاوې چې خراب انزار لري په لاندې ډول دي :

I – کلینیکي:

۱- Marked agitation

۲- Hyperventilation (Pulmonary Distress)

۳- د وجود دحرارت ښکته کیدل (۳۶،۵ سانتي ګرید درجی څخه) .

۴- Hemorrhage.

۵ – ژوره کوما

۶- تکراري جټکی

۷- Anemia

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

۸ – شاک

II- لابراتواري:

۱ – بیوشمیکي.

- ❐ هایپو ګلایسیمیا (mmol/L ۲،۲>)
- ❐ هایپر لکتیمیا (mmol /L ۵>)
- ❐ اسیدوزس (۷،۳>) سیروم بای کاربونیت (۱۵ >)
- ❐ د سیروم کریاتینین لوړوالی (µmol/L ۲۲۵>)
- ❐ بیلروبین لوړوالی (µmol/L ۵۰ >)
- ❐ د ځیګر دانزایمونو لوړوالی
- ❐ د عضلاتو د انزایمونو لوړوالی (CPK، Myoglubine)
- ❐ Urate لوړوالی µmol/L ۲۰۰)

۲ – هیماتولوژي.

- ❐ WBC د µL/ ۱۲۰۰۰څخه لوړ.
- ❐ شدید کمخوني (۱۵% > PCV)
- ❐ دمویه صفحات د ۵۰۰۰۰ څخه ښکته وي.
- ❐ PTT د (s ۳>)
- ❐ فایبرینوجن د ۲۰۰ ملي ګرام في دیسي لیتر څخه ښکته وي.

۳ – پرازیتو لوژي.

- ❐ هایپرپرازیتیمیا

الف : د مړینی کچه لوړوالی که د µL/ ۱۰۰،۰۰۰< پورته وي.

ب : لوړه مړینه که د µL/ ۵۰۰۰،۰۰۰< پورته وي

ج : ۲۰% څخه پرازیتي ژونکی زیاتی وي اوپه ۵% څخه زیات نوتروفیل صباغ سره ولیدل شي.

یادونه :

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

هغه څیړنه چې په کال ۱۳۸۳ لمریز لیږدیز کال کې د دمحترم پوهنمل داکتر بریالي (ولي زاده) له خوا د ۳۰۰ تنو فلسیپارم اخته ناروغانو په کلینیکي څرګندتیاوو دداخلي په څانګه کې ترسره شوه لاندې پایلې یې درلودې:

په ټولو ناروغانو کې تبه موجوده وه، ۸۵ % ناروغانو سرخوږ، ۸۰% ناروغانو دټول بدن خوږ، ۷۳،۲% ناروغانو کې لړزه، یخني اوخوله موجوده وه. نور اعراض لکه ساه لنډي، دځان خاربښت، ټوخې، دګیډې درد ، نس ناستی نسبتاً په کمو پیښنو کې موجود وه .

تبه او تکي کاردیا په ټولو ناروغانو کې ، د توري لویوالی په ۲۰% ، Anemia په ۵۰% ، ځیګر لویوالی ۲۹،۲% ، غیرشعوري حالت په ۱۵% ناروغانو کې او نورې علامی لکه Petechia ، دوینې فشار ښکته والې ، Tachypnia په کمو پیښنو کې موجود ی وی.

دملاریا اختلاطات:

۱: دماغی ملاریا :

کوما دشدیدې فلسیپارم ملاریا یوه ځانګړې او منحوسه کلینیکي لوحه ده چې له درملنې سره سره په لویانو کې ۲۰% او په کوچنیانو کې ۱۵% مړینه منځته راوړي.

د ناروغ دخواصو بدلون، Delirium او په لږه اندازه دشعور اختلال ته هم باید جدي پاملرنه وشي.

دماغي ملاریا کیدای شي په ناڅاپه یا ورو ډول له اختلاج سره پیل شي او د دوه اړخیزی انسفالوپاتي(Symmetric Encephalopathy) په شان څرګندتیاوې لري .

ځايي عصبي نښې په کې غیر دودیزی دي سره ددې چې سر د قبض کولو پر وړاندې یو څه Passive ټینګار لري خو د سحایاوو دتخرش نښې په نادر ډول شتون لري د ناروغ سترګې Divergent حالت غوره کولای شي او هم Pout ریفلکس اکثراً موجود وي. خو نور Primative ریفلکسونه موجود نه وي.

پرته د ژورې کوماڅخه په نورو حالتونو کې د قرنیې ریفلکسونه خوندي پاتې وي. عضلي ټون کیدای شی زیات یا کم وي.

د اوتارو ریفلیکسونه متغیر وي. Planter reflex کیدای شي د قبض یا بسط په حالت کې وی. بطني او Cremasteric ریفلیکسونه موجود نه وي. د ناروغ حالت کیدای شي د قبض یا بسط په ډول وي. چې Decerebration وضعیت په (۲-۲) شکل کې ښودل شویدې.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

(۲-۷) شکل په تایواني نجلۍ کې چې په دماغي ملاریا اخته وه د Decerebration وضعیت.

که چیرې حدقی ته پراخوالی ورکړل شي او غیر مستقیم ډول Ophthalmoscopy ترسره شي نو په ۱۵% پیښو کې به Retina کې Hemorrhage ولیدل شی چې دا فیصدي تر ۳۰-۴۰ % هم لوړیدلای شی.

په ۳۰ -۲۰% پیښو کې Retinal opacification د خپرو ټکو په ډول موجود وي.
دحدقی پړسوب په کوچنیانو کې په ۸% پیښو کې اوپه لویانو کې په نادر ډول شتون لري د ۵% څخه په لږو پیښو کې Cotton Wool Spots او د شبکیې په رګونو کې یا د رګونو په یوه برخه کې په موضعي ډول Decolorization د لیدو وړ وي.

اختلاجات اکثرا عمومي وي اوپه متکرر ډول تکراریږي چې د دماغي ملاریا په ۵۰% ناروغانو کې (خصوصا کوچنیانو کې) لیدل کیږي .

په لویانو کې عصبی Sequels په نادر ډول پاتې کیږ ي په داسې حال کې چې کوچنیانو کې عصبي ستونزې په ۱۰%پیښو کې لیدل کیږي لکه Hemiplegia , Cerebral palsy, Cortical Blindness ، کوڼوالی او د تفکیک او پوهې خرابوالی په ځانګړي توګه هغه کوچنیان زیات

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

متضرر کیږي چې شدیده Anemia، هایپوګلاسیمیا، د اختلاج تکراري حملې یا ژوره کوما ولري.

۲: هایپو ګلایسیمیا:

د شدیدې ملاریا یو دودیز اختلاط دی چې دکوما او اختلاج غوره لامل ګڼل کیږي چې دخرابو انزارو سره ملګرې وي او په امیدوارو ښځو او کوچنیانو کې دزیاتو ستونزو لامل کیږي.

داحالت په ملاریا کې دځیګر د ګلوکونیوجنیزس د انحطاط او هم د میزبان او پرازیټ لخوا دزیات ګلوکوز د مصرف په پایله کې منځته راځي. همدارنګه کونین او Quinidine له پانقراص څخه د انسولین افراز تنبه کوي او په دوران کې دهغه د سویې زیاتوالی دوراني ګلوکوز کموي او هم پرازیټ داسې فکټور افرازوي چېIslet Cells تنبه کوي او دانسولین کچه په دوران کې زیاتـــــوي.

د ناروغۍ په شدید حالت کې دهایپوګلایسیمیا کلینیکي تشخیص ګران دی ځکه دهغې دودیزې نښې چې دخولې کیدلو، ټکي کاردیا او Goose Flesh څخه عبارت دی په دې حالت کې موجود نه وي اوهم هغه عصبي اختلال چې د هایپوګلایسیمیا له کبله منځته راځي د ملاریا له اختلال سره ګډوډیږي.

زما د شخصي تجربې پر بنسټ دنوموړي اختلاط د پېښو کچه زمونږ په روغتون کې په ځانګړې ډول امیدواره میندو کې زیاته دی او د نیکه مرغه د هایپرتونیک ګلوکوز د ورکولو سره ډیر ژر غبرګون ښکاره کوي. نو زه درنو ډاکتر صاحبانو ته وړاندیز کوم چې هر هغه ناروغ چې شعور یې مختل وي په ځانګړي ډول امیدواره ښځو ته لمړی باید هایپرتونیک ګلوکوز ورکول شي تر څو د هایپوګلایسیمیا د خرابو اختلاطاتو مخنیوی شوی وي.

۳: لکټیک اسیډوزس:

د شدیدې ملاریا په ناروغانو کې لکتیک اسیدوزس له هایپوګلایسیمیا سره یوځای منځته راځي چې دا دواړه د ناروغ د مړینې لامل کیږي .

په لویانو کې د پښتورګو د دندو خرابوالی لـه اسیدوزس سره یوځای وي اسیدوتیک تنفس اویا تنفسي Distress یې د خرابو انزارو ښنه ده. چې د دوراني عدم کفایې په واسطه تعقیبیږي کوم چې د دوراني حجم د زیاتوالی یا تنفسي انحطاط یا Inotropic درملو د استعمال لـه کبله منځته راځي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

همدارنګه په شدیده ملاریا کې دسیروم د بایکاربونیت یا لکتیت تراکم د ناروغۍ د بدو انزارو غوره لامل ګڼل کیږي.

لکتیک اسیدوزس د لاندې دلایلو له امله رامنځ ته کیږي:

۱- څرنګه چې Microcirculation بندیږي نو Anaerobic Glycolysis رامنځته کیږي او ددی په پایله کې د لکتیک اسید جوړیدل زیاتیږي.

۲- د پرازیت په واسطه د لکتیک اسید جوړیدنه تر سره کیږي.

۳- د ځیګر او پښتورګو په واسطه د لکتیک اسید پاکوالی کمیږي.

۴- د TNF او نورو التهابي سایتوکینو په واسطه دتولید زیاتوالی.

۴: غیر قلبی ریوی اذیما (Non Cardiogenic Pulmonary Odema):

داحالت په غټانو کې دشدید پلازموديم فلسيپارم له کبله رامنځته کیږي سره ددې چې ناروغ ځو ورځې درمل هم اخیستي وي. کیدای شي دغیر اختلاطي پلازموديم وايواکس ملاريا په سير کې هم منځته راشي چې اکثراً پخپله له منځه ځي.

د کاهلانو د تنفسي انحطاط پتوجنیزس پوره ښکاره نه دی خو په سږو کې دپرازیتي سرو حجرو بندیدو او دالتهابي سایتوکینو دازادیدو له امله د کپیلري نفوذیه قابلیت زیاتیږي چې په پایله کې Pulmonary odema ، ساه لنډي، هـــايپوکسيا، دسږو بیړنی Injury او ARDS رامنځته کیږي چې د ۸۰% څخه زیات د مړینې لامل ګرځي البته د زیاتو او چټکو وریدی مايعاتو ورکولو په واسطه دا حالت شدت اختیاروي.

۵: دپښتورګو ګډوډي:

داحالت د غټانو په پلازموديم فلسيپارم کې په دوديز ډول منځته راځي خو په کوچنیانو کې په نادر ډول لیدل کیږي چې پتوجنیزس یې څرګند نه دې خو ممکنه ده چې د سرو حجرو Sequestertion د پښتورګو په Microcirculation کې رامنځته شي او دهغې دندې ګډې وډې کړي.

د کلینک او پتالوجي له نظره ناڅاپي Tubular Necrosisرامنځ ته کیږي خو Cortical نکروزس په کې هیڅکله منځته نه راځي. دپښتورګو حاده عدم کفایه کیدای شي د نورو غړو عــدم کفایې سره یو ځای وي چې په دې صورت کې د مړینې کچه لوړیږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

٦: هیماتولوژیک ابنارملتی:

په ملاریا کې Anemia د مختلفو دلایلو له امله رامنځته کیدای شي چې عبارت دي له :

۱- د منتنې سرې ژونکې اوبه کیدل (Lysis) .

۲- د غیر منتنې سرې حجرې اوبه کیدل (Black water fever) .

۳- Dys erthropoisis

۴- دتوري غټ والی او Sequestration .

۵- دفولیک اسید کموالې.

په دې ناروغانو کې په کمه اندازه د کواگولیشن ابنارملتي او کمه ترومبوسایتوپینیا منځته راځي همدارنګه د فلسیپارم ملاریا په ۵% پیښو کې DIC څرګـــند یدې شي. د Stress ulcer او Gastric erosion له املـــه کیداې شي ناروغانو ته Hematemesis هم پیښ شي.

دنیکه مرغه د پخوا په پرتله د ننګرهار د عامی روغتیا د داخلی په روغتـون کې اوس دملاریا او دملاریا ضد درملو له امله هیمولایتیک Anemia پیښې کمی شوي زما پـه اند غـوره دلیـل یې دناروغ ژر راتګ روغتون ته ، ولسوالیو کې د طبي مرستو شـتون، او د Premaquine کم کـارول دي.

٧: دځیګر د دندو ګډوډي(Hepatic Dysfunction):

په ناروغۍ کې کم هیمولایتیک ژیړی په دودیز ډول شتون لري خو د پلازموديم فلسیپارم په ډول کې شدید ژیړی لیدل کیدای شي چې اکثراً په غټانو کې منځتـه راځي او دلیـل یې د وینې اوبه کیدل ، دصفرا دریدنه او دځیګر د ژونکو ویجاړیدل دی. کله چې د ځیګر د دندو خرابوالی د نورو حیاتي غړیو لکه پښتورګو د د دندو خرابوالی سره ملګری وي نو خراب انزار لـري ځکـه د ځیګر د دندو خرابوالی د هایپوګلایسیمیا ، لکتیـک اسیدوزس او د درملو د استقلاب د ګډوډی لامل کیږي.

ح: نور اختلاطات:

په دماغي ملاریا کې اسپیریشن نمونیا کیداې شي د اختلاجاتو څخه وروسـته رامنځتـه شـي چې د مړینې مهم لامل ګڼل کیږي.

نور تنفسي انتانات او دکتیتر له کبلـه منځتـه راغلـي UTI پـه هغـو ناروغـانو کـې چـې لـه دریـو ورځو څخه زیات غیر شعوري حالت ولري لیدل کیږي .

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

له شديدې ملاريا سره د اختلاط په ډول سيپتيسيميا هم منځته راتلای شي لکه د سلمونيلا باکتريميا پيښې چې اکثراً د پلازموديم فلسيپارم سره ملګرې وي .
د زړه ريتم خرابوالی، هضمي سندروم (نس ناستی، پيچيش) داوبو او الکترولايتونو د توازن خرابوالی هم ددماغي ملاريا په سير کې ليدل کيدای شي.

ملاريا په ميندوارۍ کې:

په هغو ميرمنو کې چې لومړی يا دوهم حمل لري او په هولو انډيميک يا هايپر انډيميک سيمو کې ژوند کوي ملاريا دنوي زيږيدلي ماشوم د وزن د کموالي (په منځني ډول ۱۷۰ ګرامه) او د کوچنيوالي د دورې د مړينو د زياتوالي لامل کيږي.
په عمومي توګه په هغو سيمو کې چې په ثابت ډول د ناروغۍ ليږد شتون ولري په ناروغۍ اخته اميدواره ښځې غير عرضي وي سره ددې چې د پلاسنتا مايکروسرکوليشن په شديد ډول د منتنو سرو ژونکو په واسطه اشغال شوی وي .
هغه اميدواره ښځې چې د HIV انتان لري د دوې د نوې زيږيدلي ماشوم وزن کم او ولادي ملاريا سره ملګرې وي.
په هغو سيمو کې چې د ناروغۍ ليږد په غير ثابت ډول موجود وي په اميدوارو ښځو کې دملاريا شديدې پيښې، لوړه پارازيتيميا ، Anemia، د وينې د ګلوکوز کموالی او دسږو ناځاپي اذيما منځته راځي چې د Fetal Distress ، مخکې دوخته زيږون، Still Birth يا د نوي زيږيدلو د وزن د کموالی لامل کيږي.
د ۵٪ څخه په کمو پيښو کې کيدای شي ماشوم ولادي ملاريا سره زيږد شي.
پلازموديم وايو اکس د نويو زيږيدلو ماشومانو دوزن دکموالي لامل کيږي خود پلازموديم فلسيپارم په پرتله د پلازموديم وايواکس پيښې په مولتي پارا ښځو کې د primipara ښځو په پرتله زياتی ليدل کيږي.

ملاريا په کوچنيانو کې:

له هغو ۱-۳ ميلونه وګړو څخه چې هر کال د ملاريا (په ځانګړي ډول پلازموديم فلسيپارم) له کبله مري زياتره برخه يې کوچنيان وي. په شديده ملاريا اخته ماشومانو کې اختلاج، کوما ، هايپوګلاسيميا ، ميتابوليک اسيدوز او شديده Anemia نسبتاً عامه ده په داسې حال کې چې شديد ژيړی، دپښتورګو ناځاپي عدم کفايه او دسږو ناځاپي اذيما نادوديزه ده .

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

په شدیده Anemia لرونکو کوچنیانو کې د میتابولیک اسیدوزس له کبله د ژور تنفس نښې موجودې وي چې اکثراً د دوراني حجم د کـــموالی سره یو ځای وي. لـه نیکـه مرغـه کوچنیـان د ملاریا ضد درملو سره ښه زغم لري او ورسره په چټک ډول غبرګون ښکاره کوي.

د مړینې کچه په هغو ماشومانو چې په خوارځواکۍ اود ویتامین A، زینک ، اوسپنې او فولیت پـه کمـوالي اختـه وي زیاتـه ده. او کـه چیـرې دماشوم د تغـذي حالـت ښـه شـي د ملاریـا د اختلاطاتو اومړینې څخه ځه ناڅه مخنیوی کیدای شي.

د ملاریا او HIV ترمنځ اړیکې:

په هغو ځایونو کې چې Stable ملاریا شتون لري HIV دملاریا انتـان خطر زیـاتوي او کلینـک یې تشدیدوي لاکن د Unstable ملاریا په ځایونو کې HIV انتان په غټانو کې د شدیدې ملاریـا د اختلاطاتو او مرګ خطر لوړوي راپورونو داسې هم ښودلې ده چې پـه HIV اختـه کـس د ملاریـا ضد درملو سره ټینګار لري .

د بیړنۍ ملاریا حمله په لنډمهاله ډول سره د ویروس تکثر زیاتوي چې په پلازما کې Viral Load لوړیږي مګر داسې بیلګې نشته چې ملاریا د HIV کلینیک تشدید کړي اویا د HIV په لیږدیدنه یا د درملنې په غبرګون کومه اغیزه ولري.

همدارنګه بیلګو داسې ښودلې ده هغه امیدواره ښځه چې HIV لرونکې وي کـه پـه پلازمـودیم فلسیپارم ملاریا اخته شي دملاریا کنترول یې مشکل دی. څیړنو داسې هم ښودلې ده چې د HIV شتون کې د ملاریا درملنه او مخنیوې په امیدواره ښځو کې ښه پایله نه لـري. همدارنګـه HIV پـه امیـدواره ملاریـایي ښـځو کـې د Anemia، مخکـې د وخـت څخـه زیـږون غـوره لاملـ دی او داخـل الرحمي وده وروسته کوي

ترانسفیوژن ملاریا:

د ملاریا پرازیت د وینې دلیږدیدنی یا دمنتنو ستنو دبیا کارونې په واسطه لکـه پـه معتـادینو کې او یا د غړو د پیوند په واسطه لیږدیدلای شي. په دې حالتونو کې دناروغۍ د تفریخ دوره لنډه وي، ځکه چې Preerythrocytic پړاو په کښې موجوده نه وي خو کلینکې لوحه او درملنې کې یې توپیر نشته. سره ددی چې پلازمودیم فلسیپارم ملاریا په معتادینو کې شدید سیر لـري خـو د پلازمودیم Vivax او پلازمودیم Ovale کې بنستیزه درملنه د پریمـاکین پـه واسـطه اړیـن نـه ګڼـل کیږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

دملاریا ځنډني اختلاطات :

Tropical splenomegaly (Hyper reactive Malarial Splenomegaly)

ځنډني او تکراري مـــلاريا د هـايپر ګامـا ګلوبولينيميـا ، نارموکروميـک نارموسـايتيـک Anemia ، او په يوشمير حالاتو کې د سپلينوميګالي لامل کيږي.

د انديميکو سيمو ځيني اوسيدونکي يو ابنارمل ايمونولوژيک غبرګون دتکراري ملاريا پرضد ښرګندوي چې دا غبــرګون پر Massive سپلينوميګالي ، Hepatomegaly ، د سيروم IgM لـــوړوالي ، Hepatic Sinusoidal لـمفو سايتوزس او په محيطي BCell لمفوسايتوزس باندې مشخص کيږي. په دې سندروم کې سايتوتوکسيک IgM انتي بادې د CD8+T Cell لــمفوسايتونو او CD5+T Cell لمفوسايتونو پر ضد جوړيږي او هم د CD4+ T Cell نسبت د CD8+ T Cell ښخه لوړيږي داپيښې ددې لامل ګرځي چې B ژونکې د IgM توليد نهې نه کړې او کريو ګلوبولين جوړ کړي چې دامعافيتي پروسه ريتوکولو اندوتيليل هايپرپلازيا تنبه کوي او په پاې کې د توري د غټوالي لامل کيږي.

هغه ناروغان چې د ملاريا لـه کبلـه Hyper active Malarial Splenomegaly (HMS) لري دګيـډې ددرونـدوالي او دګيـډې د شـديد موضعي درد ښخه ګيلـه منـد وي چې دا وروستنی د Perispleenitis استازي توب کوي.

Anemia او تـر يـوه حده پـان سـايتوپينيا موجوده وي خو پـه ډيـرو پيـښو کې دملاريـا پرازيـټ پـه محيطي دوران کې نه موندل کيږي .

د تنفـسي او د پوسـتکي د انتانـاتو پـه وړانـدې حـساسيت زيـاتيږي او ډيـر ناروغــان د زياتيدونکي سپسس له کبله مري.

هغه ناروغان چې په انديميکو سيمو کې اوسيږي او د توري لويوالی لري بايد پـه وقـايوي ډول د ملارياضد درمل واخلي مګر په غير انډيميک سيمو کې يوازې درملنې ته اړتيا ده.

په ځينو سيمو کې د درمـــلنی پر وړاندې د ټينـــګار پـه صــــورت کې Clonal lymphoprolifration منځته راځي چې په Malignant lymphoproliferative ګډوډي بدليږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

(۲-۷) شکل ترابیکال سپلینومیګالي

:Quartan Malaria Nephropathy

څنډنۍ او تکراري پلازموديم ملاريا او هم کيداى شي د پلازموديم نور ډولونه د پښتورګو ګلوميرولونه د ايميون کامپلکس وتيرې په واسطه زخمي کړي چې په پايله کې Nephrotic سندروم رامنځته کيږي ليکن پدى پروسه کې ځينى نورخرګند فکتورونه هم ونډه لري .

دهستولوژى له نظره په ګلوميرول کې موضعي التهابي بدلونونه منځته راځي چې ورسره د قاعدوي پرده خيرې کيدل هم ملګرى وي همدارنګه د الکتران مايکروسکوپ په وسيله د اندوتيليل طبقې لاندې رسوبات ليدل شويدي .

دکوچنيانو دپښتورګو د نسج په نمونه کې د ايمينو فلوروسنس په واسطه د کامپلمينټ او ايميونوګلوبولين رسوبات او د پلازموديم ملاريا انتى جنونه ليدل کيږي .

که چيرې د ګلوميرول په قاعدوي پرده کې دايميونو فلوريسنس په واسطه د Coarse granuler جوړښت رسوب وليدل شي (زيات IgG3) او Selective پروتينيوريا ورسره يو ځاى وي نو انزار به يې ښه وى د هغه حالت په پرتله چې Fine ګرانولر جوړښت لرونکې رسوب (زيات IgG2)د Non selective پروتينيوريا سره يو ځاى وي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

د پلازموديم ملاريا په واسطه منځته راغلی د پښتورګو ناروغي د ملاريا ضد درمل Glucocorticoid يا سايتوتوکسيک درملو سره ډير کم غبرګون ښکاره کوي.

بورکيت لمفوما او د Epstein Barr وايرس انتان:

دملاريا له امله دمعافيت ټيټيدل امکان لري د لمفوما وايرس په واسطه اخته کيدو ته لاره هواره کړي. بورکيت لمفوما اکثرا د Epstein Barr وايرس سره يوځای وي او ددی تومور پيښې د افريقا په ملاريايي سيمو کې زياتې ليدل کيږي.

يادونه:

هغه تحقيق چې دمحترم پوهنوال داکتر محمد طيب نشاط د داخلی استاد لخوا په ۵۴۰ ملاريا اخته ناروغانو د صحت عامی روغتون دداخلي په سرويس کې تر سره شوی دي پايله يې په لاندې ډول دي.

د ۵۴۰ تنو د جملي څخه ۲۸۰ تنه يعنی ۸ – ۵۱% پيښې يې PF او ۲۲۰ يعنې ۱۵ – ۴۸ % يې PV وې. PM او PO په کې ليدل شوې نه وه. په ۲۲۸ تنه ناروغانو کې د ملاريا ډول ډول اختلاطات رامنځته شوی وو چې فيصدي يې په لاندې ډول دی.

۱ - يواځې دماغي ملاريا ۸۲ تنه (۲،۳۰%).
۲- په ګډه سره دماغي ملاريا او هيمولايتيک Anemia ۴۸ تنه (۹،۱۷%)
۳ - دماغي ملاريا د سقط يا Still Birth سره يوځای (۱۰ تنه ښځې) (۳،۷%)
۴ - يواځې هيمولايتيک Anemia ۸۷ تنه (۵،۳۲%)
۵ - Black water fever او د پښتورګو عدم کفايه ۹ تنه (۳،۳%)
۶ - Algid Malaria ۴ تنه (۵،۱%)
۷ - يواځې سقط ۲۸ تنه (۴،۱۰%)

تشخيص:

دناروغی تشخيص هله ايښودل کيږي کله چې د ناروغ په وينه کې د پرازيت غير زوجي شکل وليدل شي.

که چيرې د ناروغۍ شک زيات وي او سلايد منفي وي بايد دهغه په تعقيب په تکراري ډول د هرو اتو ساعتونو په فاصله د تبی پر وخت يا د تبی تر منځ تر دريو ورځو د ناروغ له وينې څخه

Downloaded from: www.ketabton.com

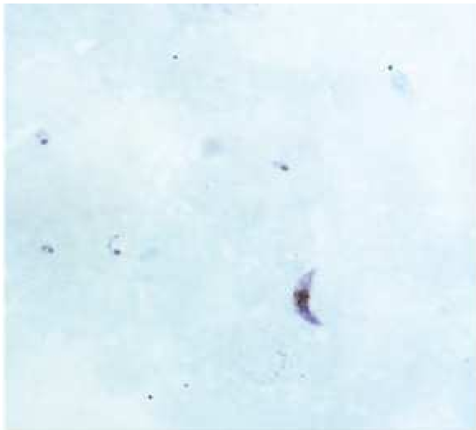
(c) ketabton.com: The Digital Library

سلایدونه جوړ شي څکه چې کلینکي لوحه او لابراتواري معاینه په ۲۰-۲۰ فیصده پېښو کې سره ملګرې وي.

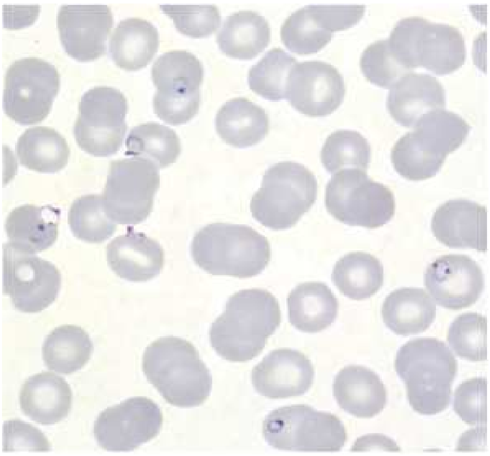
وینه باید د ګوتې یا د غوږ له نرمۍ څخه واخیستل شي. که چیرې له وریدي وینې څخه سلاید جوړیږي باید سمدلاسه وروسته له وینې اخیستلو څخه سلاید جوړ او معاینه شي تر څو له نورو بدلونونو څخه وژغورل شي.

دسلاید رنګولو لپاره د Giemsa رنګ د ۷،۲ PH لرلو سره وړ ګڼل کیږي. سربیره پردې Field's , Wright's اویا Leishman رنګونه هم کارول کیداې شي.

باید دوینې نري او پنډ فلمونه جوړ او معاینه شي د وینې نرې فلم باید په چټکۍ سره دهوا په وسیله وچ او دخالص میتانول په واسطه Fix شي او وروسته له رنګولو څخه تر Oil لاندې د مایکروسکوپ پواسطه وکتل شي البته له نري فلم څخه د پرازیټ د ډول د ټاکلو لپاره هم ګټه اخیستلای شو.



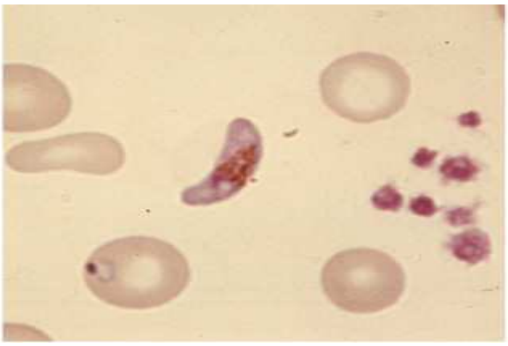
۱- د سرې ژونکې څخه بهر د فلسیپارم مـلاریا تروفوزویت Ring شکل لیدل کیږي.



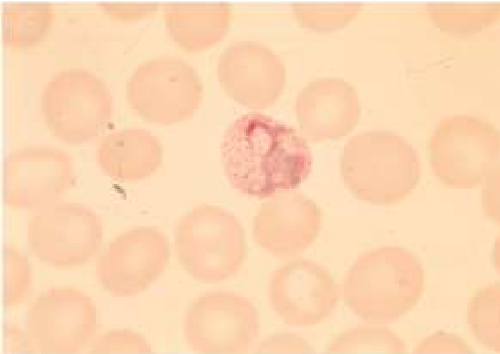
۲- د سرې ژونکې په داخل کې د فلسیپارم ملاریا تروفوزویت Ring شکل لیدل کیږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

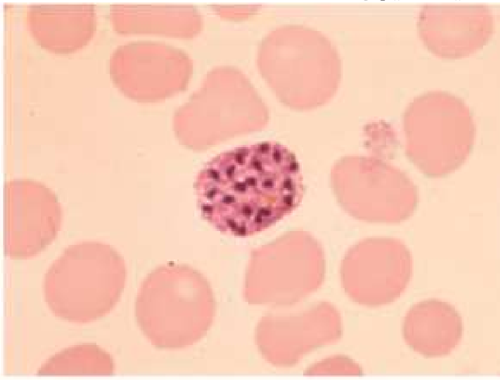
(c) ketabton.com: The Digital Library



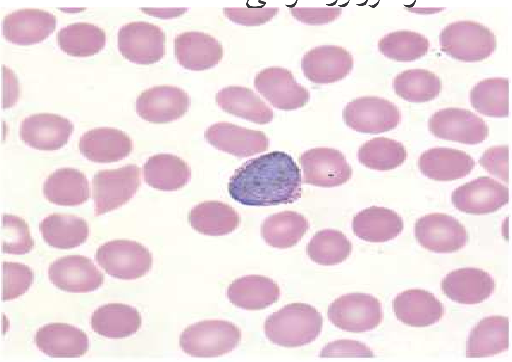
۳- د PF گامیت د کیلې (Banana) په شان لیدل کیږي.



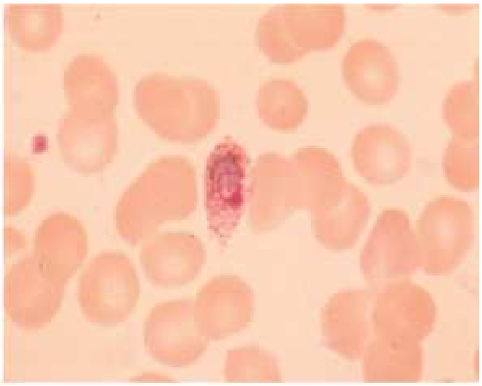
۴- د (Ameboid) تروفوزویت د P.V په منتنو سرو ژونکو کې.



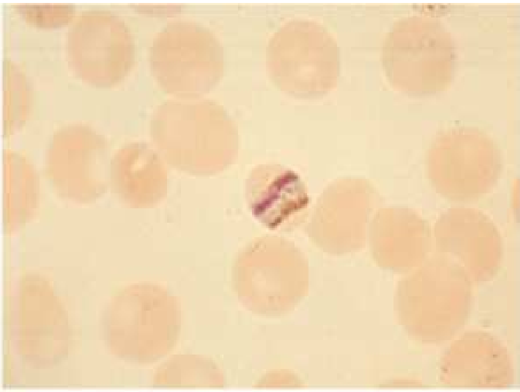
۵. د PV شـــــیزاتـــــونه .



۲. د PV بیضوي گامــــــــیتونه .



۷. د Po تروفوزویت د سروژونکو په منځ کې.



۸. Band شکل تروفوزویت P.M چې د داخل ژونکیز Hemazoin د صباغ لرونکې دی.

(۲-۸) شکل د هر پرازیت ځانګړی ډول

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

د پارازیتیمیا د کچې د معلومولو لپاره دسلا ېډ په ۱۰۰۰ خانوکي دپرازیټ لرونکي سروژونکو شمیرتعینیږي چې نوموړې شمیر په یو مایکرولیټر کې دپرازیټ شمیر څرګندوي. دملاریا په نورو ډولونو کې پارازیتیمیا له ۲٪ څخه نه لوړیږي پداسې حال کې چې په پلازموډیم فلسیپارم کې کله کله له ۳۰٪ څخه هم زیاتیږي.

نوری تشخیصی آزموینې چې ځینې یې تر څیړنې لاندې دي او ځینې یې تجارتي بڼه غوره کړیده له یوې خوا پیچلی او له بله اړخه ګرانې دي چې ځینې یې په ځانګړې ډول د پلازموډیم فلسیپارم لپاره حساسی دي لکه ELISA ، Dipstick میتودونه. او نور میتودونه لکه Polymerase Chain reaction, Quantitative buffy Coat centrifugal system اوبل ډول یې چې ډیر حساس او ځانګړی میتود دی له Indirect Fluoresent انتي باډي تست څخه عبارت دی.

د Parasitemia او د ناروغۍ د انزارو تر منځ اړیکې ډیري پیچلې دي خو په عمومي توګه هغه وګړي چې د 10^5 څخه زیاته پارزایتیمیا ولري دمړینې له ګواښ سره ډیر مخامخ وي خو معافیت نه لرونکي وګړي د لږ مقدار پارازیتیمیا له کبله هم مري او دقسمی معافیت لرونکي وګړي لږ مقدار پارازیتیمیا سره یو څه ګېلې څرګندوي.

دناروغۍ په حملوی صفحه کې Transient leukocytosis موجود وي او وروسته لوکوپینیا منځته راځي چې په نسبې ډول د لویو مونو نوکلیر ژونکو له زیاتوالي سره ملګری وي.

دتشخیص لپاره دوینې پنډ فلم په وړ ډول تهیه شي او پرته له Fix کولو څخه نېغ په نېغه وچ او رنګ کړای شي. دا چې په دې فلم کې د ژونکو ډیر شمیر یو دبل دپاسه ځای نیسي نو ۲۰-۴۰ ځله د نري فلم په پرتله دپرازیټ د لیدلو چانس زیاتیږي او تشخیص اسانه کیږي کوي . په سلایډ کې باید پرازیټونه او سپین کرویات دواړه وشمیرل شي چې په منځني ډول دسپینو ژونکو شمیر په یو مایکرولیټر کې ۸۰۰۰ منل شویدي. داچې د پنډ فلم په لیدو کې زیاتراً آرټیفکت موجود وي نو دمعاینې پر وخت ډیرې ځیرکتیا او تجربې ته اړتیا ده .

مخکې لدې چې دیو پنډ فلم د منفی نتیجې په هکله پریکړه وشي باید دهغه ۱۰۰-۲۰۰ ساحی معاینه شی خوکچیری دملاریا پرازیت ونه لیدل شی او د محیطي وینې په مونوسایټ او پولي مورف سپینو ژونکو کې دملاریا Pigment ولیدل شي نو داپه نږدې تیر شوي وخت کې دملاریا د انتان ښکارندوی دی.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

همدارنګه له دوران څخه د پرازیټ ختمیدو وروسته تر څو ورځو پورې د ملاریا صباغ په فګوسایت ژونکو کې دهډوکي د مغز له اسپاریشن اویاد پوستکي دتنه Puncture څخه د لاسته راغلي مایع د جوړ شوي سلاید په معاینه کې لیدل کیږي.

د وینې فلـــم د رنګولو لپاره د فلـــورسینټ رنګ (Acridine Orange) استعمال د پارازیتیمیا په ټیټ غلظت کې هم ښه او چټک تشخیص وضع کوي.

لابراتواري موندنې:

نارموکرومیک نارموسایتیک Anemia زیاتره موجوده وي.

د سپینو ژونکو شمیر په عمومي توګه له نورمال څخه لږ وي خو کیدای شي په شدید انتاني حالت کې لوړ ولیدل شي.

E.S.R، دپلازما لزوجیت او د C-Reactive پروتین کچه لوړه وی.

د ترومبو سایتونو شمیر اکثرا μL/ ۱۰۰۰۰۰ته ښکته کیږي. په PF کې کیداې شي د ۷۰۰۰۰ څخه هم ښکته ولیدل شي. شدید انتانی حالت کیدای شي د اوږ Partial thromboplastin time , پروترومبین Time او شدیدې ترومبو سایتو پینیا سره ملګرې وي.

دانتی ترومبین III کچه آن په خفیف انتاني حالت کې هم ښکته وي.

پـه غیـر اختلاطي ملاریـا کـې د پلازمـا د الکترولایتونو غلظت، BUN او کریـاتنین اکثـرا نورمال وي په شدیده ملاریا کې میتابولیک اسیدوزس او په پلازما کې دګلوکوز، سودیم، بای کاربونیت، کلسیم، فاسفیت او البومین ټیټ غلظتونه او د لکتیت، BUN ، کریاتینن، یوریا ،د عضلي او دځیګر دانزایمونو ،د مزدوج او غیر مزدوج بیلیروبین لوړ غلظتونه موجودوي.

په معافیت لرونکیو او نیمه معافیت لرونکیو وګړیو کې د ګاما ګلوبولین لوړه کچه زیادتره موجوده وي.

د تشو متیازو تجزیه په دودیز ډول نورماله وي.

د لویانو او کوچنیانو په دماغی ملاریا کې د Mean Opening Pressure د قطني بذل پر وخت نژدی mm ۱۲۰د CSF دی.

د CSF لابراتواري کتنه تل نورماله وي یا د ټول پروتین یو څه لوړوالی (<1gm/Lit) او دژونکو شمیر (μL/ ۲۰ >) موجود وي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

توپیري تشخیص:

غیر اختلاطي ملاریا باید د تبې ، دتوري د غټوالی ،د Anemia او دځیګر د لویوالي له نورو زیاتو لاملونو څخه توپیر شي لکه انفلوینزا ، بولي انتانات، دمحرقې تبه، انتاني هیپاتایټس، Dengue Fever، Kalazar ، دځیګر امیبي ابسې، Leptospirosis، باکتریمیا ، Sepsis ، بیړنۍ شستوزومیازس (Katay ama fever) ، African tick Fever ، Yellow fever او تکراري (Relapse) تبه څخه توپیر شي.

مخنیوی:

په ډیرو حاره سیمو کې د لاندې دلایلو له کبله د ملاریا دمنځه وړل تر اوسه شونې نه ده:

الف: د انافیل میاشي د تکثر لپاره د پراخو سیمو شتوالی.

ب: دمنتنو وګړو د زیات شمیر شتون.

ج: د اقتصادي زیرمو لږوالی.

د: د منظم روغتیایي سیستم نشتوالی.

هـ: د کنترول د پروګرامونو لږوالی.

د حشره وژونکو درملو په واسطه د ناروغی د لیږدونکي انافیل میاشي له منځه وړل د ناروغۍ تشخیص او وړ درملنه او د لوړ خطر په صورت کې د وقایوي درملنې کارول د ناروغۍ پیښې کموي.

دملاریا په اړه شوې څیړنې په دې خبره ټینګار کوي چې داتتان لیږدونکی، پرازیټ او چاپیریال تر منځ اړیکې باید تر کنترول لاندې راوستل شي.

د ډیرو لګښتونو سره سره تر اوسه اغیزمن، مصئون او د دوامدار اثر لرونکې واکسین د ملاریا لپاره نه دی جوړ شوی خو د بریالیتوب هیلې شته.

دملاریا پر وړاندې فرد ي ژغورنه:

هغه ساده معیارونه چې دانافیل ناقل میاشي څخه سالم وګړي ته د پرازیټ د لیږد مخه نیسي ډیر ارزښت لري چې په لاندې ډول خلاصه کیږي:

۱. له میاشو څخه دهغوی د تغذي په ځانګړي وخت کې ځان ژغورنه لکه سهار، ماښام یا دشپې لخوا.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

۲. دحشراتو د شړونکو کارول لکه وړ لباس یا د Permithrin په واسطه د مشبوع شویو جالیو استعمال یا دبدن پر لوڅو برخو دمیاشو د وژونکو درملو لکه (DET(Diethyl tolumide (۱۰ الی ۵%) کارول هر ۳-۴ ساعته وروسته.

دمشبوع شویو جالیو په کارول سره په عامه توګه دملاریا پیښې کمې شویدي او ان په شرقي او غربي افریقا کې یې د مړینو کچه کمه کړې ده.

۳. په منظم ډول د حشراتو پر ضد دوا شیندنه.

۴. ولاړو اوبو ته جریان پیدا کول.

۵. پکیو (Fan) او په دروازو کې د جالیو کارول.

زمونږ په ښار کې هم د کیمیاوي موادو سره د مشبوع شوو پشه خانو کارولو له امله اوس د ملاریا پیښې د پخوا په نسبت یو څه ناڅه کمې شوي دي.

هغه درمل چې دملاریا په مخنیوي او درملنه کې کارول کیږي :

دملاریا د مخنیوي او درملنې په غرض د درملو لاندې مختلف ګروپونه پیژندل شوي دي.

- 4- Amino quinoline لکه کلوروکین، هایدروکسي کلوروکین او امایدوکین.
- Diamino pyrimidine لکه Pyrimethamine ، Trimethoprime .
- Biguanides لکه Proguanil (کلورګوانايد ، کولر پروګوانین)
- 8-Amino quinoline لکه پریماکین.
- Cinchona alkaloid لکهQuinine او Quinidine .
- Sulfonamides لکه سلفادوکسین، سلفادیازین، او سلفامیتوګزازول .
- Sulfones لکه د پسون.
- 4 – Quinidine Carbinolamin لکه مفلوکین.
- Antibiotics لکه تتراسکلین، دوکسي سایکلین او کلینداماسین.
- نور درمل لکه Halofantrin ، Artimisinin او مشتقات یې او Atovaquene

د ملاریا ضد درمل داغیزو له نظره په درې ډلو ویشل شوي دي :

۱- نسج کي شیزانت وژونکي(Tissue Schizantocidal) : داهغه درمل دي چې په ځیګر کې شیزانتونه له منځه وړي لکه Primaquine چې په ځانګړې ډول د PV او PO شیزانتونه له منځه وړي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

۲- په وينه کې شيزانت وژونکي(Blood Schizantocidal) : دې ډلی ته Suppressive درمل هم وايي چې سرو ژونکو کې شيزانت له منځه وړي لکه کلوروکين، کونين، اميودوکين، ميفلوکين، هلفانترين ،Atavaquine ، پروگوانيل او د ارتميزنين مشتقات.

۳- گاميتوسايد (Gametocide) : چې په وينه گاميتونه له منځه وړي د بيلگې په ډول د PF دگاميتونو لپاره پريماکين او د PO, PV او PM گاميتونو لپاره کلوروکين دی.

د درملو په واسطه دملاريا مخنيوی (Chemoprophylaxis) :

۱- هغه ځايونه چې هلته کلوروکين سره حساس PF شتون لري لکه مرکزي امريکا ، مکسيکو، کا رابين، د شرق ميانی بعضی ځايونه، چين او نور. کلوروکين ښه اغيزمن درمل دی.

۵۰۰ ملي گرامه مالگه يا ۳۰۰ ملي گرامه Base په اونۍ کې يو ځل يوه الی دوه اونۍ مخکې له دې چې انديميک ځای ته سفر وکړي شروع کيږي او څلور اونۍ دانديميک ځای د پريښودو څخه وروسته دوام ورکول کيږي.

په اميدواره ښځو کې Proguanil هم ورسره يو ځای کيدای شي کلوروکين په ښه ډول زغمل کيږی سره ددې ځينی خلک دبی حالي ، سرخوږ، هضمي گډوډي،بی اشتهايي، لړمي او تور پوستکی وگړي د خارښت څخه سر ټکوي.

دا درمل په اميدواری کې محفوظ دې خو که د پنځو کالو څخه زيات وخوړل شي يوه ځانگړی Retinopathy منځته راوړي. خو د مخنيوي په دوز داپيښه نادراً ليدل کيږي.

د پوستکي خاپونه او عقلي عصبي غبرگون نادر دې .

د الکولو معتادين د ځيگر، عصبي اود وينې تشوش لرونکي ناروغان بايد کلوروکين په احتياط سره استعمال کړي.

په Psoriasis کې مضاد استطباب لري .

انتي اسيد لکه کلسيم کاربونيت، مگنيزيم ترای سلکيت اودنس ناستي درمل لکه Koalin او Pectin د څلور ساعته په واتن مخکې او ورسته له کلوروکين څخه وکارول شي.

۲-هغه ځايونه چې کلورکين سره ټينگار کوونکې PF موجود وي.

الف : Malarone چې د Atovaquone ۲۵۰ ملي گرامه او Proguanil ۱۰۰ ملي گرامه څخه جوړ شوی انتخابي درمل دې.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

د ورځې یو تابلیت کله چې اندیمیک ځای ته شخص سفر وکړي یوه ورځ مخکې شروع کیږي او یوه اونۍ وروسته کله چې ځای څخه وځي کارول کیږي.

په امیداوری اود ښنتورګو پرمختللو ناروغیو کې مضاد استطباب دي.

اړخیزې اغیزې یې عبارت دې د زړه بدوالي، کانګې، دګیډې درد، سرخوږ،دپوستکي خاپونه ، سرګنګسي او په کمه اندازه د ځیګر امینوترانسفریز لوړالي څخه .

که دا درمل د Rifampicne ، تتراسایکلین ، میتوکلوپرامايد سره یو ځای وکارول شي نو ۴۰-۵۰ % په پلازما کې د Atovaqone کچه ښکته کوي.

ب : Mefloquine : ۲۵۰ ملي ګرامه مالګه او یا ۲۲۸ ملي ګرامه Base هره اونۍ ورکول کیږي یوه الي درې اونۍ مخکې او څلور اونۍ وروسته کله چې داندیمیک ناحیې څخه کس وځي دوام ورکول کیږي.

د دوا سره خفیف زړه بدوالی ، ګنګسیت، دخوب خرابوالی، د خیالاتو مغشوشوالی یا Fuzzy thinking او بې حالي نسبتاً په عام ډول شتون لري.

تقریبا په ۱ پر ۱۰۰۰ پیښو کې د وقایوي درملنې سره پیرېږي او ژر له منځه تلونکی نیورو سایکاتریک غبرګون منځته راځي چې د کانفیوژن، سایکوزیس ، اختلاج او انسیفالوپاتي لرونکی وي.

دمیفلوکین سره وقایه په امیدواره ښځو کې غیر اطمیناني ده ځکه له یوې خوا په افریقا کې د شویو شیرنو څخه ددې درمل موثریت او مصونیت ثابت شوې نه دې او له بله پلوه په تالیند کې د شوی شیرنی څخه څرګنده شوې چې له دې درمـــل سره د Still birth خطر زیات شوی دی.

دا درمل باید د امیدوارۍ په لومړۍ درې میاشتو کې دځیګر ناروغۍ، دزړه انتقالیه سیستم ابنارملتي او epilepsy کې ور نه کول شي. او هم دکونین، کینیدین ،کلوروکین او Halfan سره نه ورکول کیږي.

ج : Doxcycylin ۱۰۰ ملي ګرامه دورځې اندیمیک ځای ته د سفر څخه دوه ورځې مخکې شروع کیږي او ۴ اونۍ کله چې اندیمیک ځای څخه وځي دوام ورکول کیږي. Doxycyclin ارزانه او ښه زغمیدونکي درمل دي. خو د نس ناستي، Volvo Vaginal Trush اوله روښنايي سره د حساسیت لامل کیدای شي.

همدرانګه له ۸ کلونو څخه په لږ عمر لرونکو او په امیدواره ښځو کې باید استعمال نه شي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

د: د PV او Po د له منځه وړلو لپاره :

ددې لپـاره پريمـاکين ورکـول کيـږي. ۳۰ ملـي ګرامـه Base هـر ورځ تـر ۱۴ ورځـو پـورې پـه اميدوارۍ ، اوتواميون کډوډۍ ، G6PDD او کونين سره يو ځای ونه کارول شي.

دملاريا درملنه:

ټول ناروغان چې دملاريا په انديميکو سيمو کې اوسيږي يالـه انديميکو سـيمو څخه راغلـي وي او تبه ولري بايد سمدلاسه دهغوی دويني نری او پنډ فلم جوړ او معاينه شي. تر څو دناروغۍ تشخيص او دپرازيټ ډول وټاکل شي . که چيرې پايله منفي وي نوبايد هر ۱۲ ساعته وروسته تر درې ورځو پورې تکراری فلمونه جوړ او معاينه شي.

دملاريا د درملنې لپاره بيلا بيل دخولې د لارې درمل شته چې دپرازيټ دحساسيت له مخې غوره کيږي .

سره ددې چې د کلوروکين پر وړاندې په ځينيو هيوادونو کې د پلازموديم وايـواکس ټينګـار کوونکی پيښې ليدل شوې دي خو بيا هم د پلازموديم وايواکس،پلازموديم اووال او پلازموديم ملاريا د سليمو پيښو د وقايې او درملنې لپاره بی ضرره او خوښوونکی(Choice) درمل ګڼل کيږي.

کلوروکين له Ferriprotoporphyrin IX سره د نښليدا پواسطه عمل کوي کوم چې د هيموګلوبين د هضم په وخت کې لايزوزوم کې ازاديږي او د پرازيت د پردی د ويجاړيدو لامل کيږي.

له کلوروکين سره دټينګار په صورت کې دلايزوزوم دپردې له پروټينونو څخه لږ تر لږه پـه دوو پروتينونو کې ميوتيشن منځته راځي چې د لايزوزوم تيزابيت زياتوی او لـه هغـه څخه د درملو د خارجيدو د زياتوالی لامل ګرځي.

I : **د ملاريا درملنه په هغو ځايونو کې چې کلوروکين سره ټينګار موجود نه وي:**

۱- د PF او PM په غير اختلاطی پيښو کې دخولی لـه لارې کلوروکين لومړی ۱ ګرام مالګه يا ۶۰۰ ملي ګرامه Base ، ۵۰۰ ملي ګرامه مالګه يا ۳۰۰ ملي ګرامه Base ۶ ساعته ورسته ، ۳۰۰ ملي ګرامه base ۲۴ ساعته وروسته او په همدې ترتيب ۴۸ ساعته وروسته بيا ۳۰۰ ملي

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

ګرامه Base ورکول کیږي.یو تابلیت دکلوروکین ۲۵۰ ملي ګرامه مالګې او یا ۱۵۰ ملي ګرامه Base څخه جوړ شوی دی.

۲- د PV او Po لپاره دخولې له لارې کلوروکین د پورته ډول په شان لاکن ۵۰۰ ملي ګرامه مالګه یا ۳۰۰ ملي ګرامه Base لسمه ورځ او ۱۷ ورځ ورکول کیږي چې دی سره یو ځای څلورمه ورځ ۳۰ ملي ګرامه Base پریماکین هم باید شروع شي چې هره ورځ تر ۱۴ ورځو ورکول کیږي.

که چیرې پیښه شدیده وي اوزرقي درملو ته اړتیا وي نو زرقي کنین او یا کینیدین څخه ګټه واخستل شي. چې کونین لومړی Loading دوز ۲۰ ملي ګرامه په هر کیلو ګرام وزن په ۵۰۰ ملي لیتر پنځه فیصده ګلوکوز کې د ورید له لارې د څلور ساعتو په موده کې توصیه کیږي او بیا ۱۰ ملي ګرامه په کیلو ګرام وزن دبدن هر اته ساعته وروسته تکراریږي. تر هغه چې دخولې له لارې د درملنې زغم پیداشي. (۱۸۰۰ ملي ګرامو څخه په ورځ کې زیات نه شي)

کله چې دخولې له لارې زغم پیداشوه کلوروکین ورکول کیږي.

همدارنګه زرقي Artesunate ، Artemether یا زرقي کلوروکین هم کارول کیداې شي .

زرقي کلوروکین ۱۰ ملي ګرامه Base دوامداره ډول انفیوژن ۸ ساعتو په موده کې وروسته ۱۵ ملي ګرامه Base پر کیلو ګرام وزن دبدن د انفیوژن په ډول ۲۴ ساعتو په موده کې ورکول کیږي او یا ۳،۵ ملي ګرامه پر کیلو ګرام وزن دبدن دعضلي او پوستکي لاندې هر شپږ ساعته ورته تطبیق کیږي مجموعي دوز ۲۵ ملي ګرامه پر کیلو ګرام وزن دبدن څخه زیات نه شي.

II : دکلوروکین سره د ټینګار کوونکي انتان درملنه:

۱- دټینګار کوونکي غیر اختلاطي PF دخولې له لارې درملنه .

الف : کونین سلفیت ۱۰ ملي ګرامه پر کیلو ګرام وزن دبدن درې ځله د ورځې دریو څخه تر ۷ ورځو پورې ورکوي.

د خولې له لارې کونین ډیر تریخ درمل دی اود معدی په مخاطي غشا تخریشي تاثیر لري باید د خوړو څخه وروسته ورکړل شي.

کم او منځنۍ توکسیتي (Cinchonism) کې ناروغ د سرخوږ، زړه بدوالې، په کمه اندازه د لیدګډوډي، سرګنګسي، او لږ څه د غوږونو بنګهاری څخه ګیله مند وي که چیری دا ګیلی پیدا شوی نو د درمل بندول اړین نه دي.

خو په شدید سینکونیزم کې چې ناروغ تبه، کوڼوالې، پوستکي خاپونه، دوه لیدنه، ړوندوالې، دماغي خړپړتیا ، سرګرځیدنه، بې خوبي، اختلاجات، دزړه انتقالي سیستم

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

تشوشات، د پښتورګو عدم کفایه، Black water fever، ترمبوسایتوپینیا او Agranolocytosis لري درمل بند شي.

دکونینو سره باید یو د لاندې درملو یو ځاې وکارول شي.

- ❒ Doxycyclin ۱۰۰ ملي ګرامه دوه ځله د ورځې د ۷ ورځو لپاره.
- ❒ کلینداما یسین ۹۰۰ ملي ګرامه درې ځله د ورځې د ۷ ورځو لپاره.
- ❒ تتراسایکلین ۲۵۰ – ۵۰۰ ملي ګرامه ځلور ځله دورځې د ۷ ورځو لپاره.

ب : Malarone دوه ګولۍ دوه ځله دورځې د درې ورځو لپاره چې هره ګولۍ یې ۲۵۰ ملي ګرامه Atovaquon او ۱۰۰ ملي ګرامه پروګوانیل لري.

ج : Mefloquine ۷۵۰ ملي ګرامه لومړي ځل ۲ الی ۱۲ ساعته وروسته ۵۰۰ ملي ګرامه چې ټول ۱۲۵۰ ملي ګرامه کیږي .

د : Atovaquone ۵۰۰ ملي ګرامه د ۱۰۰ ملي ګرامه دوکسي سایکلین سره دوه ځله د ورځې درې ورځو لپاره.

هـ : Artesunate ۴ ملي ګرامه پر هر کیلو ګرام وزن دبدن دخولې له لارې ددرې ورځو لپاره دې درملو سره یو ځاې Mefloquine په پورته ذکر شوي دوز ورکول کیږي.

و : Halofantrine ۵۰۰ ملي ګرامه هر شپږ ساعته وروسته درې دوزه او یوه اونۍ وروسته په همدې دوز تکراریږي.

دا درمل په امیدوارې ، هغه ناروغان چې د زړه د انتقالي سیستم ابنارملتي ولري او د میفلوکین ، کنین، کلوروکین، Astemizole او Terfenadine سره یوځاې استعمال نه شي.

ز: Artemether + Lumefantrine : ۲۰ ملي ګرامه ارتمیتر او ۱۲۰ ملي ګرامه لمفاترین په ۲ دوزونو ورکول کیږي لومړې ورځ ۴ ګولۍ، ۸ ساعته وروسته بیا ۴ ګولۍ دوهمه ورځ ۴ ګولۍ دوه ځله او دریمه ورځ ۴ ګولۍ دوه ځله ورکول کیږي.

پانسیدار درې تابلیته په یو دوز د غیر اختلاطي ملاریا په درملنه کې توصیه کیداې شي.

۲- دکلوروکین سره د ټینګاري PV دخولې له لارې درملنه :

الف : میلارون یا میفلوکین په پورتني یاد شوي دوز سره ورکول کیږي.

ب: کونین د دوکسي سایکلین سره یوځاې په پورته یاد شوې دوز ورکول کیږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

۳- دشديدې حملی زرقي درملنه:

الــف: کــونين ديهايدروکلورايــد يــا کينيــدين ګلوکونيــت ســره يــو ځــاى وريــدې دوکــسي سايکلين،تتراسايکلين يا کليندامايسين توصيه کيږي کله چې دخولی له لارې ددرملنې زغم پيدا شوه نو دوا د خولی له ليارې ورکول کيږي. البته کونين په پورته ياد شوي دوز ورکول کيږي.

ب : ارتميتر دعضلی له لارې ۲،۳ ملي ګرامه پر کيلوګرام وزن دبدن لومړی ورځ وروسته ۲، ۱ ملي ګرامه پر کيلو ګرام وزن دبدن کم ترکمه د درې ورځو لپاره تر هغه چې ناروغ د خولې له لارې وزغمي. او يا Artesunate د وريد له لارې ۲،۴ ملي ګرامه پر کيلو ګرام وزن دبدن لومړې ورځ ورسته ۲، ۱ملي ګرامه پر کيلو ګرام وزن دبدن د ورځې د درې ورځو لپاره ورکول کيږي ددې څخه وروسته بايد ميفلوکين په ياد شوي دوز ورکړل شي.

يادونه : د هغې څيړنې څخه چې زما له خوا د فلسيپارم ملاريا د غير اختلاطي پيښو په درملنی دکلوروکين اوکونين په واسطه په ۱۳۷۸ کال کې د ننګرهار دعامی روغتيا روغتون د داخلې په څانګه کې په ۲۰۰ ناروغانوتر سره شوې په لنډ ډول يې د پايلې يادونه کوم:

۲۰۰ د فلسيپارم ملاريا نا روغان چې دوينې سلايد يې مثبت وو او اختلاط يې نه درلوده تر څيړنی لاندې ونيول شول.

سل تنو ته کلوروکين او سل تنو ته کونين ورکول شو د درملنی پايله يې وڅيړل شوه او وليدل شو چې ۸۵% ناروغانو دکلوروکين سره ښه غبرګون ښکاره کړ اويوازې ۱۵% تينګار کوونکې پيښې وی. دکونين غبرګون ۹۵% وه او يوازې ۵ % ناروغانو ته د کونين د تسمم شديدې ګيلې او نښې پيداشوی چې مجبوراً دوا بنده شوه. نوو ليدل شو چې کلوروکين په غير اختلاطي پيښو کې هم اغيزمن وو اودبلې خوا ښه زغمونکې ا و ارزانه درمل دي ، اړخيزی اغيزې يې کمی، دناروغ دبستر وخت ددې درملو د کارونې سره لنډ وو.

دشد يد ې پلازمو ډ يم فلسيپارم درملنه:

شديده پلازموديم فلسيپارم ملاريا يوه بيړنۍ کلينيکي پيښه ده چې په روغتون کې کلکی څارنې اوښی درملنې ته اړتيا لري.

ناروغ بايد وزن شي که چيرې د کوما په حالت کې وي بايد په يو اړخ واچول شي اودهغه عمومي حالت ژر ژر تر کتنې لاندې ونيول شي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

که چیرې یو له لاندې حالاتوڅخه موجود وي نو پرته لدی چې د لابراتوار د پایلې راتلو ته انتظار وکړو باید ژر تر ژره د ملاریا ضد درمل په زرقي ډول پیل شي او لومړی Loading ډوز ناروغ ته تطبیق شي.

الف: که چیرې د خولې له لارې د درملو اخیستنه امکان ونه لري.

ب: دماغي ملاریا.

ج: د ګڼو اختلاطاتو شتوالی.

د: که چیرې په محیطي دوران کې پرازیتیمیا ۵% (۲۵۰،۰۰۰/µL)یا لدی څخه په لوړه کچه موجوده وي.

دملاریا ضد درمل درګ له لارې ورکول کیږي خو کونین، ارتیسونیت او کلوروکین د عضلي لارې هم استعمالیدای شي همدارنګه کلوروکین د پوستکي لاندې هم زرق کیدای شي.

داچې دکونین یا کونیدین د چټک وریدی زرق سره خطرناک هایپوتینشن منځته راځي. نو باید په احتیاط او ښه کنترول شوي ډول درملنه اجرا شي. د شدیدې ملاریا د درملنې لپاره د کونین او کویندین معین مقدار تعین شوی نه دی مګر په پلازما کې د کـــونین غلظت باید ۸ - ۱۵ µg/ml او د کـــونیدین غلظت ۳،۵ - ۸ µg/ml وي ترڅو اغیزمن واقع شي او هم دتسمم لامل نشي.

داچې په شدیده ملاریا کې له یوې خوا د پورتنیو الکلوئیدونو پاکول له دروان څخه کمیږي اوله بله پلوه د پلازما له پروتینونو سره ئې نښته زیاتیږي. نو دمعین ډوزله ورکړې څخه وروسته یې نسبتاً لوړ غلظت په وینه کې دلیدو وړ وي.

که چیرې د ناروغۍ شدید حالت دوام وکړي اویا د پښتورګو ناځاپي عدم کفایه د دوو ورځو څخه دزیات وخت لپاره پاتې شي نو د دوا د تسمم د مخنیوي لپاره د هغه مـقدار د ۳۰ – ۵۰% پورې کـــم کړی شي مګر لومړنی ډوز باید هیڅکله کم نشي همدارنګه که چیرې کلوروکین یا د ارتیمیــزینین مـشتقات ناروغ تـه ورکـول کیـږي. نـو د ډوز کمولـو تـه اړتیـا نشته کـه څـه هـم د پښتورګي عدم کفایه موجوده وي.

دشدیدو ناروغانو لپاره باید Exchange transfusion (۵ – ۱۰ لیتره) اجراء شي سره ددې چې ددې لپاره د استطباب تفصیلات تر اوسه واضح شوی نه دي.

که چیرې ډاډمن او وړ شرایط موجود وي نو د ناروغۍ د اختلاطاتو د شتون په نظر کې نیولو سره د ۵ - ۱۵ فیصده څخه د زیاتې پارازیتمیا لپاره د ترانسفیوژن استطباب موجود دی.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

په دماغي ملاریا کې داختلاج د درملنې لپاره دیازیپام (mg/kg ۱۵، ۰ وریدي او یا ۵، ۰ mg/kg مقعدي) یا پارا الدیهاید ml /kg ۱، ۰ د عضلی له لارې څخه ورکول کیږي. همدارنګه کیدای شي له فینوباربیټال څخه د اختلاج د مخنیوي لپاره ګټه واخیستل شي خو میخانیکیت یې څرګند نه دی.

که ناروغ بې هوشه وي نو باید هر ۴-۶ ساعته وروسته یې دوینې دګلوکوز سویه وټاکل شي که چیرې له ۴۰ mg/dl (۲،۲ mmol/L) څخه ښکـــــته وی باید وریدي ګلوکوز ناروغ ته ورکړل شي.

هغه ناروغان چې وریدي کونین یا کونیدین اخلي باید په دوامدار ډول ۵% یا ۱۰ % ګلوکوز ورته تطبیق شي.

د ناروغ په وینه کې باید د پرازیت شمیره او هیماتوکیرایټ هر ۶ الی ۱۲ ساعته وروسته تکرار شي.

که چیرې هیماتوکریټ له ۲۰% څخه ښکته وي یا هیـــموګلوبین د ۷ gr/dl څخه ښکتـــه وي نو Anemia به په چټکۍ تاسس کړی وي چې په دې حالت کې د تازه Whole blood یا Packed Cell تطبیق ته اړتیــــا ده چې باید په ورو ډول ورکړل شي او باید دوراني حالت یې تر نږدې څارنې لاندې وي.

که ناروغ کې DIC مینځته راغلی وي نـــــو تازه وینه ، Clotting Factor او Platelet ورکړل شي.

د نـاروغ دپـښتورګو دنـدې بایـد هـره ورځ وڅیـړل شـي او د Overload دمخنیـوي لپـاره پـه ځانګړي ډول د زړه په ناروغانو کې مدرره درمل په لږ دوز استعمال شي.

هغـه کوچنیـان چـې دشـدیده Anemia یـا اسـیدوتیک تـنفس سـره روغتـون تـه راځـي اکثـرا Hypovolemic وي چې پدی حالت کې بیا رغونې ته اړتیا ده چې د Crystaloid مایعاتو یا وینی په واسطه سرته رسیږي البته په دې ناروغانو کې دقیقه څیړنه او څارنه حیاتي ارزښت لري.

د ملاریا په ناروغانو کې دمایعاتو د توازن ساتل یو ګران کار دی په ځانګړي ډول په غټانوکې ځکه Overhydration چې د ریــوی اذیما لامــــل کیږي او Under hydration چې دکلیوي فعالیت د خرابوالي لامل کیږي تر منځ توپیر په اسانۍ نه کیږي.

که چیرې اړتیا وي نو باید د ریوی شریان مرکزي فشار اندازه شي او په ښکته ترینه نورماله کچه (۱۵ > mmHg) کې وساتل شي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

دوجود حرارت د ۳۸،۵ سانتي ګريد څخه ښکته وساتل شي ددې لپاره اسيتامينوفين ورکول او يخ تطبيقات اجرا کيږي.
هرکله چې د شديدې ملاريا ناروغ د خولې لارې ددرمل اخيستلو جوګه شي نو بايد وريدي مايعات او درملنه دخولې پر لاره واړول شي او د پارازيتيميا تر ختميدو پورې هره ورځ او له هغه وروسته د Recrudescence د معلومولو لپاره هره اونۍ د ناروغ د وينې فلم تهيه او معاينه شي.

د درملو پر وړاندې ټينګار مخنيوی:

هله ويلې شو چې پرازيت د درملو په وړاندې مقاوم دی که چيرې د درملنې له پيل څخه ۴۸ ساعته وروسته پارازيتيميا له ۲۵٪ څخه ښکته نشي يا داچې له ۷ ورځو درملنې څخه وروسته د وينې سلايد منفي نشي او دملاريا کلينکې لوحه موجوده وی نو دټينګار دشتوالي امکان شته بايد د درملنې رژيم بدل شي.
په عمومي توګه په تودو سيمو کې د پلازموديم فلسيپارم ټينګارکوونکی پيښې مخ په زياتيدو دي نو د ملاريادپوهانوترمينځ يوه نظريه موجوده ده چې بايد په انديميکو سيمو کې دمقاومو پيښو د مخنيوي لپاره له Combine therapy څخه استفاده وشي چې ښلا ښلې اغيزی ولري لکه ارتيسونيت يا ارتيمتر د دريو ورځو لپاره له يو ورو اغيز لرونکي ملاريا ضد درمل سره.
په هغو سيمو کې چې پلازموديم دکلوروکين سره حساس وی نو کلوروکين لومړی کرښه درمل ګڼل کيږي او په هغو سيمو کې چې دکلوروکين پر وړاندی لږ ټينګار موجود وي نو لاندی درمل په ګډه ډول استعماليږي.
ارتيسونيت او ميفلوکين يا ارتيمتر او لوميفانترين يا کونين او تتراسايکلين يا کلنداما يسين.
همدارنګه ټينګار د امکان پر مهال مالارون (Proguanil 100+Atovaquone 250) ملي ګرامه هم اغيزمن درمل دی چې د ارتيسونيت سره يوځای استعماليدای شي.
په ټايلينډ، برما او کمبوديا کې چې له ميفلوکين سره ټينګار موجود دی د ارتيسونيت او ميفلوکين يو ځای کارول لاتر اوسه اغيزمن درمل ګڼل کيږي.
ميفلوکين چې دوقايې او دمقاومی پلازموديم فلسيپارم د متوسطی اوضعيفې ناروغۍ د درملنې په ډول استعماليږي ليکن د پلازموديم فلسيپارم پرګاميت اود پلازموديم او وال او پلازموديم وايواکس پر کبدي مرحله اغيزه نه لري. ددې درمل اړخيزو اغيزو لکه زړه بدوالی،

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

کانګې، نس ناستی، سر خوږ، ګنګسیت، ضعیفتیا او بی خوبي همدارنګه د رواني او عصبي ستونزیو د منځته راتلو پر مهال د درملنې بندول اړین دي.

د امریکې په متحده ایالاتو کې د ارتیمیزنین مشتقات، لومیفانترین (قانوناً غیر مجاز دی) مالارون په ښه ډول زغمل کیږي او ټاکلی جانبي عوارض نلري.

داختلاطاتو درملنه:

الف: دپښتورګي ناڅاپي عدم کفایه (Acute Renal Failure):

که چیری له وړ ریهایدریشن سره سره بیا هم دوینې د BUN او کریاټینین کچه لوړه شي نو باید د مایعاتو و رکول د Overload دمخنیوی په غرض بند شي چې په دې حالت کې د پښتورګو نور Hypercatablolic ناڅاپي عدم کفایو په شان دیالایزس استطباب لري.

داچې د وړ پریتوانی دیالایزس سره سره بیا هم د دوهمي باکتریایي انتان امکان زیات دی نو هیمودیالایزس او هیمو فلتریشن ته ترجیح ورکول کیږي.

د دپښتورګي ناڅاپي عدم کفایې ځیني ناروغان یو څه اندازه متیازی کوي چې دمایعاتو د توازن د کنترول لپاره کافي وي نو ددې ناروغانو درملنه به محافظوی وي خو پدې شرط چې ددیالایزس بل استطباب موجود نه وي.

وروسته د ډیالایزس څخه دبډوډو فعالیت په څو ورځو کې مخ په ښه کیدو دروم‌ي مګر دپوره رغونې لپاره څو اونیوته اړتیا شته.

ب: دسږو ناڅاپي اذیما:

که چیری دسږو اذیما منځته راشي نوناروغ ته باید لوړ (upright) پنځه څلوېښت درجې وضعیت ورکړل شي وریدي Diuretic درمل او اوکسیجن ورکړل شي.

کیدای شی د ریوي شریان Occlusion فشار نورمال وي چې د سږو شعریه اوعیو دتیریدنې وړتیا په زیاتوالی دلالت کوي

که چیرې بیرنۍ څارنې ناکامې شي نو باید تر مثبت فشار لاندې تهویه ناروغ ته په بیړه پیل شي.

ج: هایپوګلایسیمیا (Hypoglycemia):

پدې صورت کې باید ۵۰ سي سي ۵۰ % دیکستروز دورید له لاری ناروغ ته پیل او د ۱-۲ ملي ګرام پرهر کیلوګرام وزن دبدن په ۱۰% ګلوکوز په واسطه تعقیب شي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

دوينې د ګلوکوز کچه بايد په منظم ډول وټاکل شي ځکه معمولاً په تکراري ډول هايپوګلايسيميا منځته راتلای شي په ځانګړي توګه په هغو ناروغانو کې چې له کونين يا کونيدين سره يې درملنه کيږي.

په شديده ملاريا کې هايپوګلايسيميا د ميتابوليک يا لکتيک اسيدوزس سره يو ځای منځته راځي چې دخرابو انزارو ښکارندوی دی.

هـ: ځيني نور اختلاطات:

دملاريا په هغو ناروغانو کې چې Hemorrhage يې په خپله منځته راشي بايد هغوی ته تازه وينه او وريدي ويتامين K ورکړل شي.

اختلاجات بايد د وريدي يا مقعدی ديازيپام په واسطه درملنه شی او که چيرې اړتيا وليدل شي له تنفسي مرستې څخه کار واخيستل شي.

هغه ناروغان چې غير شعوري حالت او اختلاجات ولري کيدای شي په اسپيريشن نمونيا اخته شي په ځانګړي توګه هغه ناروغان چې دوامداره هايپروتيليشن ته اړتيا لري نو بايد دغو ناروغانو ته د وريدي لارې د مايکروب ضد درمل او اوکسيجن ورکړل شي.

دسلمونيلا سيستميکه درملنه او دنورو انتاناتو درملنه چې په افريقايي ماشومانو کې عام دی بايد د پلازموديم فلسيپارم په درملنه کې ملګری وي.

هغه ناروغان چې دملاريا ضد درملنې په جريان کې يې وضعيت په ناځاپي ډول نور خراب شي او دهغه لپاره بل کوم څرګند دليل موجود نه وي نو بايد هايپوګلايسيميا او ګرام منفی سيپتيسيميا له پامه ونه غورځول شي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

بروسيلوزس
(Brucellosis)

تعريف :

بروسيلوزس ته Undulant تبه ، Bang's Disease او Malta Fever هم وايي چې يوه سيستميکه باکترياييي له څارويو څخه ليږيدونکې (زونوتيکه) ناروغي ده چې له ککړ شوي څاروي څخه نېغ په نېغه يا په غير مستقيم ډول انسان ته ليږديږي.

لاملونه:

انساني بروسيلوزس د بروسيلا ډول (Strain) په واسطه رامنځته کيږي چې په بيلا بيلو ډلو ويشل شوی دی .

بروسيلا Melitensis په انسانانو کې د عرضي ناروغۍ دوديز لامل دی پسونه، اوزې او اوښان يې بنسټيزی سرچينې دي .

بروسيلا Abortus لپاره کورنی، صحرايي غواګانې او ميښې بنسټيزی سرچينی دي . بروسيلا Suis د سرکوزي ، بروسيلا Canis د پسونو او بروسيلا Neotomae د ځانګړيو صحرايي موږګانو څخه انسان ته ليږديږي.

ټول بروسيلا کوچنی ګرام منفي کوکو بيسلونه دي چې سپور نه جوړوي، کپسول نه لري اويوازې چاپيريال کې وده کوي. دا اورګانيزم د لمر وړانګو، ايونايز راډيشن اومنځنی تودوخې سره حساس دی په جوش او پاستورايزد شيدو کې له منځه ځي لاکن يخ او وچيدو سره مقاوم دی بروسيلا کيدای شي په هغه پنير کې چې داوزو يا پسونو له شيدو څخه جوړ شوی وي تر دوه مياشتو او په هغه وچه خاوره کې چې د حيوان د تشو متيازويا مهبلي افرازاتو سره ککړه شوې وي تر ۲ مياشتو ژوند وکړي همدارنګه په اسانۍ سره د يو شمير disinfection موادو سره له مينځه ځي.

اپيديمولوژي:

د WHO د احصايې له مخې دنړۍ په ۱۰۰ هيوادونو کې په کال کې ۵۰۰۰۰۰ پيښې راپور ورکړل شوی. دا يوه زونوتيکه ناروغي ده چې د اهلي څارويو څخه انسانانو ته انتقاليږي په

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

ځانګړي ډول هغه خلک چې د دندې له مخې حیواناتو سره سروکار لري یا د څارویو له محصولاتو څخه ګټه اخلي زیات اخته کیږي لکه بزګران، شپانه، ویترنران او هغه کارکوونکي چې په مسلخونو کې دنده لري مساعد دي همدارنګه د لابراتور کارکوونکي چې له ککړ شوې نمونې سره مخ وي اخته کیدای شي.

غذایي محصولات په ځانګړي ډول نرم پنیر، Unpastuerized شیدې او ایسکریم له ډیرو مهمو سرچینو څخه دي په استثنایي حالاتو کې خامه غوښه او د هډوکو مغز هم سرچینه کیدای شي.

له یوه انسان څخه بل انسان ته یې لیږدیدنه ډیره نادره ده اما کیدای شي انتان د وینې او د نسج د پیوند په واسطه ولیږدیږي.

بروسیلوزس کیدای شي د انشاق، خوړلو، پوستکي او مخاطي غشا سره د تماس په واسطه هم ولیږدیږي نو پر همدې بنسټ د بروسیلوزس Melitensis او بروسیلوزس Suis څخه په زیاتو هیوادونو کې د بیالوجیکې وسلې په ډول په بایوتیروریزم کې ګټه اخستل کیږي.

پتوجنیزس:

د ناروغۍ په منځ ته راتګ کې د کوربه غذایي حالت، معافیتي حالت، د انتان اندازه او د لیږدیدنې لاره رول لري د بیلګې په ډول د معدې د PH کموالی د بروسیلا Melitensis او Abortus څخه که د خولې له لارې داخل شي مخنیوی کوي.

څرنګه چې بروسیلا دژونکي په داخل کې پتوجن دی نو دا ځواک لري چې د کوربه فګوسایت ژونکو کې ژوند او زیاتیدنه وکړي اما دا میکانیزم څرګند ندی چې څرنګه بروسیلا د ژونکې په داخل کې له PMN ژونکو څخه ساتل کیږي. خو بیا هم لومړنی اودوهمي ګرانولیشن، میالوپراکسډایز (H_2O_2) سیستم جمع Cuzn superoxide نهي کول رول لري.

بروسیلا ژر په ریتیکولواندوتیلیل سیستم(R.E.S) لکه لمفاوي غوټې، ینه، توری او دهډوکي مغز کې ځای نیسي څرنګه چې فاګوسایټ، لایزوزوم، Fusion او Apoptosis نهی کوي نو په داخل د مونونوکلیر ژونکو کې ژوندی پاتې کیږي په پای کې د بروسیلا له منځه وړل د مکروفاژونو فعالیدلو او Th- 1 Type cell ایمونیتي پورې اړه پیداکوي. بنسټیز سایتوکینونه چې د بروسیلا پر وړاندی فعالیت کوي TNF الفا، TNF ګاما،

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

انترلوکين يو، انترلوکين ۱۲ دي د بروسيلا غوره وايرولانسي انټي جن عبارت د S-LPS څخه دی.

کلينيکي بڼه:

دتفريخ دوره يې په دوديزه توګه ۵ نه تر ۲۱ ورځې دی.

دبروسيلوزس ناروغ دناځانګړو ګيلو څخه لکه تبه، خوله، سستيا، بی اشتهايي، سـرخوږ، دمـــلا خوږ څخه ګيله من وي. دناروغۍ پيل کيداې شي تدريجي يا بـيړنی وي.

د بروسيلوزس په ناروغۍ کې تبه چې د خولو سره يو ځای وي. په ځانګړي ډول د شپې له خوا ناروغ له دې څخه ګيله من وي موجود وي کيداې شي خولی بد بوې ولري.

په انډيميک ځايونو کې د بروسيلوزس توپير د نورو تبه لرونکو ناروغيو څخه ستونزمن دی. خو بيا هم دوه ځانګړی ځانګړتياوې د تبې د نورو ناروغيو سره توپير روښانه کوي يو دا چې که درملنه نه وي شوي نو د بروسيلوزس تبه ديوې اونۍ لپاره دوامداره پاتې کيږي او وروسته کميږي او بيا راګرځي. او بله دا چې د بروسيلوزس تبه د عضلي اسکليټي ګيلو او نښو سره په نيمايي ناروغانو کې يو ځای وي.

کلينيکي ځرګندتياوې نږدې د بروسيلوزس د ټولو ډولونو يو شان دی مګر بروسيلوزس Melitensis لږ شان بيړنۍ او شديدې ځرګندونې لري. او بروسيلوزي Buis ځايي ابسی جوړيدل خوښوي اما بروسيلوزس Abortus ورو ورو رامنځته کيږي او ځنډنی تکلاره لري. د ناروغۍ د تفريخ دوره له يوې اونۍ څخه تر څو مياشتو پورې ده. تبې او نورو ګيلو منځته راتګ ښايي ناڅاپي يا په ورو ډول پر تبې او خولې سربيره رنځوران بی علاقې، ستړی، بی اشتها او کم وزنه وي همدارنګه د عضلي دردونو سردردي او د يخنۍ احساس څخه ګيله من وي دبروسيلوزس نورې ځرګندونې کيدای شی له درې شکايتونو سره سمون ومومي.

الف . تبه د وچکۍ په شان مګر شدت يې کم وي.

ب . تبه او بيړنی مونو ارترايتس په ځانګړي ډول زنګون او Hip joint په ځوانو ماشومانو کې اخته کوي.

ج. دوامداره تبه د ملا له درد سره يا د هيپ بند درد سره په زړو خلکو کې.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

موضعي څرکندتیاوې په زیاترو ناروغانو کې موجودې وي چې ډیر غوره د اسکلیت او عضلاتو درد دی.

اوستیو مایلایتس زیاتره قطني او ښکتنی صدري فقرات ، رقبي او پورتني صدري فقراتو په پرتله زیات اخته کوي.

په ځانګړي ډول سیپتیک ارترایتس زنګون ، Hip ، Sacroiliac، د اوږې او د Sterno Clavicular Joint اخته کوي. چې کیدای شي د مونو ارتیکولر ارترایتس او یا پولی ارترایتس وي اوستیو مایلاتیس هم کیدای شي د سیپتیک ارترایتس په تعقیب رامنځته شي

ناروغان کیدای شي وچ توخی او کله کله سینه بغل،برانکایتس ، امپایما ، داخل صدري ادینوپتي او د سږو ابسی ولري.

۲۰ الی ۳۰ % ناروغانو کې د ینی او توري غټوالی، ۱۰ -۲۰% ناروغانو کې لمف ادینوپتی موجوده وي ، ۱۰% ناروغانو کې بیړنی Epididymo Orchitis منځته راځي چې په دوه‌یز ډول یو طرفه وي.

پروستاتیتس او سیمینل وزیکل التهاب ، سلفانجایتس او پیالونفرایتس، بین الـخلالي نفرایتس، ګلومیرولونفرایتس، IgA نیفروپتي کیداې شی رامنځته شي.

په امیدواره ښځو کې د سقط (Abortion) منځته راتګ پدې ناروغانو کې زیات دی.

Neurologic څرګندتیاوې په دې ناروغانو کې دودیزی وي لکه ډیپریشن او خوبجن حالت په یو شمیر کمو ناروغانو کې لمفوسایتیک مننګو انسوفلایتس چې عصبي نري رنځ سره ورته والی لري رامنځته کیدای شي.

بروسیلا کیداې شي د Anemia، لوکوپینیا ، ترمبوسایتوپینیا او Clotting تشوشاتو لامل شي په ۷۵% پیښو کې کیداې شي ګرانولوما د هډوکو په مغز کې پیدا شي.

همدارنګه د بیلا بیلو قحفي ازواجو نیمګړتیاوې او د مایکوتیک انیوریزم څیرې کیدل او دماغي ابسو، Epidural abscess او ګرانولوما خطر موجود وي.

په۱ - ۲% پیښو کې اندوکاردایتس چې زیاتره د ابهر دسام (طبعي یا پروستاتیک) اخته کوي پریکاردایتس، مایکوتیک انیوریزم او ژور وریدي ترمبوزس(D.V.T) نادر اختلاطات دي.

په لنډ ډول سره دبدن هر ه برخه د لیږدیدونکو ابسو(Migratory Abscess) یا التهاب په ډول اخته کیدای شي. د ښځو تیونه (Breast) او تایروید غده معمولا اخته کیږي. غیر وصفي مکولو پاپولر خاپونه په پوستکي باندې په نادودیز ډول رامنځته کیږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

تشخیص:

څرنګه چې کلینکي څرګندتیاوې له نورو تبه لرونکو ناروغیو څخه په ګرانه توپیر کیږي. نو تاریخچه، حیواناتو سره اړیکې او لابراتواري کتنې تشخیص کې خورا ارزښت لري.

په تاریخچه کې باید د سفر، د دندې او خوراک لکه د خام پنیر، شیدو خوړلو په باره کې پوره معلومات تر لاسه شي.

روتین بیوشمیک کتنې په نارمل حد کې وي اما کیدای شي دینی انزایمونه او بیلروبین لوړوي.

د لوکوسایت اندازه نارمل یا لږ څه ښکته وي او Relative Lymphocytosis موجود وي. خفیفه Anemia ، ترمبوسایتوسس او DIC کیدای شی رامنځته شي.

د CSF او بندونو په اوبو کې لمفوسایتوزس موجود وي.

که چیرې له ینی او لمفاوي غوټو څخه بیوپسي واخستل شي نو Non caseating ګرانولوما ښي چې Acid Fast Bacil په کښې منفي وي.

د ناروغۍ په پیژندنه کې سیرالوجیک کتنې ارزښت لري. په بیړني انتان کې IgM انتی بادي ګانی څرګندیږي چې ددې څخه وروسته IgG او IgA څرګندیږي. ټولې انتي باډي ګانې د اګلوتینیشن لپاره فعالې وي کله چې ناروغۍ مخ پر وړاندې لاړه شي IgM کچه ښکته کیږي سیرالوجیک کتنې باید د تاریخچې او کلینیکي څرګندتیاو سره پرتله شي. په اندیمکو سیمو کې یا هغه خلک چې د دندې تماس لري اګلوتنین تایتر ۱:۳۲۰ تر ۱:۶۴۰ پورې تشخیصیه دی او په غـــــیر اندیمک برخو کې ۱:۱۲۰.

په زیاتو مرکزونو کې اوس هم ستندرد اګلوتینیشن تسټ (SAT) تشخیصیه ارزښت لري. ځیني څیړونکي د Rose Bengal test وړاندیز کـوي چې داهم دانساني بروسیلوزس د تشخیص لپاره ارزښت لري.

توپیري تشخیص:

بروسیلوزس باید د یو شمیر بیړنیو تبه لرونکیو ناروغیو لکه انفلوینزا، تولریمیا، Q.Fever ، انتاني مونو نیکلوزس او وچکۍ سره توپیر شي. ځنډنی شکل یې باید هوجکن ناروغۍ، نری رنځ، HIV ، ملاریا، هستوپلازموزس او Coccidomycosis سره توپیر شي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

درملنه:

د میکروب ضد درملنه د ګیلو د کموالي، د Relapse د مخنیوي او د اوسني مایکروب له منځه وړلو لپاره استعمالیږي که چیرې د ناروغۍ موضعي ځرګندونې موجود وي نو جراحي ته اړتیا ده. لکه (د زړه دسام بدلول، د خنځی خالي کول، د بندونو بدلول) سربیره پردی باید دوامداره د مایکروب ضد درمل هم واخلي.

باید د مایکروب ضد درمل په ګډه سره استعمال شي که په ځانګړي ډول یو درمل استعمال شي نو د Relapse کچه یې ۵۰% دی.

په غټانو کې د درملنی لپاره دغوښی له لارې Streptomycine ۷۵۰ ملي ګرامو ځخه تر یو ګرامه پورې د ورځی د ۱۴ – ۲۱ ورځو لپاره ښه انتخابي درمل دی. ددې سره یو ځای دوکسي سایکلین ۱۰۰ ملي ګرامه دوه ځله د ورځې د ۲ اونیو لپاره ورکول کیږي دناروغۍ دوباره راګرځیدنه (Relapse) ددې رژیم د ورکړی ځخه وروسته ۵-۱۰% دی.

ددې عوضي رژیم چې د WHO لخوا وړاندې شوی ریفامپین د ۶۰۰-۹۰۰ ملی ګرامو پورې د ورځی د ۱۰۰ ملي ګرامو دوکسي سایکلین د ورځی دوه ځله سره یو ځای د ۶ اونیو لپاره دی. چې بیا ګرځیدنه یې ۱۰% دی او کله کله ۲۰% ته رسیږي.

هغه ناروغان لکه امیدواره ښځی یا ماشومان چې تتراسایکلین نه شی اخستی نو بیا ددې په عـــوض کوترای موکسازول وکارول شي چې ۲ یا ۳ ستندرد تابلیتونه ورکول کیږي.

همدارنګه د ستریپتومایسین په عوض د Gentamycin یا Netimycin ۵ - ۲ ملي ګرامه پر کیلو ګرام وزن دبدن د ورځی د ۲ اونیو لپاره استفاده کیدای شي.

او هم لوړ دوز کینولون لکه اوفلوکزاسین ۴۰۰ ملی ګرام دوه ځله د ورځې یا سیپروفلوکزاسین ۵۰۰ ملي ګرامه دوه ځله د ورځې د شپږو اونیو لپاره د ریفامپین سره یو ځای توصیه کولای شو.

د بروسیلوزس دماغي ناروغۍ درملنې دوام اوږد دی یعنی ۲ الی ۱۲ میاشتې چې Ceftrixone رژیم ستندرد دی.

بروسیلا اندوکاردایتس د درې ډوله درملو سره تتراسایکلین، ریفامپین اوامینوګلایکوزید سره درملنه کیږي او تر ۲ میاشتو ادامه ورکول کیږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

انترکس
(Anthrax)

تعريف :

يوه زونوتيکه ناروغۍ ده چې د Bacillus Anthracis له کبله رامنځته کيږي. انسان له ککړ شوي ژاروي سره نېغ په نېغه او يا د ژاروي له محصولاتو سره د اړيکو له امله اغيزمن کيږي.

Charbon ، S. Berian Ulcer ، Wool sorter's disease، تور تپ، خبيث پړسوب، خبيث Pustule او Ragsorter's د انترکس نور نومونه دي.

که څه هم اوس انترکس نږدې په ختيځه اروپا او شمالي امريکا کې د وترنري ښه پروګرام او واکسينيشن له امله له منځه تللي دی اما د ودې په حال هيوادونو کې لکه اسيا، افريقا، مرکزي امريکا کې يې پيښې ليدل کيږي.

انترکس لومړی ځل يو شمير ژاروي لکه پسونه، اوزې اوغواګانې اخته کوي خوکيدای شي نور ژاروي لکه فيلان، سرکوزی او ميښې هم ککړ کړي.

غو اګانې په ځانګړي ډول د سستميک انتان لپاره مساعدې دي چې په ۲۴ ساعتونو کې د مړينې لامل کيږي.

په انسانانو کې د پوستکي، معدی معائي، انشاقي، او اوروفرنجيل انترکس دانترکس لومړني شکلونه دي.

تر ۲۰۰۱ -۲۰۰۲ پورې په امريکا کې ۹۵% پيښې د پوستکي انترکس ليدل شوې دي بايد په ياد ولرو چې د انترکس له بسيل څخه د وسلې په ډول ګټه اخستل کيږي په ځانګړي ډول بايوتوروريزم کې د انشاقي انترکس څخه چې د ناروغۍ دخطرناک ډول لامل کيږي.

لامل:

دا يو لوی، ګرام مثبت، بې حرکته، هوازي (ايروبيک) سپورجوړونکي بسيل دی. چې سپوريې په چاپيريال لکه خاوره او حيواني محصولاتو کې تر څو کالونو پورې ژوند کولای شي. سپور د هګۍ په شان جوړښت لري.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

۱ پيډ يمولوجي:

د انترکس پيښې په عمومي توګه سره په زراعتي او صنعتي ډولونو ويشل شوی اما اوس بايوتروريزم نوی اپيډيمولوجيک ډلويش دی. زراعتي پيښې انسانانو ته دککړشوي ځاروې سره د نيغ په نيغه اړيکو له امله رامنځته کيږي. کله کله مچ هم چې د ککړ شوی حيوان د مړی له امله منتن شوی وي انتان انسان ته ليږدولای شي. همدارنګه داومې غوښې د خوړلو په واسطه هم انسان منتن کيدای شي. صنعتي پيښې هغه وخت رامنځته کيږی کله چې د انترکس سپور د حيواناتو محصولات لکه د پسونو، اوزو ويښتو، وړی، پوستکي، اوهډوکی ککړ کړي او دوی سره انسان تماس پيداکړي.

د انشاقی ډول ليږديدنه معمولاً هغه وخت چې هوايي کوچنی زرې (Airborn Particles) د صنعت (جـــوړيدنې) له امـــله رامنځته شي ترسره کيږي څـــرنګه چې د انترکس سپور د زياتې مودې لپاره ژوند کولای شي نو يو شمير صنعتی شيان چې له ککړ شوی حـــيوان څخه جـــوړيږي لکه وړينې شړۍ، دړيرې خريلـو برس، دوزې پوستکی، چـــرمونه اوداسی نور کيدای شي دزيات وخت لپاره انتان ولري.

ديو انسان څخه بل انسان ته دانترکس بسيل نه ليږديږي.

پتوجنيزس:

د پوستکي په انترکس کې اورګانيزم د ځيري شوی ټپ او يا حيوان د چيچلو په واسطه د خراب شوی پوستکې لـه لاری داخليږي اورګانيزم لـه نا رمل پوستکي څخه ننوتی نشی کله چې د پوستکې لاندی انساجو ته ورسيد د انترکس سپور ټوکېدنه (Germination) کوي، اکزوتوکسين او د فګوسايت ضد کپسولي مـواد جوړوي. توکسين دا ځواک لـري چې پړسوب او دانساجو نکروزس رامنځته کړي. د موضعي مکروفاژ په واسطه د اورګانيزم فګوسايتوس صورت نيسی او بسيل نږدی لمفاوي غوټو ته ليږديږي چې دلته نور زهرجوړوي او هيموراژيک نکروتيک او پړسيدلي لمف ادينايتس رامنځته کوي. بسيل کيدای شی دوران ته داخـــــل شي او کله کله د مينجايټس، نمـــونيا اود Systemic Toxicity لامل شي.

مکروفاژ سربيره پردې چې د انتان د خپريدنی لامل کيږي ډول ډول سايتوکاينونه هم جوړوي چې دابيا د شديد موضعي او عمومي التهابي غبرګون لامل کيږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

پخوا انشاقي انتراکس کم وه مګر اوس د ژوندۍ وسلې په توګه ورڅخه ګټه اخستل کیږي انشاقي شکل ته یې Wool sorter's disease هم وایي هغه وخت منځته راځي کله چې سپور لرونکې ایروزول چې قطر یې µm ۵ څخه کم وي انشاق شي.

کله چې انشاق شو نو سپور اسناخو ته ځي د مکروفاژونو په واسطه خوړل کیږی ددی ژونکو په واسطه میدیاستینوم او لمفاوي غوټو ته رسیږي چې دلته زیاتیدنه (Germination) کوي او زهر جوړوي چې بیا د شدید Massive هیموراژیک لمف اډینایټس او میدیاستینایټس لامل کیږي.

د انترکس بسیل کولای شي چې نیغ په نیغه د سږو د کوچنیو رګونو اندوتلیل زیانمن کړي چې د ترومبوزس او تنفسي عدم کفایی لامل کیږي.

په پلورا کې د مایع تولیدنه چې اکثرا هیموراژیک وي ښایي ولیدل شي.

د انترکس بسیل کیدای شي وینې ته داخل شي چې د باکتریمیا سبب کیږي او آن کیدای شي له دې لارې څخه د هیموراژیک مینینجایټس لامل شي.

تنفسي عدم کفایه، شاک او د سږو پړسوب دمړینې مهم لاملونه دي.

دککړې شوي خرابې پخې شوې غوښې له خوراک څخه کیدای شي اوروفرنکس یا معدی معایي انترکس رامنځته شي. کله چې اوروفرنکس انترکس رامنځته شو نو موضعي پړسوب په بلعوم، حنجرې د بندښت او سرویکل ادینوپتی لامل کیږي.

کله چې اورګانیزم کوچنیو کولمو ته ورسید نود Gastrointestinal سندروم لامل کیږي په دی حالت کې سپور د مخاط لاندې طبقه کې germination یا ټوکېدنه کوي او زهرتولیدوي چې دا د پړسوب، وینه بهیدنی او نکروز لامل کیږي .

موضعي میزانتریک لمف ادینوپتی دودیزه وي همدارنګه د ګیډې درد زړه بدوالی، کانګې ، تبه د ګیډې پړسوب، وینه لرونکې نس ناستی ،میزانتریک اډینایټس، هیموراژیک Ascitis او سیپتیسیمیا رامنځته کیږي. معدی معایي شکل د انتر کس وخیم ډول دی چې ۲۵- ۷۵% مړینه لري.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

کلينکي نښې نښا نې:

۱ـ د پوستکي انترکس: په ۹۵٪ پيښنو کې ليدل کيږي.

په دوديز ډول په هغو خلکو کې چې له حيواناتو لکه غواګانو اوزو ، پسونو او يا ددوی له محصولاتو سره سروکارو لری پيښنی يې ډيرې دي. همدارنګه د بيوتوروريزم پيښنې هم ليدل شوي دي د ۲۰۰۱ کال په نومبر او اکتوبر مياشتو کې ۴۱ پيښنې په امريکا کې د بيوتروريزم وليدل شوې چې د پوستي(Post) په واسطه ليږل شوي دي چې له دې جملې څخه ۷ پيښنې ثابتې او ۴ پيښنې يې شکمنی وې.

د تفريخ دوره يې له ۱ څخه ۱۲ ورځو ده افت په دوديز ډول دبدن په لوڅو برخو لکه مخ، غاړه، اوږو او لاسونو کې ليدل کيږي.

لومړی يو کوچنی خارښت لرونکې پپول(Papule) څرګنديږي چې د څو ورځو په تيريدو سره ويزيکل او بلاخره ټپ چې نکروتيکه قاعده لری او دکوچني ويزيکل پواسطه چاپير شوی وي ليدل کيږی.

ټپ تور پترکی (ارچق) لري د څو اونيو په تيريدو سره يي اندازه غټيږي څو سانتي مترو ته رسيږي.

پړسوب ، Non pitting، جلاتيني او نصواري (Brown) وي چې درد نه لري په وخيمه پيښنه کې کيدای شي پړسوب خپور شي.

کله کله حتی پړسوب دومره ډير شي چې د وينی د فشار ښکته کيدو لامل کيږي ځکه چې په زياته پيمانه مايع له رګونو څخه تر پوستکي لاندې انساجو ته حرکت کوي او دلته ټوليږي . زياتره ناروغان چې يوازې دپوستکي موضعي انترکس لري د تبې، عضلي دردونو، تنبلي او سردردي څخه کم ګيله من وي اما په هغو پيښنو کې چې پړسوب ډير وي سيستميکی ګيلې هم شديدی وي .

موضعي لمف اډينوپتي هم څرګنديدای شي چې کولای شي د باکتريما او مننجايتس لامل شي.

د پوستکي انترکس بايد د سرخ باد،سيلولايټس ، Brownrecluse spider bite ، Rickettsialpox، Cat scratch ناروغی، Ecthyma gangrenosum ، Local هرپس وايرس، باکتريال ادينيت (د ستافيلوکوک او ستريپتوکوک) طاعون، Typhus او Ulceroglandular تو لريميا سره توپير شي. د پوستکي د انترکس تشخيص نادراً غلطيږي ځکه چې دقيقه تاريخچه او د ټپ اوصاف تشخيص وضع کوي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

(۲-۹) شکل د پوستکي د انترکس وصفي تپ او پړسوب.

۲ . انشاقي انترکس (Inhalational anthrax):

دا ډول انترکس زیاتره د مړینې لامل کیږي اما پیښې یې ډیرې کمې دی.

د تفریخ دوره یې ۲ -۴۲ ورځې دي ناروغۍ په عمومي ډول سره په دوو پړاو کې لیدل کیږي.

د پیل پړاو :

پدی مرحله کې ناڅانګړي اعراض د انفلواینزا پشان منځته راځي لکه تبه، ستوماتتیا، عضلاتو درد، سست والی، وچ ټوخی او خوله او ښایی د ټټردرد موجود وي. فزیکي نښې په دې پړاو کې ډیرې کمې وي او ناروغ د څو ورځو لپاره ښه کیږي وروسته د کمې مودې څخه دوهمه صفحه پیلیږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

دوهم پړاو:

په دې پړاو کې شدیده ساه لنډي ، تبه ، شاک لکه هایپوکسیا ، Hemoptysis ، سترایدور، دسینې درد او خولې موجودې وي.

په فزیکي کتنه کې کریپیتیشن اود پلورل ایفیوژن بیلګې پیداکیږي ځینې وخت د ټټر او غاړې تر پوستکي لاندې پړسوب هم لیدل کیږي.

د ناروغانو د سپینوژونکو شمیرلوړیږي .

د ټټر په رادیوګرافی کې میدیاستینوم پراخیږي او پلورل ایفیوژن کیداې شي وینه لرونکی وي.

د باکتریمیا له کبله کیدای شي مننجایتس هم رامنځته شي چې په دې صورت کې CSF وینه لرونکې او د PMN Pleocytosis پکې لیدل کیږي.

۳ . **معدې معایې انترکس** (Gastrointestinal Anthrax):

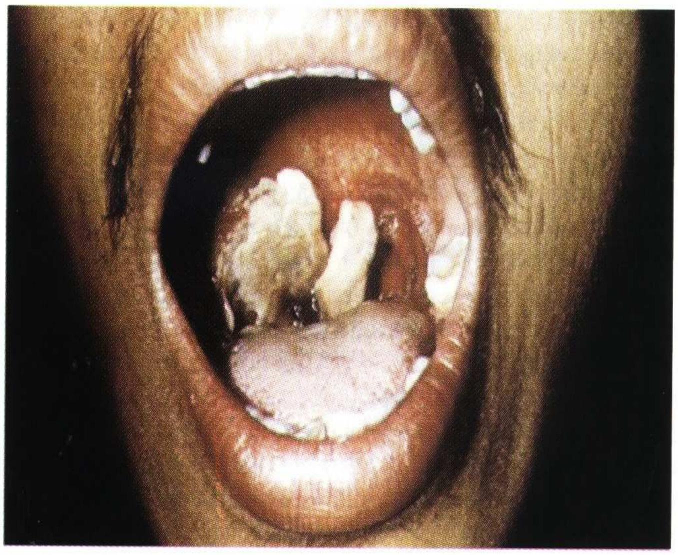
دوه الی پنځه ورځې وروسته د نیم خامی غوښې د خوړو څخه چې د انترکس سپور ولري رامنځته کیږي.

په دې ډول کې ناروغان د ګیډې خوږ، Bloody diarrhea ، بلغموکې وینه ، په چټکۍ سره په ګیډه کې د اوبو راټولیدنه چې مایع یې ژیړ رنګ لري کله کله کیدای شي وینه لرونکې وي. همدارنګه میزانتریک اډینایټس زیاتره موجود وي. لومړنۍ ټپ زیاتره په ترمینل ایلیوم یا سیکوم کې پیښیږي . ناروغۍ مخ په وړاندې توکسیمیا او شاک خواته ځي چې ۵۰% مړینه لري.

که د انترکس سپور په اوروفرنکس کې پاتې شي نو په دې صورت کې ناروغ د ستونې درد د غاړې پړسوب، دمړۍ تیرولو ستونزه، اډینوپتي او ځینې وخت په توتکې باندې فشار او ساه لنډي څخه ګیله من وي. دخولې یا بلعوم ټپ چې د یوې دروغجنی پردې (Pseudomembrane) په واسطه پوښل شوی کیداې شي ولیدل شی.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library



(۲-۱۰) شکل اوروفرنجیل انترکس چې یوه دروغجنه پرده په بڼي خوا تانسل ،نرم تالو او ژبې (Uvula) باندی لیدل کیږي.

انترکس کولای شي مننگوانسیفلایتس رامنځته کړي چې زیاتره داشکل وروسته دانشاقي انترکس څخه پیښیږي.

دمننجایتس څخه علاوه انترکس کولای شي ددماغ د پرانشیم وینه بهیدنه، هیماتوما، واسکولایتس، دماغي پړسوب او سب ارکنوئید Hemorrhage لامل شي.

لابراتواري لاسته راوړنې:

لابراتواري لاسته راوړنې غیر وصفي دی د سپینو ژونکو شمیره په اول کې نارمل یا په منځنی کچه لوړه شوې وي. چې PMN ژونکې یې زیاتی وي د پلورا مایع په انشاقي انترکس کې وینه لرونکی وي او CSF مایع هم کیدای شي وینه لرونکی وي.

غوځ تشخیص هغه وخت ایښودل کیږي کله چې د ناروغۍ لامل د پوستکي د افت، وینی، پلورا یا CSF معاینی څخه د کرنی په صورت کې لاسته راشي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

کـه چیـرې انتـرکس نـاروغۍ د کلینیـک او اپیـد یمولوژي لـه نظره تـر شـک لانـدی وي نـو د امینولوجیـک تـستونو څخـه لکـه PCR ، سیـرالوجیـک معاینـات، د کپـسول انتـي جـن معلومـول څخه ګټه اخستل کیږي.

د ټټر راديوګرافي د انشاقی انترکس لپاره ډیره حساسه کتنه ده او د میدیاستینوم پراخوالی، (د Hemorrhagic lymphadenitis له کبله) او په پلورا کې د مايع تولیدنه راپه ګوته کوي. او همدارنګه درې پر څلور ناروغانو کې د ریوي انفلتریشن او یا د کانسولیدشن نښې پیداکولاې شو.

د ناروغۍ توپیري تشخیص:

د پوستکي انترکس سره ددې چې ښه ځانګړې منظره لري بیا هم د یو شمیر ناروغیو سـره یې باید تــوپیر وشي په ځـــانګړې ډول Ratbite fever, Ulceroglandular Tularemia، Ecthyma gangrenosum ، طاعــون ،د پوستکې مایکو باکتریوم انتان او داسې نور. انشاقی انترکس باید له نوروباکتریایي Mediastinitis څخه ، فبروزي میدیاستن چې د Histoplasmosis، Coccidioidomycosis له کبله رامنځته کیږی،. اتیپیکل او وایرسی نمونیا ، Silicosis او Sarcoidosis سره توپیر شي.

معدې معایي انترکس باید د Gastroenteritis، د Peptic Ulcer، Peritonitis، د کولمو بندښت او داحشاوو د سورې کیدو سره توپیر شي.

درملنه:

د انترکس بسیل په Invitro کې پنسلین، اموکزاسلین، کلورامفینیکول، کلینداماسین، Imipenem، دوکسي سايکلین، سپروفلوکساسین، Macrolides، Rifampin، او Vancomycin سره حساس دی. د انترکس بسیل کیدای شي بیتالکتیمیز ولری نو پر دې بنسټ سفالوسپورین او پنسلین سره ښايي ټینګار وکړي نو په دې دلیل اوس پنسلین او Amoxicillin د ځانګړیو درملو په توګه دومره نه استعمالیږي.

سیپروفلوکزاسـین خوښـونکی(Choice) درمـل دی پـه درملنـه او هـم پـه مخنیونـه کـې دوکـسی سایکلین دوهم درمل دی .

لاندې حالاتو کې باید په ګډ ډول سره د مایکروب ضد درمل وکارول شي.

۱ - انشاقي انترکس.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

۲ - معدی معايی انترکس .
۳ - پوستکې انترکس چې مخ ، سر ، غاړه يې اخته کړی او يا موضعي پړسوب ډير وي
۴ - د انتان سيستميکې ننبې لکه تبه، تکي کارديا يا ليکوسايټ زيات وي .
ځانګړی درمل يوازې د مخنيوي په ډول تر مخامخ کيدو وروسته استعماليږي د درملنې اوږدوالی دومره ښه څيړل شوی نه دی.
د پوستکي انترکس لپاره ۷-۱۰ ورځې او د انشاقی، معدی معايی او خپور انترکس لپاره کله چې کلينيکي غبرګون ښکاره شو نو دوه اونۍ نور هم درمل ورکول کيږي ليکن څرنګه چې د Relapse خطر له پټ سپور څخه په Bioterrorism کې موجود وي نو ۶۰ ورځې د مايکروب ضد درمل ورکول کيږي.
کله کله د کـــــورتيزون څخه که چيری پړسوب ډير وي، په ځانګړي ډول هوايي لارې تر فشار لاندې وي ، او د مننجايتس په صورت کی ګټه اخستل کيږي.
په لنډ ډول په (۲-۷) جدول کې درملنه ښودل شويده.

د لومړۍ ليکې درمل او دوز يې:	Ciprofloxacin: ۵۰۰ملی ګرامه دوه ځلی دورځی د خولی له لاری يا ۴۰۰ ملی ګرامه هر ۱۲ ساعته ورسته د وريد له لارې. Doxycycline: ۱۰۰ ملی ګرامه هر دولس ساعته وروسته د خولی يا د وريد د لاری څخه.
د دوهمې ليکې درمل او دوز يې:	Amoxicillin: ۵۰۰ ملی ګرامه دری ځله دورځې د خولې له لارې Pencillin-G: دوه ميګا يونټه هر څلور ساعته وروسته د وريد له لارې.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

الترناتيف درمل او دوز يي :	Rifampin: ۱۰ ملي ګرامه دبدن پر هر کيلو ګرام وزن د ورځې د خولې يا وريد له لارې . Clindamycin: ۴۵۰_ ۲۰۰ ملی ګرامه هر اته ساعته د خولې يا وريد له لارې. Clarithromycin: ۵۰۰ ملی ګرامه دوه ځلی د ورځې Erythromycin: ۵۰۰ ملی ګرامه هر ۶ ساعته وروسته د وريد له لارې Vancomycin: ۱ ګرام هر ۱۲ ساعته وروسته د وريد له لارې Imipenem ۵۰۰ ملی ګرامه هر ۶ ساعته وروسته د وريد له لارې.

مخنيوې:

دانسانانو او څارويو لپاره ځانګړې واکسينونه شته دي . لاندې خلک بايد واکسين شي:

۱- د لابراتوار هغه کارکوونکي چې نېغ په نېغه د اورګانيزم سره سروکار لري.

۲- هغه خلک چې د څارويو او ددوې د محصولاتو واردات کوي.

۳ – هغه وترنران چې داسې هيوادو ته سفر کوي کوم کې چې د انترکس شيوع زياته وي.

۴- عسکري پرسونل چې داسې ځاې ته ځي کوم کې چې اورګانيزم سره د مخامخ کيدو خطر زيات وي. (دبيالوجيکي وسلې د خطر کچه لوړه وي) .

۵ – اميدواره ښځې که چيرې ډير ضرورت وي واکسين شي.

واکسين لومړې درې زرقه هر دوه اونۍ وروسته د پوستکي لاندې زرق کيږي . درې دوزه نور د پوستکي لاندې شپږ ، دولس او اتلس مياشتې وروسته تکراريږي. او بيا وروسته هر کال بوستر دوز توصيه کيږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

دواکسین اړخیزې اغیزې عبارت دي : په زرق شوي ځای کې لږ موضعي سوروالی، درد چې په ۳۰ % پیښو کې منځته راځي. وخیم غبرګون نادر دي. سیستمیک غبرګون په ۲ ٪. پیښو کې څرګندیږي.

همدارنګه ټول منتن مړه شوي څاروي باید وسوځول شي او روغ څاروي واکسین شي.

د شکمنو څارویو وړۍ، پوستکي، غوښه او نور محصولات له منځه یوړل شي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

تیتانوس

(Tetanus)

تعریف :

یوه عصبي ګډوډي ده چې د عضلاتو تون اوسپزم د Tetanospasmin له امله زیاتیږي چې دا یو ځواکمن پروتیني توکسین دې چې د Clostridium tetani په واسطـــــه افرازیږي.

تیتانوس په ډول ډول کلینکي شکلونو رامنځته کیږي لکه Generlized ، د نوي زیږیدلو ماشومانو او موضعي ناروغۍ.

لامل :

کلوسترویدیوم تیتاني یوغیر هوازي (Anaerobic) متحرک ګرام مثبت راډ دی چې بیضوي شکل لري، بی رنګه او په وروستۍ برخه کې سپور لري، چې د ډول د لرګي یا د ټینس دلرګي سره ورته والی لري، چې په شکل کې ښودل شویده :

سپور

(۲-۱۱) شکل د کلوسترديوم تیتاني انتان بڼه.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

اورګانیزم د ټولې نړۍ په خاوره کې پیداکیږي همدارنګه د ژوو په ډکو متیازو او کله کله د انسانانو په ډکو میتیازو کې پیداکیږي. سپور کیدای شي تر کلونو پورې په ځینو چاپیریالونو کې ژوند وکړي.د ببلا ببلو پاکونکو توکو پر وړاندې ټینګار ښکاره کوي. په جوش اوبو کې تر ۲۰ دقیقو پورې ژوند کولای شي.

Vegetative ژونکې یې ژر بې اغیزې کیږي او د ببلا ببلو انتي بیوتیکو لکه پنسلین او Metronidazole پر وړاندې حساس دی. تیتانو سپازمین د Vegetative ژونکو څخه جوړیږي.

اپید یمولوجي:

په کال کې یو میلیون انسانان په دې ناروغۍ اخته کیږي.

تیتانوس په سپورادیک ډول لیدل کیږي.

زیاتره هغه خلک چې معـــــافیت نه لري، هغه خلک چې نیمګړی معافیت ولري او یا هغه خلک چې پوره معافیت و لري مګر کافی معافیت یې د بوستر دوز واکسین په واسطه منځته نه وي راغلی اخته کیږي.

د ناروغۍ پیښې په ګرم موسم کې په ځانګړي ډول د دوبي په میاشتو کې کلیوالو سیمو او نارینه و کې زیاتې وي.

په هغو هیوادونو کې چې ښه معافیتي پروګرام نه لري د ناروغی پیښې په نوو زیږیدلو ماشومانو کې ډیرې وي.

په امریکا کې د تیتانوس زیاتره پیښې وروسته د بیړني ټپ لکه څیرې کیدل ، ګریدل او Puncture ټپ څخه رامنځته کیږي.

د تیتانوس پیښې په باغوانانو او بزګرانو کې زیاتې وي. په ځینو پیښو کې ټپ نشو پیداکولای.

تیتانوس کیدای شي د سوځیدنې ، Frost Bite ، د منځني غوږ میکروب، جراحي، Abortion، Drug abuser ، ابسې او دپوستکي ټپ سره یو ځای وي.

یادونه :

هغه څیړنه چې د محترم پوهنوال داکتر محمد طیب نشاط لخوا د تیتانوس پر سل تنه داخل بستر ناروغانو کی د ننګرهار د عامی روغتیا په انتاني وارد کې تر سره شوی وه لاندې پایلې یې درلودې.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

- نارینه نظر ښځو ته زیات اخته شوي وه یعنې ۷۰ نارینه او ۳۰ ښځې.
- د سن له نظره لومړۍ درجه پیښې د ۲۱ الی ۴۰ کلونو تر منځ ، دوهمه درجه د ۴۱ او ۲۰ کلونو ، دریمه درجه د ۱۴ الی ۲۰ او څلورمه درجه ۲۱ – ۸۰ پورې وی.
- په ۹۰٪ پیښو کې د انتان د داخلیدو لاره ښکاره او په لس فیصده پیښو کې معلومه نه وه.
- بدن ته د میکروب د داخلیدو لپاره لومړې درجه Puncture wound او کوچنې ټپونه او په دوهمه درجه عضلي زرقیات او د مهبل لاره وه.
- دکلینیک له نظره لس پیښې خفیفې ، ۴۸ پیښې Moderate Generalized او۴۲ ٪ Sever Generlized وی.
- په عمومي ډول د مړینې کچه ۴۲٪ وه چې ټولو یې شدید شکل پورې تړاو درلوده.
- دمړینې زیاته اندازه (۵۰٪) هغه ناروغان دی چې ناروغۍ یې د عضلي زرقیاتو او مهبل له لارې اخیستی وه.
- دمړینی علت په ټولو پیښو کې دوامداره عضلي سپزم ، اختلاج ،Apnea ، لارینګو سپزم او تنفسي دریدنه ګڼل شوی.
- په روغتون کې د تیتانوس د درملنې لپاره ټول امکانات موجود نه وو او د Currar دمشتقاتو ، مصنوعي تنفس،تراخیوستومي او ICU څخه کار نه وو اخستل شوی.

پتوجنیزس:

دناروغۍ د منځته راتګ لپاره باید ټپ د تیتانوس د سپور په واسطه ککړ شوی وي. ټوکیدنه (Germination)او دتوکسین تولید یوازې په ټپ کې د یو شمیر ځانګړیو شرایطو لکه د اکسید یشن کموالی، مړه انساج، بهرني اجسام اویا فعال میکروب په شتون کې تر سره کیږي.

توکسین چې ټپ کې تولید شي نو د محیطي موتورنیورون له اخری برخې سره نښلي اکسون ته داخلیږي. د Brains Stem او دشوکي نخاع دعصبي ژونکو جسم ته لیږدیږي چې دلته توکسین له Synaps څخه تیریږي او ځان پری ساینپتیک ترمینل ته رسوي چې بیا د نیوروترانسمیتر ګلایسین او ګاما امینو بیوتایریک اسید (GABA) نهی کوونکي مخه نیسي.کله چې د نهي کوونکي مخه ونیول شي نهي کیدل کمیږی او Resting Fire Rate د الــفا موتور نیورون زیاتیږي چې دا د شخوالي لامل کیږي. هــمدارنګه د نهي کیدلو کموالی د شوکي نخاع په اړخیزی خړې مادی (Gray matter) کې د پري ګانګلیونیک سمپاتیک

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

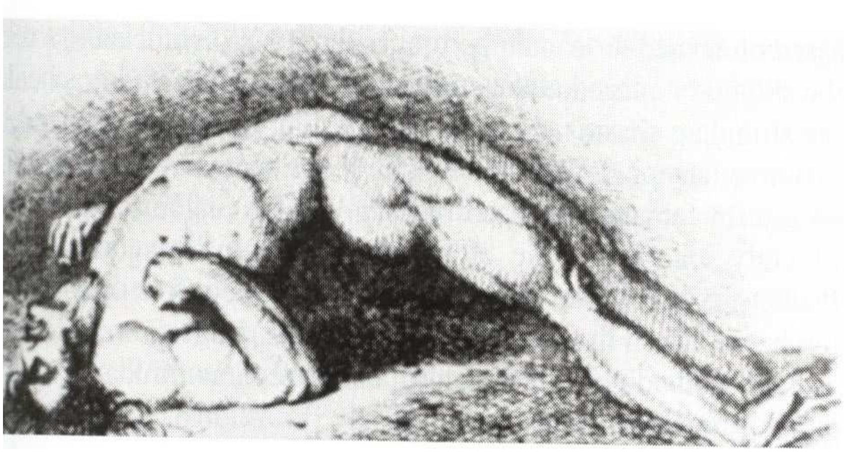
نیورونو باندې هم اغیزه کوي او په پایله کې د سمپاتیک اعصابو فعالیت زیاتیږي چې دې سره یو ځای د دوراني کتیکول امینو کچه هم په دوران کې لوړیږي.
تیتانو سپازمین د بچولیزم توکسین په شان کولای شي چې په عصبي عضلي جنکشن کې د نیوروترانسمتر افراز مخه نیسي چې په پایله کې سستی یا فلج رامنځته کیږي.په موضعي تیتانوس کې یوازې هغه عضلات اغیزمن کیږی چې ماوف عصب په واسطه تعصیب شوي وي.

کلینیکي بڼه:

Generalized Tetanus

د تفریخ منځنۍ دوره یې ۷ ورځې ده. په ۱۵٪ کې د ۳ ورځې او په ۱۰٪ پیښو کې ۱۴ ورځو څخه زیاته وي.

په ځانګړې ډول لومړی د Masseter عضلاتو تون زیاتیږي (Trismus or Lock Jaw) چې په (۲-۱۳) شکل کې ښودل شوی دی. د مرۍ د تیریدنې ستونزه(Dysphagia) ، د غاړې شخوالی، د اوږو او د ملا عضلاتو درد د Lock Jaw سره یو ځای اویا لږ څه وروسته رامنځته کیږي. بلاخره د نوروعضلاتو اخته کیدل وروسته څرګندیږي لکه د ګیډې عضلاتو شخوالی. باید وویل شي چې د لاسونو او پښو عضلات په نسبي ډول سره نه شخیږي د مخ د عضلاتو دوامداره تقلص د Risus Sordonicus لامل کیږي چې په (۲-۱۴) شکل کې ښودل شوی دی او د ملا د عضلاتو تقلص ملا ته دکمان شکل ورکوي چې په (۲-۱۲) شکل کې ښودل کیږي.



(۲-۱۲) شکل Opisthotonus حالت.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

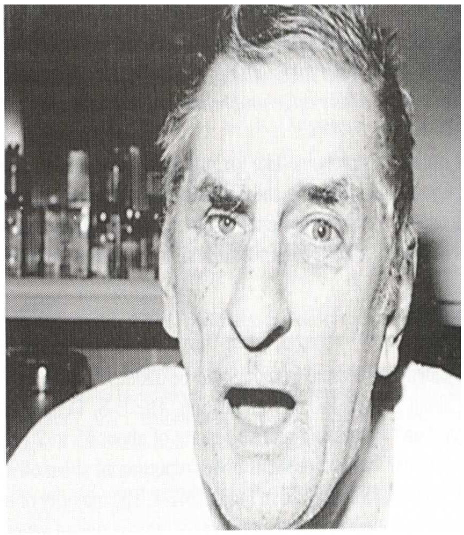
په ځینو ناروغانو کې درد ناکه شدید حملوی عضلی سپزم څرګندیږی چې د سیانوزس سبب کېږی او حتی تهویه ګواښوي. دا سپزم په تکراري ډول رامنځته کېږي چې کیدای شي په خپله او یا د کمې تنبه په واسطه شدید شي.

د شدت له نظره تیتانوس په دري ډولو ویشل شوي دي.

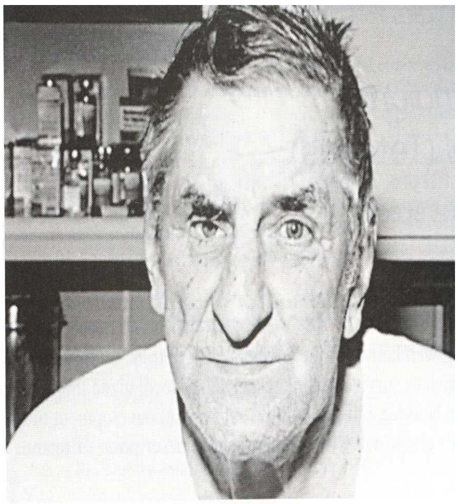
١. خفیف شکل: چې په دی حالت کې د عضلاتو شخوالی ډیر کم یا هیڅ سپزم موجود نه وی.

٢. منځنی شکل: چې په دی حالت کې Trismus، دمړی تیریدنې ستونزه ، شخي اوسپزم موجود وي.

٣. شدید شکل: تکراري شدید اختلاجات او شخي موجوده وی.



(٢-١٣) شکل Trismus چې ناروغ خوله پوره نه شي خلاصولای.



(٢-١۴) شکل Risus Sardonicus

ناروغ کیدای شي تبه ولري او یا یې ونلري دماغي حالت په دې ناروغانو کې نه خرابیږي.

په دې ناروغانوکې د اوتونومیک دندو ویجاړیدو نښې عبارت دي له : د فشار لوړوالی،د زړه د حرکاتو زیاتوالی، ریتم خرابوالی، ډیره خوله،لوړ حرارت (Hyperpyrexia) ، محیطی وازو

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

کانستریکشن ، د تشو متیازو او د پلازما دکتیکول امین د اندازی زیاتوالی کله کله کیدای شی زړه په ناڅاپي ډول ودریږی چې دلیل یي معلوم نه دی.

نور اختلاطات لکه اسپایریشن نمونیا ، د هډوکوماتیدل، عضلاتو څیرې کیدل ،د ژورو وریدونو ترمبوزس، پلمونري امبولیزم، د بستر ټپونه او دعضلاتو اوبه کیدل (Rhabdo myolysis) هم رامینځته کیدای شي.

تشخیص:

د ناروغۍ تشخیص په کلینیکي بڼې ولاړ دی.

په شکمنه پیښه کې بایدد ټپ څخه کرنه اجرا شي. کیدای شي کلوستریدویوم تیتاني له ټپ څخه پرته له دې چې ناروغي رامنځته کړي تجرید شي.

دCSF مایع معاینه نارمل وي.

د عضلاتو د انزایمونو اندازه ښایي زیاته وی.

د ناروغۍ توپیري تشخیص باید له ټولو هغو حالتونو سره چې Trismus رامنځته کوي لکه الویولر خنځې، Strychinine تسمم، Dystonic دواګانو غبرګون (Metoclopramid او Phenothiazin) او دکلسیم کمبود (Tetani) سره وشي.

یو شمیر نور حالتونه هم له تیتانوس سره مغالطه کیږی لکه مننجایتس، انسیفلایتس ، د لیوني سپي ناروغۍ او حاد بطن چې باید په پام کې وي.

درملنه:

د ناروغ دعمومي وضعی څارنه ،د زهرو دمنبع له منځه وړل، هغه زهر چې نښتي نه وي د هغوی بلاک کول ، دعضلاتو د سپزم مخنیوی اود حیاتي غړیو تقویه کول د درملنې بنسټ جوړوي.

I- عمومی اهتمامات:

ناروغ باید په ارامه کوټه کې بستر، زخم پاک او بهرني اجسام ورڅخه لرې شي

II - د ما یکروب ضد درملنه:

دمایکروب ضد درمل د Vegetation ژونکو له منځه وړولو لپاره چې د توکسین منبع ده استعمالیږی. پنسلین.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

۱۰- ۱۲ میلونه وریدی د لس ورځولپاره مګر دځینو پوهانو په اند میترونیدازول ۵۰۰ ملي ګرامه هر ۶ ساعته یا ۱ ګرام هر ۱۲ ساعته وروسته ګټور دی.
هغه ناروغان چې پنسلین سره الرجي لری نو ایریترومایسین او کلیندامایسین یي ځای ناستي دي.

III - د توکسین ضد درملنه:

دا یوازې دوراني او هغه توکسین چې په عصبی ژونکو نښتي نه وي بندوي.
Human immuno golobulin (HIG) ۳۰۰۰ - ۲۰۰۰ یونته د عضلي له لارې په کسري دوزنو ځکه چې حجم یي زیات دی ورکول کیږي ځرنګه چې HIG اوږد Half life لري نو تکراري دوز یې اړین نه دی.

IV - د عضلاتو د سپزم کنترول:

یو شمیر زیات درمل په یوازې ډول او یا په ګډه ددی موخی لپاره کارول کیږي.
دیازیپم چې یو GABA اګونیست دی زیات کارول کیږي آن تر ۲۵۰ملي ګرامه په ورځ کې ورکولای شو. لورازیپم چې داغیزې دوام یې زیات دې او میډازولم چې Half life یې کم دې هم اغیزمن درمل دي. باربتوریت او کلوروپرومازین دوهم خط درمل دی.
میخانکي وینتیلیشن او عصبي عضلي نهي کوونکي درمل هغه وخت کارول کیږي کله چې سپزم د نورو درملو سره غبرګون ښکاره نه کړي اویا سپزم د تهویې د خرابوالي لامل شي.

د تنفس څارنه:

انتوبیشن یا تراخیوستومي له میکانیکل وینتیلیشن سره یو ځای یا یوازې په لاندی حالتونوکې کارول کیږي.
۱- د هغه هایپووینتیلیشن لپاره چې د Over sedation یا د لرنګوسپزم له کبله منځته راغلې وي.
۲- په هغه ناروغانو کې د اسپیریشن دمخنیوی په منظور چې Trismus، دمړی د تیرولو ګډوډي یا dysphagia ولري.

داتونومیک اعصابو د دندو ګډوډي:

هغه ګډوډي چې د سمپاتیک اعصابو د فعالیت د زیاتوالی له امله منځته راغلي وي کومه ځانګړې درملنه نه لري بیا هم Labetolol چې یو الفا او بیتا بلاکر دی د ځینو پوهانو لخوا کارول کیږي مګر ددې درملو له کارونې سره سره د ناڅاپي مړینې راپور ورکړل شوی دی.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

مخنيوى:

دفعال ايمونايزيشن په واسطه ترسره کيږي چې د تيتانوس Toxoid دعضلى له لارې د درې پر له پسى مياشتو لپاره ورکول کيږي په دوديز ډول د پنځو کالو لپاره تام معافيت منځته راوړي.

هغه ناروغان چې عمر يې له ۷ کالو څخه کم وي د تيتانوس ، ديفتريا او توري ټوخلې (DPT) ګډ واکسين ورته توصيه کيږي. بوستر زرق يې لس کاله وروسته تر سره کيږي. دزيات تکراری دوز ورکړه د غبرګون لامل کيداى شي .

د تيتانوس توکسوئيد خفيف غبرګون عبارت دي له موضعي حساسيت، پړسوب ، ټيټې درجې تبې څخه. شديد غبرګون يې نادر دی.

منفعل معافيت لاندې حالاتو کې ورکول کيږي:

۱- هغه ناروغان چې ټپونه لري او ټپ يې له خاورو، لاړو اويا ډکو متيازو سره په تماس راغلى وي او يا نکروزی انساج ولري اودې ناروغانو ته په وروستيو ۵ کلو کې فعال معافيت نه وي تر سره شوی.

۲- هغه Non immune خلکو ته چې معافيتي حالت يې نه وي معلوم .

منفعل معافيت (HTIG) د ۲۵۰ څخه تر ۵۰۰ IU پورې دعضلى له لارې ورکول کيږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

بیړنی باکتریائي مننجایتس
(Acute Bacterial Meningitis)

تعریف :

د سب ارکنوئید مسافې بیړني تقیحي انتان څخه عبارت دی چې د مرکزي عصبي سیستم له التهابي غبرګون سره یو ځای وي چې ښائي د شعور دکموالي، اختلاجاتو ، دقحف د داخلي فشار د لوړوالي او ستروک لامل شي.

ځرنګه چې پدې پروسه کې سحایا ، سب ارکنوئید مسافه او دماغي پرانشیم ټول اخته کیږي نو پدې خاطر ددی لپاره سم نوم مننجو انسفلایټس څخه عبارت دی.

اپیدیمولوجي:

باکتریل مننجایټس د مرکزی عصبي سیستم دتقیحي انتان مهم ډول دی،چې پدی وروستیو کې یي پیښې په امریکا کې په ۱۰۰۰۰۰ وګړو کې د۲،۵ څخه زیاتې دي.

د باکتریل مننجایتس اپیدیمولوجي پدی نږدې وختونو کې بدلون موندلی دی یعنی په دراماتیک ډول سره د H.influenzae پیښې راکمې شوي او لږ څه د نایسیریا په پیښو کې هم کمښت راغلی چې مهم لامل یي ددوی پر ضد د واکسینو عامه ګټه اخیستنه ده.

هغه اورګانیزمونه چې همدا اوس د Community acquired باکتریائی مننجایتس لاملونه جوړوی عبارت دی له :

ستریپتوکوکس نږدی ۵۰%، Neisseria مننجایتس نږدی ۲۵% ، د B ګروپ ستریپتوکوک نږدی ۱۵% پیښې او لیستیریا مونو سایتوجن نږدی ۱۰% پیښو پداسې حال کې چې هیمافلوس انفلواینزا د ۱۰% څخه کم د باکتریل مننجایتس لامل ګڼل کیږي.

لاملونه:

هغه وګړي چې عمر یي له ۲۰ کلونو څخه ډیر وی ستریپتوکوک نمونیا یي غوره لامل ګڼل کیږي (تقریبا ۱۰۰۰۰۰/ ۱:۱ کال کې) په امریکا کې ۴۷% د میننجایتس لامل جوړوي.

یوشمیر مساعد کوونکي حالتونه چې د نموکوکل مننجایټس خطر زیاتوي چې عبارت دي له:

دمنځني غوږ بیړنی او ځنډنی التهاب (اوتایټس میډیا)، الکولیزم ،نمونیا ،ساینوزایټس، اندوکاردایټس،ډیابیټ، سپلینیکتومی، هایپو ګاما ګلوبولینیمیا ، د کامپلمینت

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

نشتوالي او قحفي ترضيض څخه چې په ځانګړې ډول د قحف د قاعدې کسر او يا د CSF Rhinorrhea سره يو ځاي وي.

د مايکروب ضد درملنې سره سره په ۲۰٪ پيښو کې مړينه مينځته راځي.

وخيمي پيښې يې په سپلينيکتومي، مولتي پال ميالوما ،الکوليزم، مزمن کبدي ناروغانو او خوارځواکۍ کې منځته راځي.

نايسيريا مننجايتس ۲۵٪ پيښو کې د باکتريل مننجايتس لامل جوړوي يعنی ۲ ، پيښی په ۱۰۰۰۰۰ خلکو کې په کال کې پيښيږي چې تقريبا ۷۰٪ پيښي يي په هغه ماشومانو او ځوانانو کې چې عمر يي د ۲ او ۲۰ کلونو تر منځ وی ليدل کيږي چې ۳ – ۱۳٪ مړينه لري.

ياد شوی اورګانيزم د لومړي ځل لپاره په نزوفرنکس کې ځای نيسي چې کيدای شي غير عرضي ليږدونکی او يا بريد کوونکی رامينځته کړي .

د ناروغی منځته راتګ د باکتريل وايرولانسي او د کوربه دفاعي ميکانيزم پورې اړه لري. د بيلګې په ډول کوربه بايد د ا ظرفيت ولري چې مييننګوکوکل انتي بادي توليد کړي او د کلاسيک او Alternative کامپلمينت ليارو پواسطه مييننګوکوک له منځه يوسي. نو هغه وګړي چې د کامپلمينتونو د کمښت سره مخامخ وي د مييننګوکوک د انتان د اخته کيدو لپاره ور ګڼل کيږي.

هغه کسان چې په نورو کمزوري کوونکو ناروغيو لکه ديابت، سيروزس، الکوليزم، ځنډنی U.T.I اخته وي اويا عصبی جراحی پروسيجرونه په ځانګړي ډول Craniotomy پرې اجرا شوی وي د ګرام منفي بسيلونو لپاره ور ګڼل کيږي.

ليستيريا مونو سايتوجن په نويو زيږيدلو ماشومانو کې ، اميدواره ښځو، هغه خلکو کې چې عمر يي له ۷۰ کلونو څخه پورته وي،معافيت ځپلو خلکو ، الکولستانو، سرطاني ناروغانو ، هغه ناروغانو کې چې کورتيزون اخلي اود شکرې ناروغانو کې زيات پيښيږي.او په امريکا کې ۸ سلنه دمييننجايتس لامل دی چې ۱۵ – ۲۹ فيصده مړينه لري.

د ليستيريا اورګانيزم ښايي چې د ککړ شوو خوړو (خام پنير، غوښه، شيدې) د خوړولو څخه وروسته مينځته راشي.

د هيموفيلوس انفلواينزا تايپ B پيښې په هغو ماشومانو کې چې Hib Conjugated واکسين يي کړی وي لږی دي. پيښې يې په ۲ - ۱۲ مياشتنی عمر کې زياتې دي.

اما هغه ماشومان او لويان چې واکسين شوي ندي پيښې يي ډيرې دي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

مخکې په امریکا کې د ۴۵ – ۴۸٪ پیښنو لامل وو مګر اوس د ۷٪ پیښنو لامل دي چې ۳ – ۶٪ مړینه لري.
مساعدې زمینې یې عبارت دي له نمونیا ، ساینوزایټس، د منځني غوږ التهاب، ایپي ګلوټایټس، دیابیټ ، الکولیزم، سپلینیکټومي او دماغي تروما څخه.
ستافیلوکوکل اوریوس او Staph. Coagulase negative مننجایټس زیاتره د عصبي جراحي کړنلارو څخه وروسته منځته راځي په ځانګړي توګه هغه تګلاره چې د هایدروسیفالوس د Shunting لپاره په کار وړل کیږي.
په لاندې جدول کې د باکتریایي پتوجن سن او دمساعد فکتورونو تر منځ ارتباط ښودل شوې دي.

(۲-۸) جدول کې ددودیز باکتریایي پتوجنو او مساعدو فکتورونو تر مینځ اړیکې.

مساعد کوونکې فکتورونه	باکتریایي پتوجن
عمــــــــــــر (Age)	
دیومیاشتنۍ څخه کم عمر	E.Coli ، سترپتوکوک، Agalactae، L.Monocytogenes ، Klebsilla نمونیا
دیوې میاشتې څخه تر ۲۳ میاشتو پورې	S.Agalactae، E.Coli، H. Influenza ، Streptococ نموینا ، N.Meningitidis
د دوو څخه تر ۵۰ کلنۍ پورې	Streptoco pneumonia او N.meningitides
د ۵۰ کلنۍ څخه پورته	S. Pneumonia، N.Meningitidis، L. Monocytogenns او ایروبیک ګرام منفي بسیلونه
Immun compromised state	S. Pneumonia، N.Meningitidis، L. Monocytogenns او ایروبیک ګرام منفي بسیلونه د (P.aeroginosa) په ګډون.
د دماغ دقاعدې کسر	S.Pneumonia، H. influenza، ګروپ A او B هیمولایتیک سترپتوکوک.
دماغي تروما وروسته دعصبي جراحي څخه	ستافیلوکوک اوریوس، سترپتوکوک Epidermidis ، ایروبیک ګرام منفي بسیلونه د (P.aeroginosa) په ګډون.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

پتوفزيولوجي (Pathophysiology):

هغه باکترياوې چې په زياته پيمانه د مننجايتس لامل کيږي د ستريپتوکوک نمونيا او Nisseria meningitidis څخه عبارت دي چې د لومړي ځل لپاره په نزوفرنګس کې راټوليږي او وروسته د نزوفرنجيل اپيتيليل سره نښلي بيا د اپيتيليل ژونکو په پرده کې انتقاليږي او وروسته په داخل وعايي واټن کې دواکيولو سره نښلي او يا داخل وعايي واټن تر بريد لاندې نيسي يو ځانګړی کلک جنکشن د Columnar اپيتيل سره جوړوي. کله چې باکتريا د وينې جريان ته ننوزي نو د پولي سکرايد د پوښ له امله چې لري يې کولای شي د نيوتروفيلونو د بلع او د کمپلمينتونو د باکتريوسايدل اغيزو څخه ځان وژغوري. په وينه کې موجوده باکتريا کيدای شي داخل بطيني Chroid Flexusته ورسيږي او مستقيماً د کرويد ذفيری اپيتيليل ژونکې ککړې کړي او ځان CSF ته ورسوي.

ځيني باکتريا ګانې لکه ستريپتوکوک نمونيا د دماغي شعريه رګونو د اندوتيليل ژونکو سره نښلی او بيا ددې ژونکو له لياره د CSF اوبو ته ځان رسوي. باکتريا کولای شي په CSF کې په بيړه سره زياتيدنه وکړي ځکه چې دلته دکوربه اغيزمنه معافيتی دفاعي قوه نشته.

نارمل CSF په کمه اندازه WBC ، او ډير کم مقدارسره کمپلمينت پروتينونه او اميون ګلوبولين لري.

کومی ويجاړونکی پيښی چې دباکتريل مننجايتس په پتوجنيزس کې رامينځته کيږی د بريد کوونکې باکتريا د التهابي غبرګون له کبله دي.زياتره عصبی خرګندتياوې او اختلاطات د باکتريل مننجايتس د معافيتی غبرګون له کبله د بريد کوونکې پتوجن مقابل کې دي نه د باکتريا د مستقيم نسجی تخريب له کبله. نو پدې اساس دماغي تخريب کيدای شي وروسته له دی چې CSF د ميکروب د ضد درملو په واسطه پاک شی هم پرمختګ وکړي.

دباکتريا د ژونکيز ديوال له ويجاړتيا څخه چې کوم مواد په سب ارکنوئيد مسافه کې مينځته راځي د التهابی غبرګون لومړنی پړاو دی چې په سب ارکنوئيد مسافه کې د قيحي اګزودات د جوړيدو لامل کيږي. د باکتريايی ديوال مواد لکه ليپوپولی سکرايد د ګرام منفی باکتريا ، Teichoic اسيد او پيپتايدوګلايکان د ستريپتوکوک دی. چې يو شمير ژونکې لکه مايکروګليا ،هيستروسايت،مونوسايت،اندوتيليل ژونکی او د CSF ليکوسايت تنبه کوي او ددوی څخه التهابي سايتوکينونه او شيموکينونه ازادوي چې دابيا دمنتشر التهاب لامل ګرځي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

ځيړنو دابنودلې ده كه چيرې په تجربوي ډول سره Lipo Poly Sacharide په سحايا كې پيچكاري شي نږدی ۱-۲ ساعتو په موده كې TNF او انترلوكين ۱ جوړيږی او ددې سايتوكاينونو په مقابل كې چې كوم غبرګون منځ ته راځی هغه په CSF كې د پروتين د غلظت او د سپينوكريواتو د زياتوالي څخه عبارت دی.

د باكتريميا او التهابی سايتوكينونو سربيره Excitatory امينو اسيدونه ، Reactive اكسيجن ، د نايتروجن ډولونه (ازاد اكسيجن راديكل، نايتريک اكسايد او پراكسی نايتريت) او نور ميدياتورونه كولای شی د دماغي ژونكو په مړينه كې ونډه ولري.

د باكتريل مننجايتس پتوفزيولوجی زياتره نيغ په نيغه د CSF دسايتوكين او شيموكين د لوړوالي پورې اړه لري.TNF او انترلوكين ۱ دواړه يو ځای د Blood Brain Barrier دتيريدنی وړتيا زياتوي چې په پايله كې Vasogenic odema او د سيروم د پروتينو ليكاژ سب اركنوئيد مسافی ته رامينځته كيږی.

د سب اركنوئيد مسافې اكزودات چې لرونكې د پروتينی موادو او سپينو كريواتو دی د CSF بهير ددماغي بطينی سيستم په لور او Dural sinus كې د دوباره جذب ځواک كموي چې په پای كې هايدرو سيفالوس او Interstitial edema رامينځته كيږی.

التهابي سايتوكينونه د لكوسايت نښليدنه د رګونو د اندوتيليل ژونكو سره رامينځته كوي چې دا نښليدنه ددې لامل كيږي چې د رګونو د تيريدنی وړتيا زياته شي او د پلازما پروتينونو ته اجازه وركړي چې د CSF خواته ليكاژ وكړي چې دا بيا د التهابی اكزودات سره يو ځای كيږي.

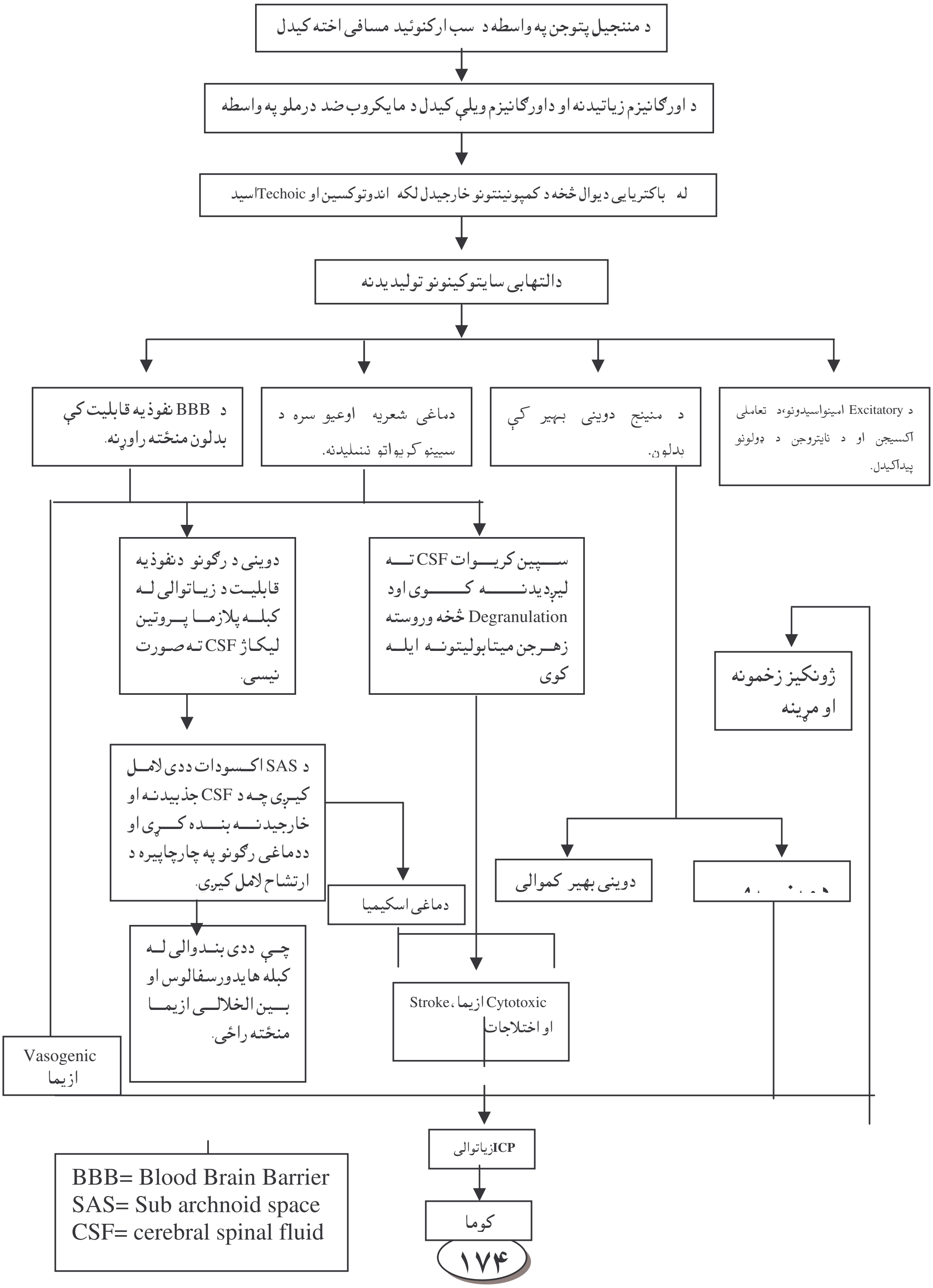
د نو تروفيلونو د Degranulation په پايله كې يو مقدار زهرجن ميتابوليک مواد ازاديږي چې د Cytotoxic edema، د ژونكو ټپی كيدو او مړينی لامل كيږي.

دماغي فتق زياتره د سيريبرل ازيما پايله ده. همدارنګه پدې كې هايدروسيفالوس ، د ډيورل ساينس او دقاعدې د وريد ترمبوزس هم رول لري.

په خلص ډول پتوفزيو لوژي په لاندې شيما (۲-۲)كې ښودل شويده.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library



Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

کلينيکي بڼه:

منجايتس کيداى شي په بيړني او وخيم ډول مينځته راشي چې په څو ساعتونو کې پرمختګ کوي. او يا د تحت الحاد اتنان په ډول منځته راشي چې په څو ورځو کې پرمختګ کولاى شي.

د منجايتس کلينيکي او کلاسيکه دريګونې عبارت ده له: تبه، سردرد، او د غاړې شخوالى څخه چې دا ګبلې او نخښې په ۹۰% پيښو کې موجودى وي.

د دماغي حالت بدلون په ۷۵% ناروغانو کې مينځته راځي او دا ښايى د Lethargy حالت څخه نيولي تر کوما پورې بدلون ومومي همدارنګه ناروغ د زړه بدوالي ، کانګو او Photophobia څخه ګيله مند وي.

په ۲۰ - ۴۰% ناروغانو کې کيداى شي د ناروغۍ په درشل کې اختلاج موجود وي. موضعي اختلاج اکثرا د موضعي شرياني اسکيميا يا انفارکشن ، د قشر د وريدونو ترومبوزس چې هيموراژ سره يو ځاى وي او يا د موضعي اديما پايله وي.

Generalized Seizures او ايپيليپټيک حالت د هايپو نتريميا او سيربل انوکسيا پايله ده اما په کمو پيښو کې يي د مايکروب ضد درملو د اغيزې پايله هم کيداى شي لکه په لوړ دوز پنسلين ورکول.

د باکتريل منجايتس ډيره غوره څرګندتيا د قحفي فشار د لوړوالى څخه عبارت ده چې د شعور د خرابوالي او کوما مسئول بلل کيږي. د ۹۰% څخه زيات رنځورانو CSF Opening Pressure د ۱۸۰ ملى متر اوبو څخه زيات وي او په ۲۰% کې ښايي Opening فشار د ۴۰۰ ملى متر اوبو څخه زيات وي.

په فزيکي کتنه کې کولاى شو لاندې نښې په ناروغ کې پيداکړو: د قحف د فشار د زياتوالى نښى د شعور بدلون او يا د شعور د اندازى کموالى،دحدقى اديما ، د حدقى پراخيدل او يا د تنبه سره د هغه ځواب کميدل او يا نه شتون .

د شپږم عصب د فلج نښه پر بستر باندې د Cerebrated وضعيت او Cushing ريفليکس (برادى کارديا ، هايپرتنشن او غير منظم تنفس) څخه عبارت دى.

د Intra cranial pressure دزياتوالي ډير بد او خطرناکه اختلاط دمغز د فتق څخه عبارت دى چې دا اختلاط نږدى د ۱% څخه تر ۸% پيښو کې پيښيږي .

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

د سحایا د تخریش لپاره غوره ننبه د غاړې شخوالي څخه عبارت ده چې پدې حالت کې غاړه د قبض کیدو په مقابل کې مقاومت ښکاره کوي نورې کلاسیکې ننبې Kernig's او Brudzinski's څخه عبارت دي.

Kernig's Sign : چې پدې حالـــت کې ناروغ ته ستــوني ستاغ (supine) وضعیت ورکول کیږي د ناروغ ورنونه پر ګیډه باندې قاتیږي په داسې حال کې چې زنګنونه یې قبض وي او ددې د بسط کیدوپه وخت کې درد احسا س کوي چې د سحایا په تخریش دلالت کوي.

په (۲-۱۵) شکل کې د Kernig's Sign په مننجایتس ناروغ کې

Brudzinski's Sign : پدې حالت کې هم ناروغ ته ستوني ستاغ وضعیت ورکول کیږي او بیا د ناروغ غاړه قبض کیږي چې د مثبت والي په صورت کې دواړه ورنونه او زنګونونه راټولو (قبض) کوي.

که چیرې میننګوکوک د مننجایتس لامل وي نو سور رنګه مکولر پاپولر خاپونه چې زیاتره دوایرس Exanthem په شان وي مګر د میننګوکوک دغه سور رنګه پاپولر خاپونه په بیړه پر Petechia باندې بدلیږي چې زیاتره په تنه ، ښکتنی نهایاتو، په مخاطي پردو، منضمه او کله کله په ورغوی او پوندو باندې لیدل کیدای شي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

په (۲ -۱۶) شکل کې د مېننگوکوکل مننجایټس بېړنۍ خاپونه لیدل کیږي

تشخیص:

که چیرې د کلینیکي څرګندتیاوو په مټ د باکتریل مننجایتس وړاندیز وشي نو تر هر څه دمخه د ناروغ وینه د کلچر لپاره واخیستل شي او د کلچر له پایلې څخه مخکې ناروغ ته بې له ځنده د مایکروب ضد درمل پیل کیږي.

د باکتریل مننجایتس تشخص د CSF د اوبو د معاینې په مټ سرته رسیږي . چې لاندی بدلونونه په کښې موجود وي.

۱. پولي مورفو نوکلیر ژونکو لوکوسایتوزس چې په یو مایکرو لیټر کې له ۱۰۰ ژونکو څخه زیات وي. چې دا په ۹۰٪ پیښو کې لیدل کیږي.

۲. د ګلوکوز د غلظت د کموالی شتوالی (mmol/L ۲،۲ > یا mg /dl ۴۰>)او یا دا چې د CSF او د سیروم د ګلوکوز نسبت ۴،. څخه ښکته وی چې په ۲۰٪ پیښو کې لیدل کیږی.

۳. د پروتین غلظت زیاتوالی (g/L ۴۵،۰.او یا mg/dL ۴۵<په ۹۰٪ کې) .

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

۴. د Opening فشار زیاتوالی د ۱۸۰ ملی متره د اوبو څخه (۹۰٪ پیښنو کې)
په غټانو کې نورمال Opening فشار د ۱۸۰ ملی متر داوبو له ستون څخه کم دی.
په ۸۹٪ رنځورانو کې د CSF کلچر مثبت وی او د ګرام تلوین په مټ ۶۰٪ څخه زیات ارګانیزمونه ښکاره کیږي. Opening فشار هغه وخت ډیر ښه څرګندیږي چې ناروغ اړخیز وضعیت نیولی وي.
همدارنګه د CSF Latex Agglutination Test (LA) د ستریپتوکوک ، نایسیریا مننجایستس ، هیمافیلوس انفلوانیزا ټایپ B، ګروپ B ستریپتوکوک،او E.Coli K1 ډول باکتریاو دانتیجن د معلومولو لپاره په کار وړل کیږي.
CSF LA تسټ د ستریپتوکوک نمونیا او نایسیریا مننجایټتس په ۹۵-۱۰۰٪ پیښنو کې مثبت وي.
همدارنګه MRI او CT سکن د باکتریایی مننجایتس د تشخیص لپاره پرمختللي معاینې دي د MRI معاینه د CT سکن څخه غوره ګڼل کیږي ځکه چې دماغي اذیما او اسکیمیا هم ښکاره کولای شی.
که چیرې د پوستکي د پاسه Petechia موجوده وي نو باید بایوپسي ورڅخه واخیستل شی تر څو میننګوکوک پکې ولټول شي.

توپیري تشخیص:

باکتریایي مننجایتس دوایرسي مننګو انسفلایتس سره په ځانګړي توګه دهرپس سیمپلیکس وایرس انسیفلایتس سره توپیر شي چې پدې ډول انسیفلایټس کې سردرد ، تبه ، دشعور بدلون ، دفوکل نیورالوجیک نقیصی نښې (د یسفاژیا ، هیمی پاریزس) ، موضعي او عمومي اختلاجات موجود وي.
توپیري تشخیص د CSF دمعاینې، EEG او نورو پرمختللو عصبي کتنو په مټ سرته رسیږی.
په وایرسی انتان کې د CSF کلوګوز نارمل او لمفوسایتک پلیوسایتوزس وي. اما په باکتریل مننجایتس کې دګلوکوز غلظت کم اود PMN پلیوسایتوزس وي.
همدارنګه ریکتسیایی ناروغۍ د باکتریل مننجایټس په شان کلینکي بڼه لري باید توپیر وشي چې دا ناروغی د ورګی د چیچلو په واسطه لیږدیږي. اکثرا ددی ناروغۍ رنځوران د ۹۶ ساعتونو په موده کې ځانګړي خاپونه ښکاره کوي چې دا خاپونه منتشر سره مکولو پاپولر وي

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

چې مننګوکوکسیمیا سره يې توپير ستونزمن دی. دغه خاپونه که چیری درملنه نه شي په Petechia ، پورپورا او په پای کې د پوستکي نکروز او ګانګرین رامینځته کوي. ددی افت رنګ له روښان د سور څخه نیولې تر تیاره سور ، ژیړ شین او تور رنګ پورې بدلون مومي.

دا خاپونه په لاس، مړوند اود زنګانه بند کې موجود وي چې ښايي ورغوی او پوندو پورې هم خپاره شي. تشخيص يې د اميونو فلوروسنت تلوين او دپوستکې د بايوپسی په مرسته تر سره کیږي .

همدارنګه د CNS موضعي تقیحي انتانات لکه سب ديورل او ايپی ديورل امپيماګانې اودماغي ابسی بايد له ياده ونه باسو چې MRI او CT سکن په په واسطه توپيريږي.

يو شمير نور غير انتاني ګډوډی هم د باکتريل مننجايټس په شان کلينيک لری لکه سب ارکنوئيد هيمواژ، Chemical meningitis ، کارسينوماتوز او لمفوماتوز مننجايتس او هغه مننجايتس چې د نورو سيستميکو التهابی ګډوډيو لکه سارکوئيد ، SLE ، Behcet رنځوری سره يو ځای وي .

درملنه :

باکتریل مننجايټس طبي بيړنی پيښه ده او د درملنې موخه يې داده چې ناروغ ته د بيړنی خارنی کوټې ته د رسيدو سره سم په ۲۰ دقيقو کې اټکلي مايکروب ضد درملنه پيل شي. چې په جدول (۲-۹) کې ښودل شوې دی.

که چيرې په يو ناروغ کې د باکتريل مننجايټس شک پيدا شي پرته لدې چې کرنه او د ګرام تلوين سرته ورسيږی ناروغ ته بايد دمايکروب ضد درمل پيل شي.

د Community acquiredد مننجايتس غوره لاملونه ستريپتوکوک نمونيا، او نايسيريا مننجايتس دی نو بايد ناروغ ته دريم جينيرشن سفالوسفورين (Ceftrixon ياCefotaxime) او وانکومايسين ورکول شي. همدرانکه Cefepime چې څلورم جينيريشن د سفالوسفورين دي د پورته ذکر شويو دواګانو په شان اغيزمن دی اما د انتيروباکتر، Pseudomonase aurogenosa پر ضد زيات اغيزمن دی.

امپيلسين هم بايد په اټکلي رژيم کې په هغه ناروغانو کې چې عمر يې د ۳ مياشتو څخه کم يا د ۵۵ کالو څخه زيات وي اويا په ګماني ډول Cell mediated immunity يې د مزمنو ناروغيو ، غړو پيوند ، ميندواری، سرطانی يا معافيت ځپونکو درملو له امله خرابه وي اضافه شي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

هغه مننجایتس چې په روغتون کې د عصبي جراحي کړنو څخه وروسته مینځته راځي لامل یي په زیاته اندازه ستافیلوکوک او ګرام منفی اورګانیزمونه لکه Pseudomonase aurogenosa وي. پدې ناروغانو کې د مایکروب ضد درملنه باید د وانکومایسین جمع د Ceftazidime پواسطه ترسره شي.

(۲-۹) جدول د باکتریل مننجایتس اټکلي درملنه دمایکروب ضد درملو سره.

دباکتریل مننجایتس اټکلي درملنه	
مساعد کوونکې فکتورونه	دمکروب ضد درملنه
عمر دیو میاشت څخه کم	امپي سلین + سیفوتاکسیم، امپي سلین + امینوګلای کوساید
عمر د یو میاشت څخه تر ۲۳ میاشتو پورې	وانکوماسین + دریم جنریشن سفالوسپورین، وانکوماسین + امپی سلین + کلورامفینکول
عمر د دوه کالو څخه تر پنځوس کلنی پورې	وانکوماسین + دریم جنریشن سفالوسپورین
عمر د پنځوس کلنی عمر څخه پورته	وانکومایسین+ امپی سلین + دریم جنریشن سفالوسپورین (سیفترای اکزون یا سیفوتاکزیم
معافیت ځپلي ناروغان	وانکومایسین + امپی سلین + هر یو د ceftazidime or cefepime
دقحف د قاعدی کسر لرونکې	وانکومایسین + دریم جنریشن سفالوسپورین
د سر ترضیضات: وروسته د عصبی جراحی څخه	وانکومایسین + ceftazidime or Cefepime

د میکروب ضد ځانګړی درملنه:

مینینګوکوکل مننجایتس:

سره لدې چې Cefotaxime او سیفترای اکزون پر نایسیریا مینجایتس باندې ډیره ښه اغیزه کوي مګر د مینګوکوکل مننجایتس (حساسو) ډولونو لپاره انتخابي درمل پینسلین جي دی. له هغه ځایه چې څرګند شویدی نایسیریا مننجایتس د پینسلین جي په مقابل کې په منځنۍ کچه ټینګار لري او (حساس) سترینونه یي په بریالیتوب سره د پینسلین جي پوسیله درملنه کیږي. د CSF څخه د نایسیریا مننجایتس دبیلیدو په وخت کې دهغه حساسیت د پینسلین او امپیسلین په مقابل کې ازمایو. که چیری ټینګار موجود وي نو پدې وخت کې Cefotaxime او سفترای

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

اکزون ناروغ ته ورکول کیږي د مننگوکوکل مننجایتس غیر اختلاطي پيښو کې د انتي بيوتيک کورس تر اووه ورځو پورې دی او هغه وګړي چې دی ناروغانو سره ډير نږدې سروکار لري بايد چې د وړاند ساتنې په موخه د دوه ورځو لپاره ريفامپيسين ۶۰۰ ملي ګرامه هر دولس ساعته وروسته په غټانو کې، ۱۰ ملي ګرامه دبدن پر هر کيلو ګرام وزن کې هر دولس ساعته وروسته په هغو ماشومانو کې چې عمر يې له يوکال څخه کم وي ازيترومامسين ۵۰۰ ملي ګرامه په يوه دوز او يا Ceftriaxon ۲۵۰ ملي ګرامه د عضلې له لیارې په يوه دوز ورکول کيږي.

نموکوکل مننجایتس:

ددې مننجايتس د ميکروب ضد درملنه د دريم جينيريشن سفالوسپورين (Cefotaxim, Ceftriaxone, Cefepime) او Vancomycin په وسيله پيليږي.

په ټولو هغو پيښو کښې چې ستريپتوکوک نمونيا له CSF څخه په لاس راشي بايد د پنسلين او سفالوسپورين په مقابل کې يې حساسيت څرګند شي.

ټول هغه ناروغان چې پر ستريپتوکوک مننجايتس باندې اخته وی او د مايکروب ضد درملنې لاندې وي بايد هر ۲۴-۳۶ ساعته وروسته ورته تکراري LP اجرا شي.تر څو د CSF پاکوالی څرګند شي.

که چيرې ۲۴-۳۶ ساعته وروسته CSF پاک نه وي نو د انتي بيوتيک سره د ټينګار شک راپورته کيږي.

هغه ناروغان چې پنسلين او سفالوسپورين سره ټينګار کوونکي ستريپتوکوک نمونيا ولري او د ځانګړې ورېدي وانکو مايسين سره ځواب ونه وايي نو بايد وانکومايسين د بطين په دننه کې ورکړ شي چې د بطين په دننه کې د وانکومايسين ورکړه د انترا تيکل د ورکړې په پرتله اغيزمن دی ځکه چې د دماغي بطيناتو په دننه کې کافي غلظت پيداکوي . او کولای شو وانکومايسين سره ريفامپيسين چې سينرجيتيک اغيزی لري يو ځای کړو.

ليستيريا مونو سايتوجن مننجايتس:

دا ډول مننجايتس د Ampicillin په واسطه لږ تر لږه تر درې اوونيو لپاره جمع جينتامايسين لومړی دوه ملي ګرامه دبدن پر هر کيلو ګرام وزن وروسته ۱،۵ ملي ګرامه دبدن پر هر کيلو ګرام وزن د بدن د ورځې هر ۸ ساعته وروسته درملنه کيږي. همدارنګه هغه ناروغان چې پنسلين سره الرجي لري کولای شو چې له کوترای موکسازول څخه ګټه واخلو.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

ستافيلوکوک منّنجايټس:

پدې ډول منّنجايټس کې Naficillin او وانکومايسين انتخابي درمل دی خصوصا ميتی سيلين مقاوم ستافيلوکوک او هغو ناروغانو ته چې پنسلين سره حساسيت ولري. CSF بايد د درملنې په جريان کې Monitor شي. که چيرې CSF په ۴۸ ساعتونوکې د وريدي وانکومايسين سره پاک نه شو نو داخل بطيني او يا داخل نخاعی وانکومايسين ۲۰ ملي ګرامه دورځې اضافه کيږي.

ګرام منفی بسيلری منّنجايټس:

دريم جينيرشن سفالوسپورينونه (Cefotaxime, Ceftriaxone او Ceftazidime) سره ورته اغيزې لري يوازې سودوموناس کې د Ceftazidime اغيزې زياتې دي . درې اوونۍ د وريد له لارې پدې ډول منّنجايټس کې درملنه تر سره کيږي.

Adjunctive Treatment:

څرنګه چې د منّنجايټس په پتوجنيزس کې TNF او انترلوکين ۱ ستره ونډه لري نو ديکسا ميتازون ورکول چې د انترلوکين ۱ او TNF جوړيدل د m RNA په برخه کې نهی کوي،د CSF د جريان په مقابل کې مقاومت ښکته کوی او BBB ثابتوی ښه کار دی.

ديکساميتازون بايد ۲۰ دقيقې مخکې د مايکروب ضد څخه ورکړی شي ځکه چې د TNF توليد د مکروفاژو او مايکروګليا په واسطه يوازې هغه وخت نهي کوي کله چې دا ژونکې د اندو توکسين په واسطه فعالې شوې نه وي. ديکساميتازون د جوړ شوي TNF مخه نشي نيولای.

ديکساميتازون د ماشومانو په درملنه کې په ځانګړي ډول چې هيموفيليس انفلواينزا او يا ستريپتوکوک نمونيا منّنجايټس ولري اغيزمن دی چې منّنجيل التهاب او نيورالوجيک Sequel لکه کوڼوالی کموي. ديکساميتازون ۱۰ ملي ګرامه وريدي ۱۵-۲۰ دقيقې د انتی بيوتيک تر لومړی دوز وړاندې استعماليږی او همدا دوز د ۴ ورځو لپاره هر شپږ ساعته وروسته تکراريږي.

د د ماغې د لوړ فشار درملنه:

په بيړني ډول د ناروغ سر ۳۰ - ۴۵ درجې پورته کيږي. انتوبيشن او هايپر وينتيليشن ($Paco_2$ 25-30mmHg) او Mannitol ورکول کيږي. داناروغان بايد په ICU کې تر څارنې لاندې ونيول شي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

انزار:

هغه مننجایټس چې لامل یې هیمافلوس انفلوانیزا. نایسیریا مننجایټس یا B ګروپ ستریپتوکوک وي مړینه یې ۳-۷٪ ده او د لیستیریا مونوسایتوجن مننجایټس مړینه ۱۵٪ او د ستریپتوکوک نمونیا مړینه ۲۰٪ ده .

په عمومي ډول په لاندې حالتونو کې د مننجایټس د مړینې کچه لوړه ده.

۱. کله چې ناروغ بستریږي د شعور کچه یې ښه نه وي.
۲. په اولو ۲۴ ساعتونو کې د Seizures بریدونو شتون.
۳. د داخل قحفي فشار دزیاتوالی دنښو شتون.
۴. نوی زیږیدلی ماشوم او هغه خلک چې عمر یې له ۵۰ کلونو څخه زیات وي.
۵. د نورو حالتونو یو ځای والی لکه شاک یا میکانیکل وینتیلیشن ته اړتیا پیښیدنه.
۶. د درملنې په پیل کې وروسته والی.
۷. همدارنګه که چیرې د CSF د ګلوکوز غلظت له ۴۰ ملي ګرام پر هر دیسی لیتر څخه ښکته وي او پروتین یې له ۳۰۰ ملي ګرام پر هر دیسي لیتر څخه پورته وي.

په ناروغ کې دمنناجایټس پاتې شونې په عمومي ډول د حافظې خرابوالی، اختلاجات، کوڼوالی، ګنګسیت، دپوهې او هوښیارۍ کموالی، دقدم وهلو خرابوالی رانغاړي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

د لیوني سپي ناروغۍ
(Rabies Virus)

تعریف :

Rabies یوه وایرسي ناروغۍ ده چې انسانان هغه وخت پر دې ناروغۍ اخته کیږي کله چې د منتن ځاروي له خوا چې په خپلو لاړو کې وایرس ولري وداړل شي.
همدارنګه که لوخ ټپ سره ککړې لاړې په تماس راشي هم شخص ککړ کیږي.
دې ناروغۍ ته Rage او Lyssa ناروغي هم وایي.

لاملونه :

رابیس اوددې اړوند نور وایروسونه د Rhabdo virus په کورنۍ پورې اړه لري ۷ بیل بیل ډولونه لري. شپږ نوریې نادراً د انساني ناروغۍ لامل کیږي.
له بېلا بېلو ځارویو څخه رابیس وایرس تجرید کړل شوی دی او ددې د Antigenic او بیولوجیک ځانګړتیاو له مخې یو له بل څخه بیلیږي.
دا وایرس مردکې ته ورته (Bullet Shaped) ، داخـــل خلطه یي (Envoloped) او یو ځانګړی RNA دی چې منفی قطب لری ددی وایرس Genom code پنځه ډوله پروتینونه لري چې عبارت دی د نیوکلوپروتین، ماتریکس پروتین، ګلایکو پروتین، فاسفورولایتیدپروتین او لوی پولی میریز پروتین څخه.

اپید یمولوجي:

ربیس د ټولې نړۍ په تې لرونکو ځارویو کې پرته له انترکتیکا څخه پیداکیږي.
اکثرا انسانان د سپیانو د داړلو په واسطه اخته کیږي اما هغه ځایونو کې چې سپیان ایمونایز شوي وي نور وحشی ځاروي انسانانو ته وایرس لیږدوي.
د WHO دراپور پر بنسټ هر کال ۱۰۰۰۰۰ انسانان له دې ناروغۍ څخه مــړه کیږي.
Rabies د اپید یمولوجي له نظره دوه ډوله لري:
۱. د ښار اوسیدونکو رابیس (Urban Rabies) چې د غیر ایمونایز شویو کورني سپیانو په واسطه لیږدیږی.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

۲. Sylvatic Rabies چې د ګیدړو ، لیوانو ، پیشو پړانګ (Skunks) ، Vaccoons ، Mongooses په واسطه لیږدیږي.

دا ناروغۍ په هندوستان ، فلپین، افریقا ، ختیځې امریکا کې زیاته ده. باید وویل شي چې داتان ډیره مهمه سرچینه کورني سپیان دي چې ددوی کنترول او امیونایز کول د ناروغۍ پیښې ډیرې راکمی کړی دي.

پتوجنیزس:

د وایرس لیږدیدنه هغه وخت تر سره کیږي کله چې منتن ځاروی روغ کوربه وداړي همدارنګه کله چې لاړې مخاطي غشا (سترګې ، پوزه ، خوله) ککړ کړي د Aerosol او قرني له پیوند څخه هم وایرس لیږدیدای شي.

د وایرس لومړنۍ زیاتیدنه د داړل شوي ځای مخططو عضلاتو په ژونکو کې ترسره کیږي. چې وروسته بیا د نیوروترانسمتر اخذی لکه استایل کولین چې د ویروسونو د نښتلو او داخلیدو کې غوره ګڼل کیږي اغیزمن کوي. له هغه وروسته وایرس د محیطي اعصابو د اکسوپلازم د لاری په ساعت کې درې ملي متره مرکزي عصبي سیستم ته حرکت کوي.

Viremia چې په تجربوي حالاتو کې راپور ورکړل شویدي لاکن داسی فکر کیږی چې د طبعی کسبي ناروغۍ کې رول نه لري.

کله چې وایرس CNS ته ورسیږي نو په ډیـــره اندازه په خړی مادی (Gray matter) کې زیاتیدنه کوی او بیا له هغه وروسته د اتونومیک عصب له لارې نورو انساجو ته تیریږی لکه لعابیه غوټو، ادرینل میدولا، پښتورګي، سږي، اسکلیتی عضلات، پوستکي او زړه ته رسیږي.

لعابیه غدواتو ته د وایرس تیریندنه او دوایـــرس زیاتیدنه په Mucinogenic acinar ژونکو کې د لاړو دلارې لیږدیدنې لپاره اسانتیاوې برابروي.

د Rabies دتفریخ دوره بدلون منونکي ده له ۷ ورځو څخه تر یوه کال پورې ده (په منځنی ډول ۱-۲میاشتی) چې دا دوایرس پر مقدار د اخته شوو ژونکو په شمیر ، د بدن په دفاعي میکانیزم او هغی فاصله چې د CNS او د تلقیح د ځای تر منځ وجود لری اړه لري .

مړینه په هغه ناروغانو کې ډیره دی چې پر مخ داړل شوی وي په منځني ډول مړینه په هغه کسانو کې وي چې په داړل شوی ساحه یې په متو او لاسونو کې وي او مړینه په هاغه خلکو کې کمه وي چې په خپو داړل شوي وي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

په نادرو حالاتو کې دتفریخ دوره ۲-۷ کالو پورې هم راپور ورکړل شوی دی د ناروغۍ په ښکاره کیدو کې د میزبان معافیتي غبرګون او دوایرس ډول مهم رول لري. د رابس نیوروپتالوجي د CNS د نورو وایرسي ناروغیو سره ورته والې لري احتقان، په بېلا بېلو درجو سره، chromatolysis ، هستوي Pyknosis او دعصبي ژونکو Neuronophagia Virchow Robin Space د مایکروګلیل ژونکو ارتشاح او عصبي ژونکو د پارانشیمل برخې تخریب لیدل کیږي. په تجربوي حیواناتو کې نخامي غده د Rabies وایرس پواسطه منتن کیدای شي چې پدی صورت کې Growth هارمون او وازوپرسین هارمون ازادیدل کمیږي. په مرکزي عصبي سیستم کې د رابیس وصفي پتالوجیک څرګندونې په نیورونو کې د سایتوپلازمیک انکلوژن جوړیدل دی چې Negri bodies ورته وایي. د هری ایوزینوفلیک کتلی اندازه ۱۰ نانو متره وي د نازکه Fibrillar Matrix او رابیس وایرس له پارچو څخه جوړه شویده دا اجسام په ټول دماغ کې پیداکیږي په ځانګړي ډول پهAmmons horn , د دماغ قشر، Brain stem هایپوتلاموس، د مخیخ په Purking ژونکو او هم Dorsal Spinal ganglia کې لیدل کیږي.

په ۲۰% پیښو کې دا Negri اجسام د لیوني سپي په ناروغۍ کې نه لیدل کیږي او نه شتون یې تشخیص ردولای نشي.

کلینیکي څرګند تیاوې:

د لیوني سپي ناروغۍ کلینیکې څرګندونې پر څلورو پړاوونو ویشل شوي دي.

۱. غیر وصفي یا Prodorme پړاو.

۲. بیړنی یا حاد انسیفلایتس چې د نورو وایرسی انسیفلایتس سره ورته والی لري.

۳. د Brain stem د مراکزو دوظایفو ژور خرابوالی چې Rabies انسیفلایتس وصفی څرګندونی منځته راوړي.

۴. مړینه یا نادراً ښه والی.

پرودرومل پړاو په دودیز ډول ۱- ۴ ورځی دوام کوي چې ګېلې او نښې یې غیر وصفي دي د تبې، سرخوږ، کسالت، عضلي دردونه، د سترتیا زیاتوالی، بی اشتهایي، زړه بدوالی، کانګې،د ستوني درد او بلغم لرونکي ټوخي څخه عبارت دي ، ددې پړاو هغه ګیلې چې د Rabies ناروغۍ وړاندیز کوي د وایرس د تلقیح په شاوخوا کې Parasthesia ، Fasciculation او د نارامی داحساس څخه عبارت دي چې دغه احساس کیدای شي دوایرس دتکثر له کبله Dorsal

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

Root Ganglion د حسي عصب په نهايت کې چې د داړل شوي ځاي يې اروا کړي ده منځته راځي او د ۵۰ - ۸۰٪ ناروغانو له خوا راپور ورکړل شوې دي.

انسيفلا يتس پړاو:

پدې پړاو کې حرکي فعاليت زياتيږي ، تهيج Agitation ، دماغي خرپړتيا ،هالوسينيشن،حملې ته اماده (Combtiveness) ، د تفکر خرابوالی ، د عضلاتو تشنج، Meningesmus ، Opisthotonic Posturing، اختلاجات او فوکل پارالايززس ژر ښکاره کيږي.

Hypersthesis ، ناروغ دلوړ اواز، تماس، روښنايي او آن د نرم نسيم (شمال) سره ډير حساس وي دوديز دی.

د فزيکي کتنې له مخې د تودوخې درجه لوړه چې ۴۰ سانتي ګريد ته رسيږي. دنباتي عصبي سيستم ګډوډي چې غير منظمه پراخ Pupil ، داوښکو زياتوالی ، له خولې څخه د لاړو راتګ (Salivation) ،خــوله (Perspiration) ، او Postural hypotension ،د Upper motor neurone د فـــــلج منځته راتګ، سستيا ، د ژورو وترى ريفلکس زياتوالی او Extensor planter غــــبرګون هم دوديز دی. د صوتي حبول فلج هم دوديز دی. بدبختانه د ليوني سپي د ناروغۍ موجوده ګېلې او نښې د نورو وايرسي او عصبي ناروغيو څخه نه بيليږي نو له همدې کبله په تشخيص کې وروسته والی منځته راځي. Hydrophobia يا Aerophobia دناروغۍ په تشخيص کې ډيره مرسته کوي (۲/۳برخه ناروغانوکې مــوجود وي). د انسفلايتس له پړاو څخه ژر وروسته د Brain stem د دندود خرابوالی څرګندتياوې پيليږي.

دقحفی ا زواجــو اخته کيدل غبرګلــيد (Diplopia) ، Facial Paralysis، Optic Neuritis او نهی کـــول د وصفي ستونزو لاملـ کيـږي. د زيـاتو لاړو بهيـدل او د مړي پـه تيرولـو د ستونزې منځته راتګ پوره دوديزه منظره ده.

Hydrophobia د حجاب حاجز، اضافي تنفسي بلعومي او حنجرې عضلاتو دردناکه غير ارادی تقلصات دی د مايع د بلع کيدوپه وخت کې پيليږي او په ۵۰٪ پيښو کې ليدل کيږي.

په (۲-۱۷) شکل کې وصفي اختلاجي حمله چې وروسته د اوبو ليدو څخه ليدل رامنځته کيـږي ښودل شوي دي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

د Amygdaloid neucleus اخته کیدو له امله ممکن Priapism او په خپل سر انزال منځته راشي.

ناروغان کوما ته داخلیږي او دتنفسي مرکز داخته کیدو له امله Apnic Death منځته راځی.

د ګیلو له پیل څخه وروسته د ژوندی پاتې کیدو موده په منځني ډول ۴ ورځې ده او په اعظمي ډول ۲۰ ورځې ده. که چیرې تنفسی جدي اهتمامات ونیول شي یو شمیر اختلاطات ممکن وروسته منځته راشي چې په دې کې ADH ناکافي افراز (Diabetus Inspidus)، د زړه بې نظمي ګانې، وعایي عدم ثبات، ARDS ، GI Bleeding، ترومبوسایتوپینیا او Paralytic illusګډون لري.

ښه والی ډیر نادر دی خو کله چې منځته راشي ډیر ورو وي.

Rabies، نازله فلج په شکل هم منځته راځي. چې د Landyl Guillain Barre Syndrom (Dumb Rabies) سره ورته والی لري.

په فلجي پړاو کې ناروغ hydrophobia ، ایروفوبیا ، فعالیت زیاتوالی او Seizures نه لري سستي ډیره شدیده وي په ځانګړي ډول په هغو نهایاتو کې چې د وایرس په واسطه منتن شوې وي او په پایله کې ناروغ دماغي خړپړتیا او کوما ته ځي.

(۲-۱۷) شکل په یو نایجریایي هلک کې شهیقي سپزم چې اوبو سره تړاو لري.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

لابراتواري څرګندوني:

د رابيس دناروغۍ په اول کې د کلينيکي ګيلو او نښو په شان لابراتواري څرګندتياوې هم غير وصفي وي.(Complete blood count او Differential دبلې بيړنۍ وايرسي ناروغۍ په شان وي) لکه په انسيفلايتس او مننجايتس کې چې دهر وايرس له امله وي په CSF کې خفيف (Pleocytosis) (cell/ml ۵ <)د حاد لمفوسايتوزس سره يو ځای وي.

د CSF د پروتين سويه ښايي لږه لوړه وي لاکن ګلوکوز يي معمولا نورمال وي . په CSF کې د ګلوکوز د سويي تيټوالی په فنګس، TB، پرازيتي ،ليپتوسپايرل، سرکوئيدوزس ، سيفلتيک يا Neoplastic meningitis دلالت کوي.

شديد Pleocytosis (۱۰۰۰ ژونکې پر ملي ليتر څخه کم) په غير وايرسي يا نورو التهابي لاملونو باندی دلالت کوي .

د PMN ژونکو د شمير زياتوالی په باکتريايي انتاناتو Leptospirosis ، اميبيک انتاناتو او ځيني غير انتاني پروسو دلالت کوي.

د لابراتور له مخې غوره لاسته راوړنه د انسيفلايتس عمده سرچينې پيداکول دي له مړينې څخه وروسته د رابيس تشخيص د کورنۍ د غړيو او Central of disease control (CDC) په واسطه تر سره کيدای شي چې نمونه دCSF ، سيروم ، تازه لاړو(Fresh saliva) اودناروغ د غاړې دپوستکي څخه اخيستل کيږي اما د تازه مغز څخه نمونه په تشخيص کې پوره مرسته کوي.

په سيروم او CSF کې د رابيس وايرس ځانګړې انتي بادي.

څرنګه چې د رابيس وايرس په CNS کې پاتې کيږي د معافيتی سيستم په واسطه په پراخه پيمانه سره نه تعقيبيږی کله چې کلينيکي څرګندتياوې اخر وي او انسيفلايتس منځته راشي نو په دې وخت کې وايرل انتي جن ډير زيات انتشار مومي نو ددې پر وړاندې کې د انتي بادي دغبرګون په ډول منځته راځي او هم د Cytotoxic T-Cell Influx څرګنديږي .

ددوه ميتودونو په واسطه د رابيس وايرس ځانګړې انتی بادي څرګنديږي يو يي غير مستقيم فلوروسنت انتی بادي ټسټ او بل يي Rapid Fluroscent Focus Inhibition test څخه عبارت دی.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

توپيري تشخيص:

دليوني سپي ناروغۍ توپيري تشخيص کې ټول هغه حا لتونه چې د انسيفلايتس لامل کيږي شامليږي.

په ځانګړي ډول وايرسي انتانات لکه د هرپس وايرس، انتيرو وايرس او اربو وايرس (West Nile Virus) او نور.

له ټولو څخه هغه مهم وايرسونه چې بايد توپيري تشخيص ورسره وشي هغه Herpes simplex Virus Type 1، Varicella Zoster وايرس اولړ معمول انتيرو وايرس، Coxsackie وايرس، ايکو وايرس ، پوليو وايرس او Human Entero Virus Type ۶۸ څخه تر ۷۱ دي.

درملنه:

دليوني سپي د ناروغۍ لپاره کومه ځانګړې درملنه نشته. کله چې د ناروغۍ کلينيکي ښه څرګنده شوه مرګ رامنځته کيږي. طبي اهتمامات ټول محافظوی دی.

يعنی ناروغ بايد په ارامه تياره خونه کې بستر او ښه نرسنګ شي.

تنفسي، قلبي وعايي سيستم او تغذيی ته يې پوره پاملرنه وشي.

درمل لکه مورفين، ديازيپام، کلورپرومازين که ډير نارامه وي ورکول کيږي.

مخنيوې :

وروسته د مخامخ کيدو مخنيوی(Post exposure prophylaxis) : کله چې دليوني سپي پيښه وپيژندل شي نو ژرترژره دې ټپ پاک او PEP فوراً تطبيق شي چې دانتان د وقايې لپاره ډير اغيزمن دي.

د ودی په حال هيوادونو کې داقتصادي ستونزو د درلودلو له امله د ناروغۍ مخنيوی په ښه ډول نه ترسره کيږي نو له همدې امله يې پيښې هم ډيرې دي.

که چيرې ټپ موجود وي نو بايد د صابون په واسطه ومينځل شي او په ميخانيکي ډول پاک شي . Quaternary امونيم لرونکي مرکبات لکه ۱-۴% Benzal konium ، Centrimonium bromide ۱% يا Prvidone iodine محلولو څخه ګټه اخستل کيږي. که ضرورت وي نو د تيتانوس توکسايد او وقايوي انتي بيوتيک وکارول شي .

د انساني رابيس په PEP کې ۵ دوزه واکسين شامليږي. چې دوه ډوله يې په امريکا کې شته دی.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

دواکسین دوز د مهالویش له مخی برابریږی یعنی په ۱، ۳، ۷، ۱۴ او۲۸ مه ورځ ورکول کیږي. د لـــومړۍ ورځې (0) واکسین سره یو ځـــــای Human Rabies Ig ۲۰ IU/Kg ورکول کیږي که چیرې اوس ایمون ګلوبولین موجود نه وي نو تراوومې ورځې پورې ورکولی شو له اوومی ورځې وروسته بیا اړین نه دی ځکه چې له اوومۍ ورځې څخه وروسته بدن په خپله انتي بادي جوړوي. خارج المنشه انتي بادي ورکول Counter Productive منځته راوړي.

که ناروغ ناوخته مراجعه وکړي او کلینیکي ګیلې موجودې نه وي نو هم PEP ورته تطبیق کولای شو.

مخکې د مخامخ کیدو (Pre exposure Rabies) :

دا واکسین د هغو خلکو لپاره ورکول کیږي چې د رابیس سره د مخامخ کیدو خطر ولري.

Modern cell کلچر واکسین یو ملي لیتره دوز د عضلي له لارې په ۱، ۷، ۲۱ او ۲۸ ورځ توصیه کیږي.

یو ځل چې یو شخص ته رابیس ضد واکسین وشي نو د ټول عمر لپاره د رابیس په مقابل کې معاف ګڼل کیږي. که چیرې ناروغۍ سره مخامخ شو نو مخکې د ایمونایز شوي کس باید Post exposure بوستر دوه دوزونو په واسطه هـــــر درې ورځې وروسته تقویه شي.

Pre Exposure Rabies واکسین هغو خلکو ته چې د لیوني سپي د ناروغۍ له خطر سره مخامخ وي لکه ویترنران، حیواناتو سره کارونکي، مسافرین چې اندیمیک ځای ته تګ کوي ورکول کیږي.

(HDCV) Human Diploid Cell Vaccine دعضلي له لارې دري دوزه اوله ورځ، اوومه او ۲۱ یا ۲۸ مه یا درګ له لیارې ۰،۱ ملي لیتر او ۷ او ۲۸ مه ورځ ورکول کیږي، کله چې شخص د قوي واکسین په واسطه ایمونایز شو نو په انفرادي (Individual) ډول ټول عمر معاف ګڼل کیږي. اماکه وایرس سره مخامخ شو نو Post exposure بوستر دوز باید دوه ځله د درې ورځو په واټن واخلي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

انفکشن مونو نیکلوزس

(Infection mononucleosis)

تعریف:

دې ناروغۍ ته Mono او Kissing Disease هــــم وايي. يوه انتاني ناروغي ده، چې د Epstein Barr Virus له امله رامينځته کــيږي. پر تبې، ستونی درد، د لمفاوي غوټو لويوالی او اټيپکل لمفوسايټوزس باندی متصف دی.

Epstein Barr Virus همدارنګه د يو شمير انتاني تومورونو سره يـو ځای وي چې پـه دې ډلـه کې نزوفارنجيـل کارسينوما، Burkitt's لمفومـا، هوجکن لمفوما او پـه هغـه ناروغـانو کـې چې معافيت يي ځپل شوی وي B.Cells لمفوما هم ګډون لري.

دا وايرس د Herpes Viridae د کورنی غړی دی يو خطی DNA Core لـري دوه ډولـه دي EBV1 او EBV2 چې د سيرالوجی له نظره يي يو له بل سره توپير ګران دی.

اپيديمولوژی:

Epstein Barr Virus په ټوله نړۍ کې پيداکيږي زياتره پيښې يې له ۱۰ څخه تر **۳۵** کلنۍ کې پيښيږي .

يعنی داد ځوانو کاهلانو ناروغی ده او پـه هغـو ټولنو کې چې خرابـه روغتيـا ساتنه او ټيـټ ټولنيز اقتصادی حالت ولري.کم عمره ماشومان ډير اخته کوي زياتې پيښې يې بې ګيلو وي .

EBV د خولې د افرازاتو او د تماس د لارې ليږديږي دا وايرس په زياته کچه له بې ګېلی کاهلانو څخه کوچنيانو او نورو ځوانانو ته د ښکلولو پر وخت د خولې د لعابو يا لاړو په واسطه ليږديږي. همدارنګه دوينې د ورکړې او د هډوکي د مغز د پيوند په واسطه هم لــيږديږي. د ۹۰% څخه زيات بې ګېلې Seropositive خلک وايرس په اوروفرنجيل افرازاتو کې لري.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

پتوجنيزس:

دا وايرس د لاړو په واسطه ليږديږي ، وايرس لومړی د اوروفرنجيل اپيتيليوم او لعابيه غوټۍ ککړوي او بيا له دې ځای څخه نورو ژونکو ته ځان رسوی په داسې حال کې چې B ژونکې د اپيتيل ژونکو له تماس څخه وروسته ممکن ککړې شي. څيړنو ښودلې ده چې هغه لمفوسايټ چې په تانسلر کريپټ کې وجود لري نيغ په نيغه منتن کيږي چې وايرس بيا دوينې د جريان له لارې خپريږي. د منتنو B ژونکو انفلتريشن د لمفاوي انساجو د غټ والي لامل ګرځي.

ګيلې او نښې:

په ځوانانو کې د انفکشن مونونيکلوزس تفريخ دوره ۴-۷ اونۍ ده ستړتيا ، لتې او عضلي دردونه ۱-۲ اونۍ مخکې لدې چې تبه ،دستوني درد او لمفاوي غوټو غټوالی منځته راشي موجود وي چې دا درې واړه د انفکشن مونونيکلوزس دريګونۍ ده چې تبه اکثرا ټيټه درجه وی خو په لومړيو دوه اوونيو کې زياته دوديزه ده. او هم کيدای شي چې تبه له يوی مياشتې څخه زياته دوام وکړي . او په ۹۰ سلنه ناروغانو کې موجوده وي د ماسپښين لخوا لوړيږي (۳۸ – ۳۹ سانتي ګريد درجې)

د ناروغۍ په لومړيو دوه اوونيو کې د لمفاوي غوټو غټوالی او فرانجايټس ډير زيات څرګند وي په داسې حال کې چې د توري غټوالی په دويمه اوونې کې ډير څرګند وي شاتني (خلفی) Cervical غوټې ډيرې زياتې اخته کيږي (۸۰ – ۹۰ سلنه) او کيدای شي چې Generalized شی لوی لمفاوي عقدات زيات حساس ، دردناک او دوه اړخيز وي لاکن نښتی (Fixed) نه دی. Sub mandibular ، مغبني او د تخـــرګ غوټې هم غټيدای شي.

فرانجايټس کله کله ډيره ښکاره نښه وی چې کيدای شي د تانسلونو غټوالي د اکزودات سره يو ځای وي اوستريپتوکوکل فرانجايتس ته ورته والی ولري.

په ۵% نارغانو کې Morbiliform يا Pupular Rash په مـــتو او تنی باندې لـــيدل کيږي. دسږو او زړه کتنه نارمل وي اما د ګيډې په کتنه کې ۱۰ – ۱۵% ناروغانو کې دينی غټوالی، دګيډې حساسيت ، د توري غټوالی په ۵۰ سلنه ناروغانو او ۵% ناروغانو کې زيړی موجود وي. زياتره ناروغان د ۲-۴ اونيو پورې ګېلې لري لاکن لتې اود فکری تمرکز ستونزې ترمياشتو پورې پاتې کيږي په شيدې خوړونکو او ځوانو ماشومانو کې د ګيله ايز انفکشن مونو نوکليوزس پيښې ډيرې کمې وي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

په زړو ناروغانوکې معمولاً غیر وصفی ګیلې موجودې وي دوامداره تبه، ستړتیا او ستوماتتیا ، فرنجایتس، لمف ادینوپتی، د توري لویوالی او غیر وصفی لمفوسایتوزس په نیمګړې ډول په زړو خلکو کې نادرا پیښیږي.

۲-۱۰ جدول د ناروغۍ غوره ګیلې او نښې

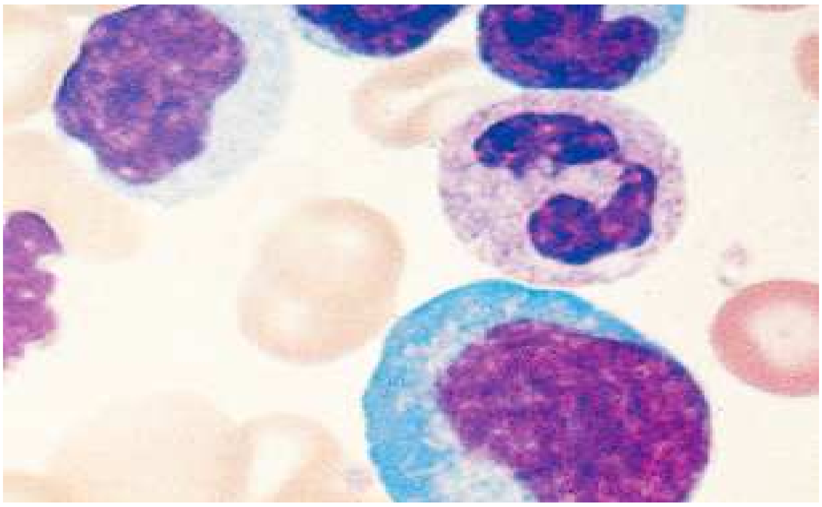
ګیلې(Symptoms)			نښې(Signs)		
د ستونی درد	۸۱-۵۰	٪۷۵	د لمفاوي غوټو غټوالی	۱۰۰-۸۳	٪۹۵
لټې	۷۲-۴۲	٪۴۷	تبه	۱۰۰-۲۰	٪۹۳
سرخوږ	۲۷-۲۲	٪۳۸	فرنجایتس او تانسلایتس	۹۰-۲۸	٪۸۲
د ګیډې درد ، زړه بدوالي او کانګې	۲۵-۵	٪۱۷	د توری غټوالی	۶۴-۴۳	٪۵۱
لړزه	۱۱-۹	٪۱۰	د ینی غټوالی	۱۵-۲	٪۱۱
			خاپونه (Rash)	۲۵-۰	٪۱۰
			د سترګو شاوخوا پړسوب	۳۴-۲	٪۱۳
			ژیړی	۱۰-۲	٪۵

لابراتواری څرګندونې:

د WBC شمیر اکثراً لوړ وي او د ناروغۍ د دوهمې او دریمې اونۍ په لړ کې شمیره ۱۰۰۰۰- ۲۰۰۰۰ پورې رسیږي چې لمفوسایتوزس غوره نښه ده چې په۷۰٪ پیښو کې موجود وي او ۱۰٪ تر ۳۰٪ یې غیر وصفي وي. چې دا ژونکې لوی لمفوسایتونه دي، سایتوپلازم یې لوی او واکیول لري او د ژونکیزې پردی ننوتل (indentation) په کښې لیدل کیږي. غیر وصفي لمفوسایتونه په (۲-۱۸) شکل کې ښودل شوي دي په کمه اندازه نیوتروپینیا او ترومبوسایتوپینیا د ناروغۍ په لومړۍ میاشت کې ډیره دودیزه ده. له ۹۰٪ څخه په زیاتو پیښو کې د ینې دندیزه ازموینه (LFT) غیر نارمل وي، په خفیفي اندازې سره د سیروم امینو ترانسفریز او الکلین فاسفتیز لوړ وي په ۴۰٪ پیښو کې د سیروم بیلروبین لوړ وي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library



په (۲-۱۸) شکل کې غیر وصفي مونونوکلیر ژونکې لیدل کیږي.

اختلاطات:

د IM ډیرې پیښې پخپله ښې کیږي. مړینه په کښې ډیره نادره ده. کله کله مړینه دیو شمیر اختلاطاتو دکبله لکه :

۱. د مرکزي عصبي سیستم اخته کیدل.
۲. دتوري څیرې کیدل.
۳. د پورتنیو هوایی لارو په بندښت.
۴. او یا باکتریایی انتاناتو په مداخلې پورې اړه لري.

د CNS اختلاطات زیاتره د EBV د انتاناتو په لومړۍ او دوهمه اونۍ کې مینځته راځي. زیاتره په ماشومانو کې یې منتجایتس او انسیفلایتس ډیر دودیز عصبی اختلاطات دي. په دې ناروغانو کې سرخوږ، بیړنۍ Meningismus یا Cereberal ataxia، Hemiplegia او سایکوزیس هم مینځته راتلای شي. چې CSF په عمده توګه لمفوسایتوزس لري چې کله کله په کې اتیپکال لمفوسایتوزس هم لیدلای شو اوډیرې پیښې یې د عصبي پاتی شونو (Sequel) د پاتې کیدو پرته ښه والی مومي. بیړنۍ EBV انتان د قحفي ازواجو له ګوزڼ سره یو ځای وي په ځانګړې ډول VII قحفي زوج، Guillian Bare syndrome او Transverse myelitis او محیطي

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

Neuritis هـم ورسره مـلګری وي اوتـو ايميون هيمولايتيک وينه لږي په ۳،. – ۳% پيښنو کې د دوهمی اونۍ په لړ کې هم مينځته راځي.

د هيمـولايز پـه زيـاتو ناروغـانو کې وينـه لـږي کمـه وي ۱-۲ مياشـتې دوام کـوي يـو شـمير ناروغان کيدای شی شديده شي چې ژيړی او هيموګلوبين يوريا څرګنده وي.

دا ناروغـې کيدای شي د Red cell aplasia ، شديد اګـــرانولـــوسايتوزس، ترومبو سايتوپينيا ،پان سايتوپينيا او Hemophagoctic syndrome سره يو ځای وی.

د لمفاوي انساجو Hypertrophy په تانسل يا Adenoid کې د پورتنۍ تنفسي لارې د بندښت لامل کيدای شی او هم کولای شی چې د Epiglottis ، بلعوم ،ژبې (Vulvae) د پړسوب لامل شی.

د توری څيرې کيدل په ۵،. % پيښنو کې منځته راځی چې په نرانو کې د ښځو پـه پرتلـه زيـات دی کيداې شي د انفکشن مونو نيکليوزس لومړې نښه وي پيښې يې پـه دوهمي او دريمی اونۍ کې زياتې دي.

انفکشن مونونيکليوزس په ۱۰% پيښو کې سترپتـــــوکوکل فرينجايټس مينځتـه راځي نور نادر اختلاطـات يـي هيپاټايتس چې وخيم وي، مايوکـارډايتس يـا پيريکـارډايتس د ECG لـه بدلونونو سره، Pneumonic د پلورل ايفيوژن سره بين الخلالی نفريت، Genital Ulceration او Vasculitis څخه عبارت دي.

تشخيص:

سيرالوژيکي ازموينی :

د هيتروفيليک ټيسټ په واسطه تـشخيص ايښودل کيـږي کـه ددې ټسټ تائيـد لـه ۴۰ چنـده څخه زيات وی او غير وصفي لمفوسايتوزس ورسره ملګری وي نو په بيړنۍ EBV دلالت کوي. دا ټسټ په لومړۍ اوونۍ کې ۴۰% او پـه دويمـه اوونۍ کې ۸۸ - ۹۰% پيـښنوکې مثبت وی خو دا ټسټ تر دريو مياشتو پورې مثبت پاتې کـيدای شي.

د Monospot Test ۷۵% څخه پـه زيـاتو پيـښنو کې حساس او ۹۰% ځانګړيتوب لـری. پـه دروغجن ډول کيـدای شـي دا ازموينـه د منـضم نـسج نـاروغيو ، لمفومـا ، وايـرل هيپاټـايټس او ملاريا کې مثبت شي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

د IgM انتي باډي لوړوالی د ویروسي انتیجن پر ضد بیړنی انتان را په ګوته کوي چې تر لومړیو ۲ -۳ میاشتو پورې لوړوی اما IgG انتی بادی دومره تشخیصه ارزښت نلری.
د RNA, DNA, EBV یا پروتین ټاکل هـــم ارزښت لري چې دوایرس اړیکې د ډول ډول خبیثه افاتو سره راپه ګوته کوي.

توپیري تشخیص:

د انفکشن مونونیکلوزس اوغیر وصفي لمفوسایتوزس تـــــوپیري تشخیص باید د سایټومیګالو وایرس، توکسوپلازموزس،اترکس، Human herpes virus،HIV ، هیپټایټس وایرس او هم ددرملو پر وړاندې دحساسیت سره وشي.
په سایتومـــیګالو وایرس کې هیټروفیلیک ټیسټ منفی وی چې اکثرا زاړه خلک اختـه کـوي او دستوني درد ، د توری غټوالی او د لمفاوی عقداتو لـویوالی نظــر انفکشن مونونیکلوزس ته کم وی.
نورې ناروغۍ هم ورسره ورته والی لري لکه روبیلا په کوچنیانو کې بیړنی انتاني لمفوسایتوزس، لوکیمیا او لمفوما سره توپیر شي.
د ستوني درد د ستریپتوکوک له کبله هم انفکشن مونو نیکلیوزس سره ورته والې لري چې لمف اډینوپاتي په ستریپتوکوک انتان کې Sub mandible او Anterior Cervical وي، سپلینومیګالي موجود نه وي.

درملنه:

د انفکشن مونونیکلوزس درملنه په محافظوی اهتماماتو ولاړه ده چې د استراحت اودرد ضد درملو په مټ تر سره کیږی د ناروغی په لومړی میاشت کې باید له ډیر زیات فزیکي فعالیت ځخه ناروغ ځان وژغوری تر څو د توري د څیرې کیدلو خطرامکان کم شي کـه د توري څیرې کیـــدل پیښ شي نو تـوري ویستلوته اړتیا پیښیږي.اسیتامینوفین اوNSAI D درمل د تبې او ستوني درد لپاره ورکول کیږي لاکن د تودو مالګینو اوبـو د غرغـړه کولـو پـه واسطه د ستوني درد زیاتیږي.
غیر اختـلاطی انفکشن مونونیکلوزس ته د کورتیکوستیروئید ورکول استطباب نلری او په حقیقت کې کولای شي چې د باکتریایي انتاناتو Super infection ته زمینه برابره کړي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

پریدنیزولون ۴۰ - ۲۰ ملي ګرامه په ورځ کې د ۲-۳ ورځو لپاره چې ۱-۲ اوونیو کې يې دوز کميږي د هوايي لارو د بندښت د مخنيوي په موخه هغه ناروغانو کې چې شديد Tonsilar hypertrophy ولري ورکول کيږي. او همدارنګه د اتو اميون هيموليتيک وينه لږي او شديدې ترومبوسايتوپينيا په خاطر ورکول کيږي همدارنګه دا درمل په ځينو انتخابي حالاتو کې لکه شديده ستوماتتيا، تبه او هغه ناروغانو ته چې د CNS او زړه ناروغۍ ولري ورکول کيږي.

Acyclovir د انفکشن مونونيکلوزس پر کلينک کومه ځانګړې اغيزه نلري. او په يوه څيړنه کې چې Acyclovir او پريدنيزون ناروغانو ته ورکړل شوی وه کومه اغيزه يې د ناروغۍ پر کلينک نه ده کړې.

خو Acyclovir ۴۰۰ - ۸۰۰ ملي ګرامه ۵ ځلې په Oraly hairy leukoplakia او د ځنډنۍ فعال EBV په درملنه کې اغيزمن ثابت شوی دی.

EBV Post Transplantation پروليفراتيف سندروم په عمومي ډول د انتي وايرل درملو سره ښه غبرګون نه ښکاره کوي.

ددې ناروغانو بيلولو (تجريد) ته اړتيا نشته او د EBV په مقابل کې واکسين چې په څارويو کې څيړل شوې اغيزمن دی.

دهغه Lymph proliferate ناروغيو درملنه چې په هغې کې EBV د غړيو له پيوند څخه وروسته مينځته راغلې وي عبارت دی:

۱. که امکان ولري نو Immuno Suppressive کمول.
۲. د موضعي افت ويستل.
۳. Interferon α ورکړل شي.
۴. CD_{20} په مقابل کې Monoclond Ab (Rituxim ab).
۵. د CNS په افاتو کې Radiation therapy.
۶. هغه ناروغان چې د Stem ژونکو پيوند اخلي:دورکوونکي (Donor) دلمفوسايتو انفيوژن ياد EBV دځانګړي سايتو توکسيک T ژونکو انفيوژن.
۷. د جامدو غړيو د پيوند اخيستونکو لپاره Autologons يا HLA- Matched او د EBV دځانګړي سايتو توکسيک T ژونکو انفيوژن.
۸. سايتو توکسيک کيموتېراپي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

طاعون

(Plague)

تعریف:

دا ناروغی د Yersinia Pestis له امله رامینځته کیږي چې ګرام منفی بسیل دی ددې مایکروب جسامت ۵ ،. x ۱. مـــایکرون دی په C^o ۵۵کې مایکروب وروسته له لس ځخه تر پنځلس دقیقو او په ۱۰۰ سانتي ګیرید کې وروسته د یوې دقیقې له منځه ځي اما په صفر او C^o ۱۰+ تـــودوخې کې تر لسو میاشتو ژوند کولای شي. د ناروغی لامل په یاغی یا صحرایي موږکانو کې پیداکیږي، چې له یوه موږک ځخه بل ته د ورګو په واسطه لیږدیږي. همدارنګه انسان ته هم د ورګې په واسطه او یا نېغ په نېغه د موږکانو په واسطه له ککړشوو موادو سره د تماس په واسطه لیږدیږي. سربیره پر موږکانو پیشوګان، سپیان ، اوښان، خره او سویان هم ککړ یدای شي. له انسان ځخه انسان ته یوازې د pneumonia شکل د ځاځکو (Droplet) په واسطه لیږدیدای شي.

ا پیدیمولوجي:

د طاعون داپیډیمي په منځته راوړولو کې یوازې بیالوجیکي فکتورونه رول نه لری بلکې ټولنیز فکتورونه هم خورا ارزښت لري. لکه د خلکو ګڼه ګونه، د روغتیا ساتنې ښه نه مراعتول چې د ورګو د زیاتیدنې لامل کیږي. طاعون د بشریت په تاریخ کې د تور مرګ(Black Death) په نوم ثبت شـــــوی چې درې پاندیمی ګانی یې لیدل شوي لـومړی پاندیمي یې په کال (۵۲۷ - ۵۲۵) م له مصر ځخه پیل افریقا او اروپا ته خپره شوه چې دپنځوس کالو ځخه په کمه موده کې یې سل میلونه انسانان ووژل.

دوهمه پاندیمي یې په کال (۱۳۳۵-۱۳۴۷)م کې د اروپا یو پر څلور(1/4) وګړي ووژل او پنځوس میلونه وګړي یې په نورو هیوادونو کې له منځه یوړل.

دریمه پاندیمي یې په کال (۱۸۹۴) م په هانګ کانګ کې منځته راغله د شلمی پیړۍ په اوله نیمایي کې شل میلونه انسانان په هندوستان کې پری اخته شول چې دولس میلونه یې مړه شول. اما پدې وروستیو کلونو کې یې پیښې فوق العاده کمې شوي دي چې نږدی ټولې پیښې

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

۵۰ **ځخه ۱۰۰۰** پورې ثبت شوې دي په افریقا کې له **۱۹۴۷** **ځخه تر ۱۹۹۹** پورې یوازې **۴۱۲** پیښې ثبت شوي دي.
د پنځو کلونو په موده کې د **۱۹۸۷** ځخه تر **۲۰۰۱** پورې په **۲۵** هیوادونو کې **۳۶،۸۷۶** پیښې لیدل شوي (په منځنۍ کچه کال کې **۲۵۰۰** پیښې) چې له دوی ځخه **۲۸۴۷** مړه شوي دي.

کلینیکي بڼه:

په بیړني ډول تبه او له سیستمیکو څرګندونو سره پیلیږي که چیرې په بیړه یې درملنه ونه شي نو توکسیک سیر کوي. د شاک او ځو غړیو عدم کفایه بلاخره د مړینې لامل کیږي. په عمومي ډول په انسانانو کې په دریو شکلونو بوبونیک، سپتیسیمیا او نمونیک لیدل کیږي. بوبونیک شکل یې ډیر دودیز دی چې اکثراً د منتنی ورګی د چیچلو له امله منځته راځي. سپتیسیمیک او نمونیک شکل یې کیدای شي په ابتدایي ډول او یا په ثانوي ډول (میتاستاتیک) رامنځته شي. غیر معمول شکلونه یې مننجایتس، Endophalmitis او لمف ادینایتس په ځو ځایونو کې دی. اما نادراً فرنجیل شکل یې هم لیدل کیدای شي.

بوبونیک طاعون :

دودیز ډول یې دی چې د تفریخ دوره یې **۲** ځخه تر **۷** ورځو پورې ده تقریباً **۹۰%** ناروغان اخته کوي. ناروغ د یخنۍ، لرزې، تبه چې د **۳۸** سانتی ګرید ځخه لوړه وی ، عضلي خوږ، د بندو درد سر خوږ، زړه بدوالی، کانګې اوله سستي ځخه ګیله من وي. د **۲۴** ساعتونو په موده کې یو یا ځودرد لرونکي لمف ادینوپتی ګانی هغه ځای ته نږدې چې د ورګې په واسطه چیچل شوې وي رامینځته کیږي ځرنګه چې ورګه زیاتره پښی(Foot) چیچې نو Femoral او سپوغزو (مغبنی) غوټې غټیږي. د تخرګ او غاړې غوټې هم په دوهمه درجه اخته کیږي د ساعتونو په موده کې اخته شوي لمفاوي غوټې غټیږي دردناکی او حساسې وي چې ناروغ جس ته اجازه نه ورکوي کله کله هغه ځای کې چې ورګې چیچلی وي پاپول ,Pustule او ټپ لیدل کیږي.

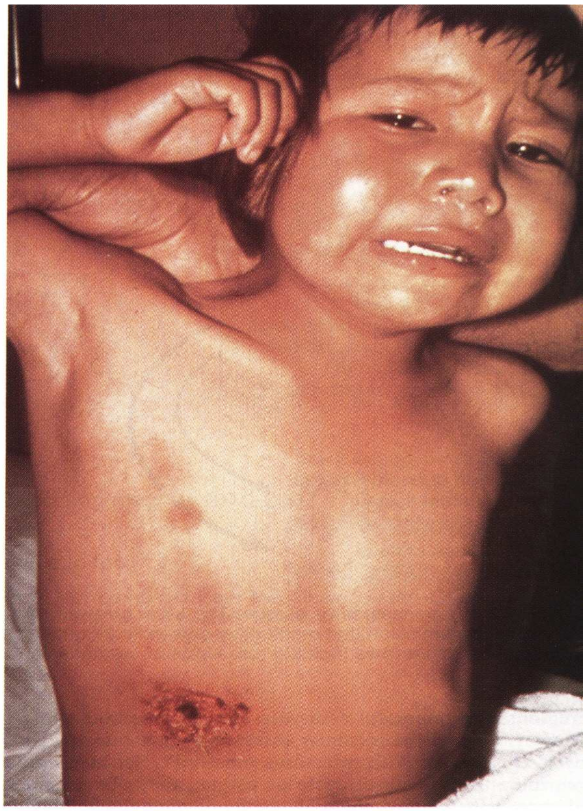
Bubo له **۱** ځخه تر **۱۰** سانتي مترو پورې اوږدوالی لري پوښل شوی پوستکې سور، تود او کش شوی وي. د Bubo شاوخوا انساج پړسیدلی وي او د Bubo پر سر پوښلې پوستکې سور، تود او حساس وي .

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

که چيرې اختلاط رامنځته شوې نه وي او مناسب دمايکروب ضد درمل وکارول شي نو بابونيک Plague په چټکۍ سره د درملو پر وړاندې غبرګون ښکاره کوي تبه او نور سيستميک اعراض د ۲ الی ۵ ورځو په موده کې ښه کيږي. اما Buboes د څو اونيو لپاره غټ او حساس پاتې کيږي.

که اغيزمن ميکروب ضد درمل ونه کارول شي نو توکسيک حالت رامنځته کيږي چې په دې صورت کې تبه، تکي کارديا ، ليترجي، Agitation ، دماغي خړپړتيا ، اختلاجات او هزيانات څرګنديږي.



په (۲-۱۹) شکل کې د تخرګ لاندې Bubo او کوچنۍ ټپ ليدل کيږي.

سپتيسيميک طاعون:

د طاعون پرمختللی حالت دی چې کيدای شی په لومړني ډول يعنی پرته د Bubo څخه څرګند شي. چې ددی ډول طاعون تشخيص ستونزمن دی او ترهغه پورې نه اينبودل کيږي تر څو د وينې په کرنه کې لامل پيدا نه شي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

دا ناروغان د G.I د ګیلو څخه لکه د ګیډې درد ، کانګو ، زړه بدوالی او نس ناستي څخه ګیله من وي چې تشخیص شکمن کوي. که چیرې درملنه یې ونشي نو شدید کیږي او د مړینې لامل ګرځي همدارنګه کیدای شي ایکیموزیزس ، Petechia له تپ څخه وینه بهیدنه ، ګانګرین، DIC ، هایپوتینشن،د پښتو رګو عدم کفایه ، شاک او ARDS په سیپټیسیمیک طاعون کې رامنځته شي.

سیپټیسیمیک طاعون کیدای شي په دوهمي(Secondary) ډول یعنی د Bubo سره یو ځای اویاوروسته رامینځته شي.

په (۲-۲۰) شکل کې Petechiae او Echymosis په سیپټیسیمیک طاعون اخته ناروغ کې لیدل کیږي.

نمونیک طاعون:

د Primary Pneumonic Plague تفریخ دوره ۳ څخه تر ۵ ورځې (منځنی کچه یې ۱-۷ ورځې) ده چې په ناڅاپي ډول د لړزی، تبې، د عضلاتو درد ، سستی او سر ګنګسی سره پیلیږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

تنفسي نښې لکه Tachypnea، نفس تنګي، ټوخی ، بلغم او د سينې درد په وصفی ډول سره په دوهمه ورځ ښکاره کيږي، چې کيدای شي په Hemoptysis ، قلبي تنفسي عدم کفايې، کولاپس باندی تعقيب شي. په لومړني نمونيک طاعون کې بلـــــغم اوبلن، مخاطی ځک لرونکې او کيدای شي وينه ولري.

په فزيکي کتنه کې لومړی يو لوب اخته شوی وي خو په چټکۍ سره Broncho spasm رامينځته کيږي نکروز او Cavitation هم کيدای شي ښکاره شي.

دوهمي نمونيک طاعون په ۱۰٪ ببونيک طاعون کې رامينځته کيږي چې په وصفی ډول انتان د وينې له لارې د Bubo څخه سږو ته ځي او لـــــومړی Interstial Pneumonitis رامينځته کوي.

: Plague Meningitis

منجت دطاعون غير دوديزه ښکارندونه ده چې د Bubo د اختلاط په ډول رامينځته کيږي. په ناروغانو کې تبــــه، سردردي ، Meningismus او Neutrophilc Pleocytosis ليدل کيږي.

فرنجيت طاعون:

په دې ډول طاعون کې تبه ، د ستوني درد ، سرويکل لمف ادينوپتی او سردردي موجوده وي چې له حاد تانسلايټس سره يې توپير ستونزمن وي. همدارنګه د سرويکل bubonic طاعون سره يې هم توپير ګران وي.

په (۲- ۱۱) جدول کې په لنډ ډول د Plaque سندروم ډولونه ښودل شويدي.

د طاعون سندروم

سندروم	ښکارندتياوی
ببونيک	تبه ، درد لرونکې لمف ادينوپتي (bubo)
سيپتيسيميک	تبه، دفشار ښکته والی، SIRS اختلاجات
Pneumonic	ټوخی او Hemoptysis د Bubo سره يو ځای يا غير له دې
Pharynx	دردناکه، التهابي بلعوم، موضعی لمف ادينوپتی
Meninge	تبه، د غاړې شخوالی اکثرا له Bubo سره

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

لابراتواري پلټنی :

د طاعون بسیل په هغه نمونه کې چې د ببو څخه اخیستل کیږي لیدل کیدای شي ۱-۲ ملي مترو پوري نارمل سلین په ببو کې زرق او وروسته مواد ورڅخه اخستل کیږي. همدارنګه د وینې او د عضویت د مایعاتو او نساجو کرنه هم ترسره کیږي چې نمونه باید ۴۵ دقیقې مخکې د مایکروب ضد درملنې دشروع څخه واخیستل کیږي.

د نقاهت په دوره کې دانتي بادي تایټر لوړیږي چې دا د اګلوتینیشن تست په واسطه معلومیږي.

د محیطي وینی په معاینه کې لوکوسایټوزس ۱۰۰۰۰ څخه تر ۲۵۰۰۰ پورې چې په وصفي ډول PMN ژونکې لوړی وي ایزینوفیل ښکته کیږی کله کله لوکومیوئید رییکشن (د سپینو حجراتو شمیر ۱۰۰۰۰۰) منځته راځي.

په منځنی ډول ترومبوسایتوپینیا لیدل کیږي. د ځګر امینوترانسفریز او بیلروبین کیدای شي لوړ وي .

توپیري تشخیص:

د طاعون لمف اډینایټس باید د ستریپتوکوک، ستافیلوکوک همدارنګه د لمفو ګرانولوما venorum ،سیفلیس، تولاریمیا او لمف ادینایټس سره توپیر شي. د ناروغۍ سیستمیکی څرګندونې د وچکۍ، ریکتسیا، ملاریا او انفلواینزا سره توپیرشي سینه بغل یې باید له نورو باکتریایي سینه بغلو سره توپیر شي.

مخنیوی:

دوا په لنډ ډول په هغو خلکو کې چې د طاعون خطر په کې زیات وی له ناروغۍ څخه مخنیوی کولای شی ټټراسکلین ۵۰۰ ملي ګرامه یو ځل او یا څلور ځلې د ورځې د پنځو ورځو لپاره اغیزمن دی.

د طاعون واکسین د څو کالو راپه دې خوا کارول کیږي خو اغیزمنتوب یې په څرګند ډول ثابت نه دی. همدارنګه هغه خلک چې تنفسي طاعون لري باید قرانطین شی هڅه وشي تر څو د سرچینی (موږکانو) اولیږدونکي (ورګې) څخه مخنیوی وشي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

درملنه:

د مایکروب ضد درمل باید ډیر زر پیل شي. د نه درملنې په صورت کې له نیمايي څخه زیات خلک مړه کیږي. ستریپتوماسین یو ګرام ۱۲ ساعته وروسته د عضلې له لارې یا جینتامایسین ۲ ملي ګرامه په هر کیلو ګرام وزن دبدن هر اته ساعته وروسته د ورید له لارې ورکول کیږي. Alternative درمل یې دوکسي سایکلین دي چې ۱۰۰ ملي ګرامه د خولې یا ورید له لارې تر ۱۰ ورځو پورې ورکول کیږي. درملنه یې په (۲-۱۲) جدول کې ښودل شوی ده.

په (۲-۱۲) جدول کې د طاعون د درملنې Guide lines

درمل	ورځنی اندازه	وقفه پر ساعت	دورکولو لاره
ستریپتومایسین			
کاهل شخص	۲ ګرامه	۱۲	د عضلې له لارې
ماشوم	۳۰ ملي ګرامه پر هر کیلو ګرام وزن دبدن	۱۲	د عضلې له لارې
جینتامایسین			
کاهل شخص	۳-۵ ملی ګرامه دبدن پر هر کیلو ګرام وزن د بدن.	۸	د عضلې یا ورید له لارې
ماشوم	۶-۷،۵ ملی ګرامه دبدن پر هر کیلو ګرامه وزن	۸	د عضلې یا ورید له لارې
تتراسایکلین			
کاهل شخص	۲ ګرامه	۲	دخولې یا ورید له لارې
ماشوم چې عمر یې د ۸ کالو څخه زیات وی	۲۵-۵۰ ملی ګرامه دبدن پر هر کیلو ګرام وزن	۲	دخولې یا ورید له لارې
دوکسی سا یکلـــین			
کاهل شخص	۲۰۰ ملی ګرامه	۱۲ یا ۲۴ ساعته	دخولې یا ورید له لارې
ماشوم چې عمر یې د ۸ کالو څخه لوړ وي	۴،۴ ملی ګرامه دبدن پر هر کیلو ګرام وزن کې.	۱۲ یا ۲۴ ساعته	دخولې یا ورید له لارې
کلورامفینیکول			
کاهل شخص	۵۰ ملي ګرامه په هر کیلو ګرام وزن د بدن	۲	دخولې یا ورید له لارې
ماشوم چې عمر یې د ۱ کال اویا د یو کال څخه پورته وي	۵۰ ملي ګرامه په هر کیلو ګرام وزن د بدن	۲	دخولې یا ورید له لارې

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

تولریمیا
(Tularemia)

تعریف:

یوه زونوسس ناروغي ده، چې د Francisella Tularensis په واسطـه منځته راځي دهر عمر، جنس او نژاد خلک اخته کولای شي. دا د وحشي ځارویو ناروغۍ ده چې انساني انتان یې په ناڅاپي ډول د وحشي او کورني ځارویو، د وینې زبېښوونکو یا چیچونکو حشراتو سره د تماس له امله رامینځته کیږي.

نـوموړې ناروغي په Arkansas، Oklahoma او Missouri کې یـــوه دودیزه نـاروغي ده او د امریکا په متحده ایالاتو کې د ۵٪ څخه زیاتې پیښې لري.

په Scandinavan هیوادونو، ختیځې اروپا او سایبیریا کې یې د پیښو د زیاتوالی راپور ورکړل شوی.

داناروغي په ډیرو کلینیکي سندرومونو ځانګړې کیـږي چې ډیر دودیز ډول یې چیچل شوی ځای کې د ټپ شتون او ناحیوي لمف ادینوپتي او لمف اډینایټس دی.

اپید یمولوجي او لاملونه:

تولریمیا یوازینۍ ناروغي ده چې د F.Tularensis په واسطه مینځته راځي او دا وړوکې ګرام منفی، ایروبیـک، سپور نه لرونکی، بی حرکتـه او پـولي مورفیـک بسیل دی چې د Bipolar تلوین سره Coccoid شکل نیسي. دا اورګانیزم نازکه انکپسولیټید دی.

په طبعیت کې د F. Tularensis اورګانیزم کـــــولای شی چې د اوونیو او میاشتو لپاره په اوبو، خټه او د حیواناتو په جسدونو کې ژوند وکړي.

ددې ناروغۍ وکتور زیاتره وینه زبیـښونکي او چیچـونکي حشرات پـه ځانګړي ډول ورګـې او مچان دي او په اندیمیک ساحو کې ورګې او وحشي سویان د انتان سرچینه ده.

هغـه حیوانـات چې د نـاروغۍ زیرمـه جوړوی عبـارت دي لـه وحشي سـویان، سـورلنډیان، مرغان، پسونه، کورني سپیان او پیشوګانی .

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

انسانان د بېلا بېلو لارو څخه پدې ناروغۍ اخته کیدای شي:

۱. د حشراتو د چیچلو په واسطه.

۲. د اخته حیوان له انساجو او مایع سره تماس.

۳. نیغ په نیغه له ککړو اوبو، خوړو او خاورو سره تماس او هم د انشاق له لارې.

F.Tularensis دوه تایپونه لري (تایپ A او تایپB) چې تایپ A یې پرته له درملنې څخه په انسانانو کې نسبتا شدید سیر لری او د مړینی اندازه یې تقریبا ۵% ده.

خو تایپ B خفیف یاد Subclinical انتان لامل گرځي او زیاتره د اوبو او بحري تي لرونکو حیواناتو په واسطه مینځته راځي.

F.Tularensis اګزتوکسین نه جوړوي بلکې داسې یو اندوتوکسین جوړوي چې د نورو ګرام منفي بیسلونو اندوتوکسین ته ورته دي.

د ناروغۍ پرمختګ د اورګانیزم د وایرولانس، دداخلیدو لارې، دکوربه معافیت او د Inoculum د سایز پورې اړه لري. له یوه شخص څخه بل شخص ته د ناروغۍ لیږید نه نادره ده او په نارینو کې نسبت ښځو ته عامه ناروغي ده .

د موسم له نظره اکثرا د پسرلي او اوړي په موسم کې لیږدیږي. خو کیدای شي د ژمي په موسم کې هم له ښکار شوو یا تړل شوو حیواناتو څخه په دوامداره توګه ولیږدیږي.

پتوجنیزس او پتالوژي:

د مایکروب د داخلیدو مهمه لاره پوستکې او مخاطي پرده ده خو کیدای شي د انشاق او خوړلو په واسطه هم داخل شي خو د خولې له لارې د ناروغۍ رامنځته کولو لپاره ۱۰^۸ څخه زیاتو اورګانیزمونو ته اړتیا ده خو د پوستکي او یا انشاق له لاری څخه د ۵۰ څخه کم اورګانیزمونه هم ناروغي رامینځته کولای شی.

F.Tularensis کولای شي فګوسایتیک او غیر فګوسایتیک ژونکې ککړې اود زیات وخت لپاره د ژونکو په داخل کې ژوند وکړي. په بیرني پړاوکې پوستکې، لمفاوي غوټې ، ځیګر او توری اخته کوي. نکروزس چې لومړی د PMN ژونکو په واسطه راګیر شوې وي او وروسته ګرانولوما جوړیږی. اپیتیلوئید ژونکې ، لمفوسایت او څو هسته لرونکي Gaint Cell د نکروزي ناحیې په چاپیره لیدل کیږي. دا ځایونه د Cassation نکروز پشان ښکاری مګر وروسته ابسې جوړوي. د منضمې (Conjunctiva) څخه داخلیدل د سترګو د انتان لامل کیږي چې ورسره

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

یو ځای ناحیوی لمفاوي غوټو غـــــټوالی (Preauricular Lymphadenopathy, Parinaud's Complex) څرګندیږی.

که انتان انشاق شي اویا وینې ته داخل شي نو کولای شی نمونیا رامینځته کړي. وینه لرونکی پلورل ایفیوژن دودیز دی.

معایي شکل هغه وخت رامینځته کیږي کله چې په زیاته اندازه میکروب وخوړل شي په دې صورت کې میزانتریک لمف ادینوپتي څرګندیږي. دمننجایټس راپور هم ورکړل شویده. باکتریمیک ناروغۍ چې تیفوئیدل تولریمیا ورته وایی هم کیدای شي مینځته راشي.

باکتریا لومړی ناحیوي لمفاوي غوټو ته خپریږي لمف ادینوپتي (Buboes) مینځته راوړي او هم د باکتریمیا سبب کیږي او پدې توګه انتان لیرې برخو ته ځان رسوي.

ددې ناروغۍ پتالوجي د مـــونونوکلیر ژونکو انفلتریشن او Pyo granalomatous په واسطه ځانګړې کیږي.

هستولوجیکه منظره یې د توبرکلوز د ناروغۍ په شان ده خو په دومره توپیر چې دا ناروغۍ په چټکۍ سره مخ په وړاندې ځي.

د ناروغۍ کلینیکي بڼه:

ناروغي په ناڅاپي ډول د تبې، لړزې، سردردي اوعضلاتو اود بندونو له درد سره پیلیږي.

دا حالت هغه وخت مینځته راځي کله چې انتان پوستکې ته ننوځي او یا انشـــاق شي د تفریخ دوری (۲-۱۰ ورځی) له تیریدو څخه وروسته د پوستکي په داخل شوي برخه کې تپ او موضعي التهاب جوړیږی ممکن تپ څو میاشتې دوام وکړي . اورګانیزم د لمف له لیاری ناحیوي لمفاوي غوټو ته رسیږي چې د غوټو د غټوالي ، نکروز او قیح لامل کیږي

که انتان وینې ته داخل شي نو سربیره له پراخې خپریدنې کیدای شي د اندوتوکسیمیا ګیلو او نښو د څرګندیدو لامل شي.

نږدی ۲۰٪ ناروغانو کې په منتشره توګه مکولوپاپولر رش موجود وي کوم چې ځینی وخت په پوستول بدلیږی Erythema nodusom په کمو پیښو کې څرګندیږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

په (۲-۱۳) جدول کې د ناروغۍ کلينيکي څرګندتياوې ښودل شوې دي.

نخښې او ګيلې	ماشومان	غټان
د لمفاوي غوټو غټوالي	٪۹۲	٪۲۵
تبه ۳۸،۳ سانتي ګريد يا له دې څخه لوړه	٪۸۷	٪۲۱
تبې، ارچق، پېول	٪۴۵	٪۵۱
عضلي دردونه، د بندونو درد	٪۳۹	٪۲
سرخوږ	٪۹	٪۵
ټوخې	٪۹	٪۵
فرينجاټيس	٪۴۳	
نس ناستی	٪۴۳	

السروګلاندولر او ګلاندولر تولريميا:

دا دواړه ډولونه د ناروغۍ ۷۵ -۸۵٪ پيښې جوړوي. په ماشومانو کې د ناروغۍ څرګند شکل د غاړې او Post Auricular لمف ادينوپتی ده چې زياتره په غاړه او سر کې د ورګې په چيچلو پورې اړه لري . په غټانو کې عام شکل يې مغبني او Femoral ادينوپتی ده کوم چې د ښکتنيو نهاياتو سره د ورګې د تماس يا نورو حشراتو د چيچلو له امله مينځته راځي.

پدې ناروغۍ کې د تبې قاعده ورو ورو تور رنګ غوره کوي او ناحيوي لمفاوي غوټې حساسي او شديداً غټيږي . غوټې ښايی تموج پيداکړي او په خپل سردرريناژ شي خو که اغيزمنه درملنه تر سره شی دا حالت تر کنترول لاندی راځي.

په ۲۵٪ ناروغانو کې تقيح وروسته رامينځته کيږي که د دې ناروغانو دلمفاوي غوټو څخه داغيزمنې مايکروب ضد درملنې څخه وروسته نمونه تر لاسه شي نو ستريل نکروتيک انساج به وليدل شي.

په ۵-۱۰٪ ناروغان کيدای شي د پوستکي افت څرګند نه وي مګر لمف ادينوپتی او سيستميکې ګيلې او نښې موجودې وي او ددی برخلاف هم کيدای شي چې په تنه باندې د ورګې د چيچلو له کبله يو تپ پرته د لــــمف ادينوپتی څخه مـــوجود وي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

اوکولو ګلاندولر تولریمیا(Oculoglandular Tularemia):

په ۱% ناروغانو کې د مایکروب د ننوتلو لاره منضمه ده چې اورګانیزم اکثرا د ککړو ګوتو دتماس په واسطه سترګو ته ځان رسوی او منضمه التهابي کوي بیا منضمه دردناکه او یــو زیات شمیر زیړچــکه نودولونه چې Pin point ټپونه رامنځته کیږي.

همدارنګه قیحي التهابي منضمه د ناحیوي لمف ادینوپتی سره ښکاره کیږي. کیدای شي ناروغ د درد د ارامولو لپاره مخکې لدی چې لمف ادینوپتي پرمختګ وکړي د درملنې په لټه کې شي.

Oropharyngeal and gastrointestinal Tularemia:

دا ډول د ناروغۍ په نادره توګه د چتلی ناسمی پخ شوی غوښې او یا دککړ شویو خوړواو اوبو له څښلو وروسته مینځته راځی .

د خولې لارې د انتان داخلیدل کیدای شي د بیړنی اکسوداتیف او ممبرانوس فرنجایتس لامل شي.چې د سرویکل لمف ادینوپتی سره یو ځای وي.

اویا داچې دکولمو ټپ د میزانتریک لمف ادینو پاتی ، نس ناستی ، دګیډی دردونو، زړه بدوالی ، کانګو اودهضمي خونریزي سره یو ځای رامینځته کړي.

اخته تانسلونه غټیږی او ژیر سپین رنګه کاذبه پردی باندی پوښل کیږي چې د دیفتیری سره مغالطه کیږی .

د سږیو ټولریمیا:

ناروغي کیدای شي چې داتتان د انشاق او یا سږو او پلورا ته دوینې له لارې داتتان د ورتګ له امله مینځته راشي.

داتتان د انشاق په وسیله نمونیا اکثرا د لابراتوار کار کوونکو کې چې د ککړ شویو موادو سره د مخامخ کیدو خطر یي زیات دی رامینځته کیږی او د مړینی شمیر یي هم په همدې ناروغانو کې ډیر دي.

سږو ته د وینی د لاری د انتان خپریدل السروګلاندولر ۱۰- ۱۵% او تیفوئیدل تولریمیا په ۵۰% پیښو کې رامینځته کوي.

پخوا داسی اند کیده چې دا د زړو خلکو ناروغۍ ده خو ۱۰- ۱۵% ماشومانوکې چې د تولریمیا کلینیکي نښې یې درلودی د سږودپرانشیم انفلتریشن دسینی رادیوګرافي پواسطه ثابت شو.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

ددې ډول نمونيا مهمې ګيلې عبارت دي له وچ ټوخی، ساه لنډی او د سينی پلورايي درد څخه .
د سينې په راديوګرافي کې دوه اړخيزه Patchy انفلتريشن ، پرانشيمل انفلتريشن او کهف ليدل کيدای شی.
پدې ناروغان کې امپيما هم پرمختګ کوي او دوينې معاينه د F.Tularemia لپاره مثبته وي.

ټيفوئيدل تولريميا (Typhoidal Tularemia):

دا ډول ناروغۍ اوس په متحده ايالاتو کې نادر ده. د انتان سرچينه ټيفوئيدل تولاريمي کې اکثرا د فرنجيل ، ګستراتيستينل او باکتريميا سره اړيکې لري . تبه پدی ناروغانو اکثر پرته لدی چې د پوستکي کوم افت او لمف اډينوپتی په ښکاره ډول موجوده وی مينځته راځي. ځينی ناروغان د غاړی او ميزنتريک لمف ادينوپتی درلودونکې وي.
په هغه صورت کې چې دکوم ليږدونکې سره د تماس تاريخچه موجوده نه وی نو د ناروغۍ تشخيص ستونزمن دی.
ناروغ کې لوړه دوامداره تبه،د اندوتوکسيميا نښې او شديده سردردی عامه ده. ناروغ ښايی هزيانی او شاک کې وي.
که چيری د مايکروب ضد اټکلي درملنه کې اميونو ګلايکوزيد شامل نشي د مړينی شميره يي ۳۰% ته رسيږي.

دناروغۍ يو شمير نورې کلينيکي بڼې:

دا ناروغي د يو شمير نورو ناروغيو سره اړيکې لري لکه مننجايتس،پريکارډايتس، هيپاتايتس، پريټونايټس، اندوکارډايتس، اوستيوملايتس، سپسس، سپتيک شاک او دپښتورګو بيړنی عدم کفايه.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

تشخیص او توپیري تشخیص:

کله چې په اندیمیک ځای کې یو ناروغ ته تبه، د پوستکي ځنډنی تپ، غټې او حساسې لمفاوي غوټې پیدا شي نو د تولیریمیا تشخیص وربانـدی ایښودل کیږي او د تثبیت لپاره لابراتواري معاینات ترسره کیږي او مناسبه درملنه ورته پیلیږي.

او که په غیراندیمیک ساحه کې په ناروغ باندې ددې ناروغۍ شک وشي نو باید لیږدونکې حیوان سره د تماس لپاره دقیقه تاریخچه واخیستل شي.

د ناروغۍ پیښې په ښکار کوونکو، دام نیوونکو ، وترنرانو، د لابراتوار کارکوونکو او هغه کسانو کې چې له حشراتو او نورو حیواني لیږدونکو سره په تماس کې وي زیاتې دي خو سره له دې هم په ۴۰% ناروغانو کې د حیواني لیږدونکې سره څرګنده اپیدیمولوجیکي تاریخچه موجوده نه وي.

د وصفي السروګلاندولر تولیریمیا په تشخیص کې کومه ستونزه نه رامنځته کیږي.

که چیرې په کمه کچه د کلاسیک ناحیوي لمفاوي ادینوپتی او ګلاندولر تولریمیا ګډلې موجودې نه وي نو باید د یو شمیر ناروغیو سره توپیر شي لکه پایوجنیک باکتریایي انتان ، توبرکلوز، سفلیس، انترکس، طاعون، محرقه، بروسیلوزس، سارکوئیدوزس، ډول ډول نمونیاګانی ، انتانی مونو نیکلوزس او یو شمیر نور.

ددې ناروغۍ د پوستکي افت د یو شمیر نورو ناروغیو دپوستکې افت سره ورته والی لری مګر دلته دپوستکي افت په عمومي ډول د زیاتو ناحیوي لمفاوي ادینوپتی سره ملګري وي په ماشومانو کې باید د Cat سکرچ ناروغۍ سره توپیر شي.

تولریمیا نمونیا د اتیپیکال نمونیا او تیفوئیدل تولیریمیا د یو شمیر نورو حالتونو سره ورته والی لري.

لابراتواري کتنې:

روټین لابراتواري کتنې ځانګړې پایله نه لري WBC کیدای شي نارمل یا لوړ وي، ترومبوسایت کموالی، د ځګر انزایمونو لوړوالی او Sterile Pyruria کیدای شی ولیدل شي. F. Tulerensis کـــولای شـــو دوینې په کرنه او له حیواناتو څخه په اخیستل شویو موادو کې پیداکړو.

Media باید د Cysteine لرونکې وي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

ځرنګه چې کرنه د لابراتوار کارکوونکو لپاره خطر لري نو سيرالوجيک کتنو پر بنسټ تشخيص ايښودل کيږي. که اګلوتينيشن تست (1:80<) وي نو تشخيص تاييد وي چې مثبت والی يې په دوهمه اوونۍ کې څرګنديږي او کيدای شي څو کاله ثابت پاتې شي.

اختلاطات:

دويني له لارې خپريدنه کيداې شي د مننجايتس ، پيري سپلينايتس،د توري دشکيدنی، پريکارډايتس، نمونيا او اوستيوملايتس لامل شي. همدارنګه DIC ،د پښتورګو عدم کفايه،دعضلاتو ويلې کيدل، ژيړی، هيپاتايتس او ترمبوفيليبايتس هم رامنځته کړي.

درملنه

ځرنګه چې د فلوروکينولون توکسيستی کمه ده او دخولې د لارې خوړل يې هم اسانه دی، نو د داخل ژونکيزو اغيزو په لرلو سره د ناروغۍ په درملنه کې اغيزمن درمل ګڼل کيږي. په ځانګړي ډول په هغه ناروغانو کې چې د نورو درملو سره حساسيت او عدم تحمل ولري.

سپروفلوکزاسين يې ښه بيلګه ده چې د لس ورځو لپاره استعماليږي.

کلورامفينکول او تتراسکلين د تولريميا ناروغۍ په بيرنۍ حمله کې ډير اغيزمن درمل دي خو د د ناروغی د Relapse اندازه يې زياته ده.

په غټانو کې انتخابي درمل ستريپتومايسين دی چې ۷,۵-۱۰ ملي ګرامه په هر کيلو ګرام وزن د بدن د عضلې له لاری هر ۱۲ ساعته وروسته ورکول کيږي.

په شديدو حا لتونو کې کيداې شي چې ۱۵ ملي ګرامه پر هر کيلو ګرام وزن دبدن هر ۱۲ ساعتو کې د لومړيو ۴۸-۷۲ ساعتو لپاره استعمال شي.

دا په ماشومانو کې هم يو انتخابی درمل دی چې دوز يې ۳۰-۴۰ ملي ګرامه پر هر کيلوګرام وزن دبدن هر ۱۲ ساعته وروسته د عضلې له لارې دی .

کله چې په ماشومانو کې کلينيکي غبرګون په ۳-۵ ورځو کې راڅرګند شو نو بيا د دوا دوز ۱۰-۱۵ ملي ګرامه دبدن پر هر کيلو ګرام وزن د ورځې دوو کسري دوزونو ته راښکته کيږي د درملنی دوام يې ۷-۱۰ ورځو پورې دی.

په Mild او Moderate حالتونو کې چې معمولاً تبه د ناروغ په لومړيو ۴۸-۷۲ ساعتو کې له منځه ځي درملنه ۷--۱۵ ورځو پورې توصيه کيږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

جینتاماسین ۱،۷ ملي ګرامه دبدن پر هر کیلو ګرام وزن د عضلې له لیارې هر ۸ ساعتوکې هم اغیزمن درمل دی.
په کامیابه درملنه شوي ناروغ کې د دوه ورځو په دننه کې نقاهت رامینځته کیږي خو د پوستکي او لمفاوي غوټو افت له یوې څخه د دوه اونیو په موده کې ښه کیږي.
که د ناروغۍ په لومړیو ورځو کې درملنه پیل نه شي نو کیدای شي چې نقاهت کې وروسته والی څرګند شي.
د ستریپتومایسین او جینتاماسین په واسطه درملنې کولو سره د ناروغۍ بیا راګرځیدنه دودیزه نده خو نږدې په ۴۰٪ ماشومانوکې چې دا دواګانې اخلي د لمفاوي عقداتو Late Suppuration رامینځته کیږي.
هغه ناروغان چې تموجی (Fluctuant) لمفاوي غوټې ولري نو مخکې د درېناژ څخه د روغتون پرسونل ته د خطر کمولو لپاره ښه ده چې څو ورځې ناروغ ته دمایکروب ضد درمل ورکول شي د ستریپتومایسین او جینتاماسین په خلاف توبرامایسین د تولریمیا په درملنه کې اغیزمن نه دی.

انزار:

که دناروغۍ درملنه ونشي نوګېلې ۱-۴ اونۍ او ښایي تر میاشتو دوام وکړي. د شدیدو بې درملنو پیښو په صورت کې دمړینې شمیر تر ۳۰٪ پورې رسیږي خو که اغیزمنه درملنه ترسره شي نو بیا د مړینې شمیر ۱٪ ته راښکته کیدای شي. تیفوئیدل شکل کې د مړینې کچه زیاته ده، په ځانګړې توګه کله چې له نمونیا سره یو ځای وي.
په لاندې خلکو کې انزار خراب دي:

۱. زیات عمر.
۲. کومه بله ناروغي ولري.
۳. د ګیلو شتون له یوې میاشتې څخه د زیاتې مودې لپاره.
۴. د پښتورګو عدم کفایه .
۵. د تشخیص وروسته والی.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

مخنیوی:

دناروغۍ مخنیوی دوینې زبیښوونکو او چیچونکو حشراتو په ځانګړي ډول د ورګو او Deer flies څخه ځان ساتل دی.

ددې ناروغۍ پر ضد واکسین د F.Tularensis ژوندی کمزوری شوی انتان دی چې د ناروغۍ تکرار او شدت راکموی نو هغو کسانو ته چې اورګانیزم سره زیا ت په تماس کې دي په ځانګړي ډول په اندیمیک ساحو کې لکه ویترنران او ښکاریانو ته تطبیق کیږي.

همدارنګه د ژوندیو یا مړو حیواناتو سره دتماس په وخت کې د دستکشو اغوستل هم د ناروغیو دلیږد خطر راکموي.

زیات خطر سره مخامخ خلکو ته انتي بیوتیک او شیموپروفیلکس هم ورکول کیدای شي.

په هغو ناروغانو کې چې د زیات مقدار اورګانیزمونو سره مخامخ وي لکه د لابـــــــراتوار کارکـوونکې او هم هغه څوک چې د F. Tularensis سره یې Incubating کړی وي په دوی کې په وخت درملنه کولای شي چې د ناروغۍ مهمو کلینیکې ډولونو له پرمختګ څخه مخنیوی وکړي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

چینجیان (Helmenthosis)

پیښې یې په ټوله نړۍ کې ډیرې زیاتي دي په ځانګړي ډول دودې په حال هیوادونو کې دمعیوبیتونو مهم لامل ګڼل کیږي. تقریباً بیلونونه خلک کم ترکمه یو ډول ځانګړې چینجې لري .

هغه چینجیان چې انسان اخته کوي عبارت دي د نیماتودا (ګرد چینجیان) او Platy Helmenthosis (پلن چینجیان) څخه چې دا وروستی یې په سیستودا(فیتوي چینجیان) او تریماتودا (Schistosemisis and Other Flukes) ویشل شوی دی.

یو شمیر چینجیان یوازې انسانان اخته کوي خو یو شمیر نور تي لرونکي حیوانات هم اخته کولای شي. چینجیان څو حجروي اورګانیزمونه دي چې د یو ساتتي متر څخه کم او ۱۰ مترو څخه زیات اوږدوالي لري. د یو ځانګړي پوټکي په واسطه پوښل شوي چې د چاپیریال د پیښناو هضم څخه یې ساتنه کوي. د انسان وجود ته د هګۍ، لاروا، Penetration یا د چیچلو په واسطه داخلیږي.

پیښې یې په ګرمو سیمو اودودې په حال ځایونو کې چې موسم او چاپیریال د وکتور د ژوند لپاره مساعد وي زیاتي دي.

فیتوي چینجیان(Tape Worm) یا سیستودا

ډلویش :

شپږ بیلا بیل ډولونه یې په انسانانو کې ناروغی رامینځته کوي چې ددې شپږو له جملې څخه یې درې اوږده او درې کوچني چینجیان دي چې عبارت دي له:

۱- اوږده چینجیان :

- دغوا فیتوي چینجیان (Taenia Saginata) چې **۲۵** متره اوږدوالی لري.
- د خوګ فیتوي چینجیان (Taenia Solium) چې ۷ متره اوږدوالی لري.
- دکب فیتوي چیجیان (Diphyllo bothrium latum) چې ۱۰ متره اوږدوالی لري.

۲- کوچني چینجیان :

- H.Nana (Dwarf tape worm) چې **۲۵-۴۰** ملي متره اوږدوالی لري.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

- دنولـــي فیتوي چینجیـــان (Hymenolepis diminuta)۲۰-۲۰ ساتني متره اوږدوالی لري.
- د سپي فـــــیتوي چینجیان(Dipylidium Caninum) چې ۱۰-۷۰ ساتني متره اوږدوالی لري.

ددی شپږو ډولونو څخه څلور ډولونه يې په ټوله نړی کې زيات پيدا کيږي خو د خوګ او دکب دفيتوي چينجيانو پيښی کمې دي.

پوخ چینجی د سر (Scolex) ،غاړی او ديو ځانګړي دځنځير کړۍ (Proglottids) لرونکی دی چې د سکوليکس په واسطه د کوچنيو کـــولمو له پورتنۍ برخې سره نښلي.

Scolex او د زنځير سګمينتونه لاندې شکل لري

(۲-۲۱) شکل الف: د چینجي سر (Scolex) ب: دچینجي دځنځیرکړۍ (Proglottid)

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

۱- تينيا سجيناتا (دغوا فيتوي چينجي) :

په زياتره هيوادوکې ليدل کيږي په ځانګړي ډول هغو ځايونو کې چې دغوايانو غوښه خامه او يا پوره پخه شوې نه وې وخوړل شي.
دپوخ چينچي لپاره انسان يوازينی کوربه دی. پوخ چينجی ۸-۱۰ مترو پورې اوږدوالی لري چې د جيجينوم پورتنۍ برخه کې اوسيږي . يو Scolex او ۱۰۰۰ څخه تر ۲۰۰۰ پورې بندونه لري چې Scolex يې څلور زبيښونکي(Sucker) لري.
کله چې دچينجي هګۍ وخوړل شي نو د دوو مياشتو په موده کې ورڅخه پوخ چينجی جوړيږي.

کلينيکي بڼه:

دناځانګړو ګيلو لامل کيږي لکه دګيډې کم درد ، زړه بدوالی، د اشتها بدلون، سستي او د وزن کموالی، څرنګه چې پروګلوتايد خوځنده دي نودګيډې د بيړني درد لامل هم کيداې شي او هم کولاې شي اپنډکس، پانقراص او د صفراوي کڅوړې قنات بند کړي ناروغ خپله د چينجي د بندونه (Proglottid) له خـــارجيدو څخه ګيله کوي.

تشخيص:

په ډکو ميتيازو کې د هګيو يا Proglottid په ليدو سره تر سره کيږي. هګۍ کيدای شي د مقعد د پوستکي په شاوخوا کې هم موجودی وي. سيرالوجيک معاينه مرسته نکوي.
ايزونيوفيليا او IgE لوړوالی په سيروم کې پيداکولای شو.

درملنه :

د Praziquantel (۱۰ ملي ګرامه پر هر کيلو ګرام وزن دبدن) په واسطه درملنه ترسره کيږي چې ۹۹% اغيزمن دي . همدارنګه Niclosamide دوه ګرامه يو ځل د سهار له چاې څخه مخکې ژول کيږي چې ۹۰% اغيزمن دي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

مخنیونه:

دغویي غوښه باید په پوره ډول پخه شي. په ۵۲ درجې حرارت کې د ۵ دقیقو لپاره او په منفي ۲۰ درجې کې ۷ الی ۱۰ ورځې د انتان لاروا تخریبیږي.

۱. تیناسولیم او سیستي سرکوزیس (Cysticercosis):

انسان یوازینی کوربه دی خوګ د منځني کوربه په توګه ونډه لري.همدارنګه یو شمیر نور څاروی د لاروا لپاره کوربه کیدای شي.

په ټوله نړۍ کې پیداکیږی خو په لاتینه امریکا، افریقا، چین اوختیزې اسیا کې یې پیښې زیاتی دی. تینیا سولیم د دوه ډوله ځانګړې انتاني ناروغیو لامل کیږي یو داچې کاهل چینجی جوړوي او د انسان په کولمو کې ژوند کوي او بل لاروا شکل دی چې په انساجو کې ژوند کوي. سیستي سرکوزس زیاتره د کډوالۍ له امله رامینځته کیږي.

لامل اوپتوجنیزس:

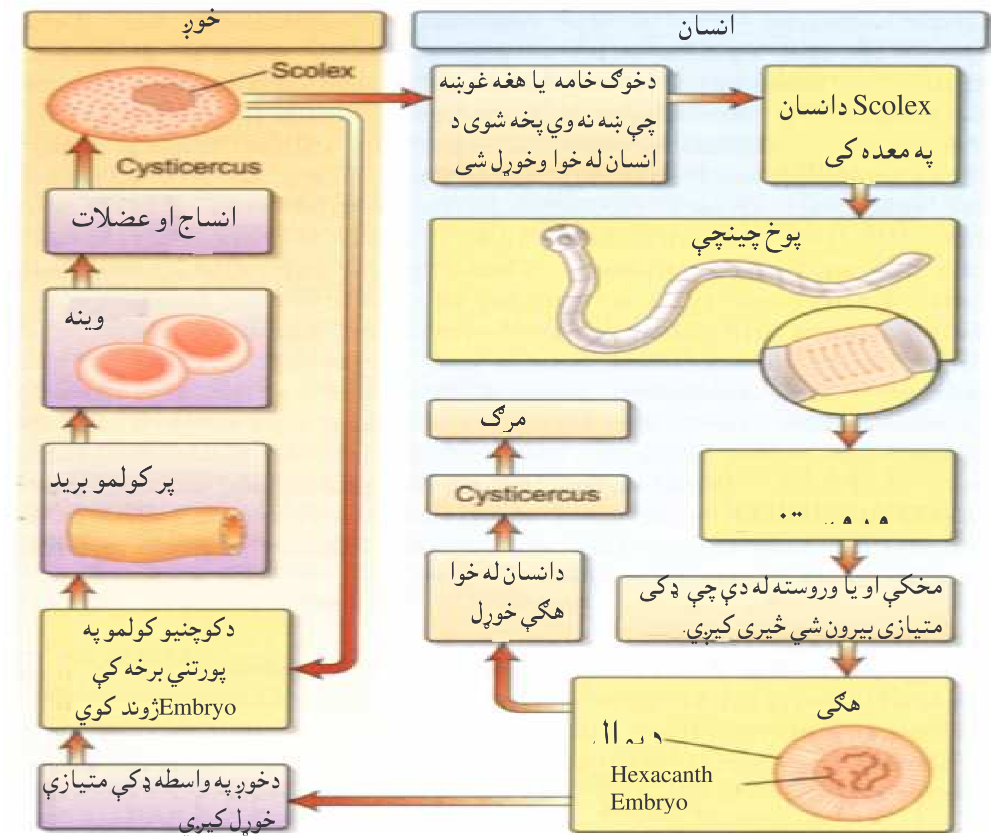
ځوان چینجی په جیجینوم کې ژوند کوي. چینجی کولای شی تر کلونو پورې ژوندی پاتی شي (۱۰ – ۲۰ کاله) ۲ – ۸ مترو اوږدوالی لري او کیدای شي ۱۰۰۰ Progolottid ولري چې هر یو یې ۵۰۰۰۰ هګۍ اچوی هګۍ په چاپیریال کې څو میاشتې ژوند کولای شي. کله چې هګۍ د منځګړې کوربه لخوا وخوړل شی لاروا جوړوي د کولمو دیوال ته ځی او بیا انساجو ته لیږدیږی ۲۰ -۹۰ ورځی ورسته داخل Cystic لاروا پړاو منځته راځي چې دلته Cysticerci دمیاشتو یا کلونو لپاره ژوند کولی شي.

انسان هغه وخت د کولمو په فیتوي چینجي اخته کیږي کله چې دسرکوزی (Pork) هغه غوښه چې لرونکې د سرکوزس وي او ښه پخه شوې نه وي و خوري. مګر انسانی سیستي سرکوزس هغه وخت مینځته راځي کله چې د تیناسولیم هګۍ وخوړل شي او یا Autoinfection رامنځته شي داپدی معنی چې خپله اخته شوی شخص چې د چینجي هګۍ بهرني چاپیریال ته لیږدوي همدا هګۍ وخوري.

د سیست قطر د ۵،. - ۱ سانتي متر دی چې لرونکې د Scolex وی.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library



(۲-۲۲) شکل د تیناسولیم دژوند دروان

کلینیکي بڼه:

دکولمو تیناسولیم:

کیدای شي ګېلې ونلري. د ګېډې د پورتنۍ برخې درد، زړه بدوالی، د ولږې احساس، وزن کموالی او نس ناستی کیدای شي موجود وي. ناروغ په دکو متیازو کې Proglottid خارجیدلو ښخه حکایه کوي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

سيس تي سرکوزيس(Cysticercosis) :

د سيس تي سرکوزيس په واسطه په نړۍ کې هر کال ۲۰ ميلونه انسانان اخته کيږي چې له دې د جملې څخه ۵۰۰۰۰ هر کال مړه کيږي.

د Cysticercosis کلنيکي څرګندتياوې متغيرې دي. Cysticerci دوجود هره برخه اخته کولاې شي په ځانګړي ډول يې په دماغ، اسکليتي عضلاتو، د پوستکي څخه لاندی انساجو او سترګو کې يې هم پيدا کولاې شو.

کلينيکي څرګندتياوې داتتان په شمير ، ځای، التهابي غبرګون او Scarring پوری اړه لري.

په زياتره ناروغانو کې سيست ګېلې نه لري کله چې اعراض پيداکړي نو د تفريخ دوره يې ۱-۵ کلونو پورې ده. کلينيکي څرګندتياوې د کتلې ، التهابي غبرګون، د دماغ د فورامين اويا بطيني سيستم د بنديدو له امله وي.

اختلاج کيدای شی موجود وي چې دا په موضعی، عمومی او يا د Jacksonian په ډول څرګنديږي.

هايدورسفالوس د CSF د بنديدو له امله چې بندوالی Cysticerci، التهاب او يا د Arachnoiditis له امله مينځته راځي.

د قحفی فشار د لوړوالی نښې لکه سردردي، زړه بدوالی، کانګې، د ديد بدلون ، سر ګيچي ، ګنګسيت او د موازينی خرابوالی هم کيدای شی موجود وي.

Pupil odema هم د هايدورسفالوس په ناروغ کې څرګنديدای شي.

کله چې سيستی سرکوزس د دماغ قاعده يا سب ارکنوئيد مسافه اخته کړي نود ځنډني مننجايټس ،ارکنوئيدايتس يا ستروک لامل کيدای شي.

که چيرې سترګې اخته کړي نو د سترګو د شاوخوا د درد ، د ديد دخرابوالي او Scotomas لامل کيږي .

که د پوستکي لاندی يا په مخططو عضلاتو کې ځای ونيسي نو په دوديز ډول پدې صورت کې ګېلې نه لري يا کيدای شي نودول جوړ کړي چې کله څرکنديږي او کله له منځه ځي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

تشخيص:

د تيناسوليم تشخيص په ډکو متيازو کې د هګۍ او يا پروګلوتائيد په ليدو سره تر سره کيږي اما د سيستو سرکوزس تشخيص کيدای شی ستونزمن وي.

لاندې معاينات د سيستو سرکوزس په تشخيص کې مرسته کوي.

١. CT او MRI د دماغ او Spinal cord سيست واضح کوي.

٢. Opthalmoscopies معاينات.

٣. هستالوجيک معاينات.

درملنه:

د کولمو تيناسوليم د Praziquantel (١٠ ملي ګرامه پر هر کيلو وزن دبدن) په واسطه يو ځل درملنه کيږي. Niclosamid دوه ګرامه يو ځل هم اغيزمن درمل دی.

د دماغي سيستي سرکوزس درملنه زياتره ګيله ايزه (عرضی) ده . د اختلاج د درملنی لپاره د ميرګيو ضد درمل کارول کيږي چې تر دوه کلو پورې دوام ورکول کيږي يعنی کله چې د پرانشيمل ليژن له کلسيفيکيشن څخه پرته د منځه لاړ شي.

همدارنګه Paraziquantal ۵۰ - ۲۰ ملي ګرامه پرهر کيلو ګرام وزن دبدن د ورځې درې ځله د ۱۵ ورځو لپاره يا البيندازول (۱۵ملي ګرامه دبدن پر هر کيلو ګرام وزن د ورځې) ۸ - ۲۸ ورځې ورکول کيږي . دا درمل د مړ شوي پرازيت په شاوخوا کې التهابی غبرګون ، اختلاج او هايدورسفالوس تشديدوي نو پر دې بنسټ ناروغ بايد تر څارنې لاندې ونيول شي.

لوړ دوز کورتيکوستروئيد هم په درملنه کې شامل دي په ځانګړی ډول چې ګيلې شديدې شي.

د هايدروسيفالوس په ناروغ کې د درملنې بنسټيزه موخه د قحفی فشار ښکته والی دی. د بندشي هايدروسيفالوس په صورت کې د سيستي سرکوزس له منځه وړل د جراحي اندوسکوپی په واسطه ترسره کيږي همدارنګه جراحي درملنه لکه Shunting، Craniotomy ته کله کله اړتيا پيښيږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

دکب فیتوي چینجیان:

Diphyllobothrium Latum د نړۍ په ګرمو ځایونو کې او هم په کانادا، شمالي اروپا، السکا، تایوان، جاپان، سایبیریا او داسې نورو ځایونو کې پیداکیږي.
کله چې د انسان د ډکو متیازو په واسطه چې هګۍ ولري اوبه ککړې شي اوکب په واسطه دا اوبه وخوړل شي نوبیا انساني انتان هغه مهال منځته راځي چې خام او یا نیمه خام کبان چې ککړ وي وخوړل شي.
پوخ چینجی کیدای شي ۱۰- ۲۵ متره اوږدوالی ولري د خپلو Suckers په واسطه الیوم او کله کله دجیجینوم دمخاط سره نښلي. پوخ چینجی ۳۰۰۰ - ۴۰۰۰ پروګلوتاید لري چې یو میلون هګۍ د ورځې په ډکو متیازو کې اچوي.
کولای شي چینجی تر ۳۰ کالو پورې ژوند وکړي.

کلینیکي بڼه:

په زیاتره پیښو کې ګېلې موجودې نه وې بیا هم کیدای شي د ګیډې تیریدونکی درد، نس ناستی ۲۲٪ ، سستیا ۲۲٪ سر ګیچې ۵۳٪ ، دمالګې خوړلو ته زیاته اشتها ۲۲٪ ، کانګې او وزن کم والی موجود وي.
کله کله انتان کولای شي د ګیډې بیړنی درد ا و د کولمو بندښت رامینځته کړي . په نادرو پیښو کې Acute cholecystitis صفرا کڅوړې ته د پروګلوتاید د لیږیدنې له امله منځته راتلای شي.
د دوامداره (۳ -۴ کاله) او ډیر D. Latum د شتون له امله کیدای شي دویتامین B_{12} کم والی رامینځته شي ځکه چې په زیاته کچه Vit B12 جذبوی اوهم د B12 جذب په الیوم کې خرابوي. په ځانګړي ډول په زړو خلکو کې میګالوبلاستیک Anemia دودیزه ده چې په ۲٪ پیښو کې څرګندیږي.

تشخیص:

په ډکو متیازو کې د هګۍ په لیدلو سره تشخیص ترسره کیږي.په منځنۍ کچه ایزونوفیلیا کیدای شي موجوده وي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

درملنه:

Paraziquntal **۵** - ۱۰ ملي ګرامه دبدن پر هر کیلو ګرام وزن ډیر اغیزمن درمل دی همدارنګه زرقي ویتامین B12 که چیرې یې کمښت موجود وي ورکول کیږي.

لنډ فیتوي چینجیان (Dwarf Tape Worm):

د H. Nana پیښې په ټوله نړۍ کې زیاتې دي په ځانګړي ډول په ماشومانو کې یې دشیوع کچه لوړه ده په هغو ځایونو کې چې روغتیا ساتنې شرایط ښه نه وي ، انساني ډکې متیازې تر روغتیایي شرایطو لاندې نه ځای پر ځای کیږي پیښې یې ډیرې دي.
انسان یې یواځینی پیژندل شوی کوربه دی منځګړی کوربه نه لري.
یوازینی فیتوي چینجې دی چې یو انسان څخه بل انسان ته نیغ په نیغه لیږدیږي.
پوخ چینجی تر دوه سانتي مترو پورې اوږدوالی لري او د الیوم پراکسیمل برخه اخته کوي پروګلوتائید چې ډیر واړه دي او په نادره توګه په ډکو میتازو کې لیدل کیږي کوچنۍ هګۍ چې ۳۰-۴۴ میو مایکرون قطرلری تولیدوي. هګۍ تر لس ورځو پورې بهرنې چاپیریال کې ژوند کوي کله چې هګۍ وخوړل شي نو د کولمو Villi ته داخلیږي او لاروا ورڅخه جوړیږي لاروا بیا د کولمو لومن ته کډه کوي مخاط سره نښلي او پوخ چینجی د ۱۰-۱۲ ورځو په موده کې جوړوي.
ټول عمر د پوخ H. nana ۴-۱۰ اونۍ دي کیدای شي Auto infection سایکل پیداکړي.

یادونه:

زما د کلینیکي تجربی پر بنسټ ویلی شم چې زمونږ په ټولنه په ځانګړي ډول په شرقي زون کې د H.Nana پیښې ډیري دي چې زیاتره ناروغان کومې ځانګړې ګیلې نه لري او په ناڅاپي ډول د روتینو مایعاناتو د پوره کولو په ترڅ کې تثبیت کیږي. او زما په اند مهم لامل یې هماغه روغتیا ساتنې شرایطو خرابوالی او د انساني ډکو متیازو څخه څرنګه چې زمونږ په کلیوالي ژوند کې دود دی د سرو په ډول کار اخیستل کیږي اوهم دا یوازی فیتوي چینجی دې چې نیغ په نیغه د یو انسان څخه بل انسان ته لیږدیږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

کلینیکي څرګندتیاوې:

H.nana لکه د کولمو نورو چینجیو په شان کیدای شي کلینیکي ګېلې او نښې ونلري اما کله چې چینجیان زیات وي بې اشتهایي ، دګیډې درد ، نس ناستې، کانګې دوزن کموالی ، سرګیچې او ناراحتي څرګندیږي.

تشخیص:

په ډکو متیازو کې د هګۍ په لیدو سره تر سره کیږي.

درملنه:

Praziquantel **۲۵** ملي ګرامه دبدن پر هر کیلو ګرام وزن وړ درمل دي چې **۹۵**٪ پیښو کې اغیزمن دی Nicolsamid ځای ناستي درمل دی چې **۷۵**٪ پیښو کې اغیزمن ثابت شوی دی.چې د **۵** تر **۷** ورځو لپاره د ورځې دوه ګرامه یو ځل ورکول کیږي.

د سپي فیتوي چینجي(Dipylidium Canium)

په عمومي صورت لویو ماشومانو کې چې له سپیانو او پیشوګانو سره اړیکې لري رامینځته کیږي.

زیاتره انتانات بې ګیلې وي لاکن د ګیډې درد ، نس ناستی، دمقعد خارښت، لړمی، ایزینوفیلیا او په ډکو متیازو کې د Segment خارجیدل موجود دی.تشخیص په ډکو متیازو کې د پروګلوتائید په لیدلو سره تر سره کیږی. درملنه یې د Praziquantel په واسطه ترسره کیږي.

دنولي فیتوي چینجیان(Hymenolepiasis Diminuta)

دا د نولي (Rodent) سیستودا دی همدارنګه نور حشرات لکه وړه (Fleas) ، صحرایي موږک، د وړو مورینه(roaches) , دمنځګړي کوربه په توګه دنده تر سره کوي په غټو ماشومانو کې یې پیښې ډیرې دي هغه وخت مینځته راځي کله چې Cereal غذا چې پخه شوی نه وی وړه ولري وخوړل شي.ګیلې نه لري درملنه یې د Paraziquantel په واسطه تر سره کیږی.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

نیماتودا

(Nematode)

نږدې ۲۰ډوله نیماتودا یا ګـرد چینجیان (Round worm) انسانان اخته کـولای شي.
انساني نیماتودا په لاندې ډولو نو ویشل شوي دي.

۱.انساجو کې اوسیدونکي چینجیان : لکه Filarial چـینجی او Guineaچـینجی Dracumculus medinensis

۲. دانسان دکولمو چینجیان: لکه چنګکي چینجیان (Hook Worm) ،ګـرد چینجیان (Round Worm)

۳.زونوتیک نیماتودا : چې انسـان په تصادفي ډول منتن کوي.دا قدرت نه لري چې خپل نارمل د ژوند دوران پوره کړي په دوديز ډول پر انساجو بريد کوي چې د شديد ځاي التهابي غبرګون لامل ګرځي.

فیلریازیس (Filariasis):

په نړۍ کې له ۱۳۰ میلونو څخه زيات خلک په لمفاتيک فیلریازس اخته دي. په هر کال کې په ۷۳ ګرمو او ګرمو ته نږدې هیوادونو کې یو میلون نوي خلک په ځانګړي ډول ماشومان اخته کوي.

ناروغۍ د درې ډوله فیـلریا په واسطـه رامینځته کیږي Wachereria Bancrofti, Brugia Malayi او Brugia timori .

پوخ چینجي ۲-۵۰ سانتی متره اوږدوالی لري ښځینه يي د نارينو څخه اوږد وي.

W. Bancroti په تراپيکال او سب تراپيکال ځايونو کې او Pacific کې د Acdes، Culer او انافيل میاشي په واسطه ليږدیږي.

B. Malayi دانافيل او Mansonia میاشي په واسطه لیږدیږی. په جنوبي هند ، سيرلانکا ، جنوب شرقی اسيا ، سهيلی چين، سهيلی کوريا کې يې پيښې ډيرې دي.

B.timori د انـدونيزيا په شرقـی جنوبی سـواحلو کې ليدل کيږي. د w. Bancroti او B.Tinori لپاره کوم حيوان د کوربه په ډول نشته خو B.Malayi لپاره بيزوګانې ، پيشوګانې او نور حيوانات کوربه کيدای شي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

میاشي هغه وخت منتن کیدای شي کله چې مایکروفیلاریا له وینې څخه واخلي او په پایله کې کله چې بیا وینه خوري نو حساس کوربه ته مایکروفیلاریا تنباسي د یوې میاشتې په موده کې پوخ چینجی جوړیږي ښځینه ۸-۹ سانتي متره اوږد ۲،-۳. ملي متره لنډوالی لری، چې داپوخ چینجی کولای شي دوه کاله ژوند وکړي. د پوخ چینجي پروړاندې د کوربه ددفاعي غبرګون په پایله کې په لمفاوي سیستم کې پتالوجیک بدلونونه مینځته راځي. همدارنګه باکتریا او فنګسي انتان هم وراضافه کیدای شي.

کلینیکي بڼه:

د تفریخ دوره یې ۸ څخه تر ۱۲ میاشتو پوری ده.

۱. بیړنۍ ناروغي (Acute Disease):

تبه (Filarial Fever) د لمفاوي غوټو د التهاب سره یو ځای او یاغیر لدې څخه رامینځته کیږي چې په دودیز ډول غیر منظمه او وقفوي وي او د څو ورځو لپاره دوام کوي.

په ځانګړي ډول Adenolymphangitis په اخته شوي لمفاوي غوټو کې څرګندیږي کله چې ناروغۍ مخ په وړاندې لاړه شي نو Orchitis, Epididymitis همدارنګه د ګیډې Pelvic او ریتروپریتوان لمفاتیک سیستم هم په متقطع(Intermittent) ډول اخته کیږي.

۲. څنډنۍ ناروغي(Chronic Diseases).

د لمفاتیک جریان د خرابیدو له امله بندید ل رامینځته کیږي چې دا د هایدروسیل، scrotal لمف ادیما، لمفاتیک وریس، Eliphantiasis چې په ځانګړي ډول په نهایاتو، Genitals او سینه کې رامینځته کیږی لامل کیږي.

په بولي لاره کې پراخه شوي لمفاتیک د شکیدنې له امله Chyluria پیدا کیږي. په یو شمیر ناروغانو کې په منځنۍ کچه دځیګر، توري او د لمفاوي مرغیړیو غټوالی لیدل کیږي.

۳. پټه ناورغي(Latent Diseases).

په کمو منتنو ناروغانو کې پټه ناروغي مینځته راځي چې په انساجو کې مایکروفیلریازس موجود وي. خو کلاسیک کلینیک یې موجود نه وي.

تراپیکل پلمونري ایزینوفیلیا کې W.Bancrofti او B.Malayi مایکروفلیرا په سږو کې بندیږي او په وینه کې موجود نه وي چې په دې صورت کې ناروغ د شپې حملوي ټوخی، ویزنګ، نفس تنګي او خفیفه درجه تبه لری. د ایزونوفیل زیات والی په لوړه کچه د Filaria پر ضد انټي

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

بادي او IgE زيات والى دليدو وړ دى كيداى شي Chylous پلورل ايفيوژن او اسايټس رامينځته شي.

تشخيص:

تشخيص يي په كلينيكي بڼې ، ايزونوفيليا دمايكروفيلاريا ليدنه په وينې يا هايدروسل كې او مثبت انتى جن تست باندې اينبودل كيږي سيرالوجيک ټسټ په ځانګړي ډول په لومړي پړاو كې حساس وي لاكن كيداى شي نورو نيماتودا سره Cross Reaction څرګند كړي ا و له اغيزمنې درملنې څخه يو تر دوكاله وروسته منفى كيداى شي.

د مايكروفيلاريا په ځانګړي ډول W.Bancrofti لپاره وينه بايد د شپې ١٠بجو څخه تر ٢بجو پورې واخيستل شي B.malayi دشپې لخوا په وينې كه ډير وي اما دا كيداى شي په هر وخت يې كې پيداكړو.

درملنه:

١. داى ايتايل كاربامازين (Diethyl Carbamazine)

په چټكۍ سره دوينې مايكروفيلاريا وژني خو پاخه چينجيان په ډير ورو ورو له منځه وړي.

دوه ملي ګرامه دبدن پر هر كيلو ګرام وزن درې ځله د ورځې شروع كيږي. د ٣-۴ ورځو په موده كې يې دوز زياتيږي. او ١٢ ورځو پورې دوام وركول كيږي. دا دوا بايد وروسته له خوراک څخه وخوړل شي.

په پورتني ذكر شوي ډوز سره درمل نادرا نيغ په نيغه زهرجنه اغيزه لري اما كيداى شى د مړه شوى مايكروفيلاريا دپوخ چينجي له امله خراب ايمولوجيک غبرګون څرګند شي. داغبرګون په موضعي ډول لمف اډينايټس، خنځى او ټپ او په عمومي ډول تبه، سردردي، دعضلاتو درد ، سرګرځيدا ، سستي او نور الرجيک غبرګونونه رامينځته كولاى شي. په دې صورت كې د تبې او د درد ضد درمل مرسته كوي.

٢. Ivermectin:

دا يوازې مايكروفيلاريا وژونكي درمل دى ٢٠٠ څخه تر ۴٠٠ مايكروګرامه هر كيلو ګرام وزن دبدن يوځل وركول كيږي او شپږ مياشتې وروسته تكراريږي.

اړخيزې اغيزې د داى ايتايل كاربامازين پشان دي ميندوارۍ كې بايد ورنكړل شي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

۳. البيندازول :

داهم د مايکروفيلاريا ضد درمل دی. ۴۰۰ ملي ګرامه دوه ځله دورځې د درې اونيو لپاره ورکول کيږي.

۴- نور درمل :

په عمومي صورت سره د درد، تبې او مايکروب ضد درمل د Secondary infection لپاره، وضعيتي دريناژ، د جرابو او د فشار بنداژ استعمال هم توصيه کيږي.

د هايدروسيل په صورت کې تکراري دريناژ، جراحي يا د Sclerosing موادو زرق مرسته کوي.

ګـــــرد چينجيان

اسکاريازس (Ascariasis)

تعريف :

په نړۍ کې نږدې يو بيلون انسانان پر Ascaris Lambricoides اخته دي او هر کال ۲۰،۰۰۰ کسان د اسکاريس له امله مړه کيږي.

په هغو ځايونو کې چې روغتيا ساتنې شرايط يې خراب وي د انسانانو ډکې متيازې دپټيو د سرو په توګه کاروي په دې سيمو کې نږدې په سلو کې اتيا وګړي په ناروغۍ اخته دي اتنان په هر سن کې رامينځته کيدای شي خو پيښې يې په کوچنيانو کې ډيرې دي انسان يې يوازينی کوربه دی.

د نايتروجن، غوړيو(Fat)، D-Xylose ، ويتامين A او ايودين جذب کموي همدارنګه د مخاط د لکتيت فعاليت ښکته کوي په پايله کې Growth Rate کموي.

پوخ چينجی د کوچنيو کولمو په پورتنۍ برخه کې ژوند کوي. له Fertilization څخه وروسته ښځينه چينجی ډير زيات شمير هګۍ اچوی (تخمينا ۲۰۰،۰۰۰ د ورځې).

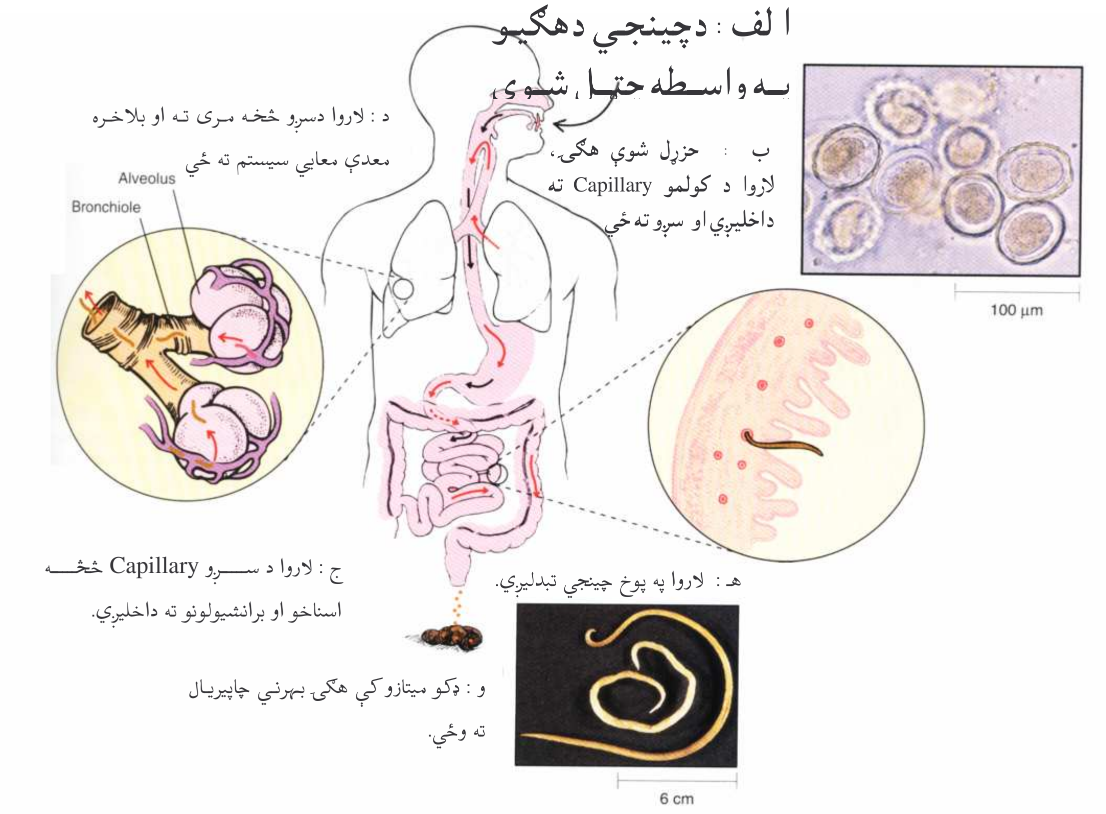
هګۍ په ډکو متيازو کې بهر چاپيريال ته وځي هګۍ تقريبا دوه تر درې اونۍ په خاورو کې پاتې کيږي تر څو چې اتنانی ځانګرتياوي پيداکړي (کولاې شي تر کاله پوری ژوند وکړی) .

اتنان هغه وخت رامينځته کيږي چې د هګۍ په واسطه چټل شوي خوراکي مواد وخوړل يا اوبه وڅښل شي. هګۍ کوچنۍ کولمو ته ځان رسوي او خوځنده لاروا جوړوي چې دا د کوچنۍ کولمو له ديوال څخه تيريږي د لمف او مساريقوی وينولو له لارې ځان ښی زړه ته رسوی د زړه څخه سږو ته حرکت کوي د اسناخـــو ديوال سوری کـوي او Bronchial tree خواته ليږديږي له دې ځای څخه بلعوم مرى او بيا کوچنيو کـــولمو ته ځان رسوي. پوخ چينجی ۲۰ الی ۴۰ سانتي متره اوږدوالی او ۳ الی ۲ ملي متره پنډوالی لري. د انسانانو ترمينځ نيغ په نيغه ليږد يدنه صورت نه نيسي.

پوخ چينجې لسو څخه تر ۲۴ مياشتو ژوند کولای شي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library



شکل (۲-۲۳) د اسکاریس چینجي د ژوند دوران

(۲-۲۴) شکل د اسکاریس چینجي چې تقریبا ۲۰ سانتي متره اوږدوالې لري.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

کلینیکي نښې نښانې:

زیاتره ناروغان ګیلې نه لري. د لیږدیدنې له کبله Hypersensitivity رامینځته کیږي لاروا په سږو کې د کپیلرې او اسناخو د متضرر کیدو لامل کیږي چې په پای کې په کمه اندازه تبه، وچ ټوخی، سالنډي، لږ څه وینه لرونکې بلغم، ویزینګ د سینې درد رامینځته کوي. همدارنګه کیدای شي د لړمی او موضعي خاپونه لامل شي.

په نادر ډول سره لاروا دماغ، پښتورګو او شوکي نخاع ته ځان رسوي چې بیا د اړونده اغیزمن شوو غړیو ګیلې او نښې ناروغ کې ځرګندیږي.

کم شمیر چینجي په کولمو کې په دوديز ډول ګیلې نه لري خو زیات شمیر یې د معدې د تپ په شان ګیلې او یا تر خوړو وروسته د ګیډې د ناراحتي لامل کیږي پاخه چینجیان که شمیر یي زیات وي کیدای شی د کانګو یا ټوخي په واسطه اویا د پوزې او یا ریکتوم له لارې خارج شي. همدارنګه کولای شي کامن بایل دکت، پانکرتیک قنات، اپندکس، Diverticle او یا بل ځای باندې فشار راوړي. چې د کولانجایتس، پانکرتایتس، کولې سستایتس، دځګر تقیحي ابسې او یا انسدادي ژیړی لامل شي همدارنګه زیات چینچې کولای شي کتله جوړه کړی او د کولمو د بندیدو، Valvulus او آن د مړینې لامل شي.

د محرقې د ناروغۍ پر وخت چینجي کولای شي ضعیفه شوې کولمی سوری کړي په نادر ډول کولای شي د سږو ابسی او دحنجرې بندښت چې د Suffocation لامل کیږي رامینځته کړي همدارنګه په ماشومانو کې د ود ی د خرابیدو لامل کیدای شی.

رادیوګرافي:

د لاروا د لیږدیدنې پر وخت د سږیو په رادیوګرافي کې غیر متناظر Patchy infiltration (Loeffler's سندروم) د لیدنې وړ دی.

که چیرې چینجیان د کولمو د بندښت لامل شوې وي نو دګیډې په ساده رادیو ګرافي کې د هوا ا و مایع خیال لیدل کیږي. التراساوند هم پړسیدلې کولمې او د چینجیو کتله راپه ګوته کوي.

لابراتواري پلټنې:

د سږو په مرحله کې ایزینوفیلیا ۳۰-۵۰% ته رسیږي او تر میاشتو پورې په همدې کچه پاتې کیږي کله کله لاروا په بلغم کې پیدا کولای شو.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

د کولمو د مرحلې تشخیص په ډکو متیازو کې د هګۍ په لیدلو ولاړ دی کله کله پوخ چینجی په خپل سره د ریکتوم یا د خولې له لارې بهرنې چاپیریال ته راوځي .
سیرالوجیک کتنې اړینی نه دي باید یادونه وشی چې د کولمو په پړاو کې ایزونوفیلیا موجوده نه وي.

توپیری تشخیص:

د سږو اسکاریدوزس چې ایزونوفیلیا ورسره ملګرې وي. باید دغیر پرازیتي ناروغیو (استما ، Loeffler's Syndrom ، ایوزینوفیلیک نمونایتس، الرجیک برانکو پلمونری اسپایروجیلوزس) سره او پرازیتیک ناروغیو (توکسوکاریازس ،تراپیکل پلمونري ایزینوفیلیا ،چنګک لرونکي چینجیان، Strongyloidiasis) سره توپیر شي همدارنګه د Dyspepsia له اسبابو لکه دمعدی زخم، د صفرا دکڅوړې ناروغۍ Hiatal hernia او د پانقراص ناروغیو سره توپیر شي.

درملنه:

البیندازول او Pyrantel pamoate وړ درمل دی.

البیندازول :

یو دوز (۴۰۰ ملي ګرامه) ورکول کیږي چې په ۹۵% پیښو کې اغیزمنتوب لری. که چیرې چینجیان زیات وي نو ۲ څخه تر ۳ ورځو کورس هم استطباب لري .
د چینجي لیږدیدنه پوزی او خولی ته یې اړخیزې اغیزې دي او په حاملګی کې دا دوا استطباب نه لری.
لاکن WHO اوس په میندواری کې ددې درملو ورکړه سپارښتنه کوي.

Pyrantel pamoate:

له ۱۰- ۱۱ملي ګرامه دبدن پر هر کیلوګرام وزن یو دوز ورکول کیږي لوړه کچه یې یو ګرام دی ۸۵- ۱۰۰% اغیزمن دی. اړخیزې اغیزې یې کمې دي چې کانګې، نس ناستی، سردردي، سرچرخي، او Drowsiness رانغاړي په میندواری کې ورکول کیږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

: Mebendazole

۱۰۰ ملی ګرامه دوه ځلی دورځی د مړی ځخه مخکې یا وروسته د درې ورځو لپاره ورکول کیږي همدارنګه یو کره دوز یي ۵۰۰ ملي ګرام هم کافی دی. په میندواری کې یې ورکول منع دی.

: Peprazin

۷۵ ملي ګرامه دبدن پر هر کیلو ګرام وزن ورکول کیږي لوړه اندازه یي ۳,۵ ګرامه ده. دوه پر له پسی دوزونه د ورځې توصیه کیږي. که چیرې د چینجانو شمیر زیات وی نو دوز یي تر ځلورو ورځو یا ددوه ورځو کورس یوه اوونۍ ورسته هم تکراریږي .

معدې معایي ګډلې او سردردي کله کله رامینځته کیږي. د مرکزی اعصابو ګډلې لکه تیمپورل اتکسیا او د اختلاج زیاتوالی نادر دی. دا دوا په ځیګر او د پښتورګو په عدم کفایه او یا هغه ناروغان چې اختلاج یا ځنډنۍ عصبي ناروغۍ ولري نه ورکول کیږي.

:Levamisole

اغیزمنتوب یې زیات دی ۱۵۰ ملی ګرامه یو ځل ورکول کیږی کله کله زړه بدوالی کانګو،دګیډې درد ، سر دردي او سر ګیچي ځخه ناروغ ګیله من وي.

اکسیور Enterobiasis (Pineworm Infection)

په ټوله نړۍ کې پیدا کیږي په ځانګړي ډول ګرمو سیمو کې انسان یي یوازینې کوربه دی ځوان ماشومان نظر غټانو ته زیات اخته کیږی. پیښې په همجنس پالو نارینه و کې زیاتې دي.

سپین وړوکې چینجې دي چې تر ۱ سانتي متره پورې اوږدوالی لري.

کاهل چینجی په سیکوم، اپندکس اود کولمو په مجاورت کې ژوند کوي مخاط سره ځان نښلوی میندواره ښځینه چینجی په شپه کې له مقعد ځخه Perianal پوستکې ته ځان رسوی او زیات شمیر هګۍ اچوي (تخمینا ۱۰،۰۰۰) د هګیو ځخه په ځو ساعتو کې اتنان رامینځته کیږي چې خوراکي توکي، اوبه ، دشپې کالي، بستر، هوا، فرش او لاسونه منتنوی او له دی لارې ځخه خولې ته داخلیږی یعنی بلع کیږي په اثناعشر کې هګۍ شاربي (Hatch) او لاروا لاندې خوا یعنی سیکوم ته لیږدیږي.

یو پوخ ښځینه چینجی چې وکولای شي هګۍ واچوي تقریبا ۳-۴ اونیو ته اړتیا ده. هګۍ دوه تر درې اوونۍ له کوربه ځخه بهر ژوند کولای شي او د چنجي د ژوند ټوله موده ۳۰-۴۵ ورځې ده.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

کلینکي بڼه:

زیات شمیر ناروغان له Perianal خارښت څخه د چې زیاتر د شپې لخوا وی، بې خوبۍ، نارامۍ، تخریشیت او Enuresis څخه ګیله من وي.

کله کله د شپې لخوا د مقعد په شاوخواکې چینجی کتلای شو. د مقعد شاوخوا پوستکې کیدای شی د بل مایکروب په واسطه هم منتن شی او Impitigo رامنځته شي.

په نادر ډول سره د چینجي لیږدیدنه رامینځته کیږي لکه د زنانه بولي جهاز یا احلیل ته چې د Vulvovaginitis، اپندیسایتس، Diverticulitis، Cystitis یا په کولون، بولی جهاز، پریتوان نورو برخو کې ګرانولوما غبرګون رامینځته کولای شي. د کولون ټپونه او ایزینوفیلیک کولایټس راپور ورکړل شوی دی.

که د چینجیو شمیر زیات وي کیدای شي د ګیډې درد او وزن بایللو لامل شي.

لابراتواري پلټنې:

تشخیص هغه وخت ایښودل کیږي کله چې دمقعد په شاوخوا پوستکي کې هګۍ پیدا کړو. په نادر ډول سره په ډکو متیازوکې هګۍ پیداکولای شوه ډیر ښه میتود داسی دی چې د مقعد شاوخوا پوستکې باندی Cellulose Pressure sensitive (Scotch Type) ایښودل کیږي او وروسته سلایډ ور څخه جوړیږي او تر مایکروسکوب لاندې لیدل کیږي البته د ښی څرګندتیا لپاره له Tuluene څخه ګټه اخستل کیږي تر څو ساحه پاکه معلومه شي درې نمونې هر سهار دډکو متیازو ترکولو مخکې اخستل کیږي چې تشخیص په ۹۰٪ پیښو کې تائید وي. ایزینوفیلیا نادرا رامینځته کیږي ځینې وخت نیغ په نیغه چینجی په انوسکوپی او یا ډکو متیازو کې په سترګو لیدل کیږي.

توپیری تشخیص:

د Pin worm خارښت باید د مایکوتیک انتان حساسیت، بواسیر، Proctitis، Fissure، Strongyloidiasis او له نور حالتونو څخه چې د مقعد د شاوخوا خارښت لامل کیږي توپیر کړو.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

درملنه:

۱_ عمومی اهتمامات.

دګیله منو ناروغانو باید درملنه وشی او په ځینو حالتونو کې باید د کورنۍ ټول غړي په یو وخت کې درملنه شي . خو په عمومي ډول که څه هم د غیر ګیله من ناروغانو درملنه اړینه نه ده. د لاسونو مینځل د صابون په واسطه د ډکو متیازو تر کولو وروسته اوتر خوړولو مخکې اړین دی. د نوکانو اخستل پکار دي.

۲_ ځانګړي اهتمامات.

د لاندې دواګانو په واسطه درملنه هر ۲-۴ اونۍ وروسته تکرار شي البیندازول، میبندازول یا Pyrantel pamoate وړ درمـــــل دي .البیندازول ۱۰۰% موثریت لری ۴۰۰ ملی ګرامه یو ځل ورکول کیږی د ګیډې درد او نس ناسته نادرا رامینځته کوی.

میبیندازول په یو ځل ۱۰۰ ملي ګرامه هم اغیزمن درمل دی او باید د ښې پایلې لپاره وژول شي.

Pyrantel pamoate ډیر اغیزمن درمل دی ۹۵% موثریت لري۱۰ملي ګرامه دبدن پره هر کیلو ګرام وزن کې نهایي دوز يي يو ګرام دی. دوديزی اړخيری اغيزی ګېلې يي کانګې ،اسهال، سردردي، سر ګیچي او خوب جن حالت دي.

چنګکي چینجیان (Hook worm)

انکلوستومیازس:

د کوچنیو کـــولمو اخته کـیدل د Ancylostomoasis Dudonialis او یا Necator Americans په واسطه انکلوستومیازس رامینځته کوي دا ناروغۍ په حاره ځایونو کې د وینه لږي (Anemia) مهم لامل د ی .انسان يې یوازینی کوربه دی.

د انتان په لـــــومړي پړاو کې ایزونوفیلیا دودیزه ده. پوخ Hook worm یو سانتي متر اوږدوالی لري. او د اثناعشرا او جیجنوم په پورتنۍ برخه کې اوسيږي . د چینجي هګۍ په ډکو متیازیو کې خارجيږي په ګرمو مرطوبو او سیوري لرونکیو خاورو کې د نوموړي چینجي لاروا یو فیلاري شکل انتاني مرحلې ته رسيږي خو بیا دوی انساني پوستکې سوری کوي او سږو ته ځې کله چې دوی اسناخو ته ورسيږي بیا قصباتو ته راځي او بیا د فرنکس څخه بیرته هضمي

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

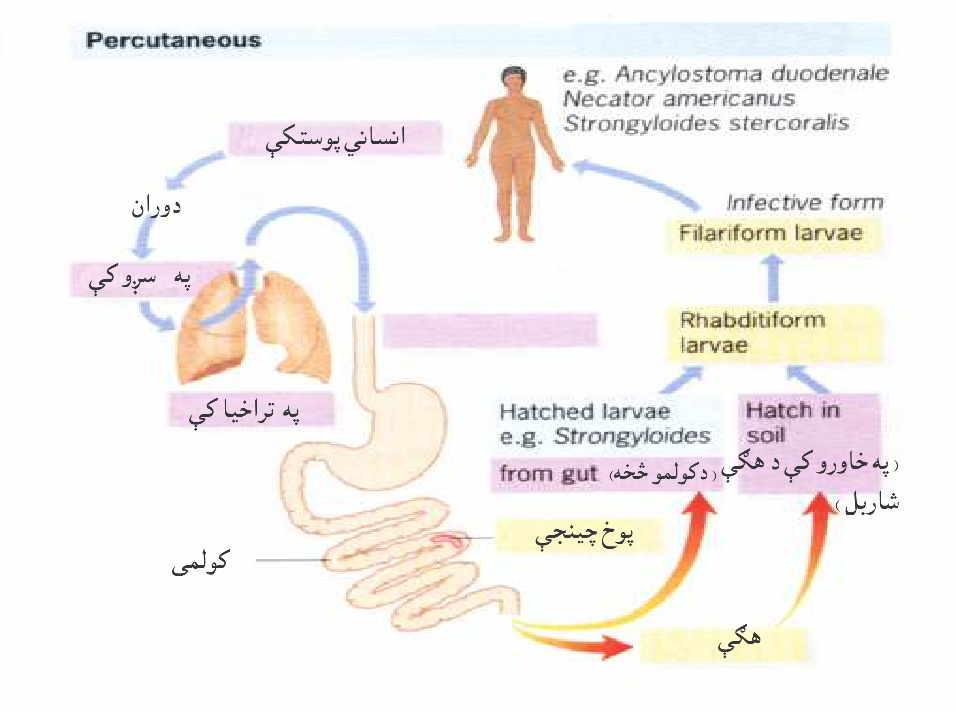
سیستم یعنی کولمو ته بلع کيږي . په ۴-۷ اونیو کې د پخیدو پړاو ته رسیږي. Ancylost د یو کال لپاره او Nector د ۳ – ۵ کلونو لپاره ژوند کولای شي.

د چنګکي چینجیانو پیښې په حاره او تحت الحاره ځایونو کې زیاتې دي .

Ancylosthomoasis Dudonialis په لیرې ختیځ او د مدیترانې په ساحلي برخو کې اندیمیک شکل لري همدارنګه په افریقا کې هم وجود لري په داسې حال کې چې N. American په لویدیځ، ختیځ، مرکزي افریقا، مرکزی او جنوبي امریکا او همدارنګه په لیرې ختیځ کې اندیمیک شکل لري.

په عمومي صورت سره د نړۍ دوګړیو ۲۵% په دې چینجیانو اخته ده.

د چینجي د ژوند دوران په لاندې ډول ښودل شوی.



(۲-۲۵) شکل د چینجي دژوند دوران

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

پتالوژي:

دچینجي لاروا کیدای شي دپوستکې د داخلیدو په ځای کې د یو الرجیک التهاب لامل شي. که چیرې انتان ځواکمن وي ممکن د سږو له لارې د تیریدو په وخت کې ریوی ایزینوفیلیا رامینځته کړي.

دغه چینجی خپل ځان د کولمو له مخاطي پردی سره د خپلی خولې د کپسول په واسطه نښلوي او وینه زبیښي د وینی بنستیزه ضیاع په یوه ورځ کې د یو Ancylosthomoasis Dudonialis لپاره ۰،۱۵. سي سي او دیوه N. American لپاره ۰،۳. سي سي ده.

داوسپنې او پروتین دکمښت کچه یوازی په انتان پورې اړه نه لري بلکې د نوموړي ناروغ په تغذې پورې هم اړه لري په ځانګړي ډول د اخته شوي کس د اوسپنی په زیرمو پورې که چیرې دچینجیو شمیر کم وي کیداې شي وینه لږې رامنځته نشي.

کلینکي بڼه:

زیاتره ناروغان بی ګېلې و ي. دپوستکي خارښت ، پپلولر التهاب دپوستکې په هغه ځای کې چې لاروا داخله شوی وي لیدل کیږي. (Ground Itch)

په شدیدو انتاناتو کې دلاروا تیریدل سږو ته د یو حملوی ټوخي او ویزنګ لامل کیږي چې کیدای شي له وینه لرونکي بلغم سره یو ځای وي او دغه حالت په سږو کې د نقطوي تکاثف سره ملګری وي لاکن شدت یې له اسکاریس څخه کم دی.

کله چې چینجی کوچنیو کولمو ته ورسیږي په ناروغانو کې کانګې د ګیډې د پورتنی برخی درد چې دمعدې ټپ سره ورته والی لري منځته راځي او کله کله نس ناستی موجود وي.

هغه اشخاصو کې چې خوارځواکي لري ممکن د اوسپنی دکمښت ،وینه لږي ، پروتین Losing انتریوپتی او د هایپوپروتینیمیا لامل شي. او کیداې هغو خلکو کې چې د اوسپنی ځنډنۍ وینه لږي لري یو High out put عدم کفایه د زړه رامینځ ته کړي.

همدارنګه کیدای شي په کوچنیانو کې د فزیکې او دماغي تاخیر لامل شي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

لابراتواري پلټنې:

د ډکو متیازیو په کتنه کې د چینجي هگۍ لیدل کیږي د ډکو متیازو معاینه د Occult Blood لپاره مثبته وي.

هایپوکرومیک مایکروسایتیک Anemia چې کیدای شي شدیده وي او آن د همیوگلوبین کچه د gr/dl ۲ څخه ښکته وي ولیدل شي چې په دې صورت د سیروم اوسپنه ښکته TIBC پورته او سیروم Ferritin ښکته وي سربېره د مهاجرت په پړاو کې ایزینوفیل ۳۰ – ۲۰% او mcl/ ۱۷۰۰۰ WBC ته رسیږي.

درملنه :

میبیندازول ۱۰۰ ملی گرامه هر دولس ساعته وروسته د درې ورځو دپاره ښه درمل دی لاکن یو دوز البیندازول ۴۰۰ ملی گرامه غوره درمل دی که چیرې دچینجیو شمیر ډیر وي دوه اونۍ وروسته ورته تکراریږي.

د هغې انیمیا چې د چنگکي چینجانو له کبله مینځته راغلې وي د اوسپنې د مستحضراتو په واسطه یې درملنه کیږي.دوینې ورکړه هغه وخت چې هیموگلوبین له g/dl ۴څخه ښکته وي ترسره کیږي. همدارنگه Pyrantel pamoat (۱۰ ملي گرامه پر هر کیلو گرام وزن دبدن) اغیزمن درمل دی او هم Levamizol ۱۵۰یو ځل اغیزمن دی د وروستني درمل د Nector Americans لپاره دومره موثر نه دی.

دمخنیوي لپاره یې د روغتیایي شرایطو مراعت کول او د بوټانو اغوستل په ځانگړې ډول په کوچنیانو کې اغیزمن دی.

سترانگلولیدوزس:

Strongyloidosis Stercoralosis یو ډیر کوچنی چینجی دی چې ۴،. الی ۲ ملي متره اوږدوالی لري د کوچنیو کولمو د پورتنۍ برخی غشا پرازیتي کوي اکثرا د یو زیات شمیر انتاناتو شتون د دوامداره د ایزینوفیلیا لامل کیږي نوموړی چینجی په کولمو کې هگۍ اچوی خو په ډکو متیازو کې یوازی لاروا خارجیږي په نمجنه خاوره کې وده کوي او منتن کوونکې Filarial form لاروا باندې بدلیږي.

کله چې د پوستکي له لاری د انسان بدن ته داخل شي د چنگک لرونکو په شان د ودې یوه پړاو تیروی لاکن ښځینه چینجی د کولمو په مخاطي او مخاط لاندې برخه کې ځان ته سوری جوړوي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

ځيني لاروا ګانې ممکن په کولمو کې Filarial form شکل غوره کړي چې بيا وروسته د کولمو مخاطي پردې ته ننوځي او يا دعجان د ناحيې پوستکي ته ننوځي چې په دې صــورت کې د Autoinfection او د intractable infection لامل کيږي د Strongyloides انتاناتو داسې شکلونه هم په مريضانو کې ليدل شويدي چې تر ۳۵ کالو پورې يې دوام کړی دی.

Strongylodoaris په حاره او تحت الحاره سيمو کې زيات پيښيږي په ځانګړې ډول ختيځ کې ډيرې پيښې لري.

په نړۍ کې ۷۰ ميلونه انسانان په دې چينجيانو اخته دي د مزمن غير عرضي انتان بياراګرځيدنه هغه وخت را منځته کيږي کله چې د وجود معافيت د بېلا بېلو دلايلو (وخيم انتان، کورتيزون کارونه، ميتابوليک ناروغۍ، خوارځواکي او سرطاني حالتونو) له کبله خراب شي.

پتالوژي:

په کولمو کې ښځينه چينجي ځان ته په مخاطي غشا کې کندې جوړوي او دالتهابي غبرګون د پيداکيدو سبب کيږي په وخيمو انتاناتو کې ممکن مخاطي پرده په ډير وخيم شکل زيانمنه شي او د جذب د ګډوډي سبب شي.

کيداى شي ګرانولوماتو بدلونونه نکروز او آن د کولمو سوري او Peritonitis منځ ته راوړي. ايزينوفيليا په دوديز شکل دوام کوي. په فعال شکل حرکت کوونکې لاروا په ډکو متيازو کې خارجيږي د معافيتي سيستم ځپل ممکن د وژونکي سيستميک Strongylodiois سبب شي.

کلينيکي بڼه:

تقريبا ۳۰٪ ناروغان ګيلې نه لري کله کله بيړني سندروم څرګنديږي چې لومړۍ دپوستکي ګيلې په دوديز ډول پښو کې او وروسته په تنفسي او هضمي ګيلو تعقيبيږي.

دګيلو کلاسيکه دري ګوني له بطني درد، نس ناستې او لړمې څخه عبارت ده.

۱- دپوستکي څرګندتياوې وصفي دي او په ۲۲٪ پيښو کې موجودې وي.

چې کيداې شي لړمې، موضعي پړسوب، التهاب، Petichia اوشديد خارښت وي.

۲- دهضمي سيستم ګيلې کيداې شي کمې ياشديدې وي چې نس ناستې، دګيډې درداو نفخ وباد څخه ناروغ زيات ګيله من وي همدارنګه بې اشتهايي، زړه بدوالى، کانګې، د ګيډې

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

پورتني ځای درداو مقعد خاربښت کیداې شي موجود وي. نس ناستۍ په متناوب ډول د قبضیت په واسطه تعقیب او په شدیدو پیښو کې کیدای شي د ډکې متیازې وینه او مخاط ولري.
د زیاتو چینجیو د موجودیت له امله کیدای شي د جذب خرابوالی او Protein loss انتیروپتي رامنځته شي.

۳- په تنفسي سیستم کې د لاروا د تلو له امله (سږو، برانکسونو او حنجرې ته) وچ ټوخی، دستوني تخریش، کمه درجه تبه، سالنډي، Wheezing او هیماپتیزس رامنځته شي. برانکو نمونیا، برانشیت، پلورل ایفیوژن پر مختللي سالنډي او Miliary Abscesss هم څرګندیدای شي.

۴- Hyper infection syndrome

دسږیو او نورو غړو ته د Filariform لاروا د زیات خپریدا له امله یو شمیر اختلاطات رامنځته کیږي لکه پلورل ایفیوژن، پریکاردایتس، میوکاردایټس، دځیګر ګرانولوما دصفرا کڅوړې التهاب، پورپورا ، ټپونه دهضمي سیستم په هرې برخې کې Paralytic Ileus دکولمو سورې کیدل، پریتونایټس، ګرام منفي Sepsis ، مننجایتس، Cachexia ، شاک او مړینه . نفروتیک سندروم نادرا پیښیدلای شي.

لابراتواري کتنې:

د خوځنده لاروا لپاره د ناروغ ډکې متیازې تر مایکروسکوپ لاندې باید معاینه شي څرنګه چې ددې چینجي اطراح کیدنه په نوبتي ډول صورت نیسي باید چې د تشخیص لپاره یې ډکې متیازې څو ځلې معاینه کړل شي. د جیجینوم له ایستل شوی مایع څخه هم د چینجي لاروا موندلای شو چې ۸۴- ۹۵% حساسه او ۸۴ – ۹۲ ځانګړی توب لري. او د سیرولوژۍ له نظر د ELISA مرسته کوي خو نورو چینجیانو او Filaria سره Cross reaction لري.
په ځنډنی انتان کې دوینی سپینی ژونکی په دودیز ډول نارمل وي خو ایزونوفیل لږ څه لوړ وي اما کله چې د لاروا مهاجرت زیات شي نو ایزونوفیلا ۵۰% ته او WBC ۲۰۰۰۰ ته رسیږي په معافیت ځپلو خلکو کې ایزونوفیلیا موجود نه وي.
د ډکو متیازیو له کرنی څخه هم د لاروا تشخیص صورت نیولای شي.

درملنه:

Ivermectin په یوه دوز ۲۰۰ مایکرو ګرامه دبدن پر هر کیلو ګرام وزن ورکول کیږي. یا دوه ډوزه ۲۰۰ مایکرو ګرامه پر هرکیلو ګرام وزن د بدن دوه ورځې پرله پسې ورکول کیږي چې اغیزمنتوب یې ۸۲-۹۸% دی.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

البيندازول د خولې له لارې ۱۵ ملی ګرامه پر هر کیلو ګرام وزن دبدن هر ۱۲ ساعته د درې ورځو لپاره ورکول کیږي چې دوهم کورس د درملنې ته یې هم اړتیا پیښیږي. چې اغیزمنتوب یې ۳۸-۹۵% دې.

خو د هایپر انفکشن سندروم په حالت کې ناروغ ته د Ivermectin ۲۰۰ مایکرو ګرامه په هر کیلوګرام وزن د بدن کې دلومړۍ ، دوهمی، پنځلسمې او شپاړسمې ورځې لپاره توصیه کیږي.

Trichinosis:

د مږو او خنځیرانو پرازیتی ناروغۍ ده کله چې د خوګ غوښه چې سمه پخه شوې نه وي وخوړل شی انسان ته انتقالیږي د پرازیت لاروا د کولمو په مخاطی پرده کې ځای نیسي او دګیلو د منځته راتللو سبب کیږي چې بیا په پاخه چینجی بدلیږي دوهم ځل د همدې پاخه چینجي د لاروا په واسطه انساج تر برید لاندی راځی لاروا په مخططو عضلاتو کې ځای نیسی او هلته Encyst کیږي چې د میاشتو او کلونو لپاره ژوند کولای شي پوخ چینجی یې ۲ – ۹۰ ملي متره وي شپږ میاشتو پوری ژوند کوي.

کلینیکي بڼه:

کلینکې ځرګندتیاوې یې د لارواګانو په شمیر پورې اړه لري که د چینجیو شمېر لږ وي اتنان به هم خفیف وي او ډیرې لږې ګېلې به ورسره وي خو د زیات شمیر انتان له کبله د خوراک (۲۴ - ۴۸) ساعته وروسته ناروغ ته زړه بدوالی او نس ناستی پیدا کیږي. تبه اکثراً موجوده وي ځو ورځې وروسته په ناروغ کې د لاروا د برید له امله یو شمیر ګېلې لکه د سترغلیو(Eyelids)، سترګو او منضمو پړسوب او تبه مینځته راځي که دیافراګم د لاروا تر حملې لاندی راغلی وي نو د درد ، ټوخي او ساتنګۍ لامل کیږي یو شمیر ناروغان د Dysphagia او اواز خپوالي ځخه هم ګیله من وي په متو ، سینه او خوله کې د عضلاتو د اخته کیدلو له امله د اخته شویو عضلاتو دردونه ، شخوالی او حساسیت پیداکیږي. لاروا په دماغ کې د انسفلایتس او په زړه کې د مایوکاردایټس لامل کیږي په دوهمې اونۍ کې به ناروغ ایزینوفیلیا لري.

پلټنې:

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

په یوه ډله خلکو کې چې په یو وخت کې یې د منتنو غوښو څخه خوراک کړی وي ګېلې منځته راځي چې په تشخیص کې رول لري د ګیلو د راتګ څخه درې اونۍ وروسته په شکمنو رنځورانو کې له Deltoid یا pectorais gastroenemius عضلاتو څخه بایوپسي اخستل کیږي او Encysted شوی لاروا په کې موندل کیږي سیرولوجیک ټسټ هم تشخیص کې مرسته کوي.

همدارنګه ایزوفیلیا په سیروم کې دعضـــلاتو د انزایمونو لوړوالی AST (L.D.H, CK) او هـایپرګاماګلوبولینیمیا کیداې شي موجوده وي. د Sed Rate د لـوړوالی نشتوالی د تشخیص کونجي ده WBC لوړوالی او ایزوفیلیا په دوهمه اوونۍ کې څرګندیږي.

پوخ چینجی نادرا په ډکو متیازو کې موندل کیږي په دوهمه اونۍ کې کله کله لاروا پـه وینه ، اثناعـشر او نـادرا CSF کـې پیـدا کولای شـو پـه دریمـه او څلورمـه اونـۍ کـې د عـضلاتو بیوپـسي داهمیت وړ ده.

درملنه:

درملنه د البیندازول (۲۰ ملي ګرامه دبدن پر هر کیلو ګرام وزن) سره د اوو ورځو لپـاره تر سره کیږي که چیرې درمل د منتن کیدلو په لومړي وخت کې وخوړل شي. نو نوی ځوان چینجی بـه ووژني او عضلاتو ته به د لاروا د تللو شمیر کې د کموالی لامل شي کورتیکوسیروئید دکلمـو پـه پړاو کې مضاد استطباب دی.

. دعـضلاتو د بریـد پـه پـړاو کـې شـدید انتـان روغتـون کـې بـستر کیدوتـه ضـرورت لـری اسـتراحت اواسـپرین توصـیه کیـږي. لـوړ دوز کورتیکوسـترویید (۴۰ – ۲۰ ملـي ګرامـه دورځـې د ۱ تـر ۲ ورځو)لپاره ورکول کیږي چې وروسته یې دوز کمیږي او څو ورځې یا اونۍ دوام کـوي څرنګـه چـې کـورتیزون د چینجـي مقابـل کـې التهـابي غبرګـون Supress کـوي. بایـد هغـه وخـت چـې ګېلـې شدیدې وي استعمال شي. د عضلاتو د برید په پړوا کې هم بایـد لـه میترونیـدازول یـا البینـدازول څخه ګټه واخستل شي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

متروکه لرونکي چینجیان Trichuris Trichura (Whip worm)

متروکه لرونکې چینجی (Whip worm) په هغه ځایونوکې چې روغتیا يي شرایط يې ښه نه وي زیات دي په نړۍ کې يې ۸۰۰ میلونه انسانان يې اخته کړي دي.

هغه وخت چې خاوره اوخوارړه ددې چینجی له هګیو سره ککړ شي او بیا د شخص پواسطه وخوړل شي پدې ناروغی اخته کیږی. کاهل چینجی ۳-۵ سانتی متره پوری اوږدوالی لری په خپل مخکینی نهایت کې دانوع چینجیان دیوی تاوو شوی متروکې په شکل ساختمان لری. متروکه لرونکې چینجی په سیکوم ، ښکتنی الیوم، اپندکس، کولون او Anal canal کې ژوند کوي.

انسان په هر عمر کې اخته کولای شي خو ماشومان زیات اخته کیږي که چیری د چینجیو دهګیو شمیر ۱۰۰۰۰ پر ګرام ډکو متیازو څخه کم وي نادراً دګېلو لامل کیږي خو که دهګیو شمیر د ۳۰۰۰۰ پر ګرام ډکو متیازو وي نو کیداې شي د ګیډې کرمپي درد ،Tensmus، نس ناستی ، دګیډی پړسوب ، باد ، زړه بدوالی او کانګی را منځته کړي په ځانګړی ډول ځوانو ماشومانو کې د دوامداره دیزانتري او په ډکو متیازو کې دوینی د ضایع کیدو له امله Trichuris dysentery سندروم رامنځته کیږی چې د Anemia ، Rectal prolapse ،دګوتو کلابینګ نمو خرابوالی په واسطه تعقیب کیږي.

تشخیص يي په ډکو متیازو کې دځانګړو هګیو په لیدو سره ترسره کیږي.

درملنه :

غیر عرضي ناروغ درملنی ته اړتیا نه لري. درملنه يي د میبندازول سره ۱۰۰ ملی ګرامه هر ۱۲ ساعته وروسته د ۳-۵ ورځو لپاره چې اغیزمنتوب يې ۲۰ الی ۸۰% دی. همدارنګه البیندازول ۴۰۰ ملي ګرامه یو جره دوز سره ورکولای شو چې اغیزمنتوب يې ۳۳ الی ۹۰% دی د اوسپنې ورکول دوینه لږی داصلاح کیدو لپاره اړین دي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

تریماټودا

(Trematode Infection)

شیستوزومیازس (Bilharziasis) :

په ټوله نړۍ کې له ۲۰۰ میلونو څخه زیات خلک پر شیستوزومیازس باندې اخته شوي دي. چې په کال کې په ۲۰ میلونو اخته خلکو کې د ناروغۍ شدیدې اغیزې منځته راځي او له دې جملې څخه ۲۰۰۰۰۰ خلک مړه کیږي.

ناروغۍ د وینې د لاندې درې نوعو تریماټودا (Flukes) له امله منځته راځي. چې په کال ۱۸۲۱ کې د Theodor Bilharziasis په واسطه په Cairo کې وپیژندل شول چې له همدې امله ناروغۍ د Bilharziasis په نوم یادیږي.

۱ـ شستوزمیا منسوني (S.Mansoni):

د کولمو د شیستوزومیاسس لامل کیږي او افریقایي هیوادونو کې دا ناروغۍ خپره ده. همدارنگه د جنوبي امریکا هیوادونو کې لکه برازیل، وینزویلا او پورتیوریکو کې عمومیت لري.

۲ـ شستوزمیا هیماتوبیوم (S. Hematobium):

چې د مثانې د شستوزومیازسس لامل کیږي. د ویزیکل یا Urinary شستوزومیازس په نوم هم یادیږي. داناروغۍ په افریقا او منځنې ختیځ کې ډیره موندل کیږي.

۳ـ د کولمو اسیایي ډول شستوزمیازسس چې د S.Japanicum په واسطه منځته راځي په چین، فلپین کې ډیر د اهمیت وړ ناروغۍ حسا بیږي. او ډیره لږه کچه یې په اندونیزیا او سلواسي کې شتون لري.خو په جاپان کې یې اوس خپریدنه له منځه تللې ده.

دڅارویو شستوزومیازسس هم ځیني وخت انسانان اخته کوي لکه په مرکزي افریقا کې S. Interculatum او S.Mekongi په تایلینډ، کمبوډیا او لاوس کې د ناروغۍ لامل گڼل کیږي. په متحده ایالاتو کې په تخمیني توگه ۴۰۰۰۰۰ کډوال په دې ناروغۍ منتن دي خو لیږدیدنه یې ځکه نه ترسره کیږي چې په دې هیوادونو کې منځگړي کوربه نشته.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

دشستوزومیا جاپانیکوم ښه او غوره ذخیره تې لرونکي دي. د شستوزومیا منسوني او هیماتوبیوم ښه سرچینه انسان دی خو ډیر کم حیوانات هم په منسوني منتن کیدای شي چې د اپید یمولوجي له نظره ارزښت نه لري.

ددې چینجي د ژوند په دوره کې چې کله انسان اخته کړي پوخ چینجی شستوزومیا منسوني، شستوزومیا جاپانیکوم د کولمو په اخرني وینوولو (Venules) کې ژوند کوي اوشستوزومیاهیماتوبیوم په مثانه کې ژوند کوي. کله چې د دوې هګۍ د تشو متیازو او یا ډکو متیازو سره چاپیریال ته وځي او بیا تازه اوبو کې ګډیږي او له هغې څخه لاروا ازادیږي چې ورته Miracidia ویل کیږي.

اوښکۍ (Snail) (د وښو پشی) منتنوي چې دا د چینجي یومنځګړی کوربه ګڼل کیږي. کله چې په پشي یا حلزون کې تکامل وکړي بیا (۲ تر ۳ ورځی) ورته Cercariae لاروا ویل کیږي دا لاروا بیا اوبو ته ځي او کله چې انسان له دې اوبو سره په تماس شي نو دپوستکي او یا د مخاطي پردی له لارې منتن کیږي او د انسان په وجود کې دا لاروا په شستوزومیل لاروا باندی بدلیږي چې پوخ نارینه چینجي ۲۰ ملي متره اوږد او ښځینه چینجې لږ څه لدې څخه غټ وي.

د Portal دوران له لارې ځیګر ته ځان رسوي او دلته پر بیره سره په پوخ چینجي باندې بدلیږي سره جوړه کیږي او له څو اونیو وروسته (تقریباً ۴-۲ اونی) اخرني وینولو په لور حرکت کوي او ښځینه چینجی هګۍ اچوي چې د ورځې د ۲۰۰۰ څخه زیاتې وي چې یو شمیر هګۍ د ویلې کوونکي اطراحاتو (Lytic Secretion) له امله دکولمو لومن یا مثانې ته ځان رسوي او له دې ځایه بیا په تشو اوډکو متیازو کې د باندی وځي یو شمیر هګۍ د کولمو او مثانې په دیوال کې ځای نیسي او یو شمیر یې ممکن د دوران له لارې ځیګر سږو او ځیني وخت نورو لیرې انساجو په لور وخوځیږي.

غیر الرجیک غبرګون څخه چې په بیړنی سندروم کې رامنځته کیږي نوره دا ناروغۍ د وروستنی حساسیت (Delayed Hyper sensitivity) څخه پیدا کیږي.

له هګیو څخه انتی جن ازادیږي او دهغه په واسطه موضعي T ژونکې تنبه کیږي او لدی کبله یو ګرانولوماتوزس غبرګون منځته راځي. دا غبرګون د یو ځواکمن فبروتیک غبرګون په واسطه تعقیب کیږي. ژوندی چینجی د ټپونو د جوړیدو لامل نه کیږي او ډیر کم د ګیلو لامل کیدای شي: د انساجو افت اود ګیلو شتوالې د انتان کچې ، د کوربه په ارثی فکتورونو ، دهګۍ د

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

ایبنودلو په ځای، دنورو ناروغیو (لکه هیپاتایتس بی) په شتون او داتتان په دوام پورې اړه لري.

شستوزومیازس منسوني پوخ چینجی لاندیني میزانتریک ورید او جاپانیکوم دلویو او وړو کولمو پورتني او لاندیني میزانتریک وریدونو ته مهاجرت کوي تېپ، پولیپ په کولمو کې د ګرانولوما او فبروزس دجوړیدو لامل کیږي.

دځیګر دندې آن په پرمختللې ناروغۍ کې هم نه خرابیږي په ځیګر کې دهګیو د ټولیدو (Accumulation) له امله کیدای شي Periportal فایبروزس او دباب د ورید دفشار لوړوالی رامنځته شي.

دباب د ورید دفشار لوړوالي له امله کیداې شي Portal systemic collateralization رامنځته شي چې د دې په پایله کې هګۍ سږو ته ځي او د Endarteritis د سږو فشار د لوړوالي او corpulmonal لامل کیږي.

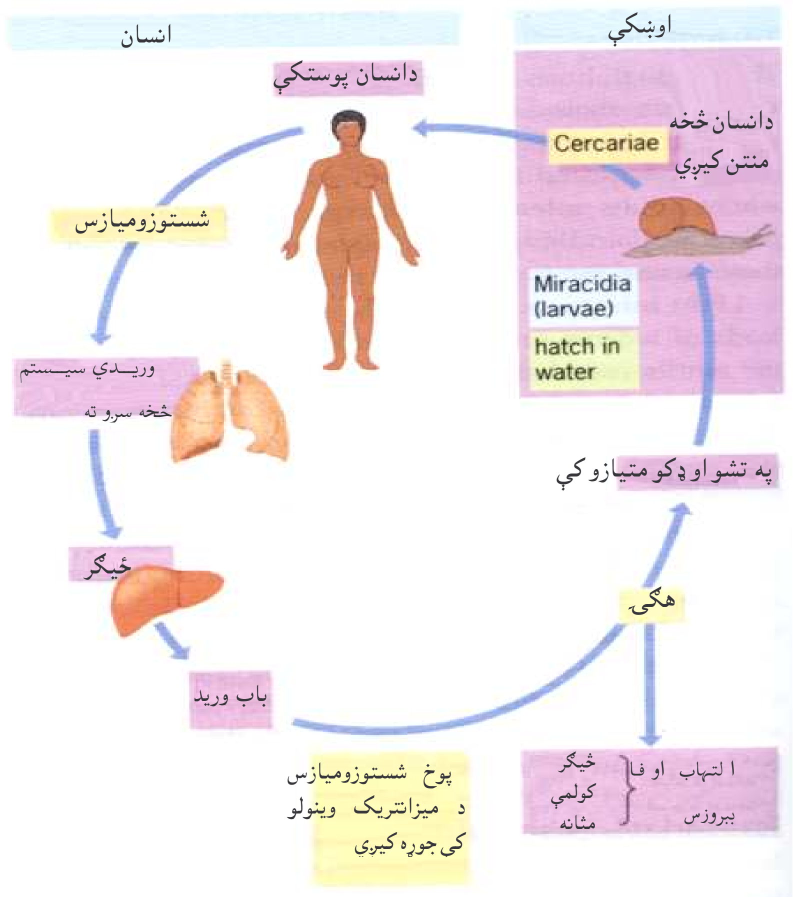
د شستوزومیا هیماتوبیوم چینجي د مثانی، ریکتوم، پروستات او رحم د ورید په شبکه کې په پوخ شکل اوړي اود د ګرانولوما د جوړیدو سبب کیږي چې بیا له دې ګرانولوما څخه په دې برخو کې زخمونه او پولیپونه منځته راځي او دمثانې دیوال کې د فبروزس او په هغه ساحه کې چې هګۍ په کې ځای نیولی وي Calcification هم تشکل کوي . په دې برخو کې د ساختماني بدلونونو او Stricture له کبله د حالب په اخري برخو کې هم د بدلون سبب کیږي. او له امله یې Hydronephrosis , Hydro ureter او Ascending infection منځته راځي.

د حوصلې په غړیو کې هم نادراً پر مختللی فبروزس او انتانات منځته راتللای شي هګۍ د سږو او د ځګر په لــور هــم تلی شي خو د شستوزومیا منسوني او جاپانیکوم پتولوجیک بدلونونه په کښې مینځته نه راوړي. دپوخ منسوني چینجي اندازه 6-13x1mm ده. ددې چینجي دوره وجود ته د ننوتلو څخه تر هغه پورې چې هګۍ یې په ډکو متیازو کې د باندی وغورځیږي تر ۵۰ ورځو پورې حساب شویده او ددی چینجیانو ژوند د ۵- ۳۰ کلونو یا له دینه هم دزیات وخت لپاره دوام مومي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

دژوند سایکل یې په لاندې ډول کې ښودل شوی.



(۲-۲۲) شکل د شستوزومیازیس د ژوند شیماتیک دروان.

کلینکي ځرګندونې:

الف: ګېلې او ننبې.

زیات ناروغان په ځانګړې ډول هغه چې په یو ګرام ډکو متیازیو کې له ۱۰۰ ځخه کمې هګۍ ولرې ګیلې نه لري . که چیرې دهګیو شمیر زیات وي یوازې ۵۰-۲۰% ناروغان کیداې

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

شي ګېلې ولري. او په سلو کې د پنځو څخه تر لسو ناروغانوکې دغړو پر مختللې زيانونه مينځته راځي په ماشومانو کې د شستوزومیازس له کبله د ماشوم غذايي حالت خرابيږي او له ودې څخه ولويږي.

۱_ Circarial Dermatitis:

د Circarial د ننوتلو وروسته په هماغه موضوعي ځای کې خارښت لرونکې (Swimmer itch) ســوروالی اويا petechial rash چې بيا وروسته مکول او پاپول چې تر پنځو ورځو پورې دوام مومي منځته راځي. کيدای شي چې دمرغانو Cercariae شستوزومازس څخه هم چې د پوستکي لارې وجود ته ورننوځي ناروغۍ رامنځته شي. خو دا شکل دپرازيت په انسانانو کې په پوخ شکل نه اوړي او د سيستميکو ګيلو لامل نه کيږي. دا سندروم د انسانانــو د شستوزومــيازس په انتــاناتو کې هم عــموميت نه لــري.

۲_ بيړنی شيستوزميازس (Katayama fever) :

دايو لومړنی الرجيک غبرګون دی چې د دری واړو شستوزوميازس له امله منځته راتلی شي (خو په S.Haematobium کې نادر دی) دا سندروم زيات په کډوالو افريقايانو کې موجود وي . په ځانګړې ډول Non immune مسافرينو کې.

دتفريخ مرحله يې د ۲الی ۷ اونيو پورې ده . څو اونۍ وروسته چې په ډکو متيازيو کې هګۍ وليدل شوې سيرولوجيک بدلونونه هم په ناروغ کې رامنځته کيږي. دناروغۍ منظره له خفيف(Mild) نه نيولی تر Life threating (نادر) حالت پورې تغير کولای شي. ناروغ د تبی، نس ناستی چې ځيني وخت وينه لري، ضعيفوالی، لړمی، وچ ټوخی ، دعضلاتو دردڅخه ګيله من وي. په لنډ مهال ډول په کبنې ځيګر ، توري او لمفاوي غوټې هم لوئيږي . او همدارنګ لوکوسايتوزس او ايزينوفيليا د ليدنی وړ دی. ناروغ بيرته تر ۲-۸ اونيو وروسته بې ګېلو کيږي.

۳_ ځندنی شستوزوميازس :

دا پړاو له انتان څخه ۲ مياشتی يا څو کلونه وروسته پېليږي. د شستوزوميازس په منسوني او جاپونيکوم ډول کې د کولمو غير منظم حرکات ، د ګېډې درد ، نس ناستی، په ډکو متيازيو کې دويني راتلل، لوی سخت ځيګر او غټ توری موجود وي چې په کراره د ۵-۱۵ کلونو کې بشپړتيا مومي بی اشتهايي، دوزن له لاسه ورکول،ستيا ، په کولمو کې Polypoid تومورنه هم رامنځ ته کيداې شي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

د Portal او پلمونری هايپرتنشن په څير منظره هم په دې ناروغانو کې راښکاره کيدلای شي او هم امکان لري چې ايميون کامپلکس گلوميرولو نفرايټس په کښې را ځرگند شي.

شستوزوميا هيماتوبيوم په انتاناتو کې لومړنۍ گيله چې په بولي تناسلي لارې پورې اړه لري د تشو متيازو له سوزس او د ژر ژر متيازو کولو (Frequency) څخه عبارت دی. وروسته په دې ناروغانو کې د تشو متيازو په اخر کې وينه راځي او پروتين يوريا ځرگنديږي.

کيدای شي ښه ښکاره Frank haematuria هم په کښې راپيدا شي همدارنگه په مثانه کې د پوليپونو جوړيدنه، د مثانې التهاب د سلمونيلا ځنډني انتانات ، پيالونفرايټس، پيالايټس , Urolithiasis، هايدرونفروزس (د حالب د بنديدلو له کبله) او د پښتورگو عدم کفايه چې د مړينې لامل کيدای شي ځرگنديږي.

د ځيگر ، سږو ،جنسي غړي او عصبي ناحيو شديدې ناروغۍ په کښې نادرې وی. د مثانې سرطان د ويزيکولر شيستوزوميازس سره يوځای هم ليدل کيدای شي.

۴_ نور اختلاطات:

د ځيگر اخته کيدنې له کبله پورتال هايپرتنشن، سپلينوميگالی د مری وريس او varicel bleeding منځته راځي د ځيگر د دندو خرابوالی ، ژيړی، اسايتس او هيپاټيک کوما په اخرنۍ مرحله کې رامنځته کيږي. د ښي زړه دعدم کفايې له کبله د پلمونري هايپرتنشن، کورپلمونل اوپړسوب کيدای شي ځرگند شي.

د غټو کولمو اختلاطات لکه Stricture، گرانولوماتوزس کتلې او د سلمونيلا دوامداره انتانات هم پيداکيږي. په کولون کې د پولي پوزس له کبله وينه لرونکې نس ناستی ، انيميا ، دالبومين کموالی او Clubbing منځته راځي.

د Ectopic worms او د هگيو د دوراني خپريدا په پايله کې ترانسورس ميالايټس ، ميرگي او Optic neuritis هم د اختلاط په ډول پيداکيدلای شي.

ب: لابراتواري پلټنې:

د تشخيص لپاره د چينجي هگۍ په تشو او ډکو متيازو کې بايد وکتل شي (چې په غير منظمه توگه په متيازيو کې خارجيږی نو ځکه په تکراري ډول ټسټ کول اړين دي)

همدارنگه بايد چې ډکې متيازې د Occult blood او تشې متيازې د پروتينو او WBC لپاره معاينه شي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

۱- هګۍ :

سم تشخيص هغه وخت وضع کيږي چې وصفي ژوندۍ هګۍ په افرازي موادواو يا د مخاطي پردې له بايوپسي څخه تثبيت کړل شي.

د S.haematobium انتان په صورت کې د چينجي هګۍ د تشو متيازيو او ډير کمو حالتونو کې کيدلای شو د ډکو متيازيو څخه وموندل شي.

په هغو تشو متيازيو کې چې تر غرمې مخکې ۹ بجو څخه تر غرمې وروسته ۲ بجو پورې جمع شوی وي او يا ۲۴ ساعتونو په موده کې يې ټولی کړای شوې وي د معاينې لپاره ښه نمونه ده او د تشو متيازيو په رسوب کې هم هګۍ ښې تشخيص کيدای شي.

کله کله کيدای شي هګۍ دمثانې دمخاطي پرده له بيوپسي څخه په لاس راوړو.

د S.Mansoni او S.Japonicum انتان کې هګۍ په ډکو متيازيو کې لټول کيږي چې د ليدلو لپاره يې د Kato – Katz ميتود څخه کار اخيستل کيږي. د ډکو متيازو د يوې معاينې حساسيت ۷۰٪ دی او که څلور معاينې اجرا شي د ټسټ حاسيت به تر ۹۲٪ پورې لوړ شي. که پايله يې منفي وه بيا دريکتوم دمخاطي پردې او يا د ګرانولوماتوز ځای بايوپسي اخستل کيږي چې بيوپسي ۲-۳ ځـــايونو څخه واخيستل شي.

سيرولوجيک تستونه :

د Elisa ، ايمونو بلاست اويو شمير نورو معايناتو څخه ګټه اخستل کيږي خو دا ازموينې د پخواني انتان شتون او فعالې ناروغۍ تر منځ توپير نشي کولاې.

۳- نور تستونه :

په دې ناروغۍ کې وينه لږې دوديزه ده په بيړنۍ مرحله کې ازينوفيليا موجوده وي خـو په ځنډني حــــالت کې مـــــوجوده نه وي د S.Mansoni او S. Japonicum په انتاناتو کې د باريوم تيرولو (Barium swallow) ، ايزوفاګوسکوپي ، باريـوم په واسطه حماله ، کولونوسکوپي ، دسينې راديوګرافي او ECG معاينات استطبـــاب لري د التراساوند په معاينه کې د ځيګر Pathogonomic منظره Periportal Fibrosis ښودل کيږي او د بايوپسي لپاره لاره خلاصوي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

لاندې کلينکي حالتونو د معلومولو لپاره التراسونوګرافي ترسره کول اړين دي :

١. د Portal hypertension د ارزيابۍ لپاره.

٢. د سيروزس او شستوزوميازس د توپيري تشخيص لپاره.

٣. تر درملنې وروسته د تپ د حالت د معلومولو په خاطر.

په شستوزوميا هيماتوبيوم کې مـايکروسکوپيکه بيرنۍ پته هيماچورياکـيداې شي د مايکروسکوپ يا د Strip test په واسطه معلومه شي په ځانګړې ډول کله چې د تشو متيازيو اولنۍ نمونه د ټست لپاره واخستل شي.

د ناروغۍ په پرمختللي حالت د Cystoscopy په واسطه (Sandy patches) ټپونه ليدل کيداى شي. که د ګيډې د لاندې برخې ساده راديو ګرافي واخستل شي د مثانې په ديوال او حالب کې به د Calcification خيالونه وليدل شي.

په CT سکن کې به د Turtleback پتوګنومونيک کلسيفيکيشن مـــوجودوي هـــمدارنګه د تشـــخيـــص لپـاره يي لــــه retrograde Cystography، Intravenous Pyelopraphy او Pyelography څخه هم ګټه اخيستل کيږي.

توپيري تشخيص :

د کولمو د لومړني وخت شستوزوميازس د اميبازس بسيلرى ديزانټري او د نس ناستي له نورو لاملونو سره غلطيږي . په وروستني پړاو کې د پورتل هايپرتنشن له نورو لاملونو سره او د کولمو د پوليپونو سره بايد توپيرکړل شي. په انديميک ځايو کې د مثانى شستوزوميازس بايد د بولي تناسلي لارې د سرطان ، دبولي لارې انتـان اود پښتورګو ډبروسره توپيري تشخيص کړل شي.

درملنه:

الف: طبي درملنه .

هغه وخت چې د پرازيټ ژوندۍ هګۍ (Live Ova) وليدل شي درمـلنه ورته پيليږي. داسې درمل پيل شي چې محفوظ او اغيزمن وي. د خولې له لارې ورکړل شي او فعال او پر مخ تللي انتانات له منځه ويسي او کوم ښکاره اړخيزې اغيزې منځته رانه وړي.

Praziquantel پر ټولو ډولونو بـــاندې اغيزه لــــري نور غوره درمل د شستوزوميا منسوني لپاره د Oxaminquine او د شستوزوميا هيماتوبيوم لپاره د Metrifonate څخه عبارت دي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

Paraiquantel د خام شيستوزميازس لپاره کله چې Cercarial وجود ته داخل شي (لومړی دوه ورځې) ډير اغيزمن دی. Artemisinin او ددی مشتقات چې پـه دې وروستيو کې دخامو او پخـو چينجانو پـه مخنيـوی او درملنـه کې شـامل دي کيـداې شـي د Paraziquantel سره يـو ځـاې ورکړ شي. تر درملنې وروسته بايد په دوامداره ډول لابراتواري معاينات د هګيـو د ليـدو لپـاره تـر سره شي يعنې درې مياشتو کې يو ځل تر يو کال پورې.

که هګۍ وموندل شوه دابايد معلومه شي چې هګۍ ژوندۍ ده او کـه نـه ځکـه چې د درملنـې پروخت کې تر څو مياشتو پورې لــه ناروغ څخـــه مـــړې هګۍ خارجـــيږي.

Praziquantel_۱

دعـلاج کـچه يې له ۶۳ – ۸۵٪ پورې ده او له دې څخه زيات هـم اغيزمنتوب لـري په درې واړو ډولونو (هيماتوبيوم،منسوني او شستوزوميا جاپانيکوم) اغيزه لري.

خام شستوزوميازس چې د ۲-۵ اونيو عمر ولري د Praqiquantel په مقابل کې حساس نه دي .

Praziquantel د ورځې ۲۰ ملي ګرامـه دبـدن پـر هـر کيلـو ګـرام وزن د ورځـې دوه ځلې ديـوې ورځې لپاره هيماتوبيوم او منسوني لپاره ورکول کيږي .

خو د جاپانيکوم او S. Mekongi انتاناتو لـپاره همدا ډوز په ورځ کې درې ځلې ديوې ورځې لپاره کارول کيږي . درمل د ۴ الی ۶ ساعتونو په وقفه تر ډوډی وروسته له اوبو سره خوړل کيږي خو تابليت بايد ونه ژول شي.

Transient side effects يې چې څو ساعته يا تر يوی ورځې پوری دوام کوي چې د سردرد ، Malaise، ګيچي او بې اشتهايي څخه عبارت دی.

کله کله د ضعفيت، خوبوړي حالت، زړه بدوالی، کـانګو، د ګيډې د درد ، د نس ناستی، خارښت، لړمی ، د بندونو د درد ، د عضلي درد او د کمی درجې تبې لامـل هم کيـدلای شي. پـه کمې کچی سره د ځيګـر د انزايمونـو د لوړيدلو راپـور هـم ورکـول شـويدی د درملو ترخوړلو وروسته بايد دريوری ونکړي ځکه چې د Dizziness سبب کيږي.

په هغو ځايونو کې له سشتوزوميازس سره Cysticercosis انتانات هم يو ځای موجود وي دی په روغتون کې ناروغ ته ورکړل شي تـر څـو چې د Cysticerci Praziquantel د لـه منځـه وړلـو څخه اطمينـان حاصـل شي او د Neurologic اختلاطـاتو مخـه نيـول شـوې وي خـود افريقا لـه ځينو ساحو څخه د شستوزوميا منسوني د حساسيت د کميدلو راپور د Praziquantel پر وړاندې

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

ورکول شويدي. که چيرى Parziquantel د ناروغۍ په لومړيو کې پيل شي نو د پتالوجيکو اغيزو لکه د ځيګر غټ والي، د مثانې د ديوال د پنډيدو څخه مخه نيسي.

۲_ Oxamniquine

دا درمل يوازى پر S.mansoni انتان باندې اغيزمن دى چې د افريقايي هېوادونو انتان لپاره يې دوز ۱۵ ملي ګرامه دبدن پر هر کيلو ګرام وزن يو ځل دې .ځينى څېړونکو بيا د ټولو افريقايي او عربى هېواد انتاناتو لپاره چې په دې ډله پورې اړه لري. ۴۰-۲۰ ملى ګرامه په هر کيلو ګرام وزن دبدن د ورځى د دوه څخه تر درې ورځو لپاره په دوه يا دريو کسرى د وزونو سره توصيه کوي.

درمل له ډوډۍ سره هر ۲-۸ ساعته وروسته ورکول کيږي. د معالجې اندازه يې ۷۰ – ۹۵% پورى ده. اړخيزې اغيزې يې کيداى شي د ساعتونو په موده کې راپيدا شي ګيچې چې زيات عموميت لرى، او په کمه کچې خوب وړى حالت، .زړه بدوالى ، کانګې او نس ناستې ، د سر درد او د ګيډې دردونه رانغاړي. نادرا داسې راپور هم ورکړل شويدى چې د مرکزي عصبي سيستم تنبه کيدنه او د مزاج بدلون ، اپلتې او اختلاج هم ناروغ کې منځته راتللاى شي . پس اړينه دى چې د درمل له خوړلو څخه ۲ ساعته وروسته ناروغ دى ددې ډول اختلاطاتو لپاره معاينه کړل شي که په ناروغ کې ګيچې يا خوبوړى حالت موجود و او ناروغ داسې کار سرته رسولو چې دماغي مرکزيت په کښې لاژمى ګڼل کيدلو دا درمل بايد ورنکړل شي . د درمل پر وړاندې د پرازيت د مقاوم کيدلو راپور هم ورکړل شـــويدى او دا درمل په اميدوارى کې مضـــاد استطباب دى.

۳_ نور درمل.

د Artemisinin مرکبات (چې د ملاريا په درملنه کې استعماليږي) هم ارزيابي شوي چې يوازې د پرازيت په کمولى پړاو کې اغيزه لري همدا علت دى چې د شستوزومياز س د Chemoprophylaxis لپاره استعماليږي .

Metrifonate پر S.haematobium باندې اغيزمن دي.

ب: جراحي تدابير.

د پوليپونو او Obstructive Uropathy د له منځه وړلو لپاره د جـــراحي مداخله هم استطباب پيدا کوي.د مرى دوريس د وينې بهيدنى لپاره Sclerotheraphy وړ درملنه ګڼل کيږي

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

ځيني ناروغان د propranolol له درملنې څخه هم ګټه پورته کولای شي. خود تکراری وينې بهيدنی په صورت کې له Shunting څخه کار اخستل کيږي.

دتوري ښکل د Pancytopenia لپاره ښه لاره ده. د احليل Stricture او کوچني فايبروتيک مثانه پلاستيک جراحي ته ضرورت لري همدارنګه د دماغ او Spinal Cord ګرانولوما جراحي ته ضرورت لري (چې د کيموتراپي او کورتيکوستروئيد سره ځواب ونه وايي)

مخنيوی :

دشتوزوميازس مخنيوی ستونزمنه ده خو بيا هم کتلوي درملنه په ځانګړي ډول په ماشومانو کې دهګيو بار په ټولنه کې کم کړی دی.

د روغتيا دښوونو پروګرام لکه د تشنابونو عصري کول، پاکو اوبو برابرول او له منتنو اوبو څخه ځان ساتنه د ارزښت وړ دی.

د حلزون له منځه وړل په عمومي صورت ستونزمن کاردي . مسافرينو ته بايد توصيه وشي چې له ککړواوبو سره تماس ونکړي (لامبو ونه وهي) د خولی له لارې Artemether د شستوزوميا منسوني په مخنيونه کې محفوظ او اغيزمن دی.

انزار :

که درملنه په ړومبني وخت کې شروع او انتان خفيف وي انزار يې ډير ښه دي. که ناروغۍ مخ پر وړاندې او پراخه شوی وي کولمی ، ځيګر ، مثانه او يا نور اورګانونه يې نيولی وي برخه ليک به يې د درملنې سره خراب وي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

هیپټایټس

هیپاتوتروفیک داسې ګروپ ویروسونه دي چې د ځیګر د التهاب او نکروز لامل ګرځي.
وایرل هیپاټایټس اصطلاح هغه وخت استعمالیږي چې ځیګر د **۵** ډوله پیژندل شوو ویروسونو په واسطه متضرر شي چې داد لیږدیدنې د لارې په اساس په Enteral او Parentral ډلو باندې ویشل شوي دي.
A او E Entreral دي چې د فیکل اورل له لارې لیږدیږي او ځنډنی لیږدونکې نه لري، C,B او D د Parentral له لارې لیږدیږي چې بیړنۍ او ځنډنی ناروغۍ رامنځته کوي. دوی زیاتره د سیروزس، هیپاتیک سیل کارسینوما او ځنډني هیپاټایټس لامل کیږي .
Novel تیکنالوجي یو شمیر نور ویروسونه چې فکر کیږي پوست ترانسفیوژن هیپاټایټس لامل کیږي (HGVیا GBV-C او Transfusion Transmitted Virus (TTV) یا SEN) هم معرفي کړیدي لاکن داسې فکر نه کیږي چې دابه انساني پتوجن وي.
یو شمیر نور ویروسونه لکه EBV ، هرپس ویروس، باغوتۍ، روبیلا، ورسیلا زوستر ، Yellow Fever، Coxackie B او ادینوویروس هم ځیګر اخته کولای شي.

هیپټایټس A

تعریف :

پخوا ورته انفکشن هیپاتایټس ویل کیده. د ځیګریو بیړنۍ اوپه خپله ښه کیدونکی (Selflimit) انتان ده، چې پیښې یې په ټوله نړۍ کې زیاتې دي په ځانګړې توګه په ماشومانو کې زیات خپریږي.
زیاتی پیښې یې سب کلینیکل دي مګر ځینې پیښې په منځنۍ کچه د معیوبیتونو لامل کیږي. په دې ناروغۍ کې مړینه له ۰،۱% څخه کمه ده مګر ۱% ناروغان چې د هیپاټایټس A له امله په روغتون کی بستر شوي د شدید ژوند ګواښوونکي ناروغۍ له امله ځوریږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

وایرولوجي :

دا یو RNA هیپتا وایرس دی چې د Picorna وایرس کورنۍ پورې اړه لري .
یو ځانګړې سیرو تایپ اوڅلور انساني جینوتایپ لري. ۲۷ نانو متره قطر لري. په سپوراډیک او اپیدیمک ډول د ځیګر د التهاب لامل کیږي، لیږدیدنه یې زیاتره فیکل اورل دی. هغو ځایونو کې یې پیښې ډیرې دي چې دخلکو ګڼه ګوڼه اود روغتیا د ساتنې شرایط یې خراب وي.
وایرس کیدای شی دوه اونۍ مخکې دکلینیکي څرګندتیاوو څخه په ډکو متیازو کې بهر شي. دناروغۍ له لومړۍ اونۍ وروسته په نادره توګه په ډکو متیازو کې پیدا کیږي.
خباثت اومړینه ددی ډول هیپاټایټس له کبله لږه دی .
ځنډنی هیپاټایټس A منځته نه راځي او هم ځنډنې لیږدونکی نه لري.
په غټانو کی یې د ماشومانو په پرتله کلینیکي سیر شدید وي.
انتی باډي د ناروغۍ په لومړیو پړاونو کې څرګندیږي. دواړه IgM او IgG په سیروم کې لیدلای شو. IgM په لومړۍ اونۍ کې لوړې کچې ته رسیږی او ۳-۲ میاشتې دوام کوي. IgA د ناروغۍ په لومړۍ میاشتې کـــې لوړې کچې ته رسیږي او دکلـــونو لپاره دوام کوي.

اپید یمولوجي:

پیښې یې په ټوله نړۍ کې زیاتې دي. ماشومان چې عمر یې د ۵ څخه تر ۱۴ کلنو پورې وي زیات اخته کیږي.
په امریکا کې هر کال د ۸۰۰۰۰ څخه تر ۱۳۴۰۰۰ وګړي په هیپاټایټس A ویروس اخته کیږي.
دا وایرس په ځیګر کې زیاتیدنه کوي او په صفرا کې اطراح کیږي نو پردې بنسټ په لوړ غلظت سره په ډکو متیـازو کی شتون لـري. ډکې متیـازې کولای شي انتـان ۱۴ - ۲۱ ورځې مخکې او ۸ ورځی وروسته د ژیړي لـه څرګندیدو څخه چاپیریـال تـه ولیـږدوي . په نویـو زیږدلـو ماشومانو کې ډکې متیازې د غټانو په پرتله د زیات وخت لپاره آن تر ۲ میاشتو پورې منتې وي.
ناروغي په دودیز ډول د Fecal oral له لارې لیږدیږی یعنی کله چې خواړه (زیاتره ساندې ویچ ، غوښه ، کچالو، نارنج جوس ، نیم پوخ Shellfish) او اوبه د منتنو ډکو متیازو په واسطه ککړې شي.
همدارنګه Oralanal د لیږدیدنې بله لاره ده چې په Homosexual او Bisexual نارینه و کې زیات دی.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

دوينې په واسطه په ندرت سره انتان ليږديږي. د ناروغۍ پيښې په هغو ځايونو کې زياتې دي چې انساني ډکې متيازې په سمه توګه نه ځای پر ځای کيږي، روغتيا شرايطو ته ښه پاملرنه ونه شي او د وګړو ګڼه ګونه زياته وي.
همدارنګه پيښې يې په ګرمو سيمو کې په ځانګړې ډول په منې او د ژمي په پېل کې زياتې وي.

کلينيکي څرګندونې:

د تفريخ دوره يې **۱۵**الی **۴۵** ورځې ده. د شېږ کلنۍ څخه کم ماشومان په ۷۰٪ پيښو کې اعراض نه لري.
ناروغ په پېل کې ناځانګړې ګيلې لکه زړه بدوالی، بی اشتهايي ، ځان درد او کمه درجه تبه څرګندوي. يو شمير ناروغان د غوړو خوړو او سګرتو پر وړاندې د کرکې احساس او نه زغم پيداکوي. همدارنګه ناروغان R.U.Q او دګيډې د پورتنۍ برخې درد څخه چې کم او دوامداره وي ګيله لري.
يوه تر دوه اونۍ وروسته ژيړی څرګنديږي. چې د ژيړي د څرګنديدو سره ګيلې کميږي. او ناروغ د روغتيا احساس کوي تشې متيازې تياره او ډکې متيازې سپين بخنې (Pale) وي.
په فزيکي کتنه کې ځيګر غټ اوکله کله درد لرونکی وي او په ۷۰٪ پيښو کې جس کيږي.
په **۵ – ۱۵**٪ پيښو کې سپلينوميګالي موجوده وي.
کله کله د لمفاوي غوټو دردناکه غټوالی موندلای شو په ځانګړې ډول سرويکل او Epitrochlear ځايونو کې.
کله کله Spider navi په تنه کې ليدل کيږي ناروغ کيداې شي څلور کيلو وزن وبايلي (۲-۱٤) جدول کې د هيپاتايټس A ناروغ ګيلې او نښې ځاې په ځاې شويدي.
Cholestatic Hepatitis A: بل ډول دی چې زياتره غټان اخته کوي. کيداې شي چې ژيړی په کی ۴۲ الی ۱۱۰ ورځی دوام وکړي او د شديد خارښت سره يوځای وي سيروم IgM او انتي HAV مثبت وي. انزار يې ښه دي.
Relapsing Hepatitis A: کله کله ۳۰ الی ۹۰ ورځې وروسته ناروغۍ دوباره راګرځي. راګرځيدنه د کلينيک او لابراتوار له نظره د اصلي ناروغۍ په شان دی کيداې شي څو مياشتی دوام وکړي لاکن له منځه ځي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

په نادر ډول سره دوباره راګرځیدنه د ارترایتس ، واسکولایتس او Cryoglobulinemia سره یوځاې وي.

د ځیګر څخه بهر څرګندتیاوی نادرې دي کیداې شي چې د پوستکی Vasculits چې زیاتره ښکتنی نهایت او د کوناټو برخه اغیزمنه کوی ، دپښتورګو عدم کفایه، پانکراتایتس، برادی کاردیا ، میوکاردیایتس او دزړه په برقی ګراف کی د PR او QT موجو تغیرات په کښې رانغښتې وي.

په نادر ډول دی رنځورانو کې اختلاج، اپلاستیک انیمیا ، Guillian Barre Syndrome او Transvers myelitis هم راپور ورکول شوی دی.

په دې ناروغانو کې په ندرت ډول Fulminant هیپټایټس ، دځیګر کوما او مړینه منځ ته راځي.

۲-۲۷ شکل په یو هیپاتایتس A ناروغ کې د ژیړي او تیارو تشو متیازو وصفي منظره

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

جدول (۲-۱۴) د هیپاتایټس A د ناروغ د ګیلو او نښو سلنه.

ګیلې		نښې	
بی اشتهایي	۷۱ __ ۸۵٪	دځیګر غټوالی	۱۴ __ ۷۸٪
زړه بدوالۍ او کانګې	۲۷ __ ۷۹٪	دځیګر حساسیت	۳۲ __ ۴۲٪
سستیا	۷۲ __ ۸۰٪	دتورۍ غټوالی	۳ __ ۱۳٪
تبه	۱۸ __ ۵۸٪	ژیړی	۴۰ __ ۸۰٪
سرخوږ	۱۹ __ ۷۳٪	د زړه د حرکاتو کموالی	۱۷٪
دګیډې خوږ	۲۸ __ ۹۴٪	دلمفاوي غوټو غټوالی	۴٪
تیاره تشې متیازې	۵۲ __ ۵۸٪	دپوستکي خاپونه	۱۴ ٪
سپین بخن ډکې متیازی	۵۲ __ ۵۸٪		
د بندونو درد	۸ __ ۱۹٪		

پلټنې:

د ناروغۍ په Prodromal stage کې د سیروم بیلروبین نارمل وي خو بیا هم په تشو متیازو کې بیلروبین یوریا او Urobilinogen زیاتوالی شتون لري.

د AST او ALT کچه له زیړي ځخه مخکې جیګه او کله کله ډیره زیاته لوړه وي.

د زیړي په پړاو کې بیلروبین د زیړي کچه څرګندوي. د سیروم AST له زیړي څخه یو تر دوه ورځې وروسته لوړې کچې ته رسیږي چې Iu/L AST ۵۰۰ او د سیروم ALT تر IU/L ۳۰۰ ته رسیږی.

کله چې زیړی ورک شي د امینوترانسفیریز سویه کیدای شي څو اونیو پورې او حتی کله کله تر ۲ میاشتو پورې لوړه پاتې شي.

د وینی په معاینه کې لوکوپینیا موجوده وي کیدای شي Atypical مونونوکلیر حجری ولیدل شي.

Coombs' Positive Hemolytic anemia مثبت اوپه شدیدو حالتونو کې Prothrombin time اوږدوالی شتون وي دوینی ESR لوړ وي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

په وينه کې د IgM انتی باډی شتوالې د ناروغۍ په بیړني حالت دلالت کوي چې د ناروغۍ په پیل کي لوړېږی درې څخه تر ۲ میاشتو پورې دوام کوی کله کله تر دوو کلونو هم زیات دوام کولای شي.

IgG انتي بادي په دوامداره ډول تر کلونو پورې پاتې کیږي ځکه لږ تشخیصیه ارزښت لري اوهم IgG انتي بادي په دوديز ډول وروسته له ۵۰ کلنۍ څخه شتون لري دګیلو له پیل څخه یوه تر دوه اونۍ مخکې پیدا کیږي.

توپیري تشخیص :

د زیړي له نورو لاملونو سره په ځانګړې ډول د وایرسي هیپټایټس له نورو ډولونو اود درملو له کبله هیپټایټس سره تر سره کیږي همدارنګه له یو شمیر نورو ناروغیو سره چې لاندې ذکر شوي باید توپیر شي.

۱ـ له نورو انتاني ناروغیو سره.

- Epestin Barr Virus.
- سایتومیګالو ویروس.
- Leptospirosis.

۲ـ د صفراوي سیستم له انتاناتو سره لکه بیړنی کولي سیستایټس، بیړنی کولانجایټس، بیړنی پانکراټایټس.

۳ـ له انسدادي زیړي سره لکه صفراوي کځوړې ډبرې،د پانکراس او صفرا تومورونه.

۴ـ هیمولایزس سره لکه G6PD کموالی ، ملاریا.

۵ـ د درملو له کبله هیپاټاټیس لکه الکول، پراستامول ، فینوتیازین او INH.

دناروغۍ سیر او انزار:

په پوره ډول کلینیکي او لابراتواري ښه والی د ۹ اونیو په موده کی څرګندیږي.

ددې ناروغۍ انزار ښه دی زیات شمیر رنځوران په پوره ډول ښه کیږی.

په ځوانانو کی د مړینې کچه ۱٫۰% دی چې د عمر په زیاتیدو داکچه لوړیږي.

زیاتره ناروغان د دوه میاشتو په موده کې روغتیا پیداکوي لاکن ۱۰-۱۵ % شپږ میاشتې وروسته په پوره ډول سره صحتمند کیږي.

د مړینې لامل Fulminant هیپاټیک نکروزس ګڼل کیږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

د نقاهت په پړاو کې ۵-۱۵ % ناروغانو کې ناروغي بیرته راګرځي او کله کله ډیر شدید ژیړی چې د کولیستازس سره یو ځای وي د زیات وخت لپاره (یعنی ۷ – ۲۰ اونیو) دوام کوي چې دی ته کولیستاتیک وایرل هیپاټایټس وایي. د ا ډول هیپټاټیس هیڅ کلـــــه د ځیګر ځنډنۍ ناروغي نشي رامنځته کولای.

درملنه:

کومې ځانګړې درملنې ته اړتیا نشته که چیرې ګیلې شدیدې وي استراحت توصیه کیږي د زړه بدوالي او کانګو په صورت ۱۰% ګلوکوز استطباب لري.
په غذایي رژیم کې باید له مزه لرونکو خواړوڅخه چې د ناروغ لخوا وزغمل شي ګټه واخستل شي. د سحر لخوا خواړه ښه زغمل کیږي.
د شدید فزیکي فعالیت ، الکولو او هغه درملو څخه چې په ځیګر زهرجنې اغیزې لري باید پرهیز شي که چیرې کولیستازس او خارښت موجود وي نو Cholestyramine اغیزمن درمل دی.
همدارنګه د کولیستازس په شتوالي کې د کورټیکوسټروید څخه (۳۰ - ۴۰ ملي ګرامه په ورځ) کې ګټه اخستل کیږي او کـــله چې د Alkaline Phosphatase کچه رانښکته شوه دوزیې کمیږي.

د ناروغۍ مخنیوی او کنترول:

د چاپیریال او ځاني روغتیا ساتنی ته ځانګړې پاملرنه د HAV پیښې کمې کړې دي.
انساني ډکې متیازې په صحي ډول ځای پرځای کول او له دې څخه خواړه او اوبه ساتل د مخنیوي بنسټیزه لاره ده لاسونه باید وروسته د ډکو متیازو له کولو څخه ومنځل شي.
څرنګه چې پیښې یې په Homosexual نارینه وکې زیاتې دي نوروغتیایي تبلیغات پـه دې اړوند اړین دي .
لاندې خلک د HAV د زیات خطر سره مخامخ دي باید واکسین شي:

۱. هغه نارینه چې دبل نارینه سره جنسي اړیکې لري.

۲. هغه خلک چې د ځیګر ځنډنۍ ناروغۍ لري.

۳. هغه مسافرین چې د HAV اندیمیک ځایونو ته سفر کوي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

٤. هغه ماشومان چې عمر يې د ۲ کلونو څخه کم وي او داسې ټولنه کې ژوند کوي چې هلته د HAV پيښې ډيرې وي.

۵. زرقي درمل اخستونکي.

٦. هغه خلک چې د دندی له لحاظه د Blood Born انتان دخطر سره مخامخ دي.

۷. د هيموفيليا ناروغان .

۸. دکور غړي او هغه کارکوونکي چې له ناروغانو سره اړيکی لري.

ml/kg ۲ .،.د غوښې له لارې ورکول کيږي د يو Single ډوز انتی بادي تر يوه کاله دوام کوي. که چيرې بوستر ډوز ورکړل شي نو انتی بادي تر لس کلونو دوام کوي.

واکسين ۸ – ۱۰ ورځې وروسته معافيت توليدوي.

Passive ايمونايزشن هغو خلکو ته چې کله کله له خطر سره مخ وي توصيه کيږي.

دا ۳ – ۴ مياشتې مخنيوې کوي، چې د نارمل انساني ايمون ګلوبولين (ml/kg ۴.،. څخه تر ۲.،. دغوښې له لارې) څخه ګټه اخستل کيږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

هیپتایټس بي

پخوا ورته سیروم هیپتایټس ویل کیده. په نړۍ کې د ۵٪ څخه کم جمعیت یې ککړ کړی او مهم لامل د مړینی دی، چی ۳۵۰ میلونو څخه زیات ځندني لیږدونکي لري.

د ۵۰۰ زرو څخه زیات انسانان هر کال خپل ژوند ددې ناروغۍ له امله له لاسه ورکوي. دا د ځنډني هیپتایټس ، سیروزس او دځیګر کانسر مهم لامل ګڼل کیږي.

وایرولوجي:

ددې ډول هیپاتیتس وایرس قطر ۴۲ نانو متره دی او یو Hepadena وایرس دی.

درې ډوله انتي جن انتي بادي سیستم لري.

۱_ HBS – Ag : ددې څرګندیدل د انتان لومړنۍ بیلګه ده چې مخکی د بیوشمیکی تغیراتو څخه څرګندیږي اوتر کلینیک پورې دوامداره پاتې کیږي. که چیرې وروسته د بیړني انتان څخه په دوامداره ډول پاتې شي نو ځنډنی انتان راپه ګوته کوي .

۲_ Anti – HBs : کله چې انتي بادي د HBS پر ضد څرګنده شوه نو دا د HBV د ښه والي ننبه ده نور نو HBS- Ag له منځه ځي.

۳_ Anti HBc : د HBs انتي جن تر څرګندیدلو لږ موده وروسته IgM Anti HBc څرګندیږی ددی شتوالی د بیړني هیپاټایټس د شتون څرګندوی دی.

IgM anti HBc له ۳ تر ۲ میاشتو او یا له دې څخه د زیات وخت لپاره دوامداره پاتې کیدای شي.

همدارنګه IgG anti HBc هم د هیپاټایټس په بیړني پړاو کې څرګندیږي اما دا بیا د زیات وخت لپاره پاتې کیږي .

۴_ HBe – Ag دا یو Soluble پروټین دی چې یوازې هغه رنځورانو کې چې سیروم کې یې د HBS انتي جن مثبت وي پیداکیږی. د HBC Ag یوه اطراحي ډول ده د تفریخ په پړاو کې د HBS Ag تر لیدو سمدلاسه وروسته څرګندیږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

د HBe-Ag د وايرس د زياتيدلو او ككړتيا ښنبه ده كه چيرې د درې مياشتو څخه زيات پاتې شي ځنډنۍ هيپټايټس راپه ګوته كوي او هغه وخت له منځه ځي كـــــله چې Anti HBe څرګند شي.

۵ـ HBV – DNA د دې شتوالى په سيروم كې د HBe Ag له شتون سره موازي وي . HBV-DNA ډير حساس دى چې دوايرس زياتيدلو او ككړتيا ښيي ډيره كمه اندازه د HBV-DNA يـوازې د PCR په واسطه په سيروم كې مــــعلوميږي هـــغه ناروغان چې ځنډنۍ هيپاټايټس بي ولـــري كيداى شي په سيروم كې په لوړه كچې پاتې شي.

ا پيډ يمولوجي:

دا ناروغي د ويني د ويني د محصولاتو ، جنسي نژدې والي او هم د مورڅخه ماشوم ته ليږديږي. چې دا وروستى زياتره په Vertical ډول (يعنى له مور څخه ماشوم ته د Child Birth په وخت كې) وي. رحمي ليږديدنه يې ډيره لږه ده. همدارنګه په ليږديدنه كې د رګ له لارې د ناوړه درملو كارونه ، خال وهل (Tattoing) ، Acupuncture، ږيره خرېيل (دمنتن پل كارول) رول لري. هيپاټايټس بي وايرس له وينې ، لاړو،مهبلي مايع، مني، Colostrums، د سينې شيدو او كله كله له تشو متيازو، صفرا، ډكو متيازو خولو او اوښكو څخه په لاس راوړى شو.

وينه څښونكي حشرات لكه سپږې او مياشي په ځانګړي ډول په تراپيكل ځايونو كې غوره وكتور كيداى شي.بايد وويل شي چې دويروس زياتيدنه په دې وكتور كې نه دې ليدل شوى.

پيښې يې په همجنس بازانو كې زياتې وي.

د Hemodialysis كاركوونكي ، نرسان، د وينې بانك كاركوونكي ، دغاښونو ډاكتران ، او پتالوجستان دناروغى له خطر سره زيات مخامخ دي.

په پرمختللي هيوادونو كې د هيپټايټس بي سره زيات مخامخ وګړي عبارت دي له :

۱. هغه خلک چې د رګ له لارى درمل كاروي.
۲. لواطت كوونكي.
۳. HBs مثبت كس سره جنسي اړيكې.
۴. هغه ناروغان چې Renal dialysis كوي.
۵. جراحان، د غاښونو ډاكتران او مړى خښوونكي.
۶. له مثبت اتېي جن لرونكيو ميندو څخه نوي زيږيدلي ماشومان.
۷. هغه وګړي چې په تكراري ډول وينه اخلي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

کلینیکي بڼه :

د هیپټایټس بي تفریخ دوره ۳-۲ میاشتې ده ۹۰% پېښې یې سب کلینیکل دي.
د کلینیک له نظره د هیپټایټس له نورو ډولو سره یې توپیر ستونزمن دی.
په دودیزه توګه په تدریجي ډول پیلیږي.
په لومړیو کې ناروغ د انفلوانزا په شان ګیلې ، ستوماتتیا ، بې اشتهایي ، زړه بدوالی، کانګې او د ګېډې د ښۍ خوا د پورتنۍ برخې درد څرګندوي.
همدارنګه کیدای شي په ۱۰ تر ۲۰ % پېښو کې د Serum sickness په شان کلینک لکه لړمې ، خارښت، تبه، د بندو درد او د بندو التهاب تر زیړي مخکې شتون وي .چې بیا ۷ – ۱۰ ورځې وروسته ژیړی څرګندیږي. دژیړي په څرګندیدلو سره دناروغ ګیلې کمیږي.
په فزیکي معاینه کې زیړي او د ځیګر غټوالی موجود وي .
عرضي هیپټایټس نادراً له یوه کلنۍ څخه په ټیټ عمر ماشومانو کې څرګندیږي .
بیړنۍ ګیلې کیدای شي په هغو ناروغانو کې چې بل ګډ انتان لکه HDV او یا د ځیګر الکولیک ناروغۍ ولري شد یدې وي .
ګیلې او ژیړی په دودیز ډول د ۱-۳ میاشتو په موده کې له منځه ځي خو په ناروغانو کې دوامداره لتې او ستوماتتیا آن د امینو ترانسفریز تر نارمل کیدلو پورې پاتې کیږي.
Fulminant هیپاټایټس نادر دی خو په ۰،۱ – ۰،۵ % ناروغانو کې کیدای شی رامنځته شي په دې صورت کې د ځیګر د عدم کفایې نښې لکه Coagulopathy ، انسفالوپاتی او دماغي ازیما څرګندیږي. په دودیز ډول دا اختلاط د ګیلو تر پیلیدو ۲۸ ورځې وروسته منځته راځي. د Fulminant هیپټایټس پتوجنیزس معلوم نه دی لیکن په دې پروسه کې د وایرس پر وړاندې د ځیګر Massive ایمون غبرګون رول لري.
د مړینې خطر په Fulminant اخته ناروغانو کې ۲۰%دي.
۵-۱۰% ناروغان ځنډنی لیږدونکي (Chronic Carrier) رامنځته کوي.
واړه ماشومان او هغه کسان چې معافیتي سیستم یې نیمګړی وي د لیږدولو لپاره زیات مساعد وي .
نارینه نظر ښځو ته ۲ چنده زیات ځنډني لیږدونکي دي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

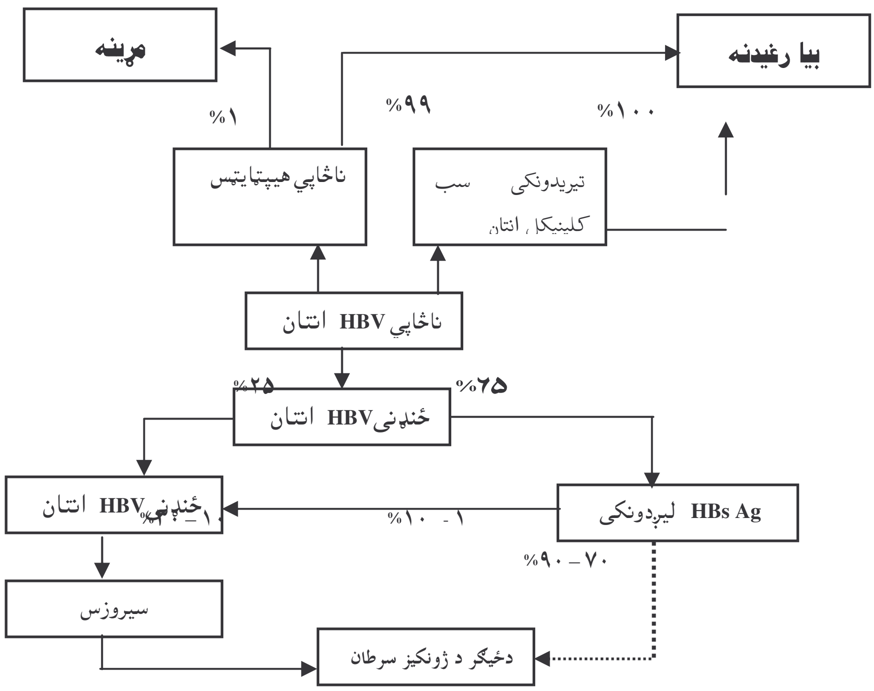
د Chronic Hepatitis B ۲۰ – ۴۰٪ ناروغان د ځیګر سیروزس او سرطان خواته پر مختګ کوي چې داخطر په نارینه وو کی زیات دی.

زیات لیږدونکي د ځیګر نارمل دندې لری هغه لیږدونکي چې وینه کی یې Hbe Ag مثبت او په لږه کچه Anti Hbe و لري په دوی کې زیات د Chronic Persistantهیپاټایټس، Chronic active hepatitis، سیروزس اود ځیګرسرطان د منځ ته راتلو خطر شته.

هغه ښځې چې د Hbe لیږدونکي وي یا HBS انتي جن یې مثبت وي او انتیHbe منفی وي دا ښځی زیاتې د زیږون پر وخت د خپلو ماشومانو د منتن کولو وړتیا لري.

دځیګر څخه بهر څرګندتیاوی عبارت دي له Poly arthritisچې متوسط او کوچني شریانونه اخته کوي، ګلومیرولو نفرایتس ،پولي میالجا روماتیکا، مایوکاردایتس، ارترایټس Essential Mixed Cryoglobulinemia, او Guillian's Barie Syndrom څخه چې دا ټول د امیون کامپلکس وتیری پورې تړاو لري.

کلینکی سیر یې په (۲-۳) شیما کې ښودل شویدی.



Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

تشخیص:

په بیړني هیپټایټس بي کې HBs Ag په سیروم کې موجود وي، همدارنګه HBs Ag د HBV د ځنډنی لیږدونکیو په سیروم کې هم موجود وي.

د ناروغۍ د بیړني حـــالت تشخیص د IgM- Anti HBc په واسطه چې تر HBs دوه اونۍ وروسته ښکاره کیږی ایښودل کیږی. چې په غیر اختلاطی پیښو د څو میاشتو په موده کې ورکیږي. Anti core Ag انتی بادي زیات وخت لـــپاره دوام کوي .

لابراتواري تشخیص د Radio immuno assay په واسطه چې د وایرس انتي جن او د Anti Hepatitis B انتي بادي ګانې معلوموي ترسره کیږي.

دځیګر Trans aminases او بیلروبین کچې لوړیږی په ځانګړي ډول تر ژیړي مخکې پړاو کې.

WBC کیدای شي نارمل یا لږې وي کله کله غتې غیر وصفي لمفوسایټ ژونکې لیدل کیږي.

په لږه کچه پروټین یوریا او بیلروبین یوریا موجود وي.

اختلاطات:

دځیګر عدم کفایه ، ځنډنی هیپټایټس چې د ځیګر سیروزس او دځیګر سرطان په لور پرمختګ کولای شي غوره اختلاطات دي.

دپښتورګو عدم کفایه ، دپوستکي خاپونه، پانکراټایټس، مایوکاردایتس، Transvers myelitis او اټیپیکال نمونیا یې نادر اختلاطات دي.

د ناروغۍ سیر:

یو شمیر زیات ناروغان په بشپړ ډول ښه کیږی خو Fulminant هیپاتیتس په ۱% رنځورانو کی څرګندیږی په یو شمیر رنځورانو کې ځنډنی هیپټایټس او Hepato cellular Carcinoma تاسس کوي او یو شمیر غیر عرضي مزمن ناقل جوړیږی.

پایله یې (Outcome) په یو شمیر فکتورونو پورې اړه لري چې په لاندې ډول یې یادولای شو :

۱- د وایرس وایرولانس .

۲- د کوربه معافیتي حالت.

۳- د ناروغ عمر.

۴ – او ځینې جنیتیکي فکتورونه.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

درملنه :

دهيپټايټس A په ډول تقويوي ده کومه ځانګړې درملنه نه لري. ناروغ بايد د ځيګر د بيړنۍ عدم کفايې لپاره ترڅارنې لاندې ونيول شي. د Lamivudine رول معلوم نه دی.

مخنيوی:

د خطر له ټولو فکتورنو څخه دې مخنيوی وشي لکه د ګډې ستنې کارونه ، ګنو خلکو سره جنسي نږدې والی،تر ورکړې وړاندې دويني ازمايښت ، د روغتون او لابراتوارد کارونکيو پر دې پوهاوی چې ستنچوخونه (ستنې وخذه) او پر ناروغې د اختـه کسانو لـه مايعـاتو وينې سره په احتياط تماس ولري.

Passive او active ايموناېز يشن.

لاندې د خطر ډلې بايد واکسين شي:

١_ ټول د روغتيا کارکوونکي.
٢_ د بيړنۍ او ژغورنې ډلې غړي.
٣_ مړي ښخونکي او موميايي کوونکي (Morticians and embalmers) .
٤_ هغه ماشومان چې د خطر په سيمه کې ژوند کوي.
٥_ هغه خلک چې هيموفيليا و لري.
٦_ هغه ناروغان چې Psychiatric يونټ کې دي.
٧_ هغه ناروغان چې د پښتورګو ځنډنی عدم کفايه ولري او د دياليز ځانګه کې وي .
٨_ اوږد مهاله مسافرين.
٩_ لواطت کاران ، زناکاران او Prostitutes. (مفعول)
١٠_ هغه خلک چې د وريد له لارې ناوړه درمل کاروي.

يو ځای Prophylaxis (يعنې Vaccination او ايموګلوبولينيميا) لاندې خلکو ته ورکول کيږي:

١_ هغه وګړي چې په ناڅاپي ډول د ستنې په واسطه زخمي شوي وي.
٢_ له HBs Ag مثبت ميندو څخه نوی زيږيدلي کوچنيان.
٣_ هغه چې له مثبت HBS Ag ناروغ سره دوامداره جنسي اړيکې ولري.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

کاهل ته IU ۵۰۰ ځانګړی ایمون ګلوبولین او نوي زیږیدلي ماشوم ته IU ۲۰۰ ورکول کیږي پته دې پاتې نه وي چې واکسین دې د یو لاس په Deltoid عضله کې او امیونوګلوبولین دې په بل لاس کې تطبیق شي.

فعال ایمونایزیشن (Active immunization):

دوز او رژیم: درې زرقه (۰ـ ۱ او ۲ میاشتې) د ښه جذب لپاره د Deltoid په عضله کې کارول کیږي د لنډ وخت لپاره د ۹۰٪ څخه زیات محافظه کولای شي.

هغه ناروغان چې عمر یې تر ۵۰ کلونو لوړ وي او معافیت ځپلي ناروغان (HIV او ایدز په ګډون) لوړ او تکراري دوزونو ته اړتیا لري ځکه چې په دوی کې د انتي بادي غبرګون ښه نه وي.

د انتي بادي کچه باید له لومړي دوز څخه ۷ تر ۹ میاشتې وروسته اندازه شي. د انتي بادي دکچې د پوره ساتلو لپاره باید Booster ډوز هر ۳ تر ۵ کاله وروسته تطبیق شي.

واکسین ګڼ شمیر زیانونه لري چې په لاندې ډول یې یادولای شو:

۱ـ په زرق شوی ناحیه کې د درد منځ ته راتګ.

۲ـ کله کله د تبې ، خاپونه او Flue Like illness منځ ته راتګ.

یادونه :

هغه څیړنه چې زما له خوا په کال ۱۳۸۰ کې د ننګرهار ولایت دعامې روغتیا ساري سرویس کې په ۱۲۸ د زیږي ناروغانو کې ترسره شوه او د ننګرهار پوهنتون د پوهې مجلې په ۸، ۷، ۲، ۵ ګڼه کې خپره شوې ده لاندې پایلې یې درلودې.

د ۱۲۸ تنو ناروغانو د جملې څخه په ۲۲ ناروغانو کې HBs-Ag مثبت وو چې ددې جملې څخه ۴۲ تنه (۷۵، ۶۷٪) نارینه او ۲۰ تنه (۲۵، ۳۲٪) ښځینه وې.

زیاتره ناروغان د ځوانی په عمر کې ول.

د لیږدیدنی غوره لار یې چې د طبی مشاهدې اخیستلو څخه څرګنده شوه هغه د مختلفو زرقیاتو اخیستل وو چې څو کسانو په ګډه د ستنې څخه استفاده کړې وه.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

هیپټایټس سي

دا د RNA وایرس ځانګړی ستندرد ډول دی چې د Flavivirus سره ورته والی لري لږ تر لږه ۲ غټ جینوټایپونه لري.

پخوا ۹۰٪ پیښې د وینې له ترانسفیوژن څخه وروسته منځ ته راتلل مګر اوس ۴٪ پیښې یې د وینې د ترانسفیوژن پورې تړاو لري. د ۵۰٪ څخه زیاتې پیښې هغو خلکو کې چې ناوړه وریدي درمل کاروي لیږدیږي. د پوزې په داخل کې د کوکاین استعمال او هیموډیالیز هم د خطر فکتورونه دي.

د جنسي اړیکو له لارې او دمور څخه ماشوم ته لیږدیدنه لږه ده اما هغه خلک چې څو بیلا بیلو خلکو سره جنسي اړیکې لري له خطر سره مخامخ دي.

دمورله شیدو څخه یې د لیږدیدنې کوم سند نشته.

۳۰-۵۰٪ پیښې د HCV په HIV مثبت ناروغانو کې پیدا کیږي.

د HIV یو ځای والی ددی لامل کیږي چې ژر ځنډنی هیپاټایټس او سیروزس رامنځته شي.

په امریکا کی نږدی ۲،۷ میلونه خلک HCV لیږدونکي دی او ۱،۳ میلونه هغه خلک دي چې مخکې د وایرس له امله منتن شوې وي مګر اوس پاک شوی وي.

تفریخ دوره ۲-۷ اونۍ ده. کلینیک یې په دودیز ډول خفیف او اکثرا غیر عرضي وي. امینوترانسفیریز په کې لوړیږي او ښکته کیږي.

په امیدواره ښځوکې له دې سره سره چې Viremia لري کیدای شي Transferases یې نارمل وي مګر له تولد څخه وروسته لوړیږیHCV د Cryoglobulinemia او ګلومیرونفریت لپاره یو پتوجنیک فکتور دی. همدارنګه Auto immune thyroiditis، لمفوساټیک Sialadenitis ، Idiopathic Pulmonary fibrosis او احتمالالمفوما سره اړیکې لري.

په ځنډنی هیپټایټس C کی د Type II Diabet خطر زیات وي.

د هیپاټایټس سي تشخیص په انزایم ایمون Assay باندې چې د HCV انتي بادي ټاکل شوې وي تر سره کیږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

اپید یمولوجي:

دنړۍ په هر ګوټ کې پیداکیږي ناروغۍ د وینې او یا د عضویت د مایع په واسطه لیږدیږي همدارنګه لیږدیدنه یې ککړې شوې ستنې او پیچکارۍ په واسطه هم تر سره کیږي. د جنسي اړیکو له لارې کیدای شي ولیږدیږي لاکن د هیپاتایتس B په پرتله ډیر کم پیښیږي. له مورڅخه ماشوم ته په Vertical ډول لیږدیدنه غیر دودیزه ده.

په ټوله نړۍ کې ۱۷۰ څخه ۲۴۰ میلونه انسانان د ا انتان لري چې په ۴۰% ناروغانو کې د سیروم امینوترانسفریز کچه نارمل وي.

۲۰% ناروغان له ۲۰ کالو څخه وروسته کیدای شي په سیروز اخته شي داخطر په نارینوو کې زیات دی په ځانګړي ډول هغه ناروغان چې د ورځې د ۵۰ ګرامو څخه زیات الکول څښي په همدې ډول هغه ناروغان چې معافیتي سیستم یې ځپل شوی وي لکه هایپوګاما ګلوبولینیمیا، HIV لرونکی چې CD4 اندازه یې کمه وي اود غړو پیوند شوي ناروغان چې ایمون Supressive درمل اخلي هم ژر سیروزس خواته پرمختګ کوي.

هغه رنځوران چې د سیروم امینوترانسفیریزکچه یې نارمل وي او زیاتره خفیف ځنډنی هیپټایټس ولرې هیڅ او یا ورو ورو سیروز په لور پر مختګ کوي بیاهم سیروز په ۱۰% ناروغانو کې څرګندیدای شي.

یادونه:

هغه څیړنه چې دمحترم پوهندوی دوکتور دل اقا (دل) له خوا د HCV د پیښو په اړوند په ۹۷۰ تنو باندې ترسره شوې وه په ۱۴ تنو کې HCV انتان تثبیت شوې دې. چې ددې جملې څخه ۸۹۵ تنه وینه ورکوونکي وو چې په دوې کې ۱۲ پیښې مثبت وې. ۳۵ تنه تکراري وینه اخیستونکي وو چې دوې یو تن او ۴۰ تنه د ساري سرویس د بستر ناروغان ول چې په دوې کې هم یو تن HCV مثبت تثبیت شوه.

کلینیکي بڼه:

دتفریخ دوره یې له ۱۴-۱۲۰ ورځې ده چې منځنۍ کچه یې ۵۰ ورځې ده.

کلینیک یې د نورو وایرسي هیپټایټس په شان دی. ۱۵-۲۵% ناروغانو کې ژیړی څرګندیږي زیاتره پیښې یې سب کلینیکل وي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

له زیږي ځخه په مخکې دوره کې ناځانګړې ګیلې لکه سستیا، لتې، د اشتها خرابوالی، دګیډې د ښۍ خوا درد او په کمه درجه تبه موجوده وي چې ۲-۱۰ ورځې دوام کوي د هیپټایټس بي ناروغانو په شان په ځینو رنځورانو کې د Serum sickness په ډول ګیلې لکه د پوستکي رش، لړمې او د بندونو درد چې د ژیړي د منځ ته راتګ سره ښه کیږي کیدای شي موجود وي.

د ژیړی ګیلې ۱-۲ اوونۍ دوام کوي هغه رنځوران چې د ژیړي تاریخچه لري زیاتره ځنډنی هیپټایټس طرف ته ځي.

څرنګه چې په ۸۵% پیښو کې د بیړني انتان ګیلې شتنې نه وي نو ناروغۍ په پټ ډول دوام کوي تر څو چې د ځیګر د ناروغیو وروستنی Stage رامنځته کړي. نو پردې بنسټ باید په وقفوی ډول د هغو خلکو چې خطر په کې زیات وي سیروم یې معاینه شي.

دځیګر څخه بهرڅرګندتیاوی عبارت دي له ګلومیرولونفرایتس د Cryglobulinemia سره یو ځای، ارترایتس او Porphyra cutneatarda څخه.

په دې ناروغانو کې د دیابیت شیوع لوړه ده او هم د Lichen Planus ، Sicca Syndrom او Non specific Hodgkin lymphoma یوځای والې تر څیړنی لاندې دی.

تشخیص:

د هیپټایټس سي تشخیص هغه وخت ایښودل کیږي کله چې انتي بادي د انتی جن په مقابل کې د رنځور په سیروم کې ولیدل شي.

ډول ډول Assays ددې لپاره شته کله کله کیدای شي Cross Reaction څرګند شي.

که چیرې ټست مثبت شي نو د پوره تشخیص لپاره د وایرس جینوم باید معلوم شي چې د PCR په واسطه ترسره کیږي.

په ځنډنی هیپټایټس کې د انتی بادي لیدل له بشپړ تشخیص سره مرسته نه کوي باید RNA PCR وټاکل شي.

RNA د HCV یوه الی دوه اونۍ وروسته د انتان څخه او انتي HCV کولای شو شپږ اونۍ وروسته معلوم کړو.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

اختلاطات:

د ځيگر سيروزس او د ځيگر سرطان ددې ډول هيپټايټس غوره اختلاطات دي.
اپلاستيک انيميا کله کله د هيپټايټس سي د نقـــــاهت په دوره کې څرگنديږي. همدارنگه اگرانولو سايتوپينيا او محيطي نيوروپاتي رامنځته کيداى شي.
Cryoglobulinemia ، اکروسيانوزس او د پښتورگو عدم کفايې نادر اختلاطات دي.

مخنيوى او کنترول:

تول هغه عمومي تدابير چې د هيپټايټس بي په مخنيوي کې په کارول کيږي ددې هيپټايټس په مخنيوي کې هم ورڅخه گټه اخيستل کيږي.
کوم واکسين او يا ځانگړى ايمون گلوبولين په لاس کې نشته چې ورڅخه گټه واخستل شي.

درملنه:

د بيړنى هيپټايټس سي درملنه د انترفيرون الفا يا Peginterferon په واسطه چې د پوستکي لاندې MU ۳ درې ځله په اوونۍ کې تر سره کيږي چې د ۲ – ۲۴ اونيو په موده کې د ځنډني هيپټايټس خطر کموي يو شمير ناروغانو ته د ۱۲ مياشتو لپاره ورکول کيږي چې په ۵۰% ناروغانو کې ترانس امينازونه نارملې کچې ته ښکته ، HCV RNA له وينې څخه ورک او د ځيگر التهاب اصلاح کيږي. غبرگون په ۱۵-۲۵% ناروغانو کې په دوامداره ډول سره پاتې کيږي مگر داغبرگون د Ribavirin په ورگډولو سره لوړيږي.
د بيړني هيپټايټس په ۲۰% ناروغانو کې وايرس له درملنې پرته له وجود څخه ليرې کيداى شي. نو هغه ناروغانو ته چې ۳-۴ مياشتې په موده کې د انترفيرون الفا يا Peginterferon په واسطه هم وايرس له وجود څخه پاک نه شو نو Ribavirin په درملنه کې اضافه کيږي.

دناروغۍ کورس :

۸۵% رنځورانو کې د ځيگر ځنډني ناروغۍ رامنځته کيږي ، ۱۵ الى ۲۰ % ناروغانو کې ۱۰ الى ۳۰ کاله وروسته سيروزس څرگنديږي. ۷ الى ۱۵ % Hepatocellular کارسينوما خواته پرمختگ کوي.

نارينه ناروغان او هغه نارينه چې عمر يې د ۴۰ کلو پورته وي او جينوتايپ ۱ يا ۴ ولري ژر فبروزس په کې رامنځته کيږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

Hepatitis D

دا ډول هیپټایټس ته ډلټا هیپټایټس هم وایي چې یو نیمګړی RNA وایرس دی. ۳۵-۳۷ نانو متره قطر لري په ځانګړي ډول ناروغۍ رامنځته کولای نشي. د HBV سره ټینګې اړیکې لري او هغه وخت له وجود څخه پاکیږي کله چې HBS – Ag پاک شي.

په ټوله نړۍ کې نږدې ۱۵ میلیونه HBV لیږدونکي HDV هم لري د لیږدیدنې لارې یې د HBV په شان دي. یعنې د وینې، دوینې محصولاتو اود عضویت د افرازاتو په واسطه لیږدول کیږي.

پېښې یې زیاتره په هغو خلکو کې لیدل کیږي چې د رګ له لارې ناوړه درمل کاروي خو ټول هغه وګړي چې د HBV د لوړ خطر لاندې وي اخته کولای شي.

د تفریخ دوره یې ۳-۷ اونۍ ده. کلینیکي څرګندونې د بیړنۍ هیپاټایټس څخه تر Fulminant Hepatic Failure پورې سیرلري. ځنډني ناروغان کیداې شي ګیلې ونه لري او په ځنډني ډول لیږدونکي اوسي. کیداې شي ژرسیروز او هیپاتیک کارسینوما رامنځته کړي.

بیړنۍ انتان دوه کلینیکي لوحې رامنځته کوي. Co-infection د HBV سره او یا Super infection پر ځنډني هیپاټایټس بې باندې.

د Co-infection په صورت کې بیړنۍ هیپاټایټس رامنځته کیږي چې په دودیز ډول شدید وي او ۲ الی ۲۰% مړینه لري. دځیګر د بیړنۍ عدم کفایې پېښې په هغو خلکو کې چې ناوړه وریدي درمل کاروي زیات راپور ورکړل شوی دی. د Co-infection ۵ % رنځوران په ځنډني هیپاټایټس بې بدلیږي.

خو Super infection ۷۰ الی ۸۰ % ځنډني هیپاټایټس ډي خواته میلان لري. کله چې ځنډنی انتان رامنځته شوه نو کلینیکي کورس د هیپاټایټس شدید کیږي.

سیروزس ۲۰ الی ۸۰ % په ځنډني هیپاټایټس ډي او خطر د هیپاټیک سیل کارسینوما درې چنده زیاتیږي.

تشخیص په دودیز ډول د IgM anti Detla ، IgM anti HBe په شتوالي کیږي IgM anti Delta تر منتن کیدا یوه اوونۍ وروسته په وینه کې ښکاره کیږي چې تر ۱۲ اونیو پورې پاتې کیږي. په دودیز ډول ددې ناروغانو HBe – Ag او HBV DNA منفي وي .

د AST او ALT لوړوالی دمنتن کیدو یوازني ښودونکي دي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

Hepatitis E

ددی ډول هیپټایټس لامل کوچنی RNA وایرس دی چی د Calici virus سره ورته والی لري او قطر يي د ۲۴ څخه تر ۳۲ نانو متره دی.

اپیدیمولو لوجي:

دا ډول هیپټایټس د Water born هیپټایټس په نوم هم یادیږي. اپیدیمولوجي يي ښه تشریح شوی نه ده، خو اپیدیمي يې د نړۍ په څو هیوادونو کې لکه افغانستان، هندوستان، برما، الجیریا، مکسیکو په دې وروستیو کې په سودان او عراق کې لیدل شوی.

د ناروغۍ شیوع زیاتره په ځوانانو کې او په ځانګړي ډول نارینه و کې زیات دی د انتان منبع ککړ ې شوی اوبه دي او همدارنګه کیدای شي له یو انسان څخه بل انسان ته د فیکل اورل له لارې هم ولیږدیږي.

همدارنګه په ۳۰٪ پیښو کې سپیان، خوګان او نولیان هم ویروس لیږدولای شي.

داسې څرګندونې نشته چې ناروغي د زرقیاتو یا د جنسی اړیکو په واسطه ولیږدیږي. که چیرې بیړنی انتان امیدواره ښځه اخته کړي نو د مړینې کچه په دوی کې لوړه وي (۱۰ – ۲۰٪) چې څرګند دلیل يي معلوم نه دی.

کلینیکي بڼه:

د تفریخ دوره يي ۲۸-۴۰ ورځې ده کلینیک يي هیپټایټس A ته ورته والی لري.

ستوماتیا، داشتها خرابوالی، زړه بدوالی، کانګې، دګیډې درد او تبه د ناروغ غوره ګیلې دي. د ځیګر غتوالی چې له دی څخه وروسته ژیړی څرګندیږي. Fulminant دځیګر عدم کفایه ۰،۵ - ۳٪ کې پیښیږي خو د ا میدوارۍ په دریم ترایمستر کې تر ۲۵٪ پورې دا کچه رسیدلای شي.

هیپټایټس E وایرس د ځنډنی هیپټایټس، سیروزس او کانسر لامل نه کیږي خو هغه رنځوران چې د ځیگر بله ناروغی له بیړني HEV انتان سره یوځای ولري کیدای شي د ځیګر Decompensation رامنځته کړي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

تشخيص:

د بیړني انتان په پړاو کې IgM anti HEV لیدل کیږي چې ۴-۲ میاشتې وروسته له منځه ځي. چې دا د بیړني انتان په ۹۰٪ پیښو کې د لومړۍ او اتمې اوونۍ تر منځ شتون لري.

په دوديز ډول IgG د Convulsant stage کې څرګندیږي همدارنګه د ډکو متیازو معاینې او د PCR په واسطه هم د IgG د شتون راپور ورکړل شوی دی.

مخنیوی او کنټرول:

څرنګه چې د ناروغۍ مهم وکتور اوبه دي نو د پاکو اوبو برابرونه ، دچاپیریال روغتیا ساتنه او عامه حفظ الصحی ته ځانګړې پاملرنه وشي. د پورته تدبیرونو په پام کې نیولو سره د هیپټایټس E پیښې راکمې شوي . واکسین او ایمون ګلوبولین نه لري.

درملنه:

کومه ځانګړې درملنه نشته.د هیپټایټس A په شان عرضي درملنه ترسره کیږي. څرنګه چې ناروغي ځندني خواته پرمختګ نه کوي نو د وایرس ضد درملنې ته اړتیا نشته.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

Hepatitis G

يو ځانګړي ستندرد RNA وايرس دی، چې تقريباً ۹،۴ Kb كود د ۳۱۰۰ امينو اسيدونو لپاره لري. د Flavi Virdae كورنۍ پورې اړه لري.

همدارنګه دی ته (GBV – C) وايرس هم وايي.

ددې وايرس ليږديدنه دويني ترانسفيوژن او زرقياتو په واسطه تر سره کيږي.

۵۰٪ پيښې يې په هغو خلكو كې چې ناوړه وريدي درمل استعمالوي، ۳۰٪ پيښې يې په هيموديالايز ناروغانو كې، ۲۰٪ په هيموفيليك ناروغانو كی، ۱۵٪ پيښی يې په هغو ناروغانو کې چې ځنډنی هيپټايټس B ولري او ۱ الی ۵ ٪ هغه خلكو كې چې وينه وركوي ليدل كيږي.

همدارنګه خال وهل، Acupuncture او ناڅاپي ډول د ستنې په واسطه سوری کيدل د وايرس ليږديدنه كې بارزښته ونډه لري. پيښې يې په HIV اخته ناروغانو كې ډيرې دي.

داناروغي ځنډنی سير لري. تر لس كالو يا زيات وخت لپاره پاتې كيدای شي .

۷۵٪ پيښو كې داخته شويو كسانو د ځيګر دندې نارملې وي.

د HGV كلينيكي ارزښت معلوم نه دې خو HGV-RNA د ځيګر په بيړني او ځنډني ناروغيو كې ليدل شوی. يو زيات شمير شواهد داسې وايي چې دا پتوجن نه ده .

هغه ناروغان چې هيپاټايټس سي ويروس يا دځيګر الكوليك ناروغۍ ولري او كه HGV باندې هم اخته شي نو كلينيكي او هستالوجيكې اغيزې د ناروغی په شدت نه دي ښودلي.

تشخيص د PCR په واسطه چې HGV-RNA راپه ګوته كوي تر سره كيږي. د انتي HGV ښرګنديدل د HGV-RNA په Tolerance او محافظوي اميونيتي دلالت كوي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

د HIV انتان او ايډز

تعریف :

Human Immune deficiency وایـرس د انسـان د معـــافیتي سیستم ویجاړونکی وایرس دی چې غوره ډول يي HIV – 1 وایرس په نوم یادیږي. دې ته ورته یو بل وایرس چې د HIV-2 په نوم یادیږي هم معافیتي سیستم ځپلی شي. خو د HIV-1 په پرتله دومره تیری کوونکی نه دی او یوازې په غربي افریقا پورې تړلی پاتی دی .

دا وایرسونه دانسان د بدن ځینې انساج د ټول عمر لپاره په ناروغۍ اخته کوي په ځانګړې ډول (CD4) مرستندوی لمفوسایتونه چې د وخت په تیریدو سره کمیږي او دا کمښت تر دې کچې پورې رسیږي چې دمعافیت د ځپلو لامل کیږي او په پای کې د کلونو په تیریدلو AIDS (Acquired immune deficiency سندروم) څرګندیږي چې په پای کې خپله HIV اویا نور موقع بین انتانات د ناروغ د مړینې لامل کیږي.

اپید یمولوجي:

دا ناروغۍ د لومړي ځل لپاره د ۱۹۸۱ کال د اوړی په موسم کې د امریکا په لاس نجلس ایالت کې په پنځو Homosexual نارینه وکې چې نموسایتک کریني نمونیا یي درلوده وپیژندل شوه. د څو میاشتو په تیریدلو سره ناروغۍ په نارینه و او هغو ښځو کې چې زرقي درمل یي استعمالول ولیدل شوه او ژر وروسته دوینې له لارې لیږدیدنه یي وپیژندل شوه.

په ټوله نړۍ کې تر ۲۰۰۵ کاله پورې ۳، ۴۰ میلونه په منځنۍ کچه (۳۶،۷ میلونو څخه تر ۴۵،۳ مـیلونو پورې) وګړي په دې رنځ اختـه وو چې دوه پر درې د افـریقا اوسیدونکي وو. ۵۰% یي ښځې دي سربیره پردې نږدی ۲،۵ میلونه ماشومان چې عمر یي له ۱۵ کلونو څخه کم دی له دې ناروغۍ څخه کړیږي.

د UN د AIDS د راپور پر بنسټ په کـــال ۲۰۰۳ کې پنځه میلونه نوې پیښې په نړۍ کې څرګندې شوې (څلوارلس زره نوی انتان په هره ورځ کې) او درې میلونه ددې ناروغۍ له امله هم په دې کال کې مړه شوې دي (هره ورځ ددی ناروغۍ له امله ۸۰۰۰ ناروغان مړه کیږي) نو ویلای شو چې په ټوله نړی کې دادمړینې څلورم لامل دی.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

(وروسته د ستروک، د زړه ناروغيو او نمونيا څخه) ويلی شو چه په هر ۲ ثانيو کې نوې انتان او هر ۵ دقيقو کې يو نفر مړ کيږي.

همدا رنګه ويل کيږي چې په هندوستان کې په ايډز اخته څلور ميلونه انسانان ژوند کوي.

د ايډز په منځ ته راتګ کې ډول ډول فرهنګي، مذهبي او عادتي کړنې اغېزې لري.

په امريکا او جنوبي اروپايي ټولنو کی ايډز زياتره په همجنس پالو کې او ددې برخلاف په غربي شرقي اروپا ، ويتنام، ماليزيا ، هندوستان، چين او افريقا کې ايډز په زنا کارانو کې زيات ليدل کيږي.

داقتصاد او موقعيت له نظره ايډز زياتره مخ پرودې هيوادونو او هغو خلکو کې چې د نسل د توليد او تکثر په حالت کې وي زيات دي.

له نيکه مرغه زمونږ په ګران هيواد کې د HIV انتان پيښې خورا کمې د ي. داچې ځينی تائيد شوې او ځينې شکمنې پيښې يې ليدل شوې دي خو بيا هم د نړۍ د نورو هيوادونو په پرتله زمونږ په هيواد کې د ايډز پيښې ډيرې کمې دي.

زمونږ په ګران هيواد افغانستان کې HIV ، ايډز او نور هغو ناروغيو چې د جنسي اړيکو په واسطه ليږدديږي داسې ثابته شوی بيلګې نشته خو هغه راپورونه چې دکابل د وينې د مرکزي بانک او ځينی ولاياتوڅخه په لاس راغلي لومړی مثبته پيښه په کال ۱۹۸۹ کې وموندل شوه د ۱۹۸۹ څخه تر ۲۰۰۵ کال پورې کابل دوينې د مرکزي بانک ۲۷ مثبتې پيښې په ۱۲۵۸۳۲ ناروغانو کې راپور ورکړی دی چې په لاندې جدول کې په مختلفو ولاياتو کې ښودل شوی.

(۲-۱۵) جدول دکابل د وينې په مرکزي بانک کې د HIV ازمايښت

کال	دازمايښت ځای	جمله ازمايل شوی وګړي	HIV مثبت وګړي
۱۹۸۹	دوينې مرکزي بانک	نامعلوم	۱
۱۹۹۴	دوينې مرکزي بانک	نامعلوم	۱
۲۰۰۰	دوينې مرکزي بانک	۲۸۴۴	۱
۲۰۰۱	دوينې مرکزي بانک	۲۲۹۱	۲
۲۰۰۲	دوينې مرکزي بانک	۱۱۵۸۲	۱
۲۰۰۲	مزار شريف	۹۲۴	۲
۲۰۰۳	دوينې مرکزي بانک	۱۰۲۷۴	۲

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

۲۰۰۳	ننگرهار	۳۲۲۹	۱
۲۰۰۴	دوينې مرکزي بانک	۱۰۵۱۴	۱۰
۲۰۰۴	ننگرهار	۳۵۳۵	۱۳
۲۰۰۴	کندهار	NA	۱
۲۰۰۴	جوزجان	۱۲۲۴	۱
۲۰۰۵	دوينې مرکزي بانک	۷۲۸۴	۷
۲۰۰۵	ننگرهار	۲۱۴۵	۹
۲۰۰۵	هرات	۲۱۸۵	۱
۲۰۰۵	کندهار	۱۸۲۷	۳
۲۰۰۵	کندوز	۸۲۲	۱
جمله		۱۲۵۸۳۲	۲۷

د ۲۷ پيښنو دجملې څخه ۳۷ پيښې په افغانستان کې اوسيدل او باقي نور يې د پاکستان، ايران، عربستان او دوبۍ څخه راغلي افغانان دي ۳۵ پيښې د مرکزی بانک څخه او نور پاتي يې دننگرهار، هرات، مزار، جوزجان او کندوز ولايتونو څخه راپورونه ورکول شوي دي.

ددې د کموالي لاملونه زما په اند په لاندې ډول دي:

۱- يو داچې زمونږ د ټولنې ټول خلک مسلمانان دي نو د لواطت او زناکارۍ دود په کې کم دې چې دا د ناروغې د انتقال غوره لارې دي.

۲- دافغانانو بهرنيو هيوادونو ته په ځانګړې توګه غربي او افريقايي هيوادونو ته د تګ راتګ کموالی يا نشتوالی.

۳- دغربي هيوادونو د وګړو افغانستان ته د راتګ کموالی .

۴- د پراخو ښارونو نشتوالی چې له امله يې د نفوسو زياته برخه په کليو کې ژوند کوي چې په ترڅ کې يې خپل اسلامي او ملي دود او دستور ساتلی دی.

۵- په ټول افغانستان کې دفساد خپرونکو مرکزونو نشتوالی.

څو پيښې يې چې تائيد شوي دي د ښارونو اوسيدونکې او زياتره يې د بهرنيو هيوادونو څخه افغانستان ته راستانه شوي وګړي دي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

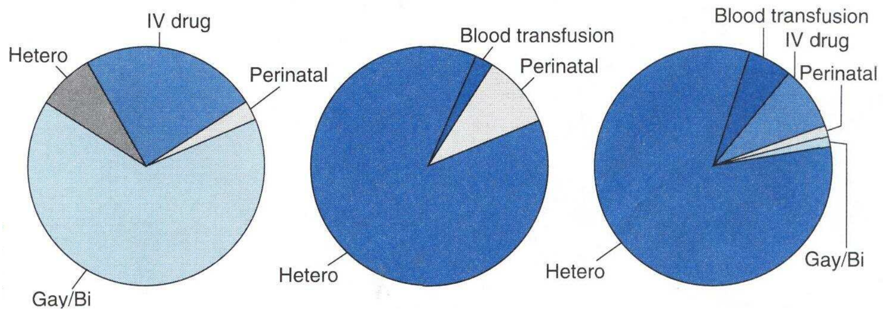
د خپریدو لارې:

دلیږدیدنې لارې يې د هیپټایټس بي د لیږدیدنې د لارو په شان دي .
۱- په ټوله نړۍ کې دا یو پیژندل شوې Sexual Transmitted ناروغۍ ده. په امریکا کې هر کال HIV ۴۲% نوې پیښې په هغو نارینه و کې چې له نورو نارینه و سره جنسي اړیکې لري او ۳۳% نوی پیښې په زنا کارانو کې تثبیت شوي.
په لواطت کارانو کې ځکه پیښې ډیرې دي چې د ریکتوم پرده نازکه او شکیدونکې او دبلې خوا د Anal Intercourse په وخت کې د ترضیض خطر ډیر دې او همدارنګه د Longerhan's ژونکې چې انتان سره ډیرې حساسې دي د ریکتوم په مخاطي پرده کې ډیرې دي. خو د Vagina مخاط څو طبقې او پنډ دې او هم د Inter Course په وخت کې د لږ ترضیض سره مخامخ کیږي.
دا باید ووایو چې د نارینه ښځې ته لیږدیدنه اته چنده نظر ښځې ځخه نارینه ته زیاته ده.
۲- همدارنګه د خپریدو غوره لارې يې د جنسي مقاربت سربیره وینه اخستل دي د بیلګې په ډول ۷۰% هیموفیلیا A رنځوران او ۳۰% هیموفیلیا B رنځوران چې زیاتره وخت وینه له بهر ځخه اخلي په دې انتان اخته دي .
د HIV خپریدنه د وینې د اخستلود مقدار او ځرنګوالې پورې نیغ په نیغه اړه لري ان دا ویل کیږي چې د یو ځل د وینې ورکولو سره د HIV احتمال ۱۰^۲ / ۱ دی.
۳- بله د لیږدیدنی غوره لاره يي له مور ځخه ماشوم ته ده. د لیږدیدنې دا لاره د ودې په حال هیوادونو کې پرمختللو هیوادو په پرتله زیاته ده یعنی د ودی په حال هیوادونو کې ۲۵ ځخه تر ۴۴ % او په د پر مختللو هیوادو نو کې ۱۳ ځخه تر ۲۵% اټکل شویده.
باید ووایو چې ۸۰% کوچنیان د زیږیدنی په وخت کې او ۲۰% کوچنیان په داخل رحمي ژوند کې اخته کیږي. په ډیرو کمو پیښو کې ماشومان د تي رودلو په واسطه اخته کیدای شي.
۴- د درملو په معتادینو کې د چټلو او ګډو ستنو استعمالول يي بله د لیږدیدنې غوره لاره ده
۵- همدارنګه د نایانو چړې او تېونه هم لیږدیدنه کی ونډه لري.
په لاندی ګرافونو کې په بېلا بېلو هیوادونو کی د HIV دخپریدو لارې ځرګندې شوي دي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

د HIV د لېږدېدو لارې



(۲-۱) ګراف کې د HIV د لېږدېدا لارې

هغه فکتورونه چې د HIV دپېښو خطر زیاتوي:

I . هغه فکتورونه چې دټولو ګروپونو لپاره دودیز دي.

۱ : د وایرسونو زیاتوالی .

۲ : CD4 مرسته کوونکیو ژونکو لږوالی.

۳ : ایډز.

۴: Sero conversion.

II . د زیږون پر وخت لېږدېدنه. (Vertical Transmission)

۱: په زړښت کې امیداواري.

۲: د زیږیدنې پر مهال د ماشوم د وزن کموالی.

۳: په لومړنې امیدواري کې دغبرګونو ماشومانو زیږول.

۴: د زیږیدنې پر وخت د پردې څنډنۍ څیرې کیدل.

۵. Chorioamnionitis .

۶: پر جنین د ضربې واریدل.(Scalp Electrodes)

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

۷: د زیږیدنې پر وخت دوقایوي کړنو نشتوالی.
۸: ماشوم ته د ډیر وخت لپاره تی ورکول.
۹ : د تي ورکولو پر وخت د مور د عمر لږوالی.
۱۰ : دشیدو ورکولو پر وخت د تیو التهاب.

III. د جنسي مقاربتونو له لارې:

الف: موضعي فکتورونه.

۱. جنسي مقاربتي انتانات په ځانګړي ډول Genital ټپونه، Condylomalatum، Candidal Vaginits، PID او Trepanema pallidum Warts ، هرپس سیمپلکس وایروس، نایسیریا ګونوریا، Haemphilus Ducrei او نور.
۲. Cervical Ectopy .
۳. که چیرې شخص سنت شوی نه وي. (شوفه کسان)
۴. میاشتنۍ ناروغۍ.

ب: جنسي مقاربتي کړنې.

۱. دفرج یا مقعد تروما.
۲. له ګڼو خلکو سره جنسي نږدیوالی تر سره کول.
۳. Insertive Anal Intercourse او Receptive .

IV . د درملو او ستنو کارونکي:

۱. د ګډو ستنو کارونکي .
۲. د سامانونو نه تعقیمول.
۳. د کوکاینو کارونه.
۴. د وریدي موادو کارونه.
۵. د اقتصاد له نظره د عایداتو لږوالی.
۶. بندي توب .

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

V. وظیفوي انتقال .

۱. ژور ټپونه .

۲. د پخواني شرياني يا وريدي Device شتوالی.

د HIV وايروس دلاندې لارو څخه نه ليږديږي:

۱. دلاسونوخوځولو، غيږ کې نيول اود ښکولولو په واسطه.

۲. د ټوخي او پرنجي په واسطه.

۳. د وينې ورکولو په واسطه .

۴. د لامبو وهلو د حوضونو، او د تشناب د لوښو په واسطه.

۵. د خوراکي لوښو دګډ استعمال او داوبو ذخيرو په واسطه .

۶. دڅارويو ، مياشو او نورو حشراتو په واسطه .

وايرولوجي:

HIV د Retro Viurs کورنۍ پورې اړه لري او يو پاکټ چاپير شوی RNA وايرس دی، چې د Lentivirus دکو رنۍ يوه فرعي څانګه ده.

غير کانسري Lentivirus په يو شمير څارويو کې لکه آسونو ، پسونو، اوزو، غواګانو، پيشو او بيزوګانو کې د ناروغۍ لامل کيږي.

دوه ډوله HIV په انسانانو کې د معافيت ځپلو لامل کيږي چې عبارت دي له HIV-1 او HIV-2 څخه چې دا دواړه سايتوپاتيک وايروسونه دي .

HIV-1 پيښې په ټوله نړۍ کې په دوديز ډول په امريکا کې ډيرې دي .HIV-1 د Pantroglodytdes troglodytes ډوله بيزو څخه منشاء اخيستې ده.

HIV-2 لومړې ځل په کال ۱۹۸۲ کې په غربي افريقا کې وموندل شو او پيښې يې په همدغه ځاې کې ډېرې دي.

د HIV-2 او Simien immuno deficiency وايرس (SIV) تر منځ نږدې ورته والی ليدل کيږي

د نورو RNA وايرسونو سره HIV يو بدليدونکې حالت لري چې بيلا بيل جينوم رامنځته کوي اوبيلا بيل Strains يې ليدل کيږي چې A__F يا د (الف) څخه تر (و) پورې رسيږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

د HIV-1 او HIV-2 جینیتیکي معـــــلومات په یو ځانګړي Strian RNA کې پیداکولای شو او دناروغانو لپاره د جینوم اینکوډ اړین دي تر څو د وایرس زیاتوالی منځته راشي. دا سترینونه د ګروپونو د رامنځته کیدو سبب کیږي، چې دابېلا بېل ګروپونه په ټوله نړۍ کی خپاره شوي او د ناروغۍ بیلا بیلې بڼې یې را منځته کړې چې په خپلو مینځو کې لږ توپیر لري.

جینوم انکود دپروتینو د شمیر لپاره مهم ځیز ګڼل کیږي تر څو د پروتینونو د زیاتوالي لـه کبلــه د وایرســونو زیــاتوالی ترســره شــي دا لــه Pol څخــه عبــارت دی کــوم چــې وایــرس Transcryptase رامنځتــه کــوي داپروســه د بنســتیزی RNA لپــاره اړینــه ده کــوم DNA چــې دکوربه په جینوم کې ارزښت لري.

gag جین کودونه د پروتینونو مخکني (Precursor) مواد دي چې تجزیه کیدل یې کود پروتین (P^{24}) منځته راوړي او داتتان په اولو وختونو کې دلیدلو وړ وي .

بل enu جین کوډونه دي چې شتـــوالی یي د a 160_KDa ګلایکوپروتین لپاره ارزښت لري.ددې تجزیه کیدل د پاکټ شوی ګلایکوپروتین د منځته راتلو سبب کیږي چې دا د HIV ننښتل له ننبه شویو ژونکو سره (د CD4 داخذو) اسانه کوي او دننښتلو سبب کیږي.

ویروس کولای شو دهغه ناروغانو په سیروم کې چې CD4 مثبت T ژونکې ولري او په هغه انساجو کې CD4 مثبت T ژونکې لري، ماکـــروفاژونو او Follicular Dendritic ژونکو کې پیداکړو.

کله چې ننبه شوې ژونکې ته وایرس ننوځي ددې Complementary DNA د کوربـه پـه جینوم کې دننه کیږي او د وایرس د ثابت او دوامداره زیاتوالي لامل کیږي.

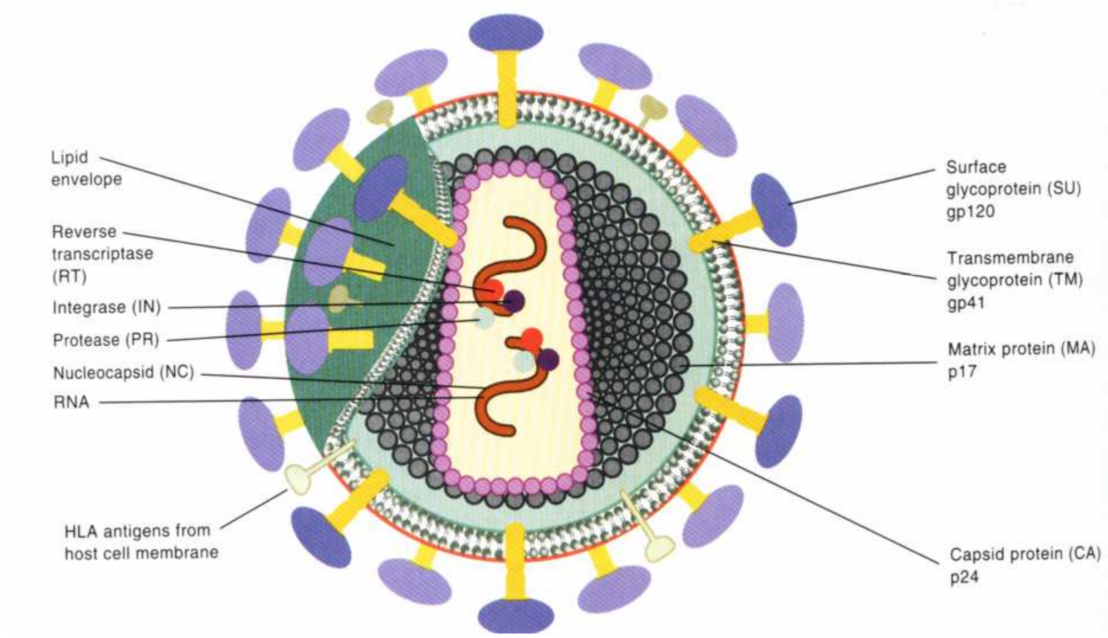
د انسان د معافیتي سیستم په هکله داسی فکر کیږي چې داتتـان پر وړاندې د وایرس ضد کړنه په فوق العاده توګه سرته رسوي تر هغه پورې چې وایرسونه لـه بـدن څخه بهر شي او یـا پـر کوربه برلاسي شی.

له نورو انتاناتو سره یو ځای د HIV پیښیدل د T ژونکو زیاتوالی لمسوي او بیـا دمعافیت ځپـل رامنځته کیدل چټکوي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

دویروس وصفي شکل په لاندې ډول دی:



په (۲ -۲۸) شکل کې د وایرس وصفي څیره ښودل شویده

پتوفزیولوجي او پتوجنیزس:

دعرضي HIV مهم Hall mark د معافیتي سیستم خـــراب والی او دوایرس دوامداره زیاتیدنه ده.

وایرس کولای شي ټولې هغه ژونکې چې CD4 انتی جن ولري اخته کړي چې دا ژونکی وایرس د ننبلیدو لپاره کاروي شیموکین Receptor ($C\,CR_5$ – and $cxcR_4$) دوایرس د داخلیدو لپاره مهم دی اوهغه خلک چې CCR_5 کموالي ولري دومره په انتان نه اخته کیږی خو که یو ځل اخته شول نو ناروغۍ ورو ورو په کې مخ په وړاندې ځي.

کله چې وایرس ژونکې ته ننوځي نو HIV زیاتیدنه کوي او دژونکې مړینی یا Fusion لامل کیږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

CD4 لمفوسایت مرستندویه ژونکي هغه بنستیزې ژونکې دي چې اغیزمنې کیږي داژونکې د معافیتي سیستم د شبکې نورو ژونکو ته لارښونه کوي د انتان د دوام له زیاتیدو سره د CD4 اندازه راښکته کیږي سربیره پر دې ددې ژونکو په څرنګوالي کی هم بدلون رامنځ ته کیږي .

د معافیتی شبکی نوری ژونکې لکه B لمفوسایټ او ماکروفاژونه هم منتن کیږی.

د B ژونکو نیمګړتیاپه بنستیزه توګه د CD4 ژونکو ددندو دخراب والی له امله رامنځته کیږی. دا نیغ په نیغه او غیر مستقیم تاثیر ددې سبب کیږي تر څو منتشره هایپرګاماګلوبولینیمیا رامنځ ته شي چې کولاۍ شي د B ژونکو غبرګون د نوی انتی جن په وړاندې ښکته کړی نو دهمدی اغیزې له کبله معافیت ځپل په HIV کی Mixed دی مکروفاژ د یو سرچینې په ډول HIV ته خدمت کوي او نور غړیو ته یې لیږدوي لکه مرکزي عصبي سیستم ته.

سربیره له معافیتی اغیزو څخه HIV کولای شي نیغ په نیغه ډول ډول عصبی تاثیرات ولری نیوروپتالوجي د سایتوکینونو او Neurotoxin دازادیدو له کبله منځ ته راځي چې د دوی ازادیدنه د منتن شوي مکروفاژونو په واسطه ترسره کیږي.

نور فکتورونه لکه د CMV یو ځای والی هم ارزښتناک دی. د کلسیم Flux او Excitatory Neurotransmitters Perturbation هم د عصبي دندو دګډوډي کې رول لري.

HIV نیغ په نیغه د هضمی سیستم اپیتیل او Renal tubular cell اخته کوي چې په پایله کې ددې سیستمونو کلینیکي څرګندتیاوی رامنځته کیږي.

پتوفزیو لوژی:د HIV انتان کلینکي سندروم په لاندې درې میکانیزمونو رامنځته کیږي.

۱- د معافیت ځپل:

پر معافیتی ژونکو د HIV انتان د نیغ په نیغه اغیزو له امله معافیتی سیستم ځپل کیږي . د نورو ذاتي او یا کسبی معافیت ځپلو حالتونو په شان دلته هم دانتان او کانسر یو سپیکتوروم لیدل کیږي.

د HIV په معافیت ځپلو کې دوه څرګنده حالتونه لیدل کیږی یو داچې د یو شمیر انتاناتو شیوع کمیږي لکه Listeriosis او Aspergillosis بل داچې دیو شمیر سرطاني حالتونو رامنځته کیدنه ډیریږی لکه لـــــمفوما او Kaposis سارکوما چې دا وروستني حالتونه زیاتره په هلکانو یا Bisexual نارینوو کې زیات وي اما شیوع یي له ۱۵ کالو څخه راپدې خوا کمه شوې ده.

باید وویل شی چې هرپس ویروس (KSHX یا HHV- 8) د Kaposis سارکوما لامل دی.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

۲- اوتو ایمونتی او د حساسیت د زیاتوالي غبرګون:

اوتو امیونتی کیدای شی د ژونکیز معافیت(Cellular immune) د خراب والی او د B لمفوسایت ژونکو د دندو دخراب والي له امله رامنځته شي دبیلګې په ډول د واړه لمفوسایتیک انفلتریشن په غړیو کې (Lymphocytic interstitial Pneumonitis) اوتوایمون انتي بادی تولید (immunologic thrombocytopenia) رامنځته کوي چې دا وتیره یوازې د ناروغۍ په کلینیکي پړاو کې څرګندیږي او یا دڅرګند معافیت ځپلو سره یو ځای وی. سربیره پردې په HIV منتن وګړي په ځانګړي ډول په زیاته کچه الرژیک غبرګون د نا پیژندل شویو الـرژنونو په وړاندې ښیي لکه ایزونوفیلیک پاسچولر فولیکولایټس (Itchy Red Bump Syndrom) همدارنګه د درملو سره د حساسیت غبرګون زیاتیږي لکه تبه او د لمر وهنی په شان خاپونه د کوترای موکسازول په وړاندې.

۳- عصبي هضمي او دپښتورګو خراب والی.

چې مخکې پتوجنیزس کې یې یادونه وشوه.

کلینیکي بڼه:

د HIV انتان کلینک درې پړاونه لري چې عبارت دي له :

۱. Seroconversion.

۲. غیر ګیله یي (Latent (Asymptomatic .

۳. ګیله یي (Symptomatic) .

۱- د ناروغۍ Seroconversion حالت:

د سیروکانورشن پړاو زیاتره وخت د انتان له داخلیـد څخه ۲-۸ اونی وروسته پیـښیږي خو د تفریخ موده یې د ۴ او ۱۲ اونیو تر منځ ده.

نژدې سلو کی ۷۵- ۸۰ منتن ناروغان په دې مرحله کی تبه لري.

نژدې پـه سلو کـی ۲۰ ناروغـان دپوسـتکي خاپونـه لـري همدارنګـه پـه دې مرحلـه کـی ۵۰% ناروغان د لمفوادینوپاتی له امله داکترانو ته ځي.

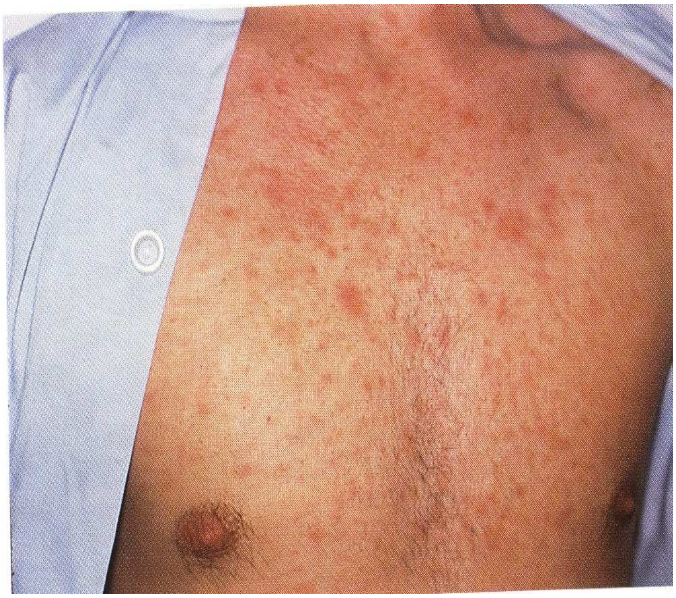
دوینې په کتنو کی غیر وصفي مونونوکلیر ژونکې تشبیتیږي، چې د پورتنیو حالتونو شـتوالی د ناروغۍ د پیژندنی لپاره غوره نښې جوړوي .

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

دپوستکي خاپونه لاندې ځانګړتياوې لري:

ماکولر، د ځوانکۍ په شان (Acne like) او يا پاپولر بڼه لري چې د پينبيدلو ځايونه يې د سينې پورتنۍ برخه او يا شاتنۍ برخه دی چې په لاندی شکل کې ليدل کيږي.



(۲-۲۹) شکل کې لوی سره خاپونه

يا ګريدنه ولري مګر هيڅکله درد يا خارښت نه لري.

په دې پړاو کې د خولی او مغبنی برخې افات د ليدلو وړ وي.

ځينې ناروغان د لمفاتيک منځايتس په بڼه څرګنديږي ۴۰٪ سردردی او ۸۰٪ سترتيا لری په دې پړاو کی زياتره ناروغان پټی ناروغۍ ننبو او اوږديدو ته ميلان ښيي.

داپړاو ۲-۶ اونۍ دوام کوي او د کومې ځانګړې درملنې پرته پای ته رسيږي. په دې پړاو کې د وايرسونو شمير لوړ وي او د CD4 کچه ډيره کميږي چې پايله يې د معافيتي سيستم پريوتل وي. په دې وخت کې ځينی ناروغان موقعپاله انتاناتو لکه Pneumocystic Carini نمونيا اخته کيږي. چې دا ناروغۍ د ځانګړی درملنې سره ښه پايله لري او تر پټ پړاو پورې درملنې ته اړتيا نه لري.

د CD4 کموالي د Cyto toxicCD8 Lymphocyte په زياتوالي ښودل کيږی کوم چې د ويروسونو د زياتوالی خنډ کيږي په هر حال د CD4 کچه هيڅکله خپل اصلي لوړوالی ته نه

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

راګرځي او دوايرسونو بېلا بېل شمير د ناروغۍ په بېلابېلو وختونو کې وي حتی اندازه يي د genom/ml ۱۰۰۰ څخه کمه وی چې کيدای شي تر پټ پړاو پوری دوام وکړي.
دشـديدې Seroconversion او زيـاتې ويريميـا شـتوالی د ګيلـه يـي (Symptomatic) پـړاو د ژر رامنځته کيدا مساعد کوونکی فکتور بلل کيږي.

۲-۱۲ جدول کې د لومړنۍ HIV انتان ګيلې او نښې ښودل شويدي.

ګيلې او نښې	سلنه %	ګيلې او نښې	سلنه %
تبه	۹۷	دلمفاوي غوټو لويوالی	۷۷
فرنجايتس	۷۳	خاپونه	۷۰
د بندو او عقداتو دردونه	۵۸	ترمبوسايتوپينيا	۵۱
لوکوپينيا	۳۸	نس ناستی	۳۳
سردردي	۳۰	ALT او AST لوړوالی	۲۳
زړه بدوالې او کانګی	۲۰	دځيګر او توري غټوالی	۱۷
Oral Thrush	۱۰	انسفالوپاتي	۸
نيوروپتي	۸		

۲_ پټه (Latent) دوره:

د HIV نادرملنه شوی پټ پړاو له ۱۸ مياشتو څخه تر ۱۵ کالو پورې دوام کوي چې منځنۍ حد ئی ۸ کاله منل شوی دی، دې مرحلی ته Category A ناروغی هم وايي .
په دې مرحله کی ناروغ د ښه والي احساس کوي د ناروغۍ نښې په کې موجودې نه وي.
کيداې شي عمومي لمف ادينو پاتی Persistent generalized lympadenopathy (PGL) شتون ولري (داهغه حالت دی کوم چې له Inguinal ناحيی څخه پرته دوه يا زياتو ځايونو کی غټې لمفاوي غوټې وليدل شي) .
ټول CD4 مرستندويه ژونکې ورو ورو بې لارې کيږي تر څو د CD4 دنده فوق العاده خرابه شي.
کله کله په متناوب ډول بې لاريتوب د انتاني پيښو په واسطه تشديديږي. دامهال په وينه کې د وايرسونو پلټنې کميږي او په نسبی ډول ثابت پاتې کيږي، چې دا ثبات د Set-Point په نوم ياديږي چې په يو ملي ليتر وينه کی د ۱۰۰۰ جينوم کاپی څخه ښکته وي. د Set Point دوامـداره ښکته والی د غير ګيله يي (Latent) پړاو د اوږدوالي لامل کيږي.
ځينی پيښې دوامداره د خفا مرحله لري چې په دې وخت کې انزار يي ښه بريښي. لامل يي دادی چې دا ناروغان په خپله وينه کې CD8 لمفوسايت لري او دوايرسونو پر ضد يي پکاروي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

ځيني ناروغـــان Coligand شيموکين CC5 نه لري چې په CD4 ژونکو مثبتو ناروغانو کې په CD4 کې د وايرسونو د ننوتلـــو سره مـــرسته کـــوي د دوی وايرســـونه د Non Syncytium induce له لياری Syncyto induce بشپړتيا نشی کولای چې يو تجريد شوې پړاو ده .

پـه هر حال دا ناروغـان د وايرسونو د زيـاتوالی ، د معـافيتي سيـستم دخرابـوالی او د کلينيکـی ناروغۍ لپاره يو بدلون نه منونکی پړاو جوړوي.

لړ ګيله ئي ناروغۍ :

لړ ګـــيله ئي ناروغۍ (Category B Disease) چې وروستـــه پرمـــختګ يې په زياتو بڼو د معافيتي سيستم خرابوالی څرګندوي چې دغه بڼه لـه ايډز سره اړيکه لـري خو ايدز نه بلل کيږي.

په دې پړاو کې په ناروغ کې په ځنډني ډول د وزن بايلل، تبه او نس ناستی، چې د ايـدز لپـاره پـوره نښې نه دي موجودې وي. همدارنګه دخولې يا دمهبل کانديديازس ، دهرپس زوستر انتانـاتو دوبـاره مـنځ تـه راتـګ ، Pelvicالتهـابی نـاروغۍ ، باسيلري انجومـاتوزس، سـرويکل ديسپلازيا او ايدوپاتيک ترومبوساييټوپينيک پورپورا موجوده وي.

منځنۍ موده د انتان له ننوتلو څخه د ناروغۍ د پوره پيښيدو پورې نږدې ۷-۱۰ کالـه اټکل شوې ده . خو کله کله تر ۱۵ کالو پوری اوږديږي.

د HIV کلينيکي بڼه:

د CD4 ويجاړيدل او د وايرسونو زياتوالی د Latent پړاو د اخر خبرتيا ده.

مخکې له دې چې کلينيکي پړاو ته داخل شي په زياتره ناروغـانو کې عمومی لمف ادينوپـاتی چې سخت والی يې ربړ تـه ورتـه ، خوځنده اندازه يې لـه يـو سانتي متـر څخـه زياتـه او پـه ډيـره اسانۍ د جس وړ وي منځ ته راځي.

هستولـوژيک څـــرنګوالی يې د Reactive Histocytosis څرګندونه کوي او کيـدای شي لمف ادينوپتی په ټول کلينيکي پړاوکې دوامداره پاتې شي .

په دې پړاوکی نور ګڼ انتانات پيښيدلای شي چې ددې جملې څخه هرپس زوستر ډير دوديز دي چې د شدت له مخی شديد متکرر او Multi Dermatonal وي کيدای شي ندبه په ځانګړې توګه په سترګو يا پوستکي کې رامنځته کړي.دامهال باکتريايی مايکروبونه هم مداخله کوي لکه سلمونيلا ، نموکوکل نمونيا چې د باکتريميا لامل کيږي .

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

په وينه کی د WBC کموالی په ځانګړې ډول د نيوتروفيل کموالی ليدل کيږي چې دا ناروغان د مايکروب ضد ډيرې قوي درملنې ته اړتيا لري.

بشپړ ايدز (Full Blown Aids):

هغه وخت منځ ته راځی کله چې د CD4 شمير په يو ليتر کی ($0.2-0.4x10^9$) ته ورسيږي خو د ايدز زياتره ناروغان له دې اندازې څخه کمه د CD4 شميره لري ان ځيني ناروغان له مړينې څخه څو مياشتې مخکې د CD4 ډيره کمه اندازه لري چې د شميرلو وړ نه وي.

ددې ناروغانو په وينه کې د وايرسونو اندازه په يو ملي ليتر کې له ۱۰۰۰۰ جينوم څخه لوړ وي.

زياتره پيښې د موقعپاله انتاناتو سره يو ځای وي چې پرته د HIV له ليدو څخه د HIV تشخيص وضع کيدای شي. په ځينو وختونو کې د موقعپالو مايکروبونو د کلينيکي بڼې شتون د ايدز د ناروغيو دشتون لپاره Prodromal پړاو جوړوي چه راتلونکی جدول کی به ذکر شي.

خبيث افتونه لکه Kaposis سارکوما ، سرويکس لمفوما يا نور بريد کوونکی سرطانونه ايدز ښودونکي حالتونه دي. کيدای شی د ا آفتونه انتانی سرچينه ولري د بيلګی په ډول Human Herpes Virus 8 په Kaposis سارکوما او Epstein Barr وايرس په ځينو لمفوما ګانو کی ثابت شوی دی.

ايدز (Category 3 Disease) داسی تعـــريف کيږي: له هغه حالت څخه عبارت دی چې په دې کې ځانګړي موقعپاله انتانات فعاليږي او تومورونه منځ ته راځي يعنې د HIV انتان وروستي پړاو ته ايدز وايي چې په لاندی ډول ترې يادونه کوو:

۱. د مری ، سږو، حنجری او قصباتو کانديديازس.
۲. کريپټوکوکل مننجايټس.
۳. ځنډنی کريپټوسپورئيدل نس ناستی.
۴. سايتوميګالو وايرس له کبله Retinitis او سايتوميګالو ويروس نوری ناروغۍ (د توری، ځيګر او لمفاوي غوټو)
۵. دپوستکی او مخاطي غشا ځنډنی هرپس سيمپلکس.
۶. داخل الحجروی منتشره مايکوباکتريوم Avium .
۷. له سږو څخه بهر او ميلری توبرکلوزس.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

۸. نوموسیستک کریني نمونیا او سینه بغل.
۹. پرمختللي مولتېی فوکل Leukoencephalitis
۱۰. تکراری سپتیسیمیا د Non typhi سلمونیلا له کبله.
۱۱. دماغی توکسوپلازموزس.
۱۲. Kaposis سارکوما.
۱۳. Non Hodgkin lymphoma.
۱۴. د دماغ Primary Lymphoma.
۱۵. HIV سره یو ځای ډنګروالی.
۱۲. د حافظې خرابوالی.
۱۷. د سلمونیلا انتان چې په تکراري ډول څرګندیږي .
۱۸. د رحم او Cervix کانسرونه.

HIV او CD4 پورې اړونده ناروغی په لاندې جدول کې ښودل شوي دي:

۱. که چیری د CD4 اندازه د ۵۰۰ ژونکو پر متر مربع څخه زیاته وي.

الف : بیړنی لومړنی باکتریایي انتان.

ب : پر مختللي عمومي لمف ادینو پاتی.

ج : بابیړی کوونکي مهبلي کاندیدیازس.

۲. که چیرې د CD4 اندازه د ۲۰۰ څخه تر ۵۰۰ ژونکو پر متر مربع وي.

الف : د سږو توبرکلوز.

ب : هرپس زوستر .

ج : د خولې او بلعوم کاندیدیازس.

د : دخولې Hairy Leukoplakia.

ه : سلمونیولوزس.

و : Kaposis سارکوما. په (۲-۲۹) شکل کې ښودل شوی دی.

ز : له HIV سره ملګری ITP .

ح : د رحم دغاړی د اپتیل داخلي سرطان.

ط : لمفوئید بین الخلالی نمونایتس.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

۳. که د CD4 اندازه د ۲۰۰ ژونکو متر مربع څخه لږ وي.

الف: نموسیستکي کريني نمونیا.

ب: دپوستکی او مخاطی پردی هرپس سیمپلکس.

ج: کرپیتوسپوریدیوم او میکروسپوریدیوم.

د: د مری کاندیدیازس.

هـ: له سینی څخه بهر او میلري توبرکلوز.

و: محیطی نیوروپاتی.

ز: HIV سره یو ځای ډنګروالی.

(۲-۳۰) شکل دلاس کاپوسي سرکوما

(۲-۳۱) شکل کې د پوستکي کاپوسي سرکوما

۴. که چیری د CD4 اندازه د ۱۰۰ ژونکو پر متر مربع څخه کم وي.

الف: دماغی توکسوپلازموزس.

ب: کرپتوکوکل مننجایتس.

ج: ددماغ ابتدايي لمفوما.

د: Non Hodgkin lymphoma.

هـ: د HIV سره ملګری Dementia.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

و: پرمختللی Multi focal leuko encephlalitis

۵. که چیرې د CD4 اندازه له **۵۰** ژونکو پر متر مربع څخه لږ وي.

الف : سایتومیګالو وایرس Retinitis.

ب : د معدې کولمو ناروغۍ.

ج :خپور داخل ژونکیز مایکوباکتریوم Avium

د HIV انتان اغیزې:

۱_ عصبي ناروغۍ.

د عصبي انساجو ناروغۍ په لومړي پړاو کې منځ ته راځي خو کلینیک یي په پرمختللي HIV کې څرګندیږي چې عبارت دي له .

د Aids dementia complex (ADC) ، Sensory پولی نیوروپاتی او Aseptic مننجایتس څخه.

خو له کوم وخت څخه چې HART (High active antiretroviral therapy) دود شوی پورتني حالتونه ډیر کم لیدل کیږي.

په پتوجنیزس کې داسې اند کیږی چې په خپله د HIV په واسطه نیوروتوکسین تولیدیږي او په دوهمي ډول سره د سایتوکین دابنارملتي له امله د معافیت بې نظمي رامنځته کیږی.

ADC په بېلابېلو درجو سره شدت لري له یو خفیفې حافظې خرابوالي څخه تر شدید (Cognitive defect) د شخصیت خرابوالی پورې شتونی وی.

په شدید حالت کې CT اتروفیک بدلولونه را په ګوته کوی CSF نارمل وي خو کیدای شی پروتین یي لوړ وي.

Sensory پولی نیوروپتی په HIV انتان کی زیات څرګندیږی چې زیاتره پښې او لاسونه اغیزمن کوي.

په پرمختللي حالت کې دپښو شدید درد موجود وي چې خوب او ګرځیدل اغیزمن کوي.

همدارنګه اوتونومیک ابنارملتی د نس ناستي او د وضعیتی فشار دښکته والي لامل کیږي.

اتونومیک Nerve damage په کوچنیو کولمو کی لیدل کیږی.

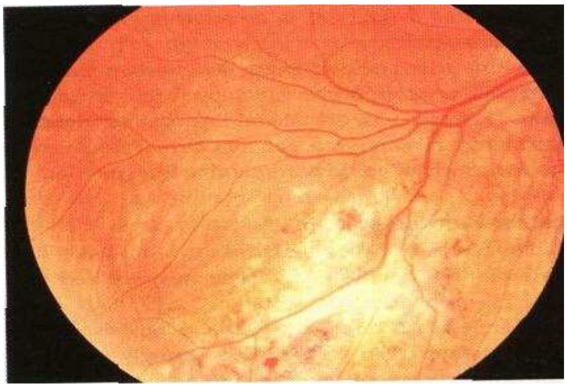
Zidovudine په عصبی ناروغیو کی موثر درمل دی.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

۲_ د سترګو ناروغی:

په دودیز ډول د HIV په وروستني پړاو کی خرګندیږی چې ډیر وخیم یې سایتومیګل Retinitis دی چې لاندې شکل کې ښودل شوی دی.



(۲-۳۲) شکل کې وخیم سایتومیګل **Retinitis** ښودل شویدی

قدامی Uveitis هم کیدای شي شتونی وی او بیړنی سرې سترګې د rifabutin د درملنې له امله کیدای شي منځ ته راشي.

Pneumocystic کرینی ، توکسوپلازموزس، سفلیس او لمفوما Retina اغیزمنولای شي او سترګې کیدای شی د پورته ذکر شویو حالتونو لومړنی خرګندتیاوې وي همدارنګه د سترګو په شاوخوا کی Kaposis سارکوما لیدل کیدای شي.

شکل (۲-۳۳) د زیرمو لاندې کاپوسي سارکوما

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

۳_ د پوستکي او مخاطی غشا څرګندتیاوې:

د HIV په ټولو پړاونو کی خاربښت د ناروغ غوره ګیله وي.
پوستکی او ویښتان وچ او نازکه وی په نهـــایاتو کې خـــاربښت لـرونکی Papular eruption لیدل کیږي.
همدارنګه پر متو او پښو باندی ایزنوفیلیک Folliculitis له لږمی سره لیدل کیږی.
د درملنې له امـــله کیدای شی پوستکی اغـــیزمن شي.
تکراري aphthous ulceration چې شدید وي او ورو ورو ښه کیږی چې کیدای شی د ناروغ خوراک خراب کړي څرګندیږي.
سربیره په پورتني حالتونو کې پوستکی د opportunistic انتاناتو غوره ځای دی ډول ډول وایرسونه هم پوستکې اغیزمنولای شي لکه Herpes simplex، هرپس زوستر چې په لاندې انځورونوکې ښودل شوي دي.

(۲-۳۴) شکل کې هرپس زوستر

(۲-۳۵) شکل کې هرپس سمپلکس

۴_ هیماتولوجیک اختلاطات:

په پر مختللي HIV کې وینه لږي، نوتروپینیا او ترمبوسایتوپینیا زیاته پیښیږي.
لمفوپینیا: کله چې د CD4 کچه کمه وي پر مختګ کوي د ځنډنی HIV انتان وینه لږي په دودیز ډول خفیفه وي او نارموکرومیک نارموسایتیک وي. نوتروپنیا دودیز دی خو خفیف وي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

یوازې ترمبوسایتوپینیا پە لومړي پړاو کې څرګندیدای شي Mega karyocyte د هډوکو په مغز کې زیاتیږی خو دنده یې خرابه شوې وي .
Pancytopenia پـه دوديـز ډول د opportunistic انتانـاتو ، مـايکو بـاکتريوم Avium ، سایتومیګالو وایرس او سرطانی حالتونو لکه لمفوما کې منځ ته راځي.

نور اختلاطات:

Myelotoxic درمل لکه Zidovudine (میګالوبلاستیک وینه لږي ، د سرو ژونکو اپلازیا ، نوتروپینیـــا) Lamivudine (Pancytopenia) او اګرانولوسایتوزس کوترای موکسازول منځته راوړي.

۵_ معدی معایی تاثیرات:

نس ناستی او دوزن کم والی زیات پیښیږي.
HIV Enteropathy یوه اصطلاح ده او هغه وخت کارول کیږي کله چې نس ناستی، Malabsorption او د وزن کم والی شتونی وي او بله پتالوجي ورته پیدا نه کړو،Hypochlorhydria په ځینو ناروغانو کې راپور ورکړل شوی دی.
همدارنګه د ریکتم لمفوئید انساج د HIV لپاره مساعد ځای دی او آن د سرچینې په ډول پاتی کیدای شي.
د خـــولی په جــوف Aphthous Stephen ، Oropharyngeal او ایزوفجل Candidiasis ، Oral Hairy Leukoplakia ، دخولې ټپونه، Gingivitis او Periadenitis څرګندیدای شي. چې په لاندې اشکالو کې ښودل شویدی.

(۲-۳۶) شکل کې دخولی کاندیدیا

(۲-۳۷) شکل کې **Aphthous Ulcer**

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

۶_ د پښتورګو اختلاطات:

(HIV AN) HIV associated Nephropathy په نادرډول په تور پوستو نارینه افریقایانو کې څرګندیږي او د هیروینو له استعمال سره شدید کیږي.

نفروتیک سندروم د Focal ګلومیرولونفرایتس له امله دودیزه پتالوجي ده چې د HIV د Cytopathic اغیزو له امله پر Renal Tubular اپیتیلوم باندی رامنځته کیږي همدارنګه یو شمیر درمل لکه Foscarnet، امفوتیراسین B ، پینتامیدون، سلفادیازین او indinavir پر پښتورګو باندې زهرجنی اغیزې لري.

۷_ تنفسي اختلاطات:

د پورتنی او ښکتنی تنفسي سیستـــم انتانات، Pneumocytic Carini سینه بغل، او لمفوئید Interstitial Pneumonitis په ځانګړی ډول ماشومانو کی زیات وي چې په ناروغانو کی سالنډي او ټوخی شتونی وي.

همدارنګه د توبرکلوز پیښې په HIV اخته ناروغ کې زیاتې وي.

۸_ اندوکراینی اختلاطات:

د ډول ډول اندوکرایني ګډوډیو راپور ورکړل شوی دی لکه د تستستیرون کموالی او ادرینال غدې د دندو خرابیدل.

۹_ قلبی اختلاطات .

کاردیومایوپتي لـه HIV سره د زړه د احتقانی عدم کفایې لامل کیدای شي لمفوسایتیک نکروتیک مایوکاردایتس هم منځ ته راتلای شي.

هغه حا لتونه چې د معافیت د ځپلو له امله منځ ته راځی.

معافیت ځپل موقع لیدونکو انتاناتو ته اجازه ورکوي ترڅو ناروغۍ رامنځ ته کړي همدارنګه یو شمیر سرطاني حالتونه چې دهغو په لامل کی وایرس ونډه لري منځ ته راځي. دانتان پر وړاندې حساسیت هغه وخت زیاتیږي کله چې د CD4 ژونکو او T لمفو سایتونو څرګند کمښت رامنځته شي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

په لاندې جدول (۲-۱۷) کې هغه اورګانيزمونه چې له HIV سره په لوړه کچه ملګرتيا کوي ښودل شوي دي.

پروتوزوا: • توکسوپلازموزس ګانډي • کرپتوسپوريديوم پارا اوم • دمايکوسپورويدا ډولونه • لشمانيا • ايزوسپورا بيلي	**باکتريا:** • دسلمونيلا ډولونه • مايکوباکتريوم توبرکلوز • مايکوباکتريوم Avium انتراسيلولر • ستربتوکوک نمونيا • ستافيلوکوک اوريوس • هيمافيلوس انفلوينزا • مروکسيلا کتراليس • نوکارديا • بارتونيلا
فنګس او Yeasts: • نموسايتس کريني • کرپتوکوک نيوفارمانس • دکانديدا ډولونه • درماتوفيتونه • اسپيروجيلوس • هستوپلازموزس • کوکسدودزس ايم يوتس	**وايرس:** • سايتوميګالو وايرس • هرپس سمپلکس • ورسيلا زوستر • انساني پاپيلوما وايرس • Papa Virus

د T ژونکو د دندو خرابوالی پروتوزوا، فنګس او وايرس. دماکروفاژ د دندو خرابوالی، دژونکي په دننه کې باکتريا لکه مايکو باکتريا، سلمونيلا او د B ژونکود دندو خرابوالی کپسولي انتاناتو لکه ستربتوکوک، هيموفيلس انفلوينزا ته دننه کيدو وخت ورکوي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

لابراتواري پلټنې :

د HIV لپاره ځانګړې معاينه داتني جن او انتي بادي ليدنه ده چې د Screen سيرالوجي يا د ELISA په واسطه تر سره کيږي مثبته بيلګه وروسته بيا د ډول ډول ميتودونو په واسطه تائيديږي لکه (Wester blot) .

د سکرين سيرالوجي د ازمويني حساسيت د ۹۷،۵% څخه زيات دی د سکرين سيرالوژی ازمويني دروغجن مثبت والی هم کله کله ليدل کيږي لکه په هغه خلکو کې چې په دی وروستيو کې د انفلوانزا واکسين تر سره شوې وي يا د منضم انساجو ناروغان.

ماليکولر بيالوجيک تخنيک (PCR) هم د ارزښت وړ دی.

نورې نا ځانګړې لابراتواري ازمويني لکه وينه لږي، د WBC شمير کموالی په ځانګړې ډول لمفوپينيا، ترمبوسايتوپينيا، Sed Rate لوړوالی، Polyclonal هايپرګاما ګلوبولينيميا، د کولسترول کموالی او د پوستکي Anergy هم دوديزې دي.

يو شمير لابراتواری نښی شته چې د درملنې لارښود او انزار راپه ګوته کوي چې ډير ارزښتناکه يې د CD4 لمفوسايت شميرنه ده کله چې داشميرنه کمه شي نو د ۳-۵ کالو په موده کی دموقعپالو انتاناتو مداخله زياتيږي .

يو شمير څيړنو ښودلې ده چې د CD4 ژونکو سلنه ټاکل د انزارو معلوملو لپاره ښه نښه ده. که د ۲۰% څخه لږه وي نو AIDS د پرمختګ خطر، سرطانونو او موقعپالو انتاناتو خطر زيات وي. د HIV وايرس اندازه د وايرسونودزياتيدنې او د انزارو معلوملو لپاره ارزښت لري.

توپيری تشخيص:

HIV انتان د ډول ډول نورو ناروغيو په شان کلينکي څرګندونې لري نو هغه ناروغان چې د وزن کموالی او تبه ولري بايد د سرطاني حالتونو، ځنډني انتاناتو لکه توبرکلوز، اندوکاردايټس ، اندوکرايني ناروغيو لکه هايپرتايروئيديزم سره توپير شي.

انتان او هغه حالات چې د پراخه بين الخلالي Pulmonary infiltration لامل کيږي بايد توپير شي.

که چيرې دماغي ګيلې شتون ولري نو له هغو لاملونو سره چې دماغي حالت بدلوي يا نيوروپتي رامنځته کوي لکه : الکوليزم، دځيګر ناروغی، د پښتورګو ناروغۍ ، تائيرويدناروغۍ او د ويتامينونو کموالي سره توپير شي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

که ناروغ سردردي او CSF Pleocytosis ولري نو د څنډني مننجایتس نورو لاملونو سره باید توپیر شي.

که چیرې نس ناستی متبارز شکایت وي نو انتاني انټیروکولایټس، هغه کولایټس چې د مایکروب ضد درملو د کارونې له امله رامنځته کیږي. د کولمو التهابی ناروغۍ او سو جذب په نظر کې وي.

درملنه:

د ریترو وایرس ضد درمل.

۱ - Nucleoside - Related reverse transcriptase inhibitors (NRTIs): په دې ډله کې لاندې درمل ګډون لري Zalcitabine (DDC), Zidovudine (AZT-ZDV), Stavudine (D4T) , Didanosine (DDI), Lamivudine (3TC) او Abacavir (ABC). د NRTI درملو له ډلی څخه که چیرې یو درمل په یوازې ډول سره وکارول شي نو د وایرس د ټینګار خطر زیات دې په ځانګړې ډول د Lamivudine سره چې دنورو په مقابل کې هم ټینګار په Cross ډول سره رامنځته کیداې شي.

د درملنې اړخیزې اغیزې لکه زړه بدوالی (چې د درملنې په دوام سره له منځه ځي) کانګې، نس ناستی او نیوروپټی بېلا بېلې پیښې رامنځته کیږي. همدارنګه پانکراتایټس، دځیګر خرابوالی او دوینی د سرو او سپینو ژونکو کموالی هم رامنځته کیدای شي.

دفرط حساسیت غبرګون Abacavir سره زیات دې. Lactic Acidosis نادرا رامنځته کیږي.

(PIs) Viral Protease Inhibitor

دا درملونه عبارت دی له: Saquinavir (چې زغم یې ښه دی) Indinavir, Ritonavir چې ډیر قوی درمل دی، Nalfinavir، Lopinavir او Amprenavir.

دا درمل د HIV زیاتیدنه په Invitro او Invivo کې کموي دنورو درملو سره باید ګډ وکارول شي.

پورتني درمل په ځانګړې ډول Ritonavir د سایتوکروم P450 سیستم نهی کوي او په دې بنسټ د زیاتو درملو سره د اړخیزو اغیزو لامل کیږي ریفامپیسین چې انزایم کموونکی درمل دی د PI اندازه په وینه کې فوق العاده کموي.نو کومو ناروغانو ته چې د PI سپارښتنه کیږي د ریفامفین اندازه باید نیمایي ته پریوزی ځکه ددې درملو Ocular toxicity که د Retinovir سره ګډ استعمال شي زیاتیږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

که د فنگس ضد درملو چې د Azole کړۍ ولري، بعضې د اريتميا ضد درمل او يو شمير Anti histaminics سره ګډ استعمال شي نو اړخيزې اغيزې رامنځته کوي.
Indiavir يو نسبتي غير منحل مواد دي نو ددې د استعمال په وخت کې بايد مايعات سپارښتنه و شي تر څو په متيازو کې د کـــرستلونو له ناستې او Renal Tubular نکروزس څخه مخنيوې وشي.
که چيرې د اوږدې مودې لپاره PIS درمل استعمال شي نو د کلسترول او ترای ګلسرايد و د لوړوالي ، دګلوکوز د کموالي، د هايپر يوريسيميا اود Lipodydystrophy لامل کيږي.
۳ - Non nucleoside reverse transcriptase inhibitor (NNTIs) لـــه دې ډلـــې څخـــه Nevirapine د اوږدې مودې لپاره کارول کيږي خو ناوړه اغيزې يې د پوستکي دخاپونو څخه عبارت دی. ددی درمل استعمال نږدی ۲۰% ته کم کړای شوی دې نن سبا Efavirenz او dela viridine هم تـــوليد شوي چې په ځينو هيوادونو کې د استعمال وړ ګرځيدلي دي. دا موثر درمل دي خو ددې پر وړاندې د وايرسونو Mutation ډير ژر رامنځته کيږي البته دا را منځته کيدل هغه وخت زيات وي چې په ځانګړي ډول استعمال شي او که چيرې دوه يا درې په ګډه استعمال شي نو داخطر يي کم وي.
دا درمل د Lipodystrophy لامـل نـه کيـږي نـو هغـه ناروغـانو تـه چـې تـرای ګليـسرايد او کولسترول يې لوړ وي ورکول کيږي.Nevirapin ۲۰۰ ملي ګرامه دوه ځله د ورځې توصيه کيږي خو لومړې دوز بايد ۲۰۰ ملي ګرامه يوځل دورځې وي ځکه په دې دوز سره ۴۰% دخاپونو خطر کموي.
۴- Novel Agents
الف : Entry Inhibitor : Enfuratide لومړني درمـــل دي چې د HIV داخليدل ژونکو تـه بـلاک کوي ۹۰ ملي ګرامه دپوستکي لاندې دوه ځله دورځې ورکول کيږي.
ب : Other Agents : هغه درمل دي چې د HIV مسينجر RNA پروسه او Integrase نهی کوي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

ضد درملو د کاروني بنسټونه Retro Virus Highly active anti Retro Viral Therapy (HAART)

د ريترو وايرس ضد درملو دکاروني موخې په لاندې ډول يادولای شو:

۱- دوايرسونو د تکثر کمول.

۲- د درمل پر وړاندې مقاومو پيښو کمول.

۳- داختلاطاتو کموالی.

۴- د معافيتي سيستم د ويجاړيدو مخنيوی.

۵- د معافيتي سيستم د دندې بيا رغونه.

په پخوانيو نادرملنه شويو پيښو کې درملنه ډيره ښه نتيجه ورکوي. په دې پيښو کې زيات درمل ښه اغيزمن دي خو په ټوليزه توګه ټولې پيښې دځينو کمو وايرسونو په درلودلو سره دځينو درملو پر وړاندې ټينګار لري. ددې لپاره چې داکمې ټينګاري پيښې هم ټيټې شي مخکې له دې چې د درملو ټاکنه ترسره شي په ځينو هيوادونو کې يې درملنه بالکل بدله شوې او د درملنې لپاره ځانګړې ټاکنې لري نو په دې ټولنو کې نږدې ۱۰٪ ناروغان په لمړني وخت کې د يوه ډول درمل پر وړاندې ټينګار لري په درملنه کې د ګڼ شمير درملو کارول ډيره ښه پايله لري په داسې حال کې چې د ځارنې پايله يې ډيره ارزښتناکه ده.

په ټولو هغو ځايونو کې چې د انتان سرچينې د ګڼ شمير درملو کارول مني نو درملنه بايد لږ تر لږه د درې ډوله درملو سره يوځای تر سره شي چې موثره او د تحمل وړ يووالی يې په لاندې ډول وي.

له دې څخه دوه درمل بايد د (NNRTIs) له جملې څخه وي لکه : Zidovudine + Lamivudine يا Zidovudine+DDI او DDI or lamivudine جمع Stavudine هم ګټور دی.

Zidovudine او Stavudine خپلو منځونو کې انتاګونيستې بريښې همدارنګه DDI د Zalcitabine سره يو ځای ټاکسيک دی.

دريمه دوا ممکن د PI له جملې څخه او يا د NNRTIs له جملې څخه انتخاب شي په درملنه کې د PI زياتول د وايرسونو په بار(Load) کې فوق العاده کموالی رامنځته کوي. يعنی د يوې مياشتی په موده کې له ۱.۵ تر ۲ لوګاريتم پورې کموالی رامنځته کوي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

د NNRTIs استعمال هم په پورتنی کچه وایرسونه کموي خو داکموالی په ۱۰ – ۱۲ اوونیو کې منځته راځي.

زیاتره ناروغان د اوږد مهالي درملنې څخه وروسته د وایرسونو په کچه کې فوق العاده کموالی ښې آن Viral load یې نږدې په یوه ملي لیتر کې ۵۰ – ۵۰۰ جنوم کاپي پورې رسیږي.

همدارنګه د وایرسونو کمیدل په ځینو ځایو کې لږ ګران وي.

د درملنې دوام په تدریجي ډول د CD4 ژونکو د زیاتوالی سبب کیږي چې دمعافیتي سیستم د دندې بیا رغونه منځته راوړي خو د T-Cell دندې هیڅکله نارمل ته نه راګرځي.

په هر حال التهابي او معافیتي غبرګون زیاتیږي چې ددی د زیاتوالي ښې عبارت دي له :

په مایکوبکتریل انتاناتو کی دلمفوادینوپاتی زیاتوالې او په Retinal cytomegalo Virus کی د Ocular التهاب زیاتیدل.

کله چې HAART پیل شي لمړنی وقایوی تدبیرونه بند او دوهمي وقایوی تدبیرونه د موقعپاله انتاناتو لپاره باید ادامه ولري البته تر هغه وخت پورې ادامه لري تر څو د CD4 شمیره ۴،۰ –تر ۵،۰ X 10^9 په ملي لیتر کې ورسیږي.

د CD4 په دې یاد شوي حد کې د Cytomegalovirus ویریمیا او مایکوبکتریوم Avium کموالې لیدل کیږي او د Pneumocystic carini شتوالی په دې پړاو کې واضح نه دی. د HAART درملنې کارول په اروپا کې د کال ۱۹۹۳ څخه ۱۹۹۸ پورې پنځه چنده د بشپړ ایډز شیوع راکمه کړی ده.

د درملنې پر وړاندې ځینې ټینګار کوونکي بیړنۍ پیښې

د RNA وایرسونه یو متحول (بدلیدونکی) جینوم لري نو ځکه د وی د هرې RNA پر وړاندې د تکثر پر وخت Proof Reading Mechanism نه لري.

د وایرسونو په نړۍ کې بیلا بیل جنیټکي ډولـــــونه شتون لري چې د Clades یا Quasi Spacies په نوم یادیږي چې دا جنټیکي بېلابیلتوب د پلارني وایرسونو ځانګړتیا لوبوی چې په منتن کیدو او زیاتیدو کې کم رول لري. ځیني مهال بدلیدنه یوه زیاتیدونکي ګټه لري البته دا ګټه یي په معافیتي او درملنې برخه کی د ورځې نږدی لس بیلونه د HIV د وایرسو ذرات

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

تولیدیږي چې په ۹۲۰۰ ام نیکوټائید کې یې بدلون منځته راځي چې هر بدلون کې یو واحد پر وړاندې ټینګار رامنځته کیدل په لړه انداز بریښي.
د درملنې په عملي ډګر کې د درملنې پر وخت د ګڼورو درملو د یو ځای کارونې پر وړاندې ټینګار دومره نه رامنځته کیږي که ټینګار رامنځته شوه نو یوازې د یو درمل پر وړاندې به وي چې زیات یې د Lamivudine اویا نورو NNRTs پر وړاندې څرګندیږي.
کله چې پورتني درمل په قسمي ټینګاري وایرسونو کې کارول کیږي ښه خبره داده چې په درملنه کې یې ګن شمیر درمل یوځای شي کوم چې بیا د ټینګار لپاره ګڼ Mutation ته اړتیا لري او که ټینګار هم منځ ته راشي نو بیا درمل باید بدل شي او په ځای یې بل درمل وټاکل شي اوپه ټاکنه کې باید هغه درمل غوره شي چې د هغه پر وړاندې ټینګار کم وي او د یوې اوږدې مودې لپاره د ګیلو او نښو شتوالی رامنځته نه کړي او هم د موقعپاله انتاناتو رامنځته کیدل ناشونی وي.
د اوږدې مودې درملنه دخوراک ښناک اواضافی مایعاتو دکارونې یو ځانکړې مهال ویش ته اړتیا لري خو نوې رامنځته شوې درملنې بیا پورتنۍ ستونزې کمې کړي دي.
دوایرس ضد درملو مثالونه.
د درملنې د پیل پر وخت لاندې رژیم باید وکارول شي.
Lamivudine + Ziduvudine او یو د Indinavir یا Nevirapine څخه.
یا د پورتني رژیم په ځای لاندې رژیم وکارول شي Didanosine + Stavudine او یو د Retonavir یا Nevirapiune څخه .
کله چې د پورتنی رژیمونو پر وړاندې ټینګار مینځته راغی نو باید په لاندې رژیم بدل شي چې د Swtich تراپی په نوم یادیږي.
Retonavir+ Saquinavir او یو د Nucleoside له مشتقاتو یا یو د (NNRTI) څخه .
د وایرسونو د وروستي زیاتوالی څخه مخنیوی :
Indinavir + Nelfinavir او ورسره یو د Nevirapine یا efaverine څخه .
UK او USA سپارښتنې دهغو کسانو لپاره چې د پوستکي تماس کې راغلي د وقایې لپاره په لاندې ډول دي Indinavir + Lamivudine + Ziduvudine د یوی میاشتې لپاره باید وکارول شي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

د HIV ناروغ ته کله درملنه او وقايه شروع کيږي ؟.

۱- د Seroconversion ناروغ لپاره :

د وايرسو زياتوالى او د منتن کيدلو وړتيا د درملنې غوښتنې دي سره لدې چې دا پړاو خپله محدود يدونکې ده نږدې ۷۰٪ Sexual Transmitted ناروغۍ په همدې مرحله کې خپريږي ځکه د تماس له امله ليږد زيات وي نو په دوامداره ډول بېلا بېلې درملنې ته اړتيا لري چې په بېلابېلو وختونو کې بېلابېل درمل کارول کيږي

۲- د HIV تاسيس شوې ناروغۍ :

په دې وخت کې بېلابېلې نظريې دي داختلاف ټکی يې دادی چې د وايرس Suppression او د اوږدې مودې د درملنې ستونزې دي ځيني څيړندويان په غير ګيله يي ناروغانو کې Triple رژيم پېلول غواړي په داسې حال کې چې د وايرسونو کچه په يــو مــلي ليتر کې ۵۰۰۰۰ او ۱۰۰۰۰۰ تــر منځ وي يا د CD4 کچه په يو ليتر کې ۳،۰- ۵،۰ × ۱۰^۹ وي .

که چيرې کوم ناروغ د HIV ګېلې پيداکړي نو د وايرسونو شميرلو او يا د CD4 کچې ته اړتيا نشته بايد درملنه پېل شي.

ددرملنې بدلون (Switch of Therapy) :

د درملنې بدليدنه هغه وخت ترسره کيږي چې د پخوانۍ درملنې پايله د قناعت وړ نه وي.

يعنې زغمل يی ګران وي يا اړخيزې اغيزې يې زياتې وي يا انتان مقاوم شوی وي يا Viral Load زيات شي ، CD4 رابښکته شي او يا انتان تشديد شوی وي خو ځيني څيړندويان د درملنې بدلون هغه وخت مني چې د وايرسونو لوګاريتم ۵،۱-۱ پورې زياتوالى و کړي اويا په يوه ملي ليتر کې د ۵ – ۱۰۰۰۰ جنوم پورې زياتوالى مينځ ته راشي.

دنظر يوالى بايدهميشه د درملنې د بدلون څخه مخکې ترسره شي.

د پوستکي له تماس څخه وروسته وقايه :

که د HIV ناروغ پوستکي ســره په تماس راشي نو پدې وخــت کې د انتـان د ليږد ۳،۰٪ چانس شتون وي او که تماس له ژورو زخمونو سره ترسره شوی وي نو پيښيدل يې ۵ – ۱۲ برابره زياتيږي دېلګې په ډول که تماس د ککړو ستنو په واسطه ترسره شوې وي پداسې حال کې چې دا ستنې د داسې ناروغانو له وينې سره په تماس کې راغلې وي چې په زياته کچه وايرسونه ولري.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

داکسان Zidovudine سره په يوازې ډول درملنه ۸۰٪ مخنيوې کوي.
که چيرې کوم کس له معلوم انتان سره دپوستکي په تماس کې راشي نو درې ګونې درملنې (indinavir + Lamivudine + Zidovudine) ته اړتيا لري چې د کارولو موده يې څلور اوونۍ اټکل شويده.

دا وقايوي پروسه بايد له تماس څخه وروسته ژر تر ژره د يوه ساعت يا دوو ساعتو په موده کې پيل شي او له درملنې څخه مخکې د HIV د معايناتو لپاره نمونې واخيستل شي.

همدارنګه احتياطي معاينه د تماس څخه شپږ مياشتې وروسته اجرا شي وظيفوي مشورې او د درملنې تيارول اړين دي.

په HIV اخته ښځو کې د حمل پر وخت مخنيونه:

د ميندو په نس کې ماشومانو ته د HIV خپريدل د ځينو تدبيرونو په واسطه کميږي چې دا تدابير عبارت دی له:

آرام زيږون (Caesarean) ته ترجيح ورکول کيږي مور او ماشوم ته د Retroviral ضد درمل توصيه کول. درملنه بايد ۱۲ الی ۱۴ اونۍ د اميدوارۍ کې شروع شي او د زيږون تر وخت پورې دوام ورکول شي.

ماشوم ته دزيږيدو څخه وروسته Zidovudine (ددرې اونيو لپاره) سپارښتنه کيږي.

په HIV اخته کس سره دجنسي نږديوالي وروسته مخنيونه :

په HIV اخته کس سره تر جنسي تماس وروسته په زړه پورې د مخنيونې تدبير نشته.

د HIV له منځه وړل :

دهارت د درملنې په رواجيدو د HIV له منځه وړلو هيلې پيدا شوي دي.

د HIV له منځه تګ په درې پړاونو کې سرته رسيږي.

۱- په منتن T- Lymphocyte کې.

۲- د وايرسونو کمښت په مکروفاژونو او Follicular dentritic ژونکو کې .

۳- دريم پړاو چې پوره څرګند نه دې CD4 او Neural ژونکو پورې اړه لري .

دامعلومه نده چې څومره وخت اړتيا ده چې تر دريم پړاو مخکې پړاونه ترسره شي او په دريم پړاو کې داتتاناتو له مينځه وړل تر سره شي مګر اوسمهال د HIV د له مينځه وړلو د ستر برياليتوب تر چانس پورې يو اوږد واټن په مخکې دې.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

د Apportunistic انتاناتو درملنه :

دموقع بینو انتاناتو مخنیونه او درملنه د اصلي انتان (HIV) په کچه پورې ارزښت لري ځکه ددې انتاناتو رامنځته کیدل د ایډز د ناروغۍ په رامنځته کیدلو کې فوق العاده مرسته کوي.

نو په HIV اخته ناروغ باید د موقعپاله انتاناتو لپاره په پراخه کچه وڅیړل شي او د شتون پر وخت یې باید ښه درملنه وشي تر څو د ناروغ روغتیا و ساتل شي او له اضافي ویجاړتیا څخه وژغورل شي. ځکه ثابته شوې چې موقعپاله انتانات د معافیتي سیستم د ویجاړتیا لامل کیږي د بېلګې په توګه CMV انتان د CD4 د منځه وړلو سبب کیږي.

همدارنګه په دې ناروغانو کې د التهابي پروسې د کموالي له امله ځیني انتانات پټ او خطر ناکه سیر لري نو په دې ناروغانو کې باید لاندې څیړنې لکه د انساجـــو لواژ او برانشیل بیوپسی چې د Pneumocystic carrini ، مـــایکوبکتریل ، Herpes Virus او فنګسي انتاناتـــو چې په ځانګړې ډول اویـــا په یوځای منځته راځي اړینې دي.

د پوستکي او یا لمفـــاوي غوټو بیوپسي چـې د ځینیو ناروغیو لکه Pox Virus ، مایکوبکتریل، فنګل انتانات او یا د بسیلری انجیوماتوز (د Bartonella hensaela انتان له امله منځته راځي) چې د Kaposis سرکوما او لمفوما تر منځ توپیر وکړي باید سرته ورسیږي.

دوهمي مخنیونه تل له لومړۍ دورې څخه وروسته توصیه کیږي. لومړنۍ مخنیونه کله کله هغه وخت کارول کیږي چې یوه قوي انتاني پیښه لکه د Mucosa دبرخی کاندیدیازس او یا د PCP رامنځته کیدل چې $CD4 < 0.3x10^{9}$ سره یو ځای وي موجوده وي . نو د لومړنۍ مخنیونې تدبیرونه وکارول شي.

کوترای موکسازول یا په انشاقي ډول د Pentamidine کارول د PCP د مخنیوی په لپاره او یا Acyclovir د هرپس سمپلیکس لپاره او Ganciclovir د Cytomegalo virus لپاره ښه وقایوی درمل دي.

ماشومان باید په منظم ډول وریدي ګاما ګلوبولین واخلي تر څو له پایوجنیک انتاناتو څخه وژغور ل شي.

پـه نـادر ډول ځینـي وخـت انتانـات رامنځتـه کیـږي چـې ډیـر زیـات ټینګـار وي لکـه لـه Acyclovir سره دټینګاري هرپس سمپلکس رامنځتـه کیـدل او یـا Fluconazol سره د ټینګاري فنګسي ناروغۍ را منځته کیدل.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

دموقع لیدونکو انتاناتو درملنه او وقایه په لاندې جدول کې ښودل شویده (۲-۱۸) جدول

شمیره	موقعپاله انتانات	مخنیونه	درملنه
۱	نیموسیست کاریني نمونیا	۱- کوترای موکسازول ۹۲۰ ملي ګرامه هر ۱۲ ساعته وروسته که دپوستکي اندفاعات پیدا شوي وي باید ځای ناستي یې غوره شي. ۲- Pentamidine د انشاق په شکل چې ۳۰۰ ملي ګرامه هر ۲ اونی یا ۲۰۰ ملي ګرامه هر ۴ اونۍ وروسته.	۱- ۱۲۰ ملي ګرامه دبدن په هر کیلو ګرام وزن کوترای مکسازول په کسري دوزونو د ۱۴ ورځو لپاره او هم کولاې شو ۱،۴۴ ګرامه هر ۱۲ ساعته بعد د ورید د لارې ورکړو. ۲- دخولې له لیارې هر اته ساعته وروسته ۷۵۰ ملي ګرامه Atovaquone د ۲۱ ورځو لپاره کارول کیږي. ۳ – وریدي ۴ ملي ګرامه په هر کیلو ګرام وزن د بدن د ۱۴ ورځو لپاره pentamidine کارول کیږي. ۴ – انشاقی ۱۵۰ ملی ګرامه په هر کیلو ګرام وزن د بدن کې Pentamidine د ۲۱ ورځو لپاره کارول کیږی.
۲	سایتومیګالو وایرس ریتینایتس	۱ – وریدی انفیوژن په بڼه ۵ ملی ګرامه په هر کیلو ګرام وزن د بدن روزانه او یا داونۍ ۵ ورځې ۶ ملي ګرامه په هر کیلو ګرام وزن د بدن کې ګان سایکلووير باید وکارول شي. ۲ – دخولې له لاری ګان سایکلووير یو ګرام هر ۸ ساعته	۱- په پیل کی gancyclovir وریدي د انفیوژن په شکل په یو ساعت کې بیا ورسته ۵ ملي ګرامه دبدن پر هر کیلو ګرام وزن هر ۱۲ ساعته وروسته د ۱۴-۲۱ ورځو په موده کی. ۲- د وریدي انفیوژن په شکل

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

		ورسته. ۳ - فمي Valganciclovir	۲۰ ملي گرامه دبدن پر هر کيلو گرام وزن د ۳۰ دقيقو په موده کې fascarnet وروسته ۲۰ – ۲۰۰ ملي گرامه هره ورځ د ۱۴ – ۲۱ ورځو پورې . د پښتورگو او ځگر دنده يز معاينات بايد اجراشي او هم د وينې مايعانات بايد ترسره شي .
۳	کرپتوکوکل مننجيت	دخولې له لیارې فلوکونازول ۱۰۰ – ۲۰۰ ملي گرامه دورځې	۱- د وريد له لارې امفوتراسين يو ملي گرام دبدن پر هر کيلو گرام وزن کې د انفيوژن په بڼه دپښتورگو دنده يز تستې ، په وينه کې د پوتاشيم اندازه او د وينې معاينات بايد اجراشي او درملنه ۸ – ۱۲ اونۍ بايد دوام وکړي. ۲ – که چيرې امفوتراسين ناکام او يا زغمل يي گران و نو ليپوسومل امفوتراسين ۲ ملي گرامه دبدن په هر کيلو گرام وزن د ورځې وکارول شي. ۳- وريدی فلوکونازول ۴۰۰ ملي گرامه په پيل کې او بيا هره ورځ ۲۰۰ – ۴۰۰ ملي گرامه د ۸ – ۱۲ اونۍ پوری

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

			ورکړل شي.
۴	توکسوپلازمیک انسفالت	۱- اونۍ کې یو تابلیت Fansidar	۱- سلفادیازین یو ګرام دری وخته د ورځې ۵۰ ملي ګرامه pyrimethamin د څو اونیو لپاره همدارنګه CT سکن باید اجرا شي.
۵	Mucocutanous Candidiasis	کوم ځانګړې مقاوم ایمرجنسی نه تولیدوي.	۱ – دخولې لـه لیاری امفوتراسین ۲۰۰ ملی ګرامه هر ۲ ساعته وروسته. ۲- فلوکونازول ۵۰ ملی ګرامه د ورځې د خولې له لیارې ۷ – ۳۰ ورځې. ۳- تراکونازول ۲۰۰ ملی ګرامه د ورځې د ۱۵ ورځو لپاره.
۶	مایکوبکتریم Avium انتراسلولر	۱- هره ورځ ۳۰۰ ملی ګرامه Rifabutin . ۲- د اونۍ ۱۲۰۰ ملي ګرامه Azithromycine .	ځانګړی چیتر کی وکتل شي
۷	هرپس سمپلکس	۱- هر ۲ ساعته وروسته Acyclovir ۲۰۰ ملي ګرامه باید ورکړي.	۱- د ورځې ۲۰۰ – ۴۰۰ ملي ګرامه پنځه ځلی Aciclovir باید وکارول شی یا ۵ ملی ګرامه هر ۸ ساعته وروسته وریدي کارول شي.
۸	Mulluscm contagiosum		د Cidofavir ملهم ۱۰% باید موضعي تطبیق شي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

مخنیونه او څارنه:

د مخنیوني او څارنې اغیزمنه کړنه د پوکانۍ (Condom) کارول دي. د پراخه روغتیائی پوهې سره سره بیا هم په زنا کارانو کې HIV د خپریدلو په مخنیوي کې پاتې والی منځته راغلی .

د پاتې والي غوره لامل د ځان په هکله زناکارانو ناګارتیاده چې دوي له کوم خطر سره مخ دي ځان ناخبره ګڼي او خپل بد عمل ته دوام ورکوي.

د مغبنی زخمونو درملنه د HIV په خپریدو کې غوره کمښت رامنځته کوي. د HIV د مخنیوي بله غوره لاره داده چې باید دویني ورکوونکي خلکو پوره معاینات سرته ورسیږي.

د ستنو تبادله باید وڅارل شي. د وریدي ناوړه درملو استعمالوونکیو ته باید ښې سیستماتیکې لارښونې جوړې شي.

همدارنګه تر زیږون مخکې د میندو په خیټو کې باید د ماشومانو څارنه وشي او ددې موخې لپاره د ټولو امیدوارو ښځو معاینات باید سرته ورسیږي.

همدارنګه هغه پرګنې چې د HIV له خطر سره مخامخ دي باید وهڅول شي چې خپل د HIV اړوند ټول معاینات سرته ورسوي او دوی وپوهول شي چې د ځان په هکله باید معلومات تر لاسه کړي او په راتلونکې کې د انتان په مخنیوي او څارنه کې باید فوق العاده ونډه واخلي.

د HIV د مخنیوي لپاره لاندې کړنې باید سرته ورسیږي :

۱- کاندم دې د جنسي مقاربت لپاره وکارول شي.

۲- په وینې پورې اړوند ټول معاینات باید تر سره شي.

۳- د ستنو د بدلولو تخنیک باید دود شي.

۴- تر زیږون مخکې د امیدوارو میندو ټول معاینات باید تر سره شي.

۵- هغه کسان چې د HIV له خطر سره مخامخ دي د هغوي په خپله خوښه حاضریدل څو د HIV اړوند معاینات پرې اجرا شي.

۶- د مغبني زخمونو څارنه او دهغوي درملنه.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

دريم څپرکی

دميکروب ضد درملني بنسټونه

د اغيزمنو درملو کشف د مايکرواورگانيزم په درملنه او مخنيوي کې د پر مختللي طبابت يو ډير لوی پرمختگ دی.

په حقيقت کې د ميکروب ضد درمل ۲۵۰۰ کاله مخکې کارول شويدي. چينايانو Soyabean د لومړي ځل لپاره د کاربونکل په درملنه کې وکارول او همدارنگه يوناني طبيبانو د هايپوکراټ په گډون يو شمير مواد چې دميکروب ضد اغيزې يې درلودې لکه Win، غير اورگانيک مالگې او myrrh د ټپونو په درملنه کې وکارول.

تر ۱۹ پيړۍ پورې يعنې تر هغه چې داتتان ميکروبيولوجيک بنسټ وپيژندل شو د ميکروب ضد درملنه اټکلي (empirical) وه.

درانده فلزات لکه ارسينيک، بسموت، د يو شمير انتاناتو په درملنه کې د سفليس په گډون استعماليدل.

په کال ۱۹۳۲ کې د لومړي ځل لپاره Sulfoneamides کشف شول اوپه کال ۱۹۴۰ کې پنسلين او سترپتومايسين ډگر ته راووتل.

۱۹۵۰ کال د ميکروب ضد درملو د مينځته راتگ غوره کال و.

دماکروب ضد درملو تر ورکړې څخه مخکې ډاکټر بايد لاندې پوښتنو ته ځواب ووايي.

۱. ايا دميکروب ضد درملنه د کلينيکي نښو پر بنسټ تر سره کيږي؟.

۲. ايا ميکروبيولوجيک تشخيص لپاره مرضي مواد لابراتوارته ليږل شوي که نه؟.

۳. د ناروغ د رنځورۍ اټکلي لامل به څه وي؟.

۴. کوم اهتمامات بايد وکارول شي تر څوپه اخته شويو خلکو کې د دوهمي پېښو د منځته راتلو او هم د نورو خلکو د اخته کيدو څخه مخنيوی وشي؟.

۵. ايا کلينيکي بيلگې شته چې د ميکروب ضد درملنه ناروغ ته گټوره ده.

کله چې د ناروغۍ ځانگړی لامل د لابراتواري معايناتو په پايله کې معلوم شو بايد لاندې پوښتنې په نظر کې ونيول شي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

١. کله چې ځانګړی عامل وپیژندل شو نو په تخمیني ډول د لومړني شروع شوو درملو پر ځای باید ځانګړي دمکروب ضد درمل شروع شي؟
٢. ایا د یو مکروب ضد یا څو مکروب ضد درملو په ګډ ډول کارول اړین دي که نه ؟.
٣. د میکروب ضد درملو وړ دوز، د تطبیق لاره او د درملنی موده څومره ده؟.
۴. کوم ځانګړي ازمایښتونه باید پر هغو رنځورانوکې چې د درملنې پر وړاندې غبرګون نه څرګندوي په کار واچول شي؟.
۵. کوم اضافي اهتمامات وکارول شي تر څو د انتان د محوه کیدو سره مرسته وکړي؟

د میکروب ضد درملو انتخاب:

دمیکروب ضد درملو انتخاب یو شمیر فکتورونو پورې اړه لري چې دا فکتورونه په دوه ډولو ویشل شوي دي .

١. په کوربه پورې تړلي فکتورونه :

الف: د څو ناروغیو یو ځای شتون لکه ایدز ، دځګر ناروغی او نورې.

ب: د درملو تیرې یا مخکینی بدې اغیزې .

ج: د درملو د Detoxified او خارجیدو خرابوالی د ځګر یا پښتورګو د ناروغیو له امله .

د: د رنځور عمر .

هـ : امیدواري .

٢. په درملو پورې تړلي فکتورونه :

الف: د درمل د جذب ، توزیع او خارجیدو بهیر .

ب: منتن ځای ته د درملو د تیریدو یا نفوذ وړتیا .

ج: په شحم کې د درملو د حلیدو قدرت.

د: درملو فارموډینامیک او فارموکینیتک اغیزې د نورو درملو سره.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

داتـــان یـا میکـروب حـساسیت د درملـو پـه مقابـل کـې ډیـر مهـم دی. پـه اټکلـي درملنـه کـې د یوشـان تـاثیراتو لرونکیـو درملـو پـه میـنځ کـې هغـه درمـل چـې نظـر نـاروغۍ تـه وړ فارمودینامیک او فارموکینیتیک اغیزې ولري او بیه یي ارزانه وي وټاکل شي.

دهغه انتاناتو درملنه چې لامل ئې معلوم وي:

۱ـ دکرنـې د پـایلې تحلیـل: یعنـې کـه پـه صـحیح ډول مرضـي مـواد واخـستل شـي او پـه سـم ډول د لابراتــواري معاینـاتو او دکرنــې لپــاره ولیـږل شــي. دکرنــې پایلــه دلامــل پــه معلومولو کې پوره مرسته کوي .

دکرنې نا تایید شوي پایله به د لاندې لاملونو له امله وي :

الـف : د مرضـی مـوادو پـه اخـستلو کـې غلطـي لکـه دمیکـروب ضـد درملولـه کـارونې څخـه وروسته د مرضي موادو اخستل .

ب : دکرنــې پــه چاپیریــال کــې ورو وده کــوونکي او نــه وده کــوونکي میکروبونــه چــې مخکــې لدې چې میکروبونه پوره وده وکړي کرنې ته پای ورکول کیږي .

ج : د بکتریـایي کرنـې تـر سـره کـول پداسـې حـال کـې چـې دنـاروغۍ لامـل د بکتریـا څخـه پرته نور اورګانیزمونه وي .

د: د اورګانیزم لــــــپاره ناوړه کرنیز چاپیریال لکه د Legionella Species لپاره د Charcoal Yeast extract agar یا د CMV لپاره Shell vial tissue کلچر سیستم.

۲ـ د ثابت شوي انتاني لامل ضد درملنې لارښودنه:

الـــف : دحـــساسیت تـــست : پـه Vitro چاپیریـال کـې د پتـوجن بکتریـا حـساسیت معلومــول د میکــروب ضــد درمــل پروړانــدې ډیــر ارزښــتمن دي تــر څــو وړ او محفــوظ مکروب ضد درمل غــوره شي.

د دغــــه ټسټ په واسطه د (MIC) Minimal inhibitory Concentration او (MBC) Minimal Bactericidal Concentration اندازه مــــــعلومیږي.

ددغـه ټـستونو پـایلې د پیژنـدل شـوي درمـل لـه غلظـت سـره د بـدن پـه بـېلا بېلـو برخـو کـې پرتلـه کیـږي. پـه دودیـز ډول د درملـو لـه MIC او MBC څخـه پـه ډیـرو انتانـاتو کـې کـار اخـــستل کیـــږي. دبیلګـــې پـــه ډول د مننجـــایتس، انـــدوکاردایتس او سیپـــسس پـــه

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

granulocytopenia حالتونو کې داتتان له منځه وړلو لپاره د MBC څخه کار اخستل کیږي.

III :د میکروب ضد اټکلي درملنه (Empirical antimicrobial Therapy):

میکروب ضد درمل تل مخکې لدې چې د ناروغۍ لامل او دهغه حساسیت دځانګړي میکروب ضد درملو سره معلوم شي کارول کیږي چې دا ډول دمیکروب ضد درمل کارونه د E.A.T په نوم یادیږي او دډاکتر په تجربې پورې چې په ځانګړي طبي څانګې کې کار کوي اړه لري. د EAT لپاره دودیزه پریکړه دادی چې په لمړني ډول د میکروب ضد درمل ورکړه ناروغ ته د درملنې پایله ښه کوي.

مثلا په نیوتروپینیک، سرطاني ناروغانو کې د تبجنو بریدونو په درملنه کې په EAT ډول د میکروب ضددرملو ورکړه اغیزمنه ښودل شوې. بر عکس په EAT ډول د میکروب ضد درملو ورکړه په زیاتو کلینیکي پیښو کې اغیزمن نه تمامیږي نو باید په لمړني ډول مرضي مواد د کرنې لپاره لابراتوار ته ولیږل شي ترڅو سببي عامل معلوم او ځانګړي میکروب ضد درمل ناروغ ته پیل شي لکه هغه رنځوران چې نیوتروپینیک وي او د سږو انفلتریشن ورته پیداشي نو کیدای شي لامل یې وایرس، باکتریا، مایکوباکتري، فنجي، پروتوزوا او یا غیر انتاني پېښنه وي.

داټکلي درملنې ته لاره (Approach to Empirical Therapy):

دE.T په پیلولو کې باید له یو شمیر ځانګړیو او سیستمیکو لارو چارو څخه کارواخستل شي چې په لاندې ډول دي.

١. په کلینیکي ډول د میکروب یا انتان تشخیصول: پدې طریقه کې باید ډاکتر د شته معلوماتو او داتتان له اناتومیک ځای څخه ګټه واخلي.
٢. دمرضي موادو اخستل د لابراتواري معایناتو لپاره: لکه د تلوین شوي مرضي موادو معاینه دمایکروسکوپ یا دNon Centrifuged شوي تشو میتیازو عادي معاینه د WBC او باکتریا د موجودیت لپاره له تشخیص سره مرسته کوي.
٣. دمیکروبیولوجیک تشخیص ټاکل او تنظیمول: که څه هم تاریخچه، فزیکې کتنې او چټک عادي لابراتواري معاینه له تشخیص سره زیاته مرسته کوي. (لکه دتشو متیازیو یا بلغمو ګرام تلوین) خوځیني انتانات د ګرام تلوین په

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

واسطه نه معلومیږي نو ددې لپاره میکروبیولوجیک معاینات لکه کرنې ته اړتیا وي.

۴. د اټکلي درملنې اړتیا تاکل : دا یو مهم تصمیم دی چې پر تجربې او هغو معلوماتو پورې چې له کلینکي معاینې څخه وروسته لاسته راغلي وي ولاړ دي.

د اټکلي درملنې څخه هغه وخت چې د شدیدې ناروغۍ د منځته راتللو خطر موجود وي باید کار واخستل شي یعنی کله دمیکروب ضد درمل پیل تر لابراتواري پایلې پورې وځنډول شي. داټکلي درملو داستعمال په واسطه نوروته د انتان له خپراوي څخه مخنیوی کیږي.

۵. د درملنې پیلول : کیدای شي اټکلي درملو انتخابول په کلینکي او یا میکروبیولوجیک تشخیص ولاړ وي. که په کلینیکي تشخیص E.T ولاړه وي نو باید چې له پراخه اغیزو لرونکي دمیکروب ضد درملو څخه گټه واخستل شي.

IV د درملنې د ځواب او نتیجې کنترول او د درملنې موده :

د درملنې غبرگون باید په میکروبوبیولوجیک او یا کلینیکي ډول تعقیب او ولټول شي. دککړ شوي ځای څخه داخستل شویو مرضي موادو کرنه باید له میکروب څخه پاک شي او په پرله پسې ډول د مرضي موادو کرنه کول د سوپر انفکشن او تینگار د منځته راتللو په باره کې پوره معلومات ورکوي. په کلینکي ډول د سیتمیک څرگندتیاوو (کسالت، تبه او لیکوسایتوزس) کمیدل او کلینکي نښو نښه والی لکه د نمونیا ناروغ (د CXR په کلیشه کې دانفلتریشن پاکیدل اویا د Hypoxiemia اصلاح کیدل) .

ددرملنې موده د پتوجن، دانتان ځای او کوربه فکتورونو پورې اړه لري لکه معافیت ځیلي رنځوران د اوږدې مودې درملنې ته اړتیا لري.

د ځینو انتاناتو د درملنې دقیقه موده شته (توبرکلوز، سفلیس، گونوریا، Strep Pharyngitis او Cryptococal meningitis په Non Aids ناروغانو کې) د زیاتره ناروغیو د درملنې موده په اټکلي ډول سنجول کیږي. شدیدو انتاناتو کې کله چې د ناروغ تبه ورکه شوه نو ۷ تر ۱۰ ورځو پورې نورهم درمل ورکول کیږي. دا د درملنې نښه میتود دی اما په یو شمیر انتاناتو کې اوږدې درملنې ته اړتیا شته لکه ساینوسایټس ، UTI او داسې نور.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

V . ددرملنې کلینیکي نا کا مي:

کله چې د حساسیت ټسټ له لیارې انتخاب شوي دمیکروب ضد درمل ناروغ ته ورکړل شي او ښه پایله ورنه کړي نو باید ددې لامل دمعلومولو لپاره یو سیستمیکه او منظمه پلټنه ترسره شي.

په لاندې پاملرنې په پام کې ونیول شي.

۱ـ کیدای شي د حساسیت ټسټ کې غلطي مینځته راغلې وي باید ددې لپاره تکراري تستونه تر سره شي.

۲ـ د درملو دوز او جذب باید تر پاملرنې لاندې ونیول شي په سیروم کې د درملو کچه وټاکل شي او هم کیدای شي نا وړه درمل کارول شوي وي.

۳ـ کیدای شي ناروغ درمل نه وي اخستي ددې لپاره د درملو اندازه وشمیرل شي او ناروغ تر ته مستقیمې څارنې لاندې درمل ورکړل شي.

۴ـ کیدای شي د میکروب ضد درملو په ننوتلو (Diffusion) کې خنډ راغلی وي.
(مرکزي عصبي سیستم د منتن کیدو په صورت کې)

۵ـ د بهرني اجسامو او ابسې ګانو شتون ولټول شي.

۶ـ تکراري کرنه د سوپر انفکشن او میکروب د ټینګار لپاره تر سره شي.

۷ـ دکوربه د معافیتي سیستم په باره کې معلومات تر لاسه شي لکه د ایډز، خوارځواکي، خبیثه افاتو، شکرې ناروغۍ او نورو شتون .

۸ـ له یوه ځخه د زیاتو مایکرو اورګانیزمونو شته والی ښایي چې ددې اورګانیزمونو له ډلې ځخه یوازې دیو اورګانیزم د حساسیت پر وړاندې درمل پیل شوي وي .

۹- د هغه پیښو لټول چې له انتان سره هیڅ اړه نلري لکه هغه تبه چې د درملو له کبله پیداکیږي همدارنګه اوتوایمون او سرطاني پیښو ته پاملرنه وشي.

VII. ما یکروب ضد درملو یو ځای کارول:

د میکروب ضد درملو د ګډ کارولو استطبابات :

زیاتره میکروبونه باید د یوه درمل په واسطه درملنه شي خو بیاهم په یو شمیر حالتونو کې ګډ کارولو ته اړتیا پیښیږي.

الف : د اورګانیزم د ژر ټینګار د مخنیوي لپاره دمثال په ډول د توبرکلوز په پیښو کې.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

ب : که چیرې څو میکروبونه ګډوي (Polymicrobial) دمثال په ډول د پریتوان داخل او Pelvic infection د څو ګډو ایروبیک او ان ایروبیک اورګانیزمونو په واسطه رامینځته کیږي .

ج : د درملنې په پیل کې لکه د Neutropenic ناروغان او یا هغه ناروغان چې اند کیږي مسول انتان یې معلوم نه وي دوه دمیکروب ضد درمل لکه پراخه اغیز لرونکې سفالوسپورین سره یو ځای یو امینوګلوکوزید یا فلوروکینولون ورکول کیږي البته دکرنې تر پایلې پورې.

د : ددې لپاره چې څو درمل په کم ډوز وکارول شي او د درملو Toxicity کم کړو لکه په کریپتوکوکل مېننجایتس کې د فلوسایتوزین کارونه د امفوتیراسین بې سره تر څو وکولای شو د امپوتراسین بي دوز کم کړو او په دې ډول ددې درملو زهریت کم شي .

هـ :Synergism: په هغه صورت کې چې د میکروب نسبي او یا مطلق ټینګار موجود وي دمثال په ډول Enterococcal اندوکاردایتس که چیرې یوازې پنسلین استعمال شي نو د بیاراګرځیدنې (Relapse) بابیرۍ خطر زیاتوي. خو که ورسره یو ځای امینوګلوګوزوید وکارول شي نو د پنسلین uptake امینوګلوګوزوید د ایزوکوک په واسطه زیاتوي په پای کې د اورګانیزم یوه سنرجیک مرینه رامینځته کیږي. بل مثال یې د Sulfamid او Trimetoprim ګډ کارول دي. یعنې کولای شو د میکروب ضد درملو وژونکي او نهي کوونکي اغیزې قوي کړو.

د میکروب ضد درملو د یوځای کارولو نیمګړتیاوې:

څرنګه چې ګډ کارونه ګټې لري اما ناوړه ګډوالی خراب عوارض هم لري چې درې مهم یې په لاندې ډول دي:

۱. Antagonism.

که چیرې د زیات شمیرد میکروب ضد درمل ګډ وکارول شي نو یو دبل ضد اغیزه لري د مثال په ډول پنسلین او کلور تتراسایکلین.

۲. قیمت (Cost).

۳. خرابه اغیزه: دامعلومه شوې ده چې ۵% هغه ناروغان چې په روغتون کې دمیکروب ضد درمل اخلي په دوې کې خرابې اغیزې لکه د بستر دوام، قیمت لوړوالی او دوه چنده

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

مړینه لیدل شوي. احتمالا اند کیږي چې دا خرابې اغیزې حساسیتي غبرګون او یا نیغ په نیغه توکسیک اغیزی پورې اړه لري.

VIII. سینرجیزم او انتاګونیزم:

که چیرې وژونکې یا نهې کوونکې اغیزې د دوو یا زیاتو درملو ګډ کارونه د یوه ځانګړي درمل د کارونې په پرتله زیاتې وي سنرجیزم ورته ویل کیږي یعنی یو درمل د بل درمل اغیزې ځواکمنوي .

د Synergism درې میکانیزمونه په لاندې ډول ښودل شویدي .

١. په استقلابی پړاونو کې بندښت منځته راوړل : لکه Trimeth-sulfameth ښه مثال د دی ډول سینرجیزم دی چې ددې درملو په واسطه د Folic اسید د استقلاب دوه پر له پسې پړاونه نهي کیږي او د میکروب له ودې څخه مخنیوی کوي.

٢. د انزایماتیک فعالیدل نهي کول : د بیتا لکتیم دمیکروب ضد درملو انزایماتیک غیر فعالیدل دتېنګار یو غوره میکانیزم دی نو د بیتا لکتیم نهي کول د بیتا لکتمیز نهي کوونکیو درملو په واسطه (Sulbactam) یو سنرجیک اغیزه له بیتا لکتیم مکروب ضد درملو سره لري.

٣. د میکروب ضد درملو د اخستنې زیات والی:

لکه پنیسلین چې د امینوګلایکوساید اخیستنه د یو شمیر باکتریاوي (teptococ Staphylococ, enterococ او P. Aeraginose) په واسطه زیاتوي .

همدارنګه امفوتیراسین بي د Flucytosine اخیستنه د فنګس په واسطه زیاتوي.

Antagonism:

که چیرې وژونکې او یا نهې کوونکې اغیزې د دوو یا زیاتو میکروب ضد درملو ګډ کارولوڅخه دیوه ځانګړي کارول شوي میکروب ضد درمل په پرتله کمې وي انتاګونیست ویل کیږي.

دلته د یو څو میکروب ضد درملو بیلګې چې کلینکي ډول پیژندل شوي یادونه کوو. ډیر غوره مثال یې د نموکوکل منجایتس په درملنه کې د پنسلین او کلورتیتراسایکلین یو ځای کارول دي چې ٧٩% مړینه یې درلوده حال دا چې په یوازې ډول پنسلین دکارونې مړینه ٢١% وه.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

لاندې د ما یکروب ضد انتاګونیست درملو دوه غوره میکا نیزمونه څرګند شوی
:

۱. د Cidal فعالیت نهي کول د Static درملو په واسطه :

باکتریوستاټیک درمل لکه کلورامفینکول او تتراسکلین ګډ کارول له هغو درملو سره چې Bacterocidal cell Wall Active درمل دي انتاګونیست اغیزې لري ځکه چې دا وروستني یاد شوي درمل باکتریا وته اړتیا لري چې په فعال ډول وده او وویشل شي . Enzymatic inactivate :

ځیني ګـرام مــــنفي بسیلونه لکه Enterobacter species ، Serratia marces, P. Aeroginosa او freundi د بیټا لکتیمـــــــیز انزایمونو لرونکي دي. بیټا لکتیم ماکروب ضد درمل لکه پنسلین، Imipenem او Cefoxitin د بیتا لکتمیز دانزایمونو د جوړیدو سبب کیږي. که چیرې دغه درمل د بیتا لکتیمز Inhibiting دواګاني لکه Piperacilin سره یو ځای ورکړل شي انتاګونیست تاثیر منځته راوړي.

دما یکروب ضد درملو زهریت او اهتمامات یې:

داچې پـه زیاتـه کچـه د مکـروب ضـد درمـل شـتون لـري هغـه درمـل چـې شـدید زهریـت مینځتـه راوړي بایـد چـې دهغـه پـه ځـاې بـل وړ او اغیـزمن میکـروب ضـد درمـل انتخـاب کـړو. کـه څـه هـم د ځینیـو انتانـاتو لپـاره اغیـزمن او مناسـب متبـادل میکـروب ضـد درمـل شـتون نلـري لکـه Neurosyphlis نـاروغ لپـاره چـې لـه پینسلین سـره حـساسیت لـري نـو باید دي ناروغانو ته د پوستکي ټسټ او Desensitization اجراشي.

د درملو اړخیزو اغیزو او ټوکسیستي کې لاندې شیان شامل دي.

۱ـ د حساسیت پیداکیدو عمل .

۲ـ نبغ په نبغه ټوکسیستي پیداکیدل .

۳ـ هغــه مایکرواورګانیزمونــه چـــې د درملــو پــر وړانــدې ټینګــار لــري د هغــوی ســوپر انفکشن پیدا کیدل.

۴ـ د درملو متقابله اغیزې .

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

دا غوره ده چې له ناروغ څخه د درملو د حساسيت او ناوړه اغيزو په باره کې پوښتنې وشي اود درملو مقابل کې حساسيت او د درملو ناوړه اغيزې يې څرګندې شي.

هغو ناروغانو ته بايد کارت ورکړل شي چې له کوم درمل سره حساسيت لري چې په کارت کې بايد د درمل نوم او د غبرګون ډول يې څرګند وليکل شي او ناورغ بايد نوموړی کارت له ځان سره ولري. د پنسلين او سفالوسپورين تر منځ Cross reaction له ۱۰% څخه کم دي. مونږ کولای شو چې سفالوسپورين هغو ناروغانو ته چې په هغوی کې د پنسلين له تطبيق څخه مکولو پاپولر خاپونه منځته راغي ورکړو خو هغو ناروغانو ته چې په هغوی کې د پنسلين د تطبيق څخه وروسته په اني ډول Hypersensitivity غبرګون (انفکشن شاک) منځته راغي بايد ورنکړل شي.

Cross غبرګون د پنسلين او Imipenem تر منځ له ۵۰% څخه زيات دی. همدارنګه د پنسلين او Aztreonam تر منځ کراس غبرګون وجود نلري او کولای شو چې په محفوظ ډول هغو ناروغانو ته چې پنسلين سره حساسيت ولري ورکړو. دميکروب ضد درملو بدې اغيزی په لاندې خلکو کې زياتې دي.

۱ـ نوي زيږيدلي ماشومان.

۲ـ زاړه کسان.

۳ـ د پښتورګو عدم کفايې ناروغان.

۴ـ په ايډز اخته خلک چې زياتره په دوي کې تبه او د پوستکي خاپونه رامينځته کيږي. چې د دوا ډوز کم والی يا قطع کول او د کورتيزون او انتي هستامين ورکولو سره ښه کيږي.

د درملو د تطبيق لاره :

زيات ميکروب ضد درمل چې د خولې له لارې يا زرقي ډول ورکړل شي يوشان فارمکوکينيتک ځانګړتياوې لري لکه تتراسيکلين، کوترای موکسازول، کلورامفنيکول، ميترونيډازول، کينولون او داسې نور.

په اکثرو پيښو کې د خولې د لارې درملنې د پورته درملو په واسطه په برابر ډول اغيزه لري اوهم يې اختلاطات او بيه له زرقي درملنې څخه کم دي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

زرقي درملنې ته په لاندې حالتونو کې غوره والی ورکول کیږي:

۱. په شدیدو حالتونو کې.
۲. په باکتریل مننجایتس او اندوکارډایتیس کې.
۳. هغه ناروغان چې زړه بدوالی، کانګې، معده یې ایستل شوي وي یا پر هغو ناروغیو باندې اخته وي چې د درمل له جذب څخه مخنیوی کوي.
۴. هغه درمل چې دمعدې معایي لارې څخه یې جذب کمزوری وي.

د رګ له لارې د میکروب ضد درملو ورکول یو لوی اختلاط د کتیتر د انتان څخه عبارت دی. هغه کتیتر چې Teflon لري باید لږ تر لږه ۴۸ ساعتونو څخه نیولې تر ۷۲ ساعتونو پورې بدل شي تر څو د Phlebitis مخنیونه وشي. هغه کتیترونه چې د میکروب ضد درمل په واسطه پوښل شوې وي (دغه دمیکروب ضد درمل Minocydin, Rifampicin, Chlorhexidine او سلفادیازین رانغاړي) ښایي د کتیتر پورې اړونده پیښې کمې کړي. د یادونې وړ ده چې په هغو پیښو کې چې رنځور د کتیتر له لارې درمل اخلي او تبه ورته پیداشوه نو د کتیتر انتان ته فکر وشي.

VI. هغه حالتونه چې میکروب ضد درملو فارمکوکینتیک ته بدلون ورکوي:

بېلا بېل فزیولوجیک حالتونه او د ناروغۍ د میکروب ضد درملو فارمکوکینتیک ته بدلون ورکوي.

دپښتورګو او ځیګر د دندو خرابوالی د دواپه خارجیدلو کې ځنډوالی منځته راوړي. بر عکس په سوځیدنې، Cystic فایبروزس او تروما ناروغانو کې د دوا ډوز باید زیات وسنجول شي یعنی د دوا زیات مقدا ر ته اړتیا وې د درملو فارمکوکینیتک په زړو خلکو، نویو زیږیدلو او امیدواره ناروغانو کې توپیر لري.

د وجود په ما یعا تو کې د دوا غلظت:

زیاتره میکروب ضد درمل په ښه ډول د وجود په ټولو انساجو او مایعاتو کې خپریږي چې CSF لدې څخه مستثنی دی. د درملو تیریدنه غیر التهابي سحایاو ته په کم ډول صورت نیسي خو دالتهاب پر وخت د درملو غلظت په CSF کې زیاتیږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

دمیکروب ضد درملو د غلظت کنترول په سیروم کې :

د زیاترو میکروب ضد درملو د دوز او درملنې پایلې تر منځ ارتباط نه پیژندل شوی چې په سیروم کې ددې درملو د غلظت ټاکل بې ګټې دی .

په لاندې حالتونو کې باید په سیروم کې د درملو غلظت اندازه شي:

١. هغه وخت چې د درملو د غلظت ، زهرجن توب یا اغیزو تر منځ نیغه اړیکه شتون ولري .

٢. هغه وخت چې له ستندرد دوز سره د ناروغانو د سیروم په داخل کې د درملو غلظت توپیر وکړي .

٣. کله چې د درملنې دوز او توکسیک دوز تر منځ تفاوت شتون ولري .

۴. کله چې په کلینکي ډول د درملو زهریت او اغیزې اندازه کول ورو او یا ستونزمن وي .

۵. کله چې یو وړه ازموینه (ASSAY) شتون ولري .

په کلنیکي ډول هغه ناروغان چې امینوګلایکوساید ، وانکومایسین او فلوسایتوزین اخلي په روټین ډول پورته معاینه سرته رسیږي (سیروم کې د درمل غلظت کنټرولیږي) .

باکتریوستاتیک اوباکتریوسایدل :

میکروب ضد دواګانې په باکتریوسایډل او باکتریوستاتیک ګروپونو ویشل شوي دي. د باکتریو ستاتیک درملو نهي کوونکی غلظت د باکتریسیډال غلظت په پرتله کم دی .

په عمومي ډول باکتریوسایډل دواګانې د ژونکې دیوال نهي کوي. او له مینځه یې وړي او باکتریوستاتیک دواګانې د پروتین جوړیدل نهي کوي. پورته ډلو ویش استثنات یا محدودیتونه لري. ځینې درمل چې د یوه انتاني عامل په وړاندې ورکول کیږي او اند کیږي چې بکتریوستاتیک تاثیر یې کیدای شي په نوموړي انتاني عامل بکتیریوسایډل اغیزه وکړي یا په بل عبارت انتیروکوک په یوازې ډول وانکومایسین ، پنسلین او امپي سلین په واسطه نهي کیږي خو نه وژل کیږي. د هغو رنځورانو په درملنه کې چې د معافیت سیستم ئې روغ وي بکتریوستاتیک او بکتریوسایډل درمل

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

په یو ډول اغیزمن دي. خو په هغو رنځورانو کې چې موضعي یا عمومي دفاعي ځواک یې خراب شوی وي بکتریوسایډل درمل دبکتریوستاتیک درملو په پرتله غوره ګڼل کیږي .

باکتریوسایډل دواګانې د اندوکارد او نورو داخل وعایي انتاناتو، مننجایتس او د نیوتروپینیا سرطاني ناروغانو د انتاناتو په درملنه کې اړین دي .

باکتریوسایدل درمل په دوه ډلو ویشل شوي دي. د یوه ګروپ وژونکې اغیزې په غلظت متکي دی لکه امینوګلایکوسایدونه او کینولولونه او د بل ګروپ وژونکې اغیزې پر وخت متکي او ولاړ دی لکه بیتا لکتیم او وانکومایسین.

لومړي ګروپ میکروب وژونکې اغیزه او پراختیا د غلظت په زیاتیدو زیاتیږي. هغه میکروب ضد درمل چې وژونکې اغیزه ئې پر وخت متکې دي باید د درمل غلظت په وینه کې له یو دوز څخه تر بل دوز پورې له MIC څخه پورته وساتل شي.

(۳-۱) جدول کې باکتریوستاتیک او بکتریوسایډول درمل ښودل شوي دي .

Bactericidal Agents	Bacteriostatic Agents
Aminogycosides	Chloramphenicol
Bacitracin	Clindamycin
Beta- lactam antibiotics	Ethambutol
Isoniazid	Macrolides
Metronidazole	Nitrofurantoin
Polymyxins	Novobiocin
Pyrazinamide	Oxazolidinones
Quinolones	Sulfonamides
dalfopristin – Quinupristin	Tetracyclines
Rifampin	Trimethoprim
Vancomycin	

د میکروب ضد درملو ارزښت او بیه:

د درملو بیه او قیمت یوه بنیادي خبره ده. د یادونې وړ ده چې نه یوازې د درمل بیه ارزښت لري بلکې د هغه توکسیستي او څارنې (Monitoring) بیه او قیمت د پام وړ ده. د بیلګې په ډول د درملو د سویې کچه ، د الکترولایتونو د سویې اندازه کول او داسې نور.

همدارنګه د درملو اړخیزو اغیزو بیه او د درملنې د ناکامۍ بیه هم څرګنده او ښکاره شي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

دباکتريا ضد درمل

پنسلین (Pencillin) :

پنسلین د لومړي ځـــل لپاره په کال ۱۹۲۹ کې د Alexander fleman لخوا د Pencillin Nutatm له فنګس څخه لاس ته راوړل شو، چې ټول پنسیلینونه یو ګډ کیمیاوي (6-amino pencillin acid) هسته لري چې د بیتا لکتیم کړۍ لرونکي دي. د بیالوژیکي اغیزو لپاره دا کړۍ ډیره باارزښته ګڼل کیږي.

د پنسلین په فورمول کې A کړۍ چې د Thiozloim پنوم او د B کړۍ د بیتالکتیم پنوم یادیږي چې د بیتا لکتیم کړۍ په اړخ یو زنځیر بل هم موجود دي. ددې لپاره چې اغیزمن اوسي نو پورتنی فورمول باید په خپل ځای پاتې وي. په ځینو پیښو کې په دې فورمول کې بدلون راځي لکه لکتیم کړۍ د باکتریل بیتالکتمیز پواسطه ماتیږي او Pencilloic acid جوړوي چې دمکروب ضد ځواک نه لري.

دمکروب ضد اغیزی:

ټول پینسلینونه باکتریوسایدل اغیزې لري لومړۍ قدم کې پنسلین د Pencillin Binding protein اخذو سره نښلي. وروسته د Transpeptidoglycan اغیزې بندوي او په پایله کې د Peptido glycan جوړیدل نهي کیږي او په دی ډول د باکـــــــتريا د ژونکې دیوال جوړیدنه له منځه وړي.

اړخیزې اغیزی:

په ټولنیزه توګه پنسلینونه محفوظه درمل دي خو شدید اړخیزه ګیله یې حاسیت دی. الرجیک غبرګون لکه Anaphylaxis اوSerum Sickness (تبه، لړمی، دبندونوپړســـوب، Angioneurotic edema) کیدای شی. ۷ نه تر ۱۲ ورځې وروسته هم څرګند شي. د پوستکي خاپونه، تبه، بین الخلالي نفرایتس، ایزنوفیلیا ، هیمولایتیک وینه لږي، دوینې نورې ګډوډۍ او واسکولایتس هم منځته راتللی شی.

په امریکا کی ۱-۵% غټان د پنسلین سره حساسیت لري.

ژوند ګوابښونکی انافلکتیک غبرګون په ۰.۰۵ % پیښو کی څرګندیږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

امپسلين په زياتره پيښو کې د نس ناستې سره يو ځای وي نظرنور پنسلينو ته زياتره د مکولوپپولر خاپونه لامل ګرځي خو کيدای شي يو شمير خاپونه الرژيک منشی ونلري چې داپه دوديز ډول ۳ تر ۴ و رځو وروسته څرګند يږي.

په نادر ډول سره پنسلين د نفرايتس لامل کيږي د پښتورګو دعـــدم کفايی ناروغانـــو کی پنسلين په لوړ دوز کـــيدای شي د اختلاج لامل شي.

Nafacillin د نوتروپينيـا ، Oxacillin د هيپتـايټس او Meticillin کيـداې شـي د بـين الخلالـي نفرايتس لامل شي.

که پنسلين په لوړ دوز دخولې له لارې وخوړل شي نو دهضمي سيستم ګيلې لکه زړه بدوالی، کانګې او نس ناستی رامنځته کوي. امپسلين کيدای شي Pseudomambarnous کولايټس لامـل شي همدارنګه دوهمي انتانات لکه Vaginal کانديديازس مداخله کولای شي.

د پنسلونو په مقابل کی ټينګار هغه وخت منځ ته راځي کله چې:

۱- کـه بيتـالکتيميز د مختلفـو ميکروبونـو لکـه سـتافيلوکوک، ګونوکـوک، هيمـافيلوس او Cliform بسيلونه په واسطه توليد شي.

۲- کله چې Penicillin Binding Protein سره ونه نښلي او ياکله چې ددې پروتين د نښليدو علاقـه د (affinity) دبيتـالکتيم اخـذو سـره کمـه شـي (لکـه مقـاوم نموکـوک ، Enterococc، ستافيلوکوک.

۳- کله چې د ژونکې په ديوال کی د اوتولايتيک انزايمونه فعاليدل د عدم کفايې سره مخامخ شي .

۴- که نيمګړتياوې د ژونکې په ديوال کې موجودې وي لکه مايکوپلازما Peptidoglycan نه شي جوړولی.

بايد وويل شي چې د بيتـا لکتميـز جوړيـدل د ټينګـار غـوره ميکـانيزم دی. تقريبـا ۳۰۰ډول ډول بيتا لکتميز پيژندل شوي دي.

پنسلينونه په ټوليز ډول په اتو ګروپونو ويشل شوي دي.

۱. طبيعي پينسلين : بينزايل پينسلين ، فين اوکسي ميتايل پنسلين.
۲. Penicillinase سره ټينګاري پينسلين لکه ميتي سلين او فلوګزاسلين.
۳. امينوپنسلين : امپي سلين او اموګزاسلين.
۴. کاربوکسي او Ureidopencillin لکه Ficarcillin ، پيپراسيلين.
۵. سفالوسپورين: لومړی ، دوهم، دريم او څلورم جينيريشن.
۶. مونو باکتيم لکه Aztreonam .

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

۷. Carbapenems لکه Impipenem، Meropenem .

۸. بیتالکتیم نهي کوونکي لکه Clavulanic acid .

۱- طبیعي پینسلینونه (بینزایل پنسلین، فینی او کسی میتایل پنسلین)
په لاندی حالاتو کې ورکول کیږي.

- په منځنۍ کچه حساس نموکوک اما اوس ۳۰ – ۳۵ % مقاومت تېنګار لیدل شوی دی.
- ستریپتوکوک (د ان ایروبیک ستریپتوکوک په ګډون)
- Meningococc.
- Trepanema pallidum او Spirochetes
- Pro pionibactyerium او ګرام مثبت رادونه.
- Clostridium .
- هغه ستافیلوکوک چې بیتالکیتمیز جوړ نه کړي.
- اکتینومایکوزس.
- زیاتره ګرام مثبت ان ایروبیک .

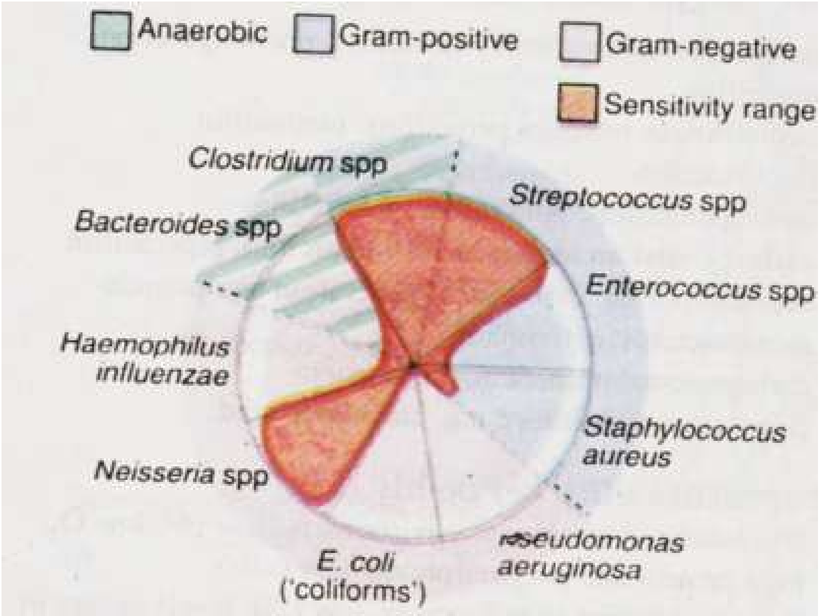
پینسلین جي د ورځې ۱-۲ میلیونه د رګ له لارې هر ۴ الی ۶ ساعته وروسته ورکول کیږي په شدیدو پیښو کې لکه (میننجایتس، اندوکاردایتس) کې ۱۸ الی ۲۴ میلیونه واحده هم د ورید له لاری ورکولی شو.

پینسلین V دخولې له لارې کارول کیږي. ۲۵۰ – ۵۰۰ ملي ګرامه هر شپږ ساعته وروسته او په خفیفو انتاناتو کې لکه سیلولایټس او ستریپتوکوکل فرنجایتس کې ورکول کیږي.

سیفلیس په دودیز ډول د بینزاتین پینسلین سره په اونۍ کې یو ځل درملنه کیږي. همدارنګه بینزاتین پینسلین ۲،۴ میلونه د غوښې له لارې د ۱ الی ۳ اونۍ لپاره نظر د سفلیس پړاو (Stage) ته ورکول کیږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

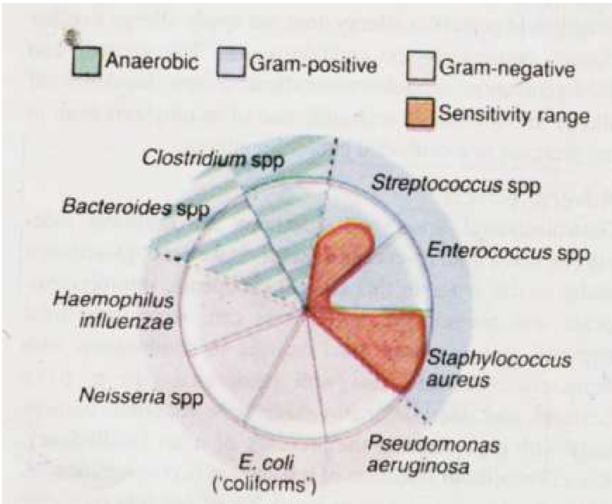
(c) ketabton.com: The Digital Library



(۳-۱) شکل د پنسلین اغیزې.

میتي سیلین او فلوکولوکزاسیلین:

فلوکلوکزاسلین ۵۰۰ ملي ګرامه هر شپږ ساعته وروسته دخولې یا ورید لـه لیـاری ورکـول کیږي. د ستافیلوکوک انتان یو شمیر نورو ګرام مثبت انتاناتو لپاره ښه درمل دی.



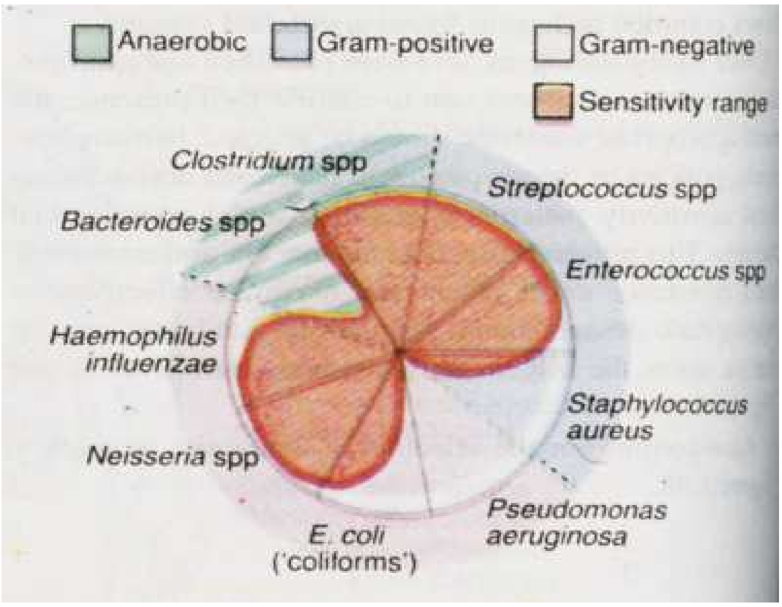
(۳-۲) شکل د *Flucloxacillin* اغیزې

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

امينوپنسلين:

امپسلين ۵۰۰ ملي گرامه هر شپږ ساعته وروسته او اموکزاسلین ۵۰۰ ملي گرامه هر اته ساعته وروسته دخولې یا رگ له لیارې ورکول کیږي. دواړه یوشان اغیزې لري. اموکزاسلین نظر امپیسلین ته دخـــولې له لیاری ښه جذبیږي. دواړه دیوشمیر زیاتو Proteus Mirablilis ډولونو او هغه هیموفولوس انفلونزا چې بیتالکتیمیز نه جوړوي پر ضد ډیر اغیزمن دي خو زیاتره گرام منفي پتوجنونه ددی درملو سره ټینگاري دي اوهم دواړه درمل په نموکوک او انتیروکوکfecalis باندی اغیزمن دي .



(۳-۳) شکل د اموکساسلین اغیزې.

کاربوکسي پنسلین (Piperacillin او Ticarcillin) :

چې امینوپینسلین سره ټینگاري انتاناتو کې ورکول کیږي. د دی درملو دوز د ورځی ۲۰۰ ملي گرامه پر کیلو گرام وزن دبدن دی.

دا په ځانگړي ډول د گرام منفي انتاناتو زیاتره سودوموناس باندې اغیزمن دي همدارنگه پر Serratia او proteus positive Indol باندې هم اغـــــیزمن دي. کلیبزیلااو انتیرو کوک باندی دومره اغیزه نه لري.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

Pipracillin او Mezlocillin پر سودوموناس او کليبزيلا باندې نظر Ticarcillin ته ډير اغيزمن دي خو ګرام منفي انتاناتو باندې يې اغيزه د Ticarcillin په شان دي.

هغه پنسلين چې بيتا لکتميز نهي کوونکو سره ګډ دي:

بيتالکتيم نهي کوونکي عبارت دي: Clavulanic acid، Tazobactam او Salbactam څخه چې په يې ډله کې Augmentin (Amoxacillin500+clavul 125mg) . Ticarcillin + Clavulanic 100mg) Timentin، Unasyn (Ampicllin 1 gm+ Subactam 0.5)، Syn 20 (Pipercillin + tazobactum) شامل دي چې دخولې يا وريد له لياري څخه کارول کيږي.

Pencillinase سره ټينګاري پينسلينونه:

ميتي سيلين، اوکزاسيلين، Uoxacillin، کولوکزاسيلين، داى کولوکزاسيلين، نفاسيلين او نور چې په نسبي ډول سره د بيتا لکتيم د ويجاړيدو سره کوم چې ستافيلوکوک پواسطه جوړيږي ټينګار لري.

سفا لوسپورين:

دجوړښت له نظره پينسلينو ته ورته دي: د اغيزو ميکانيزمونه يې عبارت دی له :

١- دمخصوص پنسلين نښتونکی پروتين سره نښلي .

٢- د ژونکيز ديوال جوړيدنه نهی کوي.

٣- د ژونکې ديوال کې Autolytic انزايمونه فعالوي چې په پايله کې باکتريا له منځه ځي.

د سفالوسپورين سره ټينګار (Resistant) هغه وخت منځ ته راځي کله چې :

١- دوا باکتريا ته په ښه ډول سره نفوذ ونه کړي.

٢- که چيرې Pencillin binding پروتين موجود نه وي .

٣- که چيرې د بيتا لکتميز پواسطه ويجاړ شي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

په څلورو غټو ډلو ویشل شویدي چې په لاندې جدول (۳-۲) کې په لنډ ډول ښودل شوي دي.

دمایکروب ضد درمل اوتطبیق لاره	دغټانو دوز	دماشومانو دوز	اغیزې	کارونه
لومړي Generation دسفالوسپورین Cefadroxil (Per Oral)	دنیم نه تر یو ګرامه پورې یو ځل یا دوه ځله د ورځې	۳۰ ملي ګرامه پر هر کیلو ګرام وزن دبدن	ګرام مثبت کوکونه او ګرام منفي اورګانیزمونه	دبولي لارې انتانات، د پینسلین سره حساسیت
Cephalexin Cephradine (PO)	۲۵،۰ - ۵،۰ ګرامه څلور ځله دورځې	۲۵ - ۵۰ ملي ګرامه په هر کیلو ګرام وزن دبدن کې په څلورو دوزونو		
Cefazolin رګ له لارې	۵،۰ نه تر دوه ګرامو هر اته ساعته وروسته.			
دوهم جینیریشن Cefoxitine (I.V)	۱-۲ ګرامه هرشپږ یا اته ساعته وروسته	۷۵-۱۰۰ ملي ګرامه په هر کیلو ګرام وزن دبدن	د E.Coli ، Klebsiella او Proteusmi rablis پرضد د	دګرام منفي انتاناتو او ګډ ایروبیک او ان ایروبیک انتاناتو په درملنه او وقایه
Cefotetan (I.V)	۱-۲ ګرام هر شپږ ساعته وروسته			

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

Cefuroxime (IV)	۷۵،. – ۱،۵ ملي گرامه پر کيلو گرام وزن دبدن په درې يا څلورو دوزو.	۵۰–۱۰۰ ملي گرامه پر کيلو گرام وزن دبدن دورځې په درې يا څلورو دوزونو	لومړي جينيريشن څخه ډير اغيزمن دي	کي.
Cefuroxime axetil (P.O)	۲۵،. – ۵،. گرامه دوه ځله د ورځې	۱۲۵،. –۲۵،. گرامه دوه ځله		
دريم او څلورم جينريشن Cefotaxime(IV)	۱-۲ گرامه هر ۲ الې ۱۲ ساعته وروسته.	۵۰- ۲۰۰ ملي گرامه په هر کيلو گرام وزن دبدن په ۴- ۲ دوزو	پراخه اغيزې لرونکي دگرام منفي انتاناتو پر ضد نظر لومړي او دوهم جنيريشن ته ډير څواکمن دي.	په ځانگړې ډول شديدو انتاناتو کې لکه Enterobacterace، P.Aeroginosa، N.Gonorrhea، او داسې نور.
Ceftazidim (IV)	۱-۲ گرامه هر ۸ الې ۱۲ ساعته وروسته.	۷۵-۱۵۰ ملي گرامه په هر کيلو گرام وزن دبدن په دوه کسري دوزنو		
Ceftriaxone (IV)	۱-۴ گرامه په ۲۴ ساعتو کې.	۵۰ – ۱۵۰ ملي گرامه په کيلو گرام وزن دبدن په يو يا دوه دوزونو.		
Cefpodoxime (Oral)	۵ ملي گرامه په هر کيلو گرم وزن دبدن.			
Cefepime (I.V)	۵،. – ۲ گرامه هر	۷۵-۱۲۰ ملي	۷۵-۱۲۰	

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

	۱۲ ساعته وروسته.	ګرامه په هر کیلو وزن دبدن په دوه الې درې کسري دوزونو.	ملي ګرامه په هر کیلو ګرام وزن دبدن په دو ه الې درې کسري دوزنو.	

کلینیکي استعما ل:

څرنګه چې په پورته جدول کې هم ښودل شوی. دا ځواکمن د مایکروب ضد درمل په شدیدو سیستمیک انتاناتو په ځانګړي ډول هغه انتان چې طبیعت یې معلوم نه وي، وخیم Sepsis کې چې وروسته د جراحي عملیاتو څخه او یا معافیت ځپلي ناروغ کې منځته راغلی وي کارول کیږي.

حساسیت:

دحساسیت ډول ډول غبرګونونه رامنځ ته کیدای شي لکه Anaphylaxis ، تبه، دپوستکي خاپونه، نفرایتس، ګرانولوسایتوپینیا ، او هیمولایتیک انیمیا .
ټول هغه ناروغان چې پنسلین سره Anaphylaxis تاریخچه ولري سفالوسپورین ورته ورنه کول شي.

:Toxicity

وروسته د غوښې د زرق څخه کیدای شي موضعي درد او وروسته د رګ د لارې د ورکول څخه کیدای شي. Thrombophelebitis رامنځ ته شی هغه سفالوسپورین چې Methylthiotertrazole ګروپ لري (Cefotetan, Cefmetazole, cefamandole) کیدای شي په ۴۰ – ۶۸% پیښو کې د هایپوپروترومبینیمیا او وینې بهیدنې لامل شي نو په وقایوي ډول سره په اونۍ کې دوځله ویتامین کا ۱۰ ملي ګرامه ورکول ددی اختلاطات څخه مخنیوی کولای شي. Ceftraxon کولای شي د صفرا کځوړې Sludging او دصفرا ډبرو لامل شي چې دامربوط د دوز دی د دوا د ترسب له امله کله چې Solubility یې صفرا کی ډیره شي منځته راځي. که دوامداره ډول ۲ ګرامه د ورځې او یا له دې څخه زیات استعمال شي نو پورته اختلاط رامنځته کیدوخطر زیات دی.
Methylthion tetrazole کړۍ لرونکي درمل که چیرې الکول یا Thiophylin سره ګډ استعمال شي د Disulfirm like reaction لامل کیږي.

نور β لکتیم درمل:

مونو بکتیم (Monobactams):

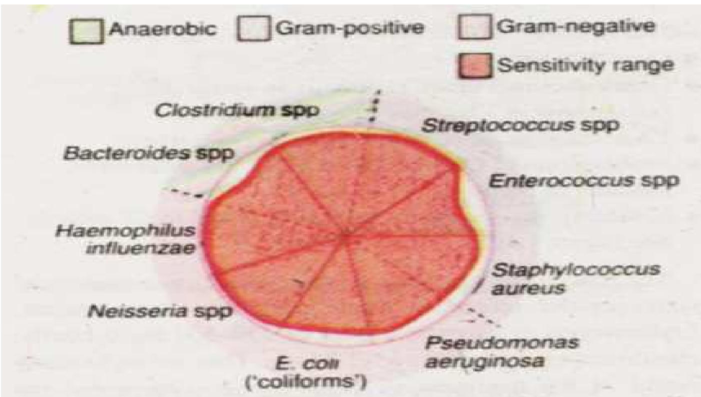
Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

یواځنی غړی ددې ډلې Aztreonam دی چې پیداکیږي چې دایو Synthetic بیتا لکتیم دی د باکتریا دحجروي دیوال جوړېدنه نهي کوي.
د ډیرو ګرام منفي انتاناتو مقابل کې اغیزمن دي. سودوموناس په شمول اما دګرام مثبت اوایروبیک انتاناتو باندې اغیزه نه لري. سره ددې چې ساختمان یې پنسلین سره ورته دی اما Cross Reactivity یې کمه ده نو هغه ناروغان چې پنسلین سره حساسیت لري کولای شو دا درمل ورکړو دوز یې ۱-۲ ګرامه دې. د ورید له لارې هر اته ساعته وروسته وکارول شي.

کارباپینیم:

Semi Synthetic بیتالکتیم چې عبـــارت دي له: Eatrpenem, impienem, Biapenem او Meropenem څخه دی. دا په عمومي ډول سره د زیاتره ګرام مثبت، ګرام منفي او هم ان ایروبیک انتاناتو پر ضد کارول کیږي.
باید په روتین ډول سره ونه کارول شي تر هغه چې د څو درملو سره پتوجن مقاوم نه وي او یا د پتوجن حساسیت ددې درملو سره موجود وي ورکول شي.
همدارنګه هغه ناروغ چې دوامداره ډول روغتون کې بستر وي او فکر کیږي چې انتان د مختلفو درملوسره ټینګار لري نو په اټکلي ډول Carbapenems ورکولی شوه.
Impenem او Meropenem او Ertapenem باید Pseudomnas پر ضد استعمال نه شي ځکه داپتوجن دپورته ذکر شوي درملو سره ټینګار ښکاره کوي.Imipenem ۲۵،۰-۵،۰ وریدي هر ۶-۸ ساعته وروسته Meropenem یو ګرام هر اته ساعته بعد او Extapenem یو ګرام وریدې ورځ کې یوځل استعمالیږي.



(۳-۴) شکل کې د Imipenem اغیزې

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

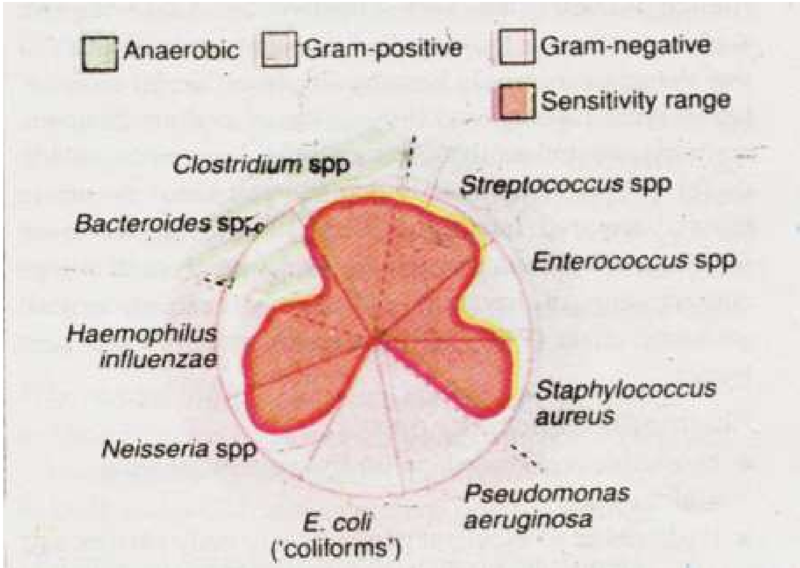
توکسیستي:

د نورو بیتا لکتیم مایکروب ضد درملو ته ورته دي. زړه بدوالی، کانګې، او نس ناستی، په ۵٪ پیښو کې څرګندیږي Imipenem د Seizures لامل کیږي نو په مییننجایتس کی ورنه کول شي هغه ناروغان چې پینسلین سره الرژي لري دي درملو سره یې هم لري.

مکرولیــد(Macrolides Groups):

اریترومایسین:

اریترومایسینونه Macrocylic lacton کړی پوري اړه لـري چې ۱۴ یا ۱۲ (اتومونه) لـــري او د Streptomyceserythreus دفنګس څخه په لاس راځي. په ګرام مثبت بکتریاګانو ښه اغیزه کوي.



(۳ -۵) شکل کې د اریترومایسین اغیزې

د مایکروب ضد فعالیت (Anti microbial activity) :

اریترومایسینونه د بکتریا د رابیوزوم د Subunit 50S سره یو ځای کیږي چې په پایله کې دهغه د پروتین د جوړیدو څخه مخنیوی کوي. په عمومي ډول سره باکتریاوستاتیک اغیزه لري او په ځنیــې نـورو وختونــو باکتریوسیدل دي لکــه پــه ســتریپتوکوک او Corynebacterium بکتریاګانو کې.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

ستريپتوکوک نمونيا د مکروليد پر وړاندې ټينګار زيات شوی دی. (۱۵ – ۵۰٪)او د اوسنيو راپورونو څخه دا جوته کيږي چې د ګروپ A ستريپتوکوک ټينګار هم لوړ شوی دی او همدارنګه هغه نموکوک چې د اريتروماسين پر ضد ټينګار ښئي.د Azalid , Azithromycin) (Clarithromycin پر ضد کی هم ټينګار لري، چې دا دواړه د ايرتروما يسين سيمي سينتيتيک مشتقات دي.

کلاميډيا ، مايکوپلازما ،Legionella او Compylobacter د اريتروما يسين په مقابل کی حساس دي.

بايد وويل شي چې په الکلي PH کې اغيزې زياتيږي.

فارموکينيتيک اود تطبيق لارې:

مستحضرات يې چې د خـولې د ليارې ورکــول کـيږي. د Erythomycine base ، Erythromycin Stearate ، Estolate او Ethylsuccinate څخـــه عبارت دي.

خالـص اريتروما يسين دمعدې د اسيد پوسيله خرابيږي نوپدی خاطر بايد ددې پوښ داره تابليتونه وکارول شي.اريترومايسينونوايستروړول چې د ايريترومايسينestolate څخه عبـــارت دي. دخولې دليارې ورکول کيږي او جذب يي هم په ښه ډول دی. د خولې د ليارې ورکولو څخه وروسته د ۲-۴ ساعتو په موده غلظت يې په بدن کې اعظمي حدته رسيږي. اواغيزه يي په عضويت کې ۶-۸ ساعتو پورې پاتې کيږي. ويشنه يي په بدن کی ډيره ښه ده. د سحايا په التهاب او پړسوب کې CSF ته په ډيره ښه کچه تيريږي او دپلاسنتا څخه د تيريدو وړتيا هم لري. وتنه يي د بدن څخه په زياته پيمانه دصفرا دليارې او په کمه اندازه د تشو متيازو(۵٪) دي.

داستعما ل ځايونه يې:

اريترومايسينونه د ديفتريا ، Ureaplasma ، مــــايکوپلاسما، Legionella ، کلاميديا (دسترګو او دتناسلي Chalmydia انتاناتو په شمول) په مقابل کې په انتخابي ډول اغيزه کوي.

هغه رنځوران چې په نموکوکل او ستريپتوکوکل انتاناتو اخته دي اود پنسلين په مقابل کې الرژي ولري نو داريترومايسين ورکول ورته اغيزمند دی سره لدې چې ددې په مقابل کې دمقاومتونو کچه مخ په زياتيدو ده.

اريتروما يسين دکولمو په جراحي کې په وقايوي ډول سره د نيومايسين يا کانامايسين سره يو ځای ورکول کيږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

او همدارنګه اريترو ماسينونه په ځينو Bartonella نوعو (Bacillary angiomatosis) باندې هم اغيزه کوي. دځينو تجربو په وسيله دا معلومه شويده چې ماکرولايدونه په التهابي پروسو نېغ په نېغه د Neutrophil په دندو او د سايتوکين په توليديدو باندې اغيزه لري. اوسنيو راپورونو دا ښودلې ده چې Cystic fibrosis د Exacerbation په مخنيوي کې اغيزمن دې.
دخولی د لارې اريترو ماسين ۲۵، څخه تر ۵۰، ګرامه هر شپږ ساعته وروسته ماشومانو کې ۴۰ ملي ګرامه په کيلو وزن دبدن ورکول کيږي او E.ethylsuccinate ۰.۴، څخه تر ۲، ګرامه هر شپږ ساعته وروسته ورکول کيږي.

اړخيزی اغيزی:

اړخيزې اغيزې يې عبارت دي له: زړه بدوالي، کانګې، او نس ناستي چې کيداې شي دخولې او يا رګ دلارې د ورکولو څخه وروسته څرګندې شي . د اريترومايسين Estolate ډله کولای شي چې په بيړني ډول کوليستاتيک هيپاټايټس منځته راوړي (چه علامې يې عبارت دي له: تبه، ژيړی، او دځيګر د دندو خرابوالي څخه) چې ښايي داکړنه دهغه دحساسيت له کبله وي. که په لوړ دوز ۴ ګرامه اويا له دې څخه زيات وکارول شي په ځانګړي ډول که پښتورګو يا ځيګر دندې خرابې وي د اواز د اوريدو بيرته راګرځيدنې (Reversible) خرابوالي لامل کيداې شي.
ددې مستحضراتو په لوړ دوز کارونه کې د Ototoxicity راپور هم ورکړ شويدی. د رګ دلارې په ورکول سره د QT انټروال اوږدوالی هم منځته راتلاې شي Torsade pointes ، اريتميا په ځانګړي ډول ښځو کې دوديزه دې.
اوهمدارنګه اريترومايسينونه اوکليرترومايسين که چيرې Oral anticoagulant ،Digoxin، تيوفيلين، سايکلوسپورين او ميتايل پريدنيزولون سره يوځای ورکړل شي دهغوی داغيزو د زياتيدو لامل کيږي.

ازوليدونه (Azalides):

ازوليدونه لکه (Azithromycin، Clarithromycin، Dirythromycin او نور) د ساختمان له نظره مکروليد سره شباهت لري. د زياتره اورګانيزمونو پر ضد د ايريترومايسين په شان اغيزمن دي . اما لږ څه H. Influenza باندې زياد اغيزمن دي. همدارنګه Chlamydia trachomatis، Ureaplasma Urealyticum او Hemaphilus ducreyi پر ضد زياد اغيزمن دې.
همدارنګه په Invitro کې دغير دوديز باکترياګانو پر ضد لکه دمايکوباکتريوم

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

مـــختلف ډولونه M.Avium intera celluler ، M. Chelon ، توکسوپلازموزس، Compylobcter جيجني H.Pylor ښه اغيزمن دي.

ازوليدونه داسيدو په وړاندې داريترو ماسين پرتله زيات تنيګښت لري. دانساجو او ژونکو ته يې تيريدنه ډيره ښه ده. او لـــرونکی داوږد Half life دی. دبـــله پلـــوه پــه انساجو کې دلوړ غلظت لــه املــه تــر يــوې ورځــې پــورې پــاتې کيــدای شــي. نـژدې ۳٪ پيــښنو کــې د نموکــوک د ازيترومايسين او Clarithromycin په وړاندې ټينګښت پيدا کړيدی.

ازيترومايسين ۱۵ اتوم لکتون مکروليد کړی لري. د ډوډی خوړولو څخه ۱ الی ۲ ساعته مخکې ورکول کيږي. اوږد Half life له امله يو ځلې په ورځ کې د ۵ ورځو لپاره ورکول کيږي (۵۰۰ ملي ګرامه په ړومبي ورځ کې او بيا ۲۵۰ ملي ګرامه په ۲-۵ ورځ کی ورکول کيږي) او Clarithromycin د ۵۰۰ -۲۵۰ ملي ګرامو پوری د ورځې دوه ځلې او د بيړنی Sinusitis او د ځنډني Bronchitis په Exacerbation په ځينو پيښنو کې ۱۰۰۰ملي ګرامو په دوز هم ورکول کيږي.

دای اريترومايسين يو ځلې په ورځ کې د ۵۰۰ ملي ګرامو په دوز ورکول کيږي. پټه دې پاتې نه وي ازولايدونه داريترومايـسين پرتلـه ګـران او بيـه يې اوچتـه دی. څرنګـه چې دناروغ لـه خوا ښـه زغمل کيږي او کارول يې يو ځل يا دوه ځلي دي نو دا دلايل ددې لامل شوي چې د ځينـو ناروغـانو پـه درملنـه کـې نظـر اريترومايـسين تـه زيـات وکـارول شـي.ازيترومايـسين د سـتافيلوکوک، ستريپتوکوک پر ضد نظر اريترومايسين او کلريترومايسين ته لږ اغيزمن دې اما د H.Influenza او کلاميډيا پر ضد زياد اغيزمن دي.

په Chlamydial genital انتاناتو کې ازيترومـــايسين کـــولای شو چې په يو ځلي ډول (Single dose) يــو ګـــرام ورکړو او د درملنې دغه لياره د Doxycycline پرتله چې داوه ورځو لپاره ورکول کيږي ګران پريوزي مګر ډاډمنه او اغيزمنه درملنه د Azithromycin درملنه ده. Azithromycin ۱ ګرامه د په ورځ کی د يو ځل لپاره په Chancroid او په Nongonococcal - urethritis کی کارولی شو. په ځينو پيښنو کی د ۲ ګرامو په دوز يوځلې په ورځ کې د Gonorrhea په ناروغۍ کې ورکول کيږي خو ګټه يې د Ceftriaxon پرتله کمه ده .

په HIV اخته خــــلکو کې د Mycobacterium avium دمخنيوي لپاره ۱۲۰۰ ملي ګرامه، Azithromycin په اونۍ کې ورکول کيږي ، او په هغه ناروغانو کې چې يوازې په M.avium complex اخته وي خو HIV منفي وي ۵۰۰ ملي ګــــرامه د ورځې يو ځل ورکول کيږي .

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

ازیترومایسین د نس ناستي په هغو پیښو کې چې د شجیلا د له امله منځته راغلي وي اود ډیرو درملو په وړاندې ټینګښت ښودلی وي ګټوره دوا ده. همدارنګه ازیترومایسین د ۵۰۰ ملي ګرامو په دوز په عسکري قشلو کې د پورتني تنفسي ناروغیو دمخنیوي لپاره لکه د Bezathin pencillin په شان ګټور دي او ۲۵۰ ملي ګرامه په دوز هره ورځ د ملاریا د مخنیوي لپاره تری کار اخیستل کیږي.

کلریترومایسین د M.avium په درملنې کې د نورو درملنو (Ethambutol او rifabutin) تر څنګ کې د ۵۰۰ ملي ګرامه دوه ځله د ورځې او یا ۱۰۰۰ ملي ګرامه درې ځلې په اونۍ کې ورکول کیږي او ۵۰۰ ملي ګرامه دورځې دوه ځلې د شپږو میاشتو لپاره د Mycobacterium chelonei انتاناتو په درملنې کې ورکول کیږي اوهمدارنګه کلریترومایسین د H.Pylori د درملنې د نورو رژیمونو سره یو ځای ورکول کیږي.

که چیرې کلریترمایسین د Omeprazole ، اموکزسیلین او یا میترونیدازول سره یوځای ورکړل شي نود ښه کیدو اندازه یې ۸۰-۹۰% ته رسیږي.

ددې درملوارخیزې اغیزې د اریترومیسین په شان دي خو د ګیډې د پورتنۍ برخې خفګان داریترومایسین په پرتله کم دي. په ډیروکمو پیښو کې د ځیګر د انزایمونو لوړوالی ، Interstitial nephritis ، سردردي، او ګنګسیت راپور ورکړل شویدی او داریترومایسین پشان د دوز په لوړیدو سره Ototoxicity ورکوي.

تتراسایکلین:

تتراسکلین هم د میکروب درایبوزوم د 30 S سب یونیټ سره نښلي او پدې توګه دپروتین د جوړیدو څخه مخنیوی کوي وسیع الساحه بایکتروسایتیک انتي بیوتیک دي.

د تتراسایکلین په وړاندې ټینګار هغه وخت رامنځته کیږي کله چې د میکروب د حجروي دیوال په نفوذیه قابلیت کې بدلون رامنځته شي.اویا انزیماتیک غیر فعالیدل د تتراسکلین پر ضد رامنځته شي.

درمل د مکروب ژونکې ته د یو فعالې انرژي په واسطه داخلیږي او په ګرانه سره ژونکه بیرته پریږدي اما د ټینګار په پیښه کې درمل حجرې ته په فعال ډول نه شي داخلیدای او که چیرې داخل هم شي بیرته ژونکه ژر پریږدي.

دا درمل د ډول ډول ګرام مثبت او ګرام منفي باکتریاګانو پر ضد اغیزمن دي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

په ډیره پیمانه په ریکتسیا ، مایکوپلسما ، کلامیدیا ، Spirochetes او په ځینو پروتوزوا (امیب) باندې اغیزه کوي.

او انتي نموکوکل کړنه یې د ماکرولیدونو په شان ده او نژدې ټول H.Influenza د تتراسکلین د اغیزې لاندې راتلای شي او په منځنۍ کچه پر هغه انتیروکوک چې وانکومایسین په وړاندې ټینګښت لري تاثیر کوي.

داکسي سایکلین او مینوسایکلین د ستافیلو کوک په درملنه کې ځواکمن درمل دي حتی میتي سیلین سره ټینګار کوونکو پر ضد هم اغیزمن دي.

تتراسکلین په وړاندې د ډول ډول اورګانیزمونو د سترواینو مقاومتونه راتلل ددې لامل شویدی چې خپل ارزښت د ګرام منفي ایروبیک ارګانیزمونو په وړاندې له لاسه ورکړي.

فارموکینیتیک او دتطبیق لیاری:

جذب یې زیاد دکوچنیو کولمو په پورتنې برخې کې تر سره کیږي. د تتراسکلین جذب د ځینی موادو پوسیله خرابیږي چې دغه مواد عبارت دي: المونیم هایدوراکساید gel ، د Divalent کیتون سره د نښتنې عمل له کبله هم جذب خرابیږي او دغه Divalent کیتون عناصر عبارت دي له : Mg^{++}، Ca^{++}، Fe^{++} او ددې له خاطره باید تتراسکلین دوه ساعته مخکې او یا ورسته د نوموړي کیتونونو څخه وخوړل شي.

څرنګه چې دوکسي سایکلین او مینوسایکلین په غوړو کې د حلیدو توان لري نو پدې خاطر د C.S.F ،پروستات، اوښکو او لیاروړ ته تیریدلای شي.

تتراسکلین رومبی په ینه کې میتابولیز کیږي او بیا وروسته دصفرا د لیارې خارجیږي. ټول تتراسکلینونه پرته د دوکسي سایکلین څخه د ګردو په عدم کفایه کې امباریږي نو دلدې خاطره دوکسي سایکلین د ګردو په عدم کفایه کې بدلون نه مومي او په داسې حال کې چې نور تتراسکلینونه د ګردو په عدم کفایه کې باید دوز یې کم او یا دا چاد ورکونې څخه یې ډډه وکړو. د تتراسکلینو د رګ د لیارې دوز د خولې د لارې دوز سره یو شان دی او کولای شو چې په هغو پیښو کې ورکړو چې د خولې د لارې اخیستنی ستونزی شتون وي.

کلینیکی پکار اچونه یې:

تتراسکلین دکلامیډیا ، مایکوپلازما ، ریکیتسیا ، Ehrlichia ، Vibrio او Spirochetal انتاناتو لپاره غوره درمل دي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

جـــنسي لــيږدونکې ناروغـــــۍ چـــې د Endocervicits ، Urethritis ، Proctitis او Epididymitis څخه عبارت دي چې غوره لامل يې Chlamydia جوړوي د دوکسي سايکلين په واسطه د ۷-۱۴ ورځو لپاره درملنه کيږي.

PID کله کله د دوکسي سايکلين او Cefoxitin او يا Cefotetan او يا cefotetan دګـــډې کارونې پوسيله تداوي کيږي. نور Chlamydia انتانات لکه Psittacosis ، Lymphogranuloma venereum ، Granuloma inguinale هم د دوکسي سايکلين سره ښه ځواب وايي او همدارنګه د نورو ګڼو انتاناتو په درملنه کې ترې ګټه اخيستل کيږي لکه Acne، د تنفسي ليارو انتاناتو، Lyme ناروغۍ،Relapsing fever ، بروسيلوزس ، تولريميا ، کولرا ، مايکوپلاسما نمونيا ،اکتينومايکوزس، Nocardiosis ، مــــلاريا او هغــــه انتانات چې M.Marinum او Pasteruella multocida د نورو درملو سره په ګډه کارول همدارنګه د اميب ، فلسيپارم ملاريا او هغه تکراري ټپونه چې د H.Pylori پواسطه منځته راځي ترې کار اخيستل کيږي او د تولريميا ، طاعون، بروسيلوزس په ګډه درملنې کې له ستريپتومايسين سره اغيزمن دي.

Minocyclin ۲۰۰ ملي ګرامه د ورځې کولای شي د مينګوکوکل ليږدونکی له منځه يوسي اما Rifampicin ددې درملو څخه ښه اغيزه لري.

اړخيزې اغيزې:

۱ . الرژي : په کمو پيښو کې د تبې پوستکي د رشونو راپور ورکړ شويدی.

۲ . دهضمي سيستم اړخيزې اغيزې د زړه بدوالي، کانګې ، نس ناستي او بی اشتهايې څخه عبارت دي چې اغيزی په مستقيم ډول په کولمو باندې تخريشي تاثير له امله رامنځته کيږي. همدارنګه نارمل فلوراته تغير ورکوي. د Proteus، ستافيلوکوک،سودوموناس، کانديدا نمو زياتوي.

۳ . هډوکي او غاښونه:

تتراسکلينونه پخپل وار سره د کلسيم د ذخيرو سره يو ځای کيږي کوم چې دهډوکو او غاښونو د ودې لــــپاره اړين دي او دهغی د رنګ د بدليدو Endemal dysplasia ، د شکل بدليدنه او د ودی د مخنيوي لامل کيږي نو پدی خاطر بايد په حامله ميندو او ماشومانو کې چې عمر يې د ۲ کلنو څخه کم وي ورنکړل شي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

۴. د ځیګر د دندو خرابوالی.

دځیګر د دندو خرابوالی په ځانګړي ډول په حامله میندو کې او یا په هغه وګړو کې چې پخوا راهیسې د ځیګر ناروغي ولري څرګندیږي دځیګر د نکروزس او دندې خرابوالی دودیزې دي که چیرې د ورځې ۴ ګرامه وریدي ورکول شي دځیګر نکروز یس خطر زیاتیږي.

۵. اغیزه یې په پښتورګو باندې:

Demeclocycline ښـــایي چې Nephrogenic diabetes insipides مـــنځته راوړي او همدارنګه که چیرې تتراسکلین د دیورتیک سره یو ځای وکارول شي نو ښایي چې د BUN د لوړیدو لامل شي.

۶. په انساجو موضعي زهرجنه اغیزه: وریدي زرق کیداې شي د وریدي ترمبوزس، او عضلي زرق د دردناکه موضعي تخریش لامل شي.

۷- Photosensitization: پـه ځـانګړي ډول Demeclocycline پـه هغـه خلکـو کـې چـې نازکـه پوستکي ولري دلمر حساسیت لامل کیږي.

۸. Vestibular غبرګون: د Doxycycline سره Dizziness، Vertigo، زړه بدوالې او ګانګو رامنځته کیدو احتمال شته که چیرې د ورځې ۲۰۰ – ۴۰۰ ملي ګرامه ورکول شي Minocycline په ۳۵ – ۷۰ سلنه پیښو کې داغبرګون رامنځته کوي

کلورامفینیکول:

کلورامفینکول یو پراخ ډګر لرونکی انتي بیوتیک دي چې د مایکرواورګانیزم رایبوزوم د 50 S سره یو ځـای کیږي او دمایکرواورګانیزم دپروتین جـوړیدنې څخه مخنیوې کوي.

دغـه درمـل د ډیـرو اورګـانیزمونو پـه وړانـدې باکتریاوسـتاتیک اغیـزه لـري، او کلـه ناکلـه S.Pneumonia، H . influenza او Neisseria meningitides باندې باکتریاوسایدل اغیزه لري.

فارمکوکنیتیک او تطبیق لیاری:

کلورامفینیکول کله چې دخولې دلیارې وخوړل شي په ښه ډول جذبیږي او د دوه ساعتو په موده کې خپل اعظمي غلظت ته رسیږي او پایښت یې ۲ ساعتو په موده کې دی په ځیګر کې میتابولیز کیږي ۵۰ الی ۱۰۰ ملي ګرامه په هر کیلو وزن د بدن دورځې په کسري دوزونو ورکول کیږي او په ښه ډول مرکزي عصبی سیسیتم، CSF او سترګو ته ویشل کیږي. په ۷۰-۸۰٪ پیښو

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

کې د تشو متیازو د لارې په نا اوښتی(unchanged) ډول وځي. د پښتورګو په عدم کفایه کې ضرور نه دې اما د ځیګر په ناروغیو کې نه ورکول کیږي.

کلینیکي کارونه يې:

په لاندېنیو پېښو کې ځای ناستي(Alternative) درمل دي:

۱ . ددماغي سیستم مېنینګوکوکل ، H. Influenza او یا نموکوکل انتاناتو کې چې پېنسلین سره ناروغ حساس وي.

۲ . د مرکزي عصبي سیستم ان ایروبیک ګډ انتاناتو کې (Brain abscess) کې.

۳ . په هغه امید واره مېندو کې چې په Ricketsia لکه Typhous او Rocky mountain spotted fever انتان اخته وي د تتراسکلین په ځای ورکول کیږي.

اړخیزی اغیزی:

زړه بدوالی، کانګې او نس ناستی پکې کم پېښیږي. ډیر وخیمي اړخیزه اغیزه يې پر وینې دی. که چیرې ۵۰ ملي ګرامه په هر کیلو ګرام وزن دبدن څخه زیات دورځې په منظم ډول وخوړل شي په ۱-۲ اونیو کې دسرو ژونکو پوخ والی چې رجعي وی اغیزمن کوي او برخلاف که اپلاستیک انیمیا رامنځ ته شوه نو غیر رجعي دی چې یو پر ۲۴۰۰۰ الی ۴۰۰۰۰ ناروغانو کی رامنځته کیږي. همدارنګه د کلورامفینیکول لوړ او دامداره دوز په ماشومانو کې د Graybaby syndrome لامل کیږي چې اعراض يې بی اشتهایي، ضعیفي، سستي، کانګې، هایپوترمیا ، دګیډې پړسوب، محیطي وعائي کولاپس، Gray color او شاک څخه عبارت دی چې په پایله کی ماشوم د مړینې لامل کیږي. ا داعراضو د برخیره کیدو په وخت کې باید درمل و درول شي.

دیوشمیر درملو لکه فیني توین، تالبیوتامايد، کلورپروپامايد او وارفیرین سره که ګډ وکارول شي Half life يې زیاتوي د پېنسلین او امینوګلایکوزوید سره انتاګونیست تاثیر لري.

امینوګلا یکوسا یدونه:

امینو ګلایکوسایدونه دګروپ د مایکروب ضد درمل په ګـــــرام منفي باکتریاو باندې ډیر اغیـزمن دي. د ټولـو امینوګلایکوسـایدونو د اغیـزې میخانیکیـت بکتریاوسـایدل دې چـې د رایبوزمل وظیفه نهی کوي چې په پایله کې د باکتریا جوړښت له منځه ځي.

د خولی دلاری کله چې وخوړل شي په کمه کچه جذبیږي اویا بیخي نه جذبیږي. اړخیزې اغیزې يې Nephrotoxic او Ototoxic دي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

ټول امينوګلايکوسايدونه پر غړو کې په پراخه پيمانه ويشل کيږي خو ډيره برخه CSF ته په پوره اندازه نه تيريږي. پدې کې لاندې ګروپ انتي بيتيکونه شامل دي.
Paromomycin، نيومايسين، Tubromycin ،کانامايسين، جينتامايسين، ستريپتومايسين، اميکاسين، Netilmycin او Sisomycin

ستريپتوماسين:

ستريپتوماسين د Streptomyces. Griseus د فنګسونو څخه په لاس راځي. ددې درمل د سلفيت مالګې په طبابت کې پکاروړل کيږي. يو بل مستحضر چې د Dihydro Streptomycin پنوم ياديږي خو څرنګه چې د بيرته نه راګرځيدونکي کوڼوالي لامل ګرځي نو دکاريدو څخه غورزول شويدی. ورځنی دکاروني دوز يي ۱۵-۲۵ملي ګرامه پر کيلو ګرام وزن دبدن د ورځې (نژدې يو ګرام) په يو ځل او يا دوه جلا جلا دوزونو په غوښه کې پيچکاري کيږي د ۳۰-۲۰ دقيقو په وخت کې د رګ د لياری هم ورکول کيدای شي ددی درمل Ototoxicity نظر نيفروتوکسيستي ته د جينتامايسين په پرتله زياته دی.

ددې درمل په وړاندي د مقاومت منځته راتلل ډير شويدی او يواځې او يواځې ډير کمو باکترياو باندی اغيزی کوي. چې عبارت دی له Enterococcus faecalis او Strepoviridans چې د اندوکارداتيس لامل دی. د پنسلين او وانکومايسين سره يوځای ورکول کيږي په توبرکوز کی د MB.TB لپاره په بروسيلوزس کی تتراسايکلين سره يوځای ورکول کيږي.

اړخيزې اغيزې يې عبارت دي له : تبی، پوستکي رش اونور الرژيک تظاهراتو څخه غوره اغيزه يې زهرجن تاثير پر Vestibular باندې دی چې دموازنې خرابوالي او Vertigo لامل ګرځي. په قسمي ډول اميدوارۍ کې مضاد استطباب دي ځکه چې د ماشوم د کوڼوالي سبب ګرځي.

کانا مايسين، نيومايسين او پاراموما يسين :

Kanamycin د St.Kanamycelicus د فنګس څخه په لاس راځي.

او دتاثير له پلوه په ګرام منفي باکترياوو اغيزه کوي نيومايسين مرهمونه په بازار کې پيداکيږي اودا يواځې د پوستکي په افاتو او زخمونو کې ورکول کيږي او ډيره ښه اغيزه په ستافيلوکوک ، ستريپتوکوک او ګرام منفي باکترياګانو باندې دی. دکولمو په جراحي عملياتو کې يو ګرام ۲-۸ ساعته وروسته دخولی دلارې ۱-۲ ورځو لپاره د ۱ ګرام اريترومايسين سره يو ځای ورکول کيږي چې دکولمو د Aerobic flora دکميدو لامل کيږي. همدارنګه د ځيګر په

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

انسفالوپاتي د Coli Form باکترياګانو له منځه وړلو لــــــپاره د ۱ ګرام هر ۴ الی ۸ ساعته وروسته ورکول کيږي.

پاراموما يسين هم د نيوما يسين او کاناما يسين پورې اړه لري او دخولې د لياری يې جذب کم دی او په غوره ډول د غير عرضي اميبيازس د درملنې په خاطر په ورځ کې ۲۵-۳۰ ملي ګرامه په کيلو ګرام وزن دبدن په دري ځانګړو دوزونو داوه ورځو لپاره ورکول کيږی او په اميدواره ميندو کې د جارديا د درملنې لپاره کارول کيدای شي اود ۵۰۰ ملي ګرامو په دوز دري ځلې او يا څلور ځلی په ورځ د AIDS په رنځورانو کې چې په Cryptosporidiosis اخته وي ورکول کيږي.

جينتاما يسين:

جينتاما يسين Micro mono spora purpurea دفنګس څخه په لاس راځي.

زياتره دګرام منفي انتاناتو لپاره استعماليږي. دهغه Enterococ په درملنه کې چې پنسلين او وانکوما يسين سره مقاوم وي هم کارول کيږي.

د پنسلين سره سينرجيتيک تاثير پر سودوموناس ، انتيروباکتريا Proteus او Klebsella لري. دوز يې ۵ ملي ګرامه پر کيلو ګرام وزن دبدن په دري مساوي دوزونو درګ له لارې دی همدارنګه په يو واحد دوز هم استعماليدای شي. بايد په ځانګړی ډول د نموکوک او ستافيلوکوک لپاره استعمال نه شي ځکه ژر ټينګار ښکاره کوي.

غوره اړخيزې اغيزه يې نيفروتوکسيستي دی چې بيرته اصلاح کيږي په ۵ – ۲۵ % ناروغانو کی چې د ۵ ورځو څخه زيات دا درمل کاروي منځته راځي اما Ototocicity چې ۱ الی ۵% ناروغانو کی څرګنديږي. غير رجعي دې. د Vestibular دندې په کې خرابيږي.

دحساسيت غبرګون د جينتاما يسين پر وړاندې نا دوديز دې.

توبراما يسين (Tobramycin):

اغيزی او توکسيتي يې د جيناتاماسين په شان دي. د جينتاما يسين ټينګار کوونکي سوودوموناس پر ضد اغيزمن درمل دي اما د پينسلين سره په سينرجتيک ډول د انتيروکوکوک اندوکارديت په درملنه کې نه استعماليږي. دوز يې هم د جينتاماسين په شان دی. کولای شو د Aerosal په شکل ۳۰۰ ملي ګرامه دوه ځــــله د ورځي د Cystic Fibrosis په ناروغانو کی هم ورکړو.

Netilmicin هم د جينتاما يسين او توبراما يسين په شان اغيزې لري اما Ototoxicty او نيفروتوکسيستي يې کمه دی. دوز يې د ورځی ۷ ملی ګرامه پر کيلو ګرام وزن د بدن دی.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

سپيکتينومايسين (Spectinomycin):

دا يو Aminocyclitol انتي بيوتيک دی چې د امينو ګلوکوزايد ګروپ پورې اړه لري. د غوښې له لارې کارول کيږي. په Anorectal او غير اختلاطي Urogenital ګونو کوک په درملنه کی چې پنسلين سره الرژي ولري ورکول کيږي. بلعومي ګونوکوک کې اغيزمن نه دي. په واحد دوز ۴۰ ملي ګرامه پر کيلو ګرام وزن دبدن ورکول کيږي. اعظمي کچه يې ۲ ګرامه دی.
په زرق شوي ځای کې درد ، تبې او د زړه بدوالی لامل ګرځي. د زرق څخه وروسته ژر جذبيږي.
نادراً نفروتوکسيتي او مړينه هم منځته راوړی شي.

پولي ميکزينونه (Polymyxins):

په دې ډله کې Colistin او Polymixin B شامل دي چې باکتريوسيدل اغيزی لري. څرنګه چې په انساجو کې ښه توضيع نه لري او زهر جن توب (نيفروتوکسيستي او نيوروتوکيستي) يې زياته دی نو سيستميک استعمال يوائې په هغه حالاتو کی چې ګرام منفي انتان د ځو درملو سره ټينګار ولري کارول کيږي.

کينولون:

دا د Naladixic acid فلونين لرونکی ترکيبي مشتقات دي، چې د ډول ډول ګرام مثبت او ګرام منفي باکترياګانو پر ضد عمل کوي.

دا درمل د باکتريا Topoisomerase II (DNA Gyrase) او Topoisomerase IV نهي کوي چې ددې پر بنسټ دباکتريل DNA جوړيدل نهي کيږي.

دکينولون لومړني درمل (Cinoxacin, Oxolinic acid, Naladic acid) څرنګه چې سيستميک باکتريايی ضد اغيزی نلري نو يوائې د بولي سيستم د ښکتني برخې انتاناتو په درملنه کې استعماليږي.

اما نوي Fluorinated مشتقات لکه سپروفلوکزاسين ، اوفلوکزاسين ، ليو فلوکزاسين، ګيت فلوکزاسين او موکسي فلوکزاسين ډير ځواکمن باکتريا ضد اغيزې لري.

که چيرې دخولې د لیارې وخوړل شي ژر جذبيږي او د ۹۰ دقيقو په موده کې يې غلظت په سيروم کې لوړې کچې ته رسيږي . پروتين سره نښتنه يی کمه دی. په انساجو کې ښه توضيع لري ان مشکلو ځايونو ته لکه پروستات ته هم تريدی شي. دوي دماغي وينې مانعه (BBB) څخه تيريدی نه شي. همدارنګه ماکروفاژ او پولی مورف حجراتو ته داخليدلی شي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

سيپروفلوكزاسين په نيمګړي ډول ميتابوليز كيږي اوتشومتيازو كې اطراح كيږي نو د پښتورګو د عدم كفايې ناروغانو كې دوز كم كړل شي.

دباكتريا ضد فعاليت:

نارفلوكزاسين دګرام منفي او ګرام مثبت انتان پر ضد دومره اغيزمن نه دى. سپروفلوكزاسين ، اينوكزاسين، لوم فلوكزاسين، ليوفلوكزاسين، اوفلوكزاسين او Pefloxacin چې دوهم ګروپ درملو كې شامل دي دګرام منفي انتاناتو پرضد ډير ښه او ګرام مثبت انتاناتو پر ضد متوسط څخه تر ښه پورې اغيزې لري. په ځانګړي ډول انتيروباكترياسي، نايسيريا ، سودوموناس، هيمافولوس، او Compylobacter . همدارنګه د ستافيلوكوك اوريوس ميتلين سره حساس ډول هم ددې درملو په وړاندې حساس دى. ستريپتوكوك او انتيروكوك نظر ستافيلوكوك ته كم حساسيت لري. بايد وويل شي چې ليوفلوكزاسين د ګرام مثبت انتاناتو لكه ستريپتوكوك نمونيا پر ضد ښه ځواكمن درمل دي.

ګيتى فلوكزاسين، موكسى فلوكزاسين، سپار فلوكزاسين او Trovafloxacin چې په دريم ګروپ درملو كې شامل دى دګرام مثبت انتاناتو پر ضد ښې اغيزى لري په ځانګړى ډول ستريپتوكوك نمونيا همدارنګه فلوركينولون ، مايكوپلاسما ، كلاميډيا ، مايكوباكتريا او Legionella پر ضد هم اغيزمن درمل دي.

كلينيكي استعما ل:

ددې مشتقاتو څخه په دوديز ډول هغه انتاني پيښنو كې ګټه اخستل كيږي چې د نورو مايكروب ضد درملو سره ټينګار موجود وي د بيلګې په ډول د بولې سيستم څو درملو سره ټينګار كوونكى Pseudomonas چې په دا صورت كې نارفلوګزاسين ۴۰۰ ملي ګرامه ، سپروفلوكزاسين ۵۰۰ ملي ګرامه او اوفلوګزاسين ۴۰۰ ملي ګرامه دخولى له لارى دوه ځله د ورځى وركول كيږي.

دا درمل همدارنګه دهغو نس ناستو پر ضد چې د شجيلا، سلمونيلا، زهرجن E.Coli يا Compylobacter له امله وى اغيزمن دى.

همدارنګه فلوركينولون غير د نارفلوكزاسين څخه د نرموانساجو ، هډوكو، بندونو، تنفسي سيستم، بطني داخل دانتاناتو په درملنه كې كارول كيږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

سپروفلوکزاسین او او فلوکزاسین د ګونوکوک انتان پر ضد او یوازې اوفلوګزاسین Chlamydal Urithritis یا Cervicitis پر ضد اغیزمن دي. کله کله سپروفلوکزاسین او لیوفلوکزاسین دتوبرکلوز په درملنه کې هم استعمالیږي.
همدارنګه د مینیګوکوکل دلیږدونکي په وقایه او نیتروفینیک ناروغ د انتان په وقایه کې کارول کیږي.

اړخیزې اغیزې:

په عمومي صورت ښه زغمل کیږي. زړه بدوالی، کانګې، نس ناستی، کیداې شي رامنځ ته شي کله کله سردردي، کنګسیت، بې خوبي، د پوستکي رشونه، اختلاجات، دځیګر د دندو خرابوالی څرګندیږي.
کینولون QT انتروال اوږدوي نو هغه ناروغان چې اریتمیا ضد درمل لکه Amiodarone اخلي احتیاط سره استعمال شي.
Trovo floxacine کیدای شي د حاد هیپاتایتس او ځیګر عدم کفایه لامل شي.Photosensitivity، Pefloxacin او Leoefloxacin د استعمال څخه وروسته راپور وکول شوی دی.
څرنګه فلوکینولون غضروف ویجاړوي اود Arthopathy لامل ګرځي نود ۱۸ کلنی څخه په کم عمر کې استعمال نه شي همدارنګه په امید واری کې کارول منع دي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

وايرسي ضد درملنه (Anti Viral Chemotherapy) :

څو ګوني درمل شته چې د وايرس زياتيدنه او وايرسي ناروغيو د پر مختګ په مخنيوي کې اغيزمن دي.

امانتدين (Amantadin) :

نوموړی درمل دانفلوينزا A (نه د انفلوينزا B) په مخنيوي او درملنه کې اغيزمن درمل دي. په ځينيو ځانګړو شرايطو کې Amantadin د انفلوينزا د مخنيوي په منظور توصيه کيږي چې عبارت دي له :

١- هغه ناروغان چې معافيت ونه لري.

٢- دانفلواينزا داختلاطاتو له خطر سره مخامخ وي لکه هغه طبي پرسونل چې نشي کولای واکسين واخلي مګر ددی ځواک لري چې انتان نورو ته وليږدوي.

٣- که چيرته واکسين موجود نه وي او يا که دواکسين ډول بدل وي.

۴- لند مهاله وقايه (دوه اونۍ) په هغه وخت کې استطباب لري. که چيرته يو Outbreak مخکې دواکسين له تطبيق څخه مينځته راشي.

د ۲-۸ اونيو پورې د Amantadin په واسطه وقايه ۷۰ – ۹۰% اغيزمنه ده.

امانتدين د ناروغۍ په مقابل کې ساتنه کوي مګر د انتي باډي جوړيدل صورت نيسي اودانتي بادي د جوړيدو په پروسه کې مداخله نه کوي.

نوموړي درمل له خطر سره مخامخ شوو وګړو او نورو هغووګړو ته چې د انفلوينزا A ولري دګيلو د پيل څخه تر ۴۸ ساعتونو وروسته هم ورکولای شو. د کاهلانو لپاره معمول دوز ۲۰۰ ملي ګرامه د ورځې دي (د ۲۵ کلونو څخه زيات عمر لپاره د ورځې ۱۰۰ ملي ګرامه) .

امانتدين او ريمانتدين په مقابل کې د انفلوينزا A ټينګار ليدل شوي دی په داسې حا لتونو کې د Neuramindase نهی کوونکيو لکه Zanamivir يا Oseltamivir ته غوره والی ورکول کيږي. دکتنی وړ اړخيزې اغيزې يې د بې خوبۍ،عصبانيت ، سرخوږ، Nightmares او Ataxia څخه عبارت دی په ځانګړی ډول په زړو خلکواوپه اميدوارۍ کې مضاد استطباب دې.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

ریمانتدین (Rimantadin) :

نوموړی درمل د اماتناډین یو انالوګ دي او اغیزمنتوب یې د اماتادین څخه ۴ تر ۱۰ چنده زیات دی. دوز یې د اماتیدین په شان دی او د مرکزي عصبي سیستم د یو څو کمو اړخیزو اغیزو لامل کیږي. د نوموړي درمل بیه اماتناډین په پرتله ډیره لوړه ده او باید زړو خلکو او هغو ناروغانو ته چې عصبي اړخیزي اغیزي په کې په معمول ډول رامینځته کیږي توصیه شي.

نیوروامینودیز نهی کوونکي (Neuramindase inhihitors) :

په دې ډله کې د Zanamivir inhibitor او Oseltamivir تابلیتونه د انفلوینزا A او B د مخنیوي او درملنې لپاره پیدا کیږي.

همدارنګه نوموړي درمل د مرغانو د انفلوینزا پر وړاندې هم اغیزمن دي. د ښو اغیزو لپاره باید نوموړي درمل د Amantadin او Rimantadin په شان د ګیلو د پیل څخه تر ۴۸ ساعته وروسته ژر پیل شي. ځینو ناروغانو ته لکه استما او دسږو مزمنو انسدادي ناروغیو درلودونکو ته Zanamivir inhaler استعمال ستونزمن دی ځکه چې په ځینو حالتونو کې د برانکوسپزم راپور ورکړل شوې دی.

Oseltamivir زیاتره د معدې معایي اړخیزو اغیزو لکه زړه بد والي او کانګو لامل کیږي.

د درملنې په موخه دواړه درمل د ۵ ورځو لپاره د ورځې دوه ځله استعمالیږي.دوز یې ۷۵ ملي ګرامه د ورځې دی.

دا دواړه درمل د amantadin په پرتله قیمیتي دي. ګټلې د یوې ورځې په موده کې راکموي. د Neuramindase نهی کوونکیوغوره ګڼه د Amantadin او Rimantdin په پرتله داده چې نوموړی درمل پر انفلوینزا A او B دواړو باندې اغیزمن دي او په مقابل کې یې تینګار هم کم دی. دا درمل د کورني تماس د شتون په صورت کې د مخنیوي په موخه د لسو ورځو لپاره کارول کیږي.

اسایکلووير (Acyclovir) :

نوموړی درمل هرپس سیمپلکس، هرپس زوستر او Varicilla انتان پرضد ګټور دي. د هیرپس له امله په منتنو ژونکو کې نوموړی درمل په ټاکلي ډول د وایرسي DNA پولیمریز پر وړاندې اغیزه لري او په دې ډول د وایرس له ډیریدنې څخه مخنیوی کوي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

وريدي دوز يي ۱۵ ملي ګرامه دبدن پر هر کيلو ګرام وزن په ورځ کې په درې کسري دوزونه دي. Acyclovir په معافيت ځپلو ناروغانو کې د پوستکي مخاطي هرپس سيمپلکس په جوړيدنه کې چټکي رامينځته کوي.
په معافيت ځپلو ناروغانو کې د هيرپس زوستر د درد کموالی، د جوړيدنې سرعت او د هيرپس زوستر او وريسيلا د خپريدلو مخنيوي رامينځته کوي.
د Varicella زوستر انتان لپاره معمول دوز ۳۰ ملي ګرامه دبدن پر هر کيلو ګرام وزن ورځې په درې مساوي دوزونو دي. دا درمل په Post herpetic neuralgia باندی اغيزه نه لري.
په Transplant او معافيت ځپلو ناروغانو کې د تکراري پوستکي مخاطي او حشوي هرپس انتان د مخنيوي په موخه د خولې او وريد له لارې اغيزمن دي. همدا ډول Acyclovir ۳۰ ملي ګرامه د ورځې په درې مساوي دوزونو د Herpes encephalitis انتخابي درملنه ده.
وقايوي Acyclovir د سايتوميګالو وايرس ناروغۍ په مخنيوي کې په ځينو Transplant لکه پښتورګو اودهډوکي د مغز په Transplantion کې اغيزمن دي. خو په نورو کې نه (لکه ځيګر).
Acyclovir ۴۰۰ ملي ګرامه دخولې د لارې د ورځې درې ځله د ۷-۱۰ ورځو پورې دلومړنی تناسلی هرپس سيمپلکس لپاره اغيزمن درمل دي.
همدارنګه ۸۰۰ ملي ګرامه د ورځې درې ځله د ۲ ورځو لپاره په تکراري تناسلي هيرپس کې ګېلې او Viral Shedding کموي.
انحطاطي درملنه (Supressive treatment) يعنی ۴۰۰ ملي ګرامه دورځې دوه ځلې د ۴-۶ مياشتو پورې د تناسلي هيرپتيک افت شدت او فريکوينسي کموي.
Acyclovir د شونډو په تکراري هيپرپس (Herpes Labials) کې په ګيلو او Viral shedding باندی لږې اغيزي لري او ددې موخی لپاره په دوديز ډول نه استعماليږي مګر ۴۰۰ ملي ګرامه د ورځې دوه ځلې په هغه تکراري انتان کې چې د ريلپس فريکوينسي يي زياته وي او هم هغه Herpes Labials چې د لمر سره د مخامخ کيدو له امله ريلپس کوي اغيزمن ثابت شوي دي.(Sun induced Relapse Herpes Labials)

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

د Acyclovir نور استعمال د خولی له لاری په لاندې ډول دی:

۱. د بیړني Herpetic Keratitis په درملنه او دزیاتیدنې د مخنیوي په موخه.
۲. د Herpetic Whitlow د تداوي او مخنیوي په موخه.
۳. په معافیت ځپلو وګړو کې دهرپس زوستر په صورت کې د ترمیم د سرعت په موخه ۸۰۰ ملي ګرامه د ورځې پنځه ځلي د ۷ ورځو لپاره د ناروغۍ د پیل په لومړیو ۴۸ ساعتونو کې.
۴. غټانو او کوچنیانو په لومړني varicella کې د رش د پیداکیدو څخه تر ۲۴ ساعتو پورې پیل او د ۵-۷ ورځو پورې دوام ورکړ شي.
۵. د Herpes Proctitis د درملنې په موخه ۴۰۰ ملي ګرامه د ورځې ۵ ځلې د لسو ورځو لپاره.
۶. د HerpesSimplex او CMV انتان د مخنیوي په موخه Transplantation خلکو کې (۸۰۰ ملي ګرامه د ورځي یا ۵ ځله).
۷. دهغــه Erythema Multifrom د مخنیوي په موخه چې هیرپس سیمپلکس پورې تړاو ولري.

اړخیزې اغیزې یې عبارت دي له: درد ، زړه بدوالي، نس ناستي، سرخوږ څخه.
د پښتورګو په عدم کفایه کې د دوز کموالی اړین دی څرنګه چې هیمودیا لایز یې دسیروم کچه راښکته کوي نو د هیمودیالایز څخه وروسته باید ورځنی دوز ورکړل شي.
Acyclovir په نسبي توګه غیر توکسیک دی. په کلیوي تیوبولونو کې د Acyclovir ترسب په وریدي تطبیقاتو کې څرګند شوي اوکافي هایدریشن او تشو متیازو د جریان په مټ کولای شو د ددې مخه ونیسو.

دمرکزي عصبی سیستم Toxicity چې د کانفیوژن Agitation رعشي او برساماتو په شکل څرګندیږي راپور ورکړل شوي دي.
ټینګار هم څرګند شوي معمولاً په انحطاطي معافیتي ناروغانو کې چې څو ګونی دورې درملنه یې اخیستي وي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

فیم سایکلووير (Famciclovir):

د خولی له لارې د اخیستنې وروسته ۷۵ – ۸۰٪ د کوچنیو کولمو دجدار څخه جذب او Deacetylated کیږي او فعال شکل ته بدلون مومي (Penciclovir) د اسایکلووير په ډول په DNA پولي میریز کې مداخله کوي او د وایرس Replication نهي کوي.

دهیرپس سیمپلکس او وارسیلا زوستر هغه ډولونه چې د Acyclovir په مقابل کې مقاوم دي د Famciclovir په مقابل کې هم ټینګار ښکاره کوي.

Famciclovir ۵۰۰ ملي ګرامه د ورځې درې ځلې د ۷ ورځو لپاره د Herpes zoster د افت د ترمیم پروسه چټکوي که د خاپونو د ښکاره کیدو څخه تر ۷۲ ساعتو پورې پیل شي.

فامسیکلووير ۱۲۵ ملي ګرامه د ورځې دوه ځلې د پنځو ورځو لپاره د تکراري تناسلي هرپس په درملنه کې اغیزمن دي. ۵۰۰ ملي ګرامه د ورځې دوه ځلې د ځنډني انحطاطي درملنې په ډول اغیزمن دي. اړخیزې اغیزې یې نس ناستي ، زړه بدوالي، سرخوږ دي.

وال سایکلووير (Valcyclovir):

د Acyclovir پیشقدم دی او د Acyclovir په په پرتله یې دخولې Bioavailability زیاته ده د جذب څخه وروسته په اسایکلووير بدلیږي او دسیروم سویه یې د اسایکلوواير په پرتله ۳- ۵ چنده زیاته ده.

وال سایکلووير ۱ ملي ګرام د ورځې درې ځلې د ۷ - ۱۰ ورځو لپاره د هیرپس زوستر لپاره اغیزمن دی. که چیرته د رش د ښکاره کیدو څخه تر ۷۲ ساعتو پورې پیل شي.

هیرپس زوستر د درد په ارامولو کې د اسایکلووير په پرتله اغیزمن دی. د تناسلي هیرپس د لومړنی برید دوره لنډه وي (یو ګرام د ورځی دوه ځلی د ۷ – ۱۰ ورځو لپاره) ۵۰۰ ملي ګرامه د ورځی دوه ځلې د درې ورځو لپاره د تکراري تناسلي هرپس د درملنې په موخه اغیزمن دې.

دخولی او شونډو په Herpes کې د یوې ورځ لپاره ورکول کیږي.

یو ګرام په واحد دوز د تناسلي هرپس د مخنیوي په موخه اغیزمن دي. دوه ګرامه ځلور ځلي د پښتورګو په Transplant ناروغانو کې CMV د مخنیوی په موخه اغیزمن دي. اړخیزې اغیزې یې نږدې اسایکلووير ته ورته دي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

Foscarnet (Trisodium Phosphonoformate) :

یو پایروفاسفیت انالوګ دی چې DNA پولي میرایز دانساني هیرپس وایرس CMV هرپس سیمپلکس، وارسیلا زوستر اوهم د Reverse transcriptase HIV نهي کوي.

داسایکلووير او ګانسیکوویر په پرتله دا درمل لږ څه کم زغمل کیږي او کارول یې هم ستونزمن دی، نوددې درملو کارول محدود دي او یوازې هغه وخت کارول کیږي چې د Acyclovir او Ganciclovir په مقابل کې ځواب ونه وايي او یا ناروغ زغم ونلري.

د CMV انتان چې د اسایکلوویر سره مقاوم وي د Foscarnet په مقابل کې معمولاحساس دي. Foscarnet همدرانګه دپوستکي مخاطي هیرپس سمپلکس درملنه کې په ایډز ناروغانو کې چې د Acyclovir سره مقاوم دي اغیزمنتوب لري. اوهم د ایډز په ناروغانو کې چې واریسیلا پوستکي افت ولري CMV Retinitis کــه د اسایکلوویر سره ځــواب ونه وایي Foscarnet اغیزمن دي.

دخولې له لارې يې جذب کمزوری دی او باید د ورید دلارې تطبیق شي Half life یې ۳ – ۵ ساعته دی او دپښتورګو په عدم کفایه کې یې Half life اوږدیږي معمول دوز یې ۲۰ ملي ګرامه دبدن پر هر کیلو ګرام وزن هر اته ساعته وروسته او تعقیبه دوز یې ۱۲۰ ملي ګرامه دبدن پر هر کیلو ګرام وزن دورځې یو ځل دی.

د پښتورګو د دندو په لږ خرابوالي کې هم باید د لارښود له مخې دوز برابر شي.

Foscarnet دشدید Phlebitis لامل کیږي او باید په رقیق ډول زرق شي. غوره Toxicity یې نفروتوکسیستي ده چې دوز پوری اړه لري او دبیا راګرځیدا ځانګړتیا لري، مخکې له تطبیق څخه د دوه نیم لیتره ۰،۹% سالین په واسطه هایدریشن د نفروتوکیستي څخه مخنیوی کولای شي.

Foscarnet د دوه ولانسه کتیون سره یوځای کیږي او هایپوکلسیمیا د محیطي نیوروپاتي سره، اختلاجات، اریتمیا، هایپومګنیشیمیا او هایپو فاسفتیمیا کیدای شي رامینځته کړي. د درملنې په درشل کې د الیکترولایتونو او پښتورګو د دندو معلوموول اړین دي. وینه لږې ۲۰ – ۵۰% او زړه بدوالی او کانګې (۲۰-۳۰%) یې نورې اړخیزی اغیزې دي.

Ribavirin aerosole :

دهډوکې دمــــغز په پیوند ناروغانو کې د تنفسي Syncytial virus انتان د درملنې په موخه په ځواکمن ډول ګټور دي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

داخـــل وريدي Ribavirin كولای شي د Lassa fever په ناروغـــانو كې د مړينې كچه راكمه كړي. او هم Hantivirus نمونيا په درملنه كې دګټې اخستنې وړ دي خو په Hantivirus كې يې ګټه څرګنده او روښانه نه ده.

په شديد بيړني تنفسي سندروم (SARS) په درملنه كې يي ارزښت او زغمل تر مناقشي لاندې دي. په حيواناتو كې ددې درملو Teratogenic اغيزی ثابتې شوي دي.

دخولي د لارې Ribavirin د انترفيرون سره يوځای د ځنډني هيپاتايتس سي انتـان په درملنه كې د ګټې اخيستنی وړ دي. د Ribavirin سره ګډه درملنه نسبت يواځی انترفيرون ته غوره پايلي لري. اړخيزې اغيـزې يې د Depression ، تبوخي، بی خوبي، رش ، خارښت، څخه عبارت دي د زړه په شديده ناروغې، وينه لږي، پښتورګو عدم كفايه او اميدواري كې مضاد استطباب دې.

Lamivudine (3TC):

دخولې له لارې يو ښه زغمل كيدونكې نيوكلوسايد انالوګ دی. د HIV انتان په درمـــلنه كې ترې ګټه اخيستل كيږي او د Hepatitis B په مقابل كې اغيزمن دي.

۱۰۰ ملي ګرامه استعمال د ورځې يو ځل كلينيكي ، سيرولوجيک او هستولوجيک ښه والی نږدې په ۵۰% ناروغانو كې رامينځته كوي. كه څه هم Lamivudin ګټور درمل دي خو د اوږدې مودې استعمال په صورت كې دمقاومت پرمختګ دوديز دی.

د ځيګر تر پيوند وروسته درملنه د هيپټايټس بي د بيا منتن كيدو خطر كموي. بـرعكس د Ribavirin او انترفيران د ګډې درملنې د Lamivudin ګډ استعمال د Interferon سره ښی پايلې نلري. اړخيزې اغيزې يې سرخوږ، بې خوبي، لتې د GI نارامي دې.

Adefovir:

دوايرس ضد درمـــل د Hepatitis B وايروس پر ضد اغيزې لري. Lamivudin سره پر حساسو او هم مقاومو اشكالو باندی دا درمل اغيزمن دي.

څرنګـه چې پخـوايي لـه لـوړ دوز سره د Nephrotoxicity پيـښې زيـاتې وي اوس د ټيـټ دوز د استعمال سره يې پيښې كـمې شوي دي (۱۰ ملی ګرامه د ورځی د Hepatitis B لپاره تری ګټه اخيستل كيږي په ۲۵ – ۳۵% ناروغانو د ځيګر وظيفوي ازموينې د كتنې وړ لوړې شوي دي. دا درمل په ابتدايي ډول د پښتورګو له لارې اطراح كيږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

:Human Interferons

له تنبه شوو لمفوسايتونو څخه د DNA Recombinant تکنالوجي په مرسته جوړیږي دا درمل وایرسي ضد ، تومور ضد اودمعافیت تنظیمونکې (Immuno regulatory) ځانګړتیاوې لري. تر ټولو زیات په ځنډني هیپاتایتس کې چې د Hepatitis B,C او D له کبله وي استعمالیږي.

انترفیران او Peginterferon د اوږدي مودې د مستحضراتو استعمال د خولې Ribavirin سره یو ځای نسبت د Interferon یوازې استعمال ته د Hepatitis Cپه درملنه کې غوره والی لري. دناروغۍ ریلپس دودیز دی مګر د درملو بیا تطبیق معمولا ځواب وایي. اړخیزې اغیزې یې عبارت دي له: انفلوینزا ته ورته ناروغۍ څخه چې د تبې، لړزې، زړه بدواوالې، کانګو،سردردي ، دبندونو درد ،دعضلاتو درد سره یو ځاي وي. په لوړ دوز داستعمال په صورت کې دهډوکي د مغز انحطاط رامنځته کیدای شي. د Interferon ښه نه زغـــم په پام کې نیولـــو سره ډیر کم ناروغان چې Hepatitis C انتان لري ددي درملني لپار کاندید دي.

په Psychosis، شدید Depression ، نوتروپینیا ، ترمبوسایتوپینیا ، دزړه عرضي ناروغۍ، غیر معاوضوي سیروزس، دغــړو پیوند ، او امیدوارۍ کې مضاد استطباب دي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

دفنګس ضد درمل:

په دې وروستیو کې دانساني فنګسي انتاناتو پیښې او شدت زیات شوي دي د پرمختللې جراحي، کانسرونو درملنه ، HIV اپیدیمي او په زیاته کچې وسیع الساحه مایکروب ضد درملو کارول ددې لامل شوی دي چې ناروغ کې د فنګسي انتاناتو خطر زیات کړي. ټول د فنګسونو ضد درمل په لاندې ډلو ویشل شویدي.

- ❒ سیستمیک درمل (دخولی یا زرقي) سیستمیک انتاناتو لپاره.
- ❒ د خولې درمل د پوستکي او مخاطي پردې انتان لپاره.
- ❒ موضعی درمل د پوستکي او مخاطی پردې لپاره.

د فنګسي ناروغیو اټکلي ضد درملنه نادراً توصیه کیږي. یوازې په تبه لرونکو نوتروفینیک ناروغ کې تر سره کیدای شي.

امفوتیراسین بي (Amphotericin B) :

دا درمل د ډول ډول سیستمیک مایکوتیک ناروغۍ په ضد کارول کیږي لکه اسپیراجیلوس ، هستوپلازما ، کریپتوکوکس، Coccidioides کاندیدیا ، Blastomyces ، Sporothrix او نور.

Pseudolleschiria boydii او Fusarium زیاتره وخت د امفوتراسین B پر ضد ټینګار لري.

په دې اړه چې باید څنګه امفوتراسین تطبیق شي هم د دوز او د درملنی د دوام په اړه په دودیز ډول د نظر یووالی نشته. د حسایت د معلوملو لپاره تست دوز اړین نه دی. ځکه چې Anaphylaxis غبرګون ډیر نادر دی.

ورځنی دوز یي اکثرا د ډول ډول فنګسي انتاناتو لپارهmg/kg ۰،۷. –۳mg/kg. پورې توپیر لري مګر هغه انتانات چې د اسپیرجیلوس او Mucor له امله رامینځته کیږي معمولاد درملنې دوز یې mg/Kg ۱ - ۱،۵دورځې دي.

هغه مننجایټس چې غیر له coccidioides immiti نه د نورو فنګسي انتاناتو له امله رامینځته شوي وي د اوږدې مودې درملنې (۸ - ۱۰ اونۍ) ته نادراً اړتیا پیښیږي.

د Flucystosine سره ګډه درملنه په کریپتوکوکل مننجایټس او ممکن په سیستمیک کاندیدیازس کې ګټور وي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

امفوتراسین B ښایي په Naegleria Menino encephalitis کې یوځه ګټه ولري. د هډوکې دمغز په پیوند اخیستونکو ناروغانو کې امفوتراسین بې د بریدي فنګسي انتاناتو د وقایې لپاره کارول کیږي.
هغه ناروغان چې فولي کتیتر ورته تطبیق شوي وي او candiduria لري د امفوتراسین بی په واسطه د مثاني وینځلو دکالونیو شمیر کم کړي دی. که څه هم اغیزمنتوب یې کم دی او ددې عملیې په واسطه د Candiduria پیښې له منځه وړل ډیر کم پیښیږي.
د پښتورګي اود ځیګر عدم کفایه دامفوتیراسین B په فارمکوکینیتیک کومه اغیزه نه لري. دا درمل په سږو ، ځیګر، توري، پښتورګو په کمه کچه په پوستکي او شحمي انساجو کې راټولیږي.
دا درمل د هیموډیالیزس په واسطه نه پاکیږي نو د ډیالیزس څخه وروسته اضافي درملو ته اړتیا نشته. دامفوتراسین بي داخل وریدي تطبیق زیاتره وخت لرزه، تبه، کانګې او دسرخوږ، دعضلاتوسپزم دوینې فشار ښکته والې رامینځته کوي. د یو قانون په ډول په ۱-۲ ساعتونو کې یې انفیوژن هومره ښه زعمل کیږي څومره چې په ۴-۶ ساعتونو کې زغمل کیږي.
که ناروغ ته انفیوژن پورې تړلې اړخیزې اغیزې پیداشوې دانفیوژن Rate او ورځنی دوز کمیږي د تبې ضد درمل، انتي هستامین، Mepridine او کورتیکوستروییډ څخه ګټه اخستل کیږي.
په انفیوژن کې د ۲۵ ملي ګرامه هیدروکورتیزون په زیاتولو سره دلرزې پیښې کمیږي. او که چیرته لرزه پیل شوي وي نو ۲۵ الی ۵۰ ملي ګرامه میپیرید ین اغیزمن دي. د درملو مرکزي داخل وریدي تطبیق د ترومبوپیلیبایټس خطر نلري.
همدارنګه د الکترولایتونو تشوش (هایپوکلیمیا، هایپومګنیشیما، Distal Renal Tubular acidosis هم معمولا پیښیدای شي. د پښتورګو عدم کفایي خطر دمالګې په ورکولو سره کمیدای شي نو پدې موخه د امفوتراسین بی د انفیوژن له ورکولو څخه مخکې ۱ الی ۱،۵ لیتر ۰،۹ %سالین ورکول کیږي.
پر پښتورګو باندی د بدو اغیزو د روښانه کیدو څخه دامفوتیراسین بی بل مستحضر چې Lipid Based دې پر پښتورګو یې زهرجنه اغیزه کمه ده نوي رامینځته شوي دي.
دارنګه درې ډوله مستحضرات یې د پیداکیدو وړ دي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

۱. Amphotheracim B Lipid Complex (ABLC.Abelcet)

۲. Amphotericin B colloidal Dispersion (ABCD. Amphotec)

۳. Liposomal Amphotiricin B (L-Am Bisome)

دامفوتيراسين بی يو ځای کول له شحمو سره مونږ ته اجازه راکوي چې لوړ دوز هم تطبيق کړو .(۱-۲ ملي ګرامه دبدن پر کيلوګرام وزن) .

پورته درې واړه مستحضرات د دوديزو امفوتراسين بی په پرتله کمه اندازه نيفروتوکسيستي رامينځته کوي او هغو ناروغانو ته ګټور دي چې د پښتورګو د عدم کفايي خطر په کښې زيات وي.

Liposomal امفوتراسين بی د ABLC په پرتله لږ نفروتوکسيک دي په انفيوژن پورې تړلي اړخيزې اغيزې بدلون منونکي دي. ليپوسومل امفوتيراسين تر ټولو ښه زغمل کيږي.

ليپد لرونکي امفوتيريسين بي په ځانګړي دول د حشوي لشمانيازس لپاره اغيزمن درمل دی. لنډه دوره درملنه (۵ - ۱۰ ورځي) په ښکته دوز (۲-۴ ملي ګرامه دبدن پر هر کيلو ګرام وزن) چې د مسحضر ډول پورې اړه لري) دپرازيت د له منځه وړلو لپاره ډير اغيزمن دي ځکه چې د پرازيت د بريد مهم ځای ريتکولو اندوتليل سيستم دی او په دې سيستم کې دا درمل ښه توزيع لري.

نيستاتين (Nystatin):

نيستاتين پراخه ضد فنګسي اغيزې لري خو زياتره د سطحي کانديدل انتاناتو په درملنه کې ورځخه ګټه اخيستل کيږي. سيستميک تطبيق يي ډير زيات توکسيک دی. دا درمل له پوستکي ، مخاطي پردې او معدې معايي لارې نه جذبيږي. څو ډوله مستحضرات يي پيداکيږي چې عبارت دي له : دخولې د لارې سسپنشن (100,000 Units/ml) او ايينتمت جيل او کريم (100,000 Units/g) .

دخولې د کانديديازس د درملنې لپاره يي دوز ۵۰۰۰۰ يونټه سوسپنشن دی چې په خوله کې اچول کيږي او د تيريدو څخه د مخه بايد تر ممکنه وخت پورې په خوله کې وساتل شي. داعمل د ورځې څلور ځلې د انتان تر روغيدا څخه وروسته دوه ورځو پورې تکراريږي.

دپوستکي انتانات دکريم يا اينمينت په واسطه درملنه کيږي او دانتان تر روغيدو پورې ۱۰۰۰۰۰ واحده د ورځې دوه ځلې پر اخته شوي ځای باندې وهل کيږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

Flucytosine:

د کانديدا کرپتوکوکس، اسپيرجيلوزس اويوشمير نور فنګسونو ځيني ډولونه نهي کوي- د ورځې ۷۵ الی ۱۵۰ ملي ګرامه دبدن پر هر کيلو ګرام وزن دخولې له لارې ورکول کيږي- په سيروم تشو متيازو او CSF کې ښه سويه توليدوي-

څرنګه چې ژر مقاوم اورګاينزمونه پيژندل شوي نو فلوسايتوسين د يوازيني درمل په ډول د بولي لارو له انتاناتو پرته استعماليږي-

دپښتورګو په عدم کفايه کې Flucytosine ښايي په زهرجنه کچې تراکم وکړي او دوز عيارولو ته اړتيا پيښيږي- همدارنګه HIV ناروغان چې ان د پښتورګو دندې يې نارملې وي نارمـــل دوز (۱۵۰ ملي ګرامه دبدن پر هر کيلو ګرام وزن په څلورو کسري دوزونو دورځې) نشي زغملې او بايد ۷۵-۱۰۰ ملي ګرامه دبدن پر هر کيلو ګرام وزن دورځې وکارول شي-

دا دوا په اغيزمن ډول د هيموديااليزس په واسطه پاکيږي- زهرجنې اغيزې يې د هډوکي د مغز انحطاط، Pancytopenia، دځيګر غير نارمل دندې، دويښتانو وتل او نور رانغاړي- دهدوکي دمغز انحطاط د Fluouracil له امله چې Flucytosine باندې بدليږي مينځته راځي- د Flucytosine او امفوتيراسين ګډ استعمال ښايـــي پـــه کريپتوکوکل مييننجاټس او سيستميک کانديديازس کې د ارزښت وړ وي-

نيتامايسين (Natamycin):

يو Polyene فنګس ضددرمل دي چې د ډول ډول فنګسونو پر ضد په invitro کې اغيزمن دي- د جراحي اهتماماتو سره يو ځای د ۵% سوسپينشن موضعي تطبيق يې دهغه کيراټايټس په درملنه کې چې لامل يې Cephalosporium Fusarium Acremonium يا نور فنګسونه دی ښايي ګټور وي- دموضعي ورکولو له امله د توکسيستي خطر کم دی-

تربينافين (Terbinafine):

تيرابينافين يو Allylamine دی چې د ايرګوستيول د سنتيز د بلاک کيدو له لارې د فنګس حجروي غشا نهي کوي-

دموضعي مستحضراتو تر څنګ يې اوس ۲۵۰ ملي ګرامه تابليتونه هم دخولې استعمال لپاره منځ ته راغلي- د پښو دنوکانو د انتاناتو د درملنی لپاره د ورځې ۲۵۰ ملي ګرامه د ۱۲ اونيو

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

لپاره او ۲۵۰ ملي ګرامه د ۲ اونیو لپاره د لاس د نوکانو د درملنې لپاره توصیه کیږي (دبریالیتوب اندازه یې ۷۰ – ۹۰% ده) .

نوموړي درمل د کاندیدا او اسپیرجلیوس د زیاتو ډولونو پر ضد کارول کیږي او کیداې شي په شدیدو پیښو کې له نورو فنګسي ضد درملو سره په ګډه وکارول شي.

Terbenafin ښه زغمل کیږي اړخیزې اغیزې ډیرې کمې دي چې له سردرد ، نس ناسته، Dyspepsia او په ګذري ډول د مزې یا ذایقې تشوش په نادر ډول د ځیګر شدید زیان رانغاړي.

فنګسي ضد (Imidazoles او Triazoles):

فنګسي ضد درمل Ergosterol سنتیز نهي کوي چې په پایله کې په غشا پورې تړلو انزایمونو فعالیت ، د ژونکیز دیوال وده او ډیریدنه نهی کیږي.

Clotrimazole: دورځې ۱۰ ملي ګرامه د خولې له لارې پنځه ځلې کولاې شو. دخولې د کاندیدیازس په مخنیوي او درملنه کې استعمال کړو. د مهبلي کاندیدیازس لپاره یې مهبلي تابلیتونه هره ورځ یو تابلیت د ۱-۷ ورځو پورې اغیزمن دي. د پوستکي د Dermophytes د درملنې لپاره موضعي مستحضرات هم پیداکیږي توکسیستي یې ډیره ده نو په سیستمیک ډول نه کارول کیږي.

Fluconazole: یو Bis – Triazole دی چې د Ketoconazole سره ورته اغیزې لــــري. په اوبو کې منحل دی او دخولې او ورید دواړو له لارې د ګټې اخیستنې وړ دی.

د خولې له لارې تطبیق څخه وروسته یې جذب د PH سره تړاو نلري. نوموړی درمل په ښه ډول دماغي نخاعي مایع او سترګې ته ننوځي. داسې څرګنده شوي چې دادرمل په لومړني توګه د Cryptococus candida او Blastomyces انتاناتو په درملنه کې اغیزمن دی.

Candida albicans, Candida tropicalis, او Candida Parapsilosus په دودیز ډول د فلوکونازول په مقابل حساس دی مګر د Candida نوری ډولــــونو (لکه C. Glabrata, C. Krusei او نور) یې په مقابل کې ټینګار لري.

دفلو کونازول سره مقاوم ډول د کاندیدیا albicans راپور ورکړل شوی دی. اکثره په هغو ناروغانو کې لیدل شوي چې HIV مثبت وي او داوږدې مودې درملنې لپاره فلوکونازول اخلي.

دا درمل د اسپیرجیلوس Mucor او Pseudallescheria په مقابل کې اغیزمن نه دي. د Oropharyngeal کاندیدیازس او Candidal esophagitis په هغــــو ناروغانو کې چې معافیت

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

ځیلي وي (Immunosupressed) اغیزمن دي. دخولې له لارې ۱۵۰ ملي گرامه یوځل په مهبلي کاندیدیازس کې ۸۰-۹۰% اغیزمنتوب لري. د Leukemia په ناروغانو کې چې هیپاتوسپلینیک کاندیدیازس ولري دفلوکونازول سره ښه والی لیدل شوی دی. لکه څرنگه چې داښه والی په نورو بریدي انتاناتو کې لکه پریطونایتس ،دتېپ انتاناتو او پیالونیفرایتس کې هم لیدل شوي دي.

په نیوتروفینیک او غیر نیوتروفینیک ناروغانو کې فلوکونازول د کاندیدیا په ناروغانو کې ۴۰۰ ملي گرامه دورځې هومره اغیزمن دي. لکه چې امفوتراسین بی ۰،۵ - ۰،۷ ملي گرامه پر کیلو گرام وزن دبدن په ورځ کې اغیزمن دی زیاتره نوموړی انتانات د ورید په خلاصون پورې اړه لري او د ورید خلاصونه د ځینو ناروغیو د درملنې لپاره اړینه ده.

فلوکنازول ۲۰ ملي گرامه د ورځې د کریپټوکوکل مننجایتس کې د اوږدې دورې انحطاطي درملنې لپاره چې ناروغ په ایډز هم اخته وي اغیزمن او انتخابی درمل دي. د کریپټوکوکل مننجایتس په درملنه کې دخولې له لارې فلوکونازول او امفوتراسین بي په واسطه د درملو ځواب او دمړینی شمیر یو شان و.

اگرکه په لومړیو دوه اونیو کې د فلوکونازل د درملنې په جریان کې دمړینې کچه لوړه ده. هغه ناروغان چې درملنه یي دفلوکونازول په واسطه ترسره کیږي دهغوی دماغي نخاعي مایع معقم کیدنه ډیره موده ښیي نسبت هغو ناروغانو ته چې درملنه یي دامفوتیراسین په واسطه تر سره کیږي.

زیاتره رنځپوهان لومړنۍ درملنه د امفوتیراسین بي سره پیلوي او دوه اونۍ دوام ورکوی او له هغی وروسته یي د خولی له لارې په فلوکونازول بدلوي.

فلوکونازول ۴۰۰ملي گرامه دورځی د Coccidioidal مننجایتس په درملنه کې اغیزمن دي (ځواب یې ۸۰% دی) مگرښه کیدنه یي ورو ترسره کیږي یعنی د ۴ الی ۸ میاشتو په موده کې او دا ښه والی په HIV اخته او نه اخته ناروغانو دواړو کې لیدل شو ي د ي. دلوړ ډوز (۸۰۰ - ۱۲۰۰ ملي گرامه د ورځې) څخه هم گټه اخیستل کیږي مگر داچې د عادي دوز په پرتله غوره والی څرگند نه دی. د ځیگر او دهډوکي دمغز په Transplant اخیستونکیو ناروغانو کې دوقایي په ډول ۴۰۰ملي گرامه هر ورځ دفلوکونازول په واسطه په تهاجمي او سطحي فنگسي انتاناتو کې اغیزمن دي.که څه هم د مقاومو انتاناتو(Apseragillos, C. Glabranta, C. Krusci) په واسطه د سوپر انفکشن خطر موجود وي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

داچې په HIV ناروغانو کې دبریدي فنګسي انتاناتو پیښې کمې دي خو د ناروغۍ د مخنیوي په موخه باید وقایوي تدابیر ونیول شي په ځانګړې ډول هغه ناروغان چې قوي Anti retroviral درملنې لاندې دي. فلوکوناول ۲۰۰ ملي ګرامه د ورځې د شپږو اونیو لپاره د Leishmania Major له امله رامینځته شوی د پوستکي په لشمانیا کې اغیزمنتوب لري.

دخولې له لارې د فلـــوکونازول جذب ښـــه دی (90% Bioavailability) او دوینې د سیروم اندازه یې د داخل وریدي تطبیق سره په عین دوز نږدې یو شان ده که چیرته کوم معذرت نه وي نو دخولې له لارې تطبیق یې غوره بلل کیږي که څه هم که په عمومي ډول یې زغمل ښه دی خو د ډوز په اندازې پورې اړوند زړه بدوالی او کانګې ورسره وي.

دځیګر پـه دنـدو کـې بـدلون او دځیګـر د التهـاب راپـور هـم ورکـړل شـوی دی. رفامپیـسین او Phenytoin دفلوکونازول میتابولیزم چټکوي نو په دې صورت کې د ډوز زیاتوالي ته اړتیا پیښیږي.

: Itraconazole

دخولې یو Triazole دی چې د معدې معایې لارې څخه ښه جذبیږي او جذب یې له غذا سره ۳۰-۲۰% زیاتیږي. انتی اسید او H2 اخذو نهي کوونکي درمل یې جذب کموي.

د ایتراکونـازول سلوشـن د تـابلیتونو پـه پرتلـه ښـه جذبیږي. تابلیتونه یې باید لـه خـوړو سره وخوړل شي مګر د سلوشـن جذب یې پـه تـشه ګیـده ښـه دی یـو Parenteral مستحضر یې هم پیدا کیږي خو دا درمل دځیګر په واسطه میتابولایز کیږي او دپښتورګو دعدم کفایې پـه صورت کې د دوز عیارولو ته اړتیا نشته.

ایتروکونـازول Cryptococcus neoformans, Sporotrichum schenkii, Blastomyces dermatitidis, Histoplasma capuslatum او دبېلا بېلو Dermatophytes دزیاترو ډولونو پر ضد ښه درمل دی همدارنګه د اسپیرجیلوس د ډولونو په مقابل کې هم ښه درمل ګڼل کیـږي خو د Fusarium او Zygomycetes پـه مقابـل کـې غیـر فعـال دي. دورځـی ۲۰۰ – ۴۰۰ ملـي ګرامـه ایتراکونازول د موضعي او منتشر Plasmosis په درملنه کې اغیزمن او ثابت شوي درمـل دي او پـه ایـډز اختـه ناروغـانو کـې هـستوپلازموزس ولـري د کیتونـازول پـه پرتلـه ډیـر اغیـزمن دي. همدارنګه په دی ناروغانو کې د تکراري هستوپلازموزس په وقایه کې اغیزمنتوب لري.

دا درمل د Sporotrichosis او Dermophtic انتاناتو کې (دنوکانو په ګډون) او دخولې او مرۍ په Candidiasis کې هم اغیزمن دي. غیر مقایسوي کلینیکي ازموینو یې بریدي اسپیروجیلوزس کې (۵۵-۸۰%) او کوکسیدو مایکوزیس (۵۷-۹۴%) په درملنه کې اغیزمنتوب

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

ښودلې دي۔ ایتراکونازول د فلوکونازول غوندې د Nonmeingeal Coccidioidomycosis په درملنه کې لږ اغیزمنتوب لري مګر ښایي چې د اسکلیتي ناروغیو په درملنه کې غوره والی ولري۔

د الرجیک برانکوپلمونري اسپیروجیلوزس ناروغانو کې ایتروکونازول د ورځې ۲۰۰ ملي ګرامه د کورتیکوستیروید اړتیا کموي او دتمرین او فعالیت زغم لوړ وي۔ داسې ښکاري چې ایتروکونازول په نیوتروپینیک ناروغانو کې دبریدي او سطحي فنګسي انتاناتو پېښې کموي که چیرې په وقایوی ډول استعمال شي۔

ایتروکونازول د Onychomysosis د درملنې لپاره اغیزمن ثابت شوی دی وقفوي درملنه یعنی ۲۰۰ ملي ګرامه په هره میاشت کې دیوې اونۍ لپاره د څلورو پرله پسې میاشتو لپاره په ۷۰٪ پېښو کې اغیزمنتوب لري داسې ښکاري چې دپورته استطباب لپاره Terbinafine د ایتراکونازول په پرتله یو څه دیر اغیزمنتوب لري.

اړخیزې اغیزې یې کیتوکونازل اوفلوکونازول ته ورته دي چې زړه بدوالی ، کانګې، بی اشتهایي او دګېډې درد دي چې معمولاً پېښیږي۔ په ۸٪ ناروغانو کې د پوستکي د رش راپور ورکړل شوی دی،دځیګر التهاب او هایپوکلیمیا په نادودیز ډول پېښیږي د ایتراکونازول سره دقلبي عدم کفایي زیات والی کله کله پېښیږي۔ هغه درمل چې د ځیګر استقلابي انزایمونه زیاتوي (ایسونیازاید ، ریفامپین،فیناتوین او فینوباربیتل) د ایتروکونازول استقلاب هم چټکوي نو په دې لحاظ که چیرته ایتراکونازول سره یوځای پورته درمل وکارول شي نو دایتراکونازول د دوز لوړوالي ته اړتیا شته۔ ایتراکونازول د سایکلوسپورین میتابولیزم خرابوي او هم دځینو ځانګړیو درملو لکه ډایجوکسین او Warfarin کچه لوړوي. دودیز دوز یې ۲۰۰ ملي ګرامه دورځې یو یا دوه ځلې له خوړو سره یو ځای دی۔

لوړ دوز ته (۴۰۰ – ۲۰۰ ملي ګرامه دورځې) یې ښایي په معافیت ځپل شویو ناروغانو او نورو سختو ناروغیو په شتون کې اړتیا پیداشي په ځانګړې ډول په اسپیرجیلوس انتاناتو کې په ژوند تهدیدونکیو پېښو کې ۲۰ ملي ګرامه اضافي دوز د ۳الی ۴ ورځو پورې ورکول کیږي۔

ورکینازول (Voriconazole) :

یوفنګسي ضد Triazole دی۔ پر یو شمیر فنګسونو باندې لکه کاندیدا او Molds، اسپیرجیلوس، فوساریوم، Pseudollescheria اونور باندې اغیزمن دی۔ په تبه لرونکي

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

نيوتروپينيک ناروغانو کې په تثبيت شويو او مشکوکو فنګسي انتاناتو کې دادرمل هومره اغيزمن دي لکه امفوتيراسين . Lipasomal او د Fungemia په صـــــــورت کې ورکينازول د ليپوزمل امفوتيرسين په پرتله غوره والی لري د منتشر اسپراجيلوزس په درملنه کې ورکينازول د دوديز امفوتيراسين په پرتله غوره والی لري.

فلوکونازول ته ورته دخولې له لارې اخيستنه يې د کتنې وړ جذب رامينځته کوي. لومړنی توکسيستي يې د ليدو ګذری تشوش دی او په ځانګړې ډول ددرملنې دلومړۍ اونۍ په درشل کې رامينځته کيږي همدارنګه د وريکونازول د اخستنې په صورت کې د لمر له وړانګو سره د حساسيت غبرګون هم رامينځته کيدای شي.

دايتړوکــــونازول غوندې وريکونازول هم له يو زيات شمير درملو سره Drug reaction لري. وريکونازول د P450 سايتوکروم فعاليت نهی کوي او د يو شمير درملو پاکونه د سايکلوسپورين او Tacrolimus په ګډون خرابه وي.

Ketoconazole :

يو Inidazole دی چې دخولې له لارې ۲۰۰ – ۲۰۰ ملي ګرامو پورې د ورځې په يو دوز ورکول کيږي البته له خوړو سره يو ځای غوره والی لري د پښتورګو او ځيګر په عدم کفايه کې په دوز کې بدلون نه راځي د انتي اسيداو H2. R. Blocker سره يې جذب خرابيږي د فينوتوين او ريفامپين سره يې ميتابوليزم سريع کيږي او په پلازما کې يې کچه ښکته کيږي. پخوا Ketoconazole ديو شمير زياتو انتاناتو په مقابل کې استعماليدل خودنوی Azoles په مينځته راتلو سره چې توکسيستي يې کمه داغيزې ساحه يې پراخه،او ښې فارمکوکينتيک ځانګړتياوي لري اوس کيتوکونازول د دوهم خط په درملو کې شميرل کيږي.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

اخځليکونه

١- جبارخيل عبدالناصر. دغير اختلاطي فلسيپارم ملاريا درملنه د کونين او کلوروکين سره. داخله څانګه. دننګرهار دطب پوهنځې ١٣٧٥

٢- دل دل اقا. دهيپاټايتس سي پيښې د ننګرهار صحت عامه ساري څانګه. دويښې بانګ پوهه ننګرهار پوهنتون ١٣٨٢ ټوك ١٩ ګڼه ١١،١٢

٣- نجم عبدالفتاح. امراض انتاني پوهنځې طب کابل ١٣٦٢

٤- نشاط محمد طيب. داختلاطي فلسيپارم ملاريا پيښې ، داخله څانګه، ننګرهارطب پوهنځې ١٣٧١

٥- نشاط محمد طيب د تيتانوس پيښې، داخله څانګه د ننګرهار دطب پوهنځې ١٣٧٨

٦- ولي زاده بريالی دفلسيپارم ملاريا ګېلې او نښې د داخله څانګه ننګرهار طب پوهنځی ١٣٨٣

7. Afghanistan National Strategic Plan for HIV/AIDs. Ministry of Public Health DG preventive medicine and PHC: 2006.
8. Barbara A. Bannister,Norrman t. infectious Disease. Second Edition Black Well Scince. London:2000.
9. Bertram G. Katzung. Basic and Clinical Pharmacology 9th edition Mac Graw Hill. USA: 2003.
10. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for infectious Disease. Division of Parasitic Disease.Amebiasis, http:// www.dpd.gov/DPDx/HTML/Amebiasis.htm.2005.
11. Charles D, Forbes DSc, Willliam F. Jackson. Clinical Medicine London: 2002.
12. Christopher, Haslett. Davidson Principles and Practice of Medicine. 19th edition Churchill livingstone. London: 2002.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

13. Division of Bacterial and Mycotic Disease. Meningitis. Department of Health and Human Services. Central for Disease Control and Prevention USA. http://www.dhpe.org/infect/Bacmeningitis.html Oct. 5, 2001.
14. Division of Bacterial and Mycotic Disease Anthrax. http:// www.anthrax.osd.mil USA Oct 25, 2005.
15. Download graphics in PowerPoint: Global Summary of the HIV/**AIDS** Epidemic, **...** Article: Epidemiology of HIV Infections: International and US Perspectives. **...** http://www.hc-sc.gc.ca/dc-ma/aids-sida/index_e.html
16. Fauci, longo,Eugene Braunwald. Harrison Principle of internal Medicine. 16th Edition. Mac Graw Hill USA: 2005.
17. Gold man, Ausiello. Cecil Text book of medicine. 22nd edition. Elsevier Saunders India: 2004.
18. James Kahn prevention of Hepatitis A And B Clinical infection Disease. University Chicago Press: 2002; Vol; 35 N;11.PP 1382-1384.
19. Kumar and Clark Clinical Medicine Sixth Edition Saunder London: 2005.
20. Lawernce M,Tierney. Current Medical Diagnosis and Treatment. 45th Edition Mac Graw Hill USA: 2006.
21. Mandell, Douglas. Principles and Practice of Infectious disease Sixth edition. Elsevier Churchill Livingstone. USA: 2005.
22. Mustafa Ks. the Malaria situation in Afghanistan. Malaria Control Center, Kabul. http://www.pubmed.com 2000 Apr-Jun;(2):17-9.
23. Nester, Aderson. Microbiology A Human Perspective third Edition Mac Graw Hill USA: 2001.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

24. Robert H. Gates. Infection Disease Secrets 2nd Edition Hanley and Beifus Elsevier India: 2003.
25. Sheila Sherlock , James Dooley. Diseases of the liver and Biliary System. Ninth Edition Black Scientific Publications London: 1993.
26. Viral and Rickettsial Zoonoses Branch (VRZB), Division of Viral and Rickettsial Disease(DVRD), Natioanal Center for infectious Diseases and (NCID). URL: http:// www.cdc.gov/ncidod/dvrd/rabies.01/2003
27. WHO. Malaria and HIV Interaction Department of HIV/AIDs Roll back Malaria department, Geneva June 2004. http:// www.WHO.int/hiv/enrmb@who.int- http:// www.who.int.malaria
28. Willam , N.Kelly. Text Book of internal Medicine. 3rd Edition Lippin cott Ravers company Philadelphia: 1997.

Downloaded from: www.ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

University of Nangrahar
Medical Faculty

Infectious Diseases

Compiler
Associate Prof Dr. Abdul Nasir Jabarkhil

ISBN 978-9936-406-09-4
9 789936 406094 >

With CD
له سي ډي سره

Downloaded from: www.ketabton.com

Get more e-books from www.ketabton.com
Ketabton.com: The Digital Library